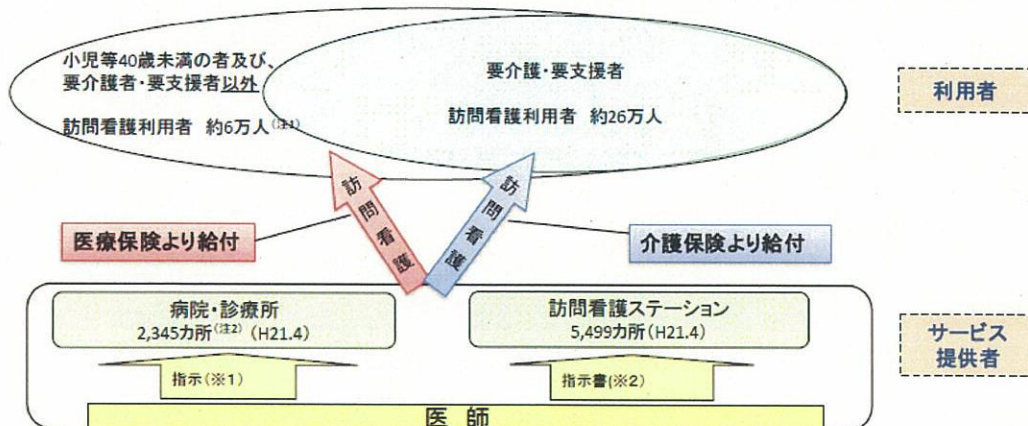


訪問看護ステーション の現状と課題

全国訪問看護事業協会

訪問看護とは

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- 介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



(※1) 他医療機関への指示の場合 診療情報提供料 250点(医療保険)を算定
(※2) 訪問看護指示料 300点(医療保険)を算定

(出典)介護給付費実態調査(平成21年4月審査分)

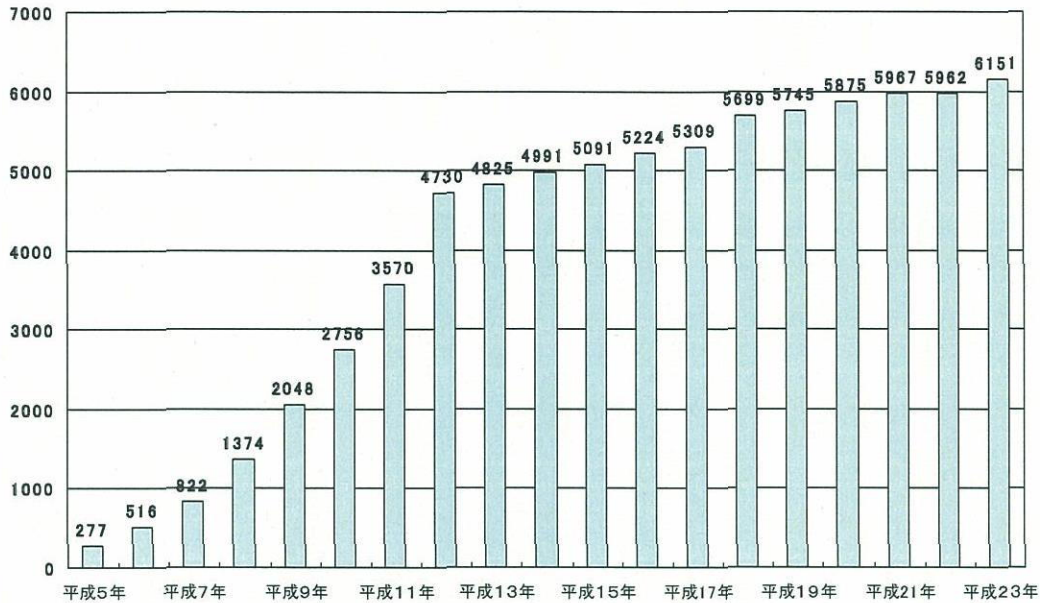
(注1)H19年介護サービス施設事業所調査(ただし、医療機関からの訪問看護の利用者を含まない。)

(注2)医療保険のみの訪問看護実施施設は含まない。

訪問看護ステーション数の年次推移ー

19年目をむかえる訪問看護ステーション (6151)

か所



平成5年～11年(10月1日):訪問看護実態調査(統計情報部)

