

II. 新しいチーム医療への評価

1. 精神科コンサルテーション・リエゾンチーム医療の評価

要望 一般病床に入院する患者で精神科診療を要する者に対して、精神症状緩和に係る専従チームの診療・ケアに対する評価を要望する。

一般病床に入院する患者のうち、身体症状以外に、不安、抑うつ、せん妄などの精神症状を持つ患者は、全入院患者の30～60%と言われている⁹⁾。しかし、精神科的治療・ケアが必要な患者数に比し、精神科医数が少ないため、精神科医の対応は重症度の高い患者への主に薬物療法に限定され、軽度や中等度段階での早期対応ができづらい状況にある。

また患者に必要な精神的治療・ケアの内容は多様であり、薬物療法、心理・精神療法、看護・ケア、社会的支援など、多角的で全人的なサポートが求められている。

多様な治療・ケアを併用することが、精神状態の改善により効果的であることが示されており¹⁰⁾、精神科医、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士による精神科コンサルテーション・リエゾンチームを構成して多様な精神的問題に早期から計画的に対応し治療・ケアにあたることにより、薬物療法、心理・精神療法、看護・ケア、退院支援、社会的支援など、重要的、多面的な医療を行うことができ、精神状態の改善を図ることができる〔解説資料8〕。

以上のことから、精神科コンサルテーション・リエゾンチームへの評価を要望する。

[関係団体：日本精神保健看護学会]

2. 小児における虐待防止チーム活動の評価

要望 虐待発見・予防のための虐待防止チーム活動に対する評価を要望する。

平成12年児童虐待の防止等に関する法律が施行されて以降も、わが国の子どもの虐待件数は依然として増加が続いている。平成19年度は40,618件と史上最高となった。また、平成15年～16年の虐待による子どもの死亡数は295名にのぼり、社会問題となっている。現在では医療的ケアを必要とする被虐待児が増えており、医療チームの介入割合も多くなっている。一方、臓器移植法の改正に伴い、小児における脳死移植が可能となつたが、適正な臓器移植が行われるためにも、虐待に関する適正な判断が必要である。

医療機関は、虐待の第一発見場所となる可能性が高く、虐待を発見した後は様々な機関（警察、児童福祉相談所、学校など）に連携を促す役割を担っている。すでに、医師、看護師、MSW等の多職種による虐待防止チームが機能している病院においては、1ケース毎に多くの会議が開催され、費やされる時間数も多い〔解説資料9〕。

以上のことから、虐待防止のための多職種によるチーム活動への評価を要望する。

[関係団体：日本小児総合医療施設協議会看護部長部会、日本小児看護学会]

3. ストーマ排泄リハビリテーションチームによるストーマ造設に伴うケアへの評価

要望 ストーマ・排泄リハビリテーションチームによるストーマ造設に伴うケアに対し、「ストーマケア診療加算（仮称）」を要望する。

大腸疾患、泌尿器系癌等の増加、手術技術の進歩等に伴い、ストーマ造設件数は過去8年間で約2倍に増加し、年間約18,000件（2001～2009年社会医療診療行為別調査参考）実施されている。

ストーマ造設は、専用装具を用いた自己管理が必要不可欠であるにも関わらず、入院期間の短縮化により、患者への指導教育に十分な時間を確保できない現状がある。

このような状況の中、ストーマケアに精通した専門職チーム（医師、看護師、MSW等）による、術前ケア教育が有効であることが報告されている。特に看護師は、がん看護専門看護師、急性・重症者看護専門看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師といったストーマケアに精通した者が増加している^{※5}。

以上のことから、「ストーマケア診療加算（仮称）」を創設し、ストーマ・排泄リハビリテーションチームによるストーマ造設に伴うケアへの評価を要望する。

※5 がん看護専門看護師250名、急性・重症者患者看護専門看護師62名、皮膚排泄ケア認定看護師1,389名（2011年5月1日現在）

[関係団体：日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会]

