

平成 15 年度厚生労働省老人保健事業
推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

訪問看護ステーションのサービス提供の在り方
に関する調査研究事業

報 告 書

平成 16 年 3 月

主任研究者 石垣和子
主任研究者 川越博美

社団法人 全国訪問看護事業協会

はじめに

わが国では、訪問看護という制度が必要に迫られて登場し、かつ順調な伸びを示していた途上で介護保険制度が発足した。それ以降、事情が一転して他の事業との競合なども発生し、順調な伸びに隠れていた訪問看護の内容・質が問われることになった。同時に制度的な仕組みも訪問看護の伸びの鈍化に介在していることも考えられる。そのような背景の下に、本年度のこの調査研究は、昨年度に引き続き、現介護保険制度化での訪問看護事業の実態を把握し、訪問看護内容や訪問看護サービス提供体制の再検討に資する基礎的な資料を得ようとするものである。

昨年度積み残した調査として、以下のような現状に関することがある。すなわち、人口の高齢化が今後も進行し、かつ在宅療養者の増加が見込まれ、ますます訪問看護の充実が求められている時代であるにもかかわらず、訪問看護ステーション数の伸びの鈍化が改善されないどころか休止・廃止に至る事業所が目に付く。また、休止・廃止に至らなくても、スタッフ・管理者ともになんとか利用者へのサービスを行うことに精一杯で、事業としての訪問看護の目標・理念を見据えた経営や、訪問看護の質の向上への取り組みなどが十分ではない様子が感じられる。さらに訪問看護の介護報酬体系が果たして訪問看護師の労働内容に見合っているかどうかのさらなる検討の要もある。

そこで今年度は、訪問看護ステーションの休止・廃止の原因について調査分析すること、訪問看護ステーションの管理・運営に関する実態を調査し、るべき管理運営とのギャップを明確にすること、訪問看護ステーション管理者のタイムスタディ調査を行い、介護報酬の設定の妥当性を検討し、効率的な業務運営を行うための基礎資料を得ること、昨年度の調査で数量不足であった訪問看護時業務内容の滞在時間別の特徴に関する調査分析を行うこととした。

多くのステーションのご協力により、これらすべての調査を行うことができ、感謝の念でいっぱいである。管理者のタイムスタディでは、協力をいただいたステーション管理者に特に多大な労力を強いた結果になってしまったが、他の調査と合わせて実態がよく把握できたと考えている。

今後は、この結果が、昨年度の結果と合わせて介護保険制度や介護報酬の見直しに役立つことを望んでいる。

平成16年3月

訪問看護事業所におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業
主任研究者 石垣和子

目 次

第1章 研究の概要	1
1. 研究の目的.....	1
2. 調査対象及び回収結果	2
(1) 調査対象.....	2
(2) 回収結果.....	5
3. 調査実施体制	6
第2章「休止・廃止訪問看護ステーションに関する実態調査」結果分析	7
1. 調査の目的.....	7
2. 調査対象及び方法.....	7
3. 調査期間	7
4. 回収結果	7
5. 調査結果	8
(1) 休止・廃止している訪問看護ステーションの有無.....	8
(2) 開設主体の概要.....	8
(3) 開設時期及び休止・廃止時期.....	10
(4) 開設経緯	13
(5) 休止・廃止の理由.....	14
(6) 開設当初と休止・廃止直前の比較	23
(7) 職員確保について	32
(8) 利用者について	36
(9) 訪問看護に関連する制度への要望等	39
(10) 休止・廃止をした訪問看護ステーションへのヒアリング調査結果.....	41
第3章「訪問看護ステーションの管理・運営に関する実態調査」結果分析	43
1. 調査の目的.....	43
2. 調査対象及び方法.....	43
3. 調査期間	43
4. 回収結果	43
5. 調査結果	44
5－1. 事業所調査結果	44
(1) 事業所の概要.....	44
(2) 人事・労務について	47
(3) 利用者確保について	53
(4) 管理者について	58
(5) 管理者業務について	64
(6) 管理業務の自己評価	69
(7) 訪問看護ステーションの方向性	74
5－2. 利用者調査結果	76
(1) 訪問時間区別にみた利用者の状態像	76

（2）訪問時間区分別にみた訪問時のケア内容	85
（3）ケアパターン別にみた実施行為	90
（4）訪問時間区分別にみたケア内容別時間	99
第4章 「訪問看護ステーション管理者タイムスタディ調査」結果分析	105
1. 調査の目的	105
2. 調査対象及び方法	105
3. 調査期間	105
4. 回収結果	105
5. 調査結果	106
第5章 調査結果のまとめと今後の課題	111
1. 調査の仮説と結果	111
2. 今後の課題	115
（1）現行の介護報酬体系の見直し	115
（2）訪問看護ステーション管理者機能の強化	116
（3）訪問看護ステーション従事者の質の向上	117
（4）地域の他機関との連携等	117

第1章 研究の概要

1. 研究の目的

介護保険制度は施行後5年を目途に制度全般に関して検討を加え、必要な見直しを行うこととされている。制度見直しについては、制度立案時に掲げられた検討項目とともに、制度施行後の新しい課題に対応することも記されており、訪問看護については、最近の訪問看護ステーション数の伸び悩みやあるべき姿に向けての課題が議論されている。

これらの背景を踏まえ、本研究では、研究の目的として以下の2つを設定した。

①休止・廃止の要因分析と安定的経営に向けた供給システムの在り方の検討



第2章 休止・廃止訪問看護ステーションに関する実態調査

②訪問看護ステーションの安定的経営に向けた管理・運営の在り方の検討



第3章 訪問看護ステーションの管理・運営に関する実態調査

第4章 訪問看護ステーション管理者タイムスタディ調査

ゴールドプラン21による訪問看護のサービス提供見込量は9,900か所（平成16年度末）に対して、平成15年度現在約5,000か所にとどまっており、休止又は廃止の訪問看護ステーション数は増加傾向にある。このため、①では、休止又は廃止となった訪問看護ステーションを対象にその原因について調査・分析し、訪問看護サービスを安定的に提供するシステムについて検討を行った。

また、②では、訪問看護ステーションの安定的経営に向けた管理・運営の在り方を検討するため、全国の訪問看護ステーションにおける管理・運営の実態（管理者業務の実態）を把握し、あるべき管理・運営業務とのギャップを明確化することを目的として実施した。また、訪問看護業務について、直接的業務（ケア内容、ケア行為別の所要時間等）及び間接・事務的業務（連絡・調整、ケアカンファレンス、記録等）に対する労働投入量を調査し、介護報酬の設定（時間区分別の単価設定、管理業務コストの設定等）の妥当性を検討するとともに、効率的な業務運営を行うための基礎資料を作成した。

2. 調査対象及び回収結果

(1) 調査対象

①「休止・廃止訪問看護ステーションに関する実態調査」(以下、「休止・廃止調査」)

(社) 全国訪問看護事業協会より、全国の都道府県訪問看護担当部局に平成15年8月時点で把握している訪問看護ステーションの休止・廃止名簿の提供依頼を行った。まず、全国訪問看護事業協会で把握している休止・廃止名簿を各都道府県担当部局宛に送付し、各担当部局にて訂正または追加記入してもらった。こうして得られた休止・廃止名簿のうち、訪問看護ステーションの開設主体の重複分は削除し、各開設主体毎に1つの調査票が届くように名簿の修正を行った。最終的な調査発送数は以下の通りである。

図表1 休止・廃止調査の対象数

都道府県	訪問看護ステーション数 ※1	休止・廃止訪問看護ステーション数 ※2			
			1休止	2廃止	3不明
合計	5,393	647	211	433	3
01北海道	245	36	7	28	1
02青森県	76	14	5	9	0
03岩手県	52	0	0	0	0
04宮城県	83	2	2	0	0
05秋田県	44	4	0	4	0
06山形県	39	1	0	1	0
07福島県	114	12	7	5	0
08茨城県	104	11	5	6	0
09栃木県	65	10	9	1	0
10群馬県	97	19	14	5	0
11埼玉県	216	14	7	7	0
12千葉県	186	19	8	11	0
13東京県	508	88	6	82	0
14神奈川県	260	32	4	28	0
15新潟県	97	0	0	0	0
16富山県	32	0	0	0	0
17石川県	51	5	2	3	0
18福井県	48	2	1	1	0
19山梨県	47	5	2	3	0
20長野県	138	8	4	4	0
21岐阜県	89	4	4	0	0
22静岡県	119	11	7	4	0
23愛知県	221	18	5	12	1
24三重県	71	5	4	1	0
25滋賀県	54	1	1	0	0
26京都府	132	13	3	10	0
27大阪府	382	73	24	49	0
28兵庫県	265	27	8	19	0
29奈良県	69	9	2	7	0
30和歌山県	86	26	0	26	0
31鳥取県	44	2	2	0	0
32島根県	57	4	2	2	0
33岡山県	134	16	11	5	0
34広島県	156	20	11	9	0
35山口県	74	9	2	7	0
36徳島県	59	1	1	0	0
37香川県	42	3	2	1	0
38愛媛県	91	29	2	27	0
39高知県	55	8	1	7	0
40福岡県	198	33	9	23	1
41佐賀県	40	5	2	3	0
42長崎県	53	4	4	0	0
43熊本県	104	4	2	2	0
44大分県	69	0	0	0	0
45宮崎県	56	10	4	6	0
46鹿児島県	125	28	13	15	0
47沖縄県	46	2	2	0	0

※1:訪問看護ステーション数;平成15年4~5月 全国訪問看護事業協会調査(休止中含む)

※2:休止・廃止訪問看護ステーション数;平成15年8~11月 全国訪問看護事業協会調査

②「訪問看護ステーションの管理・運営に関する実態調査」(以下、「管理・運営調査」)

全国訪問看護事業協会名簿より、全国の訪問看護ステーションのうち2,000か所を無作為抽出し、質問紙を用いたアンケート調査（郵送配布・郵送回収）を行った。調査票は、「事業所調査票」と「利用者調査票」の2種類とした。「利用者調査票」については、介護保険法の利用者の中から、次回の訪問予定が看護師等による「30分未満」「60分未満」「90分未満」の中から調査票に予め印刷された誕生日の日付に該当する人を選んでもらい、記入してもらった。

図表2 管理・運営調査の対象数

都道府県	調査対象数 ※1
合計	2,000
01北海道	107
02青森県	33
03岩手県	18
04宮城県	45
05秋田県	20
06山形県	18
07福島県	45
08茨城県	37
09栃木県	26
10群馬県	36
11埼玉県	93
12千葉県	77
13東京県	243
14神奈川県	124
15新潟県	34
16富山県	15
17石川県	28
18福井県	21
19山梨県	18
20長野県	55
21岐阜県	30
22静岡県	57
23愛知県	78
24三重県	18
25滋賀県	20
26京都府	42
27大阪府	126
28兵庫県	91
29奈良県	21
30和歌山県	18
31鳥取県	14
32島根県	14
33岡山県	29
34広島県	46
35山口県	25
36徳島県	10
37香川県	9
38愛媛県	29
39高知県	12
40福岡県	64
41佐賀県	10
42長崎県	18
43熊本県	36
44大分県	14
45宮崎県	15
46鹿児島県	45
47沖縄県	16

