

2019 年 7 月 8 日

厚生労働省

保険局医療課長 森光敬子様

2020 年度診療報酬改定に向けた要望書

一般社団法人 看護系学会等社会保険連合
代表理事 山田 雅子

一般社団法人看護系学会等社会保険連合では、これまでの診療報酬改定において、看護の「つなぐ」機能に着目し、医療と介護の切れ目のない提供体制の構築や、効果的なチーム医療の推進に対する評価を要望してまいりました。人口構造が変化するこれからは、多様化する患者・利用者・家族の立場に真に寄り添い、医療の場から人々の暮らしを「支える」看護機能も重要であると認識しています。

そこで、2020 年度診療報酬改定では、多様化する人々の共生社会の実現のため、看護の「つなぐ」「支える」機能を十分に発揮できるよう、以下 3 点の重点要望への評価を求めます。

重点要望 1. 健康の回復および疾病の進行や重症化予防に貢献する看護ケア実践への評価

がん・認知症・慢性腎臓病などの長期にわたる療養が必要な患者や、糖尿病をもつ妊婦らは、早い段階から、疾病の進行を予防するための支援や、社会の中でより良く生きるための支援が必要です。こうした患者が、安全に治療を受けられるよう看護師が支援したり、専門性の高い看護師らが早い段階で患者・家族と出会い、相談・調整・指導といった役割を円滑に発揮する必要があります。このような看護ケア実践をスムーズに提供できるような評価を要望します。

重点要望 2. 地域包括ケアの推進に貢献する看護ケア実践への評価

あらゆる発達段階にある人が地域の中でより健康に暮らしていくことを支えます。とくに次世代育成の視点から、子どもが社会の中で健全に育まれることを目指し、小児虐待や医療的ケア児をめぐる支援を厚くするための評価を要望します。また、疾病の多様化に伴って増える在宅医療へのニーズに、きめ細やかに対応できる訪問看護サービスの充実を提案します。

重点要望 3. 効果的・効率的な医療に貢献する看護ケア実践への評価

医療需要が高まるなか、効率的な医療の提供や地域格差の解消に貢献できる遠隔モニタリングのさらなる活用に向けた評価を要望いたします。また、不妊治療におけるカウンセリングや、手術に関する術前外来や看護師配置の検討など、効率的かつ患者・家族への安心を提供できる看護への評価を要望します。

目次

重点要望 1 健康の回復および疾病の進行や重症化予防に貢献する看護ケア実践への評価	1
1) がん患者の療養と生活を支える	1
(1) 「B001-9 療養・就労両立支援指導料」の見直し【日本がん看護学会】	1
(2) 抗悪性腫瘍薬投与の暴露対策実施に対する評価【日本がん看護学会】	1
2) 妊産婦・褥婦へのケア	2
(1) 「C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料」の算定期間の延長 【日本母性看護学会・日本助産学会・日本糖尿病教育・看護学会、日本看護学会】	2
(2) 「C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料」の施設基準の追加 【日本母性看護学会・日本助産学会・日本糖尿病教育・看護学会、日本看護学会】	3
(3) ハイリスク妊娠分娩の管理を強化するための助産師外来・院内助産設置に対する評価 【日本助産学会】	4
(4) アドバンス助産師による訪問看護への評価の新設【日本助産学会】	5
3) 認知症をもつ方へのケア	6
(1) 「A247 認知症ケア加算」の算定対象の拡大【日本老年看護学会】	6
(2) 地域型認知症疾患医療センターの人員配置への要望【日本老年看護学会】	6
4) 慢性腎臓病（CKD）患者へのケア	7
(1) CKD 透析予防指導管理料の新設【日本腎不全看護学会】	7
(2) CKD 専門チームによる指導管理への評価の新設【日本腎不全看護学会】	8
5) 看護師によるリハビリテーションの強化	9
(1) 「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」施設基準への追加【日本看護技術学会】	9
(2) 急性期医療における看護師のリハビリテーション参画への評価の検討 【日本ヒューマン・ナーシング研究学会】	10
重点要望 2. 地域包括ケアの推進に貢献する看護ケア実践への評価	11
1) 虐待対策チーム	11
(1) 要支援児童と家族に関する専門の対策チーム設置への評価の新設【日本小児看護学会】	11
2) 医療的ケア児を支える	12
(1) 「A246-3 入退院支援加算 3」新生児集中治療室における人員要件の変更【日本助産学会】	12
(2) 重症児の居宅外への訪問看護の実現に向けた評価の新設【日本看護研究学会】	12

重点要望 1 健康の回復および疾病の進行や重症化予防に貢献する看護ケア実践への評価

1) がん患者の療養と生活を支える

(1) 「B001-9 療養・就労両立支援指導料」の見直し【日本がん看護学会】

要望 現行の療養・就労両立支援指導料について、「被雇用者であるがん患者」に対象を拡大する。医療機関からの情報提供先を「産業医等」とする他、算定要件の見直しを要望する。

平成 30 年度診療報酬改定で新設された療養・就労両立支援指導料は、産業医が選任された事業場に就労するがん患者が対象となっている。労働安全衛生法により、労働者 50 人以上の事業場は産業医の選任が義務化されているが、平成 26 年経済センサス基礎調査結果によると、民間事業所の 96.7%は従事者 50 人未満事業所である。つまり、支援が必要ながん患者の多くが、療養・就労両立支援指導料の算定対象外である可能性が高い。このことは、国を挙げての治療と仕事の両立支援が進められている中において、実際に治療を受ける病院での支援が届きにくい状況を生み出しているといえる。そこで、以下のように見直しすることを要望する。

- ・見直し① 算定対象を「被雇用者であるがん患者すべて」に拡大する。
- ・見直し② 情報提供先を産業医に限定せず、「産業医等」として産業看護師等を含める。

産業医等への情報提供に対し 1 回 800 点、産業医からの助言を得て治療計画を見直した際に 200 点の加算を追加する（合計 1000 点の算定は現行通り）。

※相談体制充実加算 500 点、6 月に 1 回算定可能とすることは据え置きとする。

【引用文献】

- 1) 総務省統計局：平成 26 年経済センサス - 基礎調査（確報）結果の概要 p17（最終閲覧日：2019 年 5 月 15 日）
https://www.stat.go.jp/data/e-census/2014/pdf/kaku_gaiyo.pdf

(2) 抗悪性腫瘍薬投与の暴露対策実施に対する評価【日本がん看護学会】

要望 抗悪性腫瘍薬投与に関する曝露対策（個人防護用具・閉鎖式回路の適切な使用、定期モニタリング、患者教育）の実施について適切な評価を要望する。

がん患者の抗悪性腫瘍薬治療では、曝露による危険性や対処法の説明と投与管理対応の重要性がガイドライン¹⁾で示されているところであるが、診療報酬上の評価がなく、患者の曝露対策が十分にできていない。

患者のベッドサイドでの抗悪性腫瘍薬投与では、輸液チューブのプライミングや接続操作、エア針刺入、点滴終了時チューブ等を患者から外す場面において、通常の点滴回路管理では患者の環境周辺への抗悪性腫瘍薬の飛散やこぼれを生じることがある¹⁾。患者・家族が健康被害リスクのある抗悪性腫瘍薬の不必要な直接接触、吸入、飲食等による摂取の危険性に曝されるおそれがある。

抗悪性腫瘍薬の曝露回避には、患者・家族への指導・説明を適切に行うことと、閉鎖式回路（closed system drug transfer device：CSTD）を導入して点滴注射管理を行うことが有効とされている¹⁾。そこで今回、抗悪性腫瘍薬曝露対策の実施に対する評価を要望する。この曝露対策には、患者に対するリスクと具体的対応等について文書で説明を行うこと、閉鎖式回路を用いて当該注射を施行すること、個人防護用具の使用、定期モニタリングなどを実施する必要があるため、これらを算定の要件とする。

【引用文献】

- 1) 日本がん看護学会/日本臨床腫瘍学会/日本臨床腫瘍薬学会編：がん薬物療法における職業性曝露対策ガイドライン、2019 年版、金原出版、201

2) 妊産婦・褥婦へのケア

(1) 「C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料」の算定期間の延長

【日本母性看護学会・日本助産学会・日本糖尿病教育・看護学会、日本看護学会】

要望 「C101-3 在宅妊娠糖尿病指導管理料」について、産褥期（産後 12 週以内）まで算定期間を延長するようよう要望する。

平成 24（2012）年の診療報酬改定で在宅妊娠糖尿病指導管理料が導入されたが、妊娠糖尿病は分娩後に血糖値が正常化するため、当該指導管理料も産後には適用されない。妊娠糖尿病の産後フォロー体制は十分でなく^{1) 2)}、妊娠糖尿病既往女性は正常耐糖能妊婦に比し、将来 2 型糖尿病に移行する相対危険度は 7.4 倍と高い（図 1）³⁾。特にアジア系妊娠糖尿病既往女性では他の人種よりもリスクが高く 5 年以内に 40%が 2 型糖尿病に移行するとのデータ⁴⁾ もあり、その支援は重要である。

妊娠糖尿病の既往女性が産後に適切な食生活・運動等の生活管理をし、耐糖能評価を継続することは、その後の妊娠糖尿病の再発や 2 型糖尿病の発症、糖尿病の重症化予防に効果がある（図 2）⁵⁾。特に、分娩後の体重への速やかな復帰と母乳育児が、その後の 2 型糖尿病の発症予防にきわめて効果的であることが明らかになっている⁶⁾。ADA（米国糖尿病学会）⁷⁾、ACOG（米国産婦人科学会）、日本産科婦人科学会はともに産後 6～12 週でのフォローアップを推奨している。

以上のことから、妊娠糖尿病および糖尿病既往の妊婦・褥婦に対し、産後 12 週間以内の期間で、母乳育児の推進や体重管理のための保健指導を実施できるよう、在宅妊娠糖尿病指導管理料の期間を産褥期（産後 12 週以内）まで拡大することを要望する。指導が実施されることにより、次回妊娠時の妊娠糖尿病、および将来的な 2 型糖尿病の発症予防に貢献できると考えられる。

【引用文献】

- 1) 川口弥恵子他:妊娠糖尿病に対する産後フォロー体制ー妊娠糖尿病の治療を行なっている周産期医療施設に対する聞き取り調査からー. 日本母性看護学会誌:18(1),2018.
- 2) 山田加奈子他:周産期母子医療センターにおける妊娠糖尿病妊産褥婦の管理と看護支援の実践.日本母性看護学会誌:19(1),2019
- 3) Bellamy,L.et al 2009,Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis. Lancet, the, 373(9677), 1773-1779.
- 4) Jung HC.:Gestational Diabetes in Korea: Incidence and Risk Factors of Diabetes in Women with Previous. Diabetes Metab J. 2011 Feb;35(1):1-7.Gestational Diabetes
- 5) Ratner, Costas A. Robert E. et al:Prevention of Diabetes in Women with a History of Gestational Diabetes: Effects of Metformin and Lifestyle Interventions, J Clin Endocrinol Metab. 2008 Dec; 93(12): 4774-4779.
- 6) Gunderson EP,Hedderon MM., et al.: Lactation Intensity and Postpartum Maternal Glucose Tolerance and Insulin, Resistance in Women With Recent GDM. Diabetes Care, 35, January,50-56, 2012.
- 7) ADA Standards of Medical care in Diabetes-2018 S137-143.

