

2017年6月30日

厚生労働省
老健局長 蒲原 基道 殿

一般社団法人 看護系学会等社会保険連合
代表理事 井部 俊子

平成 30 年度介護報酬改定に関する要望書

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を目前に控え、高齢者が住み慣れた地域でいきいきと暮らすための地域包括ケアシステムの整備が急速に進んでいます。特に近年は、在院日数の短縮化や疾病構造の変化により、地域で暮らす人々が切れ目のない医療と介護を受けられる仕組みづくりが重要な課題となっています。看護師は、地域包括ケアシステムの様々な場において、高齢者とその家族の療養生活を支える中心的な役割を担っています。看護師による専門的な知識・技術の提供やアクセスのしやすさ、職種間や施設間における調整機能は、高齢者とその家族に安全・安心な医療・介護を提供することにつながります。そこで、平成 30 年度介護報酬改定では、質の高い看護ケア提供を可能とする仕組みへの評価と、介護保険制度の効率化に向けた制度の見直しの、2 点を要望いたします。

記

I. 質の高い看護ケア提供を可能とする仕組みへの評価

疾病構造の複雑化に伴い、在宅医療や介護の現場では医療者による支援ニーズの高い高齢者が増加しております。そのような中で、医療と介護の場を横断的に活躍できる看護師を有効に活用するための評価を要望します。また、看護教育の高等化に伴い、在宅医療や介護の場における高度看護実践看護師の活用を促進する評価を要望します。

II. 介護保険制度の効率化に向けた制度見直しに関する要望

現行の介護保険制度の中には、スムーズなケア提供を困難にする制度上の課題があります。高齢者とその家族が切れ目のないサービスを安心して受けられるよう、制度の見直しを要望いたします。また、「看取り看護」や「認知症看護」など、専門的な判断にもとづいて高齢者の変化に柔軟な対応ができるようにするため、ケアの一部包括化を要望いたします。

I. 質の高い看護ケア提供を可能とする評価への要望

- 要望 1** 専門性の高い看護師を介護施設に配置することへの評価・・・・・・・・・・ p.1
- 要望 2** 療養通所介護における重症ケアへの評価・・・・・・・・・・ p.2
- 要望 3** 医師の「死亡診断」に係る訪問看護師からの情報提供への評価の新設・・・・・・・・ p.3

II. 介護保険制度の効率化に向けた制度見直しに関する要望

- 要望 1** 訪問看護ステーション併設の居宅介護支援事業所を特定事業所集中減算の
対象外サービスとする・・・・・・・・・・ p.4
- 要望 2** 看護職員による居宅療養管理指導の有効活用を目指した指定手続き等の見直し・・ p.5
- 1) 訪問看護事業所が居宅療養管理指導を実施する際「みなし指定」にすること
 - 2) 「定期的に通院又は訪問診療を受けている場合」であっても算定を可能とする
 - 3) 主治医による指示のみで看護職が居宅療養管理指導を実施できる仕組みの構築
 - 4) 算定可能な期間と回数を他の職種と同様に改定する
- 要望 3** 訪問看護の一部包括支払い化の検討・・・・・・・・・・ p.8

I. 質の高い看護ケア提供を可能とする評価への要望

要望 1 専門性の高い看護師を介護施設に配置することへの評価

【日本老年看護学会】

介護保険施設において、看取りやターミナルケアに関する専門的な教育を受けた看護師の配置への評価を要望する。

超高齢社会を迎えた我が国では、介護施設での看取りは今後も増加していくことが予測される。しかし、介護施設における看取りやターミナルケアの実施体制は十分とはいえない^{1) 2)}。その背景には、介護施設において、看取りや緩和ケアに関する教育を受けた看護師の配置が非常に少ないことが考えられる。一方、諸外国の研究報告によると、米国では、介護施設の入居者に対する緩和ケアによって、家族の満足度の向上、不快感の減少、入院の減少といった有効性が報告されている³⁾。さらに、オーストラリアの **Johanna Briggs Institute** のレビュー結果 (2011)⁴⁾によると、11 件の量的研究と 39 件の質的研究の結果から、進行した認知症の人の痛みや興奮などに対する緩和ケアが有効であることが示唆されている。

