

2025年6月17日

厚生労働省  
保険局医療課長 林修一郎様

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8年度診療報酬改定に向けた要望書

2040年を見据えた持続可能な医療提供体制の構築が求められる中、現場の医療機関は日々、極めて厳しい経営環境に直面しております。

こうした状況下において、看護職は医療提供体制の安全な運営と質向上において重要な役割を担いながら、患者の重症化予防や「暮らし」と「治療」の両立を支援するなど、人々の生活の質（QOL）を支えるために不可欠な存在となっています。今後ますます多様化・複雑化する患者ニーズに的確に応えていくためには、看護の専門性と役割が十分に発揮される診療報酬上の評価が必要です。

つきましては、一般社団法人看護系学会等社会保険連合の58の加盟学会・団体との検討を重ねた下記3つの重点要望を中心に、令和8年度診療報酬改定に向けた評価を求めます。

#### 記

#### 重点要望1. 患者ニーズに沿った体制の強化に資する評価

がんや慢性疾患をもつ患者にとって、治療と暮らしとの両立が当たり前に行える社会の実現が求められています。また、疾病や障害をもつ子どもや家族が安心して生活し家族みんなが成長できるような支援体制も必要です。こうした患者・家族の様々なニーズを的確に把握し、多職種と連携して応えられる医療・看護提供の構築に資する評価を要望します。

#### 重点要望2. 患者アウトカムを高める専門性の高い看護への評価

病と共に生きる患者のQOL向上を目指し、病の再発や重症化の予防に努めることは、結果的に医療費の抑制につながると期待できると考えます。専門的知識とスキルを持つ看護師がリーダーシップを発揮し、患者のアウトカム向上に資する取り組みを推進できるような評価を要望します。

#### 重点要望3. DX等を活用した新たな看護提供への評価に関する要望

2040年を展望すると、DX等を活用した新たな看護提供の構築が欠かせません。通院が難しい患者にオンラインを活用し遠隔医療を支援したり、イメージング技術の教育を受けた看護師が、病院や地域で質の高い看護を提供できるよう、情報通信機器等を用いた新たな看護提供への評価を要望します。

以上

令和8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7年6月17日提出

# 令和8年度診療報酬改定に向けた要望

2040年を見据えた持続可能な医療提供体制の構築が求められる中、現場の医療機関は日々、極めて厳しい経営環境に直面しております。

こうした状況下において、看護職は医療提供体制の安全な運営と質向上において重要な役割を担いながら、患者の重症化予防や「暮らし」と「治療」の両立を支援するなど、人々の生活の質（QOL）を支えるために不可欠な存在となっています。今後ますます多様化・複雑化する患者ニーズに的確に応えていくためには、看護の専門性と役割が十分に発揮される診療報酬上の評価が必要です。

つきましては、一般社団法人看護系学会等社会保険連合の58の加盟学会・団体との検討を重ねた下記3つの重点要望を中心に、令和8年度診療報酬改定に向けた評価を求めます。

## 重点要望1. 患者ニーズに沿った体制の強化に資する評価

がんや慢性疾患をもつ患者にとって、治療と暮らしとの両立が当たり前に行える社会の実現が求められています。また、疾病や障害をもつ子どもや家族が安心して生活し家族みんなが成長できるような支援体制も必要です。こうした患者・家族の様々なニーズを的確に把握し、多職種と連携して応えられる医療・看護提供の構築に資する評価を要望します。

## 重点要望2. 患者アウトカムを高める専門性の高い看護への評価

病と共に生きる患者のQOL向上を目指し、病の再発や重症化の予防に努めることは、結果的に医療費の抑制につながると期待できると考えます。専門的知識とスキルを持つ看護師がリーダーシップを発揮し、患者のアウトカム向上に資する取り組みを推進できるような評価を要望します。

## 重点要望3. DX等を活用した新たな看護提供への評価に関する要望

2040年を展望すると、DX等を活用した新たな看護提供の構築が欠かせません。通院が難しい患者にオンラインを活用し遠隔医療を支援したり、イメージング技術の教育を受けた看護師が、病院や地域で質の高い看護を提供できるよう、情報通信機器等を用いた新たな看護提供への評価を要望します。

# 目 次

## 重点要望 1. 患者ニーズに沿った体制の強化に関する要望（12項目）

「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	…… 5
「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	…… 6
【新】がん患者妊孕性相談指導管理料(仮称)	…… 7
「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」における施設基準の追加	…… 8
【新】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)	…… 9
「A242 呼吸ケアチーム加算」医療的ケア児への拡大	…… 10
「A200-2 急性期充実体制加算」特定行為研修修了者を要件に追加	…… 11
「A251 排尿自立支援加算」施設変更後の算定継続	…… 12
「B001-33 生殖補助医療管理料」看護師・公認心理師による心理相談の回数増加	…… 13
【新】性犯罪・性暴力被害者支援体制の評価	…… 14
入院基本料 - 人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイドラインを踏まえた意思決定が支援できる よう医療・ケアチームの教育体制整備の要望	…… 15
「C014 外来在宅共同指導料」における職種要件と回数の拡大および多職種連携に対する評価	…… 16

## 重点要望 2. 患者のアウトカムを高める専門性の高い看護の評価に関する要望（16 項目）

【新】フレイル重症化予防管理料(仮称)	……	18
【新】NICU,GCU における専門性の高い看護師の配置への評価	……	19
【新】摂食嚥下障害支援体制への評価	……	20
「C005 在宅患者訪問看護・指導料3」の対象拡大(摂食嚥下機能低下のある患者)	……	21
「A234-4 重症患者初期支援充実加算」の施設基準における研修の追加	……	22
「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」における専門性の高い看護師の配置への評価	……	23
【新】心不全患者重症化予防指導管理料(仮称)	……	24
【新】脳卒中再発・重症化予防指導料(仮称)	……	25
「B001-20 糖尿病合併症管理料」点数の引き上げ	……	26
「B001-20 糖尿病合併症管理料」点数の引き上げ	……	27
「J000-2 下肢創傷処置」「B001-36 下肢創傷処置管理料」の対象部位に『下腿』を追加	……	28
「B001-36 下肢創傷処置管理料」の算定要件に看護師を追加,反対側下肢への発症・重症化予防指導に対する加算	……	29
訪問看護におけるフットケアの充実	……	30
「A200-2 急性期充実体制加算」に稼働手術室一部屋当たり手術室看護師4人配置の要件を追加	……	31
【新】直腸術後排便管理指導管理料(仮称)の新設	……	32
【新】ストーマ造設術前指導管理料(仮称)の新設	……	33

## 重点要望 3. DX 等を活用した新たな看護提供への評価に関する要望（4 項目）

【新】バスキュラーアクセス指導管理料(仮称)	……	35
【新】認知症外来における看護師の情報通信機器利用による療養相談の新設	……	36
【新】在宅排便管理・指導料(仮称)	……	37
「B001・13 在宅療養指導料」インスリン製剤使用者に対する遠隔支援の適用	……	38

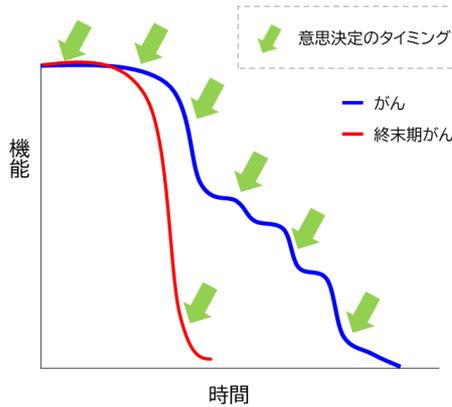
## 重点要望 1

---

患者ニーズに沿った体制の強化に資する評価  
(12項目)

# 「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

がん医療の飛躍的な進歩により、がんの5年生存率は改善している。その結果、多様な治療選択肢が存在するなかで、診断時の治療選択に加え、再発・転移後の治療方針や、積極的な抗がん治療を中止する際の療養方針の選択など、患者や家族が難しい意思決定を必要とする機会が増えている。本来、医師と看護師が共同して十分に話し合い、患者や家族の意思決定を支援する必要があるが、現行の制度では「1患者につき1回」の算定となっており、意思決定が必要なタイミングで必要な職種による支援が十分に受けられていない。そのため、算定回数制限を緩和し、診断時、転移・再発判明時、終末期といった重要な場面での意思決定支援が実現するよう、ここに算定回数制限の緩和を要望する。



病状の進行(時間)と機能低下の関連

- ✓ 意思決定のタイミングは複数回必要である<sup>1)</sup>
- ✓ 繰り返し行うことが意思決定を成功に導く要素である<sup>2)</sup>
- ✓ 終末期がんでは診断時と終末期、慢性期がんでは診断時から複数回、意思決定のタイミングがある<sup>3)</sup>

## 現行の診療報酬上の課題

- ✓ 現行では「1患者1回」のみで、医師のみが対応している現状があり、本来的なACPとは異なる
- ✓ 意思決定への支援が必要なタイミングで、必要な支援が届いていない

## 要望内容

### がん患者の軌跡

診断時	転移・再発判明時	終末期
<b>意思決定のタイミング</b>		
例: 治療方針の決定	例: 治療方針の変更 緩和ケア主体の支援への移行	例: 療養場所の決定

「診断時」「転移・再発判明時」「終末期」の3つの重要な意思決定のタイミングで支援が届くことが望ましい

**1患者3回まで算定(500点/回)**

期待される効果

**重要な局面で意思決定に対する支援が行われる**

### 引用文献

1) Hickman SE, et al. J Am Geriatr Soc. 2023;71(7):2350-2356.; 2) Jimenez G, et al. J Pain Symptom Manage. 2018;56(3):436-459.e25.; 3) Moody SY, et al. J Am Geriatr Soc. 2024;72(2):337-345.

# 「B001-23 がん患者指導管理料口」における対象の評価方法の追加

日常の臨床において、STAS-J、DCS以外の尺度を用いて評価している。がん診療連携拠点病院のスクリーニングはIPOSを推奨しており、STAS-J,DCSだけでは対応できない。PROは、患者の問題のスクリーニング、経時的なモニタリング、患者中心ケアの促進の目的で使用することができる。複数回の評価によって、患者の健康状態の変化を追跡し必要に応じて治療の変更を考慮することができる。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で要望する。

## 【現行】

### がん患者指導管理料口

保険医の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する

算定対象者の評価尺度

STAS-J (STAS日本語版)

DCS(Decisional Conflict Scale)

## 【改正後】

### がん患者管理指導料口要望

**算定対象者の評価尺度に自己評価尺度である以下を追加**

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

## 《対象》

がん患者指導管理料口の対象者  
 がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-J (STAS日本語版) で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS (Decisional Conflict Scale) 40点以上のものであること。

## 《主な実施内容》

- ・身体症状及び精神症状の評価にPROを追加
- ・身体症状及び精神症状の評価及び対応
- ・日常生活での注意点等の説明
- ・患者の必要とする情報の提供
- ・心理的不安を軽減するための指導

## 《根拠と有効性》

### PRO使用群と通常ケア群の比較

- ✓救急外来受診の減少<sup>1)</sup>
- ✓QOLの向上や予後の延長<sup>1)</sup>
- ✓医療者は患者より症状を過小評価<sup>2,3)</sup>
- ✓症状負担減と合併症の減少
- ✓患者中心のケアの促進

## <引用文献>

- 1) Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment, JAMA. 2017 Jul 11;318(2):197-198.
- 2) Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients : A multicenter European study Laugsand et al. Health and Quality of Life Outcomes 2010, 8:104
- 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

# 【新】がん患者妊孕性相談指導管理料（仮称）

がん罹患患者のうち、妊孕性温存についての対応ニーズが高いと考えられるAYA世代（15～39歳）のがん年間罹患患者数は23,500人にのぼる。がん罹患そのものやがん治療の影響による妊孕性の低下や喪失は、がん患者のサバイバーシップにおいて重要な課題である。がん患者が適切に情報提供を受け、治療方針や妊孕性温存について自己決定するための相談指導管理の意義は大きい。がん・生殖に関する情報提供や医療連携を適時・適切に行うことにより、がん患者が安心して専門医療・支援を受けることにつながり、がん治療後のQOLの向上が期待できる。このことから、「**がん患者妊孕性相談指導管理料**」の新設を要望する。

**PLISSITモデル**（下記,Annonら）に基づき、**P～SS**を本技術で行い、がん生殖医療認定ナビゲーターや専門医療機関につなぐ（IT）

**P:許可:**  
相談を受け付けると  
いうメッセージ

**LI:**  
基本的情報の提供

**SS:**  
個別的なアドバイス

**IT:**  
集中的治療

本技術の範囲

## ◆がん患者の妊孕性温存に関する情報提供や心理支援のニーズ<sup>1)</sup>

- 妊孕性相談の対話を持たなかった患者のうち60%は事前に情報が欲しかったと回答
- 妊孕性温存の実施の有無を決める上での医療者の関わりに満足していない患者5割

## ◆妊孕性温存に関わる心理教育支援による介入は、がん治療前の患者の不安を軽減し回避的なコーピングを減少<sup>2)</sup>

## ◆生殖機能喪失に関する専門的なカウンセリングを受け、妊孕性を温存することは、生存者の後悔の軽減とQOLの向上に関連<sup>3)</sup>

## 【技術の概要】

保険医療機関に通院中もしくは入院中の43歳未満患者であって、がんの診断やその治療に関連して妊孕性の低下や喪失が予測される場合に、医師又は医師の指示に基づき、看護師・薬剤師・公認心理師が、当該説明及び相談、指導管理を行い、診療録等に記載を行った場合、算定できる。  
**がん医療施設および生殖医療施設それぞれ1回に限り、100点の算定**

## 《対象》

がん罹患及びその治療による妊孕性の低下・喪失が予測される  
 ✓がんの診断  
 ✓妊孕性に影響が生じる手術、薬物療法、放射線療法

## 《主な実施内容》

医師の指示のもと看護師・薬剤師・公認心理師が指導管理を実施  
 ✓がんと治療の妊孕性への影響  
 ✓妊孕性温存療法の内容・方法  
 ✓妊孕性温存療法の適応判断・時間的猶予  
 ✓心理的・社会的問題への支援  
 ✓がん生殖の専門医療・支援への連携

## 《根拠と有効性》

本介入による結果  
 ✓患者の不安の軽減  
 ✓適切ながん・生殖医療連携  
 ✓治療継続や完遂の改善  
 ✓患者満足度の向上

<引用文献>

- 御船美絵：思春期若年成人がん患者に対するがん生殖医療に関する時間および経済的負担に関する実態調査 平成28年がんサバイバーシップ研究助成金 研究成果報告書
- Koizumi T., et al. Oncofertility-related psycho-educational therapy for young adult patients with breast cancer and their partners: Randomized controlled trial. Cancer. 2023 Aug 15;129(16):2568-2580..
- Letourneau JM., et al. Pretreatment fertility counseling and fertility preservation improve quality of life in reproductive age women with cancer. Cancer. 2012 Mar 15;118(6):1710-7.