※全国訪問看護事業協会名簿より無作為抽出

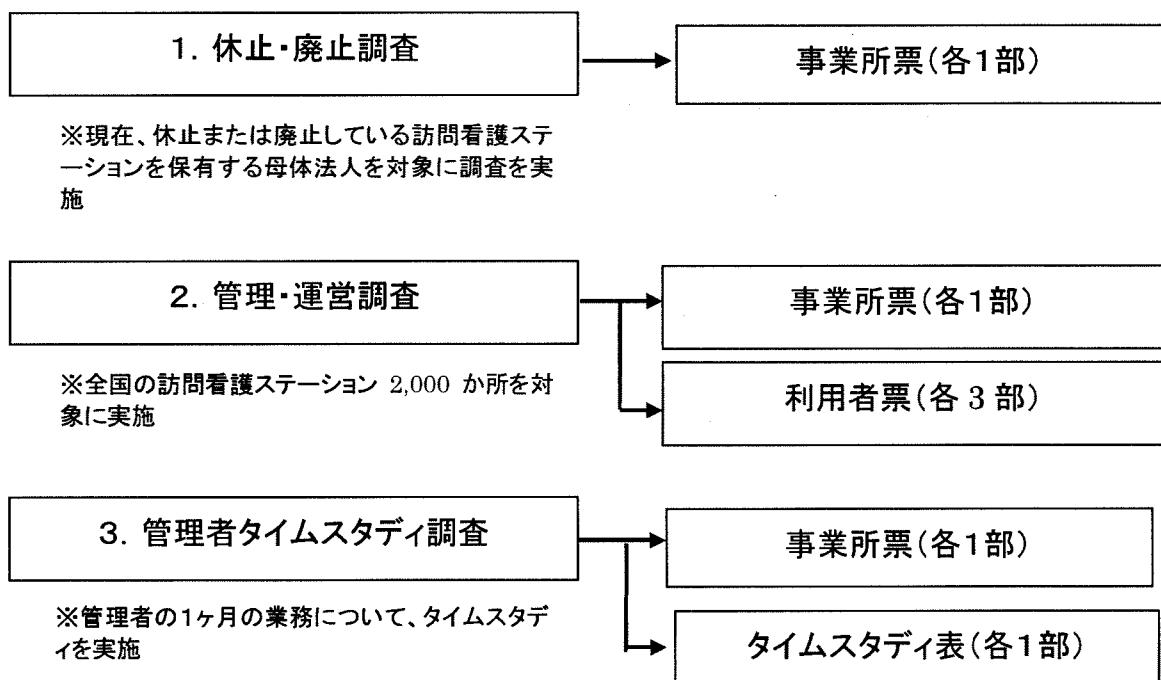
③「訪問看護ステーション管理者タイムスタディ調査」(以下、「管理者タイムスタディ調査」)

全国訪問看護事業協会より管理者タイムスタディ調査に協力可能な事業所に依頼し、質問紙を用いたアンケート調査（郵送配布・郵送回収）を行った。なお、管理者タイムスタディについて、記入方法が煩雑なため、調査実施前に協力事業所を対象に調査説明会（1回）を開催した。

図表 3 タイムスタディ調査の対象

No	所在地	ステーション名	設置主体
1	東京都	あすか山訪問看護ステーション	財団法人
2	東京都	おもて参道訪問看護ステーション	財団法人
3	東京都	訪問看護ステーション北沢	市区町村
4	東京都	済生会三田訪問看護ステーション	社会福祉法人
5	東京都	慈雲堂訪問看護ステーション	医療法人
6	静岡県	訪問看護ステーション広沢	社会福祉法人
7	東京都	高島平ロイヤル訪問看護ステーション	医療法人
8	千葉県	看護協会ちば訪問看護ステーション	看護協会
9	東京都	白十字訪問看護ステーション	有限会社
10	静岡県	浜松市訪問看護ステーション	市区町村
11	東京都	東大和訪問看護ステーション	医療法人
12	宮城県	ひまわり訪問看護ステーション	医療法人
13	東京都	府中医王訪問看護ステーション	医療法人
14	東京都	府中市医師会訪問看護ステーション	医師会
15	宮城県	矢本ひまわり訪問看護ステーション	医療法人
16	宮城県	若林訪問看護ステーション	看護協会
17	神奈川県	南区メディカルセンター訪問看護ステーション	医師会
18	山口県	訪問看護ステーションほうふ	看護協会
19	和歌山県	訪問看護ステーションウェルビー	医療法人
20	兵庫県	西宮市訪問看護センター	市区町村
21	兵庫県	ケアスポットのぞみ	有限会社

図表 4 本研究で実施した調査の種類



(2) 回収結果

①「休止・廃止訪問看護ステーションに関する実態調査」(以下、「休止・廃止調査」)

上記により作成した休止・廃止名簿を用いて、休止・廃止した訪問看護ステーションを保有する開設主体を対象に、質問紙を用いたアンケート調査（郵送配布・郵送回収）を行った。

調査対象 647 か所のうち、249 か所（有効回答率 38.5%）からの回答が得られた。

図表 5 休止・廃止調査の回収率

配布数	647 か所
有効回収数	249 か所
有効回収率	38.5%

②「訪問看護ステーションの管理・運営に関する実態調査」(以下、「管理・運営調査」)

調査対象 2,000 か所のうち、547 か所（有効回答率 27.4%）からの回答が得られた。また、利用者票については、合計で 1,494 人分のデータが得られた。

図表 6 管理・運営調査の回収率

配布数	2,000 か所
有効回収数	547 か所 (利用者票 1,494 人分)
有効回収率	27.4%

③「訪問看護ステーション管理者タイムスタディ調査」(以下、「管理者タイムスタディ調査」)

調査対象 21 か所のうち、18 か所（有効回答率 85.7%）からの回答が得られた。管理者 18 人分について 10 月 1 ヶ月間（計 558 人日分）の業務内容に関するデータが得られた。

図表 7 タイムスタディ調査の回収率

配布数	21 か所
有効回収数	18 か所 (管理者 18 人 × 31 日 = 558 人日分)
有効回収率	85.7%

3. 調査実施体制

調査は社団法人全国訪問看護事業協会が実施した。調査の実施にあたっては、学識経験者等で構成される検討委員会を組織し、調査の企画、調査票の設計および調査結果の分析について、専門的観点からの助言・指導を受けながら実施した。

【委員会名簿】

委員長	伊藤 雅治	社団法人 全国社会保険協会連合会 理事長
主任研究者	石垣 和子	千葉大学 看護学部 教授
	川越 博美	聖路加看護大学 看護実践開発研究センター 教授
委員	上野 桂子	聖隸福祉事業団在宅サービス部 部長
	佐々木 静枝	訪問看護ステーション北沢 管理者
	西島 英利	社団法人 日本医師会 常任理事

【小委員会名簿】

主任研究者	石垣 和子	千葉大学 看護学部 教授
委員	秋山 正子	白十字訪問看護ステーション 管理者
	阿部 まなみ	矢本ひまわり訪問看護ステーション 管理者
	上野 桂子	聖隸福祉事業団在宅サービス部 部長
	曾木 はま子	府中医王訪問看護ステーション 管理者
	高砂 裕子	南区メディカルセンター訪問看護ステーション 管理者
	馬場先 淳子	おもて参道訪問看護ステーション 管理者
	原田 典子	訪問看護ステーションほうふ 管理者
	宮崎 やす子	看護協会ちば訪問看護ステーション 管理者
	山田 喜美子	訪問看護ステーション住吉 管理者
	田上 豊	三菱総合研究所 社会システム政策研究部 主席研究員
研究協力者	吉池 由美子	三菱総合研究所 社会システム政策研究部 研究員
	八巻 心太郎	三菱総合研究所 社会システム政策研究部 研究員
	北池 正	千葉大学 看護学部 教授
	上野 まり	千葉大学 看護学部 講師
	緒方 泰子	千葉大学 看護学部 講師
	鈴木 育子	千葉大学 看護学部 助手

【事務局】

協会事務局	中根 隆雄	全国訪問看護事業協会 局長
	濱本 百合子	全国訪問看護事業協会 事務

第2章「休止・廃止訪問看護ステーションに関する実態調査」

結果分析

1. 調査の目的

ゴールドプラン21では、平成16年度の訪問看護ステーションの目標数は9,900か所とされているが、平成15年5月現在約5,400か所（全国訪問看護事業協会調べ）と全国的に伸び悩んでおり、訪問看護ステーションの地域偏在の解消や安定的サービスの供給に関する問題点・課題を分析する必要がある。

このため、本調査では、全国都道府県の訪問看護事業所所管部署へ訪問看護ステーションの廃止・休止等の状況を問い合わせ、訪問看護事業を休止・廃止（転居・合併等を含む）している開設主体宛に調査表を送付し、休止・廃止の理由等について調査を行うことを目的とした。

2. 調査対象及び方法

(社)全国訪問看護事業協会より、全国の都道府県訪問看護担当部局に平成15年8月時点で把握している訪問看護ステーションの休止・廃止名簿の提供依頼を行った。まず、全国訪問看護事業協会で把握している休止・廃止名簿を各都道府県担当部局宛に送付し、各担当部局にて訂正または追加記入してもらった。こうして得られた休止・廃止名簿のうち、訪問看護ステーションの開設主体の重複分は削除し、各開設主体毎に1つの調査票が届くように名簿の修正を行い、調査対象とした。調査票は開設主体宛に郵送で送付し、郵送にて返送してもらった。

3. 調査期間

調査は平成15年11～12月に実施した。

4. 回収結果

図表8 休止・廃止調査の回収率

配布数	647か所
有効回収数	249か所
有効回収率	38.5%

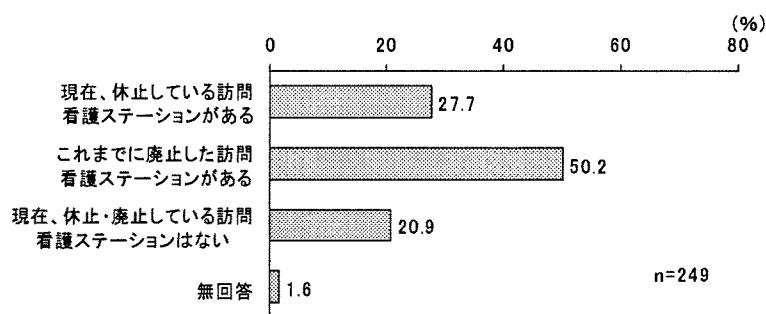
5. 調査結果

(1) 休止・廃止している訪問看護ステーションの有無

有効回収 249 のうち、「現在、休止している訪問看護ステーションがある」ところは 69 か所 (27.7%)、「これまでに廃止した訪問看護ステーションがある」ところは 125 か所 (50.2%) であり、「現在、休止・廃止している訪問看護ステーションはない」が 52 か所 (20.9%) 含まれている。

このため、以下の分析では、休止・廃止している訪問看護ステーションがある 193 か所をベースに分析を行った。

図表 9 休止・廃止している訪問看護ステーションの有無（複数回答）

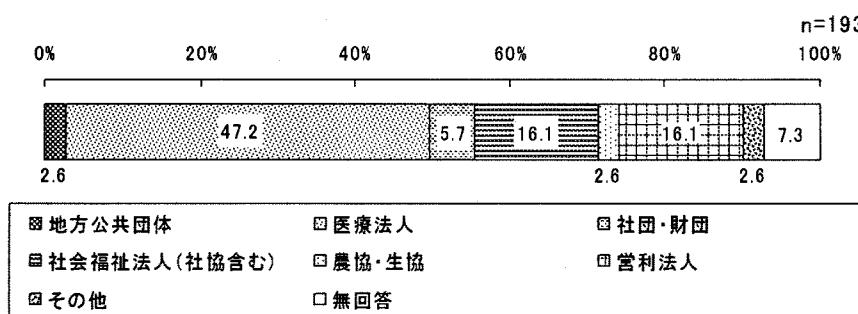


(2) 開設主体の概要

① 法人種別

現在、休止・廃止している訪問看護ステーションを保有する開設主体の法人種別をみると、「医療法人」47.2%、「社会福祉法人」16.1%、「営利法人」16.1%の順に多い。

