

令和5年 6月15日

厚生労働省 保険局
局長 伊原 和人 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年度診療報酬改定に関する重点要望事項

1. 医療機関等と訪問看護事業所の連携による、在宅療養者を支援する切れ目のない体制作りを評価されたい

- (1) 退院日の訪問について、訪問回数・訪問時間帯に対する評価をすること

2. 医療ニーズの高い療養者が、本人の望む場所での療養生活が継続できるよう、特別訪問看護指示書、特別管理加算、長時間訪問看護加算の算定要件を緩和されたい

- (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状態（別表第8）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) 長時間訪問看護加算の制限を緩和し、特別管理の状態の者および特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者についても週3回算定可能とすること

3. 訪問看護情報提供療養費の算定要件の見直しを図られたい

- (1) 訪問看護情報提供療養費1を算定する対象者について、以下の者を追加すること
 - ①独居、身寄りのない者（急変時や死亡後に対応してくれる人がいない者）
 - ②虐待を受けている、又は受けている可能性がある者
 - ③家族に課題を抱えている者（高齢の親が看ている障害（児）者、ヤングケアラーが介護している療養者 など）
 - ④災害が発生したとき、又は災害等が発生する恐れがある場合に自ら避難することが困難な者であって、その円滑かつ迅速な避難の確保を図る必要のある者
- (2) 訪問看護情報提供療養費3について、医療機関に入院する場合は、介護保険の利用者も算定できるようにすること

4. 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. 医療機関等と訪問看護事業所の連携による、在宅療養者を支援する切れ目のない体制作りを評価されたい

(1) 退院日の訪問について、訪問回数・訪問時間帯に対する評価をすること

【説明】

退院支援指導加算は、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護事業所の看護師等が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定することができる。退院直後の療養者は、病状が不安定で、医療度も高く、急変や看取りとなることも多い。そのため、退院日に、複数回訪問、複数名訪問、夜間・深夜の訪問を実施し、看護を提供している実態がある（以下に示した、当協会が行った令和4年10月の調査結果参照）。しかし、退院当日の訪問看護は、訪問看護基本療養費を算定することができないため、「複数回」「複数名」「夜間・早朝、深夜」等の加算も算定できない状況である。

そこで、退院直後の在宅療養者に対する訪問看護事業所の切れ目のないサービスの提供を正當に評価するために、退院支援指導加算の新体系として、退院日の複数回訪問・複数名訪問・夜間や深夜の訪問に対する評価を新設していただきたい。

具体的には、①②の現行体系に加え、③④⑤の加算体系の新設を要望する。

- ① 現行：退院日に訪問した場合は「退院支援指導加算（6,000円）」を算定
- ② 現行：退院日に長時間訪問した場合は「退院支援指導加算（8,400円）」を算定
- ③ 新設：退院日に2回以上訪問した場合は「退院支援指導加算」を算定
- ④ 新設：退院日に複数名で訪問した場合は「退院支援指導加算」を算定
- ⑤ 新設：上記①～④のいずれかの訪問時間帯が夜間・深夜であった場合「退院日夜間・深夜加算」として①～④と合わせて算定

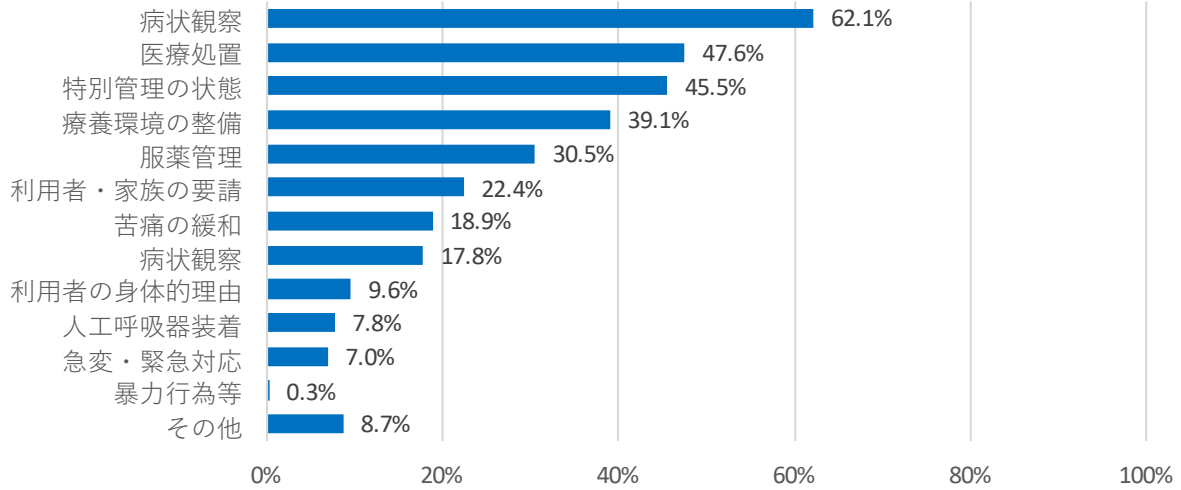
< 当協会が行った令和4年10月の調査^{*1}結果（令和4年4月～6月の3か月間） >

医療機関を退院した利用者がいた事業所は、72.8%(2,301カ所)であり、退院日に訪問看護を提供した事業所は、そのうち66.6%(1,533カ所)であった。（全体数3,161カ所）

