

がん患者指導管理料算定の現状
- 2023 年日本がん看護学会会員による調査 -
＜報告書＞

令和6年12月

がん看護技術開発委員会

林めぐり子(委員長)、森 文子(副委員長)、角甲純
玉木秀子、細田志衣、福崎真実、伊藤奈央、津村明美、槇埜良江

一般社団法人日本がん看護学会理事長

鈴木久美

目 次

I. 調査の背景と意義	3
II. 調査目的	3
III. 調査方法	4
1. 調査対象	4
2. 調査期間	4
3. 調査項目の作成	4
4. 調査方法	4
5. データ分析	4
6. 倫理的配慮	5
IV. 結果	5
(1) 専門看護師・認定看護師対象	5
(2) 看護部長対象	9
V. まとめ	13
(1) 専門看護師・認定看護師対象	13
(2) 看護部長対象	14
VI. 表 1～17	15
(1) 専門看護師・認定看護師対象	15
(2) 看護部長対象	42

I. 調査の背景と意義

日本ではがんの罹患率が年々増加しており、現在では「2人に1人ががんになる時代」と言われている。これに対応するため、2007年に「がん対策基本法」が施行された。この法律では、「がん研究の推進と成果の普及」「がん医療の均てん化」「がん患者の意向の尊重」を基本理念に掲げ、計画的ながん対策が進められてきた。具体的には、がんの早期発見を目的とした検診の推進、複数の治療法を組み合わせた集学的治療、幅広い臨床試験の実施、診断時からの緩和ケアの推奨、さらに在宅での緩和ケアの支援が行われている。2016年には法律が一部改正され、希少がんや治りにくいがんの研究促進、がん患者の就労支援、がん教育の推進が新たに追加された。

また、2018年に策定された「第3期がん対策推進基本計画」では、がんゲノム医療、免疫療法、支持療法、難治性がんへの対応に加え、AYA世代（思春期・若年成人）や高齢者に対するがん対策が新たな重点分野として取り入れられた。このように、がん研究は「予防」「医療」「共生」の3つを支える重要な柱と位置づけられている。

またがん対策基本法のもとでは、科学的で学術的な根拠に基づいたがん看護技術を提供し、ケアの効率性や効果を向上させることが求められている。また、これらの技術が診療報酬体系で適切に評価され、保険に収載されることで、がん患者にとって質が高く効果的な看護技術が提供されることが期待されている。日本がん看護学会の「がん看護技術開発委員会」では、科学的根拠に基づく看護技術の開発を目指し活動している。診療報酬が2年ごとに改定される際、新たな医療技術の評価や、既存技術の見直しを目的として、看護系学会等社会保険連合（看保連）に提案を行ってきた。これまでに、外来化学療法加算やリンパ浮腫指導管理料、がん患者指導管理料など、診療報酬の保険収載や改定に貢献している。

現在、令和6年度の診療報酬改定に向けて、がん患者指導管理料イの算定回数制限の緩和（1患者3回まで）、がん患者指導管理料ロでの患者自己評価ツール（PRO）の導入、がん患者妊孕性相談指導管理料の新設を提案している。また、令和8年度改定を見据え、まずはがん患者指導管理料の算定状況を調査し、算定に結びつく介入実践での課題を明らかにすることが重要である。さらに、新たな診療報酬体系を目指した取り組みを進めていく必要がある。がん患者指導管理料イ・ロの算定に関して実態およびニーズ把握を行い、がん対策の推進や診療報酬改定に反映できる基礎資料とする。

II. 調査目的

本調査の目的は、日本のがん患者指導管理料のさらなる発展のため、今後の診療報酬改定における新たな提案事項や、がん患者指導管理料算定に関連した技術、ケアシステム等の改善の優先度を明らかにすることである。

III. 調査方法

1. 調査対象

1. 日本がん看護学会会員のうち、全ての専門看護師および認定看護師 736 名（うち回答者数 250 名）
2. 全国の都道府県および地域がん診療連携拠点病院の看護部長 456 名（うち回答者数 150 施設）

2. 調査期間

調査は、2023 年 9 月 13 日～10 月 28 日の約 1 ヶ月半の間で行った。

3. 調査項目の作成

本調査では、がん患者指導管理料イ・ロの算定に関する実態およびニーズを把握することを目的に、調査項目を設定した。専門看護師および認定看護師を対象とした調査では、算定における課題や必要なサポート、算定が患者ケアに与える影響などを中心に項目を設け、項目数は 24 項目となった。一方、看護部長を対象とした調査では、施設全体としての算定状況や課題、算定促進のための取り組み状況に焦点を当てた調査項目を設定し、項目数は 11 項目となった。

専門看護師および認定看護師対象の背景として、①臨床経験年数、②がん患者の看護に関わっている経験年数、③専門看護師および認定看護師の認定の種類、④月に関わるがん患者数、⑤所属先（教育・研究機関、病院、ステーション等）、⑥職位、⑦活動状況などの項目を設定した。看護部長対象の背景としては、①所属先（教育・研究機関、病院、ステーション等）、②がん患者指導管理料の算定状況などの項目を設定した。

4. 調査方法

本調査は、インターネット・アンケート調査で行った。対象者にはメールで参加依頼を行い、アンケートフォームの URL を記載した案内を送付した。アンケートフォームでは、第一問に「本調査への協力に同意するか」を確認し、「はい」と回答した場合のみ、実態やニーズに関する質問に進む形式とした。

5. データ分析

本調査で得られたデータは、専門看護師・認定看護師および看護部長から収集した回答を基に、それぞれの視点から包括的に分析した。専門看護師・認定看護師に関しては、まず回答内容を整理し、資格の種類や勤務先の規模、勤務年数といった属性ごとに分類した。これ

により、がん患者指導管理料イ・ロの算定状況や、算定に伴う課題・ニーズを定量的に把握するための基盤を整えた。

一方、看護部長に関するデータ分析では、施設規模や地域ごとに回答を分類し、がん患者指導管理料の算定状況を可視化した。これにより、算定の実施率やそれを妨げる要因を特定し、地域別や施設規模別の特徴を統計的に分析した。特に、算定が進んでいる施設とそうでない施設の違いを比較することで、算定促進に必要な要因を探った。さらに、記載された具体的な課題や成功例については、自由記述形式で回答を回収し、現場の実践に役立つ知見を導き出した。

6. 倫理的配慮

本調査は、日本がん看護学会倫理委員会の承認（承認番号 2023-01）を得て実施した。対象者には、インターネット調査であるため、回答時に自身のケアを振り返ることで精神的負担が生じる可能性や、回答に要する時間が負担となる可能性、さらに接続環境によっては通信費が発生する可能性があることを事前に説明した。これらを理解した上で、アンケートに回答を送信することで同意を得たものとした。

IV. 結果

(1) 専門看護師・認定看護師対象

3. 対象者の背景【表 1】

本学会の会員の対象者 736 名の内回答数は 250 名で回答率は 34.0%だった。調査対象者の臨床経験年数を見ると、20～24 年の経験者が最も多く 81 名であり、次いで 15～19 年が 45 名、25～29 年が 44 名だった。30 年以上の経験者も 58 名（30～34 年：43 名、35 年以上：15 名）存在し、がん看護分野では 15 年以上のキャリアを持つ看護師が多いことが示された。一方、10～14 年の経験者は 18 名であり、10 年未満の経験者は 2 名だった。

がん患者の看護における経験年数では、20～24 年の経験者が最多で 77 名となっており、次いで 15～19 年が 60 名、25～29 年が 36 名と続く。30 年以上の経験者は 34 名だった。一方で、10 年未満の経験者は 10 名だった。

調査対象者のうち、がん看護専門看護師が 93 名と圧倒的多数を占めた。他の専門分野（精神看護：1 名、遺伝看護：4 名、放射線看護：1 名）は少なく、がん看護専門看護師がこの調査対象の中心であることがわかった。また、専門看護師の資格を持たない人（プレ専門看護師）も 4 名確認された。認定看護師では、がん化学療法（薬物療法）看護が 76 名と最多であり、次いで緩和ケアが 35 名、がん性疼痛看護が 24 名だった。他に、放射線療法看護（17 名）や乳がん看護（13 名）が続く。一方で、訪問看護（在宅ケア）や皮膚・排泄ケ

アに特化した看護師は3名以下であった。

調査対象者が月に関わるがん患者数を平均で見ると、10～39件が最多で84名、次いで40～69件が56名、100～129件が32名であった一方で、300件以上の患者と関わる看護師は10名未満であった。

看護師が所属する病院の種類については、「一般病院」に勤務する者が134名と最多を占めた。次いで、「大学病院」に所属する看護師が64名、「がん専門病院」に勤務する看護師は32名と最も少数だった。

所属する病院については、「地域がん診療連携拠点病院」に勤務している看護師が120名と多数を占めていた。また、「都道府県がん診療連携拠点病院」に所属する看護師は56名であった。「地域がん診療病院」に勤務する看護師は16名、さらに、「上記以外」と回答した看護師が38名含まれていた。

所属する病院の規模を示す病床数については、「500床以上」の病院に勤務する看護師が139名と最多であり、規模の大きい病院で働く看護師が多いことがわかった。一方、「200～499床」の病院に所属する看護師は79名と約半数に近く、「200床未満」の小規模病院に勤務する看護師は13名であった。

現在所属する部署については、「外来（化学療法センター・放射線治療部門）」に勤務する看護師が52名と最多であった。次いで、「病棟（集中治療室を含む）」が40名、「緩和ケアセンター」が35名確認された。「看護部」に所属している看護師は31名で、組織全体の運営や支援に携わっている。その他には、患者支援センターや入退院支援センターといった患者との治療の意思決定支援を重視する部署が含まれている。

看護師の職位では、「スタッフ看護師」が94名と最も多く、これに次いで、「主任または副師長」が86名であった。「看護師長」は38名、看護副部長または次長は8名、看護部長等は3名確認された。

横断的な活動を行っているかについては、171名が「横断活動を行っている」と回答した。一方で、「横断活動を行っていない」と回答した看護師は60名おり、特定の部署に専念して活動している。

横断チームの所属状況については、「緩和ケアチーム」に所属する看護師が81名と最も多かった。「リエゾンチーム」や「術後疼痛管理チーム」には所属者がいないが、その他のチームには専門性の高い活動が見られる。具体的には、「免疫チェックポイント阻害薬副作用対策チーム」や「倫理コンサルテーションチーム」、「摂食嚥下支援チーム」など、専門分野に特化したチームが複数存在している。他にもAYA（思春期・若年成人）患者を支援するチームやACP（アドバンス・ケア・プランニング）普及プロジェクトチームといった、新たな課題に対応するチームが確認された。

4. がん患者指導管理料イ算定状況【表2】

「がん患者指導管理料イ」を算定していると回答した看護師は182名で、全体の多数を占

めた。一方で、「算定していない」看護師も 51 名存在した。また、「現在は算定していないが算定予定である」と回答した看護師が 17 名含まれていた。

直近 1 か月で算定のための介入を行った件数については、「5 件未満」と回答した看護師が 92 名と最も多かった。一方で、「10～19 件」介入した看護師が 36 名、「20～29 件」が 6 名、「30 件以上」が 12 名存在した。

1 年間の算定件数では、「5 件未満」が 35 名と最少頻度の群だが、全体の分布を見ると、「100～199 件」が 22 名、「200 件以上」が 15 名といった高頻度で算定を行う看護師も確認された。

5. がん患者指導管理料イ算定の障壁・課題【表 3】

がん患者指導管理料イの算定における主な障壁として、「業務が忙しく時間が取れない」が 162 名と多く挙げられた。「タイムリーに病状説明へ同席できない」（181 名）や「現在の配置では算定が難しい」（142 名）も大きな課題となっている。一方で、「算定の基準がわからない」と答えた看護師は 9 名であった。また、「COVID-19 の影響」を障壁として挙げた看護師が 38 名存在した。自由記載では 112 名の回答が得られ、表 3 に示す通りであった。

