

2023 年 6 月 21 日

厚生労働省

保険局医療課長 眞鍋 馨 様

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



令和 6 年度診療報酬改定に向けた要望書

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、看護職は患者・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 58 の加盟学会・団体との検討を重ねました。そして、令和 6 年度診療報酬改定に向けて下記 4 点を重点要望とし、評価を求めます。

記

重点要望 1. 人員配置などの施設基準に関する要望

医療における人的資源に限られる昨今において、効率的・効果的な人員配置が急務の課題となっています。看保連では、患者にとってよりよい医療・看護につながる人員配置を検討し、現在の施設基準を緩和することや、専門性の高い看護師の配置などを要望します。

重点要望 2. 治療と生活の両立支援、治療継続支援に関する要望

がんや慢性疾患を抱える患者にとって、治療とライフイベントとの両立が当たり前でできる社会が必要とされています。療養中に起きる新たな悩みや課題に対し、看護師は、助言や施設間連携など、治療継続に向けた支援を行っています。このような取り組みをより一層拡充できるような評価を要望します。

重点要望 3. 重症化を予防するなど、質の高い看護提供に関する要望

医療機能分化が進む中、特別なトレーニングを受けた看護師による、病期に適した看護提供や早期のリハビリテーションを継続的に提供することが求められています。教育を受けた看護師が、多様な場で質の高い看護提供が実現するような評価を要望します。

重点要望 4. 訪問看護の機能の充実にに関する要望

地域で暮らしながら療養をする患者にとって、訪問看護は欠かすことができません。しかしながら、現行のサービス提供システムの中には、効果的な訪問看護を受けられなかったり、対象から外れてしまうことがあります。必要な患者に必要な訪問看護を提供できるような機能の充実に要望します。

以上

令和 6 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 5 年 6 月 21 日提出

令和6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、看護職は患者・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58の加盟学会・団体との検討を重ね、令和6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. 人員配置などの施設基準に関する要望

医療における人的資源に限られる昨今において、効率的・効果的な人員配置が急務の課題となっています。看保連では、患者にとってよりよい医療・看護につながる人員配置を検討し、現在の施設基準を緩和することや、専門性の高い看護師の配置など、13項目を要望します。

重点要望2. 治療と生活の両立支援、治療継続支援に関する要望

がんや慢性疾患を抱える患者にとって、治療とライフイベントとの両立が当たり前に行える社会が必要とされています。療養中に起きる新たな悩みや課題に対し、看護師は、助言や施設間連携など、治療継続に向けた支援を行っています。このような取組をより一層拡充できるよう、11項目を要望します。

重点要望3. 重症化を予防するなど、質の高い看護提供に関する要望

医療機能分化が進む中、特別なトレーニングを受けた看護師による、病期に適した看護提供や早期のリハビリテーションを継続的に提供することが求められています。教育を受けた看護師が、多様な場で質の高い看護提供が実現するよう、9項目を要望します。

重点要望4. 訪問看護の機能の充実にに関する要望

地域で暮らしながら療養をする患者にとって、訪問看護は欠かすことができません。しかしながら、現行のサービス提供システムの中には、効果的な訪問看護を受けられなかったり、対象から外れてしまうことがあります。必要な患者に必要な訪問看護を提供できるよう、8項目を要望します。

目 次

重点要望1. 人員配置などの施設基準に関する要望（13項目）

小児病棟への夜間を含めた看護補助者の配置	6
小児入院医療管理料の「注2」に規定する保育士加算算定施設に保育士複数配置加算の新設	7
プレイルームの面積要件を20㎡へ緩和	8
ハイケアユニットへの特定行為研修修了者の配置促進	9
「救急搬送看護体制加算」における専門性の高い看護師の配置への評価	10
地域連携褥瘡重症化防止加算(仮称)の新設	11
「A200-2 急性期充実体制加算」における手術室看護師配置の要件化	12
「A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算」算定要件の拡大	13
「A237ハイリスク分娩等管理加算」「B005-4・5ハイリスク妊産婦共同管理料」の施設基準の追加	14
専門性の高い看護師による新生児看護の充実	15
重症新生児対応体制強化加算(仮称)の新設	16
性犯罪・性暴力被害者支援体制の評価	17
「C014外来在宅共同指導料」における対象職種と回数の拡大	18

重点要望2. 治療と生活の両立支援、治療継続支援に関する要望（11項目）

がん患者妊孕性相談指導管理料(仮称)の新設	20
「B001-23 がん患者指導管理料ロ」における対象の評価方法の追加	21
「B001-23 がん患者指導管理料イ」における算定回数制限の緩和	22
小児がん患者の長期フォローアップ外来への評価	23
小児慢性特定疾病患者に対する成人移行支援連携指導料(新設)の新設	24
「B005-9外来排尿自立指導料」病病連携を可能にする要件の拡大	25
「A251排尿自立支援加算」「B005-9外来排尿自立指導料」の便秘患者への適応拡大と名称変更	26
「C101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	27
認知症外来における情報通信機器利用による生活支援の評価	28
精神疾患患者への看護外来支援・指導料(仮称)の新設	29
医療的ケア児の入園・就学・転学時共同指導加算(仮称)の新設	30

重点要望3. 重症化を予防するなど、質の高い看護提供に関する要望（9項目）

心不全ケア診療加算(仮称)の新設	・ ・ ・ ・ ・	32
脳卒中再発・重症化予防指導料(仮称)の新設	・ ・ ・ ・ ・	33
新生児集中治療室における新生児授乳サポート連携加算(仮称)の新設	・ ・ ・ ・ ・	34
「B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料」算定対象の拡大	・ ・ ・ ・ ・	35
「J043-3 ストーマ処置」ストーマ合併症の処置への評価	・ ・ ・ ・ ・	36
「B001-36 下肢創傷処置管理料」看護師の指導への評価	・ ・ ・ ・ ・	37
「B001-20 糖尿病合併症管理料」と「B001_36下肢創傷処置管理料」との併算定不可の緩和	・ ・ ・ ・ ・	38
「B001-20 糖尿病合併症管理料」点数の引き上げ	・ ・ ・ ・ ・	39
身体疾患に合併する精神疾患予防指導管理料(仮称)の新設	・ ・ ・ ・ ・	40

重点要望4. 訪問看護の機能の充実にに関する要望（8項目）

機能強化型訪問看護ステーションの重症度の高い利用者の受け入れ要件の拡大	・ ・ ・ ・ ・	42
「精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)」専門性の高い看護師のコンサルテーションの評価	・ ・ ・ ・ ・	43
「特別管理加算」及び「特別訪問看護指示書2回交付」の対象の拡大	・ ・ ・ ・ ・	44
週3日利用者の4日目以降の緊急訪問への評価	・ ・ ・ ・ ・	45
訪問看護情報提供療養費4(仮称)の新設	・ ・ ・ ・ ・	46
長時間訪問看護加算・週3回算定の対象者を15歳以上に拡大	・ ・ ・ ・ ・	47
訪問看護における情報通信機器利用による療養指導の評価	・ ・ ・ ・ ・	48
訪問看護管理療養費の加算の一部を病院に適用	・ ・ ・ ・ ・	49

重点要望1

人員配置などの施設基準に関する要望（13項目）

小児病棟への夜間を含めた看護補助者の配置

タスク・シェアリング／シフティングの観点から看護補助者の配置が進む一方で、小児入院医療管理料を算定する医療機関は、看護補助者配置に関する基準・評価がないため、配置が少ない^{1) 2)}。小児の入院では、治療の支援に加え、夜間の授乳を含む生活援助や安全確保、安心させるかわりなど、多くの看護が必要である。さらに、母乳の管理、頻回な哺乳の準備や片付けなど、小児特有の周辺業務も必要とされている³⁾。小児総合医療施設では、看護補助者を94.4%の施設で配置している実績がある⁴⁾が、夜間帯の配置は少ない。周辺業務を看護補助者へ移行することで、看護師が看護業務により専念できれば、小児の病状の安定や成長発達への支援、安全に繋がる。以上より、小児入院医療管理料や、小児に関連した特定入院料を算定する医療機関において、夜間を含めた看護補助者の配置を要望する。

現行 小児入院医療管理料を算定する施設においては補助者に関する加算がない

小児ならではの看護
ADLが自立していない
頻回な授乳・食事
安心させる関わり

＋
周辺業務の多さ
母乳管理・分注
哺乳準備・片付け
更衣・シーツ交換等



タスクシフト
が進まない！



効果 看護補助者の配置によって...

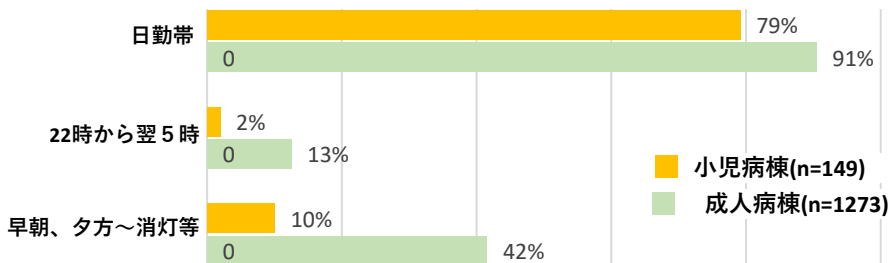
- ・タスク・シェアリング／シフティングの推進
- ・子どもは入院中でも安心な環境で、成長発達を促す支援が受けられる

要望

小児入院医療管理料や小児に関連した特定入院料を算定する医療機関において、夜間を含めた看護補助者の配置を要望する。

根拠 成人病棟と比べて、小児病棟における看護補助者の配置が少ない

<看護補助者が配置されている割合の比較> 1) 2)



<引用文献>

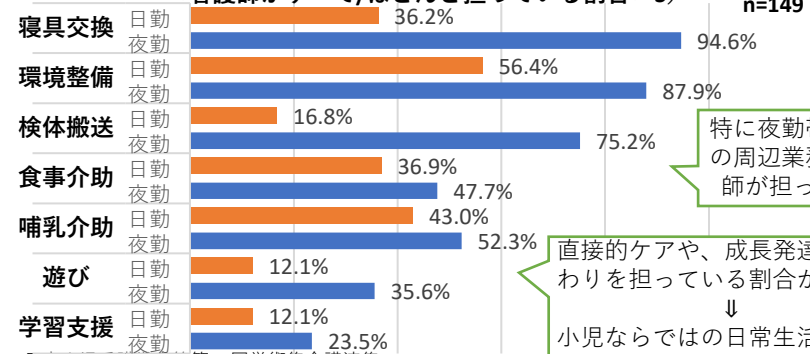
- 1)萩原綾子他、小児病棟の夜勤に関する看護体制の実態を明らかにする質問紙調査～第一報
- 2)日本看護協会 2015年一般病棟における看護配置等に関する調査
- 3)山本光映他、小児病棟の夜勤に関する看護体制の実態を明らかにする質問紙調査～第二報
- 4)日本小児総合医療施設協議会 看護部門長連絡会報告書、2022

成人病棟との比較～、日本小児看護学会第32回学術集会講演集、p 149, 2022.

日勤帯・夜勤帯における看護師の業務の差について～日本小児看護学会第32回学術集会講演集、p 150, 2022.

看護師が周辺業務を多く担っている現状がある

<看護師がすべて/ほとんど担っている割合>3)



特に夜勤帯で多くの周辺業務を看護師が担っている

直接的ケアや、成長発達への関わりを担っている割合が少ない
↓
小児ならではの日常生活援助に十分な時間がかけられていない

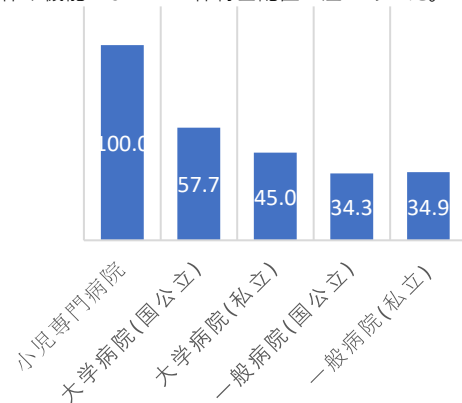
小児入院医療管理料の「注2」に規定する保育士加算算定施設に 保育士複数配置加算の新設

小児病棟は夜勤に関する上限規制がないため、月平均夜勤時間72時間以下が要件である成人病棟とは大きな差がある¹⁾。小児の入院では、治療の支援に加え、小児ならではの看護とその周辺業務など、多くの看護が必要とされる。その一部には、保育士とタスクシェアすることによって改善されるものがある。例えば、起床時間や寝かしつけの時間帯など、子どもにとって安心できる関わりが必要な時間帯に、保育士を複数配置することで、子どもの療養環境の改善につながる。

以上より、**小児入院医療管理料の「注2」に規定する保育士加算算定施設に、保育士複数配置加算を新設することを要望する。**

現行

保育士の小児病棟での業務実態調査¹⁾では、小児専門病院は100%配置されているが、大学病院(国公立)57.7%、大学病院(私立)45%、一般病院(国公立)34.3%、一般病院(私立)34.9%と設置主体や機能によっては保育士配置の差があった。



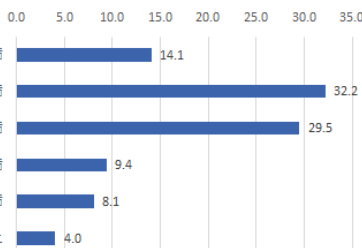
保育士の勤務状況は平日日勤の勤務が78.7%であったが、6時開始などの早出(17.1%)や20時までなどの遅出(18.3%)、夜勤(5.5%)などの勤務もあり、特に面会時間の終了や消灯時間(寝かしつけ)など子どもの生活時間に配慮した勤務時間が組まれていた²⁾。



小児総合医療施設³⁾では、38.9%の施設がシフト制夜勤の導入、5.6%が夜勤を導入していた。

背景

看護職月平均夜勤時間数



小児病棟は夜勤に関する上限規制がないため、夜勤時間数の歯止めが利かない状況で、月平均夜勤時間72時間以下が要件である成人病棟とは大きな差があった。

小児の入院では、治療の支援に加え、夜間の授乳を含む生活援助や安全確保、安心させるかわりなど、多くの看護が必要である。

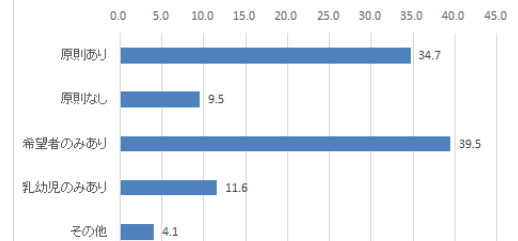
参考 成人病棟との比較：最も看護配置が手厚い病棟の看護職員の月平均夜勤時間数

	月平均夜勤時間数
0～1.9対1	69.2時間
2～3.9対1	71.1時間
4対1以上	72.4時間

背景

夜間の小児の療養環境の担保がされにくく、親の付き添い等に頼らざる負えない状況である。

家族の宿泊を含む付き添い



要望

小児の療養環境の質の向上に向けて、保育士とタスクシェアを推進し、子どもの療養環境の充実をはかりたい。小児入院医療管理料などの特定入院料を算定する小児病棟の保育士加算を算定している小児病棟に保育士複数配置加算を新設することを要望する。



<引用文献>

- 1) 日本小児看護学会診療報酬検討委員会 (2022). 小児病棟の夜勤に関する看護体制に関する実態調査
- 2) 金城やす子(2012). 小児病棟における保育士の業務実態と期待されること 全国の小児病棟看護師長の調査から. 医療と保育10巻. 2-11
- 3) 日本小児総合医療施設協議会 看護部門長連絡会報告書、2022

プレイルームの面積要件を20㎡へ緩和

保育士の小児病棟での業務実態調査²⁾では、小児専門病院は100%配置されているが、大学病院(国公立)57.7%、大学病院(私立)45%、一般病院(国公立)34.3%、一般病院(私立)34.9%と設置主体や機能によつての保育士配置の差があった。小児病棟の保育士加算については54.9%しか算定できておらず、算定できない理由として「プレイルームの要件を満たしていない」ことがあげられていた。一方で、小児総合医療施設の20%は20㎡程度のプレイルームを持つことも明らかになった²⁾。保育士は子どもの遊びや成長発達への支援に欠かすことができないため、**現行のプレイルーム（内法30㎡）の面積要件を20㎡に緩和し、保育士配置を促進できるように要望する。**

現在の保育士加算の要件



小児病棟の保育士加算
54.9%しか算定できていない



理由「**プレイルームが基準を満たしていない**」があげられていた

平成14年診療報酬改定で、プレイルームの面積要件30㎡になった経緯は、当時の小児総合医療施設のプレイルームが平均37㎡であったことを参考に設定された。現状算定できていない20㎡への緩和についても同様の根拠としたい。

社会的な背景

- ①保育士の小児病棟での業務実態調査¹⁾では、小児専門病院は100%配置されているが、大学病院(国公立)57.7%、大学病院(私立)45%、一般病院(国公立)34.3%、一般病院(私立)34.9%と設置主体や機能によつての保育士配置の差があった。
- ②小児総合医療施設²⁾では、プレイルーム要件を満たせない(20㎡程度)のために加算が算定できない病棟がある施設が20%であった。

<引用文献>

- 1) 金城やす子(2012). 小児病棟における保育士の業務実態と期待されること 全国の小児病棟看護師長の調査から. 医療と保育10巻. 2-11
- 2) 日本小児総合医療施設協議会 看護部門長連絡会報告書、2022

要望

小児入院医療管理料小児入院医療管理料の「注2」に規定する加算(保育士加算100点/日)の施設基準の見直し
→【プレイルーム(内法30㎡)のプレイルームがある】の面積要件の**20㎡への緩和を要望する**

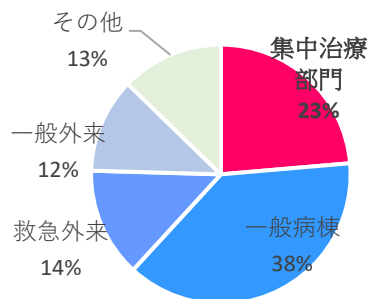
ハイケアユニットへの特定行為研修修了者の配置促進

クリティカルケア関連の特定行為研修修了者は増加している。2021年度に本学会が実施した調査¹⁾によれば、特定行為研修修了者の配置場所は、一般病棟、集中治療部門、救急外来の順に多かった。しかし、集中治療部門は医師が常駐しているため特定行為の必要性に乏しく、有効に活用されていない現状がある。比較的重症患者多く、医師が常駐しないハイケアユニットこそ、人工呼吸器管理や循環動態に係る薬剤・栄養水分管理などの包括的診療医行為が必要である。実際に、特定行為研修修了者の介入で早期に人工呼吸器離脱に至ったなど、効果も報告されている。

以上より、ハイケアユニットへの特定行為研修修了者の配置が促進されるよう評価を要望する。

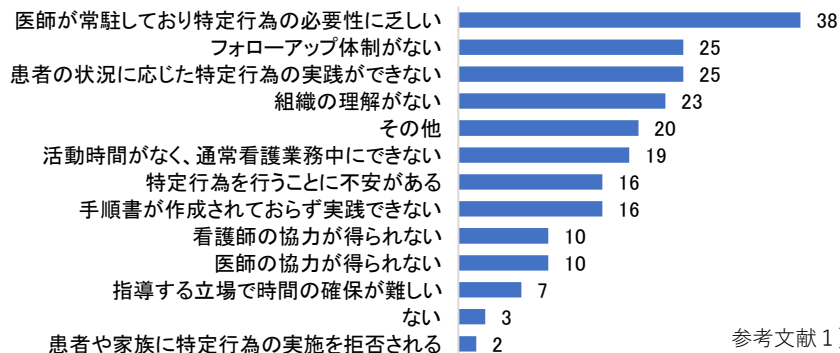
現状

特定行為研修修了者の配属場所



修了者の23%が、医師が常駐する集中治療部門に配属されており、修了者が活用できていない。

特定行為研修修了者の活動の阻害因子



参考文献 1)

ハイケアユニットでの特定行為研修修了者の配置効果

タイムリーな医行為の実施

治療プロセスの促進

タスク・シフト、タスク・シェアリング 推進

特定行為受講前後の患者経過の違い

	22:00	翌日 9:00~
研修受講前	手術終了 ・鎮痛剤使用、 気管挿管で帰室 ・循環不安定のためカテコラミン製剤使用中	医師 来棟 鎮静剤減量開始
研修受講後	看護師 (患者は手順書に示された病状の範囲内) 覚醒したら抜管するという治療方針を確認	① 桡骨動脈ラインの確保 ② 鎮静剤の原料・終了 ③ カテコラミン製剤の調製 ④ 侵襲的陽圧換気の設定の変更(覚醒・自発呼吸の確認) ⑤ 人工呼吸器離脱 (SBT・SAT・Tピースへ) 医師 来棟 報告を行い抜管へ

参考文献 2)

要望

ハイケアユニットへの特定行為研修修了者の配置が促進されるよう評価を要望する。

1) 後藤順一、戸田美和子、山口典子他：特定行為研修を修了した看護師の就労に関する実態調査。日本クリティカルケア看護学会誌（投稿中）。

2) 大塚奈緒子：特定行為研修の実践と修了者の活動・実践例, Nursing BUSINESS 13(12)：39-43, 2019

3) 永谷ますみ、：心臓血管外科での特定行為研修修了者の活動 1. 病棟・外来での活動。月刊心臓 52(7)：687-690, 2020.