社会福祉施設における看取りケアに関する調査 (2013)⁵⁾によると、質の向上を目指した体制整備や研修へのニーズが多く、従事者の専門的学習の必要性が示唆されている。そのため、専門看護師等の専門的な教育を受けた看護師が配置されることによって、介護施設における看取りの実践だけでなく、介護施設で勤務する看護師や介護士への教育機会につながり、介護施設における看取りやターミナルケアの質向上に寄与することが期待される。

以上のことから、介護施設において、看取りやターミナルケアに関する専門的な教育を受けた看護師が配置されることへの評価を要望する。

[引用文献]

1. Nakanishi M et al. (2016) Japanese Care Location and Medical Procedures for People with Dementia in the Last Month of Life. *J Alzheimers Dis* 51.(3): 747-755.
2. 厚生労働省.(2014) 社会保障審議会 介護給付費分科会 (104 回) 資料 1 平成 27 年度介護報酬改定に向けて (介護福祉施設サービスについて) .
3. Hall S et.al. (2011). Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. *Cochrane Database Syst Rev*. 11 Mar 16;(3)
4. Hines S et al. (2011) The effectiveness and appropriateness of a palliative approach to care for people with advanced dementia: a systematic review. *JBIC Libr Syst Rev*. 9(26):960-1131.
5. 神奈川県社会福祉協議会. (2013) 社会福祉施設における看取りケアに関する調査. www.knsyk.jp/s/shiryoku/pdf/25mitorityousahoukoku.pdf

要望2 療養通所介護における重症ケアへの評価

【日本訪問看護財団】

療養通所介護における人工呼吸器使用者及び気管切開のある利用者へのケアに対し、「重症者ケア加算(仮称)」の新設を要望する。

平成18年度に開始された療養通所介護事業は、医療依存度の高い要介護者を対象とした通所サービスである。現在、療養通所介護の利用者の70%は要介護5であり、1日6～8時間の長時間利用が多数を占めている(図1)。療養通所介護における医療的ケアの実施内容は、「経管栄養・胃ろう・経腸栄養」が52.1%、次いで、「吸引(気管内・口腔内・鼻腔内)」が46.8%、「褥瘡、創傷部処置」が36.8%、「膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理」が16.3%、「気管切開の処置」が17.4%、「人工呼吸器の管理」が7%などとなっており¹⁾、他の通所サービスよりも高度な医療的ケアが求められている。その一方で、療養通所介護の報酬単価が低いといった報告もあり、医療依存度の高い利用者を安全に受け入れるための報酬単価引き上げへのニーズは高い¹⁾。

以上のことから、重度要介護者を対象とした療養通所介護における実態を鑑み、医療依存度の高い重度要介護者へのケアに対する評価を要望する。中でも、高度な観察と機器の管理を必要とする人工呼吸器及び気管切開管理を要する対象者について、「重症者ケア加算(新設)」を要望する。

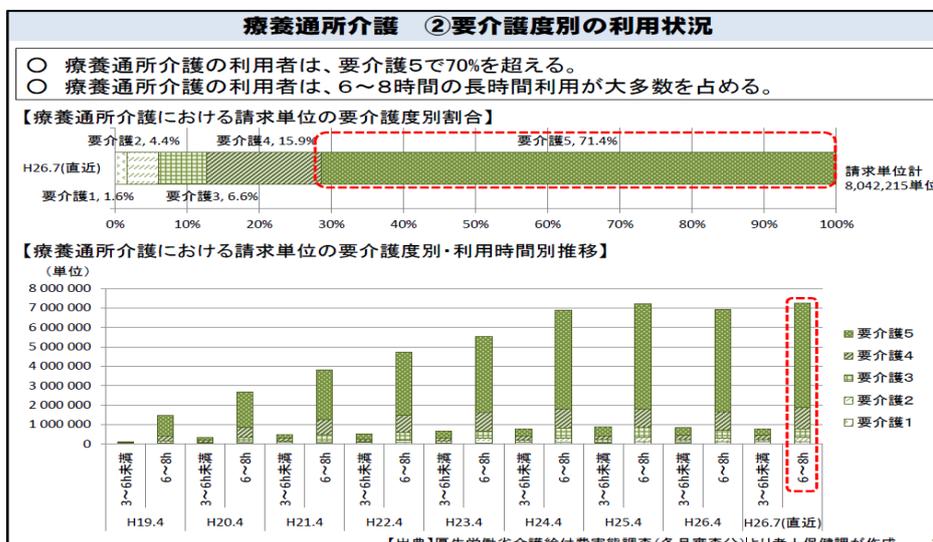


図1：療養通所介護における要介護度別の利用状況¹⁾

[引用・参考文献]

