

令和 4 年度診療報酬改定

要望書

一般社団法人 看護系学会等社会保険連合

令和 3 年 6 月 22 日提出

令和4年度診療報酬改定に向けた要望

新型コロナウイルス感染症がもたらした、医療現場への影響は図りしれず、医療提供体制のひっ迫とともに、医療経営への影響も極めて大きなものがあります。しかし、混乱した情勢の中であっても、看護師は患者・利用者の傍で、暮らしと治療の両立支援や重症化予防に尽力してまいりました。一般社団法人看護系学会等社会保険連合では、コロナ禍に顕在化したケアニーズを含め、求められるケアについて52の加盟学会・団体との検討を重ね、令和4年度診療報酬改定に向けて以下4点を重点要望といたしました。

重点要望1. 患者の受診ニーズの変化に応じた看護提供体制の変革への評価

新型コロナウイルス感染症への不安が患者の受診控えをもたらした一方で、オンライン診療の導入によって新たな医療提供の形が発展してきました。患者にとって更なる効率的な医療アクセスを叶えるには、**看護分野における情報通信機器の導入**であると考えました。情報通信機器を用いた看護は、重点要望2に掲げた「患者の暮らしと治療の両立を支える看護実践」でもあり、患者のQOL向上も期待できます。また、**特定行為研修修了者の活用**や、救急外来の**看護体制の充実**は、より迅速な医療・看護提供につながります。このような、患者の新たな受診ニーズに対応する看護提供体制への評価を要望します。

重点要望2. 患者の暮らしと治療の両立を支える看護実践への評価

国民にとって、医療や介護は暮らしの一部にすぎません。患者や家族は、自身の暮らしと治療をいかに両立させるか考え、努力を重ねていますが、そこへ看護師は寄り添って支援を行っています。例えば、働き盛り・子育て中の世代に対するカウンセリング機能がきわめて重要です。**がんを始めとする慢性疾患患者**には、暮らしと治療を両立するための助言や意思決定支援、職場との調整を行います。**訪問看護**は、暮らしの中での医療・看護提供に欠かすことができず、さらなる最適化が求められています。このような、国民が暮らしと治療の両立を必要としたときに、支援機能を発揮できる看護実践への評価を要望します。

重点要望3. QOLの維持・向上に貢献できる専門性の高い看護ケア実践への評価

1996年頃から始まった認定看護師・専門看護師の養成によって、専門性の高い看護ケアを提供できる看護師が増えています。また、提供する看護ケア実践の内容も充実してきました。例えば、**排泄ケアや脳卒中ケア**の分野においては、療養生活の中でのリハビリテーションの提供を可能とし、**糖尿病や精神疾患**の分野では、患者のセルフケア技術習得のための支援に尽力しています。手術を受ける患者に対しては、**手術室**の看護機能を強化することで、より安全な手術の提供が期待されます。このような、専門性の高い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4. 次世代育成を支える看護ケア実践への評価

少子化に歯止めがかからない我が国において、次世代育成支援は重要な課題に位置付けられています。**妊産婦**に対し、安全で安心な出産を支えるのはもちろんのこと、**子を持ちたいと願うがん患者への妊孕性温存**という新たなニーズも発生しています。また、生まれてきた子どもたちが社会の中で健全に育まれるよう、**小児虐待や医療的ケア児**をめぐる支援も必要とされています。このような次世代育成を支える看護ケア実践に対し、評価を要望します。

目 次

重点要望1. 患者の受診ニーズの変化に応じた看護提供体制の変革への評価

「C103-2在宅酸素療法指導管理料遠隔モニタリング加算」算定回数の緩和と評価の充実	・ ・ ・ ・ ・	6
「C101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	・ ・ ・ ・ ・	7
「B001-13在宅療養指導料」情報通信機器を用いた遠隔での指導への適用	・ ・ ・ ・ ・	8
「B001-23がん患者指導管理料口」情報通信機器を用いた遠隔での指導への適用	・ ・ ・ ・ ・	9
「C005在宅患者訪問看護・指導料」情報通信機器を用いた遠隔での看護支援への適用	・ ・ ・ ・ ・	10
認知症者・介護者への情報通信機器を用いた生活指導への評価	・ ・ ・ ・ ・	11
CCUやHCUにおける特定行為研修修了者の配置への評価	・ ・ ・ ・ ・	12
救急外来における帰宅患者への在宅療養支援への評価	・ ・ ・ ・ ・	13
「B001-2-6夜間休日救急搬送医学管理料」救急搬送看護体制加算の要件追加	・ ・ ・ ・ ・	14

重点要望2. 患者の暮らしと治療の両立を支える看護実践への評価

「B001-23がん患者指導管理料イ」算定回数上限の緩和	・ ・ ・ ・ ・	16
「B001-23がん患者指導管理料口」算定対象患者の評価ツールを追加	・ ・ ・ ・ ・	17
「B001-23がん患者指導管理料イおよび口」高齢がん患者への介入を評価	・ ・ ・ ・ ・	18
「B001-13在宅療養指導料」指導時間を20分以上に変更、または、時間毎の点数設定を	・ ・ ・ ・ ・	19
心不全再入院予防指導管理料（仮称）の新設	・ ・ ・ ・ ・	20
退院後療養指導料（仮称）の新設	・ ・ ・ ・ ・	21
看護師の情報提供書作成への評価	・ ・ ・ ・ ・	22
アドバンス・ケア・プランニング支援管理料（仮称）の新設	・ ・ ・ ・ ・	23
「訪問看護情報提供療養費2」の算定回数の制限緩和	・ ・ ・ ・ ・	24
重症児に対する居宅外への訪問看護の評価	・ ・ ・ ・ ・	25
訪問看護ステーション機能強化型1・2に別表8の小児を追加	・ ・ ・ ・ ・	26
外来受診に訪問看護師が同席・連携することへの評価（小児）	・ ・ ・ ・ ・	27
外来受診に訪問看護師が同席・連携することへの評価（認知症患者等）	・ ・ ・ ・ ・	28
特別訪問看護指示書を月2回交付できる対象者の拡大	・ ・ ・ ・ ・	29
訪問看護認定看護師等の配置による「訪問看護ターミナルケア療養費」の評価の充実	・ ・ ・ ・ ・	30
「退院支援指導加算」退院当日の評価の充実	・ ・ ・ ・ ・	31
「複数名訪問看護加算」（精神科を除く）の回数制限の撤廃	・ ・ ・ ・ ・	32

重点要望3. QOLの維持・向上に貢献できる専門性の高い看護ケア実践への評価

脳卒中再発・重症化予防指導料（仮称）の新設	・ ・ ・ ・ ・	34
「J043-3ストーマ処置（1日につき）」のストーマ合併症加算の追加	・ ・ ・ ・ ・	35
「B005-9外来排尿自立指導料」他施設での継続指導への拡大	・ ・ ・ ・ ・	36
「B005-9外来排尿自立指導料」「A251排尿自立支援加算」の排便ケアへの拡大と名称	・ ・ ・ ・ ・	37
地域連携褥瘡重症化予防管理料（仮称）の新設	・ ・ ・ ・ ・	38
基本診療料の施設基準における褥瘡対策チームの注釈追加	・ ・ ・ ・ ・	39
「A247-2せん妄ハイリスク患者ケア加算」算定対象病床の追加と評価の充実	・ ・ ・ ・ ・	40
精神科病院における看護外来支援・指導料（仮称）の新設	・ ・ ・ ・ ・	41
精神疾患を併せもつ糖尿病患者に対するハイリスク糖尿病連携指導料（仮称）の新設	・ ・ ・ ・ ・	42
「B001-20糖尿病合併症管理料」入院患者と在宅患者への評価の拡大	・ ・ ・ ・ ・	43
「B001-20糖尿病合併症管理料」実態に合った評価の充実	・ ・ ・ ・ ・	44
爪病変をもつ高齢者へのフットケア指導料（仮称）の新設	・ ・ ・ ・ ・	45
手術室における看護師人員配置の検討	・ ・ ・ ・ ・	46

重点要望4. 次世代育成を支える看護ケア実践への評価

一般不妊治療指導管理料（仮称）の新設	・ ・ ・ ・ ・	48
がん患者妊孕性相談指導料（仮称）の新設	・ ・ ・ ・ ・	49
産科混合病棟ユニットマネジメント体制への評価の新設	・ ・ ・ ・ ・	50
現行の施設基準要件に助産師外来・院内助産設置を追加	・ ・ ・ ・ ・	51
「C101-3在宅妊娠糖尿病患者指導管理料」の算定対象の拡大	・ ・ ・ ・ ・	52
「B005-10ハイリスク妊産婦連携指導料」の対象に妊娠糖尿病妊婦を追加	・ ・ ・ ・ ・	53
NICU・GCUにおける新生児授乳サポート連携加算（仮称）の新設	・ ・ ・ ・ ・	54
要支援児童（被虐待児等）への支援体制に対する評価の新設	・ ・ ・ ・ ・	55
小児慢性特定疾病児童に対する成人移行支援指導料（仮称）の新設	・ ・ ・ ・ ・	56
「入院時支援加算」小児に対する評価の充実	・ ・ ・ ・ ・	57
小児がん患者の長期フォローアップに係る評価の新設	・ ・ ・ ・ ・	58
保育士加算の対象拡大と保育士複数名配置の評価の充実	・ ・ ・ ・ ・	59

重点要望1

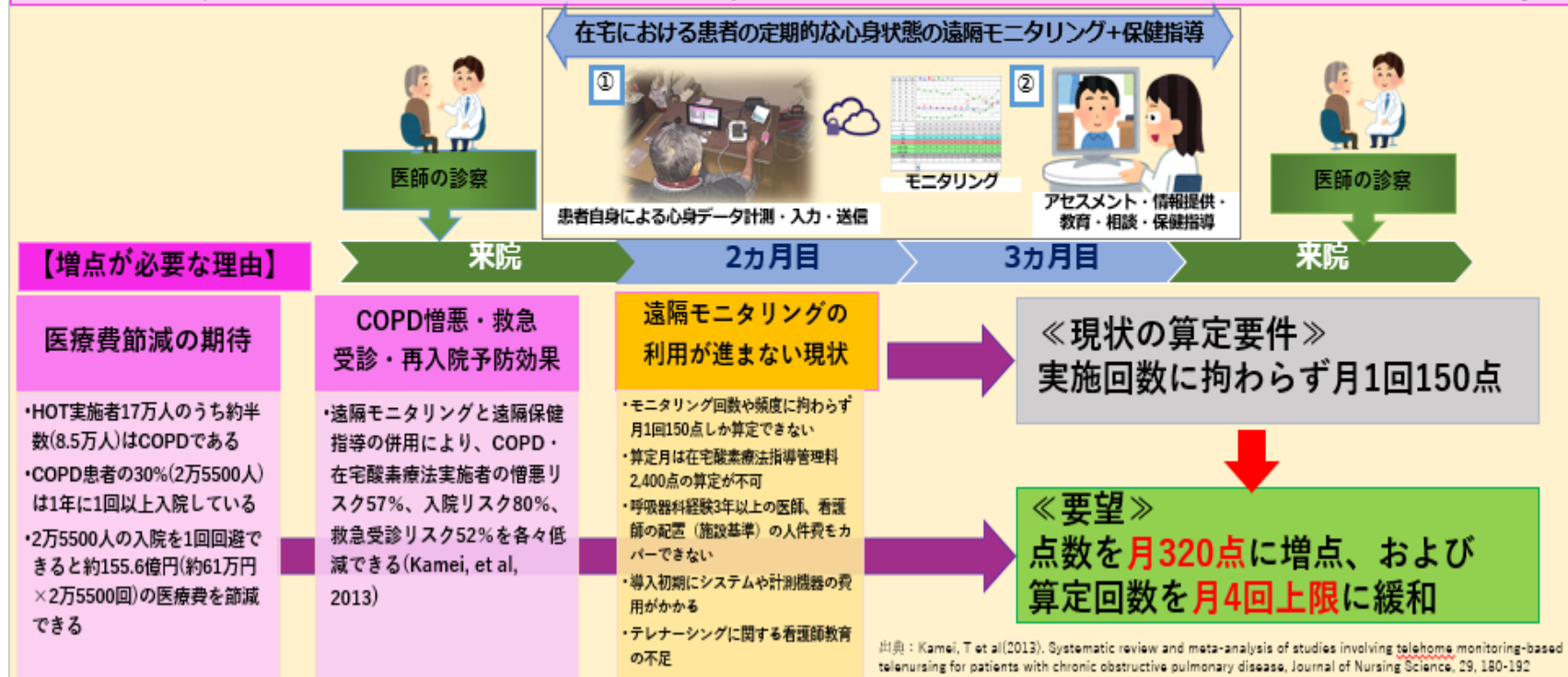
患者の受診ニーズの変化に応じた看護提供体制の
変革への評価

「C103-2在宅酸素療法指導管理料遠隔モニタリング加算」 算定回数の緩和と評価の充実（1回320点、月4回上限へ）

遠隔モニタリング・保健指導の併用は、慢性閉塞性肺疾患(COPD)HOT実施者の増悪や再入院の予防に有効¹⁾である。HOT実施者の30%の者は、年に1回は入院する上、その医療費は約61万円であり、COPDのHOT実施者の入院を1回回避することで医療費約155.6億円節減できる。「在宅酸素療法（HOT）指導管理料遠隔モニタリング加算」について150点から320点に増点し、算定回数を月4回までに緩和することを要望する。

【技術概要】

- ①対象者は定期的に酸素飽和度などの生体情報を測定し、また情報送信用端末に表示される症状などの質問項目に回答し、情報通信技術(ICT)を用いてそれらを送信する。
- ②モニターセンターでは、個別プロトコルと主治医の指示書に基づき、電話・テレビ会議システムを用いて心身のアセスメント、および酸素機器使用実態等にもとづき、日常生活等の情報提供・教育・相談・保健指導を実施する。

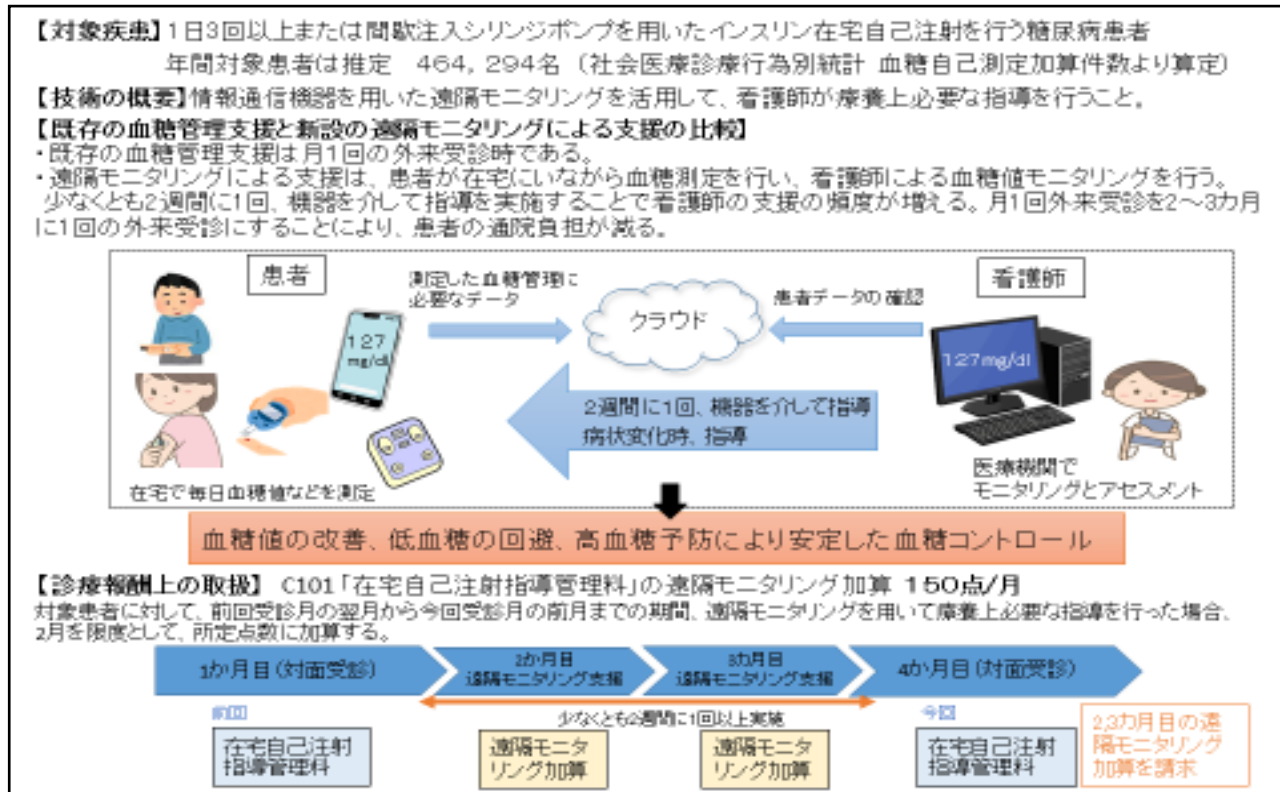


<引用文献>

- 1) McLean, S., et al.(2012). Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane Review and meta-analysis, Br J Gen Pract.,62(604):e739-49. doi: 10.3399/bjgp12X658269.
- 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) 令和元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>

「C101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

重症低血糖に関する報告¹⁾によると、193施設の年間受診総数は2237人（1施設6.5人）、年間入院総数は1171人（1施設4.0人）であった。要因は、食事内容・タイミングの不適合40%、薬剤の過量もしくは誤投与27%などで、患者指導によって回避可能なものである。また、コロナ禍による受診控えが重症低血糖へのリスクをさらに高める懸念がある。このような課題に対し、看護師による情報通信機器を用いた遠隔モニタリングが、低血糖の回避や高血糖予防、血糖値の改善に有効である。また、2019年の糖尿病診療ガイドラインの改定では、携帯電話アプリケーションによる自己管理教育が推奨された。国外文献では、インスリン製剤使用患者の情報通信機器を介したフィードバックによる支援で、低血糖の頻度の軽減、HbA1c改善への有効性が示されている^{2) 3) 4)}。このことから、看護師による情報通信機器を用いた遠隔モニタリングが低血糖や高血糖のリスク回避に有効であるため、現行の**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。

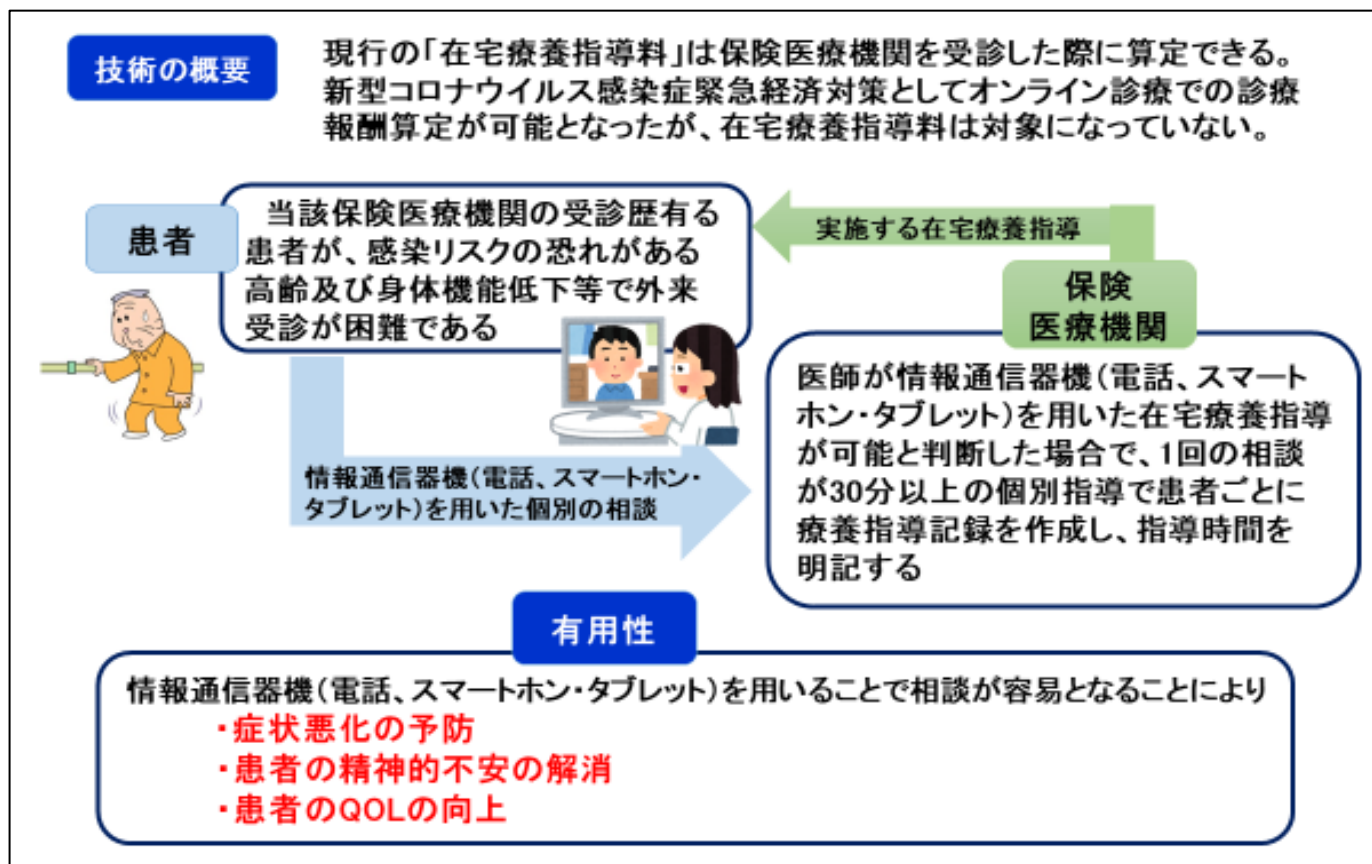


<引用文献>

- 1) 難波光義・岩倉敏夫・西村理明・赤澤宏平・松久宗英・渥美義仁・佐藤謙・山内敏正（2017）.糖尿病治療に関連した重症低血糖の調査委員会報告.糖尿病, 60（12）, 826-842.
- 2) Hu Y, Wen X, Wang F, Yang D, Liu S, Li P, Xu J. (2019) . Effect of telemedicine intervention on hypoglycaemia in diabetes patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Telemed Telecare. Aug;25(7):402-413.
- 3) Wang X, Shu W, Du J, Du M, Wang P, Xue M, Zheng H, Jiang Y, Yin S, Liang D, Wang R, Hou L. (2019) . Mobile health in the management of type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. BMC Endocrine Disorders.Feb 13;19(1):21.
- 4) Faruque LI, Wiebe N, Ehteshami-Afshar A, Liu Y, Dianati-Maleki N, Hemmelgarn BR, Manns BJ, Tonelli M; Alberta Kidney Disease Network. (2017) . Effect of telemedicine on glycosylated hemoglobin in diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. CMAJ. Mar 6;189(9):E341-E364.

「B001-13在宅療養指導料」 情報通信機器を用いた遠隔での指導への適用

外来患者のストーマ周囲皮膚障害の有病率34.3%であり¹⁾、定期的な療養指導が不可欠である。新型コロナウイルス感染症への対策として、オンライン診療料が拡大となったが、継続的に在宅療養指導を行っている患者にも、情報通信機器を用いた指導が可能ではないかと考えた。実際に、外来看護師による電話フォローアップは、症状の管理とコントロール、健康関連QOLおよび患者満足度に効果があると報告されている²⁾。コロナ禍においては、患者が外来に通院することなく情報通信機器を用いた指導を受けることで、感染リスクを抑えることも期待できる。以上より、ストーマ装具等の器具を装着している患者で、当該施設での「在宅療養指導料」の算定歴がある患者に対し、**情報通信機器による指導を行った場合にも算定**できるよう要望する。



<引用文献>

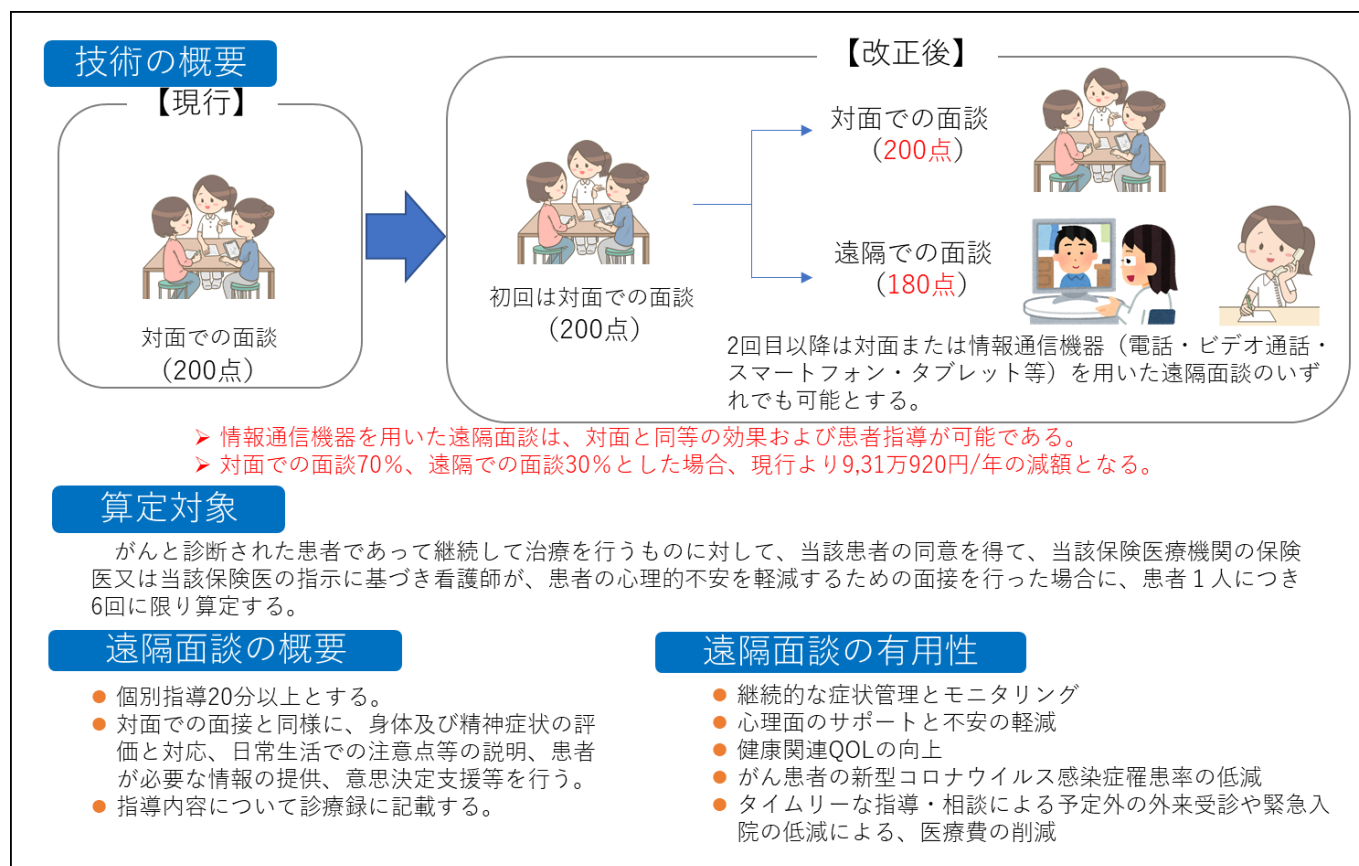
1) 紺家千津子,遠藤瑞穂,須釜順子,情報通信技術の活用でストーマ周囲皮膚障害ケアの質向上を図る。看護理工学会誌,2017;4(1):5-20.

2) Isadora Gorski Moretto, Carolina Lelis Venancho Contim, Fatima Helena do Espirito Santo. Telephone follow-up as a nursing intervention for patients receiving outpatient chemotherapy: integrative review. Rev Gaucha Enferm. 2019;40:e20190039.1-11.