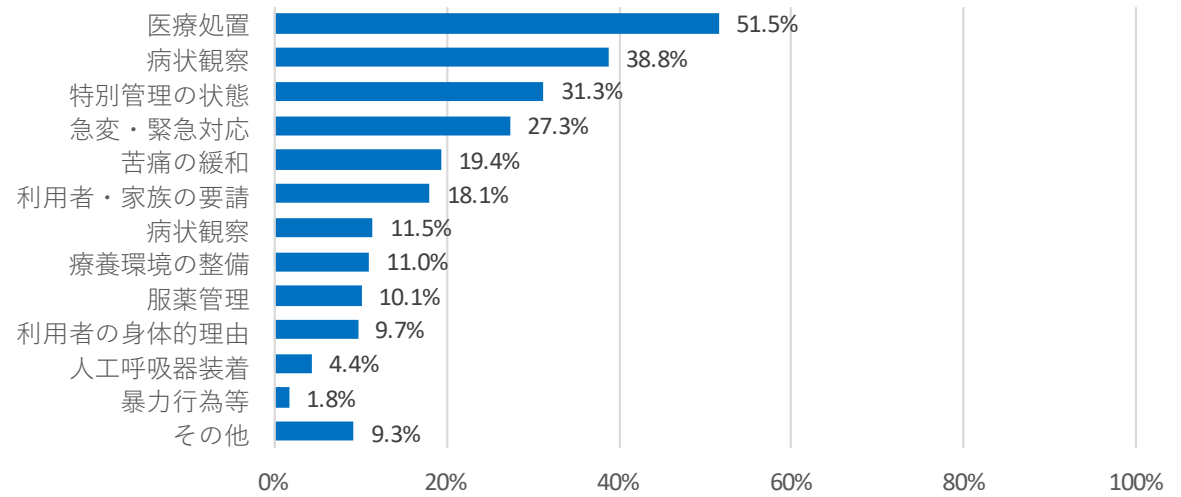
その理由は、「病状の観察」が62.1%、「医療処置」が47.6%、「特別管理の状態」が45.5%の順（図表1）。そのうち、

- ◆複数回訪問看護を実施した事業所は14.8%(227カ所、502件)。その理由は「医療処置」が51.5%、「病状観察」が38.8%、「特別管理の状態」が31.3%の順（図表2）。
- ◆複数名訪問を実施した事業所は20.7%(317カ所、860件)。その理由は「病状観察」が42.3%、「医療処置」が39.1%、「特別管理の状態」が37.9%の順（図表3）。
- ◆夜間・深夜の訪問を実施した事業所は11.8%(181カ所、347件)。その理由は、「急変・緊急対応」が40.3%、「医療処置」が30.4%、「病状観察」が29.3%の順（図表4）。