4) 岩尾 理沙、三笠 里香、(2021).日本における開胸・開腹術後の早期離床阻害要因に関する文献レビュー.日本臨床看護マネジメント学会誌,3,10-21.

「救急搬送看護体制加算」における専門性の高い看護師の配置への評価

救急搬送看護体制加算の施設基準に「救急患者受け入れへの対応に係る専任看護師の配置」が示されているが、配置される専任看護師の要件は明確ではない。二次救急において専門性の高い看護師が対応すると、外来滞在時間が短縮することが報告されている¹⁾。また、専門性の高い看護師の臨床推論能力は初期臨床研修医の診断能力と同じレベルにあること、医師の監督下のもと診療看護師が初期医療を行う救急体制の安全性が担保されている現状²⁾も明らかになっている。以上のことから、「救急搬送看護体制加算」において、**救急看護に精通した専門性の高い看護師（例：診療看護師、救急看護認定看護師、クリティカルケア認定看護師、特定行為研修修了者、急性・重症患者看護専門看護師等）**を配置することへの評価を要望する。

二次救急外来の現状



- ・ 救急搬送数の増加
- ・ 救急医の仕事量増加
- ・ 救急部門の人員不足

救急搬送看護
体制加算の新設
救急医療体制の充実

しかし

現行
専任看護師の要件
が不明瞭

救急搬送看護体制加算1

[施設基準]

救急患者の受入への対応に係る
専任の看護師を複数名配置

救急搬送看護体制加算2

[施設基準]

救急患者の受入への対応に係る
専任の看護師を配置

要望

「救急搬送看護体制加算」における救急看護の専門性の高い看護師の配置に対する評価を要望する。

タスク・シフト、タスク・シェアリングの推進

救急外来の
滞在時間短縮

自宅での療養
生活の改善

再診率の低下

専門性の高い看護師の配置

<文献>

1) Keiichi Uranaka, Hitoshi Takaira, Ryoji, Shinohara, Zentaro Yamagata: Comparison of Japan nurse practitioner-led care and physician trainee-led care on patients' length of stay in a secondary emergency department: A retrospective study. Japan journal of Nursing science 18(4), 1-13, 2021

2) 森 寛泰, 山口壽美枝, 竹本雪子他: 二次救急患者の初期医療に対する診療看護師 (NP) の能力の検証～病名一致率と48時間以内の再受診率に着目して～. 日本NP学会誌5 (1), 20-30, 2021

3) 山口 真有美, 瀬戸 奈津子, 清水安子: 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～近畿圏内救急看護認定看護師への質問紙調査から～. 日本救急看護学雑誌21, 60-68, 2019

地域連携褥瘡重症化防止加算（仮称）の新設

200床以下の小規模病院の褥瘡発生率は、200床以上の病院と比較して非常に高率である。しかし、小規模病院では皮膚・排泄ケア認定看護師（以下、WOCN）など褥瘡に係る専門の研修を受けた看護師の在籍が少ない（16.1%：JWOCM2019年度活動調査）¹⁾。

現在、大規模病院等でWOCNが配置されている施設が無償で小規模病院や療養型病院等に派遣し、褥瘡回診等の同行や職員研修を実施している。また、電話やICTを活用してケア方法の相談に応じていることも多い。WOCNが褥瘡管理者として専従した施設では、褥瘡発生数の減少や新規褥瘡の治癒期間の短縮が示され、費用対効果が高いことは、既に報告されている²⁾。以上より、WOCNが配置されている医療機関がWOCNのいない小規模病院と連携し、褥瘡患者の重症化防止対策に取り組んだ施設への評価を要望する。

現行

大規模病院等のWOCNが無償で小規模病院や療養型病院等に赴き、褥瘡回診等の同行や職員研修を実施している。電話やICTを活用してケア方法の相談に応じていることも多い。

要望 地域連携褥瘡重症化防止加算

WOCNが配置されている施設が小規模病院と連携し、褥瘡重症化防止対策・褥瘡発生予防対策（電話やICT活用を含む）を実施した場合に連携元の医療施設に加算する。

要望の根拠

【地域連携による褥瘡対策の効果】

- 褥瘡推定発生率の低下
一般病院の皮膚・排泄ケア認定看護師が連携先の療養型病院に褥瘡防止対策を実施した結果

介入施設	褥瘡推定発生率
療養型A病院（97床）	4.7% → 1.1% ³⁾
療養型B病院（49床）	4.3% → 2.0% ⁴⁾



* 写真は同意を得て使用

<引用文献>

- 1) 清藤友里恵、他、日本創傷・オストミー・失禁管理学会会員活動調査報告【2019年度】、日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌、2022；26（3）：303-315
- 2) 真田弘美、他、褥瘡ハイリスク患者ケア加算導入が褥瘡発生率および医療コストに与える効果に関する研究、日本創傷・オストミー・失禁ケア研究誌、2007；11（2）：59-62
- 3) 中村明子、褥瘡管理専門家が所属しない小規模病院に対する皮膚・排泄ケア認定看護師による介入効果の検討、日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌、2022；26（3）：286-293
- 4) 間宮直子、小規模療養型病院へのWOCNアウトリーチ活動が褥瘡対策に及ぼす影響とその展望、日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌、2022；26（3）：294-297

「A200-2急性期充実体制加算」における手術室看護師配置の要件化

日本手術看護学会の2021年度の調査では、手術室看護管理者は稼働手術室1部屋当たり3.8人以上で安全であると認識し、手術室看護師の配置人数が少ないとインシデント件数が増えることが明らかになった。また、2022年度の調査では、急性期充実体制加算を取得している施設の手術室看護師配置は約3.6人であったが、約84%の施設では、手術室から他部署支援を行っていることが明らかになり、手術室よりも病棟配置を優先する現状があった。令和4年度診療報酬改定で新設された急性期充実体制加算は、手術等の高度かつ専門的な医療に係る実績及び高度急性期医療を実施する体制を評価するものである。急性期医療を担う手術室看護師配置を充実させることは、手術医療の安全、夜間・休日の緊急手術への適時対応が期待できる。

以上より、**急性期充実体制加算の要件に、手術室看護師配置（稼働手術室1部屋当たり3.8人以上）を加えることを要望する。**

現状

- 急性期充実体制加算取得施設は稼働手術室当たり3.6人以上を目安とした総配置があり、約60%が夜勤・交代勤務体制である！
- 稼働手術室当たり3.8人以上の総配置で安全と認識
- 手術室看護師の配置を充実させることは、手術医療と手術を受ける患者の安全に寄与する

要望

急性期充実体制加算に手術室看護師配置を要件化

「稼働手術室1部屋あたり看護師3.8人以上を目安とした看護師の総配置」を要件化し、夜勤交代制など看護師の勤務間インターバルの確保、呼び出し体制場合も休憩への配慮がされていることを望ましい要件とする。

2021年手術室看護師人員配置に関する実態調査

①手術室看護師の配置状況（特定機能病院等全て）

項目	値
手術室看護師数	26 (4 - 97)
稼働手術室1部屋あたりの看護師数	3.7 (1.8 - 7)
3名未満	47 (19%)
3名以上 - 4名未満	121 (49%)
4名以上	79 (32%)

アンケート回答数: 247施設(回答率: 29.1%)



②年間手術件数4000～5000件施設のインシデント比較

手術室1部屋あたりの看護師数	年間インシデント平均件数 (SD)	P 値
3人未満	92 (16.9)	0.04 *
3人以上4人未満	47 (11.2)	

③手術室看護管理者の現在の手術室看護師配置人数と安全性の認識

配置人数が多いと、インシデント数が少なく、安全と認識している。安全でない理由は、手術件数や業務内容、緊急手術対応ができないである。また、拘束等夜間呼び出し体制の場合、長時間勤務の実態があった。

2022年の実態調査

アンケート回答数: 245施設
(回答率: 28.0%)

* 急性期充実体制加算98/245中

①手術室看護師の他部署支援状況



②夜勤・交代勤務体制



「A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算」 算定要件の拡大

入院等の環境変化によるせん妄の発症は脳卒中患者の回復・予後に悪影響を及ぼす¹⁾。せん妄は急性期病院に限らず発症する可能性があるにもかかわらず、現行の「A-247-2せん妄ハイリスク患者ケア加算」は急性期病院（例；一般病棟入院基本料）に限定されており、回復期リハビリテーション病棟、および、地域包括ケア病棟など、高齢者の入院が多い病棟には適用されない。また、現行の施設基準に、せん妄予防に有効な包括的環境介入の実施²⁾や身体的拘束の適正化のための組織体制の設置³⁾⁴⁾は評価は含まれない。以上より、**せん妄ハイリスク加算の対象について、高齢者が多く入院する病棟に拡大するよう要望する。また、身体拘束要件を追加し、身体拘束を実施した場合は100分の60に相当する点数の算定とすることを要望する。**

現行

対象となる入院料

①急性期一般病棟入院基本料、②特定機能病院入院基本料（一般病棟）、③特定集中治療室管理料 ④救命救急入院料、⑤ハイケアユニット入院医療管理料、⑥脳卒中ケアユニット入院医療管理料

施設基準

- ①せん妄対策のチェックリストを作成
- ②予防的対応（リスク薬剤を外す、脱水予防、疼痛管理）
- ③定期的なせん妄モニタリング実施

※入院中、1回に限り、所定点数に加算する

要望

対象となる入院料

①②③④⑤⑥ + ⑦回復期リハビリテーション病棟入院基本料
⑧地域包括ケア病棟入院料

施設基準

- ①②③ + ④包括的な予防的環境介入 ※多職種によるプランニング
 - ・作業療法士と協働実施する病棟レクリエーション ・コンフォートケア
 - ・見当識の強化環境の整備（時計、カレンダーなど） ・生活リズム調整
- ⑤管理体制の整備
 - ・身体拘束適正化のための指針・研修実施・対策チーム、委員会の設置

※入院中、1回に限り、所定点数に加算する

ただし、身体拘束を実施した場合は100分の60に相当する点数を算定する

要望の根拠

- ・回復期リハビリテーション病棟では、脳卒中や使用薬剤などせん妄のリスク要因が併存する75歳以上の高齢患者が6割以上を占める⁵⁾
- ・ある回復期リハ病棟では1/4に不穏・せん妄を認め、高齢、認知症、左側麻痺に関連して多く、せん妄を発症すると入院期間が延長する⁶⁾
- ・療養環境の整備により、見当識が強化され、せん妄予防に効果がある⁷⁾
- ・せん妄予防には多職種が協働した包括的介入が有効である⁸⁾
- ・身体拘束により、患者のせん妄発生リスクが上昇する⁹⁾



期待される効果

高齢者の入院が多い病棟への適用は、多職種による包括的なせん妄予防の実施とともに、身体拘束の適正化により、

- ・患者のストレス軽減
- ・身体拘束を実施しない転倒予防
- ・入院期間の短縮

につながる。

<引用文献>

- 1) Rollo, E., Brunetti, V., Scala, I. et al. Impact of delirium on the outcome of stroke: a prospective, observational, cohort study. J Neurol 269, 6467–6475 (2022).
- 2) Siddiqi. et.al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database Syst Rev. (2016). doi: 10.1002/14651858.
- 3) 菅野 眞綾, 他 (将来構想委員会看保連ワーキング高齢者身体拘束軽減プロジェクト). 我が国における一般病床に入院する高齢者に対する身体拘束を予防, 軽減する看護に関するスコアリングレビュー. 日本看護研究学会雑誌, 44(2), 299-308(2021).
- 4) 菅野 眞綾, 他. 急性期病院における身体拘束を軽減するための看護管理に関する文献検討. 日本看護管理学会誌, 25(1), 129-138(2021).
- 5) 一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会: 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書 (2022年～2019年)
- 6) 大隈 和喜, 他. 脳卒中回復期リハビリテーション病棟における心理的諸問題と心身医学の役割, 第46回日本心身医学会総会, 心身医学, 46(7), 645-653(2006).
- 7) 8) 9) 前掲2)

「A237ハイリスク分娩等管理加算」「B005-4・5ハイリスク妊産婦共同管理料」 の施設基準の追加

分娩取り扱い施設の約8割の産科が混合病棟であり、助産師が他科患者と産婦を同時に受け持っている¹⁾。ハイリスク妊産婦に対応する周産期母子医療センターでも同様の状況¹⁾にある。産科混合病棟では、助産師が他科患者と産婦を同時に受け持っており¹⁾、分娩時の安全性が危惧されるとともに、産科混合病棟では新生児のMRSA感染率が高い⁴⁾ことも報告されている。「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」では、周産期医療等の体制として「分娩を取り扱う医療機関について（中略）、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましい」と明記され、「第8次医療計画等に関する検討会」においても産科区域特定の必要性が検討されている。特に、ハイリスク妊産婦が入院する医療機関において産科の区域特定がされなければ、母子の安全を守ることができず、管理が十分とは言えない。そこで、**A237ハイリスク分娩等管理加算およびB005-4・5ハイリスク妊産婦共同管理料算定における施設基準として、産科混合病棟では区域特定されていることを要件に追加することを要望する。**

現状 1 産科病棟全体の約8割が混合病棟			現状 2 産科混合病棟では、助産師が産婦と他科患者を同時に受け持っている				現状 3 新生児のMRSA感染は産科混合病棟で発生	
	産科単科	混合病棟		他科患者と産婦を同時に受持つ	分娩介助時のみ他科患者は受持たない	分娩第1期の産婦が入院した時点で他科患者は受持たない	常に他科患者は受持たない	2004-2005年の27病院の感染症データのうち、新生児MRSA感染の37例は、全て産科混合病棟で発生していた ³⁾
全体	22.5%	77.4%	全体	43.7%	19.4%	10.8%	16.3%	
総合周産期	64.7%	35.3%	総合周産期	51.9%	22.2%	11.1%	3.7%	
地域周産期	28.1%	72.0%	地域周産期	39.7%	25.5%	5.7%	18.4%	

混合病棟における産科区域の特定

産科病床区域の特定(ユニット化・ゾーニング)をすることで助産師が妊産婦ケアに集中できる



区域特定により母子に提供できる
安全で安心な出産環境

- ①助産師が母子に寄り添って継続的なケアを提供することにより母子の心身の安定・安全を確保できる
- ②母子が感染リスクから回避される

【出典】1)平成28年度分娩取扱施設におけるウィメンズヘルスケアと助産提供状況等に関する実態調査報告書 日本看護協会 H29年3月

2)第11回第8次医療計画等に関する検討会(R4.7.27) 参考資料4 第8次医療計画に向けて(周産期医療)

3)北島博之「わが国の多くの総合病院における産科混合病棟とMRSAによる新生児院内感染との関係、環境感染誌Vol.23No.2 2008

専門性の高い看護師による新生児看護の充実

現在、通常の子どもの育児においても、親の鬱病などの精神疾患の罹患・自殺、虐待等が問題となっている。早産児や先天性疾患を抱えた子どもたちの将来を鑑みたとき、出生後間もない急性期の合併症の顕在化を予防的に防ぎ、親子の分離が余儀なくされる環境下で、親が安心し、子どもを育てる自信が持つことのできる支援が重要となる。

そのため、「総合周産期特定集中治療室管理料；2 新生児集中治療室管理料」及び「新生児特定集中治療室管理料1」算定施設において、超早産児、先天性疾患を有する新生児及び家族形成支援等の急性期看護に5年以上従事し、かつそれに係る適切な研修を修了した看護師の配置を要望する。

新生児集中治療室管理料の見直し

現行

- 専門性の高い看護師の配置要件なし

要望

超早産児、先天性疾患を有する新生児及びその家族形成支援の急性期看護に従事した経験が5年以上かつそれに係る適切な研修を修了した看護師の配置

【社会的背景】

- ✓ 医療的ケア児の増加
 - 合併症の低減
 - 親が安心して子どもを育てることができる支援の必要性
- ✓ 家族統合ケアによる出生早期の自己調整能力の向上
 - 早期の自己調整の困難さが小児期における行動上の問題と関連
- ✓ 親の自殺、虐待防止
- ✓ 医師の働き方改革による新生児科医の労働時間の減少
 - 医師のタスクシフト
 - 高度実践看護師の必要性
- ✓ 特定集中治療室管理料1においては、既に専門教育を修了した看護師配置が施設基準内に明記

【算定施設に入室する対象】

- ・ 出生体重300g前後も含む超早産児
- ・ ECMO、NO、低体温療法等高度な治療を要する先天性疾患を有する新生児
- ・ など、脆弱かつ重篤な新生児

【新生児集中ケア認定看護師の専門性】

- ハイリスク新生児の病態変化を予測した重篤化の予防
- 生理学的安定と発育促進のためのケアおよび親子関係形成のための支援

新生児集中ケア認定看護師の配置状況	新生児病床受入れ基準 平均在胎週数
配置なし群	28.3±5.5 (週)
1名配置群	24.5±4.7 (週)
2名以上配置群	22.6±4.9 (週)

新生児集中治療室において、新生児集中ケア認定看護師がいる施設では、入院児への診療補助と療養支援について、新生児の特性を考慮した医師と看護師の協働がすすんでいた。また、家族を尊重するファミリーセンタードケアに即した対応がなされていた。

【呼吸器関連；医師との協働】	新生児集中ケア認定看護師配属		p 値
	あり N=109 N (郡内%)	なし N=66 N (郡内%)	
吸引前後の呼吸器設定と酸素変更	20 (18.3)	5 (7.6)	0.037
(カイ二乗検定：片側)			
【新生児蘇生；医師との協働】	新生児集中ケア認定看護師配属		p 値
	あり N=109 N (郡内%)	なし N=62 N (郡内%)	
侵襲が大きい時期の体温管理	57 (54.8)	17 (27.4)	0.001
(カイ二乗検定：両側)			
家族ケア	新生児集中ケア認定看護師配属		p 値
	あり N=109 N (郡内%)	なし N=62 N (郡内%)	
フレネイタルビジットの実施	82 (78.1)	39 (61.9)	0.033
祖父母面会	91 (86.7)	37 (58.7)	0.000
きょうだい面会	61 (58.1)	14 (22.2)	0.000
NICUとGCUの家族部屋	53 (50.5)	20 (31.7)	0.023
家族会の紹介	55 (52.4)	20 (31.7)	0.014
(Fisherの直接法：両側)			

* 総合周産期母子医療センター数112施設
新生児集中ケア認定看護師444名 (2022年4月)

＜引用文献＞
 1) 清水彩はか；全国の周産期母子医療センター新生児集中治療室の看護体制とケア実践に関する実態調査,日本新生児看護学会誌,Vol.28,p.16-22,2022.
 2) 網塚貴介,与田仁志；新生児医師の勤務状況と働き方改革の観点から考察した医師供給に関する調査,日本小児科学会雑誌,Vol.124,1758-1763,2020.
 3) Paige Terrien Church, et al; Integrated Care: Positive impact in behavioural outcomes at 18 months, Early Human Development, family, 151 (2020) 105196.

