

平成 23 年 5 月 26 日

厚生労働省
保険局長 外口 崇 殿
保険局医療課長 鈴木 康裕 殿

公益社団法人 日本看護協会
会長 久 常 節 子



平成 24 年度診療報酬改定に関する要望書

安全で質の高い医療を推進するためには、看護職が働き続けられる勤務体制を整備することが、喫緊の課題です。平成 24 年度診療報酬改定にあたり、労働関連法令を順守した看護配置等、下記の重点要望の実現について、強く要望いたします。

なお、平成 24 年度診療報酬改定においては、医療費の財源確保について、ご尽力を何卒よろしくお願いいたします。

さらに、中央社会保険医療協議会においては、看護職を診療側委員として任命する件についても、ご検討を賜りますようお願い申し上げます。

重点要望

1. 労働関連法令を順守できる看護配置の実現、及び看護職の健康や生活を考慮した夜勤・交代制勤務を実現すること。
2. 超高齢社会を見据えて在宅療養や看取りを支える訪問看護の評価を充実させること。
3. 医療機関や訪問看護ステーションにおける地域連携の取り組み、在宅療養の継続に資する看護外来の取り組みを推進すること。
4. 質の高い医療の提供、医療従事者の負担軽減に資するチーム医療による提供体制について一層の推進を図ること。

平成 24 年度診療報酬改定に関する要望書

公益社団法人 日本看護協会

目次

平成 24 年度診療報酬改定に関する日本看護協会の基本的な考え方	1
I. 看護職が働き続けられる勤務体制の実現	3
1. 労働関連法令を順守できる看護配置の実現	3
(1) 法定休暇等の取得を前提とした看護配置の算出	3
(2) 入院基本料の引上げ	3
2. 看護職の健康や生活を考慮した夜勤・交代制勤務の実現	4
II. 超高齢社会を見据えた在宅看取り体制の整備	5
1. 頻回な訪問を要する重症者等へ適時適切に訪問看護が提供できる体制の整備	5
(1) 週 4 日以上 of 訪問看護が実施可能な対象者の拡大	5
(2) 特別訪問看護指示書が月 2 回交付可能な対象者の拡大	5
(3) 訪問看護管理療養費の算定日数制限見直し	6
(4) 看護職員と看護補助者による同行訪問の評価	6
2. 訪問看護による退院調整・在宅移行支援の促進	7
(1) 退院日当日の訪問看護による支援・指導の評価見直し	7
(2) 退院時共同指導の評価見直し	7
3. 医療保険と介護保険における訪問看護の評価の齟齬解消	8
(1) 訪問看護の 24 時間対応体制の整備促進	8
(2) ターミナルケア体制の強化	8
(3) 複数名訪問看護の評価見直し	9
(4) 夜間・深夜・早朝訪問の評価	9
III. 長期の在宅療養に対する支援の推進	10
1. 地域連携に対する評価	10
(1) 退院調整の推進	10
(2) 医療機関と訪問看護ステーションの連携体制の強化	11
2. 在宅療養の継続に資する看護外来の取り組みに対する評価	12
(1) 在宅療養指導の強化	12
(2) リンパ浮腫指導の推進	12

IV. チーム医療によるケア体制の整備	13
1. 急性期入院医療におけるチーム医療の評価	13
(1) 認知症ケア体制の整備	13
(2) 呼吸ケア体制の強化	14
(3) 糖尿病ケア体制の整備	15
(4) がん患者の相談体制の強化	16
(5) 事務作業補助体制の強化	16
2. 救急医療におけるチーム医療の評価	17
(1) 院内トリアージ体制の整備・強化	17
3. 周産期医療におけるチーム医療の評価	18
(1) 産科医の負担軽減に資する院内助産システムの推進	18
(2) 助産師によるハイリスク妊産婦への母子指導の推進	18
4. 小児医療におけるチーム医療の評価	19
(1) 小児専門病院における手厚い看護体制の整備	19
5. 慢性期入院医療におけるチーム医療の評価	20
(1) 生活機能維持に資するチームケア体制の整備	20
6. 精神科医療におけるチーム医療の評価	21
(1) 精神科医療の質の向上	21
(2) 入院治療から地域医療へのスムーズな移行、および早期退院の促進	22
(3) 患者の人権擁護および安全対策の強化	23

I. 看護職が働き続けられる勤務体制の実現

安全で質の高い医療を安定的に提供できる体制を実現するには、医療の担い手である医療従事者の健康や生活を維持することが、不可欠である。慢性疲労による医療安全への影響も指摘されており、患者に対する深刻な影響が憂慮される。

しかしながら、看護職をとりまく労働環境は、非常に過酷であり、2008 年には 2 人の看護師が過労死として認定された。看護職員の確保が困難な状況においては、一人ひとりが長く働き続けられる勤務体制を整えることが、きわめて重要である。

厚生労働省においても、「看護師等の「雇用の質」の向上に関する省内プロジェクトチーム」を設置し、労働時間管理の適正化等の労働環境の改善策について検討されている。

そこで、現行の看護配置の算出方法については、法令で定められる休暇、或いは長期病気休暇の者等が考慮されていないため、労働関連法令を順守できる看護配置へ是正を図ることが必要である。

