

中医協第560回総会概要報告（2023年10月20日開催）

総会は、①個別事項（その3）として「医療・介護・障害福祉サービスの連携」、②在宅（その3）として「訪問看護」、③「選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果について」を議題とした。

①は2024年のトリプル改定に向け、今年3月から5月にかけて3回開催された意見交換会で9つのテーマに渡って出された意見をもとに、テーマごとに次期診療報酬改定で具体化を検討するもの。今回は「1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携」、「4. 高齢者施設・障害者施設等における医療」について議論した。かかりつけ医機能に関わる報酬評価（地域包括診療料・加算、機能強化加算）において、良質なケアプラン作成等に向けて、かかりつけ医においてサービス担当者会議参加、ケアマネへの相談対応をどう位置付けるかで議論となった。多様な対応を評価すべきとする診療側と要件化を求める支払側で議論が対立した。協力医療機関と介護保険施設の連携強化をめぐり、情報共有や急変時対応への評価、介護保険施設における高額薬剤の出来高算定などを求める診療側と原則、施設基準などで対応すべきとする支払側で意見が分かれた。

②はこの間の改定等を踏まえた訪問看護における9つの課題について論点が示され、それぞれ検討された。強化型訪看STにおける特定行為研修終了者の配置義務化では、慎重な対応を求める診療側と配置義務化を求める支払側で意見が対立した。高額レセプトや毎日の頻回訪問をめぐり、質を考慮しない適正化は慎むべき・行政指導等の検討が先とけん制する診療側に対して、支払側は適正化も検討すべきとした。増加傾向が顕著な精神科訪問看護をめぐり、重症度に応じた評価の「適正化」が議論となり、実際に地域で訪看が果たす役割も踏まえて検討すべきとする診療側に対して、支払側はケア内容に応じたメリハリ評価も検討すべきとした。

③は「日本再興戦略」改訂2014（平成26年6月24日閣議決定）で「選定療養として導入すべき事例を把握する仕組みの導入」が盛り込まれ、2015年から意見募集が始まったものであり、意見を受けて選定療養の新規導入又は既存の選定療養の見直しを検討するもの。今回は意見募集の結果の報告が行われ、今後事務局で検討の上、中医協に導入等の可否が諮られることとなる。なお、「新たな選定療養の追加に係る提案・意見」（72件）では、「リハビリの対象外となってしまった患者へのリハビリ」「在宅医療における医療材料の支給」、歯科では「ジルコニア」「小児期における矯正治療」、その他では「オンライン資格確認導入済医療機関で、マイナンバーカードを使用しない場合の料金」などが提案されている他、「既存の選定療養の類型の見直しに係る提案・意見」（32件）も出されている。今後の検討状況に注意が必要である。

議題1 個別事項(その3)「医療・介護・障害福祉サービスの連携」(1～7頁)

テーマ1 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携

<論点>

（主治医と介護支援専門員との連携について）

- かかりつけ医に係る診療報酬上の評価である機能強化加算等では主治医意見書の作成等が要件とされており、令和5年の医療法改正では、各医療機関から都道府県知事に報告するかかりつけ医機能には介護サービス等との連携が含まれている。医療の視点を踏まえたケアマネジメントを提供するためには、サービス担当者会議等を通じて、認識が共有され、より医療と生活の双方の視点に基づいたケアプランが策定されることが重要となるが、このような主治医と介護支援専門員との連携を推進するためにどのような方策が考えられるか。

<意見交換会での意見>

医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- 介護支援専門員は利用者の既に様々な情報（例：家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等）を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。
- 各専門職は多忙であり、情報伝達の間をいつでも設定できるものではないため、ICTの活用による連携は有効。また、多忙な中連携を促進するため、医療機関側は連携室が窓口になるとスムーズに進むのではないか。
- ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないか。

<中医協（7/20）で出された意見>

- 医療法改正に伴うかかりつけ医機能の整備強化の議論については、その結果、患者の一人一人が医療の質が向上したと確信を持てることが重要。普段の健康状態や服薬情報を把握した上での適切な初期診療、普段の健康相談、夜間休日対応、専門医療機関・介護サービス・障害福祉サービス等との連携が可能であると安心した診療を受けることができる。どの医療機関でも同じ対応ができること、どこにかかればこのような対応が可能なのか、判断できる実績を含めた情報を患者が把握できるような状況にすべき。
- 医療と介護（医師と介護支援専門員）との連携を、かかりつけ医に関する評価の要件とすることも考えられる。

<提出された図表資料等の説明>

（主治医と介護支援専門員との連携状況）

- 介護支援専門員は、約4割の利用者について、主治医意見書を取得した医師に対しケアプランを提示している。一方、4割超の介護支援専門員は、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない／活用されていることが不明と感じている。
- 介護支援専門員は、4割超のケアプランを主治医へ提出していた。提出したケアプランのうち、5割弱は、主治医に意見を求めていた。主治医に意見を求めたうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合は4割弱であった。
- 介護支援専門員から医療機関へのケアプラン交付方法は、手交と郵送が最も多い。

（介護支援専門員から見た医療機関との情報共有の問題点や工夫）

- 介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。
- 医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。

（介護支援専門員が行うケアマネジメントに対する医師の役割）

- 介護支援専門員（ケアマネジャー）の運営基準において、サービス担当者会議を通じて専門的な知見を求めると、医療サービスを提供する際は医師の意見を求めると、医師の医学的観点からの留意事項を尊重して居宅サービス計画を策定することが規定されている。

（診療報酬上の連携評価）

○ 機能強化加算

- ① 算定要件に「保健・福祉サービスに係る相談に応じること」と規定
- ② 在医総管・施設総管の届出要件に「次のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること」とされ、(1)介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成、(2)地域ケア会議に出席、(3)一般介護予防事業に協力、が規定