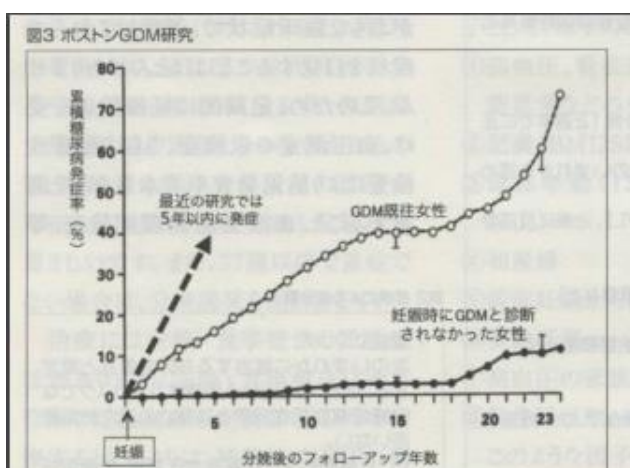


図 1 : GDM 既往女性は将来の DM 発症高率 OzR:7.43 ⁴⁾

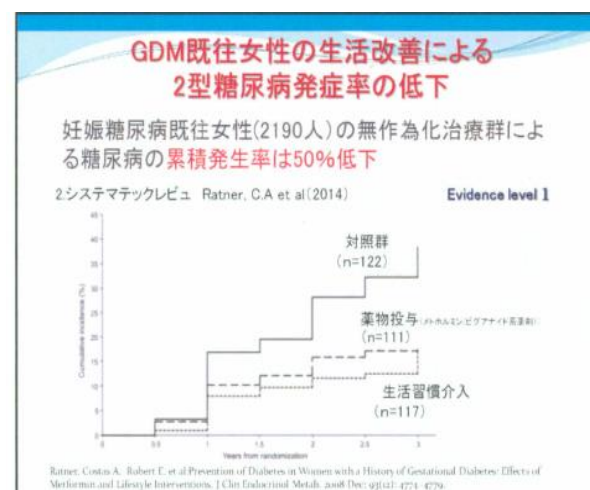


図 2 : GDM 既往女性の生活改善による DM 発症予防効果 ⁵⁾

(2)「C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料」の施設基準の追加

【日本母性看護学会・日本助産学会・日本糖尿病教育・看護学会、日本看護学会】

要望 「C101-3 在宅妊娠糖尿病指導管理料」の施設基準として、妊娠糖尿病に係る指導管理について十分な経験を有する医師、看護師、助産師、保健師、管理栄養士が適切に配置されていることを要望する。

糖代謝異常妊婦に対し、産後の速やかな体重復帰¹⁾や母乳育児¹⁾²⁾が2型糖尿病への移行予防に効果的である。しかし、妊娠糖尿病既往女性は産後の母乳確立が困難³⁾なこと、食事・運動による生活改善と産後の子育ての両立が難しいことなどから、糖代謝異常をもつ母と子・家族の健康生活維持には、図1に示したような複雑で長期にわたるフォローアップが重要である。

山田らの調査⁴⁾によると、妊娠糖尿病妊産婦の管理は「すべて内科対応」「産科医と糖尿病専門医・内科医の並診」が94%を占めていた。本来、妊娠中の母児を継続的に支援する専門職は助産師であるが、その多くが産科の配属であり、妊娠糖尿病妊産婦に関与しにくい体制にある。

また、日本助産学会の調査⁵⁾では、妊娠糖尿病妊産婦に対するフォローアップは、産後12週以内の血糖検査は98%の施設で行われていたが、継続的なフォローアップを自施設で行っている施設は44.8%、他院への紹介は6.7%にすぎず、多くが施設の自主性に委ねられており、十分なフォローアップが行えていない⁵⁾。

以上のことから、C101-3 在宅妊娠糖尿病指導管理料の施設基準として、医師、看護師、助産師、保健師、管理栄養士が適切に配置されていることを要望する。特に、産後12週間以内の指導には、十分な経験を有する専任の助産師が配置されていることを要望する。

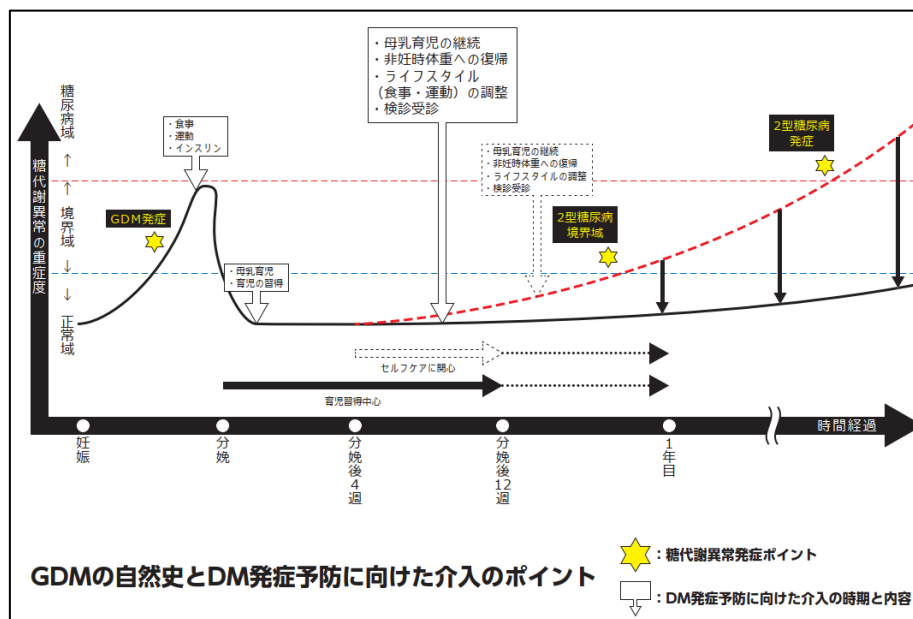


図1 妊娠糖尿病の自然史と糖尿病発症予防に向けた介入のポイント

【引用文献】

- 1) Gunderson EP, Hedderston MM., et al.: Lactation Intensity and Postpartum Maternal Glucose Tolerance and Insulin Resistance in Women With Recent GDM. Diabetes Care, 35, January, 50-56, 2012.
- 2) Zieger AG et al, Long-Term Protective Effect of Lactation on the Development of Type 2 Diabetes in Women With Recent Gestational Diabetes Mellitus, Diabetes 61:3167-3171, 2012
- 3) Baerug A et al, Long-Term Protective Effect of Lactation on the Development of Type 2 Diabetes in Women With Recent Gestational Diabetes Mellitus, Acta Paediatrica 2018.
- 4) 山田加奈子他：周産期母子医療センターにおける妊娠糖尿病妊産婦の管理と看護支援の実際, 日本母性看護学会誌 19巻, 2019
- 5) 日本助産学会・助産政策委員会実態調査, 2019(未発表)

(3) ハイリスク妊娠分娩の管理を強化するための助産師外来・院内助産設置に対する評価

【日本助産学会】

要望 現行のハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料、妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準に、「助産師外来・院内助産を設置」加え、所定点数の加算を要望する。

ハイリスク妊婦の重症化予防には、医師の治療に加え、助産師による保健指導や生活支援等の継続ケアが有効であり、医師と助産師が協働して対応を行っている¹⁾。一方で、産科医師の業務負担軽減のために、助産師外来・院内助産において助産師がローリスク妊産婦のケアを行うことが有効であり、今後も環境を整備する必要がある。以上のことから、助産師外来・院内助産の充実を目指し、以下4点を要望する。

1. 「ハイリスク妊娠管理加算」を算定する保健医療機関において、緊急の分娩に対応できる体制を整えた助産師外来・院内助産を設置している場合、ハイリスク妊娠管理加算の増点を要望する。
2. 「ハイリスク分娩管理加算」を算定する保健医療機関において、下記の基準を満たしている場合、ハイリスク分娩管理加算の増点を要望する。
 - (1) 当該機関に、常勤のアドバンス助産師、もしくは、助産師資格をもつ母性看護専門看護師の、いずれかが3名以上を配置していること。
 - (2) 助産師外来・院内助産を設置し、産科医師と助産師が役割分担をしていること。
3. ハイリスク妊産婦共同管理料を算定する保健医療機関であって、助産師外来・院内助産を設置し、産科医師と助産師が役割分担している施設は、ハイリスク妊産婦共同管理料の増点を要望する。
4. 現行の妊産婦緊急搬送入院加算を算定する保健医療機関であって、助産師外来・院内助産を設置し、医師と助産師の役割分担がとられている施設について、妊産婦緊急搬送入院加算の増点を要望する。

【引用文献】

- 1) 「院内助産システムの方針と運用・管理の実態 質問紙を用いたインタビュー調査」, 日本助産学会誌 32 巻 2 号 p 147-158.
- 2) 厚生労働省 院内助産・助産師外来の推進
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/guideline2018.pdf>

(4) アドバンス助産師による訪問看護への評価の新設【日本助産学会】

要望 C-005 在宅患者訪問看護・指導料に、母子包括管理加算（仮称）の新設を要望する。

妊婦の高齢化に伴い、ハイリスク妊婦が増加している。妊娠前から疾患がある場合に加え、切迫早産、妊娠性高血圧、妊娠糖尿病、胎盤や羊水の異常などの様々な合併症が妊娠期に発症する。近年、これら合併症を持った妊婦への治療は、入院治療から自宅療養中心に変化している。例えば、切迫早産は、入院による安静臥床と薬剤投与が主であったが、近年は退院時期を早める取り組みが始まっている¹⁾。また、妊娠糖尿病においては、産後の食事管理や運動の継続をフォローアップすることで再発リスクを下げるが、産褥期は頻回な通院が困難である。このように、合併症を持つ妊婦そして褥婦には、在宅での療養支援が必要である。しかし、助産師が妊婦・褥婦に対して訪問看護を行うケースは十分でない。そこで、合併症を持つ妊婦・褥婦に対し、アドバンス助産師による訪問看護を実施できるよう、C-005 在宅患者訪問看護・指導料の加算として「母子包括管理加算（仮称）」を新設することを要望する。アドバンス助産師は、日本助産評価機構から助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）レベルⅢの認証を受けた高度な専門的能力を持つ助産師であり、ハイリスク妊産婦・褥婦への関わりが可能である。全国で1万人を超え、マンパワーも整備されつつある。

【引用文献】

1) 馬場 聡, 小松 篤史 (2015). 妊娠 34 週以降に塩酸リトドリンを中止した症例における,分娩時期に影響を与える因子に関する検討. 産婦人科の実際,64(13),2083-2087.

