

日本訪問看護財団会員調査  
令和4年度診療報酬改定の要望に関する  
Web アンケート調査  
報告書

2021（令和3）年3月

公益財団法人 日本訪問看護財団

# 令和4年度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. 2021年3月1日現在の職員在籍数	3
6. 2021年2月の利用者数	3
III. 調査結果	4
1. 特別訪問看護指示書の交付について	4
2. 複数名訪問看護加算の算定について	4
3. 退院時共同指導加算の算定について	5
4. 退院当日の訪問看護の提供について	6
5. 別表第7・別表第8の利用者の外来通院同行の目的	7
6. 訪問看護情報提供療養費2の算定について	8
7. 在宅看取りについて	8
8. 訪問看護認定看護師、在宅看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん看護専門看護師の在宅看取りの際の活躍について	9
9. 訪問看護指示書に係る負担について	10
IV. 調査結果のまとめ	11

# I. 調査概要

## 1. 目的

本調査は、診療報酬に関する訪問看護ステーションの実態や意見を把握することで、令和4年度訪問看護診療報酬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※（本財団会員のうちメールアドレスがある3,457件）のうち指定訪問看護ステーションの管理者または代理者

※本財団会員は、専門職会員、一般会員、学生会員、専門職能団体会員、法人会員、特別団体会員（訪問看護ステーション等）の種別がある。

## 3. 方法

Web アンケート調査

## 4. 期間

令和3年3月18日～25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会員 3,457 件のうち、指定訪問看護ステーションの管理者(または代理者)からの回答数は 141 件であった。

### 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 33.3%で最も多く、次いで政令指定都市が 27.7%、中核市が 18.4%の順であった。

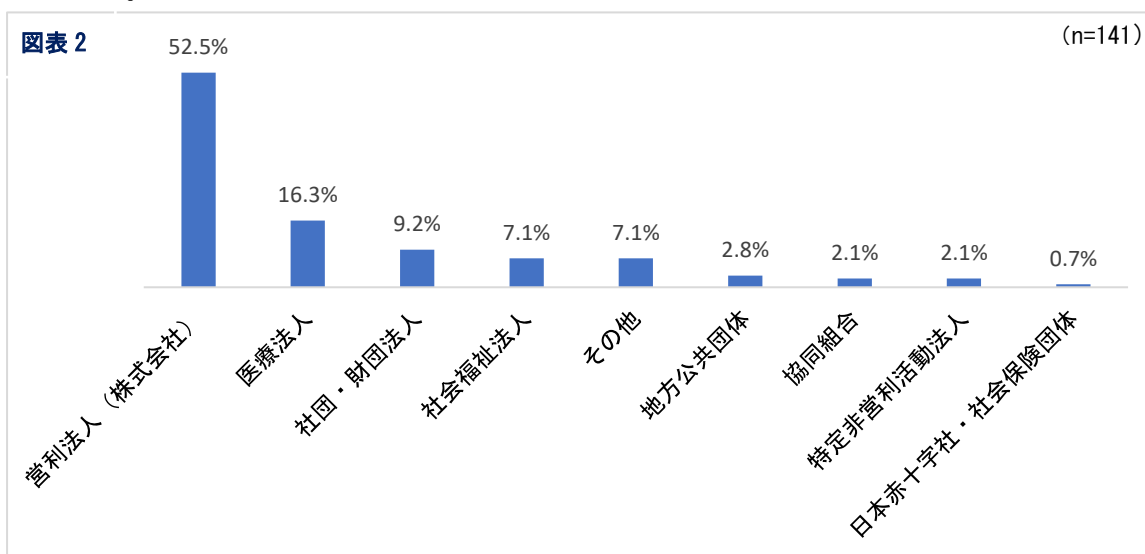
(N=141)

図表 1

	回答数	%
東京都特別区	20	14.2%
政令指定都市	39	27.7%
中核市	26	18.4%
その他の都市	47	33.3%
群町村	7	5.0%
離島	2	1.4%
n	141	100.0%

