

令和元年5月14日

厚生労働省
保険局長 樽見 英樹 殿

公益社団法人 日本看護協会
会長 福井 トシ子



2020年度診療報酬改定に関する要望書

2025年を目前に医療・介護提供体制の改革が進められている中、さらなる地域包括ケアシステムの実現に向けて医療機能の分化・連携を進めていくことが喫緊の課題である。また安全で安心な医療・看護の持続的提供のために、働き方改革も強力に推進する必要があるため、下記事項について要望する。

また、中医協 入院医療等の調査・評価分科会において、今後、中・長期的に検討される「入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等」の内容と活用方法については、入院医療における看護職員の人員配置が適切に担保されるよう要望する。

要望事項

1. 地域包括ケアシステムの実現に向け、医療機能の分化・連携を進めるための高度急性期入院医療における看護職員配置の充実や、入院医療から在宅医療へのシフト、切れ目のない看護の実現ができる体制の整備のための評価の拡充
2. 地域によって人口構成や医療資源確保状況等が大きく異なる中で、どの地域においても安心して在宅で療養生活を送るための、訪問看護提供体制の充実や効率的な人材活用、運用面での課題解決等に関する評価・支援
3. 働き方改革の実現に向けて、看護職が働き続けられる環境の整備及び効果的・効率的な医療・看護の提供に向けた取り組みの推進

<要望事項 一覧>

I 地域包括ケアシステムの実現に向けた機能分化と連携の推進

1. 高度急性期入院医療への適切な人員配置と評価
 - 1-1. 高度急性期入院医療を提供する病棟における、手厚い人員配置の評価
 - 1-2. 看護職員夜間配置加算（10対1）の新設
 - 1-3. 救急医療の充実に資する看護配置の体制整備
2. 入院医療から在宅医療へのシフト、切れ目ない看護の推進
 - 2-1. 地域医療支援病院による訪問看護の提供・人材支援の促進
 - 2-2. 「在宅療養指導料」の生活習慣病患者への対象拡大
 - 2-3. NICUやGCUから退院する児とその家族への退院支援体制の強化
3. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保に向けた支援
 - 3-1. 専門性の高い看護師による同一日訪問の対象患者の拡大
 - 3-2. 複数の訪問看護ステーション等の連携による24時間対応体制の確保

II 安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

1. 口から食べることにに関する専門的支援活動への評価
 - 1-1. 誤嚥を予防し、口から食べることを支援するチームケア体制の評価
2. 地域における感染管理のための連携強化
 - 2-1. 在宅・介護領域における感染予防体制の強化
3. 周産期医療の充実
 - 3-1. ハイリスク妊産婦連携指導料に妊娠糖尿病モデルを追加
4. 認知症ケアの充実
 - 4-1. 「認知症ケア加算2」算定施設における専門性の高い看護師配置の評価

III 働き方改革の推進

1. 安心して働き続けられる環境づくり
 - 1-1. 看護職員の月平均夜勤時間数に関する要件の堅持と追加
 - 1-2. 回復期リハビリテーション病棟における夜間看護体制加算の新設
 - 1-3. 働き方改革法施行を受けた勤務環境改善の取組の推進
2. 効果的・効率的な看護・医療の提供に向けた取り組み
 - 2-1. 訪問看護の業務効率化の推進
 - 2-2. ハイリスク妊婦への十分な診療体制の確保

I 地域包括ケアシステムの実現に向けた機能分化と連携の推進

要 望 事 項

1. 高度急性期入院医療への適切な人員配置と評価

- 1-1. 高度急性期入院医療を提供する病棟における、手厚い人員配置の評価
- 1-2. 看護職員夜間配置加算（10対1）の新設
- 1-3. 救急医療の充実に資する看護配置の体制整備

2. 入院医療から在宅医療へのシフト、切れ目ない看護の推進

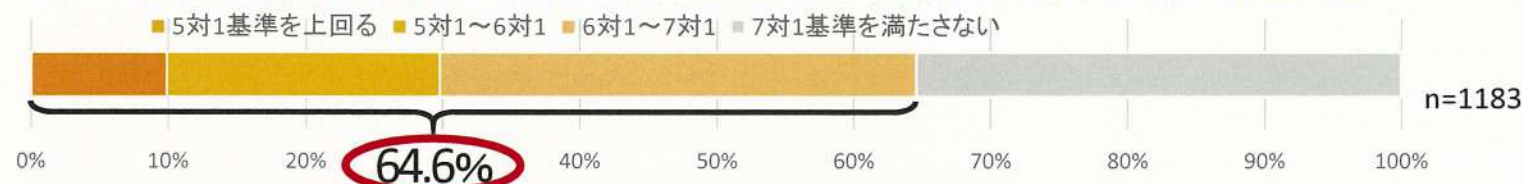
- 2-1. 地域医療支援病院による訪問看護の提供・人材支援の促進
- 2-2. 「在宅療養指導料」の生活習慣病患者への対象拡大
- 2-3. NICUやGCUから退院する児とその家族への退院支援体制の強化

3. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保に向けた支援

- 3-1. 専門性の高い看護師による同一日訪問の対象患者の拡大
- 3-2. 複数の訪問看護ステーション等の連携による24時間対応体制の確保

- 多くの重症入院患者に対応するために、急性期一般入院料1を算定している病院のうち、基準を上回って看護職員を多く配置し高度急性期入院医療を提供している病棟(5対1や6対1など)に対する加算の新設を要望する。
ただし、これを算定する場合には、他の病棟の看護体制に支障が出ないよう、加算を算定しない病棟でも7対1の基準以上の人数配置が担保されるような配慮を要望する。
- 在院日数の短縮や医療技術の進歩、患者像の重症化等の影響により、高度急性期入院医療を提供する病院においてはICUやHCUだけでなく、一般病棟でも短期間で集中的な治療や看護を必要とする患者が多く入院している。
- 現在、急性期の入院医療を評価する入院基本料としては急性期一般入院料1があるが、そこで定められている人員配置基準(7対1)では、上記のような集中的な治療や看護を必要とする患者への対応のためには不足である。現場の看護管理者からは、病院の自助努力により、こうした病棟では基準を大きく上回って看護職を配置しているという声が寄せられている。
- 急性期病院の中でも超急性期の機能を担う病棟が明確化され、そこで手厚い看護が提供されることで患者の安全がより確保される。
- 急性期一般入院料1(7対1)または特定機能病院入院基本料7対1を算定する病棟のうち6割以上が、7対1基準を上回って看護職員を配置している。

図1 急性期一般入院料1(7対1)または特定機能病院入院基本料7対1を算定する病棟の看護職員配置状況



- 特に重症者が多い病棟(重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者割合が40%以上の病棟)では、すでに約4割が6対1や5対1を満たす看護職員配置を行っている。

図2 重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者割合が40%以上の病棟における看護職員配置状況



出典: 日本看護協会 労働と看護の質向上のためのデータベース(DINQL)事業

2018年10月データ(特定集中治療室管理料を算定している病院において、急性期一般入院料1(7対1)または特定機能病院入院基本料7対1を算定する1,183病棟※)