○ 地域包括診療料・加算

介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等を規定

○ 地域包括診療料・加算の算定・届出状況等

- ・地域包括診療料の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- ・地域包括診療加算の届出医療機関数は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向。
- ・地域包括診療料を届け出していない理由としては、「24時間対応薬局との連携」、「常勤医師の配置」に加え、「在宅療養支援診療所でない」を挙げた施設が多かった。
- ・地域包括診療加算を届け出していない理由として、「24時間対応薬局との連携」、「時間外対応加算等の施設基準を満たせない」、「慢性疾患に係る適切な研修終了」を挙げた施設が多かった。
- ・地域包括診療料・加算における介護保険制度に関する満たすことができている要件の内、「医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講」が最多であった。
- ・要介護認定に関する主治医意見書の作成はほぼ全ての施設が取り組んでいた。割合は「サービス担当者会議への参加」は地域包括診療料・加算の届出がある施設では54.0%、届出がない施設では33.9%、「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」は届出のある施設では53.5%、届出のない施設では31.9%の医療機関が取り組んでいた。
- ・医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。必要となる介護・福祉サービスについての説明は地域包括診療料・加算の届出ある施設では33.9%、届出のない施設では25.0%であった。
- ・主治医がサービス担当者会議に参加することについて、介護支援専門員から、次のような利点が挙げられた。①利用者・家族が「チームによる支援」を感じる場となる、②要支援者や軽度者ほど、現実を直視する場となる、③客観的な立場から評価を得られる場となる、④主治の医師、医師それぞれの役割が明確になる、⑤外来の情報宝の山であり、意思決定支援のはじめの一歩となる。

< 議論 >

連携推進に診療情報提供料の評価を－診療側・長島委員

長島公之委員（日本医師会常任理事）は、「医療と介護、双方向のコミュニケーションが重要であり、顔が見える関係性が重要である」としたが、実現の難しさがあるとし、いかに連携を意味のあるものにしていくかという質的な視点が重要と述べた。その上でサービス担当者会議や地域ケア会議に参加することは時間的にも空間的にもボランティアであることの理解を求め、参加していることに対する評価を求めた。具体的にはケアマネに対する診療情報提供料の評価の在り方、逆にケアマネが医療に対する理解を深め、連携を進めていくための方策の検討など、現場が無理なく進められる実効的な方法の検討を求めた。江澤和彦委員（日本医師会常任理事）、池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）からは、ケアマネと医療機関双方で情報提供が活用されるよう、書式の簡略化と双方に情報を求めるなど活用される仕組みの必要性が強調された。

林正純委員（日本歯科医師会副会長）は「ケアマネからの情報提供は主たる医療の部分が中心。口腔に関する情報はかなり進行してから共有されるケースが多い」と指摘し、口腔、栄養リハが一体的に早期から介入できるよう検討をと訴えた。

地域包括診療料等にサービス等担当者会議の参加、ケアマネとの相談の要件化求める－支払側・松本委員

一方、支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、「ケアプランを提出しても活用されていない、あるいは活用されているか不明という回答が最も多くなっており、この回答からは主治医とケアマネの連携に課題がある」と問題視し、サービス担当者会議へ

の参加や、ケアマネとの相談時間の確保について、「地域包括診療料の届出機関でも5割強、届出なしでは3割程度にとどまっている。その一方でケアマネからの意見等では、主治医がサービス担当者会議に参加することについて非常に期待が大きい」として、地域包括診療料等にサービス等担当者会議の参加、ケアマネとの相談を要件化することを提案した。

テーマ4 高齢者施設・障害者施設等における医療

<論点>

その1(医療機関と高齢者施設等との連携について)

- 現在の介護保険施設等と協力医療機関のあり方、実際の医療機関と介護保険施設等の連携状況、医療機関における介護保険施設等の入所者の病状急変時の対応状況及び在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院並びに地域包括ケア病棟等に求められる役割を踏まえ、介護保険施設等と医療機関が平時から介護保険施設入所者の緊急時の対応等についてあらかじめ取り決めを行う等して連携を行い、介護保険施設等入所者の病状急変時に電話相談、往診、オンライン診療、入院の要否の判断を含めた入院調整等を適時適切に行えるようにするためにどのような対応が考えられるか。

<意見交換会での意見>

要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療（抜粋）

- (1) 急性期疾患に対応する医療機関等
- 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。
- (2) 高齢者の心身の特性に応じた対応（略）
- (3) 入退院支援
- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。
- (4) 医療・介護の人材確保
- 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

高齢者施設・障害者施設等における医療（抜粋）

- (1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能
- 特養の配置医師について、必ずしも常勤の配置が求められているわけではなく、緊急時の対応が困難な例も報告されている。協力医療機関との関係性を含め、要介護者に適した緊急時の対応、入院・医療についてのルール化、医療・介護の連携の制度化を進めていくべき。
- (2) 医療機関と高齢者施設等との連携
- 連携する医療機関については、名前だけの協力医療機関ではなく、地域包括ケア病棟や在宅病、有床診など地域の医療機関と、中身のある連携体制を構築するべき。
- 高齢者施設から医療機関へ受診・入院する際に混乱が見られる。とにかく救急車で運んで急性期の病院に行こうという行動が一部見られるが、これは医療資源の使い方及び本人・家族にとってよくないことだろう。医師あるいは特定行為の看護師の助言・判断を、高齢者施設の職員がリアルタイムで簡単に受けられるような仕組みがあると良いのではないか。
- (3) 高齢者施設等における薬剤管理（略）
- (4) 感染症対策（略）

<提出された図表資料等の説明>

(在宅療養支援診療所等の届出数)

- 在宅療養支援病院の届出は、近年増加傾向である。
 - 在宅療養支援診療所の届出は、近年横ばい傾向であったが、令和4年は増加している。
- ###### **(入院料別の届出病床数の推移)**

