

# 一般社団法人全国訪問看護事業協会

令和5年10月2日  
副会長 高砂 裕子



# 令和6年度 介護報酬改定に関する意見

## 1. 訪問看護の機能強化へ向けた各種加算の評価の引き上げ

- 1) 緊急時訪問看護加算の評価（単位）の引き上げ
- 2) ターミナルケア加算の評価（単位）の引き上げ
- 3) 退院時共同指導加算の評価（単位）及び要件の見直し並びに明確化

## 2. 高齢者の医療・介護ニーズ、看取り等の対応の更なる強化

- 1) 特別訪問看護指示書が1ヶ月に2回まで交付可能な対象者の状態として、がん以外のターミナル期および難治性潰瘍を追加
- 2) 特別管理加算の算定可能な利用者（別に厚生労働省が定める状態）に、真皮を越える褥瘡等として難治性潰瘍を追加

## 3. 高齢化の進展により多様化する地域ニーズへの対応強化

- 1) 専門性の高い看護師がいるステーションへの評価の新設
- 2) 電話等を用いた遠隔からの病状確認や療養指導等に対する報酬の新設
- 3) 利用者から電話等で事務職員や看護補助者が緊急連絡を受けた場合でも、緊急時訪問看護加算を算定できるよう見直し

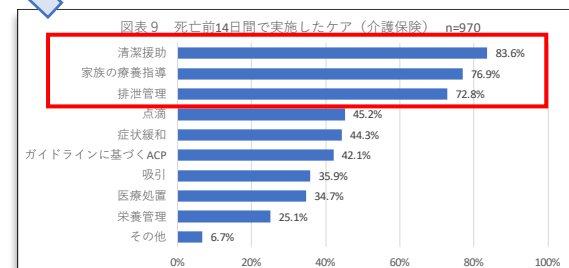
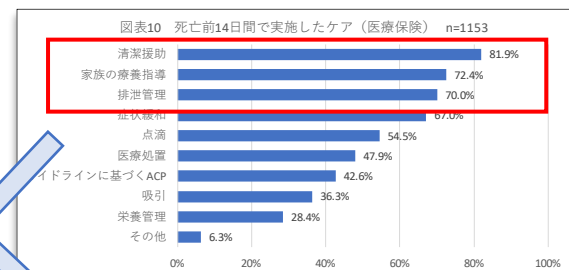
# 訪問看護の機能強化へ向けた各種加算の評価を引き上げて いただきたい

## 意見の背景

- 訪問看護は、介護保険と医療保険、2つの保険法に基づき提供される。適用される保険給付の種別に関わらず、提供している訪問看護サービスの内容は、看護師が行う療養上の世話又は必要な診療の補助である。
- 高齢化の進展、医療ニーズが高い在宅療養者が増加する中、特に以下の3点に関しては、その対応を求められ、加算の算定実績も増加している状況から、今後を見据えた安定的な訪問看護サービスの提供を推進するため、評価（単位）の引き上げをお願いしたい。
- また、訪問看護サービスを利用する利用者及び家族においては、適用する保険により負担額が異なることで混乱するケースも少なくなく、サービス内容や金額など解りやすい体系が望ましい。
- 令和6年度の介護報酬改定においては、診療報酬との同時改定であるため、利用者等にとっても解りやすい制度となるよう見直しをお願いしたい。

(例)それぞれの保険給付が適用される利用者に死亡前14日間で実施したケア

実施しているケアは同じであるが評価が異なる



(参考) 評価が異なる加算

介護保険	医療保険
緊急時訪問看護加算（574単位）	24時間対応体制加算（6400円）
ターミナルケア加算（2000単位）	ターミナルケア療養費（25000円）
退院時共同指導加算（600単位）	退院時共同指導加算（8000円）

