

2007(平成19)年度 在宅医療助成報告書

テーマ：在宅緩和ケアにおけるいわゆる保険外サービスの実態と望ましいサービス供給のあり方

申請者名：斎藤信也

所属機関・職名：岡山大学大学院保健学研究科・教授（申請時：高知女子大学看護学部・教授）

所属機関所在地：〒700-8558 岡山市鹿田町2-5-1（申請時：〒781-0111 高知市池2751番地1）

提出年月日：平成20年10月30日

【はじめに】

研究の背景：

2006年4月の介護保険法の改正により、がんが特定疾病に加えられ、がん患者で在宅緩和ケアを受ける人にとって介護保険サービスが利用しやすくなった。これは、40歳以上65歳未満のがん患者が在宅医療の資源を利用する際に、介護保険によるカバーが無かったことに対する現場の声が反映された結果である。

介護保険適用により、がん患者・家族にとって、在宅緩和ケアに関わるサービスが受けやすくなったことは事実であるが、介護保険制度は医療保険制度と異なり、保険外サービスの併給を基本的に禁止しておらず、混合給付（診療）をはじめから組み込んであるが、このことの影響については、これまであまり知られてこなかった。特に、混合診療（保険診療と自費診療を併給すること）を厳しく禁じた医療保険になじんできた医療者にとっては、こうした面から、介護保険制を基本とした在宅緩和ケア支援システムを捉える機会は少なかったといえよう。

介護保険の保険外サービスとしては、保険で認められる回数以上のサービスを行ういわゆる「上乘せ」、介護保険ではカバーしないサービスをおこなういわゆる「横出し」があるが、その一部については、地方自治体が独自に公的サービスとして行っているところもある。それ以外にもボランティアベースでの保険外サービスもあれば、地域振興の一環としての有償サービスや、あるいは純粹にビジネスとしてのサービスの提供もある。

一方で、がん患者が介護保険を利用する場合は、手続きの煩雑さ、病状には比例しない介護度認定、介護度見直しの際の行政の対応の遅さといった点で、その利用は退院時、有資格者の1割に満たないという報告もある¹⁾。また、大学付属病院をはじめとして、がんの診療拠点病院における入院医療のほとんどがDPC（包括払い）適応となっていることから、化学療法は大半が外来化学療法となり、いわゆる通院在宅がん患者の自己負担は非常に重いものとなっている。

こうした中で、在宅で療養を続けるがん患者に対する保険でカバーされない在宅サービスの利用状況の実態を把握し、患者・家族の負担の少ない形での望ましいサービス提供のあり方を探ることは、現在大変重要になっている。特に、本年4月からがん対策基本法が施行され、また、6月に閣議決定されたがん対策推進基本計画をうけて、今年度中に各都道府県はそれぞれの計画を策定しなければならないというこのタイミングで、こうした基本的なデータを確認することは意義あることと思われる。

研究の目的：

本研究は、在宅で療養を受けているがん患者が、現に利用している、あるいは利用したい医療・介護保険外のサービスを把握し、それを整理することで、

がん対策基本法第16条にあるように「居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保」できるような望ましい在宅緩和ケア支援システムについて提言が行えることを目的としている。

【対象と方法】

研究 1

対象：A県下の訪問看護協会に登録されている46事業所。

方法：質問紙(参考資料1)を郵送し、回答を求めた。なお調査にあたっては、下記のような倫理的配慮を行った。本研究は高知女子大学倫理委員会の承認を受けた研究である。

(倫理的配慮)

対象のプライバシーの保護：対象者は事業所であり、本来の業務は個人情報保護の対象とはならない。もし万が一、自由記載欄等で回答者ならびに関係者の個人情報に相当する情報があれば、個人が特定できない形で処理を行う。また、回答を寄せてくれた事業所名は、連結可能な匿名化を行い、データの処理以降の作業においては、事業所名は用いないことで、回答者の匿名性を保持する。

2) 研究結果の公表の仕方：研究成果の公表に際しては、その内容において回答した個々の事業所が特定されないようにする。また万が一、個人情報保護に関するデータを研究結果の一部として公表する可能性が生じた場合は、個人が特定されることのないようにする。

3) 対象の心身の負担への配慮：回答用紙を記入する負担はあるが、それは5)の協力撤回の自由を明記することで許されるものと考ええる。

4) 施設に理解を求め同意を得る方法：アンケート用紙と同時に研究協力へのお願いを郵送し、アンケート回答をもって研究協力の同意を頂いたことにさせていただきますと明記する。事前に同意書を文書で得る必要はないと考える。

5) 研究協力の撤回が自由に出来ること：匿名として扱うため、返送したアンケート用紙の返却を求められても対応が困難であることを研究協力へのお願いに明記し、ご理解をいただく。

6) 対象に生じる不利益や危険性：危険性は皆無と思われる。不利益については、実際に想定は不可能ではあるが、研究に協力しなくてもいかなる不利益も生じないことを書面に明記する。

7) 対象が受ける利益や看護上の貢献：希望する事業所には調査結果を届け、業務に役立てることで利益を得ることができる。看護上の貢献としては、訪問看護が在宅ケアにおけるサービスの主体として今後とも活動を続ける上で、資料の一つとなる点があげられる。

研究 2

対象：高知県下の市町村

方法：質問紙(参考資料2)を郵送し、回答を求めた。なお回答は公表資料ベースであるので、回答がない場合は、電話にて資料を請求した。

【結果】

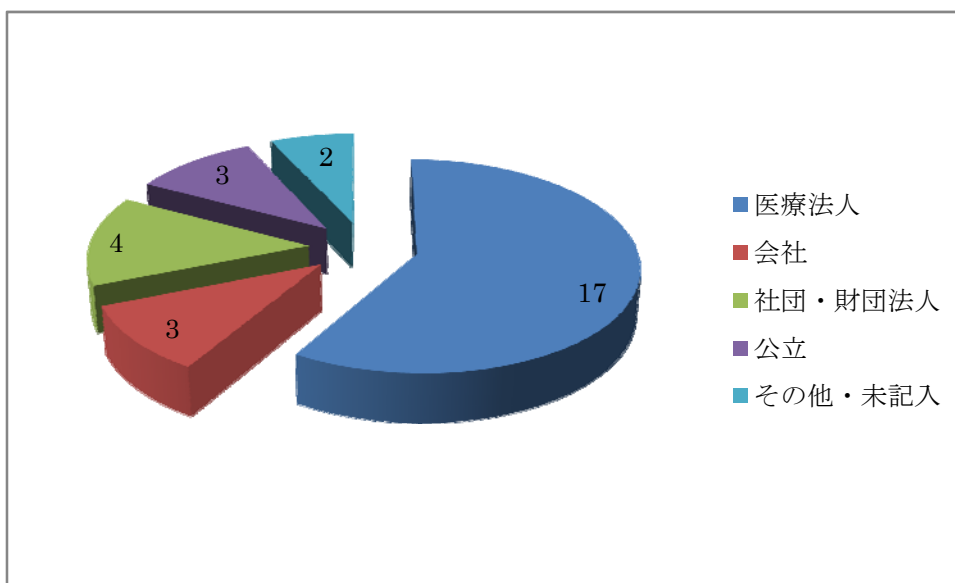
研究1

回答数は34あったが、うち4ヶ所が廃止、1ヶ所は該当するサービスを行っていないとの回答であり、アンケート内容に回答があったのは29施設であり、有効回答率は63%であった。