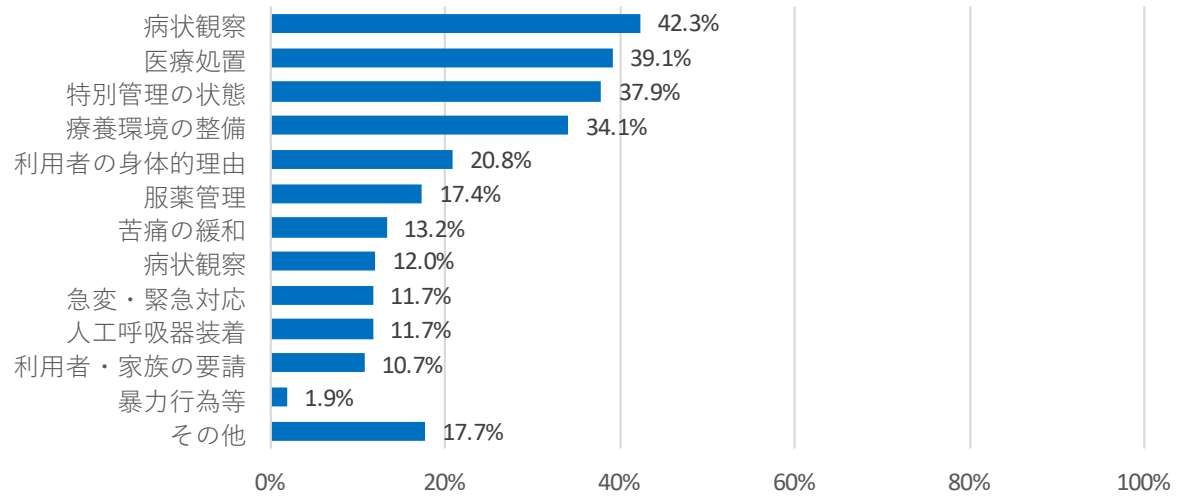
図表1 退院日の訪問理由（令和4年4月～6月）n=1533



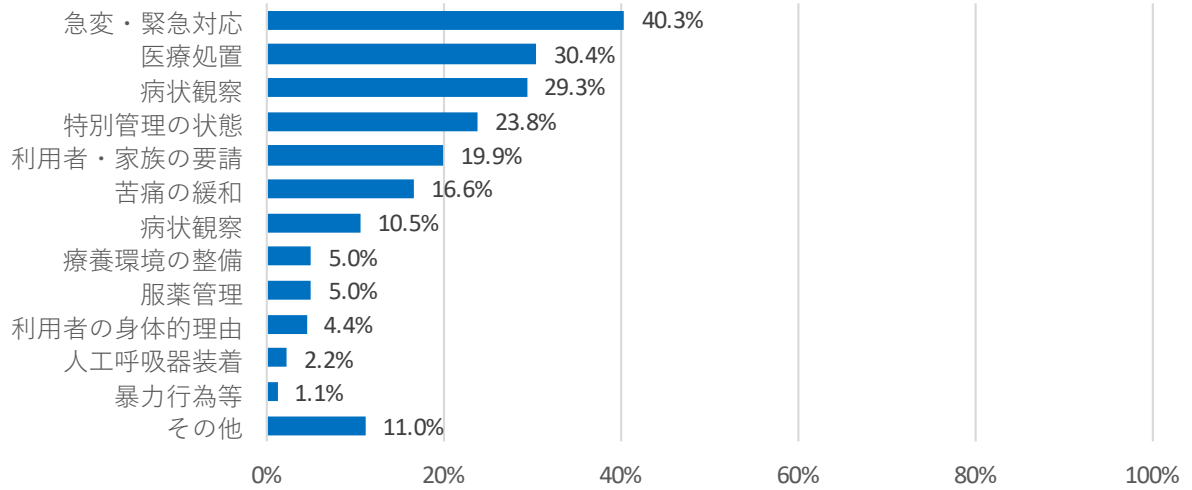
図表2 退院日に複数回訪問した理由（令和4年4月～6月）n=227



図表3 退院日に複数名訪問した理由（令和4年4月～6月）n=317



図表4 退院日の夜間・深夜に訪問した理由（令和4年4月～6月）n=181

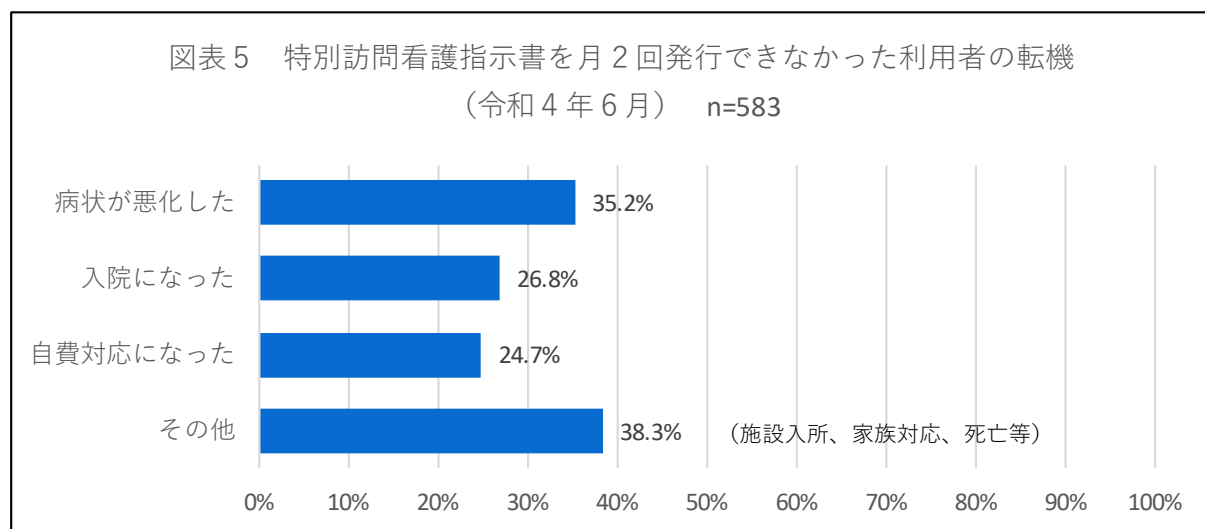


2. 医療ニーズの高い療養者が、本人の望む場所での療養生活が継続できるよう、特別訪問看護指示書、特別管理加算、長時間訪問看護加算の算定要件を緩和されたい

(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^{※2}では「ある」が42.2%であったが、令和3年6月の調査^{※3}では53.7%に増加していた。また、令和4年10月の調査^{※1}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5)。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、「スキンテア・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、望む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^{※3}(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る事業所は71.3%(1,005カ所)であり、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。

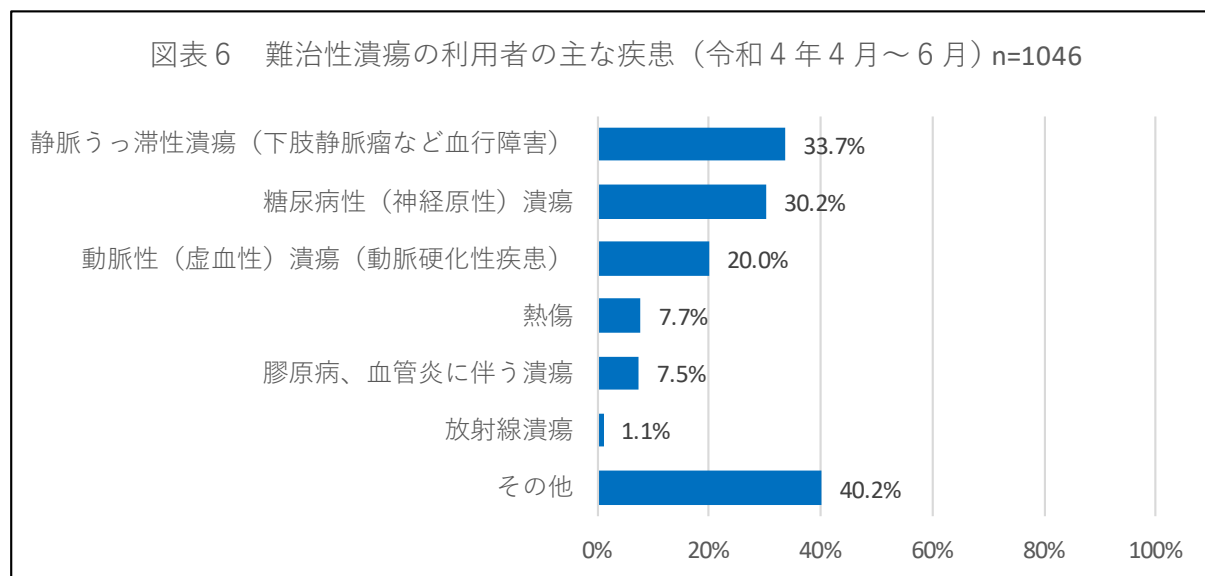
また、神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会要望書（令和 5 年 2 月）*4 では、がん以外の末期の方へは「褥瘡処置・創傷処置」「補液や苦痛緩和のための投薬」「吸引・排痰ケア」「清潔や排泄ケア」「家族支援」などの頻回な訪問によるケアが必要であったとし、月 1 回の特別訪問看護指示書による 14 日間の訪問終了後に支給限度基準額内に収めるために訪問頻度を減らさざるを得なかった場合「入院の希望があった、又は利用者本人・家族・関係機関の不安が強くなった」という回答が最も多かった。

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*1(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%、1,046 カ所（医療保険 16.5%、523 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 6）。



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。

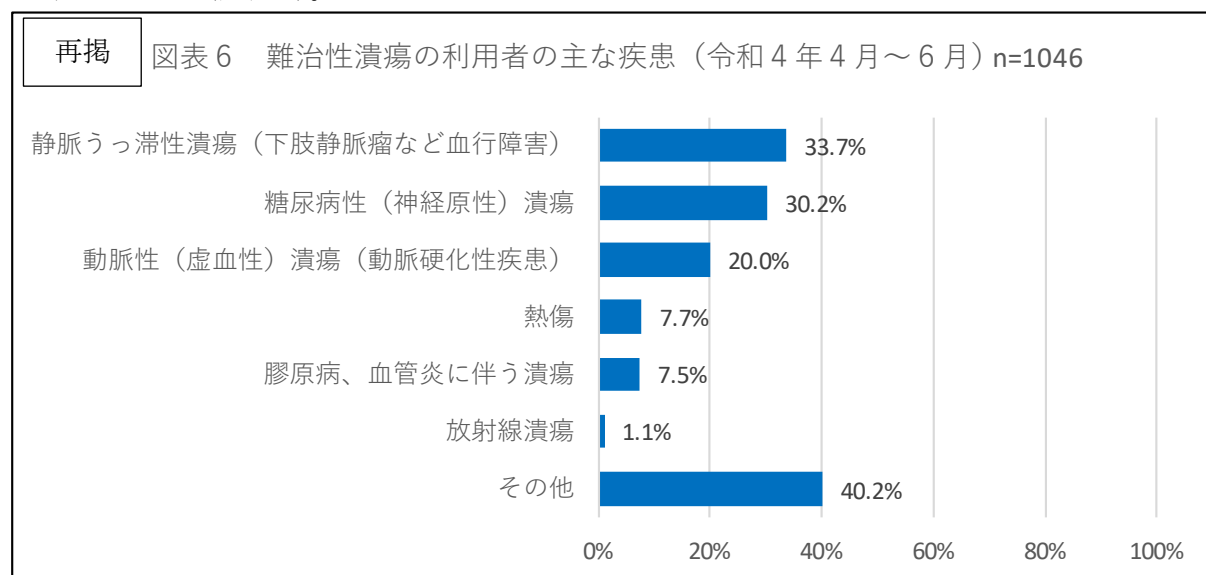
(2) 特別管理加算の算定可能な状態（別表第8）に、真皮を越える褥瘡等として難治性潰瘍を含めること

