

2013年7月9日

厚生労働省

保険医療課長 宇都宮 啓 殿

看護系学会等社会保険連合

代表 井部 俊子

(公印省略)

平成 26 年度診療報酬改定に関する要望書

人々の療養生活の場は、病院だけにとどまらず、施設や在宅へと多方面に広がってきました。看護師はどのような場においても、患者・家族の療養生活を支える中心的な役割を担っています。特に最近では、看護師の知識・技術の研鑽が積み、病院においても在宅においても、専門性の高いケアが提供されるようになってきました。そこで、平成 26 年度診療報酬の改定では、拡大している看護師の専門的機能へ重点的な評価をお願いいたします。

記

I. チーム医療を中心的に担う看護師の専門的機能への評価

病院での医療提供体制は、今やチーム医療が主流となっています。看護師は、連絡・調整機能にとどまらず、患者・家族へ直接的な支援を提供するなど、チーム医療の中心的役割を担っています。特に最近では、知識・技術の向上に伴い、看護外来のような場で専門的知識・技術を提供する機会が増加しています。看護師の専門的機能をより活用することは、患者の効果的・効率的な療養につながることを期待できます。そこで、チーム医療を中心的に担う看護師の専門的機能を評価していただきますよう要望いたします。

II. 在宅療養を支える訪問看護の専門的機能への評価

在宅医療を推進するためには、訪問看護の機能は必須であります。今や訪問看護が果たす機能は多岐におよび、昼夜を問わず、看取りケア、精神ケア、身体ケア等の手厚いサービス提供しています。このような、在宅療養を支える訪問看護の専門的機能を改めて評価していただきますよう要望いたします。また、介護報酬制度との整合性のとれた制度に改善していただきますよう要望いたします。

I：チーム医療を中心的に担う看護師の専門的機能への評価

1. 糖尿病

- 1) 糖尿病チーム加算の新設・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
- 2) 糖尿病透析予防指導管理料の対象疾患の拡大・・・・・・・・2
- 3) 糖尿病合併症管理料の点数引き上げ・・・・・・・・・・2
- 4) 糖尿病に由来する治療装具の適用拡大・・・・・・・・・・3

2. がん

- 1) がん患者カウンセリング料の見直し
 - ①算定回数の拡大・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
 - ②同席する看護師の要件拡大・・・・・・・・・・4
 - ③専門性の高い看護師によるカウンセリングの評価・・・・5
- 2) 外来がん難治性疼痛指導管理料の算定・・・・・・・・・・5

3. 精神

- 1) 専門性の高い看護師による統合失調症・気分障害患者への療養管理指導への評価・・・・・・・・・・6
- 2) 専門性の高い看護師によるうつ状態患者への外来看護相談への評価・・・・7
- 3) 統合失調症患者に対する行動マネジメントプログラムの評価・・・・7
- 4) 認知行動療法への評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・8

4. 小児

- 1) 養育支援（被虐待児対応）に関する評価・・・・・・・・・・9
- 2) 新生児特定集中治療室退院調整加算に関する担当者要件の緩和・・・・9

5. 排泄

- 1) 看護師による下部尿路障害の排尿ケアに関する評価・・・・10
- 2) 尿失禁に対する骨盤底筋訓練指導・・・・・・・・・・10
- 3) ストーマケアチームによる外来でのストーマ造設術前指導・・・・11
- 4) 在宅自己導尿指導管理料／ディスプレイ加算の項目設定の再評価・12
- 5) 閉鎖式導尿システム使用への評価・・・・・・・・・・12

6. 手術

- 1) 周手術看護外来への評価・・・・・・・・・・・・・・・・14

7. 生殖

- 1) 不妊カウンセリング料の新設・・・・・・・・・・・・・・・・14

8. 廃用症候群

- 1) 廃用症候群患者への生活行動回復への看護に対する評価・・・・15

Ⅱ：在宅療養を支える訪問看護の専門的機能への評価

1. 訪問看護療養費（精神科訪問看護は除く）への評価

- 1) 専門性等を強化した訪問看護ステーションへの評価・・・・・・・・・・16
- 2) 訪問看護ステーション利用者の情報提供先の拡大・・・・・・・・・・16
- 3) 同一日複数の訪問看護ステーションの算定・・・・・・・・・・17
- 4) 介護職員等による喀痰吸引等に係る連携（指導）への評価・・・・・・・・17

2. 看取りへの評価

- 1) 終末期緊急訪問の専門看護への評価・・・・・・・・・・18
- 2) 在宅看取り後の家族介護者への訪問看護に対する評価・・・・・・・・18

3. 在宅フットケア

- 1) 特別管理加算の対象に糖尿病足病変ハイリスク患者を追加・・・・・・・・20
- 2) 在宅フットケアの専門的訪問看護への評価・・・・・・・・・・20

4. 精神科訪問看護に対する評価

- 1) 精神科訪問看護における複数回訪問加算の新設・・・・・・・・・・21
- 2) 精神科訪問看護における看護補助者の同行訪問の回数制限撤廃・・・・21

5. 訪問看護療養費に共通する評価

- 1) 夜間・早朝訪問看護加算の見直し・・・・・・・・・・22
- 2) 退院時共同指導加算の算定要件の見直し・・・・・・・・・・22

I：チーム医療を中心的に担う看護師の専門的機能への評価

1. 糖尿病

1) 糖尿病チーム加算の新設（日本糖尿病教育・看護学会）

要望 基本診療料（入院基本料等加算）として、糖尿病チーム加算（仮称）の新設を要望する。

近年、高齢の糖尿病患者へのインスリン自己注射が導入される事例が増加しているが、入院期間の短縮化により、手技が不十分なままで退院し、インスリンを誤使用する患者も少なくない。日本糖尿病教育・看護学会における調査¹⁾によると、糖尿病に関するチーム医療体制のある施設は290（65.3%）であった。糖尿病チームが組織横断的に患者指導やインスリン療法の管理を行うことで、より安全で効果的な糖尿病診療の提供につながることが期待できる。糖尿病チームには、慢性疾患看護専門看護師、糖尿病看護認定看護師、日本糖尿病療養指導士等の、一定の研修を受けた専門性の高い看護師を配置することが必要である。また、医療安全担当者を兼任し、インスリンエラー対策等への提言が可能となることが望ましい。

