

2015年8月10日

厚生労働省

保険局医療課長 宮寄 雅則 殿

一般社団法人 看護系学会等社会保険連合

代表 井部 俊子（公印省略）

平成28年度診療報酬改定に関する要望書

医療の場が病院から在宅へと拡大し続けている昨今において、患者が住みなれた地域で入院から在宅ま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」の充実がより一層求められています。看護はその専門性を以って、地域包括ケアシステムの発展に貢献するとともに、高度医療の場においても、効果的・効率的な医療提供に寄与しております。そこで、平成28年度診療報酬改定では、患者・家族の医療をつなぐ看護の機能について、以下2つの重点要望に対する評価を求めます。

記

重点要望Ⅰ．地域包括ケアシステムを支える看護の機能への評価

今や在宅療養を必要とする患者は、子どもから高齢者までの幅広い世代におよんでいます。様々な発達課題や社会的背景を持つ患者に対し、地域包括ケアシステムの中できめ細かいサービスを提供するためには、看護の調整機能や専門的技術が不可欠であります。そこで、地域包括ケアシステムを支える看護の専門的機能に対し、評価を要望いたします。

重点要望Ⅱ．効率的・効果的な医療につながる看護の専門性への評価

急速な高齢化に伴って国の社会保障費は増加の一途をたどっており、医療の効率化が急務の課題となっています。医療の現場では、看護による専門的知識・技術の提供や、複雑な疾病に対する多職種チームでのアプローチなど、効率的な医療に資する活動が行われております。そこで、患者に対する効率的・効果的な医療提供における看護の専門性に対し、評価を要望いたします。

重点要望Ⅰ．地域包括ケアシステムを支える看護の機能への評価

<新規要望>

1. 精神科にかかわる専門研修を受けた看護師による訪問看護基本療養費の新設 1
2. 精神科特別訪問看護指示書に係る複数回訪問加算の新設 3
3. 障がい者入所施設、保育園、学校等への訪問看護の評価 4
4. 小児訪問看護を強化した訪問看護ステーションの評価 5
5. 特別管理加算を算定しない重度障害児に対する訪問看護の充実 6
6. 同一日に利用者や主治医の要請で2か所目の訪問看護ステーションとして緊急訪問を行った場合の評価 7
7. 外来通院時における共同指導への評価 8
8. 介護職員等による喀痰吸引等に係る訪問看護の連携（指導）の評価 . . . 9

<既収載項目に関する要望>

1. 地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し 10
2. 機能強化型訪問看護管理療養費の算定要件の緩和 11
3. 糖尿病ケアを必要とする患者への在宅患者訪問看護・指導料3の要件拡大 12
4. 在宅患者訪問褥瘡管理指導料での訪問看護ステーションの評価 13

重点要望Ⅱ．効率的・効果的な医療につながる看護の専門性への評価

<新規要望>

1. 認知症患者サポートチーム体制加算の新設 14
2. 精神障害者の療養マネジメントチームへの評価 16
3. 虐待対策チーム体制に対する評価の新設 17
4. 退院困難な小児に対する退院調整加算の新設 18
5. 小児慢性特定疾病患者・家族への外来看護相談の評価 19
6. 慢性腎臓病（CKD）患者に対する透析予防指導管理料の新設 21
7. 不妊症指導管理料の新設 22

<既収載項目に関する要望>

1. 緩和ケア診療加算の算定要件の見直し（適応疾患の拡大） 23
2. 精神科リエゾンチーム加算の算定回数の拡大 25
3. 特定集中治療室管理料の算定要件の見直し 26
4. がん患者指導管理料 2 の算定要件の拡大 28
5. 糖尿病透析予防指導管理料の要件の見直し
（患者の病期に応じた人員配置の緩和） 30
6. 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給について
支給対象者の拡大 31

I. 地域包括ケアシステムを支える看護の機能への評価

<新規要望>

I-新-1 精神科にかかわる専門研修を受けた看護師による訪問看護基本療養費の新設

【日本精神保健看護学会・日本訪問看護財団・日本在宅ケア学会】

要望 精神科訪問看護基本療養費以外で、精神科訪問看護ステーション以外で訪問看護を受けている精神疾患患者に対する精神科の専門の研修を受けた看護師の同行訪問について、訪問看護基本療養費への評価を要望する。

精神疾患患者の外来患者数では、気分障害患者が最も多く、ついでストレス関連性障害、統合失調症の順となっている。気分障害は自殺者数を増やし、また身体疾患を契機に気分障害となり、気分障害から認知症へと移行する患者数も増えてきている¹⁾。厚生労働省は、気分障害やストレス関連性障害など、かかりつけ医による早期発見と早期介入が重要であるとして、その対策に取り組み始めている。身体疾患を有している患者の抑うつ、不安などが出始めた時期への早期介入と予防については、精神科リエゾンチームなどの設置により対策が講じられているものの、在院日数の短さから効果が十分に得られているとはいえない。また宇佐美らの調査によると、在院日数が短縮化され身体疾患患者の多くは、うつ状態が中等度～重度のまま退院し外来や訪問看護へと移行していることが明らかとなっており、自殺や認知症へと発展していく「気分障害」への早期介入と予防は非常に重要な課題となってきた²⁾³⁾。しかし、在宅において患者や家族が、退院直後の訪問看護の導入期や病状不安定な時期などに精神科の専門の研修を受けた看護師による訪問看護のコンサルテーションなどを受ける機会がない。

現在、緩和ケアまたは褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師の同行訪問は「訪問看護基本療養費」にて算定できるが、専門性の高い精神科の看護師による同行訪問については算定できない。精神科訪問看護基本療養費以外で、訪問看護を利用し、抑うつ、不安、適応障害の疑われる患者に、専門性の高い看護師（認定看護師、専門看護師等）が4回の症状管理面接を行って早期介入（精神科トリアージも含む）を行うことで、患者の気分障害の重度化、認知症への移行を防ぐことができる²⁾ことは調査で明らかになっている。

以上のことから、在宅で療養生活を送り、うつ状態、不安状態を有すると考えられる患者の精神的ケアに対し、専門性の高い精神科の看護師による同行訪問、コンサルテーションに対する評価を要望する。

★別添資料集 参照

1)千田要一他：「うつ」と身体疾患，臨床精神医学，35(7),p927-933,2006

2)宇佐美しおり・野末聖香他(2015)：抑うつ・不安を有する慢性疾患患者への精神看護専門看護師による介入の評価，日本 CNS 看護学会誌,1(1)、印刷中

3)宇佐美しおり，福嶋好重，野末聖香，他(2009)：慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業およびその評価，熊本大学医学部保健学科紀要，第5号，9-18頁

I-新-2 精神科特別訪問看護指示書に係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、精神科特別訪問看護指示書を交付された期間においても複数回訪問の新設を要望する。

精神科訪問看護での 1 日複数回訪問のできる「精神科複数回訪問加算」は、「I016 精神科重症患者早期集中支援管理料」を算定する場合に、精神科訪問看護基本療養費への加算として算定できる。しかし、それ以外の訪問看護ステーションにおいて、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 3 回までの加算「難病等複数回訪問加算」がある。

精神科以外の訪問看護同様に、精神科特別訪問看護指示書においても 1 日複数回の訪問看護の算定が可能となるよう要望する。

【参考】

日本訪問看護財団「平成 28 年度制度報酬改定に向けた会員アンケート(平成 27 年 5 月)」

精神科訪問看護特別指示書での同一日複数回の訪問看護の評価を要望するかの問いには、「要望したい」が約 4 割であった。

要望したい理由は、「病状が不安定な時に服薬管理のために、1 日複数回の訪問が必要だと感じるため」が最も多く、次いで「不安が強くて電話の回数が多い、本人からの希望があるため」、「退院直後であることから、1 日複数回の訪問が必要だと感じるため」等がみられた。

