日本訪問看護財団会員調査
令和６年度介護報酬・診療報酬改定の要望に関するWebアンケート調査
報告書

２０２３（令和５）年３月

公益財団法人　日本訪問看護財団

令和６年度介護報酬・診療報酬改定の要望に関する

Web アンケート調査

目次

Ⅰ．調査概要 ･･ 1
　１．目的 ･･ 1
　２．調査対象者 ･･ 1
　３．方法 ･･ 1
　４．期間 ･･ 1
Ⅱ．回答者が属する事業所の基本情報･･ 2
　１．回収数 ･･ 2
　２．所在地 ･･ 2
　３．開設法人 ･･ 2
　４．開設期間 ･･ 3
　５．2022 年 12 月 1 日現在の職員在籍数 ････････････････････････････････････ 3
　６．2022 年 11 月の利用者数 ･･ 4
Ⅲ．調査結果 ･･ 5
【医療保険の訪問看護療養費に関連する報酬】
　１．医療保険（別表 7，8 以外）の 4 日目の緊急訪問について･･････････････････ 5
　２．２０歳未満の小児の利用者の看取りについて･･････････････････････････････ 6
　３．退院時共同指導加算の算定について･･････････････････････････････････････ 7
　４．精神科認定看護師等の同行訪問によるアドバイスについて･･････････････････ 8
　５．１８歳未満の児童へ精神科訪問看護を提供した実績について･･････････････････ 9
　６．９０分を超える長時間訪問看護について･･････････････････････････････････ 10
　７．医療保険の利用者の入院時の情報提供について･･････････････････････････････ 11
【介護保険の訪問看護費、その他関連調査】
　１．介護保険制度の利用者の月 1 回目の緊急訪問の時間帯について･･････････････ 13
　２．介護保険の外部サービス利用型特定施設入所者生活介護入居者への訪問看護の新たに要望したい評価･･ 13
　３．電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等による遠隔での利用者支援について････ 14
　４．まちの保健室活動について･･ 15
　５．記録の電子化について･･ 16
Ⅳ．調査結果のまとめ･･ 17

【医療保険の訪問看護療養費に関連する報酬】
１．医療保険（別表 7，8 以外）の 4 日目の緊急訪問について･････････････････････ 17
２．２０歳未満の小児の利用者の看取りについて･････････････････････････････････ 17
３．退院時共同指導加算の算定について･･･ 18
４．精神科認定看護師等の同行訪問によるアドバイスについて･････････････････････ 18
５．１８歳未満の児童へ精神科訪問看護を提供した実績について･････････････････････ 19
６．９０分を超える長時間訪問看護について･････････････････････････････････････ 19
７．医療保険の利用者の入院時の情報提供について･････････････････････････････････ 19
【介護保険の訪問看護費に関連する報酬、その他関連調査】
１．介護保険制度の利用者の月１回目の緊急訪問の時間帯について･････････････････ 21
２．介護保険の外部サービス利用型特定施設入居者生活介護入居者への訪問看護の新たに要望したい評価･･･ 21
３．電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等による遠隔での利用者支援について････ 22
４．まちの保健室活動について･･･ 22
５．記録の電子化について･･･ 23
【総括】 ･･･ 23

Ⅰ．調査概要

１．目的

本調査は、訪問看護に関連する介護報酬及び診療報酬について、訪問看護ステーションの算定実態や意見を把握することで、令和6年度訪問看護費（介護報酬）及び訪問看護療養費（診療報酬）の改定に関する要望書作成の基礎資料とすることを目的とした。

２．調査対象者

日本訪問看護財団会員の指定訪問看護ステーションの管理者（または代理者）
2,270件（メールアドレス有り）

３．方法

Webアンケート調査

４．期間

令和4年12月1日～12月8日

Ⅱ．回答者が属する事業所の基本情報

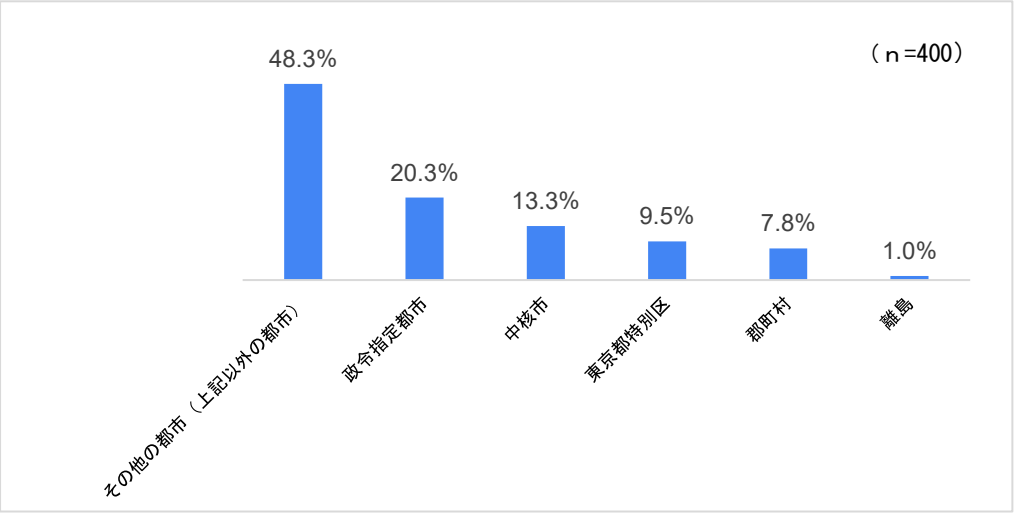
１．回収数

本財団会員のうちメールアドレスのある 2,270 訪問看護ステーションの管理者(または代理者)から回答を得た。有効回答数は 400 件（17.6%）であった。

２．所在地

回答者が属する訪問看護ステーションの所在地については、東京都特別区、政令指定都市、中核市に該当しないその他の都市が 48.3%で最も多く、次いで政令指定都市が 20.3%、中核市が 13.3%の順であった。

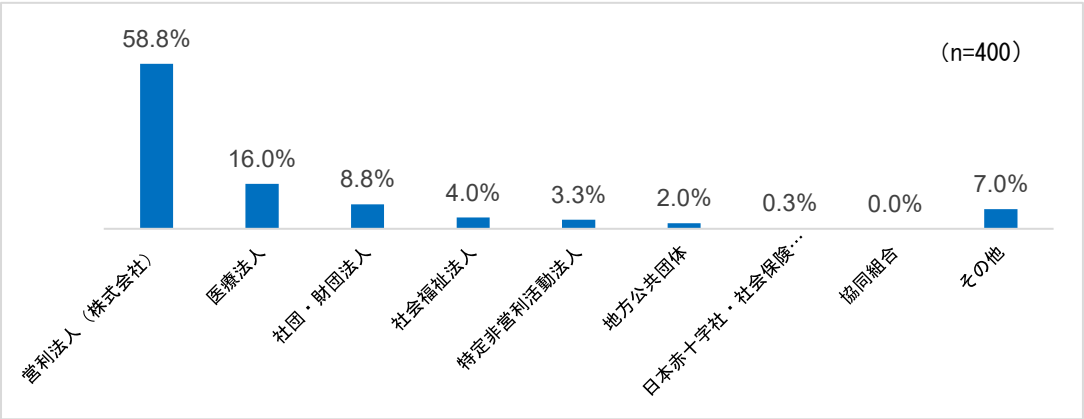
図表 1



３．開設法人

回答者が属する訪問看護ステーションの開設法人については、営利法人（株式会社）が最も多く 58.8%、次いで医療法人が 16.0%、社団・財団法人が 8.8%の順であった。

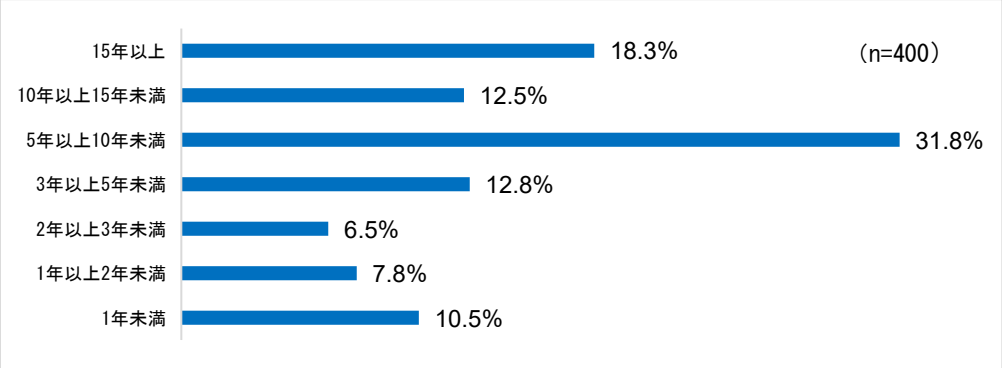
図表 2



４．開設期間

回答者が属する訪問看護ステーションが開設してから回答日までの期間は、5 年以上 10 年未満が最も多く 31.8%、次いで 15 年以上が 18.3%、3 年以上 5 年未満が 12.8%の順であった。