【説明】

特別管理加算の算定可能な状態（別表第8）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^{*1}(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%、(1,046カ所(医療保険16.5%、523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6）。



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状態（別表第8）として算定可能にしていただきたい。

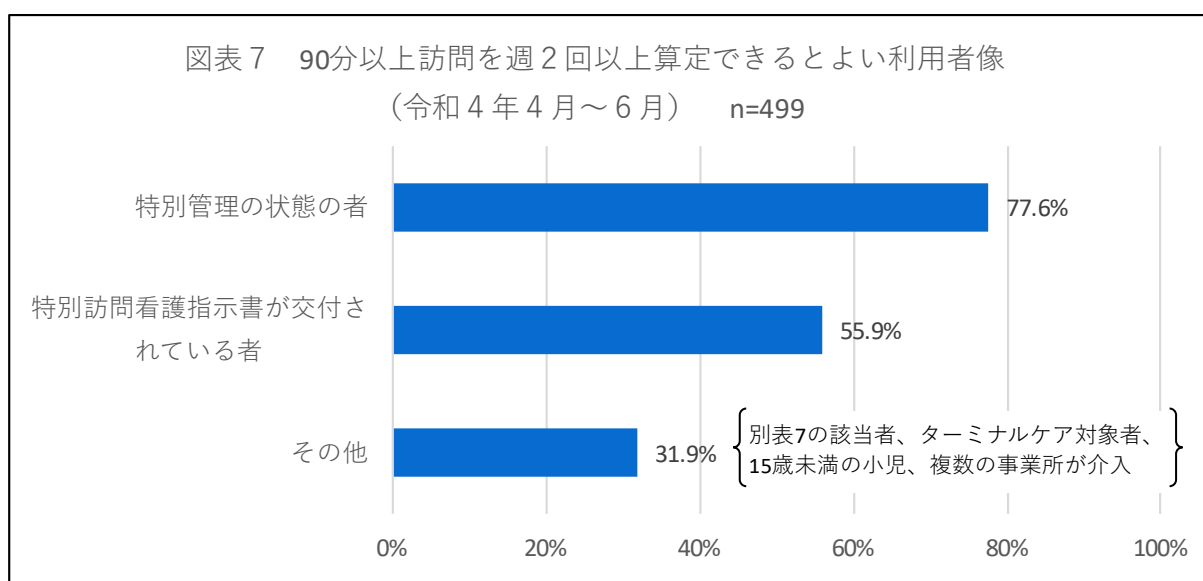
(3) 長時間訪問看護加算の制限を緩和し、特別管理の状態の者および特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者についても週3回算定可能とすること

【説明】

現行では、長時間訪問看護加算は、長時間の訪問を要する利用者に対して、1回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合は週1回に限り算定できている。15歳未満の超重症児・準超重症児、15歳未満で特別管理加算に該当するものは週3回までの算定を認められているが、それ以外の者は特別訪問看護指示期間中か特別管理加算に該当する利用者でも週1回しか認められていない。この加算を算定した日の週の別日に90分を超える訪問看護を行った場合は、「その他の利用料」を請求することになる。

当協会が行った令和4年10月の調査^{*1}(全体数3,161カ所)では、令和4年4月～6月の3か月間に長時間訪問看護加算を算定した事業所は41.6%(1,316カ所)で、そのうち、90分以上の訪問看護を週2回以上提供していた事業所は62.5%(823カ所)、そのうち、長時間訪問看護加算を1回しか算定できなかった事業所は37.9%(499カ所)であった。

また、90分以上の訪問看護を週2回以上算定できるとよいと考える利用者像は、「特別管理の状態の者」が77.6%、「特別訪問看護指示書が交付されている者」が55.9%、「その他」が31.9%で、その他の内訳は「別表7の該当者」「ターミナルケア対象者」「15歳未満の小児」「複数のステーションが介入している場合」であった(図表7)。



長時間訪問看護加算対象者となる利用者は、医療依存度が高く、複数の医療処置が必要になる場合が多い。また、がんの末期や難病、頸髄損傷など重症者の場合、全身管理やケア時の苦痛・不安を最小限にするために、利用者のペースに合わせた看護を提供することが必要であり、さらに介護者への介護指導や精神的サポート、ときに家族の外出時の対応などを行う必要があることから、長時間の訪問を要することが多く、その頻度は週1回にとどまらない。以上のことから、特別管理加算の対象者、特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者についても長時間訪問看護加算を週3回の算定を可能にしていきたい。