- 1) 療養通所介護を利用した訪問看護師と介護職の養成・教育試行事業報告書 2012年3月
(平成23年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康推進等事業) 財団法人 日本訪問看護財団
- 2) 介護給付費分科会 第114回 H26.11.13 資料3

要望3 医師の「死亡診断」に係る訪問看護師からの情報提供への評価の新設

【日本訪問看護財団】

看取りに関する研修を修了した看護師が、患者の看取り時の観察及び判断を情報提供することへの「ターミナルケア情報提供療養費（仮称）」の新設を要望する。

多死社会を迎えるわが国では、今後在宅での看取り数が増加すると考えられる。しかし現行の医師法では、医師の診察後24時間以上を経過してから当該患者が在宅で死亡した場合、死亡診断書作成には医師による対面での死後診察が要件となっている。そのため、特別地域や中山間地域などの医療過疎の地域では、スムーズな死亡診断を困難にしている現状がある。また、都市部においても在宅医療に従事する医師は少なく、小規模診療所の医師の夜間対応は激務であると報告されている¹⁾。このような背景から、在宅死を希望する患者を在宅で看取ることが困難となっており、結果的に、死の直前になってから近隣病院に救急搬送するなどの事案につながっている。

これらの課題について、政府の規制改革推進会議の医療・介護・保育ワーキンググループでは、訪問看護師の情報提供によって、医師が対面での死後診察を経なくても死亡診断書の作成が行えるよう、死亡診断に関する規制緩和への議論が行われている。遠隔医療の発展により、相当の研修を修了した看護師が死の三兆候等を確認した結果を主治医に情報提供を行えば、在宅でのスムーズな看取りを行う一助に成り得る。

以上のことから、死の三兆候等の看取りに関する相応の研修を修了した看護師が、患者の看取り時の観察及び判断を行うことに対し、訪問看護ターミナルケア療養費とは別に、「ターミナルケア情報提供療養費（仮称）」の新設を要望する。

[引用文献]

1) 厚生労働省医政局：第2回全国在宅医療会議（2017年3月15日）資料

II. 介護保険制度の効率化に向けた制度見直しに関する要望

要望1 訪問看護ステーション併設の居宅介護支援事業所を特定事業所集中減算の対象外サービスとする 【日本訪問看護財団】

訪問看護ステーション併設の居宅介護支援事業所を特定事業所集中減算の対象外サービスとすることを要望する。

平成18年4月、介護保険において、介護支援専門員の公正・中立なケアマネジメントの実施、及びサービスの質の向上を目的として、特定事業所集中減算が新設された。また、平成25年4月からは、「囲い込み」を防ぐ機能強化として、判断の基準となる事業所の偏りの割合（集中割合）を90%から80%へ引き下げ、また、判定対象サービスが医療系サービスにまで拡大が行われ、訪問看護もその対象となった。

そのため、居宅介護支援事業所を併設し、難病等医療ニーズの高い要介護者、ターミナルケア加算や特別管理加算の対象者へ訪問看護を提供している訪問看護ステーションにおいては、特定事業所集中減算の対象となっている。減収を避けるために、意図的に他の居宅介護支援事業所へ振り分ける実態もあり、利用者本位のケアプランが作成されないことになる。特定事業所集中減算では、「正当な理由」を記載し市区町村が審査し認められた場合には減算の対象外となることが明記されているが、市区町村の多くが「正答な理由」を認めていない実態がある。

以上のことから、訪問看護ステーションが併設している居宅介護支援事業所が、利用者の立場に立ってケアプランが作製でき、利用者の不利益にならないように、特定事業所集中減算の対象外にすることを要望する。

【介護保険】訪問看護等医療系サービスにおける特定事業所集中減算について¹⁾

(1) 居宅介護支援事業所の併設

n=717

1. 併設している	325	45.3%
2. 併設していない	375	52.3%
3. 無回答	17	2.4%

(2) 特定事業所集中減算について、訪問看護等医療サービスを対象外とする要望

n=325

1. 希望する	215	66.2%
2. どちらともいえない	90	27.7%
3. 希望しない	12	3.7%
4. 該当しない	1	0.2%
5. 無回答	7	2.2%