重症新生児対応体制強化加算（仮称）の新設

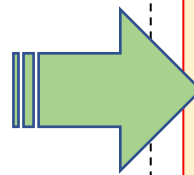
総合周産期母子医療センター等のNICUにおいては、医療の高度化や集約化等により各患者の重症度が高く、現行の体制では重症患者及び他の患者を安全に診療・ケアしがたい場合がある(図1-3)。このため、緊急入院を受け入れることができないケースも生じる。また近年は、医療機能の分化・連携が推進されるとともに、医療従事者の働き方改革への対応、医療の質と患者安全を担保しながらの人材育成など、多くの課題が課せられている。

以上より、十分な体制と実績を有するNICUにおいて、**高度な医療を要する重症新生児(下記対象疾患)に対する対応の強化と人材育成を評価するため、患者の入院期間に応じた重症新生児対応体制強化加算（仮称）の新設を要望する。**

【対象疾患】

A302又はA303の2を算定する新生児のうち、下記に該当する者。

- ・体外式膜型人工肺、腎代替療法（血液透析、腹膜透析等）、交換輸血、低体温療法を要する
- ・出生時体重が750g未満であって人工呼吸管理を要する
- ・人工呼吸管理下に一酸化窒素吸入療法や胸腔・腹腔ドレーン管理を要する
- ・開胸手術、開頭手術、開腹手術等の術後に人工呼吸管理を要する
- ・新興感染症や先天性感染症等のために個室管理など嚴重な感染対策を行いながら人工呼吸管理を要する



【既存の治療法との比較】

- 経験5年以上の医師2名の配置
- 看護配置 2：1（算定する当該患者について）
NICU経験5年以上の看護師2名の配置
- 相当の診療実績
- 地域における研修等の提供等の要件を求める

【調査結果】

＜新生児医療連絡会調べ 2022年11月～12月（N=149施設）＞

図1. 2:1看護以上のマンパワー配置を念頭に実務で分担配置をしている、又は、分担配置が必要と思う状況

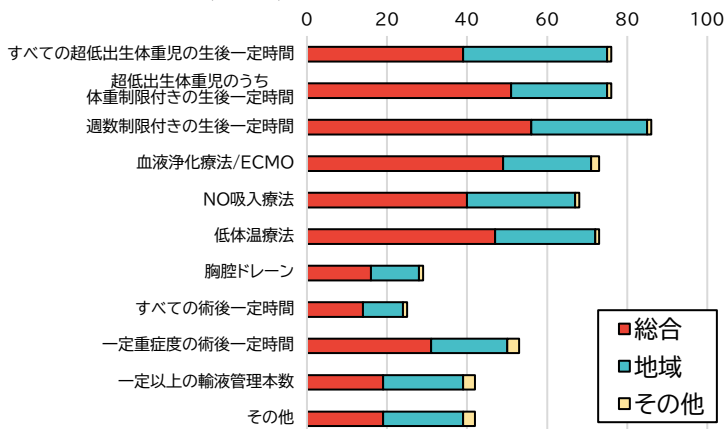


図2. 図1の状況で実際にNICUの患者数を減らして看護配置を手厚くしたことがあるか？

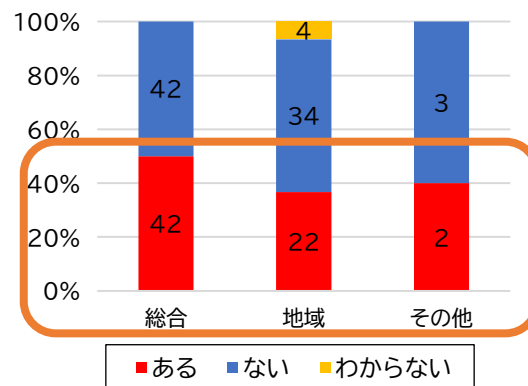
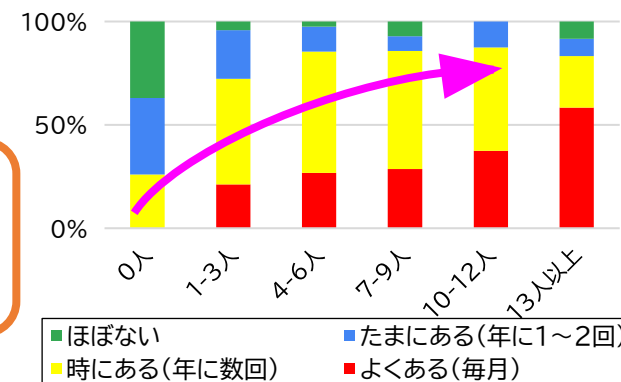


図3. 患者の重症度が高いために、患者安全や感染対策に支障を来していると感じられることが度々あるか？
(施設におけるNO吸入療法を要する患者数ごとの割合)

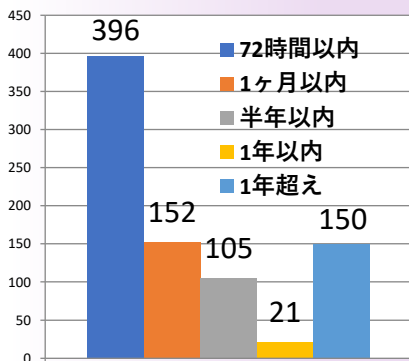


性犯罪・性暴力被害者支援体制の評価

性暴力被害者支援を推進するため医療・司法・行政にまたがる急性期の支援システムとして性犯罪・性暴力被害者支援のためのワンストップ支援センターが設置されている。特に被害から72時間以内の緊急医療支援（診察、証拠採取、緊急避妊薬、性感染症）、心理支援、法的支援、生活支援の中で、医療が担う役割は重要である。また、性暴力被害者は望まない妊娠や性感染症のリスクを抱え、二次被害を受けやすいため、性暴力に精通した性暴力対応看護職（SANE-J）が中心となり被害者に寄り添いながら対応することはリプロダクティブヘルスの実践につながり、多機関多職種連携、継続的支援につながる。

以上より、**SANE-J、医師、MSW、心理職等の専任チームを置き、多機関多職種連携による支援体制を整備している病院に対して評価を要望する。**

新規来所者の
被害発生からの経過時間

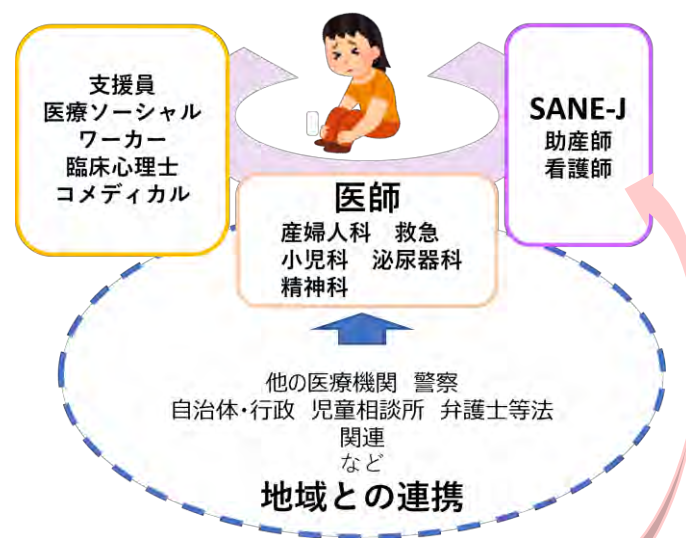


- 48.1%が72時間以内の急性期。
避妊薬が有効で検体採取も可能
- 半年以内でも精神症状が継続しPTSDへと移行する恐れがある

2016年1月5日～2021年12月31日 日赤なごや なごみ実績
出典：文献1)

引用文献

- 1)性暴力救援センター日赤なごやなごみ統計報告,2022.
- 2)内閣府犯罪被害者等施策推進室；性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター開設・運営の手引,2011.
- 3)加藤尚美ら；フォレンジック看護－性暴力被害者支援の基本から実践まで－,医歯薬出版株式会社,p.12,2016.



SANEに必要な実践能力

- ・ フォレンジック看護と性暴力の概観
 - ・ 被害者の反応と危機介入
 - ・ フィジカルアセスメントの実施とその査定
 - ・ 性感染症検査と予防
 - ・ 妊娠検査と予防
 - ・ 帰宅とフォローアップ計画 等
- (国際フォレンジック看護学会の教育ガイドライン 出典：文献3))
2022年8月現在 SANE-J登録者数116名

性犯罪・性暴力被害者の急性期対応

	被害直後～72時間以内	被害～3か月
身体的支援	診察（全身診察） 検体採取 緊急避妊薬 妊娠・中絶・出産	性感染症検査・治療 性教育
心理的支援	ASD（急性ストレス障害） PFA（サイコロジカル・ファーストエイド）	PTSD（心的外傷ストレス障害） 診断 心理教育 トラウマケア
法的支援	警察 弁護士紹介等	
生活支援	児童相談所 シェルター等	

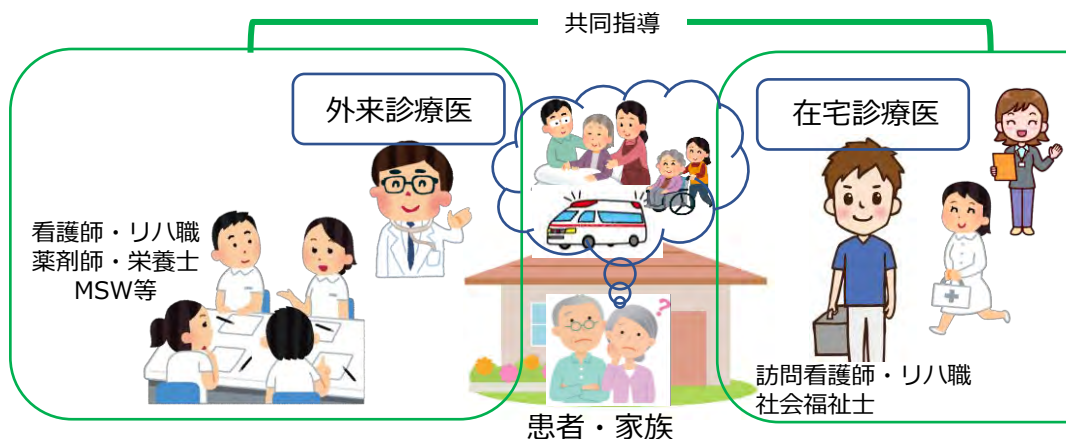
参考文献2)

要望

- ・ 被害者に必要な医学的、心理的治療やケアを提供することや質の高い証拠採取が可能となるようSANE-Jをはじめとした支援者が医療機関に配置されること
- ・ これによりPTSD予防につながるよう、より多くの医療機関で支援チームを構築すること

「C014外来在宅共同指導料」における対象職種と回数の拡大

令和4年度診療報酬改定により、外来在宅共同指導料が新設された。移行する際には、医療的な管理に加えて、患者と家族の意向を中心に暮らしを整えるための多職種による多様な調整を要する。そこで、**外来在宅共同指導料の対象職種について、外来診療医と在宅診療医又は多職種とし、特に強化すべき対象に対しては2回算定できることを要望する。**



現行在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、それぞれの保険医療機関において算定する



要望 外来在宅共同指導料の対象職種の拡大

在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、それぞれの保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等と1回以上共同して行う場合は、移行時2回に限り算定できる。

要望の根拠

医療機関の外来から在宅診療への移行を支援した看護師へのインタビュー調査（現在調査中）から、移行を実現するには看護師やMSWによる患者や家族との複数回の面談、在宅医の選出、院内外が多職種との連携・協働による調整、さらに移行後のフォロー等に多くの人的、時間的支援を要することが明らかになっている。また実際に外来診療医が、在宅診療医の訪問時間に合わせて共同指導を行うことは困難であり、外来医療機関の支援の現状に見合った診療報酬上の評価がなければ移行はすすみにくい。

効果

- ①患者・家族の希望をもとにスムーズな外来から診療への移行が可能
- ②多職種の視点から在宅療養を可能にする指導ができる
- ③患者・家族が不安なく満足度の高い在宅診療への移行が可能となる
- ④アドバンスケアプランニングの推進につながる

重点要望2

治療と生活の両立支援、治療継続支援に関する要望
(11項目)

がん患者妊孕性相談指導管理料（仮称）の新設について

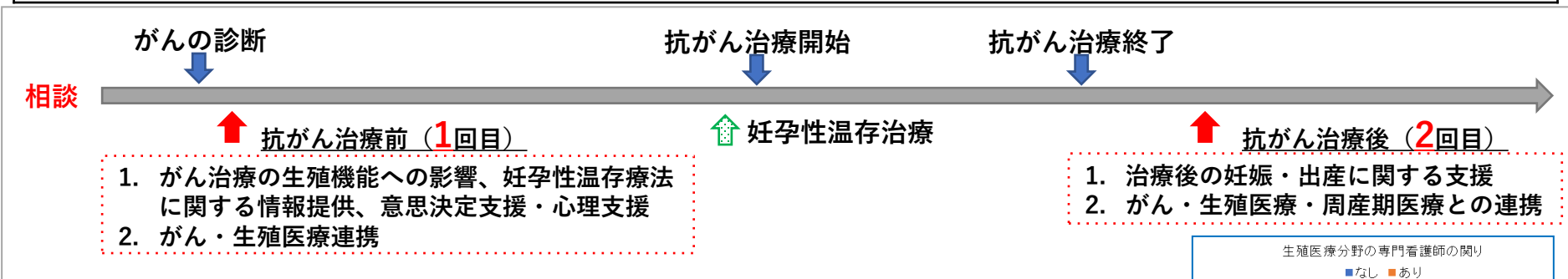
AYA世代（15～39歳）のがん年間罹患者数は21400人にのぼり、そのうち、がん治療により妊孕性に影響を受ける患者は、年間約10,000人程度と予想される。令和3年には厚生労働省に「小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会」が設置されるなど、国や都道府県での議論も進んでいる。また、日本がん・生殖医療学会主催のがん・生殖医療認定ナビゲーターなど、妊孕性温存療法に関する職種の養成も始まっている。そこで、医療機関において妊孕性温存療法を受ける患者を支援するため、**がん患者妊孕性相談指導管理料（仮称）**を新設することを要望する。

【概要】①がん治療前がん治療の生殖機能への影響、妊孕性温存療法に関する情報提供および意思決定支援、②治療後の妊娠・出産に関する心理支援、③がん・生殖医療連携等の医療技術を**医師又は医師の指示に基づき、研修(*)**を受けた看護師・薬剤師・公認心理師が行った場合に算定する。

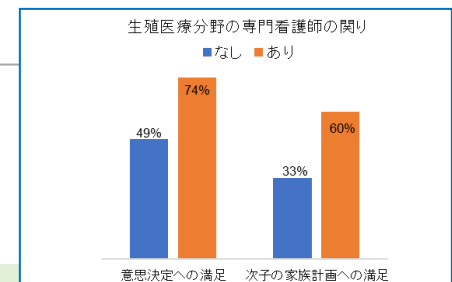
※日本がん・生殖医療学会主催 がん・生殖医療認定ナビゲーター（がん・生殖医療ナビゲーターナース：OFNN含む）研修、およびがん・生殖医療専門心理士養成講座を終了した者

【対象】「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」（一般社団法人日本癌治療学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療のうち、高・中間・低リスクの治療をうける43歳未満の悪性腫瘍患者

【診療報酬上の扱い】B区分・1回200点（2回まで）



【有用性】妊孕性温存治療への意思決定が推進^{1,2}され、がん患者の治療後の妊娠・出産率の向上が期待できる。加えて、がん治療による妊孕性の喪失にともなう精神的苦痛に対する心理的サポート³や、治療後の妊娠・出産に関連した相談が継続的に行われることは、サバイバーシップの向上が期待される。



<引用文献>

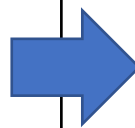
- Loren AW, Mangu PB, Beck LN, et al. Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol. 2013;31(19):2500-2510
- Chiavari L, Gandini S, Feroce J, et al. Difficult choices for young patients with cancer: the supportive role of decisional counseling. Support Care Cancer. 2015;23(12):3555-3562.
- Kelvin JF, Thom B, Benedict C, et al. Cancer and Fertility Program Improves Patient Satisfaction With Information Received. J Clin Oncol. 2016;34(15):1780-1786.

「B001-23がん患者指導管理料口」 【対象の評価方法の追加】

がん患者指導管理料口は、対象患者の評価尺度としてSTAS-J（STAS日本語版）とDCS(Decisional Conflict Scale)が要件だが、臨床では、がん患者の症状アセスメントツールとして IPOS(Integrated Palliative Outcome Scale)、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)、PRO-CTCAE を用いている。この3ツールは、世界的・標準的な症状アセスメントツールであり、日本語版の妥当性が検証されている。がん患者の症状は主観的なものであることから、**がん患者指導管理料口の評価方法に、PRO(Patient-Reported Outcome)のスケールを併記することを要望する。**

現行「現行の算定要件」

- (1) 算定対象を特定するための評価尺度
 イ STAS-J（STAS日本語版）
 ロ DCS(Decisional Conflict Scale)



要望 算定対象者の評価尺度に以下の自己評価尺度を追加

- ① IPOS (Integrated Palliative Outcome Scale)
- ② ESAS-r-J (Edmonton Symptom Assessment System Revised Japanese version)
- ③ PRO-CTCAE (Patient-Reported Outcome-Common Terminology Criteria for Adverse Events)

- ・症状は主観的であり、他者評価尺度では患者の苦痛を拾いきれない
- ・日常の臨床では、STAS-J、DCS以外の尺度を用いることが多い
- ・2021年9月、PMDA（独立行政法人医薬品医療機器総合機構患者参画ガイダンス）で、PROは「審査において患者のBenefitを評価するための有用なツールであり今後日本で活用が増大する。」とあった。PRO関連臨床試験数も上昇している¹⁾。

（2019～2021はCOVID-19の流行期で臨床試験の休止があり）

図1 PRO 関連臨床試験数と対象総臨床試験数に対する割合の年次推移



出所：ClinicalTrials.gov データを基に著者作成

主観的評価指標を用いることの効果

文献2：転移性乳癌患者154名のデータセットを解析した。患者の自己申告は臨床医の報告よりも健康状態の根本的な変化に敏感であり、健康関連ステータス（グローバルQOL、身体機能、役割機能、社会機能、疲労、食欲不振など）は、臨床的に意味のある症状を早期に発見する傾向があった。

文献3：がんの臨床試験において187名のデータを解析した。CTCAEでは有害事象の評価が過小評価されていること、日本語版PRO-CTCAEは一般的かつ臨床的に重要な症状に対して許容できる信頼性と妥当性を持っていることが明らかとなった。

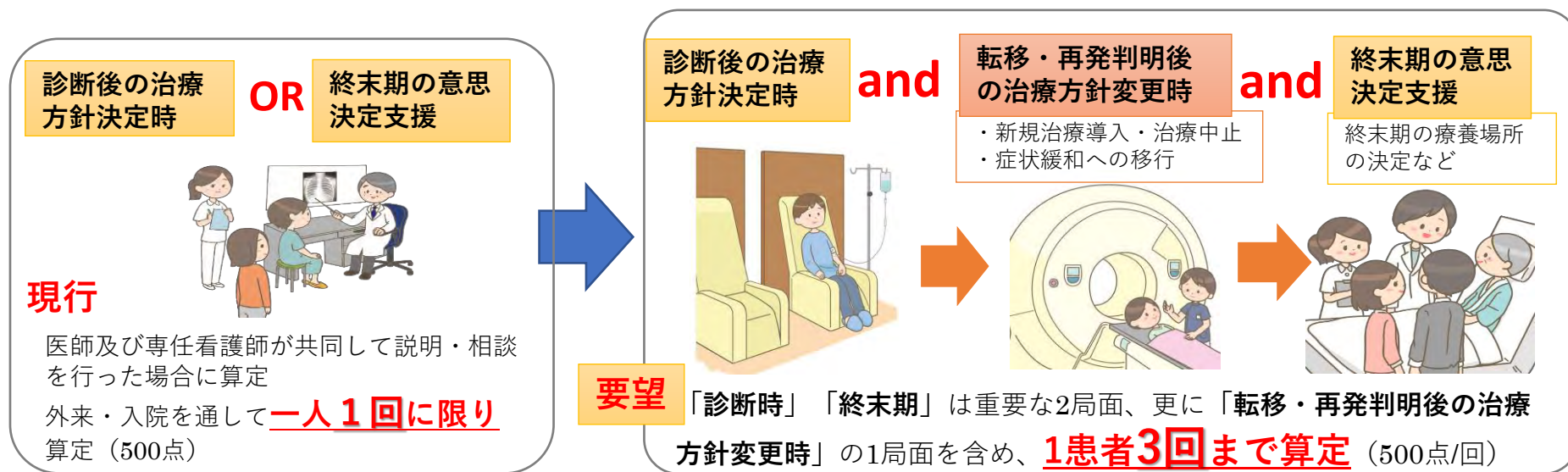
文献4：肺がん手術後のPROベースの症状管理は、退院後4週間まで、通常のケアよりも症状負担が少なく、合併症も少なかった。

<引用文献>

- 1)PRO (Patient Reported Outcome) の最新動向ー臨床試験登録データベースを用いた調査・分析ー医療産業政策研究所 吉田晃子, 2022年3月, 政策研ニュース (65) , 70-73
- 2) Minimal important differences of EORTC QLQ-C30 for metastatic breast cancer patients: Results from a randomized clinical trial. *Qual Life Res.* 2022;31(6):1829-1836. Validation of the Japanese Version of the Edmonton Symptom Assessment System-Revised. *Journal of Pain and Symptom management.*50(5),718-723
- 3) The Japanese version of the National Cancer Institute's patient-reported outcomes version of the common terminology criteria for adverse events (PRO-CTCAE): psychometric validation and discordance between clinician and patient assessments of adverse events. *J Patient Rep Outcomes.* 2017;2(1):2. doi:10.
- 4) Patient-Reported Outcome-Based Symptom Management Versus Usual Care After Lung Cancer Surgery: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*,2022 Mar 20;40(9):988-996.