### 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 52.5%、次いで医療法人が 16.3%、社団・財団法人が 9.2%の順であった。

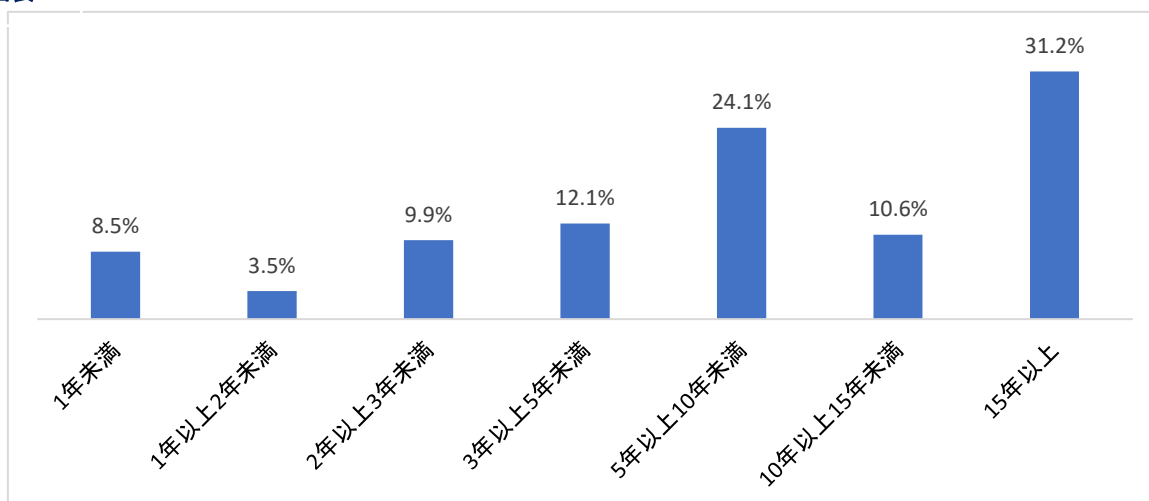


#### 4. 開設期間

回答者が属する訪問看護ステーションが開設してから2021年2月末日までの期間は、15年以上が最も多く31.2%、次いで5年以上10年未満が24.1%、3年以上5年未満が12.1%の順であった。

図表 3

(n=141)



#### 5. 2021年3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（常勤換算）について、看護職員は2.5～15.1（平均5.6）人、理学療法士等\*は0～13.0（平均1.4）人、看護補助者は0～1.0（平均0.7）人であった。

※ここでの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。

#### 6. 2021年2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0～294（平均33.5）人、介護保険の利用者数は0～270（平均53.4）人であった。

### Ⅲ. 調査結果

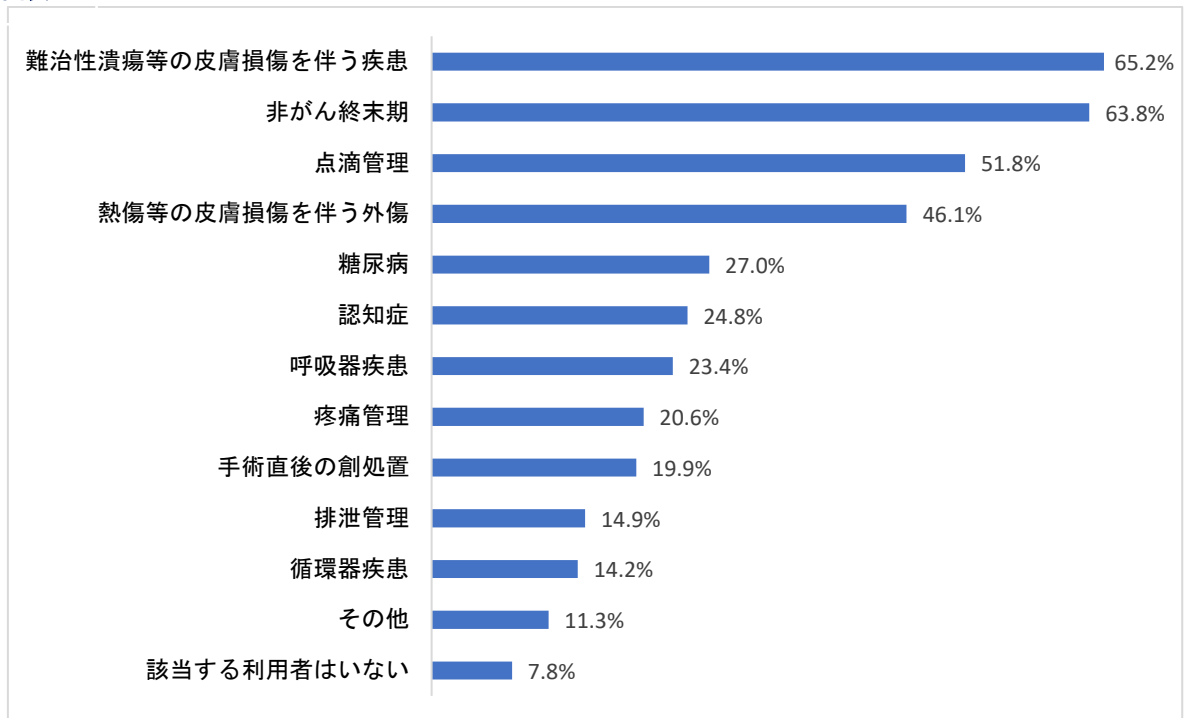
#### 1. 特別訪問看護指示書の交付について

月1回の交付では対応が不十分だと思う利用者の疾患や状況等（複数回答）

特別訪問看護指示書を交付された利用者について、月1回の交付では対応が不十分だと思う利用者の疾患や状況等について、「難治性潰瘍等の皮膚損傷を伴う疾患」が最も多く65.2%、次いで「非がん終末期」が63.8%、「点滴管理」が51.8%、「熱傷等の皮膚損傷を伴う外傷」が46.1%等の順であった。

