

表2)-10 疾患群別利用者数

	利用者数	有効%
感染症および寄生虫症	2	.6
新生物	70	22.4
血液および造血系の疾患ならびに免疫機構の障害	1	.3
内分泌、栄養および代謝疾患	10	3.2
精神および行動の障害	20	6.4
神経系の疾患	62	19.9
循環器系の疾患	81	26.0
呼吸器系の疾患	6	1.9
消化器系の疾患	10	3.2
皮膚および皮下組織の疾患	6	1.9
筋骨格系および結合組織の疾患	16	5.1
尿路性器系の疾患	9	2.9
先天奇形、変形および染色体異常	3	1.0
損傷、中毒およびその他の外因の影響	16	5.1
合計	312	100.0
不明	52	

ウ. 要介護度

要介護認定を受けている利用者 269 人の中では、「要介護 5」が 132 人(49.1%)と最も多い。全国値における構成比と比較すると要介護 1～3 が少なく、要介護 5 で多くなっている。回答事業所における全利用者の要介護度分布が全国値に同等であると考え、要介護度の高い利用者において有償訪問看護の利用者が多いと言える。また、「その他」が 75 人(全体の 21.8%)である。これらの利用者には医療保険による支払を受けているため要介護認定を受けていない利用者と要介護認定を申請中の利用者が含まれている。

表2)-11 利用者の要介護度

	利用者数	有効%
要支援	9	3.3
要介護1	28	10.4
要介護2	24	8.9
要介護3	32	11.9
要介護4	44	16.4
要介護5	132	49.1
合計	269	100.0
不明	95	

(参考)全国値における構成比
3.3
19.9
17.4
15.6
17.7
26.1
100.0

エ. 認知の状況

「認知症老人の日常生活自立度」で測定した利用者の認知の状況を示す。「認知症なし」が141人(40.6%)と最も多く、また、認知症症状のある利用者においてもランクⅠ、ランクⅡと軽度の症状である利用者が多い。

表2)-12 利用者の認知の状況

	利用者数	有効%
認知症なし	141	40.6
ランクI	53	15.3
ランクII	51	14.7
ランクIII	47	13.5
ランクIV	35	10.1
ランクM	20	5.8
合計	347	100.0
不明	17	

オ. 障害の状況

「障害老人の日常生活自立度」で測定した利用者の障害の状況を示す。障害の程度の高い「ランクC」が169人(48.7%)と多く、またその一方で、「障害なし」とされた利用者は12人(3.5%)と少ない。

表2)-13 利用者の障害の状況

	利用者数	有効%
障害なし	12	3.5
ランクJ	33	9.5
ランクA	54	15.6
ランクB	79	22.8
ランクC	169	48.7
合計	347	100.0
不明	17	

カ. 同居者および介護者

利用者本人を除いた同居人数は 1.8 ± 1.6 人(0~8人)であった。

同居の有無でみると、「同居者あり」が254人(76.7%)、「同居者なし」が77人(23.3%)である。「同居者なし」の利用者は男性より女性において多い($p < 0.05$)。

表2)-14 同居者の有無

		独居		合計
		同居者あり	同居者なし	
性別	男性	113	23	136
		83.1%	16.9%	100.0%
	女性	140	53	193
		72.5%	27.5%	100.0%
合計		253	76	329
		76.9%	23.1%	100.0%

主たる介護者は、「配偶者」と「こども」がいずれも103人(36.7%)と最も多く、「孫」、「親」を介護者とする利用者は少ない。「その他」が56人(19.9%)あるが、これらには、入院中、グループホームなど施設への

入所が含まれる。男性利用者の中では58.8%が「配偶者」を介護者とするのに対し、女性利用者では48.4%が「こども」を介護者とし、「配偶者」を介護者とする利用者は19.9%に止まる($p<0.01$)。

表2)-15 主たる介護者

		主たる介護者					合計
		配偶者	こども	孫	親	その他	
性別	男性	70	25	0	8	16	119
		58.8%	21.0%	.0%	6.7%	13.4%	100.0%
	女性	32	78	2	9	40	161
		19.9%	48.4%	1.2%	5.6%	24.8%	100.0%
合計		102	103	2	17	56	280
		36.4%	36.8%	.7%	6.1%	20.0%	100.0%

②利用状況

ア. 利用期間

利用継続期間は 2.7 ± 3.0 年であり、また、1年以下で全体の49%を占める。最も短い利用者は1年未満、最も長い利用者は17年であった。性別には、女性が 2.88 ± 3.0 年と男性の 2.3 ± 3.0 年より長い($p<0.1$)。

表2)-16 利用継続期間 (年)

	利用者数	有効パーセント	累積パーセント
1未満	90	24.7	24.7
1	86	23.6	48.4
2	42	11.5	59.9
3	33	9.1	69.0
4	32	8.8	77.7
5	37	10.2	87.9
6	12	3.3	91.2
7	10	2.7	94.0
8	7	1.9	95.9
9	5	1.4	97.3
10	4	1.1	98.4
17	6	1.6	100.0
合計	364	100.0	

イ. 訪問回数

調査月の訪問回数の平均は13.5回、標準偏差は15.3回で、最も少ない利用者は1回、最も多い利用者は186回であった。これを支払方法でみると、介護保険によるものが3.6回、医療保険によるものが8.2回、有償が3.3回であった。

これらの訪問の主たる支払い方法ごとに利用者を分類した。その結果、介護保険の主たる利用者は140人(38.7%)、医療保険の主たる利用者が171人(47.2%)、保険は利用せず自費でサービスを受ける利用者が51人(14.0%)であった。

表2)-17 主たる支払方法と有償訪問回数

	利用者数	有効%	有償による訪問の回数		
			平均±標準偏差	最小値	最大値
介護保険	140	38.7	3.49±4.50	1	31
医療保険	171	47.2	3.08±3.55	1	30
自費	51	14.1	3.35±3.68	1	20
合計	362	100.0			
不明	2				