★別添資料集 参照

I-新-3 障がい者入所施設、保育園、学校等への訪問看護の評価

【日本訪問看護財団・日本看護研究学会・日本小児看護学会】

要望 医療管理の必要な障がい児・者が入所又は通園・通学している機関への訪問看護を可能とすることを要望する。

障がい者入所施設、保育園、学校等は「居宅」ではないので、訪問看護療養費が算定できない。しかし、生活の場は居宅から学校等活動の場や社会へ広がってこそ、ICF（国際生活機能分類、WHO）が提唱する「健康のゴール」であり、訪問看護制度の活用が望まれる。

気管切開による吸引を必要とする児童の家族は、授業時間帯を通して学校で待機している状況であり、家族から訪問看護で対応を求められるケースが多い。障がい者入所施設の看護師は、1人で約100人の健康管理を行っており、特に重症医療管理の必要な障がい児・者への対応について訪問看護の依頼の相談も多い。

障がい者入所施設、保育園、学校等で健康管理をしている養護教諭や看護師は、医療管理を必要とする入所者に対して技術的に不安を感じており、健康管理の対象者が多いため対応が困難なことがある。また、1人、2人の障害児のために看護師等を配置することは費用対効果の面でも困難である。

平成26年度診療報酬改定では特別支援学校における喀痰吸引等の必要な児童等のために「介護職員等喀痰吸引等指示書」の交付先が拡大し、特別支援学校でも可能となった。

しかし訪問看護は認められていない。「自宅で訪問看護を利用している子供には、学校でも同じ看護師がかかわることができる」と保護者は助かると感じると思う、「担当の看護師が変わることが不安」、「訪問看護で2回一緒にケアをしてもらい、任せられることを確認して利用し始めた」という、ヒアリング調査の結果もある。

以上のことから、障害者入所施設、保育園・学校等へも訪問看護を可能とし、医療的ケアを提供できるよう要望する。

【参考】

介護保険制度による訪問看護ステーションとの委託契約による健康管理という方法

※介護保険の地域密着型サービスである認知症対応型共同生活介護（グループホーム等）には医療保険適用の範囲で訪問看護療養費が算定できる。

※介護保険の訪問看護費の算定はできないが、訪問看護ステーションとの委託契約による健康管理が可能となっている。訪問看護ステーションに支払う委託契約料に係る報酬は当該グループホームに「医療連携体制加算 39 単位/人・日」が給付される。

I-新-4 小児訪問看護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・日本小児看護学会】

要望 小児訪問看護の拡充を図るために、小児訪問看護管理体制強化加算（仮称）の新設を要望する。

在宅では、重症心身障害児の訪問看護の必要性が増加している。小児訪問看護を行っていない訪問看護ステーションでも、今後取り組みたいと思う事業所は増えているが、まだ一歩踏み出せず、小児訪問看護の研修や体験訪問などを求めている。そこで、小児訪問看護を強化した訪問看護ステーションが中心となり、研修の場を提供するなど小児訪問看護の拡充を進めていくことが望まれる。

小児訪問看護を強化した訪問看護ステーションの例として、18歳未満の重症心身障害児者の訪問看護利用者が10人程度であり、小児看護の経験豊富な訪問看護師が複数名所属しており、地域の訪問看護師の同行訪問による体験の場の提供、小児訪問看護研修会や事例検討会など地域活動を行っていることなどを要件とすることが挙げられる。このような訪問看護ステーションの体制に対する評価を要望する。

【参考】

日本訪問看護財団「平成28年度制度報酬改定に向けた会員アンケート(平成27年5月)」

小児訪問看護の経験の有無では「無」と答えたステーションが多かった。今後小児訪問看護をしたいと答えたステーションは30.6%であった。

小児訪問看護を開始するのに必要な要件として、小児訪問看護の研修と並んで、小児訪問看護を行っている訪問看護ステーションでの体験学習が挙げられた。したがって、受け入れる訪問看護ステーションを増やすことが重要である。

★別添資料集 参照

I-新-5 特別管理加算を算定しない重度障害児に対する訪問看護の充実
【日本訪問看護財団、日本小児看護学会】

要望 特別管理加算を算定できない重度障害児に対し、週4日以上¹の訪問看護、長時間の訪問看護を可能とするよう要望する。

児童のいる核家族の増加や、離婚によるひとり親の世帯が増加していることに伴い、子育てを経験している祖父母の協力を得る機会が減少している。保育所においても発達障害児等が増えてきている。

特別管理加算を算定できない障害児に兄弟などがいる場合や、母親が妊娠している場合などにおいて、週3回で1回30分から1時間30分の訪問看護の支援では限界がある。

とくに、0歳児から就学前の障害児に対して地域生活を支援するため、週4日以上¹の訪問看護、長時間の訪問看護を可能とするよう要望する。

【参考】

日本訪問看護財団「2014年度交通事故等に起因する障害児・者の訪問看護実態調査」

交通事故等による障がいのある訪問看護利用者 255人を対象とした調査では、82.5%が家族と同居しており、8割以上の割合で家族が介護していた。その主な主介護者は、母親が30.1%と最も多い。

★別添資料集 参照

I-新-6 同一日に利用者や主治医の要請で 2 か所目の訪問看護ステーションとして緊急訪問を行った場合の評価 【日本訪問看護財団】

要望 24 時間対応体制加算をとっている訪問看護ステーションが 2 か所目の訪問看護ステーション（あるいは同じ訪問看護ステーションでも 2 回目、週 3 日の限度がある利用者への 4 日目）として緊急訪問した場合を評価した「緊急対応訪問看護加算(仮称)」の新設を要望する。

医療保険の訪問看護では、訪問看護基本療養費は 1 人につき 1 日 1 回の算定となっており、2 か所以上（あるいは同じ訪問看護ステーションでも 2 回以上）の訪問看護基本療養費は同一日に算定できない。

緊急訪問の要請で、訪問看護ステーション（24 時間対応体制加算算定）が訪問看護を実施しても、同日にすでに他の訪問看護を利用している場合、訪問看護基本療養費及び時間外加算も算定できず、交通費等も請求できない。

リハビリテーションを主とした訪問看護や、介護保険の高齢者ケア主体の訪問看護ステーションでは対応困難な状況があり、その場合、2 か所目の別の訪問看護ステーションが連携して緊急対応することになる。また同一訪問看護ステーションでも同一日に 2 回以上の訪問看護で対応せざるを得ないことがある。さらに週 3 日の限度がある利用者に対し、4 日目に緊急訪問する場合もある。

以上のことから、1 日のうち、24 時間対応体制加算をとっている訪問看護ステーションが 2 回目又は 2 か所目の訪問看護ステーションとして緊急訪問した場合を評価した「緊急対応訪問看護加算(仮称)」の新設を要望する。

★別添資料集 参照

I-新-7 外来通院時における共同指導への評価

【日本訪問看護財団・日本糖尿病教育・看護学会】

要望 外来通院時に在宅療養者（家族含む）に対し、医師等と訪問看護師が共同して在宅療養生活の支援を行った場合に、「外来通院時共同指導加算（仮称）」の新設を要望する。

