

令和5年6月15日

厚生労働省 老健局
局長 大西 証史 殿

一般社団法人 全国訪問看護事業協会
会長 中島 正治



令和6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・多死社会の到来を迎え、国民の安全・安心な在宅療養環境を継続して確保するため、訪問看護サービスの機能拡充と基盤強化が更に求められています。

また、COVID-19の感染拡大に対応するため、多くの訪問看護事業所においても、業務量が増え日々の運営に支障をきたしてきました。そのような中でも、退院後の円滑な在宅移行、中重度者や医療的ケア児の在宅療養の継続、在宅看取りを支えるため、訪問看護師は自覚をもって、良質なサービスを提供できるよう努力しています。また今後も訪問看護サービスを適時適切に提供するためには、その仕組みの整備が喫緊の課題であると考えます。

「地域包括ケアシステム」の担い手として、訪問看護師が、多職種と連携しつつ十分に役割を発揮し、すべての国民が生活の場で安心して療養が継続できるよう、次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。

令和6年度介護報酬改定に関する重点要望事項

1. 中重度者の在宅療養を支える訪問看護の提供体制の拡充のため、特別訪問看護指示書、特別管理加算、緊急訪問時の加算の算定要件の見直しを図りたい

- (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すること
- (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含めること
- (3) 緊急訪問時の夜間・早朝加算、深夜加算について、「1月以内の2回目以降」の要件を撤廃し、訪問の都度算定できるようにすること

2. 診療報酬との差異を解消されたい

- (1) 入院・入所時の医療機関等への情報提供を評価すること
- (2) 緊急時訪問看護加算を診療報酬の24時間対応体制加算と同様に評価すること
- (3) ターミナルケア加算の報酬額を医療保険の報酬額と同様に評価すること

3. 訪問看護の安定的な提供体制整備のため、電話等による病状確認や療養指導等の報酬を新設されたい

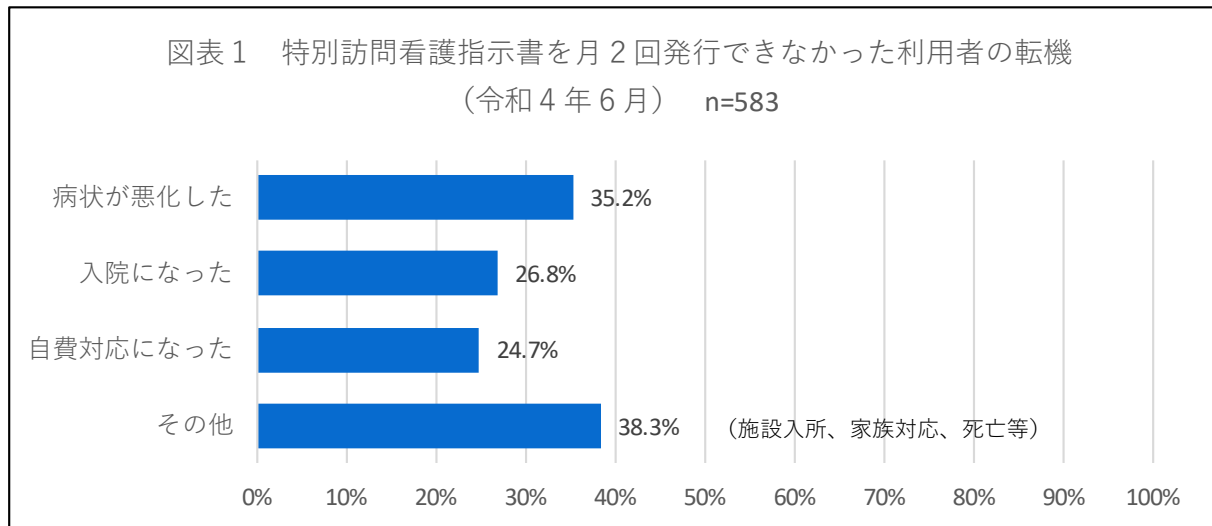
- (1) 看護職員が電話等により本人の病状確認や療養指導等を実施した場合の臨時的取り扱いの恒常化と適応範囲を拡大すること

1. 中重度者の在宅療養を支える訪問看護の提供体制の拡充のため、特別訪問看護指示書、特別管理加算、緊急訪問時の加算の算定要件の見直しを図りたい

(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すること

【説明】

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回まで交付可能であり、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。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^{*1}では「ある」が42.2%であったが、令和3年6月の調査^{*2}では53.7%に増加していた。また、令和4年10月の調査^{*3}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回発行できず対応に困った利用者の有無について「いた」事業所が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%であった(図表1)。その背景には、医療ニーズの高い在宅療養者が増加していることが考えられる。



神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会要望書(令和5年2月)^{*4}では、令和4年4月～8月の5か月間に特別訪問看護指示書が月1回しか交付されずに困った事業所が42%で、利用者の状態は、「スキンケア・熱傷・難治性潰瘍などの創処置が必要な方」が66%で、「がん以外の末期(老衰・呼吸不全・心不全・腎不全等)の方」が58%と報告されている。1ヶ月に2回まで特別訪問看護指示書が交付されないことにより、以下のような利用者は、住み慣れた場所での療養生活の継続が困難になる可能性がある。

①がん以外の終末期

当協会が行った令和3年6月の調査^{*2}(全体数1,409カ所)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発行された利用者がある事業所は、56.9%(802カ所)であった。また、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%(1,005カ所)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。そのため、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。

また、神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会要望書（令和5年2月）*4では、がん以外の末期の方へは「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とし、月1回の特別訪問看護指示書による14日間の訪問終了後に支給限度基準額内に収めるために訪問頻度を減らさざるを得なかった場合「入院の希望があった、又は利用者本人・家族・関係機関の不安が強くなった」という回答が最も多かった。