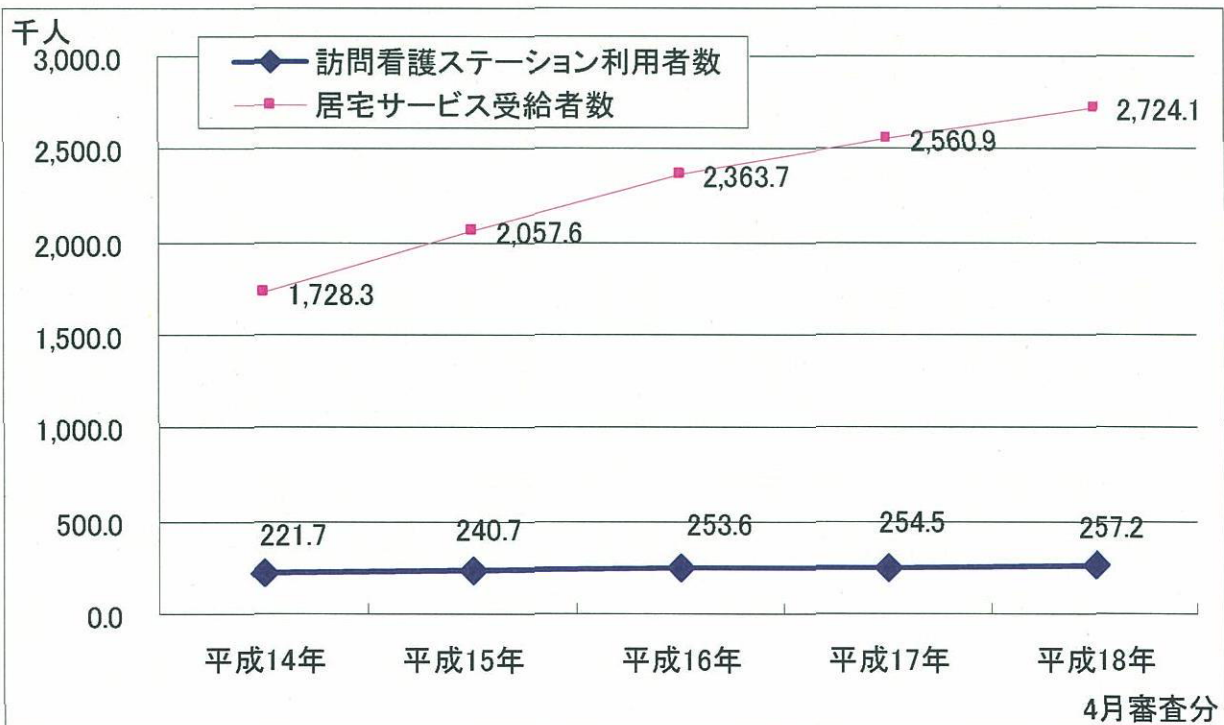
平成12年～17年(10月1日):介護サービス施設・事業所調査(統計情報部)

平成19年度 全国訪問看護事業協会調査(5745中休廃止453)

平成22年度 全国訪問看護事業協会調査 (5962中休廃止231)

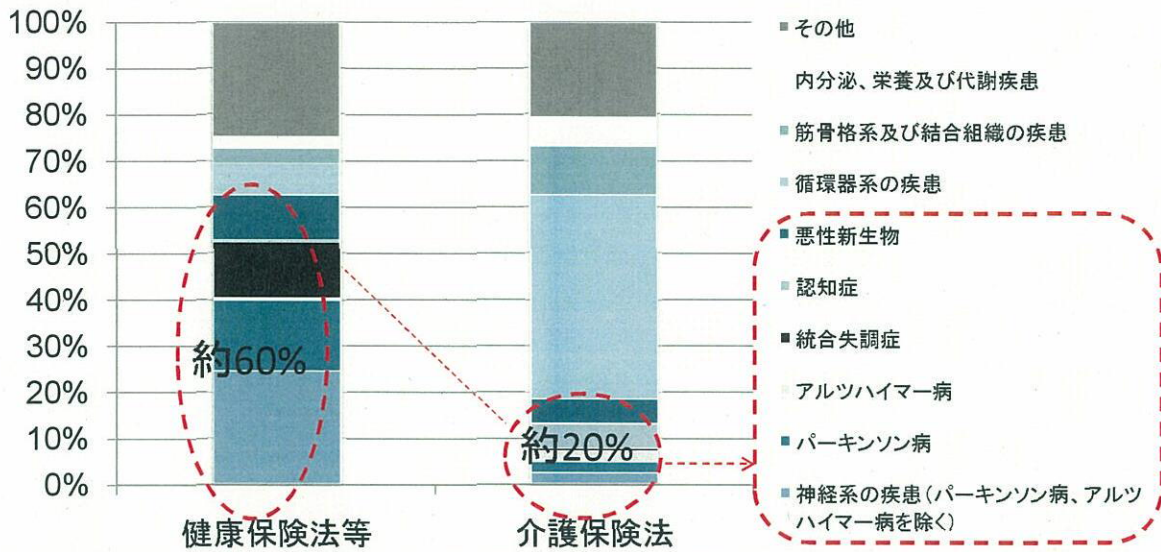
平成23年度 全国訪問看護事業協会調査 (6151中休廃止229)

