

平成 29 年 5 月 19 日

厚生労働省

保険局長 鈴木 康裕 殿

保険局医療課長 迫井 正深 殿

公益社団法人 日本看護協会
会長 坂本 すが



平成 30 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大きく動いている中であって、平成 30 年度の診療報酬・介護報酬同時改定は極めて重要である。医療機能の分化・連携や在宅医療の推進、安全で安心な医療の実現に資する看護職員の取り組みを一層推進するため、下記のように要望する。

また、中央社会保険医療協議会において看護師を診療側委員として任命することについての検討をあわせて要望する。

要 望

1. 効果的・効率的な医療の実現のためには、看護がその機能を最大限に発揮することが重要なことから、必要な分野・領域において看護職員配置を充実させる等、体制強化につながる評価を拡充されたい。
2. 患者がよりよい状態を保ちながら入院医療から在宅医療へ移行するために、訪問看護等看護職員が担っている医療と介護をつなぐ機能について、強化・推進されたい。
3. 患者にとって安全・安心な医療・看護を提供するために、地域における医療安全や感染防止等体制整備に資する評価を拡充されたい。
4. 一億総活躍社会の実現に向け、日本の医療・介護提供体制を支える看護職員にとって良好な労働環境が確保されるよう、診療報酬上の評価の維持・充実を図られたい。

平成 30 年度診療報酬改定に関する要望書

目次

I. 効果的・効率的な医療の実現に資する看護機能の強化	1
1. 地域包括ケア病棟におけるケアの充実	1
2. 慢性期入院医療におけるケアの充実	1
3. 高度急性期、急性期医療におけるケアの充実	2
4. 外来における看護機能の強化	4
5. 多職種連携による効果的・効率的な医療の推進	5
II. 医療と介護をつなぐ看護機能の強化 ～患者をよりよい状態で在宅へ～	6
1. 専門性の高い看護師の地域における積極的な活用の推進	6
2. 退院支援の取り組みの充実	7
3. 地域医療支援病院等における訪問看護人材の育成・確保につながる 取り組みの推進	8
4. 訪問看護の充実	9
5. 在宅医療の促進に資する特定行為研修修了者の評価	12
6. 入院中の認知機能やせん妄等の症状悪化を防ぐ取り組みの評価	13
III. 安全・安心な医療・看護提供体制の整備 ～患者の安心・安全のために～	14
1. 医療安全対策加算の充実	14
2. 感染防止対策加算の充実	14
IV. 医療・介護提供体制を支える看護職員の労働環境の整備	16
1. 病院の入院基本料施設基準における月平均夜勤時間数を 72 時間以下と定める要件の堅持	16
2. 夜勤専従者の夜勤時間数上限を 144 時間と規定	17
3. 病院以外の看護職員の労働環境の整備	17

I. 効果的・効率的な医療の実現に資する看護機能の強化

1. 地域包括ケア病棟におけるケアの充実

地域包括ケア病棟が提供している医療機能と患者像に見合った看護配置とする

①看護職員の加配に対する評価

②地域包括ケア病棟入院基本料においても、一般病棟等に設けられている看護補助加算及び夜間看護体制加算を新設

近年の病床機能の分化、医療提供体制の改革に伴い、地域包括ケア病棟を中心とした回復期機能の充実が求められている。平成 26 年の診療報酬改定で新設された地域包括ケア病棟は患者がよりよい状態で自宅に戻ることができる機能を期待されており、平成 28 年 10 月時点で 3 万床を超えるⁱ⁾。

地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合は現行基準を上回る状況でありⁱⁱ⁾、病院が提供する医療の内容により看護職員が現行の配置基準より多く必要になると考えられる。実際に「平成 27 年社会医療診療行為別統計」における地域包括ケア病棟看護職員配置加算(50 対 1)の算定が多くⁱⁱⁱ⁾、既に看護職員の加配が多く of 病院で実施されている。

さらに、平成 28 年度診療報酬改定において、手術が包括評価外となったことをうけ、病院によっては手術件数が増えていることが推察される。手術が増えることに伴い、説明や調整、手術前後のケア、点滴の管理等看護職員が携わる業務は増加すると考えられる。

今後良質なケアとより安心・安全な在宅復帰に向けた回復期機能の充実が求められる中、期待される地域包括ケア病棟の機能と患者像にあった看護配置の充実が必要であることから、一定の機能を果たす地域包括ケア病棟における看護職員の加配(夜間を含む)への評価が必要である。

2. 慢性期入院医療におけるケアの充実

療養病棟入院基本料においても、一般病棟等に設けられている看護補助加算及び夜間看護体制加算を新設

高齢化や急性期医療の平均在院日数の短縮化等に伴い、療養病棟に入院する患者の医療依存度は一般病棟 13 対 1、15 対 1 と比較して低いとはいえない状況である^{iv)}。そのため、現行の看護配置基準を上回る配置をしている病院も多く、現場の看護管理者からも加配の実態及び評価への要望・意見が本会に寄せられている。