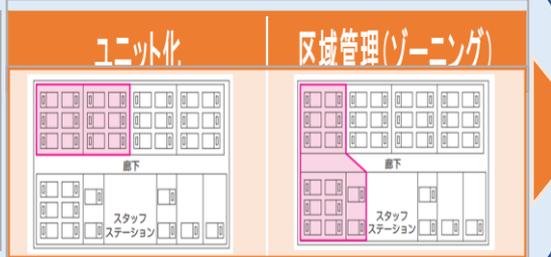
# 「A237ハイリスク分娩等管理加算」および「B005-4・5ハイリスク妊産婦共同管理料」 における施設基準の追加

分娩取り扱い施設の約8割の産科が混合病棟であり、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さえ同様の状況<sup>1)</sup>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<sup>1)</sup>、分娩時の安全性が危惧される。さらに産科混合病棟の8割以上で“看取り”も実施されており<sup>4)</sup>、母子のみならず他科患者にとっても十分なケアが提供されにくい状況にある。また産科混合病棟では新生児のMRSA感染率が高い<sup>3)</sup>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」や「第8次医療計画：周産期医療の体制構築に係る指針」では、母子への感染防止及び母子の心身の安定・安全の確保を図る観点から、「産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましい」と明記されている。医療機関の産科病棟において、産科の区域特定がされなければ、母子への感染防止や母子の心身の安全を守ることができず、ハイリスク妊産婦の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ち看取りも実施している					病棟における見取り			
調査年	産科単科	混合病棟	調査年	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	全体	ある	ない	
2023年	23.7%	77.8%	2023年	34.7%	28.5%	12.5%	15.6%	83.3%	15.6%		
2016年	22.5%	77.4%	2016年	43.7%	19.4%	10.8%	16.3%	総合周産期	81.3%	18.8%	
現状 3 新生児のMRSA感染産科混合病棟で発生			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 <sup>3)</sup>					内訳	地域周産期	82.8%	17.2%
								その他の病院	88.9%	5.6%	
								無回答・不明	88.9%	5.6%	

## 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

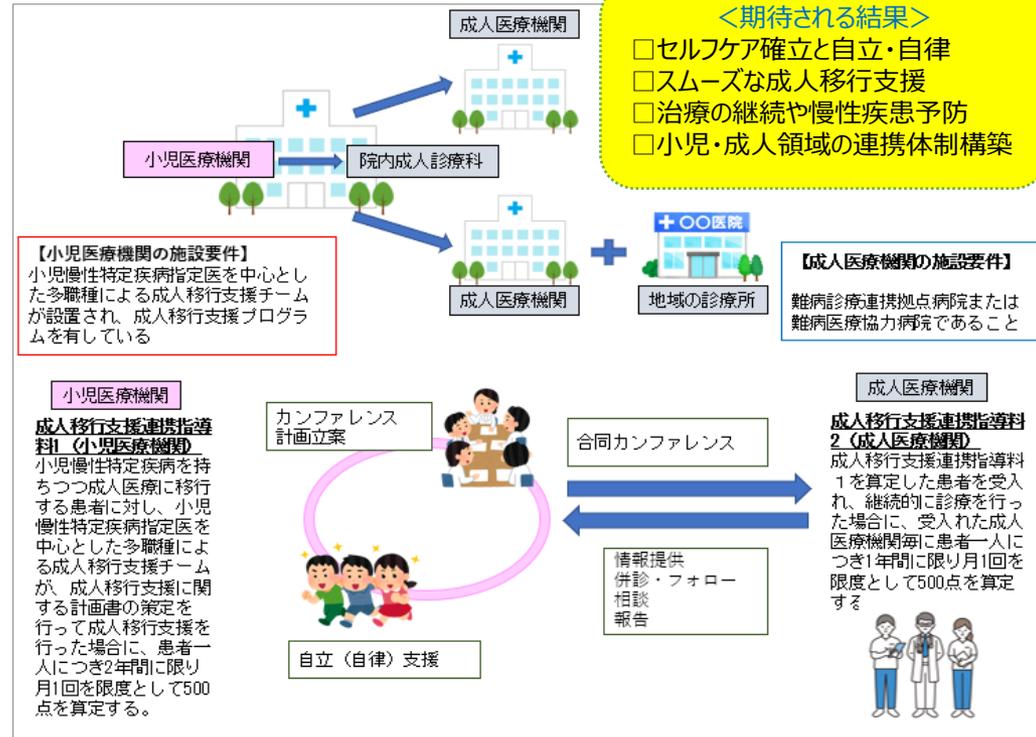
【文献】1)平成28年度分娩取扱施設におけるウィメンズヘルスケアと助産提供状況等に関する実態調査報告書 日本看護協会 H29年3月  
 2)第11回第8次医療計画等に関する検討会(R4.7.27) 参考資料4 第8次医療計画に向けて(周産期医療)  
 3)北島博之「わが国の多くの総合病院における産科混合病棟とMRSAによる新生児院内感染との関係、環境感染誌Vol.23No.2 2008  
 4)助産師の専門性発揮のあり方に関する実態調査報告書 日本看護協会 2023年3月

# 【新】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）

小児慢性特定疾病医療受給者数は令和3年度末時点で115,012人、登録割合は罹患者の40～60%と言われており実際の患者数は更に多い。医療進歩により9割以上の小児慢性特定疾病患者は成人期を迎えられるようになり成人移行支援が推進されている。その内容は「自律・自立支援」「移行準備」「保護者への支援」「医療の継続」「性及び妊娠・出産に関する支援」「社会参加の支援」で<sup>1)</sup>、多職種による小児科から成人診療科への継続した支援が必要と言われている<sup>2)</sup>。2014年の日本小児科学会の提言以降、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現在全国で10施設に増加、地域での成人移行支援の中心となり推進し好事例も多く報告されている。このような実践について、現行では成人移行支援支援に関わる診療報酬上の評価はない。小児慢性特定疾病の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、特に成人期の診療ガイドラインが作成されている疾患について、成人移行支援連携指導料1・2の新設を要望する。

現在小児病院及び大学病院・総合病院では成人移行期外来が設置され多職種での自立支援が進められている。成人診療科への転科の推進が課題であるが、日本小児科学会では成人期での診療ガイドラインを疾患別に作成している<sup>3)</sup>。小児慢性特定疾病をもつ患者の小児医療施設から成人診療施設への移行支援の実践報告は年々増加している。

東京都立小児総合医療センターは隣接する多摩総合医療センターをカウンターパートとして合同カンファレンスを開催、移行期看護外来において15才を移行準備開始期として11診療科を対象に実践している(青木, 2022)。長野県立こども病院は、成人先天性心疾患において信州大学と連携し移行期医療の長野モデルを作成した。また多職種で成人移行医療支援委員会を組織し、コーディネーター看護師と看護チームの活動により小児慢性疾患を対象に自立支援に取り組んでいる(瀧間, 2022)



令和3年度小児慢性特定疾病疾患別医療受給者数(人)

内分泌疾患	24,037	慢性心疾患	19,890	悪性新生物	14,820
神経・筋疾患	12,045	慢性消化器疾患	8,666	糖尿病	6,742

移行期支援モデル



<文献> 1) 賀藤均, 位田忍, 犬塚亮, 他. 小児科発症疾患を有する患者の移行移行支援を推進するための提言. 日本小児科学会雑誌 2023;127:61-78.

2) Razon AN, Greeberg A, Trachtenberg S, et al. A multidisciplinary transition consult service: patient referral characteristics. J pediatr Nursing 2019;47:136-141.

3) 日本小児科学会HP,

4) 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

# 「A242呼吸ケアチーム加算」 医療的ケア児へ拡大

全国の医療的ケア児約20,000人のうち約25%(5,000人)は在宅人工呼吸器を必要とし、増加傾向にある<sup>1)</sup>。在宅人工呼吸器を必要とする医療的ケア児が入院をした場合、在宅人工呼吸器を必要としない慢性疾患を持つこどもに比べ入院期間が長く、医療費が高いとされている<sup>2)</sup>。在宅人工呼吸器が必要な医療的ケア児に呼吸ケアチームが介入することで、呼吸器感染症の減少や家族のケア技術のスムーズな獲得などの報告があり<sup>3)</sup>、入院期間の短縮や医療費の削減、急変の減少につながることで期待される。

以上から「A242呼吸ケアチーム加算」医療的ケア児への介入に関する加算を要望する。

## 現行

### 呼吸ケアチーム加算(150点/週1回)

医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、**人工呼吸器の離脱**のために必要な診療を行った場合に、当該患者(第1節の**入院基本料**(特別入院基本料等を除く))に算定できる。

## 算定できない理由

- 小児病棟といわれている**小児入院医療管理料**を算定している病棟(特定入院料)は**算定不可**
- 日常的に**人工呼吸器を使用している医療的ケア児**(呼吸器離脱に該当しない)は**算定不可**

## 要望

- ① 日常的に在宅人工呼吸器療法を実施している医療的ケア児が入院する小児病棟(小児入院医療管理料)での算定を認める。
- ② 日常的に在宅人工呼吸器療法を実施している医療的ケア児を対象に加える。

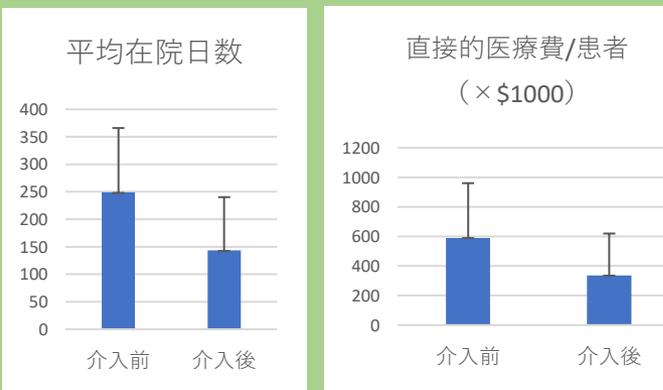
## 要望の根拠

- ・HMVを必要とする医療的ケア児が増加し、長期のHMV使用患者は年間平均160日以上入院しており<sup>4)</sup>、医療の場でのケアの調整が欠かせない

- ・RSTの介入により、家族の排痰ケアの手技獲得などにつながり、呼吸器感染症後による入院の期間短縮につながっている<sup>3)</sup>

- ・在宅人工呼吸器を導入する際には、医師、看護師、理学療法士、臨床工学技士、ソーシャルワーカーなどの多職種がチームでの介入が、スムーズな退院支援となる<sup>5)</sup>

## チーム介入による入院期間及び医療費の変化<sup>6)</sup>



## 期待される結果

HMVを必要とする医療的ケア児へ呼吸ケアチームが介入することで、

- ・入院やICU滞在期間の短縮
- ・呼吸器感染症の減少
- ・家族の介護負担の軽減
- ・医療に関わる費用の削減

につながる

### <引用文献>

1)厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「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(田村班)」の協力のもと障害福祉課障害児・発達障害者支援室で作成 国立成育医療センターHP 成育こどもシンクタンク

2) Brian D B, Achamyeleh G, Sarah J C, et al. (2011), Inpatient health care utilization for children dependent on long-term mechanical ventilation, Pediatrics, 127(6),e1533-41

3)石川悠加・三浦利彦・竹内伸太郎(2012),神経筋疾患の窒息と気管切開を回避するための終日NPPVを支えるチーム,人工呼吸, 29, 15-19

4) Szu-Chi P, Pei-Tseng K, Wen-Yu C et al, (2017) Survival and medical utilization of children and adolescents with prolonged ventilator-dependent and associated factors, PLOS ONE, 12(6), e0179274.

5) 高橋芳江(2017), 新生児慢性肺疾患に対する在宅酸素療法の退院支援の事例報告 在宅用人工呼吸器を必要とした超低出生体重児へのGCUでの取り組み, 日本看護学会論文集47, 95-98

6) Baker. C., Martin. S., Thrasher. J., et al.(2016). A Standardized Discharge Process Decreases Length of Stay for Ventilator-Dependent Children. PEDIATRICS. 137, e 20150637

# 「A200-2急性期充実体制加算」 特定行為研修修了者を要件に追加

特定行為研修修了者の配置に関する診療報酬は「総合入院体制加算」の施設基準『(ホ) 特定行為研修修了者である看護師の複数名配置及び活用による医師の負担軽減』のみである。特定行為研修修了者を育成・雇用しても、現行では看護師配置基準に含まれる現状にある。2021年度に本学会が実施した調査では、特定行為研修修了者の活動場所は、一般病棟が多く、特定行為の活動効果には、タスクシェア・タスクシフトができていて、タイムリーな医療提供に貢献できているなどが明らかとなっている<sup>1)</sup>。診療科別の看護師による特定行為の施行率は、呼吸器外科と心臓血管外科で有意にタスクシフトされ、消化器外科でも有意差はなかったが、看護師が実施した特定行為件数の割合は増加していた<sup>2)</sup>。外科系一般病棟では、多くの周術期患者に対応しているが、必ずしも医師が病棟に常駐しているとは限らないため、こうした部署への特定行為研修修了者の配置は重要である。以上のことから、特定行為研修修了者の配置について、急性期充実体制加算の施設基準の見直しを要望する。

## 現行「総合入院体制加算1」施設基準にて 特定行為研修修了者の配置を規定

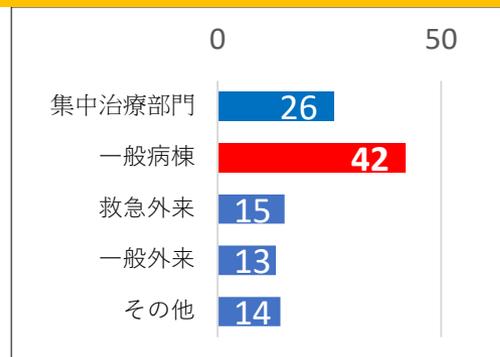
- 総合入院体制加算1に関する施設基準等
  - 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。・・・以下省略。
  - (ホ) 特定行為研修修了者である看護師の複数名配置及び活用による医師の負担軽減

さらに...