また、夜勤・交代制勤務における勤務負担の軽減を図る勤務体制を整備するため、二交代における長時間連続夜間勤務や三交代における短時間の勤務間隔等による勤務体制を是正することを要望する。

II. 超高齢社会を見据えた在宅看取り体制の整備

在院日数短縮化等により、重症者の在宅療養や「看取り」を 24 時間 365 日安定的に支え得る、訪問看護の体制整備が急務である。

現行制度では、週 4 日以上訪問看護が可能な対象者は、厚生労働大臣の定める疾病もしくは特別訪問看護指示書が交付された場合に限定されており、在宅療養を希望する利用者に対し、必ずしも適時適切な訪問看護が提供できない場合がある。頻回な訪問看護が必要な重症者等の在宅療養を支援するため、必要時に確実に訪問看護が提供できる体制の整備を要望する。

また、医療機関からの円滑な退院・在宅移行を支えるため、訪問看護が他職種と連携して実施する退院調整や在宅療養指導について、一層の充実と強化が必要である。併せて、介護報酬との同時改定である平成 24 年度改定においては、医療保険と介護保険における訪問看護の仕組み・評価の齟齬を改善し、在宅療養者にとって「制度の谷間」のない、わかりやすいサービス体系となるよう見直しを要望する。

Ⅲ. 長期の在宅療養に対する支援の推進

慢性疾患等を抱えながら在宅療養生活を安心して送るためには、緊密な地域連携に基づいた円滑な在宅移行と在宅療養生活の継続に資する指導・相談体制が重要である。

入院から退院後の療養生活に滞りなく移行するためには、退院困難な要因を有する患者に対して、看護師が入院早期から退院後の生活を見据えながら退院調整を行う必要がある。また、地域の医療機関や訪問看護ステーションとの連携を密にすることが求められる。

従って、退院困難な要因を有するすべての患者が、医療機関や訪問看護ステーション等との緊密な地域連携に基づき、入院早期から退院調整を受けられる体制の整備を要望する。

また、外来における慢性疾患等のセルフケア指導や療養相談のニーズは増加しており、看護職が重症化・合併症予防に寄与することが期待される。従って、在宅療養生活の継続を支える看護外来の取り組みを評価することを要望する。

Ⅳ. チーム医療によるケア体制の整備

近年、医療の高度化・複雑化に伴う医療現場の疲弊が指摘されており、質の高い医療の実現だけでなく、効率化等の医療従事者の負担軽減に資する取組みが求められている。このような現状においては、多様な医療スタッフが互いに連携・補完し合い、それぞれの専門性を最大限に発揮する「チーム医療」の推進が必要不可欠である。上記については、厚生労働省医政局長通知等[※]においても示されているところである。

今後のチーム医療の提供にあたっては、急性期から慢性期を含む入院医療における院内横断的な取り組みだけでなく、救急医療、周産期医療、小児医療、精神科医療など特に医師不足が指摘されている領域においても実践・推進される必要がある。

従って、質の高い医療の提供だけでなく、効率的な業務運営による医療従事者の負担軽減に資する取組みとして、チーム医療の提供体制を評価し、一層の推進を図ることを要望する。

※ 「医師及び医療関係職と事務職との間等での役割分担の推進について」（平成 19 年 12 月 28 日、医政発第 1228001 号）、チーム医療の推進に関する検討会における報告書「チーム医療の推進について」（平成 22 年 3 月 19 日）、医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成 22 年 4 月 30 日、医政発 0430 第 1 号）

I. 看護職が働き続けられる勤務体制の実現

1. 労働関連法令を順守できる看護配置の実現

(1) 法定休暇等の取得を前提とした看護配置の算出

看護要員の数の算出に当たっては、法定休暇等の取得を前提とした上で各保険医療機関において算出する旨、入院料等の施設基準において要件として示すこと

【理由】

入院料等における現行の実質看護配置の算出方法は、平成 18 年度診療報酬改定において中医協で示された、年間労働時間数 1800 時間を基準とする試算に基づいて、算出されたものである。しかしこれには、産前産後休業、育児休暇、介護休暇等、法令に定められる休暇[※]の取得、或いは長期病気休暇を取得した者の代替要員は、考慮されていない。

このため、欠員している者の労働を他の看護職員が補完することになり、いわば休暇を犠牲にした上で配置基準を満たしている実態がある。労働関連法令を順守できる看護配置に是正するためには、算出の根拠を見直すことが必要である。

そこで、各保険医療機関において看護要員の数の算出に当たっては、法定休暇等の取得を前提とした上で算出する旨を、入院基本料の施設基準において要件とすることを、要望する。

※ 法令で定める休暇：

国民の祝日、振替休日、国民の休日（国民の祝日に関する法律）

有給休暇、産前産後休業（労働基準法）

育児休業、育児短時間勤務、子の看護休暇、介護休業・休暇（育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律）