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。
(新型コロナの類型変更に伴う高齢者施設等と医療機関との連携状況)
- 新型コロナウイルス感染症の類型変更に伴う高齢者施設と医療機関の連携状況の調査によると、多くの高齢者施設で連携医療機関の確保を行っている。
- 同調査によると、一部の県（青森、新潟）において連携医療機関の確保をしている高齢者施設の割合が80%以下である。
(介護保険施設等との連携に係る状況)
- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関における介護保険施設等に関する連携の実施体制は、介護保険施設からの電話等による相談への対応はほとんどの病棟で可能とされているが、緊急時の往診による対応は特に地域包括ケア病棟・病室2において対応できない施設が多い。
- 地域包括ケア病棟等の届出のある在宅療養支援病院（在支病）等における介護保険施設等に関する連携の実施体制は、介護保険施設からの電話等による相談対応はほとんどの医療機関で対応可能とされており、緊急時の往診について、特に機能強化型在支病においては対応可能と回答した医療機関が多かったが、全体の70%程度に留まっている。
- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関等における、電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数については、機能強化型在宅療養支援診療所が、平均値が高く、21施設以上の施設と取り決めを行っている割合が高かった。
- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関等ごとの、電話等による相談や緊急時の往診等の対応について、多くの介護保険施設と取り決めを行う医療機関もあるが、中には同一法人・関係法人内の介護保険施設とのみ取り決めを行っている医療機関も存在した。
(在宅療養支援病院における介護保険施設に対する往診等の対応状況)
- 在宅療養支援病院において、特養に往診を行っていない在支病の割合は75%程度で推移し、近年変化はない、介護老人保健施設、介護医療院への往診はほとんど行われていなかった。
- 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設に入所している患者の入院は多くの在宅療養支援病院で受け入れられており、近年傾向に大きな変化はない。
(各都道府県における在宅医療を提供する医療機関と介護保険施設の数)
- 在宅療養支援診療所（在支診）・在宅療養支援病院（在支病）、在宅療養後方支援病院（後方支援病院）について、1医療機関当たりの介護保険施設の数は0.47～2.92施設と幅がある。

<議論>

情報共有や急変時の対応への評価を一診療側・長島委員

長島委員は「コロナ禍において、介護保険施設などにおける感染対策や、クラスター発生時の医療の脆弱性が明らかになった」として、医療機関が高齢者施設等に対して行っている様々な支援に対するコロナ特例評価の拡大は「適切な対策だった」とし、協力医療機関の在り方については有床診や地ケア病棟などとの連携を視野に「求められる病床機能や機能分化に応じた実効性のある連携が進むような評価のあり方を検討すべき」とし、情報共有や急変時の対応への評価を求めた。また介護保険施設側からも検討が必要とし、現在は給付調整で低く抑えられているが、「本来介護保険施設は利用料の中で日常的な医学管理が行われている」として、介護保険においても一定負担の必要がある、と述べた。

江澤委員は上記の意見に加え、在宅医や配置医師が対応困難な際のバックアップサポート体制の構築や、老健や介護医療院は医療費が包括方式であるが、「パーキンソン病や糖尿病、慢性心不全等の治療薬に高額なものも増えてきた」として、「医療連携に支障をきたすほどの高額の薬剤については出来高で算定できるよう検討を」と述べるとともに、給付調整で薬剤費が算定できないことについて、様々な視点から考慮すべきと要望した。

松本委員は「高齢者施設の配置医で対応できない状況に備えて、平時から医療機関が高

齢者施設をサポートする必要は十分に理解できる」とした。しかし緊急時の対応は在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟の医療機関の役割だが、資料によると「電話相談の対応は可能だが、往診やオンライン診療、入院調整等の取り組みは不十分と言わざるを得ない」として「在宅支援の機能として、あらかじめ高齢者施設との連携の取り組みを行い、電話相談だけではなく、往診、さらには入院調整の役割を果たすことも施設基準とすることが望ましい」とし、各委員から出た情報のやり取りについても含めて、検討することが望ましいとした。

<論点>

その2(障害福祉サービスとの連携について)

- 様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制を推進する観点から、障害者支援施設における配置医師の医療提供の実態や、高齢化による入所者の特性の変化や対応状況等を踏まえた、医療保険における給付の範囲のあり方についてどのように考えるか。
- 特別なコミュニケーション支援を要する者や強度行動障害の状態の者等、入院前に医療機関と本人・家族や障害福祉サービス事業者等と事前調整を行うことで、本人にとって必要な医療を円滑に提供できる可能性があることを踏まえ、入退院支援における医療機関と障害福祉サービス事業者等との連携を推進するためにどのような方策が考えられるか。

<意見交換会での意見>

地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携

- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。

<提出された図表資料等の説明>

(障害者支援施設の入所者数の推移(障害支援区分別))

- 障害支援区分別の利用者数について、令和4年3月時点と平成25年3月時点を比較すると、区分1は87.9%減少、区分2は81.4%減少、区分3は66.8%減少、区分4は40.3%減少、区分5は8.9%減少となっている。区分6は39.4%増加となっている。

(障害者支援施設の入所者数の推移(年齢階級別))

- 年齢階級別の利用者数について、令和4年3月時点と平成25年3月時点を比較すると、
 - ・20歳以上30歳未満は32.1%減少、30歳以上40歳未満は43.3%減少となっている。
 - ・50歳以上60歳未満については11.2%増加、65歳以上については37.1%増加となっている。

(障害者支援施設等入所者の医療機関の受診等の課題)

- 障害者支援施設等入所者の診療で対応困難だった経験を有する医療機関の割合は約27%。
- 入所施設にとって、入所者の医療機関の受診等について「症状を自己申告出来ない入所者は、受診の判断が困難」「検査・診察の待機時間が長い又は待機が困難」などの課題がある。
- 医療機関が対応困難な理由としては、「障害特性」「障害が重度」と回答した割合が高い。
- 対応が困難だった入所者の状況等としては「安静・治療の継続が困難」「強いこだわり」などがあつた。また、必要な具体的支援としては「日常的な関わりの強化」「互いの情報共有」「早期段階からの相談体制」などの意見があつた。

(障害者支援施設の運営主体等について)

- 障害者支援施設の運営主体は「社会福祉法人」が97.6%である
- 障害者支援施設等の日常的に連携している医療機関は「医療法人」が最も高く54.3%、次いで「個人」が28.3%となっている。

(配置医師の状況について)

- 配置医師の勤務形態は、「嘱託」が66.7%、非常勤が20%となっている。また、月の平均勤務日数は、2.6日となっている。
- 施設の配置医師が業務として「臨時の往診等」を実施している割合は、24.7%となっている。

(障害者支援施設における訪問診療等の課題について)

- 令和2年度に実施した調査研究によると、障害者支援施設の連携先の医療機関に不足している機能として、「往診・訪問診療できる医療機関」と回答した障害者支援施設は27.2%であった。
- 日常的な受診（訪問診療・往診）の課題等として、「施設では訪問診療が対象外となるのが困る。」や、「入所施設に訪問診療を入れるように取り扱いを変えて欲しい。」「配置医だけでは、対応困難である。」といった意見があった。

(施設入所支援における高齢化に伴う対応)