## 要望「急性期充実体制加算」施設基準に 特定行為研修修了者の配置を規定

- 特定行為研修修了者である看護師を日勤帯に配置し、特定行為を実施する体制を構築していることを施設基準に設ける

【図1】 特定行為研修修了者の活動場所

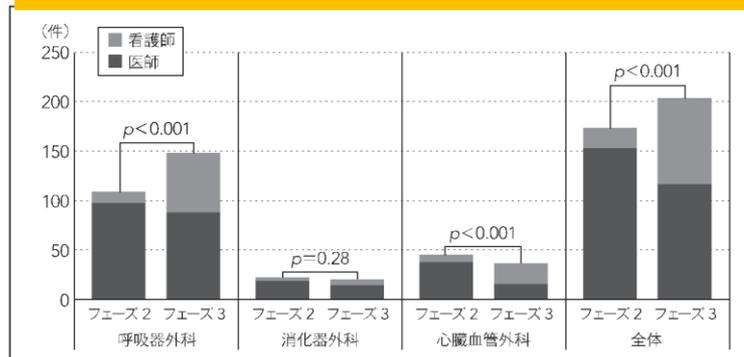


出典：文献1)

<引用文献>

- 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。(20) 63-69.2024..
- 時任 美穂, 内野 滋彦, 菅野 一枝他：特定看護師および診療看護師によるタスクシフトの現状と医師の勤務時間に及ぼす効果。病院82(12)：1092-1097.2023.
- 日本外科学会 外科医労働環境改善委員会：外科医のための看護師の特定行為研修修了者活用ガイド。 <https://jp.jssoc.or.jp/uploads/files/aboutus/npguide2024.pdf>.2024

【図2】 診療科別の特定行為件数および実施者の変化



出典：文献2)

## 期待される効果

タイムリーな医行為の実施

患者の治療プロセスの促進

タスクシェア・タスクシフト  
の推進

## 「A251排尿自立支援加算」施設変更後の算定継続

現行の「A251排尿自立支援加算」は、包括的排尿ケアを行った場合週1回12週を限度として算定できるが、同一施設での算定に限られている。転院した施設でも算定できるよう算定要件を改定することで、継続的な排尿自立支援が行われ、排尿自立の推進・尿路感染の減少・早期の在宅復帰などが期待できる。対象者や算定に必要な排尿ケアチームの存在・点数・算定可能な期間も現行のままとし、**施設変更後も排尿自立支援加算を継続して算定できるよう変更を要望する。**



### 【対象疾患】 現行と変更無し

- ・尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの
- ・尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの

### 【診療報酬上の取扱】 現行と変更無し

### 【既存との比較】

排尿自立支援加算は、週1回に限り12週を限度として算定できるが、同一施設での算定に限られており、排尿自立に至る前にチーム介入が終了になってしまうケースが多い  
**施設が変更になっても排尿自立支援加算を継続して算定できるようになることで、排尿自立の促進、尿路感染予防、ADLの維持、推進、医療費の削減などが期待できる**



### 【根拠と有用性】

- ・排尿自立までには1ヶ月を要するが<sup>1)</sup>、**急性期病院の在院日数は11日である**<sup>2)</sup>
- ・不要な尿道留置カテーテル → ADL・認知機能低下 → **転倒や骨折が増加**<sup>3)</sup>
- ・転院後も排尿ケアチームでの**継続介入が必要な患者が50%存在する**<sup>4)</sup>



〈引用文献〉

- 1) 加瀬晶子ほか：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, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌25 (4) : 677-688, 2021.
- 2) 中央社会保険医療協議会：令和2年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について, <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000916757.pdf> (2024年12月1日閲覧) .
- 3) 日本サルコペニア・フレイル学会 国立長寿医療研究センター：認知機能低下高齢者の下部尿路機能障害に対する診療ガイドライン2021, ライフサイエンス出版株式会社, 50-51, 2021.
- 4) 曲友弘ほか：黒沢病院における外来排尿自立指導料算定対象者の現状, 泌尿紀要68 : 81-85, 2022.

# 「B001-33生殖補助医療管理料」 看護師・公認心理師による心理相談の回数増加

生殖補助医療管理料1を算定する施設基準は「看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置していること」である。「患者の状態に応じて、他の施設への紹介等を行うこと」としているが、支援回数を増やせば当該施設にて対応可能な状態であることが多い。相談におけるケアや支援の内容・方法及び算定については明記されていないため、無料で実施すれば施設の持ち出しとなり、自費で実施すればその他の費用も自費扱いとなり、適切に実施できていない現状がある。専門的トレーニングを受けた看護師、公認心理師による適切な心理教育的ケアの介入により中等度以上の気分・不安障害のある不妊症患者が減ることが期待できる。外来診療において、精神的支援の必要性を評価し、主として中程度以上の気分・不安障害のある不妊症患者に、看護師・公認心理師により、30分以上の適切な認知行動療法等の専門的な心理教育的ケアの介入を週1回（1回300点）で最大10回まで実施、算定できるよう要望する。

## 【現行】 生殖補助医療管理料1

看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置している施設で、生殖補助医療を実施している不妊症の外来患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月に1回に限り算定する(300点)。患者の状態に応じて、必要な心理的ケアや社会的支援について検討し、適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な他の施設への紹介等を行うこと。

## 【改正後】 生殖補助医療管理料1

看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置している施設で、生殖補助医療を実施している不妊症の外来患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月に1回に限り算定する(300点)。**中等度以上の気分・不安障害のある不妊症患者に看護師・公認心理師が30分以上の心理教育的ケアの介入を実施した場合に、週1回で最大10回まで1回につき300点を算定する。**

## 《対象》

- ✓ 外来通院での生殖補助医療
- ✓ 43歳未満
- ✓ 中等度以上の気分・不安障害

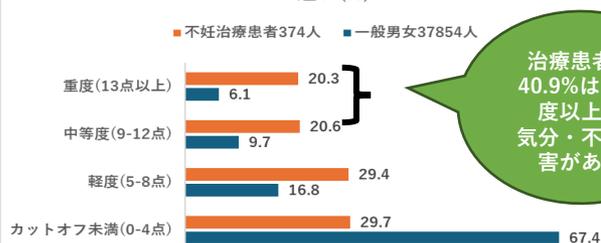
## 《主な実施内容》

- ✓ 心理評価・アセスメント
- ✓ 心理教育的ケア（心理カウンセリング、認知行動療法等）

## 《根拠と有効性》

- ✓ 自己コントロールの改善<sup>4)</sup>、症状の軽減<sup>4)</sup>、妊娠成立<sup>4)</sup>、累積胎嚢確認率の上昇<sup>3)</sup>、妊娠率の改善<sup>5)</sup>
- ✓ 中等度・重度の気分・不安障害患者の減少

不妊治療患者<sup>1)</sup>と一般男女<sup>2)</sup>の気分・不安障害(K6)得点の違い(%)



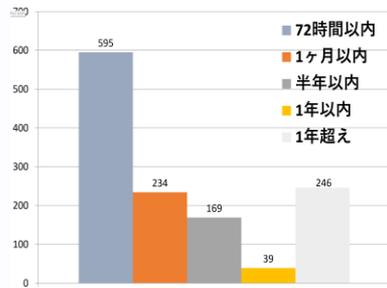
## 【引用文献】

- 1) 令和2年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業不妊治療の実態に関する調査研究 最終報告書 <https://www.mhlw.go.jp/content/000766912.pdf>, 2024.12.3閲覧
- 2) 厚生労働省 2019年 国民生活基礎調査の概況 III 世帯員の健康状況 6 こころの状態 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/>, 2024.12.3閲覧
- 3) 小泉智恵他. 生殖補助医療における男女患者のストレススクリーニングおよび心理カウンセリング介入と妊娠との関連:前向きコホート研究. 日本生殖心理学会誌, 9(2):22-28,2023.
- 4) 菅谷典恵. 不妊をきっかけに強迫性障害の症状を呈した女性の認知行動療法. 日本生殖心理学会誌. 2018;4(2):46-52
- 5) Li YQ, Shi Y, Xu C, Zhou H. Cognitive behavioural therapy improves pregnancy outcomes of in vitro fertilization-embryo transfer treatment: a systematic review and meta-analysis. The Journal of international medical research. 2021 ;49(11):3000605211050798

# 【新】性犯罪・性暴力被害者支援体制の評価

性暴力被害者支援推進のため医療・司法・行政にまたがる急性期の支援体制の一環として「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、全国のワンストップ支援センターの拠点病院は11か所、協力病院は1,244か所、相談件数は年々増加している（内閣府）。現行の国の施策（子ども家庭庁）では検査料支援が主であり、医療機関への包括的な支援体制はない。積極的に被害者支援および医療提供も行っている施設ほど持ち出しが多くなっている現状がある。被害者対応では、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）や心理、法的支援など医療が担う役割は重要である。性暴力の構造や影響に精通した日本版性暴力対応看護師（SANE-J）が中心となり施設内外のチーム間の連絡調整を行って被害者を支援することは、多機関多職種連携、継続的支援につながり、その効果も国内外で実証されている。このことからSANE-J、医師、MSW、心理職等から構成される性暴力対応チーム（SART）の設置と、支援体制を整備し対応している医療機関への支援・評価を求める。

## 新規来所者の被害発生からの経過時間

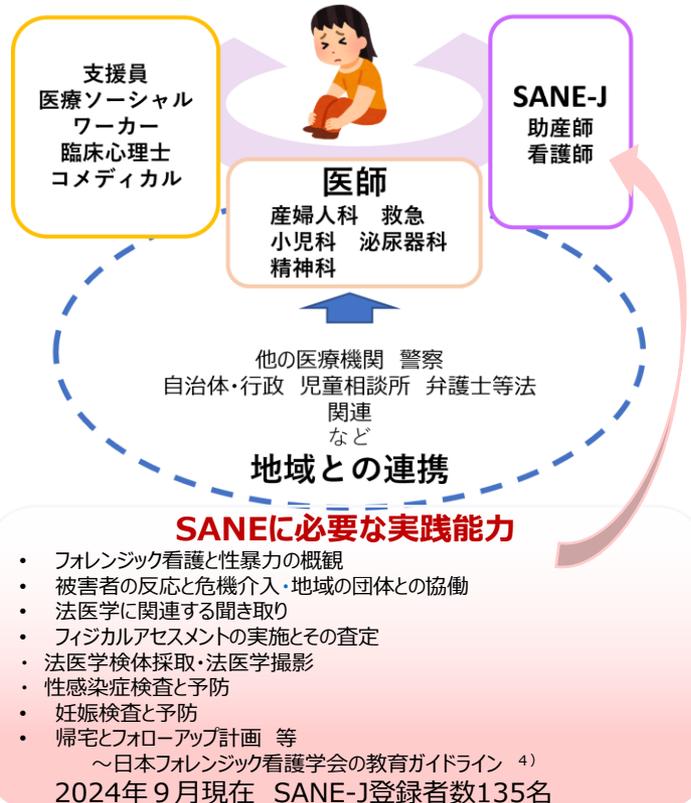


- 46.4%が72時間以内の急性期。避妊薬が有効で検体採取も可能
- 半年以内でも精神症状が継続しPTSDへと移行する恐れがある
- 2024年3月末までの来所延べ人数4066名であった

2016年1月5日～2024年3月31日 日赤なごやなごみ実績 出典：文献1）+性暴力救援センターなごやなごみ統計資料より

引用・参考文献

- 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)加納尚美ら；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.
- 4)日本フォレンジック看護学会・SANE-J教育ガイドライン第4版 <https://jafn.jp>



## 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	参考文献2)
生活支援	児童相談所 シェルター等	

## 【要望】

- 被害者対応に必要な医学的・心理的治療やケア提供及び証拠採取の向上に向け、SANE-Jを含めた職種の適正配置を行う医療機関への体制加算を行う。
- 体制加算により全国各地にて急性期における適切な対応のできる医療機関を増やし、PTSD予防につながり、あらゆる性暴力被害者への包括的な支援の一助とする。

## 【入院基本料 - 人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイドラインを踏まえた意思決定が支援できるよう医療・ケアチームの教育体制整備の要望】

令和6年の改訂で入院料の施設基準に人生の最終段階における適切な意思決定支援が要件化され、「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」等を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針の作成することが追加された。人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報提供と説明がなされた上で、多職種から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い（アドバンス・ケア・プランニング：ACPの推進）、本人の意思決定を基本としてすすめる。しかし、終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能（Silveira MJ NEJM 2010）であることから、人生の最終段階における本人による意思決定は困難を要することが予測され、指針の作成に留まらず、**更に体制を充実させることを要望する。**

### 現行 入院料の算定要件の概要

入院料等の通則 - (略) 意思決定支援 (略) について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、各区分に掲げる入院基本料の所定点数を算定する。  
 ≪施設基準≫  
 当該保険医療機関において、厚生労働省「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」等の内容を踏まえ、**適切な意思決定支援に関する指針を定めている**こと。

### 要望

**医療・ケアチームを教育する体制が整備されていることの追加**  
**算定要件に意思決定の指針を踏まえた患者・家族等の支援を行うことができるように医療・ケアチームを教育する体制を整備する。**

### 将来構想

算定要件に意思決定を支援する専門チームが設置されていることの追加意思決定を支援する**専門チーム**は、多職種で構成されており、患者の心身の状態等により医療・ケア内容が困難な場合、家族等の中で意見がまとまらない場合等、意思決定のプロセスにおいて困難を要する際、患者・家族等および医療・ケアチームの支援を行う。

### 現状

実臨床において意思決定支援やACPを推進するチームが設置されており、今後、評価が待たれる状況

- 一例) 国立長寿医療センターにおけるEOLチーム（意思決定支援や倫理判断支援）の設置
- 熊本大学病院 ACP推進チームの設置（実施体制の整備、教育・研修、普及啓発・相談対応等）
- 旭川赤十字病院 ACP検討部会の設置 → ACP支援の記録が増加

#### <引用文献>

1) Silveira M., Kim M., Langa K., Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death, The new england journal of medicine 2010; 362(13):1211-8

# 「C014外来在宅共同指導料」における 職種要件と回数の拡大および多職種連携に対する評価

R4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、在宅移行するには、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に多機関多職種による複合的な調整を要する。そこでC014外来在宅共同指導料について、**看護職若しくは社会福祉士が共同で指導する場合も算定できる**ように見直し、特に強化すべき対象（厚生労働大臣が定める疾病等の患者：別表第7.8表）には**2回算定できる**ことを要望する。さらに、外来と在宅の多機関多職種が連携して質の高い共同指導を行った場合の「**多機関多職種共同指導加算**」を所定点数に加算することを要望する。

## 【外来⇒在宅移行支援の現状】 文献<sup>2)</sup>

看護職の支援が必須

- 患者家族と時間をかけた面接による意思決定支援
- 地域支援者への在宅移行相談をもちかける
- 患者家族の不安に対応する支援体制づくり
- 病診連携のつなぎ役となり支援マネジメント

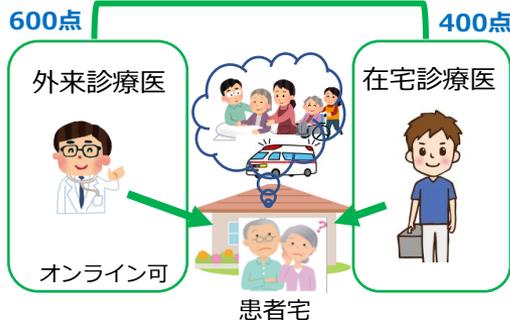
## 【要望】

訪問看護師・薬局薬剤師・歯科医・歯科衛生士・リハ専門職  
管理栄養士・介護福祉士・介護支援専門員・相談支援専門員 等

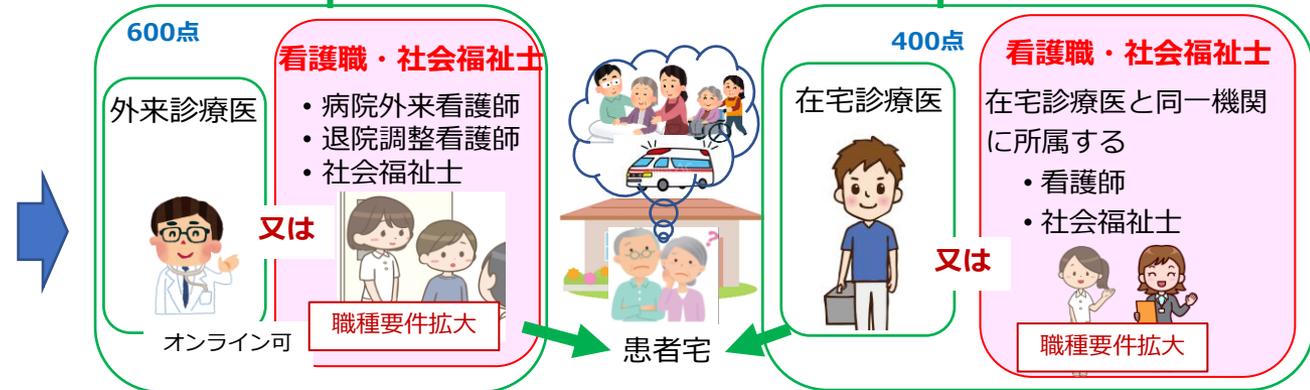
### 多機関多職種共同指導加算 500点

患者宅において共同で指導した時に外来と在宅に算定

## 【現行の診療報酬】



外来在宅移行支援の実績はあっても、  
ほとんど算定実績はない



支援内容：医師に代わって在宅療養上必要な説明及び指導を共同で行い、文書により情報提供する  
看護職と社会福祉士の要件：地域連携業務に3年従事し、医師の指示を受けていること