対象訪問看護ステーションの背景

1) 設立主体

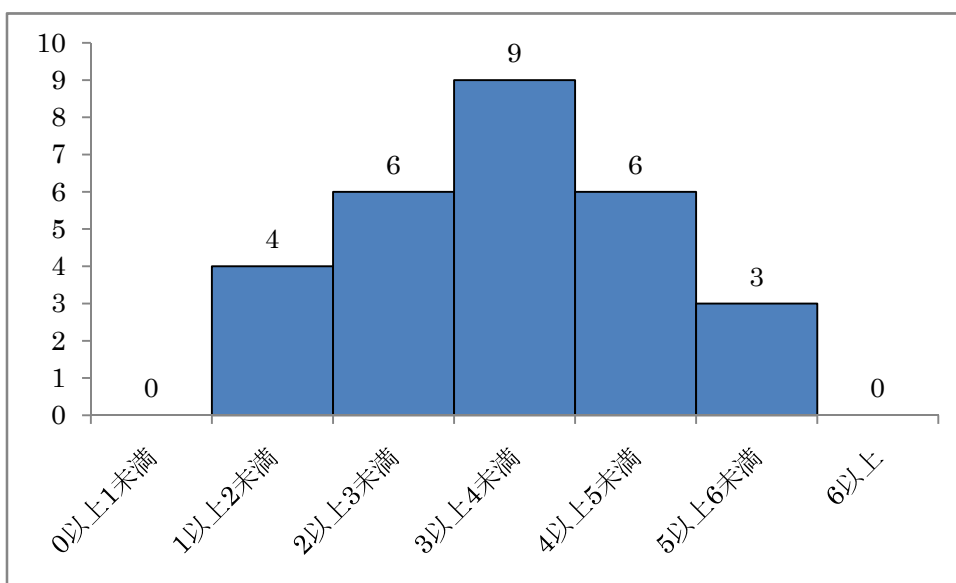
医療法人が63%と大半を占めており、社団・財団法人、会社がこれに続いた。その他の具体的な設立主体としては公立があった。



2) 職種別常勤換算数

1. 看護師

看護師は常勤換算で平均3.6±1.2(標準偏差)人であった。度数分布では、3人以上4人未満が一番多かった。常勤換算で1~2人の回答があったのは、ステーション以外の施設からの訪問看護(以前はステーションとして業務を提供していたと思われる)を行っている施設が含まれている可能性があった。