- 加齢にともなう心身機能の低下が顕著となっている者の対応方針としては、「できるだけ自施設で対応」としているところが35.6%となっている。
- 入所者の高齢化への対応としては、「高齢期に配慮した健康管理や医療的ケア体制の充実」に対応している割合が高いが、「高齢者医療、ターミナルケア等実績を有する医療機関等との連携」を実施している割合が低い状況にあった。

(障害者支援施設における訪問診療・往診の取扱いについて)

- 障害者支援施設においては配置医師を求めていることとしている。
- 特別養護老人ホームにおいては、末期の悪性腫瘍の患者に対して在宅患者訪問診療料を算定できることとしているが、障害者支援施設においては、訪問診療料を算定できない。

(障害者支援施設における悪性新生物により死亡退所した者等の割合（団体を通じたアンケート結果）)

- 利用者数のうち悪性新生物に罹患している者の割合は、令和5年5月1日時点で、全体の2%であった。
- 昨年度「死亡退所」した者のうち死因が悪性新生物であった者の割合は、全体の9%、「入院退所」した者のうち入院の理由が悪性新生物の治療であった者の割合は、全体の17%であった。

(悪性新生物により障害者支援施設での生活を継続することが困難であった事例)

- 本人にとって慣れた職員がおり、慣れた環境である障害者支援施設において、訪問診療等が受診できれば、本人・家族の希望する環境で治療できたと思われるが、それが困難であった事例（スライド91）。

(入退院時についての医療と福祉の連携と報酬上の評価)

- 入退院時に医療機関と福祉事業者の情報連携（文書等による情報の提供、収集）や協働による支援の検討（カンファレンスの開催や参加）等の連携を推進するため、当該業務について相互に（診療報酬、障害福祉サービス等報酬ともに）報酬上評価を行っている。

(入退院支援加算届出医療機関における連携体制)

- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。
- 連携機関の施設数は、医療機関毎のばらつきが大きい。

<議論>

入退院支援加算の評価を（診療側）、要件化を（支払側）

長島委員は、介護保険施設と同様に訪問診療を行えるとする事は、「今の時代の状況とニーズに合っており、今回のトリプル改定において対応してはどうか」としたが、「悪性腫瘍患者への対応は一つのきっかけとして、実施する場合には、しっかり検証を行い、施設入所者の高齢化等に対応できる医療の給付範囲の検討を継続していく必要がある」と述べた。また特別なコミュニケーション支援を要するものや、強度行動障害の状態のものについては、「入院前に医療機関と本人、家族、あるいは障害福祉サービス事務所長と事前調整を行うことで、円滑になる可能性もある」として、例えば入退院支援加算の対象にすることも考えられるとして評価を要望した。

江澤委員は「入院中の重度訪問介護利用は入院前に重度訪問介護を利用していることが前提の要件」だが、在宅では家族がケアをしているケース、入院中に状況が悪化して重度の障害支援区分となる場合など、入院前に利用がなくても入院中の重度訪問介護利用ができるよう検討を要望した。また障害者も年々高齢化が進んでおり高齢者特有の身体合併症を有する場合も

増えているとして、かかりつけ医と障害児サービスの相談支援専門員との連携が重要と述べ、「相談支援専門員がサービス等利用計画を策定する際に、かかりつけ医から情報提供を求める仕組み」が障害者サービスの報酬改定とも連携して必要だと要望した。さらに医療的ケア児が成人する際小児科医から変更する場合や、学校医とかかりつけの連携による医療的ケア児の支援等を訴えた。

林正純委員（日本歯科医師会副会長）は、障害者福祉サービスにおいても高齢者施設と同様、歯や口腔および栄養の情報についても、地域において多職種で連携できるような仕組みについて検討するよう訴えた。

松本委員は、緊急に往診ができるよう医療機関との連携が必要ということは理解できるが、限られた医療資源を有効に活用する観点として、「まずは配置医師が対応できる体制を整えるべき」とし、また入退院支援加算では施設基準で入退院支援や地域連携を担当する部門を設置することになっているとし、「担当者の業務として障害者施設との連携を導入することも考えるべき」とした。

議題2 在宅(その3)「訪問看護」(7～15頁)

<論点>

(訪問看護における24時間対応体制の確保について)

- 24時間対応による看護師への負担や、負担軽減に向けた訪問看護ステーションにおける取組を踏まえ、訪問看護における持続可能な24時間対応に係る連絡体制のあり方や負担軽減の取組を評価することについてどのように考えるか。

(機能強化型訪問看護ステーションについて)

- 専門の研修を受けた看護師の配置や実践による効果等を踏まえ、機能強化型訪問看護ステーションにおける当該看護師の配置を更に推進することについてどのように考えるか。

(集合住宅等における効率的な訪問看護等について)

- 一部の高額となっている訪問看護療養費における加算の算定状況等を踏まえ、緊急訪問看護加算の評価のあり方についてどのように考えるか。

- 同一敷地内建物等に居住する利用者に効率的に行われる訪問看護の評価のあり方についてどのように考えるか。

(精神科訪問看護について)

- 精神科訪問看護の利用者の割合が高い訪問看護ステーションの医療ニーズの高い利用者の受入状況や加算の届出状況等を踏まえ、精神科訪問看護の評価についてどのように考えるか。

(医療ニーズの高い利用者の退院支援について)

- 退院日当日に複数回の訪問看護を行い合計90分以上の退院支援を行っている実態を踏まえ、退院日当日の退院支援指導の評価について、どのように考えるか。

(周産期及び乳幼児への訪問看護について)

- 社会的ハイリスク妊産婦や乳幼児に対する訪問看護の提供実態、市町村が実施する産後ケア事業との役割分担等を踏まえ、これらの者に対する訪問看護の評価のあり方についてどのように考えるか。

(オンライン請求開始に伴う訪問看護療養費明細書等の対応について)

- より質の高い医療・看護の実現に向けた、レセプト情報の利活用を推進する観点から、傷病名の記録方法を標準化していくこととしてはどうか。

(介護保険における訪問看護との制度上の差異について)

- 介護保険における訪問看護との制度上の差異が生じていることに鑑み、訪問看護ステーションにおける運営規程に「虐待の防止のための措置に関する事項」を定めることとしてはどうか。また、管理者に係る取扱いを改めてはどうか。