「B001-23がん患者指導管理料イ」における算定回数制限の緩和

近年のがん治療では選択肢が増え、重要な意思決定の場面は多様かつ複数回訪れる。「診断時」「終末期」は患者にとって重要な2局面であり、更に「転移・再発判明後の治療方針変更時」は患者・家族の衝撃に対する支援と配慮を必要とする1局面である。医師・看護師が共同して、患者の治療・療養の局面において意思決定を支援することは、患者・家族の安心と納得に基づいた選択、入院期間短縮と在宅療養の促進にもつながり医療費抑制も期待できる。また、タスクシェア/シフトの観点では、医師の患者対応時間を効率化し、外来業務負担の軽減にもつながる。このことから、「がん患者指導管理料イ」の算定回数について、現行の1患者につき1回のみの算定を、3回まで緩和するよう要望する。



<根拠> 1回約60分間のACP介入を1~3回実施。終末期の意向の共有とケア提供は有意に高い割合 (86% vs. 30%, $P < 0.001$) 不安は有意に低い割合 (0% vs. 19%, $p = 0.02$) 抑うつは有意に低い割合 (0% vs. 30%, $p = 0.03$) 家族の満足度、家族から見た患者の満足度は有意に高い¹⁾

<人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン> 治療期から医療者との繰り返しの話し合いが必要であり、病院内の体制の整備が急務である

期待される効果

在宅療養の推進
入院期間の短縮
望まない延命・蘇生の回避
患者のQOL向上と医療費抑制

<引用文献>

- 1) Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ. 2010;340:c1345. Published 2010.
- 2) Schenker Y, Althouse AD, Rosenzweig M, et al. Effect of an Oncology Nurse-Led Primary Palliative Care Intervention on Patients With Advanced Cancer: The CONNECT Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2021;181(11):1451-1460.

小児がん患者の長期フォローアップ外来への評価

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、発育途中で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、多職種協働のトータルケアによる長期フォローアップを必要とする²⁾。「がん対策推進基本計画」（平成30年3月閣議決定）においても、小児・AYA世代のがん経験者が治療後の年齢に応じて、継ぎ目ない診療や長期フォローアップ体制の整備推進を掲げている。2020年度の調査³⁾では、小児がん拠点病院を中心とした13施設中10施設で長期フォローアップ外来が設けられていたが、対象（移植後と非移植後がほぼ同率）、フォロー頻度、担当職種、支援内容、診療時間（15分～270分、平均76分）にバラつきがみられた。長期フォローアップの充実、成長発達の過程に応じた病気や治療の理解促進、晩期合併症の早期発見と対応能力の向上につながり、その結果、QOLを向上させる。以上より、小児がん患者が社会の一員として成長発達する支援として、**チーム医療による長期フォローアップ外来への評価を要望する。**

【小児がん経験者が退院後に抱える困難】

1. 時間やライフステージに影響を受ける困難

周囲からの望まない対応、自分自身の負の変化、限定される行動、副作用の身体的辛さ、教育制度の負担、できない相談、周囲からの孤立、乏しいピア交流・情報、病気に関連した人間関係への悪影響の不安病気の自身の理解不足、妊娠・出産への影響、

2. 潜在化・顕在化する困難

病気になったことへの苛立ち、物事を病気と関連付けてしまう気持ち、病気に対する誤った情報、家族への遠慮、再発への不安、晩期合併症への不安と苦痛、晩期合併症発症後の苦痛、病気に関連した経済的負担、時間が経っても消せない心理的苦痛、ピア同士での悩み、現状に自信が持てない不安、生や生き方への揺らぎ
出典：文献5)

※ 晩期障害・・・小児がんは、患者が発育途中であることなどから、成長や時間の経過に伴って、がんそのものからの影響や、薬物療法、放射線治療などの影響によって生じる合併症がみられる。これを「晩期合併症」という。晩期合併症は、小児特有の現象である。²⁾

要望：小児がん長期支援指導料（仮称）新設 300点

【長期フォローアップ外来支援内容】

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 晩期合併症の早期発見 | 2. 健康管理・健康教育 |
| 3. 心理的支援 | 4. 社会的支援 |
| 5. 妊孕性の情報提供 | 6. 自立支援、移行期支援 |
- 医師、看護師を含む多職種チームの体制があることを要件とする。
30分以上の診療時間を担保。移植後患者指導料は重複算定しない。

【期待される効果】

長期フォローアップ外来を受診することで、サバイバーが治療や健康上の留意点などについて確認できる機会を得る。
また適切なフォローアップによって、異常の早期発見・対処や、多職種による心理・社会的支援につながり、QOLの維持・向上とセルフケア能力の獲得促進が期待できる。

患者の声

- この外来が早くできていたら、もっと上手に生きられたかもしれない。
- 今更だが、正確に自分のことを理解しておきたい。こういうことを言える外来があつてよかった。

＜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) ライフステージに応じたがん対策、厚生労働省健康局がん・疾病対策課、第5回がんとの共生のあり方に関する検討会、2021、12
- 3) 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
- 4) 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 石田也志他
- 5) 厚生労働科学研究補助金（がん対策推進総合研究事業）次期がん対策推進基本計画に向けて小児がん拠点病院および連携病院の小児がん医療・支援の質を評価する指標開発のための研究 分担研究報告：小児がんサバイバーが抱える困難と必要な支援 平山雅浩他
- 6) 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―、石田也志、学術の動向、2010.4 https://www.jstage.jst.go.jp/article/tits/15/4/15_4_52/_pdf
- 7) 平塚奈希他、外来における小児がん患者の自己健康管理に関する現状～長期フォローアップ手帳を活用して～、日本小児血液・がん学会雑誌、p 386、2022.第59巻第4号
- 8) 安藤涼他、長期フォローアップ外来を受診する小児がん経験者の病気理解と看護支援の検討～問診表と診療録による後方視調査、日本小児血液・がん学会雑誌、p 386、2022.第59巻第4号
- 9) 柴田映子他、造血細胞移植後外来を受診した患者の相談内容と看護、日本小児血液・がん学会雑誌、p 381、2022.第59巻第4号

小児慢性特定疾病患者に対する成人移行支援連携指導料（仮称）の新設

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⁾ 2017年から各都道府県に移行期医療支援センターを設置することとなり、小児慢性特定疾病児童成人移行医療支援モデル事業として現在7施設で実施されている。現行では成人移行支援チームへの診療報酬上の評価はない。小児科外来における成人移行期支援体制の現状調査²⁾において、疾患と治療の理解、療養行動の説明、社会生活の相談が必要であり、自立度が低い、不安が高い場合はより丁寧な対応を必要とするものの、移行期支援外来での看護師の関わりは僅かであったことが明らかとなった。小児慢性特定疾病児童に対して多職種による成人移行支援チームを設置し、成人移行プログラムを策定している施設に対する評価、および成人移行支援チームによるアプローチを推進・評価するために、疾病に応じた成人移行に対する成人移行支援連携指導料の新設を要望する。

現行

<対象>

- 小児慢性特定疾病で治療中
- 15歳以上
- 外来通院中

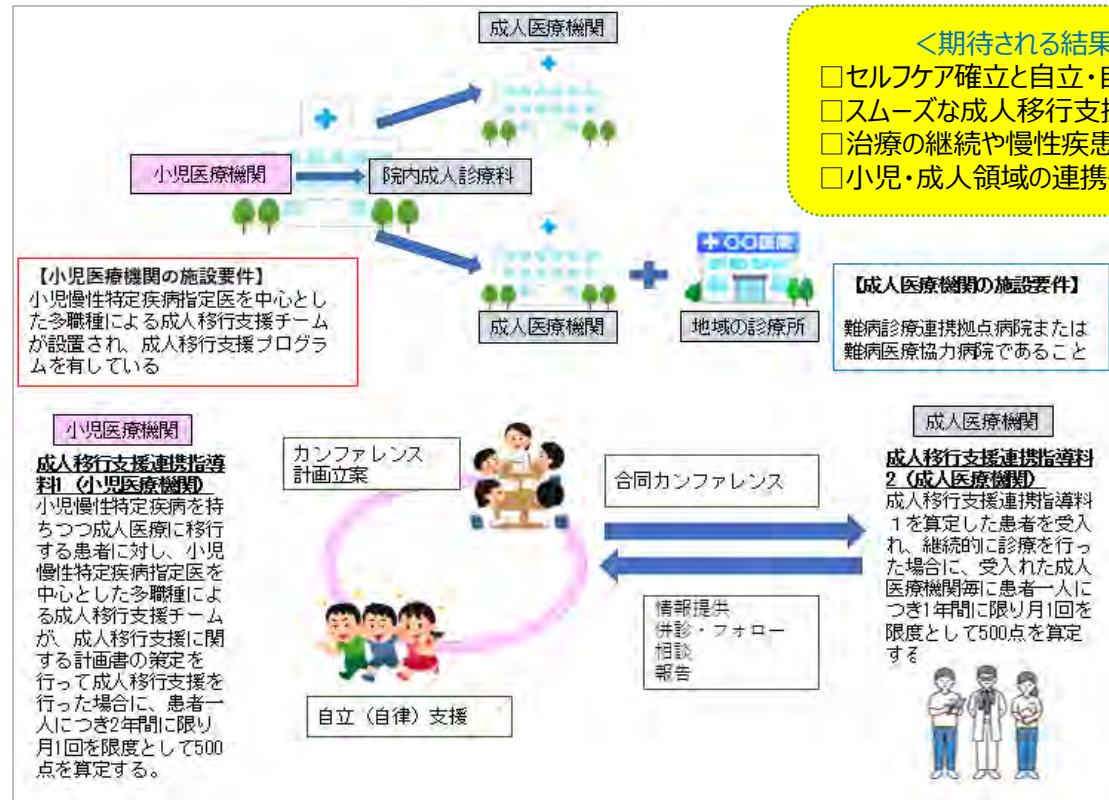
成人移行支援のスクリーニング

対象者は
11,700人と
推計

移行期支援モデル



小児慢性特定疾病児童成人移行期医療支援モデル事業について（資料2）³⁾



<期待される結果>

- セルフケア確立と自立・自律
- スムーズな成人移行支援
- 治療の継続や慢性疾患予防
- 小児・成人領域の連携体制構築

<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)水野芳子、仁尾かおり、山崎啓子、他、小児外来における小児科発症慢性疾患患者への成人移行期支援体制の現状、第42回日本看護科学学会学術集会

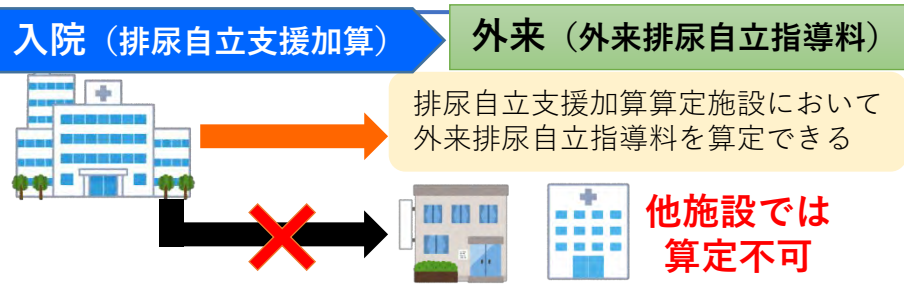
3)賀藤均：小児慢性特定疾病児童成人移行期医療支援モデル事業について資料2

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170303.pdf

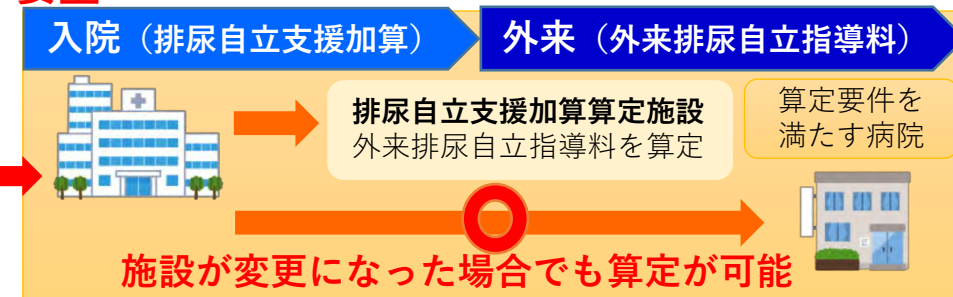
B005-9外来排尿自立指導料の病病連携を可能にする要件の拡大

外来排尿自立指導料は、2020年に入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、排尿自立支援加算を算定した施設でのみ患者1人につき、週1回に限り、通算して12週を限度として算定できるようになった。急性期病院では転院すること多いため、退院後も包括的排尿ケアの必要性を認めた場合に、**排尿自立支援加算を算定した施設の外来だけでなく、病病連携により他施設でも引き続き包括的排尿ケアを算定可能とすることを要望する。**

現行



要望



対象

入院中「排尿自立支援加算」を算定されていた患者で、退院後**または**転院後も継続的な包括的排尿ケアの必要があると認められた患者。

具体的な算定方法

入院中の「排尿自立支援加算」の計画書のコピーに算定開始日、算定回数、残尿量等を記載し、排尿日誌等を診療情報提供書等に添付し、転院先に送付する。

根拠と有用性

- 脳卒中患者で尿閉状態から自排尿獲得に至るまで平均24日、自排尿獲得から退院まで69日¹⁾
- 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継続的排尿自立支援を行った介入群の尿路感染症発生率は0%で対照群（6.7%）に比べ有意に低かった（ $p=0.028$ ）。また脳梗塞患者の在院日数は介入群では 56.5 ± 25.4 日に対し対照群では 77.6 ± 34.4 日で有意に短かった（ $p=0.070$ ）²⁾
- 整形外科・脳血管疾患患者の下部尿路症状ならびに排尿自立度への有意性は、運動機能や認知機能の回復に時間を要するため、急性期病棟の退院または入院から1か月後までに認められなかった³⁾

算定可能な施設

【入院科】一般病棟、療養病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟等

【人的要件】排尿ケアチームの設置（条件を満たす医師、専任看護師、専任の理学療法士または作業療法士）

急性期病院から回復期病院まで排尿自立指導を継続することで以下が期待できる

- 尿道留置カテーテルの再留置の予防、膀胱機能の維持
- 尿路感染の予防、尿路感染症に対する抗菌薬使用の低減
- 患者のADLの維持・向上
- 医療費の削減

<引用文献> 1) 上山真美他：脳血管疾患患者における尿道留置カテーテルから自排尿獲得に向けたケアプロトコルの開発と有用性、日創傷オストミー失禁管理会誌18：340-347, 2014.

2) 正源寺美穂他：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、日創傷オストミー失禁管理会誌21：304-312, 2017.

3) 加瀬晶子他：排尿自立指導料導入が下部尿路症状および排尿動作に及ぼす有効性の検証、日創傷オストミー失禁管理会誌25：677-688, 2021.

