

2017 年 6 月 16 日

厚生労働省

保険局長 鈴木康裕 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(公印省略)

平成 30 年度診療報酬改定に関する要望書

我が国では、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年（平成 37 年）を見据え、総合的な医療・介護の提供体制の構築が推進されています。平成 30 年度診療報酬・介護報酬の同時改定は、その提供体制構築の基盤整備となる重要な改定であると認識しています。なかでも、患者が住みなれた地域で切れ目のないケアを受けられる「地域包括ケアシステム」の推進と、増大し続ける社会保障費の中で質の高い医療・介護の効率化・適正化を目指すことが、喫緊の課題であると考えます。

一般社団法人看護系学会等社会保険連合は、この 2 つの課題を平成 30 年度同時改定に向けた重点項目として位置づけ、加盟学会・団体とともに議論を重ねてまいりました。看護が、患者・家族の医療と介護をつなぐ機能を発揮し、人々のより良い暮らしに貢献できるようにするため、以下に対する評価を求めます。

記

【重点要望Ⅰ】

暮らしを中心に据えた医療と介護をつなぐ地域包括ケアシステムの推進に貢献する看護の評価

医療技術の進歩や、在院日数の短縮化、在宅医療の基盤整備の推進、人々の価値観の変容により、患者は病気や障害を抱えながら地域で暮らすことができるようになりました。患者の不安を軽減し、患者が自身の生活様式に添った療養方法を再獲得するためには、患者の生活に重点を置く看護の視点が必要不可欠です。なかでも、入院早期からの効果的な退院調整と、在宅療養を支える外来機能の強化が求められています。また、効果的なチーム医療のための多職種との調整、介護施設や訪問看護による専門的な医療・介護の提供など、多岐にわたる活動により患者・家族の療養生活を支え続けています。このような、看護の「つなぐ機能」に対する評価を求めます。

【重点要望Ⅱ】

予防・健康づくりを通じ、医療・介護の効率化・適正化実現に貢献する看護の評価

重点の対応が求められる分野として、がん、心疾患、糖尿病、肺炎、脳卒中、認知症、救急医療、小児医療、精神医療などが挙げられています。一方、社会保障費が増大する昨今においては、いかに重症化を食い止めるかが課題といえます。看護は、発症期から維持期まで、専門的ケアやリハビリテーションを実施し、重症化予防に努めてきました。このような、看護による重症化予防機能が一層発揮できるような評価を求めます。また、更なる医療・介護の効率化・適正化に向け、診療報酬・介護報酬制度に既収されている項目についての見直しを求めます。

重点要望Ⅰ．暮らしを中心に据えた医療と介護をつなぐ地域包括ケア システムの推進に貢献する看護への評価

<新規要望>

在宅

1. 「外来通院時共同指導加算(仮称)」の新設
 - 1) がん末期等の「外来通院時共同指導加算(仮称)」の新設
【日本訪問看護財団・日本看護管理学会・日本在宅ケア学会】 1
 - 2) 「小児外来通院時共同指導加算(仮称)」の新設
【日本看護研究学会】 2
2. 小児在宅ケアコーディネーター(看護師)によるケア計画立案への評価
【日本小児看護学会】 3
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】 5

<既収載項目に関する要望>

在宅

1. 「訪問看護基本療養費」における「30分未満」の新設
【日本訪問看護財団】 6
2. 助産師による退院後の切迫早産妊婦に対する訪問看護・指導料の評価
【日本助産学会】 7

小児

3. 小児を対象とした「退院支援加算1」の施設基準に含まれる「介護支援連携指導料の算定実績」の削除
【日本小児看護学会】 9
4. 小児に対する「定期の訪問看護基本料」の点数見直し
【日本看護研究学会・日本家族看護学会】 10
5. 重症児について「退院時共同指導加算」の算定回数の増加
【日本在宅ケア学会・日本訪問看護財団】 12

重点要望Ⅱ．予防・健康づくりを通じ、医療・介護の効率化・適正化の実現 に貢献する看護への評価

<新規要望>

小児

1. 要支援児対応に関する専門チームへの評価
 合同提案*【日本小児看護学会・日本小児科学会・日本小児救急医学会】 ……13
2. 専門性の高い看護師による小児慢性特定疾病患者等への外来看護相談に対する評価
 【日本小児看護学会】 ……15

生殖

3. 「不妊治療管理指導料（仮称）」の新設
 合同提案【日本生殖看護学会・日本生殖医学会】 ……17

慢性期

4. CKD（慢性腎臓病）に対する医療チームの介入を評価する指導管理料の新設
 合同提案【日本腎不全看護学会・日本腎臓学会】 ……18

<既収載項目に関する要望>

がん

1. 「がん患者指導管理料 1・2」の算定回数の増加
 【日本がん看護学会】 ……20
2. 「がん患者指導管理料 1・2」の算定要件に小児専門看護師の追加
 【日本小児看護学会】 ……21
3. 重症度、医療・看護必要度におけるがん治療に関する評価の見直し
 【日本がん看護学会】 ……23

急性期

4. 「特定集中治療室管理料」の施設基準への要件追加
 合同提案【日本クリティカルケア看護学会・日本救急看護学会・日本集中治療医学会】
 ……………24

5. 多職種連携による周術期管理チームによる「麻酔管理料（Ⅲ）・（Ⅳ）」の追加 合同提案【日本手術看護学会・日本麻酔科学会】	26
---	----

6. 「夜間休日救急搬送医学管理料」の施設基準の見直し 【日本救急看護学会】	28
---	----

周産期

7. 助産外来および院内助産所を設置している体制の評価 【日本助産学会】	30
---	----

慢性期

8. 「糖尿病合併症管理料」の要件拡大 【日本糖尿病教育・看護学会】	32
---------------------------------------	----

* 合同提案とは、「内科系学会社会保険連合」または「外科系学会社会保険委員会連合」に所属する学会と合同で検討された提案のこと。

I. 暮らしを中心に据えた医療と介護をつなぐ地域包括ケアシステムの 推進に貢献する看護への評価

<新規要望>

I-新-1 「外来通院時共同指導加算（仮称）」の新設

要望1) がん末期等の「外来通院時共同指導加算（仮称）」の新設を要望する。
【日本訪問看護財団・日本看護管理学会・日本在宅ケア学会】

日本訪問看護財団が実施したアンケート調査によると、在宅療養者の外来通院時に立ち合い、医師や看護師・理学療法士等と在宅療養に関する連携の経験がある訪問看護師は52.1%と過半数以上であった。しかしながら、訪問看護提供の場は居宅であるため、療養生活の支援を目的とした外来通院の同行や外来での同席は、診療報酬上算定されない。特に、末期がんの高齢者や重症児、精神科疾患、認知症のある在宅療養者は、外来で主治医の説明を十分理解できないことも多く、主治医の指示等が在宅療養に反映されないなどのリスクが生じている。

そこで、訪問看護師が利用者と共に通院又は外来受診時に同席し、主治医に利用者の療養状況や心身状態を代弁したり、主治医から治療等の情報を得て、服薬管理や療養上必要な指導、看護の実施、適切な在宅療養生活の継続を支援する場合の評価として、「外来通院時共同指導加算（仮称）」の新設を要望する。

表1 外来通院に訪問看護師が立ちあった利用者の主傷病名 (n=374)

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

表2 外来通院に訪問看護師が立ちあうことの目的（複数回答、立ちあい無しも回答）

(n=717)

主治医の治療方針や病状の説明、検査結果の詳細確認	533	74.3%
主治医と直接話す機会の確保	409	57.0%
利用者本人や家族が医師に確認したいことの代弁	396	55.2%
末期がん患者本人、家族が服薬管理や医療処置等の理解不足・困難の補	387	54.0%
本人の思い、治療と看護を統合した訪問看護計画立案の情報収集	285	39.7%
精神疾患等の症状により単独での通院が困難	240	33.5%

【引用文献】日本訪問看護財団『平成 30 年度介護・診療報酬改定の要望に関するアンケート調査』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) 訪問看護指示書を出す主治医の診察時に訪問看護師が同席し、主治医との連携強化を図るため「小児外来通院時共同指導加算（仮称）」の新設を要望する。
【日本看護研究学会】

重症心身障害児の増加と在宅化が進み、訪問看護の必要性が増加している。在宅ケアの対象小児は、先天性の疾患や希少難病が多いため、訪問看護指示書を出している主治医が病院勤務であるため、訪問看護師が主治医と連絡が取りにくく対応に困るという問題がある。小児の状態変化についての相談や、指示内容の変更の必要性などがある場合も、家族を介してやり取りをすることが多く、タイミングよくケアの変更をすることが困難になる場合がある。

また、小児は成長・発達に伴って、医療的ケアに必要な器具のサイズや注入栄養剤の量などを適宜変更する必要がある。しかし、主治医は、受診時に親から得られる情報だけでは変更のタイミングを十分見極められず、変更が遅れる場合もある。訪問看護師が、専門職の視点で在宅における状況を判断し、主治医に情報提供することで、成長に応じた適切な指示内容へ変更することが可能となる。

上記のような必要性から、訪問看護ステーションによっては、小児の定期受診に訪問看護師が同席をしているケースもあるが、現時点では診療報酬上の評価はない。小児専門訪問看護ステーションへの聞き取り調査では、受診に同席することによって、継続的に主治医と連携ができ、これによって小児の健康状態が安定し、再入院や臨時の訪問が減少したという結果も出ている¹⁾。