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<sup>2)</sup>から、移行を実現するには**看護職や社会福祉士**による患者や家族との**複数の面談**、在宅医の選出、院内外の**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、実際には看護職や社会福祉士が行っているケースが多い。今後外来医療から在宅医療への移行を進めるには、支援の現状に見合った診療報酬上の評価がなければすすみにくい。

- 効果**
- ①患者・家族の希望をもとにスムーズな外来から在宅診療への移行が可能となる
  - 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・家族の不安がなく満足度の高い在宅診療への移行が可能となる
  - ④在宅移行後の多職種によるあらたな在宅支援チームを構築できる
  - ⑤患者の病状変化により通院が困難になったタイミングで在宅診療へのシフトチェンジが可能になる
  - ⑥ACPの推進につながる

文献 1) 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査），在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査,p191-195, 001075449.pdf  
2) 坂井志麻,東めぐみ,他：看護師がとらえる外来医療から在宅医療への移行期における患者・家族への支援と多職種連携,日本慢性看護学会誌,2024.12

## 重点要望 2

---

患者アウトカムを高める専門性の高い看護への評価  
(16項目)

# 【新】フレイル重症化予防管理料（仮称）

地域在住高齢者の8.7%がフレイル、40.8%がプレフレイルである<sup>1)</sup>が、入院治療は食欲・意欲の低下、筋力や身体機能の低下、活動量の減少につながり、フレイルを進行させる（図1）。さらに、入院時よりフレイル・プレフレイルを有する患者は、入院期間の延長や合併症発症のリスクが高い<sup>2)</sup>。そのため、入院による治療を行いつつ、入院期間の長さにかかわらず、並行してフレイルの重症化予防に取り組まなければ、容易に不可逆的な要介護状態となり、治療が終わっても入院前の生活に戻ることが難しくなる。加えて、フレイル重症化予防への介入は運動や栄養、口腔機能のように多岐にわたる。よって、入院中に高齢者のフレイル・プレフレイルが悪化・重症化しないよう多職種による包括的介入を行う場合の加算を要求する。

## 現行

プレフレイル・フレイルのある入院患者への重症化予防に関する加算なし



## 要望

※入院中、1回に限り、所定点数に加算する

### 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、⑦地域包括医療病棟入院料

### 施設基準 フレイル重症化予防のための多職種による包括的介入

- ・ フレイルチェックリストの作成 ・ 多職種によるプランニング
- ・ 処方適正化のスクリーニング ・ 栄養管理 ・ 口腔ケア管理
- ・ 運動プログラムの計画 ・ 対策チームや委員会の設置 など



## 要望の根拠

### 【フレイル重症化予防の必要性】

- ・ フレイルは入院期間を延長させ自宅復帰を阻害する<sup>3)</sup>

### 【多職種による包括的介入の必要性】

- ・ ポリファーマシーはフレイルを招く<sup>4)</sup>
- ・ 口腔の不健康状態はフレイルに関連する<sup>5)</sup>
- ・ 運動介入はADLを改善しフレイルの進行を予防する<sup>6)</sup>

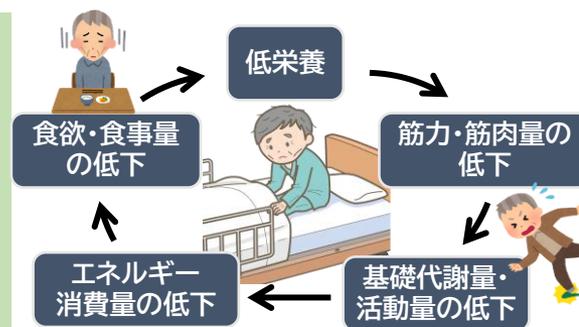


図1.フレイルサイクル

## 期待される結果

急性期病院に限らず、高齢者の入院が多い病棟への適用は、多職種によるフレイル重症化予防の包括的介入により、

- ・ 多剤併用による有害事象の軽減
  - ・ ADLの改善
  - ・ 入院期間の短縮
  - ・ 自宅退院の促進
- につながる。

その結果、医療費が削減される。

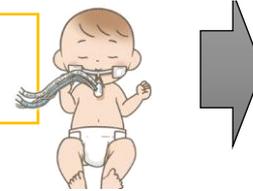
## <引用文献>

- 1) Murayama H, Kobayashi E, Okamoto S, et al. National prevalence of frailty in the older Japanese population: Findings from a nationally representative survey. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2020.
- 2) 3) Alqarni, Abdullah G., et al. "Does frailty status predict outcome in major trauma in older people? A systematic review and meta-analysis." Age and Ageing 52.5 (2023): afad073.
- 4) Saum KU., et al. Is Polypharmacy Associated with Frailty in Older People? Results From the ESTHER Cohort Study. J Am Geriatr Soc. 2017 Feb;65(2):e27-e32.
- 5) 6) 荒井秀典, 他. フレイル診療ガイド2018年版. 一般社団法人 日本老年医学会 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター: 東京.

# 【新】NICU,GCUにおける専門性の高い看護師の配置への評価

重症新生児の治療には、不安定な状態に合わせた**タイムリーなケア介入**による合併症予防、**長期的な成長発達**や親子の関係構築等を見据えた早期からの関わりが欠かせない。新生児集中ケア認定看護師が配属されている施設では、看護師がタイムリーにケア介入し、家族ケアの取り組みが充実していることが明らかになっている<sup>1)</sup>。新生児集中ケア認定看護師が配置されている割合は、総合周産期施設でNICU73.5%、GCU21.8%、地域周産期施設でNICU48.7%、GCU15.4%である<sup>2)</sup>。重症新生児の治療において、**タイムリーなケア介入や、家族ケアを充実させ、在宅移行を推進するためにも、新生児集中ケア認定看護師の配置は有効である。**そのため、周産期母子医療センターのNICU・GCUに、**新生児集中ケア認定看護師**を配置することへの評価を要望する。

【現行】総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターのNICU・GCUにおいて、専門性の高い看護師配置は評価されていない



【要望】  
**新生児集中ケア認定看護師の配置を評価**

## 【要望の根拠】

### 背景

- 重症新生児の死亡率低下
- 医療的ケア児・神経発達障害等、生涯にわたり医療を必要とする子どもの増加
- NICUにおける手厚いケアが合併症を防ぐことで、長期的な医療コストを削減
- 積極的な家族支援が、子どもの発達促進に効果的というエビデンスの蓄積

### 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

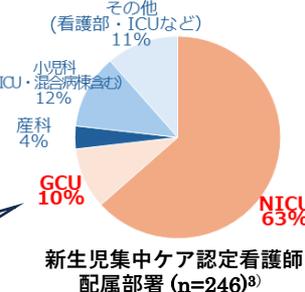
### 新生児集中ケア認定看護師と周産期母子医療センターの現状

新生児集中ケア認定看護師数：A課程401名  
B課程 19名 (2024年12月)

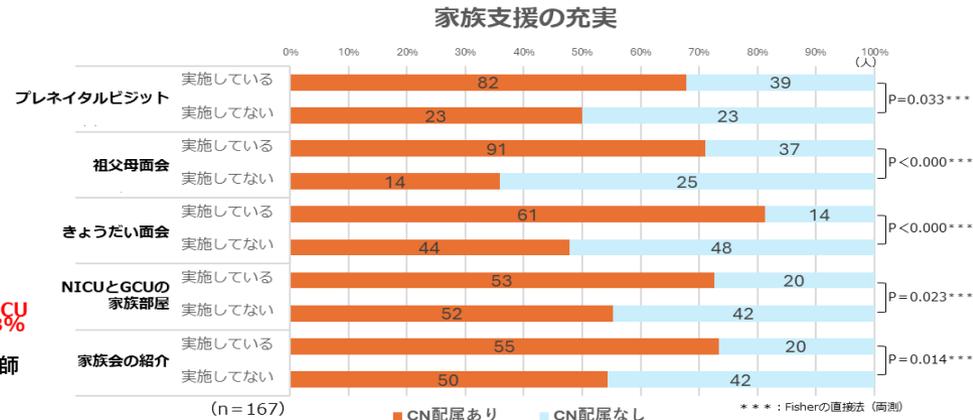
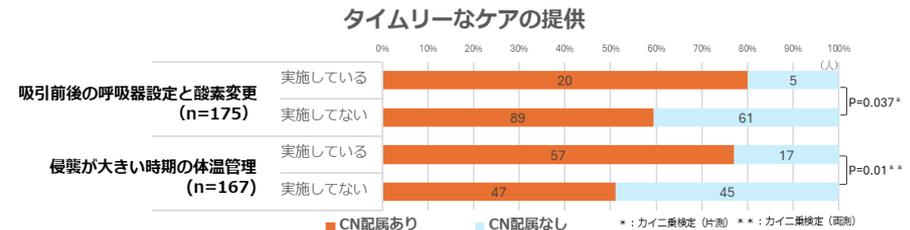
総合周産期母子医療センター数：112施設  
地域周産期母子医療センター数：296施設 (2024年4月)

新生児集中ケア認定看護師のNICU・GCUへの配置率<sup>2)</sup>  
総合周産期母子医療センター NICU 73.5% (74/102施設)  
GCU 21.8% (22/101施設)  
地域周産期母子医療センター NICU 48.7% (79/162施設)  
GCU 15.4% (19/123施設)

27%の新生児集中ケア認定看護師がNICU・GCU以外に配属されている



### 新生児集中ケア認定看護師の配置とケア実施状況の比較<sup>1)</sup>



### <引用文献>

- 清水彩ほか；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.
- 茂本咲子ほか；新生児看護の充実に向けたNICU/GCUの看護体制に関する全国調査の結果報告,日本新生児看護学会誌,Vol.30,p.62-68,2024
- 2025年2月新生児集中ケア認定看護師に対する調査 (回答数266、回答率63.3%)

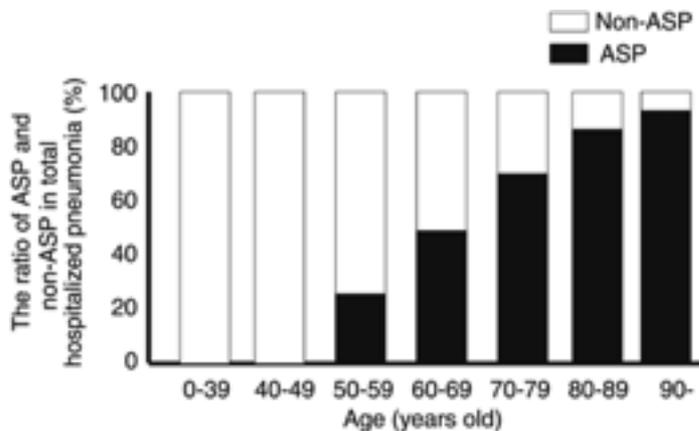
## 【新】 摂食嚥下障害支援体制への評価

高齢者の肺炎は誤嚥性肺炎である割合が高く、入院時は治療目的の疾患と共に摂食嚥下機能が低下していることも多い。入院時に摂食嚥下機能のスクリーニングを行うことで、摂食嚥下障害を発見し食形態調整やリハビリなど適切に対応し誤嚥性肺炎を予防することができる。入院48時間以内に摂食嚥下機能のスクリーニングを行い、陽性時は専従の摂食嚥下障害看護認定看護師や言語聴覚士が二次スクリーニングを行い、必要時は嚥下チームで介入を行うシステムに対する加算である。リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算には嚥下評価が含まれない。

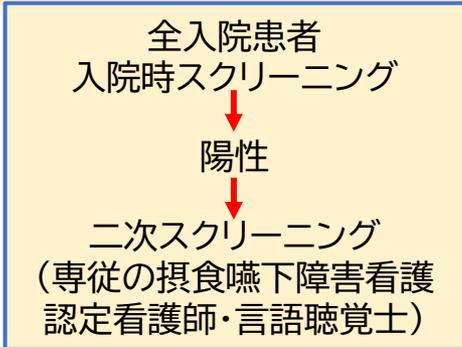
### 要望の根拠

理想的な嚥下スクリーニングは入院後24時間以内に実施されるべきである。(Canadian Stroke Consortium,2018)

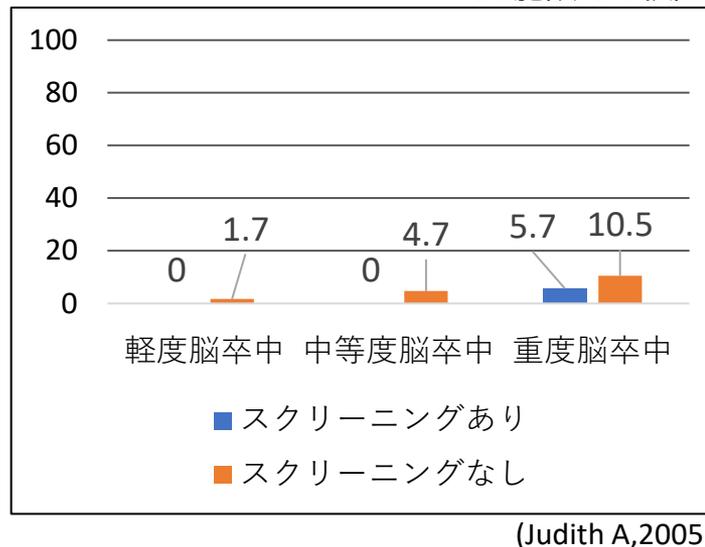
年齢別の入院肺炎全体における誤嚥性肺炎(ASP)と誤嚥性肺炎以外のすべてのタイプの肺炎(非ASP)の割合



EAT-10や水飲みテストなどスクリーニング実施



入院時スクリーニングの有無と肺炎発症率(%) 16施設での検証



(Judith A,2005)

高齢者ほど入院中に誤嚥性肺炎になりやすい

急性期病院に入院した高齢者の26.2%がEAT-10で3点以上の評価となり、嚥下障害が示唆された。(松尾ら,2016)

大腿骨近位部骨折患者の15%に誤嚥性肺炎を認めた(田積ら,2017)

嚥下チームの介入  
摂食機能療法へ

スクリーニングあり群が有意に肺炎が少ない

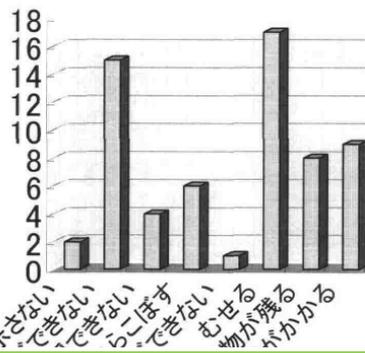
#### <引用文献>

- 1) Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018
- 2) 北村守正, 浅田摩紀, 佐藤真理, 他. 大学病院における入院時全例嚥下スクリーニングの導入. 嚥下医学 2019; 8 (1):103-111.
- 3) Judith A, Timothy, Karen, et al. Formal Dysphagia Screening Protocols Prevent Pneumonia. Stroke. 2005;36:1972-1976.
- 4) 松尾晴代, 吉村芳弘, 上野 剛. 急性期病院高齢患者における摂食嚥下障害スクリーニング質問紙票 EAT-10 で評価した嚥下障害と低栄養の関連. 日本静脈経腸栄養学雑誌2016;3(15):1141-1146.

