

2009年8月25日

厚生労働省
保険局医療課 御中

看護系学会等社会保険連合
代 表 井部 俊子

平成 22 年度診療報酬改定に関する要望書【解説】

診療科による医師の偏在、地域格差などによる医療提供体制の問題は、これまで医師に集中していた権限や役割の見直しを必要としています。一方、入院日数の短縮は、在宅ケアの体制を早急に整備することを迫っています。平成 22 年度診療報酬改定では、看護師が果たしている機能を評価し、医療提供体制の再構築を行う必要があると考え、下記について要望いたします。

記

・看護師の専門的機能の評価

専門性の高いトレーニングを受けた専門看護師・認定看護師が多く輩出されるようになり、その成果も上がっています。医師不足が顕著な分野、医師に代わって能力を発揮できる分野における看護師の活動に対する評価を要望いたします。

・退院調整機能に対する評価 【解説資料 1】

高齢化や在院日数の短縮化により、退院調整に困難を来すケースが今後ますます増強すると考えられます。国民に等しく退院調整機能が発揮されるような評価を要望いたします。

・訪問看護における評価 【解説資料 2～7】

多様な在宅医療ニーズを的確に捉えたケアを提供できる体制への評価を要望いたします。また、介護保険との整合性がとれた診療報酬体系になるよう要望いたします。

・専門性の高い機能に対する評価 【解説資料 8】

精神医療・透析医療における適切なケア提供体制に対し評価を要望いたします。

・医療の安全性を高める機能への評価

医療安全体制や感染管理体制を強化し、より安全で質の高い医療を提供することができる機能を構築するよう要望いたします。

・新人看護師研修体制の整備への評価 【解説資料 9】

新人看護師に対する研修体制の整備がより充実するよう評価を要望します。

目次

・看護師の専門的機能の評価

1. 看護師による在宅療養指導への評価	3
2. 救急外来の看護師によるプライマリーケアに対する評価.....	3
3. 助産師外来・院内助産所 設置への評価	4
4. リンパ浮腫指導管理料の見直し	
1) 外来・在宅患者への適応拡大	5
2) 適応範囲の拡大.....	5
5. 糖尿病合併症管理料の算定要件拡大と糖尿病看護師による療養指導への評価	
1) 入院・在宅患者への適応拡大	6
2) 糖尿病看護専門外来の看護への評価.....	6

・退院調整機能に対する評価

1. 後期高齢者退院調整加算の年齢制限の廃止【解説資料1】	7
-------------------------------------	---

・訪問看護における評価

1. 訪問看護管理療養費の算定期間の延長.....	9
2. 訪問看護基本療養費の回数制限の廃止【解説資料2】	9
3. 長時間訪問看護加算の算定要件の見直し	
1) 点滴静脈注射が必要な患者への適応拡大.....	10
2) 排便処置（浣腸・摘便）が必要な患者への適応拡大.....	10
4. 重症者管理加算の算定要件の見直し	
1) 重度褥瘡患者への適応拡大【解説資料3】	11
2) 在宅自己注射が必要な患者への適応拡大.....	12
5. 夜間・早朝・深夜加算の新設【解説資料4】	12
6. 複数名訪問加算【解説資料5】	13
7. 療養通所介護事業所の小児の利用拡大への評価【解説資料6】	15
8. 訪問看護ステーションにおける電子化加算の新設	16

9．訪問看護ステーションにおける医療安全対策【解説資料7】	16
10．看護師に看護補助者が同行訪問することに関する評価	16
11．在宅患者連携指導加算の対象となる医療機関と関係職種の拡大	19
12．訪問看護ステーションと医療機関の「特別の関係」の見直し	20
．専門性の高い機能に対する評価	
1．精神科身体合併症病棟への7対1配置基準の適応【解説資料8】	21
2．透析看護における看護師の配置	22
．医療の安全性を高める機能への評価	
1．医療安全体制加算の引き上げ	23
2．感染対策の強化に対する評価	23
．新人看護師研修体制の整備への評価【解説資料9】	24

．看護師の専門的機能の評価

1．看護師による在宅療養指導への評価

要望 在宅療養指導管理料について、看護師の判断上で指導を実施した場合も、算定可能となるよう要望する。

在宅療養指導管理料は、医師が患者の医学管理を行い、在宅療養の方法や注意点等に関する指導を行った場合に算定されるようになっているが、非常に短い診療時間の中で、医師が患者の生活背景に即した個別性のある在宅療養指導を行うことは困難である。現在は、多くの病院で看護専門外来が設置され、患者の在宅療養指導を看護師が担っている。時間を要する療養指導を看護師が行うことで、医師の負担を軽減するだけでなく、患者に十分な知識・技術を提供し、セルフケア能力を向上させることにもつながる。また、看護専門外来に従事する看護師は、専門分野に関する研修を受けた看護師が配置されており、技術力・アセスメント能力・指導力は高度である。在宅療養指導管理料は、医師の指示がある場合のみ算定されるが、看護師の判断で在宅療養指導を行った場合にも算定できるよう要望する。

2．救急外来の看護師によるプライマリーケアに対する評価

要望 救急看護に関する研修を受けた看護師による、救急外来におけるプライマリーケアに対する評価を要望する。

救急外来を受診する患者は年々増加しているが、救急外来を受診する患者の 85% が、比較的軽症な初期救急外来患者であり、特に小児の場合には育児相談で十分に対応可能なものまでが救急外来を受診している。このような現場において、医師は軽症患者の診察の合間に、重症患者の対応を迫られており、スムーズな診療が阻害されるだけでなく、患者の容態急変の危険性を高めることにもなる。現在、救急認定看護師（356名）、小児救急認定看護師（62名）、急性重症看護専門看護師（26名）など、救急医療に関するトレーニングを受けた看護師の養成が進んでおり、重症度に応じた診療科の調整、受診時の的確な問診とアセスメント、急変時の早期発見・早期対応など、一定の成果を上げていることから、救急外来におけるプライマリーケアに対し、評価を要望する。（人数は2009年6月1日現在）

3 . 助産師外来・院内助産所 設置への評価

要望 産科医不足に対応するため、助産師外来や院内助産所を設置している施設に対する評価を要望する。

産科医の減少は、一般病院における産科勤務医の負担を増加している。院内に「助産師外来」「院内助産所」といった、正常分娩を助産師が担当する新たなシステムが普及している。実際に導入している病院では、院内助産システムの活用により、医師の診療時間の短縮や緊急時のスムーズな連携などの効果をあげている。院内助産システムの整備により、産科医はハイリスク妊産婦の診療に集中でき、夜間オンコールなどの業務も減少すると予測される。