6. がん患者指導管理料イ算定の要望【表 4】

看護師からの要望としては、「認知症など意思決定が困難な患者への関わりも代理意思決定者の承諾で算定できるようにしてほしい」という意見が 216 名と圧倒的に多かった。また、「がん患者指導管理料イの算定上限を緩和してほしい」との要望が 184 名から寄せられた。さらに、「医師が要件を満たしていない場合でも看護師が満たす場合には算定できるようにしてほしい」という意見も 148 名と多かった。自由記載では 52 名の回答が得られ、表 4 に示す通りであった。

7. がん患者指導管理料ロ算定状況【表 5】

がん患者指導管理料ロの算定については、「算定している」と回答した看護師が 179 名で、全体の多数を占めていた。一方、「算定していない」と回答した看護師は 55 名であった。また、「現在は算定していないが算定予定である」と回答した看護師も 16 名いた。

直近 1 か月で、がん患者指導管理料ロの算定のために介入を行った件数については、「5 件未満」と回答した看護師が 84 名で最も多かった。次に「5～9 件」と答えた看護師が 45 名、「10～19 件」が 32 名と続いた。一方で、「50 件以上」と回答した看護師が 2 名おり、一定数の看護師は多くの件数を扱っていることがわかった。

1 年間の介入件数を見ると、「5 件未満」が 31 名、「5～19 件」が 43 名という結果が得られたが、全体としては「20～39 件」（41 名）や「100～199 件」（22 名）といった頻度で算定を行っている看護師も一定数いた。

8. がん患者指導管理料口算定の障壁・課題【表 6】

算定に関する障壁として、「業務が忙しく時間が取れない」が 152 名と最も多く挙げられた。「現在の配置では算定が難しい」、「STAS-J 等の要件に患者が合致しない」という回答はそれぞれ 126 名から寄せられた。また、「1 患者あたりの算定回数に上限があり、7 回目以降の介入については算定できない」という回答が 148 名に達した。「緩和ケア診療加算やがん性疼痛緩和指導管理料を算定しているため、口で算定できない」という回答が 131 名あり、算定の重複が制限要因となっていることを示した。一方で、「算定の基準がわからない」と答えた看護師は 15 名であった。自由記載では 66 名の回答が得られ、表 6 に示す通りであった。

9. がん患者指導管理料口算定の要望【表 7】

看護師からの要望としては、「がん患者指導管理料口の算定上限を緩和してほしい」という意見が 194 名から寄せられた。また、「緩和ケア診療加算やがん性疼痛緩和指導管理料と同時に算定できるようにしてほしい」という要望は 209 名にのぼった。さらに、「がん患者指導管理料口の要件（STAS-J：Support Team Assessment Schedule-Japan, 患者・家族へのケアの成果を評価する指標の日本語版、DCS：Decisional Conflict Scale, 患者の意思決定の葛藤を測定する尺度）に PRO（Patient-Reported Outcome, 患者報告型アウトカム）の評価ツール（ESAS：Edmonton Symptom Assessment Scale, エドモントン症状評価システム、IPOS：Integrated Palliative care Outcome Scale, 患者の苦痛を包括的に評価する尺度）も含めてほしい」という要望が 158 名から寄せられた。「皮膚・排泄ケア認定看護師や摂食嚥下障害看護認定看護師も算定できるようにしてほしい」との要望が 158 名にのぼり、専門的な知識を持つ看護師による算定の拡大を求める声があった。特に「認知症など意思決定が困難な患者への関わりも代理意思決定者の承諾で算定できるようにしてほしい」という要望が 223 名に達しており、認知症患者への対応に関する柔軟な算定基準を求める意見が示されている。自由記載では 41 名の回答が得られ、表 7 に示す通りであった。

10. 通信機器を用いたがん患者指導管理料算定状況【表 8】

情報通信機器を活用したがん患者指導管理料の算定状況を見ると、「算定している」と回答した施設は 11 施設と少数であった。「準備中」と回答した施設は 12 施設であった。一方、「検討していない」と回答した施設が 131 施設と多数を占めた。また、「わからない」と回答した施設は 73 施設にのぼった。「該当なし」と回答した施設は 23 施設あり、訪問看護など制度に適合しない施設も一定数存在した。

直近 1 か月での介入件数については、「がん患者指導管理料イ」の算定では 6 件が「0 件」と回答し、2 件が「1 件」の介入を行ったという結果であった。「がん患者指導管理料ロ」の算定は、6 件が「0 件」であり、2 件が「1 件」、1 件が「8 件」の介入を行ったという状況で

あった。さらに、2022年度1年間の算定件数について、「がん患者指導管理料イ」では6件が「0件」、1件が「1件」であり、「がん患者指導管理料ロ」では6件が「0件」、1件が「2件」、さらに1件が「20件」と回答しているのみであった。

11. 情報通信機器を用いたがん患者指導管理料算定の障壁や課題【表9】

情報通信機器を用いたがん患者指導管理料の算定における障壁や課題として、「情報通信機器を用いた相談業務の環境整備ができていない」との回答が197件と際立って多かった。また、「医事課との調整ができていない」との回答が190件、「看護部との調整ができていない」との回答が192件と、院内の調整が課題となっている施設が多かった。さらに、「オンライン診療を行っていない」との回答が169件にのぼった。

また、「情報通信機器を用いた相談の方法がわからない」との回答が143件あった。患者側の課題としては、「患者のニーズがない」との回答が67件、「対象となる患者がいない」との回答が53件、「患者が情報通信機器を用いる媒体（スマホやPCなど）を持っていない」との回答が105件であった。一方で、「課題や障壁はない」と回答した施設は14施設であった。自由記載では49名の回答が得られ、表9に示す通りであった。

12. 通信機器を用いたがん患者指導管理料算定状況【表10】

自由記載では36名の回答が得られ、表10に示す通りであった。多くの回答から、認定看護師や専門看護師が十分にその能力を活かせる環境が整備されていない現状への不満が見られた。一部の看護師は、専門職が活躍できる部門への配置や、それを反映する診療報酬加算が必要であると考えている。例えば、認定や専門看護師が患者ケアにおいて独自の看護実践を行った場合、その努力が正当に評価される仕組みを整えば、彼らがより実践的な活動を展開できると述べた。また、現行の診療報酬加算においては、予測的な関わりや領域横断的な活動が評価されておらず、こうした新たな視点を含む評価が必要だという指摘もあった。

さらに、がん患者のケアが他の診療領域よりも時間や労力を要するにもかかわらず、十分な報酬が得られない現状が問題視されている。算定回数に制限があることで、専従配置の正当性が認められにくい点や、時間と労力を割いても正当に評価されない点についても課題として挙げられていた。特に、緩和ケア病棟や終末期における退院支援の困難さを診療報酬の形で適切に評価してほしいという声が多く寄せられている。

(2) 看護部長対象

13. 対象者の背景【表11】

調査対象の病院のうち、地域がん診療連携拠点病院は109件と全体の大部分を占めている。一方、都道府県がん診療連携拠点病院は25件、地域がん診療病院は12件であった。対象施設の種類としては、一般病院が最多の106件を占めており、次いで大学病院が31件、がん専門病院が10件と続いた。また、「その他」と回答した施設は2件であった。病床数に

関するデータでは、500床以上の大規模病院が最も多く、84件に上った。次いで200～499床の中規模病院が61件、200床未満の小規模病院は5件という結果であった。

14. がん患者指導管理料算定状況【表12】

「がん患者指導管理料イ」（500点）を算定している病院は143件であり、多数の病院でこの加算が行われていることがわかった。「いいえ」と回答した施設は4件にとどまり、「わからない」と回答した施設は存在しなかった。同様に、「がん患者指導管理料ロ」（200点）の算定についても、139件の病院が算定を行っている」と回答した。「いいえ」の回答は4件であり、「わからない」と回答した病院は存在しない。

調査対象となった施設において、情報通信機器を用いたがん患者指導管理料の算定状況は、実施状況に大きな差が見られた。算定を行っている施設は10件にとどまり、準備中と回答した施設が15件あった。一方で、検討していないと答えた施設は96件ののぼり、「わからない」とした施設については29件あった。

15. 通信機器を用いたがん患者指導管理料算定状況【表13】

直近1か月における「情報通信機器を用いたがん患者指導管理料イ」の算定件数については、分布に顕著な偏りが見られた。算定が全く行われていない施設が3件ある一方で、1件、8件、58件、62件を算定した施設がそれぞれ1件ずつあった。また、「情報通信機器を用いたがん患者指導管理料ロ」の直近1か月の算定件数について、顕著なばらつきが見られた。算定なしと回答した施設が2件あり、2件、5件、11件、12件、55件の算定数がそれぞれ1件ずつ確認された。

2022年度1年間での「情報通信機器を用いたがん患者指導管理料イ」の算定件数については、さらに顕著な格差が浮き彫りになった。算定が全く行われていない施設が3件存在する一方で、2件、80件、571件、661件といった算定数が報告された。同様に、「情報通信機器を用いたがん患者指導管理料ロ」の2022年度年間算定件数についても、施設間での格差が大きいことがわかった。算定件数がゼロの施設が2件あり、2件、60件、120件、177件の算定数がそれぞれ1件ずつ確認された。

16. 情報通信機器を用いたがん患者指導管理料算定の障壁や課題【表14】

情報通信機器を用いたがん患者指導管理料の算定を実施するにあたり、多くの施設でさまざまな障壁や課題が挙げられた。最も多く報告された課題は、相談業務のための環境整備の不備であり、「整備ができていない」と答えた施設は108件ののぼった。これに対して「整備ができていない」と答えたのは18件、「わからない」としたのは19件であり、多くの施設が物理的・技術的なインフラの未整備に直面している現状が浮き彫りになった。

医事課との調整についても課題が顕著だった。「調整ができていない」と回答した施設は97件あり、「できていない」と答えた21件を大きく上回った。「わからない」とした施設につ

いては25件あった。看護部門内での調整についても同様に、「調整ができていない」とした施設が104件と過半数を占めた。

オンライン診療の実施状況について、「オンライン診療を行っていない」と回答した施設が108件に達し、27件が「行っている」と答えた一方、「わからない」とした施設も10件存在した。

情報通信機器を用いた相談の方法については、「方法がわからない」と答えた施設が44件あり、「方法を理解している」と答えた63件を下回ったものの、「わからない」と回答した施設が35件存在した。

患者ニーズや対象患者の有無については、「ニーズがない」と答えた施設が17件、「対象患者がいらない」と答えた施設が8件だった。対して、「わからない」とする施設がそれぞれ94件と89件であった。また、「患者がスマートフォンやパソコンなどの媒体を持っていない」と答えた施設が17件あったのに対し、「わからない」と回答した施設が75件であった。

最後に、「課題や障壁がない」と回答した施設は7件にとどまった。一方で、「課題がある」と明確に認識している施設は85件、「わからない」とした施設が49件であった。自由記載では29施設の回答が得られ、表14に示す通りであった。

17. 外来がん患者に必要な支援の把握【表15】

外来がん患者に必要な支援を把握するための対応について、多くの医療施設が積極的に取り組んでいることがわかった。「実施している」と回答した施設は129件に達し、全体の大半を占めた。一方で、「実施していない」と回答したのは12件、「わからない」と答えたのは9件であった。

支援の実施時期については、診断時や治療中、治療方針の変更時といった、患者の状態が大きく変化するタイミングが中心となっていた。「診断時」に支援を実施している施設は118件に達し、最も多かった。また、「治療前」や「治療中」、「病態悪化時」、「終末期」に支援を行っている施設もいずれも112件と高い割合を示した。「初診時」に80件が支援を実施している一方、「わからない」と回答した施設は9件であった。自由記載では10施設の回答が得られ、表15に示す通りであった。

外来がん患者への支援を実施する担当者について、施設ごとに多様性がみられた。最も多かったのは「認定看護師」であり、124件の施設がこの役割を担っていることを挙げた。「各科担当の外来看護師」も119件と多かった。「専門看護師」は80件であった。また、「医師」が支援を実施している施設は110件であった。「薬剤師」や「心理士」、「がん専門相談員」などの多職種による関与も確認され、「薬剤師」は89件、「心理士」は62件、「がん専門相談員」は92件の施設で支援を行っているとの回答であった。「MSW（医療ソーシャルワーカー）」の関与は106件であった。