図表 4

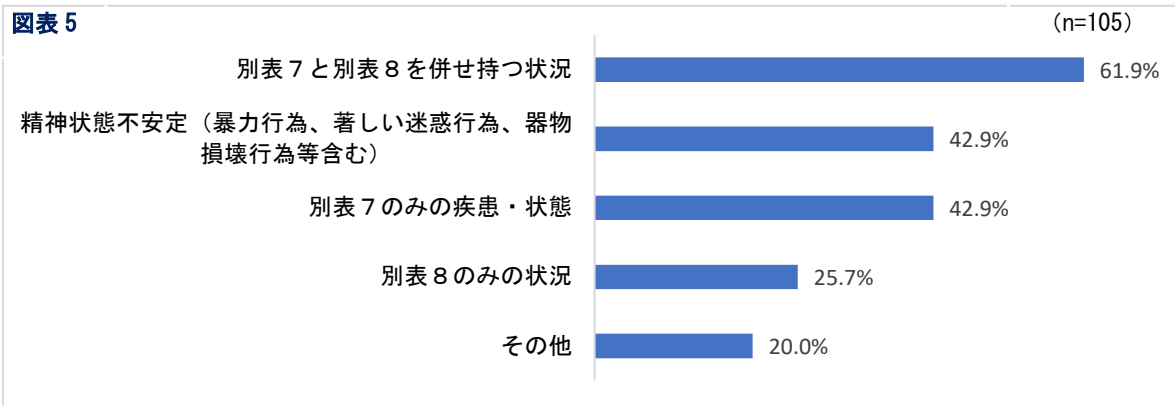
(n=141)



#### 2. 複数名訪問看護加算の算定について

看護職員同士の週1回の訪問では対応しきれていない利用者の状況（複数回答）

複数名訪問看護加算（精神科訪問看護を除く）を算定する際の、現行の看護職員同士の訪問回数週1回まで可とされている制度について、この回数では対応しきれていない利用者の状況は、「別表7と別表8を併せ持つ状況」が最も多く61.9%、次いで「精神状態不安定（暴力行為、著しい迷惑行為、器物損壊行為等含む）」及び「別表第7のみの疾患・状態」が42.9%、「別表8のみの状況」が25.7%等の順であった。



### 3. 退院時共同指導加算の算定について

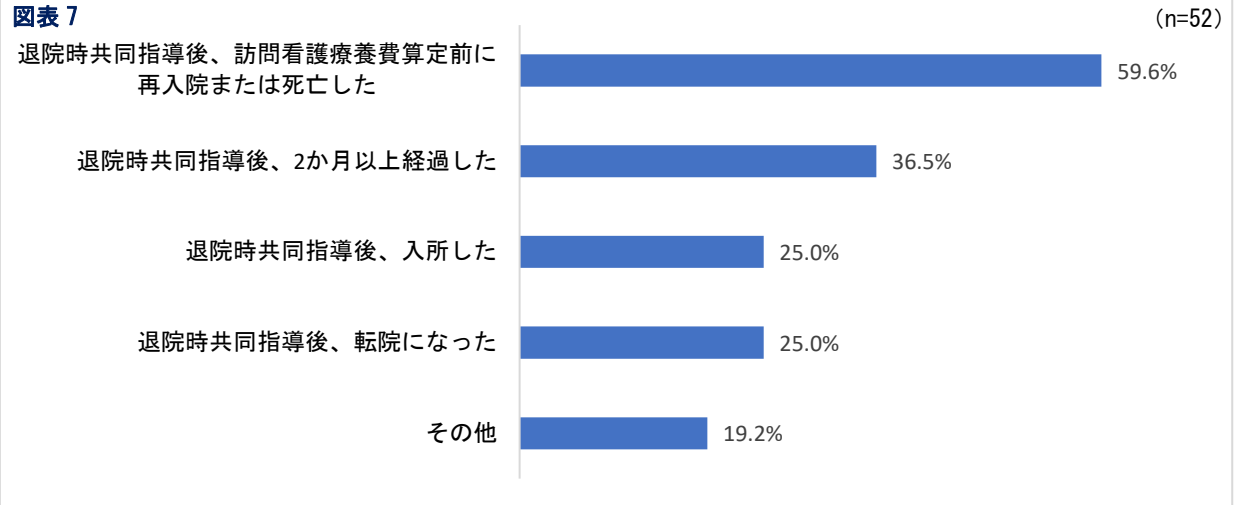
#### 1) 退院時共同指導加算が算定できなかった事例の有無

2020年3月～2021年2月の1年間において、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ことが「ある」という回答は36.9%、「ない」という回答は63.1%であった。



#### 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」と回答した者のうち、退院時共同指導加算を算定できなかった理由は、「退院時共同指導後、訪問看護療養費算定前に再入院または死亡した」が最も多く59.6%、次いで「退院時共同指導後、2か月以上経過した」が36.5%、「退院時共同指導後、入所した」及び「退院時共同指導後、転院になった」が25.0%等の順であった。