「B001-23がん患者指導管理料口」 情報通信機器を用いた遠隔での指導への適用

「B001-23がん患者指導管理料口」は対面での面接による算定が条件となっている。遠隔による看護支援の有用性についてはすでに検証され、がん患者においても、佐藤らやBeaverらが、がん手術後のフォローアップに看護師主導型の遠隔支援を行った結果、術後の症状改善や精神的満足度が向上したことを報告している。また、井上らは、終末期がん患者の在宅療養を促進することを目的に、ICTを用いた看護介入を行った結果、患者の対処行動や心理面でのQOLの向上が認められたことを報告している。

このように、情報通信機器を用いた遠隔面談が一定の効果を示していることから、現行の「B001-23がん患者指導管理料口」について、**情報通信機器を用いた遠隔面談を行った場合**にも診療報酬算定が可能となるよう要望する。



<引用文献> 99

- 1) Sato D. The Effects of Telenursing Aiming to Prevent Postsurgical Complications and Improve Quality of Life among Patients with Prostate Cancer International Journal of Nursing & Clinical Practice, 6: IJNCP-309, 2019.
- 2) Beaver K. Comparing hospital and telephone follow-up for patients treated for stage-I endometrial cancer (ENDCAT trial): a randomized, multicentre, non-inferiority trial. BJOG. 124(1):150-160.2017.
- 3) 井上菜穂美. 終末期がん患者の質の高い在宅療養生活を促進するためのICT(情報通信技術)を活用した看護介入プログラムの評価. 日本がん看護学会誌 32巻.256.2018.

「C005在宅患者訪問看護・指導料」情報通信機器を用いた遠隔での看護支援への適用

皮膚・排泄ケア認定看護師（以下、WOCN）と訪問看護師による同行訪問は「在宅患者訪問看護・指導料3」の評価があるが、近隣にWOCNがない、患者とWOCNと訪問看護師の時間調整が困難、創傷の悪化時にタイムリーに訪問できない等、課題が多く、算定につながっていない。その解決策として、情報通信機器を用いた遠隔での看護支援がある。ストーマ周囲皮膚障害では、相談アプリケーションを利用した看護支援の結果、2週間後には、**皮膚障害の点数が88.9%の対象で治癒・改善し、費用は有意に低減した¹⁾**。また、褥瘡に対する、ビデオ通話を用いた看護支援の結果、創改善率（DESIGN-R総点で評価）は相談前2週間が26.3%、相談後2週間では78.9%に向上した。一方で費用の増加はなかった²⁾。以上より、情報通信機器を用いた場合でも、同行訪問と同等の看護支援が可能であるといえる。そこで、「在宅患者訪問看護・指導料3」について、**WOCNが情報通信機器を用いて訪問看護師への看護支援を実施した場合でも算定可能とするよう要望する。**



**ICTによって創傷は改善・治癒し、費用は低減
同行訪問と同等の効果あり**

<引用文献>

- 1) 紺家千津子, 他. 皮膚・排泄ケア認定看護師による病院外施設のストーマ周囲皮膚障害保有者に対する遠隔看護支援の効果検証. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌. 2019; 23(3):344-349.
- 2) Kitamura A, et al. Effectiveness of teleconsultations with Wound, Ostomy, and Continence Nurses on pressure injury healing in community settings. The 9th APETNA Conference, 2021.

認知症者・介護者への情報通信機器を用いた生活指導への評価

認知症疾患診断後の患者と家族介護者の継続的なフォロー体制は十分ではない。現行の「B005-7-2認知症療養指導料」においては、外来通院が難しいこと、外来看護師が認知症に関する生活支援を行えていないことが挙げられる。先行研究では、情報通信機器を用いた認知症の外来での介入効果が多数の研究で検証されている。以上のことから、認知症外来において、認知症者と介護者への継続的サポートを目的とした、**情報通信機器を用いた生活指導**（認知症者の体調チェック、服薬支援、環境調整へのアセスメントと助言、介護に関する相談対応、家族介護者の健康相談など）や支援を行うことへの評価を要望する。

【現行】

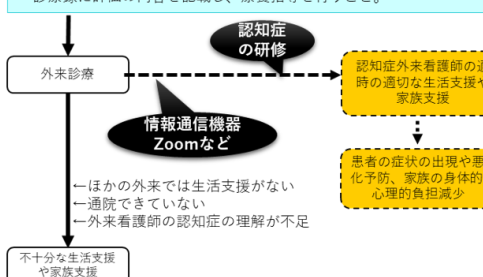
- 診断後の患者と家族介護者の継続的なフォロー体制は十分ではない。
- B005-7-2認知症療養指導料（350点）として、定期的な評価をし療養指導を行うことに診療報酬が加算されている。
- 現状では、外来通院が難しいこと、外来看護師が認知症に関する生活支援を行えていないことが挙げられる。

【要望】

認知症外来において、外来看護師が遠隔での生活支援のために情報通信機器を用い、家族の介護負担や心理的負担が軽減したり、患者のウェルビーイングの向上を目的として、認知症患者の生活アセスメントを実施し、家族への介護の助言を行う場合に加算を要望する。

B005-7-2認知症療養指導料（350点）

- 保険医療機関が認知症疾患医療センターで認知症と診断された患者
- 認知症療養計画に基づき、下記の定期的評価を行う
- ✓ 症状（認知機能（MMSE、HDS-R等）、
- ✓ 生活機能（ADL、IADL等）
- ✓ 行動・心理症状（NPI、DBD等）
- ✓ 家族又は介護者等による介護の状況（介護負担度の評価 NPI 等）
- ✓ 抗認知症薬等/副作用の有無
- ・診療録に評価の内容を記載し、療養指導を行うこと。



【エビデンス】 5つのシステマティックレビューで効果が認められている

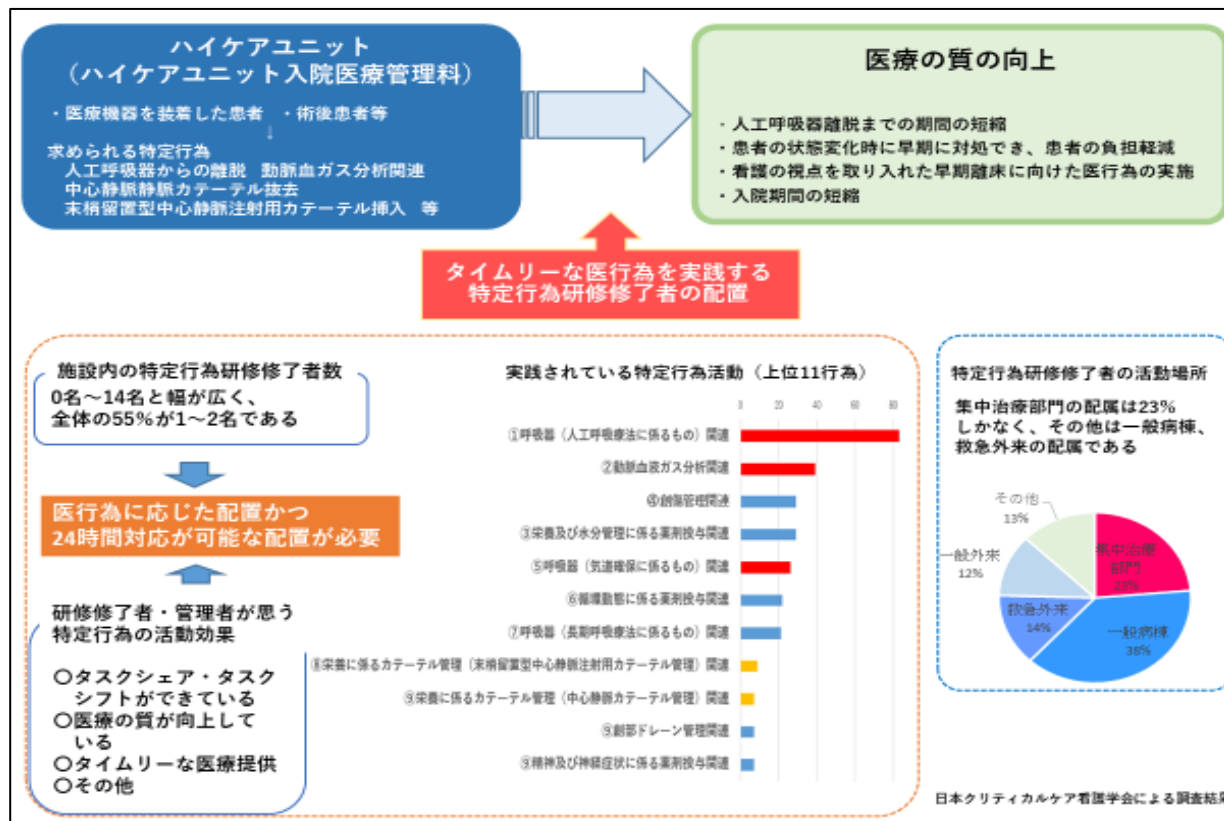
- 介護支援機器や遠隔でのコミュニケーションを可能とする情報通信機器を導入し、認知症者や介護者を中心としたモデルを取り入れた支援技術の一定の効果と必要性が明らかにされている（Sriram, 2019）。
- 認知症者の介護者のうつ病を低下させるには、病院内での介入や電話での介入よりもビデオ機能のついたリアルタイムでコミュニケーションが取れるツールを利用した介入のほうが、介護者の介護者のうつ病、負担、不安、生活の質などの主要なメンタルヘルスの点で、効果的であることが示唆された（Zhu, 2021）。
- コネクテッド・ヘルスのようなテクノロジー主導の在宅ケア介入は、従来の在宅ケアに代わる便利で低コストの代替手段となる可能性があり、認知症患者を介護しながらインフォーマルな介護者が自宅で必要とするサポートを提供し、認知症患者の身体的・精神的な幸福度を向上させることができることを明らかにした（Guisado-Fernandez, 2020）。
- 介護者と認知症者（被介護者）のケアをする上での相互作用が重要であり、質の高いケアを提供するためには不可欠であることがわかった（Teles, 2020）。
- 継続的な教育、介護者と被介護者の関係、週の介護時間数、介護者の依存度、介護者の身体的・心理的健康状態を改善するために最も効果的であったことは、わかりやすい言語の使用、対話しやすいインターフェイス、専門家との適時のコミュニケーションであった（Teles, 2020; William, 2020）。

<引用文献>

- 1) Guisado-Fernandez E, Blake C, Mackey L, Silva PA, Power D, O'Shea D, Caulfield B. (2020) A Smart Health Platform for Measuring Health and Well-Being Improvement in People With Dementia and Their Informal Caregivers: Usability Study. JMIR Aging. 3(2):e15600.
- 2) Sriram V, Jenkinson C, Peters M. (2019) Informal carers' experience of assistive technology use in dementia care at home: a systematic review. BMC Geriatr. 19(1):160.
- 3) Teles S, Paul C, Sosa Napolskij M, Ferreira A. (2020) Dementia caregivers training needs and preferences for online interventions: A mixed-methods study. J Clin Nurs. doi: 10.1111/jocn.15445.
- 4) Williams KN, Shaw CA, Perkhounkova Y, Hein M, Coleman CK. (2020) Satisfaction, utilization, and feasibility of a telehealth intervention for in-home dementia care support: A mixed methods study. Dementia (London). 1471301220957905.
- 5) Zhu A, Cao W, Zhou Y, Xie A, Cheng Y, Chu SF. (2021) Tele-Health Intervention for Carers of Dementia Patients-A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Front Aging Neurosci. 10;13:612404.

CCUやHCUにおける特定行為研修修了者の配置の評価

中心静脈カテーテルの抜去¹⁾や人工呼吸器離脱²⁾などの医行為は、患者の回復過程に合わせてタイムリーに実施する事で、早期回復が促進され³⁾入院期間の短縮につながる。日本クリティカルケア看護学会が特定行為研修修了者の就労環境と就労内容に関しての調査⁴⁾を行なった結果、特定行為研修修了者が行っている特定行為の活動内容は、呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連（83/309件）、動脈血液ガス分析関連（39/309件）、創傷管理関連（29/309件）の順に多く行われていた。また、末梢留置型中心静脈カテーテルの挿入は、ハイケアユニット入院医療管理料に、ハイケアユニット入院医療管理料病床で頻回に行われているが、特定集中治療室管理料病床とは違い、医師が常駐しているとは限らない。特定行為研修修了者がいれば、タイムリーに実施することができ、患者への治療の遅れが生じない。特定行為研修修了者が、医療処置の多いハイケアユニットに配置されれば、患者の回復促進に貢献できる。このことから、**ハイケアユニット入院医療管理料に、特定行為研修修了者の配置を要件化すること**を要望する。

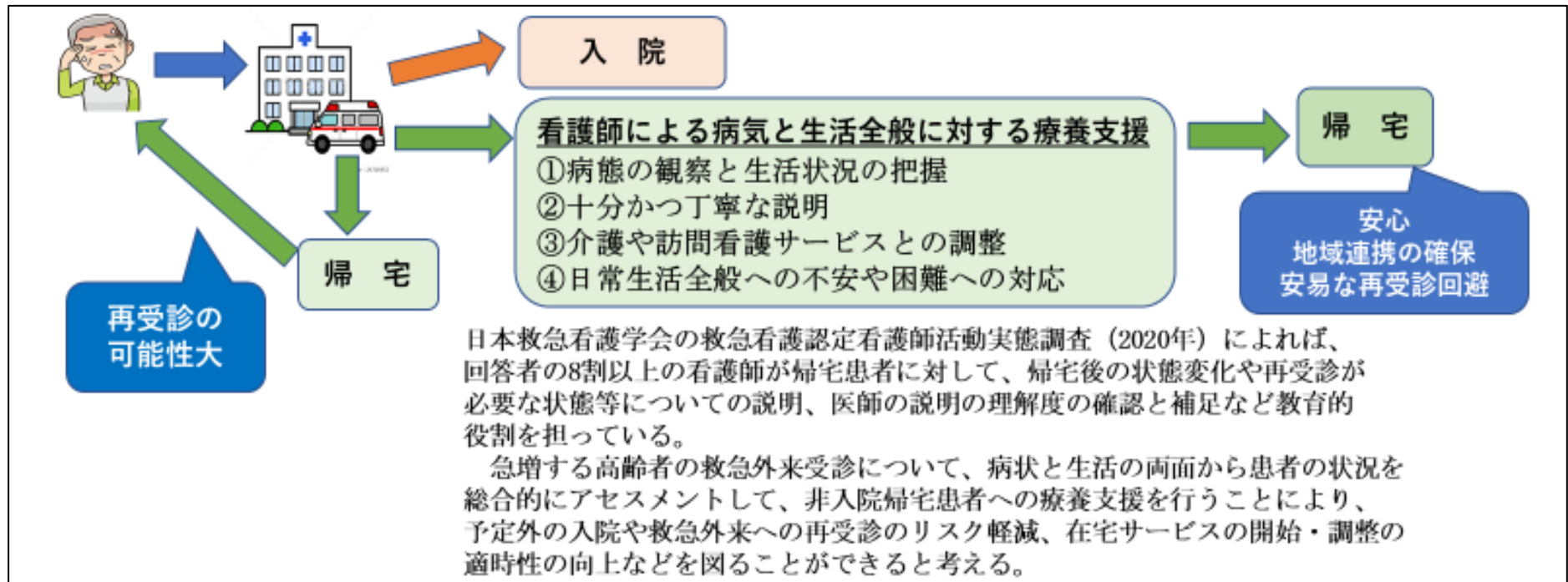


<引用文献>

- Dimick JB, Pelz RK, Consunji R, Swoboda SM, Hendrix CW, Lipsett PA. Increased resource use associated with catheter-related bloodstream infection in the surgical intensive care unit. Arch Surg 2001; 136:229-34.
- Dasta, Joseph F. MSc, FCCM; McLaughlin, Trent P. PhD; Mody, Samir H. PharmD, MBA; Piech, Catherine Tak MBA. Daily cost of an intensive care unit day: The contribution of mechanical ventilation*. Critical Care Medicine: June 2005 - Volume 33 - Issue 6 - p 1266-1271
- 武藤博子,三瓶智美,三瓶真奈美;早期離床に対する看護師の認識と課題. 福島県立医科大学看護学部紀要;(22)25-35.
- 日本クリティカルケア看護学会、特定行為看護師の就労環境・就労内容等の実態調査と課題の明確化」に関する調査、2021年3月実施、未発表。

救急外来における帰宅患者への在宅療養支援への評価

救急外来を受診する高齢者の中には、入院せずに帰宅する者も少なくない。このような患者に対し、救急外来では、①患者を帰宅させる際の病態の観察と生活状況の把握、②患者に対する十分かつ丁寧な説明、③介護や訪問看護サービスとの調整、④病状の悪化や遷延に伴う日常生活全般への不安や生活上の困難の軽減、など、病気だけでなく生活全般に係る統合的なケアが必要とされている^{1)～4)}。また、日本救急看護学会の救急看護認定看護師活動実態調査（2020年）によれば、回答者の8割以上の看護師が、帰宅患者への包括的な療養指導を実施している⁵⁾。救急外来において、非入院帰宅患者への在宅療養支援を行うことにより、予定外の入院や再受診を減らし、安定的な在宅療養が期待できることから、**救急外来に在宅療養支援を担う看護師を配置し、非入院帰宅患者に対する支援を行った場合の評価を要望する。**



<引用文献>

- 1) 山口真有美、瀬戸奈津子：初期・二次救急外来における入院せず帰宅する患者に対する看護の重要度の認識と看護実践；日本救急看護学雑誌、21巻、p.60-68、2019
- 2) 田村慎弥、他：救急救命センター受診後に帰宅となった高齢患者の日常生活の現状-看護師の気付きと患者の不安の分析から-；砂川市立病院医学雑誌、32巻1号、p.70-75、2019
- 3) 寺本千恵、他：救急外来を受診後に帰宅した患者の30日以内の再受診パターン 比較事例研究；日本看護科学学会誌、38巻、p.336-345、2018
- 4) 樫村貴之、飯塚倫廉、他：救急外来における地域連携の標準化に向けて-救急外来看護師の医療相談依頼の現状から-；第48回日本看護学会在宅看護学術集会抄録集、p.27-29、2017
- 5) 日本救急看護学会：救急看護認定看護師の活動実態調査（2020年1月～3月実施）

「B001-2-6夜間休日救急搬送医学管理料」 救急搬送看護体制加算の要件追加

救急外来では、知識・スキルを保有した専門性の高い看護師が、医師と協働して、救急患者への初期対応や診療の補助、帰宅患者への指導的介入や電話救急相談の実施²⁾、救急外来看護師と医療相談室との連携³⁾の報告がある。これらは、日本救急看護学会が実施した活動実態調査⁴⁾からも明らかである。専門性の高い看護師の配置によって、効果的な地域連携や救急外来の診療時間短縮、患者の自宅での療養生活の改善、再診率の低下が期待できる。平成30年に新設された救急搬送看護体制加算の施設基準では「救急患者受け入れへの対応に係る専任看護師の配置」が示されたが、現行では配置される専任看護師の要件は明確ではない。そこで、**救急看護に精通した専門性の高い看護師の配置を要件化**することを要望する。尚、救急看護に精通した看護師とは、国および医療関係団体が主催する救急看護に関する専門的知識・技術を有する看護師の育成を目的とした研修等を受講した看護師とする。



<引用文献>

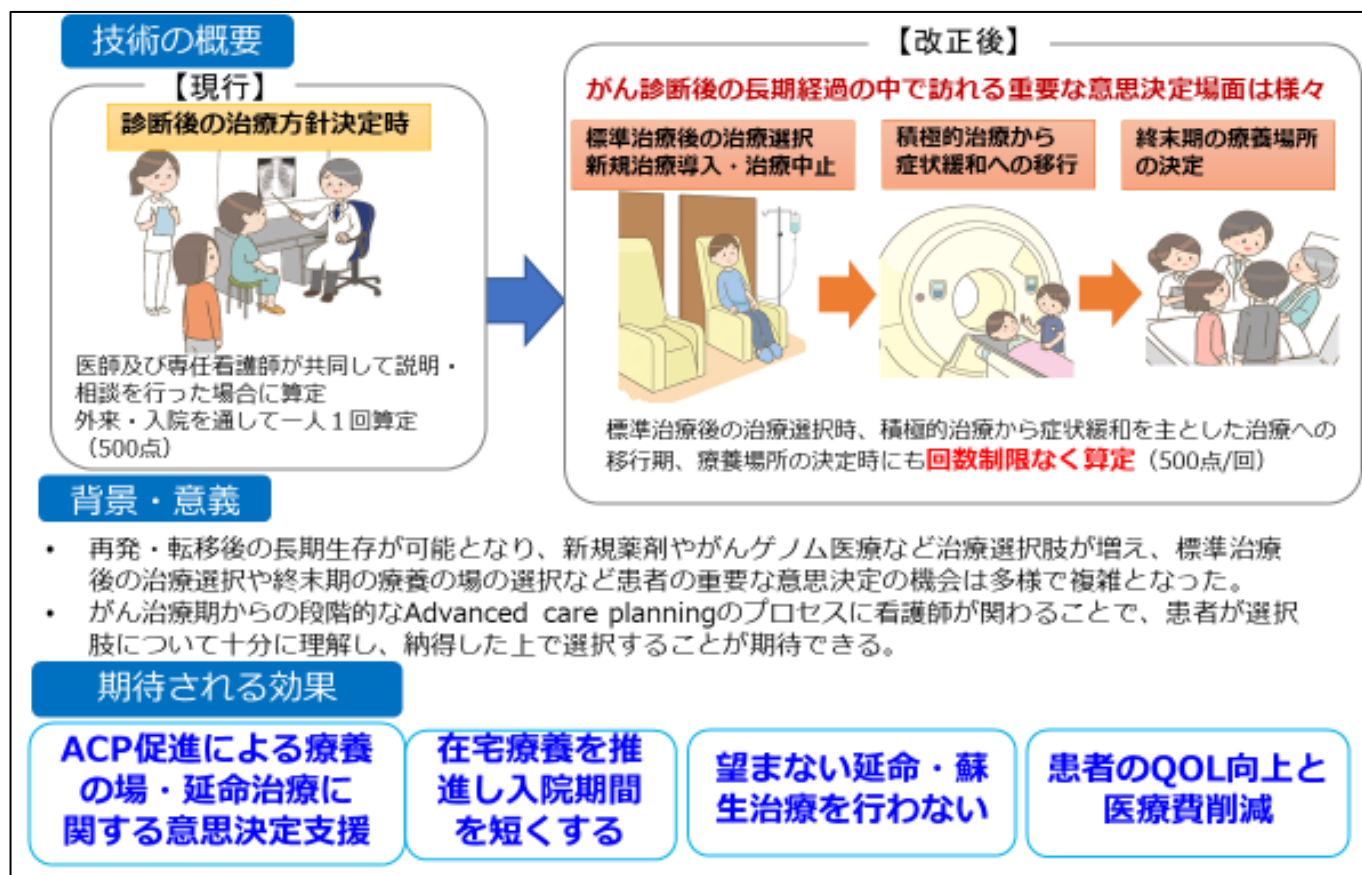
- 総務省消防庁：令和2年版消防白書 第5 節救急体制 https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/r2/items/part2_section5.pdf
- 山口 真有美, 瀬戸 奈津子：初期・二次救急外来における入院せず帰宅する患者に対する看護の重要度の認識と看護実践日本救急看護学雑誌、21 巻、p.60-68、2019
- 樫村貴之、飯塚倫廉、他：救急外来における地域連携の標準化に向けて-救急外来看護師の医療相談依頼の現状から-；第 48 回日本看護学会在宅看護学術集会抄録集、p.83、2017
- 日本救急看護学会：救急看護認定看護師の活動実態調査（2020年1月～3月実施）

重点要望2

患者の暮らしと治療の両立を支える看護実践への評価

「B001-23がん患者指導管理料イ」の算定回数上限の緩和

「がん患者管理指導料イ」の算定は、患者1人1回の上限がある。しかし、現在のがん治療は、新規薬剤やがんゲノム医療など治療選択の多様化や、積極的治療の中止や終末期を過ごす場の選択など、多様で複雑な意思決定を必要としている。このようなプロセスにおいて、がん治療期からの段階的なAdvanced care planningの導入は、在宅療養を促進し、入院期間の短縮や、症状増悪の不安による入院を減らすとの報告がある^{1)~3)}。このことから、「B001-23がん患者指導管理料イ」について、治療方針決定時の500点1回のみの算定回数上限を緩和し、標準治療後の治療選択時や、積極的治療から緩和ケアへの移行期、療養場所の決定時など、**がん治療の転機における支援の際にも算定（500点/回）**できるように要望する。

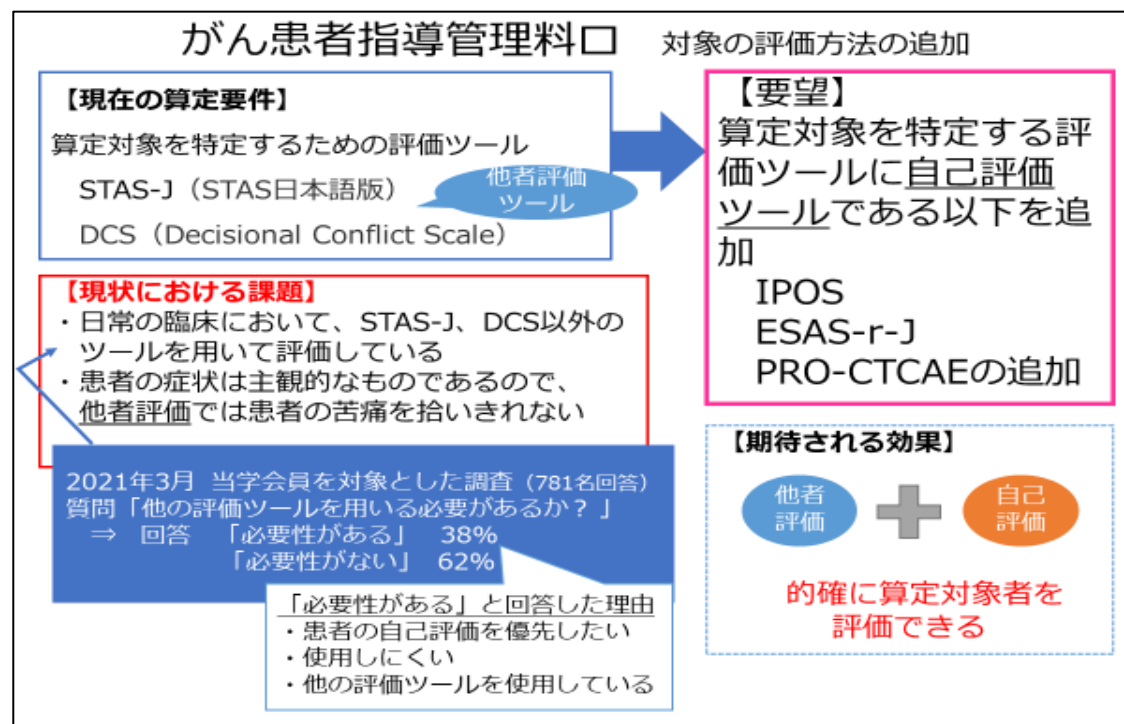


<引用文献>

- 1) Brinkman-Stoppelenburg A ; The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. Palliative Medicine, 2014, Vol. 28(8), 1000-1025.
- 2) 桜澤邦男ら:入院前の在宅医療の有無からみたがんによる病院死の比較検証-DPCデータを用いた肺がん症例の治療内容と死亡までの期間-, 日本医療マネジメント学会雑誌, 2018, Vol.19(3), 145-150.
- 3) 小高桂子ら: 大学病院における終末期がんでの死亡退院患者の在宅医療導入の現状と課題, 東女医大誌, 2018, 88 (3) 81-89.