1) 緊急時訪問看護加算の評価（単位）の引き上げ

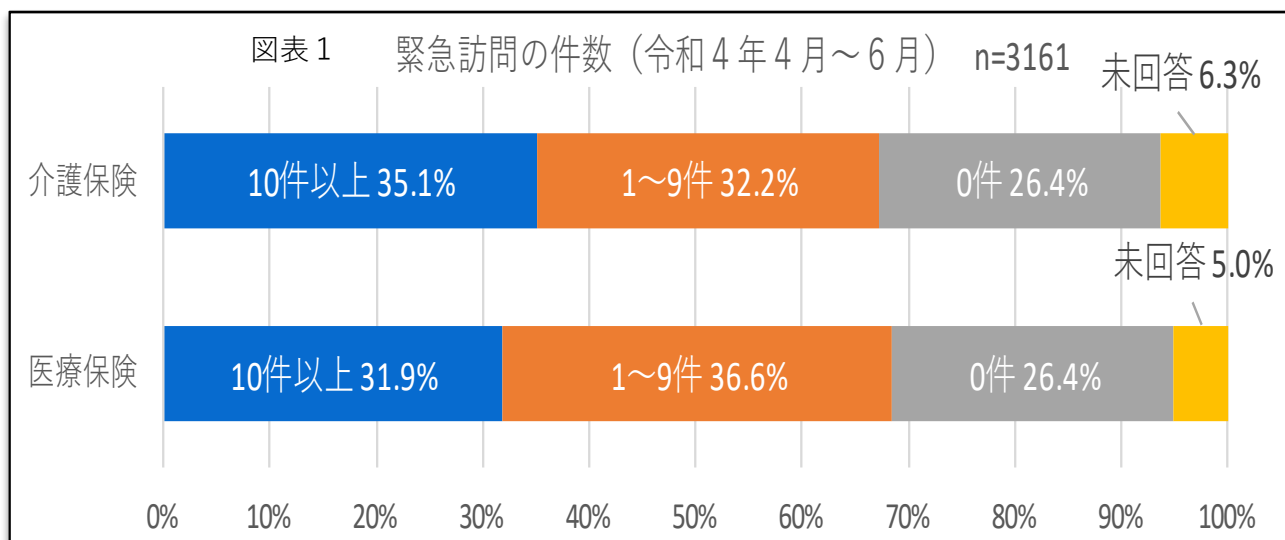
2) ターミナルケア加算の評価（単位）の引き上げ

3) 退院時共同指導加算の単位及び要件の見直し並びに明確化

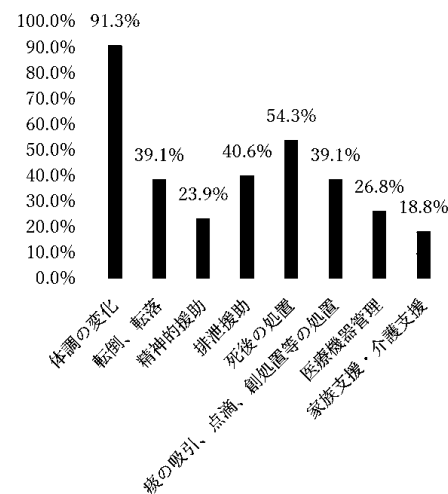
## 1) 緊急時訪問看護加算の評価（単位）の引き上げ

緊急時訪問看護加算（574単位）／24時間対応体制加算（6400円）

- 当協会が実施した令和4年の調査（有効回答事業所数3,161）では、令和4年4月から6月の3ヶ月間の緊急訪問件数の中央値は、介護保険の対象で10件、医療保険の対象で8件と介護保険利用者が多い。（図表1）
- 緊急訪問の理由としては、「体調の変化」、「死後の処置」、「排泄援助」、「痰の吸引、点滴、創処置等」、「転倒、転落」が挙げられ、重度の利用者の悪化や急変は予測が困難であり、時間を問わず発生する。（図表2）
- 上記の実態は、適用する保険に関わらず生じる事象であり、医療保険の対象者と同等もしくはそれ以上の対応を介護保険利用者にも行っている実態を踏まえ、介護保険の緊急時訪問看護加算の評価を引き上げていただきたい。



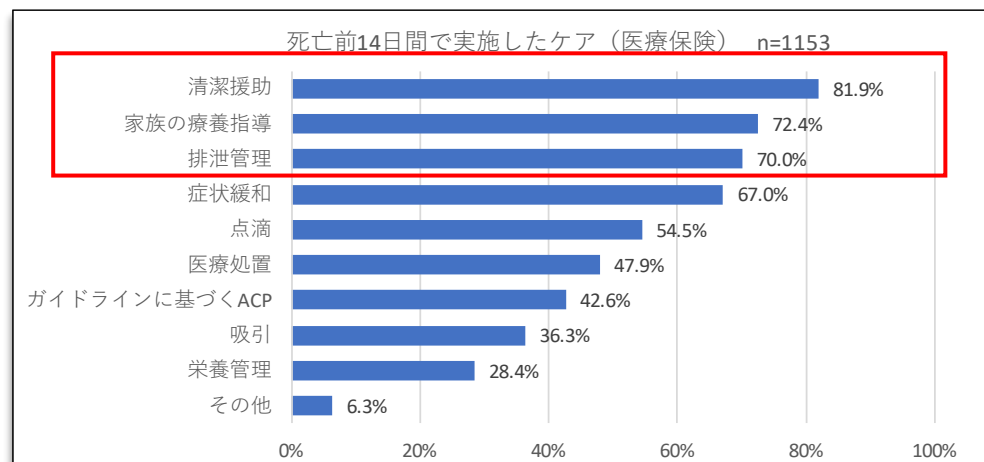
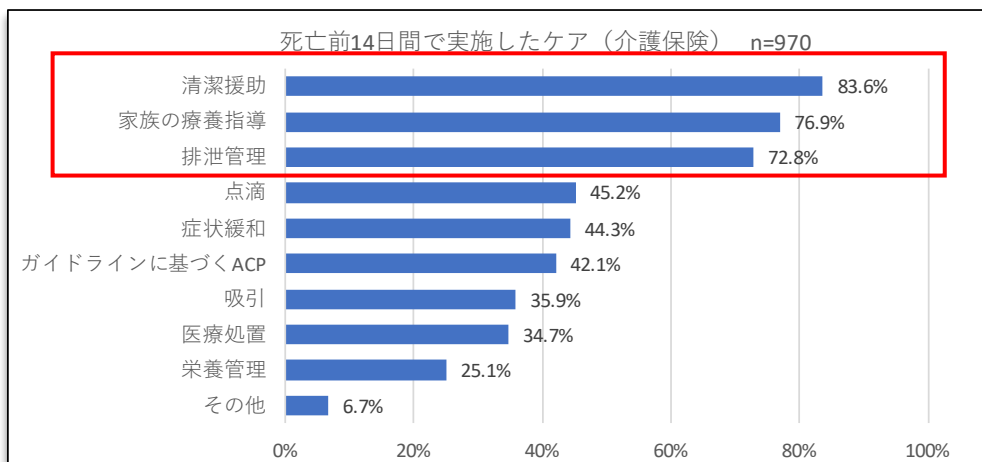
図表2 緊急訪問の理由 n=138



## 2) ターミナルケア加算の評価（単位）の引き上げ

ターミナルケア加算（2000単位）／ターミナルケア療養費（25000円）

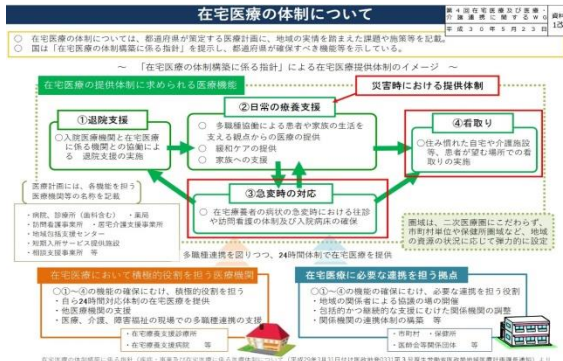
- 当協会が実施した令和4年の調査では、「介護保険」のターミナルケア加算と「医療保険」のターミナルケア療養費を算定した利用者の死亡前14日間に訪問した平均日数は、「介護保険」7.5日、「医療保険」8.9日であった。
- 訪問1回あたりの所要時間は、「介護保険」・「医療保険」ともに30分～60分未満が最も多かった。また、主疾患に違いはあるものの、死亡前14日で実施したケアは「清潔援助（介護83.6%、医療81.9%）」、「家族の療養指導（介護76.9%、医療72.4%）」、「排泄管理（介護72.8%、医療70.0%）」と、上位3つのケアは「介護保険」・「医療保険」ともに同じであった。（下図）
- 終末期を支える訪問看護に保険種別は関係なく、一人一人の利用者に合わせて必要なケアを提供している。「介護保険」のターミナルケア加算の報酬額と「医療保険」のターミナルケア療養費の報酬額は異なっている。そのため、介護保険のターミナルケア加算の評価を引き上げていただきたい。