以上のことから、基本診療料（入院基本料等加算）として、糖尿病チーム加算（仮称）の新設を要望する。

- 1) 日本糖尿病・教育看護学会（1996）糖尿病診療体制・インスリン療法に関する安全管理体制の全国調査、平成20年度看護系学会等社会保険連合研究助成研究の一部

2) 糖尿病透析予防指導管理料の対象疾患の拡大（日本腎不全看護学会）

要望 CKD（慢性腎臓病）患者にも算定できるよう要望する。

2011年12月31日現在の慢性透析患者数は304,592人、2011年の年間透析導入患者数は38,893人である。また、原疾患の第1位は糖尿病性腎症であるが、全体の44.2%に過ぎない現状である（資料集 p 1~2, 図 1~3）。慢性腎臓病（CKD）とは腎機能低下を呈するさまざまな疾患の総称である。2005年CKD患者は約1330万人に達しており、そのうちの580万人が末期腎不全に移行すると言われている。

CKDの概念は、推算eGFRと蛋白尿の程度によって重症度を分類し、腎機能低下の早期発見・早期治療を目指すものである。原疾患にかかわらず腎機能低下を正しく診断し適切な治療と生活習慣改善のための指導が、腎臓病の進行を遅延させ、透析治療が必要な末期腎不全に至ることを予防することとなる。CKD分類ではステージ3は腎機能低下に伴う合併症が出現し始め、本格的に薬物療法や食事療法が必要になる時期である。そのため前段階であるステージ2からの進行予防が、透析患者の減少や心血管疾患の発症リスクの低下に有効である。

以上のことから、現行の糖尿病透析予防指導管理料をCKD患者にも算定できるよう要件拡大を要望する。

3) 糖尿病合併症管理料の点数引き上げ（日本糖尿病教育・看護学会）

要望 糖尿病合併症管理料（170点）を、300点に引き上げるよう要望する。

フットケアは、角質の肥厚、鶏眼や胼胝等へのケアだけでなく、足病変に至る要因が患者の生活状況、セルフケア状況と不可分であるため、生活背景を丁寧に聞き、日常生活で患者自身が実行可能なケア方法を指導する必要がある。そのため時間と指導技術が必要であり、一定の学習を修了した専門性の高い看護師が担っている。

日本糖尿病教育・看護学会の試算によると、人件費^{※1}と消耗品^{※2}の合計は3,273円であり、現行の170点では実費分でも不足しており、医療機関の持ち出しで実施している現状である。糖尿病合併症管理料について170点を見直し、フットケアに必要な消耗品のコスト費用及びセルフケア支援にかかる人件費として、300点への引き上げを要望する。

※1 人件費：2442円/時間（看護師の時給）+250円（専門看護師・認定看護師手当5,000円/月÷20日）=2692円と試算。

※2 材料費：フットケアで使用されるヤスリやゾンデ、コーンカッターやレデューサーの刃は、感染対策のため全てディスポーザブルである。これらの消耗品にかかる費用は、1回あたり消耗品581円が必要である。

4) 糖尿病に由来する治療装具の適用拡大

(日本創傷オストミー失禁管理学会, 日本糖尿病教育・看護学会)

要望 糖尿病性足病変の治療目的に使用する装具に対する評価を要望する。

我が国において、糖尿病性足病変（足潰瘍）をもつ糖尿病患者は、年間推定 5.6 万人といわれている。これらの患者に対し適切な装具を使用することは、足病変の重症化予防・再発予防に重要であることが報告されている^{1) 2)}。

現行の処置料（義肢装具採寸法および治療装具採型法）は、適用項目に糖尿病性足病変が記載されていないため算定できない。

糖尿病性足病変に対する装具が使用できないと、足病変の重症化による患者の QOL の低下や、重症化に伴う医療費拡大（資料集 p 3, 表 1~2）に至ることが予測されるため、糖尿病性足病変に対する治療装具への評価を要望する。

1) Guidelines for the prevention of diabetic ulcers 4. Protect the diabetic foot.

2) Guidelines for the treatment of diabetic ulcers Guidelines for offloading for treatment of diabetic ulcers

3) インフォームドコンセントのための図説シリーズ 糖尿病のフットケア, 5. フットケア –再発予防編 門脇孝, 真田弘美 他: 株式会社 医薬ジャーナル社

4) 創傷をいかに治すか 糖尿病フットケア・Limb Salvage へのチーム医療 第 8 章 潰瘍治療・予防のためのフットウェア, 市岡 滋, 寺師浩人 編著: 克誠堂出版 株式会社

5) 創傷のすべて 第 II 章 慢性創傷 6. 糖尿病性潰瘍 治療用装具と治療用フットウェア 市岡 滋 監修, 安部正敏, 溝上祐子, 寺師浩人 編著: 克誠堂出版 株式会社

2. がん

1) がん患者カウンセリング料

①算定回数の拡大（日本緩和医療学会、日本がん看護学会）

要望 がん患者カウンセリング料の算定回数の拡大を要望する。

がん患者の診療方針等に関する説明は、診断時のみならず、病状の経過に合わせて頻繁に実施されている。特に、再発や転移によって病状が変化した時や、緩和ケア施設等への転院時には、十分な時間を確保し、丁寧なカウンセリングを実施する必要がある。

現在は、「患者1人につき1施設1回限り」しか算定できない。治療方針（中止を含む）の決定に、医療者と患者とが十分な時間を確保して話し合いができるよう、算定回数の拡大を要望する。

②同席する看護師の要件拡大（日本緩和医療学会）

要望 緩和ケアの経験を有する専従看護師が同席した場合にも算定できるように要望する。

緩和ケア診療加算の算定基準になっている「緩和ケアの経験を有する専従看護師」は、緩和ケア診療加算の対象外の患者に係わる業務を行えないため、がん患者カウンセリング料を算定することができない。しかし、再発・転移時や緩和ケア施設等への転院を検討する時期には、緩和ケアの専門的知識が求められ、緩和ケアの経験を有する専従看護師の同席が患者・家族に与える利益は大きい。緩和ケア診療加算対象外の患者に対し、緩和ケアの研修を修了した医師（現行通り）と、緩和ケアの経験を有する専従看護師が同席した場合にも算定できるように要望する。