# 「C005在宅患者訪問看護・指導料3」の対象拡大（摂食嚥下機能低下のある患者）

在宅での医療を受ける患者で摂食嚥下障害のある患者は16.6%という報告もある。その中でも高齢者ほど摂食嚥下障害である割合が高くなる。さらに、高齢者は併存疾患があることが多い。在宅での摂食嚥下ケアは、嚥下機能の評価・訓練（医師、歯科医、看護師、言語聴覚士）、口腔ケア（歯科衛生士）、食形態の指導（管理栄養士）など多職種での連携が必須である。摂食嚥下障害の専門的知識を有した看護師がチームの中心で実際にケアを行ったり連携を行うことで摂食レベルが向上し、地域医療の貢献につながると思う。在宅患者へ摂食嚥下障害の専門的知識を有する看護師が訪問することへの診療報酬を要望する。

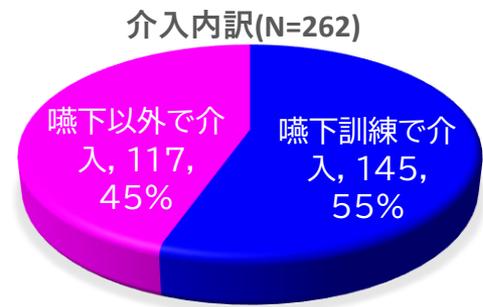
図2 障害の種類



**摂食嚥下ケア**

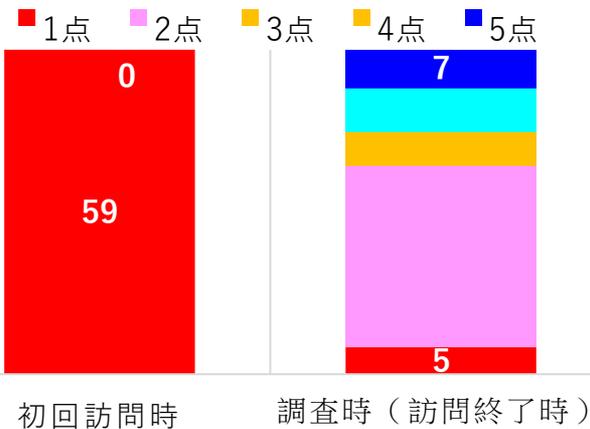
- ・ 評価
- ・ 訓練
- ・ 口腔ケア
- ・ 食事指導

摂食嚥下障害看護認定看護師が勤務する訪問看護ステーションの患者割合



**摂食状況レベルが改善**

1施設の訪問看護ステーション  
初回絶食者のKTバランスチャートの変化  
(摂食レベル)

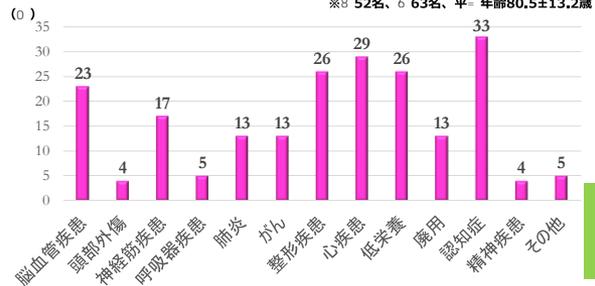


在宅患者169名中28名に摂食嚥下障害が見られた。高齢になる程割合が高い。(直江ら,2000)

在宅では

- ・ 専門職種が十分ではない
- ・ 看護師で対応すると時間が超過する
- ・ 摂食嚥下障害看護認定看護師が実施できる

併存疾患 (複3 疾患あ.)



活期において、多職種連携は歯科の単独療と比較するとKTバランスチャートの栄養状態の項目が有意に改善した。(並木,2020)

摂食嚥下障害看護認定看護師が勤務する訪問看護ステーションの患者併存疾患割合

文献  
 1)直江 祐樹,高山 文博,森 正博.在宅患者における摂食・嚥下障害に関する調査：訪問看護ステーション看護婦に対する質問調査.日摂食嚥下リハ会誌,2000;4(2)30-37.  
 2)並木千鶴,原豪志,戸原玄.生活期における嚥下障害患者に対する訪問での摂食嚥下リハビリテーションの短期観察による効果.老年歯学,2020;35(1),41-51.  
 3)竹市美加(訪問看護ステーション食べる)の現状データ

# 「A234-4 重症患者初期支援充実加算」の施設基準における研修の追加

重症患者初期支援充実加算の施設基準に専任の担当者（入院時重症患者対応メディエーター）の配置があり、養成研修は日本臨床救急医学会の「入院時重症患者対応メディエーター講習会（3時間30分）」のみである。看護師の研修については日本クリティカルケア看護学会と協働での書籍発刊<sup>1)</sup>や日本救急看護学会での研修開催<sup>2)</sup>なども行われているが、申込が多く受講困難である<sup>2)</sup>。医療機関が本加算を届出しない理由では「担う職員がいない」がもっとも多く、**届出施設の増加**が望まれる<sup>3)</sup>。また、少子高齢社会で増加する介入困難な家族<sup>4)</sup>や後期高齢者などには**高度なメディエーション**が望まれる。家族支援専門看護師と老人看護専門看護師はその専門性と、教育課程で倫理や家族支援、病態生理・薬理の内容を含むことから適任である。以上より「入院時重症患者対応メディエーター」の養成研修に日本看護系大学協議会認定の**家族支援・老人看護専門看護師教育課程**を追加することを要望する。

## 現行 入院時重症患者対応メディエーター

当該患者の治療にかかわらない以下のいずれかのもの  
 ア 医療有資格者（医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師等）で医療関係団体等が実施する研修を修了  
 イ 医療有資格者以外の者で医療関係団体等が実施する研修を修了し、支援にかかる経験を有する

## 現状の課題：

- ・研修の受講困難、集中治療室等の看護師等は担当できない
- ・少子高齢化で介入困難家族や独居の認知症の高齢者等が増加

## 要望 家族支援・老人看護専門看護師の教育課程を研修に追加

- ・研修時間 600時間以上、うち要望内容に関連した科目（倫理、家族支援、病態生理、薬理等）150時間を含む

## 期待される成果 届出施設の増加・高度なメディエーション

- ・家族支援・老人看護専門看護師の一部がメディエーターを担当（事前の分析で70名程度と予測）
- ・介入困難家族や後期高齢者への高度な支援（三次医療機関(300施設)などで特に期待）

## 要望の理由

### 本加算の届出施設の増加・高度なメディエーションへの期待

- ・メディエーターを担う職員不足のため本加算の届出をしない医療機関の存在<sup>3)</sup>。
- ・集中治療室等の急性・重症患者看護専門看護師等はメディエーターになれない。
- ・脳死患者の家族<sup>5)</sup>や単身独居高齢者などへの高度なメディエーションへの期待。

### 高度なメディエーションにつながる専門看護師の教育課程の内容

- ・家族支援・老人看護専門看護師教育課程は、家族全体のアセスメント、家族支援、認知症の高齢者への支援などの内容を含み、それらの専門性を修得できる。
- ・専門看護師の教育課程は、メディエーター役割に関連する倫理、病態生理学、臨床薬理学、職種間のコーディネーションの内容を含む。

### 家族支援・老人看護専門看護師の重症患者・家族への支援の実績・期待

- ・家族支援専門看護師はメディエーターの活動実績<sup>4)</sup>を持ち、「家族の早期の円滑な意思決定」、「家族の理解・受容の促進」、「スタッフ教育」の実績を上げている。<sup>6)</sup>
- ・老人看護専門看護師には、独居高齢者などに認知症等の理解に基づく高度なメディエーションが期待できる。

### <引用文献>

- 1) 日本臨床救急医学会 教育研修委員会 入院時重症患者対応メディエーター養成小委員会：入院時重症患者対応メディエーター養成テキスト，へるす出版，東京，2023。
- 2) 入院時重症患者メディエーター養成講習，<http://hmcp.umin.jp/index.html>（2024.12.02閲覧）
- 3) 厚生労働省：令和5年度第5回入院・外来医療等の調査・評価分科会 資料，[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00188.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00188.html)（2024.11.27閲覧）
- 4) 影山葉子ら：家族支援専門看護師の活動に関する実態調査（第1報），家族看護学研究，30：印刷中，2025，[https://jarfn.or.jp/newsletter/doc/kikanshi/30/30\\_n.pdf](https://jarfn.or.jp/newsletter/doc/kikanshi/30/30_n.pdf)
- 5) 田村南海子，塚本尚子：ドナー家族の脳死下臓器提供プロセスにおける体験と心理的軌跡「ドナー家族に対する看護ケアの発展に向けて」，質的心理学研究，14(1)：146-165，2015。
- 6) 日本専門看護師協議会 家族支援分野：重症患者対応メディエーターを担う家族支援専門看護師の実践とその成果，未公表データ。

# 「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」における専門性の高い看護師の配置への評価

救急外来には年齢・性差問わず様々な疾病や外傷の患者が来院するため、症候・病態のみならず社会的背景や多様な価値観を持つ患者を短時間でアセスメントし、対応できる看護師の配置が重要となる。現在、救急外来の人員配置に基準はなく、医療法上の外来の看護師及び准看護師の「人員配置標準30対1」による配置である。また、救急搬送看護体制加算の施設基準には専任看護師の配置は示されているが、配置する専任看護師の要件は明記されていない。救急外来において、医師とのタスクシェアやタスクシフトを推進し、質の高い医療・看護を提供できる専門性の高い看護師を配置することは、救急車受け入れ台数及び応需率との相関があること<sup>1)</sup>、医師の勤務時間が短縮する傾向が認められたこと<sup>2)</sup>、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り、医師の監督のもと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<sup>3)</sup>が明らかにされている。以上より救急搬送看護体制加算における専門性の高い看護師を配置している施設に対して、より高い評価を要望する。

## 現行「夜間休日救急搬送医学管理料」 救急搬送看護体制加算 1 (400点)

救急患者の受け入れへの対応に関わる専任の看護師を複数名配置

## 救急搬送看護体制加算 2 (200点)

救急患者の受け入れへの対応に関わる専任の看護師を配置

加える

## 要望

## 救急搬送看護体制加算

救急外来に専門性の高い看護師（専門看護師・診療看護師・認定看護師・特定行為研修修了者）を配置し、より質の高い安全な救急医療体制を構築している施設に対してより高い評価を要望する

表1：専門看護師・認定看護師・特定行為修了者いずれかの看護師配置路した場合の救急車応需率

	有り(n=237)	無し(n=369)	p
救急車受け入れ台数(n=547)	3183[1932,5043]	1102[507,2235]	<0.0001
応需率(n=338)	87.6[72.9,98.0]	80.7[67.9,92.0]	0.0006
注：ウィルコクソンの順位和検定			Mdn[IQR]

出典：文献1

表2：救急外来における専門看護師の果たすべき役割の遂行

- ・救急患者を全人的に捉え代弁者であろうとする
- ・倫理調整、他職種間調整
- ・様々な立ち位置にいる看護師を守り支援できる存在
- ・多職種へ気配りをしつつ患者の利益を最優先に追求
- ・チームビルディングを重要視する
- ・過渡期にある救急医療の質を担保できる仕組み作り
- ・救急看護の質の底上げを目指した教育 など

出典：文献2一部抜粋

## 期待される成果

- ・救急応需率の向上
- ・救急医療の質の向上
- ・患者治療プロセスの促進
- ・タスクシフト/  
タスクシェアの促進

## <引用文献>

- 1) 任和子ら：救急外来における医師・看護師等の勤務実態把握のための調査研究,厚生労働省「救急医療の現場における医療関係職種の内在工作に関する検討会」2022
- 2) 大田麻美ら：タスクシフト/シェアにより変化する救急外来における急性・重症患者看護専門看護師の実践,日本クリティカルケア看護学会誌,Vol19:219-233,2023.
- 3) 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
- 4) 日本救急医学会 特定行為研修修了看護師活用ガイド(救急領域)作成タスクフォース:救急医のための特定行為研修修了看護師の活用ガイド(救急領域).  
<https://www.jaam.jp/info/2025/files/20250307.pdf>,2024

## 【新】心不全患者重症化予防指導管理料（仮称）

ACCF/AHAの心不全ステージ分類にはAからDの4つの段階があり、ステージA・Bでは心不全の症状はないが、Cで心不全症状が出現する。一度ステージが伸展するとあと戻りはできず、心不全患者は急性増悪により入院を繰り返す、そのたびにQOLの低下、入院日数の延長、治療の複雑化を招き、医療費を高騰させる。心不全患者の急性増悪の要因は医学的要因だけでなく、療養生活上の要因も大きい。そのため、初めて心不全となった際に患者自身が医療者の支援を受けながら疾病管理をしていくことは極めて重要である。そしてステージを進行させないためには、かかりつけ医のもとで、患者自身が心不全のリスク要因をケアし、重症化を予防できるように、ステージCの入院初期から多職種チームによる全人的な療養支援が必要である。以上のことから、**多職種からなる心不全チームにより、心不全（ステージC）患者に重症化予防のための指導管理を行った場合の加算を要望する。**

### 【現行】心不全患者への重症化予防のための療養支援の現状

水川らの調査では、心不全チームを有する施設では、チーム発足前後で、再入院率が優位に低下しており、それは、心不全患者に対して、標準化プログラムを使用した療養指導を行い、電話訪問や、カンファレンスの実施、院内研修会などの実施が影響していると考えられた<sup>3)</sup>。しかし、このような活動に対して現在加算はついていない。

実践内容	心不全チーム（実践割合）				P値
	有		無		
	n	%	n	%	
標準化プログラムの活用	109	46.7	115	28.9	<0.001*
心不全手帳の活用	109	71.8	115	55.9	0.013*
電話訪問	109	90.0	115	33.0	0.006*
カンファレンスの開催	118	95.8	95	77.9	<0.001*
心不全の院内研修会開催	118	58.5	95	33.7	<0.001*
成果のモニタリングと可視化	118	44.1	95	23.2	<0.001*

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

文献3より

また、心不全チームの特徴としては、循環器に関連した専門看護師や認定看護師が在籍しており、心不全ステージCに多く療養支援を実施して、成果を出していた<sup>5)</sup>。このような現状がある一方で、循環器ケアの専門職が在籍する施設は少なく、とくに退院後のかかりつけ医療機関においては、そのような資源はより少なくなると考えられる。従って、心不全ステージCの患者の重症化予防のための療養支援を入院機関で行い、かかりつけ医で療養支援を継続することは、心不全患者の再入院予防に寄与できると考え、その実践に対して加算をつけることは重要である

### 【要望】

多職種からなる心不全チームが、ステージCの心不全患者に対して、入院初期に重症化リスクアセスメントを行い、個別的な療養支援計画を立案し、多職種で介入した場合に**入院中に1回 150点**、退院前にかかりつけ医療機関（自施設の外来も含む）と退院前カンファレンスを行い、療養支援計画の提供を行った場合に、**退院前に1回 150点**の申請ができる