図表 3



５．2022 年 12 月 1 日現在の職員在籍数

回答者が属する訪問看護ステーションの職員在籍数について、看護職員は実人数 3～135 人（平均 7.6 人）、常勤換算 2.5～26.0 人（平均 5.4）人、理学療法士等※は 0～110 人（平均 2.5 人）、常勤換算 0.0～19.6 人（平均 1.6 人）、看護補助者は実人数 0～9 人（平均 0.2 人）であった。

※ここでいう理学療法士等とは、「理学療法士」、「作業療法士」、「言語聴覚士」を示す

図表 4

(n=400)

		実人数	常勤換算
看護職員	最小	3	2.5
	最大	135	26.0
	平均	7.6	5.4
理学療法士等	最小	0	0.0
	最大	110	19.6
	平均	2.5	1.6
看護補助者	最小	0	
	最大	9	
	平均	0.2	

６．2022 年 11 月の利用者数

回答者が属する訪問看護ステーションの利用者数について、医療保険の利用者数は 0～25 人のステーションが最も多く 229 か所、介護保険の利用者数も 0～25 人のステーションが最も多く 136 か所であった。平均利用者数は、医療保険が 48.5 人、介護保険が 81.9 人であった。

図表 5　（n=400）

利用者数	医療	介護
0～25 人	229	136
26～50 人	82	84
51～75 人	34	70
76～100 人	17	29
101～125 人	9	21
126～150 人	1	12
151～175 人	4	9
176～200 人	5	5
201～250 人	4	11
251～300 人	4	4
301 人～	11	19
合計	400	400
平均	48.5	81.9

Ⅲ．調査結果

【医療保険の訪問看護療養費に関連する報酬】

１．医療保険（別表 7，8 以外）の 4 日目の緊急訪問について

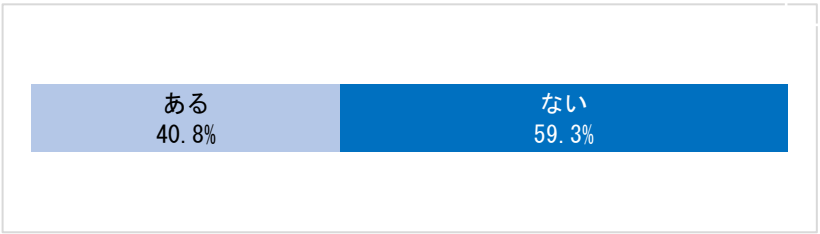
１）医療保険の別表 7，8 以外の利用者の週 4 日目の緊急訪問の発生状況

2021 年 12 月～2022 年 11 月の 1 年間の、医療保険の別表 7，8 及び特別訪問看護指示期間以外の利用者の週 4 日目の緊急訪問の発生状況について、「ある」と回答した者が 163 人（40.8%）、「ない」と回答した者が 237 人（59.3%）であった。

※医療保険の別表 7，8 及び特別訪問看護指示期間以外の利用者は原則週 3 日までの訪問看護が算定可能

図表 6

（n=400）

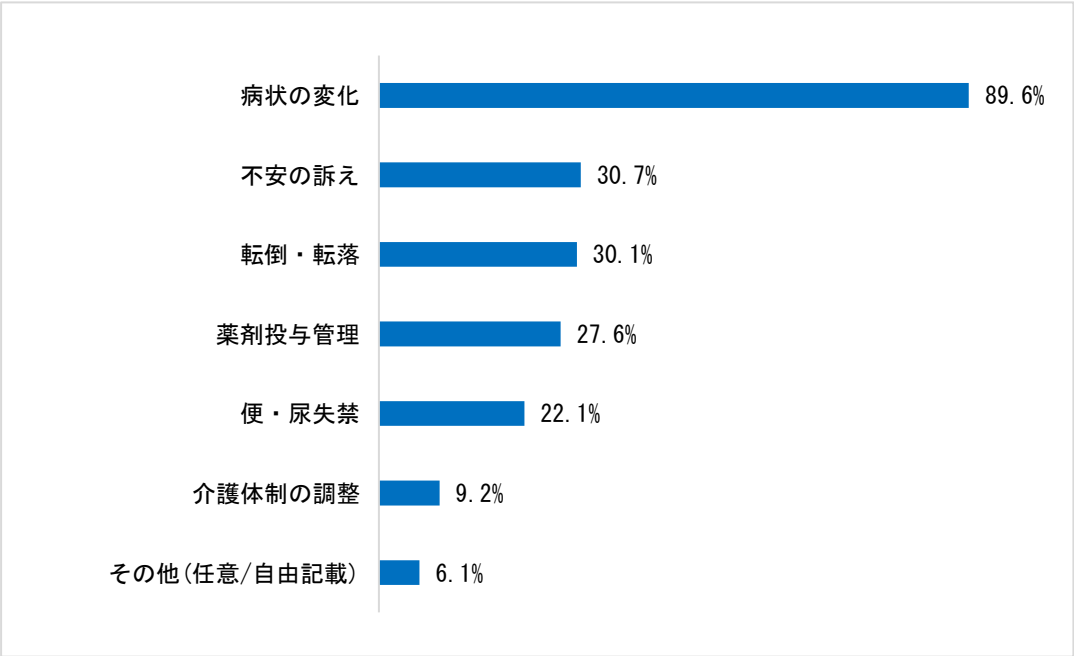


２）週 4 日目の緊急訪問の発生理由（複数回答）

上記設問で「ある」と回答した者について、緊急訪問が発生した理由は「病状の変化」が 89.6%で最も多く、次いで「不安の訴え」が 30.7%、「転倒・転落」が 30.1%等であった。

図表 7

（n=163）



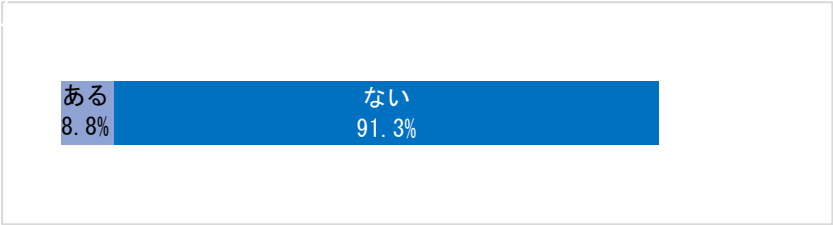
２．２０歳未満の小児の利用者の看取りについて

１）２０歳未満の小児の利用者の看取り経験の有無

20 歳未満の終末期の小児の利用者に訪問看護を提供し、看取りをした経験について、「ある」と回答した者が 35 人（8.8%）、「ない」と回答した者が 365 人（91.3%）であった。