<中医協(7/12)で出された意見>

- 訪問看護ステーションが利用者の医療ニーズや看取り等の支援を行うためには、オンコールや緊急訪問など、24時間対応体制を確保する必要があるが、看護職員の精神的・身体的負担が非常に大きくなっていることを踏まえ、看護職員が働く環境の整備、事業所の体制整備

や事業所間の連携等の推進を検討していく必要がある。

- 訪問看護ステーションの規模について、効率性の観点からも、大規模化を引き続き推進する方向で検討を進めるべき。
- 精神科訪問看護について、適切なケアが提供されているのかも踏まえ、どのような状態の患者に対して、どのようなサービスが提供されているのか、実態を丁寧にみていく必要がある。
- 精神科訪問看護では、身体疾患を合併した利用者への対応に加え、疾患や障害を持つ利用者の家族等や社会的な課題への対応が求められることがあるなど、複雑困難な対応をしている場合もあることから、必要な方策や評価の在り方を検討すべき。

<提出された図表資料等の説明>

1. 訪問看護の現状

(訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移)

- 訪問看護事業所の数は、近年増加しており請求事業所数は1万3千事業所を超えている。一方、介護保険を算定する病院・診療所は減少傾向である。
- 法人種別では、医療法人と営利法人が多く、営利法人の事業所の増加が著しい。

(訪問看護の利用者数の推移)

- 訪問看護ステーションの利用者は、医療保険、介護保険ともに増加傾向。

(訪問看護ステーションの利用者の状態)

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が最も多く、「神経系の疾患」、「悪性新生物」を含めると、8割弱を占める。
- 訪問看護利用者における別表第7の該当者は70～80歳代、別表第8の該当者は小児と高齢者の割合が高い。

(訪問看護ステーションの利用者の主傷病の推移)

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が年々増加しており、令和5年を平成23年及び令和3年と比較すると増加率も最も大きい。

(新型コロナウイルス感染症の利用者への訪問看護の提供状況)

- 令和5年6月審査分の訪問看護療養費明細書における、新型コロナウイルス感染症の利用者に対する訪問看護の提供状況は、年齢階級が高くなるにつれ、人数は増加し、各年齢階級の利用者に占める割合も高くなっていった。

(業務継続に向けた取組)

- 訪問看護ステーションでは、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な訪問看護サービスが継続的に提供できるよう、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等が義務付けられており、訪問看護ステーションの9割弱は策定完了又は策定中であった。

(訪問看護ステーションにおけるターミナルケア利用者数)

- 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年は特に増加し、令和5年も継続的に増加している。

2. 訪問看護における24時間対応体制の確保について

(24時間対応体制加算の算定要件等)

- 24時間対応体制加算において、営業日以外の日及び営業時間以外の時間の体制については、当該訪問看護ステーション以外の施設又は従事者を經由するような連絡相談体制等を認めていない。
- 連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師としている。

(24時間対応体制加算の届出と利用者数の推移)

- 全訪問看護ステーションのうち、88.8%が24時間対応体制加算を届け出ているが、規模が小さくなるにつれて届出の割合が少なくなっている。

(訪問看護における24時間対応体制と緊急訪問の状況)

- 介護保険と医療保険の利用者において、24時間対応体制に係る加算に同意している利用者の割合及び緊急訪問の利用状況に大きな違いはなく、届出をしているステーションの利用者の半

数以上が加算の同意をしている。

(利用者又はその家族等からの電話相談の状況等)

- 利用者又は家族等から電話等により看護に関する意見を求められた回数は、1事業所あたり16.7回/月であった。そのうち、早朝・夜間は7.5回/月、深夜は2.5回/月、休日は6.7回/月であった。
- 相談内容について、体調(病状)に関する内容に係る相談を受けた事業所の割合は72.9%で最も多いが、訪問に関する確認や調整に関する相談を受けた事業所も35.6%であり一定数存在していた。
- 具体的には、看護師が受ける電話相談は体調面や医療処置に関するものなど、緊急訪問を含め対応を要するものが多かった。一方、訪問日時の確認や時間の変更など、必ずしも即時的な対応を要さないと考えられるものも一定数存在していた。

(24時間対応体制の確保に係る課題と負担軽減の取組)

- 24時間対応体制に関する課題としては、「看護職員の精神的・身体的負担が大きい」、「夜間・休日対応できる看護職員が限られているため負担が偏る」が多く挙げられていた。
- 24時間対応に係る連絡体制の負担軽減の取組をしているとした訪問看護ステーションは7割弱であり、「ICTの活用」や「夜間対応した翌日の勤務体制の調整」等が取り組まれている他、看護職員に対するサポート体制の構築が主であり、「勤務間インターバルをとる」といった取組は21.6%と他の取組より少ない傾向にあった。

(訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移)

- 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数は、いずれの職種も増加している。
- 看護職員数は増加しているが、従事者全体に占める割合は減少している。

3. 機能強化型訪問看護ステーションについて

(機能強化型訪問看護ステーションの届出状況)

- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和4年7月時点で機能強化型1が477事業所、機能強化型2が245事業所、機能強化型3が113事業所である。

(訪問看護基本療養費を算定する利用者に占める悪性新生物の状況)

- 訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、主たる傷病名が悪性新生物である利用者数及び割合は近年増加傾向にあり、令和3年に顕著に増加した。
- また、末期の悪性腫瘍の利用者割合は横ばいである。

(訪問看護利用者における褥瘡の発生状況等)

- 全利用者のうちd1以上の褥瘡を有していた利用者数及びd1以上の褥瘡を有していた利用者のうち訪問看護開始時に既に褥瘡を有していた利用者数は増加している。
- d1以上の褥瘡を有していた利用者のうち訪問看護利用中に新たな褥瘡が発生した利用者数は増加していたが、令和3年から令和4年にかけては横ばいである。

(機能強化型訪問看護ステーションの専門の研修を受けた看護師の配置)

- 令和4年度診療報酬改定において、機能強化型訪問看護管理療養費1から3は、専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましいこととして、要件を追加した。
- 機能強化型1のうち36.3%、機能強化型2のうち22.0%、機能強化型3のうち21.2%の訪問看護ステーションで専門の研修を受けた看護師が配置されている。

(専門看護師・認定看護師の訪問看護ステーションにおける在籍状況)(スライド29参照)