今後良質かつ安心・安全なケアが求められる中、患者像にあった看護配置及び看護補助者の配置の充実が必要である。

3. 高度急性期、急性期医療におけるケアの充実

(1) 急性期病棟における5対1加算の新設

高度急性期医療を提供し、重症度の高い患者に手厚いケアを提供する病院の一般病棟入院基本料・特定機能一般7対1病棟に、5対1看護配置加算を新設

高齢化や近年の診療報酬改定における重症度、医療・看護必要度の見直しにより、一般病棟入院基本料算定病床ではより重症度の高い患者が増加すると予想される。

看護現場では実際の配置基準よりも多い看護職員を配置しており^{v)}、日本看護協会による調査においても、7対1算定病棟では看護職員の実質配置が5対1以上の配置となっている病棟が全体の9.3%となっている^{vi)}。重症な患者に対して、現行の看護配置基準を上回る看護配置を自助努力で行っている状況は現場の看護管理者より本会に寄せられており、看護職員の加配が広く行われているといえる。

今後、より重症の患者に安心・安全なケアを提供するために、患者の重症度が高くかつ現行の看護配置基準を上回る配置でケアを提供する等、一定の機能を果たしている病棟への評価が必要である。

(2) 看護の視点での急性期リハビリテーションの充実

急性期医療における看護師のリハビリテーション参画への評価

①病棟における看護師のリハビリテーションへの参画体制を評価（新設）

②専門性の高い看護師を含む、院内での摂食・嚥下、排泄、生活機能リハビリテーション、糖尿病等に関するチームケア体制を評価（新設）

高齢化が進む社会では、可能な限り自立して日常生活を送ることができるようなケア・サービス提供が重要である。特に急性期におけるリハビリテーションを充実させていくことで、寝たきりを防ぎ、スムーズかつ負担の少ない在宅療養につなげる可能性が高くなることが報告されている^{vii)}。

急性期病床においては、患者の病状が安定しておらず、患者の苦痛や安静度を考慮しながらも、自宅に帰った時に必要な生活行動がとれることを目標において、最大限のリハビリテーションを行うことが重要である。

こうしたリハビリテーションは、日中に時間を決めて行うような運動機能そのものの回復を目指す筋肉トレーニングのみを指すのではなく、食べる、排泄する、清潔を保つなど、24時間の患者の生活行動が行えるように適切に支援することも含めた概念であるべきである。

看護師は、患者の既往歴・病状やバイタルサイン、術後の回復状況、創部治癒状況、服薬内容、家族背景等、様々な情報を統合し、その患者にとってその時必要な介入を適時に判断し、多職種や退院後の医療資源等とも協働して計画を立案、管理することができる。また、24時間患者のそばにいて状態を把握しているため、必要なタイミングで必要なリハビリテーションにつながる介入を行うことができる

看護師は医療の知識を踏まえ、患者の状況を判断しつつ、退院後の生活を見据えた日常生活行動の維持・向上を図ることができる^{viii)}。例えば、廃用症候群の患者の生活行動回復のため座位保持を目標とした場合、体を起こすと血圧が低下するといった現象があるために多職種ではリハビリテーションができない場合であっても、看護師であれば起立性低血圧が理由ということが理解できるため、水分摂取等の予防的対処をしつつ、安全に座位保持の訓練を行うことが可能である。また、専門性の高い看護師の場合、病態、服薬状況、残存機能、フィジカルアセスメント等により判断しながら、病状の悪化を招くことなく端座位をとらせていくことができる。以上より、看護師が参画した多職種協働によるリハビリテーションは、患者のQOLやよりよい状態での退院に貢献することができる。

さらに、既設の褥瘡ハイリスク患者ケア加算のような、専門性の高い看護師を含むチーム体制によるリスク管理、患者へのケア向上や院内体制の整備に資する体制を、摂食・嚥下、排泄、脳卒中リハビリテーション、糖尿病等に拡大することにより、退院後の生活を見据えた「食べる」「清潔を保つ」「排泄」「活動」の機能を維持し、よりよい状態で退院することができる。これらのことから、急性期におけるリハビリテーションへの看護師の参画及び専門性の高い看護師を含むチーム体制への評価が必要である。

4. 外来における看護機能の強化

- ①生活習慣病管理料について許可病床数に係る要件を一部緩和
- ②医療機関の看護師と保険者、自治体保健師との情報共有による患者支援体制を評価（新設）
- ③糖尿病透析予防指導管理料について、毎回全職種がそれぞれ指導を行わない場合でも月1回算定できるように解釈を変更

看護師は、疾病や障がいを抱える患者に対して、医学的状況を判断しつつ、家族構成や生活行動等、生活に即した状況を判断しながら療養を支援している。療養上必要な指導や、行動変容を促すための指導（食事、運動、服薬等）、受診中断しないような働きかけ、生活や病態にあった治療を選択できるような支援等、様々な角度からの支援により、合併症予防、再発予防、重症化予防等の上で大きな役割を果たしている。

病院に入院した患者では、退院後しばらくは、同病院の外来で経過を観察するケースが多い。例として脳梗塞や心筋梗塞等の血管障害の患者は基礎疾患に生活習慣病を抱えていることが多く、再発予防のための生活指導が重要である。しかし、現行の生活習慣病管理料では算定できる医療機関の許可病床数に制限があるため 200 床以上の病院ではこれを算定できず、また、在宅療養指導料では算定対象が医療器具を使用する患者に限られる等、こうした療養指導が診療報酬上では評価されていない。以上より、退院後一定期間は、200 床以上の病院で指導を行った場合であっても生活習慣病管理料が算定できるよう、要件を一部緩和する方向で検討が必要である。

また、医療機関の看護師によるケアの実践や指導だけではなく、地域他機関との連携・調整も患者を支える上では重要であり、医療機関の看護師と、保険者や自治体保健師との情報共有による患者支援体制への評価も必要である。

