

平成19年8月1日

厚生労働省保険局

医療課長 原 徳壽 様

看護系学会等社会保険連合

代表 井部 俊子



平成20年度診療報酬改定に関する要望書

平成20年度の診療報酬改定は、国民が医療サービスを適切に享受できる改定になることを望みます。そのために、病院から在宅へ安心して退院できるように在宅療養への移行支援と地域連携を推進するとともに、急性期医療を適正に評価することについても重点的に評価していただくよう要望いたします。

1. 退院調整と地域連携の評価

病院内の退院支援・退院調整部門は、患者及びその家族が入院生活から在宅での療養生活へ円滑に移行するための役割を担っている。患者とその家族の転院や療養生活への不安を軽減し、他の機関との連携を図ることにより医療の適正化に貢献し、患者の退院計画の情報が病院のスタッフ間で共有化されるなどの成果が現れている。(解説資料1)。

そこで、病院・施設における患者の退院にかかる調整機能について、他職種が共同でかかわる体制を整えている病院を評価することを要望する。

2. 在宅療養における訪問看護の評価

1) 在宅患者の重症度に応じた「在宅患者訪問看護・指導料」および「訪問看護基本療養費」の算定

現行の医療制度の「在宅患者訪問看護・指導料」および「訪問看護療養費」において、患者の重症度に応じた算定方法は採られていない。一方、療養病棟に入院している患者に対する入院基本料の算定においては、重症度に応じた算定方法を採用している状況にある。

また、現在の訪問看護対象者の重症度に関して、当該対象者を「療養病棟入院基本料2」の算定で用いられている基準にあてはめた場合、医療区分3又は2に35%が、ADL区分3又は2に43%が、区分A～Dに45%が該当していることから、訪問看護対象者の重症度は多岐にわたっており、かつ重症度が非常に高い訪問看護対象者も多く存在しているという実態がある（解説資料2）。

今後、療養病床の大幅な削減によって在宅療養患者が増加すると予測されるため、介護保険と比較して著しい格差が認められる医療保険制度の「在宅患者訪問看護・指導料」および「訪問看護基本療養費」において、療養病棟入院基本料と同様に、訪問看護対象者の重症度に応じた算定方法を要望する。

具体的には、訪問看護サービスを受ける側の視点に立ち、援助の必要性を示している上記ADL区分、介護保険及び療養病棟入院基本料を参考として、ADL区分3の場合は17,000円～18,000円、ADL区分2の場合は12,500円～13,500円、ADL区分1の場合は8,300円を要望する。

2) 医療保険制度における訪問看護に係る夜間等の加算の新設

夜間及び早朝における訪問看護の報酬は、介護保険制度において夜間等加算が設けられているが、医療保険制度では認められていない。しかし、制度によってその報酬に違いを設ける合理性が乏しいため、医療保険制度においても、介護保険と同様な、夜間等加算を以下のように設けることを要望する（解説資料3）。ただし、この加算の基礎となる報酬は上記2-1)による見直しが行われることを前提とする。

- ① 加算の対象とする時間帯は、夜間18:00～22:00、深夜22:00～6:00、早朝6:00～8:00とする。
- ② 加算の割合は、夜間及び早朝では25%、深夜では50%とする。
- ③ 加算の基礎となる報酬額は、療養の給付の場合では、「在宅患者訪問看護・指導料」の算定額とし、訪問看護療養費の場合では、「訪問看護基本療養費」の算定額とする。

3. 在宅における看取りに関する評価

在宅終末期患者の在宅ケア開始期と臨死期における緊急電話支援等による評価（「24時間連絡体制加算」における特例加算として）

現在、訪問看護の利用者（当該家族を含む）から、訪問看護ステーションに対して、様々な問題に対する相談や対応を求める電話（以下、「緊急電話」とする）がかかっ

てくる。特に在宅終末期患者の開始期と臨死期では、当該緊急電話の件数が多いという実態がある。また、緊急電話のうち、約60%が電話による対応のみでその問題(ニーズ)が解決できており、残りの約40%が緊急訪問の対応となっているという調査結果がある。(解説資料4)

電話による対応のみで問題が解決できた場合のニーズは、本人の症状の変化に関する事項が大部分を占めており、電話による患者からの適切な情報収集により、看護師の判断・助言によって、緊急訪問、救急外来の受診、および救急隊の要請に至ることなく、その問題の解決が図られている現状である。しかし、現行の制度では、この緊急電話支援に対する報酬の算定は認められていない。

そこで、当該緊急電話における看護師の判断技術及びその体制に対して、在宅終末期患者の在宅ケア開始期と臨死期における緊急電話支援に対する評価を求めるものである。具体的には、開始期の場合には17,500円、臨死期の場合は25,000円とし、それぞれの期において、1回のみ算定できることとする。

なお、算定の要件は以下の通りとする。また、「療養の給付」においても、同様な評価を要望したい。

- ① 24時間連絡体制加算(訪問看護療養費の場合)の届出を行っていること
- ② 在宅終末期患者の在宅ケア開始期(在宅ケアを開始した日から7日間)と臨死期(死亡日から遡った10日間)に限定すること
- ③ 電話相談に対応する看護師は、看護業務に5年以上従事し、かつ、訪問看護経験を有すること
- ④ 本件特例加算に対する本人(またはその家族)の同意を得ていること