③専門性の高い看護師によるカウンセリングへの評価（日本がん看護学会）

要望 専門性の高い看護師が単独でカウンセリングを実施した場合にも算定できるように要望する。

がん診療連携拠点病院 377 施設を対象とした調査において、がん患者カウンセリング料を算定している施設が 43.6%と半数に満たない状況が報告されている。医師と看護師が同席して実施するという要件が満たせないことが要因の一つであると考えられる。そこで、がん領域に精通しており、国及び関係団体等が主催する 6 か月以上かつ 600 時間以上の修了証が交付される研修を修了した専門性の高い看護師が、医師や患者の同意のもと、治療法的意思決定等のカウンセリングを実施した場合にも算定できるように要望する。

2) 外来がん難治性疼痛指導管理料の算定（日本がん看護学会）

要望 外来通院中のがん患者の難治性疼痛への指導管理に対し、外来がん難治性疼痛指導管理料（仮称）の算定を要望する。

現行の診療報酬では、がん性疼痛治療に関する報酬は WHO 方式のがん性疼痛の治療法に基づき、計画的な治療管理及びおよび療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月 1 回 200 点または 100 点の算定とされている。

しかし、がん性疼痛が身体的に難治性の場合や、心理・社会的な要因が複雑に絡み合ってがん性疼痛が複雑化する場合がある。これらのケースでは、医師や看護師などが患者の個別の状況をよく把握し、総合的に関わる必要があり、外来で繰り返しの対応や長時間の面談が必要な場合が多い。

がん診療連携拠点病院は、このような難治性のがん性疼痛治療を積極的に担当し、緩和ケアセンターの機能を発揮する役割が求められることから、がん診療連携拠点病院における外来がん患者の難治性疼痛について、外来がん患者の難治性疼痛管理指導料（仮称）の算定を要望する。

3. 精神

1) 専門性の高い看護師による統合失調症・気分障害患者への療養管理指導への評価 (日本精神保健看護学会)

要望 統合失調症・気分障害・ストレス関連性障害患者に対する、専門性の高い看護師による退院前後の集中的療養管理指導に対する評価を要望する。

現在、精神疾患患者数は約 302 万人であり、気分障害患者が最も多く、次いで統合失調症、認知症となってきた。また全入院患者の 65 歳未満の患者では、入院 1 年未満の患者は 35%、入院 1 年以上 5 年未満は 30%、入院 5 年以上 10 年未満は 13%、入院 10 年以上は 22%と、精神疾患患者の入院期間は依然として長い状態が続いている。

長期入院の理由としては、社会資源の断片化、包括的支援のモニタリングの欠如、資源を統合する人材不足が挙げられている¹⁾。長期入院患者に対して専門性の高い看護師が継続的に療養管理指導を行うことにより、再入院を予防し、地域生活期間が長くなるという研究結果が出ている²⁾³⁾⁴⁾。精神看護専門看護師等の専門性の高い看護師が、退院前 1 か月から退院後 3 か月間、集中的な療養管理指導(文献では、集中包括型ケア・マネジメントと呼んでいる)を行うことで、精神障害者の再入院・長期入院を予防し、地域における生活の定着を促進することができる³⁾ことから、専門性の高い看護師による集中的療養管理指導(特に外来)に対する評価を要望する。。

1) 西尾雅明：脱施設化の概念とこれからの精神保健・医療・福祉機能分化の方向性，病院・地域精神医学，45(4)：P5-11，2003

2) 宇佐美しおり，矢野千里，野末聖香他：病状が不安定な精神障害者の自立支援における退院支援ケア・パッケージ作成とパッケージを含む集中包括型ケア・マネジメントモデルの開発，INR,32(1),P88-95，2009

3) 宇佐美しおり，中山洋子，野末聖香他：長期入院となりやすい精神障害者への修正版集中包括型ケア・マネジメントの評価に関する研究，44(3),318-332,2011

4) 福川麻耶，宇佐美しおり，中山洋子：再入院を繰り返す精神障害者への M-CBCM および IPS モデルの開発，熊本大学医学部保健学科紀要，第 9 号，P31-45，2013

2) 専門性の高い看護師によるうつ状態患者への外来看護相談への評価 (日本精神保健看護学会)

要望 うつ状態の改善ならびに重度化予防のための、専門性の高い看護師による外来看護相談に対する評価を要望する。

現在、精神疾患総患者のうち 34.9%を気分障害患者が占め、その数は統合失調症や認知症患者より多い。日本においては 2.8 万人の自殺者数があり、先進国の中でも第 1 位と高い数値となっており、自殺患者の半数は気分障害と診断されている。自殺の原因は健康問題によるものが最も多く、身体疾患が契機となり、うつ状態や適応障害となり、気分障害へと移行し、自殺へ至ることが報告されている。うつ状態は早期の段階では気づかれにくいことが多いが、精神看護専門看護師等の専門性の高い看護師が、うつ状態を早期に発見し、危機介入、症状管理を行うことでうつ状態が改善し、うつ状態の重度化予防、自殺予防につながることを報告されている^{1~4)}。(資料集 p 4 ~6, 表 1~4)

以上のことから、専門性の高い看護師による外来を中心とした看護相談に対する評価を要望する。

- 1) 長谷川雅美：メンタル看護相談外来での治療的効果を求めて、日本精神保健看護学会誌、20(2)、P68-72,2011
- 2) 太田喜久子代表：医師と看護師との役割分担と連携の推進に関する研究、厚生労働科学研究費補助金、平成 20 年度総括研究報告書、160-171、2009 年 3 月
- 3) 宇佐美しおり・野末聖香他：慢性の身体疾患を有する患者の精神状態を改善するリエゾン精神看護技術、EB ナーシング、9(1)、34-42,2009
- 4) 宇佐美しおり・野末聖香他：中等度のうつ・不安を有する身体疾患患者への CNS による支援プロトコールの評価、第 33 回日本看護科学学会学術集会講演集投稿中、2013

3) 統合失調症患者に対する行動マネジメントプログラムの評価 (日本精神保健看護学会)

要望 外来への意向を可能にする専門性の高い看護師による統合失調症患者への「行動マネジメント」に対する評価を要望する。

日本の精神障害者の在院日数は 298.1 日と長期であり、その中でも統合失調症患者が最も長い。カリフォルニア大学は、高度実践看護師 (Advanced Practice of Nurse, APN) が統合失調症患者の幻聴や妄想に対する症状管理のための行動マネジメントプログラムを行うことで、統合失調症患者の病状管理が促進されると報告している¹⁻³⁾。現在日本でも導入し、症状管理能力が高まり、早期に外来へ移行できることが明らかとなっている⁴⁾。専門性の高い看護師 (精神看護専門看護師等) が、入院中から退院後までに 1 回 45 分間の行動マネジメントを 10 回程度実施することで、統合失調症患者の症状管理の促進、早期退院と外来への移行、地域適応が促進されることが期待できる。以上のことから、専門性の高い看護師による統合失調症患者への行動マネジメントに