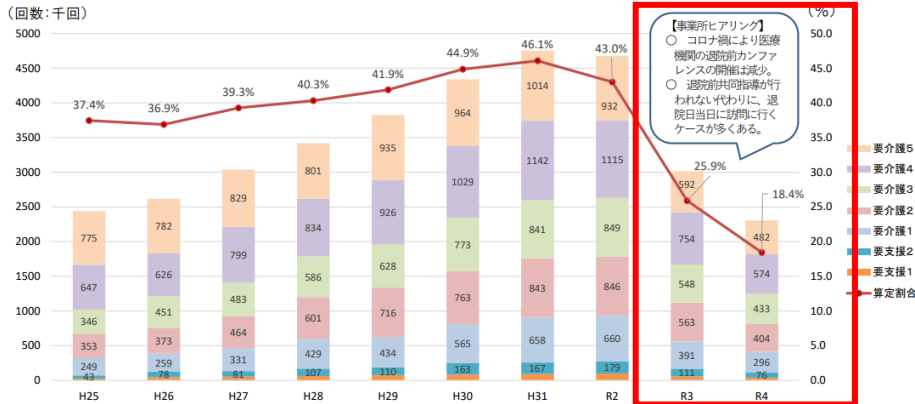
# 3) 退院時共同指導加算の評価(単位)及び要件の見直し並びに明確化

退院時共同指導加算(600単位) / 退院時共同指導加算(8000円)

- 医療・介護の連携が推進される中(図表1)、医療機関では積極的な入院患者の在宅移行支援が行われ、医療ニーズを有する要介護者等に対しては、訪問看護事業所が連携し、スムーズな移行支援に繋がっている。そのような取組の報酬上の一評価として、退院時共同指導加算があるが、当該加算は、病院又は介護医療院や介護老人保健施設からの退院(退所)に際し、病院等の医師等と訪問看護ステーションの看護師が、共同して在宅療養生活の指導を行い、文書を提供した場合に算定する。
- 上記のとおり、必ずしもカンファレンスの実施は求められていないものの、コロナ禍において病院等とのカンファレンスをスムーズに開催することができず、結果、退院時共同指導が行えなかったと加算の算定実績が減少した(図表2)。カンファレンス等を開催せずとも退院指導を行った場合には算定できる要件であるものの、明示的でないことから、電話等での指導や利用者・家族への橋渡しが評価されていない。
- また、医療DXに取り組みされている中、共同指導の内容を電子的な方法により利用者に提供した場合にも算定できるよう要件の見直しと、評価の引き上げを検討いただきたい。



(図表1) 第3回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ、資料 在宅医療における急変時対応及び看取り・災害時等の支援体制について 令和4年(2022年)6月15日



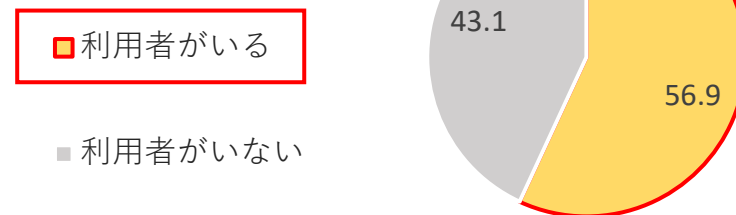
(図表2):2023年7月24日 第220回 社会保障審議会 介護給付費分科会 資料3 訪問看護より抜粋

# 高齢者の医療・介護ニーズ、看取り等の対応の更なる強化

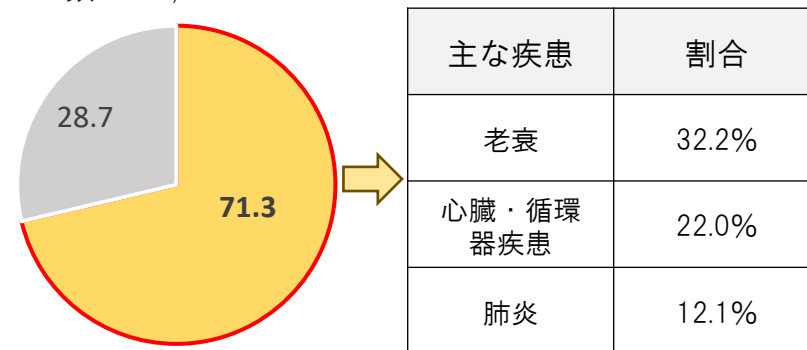
## 意見の背景

- 看取り者数、医療ニーズを有する中重度者の増加に対して、在宅療養を支える訪問看護の提供体制の拡充が必要である。第8次医療計画においては、看取り対応を一定数行っている訪問看護事業所数の目標値設定が求められる等、今後頻回な訪問看護を必要とする者への対応が益々求められている。
- そのような中、介護保険利用者であっても死亡1カ月前に頻回な訪問看護が必要と医師が判断し、特別訪問看護指示書が交付された者がいる事業所は半数以上を占める。しかし、特別訪問看護指示書を月2回交付できる利用者の要件は、「気管カニューレ使用」もしくは「真皮を越える褥瘡」の状態に限定されている。
- 利用者が、住み慣れた場所で療養生活を継続でき、最期を迎えられるよう、特に頻回な訪問看護を必要とする「がん以外のターミナル期」及び「難治性潰瘍」について、特別訪問看護指示書の月2回交付を可能とする要件並びに特別管理加算の要件（別に厚生労働省が定める状態）に追加していただきたい。