訪問看護ステーション利用者数の年次推移ー



受給者数 3280千人(居宅サービス2272千人)
居宅介護支援(2039千人)(訪問看護(257千人)23年4月

医療保険の傷病分類別 訪問看護ステーション利用者数の割合



※ 「健康保険法等」の利用者は、介護保険法の支払いがなく、老人保健法及びそれ以外の政府管掌健康保険等の医療保険、公費負担医療等の支払いがあった者であり、以下「医療保険」とする。

○ 医療保険の訪問看護では、神経系の疾患、統合失調症、悪性新生物の割合で約60%で、介護保険利用者とはその疾病が異なる。

5

出典：平成19年 介護サービス施設・事業所調査

訪問看護（介護保険・医療保険）の市場について

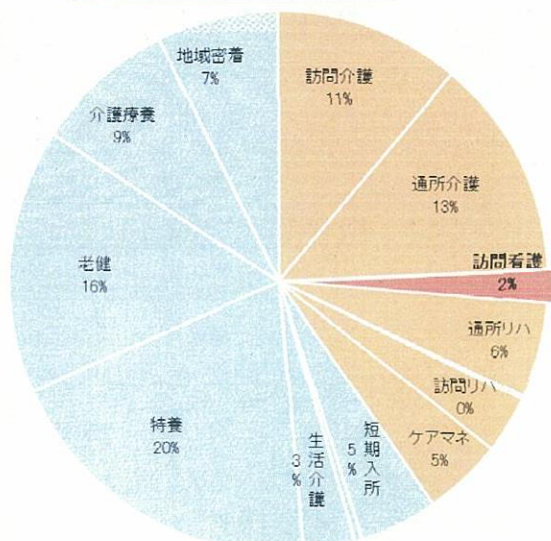
○ 訪問看護の市場は、介護保険サービス及び医療保険サービスにおいて非常に小さい。

訪問看護のシェアは、

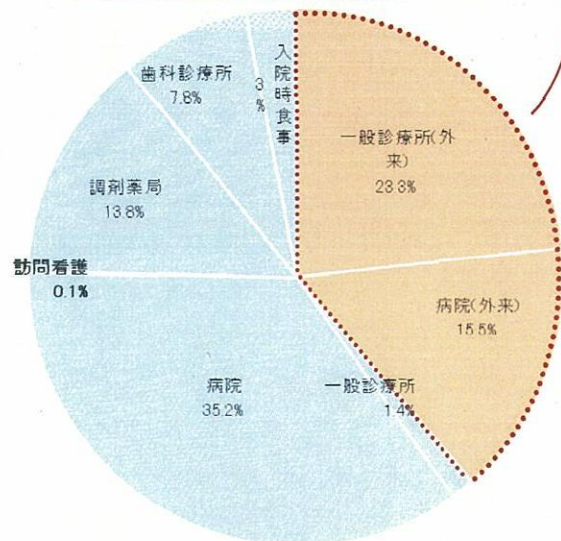
- 介護費全体の約2% (1,300億円程度)
- 国民医療費全体の約0.1% (320億円程度)

※ 保険医療機関からの訪問看護は、「在宅患者訪問看護指導料」として在宅医療に位置づけ。

介護費用額の構成 (平成18年3月)



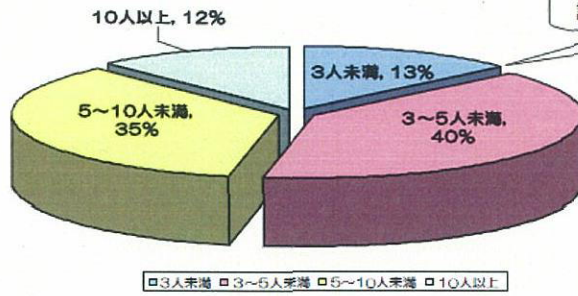
国民医療費の分配 (平成17年度)



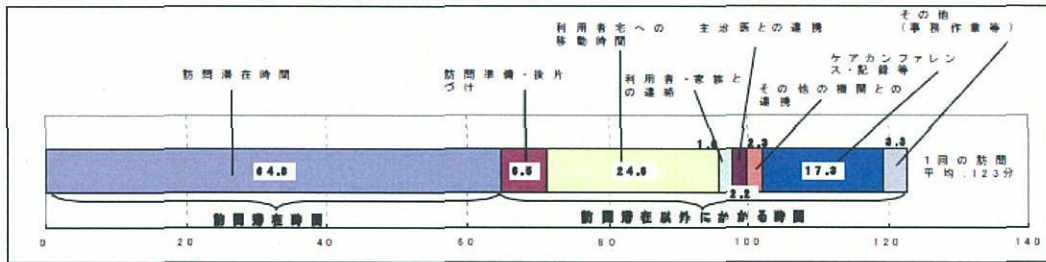
5

- 訪問看護ステーションは、比較的小規模な事業所が多い。
※ 1事業所当たり看護職員数:約4.2人(平成18年介護サービス施設・事業所調査)(厚生労働省統計情報部)
- 訪問看護においては、利用者宅への訪問時間以外の準備・移動・記録・ケアカンファレンス等に多くの時間を要している。