### 心不全の重症化リスクアセスメント

- 心不全管理及び療養に必要とされる情報収集
- セルフケア尺度等によるリスクアセスメント

### 個別的な療養支援計画の立案と実施

入院中  
1回150点

- 心不全チームによる療養支援計画の立案
- 病棟医・看護師・リハ職等による指導の実施

### かかりつけ医との連携

退院前  
1回150点

- 継続支援のための退院前カンファレンスの実施
- 療養支援計画の提供（地域連携パスの運用など）

1) 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. 2) 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. 3) 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. 4) 水川真理子, 他: 多職種心不全チームの再入院予防のための実践と効果～心不全チームの全国実態調査結果から～, 日本循環器看護学会誌20(1), 31-39(2025). 5) 水川真理子, 他: 我が国の多職種心不全チームの特徴～心不全チームの全国実態調査結果～, 日本循環器看護学会誌20(1), 21-30(2025)

## 【新】脳卒中再発・重症化予防指導料（仮称）

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かった場合、再発率が高く、再発により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低い傾向（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。加えて、65歳以上、慢性腎疾患を有しない患者、非喫煙者において、再発予防指導群が循環器系疾患の発症を減少させる可能性が示唆された。海外でも、脳卒中の専門看護師の再発予防指導で、収縮期血圧低下等の効果が報告されている。

### 【対象疾患・条件】

- ・脳卒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

計**1164名**(2025年2月25日現在) 登録あり

### 【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。

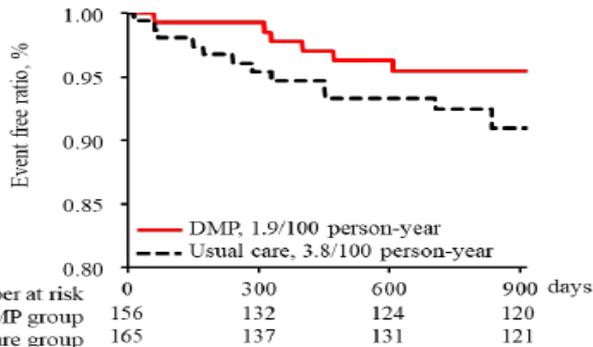
#### \* 2ヶ月目（3回目）～6ヶ月目（7回目）

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**

下記で循環器系疾患の発症が減少傾向

- ・65歳以上 ( $p=.08$ )
- ・慢性腎臓病なし ( $p=.05$ )
- ・非喫煙者 ( $p=.11$ )

### 【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

# 「B001-20 糖尿病合併症管理料」点数の引き上げ

糖尿病患者における足潰瘍の年間発生率は約2%とされている<sup>1)</sup>。また、足潰瘍を含む糖尿病性足病変を有する場合、下肢切断や合併症、さらには死亡のリスクが高まる<sup>2)</sup>。糖尿病性足病変の発症を予防するためには、爪白癬をはじめとする非潰瘍性皮膚病変への対応が重要である。特に、診療所を受診する糖尿病患者において、爪白癬は糖尿病性足病変の重要なリスク要因の1つとされており<sup>3)</sup>、その改善には予防的フットケアの実施が不可欠である。しかしながら、地域の診療所においてフットケア専門外来の設置は十分に進んでおらず、診療体制の整備が遅れている現状がある。その要因として、専門外来の立ち上げや消耗品にかかる費用負担、さらには通常業務の中で看護師に資格取得を促すことの困難さが挙げられる。このような課題により、糖尿病患者に必要な予防的フットケアの普及が妨げられている。以上のことから、糖尿病患者の足病変予防と健康維持を目的として、**現行の「B001-20 糖尿病合併症管理料」点数の引き上げを要望する。**

## 現行 算定要件

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 算定要件

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。



## 要望の根拠

- 糖尿病合併症管理料の届出をしている診療所は、全国(1.3%)・地方(0.5%)であり、その普及は進んでいない※1
- フットケア専門外来の立ち上げに、約50万円の費用がかかるとされている※2
- フットケア専門外来における人件費と消耗品の合計は患者一人あたり3541円であり、現行の170点では不足している※2
- 予防的フットケアには、爪白癬の改善効果がある(図1)<sup>4)</sup>

※1:医療介護情報局 医療機関届出情報(地方厚生局)施設一覧リストから調査

※2:診療所におけるフットケア専門外来にて独自に調査

## OFT実施1年後の白癬菌の陰性率

### 陰性率62.3%

OFT: Onychomycosis Foot care Therapy  
重炭酸足湯, グラインダー法, 爪甲掃除・爪切り,  
エフィナコナゾール塗布, ヒルドイド塗布, 足つぼ押し  
(文献4より一部抜粋)

表. フットケア外来の立ち上げ費用: 511570円

足湯バケツ	1500	コーンカッター	7000
足用爪切り	7150	フットケアファイル	2500
ソソデ	3600	道具洗浄乾燥機	30000
ダイヤモンド巻き爪平やすり	6000	バスタオル	3000
ダイヤモンド巻き爪角やすり	10000	タオル	300
グラインダー	100000	フットケア用いす	50000
グラインダー-爪甲用粗目	3300	音叉128	8730
グラインダー-爪甲用中目	4400	打腿器	3790
グラインダー-爪甲用仕上げ	1700	超音波血流計	150000
グリーン粉塵カパー	60000	ハルスオキシメーター	20000
角質ケア用粗目	7300	デジタルノギス	2300
ガラス爪やすり	1500	モノフィラメント	27500

## 期待される結果

「糖尿病合併症管理料」点数の引き上げは、診療所における専門性の高い技術による安全で効果的な予防的フットケアを継続させ、

- 糖尿病性足病変のリスク軽減
- 糖尿病患者の下肢切断リスク軽減
- 医療費の削減

につながる

<引用文献>

1) IDF Clinical Practice Recommendations on the Diabetic Foot - 2017: a guide for healthcare professionals

2) 日本糖尿病学会.糖尿病診療ガイドライン2024.南江堂

3) Watjer RM, Heckmans KM, Eekhof JA, Gummi L, Quint KD, Numans ME, Bonten TN. Association between onychomycosis and ulcerative complications in patients with diabetes: a longitudinal cohort study

in Dutch general practice. BMJ Open. 2024 Apr 23;14(4):e076441. doi: 10.1136/bmjopen-2023-076441.

4) 大西みさ他: 糖尿病患者の肥厚した爪白癬に対するフットケア療法: 多職種協働による多施設共同前向き介入研究.日本統合医療学会誌16:30-39 (2023)

## 「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<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>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**へ引き上げることを要望する。

### 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

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

出典：2)

#### 看護師のフットケア実績

糖尿病合併症管理料を算定した外来フットケアでは、**1回のフットケアに係る所要時間が51.2±15.0分**と、診療報酬算定要件である30分以上を大幅に上回っている

【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	シート	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
			<b>581円</b>

出典：フットケア外来にて独自に調

出典：日本フットケア・足病医学会および日本糖尿病教育・看護学会合同調査結果報告

<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.

# 「J000-2 下肢創傷処置」 「B001-36 下肢創傷処置管理料」 の対象部位に『下腿』を追加

下肢創傷処置の診療報酬は「足部（踵除く）・足趾」に限定されている。一般的に下肢潰瘍はより血管の細くなる足部や足趾に発症することが多いが、足病の原疾患である糖尿病足病院や下肢閉塞性動脈硬化症（LEAD）は、末梢動脈疾患（PAD）とも称されるように全身の末梢血管に影響を及ぼすため、足部のみでなく**下腿に発症した潰瘍にも同様の足病重症化リスク<sup>1)</sup>が存在する**。特に下腿に潰瘍がある場合には下腿切断という大切断につながりやすく<sup>2)</sup>、歩行機能の低下や患者予後を悪くする<sup>3)</sup>ため切断に至る前に適切な潰瘍の治療および原疾患への管理・指導を行う必要がある。よって、**下肢創傷処置の診療報酬算定要件として「足部（踵除く）・足趾」に「下腿」を追加することが望ましい**。

**現行**（2）下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾又は踵であって、～～

J000-2 下肢創傷処置

1 足部(踵を除く)の浅い潰瘍	135点
2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍	147点
3 足部(踵を除く)の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍	270点

**要望**（2）下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾、踵又は**下腿**であって、～～

J000-2 下肢創傷処置

1 <b>下腿又は</b> 足部(踵を除く)の浅い潰瘍	135点
2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍	147点
3 <b>下腿又は</b> 足部(踵を除く)の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍	270点

下肢床処置管理料算定を行っている医師による現状の下肢創傷処置/管理料に対する意見の集約(質的分析)

下腿部分に潰瘍がある場合算定要件を満たさず、算定できないことによる診療の困難さがある。

現在の診療報酬では下肢創傷処置の対象となる部位が「足部・足趾・踵」に限定されており、足関節より近位の下腿における処置について算定が困難である。循環器疾患を抱えている場合は特に足関節より遠位のみでなく、下腿の血流に影響がある可能性を指摘しており、下腿に潰瘍がある場合に算定できないことに困難さを感じていることが明らかになった。

出典：日本フットケア・足病医学会および日本糖尿病教育・看護学会合同調査結果報告

【図1】下腿潰瘍を伴った重症下肢虚血症患者



潰瘍は足部以下末端まででなく**下腿を含めて発症リスクがあり**潰瘍に対する集学的治療を行うことが重要

【図2】下腿切断後の潰瘍発症



下肢を切断して処置をしたとしても**切断面の潰瘍リスクは高く、下腿に潰瘍を発症することがある**。これは再切断リスクを大きく高める

引用：東京大学 血管外科下肢閉塞性動脈硬化症に対する治療について <https://vascular-1su.jp/clinical/arteriosclerosis-obliterans/>

提供：神戸大学 医学部 外科系講座形成外科学分野 形成外科学部門 寺師 浩人 教授

<引用文献>  
1) 佐藤, 市岡 (2014) 静脈うっ滞性潰瘍に対する局所陰圧閉鎖療法の適応, 創傷, 2014 年 5 巻 4 号 p.175-180  
2) 水落和也 (2018) 切断の疫学—最新の動向—, Jpn J Rehabil Med 2018 ; 55 : 372-377  
3) 辻依子, 寺師浩人, 他: 重症下肢虚血症患者における下肢切断レベルによる歩行機能への影響, 日本形成外科学, 会誌, 2010; 30: 670-677.

# 「B001-36下肢創傷処置管理料」の算定要件に看護師を追加、 反対側下肢への発症・重症化予防指導に対する加算

下肢創傷処置管理料における指導は、現状創傷の管理に焦点化している。下肢小切断後には再切断のリスク<sup>1)</sup>や対側下肢の潰瘍形成リスクが増加する<sup>2)</sup>ことが知られている。そして、CLTI患者の2/3は無症候性の対側肢を有する<sup>3)</sup>など、下肢潰瘍ができるような状態であれば反対側下肢も高い重症化リスクを抱えている。つまり、歩行機能を維持するためには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<sup>3)</sup>であり、**医師の働き方改革として「タスクシフト/シェアの推進」からも、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。そして、潰瘍治療の指導とは異なり**創傷のない反対側の原疾患へ追加の管理指導を行う**ことが求められる。

**現行** 医師の診療と指導に限定されており、生活指導を含めた重症化予防や対側の発症予防の加算なし

下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、区分番号J000-2に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月1回に限り500点を算定する。

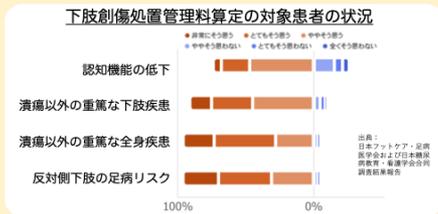
**要望** 算定要件に**看護師を追加**し、重症化予防/対側発症予防の指導を行った場合に**100点加算**

下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、**医師もしくは医師の指示を受けた適切な研修\*を受けた看護師が療養上必要な指導を行った場合に、区分番号J000-2に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月1回に限り500点を算定する。**

**両側同時に加療している場合の重症化予防、もしくは、反対側の下肢における足病発症の予防について、専門の知識を有する医師もしくは医師の指示を受けた適切な研修\*を受けた看護師が療養上必要な指導を行った場合に、重症化予防・対側発症予防指導加算として月1回に限り100点加算する。**

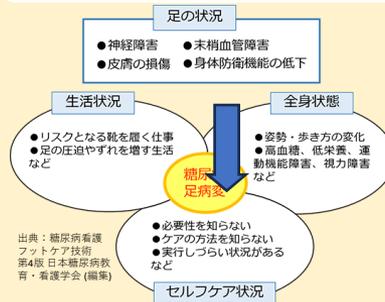
\*:糖尿病看護認定看護師(745)、皮膚・排泄ケア認定看護師(2002)、慢性疾患看護専門看護師(258)、糖尿病重症化予防(フットケア)研修修了者(4092)、特定行為研修修了者(318)、日本フットケア足病医学会による認定者(フットケア指導士(1548)・学会認定士(130))内は2022年時点での人数

下肢創傷管理では、創部への治療だけでなく全身管理などの重症化予防や、対側下肢における発症予防の支援が重要



糖尿病性足潰瘍の再発リスクについて、特に**対側での再発リスクが高い患者に対する個別化された治療と継続的な観察が重要**<sup>4)</sup>である

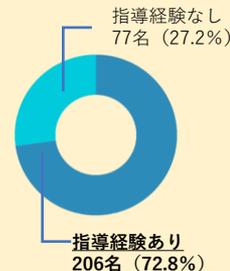
看護師のフットケアは、創部の治療のみでなく生活やセルフケアを支援する指導を含み重症化予防・発症予防を支援している



看護師の指導は、フットケア行動のみでなく、疾病管理に関するセルフケア行動を改善し、副次的な効果として全身管理を改善させる<sup>5)</sup>。その結果、対側下肢の発症予防・全身疾患の重症化予防を促進する

算定対象でないが、下肢創傷処置管理料における指導に既に多くの看護師が参加しているという実態がある

下肢創傷処置管理料では看護師の指導は算定されないが、**看護師の72.8%が指導に参加した経験がある**。患者の状態に応じて、全身管理や反対側の管理など発症予防・重症化予防について必要な指導であれば、医師と連携してチームで活動することで経済的側面は重視せずケアを実施しているという実態が明らかになった。



出典：日本フットケア・足病医学会および日本糖尿病教育・看護学会合同調査結果報告

(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・足病医学会誌. 3(1):25-29,2022  
 3) Takahara M, Iida O, Soga Y, Kodama A, Terashi H, Azuma N. Features of asymptomatic contralateral limb in patients with chronic limb-threatening ischemia. J Cardiol. 2022 Jan;79(1):153-160. doi: 10.1016/j.jcc.2021.08.021. Epub 2021 Aug 29. PMID: 34470712.  
 4) Toyooki Kitano, Hiroto Terashi et al. Long-term Recurrence Risk of Diabetic Foot Ulcers After Healing: A 5-Year Retrospective Cohort Study on the Influence of Hemodialysis and Amputation Levels The International Journal of Lower Extremity Wounds 1-14,2025  
 5) 大徳・江川・藤原ら (2007) 糖尿病患者のセルフケア行動に対するフットケア介入の検討. 糖尿病,50(2):62-71,2007