2. 准看護師

平均 1.4 ± 0.9 人であった。

3. 理学療法士

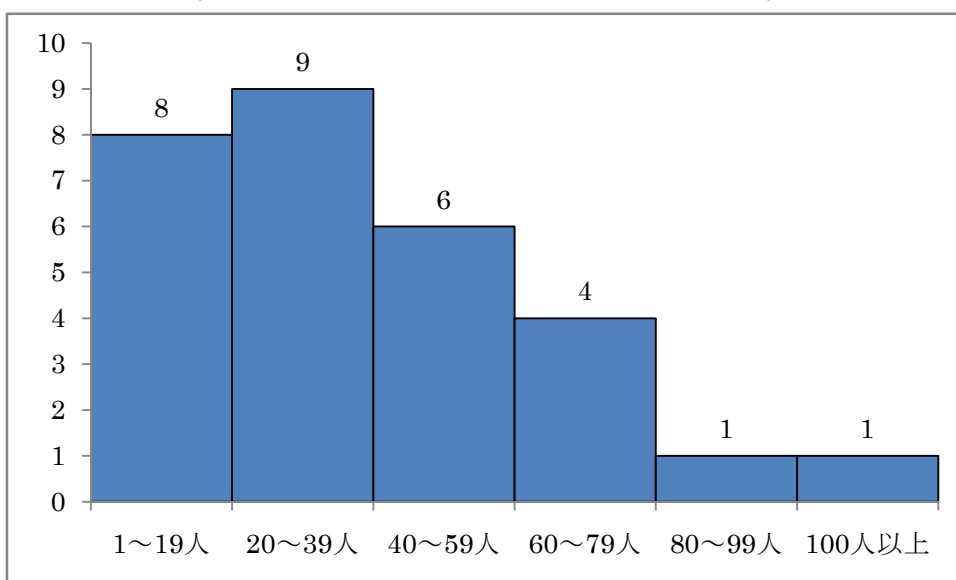
平均 1.1 ± 0.9 人であった。

4. 作業療法士

平均 1.0 ± 1.0 人であった。

1-3 利用者数

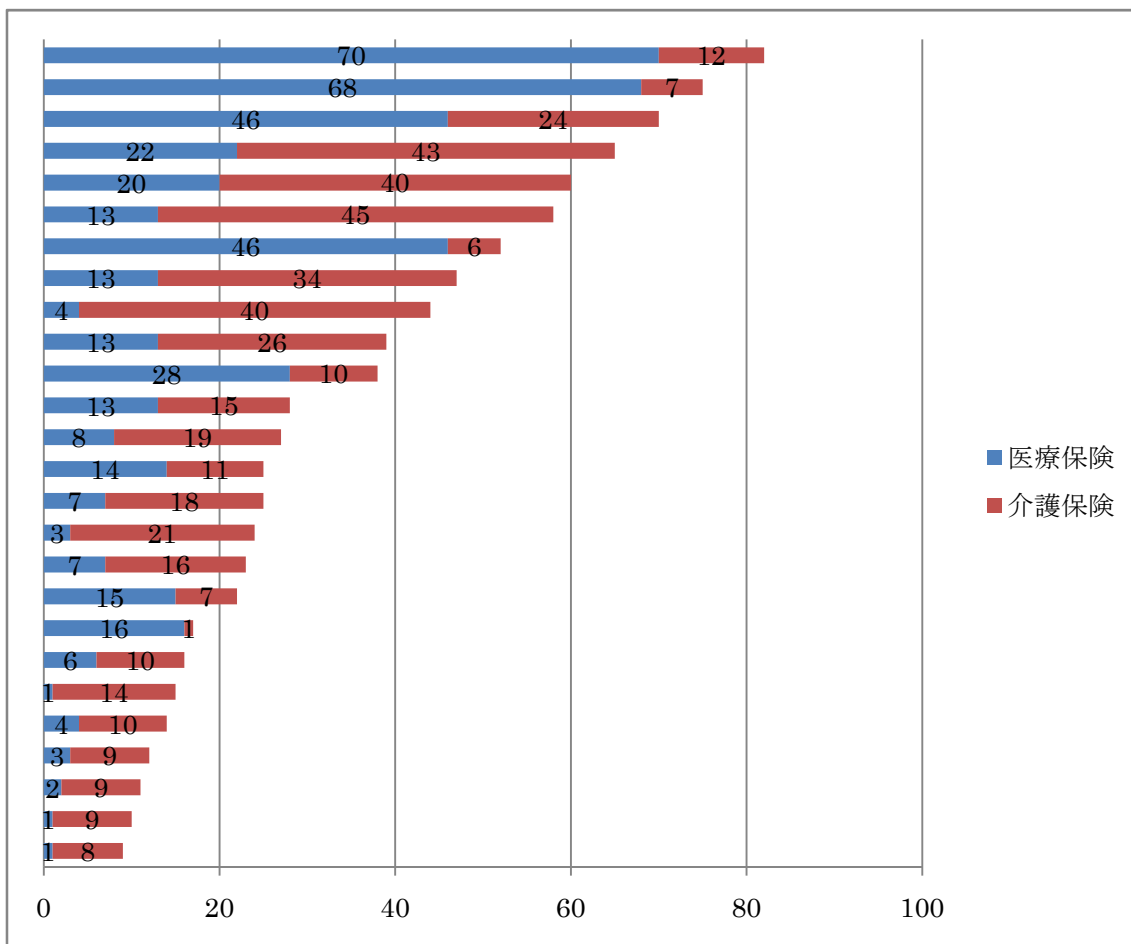
利用者数は、20人から39人というのが最も多く、それに1人から19人というのが続いた。100人以上という施設も1つ見られた。



1-4 保険別利用者数

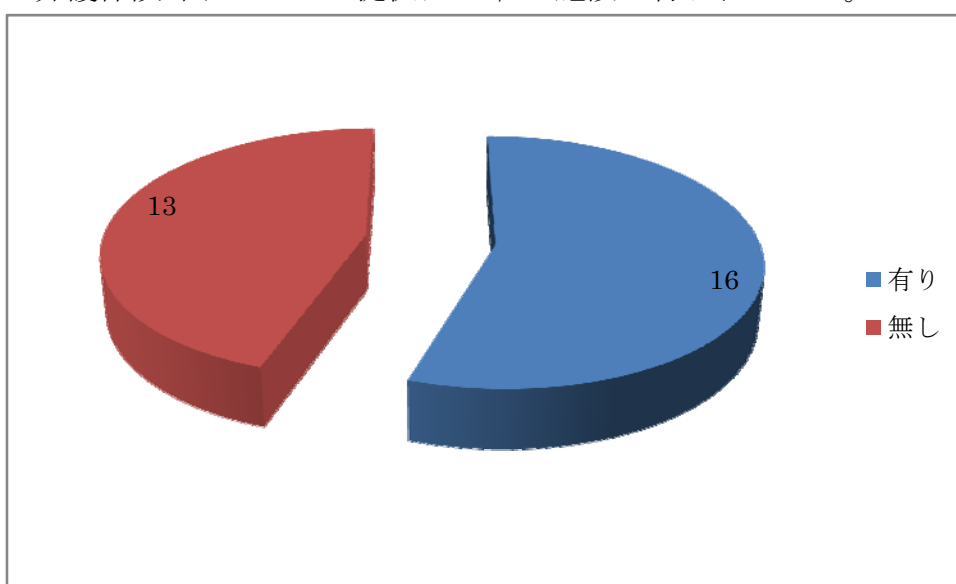
全体で、医療保険利用者が、444人、介護保険利用者が464人であった。両者の利用者数を施設別に比較すると、利用者数による一定の傾向はみられず、

施設毎に異なっていた。



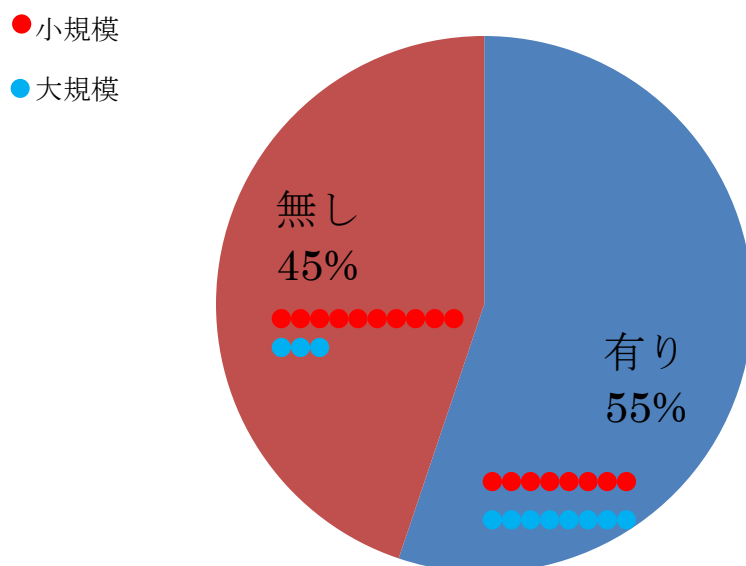
2-1 介護保険外サービスの提供

介護保険外サービスの提供は57%の施設で行われていた。



(参考：事業所規模との比較)

事業所を利用者数で便宜的に小規模事業所（利用者数 40 人未満）、大規模事業所（利用者数 40 人以上）に分けて比較したところ、大規模事業所に介護保険外サービスを提供しているものが多く見られた。一方、小規模事業所でも保険外サービスを行っている施設は少なくなかった。