(参考)訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算)



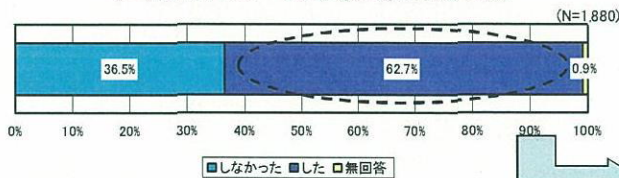
(参考)訪問1回にかかる訪問看護労働投入時間



(出典)第50回介護給付費分科会における全国訪問看護事業協会提出資料より

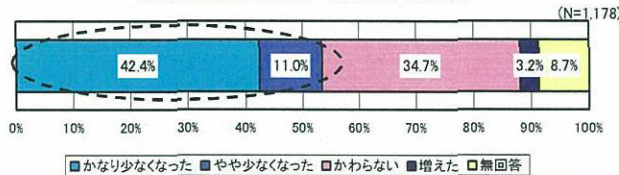
訪問看護ステーションの人材不足の状況

半年間(H18.4~9)の求人募集の有無



- 求人募集をしたステーションが6割。
- うち、求人募集しても、採用できなかったところが35.1%。

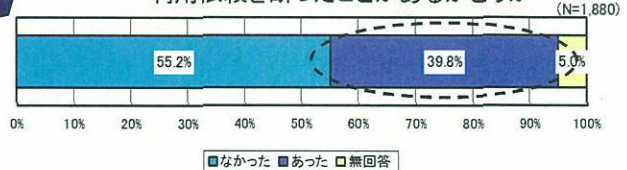
半年間(H18.4~9)に求人募集した反応
(求人募集をしたステーションのみの回答)



- 半年間に求人募集をしたステーションの過半数がこれまでに比べて「少なくなった」と回答。

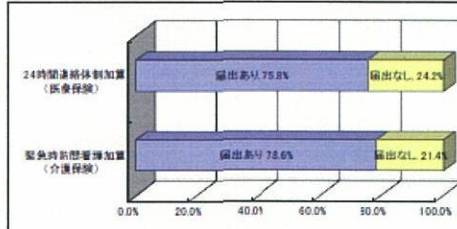
- 人材不足の結果、約4割のステーションが訪問看護の利用を断っている。

半年間に、人材不足により訪問看護の利用依頼を断ったことがあるかどうか



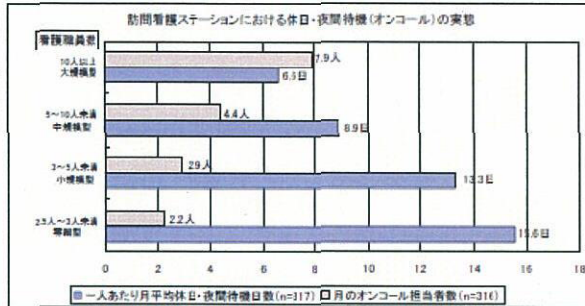
出典:全国訪問看護事業協会 平成18年度老人保健健康増進等事業「新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討」