図表 8

（n=400）

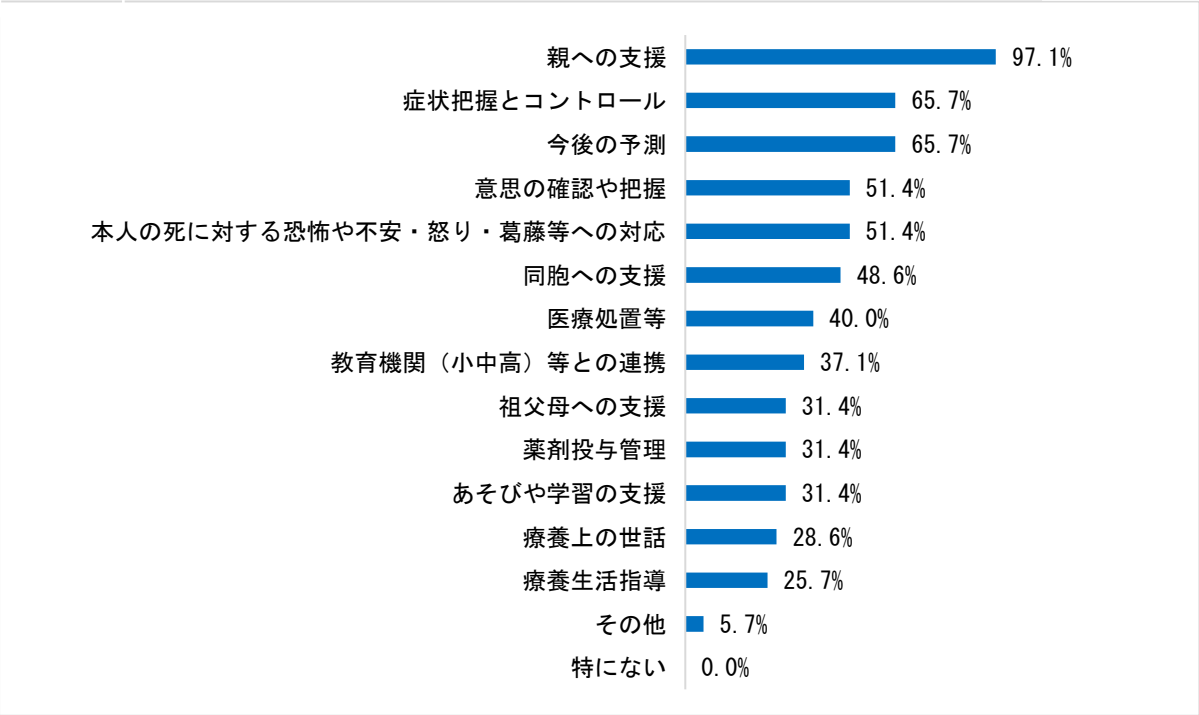


２）大人の看取りと比較して特に必要な看護の内容（複数回答）

上記設問で「ある」と回答した者について、20 歳未満の小児の看取りについて、大人の看取りと比較して特に必要な看護の内容は、「親への支援」が最も多く 97.1%、次いで「症状把握とコントロール」および「今後の予測」が 65.7%、「意思の確認や把握」および「本人の死に対する恐怖や不安・怒り・葛藤等への対応」が 51.4%等であった。

図表 9

（n=35）

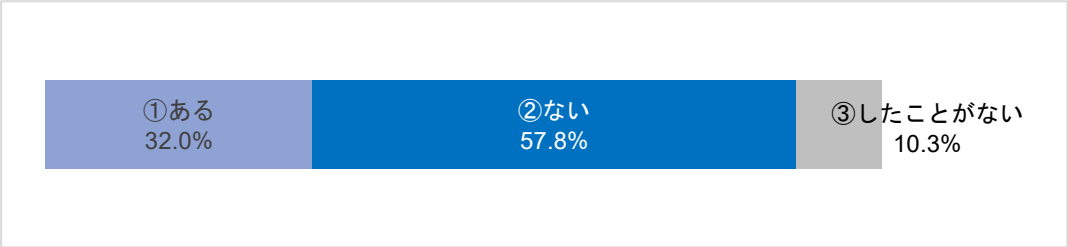


３．退院時共同指導加算の算定について

１）退院時共同導加算が算定できなかった事例の有無

医療保険の利用者で 2021 年 12 月～2022 年 11 月の 1 年間で退院時共同指導を実施したものの退院時共同指導加算の算定に至らなかった事例が「ある」と回答した者が 128 人（32.0%）、「ない」と回答した者が 231 人（57.8%）、「退院時共同指導をしたことがない」と回答した者が 41 人（10.3%）であった。

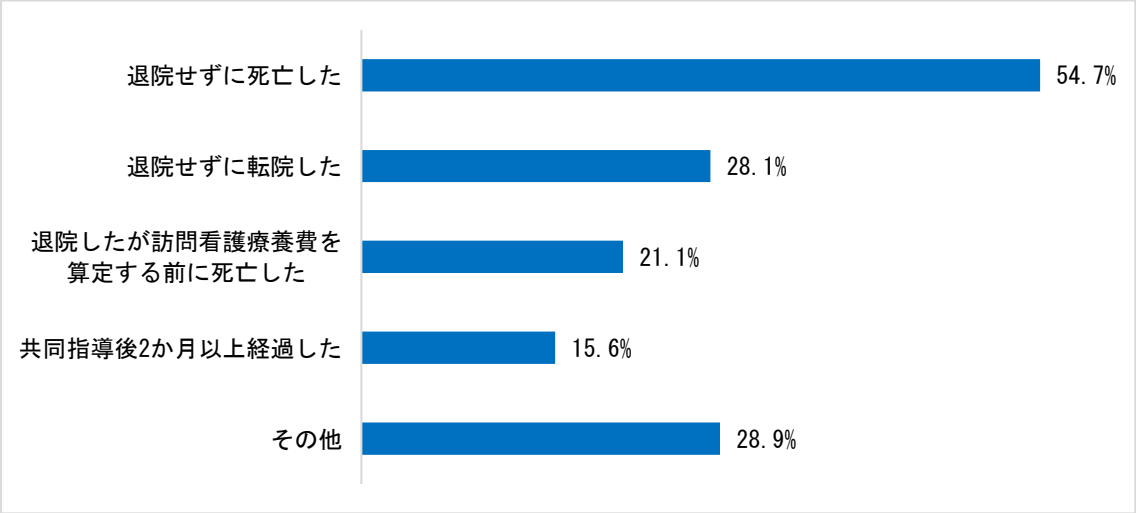
図表 10　（n=400）



２）退院時共同指導加算を算定できなかった理由　（複数回答）

上記設問で「ある」と回答した者について、退院時共同指導加算を算定できなかった理由は、「退院せずに死亡した」が最も多く 54.7%、次いで「退院せずに転院した」が 28.1%、「退院したが訪問看護療養費を算定する前に死亡した」が 21.1%、「退院時共同指導後 2 か月以上経過した」が 15.6%等であった。

図表 11　（n=128）



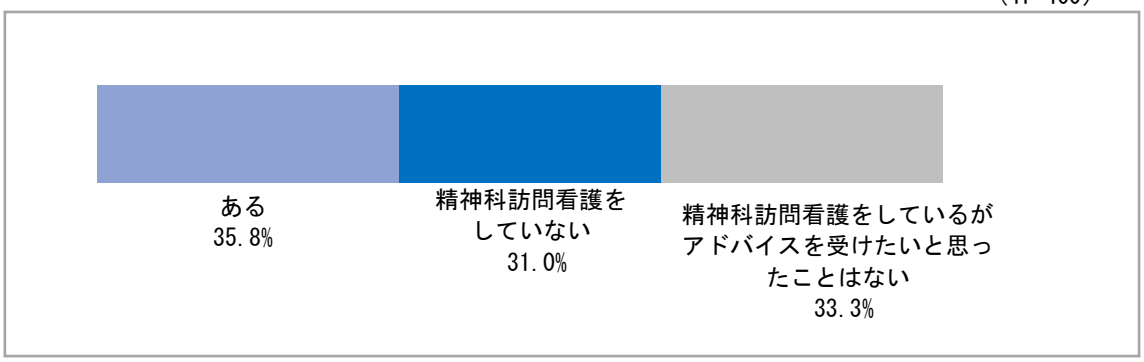
４．精神科認定看護師等の同行訪問によるアドバイスについて

１）精神科訪問看護師等の同行訪問によるアドバイス希望の有無

精神科訪問看護を提供するために、精神科認定看護師等の同行訪問によるアドバイスを受けたいと思ったことが「ある」と回答した者は 143 人（35.8%）、「精神科訪問看護をしていない」と回答した者は 124 人（31.0%）、「精神科訪問看護をしているがアドバイスを受けたいと思ったことはない」と回答した者は 133 人（33.3%）であった。精神科訪問看護をしている 276 人のうち 143 人（51.8%）はアドバイスを受けたいという意向があった。