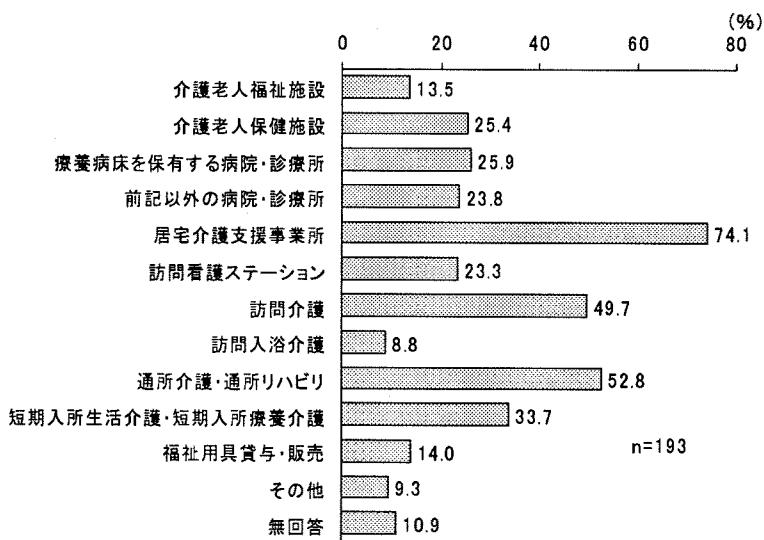
図表 10 法人の種類（7分類）



②現在経営している施設・サービス

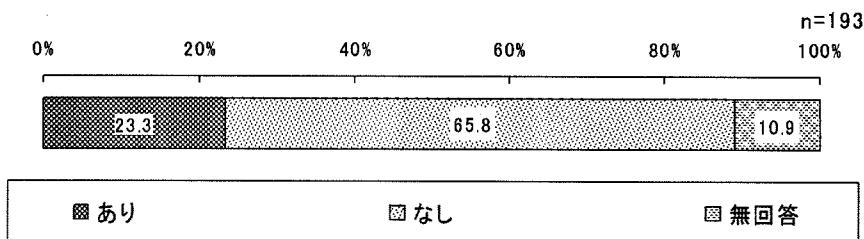
これらの開設主体が現在経営している介護保険施設・サービスについては、「居宅介護支援事業所」が 74.1%と最も多く、次いで「通所介護・通所リハビリ」 52.8%、「訪問介護」 49.7%、「短期入所生活介護・短期入所療養介護」 33.7%の順に多い。

図表 11 現在経営している施設・サービス（複数回答）



なお、休止・廃止している訪問看護ステーションとは別に、現在稼動中の訪問看護ステーションを保有しているところも 23.3%みられた。

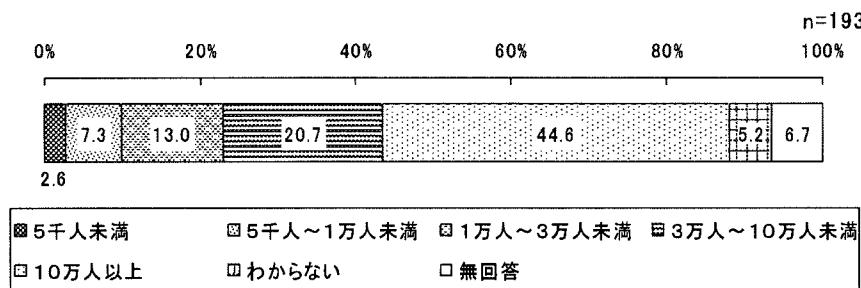
図表 12 訪問看護ステーション経営の有無



③市町村の人口規模

休止・廃止した訪問看護ステーションの所在市町村の人口規模は、「10万人以上」が44.6%と多く、比較的人口の多い地域でも訪問看護ステーションが休止・廃止となっていることがわかる。

図表 13 市町村人口規模

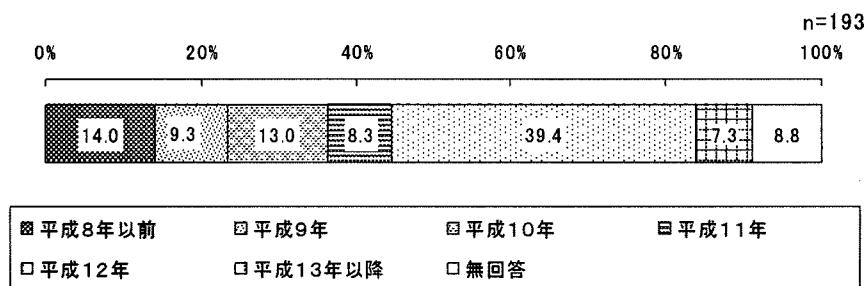


(3) 開設時期及び休止・廃止時期

①開設時期

休止・廃止した訪問看護ステーションを開設した時期をみると、「平成12年」が39.4%と4割を占め、介護保険制度の創設と一緒に立ち上げた訪問看護ステーションが多い。

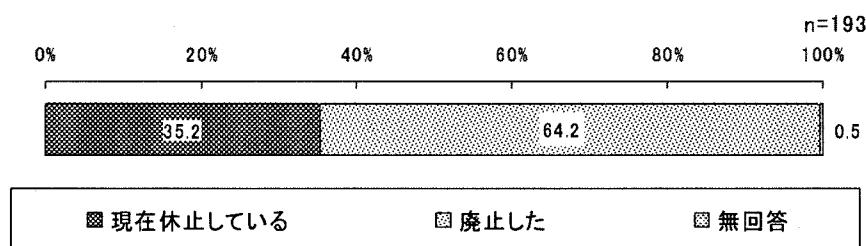
図表 14 開設時期



②休止・廃止の状況

現在、休止・廃止している訪問看護ステーションについて、「現在休止している」のは35.2%、「廃止した」のは64.2%であった。なお、これまでに複数の訪問看護ステーションを休止・廃止している場合は、直近に休止・廃止した訪問看護ステーションについて回答してもらった。

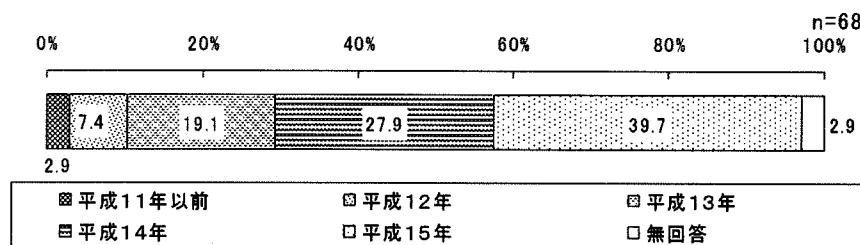
図表 15 現在の休止・廃止状況及び時期



③休止・廃止時期

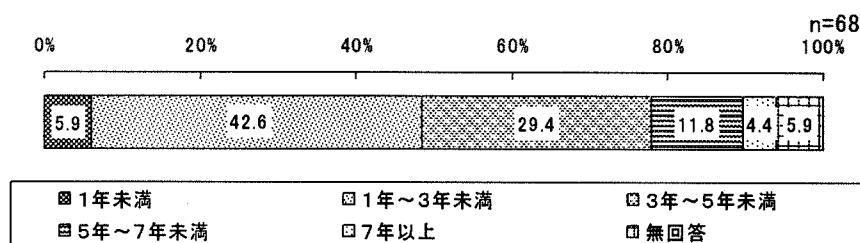
現在休止中の訪問看護ステーションについて、休止開始時期をみると、「平成 15 年」が 39.7% と最も多く、平成 14~15 年（過去 2 年間）をあわせて約 7 割を占める。

図表 16 休止開始時期【休止中の訪問看護ステーションのみ】



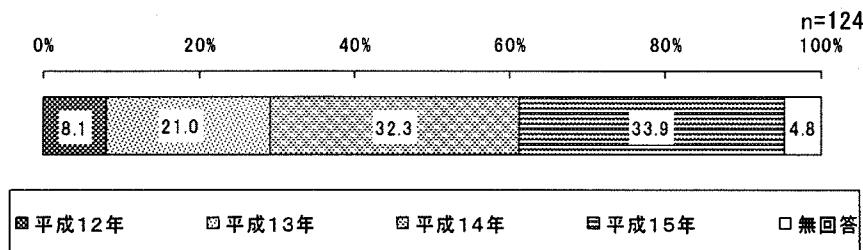
訪問看護ステーションの開設から、休止までの期間をみると、「1 年～3 年未満」が 42.6% と最も多い。

図表 17 開設から休止までの期間【休止中の訪問看護ステーションのみ】



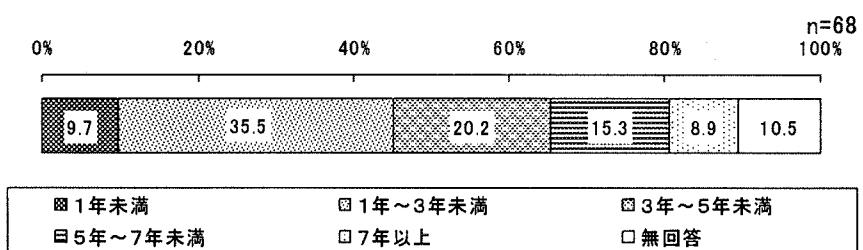
既に廃止した訪問看護ステーションについて、廃止時期をみると、「平成 15 年」が 33.9% と最も多く、平成 14~15 年（過去 2 年間）をあわせて約 7 割を占める。

図表 18 廃止時期【廃止の訪問看護ステーションのみ】



また、訪問看護ステーションの開設から、廃止までの期間をみると、「1 年～3 年未満」が 35.5% と最も多い。

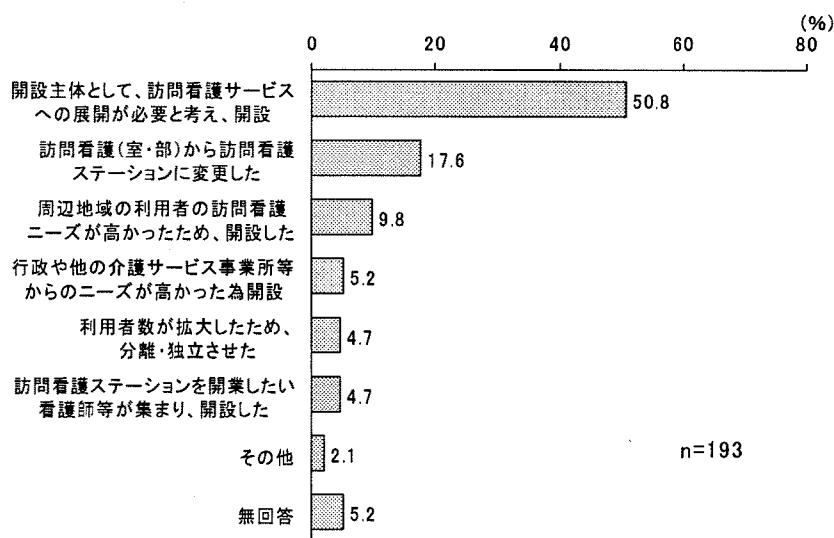
図表 19 開設から廃止までの期間【廃止の訪問看護ステーションのみ】



(4) 開設経緯

訪問看護ステーションの開設経緯をみると、「開設主体として、訪問看護サービスへの展開が必要と考え、開設」という回答が50.8%を占め、介護保険制度の創設を契機に、訪問看護ステーションに参入したところが多い。この一方で、「周辺地域の利用者の訪問看護ニーズが高かったため」や「行政や他の介護サービス事業所等からのニーズが高かったため」という理由は少なくなっており、地域における訪問看護ニーズの掘り起しが十分に行われずに開設された可能性が高い。