(特定行為研修修了者の就業状況)

- 令和4年「看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業」調査結果では、訪問看護ステーションへの就業者総数は246人(n=4653)で、5.3%であった(スライド30)。

(訪問看護ステーションの所属する特定行為研修修了者)

- 訪問看護ステーションにおける特定行為研修修了者の配置状況及び修了分野(スライド31)。

(特定行為研修修了者の活動の効果(利用者に対する効果))

- 利用者に対して特定行為を実施した効果について、管理者と研修修了者は共通して、「症状の緩和や改善につながった」、「利用者・家族等の負担が軽減し、QOL向上につながった」ことを多く挙げている。
- また、研修修了者は「利用者・家族等の安心感につながった」ことを最も多く挙げている。

(特定行為研修修了者の活動の効果(訪問看護ステーションに対する効果))

○ 訪問看護ステーションに研修修了者がいることによる効果としては、管理者と研修修了者ともに「修了者がコンサルテーションなどを行うことで、他の看護職員の知識・技術が向上した」、「ステーション全体として利用者の状態に合ったケアがより適切に提供されるようになった」ことを多く挙げている。

○ 訪問看護ステーションで特定行為を実践していることによる効果としては、同項目がより多く挙げられた。

4. 集合住宅等における効率的な訪問看護等について

(訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移)

○ 訪問看護ステーションの利用にかかる費用は、医療費及び介護給付費ともに増加しており、医療費の伸び率が大きい。

(訪問看護利用者の1月の請求額の分布)

○ 訪問看護療養費(医療保険)の1人当たり1月の請求額は3万円台が最も多く、平均は98,125円であった。

○ 請求額が60万円以上のものが、全体の約1%強であるが存在している。

(緊急訪問看護加算の算定要件等)

○ 緊急訪問看護加算は、利用者又はその家族等の求めに応じ、その主治医の指示に基づき緊急に訪問看護を実施した場合に算定できる。なお、利用者又は家族等の緊急の求め、主治医の指示内容等について、訪問看護記録への記録に関する規定はない。

○ 緊急訪問看護の利用者数、全利用者に占める算定割合は増加傾向である。

(緊急訪問看護加算の算定状況)

○ 訪問看護基本療養費の緊急訪問看護加算を1日以上算定している利用者の1月の算定日数は、月1日が最も多く、月平均は2.6日である。また、算定日数は1日から31日までばらつきがあり、当該加算を算定している利用者のうち、約1%が毎日算定している。

○ 月の算定日数が多い利用者は医療ニーズの高い利用者である別表第7、別表第8に該当する者が多い傾向にある。

(複数名訪問看護加算)

○ 別表第7の利用者等に対し、複数名で訪問看護を行った場合、複数名訪問看護加算を算定できる。

○ 複数名訪問看護加算を算定する利用者数及び全利用者に占める算定割合は増加傾向である。

(複数名訪問看護加算の算定状況)

○ 訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算を1日以上算定している利用者の1月の算定状況は、月1日が最も多く、月平均は8.8日である。また、算定日数は1日から31日までばらつきがあり、当該加算を算定している利用者のうち、約9.6%が毎日算定している。

(難病等複数回訪問加算・精神科複数回訪問加算)

○ 別表第7、別表第8、特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者、精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者に対し、必要に応じて1日に2回又は3回以上訪問看護を行った場合、難病等複数回訪問加算／精神科複数回訪問加算を算定できる。

○ 複数回訪問看護加算を算定する利用者は増加傾向である。

(難病等複数回訪問看護加算の算定状況)

○ 訪問看護基本療養費の難病等複数回訪問看護加算を1日以上算定している利用者の1月の算定状況は、月1日が最も多く、月平均は10.2日である。また、算定日数は1日から31日までばらつきがあり、当該加算を算定している利用者のうち、約12.6%が毎日算定している。

(同一建物居住者に対する訪問看護)

○ 同一日に同一建物に居住する3人以上の利用者に対して訪問看護を実施する場合は、同一日に2人以下のときよりも低い額を算定することとしている(訪問看護基本療養費(Ⅱ))。

(同一建物居住者への訪問看護の状況)

○ 同一建物居住者に対する訪問看護については、算定回数・算定割合ともに増加傾向。

(訪問看護における同一建物居住者等の考え方)

○ 介護保険は、訪問看護ステーションと同一建物、同一敷地内や隣接する敷地内の建物に居住する利用者等に対して訪問看護を提供する場合、訪問看護費から単位数が減算される。

○ 医療保険は、同一日に同一の建物に居住する3人以上に訪問看護を行う場合、訪問看護基本療養費(Ⅱ)等を算定することとしている。

5. 精神科訪問看護について

(精神科訪問看護の利用者の状況)

- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者は、30～50 歳代の利用者が約半数を占めている。
- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、最も多いのは統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害である。

(精神科訪問看護の実施回数の推移)

- 訪問看護ステーションが実施する訪問看護全体の実施回数は、令和3年から令和5年において約1.39倍であるが、精神科訪問看護基本療養費のみでは約1.58倍となっている。
- 病院からの訪問看護の実施回数のうち、64.6%が精神科病院からの精神科訪問看護・指導料である。

(全利用者に占める精神科訪問看護基本療養費の算定状況)

- 訪問看護ステーションの利用者数は、訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費ともに増加しており、全利用者のうち精神科訪問看護基本療養費を算定する者の割合が増加している。
- 訪問看護ステーションの全利用者に占める精神科訪問看護利用者の割合を見ると、機能強化型訪問看護ステーションの96.6%は20%未満であるのに対して、機能強化型以外の9.7%が80%以上であった。

(精神科訪問看護利用者のGAF尺度による評価の状況)

- 精神科訪問看護利用者のGAF尺度による判定は、60-51の利用者が最も多く、平均は55であった。
- 訪問看護ステーションの利用者に占める精神科訪問看護利用者割合が80%以上のステーションにおける精神科訪問看護利用者は、他と比してGAF尺度の判定が低い傾向であった。

(GAF尺度による判定が40以下の利用者の受入状況)

- 訪問看護ステーションの利用者に占める精神科訪問看護利用者割合が80%以上の訪問看護ステーションにおけるGAF尺度による判定が40以下の利用者の受入状況にはばらつきがあった。