母性健康管理措置（男女雇用機会均等法）

(2) 入院基本料の引上げ

看護職員数の雇用の際に原資となる人件費を担保するため、入院基本料の引上げを行うこと

【理由】

法定休暇及び病気休暇の全取得を前提とした看護職員数を雇用する際には、人件費の原資が必要となる。

従って、看護職員の人件費の原資に資する入院基本料の引上げを行うことを要望する。

2. 看護職の健康や生活を考慮した夜勤・交代制勤務の実現

三交代制勤務における短時間間隔や二交代制勤務における長時間連続勤務の勤務等の是正に資する適切な基準を設けること

【理由】

看護職員の主たる離職理由の一つとして、夜勤・交代制勤務における夜勤負担や時間外勤務を含む長時間労働があげられる。三交代制勤務では、日勤後に深夜勤、準夜勤後に日勤を行うという勤務間隔が短いシフトがあり、二交代制勤務では、16 時間以上の長時間勤務を行っている実態がある。

看護職員確保が困難とされる現状において、離職を防止し、定着促進を図るためには、勤務負担を軽減する勤務体制を整備することが不可欠である。平成 22 年度診療報酬改定答申書の附帯意見においては、次期診療報酬改定に向けて、看護職員の勤務実態等を把握し、負担軽減及び処遇改善に係る措置等について検討を行うことと示されたところである。

そこで、例えば ILO 勧告[※]や EU 労働時間指令において定められているように、勤務間隔 12 時間以上、一日の労働時間を 12 時間以内とするなど、看護職員の勤務体制の是正に資する適切な基準を設けることを要望する。

※ 「看護職員の雇用、労働条件及び生活状態に関する条約並びに勧告」(ILO 第 149 号条約・第 157 号勧告)

Ⅱ. 超高齢社会を見据えた在宅看取り体制の整備

1. 頻回な訪問を要する重症者等へ適時適切に訪問看護が提供できる体制の整備

(1) 週4日以上訪問看護が実施可能な対象者の拡大

訪問看護基本療養費の週3日の回数制限がない対象者に、重症者管理加算の算定対象者を追加すること

【理由】

現行の制度では、週4日以上訪問看護が可能な対象者はがん末期・神経難病等の厚生労働大臣の定める疾病もしくは特別訪問看護指示書が交付された場合に限定されている。

しかしながら、在院日数の短縮化等により、医療保険の訪問看護の対象者は必ずしも病状が安定し計画的な訪問看護で対応できる者には限られず、医療処置の必要性や利用者の自立度に応じて頻回に訪問が必要な場合がある。医療ニーズが高く、頻回訪問や特別な管理が必要であるにもかかわらず、特別訪問看護指示書の交付対象にあたらない者については、基本療養費の週3日回数制限を撤廃し、必要時に確実に訪問看護ができるようにすべきである。

以上のことから、現行の重症者管理加算の算定対象者について、基本療養費の週3日回数制限を撤廃するよう要望する。

(2) 特別訪問看護指示書が月2回交付可能な対象者の拡大

特別訪問看護指示書が月2回まで交付可能な対象者に、非がん疾患によるターミナル期の患者を追加すること

【理由】

特別訪問看護指示書は、①気管カニューレを使用している状態にある利用者、②真皮を超える褥瘡の状態にある利用者に関し月2回まで交付可であり、それ以外の疾患・状態については月1回までとなっている。

週3日以上訪問看護提供が可能な対象者要件に該当せず、訪問看護ステーションが対応に苦慮しているケースとして、非がん疾患によるターミナル期の患者がいる。がんターミナルに比べ、非がん疾患のターミナル期は予後予測が困難であり、状態に応じ訪問看護による適時適切な疼痛緩和や呼吸ケアが重要であるが、現行では特別訪問看護指示書は月1回までの交付に限られており、看取りに際して頻回な訪問ができなくなる場合がある。

以上のことから、特別訪問看護指示書が月2回まで交付可能な対象者に、非がん疾患によるターミナル期の状態にある利用者を追加するよう要望する。

(3) 訪問看護管理療養費の算定日数制限見直し

訪問看護管理療養費の算定日数制限を見直し、月 13 日目以降も算定を認めること

【理由】

訪問看護管理療養費は、月の初日の訪問について 7,300 円、2 日目以降 12 日目までは 1 日につき 2,950 円となっており、13 日目以降は設定されていない。このため、重症者対応や看取りのため月 13 日を超えて頻回に訪問するほど訪問単価が下がり、訪問看護ステーションの経営を圧迫する仕組みとなっている。

訪問看護管理療養費の趣旨としては、安全管理体制を整備し、主治医等との連携確保や計画的な療養管理を行った場合に算定するものであることから、重症者対応や看取りを行う訪問看護ステーションの頻回訪問や連携調整に係る労力が適切に評価されるよう、月 12 日の算定日数制限見直しを要望する。

(4) 看護職員と看護補助者による同行訪問の評価

訪問看護ステーションからの看護補助者との同行訪問について評価を新設すること

【理由】

医療依存度の高い利用者への訪問看護を安全に実施するには長時間・複数名によるケアが有効な場合がある。現行制度では、複数の看護師等による訪問が「複数名訪問看護加算」として評価されているが、現状では必ずしも看護職員 2 名、または看護職員と理学療法士等 2 名で訪問する必要がないケースも多い。体重が重い利用者や、麻痺・拘縮がある利用者に対しては、訪問看護師に看護補助者が同行し体位保持・変換のサポート等を行うことにより、本人や家族の負担を軽減し、ケア時間の短縮・効率化が可能である。