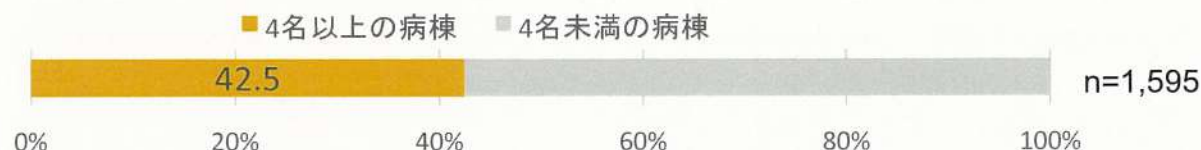
※必要度Ⅰを使用する病棟

- 看護職員夜間配置加算に10対1の新設を要望する。

- 在院日数の短縮や医療の高度化、患者像の重症化等を受けて、夜間であっても治療や手厚いケアが必要な患者が増加している。
- 医療現場では、上記のような状況を受けて、患者の安全を守るために看護職員を夜間も手厚く配置し、看護職員4人体制や5人体制による夜勤を行う病棟がある病院も多い。しかし、4人以上の夜勤を行うためには、7対1の人員配置基準を大きく上回る人数を配置する必要があり、その分の人件費は病院の持ち出しとなっている。
- 急性期病院の中でも特に超急性期の機能を担う病棟において、夜間も手厚い体制が整うことで、患者の安全がより確保される。

- 急性期一般入院料1(7対1)または特定機能病院入院基本料7対1を算定する病棟のうち、4割以上が、夜間の看護職員を4名以上配置している

図1 急性期一般入院料1(7対1)または特定機能病院入院基本料7対1を算定する病棟のうち、夜間の看護職員を4名以上配置している病棟の割合



- 特に重症者が多い病棟(重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者割合が40%以上の病棟)に限ると、4名以上配置している病棟が全体の半数以上を占めている。

図2 重症度、医療・看護必要度Ⅰを満たす患者割合が40%以上の病棟のうち、夜間の看護職員を4名以上配置している病棟の割合



出典: 日本看護協会 労働と看護の質向上のためのデータベース(DINQL)事業
2018年10月データ(急性期一般入院料1(7対1)または特定機能病院入院基本料7対1を算定する1,595病棟)

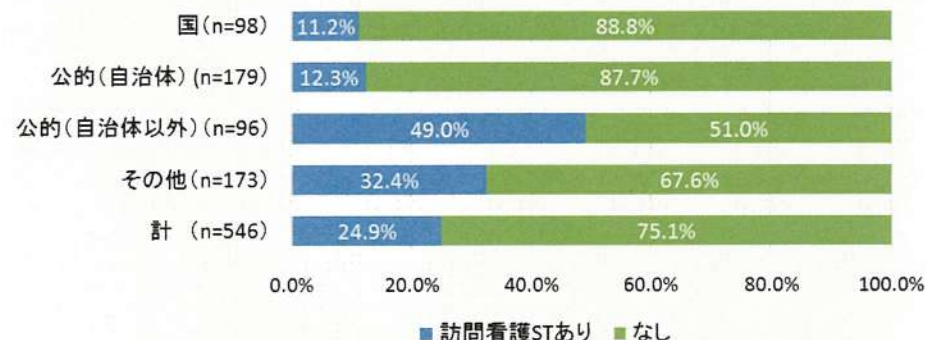
- 夜間休日救急搬送医学管理料における救急搬送看護体制加算において、看護師を複数名配置している場合の評価を要望する。
- あわせて、救命救急入院料の施設基準において、三次救急医療の初療対応に係る看護師の配置基準についても明記することを要望する。

- 初療の現場では救命が第一義とされ、適切な優先順位に基づき、医師が診療に注力できるよう、看護師は、検査や処置の介助のみならず、患者の問診やバイタルサイン測定等を通して、緊急度と重症度を判断する役割を担っている。また、救急受診患者は身体だけではなく、精神的・社会的にも不安定な状態にあることが多い。看護師は、医療の知識を活かしながら患者と家族に寄り添い、安心できる場を作り、診療につなげる役割を果たしており、さらに、場合によっては看取りへの対応も求められる。このように、初療室の看護師は、診療の補助、緊急度・重症度の判断、全人的ならびに連続的な患者と家族の支援など、高度かつ多岐にわたる役割を担っており、救急医療体制を強化する上では、看護提供体制の充実は不可欠である。
- 現状の「救急搬送看護体制加算」の施設基準においては、看護師については「救急搬送の受入れを担当する専任の看護師が配置されていること」とされ、現行では特段の配置人数等の規定はなく、手厚い看護師の人員配置への評価が必要である。
- また、三次救急医療機関の救命救急センターの施設基準において、三次救急搬送患者の初療対応に係る看護師の人員配置・体制に関する基準が設けられていない。三次救急医療提供体制の質と安全を守るために、救命救急センターの施設基準において、三次救急医療の初療に係る看護師の人員配置の基準を明記する必要がある。

- 地域医療支援病院入院診療加算の算定要件として、「訪問看護ステーションの併設等による訪問看護の提供」または「地域の訪問看護事業所への出向等による看護人材支援」を追加することを要望する。

- 2025年の訪問看護従事者の必要数は約12万人と推計されており、2019年現在の訪問看護従事者数約5万人から少なくとも「倍増」ないしそれ以上の人材確保に向け、計画的な体制整備が急務である。
- 医療機関による訪問看護の実施件数は訪問看護ステーションの約3分の1であり、訪問看護を実施する医療機関は全体の約3.9%にとどまる(2017.11.25中央社会保険医療協議会資料)。訪問看護ステーションの大規模化等によりサービスの確保を図る一方、今後は医療機能として地域の在宅医療や救急医療の支援機能を持つ医療機関からの訪問看護提供(いわゆる「みなし訪問看護」あるいは訪問看護ステーションの併設)を増やす方策が、併せて必要である。
- 訪問看護の人材確保策としては、訪問看護ステーション等への就業を増やすことと同時に、地域医療構想下での病院・病床機能の見直しに伴い、「訪問看護ができる看護人材」を地域で育成し蓄積する取り組みが、中長期的に重要となる。「訪問看護出向事業」の活用によって、訪問看護ステーションへのマンパワー補充と医療機関の看護師の在宅療養支援能力強化を今後も推進していく必要がある。
- そのため、「居宅等における医療の提供の推進に関する必要な支援を行うこと」が役割として明記されている地域医療支援病院において、訪問看護の提供や訪問看護ステーション等への人材支援が進むよう、地域医療支援病院入院診療加算の算定要件として「訪問看護ステーションの併設等による訪問看護提供」または「地域の訪問看護ステーションへの出向等による看護人材支援」の追加を要望する。

図1 地域医療支援病院における訪問看護ステーションの併設状況(設置主体別)



出典: 各病院等の公開情報(2018年11月時点)に基づく日本看護協会調査
 ※地域医療支援病院数は2018年9月時点で586であり、本集計(n=546)は全体の約93%の把握に基づく集計である。

図2 2025年における病院・有床診療所・訪問看護・介護保険サービスの看護職員数(ごく粗い試算)



出典: 医療従事者の需給に関する検討会 第5回看護職員需給分科会資料2(平成31年1月17日)

- ・ 外来において看護職が在宅療養上必要な指導を行った場合に算定する「在宅療養指導料」について、生活習慣病患者等に対して継続的かつ適切な療養指導を行った場合にも算定されるよう拡充を要望する。

- 生活習慣病患者等が増加しており、外来通院が主な受療の場となっている。
- 慢性疾患の急性増悪予防や重症化予防のためには、患者自身が疾患や自身の病態を正しく理解し、日頃の生活習慣を改善することが不可欠であり、継続的かつ適切な療養指導が重要な役割を担う。
- 看護職は医学的知識に基づき、患者の生活パターンやキーパーソン等を把握した上で、より患者の生活にそったきめこまかな指導を行うことができる。また、治療に関する疑問の解決や意思決定支援等の面でもこうした関わりが有効である。
- 実際、慢性心疾患や慢性呼吸器疾患等の分野では、看護職の働きかけが重症化予防に貢献することがわかっており、専門性を活かして多くの患者に関わることで、患者の重症化予防、QOL向上、医療費削減等につながると期待される。
- 現在の在宅療養指導料は、対象が医療器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着している患者に限られているが、より身近な外来で患者の療養指導が可能となるよう、生活習慣病患者等に対しても同様の評価が必要である。