4. 慢性腎臓病(CKD)患者へのサポートチームによる療養指導の評価

要望 CKDステージ1～4の患者に、多職種からなるCKDサポートチームが外来にて療養指導を行うことへの評価を要望する。

慢性腎臓病（CKD：chronic kidney disease）の悪化により透析導入となる患者は毎年3万人を超えており、透析医療費は年間1.3兆円以上となっている。

CKD患者の早期指導に対しては、Multidisciplinary Team (MDT)といわれる医師、薬剤師、糖尿病教育者、栄養士、ソーシャルワーカー、看護師からなる医療者の療養指導により、糸球体濾過率(GFR)が改善することがエビデンスとして明らかになっている¹¹⁾。また高橋ら(2008)が、全国354施設におけるサポートチームによる集団指導の内容が、療養指導から経済的問題に関するなど多岐にわたっていることを報告している¹²⁾。つまり、CKD患者への療養指導は、特定の医療職が実施するのではなく、医師、看護師、薬剤師、栄養士などの多職種チームが行っていることに意義があるといえる。

以上のことから、CKD患者（ステージ1～4）に対するサポートチームによる療養指導への評価を要望する。

[関係団体：日本慢性看護学会、日本腎不全看護学会、日本看護科学学会]

5. ハイリスク新生児に対する栄養サポートチームの介入への評価

要望 ハイリスク新生児に対し、栄養サポートチームによる栄養管理を行った場合、現行 200 点の増点を要望する。

現行の「栄養サポートチーム加算(週 1 回 200 点)」は、栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進および感染症等の合併症予防を目的としている。

しかし、低出生体重児などのハイリスク新生児は、全身機能が脆弱であり、栄養管理に慎重を要する。さらに、ハイリスク新生児の栄養投与には、シリンジや経管チューブを利用し、細心の注意を払いながら時間をかけて投与する必要がある。また、母乳栄養を併用する場合には、母乳を血液と同等に取り扱い、母乳の採取から保存、児への投与に至るまで、事故防止に努めている。

以上のことから、現行の「栄養サポートチーム加算(週 1 回 200 点)」について、ハイリスク新生児に対する増点を要望する。

[関係団体：日本小児総合医療施設協議会看護部長部会]

III. 在宅療養を支える訪問看護への評価

1. 医療ニーズの高い退院後の患者への医療保険による訪問看護の適応

要望 医療ニーズが高い退院後の患者への訪問看護を、2ヶ月間にわたり医療保険の適応とするよう要望する。

現行の制度では、医療保険よりも介護保険優先の訪問看護体系になっている。

しかし、医療ニーズの高い患者に対しては、退院後に集中した訪問看護サービスを行い、生活と病状に合わせたアセスメントをして安定したケアプランにつなげていく必要がある。

医療経済研究機構から平成20年に報告された「退院準備・在宅ケア移行支援システム（リエゾンシステム）のあり方に関する研究－在宅利用移行管理のあり方に関する研究報告書」における、モデル事業対象病院8か所から得られたデータでは、自宅に退院した患者54名のうち、退院後1ヶ月間でトラブルがあった事例は11例（20.4%）という結果が示されている〔解説資料10〕。

以上のことから、医療ニーズが高い退院後の患者について、退院後2ヶ月間にわたり医療保険による訪問看護を実施できるよう要望する。

[関係団体：日本在宅ケア学会]

2. 24時間対応が可能となるような体制の創設

要望 訪問看護における24時間対応が可能となるよう、「24時間対応体制加算」「24時間連絡体制加算」の引き上げと、休日・夜間・早朝加算の新設を要望する。

訪問看護管理療養費における「24時間対応体制加算」は、利用者またはその家族等から、電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にある場合であって、緊急時訪問を必要に応じて行うことができる体制を確保することで算定ができる。また、「24時間連絡対応体制加算」は、利用者またはその家族等から、電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にあることで算定ができる。