「B001-23がん患者指導管理料口」 算定対象患者の評価ツールを追加

現行のがん患者指導管理料口は、算定対象を特定するための評価ツールとしてSTAS-J（STAS日本語版）、DCS（Decisional Conflict Scale）を用いることとされている。2021年3月に実施した日本緩和医療学会学会員を対象とした調査¹⁾では、781名の回答者の38%が「他の評価ツールを用いる必要がある」と回答している。理由としては、「患者の自己評価を優先したい」という理由が最も多く、次いで「STAS-J、DCSは使用しにくい」「他の評価ツールを使用している」が挙げられていた。臨床では、外来受診時や入院時のがん患者の症状アセスメントツールとして、IPOS（Integrated Palliative Outcome Scale）²⁾やエドモントン症状評価システム改訂版（日本語版）（Edmonton Symptom Assessment System Revised Japanese version: ESAS-r-J）³⁾、PRO-CTCAE⁴⁾といったPROMs（Patient-Reported Outcome Measures）を用いるようになってきている⁵⁾。がん患者の症状は主観的であり、患者に尋ねなければわからないことから、**がん患者指導管理料口の算定対象の評価ツールにIPOS、ESAS-r-J、PRO-CTCAEを追加**することを要望する。



<引用文献>

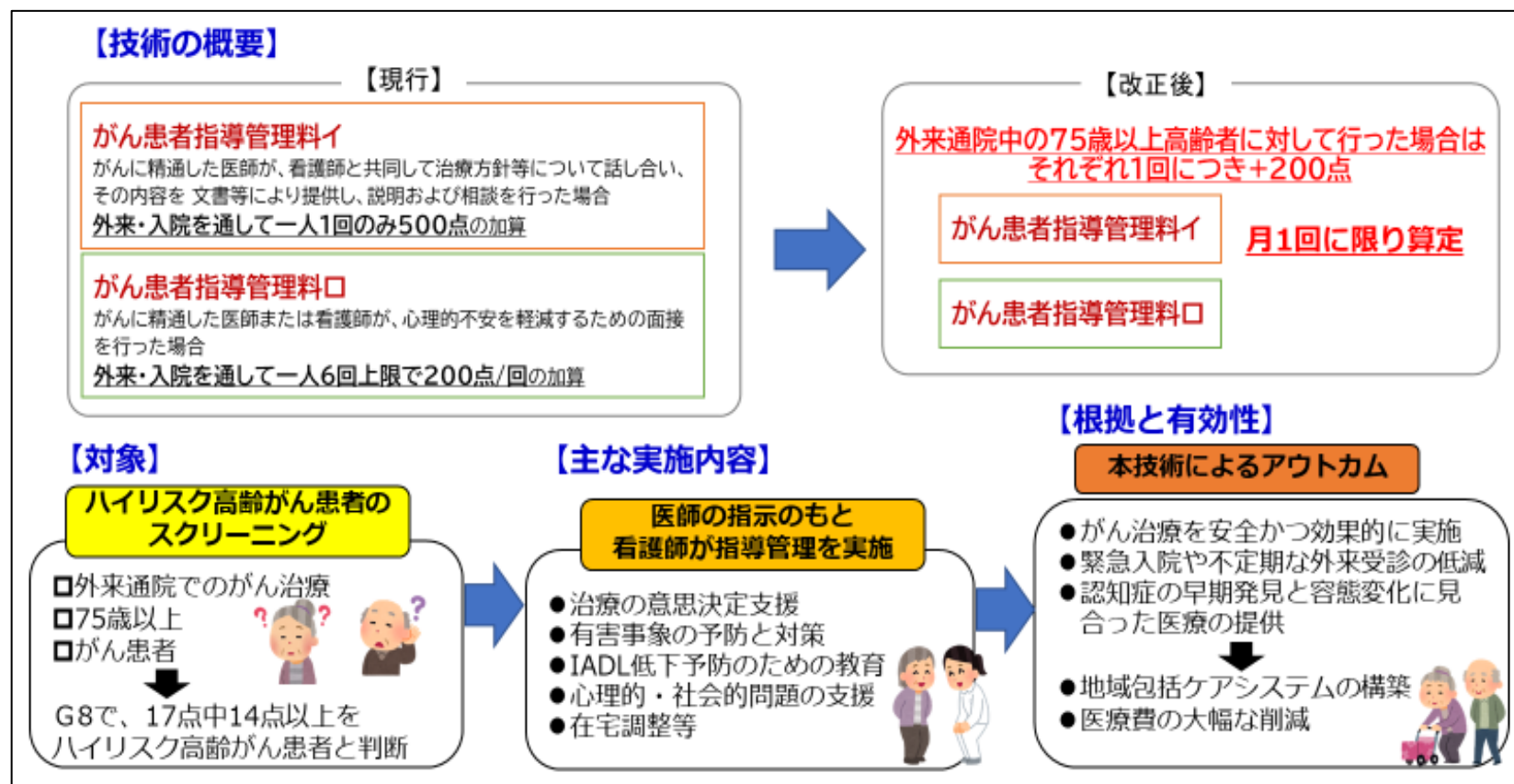
- 1) 日本緩和医療学会学、がん患者指導管理料アンケート調査、2021年3月実施、未発表
- 2) Hiroki Sakurai, Mitsunori Miyashita, Kengo Imai, Shingo Miyamoto, Hiroyuki Otani, Ai Oishi, Yoshiyuki Kizawa, Eisuke Matsushima Validation of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS)-Japanese Version, Japanese Journal of Clinical Oncology, Volume 49, Issue 3, Pages 257-262, March 2019.
- 3) Takashi Yamaguchi, MD, PhD, Tatsuya Morita, MD, Akihiro Nitto, MA, Naoko Takahashi, MD, Shingo Miyamoto, MD, Hiroyuki Nishie, MD, Junji Matsuoka, MD, PhD, Hiroki Sakurai, MD, Tatsuhiko Ishihara, MD, Yoko Tarumi, MD, and Asao Ogawa, MD, PhD : Establishing Cutoff Points for Defining Symptom Severity Using the Edmonton Symptom Assessment System-Revised Japanese Version, Journal of Pain and Symptom Management, Volume 51, Issue 2, Pages 292-297, February 2016.
- 4) Tempei Miyaji, Yukiko Iioka, Yujiro Kuroda, Daigo Yamamoto, Satoru Iwase, Yasushi Goto, Masahiro Tsuboi, Hiroki Odagiri, Yu Tsubota, Takashi Kawaguchi, Naoko Sakata, Ethan Basch, Takuhiro Yamaguchi : Japanese translation and linguistic validation of the US National Cancer Institute's Patient-Reported Outcomes version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE), Journal of Patient-Reported Outcomes, 2017, 1, 8.
- 5) 伊藤奈央：わが国の臨床におけるPRO活用状況, がん看護, 2(7), 618-620, 2020.

「B001-23がん患者指導管理料イおよびロ」 高齢がん患者への介入を評価

がん罹患患者のうち、75歳以上の後期高齢者は43.6%にのぼっている(2017年)¹⁾。高齢がん患者の場合、フレイル状態にあることでの治療継続困難や術後合併症、死亡のリスクも高まる²⁾。また、本邦の急性期病院対象の研究³⁾では、認知症罹患率は14.7%で、認知症でない患者より再入院リスクが高かった。

高齢がん患者の安全な治療継続には、治療におけるリスクの程度をスクリーニングした後に、看護師と医師・多職種が協働した指導管理を実施する。その結果、緊急入院や予定外受診の低減、認知症の早期発見と容態変化に見合う医療の提供が期待できる。

このことから、「B001-23がん患者指導管理料イおよびロ」について、**高齢がん患者に対するスクリーニングと指導管理**を行った場合の加算を新設することを要望する。



<引用文献>

1) 厚生労働省 健康局がん・疾病対策課: 平成29年 全国がん登録 罹患数・率報告, 2017.

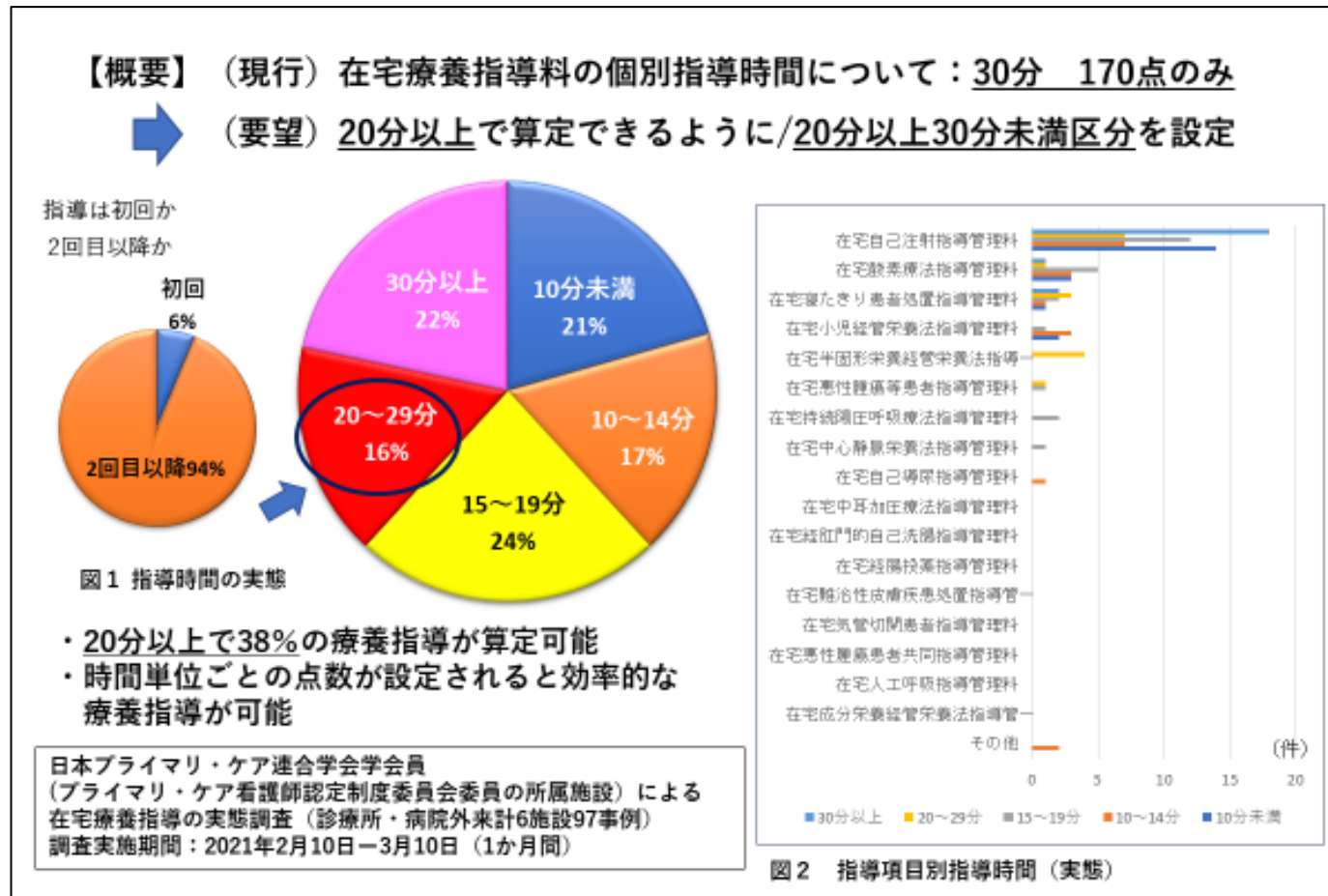
2) Handforth C et al., The prevalence and outcomes of frailty in older cancer patients: a systematic review, Ann Oncol. 26(6):1091-101, 2015 (<https://doi.org/10.1093/annonc/mdu540>)

3) Sakata N et al. Dementia and risk of 30-day admission in older adults after discharge from acute care hospitals. J Am Geriatr Soc. 66(5): 871-8, 2018 (<https://doi.org/10.1111/jgs.15282>)

「B001-13在宅療養指導料」指導時間を20分以上に変更、または、時間毎の点数設定を導入

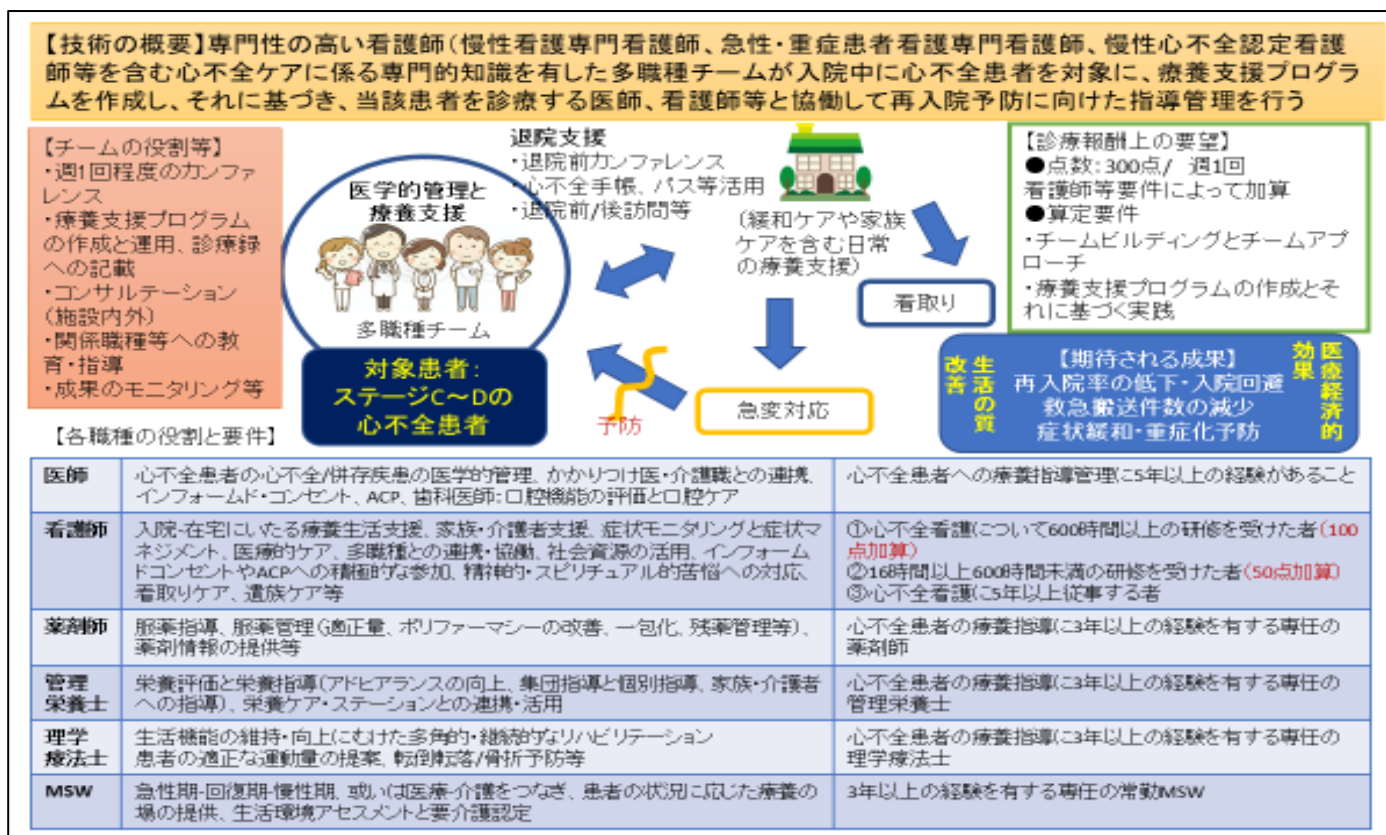
現在の「在宅療養指導料」は1回の指導時間は30分を超えるものでなければならない。しかし、当学会が実施した、診療所等6施設における97件の在宅療養指導の実態調査¹⁾によると、30分以上を必要とした指導は22%で、残り78%は30分未満で終了できたため、在宅療養指導料を算定できなかった(図1)。在宅療養指導の項目別指導時間の統計データも掲載する(図2)。

小児特定疾患カウンセリング料や外来栄養食事指導料など、20分以上の指導で算定可能となる項目もあるため、**在宅療養指導料**においても**20分以上の指導で算定可能**となるよう**要件の緩和**を要望する。または、効率的な療養指導を目指し、時間毎の異なる点数を設定するなど、柔軟な対応ができるような見直しを要望する。



心不全再入院予防指導管理料（仮称）の新設

心不全は慢性疾患であるにも関わらず、急性期医療機関が中心的役割を担っている。そのため急性増悪時は、急性期病院に受診・再入院となる例が圧倒的に多い。心不全患者が、急性増悪することなく安定した在宅療養が継続できるには、入院期間中に効果的かつ効率的な再入院予防を実施する必要がある。この再入院予防について、日本循環器学会の『急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）』等でも、チームアプローチが推奨されており、チームアプローチによって再入院率が低下した、或いは医療費抑制に効果があったという研究報告がある。以上のことから、心不全再入院予防に対する医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、MSW等の多職種からなるチームアプローチを実践・評価するため、心不全再入院予防指導管理料（仮称）の新設を要望する。

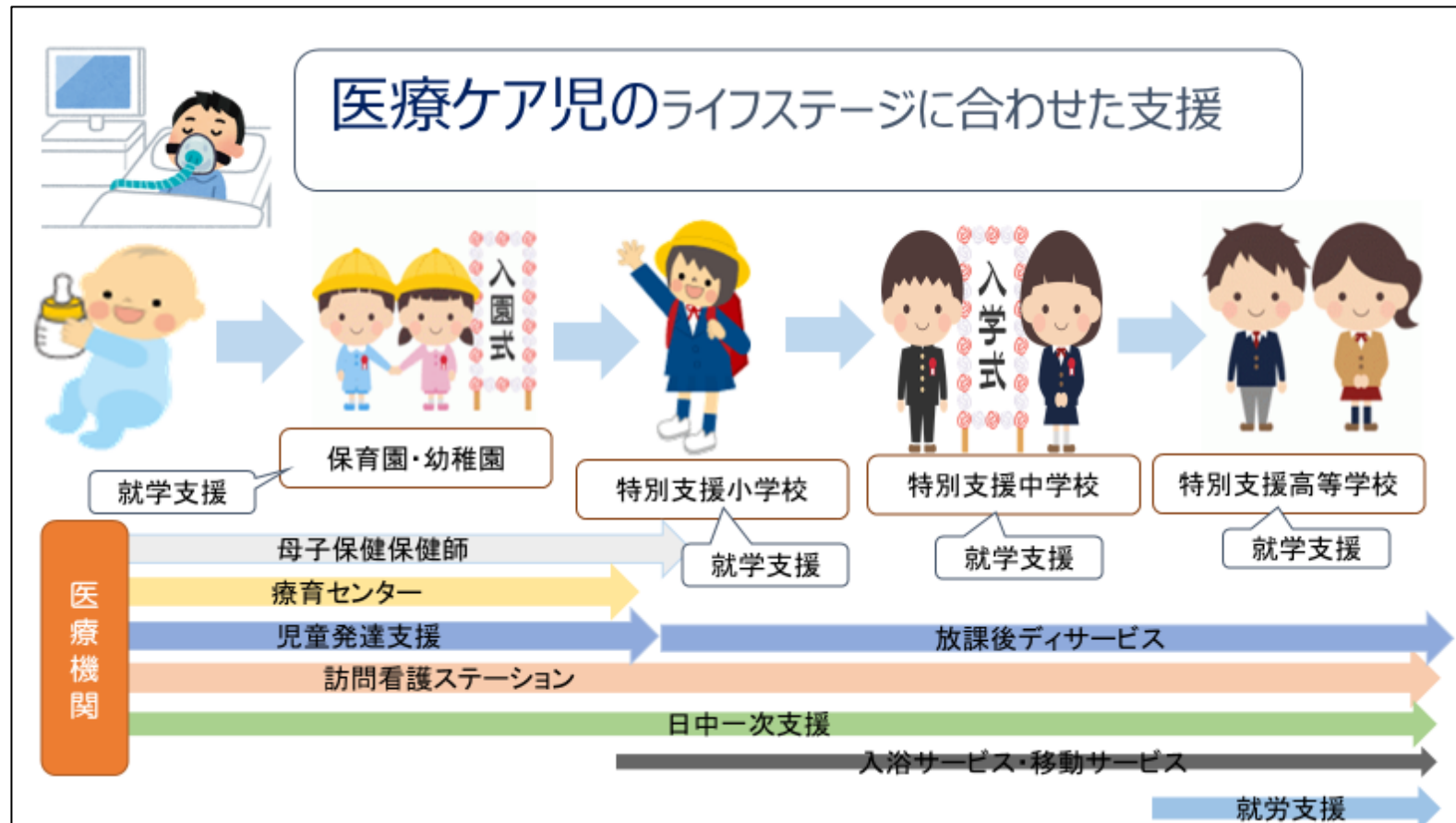


<引用文献>

1. 日本循環器学会/日本心不全学会：急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）P.12、P.104-108 https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf
2. 木原康樹、森山美知子、広島大学病院心不全センター、広島県心臓いきいき推進会議編：心不全ケアチーム構築マニュアル、メディカ出版、2016、P.12-27、P.30-47、P.72-127
3. 加藤尚子：高齢者心不全患者に対するセルフケア支援 チーム医療と遠隔モニタリング、医学のあゆみ、260(10)895-900、2017
4. 鷺田幸一：多職種チームの介入により入院を回避する、日本医事新報4885号、26-33、2017
5. 藤井利恵：多職種心不全チームの発足と介入の実際、日本慢性看護学会誌 第14巻第2号、69-76、2000
6. Toshiro Kitagawa他：Hospitalization and medical cost of patients with elevated serum N-terminal pro-brain natriuretic peptide levels、PLOS ONE、January 5、2018
7. Yoshiharu Kinugasa他：Multidisciplinary intensive education in the hospital improves outcomes for hospitalized heart failure patients in a Japanese rural setting、BMC Health Services Research、2014

看護師の情報提供書作成への評価

医療ケアを必要とする小児は、平成27年には17078人¹⁾に達し、年々増加傾向にある。このような小児に対し、医療機関と地域関係機関との情報共有はとても重要であり、医師の診療情報提供の他に、看護師が療養生活に関わる情報として看護情報提供書を提供している。2020年度の日本小児総合医療施設協議会（看護部門：入院退院調整・地域連携ネットワーク）の調査²⁾では、地域関係機関への看護情報の送付件数は、1施設当たり60～502件/年（平均414.4件/年、件数中央値283件/年）であった。送付機関は、転院先の医療機関、訪問看護ステーションのみならず、教育機関、保健所、児童相談所、入所施設など多岐にわたっており、1施設平均5.3種類の機関数であった。また、作成時間は30～60分（平均36.3分/件）で多くの時間を要していた。このことから、病院から在宅医療への移行について、病院看護師からの疾患を見据えた生活に関する**看護情報提供**についての評価を要望する。



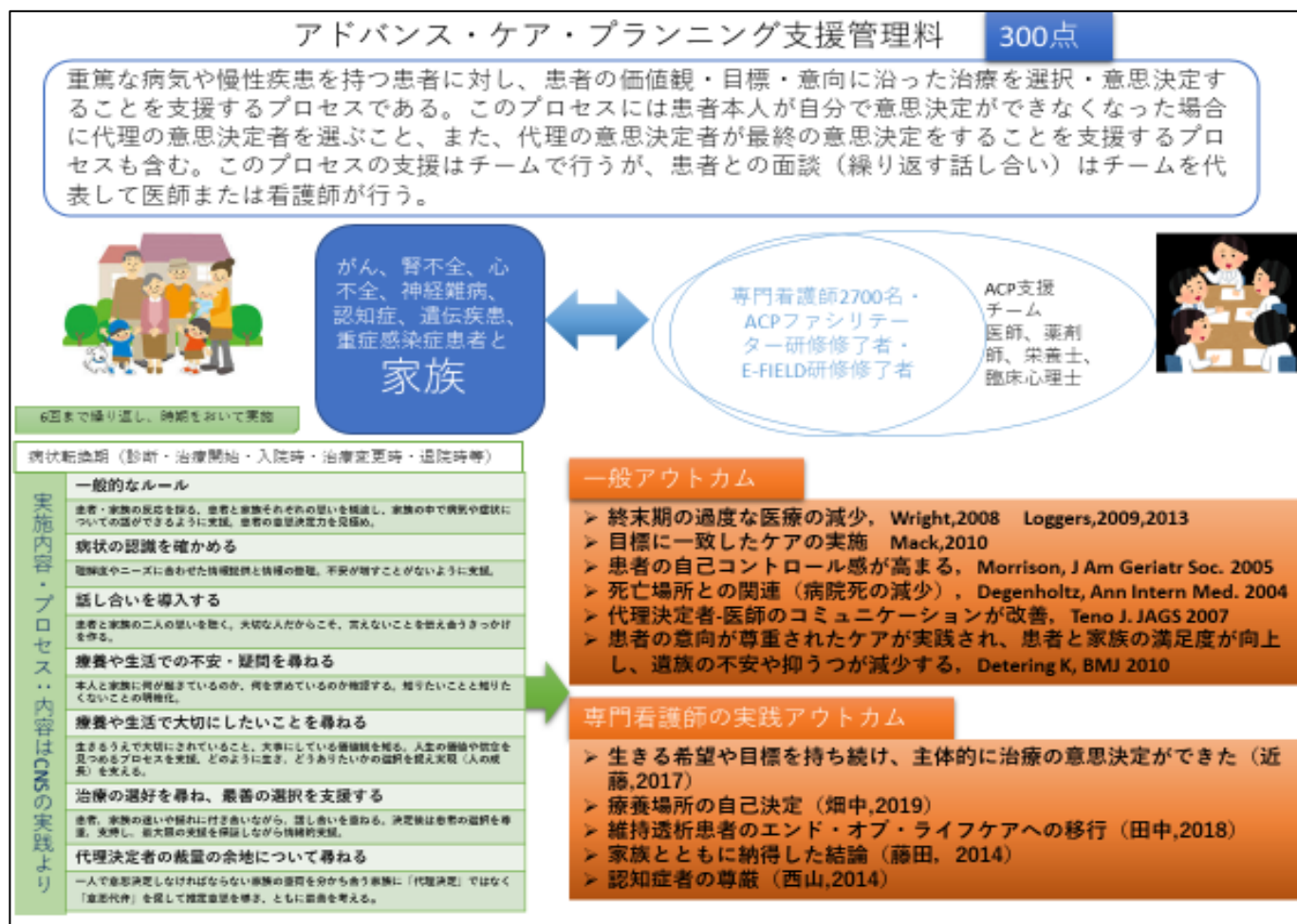
<引用文献>

1) 「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究」の中間報告（平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業）

2) 日本小児総合医療施設協議会(2020)看護部門長連絡会報告書、令和4年度診療報酬改定の要望に関するアンケート調査 2020年9月

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）支援管理料の新設

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は国民に向けて推進しているところであるが、一般国民の認知度は「知らない」が75.5%と低く¹⁾、普及には課題も多い。実施時期として、新たな治療や生活様式を選択、ボディイメージの変容をせまられる「病状転換期」や、診断時・治療開始時・治療変更時などの意思決定が必要なときに支援が行われていくことが望ましい。しかし、ACPの支援には時間がかかり、高負荷であるため、病院で早期より意思決定支援をしていくためには、診療報酬の評価が適切である。ACPの支援の実施者は、医師との協働が前提であり、協働者としては、患者の身近で日頃から患者の意思や希望を聞くことが多い看護師が最も適している。専門看護師もしくは、ACPファシリテーター研修、E-FIELD研修修了者が実践をすることを要件とし、**ACP支援管理料を新設**することを要望する。



<引用文献>

1) 人生の最終段階における医療の普及・啓発在り方に関する検討会：「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」平成30年、https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiro_a_h29.pdf.