介護保険利用者で亡くなる1ヶ月以内に特別訪問看護指示書が発行された利用者のいるステーション数 n=1,409



がん以外の疾患で亡くなった方の内、医療処置のあった利用者のいるステーション数 n=1,409



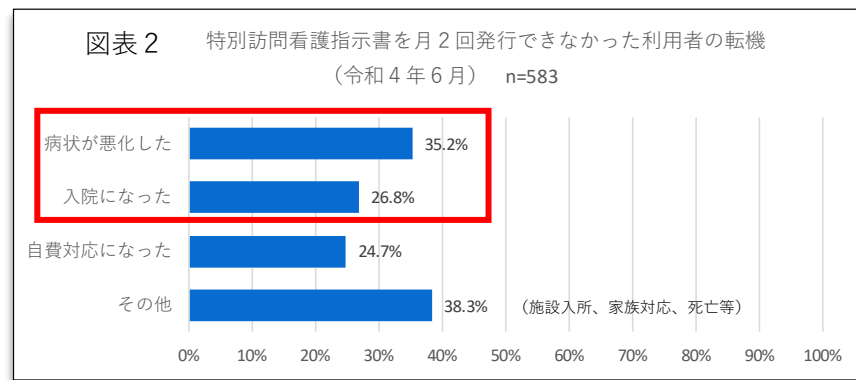
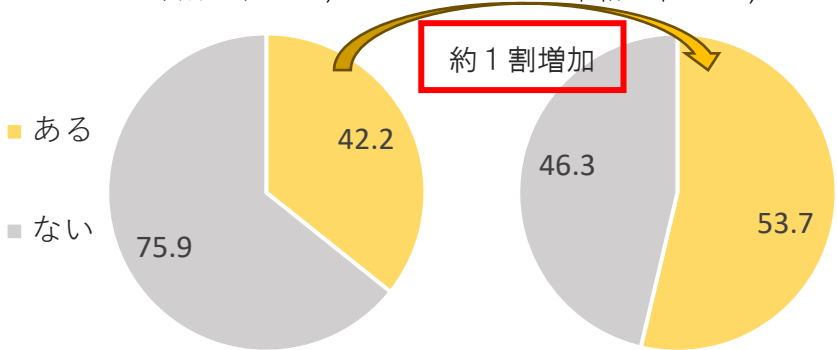
## 2. 高齢者の医療・介護ニーズ、看取り等の対応の更なる強化

- 1) 特別訪問看護指示書が1ヶ月に2回まで交付可能な対象者の状態として、がん以外のターミナル期および難治性潰瘍を追加
- 2) 特別管理加算の算定可能な利用者（別に厚生労働省が定める状態）に、真皮を越える褥瘡等として難治性潰瘍を追加

# 1) 特別訪問看護指示書が1ヶ月に2回まで交付可能な対象者の状態として、がん以外のターミナル期および難治性潰瘍を追加

- 特別訪問看護指示書の交付は、「気管カニューレを使用している状態にある利用者」及び「真皮を越える褥瘡の状態」にある利用者に関し1ヶ月に2回まで交付が可能である。
- それ以外の疾患・状態については1ヶ月に1回に限り交付することができるが、その期間は14日間のみである。
- 特別訪問看護指示書が1ヶ月に2回まで交付されると良いと思われた利用者の有無について、平成25年10月の調査では「ある」と回答した事業所が42.2%であったが、令和3年6月の調査では53.7%と頻回な訪問看護が必要と認識される利用者は増加していた。(図表1)
- また、令和4年10月の調査では、令和4年6月の1か月間に特別訪問看護指示書が月2回交付できず対応に困った利用者の有無について、該当する利用者が「いた」と回答した事業所は18.4%であり、その後の転機は「病状が悪化した」が35.2%、「入院になった」が26.8%、「自費対応になった」が24.7%と、制度により在宅限界が制限されている現状にある(図表2)。

(図表1): 特別訪問看護指示書が2回/月発行されると良いと思われた利用者の有無  
平成25年 n=1,556                      令和3年 n=1,409

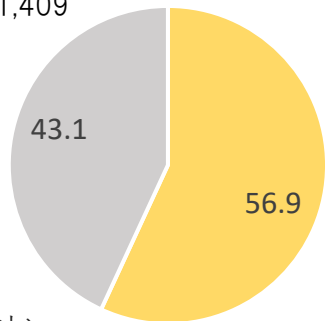




# 1) 特別訪問看護指示書が1ヶ月に2回まで交付可能な対象者の状態として、がん以外のターミナル期および難治性潰瘍を追加

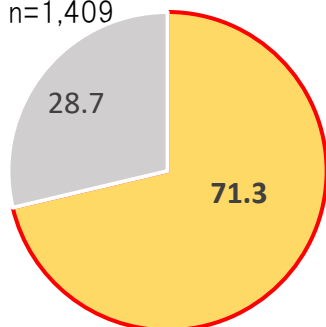
- 当協会が行った令和3年6月の調査では、介護保険の利用者で死亡する1カ月以内に特別訪問看護指示書が交付された利用者がある事業所は、56.9%であった。
- がん以外の疾患で死亡し医療処置のあった利用者があった事業所は、71.3%であった。その主な疾患は、「老衰」32.2%、「心臓・循環器疾患」22.0%、「肺炎」12.1%であった。
- がん以外の終末期の利用者に対するケアとして、医療処置が必要な場合が多く、訪問回数は、がんの利用者が11.8回/月訪問しているのに比べて11.4回/月とほとんど変わりがなかった。

介護保険利用者で亡くなる1ヶ月以内に特別訪問看護指示書が発行された利用者のいるステーション数 n=1,409



- 利用者がある
- 利用者がない

がん以外の疾患で亡くなった方の内、医療処置のあった利用者のいるステーション数 n=1,409



主な疾患	割合
老衰	32.2%
心臓・循環器疾患	22.0%
肺炎	12.1%

がん利用者の平均訪問回数	がん以外利用者の平均訪問回数
11.8回/月	11.4回/月

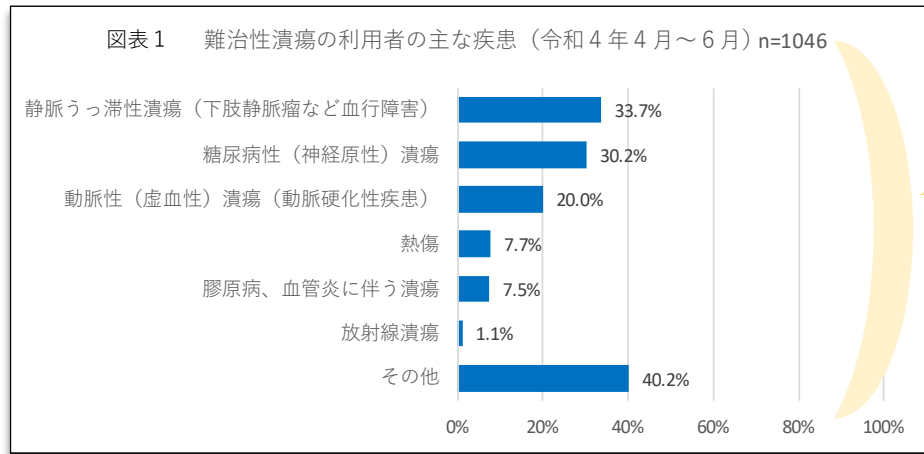
適用する保険給付による利用者の状態に差異はなく希望する場所での看取りに貢献している