[引用文献]

1) 日本訪問看護財団「平成30年度介護・診療報酬改定に関するアンケート」2016年11月

※開設1年以上の財団会員訪問看護ステーション1,513か所中717か所回収（回収率47%）

要望2 看護職員による居宅療養管理指導の有効活用を目指した指定手続き等の見直し
【日本訪問看護財団】

看護職員による居宅療養管理指導の有効活用を目指した指定手続き等の見直しについて、以下4点を要望する。

- 1) 訪問看護事業所が居宅療養管理指導を実施する際「みなし指定」にすること
- 2) 「定期的に通院又は訪問診療を受けている場合」であっても算定可能とする
- 3) 主治医の指示のみで看護職が居宅療養管理指導を実施できる仕組みの構築
- 4) 算定可能期間・回数を他職種と同様に改定する

介護保険利用者は、老化に起因する障害だけでなく、がんや難病、慢性疾患等を抱えており、継続的な治療や急性増悪への対応を必要としている。そのような利用者のケアプラン作成においては、ケアマネジャーと看護職が、療養生活に関する情報を共有した上でケアプランを作成することが望まれる。看護職員による居宅療養管理指導料の算定要件を見直すことにより、ケアプラン作成の前段階で看護職が利用者に関わることができ、看護職が医学的・予防的視点でアセスメントした結果をケアマネジャーへ提供することが可能となる。その結果、利用者の実態に沿ったケアプランの作成に繋がることが期待できる。また、現行では居宅療養管理指導料を算定するための障壁が多く、あまり活用されていない実態がある。

以上のことから、居宅療養管理指導料に関する下記4点について見直しを要望する。

1) 訪問看護事業所が居宅療養管理指導を実施する際「みなし指定」にすること

訪問看護ステーションによる居宅療養管理指導では、指定を受ける必要があり、申請手続きの煩雑さ・コスト（3万円程度）が実施の障壁となっている。

一方、保険医療機関・保険薬局では、上記のような手続きは必要なく「みなし指定」で実施が可能である。そのため、看護職が行う居宅療養管理指導においても、訪問看護ステーションが実施する場合において「みなし指定」とすることを要望する。

2) 「定期的に通院又は訪問診療を受けている場合」であっても算定を可能とする

現行では、利用者が定期的に通院又は訪問診療を受けている場合、訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護等を受けている間は算定できない。

介護保険要介護者は、主治医による意見書を交付される人であり、最初から医学的管理を受け「定期的に通院又は訪問診療」を受けている場合も多い。さらに、眼科や耳鼻科、歯科診療所に通院している場合も算定対象外となる。

「定期的に通院又は訪問診療」を受けている場合も、看護職による「療養上の相談や

支援」に対するニーズは高く、要件から「定期的に通院又は訪問診療を受けている場合」を外すことが必要である。

3) 主治医による指示のみで看護職が居宅療養管理指導を実施できる仕組みの構築

看護職以外の職種の場合、主治医からの指示もしくは自らの判断で居宅療養管理指導が可能である。しかし、看護職の場合、主治医意見書の「4. 生活機能とサービスに関する意見 (5) 医学的管理の必要性」の「看護職員の訪問による相談・支援」にチェックがある者か、看護職員の訪問による相談支援の必要があると記載された者が対象であり、加えて、ケアマネジャーによるケアプランへの位置づけが必要である。

しかし、現行ではケアマネジャーによる主治医意見書の確認は必須ではなく、市区町村への開示申請によって初めて確認が可能となる。そのため、居宅療養管理指導料を算定しなかった理由として、「ケアマネジャーから依頼がなかった」と回答した割合が9割を占め、ケアマネジャーの理解不足が課題となっている。

以上より、看護職においても、他職種と同様に主治医からの指示のみで居宅療養管理指導を実施できる仕組みを要望する。それにより、看護職が利用者や家族の医療・介護ニーズに関するアセスメントを行った結果をケアマネジャーへ情報提供することができ、利用者の実態に合ったケアプラン作成することができると思う。