「訪問看護情報提供療養費 2」の算定回数の制限緩和

訪問看護情報提供療養費 2 は、各年度 1 回に限り、及び入学・転学時等初めて義務教育諸学校に在籍する月については 1 回限り別に算定できる。しかし、医療的ケア児は病状や状態の季節変動、日内変動もあり、病状が不安定であること、学校看護職員も緊張を強いられており、ケアの情報が少ないことから、継続的に情報提供や支援が必要となる実態がある。

- ① **初めて在籍する月以外も必要時、病状やケア内容、医療機器等の変更など**訪問看護情報提供療養費が算定できるようにする。
- ② 関係担当者が一堂に会したカンファレンスに参加し情報を共有した場合には報酬を引き上げる。

【現行の制度】

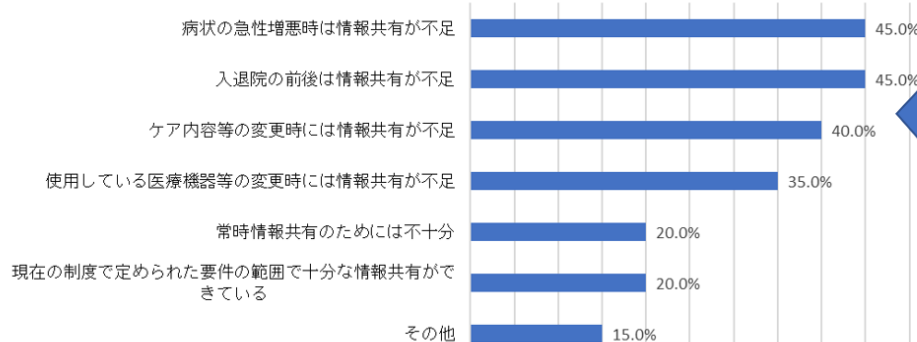
各年度 1 回に限り、及び入学・転学時等初めて義務教育諸学校に在籍する月については 1 回限り別に算定可



医療的ケア児
季節変動、日内変動等、病状が
不安定になることがある

継続的な情報共有や支援が必要

訪問看護情報提供療養費 2 算定の頻度に関する意見 (複数回答) (n=20)



訪問看護情報提供療養費 2 を算定している訪問看護ステーションでは、現状の制度では「情報共有が不足している」という意見が約半数ある

<資料> 日本訪問看護財団会員調査「令和4年度診療報酬改定の要望に関するWebアンケート調査」(2021年3月調査)

- ① **初めて在籍する月以外も必要時、病状やケア内容、医療機器等の変更など**訪問看護情報提供療養費が算定できるようにする
- ② 関係担当者が一堂に会したカンファレンスに参加し、情報を共有した場合に報酬を引き上げる

重症児に対する居宅外への訪問看護の評価

学校や福祉サービスの場合への看護師の導入が増えているが、障害児看護の経験のない看護師も多く²⁾、人材確保と育成が求められている³⁾。医療的ケア児の生活を拡大するためには、看護師が常駐しない場でも適切な対応ができるように、訪問看護師が必要な時に随時訪問できる体制が適切と考える。教育施設や福祉施設等へ気軽に訪問を行うことができれば、子どもの安全を確保しつつ成長発達をうながすことにつながる。訪問看護師が居宅以外への訪問看護が確実に実施できる体制を整えること急務である。特に、別表7・8に該当する子どもの場合は、訪問看護師が必要な時に随時訪問できる体制が必要なため、**重症児の居宅外訪問**に対する評価の新設を要望する。

重症児の居宅外訪問に対する評価の新設

算定対象：別表7.8に該当する児に対して、看護師不在の場所における
訪問看護師で対応できる応急的な事柄や日常的に必要なケア

現行

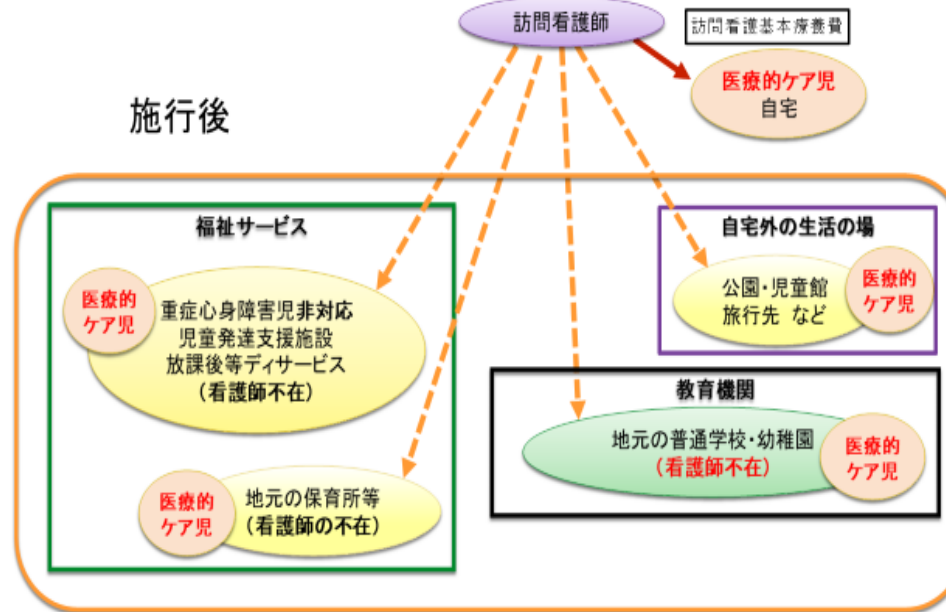


健康保険法第88条
居宅において訪問看護を受けた時、訪問看護療養費を支給する。

実績
23.1%（455件中105件）の訪問St.が必要に迫られ居宅外訪問を実施1)

要望
・34.7%（455件中137件）の訪問St.が診療報酬の算定を要望1)
・放課後等ディサービス、保育所に来てほしいという依頼がある1)
・自治体のサービスとして居宅以外の訪問に補助があるという回答7件

施行後



【直接的メリット】

・子どもの体調悪化のリスクの回避

（緊急時の対応、安全の確保、家族の対処能力の向上、他職種とのケアの安全性の向上など）

例①呼吸器のアラームが鳴りっぱなしで相談があり、公園に訪問し、体位の調整でうまく対応ができた。

例②通所中、胃ろうの事故抜去が起こったが、施設の看護師が対応できず、訪問St.が対応し大事には至らなかった

・子どもの成長発達の促進

（多職種協働での発達の促進、子どもの生活の豊かさ、安心した生活など）

例③叶わなかったと思っていた家族そろっての外出ができた

例④地域の保育所の入所を希望しても行政・保育所が拒否したが、訪問St.が支援するという事で許可がでた

【間接的メリット】

・在宅生活の安定と継続

（在宅移行の促進、家族の負担の軽減、家族のニーズの充足など）

医療的ケア児が利用する時にその場所に直接出向きケアを行う**居宅外訪問の実績**

新設居宅外訪問の範囲

<引用文献>

- 1) 部谷知佐恵他（2021投稿中），小児の訪問看護における診療報酬算定外サービスの実態と要望-全国の訪問看護ステーションへのアンケート調査から-，日本看護研究学会。
- 2) 道重文子他（2012），特別支援学校において医療的ケアに携わる看護師の看護実践能力，大阪医科大学看護研究雑誌，2，51-59。
- 3) 日本看護協会広報部（2020），文部科学省初等中等教育局に要望 医療的ケア児を支える看護師の人材確保・育成を。 https://www.nurse.or.jp/up_pdf/20200331155316_f.pdf

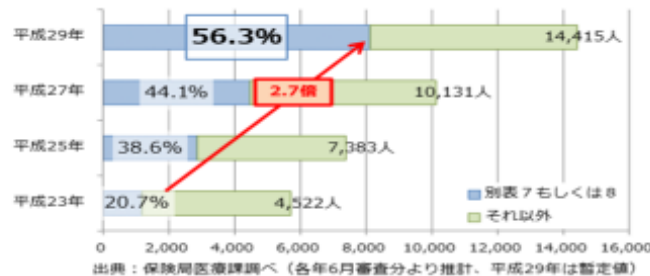
訪問看護ステーション機能強化型1・2に別表8の小児を追加

平成30年診療報酬改定以降、機能強化型訪問看護ステーションの提供体制への評価が進んできた。なかでも、機能強化型3の訪問看護ステーションは、別表7に加え別表8の利用者の受け入れが評価された。しかし、機能強化型1・2の訪問看護ステーションは、従来から重症のこどもに対応しているにもかかわらず、別表8に該当する小児の受け入れが評価されていない。平成29年度の調査（厚生労働省保健局医療課調べ）では、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年から約2.7倍に増えており（図1）、超重症児・準超重症児には該当しない別表8の小児の割合は27.9%と報告されている（図2）。

このことから、**機能強化型1・2の訪問看護ステーション**についても、重症度の高い利用者の受け入れの要件に、**別表8の小児を追加**することを要望する。

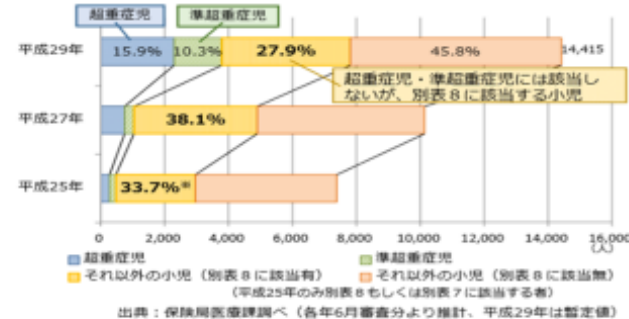
【要望】訪問看護ステーション機能強化型1・2の「重症度の高い利用者の受け入れ」要件に、別表8利用者（小児）を追加

■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＝1,2の割合



訪問看護を受ける小児（15歳未満）の利用者数は増加傾向が著しい。小児の訪問看護利用者数のうち、別表7・8に該当する者の割合は、6年間で2.7倍である（図1）。

■超重症児・準超重症児等の利用者数の推移



別表8に該当する小児の割合は、27.9%と多い。

（参考）機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受け入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額*1	12,530円	9,500円	8,470円
看護職員の数・割合*2	常勤7人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	5人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	4人以上、6割以上
24時間対応	24時間対応体制の確立（休日、祝日も含めた計画的な訪問看護の実施）		
重症度の高い利用者の受け入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者 or 機軸の診療57が共同して訪問する利用者 月10人以上

平成30年診療報酬改定で、新設された機能強化型3の訪問看護ステーションには、別表7に加え別表8の評価が付いた。しかし、重症児の利用者数が多く、以前より小児の利用者に対応している訪問看護ステーションである機能強化型1・2には別表8の評価がついていない。**機能強化型1・2についても、別表8の追加を要望する。**

※2：別表8

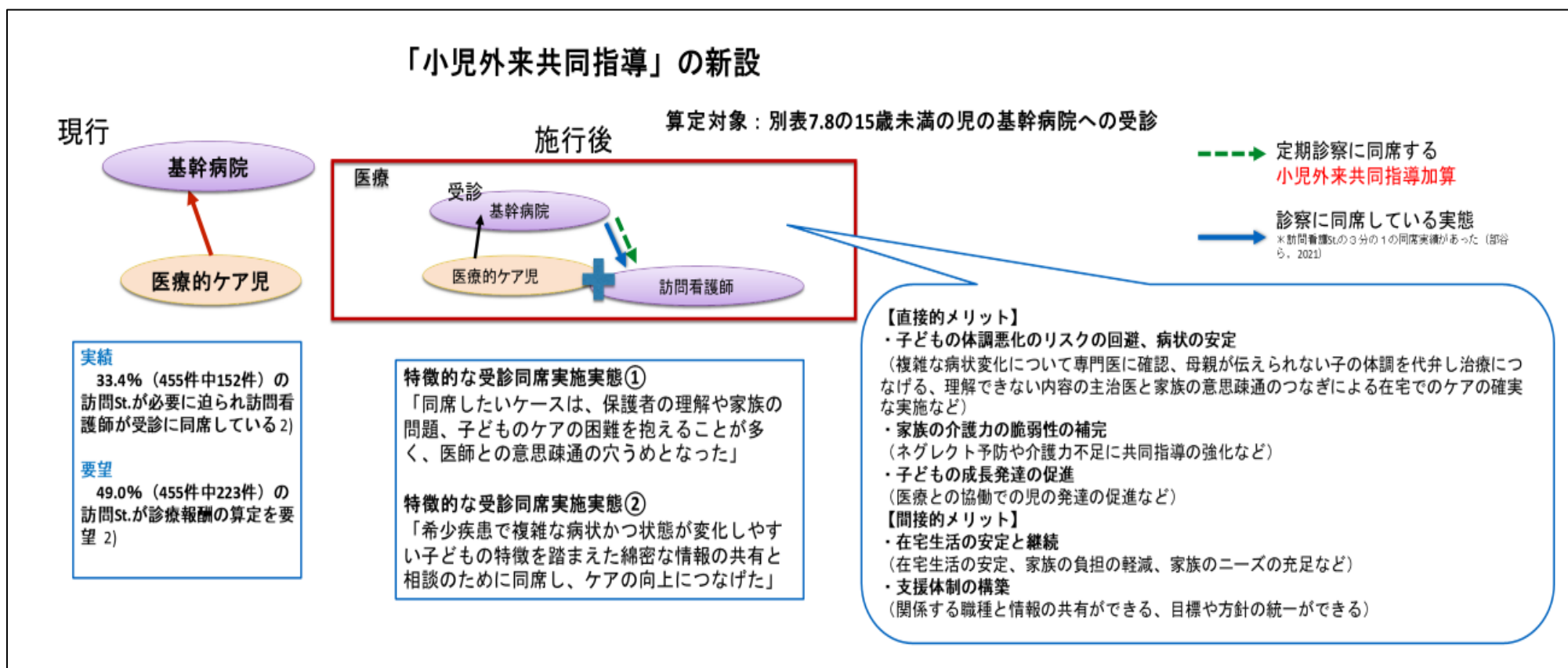
- 在宅慢性難病患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己血糖測定指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養療法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養療法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理

- 在宅人工呼吸器指導管理
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- 在宅自己疼痛管理指導管理
- 在宅終末期医療指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真夜を超える状態にある者
- 在宅患者訪問点検注射管理指導科を算定している者

外来受診に訪問看護師が同席・連携することへの評価（小児）

小児の在宅療養では、小児に特化した訪問診療を担う在宅医が少ない上に、希少疾患の管理のために基幹病院への受診が必要である。また、予防接種やレスパイトなど、複数の医療機関や複数の科をまたぐ受診が必要である¹⁾ことから、基幹病院の医師や各種サービスとの連携が複雑化している。

小児の体調管理を行い、在宅生活の安定と継続のために、状態変化をきたしやすい別表7・8の15歳未満の児の基幹病院への受診に限定して、**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。訪問看護師が基幹病院の受診に同席することで、基幹病院、訪問診療との連携や調整もスムーズになり、安定的な在宅療養が期待できる。



<引用文献>

1) 富田直（2019），小児在宅医療における病院と地域との連携，在宅新療0-100，4(4)，326-332.

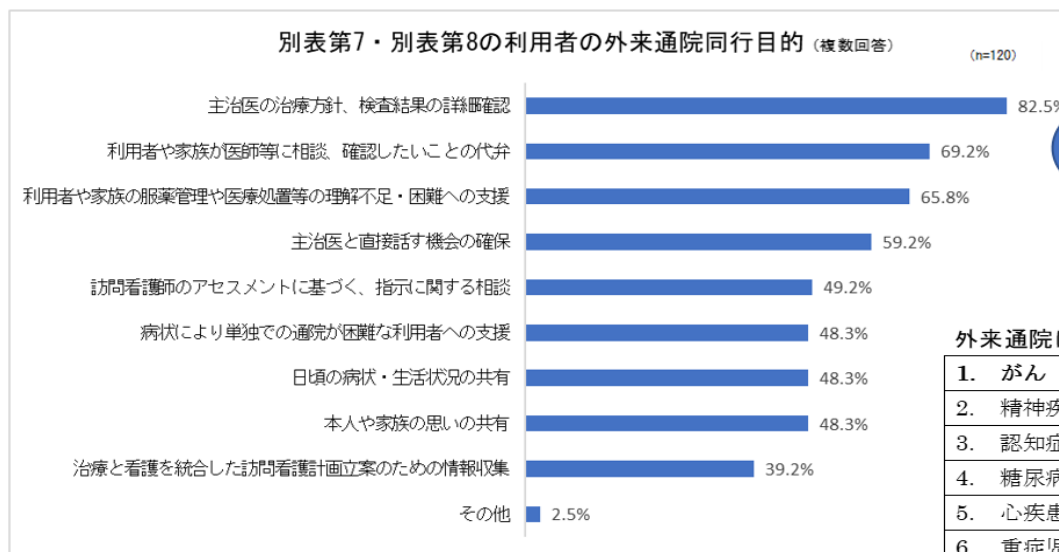
2) 部谷知佐恵他（2021投稿中），小児の訪問看護における診療報酬算定外サービスの実態と要望-全国の訪問看護ステーションへのアンケート調査から-，日本看護研究学会.

外来受診に訪問看護師が同席・連携することへの評価（認知症患者等）

外来通院して治療や療養指導を受ける在宅療養者が、訪問看護を利用している場合、利用者や家族とともに、療養指導を行う訪問看護師が病院等の外来通院時に同席して、医師等から治療方針や薬の有害事象などの説明を受けて共通理解したうえで、在宅療養生活の相談・支援をすることは必須である。

特に、医療保険の別表7・8及び認知症、精神科疾患に該当する訪問看護利用者については、外来通院時に医師や看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士等との連携調整も含めた共同指導の評価を要望する。

外来通院して治療や療養指導を受ける在宅療養者に訪問看護師が同席して、医師等から治療方針や薬の有害事象などの説明を受け共通理解した上在宅療養生活の相談・支援をすることは必須である



様々な疾患の利用者に対し、様々な目的で外来通院同行がおこなわれているが評価がない

外来通院に立ちあった場合、その利用者の主傷病名（n=374）

1. がん	211	56.4%
2. 精神疾患	125	33.4%
3. 認知症	111	29.7%
4. 糖尿病	75	20.1%
5. 心疾患	63	16.8%
6. 重症児	39	10.4%
7. その他	133	35.6%

（その他の内容）ALS、神経難病、難病、パーキンソン病など

<資料1> 日本訪問看護財団会員調査「令和4年度診療報酬改定の要望に関するWebアンケート調査」（2021年3月調査）



<資料2> 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月調査）

特に、医療保険の別表第7,8及び認知症、精神科疾患に該当する訪問看護利用者については、外来通院時に医師や看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士等との連携調整も含めた共同指導の評価を要望する

特別訪問看護指示書を月2回交付 できる対象者の拡大

在宅ターミナルケアを推進するためには、独居高齢者であっても、認知症グループホーム入居者であっても、住み慣れたところで看取りが可能となるように、訪問看護ステーションの有効活用と、訪問看護体制を確保する必要がある。そのため、医科点数表の「在宅患者診療・指導料」のC007「訪問看護指示料」において、**月2回算定**とされる「別に厚生労働大臣が定める者について」の対象者を、**難治性潰瘍等の皮膚損傷を伴う疾患、非がん終末期、点滴管理、熱傷等の皮膚損傷を伴う外傷を追加すること**を要望する。

【現行の制度】

○特別訪問看護指示書の交付は1回/月

○厚生労働大臣が定める利用者は2回/月まで可

(1)気管カニューレを使用している利用者 (2)真皮を越える褥瘡の状態にある利用者

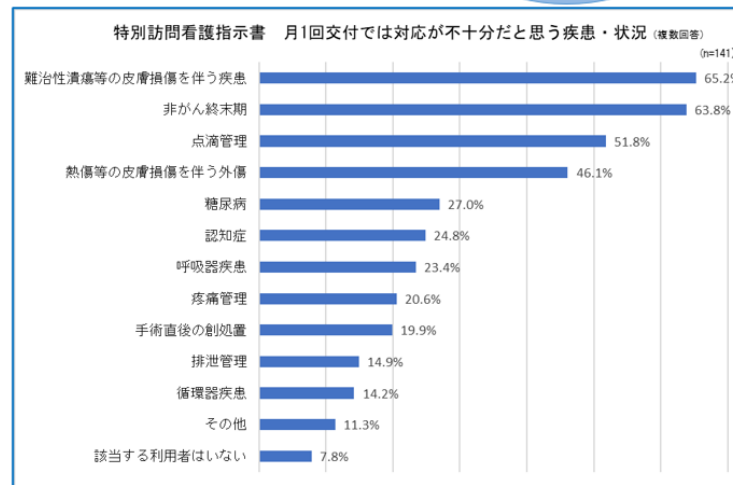
(1)(2)以外の利用者
急性増悪、終末期、退院
直後等の事由により頻
回な訪問看護が必要

特別訪問
看護指示書
交付

頻回な訪問看護
によるケア
交付日から
14日間まで

14日以内に
回復

14日以内に
回復せず



特別訪問看護指示書 月1回交付では対応が
不十分だと思う疾患・状況

- ・難治性潰瘍等の皮膚損傷を伴う疾患
- ・非がん終末期
- ・点滴管理
- ・熱傷等の皮膚損傷を伴う外傷 等

<資料> 日本訪問看護財団会員調査「令和4年度診療報酬改定の要望に関するWebアンケート調査」(2021年3月調査)

医科点数表の「在宅患者診療・指導料」のC007「訪問看護指示料」において、月2回算定とされる「別に厚生労働大臣が定める者について」の対象者に、**難治性潰瘍等の皮膚損傷を伴う疾患、非がん終末期、点滴管理、熱傷等の皮膚損傷を伴う外傷を追加すること**を要望する

訪問看護認定看護師等の配置による「訪問看護ターミナルケア療養費」の評価の充実

我が国では、在宅看取りを推進しているが、2018年の自宅死の割合はわずか13.7%である(厚生労働省, 2019)。在宅の看取りにおいて、訪問看護ステーションに訪問看護認定看護師等(※)が配置されていることは、在宅看取り数の増加の有意な要因となる。また、訪問看護認定看護師等が配置されているステーションでは、カンファレンスや遺族ケアを実施しており、より質の高い看取りケアを実践していると考えられる。さらに、初めて在宅看取りを実践する看護師への支援(教育)も行い普及を図っている。以上のことから、**訪問看護認定看護師等が配置されている訪問看護ステーション(及び病院・診療所)の在宅看取り体制強化への評価を要望する。**

(※)訪問看護認定看護師、在宅ケア認定看護師、在宅看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師、がん化学療法看護認定看護師、がん薬物療法看護認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師、乳がん看護認定看護師、がん放射線療法看護認定看護師

- 我が国では在宅看取りが推進されているが、2018年の自宅死の割合はわずか13.7%である¹⁾
- 現行制度では、緩和ケア認定看護師等が他事業所又は他病院・診療所の訪問看護師と同行訪問してコンサルテーションを行った場合の評価(12,850円/月)はあるが、当該認定看護師等の配置の評価はない
- なお、訪問看護認定看護師は対象に含まれていない

1. 在宅看取り数の増加

訪問看護認定看護師等(※)が配置されていることは、ステーションにおける在宅看取り数の増加に有意な要因となる²⁾

表 訪問看護ステーションの看取り関連要因

N=416

	標準化偏回帰係数(β)	有意確率
看護職の換算人数	0.263	<0.001
訪問看護ターミナルケア療養費算定の有無	0.195	0.002
訪問看護認定看護師等(※)の有無	0.180	0.005
サービス提供体制強化加算届出の有無	0.145	0.016
初めて在宅看取りを実践する看護師へのメンタルサポートの有無	0.142	0.019
機能強化型訪問看護管理療養費1,2,3届出の有無	0.148	0.029

注: 従属変数は「令和元年度1年間の利用看死患者数」とし、準変数検定で $p < 0.05$ の複数ステップワイズ法で投入変数選択時の決定係数が0.7以上の場合は、該変数の有意性を考慮し投入変数を選択した。

<資料>

1) 厚生労働省(2019). 厚生統計要覧(令和元年度) 第1編 人口・世帯 第2章 人口動態

第1編 人口・世帯 第2章 人口動態

2) 日本訪問看護財団(2020年度実施). 訪問看護認定看護師等在宅看取り教育プログラムの開発. (日本財団助成事業)

2. 在宅看取りケアの質の向上

訪問看護認定看護師等(※)が配置されているステーションは、カンファレンスや遺族ケアを実施しておりより質の高い看取りケアを実践している

3. 在宅看取りケアの普及

訪問看護認定看護師等(※)が配置されているステーションは、初めて在宅看取りを実践する看護師に対し同行訪問の頻度を増やす、メンタルサポートといった支援を行っており²⁾、在宅看取りケアの普及を図っている

在宅看取り数の増加、看取りケアの質向上を図るために、訪問看護認定看護師等(※)が配置されている訪問看護ステーション(及び病院・診療所)の評価を要望する

(※)訪問看護認定看護師、在宅ケア認定看護師、在宅看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師、がん化学療法看護認定看護師、がん薬物療法看護認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師、乳がん看護認定看護師、がん放射線療法看護認定看護師

「退院支援指導加算」 退院当日の評価の充実

在院日数の短縮化から早期退院が進められる中、訪問看護ステーションから退院当日に自宅に訪問して、療養環境を整え、食事、排泄、入浴、服薬、医療器具・機材の管理などの細かい療養生活の助言が必要となる。

特にがん末期や難病で医療器具機材を使用して退院する患者が、在宅での療養を希望する場合は、多職種とのカンファレンスなども含めると、退院当日の訪問滞在時間は2時間を超える場合や複数回訪問も必要となる。

そこで、特に別表7・8の対象者、その他の対象者には現行制度で6,000円であるが、**外泊時の訪問看護基本療養費（8,500円）並みの引き上げ**を要望する。

【現行の制度】

退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合に退院支援指導加算として6,000円加算

対象：厚生労働大臣が定める退院支援指導を要する者

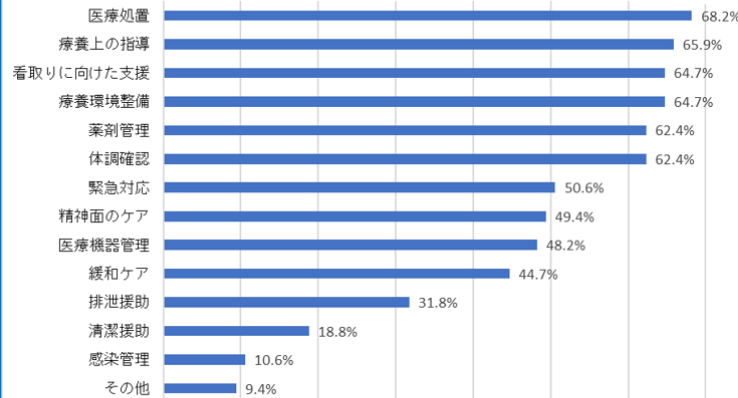
((1)別表第7に該当する利用者、(2)別表第8に該当する利用者、(3)退院日の訪問看護が必要であると認められた者)

在院日数
の短縮化

早期退院

退院当日から、在宅療養の早期安定のために
療養環境整備・詳細な療養生活の助言等、様々な支援が必要

退院当日に実施したケア内容 (複数回答) (n=85)



退院当日に実施した ケア内容

- ・医療処置
- ・療養上の指導
- ・看取りに向けた支援
- ・療養環境整備
- ・薬剤管理
- ・体調確認
- ・緊急対応
- ・精神面のケア
- ・医療機器管理 等

退院当日に実施した 訪問看護

- ・90分を超える訪問 48.2%
- ・複数回訪問 35.5%

実際に様々なケア
が様々な形で提供
されている

退院当日に実施した訪問看護の事例の有無 (複数回答) (n=141)



<資料> 日本訪問看護財団会員調査「令和4年度診療報酬改定の要望に関するWebアンケート調査」(2021年3月調査)