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。

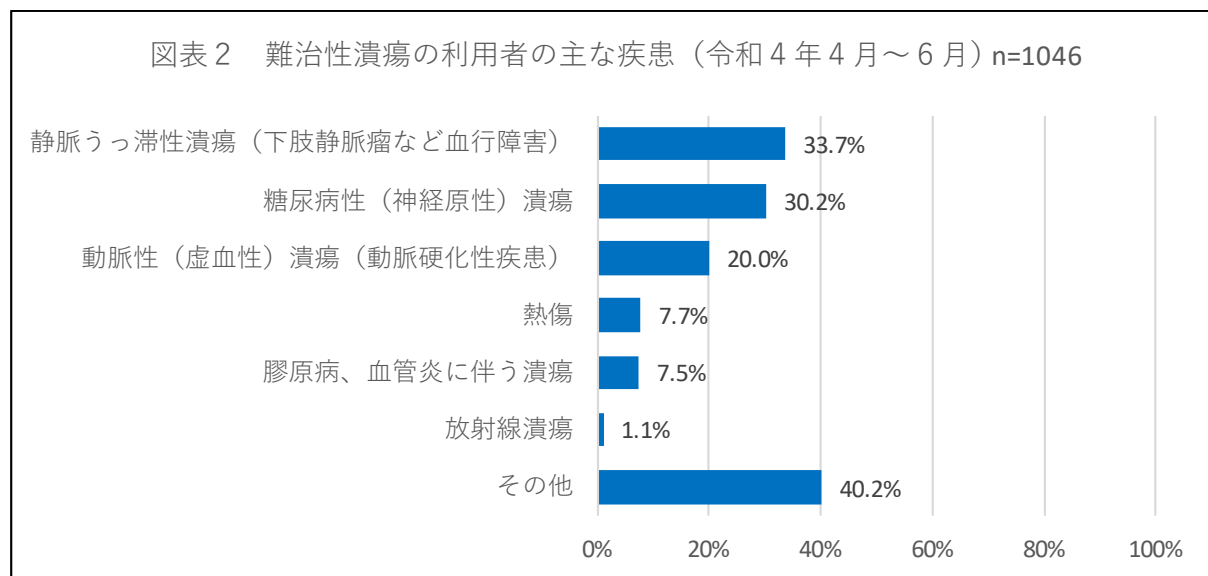
②難治性潰瘍

協会が行った令和4年10月の調査*3(全体数3,161カ所)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%(介護保険23.6%、745カ所)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。また、1週間のうち週7回訪問している事業所が23.4%で最も多かった。

また、難治性潰瘍の利用者の主な疾患は、「静脈うっ滞性潰瘍（下肢静脈瘤など血行障害）」が33.7%と最も多く、「糖尿病性（神経原性）潰瘍」が30.2%、「動脈性（虚血性）潰瘍（動脈硬化性疾患）」が20.0%、「熱傷」が7.7%、「膠原病、血管炎に伴う潰瘍」が7.5%、「放射線潰瘍」が1.1%であった（図表2）。

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なくなって悪化したり、入院したりする利用者がある。また、自費による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、主治医が頻回な処置をするために訪問が必要と判断した場合、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ていきたい。



(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含めること

【説明】

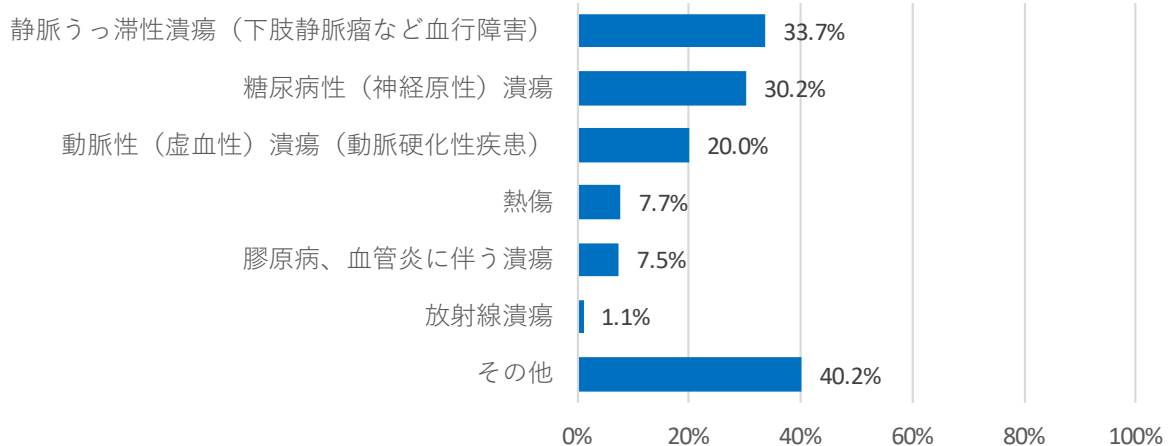
特別管理加算の算定可能な利用者（別に厚生労働省が定める状態）には、「真皮を越える褥瘡の状態にある者」が含まれているが、糖尿病や膠原病、放射線照射、下肢の血行障害等に起因する難治性潰瘍は、「真皮を越える褥瘡」と同様、頻繁に訪問看護を提供しながら感染予防や治癒にむけた管理を行っている。

当協会が行った令和4年10月の調査^{*3}(全体数 3,161 カ所)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%(介護保険 23.6%、745 事業所)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。また、1週間のうち週7回訪問している事業所が 23.4%で最も多かった。

また、難治性潰瘍の利用者の主な疾患は、「静脈うっ滞性潰瘍（下肢静脈瘤など血行障害）」が 33.7%と最も多く、「糖尿病性（神経原性）潰瘍」が 30.2%、「動脈性（虚血性）潰瘍（動脈硬化性疾患）」が 20.0%、「熱傷」が 7.7%、「膠原病、血管炎に伴う潰瘍」が 7.5%、「放射線潰瘍」が 1.1%であった（図表2）。

再掲

図表2 難治性潰瘍の利用者の主な疾患（令和4年4月～6月）n=1046



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、および日常生活上の指導などを計画的に行っている。また、日本褥瘡学会は、難治性潰瘍の創評価に DESIGN(経過評価用)を使用できるとしているが、「訪問看護指示書：褥瘡の深さ」の評価をもって難治性潰瘍の管理を主治医と連携できると考える。