現行の制度では、正常分娩は保険外適応のため、診療報酬による評価の対象にはならないが、院内助産システムを普及させ、誰もが安心して子供を産める社会を作っていくためにも、院内助産システムを導入している病院に対し、新たな診療報酬体系での評価をしていただけるよう要望する。

4 . リンパ浮腫指導管理料の見直し

1) 外来・在宅患者への適用拡大

要望 リンパ浮腫指導管理料の外来での適応を要望する。

平成 20 年度改定時に収載された「リンパ浮腫指導管理料」については、がん治療後の続発性リンパ浮腫予防の目的で、入院中、1 回に限り算定されている。

しかし、診療報酬収載後 1 年間のリンパ浮腫予防指導の実態調査によると、診療報酬請求率は乳癌 90%、泌尿器癌 23%、子宮癌・卵巣癌 60%に留まっていた（400 床以上の病院に対して行った全国調査：日本がん看護学会調べ。未発表）。その理由として、急性期病院では、在院日数の短縮により、入院中の指導が間に合わず、退院後、外来で対応しているケースがあるためである。また外来でのケアはすべて患者の自己負担（約 6,000～10,000 円/回）になっており、その経済的負担は大きい。以上のことから、退院後に外来で実施する場合にも、リンパ浮腫指導管理料が算定できるよう要望する。

2) 適用範囲の拡大

要望 リンパ浮腫指導管理料の対象疾患の拡大を要望する。

現在指定されている疾患（腋下部郭清を伴う乳がん、子宮癌 子宮附属器悪性腫瘍 前立腺癌）以外や、指定された疾患のうち手術を行っていない例でも、リンパ浮腫の発症例がある。そのため、疾患の要件に、その他の「腹腔内リンパ節郭清を伴う手術」「放射線治療後等」が含まれるようにしていただきたい。

適応範囲の拡大によって、算定される患者は増加すると考えられるが、早期よりリンパ浮腫に関する適切な教育・指導・相談を行うことによって、患者のセルフケア能力を高め、予防・早期発見を可能にすることができる。また、リンパ浮腫の発症・増悪やそれに伴う医療費を抑制することができると考えられる。

5 . 糖尿病合併症管理料の算定要件拡大と糖尿病看護師による療養指導への評価

1) 入院・在宅患者への適用拡大

要望 糖尿病合併症管理料の算定要件を入院・在宅患者へも拡大するよう要望する。

現行の糖尿病合併症管理料の加算は、外来患者に対象が絞られている。しかし、難治性の場合には、身体症状の加療のための入院が余儀なくされ、それに合わせて足病変のケアが必要となってくる。また、寝たきりや高齢者の場合は、外来というよりもむしろ入院や在宅の場でのニーズが高い。以上のことから、外来での算定に限定することなく、入院や在宅の場においても糖尿病合併症管理料が算定できるよう、適用拡大を要望する。

2) 糖尿病看護専門外来の看護への評価

要望 糖尿病に関する研修を受けた看護師による糖尿病療養指導に対する評価を要望する。

インスリン導入指導をはじめとする糖尿病療養指導を、糖尿病認定看護師や糖尿病療法士が担当している施設では、医師の診療時間の短縮、人件費の抑制、良好な血糖値の維持などの効果をあげている（東大病院・糖尿病認定看護師調査）。現在、糖尿病に関する専門技術・知識を持つ看護師として、慢性期専門看護師 25 名、糖尿病看護認定看護師 174 名が活躍中である（2009 年 6 月現在）。また、糖尿病療養士の資格をもつ看護職は 6719 人（准看を除いた数は不明）であり、糖尿病療養指導に対応できるマンパワーとして期待できる。このような看護師が行う療養指導への評価を要望する。

．退院調整機能に対する評価

1．後期高齢者退院調整加算の年齢制限の廃止 【解説資料 1】

要望 「75歳以上」の年齢制限の廃止を要望する。

医療の現場では、患者が入院した時点から退院に向けた支援は始められており、75歳以上の年齢制限に限らず、すべての患者に等しく退院調整機能を発揮している。また、平均在院日数の短縮化により、術後創を抱えたままの退院や、セルフケア指導を外来へ移行せざるを得ないケースも発生している。

看保連・退院調整ワーキンググループは、看保連加盟団体の関連病院 1430 施設を対象に、2009 年 5 月 20 日～同年 6 月 20 日の 1 ヶ月間における退院調整機能に関する質問紙調査を実施した。(回収数 319 件、回収率 23.0%)回答があった 312 病院では、75 歳以上の退院調整件数が最も多く、次いで 60 歳以上 75 歳未満の件数が多かった(表 1)。しかし、調査期間中に最も退院調整に労力を要した患者の平均年齢は 69.3 ± 19.9 歳であり(表 2)、75 歳以下の退院調整に困難が生じていることが示唆された。

退院調整は、在宅療養指導の面だけではなく、小児においては自治体や学校との連携が必要になるなど、患者の年齢に限らず、非常に多くの労力・時間を費やして退院支援を行っていることから、「75 歳以上」という年齢制限の廃止を要望する。

表 1：退院調整部門または部署における 1 ヶ月間内の退院調整対象患者の年齢別総数

年齢	退院調整した件数				退院に至った件数			
	M	±	SD	(lenge)	M	±	SD	(lenge)
0 歳以上 15 歳未満	6.7	±	17.3	(1 ~ 151)	4.7	±	11.7	(1 ~ 90)
15 歳以上 30 歳未満	2.6	±	3.1	(1 ~ 20)	3.3	±	7.6	(1 ~ 62)
30 歳以上 60 歳未満	10.4	±	14.8	(1 ~ 122)	7.4	±	22.9	(1 ~ 301)
60 歳以上 75 歳未満	20.4	±	26.4	(1 ~ 198)	13.6	±	32.4	(1 ~ 450)
75 歳以上	41.9	±	55.1	(1 ~ 494)	24.4	±	38.1	(1 ~ 374)

表 2：最も退院調整を必要とした患者の年齢

項目	M	±	SD	(lenge)
年齢	69.3	±	19.9	(9 ヶ月 ~ 99 歳)

出典：看護系学会等社会保険連合 退院調整ワーキンググループ(代表：日本看護福祉学会 岡崎美智子)，病院の退院調整の機能に関する診療報酬の対象拡大推進の調査，2009 (未発表)

．訪問看護における評価

1．訪問看護管理療養費の算定期間の延長

要望 訪問看護管理療養費をイ：月の初日が7,050円、ロ：月の2日目以降12日まで2,900円を、13日以降においても算定できるよう要望する。

訪問看護管理療養費は、訪問看護ステーションと主治医との連携（訪問看護指示書・報告書の提出等）利用者または家族との連絡・相談、訪問看護の提供に関する管理などに対する評価であるが、12日以降も主治医との連携を密にして、在宅医療を安全に適切に提供することが重要である。そのため、12日目に限らず、13日目以降も訪問看護管理療養費を算定できるよう要望する。