表2)-18 主たる支払方法別の利用者（事例紹介）

訪問看護の状況															
利用者の状況															
主な支払方法	性別	年齢	主傷病名	副傷病名1	副傷病名2	要介護度	認知症老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度	同居人数(本人を除く)	主たる介護者	介護保険による訪問	医療保険による訪問	有償による訪問	訪問回数計*1	有償による訪問の目的
介護保険	女	88	高血圧性疾患	腰痛症・坐骨神経痛	腎機能障害	4	Ⅱ	B	7	子	15	0	5	20	介護保険の給付限度では十分ではなく、26日～30日の間に、追加的に5回訪問。うち、2回ずつは同日2回訪問。
	女	88	糖尿病			要支援	－	J	0	－	(31)*2	0	(31)*2	31	インシュリン注射施行のため毎朝短時間訪問
	女	76	認知症	脊柱障害		4	Ⅲ	A	0	－	11	0	20	30	看護師の訪問がないと不安を訴えるため、給付限度を超えても毎日訪問。
医療保険	男	78	頸椎損傷	褥創		5	－	C	1	妻	0	39	6	39	排便コントロール、褥創の処置のため所定の時間を1時間超過。
	男	54	頸椎損傷	神経因性膀胱		7	－	C	1	妻	0	22	8	22	1名でのケアが困難なため看護師2名による訪問を6回実施。
	女	74	肝炎・胆管の悪性新生物			1	－	J	1	子	0	22	15	31	急な状態変化に対応するため休日に2回訪問。医療処置の目的で1日～9日まで頻回訪問。この間、レスパイトを兼ねて3泊。死亡直前に状態が急変し対応。11日に死亡し、死後の処置を。
	男	69	ALS			5	－	C	1	不明	0	81	28	109	109回の訪問のうち28回について「人工呼吸器研究事業費」から支払を受ける。
															介護者レスパイトのための夜間訪問が主体であるが、4回は人工呼吸器の管理のため。
自費	男	85	アルツハイマー病	両下肢深部静脈血栓症		4	Ⅲ	B	－	－	0	0	2	2	グループホームに入所者へのケア提供。2週間に1回。
	女	90	老人性認知症	軽度のうつ状態		5	Ⅳ	C	2	嫁	0	0	4	4	前月からの利用者であったが、病態悪化のため入院。当月に入り試験外泊を行った際の訪問看護。同日に2回ずつ。

* 1:1回の訪問で複数の支払い方法を併用する場合には、「訪問回数計」は介護保険・医療保険・有償それぞれによる訪問回数の合計と一致しない。

* 2:当月において、介護保険と有償訪問看護の振り分けは不可能

ウ. 有償による訪問

調査月における有償訪問の合計は、1,215回であった。利用者1人当たりの平均回数は、 3.34 ± 4.1 回／月であり、1回のみ利用者が185人(50.8%)、5回までの利用者で全体の84.1%を占める。最も多い利用者の利用回数は31回であった。

なお、利用者あたりの訪問回数が、事業所票から算出された

表2)-19 有償による訪問回数の分布

	利用者数	有効%	累積パーセント
有効 1	185	50.8	50.8
2	30	8.2	59.1
3	33	9.1	68.1
4	36	9.9	78.0
5	22	6.0	84.1
6	13	3.6	87.6
7	6	1.6	89.3
8	8	2.2	91.5
9	10	2.7	94.2
10	2	.5	94.8
11	1	.3	95.1
12	3	.8	95.9
13	4	1.1	97.0
14	1	.3	97.3
15	3	.8	98.1
18	1	.3	98.4
20	2	.5	98.9
21	1	.3	99.2
24	1	.3	99.5
30	1	.3	99.7
31	1	.3	100.0
合計	364	100.0	

これらの訪問について適用された料金表の項目および訪問の目的の内訳を表2)-20に示す。料金項目および訪問の目的はプレテストの結果等に基づき、調査票に予め設定されたものである。

料金項目については、介護・医療保険による訪問に時間超過・営業時間外などの理由で追加的に請求する料金(1-1、1-2、1-3)、保険は用いず、支払の全てを利用者が支払うもの(2-1、2-2)、利用者の死亡後の処置の料金(3-1)、その他(自治体の補助制度・研究事業等による訪問、介護保険の居宅サービスの利用限度単位数超過分の事後的な振り分け、その他)(4-1)とした。調査の結果、「保険適用外(時間内)」が418回(36.4%)と最も多く、「保険サービスへの加算(時間外)」が302回(26.3%)でこれに続く。訪問の目的では、「医療処置などの頻回訪問」が337回(30.0%)、「特別な理由はない(給付を超えるニーズ)」が332回(29.6%)と多い。「介護者のレスパイト」は、主傷病をALS、悪性新生物とする利用者において利用頻度が高い。また、「居宅以外への訪問」では、グループホーム、外泊時の宿泊先への訪問等がこれにあたる。「その他」が143回(12.7%)であるが、これは、入院中の外出支援、入浴介助、介護者の急な健康障害、ケアマネジャーなしで介護保険申請したもの、医師への病状報告が必要なための受診介助、訪問リハビリテーションなどである。

表2)-20 有償による訪問:料金表への適用と目的による内訳

適用	1-1 保険サービスへの加算(長時間)	75	6.5%
	1-2 同 (時間外)	302	26.3%
	1-3 同 (その他)	101	8.8%
	2-1 保険適用外(時間内)	418	36.4%
	2-2 保険適用外(時間外)	81	7.0%
	3-1 死後の処置	38	3.3%
	4-1 その他	134	11.7%
	不明	66	

目的	①急な状態変化	99	8.8%
	②ターミナルケア対応(長時間滞在)	31	2.8%
	③医療処置などの頻回訪問	337	30.0%
	④看護師2名による訪問	27	2.4%
	⑤試験外泊	13	1.2%
	⑥退院時訪問	4	0.4%
	⑦居宅以外への訪問	53	4.7%
	⑧介護者のレスパイト	72	6.4%
	⑨グリーフケア	12	1.1%
	⑩特別な理由はない(給付を超えるニーズ)	332	29.6%
	⑪その他	143	12.7%
	不明	91	

次に、利用者属性と利用目的の関連を分析した。

「急な状態変化」への対応を目的として訪問は、年齢が低い利用者でより利用が多く、また、要介護度、障害や認知症の程度といったADLとの関係では、ADLの低い群、高い群で利用が多く、中等度群で利用が少ない傾向が認められた。実際のニーズの多寡とあわせて、給付額の影響も大きいのではないかと推測される。疾患では主傷病が新生物である利用者における利用割合が高い。

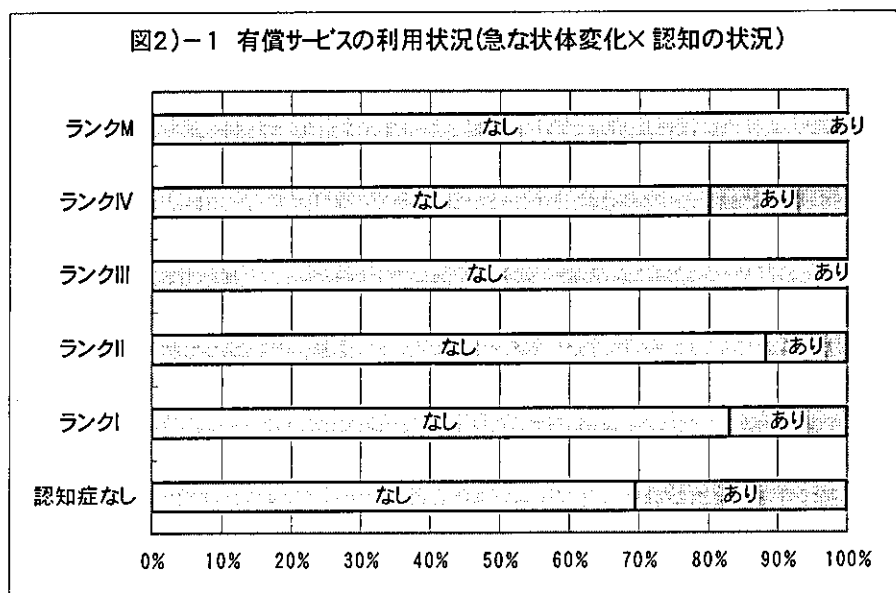


図2)－2 有償サービスの利用状況(急な状態変化× 傷害の状況)