自由記載では5施設の回答が得られ、表15に示す通りであった。

18. 外来がん患者に必要な支援を把握する方法【表 16】

外来患者の支援を把握するための具体的な方法としては、複数のツールや手法が用いられていた。特に「STAS-J (STAS 日本語版)」が広く活用されており、91 件の施設が「はい」と回答している。一方で、「DCS (Decision Conflict Scale)」や「ESAS 日本語版 (エドモントン症状評価システム改訂版)」の利用は限られており、それぞれ 3 件と 7 件にとどまった。また、「IPOS (Integrated Palliative care Outcome Scale)」を活用している施設は 21 件であった。「院内独自のスクリーニングシート (問診票など)」を活用している施設は 90 件にのぼった。自由記載では 30 施設の回答が得られ、表 16 に示す通りであった。

19. がん看護技術を適正評価するための要望【表 17】

がん看護技術の適正評価に関する要望や課題について、回答内容を分析すると、多岐にわたる視点からの指摘が寄せられており、看護師が直面している現場の現実とその中での評価体系の課題が浮き彫りになった。

まず、相談回数制限や算定要件に関する意見が多く挙げられた。特に、がん患者指導管理料の取得回数に制限があることが指摘され、治療方針の変更時や意思決定支援の場が複数回にわたるにもかかわらず、それに応じた算定が難しい点が問題視されている。また、家族の相談や支援に対する報酬が存在しないことや、外来診療における支援が診療報酬に反映されにくいことも課題として挙げられており、これらが看護師の業務負担を増大させる一因となっている。

一方で、認定看護師や専門看護師のみに限られる算定要件について意見が多く見られた。地方ではこれらの資格を持つ看護師の数が限られているため、一定の条件や研修を受けた看護師も算定対象に含めるべきだという意見があった。この背景には、がん看護における実際の支援が資格の有無にかかわらず重要な役割を果たしている現状がある。また、ELNEC_J コアカリキュラム (End-of-Life Nursing Education Consortium, 看護師に対する緩和ケア教育) の研修を修了した看護師など、広く研修を受けた人材を評価に含めるべきだという声も寄せられており、看護の専門性を認める基準の拡大が求められている。

診療報酬制度における評価基準の曖昧さも課題の一つとして挙げられた。評価に使用するツールの選定や、外来での短時間での確認が可能な方法の必要性について悩む声があり、特に全国共通の評価基準や指標の導入が期待されている。また、独自のチェックシートや評価表を用いる施設が存在する一方で、それが診療報酬に結びつかない現状に対する意見が見られた。特に外来での看護業務はマンパワーの確保が難しい状況にあり、その重要性が適切に評価されていないとの指摘が目立つ。

診療報酬が低いことが看護師のモチベーション低下や離職につながる可能性があることが指摘された。認定看護師や専門看護師が高い専門性を持ちながら、その業務が組織内で十分に評価されていないという現状があり、これが後進の育成に影響を及ぼしているという懸念が示された。看護師の専門性を組織貢献度として反映する仕組みや、診療報酬により強

く影響するような制度改革が求められた。

最後に、リンパ浮腫治療や外来化学療法など、特定の治療や技術に対する報酬が低すぎる点が問題として挙げられた。これらの業務には時間や専門知識が必要であるにもかかわらず、現在の診療報酬制度では十分に評価されていない。このような意見の中で、がん看護に必要な知識や技術を体系化し、チェックシートなどの形で可視化することで、より適正な評価が可能になるとの意見が見られた。

V. まとめ

(1) 専門看護師・認定看護師対象

今回の調査から、がん看護分野の看護師は経験豊富な人材が多く、特に20年以上のキャリアを持つ者が多いことが明らかになった。また、専門看護師や認定看護師においては、がん治療に直接関わる分野での資格保持者が多いことが特徴的であった。さらに、月に関わる患者数は少数から中程度が主流であり、患者対応が集中している看護師も少数存在することが示された。この結果は、がん看護分野の現場における人員配置や資格活用の現状を考える上での重要な基礎データと言える。また、がん看護における多様な役割や活動が明らかになった。看護師の多くが一般病院や500床以上の大規模病院で働きつつ、外来や緩和ケアに特化した部署で活動していることが特徴である。さらに、横断活動の体制の割合が高く、多職種連携や専門的なチーム活動ががん看護において重要な役割を果たしていることが明らかになった。

がん患者指導管理料イの算定については臨床現場で広く行われている一方で、業務負担や配置の不備、制度の柔軟性の欠如といった課題が多いことが浮き彫りになった。看護師たちは制度の有効性を認識しつつ、現場の実態に即した運用や支援を求めている。特に、患者の状態や意思決定能力に応じた柔軟な対応が可能となる制度改正が期待されている。

がん患者指導管理料ロについて、現場での算定は一定程度行われているものの、算定件数が少数にとどまることや上限設定、重複算定の制約などが障壁となっていることがわかった。特に、看護師の業務負担や配置の問題が大きく影響しており、算定を行う機会が制限されていることが示された。要望としては、算定基準や上限の緩和、専門的な看護師の参加拡大、認知症患者への柔軟な対応を求める声が寄せられた。

情報通信機器を活用したがん患者指導管理料の算定は、現時点では普及が進んでいない状況であった。その主な原因として、施設内の環境整備や運用方法の理解不足、オンライン診療の未導入が挙げられた。また、患者側の環境やニーズの不足が大きな障壁となっている。これらの課題を解決するためには、制度や運用方法に関する研修の実施、オンライン診療の環境整備、患者への啓発活動などが必要である。特に、院内の調整や患者の利便性を向上させるための取り組みが急務であり、これらを推進することで、がん患者への効果的な指導と

ケアが可能となる。全体として、認定看護師や専門看護師の役割を適正に評価し、診療報酬を通じてその価値を認めることが強く求められた。算定要件の改善や評価基準の見直しを含め、現場の声を反映した制度改定が必要である。また、患者や家族のニーズ調査、効果の周知、看護師の継続的な学びの場の提供などを進めることで、看護の専門性と患者支援の質の向上が期待される。

(2) 看護部長対象

調査対象となった病院の大部分は、地域がん診療連携拠点病院や一般病院といった中核的な施設であり、多くが中規模から大規模病院に該当する。がん患者指導管理料イ・ロは、これらの病院でほぼ標準的に算定されている状況であり、がん患者への指導や管理が重要視されていることを裏付けた。

情報通信機器を用いたがん患者指導管理料の算定は、対象施設全体では依然として限定的である一方で、一部の施設では積極的に実施され、特に2022年度においては高い算定件数を記録した施設があることが明らかになった。今後、このような格差を是正し、情報通信機器を用いたがん患者指導管理がより多くの施設で実施されるためには、環境整備や運用ガイドラインの整備、スタッフへの教育や研修の充実が求められる。また、導入事例の共有や効果の可視化を進めることで、算定を検討していない施設への導入促進が期待される。

また、情報通信機器を用いたがん患者指導管理料の算定を促進するためには、技術的な環境整備に加え、部門間の調整、オンライン診療の導入、教育と知識の普及が重要であることが示された。患者ニーズや対象者に関する調査・情報収集を行い、施設内で共有することが重要なステップである。

外来がん患者の支援に関する取り組みは施設ごとに差があるものの、全体として多職種による支援体制が構築されつつあることが示唆された。また、STAS-Jのような広く利用されているツールの普及が進んでいる一方で、その他のツールや方法の導入が限定的であり、さらなる啓発や教育が求められる状況が浮き彫りになった。支援の実施時期においても、患者の状態や治療プロセスに応じた適切な介入が求められる。

また、がん看護の現場で看護師が直面する課題が多岐にわたり、現行の評価制度ではその専門性や努力が十分に反映されていない現状が明らかになった。算定要件の緩和や評価基準の明確化、診療報酬の見直しが、看護師のモチベーションを向上させ、がん患者へのより良いケアを提供するために必要である。

本調査にご協力いただいた皆様に、心より感謝申し上げます。

VI. 表 1～17

(1) 専門看護師・認定看護師対象

表 1 対象者の背景

N=250

	人数	%		人数	%
臨床経験年数			所属している病院の種類		
10年未満	2	0.8	大学病院	64	27.7
10～14年	18	7.3	一般病院	134	58.0
15～19年	45	18.1	がん専門病院	32	13.9
20～24年	81	32.7	その他（公立病院）	1	0.4
25～29年	44	17.7	所属している病院		
30～34年	43	17.3	都道府県がん診療連携拠点病院	56	24.3
35年以上	15	6.0	地域がん診療連携拠点病院	120	52.2
がん患者の看護における経験年数			地域がん診療病院	16	7.0
10年未満	10	4.0	上記以外	38	16.5
10～14年	32	12.9	所属している病院の病床数		
15～19年	60	24.1	200床未満	13	5.6
20～24年	77	30.9	200～499床	79	34.2
25～29年	36	14.5	500床以上	139	60.2
30～34年	31	12.4	現在の所属		
35年以上	3	1.2	病棟（集中治療室も含む）	40	17.3
専門看護師の認定の種類			緩和ケア病棟	6	2.6
がん看護	93	89.4	外来（化学療法センター・放射線治療部門）	52	22.5
精神看護	1	0.1	外来（上記部門以外）	32	13.9
慢性疾患看護	0	0	手術室	0	0
小児看護	0	0	緩和ケアセンター	35	15.2
なし	4	0.4	相談支援センター・患者支援センター	18	7.8
その他（遺伝看護）	4	0.4	入退院支援センター（地域連携室も含む）	4	1.7
その他（放射線看護）	1	0.1	看護部	31	13.4
認定看護師の認定の種類			その他	11	4.8
がん化学療法（がん薬物療法）看護	76	44.4	職位		
がん放射線療法看護	17	9.9	スタッフ看護師	94	40.7
がん性疼痛看護	24	14.0	主任または副師長	86	37.2

緩和ケア	35	20.5	看護師長	38	16.5
乳がん看護	13	7.6	看護副部長または次長	8	3.5
皮膚・排泄ケア	3	1.8	看護部長等	3	1.3
訪問看護（在宅ケア）	0	0	その他	2	0.9
その他（摂食・嚥下障害看護）	3	1.8	横断的な活動		
月に関わるがん患者数（平均）			横断活動を行っている	171	74
10件未満	15	6.3	横断活動を行っていない	60	26
10～39件	84	35.1	所属している横断チーム		
40～69件	56	23.4	緩和ケアチーム	81	47.6
70～99件	17	7.1	リエゾンチーム	0	0
100～129件	32	13.4	術後疼痛管理チーム	0	0
130～159件	6	2.5	所属なし	64	37.6
160～189件	3	1.3	その他	21	12.4
190～219件	13	5.4			
220～299件	3	1.3			
300～399件	7	2.9			
400件以上	3	1.3			
主な職場					
病院	231	92.4			
診療所/クリニック	4	1.6			
訪問看護ステーション	3	1.2			
施設	0	0			
教育・研究機関	11	4.4			
その他	1	0.4			

表 2 がん患者指導管理料イ算定状況

	人数		人数	
	(N=250)	%	(N=181)	%
がん患者指導管理料イの算定状況			直近1か月での算定のための介入件数	
算定している	182	72.8	5件未満	92 50.8
算定していない	51	20.4	5～9件	35 19.3
現在は算定していないが算定予定である	17	6.8	10～19件	36 19.9
			20～29件	6 3.3
			30～39件	8 4.4
			40～49件	1 0.6
			50件以上	3 1.7
			1年間での算定のための介入件数	
			5件未満	35 19.3
			5～19件	47 26.0
			20～39件	27 14.9
			40～59件	17 9.4
			60～79件	11 6.1
			80～99件	7 3.9
			100～199件	22 12.2
			200件以上	15 8.3