図表 12

（n=400）

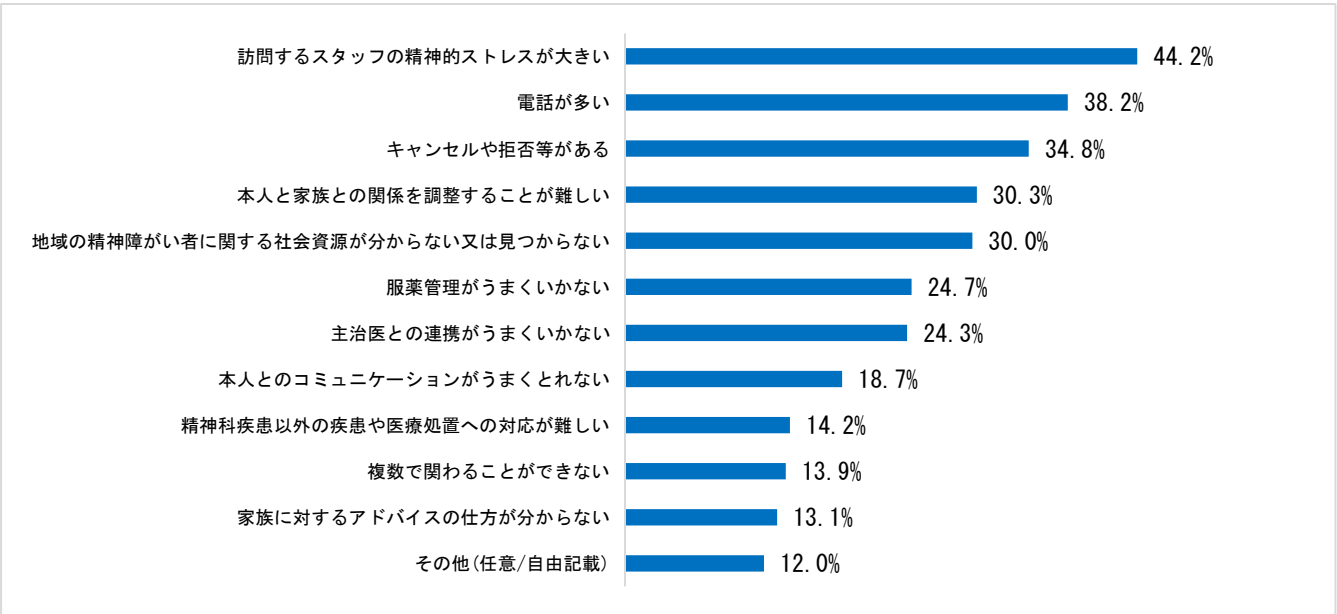


２）精神科訪問看護を提供する際、どのようなことに困難を感じるか（複数回答）

上記設問で「ある」「精神科訪問看護をしているがアドバイスを受けたいと思ったことはない」と回答した者が、精神科訪問看護を提供する際に困難と感じることは、「訪問するスタッフの精神的ストレスが大きい」が最も多く 44.2%、次いで「電話が多い」が 38.2%、「キャンセルや拒否等がある」が 34.8%等であった。

図表 13

（n=267）



【その他（任意/自由記載）内訳】

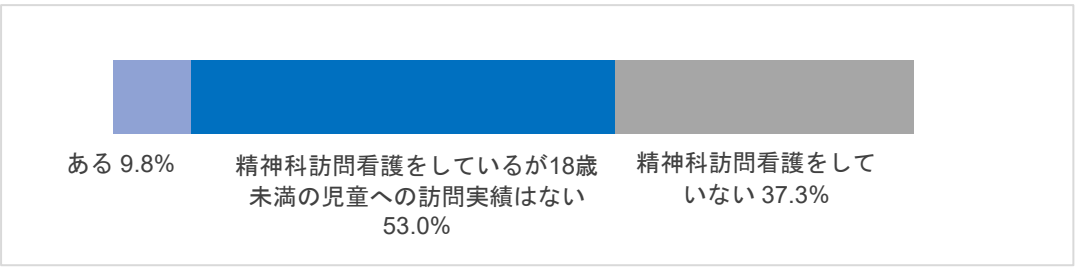
・目標達成に向けて明らかな改善がなく、現行の対応のままで良いのか評価に悩むことがある
・治療的に関われているか、看護に関して指導が欲しい
・今行っている事の評価や助言を受けたい
・発達障害などの対応
・患者さんへの支援が間違っていないかのアドバイスが欲しい
・現状の関わり方がよいかどうか知りたい
・服薬調整及び対応困難
・サービス関係者の情報共有や生活支援に課題があるため相談を希望
・より良い目標設定の見出し方、導き方に悩む
・対応が適切かどうかアドバイスがほしい
・症状コントロールに対して困難さを感じている
・ケアマネ、ヘルパーとの連携が難しい
・症状が悪化しても入院に繋がらないときなど
・身体訪問看護と精神訪問看護の相談員や看護師の介入方法の意識の差があり連携が難しい
・相談員がついていないと訪問看護師のみでサポートしなければならない
・こちらのほしい情報がとれないことも多く身体的な状態変化に対応することに困難感がある
・設置主体の病院に入院施設がない
・アルコール中毒であるが精神科受診に至らない
・決まった時間（訪問介護等）の支援が受けにくいため、他の支援を使うことができない
・在宅で認知行動療法や訪問 SST をしても報酬に反映されない
・不安定な状態で特指示でも複数回入れない、脅迫される、いやがらせ
・アドバイスは不要（スタッフの中に経験が長いスタッフがいるため、当ステーションは精神看護専門看護師と精神科認定看護師が在籍しているため（2 件））

５．　１８歳未満の児童へ精神科訪問看護を提供した実績について

2021 年 12 月～2022 年 11 月の 1 年間で、18 歳未満の児童へ精神科訪問看護を提供した実績は、「ある」と回答した者は 39 人（9.8%）、「精神科訪問看護をしているが 18 歳未満の児童への訪問実績はない」と回答した者が 212 人（53.0%）、「精神科訪問看護をしていない」と回答した者が 149 人（37.3%）であった。

図表 14

（ｎ=400）



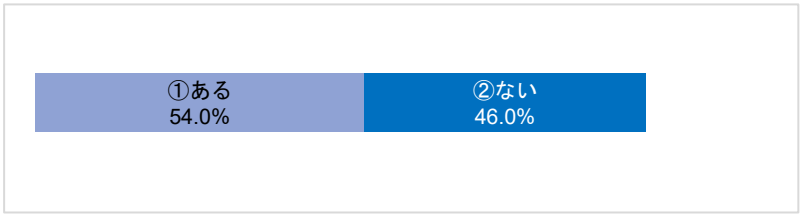
６．９０分を超える長時間訪問看護について

１）算定可能な回数を超える長時間訪問を行う必要があると思った事例

90 分を超える長時間訪問看護について、算定対象となる利用者のうち、15 歳以上の利用者への長時間訪問看護加算は週 1 回まで算定可能だが、これらの利用者に対し、これまで算定可能な回数を超える長時間訪問を行う必要があると思った事例が「ある」と回答した者が 216 人（54.0%）、「ない」と回答した者が 184 人（46.0%）であった。

図表 15

（ｎ=400）

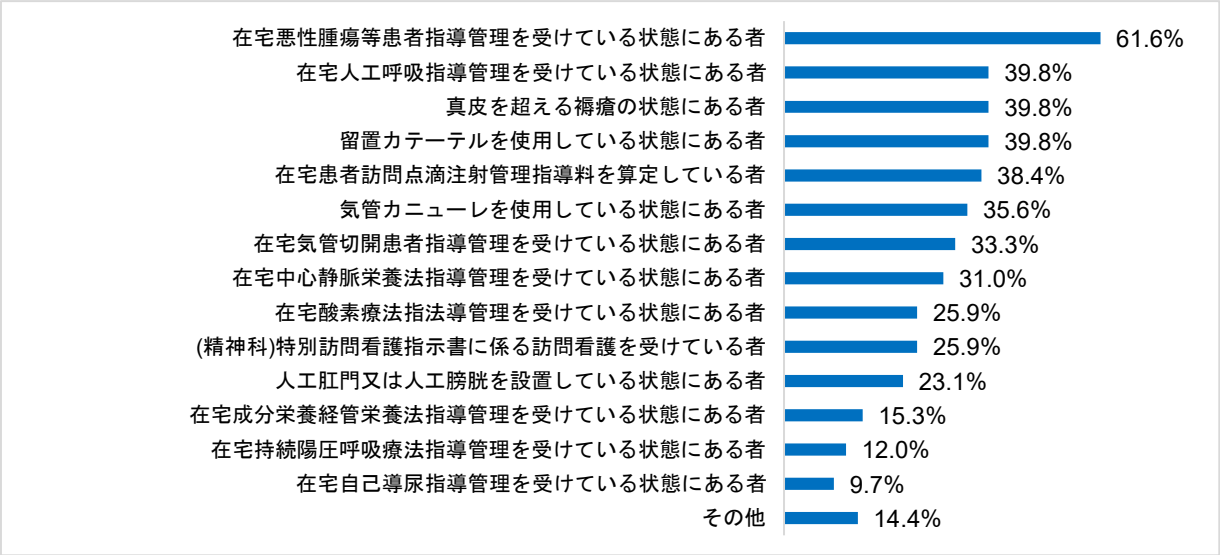


２）算定可能な回数を超える長時間訪問看護が必要な状態の利用者（複数回答）

上記設問で「ある」と回答した者について、算定可能な回数を超える長時間訪問看護が必要な状態の利用者は、「在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者」と回答した者が最も多く 61.6%、次いで「在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者」「真皮を超える褥瘡の状態にある者」「留置カテーテルを使用している状態にある者」が 39.8%等の順であった。