さらに、糖尿病の重症化予防にあたっては、治療の一環として食事指導等の生活指導をあわせて行い、行動変容を促すことが重要である。こうした観点から、糖尿病透析予防指導管理料において、医師、看護師または保健師、管理栄養士の個別の指導が評価されている。しかし近年、その算定数が減少傾向^{ix}にあり、透析予防指導の重要性から、より多くの患者が重症化せずに過ごせるよう、算定拡大をはかる必要があると考えられる。以上より、各職種が毎回指導を行わない場合でも算定できるよう、解釈を変更されたい。

5. 多職種連携による効果的・効率的な医療の推進

(1) 特定行為研修を修了した看護師の看護実践への評価

特定行為研修を修了した看護師の専門性を活かした看護実践を評価

入院基本料加算における栄養、感染管理や褥瘡ケア等に関しては、多職種によるチームでの関わりが評価され、既に専門看護師、認定看護師等専門性の高い看護師が各分野で活躍している。また、外来における糖尿病合併症への療養指導や、訪問看護師と同行して質の高い緩和ケアや褥瘡管理を行う在宅患者訪問看護・指導料3（緩和ケア、褥瘡ケア）等、地域で療養する患者に対してもその知識・技術を活用して患者のQOL向上に寄与しているところである。

患者の療養を支えるために、知識・技術面で高い専門性を持つ看護師が医師をはじめとする多職種と連携しながら看護を提供することで、より効果的・効率的な医療が実現できると考えられ、こうした取り組みを全国的に推進していく必要がある。

以上より、特定行為研修を修了した看護師についても、その専門性を活かして看護実践を行った場合に診療報酬上評価する方向で要件を検討されたい。

(2) 産科医の負担軽減に資する院内助産・助産外来の推進

院内助産・助産外来を設置している病院・診療所の体制を評価（新設）

良質な周産期医療体制構築を目指して、地域の実情に応じた体制整備が進められているが、産科医をはじめとする資源は限られており、効率的な運用が不可欠である。院内助産システムは、病院や診療所において、妊婦健康診査、正常分娩介助、保健指導等を助産師が主体的に担う仕組みであり、このシステムを活用することで、医師と助産師それぞれの専門性の発揮と役割分担につながる³⁾。

助産師は、軽い糖代謝異常妊婦への生活調整支援に始まり、産後うつ⁴⁾の発見や虐待予防等、妊娠初期から産褥期までを通して、妊産婦の支援を担っている。対象はハイリスク妊産婦・ローリスク妊産婦を問わず、生活上の保健指導や妊産婦の相談対応、家族形成の支援、乳房ケア等、その支援の内容も多岐にわたる。以上より、院内助産システムは産科医の負担軽減と持続可能な周産期医療体制構築に資するものであり、全ての妊産婦にとって安心・安全な妊娠・出産ができる環境を提供するための有効な取り組みである。

そこで、院内助産・助産師外来を設置して正常分娩の妊産婦については助産師が主体となって妊娠・分娩・産褥のケアを実施することで、医師がハイリスク妊産婦や婦人科疾患に注力できる体制の整備に取り組む病院・診療所について、その体制を評価することが必要である。

Ⅱ. 医療と介護をつなぐ看護機能の強化 ～患者をよりよい状態で在宅へ～

1. 専門性の高い看護師の地域における積極的な活用の推進

在宅患者訪問看護・指導料3の範囲を拡大

- ①対象患者に、摂食・嚥下、ストマ管理、脳卒中リハビリテーション、糖尿病看護等に関して専門的な支援を要する患者を追加し、それぞれに関して同様の枠組みで専門性の高い看護師が訪問した場合に評価
- ②活動場所を患家の他、老健等の施設で行った場合でも算定できるように拡大

平成24年改定において新設された「在宅患者訪問看護・指導料3」により、病院等で働いている専門性の高い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診療報酬上評価された。

専門性の高い看護師は病院に所属していることが多いため、従来、専門的な知識・技術に基づいた看護を必要とする患者は、主に入院医療や外来医療の場で看護ケアを受けてきた。しかし、「在宅患者訪問看護・指導料3」を活用し、専門性の高い看護師と訪問看護を提供している看護師とが同行訪問することによって、在宅療養中の褥瘡ケアや緩和ケアを必要とする患者が、入院や通院の負担なく専門的な知識・技術に基づいた看護を受けることができるようになった。また訪問看護を日頃提供している訪問看護ステーション等の看護ケアの質の向上にもつながることが予想され、非常に有効な仕組みと期待されている。

既に評価されている褥瘡ケア、緩和ケアの他にも、現在多くの分野の専門看護師や認定看護師が活動しており、在宅療養患者や施設入居者等へのコンサルテーションの取り組みも行っている。患者が在宅等において療養する中で、加齢や疾患の進行に伴い、例えば嚥下等の身体機能や認知機能等が低下したり、使用する医療機器の調整が必要になる等の課題が生じてくる。特に、難病患者や成長・発達段階に応じた対応が必要となる小児等では、変化する患者の身体機能や病状に合わせて専門的知識に基づく予測性をもった対応が必要である。入院医療において既に行われているように、地域の訪問看護を行う看護師に対しても、専門性の高い看護師が支援する体制が幅広く拡大されることが望ましい。