2-2 保険外サービスの種類

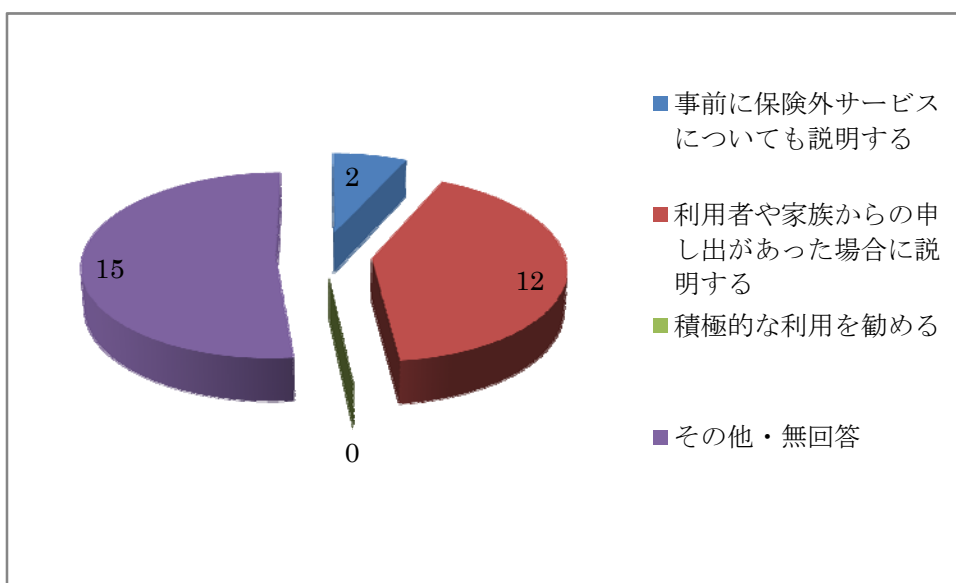
保険外サービスの種類として、まず横出しサービスとしては、死後の処置が圧倒的に多かった。他には、外出時の訪問看護、ハイキングや冠婚葬祭の際の同行が挙げられた。その他の例としては、選択肢と重複する部分もあるが、外来通院の付き添い、学校行事での留守番、法事などの際の留守番、通所事業所の見学同伴、配食サービス等が挙げられた。

次に、上乘せサービスとしては、介護保険計画外の訪問看護が挙げられた。医療保険の週 3 回の制限を超える訪問看護もこれに次いだ。これは当然無償で行われていると思われた。その他の欄への記載として、介護保険外は 30-1 時間で 3000 円/回、二時間超+2000 円と料金を明示したものもあった。また医療保険の訪問看護の回数を増やしたり、滞在時間を延ばすこともあるが、無償であるとの回答であった。

サービスの種類		施行事業所数
横出し	外出時の訪問看護	● ●
	一時外泊時の訪問看護	
	ハイキングや、冠婚葬祭、観劇等の日帰り旅行の際の同行	●
	死後の処置	● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
	その他	● ● ● ● ● ●
上乗せ	介護保険計画外の訪問看護	●
	医療保険の制限を超える訪問看護	● ● ●
	その他	●

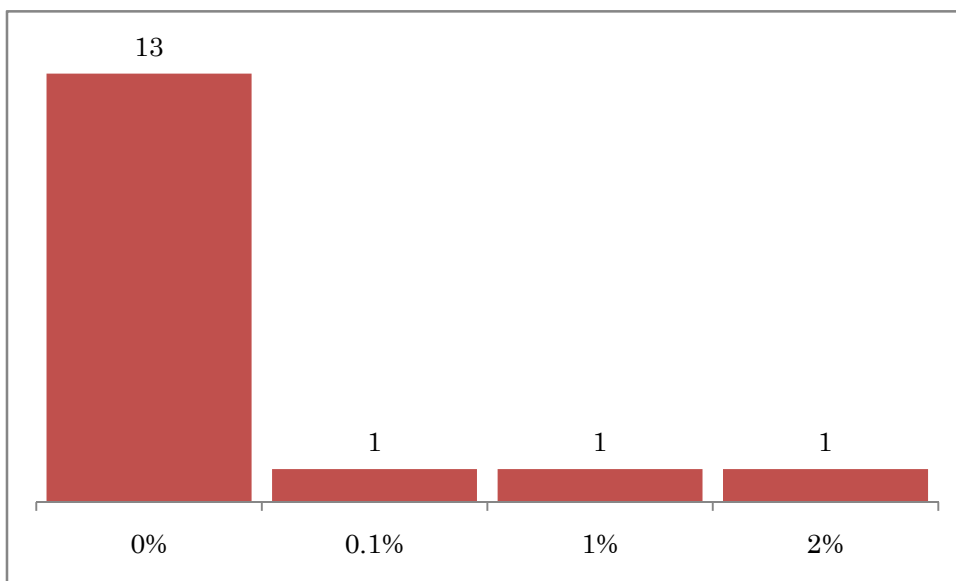
2-3 保険外サービスの説明の仕方

クライアントに対する保険外サービスの説明の方法としては、事前に保険外サービスについても説明を行うのは、14%に過ぎず、利用者や家族からの申し出があった場合に説明するものが86%に上った。また積極的に利用を勧めるとしたものは無かった。また、クライアントの申し出があった場合にのみ説明する回答したものの中に、死後の処置のみは、こちらから声をかけるとの但し書きがあった。



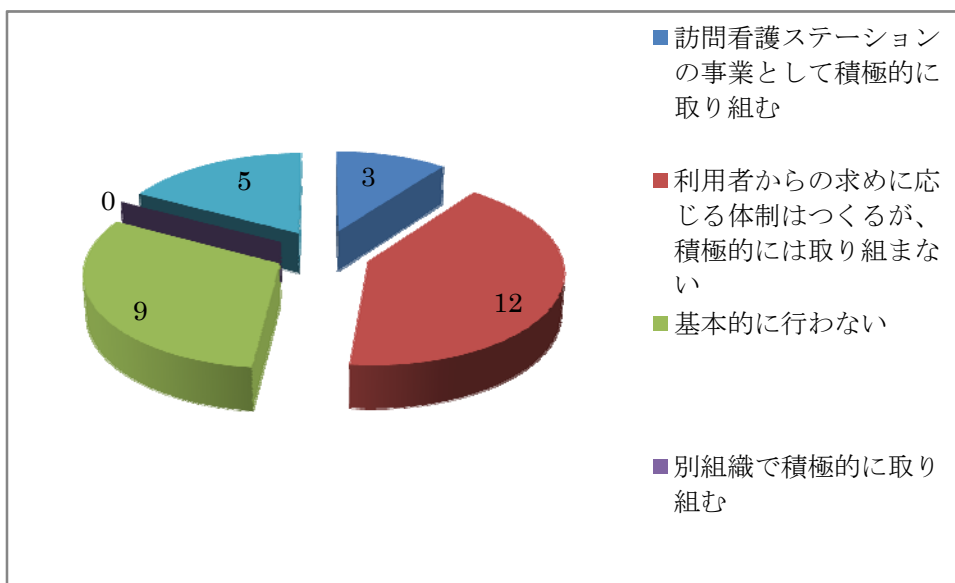
2-4 保険外サービスが収入全体に占める割合

介護保険外サービス収入が事業所全体の収入に占める割合は、0%が最も多く、全体の76%を占めた。それ以外でも多いところで2%であり、平均は 0.18±0.5%に過ぎなかった。