- 神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会の調査においても、がん以外のターミナル期の利用者へは「褥瘡処置・創傷処置」、「補液や苦痛緩和のための投薬」、「吸引・排痰ケア」、「清潔や排泄ケア」、「家族支援」などの頻回な訪問によるケアが必要であった。区分支給限度基準額を超え、自費負担になる利用者や入院する利用者を認め、本人の住み慣れた場所で療養生活を送ることが困難になっている。

以上のことから、がん以外の終末期の利用者について、医療保険で訪問看護を実施できるよう1ヶ月に2回まで特別訪問看護指示書の交付を可能にしていきたい。

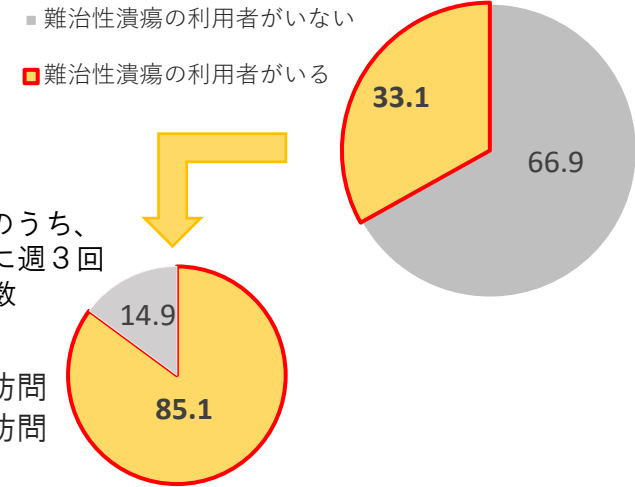
# 1) 特別訪問看護指示書が1ヶ月に2回まで交付可能な対象者の状態として、**がん以外のターミナル期および難治性潰瘍**を追加

- 特別管理加算の算定可能な利用者（別に厚生労働省が定める状態）には、「真皮を越える褥瘡の状態にある者」が含まれているが、糖尿病や膠原病、放射線照射、下肢の血行障害等に起因する難治性潰瘍は、「真皮を越える褥瘡」と同様、頻りに訪問看護を提供しながら感染予防や治癒にむけた管理を行っている。（図表1）
- 当協会が行った令和4年10月の調査では、令和4年4月～6月の3か月間に難治性潰瘍の処置のために訪問している事業所は33.1%で、そのうち週3回以上の訪問を実施している事業所が85.1%であった。さらにその内、週7回訪問している事業所は23.4%と最も多く、頻回な訪問看護を提供している状況にあった。（図表2）



処置のために頻回な訪問が必要となる

（図表2） 難治性潰瘍の利用者がいた事業所数 n=3,161



右図33.1%の事業所のうち、難治性潰瘍の利用者に週3回以上訪問した事業所数 n=1,046

- 難治性潰瘍の処置には週3回を超える訪問看護が必要であるが、区分支給限度額により、処置を継続することができず悪化、または入院に至る利用者が存在する。自宅での療養を希望される場合には、利用者の自費負担により、医療ニーズへの対応をせざるを得ない状況も発生している。
- 以上のことから、難治性潰瘍を有する療養者へ特別訪問看護指示書を1ヶ月に2回まで交付を可能にしたい。

## 2) 特別管理加算の算定可能な利用者（別に厚生労働省が定める状態）に、 真皮を越える褥瘡等として難治性潰瘍を追加

- 特別管理加算の算定可能な利用者（別に厚生労働省が定める状態）には、「真皮を越える褥瘡の状態にある者」が含まれているが、  
1) 意見詳細のとおり、糖尿病や膠原病、放射線照射、下肢の血行障害等に起因する難治性潰瘍は、「真皮を越える褥瘡」と同様、頻回の訪問看護を提供しながら感染予防や創傷治癒にむけた管理を行っている。
- 訪問看護師は主治医と連携を取りながら、感染予防や疼痛緩和に関する処置及び日常生活上の指導などを計画的に行っている。また、日本皮膚科学会及び日本褥瘡学会は、難治性潰瘍の創評価にDESIGN-R2020®（経過評価用）を使用できるとしている。
- 訪問看護指示書の標準様式においては、「訪問看護指示書：褥瘡の深さ」の評価項目が既に記載されており、既存の体制において、難治性潰瘍の管理について、主治医と密接な連携ができると考える。

(別紙様式 16)

訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

訪問看護指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )  
点滴注射指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

患者氏名 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) - \_\_\_\_\_  
患者住所 \_\_\_\_\_

主たる傷病名 (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_

病状・治療  
投与中の薬剤の用量・用法

日常生活 寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2  
自立度 認知症の状況 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

褥瘡の深さ DESIGN-R2020分類 D3 D4 D5 N P U A P分類 重症 軽度

医療機器等 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ  
7. 経管栄養 (経鼻・胃管: サイズ \_\_\_\_\_ 日に1回交換)  
8. 留置カテーテル (部位: \_\_\_\_\_ サイズ \_\_\_\_\_ 日に1回交換)  
9. 人工呼吸器 (機体式・陰圧式: 設定 \_\_\_\_\_)  
10. 気管カニューレ (サイズ \_\_\_\_\_)  
11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ( \_\_\_\_\_ )

留意事項及び指示事項  
I 療養生活指導上の留意事項  
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 ( 1日あたり ( ) 分を週 ( ) 回 )  
2. 褥瘡の処置等  
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理  
4. その他 \_\_\_\_\_

在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先  
不在時の対応 \_\_\_\_\_

特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期診察・随時対応訪問看護療養及び介護サービス利用時の留意事項等がなければ記載して下さい)

他の訪問看護ステーションへの指示  
( 無 有 : 指定訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ )  
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示  
( 無 有 : 訪問介護事業所名 \_\_\_\_\_ )