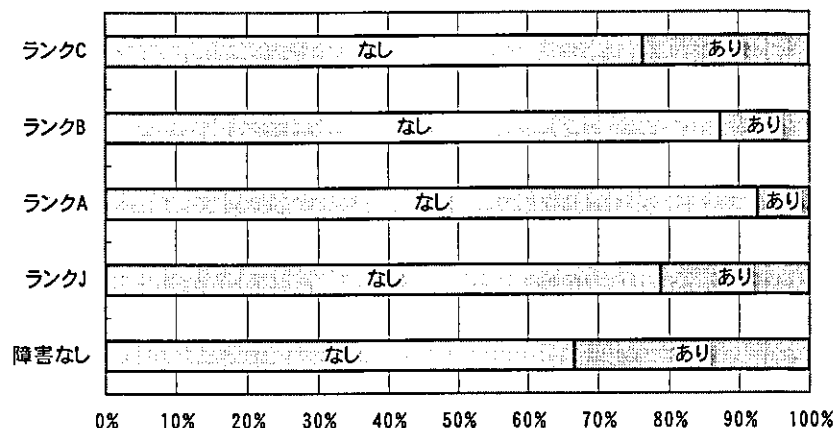
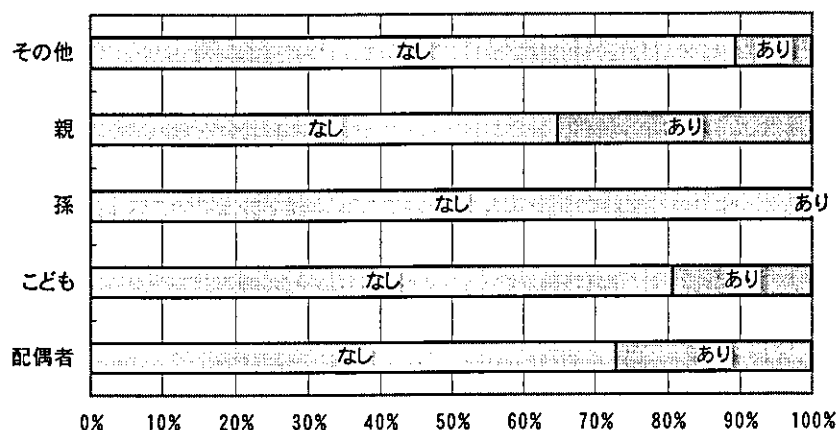
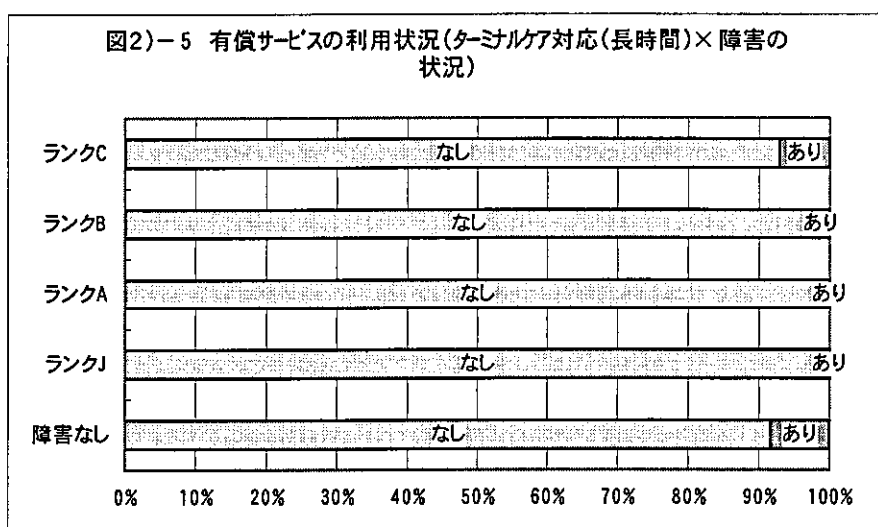
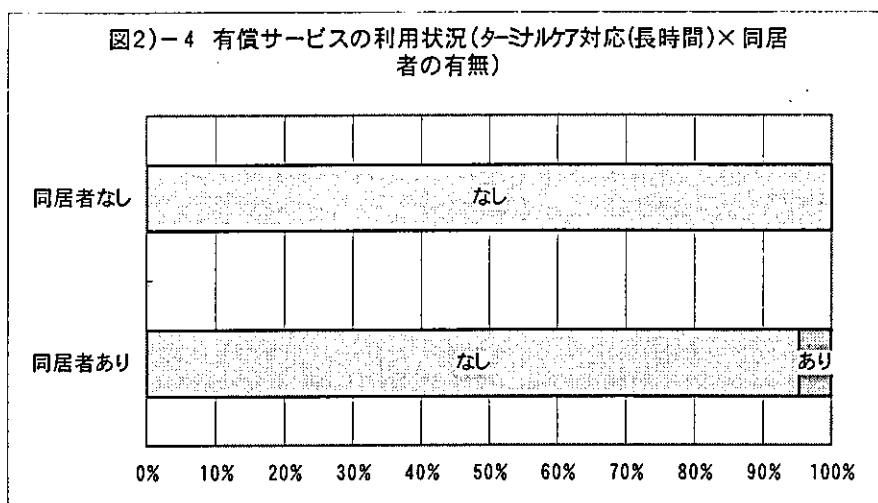


図2)－3 有償サービスの利用状況(急な状態変化× 介護者)



「ターミナルケア対応(長時間滞在)」については、年齢の高い利用者における利用が多い。また、同居者の有無で差が認められ、同居者がある利用者における利用が多い。ターミナル期の長時間対応が利用者本人に対するケアという側面と合わせて、同居者に対するケアという側面を大きくもっていることが推測される。



「居宅以外への訪問」は、利用者が特別養護老人ホーム、グループホーム等の入所者である場合が多いが、その他一部に利用者の外泊への付き添いが含まれている。ADL中等度、同居者なしの利用者での利用が多いのは、施設入所の利用者を反映しているものと考えられる。

図2)－6 有償サービスの利用状況(居宅以外への訪問×要介護度)