対する評価を要望する。(資料集 p 7~9, 表 1~3)

- 1) Buccheri, R., Trygstad, L., Buffum, M. D., et. al: Developing an evidence-based practice for psychiatric nursing, Journal of psychosocial Nursing and Mental health Services, 48(5), p3-5, 2010.
- 2) Buccheri, R., Trygstad, L., Buffum, M. D., et. al: Comprehensive evidence-based program teaching self-management of auditory hallucinations on inpatient psychiatric units, Issues in Mental health Nursing, 31(3), p223-231, 2010.
- 3) Buffum, M. D., Buccheri, R., Trygstad, L., et. al: Behavioral management of command hallucinations: Implementation and evaluation of a 10-week course, Journal of psychosocial nursing and Mental health Services, 47(9), p32-40, 2009.
- 4) 宇佐美しおり・野末聖香ほか: 幻聴を有する統合失調症患者への CNS による行動マネジメントプログラムの評価, 第 33 回日本看護科学学会学術集会講演集投稿中, 2013, 1

4) 認知行動療法への評価 (日本精神保健看護学会)

要望 訓練を受けた看護師による認知行動療法の実施に対する評価を要望する。

認知療法・認知行動療法は、医師が多忙な診療時間内で実施することが困難である等の理由から、実施率は上がっていない¹⁾。認知行動療法がより普及するためには、実施者の拡大が不可欠である²⁾。

看護師による認知行動療法の効果は、欧米では、1980 年代頃からランダム化比較試験により検証されており、昨今はアジア圏でも進んでいる³⁾⁴⁾。国内でも、看護師の認知行動療法の実践者は増えている。看護師による認知行動療法は、症状や日常生活機能の改善に有効であり、さらに患者自身の自己管理能力を高める^{5)~8)}。実施者となる看護師は、「認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」に準拠した研修プログラム等を 20 時間以上受け、5 例以上の認知行動療法の実践経験を積んだ者を指す。訓練を受けた看護師が認知行動療法を実施すれば、患者の病状回復や再発予防、自殺予防が促進され、医療費の削減、医師の業務負担の軽減にもつながることが予測される。

以上のことから、訓練を受けた看護師による認知行動療法の実施に対する評価を要望する。

- 1) 堤俊仁:平成 22 年度診療報酬改定の検討 精神科診療所の立場から、日本精神病院協会誌、21-27、2010
- 2) 大野裕:認知行動療法の保険点数化と今後の課題、認知療法研究、1-7、2011.
- 3) Forsyth DM. F., Poppe K., Nash V., Alarcon RD., Kung S.: Meaning Changes in Negative and Positive Thinking in Patients With Depression, Perspective in Psychiatric Care, 46(4), p. 257-265, 2010.
- 4) Lusk P., Melnyk BM.: The Brief Cognitive-Behavioral COPE Intervention for Depressed Adolescents: Outcomes and Feasibility of Delivery in 30-Minute Outpatient Visits, Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 17(3), p. 226-236, 2011.
- 5) Okada Y., Nakano M., Fujisawa D.: Verifying the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Patients carried out by Nurse in Japan, 7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies(in Lima, Peru), July 24th, 2013. 発表予定
- 6) 岡田佳詠:看護師のうつ病患者への認知行動療法の効果、日本精神保健看護学会誌、20(1)、62-65、2011
- 7) 岡田佳詠:軽度の抑うつ状態の女性に対する認知へのアプローチ、聖路加看護大学紀要、30、57-65、2004
- 8) 岡田佳詠:看護師の認知療法に関する英語圏の研究の動向—有効性に関する研究を中心に—、日本精神保健看護学会誌、11(1)、1-9、2002.

4. 小児

1) 養育支援（被虐待児対応）に関する評価（日本小児看護学会）

要望 要養育支援の子ども（被虐待および被虐待疑い、虐待ハイリスク）に対する虐待対応チームの活動を評価するため、小児入院医療管理料の増点を要望する。

虐待対策は国の重要課題であるが、医療機関の対応に関しては、市町村へ情報提供を行った場合に診療報酬上の評価があるのみである。

被虐待児(疑い)が治療及び保護のために入院した場合、患児への治療および心身のケアの他に、養育支援が必要あるいは加害者とされる家族への対応に関して多科の診療科の医師および看護師、MSW など、多くの人手と時間を要している現状があり多職種連携による専門的介入が必要になる（資料集 p 10～11, 表 1, 図 1）。また、院内に虐待対応チームを置く医療施設からの通告によって虐待の発見に繋がりがやすいことが報告されている¹⁾。院内に虐待対応チームを組織する意義として、医師の負担軽減、院内・院外の連携をスムーズにする事などが報告されている²⁾。

以上のことから、院内に医師、看護師、MSW等からなる虐待対応チームが整えられおり、早期にアセスメントが実施している場合に、小児入院医療管理料の一律 100 点の増点を要望する。

1) 総務省（2012）： 児童虐待の防止等に関する政策評価書. P.32

2) 奥山真紀子（2012）：CPT マニュアル. 厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）虐待対応連携における医療機関の役割（予防、医学的アセスメントなど）に関する研究分担研究報告書.

2) 新生児特定集中治療室退院調整加算に関する担当者要件の緩和 （日本新生児看護学会／日本小児看護学会）

要望 新生児特定集中治療室退院調整加算の看護師の要件について、専任業務でも算定可能とし、新生児看護に関わる業務経験に要件緩和するよう要望する。

総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターにおいて、新生児特定集中治療室退院調整加算の算定ができていない現状がある（資料集 p 12～13, 表 1～3）。施設基準にある「看護師の専従配置」「新生児集中治療に係る業務経験 5 年以上」が満たせないことが要因と考えられる。

新生児特定集中治療室における退院調整のみを専従で行うには、人件費の確保が難しい上に、日勤業務時間を専従とする条件に現実が則していない。このことから、専従ではなく、専任でも算定が可能となるよう要望する。

また、看護師の要件にある新生児集中治療に係る業務経験と限局した要件ではなく、産科病棟経験者や助産師など、新生児看護に係る業務経験 5 年以上に緩和するよう要望する。