以上のことから、訪問看護ステーションに看護補助者の配置を認め、看護職員と看護補助者による同行訪問の評価として「訪問看護補助加算」(仮)を新設するよう要望する。

2. 訪問看護による退院調整・在宅移行支援の促進

(1) 退院日当日の訪問看護による支援・指導の評価見直し

医療機関退院日に実施した訪問看護について、現行の評価の仕組みを見直すこと

【理由】

平成 20 年度診療報酬改定において、訪問看護ステーションの看護師等が退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合に、翌日以降の訪問看護初日の管理療養費に加算する「退院支援指導加算」が創設された。しかしながら、在院日数短縮化や本人・家族の在宅看取りの希望により、重症度に関わらず退院し短期間のうちに在宅で亡くなった場合、その後の訪問看護につながらないため、退院日の支援指導に係る訪問看護の労力・時間が必ずしも評価されない状況にある。

以上のことから、退院日当日の訪問看護による支援・指導を、後日の訪問看護管理療養費への加算という評価形式ではなく、「退院支援指導料」等の形で適切に評価するよう要望する。

(2) 退院時共同指導の評価見直し

退院時共同指導加算について、訪問看護師による支援指導の実態に見合う評価を行うこと

【理由】

訪問看護ステーションの看護師等が、利用者の退院（退所）時に、入院（入所）施設の職員と共同で在宅療養についての指導を行った場合、「退院時共同指導加算」（6,000 円）が算定可能である。訪問看護師は、医師の要請に応じ退院時の共同カンファレンスに複数回参加し、退院に向けた連絡調整を行うが、訪問看護の退院時共同指導加算は、医療機関の算定する「退院時共同指導料」（入院医療機関は加算を含め 23,000 円、在宅療養支援診療所は 10,000 円）に比べ、低く抑えられている。

退院支援に係る訪問看護の労力・時間に見合う評価となるよう、退院時共同指導加算の引き上げを要望する。

3. 医療保険と介護保険における訪問看護の評価の齟齬解消

(1) 訪問看護の24時間対応体制の整備促進

訪問看護の24時間体制評価を「24時間対応体制加算」に一本化するとともに、評価の引き上げを行うこと

【理由】

診療報酬における訪問看護の24時間体制評価は、「24時間対応体制加算」（電話連絡に24時間対応でき、必要に応じて緊急訪問ができる体制）と「24時間連絡体制加算」（電話連絡に24時間対応できる体制）の2段階に分かれる。平成21年時点での算定割合は、「24時間対応体制加算」55.9%に対し、「24時間連絡体制加算」6.3%となっている。医療ニーズの高い在宅療養者への訪問看護の安定的な提供を確保するため、今後は24時間の「連絡体制」にとどまらず、「対応体制」がとれるステーションを増やしていくことが重要である。

以上のことから、「24時間連絡体制加算」については、経過措置を設けて一定期間後に廃止するとともに、「24時間対応体制加算」の評価（5,400円）引き上げを要望する。

(2) ターミナルケア体制の強化

ターミナルケア療養費の算定要件を見直すとともに、評価の引き上げを行うこと

【理由】

診療報酬におけるターミナルケア療養費は、介護報酬におけるターミナルケア加算と同様に「死亡日前14日以内に2回以上の訪問」等を算定要件としており、ここでいう「14日以内」には死亡日当日を含まない。しかしながら、現状では状態の急変や退院して数日後の死亡などで「2回目」の訪問が死亡日にあたり、算定要件を満たさないため、訪問看護のターミナルケアが評価されない場合がある。

また、介護報酬のターミナルケア加算では、1日2回訪問した場合は「2回以上」とみなされるのに対し、診療報酬のターミナルケア療養費では1日2回訪問しても「2回以上」とはみなされず、実質「2日以上」の訪問を要件としている。

在院日数の短縮化等により、重症度に関わらず退院し在宅での看取りを必要とするケースは今後増加すると考えられる。また、ターミナル期の状態像は利用者の疾患によって様々であり、1日複数回の訪問が必要となるケースもある。

以上のことから、ターミナルケア療養費の算定要件を「死亡日を含む死亡前14日以内に2回以上の訪問」に見直すとともに、現行評価（20,000円）の引き上げを行い、訪問看護のターミナルケアが適切に評価されるよう要望する。

(3) 複数名訪問看護の評価見直し

複数名訪問看護加算における算定回数制限を撤廃し、訪問ごとの算定を可能にすること

【理由】

診療報酬における複数名訪問看護加算は、1人の利用者に対し週1回までの算定回数制限がある。一方、介護報酬における複数名訪問看護加算には回数制限はなく、訪問ごとに算定が可能である。

医療保険による複数名訪問看護加算の対象者は、医療ニーズの高い重症者や、暴力・迷惑行為等により単独での訪問看護が困難な者であり、複数名訪問のニーズは週1回に限られるものではない。介護保険による複数名訪問看護加算と同様に、訪問ごとの算定を可能とするよう要望する。

(4) 夜間・深夜・早朝訪問の評価

夜間・深夜・早朝の訪問看護について加算を新設すること

【理由】

介護保険による訪問看護では、夜間・早朝の訪問について所定単位の25%、深夜の訪問について所定単位の50%の加算が設けられているが、医療保険による訪問看護については、それに相当する報酬上の評価はない。