より多くの患者が専門性の高い看護師の支援を受けて、よりよい在宅療養を継続できるようにするため、褥瘡、がん緩和ケア以外に摂食・嚥下、ストマ管理、脳卒中リハビリテーション、糖尿病看護等の分野でも、専門性の高い看護師を評価されたい。また、現在患家以外へ訪問した場合は算定できないため、老健等においても同様の同行訪問を行った場合にも算定できるようにする必要がある。

2. 退院支援の取り組みの充実

(1) 退院支援にあたっての地域包括支援センターとの連携を強化

退院支援加算算定の際の連携先の一つとして、地域包括支援センターを明記

退院支援加算では、入院医療機関が満たすべき要件として、地域の他の保険医療機関、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者、施設サービス事業者と連携して面会し情報共有することが定められており、退院元、退院先の連携を日頃より深めておくことで患者の退院が円滑に行われることが重要と考えられる。

高齢多死社会の進展に伴い、高齢独居や老老世帯の高齢者が増加し、また医療的ケアの必要な小児や難病の患者等、地域で支援や様々なサービス調整を必要とする人が増えている。保健所・保健センター、地域包括支援センター等は地域全体の状況を把握していることから、医療機関の中には、地域包括支援センターとの連携を密にしており、互いに紹介が必要な患者に関する情報交換や相談を受けているものもある。地域包括支援センターとの日頃の連携によって、患者が切れ目なく必要な医療・介護を受けられる体制を整えることは非常に重要である。

現行の退院支援加算要件で求められている連携先は保険医療機関または介護保険法に定める事業者等とされているが、自治体や地域包括支援センター等との連携の意義を明確に示すためにも、退院支援加算 1 を算定する際の連携先に地域包括支援センターを明記されたい。

(2) 集中治療を必要とする新生児の退院支援体制の強化

退院支援加算 3 の退院支援業務を担当する看護師に係る要件に在宅移行支援研修の受講を位置づける

早産や生まれ持った疾患等により、新生児特定集中治療室（NICU）や新生児治療回復室（GCU）に入院している児の退院に際しては、患児が在宅で療養するために必要な準備や家族が在宅療養を受け入れ、円滑に療養を開始できるための手厚い支援が必要である。病院で集中治療体制のもと一定期間過ごしてきた児とその家族が在宅で日常生活を始めるにあたっては、自宅での生活をイメージした指導や、退院後に在宅療養を担当する訪問看護ステーションと密接な連携が必要である。

また、当該業務を担当する看護師には高い資質が求められ、新生児の集中治療と在宅移行のための退院支援の両面で深い知識と経験が必要である。しかし現状では、医療機関の中で働く看護師が在宅療養に関する知識・経験を身につける機会は多くなく、訪問看護ステーションと退院支援看護師との間で、連絡のタイミングや在宅における医療的ケアのイメージにずれがあることがわかっている^{xi)}。こうした現状を受けて日本看護協会では、小児在宅移行支援に関する教育プログラムの標準化を目指し、平成29年度にNICU、GCU入院児の退院支援を担当する看護師を対象に、小児在宅移

行支援指導者育成試行事業を実施する予定であり、全国の総合周産期母子医療センター106施設のうち、94施設からの退院支援を担当する看護師の参加を見込んでいる。

患児・家族の在宅移行をよりスムーズに進めるために、退院支援加算3の要件の中に在宅移行支援に係る研修を修了していることを位置づけられたい。

3. 地域医療支援病院等における訪問看護人材の育成・確保につながる取り組みの推進

地域医療支援病院入院診療加算の要件に訪問看護事業所への出向・研修事業を位置づける

高齢多死社会の進展に伴い、訪問看護師の育成・確保が喫緊の課題である。本会をはじめ訪問看護関連団体においては、訪問看護師の確保にむけて新卒・未経験者への入門プログラムの開発や、潜在看護師・セカンドキャリア者への働きかけ、病院からの訪問看護の拡充や病院と訪問看護ステーション間の出向システム等様々な角度から人材確保につながる取組を推進している。

訪問看護分野は未経験看護師にとっては「イメージがわからない」「ノウハウがない」「病院との処遇に差がある」等により、移行が困難な分野になっているのが現状である。病院から訪問看護ステーションへの出向や長期研修の取り組みの大きなメリットとして、訪問看護未経験看護師が病院に就業したまま訪問看護を経験しやすくなることがあげられる。それにより、短期的には訪問看護の人員確保になり、長期的に見ても、出向した看護師のキャリアが広がることで訪問看護師の人材確保につながる可能性がある。

また、日本看護協会で実施した訪問看護人材活用試行事業（平成27年）では、出向者から、在宅療養可能な患者像のイメージが広がった、在宅サービスや他職種への理解が深まったなどの意見が得られており^{xii)}、出向した看護師が病院に戻った後、退院後の生活を見据えたケア・退院調整がより実効的に行えるための経験が得られることが示唆されている。このように、出向や長期研修の取り組みは、在宅領域の人材確保や退院調整の円滑化に寄与し、訪問看護分野の基盤強化につながるものと考えられる。

今後、地域全体の人材育成や訪問看護の体制を確保する上で、人材や設備等の資源が集中している地域医療支援病院の役割は今後ますます重要になると考えられる。従って、上記のような取り組みが今後積極的に推進されるよう、地域医療支援病院入院診療加算の要件に病院と訪問看護ステーション間の出向や長期研修等を明確に位置づけられたい。また、自治体病院など、地域医療支援病院以外の病院についても、同様の取り組みを行うことについての評価を検討されたい。