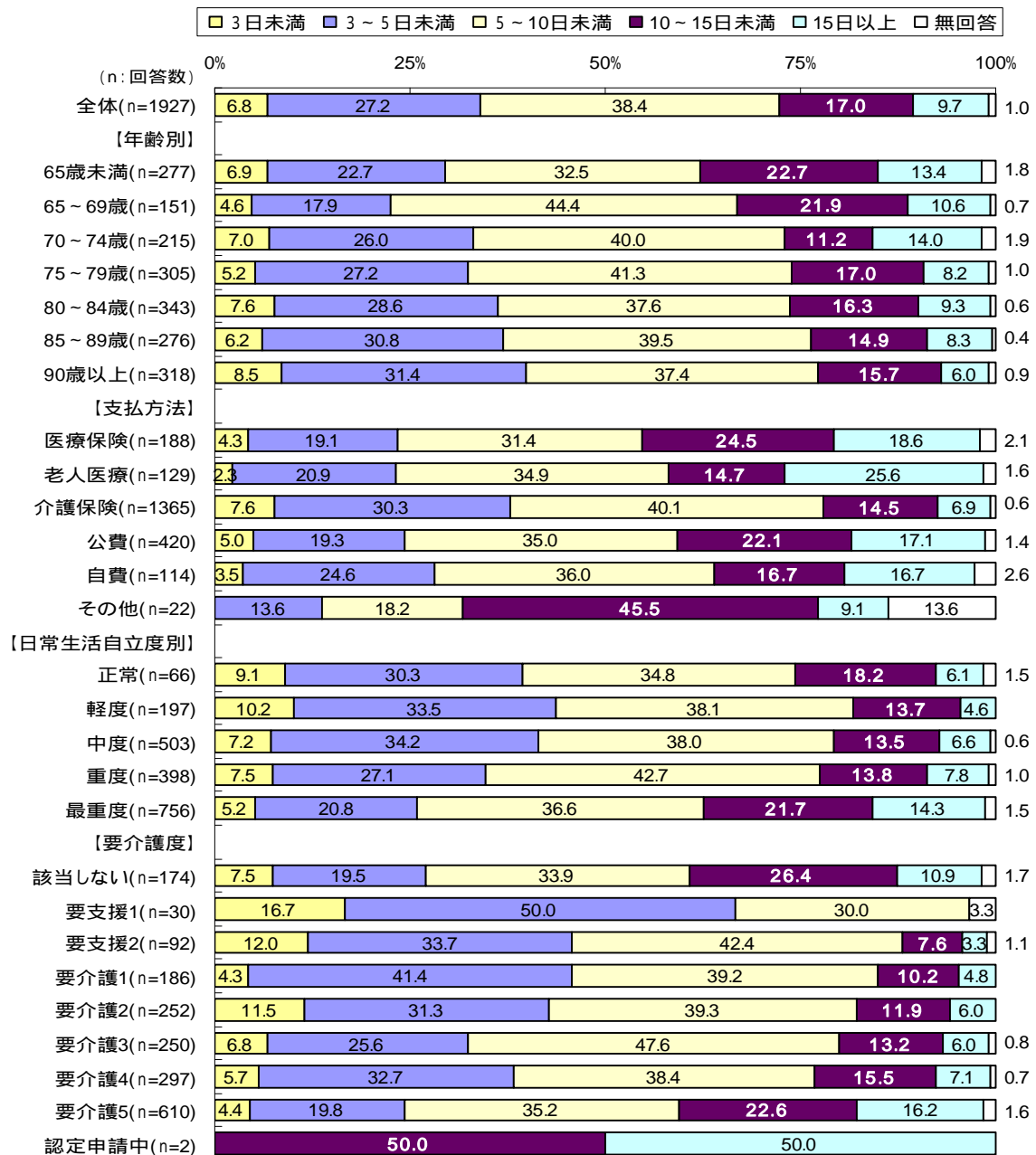
2．訪問看護基本療養費の回数制限の廃止 **【解説資料2】**

要望 訪問看護基本療養費の週3日までという回数制限の廃止を要望する。

独居・高齢者世帯においては、在宅医療処置が必要な場合にもかかわらず、自己管理や自己実施が非常に困難な状況であることから、時に週3日以上以上の訪問が必要になる。しかし、訪問看護基本療養費の現行報酬では、厚生労働大臣が定める疾病等および特別訪問看護指示書による14日間の訪問看護以外は週3日の算定となっており、週3日を超えた訪問看護の利用者は、全額自費負担を余儀なくされている。

属性別にみた1ヶ月間の訪問日数の状況では、医療保険による訪問看護のうち、週3日に該当するとみられる月15日以上以上の訪問が全体の12.3%あった（図1）。週3日以上以上の訪問が必要となるケースは、脊髄損傷等重度障害児者、気管切開ケア、インスリン注射、CAPD、HITのポート穿刺・抜去、在宅自己導尿、吸入・吸引、経管栄養、ストマケア、バルーンカテーテルのつまり除去等である。現行の制度のまま利用者が全額自己負担をしなければならぬと、在宅医療の継続が危惧される。訪問看護計画書のもとに、週3日以上以上の訪問を実施した場合にも、訪問看護基本療養費が算定できるよう要望する。

図1：属性別にみた1ヶ月間の訪問日数



出典：2006 年度訪問看護・家庭訪問基礎調査 p.127

3. 長時間訪問看護加算の算定要件の見直し

1) 点滴静脈注射が必要な患者への適応拡大

要望 点滴静脈注射が必要な患者において、長時間訪問看護加算が算定できるよう要望する。

在宅において点滴静脈注射を施行する場合、現行では長時間訪問看護加算の対象ではないため、訪問看護師は注射針の刺入・固定、バイタルサインの確認までで業務を終え、点滴施行中の滴下確認や刺入部の観察、抜針に至るまで、本人・家族に依頼せざるを得ない実態がある。また、独居、老老介護の家庭においては、点滴終了まで訪問看護を必要とし、結果的に訪問件数が抑制され、円滑なサービスが提供できないことにもつながっている。

訪問看護師が点滴終了まで適切な管理を行い、無事に終了することができるよう、点滴静脈注射が必要な患者に対し、長時間訪問看護加算が適応されるよう要望する。

2) 排便処置（浣腸・摘便）が必要な患者への適応拡大

要望 浣腸・摘便等の排便処置が必要な患者において、長時間訪問看護加算が算定できるよう要望する。

終末期などの重症者、脊髄損傷、筋ジストロフィーなど難病患者、重度心身障害児者、寝たきり患者等は、腸蠕動の低下から便秘に陥りやすく、浣腸・摘便を要することが多い。訪問看護におけるケア時間を比較すると、点滴静脈注射や褥瘡処置に次いで、排便処置にかかる時間が多いと報告されている。また、排便処置後の清潔ケアを含めると2時間を超える長時間となっていることから、浣腸・摘便等の排便処置が必要な患者に対し、長時間訪問看護加算が算定できるよう要望する。