利用者の状態に応じ夜間・深夜・早朝の訪問看護が必要となるケースは、保険の種類を問わず発生しうることから、診療報酬において夜間・深夜・早朝の訪問看護加算を新設するよう要望する。

Ⅲ. 長期の在宅療養に対する支援の推進

1. 地域連携に対する評価

(1) 退院調整の推進

A238 慢性期病棟等退院調整加算

A238-2 急性期病棟等退院調整加算

- ①年齢制限を撤廃し、退院調整を行った患者に全て算定可能とすること
- ②介護施設等への退院患者についても、算定可能とすること
- ③地域における社会資源の情報収集を定期的に行い、関係者との連携体制を整備することを算定要件として明記すること

【理由】

① 平成 22 年度診療報酬改定で急性期病棟等退院調整加算の対象者の見直しがあり、65 歳以上及び 40 歳以上の介護保険法施行令に規定する下記の疾病*を有する患者に、対象拡大された。しかし、対象者の要件に該当しない若年の末期がん患者等、重症児等、退院困難な要因がある患者に対しても、退院先の医療関係職種や関係者との緊密な連携のもとに、退院支援を実施している。

従って、退院困難な要因を有しており、在宅移行に向けた支援を要する患者に対して退院調整を実施した場合は、あらゆる年齢層に対して、退院調整加算を算定できることを要望する。

② 退院後の生活の場が自宅以外となる場合も少なくない現実に即し、介護保険施設等への転院についても、算定可能とすることを要望する。

③ 退院調整は、病院内外の多職種との協働で進められるプロセスであり、退院・転院後の療養を担う地域のサービス事業所や医療機関等との調整が重要となる。

このような退院調整の円滑な実施には、院内における実施体制の整備だけでなく、地域の社会資源に関する情報収集・管理を定期的に行い、関係者と連携体制を構築しておくことが前提となる。

従って、地域における社会資源の情報収集・管理を定期的に行い、関係者との連携体制を整備することが算定要件として明記されることを要望する。

※ ①がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)、②関節リウマチ、③筋萎縮性側索硬化症、④後縦靭帯骨化症、⑤骨折を伴う骨粗鬆症、⑥初老期における認知症、⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病、⑧脊髄小脳変性症、⑨脊柱管狭窄症、⑩早老症、⑪多系統萎縮症、⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症、⑬脳血管疾患、⑭閉塞性動脈硬化症、⑮慢性閉塞性肺疾患、⑯両足の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(2) 医療機関と訪問看護ステーションの連携体制の強化

B005 退院時共同指導料2

訪問看護ステーションとの連携についても、算定を認めること

【理由】

「退院時共同指導料2」の要件として、「退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で」とあり、保険医療機関との連携に限って、算定が可能となっている。

このため、在宅移行の推進に当たり、医療機関と訪問看護ステーションとの情報共有は算定から除外されている。しかしながら、当該指導料の要件として、訪問看護ステーションが除外されている合理的な理由は、見当たらないといえる。

従って、「退院時共同指導料2」について、訪問看護ステーションとの連携においても、算定を可能とすることを要望する。

B009 診療情報提供料(Ⅰ)

訪問看護ステーションに診療情報等を提供した場合にも算定可能となるよう、要件を拡大すること

【理由】

「診療情報提供料(Ⅰ)」は、医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から退院後の保健医療福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的とするものである。継続的な医療の確保、医療・社会資源の有効利用を図るという趣旨を踏まえると、訪問看護ステーションに対する情報の提供、及び連携体制の強化についても、重要であるといえる。

そこで、「診療情報提供料(Ⅰ)」の情報提供先の施設として、訪問看護ステーションを加えることを、要望する。

2. 在宅療養の継続に資する看護外来の取り組みに対する評価

(1) 在宅療養指導の強化

B001-13 在宅療養指導料

「在宅療養指導管理料」を算定しない患者についても、算定対象を拡大すること

【理由】

「在宅療養指導料」は、相談機能を発展させ、在宅医療における患者サービスの充実に資することを期待して、「在宅療養指導管理料」を算定している患者または外来患者であって、器具を装着している患者に対して、看護師等が個別療養指導を行うことを評価するものである。

しかし、当該指導料で算定対象とされていない、糖尿病（インスリン非使用者）に対する重症化、合併症予防に資する指導管理、或いは、器具を装着していない小児患者に対する療養指導など、外来で看護師による相談・指導は提供されている。

そこで、「在宅療養指導管理料」を算定しない糖尿病（インスリン非使用者）、器具を装着していない小児疾患等の患者に対する療養指導についての評価を要望する。

(2) リンパ浮腫指導の推進

B001-7 リンパ浮腫指導管理料

対象者を拡大し、手術を行わず内科的治療を行う患者も算定可能とするとともに、当該保険医療機関の退院患者でなくても、算定を認めること

算定期間の撤廃を行うこと

【理由】

平成 22 年度診療報酬改定において、入院中のみならず外来でも算定が可能とされたところであるが、対象疾患は規定されており、また対象患者は当該保険医療機関の退院患者で、算定期間も退院月又は翌月に限定されている。