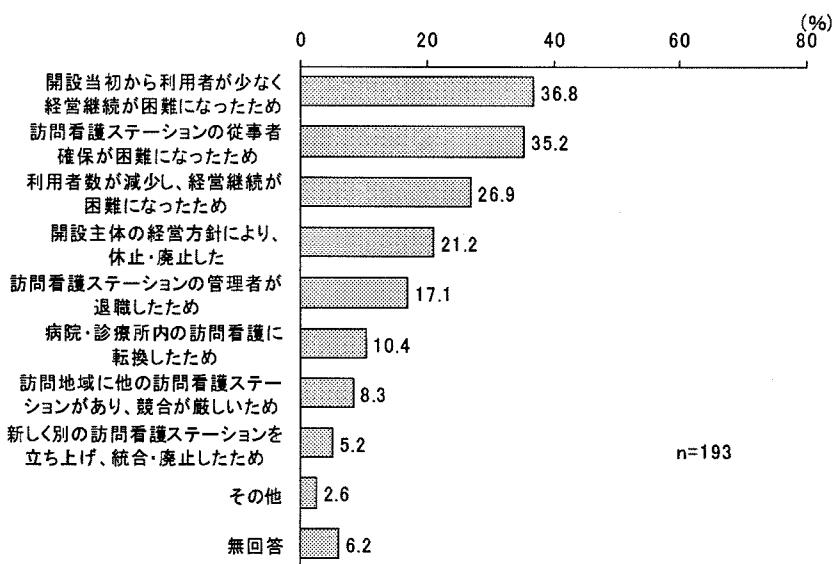
図表 20 開設経緯



(5) 休止・廃止の理由

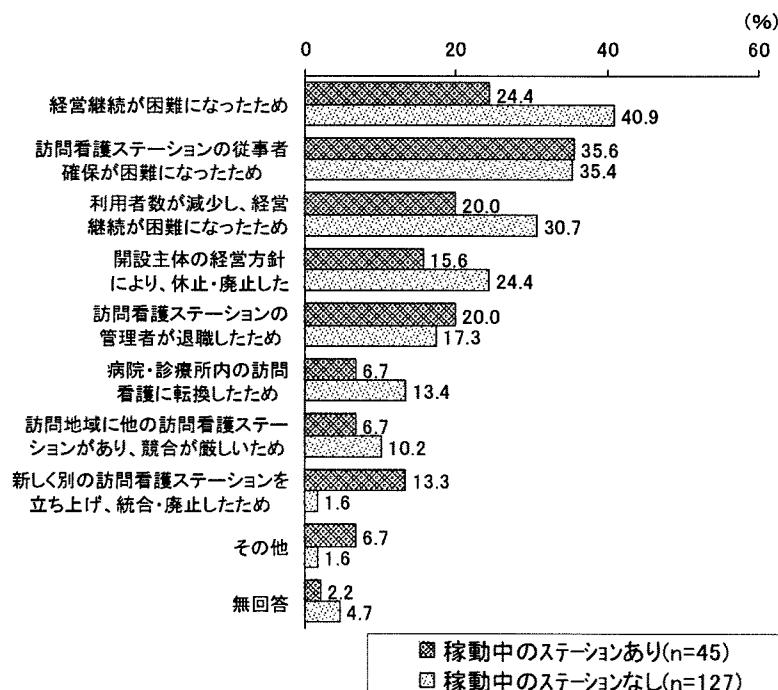
訪問看護ステーションを休止・廃止した理由をみると、「開設当初から利用者数が少なく、経営継続が困難になったため」36.8%、「訪問看護ステーションの従事者確保が困難になったため」35.2%、「(開設当初に比べて) 利用者数が減少し、経営継続が困難になったため」26.9%であった。

図表 21 休止・廃止の理由（複数回答）



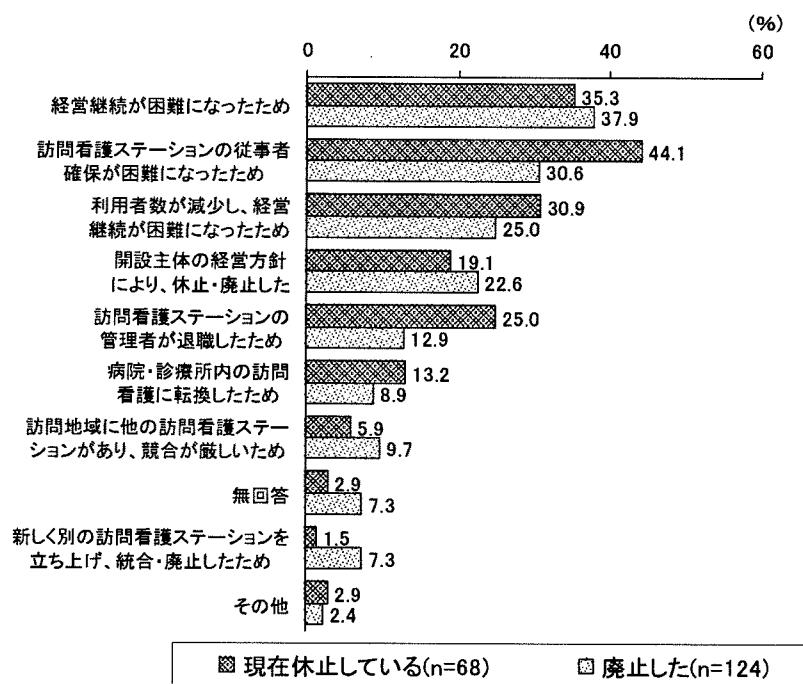
現在、稼動中の訪問看護ステーションを保有するところは、「訪問看護ステーションの従事者確保が困難になったため」という理由が最も多く、訪問看護ステーションがないところは、「(開設当初から利用者が少なく) 経営継続が困難になったため」が最も多い。

図表 22 休止・廃止の理由（複数回答）；現在稼動中の訪問看護ステーションの有無



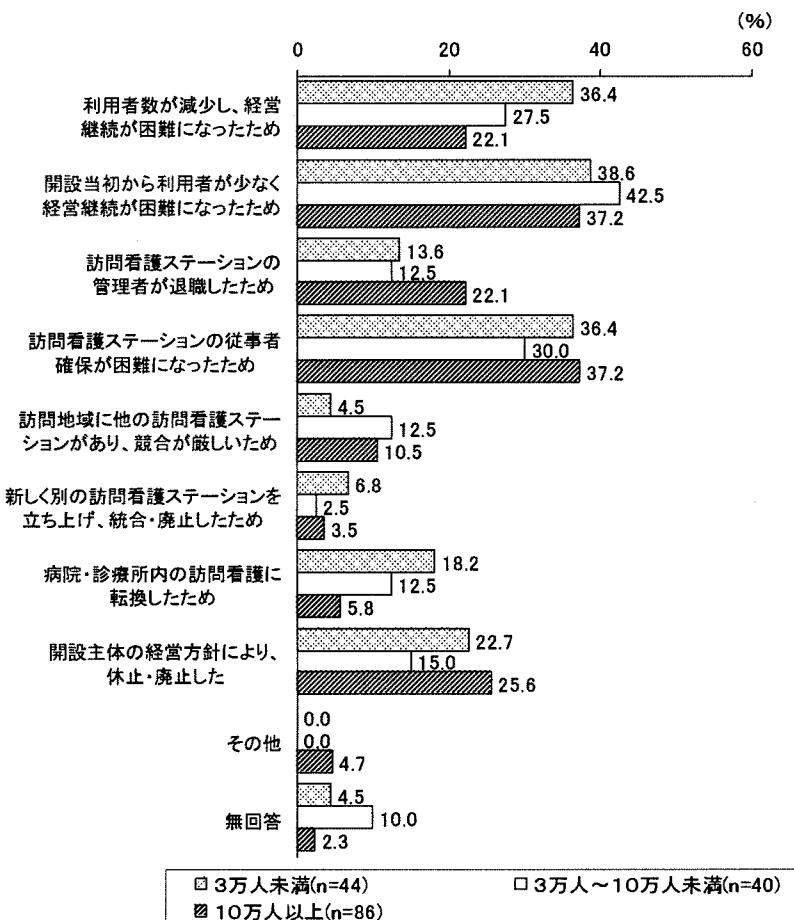
休止・廃止別にその理由をみると、「休止中」のところでは、「訪問看護ステーションの従事者確保が困難になったため」(44.1%) や「訪問看護ステーションの管理者が退職したため」(25.0%) など、従事者が確保できないために休止となっているところが多い。一方で、「廃止した」ところでは、「(開設当初から利用者が少なく) 経営継続が困難になったため」(37.9%) や「開設主体の経営方針により」(22.6%) などが多い。

図表 23 休止・廃止の理由（複数回答）；休止・廃止別



訪問看護ステーションの所在した市区町村の人口規模別に休止・廃止に至った理由をみると、3万人未満の地域及び10万人以上の地域のいずれも「開設当初から利用者が少なく経営継続が困難になったため」と「訪問看護ステーションの従事者確保が困難になったため」が理由として多いのは同じであるが、人口規模が小さいところでは大きいところに比べて、「利用者数が減少し、経営継続が困難になったため」や「病院・診療所内の訪問看護に転換したため」などの理由が多い傾向がみられる。

図表 24 休止・廃止の理由（複数回答）；；市区町村人口規模別

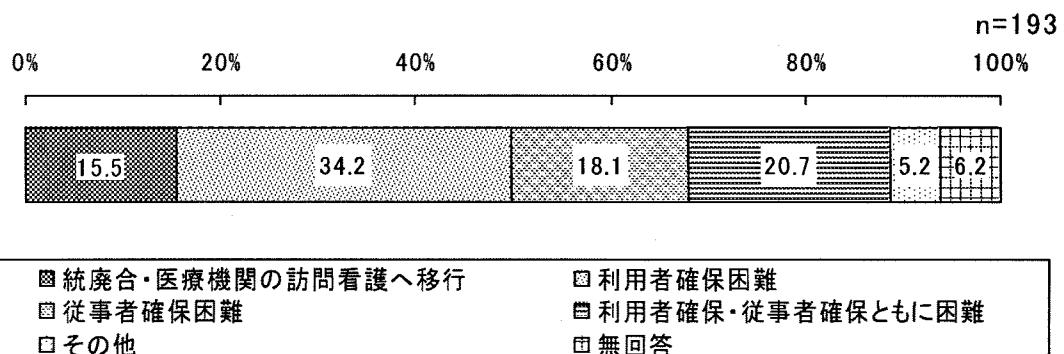


休止・廃止に至った理由は複数回答で調査を行ったため、以下の①のいずれかに該当する場合を「統廃合・医療機関の訪問看護へ移行」とし、次に②のいずれかに該当する場合を「利用者確保困難」とし、次に③のいずれかに該当する場合を「従事者確保困難」とし、②にも③にも該当する場合を「利用者確保・従事者確保困難」とし、④のいずれかに該当する場合を「その他」に区分した。

その結果、「統廃合・医療機関の訪問看護へ移行」が 15.5%、「利用者確保困難」 34.2%、「従事者確保困難」 18.1%、「利用者確保・従事者確保とともに困難」 20.7%となっており、利用者確保困難を理由としているところが最も多い。

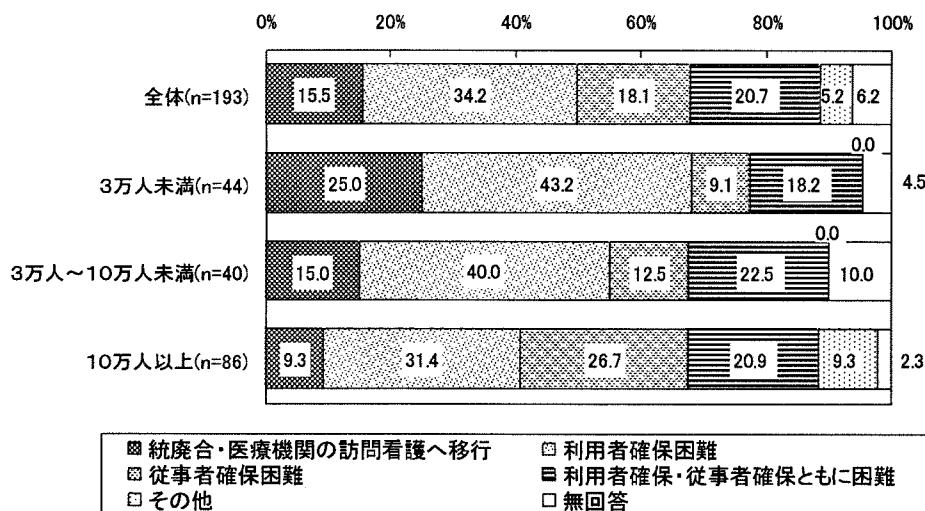
新しく別の訪問看護ステーションを立ち上げ、統合・廃止したため 病院・診療所内の訪問看護に転換したため	} ①統廃合・医療機関の訪問看護へ移行
利用者数が減少し、経営継続が困難になったため 開設当初から利用者が少なく経営継続が困難になったため	
訪問看護ステーションの管理者が退職したため 訪問看護ステーションの従事者確保が困難になったため	} ③従事者確保困難
訪問地域に他の訪問看護ステーションがあり、競合が厳しいため 開設主体の経営方針により、休止・廃止した	
その他	④その他