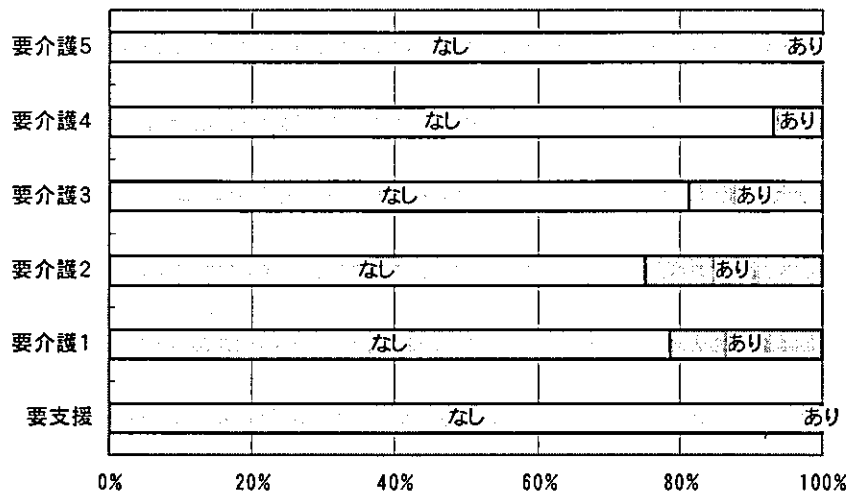


図2)－7 有償サービスの利用状況(居宅以外への訪問×認知の状況)

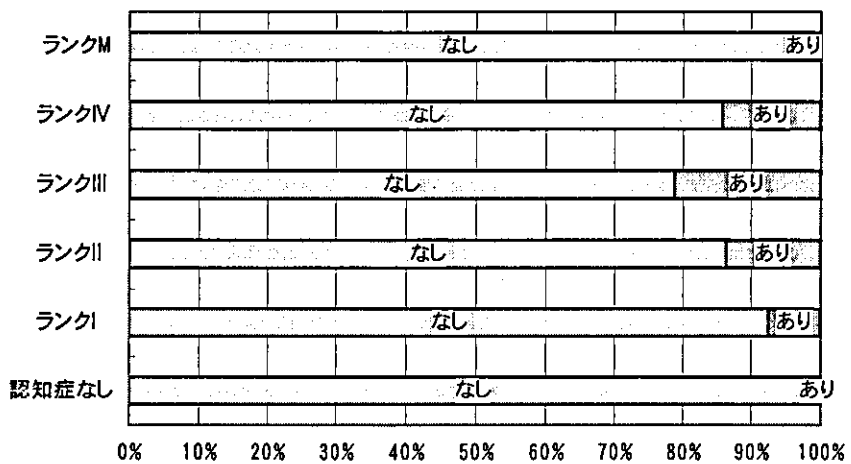
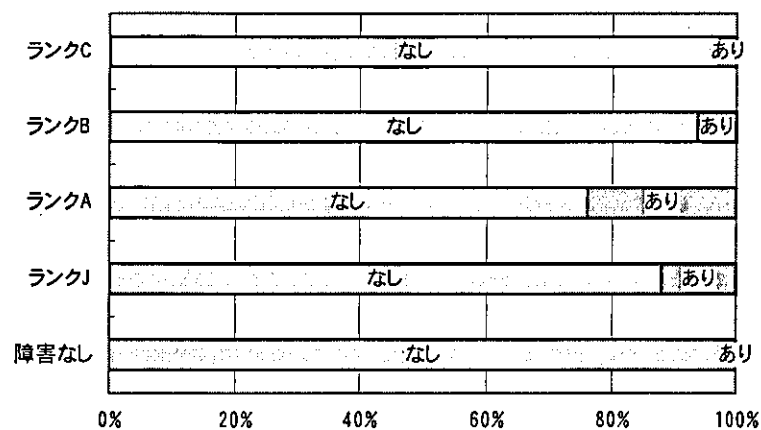
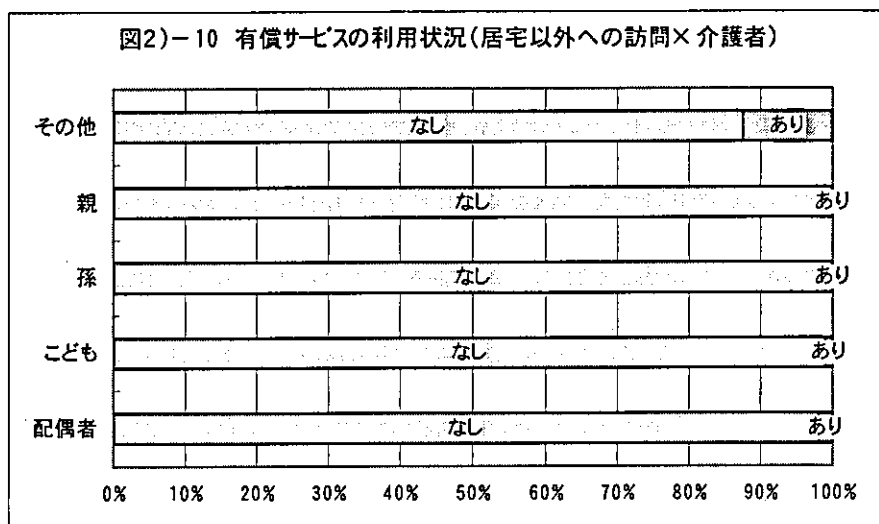
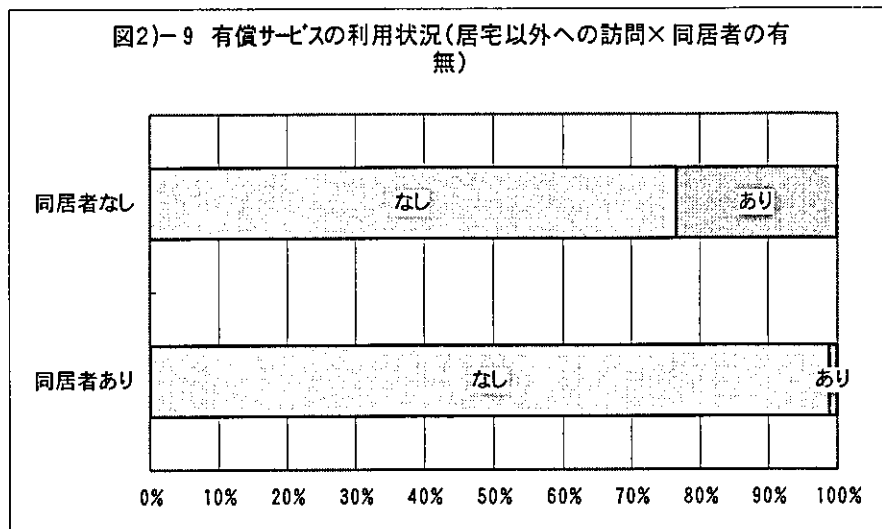
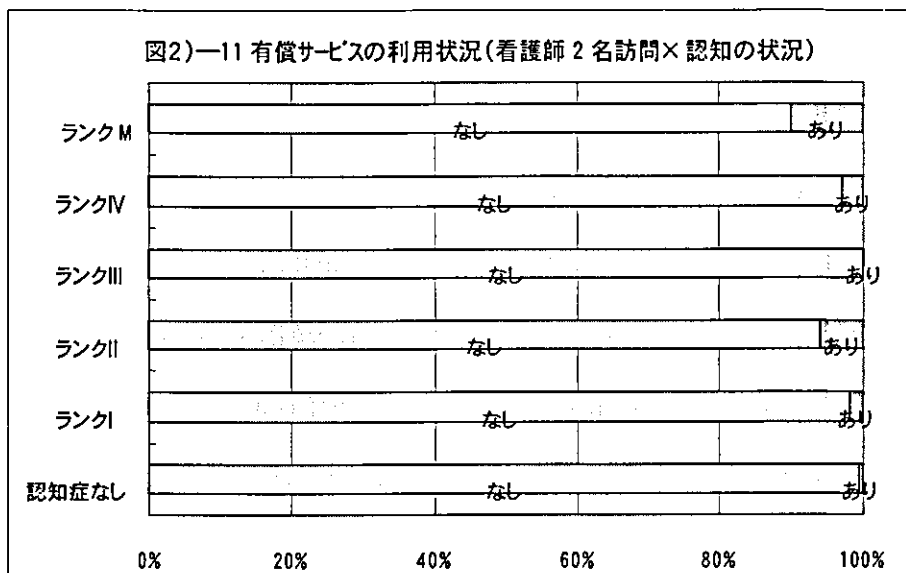