しかしながら、他院で手術を受けてセルフケアが十分でない患者に対して実施する指導、また、長期にわたって発症するリンパ浮腫に対する継続的な支援は、浮腫の軽減を図る上で、欠かせないものである。また、対象疾患は、子宮悪性腫瘍、子宮付属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍の手術を行った患者とされているが、リンパ郭清を伴わない手術や、手術を行わず放射線治療を行う患者等に対しても、同様のニーズはあるため、リンパ浮腫の指導を実施している。

そこで、算定対象を緩和し、手術を行わず内科的治療を行う者も算定可能とするとともに、算定期間を撤廃し、継続的なリンパ浮腫指導管理の評価を認めることを要望する。

IV. チーム医療によるケア体制の整備

1. 急性期入院医療におけるチーム医療の評価

(1) 認知症ケア体制の整備

⑨ 認知症患者管理加算（仮称）

一般病棟において認知症看護に専門性の高い看護師を配置して、多職種連携の下に認知症患者に対するケアが提供される場合に、加算を行うこと

【理由】

認知症の精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者の場合、精神病棟に入院している患者については、「認知症治療病棟入院料」で評価がされているところである。しかし、一般病棟においても軽～中等度の精神症状及び行動異常がある認知症の患者は現に入院しており、認知症の症状を踏まえて綿密な治療やケアが必要とされている。

とりわけ、認知症患者の QOL や人道的見地、また治療の回復能力の観点からも、急性期病院の環境の影響等による BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) やせん妄の発生、遷延を予防することは、重要である。したがって、安全面で細やかな配慮を行い、問題行動の対処法を適切に選択し、認知症患者に対するケアの体制を丁寧に整えることは、重要であるといえる。

そこで、認知症看護に専門性の高い看護師を配置して、多職種連携の下に認知症患者に対するケアが提供される場合に、評価を行うことを要望する。

※ 精神看護専門看護師 93 人、老人看護専門看護師 31 人、認知症看護認定看護師 122 人である。
(平成 23 年 5 月 1 日現在)

(2) 呼吸ケア体制の強化

A242 呼吸ケアチーム加算

人工呼吸器離脱を目的としない維持期の呼吸管理患者にも拡大し、入院日数制限等の要件を緩和すること

【理由】

一般病棟において、早期からのチームによる介入にて人工呼吸器離脱を目的とした「呼吸ケアチーム加算」が、平成 22 年度診療報酬改定にて創設されたところである。

しかしながら、一般病棟において人工呼吸器を装着している患者は呼吸器離脱が困難なケースも多く、当該チームの活動内容は、人工呼吸器離脱を目指した介入だけでなく、人工呼吸器離脱困難な維持期の患者に対する呼吸器管理等、多岐にわたっている。

人工呼吸器離脱困難な維持期の患者のケアには、専門性の高いチームが継続的に介入する必要がある。適切なデバイスの選択や病棟看護師へケア方法を指導することは、医療安全に寄与するだけでなく、より安定した状態での在宅移行等に貢献する。

従って、人工呼吸器離脱困難な維持期の患者に対する継続的な呼吸器管理等を行う場合も算定可能となるよう、入院日数（もしくは人工呼吸器装着からの日数）制限等の対象患者の要件を緩和することを要望する。

※ 急性・重症患者看護専門看護師 62 人、集中ケア認定看護師 531 人、新生児集中ケア認定看護師 191 人、救急看護認定看護師 506 人、小児救急認定看護師 111 人である。(平成 23 年 5 月 1 日現在)

(3) 糖尿病ケア体制の整備

⑨ 糖尿病チームケア加算（仮称）

糖尿病診療に係るチーム医療の連携体制を整え、糖尿病の合併症予防等を実施する場合に評価を行うこと

【理由】

糖尿病医療には、医師（糖尿病合併症が全身に及ぶことから、内科のみならず複数の診療科医師がかかわる可能性がある）、管理栄養士、薬剤師、理学療法士（運動療法士）等、多職種がかかわり、入院並びに外来において、横断的な療養指導が必要である。

そのためには、患者が納得して治療を続けられるように、患者にとって最も身近な存在として、糖尿病看護に専門性の高い看護師がチームを調整しながら、継続的に支援することが必要である。

そこで、糖尿病治療に係るチーム医療の連携体制を整え、重症化や合併症の予防など総合的な支援をする場合の評価を要望する。

※ 慢性疾患看護専門看護師 48 人、糖尿病看護認定看護師 248 人、皮膚・排泄ケア認定看護師 1,389 人である。（平成 23 年 5 月 1 日現在）

(4) がん患者の相談体制の強化

B001-23 がん患者カウンセリング料

継続的な支援を担う医療機関での算定も可能とすること

【理由】

がん患者は、病名の告知、転移・再発、終末期など、病状の経過と共に多くの局面で治療方針の選択や転換を迫られる。また、治療方針の転換に伴い、医療機関を移動することも少なくない。

患者が治療方針の選択や転換を意思決定する際には、医師やがん看護に高い専門性を持つ看護師による相談・支援体制が重要であり、転院を伴う場合は一層手厚い支援体制が必要となる。

実際に、緩和ケア移行を目的としたがん患者を受け入れる医療機関においては、最終末期の迎え方について、医師や看護師が共同して十分な時間をかけて相談を行っている。しかしながら、既に他の医療機関において当該点数が算定されている場合には、継続的な療養の場となる転院先の医療機関では算定が出来ない現状である。