図表 16

（n=216）



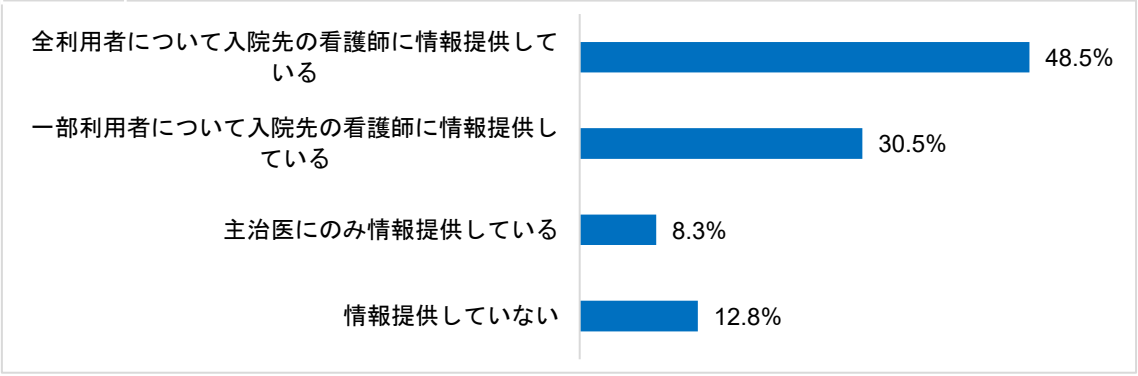
7．医療保険の利用者の入院時の情報提供について

1）入院時の看護師への訪問看護サマリー等による情報提供

医療保険の利用者の入院時に、主治医へ情報提供して情報提供療養費 3 を算定するほかに、利用者の同意を得た上で実施する入院先の看護師等へ訪問看護サマリー等による情報提供については「全利用者について入院先の看護師に情報提供している」と回答した者が最も多く 194 人（48.5%）、次いで「一部利用者について入院先の看護師に情報提供している」と回答した者が 122 人（30.5%）、「主治医にのみ情報提供している」と回答した者が 33 人（8.3%）、「情報提供していない」と回答した者が 51 人（12.8%）であった。

（n=400）

図表 17

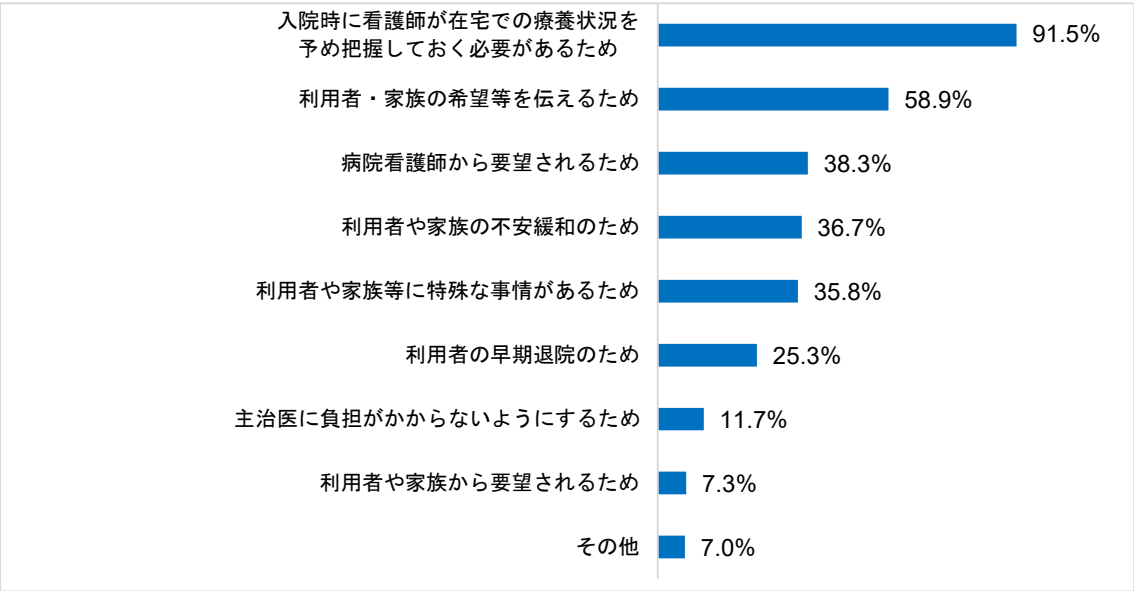


２）入院先の看護師に情報提供している理由（複数回答）

上記設問で「全利用者について入院先の看護師に情報提供している」「一部利用者について入院先の看護師に情報提供している」と回答した者のうち、入院先の看護師に情報提供している理由は、「入院時に看護師が在宅での療養状況を予め把握しておく必要があるため」が最も多く 91.5%、次いで「利用者・家族の希望等を伝えるため」が 58.9%、「病院看護師から要望されるため」が 38.3%、「利用者や家族の不安緩和のため」が 36.7%等であった。

図表 18

（n=316）



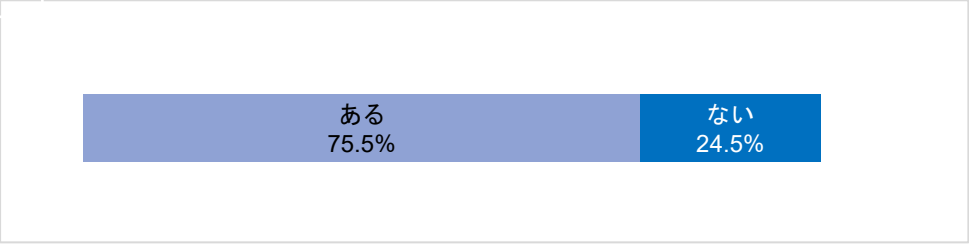
【介護保険の訪問看護費、その他関連調査】

１．介護保険制度の利用者の月１回目の緊急訪問の時間帯について

介護保険の訪問看護で 2021 年 12 月～2022 年 11 月の 1 年間に、1 回目の緊急訪問が夜間・早朝や深夜帯に発生した事例について、「ある」と回答した者が 302 人（75.5%）、「ない」と回答した者が 98 人（24.5%）であった。

※現行の介護保険制度では、計画外の緊急訪問を行った場合、「夜間・早朝加算」「深夜加算」は月の 2 回目以降の緊急訪問で算定可能

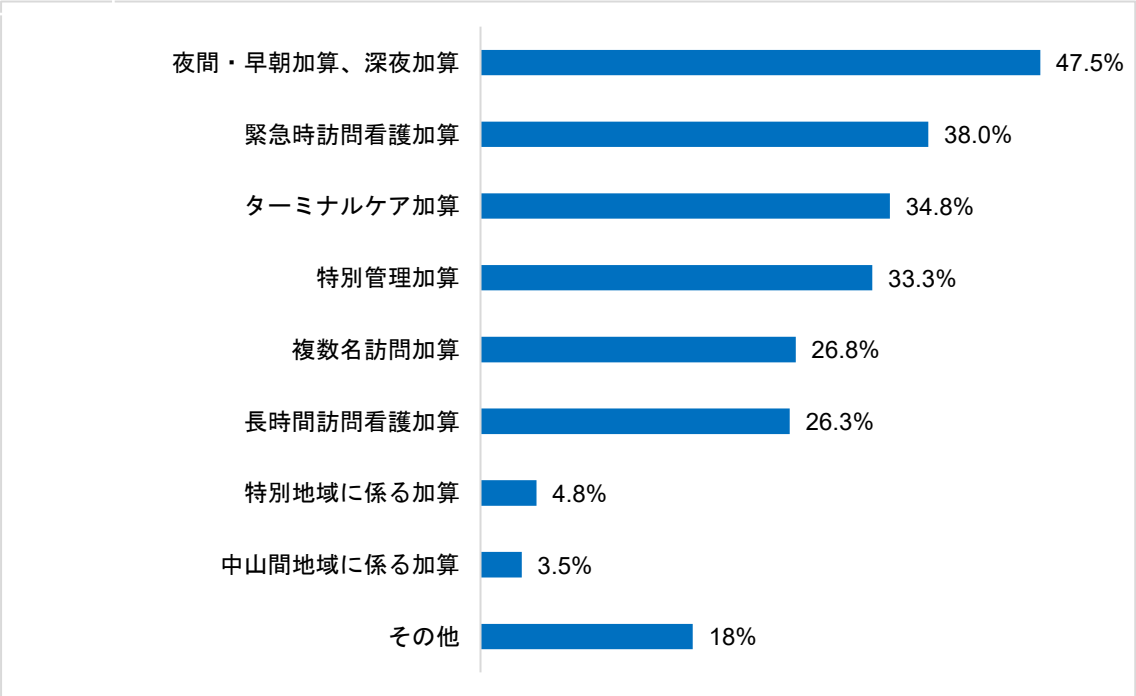
図表 19　（n=400）



２．介護保険の外部サービス利用型特定施設入所者生活介護入居者への訪問看護の新たに要望したい評価（複数回答）

介護保険で外部サービス利用型特定施設入所者生活介護入居者への訪問看護について、新たに要望したい看護の評価は、「夜間・早朝加算、深夜加算」が最も多く 47.5%、次いで「緊急時訪問看護加算」が 38.0%、「ターミナルケア加算」が 34.8%、「特別管理加算」が 33.3%等であった。