図2)－8 有償サービスの利用状況(居宅以外への訪問×障害の状況)

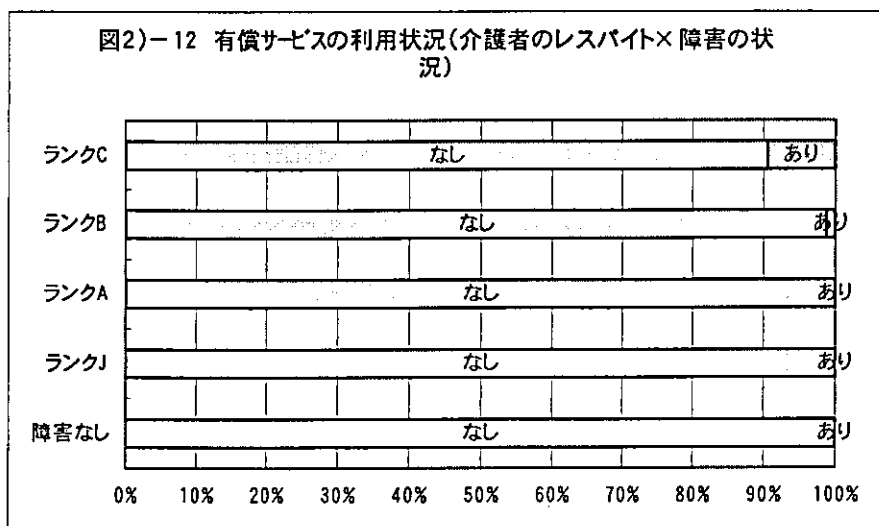


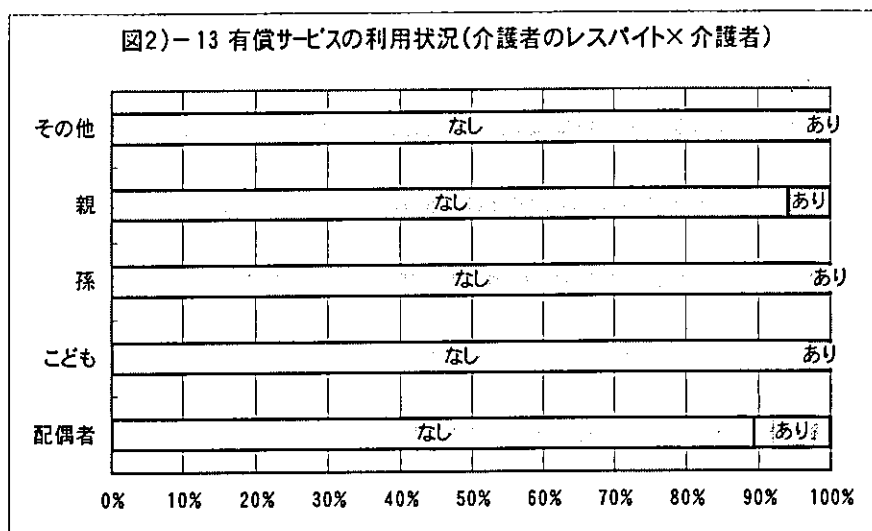


「看護師2名による訪問」は、障害の程度が重い利用者でその利用が多いが、その一方で低い群でも一定程度の利用が見られる。障害の程度だけでなく、その他の利用者の属性の影響も受けていることが推測される。

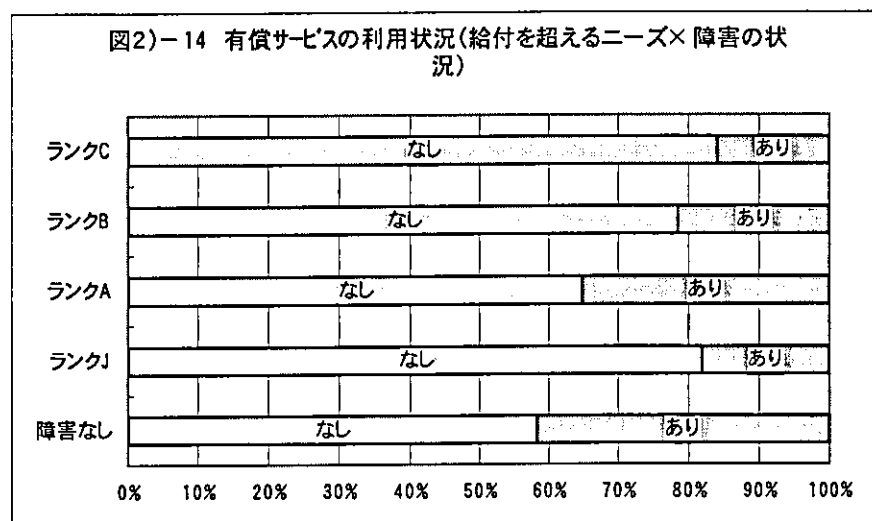


「介護者のレスパイト」を目的とした訪問の利用は、障害の程度が重い利用者で多く、また、親・配偶者を主たる介護者とする利用者が多い。利用者の身体的ニーズと介護者の年齢を反映しているものと思われる。