外来でがん化学療法等を受けている利用者の状態に関して、医療機関の受診に訪問看護師が同行し、身体状況や服薬の管理・副作用の状況、精神的ケア等について報告し、在宅療養生活を支援するための共同指導を行うことが増えている。また、糖尿病の在宅療養者においても、外来通院時の情報共有は欠かせない。実際、受診に同行するために訪問看護の調整をおこなうことがあるが、訪問看護の訪問先は、「居宅」とされるため、外来通院の同行や立会いは認められていない。

在宅療養の継続を支えるため、外来通院時に利用者および家族に同行し、医師等と訪問看護師が共同して在宅療養に係る相談・指導を行った場合の評価として、「外来通院時共同指導加算(仮称)」の新設を要望する。

★別添資料集 参照

**I-新-8 介護職員等による喀痰吸引等に係る訪問看護の連携（指導）の評価
【日本訪問看護財団・日本在宅ケア学会】**

要望 ALS等医療保険利用者の喀痰吸引について、訪問看護師が訪問介護事業所の介護職員等への情報提供・指導・助言を行うことに対して、介護報酬と同様の評価を要望する。

ALSや末期がん患者等、喀痰吸引、経管栄養等の医療ニーズのある在宅療養者は医療保険の訪問看護利用者に多い。

介護保険制度では、介護職員等の喀痰吸引等に対して、手技の安全の確認、痰の吸引に係る計画書や報告書の作成および緊急時等対応について助言を行い、安全なサービス提供体制に係る会議に出席するなどによって、「看護・介護職員連携強化加算」が算定できる。

しかし、ALSや末期がん等の在宅療養者に対しても、訪問看護師は、利用者の安全と安楽なケアを維持するために、同様の連携や必要に応じて主治医等と連携しているが、これらの連携に伴う評価がない。

医療保険の訪問看護においても、介護職員等による喀痰吸引等が必要な利用者の訪問看護を行う場合、連携に対する評価を要望する。

【参考】

日本訪問看護財団「交通事故等に起因する障害児・者の訪問看護実態調査報告書（平成27年3月）」（自由記載より）

「吸引の指導はとても時間がかかるため、訪問調整がとても大変。指導料と時間的労力を考えてもらいたい（ヘルパーによって理解の程度がまちまちでとても大変）」「痰の吸引などの実地指導を訪問として認めてほしい」「近隣に吸引が可能なヘルパーステーションの事業所がなく、家族による吸引が難しい場合に、なかなか在宅療養に踏み切れない時がある」「利用者に急な痰吸引介助が必要になった場合において、介護職員への指導、連携の時間・段取りが難しい」「介護職員の喀痰吸引、経管栄養の指導は大切と思うが、手間がかかり、少人数のステーションにとっては負担が大きい。」等の意見が多かった。

★別添資料集 参照

＜既掲載項目に関する要望＞

I-既-1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

【聖路加看護学会】

要望 地域包括ケア病棟入院料について、施設基準を追加することを要望する。

地域包括ケアシステムの構築で重要なのは、既に要介護者となった高齢者を主な対象とした病棟から自宅に帰すための医療連携や、退院支援の充実だけではない。これから高齢化のピークを迎えるにあたり、若い支度を始める年代の住民に、日本の社会保障の実態を伝え、それを将来においても持続可能な形で残しておくことの重要性を伝える必要がある。したがって地域包括ケア病棟をもつ医療機関では、こうした年代の住民が、今の日本の環境の中で、よりよく生きる方法を自らを選んでいけることを目標に、医療に関するさまざまな情報を一般住民に伝える役割を持つべきである。

この発想は、地域包括ケアシステムの植木鉢の図でいうところの、＜本人・家族の選択と心構え＞を成すことにつながり、これからの地域づくりには欠かせないコンセプトである。病院で働く看護師らが一般住民を対象にして、疾病予防の重要性や介護予防の重要性そして医療の現状を知らせ、当人たちに、元気なうちから生き方と死に方を共に考えるための対話の機会をもつことは、地域包括ケアシステム構築の根幹を成す重要なプロジェクトとなり得る。

以上のことから「A-308-3 地域包括ケア病棟入院料」について、「地域包括支援センター等と連携し、これから老いる一般住民を対象に、＜本人・家族の選択と心構え＞を醸成することを目的としたセミナーを定期的を開催すること」を施設基準に追加することで、設置目的に沿った医療活動のさらなる充実を図ることを要望する。

【参考】

東京都 T 区が区民対象に開催している「今考えよう、自分の最期の過ごし方」を例として示す。最期を迎える時に遭遇する場面を知り、急な医療現場での意思表示のためにどのような準備をするのか、また、どのような医療や社会資源の活用を選択するのか、人生において主体的な最期を迎えるための準備について、各分野の専門家とともに考える機会として 10 回シリーズの研修会を開催した（表）。参加者の事後アンケート結果では「老後の準備につながる」という問では、平均 4.15 ポイント/最大 5 ポイント、満足度は平均 4.25 ポイント/最大 5 ポイントと非常に高く、「介護施設とはおぼろげながらの知識であったがよくわかった」、「地域包括ケアセンターを初めて知った。使いたい」、「厳しい内容ではあるが年を取ると必ず通る道であることから前向きに受け入れなければならない。今後重要な講座になってくると思う」といったコメントを得た。 **★別添資料集 参照**

I-既-2 機能強化型訪問看護管理療養費の算定要件の緩和
【日本訪問看護財団】

- 要望**
- ①ターミナルケアについては加算等の算定件数ではなく、「在宅がん医療総合診療料」に係るターミナルケアと、特養や認知症グループホーム等での看取りも含めたターミナルケアの実績を件数として評価するよう要望する。
 - ②算定状況の要件は「直近1年間（又は直近1月間）」ではなく過去1年間の実績報告により要件が満たせるように要望する。

機能強化型訪問看護管理療養費Ⅰについては、直近1年間の「訪問看護ターミナルケア療養費」又は「ターミナルケア加算」の算定数が20件以上との要件があり、ターミナルケアを加算等の算定数でしか認められない。

医師と共同で看取りを実施しても、「在宅がん医療総合診療料」を医師が算定する場合、訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数には含まれない。また、がん末期の利用者等で特別養護老人ホームや認知症のグループホームの看取りも算定件数外（看取り介護加算を算定している場合）となる。以上のことから実質的にターミナルケアを行った実績を要件として評価するよう要望する。

また、ターミナルケアについては直近1年間、別表第7の利用者状況については直近1か月間が届出要件となっている。しかし、届出を受理された後には、当該管理療養費の算定要件を毎月見直す必要があり、要件を満たさなくなると変更手続きを行い、要件を満たすと再届出の手続きを繰り返すことになる。また、届出が変更になる毎に、利用者が支払う利用料も変更となるため、利用者に説明して理解を得るのが困難である。以上のことから過去1年間の実績で要件が満たせるように要望する。

【参考1】日本訪問看護財団「交通事故等に起因する障害児・者の訪問看護実態調査報告書(平成27年3月)」

機能強化型訪問看護管理療養費の届出なしの理由では、第1に看護職員数が少ない(48.6%)であるが、第2が看取りの件数が少ない(40.7%)、第3が看取りは行っているがターミナル療養費や加算の件数が少ない(22.6%)であり、看取り件数を問題としている事業所は全体の67.3%を占めた。このことが機能強化型訪問看護管理療養費の届出がでない大きな要因になっている。