表3 がん患者指導管理料イ算定の障壁・課題

	人数	%
業務が忙しく時間がとれない		
はい	162	71.1
いいえ	66	28.9
算定に関わる自信がない		
はい	22	10.2
いいえ	194	89.8
タイムリーに病状説明へ同席できない		
はい	181	79.4
いいえ	47	20.6
現在の配置では算定が難しい		
はい	142	60.7
いいえ	92	39.3
算定の基準がわからない		
はい	9	4.2
いいえ	205	95.8
院内での算定システムができていない		
はい	23	10.6
いいえ	195	89.4
医師が要件を満たしていない		
はい	37	16.7
いいえ	185	83.3
該当患者がいない		
はい	9	4.1
いいえ	208	95.9
COVID-19の影響があった		
はい	38	17.4
いいえ	181	82.6
障壁や課題はない		
はい	19	8.9
いいえ	194	91.1
臨床実践の場に出る機会がない		
はい	24	11.0
いいえ	195	89.0
以下、自由記載		

数年前は緩和ケアセンターの看護職員が全診療科を対象に算定していたが、人員配置削減のため、この数年間は算定できていない。
今年度中盤より人員確保が可能となるため、現在算定再開に向け調整中。

IC後の時間の確保 同意書のサインのタイミングがむずかしく 同席しIC後のフォローはするもそのあとにサインをもらうのは難しい

意思決定の場面は何度かあるが、1回しか算定できないこと。

所属長および医事課、事務部門の理解がない。

外来の副師長として勤務しており、自由に活動させてもらえない

がん化学療法看護分野でなくとも算定できるものなので、活動することを認められない。

専従が主に行っているが、対象者全員はできていない

当院は画像検査や診断部門と同部署であり、IVRの診察が隣で行われているため、個室の維持が常にできない。病院の都合や条件で算定できる、できないとなることが、患者にとってどうなのかと考え算定はしていない。また、放射線治療部門の都道府県がん拠点病院の指定要件では、がん放射線療法看護認定看護師が望ましいという条件にとどまるため、認定看護師は専従としての配置されず、身体的な理由で夜勤や他部門を担当できない看護師が配置される傾向がある。専従として配属されない故、常に認定看護師が治療部門にいるわけではないため、それも同様に医療者の都合で算定する、しないが決まることが良いのかわからず算定はしていない。

医師たちへの通達ができておらず、システムが整っていない

医師が算定要件を理解していないため、医師へ周知していく必要がある

業務時間がとれない 患者同意に困難を感じることもある

文書を渡す機会じゃない場合が多い

院内全体の医師に算定の説明や同席方法を説明しているが、依頼がこない

同席しても医師からの文書提供がない

師長業務が優先になり、自部署患者以外の算定が困難

病院からは算定可能とされているが、部署責任者のコンセンサスが得られておらず活動時間やスタッフ間の調整に協力が得られない。

患者一人1回しか算定できないので、期間が長く空いており、意思決定支援を必要としている患者の面談に入って支援しても、算定はとれない。

看護部長から積極的に算定を取る必要はないと言われ、システムの構築ができない。

時間確保が難しい

算定基準を満たせない病院側の状況（方針など含め）

体制づくりについて看護部の理解が得られない

診療報酬算定上の規定がある

説明時にプライバシーに配慮した環境が作りにくい（説明後の面談は個室で対応するが、医師からの説明は各科外来になってしまふ。外来の診察室は隣に声も聞こえてしまうのでプライバシーに配慮した環境になるのかどうか）

緩和ケア専従看護師で、緩和ケア診療加算を算定しているため、がん患者指導管理料¹（イ）は算定出来ないことになっているため。

説明の場に同席するためには、医師の協力も必要。

タイムリーに同席できない。医師の理解が得られない。

内容を説明後、書式に記載後改めて医師

看護師、患者家族にサインをもらうのにタイムラグが発生する

自身が活動日でない日には算定条件が満たされないために算定できない。

そのあとに時間を割いても算定されないと、病院としても積極的に取り組みが難しい。

今後のがん患者がよりよく過ごしていくためにも専門看護師・認定看護師が対応すれば算定可能としていただきたい。

医師、看護部の上司の理解がない。

看護部の上司のがん看護に対する認識が弱い

算定できる看護師が限定されているため、医師にも要請しづらく、医師からの要請数自体が少ない

医師、上司を含めスタッフは算定に関して知らない、あるいは知っていても日々の部署中心の業務の振り分けとしているため、がん看護関連認定・専門看護師へ算定を意識した振り分けができない場合が少なくない。

管理職であるため時間調整が難しい

介入した時点ですでに算定されていることが多い

同席しなくても情報共有ができて支援できれば良いようにしてほしい

病棟スタッフとして配属されているため時間の確保が困難、医師への認知度の低さから依頼が少ないこと

管理者との両立ができていない

病院の認識不足

算定要件を満たしている医師が少ない

タイムリーに同席できない

院内にシステムができてない

協力が、得られない医師がいる

記録に時間がかかる。

スタッフに、休みが出ると、予定していた説明に同席できないことがある。

医師が施設基準に達する内容不足

各医師の意識の違いにより算定の場を逃している

病状や方針説明の際、同席したいが、途中で処置に呼ばれてしまう。一スタッフとして配置されているため、同席や面接の時間確保が難しい。

個別の患者に関わる時間が長時間取れない

外来放射線照射診療料算定要件「専従」で届出している。当院は「専従」と「専任」両方での届出は行わない方針のため。

当院では管理職を持つ認定・専門看護師が持ち回り制でICに同席するシステムを作っているため、管理者（師長）ではない私に対応に当たる機会に出会えない。固定された診療科の担当看護師がICに同席するなど、システムの変更が必要であるとする。また、外来においては、診察室が限られており、IC後の面談できる個室が確保できないという環境的な障壁が多きい。

いの算定は1回のため、すでに算定されていることが多い。意思決定支援のタイミングは、1度ではなく、たくさんあり関わるが、算定に結びつかないものも多い。

コロナの関係で、患者と家族別で病状説明されることもあり、本人の意思決定支援ではないため、算定にはつながらない。

・時間の確保

・外来で算定済みが多く、病棟では該当者が少ない

・介入場面は多くあるのに1回しかとれないという制限数の障壁

「遺伝看護専門看護師」が算定条件の資格として認められていない

主は教育機関で勤務していて、非常勤でがん相談支援センターで相談を担当している。相談支援センターで相談業務にあたっている場合は、当該管理料は算定できない。患者にとって相談が自己負担がなく利用できることはよいが、専門性の高い看護師の対価として、医療機関に費用の還元が妥当か疑問である。がん相談支援センターにこれらの看護師を配置すると、なかなか指導料算定が可能な場面に、それらの看護師を配置できない。それは患者にとってタイムリーに専門的な看護が受けられないということにもなる。どちらを整えようとする、かなり多くの専門・認定看護師を雇用しなければならず、医療機関の負担が大きくなる。

病棟で一スタッフとしても業務をしなければならず、依頼があった際にも夜勤や患者対応のため、時間調整ができないこともあった。

また、同一患者に複数回行うことがあり、算定できないことも多い

勤務のタイミングもある上、スタッフも携わることがあり認定看護師が全てICに入るわけではないため。

自分以外に算定に関わるスタッフがいる

施設管理者の理解が乏しい（加算を取る意味や条件を同僚にも理解してもらう必要がある）

緩和ケアチーム専従のため算定できない、と施設側に言われている

関わるすべての患者の病状経過において、病状説明前後の支援を行っているが、説明時はすでに他部門で算定済みが多いので、算定件数(収益)にはつながらないです。

介入している患者や家族からは、「時間をとって専門的支援を提供されていること、さらに、説明に至るまでの専門的な調整もあると十分わかるので、それに見合う費用をきちんと支払いたい、そうでなければ一体どのように専門性を評価するのか」と言われることがあります。1回のみ算定ではなく、診断時・再発時・終末期(治療継続困難期)の3回は最低必要であると思います。

管理業務との兼務

緩和ケアチームとしてコンサルテーション活動をしているので、加算よりも、依頼者側の主科の教育、経験を優先してしまう。

1患者に1回のみ算定との規定は、患者への質の高い支援・継続看護の障壁だと感じます。算定後の患者に対しては意思決定支援・意思実現のための支援等、一定期間は継続したフォローが必要だったり、生存期間の延長に伴い、治療継続期間中の節目ごとに意思決定支援が必要だったりするが、算定は1回しか算定できないため、患者に対して継続的にきちんとフォローしても、診療報酬につながらない。算定できる1回だけの介入で、継続せずに、どんどん次の新規患者の説明同席・算定を行うほうが診療報酬が算定できる・病院経営に貢献という要件になっているのは、本当に患者に有意義な介入ができる体制なのか、と思う。

算定が難しい部署に配置されており、病状説明へのタイムリーな同席が難しい

医師の協力

患者家族の都合から夕方もしくは土日に病状説明がなされることがあるが、算定可能なスタッフは概ね日勤者が多く、算定に限界がある

算定できる患者さんが同じ時間にくると、全例算定できない。

看護師が少ないと、他の業務があるので、同席できない

放射線治療の外来放射線照射診療料の専従看護師となった場合、IC 同席しても算定が取れないのを、どうにかしてほしい。

医師の理解

病棟では、時間がタイムリーに取れない

医師と看護師が十分に話し合ったという基準がわかりにくい。面談の方向性を医師と話し合うことはあるが、その内容を記録に残す習慣がない。面談に同席するだけでは不十分と思うので、算定を躊躇してしまう。

診療科によって、専門認定の配置がなく、外来でのこの算定に同席や面談ができていない

マンパワーの問題で活動時間の確保ができない。また医師が時間調整をする時間がなく協力が得られにくい。

文書の記載がない場合や、1回しか加算が取れない(重要な話の場面は多々ある)

専属業務につけない

日本看護協会が提示した加算例以外は認められないと、都道府県厚生局に言われた

医師の協力が得られづらい(同席が必要な場面であるという評価よりも看護師は忙しくて呼びづらいなどと言われる)一人で対処することが当たり前なのか。その後外来でプライバシーの保てる相談個室を確保することが難しい。

医師が文書による提供を行わない。

算定要件である紙面を渡すことについて、その習慣のない診療科もあり、同席してフォローしても算定が難しいことがある

同時に介入連絡があると、がん専門相談員にも介入してもらうことがあり、トリアージとかがん相談部門とのすみわけが、時々混乱して難しい。困ると言うより、難しいと常に思います。施設内で工夫しないで派なのでしょうが、相談員の職種が看護職で看護力もあるので、一緒にやっていくスタイルになっているがゆえ、難しさもあります。

患者に説明をして同意を得ることが難しいことがある。

師長の意向で副師長としての役割を遂行するために放射線治療室のみで勤務をすることが難しい。認定看護師が専従となるような配置の加算や決まりがないため、身体にハンデのあるスタッフを治療室に専従看護師として登録する傾向にあり、認定看護師が専従にならない。

全ての患者に介入できてきかない

遺伝看護領域では算定できないといわれている

マンパワーが不足しており介入できないことが多い

管理職をしながら活動することが課題である。また外来配置加算がないため看護師配置が厳しく多重業務ばかりで同席できる時間がない

医師の加算算定への意識が低く、急に告知するときは呼ばれない。(もともと医師からの声かけが少ないことを想定して、診療科看護師や Dr.クラークに告知がありそうな場合に声かけをしてもらっている)

施設やほとんどの医師が加算ありきで認識しているため、本来の目的を満たしていないことが多いと感じジレンマである。

各科に対象者がいるが、院内で算定の選択をする基準があいまい

主に緩和ケア外来と入院患者のうち緩和ケア紹介のあった患者に対して取得しているが、緩和ケア外来や緩和ケアチーム介入をしていない患者において取得できていない。

外科系の医師は意識が高いが、内科系の医師からの依頼は少ない。

患者への同意や意思の説明用紙にサインや電子カルテへの取り込みなど、告知後辛い状況の患者家族に負担が大きいこともある。もう少し、患者家族への心理的負担が減る方法はないかと思っている。