5. 排泄

1) 看護師による下部尿路症状の排尿ケアに関する評価

(創傷オストミー・失禁・管理学会, 日本ストーマ・排泄・リハビリテーション学会)

要望 専門性の高い看護師が行う下部尿路症状の排尿ケアに対し、「排尿指導料（仮称）」の新設を要望する。

頻尿や失禁といった下部尿路症状は、65歳以上の高齢者の約8割が有し、高齢者のQOLを低下させるうえ、尿路感染症、失禁関連皮膚炎、褥瘡、転倒・転落等の原因となる極めて重要な問題である。しかし、専門医による治療を受けないまま在宅療養に移行している現状がある。そこで、専門性の高い看護師が適切な排尿ケアを行うことで、患者のQOLの向上に寄与することが期待されている。

下部尿路症状の排尿ケアとは、診療ガイドライン¹⁾に基づいた、膀胱機能評価や症状アセスメント、保存療法（生活指導、排尿誘導、骨盤底筋訓練など）といった一連のケアを指す。このケアにより、不必要なオムツ使用を抑制したり、適切なカテーテル管理が可能となるなどの効果を上げている²⁻⁴⁾。日本創傷・オストミー・失禁管理学会および日本泌尿器科学会では、これらの排尿ケアに関わる看護師に対する教育プログラムを今秋から実施する。このプログラムの修了者や、皮膚・排泄ケア認定看護師などの専門性の高い看護師が行う、下部尿路症状の排尿ケアに対し、「排尿指導料（仮称）」の新設を要望する。

- 1) 日本排尿機能学会編集. 過活動膀胱診療ガイドライン.
- 2) Publicover et al. The effect of bladder training on urinary incontinence in community-dwelling older women. J WOCN. 1997;24:319-24.
- 3) Engberg, et al. Effectiveness of Prompted Voiding in Treating Urinary Incontinence in Cognitively Impaired Homebound Older Adults. J WOCN 2002;29:252-65.
- 4) Burgio et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. JAMA. 1998;280:1995-2000
- 5) 上田朋宏他：老人総合病院における入院患者の排尿管理について.泌尿紀要,1991,37：583-588

2) 尿失禁に対する骨盤底筋訓練指導への評価

(日本ストーマ・排泄・リハビリテーション学会)

要望 尿失禁をもつ患者への骨盤底筋訓練指導に対する評価を要望する。

手術、分娩、過活動膀胱などにより発生した尿失禁をもつ患者に対して、失禁状況改善のための骨盤底筋訓練指導を行った場合に算定を要望するものである。

骨盤底筋訓練の有効性については、多数の論文で報告されている。高齢者尿失禁ガイドライン¹⁾では、女性の腹圧性尿失禁・切迫性尿失禁への効果や、男性の尿漏出量の減少などの効果が報告されている。過活動膀胱診療ガイドライン²⁾では、骨盤底筋訓練が、女性における混合性尿失禁、切迫性尿失禁に対する効果が報告されている。

早期に尿失禁の改善が得られれば、患者の QOL は向上し、外来や外科的手術に伴う医療費や在宅における介護者負担が軽減され、尿失禁手術は減少し、オムツ費用等の社会福祉費用の削減にもつながる。そこで、尿失禁をもつ患者への骨盤底筋訓練指導に対する評価を要望する。

- 1) 高齢者尿失禁ガイドライン 平成 12 年度厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）事業. 14-21.
- 2) 過活動膀胱診療ガイドライン 日本排尿機能学会過活動膀胱ガイドライン作成委員会編,2008 : 8.
- 3) Klarskov P, Belving D, Bischoff N, Dorph S, Gerstenberg T, Okholm B, Pedersen PH, Tikjob G, Wormslev M, Hald T. Pelvic floor exercise versus surgery for female urinary stress incontinence. Urologia Internationalis 41 1986; 129-32.
- 4) Bo K, Hagen R.H, Kvarstein B, Jorgensen J, Larsen S. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence:III. Effects of two different degrees of pelvic floor muscle exercise. Neurourology & Urodynamics 9 1990;489-502.

3) ストーマケアチームによる外来でのストーマ造設術前指導 (日本ストーマ・排泄・リハビリテーション学会)

要望 ストーマケアに精通した専門職チームによる、ストーマ造設予定患者に対する外来術前指導への評価を要望する。

ストーマ造設件数は 35,181 人／年と漸増傾向にある（社会医療診療行為別調査参考）。ストーマ造設は、専用装具を用いた管理が必要不可欠であり、術前からの情報提供と指導教育が必須である。しかし、昨今の在院日数短縮化により、患者への指導教育が不十分なままで退院を余儀なくされている。

チーム医療による外来でのストーマ造設術前教育は、術後のセルフケア早期確立に有効であり、在院日数の短縮にもつながる可能性があることが明らかにされている。医師と看護師による術前オリエンテーションの有効性や⁴⁾、ストーマ造設予定患者への術前教育により在院日数が 2 日程度短縮されたという報告もある。

現在、大腸疾患および泌尿器疾患の専門医は約 6800 名、ストーマケアを専門とする皮膚・排泄ケア認定看護師は約 1500 名、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会の講習会修了者は数千人にのぼり、技術の普及は容易と推測される。

以上のことから、ストーマケアに精通した専門職チームによるストーマ造設予定患者に対する外来術前指導への評価を要望する。

- 1) Haugen V; Bliss DZ; Savik K (2006) : Perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy, J Wound Ostomy Continence Nursing 33 (5), 525-535.
- 2) Brigid M.Lynch, Anna L. Hawkes, Suzanne K. et al (2008) : Stoma surgery for colorectal cancer, J Wound Ostomy Continence Nursing 35(4), 424-428.
- 3) Jouce Pittman, Kathryn Kozell, Mikel Gray (2009) : Should WOC nurses measure health-related quality of life in patients undergoing intestinal ostomy surgery? J Wound Ostomy Continence Nursing 36(3), 254-265.
- 4) 保田尚邦, 草野智一, 中島修他 (2004) : よりよい一時的回腸ストーマとは—超低位前方切除術後アンケート調査から, 外科 66 (10), 1193-1196.