しかし、経営上の困難さから24時間体制がとれない現状がある。24時間いつでも相談できるという体制は、安全・安心の在宅医療を提供できることにつながる。

以上のことから、24時間体制での訪問看護が可能となるよう、「24時間対応体制加算」および「24時間連絡体制加算」の引き上げを要望する。また、休日・夜間・早朝等の訪問に対応できるよう、休日・夜間・早朝加算の新設を要望する。

[関係団体：日本小児看護学会]

3. 重症者管理加算の算定要件拡大

要望 1月に4回の訪問が実現しなかった場合でも、訪問実績に対して重症者管理加算を算定できるよう要望する。

訪問看護管理療養費に加算できる「重症者管理加算（1月につき500点）」は、特別な管理を必要とする患者のうち、重症度が高いものとして厚生労働大臣が定める状態にあるものについて、1月に4回以上の訪問看護を行った場合に算定できる。

しかし、原疾患の悪化や、在宅で使用している機器の調整による入院のために、結果的に訪問回数が4回に満たなくなる場合がある。このような場合、既に3回の訪問看護を実施しているにも関わらず、「重症者管理加算」が認められず、訪問看護を担う事業所の経営を圧迫することにつながる。

以上のことから、訪問看護における「重症者管理加算」について、1月に4回の訪問が行えなかった場合でも、訪問実績に応じた算定ができるよう要望する。

[関係団体：日本小児看護学会]

4. 超重症児（者）・準超重症児（者）への訪問看護の要件拡大

要望 超重症児（者）・準超重症児（者）への訪問看護は、厚生労働大臣が認める疾病と同じ扱いとし、週に4日以上の利用と、複数の訪問看護ステーションを利用できるよう要望する。

厚生労働大臣が定める疾病の利用者の場合、週4回以上、かつ2カ所以上の訪問看護ステーションからの訪問看護が認められている。

しかし、対象疾病以外の超重症児（者）・準超重症児（者）への訪問看護は、週3回まで、1回1時間30分以内に限定され、訪問看護ステーションも1カ所のみとなっている。超重症児（者）・準超重症児（者）には、医学的にみて成人の難病以上に重症の場合もあり、現行の制度では十分な医療が提供できない。

以上より、超重症児（者）・準超重症児（者）を「厚生労働大臣が定める疾患」と同様に取り扱い、週に4日以上の利用と、複数の訪問看護ステーションの利用を認めていただくよう要望する。

なお、一部地域では、小児慢性疾患特定事業の対象疾患や乳児医療費助成等の自治体の医療費補助の対象にならない場合があり、高額の自己負担が必要になっており、そのことは正也要望する。

[関係団体：日本小児看護学会]

IV. 医療の安全性を高める機能への評価

1. 急性期医療が必要な認知症患者へのケアに関する評価

要望 急性期医療が必要な認知症患者に対し、転倒転落アセスメントを実施し、必要な転倒・転落リスクに応じた看護ケアを行うことに対し、「認知症患者安全管理加算（仮称）」を要望する。

現行では、精神病棟に入院している重度の認知症患者に「認知症治療病棟入院料（1日につき 1,450 点～970 点）」が算定されている。

しかし、重度の認知症であっても急性期医療が必要なために、一般病棟への入院を余儀なくされる現状がある。また、最近では、高齢者であっても手術を受ける機会が増え、急激な環境変化による術後せん妄を発症するリスクが高い。

このような急性期医療が必要な認知症患者に対し、入院生活における安全性の確保は重要な課題である。患者が転倒・転落すると、1 年間の医療・介護費用は 7,200 億円の増加と推定され、社会的・経済的損失が大きい¹³⁾。そのため、全国の病院では、看護師が入院当初より転倒・転落アセスメントスコアを用いて、アセスメントを行っている。転倒・転落アセスメントスコアのレベルに応じて、転倒・転落の予防対策として、センサー付きマットや低床ベッドの利用、頻回な訪室や歩行介助などによる、一人ひとりの状態に応じた安全管理を行っている¹⁴⁾。

以上のことから、急性期医療が必要な認知症患者に対し、転倒転落アセスメントを実施し、必要な転倒・転落リスクに応じた看護ケアを行うことに対し、「認知症患者安全管理加算（仮称）」を要望する。