退院支援指導加算について、外泊時の訪問看護基本療養費(8,500円)並みの引き上げを要望する

「複数名訪問看護加算」（精神科を除く）の回数制限の撤廃

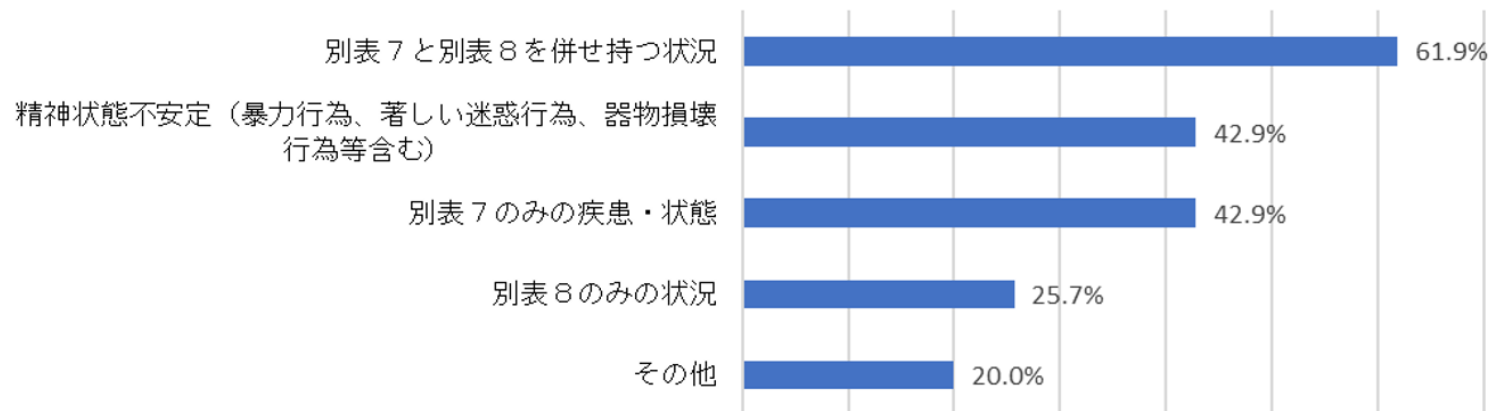
現行制度では、訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算を算定する場合、看護職員同士は週1回となっている。在宅療養者の病状等が重症で医療器具を使用し、看護補助者との同行では対応できない、常時看護師の観察のもとに看護を提供する方が増加している。別表7・8の該当者について、看護職員同士の複数名訪問加算の回数制限の撤廃を要望する。

【現行の制度】

訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算を算定する場合、看護職員同士は週1回まで

- 常時看護師の観察のもとに看護を提供する必要がある等の利用者が増加している
- 医療機器等を使用しているため、看護補助者との同行では対応できない

複数回訪問看護加算について
看護職員同士の訪問が週1回では対応しきれない利用者の状況（複数回答）（n=105）



<資料> 日本訪問看護財団会員調査「令和4年度診療報酬改定の要望に関するWebアンケート調査」（2021年3月調査）

別表第7,8の該当者について、看護職員同士の複数名訪問看護加算の回数制限撤廃を要望する

重点要望3

QOLの維持・向上に貢献できる専門性の高い看護ケア
実践への評価

脳卒中再発・重症化予防指導料（仮称）の新設

脳卒中の累積再発率は、10年間で50%を超え（Hata et al., 2005）、再発の度に重症化するため、再発予防は重要である。脳卒中治療ガイドライン(2019)では、再発予防のために、危険因子に対する疾病管理や生活習慣の改善への保健指導が推奨されている。

外来通院中の脳梗塞患者を対象にした、看護師主導の脳卒中再発予防介入によるRCT（Fukuoka.Y et al., 2019）では、保健指導群で脳卒中再発の発生率が低い傾向（保健指導群6人、通常ケア群13人）が示された。脳卒中患者は、脳卒中発症のリスクとなる生活習慣や合併症などを保有しているため、生活習慣の改善や合併症のコントロールができなければ、再発し重症化することが考えられる。

以上のことから**脳卒中患者を対象に**、再発および重症化予防について、**専門性の高い看護師が月1回、30分以上の指導**を行った場合に「**脳卒中再発・重症化予防指導料（仮称）**」を算定できるように要望する。

【技術の概要】専門性の高い看護師（慢性疾患看護専門看護師または脳卒中リハビリテーション看護認定看護師）が、脳卒中患者を対象に再発および重症化予防について、月1回、30分以上の指導を行う。

【対象疾患】

脳卒中

【対象者の条件】

- ・ 外来通院中の者
- ・ mRS：0～3の者
（脳卒中重症度評価スケール）

【指導の内容】

★初回

知識（脳卒中と危険因子の病態、生活習慣、メンタルケア、ストレスマネジメント、セルフモニタリングなど）の提供を行う。そして、危険因子の特定や改善方法を決定する。

★1ヶ月目（2回目）

知識の提供に加え、生活習慣改善にむけた行動目標の設定を行う。

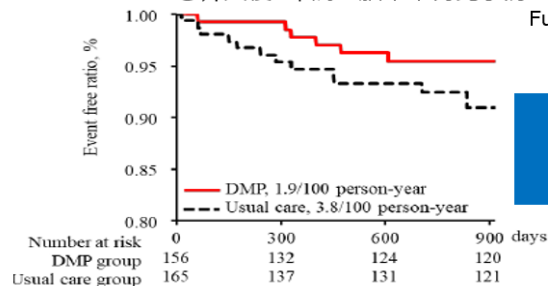
★2ヶ月目（3回目）～6ヶ月目（7回目）

知識の提供に加えて、患者の取り組み状況の評価を行い、生活習慣についての改善行動の目標を再設定する。そして、今後の自己管理の方法について、指導する。

脳卒中再発予防効果

【根拠】321人の脳卒中患者を対象とした看護師主導の自己管理教育による6ヶ月間の介入による介入後2年間の脳卒中再発予防に関する前向きランダム化比較試験

Fukuoka.Y et al (2019) Stroke,50(3):705-712.



保健指導群が通常ケア群に比べて
再発率が低い傾向

図 研究期間（2年6ヶ月）における脳卒中の再発率

【診療報酬上の取り扱い】

- ・ 診療報酬の区分
B「指導管理等」
- ・ 点数（1点10円）
350点
- ・ 算定条件
1回30分以上の保健指導に対し、月1回算定。
初回指導より6ヶ月間（計7回）算定可能。

「J043-3ストーマ処置（1日につき）」のストーマ合併症加算の追加

現行の「ストーマ処置（1日につき）」はストーマ処置の難易度や時間は加味されていない。とくにストーマ合併症（傍ストーマヘルニア、肉芽腫、ストーマ部がん、瘻孔など）を有する場合の処置は、ケアの難易度が高い。実際に、ストーマ外来担当者への聞き取り調査¹⁾によると、ストーマ合併症を有する場合の処置時間は69.6（±17.2）分で、合併症がない場合32.0（±2.7）分の2.2倍を要している。また、ストーマ合併症は、局所管理の困難さ、外観の変化、症状の悪化に伴う不安から患者のQOLに影響することは多くの研究で明らかにされている^{2)～3)}。そのため、外来で早期から適切なケアを講じることで、患者のQOL向上や重症化の予防につながり、不定期な外来受診や緊急入院を低減することが期待できることから「ストーマ処置（1日につき）」について、ストーマ合併症を有する患者の処置を行った場合、その難易度と臨床的有用性を考慮し、**ストーマ合併症加算65点**を要望する。

技術の概要

ストーマ合併症がある場合、65点加算（1回／人）

現行	ストーマ処置
ストーマ1個	70点
ストーマ2個以上	120点

➡

改定後	ストーマ処置 (イ.単純なもの)	ストーマ処置 (ロ.複雑なもの)
ストーマ1個	70点（現行通り）	70+65=135点
ストーマ2個以上	120点（現行通り）	120+65=185点

入院以外の人工肛門および人工膀胱（以下、ストーマ）をもつ患者で、ストーマ合併症の重症度分類※グレード2（中等症；ストーマケア方法の変更と外来処置で対応可能）以上の者「ロ.複雑なもの」に対し、ストーマ処置を行った場合、合併症加算として現行処置に**65点を加算**する。なお、ストーマ合併症がないものを「イ.単純なもの」とする。

対象

以下のストーマ合併症を有し、かつストーマ合併症の重症度分類グレード2以上の患者

- 傍ストーマヘルニア
- ストーマ脱出
- ストーマ周囲肉芽腫
- ストーマ腫瘍
- ストーマ部瘻孔
- ストーマ静脈瘤
- ストーマ周囲難治性皮膚障害等

【例】ストーマ脱出 ストーマ周囲肉芽腫

根拠と有用性

処置に、通常の**2.2倍の時間（69分）**を要し、**専門的なアセスメントと技術、複数の医療者が必要。**

ストーマケアに熟練した看護師が的確なアセスメントと局所ケアおよび生活指導を行うことで…

- ・ **ストーマ合併症の重症化予防**
- ・ **予定外外来受診、入院や手術に至るケースの低減**
- **医師の負担軽減、医療費の削減**
- ・ **患者のQOL向上**

を図ることができる。

<引用文献>

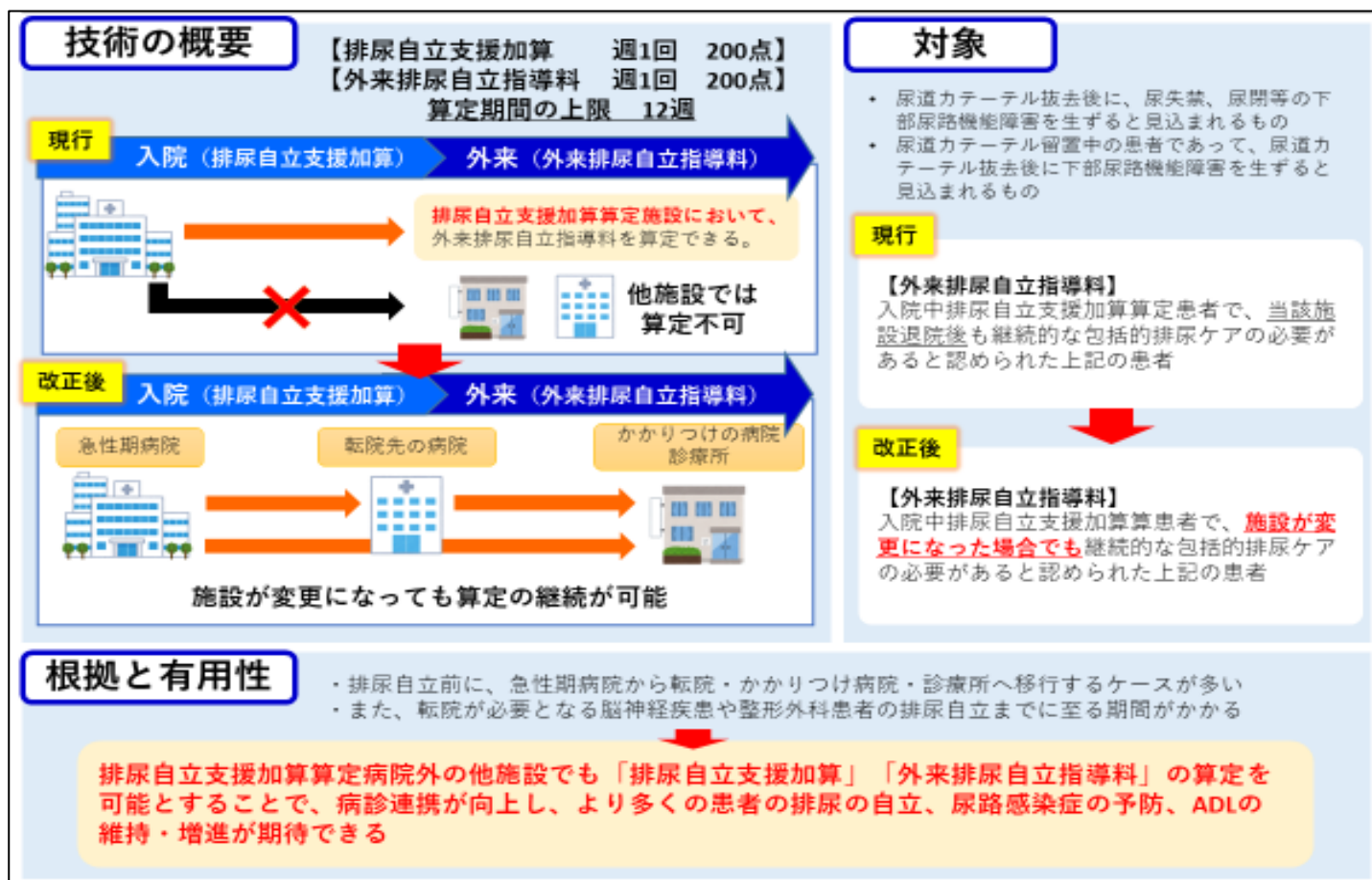
1) 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会保険医委員会、聞き取り調査、2021年3月実施、未発表

2) Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. Qual Life Res. 2016;25(1):125-33.

3) Carlsson E, Fingren J, Hallén AM, Petersén C, Lindholm E. The Prevalence of Ostomy-related Complications 1 Year After Ostomy Surgery: A Prospective, Descriptive, Clinical Study. Ostomy Wound Manage. 2016;62(10):34-48.

「B005-9外来排尿自立指導料」他施設での継続指導への拡大

現在の「外来排尿自立指導料」は、入院中からA251排尿自立支援加算を算定し、退院後も同施設で継続した包括的排尿ケアが実施された場合に算定できる。しかし、転院や在宅診療への切り替えによって、同施設での継続した排尿自立指導を受けられない現状がある。尿道カテーテル留置管理となった脳卒中患者に対して、急性期病院から回復期リハビリテーション病棟への多職種連携による継続的な排尿自立支援に関する有効性は明らかにされている¹⁾。同施設内だけでなく、他施設でも排尿自立指導が継続できれば、指導中断に伴う排尿状態の後退や尿道カテーテル再留置率の低下など、QOLの向上につながる。以上のことから「B-005-9 外来排尿自立指導料」について、病診連携により他施設の外来でも引き続き包括的排尿ケアを実施した場合にも算定可能とすることを要望する。



<引用文献>

- 1) 正源寺美穂, 池永康規, 小西あけみ他, 脳卒中患者に対する急性期病院から回復期リハビリテーション病棟への継続的排尿自立支援の効果, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 2017; 21: 304-312.
- 2) 加瀬昌子, 吉田美香子, 正源寺美穂他, 排尿自立指導料導入における骨盤内手術患者と整形外科・脳血管患者の排尿動作と下部尿路症状への効果に関する予備調査, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 2020; 24: 320-327.

「B005-9外来排尿自立指導料」「A251排尿自立支援加算」の排便ケアへの拡大と名称変更

排尿障害に対する包括的排便ケアを実施した場合に「排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料」が算定できるが、同様に、便秘等の排便障害に対するアセスメントやケアが重要となっている。65歳以上の男性の65.0%、女性の80.5%が便秘症状を有しているとの報告¹⁾もあり、便秘はQuality of Lifeを低下させ心血管イベント発生リスクの増加²⁾にもつながるため極めて重要な問題である。このような排便障害に対し、排便日誌の記録³⁾や、携帯型超音波画像診断装置を用いた大腸便貯留の可視化⁴⁾によるアセスメントとケア、排便ケアチームによる介入⁵⁾などの包括的な排便ケアが有効である。既記載の「排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料」の排尿障害に加え、**包括的排便ケアを実施した場合**にも算定できるよう、要件の拡大と『排泄自立加算・排泄自立指導料』として算定できるよう、**名称の変更**を要望する。

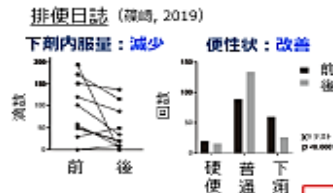
【技術の概要】便秘を有する患者に対し、入院中に排便自立を目指した多職種による排便チーム管理（排便機能評価、排便誘導、強制排便、薬物療法、リハビリテーション）を行う。

現行 排尿障害に対する包括的排便ケアを実施した場合に「排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料」が算定できる

- ・便秘等に対する**排便ケア**は対象となっていない
- ・便秘は**心血管イベント発生**の増加につながり、**生命予後**に関わる
- ・多くの高齢者が便秘症状を有したまま在宅療養に移行している現状

便秘に対する排便ケアの有効性

①排便パターンや便貯留の評価



携帯型超音波検査装置



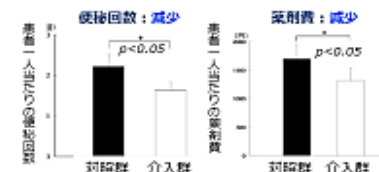
(Matsumoto, 2020)

	Tau (効果量)	SD Tau
便秘 (対/前)	-0.48**	0.17
用手排便 (対/前)	-0.53**	0.11
刺激性下剤 (対/前)	-0.56**	0.17
浣腸 (対/前)	-0.34*	0.16

**p < 0.01, *p < 0.05 それぞれ減少

②排便ケアチームによる介入

(渡辺, 2007)
医師、看護師、薬剤師による介入



下剤の減量、便秘症状の改善、自然排便の促進に有効

⇒ **排便の自立**

患者の目標に応じた、自力での排便が可能となる
摘便・直腸診といった直腸穿孔を起こす恐れのある侵襲的な処置が必要最小限になる

要望

【対象疾患】

- ・尿道カテーテル抜去後下部尿路障害があり、排尿自立指導が必要な患者
- ・便秘を有する患者 ←新たに追加

便秘に対する包括的排便ケアについて、算定要件の拡大と「排泄自立支援加算・外来排泄自立指導料」への名称変更を要望する



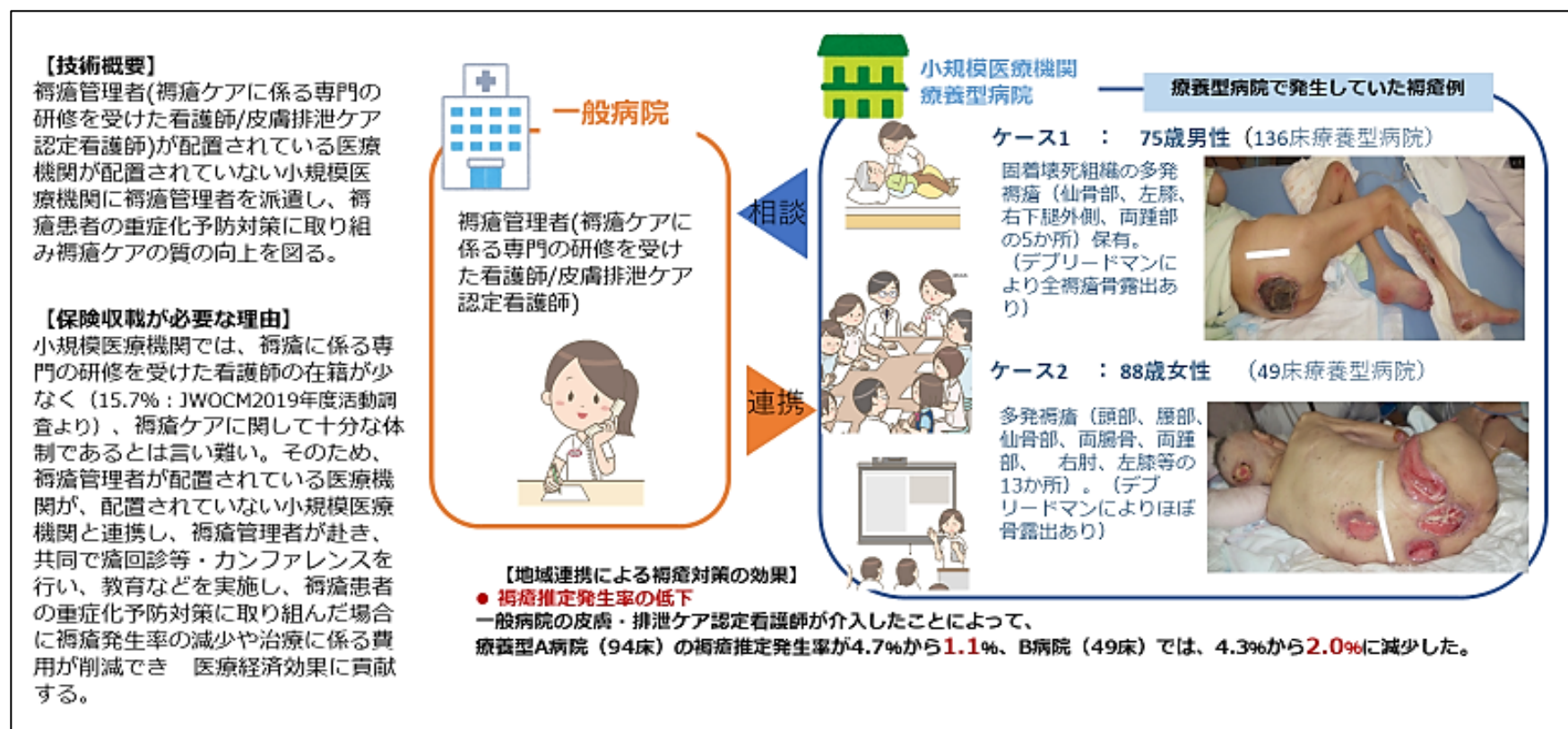
<引用文献>

- 1) 厚生労働省. 平成28年度国民生活基礎調査 (2021.3.31アクセス) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/16.pdf>
- 2) Sumida K, et al. Constipation and risk of death and cardiovascular events. *Atherosclerosis*. 2019;281:114-120.
- 3) 篠澤由香他. 排便日誌を用いた個別化排便ケアの有効性. *医療*. 2019;73(5):235-242.
- 4) Matsumoto M, et al. Safety and efficacy of a defecation care algorithm based on ultrasonographic bowel observation in Japanese home-care settings: a single-case, multiple-baseline study. *Geriatrics & Gerontology International*, 2020;20(3):187-194.
- 5) 渡辺智康他. ケアチームによる排便コントロールへの共同介入の評価. *医療薬学*. 2007;33(3):206-212.

地域連携褥瘡重症化予防管理料（仮称）の新設

皮膚・排泄ケア認定看護師（以下、WOCN）が褥瘡管理者として専従した場合、褥瘡発生数の減少や新規褥瘡発生後の治癒期間が短縮できることは、既に示されている。さらに、中・小規模病院でWOCNが褥瘡管理者として配置されている施設は、費用対効果が高いことも報告されている¹⁾。また、一般病院のWOCNが療養型病院に赴き、褥瘡回診等の同行やケア方法の相談に応じたり、職員に研修を実施した2施設では、A病院（97床）は褥瘡推定発生率が4.7%から1.1%に減少²⁾し、B病院（49床）では4.3%から2.0%へ減少したとの報告がある³⁾。このように、WOCNを褥瘡管理者に置くことや、褥瘡管理者がいない他施設と連携することは、褥瘡の悪化や費用対効果の側面でも有効であると言える。

したがって、**褥瘡管理者が配置されている医療機関が、配置が困難な小規模医療機関に褥瘡管理者を派遣し、褥瘡患者の重症化予防対策に取り組んだ場合**への評価を要望する。



基本診療料の施設基準における褥瘡対策チームの注釈追加

現行の「基本診療料の施設基準等 第4 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準 4 褥瘡対策」において、褥瘡対策チームは専任の医師及び専任の看護職員のみが記載されており、多職種への介入については明記されていない。日本褥瘡学会の『褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版）』¹⁾では、褥瘡予防・治療促進の対策として、多職種で構成する褥瘡対策チームを設置することを、推奨度C1としている。実際に、薬剤師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士などが、それぞれの専門性を活かしたチーム医療の実践が、多々報告されている^{2,3,4)}。そこで、基本診療料の施設基準における褥瘡対策チームのメンバーについて「褥瘡対策チームの構成メンバーは、必要に応じて、薬剤師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士などを適宜配置すること」との注釈の追加を要望する。

基本診療料の施設基準等 第4 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

4 褥瘡対策

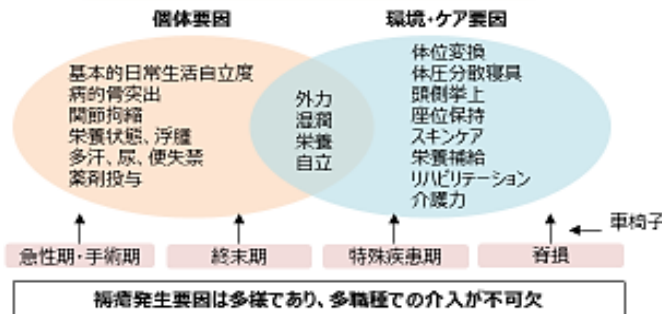
(2) 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。

要望

注釈追加

褥瘡対策チームの構成メンバーとして、薬剤師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士などを必要に応じて追加してもよい

褥瘡発生の概念図¹⁾



褥瘡予防・管理ガイドラインにおける褥瘡対策²⁾

	Clinical Question	推奨度	推奨文
CQ 12.1	褥瘡予防に、病院ではどのような対策が有効か	C1	多職種で構成する褥瘡対策チームを設置してもよい。
CQ 12.3	褥瘡の治療促進に、病院ではどのような対策が有効か	C1	多職種で構成する褥瘡対策チームを設置してもよい。

医師・看護師以外の職種との協働例



下痢による感染褥瘡のため緊急入院となった褥瘡
CRP10.2

薬剤師	下痢の原因究明のため使用薬剤の評価、排便コントロールの薬剤選択・使用方法の提案
栄養士	下痢の原因究明のため経腸栄養材の評価と栄養剤の選択、半固形化栄養剤使用方法の指導
理学療法士	介護者へずれを予防する移乗方法の指導、車いすと車いす用クッションの評価



排便コントロールができ褥瘡感染を制御。
2週間の短期入院で在宅復帰

多職種の褥瘡対策チームは、医師・看護師のみより治療効果を有意に向上³⁾



出典

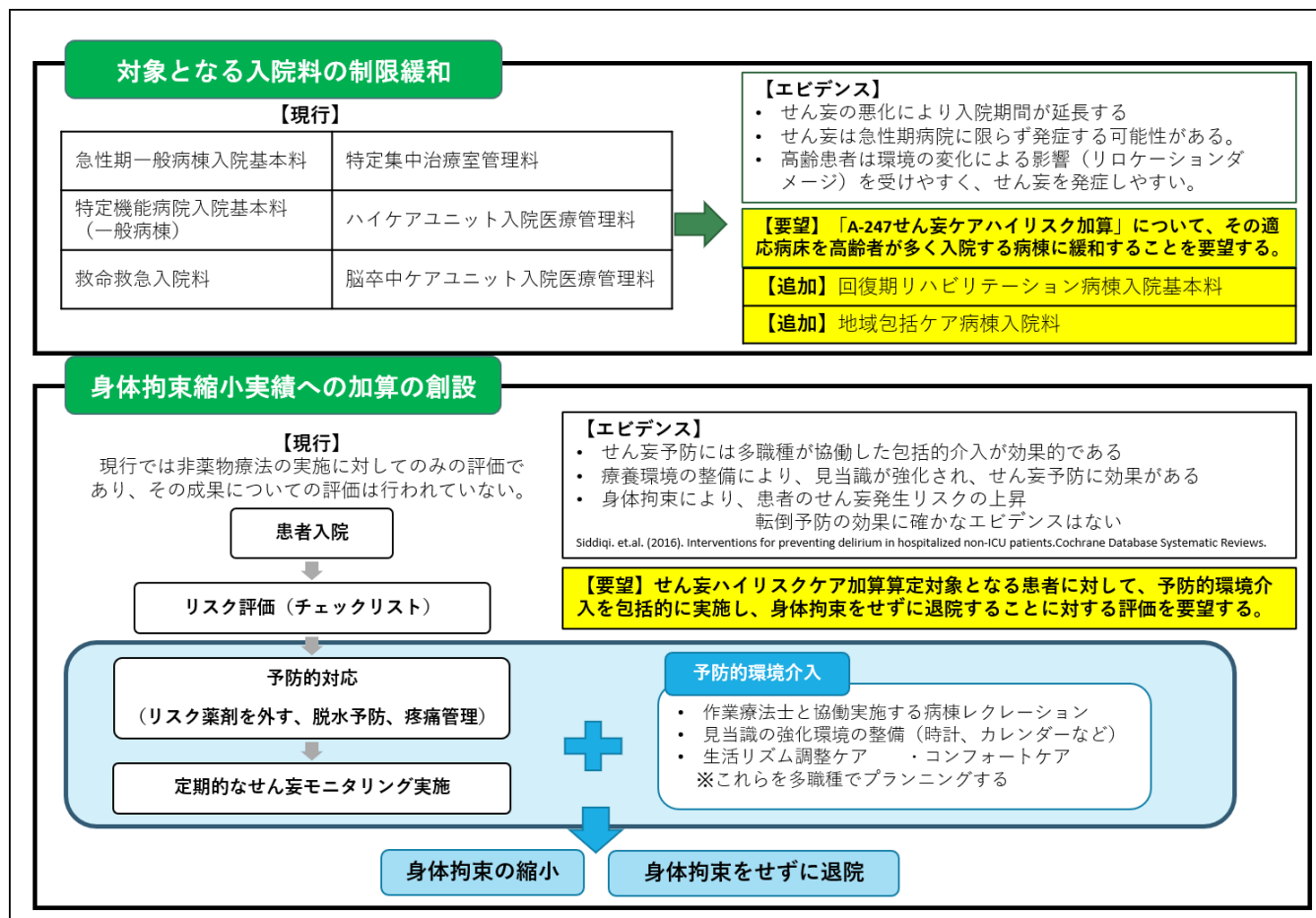
- 1) 真田ら、褥瘡会誌 5(1-2):139, 2003-第2改訂
- 2) 門野ら、褥瘡会誌17(4),487-557,2015
- 3) 古田ら、日本医療・病院管理学会誌 .50 (3),2013