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）として算定可能にしていきたい。

(3) 緊急訪問時の夜間・早朝加算、深夜加算について、「1月以内の2回目以降」の要件を撤廃し、訪問の都度算定できるようにすること

【説明】

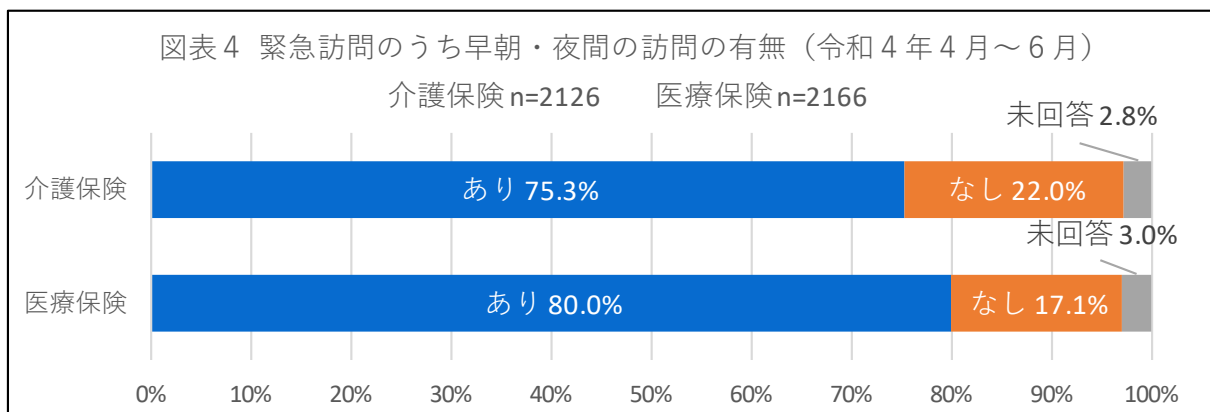
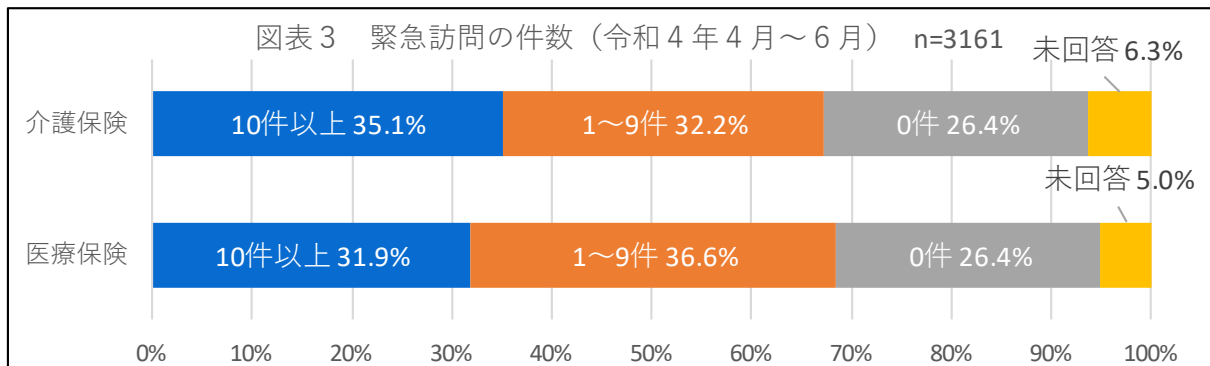
緊急時訪問看護加算は、利用者又は家族から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にある事業所が、利用者の同意を得て算定することができる。

当協会が実施した令和4年10月の調査^{*3}(全体数3,161カ所)では、介護保険の緊急時訪問のあった事業所は67.3%(2,126カ所)で、令和4年4月～6月の3か月間の介護保険利用者への緊急訪問の件数は、「10件以上」35.1%、「1～9件」32.2%であった(図表3)。また、介護保険の利用者への緊急訪問のうち早朝・夜間の訪問は「あり」が75.3%で(図表4)、深夜の訪問件数は「あり」が49.1%であった(図表5)。

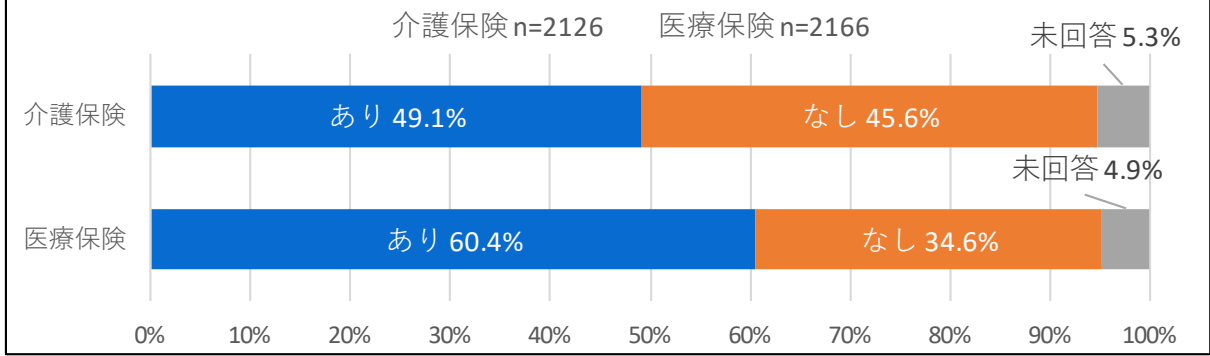
介護保険の利用者に対する緊急訪問の件数や緊急訪問のうち早朝・夜間、深夜の訪問に関する回数は、医療保険の利用者に対するものとそれほど大差はない。しかし、緊急訪問のうち初回の訪問ため、早朝・夜間、深夜加算が算定できなかったと回答した事業所は45.3%(963事業所)で半数近くに及ぶ(図表6)。

また、神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会要望書(令和5年2月)^{*4}の調査では、利用者への緊急訪問の理由として「体調の変化」「死後の処置」「痰の吸引、点滴、創処置等」「転倒、転落」が挙げられており、重度の利用者の悪化や急変は時間を問わず発生する。

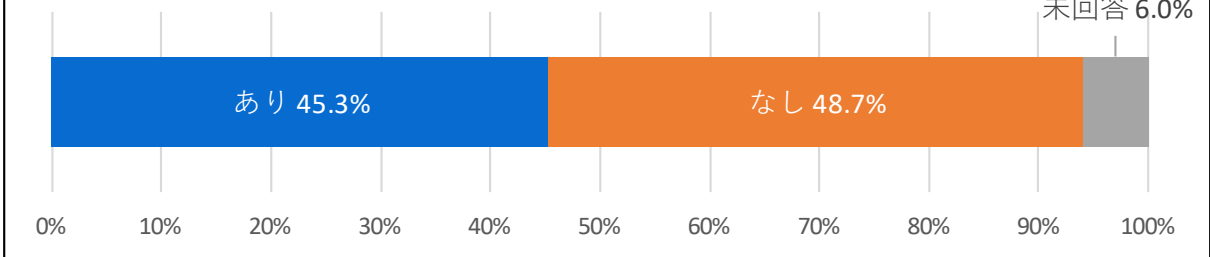
以上のことから、日中や夜間に関わらず、様々なケースに適切な看護を提供できるよう、医療保険と同様に、介護保険における緊急訪問時の夜間・早朝加算、深夜加算について、「1月以内の2回目以降」の要件を撤廃し、訪問の都度算定できるようにしていただきたい。