#### 4. 退院当日の訪問看護の提供について

##### 1) 退院当日に90分を超える訪問や複数回の訪問をした事例の有無 (複数回答)

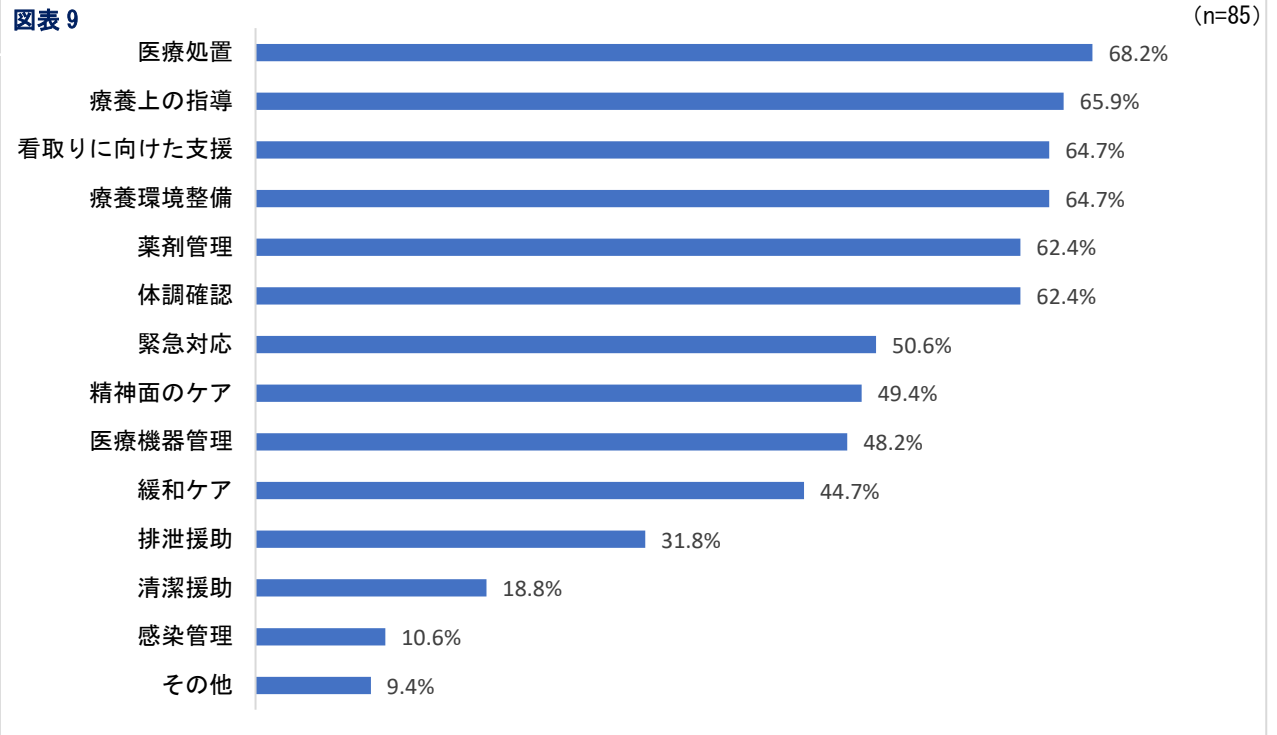
2020年3月～2021年2月の1年間において、退院当日に「90分を超える訪問をした」という回答は48.2%、退院当日に「複数回訪問をした」という回答は35.5%、「そのような事例はない」という回答は39.0%であった。



##### 2) 退院当日に90分を超える訪問や複数回の訪問を提供した際のケア内容 (複数回答)

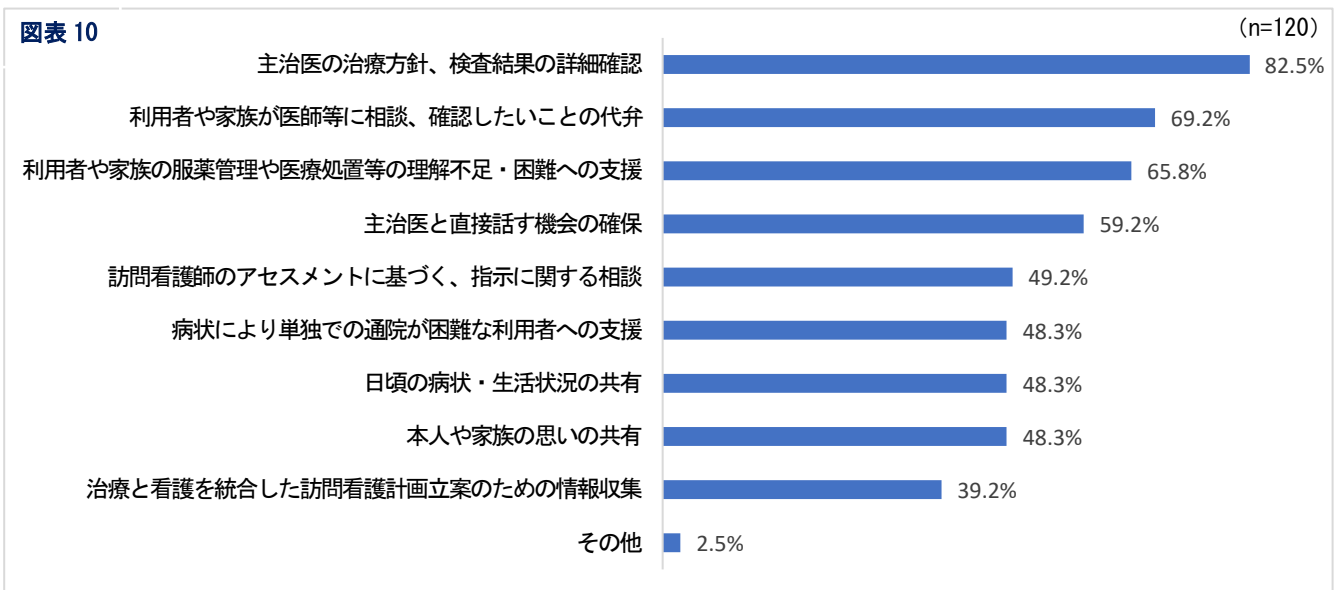
上記設問で「90分を超える訪問をした」、「複数回訪問をした」と回答した者のうち、その際に実施したケア内容は、「医療処置」が最も多く68.2%、次いで「療養上の指導」が65.9%、「看取りに向けた支援」及び「療養環境整備」が64.7%、「薬剤管理」及び「体調確認」が62.4%、「緊急対応」が50.6%等の順であった。