# 訪問看護におけるフットケアの充実

高齢者の足病状態はQOLを著しく低下させ、在宅での暮らしに支障をきたす。訪問看護ステーションに所属する、フットケアに精通した看護師が、在宅療養者のフットケアを専門的かつ効果的に実践できるよう、現行の訪問看護基本療養費および訪問看護管理療養費の専門管理加算における研修要件に、以下を追加することを要望する。

**現行**  
専門性の高い看護師による訪問看護やその管理には以下の評価がある。

1. 訪問看護基本療養費ハ 12,850円  
緩和ケア、重度褥瘡、人工肛門・人工膀胱に係る専門の研修が対象。
2. 訪問看護管理療養費 専門管理加算 2,500円/月  
緩和ケア、重度褥瘡、人工肛門・人工膀胱に係る専門の研修、特定行為研修修了者が対象

## 要望

1. 訪問看護基本療養費ハ 12,850円
2. 訪問看護管理療養費 専門管理加算 2,500円/月  
**専門性の高い研修に「フットケア（現行では糖尿病足病変の指導に係る適切な研修）」を追加していただきたい**

## 要望の根拠

1. 足病や足趾による一連のフットケアは、フットケアスペシャリストとの共同ケアにより訪問看護師がスキルを上げながら行うことで改善効果と満足度に繋がられる。引用1)
2. 在宅高齢者の10~20%は1年間に1回以上の転倒を経験し、内10%は骨折に至っている。要介護要因に「骨折・転倒」があり、その要因の1つに足トラブルが上げられる。引用1)
3. 高齢者は対象とする集団の6割に足部や足爪に何らかの問題があり 引用3)
4. 在宅の要支援・要介護者では、爪の異常は74.7%に認められる 引用4)
5. フットケア・足病医学会や日本看護協会、民間機関で医療的フットケア研修が進み、専門職がいる。
6. スペシャリストには、フットケア専門機材の購入評価が必要。

## 指導の対象と内容

- 1) 指導の対象者：訪問看護師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士等
- 2) 指導・教育内容足趾アセスメント  
 ▶ ケア計画 ▶ ケアの実施(または同行指導) ▶ モニタリング・相談・指導 ▶ アウトカム評価 ▶ に対する一連のマネジメント・同行・相談・教育指導 引用1)
- 3) 対象となる患者：巻き爪、肥厚爪、爪・足白癬、胼胝、鶏眼等の患者
- 4) 外反母趾、内反小指等で痛みのある患者
- 5) フットケアに必要な機材の選択、使用方法等の技術・リスクの対応指導

## 足病の改善・発生率の減少・急性増悪予防・QOLの向上



N=14 ケア前後の爪・足趾症状の変化		ケア前	ケア後	引用1) p値	引用1) N=14 ケア前後の足症状の変化		ケア前	ケア後	p値
1. 白癬	同行あり 同行なし	4 2	2 2	Wilcoxon 符号順位と検定 優位水準は次の とおりである <0.05	1. 痛み	同行あり 同行なし	1 0	1 0	Wilcoxon 符号順位と検定 優位水準は次の とおりである <0.05
2. 爪のトラブル	同行あり 同行なし	8 5	5 5		2. 発疹	同行あり 同行なし	0 1	0 0	
3. 浮腫	同行あり 同行なし	5 1	4 1		3. 鱗屑	同行あり 同行なし	2 0	1 0	
4. 血行障害	同行あり 同行なし	4 3	4 3		4. 紅斑	同行あり 同行なし	1 2	0 2	
5. 爪の乾燥	同行あり 同行なし	6 3	2 2		5. 皮膚の角化	同行あり 同行なし	3 2	2 1	
6. 疼痛	同行あり 同行なし	2 1	1 1		6. 皮膚の乾燥	同行あり 同行なし	3 4	2 2	
計		44	33		7. 趾間の浸潤 ビラン	同行あり 同行なし	4 1	1 0	
					8. 胼胝	同行あり 同行なし	3 0	2 0	
					計		27	16	

引用文献が必要。  
 1) 在宅フットケア普及に向けたフットケアスペシャリストと訪問看護師のコラボレーション効果の検証：内田恵美子、日本在宅ケア教育研究センター報告書.2025.3.10  
 2) 高齢者の転倒・骨折の頻度：安村誠司 日本医師会雑誌 122 (13) .1945-1949 1999.  
 3) 高齢者の足部・足爪異常による転倒への影響：山下和彦、野本洋平、ほか 電気学会論文誌C, 124 (10) .2057-2063 2004  
 4) 在宅後期高齢者の転倒予防に向けたフットケアに関する基礎的研究：姫野稔子、三重野英子、末弘理恵、桶田俊光 日本看護研究学会雑誌.Vol27.No4.2004 75-84



# 「A200-2急性期充実体制加算」に 手術室看護師の総配置人数を稼働手術室一部屋当たり4人の要件を追加

手術室看護師の配置人数が稼働1部屋当たり4人以上の配置では、**インシデント数が少ない**ことが報告されている<sup>1)</sup>。また、配置人数が多いと**手術時間が短縮**され<sup>2)</sup>、手術患者にとって感染リスク等が軽減され手術の安全に繋がる。加えて、手術室看護師は夜勤体制をとることができ、速やかな救急手術対応が可能になる。さらに、麻酔領域の**特定行為研修修了者**は、稼働1部屋当たり3.8人（総配置人数/稼働部屋数）以上の配置で有意に多いが、手術室で特定行為を実施する看護師は手術室看護師配置人数に含まれており、特定行為実施状況は、1~2日/週の施設が61.8%である<sup>3)</sup>。以上より、**手術の安全性の担保、麻酔領域の特定行為研修修了者の活動の推進、医師のタスクシフトの推進、手術施設の集約化**に繋がるため、A200-2急性期充実体制加算の要件に稼働手術室一部屋当たり4人の要件を追加することを要望する。

## < 配置人数の充実が「手術医療の安全」「医師のタスクシフトへの推進」となる根拠 >

### ①安全性の確保

手術室1部屋あたり4名以上の看護師数は、**年間インシデントレポート件数の有意な減少**に繋がる

手術室1部屋看護師数	年間インシデント平均件 (SD)	p 値
4人未満	58.6 (70.9)	0.02*
4人以上	47.2 (76.1)	

### ②急性期体制の充実

急性期充実体制加算の取得には、稼働手術室1部屋あたりの看護師数が有意に関連している。

\* 急性期充実体制加算 98/245中

水準	最小値	25%	中央値	75%	最大
取得無し	1.3	3	3.5	4	6
取得有り	3.1	3.5	3.8	4.2	6.2

アンケート回答数: 245施設  
(回答率: 28.0%)

### ③平均手術時間の短縮

稼働1部屋あたりの配置人数が多い施設の方が、**平均手術時間が短い**。

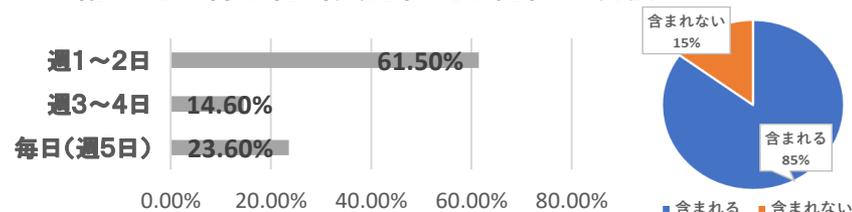
手術室1部屋看護師数	平均手術時間 (SD)	p 値
4人未満	120 (4.8)	0.01*
4人以上	104 (3.5)	

### ④特定行為看護師と手術室看護師人員配置との関係

- 特定行為看護師の在籍施設は、非在籍施設に比べて、**手術室1部屋あたりの看護師数が有意に多い** ( $p < 0.01$ )

		N=296	
在籍 (n=92)	非在籍 (n=204)	p 値	
3.8 (3.1-4.2)	3.5 (3.0-4.1)	< 0.01*	

- 手術室での特定行為実施状況と配置の現状



1) 手術室看護師の人員配置と手術医療の安全性の関連 (2023) 日本医療マネジメント学会雑誌

2) 2024年手術看護学会診療報酬ワーキング調査

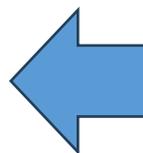
## 【新】直腸術後排便管理指導管理料（仮称）

直腸切除術後の合併症として低位前方切除後症候群（Low anterior resection syndrome；LARS）は高率に発症する。LARSは便失禁、便意切迫感、頻回便、不規則性排便、残便感、排便時痛などをきたしトイレへの依存、精神面、日常生活、社会生活に大きな影響を及ぼし、患者のQOL低下の要因になる。LARSの根本的な治療法はないが、専門職による多職種協働で排便症状のアセスメント、便性状のコントロール、肛門周囲のスキンケア、骨盤底筋訓練の指導、食事指導を継続して実施することで症状の改善、予定外の外来受診の予防、在宅療養生活や就労の継続、患者のQOL向上につながる。以上より、医療チームによる直腸術後の排便管理指導に対し保険収載を要望する。

### 要望の概要

#### 【対象患者】

肛門温存手術の術後に、排便障害をきたし、LARSスコア（直腸切除後主観的排便評価）<sup>1,2)</sup>が重症LARS（30～42点）または軽度LARS（21～29点）



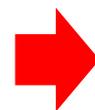
#### 専門の医療チームの協働による早期からの介入<sup>3,4)</sup>

- ・排便症状のアセスメント
- ・便性状のコントロール
- ・肛門周囲のスキンケア
- ・骨盤底筋訓練の指導
- ・食事指導等



### 本技術により期待される効果

- 予定外受診、予定外の検査・処置、薬剤処方への減少
- 排便障害の症状の改善
- おむつやパッドの使用量の減少
- 適切なサポートによる患者セルフケアの確立



**患者のQOL向上**  
**在宅療養生活および就労の継続**  
**医療費の削減**

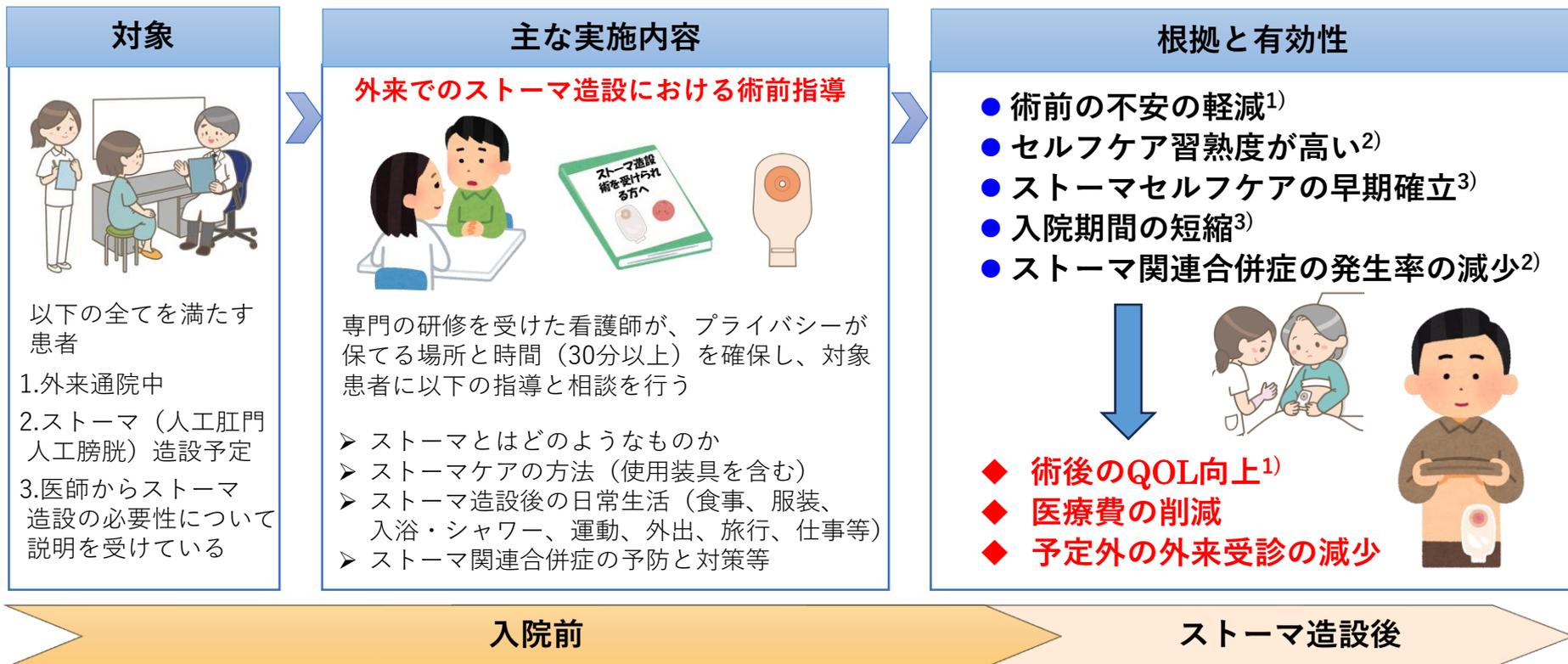
〈引用文献〉

- 1) Emmertsen KJ et al : Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer, Ann Surg, 255(5):922-928, 2012
- 2) 秋月恵美ほか: 直腸切除術後の主観的排便機能評価としての日本語版 LARS score の信頼性と妥当性の検証, 北海道外科雑誌, 64(1) : 90-93, 2019
- 3) Asnong A et al: The Role of Pelvic Floor Muscle Training on Low Anterior Resection Syndrome: A Multicenter Randomized Controlled Trial, Ann Surg, 276(5), 761-768, 2022
- 4) Ansar M et al: A Systematic Review of Comparative Effectiveness of Interventions for Low Anterior Resection Syndrome: Impacts on Bowel Function and Quality of Life, Cureus, 16(10), e72772, 2024

## 【新】ストーマ造設術前指導管理料（仮称）

ストーマ（人工肛門、人工膀胱）造設では、腹部に新たな排泄経路が造られ、排泄コントロール機能が喪失されるため、ストーマ専用の装具を装着して生活することになる。ストーマ造設の必要性を告げられた患者は、ストーマについてイメージできず、ボディイメージの変容、日常生活への影響、ストーマの局所管理について困惑し不安を抱く。これらの患者に術前早期から専門の看護師が個別的な相談と指導教育を行うことの有用性として、術前の不安の軽減、術後のストーマセルフケアの早期確立、入院期間の短縮、ストーマ関連合併症発生率の減少、術後のQOL向上につながるということが明らかにされている。

そこで、入院前の外来通院中に看護師が医師と連携してストーマ造設における術前の指導および相談を行う「ストーマ造設術前指導管理料」の新設を要望する。なお、本要望項目はストーマ造設後の合併症等の予防のため、適切な造設部位に術前に印をつける「K939-3人工膀胱・人工肛門造設術前処置加算」とは目的と実施内容が異なる。



〈引用文献〉

- 1) Khalilzadeh Ganjalikhani M, et al : Studying the effect of structured ostomy care training on quality of life and anxiety of patients with permanent ostomy, Int Wound J.16:1383-90,2019.
- 2) Yeo H, et al : Benefits of a Single-Session, In-Hospital Preoperative Education Program for Patients Undergoing Ostomy Surgery: A Randomized Controlled Trial. J Wound Ostomy Continence Nurs. 50:313-318,2023.
- 3) 松原康美ほか：チーム医療による外来でのストーマ造設術前教育の導入前後の比較検討.日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌29(2),14, 2013.