- 看護師が慢性心不全を持つ外来患者に対して、塩分制限、食事や運動、禁煙、薬などに関する療養指導を6ヶ月間継続的に実施することで、以下のような結果が得られた。

表1 BNP (Brain Natriuretic Peptide) 平均値の変化

- 介入群（継続的な外来看護）でBNPが低下した (pg/mL)

	初回	3ヵ月後	6ヵ月後
介入群 n=49	153.2	124.1	111.2
対照群 n=47	163.6	165.3	197.9

表2 心不全症状(息切れ)の有無

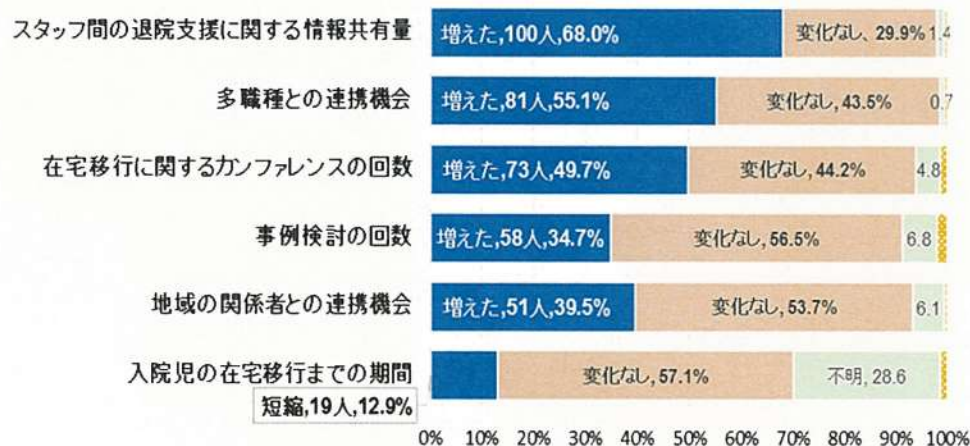
- 介入群（継続的な外来看護）で息切れ症状のある患者割合が低下した (%)

	初回	3ヵ月後	6ヵ月後	9ヵ月後	12ヵ月後
介入群 n=49	10.2	6.1	10.2	6.1	6.4
対照群 n=47	12.8	21.3	23.4	25.5	23.4

出典: Otsu H, et al. Effectiveness of an educational self-management program for outpatients with chronic heart failure. Jpn J Nurs Sci 2011;8(2):140-52. (一部改変)

- 入退院支援加算3の施設基準に配置が定められている看護師の要件に、「小児在宅移行に係る研修を受講していること」を追加することを要望する。
- 新生児特定集中治療室（以下、NICU）等においては、在宅移行支援のための更なる体制整備が求められている。スムーズな在宅移行を支援するためには、出生時から退院後の生活を見据えて、それぞれの家族の状況に応じた支援をすることが必要であり、加えて、院内の関係部署だけでなく、地域の医師や訪問看護ステーション等との連携が求められるため、横断的な活動ができることが重要である。
- 主に入退院支援を担当する看護師には、患児がスムーズに在宅移行できるよう、必要な知識や技術を習得し、NICU内でリーダーシップを発揮し入退院支援体制を構築するなど、多岐にわたる活動が求められるため、現行要件にある「入退院支援や新生児集中治療に関する経験」に加えて、専門的な研修の受講が必要である。
- 研修修了者がいる施設においては、入退院支援の取組がより充実している。
- すでに、総合周産期母子医療センターの93.5%（101施設）で、研修修了者が所属している。

図1 「小児在宅移行支援指導者育成研修」の修了者がいる施設における受講前後の変化



出典：小児在宅移行支援指導者育成研修修了者を対象にした
2017年度フォローアップ研修アンケート結果を基に本会作成

図2 「小児在宅移行支援指導者育成研修」への参加施設数および人数（総合周産期母子医療センターのみ）

	人数	施設数
2017年度（第1回）	154名	94
2018年度（第2回）	78名	63
2年間の総数	232名	101 ※

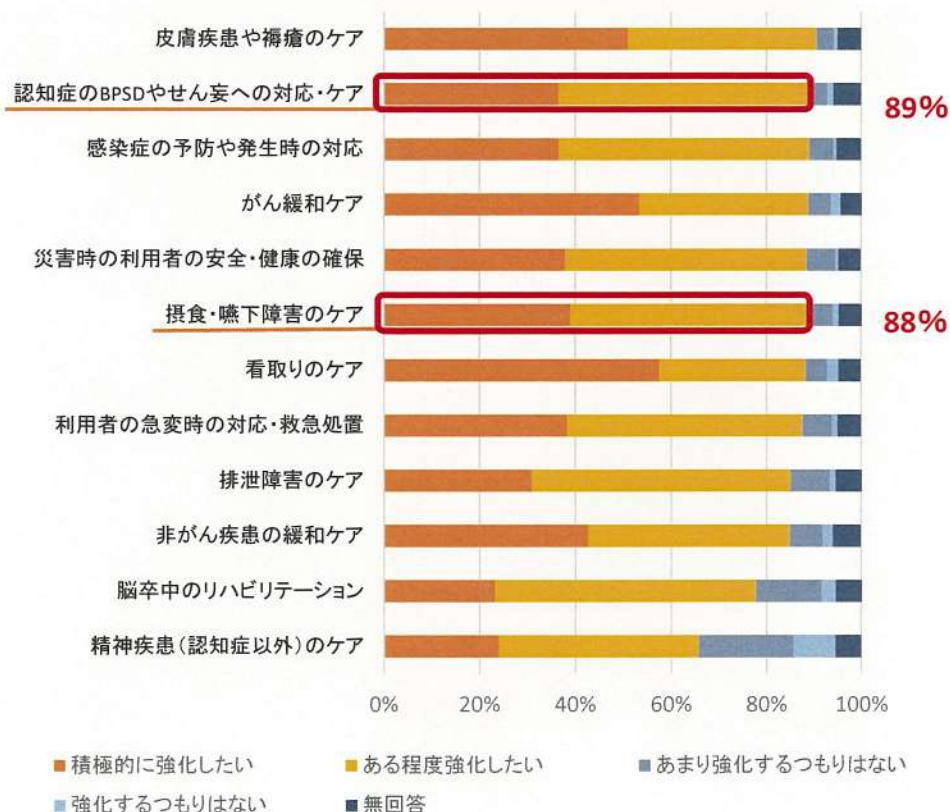
※重複施設数は非カウント

出典：2017年度・2018年度総合周産期母子医療センター
看護管理者合同会議における資料を基に本会作成

- 「在宅患者訪問看護・指導料3」の対象疾患を拡大し、認知症・糖尿病・摂食嚥下障害へのケアについても、専門性の高い看護師が同一日訪問することへの評価を要望する。

- 2012年度診療報酬改定で「在宅患者訪問看護・指導料3のハ」が新設され、病院等で働いている専門性の高い看護師（専門看護師・認定看護師）が自施設の外に出て、地域の訪問看護ステーション等と連携し患者の在宅療養を支える取り組みが評価された。
- 現在、在宅療養中の ①悪性腫瘍の鎮痛療法または化学療法を行っている患者、②真皮を越える褥瘡の状態にある患者、③人工肛門もしくは人工膀胱を増設している患者 について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価されている。しかし、現行の3分野以外にも、認知症ケア、糖尿病の血糖コントロール、摂食嚥下機能の回復・向上に対する支援など、支援を必要としている患者、助言を求めている訪問看護師は多く（図1～3）、専門性の高い看護師による支援のニーズがある。