<引用文献>

- 1) 門野岳史ほか：褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版）褥瘡会誌17(4),487-557,2015
- 2) 古田勝経ほか：医師・薬剤師・看護師による褥瘡チーム医療の経済的側面に関する考察。日医療病管理会誌, 50(3),199-207,2013.
- 3) 奥出公美子ほか：栄養療法に基づいた褥瘡管理の経済効果。静脈経腸栄養, 17(4),29-33,2002.
- 4) 前重伯壮ほか：褥瘡対策チームで発揮できる理学療法技術。理学療法学41(8),690-698, 2014.
- 5) 真田弘美ほか：褥瘡発生要因の抽出とその評価。褥瘡会誌 5(1-2):139, 2003

「A247-2せん妄ハイリスク患者ケア加算」 算定対象病床の追加と評価の充実

高齢患者は環境の変化による影響（リロケーションダメージ）を受けやすく、せん妄を発症しやすい。現行の「せん妄ハイリスク患者ケア加算」は急性期病院に限定されており、回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟等、高齢者の入院が多い病棟には適用されない。また、現行では非薬物療法に対してのみの評価であり、その成果についての評価は行われていない。以上のことから「A-247せん妄ケアハイリスク加算」について、その**適応病床を拡大**し、かつ、**身体拘束縮小実績への評価を要望する**。具体的には、せん妄ハイリスクケア加算算定対象となる患者に対して、予防的環境介入（下図参照）の包括的な実施により、身体拘束を減らし、身体拘束をせずに退院することに対して評価を要望する。



<引用文献>

- 1) Zhang, Z., Pan, L., Ni H.(2013). Impact of delirium on clinical outcome in critically ill patients: a meta-analysis. General Hospital Psychiatry, 35(2), 105-11.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.11.003>
- 2) Martinez, F.T., Tobar, C., Beddings, C.I., Vallejo, G., & Fuentes, P.(2012). Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. Age and Ageing, 41(5), 629-634,
<https://doi.org/10.1093/ageing/afs060>

精神科病院における看護外来支援・指導料（仮称）の新設

2019年に示された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き」²⁾では、精神障害者を地域で支える医療の強化の一つに、外来機能の強化が挙げられている。日本精神保健看護学会の2020年度調査⁴⁾によれば、高度実践看護師がいる精神科病院（328施設）のうち13病院（4%）の外来において、医師の依頼や患者家族の希望により、高度実践看護師による看護支援（30分程度の看護面接）が週に1回から4週に1回の範囲で実施されていた。その内容は、精神療法的な支援（100%）を基盤とし、セルフケア看護支援（84.6%）、日常生活・療養生活における相談（84.6%）、薬物療法を含む精神症状管理の相談（76.9%）であった。再入院の予防・早期介入を実現するためには、高度なスキルをもった看護師による外来での支援体制を構築する必要性が求められている。そこで、**精神科病院の外来部門**において、医師の指示を受けた**高度実践看護師が通院患者を対象に30分以上の専門的な看護支援**を実施した場合の評価を要望する。

精神科医師の指示のもとで行う「看護師による外来での支援」の拡充・強化

精神科外来において 精神科医師の指示のもと、高度実践看護師（精神看護専門看護師、精神科認定看護師）による専門性の高い看護を患者・家族に 1回あたり30分以上実施した場合、1回につき100点（加算）、月4回まで算定が可能な『**高度実践看護師による精神疾患患者への外来での支援・指導**』の新設を要望する。

新

高度実践看護師による
精神疾患患者への外来での支援・指導
(新設)

※他の診療報酬に「加算」できることで、個への支援の充実を図る

精神科医の指示

【現状】

1. 高度実践看護師による看護面接のニーズ
外来主治医や看護師から、＜精神科継続外来支援・指導料＞の枠組みを超えた看護面接の指示や依頼（「定期的に実践している」「散発的に実施している」「**実施ニーズがある**」）がある
2. 高度実践看護師による看護面接の実施
患者・家族に1回あたり30分以上かけて、「精神療法的支援」「精神症状管理（薬物療法を含む）の相談」「セルフケア、日常生活・療養生活における相談」を、看護面接として実施している

※高度実践看護師のいる精神科病院（328施設）のうち、13病院（4%）からの回答

現行

精神科継続外来支援・指導料

- 精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援にあわせて、看護師らが、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援

高度実践看護師のもつ力（教育課程のシラバス等から期待される実践力）

- 精神療法的看護面接（支持的受容的看護面接の実践）
- 精神機能・精神症状のアセスメント
- 日常生活機能・動作からみた薬物療法のモニタリング（身体的・精神的・社会的側面からの観察評価）
- 患者家族を取り巻くセルフケア・アセスメントに基づいた看護実践（ケースワークを包含する働きかけ・調整・マネジメント）

地域包括ケアの推進と高度実践看護師の活用

再入院の予防・早期介入を実現するために、高度なスキルをもった看護師による**外来での支援体制**を構築していくことが必要。



短期的な効果

- ・ **精神症状の安定、セルフケアの維持・向上**
- ・ 自尊感情や自我機能の改善



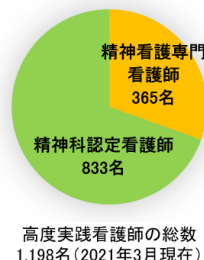
長期的な効果

- ・ **再発防止と安定した地域生活**
- ・ QOLの維持・向上、患者家族の希望する生活の構築



医療供給体制の強化・整備

- ・ **医師の負担軽減**
- ・ 入院看護から外来看護へのシフト



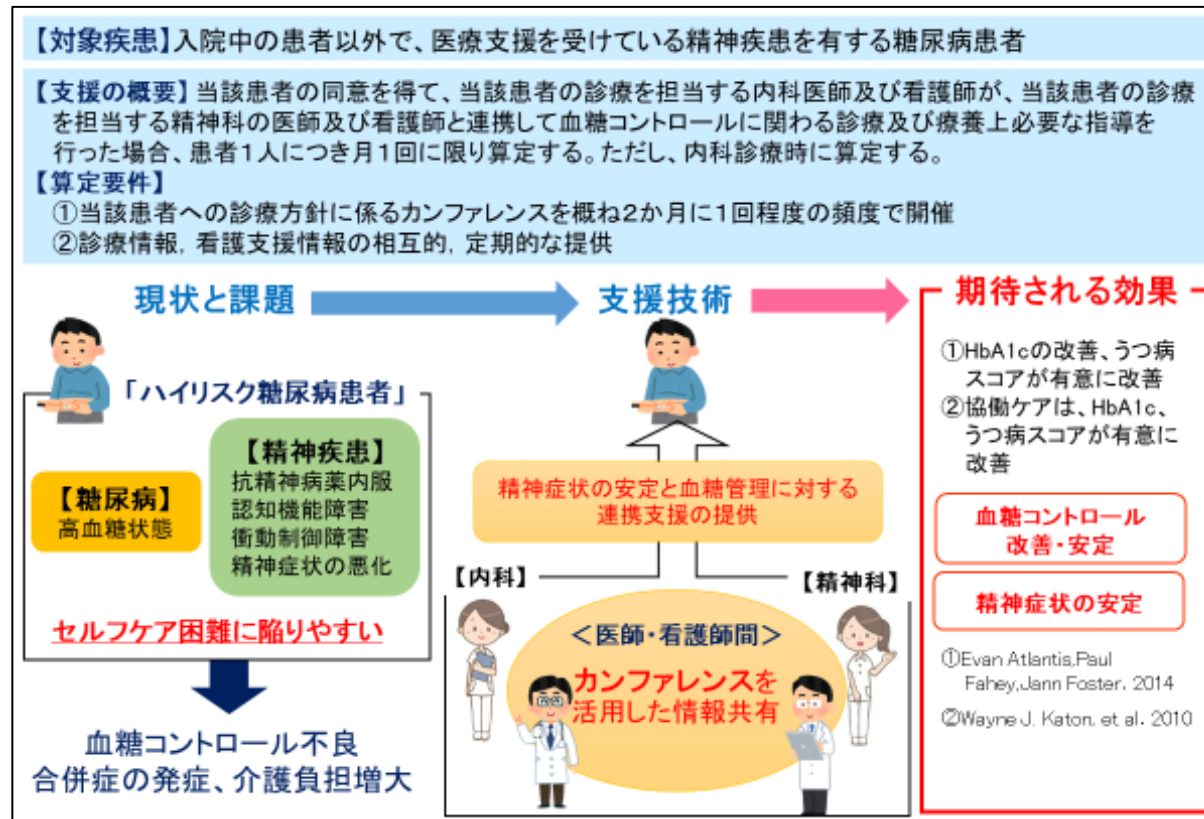
精神科外来を有する
精神科病院への配置: 328施設
総合病院への配置: 107施設

<引用文献>

- 1) 厚生労働省：患者調査，https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20-kekka_gaiyou.html, 2021年3月31日最終アクセス
- 2) 株式会社日本能率協会総合研究所：精神保健医療福祉のデータと政策，<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/guide/h30-ccccguideline-p1.pdf>, 2021年3月31日最終アクセス
- 3) 数間恵子：外来看護に求められる専門性と役割。数間恵子編：外来看護パーフェクトガイドー拡大する看護の役割と診療報酬上の評価一，看護の科学社，2-38，2013。
- 4) 則村良，森千鶴，浅沼瞳ほか：精神科臨床における看護外来の可能性，日本精神保健看護学会学術集会第31回学術集会・総会，2021年6月6日発表予定

精神疾患を併せもつ糖尿病患者に対するハイリスク糖尿病連携指導料(仮称)の新設

糖尿病に精神疾患を併せもつ患者は、抗精神薬による高血糖のリスク¹⁾や、精神症状の悪化による血糖管理不良により、糖尿病の重症化が懸念される。このため、内科と精神科の医療連携が重要である。日本糖尿病教育・看護学会と日本精神保健看護学会による実態調査²⁾によると、回答者120名の9割が、精神疾患を併せもつ糖尿病患者への、精神症状アセスメントと血糖管理を指導していた。さらに、連携支援体制を「とっている」との回答は4割あり、対面式のカンファレンス等で情報共有・連携支援を実践していた。海外では、看護師と医師が協働で支援を行った群はHbA1cの改善やうつ病スコアが有意に改善し³⁾、協働ケアの実践はHbA1cやうつ病スコアが有意に改善したと報告⁴⁾されている。以上より、地域在住の精神疾患を併せもつ糖尿病患者のうち、血糖コントロール不良によるハイリスク状態にある患者に対し、**内科および精神科の医師と専門性の高い看護師が連携して指導**を行った場合の評価として、「**ハイリスク糖尿病連携指導料(仮称)**」の新設を要望する。

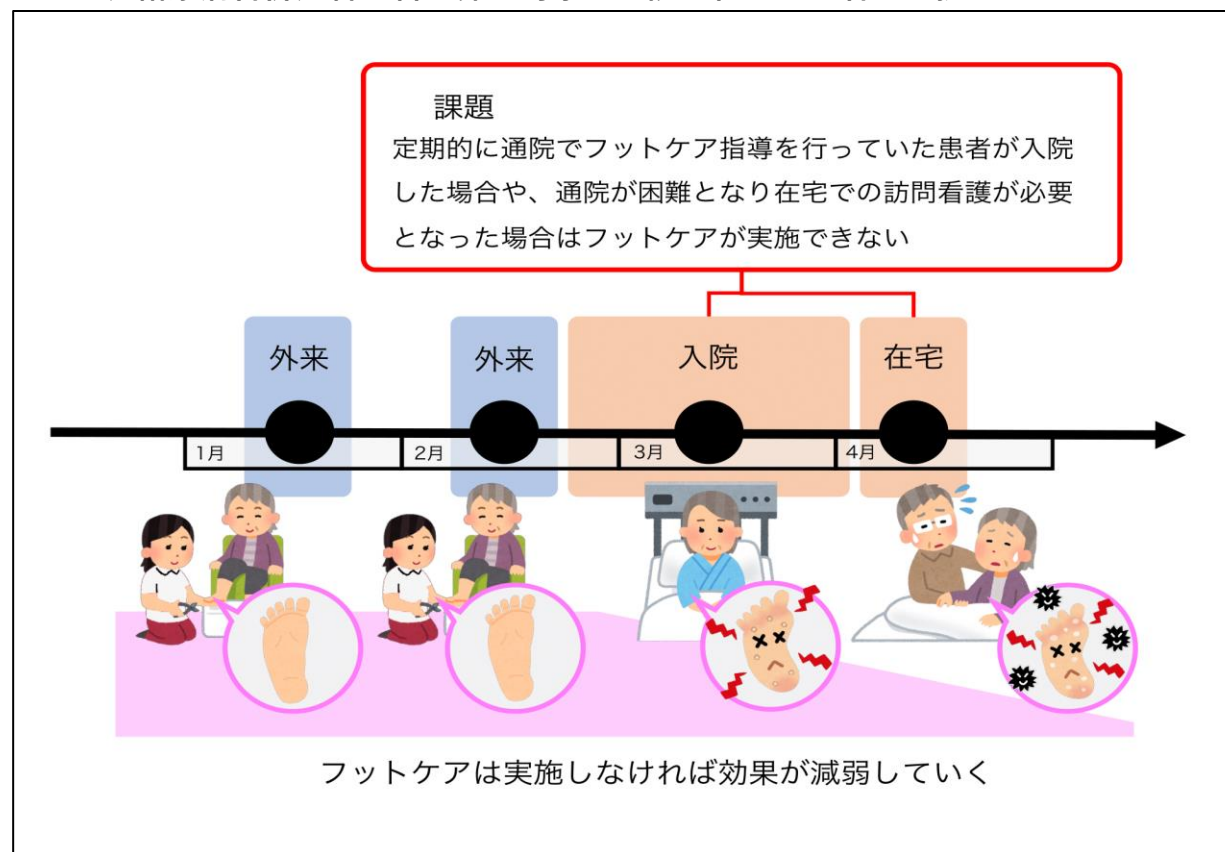


<引用文献>

- 1) 統合失調症に合併する肥満・糖尿病の予防ガイド。日本精神神経学会・日本糖尿病学会・日本肥満学会、2020
- 2) 診療報酬改定要望に向けた実態調査 地域で生活している精神疾患を併せもつ糖尿病患者への血糖管理支援に関する実態調査。日本精神保健看護学会・日本糖尿病教育・看護学会、2021。調査期間：2021年3月16日から3月31日、未発表。
- 3) Collaborative care for comorbid depression and diabetes: A systematic review and meta-analysis. Evan Atlantis, Paul Fahey, Jann Foster. BMJ Open 2014;4:e004706. doi:10.1136/bmjopen-2013-004706
- 4) Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. 2010. Wayne J. Katon, M., Elizabeth H.B. Lin, Michael Von Korff, Sc.D., Paul Ciechanowski, Evette J. Ludman, Bessie Young, Do Peterson, M.S., Carolyn M. Rutter, Ph.D., Mary McGregor, M.S.N., and David McCulloch, M.D.

「B001-20糖尿病合併症管理料」入院患者と在宅患者への評価の拡大

現行の糖尿病合併症管理料は『通院する患者』が対象であり、入院中の患者や在宅療養中の患者は対象者から除外されている。そのため、定期的に通院でフットケア指導を行っていた患者が入院した場合や、在宅での訪問看護が必要となった場合は、フットケアの実施を継続し難い。フットケアの効果は可逆的で、実施しなければ効果は低下していくため、定期的、継続的なケアが必要である¹⁾。また、フットケアは、歩行能力の改善と関係しており²⁾、継続的な効果を維持するためには、ケアを中断しないことが必要である。また、在宅患者に対するフットケアは、管理料が算定されていないものの、既に96%以上の訪問看護師が実践していると報告³⁾されており、在宅患者におけるフットケアのニーズの高さが明らかとなっている。入院や在宅での管理料算定が可能であれば、継続的なフットケアの波及による患者の歩行能力の改善、QOLの向上が見込める。そのため、**糖尿病合併症管理料の算定対象を入院と在宅の患者にも拡大**することを要望する。



<引用文献>

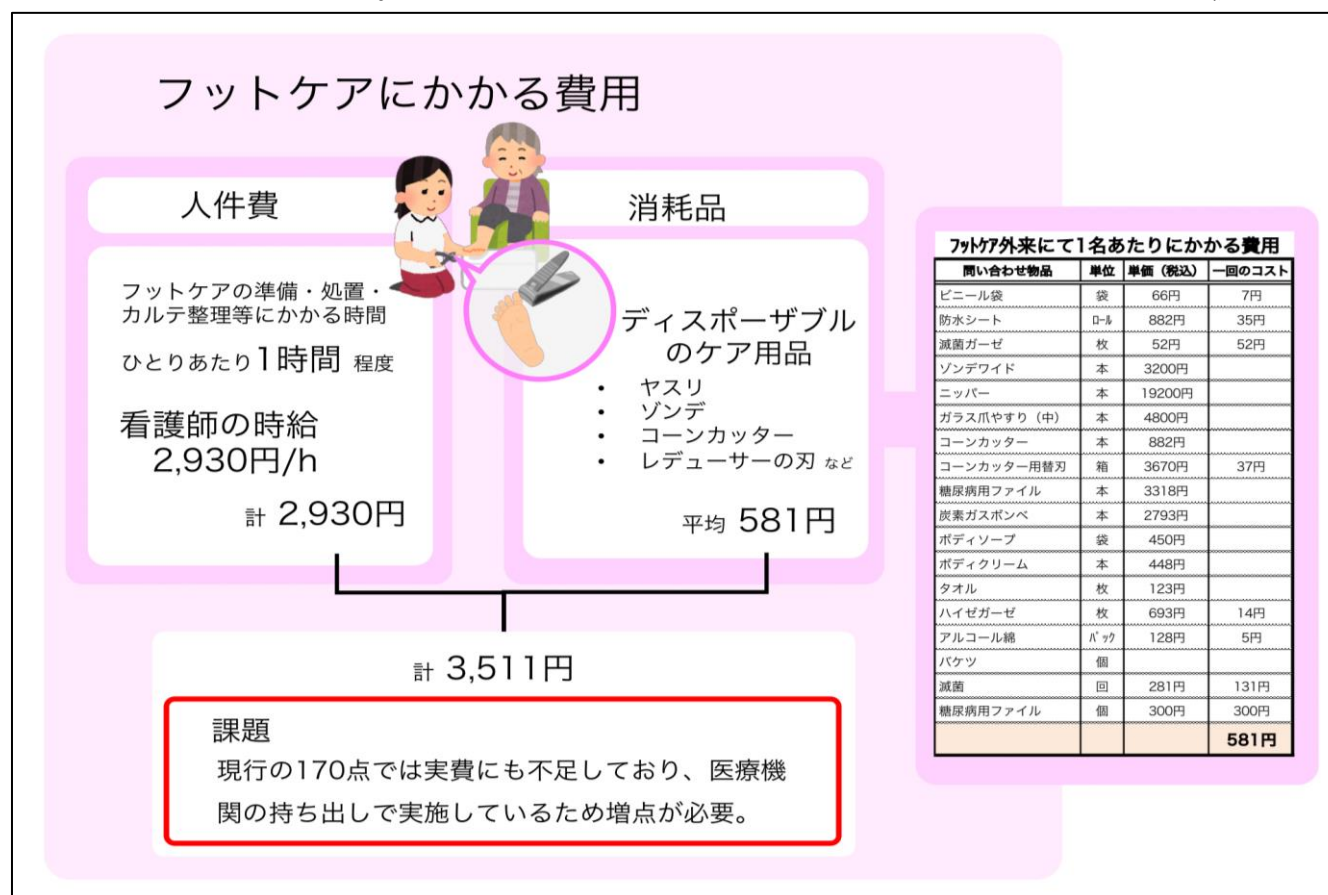
1) 姫野 稔子, 小野 ミツ, 太田 陽子他. 在宅高齢者におけるフットケアの効果の継続性: ケア終了6ヶ月後の追跡調査から. 日本赤十字九州国際看護大学紀要. 10. 73-82. 2011.

2) 野本 洋平, 川澄 正史. 高齢者の足爪の機能改善と歩行能力評価指標の関係. ライフサポート. 19(4). 154-161. 2007.

3) 平尾 由美子, 小笠原 祐子. 在宅療養高齢者に対する訪問看護師によるフットケアの阻害要因と推進要因. 日本フットケア学会雑誌. 17(3). 121-127. 2019.

「B001-20糖尿病合併症管理料」実態に合った評価の充実

現状の糖尿病合併症管理料は、月に1回限り30分以上の指導において、170点の管理料が算定可能である。しかし、フットケア専門外来を設置している施設では、処置時間は30分程度¹⁾であるが、処置前後の準備やカルテ整理を含めると、一患者あたり1時間程度と概算できる。そのため、フットケアに必要な人件費は一般的な看護師の時給として2,930円/時間²⁾と試算できる。さらに、ほとんどの患者は高度な角質ケアや爪ケアが必要で、角質ケアではゾンデや鋭匙による施術が行われ、爪ケアではニッパーやヤスリを用いる。さらに角質の肥厚、鶏眼や胼胝のある場合には、コーンカッターやレデューサーによるケアが行われている。これらのケアに係るディスポーザブルの消耗品は1回あたり平均581円であり、さらに専用物品が多数必要であるため、一回あたりの必要経費はさらに増える。現行の170点では、人件費と消耗品の概算3,511円に満たず、医療機関の負担で実施されている。専門性の高い技術による安全で効果的なフットケアの継続のため、**管理料を350点へ引き上げることを要望する。**



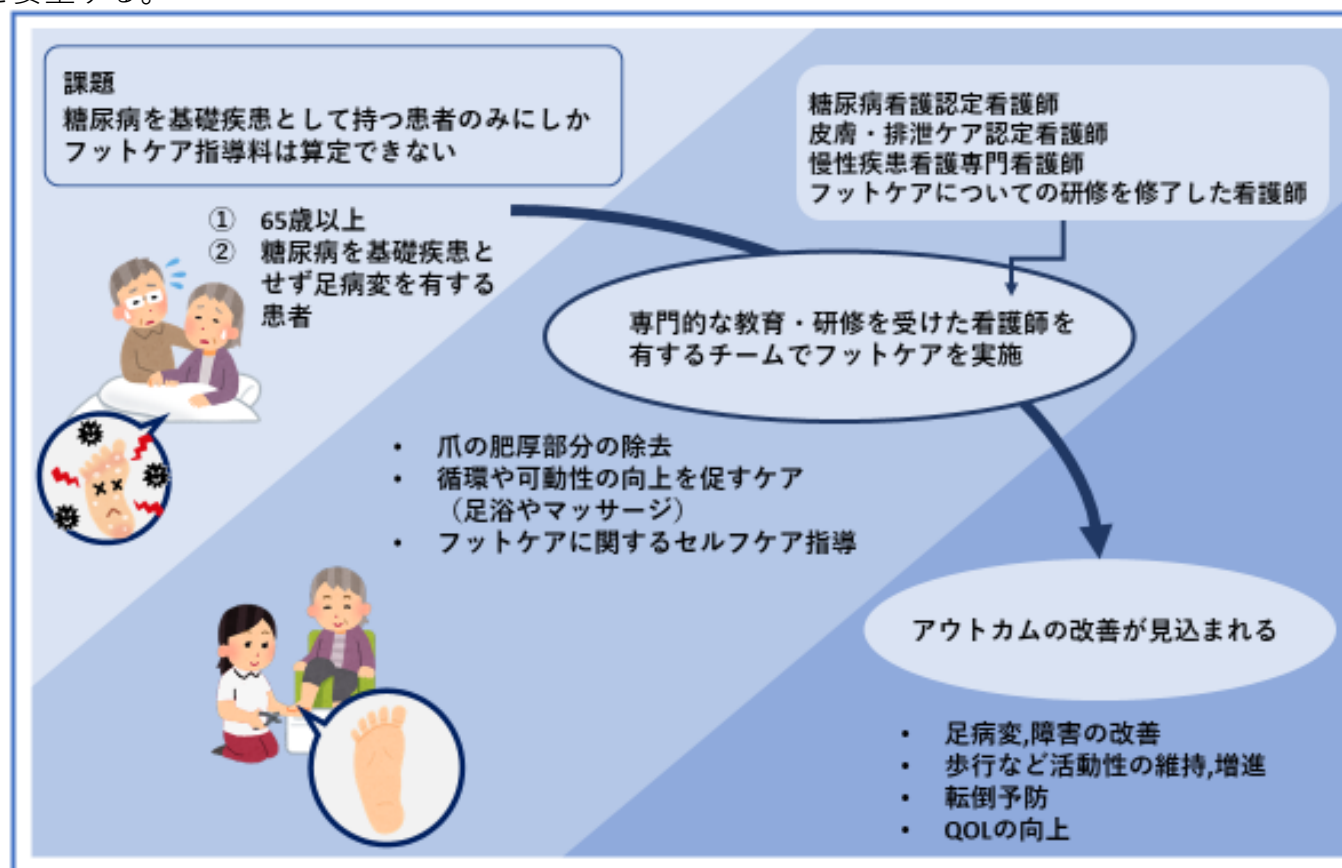
<引用文献>

1) 澄川 真珠子, 齋藤 重幸, 久保田 稔. 糖尿病フットケア実態に関するアンケート調査—日本糖尿病学会教育認定施設及び教育関連施設を対象として—. 糖尿病. 59(11) 748-758. 2016

2) 一般社団法人 外科系学会社会保険委員会連合. 外保連試算2020. 医学通信社. 2020.