「A251排尿自立支援加算」「B005-9外来排尿自立指導料」の便秘患者への適応拡大と名称変更

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。また、多くの高齢者は便秘症状を有したまま在宅療養に移行している。しかしながら、現行では、排尿に関して「A251排尿自立支援加算」「B005-9外来排尿自立指導料」が適応されるが、排便ケアのニーズや有効性があるにもかかわらず、便秘に対する排便ケアは診療報酬評価の対象となっていない。そこで、**排泄ケアを一体的にとらえ、「A251排尿自立支援加算」「B005-9外来排尿自立指導料」を便秘患者への適応拡大と同時に、名称を排泄自立へと変更することを要望する。**

【現行】

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

内容：排尿障害に対する包括的排尿ケアを実施した場合のみ

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に加え、**脳血管疾患の患者で便秘を有する患者**

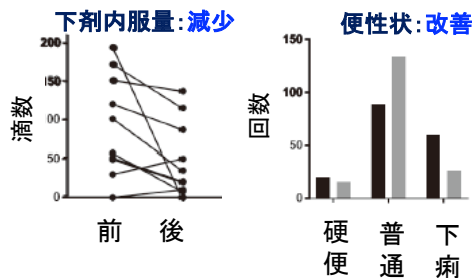
内容：排尿障害に対する包括的排尿ケアを実施した場合に加え**便秘に対する「包括的排便ケア*」を実施した場合に算定する。名称も排泄自立に変更する。**

* 排便サポートチームによる、排便日誌やエコーによる機能評価、排便誘導、強制排便、薬物療法、リハビリテーション等を指す

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

排便日誌（篠崎, 2019）



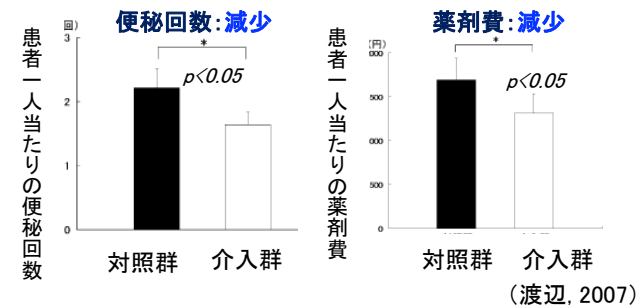
携帯型超音波検査装置（Matsumoto, 2020）

	Tau (効果量)	SD Tau
硬便 (回/週)	-0.48**	0.17
用手排便 (回/週)	-0.53**	0.11
刺激性下剤 (mg/週)	-0.56**	0.17
浣腸 (ml/週)	-0.34*	0.16

**p < 0.01, *p < 0.05

それぞれ減少

②排便サポートチームによる介入



介入により

- ・71.7%が薬剤変更に繋がった
- ・便秘・硬便症例の84.6%で排便間隔の縮小、症状の改善（秋山, 2022）

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

「C101在宅自己注射指導管理料」に遠隔モニタリング加算を要望

看護師による情報通信機器を用いた遠隔モニタリングによる支援がインスリン製剤使用糖尿病患者の低血糖の回避や高血糖予防、血糖値の改善に有効である。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^{1) 2)}。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り、さらに医療機関へのアクセスが困難なへき地・離島などでの迅速な対応が可能となることから、**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。**

背景

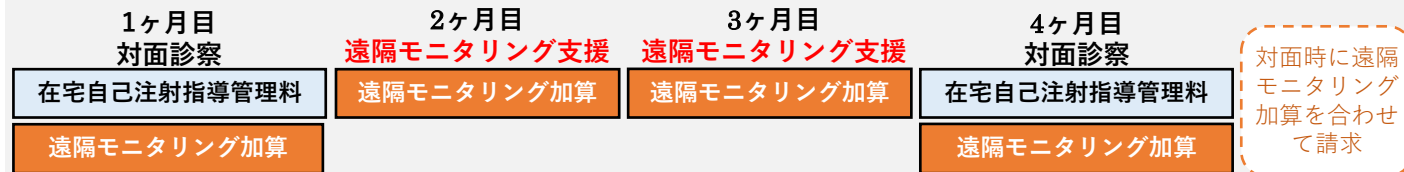
糖尿病領域における遠隔モニタリングシステムの進歩

- 医療機関クラウド連携ができるアプリは11種類(2022年2月現在)
- CGM(持続グルコースモニタリング)による自動的なクラウド連携

専門性の高い看護師の存在

- 糖尿病看護認定看護師847名
- 慢性疾患看護専門看護師247名(2021年12月)
- 特定行為区分「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」修了者1,508名(2022年3月)

【診療報酬算定イメージ】



【遠隔モニタリング支援方法】



【算定対象者】

- 在宅でインスリン製剤を使用している糖尿病患者
- 間歇注入シリンジポンプ使用患者



【遠隔モニタリング支援内容】

- インスリン投与量に関する助言・変更
- 食事・活動内容への指導
- 低血糖の対処方法の助言
- 血糖測定のコツの助言
- 血糖管理に関する質問への迅速な対応

【有効性と根拠】

- 低血糖頻度減少と早期介入
- 血糖値の改善
- 予約外緊急受診の減少
- 療養行動の動機づけが高まる
- 医師のタスクシフト・シェア
- 医療アクセス困難者への介入

<引用文献>

1) 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.

2) 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 glycated hemoglobin in diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. CMAJ. Mar 6;189(9):E341-E364.

認知症外来における情報通信機器利用による生活支援の評価

認知症患者は外来通院そのものが困難であり、外来時の患者と家族介護者の両方の支援が難しいが、認知症疾患の診断後の継続的なフォロー体制ができていないため、看護師による認知症に関する生活支援を行えていない。先行知見^{1~5}では情報通信機器を用いた認知症の外来での介入効果の有効性・必要性は明らかであるが、通信環境の整備や患者・家族への情報通信機器利用の指導にかかる財源の確保等が導入の障壁*となっている。以上のことから、**認知症に関する研修を受けた看護師が遠隔で情報通信機器を用いて体調チェック、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の生活支援を行う場合に加算を要望する。*** 本学会2022年1-2月の調査結果（下記）

現行

- ・「B 005-7-2 認知症療養指導料(350 点)」
- ・看護師による患者・家族介護者に対する継続的な生活支援への報酬設定はない

要望

- ・「B 005-7-2 認知症療養指導料(350 点)」
- ・**認知症に関する研修を受けた看護師が遠隔で情報通信機器を用いて患者・家族介護者へ生活支援を行う場合に加算を要望する。**

要望の根拠

学術的背景（システマティックレビュー：情報通信機器の効果）

- ・認知症者や介護者の身体的・精神的な幸福度をもたらす^{1,2}
- ・ビデオのリアルタイムの対話は電話より介護者のうつ状態に効果的³
- ・介護者と認知症者の相互作用を知り、質の高いケア提供に不可欠⁴
- ・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^{4,5}
- ・便利かつ低コストであり従来の在宅ケアの代替手段となる可能性¹

* 認知症看護CN、老人看護CNSへのWeb調査（n=131）

- ・情報通信機器による看護外来がない者（n=125）の内、80%が認知症診療の看護外来として遠隔介入が必要と回答
- ・情報通信機器導入の障壁になるものとして「患者や家族が情報通信機器を使えない(n=79)」 「経費を支出する財源がない(n=71)」 「病院にインターネットの接続環境がない(n=18)」

<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. 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.
4. Teles S, Paúl 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.
5. 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.

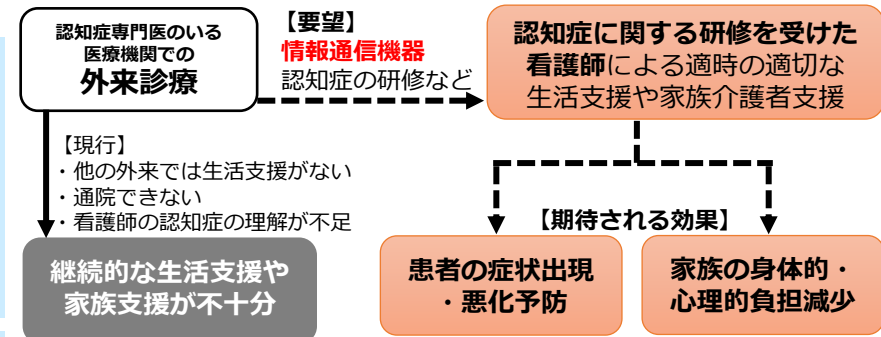


図 ICTの活用による認知症外来のフォロー体制の必要性

期待される効果

- ・適時の助言による患者の症状への対応や悪化予防、介護者の介護負担の軽減、ウェルビーイングの向上
- ・通院をせずに支援を受けることで、患者・介護者の通院や同伴による身体的負担軽減、交通費の負担軽減

精神疾患患者への看護外来支援・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」では、精神障害者を地域で支える医療強化の一つに外来医療が挙げられた。先行研究^{1) 2) 3)}では、外来看護師が受診時の継続的な相談援助を通じて、患者の精神状態、心理社会的機能をアセスメントし、支持的・受容的看護面接や適切な情報提供、家族支援、多職種へのコーディネーション等の多彩なスキルを駆使して再発予防や地域生活の継続につなげた成果が報告され、外来看護師による相談援助のさらなる充実が地域包括ケアシステムの実効性に貢献することが示唆された。一方で、外来看護師は日頃行っている援助に経験的な効果を見出しながらも、実際にはその時間を確保することができずジレンマを抱えていること⁴⁾、外来看護師が地域生活の継続を支援するケアは、対象者1人あたり平均10.5分、勤務時間内における割合は1割未満であったこと³⁾も問題提起されている。

そこで、精神科病院の外来部門または精神科診療所で、一定の研修を受けた精神科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（電話相談を含む）の評価の新設を要望する。

現状³⁾ ～以下業務が9割強を占める～



患者の地域定着を支援する取り組みに充てる時間が確保しづらい

要望「精神疾患患者への看護外来支援・指導料（仮称）」

精神科病院の外来部門または精神科診療所で、一定の研修を受けた精神科看護師が、医師の指示を受けた通院患者を対象に30分以上の専門的な看護支援を実施した場合（電話相談を含む）、300点を月2回まで算定可能な指導料の新設

地域生活の継続を支援する外来看護ケアの項目³⁾

- ① セルフケアに関するケア
- ② 精神症状のコントロールに関するケア
- ③ 薬物療法に関するケア
- ④ 身体的健康管理に関するケア
- ⑤ 対人関係に関するケア
- ⑥ 社会生活の役割に関するケア
- ⑦ 受療行動継続のためのケア
- ⑧ 家族支援
- ⑨ 多職種連携

介入効果



地域生活が維持できる！

セルフケア向上

服薬コンプライアンス向上

合併症悪化防止

通院継続

家族の心理的安定と対処力向上

<引用文献>

- 1)窪田洋美,木村真由美他：外来看護師による看護介入の効果,日本精神科看護学会誌,54(1)p.68-69,2011.
- 2)袖原康幸,大平幸子他：療養者の視点で捉えた精神科外来看護師の役割～外来看護師が療養者の入院中から在宅まで継続的に関わる支援～,日本精神科看護学術集会誌56(3),p87-91,2013.
- 3)北恵都子,船越明子：地域生活の継続を支援する精神科外来看護ケアの実施時間・外来患者の心理社会的機能の違いによる検討,日本精神保健看護学会誌,25(1),p.65-75,2016.
- 4)江波戸和子,田中美恵子：精神科外来における看護師による看護相談と看護援助の内容,東京女子医科大学看護学会誌,1(1),p37-43,2006.

医療的ケア児の入園・就学・転学時共同指導加算（仮称）の新設

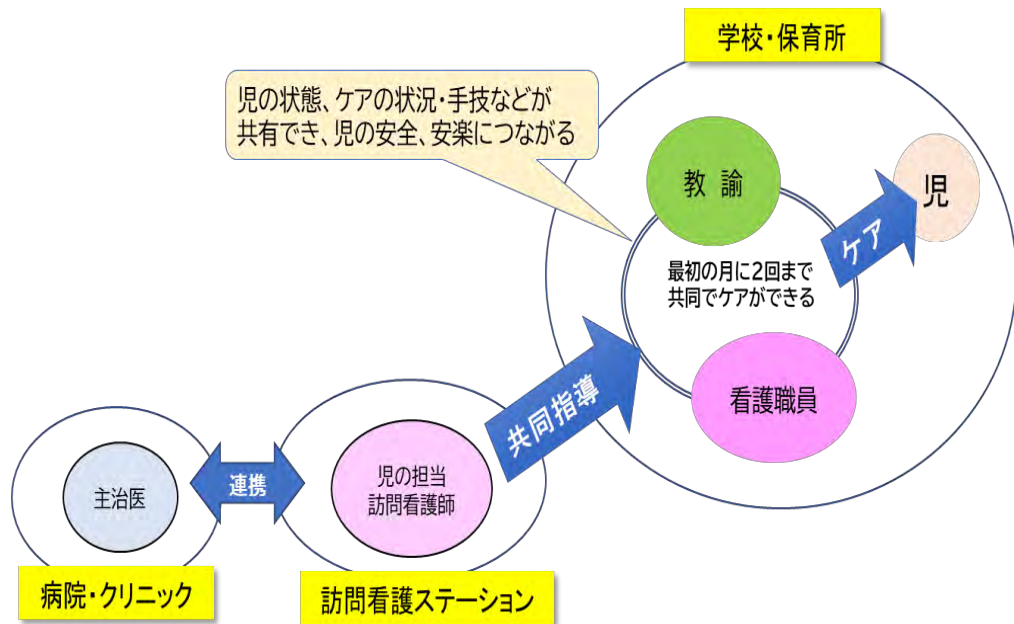
現状：個別性が強く高度な医療的ケアのある児が入学や転学した場合には、訪問看護からの訪問看護情報提供療養費2での連携が行えるが、文書のみでの連携では、十分な看護ケアの伝達が行えず、安全・安心を保障するケア環境づくりは難しい。

学校・施設看護師の中には人工呼吸器等の扱いや障害児看護の経験がない場合もある¹⁾

学校等では医療的ケア看護職員の増員、研修も実施されているが、児の医療的ケアは個別性がある

医療的ケア児の入園・就学・転学時に訪問看護師が直接情報を提供して、ケアの状況や児の状態を伝えるなど共同指導により、適切な看護ケアを行える

訪問看護の実績²⁾：学校等の居宅以外への訪問看護の**実施**が23.1%（455件中105件）あり、また、訪問看護師が新設の診療報酬の中でも学校等への訪問の**要望**の割合は34.7%（455件中158件）であった。



メリット（現状の実績²⁾から）

高度な医療的ケアがある児は、環境の変化に病状が不安定になりやすいため、子どもの病状や細かなケアの特徴を理解している訪問看護師が、学校看護師に直接情報を提供し、ケアの伝達をすることで、身体的にも心理的にも安定した状態で過ごせた。また、IVHやストーマケアの方法を看護職員に指導し対応できるようになったことで、通学が可能になった。入学時には慣れるまでに保護者が付き添うことが多いが、訪問看護師がいることで、子どもはいつもの人のケアで安定し環境に慣れることができ、保護者の付き添いなしで、早期の自立を促すことができる。

【要望】

別表7.8に該当する医療的ケア児が入学や転学、病状の転機でデバイスが増えた場合に、子どもの病状を理解している訪問看護師が、親の求めによって、実際に学校の職員と直接対面で、病状やケアの方法などの情報を共有できるように、**入園・就学・転学時共同指導料**を要望する（月に2回まで）。

要件：学校に医療的ケア看護職員がいること、親の同意があること、学校が「共同指導」を承認すること

<引用文献>

1) 田中千絵他（2018）特別支援学校における看護師の役割と医療的ケアー特別支援学校看護師調査より一、福岡女学院大学，19.25-30

2) 部谷知佐恵他（2022），在宅で暮らす小児の生活を守る訪問看護師による診療報酬で算定できないサービスの実態，日本看護研究学会雑誌，45.809-821.

重点要望3

重症化を予防するなど、質の高い看護提供に関する要望
(9項目)

心不全ケア診療加算（仮称）の新設

複雑な病態と個別的な生活背景をもつ心不全患者は、急性増悪により入院を繰り返し、緊急搬送される例も多い。そのたびに患者のQOLの低下や入院期間の延長、治療の複雑化を招き、医療費を高騰させている。心不全患者が、在宅療養を継続するには、入院早期からチームアプローチが必要である。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）』¹⁾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の低下、在院日数の短縮、医療費抑制に効果があったという研究報告がある^{2) 3)}。さらに日本循環器看護学会の調査では、1006施設中120施設の医療機関で、心不全チームが積極的に活動している^{4) 5)}。以上のことから、多職種からなる心不全チームアプローチを実践・評価するため、**心不全ケア診療加算（仮称）の新設を要望する。**

【対象】 入院中の心不全患者 Stage C, Dのうち緩和ケア診療加算を算定されていない患者

【要望】 入院中の心不全患者に対して、心不全診療に精通した医師（5年以上の経験）と看護師（5年以上の経験）、3年以上の経験のある薬剤師、管理栄養士、理学療法士、医療ソーシャルワーカー等が協働してチームカンファレンス等で検討し、患者ごとに作成した**標準化されたプログラム**に基づいて、**再入院予防のケア（支援）**を行った場合に、**入院基本料および特定入院料に「心不全ケア診療加算（仮称）」として1日につき390点を算定できるよう要望する。**

《心不全チームの有無における実践内容》

- ・週1回程度のチームカンファレンス
- ・標準化されたプログラムの作成と活用
- ・心不全手帳の活用
- ・院内研修会の開催
- ・成果のモニタリングと可視化など（病院の規模による看護実践割合の差異はなし）

実践内容	心不全チーム（実践割合）		
	有(n=120)	無(n=123)	P値
標準化プログラムの活用	46.7%	28.9%	<0.001*
心不全手帳の活用	71.8%	55.9%	0.013*
電話訪問	90.0%	33.0%	0.006*
カンファレンスの開催	95.8%	77.9%	<0.001*
心不全の院内研修会開催	58.5%	33.7%	<0.001*
成果のモニタリングと可視化	44.1%	23.2%	<0.001*

NT-proBNP値	変数	介入前	介入後	p値
≥400pg/mL (303例)	入院回数	2(1-3)	1(0-2)	<0.0001*
	総入院日数	30(13-57)	8(0-31)	<0.0001*
	総入院医療コスト(百万円)	2.59(1.37-4.98)	0.76(0-2.38)	<0.0001*
≥1000pg/mL (168例)	入院回数	2(1-3)	1(0-2)	<0.0001*
	総入院日数	31(14-74)	10(0-41)	<0.0001*
	総入院医療コスト(百万円)	2.53(1.31-5.05)	1.03(0-2.62)	<0.0001*
≥2000pg/mL (101例)	入院回数	2(1-4)	1(0-2)	<0.0001*
	総入院日数	48(25-81)	15(0-49)	<0.0001*
	総入院医療コスト(百万円)	3.22(1.73-7.03)	1.54(0-3.18)	<0.0001*

（文献2）より抜粋）

	心不全チーム発足前		チーム発足後（2021年度）		
(n=15)	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	P値
再入院率（1年間）%	25.5	12.4	18.7	8.0	0.002*

（文献5）より抜粋）

1)日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 急性・慢性心不全診療ガイドライン2017年改訂版、2) Toshiro Kitagawa et al.: Hospitalization and medical cost of patients with elevated serum N-terminal pro-brain natriuretic peptide levels, PLOS ONE, January 5, 2018. 3) Yoshiharu Kinugasa et al.: Multidisciplinary intensive education in the hospital improves outcomes for hospitalized heart failure patients in a Japanese rural setting, BMC Health Services Research, 2014、4)竹原歩, 他: 心不全チームの実践と成果に関する実態調査第1報, 第20回 日本循環器看護学会学術集会抄録, 2023. 5)水川真理子, 他: 心不全チームの実践と成果に関する実態調査第2報, 第20回 日本循環器看護学会学術集会抄録, 2023.