※医療保険と介護保険との整合性を図る必要性から、介護保険においても、上記と同様な評価を、緊急時訪問看護加算の特例加算として要望したい。

4. 訪問看護における衛生材料の取り扱い

訪問看護ステーションで衛生材料等の取り扱いを可能にし、在宅療養者に対して、必要十分な衛生材料等が保険適用により支給されることを要望する。この件について長い間未解決の課題である。

衛生材料等が在宅療養者の自費とならないように、退院時には在宅に必要な衛生材料等を支給し、在宅療養中は衛生材料等の調達方法を徹底する必要があると考える。

在宅療養指導管理料は、「訪問看護ステーションとの連携により在宅医療に必要な衛生材料等の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を支給すること(平成15年3

月31日保医発0331014)」とされ、保険医療機関が衛生材料等を支給した場合に算定できるが、在宅療養者が自費で購入していることが多い実態がある。(解説資料5)

そこで、在宅療養指導管理料について、「手技・指導管理」の報酬と「衛生材料・医療材料料」に係る調達・管理(廃棄含む)を分離した診療報酬とすることを要望する。

具体的には、訪問看護サービスの質向上と在宅療養者の利便性から、訪問看護ステーションが独自に扱える衛生材料等を規定(解説資料6)し、取り扱う衛生材料等は、医師の処方箋により調達するか、または訪問看護ステーションへの発注伝票により調達し、訪問看護ステーションから保険請求できる仕組みの整備を要望する。

また、在宅療養者の負担を軽減し、在宅療養の継続を図る観点から、医療保険で衛生材料等を入手することを可能することを要望する。

5. 7対1入院基本料に関する要件

1) 7対1入院基本料算定が認められる急性期病院の要件

医療提供体制改革による病床の機能分化にともない、急性期病院の医療・看護の現場はより複雑・高度化してきた。入院患者の高齢化は、療養環境の変化等を誘因とした夜間せん妄や徘徊を引き起こすとともに、常に転倒・転落の危険性をはらむ等一時も目を話せない状況になっている。さらに、一般病棟にリスクの高い重症集中治療・ケアを必要とする医療依存度の高い患者が増加し、医療事故につながりかねない大変厳しい状況に至っている。このような状況の中で、安全で安心できる医療・看護を提供していくためには、一定のマンパワー確保は必須である。

そこで、7対1入院基本料を届け出る施設の要件として、以下のいずれかを満たしているものとすることを要望する。なお、これらの病院はどの病棟でもケア度の高い患者が多い事から施設単位の取得を維持する事が必要である。

① 特定機能病院、がん拠点病院、地域の中核を担う病院等で24時間の救急医療対応を行っている病院

② 以下の入院基本料等加算取得病院

地域医療支援病院入院加算、救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算
乳幼児・幼児加算、難病患者等入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算、
超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、新生児入院医療管理加算、無菌治療管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク分娩管理加算

なお、今後さらなる高齢化の進展や医療の複雑化等による、平均在院日数短縮が促進されることが予測されることから、将来的には5対1看護配置も視野に入れて検討されたい。

2) 7対1看護を要する患者の判定基準

- ① 厚生労働省保険局委託事業として全国的に実施された7対1入院基本料を届け出た施設の8日間の調査結果を公開して、全国レベルでの動向を明らかにし、看護必要度調査の妥当性や課題を明確にすること
- ② 看護必要度導入にあたって、妥当性を明確にし、以下の課題を十分に検討すること
 - ・ 看護必要度の導入によって日常業務に負担とならない導入の方法や運用の検討を行うこと
 - ・ 評価者を育成し、研修によって評価の精度を向上させるための方策について検討すること
 - ・ 看護必要度入力ソフトや電子媒体の整備を行うこと
 - ・ 医療の高度化・複雑化が時代とともに変化する中で患者の重症度を反映した看護必要度を測定するため、以下の点について見直しが必要である。
 - ・ 治療法や医療機器等の進歩による項目内容の適切性
 - ・ 成人、小児・新生児においても同じ指標を使用するには困難な点があるため、対象による評価項目の妥当性
 - ・ 看護必要度の「記入の手引き」では、小児・母性の場合、判断に迷う点がある。特殊処置、分娩等の評価や評価にあがらない項目に対して理解しにくいいため、手引きに小児・母性に関連する事項の追加の必要性
 - ・ 看護必要度のほかに、評価道具となるものを検討すること

臨床現場の意見が尊重されることを要望する。

6. 急性期小児病床の看護配置基準5対1の新設

小児患者は成人と比較すると検査、治療、看護、生活等において医療者の援助が必要となる。平均在院日数の短縮、患者の重症化、家族への育児指導など業務量が多く小児患者の安全確保が困難な状況にある。

現行では、小児病棟の看護師配置要件は最上位基準で「小児入院医療管理料Ⅰ」の

看護師配置7対1であり、一般急性期病床の入院基本料の施設基準と同様である。平成18年度の診療報酬改定において、小児入院管理料の増額など小児医療への配慮がなされ小児入院医療の採算に改善が認められたが、看護師の増員には至っていない。

これまでの調査から、成人患者や他の診療科に比べ多くの看護要員を必要とするという結果が出ている。(解説資料7) また、日本小児総合医療施設協議会加盟施設の24施設(164病棟)でも、平成18年度において小児入院医療管理料Iを取得している63病棟のうち既に約半数が5対1以上の看護師を配置している。このような現状を鑑みて、急性期小児病床の看護配置基準5対1の新設を要望する。