【参考2】機能強化型在宅療養支援診療所の算定要件では、過去1年間の緊急往診の実績が10件以上かつ看取りの実績が4件以上であることとしている。

★別添資料集 参照

I-既-3 糖尿病ケアを必要とする患者への在宅患者訪問看護・指導料3の要件拡大 【日本糖尿病教育・看護学会、日本訪問看護師財団】

要望 在宅患者訪問看護・指導料3について、糖尿病ケアを必要とする患者にも算定可能とするよう要望する。

近年、訪問看護師から医療機関に所属する糖尿病ケアに専門性の高い看護師（糖尿病看護認定看護師、慢性疾患看護専門看護師）に対して、在宅でインスリン療養中の患者に関する相談件数が増えている。日本糖尿病教育・看護学会の会員が経験した事例や訪問看護師からの相談内容（資料1）によると、複数の合併症や併存疾患によりインスリン療法の継続に困難がある場合、高齢で食事量が一定しないためインスリン注射量が適切であるかの判断が難しい場合などが挙げられている。地域包括ケアの推進によって、在宅の訪問看護師が支援する利用者は、以前に比べ、より重症度が高く、療養支援が難しくなっていると推察され、資料1の事例でもそれが確認される。

高齢者においては、高血糖がインスリン分泌能低下につながっていると示唆されており、また重症低血糖を起こした回数が多い患者ほど認知症と診断されるリスクが高い。糖尿病ケアに専門性の高い看護師は、病状や体調、食事を含む生活状況の変化が、処方されている療養方法にみあっているかを見極め、関係する医療福祉職と連携してケアをすすめることによって、高血糖、低血糖を予防していくことができる。

現在、病院から在宅へ退院時には、退院時共同指導料、退院調整加算、地域連携計画加算などが診療報酬上算定されているが、これらはどれも退院時の計画の共有であり、退院後のケアの必要性には対応できていない。そこで、緩和ケア、褥瘡ケアで認められている「C005 在宅患者訪問看護・指導料3」の要件を糖尿病ケアにも拡大することを要望する。

対象患者については、以下の条件を提案する。

1. 重度の高血糖や低血糖のため、医師が血糖管理に関する指導の必要性があると認めた者
2. 糖尿病腎症2期以降の者
3. 糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた者

糖尿病ケアに係る専門の研修については、以下の内容を提案する。

ア 国及び医療関係団体が主催する研修であること（6ヶ月以上かつ600時間以上の研修であり、修了証が交付されるもの）

イ 糖尿病ケアのための専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること

★別添資料集 参照

I-既-4 在宅患者訪問褥瘡管理指導料での訪問看護ステーションの評価
【日本創傷・オストミー・失禁管理学会、日本訪問看護財団、日本褥瘡学会】

要望 在宅褥瘡対策チームに訪問看護ステーションの看護師が加わっている場合、在宅患者訪問褥瘡管理指導料を医療機関のみならず、訪問看護ステーションも算定できるように要望する。

平成 26 年度診療報酬改定において、「C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料」の算定要件として厚生労働省から示された「在宅褥瘡対策チームによる実施体制」には、①医療機関完結型②医療機関・訪問看護連携型③在宅褥瘡管理者連携型の 3 つが示されている。②および③は継続的に訪問看護を実施している訪問看護ステーションが関わっているが、「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」の算定は医療機関のみとなっており、訪問看護ステーションは算定できない。

「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」は多職種で構成されるチームでカンファレンスを行い継続的な訪問看護を実施することにより、褥瘡改善を行うことを評価されるものである。

現在、在宅褥瘡対策チームの実施体制では、②および③の連携体制が最も多く、この体制においては訪問看護ステーションが中核を担っているにも関わらず、「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」での、訪問看護ステーションの評価がなされていない。

在宅褥瘡対策チーム体制を充実させることは、褥瘡の悪化による合併症の発生や緊急入院等の減少、褥瘡治療の日数の削減およびそれに伴う医療費削減、患者とその家族の QOL 向上や安心した療養生活等に貢献できると考えられるため、在宅医療においては今後もさらなる充実をはかる必要がある。

この、在宅褥瘡対策チーム体制を促進するため、これにかかわる訪問看護ステーションも「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」を算定可能とするよう要望する。

★別添資料集 参照

要望Ⅱ. 効率的・効果的な医療につながる看護の専門性への評価

<新規要望>

Ⅱ-新-1 認知症患者サポートチーム体制加算の新設 【日本老年看護学会】

要望 認知症患者サポートチーム体制に対する評価の新設を要望する。
(週1回200点)

医療機関に入院している高齢者の約30%に認知症、または認知機能が低下した者が認められ、そのうち76.5%は入院中に認知症に伴う行動・心理症状を発症している¹⁾。これらの患者には多職種チームによる体制をとって医療を提供しているが、「老人性認知症疾患治療病棟入院料1・2」は認知症病棟が対象であるため一般病棟では算定できない。また、「精神科リエゾンチーム加算」は、せん妄やうつ、精神疾患、自殺企図患者等が対象であるため、認知症による多様な行動・心理症状を発症した患者には適用が困難である。

認知症患者サポートチームは、老年専門職(老年病専門医等、老人看護専門看護師・認知症看護認定看護師等、理学療法士、作業療法士、栄養士、精神保健福祉士等)で構成され、認知症による行動・心理症状への専門医療が必要な者の早期発見、専門医療の提供、主疾患治療のスムーズな遂行、行動心理症状の緩和および早期退院、地域連携を目的としたチーム医療の方法である。

老年専門職チームによる介入を行うことで、そうでない場合よりも、認知症や認知機能低下者を含む高齢入院患者の在院日数は約9日間減少することが認められている(図1)²⁾。また、多職種協働チームの介入により認知症患者の尿路感染、栄養問題、せん妄、転倒が有意に少なくなると報告されている³⁾。これらのことから、入院中の認知症患者への老年専門職チームによる介入は、医療費の削減に有効であるが、現在のところ診療報酬上の評価がされていない。

認知症患者サポートチームの対象は、アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などの診断を受けている者、または未診断であるが認知機能が低下している者のうち、行動・心理症状が予測される一般病院入院患者とし、上記のような体制に対する評価として週一回200点の新設を要望する。

現在、老人看護専門看護師(日本看護協会)77名、認知症看護認定看護師(日本看護協会)472名、認知症ケア専門士(看護師、介護福祉士、理学療法士ほかを含む)(認知症ケア学会)24,759名が活動しており、今後も増える予定であることから、医療機関で認知症患者サポートチーム体制をとることは十分可能である。

★別添資料集 参照

- 1) 日本老年看護学会： 老人看護専門看護師および認知症看護認定看護師を対象とした「入院認知症高齢者へのチーム医療」の実態調査報告書,2014. <http://www.rounenkango.com/>
- 2) 亀井智子他： 認知症高齢者へのチーム医療に関するシステムティックレビューとメタアナリシス、2015 投稿中.
- 3) Stenvall, M., Berggren, M., Lundström M., et al.(2012) : A multidisciplinary intervention program improved the outcome after hip fracture for people with dementia-Subgroup analyses of a randomized controlled trial, Archives of Gerontology and Geriatrics, 54, e284-e289.
- 4) 認知症有病率等調査について（厚生労働省社会保障審議会介護保険部会第 45 回資料 6）
. http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146270&name=2r98520000033t9m_1.pdf