4. 訪問看護の充実

(1) 24 時間体制評価の充実

- ①24 時間連絡体制加算を廃止
- ②24 時間対応体制加算の評価引き上げ
- ③機能強化型在宅療養支援診療所の連携先となっている場合、連携に対する評価(新設)

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 段階に分かれている。

医療依存度の高い高齢者や高齢独居、認知症、老老介護等が増加する中で、訪問看護の 24 時間 365 日体制の整備は、中央社会保険医療協議会「医療と介護の連携に関する意見交換」等様々な場で期待されているところである。安定的な訪問看護提供体制を確保するために、今後は 24 時間対応可能な体制整備に資する評価を拡充させていくことが必要である。平成 27 年 3 月時点での算定割合は「24 時間対応体制加算」85.4%に対し、「24 時間連絡体制加算」5.9%である。介護保険の緊急時訪問看護加算は「あり」が 89.2%、「なし」が 9.7%である^{xiii)}。「24 時間連絡体制加算」は算定割合も少なく、また、上記のように今後は 24 時間対応可能な体制整備が必要なことから、「24 時間連絡体制加算」は廃止し、「24 時間対応体制加算」のみとした上で評価の引き上げが必要である。

また、現在訪問看護ステーションが機能強化型在宅療養支援診療所の連携先となっても、訪問看護ステーションには連携に関する評価が設けられていない。診療報酬上の他の加算と同様に、他機関との連携にあたっては訪問看護ステーションについても連携に対する評価を行うことが必要である。

(2) 機能強化型訪問看護ステーションの看取り場所の拡大

機能強化型訪問看護ステーションの算定に係る要件である看取りの実績について、認知症グループホーム入居者等の看取りも含める

機能強化型訪問看護ステーションの算定要件である看取り件数のカウントは、訪問看護ステーション自身が訪問看護ターミナルケア療養費(またはターミナルケア加算)を算定したケース及び連携先の医師が「在宅がん医療総合診療料」を算定しているケースとなっている。

在宅・介護領域では複数事業所の連携による看取り体制が報酬上評価されているが、訪問看護ステーションが認知症グループホームや特別養護老人ホームと連携して入居者のターミナルケアを実施する場合、グループホームや特養の「看取り介護加算」(介護保険)と訪問看護ステーションのターミナルケア療養費はどちらか一方しか算定できない定めとなっている。そのため、施設側で加算を取得した場合は、訪問看護ステーションの看取りの実績としてカウントできない。

日本看護協会の調査では、看護職員常勤換算7人以上の訪問看護ステーションが機能強化型を算定しない理由として、「看取りの件数が少ない」(46.1%)、「看取りは行なっているが、ターミナルケア療養費(加算)の算定が少ない」(37.4%)が多くあげられている^{xiv)}。

認知症グループホーム入居者等の看取りを実施した場合についても、訪問看護ターミナルケア療養費(またはターミナルケア加算)の算定実績と同様に評価し、機能強化型訪問看護ステーションの算定要件として認め、機能強化型訪問看護ステーションの看取りをより充実させる必要がある。

(3) 病院からの訪問看護の評価拡充

機能強化型訪問看護ステーションと同等の体制による病院からの訪問看護への評価(新設)

2025年に向けて、住民が住みなれた地域で安全に最期まで過ごしていくためには、訪問看護の拡充が不可欠であり、今後は病院からの訪問看護を充実させることで、訪問看護供給量を拡大していく方策が必要である。現在では、人材が病院に多く配置されている状況であるが、病院の人材等必要な資源が地域に集まり、連携して住民の療養生活を支えていく構造への転換を促進していく必要がある、その観点からも病院からの訪問看護の充実を図る必要がある。

日本看護協会の調査では、所謂「みなし指定」で訪問看護を実施している病院は全体の13.8%であるが、そのうち「24時間対応体制がある」(26.5%)、「自院の退院患者以外への訪問」(29.8%)、「在宅看取り」(26.9%)など、緊急対応や看取り対応の体制を備えた訪問看護部門は少数である^{xv)}。しかし上記のように、人材が多く配置されている病院は、24時間体制、看護職員数、重度者への対応等機能強化型訪問看護ステーションと同等の体制をとって地域を支えていくことが期待されている。そのため、訪問看護サービスの安定的な供給体制の整備に向け、現行の機能強化型訪問看護ステーションと同等の体制をとった場合への評価を拡充することで、訪問看護の基盤強化を推進していく必要がある。

また、体制評価の際には、一定期間以降は地域の診療所や訪問看護ステーションへ紹介する紹介率を評価要件に入れることが必要である。

(4) 在宅療養患者の外来受診時に医療機関の外来の医師・看護師と訪問看護師の情報共有に対する評価

在宅療養患者の外来受診時に、訪問看護ステーションと医療機関の外来の看護師とが情報共有した場合に評価(新設)

訪問看護を受けていても、例えば緩和ケアの場合は在宅で使用できない薬剤がある等のため、在宅療養者であっても外来受診をする場合がある。QOLを保ちつつ在宅での療養生活を継続するには、

病院の外来看護師等と訪問看護師との情報共有が重要である。

現行では退院時共同指導料や退院支援加算等、退院時における病院看護師等と訪問看護師等との連携は評価されているが、外来通院時の情報共有に係る評価は設けられていない。様々な疾患を持つ患者の在宅療養継続及び入院の必要性の判断等のために、外来通院に係る情報共有の評価を設ける必要がある。