緩和ケアチームの専従なので取れない。

時間が重なることがある

システム化できればいいが医師をはじめ関連職者の協力が得られがたい。活動日を1/週もらっているが救急外来にも携わり、時に師長代行業務もあり時間が確保できない。

医師も認定看護師の同席を希望しているが、当日急に呼び出すとなると、認定看護師を待つ時間が発生するため呼び控えがあるようです

専門看護師、認定看護師が少ない

外来診療介助を空ける事になるので、業務が滞る。

専門性を発揮できる配属でない

マンパワー不足

医師があまり協力的ではない

資格のない他のスタッフの育成のため、指導やフォローのみで患者への直接介入を行わないことがある

対応できる看護師が少ないため、外来での説明時間が重なり1人しか同席できない。

(説明は時間を取って行うことが多いため大体外来の終わりごろの時間になるため同時缶当たりにも重なることが多い)

他のメンバーが同席出来ることもあるが稀である。

個人では監理業務との兼ね合い

全体では専門認定スタッフと他のスタッフとの業務調整

病院全体、医師の理解と協力が不十分

緩和ケアチームの専従看護師で、そちらが優先されるため

病院全体で、自分が9割以上算定している状況

すでに算定済みで介入しても算定できないことが多い、介入を行ってもICシートや同意書などの文書発行がないために算定できないことも多い

医師や外来スタッフ、病棟スタッフの加算に対する知識が不足している。ICの予定時間が重複する。加算の算定だけに意識が向いて、加算が取れるスタッフに負担が集中する。

病院での算定

過去にイが算定されているかどうか分かりにくい

まず医局への周知、医師の協力、医師が要件を満たしていないこと

介入記事を記載する時間が時間外になり、時間外勤務申請が厳しく困る状況がある

専従看護師は、専従業務100%で、算定取得はできない。

自身は横断的に活動できる部門に配置されているが、他のがん関連 CNS、CN は現在の配置上、イの算定タイミングに合わせての活動が難しい状況にある

外来での告知が多く、各科の医師の診察が重なること

認定看護師の対応できる数より依頼が多い

診療科によっては文書を用いる要件を満たすことができない

表4 がん患者指導管理料イ算定の要望

	人数	%
要望はない		
はい	27	13.0
いいえ	181	87.0
がん患者指導管理料イの算定上限を緩和してほしい		
はい	184	80.3
いいえ	45	19.7
医師が要件を満たしていない場合でも、看護師が要件を満たす場合には算定できるようにしてほしい		
はい	148	66.1
いいえ	76	33.9
認知症など意思決定が困難な患者への関わりも代理意思決定者の承諾で算定できるようにしてほしい		
はい	216	92.3
いいえ	18	7.7
以下、自由記載		
一度医師の説明文書があれば、同じ意思決定の支援内容であれば、医師の診察の同席や、説明文書がなくても算定ができると良いと思う。		
指導内容によって認定・専門分野でとれる点数が異なると、専門性が活かせるようになると思う(例えば薬物療法の指導を緩和ケア分野が行ったら点数が差し引かれるなど)。しかしそうすると、特定の分野しかない施設が困ると思う。		
基礎条件が満たされていれば看護師の面談とカルテ記載で算定して欲しい		
医師のICをする時間帯		
外来通院中の方だけでなく、入院中の患者さんの意思決定支援や病状説明同席、緩和ケア病棟申し込み時などにも同席し看護介入しているの、加算がとれるようになって欲しいと感じています。		
入院中の患者について、療養先に関する意思決定支援でも算定できるようにしてほしい		
他活動で専従の役割をとっているとイ算定登録ができないと施設から言われている。マンパワーが少なく、イ専従登録を立てられる人員がいない。		
病名告知や治療選択などでがん治療を行う患者はたくさん意思決定を行っていく。その際には、医師だけでなく多職種の介入は必要であり、それは一場面のみは言い難い。終末期におけるタイミングであれば文書によるやりとりはほぼなく、がん患者指導管理料イを算定するタイミングは終末期に進むにつれて時間を要しているにも関わらず、算定ができない状況が続いている。時間を要し、十分なケアや支援が受けられるよう算定回数の増数を要望したい。		
短時間で要件を網羅できる記録形式を検討・助言・提示をしていただきたい。		
コンサルテーションで、スタッフが意思決定支援ができるようにサポートした場合も何らかの算定をしてほしい。		
再発の時も治療決定に関わるため、算定できるようにしてほしい。		
認知症や精神疾患があっても、その人の能力に応じた支援をしているし、家族と話し合いながら治療決定を行っているため、算定できるようにしてほしい。		
・がん患者指導管理料の算定のために専任登録されている看護師には、病院としてその業務をする時間を与える(確保する)ことを		

義務化してほしい。

- ・家族による代理意思決定支援をした場合にも算定できるようにしてほしい。
- ・皮膚排泄ケア認定看護師もがん患者指導管理料ロを算定できるようにしてほしい。
- ・遺伝看護専門看護師もイヤロを算定できるようにしてほしい。
- ・その他、がん患者のケアに携わる専門・認定看護師も算定できるようにしてほしい。

算定が取れる回数を増やしてほしい

がんだけでなく、どの疾患でも苦痛・苦悩はある。スペシャリストが介入するものはがんに限定されたものでない方が良くと思う。
診断時だけでなく、治療途中のギアチェンジでも算定可能だと良いと思う。医師の面談とセットでなくても算定できるイ以外の算定方法を設置するなど。

HBOC 以外の遺伝性腫瘍にかかわる診療への同席でも算定できるようにしてほしい

対象の患者の地域でのケア担当者（訪問看護師、ケアマネジャー、施設看護師など）からの相談に対応することがある。このとき、情報提供や支援方法の指導などを行うが、こうした関わりについては算定ができない。例えば、指導管理料（連携）（仮）のようなものを創設できないか。地域包括ケアの考え方に基づく、外来から地域への連携は非常に重要である。専門性の高い看護師が、同行訪問することの一部は診療報酬があるが、文書や電話等による情報提供や助言・指導などに算定されるものがあると、連携が進むのではないか。

一疾患に一回しか算定できないのを緩和してほしい。最初の告知から再発時など何ヶ月、何年にも渡り告知内容は変化するので。

上記、記載参照ください。

家族への支援でも算定できるようにしてほしい

管理者の理解

家族だけへの IC でも算定できるようにしてほしい。

記録の方法について、事例を知りたい

別部位のがんなど治療計画が異なる場合は、算定できるようにしてほしい

外来放射線照射診療料の専従看護師でも、IC 同席したら算定とれるようにしてほしい。患者家族支援でも、算定取れるようにしてほしい。

算定回数の緩和

施設内での何らかの基準を定めそれに該当した看護師は CN・CNS でなくても算定できるようにすると良い

大事な場面は複数あるので、上限を緩和してほしい 家族でも取得可能にほしい

外来に専任の看護師が相談できる個室を常設してほしい。また、専任ではなく常勤などとしないとなかなか相談は来ない。何床以上、がん患者何人にあたり何人などの規定があると施設基準を満たそうとしてくれるのではないか

認知症の患者にこそ代理意思決定者の支援が必要なのにそこに算定がつかないのは疑問に思うので、算定がつくようにしてほしい。

一度きりの算定なので、医師と看護師がそれぞれ、同席、支援の内容を記載することで算定できるようになると実績がつめると思っています。しかし、他の数えきれない多くの加算とのバランスがわからないので、がんあまり保険診療を注げないのかもしれないも思っています。

3回は算定できるようにしてほしい

インフォームドコンセントに同席して介入しても算定の説明をして断られると算定できないことがある。説明している病院としてい

ない病院もあり、なぜ看護師だけ説明しなくてはいけないのかと矛盾を感じる。

専門領域によって取得できない現状が理解できない。

他の診療報酬はいちいち同意を取っていないのに患者の同意をとるのに抵抗がある。

治療方針変更のたびに算定できる仕組みがあると良い

画像所見や身体症状などから限りなく癌疑いで紹介されてきた患者であっても、病状説明した際に患者が精査・加療を希望されない場合に算定できない。特に高齢者でPS低下や認知機能低下があり、社会的サポートや意思決定支援が必要となる患者への関わりは時間がかかる（IC前後の面談、IC同席、主治医や外来NSとの情報共有、記録）ことが多いので一定の条件のもとで算定させて頂ければと思います。

また、積極的治療開始時は説明文書の記載あるが再発・転移の告知やBSCとなった時に文書がなくコスト算定できないケースも多い。所定の様式があり、医師が簡便に記載できるもの見本となるものがあれば助かります。

病歴の長いがん患者で、再発、転移が起こった場合などの場合、一回という算定要件を緩和して貰いたいと思う

家族だけに説明した場合も算定できるようにしてほしい

治療法の進展により、再発、重複患者が増えています・2度目、3度目の診断がつく際の方が対応も複雑であり、患者さん、ご家族の苦痛も多いと感じています。

また、認知症などでは、判断基準を明確にして家族も含めた対象とするのが妥当と感じます。(条件にもよりますが)

転移などで再治療になった場合意思決定が重要である。算定可能になると良い

別のがんで新たに治療が必要になった際に、同一患者で2回目の算定が可能になるとよい(算定したらダメですよね?)

同一患者が別のがん種で再算定できないこと

ICシートや同意書などの文書発行がなくても診療録に記録を残せば算定できるようにしてほしい

イを算定するのに必要な看護師が不足しているため、看護師の要件を緩和してほしい。例えば、ELNEC-Jを修了した看護師も可にするなど。

高齢者・認知機能低下のある患者が増えているので④は必要になってくると思われる

告知時、治療方針が変更になった際、療養先が変更になった際など算定のタイミングが増えるとありがたいです。

WOCさんたちの算定と区別して算定できるようにしてほしいです。

がん看護においては家族のサポート、家族ケアがとても大切である。画像のみの面談も多いため和家族も算定対象としてほしい。専従看護師も、専従として算定できるようにしてほしい。

初めの告知以外にも、再発時、治療方針の変更など、ロとは違った場合にも支援したら算定できる様にして欲しい

家族への説明だけでも家族の支援も重要であり、算定できるようにしてほしい

表5 がん患者指導管理料口算定状況

	人数 %		人数 %		人数 %	
	(N=250)		(N=179)		(N=177)	
がん患者指導管理料口の算定状況			直近1か月での算定のための介入件数		1年間での算定のための介入件数	
算定している	179	71.6	5件未満	84 46.9	5件未満	31 17.5
算定していない	55	22.0	5～9件	45 25.1	5～19件	43 24.3
現在は算定していないが算定予定である	16	6.4	10～19件	32 17.9	20～39件	41 23.2
			20～29件	7 3.9	40～59件	13 7.4
			30～39件	6 3.4	60～79件	10 5.6
			40～49件	3 1.7	80～99件	4 2.3
			50件以上	2 1.1	100～199件	22 12.4
					200件以上	13 7.3

表6 がん患者指導管理料ロ算定の障壁・課題

	人数	%
業務が忙しく時間がとれない		
はい	152	68.2
いいえ	71	31.8
算定に関わる自信がない		
はい	31	14.5
いいえ	183	85.5
現在の配置では算定が難しい		
はい	126	55.5
いいえ	101	44.5
算定の基準がわからない		
はい	15	7.0
いいえ	198	93.0
院内での算定システムができていない		
はい	30	14.0
いいえ	184	86.0
STAS-J等の要件に患者が合致しない		
はい	126	55.5
いいえ	101	44.5
1患者あたりの算定回数に上限があり、7回目以降の介入については算定できない		
はい	148	65.5
いいえ	78	34.5
緩和ケア診療加算やがん性疼痛緩和指導管理料を算定しているため、ロで算定できない		
はい	131	58.5
いいえ	93	41.5
COVID-19の影響があった		
はい	43	20.1
いいえ	171	79.9
障壁や課題はない		
はい	27	12.7
いいえ	185	87.3
臨床実践の場に出る機会がない		
はい	26	12.1
いいえ	189	87.9
以下、自由記載		