以上のことから、訪問看護を受けている小児が、指示書を出している主治医の診察を受ける際に、担当する訪問看護師が同席した場合の評価として、「小児外来通院時共同指導加算（仮称）」の新設を要望する。重症心身障害児の場合には緊急受診することも多く、主治医への適切な情報提供を行うために、月に複数回算定できるよう要望する。

【参考文献】

1. 泊祐子，遠渡絹代，部谷知佐恵，市川百香里，竹村淳子，岡田摩理，赤羽根章子. 小児訪問看護における重症心身障がい児ケアの専門性，平成 28 年度看護系学会等社会保険連合研究助成報告書.
2. 泊祐子，竹村淳子，岡田摩理，赤羽根章子，部谷知佐恵，遠渡絹代，市川百香里.在宅で生活する障がい児と家族が希望する算定外サービスの実態と希望.日本小児看護学会第 26 回学術集会（別府：2016）
3. 岡田摩理，赤羽根章子，泊祐子，市川百香里，遠渡絹代，部谷知佐恵，竹村淳子.在宅で生活する障がい児と家族の状況と緊急時の訪問看護サービスの希望.日本小児看護学会第 26 回学術集会（別府：2016）

I-新-2 小児在宅ケアコーディネーター（看護師）によるケア計画立案への評価

【日本小児看護学会】

要望 小児の在宅ケア移行および継続に関して、ケアコーディネーターの役割を担う看護師によるケア計画の立案と調整活動への加算を要望する。

小児が病院から在宅に移行する場合、その調整は多くの場合、退院支援看護師または病棟の担当者が実施している。成人の場合、ケアマネージャーが在宅生活のプランを立て、必要な資源を調整し、問題発生時にも関係者との調整を行うが、小児ではその役割を担う人材が存在しないことから以下のことが問題として指摘されている。①小児では特異的な処置が多く、年齢によるケアの方法や用具も異なるため、小児特有の専門性が求められる。②児の発達や生活ステージに沿って、相談する行政の担当部署が変わっていくため連続的な支援が困難である¹⁾。③小児における自立支援法では、医療と福祉、教育など多職種連携が必要な状況であるにもかかわらず、連携する仕組みが作られていない。そのため、④小児では家族がコーディネーターの役割を担わなければならない²⁾。⑤介護保険では義務付けられている医療と福祉との連携会議がないため、サービス担当者同士が情報共有する場が少ない³⁾。⑥現行の自立支援法における相談支援専門員では、医療依存度の高い子どもの在宅支援において、ケアコーディネーターの働きを十分に果たせていない⁴⁾⁵⁾。

したがって、子どもは生活の場を医療施設から家庭に移行するのみならず、発達に伴い保育所、学校など福祉や教育機関との関わりが必要になる。しかし、これらの関連部署の連携を一元化して担う人材や仕組みがなく、家族の大きな負担になっている⁶⁾⁷⁾。

これらの問題に対して、看護師がケア計画を立案し、発達支援施設や教育機関との調整や、母親の就労のために子どもを預かる福祉施設への通所の調整など、関連職種との連携を図る活動が、愛媛県や神奈川県など一部の訪問看護ステーションではすでに実施されている。このような活動の実施者は、小児ケアコーディネーター(仮称)として、子ども特有の課題に対応できる小児看護の経験に加え、小児在宅医療のケアに詳しく、多職種との連携を担うための研修(日本小児看護学会、小児在宅ケア研究会⁸⁾⁹⁾、全国訪問事業協会など)を受けた、訪問看護ステーションと医療施設に所属する訪問看護師が望ましい。

小児ケアコーディネーターが充実することで、在宅療養する子どもの家族の負担が軽減し、医療と福祉、教育の連携が促進され、子どもの在宅ケアの質が向上すると同時に地域にある社会資源が有効に活用されることが期待できる。

以上のことから、小児ケアコーディネーターの役割を担う看護師によるケア計画の立案と調整活動に対する診療報酬上の評価（加算）を要望する。

【資料】

平成 27 年度（第 12 期）小児在宅ケアコーディネーター研修会 家庭や社会で医療的ケアを継続するお子さんご家族の生活を、子どもと家族中心のケア（ Patient & Family-Centered Care ）の視点にたち実践する看護師の育成を目指しています。
研修目的： 医療的ケア等の健康管理を行いながら家庭や社会で生活する子どもと家族に対して、子どもと家族中心の包括的な支援を提供できる看護師を育成する。 また、研修会を通して看護師の包括的支援の実践能力を高める教育プログラムを開発する。
対象者： 医療機関等で小児在宅ケアに携わる看護師で、<u>以下の 4 点を満たす方</u> ・在宅ケアが必要な児に直接関わっている。（病棟、外来、訪問看護ステーション、他） ・事例検討をする対象をもっている。 ・小児看護に関する実務経験が 3 年以上。 ・3 回の研修会<u>全て</u>に参加できる。
内容：全 3 回（4 日間） 小児在宅ケアの基礎知識（講義全 6 回） 小児在宅ケアの現状と課題、病気や障がいをもつ子どもと家族の体験と看護、終末期の看護等事例検討、グループ討議、講演など

【参考文献】

- 1) 関千夏（2013）. NICU・小児科病棟から在宅医療への移行と問題点-障がいをもつ児の在宅移行 と在宅支援の中の医療の役割, 小児内科, 45（7）, 1280-1285.
- 2) 3) 御家瀬真由他（2013）. 在宅医療を行う家族への支援, 小児内科, 45（7）, 1303-1306.
- 4) 緒方健一（2013）. NICU・小児科病棟から在宅医療への移行と問題点-受ける側として：在宅診療医-, 小児内科, 45（7）, 1286-1290.
- 5) 田村正徳（2013）. 小児在宅医療の現状と今後の展望, 小児内科 45（7）, 1206-1209.
- 6) 大久保明子他（2016）. 医療的ケアが必要な在宅療養児を育てる母親が体験した困りごとへの対応の構造, 日本小児看護学会誌, 25（1）, 8-14.
- 7) 高真喜（2016）. 在宅人工呼吸療法中の重症心身障害児と家族の在宅生活の現状と支援の検討, 日本小児看護学会誌, 25（1）, 15-21.
- 8) 奈良間美穂他（2006）. 小児在宅ケアにおけるコーディネーター教育プログラムの検討, 日本小児看護学会誌, 15（2）, 53-60.
- 9) 奈良間美穂（2012）. 「小児在宅ケアガイドライン」の意図と提案. 訪問看護と介護, 17（3）, 205-209

I-新-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

＜既収載項目に関する要望＞

I-既-1 「訪問看護基本療養費」における「30分未満」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」以外の「訪問看護基本療養費」における「30分未満」の報酬の新設を要望する。

地域包括ケアシステムにおいて、訪問看護体制を充実させることは喫緊の課題である。従来、「訪問看護基本療養費」は30分以上1時間30分未満を概ねとして報酬が設定されてきた。一方で、実態調査にて過半数の訪問看護ステーションが約30分の訪問を行っており、その内容が挙げられている（表1）。看取り期の状態観察、点滴注射の抜針、定期的なカテーテル交換やリハビリテーション等は、30分未満でも必要な看護が提供でき、費用対効果を高めることが可能である。しかし現状では、「訪問看護基本療養費」を算定するために、不必要な時間の滞在とそれに伴う利用者負担の増加、訪問看護師の訪問件数の減少が生じている。すでに、「精神科訪問看護基本療養費」においては、「30分未満」と「30分以上」が設定されている。

以上のことから、「精神科訪問看護基本療養費」以外の「訪問看護基本療養費」における「30分未満」の報酬を新設するよう要望する。

＜参考資料＞

過去6か月間において、約30分/回の訪問を「行なった」訪問看護ステーションは66.8%であった。主な内容は、「看取りや急性増悪の病状観察」が最も多く、次いで「点滴の抜去」、「気管内吸引」の順であった。その他の内容としては、精神科疾患の利用者宅への訪問（服薬確認・日常生活援助・病状観察・リハビリなど）、内服管理（内服確認・セッティング等）、褥瘡処置、ストーマの装具交換、経管栄養管理、リハビリテーション、在宅酸素療法管理などが挙げられた。

表1 約30分の訪問を行った際の看護内容（n=479）

インスリン注射	88	18.4%
気管内吸引	104	21.7%
導尿	57	11.9%
点滴の抜去	259	54.1%
看取りや急性増悪の病状観察	286	59.7%
その他	152	31.7%