## 5. 別表第7・別表第8の利用者の外来通院同行の目的（複数回答）

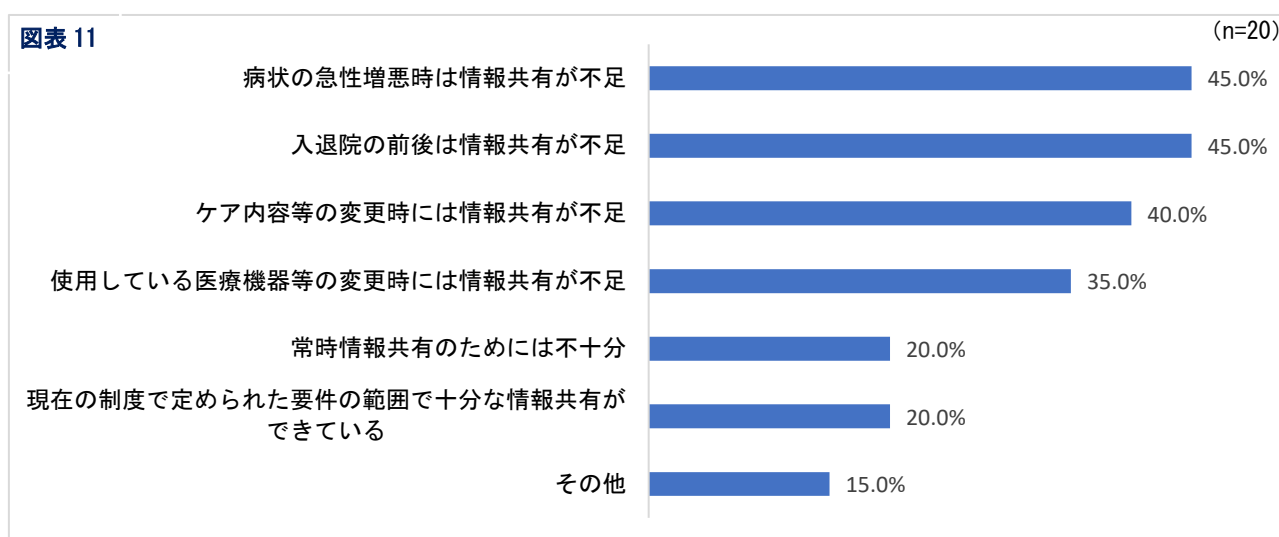
別表第7・別表第8の利用者について、外来通院に同行し受診等に立ち会い、医療機関との連携調整をする目的は、「主治医の治療方針、検査結果の詳細確認」が最も多く82.5%、次いで「利用者や家族が医師等に相談、確認したいことの代弁」が69.2%、「利用者や家族の服薬管理や医療処置等の理解不足・困難への支援」が65.8%、「主治医と直接話す機会の確保」が59.2%等の順であった。



## 6. 訪問看護情報提供療養費2の算定について（複数回答）

訪問看護情報提供療養費2の算定について、「これまで該当する利用者がいなかった」が最も多く85.8%（121人）であった。

算定について回答した20人のうち、現行の「各年度1回または入園・入学又は転園・転学等により当該学校等に初めて在籍することになる月については、当該学校につき月1回に限り別に算定が可能とされている」という制度についてあてはまるものは、「病状の急性増悪時は情報共有が不足している」及び「入退院の前後は情報共有が不足している」が45.0%と最も多く、次いで「ケア内容等の変更時には情報共有が不足している」が40.0%、「使用している医療機器等の変更時には情報共有が不足している」が35.0%等の順であった。