初期治療の場合、STAS-Jの評価項目が合わないため難しい

基盤ができていない

算定の要件は整っているが、ポスターでの掲示や stas-j での評価など、放射線治療部門で運営するまでの仕組みづくりまでには至っていない。

他の算定要件を考えての対応が難しく感じる

全ての患者に算定を満たしてほしい

師長業務優先で、自部署患者以外に関わるのが困難

部署責任者のコンセンサスが得られていない（イでの回答等と同）

看護部長から積極的に加算は取らなくていいと言われ、システムを構築できない。

体制づくりについて看護局の理解が得られない

心理支援で関わることが多いが、STAS-Jに当てはまらないことが多い。緩和ケアチームの専従看護師で

STAS-J 基準がわかりにくい

十分関わっても STAS-J の算定要件に満たない場合がある。

院内に、プライバシーを保持した面談室が少ない

回数の上限

現在認定活動日を設けて横断的に対応を行っているが活動日外での依頼があると算定基準を満たせない。看護部の方針として専従対応は難しいと言われているため、活動日外でも対応可能になって欲しい。

また、外来では家族への個別対応をする機会がある。患者が必ずしも同席していることが必須条件になっているが、患者が安心して過ごしていくためにも家族対応は必要であり、患者がいる場面では話せないことも多く家族への個別対応に関しても算定対象としていただきたい。

がん相談 として紹介を受けた場合に算定し難い。

内服抗がん剤に関しては毎回副作用の確認や指導を行っているが算定要件にあわない場合が多い

院内の協働システムが不十分

- ・患者と面接をする時間がもてない。
- ・主治医の指示を得るステップが時間的な障壁になる

算定を取る基準やきっかけが難しい

今までこの数年はがん領域の病棟配属であったため、年間 40～50 件算定してきたが、現在は配属先の関係で直接がん患者とのかわりがないため。

がん患者指導管理料イと同様です

「遺伝看護専門看護師」が算定できる資格に入っていない

管理料イに記載したものと同様

大部屋のため加算が取れないことが多い。個室の患者だと取れる。

認定専門看護師以外のがん看護経験年数が 5 年以上のスタッフも加算が取れたらよいのと思うことがあります。自分同等の指導、説明対応をしているケースもあるため。

STAS が現場と合わない 家族のみの関わりが増えている セン妄や認知機能低下のある患者が多い

6 回以上でも変わらず患者の心理的負担軽減のための介入をしています。ニーズは増えているが、件数として増加しないため、回数制限を外してほしい。

家族への支援でも算定できるようにしてほしい

算定を取れる看護師は、ほぼ緩和ケアチームに所属していたりする。他の加算との重複（緩和ケア診療加算やがん性疼痛管理料など）、もはや評価基準のスケールも適応しない。

がん相談支援センターに配置されている。相談は無料とされており無料であるが相談に繰り返し相談されている。家族との関わりが多く算定条件外となっている。

患者への指導料算定の説明と承諾

併算定の可否があるので、会計部門での業務が煩雑になる（6 回の回数制限だけでなく、他の診療報酬との併算定可否をチェックする必要がある。「ロ」の算定対象者の場合、がん性疼痛緩和指導管理料算定している頻度は高いが、同月内での「ロ」の算定回数によってがん性疼痛緩和指導管理料を返金して、「ロ」で算定するなど、会計業務が非常に煩雑となり、確実な算定ができないことがある。確実に算定できているかの確認作業も大変）

STAS-J の評価ツールだと、該当しないこともあるので、ツールを他のもの（例：生活のしやすさの質問票）に変えてほしいです。

がん性疼痛指導管理料の算定患者が対象であることが多く、要件を満たせない

医師の協力が得られない

年単位で治療しているが、6 回しか取れないこと。家族のみの面談でとれないこと。医師の指示がいること。

がん相談の無料対応、通常のケア対応との違いが明確でない。

前述の通り、厚生局に認められないと言われた

CQI などからがん患者指導管理料加算を増やそうと課題として管理者が考えてくれているが、加算を取ることが目的になり STAS-J など要件をわからずに算定する医師が増える可能性があります。看護師の必要性がないと思われるのでは。

医師との情報共有は記録での共有でもよいのかわからず算定していないことがある。

看護相談をすると科学療法センターのオリエンテーションで（ロ）の介入ができない。人員不足を感じる。認定看護師の監視下でスタッフが実践しても算定ができるようにしてほしい。

専従看護師になった場合に算定できないこと

診断時よりする機会が無い 条件がクリアされると、なんらかの形で寄り添う治療継続支援は必要。

イと同様に遺伝看護領域だから取れないと言われている。

広報し浸透するのに時間を要する。

治療方針が決まっていなかったり、『がんと思われるのでこれから検査しましょう』と病名確定していない場合で不安が強く介入する場合などは難しい。

緩和ケアセンター専従看護師であるが、緩和ケア診療加算を算定につながるラウンドと記録で1日の大半の時間を要する。また、がん患者指導管理料ロ）算定につながるIC同席は、特に外来NSとの連携が必要であるが専門家介入の基準・判断が個々の看護師によって異なる。

外来NS対象に苦痛スクリーニングや症状緩和などの研修を開催しても参加率が低く（業務が多忙、パート勤務者が多く時間の確保が難しい）、教育も難しい。

上限があるため現場の担当看護師へ依頼する場合がある。（算定が目的になりがち）

STAS-Jが2点以上が2個以上の要件が当てはまらないことがあり、心理的のみでも身体的のみでも2点以上が2個とならないことがある。

患者の拾い上げが困難であることや、こちらから算定させていただきと申し出ることには抵抗を感じている。

最近多い外国人患者（しかし日本保健医療制度使用）に同意を得難い

外来化学療法患者への説明時にも算定できる要件になったが、支持療法が進歩しており、苦痛がある状態で過ごしているからは少ないため算定につながるケースがほとんどない。

医師によっては、予防的に制吐剤を追加したり、緩下剤を処方することで算定をしてよいと思うといわれる医師もあり。解釈の仕方により、算定の場の縮小や拡大になっていると感じる。

STASJの評価が抜けてしまう

専門性を発揮できる配属でない

スタッフも多忙で一緒に評価する時間がとれない

通常の業務の中で相談に関わるため、費用がかかることに同意を求めにくい

STAS-Jを見直す時間がなく、算定できそうでもできていない

病院全体、看護部の協力が不十分

外来患者が多く、STAS-Jをつけている暇がない

病院での算定

外来だと緩和管理料の算定と重なることが多い。

家族への支援が必要なことも多く、家族のみの支援での算定ができないこと

専従看護師のため算定取得できない

STAS-Jなどの評価では明らかな問題がなくても、意思決定支援や情緒的サポートなどが継続的に必要な患者はいるものの、ロの算定に繋がらないことが多い

電話相談も多いが、算定出来ない。

緩和ケアでは継続的な支援が必要であり、7回目以降の関わりが大事、算定回数制限がないようにしてほしい

表7 がん患者指導管理料口算定の要望

	人数	%
要望はない		
はい	20	10.2
いいえ	177	89.8
がん患者指導管理料口の算定上限を緩和してほしい		
はい	194	83.3
いいえ	39	16.7
緩和ケア診療加算やがん性疼痛緩和指導管理料と同時に算定できるようにしてほしい		
はい	209	88.6
いいえ	27	11.4
がん患者指導管理料口の要件（STAS-J、DCS）にPROの評価ツール（ESAS、IPOS）も含めてほしい		
はい	158	70.5
いいえ	66	29.5
皮膚・排泄ケア認定看護師や摂食嚥下障害看護認定看護師もがん患者指導管理料口の算定ができるようにしてほしい		
はい	158	68.7
いいえ	72	31.3
認知症など意思決定が困難な患者への関わりも代理意思決定者の承諾で算定できるようにしてほしい		
はい	223	94.5
いいえ	13	5.5
以下、自由記載		
STAS-J等を評価しなくても算定できるようにしてほしい		
薬剤師と同様に指導も要件を増やしてほしいと思う		
家族のみの場合も算定できるようにしてほしい。BSCになった時も算定できるようにしてほしい。		
様々な専門家が介入した際に同時に算定できないので、だれが中心となっているか又相手がとっているだろうと考え算定が漏れることがある		
がん相談支援センターで関わる相談員とロで関わるスタッフとの区別。		
外来緩和ケア管理料を月一回算定すると、その同月にロを算定できないため、同月は算定できるとよい。		
がんと診断された時から緩和ケアは始まっており、長期化するがん治療に対応していくためには算定が6回まででは不足していると感じる。患者の不安や日常生活への支援など治療やがんのステージによって必要とされている支援も変わってくる中で、長期的な視点が必要になってくる。病院が患者の利益のために看護師が積極的に活動していけるよう算定回数の増加を要望したい。		
家族への対応について		
精神支援に費やす時間から考えると指導料や算定上限を増やしてもよいと思う。		
家族に関わった場合も算定できるようにしてほしい		
高齢者が増えており、患者・家族への介入いづれかでも算定可能が良い		

・主治医の指示がなくても、専任看護師が必要と判断した場合や患者の希望で面接した場合は算定できるようにしてほしい。・家族のみに面接を行った場合にも算定できるようにしてほしい。

電話対応や家族への対応も取れるようにしてほしい

がん以外の患者も苦痛や苦悩がある。その対象においてスペシャリストが関わるものは算定ができるとよいと思う。

指導料イで記載したものと同様

大部屋対応でも加算が取れるようにしてほしい。

家族への面談でも算定できるようにしてほしい

記録の方法の事例を知りたい

説明書などの書類についての文言が算定要件の文章に無いと良い

医師の指示は不要にしてほしい。NSからの依頼もあるので、家族のみの関わりも算定可能にほしい

遺伝看護専門看護師も加算が取れるようにしてほしい

医師が算定する場合、通常の診療との違いが明確になっていない。通常の診療と異なる点は STAS-J で評価できればよいか明確だとよいと思います。

面談希望者は多いが STAS-J の要件を満たさないものが多く算定につながらず、収入につながらない部署からは人員削減されて、ますますがん患者の支援が困難となるので、算定要件を緩和してほしい。

WOC もロの算定ができるようにしてほしい。

イ、ロともに緩和ケアチーム専従、放射線治療室専従でも加算が取れるようにしてほしい

イと同様に専門領域で取得可否がきまることに疑問がある。

患者の家族対応でも加算できると良いのではないか

継続して介入することも多いので、7回以上算定できるようにして頂きたいです。また、IPOSも評価ツールに入れて頂きたいです。

家族だけに説明した場合も算定できるようにしてほしい

摂食嚥下障害看護 CN なのでロは算定できないのですが、がん専門病院に所属しており、がん看護も学んできたので、算定させてもらいたい。対象外の CN でも専門病院に所属してがん看護の研修受けたとか、条件つけて算定などでできればいいなと思う。

多数の専門看護が介入してもそれぞれ算定してほしい

認知症患者への対応は今度の課題と感じます。認知症ケアチームとの兼ね合いも考慮が必要かと感じます。

マンパワー的に難しい状況

相談者が家族のみの場合でも、算定を認めてほしい

スタッフ配置が必要

STAS-J2 点以上が 2 項目のところを 1 項目でもいように緩和してほしい。不安だけで症状がなくても算定できるなど。

病院での算定

認知面に問題がない患者であっても家族ケアでの算定を可能にしてほしいです（患者家族間の合意形成に家族支援は必須とであるため

がん看護においては第 2 の患者である家族のサポートがとても大切である。家族のみの面談でも算定対象としてほしい。また、専従看護師も算定取得対象としてほしい。

やはり、チームが介入していると加算出来ないこと。電話相談や、評価に該当しない場合に加算が取れないこと。時間をかけているが、加算点数が低いこと

認定が入れないときは一般の看護師が支援している。そこにも何らかの評価がつくようにしてほしい

表8 通信機器を用いたがん患者指導管理料算定状況

	人数		人数		人数	
	(N=250)	%	(N=8)	%	(N=9)	%
情報通信機器を用いたがん患者指導管理料の算定			直近1か月で、情報通信機器を用いてがん患者指導管理料イ算定のための介入を行った件数		直近1か月で、情報通信機器を用いてがん患者指導管理料ロ算定のための介入を行った件数	
算定している	11	4.4	0件	6 75.0	0件	6 66.7
準備中	12	4.8	1件	2 25.0	1件	2 22.2
検討していない	131	52.4			8件	1 11.1
わからない	73	29.2				
該当なし(例:訪問看護などの所属など)	23	9.2				
				人数 % (N=7)		人数 % (N=8)
			1年間で、情報通信機器を用いてがん患者指導管理料イ算定のための介入を行った件数		1年間で、情報通信機器を用いてがん患者指導管理料ロ算定のための介入を行った件数	
			0件	6 85.7	0件	6 75.0
			1件	1 14.3	1件	1 12.5
					20件	1 12.5