図表 20　（n=400）



３．電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等による遠隔での利用者支援について

１）電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等により訪問せずに遠隔で利用者の状態確認や療養生活指導をした経験

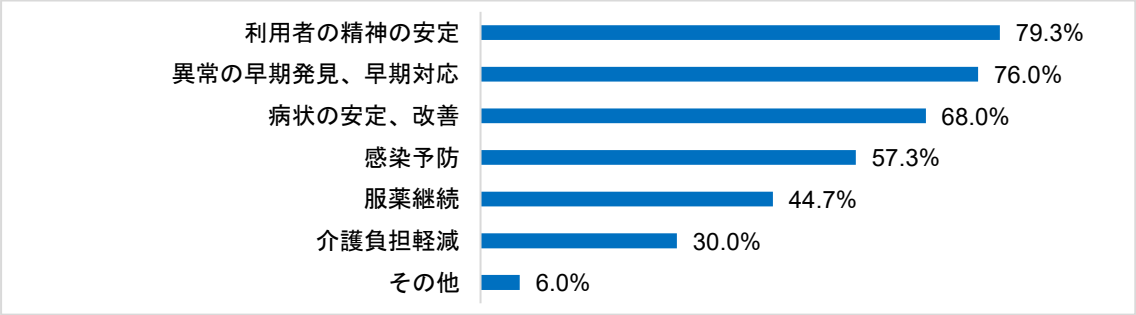
医療保険・介護保険の利用者について、電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等により訪問せずに遠隔で利用者の状態確認や療養生活指導をした経験が「ある」と回答した者が 150 人（37.5%）、「ない」と回答した者が 250 人（62.5%）であった。

図表 21　（ｎ=400）

２）電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等による状態確認や療養生活指導の効果（複数回答）

上記設問で「ある」と回答した者について、電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等による状態確認や療養生活指導の効果は、「利用者の精神の安定」が最も多く 79.3%、次いで「異常の早期発見、早期対応」が 76.0%、「病状の安定、改善」が 68.0%、「感染予防」が 57.3%等であった。

図表 22　（ｎ=150）

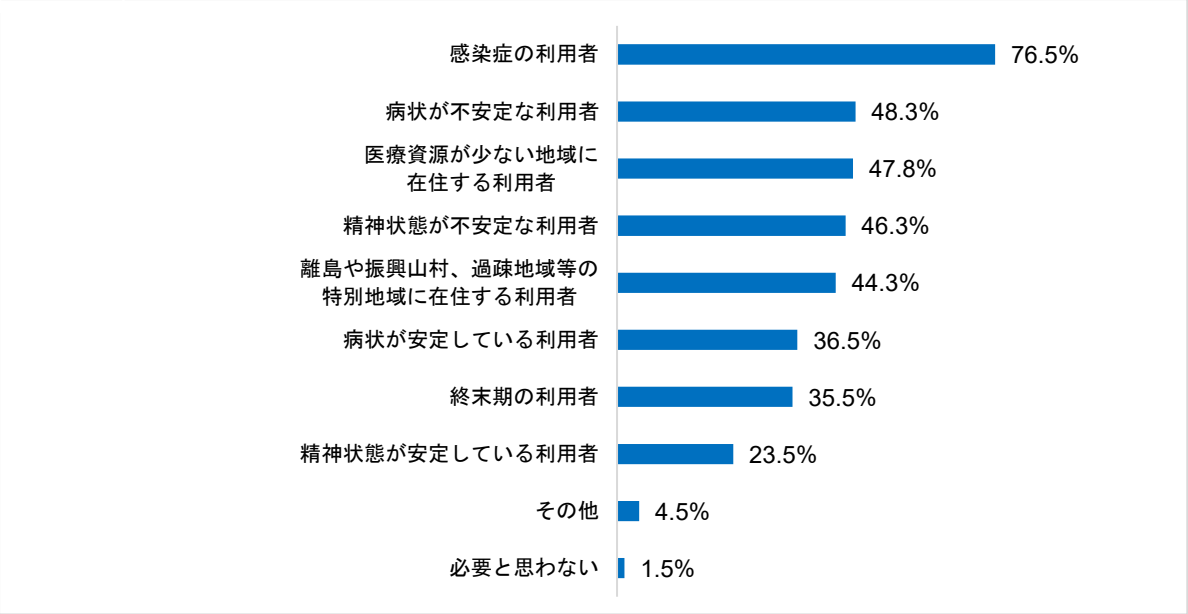


３）電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等による状態確認や療養生活指導が必要な利用者（複数回答）

電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等による状態確認や療養生活指導が必要な利用者は、「感染症の利用者」が最も多く 76.5%、次いで「病状が不安定な利用者」が 48.3%、「医療資源が少ない地域に在住する利用者」が 47.8%、「精神状態が不安定な利用者」が 46.3%、「離島や振興山村、過疎地域等の特別地域に在住する利用者」が 44.3%等であった。

図表 23

（ｎ=400）



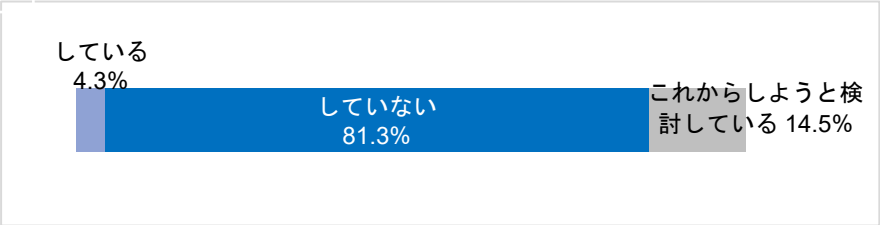
４．まちの保健室活動について

１）まちの保健室活動の実施状況

まちの保健室活動の実施状況について「している」と回答した者が 17 人（4.3%）、「していない」と回答した者が 325 人（81.3%）、「これからしようと検討している」と回答した者が 58 人（14.5%）であった。

図表 24

（ｎ=400）



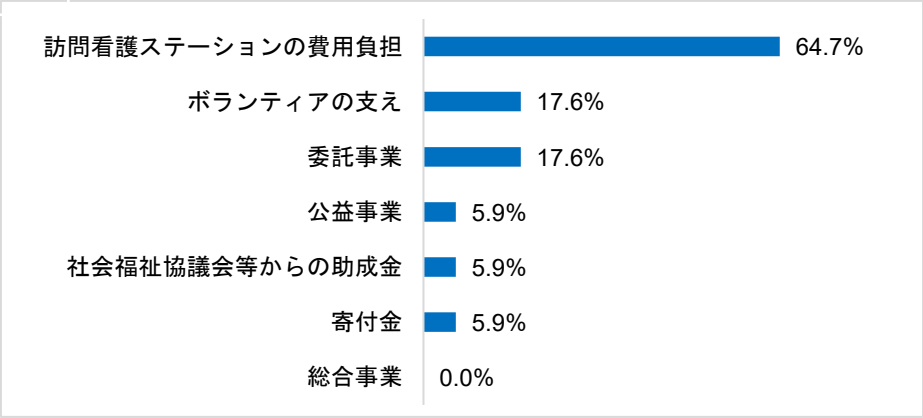
２）まちの保健室活動の運営に係るコストの概算

上記設問で「している」と回答した者について、運営に係るコスト（場所、人件費等すべて）のひと月あたりの概算は、2,000 円～200,000 円（平均 41,933 円）であった。