脳卒中再発・重症化予防指導料（仮称）の新設

脳卒中発症の危険因子は生活習慣に起因し合併症保有率が高い。急性期治療後、生活習慣の改善が適切に行われない場合、再発率が高く、再発によって重症化することが特徴であるが、その再発予防指導実施率は低い。また、脳卒中後うつ発症は約4割とされ、著しいQOLの低下を招く恐れがありメンタルケアが重要である。看護師主導の自己管理教育による脳卒中再発予防に関する研究（Fukuoka.Y et al., 2019）では、再発予防指導群で脳卒中再発の発生率が半減した（再発予防指導群2.96人/年、通常ケア群6.27人/年）が示された。海外でも、看護師のフォローアップで、収縮期血圧およびLDL-Cの治療目標達成率が有意に向上し、看護師の介入に関するメタ分析では、収縮期血圧が改善したことが報告されている。以上より、**脳卒中再発・重症化予防指導料（仮称）の新設を要望する。**

【対象疾患・条件】

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

【人的配置の要件】

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・脳卒中看護認定看護師、プライマリ・ケア看護師（日本プライマリ・ケア連合学会認定資格）が1名以上在籍している

【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。

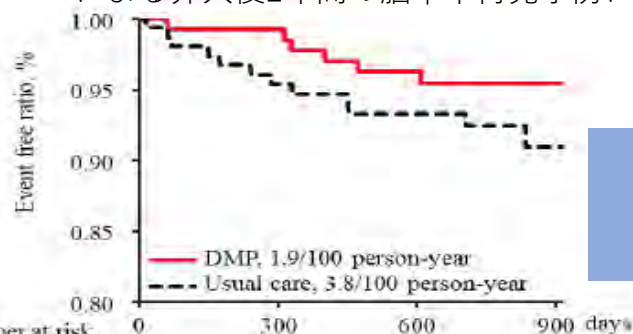
* 2ヶ月目（3回目）～6ヶ月目（7回目）

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
再発率が半減した

【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。

<引用文献>

1) Fukuoka, Y., Hosomi, N., Hyakuta, T., Omori, T., Ito, Y., Uemura, J., . . . Moriyama, M. (2019). Effects of a disease management program for preventing recurrent ischemic stroke. Stroke, 50(3), 705-712. doi:10.1161/STROKEAHA.118.020888

新生児集中治療室における新生児授乳サポート連携加算（仮称）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、吸啜力が弱い新生児が吸啜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³⁾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」⁴⁾により、多職種が統一した指針の元、支援を行うことができる。

以上より、NICUにおける新生児授乳サポート連携加算（仮称）の新設を要望する。

アドバンス助産師

（助産実践能力習熟段階レベルⅢ）
8,327名（2021年現在）

専門的知識と技術を持つ助産師が、母乳分泌の促進、搾乳、直接授乳の支援、精神的サポートなどを連携して実施

※支援・ケアを実施できるアドバンス助産師が施設に1名以上いること



支援
母乳ケア

授乳サポート 連携

NICU



支援
治療



新生児科医



NICU看護師

支援
看護

低出生体重児の現状（人口動態統計,2021）

500g 未満	293 人
500 ～ 1000g 未満	2150 人
1000g ～ 1500g 未満	3647 人
1500g ～ 2000g 未満	9975 人
2000g ～ 2500g 未満	59995 人

全出生数中の低出生体重児の割合 9.37%

全出生数中の極低出生体重児 0.75%

早産児の数 46347人（5.7%）

早産児にもたらす母乳栄養の利点

(Lawrence,2005)

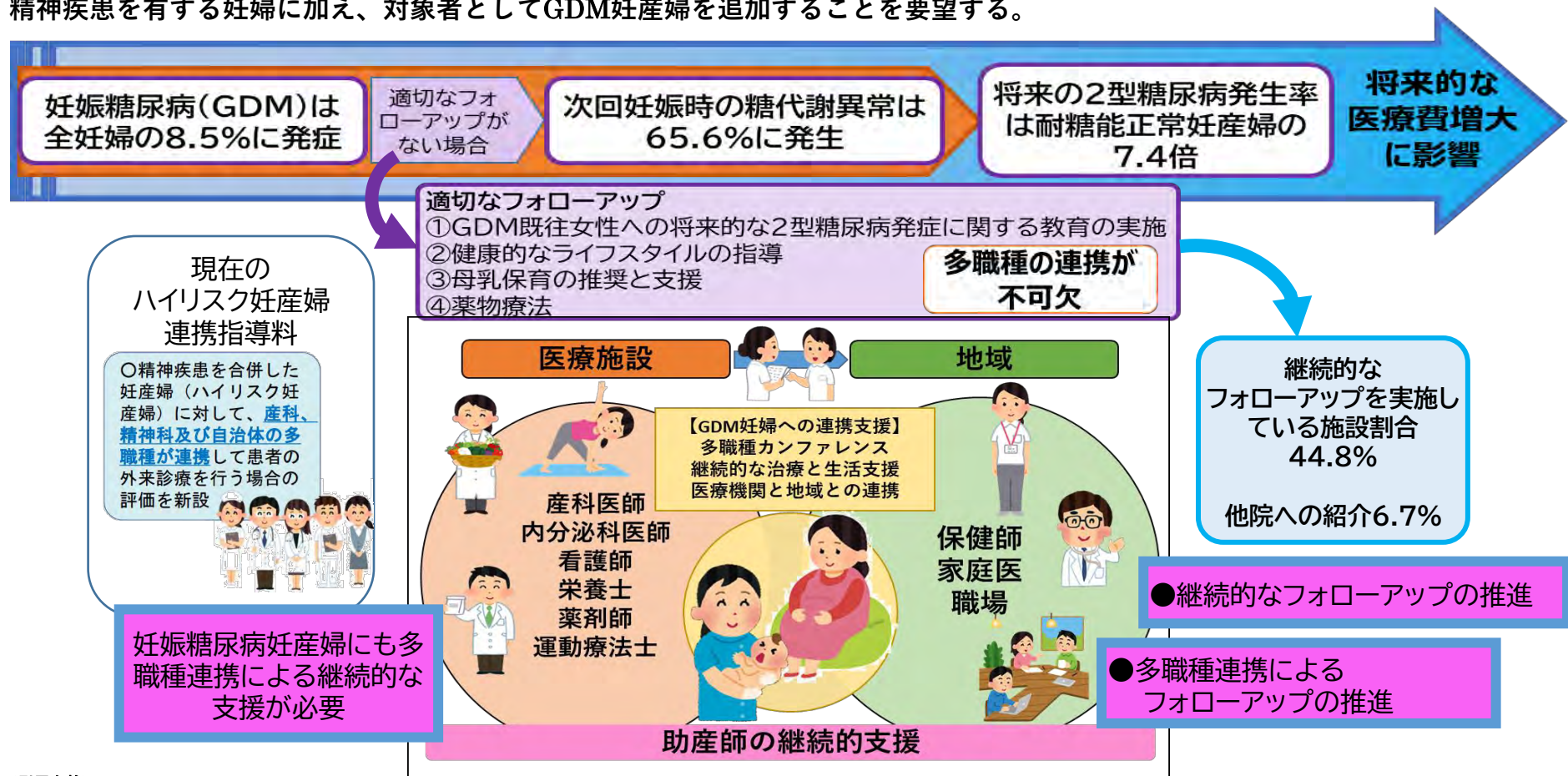
- ①腸管の発達を促進し、早期に栄養を確立できる
- ②腸管透過性が低く、新生児—乳児消化管アレルギーの予防効果がある
- ③栄養学的にも優れており、胃内停滞時間が短い
- ④壊死性腸炎・後天性感染症の頻度を減少させる
- ⑤網膜症の予防効果がある
- ⑥認知（視覚）能力を向上させる
- ⑦再入院のリスクを減らす

<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) 日本助産評価機構. アドバンス助産師とは <https://josan-hyoka.org/advanced/overview/>
- 4) 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.
- 5) 令和3年人口動態統計. 保管統計表 出生 第6表 出生数,出生時の体重（500 g 階級）;出生時の平均体重,出生順位・性・母の年齢（5 歳階級）別,中巻出生第14表出生数, 出生時の体重（500 g 階級）;出生時の平均体重, 単産—複産・性・妊娠期間（4 週区分・早期—正期—過期再掲）別
- 6) Lawrence RA (2005). Breastfeeding: A guide for the medical profession 6th ed., 217-9, PA: Mosby.

「B005-10ハイリスク妊産婦連携指導料」算定対象の拡大

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、次子妊娠時の再発、2型糖尿病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るリスクの低減に努める必要がある¹⁾²⁾。GDM妊婦の支援については、ガイドライン等で標準化されており³⁾⁴⁾、複数の支援体制モデルが報告され⁵⁾⁶⁾、多職種連携による継続的な支援が重要である。以上より、**妊産婦への多職種連携支援を評価する「ハイリスク妊産婦連携指導料」において、精神疾患を有する妊婦に加え、対象者としてGDM妊産婦を追加することを要望する。**



<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) 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 耐太, 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.

「J043-3 ストーマ処置」 ストーマ合併症の処置への評価

ストーマ合併症が生じると、装具装着困難、排泄物のもれ、皮膚障害の悪化、痛み、出血、排泄障害等が生じ、重症例では入院治療や手術適応になる場合があり、患者のQOLに大きな影響を及ぼす¹⁾。そのため、より早期から専門の知識と技術をもつ看護師によるアセスメントと介入が必要である。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、ストーマ合併症を有するものに対し、医師の指示のもとでストーマケアに関する専門の研修を修了した看護師がストーマ処置を行った場合、その難易度と臨床的有用性を考慮し、**現行の「J043-3ストーマ処置」に65点を増点するよう要望する。**

現行

入院中以外のストーマをもつ患者に対し、ストーマ処置を行った場合に算定（ストーマ合併症の有無、難易度は問わない）

ストーマ1個の場合 : 70点
ストーマ2個以上の場合 : 120点

改正後

入院中以外のストーマをもち、ストーマ合併症を有する患者に対し、ストーマ処置を行った場合に**65点を増点**

ストーマ1個の場合 : **135点**
ストーマ2個以上の場合 : **185点**

※ストーマ合併症がない場合は現行通りの算定点数とする

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²⁾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
- ストーマ腫瘍
- ストーマ部瘻孔
- ストーマ静脈瘤
- ストーマ周囲肉芽腫
- ストーマ周囲難治性潰瘍等

根拠と有用性

合併症があると…

- ・ 患者のQOL低下
- ・ 処置に通常の**2.2倍**の時間（**70分**）を要し**複数の医療者**が必要

- ストーマ専門の看護師による介入群は、対照群と比較して³⁾
 - ・ ストーマ合併症発生率が有意に低く（ $p < 0.05$ ）、合併症を軽減する
 - ・ 不安尺度（SAS）および抑うつ尺度（SDS）が有意に低い（ $p < 0.05$ ）
 - ・ QOLは有意に高い（ $p < 0.05$ ）
 - ・ 看護満足度が有意に高い（ $p < 0.05$ ）
- 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ケアおよび生活指導を行うことで、**ストーマ合併症の早期改善と重症化予防、予定外の外来受診・入院や手術に至るケースの低減、患者の身体的・精神的・経済的負担の軽減**になる



<引用文献>

- 1) Huayun Liu, et al. (2021). The Quality of Life of Patients with Colorectal Cancer and a Stoma in China: A Quantitative Cross-sectional Study. ADVANCES IN SKIN & WOUND CARE, 34, 302-309.
- 2) 高橋 賢一他 (2019) : 消化管ストーマ早期合併症の重症度に関する多施設共同研究, 日本ストーマ・排泄会誌, 35 (2) , 4-15,
- 3) Wei G, et al. (2019). Continuous nursing reduces postoperative complications and improves quality of life of patients after enterostomies, Int J Clin Exp Med, 12(5), 5895-5901.

「B001-36下肢創傷処置管理料」 看護師の指導への評価

現状の下肢創傷処置管理料は医師の診療と指導についてのみ算定されるようになっており、なおかつ予防ではなく創傷の管理に焦点化しているが、小切断後には再切断のリスク¹⁾や対側下肢の潰瘍形成リスクが増加する²⁾ことが知られており、創部の治療だけでなく生活指導を含めた重症化予防・対側の発症予防が重要である。重症化予防のためには集学的治療が重要である³⁾ため、看護師によるセルフケアや生活指導を踏まえたケアを実施することが求められる。したがって、専門医の適切な指示のもとで、潰瘍のある患肢の対側下肢へセルフケアや生活指導を踏まえた看護師による予防的なフットケアを実施することが求められていることから、「B001_36下肢創傷処置管理料」における看護師の指導に対する新たな評価を要望する。

現行 医師の診療と指導に限定されている

入院中の患者以外の患者であって、下肢の潰瘍に対し継続的な管理を必要とするものに対し、区分番号「J000-2」に掲げる下肢創傷処置と併せて、専門的な管理を行った場合に算定するものであり、下肢創傷処置に関する適切な研修を修了した医師が、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に算定できる。

医師の診療と指導について月に1回、500点の加算

要望 看護師の指導を加算に加える

入院中の患者以外の患者であって、下肢の潰瘍に対し継続的な管理を必要とするものに対し、区分番号「J000-2」に掲げる下肢創傷処置と併せて、専門的な管理を行った場合に算定するものであり、下肢創傷処置に関する適切な研修を修了した医師が、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に算定できる。

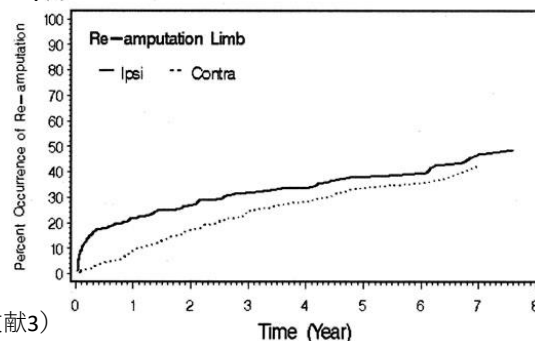
医師の診療と指導について月に1回、500点の加算

上記の医師の指示を受け、フットケアに関する適切な研修を修了している看護師*が対側の下肢に予防的なフットケア指導を行った場合、+170点の加算。

*：糖尿病看護／皮膚・排泄ケア認定看護師、慢性疾患看護専門看護師、糖尿病重症化予防（フットケア）研修修了者、特定行為研修修了者、日本フットケア足病医学会による認定者（フットケア指導士・学会認定士）

【図1】下肢切断後の再切断率の推移

下肢切断を行った場合、同側下肢の再切断率は1年目で26.7%，3年目で48.3%，5年目で60.7%であり高いリスクが存在している。また切断していない反対側の下肢の切断率も同様に切断のリスクが高まる。創傷治癒後も継続的な発症・重症化予防としてフットケアが求められる。



【表1】佐賀県における下肢切断者のたどる推移

	n	
2015年度に下肢切断に至った者の数	237	
2015-2020年で再切断に至った者の数	51	21.5%
2015-2020年で対側の切断に至った者の数	12	5.1%

出典）2015年から5年間の佐賀県におけるレセプト情報を用いた後ろ向きコホート研究のデータ解析に基づく

<引用文献>

- 1) Izumi Y, Satterfield K, Lee S et al (2006) Risk of reamputation in diabetic patients stratified by limb and level of amputation: a 10-year observation. Diabetes Care 29: 566-570.
- 2) 清田 成晃, 近藤 恵理子, 石井 達也ら. 小切断後に対側足趾の潰瘍形成を認めた症例の歩行時前足部負荷量の評価. 日本フットケア・足病医学雑誌. 3(1):25-29,2022
- 3) 日本フットケア・足病医学会 (2022). 重症化予防のための足病診療ガイドライン. 南江堂.

「B001-20糖尿病合併症管理料」と「B001-36下肢創傷処置管理料」との併算定不可の緩和

現状の糖尿病合併症管理料は下肢創傷処置管理料を併算定ができない¹⁾ことにより、創傷の治療をしているときには、糖尿病の全身管理や対側下肢の発症予防を含めた看護師によるフットケアが実施できなくなるという課題がある。集学的チームによる介入の効果として、糖尿病患者では切断率が低下することが知られており²⁾、創傷がある段階から同時並行して予防的フットケアを行うことが重要である。そして、糖尿病患者へのフットケアは単に下肢を救済するのみでなく、フットケアを通じたセルフケアの変化を促し全身の病態管理効果がある³⁾。よって、糖尿病患者において、創傷が治癒するまでの間に糖尿病合併症管理料が算定されないことで、これまで実施している看護師による予防的ケアが中断され、フットケアに限定されない糖尿病の全身管理にも悪影響を及ぼす。そのため、「B001_20 糖尿病合併症管理料」と「B001_36下肢創傷処置管理料」との併算定を可能にするよう、B001_36下肢創傷処置管理料における「併算定不可」という要件を除外することを要望する。

現行

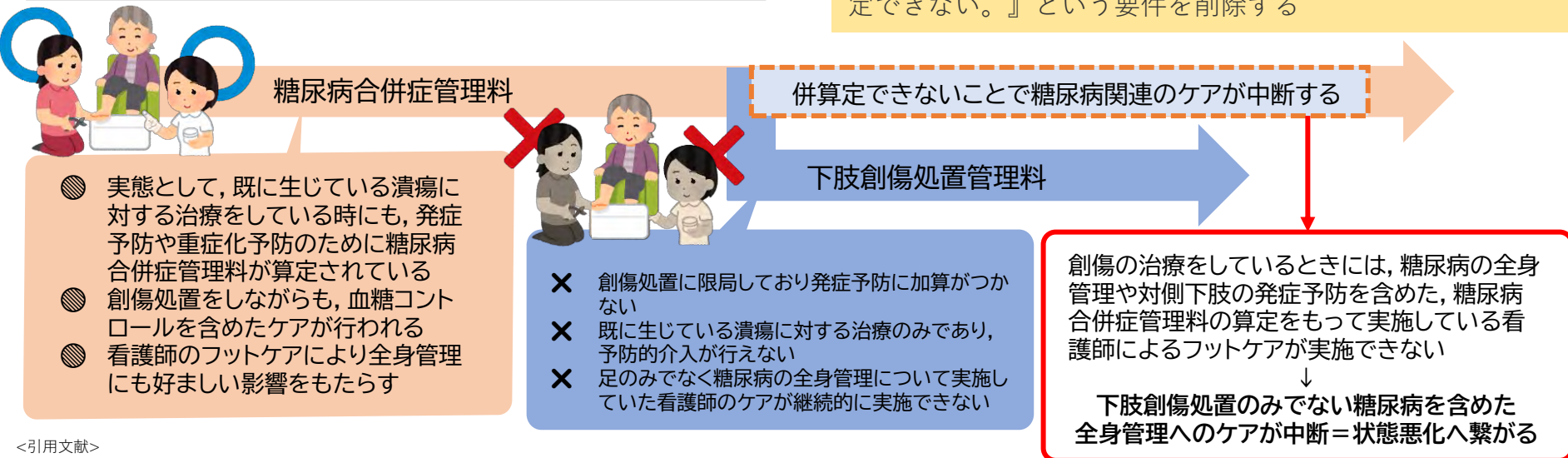
「B001_20 糖尿病合併症管理料」と「B001_36下肢創傷処置管理料」との併算定ができない

ただし、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。

要望

「B001_20 糖尿病合併症管理料」と「B001_36下肢創傷処置管理料」との併算定ができる

B001_36下肢創傷処置管理料における算定条件『ただし、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。』という要件を削除する



<引用文献>
1)厚生労働省保険局医療課、令和4年度診療報酬改定の概要、<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000960258.pdf> (2022.12.20 閲覧)

2)日本フットケア・足病医学会(2022)、重症化予防のための足病診療ガイドライン、南江堂。

3)吉田多紀(2019)、糖尿病患者への予防的フットケア—フットケアとセルフケア支援の実例(事例を含む)—、日本フットケア学会雑誌、17(2),P78-84。

「B001-20 糖尿病合併症管理料」点数の引き上げ

フットケア専門外来を設置している施設では処置時間が30分程度¹⁾であり、処置時間のみでなく準備やカルテ整理を含めると一人あたり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2,960円/時間²⁾である。さらに、患者の高齢化に伴い、多くの対象者で高度な角質ケアや爪ケアが必要となる。使用物品は感染対策のため可能な限りディスポーザブルであるため、消耗品にかかる費用は1回あたり平均して581円が必要である。

人件費と消耗品の合計は3,541円であり、現行の170点では実費にも不足しており、医療機関の持ち出しで実施している現状である。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に、「B001_20 糖尿病合併症管理料」を350点へ引き上げを要望する。

現行

B001_20 糖尿病合併症管理料

糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り170点を算定する。

要望

B001_20 糖尿病合併症管理料

糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り350点を算定する。

【表1】一般的な看護師の時給

短大卒後5年目を採用
令和2年度国家公務員医療職俸給表(三)による

2級21号俸	226,300円
扶養手当(配偶者)	6,500円
地域手当	23,280円
住宅手当	28,000円
計	284,080円

$284,080 \times 1.5 \times 12 \text{ヶ月} = 5,113,440 \text{円/年}$
 $5,113,440 \div 1,728 \text{時間} \div \underline{2,960 \text{円/時間}}$

出典：2)

【表2】フットケア外来にて1名当たりにかかる消耗品費

品目	単位	単価(税込)	一回のコスト
ビニール袋	袋	66円	7円
防水シート	ロール	882円	35円
滅菌ガーゼ	枚	52円	52円
コーンカッター用替刃	箱	3670円	37円
ハイゼガーゼ	枚	693円	14円
アルコール綿	パック	128円	5円
滅菌	回	281円	131円
糖尿病用ファイル	個	300円	300円
			581円