足病変をもつ高齢者へのフットケア指導料（仮称）の新設

爪肥厚、陥入爪、胼胝等、足病変がある高齢の患者は、靴を履いた歩行が困難となり、QOLの低下のリスクが高まる。先行研究では、爪の障害の重症度がQOLに大きな影響を与えていることや¹⁾、高齢者に対するメディカルフットケアにより下肢筋力、バランス機能が向上することが示されている²⁾。臨床では、関節リウマチ等によりセルフケアが困難等³⁾、リスクが高い患者に対するフットケアが実施されている例があるが、診療報酬におけるフットケアへの評価は糖尿病合併症管理料のみである。足病変を持つリスクの高い患者へのフットケアが十分になされない状況が続けば、活動制限やQOLの低下、さらにはロコモティブシンドロームの発症につながる可能性もある。このため、糖尿病看護認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師、慢性疾患看護専門看護師やフットケアについての研修を修了した看護師等、**専門性を有する看護師が行うフットケアへの評価を要望する。**



<引用文献>

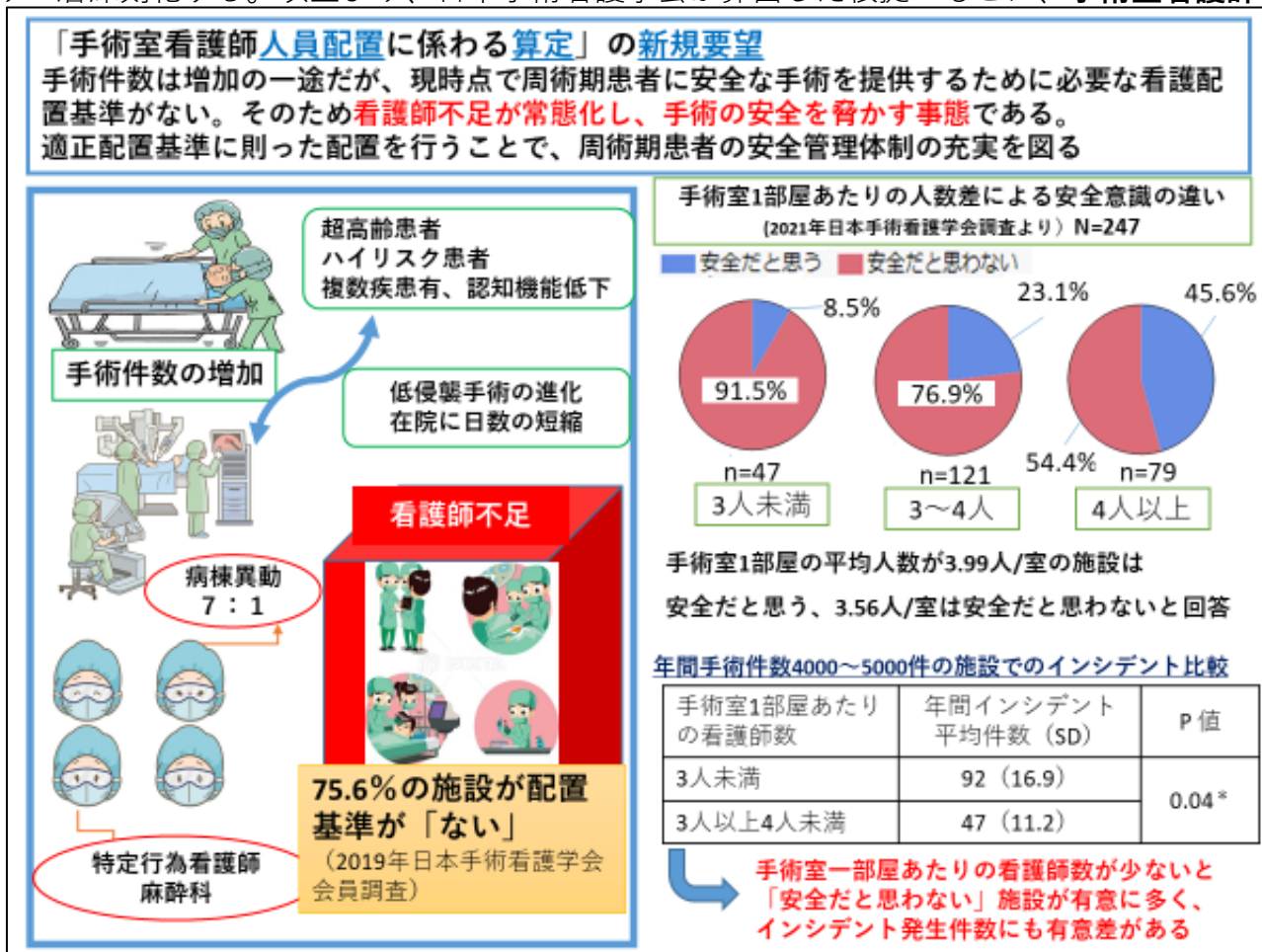
1) Belyayeva,E., Gregoriou,S., Chalikias,J., Kontochristopoulos,G., Koumantaki,E., Makris,M.,Koti,I., Katoulis,A., Katsambas,A.,Rigopoulos,D.(2013). The impact of nail disorders on quality of life, European Journal of Dermatology.23(3),366-371.

2)山下和彦・野本洋平・梅沢淳他（2006）.転倒予防のための高齢者の足部異常改善による身体機能の向上に関する研究。東京医療保健大学紀要。 1, 1-7.

3)正井静香(2019).当院における関節リウマチ患者へのフットケア実践の現状と課題,日本フットケア学会誌. 17(4),192-196.

手術室における看護師人員配置の検討

現在、手術室には看護師の配置基準がないが、日本手術看護学会では「手術室における手術看護要員の算定基準」（2013年）を提示し、手術室看護師の適正配置を1室4名と算出した。しかし、2019年日本手術看護学会会員調査（n=787）では、75.6%の施設が手術室の看護師配置基準が「ない」と回答し、外回り看護師については4.4%の施設が、器械出し看護師は25.2%の施設が、他職種へ移譲していた。日本手術看護学会が示した1室4名の配置基準は、手術の安全性や看護師の健康的な勤務環境などを考慮して算出したが、実際には看護師の人員が削減されている状態であった。また、令和2年度診療報酬改定にて、麻酔管理料（Ⅱ）について、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が1名以上配置されていることが要件化された。この麻酔管理料（Ⅱ）に係る特定行為研修修了者が手術室看護師と重複した場合、手術室看護師の人員不足がより一層深刻化する。以上より、日本手術看護学会が算出した根拠のもとに、**手術室看護師の配置基準について検討する**よう要望する。



重点要望4

次世代育成を支える看護ケア実践への評価

一般不妊治療指導管理料（仮称）の新設

生殖医療施設への調査¹⁾では、59.2%が相談専用室を設け、92.9%が患者個人の要望で、78.6%が診療場面から医療者の判断で日常的に相談に応じている。初めて一般不妊治療を開始する女性患者に対し、生殖医療専門医あるいは生殖看護に精通した看護師が継続的な関わりを持ち、指導管理した場合、各施設まかせの管理に比べ、不妊治療QOL尺度の治療FertiQoL、その下位尺度の治療環境(Treatment Environment)及び治療耐性(Treatment Tolerability)の得点、すなわち、不妊治療や医療者に対する評価、満足度が3か月後に有意に高かった。治療環境(Treatment Environment)評価は6か月後、12か月後も有意に高かった。また、一人の女性の妊娠成立に要した治療費は、通常管理群304,589円に対し指導管理群では155,707円と安価に抑えられていた²⁾。以上のことから、不妊症の治療・検査及びその結果について、医師や看護師による説明・指導・相談を30分以上行った場合に「**不妊治療管理指導料（仮称）**」（250点、3か月毎、初回にも）として算定できるよう要望する。

不妊治療における
患者の相談ニーズ
は日常的に存在する

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）

相談に至る状況		N=126
	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、IUI、感情を表出しているときなど)	9(7.1)	

生殖医療に精通した医師あるいは看護師

30分以上の説明および指導・相談対応
250点、3か月毎、初回も算定できる



図1 治療FertiQoLにおける通常管理群とプログラム群の差

施設まかせの管理と比べ、

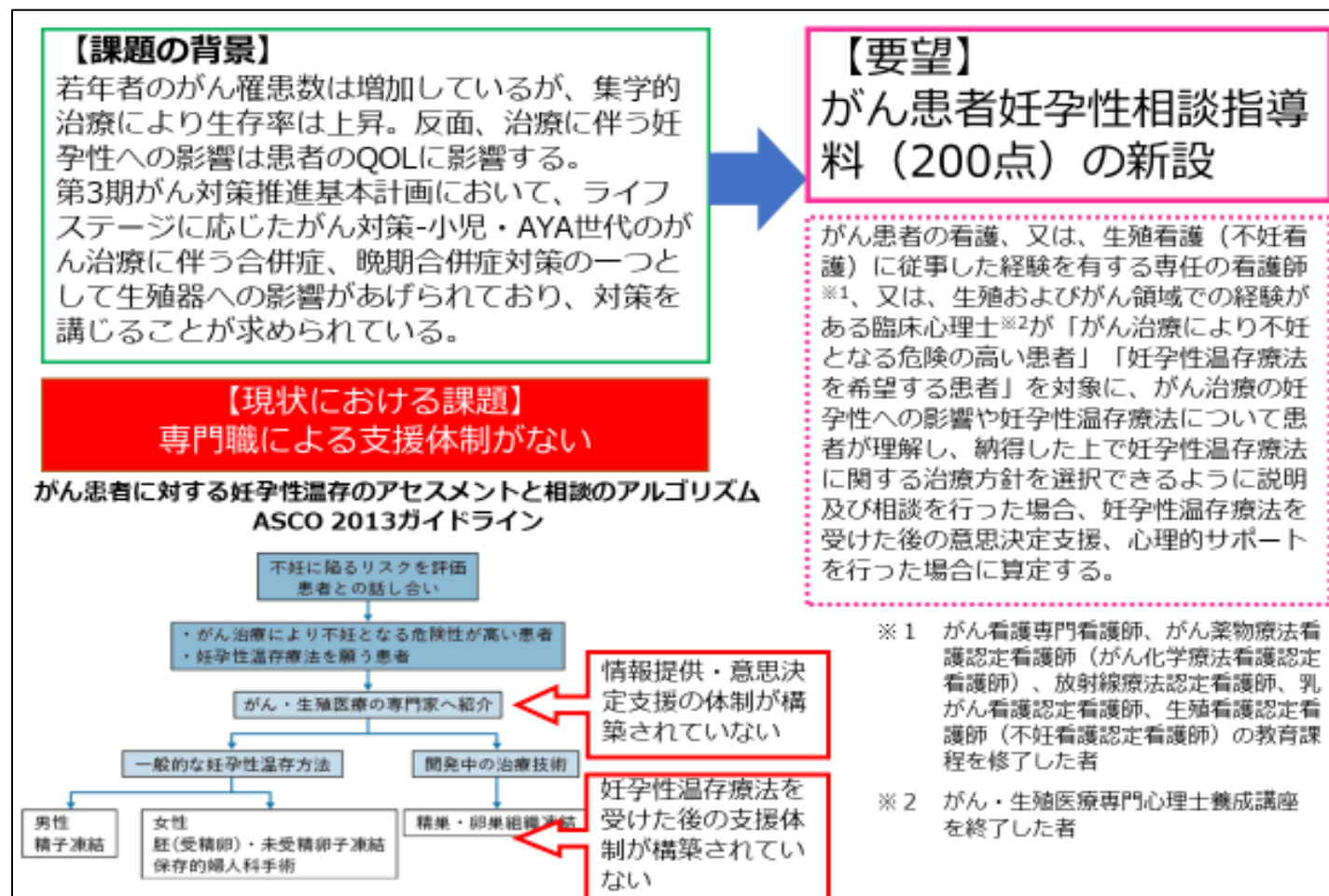
- ・ 患者の不妊治療QoL、すなわち不妊治療や医療者への満足度、評価が高まる
- ・ 一人の女性の妊娠成立に要した治療費が安価に抑えられる 304,589円 vs 155,707円

<引用文献>

- 1) 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。
- 2) 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」（課題番号16H05592）（研究代表者：森明子）報告書.2020年3月。

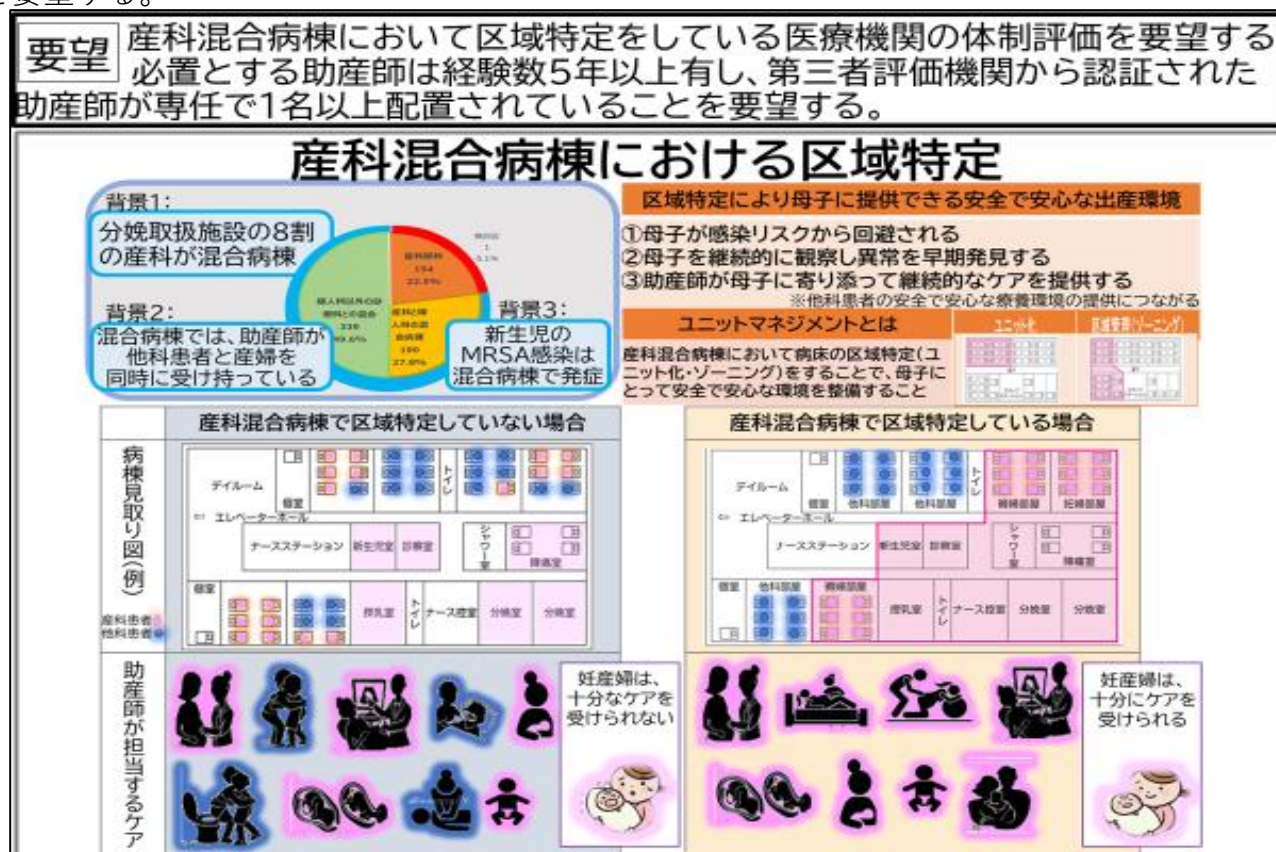
がん患者妊孕性相談指導料200点の新設

2017年に『小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン』が作成され、妊孕性温存治療のアルゴリズムが提示された。また、2021年度からは、厚生労働省健康局がん・疾病対策課において、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業が開始される。高橋らの研究によると、妊孕性温存に関する情報、医療者の対応の不十分さが指摘されているが¹⁾、がん看護や生殖看護などの専門的な研修において妊孕性温存に関する内容を扱っている。そのため、がん看護や生殖看護（不妊看護）に従事した経験を有する専任の看護師^{※1}、又は、生殖およびがん領域での経験がある臨床心理士^{※2}が「がん治療により不妊となる危険の高い患者」「妊孕性温存療法を希望する患者」を対象に、治療方針の説明や治療前中後の意思決定支援を実施した場合に算定できる「**がん患者妊孕性相談指導料（仮称）**」の新設を要望する。



産科混合病棟ユニットマネジメント体制への評価の新設

産科病棟における看護提供体制は、病院の機能に影響を受け、看護配置基準は病院ごとに異なっている。さらに助産師配置については、一般病棟における基準がないため施設による偏在が大きい²⁾。加えて出生率の減少により、産科病棟は他科診療科との混合化が進み現在、高度な産科医療提供を担う総合周産期母子医療センターも含む全分娩施設の8割が混合病棟で医療・助産提供を行っている。一方、ハイリスク妊産婦について日本産婦人科医会が、産科合併症は全妊産婦の54.8%に、偶発合併症は全妊産婦32.2%に発症していること、偶発合併症は2001年に比較し2010年には10%以上増加し、これは妊産婦の高齢化に依存していると報告している³⁾。加えて、社会的ハイリスク妊産婦の増加のため⁴⁾、うつ予防の観点からも適切なケアが必要であることも報告されている。しかし、現在の産科混合病棟では、安全な医療が提供されているとはいえない。そこで、ハイリスク妊産婦に対して安心安全な医療提供環境を担保するため産科混合病棟における区域特定と必要な助産師の配置に対する評価を要望する。



<引用文献>

- 1)一般財団法人 日本助産評価機構 アドバンス助産師とは <https://josan-hyoka.org/advanced/overview/>
- 2)日本看護協会.平成28年 分娩取扱施設におけるウィメンズヘルスケアと助産ケア提供状況等に関する実態調査 報告書(2017)
- 3)平成31年3月15日 第2回 妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会資料1
- 4)光田信明;平成28-30年度厚労科学研究「ハイリスク妊婦の把握と保健・医療の連携による妊娠期からの切れ目ない支援の構築のための研究」

現行の施設基準要件に助産師外来・院内助産設置を追加

近年の周産期医療は、ハイリスク妊産婦が増加する一方で、対応する産科医師数は横ばいである（平成29年の産科・産婦人科医数は11,349名、平均年齢50.3歳）²⁾。また、医師と助産師の役割分担について、2007年から医政局通知等で推進されているが、助産師が対応可能な業務を産科医師が負担している現状がある³⁾。このような現状の中、産科医師がハイリスク妊産婦に専念して勤務できるような体制の確保が必要である。厚生労働省は、妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズに応えるため医師と助産師等の役割分担の必要性を述べ³⁾、助産師外来や院内助産を推進している⁴⁾。その結果、総合および地域周産期母子医療センターの64.4%が助産師外来を、18.1%が院内助産を設置している³⁾。助産師外来・院内助産の設置は、産科医師と助産師の役割分担を推進することから産科医師の負担軽減に寄与し、加えてハイリスク妊産婦への治療の充実が図られるため、**ハイリスク妊産婦を診療する施設において助産師外来・院内助産を設置している体制を評価すること**を要望する。

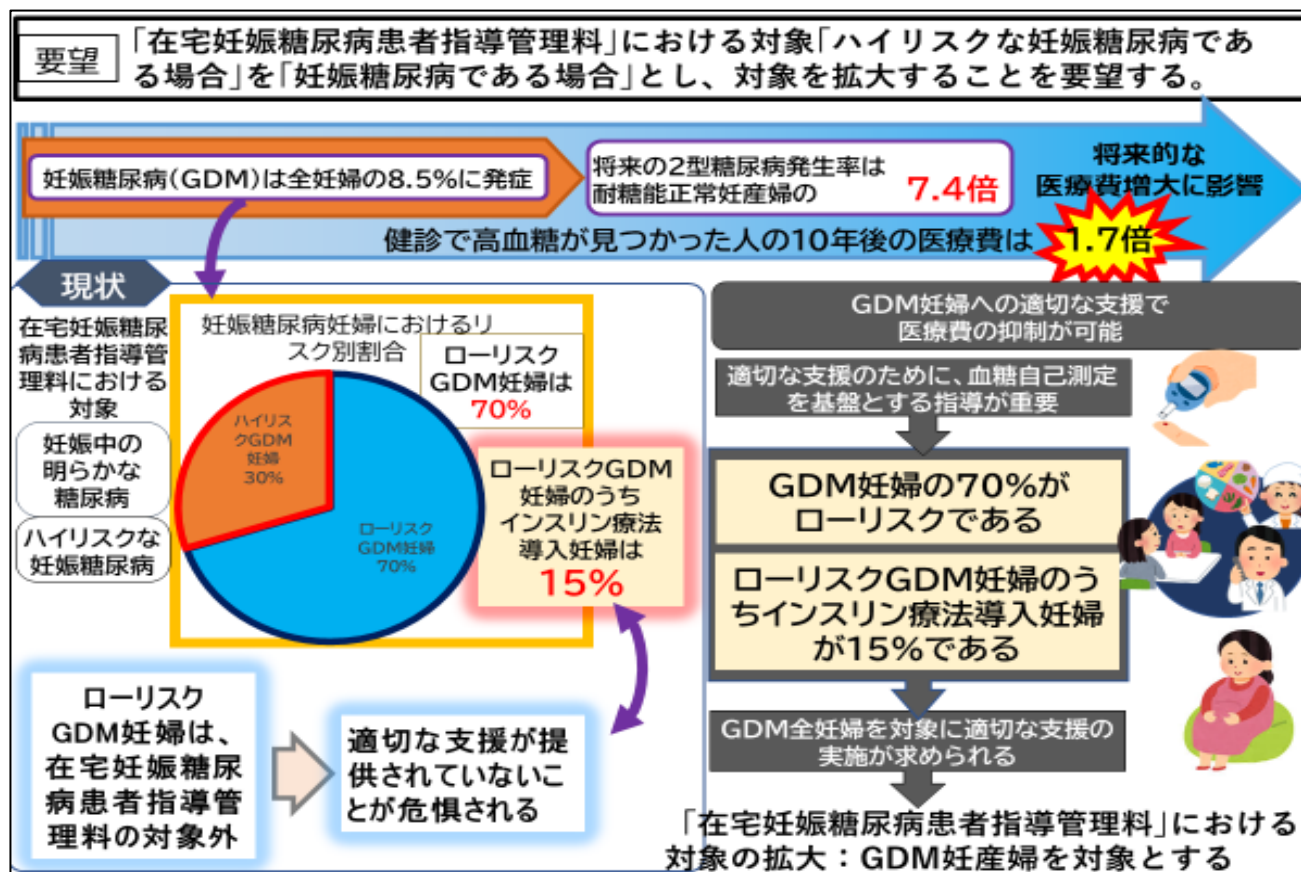


<引用文献>

- 1) 一般財団法人 日本助産評価機構 アドバンス助産師とは <https://josan-hyoka.org/advanced/overview/>
- 2) 厚生労働省、平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査
- 3) 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) 厚生労働省、政府統計の総合窓口 平成26年度 医療施設の静態調査

「C101-3在宅妊娠糖尿病患者指導管理料」の算定対象の拡大

妊娠糖尿病（GDM）の有病率は、妊婦の8.5%である¹⁾。GDMの再発及び2型糖尿病のリスクは重大で、特に2型糖尿病の発症リスクはGDMがない妊婦の7.5倍である¹⁾。GDM妊産婦への適切な治療や支援は、2型糖尿病への移行を低減する²⁾。その治療の基盤になるのが、血糖自己測定（SMBG）や食事療法・運動療法等である。しかしながら、現在の在宅妊娠糖尿病患者指導管理料は、「妊娠中の明らかな糖尿病」及び「ハイリスクな妊娠糖尿病」が算定対象であり、ローリスクGDMは算定できない。実際には、GDMのうち、ローリスクGDM（75gOGTTの結果1点陽性のもの）が約7割と報告されている³⁾。さらに、ローリスクGDMでインスリン療法を導入した妊婦は15%であり³⁾、ローリスクGDM妊産婦への指導が急務の課題となっている。以上のことから、ローリスクGDMに対する適切な治療や支援を提供するため、「C101-3在宅妊娠糖尿病患者指導管理料」における対象「ハイリスクな妊娠糖尿病である場合」を「妊娠糖尿病である場合」とすることを要望する。

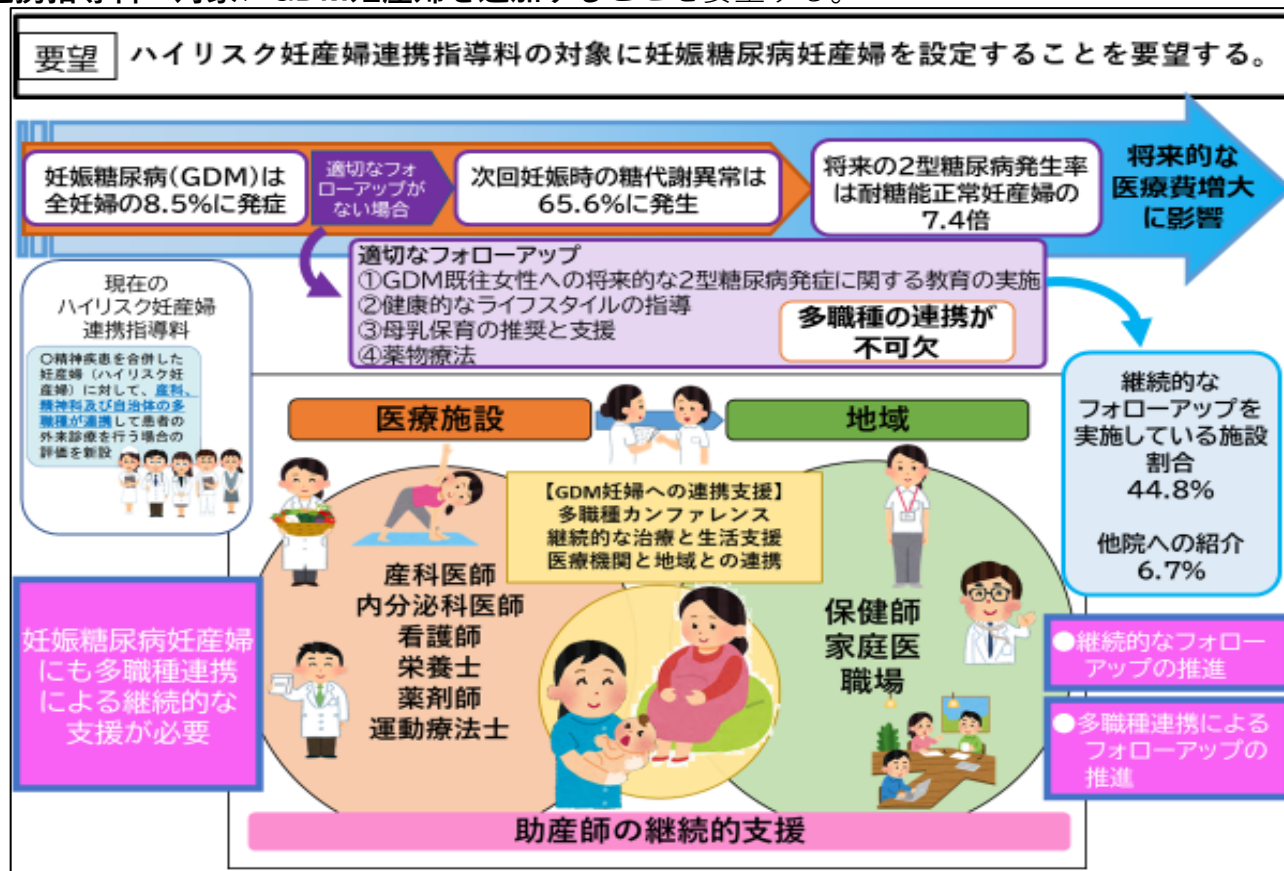


<引用文献>

- 1) Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams D. (2009). Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 373(9677), 1773-1779. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60731-5.
- 2) 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会：産婦人科診療ガイドライン産科編2020, 日本産婦人科学会
- 3) 宮越他：妊娠糖尿病におけるインスリン療法導入リスク因子に関する検討, 東京病と妊娠, 15(1), 2015

「B005-10ハイリスク妊産婦連携指導料」の対象に妊娠糖尿病妊婦を追加

妊娠糖尿病（GDM）は全妊婦の8.5%に起こり、妊婦の高年齢化により年々増加している。GDMは、次子妊娠時にGDMを再発したり、2型DM発症の重大なリスクとなるため、食事療法、運動療法に加え、母乳育児及び体重コントロールにより、リスクの低減に努める必要がある¹⁾²⁾。実際に、GDM妊婦への支援について、ガイドライン等で標準化されており³⁾⁴⁾、支援体制モデルが複数報告されているが⁵⁾⁶⁾、多職種連携による継続的な支援が重要である。妊産婦への多職種連携に関する評価は「ハイリスク妊産婦連携指導料」があり、精神疾患を有する妊婦が対象である。GDM妊産婦においても、精神疾患を有する妊婦と同様に、多職種・多機関の連携体制を基盤とした支援が必須である。以上より、**ハイリスク妊産婦連携指導料の対象にGDM妊産婦を追加することを要望する。**

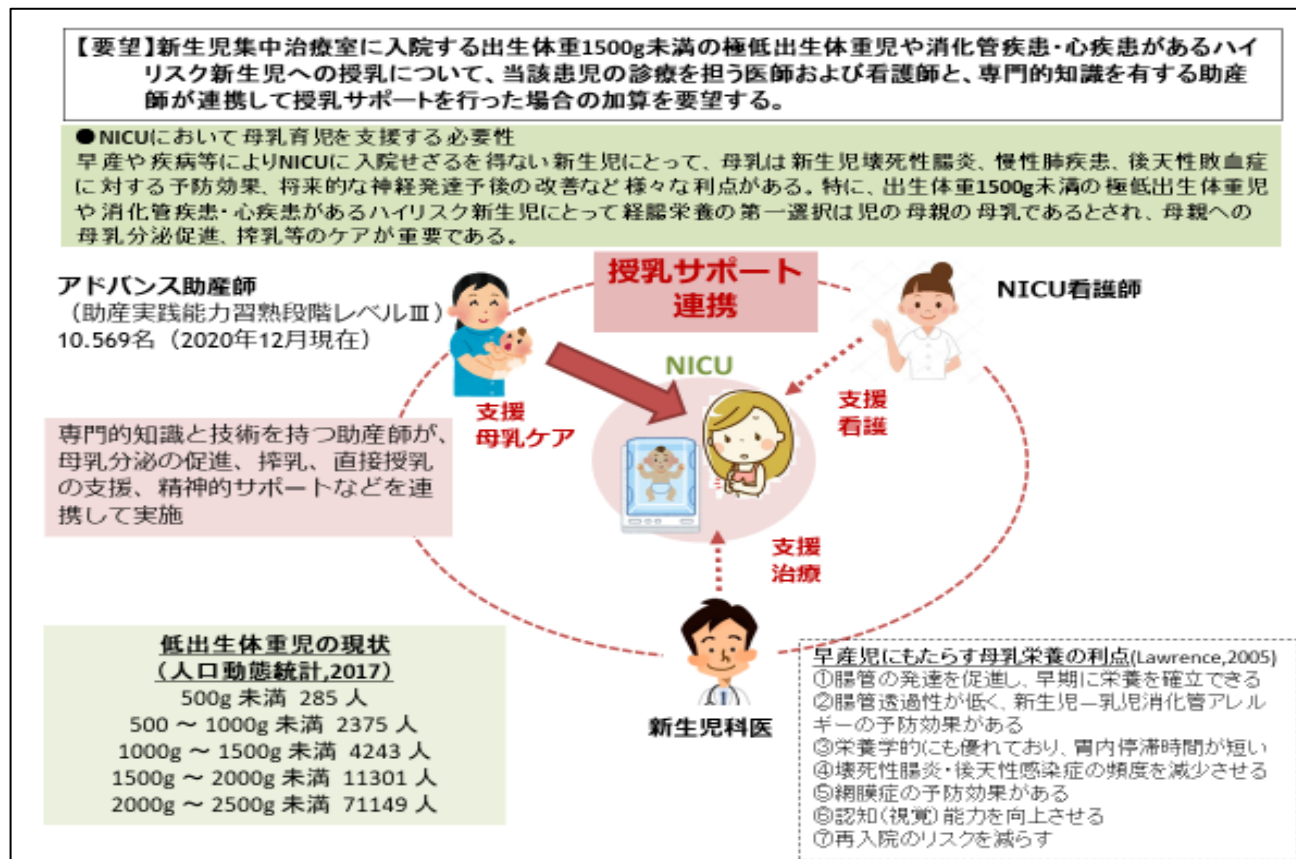


<引用文献>

- 1) Gunderson EP.,Hedderson 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) 日本糖尿病・妊娠学会編：妊婦の糖代謝異常診療・管理マニュアル, メジカルビュー社
- 4) 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会：産婦人科診療ガイドライン産科編2020, 日本産婦人科学会
- 5) 牧 尉太, 衛藤 英理子, 平松 祐司, 増山 寿：既往女性のフォローアップ率の低さに対する対策 当院の改革, 糖尿病と妊娠. 18巻2号 Page S-29-S-32, 2018.
- 6) 糖尿病療養支援チームで取り組む妊娠糖尿病へのサポート～参加と役割分担し質の高い医療を実践～. Pharma Scope, Vol.32, 2020.