３）まちの保健室活動の運営に係るコストの概算（複数回答）

上記設問で「している」と回答した者の運営のための財源の確保は、「訪問看護ステーションの費用負担」が最も多く 64.7%、次いで「ボランティアの支え」「委託事業」が 17.6%等であった。

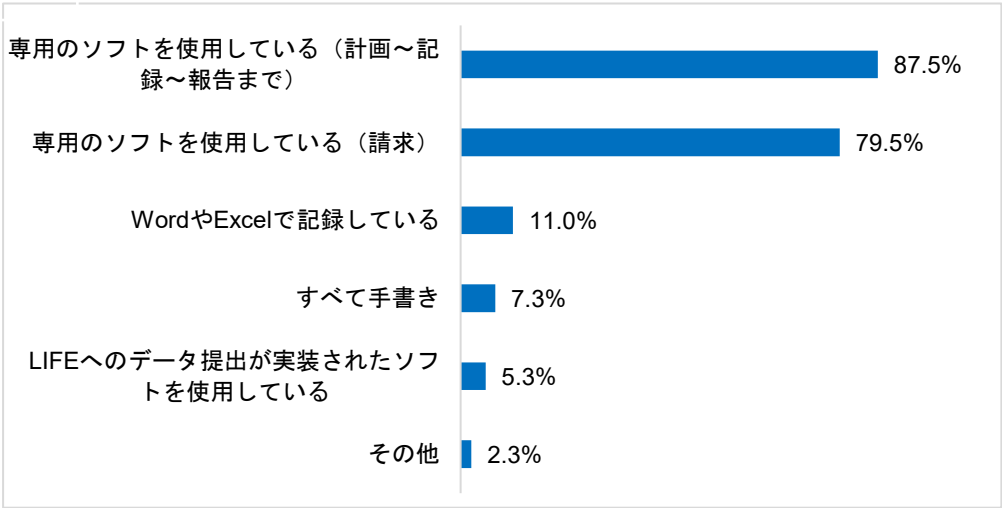
図表 25　（n=17）



５．記録の電子化について（複数回答）

記録の電子化について、「専用のソフトを使用している（計画～記録～報告まで）」が最も多く 87.5%、次いで「専用のソフトを使用している（請求）」が 79.5%、「Word や Excel で記録している」が 11.0%等であった。

図表 26　（n=400）



Ⅳ．調査結果のまとめ

【医療保険の訪問看護療養費に関連する報酬】

１．医療保険（別表 7，8 以外）の 4 日目の緊急訪問について

2021 年 12 月～2022 年 11 月の 1 年間について、医療保険の別表 7，8 及び特別訪問看護指示期間以外の利用者の週 4 日目以降の緊急訪問の発生状況について、「ある」と回答した者が 163 人（40.8%）であった。緊急訪問が発生した理由は「病状の変化」が 89.6%で最も多く、次いで「不安の訴え」が 30.7%、「転倒・転落」が 30.1%等であった。

原則週 3 日までは「訪問看護基本療養費」が算定可能であり、その加算である「緊急訪問看護加算」も要件を満たせば算定できるが、4 日目以降に医師の指示を受けて緊急訪問しても訪問看護基本療養費が算定できないため、緊急訪問看護加算も算定できない。

緊急訪問の理由の 9 割は病状の変化、次いで不安への対応であり、訪問看護師の訪問が必要な状態にある。必要に迫られて訪問し、責務を果たしていることに対して、適切な評価をする必要があると考える。

２．２０歳未満の小児の利用者の看取りについて

20 歳未満の終末期の利用者に訪問看護を提供し、看取りをした経験について、「ある」と回答した者が 35 人（8.8%）であった。また、20 歳未満の看取りについて、大人の看取りと比較して特に必要な看護の内容は、「親への支援」が最も多く 97.1%、次いで「症状把握とコントロール」および「今後の予測」が 65.7%、「意思の確認や把握」および「本人の死に対する恐怖や不安・怒り・葛藤等への対応」が 51.4%等であった。

小児の利用者の看取りを経験した者は少数ではあるが、家族支援も含めて様々な支援を時間をかけて行うことが必要となっている。20 歳未満の利用者で、総合的に看取りのプロセスを評価した報酬が必要と考える。

【参考】

①「在宅がん医療総合診療料」においては、「小児加算」があり、15 歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20 歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合に週 1 回に限り 1,000 点加算できる。

②訪問看護基本療養費の加算では、6 歳未満の乳幼児加算 1,500 円が 1 日につき 1 回算定できる。

３．退院時共同指導加算の算定について

医療保険の利用者で 2021 年 12 月～2022 年 11 月の 1 年間で退院時共同指導を実施したものの、退院時共同指導加算の算定に至らなかった事例が「ある」と回答した者が 128 人(32.0%)であった。その理由は、「退院せずに死亡した」が最も多く 54.7%、次いで「退院せずに転院した」が 28.1%、「退院したが訪問看護療養費を算定する前に死亡した」が 21.1%、「退院時共同指導後 2 か月以上経過した」が 15.6%等であった。

退院時共同指導をしても退院時共同指導加算の算定に至らなかった事例は 3 割にも及んでいる。Web または病院等に赴いて行う共同指導には時間を要する。また、算定に至らなかった理由から、重症度の高い患者に対して退院を目指して支援していたことが伺える。これらのことから、実質的に退院時共同指導を行ったことに対しての適切な評価が必要と考える。

【参考】「退院時共同指導加算」

病院又は介護医療院の退院や介護老人保健施設の退所に当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師除く）が入院機関等の医師や看護師等と共同して在宅療養生活の指導を行い、文書で指導内容を提供した場合に、入院中に 1 回、なお、別表第 7 又は別表第 8 に規定する対象者に複数回の共同指導を別日に実施した場合は 2 回まで、初日の訪問看護の実施日に訪問看護管理療養費に加算する。

４．精神科認定看護師等の同行訪問によるアドバイスについて

「精神科訪問看護をしていない」と回答した 124 人を除いた 276 人中、精神科訪問看護を提供するために、精神科認定看護師等の同行訪問によるアドバイスを受けたいと思ったことが「ある」と回答した者は 143 人（51.8%）であった。

また、精神科訪問看護を提供する際に困難と感じることは、「訪問するスタッフの精神的ストレス」が最も多く 44.2%、次いで「電話が多い」が 38.2%、「キャンセルや拒否等がある」が 34.8%、「本人と家族の関係調整」30.3%、「社会資源が分からない・見つからない」が 30.0%等であった。

日本訪問看護財団では、オンデマンド配信により精神科訪問看護の要件を満たす研修を実施しており、令和 3 年度と令和 4 年度の合計受講修了者数は 10,000 人を超えていることから、精神科訪問看護の需要の高まりがうかがえる。本研修の受講者は精神科病棟等で精神科看護を 1 年以上経験したことがない者が対象であり、精神科看護の実践経験が浅い。また、病院等で精神科看護の経験があっても、精神科訪問看護は環境等の違いから、精神的なストレスを感じることが多いと思われる。電話対応、訪問拒否、家族との関係調整、社会資源の活用や服薬管理、主治医との連携などについて、専門的な研修を受けた看護師の同行訪問等によりコンサルテーションを行って訪問看護師を支援することが必要である。精神科訪問看護が適切に提

供されることによって、利用者のセルフケアの向上が図られ、良好な家族関係や社会資源の上手な活用等により、利用者の在宅生活の安定につながる。

従って、精神科の専門の研修を受けた看護師のコンサルテーションを評価する仕組みが必要と考える。

【参考】

訪問看護基本療養費の（Ⅰ）及び（Ⅱ）のハ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師の報酬（12,850 円/月）。

５．　１８歳未満の児童へ精神科訪問看護を提供した実績について

2021 年 12 月～2022 年 11 月の 1 年間で、18 歳未満の児童へ精神科訪問看護を提供した実績は、「ある」と回答した者は 39 人（9.8%）であった。

小児精神については、まだ訪問看護の実績は少ないが、今後増えていくと推測されるため、小児の精神科訪問看護における評価が必要と考える。

６．９０分を超える長時間訪問看護について

90 分を超える長時間訪問看護について、算定対象となる利用者のうち、15 歳以上の利用者への長時間訪問看護加算は週 1 回まで算定可能だが、これらの利用者に対し、週 1 回を超える長時間訪問を行う必要があると思った事例が「ある」と回答した者が 216 人（54.0%）で、半数を超えていた。