## 7. 在宅看取りについて

### 1) 在宅看取りの件数

回答者が属する訪問看護ステーションにおいて、2020年3月～2021年2月の1年間の医療保険の利用者の在宅看取り件数は、0～54（平均9.5）件であった。

### 2) 訪問看護ターミナルケア療養費を算定できなかった件数

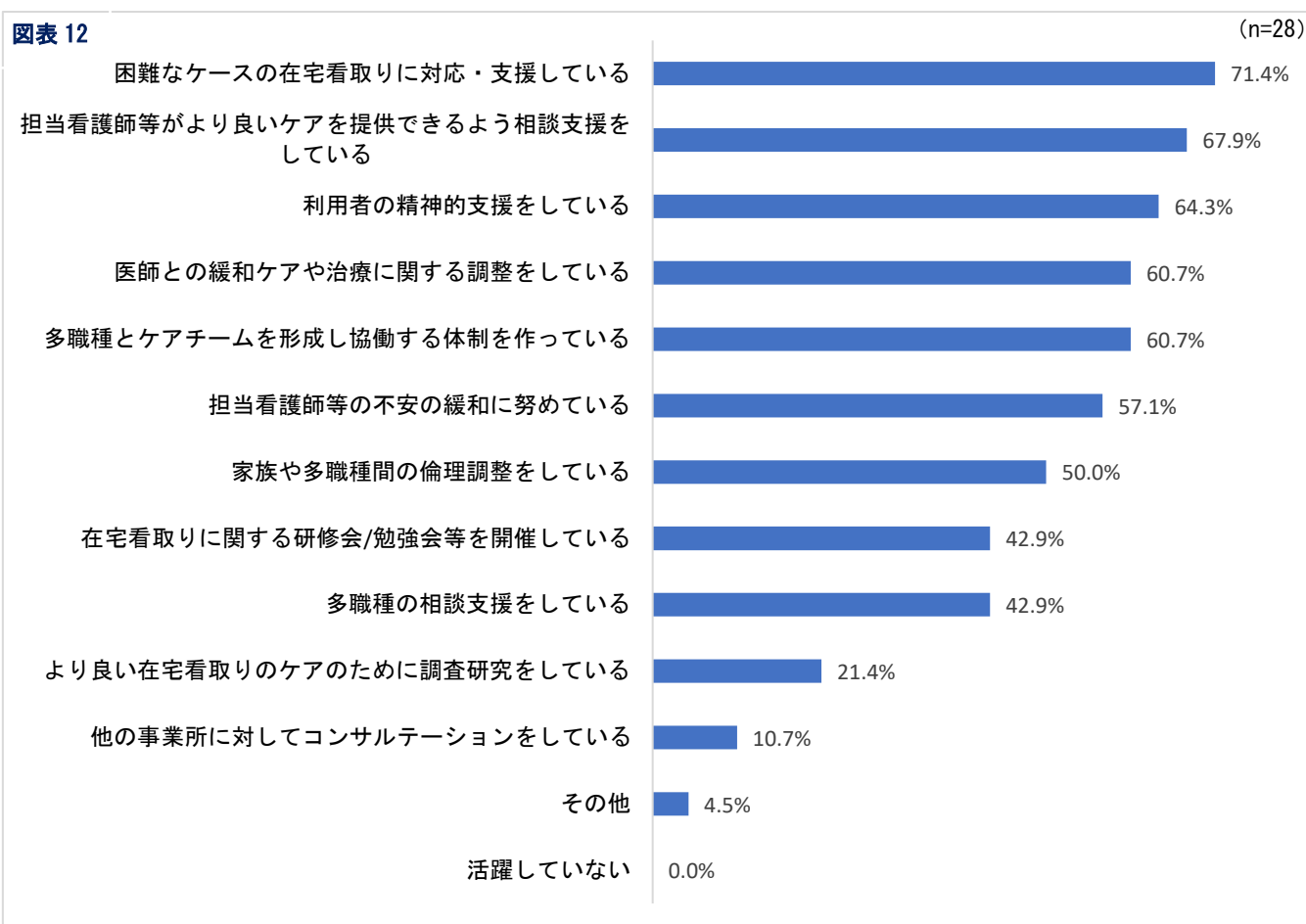
上記設問で1件以上在宅看取りの件数があった者のうち、2020年3月～2021年2月の1年間において訪問看護ターミナルケア療養費を算定できなかった件数は、0～14（平均1.1）件であった。

その主な理由は、「ターミナルケア実施回数が算定要件を満たす前に在宅看取りとなった」、「利用者の急変によりターミナルケアが実施できなかった」、「ターミナルケア実施後に入院し24時間以上経過してから亡くなった」、「複数の訪問看護ステーションが関わっていた」等であった。