上記のとおり、指示いたします。 \_\_\_\_\_ 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ (FAX) \_\_\_\_\_ 医師氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
事業所 \_\_\_\_\_ 殿

<p>日本皮膚科学会 【創傷・褥瘡・熱傷ガイドライン3： 糖尿病性潰瘍・壊疽ガイドライン】 糖尿病潰瘍・壊疽の診断より抜粋</p>	<p>潰瘍局所の評価に関して褥瘡の診療においては、深さ (Depth)、滲出液 (Exudates)、大きさ (Size)、炎症感染 (Inflammation/Infection)、肉芽組織 (Granulation tissue)、壊死組織 (Necrotic tissue)、ポケット (Pocket) の7項目からなるアセスメントツールであるDESIGNが日本褥瘡学会から提唱されている。DESIGNの経過評価用を糖尿病性潰瘍の局所状態に対する評価法として局所療法選択の基準に用いることは可能であり、適宜併用しても良い。</p>
---	--

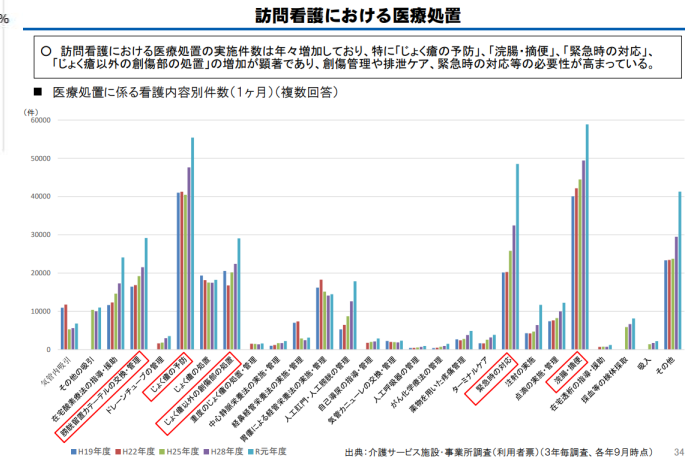
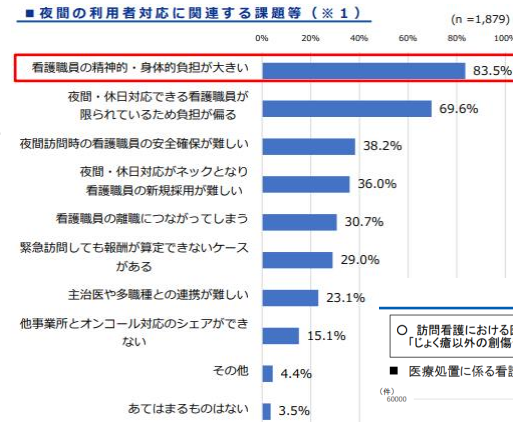
(出典) [https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/3.diabetic\\_ulcer\\_GL.pdf](https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/3.diabetic_ulcer_GL.pdf) (閲覧日2023.9.12)

以上のことから、「難治性潰瘍に特別な管理を要する」と主治医が判断した場合に限り、真皮を越える褥瘡等に難治性潰瘍を含め、特別管理加算の算定可能な利用者（別に厚生労働省が定める状態）として追加していただきたい。

# 高齢化の進展により多様化する地域ニーズへの対応強化

## 意見の背景

- 多様化する利用者の介護・医療ニーズに対応し、24時間地域で活動する訪問看護ステーションにおいては、看護職員の精神的・身体的負担が大きい。
- さらに、医療処置の実施件数は年々増加し、専門的な対応を求められるケースもあり、負担は増している。
- そのような背景に対し、限られた人材での効率的・効果的なサービス提供を確保する観点から、専門的なニーズへの対応を強化している事業所の評価を新設いただきたい。
- また、訪問看護の安定的な提供体制を整備するため、電話等を用いた遠隔からの病状確認や療養指導等に対する報酬の新設に加え、訪問看護師の負担軽減に資する緊急時訪問看護加算の対応体制要件の見直しを検討いただきたい。



## 3. 高齢化の進展により多様化する地域ニーズへの対応強化

- 1) 専門性の高い看護師のいるステーションへの評価の新設
- 2) 電話等を用いた遠隔からの病状確認や療養指導等に対する報酬の新設
- 3) 利用者から電話等で事務職員や看護補助者が緊急連絡を受けた場合でも、緊急時訪問看護加算を算定できるように見直し

# 1) 専門性の高い看護師がいるステーションへの評価の新設

- 令和4年度診療報酬改定において、質の高い訪問看護の更なる充実を図る観点から、専門性の高い看護師が、利用者の病態に応じた高度なケア及び管理を実施した場合の評価として、専門管理加算が新設された。
- 具体的には、訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケアもしくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い訪問看護の提供に繋げることへの評価となっている。
- 介護保険利用者においても同様の医療処置等を必要とする利用者は一定数存在し、当該処置等の実施と共に、連携する複数の事業所や関係職種との調整も担っている。特に、介護保険利用者の大半を占める高齢者等の特性に関する専門の研修を終了した訪問看護認定看護師や認知症看護認定看護師などは、地域で活躍し、その成果を上げている現状がある（下図）。このため、介護保険における訪問看護についても、現場の特性を踏まえた類似の評価を検討されたい。

## 【認定看護師等の地域での取組例】

- ✓ 地域や病院等で、訪問看護の活用の仕方、在宅看取り、訪問看護制度についての講義や相談に応じている
- ✓ 地域ステーションやケアマネジャーからの相談対応
- ✓ 自治体の介護保険事業策定委員 など

Table2-2 「医療・介護職の多職種連携尺度」に関する訪問看護認定看護師や在宅ケア認定看護師、在宅看護専門看護師と非資格取得者での比較

	①非資格取得者 (n=102)	②認定看護師 (n=146)	③専門看護師 (n=17)	F値
意思決定支援	16.89±2.06	17.53±2.03	18.18±2.04	4.59*
予測的判断の共有	13.11±1.65	13.73±1.46	14.59±1.00	9.44***
ケア方針の調整	12.07±1.84	12.81±1.77	12.65±1.77	5.14***
チームの関係構築	19.93±2.68	20.91±2.80	21.77±2.54	5.52***
24時間支援体制	8.13±1.33	8.54±1.31	8.88±1.54	3.97*
総合得点	70.12±7.80	73.51±7.81	76.06±7.22	7.78**

\*: p<0.05

\*医療・介護職の多職種連携行動尺度（5因子）においてほぼ訪問看護認定看護師、在宅看護専門看護師は有意に高い差を示している。  
 \* 藤田淳子, 福井小紀子, & 池崎澄江. (2015). 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発. 厚生労働省『Journal of health and welfare statistics/厚生労働統計協会 編, 62(6), 1-9.