3) 認知症をもつ方へのケア

(1) 「A247 認知症ケア加算」の算定対象の拡大【日本老年看護学会】

要望 「A-247 認知症ケア加算」の算定対象について、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢからランクⅠの患者へ拡大することを要望する。

「A-247 認知症ケア加算」は、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ（日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする）以上の患者が算定の対象となる。

我が国のDPCデータを用いて987病院、約183万人の患者（うち認知症患者は約27万人）を対象として行われた研究¹⁾では、認知症のある患者が急性期病院に身体疾患の治療のために入院した場合、認知症のない患者と比べて30日後の再入院の相対危険度が1.46倍になることが示されている。この研究では、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準をランクⅠ以上で検証し、加えて基準をランクⅢ以上に変更して行った感度分析においても結果は同様であった。つまり、認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅡ以下の患者においても、急性期病院への入院がもたらす認知症高齢者への不利益は存在する可能性があり、適切な認知症ケアが必要である。

以上のことから「A-247 認知症ケア加算」の算定対象について、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上から、ランクⅠ以上の患者に拡大することを要望する。

【引用文献】

1) Sakata, Nobuo, et al. "Dementia and Risk of 30 - Day Readmission in Older Adults After Discharge from Acute Care Hospitals." *Journal of the American Geriatrics Society* 66.5 (2018): 871-878

(2) 地域型認知症疾患医療センターの人員配置への要望【日本老年看護学会】

要望 地域型認知症疾患医療センターの人員配置に、看護師の専従配置を要望する。

認知症疾患医療センターは、現在、基幹型が16か所、地域型が355か所、連携型（診療所型）が51か所設置されている。2016年に実施された研究¹⁾によると、認知症診断後の患者や家族に対する身体管理、患者家族教育、継続支援体制の不十分さが指摘されている。また、患者・家族からは、認知症疾患医療センターでの身体管理や生活管理、家族支援への要望が多くあがっている²⁾。さらに、認知症の専門医療は発症初期から看護師も含めた多職種でのチームアプローチが効果的であることが示唆されている²⁾。

しかしながら、地域連携の拠点となる地域型認知症疾患医療センターの人員配置には、看護師の専従配置が含まれていない。地域包括ケアシステムの推進のためには地域型認知症疾患医療センターの機能を強化する必要がある、その場での看護師による身体管理や患者家族への教育が必須である。以上のことから、地域型認知症疾患医療センターの人員配置に、看護師を専従で配置することを要望する。

【引用文献】

- 1) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター（2017）平成28年度 老人保健事業推進費等補助金、老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの機能評価に関する調査研究事業」報告書
- 2) 老年看護学会政策検討委員会、酒井郁子 他. (2018) 認知症ケアにおける外来看護師の効果的介入ガイドラインの策定、平成29年度看護系学会等社会保険連合研究助成報告書。

4) 慢性腎臓病（CKD）患者へのケア

（1）CKD 透析予防指導管理料の新設【日本腎不全看護学会】

要望 慢性腎臓病の患者への指導について、透析予防指導管理料（仮称）の新設を要望する。

現行の制度では、糖尿病患者を対象とした糖尿病透析予防指導管理料があるが、透析導入の原疾患は糖尿病以外にも多岐にわたっている（図1）¹⁾。とくに慢性腎臓病（以下、CKDとする）は、その進行を予防することで透析患者の減少が見込まれたり、心血管疾患発症リスクの低下に有効となり、生命予後やQOLを改善できる。実際に、CKDステージ3の患者に対し、専門的知識を有する看護師が生活改善に介入することで、透析導入を遅延できたという報告がある²⁾。更に、慢性腎臓病重症化予防のための戦略研究³⁾では、かかりつけ医から腎専門医との病診連携による腎機能抑制効果の報告があり、腎専門医のいる施設でCKD教育を促進すると緊急透析導入が回避でき、腎不全期の患者の重症化が予防できるためスムーズな透析導入ができたという報告もある。以上のことから、医師や専門的知識を習得した看護師（透析看護認定看護師、慢性疾患看護専門看護師、慢性腎臓病療養指導看護師）等が多職種と連携し、CKD重症化予防の為の指導介入を行うことへの評価として、透析予防指導管理料（仮称）の新設を要望する。

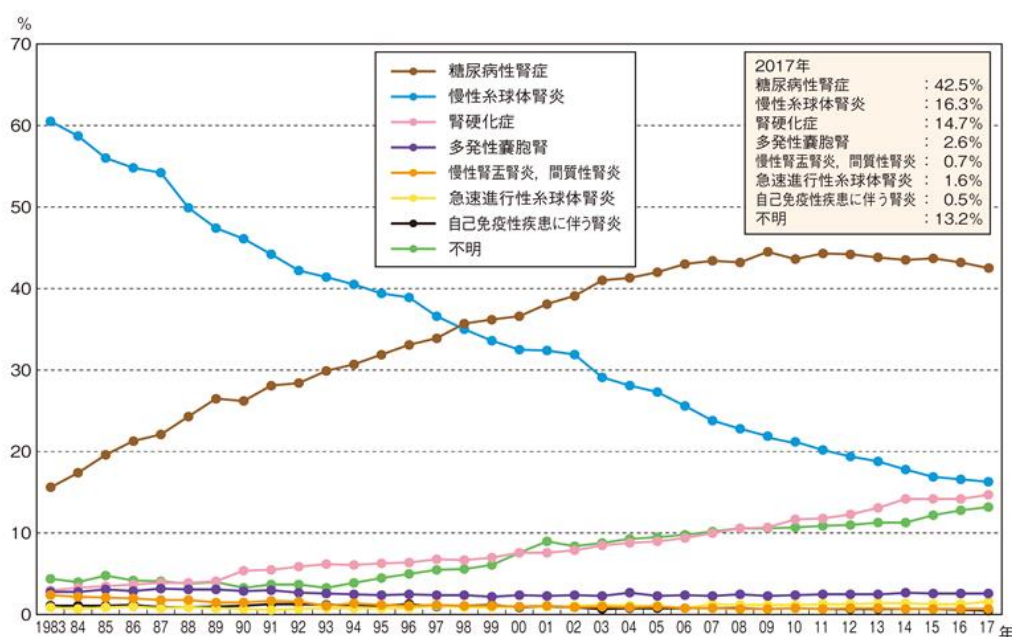


図1：透析導入患者 原疾患割合の推移 1983-2007¹⁾

【引用文献】

- 1) 第3章 2017年透析導入患者の動態, 一般社団法人 日本透析医学会 統計調査委員会, 2017
- 2) 聖隷横浜病院 CKD 看護外来 2018年6月～2019年3月の実績, 内田明子(未発表)
- 3) 腎疾患対策研究事業 戦略研究(腎疾患重症化予防のための戦略研究) かかりつけ医/非腎臓専門医と腎臓専門医の協力を促進する慢性腎臓病患者の重症化予防のための診療システムの有用性を検討する研究 平成23年度総括・分担研究報告書, 山懸邦弘, 2012

（２）CKD 専門チームによる指導管理への評価の新設【日本腎不全看護学会】

要望 CKD ステージ４以上の患者の治療法選択に、専門的教育を受けた看護師などが多職種連携して指導介入することへの指導管理料の新設を要望する。

患者を対象とした全国腎臓病協議会の透析導入に関するアンケート結果によると、「詳しい説明がないまま血液透析導入となった。」「腹膜透析を知らなかった。」などが報告されており³⁾、患者の腎代替療法選択における課題が明らかになっている¹⁾。

CKD ステージ４以上の患者は、腎臓専門医・専門医療機関による診療及び治療法選択が重要である。さらに、CKD ガイドラインにおいては、医師・看護師・ソーシャルワーカー・薬剤師などの立場が異なる医療者が、患者主体で腎代替療法の選択ができるように支援することが望ましいと提言している²⁾。

このことより CKD ステージ４以上の患者へ、専門的教育を受けた看護師などが多職種連携して指導介入することへの指導管理料の新設を要望する。

【引用文献】

- 1) 血液透析患者実態調査報告書（2016）：全国腎臓病協議会、日本透析医会、統計研究会.
- 2) CKD ステージ G3b～5 診療ガイドライン（2017）：<https://cdn.jsn.or.jp/data/ckd3b-5-2017.pdf>

5) 看護師によるリハビリテーションの強化

(1) 「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」施設基準への追加【日本看護技術学会】

要望 現行の「H-001 脳血管疾患等リハビリテーション料」の人員要件に、450 時間以上の専門教育を修了した看護師の配置を追加するよう要望する。

平成 18 年度診療報酬改定により、リハビリテーション（以下、リハビリ）は 1 日 6 単位(2 時間)から最大 9 単位(3 時間)の実施が可能となった。しかし、永井らの報告¹⁾によると、時間数が増えても、ADL の指標となる FIM (Functional Independence Measure) の運動項目に有意な変化は認められなかった。その要因として、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が実施するリハビリは身体機能の向上に繋がっているものの、生活行動改善に至っていないことが考えられる^{2) 3)}。

看護師は、日常的な看護援助(食事・排泄行動等)の中にリハビリの要素を取り入れ、患者の基本動作の向上に寄与できることが報告されている(図 1)⁴⁾。中でも、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師は、養成カリキュラムの中に、急性期重篤化回避および自立に向けたケア技術や、患者の生活再構築の技術が含まれている。現在、711 名(2018 年現在)が認定され、今後も継続的に輩出される見込みである。また、脳神経看護をサブスペシャリティとした専門看護師(慢性疾患看護専門看護師、急性・重症患者看護専門看護師)も誕生している。

そこで今回、「H-001 脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II」の人員要件に、『450 時間以上※の研修を修了した看護師』1 名以上を加えることを要望する。これにより、専任常勤医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士と連携し、より患者の生活に即した脳血管疾患等リハビリテーションの提供につながることを期待できる。

※450 時間とは、脳卒中リハビリテーション認定看護師カリキュラムの時間数で、基礎科目 135 時間、専門科目 135 時間、臨地実習 180 時間の、合計 450 時間である。