(5) 入院・入所時の訪問看護ステーションから医療機関への情報提供に対する評価

訪問看護を利用していた患者が病院等に入院した際に訪問看護事業所から患者の情報及び患者が利用している医療・介護資源等の情報を提供した場合に評価（新設）

在宅療養者が入院・入所した際の病状の悪化やリロケーションダメージを防止するには、在宅療養者の日常生活を知悉している訪問看護師が、患者や家族の状況、日常生活、利用しているサービス等の情報提供を行なうことが有効である。

また、精神科疾患や認知症等の場合は、日常生活や利用サービスの状況を医療機関に十分説明できない場合もあることから、入院・入所時に係る情報共有の評価を設ける必要がある。

(6) 「死亡診断」に係る訪問看護師への評価

訪問看護において看護師が死の三兆候等を確認し主治医に情報提供した際に評価

多死社会を迎えるわが国において、在宅看取りの体制整備は大きな課題である。こうした中、医師不在・医師確保困難地域における看取り体制の確保のため、医師法第20条但し書きの「死後診察を経ずに死亡診断書が交付できる要件」の緩和が行なわれた。死亡診断書の交付においては、受診後24時間経過すると医師の対面での死後診察が必要となるが、この緩和により、受診後24時間経過していても一定の要件を満たす場合には医師の対面での死後診察によらず死亡診断を行い、死亡診断書を交付できることとなった。これにより家族が速やかに葬儀等を行うことができることとなった。

詳細な要件は現在検討中であるが、要件案の中で「法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項等、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること」とされている^{xvi)}。

事前に医師との密な連携が必要なこと、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること、看取りに関する経験や法医学等に関する一定の教育が必要であること等から、このような看取りに携わる看護師には高い能力が求められる。医師不在・医師確保困難地域における意義を鑑み、これらの看護師による死亡確認を評価する必要がある。

(7) 訪問看護の安定的な提供に向けた業務効率化に対する評価

- ①訪問看護事業所において、事務作業補助者の配置を評価（新設）
- ②訪問看護事業所において在宅患者緊急時等カンファレンス加算、在宅患者連携指導加算について、効率化のために ICT を活用して行った場合にも算定可能とする

訪問看護ステーション数は近年増加傾向にあり、平成28年4月現在で約9,000となっている^{xvii)}。訪問看護ステーションは病院と異なり、報酬請求その他の書類作成、連絡調整等の周辺業務も看護職員が実施しており、看護職員が訪問看護業務に専念しにくい状況である。そのため、事務職員の配置により周辺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。

また、ICTによる業務効率化（訪問先でのタブレット端末活用、利用者のサービス履歴の共有、他の医療者との情報共有等）によって、看護職員の事務負担軽減に加え安定的な訪問看護の提供とともに患者へのタイムリーな対応が可能となると考えられる。

既に ICT を活用して他の医療・介護資源と情報共有を行っている施設からは、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、在宅患者連携指導加算について、それぞれ「原則として患家で関係職種が一堂に会して行なう」、「文書、電子メール、FAX での情報共有」等の要件があることから算定できなくなっているとの声が寄せられている。これらについて ICT を活用した情報共有でも算定できるようにする必要がある。

5. 在宅医療の促進に資する特定行為研修修了者の評価

在宅分野で特定行為研修修了者を配置して患者の管理を行う体制を評価

平成26年の保健師助産師看護師法改正により、特定行為に係る看護師の研修制度が創設された。本研修制度を活用し、看護の関わりの中で特定行為も含めた医療を提供することにより、看護の専門性の更なる発揮に資する活動が可能となることから、本会は特定行為研修制度の活用を推進している。今後、国民のニーズに応えるため、特定行為研修を受講する看護師の増加が必要である。以上の考えに基づき、本制度を活用した大学院教育を推進するとともに、平成28年度からは日本看護協会看護研修学校においても、認定看護師を対象とした教育課程を設置し、この3月には新たに113名が修了したところである。

修了者には、医学的視点を含めた、より高度なアセスメント、きめ細かい患者の生活や病状を把握・管理することにより、患者の生活や病状に応じた対応をタイムリーに行うことで、より患者の希望に沿った療養を支援することが期待されている。特に在宅領域においては、入院医療機関とは異なり、常に複数の医療職がいる環境ではない中で、異常の早期発見・介入や重症化予防、患者負担の軽減等が可能である。人工呼吸器や留置カテーテル等の医療機器等を使用し、密度の高い医療・看護

を必要とする患者や、創傷や人工透析等への専門的ケアが必要な患者などに対して、特定行為研修修了者が訪問して看護を提供することで、QOL の向上や重症化予防等の効果が得られると考えられる。

以上のことから、特定行為研修修了者の拡大のためにも、訪問看護ステーションや在宅療養支援診療所などの在宅医療を提供する施設において、質の高い医療・看護を提供するために特定行為研修修了看護師を配置し、患者の管理を行う体制について評価されたい。