図表 25 休止・廃止の理由（大区分）



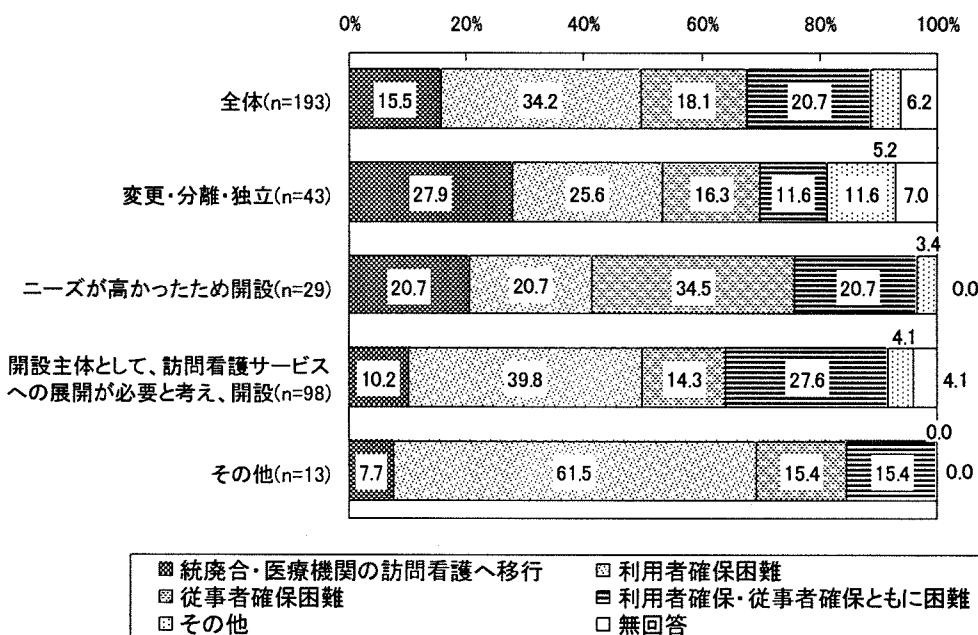
訪問看護ステーションの所在した市区町村の人口規模別に、上記で区分した休止・廃止の理由をみると、人口規模が小さい地域の方が「利用者確保困難」や「統廃合・医療機関の訪問看護へ移行」の割合が多く、人口規模が大きい地域の方が「従事者確保困難」の割合が多い傾向がみられた。

図表 26 休止・廃止の理由（大区分）；市区町村人口規模別



訪問看護ステーションの開設経緯別に、上記で区分した休止・廃止の理由をみると、変更・分離・独立のために開設されたところは、統廃合・医療機関の訪問看護へ移行などが多く、周辺ニーズにより開設したところでは従事者確保が困難、その他のところは利用者確保が困難という傾向がみられた。

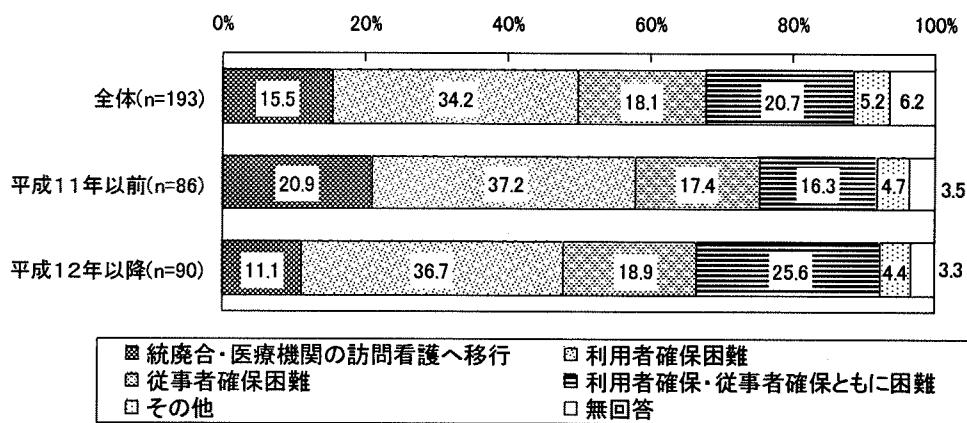
図表 27 休止・廃止の理由（大区分）；開設経緯別



- ※①変更・分離・独立；「訪問看護（室・部）から訪問看護ステーションに変更した」「利用者数が拡大したため、分離・独立させた」
- ②ニーズが高かったため開設；「周辺地域の利用者の訪問看護ニーズが高かったため、開設した」「行政や他の介護サービス事業所等からのニーズが高かったため開設」
- ③開設主体として、訪問看護サービスへの展開が必要と考え、開設
- ④その他；上記以外の理由

訪問看護ステーションの開設時期別に、上記で区分した休止・廃止の理由をみると、開設時期に関係なく、「利用者確保困難」という理由が最も多いが、平成11年以前（介護保険制度開始以前）に開設されたところでは、「統廃合・医療機関の訪問看護へ移行」が2番目に多く、平成12年以降（介護保険制度開始以後）に開設されたところでは、「利用者確保・従事者確保ともに困難」が2番目に多い。

図表 28 休止・廃止の理由（大区分）；開設経緯別



図表 29 休止・廃止の理由（自由回答）

【利用者確保面】

○利用者数減少・経営赤字

- ・ 開設当初、病院訪問看護部門から、訪問看護ステーションを開設し、事業運営したが、利用者増えなく、休止状態のため病院訪問看護部門に移行する。
- ・ 利用者が減少した為、併設の診療所からの訪問看護で対応が可能となった。
- ・ 診療所併設だが、利用者が伸びず、人件費がかかり経営困難となつたため。
- ・ 開設当初に比べ、利用者数が減少し、居宅との兼務で3・5人を確保できなくなつた。
- ・ 利用者数がなかなか増えず、経営継続が他部門の経営を圧迫したため。
- ・ 開設時から利用者数が少なく、毎年1・000万円ほどの赤字を計上、本体法人の経営に重大な支障が生じた。
- ・ 開設当初予想していた利用者の増加が全くなく、大幅な赤字経営となり休止した。
- ・ 民間で立ち上げた為、医療的な不安を利用者は感じ取り確保を出来なかつた。
- ・ 末期のターミナルケアしか利用者が居ない。
- ・ 開設当初から利用者がほとんどいなかつた。
- ・ 利用者が少なく経営も難しい。
- ・ 従事者の確保はできたのだが、利用者数が増えず、2.5人の給料では全く採算が取れず、同系列の訪問看護ステーションのサテライトとして継続をはかり、廃止手続きを行つた。
- ・ 利用者数が増えない。専任2.5人までの業務量がなく診療所との兼務。ケアマネとの兼務などでチームワークがとりにくくなつてしまつた。
- ・ 開業当初から利用者が少なく予定していた利用者数より大幅に低く、収入減の上、管理者が病に倒れ再起不能となつた。後任も見つからず今のところ再開未定となつてゐる。
- ・ 併設の病院の訪問看護と併用で実施していたが、介護保険導入後は、新規利用者の増加がなく、利用中の方は入院・死亡にて減少する一方のため経営困難となり、休止に至つた。

○医療機関や主治医との関係等

- ・ 開設当初から利用者は少なく又、病院との連携も難しい。
- ・ 主治医が指示書を他のステーションに遠慮して書かない。
- ・ 病院、診療所の附属でない単独のステーションであり、医師会等のバックアップも得られずに休業となつてしまつた。
- ・ 地域に向け、訪問の必要性を確信していたが、病院併設でないと利用者数が確保できないと判断した。
- ・ 運営母体がNPO法人であり、当時の利用者の内訳として、障害者がほとんどであり、医療法人の支援及び組織系体が医療分野としては弱いことなどが考えられる。
- ・ 当初は非病院系の為、利用者が確保出来なかつた。
- ・ 介護保険制度がスタートした時点では、訪問看護の利用者があると考えていたが、医療機関のほとんどが訪問看護を行つてゐるので、医療に関係ない民間事業者には利用者があまりこないので、事業として経営が困難。
- ・ 母体が病院でないため、利用者の確保に苦慮した。
- ・ 福祉系の法人の為、医療機関との連携が取りにくい。
- ・ 医療機関との連携が強く望まれている事業であり、一層の充実を図るため、関連の医療機関の訪問看護ステーションに統合・移管し廃止した。

○介護保険の他のサービス等へ

- ・ 通所介護施設の開設により、利用者が通所介護にきりかえた方が多く、利用者増加がみられない。
- ・ 利用者のニーズが、訪問看護より訪問介護へ変わつた。
- ・ 介護保険導入に伴い、1割負担が利用者にとって重くなり、居宅サービスの中で、訪問看護の選択順位が下がつて來たため、利用者の減少となつた。
- ・ 総合福祉施設が近くにあり、そこへ移行した方が利用者にとってもベターであると考えた。
- ・ 質やサービスの維持に努めていたが保険サービスのケアプランにおいて通所系～施設サービスへの選択の幅が広がつた

○競合のため

- ・ 看護協会のステーションが強く利用者の確保が出来ない。
- ・ 市民病院に近接していたが、市の医師会の看護ステーションとのパイプが強いため、利用者確保が困難。
- ・ 市内に民間の訪問ステーション（24時間対応・緊急時対応）が次々に増設となり当ステーションの利用者が減少したため。
- ・ 地区医師会訪問看護ステーションの台頭等により、他の診療所の主治医からの訪問依頼件数が減少し、単独訪問看護ステーションとしての経営継続が難しくなった。
- ・ 一般開業医の支持が得られない。医師会立訪問ステーションに利用者が集中している。

【従事者確保面】

○管理者の退職等

- ・ 開設当初よりの利用者が確保出来ず、管理者の結婚等の理由で退職の申し出の為、休止。
- ・ 利用者がのびなやんでいる時期にスタッフの（0.5人）退職者が出て、とりあえず、併設診療所の訪問に切りかえて、対応しようとしたが、他、スタッフ、管理者、と退職が続いた。仕事量が不足していたためと思われる。
- ・ 既存の看護ステーションスタッフの一部の者を異動によりスタートした。しかし新ステーションの管理者が怪我をして充分な就業ができなかった他、管理者の求心力が發揮されなかつたことが主な原因となってスタッフの増員（確保）ができなかつた。
- ・ ステーションを2箇所運営していたが、1箇所の所長（管理者）がケガで休職した為、所長を立てる事が出来なくなつた。
- ・ 開業直前に管理責任者の健康が悪化し、当分、休業したが、結局現場復帰ならず、そのまま廃止とした。
- ・ 採算の問題もあり、必要最低限の人員で運営していたが人員確保の問題が常にについてまわつた。最終的には管理者が業務量に耐え切れず退職の道を選び補充も追いつかず、人員現準の欠如により休止
- ・ 管理者が休職した。その後管理者となる適確な職員がいなかつた。
- ・