図表5 緊急訪問のうち深夜の訪問の有無（令和4年4月～6月）



図表6 緊急訪問のうち早朝・夜間、深夜加算が算定できなかった有無
（令和4年4月～6月） 介護保険 n=2126



2. 診療報酬との差異を解消されたい

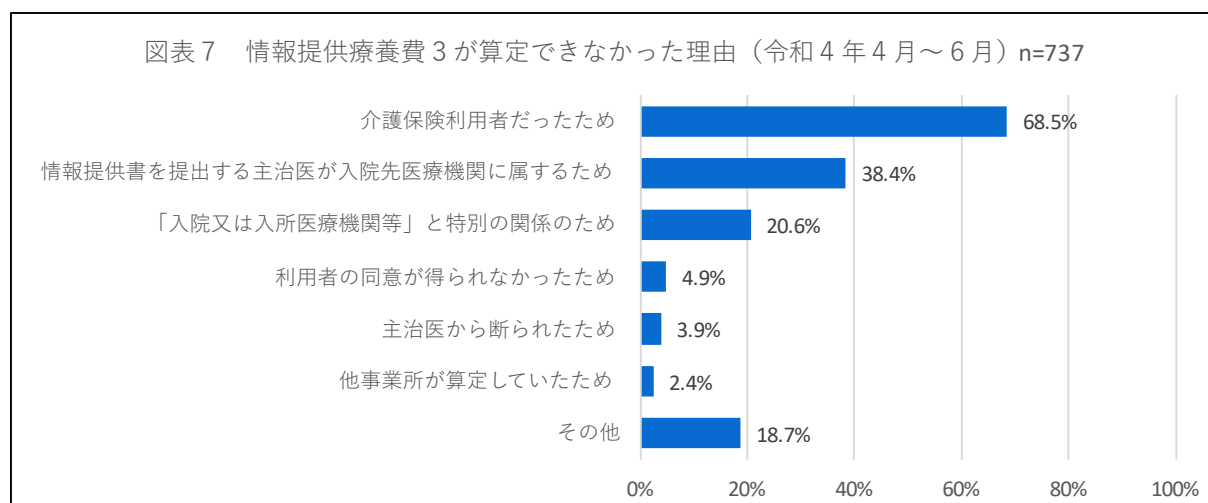
(1) 入院・入所時の医療機関等への情報提供を評価すること

【説明】

令和元年度の調査^{※5}において介護保険の利用者が入院した場合に医療機関へ訪問看護サマリーを作成して情報提供した訪問看護ステーションは60.3%であった。医療機関からの情報提供の依頼内容としては、「訪問看護サマリー」「リハサマリー」「創・褥瘡・皮膚病変の画像」「在宅医療介護連携シート」などであり、「看看連携」「医療処置」「入院生活がスムーズに送れるように」「在宅での看護が継続されること」「退院時に向けて」などに活用しているとの回答が得られている。

また、令和2年度老人保健健康増進等事業「要介護高齢者等に対する看護介入による効果検証事業」^{※6}において、訪問看護事業所利用者と居宅介護支援事業所利用者を対象とした訪問看護サービスの利用の有無で比較した調査で、訪問看護利用者の入院日数は42.7日であり、非利用者群の57.7日に比べて有意に短かった（P9 参考資料1）。入院期間の短縮は、訪問看護サービスの効果と考えられる。在宅において療養生活を送っている利用者の入院に関して、訪問看護事業所から切れ目のない支援と継続した看護の実施を推進することを目的に「疾病を有しながら生活する療養者および家族介護者の包括的情報（訪問看護サマリー）」を提供することで、入院前の在宅におけるACP内容を病院に引き継ぐ等により、効果的・効率的な退院調整を可能にし、入院期間短縮により療養者の入院に伴う心身の機能低下予防や療養者及び家族のQOL向上につながることは、介護保険の利用者も同様である。

診療報酬においては、平成30年度より主治医を通して、保険医療機関等に入院する利用者について、訪問看護に係る情報を提供した場合、情報提供療養費3を算定することができるようになった。当協会が行った令和4年10月の調査^{※3}(全体数3,161カ所)では、令和4年4月～6月の3か月に訪問看護情報提供療養費3を算定した事業所は14.9%であった。また、看護サマリー等を病院に提出したにもかかわらず（医療保険・介護保険合わせて）訪問看護情報提供療養費3が算定できなかった利用者がある事業所は23.3%(737カ所)であり、その理由は、「介護保険利用者だったため」が68.5%(505カ所)で最も多く（図表7）、保険の種別に関係なく、医療機関等に看護サマリーを提出して情報提供を行っている。