表9 情報通信機器を用いたがん患者指導管理料算定の障壁や課題

	人数	%
情報通信機器を用いた相談業務の環境整備ができていない		
はい	197	88.3
いいえ	26	11.7
医事課との調整ができていない		
はい	190	88.8
いいえ	24	11.2
看護部との調整ができていない		
はい	192	90.1
いいえ	21	9.9
オンライン診療を行っていない		
はい	169	76.8
いいえ	51	23.2
情報通信機器を用いた相談の方法がわからない		
はい	143	68.8
いいえ	65	31.2
患者のニーズがない		
はい	67	33.2
いいえ	135	66.8
対象となる患者がいない		
はい	53	26.6
いいえ	146	73.4
患者が情報通信機器で用いる媒体（スマホやPCなど）を持っていない		
はい	105	50.7
いいえ	102	49.3
課題や障壁はない		
はい	14	7.1
いいえ	183	92.9
以下、自由記載		
病院としての関心事になっていない。医事課の方の協力が得られにくい。		
わかりません		
目の前にいる患者対応で精いっぱい		
だれがどのように対応するのかシステムの構築に困難がある		
公立病院なので、新たな取り組みを行うときの費用や、承認を得る必要のある人が多く、障壁が多い		
情報通信機器の必要性がない		

高齢者が多く、スマホやパソコンはもっていない

病院側の理解、準備予算

情報通信機器の場合、情報漏洩など個人情報の取り扱いの問題があり、具体的な取り組みに至っていない。

情報通信機器を用いたがん患者指導管理料の算定の実施を検討するまでのマンパワーも含め、余裕がない現状があります

高齢の患者が多い場合は、通信機器でのコミュニケーションが困難な場合も多いと感じる

整備費

高齢者が多い当院では通信機器を整備することが難しいため実施は困難と考える。

高齢者も多く難しい部分も多い

総合病院のため。

一部診療科のみオンライン診療を行っている状態で、施設として全く取り組みがなされていない。

施設が必要性を認識していない。導入するコストを配慮しない。

高齢者の方が媒体を使えない場合、算定が難しいような気がします

算定件数がすくないため、必要がない

結局は対面での面談を希望している場合が多い

医療情報技師資格保持看護師が活用されていない

現在の活動を広げる余裕がない（CNS、CNのマンパワーの問題が大きい）

医事課が算定に前向きではない。

コストや人員に課題があると思う

上層部に必要性を理解してもう必要がある。患者のニーズの把握を聴かれていない。

指導料イに記載したと同様、連携先のケア提供者との通信機器を用いた情報提供、指導・助言も算定できないか。遠隔地から通院している患者には、遠隔地のケア提供者との連携が必要となり、通信機器での連携が効率的であり、対面でもカンファレンスなどに伴う移動の負担軽減にもつながる。

薬剤師による介入は始まっているが、看護部では人員配置が難しい

検討すらしておらず、障壁や患者のニーズすら分からない

がん患者指導料イ・ロの算定について病院や看護部の理解やニーズがない

マンパワー不足

算定が難しい決め手が示しにくい

専用電話番号が持たないので、患者はかからないと言うだろう

緩和ケアチームの専従をしているにも関わらず、病棟、救急外来など外来の応援を強いられ本来の活動が行えない状況にある。監査や機能評価では勤務状況を偽って報告されている。コロナ禍以前からの組織的な慣習のようだが、地域がん診療連携拠点病院として良いのか、葛藤がある。

オンライン診療を行っていない。

コロナ禍でのオンライン診療自体、ほとんど利用者がいませんでした。がん患者指導管理料を算定するような状況の患者は、通院頻度がそれなりに頻繁、あるいは、入院中だと考えられるので、情報通信機器を用いた算定実施は、あまりニーズが高くないと思われ、準備に必要な体制作り・調整（会計方法含めて）、患者への案内（通信料は患者負担等）、院内でのネット環境整備などの負担の方が患者のメリットを上回る現状のため、積極的な体制整備にはすすまない。

よくわからないです

準備が整っていないのと、自分自身がイメージがつかない。

タブレットなどの準備（購入）、管理。病院長や看護部の許可、システム化。

そもそも使用していないので不明

施設では実施しているが、自分自身は算定できない。

まだ知識不足で、準備にとりかかれています
具体的にどのようにされているか学ぶ機会がほしい

通信機器を購入する資金援助がない

コロナによる影響が少なくなってきたため

電話相談はしているがそこは算定できていない
高齢者では、パソコンなど難しいことも多い
電話相談でも算定できればよい

設備、機器購入が問題

条件を整えて積極的に算定できるような対応を希望します。

高齢患者が多いため使用できる対象者が限定される

情報通信機器を使った算定について知識がありません

そもそも対面での算定のシステムが出来上がっていないため、通信機器を用いた算定までは、組織として考えも及んでいない

環境の整備:場所、機器の準備、人員配置

ゆっくり時間が取れない。

表 10 がん看護技術を適正評価するための要望

以下、自由記載
<p>専門や認定看護師が活躍できる部門への配置やそれが叶う診療報酬加算の算定</p> <p>数値やツールで評価するのは形式的な関わりで表面的になってしまう恐れがある。記録などから看護師が患者の体験をどのようにキャッチし評価したかが分かることが必要と考える。数値やシートでの記入ではなく、看護の専門性を評価できるツールが良いと思う。</p> <p>究極的には介護点数のように、入浴介助 1 回あたり算定、などできるとイイと思う</p> <p>算定を取れる資格のある、認定・専門看護師の面談の質の担保があいまい。管理者の理解。加算を算定しても、対応した認定・専門看護師にもインセンティブはない。</p> <p>医師から専門看護師の対応と認定看護師では依頼目的への対応が異なり、専門看護師への依頼が集中している現状があります。医師へのニーズ調査などがあると適正評価への示唆が得られるかもしれません。</p> <p>「がん性疼痛緩和指導管理料」の算定を医師がきちんとしていないので、がん関連の認定・専門看護師は算定出来るようにして欲しい</p> <p>長期化するがん治療を長く見守るためにも高額でなくても、病院の運営としてがん患者へ対応できるよう長期的に十分なケアが受けられるよう、専門看護師・認定看護師が十分に対応できるよう配慮をお願いします。</p> <p>指導管理という名称が障壁？中には生活の話の中で指導管理をすることもあるが、そういったもの以外にどう評価していいか難しい</p> <p>専門看護師と認定看護師でも算定の区別をつけてほしい。</p> <p>がん看護に関する算定点数が低い。</p> <p>加算が上がらないと、専従として配置してもらえない。算定の回数制限があれば、時間と労力を割いても評価してもらえない。そして評価されなければ、CNを目指そうと思うスタッフも出てこない、定年退職でCNが不在になる、という危機感があります。</p> <p>頻回にニーズ調査をして頂く</p> <p>算定して面談している結果を何らかの形で示していかないとだめだろうと思っています。</p> <p>看護師の関わり・面談が、治療を継続するために必要な事だと医師、患者ともに認知してもらいたい。看護の価値を医師、患者、世間に知ってもらいたい。</p> <p>看護師のみで行う看護に点数がつかない</p> <p>算定要件が、チームや他職種で実施することが多いため、看護師だけの努力でどうにもならないことが多い</p> <p>緩和ケア病棟や終末期の退院支援の困難さを評価してほしい。このような患者では診療、看護、薬剤、介護など多方面の調整が必要であり、かつかなり迅速に行わなければならない。慢性疾患患者や慢性期の患者の退院支援とは異なる困難さがあると考えているので。</p> <p>外来化学療法に加算要件にラダーや研修終了を入れたらいいと思う</p> <p>がん患者のケアにはかなり労力を使っているのに、もう少し看護として診療報酬として評価してほしい</p> <p>適正評価するためにツールがあれば、活用方法を学ぶ機会がほしい</p> <p>がん指導管理料ロの算定の要件がわかりにくい。がん薬物療法に伴う副作用支援を行う記載もあるが、症状出現していない人には算定できないのではないかと思う</p> <p>治療後の外来相談やオンライン相談を看護師のみが行った際に算定できる指導料が必要と思います</p> <p>ELNEC-J など特定の研修を受講する</p>

日本看護協会の提示が基準になってしまっているのを是正して欲しい

手間がかかる割に点数が低い

配置要件等があれば、理解が得やすい

専門認定取得後も診療報酬改定のタイミングでフォローアップ研修があれば参加したいと思うところです。自分としても知識技術が低下しないよう自己研鑽していく必要がありますが、自分の看護技術が適正であるか検討する場があるとより良いと思います。

認定や専門看護師が看護実践したときに得られる加算があればもっと実戦で活動できるのではないかと考える

領域による算定可否決定よりも、実践内容で正當に評価するべきだと思っています。

多施設共同研究に参画できる仕組みがあるとよいかと思えます

基本的緩和ケアは一般の看護師ががんばっており、そこを評価できるようになるといいと考える
病状説明の同席後の支援など

患者とくにご家族のニーズについても状況把握が必要と感じます。

予測的な関わりに対してもできるようにしてほしいです。

看護師のアセスメントで算定できるようにしてほしい

外来化学療法室での看護。皮下注射も加算が算定できるようにしてほしい。

病院で算定

STAS-JにACPの項目・ACPの算定に関しても含めてもらえるようにしてほしい。

(2) 看護部長対象

表 11 対象者の背景

N=150

		人数	%			人数	%
がん診療連携拠点病院の種類				病院の病床数			
都道府県がん診療連携拠点病院	25	16.8	200床未満	5	3.3		
地域がん診療連携拠点病院	109	73.2	200～499床	61	40.7		
地域がん診療病院	12	8.1	500床以上	84	56.0		
その他	3	2.0					
所属している病院の種類							
大学病院	31	20.8					
一般病院	106	71.1					
がん専門病院	10	6.7					
その他	2	1.3					

表 12 がん患者指導管理料算定状況

	人数 (N=147)	%		人数 (N=143)	%		人数 (N=150)	%
がん患者指導管理料イ (500 点) を算定している			がん患者指導管理料ロ (200 点) を算定している			情報通信機器を用いたがん患者指導管理料の算定状況		
はい	143	97.3	はい	139	97.2	算定している	10	6.7
いいえ	4	2.7	いいえ	4	2.8	準備中	15	10.0
わからない	0	0	わからない	0	0	検討していない	96	64.0
						わからない	29	19.3

表 13 通信機器を用いたがん患者指導管理料算定状況

人数		%		人数		%	
(N=7)				(N=7)			
直近1か月での、情報通信機器を用いた がん患者指導管理料イ算定件数				1年間での、情報通信機器を用いたがん 患者指導管理料イ算定件数			
0件	3	42.9		0件	3	42.9	
1件	1	14.3		2件	1	14.3	
8件	1	14.3		80件	1	14.3	
58件	1	14.3		571件	1	14.3	
62件	1	14.3		661件	1	14.3	
人数		%		人数		%	
(N=7)				(N=6)			
直近1か月での、情報通信機器を用いた がん患者指導管理料ロ算定件数				1年間での、情報通信機器を用いたがん 患者指導管理料ロ算定件数			
0件	2	28.6		0件	2	28.6	
2件	1	14.3		2件	1	14.3	
5件	1	14.3		5件	1	14.3	
11件	1	14.3		11件	1	14.3	
12件	1	14.3		12件	1	14.3	
55件	1	14.3		55件	1	14.3	