○従事者の退職等

- ・ 当初2.5人の正看護師を確保していたが、利用者がだいに減少し、又、腰痛その他で退職者があり、続いての従事者を確保する事が困難となり、休止した。
- ・ 開設当初から利用者が少なく、また職員の中に訪問看護の経験者がおらず、今後仕事を続けて行く自信がないとの理由により、全員が退職してしまつた。
- ・ ケアマネとの兼務で看護師2.5人であったが退職者が出了ためパートを採用。利用者が少なく採算が合わなかつた。専従の従業員の退職に伴い廃止となつた。
- ・ 職員退職により、従事者の確保が困難となり、休止に至る。
- ・ 従事者の産休、退職が重なり、従事者の確保ができなかつたため。
- ・ 常勤の確保ができなくなつた。
- ・ 当看護ステーションは、山間部にあるへき地に開設したため、「遠方であるため、通勤が困難である。」との理由で人員が集まらない。訪問看護のニーズは充分にあるのだが、やむなく休止とした。

○従事者の資質

- ・ 訪問看護の出来る従業員の確保が困難。
- ・ 業務の内容が専門的で、管理する側にその知識が乏しく、そのために人員を採用するほどの余裕がなかつたため。利用者数も伸びなやんでいた。
- ・ 在宅看護の責任にたえられない。無責任なナースが多すぎる。
- ・ 担当看護師の経営的意識が希薄で、利用者確保等についても無関心であった。
- ・ 日勤を希望して訪問看護に応募てくる人が多く、家庭の都合や妊娠等での休欠勤多く、休日応対にも対応できず開設の意義が薄かつた。

○従事者の兼務

- ・ 従事者と顧客数のバランスがとれず提供が依頼に合わない状況が続き、兼務しているケアマネージャー兼務に支障をきたすおそれがあつた。
- ・ 平成12年に居宅介護支援事業所を併設、職員を兼務としたため、業務量等の問題で、資格者

の確保が困難になった。

【経営面】

- ・ 日曜・祝日も営業可能にするため従事者の数を一定数、確保する必要があり 2 つのステーションを 1 つに統合した。
- ・ 急性期医療のみを経営方針にした為。運転資金がかかるわりに採算が合わない。
- ・ 経営上採算がとれなくなってしまい、人件費を捻出するのが困難になった。
- ・ 小規模での運営が限界であった。スタッフの負担が大きすぎる。
- ・ 売上げに関係なく従事者を確保するシステムそのものに無理を感じた。
- ・ 地域への必要性を考えて開設したが、他事業所（診療所）からの依頼がほとんど無く必要性が感じられない。
- ・ 地域の医療機関（主に医院）からの指示も全くなく当医院からの指示すら零に近い状態であり、大幅な赤字累積となり経営継続は困難と判断せざるを得なかった。
- ・ 採算がとれない。
- ・ 徐々に利用者が増加したが、法人の経営上閉鎖となった。

【統合等】

- ・ 地域の受け入れが良くなく、近くにあるステーションと統合となった。
- ・ 当該町内での利用者数がのびず、隣接の中核市に利用者のほとんどが分布していたので、閉鎖し、隣接市の訪問ステーションに統合した。
- ・ 同一地域内に新設の為、効率面で統合した。
- ・ 利用者の減少により経営が悪化したため、経営の合理化をはかり、良質な訪問看護サービスの提供を続けるため 2 ヶ所のステーションを 1 ヶ所に統合した。
- ・ 地元の起業者と共同で訪問看護事業を行うため、一旦廃止した。
- ・ 同地域での訪問看護ステーションの開設が増え、今後の需要の拡大が望めないとの判断で休止。他のステーションと合併にて利用者への負担はなかった。

【その他】

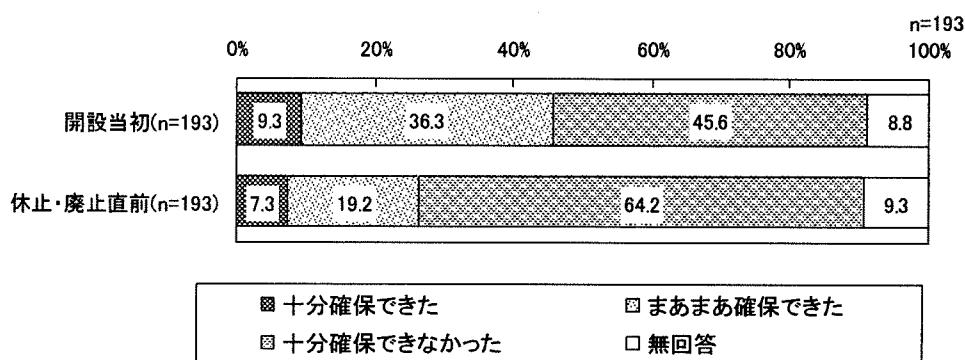
- ・ 地域の特色として高齢化 30 % の老人介護者が多く、在宅での 24 時間介護が困難な事例が増えたため。
- ・ ケアマネとの兼務のため職員に負担がかかり、管理者一人に夜間休日などの呼び出しがあったり休みがとりづらかったりと問題は多かったが、利用者には喜ばれる対応をしていた。介護で多少ヘルパーに仕事が多く流れた事もあったが、経営者が廃止を決めたので私たちには原因がはつきりしていない。
- ・ 開設準備中に準備責任者が退職した為、開設までいたらず。

(6) 開設当初と休止・廃止直前の比較

①利用者数

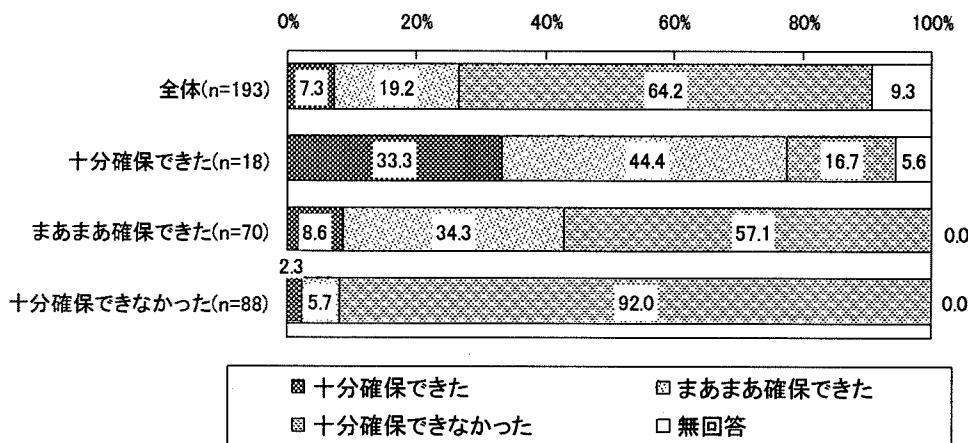
利用者数について、開設当初と休止・廃止直前の様子をみると、開設当初は「十分確保できた」「まあまあ確保できた」をあわせて45.6%を占めるが、休止・廃止直前には26.5%に減少している。

図表 30 利用者数



開設当初の状況と休止・廃止直前の状況を比較すると、開設当初は「十分確保できた」ところは、休止・廃止直前も「十分確保できた」「まあまあ確保できた」などが多く、開設当初の傾向が残っている。

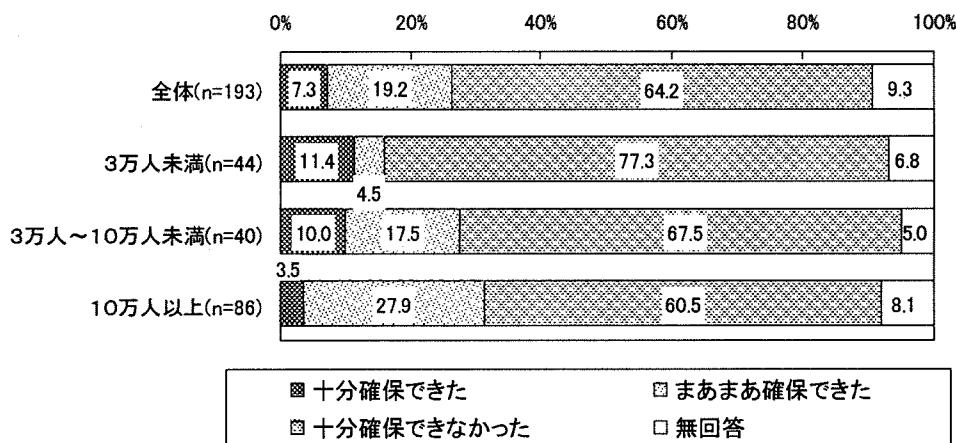
図表 31 利用者数；開設当初と休止・廃止直前の比較



※表側；開設当初の状況、表頭；休止・廃止直前の状況

訪問看護ステーションの所在した市区町村の人口規模別に、休止・廃止直前の利用者数確保の状況をみると、人口規模が3万人未満と小さい地域では「十分確保できなかった」という回答が77.3%と多い傾向がみられ、人口規模が小さい地域の方が利用者確保が困難な状況が示唆された。

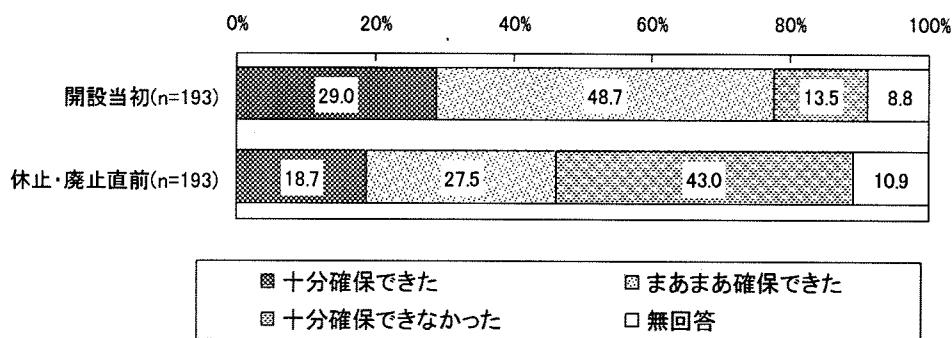
図表 32 休止・廃止直前の利用者数；市区町村人口規模別



②従事者数

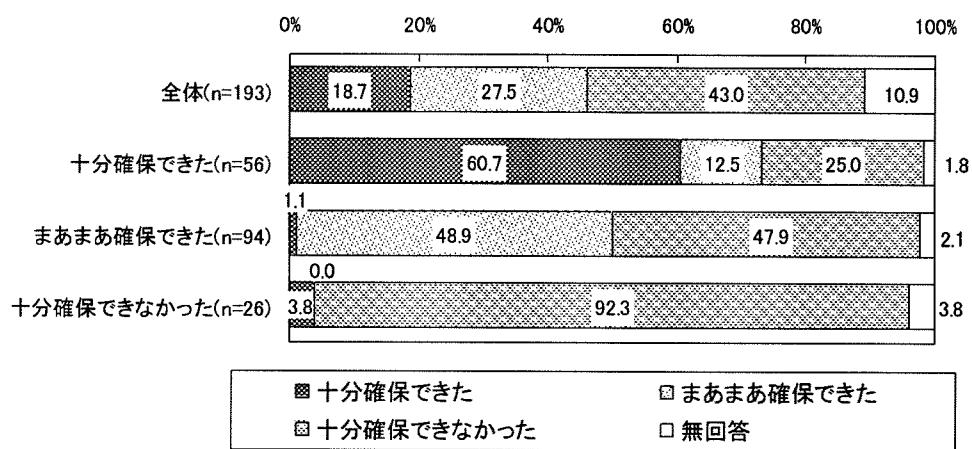
従事者数について、開設当初と休止・廃止直前の様子をみると、開設当初は「十分確保できた」「まあまあ確保できた」をあわせて77.7%を占めるが、休止・廃止直前には46.2%に減少している。