新生児授乳サポート連携加算の新設

母乳は、新生児集中治療室（以下NICUという）に入院している新生児にとって、重症化予防効果や神経発達予後の改善など多くの利点がある^{1・2)}。特に、出生体重1500g未満の極低出生体重児や、消化管疾患・心疾患があるハイリスク新生児には、経腸栄養の第一選択は児の母親の母乳であるとされる¹⁾。そのため、産科・NICUスタッフは、母乳分泌量を増加するための乳房ケアや、吸吮力が弱い新生児が吸吮しやすいように乳頭・乳輪部の準備を行っている。母乳育児支援は個別的で、熟練の技術や専門的知識が必要であるため、ケアの実践は乳腺炎重症化予防ケアの実践力を有するアドバンス助産師が対応することが望ましい。また「NICUに入院した新生児のための母乳育児支援ガイドライン」³⁾により、多職種が統一した指針の元で支援を行うことができる。以上より、NICUにおける母乳育児支援を効果的に行うために、**NICUにおける授乳サポートへの評価を要望する。あわせて、助産師経験年数5年以上で第三者評価機関から認証された助産師⁴⁾が専任で1名以上配置されていることを要望する。**

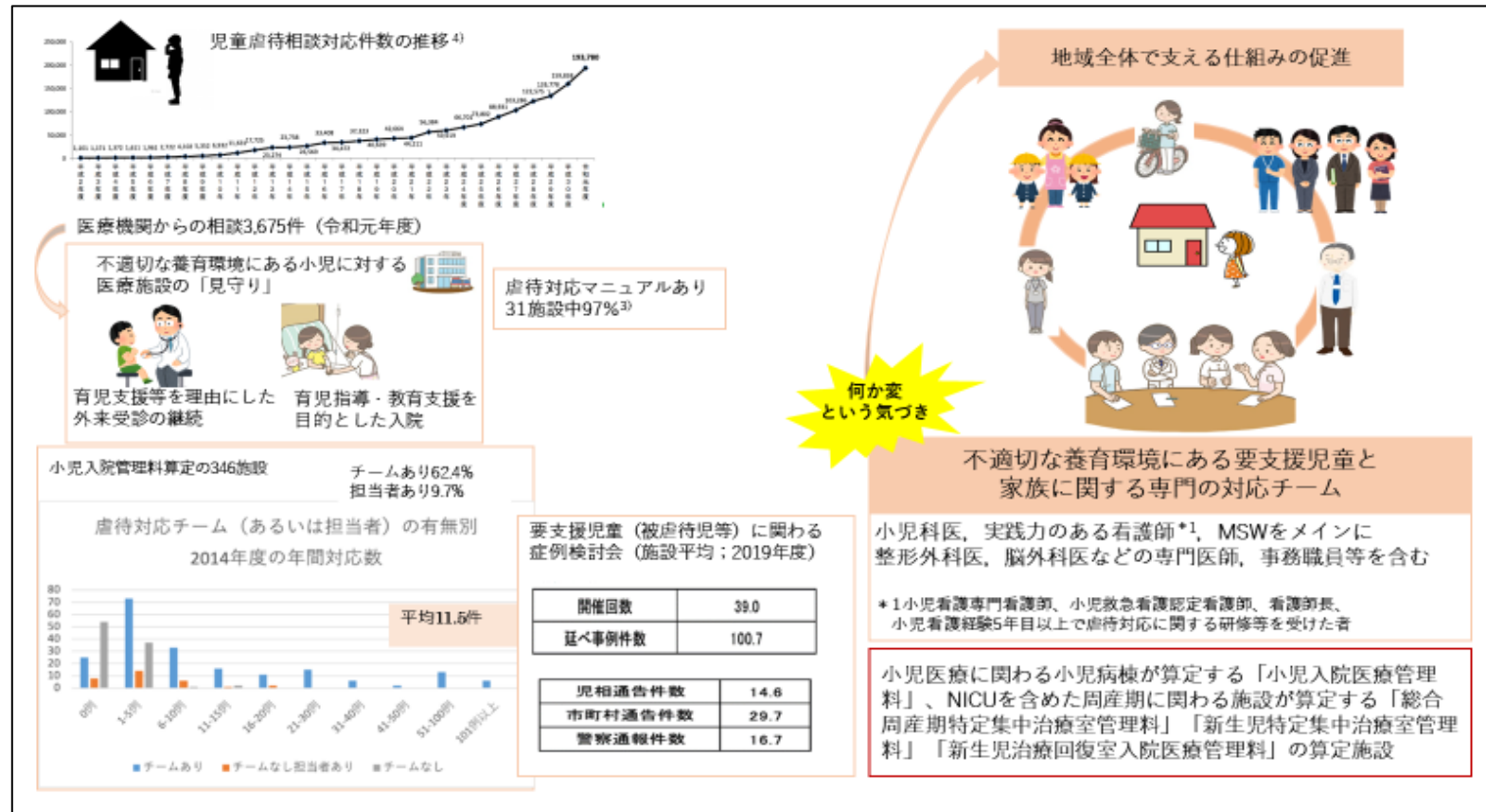


<引用文献>

- 1) 日本小児医療保健協議会栄養委員会.(2019).早産・極低出生体重児の経腸栄養に関する提言.
- 2) 井上みゆき,浅井宏美.(2018). 文献レビュー：出生体重1,500 g 未満の低出生体重児および早産児に対する母乳の効果. 日本小児看護学会誌,27, 43-48.
- 3) 日本新生児看護学会・日本助産学会.(2010).NICUに入院した新生児のための母乳育児支援ガイドライン.
- 4) 日本助産評価機構. アドバンス助産師とは <https://josan-hyoka.org/advanced/overview/>

要支援児童（被虐待児等）への支援体制に対する評価の新設

平成27年の日本小児看護学会の調査¹⁾によると、児童虐待対策チームを持つ施設は62.4%、虐待対応の担当者を決めている施設は9.7%であり、7割以上の施設が小児虐待に対する仕組みづくりを行っていた。また、日本小児総合医療施設協議会の調査²⁾では、31施設中97%が虐待対応マニュアルを作成の上で対応・検討するなど、医療機関は小児虐待への対応に力を入れている。平成30年度診療報酬改定で、入院支援加算の算定対象に「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、算定には保護者の同意が必要であり請求が難しい現状がある³⁾。このことから、**児童虐待対策チームを設置している医療機関の体制への評価を要望する**。チームのメンバーは、小児科医、実践力のある専門性の高い看護師、MSWを中心に、必要時に整形外科医、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。

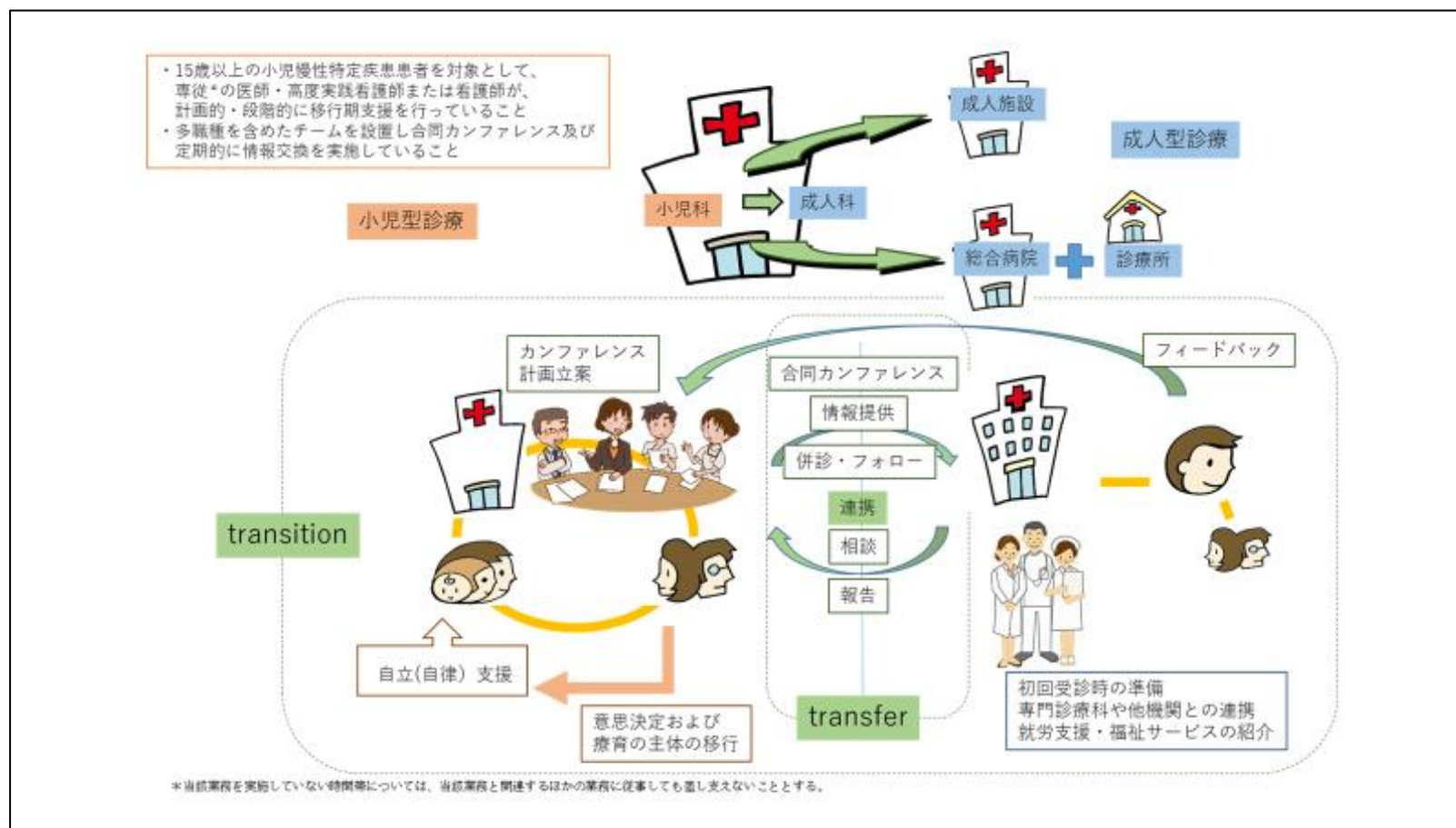


<引用文献>

- 1) 日本小児看護学会診療報酬検討委員会（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) 日本小児総合医療施設協議会（2020）. 看護部長部門連絡会報告書、令和4年度診療報酬改定の要望に関するアンケート調査
- 3) 日沼・西田・関森他（2020）. 子どもの安全を守るための院内虐待対策チームの活動内容、日本小児看護学会第30回学術集会講演集、118.
- 4) 厚生労働省（2020）. 令和元年度児童相談所での児童虐待相談対応件数. <https://www.mhlw.go.jp/content/000696156.pdf>
- 5) 厚生労働省（2020）. 児童虐待相談対応件数の動向（令和2年1月～9月）（速報値）. <https://www.mhlw.go.jp/content/000754091.pdf>

小児慢性特定疾病児童に対する成人移行支援指導料（仮称）の新設

小児医療技術の進歩により、多くの小児慢性特定疾患患者が成人に達しているが¹⁾、一方で、スムーズな成人型医療への移行が課題となっている。米国では、このような移行期にチームで介入することで、患者のQOLの向上や、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ることが報告されており、日本でも、移行期支援の必要性が述べられている¹⁾。移行期支援は、高度実践看護師、MSW、臨床心理士等の医療チームによる支援と、受け皿である成人型診療を担う医師、看護師等との連携が必要であり、合同カンファレンスや漏れの無い計画の作成が重要となっている。このような、小児慢性特定疾病児童に対する移行期支援チームによるアプローチを推進・評価するために、**成人移行支援指導料（仮称）の新設**を要望する。その際、成人型診療との連携を必須とすること、学童期・思春期をも含めた継続的な介入の必要性から6歳以上の小児も対象とすることも要望する。



<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.

「入院時支援加算」小児に対する評価の充実

小児の場合、成長に伴う栄養評価や、保育や学業の継続調整等も含めた入院前支援の役割は大きい。しかしながら、2020年度の日本小児総合医療施設協議会（看護部門：入院退院調整・地域連携ネットワーク）の調査¹⁾によると、入院時支援に係る時間は平均20～60分/人（平均24.4分/人）であった。また、マンパワー不足により、多職種連携での計画立案等が困難であることから、入院時支援を実施しても、加算が算定できていない施設が65%に上った。小児の場合、患者が利用しているサービスが多岐に亘るため、入院前にサービスの状態を把握することで、退院後に速やかにサービスの移行ができ、QOLの維持向上にもつながる。このことから、小児の円滑な入院生活と速やかな退院支援につなげる体制整備のため、**入院時支援加算について小児に対する評価を充実する**よう要望する。

【現行】

入院時支援加算1 230点 入院時支援加算2 200点

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下の1)から8)を行い、療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価／ 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認／ 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

小児の療養計画作成に必要な項目

- 学業の継続についての連携・調整
- 発達段階に応じた栄養内容・形態、食物アレルギーの対応
- 脆弱な皮膚のトラブル対応のアセスメント
- 成長・発達段階のアセスメント
- 成長発達段階により違う在宅医療ケア物品の個別性の把握
- 多岐に亘る連携先の把握と連携 など

多岐に亘る小児医療の連携先

※ 朱書きが小児の特徴



小児にとって

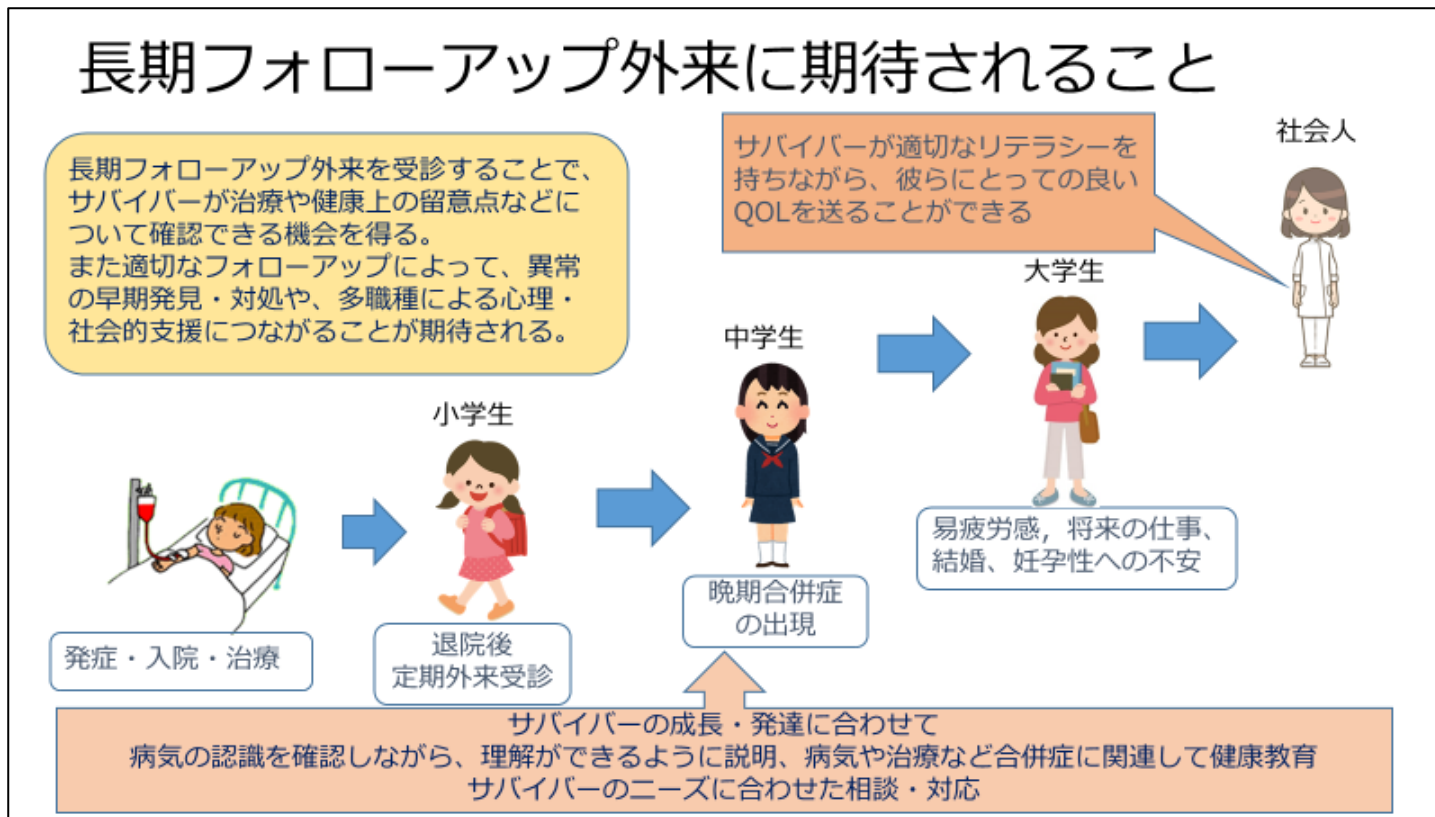
入院が
身体的・精神的・社会的機能を
獲得する**障害に**
ならない支援の重要性



小児がん患者の長期フォローアップに係る評価の新設

小児がんは化学療法や放射線療法に対する効果が高いことが特徴であり、約7～8割が治癒または完解を迎える¹⁾。しかし、発育途中に強い治療を受けるため、晩期合併症や成長発達に伴う心理的問題が課題となり、長期フォローアップを必要とする。現行では、長期フォローアップについて「移植後患者指導管理料」があるが、先行研究³⁾では、非移植例の48%が1つ以上の晩期合併症を認めており、移植後以外の患児への支援の必要性が示唆された。また、2020年度の調査(21施設中13施設回答)²⁾では、長期フォローアップ外来を行っているのは13施設中10施設(77%)であり、そのうち移植後以外（薬物療法、放射線治療、手術等）の患者も対象としている施設は8施設であった。

長期フォローアップの充実は、成長発達過程に応じた病気や治療の理解が促進し、晩期合併症の早期発見と対応能力が向上するため、QOL向上につながる。このことから、**小児がんの移植後以外の長期フォローアップのための評価の新設**を要望する。



<引用文献>

- 1) がんの統計編集委員会編. がんの統計'19, がん研究振興財団, 2020年
- 2) 日本小児総合医療施設協議会(2020)看護部門長連絡会報告書、令和4年度診療報酬改定の要望に関するアンケート調査 2020年9月
- 3) 厚生労働省がん研究助成金研究報告書（18-14）小児がん克服者のQOLと予後の把握およびその追跡システムの確立に関する研究 分担研究報告書 分担研究課題：小児がん克服者の晩期障害とQOLの実態調査 石田也寸志他
- 4) 国立がん研究センター 小児がん情報サービス. <https://ganjoho.jp/child/support/aftercare/aftercare02.html>
- 5) 長期的な小児がん患者ケアのあり方 ―長期フォローアップの重要性―. 石田也寸志. 学術の動向, 2010.4 https://www.jstage.jst.go.jp/article/tits/15/4/15_4_4_52/_pdf

保育士加算の対象拡大と保育士複数名配置の評価の充実

子どもの成長発達を促し、厳しい療養の中でも楽しさを提供できる保育士の関わりは重要である。特に昨今では、新型コロナウイルス感染症による面会制限により、親子分離状態による不安や混乱が増大している。このような環境下において、子どもの不安やストレスを和らげる病院保育士の活動は欠かすことができない。しかし、公立総合病院を対象とした調査¹⁾では、病院の保育士の配置数の平均は1.7人であり、2019年度の調査²⁾では、1セクションに保育士配置は0～1人であり、十分とはいえない。重症治療の児にも保育が必要であることを鑑みると、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、児童・思春期精神科入院医療管理料においても保育士の配置を必要としている。また、保育士加算は「常勤の保育士1名以上」の配置で100点の加算となるが、**複数の保育士が配置できるような評価の充実が求められる。**このことから、**保育士加算を算定できる入院料の拡大と、保育士を複数配置した場合の評価を充実するよう要望する。**

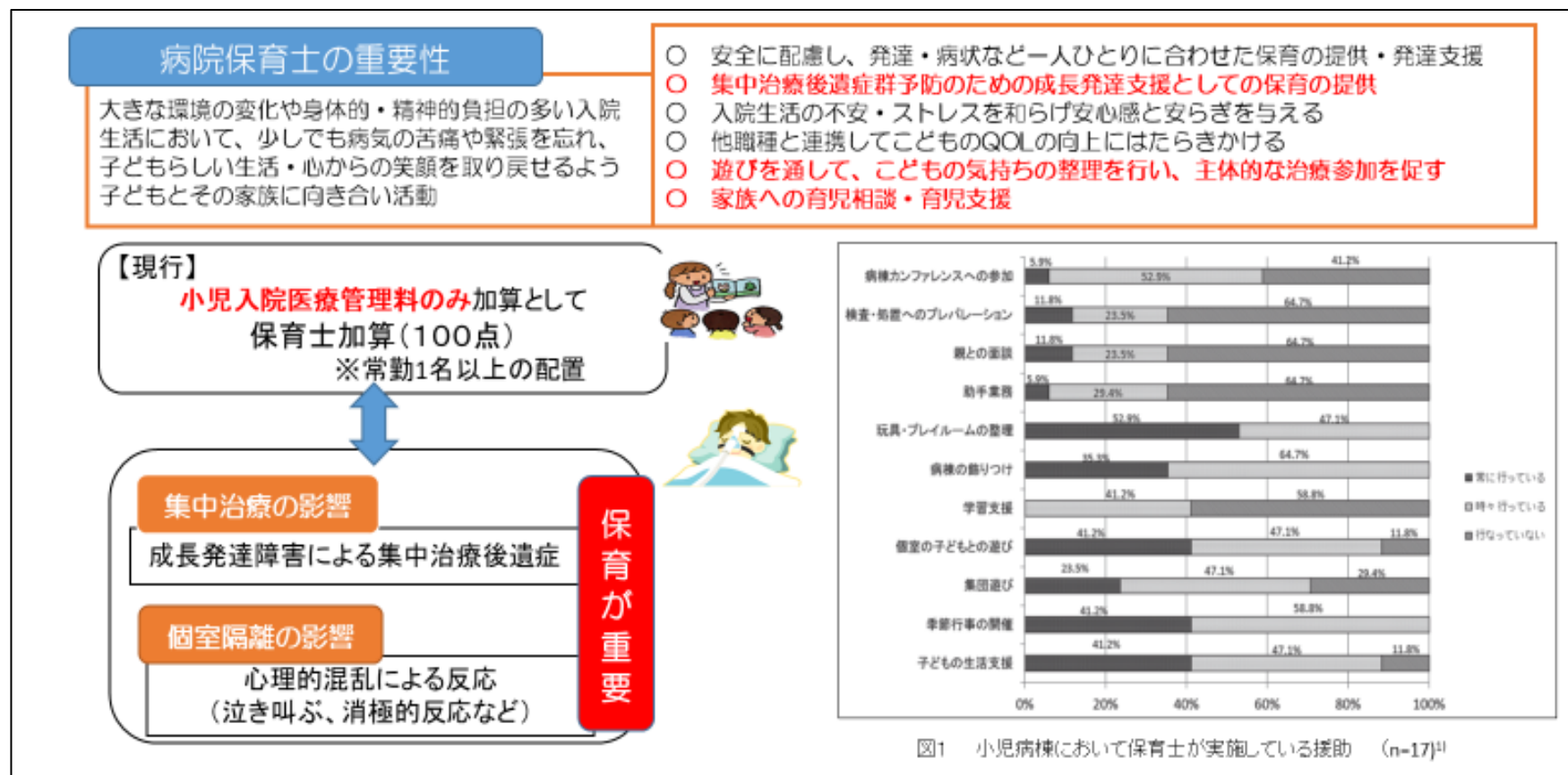


図1 小児病棟において保育士が実施している援助 (n=17)¹⁾

<引用文献>

1) 鈴木美佐他：小児病棟における保育士の雇用に関する実態調査—公立総合病院の看護部長による回答から—。聖泉看護学研究6, 53-60 (2017)

2) 日本小児総合医療施設 施設調査 (令和元年12月集計版), JACHRI 日本小児総合医療施設協議会 施設調査検討委員会