2-5 今後の保険外サービスへの対応

保険外サービスへの今後の対応としては、「ステーションの事業として積極的に取り組む」としたものが、12.5%であったのに対し、「利用者からの求めに応じる体制は作るが、積極的には取り組まない」が50%、「基本的に行わない」が37.5%であった。また、「別組織で積極的に取り組む」としたものはなかった。



2-6

1. 医療保険に混合診療がないことでの日常業務上での問題点としては、以下のようなものが挙げられた。

- 保険請求がややこしい
- 今のところ保険外サービスを行っていないのでわからない。
- 看護師は保険に加入しているが、保険外サービスをしているときにおこったことも不安
- 処置を施行するとき衛生材料を介護保険の場合は買ってもらっている。介護保険でも医療処置はある
- 医療保険上、医師が注射等の指示を急性増悪時に出ることがある。混合診療・訪問看護を認めてほしい。
- 母子2人暮らし、医療保険で訪問看護をしている子供がいるが、人工呼吸器を装着しており、美容室など一定時間かかるところへの外出はほかの家族の協力も得られにくく、訪問時間を延長している。県外から引っ越してきたため友人、知人もおらず訪問看護師が唯一人と話す時間になっている。こういうケースではボランティアでの対応では吸痰も必要なため対応できない。何か利用できるものはないかと考える。

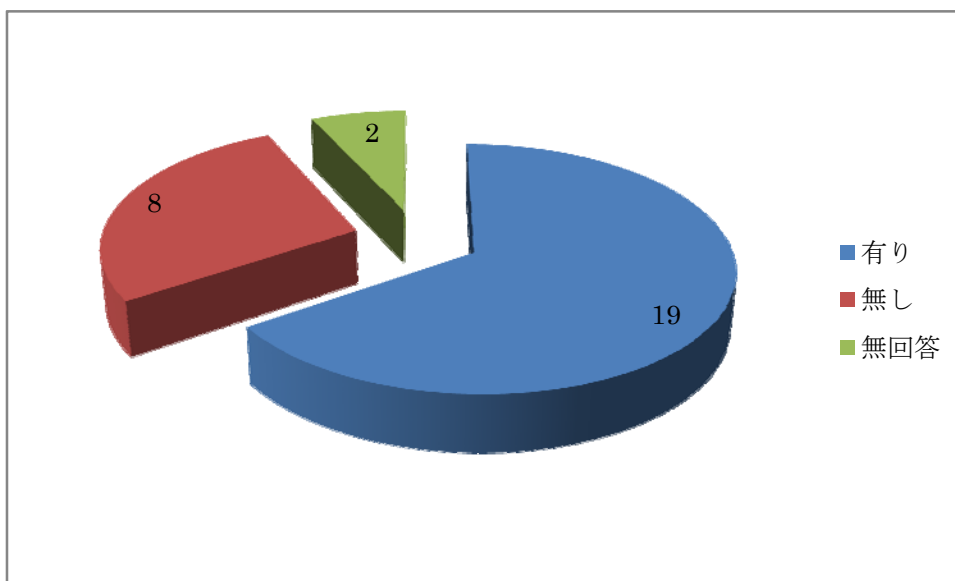
2. 医療保険と介護保険の分担等についての意見としては、以下のようなものが挙げられた。

- 利用者だけでなく、提供する側も分かりにくい。
- 医療依存度が高くても介護保険でサービスを提供することが多く、ケアマネによる計画単位数の中での看護サービスの提供は十分必要量組むことができない。医療必要度に応じて医療保険での対応を考慮してほしい

- 医療に関連したサービス内容であっても介護保険が優先されるため、時間単価によって十分なサービスが提供できないことがある。
- 病名告知だけはしっかりしてほしい
- 医療保険と介護保険を一本化してほしい
- 介護保険対象者は、診療報酬改定ののちも退院時の共同加算が取れない。介護保険では入りきらないサービスについて、特使時で対応できるようにしてもらいたい。介護保険、医療保険、障害者支援サービスの使い分けは利用者にはわかりにくい。
- 特定疾病は介護ではなく医療保険の対象となるが、医療保険だけでは対応しきれない（介護保険だけではか？）
- ターミナル期でも定期訪問での病状安定の患者に対し、経済的問題から介護保険を適用し、病状終末期に医療保険に変更という手段で対応可してほしい。ターミナルで介護保険利用はケアマネが提供を嫌うことがある。