[関係団体：日本看護診断学会、国立大学病院看護部長会議]

V. 算定要件の拡大

1. 院内トリアージ加算

要望 院内トリアージ加算の対象患者を全年齢に拡大することを要望する。

現行の「トリアージ加算（30点）」は、6歳未満の小児に限り算定が可能となっている。しかし、院内トリアージが必要となる一次・二次救急機関の救急外来の多くは、成人と小児の患者が混在した中で診療を行っており、小児だけの評価ではトリアージ本来の機能を十分に果たしているとはいえない。

現在、カナダで開発され、10年の運用実績を持つ『CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale 救急患者緊急度判定支援システム)』を、日本語版に改定した『JTAS (Japan Triage and Acuity Scale)』の整備も進んでいることから、トリアージ対象を全年齢に拡大しても安全性が担保できると考える。また、救急トリアージを実施できる看護師として、急性・重症者患者看護専門看護師、救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師、小児救急看護認定看護師などが挙げられ^{※6}、さらに臨床救急医学会と日本救急看護学会が連携しながらトリアージ実施者の教育を行っており、人材の充実が見込まれる。

以上のことから、救急外来での適切な緊急度判定と患者の安全確保を目指し、現行の6歳未満児に限り算定できる要件を見直し、全年齢に適用されるよう要望する。

※6 急性・重症者患者看護専門看護師 62名、救急看護認定看護師 506名、集中ケア認定看護師 531名、小児救急看護認定看護師 111名（2011年5月1日現在）

[関係団体：日本救急看護学会、日本小児看護学会]

2. 精神療法

要望 訓練を受けた看護師が精神療法を実施した場合にも算定が行えるよう要望する。

現行の「入院精神療法（I-1回 300点）」は、医師が実施した場合にのみ算定される。しかし近年、総合病院においては、身体疾患の治療を受けながら抑うつ、不安、適応障害を有する患者の数は増えており、そのような患者は看護師によって発見され、支援されていることが多い。一方、精神科病院においては統合失調症や気分障害の診断に加えて、人格障害や発達障害を並行して有している患者やケア困難患者が増えている。これらの患者に対しては、訓練を受けた看護師（精神看護専門看護師^{※7}）が日常生活の再構築を中心とした精神療法を行い、患者の病状や日常生活の困難さが改善されることが多い。

以上のことから、訓練を受けた看護師が精神療法を実施した場合にも算定できるよう要望する。

※7 精神看護専門看護師 93名（2011年5月1日現在）

[関係団体：日本精神保健看護学会、聖路加看護学会]

3. がん患者カウンセリング料

1) 回数制限の緩和

要望 がん患者カウンセリング料の回数制限の拡大を要望する

現行の「がん患者カウンセリング料（1回 500 点）」は、患者1人につき1回限りしか算定できない。

がん患者に対する説明は頻繁に行われるが、その度ごとに、がん看護の経験を有する専任の看護師が同席し、適切な説明が行われるよう配慮している。特に再発・転移時に病状が変化した場合、あるいは緩和ケア施設等への転院時には、十分な時間と配慮のもと患者に説明を行う必要がある。

以上のことから、治療方針（中止を含む）の決定に十分な話し合いが必要とされる再発・転移時期にも算定できるよう、「患者1人につき1回まで」という算定要件を緩和するよう要望する。

[関係団体：日本緩和医療学会]

2) 緩和ケア専従看護師への算定拡大

要望 緩和ケアチームに専従する看護師でも、がん患者カウンセリング料が算定できるよう要望する

現行の「緩和ケア診療加算（1日 400 点）」では、看護師の要件として、「緩和ケアの経験を有する専従看護師」としている。そのため、「緩和ケア診療加算」の対象外の患者に係わる業務を行えず、「がん患者カウンセリング料（1人1回 500 点）」を算定することができない。