4. 重症者管理加算の算定要件の見直し

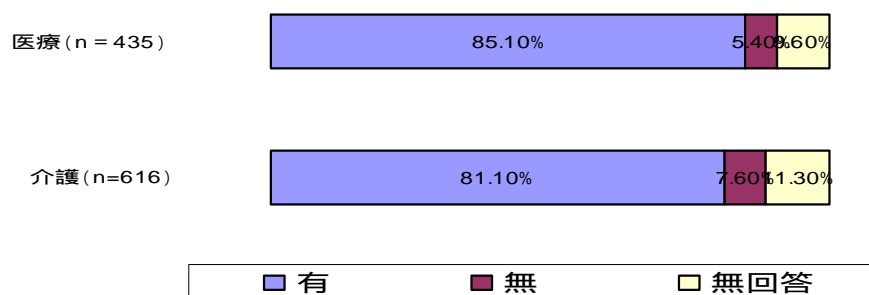
1) 重度褥瘡患者への適応拡大 **【解説資料3】**

要望 重度な褥瘡を持つ患者に対し、重症者管理加算が算定できるよう要望する。

平成21年度介護報酬改定において、重度褥瘡を持つ患者に対し、重症者管理加算の適応拡大が認められた。図2は、医療保険利用者と介護保険利用者の褥瘡の有無割合である。医療保険による訪問看護利用者の85.1%に褥瘡があり、介護保険81.1%と大差はない(図2)。医療保険対象の訪問看護の場合でも、重度褥瘡に対する処置時間等を勘案すると、重症者管理加算の対象者に該当すると考えられるため、介護報酬との整合性をはかり、診療報酬上でも重症者管理加算が算定できるよう要望する。

重度の褥瘡： NPUAP分類 度または 度 DESIGN分類 D3、D4 または D5

図2：医療保険・介護保険利用者の褥瘡の有無割合



出典：訪問看護ステーションに係るコスト調査，2004.

2) 在宅自己注射が必要な患者への適応拡大

要望 在宅自己注射が必要な患者に対し、重症者管理加算が算定できるよう要望する。

在宅自己注射を行っている患者に対する指導は、医師による在宅自己注射指導管理料のみが算定されるようになっている。しかし、在宅の場において、訪問看護による指導が継続されている実態がある。そのため、在宅自己注射が必要な患者に対し、重症者管理加算が算定できるよう要望する。

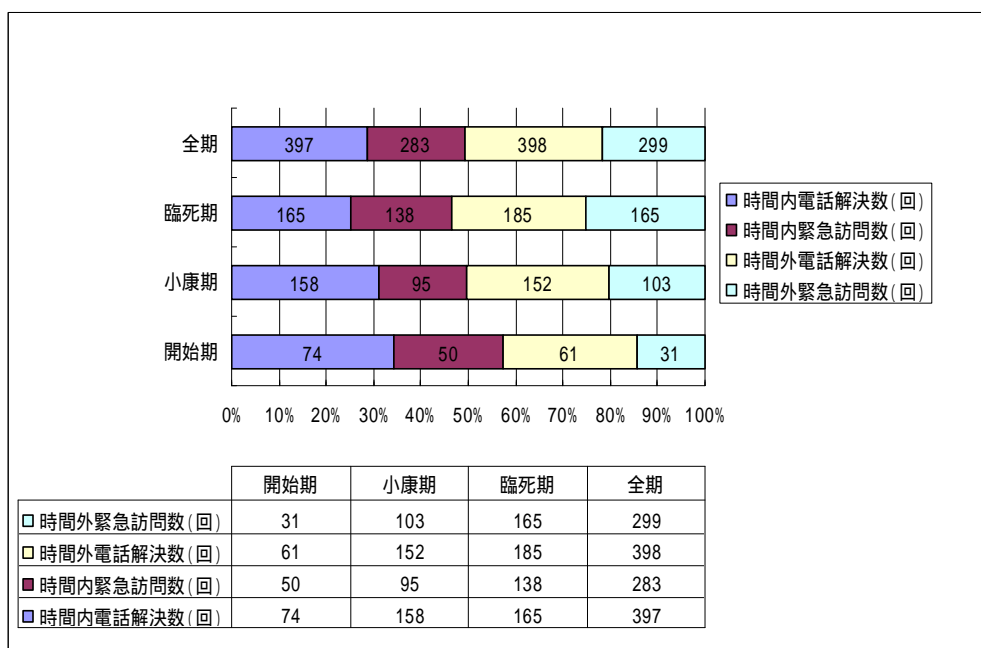
5. 夜間・早朝・深夜加算の新設 **【解説資料4】**

要望 医療保険による訪問看護の場合でも、夜間・早朝・深夜加算を算定できるよう要望する。

夜間・早朝における訪問看護の報酬は、介護保険では加算制度が設けられているが、医療保険制度では設けられていない。しかし、夜間における訪問看護の利用について、介護保険制度よりも医療保険制度を利用する者が3.5倍と報告されており、訪問看護ステーションの経営を圧迫する要因となっていることが考えられる。

図3は、在宅終末期患者における緊急電話・緊急訪問の回数を示したものである。終末期の全期にわたって時間外の緊急電話や緊急訪問が、全緊急件数の約5割を占めているが、臨死期においては特に時間外の緊急訪問が増加している。このような状況から、医療保険においても夜間・早朝・深夜加算の算定を認めるよう要望する。算定が認められれば、医療保険の利用者に対して、緊急あるいは計画的であるかを問わず、報酬制度における黙示的な夜間の訪問看護の抑制力が改善され、より利用者に応じた適切な訪問看護を実施できることにつながる。

図3：時間別の電話解決・緊急訪問の状況



出典：2005 年度日本看護協会委託事業「2005 年度訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書」