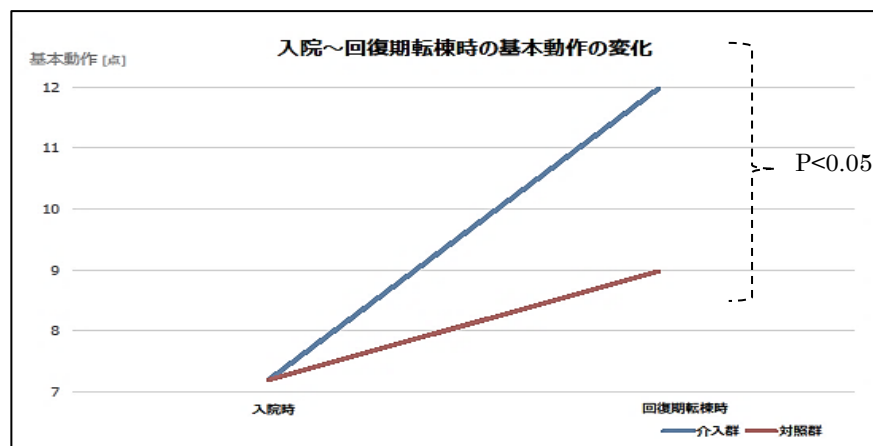


図 1：超急性期・亜急性期病棟における脳卒中患者を対象とした、理学療法士以外に看護師による複数回のリハビリテーション援助を行う介入効果⁴⁾

【引用文献】

- 1) 永井将太ら(2009)：脳卒中リハビリテーションの訓練時間と帰結との関係--全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会調査総合リハビリテーション 37(6), 547-553, 2009-06.
- 2) Kinoshita (2016): Association between 7 Days per Week Rehabilitation and Functional Recovery of Patients with Acute Stroke, APMR.98 (4), P701-706.
- 3) Bernhardt(2016):Pre specified dose-response analysis for A Very Early Rehabilitation Trial.
- 4) 大久保暢子ら：超急性期・亜急性期病棟における背面開放座位の効果（未発表、投稿準備中）

(2) 急性期医療における看護師のリハビリテーション参画への評価の検討

【日本ヒューマン・ナースング研究学会】

要望 医科点数表第7部リハビリテーション：急性期医療における看護師のリハビリテーション参画への評価として、下記の検討を希望する。

心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(II)、呼吸器リハビリテーション料(I)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料における算定内容

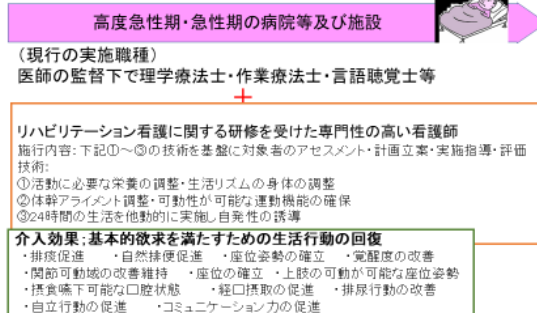
第7部リハビリテーションの診療報酬は、理学療法士や作業療法士などのリハビリテーション(以下、RH)を専門としている職種が医師の指示の下で、身体機能の回復を目指すために必要な技術の報酬である。身体機能障害のある患者において、身体機能障害へのRHは重要である¹⁾。

しかしその一方で、高齢化が進む社会では、可能な限り自立して日常生活を送ることができるようなケア・サービス提供が重要である。つまり、高齢者が身体機能の回復とともに日常生活行動(以下、ADL)を行えるためのRHが必要である。このADLの回復のためのRHの時間が長いほど効果がある²⁾と報告されており、24時間の生活を支援する看護が最もこの役割を担うことが可能である。

RH看護とは、対象者をアセスメント³⁾しながら生活援助技術を組み合わせて活動に耐えられる身体機能の調整、活動が可能な身体機能の確保、自発的な行動の誘導を実施することであり、よりRH看護の専門的知識が必要である。この援助によって対象者の治療の効果を担保しながら、退院後の生活を見据えた「食べる」「清潔を保つ」「排泄」「活動」などの機能を維持あるいは再獲得させ、介護を要しない状態で退院することが可能である。これらのことから、心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(II)、呼吸器リハビリテーション料(I)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料における算定内容が、身体の機能回復を専門とする者が身体機能の回復を目指す内容のため、

「看護による基本的欲求を満たすための生活行動の回復」も算定できることを検討することを希望する。

概要図 急性期医療における看護師のリハビリテーション参画への評価



【引用文献】

- 1) 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン〔追補 2017〕委員会, 脳卒中ガイドライン 2015〔追補 2017〕脳卒中リハビリテーションの進め方 1-4 急性期リハビリテーション, 90-91, 2017.
- 2) 池永康規, 高橋友哉, 後藤伸介, 回復期リハビリテーション病棟における訓練時間増加の効果. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 45(11), 744-749, 2008.
- 3) 宮田久美子, 玉井由香里, 野田麻美, 大野貴子, 林裕子, 脳卒中患者への看護における生活行動回復のアセスメントを介入計画に関する検討, 日本ヒューマン・ナースング研究学会誌, 5(2), 2017.

重点要望 2. 地域包括ケアの推進に貢献する看護ケア実践への評価

1) 虐待対策チーム

(1) 要支援児童と家族に関する専門の対策チーム設置への評価の新設【日本小児看護学会】

要望 不適切な養育環境にある要支援児童と家族に関する専門の対応チームを設置している小児入院管理料算定施設への体制加算を要望する。

日本小児看護学会の調査によると、小児入院管理料を算定する 346 施設のうち、被虐待児などへの対策チームを持つ施設は 62.4%、チームはないが担当者を有する施設は 9.7%と、7 割以上の施設が虐待対応を行っている¹⁾。また、虐待対応チームを有する施設と有しない施設を比較した結果、対応件数、通告件数、地域との情報共有件数ともに大きな差が見られ（表 1）、チームを有することの意義が大きいのは明らかである。

チーム有りの施設では、事務職を含む多職種 6～15 名でチームを構成し、要保護児童対策地域協議会実務者会議などにも参加していた。チームで活動は、施設内でのシームレスな連携・支援だけでなく、行政や児童相談所との連携も可能としていた。反対に、チームがない施設では、虐待リスクを的確に判断できず、対応すべき事例を見逃している可能性も推察される。

平成 30 年診療報酬改定で、入退院支援加算の算定要件に「退院困難な要因に虐待を受けているまたはその疑いがあること」が追加されたが、虐待を疑う事例の多くは小児科外来や救急外来で対応するケースがほとんどであり、算定には至らない。

近年増加する小児虐待への対応整備は一刻を争う状況である。なかでも虐待発見のきっかけとなる病院において、チームとして体制を整備することは急務であると考え。以上のことから、被虐待児などの不適切な養育環境にある要支援児童とその家族に対し、専門的な対応チームを設置している小児入院管理料算定施設について、体制加算を要望する。なお、このチームは、小児科医、専門的な教育を受けた看護師（小児看護専門看護師、小児救急看護認定看護師、看護師長又は小児看護経験 5 年目以上で虐待対応に関する研修等を受けた看護師等）、MSW を核とし、必要時に眼科医、整形外科医、脳外科医などの専門医師、事務職員等を含むことを要件とする。

表 1 虐待対策チームの有無による対応数の比較¹⁾

	チームあり	チームなし
対応数(件)	19.3/年	2.1/年
通告数(件)	4.1	1
地域と情報共有(件)	11.9	3.8

【引用文献】

- 1) 日本小児看護学会(2016).平成 27 年度看保連研究助成報告書.「小児の入院施設における虐待対策の実態」
- 2) NICU および GCU 入院新生児の乳児虐待発症予防を目指した多職種専門職参加型の診療体制を構築するための研究.(研究代表者 山田律子)厚生労働省科学研究補助金平成 26 年度総括・分担報告書.P44

2) 医療的ケア児を支える

(1) 「A246-3 入退院支援加算 3」 新生児集中治療室における人員要件の変更【日本助産学会】

要望 「A246-3 入退院支援加算 3」における新生児集中治療室の看護師要件について、専従から専任への緩和と研修の追加を要望する。

新生児集中治療室(以下、NICU)等に長期入院している患児に対し、在宅療養への移行支援のための体制整備が求められている¹⁾。現行の入退院支援加算 3 では、新生児特定集中管理料等を算定した患者に対し、退院支援計画等を作成して入退院支援を行った場合に算定できる。しかし、施設基準の「当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が 1 名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が 1 名以上配置されていること」のうち前者は、5 年以上の NICU 医療の経験がある看護師は専門性が高く、希少なため、専従で配置することが難しい施設が多い。以上ことから、現行の入退院支援加算 3 の施設基準にある「当該部署に新生児の集中治療、入退院支援および地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が 1 名以上」について、「入退院支援および地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師が 1 名以上」に緩和することを要望する。また、人員要件を専従だけでなく専任に緩和するかわりに、専任の場合は、適切な研修を修了した看護師とすることを要望する。

【引用文献】

1) 厚生労働省、疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

(2) 重症児の居宅外への訪問看護の実現に向けた評価の新設【日本看護研究学会】

要望 重症児の居宅外訪問（学校、保育所、児童デイ等通園施設、外出先等）に対する評価の新設を要望する。

平成 29 年に全国の訪問看護ステーションを対象に実施した調査¹⁾によると、居宅以外への訪問看護を「している」という施設が 23.1%にのぼった。家族との外出時に人工呼吸器の異変や胃瘻抜去時の応急処置に緊急対応をしたケースなどが報告されている。しかし、現在は、居宅以外への訪問看護に診療報酬上の評価はなく、親や訪問看護ステーションの負担と責任で実施されている。特に、人工呼吸器の異変やカテーテル類抜去などの医療的な応急処置が必要な、別表第 7・第 8 の児に対し、訪問看護師が教育施設や福祉施設等への訪問を行うことができれば、児の安全を確保できることにつながる。家族には精神的な余裕が生まれ、児との外出などの楽しみができることで、子どもと家族の在宅療養を安定的に継続するサポートにつながる。

医療的ケア児が増加する昨今において、訪問看護師が居宅以外への訪問看護を安全に確実に実施できる体制を整えることは急務の課題である。現在は、健康保険法第 88 条による「居宅縛り」が課題となっている。その縛りへの対応とともに、診療報酬上でも重症児の居宅外訪問が可能となる評価の新設を要望する。

【引用文献】

1) 赤羽根章子、部谷知佐恵、泊祐子、他 6 人：訪問看護師による小児の居宅外訪問の実態と必要性、日本小児看護学会第 29 回学術集会、2019（札幌）予定

（３）小児外来への訪問看護師同席への評価の新設 【日本看護研究学会】

要望 小児の外来受診時に訪問看護師が同席することに対し、「小児外来共同指導加算（仮称）」の新設を要望する。

先天性疾患や希少難病をもつ子どもは複数科の受診を必要とするケースが多いが、その分、子どもの両親や訪問看護師は、複数科の主治医との連携に困難を有する。また、子どもの成長・発達に伴い、医療的ケアの内容や方法、器具等を変更していく必要があるが、複数科にまたがる指示は両親にとっても負担が大きく、時として変更の時期を見極められないままになるケースもある。

平成 29 年に全国の訪問看護ステーション 435 か所に質問紙調査¹⁾を行った結果、33.4%の訪問看護ステーションで「受診時の同席」を実施していることが明らかになった¹⁾。この同席によって、成長発達に応じた適切な器具の変更が行えた、訪問看護師の介入によって子どもの状態やケアを家族が理解できた、とする結果が得られている¹⁾。以上のことから、訪問看護を受けている子どもが外来受診をする際に訪問看護師が同席できるよう「小児外来共同指導加算（仮称）」の新設を要望する。