表 14 情報通信機器を用いたがん患者指導管理料算定の障壁や課題

	人数	%
情報通信機器を用いた相談業務の環境整備ができていない		
はい	108	74.5
いいえ	18	12.4
わからない	19	13.1
医事課との調整ができていない		
はい	97	67.8
いいえ	21	14.7
わからない	25	17.5
看護部門内で調整ができていない		
はい	104	72.7
いいえ	23	16.1
わからない	16	11.2
オンライン診療を行っていない		
はい	108	74.5
いいえ	27	18.6
わからない	10	6.9
情報通信機器を用いた相談の方法がわからない		
はい	44	31.0
いいえ	63	44.4
わからない	35	24.6
患者のニーズがない		
はい	17	12.0
いいえ	31	21.8
わからない	94	66.2
対象となる患者がいない		
はい	8	5.7
いいえ	44	31.2
わからない	89	63.1
患者が情報通信機器で用いる媒体（スマホやPCなど）を持っていない		
はい	17	12.0
いいえ	50	35.2

わからない	75	52.8
課題や障壁はない		
はい	7	4.9
いいえ	85	59.9
わからない	49	34.5

以下、自由記載

通信機器や設置場所等のハード面の敷居が高い

人員不足

問⑧のように、指導に適切な通信機器を使用できる患者層・地域が限られている

まだ、具体的な検討までに至っていない。

自施設で実施する設備機器や対応職員の不足

地域の問題として、ネットワーク環境が院内全体が悪い

医師と共同で行うタイミングが難しいためイは取得していない。

高齢者が多い地域のため、患者が端末を持っていない。

検討段階にない

算定要件を満たす人員の手配

導入費用及びランニングコストのことがあり、必要性は認識しているができていない。

現在、コロナ流行もあり、病院全体がリリーフ体制で回しており、このような新しい取り組みに着手する状況ではありません。スタッフの突発休みが続いています。

電話で対応することは今でも行っていますが、算定することが必要な関わりは、やはり対面が一番です。相手の反応などらえながら関わることができます。画像などを見ながらの支援や、訪問看護師と連携しながら情報通信機器を用いた在宅支援などは、今後考えていきたいと思います。

ただ、今は病院全体が多忙で、そのタイミングではありません。

未導入、未検討なため、今後の課題と考えています。施設においては患者のニーズが多ければ、検討していくと思います。しかし、当院の患者においては、高齢者が多く、携帯やパソコンを持っていない、使用出来ない患者が多い地域ですので、使用は一部に限定されてしまうことが、予測されます。

ランニングコスト

対面が始まり整えるタイミングを逃した感じです

医師の理解、業務上の調整

人員配置が患者指導管理料算定を出きる状況にない。病棟での算定を準備している

予算

電子カルテはクローズドシステムであり、電子カルテの入替などの大掛かりなデバイスの調整が必要となる可能性もあり、検討が始まってから長い時間がかかることや、インセンティブもないため環境整備のための費用負担など調整が難航している。

患者も高齢化しており、スマホなどを持っていてもビデオシステムや診療アプリがうまく使えない可能性もあり、そこに時間を取られた場合、診療時間が延長して医師の業務を圧迫する懸念があり、協力が得られにくいことが予想される。

オンライン診療も行ってほしいこと、個人情報の守秘ができるか

患者さんからの要望はあるのかもしれませんが、土地柄 ICT が積極的でもないので恐らく少数の意見となってしまう、今のままでは病院は動かないと思います

情報通信器機を用いて算定する発想がなかった

病棟管理もしながら対応しているので、オンライン業務までは、対応できないと思います。

導入に係る費用の問題が解消されると良い。

書面をもって、出会ったり医師との共同といった場面でのイメージが付きにくい。また、看護師だけの取り組みではない指導算定でもあるため、どのように他職種との共同を調整していくのが課題かと考える。

今後検討していく予定

オンライン診療も一部の診療科のみ。仕組みが出来ていない。

検討する段階に至っていない状況

病院として検討するまでに至っていない

表 15 外来がん患者に必要な支援の把握

人数 (N=150)	%	人数	%	人数	%
外来がん患者に必要な支援を把握するための対応の有無		外来がん患者に必要な支援の時期		外来がん患者に必要な支援の担当者	
実施している	129	86.0	各科担当の外来看護師		
実施していない	12	8.0	初診時	はい	119 97.5
わからない	9	6.0	はい	いいえ	3 2.5
			いいえ	わからない	0 0.0
			わからない	診断時	専門看護師
			はい	はい	はい 80 70.2
			いいえ	いいえ	いいえ 34 29.8
			わからない	わからない	わからない 0 0.0
			治療前	認定看護師	
			はい	はい	はい 124 98.4
			いいえ	いいえ	いいえ 2 1.6
			わからない	わからない	わからない 0 0.0
			治療中	看護管理者（師長、係長等）	
			はい	はい	はい 64 58.2
			いいえ	いいえ	いいえ 37 33.6
			わからない	わからない	わからない 9 8.2
			終末期	医師	
			はい	はい	はい 110 90.2
			いいえ	いいえ	いいえ 10 8.2

わからない	5	4.2	わからない	2	1.6
⑥病態悪化時			薬剤師		
はい	112	93.3	はい	89	76.1
いいえ	5	4.2	いいえ	21	17.9
わからない	3	2.5	わからない	7	6.0
治療方針の変更時			心理士		
はい	118	95.2	はい	62	59.6
いいえ	3	2.4	いいえ	33	31.7
わからない	3	2.4	わからない	9	8.7
			がん専門相談員		
			はい	92	81.4
			いいえ	18	15.9
			わからない	3	2.7
			MSW		
			はい	106	89.8
			いいえ	8	6.8
			わからない	4	3.4
以下、自由記載			以下、自由記載		
インフォームドコンセントの際			上記以外 栄養士		
フォローアップ中、患者からの希望時			外来通院治療センター勤務の看護師（認定・専門看護師以外の一般スタッフ）		
次期を問わず、ACPを伝えたい、もしくは情報を整理したい時			放射線技師、理学療法士、作業療法士		
患者、家族から、相談を受けた時			上記以外なし		

患者、家族の依頼時、外来看護師が必要と判断した時	栄養士 理学療法士
医師からの依頼時	チャイルドライフスペシャリスト
苦痛スクリーニングで身体症状や精神面で陽性の時やリソースの対応希望時、医療者が介入の必要性を感じた時	
スクリーニングで必要と判断した時	
上記以外なし	
時期というよりも、電話相談が入った時にも、速やか対応に努めている。	
医師より依頼があったとき	

表 16 外来がん患者に必要な支援を把握する方法

	人数	%
外来がん患者に必要な支援を把握するための方法		
①STAS-J (STAS 日本語版) を活用		
はい	91	78.4
いいえ	19	16.4
わからない	6	5.2
②DCS (Decisional Conflict Scale) を活用		
はい	3	3.1
いいえ	74	77.1
わからない	19	19.8
③ESAS 日本語版 (エドモントン症状評価システム改訂版) を活用		
はい	7	7.1
いいえ	73	74.5
わからない	18	18.4
④IPOS (Integrated Palliative care Outcome Scale) を活用		
はい	21	20.4
いいえ	66	64.1
わからない	16	15.5
⑤院内独自のスクリーニングシート (問診票など) を活用		
はい	90	76.9
いいえ	20	17.1
わからない	7	6.0
以下、自由記載		
月間予定で担当看護師を掲示しており、事前に外来看護師や担当医から情報提供してもらっている。		
面談等での聞き取り		
初診察時に聞き取り。		
AYA 世代苦痛のスクリーニング		
スクリーニング、ACP 用紙を用いた相談室の利用		
カルテの付箋機能を使って、他職種で情報を共有している		
IC 日時の事前把握		

生活のしやすさ質問票

がん相談支援センターへの来訪者の対応

病棟からの引継ぎ

カルテ情報からの拾い上げ

地域連携部門等とのカンファレンスによる情報共有

外来看護師がスクリーニングを実施

看護相談の時期

がん薬物療法患者は CTCAE を用いて評価

毎月各ブロックの事例検討会実施

看護師の聞き取り

がん相談支援センターでの相談受付、情報提供、がん看護外来での相談支援

外来受診時や化学療法時に苦痛スクリーニングを実施している

外来看護スタッフが困っている患者について担当部署に連絡をする

インフォームド.コンセプト同席時や外来化学療法室でのラウンド

上記以外なし

始業時の多部門、多職種でのミーティング

外来関連の看護師で週1かいミニカンファレンスを開催

情報端末機器を用いた患者報告システム ePro

苦痛スクリーニングを外来初診時に必ず用いて、把握と早期対応に努めている。

がん相談窓口

告知後などの場面後にシートを使用した聞き取りや看護外来での継続面談

苦痛のスクリーニング

がん相談(予約制)を実施

初診時スクリーニング、入院前スクリーニング

苦痛のスクリーニング 外来Nsとの情報共有

表 17 がん看護技術を適正評価するための要望

以下、自由記載
相談回数制限の撤廃
これは、難しい。
アウトカムをどこにすればいいのか。
家族の支援や相談対応に関する報酬
外来にも診療報酬を要望したい
がん患者指導管理料イの複数回取得
専門・認定看護師だけでなく、一定の条件（研修）を受けた看護師も算定要件に入れられると良い。認定・専門看護師以外の関りも重要なため。
特にありません
なし
コミュニケーションスキル研修のシステム化
地方は認定や専門看護師は少なく、例えば ELNEC_j の研修修了の看護師支援も加算の条件に加えてほしい。
適正評価の方法については、どのようなツールを使用すればよいのか悩みます。
だれでも簡単に、特に外来においては短時間で確認出来る方法で、評価出来ればよいです。
リンパ浮腫治療に要する技術と時間に対してリンパ浮腫複合的治療料の診療報酬が低い。
外来化学療法、外来看護師の適正な配置の見直し
適正評価するための指標や基準があれば活用したい。
特に外来で行われている患者支援（相談・面談・調整等）について一般の看護師が行っても算定できる評価を検討して欲しい
他の指導管理料に比べ、算定の際に求められる中身が点数に比してボリュームが大きいうえ、算定の状況や回数に限られており、現状は少数回の時間をかけた面談のみ算定できるという状況になっている。治療経過が長くなっており、がん患者への情報提供や指導、面談は日常的に長期間行われているため、CNS、CN に限らず、面談や指導の実施という実態があれば算定できるようにしてほしい。
2016 年度がん看護学会発行のコアカリキュラムなどを参考に、何について指導や看護が行われたかを記載して算定していく形が良い。
がん看護に必要な知識、技術を抽出したチェックシートの作成
がん患者指導管理料ロの 6 回の制限をなくしてほしい。
がん患者指導管理料イも治療方針が変更になったときにも算定可能にしてほしい。（1 回だけでなく、意思決定支援の場合は複数回あるため）
家族へのケアでも加算が取れるようになってほしい。
診療報酬に影響しないと一般病院は何も変わらないですし、特定、専門、認定看護師の看護技術評価はされません。当院は病棟看護師業務とプラスアルファで認定看護師の役割も求められています。手当が月 5000 円もらっていますが、割に合わないとなり手がおらずに後進育成ができません。恐らく多くの病院で看護師は専門性を高める費用と時間を費やしても、やる気の搾取で医療が成り立っています。国は本気でこの件も考えないと看護師の離職は増えると思います。私も病院勤務以外の道を探しています。

外来看護の算定

意思決定支援に関すること

面談の同席や支援の効果が算定以外に看護部管理者に伝わらず算定対象者以外の同席をしても効果を表明できない。家族や認知症患者の支援にも効果がわかるような評価体制が欲しい。

少子高齢化のため、がん領域の専門看護師や認定看護師も今後増えていかないと思うが、がん患者指導管理料などの経営上のインパクトは、入院基本料等に比べてもあまりに低いため、組織貢献度に反映されにくい。

独自の評価表で行っているが、全国共通の評価表があると良い。

定期的な研修などでのフォローアップ

がん患者指導管理料の条件として要件が厳しく、時間をかけて外来で関わっても診療報酬につながりにくいと感じている。

がん告知はほぼ外来で行われているのに、外来看護の評価がされにくく、マンパワーの確保が難しい状況もジレンマを感じている。