「給付を超えるニーズ」による訪問は、障害の程度の低い利用者が多いが、これはこれらの群で給付額が低いためではないかと考えられる。



(3)有償訪問看護の料金設定について

①有償訪問看護の料金規定の有無について

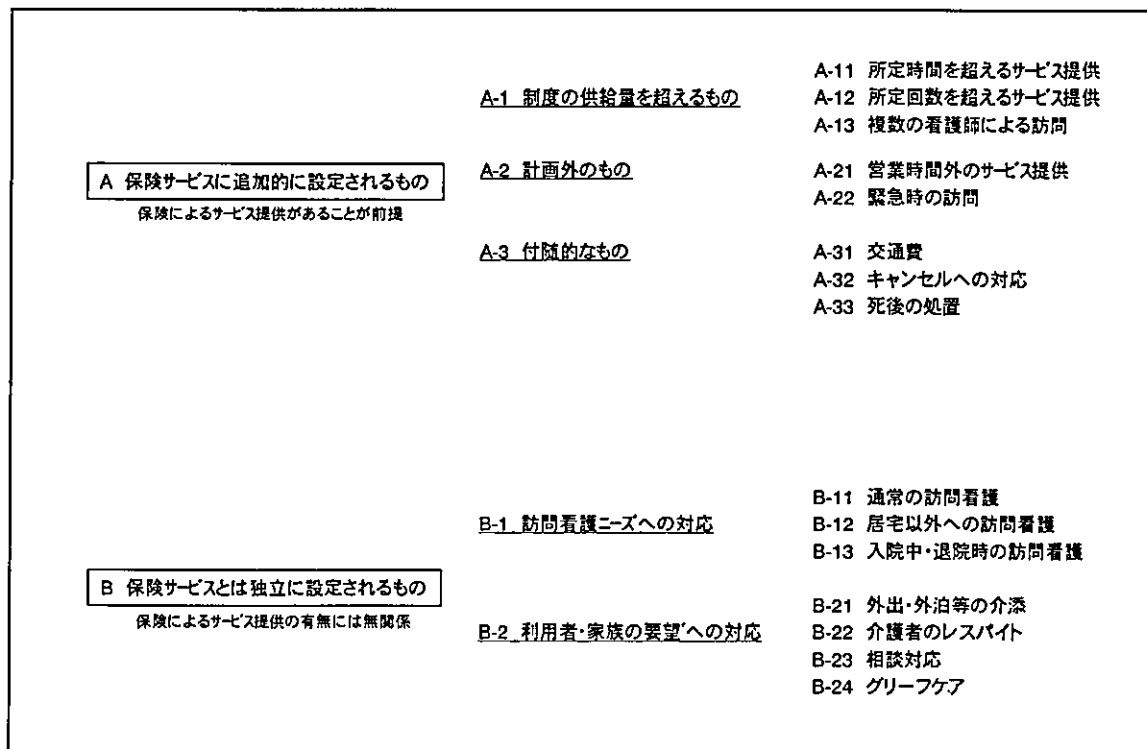
事業所票に回答した267事業所のうち、料金表の添付のあった事業所は156事業所(58.4%)であった。しかし、料金表が作成されていない場合でも、「自費の場合は保険と同額の10割を請求する」、「自費の場合はサービス内容によりその都度見積もる」等の取り決めをしている事業所もみられた。調査月において有償訪問看護の利用者が1名以上あった事業所については、料金票があるが添付しなかった、または、料金票はないが上述のようななんらかのとりきめをもっていていると考えるべきであり、これらを加えると回答事業所の約75%において有償訪問看護についての料金規定をもっていていると推測された。

②料金設定の範囲

各事業所から回収された料金表の内容を分析した結果、有償訪問看護の体系は以下のとおりであると整理された。このうち、「A 保険サービスに追加的に設定されるもの」は、保険による訪問看護サービス提供を行っていれば一般的に対応の必要なものであり、必ず何らかのとりきめ（運営規定と必要な場合は料金表）が必要なものと言える。その一方で、「B 保険サービスとは独立に設定されるもの」は、保険による訪問看護サービス利用とは必ずしも連動しないもので、これらのサービスを実施するか否かは事業所の選択による。

本調査では、「A-11 所定時間を超えるサービス提供」、「A-21 営業時間外のサービスの提供」、「A-31 交通費」、「A-33 死後の処置」に関しては、料金表を提出した事業所で概ね何らかの規定もしくは料金設定がなされていたが、「B 保険サービスとは独立に設定されるもの」については、事業所により、取り組みに差が見られた。

図2)-1 有償訪問の料金体系



③料金設定

ア. 保険サービスに追加的に設定されるもの

a. 所定時間を超えるサービス提供

介護保険については43事業所(全体の16%、料金票添付事業所の27.6%)、医療保険については、114事業所(同42.7%、73.1%)において、所定時間を超過した訪問看護についての料金設定がなされていた。なお、料金額を明示しない事業所には、超過分に保険額の10割額の請求を行う事業所が含まれて

いる。

また、料金の請求単位は、30分ごと、60分ごと、1回ごとと3つの方法がとられていた。

表2)-22-1 所定時間を超えた場合の超過料金額：介護保険／平日

(上段より、平均値±標準偏差、中央値、事業所数、範囲)

請求単位	営業時間内	早朝	夜間	深夜
30分	1990±1310 1500 40 (500-5000)	2210±1670 1500 38 (500-6250)	2190±1680 1500 38 (500-6250)	2390±2050 1500 38 (500-7500)
60分	3830±2020 5000 3 (1500-5000)	3830±2020 5000 3 (1500-5000)	3830±2020 5000 3 (1500-5000)	3830±2020 5000 3 (1500-5000)

表2)-22-1 所定時間を超えた場合の超過料金額：医療保険／平日

(上段より、平均値±標準偏差、中央値、事業所数、範囲)

請求単位	営業時間内	早朝	夜間	深夜
30分	1660±1020 1250 93 (500-5000)	1850±1250 1500 86 (500-6250)	1840±1230 1500 87 (1250-6250)	1970±1470 1500 86 (500-7500)
60分	1570±560 1500 16 (400-3000)	1590±560 1500 16 (400-3000)	1590±560 1500 16 (400-3000)	1660±660 1500 16 (400-3000)
1回	3300±2590 2000 5 (1000-7000)	3300±2590 2000 5 (1000-7000)	3300±2590 2000 5 (1000-7000)	3300±2590 2000 5 (1000-7000)

b. 営業時間外におけるサービスの提供

診療報酬による支払をする利用者については、時間外の料金をその他利用料として設定できるが、132事業所において、何らかの料金額設定がなされていた(全体の49.4%、料金票添付事業所の84.6%)。料金設定には、基本料金との差額分について規定するものと、基本料金と差額料金を含めた別立料金を規定するものの2種があった。また、請求の単位についても、30分ごと、60分ごと、1回ごとと3つの方法がとられていた。