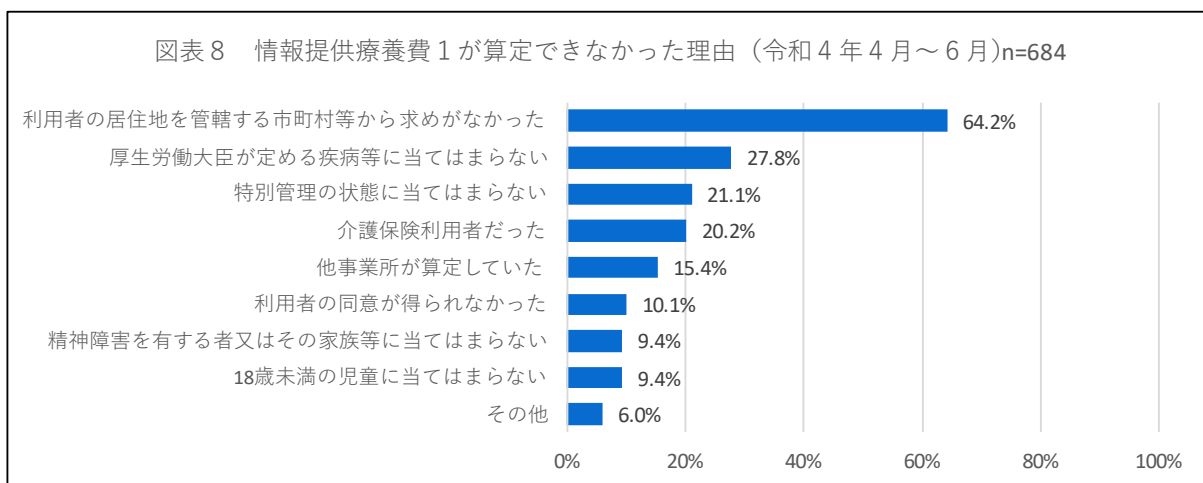
3. 訪問看護情報提供療養費の算定要件の見直しを図りたい

- (1) 訪問看護情報提供療養費 1 を算定する対象者について、以下の者を追加すること
- ①独居、身寄りのない者（急変時や死亡後に対応してくれる人がいない者）
 - ②虐待を受けている、又は受けている可能性がある者
 - ③家族に課題を抱えている者（高齢の親が看ている障害（児）者、ヤングケアラーが介護している療養者 など）
 - ④災害が発生したとき、又は災害等が発生する恐れがある場合に自ら避難することが困難な者であって、その円滑かつ迅速な避難の確保を図る必要のある者

【説明】

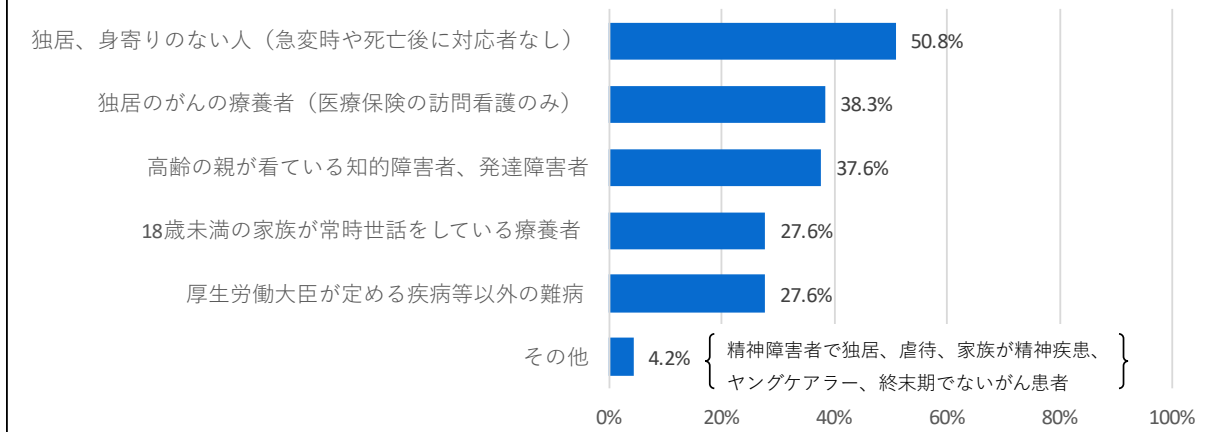
訪問看護情報提供療養費 1 は、訪問看護事業所と市町村および都道府県（以下「市町村等」）の実施する保健福祉サービスとの有機的な連携を強化し、利用者に対する総合的な在宅療養を推進することを目的としており、現在は、厚生労働大臣が定める疾病等の者、特別管理の状態の者、精神障害を有する者又はその家族等、15 歳未満の小児に関して、市町村等からの求めに応じて当該市町村等が利用者に対して福祉サービスを有効に提供するために必要な情報を提供した場合に算定するものである。

当協会が行った令和 4 年 10 月の調査^{*1}(全体数 3,161 カ所)では、令和 4 年 4 月～6 月の 3 か月間に訪問看護情報提供書 1 を算定した事業所は 43.1%(1,362 カ所)であった。一方、情報提供の必要性を認めるが、現状の算定要件を満たしていない利用者がある事業所は 21.6%で、その理由は「利用者の居住地を管轄する市町村から求めがなかった」64.2%、「厚生労働大臣が定める疾病等に当てはまらない」27.8%、「特別管理の状態に当てはまらない」21.1%、「介護保険利用者だった」20.2%などであった（図表 8）。



また、訪問看護情報提供療養費 1 について、他に情報提供が必要だと考える利用者像は「独居・身寄りのない人（急変時や死亡後に対応者なし）」50.8%、「独居のがんの療養者（医療保険の訪問看護のみ）」38.3%、「高齢の親が看ている知的障害者・発達障害者」37.6%であり、「その他」には、精神障害者で独居、家庭に問題があるケース（虐待・ネグレクト、家族が精神疾患、ヤングケアラー）、障害福祉サービスや介護保険サービスを利用している方、終末期でないがん患者などであった（図表 9）

図表9 情報提供療養費1が必要と考える利用者像（令和4年4月～6月）n=3161



以上のように、訪問看護事業所が必要と求めている、市町村等からの求めがない、あるいは介護保険の対象者であることで情報提供ができない状況があり、市町村等と情報共有を必要とする利用者の状態や状況が訪問看護情報提供療養費1の算定要件と合致していない。

情報提供を必要とする利用者像としては、以下のような状態の者が考えられる。

①独居、身寄りのない者（急変時や死亡後に対応してくれる人がいない者）

ここ数年、わが国では晩婚化と未婚化などを背景に、単独世帯が増え続けている [国立社会保障・人口問題研究所 2018（平成30）年推計]。加えて、訪問看護事業所の利用者には、健康保険等の利用者は「神経系の疾患」「精神および行動の障害」が多く、介護保険の利用者は「循環器系の疾患」「筋骨格系および結合組織の疾患」が多く^{*5}、厚生労働省令和3年人口動態統計月報年計の概況では^{*6}、令和3年の死亡数を死因順位別にみると、第1位は悪性新生物で26.5%、第2位は心疾患（高血圧性を除く）で14.9%、第3位は老衰で10.6%、第4位は脳血管疾患で7.3%となっている。高齢化に加えこのような急変しやすい疾患の方々が増加している中、治療・療養をしながら地域の中で生きていくことへの支援が必要な利用者の情報を市町村等と共有することは重要である。