6. 複数名訪問加算

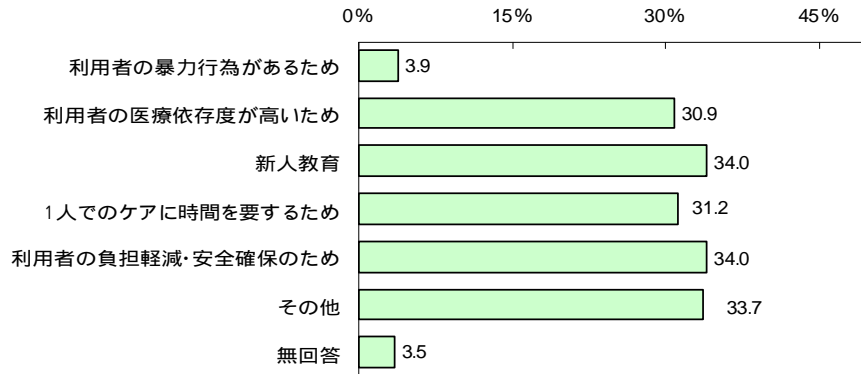
【解説資料5】

要望 同時に複数の看護師等による訪問看護を、診療報酬上でも認められるよう要望する。

訪問看護ステーションにおいて複数名訪問が必要となった理由について、「利用者の負担軽減・安全確保」34.0%、「利用者の医療依存度が高い」30.9%などがあがっている（図5）。また、精神疾患患者の訪問看護においては、「暴力・暴言・セクハラ等からのスタッフの安全確保」41.0%、「家族の精神的負担の軽減」41.0%となっている（表3）。平成21年度介護報酬改定において、利用者の身体的理由や暴力行為等がある場合に、同時に複数の看護師等で訪問看護を行うことが認められたが、診療報酬による訪問看護でも同様の理由で複数名訪問が必要である。介護報酬との整合性をはかり、診療報酬上でも複数名訪問加算が算定できるよう要望する。

図5：複数名訪問（同行訪問）の理由

(回答事業所数: n=282 * 複数回答)



出典：訪問看護基礎調査，日本訪問看護振興財団，2007.

表3：精神疾患患者訪問看護で複数名での訪問が必要な理由

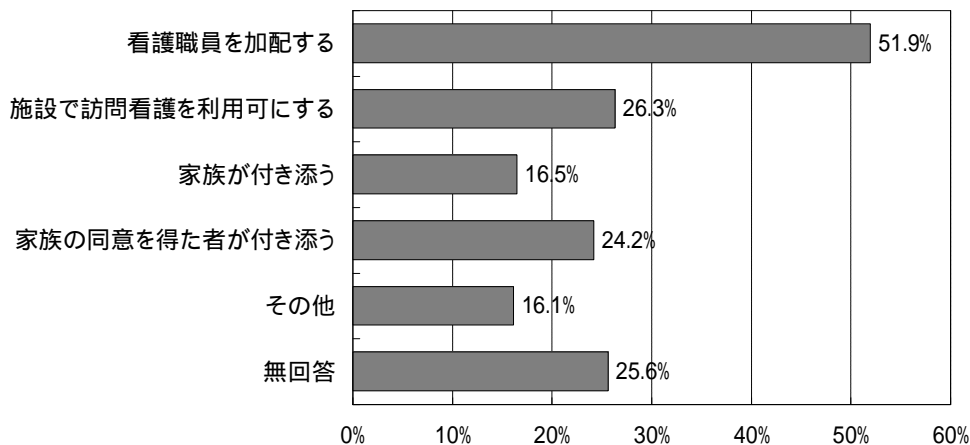
複数名による訪問が必要な理由	ステーション		医療機関	
	利用者数	割合	利用者数	割合
暴力・暴言・セクハラ等からのスタッフの安全確保が必要であったため	16人	41.0%	120人	29.2%
病状が重篤、又は不安定で、多くのケアが必要だったため	11人	28.2%	118人	28.7%
家族の精神的負担を軽減するためのサポートが必要だったため	5人	12.8%	123人	29.9%
複数の看護師によるアセスメントが必要だったため	16人	41.0%	118人	28.7%
OT 又は PT によるリハビリ、アセスメント、プログラム見直しが必要だった	0人	0.0%	21人	5.1%
精神保健福祉士による相談が必要だったため	5人	12.8%	223人	54.3%
日常生活援助で多くのマンパワーが必要であったため	6人	15.4%	122人	29.7%
利用者や家族に対して、別々のスタッフが担当し援助する必要があるため	3人	7.7%	70人	17.0%
新しいスタッフとの顔つなぎのため	11人	28.2%	47人	11.4%
その他	4人	10.3%	55人	13.4%
無回答	2人	5.1%	20人	4.9%
総数	39人		411人	

出典：萱間真美他，平成20年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業「精神障害者の訪問看護におけるマンパワー等に関する調査研究」報告書。

要望 介護保険法上の療養通所介護事業所を、医療ニーズの高い小児が利用できるよう要望する。

NICU 退院後の患児を受け入れる施設が少なく、医療依存度が高いまま在宅移行せざるを得ない状況が多く、家族への負担が非常に大きくなっている。重症心身障害児者の支援に関する調査では、受け入れ困難な利用者を受け入れ可能にする方法として、「看護職員を加配する」が 51.9%で最も高く、次いで「施設で訪問看護を利用できるようにする」が 26.3%であった（図 6）。しかし、通園施設においては医療処置を行える看護師の雇用は困難である状況から、訪問看護の外付けサービスに対する期待が高い。以上の状況を踏まえ、重症心身障害児の在宅医療をサポートする体制を強化するために、医療処置ニーズの高い患児が、療養通所介護サービスを受けられるよう、診療報酬上の評価を要望する。この機能は家族のレスパイトにつながり、患児の長期的な在宅医療を支援することが期待できる。

図 6：受け入れ困難な利用者を受け入れ可能にする方法案 複数回答（n=285）



出典：平成 20 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業補助金

「重症心身障害児者の地域生活支援のあり方に関する調査研究事業」

8. 訪問看護ステーションにおける電子化加算の新設

要望 訪問看護ステーションにおける管理システム・記録システム等の電子化を促進するための加算の新設を要望する。

訪問看護ステーションでは、電子化の整備が進んでおらず、手書きでの文書作成を余儀なくされている。この背景には、訪問看護ステーションの多くが経営困難であり、設備投資が後回しになっている現状があるためである。訪問看護ステーションの電子化システムが整備されれば、速やかな記録や文書作成、他機関とのスムーズな連携、情報公開が進み、スタッフや患者・家族にとってもよりサービスを利用しやすくなる。病院で推進されている電子化を、訪問看護ステーションにおいても整備が進むよう、診療報酬上での評価をお願いしたい。

9. 訪問看護ステーションにおける医療安全対策

【解説資料7】

要望 訪問看護ステーションに医療安全管理者等を配置し、安全対策を促進するためのシステムを構築している訪問看護ステーションに対し評価を要望する。

平成19年度訪問看護基礎調査（日本訪問看護振興財団調べ）によると、訪問看護ステーションの7割でヒヤリハットが起きていた。そのうち、ケア中に生じた外傷・誤嚥事故21.9%、転倒・転落19.2%、薬剤ミス18.1%が発生している（図7）。訪問看護の現場では、看護師が個人で対応を迫られる状況にあることから、スタッフ個人の対応能力を問題とすることが多い。また、現在実施している医療安全対策として、複数訪問や交通手段への配慮が行われている（図8）。しかし、経営が困難な訪問看護ステーションでは、職員教育のための時間確保、情報のネットワーク化の整備、医療事故防止に役立つ物品・機器の購入など、ステーションの自助努力だけでは限界がある。