出典：フットケア外来にて独自に調査

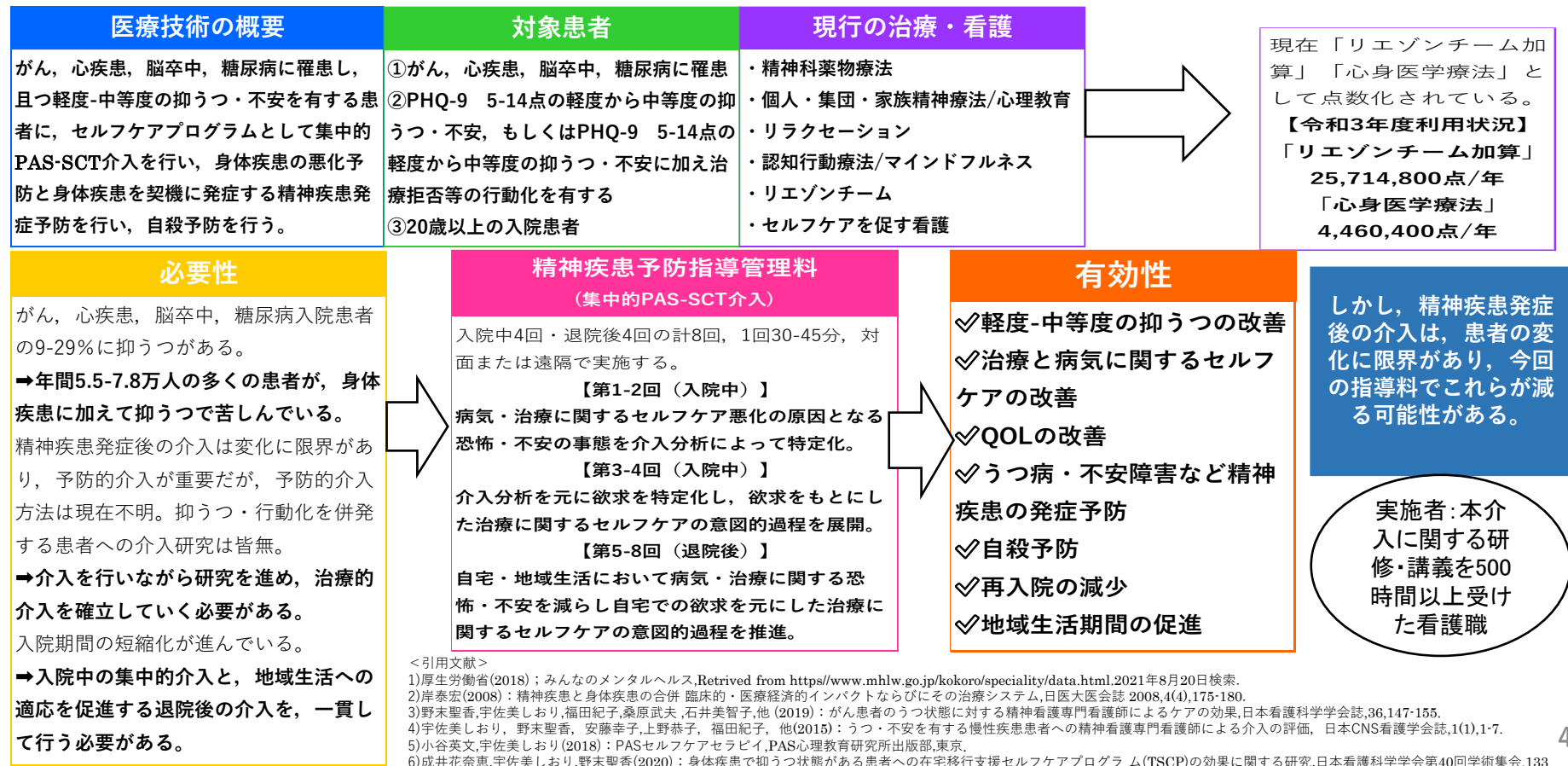
<引用文献>

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.

身体疾患に合併する精神疾患予防指導管理料（仮称）の新設

悪性腫瘍・心疾患・脳血管疾患・糖尿病の四大疾患は患者の死亡率を高め再入院を増やす。また身体疾患による気分障害が契機となり自殺へとつながる¹⁾。身体疾患患者のうつ併発率は疾患によって異なるが14～29%の間で、うつ以外にも身体疾患を契機に精神疾患が発症して重複疾患となりセルフケアを低下させ、入院期間を延長させ、身体状態の悪化、医療費の高騰（身体疾患のみに比べると2～3倍）を生み出す²⁾。一方、岸は、身体疾患でうつや不安へのコンサルテーション・リエゾンの介入が必要であるといいながら「発症した後」に介入することで対応が遅れ発症した後の介入の限界を述べている³⁾。一方これまでの自殺予防は、住民への広報活動、ゲートキーパーの育成、心理社会的介入が行われてきたがどれも「予防」としては十分な成果をあげていない。そこで今回、四大疾患の患者に対し、セルフケアプログラムとしてのPAS-SCT介入を集中的に行うことで身体疾患の悪化を防ぎまた身体疾患を契機に発症する精神疾患発症を予防して自殺予防を行う精神疾患予防指導管理料の評価を要望する。



重点要望

訪問看護の機能の充実に係る要望（8項目）

機能強化型訪問看護ステーションの重症度の高い利用者の受け入れ要件の拡大



医療的ケア児の増加に伴い小児の訪問看護利用者も増加している。医療的ケア児は、別表7に挙げられている人工呼吸器を要する子どもから、必要とする医療機器がなくても重度の知的障害と身体障害を重複する重度心身障害児まで幅広くあり、その育児とケアに家族は多大な時間と労力を割き、きょうだいの生活や親の就労にも影響を及ぼしている。

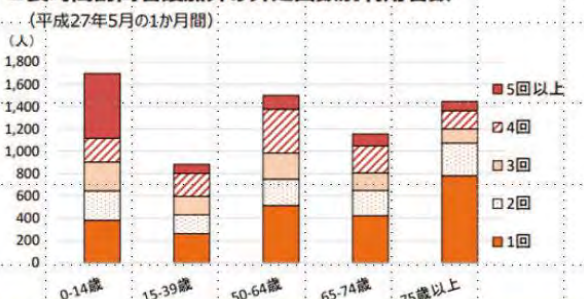
現行 機能強化型訪問看護ステーション1は、「重症児6人以上」の他に「別表7の利用者月10人以上」も要件であるが、規模が小さい、または地域により、別表7の利用者数が少なく要件を満たすことができない。また、居宅介護支援事業所または特定相談支援事業所・障害児相談支援事業所の同一敷地内設置が要件となっているが、ICTの発達によりオンラインで対応可能なステーションが増加している。

要望 機能強化型訪問看護ステーション1の要件「別表7の利用者10人以上」を「別表7または8の利用者月10人以上」への拡大、及び居宅介護支援事業所または相談支援事業所の併設の要件削除を要望する。

これにより医療的ケア児に対応する事業所が増加し、利用者及び家族のQOLの向上、地域差の軽減に繋がる

要望の根拠

■長時間訪問看護加算の算定回数別利用者数



長時間訪問看護加算は、基準告示第2の3に規定する長時間の訪問を要する者に対して、1回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合、1人の利用者に対して週1（15歳未満の超重症児又は準超重症児においては週3回）に限り所定額に加算すること。

厚生労働省告示第六十四号 第二の三

長時間訪問看護加算及び長時間精神科訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

長時間の訪問看護を要する利用者であって、次のいずれかに該当するもの

- (1)十五歳未満の超重症児又は準超重症児
- (2)特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
- (3)特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

医療的ケア児には、医療処置や身体状況の観察だけでなく療養や成長に伴う相談や入浴に時間が掛かる。また、地方では小児の訪問看護利用者が少ない（泊,2022）

<引用文献>

- 1)中村知夫,医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像,Organ Biology,27(1),21-30,2020.
- 2)泊祐子他,小児の利用者のいる訪問看護ステーションの現状からみた地域差,日本看護研究学会雑誌,45,2022.

令和4年度診療報酬改定 1-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-③

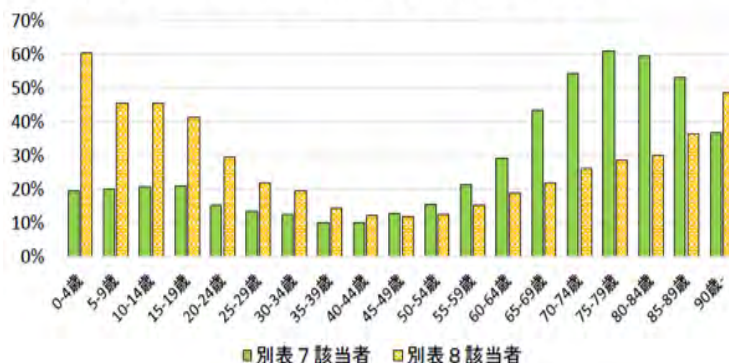
機能強化型訪問看護ステーションの要件等（参考）

	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}	12,830円	9,800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時間対応体制加算の届出 + 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、精神科重症患者又は難病の患者が共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受け入れ ^{※3}	以下のいずれか ・ターミナル 前年度20件以上 ・ターミナル 前年度15件以上 + 重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上	以下のいずれか ・ターミナル 前年度15件以上 ・ターミナル 前年度10件以上 + 重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上	
介護・療養サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 + 特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画又は介護予防サービス計画を作成 ・特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 + サービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	以下のいずれか ・人材育成のための研修等の実施 ・地域の医療機関、訪問ST、住居等に対する情報提供又は相談の実施		以下のいずれか ・地域の医療機関や訪問STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪問STや住居等への情報提供・相談の実施 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同	以下のいずれか ・施設内共同の実施 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上		
専門の研修を受けた看護職員の配置	専門の研修を受けた看護職員が配置されていること（望ましい）		

別表8 該当者は0-4歳が最も多い



■訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合

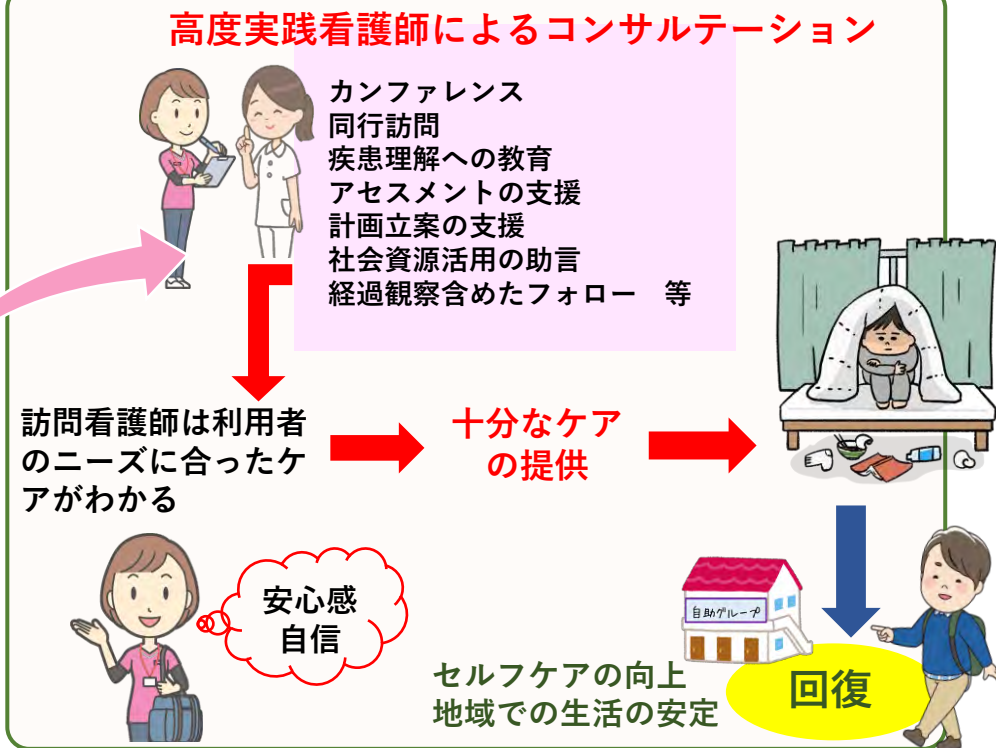


「精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）」 専門性の高い看護師のコンサルテーションの評価

精神科医療の地域移行が進む一方で、対応する訪問看護師が抱く困難として、知識・技術不足による不安¹⁾が指摘されている。特に、利用者本人だけでなく、家族に精神疾患患者がいる場合は、訪問看護師の困難感が強く、専門的な支援が求められる²⁾。

精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションは66.7%で、そのうち51.8%が精神科訪問看護について助言を受けたいと回答した³⁾。自治体や団体による相談の場があるが、十分な支援は得られていない⁴⁾。また、精神科訪問看護は、相談できる窓口やスーパービジョンの希望があり、高度実践看護師の助言や事例検討によって支援の選択肢が増え、訪問看護師の対応力が高まれば、利用者にも十分なケアが還元されると感じている⁵⁾。

以上のことから、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）について、精神科看護に係る専門の研修を受けた看護師のコンサルテーションへの評価を要望する。



1) 柴田滋子, 富田幸江, 高山裕子: 訪問看護師が抱く困難感, 日本農村医学会雑誌, 66 (5), 567-572, 2018.

2) 渡邊久美, 折山早苗, 國方弘子, 他: 一般訪問看護師が精神障害に関連して対応困難と感じる事例の実態と支援へのニーズ, 日本看護研究学会雑誌, 32 (2), 85-92, 2009.

3) 日本訪問看護財団: 令和6年度診療報酬・介護報酬改定の要望に関するアンケート調査, 2022.

4) 林裕栄: 精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難, 日本看護研究学会雑誌, 32 (2), 23-34, 2009.

5) 日本精神科看護協会: 精神科訪問看護にかかる実態及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける役割に関する調査研究報告書, 厚生労働省令和2年度障害者総合福祉推進事業, 2021.

「特別管理加算」及び「特別訪問看護指示書2回交付」の対象の拡大

現行の指定訪問看護では、週3日の訪問看護を原則としており、難治性潰瘍等の皮膚損傷を伴う疾患、非がんの終末期、熱傷等の皮膚損傷を伴う外傷等は、特別訪問看護指示書による急性増悪等の頻回訪問が必要であるが、月1回（14日間）では対応が不十分となっている（図表参照）。

そこで、頻回な訪問看護により、集中して創傷ケア等を行い治癒を促進することができるように、①特別管理加算の対象に追加することを要望する。また、非がんの終末期では「特別訪問看護指示書」の月2回交付対象とすることを要望する。

【現行】

「特別訪問看護指示書」の有効期間は診察の日から14日間で月1回の交付となっている。

別表第7、第8（特別管理加算の対象）は週4日以上、毎日、1日につき3回以上の複数回訪問看護加算が算定できる。

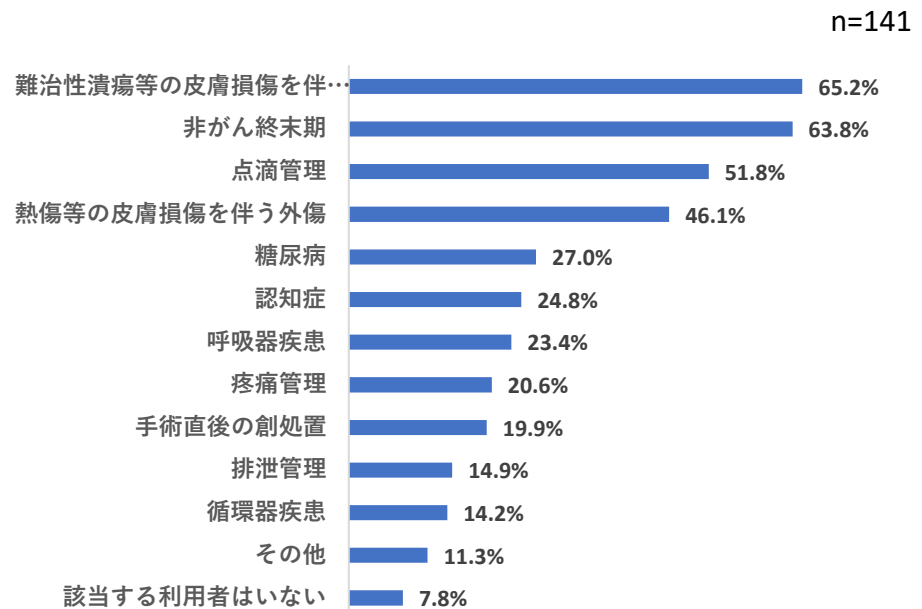


【要望】

①特別管理加算の対象に、「難治性潰瘍等の皮膚損傷を伴う疾患」を追加し、あわせて「**特掲診療料の施設基準別表第8**」に追加する。

②特別訪問看護指示書を月2回交付可能な対象者に「**非がんの終末期**」、「**熱傷等の皮膚損傷を伴う外傷**」を追加する。

図表 特別訪問看護指示書の交付について
月1回の交付では対応が不十分だと思う利用者の疾患や状況等
(複数回答)



引用文献

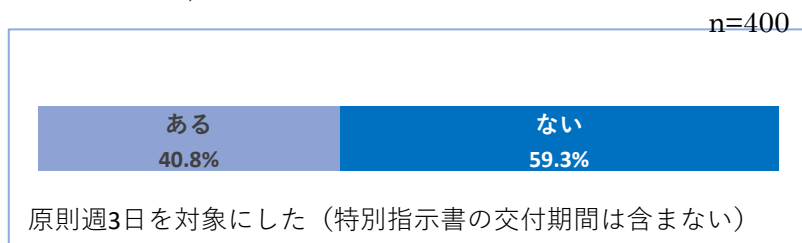
- 1) 益財団法人日本訪問看護財団 令和4年度診療報酬改定の要望に関するWebアンケート
- 2) 社会保険研究所「訪問看護の業務の手引き」令和4年4月版

週3日利用者の4日目以降の緊急訪問への評価

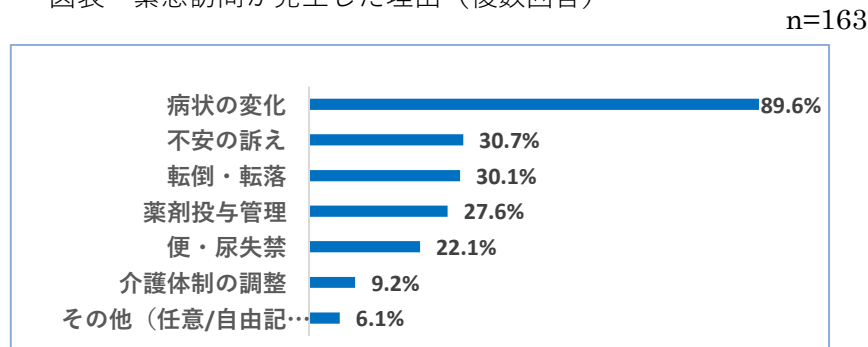
在宅医療推進の政策から在院日数が短縮化され、在宅では様々な退院患者を受け入れている。原則週3日までの訪問看護利用者においても、4日目に緊急訪問が発生し対応することがある。対象者は独居者や処方された薬を指示通りに服薬していない、急変したなどで、訪問看護師が緊急訪問し、利用者の病状変化や不安、転倒の介助、服薬指導等により救急搬送や再入院を予防することが40.8%に発生しているが、報酬上の評価がない。

以上のことから、**医師の「往診」に相当する緊急訪問看護の評価を要望する。**

図表 別表7,8以外利用で4日目以降の緊急訪問発生



図表 緊急訪問が発生した理由（複数回答）



【現行】

「特別訪問看護指示書」の有効期間は4日目以降の訪問看護基本療養費が算定できる。

別表第7、第8（特別管理加算の対象）は週4日以上、毎日、1日につき3回以上の複数回訪問看護加算が算定できる。

※精神科訪問看護利用者は退院後3か月間は週5日の訪問看護が評価されている。

しかし、原則週3日の訪問看護利用者には、週4日目の訪問看護基本療養費は評価されず、緊急訪問加算、夜間・早朝加算、深夜加算等も算定できない。

【要望】

特別訪問看護指示期間、別表第7および第8以外の利用で、原則週3日を超える4日目の緊急訪問については、医師の指示があった場合に訪問看護基本療養費及び、緊急訪問加算の算定ができるようにする。