図表 33 従事者数



開設当初の状況と休止・廃止直前の状況を比較すると、開設当初は「十分確保できた」ところは、休止・廃止直前も「十分確保できた」が多く、開設当初の傾向が残っている。

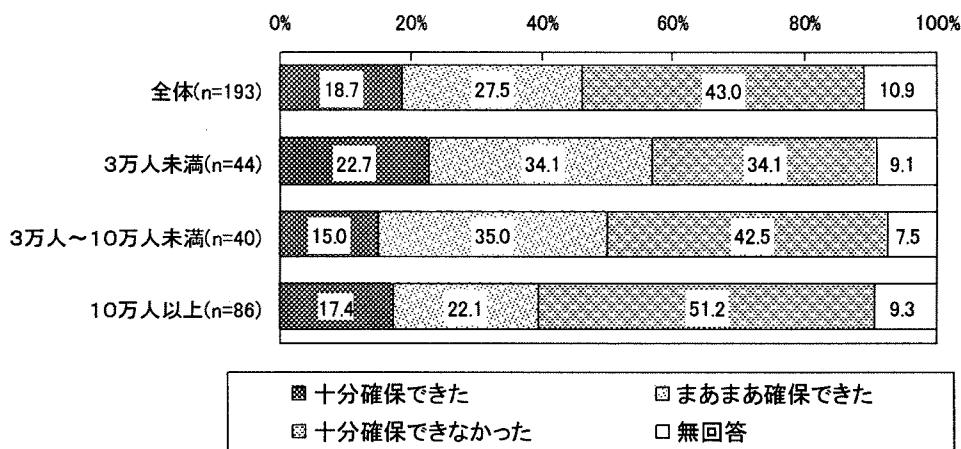
図表 34 従事者数；開設当初と休止・廃止直前の比較



※表側；開設当初の状況、表頭；休止・廃止直前の状況

訪問看護ステーションの所在した市区町村の人口規模別に、休止・廃止直前の従事者数確保の状況をみると、人口規模が10万人以上と大きい地域では「十分確保できなかった」という回答が51.2%と多い傾向がみられ、人口規模が大きい地域の方が従事者確保が困難な状況が示唆された。

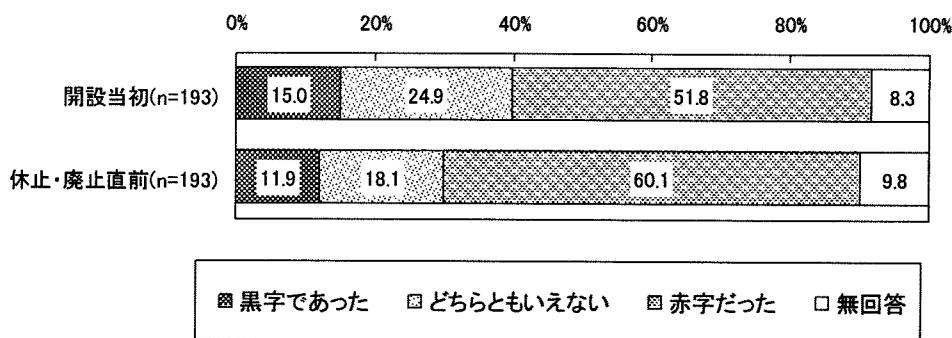
図表 35 休止・廃止直前の利用者数；市区町村人口規模別



③経営状況

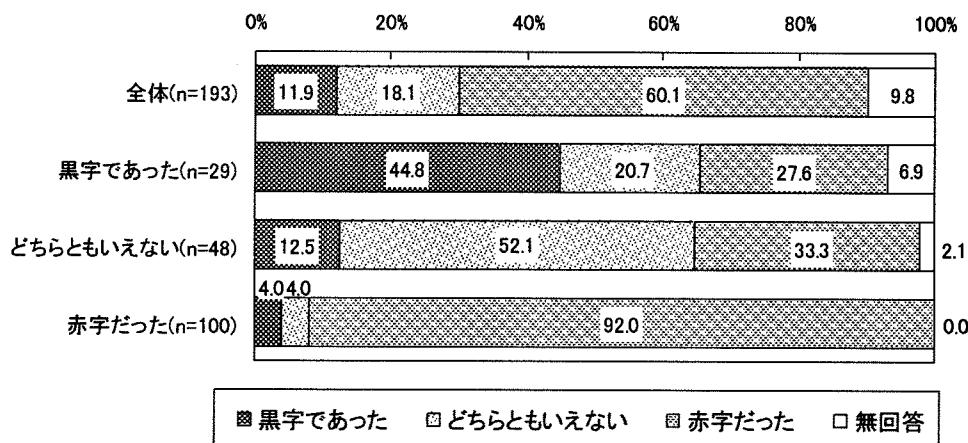
経営状況については、開設当初から「赤字だった」51.8%が半数を占めるが、休止・廃止直前は60.1%が赤字と回答している。

図表 36 経営状況



開設当初の状況と休止・廃止直前の状況を比較すると、開設当初は「黒字」のところは、休止・廃止直前も「黒字」が多く、開設当初の傾向が残っている。

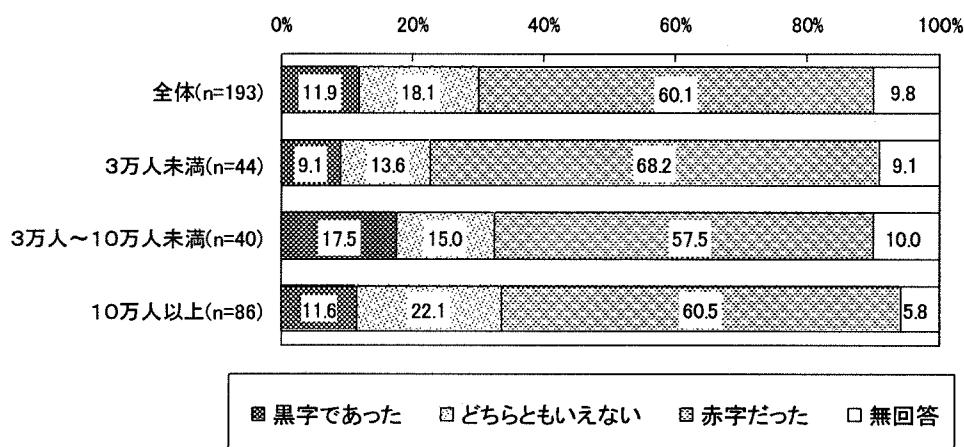
図表 37 経営状況；開設当初と休止・廃止直前の比較



※表側；開設当初の状況、表頭；休止・廃止直前の状況

訪問看護ステーションの所在した市区町村の人口規模別に、休止・廃止直前の経営状況をみると、人口規模が3万人未満と小さい地域では「赤字だった」という回答が68.2%と多い傾向がみられ、人口規模が小さい地域の方が経営状況が悪い状況が示唆された。これは、人口規模が小さい地域の方が利用者確保が困難な傾向にあり、経営状況にも悪影響を与えていていると考えられる。

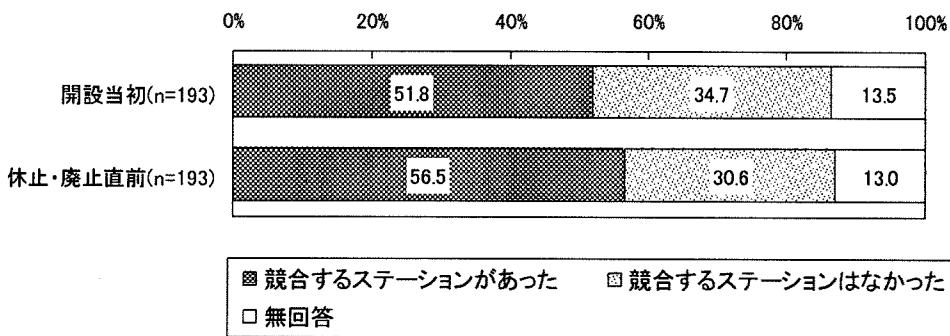
図表 38 休止・廃止直前の経営状況；市区町村人口規模別



④競合状況

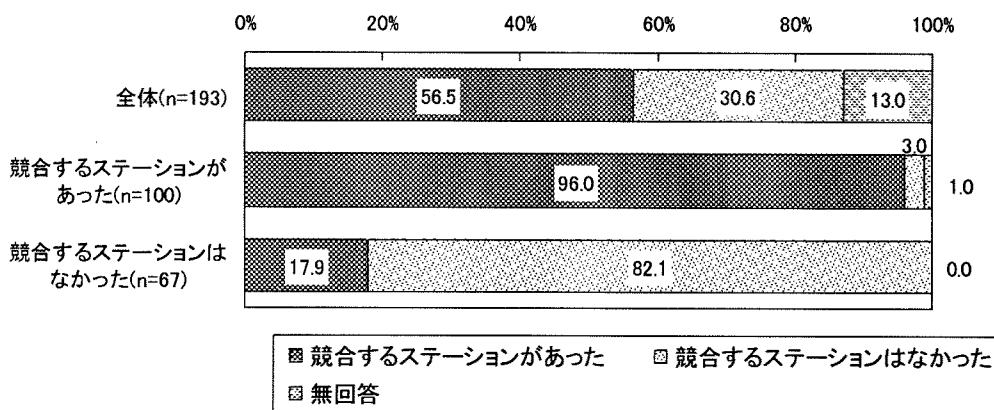
周辺の訪問看護ステーションとの競合状況をみると、開設当初から「競合する（訪問看護）ステーションがあった」が51.8%と半数を占め、休止・廃止直前には56.5%となっている。

図表 39 競合状況



開設当初の状況と休止・廃止直前の状況を比較すると、開設当初は「競合する（訪問看護）ステーションはなかった」ところでも、競合するステーションがある割合が増加している。

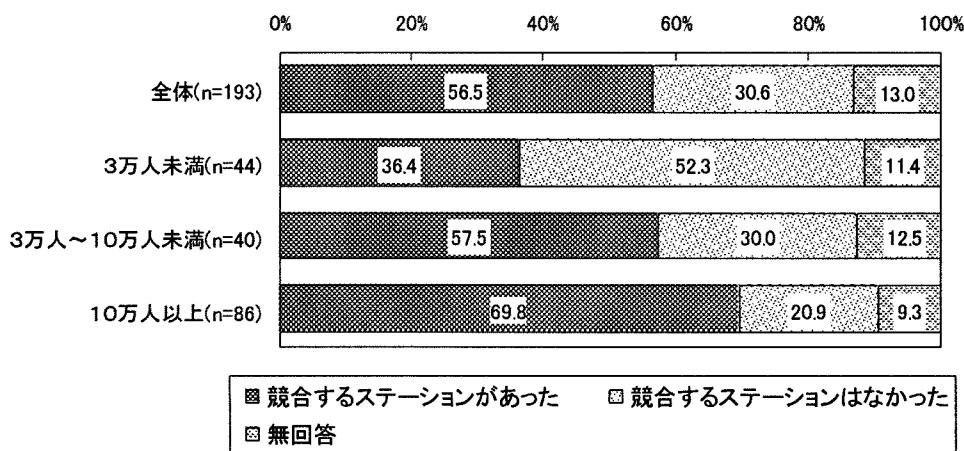
図表 40 競合状況；開設当初と休止・廃止直前の比較



※表側；開設当初の状況、表頭；休止・廃止直前の状況

訪問看護ステーションの所在した市区町村の人口規模別に、休止・廃止直前の競合状況をみると、人口規模が10万人以上と大きい地域では「競合するステーションがあった」という回答が69.8%と多い傾向がみられ、人口規模が大きい地域の方が周辺の訪問看護ステーションと競合している状況にある。