図1 訪問看護ステーションが今後強化したい領域



出典：2018年度老人保健健康増進等事業 訪問看護サービス等における専門性の高い看護師によるサービス提供のあり方に関する試行的調査研究事業
「訪問看護サービス等における専門性の高い看護師によるサービス提供に関するニーズ調査」の結果を基に本会作成

図2 訪問看護ステーションが求めている支援・助言
(認知症のBPSDやせん妄への対応・ケア)

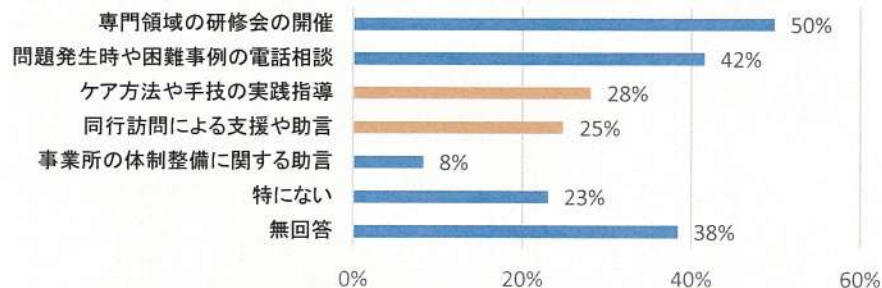
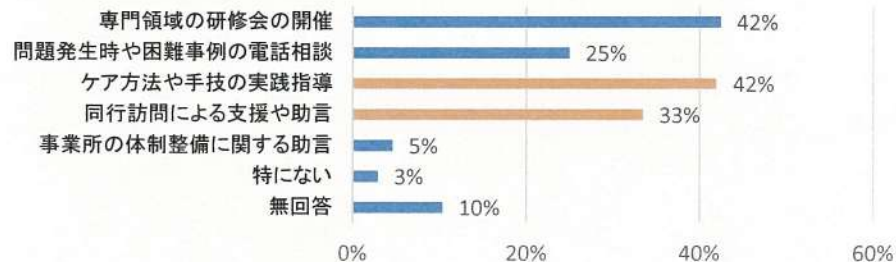


図3 訪問看護ステーションが求めている支援・助言(摂食・嚥下)



出典：2018年度老人保健健康増進等事業 訪問看護サービス等における専門性の高い看護師によるサービス提供のあり方に関する試行的調査研究事業
「訪問看護サービス等における専門性の高い看護師によるサービス提供に関するニーズ調査」の結果を基に本会作成

表1 専門性の高い看護師による支援・助言の成果

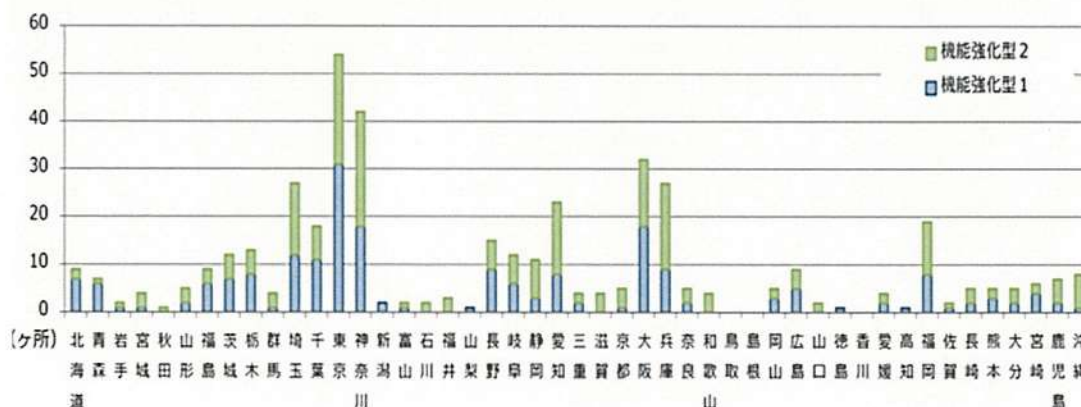
- ・「糖尿病の神経障害、創傷について予防と今後の見通しを助言してもらい、**ケアへの不安が軽減できた**」(糖尿病・訪問看護師の声)
- ・「透析や認知症になりたくない、**少しでもよくなりたい**ので看護外来に行く」(糖尿病・患者の声)
- ・「在宅での暮らしぶりを実際に見た上での専門的な関わり・助言が、**利用者の『勉強する』『看護外来にも行く』との声につながった**」(糖尿病・訪問看護師の声)
- ・「同行して実際に利用者へのケアを見た上で、認知症の評価と助言がもらえた。今後も相談したい」(認知症・訪問看護師の声)
- ・「わかりやすかった。**他の困難事例や地域で困っている相談事例についても教えてほしい**」(認知症・訪問看護事業所の声)
- ・「基本的なことが理解できた」「**自身のケアを振り返ることができた**。今後も助言がほしい」(認知症・訪問看護事業所の声)

出典：2018年度老人保健健康増進等事業 訪問看護サービス等における専門性の高い看護師によるサービス提供のあり方に関する試行的調査研究事業「専門性の高い看護師によるサービス提供試行事業」事例より抜粋

- 医療資源の少ない地域における訪問看護ステーションの24時間対応体制加算の算定要件を緩和し、当該地域に所在する訪問看護ステーションが当該地域以外(近隣市町村)のステーションや医療機関と連携した場合にも24時間対応体制加算の算定を要望する。

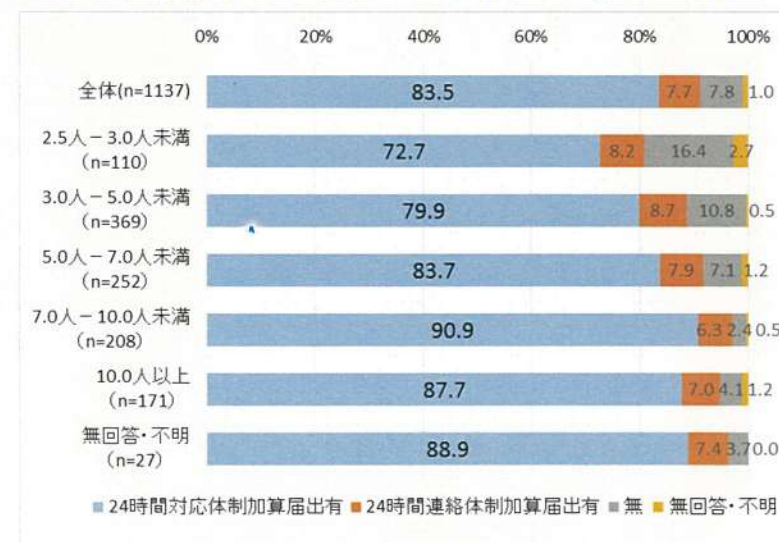
- 在宅療養する重度者や看取りへの対応において訪問看護の24時間対応体制は必須である。
- 訪問看護ステーション数は近年順調に増加しており、2018年現在全国で約1万か所に上る。しかし、近年の事業所数増加の大部分は人口の多い大都市圏に集中しているほか、機能強化型を算定する大規模な訪問看護ステーションも都市部に多くなっている。
- 既に人口減少の局面を迎えている地域においては、各訪問看護ステーションの自助努力により看護師を十分に確保し、事業所の大規模化を図ることには限界がある。こうした地域で在宅療養の継続を支援するためには、複数の訪問看護ステーションや医療機関との連携により、訪問看護の24時間対応体制を確保する仕組みが必要である。
- 2018年度改定において、特別地域に所在する複数の訪問看護ステーションの連携による24時間対応体制加算の算定が認められたが、人口の少ない地域では事業所数も少なく、特別地域内で連携体制を整えることは難しい場合がある。24時間対応体制加算の算定要件をさらに緩和し、当該地域と隣接する市町村の訪問看護ステーションや、医療機関と連携した場合の算定を要望する。