4) 在宅自己導尿指導管理料／ディスポーザブル加算の項目設定の再評価 (日本創傷・オストミー・失禁管理学会)

要望 選定療養の一類型として、患者が希望するカテーテル製品及び数量を、自己負担にて追加購入可能となるよう、ディスポーザブル加算の項目設定の見直しを要望する。

アメリカ疾病予防管理センターや、英国の National Institute for Health and care excellence のガイドラインでは、カテーテル関連尿路感染予防のために、親水性カテーテルの選択を患者ができることを推奨している。しかし、日本における現在の制度では、カテーテルの材料費が保険点数内に含まれる（在宅自己導尿管理指導料・ディスポーザブル加算）ことから、原価の高いカテーテルを用いることは医療経営側から制限されやすく、病院は保険点数内で患者の必要量を提供できる種類のカテーテルを扱うことが多い。そのため、患者が希望するカテーテルであっても、病院の承認がないために購入できず、不本意なカテーテル選択、不自由な導尿を余儀なくされている。

患者が利便性、快適性の高い製品を選択でき、十分な数量の受給ができるシステムを構築するために、選定療養の一類型として、患者の希望する材料、及び数量について保険点数を超えるものについては、自己負担にてその購入が可能となることを要望する。（給付額への変更はない。）

5) 閉鎖式導尿システム使用への評価 (日本ストーマ・排泄・リハビリテーション学会)

要望 閉鎖式導尿システムの使用に対する評価を要望する。

尿路感染症は、院内感染症の約 40%を占め、そのうち尿道留置カテーテル由来の尿路感染症は、約 80%に及ぶと報告されている。抗菌加工された閉鎖式導尿システムは、尿道留置カテーテル由来の尿路感染症の発症率を減少させる。実際に、「医政指令第 0201004 号」では尿道留置カテーテル感染対策として閉鎖式導尿システムの使用が推奨されている。Centers for Disease Control and Prevention(CDC)の「カテーテル関連尿路感染症予防ガイドライン 2009」でも閉鎖式導尿システムの使用を明記し、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業「医療機関における院内感染対策マニュアルの手引き（案）070828 ver. 5.0」にも「閉鎖式導尿システム」の使用が明記されている。しかし、閉鎖式導尿システムの材料費が 2700～4200 円であるのに対し、診療報酬では、留置カテーテル設置 40 点（処置 J-063）、特定保険医療材料 039 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル 1650 円の合計 2050 円しか計上できない。（資料集 p 14）

閉鎖式導尿システムを使用することにより、尿路感染症の発症率低減から早期退院が可能となり、尿路感染 1 件当たりにかかる治療コスト額が削減できることから、一

人当たり約 73,000 円（入院費・薬剤料・検査料）の削減に繋がる。

以上のことから、閉鎖式導尿システムを使用した場合に、採算が合う評価を要望する。

6. 手術

1) 周手術期看護外来への評価（日本クリティカルケア看護学会、日本手術看護学会）

要望 手術を受ける患者に対する、周手術期看護外来での指導・管理に対する評価を要望する

心臓血管外科手術、食道がん手術、頭頸部手術および、呼吸器外科手術は、麻酔時間も長く、人工心肺回路の使用など侵襲的手術であり、術後の呼吸器合併症などのリスクも高い。このような侵襲の強い手術を受ける患者に対し、急性・重症患者専門看護師や手術室看護師を中心として、周術期外来を開設し、術前患者のカウンセリングや合併症予防に向けた患者教育、および術後の療養指導を実施している。

実施施設では、危険性の高い深部静脈血栓症の早期発見など、術前外来の有効性が報告されている。また、手術看護師が術前に行う個別的指導は、患者が安心して手術が受けられる心理的支援となる。

以上のことから、手術を受ける患者に対し、周手術期看護外来での指導・管理に対し、評価を要望する。

7. 生殖

1) 不妊カウンセリング料の新設（日本生殖看護学会）

要望 不妊症の治療・検査およびその結果について 30 分以上説明および相談対応を行った場合に「不妊カウンセリング料（仮称）」を算定できるよう要望する。

晩婚化により、不妊症カップルが増加傾向にある一方、不妊治療は年々技術の進歩を重ね、多くの福音をもたらしてきた。しかし、長期化しがちな不妊治療の特徴から、心理的ストレスを抱えるカップルは少なくない。「健やか親子21」の取り組み目標である「不妊治療を受ける際に、患者が専門家によるカウンセリングが受けられる割合」を高め、かつ、そのケアの質の保証をすることが重要となる。

そこで、不妊症患者の心理状態に配慮した環境で、生殖医療を専門とする医師、生殖医療に精通した看護師（認定看護師等）が、患者が納得して治療方針を選択できるよう 30 分以上説明及び相談対応を行った場合に、「不妊カウンセリング料（仮称）」を算定できるよう要望する。

8. 廃用症候群

1) 廃用症候群患者への生活行動回復への看護に対する評価 (日本脳神経看護研究学会)

要望 廃用症候群患者に対し、生活行動の改善や回復への看護に対する評価の要望

要介護4・5で寝たきり生活を送る高齢者の多くは、脳血管系疾患の後遺症による、不動・不活動の状態が長期化した廃用症候群が原因である。一方、長期の意識障害者もその原因疾患に関わらず、最も重度の廃用症候群患者として生活に全介助を必要としている。廃用症候群患者に対する理学・作業療法に対する診療報酬は、早期から介入することと在宅復帰を条件として、高い診療報酬が算定されるが、廃用性障害が長期化した患者の場合は、これらの条件を満たすことが難しく算定できない。

近年、長期意識障害者における身体解放と生活再構築の看護が、厳しい廃用性障害の改善・回復に効果を挙げている。また、廃用症候群・意識障害患者の生活行動回復看護（以下、NICD）の研修を受けた看護師を中心に、リハビリスタッフと連携・協働して、廃用症候群と長期意識障害患者が生活行動を獲得している報告が行われている。NICD研修を受けた看護師は、対象者が生活行動を回復するためのアセスメント能力、介入技術力、医師・リハ専門スタッフとの調整力は高度であり、介護度の低い状態で退院を可能にするという成果を出している（資料集 p.15）。

以上のことから、廃用症候群患者への生活行動の回復の看護として、栄養アセスメントによる体力の向上、用手微振動や温浴刺激などによる関節拘縮からの解放、脳神経の可塑性に基づいた自発的な行動の誘発を組み込んだ看護計画の立案と実践に対し評価を要望する。

Ⅱ：在宅療養を支える訪問看護の専門的機能への評価

1. 訪問看護療養費（精神科訪問看護以外）の評価

1) 専門性等を強化した訪問看護ステーションの評価（日本訪問看護財団）

要望 緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師や訪問看護認定看護師の配置があり、24時間体制で在宅看取りを行う訪問看護ステーションの体制評価を要望する。

緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が他機関の訪問看護師と同行し、コンサルテーションを行った場合に当該専門の看護師に訪問看護基本療養費を算定できる仕組みができたが、他事業所との連携によることから、あまり使われていない。

そこで、専門性の高い在宅療養と連携の推進を目的とし、当該看護師や訪問看護認定看護師（平成25年度には約400人となる見込み）を事業所に配置し、24時間体制で在宅看取りも行う当該体制を評価していただきたい。

訪問看護認定看護師の配置により、医療と介護の連携、病院と在宅の医療連携等、職種間・病院・施設と在宅の連携で効果を挙げている。

※介護保険でいう「サービス提供体制強化加算」に相当する事業所評価を創設する。

2) 訪問看護ステーション利用者の情報提供先の拡大（日本訪問看護財団）

要望 訪問看護ステーション利用者の情報提供先を、病院等医療機関や介護保険施設に拡大するよう要望する。

市町村や保健所・精神保健福祉センターと規定されている「訪問看護情報提供」を入院・入所時に、病院等入院機関や介護保険施設に提供することで、利用者を中心とした切れ目のない療養が継続可能となる。

訪問看護の情報が活用されることで、一貫性のあるケアの提供につながる。病院からは退院時サマリーが送られ、訪問看護ステーションからは入院・入所時サマリーを提供して効果を上げている。以上のことから、訪問看護ステーション利用者の情報提供先を、病院等医療機関や介護保険施設に拡大し、病院等と在宅間の切れ目のない情報共有が可能となるよう要望する（資料集 p16, 図1）。

3) 同一日複数の訪問看護ステーションの算定（日本訪問看護財団）

要望 同一日に複数の訪問看護ステーションの訪問看護の算定を要望する。

1 日複数回の訪問看護を要する末期がんや特別管理加算の対象者に対して、1 か所の訪問看護ステーションしか訪問看護療養費の請求ができない。

重症度の高い利用者に対しては、療養上の世話の他、疼痛コントロールやリハビリテーションなど、訪問看護ステーションの技術力を組み合わせてサービスを提供する必要が生じる。介護保険制度では、ケアプランに位置づけることにより、複数の訪問看護ステーションの同一日算定が可能であることから、診療報酬でも、複数の訪問看護ステーションが同一日に算定可能となるよう要望する。

4) 介護職員等による喀痰吸引等に係る連携（指導）の評価（日本訪問看護財団）

要望 訪問看護師が訪問介護事業所の介護職員等へ喀痰吸引の指導・助言などを行うことへの評価を要望する。また、病院においても算定できるよう要望する。

ALS や末期がん等の在宅療養者（医療保険対象）の訪問看護で、介護職員の協力を得て喀痰吸引等医療的ケアを行う場合が多い。平成 24 年度から介護職員等が医師の指示のもとに、喀痰吸引等医療的ケアを一定の範囲において業として実施することが法律改正で認められたが、利用者の安全と安楽なケアを維持するための連携に関する評価がない。

看護師は、利用者の療養情報の提供や、同行訪問による手技の指導・確認・を行い、介護職員による喀痰吸引の安全を確保している。介護保険制度では、看護・介護職員連携強化加算 250 単位が算定できる仕組みがあるにも関わらず、診療報酬上の評価はない。以上のことから、介護職員への喀痰吸引に関する連携・指導に対する診療報酬での評価を要望する。

また、病院から退院する際に家族以外の者に喀痰吸引を指導した場合にも、病院が連携・指導に対する評価を算定できるよう要望する。

2. 看取りへの評価

1) 在宅終末期の緊急訪問看護の評価（日本在宅ケア学会）

要望 在宅終末期における時間外緊急訪問への加算を要望する。

がん 44 事例、非がん 41 事例の終末期の緊急訪問または緊急電話対応について受持ち看護師に調査した。終末期在宅ケア開始期 2 週間では緊急ニーズ発生率はがん事例 55.2%、非がん事例 37.9%であった。看取り前 2 週間では、がん事例・非がん事例ともに緊急ニーズ発生率が高く、がん事例は 71.1%、非がん事例は 62.5%であった（資料集 p.16）。終末期には緊急ニーズを事前に予防することを含めて計画訪問看護を行っていたにもかかわらず、時間を問わずニーズが発生していた。時間外訪問割増料は夜間と早朝 25%、深夜 50%であるが、緊急対応のために訪問看護事業所では看護職への時間外（早朝・準夜・深夜）および休日の手当を出してしている。従って時間外加算・訪問看護対応体制加算・連携体制加算では看護師への支払いが不足し、終末期事例が多くなればなるほど訪問看護事業所は圧迫されやすい。また看護師に負担が大きく、マンパワー的に対応困難になる現状であり、新しい利用者の受入れを制限することが多い。事業所の事例数を減らすことによって、さらに訪問看護事業所の経営は圧迫される。終末期の時間外訪問看護での加算を要望する。

1) 島内 節他：広島在宅ケア研究会平成 24 年度報告書「在宅終末期緩和ケアパスの評価によるケアの充実およびケアシステムの改善に関する研究」P.54～60

2) 在宅看取り後の家族介護者への訪問看護に対する評価（日本在宅ケア学会）

要望 在宅終末期の看取り後の家族介護者の健康支援、グリーフケアとしての訪問看護の新設を要望する。

在宅看取り後に実際に訪問看護師は家族を訪問しているが、これについては料金化されていない。平成 24 年度看取り後の家族とその事例受持ち看護師の対応組み合わせによる同一質問紙調査を行った。がん 28 事例と非がん 29 事例の家族介護者は看取り過程での介護負担が大きく、看取り後の家族介護者は疲労・健康問題、不安・不安定、悲嘆・後悔、生活の立て直しなどの問題をかかえていた。家族と受持ち看護師ともに看取り後の家族介護者への訪問看護の必要性についての認識が高いことがわかった。家族への訪問看護の希望者は、がん事例家族 63%、非がん事例家族 46.2%、看護師が訪問看護が必要と考える家族は、がん事例家族 96.3%、非がん事例家族 88.5%であった（資料集 p.17, 表 1）。