Ⅱ-新-2 精神障害者の長期入院予防のための療養マネジメントチームへの評価 【日本精神保健看護学会】

要望 入院 1 年以上の長期入院予防のための療養マネジメントチームの評価を要望する。

現在、精神障害者の入院患者数は、少しずつ減少しているが、1 年以上の長期入院精神障害者は入院中の精神障害者全体の 3 分の 2 にあたる約 20 万人である。そのうち毎年約 5 万人が退院しているが、新たに毎年約 5 万人が 1 年以上の長期入院に移行している¹⁾。また、入院 6 か月以上の患者は入院 1 年以上の長期入院に移行すると言われてている。専門性の高い看護師を中心とした療養マネジメントチームを構築して介入を行った場合に、長期入院患者予備軍の長期入院減少させ、患者の退院後の地域での生活期間を延長し、患者の日常生活・社会的機能を改善し、退院後早期の再入院を予防できることが明らかとなっている²⁾。

療養マネジメントチームは、精神看護専門看護師、認定看護師など精神科における訓練を受けた看護師が中心となり、精神科医、精神保健福祉士、作業療法士、訪問看護師によりチームを構成し、次のような介入を行う。

入院中は、①2 週間に 1 回の治療チームカンファレンス（査定・チーム目標設定、役割分担の確認）、②必要とされるセルフケア支援（1 週間に 4 時間以上）、③1 週間に 1 回以上の疾病教育を行う。退院 2 週間前から退院後 3 か月間は、①専門看護師・訪問看護師・保健師・精神保健福祉士・精神科医・地域における支援スタッフ間の 4 回のカンファレンス、②専門看護師による 1 週間に 1 回の訪問と危機介入時訪問、③訪問看護師による訪問、④専門看護師による 1 週間に 1 回の外来での療養指導（症状管理、服薬管理、生活上のセルフケアの支援、家族関係の調整、家族への支援）を行う。これらの介入を行うことで、入院 6 か月以上の患者の退院を促進し、退院後の地域での生活が安定化し、再入院が減ったことが報告されている²⁾。

以上のことから、入院 1 年以上の長期入院予防のため、入院 6 か月から療養マネジメントチームを結成し、上記のような活動を行うことへの評価を要望する。

1) 片山聡子（2015）：多職種連携チームの中心となって精神障害者の地域移行支援を推進する，看護，67(3),p88-90.

2) 宇佐美しおり，岡谷恵子，野末聖香，田中美恵子，相澤和美，永井優子，小山達也(2014)：再入院・長期入院予防を目的とした専門性の高い看護師による精神障害者への療養マネジメントの評価，平成 23 年度 看護系学会等社会保険連合研究助成研究報告書

Ⅱ-新-3 虐待対策チーム体制に対する評価の新設【日本小児看護学会】

要望 医療機関における虐待対策チーム体制に対する評価の新設を要望する。

児童虐待対策は国の重要課題である。医療機関においては、養育支援として市町村への情報提供が行われる場合にのみ「診療情報提供料」として診療報酬上の算定ができる。医療機関は、被虐待児や不適切な養育環境にある子どもを発見、保護しやすい場ではあるが、時間が少ない外来診療および病棟における情報の把握、対策は困難を極めている。

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、加害者あるいは養育支援が必要とされる家族への支援や調整に関して、多くの診療科の医師および看護師、MSWなどの多職種対策チームによる専門的介入が必要になる。チームによる検討の結果、必ずしも市町村への通告に至らない場合においても、退院前には家族と丁寧なコミュニケーションをとり、退院後の定期的な外来通院の指導や、地域の専門職や関連職種による支援の調整などを対策チームが担う必要がある。このような活動には、多くの時間とマンパワーを要する。4 病院における虐待対応の分析では、H26年度に子どもの虐待対応は月に2～74件、多職種によるケース会議などの対応に1ケース最低1回（通告事例では最低4回）、月に2～14回のケース会議が行われ、1回の会議に要した時間は15～120分であった。1回のケース会議に参加する医師、看護師、MSWなどの院内の専門職は平均3.62名、保健師、市町村の担当者、幼稚園教諭など院外の者は平均5.72名であった。通告に至った生後5か月の事例では、情報提供および調整が72回に及ぶ例も報告されている¹⁾。

以上のことから、被虐待児もしくは不適切な養育環境にある小児が入院し、専門職チームで虐待対策を行った場合に、入院基本料に1件につき300点の加算を要望する。

また、現在多くの施設において、若年出産や社会的課題を抱える妊産婦に対し、虐待防止を目的として妊娠中から出産後まで専門職チームが継続して支援する取り組みが行われている。また、NICU、GCU入院新生児の乳児虐待予防の研究では、周産期の全数スクリーニングが、病院職員の虐待防止や母子支援に関する意識の向上に効果があると報告されている²⁾。このように、妊産婦と子どもに妊娠中から虐待対策チームが継続的に関わった場合についても、入院基本料への加算を要望する。

1)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.p.39

2)同上.P44 資料 1「B 病院の虐待対応のデータ」、資料 2「C,D,E,F 病院の虐待対応のデータ」

Ⅱ-新-4 退院困難な小児に対する退院調整加算の新設

【日本小児看護学会、日本小児総合医療施設協議会看護部長部会】

要望 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小児退院調整加算（600点）を要望する。

現在、新生児特定集中治療室に入院した小児は退院調整加算を算定できるが、その他の小児は、退院調整に関するスクリーニングや退院調整支援計画に基づいた支援を行っていても、退院調整加算等の算定はできない。

医療の進歩に伴い重篤な疾患・障害をもつ小児が救命され、医療的ケアを行いながら在宅で過ごすことができるようになり、人工呼吸器装着、吸引、経管栄養など医療的ケアを行いながら退院するケース、小児がん等の終末期を在宅で過ごすことを希望するケース、成長や病状の変化により医療的ケア内容の変更が必要となり入退院をくり返すケースが増加している。小児の退院調整では、在宅療養への意思決定支援から家庭で必要となる医療処置指導、医療材料の準備、自宅環境の整備、緊急時医療体制の整備、学校・行政機関との調整、きょうだいへの支援体制確立、成長を見据えた長期間の計画的支援が必要である。しかし小児の在宅支援を担う施設や訪問看護ステーションは限られており、連携する職種も、医療者、行政機関、福祉、教育関係者など多岐に渡っている。また、小児ではケアマネジャーがいないため、退院後の支援や調整を病院の医療者が担っているケースが多い。そのため、退院調整の一環として必要時には、看護師が自宅や学校など病院外に出向くこともある。

関東及び近郊地域にある7つの小児医療施設において、在宅移行および在宅医療を支えるための病院外での退院調整に関する看護活動について調査した結果、平成27年1月1日から3月31日までの3ヶ月間に、病院外での看護活動は23例行われていた。この23例は看護師が必要性を判断した上で、更に実施が可能であった件数であり、必要性は感じていても勤務調整がつかず実施できない例もあった。活動の主な目的は、生活環境の確認、地域・学校関係者との調整、ケアの指導、家族支援などであった。活動場所は自宅（16例）、学校、入所施設、支援センターなどで、活動所要時間は50分から335分、平均201.7分であった。これらの症例で退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算を取得しているものではなく、病院職員は勤務時間として活動し、交通費も含め全て病院が負担していた。

以上のことから、退院が困難な症例に対して、小児看護経験5年以上の看護師が退院支援計画を作成し、退院先の選定や必要な福祉サービスを含めた退院調整を実施した場合、新生児特定集中治療室退院調整加算（600点）と同等の小児の退院調整加算が算定できるよう要望する。