そこで、訪問看護ステーションの医療安全体制を充実させるために、医療安全管理者等を配置し、安全対策を促進するためのシステムを構築している訪問看護ステーションに対し評価を要望する。

図7：訪問看護における事故・ヒヤリハット

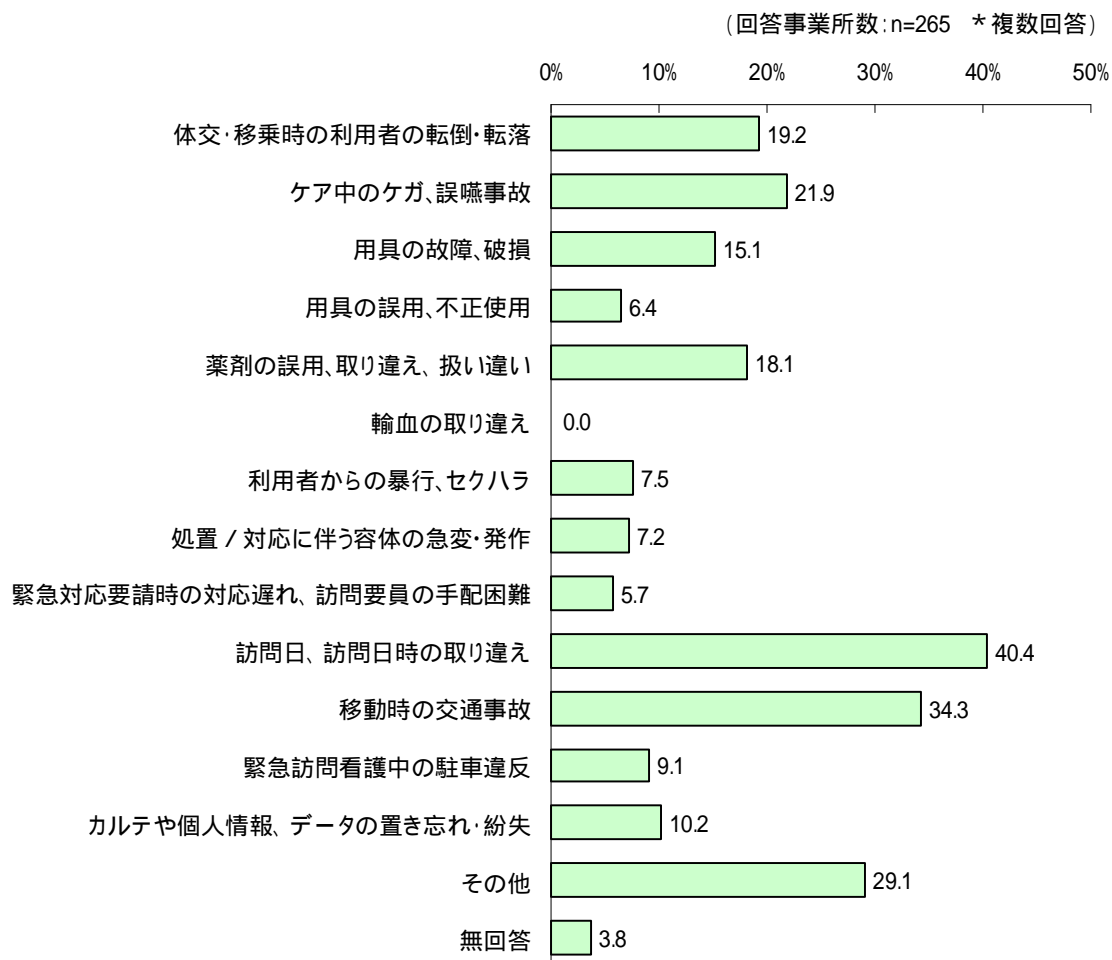
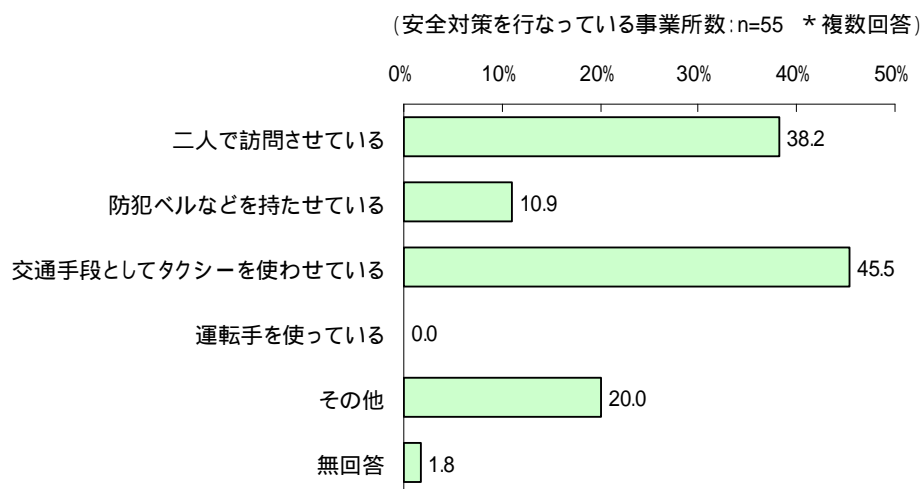


図8：医療安全対策の内容



出典：訪問看護基礎調査，日本訪問看護振興財団，2007.

10. 看護師に看護補助者が同行訪問することに関する評価

要望 訪問看護基本療養費（ 、 、 ）について、看護師等が看護補助者と複数名体制で訪問することに対する評価として看護補助加算の新設を要望する。

訪問看護には、在宅ターミナルケア、在宅人工呼吸療法、精神疾患患者の社会復帰支援などに代表されるように、医療ニーズの高い療養者へのケアについて積極的に取り組むことが期待されている。しかしながら、訪問看護ステーション職員数(常勤換算数)は平成 16 年から 18 年にかけて 6.2%しか伸びていない。

重度介護状況にある患者に対して、効率よく訪問するためには、看護師 1 名で訪問するよりも複数の職員で対応することが有効である。病院において呼吸器装着患者等に対しては、複数の職員で清拭を行うように、訪問看護の場においても複数名の手が必要である。特に、在宅医療の安全管理の観点から、ケア中の転倒・転落、ケガ等の事故予防、夜間訪問の安全対策として、複数で訪問することが必要となる。