令和4年度 診療報酬改定説明資料 09 在宅（在宅医療、訪問看護）

### 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

- 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

現行	改定後
【訪問看護基本療養費(I)・(II)】 【施設基準】 褥瘡ケアに係る専門の研修 ・国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間	【訪問看護基本療養費(I)・(II)】 【施設基準】 褥瘡ケアに係る専門の研修 ・国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間 ・特定行為研修（創傷管理関連）

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

- 専門の研修を受けた看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を実施する場合の評価を新設する。  
**(新) 専門管理加算 2,500円 (1月に1回)**

【算定要件】  
別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定額に加算する。

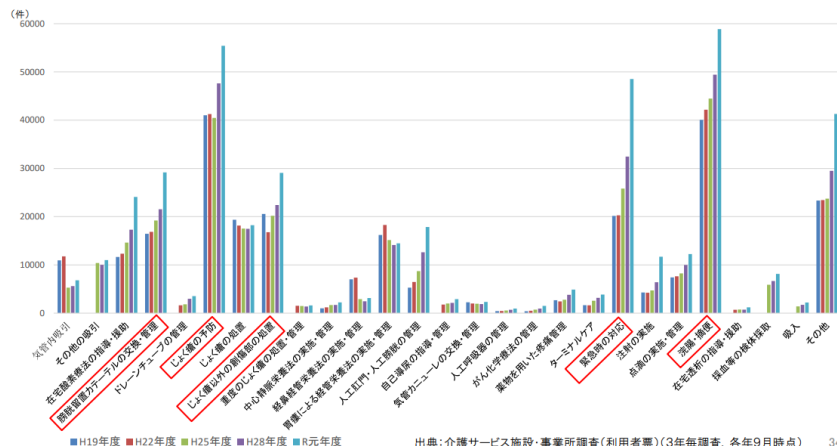
【算定対象】  
 イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合  
 ・ 悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者  
 ・ 人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者が管理が困難な利用者  
 ・ 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者  
 ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合  
 ・ 手順書加算を算定する利用者

※対象の特定行為：気管カニューレの交換、胃ろうカテーテル若しくは膈ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、膀胱ろうカテーテルの交換、褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去、創傷に対する閉鎖性療法、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整、脱水症状に対する輸液による補正

## 訪問看護における医療処置

- 訪問看護における医療処置の実施件数は年々増加しており、特に「じく瘡の予防」、「洗腸・排便」、「緊急時の対応」、「じく瘡以外の創傷部の処置」の増加が顕著であり、創傷管理や排泄ケア、緊急時の対応等の必要性が高まっている。

■ 医療処置に係る看護内容別件数(1ヶ月)(複数回答)



# 2) 電話等を用いた遠隔からの病状確認や療養指導等に対する報酬の新設

- 訪問看護は、原則、利用者の居宅等を訪問し看護を提供するものであるが、当協会が令和4年9月に行った調査では、電話等を利用した病状確認・療養指導を介護保険の対象者に59.2%の事業所が実施している。
- 電話等による病状確認・療養指導を行った効果として、「利用者・家族が精神的に落ち着いた」80.6%、「病状の悪化を防止した」55.8%、「早期受診につながった」35.7%、「入院を回避できた」17.6%と回答しており、訪問看護師による訪問と電話による病状確認・療養指導を組み合わせた支援によるものと考えられる。(図表1)
- 電話等による病状確認・療養指導を行うタイミングについても、「次の訪問までに状態が変わる可能性が高い場合」、「緊急訪問の翌日」、「利用者に対して服薬を促し確認するため」といった多様な状態の利用者に応じて、必要なタイミングで電話等を行っていた。次回訪問まで安心して療養生活を送っていただけるよう支援している現状がある。(図表2)
- また、令和4年度診療報酬改定においては、高齢化の進展に対応すべく、遠隔死亡診断補助加算も創設された。

令和4年度診療報酬改定 I-6 医の新しい在宅医療・訪問看護の確保-9

**ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設**

➤ 医師が行う死亡診断等について、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合の評価として、訪問看護ターミナルケア療養費に遠隔死亡診断補助加算を新設する。

**(新) 遠隔死亡診断補助加算 1,500円**

**【算定要件】**  
別に所管大臣が定める基準に適合しているものとして厚生労働省等に届け出た訪問看護ステーションの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号C001の注8(区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。)に規定する死亡診断加算を算定する利用者(別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に限る。)について、その主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、所定額に加算する。

**【施設基準】**  
情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること

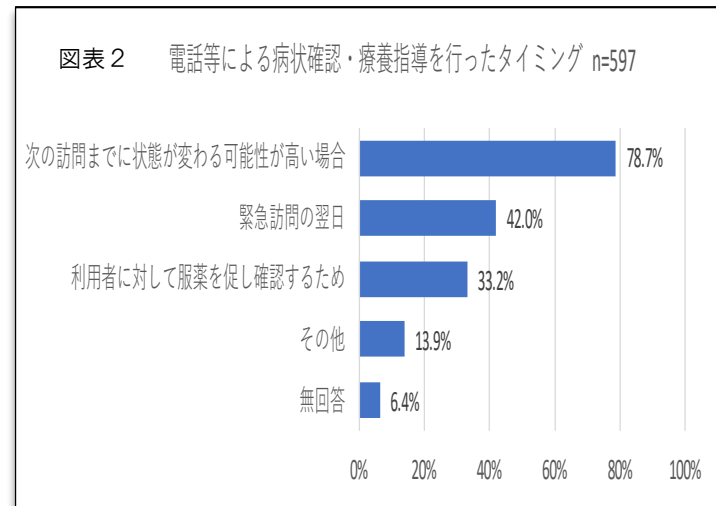
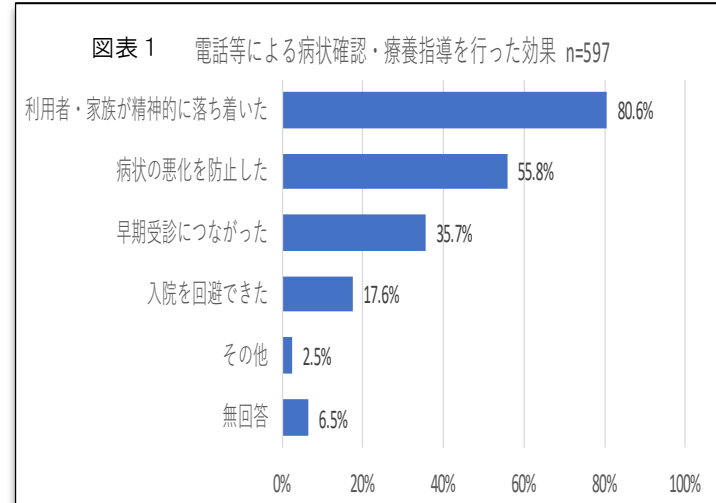
**(参考) 死亡診断加算(在宅患者訪問診療料)**