引用文献

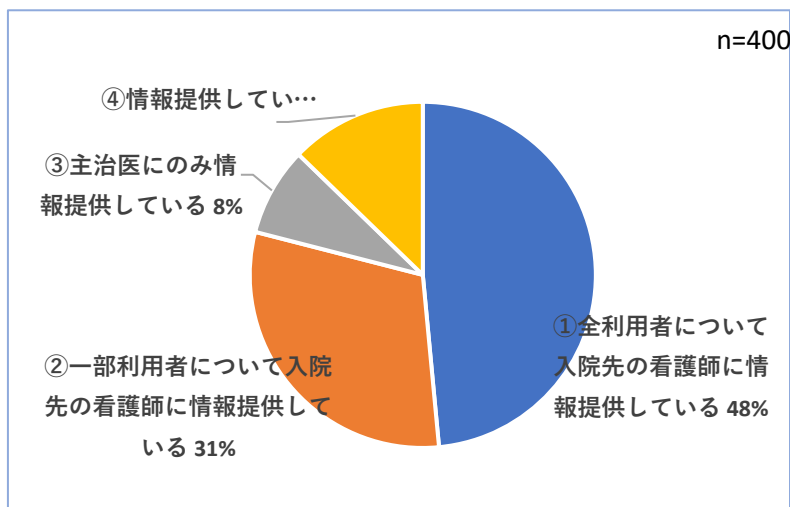
- 1) 「公益財団法人日本訪問看護財団 令和6年度介護報酬・診療報酬改定に向けたアンケート」
- 2) 社会保険研究所「訪問看護の業務の手引き」令和4年4月版

訪問看護情報提供療養費4（仮称）を新設

在宅療養者が入院に際し、入院先ではなく主治医に提供し、主治医が入院先に情報を提供する仕組みである。主治医にのみ情報提供しているのはわずか8%で、79%は直接入院先に看護サマリーを提供している。その理由は、入院時にあらかじめ療養状況や利用者等の希望を看護師に伝える必要があり、病院看護師からも求められている。

以上のことから、**訪問看護ステーションから、直接入院医療機関に訪問看護情報提供を行って、報酬が算定できるように要望する。**

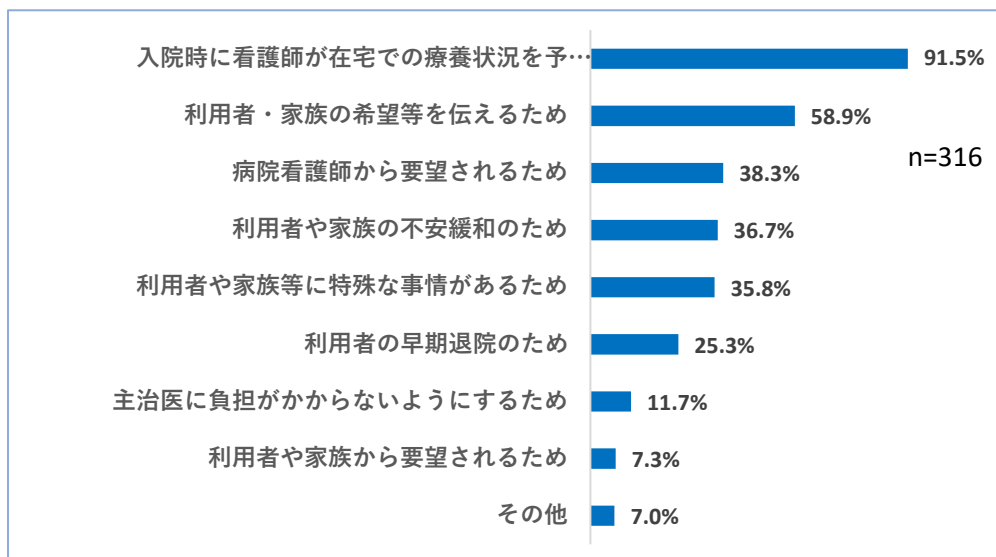
図表 入院時の情報提供療養費3に係る情報提供



【現行】

訪問看護情報提供療養費3は、在宅療養者の入院に際し、主治医を経由して、入院医療機関に情報を提供することで算定できる。訪問看護ステーションは入院医療機関にも同時に情報提供して二重手間になっている

図表 入院先の看護師に情報提供している理由（複数回答）



【要望】

訪問看護情報提供療養費4（仮称）を新設し、訪問看護ステーションから、直接、入院医療機関に訪問看護情報提供を行って、報酬が算定できるようにする。

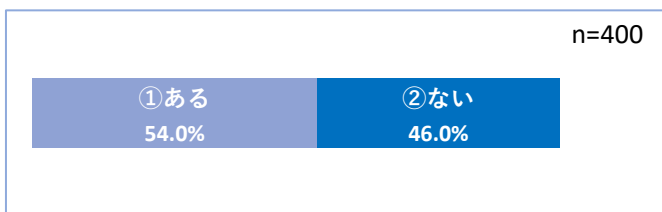
長時間訪問看護加算・週3回算定の対象者を15歳以上に拡大

90分を超える長時間訪問看護を週1回算定できる対象者で、算定回数を超える長時間訪問が必要である場合が54.0%あった。算定可能な回数を超える長時間訪問看護の内容は、別表第8（特別管理加算）に該当している。

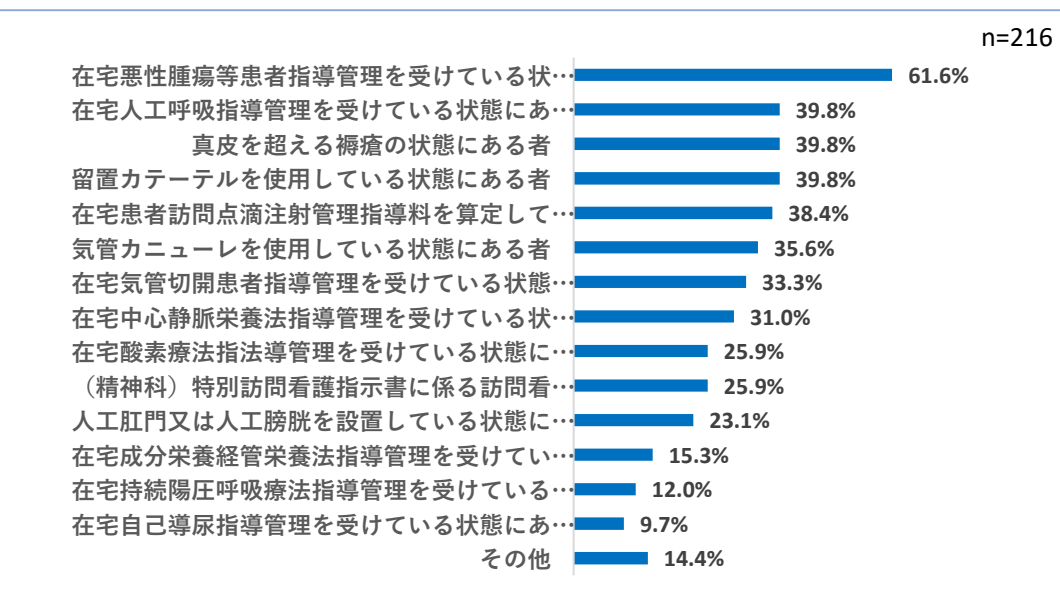
しかし、週3回算定できるのは15歳未満の（準）超重症児又は別表第8に掲げる者である。

以上のことから、**全年齢層について、別表第8（特別管理加算）に掲げる者は週3回算定できるように制限の撤廃を要望する。**

図表 90分を超える長時間訪問看護を週1回算定できる対象者で算定回数を超える長時間訪問の必要の有無



図表 算定可能な回数を超える長時間訪問看護の内容（複数回答）



【現行】

週1回算定できる長時間訪問看護加算は、別表第7と特別訪問看護指示書による訪問看護である。厚生労働大臣が定める者（基準告示第2の3の（2）に規定する15歳未満の（準）超重症児及び15歳未満の小児であって別表第8に掲げる者）は週3回算定できる。

※長時間訪問看護加算を算定しない日はその他の利用料を受取ることができる。

【要望】

厚生労働大臣が定める者（別表第8、特別訪問看護指示書による訪問看護、15歳未満の（準）超重症児は週3回まで算定可とする。

引用文献

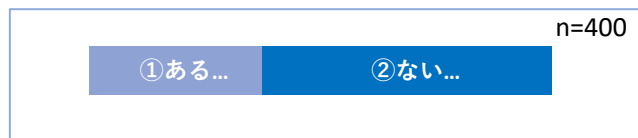
- 1) 「公益財団法人日本訪問看護財団 令和6年度介護報酬・診療報酬改定に向けたアンケート」
- 2) 社会保険研究所「訪問看護の業務の手引き」令和4年4月版

訪問看護における情報通信機器利用による療養指導の評価

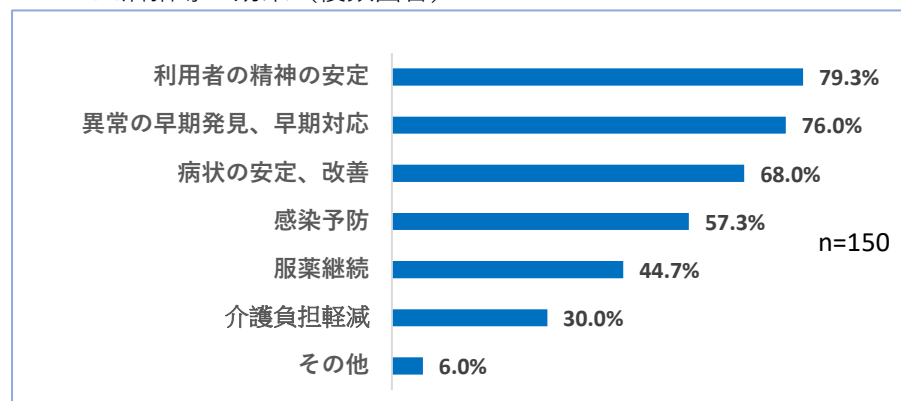
在宅療養者が増加し訪問看護等人材不足の対応が求められる。在宅療養者は、健康データの自動送信を行って、訪問看護ステーションからリモートにより、本人・家族の健康相談・療養指導を行い、本人・家族が主体的に、血圧等の自己管理を行うことになる。現在、保険医療機関から慢性呼吸器疾患の健康管理及び療養生活指導などを行うこと（テレナーシング）が看護師にも認められ診療報酬が算定できるが、訪問看護療養費には報酬がない。

以上のことから、特に特別地域、医療資源の少ない地域では、訪問との組み合わせにより遠隔看護の評価の新設を要望する。

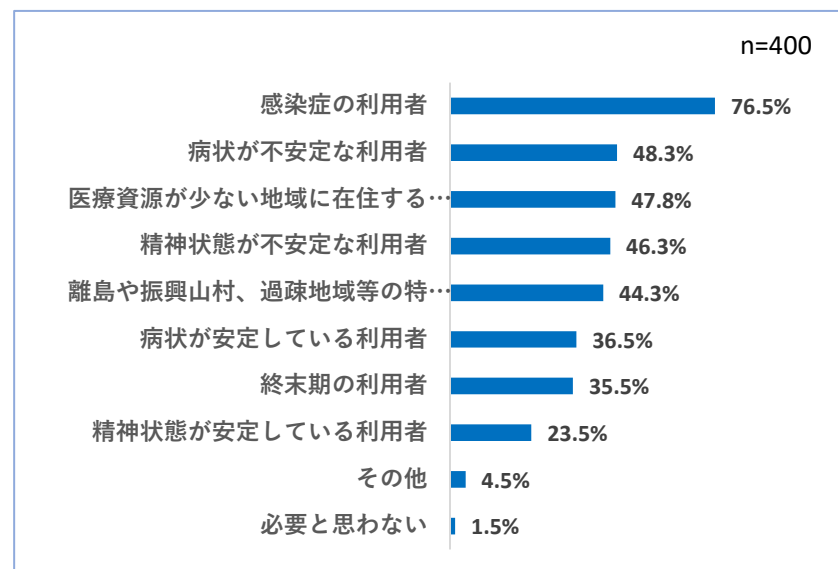
図表 電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等による状態確認や療養生活指導の経験の有無



図表 電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等による状態確認や療養生活指導の効果（複数回答）



図表 電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等による状態確認や療養生活指導の対象者（複数回答）



【現行】

コロナ禍の臨時的対応として、電話による健康観察や療養相談を実施している。保険医療機関のテレナーシングの評価はない。



【要望】

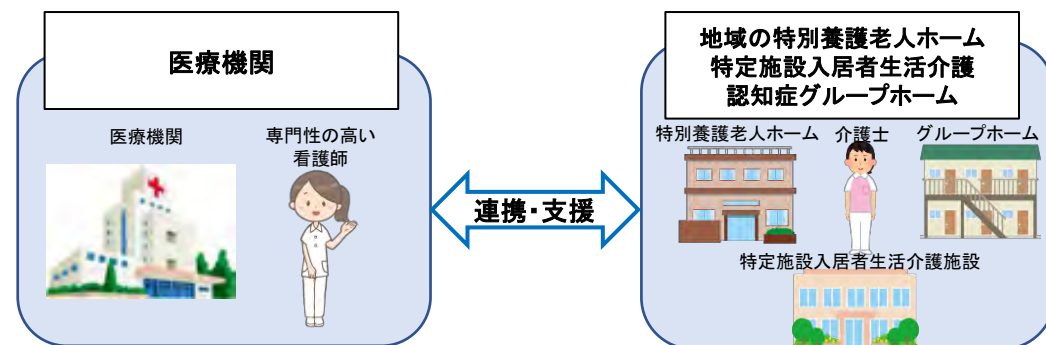
保険医療機関の看護師が算定できる、慢性呼吸器疾患の在宅療養者へのテレナーシング、感染症患者へのテレナーシングを訪問看護ステーションからも評価する。

引用文献

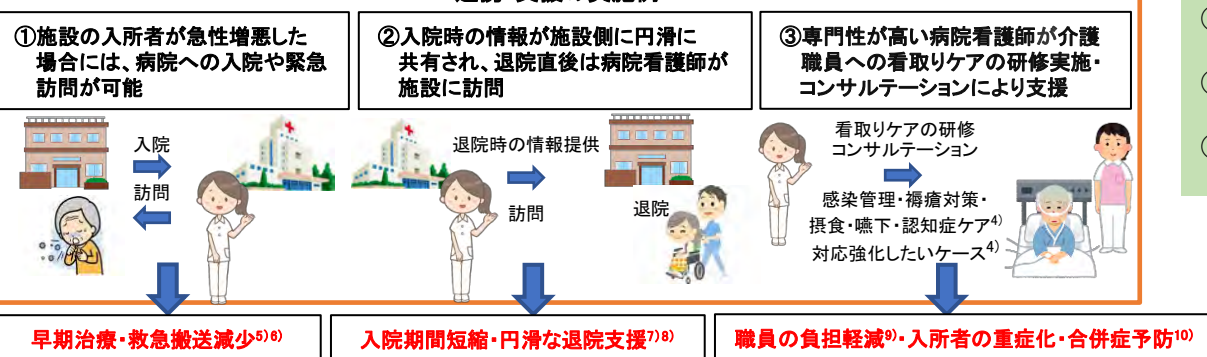
- 1) 「公益財団法人日本訪問看護財団 令和6年度介護報酬・診療報酬改定に向けたアンケート」
- 2) 社会保険研究所「訪問看護の業務の手引き」令和4年4月版

訪問看護管理療養費の加算の一部を病院へ適用

特別養護老人ホーム（特養）、グループホーム（GH）、特定施設入居者生活介護での看取りに対して、死亡45日前より看取り介護加算が算定できる。しかし、高齢者施設¹⁾での看取りについては、入所者・家族・医療者間での治療の意向の相違¹⁾、急変時の対応²⁾、介護職員の看取りケアの負担や不安³⁾などの課題がある。近年では、高齢者施設の入所者のケアについて、医療機関の専門性の高い看護師⁴⁾からのコンサルテーションで最期まで施設で生活できる事例⁴⁾が報告され、「高齢者施設の利用者が急性増悪した場合には、円滑に連携・支援する病院への入院が可能⁵⁾⁶⁾」「専門性が高い病院看護師が施設に訪問することで、より円滑な退院支援⁷⁾⁸⁾につながる」「専門性の高い看護師による介護職員への看取りケアの研修（感染管理・褥瘡予防・摂食・嚥下等）⁴⁾により介護職員の負担・不安軽減⁹⁾や入所者の苦痛緩和・重症化・合併症予防¹⁰⁾につながる」といった報告がなされている。しかしながら現状の診療報酬では、医療機関から高齢者施設への看護師による訪問の機能は評価されていない。このことから、医療機関の専門性の高い看護師が高齢者施設へ訪問し、看取りケアの研修やコンサルテーション、緊急時対応、退院支援等の連携を行っている医療機関に対して、現状の訪問看護管理療養費の加算に、「病院看護師・高齢者施設連携強化加算（新設）、あるいは「看護・介護職連携強化加算」の算定要件を医療機関にも拡大するように要望する。



連携・支援の実施例



現状の訪問看護管理療養費の加算

看護・介護職連携強化加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算
在宅患者連携指導加算、精神科重症患者支援管理連携加算
退院支援指導加算、退院時共同指導加算、特別管理加算
特別管理指導加算、24時間対応体制加算

【対象】

高齢者施設[†]と看取りに向けた早期からの連携・支援を行い、専門性の高い看護師[‡]を派遣している医療機関

【算定要件】

専門性の高い看護師の派遣により、以下が行われている
①施設の入所者が急性増悪した場合には、病院への入院や緊急訪問が可能
②入院時の情報が施設側に円滑に共有され、退院直後は病院看護師が施設に訪問
③専門性の高い看護師が介護職員への看取りケアの研修実施やコンサルテーションにより支援

上記の算定要件を満たした場合
800点/月の加算

[†] 特養、GH、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム
[‡] 医療機関の専門看護師（CNS）、認定看護師（CN）、特定行為研修修了者

<引用文>

- 1) Takazono T, et al. Discrepancies in preferences regarding the care of terminal-phase pneumonia in elderly patients among patients, families, and doctors: A multicenter questionnaire survey in nagasaki, Japan. *Respir Investig*. 2020; 58(6): 488-494.
- 2) 滋賀県老人福祉施設協議会. 令和2年度 滋賀県委託事業医療と介護をつなぐ看取り介護推進事業. 施設等における「看取りと介護の現状と課題」調査報告書. 2021.
- 3) 孔英珠. 看取り介護加算を算定している特別養護老人ホームの介護職員における看取り介護を行う上での困難・課題とその対処方法. *社会福祉学*. 2017; 58: 26-41.
- 4) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社. 平成30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 特別養護老人ホーム等における看護体制強化のための調査研究事業 報告書. 2018.
- 5) Kerre H, et al. Evaluation of the role of the clinical Nurse Specialist in cancer care: an integrative literature review. *Eur J Cancere*. 2021; 30(3): e13415.
- 6) Martin, R. S, et al. The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2016; 17(4): 284-293.
- 7) 大嶋玲子, 他. 特定行為研修者がいる在宅現場が見たい 現場からの声②特別養護老人ホームからの入院・受診の負担がへりました. *訪問看護と介護*. 2019; 24(11): 822-825.
- 8) 細家千鶴子, 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に対する遠隔看護支援の効果検証. *日本褥瘡・オストミー・失禁管理学会誌*. 2019; 23(3): 344-349.
- 9) Vellani, S, et al. Complexity of Nurse Practitioners' Role in Facilitating a Dignified Death for Long-Term Care Home Residents during the COVID-19 Pandemic. *Journal of personalized medicine*. 2021; 11(5): 433.
- 10) Fujita J, et al. Evaluation of the elements of interprofessional education for end-of-life care among homecare nurses, care managers, and head care workers: A cluster-randomized controlled trial. *J Interprof Care*. 2019; 22: 1-8.