しかし、重度の利用者には、訪問滞在時間が長時間になり、また頻回の訪問が必要になる傾向があるが、その場合、一訪問あたりの単価が下がる仕組みとなっているため、医療ニーズの高い患者にサービス提供することは、訪問看護ステーションにとっては経営上躊躇せざるを得ない状況がある。そこで、ケースによっては、必ずしも看護師 2 名ではなく、看護補助者を同行させることで対応することを提案したい。

寝たきり度 C 以上、真皮を超える褥瘡の状態、認知症ランク 及び M、人工呼吸器装着者などを対象として、入院基本料の看護補助加算と同様に、訪問看護基本療養費に対して、看護補助加算として看護師と看護補助者による訪問看護の評価をしていただくよう要望する。

看護補助者の業務：看護が提供される場において、看護チームの一員として、看護の専門的判断を要しない療養上の世話業務および診療補助にかかわる周辺業務を行う（日本看護協会）

11. 在宅患者連携指導加算の対象となる医療機関と関係職種の拡大

要望 在宅患者連携指導加算における連携先の対象医療機関について、「訪問診療を実施している」という条件を廃止していただきたい。また、福祉関係職種との連携も算定可能となるよう要望する。

医療保険での訪問看護サービス利用者のうち、訪問診療を受けている患者は約半数に過ぎない。そのため、患者の療養について、訪問診療を行っていない医療機関であっても、相談・連携が必要な場合がある。

東京都、埼玉県、神奈川県内 87 箇所の訪問看護ステーションを対象とした調査では、平成 21 年 4 月の時点で、4,975 名の利用者のうち、当該加算を請求した患者数は 9 名と極めて少なかった。その理由は、算定の対象が限られているためであり、訪問看護利用者のうち訪問診療を利用している者の割合は 56.5% に過ぎないという実態を反映していないところにある。訪問看護は医療と介護双方のニーズを持つ患者に対して総合的なサービス調整を行う独自の機能を有している。医療情報に基づいて他職種との情報の提供と共有は極めて重要な役割であり、それに基づき患者・家族及び介護職に対して適切な療養指導を行うことが在宅医療の継続の要となっているため、一回の訪問看護(64.8 分)あたりに必要な多職種と連携にかかっている時間数は平均して 23.4 分となっている。

以上のことから、患者の情報を共有し、必要な看護を提供した場合でも、在宅患者連携指導加算が算定されるよう要望したい。また、現行の制度では、連携対象に該当する機関が、「訪問診療を実施している保険医療機関」「歯科訪問診療を実施している保険医療機関」「訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局」の 3 種に限定されている。しかし、在宅の場においては、福祉関係職種(介護支援専門員、介護福祉士、ホームヘルパーなど)とも連携し、ケアプランを実行していることから、在宅患者連携指導加算における福祉関係職種との連携も評価していただくよう要望する。

出典：平成 19 年度老人保健事業推進等補助金 訪問看護事業の報酬体系・提供体制のあり方に関する調査研究事業「訪問看護事業の報酬体系のあり方に関する検討」

12. 訪問看護ステーションと医療機関の「特別の関係」の見直し

要望 訪問看護ステーションと医療機関の「特別の関係」について、医療機関と訪問看護事業所の開設地が一定以上の距離で離れている場合には請求可能となるよう要望する。

現行の制度では、訪問看護ステーションと医療機関の代表者が同一人物または親族の場合等の「特別の関係にある保険医療機関」では、退院支援指導加算、在宅患者連携指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算の算定ができない。しかし、開設地が一定以上の距離で離れている場合などには、算定を可能としていただくよう要望する。

．専門性の高い機能に対する評価

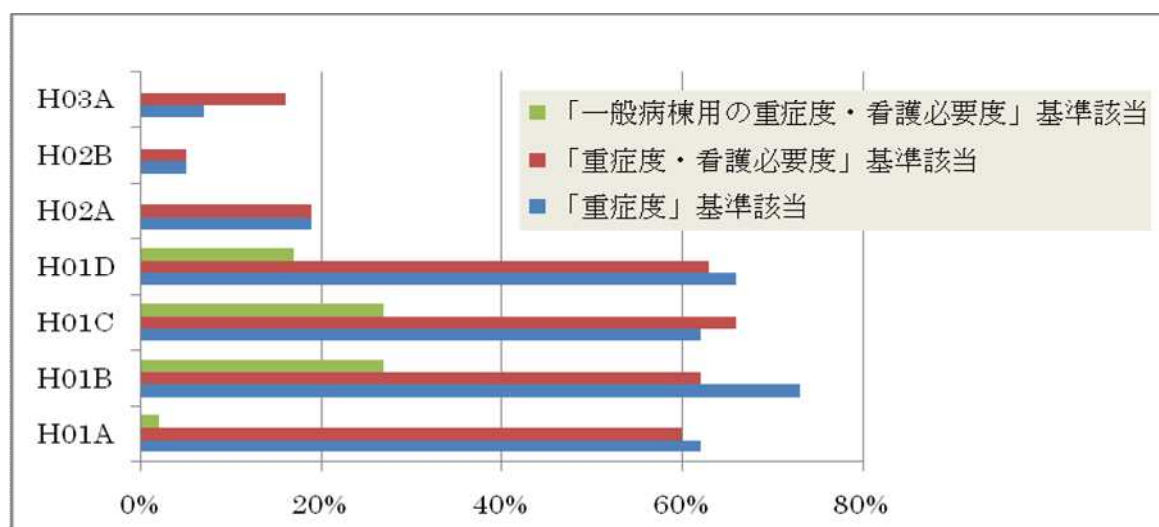
1．精神科身体合併症病棟への7対1配置基準の適応 【解説資料8】

要望 精神病床における精神科身体合併症病棟への7対1入院基本料を適応するよう要望する。

平成20年度の診療報酬改定において「精神科身体合併症管理加算」、「精神科救急・合併症入院料」が新設されているが、精神科救急治療および精神科急性期治療を除く精神病床では、15対1の看護配置基準のままである。

図9は、公立精神病院の身体合併症病棟4か所、総合病院（大学病院および医学部附属病院）の精神科病棟計3カ所において、「重症度」ならびに「重症度・看護必要度」基準を用いて評価したものである。精神病床の身体合併症病棟で「重症度」ならびに「重症度・看護必要度」基準で評価した場合、該当者が60%を超えるといった実態がある。以上のことから、精神科身体合併症病棟においても、身体拘束を減らし、適切な看護が提供できるよう、7対1看護配置基準の導入をお願いしたい。