②虐待を受けている、又は受けている可能性がある者

訪問看護は、看護師が療養者の自宅に訪問して行うサービスである。看護師は、フィジカルアセスメントや看護ケアを通して療養者の身体状況や精神状況の確認をすることができる。また、療養者本人や家族とのコミュニケーションを通して家庭環境を把握することもできる。これらの特性から、訪問看護師は家族関係の変化や虐待等の有無に気が付きやすい職種である。虐待を受けている、又は受けている可能性がある場合、その状況を初期のうちから行政保健師等に情報提供しておくことは、被害を未然に防いだり、虐待行為を増強させないために重要なことである。

③家族に課題を抱えている者（高齢の親が看ている障害（児）者、ヤングケアラーが介護している療養者 など）

高齢の親がみている障害のある子どもの多くは、その親に世話をされて生活している。親が歳を取り体の自由が効かなくなると、親子ともに支援が必要になってくる。また、障害児がその成長の過程において切れ目のない支援を受けるためには、関係者間の共通理解・情報共有が必要であり、各地域の実情に応じて、関係機関の役割分担を明確にし、重層的な支援体制を構築する必要がある。

また近年、障害や療養中の親の介護や家事を担い、それらを誰にも発信できない子供（ヤングケアラー）の問題が表面化してきており、就学継続や家庭の経済的問題など生活上の悩みが

生じることも多く、家族を含めた課題解決のための支援には、行政を含めた情報共有が重要である。

- ④災害が発生したとき、又は災害等が発生する恐れがある場合に自ら避難することが困難な者であって、その円滑かつ迅速な避難の確保を図る必要のある者

内閣府が示している『避難行動要支援者の避難行動支援に関する指針』によれば、市町村等の役割として「真に重点的・優先的支援が必要と認める者が支援対象から漏れないようにきめ細かく要件を設けること」とあるが、その情報の提供者および避難支援等関係者としての役割を訪問看護事業所は担っている。

訪問看護事業所では、BCPの内容に沿って、平常時から避難行動要支援者となり得る療養者のトリアージや災害対策に努め、被災の際には、安否確認はもちろんのこと被災後の暮らしにも気を配っている。訪問看護サービスの内容やその利用者の状況について平常時から市町村等へ情報提供することは、感染症拡大や災害発生時の対応の必要性の共有と対策検討に役立てることができ、地域で療養する人を支える共生社会の実現を目指すものであり、災害等の時にもいち早く市町村等との連携を図る際に有効である。

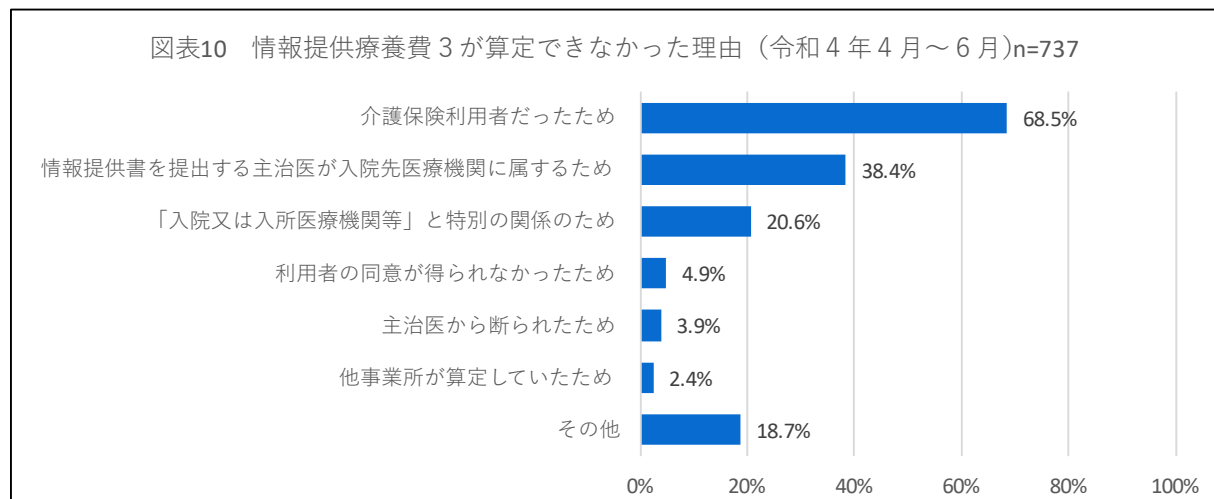
上記のことから、介護・障害・生活福祉・子育て・防災に関する自治体の多課との連携により利用者に対する総合的な在宅療養を推進することを目的に、①②③④の状況であると訪問看護事業所が判断し、療養者の情報を市町村等の求めに応じて提供した場合は、情報提供療養費1の算定を可能にしていきたい。