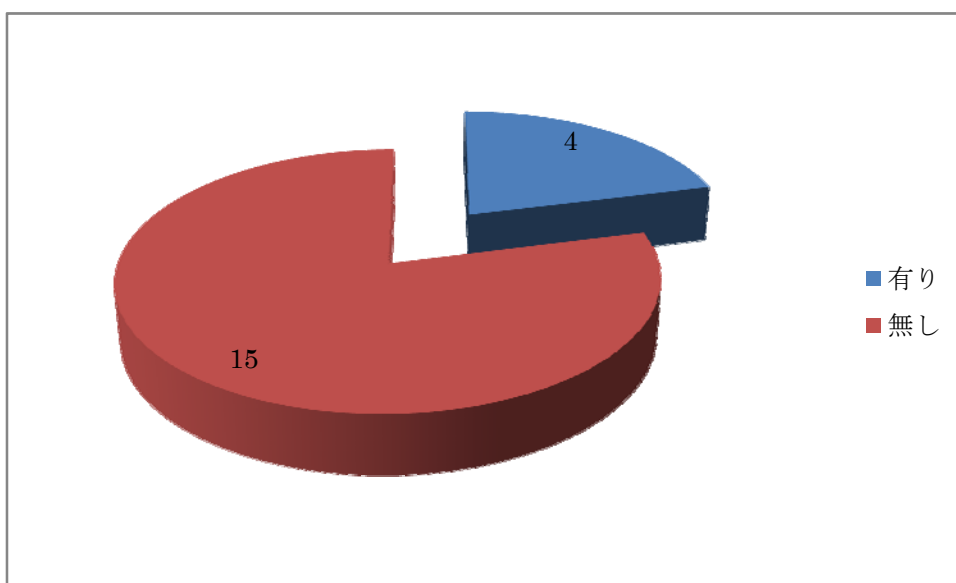
3-1 がん患者の利用

がん患者の利用は、66%の施設でみられた。



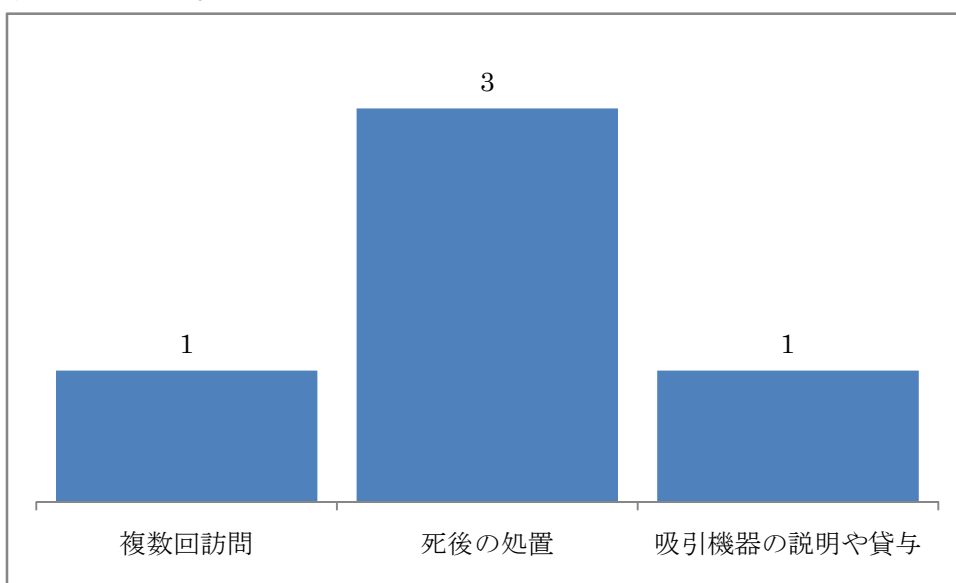
3-2 がん患者への保険外サービス提供

がん患者への保険外サービスの提供は21%でみられた。



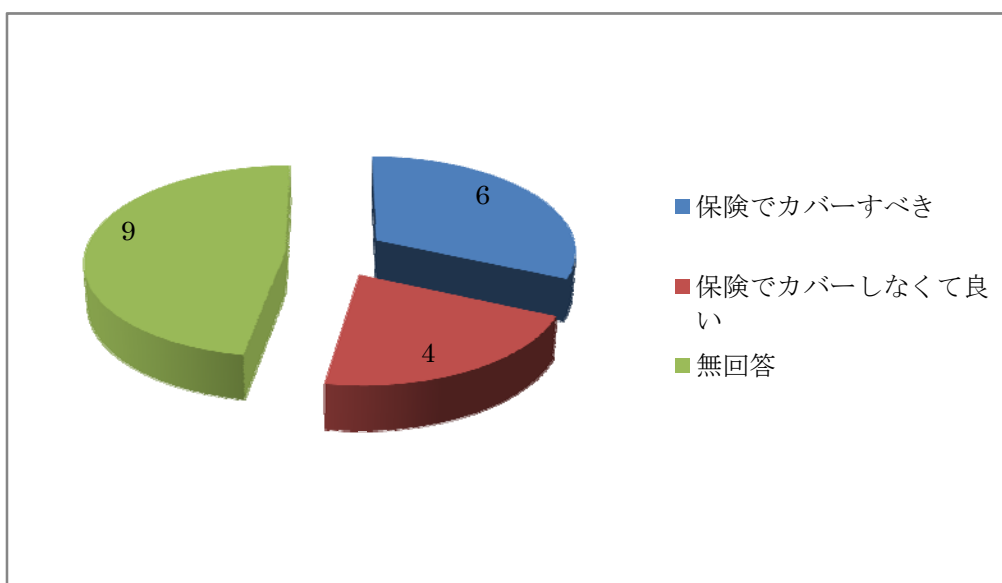
3-3. 具体的なサービスのなかみ

がん患者に対する保険外サービスの具体的ななかみとしては、死後の処置が最も多かった。



3-4. 将来保険でカバーすべきか？

こうしたがん患者に対する保険外サービスについては、将来公的保険でカバーすべきかという問いに対しては、カバーすべきが32%、カバーしなくて良いが21%であった。



3-5. がん患者さんが在宅医療・訪問看護を受ける上で、現在の医療保険や介護保険ではカバーされていないサービスで、今後提供すべきものとしては、以下のようなものが挙げられた。

- ステーションであったが閉鎖した。在宅重視の中ステーションの運営は厳しい。経営面、人員面等の理由から閉鎖した。時代と逆行しているが、現実は厳しい。
- がん拠点病院がもっと通所看護、ショートステイを積極的に行ってほしい。
- 外泊時における訪問看護や入退院日の訪問看護は処置が必要な場合であってもレセプト請求できない場合が多い。
- がん患者さんにも長時間訪問の加算点数が必要（2 時間を超えるケアは常時）
- 入院から自宅に帰るときの移送サービスを病院の車でやっている。特に、酸素、点滴をされている方など
- 外出時、旅行時や退院当日の訪問看護
- 介護者の交代者がいないケースでは、訪問介護だけではカバーできない。吸引が頻回に必要な方の対応が困難
- 居住系施設利用者の場合、介護保険での利用を認めてほしい。または、特別指示書を月 2 回発行してほしい。利用者の病状により看護師二人で訪問している。二人分での加算を認めてほしい。
- 往診医との同行訪問
- グリーフワークは保険外となる。無償で訪問しています。
- すべてがサービスで賄われているのではなく、特にがん患者はインフォーマルの部分が多く占めている。現状で問題ないと思う。

2) 郡部

郡部	町	配食サービス	訪問美容サービス	住宅改造成業	日常生活用具(予防給付)事業	緊急通報システム事業	疫菌洗濯乾燥消毒サービス事業	移送サービス	介護用品支給	介護支援金	経産生活援助事業	デイサービス	外出支援事業	寝具洗濯	その他
安芸郡	東洋町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
	奈半利町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
長門郡	安田町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
	北川村	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
土佐郡	馬路村	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
	佐西村	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
吾川郡	本山町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
	大豊町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
高岡郡	土佐町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
	六川村	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
高岡郡	いの町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
	二深川町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
高岡郡	中土佐町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
	佐川町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
高岡郡	越智町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
	橋原町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
高岡郡	日高村	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
	津野町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
備前郡	四万十町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
	六月町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
備前郡	三原村	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護
	黒湖町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生活介護、訪問介護、生活介護、生活介護