【引用文献】

- 1) 泊祐子，遠渡絹代，市川百香里，他 6 人．診療報酬を獲得できるエビデンスを積み重ねるⅢ—重度障がい児と家族の生活世界を広げる支援プロジェクト—，学会特別企画，第 44 回日本看護研究学会学術集会，356，2018（熊本）

(4)「機能強化型訪問看護管理療養費 1・2」の小児受け入れ要件の変更【日本小児看護学会】

要望 訪問看護ステーション機能強化型 1・2 の算定要件について、「特掲診療料の施設基準等の別表第 7 又は別表第 8 に該当する利用者」へ変更を要望する。

近年の医療的ケア児の増加に伴い、訪問看護を受ける小児（15 歳未満）の利用者数も増加傾向にある。厚生労働省の報告によると、小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア（基準告示第 2 の 1）に該当する者の割合は、平成 23 年から平成 29 年にかけて約 2.7 倍増加している（図 1）¹⁾。そのうち、超重症児・準超重症児には該当しないが、別表第 8 に該当する小児は 27.9% であった。しかしながら、現行の機能強化型訪問看護管理療養費 1・2 の算定要件では、特掲診療料の施設基準等の別表第 7 に該当する利用者と規定されており、別表第 8 に該当する利用者への訪問看護が多いステーションでは算定が難しくなっている。

以上のことから、現行の機能強化型訪問看護管理療養費 1・2 の算定要件として、「特掲診療料の施設基準等の別表第 7 又は別表第 8 に該当する利用者」への変更を要望する。この変更によって、別表第 7 だけでなく別表第 8 の利用者への訪問看護を実施しているステーションの充実につながる。

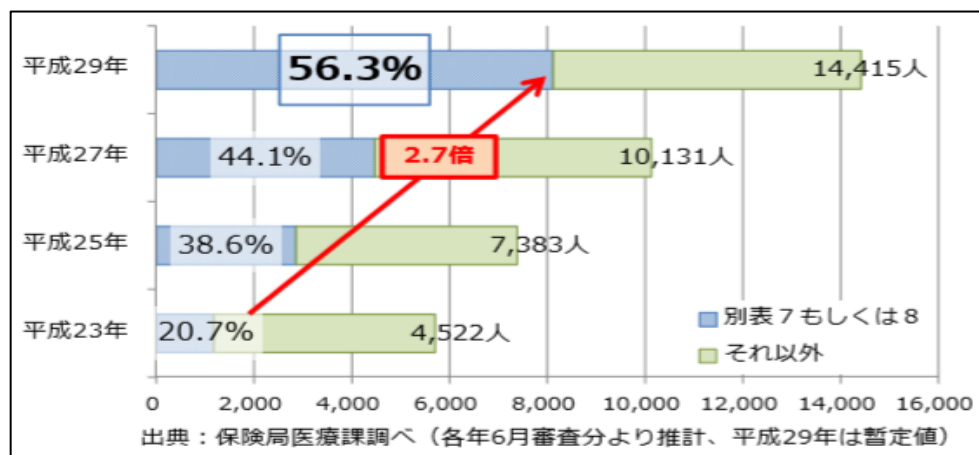


図 1：小児の訪問看護利用者数のうち、基準告示第 2 の 1 に該当する者の割合 ¹⁾

【引用文献】

1) 中医協 総-5(H29.11.15)

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000186845.pdf>

（５）小児への長時間訪問看護加算の算定対象の拡大と算定回数制限の撤廃【日本看護研究学会】

要望 子どもに対する長時間訪問看護加算の対象拡大と、退院後１ヶ月間の回数制限の撤廃を要望する。

現行の長時間訪問看護加算は、厚生労働大臣が定める者（特掲診療料別表第 7 と別表第 8）の場合は週に 1 回まで、15 歳未満の超重症児・準超重症児は週 3 回まで算定が可能である。しかし、小児の訪問看護では、重症度に関わらず時間を要することが多い上に、学齢期以降に状態が変化して呼吸器を装着するなど、成長や状態の変化に伴って長時間訪問を必要とするケースがある¹⁾。とくに退院後 1 ヶ月は両親への育児支援や処置の指導など、多くのケースで長時間訪問看護を必要としていた¹⁾。

平成 29 年に全国の訪問看護ステーション 435 か所に質問紙調査²⁾を行った結果、29.9%の訪問看護ステーションで、長時間訪問加算で認められている回数を超える訪問看護を実施していた。また、長時間訪問看護加算の算定の対象にならない患児に対し、27.0%の訪問看護ステーションで長時間訪問を実施していた。

以上のことから、長時間訪問看護加算の対象に、状態が変化（医療的ケアの増加や内容の変更）して退院した場合を加えることと、退院後 1 ヶ月間の回数制限の撤廃を要望する。

【引用文献】

- 1) 泊祐子，岡田摩理，遠渡絹代，他 5 人．小児専門の訪問看護ステーションにおける重症心身障がい児ケアの専門的機能と役割，日本看護研究学会雑誌，2019（投稿予定）
- 2) 部谷知佐恵，赤羽根章子，泊祐子，他診療報酬算定外の小児訪問看護サービスの種類と実施状況，日本小児看護学会第 29 回学術集会，2019．（発表予定）

3) 移行期支援

(1) 小児慢性特定疾病児童に対する成人移行期支援対策チーム設置への評価の新設

【日本小児看護学会】

要望 小児慢性特定疾病児童に対する成人移行期支援チームの設置に対する評価を要望する。

近年の小児医療技術の進歩により、多くの小児慢性特定疾病患者が成人に達している¹⁾。患者は療養の継続とともに、加齢に伴う合併症の発症や、結婚・出産や就学就労等のライフイベントにおいて多くの課題に直面する。このような患者が成人型診療へスムーズに移行するためには、小児型主治医に加え、小児を専門とする高度実践看護師、社会福祉士、臨床心理士、そして、受け皿となる成人型診療側とが協働して、移行期支援を行うことが必要である。

移行期支援とは、“小児中心型医療から成人型医療への転科を含めた一連の移り変わりのプロセス”であり、小児期から継続的かつ計画的に実施される必要がある¹⁾。また、**transfer**（転科）と**transition**（医療における責任主体を患者本人へ移すこと）の2つの側面があり¹⁾、その目標は①原疾患の治療継続、②成人期に高リスク発症の精神的身体的合併症および二次性疾患の早期発見・治療、③原疾患への影響を考慮した医療（生殖医療等）、④就学・就労への支援・連携、⑤QOLに寄与する社会福祉サービスの紹介・連携である（図1）。米国では、移行期支援チームの支援により、患者のQOL向上や円滑な自己管理が可能となり、スムーズに成人型医療へ移行できている。しかし、日本においては、国立成育医療研究センターをはじめとしたモデル事業が展開されるなど、移行期支援の重要性が高まっているものの、成人移行期支援チームへの診療報酬上の評価はない。

以上のことから、小児慢性特定疾病児童に対する成人移行期支援チームを設置している施設に対する評価を要望する。

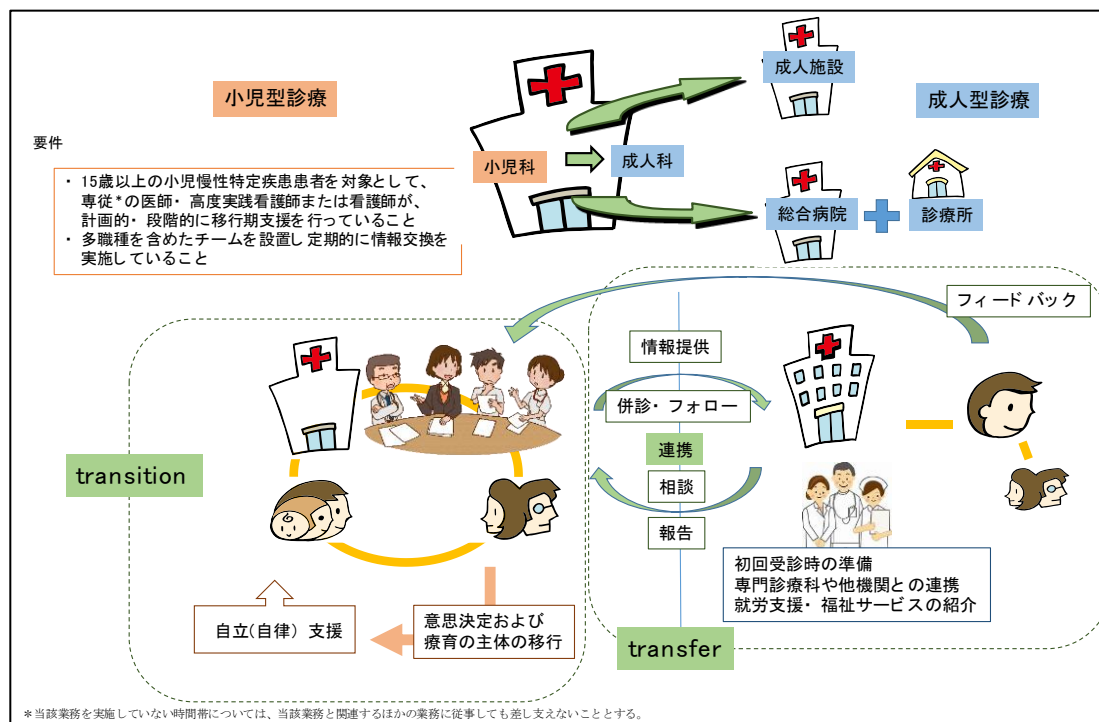


図1：成人移行期支援の活動概要

【引用文献】

1) 横谷進、落合亮太、小林信秋、他、小児科発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言、日本小児科学会雑誌 2014;118:98-106.

(2) 退院直後の患者への指導料の新設【日本慢性看護学会】

要望 A-246 入退院支援加算の算定対象となる患者に対し、退院から1か月以内での外来支援に対し、「退院直後療養指導料」（仮称）の新設を要望する。

平成30年度診療報酬改定でそれまでの退院支援加算が入退院支援加算となり、早い段階から退院を見越した支援が強化された。しかし、退院後に訪問看護を利用しない患者の場合、セルフケアの継続的な指導や、生活状況に応じた在宅サービスの再調整などは、すべて外来の場で行われることになる。実際に、退院後の初回外来時に、緊急時の対応やセルフケアに関する指導を専門看護師等が実施しており¹⁾(図1)、心不全に関する専門的な看護師による外来ケアによって、再入院の回避や退院後1年間の死亡、セルフケア支援に有効であったことが報告されている²⁾。反面、不安定な状態で退院した外来患者が早期に再入院となることで、医療費増大のリスクを招くことが報告されている^{3)・4)}。

このように、退院後も継続的な支援・指導を行っているが、診療報酬上では在宅療養指導料でのみ評価される。在宅療養指導料は、在宅療養指導管理料の算定対象または器具を装着している患者が対象となっている。つまり、この要件に該当しない患者に外来での看護支援を行っても、算定できない現状がある。

以上のことから、A-246 入退院支援加算の対象となる退院困難な要因をもつ患者への、退院から1か月以内の外来での在宅療養支援に対し、「退院直後療養指導料」（仮称）の新設を要望する。

【引用文献】

- 1) 今戸美奈子、東めぐみ、他(2019)：退院後初回外来時の慢性疾患患者に対する在宅療養支援の実態、日本慢性看護学会誌、13 (1) (受理済み)
- 2) Strömberg、A、Mårtensson、J、Fridlund、B、et al. (2003)：Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behavior in patients with heart failure. Results from a prospective、 randomized trial、 European Heart Journal、 24、 1014-1023.
- 3) Donaho、 et al. (2015)：Protocol-driven allied health post-discharge transition clinic to reduce hospital readmissions in heart failure. J Am Heart Assoc、 4(12)、 e002296.
- 4) Stewart、 et al. (2002)：An economic analysis of specialist heart failure nurse management in the U.K. Can we afford not to implement it? Eur Heart J、 23(17)、 1369-78.