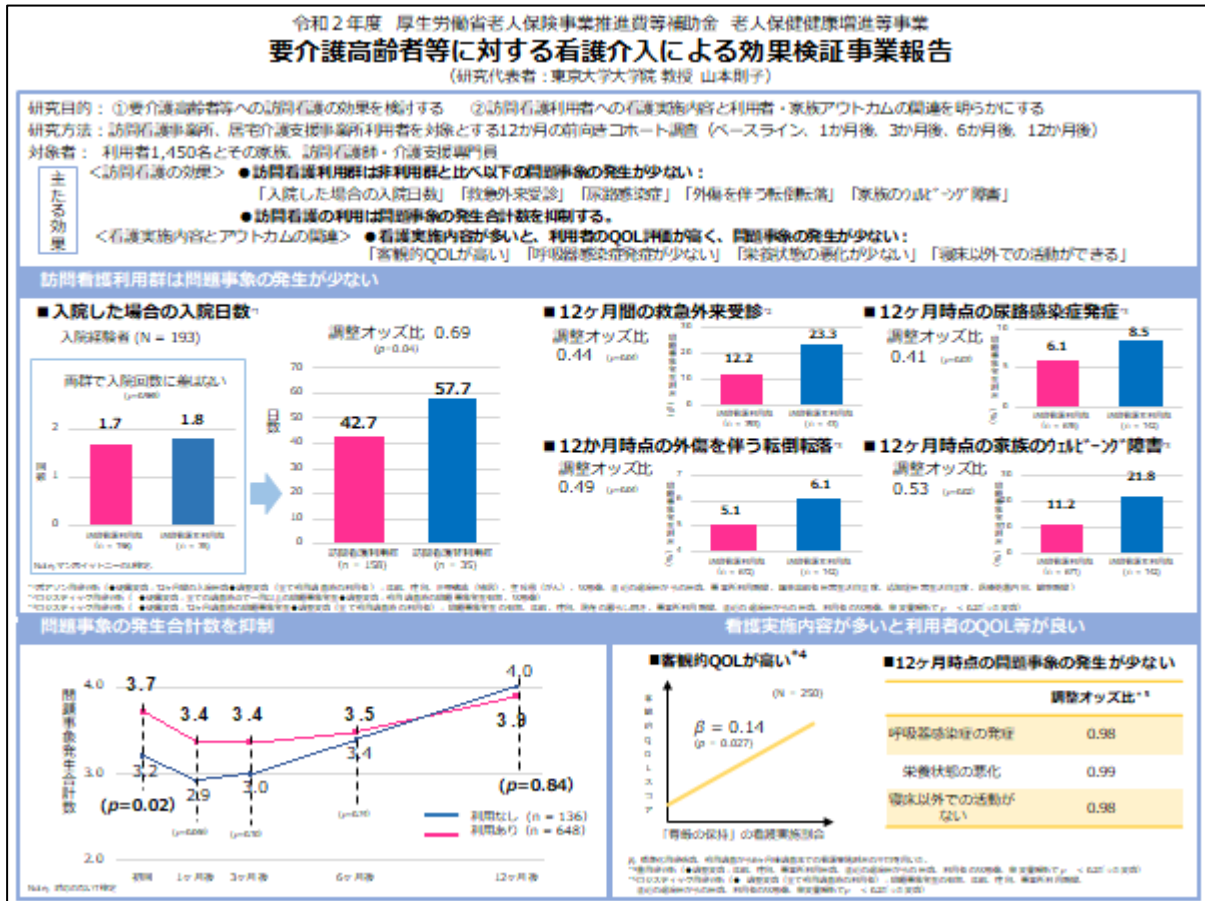
医療機関等は、医療機関等からの退院時、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合「退院調整加算」が算定できる。また、介護支援専門員が入院時に病院に利用者情報を提供すると「入院情報連携加算」を算定できるが、併せて、看護の視点で書かれた訪問看護サマリーを提供することで、より具体的な療養情報や入院中及び退院に向けての生活情報を補完すること

が可能である。

介護保険の利用者であっても、退院を目的とした外泊の場合は、在宅における療養生活を円滑に開始するために訪問看護基本療養費Ⅲを算定することができる。同様の理由で入院時にも、円滑な入院から退院までを見越した包括的情報提供を行う場合には、介護保険の利用者であっても情報提供療養費Ⅲの算定を可能にしていきたい。

重度高齢化する在宅環境において、利用者に切れ目のない支援を行うため、入院・入所する際に医療機関・入所施設に対し訪問看護事業所が情報提供を行った場合の取り組みについても評価するよう要望する。

<参考資料1>



(2) 緊急時訪問看護加算を診療報酬の24時間対応体制加算と同様に評価すること

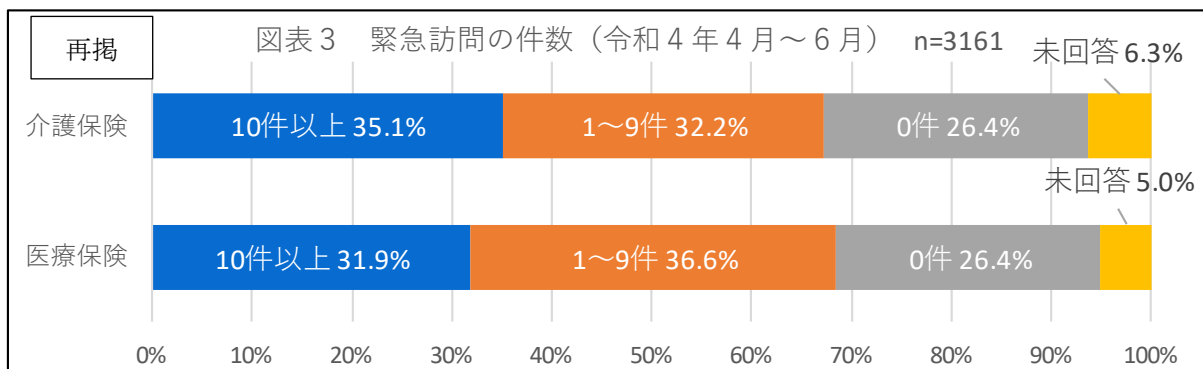
【説明】

利用者や家族等から看護に関する意見を求められた場合に常時対応でき、必要に応じて緊急訪問を行う事ができる体制にある訪問看護ステーションは、24時間安心できる療養生活を支えるため、利用者の同意を得て当該加算を算定している。

当協会が実施した令和4年10月の調査^{※3}では、介護保険の緊急時訪問看護加算を届出している事業所は85.5%で、令和4年4月～6月の3か月間の介護保険利用者への緊急訪問の件数は、「10件以上」35.1%、「1～9件」32.2%で、医療保険利用者への緊急訪問の件数「10件以上」31.9%、「1～9件」36.6%と大差はないが（図表3）、中央値は介護保険10件で医療保険8件よりも高かった。

また、神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会要望書（令和5年2月）^{※4}の調査では、利用者への緊急訪問の理由として「体調の変化」「死後の処置」「痰の吸引、点滴、創処置等」「転倒、転落」が挙げられており、重度の利用者の悪化や急変は時間を問わず発生する。

報酬体系を介護保険と医療保険にまたがって算定している訪問看護事業所では、同じ体制を整えていても医療保険における24時間対応体制加算の報酬額と、介護保険における緊急時訪問看護加算の報酬額に差が生じている。医療ニーズの必要な利用者が介護保険においても増えてきている今般、同様な体制には同様な評価をしていただき、医療保険と介護保険の差異をなくしていただきたい。



(現行)