24時間オンコール対応の負担



出典：厚生労働省平成17年度介護サービス・施設事業所調査

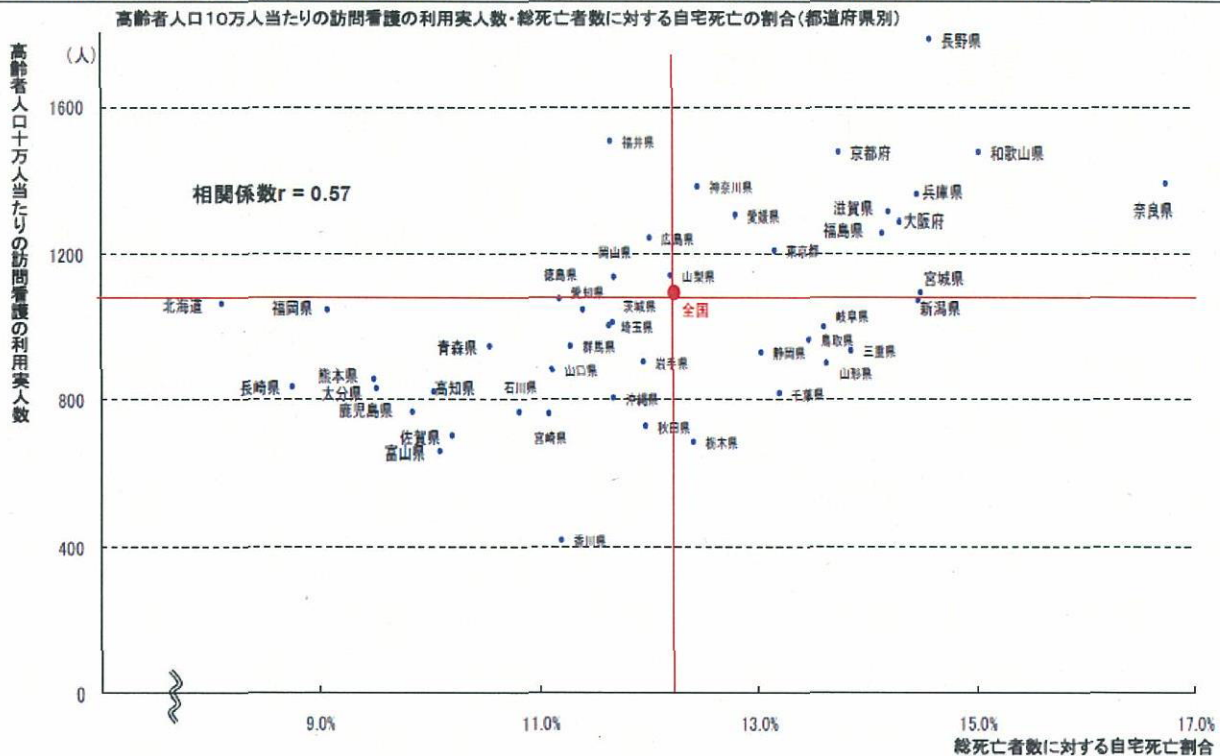
- 8割弱のステーションが24時間対応を行っている。
- 医療機器装着者など、夜間のトラブル発生があるため、職員の負担感が大きい。



出典：平成18年度「訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所との連携に関する研究」日本看護協会




- 小規模ステーションでは、職員1人が24時間オンコール対応を行う回数が多い。
- 特に、零細型(3人未満)では、平均15.6日(2日に1回)夜間携帯を持参して自宅で待機しており、職員にかかる負担が非常に大きい。

- 都道府県別に見た高齢者人口10万人当たりの訪問看護利用者数には4倍以上の開きがある。
- 訪問看護利用が高い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向にある。



出典：介護サービス施設・事業所調査(平成17年),人口動態調査(平成17年)
 高齢者人口については総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計」による。

訪問看護ステーション看護職員の受給見通し

	スウェーデン 	オランダ 	フランス 	日本 
人口千対就業看護師数	10.6人(2004)	14.2人(2005年)	7.7人(2005年)	9.0人(2004年)
訪問看護師、地域看護師	4.2人	2.7人	1.2人	0.4人
在宅死亡率	51.0%	31.0%	24.2%	13.4%

- ①在宅死亡率を**51.0%**にする場合、訪問看護師数は10.5倍必要である。
 (平成20年 訪問看護ステーションの看護職員就業者数) 27,662人×10.5=290,451人
- ②在宅死亡率を**31.0%**にする場合、訪問看護師数は6.75倍必要である。
 27,662人×6.75=186,719人
- ③在宅死亡率を**24.2%**にする場合、訪問看護師数は3倍必要である。
 27,662人×3 = 82,986人

第七次看護職員受給見通し

区分	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
訪問看護 ステーション	36,300	37,900	39,500	40,900	42,300

*** 受給見通しを再検討する必要があるのではないか**

出典:厚生労働省提供資料より抜粋・改竄
 H22,7,16 第6回 第七次看護職員受給見通しに関する検討会資料

11

自宅での死亡と訪問看護の関係

- 2009年の死亡総数1,141,865人のうち、自宅での死亡数は141,955人(12.4%)であった。

年次	死亡総数	自宅での死亡数	
		割合	割合
2009年	1,141,865	100.0%	12.4%

- 自宅での死亡数約14.2万人のうち、訪問看護ステーションを利用していた方は推計で9.2万人(65.0%)である。

年次	自宅での死亡数	訪問看護利用者(推計)	
		割合	割合
2009年	141,955	100.0%	65.0%

【資料】
 「死亡総数」および「自宅での死亡数」は厚生労働省「人口動態統計」
 「訪問看護利用者」は全国訪問看護事業協会 平成21年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所の基盤強化に関する調査・研究事業」から推定

12

超高齢社会・多死時代を迎えるにあたって、在宅療養者やその家族が安心して、介護が必要な状態になっても、質の高い介護サービスが利用でき、尊厳をもって自立した生活を送れるよう、訪問看護サービスの充実を図っていく必要がある。