「緩和ケア診療加算」の対象外の患者であっても、再発や転移等による状態の悪化時や、緩和ケア施設等への転院時には、特に緩和ケアの専門知識が求められ、緩和ケアの経験を有する専従看護師による関わりが患者・家族に与える利益は大きい。

以上のことから、緩和ケア診療加算の対象外の患者であっても、緩和ケアの専従看護師がカウンセリングに同席した場合にも「がん患者カウンセリング料」が算定できるよう要望する。

[関係団体：日本緩和医療学会]

4. 生活習慣病指導管理料

要望 200床以上の施設においても「生活習慣病指導管理料」が算定できるよう要望する。

現行の「生活習慣病指導管理料」は、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関にのみ算定できる。

しかし、生活習慣病患者の増加に伴い、総合的な療養指導および治療管理は、200床以上の病院においても重要である。200床以上の施設にも算定されれば、より生活習慣病の悪化を予防することができ、医療費の削減も期待できる。

以上のことから、200床以上の施設においても「生活習慣病指導管理料」を算定できるよう要望する。

[関係団体：日本慢性看護学会]

[引用文献リスト]

◆ I・1・2) 排泄障害を有する患者への総合的な療養指導

- 1) 泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班 (2004) : EBMに基づく尿失禁診療ガイドライン,p.34-36, じほう, 2004.
- 2) Colling J,Ouslander J, Hadley BJ, Eisch J, Campbell E (1992) : The effects of patterned urge-response toileting (PURT) on urinary incontinence among nursing home residents, J Am Geriatr Soc, 40, p.135-141.
- 3) Fantl JA,Wyman JF,McClish DK,Harkins SW,Elswick RK,Taylor JR,Hadley EC (1991) : Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence, JAMA, 265, p.609-613.
- 4) 梶間陽子他 (2009) : 失禁状態にある患者へ個別排泄誘導することの効果－排泄動作選択指標・排尿チェック表を用いて, 日本看護学会論文集, 老年看護, 39号, p.62-64.
- 5) 横山笑美子 (2009) : 高次脳機能障害を呈し尿失禁を有する患者の排尿自立への援助、日本看護学会論文集, 成人看護II, 39号, p.329-331.

◆ I・1・3) がん治療に伴う合併症への予防的な療養指導

- 6) 全山貞幹 (2010) 放射線性皮膚炎に対する標準的支持療法の確立に関する研究, 厚生労働科学研究費補助金 (第3次対がん総合戦略研究事業) 分担研究報告書, p. 29-30.
- 7) 石井しおぶ, 全田貞幹, 伊藤美絵他 (2010) : 皮膚炎管理プログラム(DeCoP)を用いた頭頸部放射線治療患者管理－前向き介入試験, 日本癌治療学会誌, 45(2), p.764.
- 8) 小池剛史, 栗田浩, 横地恵他 (2006) : がん化学療法患者に対する口腔ケア, 信州医誌, 54(2), p.69-72.

◆ II・1 精神科コンサルテーション・リエゾンチーム医療への評価

- 9) 山脇成人 : リエゾン精神医学とその治療学 pp19-24、中山書店、2009
- 10) 佐藤他監訳 : 米国精神医学会治療ガイドラインコンペニディアム,American Psychiatric Association, 医学書院, 2006

◆ II・4 慢性腎臓病（CKD）患者へのサポートチームによる療養指導の評価

- 11) Bayliss EA, Bhardwaja B, Ross C, Beck A, Lanese DM(2011) : Multidisciplinary team care may slow the rate of decline in renal function, Clin J Am Soc Nephrol. Apr, 6(4), 704-710.
- 12) 高橋さつき(2008) : 慢性腎臓病の患者教育における”プロセス”と”構造”的分析, 群馬大学大学院医学系研究科保健学専攻修士論文

◆ IV 急性期治療が必要な認知症患者へのケアに関する評価

- 13) 林泰史 (2009) : 高齢者の転倒とその社会的・経済的損失, MB Med Reha, 104, p.119-125.
- 14) 舌間秀雄他 (2010) : 大学病院における取り組み, 総合リハ, 39(2), p.116-122.