【引用文献】

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%）

I-既-2 助産師による退院後の切迫早産妊婦に対する訪問看護・指導料の評価
【日本助産学会】

要望 「C-005 在宅患者訪問看護・指導料」において、「切迫早産妊婦に対する看護・指導をアドバンス助産師が行う場合」の評価を要望する。

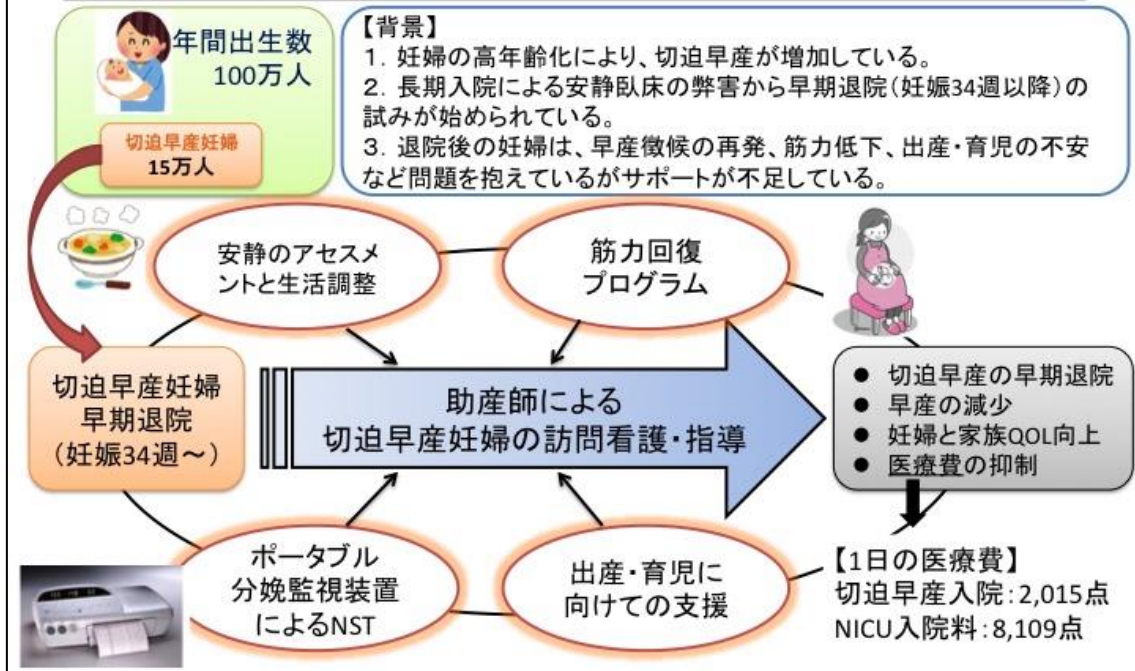
妊婦の高年齢化に伴い早産（妊娠 37 週未満）が増加しており、全分娩の 5.7%を占める。早産の原因は様々であるが、切迫早産は、規則的子宮収縮や頸管熟化傾向（頸管開大や短縮）をもって診断され、全妊婦の 15%程度とされ、早産リスクが非常に高い。日本における切迫早産の治療は、入院管理による安静と子宮収縮抑制剤の長期的な使用（long term tocolysis）が一般的である。切迫早産による入院は数か月に及ぶことが多く、長期の安静臥床が妊婦とその家族に及ぼす弊害も大きい。現在日本では、切迫早産の治療および管理方法が議論されており、切迫早産妊婦の退院時期を早める取り組みが始まっている¹⁾。

切迫早産で長期入院臥床していた妊婦は、退院後の生活において、切迫早産症状の悪化、活動と安静の調整、筋力低下、出産・育児の準備、家族関係の再構築等の多くの問題が危惧される²⁾³⁾。現状で退院後の支援は、電話でのフォローや定期妊婦健診のみであり、多くの問題を抱える切迫早産妊婦の自宅療養支援は十分であるとはいえない。

そこで、助産師による切迫早産妊婦への家庭訪問が必要と考えられる。すでに切迫早産妊婦への家庭訪問プロトコルが作成されており⁴⁾、その有効性が検討されている。また、切迫早産妊婦の家庭訪問は、2015 年度より認証が始まったアドバンス助産師による実施が望ましい。アドバンス助産師とは、日本助産評価機構から助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）レベルⅢの認証を受けた高度な専門的能力を持つ助産師である。アドバンス助産師は訪問看護にて、切迫早産症状の観察と妊婦の生活支援を的確に行うことができると考えられる。現在アドバンス助産師は全国で 1 万人を超え、マンパワーも整備された。

以上のことから「C-005 在宅患者訪問看護・指導料」において、「切迫早産妊婦に対する看護・指導をアドバンス助産師が行う場合」の訪問看護・指導料の追加を要望する。

助産師による切迫早産妊婦の 訪問看護・指導料(1,285点)の要望



<引用文献>

- 1) 馬場 聡, 小松 篤史 (2015). 妊娠 34 週以降に塩酸リトドリンを中止した症例における, 分娩時期に影響を与える因子に関する検討. 産婦人科の実際, 64(13), 2083-2087.
- 2) 長南 記志子, 加来 久美, 関島 英子 (1991). 切迫早産で長期臥床が必要な妊婦の看護. 助産婦雑誌, 45(3), 192-200.
- 3) 林 稚佳子, 植木 聖美 (2010). 安静臥床妊婦の筋力低下の現状. 新潟市民病院医誌, 31(1), 9-12.
- 4) 木原万帆 (2017). 助産師による切迫早産妊婦への家庭訪問プロトコル試案の作成, 2016 年度聖路加国際大学大学院課題研究.

I-既-3 小児を対象とした「退院支援加算 1」の施設基準に含まれる「介護支援連携指導料の算定実績」の削除

【日本小児看護学会】

要望 小児を対象とした「A246 退院支援加算 1」の施設基準に含まれる「介護支援連携指導料の算定実績」を削除し、算定可能とするよう要望する。

平成 28 年度診療報酬改定において、「A246 退院支援加算（退院時 1 回）」が新設された。「退院支援加算 1 イ一般病棟入院基本料 600 点」は、「小児入院医療管理料」にも加算可能であると明示されている。これは、今まで「新生児特定集中治療室管理料」を算定する患者、つまり NICU の入院経験がある患者のみを対象とした退院支援加算の算定状況からの大きな変化であった。

しかしその一方で、「退院支援加算 1 イ一般病棟入院基本料 600 点」の算定要件の中に、介護支援連携指導料の算定回数の規定として「算定対象病床 100 床当たり年間 15 回以上（療養病棟等は 10 回以上）」という項目がある。この「B005-1-2 介護支援連携指導料」は、退院後に介護サービスを導入する患者が対象となっているため、高齢者等を診療していない小児医療センター、小児専門病院等においては、この要件を満たすことができず、「小児入院医療管理料」を算定しているにもかかわらず、小児対象の退院支援では該当しないという矛盾が生じている。

以上のことから、改めて退院が困難な小児（退院時の年齢が 15 歳未満）に対して退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合の退院支援加算の算定を要望するとともに、小児においては、「退院支援加算 1」について施設基準に含まれる「介護支援連携指導料の算定実績」を削除し、算定可能とするよう要望する。

I-既-4 小児に対する「定期の訪問看護基本料」の点数見直し

【日本看護研究学会・日本家族看護学会】

要望 「訪問看護基本療養費」を小児（20歳未満）においては、手厚くすることを要望する。

NICUを退院した訪問看護が必要な小児は、重症度や医療依存度が高い児が多く、成人と比べ濃厚で複雑なケアを必要とする。これは小児が機能的に未熟であること、先天性疾患や希少難病が多く、標準的ケアでは対応できないこと、成長に伴いケア内容の変更の必要性があるためである。

さらに、日常的ケアは家族が行うため、状況に応じ家族が適切に対応できる指導・助言が必要となる（文献1）。成長に伴う福祉や教育サービスへの不安や悩みなど、将来を予測した相談も必要である。また、家族の介護負担が増大すると、きょうだいや家族の健康状態にも影響を及ぼし、小児の療養生活の継続にも影響するため、家族全体の生活を見越した支援は重要である。

成人の訪問看護時間は一般に30～60分程度が平均的であるが、上記の理由から小児は60～90分あるいは90分を超過する場合も多い。岐阜県の訪問看護ステーションでの聞き取り結果では、診療報酬算定外訪問がある18事例中、5事例が30～120分の超過、5事例が30分までの超過が多数回であり、これらのうち7例に多数回の臨時訪問をしていた（文献2）。しかし、現行の診療報酬制度では、時間が長くなり、複数名で行うほど、単価が低くなる設定となっている。特別管理加算や長時間訪問加算、複数名加算を算定しても、重症度が高く時間や人員を要する対象者の訪問は単価が低く、実情にあった報酬となっていない。

近年では、在宅で療養する小児が増えており、小児の訪問看護の必要性は増している。しかし、介護保険による高齢者の訪問を中心に行っているステーションでは、単価が低い上に、高度な知識や技術を要する小児の訪問看護に参入しにくく、小児の訪問看護は広がりにくい。

以上のことから、濃厚で複雑なケアに対応する実情に応じた診療報酬とするために、小児の訪問看護基本療養費を現行より手厚くすることを要望する。それによって、長時間になっても、質の高い看護を提供することができ、家族の支援にも時間をかけることが可能となる。

【参考資料】

表 1 小児訪問事例と成人・高齢者訪問看護事例の試算

(事例別の単価の比較：訪問看護ステーションの場合)