表2)-23 営業時間外に提供されたサービスに対する料金額:診療報酬

設定方法	時間帯	請求単位	事業所数	平均額	標準偏差	中央値	範囲
差額料金	早朝・夜間	30分あたり	17	1708.8	768.0		0-3000
		60分あたり	7	2214.3	1181.0		600-4200
		1回あたり	36	2764.6	1131.1		1000-6000
	深夜	30分あたり	17	2002.9	939.7		750-4000
		60分あたり	6	1866.7	847.7		600-3000
		1回あたり	37	3764.9	1340.8		1000-7000
	休日・日中	30分あたり	10	1675.0	656.7		750-2750
		60分あたり	6	2158.3	1074.4		600-3150
		1回あたり	54	3458.3	1609.3		1000-9700
別立料金	早朝・夜間	30分あたり	18	1838.9	625.1		500-3000
		60分あたり	14	2400.0	701.6		1500-4000
		1回あたり	24	2862.5	1889.8		0-7000
	深夜	30分あたり	16	2556.3	941.6		1500-4000
		60分あたり	15	2946.7	9258.0		1500-5000
		1回あたり	25	3820.0	2105.004		1000-10000
	休日・日中	30分あたり	10	1800.0	349.6		1000-2000
		60分あたり	14	2428.6	805.2		1000-4000
		1回あたり	38	3660.5	1607.8		1000-7000

c. 交通費

訪問時の交通費については、介護保険(サービス提供地域外)利用者については58事業所(料金票添付事業所の43.0%)、医療保険については107事業所(同76.4%)で有料と明記されていた。これらには、近距離について無料で対応する事業所が含まれる。

その一方で、交通費について明示されていない事業所が介護保険について48.9%、医療保険について21.4%みられた。

表2)-24 交通費の請求の有無

	有料	無料	不明
介護保険(地域内)	12(8.9%)	55(40.7%)	68(50.4%)
介護保険(地域外)	58(43.0%)	11(8.1%)	66(48.9%)
医療保険	107(76.4%)	3(2.1%)	30(21.4%)

d. 死後の処置料

死後の処置料は、114箇所の事業所で明示されており、9,536.0±3930.7円(最低 2,500円、最高 30,000円)であった。営業時間外料金を設定する事業所も見られた。

e. その他

その他、料金設定を行っている事業所数は限られる項目として以下のものがあつた。

表2)-25 保険サービスに追加的に設定されるもの:その他

緊急時の訪問(16件)	・1回あたり料金:8,000ー15,000円(深夜料金を設定する場合もあり) ・1時間あたり料金:8,300ー10,500円(祝日、時間帯別料金設定もあり) ・基本料金に加算:5,670ー5,900円 * 緊急訪問の場合はタクシー代を請求するという規定もあり
看護師2名の場合の追加料金(2件)	・30分あたり料金:2,500円 ・滞在時間により設定:30分 2,200ー90分 6,200円
訪問予定のキャンセル(5件)	・発生日により設定:25ー100% ・訪問種別により設定:1,000ー3,000円
営業時間外の死後の処置(2件)	

イ. 保険サービスとは独立に設定されるもの

a. 通常の訪問看護

保険の適用されない通常の訪問看護について料金を設定している事業所は49ヶ所(全体の18.4%、料金票添付事業所の31.4%)であった。

この料金については、訪問時間帯にかぎらず一律で1回あたりの料金を設定する、時間帯別に料金を設定する、滞在時間別に料金を設定する、の3つの料金設定の方法がみられた。

表2)-26 保険の適用されない訪問看護の料金

設定方法		事業所数	平均額	標準偏差	中央値	範囲
一律		30分あたり	2	3750.0	1767.8	2500-5000
		60分あたり	4	9200.0	2600.0	5300-10500
		1回あたり	11	6772.7	3125.4	2500-12000
時間帯別	日中	30分あたり	10	3912.0	1074.2	2000-5000
		60分あたり	8	9612.5	895.1	8000-10500
		1回あたり	3	6666.7	3055.0	4000-10000
	早朝・夜間	30分あたり	7	4412.9	1357.0	2500-5570
		60分あたり	6	12166.7	1779.5	10000-15000
		1回あたり	6	9000	4183.3	4500-15000
	深夜	30分あたり	6	4998.3	1646.0	3000-6690
		60分あたり	6	14100.0	1407.1	12000-15000
		1回あたり	6	10666.7	4082.5	6000-15000
滞在時間別		30分未満	11	5370.4	2804.3	2000-10000
		-60分未満	11	7984.6	2108.9	3000-10000

b. 利用者の希望で提供されるサービス

その他、料金設定を行っている事業所数は限られる項目として以下のものがあつた。

表2)-26 保険の適用されない訪問看護の料金

相談対応 (7件:電話相談3件、相談4件)	・相談:30分あたり:5,000円 ・相談:1時間あたり:10,000円 ・相談:1回あたり:2,000～10,000円 ・電話相談(営業日外):1回あたり:500～1,000円
家族不在時の看護(3件)	・1時間あたり:8,000～9,000円:60以上は別立て料金 ・1回あたり:15,750～15,750円:概ね2時間以内
長時間の訪問(3件)	・1時間あたり:8,000～8,300円(時間帯別料金設定:深夜は12,500/時間など) ・1回あたり料金:52,500円(1泊を想定)
受診の付き添い・同行(2件)	・1時間あたり料金:4,000～4,000円(60以上は別立て料金)
外出の付き添い・同行(11件)	・1回あたり料金:12,350～15,750円(概ね2時間以内) ・1時間あたり料金:5,000～10,500円(祝日、時間帯別料金設定、60分以上は別立料金)
外泊の付き添い・同行(13件)	・1泊あたり料金:20,000～54,348円 ・状況に応じて2,000～3,500/時間で都度見積もる
その他	・事前訪問:日中3,000円/30分、夜間・早朝4,500円/30分、深夜5,000円/30分 ・死亡後の訪問:日中8,000円/回、夜間・早朝10,000円/回、深夜12,000円/回 ・入院中の外泊ケア等:12,350円/回(概ね2時間) ・ベッドバス(温泉のお湯代):200円/回 ・散髪代:500円/回

3)有償訪問看護の実施状況に関するグループヒヤリング

(1)実施している有償訪問看護の内容について

有償訪問看護について、提供(実態)の有無と料金設定および請求の有無についてインタビューを行った。

料金が概ね設定されているのは、長時間・営業時間外の「保険サービスへの加算」、死後の処置であった。保険サービスへの加算額については、保険で定められた額の10割とするものが多かった。保険適用外の訪問看護サービスについては料金設定が行われにくく、特に、介護保険の利用者が利用した場合の有償料金の設定が行われにくい状況にあった。