また、上記の仕組みの変更ができない場合は、ケアマネジャーがケアプラン作成時に主治医意見書を必ず確認できるような手続きの簡素化が必要だと考える。

4) 算定可能期間・回数を他職種と同様に改定する

看護職による居宅療養管理指導料は他の職種に比べ、算定要件等が大きく異なっている(表1)。算定回数として、「ケアプランに基づくサービス開始から6月の間に2回まで」とされているが、利用者・家族の状態をアセスメントし、その結果をケアマネジャーに情報提供していくためには、要介護認定中に利用者に訪問することが必要である。また、利用者の状況に合わせて柔軟に対応するため算定期間は定めず、月の中で算定回数を検討する必要がある。そのため、他の職種と同様の条件下でのサービス提供への変更を要望する。

表1 各職種別の居宅療養管理指導料の概要

職種	単位	算定回数	医師の指示	事業所指定 (病院、診療所、薬局又は訪問看護ステーション)
医師	503単位	月2回まで	—	保険医療機関は みなし指定
歯科医師	503単位	月2回まで	—	保険医療機関は

				みなし指定
病院又は診療所の薬剤師	553 単位	月 2 回まで	医師又は歯科医師の指示	保険医療機関はみなし指定
薬局の薬剤師	503 単位	月 4 回まで	処方医の情報提供に基づき当該薬剤師が策定した薬学的管理指導計画	保険薬局はみなし指定
管理栄養士	533 単位	月 2 回まで	計画的な医学的管理を行っている医師の指示	保険医療機関はみなし指定
歯科衛生士	352 単位	月 4 回まで	医療機関に勤務する歯科衛生士が当該医療機関の歯科医師から直接指示	保険医療機関はみなし指定
看護職員	402 単位 (看護師の場合)	新規認定、更新認定又は区分変更の際に作成されたケアプランに基づくサービス開始から 6 月の間に 2 回まで	主治医意見書の「看護職員による居宅療養管理指導」にチェック(訪問看護指示書は不要)	訪問看護ステーションは指定が必要 保険医療機関の訪問看護はみなし指定

* 単位は同一建物居住者以外の者の場合を掲載

[訪問看護財団作成]

[引用文献]

日本訪問看護財団 (2013) 看護職による居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業報告書

要望3 訪問看護の一部包括支払い化の検討

看取り看護と認知症看護における包括支払い化の検討を要望する

居宅における訪問看護は対象者の状態（年齢・疾患・医療ニーズ等）に応じて医療保険もしくは介護保険から給付を受けるが、訪問介護が受給単位の多くを占めている利用者は、状態の変化に応じて訪問看護の頻度を変更することが難しい現状にある。そのため、必要に応じ、介護保険から医療保険へ切り替えて訪問看護を行う現状がある。また、老衰や医療行為を伴わない看取りの場合は、医療保険への移行ができないため、介護保険の限度額の制限によっては必要な訪問看護を受けられない場合がある。

今後、高齢化や慢性疾患の増加、在院日数の短縮等により、在宅で生活する医療ニーズの高い対象者は増加することが予測される。特に、末期の悪性腫瘍等の患者以外の利用者の「看取り」では予後予測が困難な中、病状の急速な変化に対してタイムリーで柔軟な対応や不安を抱える家族へのケアはもちろんの事、介護職が安心して看取りのケアに取り組むことができるための教育的なかかわりが求められる。

また、今後益々増加すると予測されている「認知症患者」は病状の悪化の見極めが困難な中で、状態に応じた医療処置や家族支援が求められる。

このような利用者に対し、地域包括ケアシステムのもと、切れ目のない適切なケアを提供し、対象者が安心して在宅療養を継続し最期までその人らしく過ごすためには、状態に応じた保険給付の切り替えや加算の申請といった複雑なケア提供体制とそれに伴う支払体系では、多様なニーズに柔軟に対応することが難しいと考える。また、利用者にとってわかりやすいサービスの提供とは言い難い。

そこで、これまでの介護保険給付と医療保険給付にまたがった「出来高支払い」を、「包括支払い」という新たな枠組みで運用することを選択できる仕組みの導入を提案する。

[参考文献]

全国訪問看護事業協会(2008)：高齢者のターミナルケア・看取りの充実に関する調査研究事業