図1 都道府県別 機能強化型訪問看護管理療養費の届出事業所数



出典: 2017年11月15日 第370回中央社会保険医療協議会(資料総-5)

図2 訪問看護事業所規模別 24時間対応体制の状況



出典: 厚生労働省 2015年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (2017年度調査)

Ⅱ 安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

要 望 事 項

1. 口から食べることに関する専門的支援活動への評価

1-1. 誤嚥を予防し、口から食べることを支援するチームケア体制の評価

2. 地域における感染管理のための連携強化

2-1. 在宅・介護領域における感染予防体制の強化

3. 周産期医療の充実

3-1. ハイリスク妊産婦連携指導料に妊娠糖尿病モデルを追加

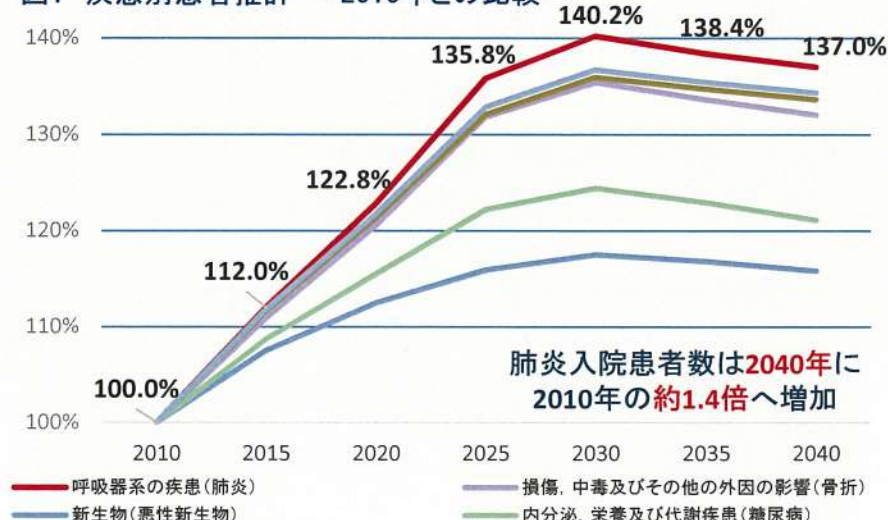
4. 認知症ケアの充実

4-1. 「認知症ケア加算2」算定施設における専門性の高い看護師配置の評価

- 入院患者の摂食嚥下機能の維持・改善および誤嚥予防として、下記のような機能評価、ケア、指導を多職種チームで行う体制の評価を要望する。
- 高齢者や小児患者・難病患者等、支援が必要な入院患者に対して、摂食嚥下の専門チーム(医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士等を想定)が介入し、病棟の看護職等と連携して適切な検査・ケアやリハビリテーションが行われるように支援する
- 退院後を見据えた計画を立案、説明し、家族や退院先の医療・介護職と連携しつつ、退院後も必要なケアが行われるように指導する

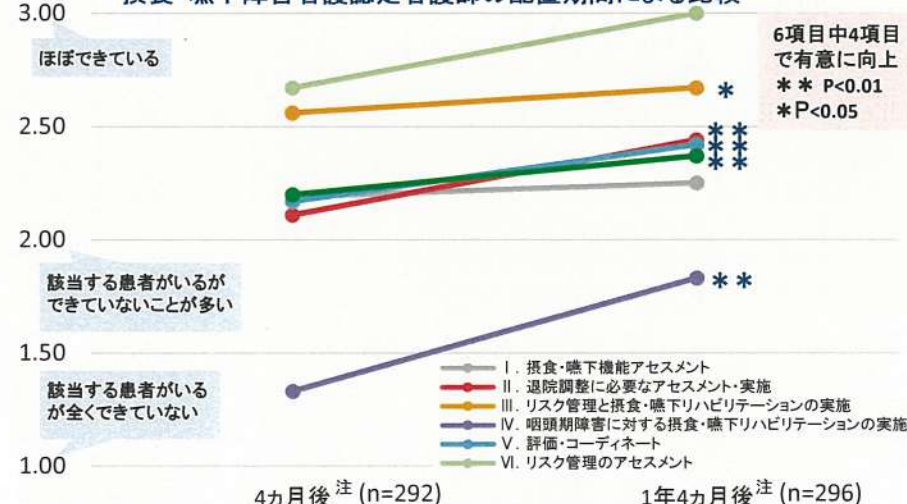
- 口から食べることは、単に栄養をとるだけでなく、生きる上での楽しみや意欲に直結する、人としての根幹的な生活行動である。疾患・障害・加齢等の影響により、摂食嚥下が難しくなり、誤嚥性肺炎を発症しやすくなった際には、各個人の状態に合わせた、食べることに関する専門的支援が受けられることが非常に重要である。特に今、高齢化の影響を受けて、肺炎の入院患者が急激に増加していることから、誤嚥性肺炎の予防が急務である。
- 食形態や内容の工夫、口腔ケア、誤嚥予防のケア等を必要としている者は多いが、必ずしも入院期間中に十分な機能評価やケア、指導等を行う体制が整っているとは言えない。
- 摂食嚥下の専門チームの介入は摂食嚥下機能の維持・改善や誤嚥性肺炎減少に寄与し、口から食べるための支援推進につながる。

図1 疾患別患者推計 -2010年との比較-



出典:産業医科大学公衆衛生学教室,地域別人口変化分析ツールAll Japan Areal Population-change Analyses

図2 病棟看護師が提供する摂食嚥下障害看護の質評価(自己評価)
-摂食・嚥下障害看護認定看護師の配置期間による比較-



注釈) 日本看護協会による認定審査を経て、摂食・嚥下障害看護認定看護師として登録後の経過年月
出典: 深田順子他, 摂食・嚥下障害看護の質向上に及ぼす認定看護師の影響, 日摂食嚥下リハ会誌, 14(3), 219-228, 2010