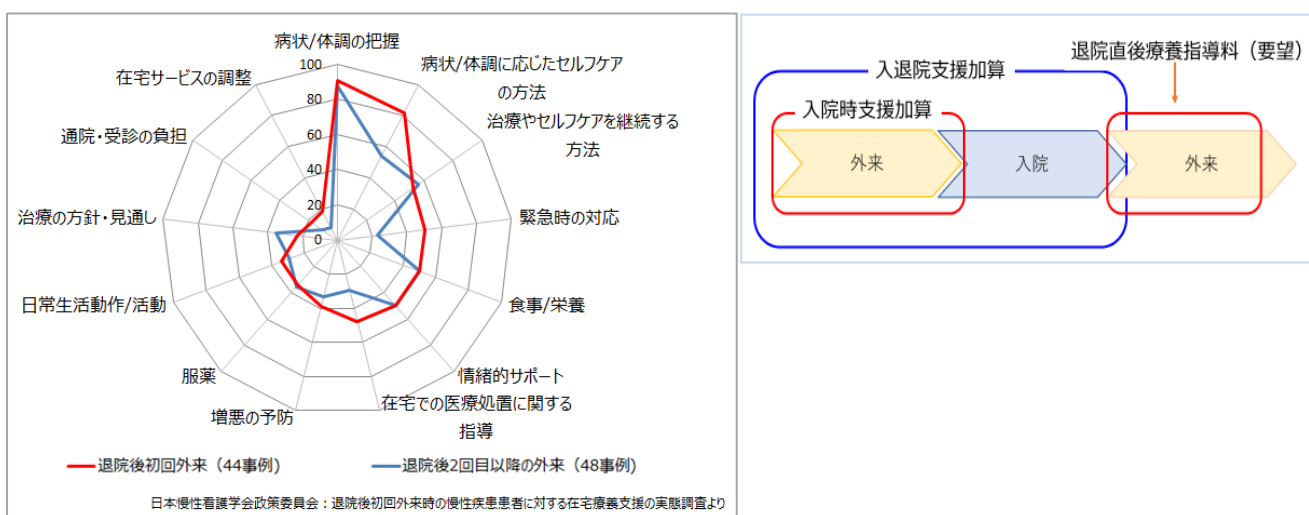


図1：退院後初回外来における在宅療養支援の内容別実施割合

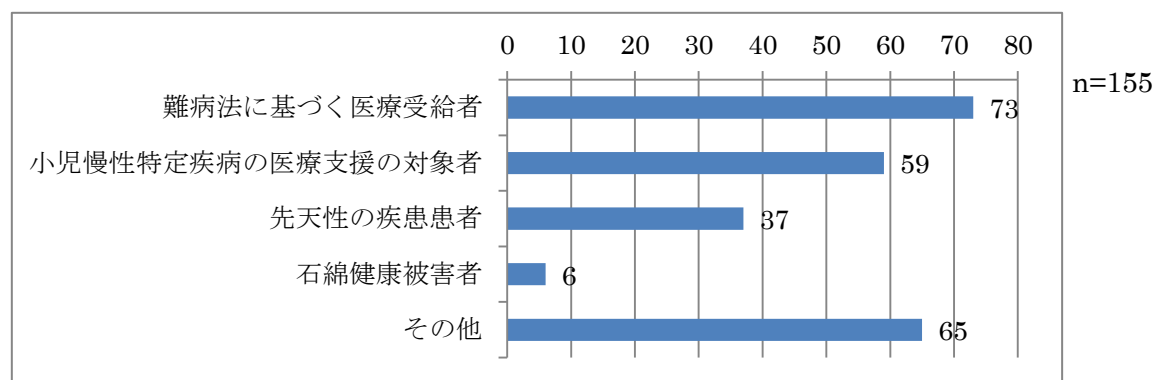
4) 訪問看護への評価の見直し

(1) 「訪問看護情報提供療養費 1」の算定対象の拡大【日本訪問看護財団】

要望 訪問看護情報提供療養費 1 の対象者の拡大を要望する。

平成 30 年度診療報酬改定において、訪問看護にまつわる情報提供先が学校や入院・入所先に拡大されたものの、「市町村等の求めに応じて」提供するなどの要件が設定された。このため、訪問看護側が必要と判断した情報提供については算定できない現状がある。このような状況は、患者情報が有効に活用されず、緊急時や災害時の対応の遅れや、シームレスな連携を阻害する要因になりかねない。日本訪問看護財団が実施した訪問看護ステーションを対象とした調査¹⁾によると、厚生労働大臣が定める疾病以外で情報提供が必要と考える対象者は図 1 のような結果であった。また、近年増加する児童虐待についても、訪問看護師による情報提供が有用にはたらく可能性がある。以上のことから、訪問看護情報提供療養費 1 について以下の対象者の情報が提供できるよう要望する。

- 難病法に基づく医療受給者
- 小児慢性特定疾病の医療支援の対象者
- 先天性疾患をもつ患者
- 児童虐待等不適切な対応



※その他：生活保護（9 件）、精神疾患（7）、虐待（7）、困難事例（4）、障害者（4）

図 1 厚生労働大臣が定める疾病以外で情報提供を必要と考える対象者（直近 3 か月）

【引用文献】

- 1) 日本訪問看護財団会員調査「2020 年度診療報酬改定の要望に関するアンケート」（2019 年 2 月）

(2)「訪問看護情報提供療養費 2」の算定要件の拡大【日本訪問看護財団】

要望 訪問看護情報提供療養費 2 の要件等に関する改定を要望する。さらにカンファレンスに参加して情報提供を行った場合は報酬の引き上げを要望する。

訪問看護情報提供療養費 2 は、医療的ケア児等が初めて義務教育諸学校に在籍する月に、1 人 1 回限り算定できる。しかし、医療的ケア児は、病状の季節変動や日内変動、新たな集団生活での感染症などに対処する必要があるとあり、家族も含めて継続的な支援を必要とする。つまり、関係機関への情報提供も密に必要であることから、訪問看護情報提供療養費 2 について以下要望する。

- ①医療的ケア児等が初めて義務教育諸学校に在籍する月以外も算定できるようにする。
- ②当該学校に看護職員の配置がない場合であっても、養護教諭等との連携で訪問看護情報提供療養費 2 が算定できるようにする。
- ③関係担当者が一堂に会すカンファレンスで情報共有を行った場合にはさらに評価する。

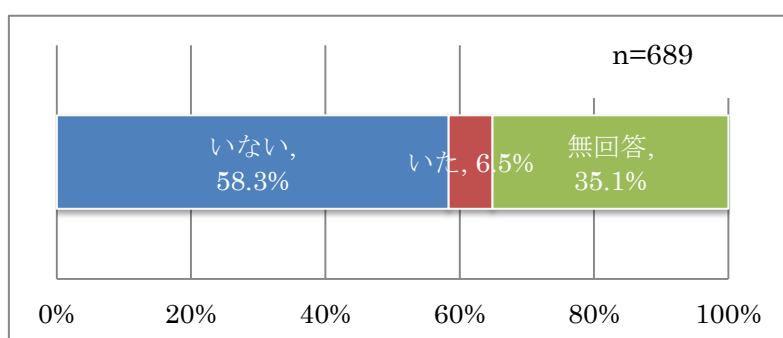
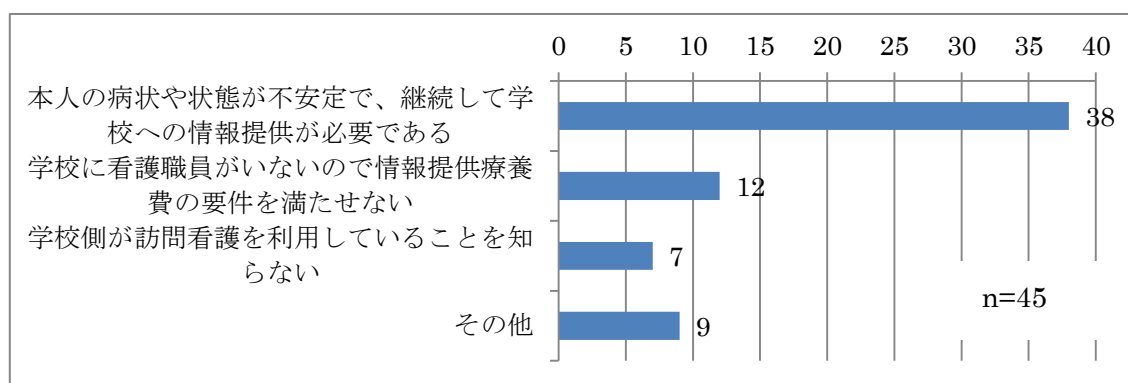


図1 義務教育諸学校への情報提供について（直近3か月）

訪問看護情報提供療養費 2 を算定した人数は平均 0.5 人であった。情報提供が必要と思ったケースが「いた」と回答したのは 45 件（6.5%）であり、平均人数は 1.4 人であった。



その他：学校の理解不足（3件）、連携希望（2）など

図2 情報提供が必要と思ったが提供できなかったことについて（直近3か月）

情報提供が必要と思ったが提供できなかった対象が「いた」場合の理由は、「本人の病状や状態が不安定で、継続して学校への情報提供が必要である」が最も多く 38 件であった。

【引用文献】

- 1) 日本訪問看護財団会員調査「2020 年度診療報酬改定の要望に関するアンケート」（2019 年 2 月）

（３）「訪問看護情報提供療養費 ３」の算定要件の見直し【日本訪問看護財団】

要望 訪問看護情報提供療養費 ３について、訪問看護ステーションから入院・入所先にダイレクトで情報提供を行った場合にも算定できるよう要件を見直すことを要望する。

訪問看護情報提供療養費 ３は、訪問看護利用者が医療機関等に入院・入所する際に、訪問看護ステーションが主治医の所属する保険医療機関に所定の情報提供書を提供することで算定できる。しかし、緊急入院などの際は主治医を介した情報提供が遅れるケースがある（図 1）。そのため、訪問看護ステーションから直接入院先へ訪問看護情報を提供できれば、情報伝達が早く、看護師同士の連携でスムーズな療養生活へ移行できる。以上のことから、訪問看護情報提供療養費 ３の算定において、訪問看護ステーションから入院・入所先にダイレクトで情報提供を行った場合にも算定できるよう要件を見直すことを要望する。