図9：入院管理料算定基準での該当者割合（調査日平均）



出典：大竹眞裕美他，平成20年度 精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究。

2. 透析看護における看護師の配置

要望 血液浄化療法実施中の患者数や重症度に応じた看護師配置基準の設定を要望する。

透析患者は、糖尿病性腎症を原疾患とする患者や、高齢者の増加に伴い、視力障害や骨関節障害、脳血管や心血管障害、認知症等を合併する患者が増加し、透析治療中の頻回なモニタリングや認知症ケア、透析室入退室の援助が必要となっている。また、患者数増加に伴い、透析室の大規模化が生じている。また、透析治療中の抜針や回路離脱などによる出血事故が発生している。透析患者の多くは外来患者であるので、外来看護師の配置基準の30対1では対応できない現状がある。血液浄化療法を適切に実施するためにも、血液浄化療法実施中の患者数と重症度に応じた看護師配置基準の設定を要望する。

．医療の安全性を高める機能への評価

1．医療安全対策加算の引き上げ

要望 医療安全対策加算の点数引き上げを要望する。

現行の医療安全対策加算は、入院初日に 50 点を算定することとなっている。専従の医療安全管理者の人件費、安全対策設備の整備を鑑みても、到底充分とはいえない報酬である。また、届出医療機関数は 1,522 件（H20 年）にとどまっていることから、加算点数を引き上げ、より多くの病院が医療安全体制を整えられるよう要望したい。

2．感染対策の強化に対する評価

要望 医療安全管理部門に感染管理に必要な研修を受けた看護師を配置している病院に対する評価を要望する。

感染管理に関するトレーニングを受けた感染管理認定看護師 960 名などは、院内感染発生率の把握と対策、感染対策技術の指導、新感染症に対する医療従事者のトレーニングなど、幅広い活躍をしており、効果を上げている。診療報酬評価による財源の確保ができれば、院内感染対策のための新たな設備投資も可能となり、より強固に感染予防対策が整えられる。さらには、院内感染による医療費の抑制にもつながると考えられる。患者・医療者の安全面から、感染管理と医療安全管理は切り離せない関係であるため、医療安全管理部門に感染管理に必要な研修を受けた看護師を配置している病院に対し評価を要望する。

要望 新人看護師研修体制の整備を行っている病院に対し、新人看護師教育体制加算として入院基本料に加算できるよう要望する。

医療技術の進歩に伴い、看護業務が複雑多様化している状況の中、新人看護師の実践能力の向上が求められている。また、ヒヤリハット事例の多くは新人看護師が占めており、医療安全の面からも新人看護師研修体制の整備が求められている。

表 4 は、医療機関における新卒看護師の教育担当期間を示したものである。32 の大学病院に勤務する看護部長 32 名および新卒看護師が配属された部署の看護師長 824 名を対象に調査したところ、新卒看護師を配置した部署の約 8 割が 1 年間の教育体制をしいていることが明らかになった（表 4）。

図 10 は、新卒看護師の 1 年間の技術習得状況の推移を示したものである。平成 19 年 4 月に 32 の大学病院に入職した新卒看護師 3,447 名を対象に調査したところ、1 年間で「一人で出来る」と回答した項目のうち、「救命救急処置技術」「食事援助技術」「清潔援助技術」が低値を示した（図 10）。

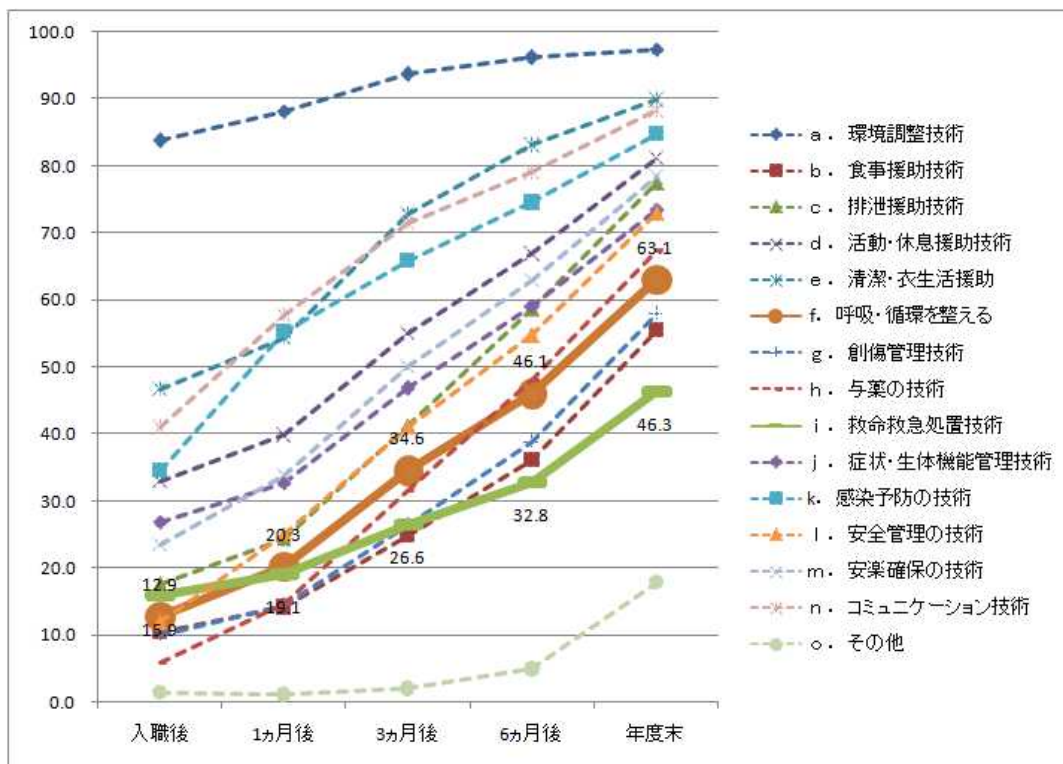
このように、新人看護師教育は各病院が多大な労力を払って行ってきたが、マンパワーや個々の施設による努力はすでに限界に達している。そこで、より手厚い研修体制を整えられるよう、看護師教育に関する専門部門を立ち上げ、専従の教育担当者を配置しており、かつ 6 か月以上の新人看護師研修計画を立案・実行している施設に対し、新人看護師教育体制加算として入院基本料に加算できるよう要望する。

表 4：新卒看護師の教育を担当する期間

期 間	プリセプター 件数 (%) 複数回答	教育担当者 件数 (%) 複数回答
4～6週間	5 (0.6%)	5 (0.8%)
3か月	41 (5.3%)	6 (1.0%)
6か月	84 (10.8%)	25 (4.1%)
1年	609 (78.2%)	518 (85.1%)
その他	40 (5.1%)	55 (9.0%)

出典：福井トシ子「新卒看護師の基本的看護技術習得状況に関する実態調査」, 看護管理, Vol.19 No.4, 2009年4月.

図 10：新卒看護師の1年間の技術習得状況（％）



出典：伊藤恵子・福井トシ子「新人看護師の基礎看護技術習得に関する調査」, 看護, Vol.61 No.6 , 2009年5.