- 多職種専門チーム※の介入によって、嚥下障害患者の経口食事摂取率が向上し、嚥下障害の重症度が改善した。

図3 摂食嚥下の多職種専門チームによる介入の効果

※多職種専門チームの構成: 摂食・嚥下障害看護認定看護師、リハビリテーション科医師、歯科医師、言語聴覚士、栄養士、歯科衛生士

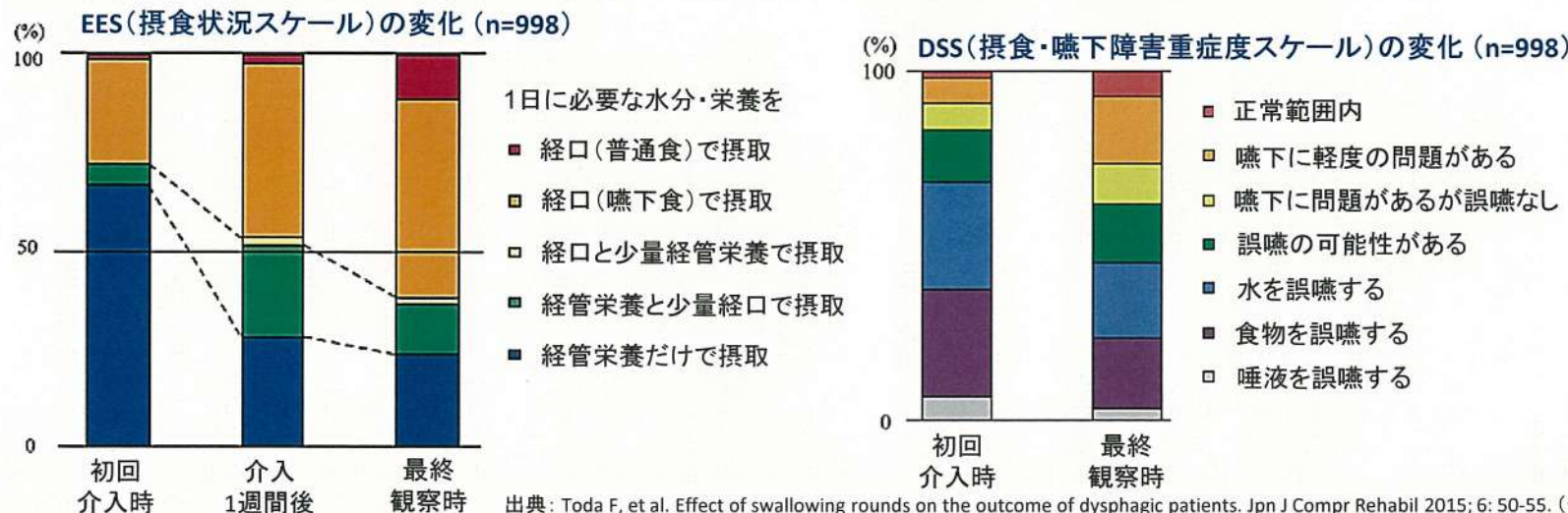


表1 摂食嚥下の多職種専門チームによる介入の例

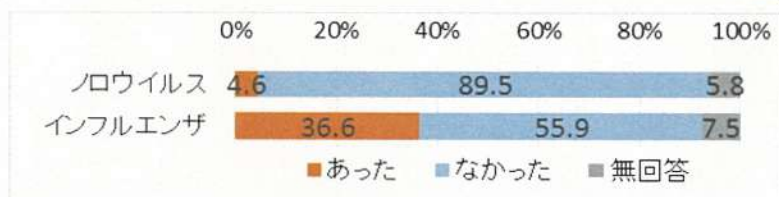
	多職種で実施	嚥下評価	嚥下訓練	患者・家族への療養指導	口腔ケア	その他
医師, 歯科医師	・嚥下機能の総合評価	嚥下内視鏡検査, 嚥下造影	実施内容の評価		歯科診療	
摂食・嚥下障害看護認定看護師	・診療計画の立案	フィジカルアセスメント, 生活場面の観察, 反復唾液嚥下テスト(RSST), 改定水のみテスト(MWST), 食物テスト(FT)	嚥下リハビリ計画立案, 嚥下訓練実施, 実施内容の評価	摂食時の注意点, 口腔ケア, 嚥下訓練の方法, 退院に向けた摂食・嚥下リハビリ, 緊急時対応, 退院後の生活に合った方法の指導	病棟看護師の口腔ケアに関するコンサルテーション対応	病棟看護師の教育・指導, コンサルテーション対応, 退院にむけて外来看護師・在宅と連携
病棟看護師	・嚥下リハビリ方針の決定	日々の食事場面の観察と評価	プログラム作成(ST), ROM・端座位訓練車いす乗車訓練, 基本動作訓練・ADL訓練, 発声構音訓練, 間接的嚥下訓練, 直接的嚥下訓練, 実施内容の評価	身体・日常生活介助	口腔状態のアセスメント 口腔ケア, マッサージ 口腔ケア(ST)	食事介助, 離床・レクリエーション促進
リハビリ(OT, PT, ST)	・摂食姿勢, 介助方法, 食具, 食事形態の検討					
その他					歯科衛生士による指導・処置等	栄養士による食事の工夫の対応

出典: 清野由聖他. 北里大学病院における嚥下サポートチームの立ち上げ. 耳鼻と臨床. 58(6). 261-267. 2012. / 白坂誉子. 高齢者の「食べたい」を支える看護の専門性. 老年看護. 16(1). 24-29. 2011. / 田平佳苗. 当院での摂食嚥下障害患者の現状と課題. 国立病機構造本医療セ医誌. 16. 87-94. 2016. / 深田順子他. 愛知県内の摂食・嚥下リハビリテーションにおけるチームアプローチの現状. 愛知県大看紀. 15. 55-61. 2009. / 才藤栄一他監修. 摂食嚥下リハビリテーション. 第3版. 医師薬出版株式会社. 東京. 2016. を参考に本会作成

- ・ 感染防止対策地域連携加算の算定要件として、「年に〇回程度地域の介護施設・事業所に出向き、感染予防の体制整備について支援や研修を実施する」を追加し、感染管理認定看護師等による在宅領域における感染対策強化を要望する。

- 感染対策においては予防・伝播防止が重要であり、個々の医療機関の取り組みだけではなく地域全体での対策が不可欠である。医療機関においては大半の地域の基幹病院で感染制御チーム等の体制整備が進み、2012年度改定の「感染防止対策加算」「感染防止対策地域連携加算」により、医療機関同士の連携や相互評価による感染管理体制の向上が図られてきた。
- しかし、地域で高齢者の療養を支える介護施設や地域密着型サービス事業所においては、感染対策の専門的な知識をもった医療職の配置が少なく、感染管理のノウハウや体制整備が十分ではない中で、流行性ウイルス感染症や耐性菌の感染対策への対応が求められている。施設での集団感染や、重篤化し医療機関に救急搬送・入院する等のリスクを防ぐために、これらの介護施設等における感染対策が急務である。
- 日本看護協会では2018年度厚生労働省老人保健健康増進等事業にて、医療機関に所属する感染管理認定看護師が地域の介護施設等に出向き、感染予防の体制整備や発生時の対策等について支援を行う試行事業を実施した。支援を受けた事業所では「スタッフの知識・意識の向上」や「事業所の感染管理体制の向上」などの効果が得られており、医療機関の感染対策の専門職を地域に派遣し、介護施設等の感染管理を支援する仕組みを整備していく必要がある。
- そこで、感染防止対策地域連携加算の算定要件として「年に〇回程度地域の介護施設・サービス事業所に出向き、感染予防の体制整備について支援や研修を実施する」を追加し、感染管理認定看護師等による在宅・介護領域における感染予防対策強化を要望する。

図1 介護老人保健施設における感染症の集団発生の有無(2017年度)
n=1,163



出典：2018年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(7)介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

表1 感染管理認定看護師による事業所体制整備支援へのニーズと効果

【介護施設等からの支援ニーズ】

- ・ 施設としての対策が不十分と感じており、専門家からの支援がほしい(特養)
- ・ 開設間もないため、感染予防のマニュアル作成を支援してほしい(通所介護)
- ・ 職員全員が感染予防の標準的な方法を常に実践できるよう、職員教育を強化したい(有料老人ホーム)

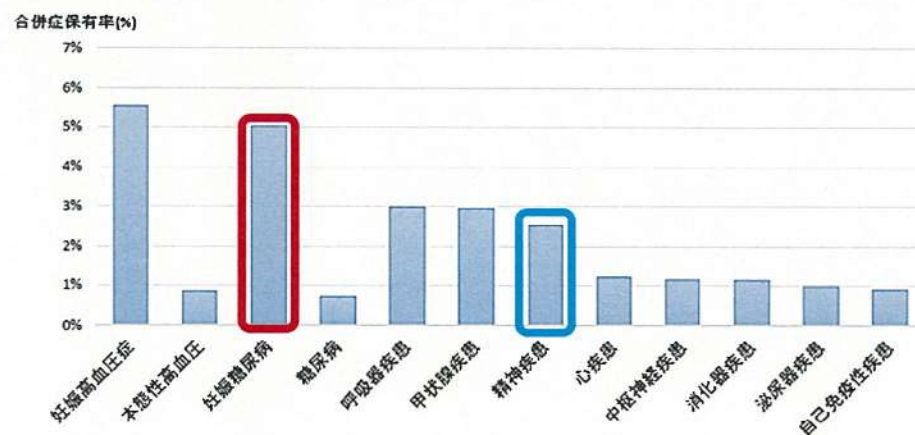
【支援を受けた介護施設等からの声】

- ・ 感染対策の見直しができ、職員が自主的に環境整備に取り組むようになった(通所介護)
- ・ 職員の知識・意識の向上が図られ、インフルエンザワクチン接種率も向上した(特養)
- ・ 施設内ラウンドにより、汚物搬出経路の見直しなど具体的な改善ができた(特養)