医療保険（24時間対応体制加算）6,400円

介護保険 574単位

(3) ターミナルケア加算の報酬額を医療保険の報酬額と同様に評価すること

【説明】

介護給付費実態調査（各年4月審査分 特別集計）、保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計）※7では、「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ケア療養費はともに増加傾向であり、令和3年度は特に増加した」というデータが示された（参考資料2）。特に、コロナ禍においては、医療機関では面会の制限があるため、最期の時を家族と過ごそうと在宅に帰る選択をされる方々が多くいた。コロナ禍においても変わらず、あるいはコロナ禍以前にも増して訪問看護事業所が在宅における終末期の看護を提供できたことは、普段より保険種別に関係なく終末期を支える体制が整えられていたからである。

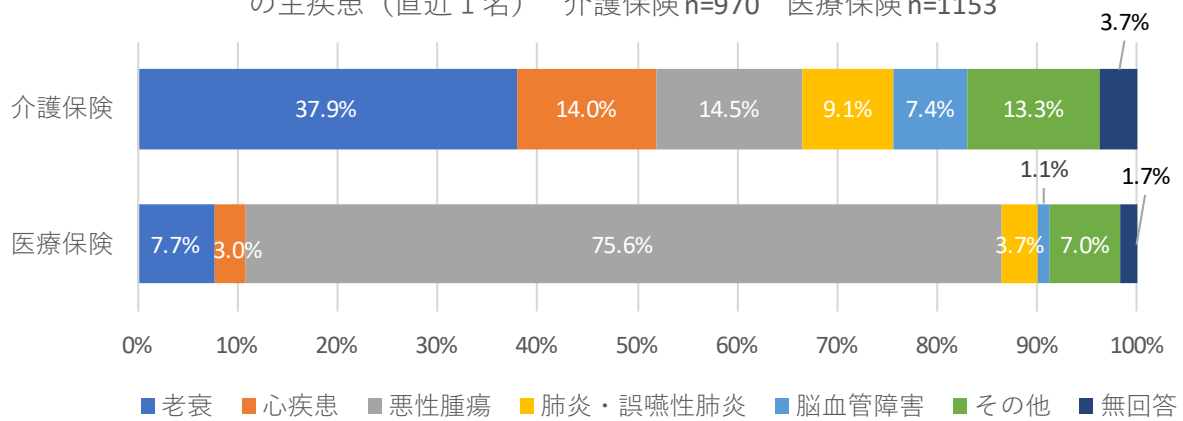
<参考資料2>



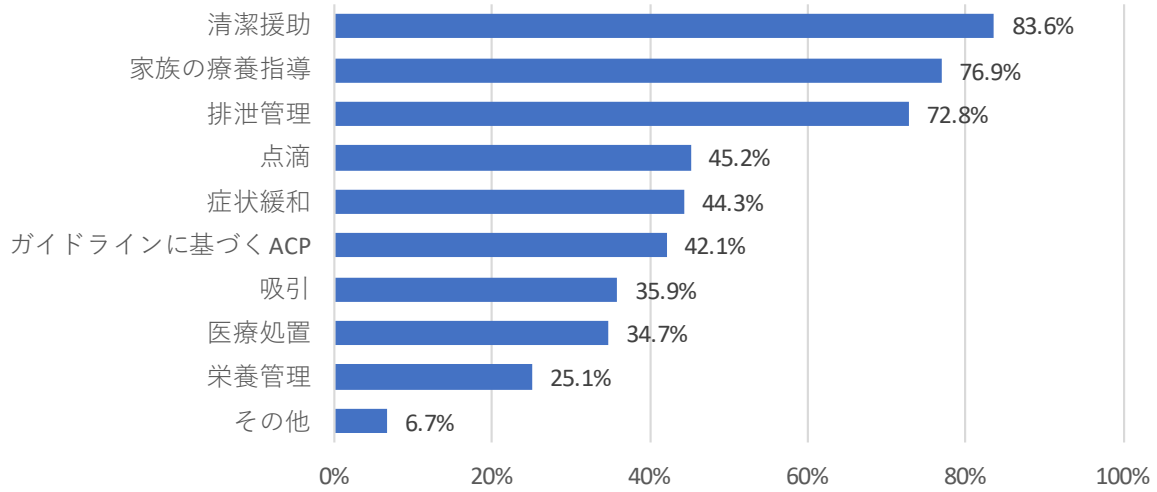
当協会が実施した令和4年9月の調査※8では、令和4年8月までにターミナルケア加算とターミナルケア療養費を算定した直近の利用者1名に対する状況を調査したところ、死亡前14日間に訪問した1事業所当たりの平均日数は「介護保険」7.5日、「医療保険」8.9日であり、訪問1回あたりの所要時間は、「介護保険」「医療保険」とともに30分～60分未満が最も多かった。また、主疾患には違いがあるものの（図表8）、死亡前14日で実施したケアは「清潔援助（介護83.6%、医療81.9%）」「家族の療養指導（介護76.9%、医療72.4%）」「排泄管理（介護72.8%、医療70.0%）」と、上位3つのケアは「介護保険」「医療保険」とともに同じであった（図表9、10）。

以上のことから、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ことが言える。しかし、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には差が生じている。ガイドラインに基づくACPを進めながら、安心して穏やかに最期を迎えるために必須といえる訪問看護について、ターミナルケアを同様に評価し、医療保険と介護保険の差異をなくしていただきたい。

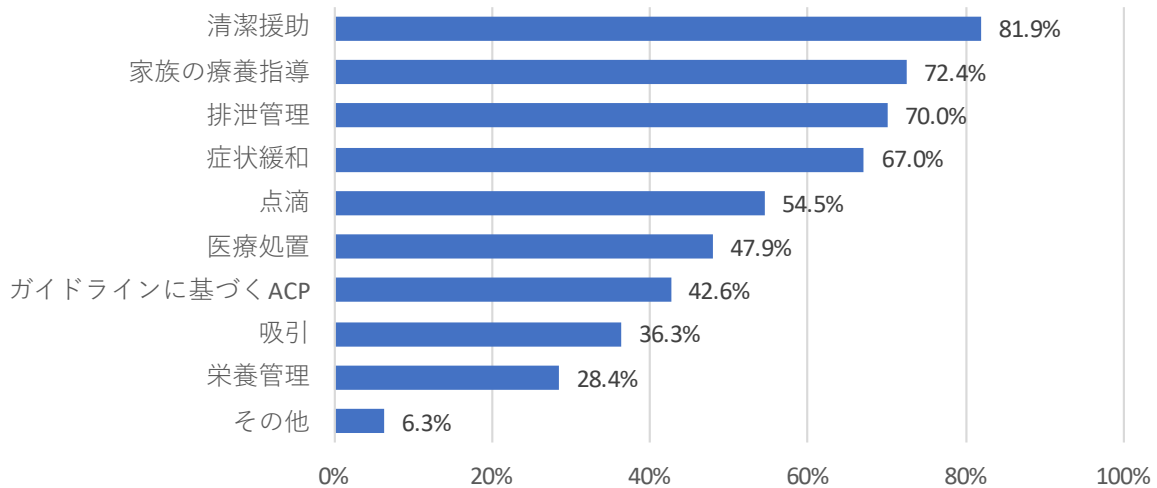
図表8 死亡前14日間にターミナルケア加算or療養費を算定した利用者の主疾患（直近1名） 介護保険 n=970 医療保険 n=1153