斜線は回答無し、「なし」はそうした事業を行っていないとの回答あり

【考察】

研究 1

研究 1 で行われた A 県下の訪問看護ステーションに対するアンケート調査は、昨今の 7 対 1 看護の影響等による看護師不足が原因と思われる設立主体による訪問看護事業の見直しもあり、研究計画時点での対象事業所がステーションを廃止したり、縮小している中で行われた。アンケートは倫理的配慮もあり、匿名下で行われたため、一部訪問看護ステーションではない（母体施設からの訪問看護）ところからの回答が混じっている可能性は否定できない。常勤看護師数等で推定が可能な部分もあるが、当初訪問看護協会に登録していた事業所に対するアンケートと言うことで、回答を一括して取り扱った。

まず、対象訪問看護ステーションの背景として、その設立主体は医療法人が大半を占めていたが、社団・財団法人、会社等の一般的な法人もみられた。特に全国的な傾向と異なっているとは思われなかった。

次に、職種別常勤換算数では、看護師は常勤換算で平均 3.6 人であり、3 人以上 4 人未満の事業所が一番多かった。看護師数でいうと小規模の事業所が中心であった。中規模（5～10 人未満）に分類されるのは 3 ヶ所のみであり、大規模（10 人以上）に分類されるものはなかった。これは全国平均に比べ対象県では小規模・零細型（5 人未満）が非常に多いことが判明した²⁾。

これは、高齢者人口 10 万人あたりの訪問看護の回数（都道府県別）で、対象 A 県は、下位 10 位以内に入り、全国平均が 6,046 回であるのに対し、4,000 回程度であることにも反映していると思われた²⁾。

利用者数は、20 人から 39 人というのが最も多く、それに 1 人から 19 人というのが続いた。100 人以上という施設も 1 つ見られた。9 割以上が 79 人以下の利用者数の事業所であった。これも全国と比べて利用者数の少ない事業所が多いと考えられた²⁾。

次に保険別利用者数は、全体で、医療保険利用者が、444 人、介護保険利用者が 464 人とほぼ同数であった。両者の利用者数を施設別に比較すると、利用者数による一定の傾向はみられず、施設毎に異なっていたが、利用者の多いトップ 2 つの施設で医療保険利用が多く、逆に利用者が 10 人以下の施設では、9 割が介護保険利用であり、利用者の少ない施設では医療ニーズの高い患者への対応が困難なことが窺われた。

介護保険外サービスの提供は約 6 割の施設で行われていたが、事業所を利用者数で便宜的に小規模事業所（利用者数 40 人未満）、大規模事業所（利用者数 40 人以上）に分けて比較したところ、大規模事業所に介護保険外サービスを提供しているものも多く見られた。一方、小規模事業所でも保険外サービスを行っている施設は少なくなかった。小規模事業所ではサービスのバラエティは限

られるものの、施設によっては利用者が少なくても、介護保険外のサービスを提供している実態が窺われた。

具体的保険外サービスの種類として、まず横出しサービスとしては、死後の処置が圧倒的に多かった。これは、エンジェルケアを行うことは看護師の職業的伝統でもあり、看取りの仕上げとしても重要であると共に、ニーズも高いものと思われた。終末期ケアという観点から見れば、死後の処置までシームレスに提供すべきものであろうが、介護保険は生きている人を対象とする制度設計となっていることから、必然的に保険外サービスとなっている。

外出時の付き添いは、医療ニーズの高いクライアントにとっては、大切なサービスと思われる。ただこうした不定期のサービスニーズに応えるためにはスタッフがある程度潤沢でなければ困難であり、最初にみたように対象県では零細から小規模事業所が大半を占めることから、積極的な対応は難しいと思われた。またハイキングや冠婚葬祭あるいは日帰り旅行の際の同行が挙げられていたが、医療ニーズが低ければ訪問介護での対応で十分であろう。これは都会ではニーズが高いものと思われるが、地方ではそれほどニーズがないのかも知れない。学校行事や、法事などの際の留守番は訪問看護の範疇外と思われた。訪問看護ステーションの保険外事業として配食サービスを行っているとしたものが1施設あったが、例外的なものであった。

次に、上乘せサービスとしては、当然のことながら介護保険計画外の訪問看護があり、これは事業所として利用料金を明示してクライアントに説明をしていた。

クライアントに対する保険外サービスの説明の方法としては、事前に保険外サービスについても説明を行うのは、14%に過ぎず、利用者や家族からの申し出のあった場合に説明するものが86%に上った。また積極的に利用を勧めるとしたものは皆無であった。このように保険外サービスについて積極的にこれを説明する事業所は非常に少ないものと思われた。

次に介護保険外サービス収入が事業所全体の収入に占める割合は、0%が最も多く、全体の8割近くを占めた。それ以外でも多いところで2%であり、平均は $0.18 \pm 0.5\%$ に過ぎなかった。これは、平成20年度の介護事業経営実態調査でも、介護保険収入が一月あたり199万円であるのに対し、介護保険外収入が4千円にすぎないように、全国的な傾向であると思われた³⁾。

今後の保険外サービスへの対応としては、「ステーションの事業として積極的に取り組む」としたものが、12.5%であったのに対し、「利用者からの求めに応じる体制は作るが、積極的には取り組まない」が50%、「基本的に行わない」が37.5%であった。また、「別組織で積極的に取り組む」としたものは皆無であった。保険外サービスを事業の大きな柱にするという選択をするものは

全体の1割強に過ぎないことが示しているように、「看護」という営みの性格上、患者や家族のニーズに応えるためのサービスのバリエーションを揃えたと入った基本姿勢が窺われた。

介護保険と異なり、医療保険では基本的に混合診療が認められていないというシステムが、訪問看護ステーションの日常業務上に及ぼす問題点として、衛生材料の問題が挙げられていたが、病院医療における未承認薬使用の問題のようにそれが先鋭化するほどでは無いと思われた。