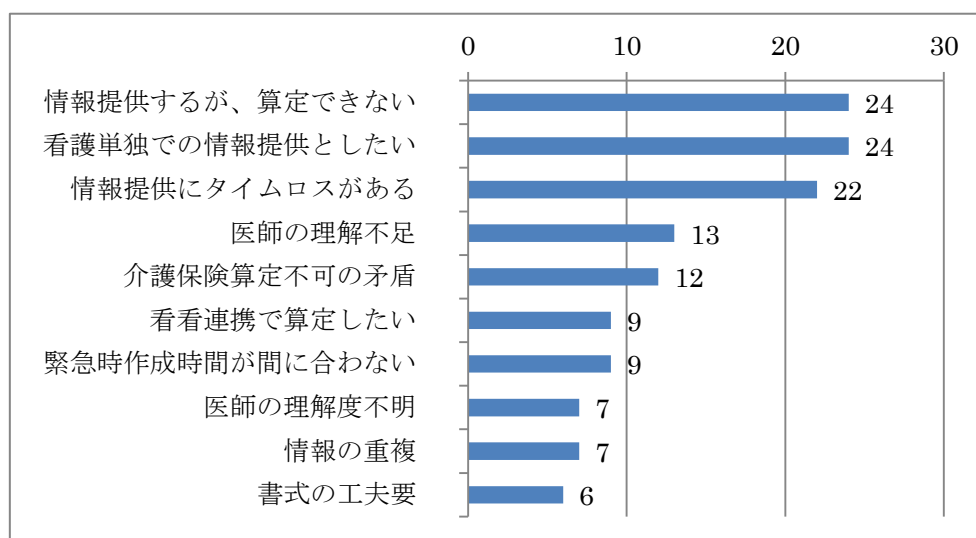


図 1 訪問看護情報提供療養費 ３（入院・入所先）の算定の課題（直近 3 か月）

【引用文献】

- 1) 日本訪問看護財団会員調査「2020 年度診療報酬改定の要望に関するアンケート」（2019 年 2 月）

(4)「訪問看護療養費」に係る別表第7又は第8の算定対象の追加 【日本訪問看護財団】

要望 訪問看護療養費に係る別表第7又は第8（特別管理加算）の対象者の追加を要望する。

特別管理加算の対象者は、週4日以上頻回の訪問看護が継続できる。それ以外で頻回の訪問看護が必要な場合は、主治医より特別訪問看護指示書が交付されて訪問看護を行っている。その場合、月1回の交付で14日間を限度としており、気管カニューレを使用している患者と真皮を超える褥瘡の状態にある患者は月2回交付が認められている。

日本訪問看護財団が実施した調査によると、回答した689件のうち、気管カニューレと真皮を超える褥瘡以外で月2回の特別訪問看護指示書の交付が必要と判断する対象者が「いた」と回答したのは144件（20.9%）であり、「いないが今後必要になる」と回答したのは67件（9.7%）であった。その対象者として、がん末期以外のターミナル期が最も多く159件であり、次いで難治性潰瘍が91件であった。以上の事から、訪問看護療養費に係る別表第7又は8（特別管理加算）に下記の対象者を追加することを要望する。

- がん末期以外のターミナル期 ○難治性潰瘍
- 慢性皮膚疾患（表皮水泡症、類天疱瘡、紅皮症等）

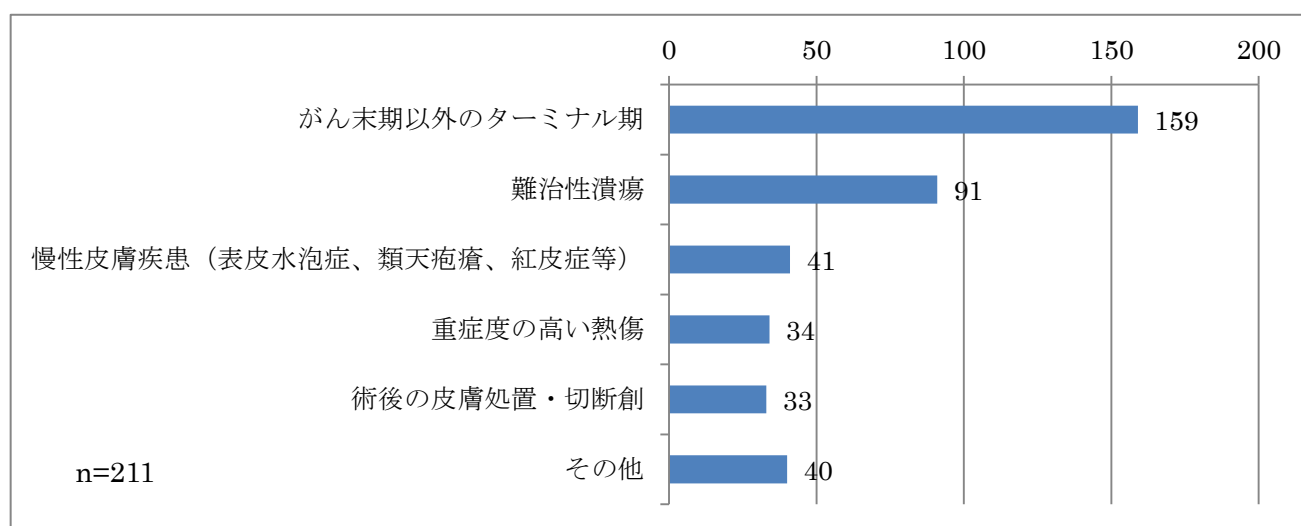


図1 気管カニューレと真皮を超える褥瘡以外で月2回必要と判断する実利用者（直近3か月）

【引用文献】

- 1) 日本訪問看護財団会員調査「2020年度診療報酬改定の要望に関するアンケート」（2019年2月）

（５）特別訪問看護指示書を月２回交付できる対象者の追加【日本訪問看護財団】

要望 特別訪問看護指示書を月２回交付できる対象者の追加を要望する。

頻回な訪問看護が必要な場合は、主治医より特別訪問看護指示書が交付されて、月１回診療の日から１４日間に限り訪問看護を実施できる。気管カニューレを使用している状態と真皮を超える褥瘡の状態にある利用者の場合は月２回交付が認められている。また、介護保険の利用者で、老衰や認知症等のターミナルケア期は、１回のみ１４日間の特別訪問看護指示書が交付され、医療保険で対応することがある。しかしながら、日本訪問看護財団が実施した調査^{１)}によると、現行の厚生労働大臣が定める者以外に、がん以外のターミナルケア、潰瘍等の難治性のスキントラブルなどの対象者が、月２回の特別訪問看護指示書の交付が必要であることが明らかとなった。

以上のことより、「C007 訪問看護指示料」において厚生労働大臣が定める者以外の患者として、以下の者の追加を要望する。

① がん末期以外のターミナルケア（認知症、心疾患、呼吸器系疾患等慢性疾患、難病）

日本緩和医療学会では、がん以外の疼痛や、呼吸不全、心不全、ALS、による呼吸苦の緩和医療にモルヒネ使用が検証され、英国では心不全、パーキンソン氏病の緩和ケアの RCT 検証が進行している等がん以外のターミナルケアが見直されている。

② 重症度の高い熱傷（熱傷の深度分類 深達性Ⅱ度以上）

③ 皮膚潰瘍（手術に伴う創傷、静脈鬱滞性潰瘍、虚血性潰瘍、糖尿病性潰瘍、自己免疫疾患に伴う潰瘍、放射線潰瘍）

④ 術後の皮膚処置・切断創

⑤ その他皮膚のケア

ステロイド長期服用患者等の重度のスキントア、失禁関連皮膚炎（IAD）、帯状疱疹・ヘルペスによる重度の皮膚感染症は深度分類に照合すると浅い創になるが、長期的ケアが必要となる。

深度分類	状態・治療過程
I 度 epidermal burn	● 表皮熱傷で受傷部の発赤のみ。 ● 瘢痕を残さず治癒。
浅達性Ⅱ度 superficial dermal burn	● 水疱形成あり、水疱底の真皮が赤色。(痛い!) ● 1-2週間で表皮化し治癒する。
深達性Ⅱ度 deep dermal burn	● 水疱形成あり、水疱底の真皮が白色。(痛くない...) ● 3-4週間で表皮化。肥厚性瘢痕やケロイドを残す可能性。
Ⅲ度 deep burn	● 皮膚全層の壊死。白色or褐色レザー様、炭化。 ● 植皮を施行しなければ肥厚性瘢痕や瘢痕性拘縮 受傷部位の辺縁からのみ、1-3ヶ月以上を要し表皮化

受傷当日は正確な分類はできない。
熱傷深度は進行する。

日本皮膚科学会 創傷・熱傷ガイドライン 2012

図１：熱傷の深度分類表^{５)}

【引用文献】

- 日本訪問看護財団会員調査「2020 年度診療報酬改定の要望に関するアンケート（2019 年 2 月）
- 中島孝,西川満則：日本緩和医療学会ニュース 第 61 号・1102
- 宮島加耶：日本緩和医療学会ニュース 第 62 号・0201
- Johnson M,Follon M.(2013).Just good care? Thepalliative Care of those with non-malignantdisease. Palliative Medicine 2013;27(9):803-804.
- 日本皮膚科学会：創傷・熱傷ガイドライン 2012

重点要望 3. 効果的・効率的な医療に貢献する看護ケア実践への評価

1) 遠隔モニタリングの活用

(1) 「C103 在宅酸素療法指導管理料」遠隔モニタリング加算の引き上げと算定回数の拡大

【日本在宅ケア学会】

要望 在宅酸素療法指導管理料の「遠隔モニタリング加算」を 320 点に引き上げ、月 4 回まで算定できるよう要望する。

2018 年診療報酬改定において、在宅酸素療法指導管理料に遠隔モニタリング加算が新設された。遠隔モニタリングは、増悪や再入院予防に有効であるとされ¹⁾²⁾、日本でも国が推進しようとしているが、診療報酬上での評価が低く、年間 30%の在宅患者が再入院する現状は変化していない。

現行の在宅酸素療法指導管理料「遠隔モニタリング加算」は、実施回数にかかわらず月 1 回 150 点 (2 か月限度) での算定であり、本加算を算定した月は在宅酸素療法指導管理料 2,400 点を算定できない。これでは、人員要件を満たすだけでなく、システム導入やデータ保存に関する諸経費をカバーすることもできない。類似している「心臓ペースメーカー遠隔モニタリング加算」は、11 月を限度に 320 点を算定でき、2017 年 6 月の時点で 31 件³⁾の算定実績があることから、在宅酸素療法指導管理料「遠隔モニタリング加算」を 320 点に引き上げることを要望する。