従って、継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においても算定可能とすることを、要望する。

※ がん看護専門看護師 250 人、精神看護専門看護師 93 人、緩和ケア認定看護師 912 人、がん性疼痛看護認定看護師 458 人、がん化学療法看護認定看護師 625 人、がん放射線療法看護認定看護師 30 人、乳がん看護認定看護師 135 人、摂食・嚥下障害看護認定看護師 233 人、皮膚・排泄ケア認定看護師 1,389 人である。(平成 23 年 5 月 1 日現在)

(5) 事務作業補助体制の強化

A207-2 医師事務作業補助体制加算

当該加算に規定される医師事務作業補助者が看護業務の事務作業補助を行う場合にも、算定を可能とすること

【理由】

医師の負担軽減を目的として、平成 22 年度診療報酬改定にて「医師事務作業補助体制加算」が創設されたところである。

しかしながら、医師と同様に、看護職においても病棟管理に必要な記録等の事務作業が業務に占める割合は大きく、既に、チーム医療における役割分担の一環として看護職の事務作業を担う事務作業補助者を活用している現状がある。

このような現状を鑑み、当該加算における医師事務作業補助者が医師だけでなく、看護職やその他の医療従事者の事務作業補助を行う場合も算定可能となるよう、算定要件の緩和を要望する。

2. 救急医療におけるチーム医療の評価

(1) 院内トリアージ体制の整備・強化

⑨ 救急患者院内トリアージ加算（仮称）

成人における救急部門においても、診療の優先順位の決定体制を整える場合に評価を行うこと

【理由】

効率的な小児救急医療体制の整備を目的として、平成 22 年度診療報酬改定により「地域連携小児夜間・休日診療料」において「院内トリアージ加算」が創設されたところである。

しかしながら、成人一般の救急医療においても、2 次救急を担う医療機関においては、夜間・休日救急など、救急車を利用せずに訪れる救急患者等について、看護師が治療の優先順位を決定することにより、救急医療の効率化を図ることが可能である。優先順位の決定においては、関連職種間で事前の十分な合意が必要であり、ガイドラインに沿った迅速かつ適切な判断が求められる。

そこで、適切な医療の提供や、医師の負担軽減に資する効率的な医療を行うために、看護師が事前に院内で定められた対応方針に基づいて、診療の優先順位の判断を行う場合に評価を行うことを要望する。

3. 周産期医療におけるチーム医療の評価

(1) 産科医の負担軽減に資する院内助産システムの推進

⑨ 周産期入院体制加算（仮称）

産科医と助産師の業務分担により妊産婦の受入体制を整備する施設について、評価を行うこと

【理由】産科医の負担軽減および周産期医療の提供体制を整備することは、喫緊の課題とされている。

院内助産システム^{*}により産科医と助産師の役割分担を推進し、ローリスクの妊産婦は助産師主体で助産ケアが提供される体制を整えることで、産科医がハイリスクの妊産婦の診療に集中できる体制を整え負担軽減を図ることが可能である。

そこで、産科医と助産師の業務分担を推進して院内助産を設置するなど、周産期医療の連携及び受入体制を整備する施設について、新たに評価を行うことを要望する。

※ 助産外来は、妊婦・褥婦の健康診査及び保健指導を助産師が担う外来部門を指し、院内助産は、殊にローリスクの分娩を目的として入院する産婦及び産後の母子に対して、助産師が主体的なケアを提供する体制のことをいう。

(2) 助産師によるハイリスク妊産婦への母子指導の推進

⑨ ハイリスク妊産婦指導料（仮称）

ハイリスク妊産婦に対して助産師が指導を行う場合に評価を行うこと

【理由】妊娠に伴って発症または重症化することの多い、妊娠高血圧症や妊娠糖尿病について、発症後の重症化を予防するため、母子に対する適切な指導が重要である。ハイリスク妊産婦の妊娠管理は、妊産婦の不安の軽減のみならず疾患の増悪を予防し安全な出産につながるものであり、ひいては産科医師の負担を軽減するものである。

従って、助産師がハイリスク妊産婦に指導を行う場合の評価を要望する。

4. 小児医療におけるチーム医療の評価

(1) 小児専門病院における手厚い看護体制の整備

A307 小児入院医療管理料 1

現行配置よりも手厚い5対1看護配置を創設すること

【理由】小児患者は、成長・発達段階にあり、医師はもとより看護師や保育士など多職種による個別性を重視した関わりが求められる。

特に看護においては、個々の成長に応じたセルフケア能力を査定したケアや家族に対するケアも必要であるため、成人患者よりも総じて手厚い看護配置が必要となる。

このような現状から、小児専門病院では、既に現行配置よりも手厚い5対1以上の看護配置を行っている。

従って、「小児入院医療管理料 1」に5対1以上の看護配置基準を創設することを要望する。

5. 慢性期入院医療におけるチーム医療の評価

(1) 生活機能維持に資するチームケア体制の整備

⑨ 生活機能維持チーム加算（仮称）

療養病棟等の慢性期入院医療に係るチーム医療の連携体制を整え、生活機能維持に資するケアを行う場合に評価すること

【理由】療養病棟等の慢性期入院医療においては、入院患者の大半が高齢者である。高齢者に対するケアには、複数疾患の併発や認知症の合併といった高齢者特有の病状、看取りのあり方、日常生活を重要視したケアが求められる。また、高齢者の生活の質（QOL）向上においては、残存する生活機能の維持を図る予防的介入が重要である。