(2) 訪問看護情報提供療養費 3 について、医療機関に入院する場合は、介護保険の利用者も算定できるようにすること

【説明】

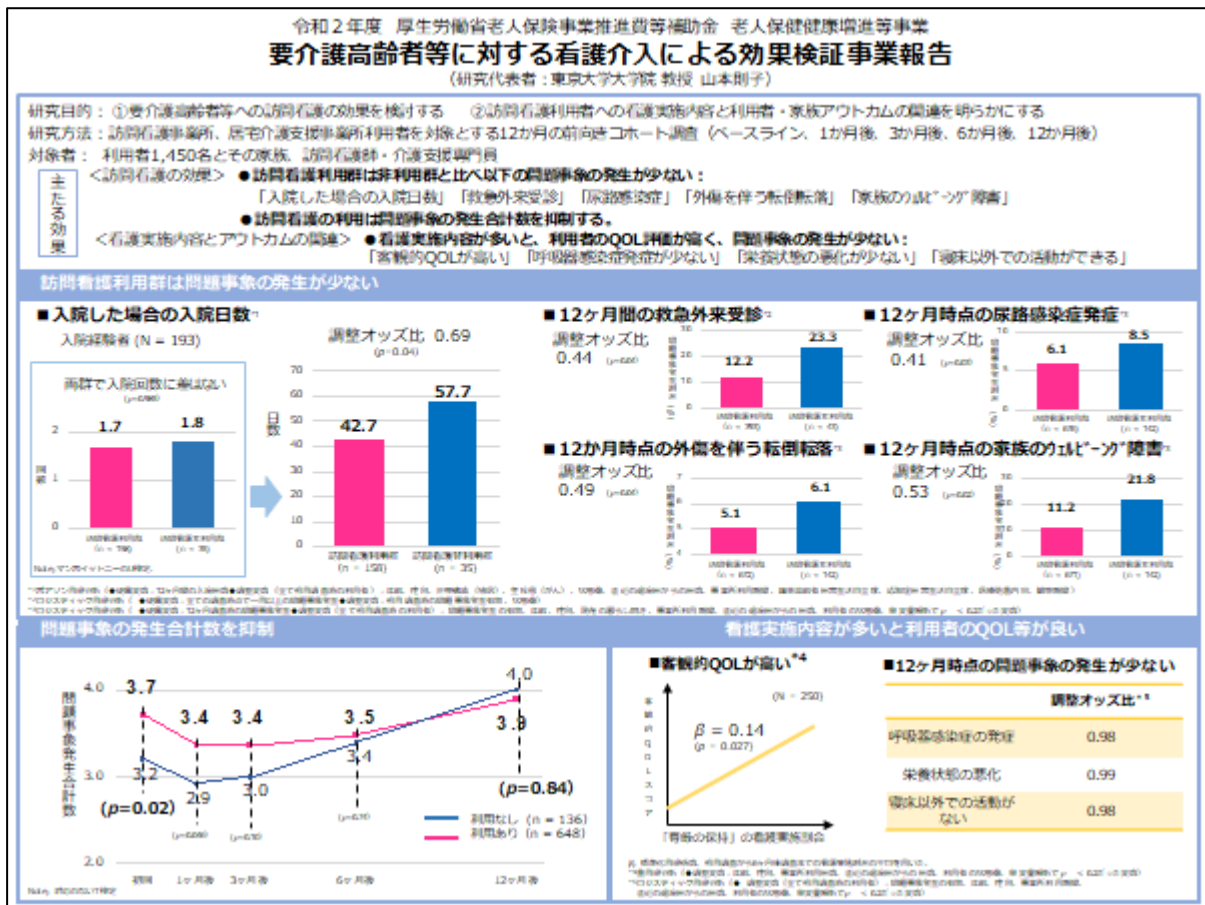
訪問看護情報提供療養費 3 は、指定訪問看護の利用者が保険医療機関や介護老人保健施設又は介護医療院（保険医療機関等）に入院・入所し、在宅から療養の場所を変更するときに、訪問看護事業所が、利用者の在宅における診療を行っている保険医療機関（主治医）に対し、文書により情報提供を行った場合に算定するものである。

当協会が行った令和 4 年 10 月の調査^{*1}(全体数 3,161 カ所)では、令和 4 年 4 月～6 月の 3 か月間に訪問看護情報提供療養費 3 を算定した事業所は 14.9%(471 カ所)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)、「情報提供書を提出する主治医が入院先医療機関に属するため」が 38.4%、「『入院又は入所医療機関等』と特別の関係のため」が 20.6%であった（図表 10）。



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」^{*7}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（P13 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。介護保険の利用者については、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。

また、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 3 の算定を可能にしていきたい。



4. 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】

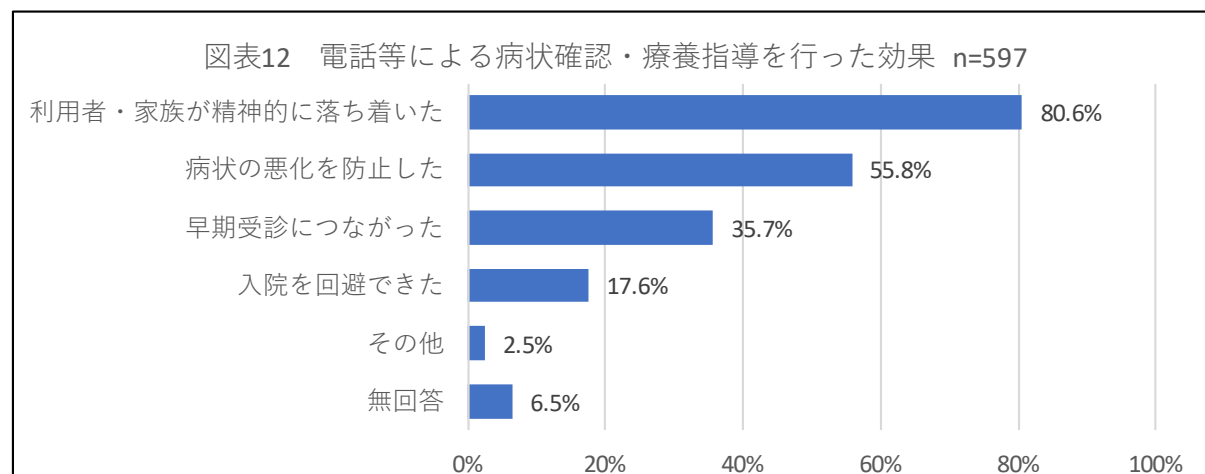
訪問看護は、原則的には、利用者宅などを訪問し看護を提供するものである。しかし、コロナ禍において、感染を懸念した利用者等からの要望等により、看護職員が電話等で病状確認や療養指導等を行った場合、訪問看護管理療養費のみが算定可能^{※8}になった。当協会が行った令和4年9月の調査^{※9}では、令和2年4月24日発出の臨時的取り扱い（感染を懸念した利用者等からの要望により実施）を算定した事業所は10.9%、令和3年9月24日発出の臨時的取り扱い（感染した利用者に対して実施）を算定した事業所は11.0%であり、ともに3割以上の事業所が恒常化すべきと回答している。

当協会が行った令和3年6月の調査^{※3}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^{※9}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