6. 入院中の認知機能やせん妄等の症状悪化を防ぐ取り組みの評価

入院中の患者の日常生活リズムを保ち、認知機能の悪化防止等に資する取り組みを行った場合に、認知症ケア加算における加算として評価（新設）

認知症をもつ高齢患者の増加が見込まれる中で、入院による認知機能の低下を防止し認知症のBPSD 予防の取り組みを推進することが望まれる。治療や入院によるリロケーションダメージを最小限におさえ、よりよい状態で退院し、円滑に在宅療養に移行するためには、院内においても日常生活と同様のリズムで過ごすことができる体制を整えることが重要である。

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)」による調査では、院内で患者に対して日常生活リズムを保ち、認知機能を保つための取り組み等を実施している病院は 16.0%あり、これらの患者に関して、「ADL の拡大」(54.0%)、「生活リズムが整った」(43.7%)、「認知症やせん妄症状の緩和」(36.8%)、「日中の身体抑制が減少」(23.0%)、「夜間の睡眠薬の使用頻度・使用量が減少」(9.2%)、「転倒・転落発生が減少」(6.9%)といった効果があげられた^{xviii)}。

認知症ケア加算で定められる看護計画作成・評価・退院支援等に加え、入院中の患者の日常生活行動の拡大や認知機能の悪化防止に資する取り組みを行う病院に対する評価が必要である。

Ⅲ. 安全・安心な医療・看護提供体制の整備 ～患者の安心・安全のために～

1. 医療安全対策加算の充実

入院医療機関における医療安全の取り組みを広く推進

- ①医療安全対策加算 1 と医療安全対策加算 2 を算定する病院が互いに連携し、小規模の医療機関でもより充実した体制をとれるように地域連携の取り組みを評価
- ②医療安全対策加算 1 に定められる医療安全管理者の専従規定について、地域の病院を支援するための時間も業務として数えるよう緩和

近年、医療事故調査制度の開始等に伴い、医療機関における医療安全対策の拡充が喫緊の課題となっている。しかし医療安全対策加算の算定状況を見ると、加算 1、2 ともに算定病院数は全体の約 2 割程度であり、加算を算定していない病院の 8 割以上が 200 床未満の病院となっている^{xix)}。

患者が病院から退院し他院や施設等に移る際には、医療デバイスや使用する薬剤、物品等が変わる場合が少なからずある。特に後方病院となる比較的小規模の病院では、看護職員が使用したことのない医療デバイス等に対応する必要がある場合もあるため、移行に伴って事故なく治療が継続できるような体制づくりが必要である。

また、小規模の病院ではヒヤリハット事例等も集積数が少ない上、ノウハウや院内の仕組み作りの面で体制が整っていない。今後医療安全対策を拡充していくためには、主に 200 床未満の病院を中心として医療安全対策が各病院で整備されるよう促進することと、地域の医療機関間で連携し、地域における医療安全管理に係る課題・対策等について情報共有を行って医療安全対策の標準化を図ることが必要である。そのため、患者の安全・安心に資する医療安全対策の充実に向け、医療安全対策加算について、感染防止対策加算と同様に病院間の連携の要件を設けることが必要である。この際、医療安全管理者の専従規定については、地域の病院と連携・支援する時間についても業務時間として数えられるよう配慮されたい。

2. 感染防止対策加算の充実

地域医療支援病院の感染防止対策加算の連携先として介護保険施設を追加する(新設)

近年の在宅医療の促進により、多くの患者がより早く地域に戻る傾向にある。地域包括ケアシステムの構築が進む中、地域全体での感染管理防止対策をより充実させることが必要である。

現在、感染防止対策加算は地域全体の感染管理を視野にいれ、加算 1 を算定する病院間の相互連携や、加算 1 を算定する病院と加算 2 を算定する病院間の連携を要件として定めているが、特別養護老人ホーム等地域の居住施設との連携については定めがない。

病院の看護管理者からは、介護保険施設からの感染防止対策のためのアドバイスがほしいとの要望が病院に寄せられ、病院の自助努力によって人材を地域に派遣している状況であること、感染管理に関する適切な知識が周知されていない場合、早期の退院が困難になることがある等の意見が本

会に寄せられている。

地域全体の感染管理に資する取り組みを進めるため、地域の医療を支える機能を持つ地域医療支援病院について、感染防止対策加算の連携先として介護保険施設の追加が必要である。

IV. 医療・介護提供体制を支える看護職員の労働環境の整備

現在安倍内閣においては働き方改革が進められており、3月には働き方改革実行計画^{xx)}と実現に向けたロードマップも示されたところである。実行計画の第4項には「長時間労働の是正」が掲げられており、特に「時間外労働の上限規制」、「パワーハラスメント対策、メンタルヘルス対策」「勤務間インターバル制度」等の推進が記載された。

現在、就業看護職員数は160万人を超えており、わが国の医療・介護提供体制を支える重要な資源である。その重要性に鑑み、看護職員がどこでも安全に、質の高い看護サービスを提供しながら健康的に働き続けられるよう、働き方改革の趣旨に沿って対応していく必要がある。

なお、現在の働き方改革実行計画には、交代制勤務者の働き方に関する視点が不足していると考えられるため、今後は勤務間インターバル制度等について交代制勤務者に適した考え方を深めていく必要があると考える。

現行の診療報酬においても看護職員の適切な労働環境を保つ規定が設けられているが、国の働き方改革の趣旨を踏まえ、以下を要望する。

1. 病院の入院基本料施設基準における月平均夜勤時間数を72時間以下と定める要件の堅持

- | |
|--|
| <p>①入院基本料施設基準における月平均夜勤時間数が72時間以下と定める要件の堅持
②特定入院料における夜勤時間数上限の設定</p> |
|--|