(精神科訪問看護基本療養費の届出基準)

- 精神科訪問看護基本療養費の届出基準では、「次のいずれかに該当する者であり、該当者でなければ精神科訪問看護基本療養費は算定できない」として「令和2年3月31日までに(4)に掲げる研修を修了していた者については、(4)のクに掲げる内容を受講していなくても差し支えない。」としている。(4)のクは「GAF尺度による利用者の状態の評価方法」である。
→①(4)に該当する者として届出している者のうち、44.1%がクに関する研修を受講していた。②(1)～(3)に該当している者であっても一定数は「ク」に関する研修を受講していた。

(精神科訪問看護利用者割合別の加算の届出状況)

- 精神科訪問看護の利用者割合が高い訪問看護ステーションほど、24時間対応体制加算や特別管理加算の届出割合は低い傾向にあった。

(精神科訪問看護利用者割合別の医療ニーズが高い者の受入状況)

- 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護利用者割合別の看護職員等1人当たりの別表第7及び別表第8該当者の受入状況は、精神科訪問看護の利用者割合が高くなるほど低くなる傾向にある。

(精神科訪問看護の指示内容及び提供したケアの内容)

- 精神科訪問看護指示書における指示内容は、「生活リズムの確率」が74.5%、「薬物療法継続への援助」が71.9%、「対人関係の改善(家族含む)」が65.9%であった。
- 提供したケアの内容は、「精神症状の観察」が85.9%、「心理的支援」が69.5%、「服薬援助(点滴薬等を含む)」が48.7%であった。

(精神科訪問看護における提供したケアの内容(精神科訪問看護利用者割合別))

- 精神科訪問看護利用者割合が80%以上の事業所では、「精神症状の観察」、「心理的支援」、「家族への指導・支援」、「サービスの連絡調整」等の提供割合が高く、「服薬援助(点眼薬等を含む)」、「リハビリテーション」、「合併症ケア(肺炎予防等)」等の提供割合が低い傾向にあった。

(精神科訪問看護における提供したケアの内容(GAF尺度別))

- GAF 尺度が 40-0 の利用者に対しては、「家族への指導・支援」、「サービスの連絡調整」、「頻回の観察・アセスメント」等の提供割合が高く、「服薬援助（点眼薬等を含む）」、「リハビリテーション」等の提供割合が低い傾向にあった。

(身体合併症を有する精神科訪問看護利用者への対応可否)

- 身体合併症を有する精神科訪問看護の利用者への対応については、全利用者に占める精神科訪問看護の利用者割合が高いほど、対応可能な状態が少ない傾向にある。

6. 医療ニーズの高い利用者の退院支援について

(退院日当日の訪問看護)

- 退院日当日の療養上の退院支援指導の評価である退院支援指導加算を算定する利用者数は年々増加しており、退院支援指導加算を算定する利用者のうち、別表第 8 に掲げる者が最も増加傾向にある。

(退院日当日の訪問看護の状況)

- 医療機関を退院した利用者がある事業所のうち 66.6%が事業所が退院当日の訪問看護を提供していた。
- 退院当日に複数回訪問看護を行った理由は、「医療処置」、「急変・緊急対応」や「苦痛の緩和」が多かった。

7. 周産期及び乳幼児への訪問看護について

(ハイリスク妊産婦に対して求められる支援)

- 特定妊婦等の社会的ハイリスク妊産婦の数は年々増えている。また、入院医療関係者と地域医療・保健関係者や福祉関係者間で、妊娠中から産後までの切れ目のない支援体制の構築が進められているところ。
- これらのハイリスク妊産婦への出産後の訪問看護では、精神疾患へのケア以外にも、産後の身体状況の確認や出産に伴う身体的変化に対するセルフケアへの支援、家族への指導やケア、児童相談所や行政と連携した支援など、多岐にわたる看護を提供している実態がある。

(ハイリスク妊産婦連携指導料について)

- ハイリスク妊産婦連携指導料は、精神疾患を合併した妊産婦（ハイリスク妊産婦）に対して、産科、精神科及び自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う場合を評価している（※ただし必要に応じて参加する多職種に「訪問看護ステーションの看護師等の明記がない」と記載あり）。

(小児の訪問看護利用者の状況)

- 訪問看護を受ける小児（15歳未満）の利用者数は増加しており、近年の増加が著しい。
- 小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア（基準告示第 2 の 1）に該当する者の割合は、平成 23 年に比べて令和 5 年は約 2.1 倍である。

(小児の利用者における傷病名)

- 15 歳未満の小児の利用者は、「精神及び行動の障害」や「周産期に発生した病態」が主たる傷病名である利用者数及び利用者に占める割合が増加傾向にあり、「精神及び行動の障害」は顕著に増加している。
- 「先天奇形、変形、染色体異常」、「神経系の疾患」が主たる傷病名である利用者数は増加している一方で、利用者に占める割合は減少している。

(乳幼児に対する訪問看護の評価)

- 乳幼児に対する訪問看護は、乳幼児加算や機能強化型訪問看護管理療養費における実績要件等により評価している。
- 訪問看護を受ける乳幼児のうち、別表第 7、別表第 8、超重症児、準超重症児のいずれかに該当する乳幼児は 52.1%であり、別表第 8 該当が最も多い。

8. オンライン請求開始に伴う訪問看護療養費明細書等の対応について

- ※9/29 の社保審医療保険部会で提案・承認された、訪問看護のオンライン請求、オンライン資格確認義務化の資料添付。スケジュール案では、24 年 1 月末までに「準備・導入作業」、24 年 2 月～5 月末まで「接続・運用テスト」、24 年 6 月以降「オンライン請求、オンライン資格確認開始」とされており、24 年 10 月から義務化するとされている。

(訪問看護療養費明細書の傷病名の記載について)

- 訪問看護療養費明細書の「主たる傷病名」は、主治医が交付した訪問看護指示書に基づいて記載することとなっている。

○ オンライン請求開始後は、訪問看護療養費明細書の様式及び記載要領を変更し、「傷病名コード」で記録することになる予定。

9. 介護保険における訪問看護との制度上の差異について

(医療保険と介護保険の訪問看護ステーションの運営規程に係る取扱い)

○ 訪問看護ステーションの管理者に係る取扱いに差異が生じており、医療保険の訪問看護ステーションにおける運営規程では、「虐待の防止のための措置に関する事項」を定める義務はない。