★別添資料集 参照

Ⅱ-新-5 小児慢性特定疾病患者・家族への外来看護相談の評価 【日本小児看護学会】

要望 小児慢性特定疾病患者とその家族に対する専門性の高い看護師による外来看護相談への評価を要望する。

小児慢性特定疾病のほとんどは小児が成長発達する過程で治療を継続しながら生活を管理する必要があり、その育児を行う家族への支援も重要である。慢性疾患を抱える小児とその家族への支援のあり方については、成長発達する小児の疾病理解や自己管理に向けた指導と、それを支える家族への支援について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する。また、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。慢性疾患を持つ小児の相談活動においては現在医学管理料として認められている技術指導のみならず、子どもの病態と成長発達に伴って変化する治療や生活に関する意思決定、保護者から本人に次第に移行していくセルフケアの獲得、それを支える社会的環境に関する小児看護の専門的なアセスメントとカウンセリングが必要である²⁾³⁾。この対象となる小児は多く、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)⁴⁾と合わせると、相談対象数は年間に計788名、1人の専門看護師につき44名、述べ相談回数は1953回、1人の専門看護師につき109回と多くの時間が割かれている一方、診療報酬上は再診料としての算定しかできていない。

これらの課題について、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⁵⁾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⁶⁾や、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)等の専門性の高い看護師が、小児の疾病に関する身体状況をアセスメントし、小児の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円滑な自己管理、成人医療の移行へ進むことが報告されている⁷⁾⁸⁾。

以上のことから、小児慢性特定疾病患者とその家族に対する、専門性の高い看護師による外来を中心とした看護相談への評価を要望する。

- 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) 石見和代：事例から見えてきた子どもと家族の支援.日本小児科学会誌 第 119 巻 2 号.210-(70)
- 3) 丸光恵他：小児がんフォローアップに関する看護の現状と看護に困難を感じた事例の実際-外来・病棟管理者を対象として.日本小児血液・がん学会雑誌.50(2).203-211.2013
- 4) 資料：外来における専門看護師の相談件数
- 5) 日本小児総合医療施設協議会 会員施設：日本小児総合医療施設協議会 HP <http://www.jachri.jp/>
- 6) 日本看護協会：小児看護専門看護師の登録状況 <https://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/>
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
- 7) 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(suppl): 239-239, 2014.
- 8) 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-6 慢性腎臓病（CKD）患者に対する透析予防指導管理料の新設 【日本腎不全看護学会】

要望 慢性腎臓病（CKD）患者に対する透析予防指導管理料の新設を要望する。

現在、「B001・27 糖尿病透析予防指導管理料」は、糖尿病患者が対象となっており、糖尿病性腎症以外の腎不全患者には適応することができない。

慢性腎臓病（以下 CKD）患者は 2005 年の時点で 1330 万人に達し、その内 580 万人が末期腎不全に移行すると言われている。日本透析医学会統計によると、2013 年末現在の慢性透析患者数は、314,180 人であり¹⁾、原疾患で最も多いのは糖尿病性腎症（43.8%）であるが、残りの 56.2%の患者にも、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をすることで、腎臓病の進行を遅延させ、透析治療が必要となる末期腎不全に至ることを予防することは可能と考えられる。

また、透析医療費は、一人当たり年間 500 万円かかると言われ、日本の医療経済に大きな影響を与えている。高齢透析患者の導入年齢は平均年齢 68.68 歳と年々上昇し、介護を要する高齢者、通院困難な患者が急増している。核家族化で老老介護が増加し、通院困難な高齢透析患者が入所できる施設も少ないため、透析治療を継続していくことが困難となっている。介護サービスによる通院手段を利用しても、患者 1 人に月約 2 万円程度の通院費用がかかっているとされており、月 14 回の通院費用は市町村の福祉サービスへ多大な影響を与えている。

日本腎臓病学会では、CKD ステージ 2 からの進行予防が、透析導入の減少や、心血管疾患発症リスクの低下に有効であることをいくつかの研究で発表し、CKD 対策に力を入れている。CKD ステージ 3 以下の患者では、腎不全看護に携わる専門的知識を習得した看護師が介入することで、透析導入を遅延でき、約半数は腎機能を維持できたという結果も得られている。

以上のことから、専門的知識を習得した看護師（透析認定看護師、透析療法指導看護師、慢性疾患専門看護師）等が、透析予防を目的として慢性腎臓病ステージ 2 と診断された時期から指導をおこなうことに対する評価を要望する。

★別添資料集 参照

1) 日本透析医学会 わが国の慢性透析療法の現況 2013 年 12 月 31 日現在

2) 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

Ⅱ-新-7 不妊症指導管理料の新設 【日本生殖看護学会】

要望 不妊検査および一般不妊治療について説明および相談対応を行った場合に「不妊症指導管理料（仮称）」を算定できるように要望する。

不妊治療は年々普及し、妊娠・出産を希望するカップルに多くの福音をもたらしてきた。近年では、少子社会において、子の出生が望まれながらも、晩婚化により不妊症カップルはますます増加傾向にある¹⁾。不妊治療は、患者がその特性を適切に理解することなく、また、サポートを得られないまま心理的ストレスを抱え込むと、治療効果が出る前に早期の脱落を招く²⁾。一方、長期化しがちな不妊治療の特徴から、エストロゲン依存性疾患（子宮内膜症・子宮筋腫）等のリスクを考慮する必要がある。そこで、不妊検査・治療を受ける際には、患者自身がその内容や限界を十分に理解した上で、より効果的・効率的な選択をすることが重要となる。妊娠・出産率は女性の年齢と相関し、高齢になるほどその率は低下し³⁾、妊娠に至っても合併症を発症しやすい⁴⁾。不妊症患者の背景や心理状態に配慮し、適切な情報提供および意思決定への支援が重要となる。

以上のことから、初診スクリーニング終了後、治療を開始しても妊娠に至らない場合（治療開始から6ヶ月経過）、妊娠しても流産に至った（流産処置後）場合に、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、生殖看護に精通した看護師（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説明及び相談対応を行った場合に、「不妊症指導管理料（仮称）」を算定できるように要望する。

- 1) 齊藤英和, 石原理, 久具宏司, 久保田俊郎, 桑原 章, 澤倫太郎, 阪埜浩司:平成 25 年度倫理委員会 登録・調査小委員会報告(2012 年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績および 2014 年 7 月における登録施設名), 日産婦誌 2014 ; 66 : 2445
- 2) Gameiro, S., Canavarro, M.C., Boivin, J. (2013). Patient centered care in infertility health care: Direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient Education and Counseling*, 93: 646-654.
- 3) Centers for Disease Control and Prevention : Types of ART cycles by age group in the United States, Assisted Reproductive Technology Report 2012 ; <http://www.cdc.gov/art/ART2012/index.htm> 2015. 3アクセス
- 4) 苛原稔, 松田義雄, 増崎英明:年齢と妊娠・出産に伴う合併症のリスク評価について 資料 2, 第 3 回「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会」 2015. *Fertility and Sterility* ARTICLE IN PRESS.