## 8. 訪問看護認定看護師、在宅看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん看護専門看護師の在宅看取りの際の活動について（複数回答）

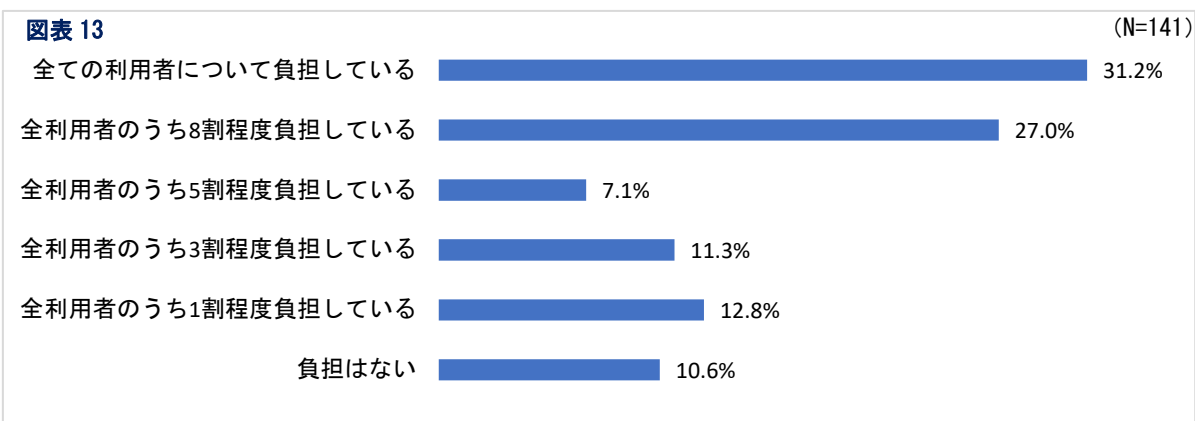
訪問看護ステーションに所属する上記看護師の在宅看取りの際の活動に関する質問に対し、「これまで該当する看護職員がいない」が最も多く80.1%（113人）であった。

上記看護師の活動について回答した28人のうち、「困難なケースの在宅看取りに対応・支援している」が最も多く71.4%、次いで「担当看護師等がより良いケアを提供できるよう相談支援をしている」が67.9%、「利用者の精神的支援をしている」が64.3%、「医師との緩和ケアや治療に関する調整をしている」及び「多職種とケアチームを形成し協働する体制を作っている」が60.7%、「担当看護師等の不安の緩和に努めている」が57.1%等の順であった。



## 9. 訪問看護指示書に係る負担について

回答者の属する訪問看護ステーションにおける、主治医から交付される訪問看護指示書の負担について、「訪問看護ステーションが全ての利用者について負担している」が最も多く 31.2%、次いで「訪問看護ステーションが全利用者のうち 8 割程度負担している」が 27.0%、「訪問看護ステーションが全利用者のうち 1 割程度負担している」が 12.8%等の順であった。



## IV. 調査結果のまとめ

### 1. 特別訪問看護指示書の交付について

特別訪問看護指示書を交付された利用者について、月1回の交付では対応が不十分だと思ふ利用者の疾患や状況等は、「難治性潰瘍等の皮膚損傷を伴う疾患」(65.2%)及び「熱傷等の皮膚損傷を伴う外傷」(46.1%)を合わせた皮膚の病変が多いことが明らかとなった。また、「非がん終末期」(63.8%)や「点滴管理」(51.8%)の対応についても多い結果となった。

皮膚の病変については、連日かつ長期に渡るケアが必要になることが多いことがこの結果の背景にあると考えられる。また、高齢化社会において、がん以外の疾患による終末期を迎える利用者も増加しつつあり、悪性腫瘍の終末期と同様のケアが求められることから、真皮を越える皮膚の損傷等、特別訪問看護指示書の交付対象者を拡大する必要があると考える。

### 2. 複数名訪問看護加算の算定について

複数名訪問看護加算(精神科訪問看護を除く)を算定する際の、現行の看護職員同士の訪問回数週1回まで可とされている制度について、この回数では対応しきれない利用者の状況は、「別表7と別表8を併せ持つ状況」が最も多く61.9%であった。

これは、難病やがん終末期等では病状自体が不安定なことに加え、さらに医療機器管理等が求められ、多岐に渡る観察と慎重なケアが求められる場面が多いことから、このような結果になったと考えられる。より、安全で確実なケアの提供に向けて看護職員2人体制の訪問回数を増やすことが必要と考える。

### 3. 退院時共同指導加算の算定について

2020年3月～2021年2月の1年間において、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ことが「ある」という回答は36.9%、「ない」という回答は63.1%であった。「ある」と回答した者のうち、退院時共同指導加算を算定できなかった理由は、「退院時共同指導後、訪問看護療養費算定前に再入院または死亡した」が最も多く59.6%、次いで「退院時共同指導後、2か月以上経過した」が36.5%、「退院時共同指導後、転院になった」及び「退院時共同指導後、入所した」が25.0%等の順であった。

平成26年に当財団で実施したアンケート調査では、退院時初回の訪問看護が発生しなくても退院時共同指導加算を算定できるようにすることを要望した訪問看護ステーションは7割であった。今回の調査のように、入院中に退院時共同指導を行っ

たことの実績を評価し、死亡や転院になった場合も算定できるよう、算定要件の緩和が望まれる。

#### 4. 退院当日の訪問看護の提供について

退院当日に「90分を超える訪問をした」という回答は48.2%、退院当日に「複数回訪問をした」という回答は35.5%であり、8割を超える訪問看護ステーションが、長時間に及ぶ訪問や複数回の訪問による対応をしていることが明らかとなった。

また、「90分を超える訪問をした」、「複数回訪問をした」と回答した者のうち、その際に実施したケア内容は、「医療処置」が最も多く68.2%、次いで「療養上の指導」が65.9%、「療養環境整備」及び「看取りに向けた支援」が64.7%、「体調確認」及び「薬剤管理」が62.4%、「緊急対応」が50.6%等の順であった。