(医療保険と介護保険の訪問看護ステーションの管理者に係る取扱い)

○ 訪問看護ステーションの管理者に係る取扱いに差異が生じており、医療保険の訪問看護ステーションの管理者については、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理することは認められない。

<議論>

24 時間対応体制の確保について—大規模化が課題に

長島委員は、「電話を受ける職員を看護職員以外でも良いとするのは現実的な対応である」、一方「同事業所以外に外注する等は、迅速なサービス提供や適切な対応を担保する観点からも望ましくない」とオンコール体制を疑問視。一方松本委員は規模が大きくなるほど 24 時間対応体制型の届け出が多くなっているとして、「訪問看護ステーションの大規模化を推進し、24 時間体制ができるようにしていくことが最も重要」、「患者や家族への事前説明により、緊急性の乏しい電話相談を減らし、限られた医療資源を有効活用する観点から、負担軽減の取り組みを ICT の活用も図りながら積極的に進めるべき」と述べた。

木澤晃代専門委員（日本看護協会常任理事）は、相談内容のうち 35.6%を訪問に関する確認や調整が占めており、必ずしも当初から看護師が対応しなくてもよい場合もあるとして、「いつでも看護師が対応可能な体制を構築した上で、24 時間対応体制加算に係る連絡体制のあり方を検討すべき」とした。

機能強化型訪問看護ステーションについて—専門の研修を受けた看護師配置が課題

長島委員は、「機能強化型 1 の訪問看護ステーションでも、専門の研修を受けた看護師の配置が 36.3%という状況」として、「もう少し状況を見守る必要もあるのではないか」とした。また、特定行為研修修了看護師を配置する際には、「訪問診療を実施している主治医と適切に連携することをしっかりと担保することが重要」、「DtpwithN など ICT を用いて状況が変わった際には、必ず医師と連携する体制を強固にしていくことが重要」と述べた。江澤委員は、専門の研修を受けた看護師の配置について、研修は長時間かかるヘビーなものだとし、機能強化型といっても看護師配置人数は決して潤沢ではないため、その点も踏まえた慎重な検討を求めた。

池端委員は、特定看護師の配置により実績が上がっている事例は把握しているが、在宅での活躍の場となると、「そこに対する手順書等の包括的指示を出すかかりつけ医との関係について、まだ先生方の理解が進まず難しいこともあると聞いている」として、丁寧な説明としっかりとした連携の構築を訴えた。

松本委員は、「がん患者の割合が増加していることを踏まえ、専門性の高い看護師の配置要件については、努力義務ではなく義務化することも一方では考えられるのではないか」と検討を求めた。

集合住宅等における効率的な訪問看護等について

診療側—まずは行政指導等の検討を、支払側—介護保険の取扱いにそろえるべき

長島委員は、集合住宅等における効率的な訪問看護が問題視されているが、「問題なのは明らかに高い、ごくわずかな事業所」とし、「いわゆる外れ値に対しては、審査において対応するのがセオリー」として、現状対応されていないのはなぜかを明らかにするべきとした。一方で、算定日数が多い利用者は、別表七、八に該当する医療ニーズが高いものであることも示されており、高額となることに一定の理由がある難病患者等がいることも示されているため、「単に高額に着目するのではなく、他にどのような対応が可能なのか、もう少し丁寧に検討する必要がある」と述べた。江澤委員は、訪問看護サービスの提供の質が重要であり、質を考慮しない適正化は慎むべきだと批判、長島委員同様、問題事例はまず行政指導等の検討が先決だとけん制した。

佐保委員は、「資料では請求額について 60 万円以上が全体の約 1%強、最大値が 116 万 2640

円となっている」、「緊急訪問看護加算の算定状況では約 1%が毎日算定している」として、「1ヶ月間毎日算定して、緊急訪問なのかと普通に考えると疑問がある」として詳しい分析を要望した。松本委員も同様に分析を求めるとともに、場合によっては適正化する必要があるとし、効率的な訪問看護の評価について、介護保険の方が現実に即していると思うとして「医療保険の取扱いを介護保険に揃えるべき」と述べた。

精神科訪問看護について－要件強化の方向か

長島委員は、GAF 尺度による患者割合や身体合併症への対応、24 時間対応体制加算の算定等に基づき整理することも考えられるとしたが、「どのような評価軸が適切と言えるのかは、例えば不自然に特定の患者像だけを取り扱っている場合がないかなど、実際の地域にとっての役割が果たされているのかという視点も踏まえつつ検討すべき」と述べた。

佐保委員は、「ケアの内容に応じてメリハリをつけることも検討してもよいのでは」と述べた。松本委員は、複数回訪問加算の利用者の急増など実態を踏まえて検討が必要とし「GAF 尺度による患者状態に応じた評価や、精神科訪問看護が多いステーションのあり方については重要な課題だ」と述べた。

医療ニーズの高い利用者の退院支援について

長島委員は、「退院できた患者に対し、複数回、長時間に及ぶ訪問看護が本当に必要なのか、慎重に検討すべき」として、データの提出を求めた。池端委員は、医療ニーズの高い利用者の退院日は「本当に一番大きなハードルがある」として、そこでの連携体制の重要性を訴えた。松本委員は「必ずしも必要性が高くない病状観察もある」とし、複数回訪問の条件をもう少し整理することも考えられるとして、分析と資料提供を求めた。

周産期及び乳幼児への訪問看護について

長島委員は、市町村事業とのすみ分けに関する情報が不足しているとして、サービスが重複しているという指摘に対して、「医療の提供が必要なケースと、例えば産後ケア事業との役割分担等を意識しながら、評価のあり方を検討することも考えられる」とした。松本委員は、長島委員の意見に賛同するとともに、乳幼児への訪問看護については「機能強化型訪問看護管理療養費の実績要件を見直し、機能強化型ステーションで重点的に対応する方向での検討も考えられる」と述べた。

改定時期について

江澤委員は、診療報酬が6月実施であることを踏まえ、訪問看護は医療と介護の両保険からのサービス提供となっており、現場に支障のないよう介護も6月実施とすべきと訴えた。

配布された資料は、下記の厚生労働省 HP で公開されています。

■第 560 回総会 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00219.html

<会内使用以外の無断転載禁止>