また、遠隔モニタリングの実施頻度は、慢性呼吸不全の安定期では最低でも週 1 回、終末期に近い状態は一日 1 回の遠隔モニタリングを行って、継続的に病状の安定性を確認する必要がある。しかし、現在の算定は月 1 回であり、患者に必要とされる回数を満たしていない。このことから、月 4 回まで算定できるよう要望する。

【引用文献】

- 1) McLean, S., et al. (2012), Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane Review and meta-analysis, *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(604), pp. 739 - 49.
- 2) Cruz, J., Brooks, D., Marques, A. (2014). Home telemonitoring effectiveness in COPD: a systematic review, *Int J Clin Pract*, 68(3), 369-78. doi: 10.1111/ijcp.12345.
- 3) 平成 29 年社会医療診療行為別統計, 診療行為の状況 医科診療,
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450048&tstat=000001029602>

(2) 「C101 在宅自己注射指導管理料」への遠隔モニタリング加算の新設

【日本糖尿病教育・看護学会】

要望 在宅自己注射指導管理料に「遠隔モニタリング加算」の適用を要望する。

現在、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料および在宅酸素療法指導管理料に「遠隔モニタリング加算」が算定できるが、対象となっていない糖尿病及び糖尿病腎症の患者に対する遠隔モニタリングの実践が効果をあげている。

日本糖尿病教育・看護学会会員に対する遠隔モニタリングの調査（n=145）では¹⁾、回答施設の11.7%が看護師による遠隔モニタリングを実施し、Fax や email、電話等での指導を含めると 26.2% が実施しているという結果であった。対象となる患者は、インスリン療養中の患者が最も多かった（図 1）。また、別の研究²⁾³⁾では医療機関での通常ケアのほか、在宅患者に向けた看護師による包括的な教育介入（血糖モニタリングや電話カウンセリングを含む）によって、直接対面だけの通常ケア群よりも HbA1c 値が有意に低下することが報告されている。

このように、医療施設において何らかの遠隔技術を用いた血糖値モニタリングや指導が実践されている上に、適切なタイミングでの介入が糖尿病患者の重症化予防につながることを期待できる。以上のことから、インスリン自己注射の患者に算定可能な在宅自己注射指導管理料に遠隔モニタリング加算を適用することを要望する。

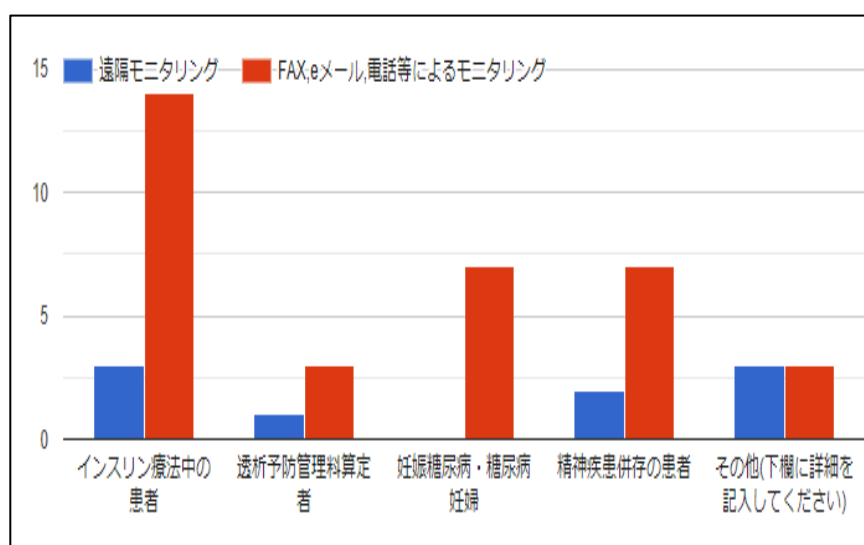


図 1： 遠隔モニタリングおよび電話や FAX などによるモニタリング実施対象者³⁾

【引用文献】

- 1) 日本糖尿病教育・看護学会政策委員会：診療報酬改定要望に向けた実態調査結果「糖尿病透析予防指導管理料」の算定、遠隔モニタリングを用いた看護支援。＜調査期間＞2019 年 1 月（未発表）
- 2) Moriyama, M., Nakano, M., Kuroe, Y., Nin, K., Niitani, M., & Nakaya, T. (2009). Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: Results of a 12 month trial. Japan Journal of Nursing Science, 6(1), 51–63.
- 3) Kazawa K, Yamane K, Yorioka N, Moriyama M. Development and Evaluation of Disease Management Program and Service Framework for Patients with Chronic Diseases. Health. 7(6):729-740: 2015. DOI:10.4236/health.2015.76087

2) 不妊治療を支える

(1) 不妊治療における指導管理への評価の新設【日本生殖看護学会】

要望 不妊症の治療・検査およびその結果について専門的知識を有する医師・看護師による 30 分以上の説明および相談対応を行った場合に「一般不妊治療指導管理料（仮称）」を算定できるよう要望する。

初婚同士の夫婦 5,335 組のうち、5.5 組に 1 組（18.2%）が不妊の検査や治療を受けており、5 年前と比べても増加していることが報告されている¹⁾。一方で、不妊治療は薬剤の開発・改良や治療技術の向上が進み、その分、治療の長期化や治療内容に対する心理的ストレスを抱えやすい。このような不妊治療の困難さに対し、184 治療施設のうちの 59.2%が相談専用室を設け、さらに、31.5%の施設は定期相談日を設けている。定期相談日を設けていない施設 126 施設(68.5%)であっても、患者からの個別の要望に応じて相談にあたっている施設が 117 施設（92.9%）にのぼっている²⁾。

このように、不妊治療における困難さをサポートする体制が整いつつある。さらに近年では、一般不妊治療を受ける女性患者に対し、専門医および看護師による指導管理プログラムが開発され、現在その効果を調査中である³⁾。今後ますます専門性の高いサポートが実施できるよう、診療報酬で対象となる一般不妊治療において、専門的知識を有する医師や専門の研修を受けた看護師による指導を 30 分以上行った場合に「不妊治療管理指導料（仮称）」として算定できるよう要望する。

表 1：「定期相談日が決まっていない」施設が相談に至る状況（重複回答あり）

N=126	
相談に至る状況	施設数(%)
患者からの個別の要望(自主的な要望を含む)に応じて	117(92.9)
診療場面から医療者が判断して	99(78.6)
あらかじめ相談の適応と決めている事項に該当して	33(26.2)
その他(妊娠判定陰性時、流産、IUFD、感情を表出しているときなど)	9(7.1)

【引用文献】

1) 国立社会保障・人口問題研究所：第 15 回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査)(2015 年)

http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou15/doukou15_gaiyo.asp

2) 清水清美・森明子・菅野伸俊．不妊症外来における不妊相談体制の調査．日本生殖看護学会誌．15 (1):45-53, 2018.

3) 平成 28-30 年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究(B)「一般不妊治療を受ける女性患者に対する指導管理プログラムの効果」(研究代表者：森明子)（分析途中結果のため未公表）

3) 周手術期を支える

(1) 専門の研修を受けた看護師による手術前外来への評価の新設【日本手術看護学会】

要望 専門の研修を受けた看護師による手術前外来への評価を要望する。

近年、医療技術の進歩により後期高齢者の手術が実施されているが、日本麻酔科学会の報告書¹⁾によると、手術前合併症が心停止・死亡といった術中トラブルの原因になっている。そのため、手術前評価と評価に基づいて計画された周術期管理が安全な手術の提供につながる。

日本手術看護学会が2019年に実施した調査²⁾によると、1598施設のうち、38.7%が手術前外来を実施している。実施者は麻酔科医師が74.3%と最も多く、続いて手術室看護師が51.4%であった。手術前外来では、麻酔科医師が行っている身体的なアセスメントに加え、手術室看護師による手術中体位を考慮した身体評価、患者の不安や疑問への対応、内服薬管理など、患者にとって安心・安全な手術に大きく貢献している。また、手術件数の増加に伴う麻酔科医師の加重業務に対し、専門性の高い手術室看護師に患者情報の聞き取りなどをタスクシフティングすることで、効率的な医療の提供につながることが期待できる。現在、手術看護認定看護師、公益社団法人日本麻酔科学会による周術期管理チームの認定資格保持者、日本手術看護学会認定の手術看護実践指導看護師など、手術看護に携わる専門性の高い看護師の養成が進んでおり、この人材を活用することが可能である。以上のことから、専門の研修を受けた看護師による入院前の手術前指導（外来）への評価を要望する。

【引用文献】

1) 日本麻酔科学会安全委員会；麻酔関連偶発症例調査 2004～2008 危機的偶発症に関する集計結果公表について
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/dl/s0406-6c1.pdf>

2) 日本手術看護学会会員実態調査 2019；看護師の配置・配属について 項目 4・6・4・7・4・10

(2) 高度急性期病院の手術室看護師の定数配置の検討【日本手術看護学会】

要望 特定機能病院などの高度急性期機能をもつ病院について、手術室看護師の定数配置の検討を要望する。

近年の手術医療は著しく進歩し、内視鏡下手術の導入による手術時間の短縮、ロボット手術による高難度手術の提供、高齢患者に対する手術提供など、手術件数の増加と患者の多様化が顕著となっている。その一方で、手術室における看護師の配置基準はなく、自施設のマネジメントのもとで看護師が配置されている。また、今日の手術料を算定する大枠となっている外保連試算においては、5年目看護師を基準に、器械出し看護師1名、外回り看護師1名の1室2名配置が標準的な考え方となっている。

日本手術看護学会では、エビデンスに基づいた看護要員の策定基準を設定する目的で、2006年から調査を実施し、2009年に看護要員算定式を考案した¹⁾。算定式は、一日当たりの平均手術件数と一件当たりの平均手術時間をもとに看護師の業務量を求め、一日の勤務時間で割ることで必要な看護師数を求め、更に、休暇取得や夜勤等の労務条件を加味して算出した。こうして求めた算定式に基づいて概算したところ、手術室看護要員の配置基準として「1室4名」が妥当であることが明らかとなった。実際に、日本手術看護学会が2018年度に実施した追加調査では、実際の手術室配置人数は3.7人であり、実データと算定式に大きな開きがない結果であった。一方で、手術内容によっては、2名配置で対応できる手術や、長時間手術で看護師の交代が必要な手術など、業務量に合わせた配置を検討する必要がある。

そこで、高度急性期機能をもつ特定機能病院などについて、手術室看護師の定数配置実現のための検討を行うことを要望する。

【引用文献】 1) 日本手術看護学会：手術室における看護要員の算定基準 調査結果報告 2013