<既収載項目に関する要望>

Ⅱ-既-1 緩和ケア診療加算の算定要件の見直し（適応疾患の拡大）

【日本循環器看護学会・日本クリティカルケア看護学会・日本慢性看護学会】

要望 緩和ケア診療加算の算定要件を心不全患者にも算定できるように要望する。

現行の「A-226-2 緩和ケア診療加算」の算定基準は、「悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者」に限定し、身体的・精神的症状を持つ患者を対象としている。緩和ケア診療加算の要件にある「疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体症状又は不安、抑うつ症状」は、がん患者のみならず心不全患者にも現れる典型的な症状¹⁾である。心不全患者は、呼吸困難、疼痛、全身倦怠感など、がん患者と同様の症状を呈し、末期心不全ではその症状が増強する。さらに心不全患者の経過は寛解と増悪を繰り返すため、介入のタイミングを見極めるのが難しい。

日本循環器学会における循環器疾患診療実態調査（2013年）²⁾によると、心不全入院患者のうち急性心不全患者は90,438人、慢性心不全患者は93,035人と報告されている。また、心不全患者の約2割は、うつ病を合併していることが指摘されており³⁾、服薬管理ができないなどのリスクを伴う。したがって適切な時期に緩和ケアチームが介入することにより、包括的な疾病管理が可能となり、患者のQOLの改善、ならびに確実な薬物療法による入院期間の短縮など医療費削減に寄与することが期待される⁴⁾⁵⁾。

緩和ケアチームにおける看護師の役割は、専門知識に基づく看護の実践、かつ医療チームを調整し、質の高いケア提供の一端を担う⁶⁾。このような心不全患者の緩和ケアに従事する看護師は、当該分野の専門看護師（急性・重症患者看護、慢性疾患看護）、および認定看護師（救急看護、集中ケア、慢性心不全看護）など2,338名が登録⁷⁾されており、チーム医療を担っていく人材として十分な人数が育成されている。すでに一部の循環器専門病院では、従来の緩和ケア診療加算として算定はできないものの、がん患者以外への緩和ケアの依頼を受け、緩和ケアチームとして心不全患者の症状緩和や疼痛コントロール、精神症状マネジメントなどに対応しているケースが存在する⁸⁾。

以上のことから、心不全患者への緩和ケアを充実させるため、現行の緩和ケア診療加算を心不全患者においても算定できるよう適応疾患の要件拡大を要望する。

★別添資料集 参照

- 1) 日本循環器学会：2013年循環器疾患診療実態調査報告書、
(http://www.j-circ.or.jp/jittai_chosa/jittai_chosa2013web.pdf)
- 2) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2009年度合同研究班報告）：慢性心不全治療ガイドライン（2010改訂版）
- 3) Rutledge T, Reis VA, Linke SE, et al.: Depression in Heart Failure A Meta-Analytic Review of Prevalence, Intervention Effects, and Associations With Clinical Outcomes. *J Am Coll Cardiol*, 48:1527-1537, 2006.
- 4) Eric D. Adler, Judith Z. Goldfinger, Jill Kalman, et al.: Palliative Care in the Treatment of Advanced Heart Failure, *Circulation*, 120:2597-2606, 2009.
- 5) Miriam J Johnson: Management of end stage cardiac failure, *postgrad Med J*, 83:395-401, 2007.
- 6) Cheryl Westlake, Valerie Joy Smith: Nursing concerns with palliative care and at the end-of-life in patients with heart failure, *Nursing: Research and Reviews*, 5:33-47, 2015.
- 7) 日本看護協会：専門看護師・認定看護師登録者数一覧
- 8) 国立循環器病研究センター：緩和ケアチーム活動の実績

Ⅱ-既-2 精神科リエゾンチーム加算の算定回数の拡大 【日本精神保健看護学会】

要望 精神科リエゾンチーム加算（1回200点）を、週2回まで算定可能とするよう要望する。

「A-230-4 精神科リエゾンチーム加算」が算定可能となってから、一般病棟に入院中でせん妄、抑うつ、不安、適応障害などを有する患者に対する精神的支援が可能になってきた。しかし現実的には、1週間に30件を超える介入の要望が患者・家族・医療者からあり、かつ1週間に2回以上、患者の症状管理や抑うつ・不安を緩和する面接を精神看護専門看護師が中心となって実施している。これらの介入により、抑うつや不安、適応障害、せん妄を有する身体疾患患者の精神状態が改善してきていることが報告されている¹⁾²⁾。一方、高齢社会に伴い、高齢者の入院が増え、身体疾患を契機にうつ状態となり認知症へと移行することや、認知症と疑われる患者が身体疾患による治療をうけることが多くなってきている。

そこで、認知症の早期発見、うつ状態から認知症への移行の予防を目的とし、精神科リエゾンチームが1週間に2回以上介入することで、精神状態の積極的な改善、特にうつ状態や認知症の早期発見、早期介入が可能となり、高齢者のうつ状態や認知症移行への予防を図ることができるため、1週間に2回までの算定を要望する。

1)CNS 協議会精神看護分野(2015年1月):精神科リエゾンチーム加算の実態と課題

2)野末聖香(2013):精神科リエゾンチームによる介入の効果と課題—リエゾナーズの役割—,第108回日本精神神経学会学術総会,精神経誌,SS626-SS633

Ⅱ-既-3 特定集中治療室管理料の算定要件の見直し
【日本クリティカルケア看護学会】

要望 特定集中治療室管理料 1 および 2 の算定要件として認定看護師・専門看護師の配置を追加することを要望する。

現在、「A-301 特定集中治療室管理料」の施設基準は、看護師の配置要件 2 : 1 以上とあるが、重症患者ケアの専門性の高い看護師（専門看護師、認定看護師等）についての要件はない。とくに、特定集中治療管理料 1 および 2 を算定する施設においては、重症患者のケアの質や医療安全の観点から、高度な医学知識、観察力、判断力、急変対応能力、教育力を有する看護師が求められる。

治癒率、死亡率、QOL 改善等に ICU 人員配置が患者転帰に与える効果について、医療スタッフ配置の多い施設で死亡率が低い傾向が報告されている¹⁾。そして、75 カ国 1265 の ICU を対象とした調査では、看護師 : 患者配置が 1:1.5 以上であることが、病院死亡のリスクの低さに関連する独立した要因であったことが報告されている²⁾。また、集中ケア認定看護師が「いる」ICU の標準化死亡率 (standardized mortality ratio ; SMR) は、集中ケア認定看護師が「いない」ICU と比較して低い傾向を示している³⁾。

したがって、看護師の配置数に加え、集中治療を専門とする認定看護師・専門看護師の配置も死亡率の低下に重要な要件と考えられる。しかし、現在の我が国の看護師数で、対 ICU 病床看護師配置数の増加をすぐには期待できない。そこで、重症患者ケアの専門性の高い看護師を配置することで数の不足や ICU での看護師教育を補完することが可能になると考える。患者の生命予後の改善や平均在室日数の短縮などの成果を出すことができれば、医療費の削減にもつながる。

以上のことから、重症患者ケアに関わる看護教育を受け高度な実践能力を備えた認定看護師・専門看護師の配置を施設基準に加えることを要望する。

H24 年度の特定集中治療室管理料の届出施設数は、管理料 1 が 201、管理料 2 は 49 施設となっている⁴⁾。2014 年に日本集中治療医学会看護部会が行った実態調査では、日本集中治療医学会認定登録施設 (256 施設) のうち回答を得られた 95 施設 (37.1%) において、92%の施設で特定集中治療室管理料のいずれかを取得しており、96%の施設で集中治療を専門的に学んだ看護師 (急性・重症患者看護専門看護師や集中ケア認定看護師) による看護ケア介入についての相談体制を有していた。このことから、要件が追加されたとしても、算定施設が減少するわけではなく、むしろ看護の質向上に寄与すると考える。