有償訪問看護の具体的な目的(内容)別にみると、「ターミナル対応のための長時間滞在」、「保険の給付を超えるもの」は訪問看護の実態もあり、また、それに対する料金の設定も保険と同等額で概ねなされている。「急変時の対応」、「頻回訪問」、「試験外泊」、「退院前訪問」、「退院時訪問」、「グリーフケア」については、相応の実態があるにもかかわらず料金の設定が進んでいない。このうち、「急変時の対応」については、料金の設定は行わず、緊急時訪問看護加算(介護報酬)、24時間連絡体制加算(診療報酬)や事後的にケアプランに組み込む等により対応されていた。「頻回訪問」については、特定の疾患については保険からの給付や研究事業・自治体の補助事業等からの支払をうけることができる。しかし、これらに該当しない利用者(人工呼吸器をつけていても厚生労働省の定める特定疾患ではない、インシュリンの投与が必要である)については、無償での訪問を行う場合が多い。特に、インシュリン投与の管理のために短時間の訪問を頻回に必要とする利用者は在宅療養の促進施策により増加しているが、訪問が短時間・頻回であるがゆえに、保険外の料金の請求を行いにくい現状がある。また、これにより、訪問看護が別の

サービスに代替されることにより、適切な投薬管理がなされないことも懸念された。このような利用者については、保険からの支払が受けやすいよう制度において検討がなされるとよいとの意見もあった。「退院前訪問」、「退院日訪問」、「グリーンケア」は事業所に共通して、重要度の高いものであると認識されていた。そのため、積極的に実施されているが、無償により対応されているのが現状であった。特に「退院前・退院日訪問」については、適切な訪問看護サービス提供のために不可欠であり、また利用者・家族のニーズも大きいと、有償で対応するよりも、実態にあわせて制度で対応すべきであるとの意見が強かった。一方、グリーンケアは重要であるが、サービスの実態・料金の請求についてはばらつきがあることが示唆された。特に前者については、事例の収集と検討、効果検証やあり方の提示が必要ではないかと考えられた。また、グリーンケアの形態として、居宅に訪問するものだけでなく、看取った介護者同士の交流会の実績についても紹介された。

「介護者のレスパイト」については、特定疾患研究事業等で支援されているものについては実績が見られたが、全体的には、実施はまだ少なく、また料金の設定についても検討されていない段階であった。また、「外出・外泊への同行」、「介護者の留守中の看守り」等は、その滞在時間や時間帯、利用者の状況によってサービスの内容が異なるため、一律に料金を設定するよりも、都度見積りを行うほうが望ましいということが、事例を踏まえて確認された。

(2) 有償訪問看護利用のきっかけ・経緯および利用者の反応・効果

有償サービスの利用は、訪問看護師が必要と判断して利用を勧める場合と、利用者の要望に対応して行う場合の大きく2つの場合がある。

利用者からの依頼で利用するもの(外出同行、ターミナル対応の長時間滞在など)は、金額に関わらず受入がよいが、看護師のアセスメントによる利用(たとえば、認知症への対応など)は理解が得られにくい場合がある。また、設定された料金額の高低によっても反応が違い、特に保険によるサービスを利用している利用者の場合、その自己負担額との差について納得を得にくいことがある。また、利用者の傷病の状況、年齢等の点で、事前に説明し、了解を得ていても、徴収の段階で納得されないケースも少なくない。これらの点から、有償による訪問看護サービスを提供するに際しての運営規定等には、利用者の特性などを踏まえ、また保険の仕組みとの関係なども整理した内容についても検討の余地があると思われる。なお、サービスの内容によっても利用者の反応は異なり、試験外泊・退院時訪問は、利用者の安心を実感できるため、受入がよいとのことであった。

また、地域性により、有償サービスを積極的に推進できないという事業所もみられた。

(3) 有償訪問看護サービスについての情報提供・PRの方法

情報提供については、利用者へ初回訪問時に、料金表や運営規定などを用いて説明するものの他、適切な利用を進めるために、地域の保健師、居宅介護支援事業所等への情報提供を行うことも必要であるとの意見があった。媒体として、地域の事業所の情報を一括した冊子を作成し、その中に有償サービスについても盛り込めば効率的であり、地域の連絡協議会等が中心になって進めるとよいと考えられた。

また、試験外泊や退院日訪問の際に医療機関の看護師と訪問看護事業所の看護師の両者が参加することにより、訪問看護、在宅療養等について医療機関の看護職の理解が深まり、よりよい連携につながることも事例として示された。

(4)有償訪問看護サービスについての意見

①有償による訪問看護サービスの必要性について

有償による訪問看護サービスの提供については、積極的に取り組むべきと考える事業所と消極的・否定的な事業所で意見が分かれた。

表3)-1 有償による訪問看護サービスに対する考え方

消極的・否定的な意見	積極的に取り組むべきとする意見
・金銭的な理由でサービスを提供できない、という状況はつくりたくない、有償サービスには積極的になれない。 ・無償のサービス提供があっても、そのサービスにより、訪問看護やステーションが評価されるのであればよい。 ・無償であっても地域のサービス充実のための基幹としての役割を果たすべきである。 ・現実的には、支払い能力によりサービス提供を調整することはあり得ない。	・料金設定の仕方、利用を喚起・是正するという考え方もある。 ・有償サービスの料金設定は明確にし、支払能力に応じた配慮を別途設ければよい(減免措置制度など)。 ・保険の範囲内でだけ考えるのではなく、有償サービスについて明示することによって、訪問看護の役割や機能がより明確になるのではないか。

②介護保険制度・医療保険制度に関連して

介護保険制度・医療保険制度等に関連して以下のような意見や実情の提示がされた。

- ・試験外泊、退院時訪問などを有償で行う場合、医師からの指示書を得ることが難しい。
- ・そもそも、試験外泊、退院時訪問については、ニーズ・効果も高く、制度を見直し、保険で対応すべきではないか。
- ・効果や利用者特性、頻度などの点から現在保険の対象外となっているサービスを再考し、誰が払うべきなのか、保険でまかなうべきか否かを検討することが必要ではないか。
- ・保険サービスと有償サービスの関係、考え方について、明確に提示してほしい。

(5)その他

通常の訪問看護が医師の指示書により開始されるものであるのに対し、有償訪問看護は利用者のニーズ・要望等を看護師が判断し、利用者・家族・主治医・ケアマネジャー等多方面への説得・調整を行って実現するものであり、容易ではない。しかし、看護師が主体的に判断をしていくという活動は大切であり、当初は様々な障害や苦勞があると思われるが、積極的に行っていくべきものである。

また、保険からの支払が困難な事例については、自治体の補助事業や特定疾患の研究事業等を有効的に活用していくことが賢明である。そのためには、事業所の管理者はこれらの情報を的確に収集・管理することが必要である。また、現在補助事業が行われていない自治体に対しての働きかけも行われるべきである。その際には、今回のグループヒヤリングのように、様々な地域・立場の事業者間で交換した情報を活用することができる。また、補助事業等を推進する際には、それに見合う訪問看護の提供体制が整備されていることが不可欠であることも確認された。