また医療保険と介護保険の併給の問題については、介護保険でも当然医療処置はあるが、その費用が持ち出しになりかねないことが挙げられていた。また、医療に関連したサービス内容であっても、介護保険が優先されるため、時間単位によっては十分サービスが提供できないという指摘もあった。保険制度は医療保険に加えて介護のための介護保険が出来たことから、後者が医療に対応しないというのは制度上は当たり前かも知れないが、患者や家族にとってはどちらも公的なサービスであり、要は使いやすいシステムであれば問題がないはずである。そうした中で、ケアプランに訪問看護を組み込むときに医療必要度に応じて医療保険利用によるものをモザイク状にはめ込むことの提案もなされていた。いっそのこと医療保険と介護保険を一本化して欲しいという要望もあった。これは、後期高齢者医療制度と介護保険の一体化という案もあり、近い将来には現実味を帯びてくるかも知れない。高齢者のケアを支える保険制度ということでいえばあながち無理な発想ではないと思われる。

また、がん患者であれば、症状安定期の訪問も介護保険で行い、終末期に医療保険に変更するという現実的な対応も提案されていたが、これもその時点の要介護度だけではなく、がん患者のライフステージに応じたケア体制を支えるシステム構築に有用な示唆を与えるものと思われた。

次に、がん患者の利用の有無を問うたところ、7割弱の施設でがん患者の利用があった。また、こうたしたがん患者への保険外サービスの提供は21%でみられたが、これはがん患者以外へのそれとほぼ同じと考えて良く、がん患者に特有の保険外サービスというものはみられなかった。

こうしたがん患者に対する保険外サービスについては、将来公的保険でカバーすべきかという問いに対しては、カバーすべきが3割、カバーしなくて良いが2割と、積極的に保険適応を望むものはそれほど多くなかった。具体的には死後の処置サービスが多く、これを保険適応とすることへのモチベーションはそれほど高くないのではないかと思われた。

最後にまとめとして、がん患者さんが在宅医療・訪問看護を受ける上で、現在の医療保険や介護保険ではカバーされていないサービスで、今後提供すべきものとして、まず、外泊時における訪問看護や入退院日の訪問看護が挙げられ

た。これは医療保険の診療報酬上の対応として可能ではないかと思われた。同じく長時間訪問の加算点数も実現される可能性があると思われた。また往診との同行訪問、複数看護師による訪問等も、施設から在宅へという大きな流れの中で、診療報酬に反映される見込みはあるのではないだろうか。また移送サービスや外出・旅行時の訪問看護、退院当日の訪問看護等、保険でカバーすべきか、保険外で提供すべきか微妙なカテゴリーと思われる。

一方でグリーンワークは保険外となるが、無償で訪問しているとしているところもあるように、すべてがサービスで賄われているのではなく、特にがん患者はインフォーマルの部分が多く占めている。現状で問題ないと意見もあった。

全体を通して、訪問看護ステーションという事業の特質とも密接に関連していると思われるが、こうした保険外サービスを無償の形で提供することになってもある程度は仕方がないという感覚は共通しているように思われた。

一方、介護の分野では、2009年度の介護報酬改訂を控えて、「混合介護」がキーワードとなっている。ここでいう「混合介護」とは、社会給付費の増大による介護保険財政の破綻への危惧の高まりから浮上した考え方で、訪問介護の「介護（身体介護）」と「家事（生活援助）」サービスについて、介護部分を保険給付で賄い、家事部分については利用者が事業者と個別に契約して利用分について自己負担するという考え方である⁴⁾。本来介護保険はその制度設計の段階から、混合給付を妨げるようにはなっておらず、混合介護という考え方も特に新しいものではない。医療保険が混合診療を禁止してきたのと大きな違いである。ところが、ここにきてこの考え方が注目されるのは、国家財政に逼迫から、保険でカバーできる部分が限定的にならざるを得ないという前提で、自己負担の問題がクローズアップされているのである。医療保険も同様の考え方から規制改革会議により、混合診療解禁を強く求められている現状がある。では、制度上混合給付が禁止されていない介護保険で、なぜ改めて混合介護が問題になるかといえば、社会的弱者である非介護者やその家族に不当な負担がかからないように、保険と保険外サービスを別会計で扱うように指導するなど運用面で、謙抑的な対応が求められて来たからである。それが昨今の厳しい介護保険財政の影響で、運用面での緩和がなされるのを期待して、介護サービス事業者が保険外サービス提供に力点を置こうとしているということにより、この問題が注目されるようになったのである。

訪問看護と訪問介護を同一の設立母体で提供しているところは少なくなく、また、さらに株式会社、有限会社等を設立して、こうした保険外サービスを積極的に提供している広い意味での訪問看護ステーションも存在する。ただし、今回の調査では、対象地区にそうした動きは見られなかった。これは、世の中のトレンドに乗り遅れているとみることも可能であるが、一方で、看護という

行為とビジネスとの微妙な両立に悩みながら、患者や家族のニーズに真摯に応えようとする看護職の職業的バックボーンに、その一因を求めたい。上述したアンケートの具体的回答の中に、そうしたものが窺えるし、この調査のために行ったプレリミナリーなインタビューの肉声からもその感を強くした。

研究 2

高知県下の各地方自治体による介護保険外のサービスについて、公表資料ベースのものを収集し、一覧表にし、比較を試みた。

利用者の側とすれば、どれが補助金による事業であるのかは判然としないが、ほぼ一律に提供のある認知高齢者徘徊支援システム等はこれに相当すると想像される。市部ではさすがに財政規模の有利さもあるのかある程度のサービスのメニューが準備されていた。一方郡部では、その財政規模にもかかわらず相当きめ細かいサービスを提供していることが判明した。ある意味住民の顔が見える町村だからこそその対応かも知れない。少なくとも高知県においては、ごく一部の自治体を除いて規模の小さい自治体に居住することでこうしたサービスの受給が著しく困難になることは無いと思われた。

本研究の限界と課題

本調査は、在宅緩和ケアを受けている患者や家族の多様なニーズに、保険でカバーされるサービスだけでは対応困難であり、訪問看護ステーションが、保険外のサービスによってどれだけこうしたニーズに応えられているかについて調べることを目的として行ったものである。結果としては、対象地区として選んだ県が、中山間地域を多く抱える過疎県であり、ここから得られたデータを一般化するには困難を伴う。今後はサンプルサイズを増加させて一般化が可能な調査につなげてゆく必要があると思われた。

【文献】

1. 黒木ひとみ他：第 12 回緩和医療学会総会抄録集 P269、2007 年
2. 社団法人全国訪問看護事業協会：訪問看護ステーションの現状と展望について、2007 年
3. 平成 20 年度介護事業経営実態調査<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zigyo/keiei/dl/20-08.pdf>
4. ヘルスケア総合政策研究所：介護経営白書 2008 年度版、日本医療企画、東京 2008 年

「財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による」