保険区分	年齢	事例の状況	ST	標準訪問時間	STの週ごとの訪問回数	訪問看護基本療養費(1)(円)	加算(円)	*1 看護師一人の時間当たりの報酬額(円)	*2 1.5倍にした額(円)
医療保険	1歳	人工呼吸器装着 胃瘻からの経管栄養 母の不安が強い 入浴介助には複数名必要でST1が担当(週1) 同患者が複数ステーションの利用	ST1	90	3	5550	特別管理加算(以下※特) 5000/12(月12回として) 日割すると、1回 約416円 複数名加算 4300(週1のみ) 乳幼児加算 500/回	3,949 (1回の報酬: 5,266)	5,337 (1回の報酬: 10,074)
			ST2	60	2	5550	乳幼児加算 500/回	6,050	8,825
	3歳	NPPV装着・高度な食事介助指導 週1回長時間希望		90	2	5550	※特 2500/8(月8回として) 日割すると、1回312円 乳幼児加算 500/回 週1回 長時間訪問(120分)	4,794	6,459
	7歳	全介助(医療的ケアなし) 食事指導・入浴に時間を要する 週1回90分までの留守番希望あり (長時間加算なし)		60	1	5550	0	4,440	6,660
				90	1	5550			
介護保険	20歳	人工呼吸器装着 胃瘻からの経管栄養		45	2	5550	※特 5000/8(月8回として) 日割すると、1回 約625円	6,175	
	75歳	全介助 胃瘻からの経管栄養 清拭等		45	2	介護報酬 30分以上 60分未満:814単位 8140円(1単位10円)	※特 500単位/8(月8回1単位10円として) 日割りにすると、1回625円	10,853	

*1 看護師一人の時間当たりの報酬額は、1週間の総収入を総訪問時間(複数人の場合は2倍)で割り、1時間換算した

*2 訪問看護基本療養費を1.5倍に試算した場合の額

【参考文献】

1. 遠渡絹代, 市川百香里, 岡田摩理, 部谷知佐恵, 泊 祐子, 竹村淳子. 算定外の訪問看護で命をつなぐ超重症心身障害児への在宅看護支援, 第42回日本看護研究学会学術集会, 146, 2016. (つくば)
2. 泊祐子, 遠渡絹代, 市川百香里, 岡田摩理, 部谷知佐恵, 竹村淳子. 診療報酬算定外サービスの訪問看護により支えられる重症児の特徴と課題, 日本看護研究学会平成27年度渉外報告(掲載予定)

I-既-5 重症児について「退院時共同指導加算」の算定回数の増加

【日本在宅ケア学会・日本訪問看護財団】

要望 訪問看護ステーションが算定する「02-4退院時共同指導加算」について、NICUを退院する重症小児では、算定できる回数を増やすよう要望する。

現行の「02-4 退院時共同指導加算」は、退院・退所につき1回（介護保険の場合、特別管理加算の算定対象者、医療保険の場合、厚生労働省が定める疾患等の利用者、特別管理加算の算定対象者は2回）に限り算定できる要件となっている。

日本訪問看護財団が実施したアンケート調査の結果、NICUを退院する重症児を受け入れた経験がある訪問看護ステーションは17.9%であり、受け入れる際に病院に訪問した回数は平均2.9回（中央値3回）であった。また、当財団主催の「小児訪問看護実践力向上と普及のための研修」終了後のアンケートでは、「調整もなく退院して、物品等の不備など最初から苦慮する場合がある。入院した時からお互い連絡し合う環境を作っていたらと思う」「入院中からの患者、医療者との関わりがほとんどないまま、在宅サービスへ丸投げで任されて、患者の気持ちの確認から始まる時があり困惑している」「病院はどちらかといえば退院させるばかりで、退院までの準備が不十分」「入院期間が短くなり、MSWから訪問看護依頼が急な事が多い。在宅の受け皿も整わないうちに在宅療養を開始するケースが増えていると思う」等と、準備不足なまま退院に至っている様子が浮き彫りとなっている。

医療依存度が高い重症児を病院から在宅にスムーズに移行するには、技術的な引き継ぎだけではなく、家族への心理的サポートや地域サービスの調整等が必須となるため、現行の回数では十分とはいえない。

以上のことから、重症児とその家族が安心して在宅療養できるよう、「退院時共同指導加算」の見直し（回数の増加）を要望する。

表1 病院に訪問した際の支援内容（複数回答可）

病院の医師・看護職員との引継ぎ	148
医療機器の取扱い	94
在宅療養生活の指導	89
地域生活支援の保健医療福祉の諸サービス等の確認	83
在宅医療処置の実地訓練	75
相談支援専門員等福祉職との連携	67
家屋の療養環境整備	49
在宅ケアをしている先輩ママへの紹介に同行	5
その他	15

【引用文献】

日本訪問看護財団『平成30年度介護・診療報酬改定の要望に関するアンケート調査』2016年11月

重点要望Ⅱ．予防・健康づくりを通じ、医療・介護の効率化・適正化の実現 に貢献する看護への評価

<新規要望>

Ⅱ-新-1 要支援児対応に関する専門チームへの評価

合同提案【日本小児看護学会・日本小児科学会・日本小児救急医学会】

要望 不適切な養育環境にある要支援児童と家族に関する専門の対策チームを設置している小児入院施設への体制加算を要望する。

要支援児童対策や児童虐待対策は、国の重要課題である。しかし、医療機関における対策に関する診療報酬上の加算は、養育支援として市町村への情報提供が行われる場合のみとなっている。医療機関は、被虐待児や不適切な養育環境にある要支援の子どもと家族を発見、保護しやすい場ではあるが、繁忙な外来診療および病棟における情報の把握、対策は多大な時間とマンパワーを要し、困難を極めている。

一方、日本小児看護学会の調査⁹⁾によると、児童虐待対策チームは小児の入院施設の62.4%にあり、チームはないが施設の中で担当者が決まっている施設は9.7%と、7割以上の施設が虐待への対策をとっていた。児童虐待対策チームは、社会的配慮から「子育て支援チーム」などの名称で設置されている施設もある。対策チームは、6～15名程度の医療職、事務職の多職種で構成される。年に5～20回程度の定期的な会議をしている施設は約20%、事例発生時に会議を開催している施設は38.5%、要保護児童対策地域協議会実務者会議に出席しているのは33.1%であり、個別の虐待事例対応の他にも日常的な活動に時間とマンパワーを投入して、虐待対応、啓発活動、地域との連携活動を行っている。

また、虐待対策チームがある施設が取り扱う事例数、通告数、地域との情報共有は、チームがない施設に比べて件数が多い(表1)。つまり、チームの存在が虐待に関する病院職員の関心を高め、早期発見、重症化の予防に貢献していることが考えられる。

以上のことから、不適切な養育環境にある小児や、要支援児童と家族への支援を専門とするチームがある小児入院施設(小児入院管理料1～5)に対する体制加算を要望する。支援チームには、小児科医、看護師、MSW、必要時に眼科、整形外科医、脳外科医などの専門医師、事務職員等が含まれることを条件とする。

表1 虐待対策チームの有無による対応数の比較

	チームあり	チームなし
対応数(件)	19.3/年	2.1/年
通告数(件)	4.1	1
地域と情報共有(件)	11.9	3.8

【参考文献】

- 1) 日本小児看護学会(2016). 平成 27 年度看保連研究助成報告書. 「小児の入院施設における虐待対策の実態」(研究代表者 日沼千尋)
- 2) NICU および GCU 入院新生児の乳児虐待発症予防を目指した多職種専門職参加型の診療体制を構築するための研究. (研究代表者 山田律子) 厚生労働省科学研究補助金平成 26 年度総括・分担報告書. P44

Ⅱ-新-2 専門性の高い看護師による小児慢性特定疾病患者等への外来看護相談 に対する評価

【日本小児看護学会】

要望 小児慢性特定疾病患者等に対し、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。

慢性疾患を抱える小児とその家族への支援は、成長発達する小児の疾病理解や自己管理に向けた指導、それを支える家族への支援、小児がんや性分化異常に関連する疾患に対する本人への告知、説明や、治療方針などについて支援体制上の課題があると言われている¹⁾。小児は成長による身体機能の変化に伴い、疾病や障害の状況、あわせて治療内容も変化し、発達に伴い入園や就学、進学、就職と生活の場および活動が変化する。加えて、児童福祉法の一部を改正する法律(H26.5.30 公布)により、「慢性に経過し、生命を長期にわたって脅かし、症状や治療が長期にわたって生活の質を低下させる疾患、長期にわたって高額な医療費の負担が続く疾患」という小児慢性特定疾病の児童等の自立を支援する²⁾という目的で、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業が始まっている。

これらの課題について、専門性の高い看護師が、小児の身体状況をアセスメントし、成長発達状況を踏まえたうえで、小児と家族の双方に意思決定支援、症状管理等の指導を行うことにより、小児慢性特定疾病患者の自己管理や成人医療への移行を円滑にすることが報告されている³⁾⁴⁾⁵⁾。専門性の高い看護師とは、小児慢性特定疾病の治療に中心的に携わる小児専門病院等や大学病院などに多く所属している小児看護専門看護師と、小児を対象とする医療機関で活動している認定看護師(がん化学療法看護、皮膚排泄ケア、糖尿病看護など)等が当たる。

しかし、外来における支援体制としては、再診料以外の診療報酬は認められていない。小児看護専門看護師による医療機関での相談実績(H26年度)によると、対象者数は多く、その対応にも多くの時間が割かれていることがわかる。(図1)。

以上のことから、小児慢性特定疾病患者等に対する、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。

所属施設	対象者 (小児慢性特定疾病 疾患郡名)	対象者数	対応回数 (述べ)
小児専門病院 n=5	悪性新生物・慢性呼吸器疾患等	272	417
大学病院 n=6	悪性新生物・慢性呼吸器疾患・慢性腎疾患・内分泌等	174	761
循環器専門病院 n=1	慢性心疾患	70	153
総合病院 n=6	悪性腎疾患・慢性呼吸器疾患・慢性心疾患・内分泌・染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群等	242	622
		758	1953

図1 小児看護専門看護師の相談

【参考文献】

- 1) 松井陽：今後の小児慢性特定疾患治療研究事業のあり方に関する研究 平成 25 年度総括・分担研究報告書：厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
- 2) 社会保障審議会児童部会 小児慢性特定疾患児への支援の在り方に関する専門委員会：慢性疾患を抱える子どもとその家族への支援のあり方報告書(平成 25 年 12 月)
- 3) 片田範子：小児医療における病院/在宅/地域をつなぐ高度実践看護師クリニックのシステム構築、平成 20～23 年度科学研究費補助金(基盤研究 A)研究成果報告書
- 4) 山上孝子他：子供から大人への移行を支援する施設を横断したチーム医療～小児期移植患者の成人科への移行支援～、移植 49: 239-239, 2014.
- 5) 水野芳子：先天性心疾患患者の妊娠・出産に関わる心理的サポートの実際、日本小児循環器学会雑誌、25(2)、84-86、日本小児循環器学会雑誌 25(2)：84-86, 2009.