訪問看護のミッション

国民が最期まで安心して療養生活を送れるよう、他機関・多職種と連携し、24時間365日にわたり療養生活と在宅看取りの支援を行う

平成 23 年 6 月 20 日

厚生労働省
老健局長 宮島 俊彦 殿

社団法人 全国訪問看護事業協会
会 長 長 沼



平成 24 年度介護報酬改定に関する要望書

本格的な少子高齢社会・多死社会の到来を前に、国民の安全・安心な在宅療養環境を確保するため、訪問看護サービスの機能拡充と基盤強化が求められます。

退院後の円滑な在宅移行や在宅療養の継続、看取りを支えるため、訪問看護が適時適切にサービスを提供できる仕組みの整備が必要です。

平成 24 年度介護報酬改定で実現をめざす「地域包括ケアシステム」において、看護が十分に機能を発揮し、高齢者の生活の場での療養を支えて行けるよう、下記の事項についてご検討ならびにご配慮をお願い申し上げます。

重 点 要 望

1. 国民に分かりやすくするために、医療保険と介護保険における訪問看護の評価の齟齬をなくし、整合性を図ること。
2. 医療ニーズの高い在宅療養者に対して、必要時適切な看護が提供できるように、医療保険対象となる疾患を拡大すること。
3. 地域包括ケアシステムの推進に向け、訪問看護と介護の連携による新たなサービスを創設し、安全かつ効率的な実施体制を整備すること。
4. 訪問看護師の人員・人材確保と安定した経営の実現のため、訪問看護費の引き上げを図ること。

1. 国民に分かりやすくするために、医療保険と介護保険における訪問看護の評価の齟齬をなくし、整合性を図ること。

※ 別添参照

2. 医療ニーズの高い在宅療養者に対して、必要時適切な看護が提供できるように、以下の状態を医療保険対象とすること。

(1) 疾患に係らず、退院後 30 日間を医療保険対象とすること(医師が訪問看護を必要だと判断した場合)

【説明】

介護保険対象者であっても退院直後は医療ニーズが高く、状態が不安定である。また、利用者・家族の在宅生活に対する不安も大きいことから、再入院を未然に防ぎ、安全・安心な在宅生活を支えられるよう、疾患に係らず、医師が訪問看護を必要と判断した場合は、退院後 30 日間を医療保険対象とするよう要望する。

(2) 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。

【説明】

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り月 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. 地域包括ケアシステムの推進に向け、訪問看護と介護の連携による新たなサービスを創設し、安全かつ効率的な実施体制を整備すること。

1)訪問看護を基盤とした小規模多機能型居宅介護の創設

【説明】

医療ニーズの高い人々に 24 時間の在宅療養支援を行うために、訪問看護と小規模多機能型居宅介護を一体的に提供できるような、訪問看護・訪問介護・通所・宿泊・相談の多面的な機能を備えたサービス創設が必要である。具体的な仕組みの構築にあたっては、利用者の状態を医療ニーズを含めて適切に

アセスメントし、必要な介護・医療につなげるため、看護師を管理者とするよう要望する。

2)訪問看護と訪問介護を一体的に提供する事業形態の創設

【説明】

現行の介護保険制度では、訪問看護と訪問介護がそれぞれ別事業所から別時間に訪問してケアを提供する形態が多く、利用者の医療ニーズや在宅療養環境の変化に細かく対応し、提供するサービスを調整することが困難である。

一人一人の利用者に合わせたサービス提供と、医療処置の必要な在宅療養者に安全にケアを提供するためにも、訪問看護と訪問介護の複合型事業所を創設し、看護職員と介護職員の同行訪問が柔軟にできる仕組みを整備するよう要望する。

3)24 時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの実効性ある仕組みづくり

【説明】

次回改定で創設をめざす「定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス」が有効かつ安全に機能し、利用者に 24 時間の安心を保証できるよう、サービスの実施にあたっては訪問看護ステーションとの連携を必須とすることが必要である。また、訪問介護・訪問看護のサービスを適時適切に提供できるよう、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所に配置する看護職員が利用者の状態変化のアセスメントを行い、サービス全体の統括・スーパーバイザーの役割を担う仕組みの整備を要望する。

4. 訪問看護師の人員・人材確保と安定した経営の実現のため、訪問看護費の引き上げを図ること。

【説明】

病院と訪問看護ステーションの給与を比較すると、訪問看護師の給与は月 4 万円程度、年 60 万円程度低い。今後更に医療ニーズの高い人が多く在宅に戻ってくることからも、訪問看護事業の安定的な供給は不可欠であるため、訪問看護費の引き上げを図るよう要望する。