## 重点要望 3

---

DX等を活用した新たな看護提供への評価に関する要望  
(4項目)

# 【新】 バスキュラーアクセス指導管理料

バスキュラーアクセス（以後、VAとする）とは、血液透析治療において、患者の血液を体内から取り出し血液濾過装置に送るために必要な患者側の流出、流入口である。透析患者にとってVAは命綱とも言われ、これを良好な状態に保つことは治療の質を担保するだけでなく、患者のQOLや生命予後に大きな影響を及ぼす。現状として透析患者の入院は約9万人であり、入院理由はVA関連によるものが25.1%と最も多い<sup>1)</sup>。このVA関連の入院を抑制するには、①患者自身が適切なVA管理を行うこと②穿刺者は適切な穿刺場所の選定、確実な穿刺と止血の提供が必要である。特に導入当初のVAは未発達な状態であり、穿刺部の選定や穿刺技術に対しては高い技術が求められる。VA管理はさらに、治療を受けている間は継続的に必要となる。これらに取り組むには専門的な知識、スキルはもちろん、マンパワーも必要となる。そこで本学会では透析導入時から維持期において継続的な患者指導と医療者のVA管理において、【バスキュラーアクセス指導管理料の新設】を要望する。

## <問題点・課題>

- ①マンパワーや専門的な知識、スキルが求められる
- ②透析患者の入院理由として最も多いVA関連

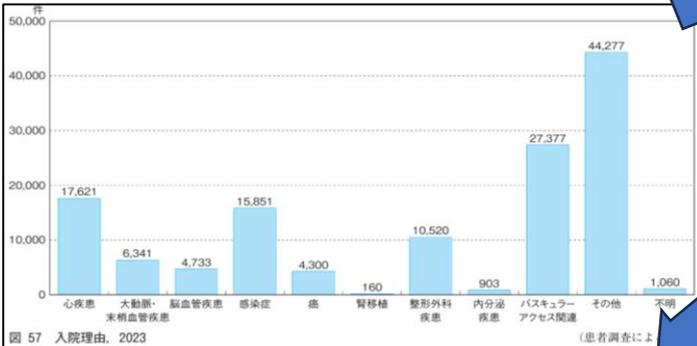


図.日本透析医学会 (2023) <https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2023/pdf/08.pdf> [2025/1/29閲覧].

## <改善できること・期待できること>

- ・VA関連のトラブル、入院の減少
- ・合併症の早期発見と重症化予防
- ・QOLの向上

STOP

QUALITY

## <要望> 【バスキュラーアクセス指導管理料の新設】

+100点の管理料を要望

### <主な実施内容>

- ・患者のVA管理に関するセルフケア指導
- ・VAの形状評価を含む理学所見、画像所見（VAエコー、血管造影）を踏まえた穿刺場所の選定
- ・多職種間での定期的なVAに関するカンファレンスの実施

### 患者・家族への指導



### 同一穿刺で破綻した人工血管



### セルフケア



### 合併症予防を考慮した穿刺場所の選定



しっかり泡立てシャント肢全体を洗浄

日本透析医学会 (2023) <https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2023/pdf/08.pdf> [2025/1/29閲覧].

### <引用文>

- 1) 日本透析医学会 (2018). <https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2017/pdf/9.pdf> [2024/12/05閲覧].
- 2) Standardised Outcomes in Nephrology. <https://songinitiative.org/about-us/pdf> [2024/11/12閲覧].
- 3) Vieceili, A.K. et al. (2018). Report of the Standardized Outcomes in Nephrology—Hemodialysis (SONG-HD) Consensus Workshop on Establishing a Core Outcome Measure for Hemodialysis Vascular Access. American Journal of Kidney Diseases, 2018; 71(5):690-700
- 4) Rapid intervention team strategy improves intervention quality for patients undergoing hemodialysis with arteriovenous shunt dysfunction or failure. Wang SH, et al. J Chin Med Assoc. 2024. PMID: 38529996
- 5) 木村 剛 日本腎不全看護学会誌 = The Journal of Japan Academy of Nephrology Nursing / 日本腎不全看護学会 編 22 (2), 78-88, 2020-08

# 【新】認知症外来における看護師の情報通信機器利用による療養相談の新設

認知症患者は外来通院そのものが困難である上に、認知症疾患の診断後の継続的な療養支援体制ができていないため、看護師による認知症の療養相談は行えていない。先行知見1~4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、行動・心理症状の早期対応、服薬支援、環境調整へのアセスメントと助言、認知症症状に関する対応・相談などの療養相談を行う場合に加算を要望する。**

## 現行

- ・「B 005-7-2 認知症療養指導料(350・300点)」
- ・看護師による認知症患者に対する継続的な療養相談への報酬設定はない

## 要望

- ・「B 005-7-2 認知症療養指導料(300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認知症患者の体調の変化、認知症の中核症状、行動・心理症状についての療養相談を受けた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)

- ・認知症者の身体的・精神的な幸福度をもたらす<sup>1,2</sup>
- ・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<sup>3</sup>
- ・認知症者と介護者の相互作用を知り、質の高いケア提供に不可欠<sup>4</sup>

### 認知症看護CN、老人看護CNSへのWeb調査(n=131)

\* 本学会2022年1-2月の調査結果

- ・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)」

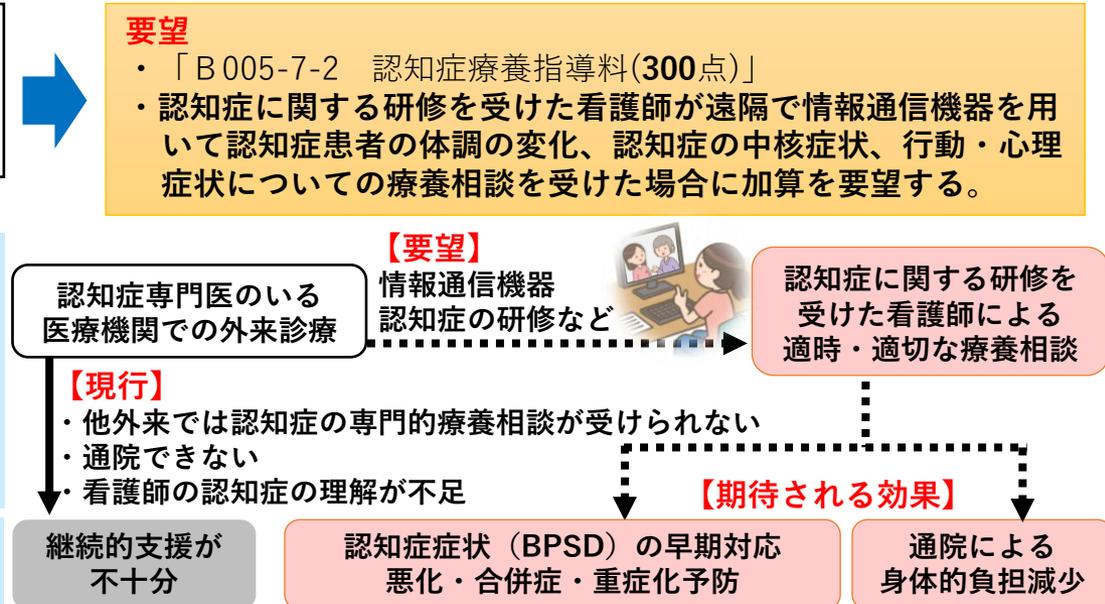


図1. 情報通信機器の活用による認知症外来のフォロー体制の必要性

## 期待される効果

- ・適時な助言による認知症の症状への早期対応、早期受診につながる
- ・認知症に伴う症状の重症化・合併症予防、早期対応による医療費の削減
- ・在宅生活における認知症療養者のQOL向上
- ・通院せずに療養相談を受けることで、認知症患者の通院に伴う身体的負担軽減

## <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.

## 【新】在宅排便管理・指導料（仮称）

排便困難な成人に対して、訪問看護師は各々の経験に基づいた排便ケアに28分間を費やす<sup>1)</sup>。水分摂取や食事・運動を含む生活指導、便秘治療薬の調整、排便効果が確立される温罨法<sup>2)</sup>を基本の技術とする在宅排便ケアパッケージ<sup>3)</sup>に基づいて排便管理・指導することで、少量ずつ頻回な排便から1回ですっきり排便できるよう変化し、アウトカムに示す成果が期待できる。つまり人件費等を削減し、良好な排便コントロールが期待できる。本学会が開催する所定の研修を修了した看護師が、訪問看護での排便ケア実施時に、フィジカルイグザミネーションによって得た情報から在宅排便ケアパッケージに基づき排便管理・指導を行った場合に加算する「在宅排便管理・指導料（仮称）」の新設を要望する。

### 現行

#### 訪問看護での排便ケア内容<sup>1)</sup>

- ・排便目的訪問看護平均2.0回/週
- ・図：1回の訪問看護時間内訳



#### 28.2分の中で実施される技術：

生活指導、便秘薬調整、腹部マッサージ、摘便、浣腸、直腸刺激、温罨法

技術の水準が看護師により異なり、直腸内に便が貯留した状態が常態化し、直腸性便秘などの排便状態が改善しないなどの問題がある。複数の排便促進技術を適切に実施し、排便管理・指導する基準確立と実装が課題である。

### 要望

本技術パッケージ<sup>3)</sup>に基づく排便ケアを月に4回以上実施した月に1回663点加算する。

\*2ヶ月目以降は、排便ケアは月に4回以上かつ15回以内で評価i～iiiを満たした月に663点加算する。

\*さらに、週に1回エコーで評価ivを確認し、毎回満たした月は1回868点の加算になる。

**対象者：**直腸診で便が触れるが、自然排便はできない便排出機能障害・直腸性便秘の状態の者  
訪問看護利用者全体の10.6%（およそ11万人）が対象として想定される<sup>1)</sup>。

#### 所定の研修を修了した訪問看護師(135名)の在宅排便ケアパッケージ<sup>3)</sup>に基づく管理・指導

<基本の実施内容>による便性状のコントロールと腸蠕動促進

食事内容・運動習慣の改善



\*歩行/座位困難には体位変換等を実施

便秘治療薬の調整



温罨法  
腹部マッサージ



蒸気温熱  
シート貼付

<必要時>

浣腸・摘便・肛門内  
刺激内による便排出



**評価** 毎回排便ケア後にi～iiiを達成する。

- 直腸診で便が触れず、示指周囲の空間が狭くなった。
- 自覚症状・便貯留症状の改善。
- 排便量が十分である。

iv.も評価することが望ましい。

iv. エコーで排便前後共にS状結腸・下行結腸の強い便貯留徴候(音響陰影を含む便貯留所見)がない<sup>4)</sup>。

排便ケア1回あたり平均24.0分（4週間の介入研究結果）

**アウトカム** 既存のケアよりも以下が期待できる。

- ・残便感等の苦痛を伴う直腸内の便貯留機会が減少し、自然排便が増加する。摘便実施回数が減少する。
- ・訪問看護以外での排便回数減少による家族介護負担軽減。
- ・排便ケア時間、訪問看護回数の減少による人件費等削減。

（4週間の介入研究結果より）

#### <引用文献>

- 1) 栗田愛ら（2024）. 全国訪問看護ステーションにおける看護師が実施する摘便と浣腸を含む排便ケアの実態調査. 日本看護技術学会第22回学術集会講演集, p.48.
- 2) Kira, I. (2015). Random Control Trial of Hot Compresses for Women Those Who Used Laxatives on Severity of Constipation and Quality of Life. JJNS, 13 (1), 95-104.
- 3) 栗田愛・武田利明（2024）. 在宅要介護高齢者のグリセリン浣腸による有害事象を回避し排便を促進する新規看護実践フローの提案. 日本看護技術学会誌, 23, 105-114.
- 4) Matsumoto et. al. (2018) . Ultrasonographic evaluation of changes over time in one defecation cycle in adults with functional constipation: A report of two cases. Drug Discoveries & Therapeutics, 12(5), 304-308.

# 「B001-13在宅療養指導料」インスリン製剤使用者に対する遠隔支援の適用

糖尿病遠隔医療ではHbA1c改善効果が認められており、医師だけでなく看護師による介入においても同等の効果が認められている<sup>1)</sup>。このことから、看護師が医師に代わり遠隔支援を行うことで、遠隔医療の推進や患者の通院負担軽減、医療費の低減、さらには、医師のタスクシフト・シェアの推進にもつながると考える。現在、インスリン製剤使用患者に対して、在宅療養指導料を算定した対面での看護支援は日常的に行われており、さらに、対面と遠隔支援に同等の支援効果が認められている<sup>2)</sup>。これらのことから、対面時に行っている患者支援技術を遠隔支援に活かし、有効な遠隔支援を行うことは可能であると考え。そこで、在宅療養指導料の算定対象者のうち、インスリン製剤を使用している者に対して情報通信機器による指導の適用を要望する。

## 背景

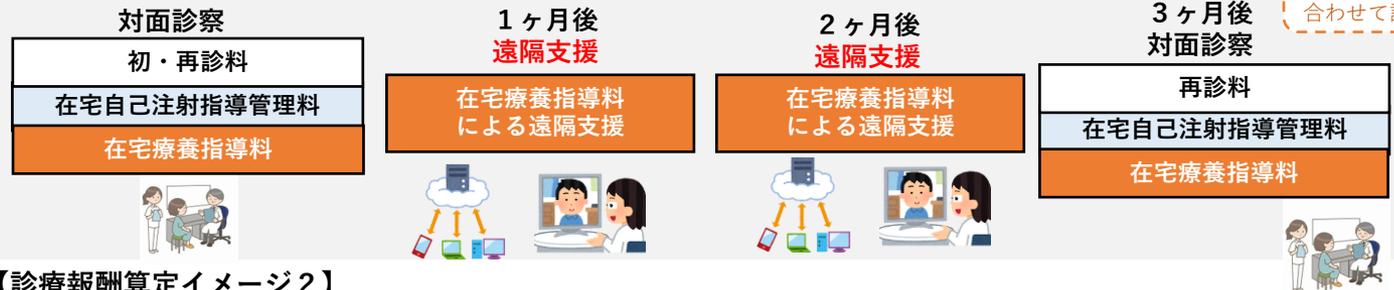
### 糖尿病領域における遠隔モニタリングシステムの進歩

- 医療機関クラウド連携ができるアプリは12種類(2024年4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の普及

### 専門性の高い看護師の増加

- 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2,646名(2024年9月)

## 【診療報酬算定イメージ1】



## 【診療報酬算定イメージ2】



## 【算定対象者】

在宅療養指導料の算定対象者であるア) 在宅自己注射指導管理料を算定している者のうち、インスリン製剤を使用している者



## 【情報通信機器を用いた在宅療養支援】

- 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・シックデイの対処方法の助言
- 血糖測定タイミングの助言
- 血糖管理に関する質問への迅速な対応

## 【有効性と根拠】

- 患者の通院負担軽減
- 医療アクセス困難者へのケア向上
- 患者医療費・医療コストの低減
- HbA1c・血糖値の改善<sup>1)</sup>
- 医師のタスクシフト・シェア

<引用文献>

1) 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.

2) 尾崎果苗, 加澤佳奈, 森山美知子. 2糖尿病腎症患者に対する遠隔面談型セルフマネジメント教育と直接面談型教育の効果の比較: 12ヶ月フォローアップ結果. 日本糖尿病教育・看護学会誌. 2017 Vol.21 No.1: 46-55.