出典：2018年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問看護サービス等における専門性の高い看護師によるサービス提供のあり方に関する試行的調査研究事業」(日本看護協会)

- 妊娠糖尿病を有する妊婦について、産科(医師および助産師等)と内科等が連携して医療提供を行う場合の評価を要望する。
- 2018年度改定では、「ハイリスク妊産婦連携指導料」として、精神疾患を持つ妊産婦に対して、産科医療機関だけでなく精神科医療機関、自治体と連携し、診療及び療養指導を行うことに対して評価がなされた。
- 妊産婦の中で、合併症保有率の高い妊娠糖尿病等についても、産科医療機関と、糖尿病を専門とする内科等とが連携し、互いに情報共有し共同で診療にあたることにより、より安全な妊娠継続、効果的な血糖コントロールや合併症の予防を行うことができ、妊産婦の安心につながる事が期待される。
- ハイリスク妊産婦連携指導料への妊娠糖尿病モデルの追加は、妊娠糖尿病の重症化予防に寄与すると考えられる。

図1 合併症の内訳と合併症保有率



出典: 中央社会保険医療協議会 総会(第412回2019年4月10日) 資料 総-4

図2 偶発合併症頻度の年次推移



出典: 第2回妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会 (2019年3月15日)
資料1 一部改変

- 「認知症ケア加算2」算定施設において、認知症ケア加算1の施設基準に定められる認知症看護に係る適切な研修(600時間以上)を修了した看護師が専任で配置されている場合、現行の認知症ケア加算2よりも一段高く評価することを要望する。

- 認知症患者数は増加し続けており、地域の中で認知症とともにによりよく生きていくことができる社会づくりが新オレンジプラン等で進められている。認知症患者に対する病棟での対応力とケアの質向上を図るため、2016年改定で「認知症ケア加算」が新設された。認知症ケア加算1では認知症ケアチームに、認知症看護に係る600時間以上の適切な研修を修了した看護師が配置されることになっている。認知症ケア加算2では、チームの設置は規定されていないが、全ての病棟に9時間以上の研修を受講した看護師を複数配置することになっている。
- 認知症ケア加算1の施設基準に定められる認知症看護に係る適切な研修を修了した看護師は、各病院において、病棟における認知症患者へのケアの実施状況の把握や病棟職員への助言、ケアマニュアルの見直し、研修開催等に取り組んでいるが、常勤医師の確保が難しい等の理由により、認知症ケア加算1が算定できないとの声が現場から聞かれている。実際、本会DiNQLデータによれば、認知症ケア加算2を算定する病院の約3割で、認知症ケア加算1の施設基準に定められる認知症看護に係る適切な研修を修了した看護師を配置していることがわかっている。認知症ケア加算2であっても、認知症ケア加算1の施設基準に定められる看護師が配置されている病棟群では、配置していない病棟群に比べて、身体的拘束を受ける患者割合等が低く、病院内における認知症ケアが改善していることがうかがえる。
- 認知症ケア加算1の施設基準に定められる認知症看護に係る適切な研修(600時間以上)を修了した看護師の配置は、入院医療における認知症看護・ケア内容の向上(身体的拘束の低減、認知機能の悪化予防・維持向上)に寄与する。

表1 身体的拘束患者割合

(月間の身体的拘束実施人数/月間の入院患者実人数)

	加算1を算定	加算2を算定	
専門性の高い看護師の配置	あり	あり	なし
施設数 (no.)	436	132	247
中央値 (%)	4.2	4.9	5.5
四分位範囲 (%)	1.2 -8.7	1.8 -8.0	2.1 -11.4

表2 身体的拘束 延べ日数割合

(月間の身体的拘束実施延べ患者日数/月間の在院延べ患者日数)

	加算1を算定	加算2を算定	
専門性の高い看護師の配置	あり	あり	なし
施設数 (no.)	436	132	247
中央値 (%)	3.9	4.7	5.0
四分位範囲 (%)	1.0 -8.9	1.3 -9.7	2.0 -11.4

出典：日本看護協会 労働と看護の質向上のためのデータベース(DiNQL)事業
2018年10月データ(認知症ケア加算を算定可能な病棟のうち、
7対1病棟でデータの入力があった1173病棟)

Ⅲ 働き方改革の推進

要 望 事 項

1. 安心して働き続けられる環境づくり

- 1-1. 看護職員の月平均夜勤時間数に関する要件の堅持と追加
- 1-2. 回復期リハビリテーション病棟における夜間看護体制加算の新設
- 1-3. 働き方改革法施行を受けた勤務環境改善の取組の推進

2. 効果的・効率的な看護・医療の提供に向けた取組

- 2-1. 訪問看護の業務効率化の推進
- 2-2. ハイリスク妊婦への十分な診療体制の確保

- 病院の入院基本料の施設基準において、月平均夜勤時間数を72時間以下と定める要件の堅持はもとより、現在、要件がない特定入院料にも要件追加を要望する。

- 看護職は24時間体制で現場を守っており、業務の特殊性から、夜勤・交代制勤務による様々な健康上のリスクにさらされている。看護職が日中も夜間も健康に働くことは、患者に提供される医療の安全・安心を守ることに直結している。また、今後も日本の医療・介護提供体制を維持する上で、看護職が健康に働き続けられることが重要である。現行では夜勤・交代制勤務に関する法規制等がない。この中で、診療報酬における病院の入院基本料の施設基準の中で、月平均夜勤時間数に関する要件が定められていることは、看護職にとって、重要な拠り所である。
- しかし特定入院料を算定する病棟では、月平均夜勤時間数を72時間以下とする要件が適用されておらず、看護職員の夜勤時間が多い傾向がある。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料において、地域包括ケア病棟等と同様に、看護職員夜間配置加算の新設を要望する。
- 2018年度改定において、新たな入院医療の評価体系が再編・統合され、回復期リハビリテーション病棟は、地域包括ケア病棟や地域一般入院基本料とともに「急性期医療～長期療養」の機能の中に位置づけられた。
- また、看護職員の負担軽減・より質の高い療養環境の提供を目指す観点から、地域包括ケア病棟入院料では、看護職員が夜間常時16対1(各病棟3人以上)を満たすこと等を要件に、看護職員夜間配置加算が新設された。
- 一方で、回復期リハビリテーション病棟には夜間の看護職員加配に関する加算がないため、夜間は看護職員2人体制となり、休憩・仮眠をとることが難しい。そのため、病院が独自に手厚い看護配置を確保した場合、その分の人件費等は持ち出しになっている。
- 回復期リハビリテーション病棟における看護職員夜間配置加算の新設は、より安全・安心な療養環境の確保とともに、看護職員が働き続けられるための労働環境改善にもつながる。