夜勤・交代制勤務による心身への負担は大きく、看護職の労働環境を守ることは、患者の健康と安全を守るとともに、日本の医療・介護提供体制を支える看護職が長く健康に働き続けられる環境を整備する上で不可欠である。

現行では労働基準法等において、夜勤時間数の基準や制限がない中で、診療報酬において病院の入院基本料施設基準で定められている月平均夜勤時間数を72時間以下と定める要件は、看護職が健康に働き続ける上で重要な拠り所であることから、その重要性を鑑み今後も堅持されたい。

また、地域包括ケア病棟や特定集中治療室等の特定入院料においては、月平均夜勤時間数を72時間以下と定める要件がないため、一般病棟と比較して月平均夜勤時間が長時間になっている^{xxi)}。以上より、特定入院料に関しても夜勤時間数上限の要件規定が必要である。

2. 夜勤専従者の夜勤時間数上限を 144 時間と規定

夜勤専従者の夜勤時間の上限を施設基準上で規定する

平成 24 年の診療報酬改定では、夜勤専従者の夜勤時間数上限 144 時間が廃止されたが、夜勤専従は夜勤による負担が大きい業務であり、夜勤の総時間数、回数を少なくすることが重要である。

夜勤従事者の労働衛生を守る上で必要不可欠の要件が、検討もなく撤廃されたことは遺憾であり、以前と同様、夜勤時間数上限について、72 時間の 2 倍以内にとどめる旨を施設基準において記載するよう要望する。

3. 病院以外の看護職員の労働環境の整備

複数名訪問看護加算の算定回数制限の撤廃

看護職員が健康に働く環境整備の一環として、ハラスメント対策が不可欠である。訪問看護サービスは通常単独で利用者宅を訪れ業務にあたるため、いわゆる「密室」で起こる暴力やセクシャルハラスメント等の被害防止対応が困難である。調査によれば、訪問看護師の 5 割が「暴力を受けた経験がある」と答えており^{xxii)}、また昨今では患者・利用者・家族等からのハラスメントが増え、看護職員の心理的な安全やメンタルヘルスを損なう一因となり、さらには離職の要因となっているとの指摘が現場からも寄せられている。

訪問看護師が安全に働き質の高いサービスを提供するためには、複数名訪問をせざるを得ない場合があるが、診療報酬上では、暴力行為や著しい迷惑行為等がある患者に対しては、週 1 回まで（看護補助者との訪問の場合は週 3 回まで）しか加算を算定できない。介護保険ではこうした算定回数制限はないことから、医療と介護の齟齬を解消する意味でも在宅患者訪問看護・指導料の複数名訪問看護加算に関する算定回数制限を撤廃されたい。

-
- i) 中医協資料(平成 29 年 5 月 17 日 総-7)
 - ii) 日本看護管理学会「平成 30 年度診療報酬改定の要望に向けた会員調査」
 - iii) 平成 27 年社会医療診療行為別統計より算出
 - iv) 日本慢性期医療協会「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」(平成 27 年 5 月)、「患者の状態像と職員配置についての調査」(平成 25 年 7 月)
 - v) 中医協資料(平成 29 年 3 月 15 日 総-6)
 - vi) 日本看護協会「2015 年 一般病棟における看護配置等に関する調査」(2016 年 6 月)
 - vii) 武久洋三「日本の寝たきりを半分にしよう」(平成 28 年 11 月 17 日、日本慢性期医療協会定例記者会見資料)
 - viii) 宮田久美子他「脳卒中患者への看護における生活行動回復のアセスメントを介入計画に関する検討」日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌 Vol. 5, No. 2 平成 29 年 3 月
 - ix) 平成 24 年～平成 27 年社会医療診療行為別統計より算出
 - x) 妊産婦を支える医療者の協働をめざすシンポジウム 厚生労働省医政局看護課資料 (2009 年 3 月)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/11/dl/s1104-3j.pdf>
 - xi) 日本看護協会「小児在宅移行支援 指導者育成試行事業 開催要項」
 - xii) 日本看護協会「地域における訪問看護人材の確保・育成・活用策に関する調査研究事業報告書」(平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)(平成 28 年 3 月)
 - xiii) 厚生労働省 平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成 28 年度調査)
「病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業」
 - xiv) 日本看護協会 H27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域における訪問看護人材の確保・育成・活用策に関する調査研究事業」
 - xv) 日本看護協会「2016 年 病院看護実態調査」
 - xvi) 規制改革会議「規制改革に関する第 4 次答申～終わりなき挑戦～」平成 28 年 5 月 19 日
 - xvii) 一般社団法人全国訪問看護事業協会調べ(公式ホームページ掲載資料)
 - xviii) 日本看護協会「認知症 Web アンケート【病院向け】」(平成 27 年 6 月)
 - xix) 日本看護協会調べ(平成 29 年 1 月 1 日現在)
 - xx) 働き方改革実現会議「働き方改革実行計画」(平成 29 年 3 月)
 - xxi) 「入院料毎の月平均夜勤時間」中医協 診療報酬基本問題小委資料(診-1、H24.10.3)
 - xxii) 神戸市立大学看護学部(林千冬氏)調べ、調査期間：平成 27 年 12 月～28 年 1 月、調査方法：兵庫県内の訪問看護ステーション 83 施設の 600 人に質問状を送り 358 人が回答