Ⅱ-新-3 「不妊治療管理指導料（仮称）」の新設

合同提案【日本生殖看護学会・日本生殖医学会】

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「不妊治療管理指導料（仮称）」を算定できるよう要望する。

不妊に悩み検査や治療を受けたことがあるカップルは、増加の途を辿っている。キャリアアップを望む高学歴女性の増加や、経済的不況に伴う晩婚化が進んでいることが背景にあると言われる。不妊治療の現場では、年々、薬剤の改良や新薬の開発、治療技術の向上により、通院中の女性の生活に与える治療負担を減らす努力がなされている。しかし、妊娠の確約はなく、長期化しがちな治療の特性から心理的ストレスを抱える女性やカップルは少なくない。

不妊治療中のストレスは、治療の決定や変更時、妊娠不成立もしくは流産時、妊娠継続が不確かな妊娠初期、不妊治療終結時、治療に対する職場の無理解や仕事の調整困難時、夫婦関係の緊張がある時、サポートを得ていた家族の病気や死別時など、多様な要因で発生する。医療者には、傾聴や適切な情報提供のもと、対象者が情緒的緊張を緩和し、意思決定できるような相談支援が求められる。また、心療内科や精神科による支援が必要かどうかの判断も必要となる。そこで、不妊症患者の身体的・心理的アセスメントに加え、患者のニーズに配慮した適切な情報提供およびケアの実践が必要となる。

特に、診療報酬で対象となる不妊治療において一般に直面する以下の課題において、専門的知識を有する医師、看護師による指導を 30 分以上行った場合に「不妊治療指導管理料（仮称）」として算定できるよう要望する。

<不妊治療時の支援内容>

- ① 不妊症の診断に基づき治療開始・変更・終結に関する情報提供と意思決定支援
- ② 治療と仕事・生活の調整支援
- ③ 夫婦・職場・親戚など周囲の人との人間関係の調整・ストレス対処支援
- ④ 妊娠不成立周期もしくは流産に対する情動反応への支援
- ⑤ 不妊治療後の妊娠・出産・育児に関する支援

【参考文献】

不妊症外来における不妊相談の実態調査：日本生殖看護学会誌 14(1)，2017 現在投稿中

「定期相談日」のある施設の医師、看護師・胚培養士・臨床心理士・カウンセラーの 1 時間あたりの平均相談料は 1800～2800 円、「定期相談日」のない施設の 1 時間あたりの相談料は医師を除いて 2400～2700 円、医師の平均相談料は 5,900 円だった。

Ⅱ-新-4 CKD（慢性腎臓病）に対する医療チームの介入を評価する指導管理料の新設

合同提案【日本腎不全看護学会・日本腎臓学会】

要望 CKD（慢性腎臓病）の早期発見・進展予防、透析導入遅延、腎代替療法の療法選択サポートを目的とした医療チームの介入について、指導管理料の新設を要望する。

現在、透析患者の原疾患の第1位は糖尿病（43.7%）であるが、高齢化に伴う腎硬化症や、生活習慣の悪化、健康診断未実施者（平成26年度 特定健康診査実施率48.6%）など、今後も潜在CKD患者の増加が問題になることが予測される。

透析予防に関しては、2012年度より「B001・27 糖尿病透析予防指導管理料」が、さらに2016年には運動療法によって腎機能の改善や導入までの期間延長を期待した「腎不全期患者指導加算」が新設されたが、これらは糖尿病以外には算定できない。実際には、CKD患者の原疾患や生活背景は多岐にわたり、患者・介護者の高齢化も伴って、患者教育指導には複雑かつ高度な専門知識と技術、経験が求められる。

患者の高齢化は、通院困難な透析患者の増加、セルフマネジメント不足が予測されることによる在宅ケア担当者との連携など、介護・福祉サービスへも大きく影響する。介護サービスを利用した血液透析施設への通院費用等、市町村の医療福祉財政上も負担となっている。一方、腹膜透析（PD）は、高齢者にとって身体的、社会的、精神的メリットが大きく、末期腎不全治療の第一選択とするPDファーストの概念が提唱されているにもかかわらず、入院期間の短縮による患者教育の難しさや、患者・家族の手技への不安などが普及を妨げている。専門的な知識を持つ看護師等が、腎代替療法（血液透析、在宅血液透析、腹膜透析、腎移植または透析非導入）について説明し、患者・家族が自らの生活に合わせた治療法を選択するための意思決定支援が必要である。

CKDの進行予防は、透析導入患者の減少や、心血管疾患発症リスクの低下に有効であり、多くの国民の生命予後やQOLの維持向上に大きく寄与する。CKDステージごとの原疾患及び合併疾患の治療・管理については、ガイドラインがすでに示されている。また、CKDステージ3以下で専門的知識を持った看護師が、患者の生活指導をすることで自己効力感が向上し、透析導入を遅延できたという報告や、検査データが改善している患者の約半数は、継続的な介入により腎機能を維持できるという結果も得られている。

以上のことから、腎専門医、専門的知識を習得し経験を積んだ看護師、薬剤師、管理栄養士、腎臓病療養指導士（2017年度1200名認定予定）等の多職種で構成された医療チームが、原疾患にかかわらずCKDの発症予防・早期発見・進展予防・透析導入予防を目的として介入することに対する評価を要望する。

【参考文献】

- 1) 日本慢性腎臓病対策協議会：J－CKDI (Japan Association of Chronic Kidney Diseases Initiative) ホームページ <http://j-ckdi.jp/jckdi/index.html>
- 2) 日本腎臓学会編：CKD 診療ガイド、東京医学社、2007
- 3) 中村光江：慢性腎臓病看護の動向に関する文献的考察 日本赤十字九州国際看護大学 IRR 第8号（2010年3月）
- 4) 佐藤久光：透析看護の質的転換 CKD の視点から 日本腎不全看護学会誌 11 P4-7 2009
- 5) 日本透析医学会図説わが国の慢性透析療法の現状 日本透析医学会 2014、2015
- 6) 木村順子：慢性腎臓病に接する看護師の役割を考える 長野県透析研究会 2014
- 7) 村剛：外来CKD療養面談の実際 私立札幌病院 第19回日本腎不全看護学会学術集会・総会 2016
- 8) 上野理沙、八田告：当院における保存期腎不全検査教育入院の効果 日腎会誌 2013 55 (5) 956～965
- 9) 山縣邦弘：「CKD ステージ G3b～5 患者のための腎障害進展予防とスムーズな腎代替療法への移行に向けた診療ガイドライン2015」日本腎臓学会
- 10) 須田尚子 他：糖尿病透析予防指導の現状と今後の課題 ～全国済生会病院へのアンケート調査の結果～，糖尿病 58(10)，795-800，2015
- 11) 門浩志：専門医の介入が非早期の症例でも 教育入院実施により 緊急導入回避が期待できる 近江八幡市立総合医療センター 2017
- 12) 2009 年版 日本透析医学会「腹膜透析ガイドライン」

＜既収載項目に関する要望＞

Ⅱ-既-1 「がん患者指導管理料 1・2」の算定回数の増加 【日本がん看護学会】

要望 「B001・23 がん患者指導管理料 1・2」の算定回数の増加を要望する。

がんは1981年（昭和56年）から死因の第1位であり、今後も罹患数の増加に伴って、長期生存するがん患者の増加が予測される。

国のがん対策推進基本計画の全体目標の一つは、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減」であり、「診断期からの緩和ケア」は重点課題の一つである。再発時や終末期にも、患者の心理的な衝撃を和らげ、十分な説明を行い、納得した意思決定を支えることは、がん患者・家族にとって重要な支援となる。

このような看護技術に対する現行の診療報酬上の評価は、「B001・23 がん患者指導管理料 1（1回、500点）」と「がん患者指導管理料 2（200点）」である。

都道府県がん診療連携拠点病院の一つである神奈川県立がんセンターがん看護外来（がん患者指導管理料に対応する相談外来）において、1ヶ月（2016年3月）に「がん患者指導管理料」を算定した事例（48例）のうち、治療法等の意思決定支援を含む事例は29例であった。それぞれの病気の局面は、初回治療時11例（38%）、再発後治療時9例（32%）、終末期9例（32%）であり、各局面において支援のニーズが存在することを示していた。