在院日数の短縮化に伴い、早期退院する利用者が、退院当日から在宅療養を安定化させるために、療養環境整備や食事・排泄・保清・服薬・医療機器管理等の詳細な生活への助言及び管理が必要なことから、長時間に及ぶ訪問看護や複数回の訪問看護等が求められている。これらは在宅療養を始める又は再開するに当たって必要不可欠なケアであり、利用者とその家族の精神的な安定と緊急再入院を防ぐ役割がある。報酬上の更なる評価が必要と考える。

#### 5. 別表第7・別表第8の利用者の外来通院同行の目的

別表第7・別表第8の利用者について、外来通院に同行し受診等に立ち会う目的は、「主治医の治療方針、検査結果の詳細確認」が最も多く82.5%、次いで「利用者や家族が医師等に相談、確認したいことの代弁」が69.2%、「利用者や家族の服薬管理や医療処置等の理解不足・困難への支援」が65.8%、「主治医と直接話す機会の確保」が59.2%等の順であった。

別表第7・別表第8の利用者は、病状の変化への緻密な対応や個別の医療処置等が必要な状況である。このような利用者については、特に主治医との連携が重要である。また、利用者及びその家族と主治医との間の意思疎通や共通理解も同様に大切であることから、本来、橋渡しとして訪問看護師による支援が必要なことが多いと推測される。現行の制度では、外来通院している利用者の同行に関する報酬上の評価はないため、現在行われている外来通院時同行については制度外若しくは無償で行われている。今後、在宅療養を継続する上でさらに必要なケアと考えられるため、新たに報酬上の評価等が必要と考える。

#### 6. 訪問看護情報提供療養費2の算定について

訪問看護情報提供療養費 2 の算定について、「これまで該当する利用者がいなかった」が最も多く 85.8% (121 人) であった。算定について回答した者は 20 人と少数ではあったが、このうち、「各年度 1 回または入園・入学又は転園・転学等により当該学校等に初めて在籍することになる月については、当該学校につき月 1 回に限り別に算定が可能とされている」という現行の制度に対して、「病状の急性増悪時は情報共有が不足している」及び「入退院の前後は情報共有が不足している」が 45.0% と最も多く、次いで「ケア内容等の変更時には情報共有が不足している」が 40.0%、「使用している医療機器等の変更時には情報共有が不足している」が 35.0%等の順であり、現行の制度で十分情報共有ができていたという回答 (20%) に比べ、情報共有が不足しているという回答数が多いという結果となった。

自宅で療養をしながら通園、通学する児童生徒等は増加しつつあり、医療の進歩に伴い、学校等においても高度な医療的ケアが求められるようになった。在宅療養を支える訪問看護師と学校等との情報共有をはじめとした連携は、今後ますます求められると考えられることから、訪問看護情報提供療養費 2 の算定頻度の緩和等、報酬上の評価が必要と考える。

## 7. 在宅看取りについて

回答者が属する訪問看護ステーションにおいて、2020 年 3 月～2021 年 2 月の 1 年間の医療保険の利用者の在宅看取り件数は、0～54 (平均 9.5) 件であった。このうち、同期間において訪問看護ターミナルケア療養費を算定できなかった件数は、0～14 (平均 1.1) 件であった。その主な理由は、「ターミナルケア実施回数が算定要件を満たす前に在宅看取りとなった」、「利用者の急変によりターミナルケアが実施できなかった」、「ターミナルケア実施後に入院し 24 時間以上経過してから亡くなられた」、「複数の訪問看護ステーションが関わっていた」等であった。

2040 年の多死時代を迎えるに際し、在宅看取り体制を準備することは喫緊の課題である。複数の訪問看護ステーションが当該加算を算定可とする等、訪問看護ターミナルケア療養費を算定しやすくして、在宅看取りを促進する必要があると考える。

## 8. 訪問看護認定看護師、在宅看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん看護専門看護師の在宅看取りの際の活躍について

訪問看護ステーションに所属する訪問看護認定看護師、在宅看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん看護専門看護師 (以下「専門性の高い看護師」とする。) の活躍について回答した 28 人によると、専門性の高い看護師は、困難なケースの在宅看取り、担当看護師等の相談支援、利用者の精神的支援、多職種とのケアチーム形成等、様々な活躍をしていることが明らかとなった。

専門性の高い看護師の所属自体は少ないものの、在宅看取りに関する活躍により看護の質の向上に貢献していると考えられる。今後、この活躍について報酬上の評価により、専門性の高い看護師の配置に向けた動きが促進されることにより、さらに質の高い在宅看取りが実現していくと考える。

## 9. 訪問看護指示書に係る負担について

訪問看護ステーションにおいて、主治医から交付される訪問看護指示書については、9割近い訪問看護ステーションが交付に係る負担をしていることが明らかとなった。

現行の制度上、訪問看護指示書は医師の責任において交付されるものであるため、医師の所属する医療機関が指示料 300 点を算定し、医療機関の責任において交付されるものとされている。しかし実際は、訪問看護指示書様式の印刷や郵送料等の負担を、多くの訪問看護ステーションが負っている。指示書を交付する主治医及びその所属する医療機関がその責任を持つことをさらに国及び厚生（支）局から周知する必要があると考える。