また、週 1 回の算定回数を超える長時間訪問看護が必要な状態の利用者は、「在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者」と回答した者が最も多く 61.6%、次いで「在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者」「真皮を超える褥瘡の状態にある者」「留置カテーテルを使用している状態にある者」が 39.8%等の順であった。

これらの結果から、15 歳以上の利用者でも、重症度が高く、長時間のケアを週 1 回を超えて必要とする事例が多いことが明らかとなった。算定対象となる利用者のうち 15 歳以上の利用者への長時間訪問看護加算についても週 3 回の算定ができるように要件の緩和が必要と考える。

【参考】週 3 回の長時間訪問看護加算が算定できるものは、15 歳未満の小児であって別表第 8 に掲げる者

７．医療保険の利用者の入院時の情報提供について

医療保険の利用者の入院時に、主治医を介して情報提供する「情報提供療養費３」のほかに、利用者の同意を得た上で実施する入院先の看護師への訪問看護サマリー等による情報提供について調査を行った。結果、「全利用者について入院先の看護師に情報提供している」と回答した者が最も多く 194 人（48.5%）、次いで「一部

利用者について入院先の看護師に情報提供している」と回答した者が 122 人（30.5%）であり、全利用者・一部利用者を合わせて入院先の看護師に情報提供している者が 8 割近くに及ぶことが明らかになった。

また、入院先の看護師に情報提供している理由は、「入院時に看護師が在宅での療養状況を予め把握しておく必要があるため」が最も多く 91.5%、次いで「利用者・家族の希望等を伝えるため」が 58.9%、「病院看護師から要望されるため」が 38.3%、「利用者や家族の不安緩和のため」が 36.7%等であった。

入院先の看護師への情報提供は、必要性に基づくものであり、病院と在宅の看―看連携において重要なものであると考えられる。訪問看護サマリーの作成は本来業務に追加となる業務であり、時間と手間を要するものである。これらのことから、入院先の看護師への訪問看護サマリー等による情報提供について、適切な評価が求められる。

【介護保険の訪問看護費に関連する報酬、その他関連調査】

１．介護保険制度の利用者の月１回目の緊急訪問の時間帯について

介護保険の訪問看護で 2021 年 12 月～2022 年 11 月の 1 年間に、1 回目の緊急訪問が夜間・早朝や深夜帯に発生した事例について、「ある」と回答した者が 302 人（75.5%）であった。

現行の介護保険制度では、計画外の緊急訪問を行った場合、「夜間・早朝加算」「深夜加算」は月の 2 回目以降の緊急訪問で算定可能となるため、7 割以上の者が当該加算の算定に至らなかったことが明らかになった。介護保険の緊急時訪問看護加算は、利用者や家族等の緊急の求めに応じて緊急に訪問を行う体制を評価したものである。緊急訪問は時間帯を問わず発生しうるものであり、夜間・早朝・深夜に緊急訪問が発生した場合には、初回から夜間等の適切な評価が必要と考えられる。

【参考】緊急時訪問看護加算

利用者や家族等からの電話などに常時対応できる体制にある訪問看護事業所が計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に、利用者の同意を得て、1 月に 574 単位を 1 回目の訪問看護に加算する。利用者 1 人につき 1 か所の訪問看護事業所のみ算定できる。

２．介護保険の外部サービス利用型特定施設入居者生活介護入居者への訪問看護の新たに要望したい評価

介護保険で外部サービス利用型特定施設入居者生活介護入居者への訪問看護について、新たに要望したい看護の評価は、「夜間・早朝加算、深夜加算」が最も多く 47.5%、次いで「緊急時訪問看護加算」が 38.0%、「ターミナルケア加算」が 34.8%、「特別管理加算」が 33.3%等であった。

現行の制度では委託契約に基づくため、夜間・早朝・深夜加算、特別地域加算、緊急時訪問看護加算、ターミナルケア加算等は算定不可となっている。今後このような施設が増え、介護保険の外部サービス利用型特定施設入居者生活介護入居者への訪問看護も増えることが予想される。しかも重度化・重症化し、ターミナルケアを要する状態にある利用者が増えてくる。外部サービス利用型（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所が算定する報酬について、訪問看護事業所と委託契約する場合の適切な委託料が支払えるような評価が必要と考える。

【参考】

当該施設と訪問看護ステーションとの契約により訪問看護を行う。訪問看護ステーションと利用者との間に契約関係はないが、訪問看護には診察した主治医の指示書を要する。外部サービス利用型特定施設では居宅サービス基準上、看護職員の配置は義務付けられていない。入居者に対する基本サービスは、生活相談・特定施設サービス

計画・安否確認・緊急対応であり、委託料を払って（介護予防）訪問看護サービスの提供と報告を受ける仕組みである。

●外部サービス利用型（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所が算定する報酬

・基本サービス費 83 単位／日と各サービス部分

・（介護予防給付）基本サービス費 56 単位／日と各サービス部分

・訪問看護指示書による（介護予防）訪問看護（訪問看護ステーションに委託）看護師等は訪問看護費の基本単位の 90／100（准看護師は 81／100）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が 1 日に 2 回を超えて行った場合は 81／100 に相当する単位数

※末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等と精神科訪問看護（認知症除く）、特別訪問看護指示書による指示期間の訪問看護は医療保険で算定できる。

３．電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等による遠隔での利用者支援について

医療保険・介護保険の利用者について、電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等により訪問せずに遠隔で利用者の状態確認や療養生活指導をした経験が「ある」と回答した者が 150 人（37.5%）であった。

電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等による状態確認や療養生活指導の効果は、「利用者の精神の安定」が最も多く 79.3%、次いで「異常の早期発見、早期対応」が 76.0%、「病状の安定、改善」が 68.0%、「感染予防」が 57.3%等であった。

電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等による状態確認や療養生活指導が必要な利用者は、「感染症の利用者」が最も多く 76.5%、次いで「病状が不安定な利用者」が 48.3%、「医療資源が少ない地域に在住する利用者」が 47.8%、「精神状態が不安定な利用者」が 46.3%、「離島や振興山村、過疎地域等の特別地域に在住する利用者」が 44.3%等であった。

調査の結果から、新型コロナウイルス感染症の蔓延により、これまでになかった形の電話やビデオ通話（テレビ電話装置）等による利用者支援を多くの訪問看護師が実施していたことが伺える。また、その効果が精神の安定や異常への早期対応等があることが明らかになった。医療・介護の保険の種別に関わらず、これらの支援が適切に評価される必要があると考えられる。

４．まちの保健室活動について

まちの保健室活動を「している」と回答した者が 17 人（4.3%）、「これからしようと検討している」と回答した者が 58 人（14.5%）であった。

また、運営に係るコスト（場所、人件費等すべて）のひと月あたりの概算は、2,000 円～200,000 円（平均 41,933 円）であった。運営のための財源の確保は、「訪問看護

ステーションの費用負担」が最も多く 64.7%、次いで「ボランティアの支え」「委託事業」が 17.6%等であった。

まちの保健室活動は徐々に広がりを見せているが、6 割以上の訪問看護ステーションが費用負担をしていることが明らかになった。訪問看護師は地域資源のひとつであり、地域の一般住民等への健康相談や保健活動により、地域の健康力を底上げすることが期待される。制度上の位置づけや評価について、積極的な検討が必要と考える。

５．記録の電子化について

記録の電子化について、専用のソフトを使用して「計画～記録～報告」をしている者が最も多く 87.5%、次いで「請求」をしている者が 79.5%、「Word や Excel で記録している」が 11.0%等であった。

令和 6 年度から医療保険の請求も介護保険同様にオンライン請求となる。また、LIFE 等へのデータ提出に関する評価も検討されている。記録等の電子化による効率化は、訪問看護に専念できる時間を増やすために有効ある。さらに、国や都道府県等自治体が策定する医療計画や介護保険事業計画に反映する訪問看護データの利活用が一層推進される。電子化に係る経費負担は各訪問看護ステーションに委ねられており、小規模ステーション程負担が大きいと推測されることから、公的な補助金や助成金等による支援が必要と考える。

【総括】

訪問看護ステーションは今後、ある程度の規模拡大や電子化により主治医やケアマネジャーとの連携及び地域の保健活動が効果的に行えるような環境整備が必要である。ひいては WLB の向上を図り訪問看護師を増やして、地域包括ケアの推進を図る必要がある。

訪問看護は、病状や健康上の観察・生活面のアセスメントに基づく助言、24 時間体制、中重度要介護者、医療ニーズや看取りへの対応が強みであり、令和 6 年度の介護報酬・診療報酬の同時改定においても一層の評価を期待する。