以上のことから、下記の2点について要望する。

1. 「がん患者指導管理料 1」の算定回数の増加

現行では、算定回数が1回のみとなっているため、初回治療時に算定した患者に対しては、再発時や終末期には算定することができない。がん患者にとって重要な局面となる、初回治療期、再発治療期、終末期の各時期に必要な支援を提供するため「がん患者指導管理料 1」の算定回数を増加することを要望する。

2. 「がん患者指導管理料 2」の算定回数の増加

現在、がんの再発治療期は、治療法の進歩により選択肢が増加し、複数回の支援が必要とされる。また治療により経済的負担が増加するがん患者にとって、就労支援は重要であり、心理的な支援を十分に行いながら、治療と就労の両立について、具体的なイメージ化を助けることが必要である。診断期、進行期（治療法変更の都度必要）、終末期の各局面において、複数回の支援が必要となるが、全てを現行の算定回数では対応することはできない。

今後ますます増加する長期生存がん患者を支援するために、現行の「がん患者指導管理料 2」の算定回数の上限を増やすよう要望する。

Ⅱ-既-2 「がん患者指導管理料 1・2」の算定要件に小児専門看護師の追加
【日本小児看護学会】

要望 「がん患者指導管理料 1・2」の算定要件となる看護師に「小児看護専門看護師」を追加することを要望する。

平成28年度診療報酬改定に対する事務連絡の間1によると、「B001・23 がん患者指導管理料 2」の看護師の研修として認められているのは、日本看護協会認定看護師教育課程の「緩和ケア」他4領域、及び日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」又は「精神看護」の専門看護師（以下、CNSとする）教育課程となっている。現状では、小児看護CNSによる小児がん患者・家族へのケアは算定ができず、小児看護経験のないCNS・CNは算定可能となっている。

小児がんは、乳幼児期から青年期まで幅広い年齢に発症し、成人がんとは異なった希少性・多様性を有する¹⁾。治療や支持療法の改善から慢性疾患の様相を呈している近年では、治療終了後も晩期障害発生予防と早期発見が必要となる。子どもへの病状説明は、不安を抱える保護者の心理的支援と並行して行われる。子どもの理解度にあった説明やプレパレーションにより、子どもは治療に前向きに取り組み、対処行動がとれる³⁾ため、診断後早期から子どもの知りたいことや伝えるタイミングを的確に捉え、サポート体制を整えることが課題である²⁾。このような支援を行うためには、がん看護に関する知識だけでは不十分である。乳児期から幼児期、学童期、思春期、青年期に至る子どもの成長発達に伴う身体面・精神面・認知面等に関する知識とともに、子どもとその家族双方に関するアセスメント能力を持ち、個別性に合わせた援助を行い、その評価とフォローが実施できる能力が不可欠である。小児看護CNSは、看護系大学院においてこれらを学んでおり⁴⁾、がん医療・看護の関連領域の専門的知識・技術の不足に関しては表1に示す教育内容で充填可能と考える。

実際、一部の小児看護CNSによる小児がん患者の病状説明場面同席件数は55件（延べ80件）であり、137件（延べ789件）の心理的支援を実施している（表2）。現在、小児看護CNS認定者数は184名であり、小児がん拠点病院15施設のうち13施設には小児看護専門看護師28名が勤務し、拠点病院以外の小児がん治療施設にも多数勤務している。さらに、昨年度の小児がん拠点病院2施設による小児がん看護研修参加人数は、各施設30～70名の参加を得ている。

これらの状況を踏まえ、成長発達の状況により求められるアセスメントと援助技術が成人がん患者とは大きく異なる対象の特殊性を考慮し、「がん患者指導管理料1・2」の算定要件となる看護師に、上記研修内容を受けた小児看護CNSの追加を要望する。

表1 がん看護に関する研修

・国立がん研究センターがん対策情報センター看護専門分野指導者研修（5 コース、各 50 名募集） ・日本看護協会（約 100 名募集）及びがん拠点病院が実施する小児がん研修 ・日本小児がん看護学会の研修（約 100 名募集） ・ELNEC-Japan（ELNEC-J）コアカリキュラム看護師教育プログラム（約 50 名募集） ・各小児がん拠点病院における小児がん看護研修

表2 小児看護 CNS による小児がん患者への病状説明同席・心理的支援の件数（平成28年度）

小児がん拠点の有 無	病状説明		心理的支援	
	対応人数	対応件数（延べ）	対応人数	対応件数（延べ）
小児がん拠点 有 n=5	2 2	2 8	4 0	7 6
小児がん拠点 無 n=5	3 3	5 2	9 7	7 1 3
計	5 5	8 0	1 3 7	7 8 9

【参考文献】

- 1) 真部敦（2014）．小児がんの現状と課題：総論，緩和ケア，24（増刊号），80-87．
- 2) 石川由美香他（2014）．陽子線治療を受ける小児患者に対するプレパレーションの効果，小児がん看護，7，46-55．
- 3) 伊藤久美他（2012）．小児がんを体験した子どもが語る『自分の病名を知りたい』と思う時，日本小児看護学会誌，19（1），43-49．
- 4) 一般社団法人日本看護系大学協議会 平成28年度版高度実践看護師教育課程基準高度実践看護師教育課程審査要項 <http://www.janpu.or.jp/download/pdf/cns.pdf>（2016.12.8 アクセス）
- 5) 国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター主催 がん看護専門分野指導者研修 http://ganjoho.jp/data/med_pro/training_seminar/nurse/h28info.pdf（2017.4.1 アクセス）
- 6) 日本看護協会看護研修学校小児がん看護専門性向上研修 <https://nec-entry.nurse.or.jp/shousaiView.php?t=1426760403&cd=2015103>（2017.4.1 アクセス）
- 7) 埼玉県立小児医療センター小児がん看護専門研修 http://www.pref.saitama.lg.jp/scm-c/documents/h28_shounigansenmonkenshukeikaku.pdf（2017.4.1 アクセス）
- 8) 中国・四国ブロック小児がん看護研修会 http://ganjoho.jp/data/child/professional/liaison_council/20160121/shiryo4-6_council.pdf（2017.4.1 アクセス）

Ⅱ-既-3 重症度、医療・看護必要度におけるがん治療に関する評価の見直し
【日本がん看護学会】

要望 重症度、医療・看護必要度の A 項目「専門的な治療・処置」におけるがん治療に関する評価の見直しを要望する。

がんは日本の高齢化に伴い増加傾向にあり、2015 年度のがん予測患者数は 98 万人と前年度より 10 万人増加しており、今後も増加することが予測される。がんの治療法の中でも、抗悪性腫瘍剤を用いた治療法はめざましく進歩しており、治療の選択肢が増えている。治療の場としては外来治療が増加しているが、がんの種類や抗悪性腫瘍剤の種類により、入院治療で重篤な副作用対策や厳密な輸液管理を必要とする場合がある。

現在の重症度、医療・看護必要度では、A 項目「専門的な治療・処置」の①抗悪性腫瘍剤の使用（注射薬のみ）は、抗悪性腫瘍剤投与日のみの評価となっている。実際には、その後も入院を必要とする期日中、抗悪性腫瘍剤投与日と同様に専門的な治療に伴う観察や予防的看護が必要であるにもかかわらず評価されていない。

したがって、がんの種類や抗悪性腫瘍剤の種類により入院期間（治療期間）は異なることから、「抗悪性腫瘍剤の使用（注射薬のみ 2 日間）」への変更を要望する。

Ⅱ-既-4 「特定集中治療室管理料」の施設基準への要件追加

合同提案【日本クリティカルケア看護学会・日本救急看護学会・日本集中治療医学会】

要望 「A301 特定集中治療室管理料 1・2」の施設基準に、600 時間以上の専門教育を修了した看護師の配置を追加するよう要望する。

「A301 特定集中治療室管理料」の対象施設に入室する患者は、臓器機能の低下や不全状態のため、機械的補助下にある。このため従事する看護師には、生命機能が低下した患者への卓越した身体ケア技術、全人的苦痛への緩和技術、急性期から死に至る人とその家族のケア、倫理問題への対処、医師や多職種との連携を図るための調整能力など多様な技術が必要とされる。しかしながら、当該部署には複数の新人看護師が配置される現状がある。日本集中治療医学会の調査では、「特定集中治療室管理料 1・2」算定施設の 77%に新人看護師が平均 3 名配置されている。現在、新人看護師に対しては、厚生労働省の「新人看護職員研修ガイドライン」に基づき院内教育の充実が図られている。しかし当該部署においては、提示されている看護技術以上のものが求められるのが実情である。

2016 年に実施した日本クリティカルケア学会の調査（今年度学会にて発表、学会 HP に掲載予定）では、「特定集中治療室管理料 1」を算定する 13 施設において、院内研修とは別に部署独自での教育を実施している施設は 92%であった。教育内容は、人工呼吸管理・医療機器の安全管理・気管挿管管理・急変時の対応などであり、認定・専門看護師の支援を受けて実施されている。また、部署内の研修（OJT）時間が年間 100 時間を超す施設は 30%であった。さらに、医療の質向上のために、認定・専門看護師が、人工呼吸療法中の口腔ケア、リハビリテーション、鎮痛・鎮静管理、せん妄予防など、合併症の予防や早期回復に向けて様々な取り組みを行っていることが、学術集会で発表されている。複数の医療機器を装着している患者は、医療機器の操作ミスなどのインシデントが生命の危機に直結するため、看護師には医療機器の知識や技術、医療安全行動が求められる。つまり、医療機器の専門知識を持ち、経験豊かな認定看護師や専門看護師が配置されることで、OJT の質は維持され、医療安全の質が向上すると考えられる。