平成 23 年 6 月 28 日

厚生労働省
保険局長 外 口 崇 殿

社団法人 全国訪問看護事業協会
会 長 長 沼 明



平成 24 年度診療報酬改定に関する要望書

本格的な少子高齢社会・多死社会の到来を前に、国民の安全・安心な在宅療養環境を確保するため、訪問看護サービスの機能拡充と基盤強化が求められます。

24 時間対応体制をとり、重症者の在宅療養や「看取り」を支え得る訪問看護ステーションに対し、その労力と技術に見合った適切な評価が必要です。

つきましては、平成 24 年度診療報酬改定にあたり、下記の事項についてご検討ならびにご配慮を賜りますよう、強く要望いたします。

重点要望

1. 国民に分かりやすくするために、医療保険と介護保険における訪問看護の評価の齟齬をなくし、整合性を図ること。
2. 医療ニーズの高い在宅療養者に対して、必要時適切な看護が提供できるように、医療保険対象となる疾患を拡大すること。
3. 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よう、訪問看護基本療養費の週3日の回数制限のない対象者の枠を広げること。また、訪問看護管理療養費の算定日数制限を見直すこと。
4. 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。
5. 特別の関係にある医療機関とステーションにおいても退院時共同指導加算を算定可能とすること。
6. 在宅末期医療総合診療料については、医療機関からではなく、保険から直接訪問看護ステーションに支払う仕組みに変更すること。
7. 医療機関からの円滑な退院・在宅移行を支えるため、訪問看護による退院支援の評価を充実すること。

1. 国民に分かりやすくするために、医療保険と介護保険における訪問看護の評価の齟齬をなくし、整合性を図ること。

※ 別添参照

2. 医療ニーズの高い在宅療養者に対して、必要時適切な看護が提供できるように、以下の状態を医療保険対象とすること。

(1) 疾患に係らず、退院後 30 日間を医療保険対象とすること(医師が訪問看護を必要だと判断した場合)

【説明】

介護保険対象者であっても退院直後は医療ニーズが高く、状態が不安定である。また、利用者・家族の在宅生活に対する不安も大きいことから、再入院を未然に防ぎ、安全・安心な在宅生活を支えられるよう、疾患に係らず、医師が訪問看護を必要と判断した場合は、退院後 30 日間を医療保険対象とするよう要望する。

(2) 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。

【説明】

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り月 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. 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よう、訪問看護基本療養費の週3日の回数制限のない対象者の枠を広げること。また、訪問看護管理療養費の算定日数制限を見直すこと。

(1) 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。

【説明】

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) 訪問看護管理療養費の算定日数制限を見直すこと。

【説明】

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. 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。

【説明】

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。

5. 特別の関係にある医療機関とステーションにおいても退院時共同指導加算を算定可能とすること。

【説明】

訪問看護ステーションは1事業所として独立しており、他機関とは別組織であり、特別の関係であろうとなかろうとサービス内容は同じである。よって、円滑に在宅生活に移行できるよう、「退院時共同指導加算」の算定要件になっている「特別の関係にある医療機関などは算定しないこと」を撤廃していただきたい。

6. 在宅末期医療総合診療料については、医療機関からではなく、保険から直接訪問看護ステーションに支払う仕組みに変更すること。

【説明】

在宅末期医療総合診療料については、利用者・家族からみても制度が複雑で理解しにくいものである。がん末期の利用者への関わりは短期間な場合が多く、制度や利用料の理解や説明に、利用者との貴重な時間を多大に裂くことは、避けて頂きたい。

また、訪問看護ステーションからの請求は通常であれば、社会保険庁や国保連合会に行うものであるが、在宅末期医療総合診療料については、医療機関に請求する必要があるため、訪問看護ステーションおよび医療機関相互の事務作業が煩雑になっている。他の請求と同じように保険から直接訪問看護ステーションに支払う仕組みに変更するよう要望する。

7. 医療機関からの円滑な退院・在宅移行を支えるため、訪問看護による退院支援の評価を充実すること。

(1) 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。

【説明】

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。

【説明】

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。

医療保険・介護保険の齟齬に関する要望

国民にわかりやすく利用しやすい訪問看護関連の制度にするために、さらに改善の内容も含めて、次のように変更することを要望する。

【医療】＝医療保険 【介護】＝介護保険

1. 加算の名称の変更・統一

(1) 24 時間体制・対応の加算の名称を「24 時間訪問看護加算」に統一すること。

【医療】24 時間対応体制加算および【介護】緊急時訪問看護加算を「24 時間訪問看護加算」に名称変更すること。また、24 時間連絡体制加算を一定期間の経過措置を設け、廃止すること。

(2) 重症者・重介護者についての加算の名称を「特別訪問看護管理加算」に統一すること。

【医療】重症者管理加算および【介護】特別管理加算を、「特別訪問看護管理加算」に名称変更すること。

2. 入院日・退院日・入所日・退所日の算定の統一

(1) 医療機関への入院日・退院日、介護施設への入所日・退所日(ショートステイを含む)は、医療保険でも介護保険でも算定可能にすること。

入院・退院、入所・退所は、状態の変化や不安定の可能性があり、また家族の不安などの解消のためにも支援が必要であるため、以下の通り要望する。

【医療】

- ①厚生労働大臣の定める疾病等や重症者管理加算の対象者に限らず、医療機関の入院日・退院日の訪問看護の算定を可能とすること。
- ②介護保険施設等の入所日・退所日の訪問看護の算定を可能とすること。