家族介護者への訪問時期については家族も訪問看護師も看取り 1 か月以内と 1 か月後までの早期に集中していた。わが国の在宅終末期ケアは家族の介護を前提として

成立している。その家族介護者は高齢者であることも多く、看取り後の家族介護者の疾病発生予防・疾病悪化予防・要介護状態予防・うつなどの精神的ケアが必要である（資料集 p.17, 表 1、表 2）。家族の介護時間は在宅看取りを意図した在宅ケア開始期(2 週間)に約 9 時間/日、特に臨死期（死亡前 2 週間）では 13～14 時間/日であった（資料集 p.17, 表 3）。この対象者への訪問看護は、看取り後の疾病予防やケアによって介護者にとっての効果のみでなく、将来の介護費や医療費の抑制の効果もあると考える。

以上のことから、看取り後の家族介護者への訪問看護の新設を要望する。

文献：島内 節他：広島在宅ケア研究会平成 24 年度報告書「在宅終末期緩和ケアパスの評価によるケアの充実およびケアシステムの改善に関する研究」P.38～P.42

3. 在宅フットケア

1) 訪問看護療養費【特別管理加算】の対象に糖尿病足病変ハイリスク患者を追加 (日本糖尿病教育・看護学会)

要望 訪問看護療養費【特別管理加算】の対象に、糖尿病足病変ハイリスク患者を追加することを要望する。

近年、訪問看護の場で、糖尿病足病変予防のためのフットケアの必要度が高まり、フットケア研修を受ける訪問看護師が増加している。糖尿病有病率から推定しても、訪問看護利用者の糖尿病合併症予防としてのフットケアへのニーズが高く、それに応えるために訪問看護師がフットケアに努力している現状が推察される。

糖尿病足病変ハイリスク患者とは、足病変の国際ナショナル・コンセンサスで示されている「病歴聴取と臨床検査で発見できる危険因子」¹⁾があり、さらに生活状況、セルフケア状況、全身状態から予防的フットケアの必要性が高いと判断される人²⁾である。このような患者に対し手厚いフットケアが実施できるよう、訪問看護療養費【特別管理加算】の対象に、糖尿病足病変ハイリスク患者を追加するよう要望する。

1) 糖尿病足病変に関する国際ワーキンググループ（編），内村功，渥美義仁（翻訳）（2000）：糖尿病足病変：国際ナショナル・コンセンサス，医歯薬出版

2) 日本糖尿病教育・看護学会編（2009）：糖尿病看護フットケア技術第2版，日本看護協会出版会

2) 在宅フットケアの専門的訪問看護に対する評価（日本在宅ケア学会）

要望 在宅におけるフットケアに対し、訪問看護料の新設を要望する。

在宅療養者の足病変に対し、訪問看護師によるフットケアが実施されているが、多くが訪問時間内での実施は時間不足で困難であることが報告されている。

東京 23 区の訪問看護ステーション 12 件とデイケア 2 件の利用者(ターミナル期除外)691 名を対象とし、フットケアの実態を調査した結果、足・爪白癬の罹患率は 4.4 人に 1 人 (22.7%) の割合であった。さらに、白癬陽性者の 86.6%が放置状態にあるため、専門的なフットケア介入の必要性が明らかとなった。また、在宅療養者の足・爪白癬に対するフットケアと治療の介入により、「1.白癬診断結果の変化」、「2.介護度の改善」、「3.足爪の状態の改善」、「4.皮膚の症状の改善」、「5.足の清潔にたいする満足度」等に効果があった。(資料集 p.17～19)

以上のことから、在宅療養者へのフットケアを 20 分以上 (316 単位) と 40 分以上 (632 単位) を設定し、リハビリテーション体系同様の報酬を要望する。

1) 内田恵美子他：公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団 2010 年度(後期)在宅医療助成金事業「足・爪白癬のケアと治療に関する都市部在宅ケア連携支援システムの開発報告書」2013.5.

4. 精神科訪問看護に対する評価

1) 精神科訪問看護における複数回訪問加算の新設（日本訪問看護財団）

要望 精神科訪問看護基本療養費の加算として、「複数回訪問加算（仮称）」の新設を要望する。

精神科以外の訪問看護では、「基準告示第2の1」に規定する疾病等（別表第7、第8）の利用者及び特別訪問看護指示書を交付された利用者では、毎日の訪問が可能であり、更に1日に2回又は3回以上の加算「難病等複数回訪問加算」がある。

一方、精神科訪問看護基本療養費の加算には「難病等複数回訪問加算」がないため、病状不安定等で頻回な訪問看護が必要になり、「特別訪問看護指示書」が交付されても1日1回限りの算定しかできない。

精神科以外の訪問看護同様に、1日複数回の訪問看護の算定を可能としていただきたい。

2) 精神科訪問看護における看護補助者の同行訪問の回数制限撤廃（日本訪問看護財団）

要望 複数名訪問看護加算に置いて、看護補助者の同行訪問の回数制限の撤廃を要望する。

病院からの精神科訪問看護・指導料にかかる訪問の約90%が同行訪問による実態がある一方で、訪問看護ステーションからは、スタッフも少ないため単独訪問が多い。

利用者と訪問看護従事者双方の安全性やメリットを勘案して、看護補助者等との同行は週1回ではなく、回数制限なく訪問可能としていただきたい。（資料集 p.20）

※精神科以外の訪問看護では看護補助者との同行訪問に回数制限がない。

5. 訪問看護療養費に共通する評価

1) 夜間・早朝訪問看護加算の見直し（日本訪問看護財団）

要望 夜間・早朝訪問看護加算については、1日のうちに夜間と早朝の2回訪問した場合に2回分の評価を要望する。

夜間・早朝訪問看護加算の算定について、1日のうちに夜間の時間帯と早朝の時間帯それぞれに訪問した場合に、2回の算定を可としていただきたい。

現行制度では、例えば早朝7時に訪問して、夜間19時に訪問し、1日に2回訪問しても「夜間・早朝訪問看護加算」は1日に1回しか算定できない。1日のうちでも「夜間・早朝訪問看護加算」と「深夜加算」はそれぞれに算定可となっている。（資料集 p.20）

2) 退院時共同指導加算の算定要件の見直し（日本訪問看護財団）

要望 退院時共同指導加算の算定要件緩和を要望する。

退院支援指導加算では、加算であっても退院当日の訪問看護として評価されており、翌日に初回の訪問看護が発生しなかったとしても算定できる。

同様に、入院中に退院時共同指導を行ったことの実績を評価し、退院できなかった、あるいは転院した場合にも算定できるようにしていただきたい。