

IX 訪問看護の財源

1) 訪問看護・指導料請求件数

1990年4月～12月の訪問看護・指導料請求件数の記載があった病院は690。その総件数を病院数で除した平均値は、1か月当たり24.9件であった(表42)。

1990年4月～12月の実際の訪問件数、保険料請求件数ともに記載のあった病院は、678。その総訪問件数に対する総保険請求件数の比率を算出したところ、62%であった。678病院のうち、実際の訪問すべてを保険請求している病院は43.1%。残る56.9%は、保険請求しない(できない)訪問もあったことを意味している。

表42 訪問看護・指導料請求件数(1ヵ月当たり)*

	請求件数(1ヵ月当たり)		有効回答病院数
	1病院当たり平均	最小～最大	
1989年	21.83	0.08～218.25	653
1990年	24.90	0.11～291.11	690

* 訪問看護・指導料請求件数(1ヵ月当たり)：社会保険の在宅患者訪問看護指導料、精神科訪問看護・指導料および老人保健の寝たきり老人訪問看護・指導料、退院患者継続訪問指導料、退院前訪問指導料を合計した件数。1989年については1989年4月～1990年3月の平均。1990年については1990年4月～12月の平均。

2) 保険請求できない衛生材料・器材の扱い

診療報酬点数表には「特定在宅療養用器材料」という項目があり、下記の保険適用が認められている。

- 自己連続携行式腹膜灌流液交換セット
- 在宅悪性腫瘍患者自己注射ディスポーザブル注射器
- 在宅寝たきり患者処置気管内ディスポーザブルカテーテル
- 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル
- 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル

今回の調査で、訪問対象者中「特定在宅療養用器材料」を請求しているケースの人数を問うた。その結果は、これを請求したのは886病院中から38病院、合計223人にすぎない。

しかし第Ⅵ章でみたように、訪問対象者中「チューブ類や器具のチェックおよび取扱についての指導を行っている」者がいるのは、567病院、4,707人も存在する。また、訪問看護婦が訪問先で、カテーテル交換などの医療的処置を現に「している」と回答している病院は、下記のとおり、非常に多い。

膀胱洗浄 484病院 (54.6%)

導 尿	350病院 (39.5%)
留置カテーテルの交換	502病院 (56.7%)
気管カニューレの交換	115病院 (13.0%)
経管栄養チューブの交換	339病院 (38.3%)

以上のことから考えると、多くの訪問対象者にとって、在宅療養に用いるカテーテルなどは、保険適用されていないことがわかる。病院が保険適用の手続きをとらなかった理由は明らかでないが、カテーテル交換などを医師が行った場合だけ、保険請求しているためと考えられる。

上記カテーテルなどをはじめ、訪問看護を行う上で不可欠な衛生材料や器材であるにもかかわらず、保険請求できないものは多い。表43はその扱いについて問うた結果である。同じ病院でも物品の種類やケースなどによって違いがあるので、該当項目すべてをあげてもらったところ、「患家で用意してもらう」41.9%、「病院で用意し、患家に実費を請求」60.4%、「病院で用意し、無償で提供」32.7%であった。

品名として多くの病院があげているのは、ガーゼ、絆創膏、綿球、綿花、綿棒、消毒薬（患部用、手指用、器材用）、テープ類、吸引器、吸引用カテーテル、膀胱留置用カテーテル、栄養用カテーテルなどである。

薬局で購入できるもの、一般的に日常生活でも使用しているものは、「患家で用意してもらう」病院が多い。しかし同じ物品でも、滅菌消毒が必要な場合は、消毒だけを病院が無償で行ったり、「病院で用意し、患家に実費を請求」する病院が多くなる。

カテーテル類についていえば、「病院で用意し、患者に実費を請求」が圧倒的に多いが、「病院で用意し無償で提供」、「患家で用意してもらう」病院もないわけではない。カテーテル以外でも、医療処置に必要なかつ薬局で購入しにくいものについては、「病院で用意し、患者に実費を請求」する病院が多い。

長期にわたり使用する場合患家の負担を少しでも軽減するために、病院でまとめて安く購入し、患家に実費で提供する病院もある。他方一時的な使用や、一回分が少量で済む場合には、「無償で提供」する病院も少なくない。

衛生材料・器材の範疇から少しはずれるが、ベッド、車椅子、歩行器など、高価な品物については、

表43 保険請求できない衛生材料・器材の扱い〔複数回答〕

	病 院 数	%
患家で用意してもらう	371	41.9
病院で用意し、患家に実費を請求	535	60.4
病院で用意し、無償で提供	290	32.7
そ の 他	56	6.3
無 回 答	124	14.0
回 答 計	1,376	155.3
病 院 計	886	100.0

市町村の貸与制度の活用、リース会社の紹介、安く購入できる業者の紹介などの配慮をしている病院もある。

入院していればほとんど自己負担がないのに、在宅療養となると自己負担となってしまう点について、診療報酬上の改善が望まれる。

3) 在宅療養関係の診療報酬請求

表44は、訪問看護・指導料以外の在宅療養関係の診療報酬に関し、1991年1月現在の訪問対象者中、料金を請求しているケースの人数を項目ごとに問うた結果である。この問いについては、かなり記載の間違いもあるように思われるが、どのような項目の請求が多いか、その傾向をつかむことは出来るので、一応結果表を掲載した。