以上のことから、「特定集中室管理料 1・2」の施設基準の要件に、600 時間以上の専門教育を修了した看護師を配置することを追加するよう要望する。先述した日本集中治療医学会の調査では、「特定集中治療室管理料 1・2」算定施設で集中治療医が専従または専任として勤務していない、もしくは、集中治療専門医が常勤していない施設を除外した 104 施設のうち 102 施設においてすでに、認定看護師・専門看護師が存在している。

表1 ICUにおいて新人看護師を対象とした教育の実施状況 (n=13)

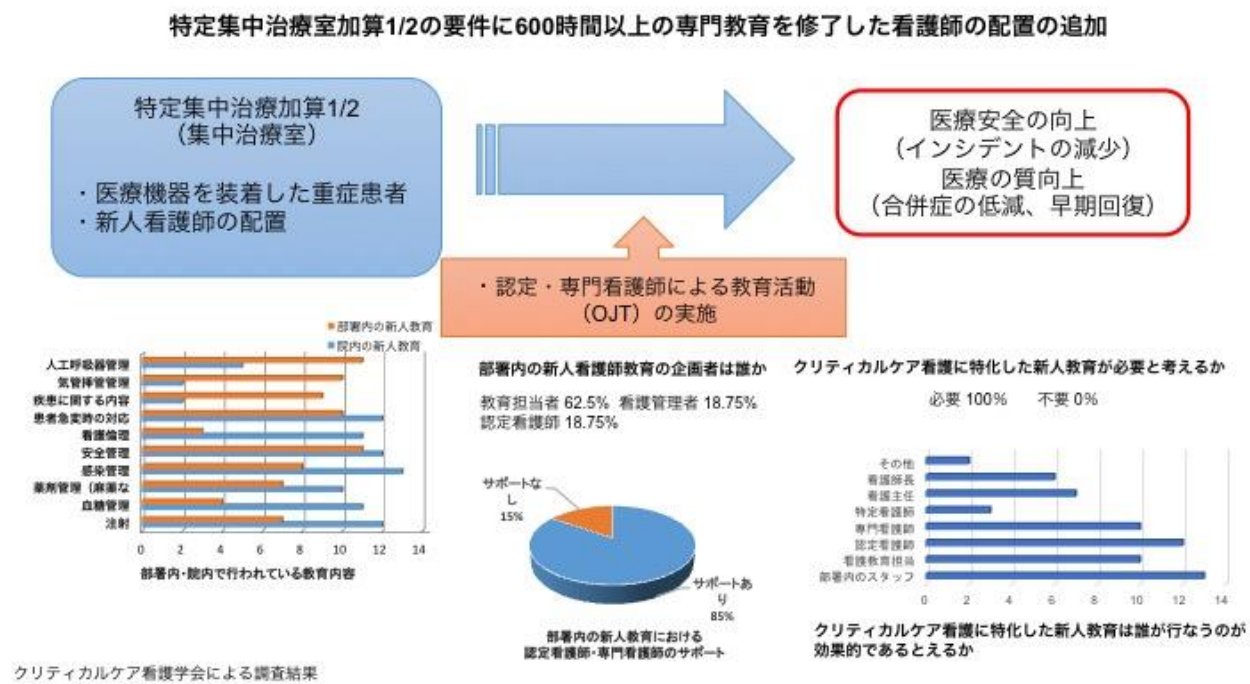
	度数	%
実施している	12	92.3
実施していない	1	7.7

表2 年間新人教育の時間数と開催頻度 (n=13)

	度数	%
10時間未満	1	10.0
10時間～50時間未満	4	40.0
50時間～100時間未満	2	20.0
100時間以上	3	30.0

表3 ICUの新人教育にかかる年間回数 (n=10)

	度数	%
0回～9回	2	18.2
10回～19回	6	54.6
20回～29回	1	9.0
30回以上	2	18.2



Ⅱ-既-5 多職種連携による周術期管理チームによる「麻酔管理料（Ⅲ）・（Ⅳ）」の追加

合同提案【日本手術看護学会・日本麻酔科学会】

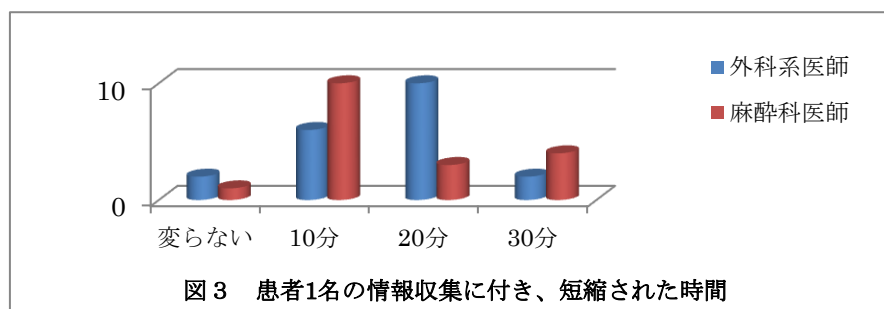
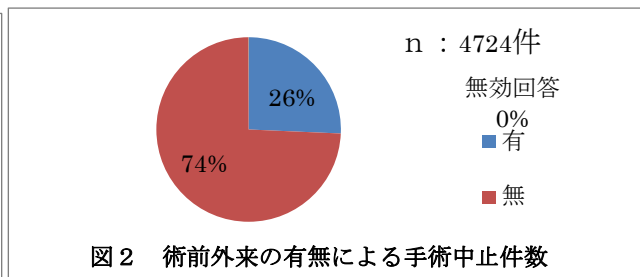
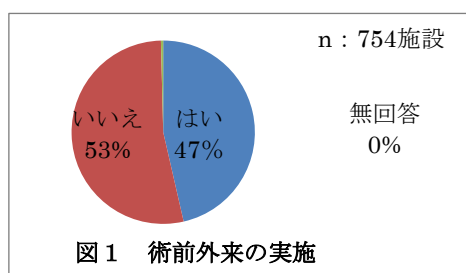
要望 周術期の安全向上と医師の負担軽減、医療費削減に有用と考えられる、多職種が連携する周術期管理チームによる「麻酔管理料（Ⅲ）・（Ⅳ）」の追加を要望する。

近年、高度な医療技術を必要とする手術と、後期高齢者・ハイリスク患者（ASA3 以上の重症患者）の割合が増加している。しかし、DPC により手術前日・当日入院が一般的となり、入院後の術前準備期間は極めて短縮している。つまり、入院後に初めて患者の術前評価を行い準備する従来の方法では、術前準備が不足し、手術直前に追加の治療や検査が必要となり、手術の延期や入院期間の延長あるいは退院となることがある（文献 1）。こうした手術の延期・中止は、手術患者・家族の不利益と同時に医療施設の負担となっている。また、基礎疾患への準備不足のために、術後合併症のリスク低減が不十分となり、入院期間が延長し保険診療費がかさむ。

例えば、左上腕骨近位骨折の患者が術後深部静脈を発症した事例では、術前検査結果で肥満度が高く、術中および術後の深部静脈血栓症は高いリスクで予測できたが、術前外来では未実施であった。術後、深部静脈血栓症を発症し、抗凝固剤投与・検査の追加治療が発生、入院日数も延長となった。また、患者の ADL も低下し退院後の日常生活にも支障をきたすことになった。通常であれば、手術・入院の診療報酬（DPC）は 42,342 点であるが、深部静脈血栓の発生による追加治療費は 83,120 点であった。術後鎮痛についても、PCA ポンプをはじめとして、入院前に周到的な準備が必須であり、現状では術後管理体制が不十分な状況にある。

この課題を解決するために、全国で 47%の施設が術前外来を行っている（図 1：日本手術看護学会調査）。実施形態は様々であるが、入院前に患者評価を行うことで、入院後の手術中止件数が減少したことが、調査の結果明らかとなった（図 2）。また術前外来における医師の業務量が削減されたことも確認されている（図 3）。

以上のことから、日本手術看護学会では、手術に際して早期回復・退院を目的に、十分に教育された手術室看護師が外来で術前評価を実施する術前外来を推奨している。その際、手術室看護師が中核となり各職種と協働する周術期管理チームとして機能することで、入院前のリスク評価から術後鎮痛まで能率的で集学的なアプローチが可能となり、同時に医師の業務量軽減と医療費の削減効果があることが確認されている。こうした周術期管理チームによる診療内容について、診療報酬上の評価を要望する。



【参考文献】

- 1) 山本千恵他；術前外来日数で見る術前外来の効果、日本手術医学会誌 36(2)，pp148 - 151，2014.
- 2) 杉原恵他；術前外来看護師の役割を明確にする、日本手術看護学会関東地区.，2014
- 3) 長瀬清；国立病院における周術期管理チーム医療の現状、日本手術医学会誌 37（4）pp312－318、2016.