図表9 死亡前14日間で実施したケア（介護保険） n=970



図表10 死亡前14日間で実施したケア（医療保険） n=1153



(現行)

医療保険（訪問看護ターミナルケア療養費1）25,000円

介護保険 2,000単位

3. 訪問看護の安定的な提供体制整備のため、電話等による病状確認や療養指導等の報酬を新設されたい

(1) 看護職員が電話等により本人の病状確認や療養指導等を実施した場合の臨時的取り扱いの恒常化と適応範囲を拡大すること

【説明】

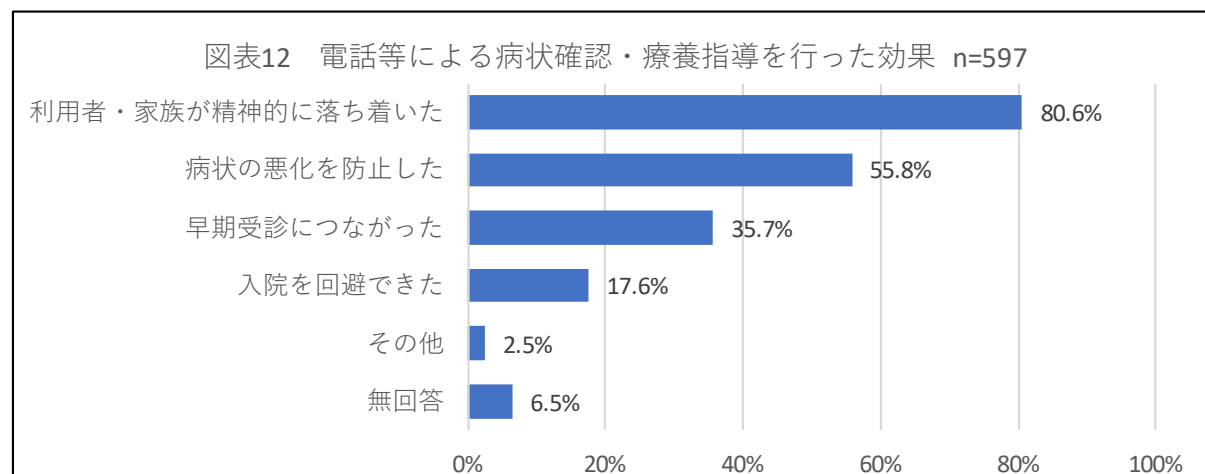
訪問看護は、原則的には、利用者宅などを訪問し看護を提供するものである。しかし、コロナ禍において、感染を懸念した利用者等からの要望等により、看護職員が電話等で病状確認や療養指導等を行った場合、20分未満の訪問看護費を週1回に限り算定可能^{※9}になった。当協会が行った令和4年9月の調査^{※8}では、令和2年4月24日発出の臨時的取り扱い（感染を懸念した利用者等からの要望により実施）を算定した事業所は8.0%であり、31.5%の事業所が恒常化すべきと回答している。

当協会が行った令和3年6月の調査^{※2}では、電話等を利用した病状確認・療養指導を約50%の事業所が実施していたが、令和4年9月の調査^{※8}では、医療保険の対象者に実施した事業所が66.3%、介護保険の対象者に実施した事業所が59.2%と増加している。また、電話等による病状確認・療養指導を行った利用者数、利用者1名あたりの月平均回数、緊急対応のために行った利用者等1人あたりの月平均回数、1回の平均時間、用いている通信手段・機器については、図表11の通りであった。

図表11 電話等による病状確認・療養指導を行った事業所・利用者への提供状況（令和4年6月～8月） n=2271

調査項目	調査結果
① 事業所	医療保険66.3%、介護保険59.2%
② 利用者数	「1～5人」が最も多い（医療保険63.0%、介護保険56.6%）
③ ②のうち、利用者1人あたりの月平均回数	「1～5回」が最も多い（医療保険74.6%、介護保険76.1%）
④ ③のうち緊急対応のために行った回数	「1～5回」が最も多い（医療保険74.6%、介護保険76.2%）
⑤ 1回の平均時間	医療保険「5～10分」が38.1%、介護保険「5分未満」が36.0%と最も多い
⑥ 用いている通信手段・機器	「電話（音声のみ）」が94.0%と最も多く、「SNS」や「電子メール」も1割以上

また、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（図表12）、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を行った効果であると考えられる。