- 1) 松田晋哉：包括払い方式が医療経済および医療提供体制に及ぼす影響に関する研究 平成 19 年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業)分担研究報告,2008.
- 2) Sakr, Yasser MD, PhD; Moreira, Cora L. MD,et al.: The Impact of Hospital and ICU Organizational Factors on Outcome in Critically Ill Patients: Results From the Extended Prevalence of Infection in Intensive Care Study, *Critical Care Medicine*,43:519-526,2015.
- 3) 日本集中治療医学会 ICU 機能評価委員会,平成 20 年度厚生労働科学研究班(2011):ICU の人員配置と運営方針が予後に与える影響について,日集中医誌,18(2),283-294.
*2014 年度のデータに関しては未公表 (2016 年学術発表の予定)
- 4) 平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査 (平成 24 年度調査)「救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や 精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査 結果概要 (速報) (案)」, (厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会第243回資料6-1),
http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=145885&name=2r98520000033scq_1.pdf

Ⅱ-既-4 がん患者指導管理料2の算定要件の拡大 【日本創傷オストミー失禁管理学会】

要望 がん患者指導管理料2の算定要件となる看護師の研修内容に「皮膚・排泄ケア」の追加を要望する。

平成26年度診療報酬改定において、「がん患者カウンセリング料」の名称変更として、「B001・23 がん患者指導管理料2」が新設された。平成26年度診療報酬改定に対する疑義解釈資料（その1）の問57によると、がん患者指導管理料2における看護師の研修は、日本看護協会認定看護師教育課程の「緩和ケア」「がん性疼痛看護」「がん化学療法看護」「がん放射線療法看護」「乳がん看護」となっており、これまで、「がん患者カウンセリング料」で算定が認められていた「皮膚・排泄ケア」が含まれていない。

皮膚・排泄ケア認定看護師が対象としているストーマ造設患者の原疾患は、大腸癌や膀胱癌のほか、放射線性腸炎や婦人科がんなどの骨盤内悪性腫瘍の浸潤によるもの等、悪性腫瘍に関連するものの割合が高い。がん治療における手術療法の一つとしてストーマ造設術があるため、がん患者への心理社会的な支援に数多く携わっている。

ストーマを造設する患者には、医師の指示のもと手術前から情報提供、相談、治療の意思決定支援を行い、手術後もボディイメージの変化に伴う精神的支援、対人関係や社会生活における相談などのカウンセリングを実践している。このようなカウンセリングは、専門的な知識を有する看護師が、医師の説明内容をがん患者の状況に合わせて表現し、時間をかけて個別的な相談や補足説明を行うとともに、合併症対策支援や治療および療養の場での意思決定の支援を行うことが重要である。ひいては、がん患者とその家族のQOL向上、安心した療養生活、医師の診療時間の短縮、合併症や緊急入院等の減少、在院日数の短縮等の医療費削減にも貢献できる。

また、皮膚・排泄ケア認定看護師がもつスキンケアの知識、技術は、ストーマ造設患者のみならず、放射線療法や化学療法を受ける患者に伴う皮膚障害へも対応し、治療の継続が可能となるよう日常生活の指導や心理的な側面などを含め支援している^{1) 2) 3)}。

さらに、がんに伴う瘻孔をもつ患者や進行・再発がん、腹膜播種に対して行われる緩和の目的で造設されるストーマ造設患者へも合併症への対応および患者家族の精神的な支援を行うなど、がん患者のそれぞれのステージや症状に応じたケアを実践している⁴⁾。

以上のことから、がん患者指導管理料2の算定要件となる看護師の研修内容に「皮膚・排泄ケア」を追加することを要望する。

- 1) 青木和恵：がん化学療法における皮膚・排泄ケア認定看護師の役割,Nursing Today ,23(12), p.68-72,2008.
- 2) 菅井あゆみ：がん化学療法に伴う皮膚障害・膀胱がんで抗がん剤治療中に皮膚障害を発生した事例,Nursing Today ,22(13), p. 40-43,2007.
- 3) 杉本はるみ：皮膚・排泄ケア最前線-第5回がん性創傷③-ケアの実際Ⅱ,Nursing Today ,23(9), p.40-43,2008.
- 4) 安藤嘉子・福嶋智子・金澤旭宣他：緩和的ストーマの特徴および生活状況,日本ストーマ・排泄会誌,25(3), p.125-131,2009

Ⅱ-既-5 糖尿病透析予防指導管理料の算定要件の見直し
(患者の病期に応じた人員配置の緩和)【糖尿病教育・看護学会】

要望 糖尿病性腎症 2 期の患者に対しては、医師あるいは看護師単独での指導の実施で算定可能にするよう要望する。(170 点)
また、小グループによる指導も可能とするよう要望する。

「B001・27 糖尿病透析予防指導管理料」は、医師、看護師または保健師および管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に算定されるが、個別指導の場合、対応できる人数には限界がある。特に糖尿病性腎症 2 期の患者数は、2 型糖尿病の場合、患者全数の 3 割以上にもものぼり¹⁾、対応できる患者数が少ない現状である。

糖尿病性腎症 3 期および 4 期には、身体状態に応じた個別の指導が重要であり、現行通りの医師、看護師または保健師および管理栄養士等が共同して指導することが必要である。しかし、2 期の患者の場合には、まず、自覚症状に乏しい身体の状態と糖尿病腎症の病期をつなげて理解した上で、自身の糖尿病と腎症を悪化させないための生活調整を支援することが目標となる²⁾。また、2 期は腎症の可逆的な時期であり、その時期に多くの患者が確かな病識がもてる支援によって、透析患者数の軽減に貢献できると考える。

以上のことから、糖尿病性腎症 2 期と、3・4 期では、透析予防指導管理の内容や多職種連携の必要性が異なるため、2 期の患者に対しては、医師あるいは看護師単独での指導の実施で算定できるよう要望する。

また、糖尿病性腎症に関する知識を増やし、関心を高めるためには、同じ状況にある患者同士の小グループ指導が効果的であり³⁾、一度に複数の患者に対応できるメリットもある。したがって、小グループによる指導も可能とするよう要望する。点数については、医師あるいは看護師単独での指導にすることによって、現行 350 点から 170 点に抑えることが可能と考え提案する。

1) 安孫子亜津子, 羽田勝計: 糖尿病性腎症の疫学と病態, MEDICINAL, Vol.2 No.2, 6-8, 2012

2) 日本糖尿病教育・看護学会 特別委員会 (糖尿病透析予防支援): 糖尿病腎症各期 (第 2 期以降) における看護のポイント, http://jaden1996.com/documents/20140630_doc2.pdf (アクセス日 2015.05.15)

3) Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Trudi A Deakin², Catherine E McShane³, Janet E Cade³, Rhys Williams⁴
DOI:10.1002/14651858.CD003417.pub2

Ⅱ-既-6 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣に係る療養費の支給について支給対象者の拡大 【日本緩和医療学会】

要望 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣に関わる療養費の支給について支給対象者の拡大を要望する。

現在、「四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣に関わる療養費の支給について（厚生労働省保険局長通知、H20.3.21）」では、腋窩、骨盤内の広範なリンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫が対象となっている。しかし、原発性リンパ浮腫患者についてもがん術後と同様の症状があり、同じ治療により改善するため適用対象とすることを要望する。また、対象外となっている消化器がんや頭頸部がんなどの術後、その他二次的に同症状を発症した患者も、同様に適用対象とすることを要望する。

上肢では弾性スリーブ以外に「弾性グローブ」が適用対象となっているが、下肢については弾性ストッキング以外には認められていない。上肢よりも発症率の高い下肢リンパ浮腫患者に対して、「フットキャップ」を適用対象に追加することも合わせて要望する。