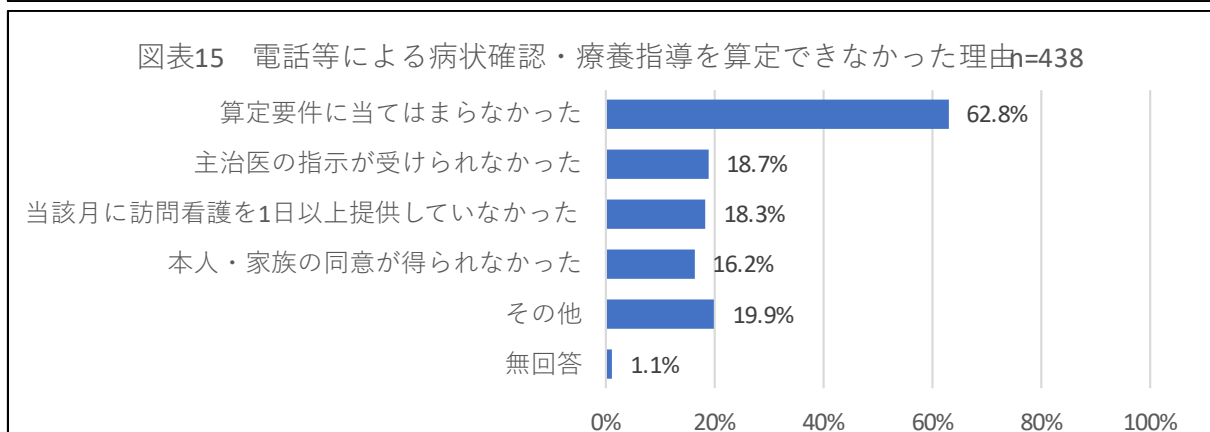
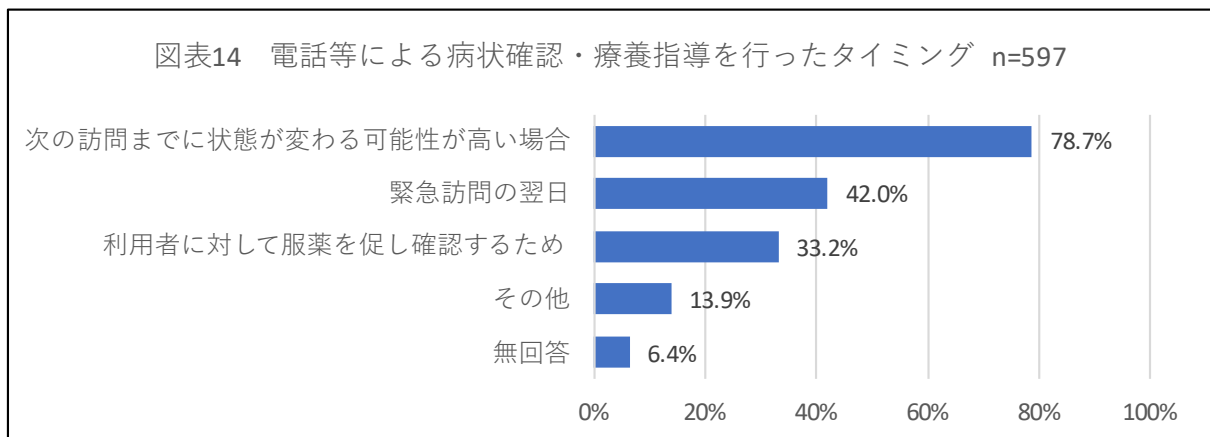
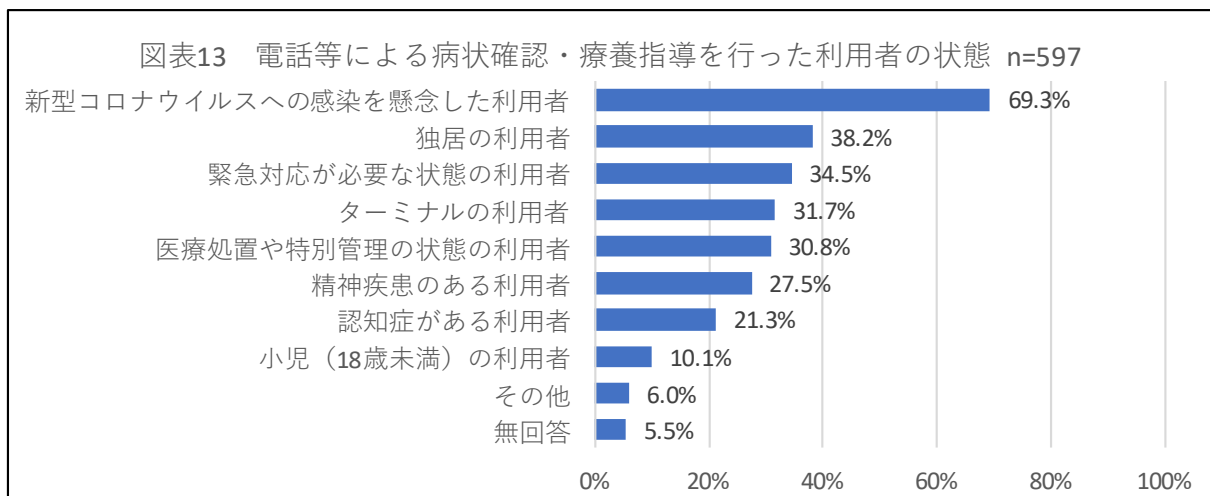
調査項目	調査結果
① 事業所	医療保険66.3%、介護保険59.2%
② 利用者数	「1～5人」が最も多い（医療保険63.0%、介護保険56.6%）
③ ②のうち、利用者1人あたりの月平均回数	「1～5回」が最も多い（医療保険74.6%、介護保険76.1%）
④ ③のうち緊急対応のために行った回数	「1～5回」が最も多い（医療保険74.6%、介護保険76.2%）
⑤ 1回の平均時間	医療保険「5～10分」が38.1%、介護保険「5分未満」が36.0%と最も多い
⑥ 用いている通信手段・機器	「電話（音声のみ）」が94.0%と最も多く、「SNS」や「電子メール」も1割以上

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. 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
- ※2 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
- ※3 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
- ※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 厚生労働省統計情報部. 令和 3 年介護サービス施設・事業所調査
- ※6 厚生労働省. 令和 3 年 (2021) 人口動態統計月報年計 (概数) の概況
- ※7 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)
- ※8 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)」
- ※9 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