実際に、関節拘縮や褥瘡等の廃用症候群の予防や、摂食・嚥下機能訓練など、日常生活において残存機能を維持・活用した取り組みが実践されている。さらに、胃瘻による経管栄養を実施している患者に対して、経口摂取を目指したチームで介入することにより、経口摂取完全移行となり QOL が向上した等、チームによる介入効果も報告されている。

ただし、これらの取り組みには、生活に密着したあらゆる側面からの介入が求められるため、患者の日常生活の状況を最も把握している看護師が調整役となった、医師、理学療法士、言語聴覚士、栄養士等の多職種チームが共同したアプローチが必要である。

従って、多職種による慢性期入院医療に係るチーム医療の連携体制を整え、生活機能維持に資するケアを行う場合に評価することを要望する。

※ 老人看護専門看護師 31 人、摂食・嚥下障害看護認定看護師 233 人、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 79 人である。（平成 23 年 5 月 1 日現在）

6. 精神科医療におけるチーム医療の評価

(1) 精神科医療の質の向上

⑨ 精神科疾患合併症管理加算（仮称）

身体合併症の治療目的で一般病棟に入院している精神科疾患併発患者に対して、適切な精神科治療・ケアが提供される場合に評価すること

【理由】

精神科病床入院患者のうち、約半数には何らかの身体合併症があり、特別な治療を必要とする患者も少なくない。このような特性を踏まえ、精神科病棟において、身体合併症のある患者に対し内科または外科の医師による適切な治療が提供されるよう、平成20年度診療報酬改定にて「精神科身体合併症管理加算」が創設されたところである。

しかしながら、当該患者の身体合併症の治療・ケアについては、一般病棟に転棟・転院して集中的な介入を必要とする場合も多い。特に、治療に伴う療養生活においては、精神疾患の特殊性に配慮した綿密な看護が必要である。

従って、身体合併症の治療目的で一般病棟に入院している精神疾患を併発している患者に対して、精神科医、専門性の高い看護師を含む多職種のリエゾンチームによるコンサルテーションの体制の下、適切な治療・ケアが提供される場合に評価することを要望する。

※ 精神看護専門看護師 93 人である。(平成 23 年 5 月 1 日現在)

(2) 入院治療から地域医療へのスムーズな移行、および早期退院の促進

I008-2 精神科ショートケア

I-009 精神科デイケア

I-010 精神科ナイトケア

入院中の患者による、精神科ショートケア、精神科デイケア、および精神科ナイトケアの試行利用を算定可能とすること

【理由】

2004年9月「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(厚生労働省精神保健福祉対策本部報告)にて「入院中心から地域生活中心へ」という基本的方針が示され、地域生活支援体制の整備が推進されてきている。

円滑な地域移行を実現するためには、入院中から退院を目指した取り組みを行うことが重要であり、退院後の活動性・社会性維持に資するデイサービスの導入を目指すことは特に重要である。精神科患者の場合、疾患特性から当該サービスの導入・継続には、複数回の試行が必要である場合が多く、実際に医療機関の裁量にて、入院中から自施設や他施設において見学・試行等として当該サービスを利用している実態がある。

しかしながら、現在、当該サービスを算定できるのは、「入院中の患者以外の患者」とされており、試行利用に係る情報収集やサービス提供が評価されていない。特に、他施設に入院中の患者を受入れる場合は、試行利用時の円滑な受入れが、退院後のサービス導入・継続に向けて非常に重要であり、当該サービスの提供側が情報収集等の十分な事前調整を行っている現状がある。

従って、入院中からの自施設における当該ケアの試行利用が評価されるよう要望する。

(3) 患者の人権擁護および安全対策の強化

⑨ 行動制限安全対策加算(仮称)

多職種が協働して隔離及び身体拘束の最小化、療養管理を行う場合に加算を行うこと

【理由】

精神科病床における隔離及び身体拘束は、治療上やむを得ない場合において、精神保健指定医の指示の下に実施されることとされている。しかし、患者の人権擁護等の観点、及び入院長期化を防ぐためにも、必要最小限に留めなければならない。また不適切な行動制限は、身体合併症を誘発する危険性がある。

不必要な隔離・拘束を最小限に抑えるためには、多職種が協働して管理を行うことが重要であるといえる。具体的には、精神保健福祉法に則り、行動制限最小化委員会を設置するとともに、多職種で定期的なカンファレンス等を実施し、隔離・拘束の解除について判断することが必要となる。そして、人権への配慮を講じ、患者の安全を保持するには、隔離・拘束中は綿密な観察を要する。これによって、適切な行動制限の実施、隔離・身体拘束の最小化につながることを期待される。

そこで、精神科領域で経験を有する専門性の高い看護師を配置し多職種協働により、隔離および身体拘束の最小化を行う場合に、評価を行うことを要望する。

※ 精神看護専門看護師 93 人である。(平成 23 年 5 月 1 日現在)