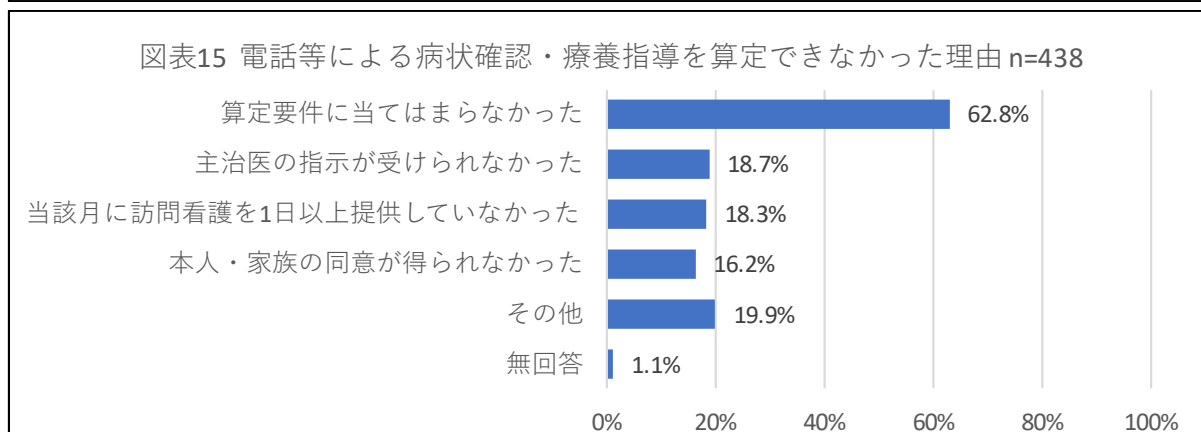
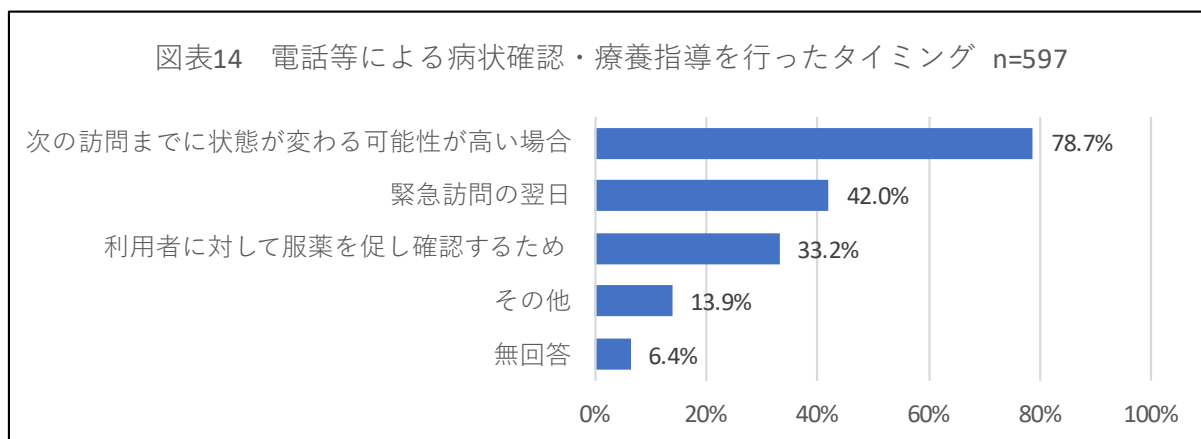
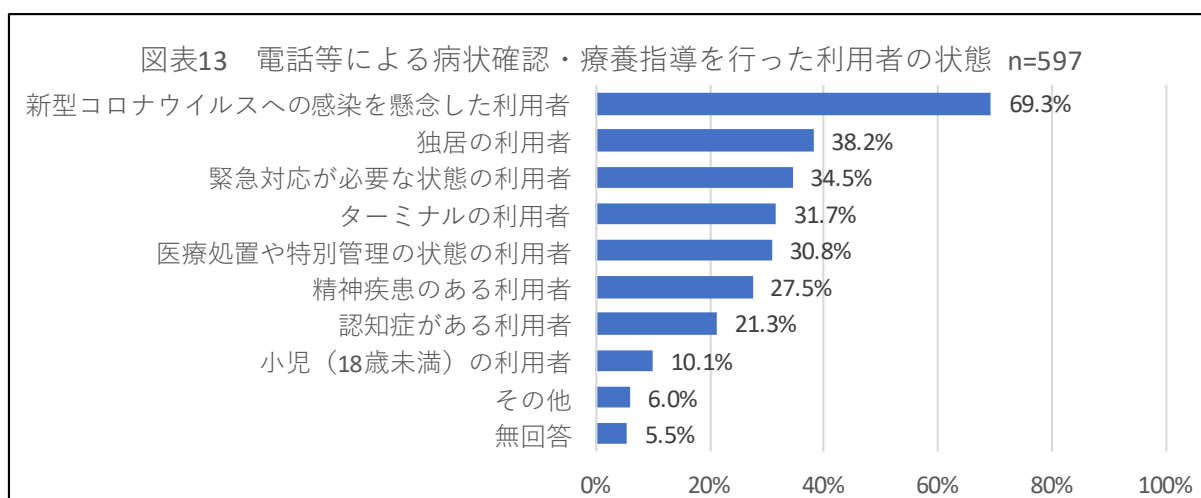


一方、電話等による病状確認・療養指導を行った利用者の状態は、「新型コロナウイルスへの感染を懸念した利用者」が69.3%と最も多いが、その他にも「独居の利用者」「緊急対応が必要な状態の利用者」「ターミナルの利用者」「医療処置や特別管理加算の状態の利用者」「精神疾患のある利用者」「認知症がある利用者」「小児（18歳未満）の利用者」などにも実施している

（図表13）。また、電話等による病状確認・療養指導を行うタイミングは、「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」である（図表14）。このように、多種多様な状態の利用者に、必要なタイミングで電話等を行うことで、図表12に示すような利用者への効果につながっていると考えられる。

しかし、電話等による病状確認・療養指導を算定できなかった利用者がいた事業所は73.4%で、その理由は「算定要件に当てはまらなかった」が62.8%と最も多かった（図表15）。

以上のことから、臨時的取り扱いの恒常化と共に、適用範囲を拡大し、上記のようなケースにおいて、「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を実施した場合」の評価をしていただきたい。



【参考文献】

- ※1 一般社団法人全国訪問看護事業協会. 平成 26 年度報酬改定に向けたアンケート〔結果〕平成 25 年 10 月
- ※2 一般社団法人全国訪問看護事業協会. 令和 4 年度診療報酬改定要望書作成の資料となる調査 令和 3 年 6 月
- ※3 一般社団法人全国訪問看護事業協会. 令和 6 年度介護報酬・報酬改定に関するアンケート調査結果 令和 4 年 10 月
- ※4 神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会. 令和 6 年度診療報酬に関する要望書 令和 5 年 2 月
- ※5 令和元年度厚生労働省委託事業平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査「訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービス提供の在り方に関する調査研究事業」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング
- ※6 令和 2 年度老人保健健康増進等事業「要介護高齢者等に対する看護介入による効果検証事業」(研究代表者：東京大学大学院教授山本則子)
- ※7 介護給付費実態調査(各年 4 月審査分 特別集計)、保険局医療課調べ(各年 6 月審査分より推計)
- ※8 厚生労働省「令和 4 年度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結果報告書 令和 4 年 9 月
- ※9 厚生労働省保険局医療課. 事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その 14)」