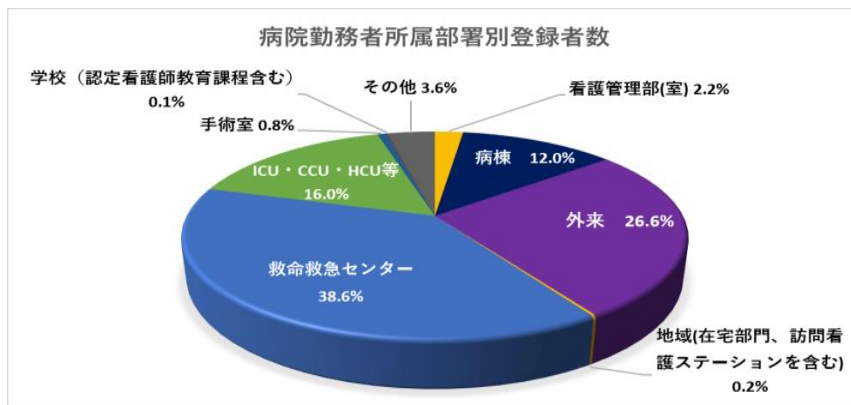
Ⅱ-既-6 「夜間休日救急搬送医学管理料」の施設基準の見直し
【日本救急看護学会】

要望 「B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料」の施設基準に、加算要件として600時間以上の専門教育を修了した看護師の配置を追加するよう要望する。

総務省消防庁の報告によれば、平成26年中の救急自動車による搬送人員のうち、最も多い傷病程度は、軽症が267万人（49.4%）、続いて中等症が217万人（40.2%）と救急搬送人員の約9割を占める。最も多い救急搬送の年齢区分は高齢者が全体の半数を占め（約300万人）、過去からの推移をみても年々増加している¹⁾。二次救急医療機関はわが国の救急医療の重要な役割を担い、24時間365日、地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療を行う。しかし、当番日は約70%の病院で1人の医師が担当しているなど、医師の処遇を含めた救急医療体制の改善が急務となっている²⁾。

救急専門医の少ない二次救急医療機関において、夜間休日の診療体制を充実させる方略のひとつとして、「600時間以上の救急看護に関する専門教育を修了した」認定看護師や専門看護師の配置が重要である。日本看護協会のデータ（2017年4月1日現在）によると、救急看護認定看護師の約27%は救急外来に配属されている。救急外来における認定看護師の活動として、医師や放射線技士、事務職員と協働して救急重症患者への初期対応や診療の補助、帰宅患者への療養指導に関する活動が、学術集会等で報告されている。特に夜間・休日に救急外来を受診する患者は、様々な急性疾患や外傷によって平時とは異なる症状を呈し、早急な対応が必要となる。必ずしも救急専門医が担当しているとは限らない現状では、救急医療・看護の専門知識を持つ看護師による患者の受け入れ準備や、診療の補助が必須である。したがって、夜間・休日の救急外来に救急看護の専門知識・スキルを保有した看護師を1名以上配置することによって、救急外来での早急かつ適切な対応、診療時間の短縮および、患者の自宅での療養生活の改善が期待できる。

現行の夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準には、人的要件として「診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること」と示されているのみである。この施設基準の要件に、600時間以上の専門教育を修了した看護師を1名以上配置することを、加算要件として追加することを要望する。



【引用文献】

- 1) 総務省消防庁：平成 27 年版消防白書

<http://www.fdma.go.jp/html/hakusho/h27/h27/html/2-5-1-3.html>

- 2) 厚生労働省：救命救急センター及び二次救急医療機関の現状

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002xuhe-att/2r9852000002xuo0.pdf>

Ⅱ-既-7 助産外来および院内助産所を設置している体制の評価

【日本助産学会】

要望 現行の「ハイリスク妊娠管理加算」、「ハイリスク分娩管理加算」、「妊産婦緊急搬送入院加算」を算定する医療施設において、助産外来・院内助産所を設置している場合への評価を要望する。

妊産婦の高年齢化に伴い、ハイリスク妊娠が増加傾向にある一方で、産科医は依然不足しており¹⁾、今後は、産科医がハイリスク妊産婦に専念できるような体制の整備が必要である。厚生労働省は、妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズに応えるためには、医師と助産師等による役割分担の必要性を述べており²⁾、助産外来や院内助産所の設置を推進している³⁾。2014年には、助産外来は947施設、院内助産所は166施設まで増加しており⁴⁾、周産期母子医療センターの約70%が助産外来を、約30%が院内助産を設置している^{5) 6)}。

しかし、ハイリスク妊娠が増加傾向にある昨今では、周産期母子医療センターにおいて、さらなる助産外来・院内助産所の設置を進める必要がある。その理由として、助産外来・院内助産所において助産師が妊婦の生活に合わせた指導やケアを行うことによって、ハイリスク妊婦の重症化を予防するだけでなく、結果的に診療時間の短縮など、医師の負担軽減に直結することが期待できる。

そこで、周産期母子医療センターにおける助産外来・院内助産所の設置に対する評価を行うため、現行の「ハイリスク妊娠管理加算」「ハイリスク分娩管理加算」「妊産婦緊急搬送入院加算」について以下を要望する。

1) ハイリスク妊娠管理加算

緊急の分娩に対応できる十分な体制として、業務内容、実施体制等の要件を全て満たした助産外来・院内助産所を設置し、産科医と助産師が役割分担している施設では、加算を手厚くする。

2) ハイリスク分娩管理加算

下記の施設基準を有している施設は、加算を手厚くする。

- (1) 当該保険医療機関内に、常勤のアドバンス助産師が3名以上配置されていること。
- (2) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制整備として、業務内容、実施体制等の要件を全て満たした助産外来・院内助産所を設置し、産科医師と助産師が役割分担をしていること。

3) 妊産婦緊急搬送入院加算

妊産婦である患者の受診時に、緊急の分娩について十分な経験を有する専ら産科又は産婦人科に従事する医師が配置されており、その他緊急の分娩に対応できる十分な体制

として助産外来・院内助産所をもち医師と助産師の役割分担がとられている施設については、加算を手厚くする。



【引用文献】

- 1)厚生労働省, 平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査
- 2)厚生労働省, 医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について
- 3)厚生労働省,政府統計の総合窓口 平成 26 年度 医療施設の静態調査
- 4)厚生労働省,医政局看護課,院内助産所・助産師外来について,
www.mhlw.go.jp/shingi/2009/11/dl/s1104-3j.pdf, 2017 年 4 月 29 日
- 5)日本看護協会,H28「分娩取扱施設におけるウィメンズヘルスケアと助産ケア提供状況等に関する実態調査」
- 6)日本看護協会,H24「助産師の出向システムと助産実習の受け入れ可能性に関する調査」

Ⅱ-既-8 糖尿病合併症管理料の要件拡大

【日本糖尿病教育・看護学会】

要望 「B 001・20 糖尿病合併症管理料」について、フットケアに携わる看護師の要件を非常勤にも拡大するよう要望する。

社会医療診療行為別調査(毎年6月)による「糖尿病合併症管理料」の算定実績は、平成21年度6,676件から、平成27年度には17,214件と増加している¹⁾。これまで十分に対応できていなかった患者(例えば透析患者)への合併症予防として、フットケアが拡大していることが予測され、今後さらに算定数の増加が見込まれる。

現在、当該管理料によるフットケア実施者の要件は、「糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師であって、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修²⁾を修了したもの」となっている。そのため、経験を満たし、研修を修了し、フットケアの知識・技術が十分であっても、「非常勤看護師」では算定できない。

一方で、「就業構造基本調査」のデータを用いた研究では、他職種と同様に女性看護職の非正規雇用者の拡大が続いており、再就職時に正規雇用から非正規雇用に転換する傾向は強まっている³⁾。結婚・出産等を契機に退職し、再就職時に非正規雇用で時短勤務や日勤のみで働ける勤務場所として外来が多くを占める。正規雇用の時短勤務者を増やす取組みが勧められているものの、この傾向はすぐに解消されるわけではない。フットケアに携わる看護師を常勤に限定していることで有能な人材が活かされず、その結果、糖尿病の合併症予防が十分に行われぬ可能性がある。また、非常勤看護師に拡大することで、実施者のやりがいにつながり、医療機関の時短勤務者や非常勤勤務者の活用促進、雇用状況の改善も期待できる。

以上のことから、フットケアに携わる看護師の要件を非常勤看護師にも拡大することを要望する。

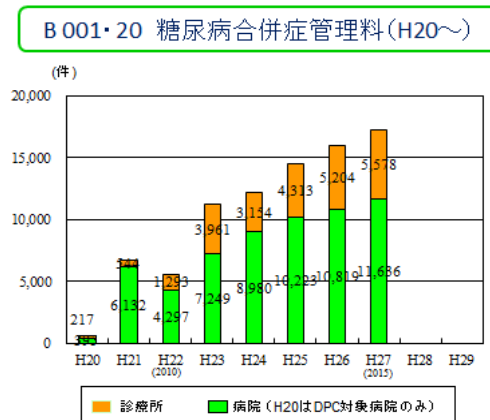


図1 「糖尿病合併症管理料」の算定実績

【引用文献】

- 1) 社会医療診療行為別調査(毎年6月)による「糖尿病合併症管理料」の算定実績
- 2) http://jaden1996.com/committee/pdf/footcare_20100901.pdf
- 3) 宮崎悟：拡大する女性看護職の非正規雇用と看護労働の動向－「就業構造基本調査」データによる概観－, 日本医療・病院管理学会誌, 197-207, 2010