【介護】

- ①特別管理加算算定者に限らず、医療機関および介護保険施設等からの退院日・退所日の訪問看護の算定を可能とすること。

3. ターミナルケアの算定要件の見直しと、評価の引き上げ

(1)ターミナルケア療養費(加算)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。

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. 算定条件を介護保険の内容に統一

医療保険の算定条件を介護保険の算定条件に合わせ以下のように変更すること。

(1) 同日複数回の訪問看護ステーションからの訪問看護を算定可能にすること。

医療保険では、同日1ヶ所の訪問看護ステーションが原則となっている。難病等では1日複数回の訪問看護が必要な場合があるが、訪問看護ステーションは小規模の事業所が多く、1ヶ所の訪問看護ステーションが1日複数回の訪問を行うことが難しいため、同日複数回の訪問看護ステーションからの訪問看護を算定可能とすること。

(2) 長時間訪問看護加算の算定できる対象者を拡大し、回数制限を撤廃すること。

医療保険の長時間訪問看護加算の算定できる対象者が、現在は「人工呼吸器を使用している状態の利用者」のみとなっているが、介護保険同様「重症者管理加算算定者」（従来の名称）とし、週1回限りの算定制限を撤廃すること。

(3) 複数名訪問看護加算の条件を統一し、回数制限を撤廃すること。

複数名による訪問看護加算の算定要件の違いをなくし統一し、医療保険での週1回限りの算定制限を撤廃すること。

(4) 重症者管理加算の算定要件の見直すこと。

医療保険の算定要件の「1ヶ月に4回以上の訪問」を撤廃し、介護保険と同様に回数に関係なく重症者管理加算を算定可能とすること。

また、介護保険と同様に、24時間連絡・対応体制加算届出の要件を撤廃し、利用者一人につき1ヶ所の事業所のみ算定とすること。

(5) 訪問診療と同日の訪問看護の算定を可能にすること。

医療保険での特別の関係にある医療機関の訪問診療と同日の訪問看護は算定できないが、それぞれ役割が異なるため、介護保険と同様に訪問診療と同日の訪問看護も算定可能とすること。

4. 齟齬をなくし新設する加算

<医療保険に新設する加算>

(1) 中山間地域への訪問看護の加算を新設すること。

介護保険で評価されている「中山間地域小規模事業所加算（10/100）」「中山間地域居住者のサービス提供加算（5/100）」を、医療保険に新設すること。

(2) サービス提供強化加算を新設すること。

介護保険で評価されている「サービス提供強化加算（60円/1回）」を、医療保険に新設すること。

(3) 夜間・早朝・深夜の加算を新設すること。

夜間訪問加算（午後 6 時～午後 10 時）、早朝訪問加算（午前 6 時～午前 8 時）、深夜訪問加算（午後 10 時～午前 6 時）の新設

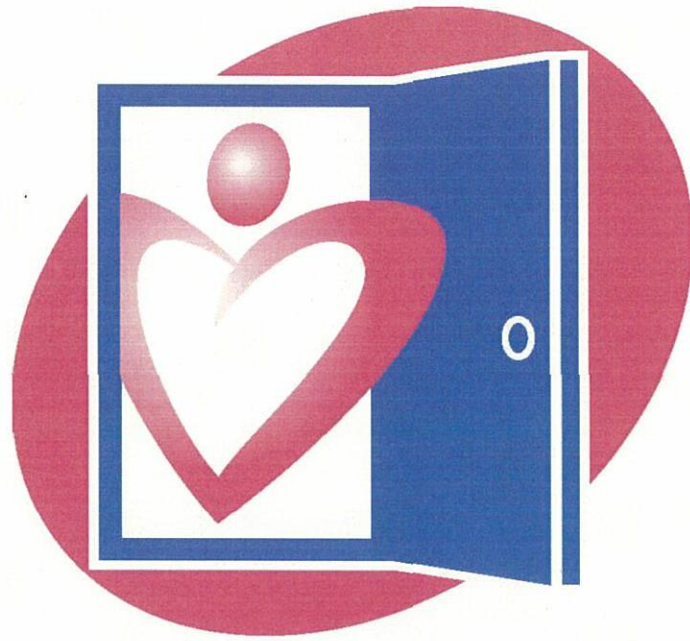
<介護保険に新設する加算>

(1) 在宅患者連携指導加算を新設すること。

医療保険で評価されている「在宅患者連携指導加算（3000 円/月）」を、介護保険に新設すること。

(2) 在宅患者緊急時等カンファレンス加算を新設すること。

医療保険で評価されている「在宅患者緊急時等カンファレンス加算（2000 円/月 2 回まで）」を、介護保険に新設すること。



ありがとうございました