- 病院が経済的原資を得て取組を進めやすくするよう、総合入院体制加算の評価の拡充を要望する。具体的には、「総合入院体制加算」の要件に、「勤務間インターバル確保」の実施を追加する。
 - 全ての項目を達成している病院については、点数を引き上げ、一段高く評価されることを要望する。
-
- 2019年4月より「働き方改革法」が施行されるに伴い、病院においても「時間外労働の罰則付き上限規制」、「タイムカード、パソコン使用時間の記録等客観的方法での勤務時間の把握」、「年次有給休暇年間5日取得」が義務化された。また、「勤務間インターバルの確保」が努力義務化され、さらに「深夜業の回数制限にかかわる労使の協議」が指針で推奨されることになった。
 - 上記に対応するために、新たに体制整備や職員の増員等が必要となる施設が多くある。医療分野においても、医療従事者の勤務環境改善の取組みを進展させるためには、国の強力な後押しが求められる。

Ⅲ-2-1

訪問看護の業務効率化の推進

- (1) 訪問看護ステーションにおいて、事務職員の配置及びICTの活用により訪問看護に係る書類作成等の業務を効率化する体制を整えた場合に「訪問看護事務作業補助体制加算」として評価することを要望する。
- (2) ICT活用による退院時共同指導が可能な要件について、「医療資源の少ない地域」「在宅療養担当医療機関等のうち2者以上が入院先に赴いていること」の要件を緩和し、在宅領域における多職種連携・情報共有に係る業務効率化の推進を要望する。

(1) 訪問看護事務作業補助体制加算の創設

- 訪問看護事業所では、訪問看護に付随する書類作成、連絡調整などの業務も含めて看護職員が実施していることや、ICTの導入の遅れにより、看護職員が訪問看護業務に専念できる体制になっていないという指摘がなされている。事務職員の配置及びICTの活用により業務の効率化を図ることで、看護職員が訪問看護に集中でき、サービスの提供量拡大が可能となる。
- ①事務職員の配置及び②ICTの体制整備により訪問看護の業務の効率化を実施した場合に、「訪問看護事務作業補助体制加算」として評価することを要望する。

(2) ICTを活用した退院時共同指導加算等の算定要件緩和

- 訪問看護の全業務時間の約2割を移動時間が占めており、訪問に係る移動の他、多職種カンファレンス等のため病院などに出向く移動時間も含まれている。多職種が一堂に会するためのカンファレンスの日程調整も困難であり、ICTの活用等による移動時間の削減を図る必要がある。
- ICT活用による退院時共同指導が可能な要件について、「医療資源の少ない地域」「在宅療養担当医療機関等のうち2者以上が入院先に赴いていること」の要件を緩和し、在宅領域における多職種連携・情報共有に係る業務効率化を進められることを要望する。

表1 訪問看護ステーションにおける職員数* (中央値) * 常勤換算

	機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3	機能強化型以外
保健師・助産師・看護師	11.4	8.0	6.4	4.0
准看護師	0.0	0.0	0.0	0.0
事務職員数	1.0	1.0	0.8	0.0

出典：中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会(第57回 2019年3月27日) 資料 検-3-2
2018年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」

表2 1か月間の利用者1人あたりに要した訪問看護の業務時間 (n=88)

	平均(分)	(標準偏差)	全業務時間に占める割合
全業務時間	1,293.2	(976.4)	
移動	242.8	(219.4)	18.8%
直接業務	651.7	(550.9)	50.4%
間接業務	398.8	(338.4)	30.8%
(内訳)			
準備・片付け・物品搬送	60.4	(85.7)	4.7%
家族連絡調整	24.8	(54.4)	1.9%
主治医・他機関調整	51.7	(76.4)	4.0%
カンファレンス等	109.6	(172.4)	8.5%
文書作成業務	128.5	(93.3)	9.9%
その他の業務	24.3	(46.2)	1.9%
直接業務+間接業務	1,050.5	(789.8)	81.2%

出典：葉原雄樹ほか(2012)『「直接・間接業務時間比」からみた訪問看護ステーション利用者の特徴」
日本医療・病院管理学会誌(227)37-47

- ハイリスク妊娠管理加算で、院内助産や助産師外来の取組みなどにより、各病院内で、産科医との役割分担や連携の方法を定めることを要望する。

- 出産年齢の高年齢化等に伴い、内科的疾患等を伴うハイリスク妊娠の割合が増加している。
- 特に、ハイリスク妊産婦の産前健診、分娩、産後のフォローを担う分娩機関では、より注意深い診察やフォローが必要となり、医師の診察に時間がかかるとともに、療養指導など生活面での支援も重要である。助産師がハイリスク妊産婦に必要な妊娠生活への指導を行うことで、合併症の重症化予防やリスクが低減される。
- あわせて、産科医の勤務負担が大きい中、産科医がハイリスク妊産婦への対応に注力できる環境の整備は急務である。産科外来において、助産師がローリスク妊産婦の対応を主に担う体制が整備されれば、医師の負担軽減となり、ハイリスク妊産婦への医療サービス確保につながる。
- よって、各病院内で、院内助産や助産師外来の取組など、産科医と助産師との役割分担や連携の方法を定めることが求められる。

図1 母親の年齢別にみた年次別出生数の割合

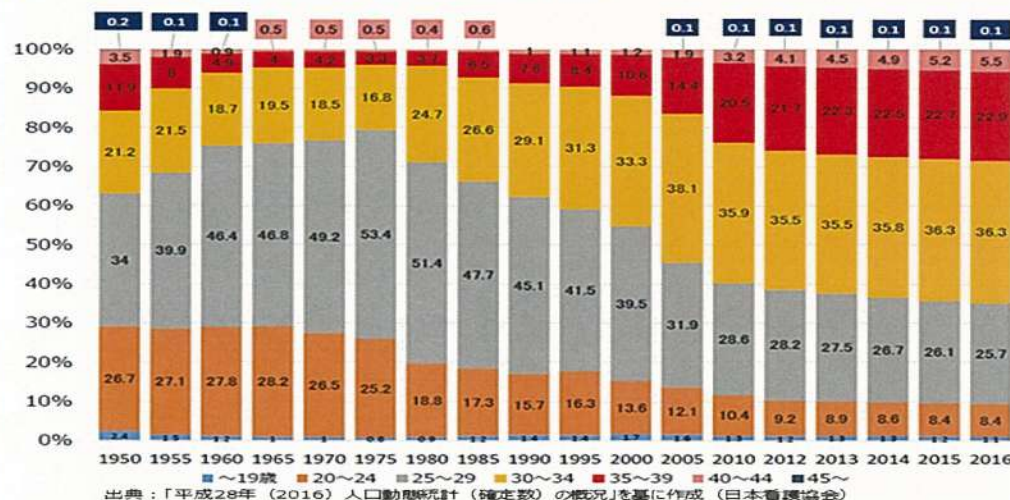
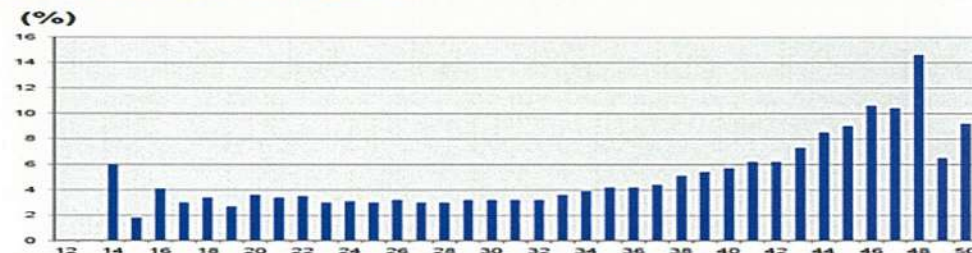


図2 年齢別にみた妊娠高血圧症候群



出典：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 報告書（平成25年8月23日）関係資料3（厚生労働省）、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 可原参考人提出資料一部改変