C001. 在宅患者訪問診療料(1)  
注8. 死亡診断加算 200点

以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断等ガイドライン(平成29年9月厚生労働省)」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、在宅訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能。  
ア 当該患者に対して訪問時・往診時または訪問後に行っていたこと。  
イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況であること。  
ウ 特設診療科の施設基準等の医科の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の病院医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問診療・指導料の在宅ターミナルケア加算もしくは「C005」ターミナルケア同一施設併設訪問診療・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

令和4年度 診療報酬改定説明資料 09 在宅(在宅医療、訪問看護)

(出典):全国訪問看護事業協会,令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関する調査研究事業報告書」,令和5年3月



このようにことから「看護職員が訪問と電話やオンラインでの訪問看護計画に基づいた病状確認・療養指導を組み合わせた看護等を実施した場合」の評価をしていただきたい。

# 3) 利用者から電話等で事務職員や看護補助者が緊急連絡を受けた場合でも、緊急時訪問看護加算を算定できるよう見直し

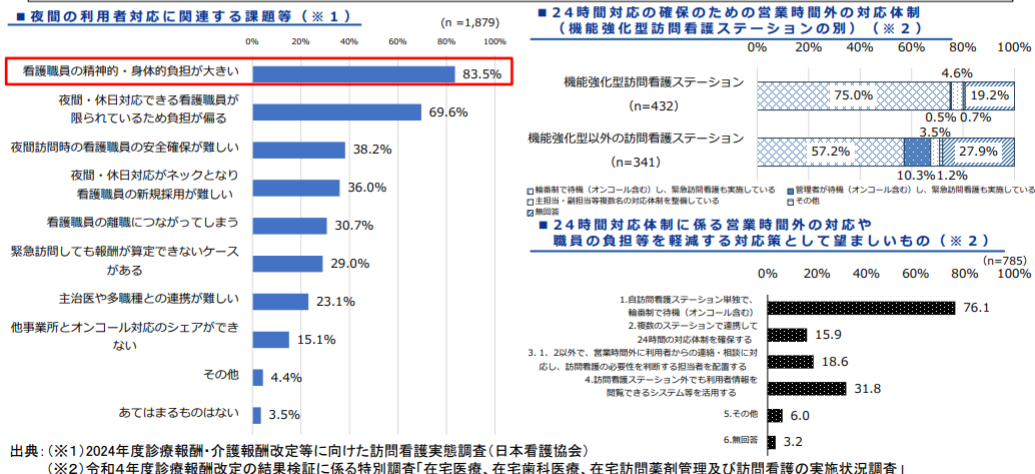
2023.7.12 中医協 総-2 在宅(その1) 資料88Pより抜粋

- 在宅療養者、特に要介護度の高い利用者、認知症の行動心理症状が発生している利用者、ターミナルケアを要する利用者では、訪問看護師の24時間対応体制は欠かせない。
- これまでの介護・診療報酬改定による誘導による効果もあり、9割を超える訪問看護ステーションが当該届出を行っている。
- しかし、日本看護協会の調査では、夜間の利用者対応に関連する課題では、訪問看護師の精神的・身体的負担や安全確保、人材確保への影響等、様々な課題を抱えている実態が明らかとなった。また、24時間対応体制の確保のための営業時間外の対応体制は「輪番制で待機（オンコールを含む）し、緊急訪問看護も実施している」が75.0%で最も多く、24時間対応体制に係る営業時間外の対応や職員の負担等を軽減する対応策として望ましいものは、「自訪問看護ステーション単独で、輪番制で待機（オンコールを含む）」が76.1%で最も多かった。負担軽減策訪問として次に多かったのは、「看護ステーション外でも利用者情報を閲覧できるシステム等を活用する」31.8%であった。
- 上記の結果は、利用者の状態等を把握し継続したサービスを提供する観点から、普段からサービスを提供している事業所の看護師又は保健師がファーストコールを受ける体制となっており、自事業所で輪番し、対応を完結させている実態にある。
- 一方、ICTの活用やオンコール体制におけるファーストコール対応者の工夫により、無理なく夜間対応が可能と考える事業所も一定数存在することから、以下の見直しを要望する。

## 24時間対応体制の確保のための営業時間外の対応と課題

意見交換 資料-2  
R 5 . 5 . 1 8

- 在宅療養をしている利用者の医療ニーズや看取り等支援するため、多くの訪問看護ステーションで24時間365日、オンコールや緊急訪問に対応しているが、看護職員の精神的・身体的負担が大きいこと、夜間・休日対応できる看護職員に限られるため負担が偏るといった指摘がある。
- 24時間対応体制の確保のための営業時間外の対応体制は「輪番制で待機（オンコールを含む）し、緊急訪問看護も実施している」が75.0%で最も多かった。
- また、24時間対応体制に係る営業時間外の対応や職員の負担等を軽減する対応策として望ましいものは、「自訪問看護ステーション単独で、輪番制で待機（オンコールを含む）」が76.1%で最も多かった。



利用者から当該訪問看護ステーションの看護補助者又は、事務職員等が電話等による緊急連絡を受けた場合は、リアルタイムでICT等を活用して、必ず看護師（保健師を含む）につなぎ、看護師（保健師を含む）が適切に病状等を判断し緊急訪問看護等の対応ができる体制においても緊急時（介護予防）訪問看護加算を算定可能とされたい。