表44 訪問対象者中在宅療養費請求人数

	総人数*	1病院当りの平均**	100人当たりの人数***
在宅患者・寝たきり老人訪問診療料	7,630人	9.91人	45.18人
在宅自己注射指導管理料	1,886	2.45	11.17
在宅自己腹膜灌流指導管理料	111	0.14	0.66
在宅酸素療法指導管理料	1,421	1.85	8.46
在宅中心静脈栄養法指導管理料	74	0.10	0.44
在宅経管栄養法指導管理料	249	0.32	1.47
在宅自己導尿指導管理料	325	0.42	1.92
在宅人工呼吸指導管理料	34	0.04	0.20
在宅悪性腫瘍患者指導管理料	144	0.19	0.85
在宅寝たきり患者・寝たきり老人処置指導管理料	1,260	1.64	7.46
特定在宅療養用器材料	223	0.29	1.32
痴呆患者在宅療養指導料	187	7.31	1.11
寝たきり老人訪問指導管理料	5,630	1.10	33.33
寝たきり老人訪問理学療法指導管理料	855		5.06

注 1) 1人の患者で複数の項目を請求している場合、各々を1人として計上。

2) 社会保険と老人保健を合算した。

* 総人数：有効回答病院 770 の該当者の総計。

** 1病院当たりの平均：総人数÷有効回答病院数

*** 100人当たりの人数：総人数÷有効回答病院の訪問対象者総数×100

4) 訪問の交通費

「診療報酬点数表の解釈」によれば、「在宅患者（寝たきり老人）訪問看護・指導に要した車馬賃は、患家の負担とする」と記載されている。しかし実際には訪問の交通費を患家に請求している病院は少ない。「全員に請求する」のは23.8%、「請求する人としなない人がある」が9.8%であり、65.8%の病院では、「いっさい請求していない」と回答している（表45）。

交通費を請求する場合、請求額は「実費全額」が33.2%、次いで「定額」が29.9%である。「定額」の金額としては2,000円から50円までの巾があり、最も多いのは500円、次いで1,000円である。「キロ単

表45 訪問の交通費

	病院数	%
全員に請求	221	23.8
請求する人としていない人がある	87	9.8
いっさい請求していない	583	65.8
無回答	5	0.6
計	886	100.0

請求額

	病院数	%
実費全額	99	33.2
実費の一部	44	14.8
定額	89	29.9
キロ単位	40	13.4
無回答	26	8.7
計	298	100.0

請求しない場合の交通費負担〔複数回答〕

	病院数	%
徒歩、自転車などを使用し交通費不要	144	21.5
病院の車を使っている	525	78.4
病院が交通費を負担する	186	27.8
看護婦の私用車を使っている	106	15.8
その他	39	5.8
無回答	4	0.6
回答計	1,004	149.9
病院計	670	100.0

位」で請求する病院は13.4%，その金額としては400円から20円までの巾があり，最も多いのは50円，次いで100円である。患者に交通費を請求しない場合，その理由は，病院の車，徒歩，自転車などで訪問するためである。しかし，病院が電車，バスなどの交通費を負担する場合もないわけではない。

なお1985年調査では，「患者負担はいっさいない」が79.1%であった。それに比べれば，患者に交通費を請求する病院は多くなっている。

5) 有料の訪問看護

診療報酬の訪問看護・指導料の適用を受けるには，一定の条件を満たしていなければならない。そこで保険でカバーできない訪問については，患者負担で行うことも考えられる。しかし実際には，有料の訪問看護を実施している病院は，2.7%にすぎない（表46）。

1985年調査では，保険外の訪問看護料を設定している病院は，8.7%であった。有料の訪問看護を行

表46 有料*の訪問看護

	病院数	%
している	24	2.7
していない	818	92.3
無回答	44	5.0
計	886	100.0

* 有料：保険扱いの場合の自己負担分，交通費および衛生材料，器材の実費請求を除く。

う病院が減少したのは、保険でカバーできる範囲が広がってきたためと思われる。

6) 訪問看護による病院収入

訪問看護実施による収入については、診療報酬および患者への料金請求以外「いっさいない」病院がほとんど(92.7%)である(表47)。「市町村からの委託費」を得ている病院が、1985年調査では5.6%であったが、今回は2.3%へと減少。「その他の収入」については5.6%から0.6%へと減少している。

訪問看護の財源の多様性がなくなり、社会保険・老人保健診療報酬による訪問看護が定着してきたといえよう。

表47 訪問看護による病院収入
(社会保険診療報酬および患者への料金請求を除く)

	病 院 数	%
市町村からの委託費をもらっている	20	2.3
その他の収入がある	5	0.6
いっさいない	822	92.7
無 回 答	39	4.4
計	886	100.0

X 訪問看護実施上の問題点

表48は、訪問看護を担当している看護職が感じている、訪問看護実施上の問題点や困難について問うた結果である。

最も多いのは、「人手不足で対象者や訪問の頻度を増やせない」(54.6%)、「他の業務と兼務なので訪問日を調整するのが大変」(49.3%)、「訪問日が増えると他の業務に支障をきたす、あるいは他のスタッフに気がねする」(41.3%)など、人手にからむ問題である。これは第Ⅱ章でみたように、大半の病院では、少ない人数が他業務のあい間をぬって訪問看護にあたっているという実態を反映している。

次に多いのは、「独居、介護者の高齢化など、家庭の介護力が乏しく、訪問看護だけでは支え切れないケースが多い」(52.5%)である。これは、第Ⅳ章でみた、独居、介護者の高齢化の実態を反映している。このことに関連し、社会資源の活用をめぐって、保健所や市町村との連携の必要性が増大しているにもかかわらず、「地域の保健医療関係者と具体的な話し合いをする機会がもてず、連携が深まらない」ことを問題視する者も多い(35.7%)。