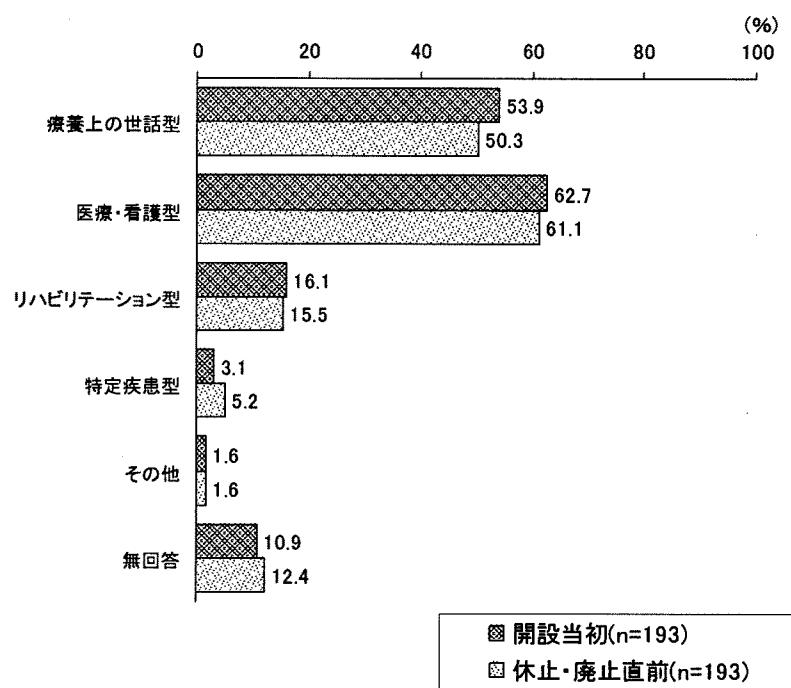
図表 41 休止・廃止直前の競合状況：市区町村人口規模別



⑤中心的なサービス

提供している中心的なサービスについては、あまり変化がなく、開設当初、休止・廃止直前とともに、「医療・看護型」が約6割を占める。

図表 42 サービス内容（主なもの2つまで回答）



※療養上の世話型；療養上の世話を中心に実施

医療・看護型；医療ニーズの高い利用者への看護を中心とした実施

リハビリテーション型；リハビリテーションを中心とした実施

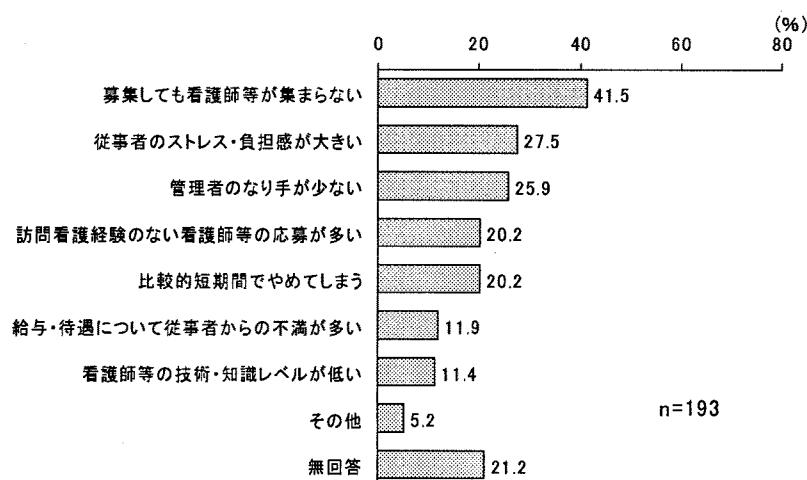
特定疾患型；難病、精神、小児、ターミナル等を中心とした実施

(7) 職員確保について

①職員に関する困難点

職員に関する困難点をみると、「募集しても看護師等が集まらない」が41.5%と最も高く、次いで「従事者のストレス・負担感が大きい」27.5%が高い。

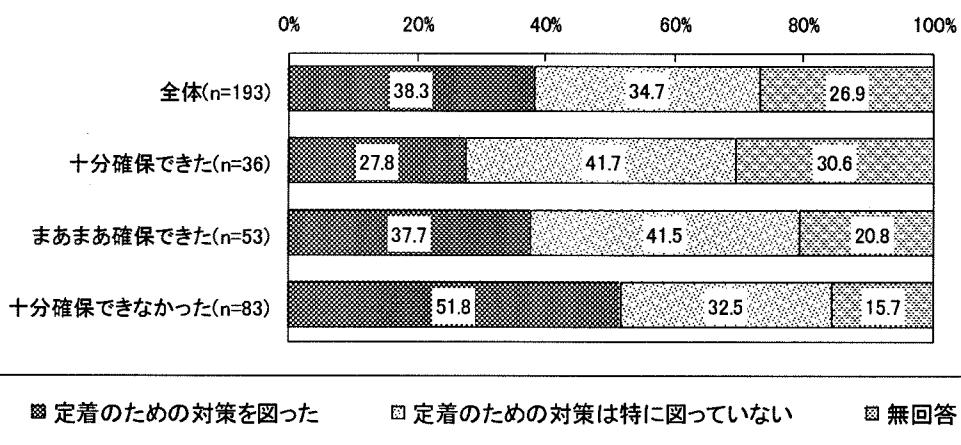
図表 43 職員に関する困難点（複数回答）



②職員の定着対策

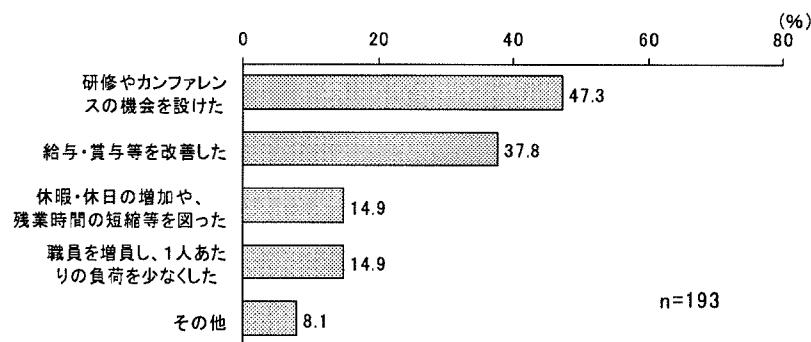
職員の定着対策を講じたかどうかについては、「定着のための対策を図った」が38.3%、「定着のための対策は特に図っていない」が34.7%と同程度となっている。

図表 44 職員の定着対策



職員定着のための対策としては、「研修やカンファレンスの機会を設けた」47.3%、「給与・賞与等を改善した」37.8%となっている。

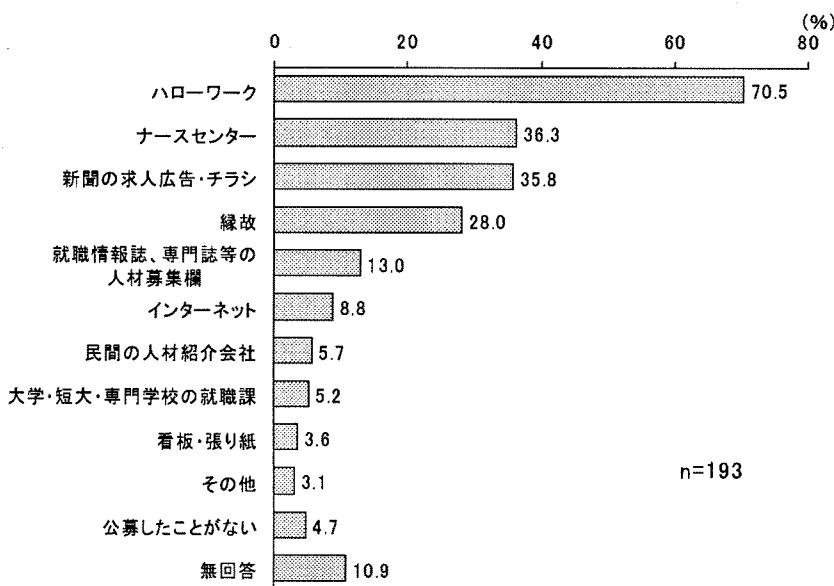
図表 45 職員定着のために図った対策【職員の定着対策を図った場合のみ】



③職員の公募方法

職員の公募方法としては、「ハローワーク」が70.5%と最も多く、次いで「ナースセンター」36.3%、「新聞の求人広告・チラシ」35.8%、「縁故」28.0%となっている。

図表 46 職員の公募方法（複数回答）



図表 47 職員確保について（自由回答）

【職員の負担感・意識等】

- ・ 絶対的に仕事量が不足しているため、「やりがい」が得られず、技術の向上、質の向上がなかなか得られず個別の負担感が大きいまま継続した。
- ・ 十分な利用者が確保できず、職員にとって仕事がない状態が生じモチベーションが維持できなかつた。
- ・ 主に居宅介護支援・訪問看護・福祉用具貸与が経営の中心であった為、訪問看護は兼務従事者で始めていた。その為、負担が多く、改善策がなかなか見出せない状況となっていた。
- ・ 独立事業所では看護師にかかる負担がみなし事業所よりはるかに大きく、求人に応募してくる看護師もみなしへの要望が強い。確保できても、みなしの看護師と比較し不満を持って早期に退職するケースが相次いだ。
- ・ 訪問看護をやりたいという希望の方は少ない。母体の組織からのローテーションであったため発展が難しかつた。
- ・ 経営という事（営業）がプレッシャーで管理者のなり手がない。正・準看の区別があり難しい点がある。
- ・ 管理者が重圧を感じてしまい戦意をなくした。
- ・ 従事者のストレス、負担が大きく、訪問看護師は簡単な職務であると考えている人がいる。
- ・ 仕事量に対しての人員が多すぎたり、少なすぎたりした。

【職員の待遇】

- ・ 給与・待遇面での運営上、経費の問題。
- ・ 給与・待遇の点で経営母体との話し合いが充分出来ず、又、母体との人事交流勤務異動がされなかつた。
- ・ 職員は休みや給与、研修など不満が多く負荷も多かつた。経営者側に話を聞いて欲しかつた。
- ・ 収入が安定していないので断られる。
- ・ 訪問看護ステーションが法人関連施設からはなれていた為、労務管理が充分ゆきとどかない。
- ・ 職員の要望事項を充分汲み上げることが出来ず、意志の疎通が図られなかつた。
- ・ 老健自体の従事者確保も極めて困難な状況であり、かつ訪問看護を希望する応募者の自覚、認識不足による安易な条件の指示。

【職員の資質・訪問看護経験】

- ・ 法人設立も間もなく、十分な管理・指導教育を行えなかつた。経験豊かな人材が少なかつた。
- ・ 1人で訪問看護にいかねばならず自信がない。学習、研修が必要である。
- ・ 診療所の看護士は応募が多いが、訪問看護はしたくないと言われる。パートの方が多く研修やカンファレンスを嫌がる。
- ・ 訪問事業だけに、モラル・専門技術・管理能力の三拍子が要求されるがなかなかそれだけの人材を確保する事が難しい。
- ・ レベルの高い看護師を揃えることは困難。
- ・ 訪問看護に対する期待が介護保険等入後、高くなってきたが、その要求に看護師がこたえられない。
- ・ 訪問看護の経験者が集まらない。
- ・ 医療・看護型の為、手技に問題があり採用に至らないケースが多かつた。
- ・ 日勤を希望するので訪問看護に従事する意識が強い。家庭の都合や妊娠等での休欠勤多く、休日応対にも対応できず開設の意義がうすい
- ・ 職員募集しても看護師が集まらず、又、訪問看護未経験者の採用となり、短期間で辞めてしまうため定着しない。

【人材募集】

- ・ 事業採算上重要となる非常勤スタッフの確保がほとんどできていない。
- ・ 募集をしたが看護師が集まらないためやむ終えなく廃止した。
- ・ 看護師の数が少なく給与も高い。
- ・ 訪問看護に携わる看護師が集まらなかつた。
- ・ 移動のため運転免許を持っている方のみ採用という点（公共交通機関が不便なため）。
- ・ 山間地のため募集しても集まらない。負担感が大きい。

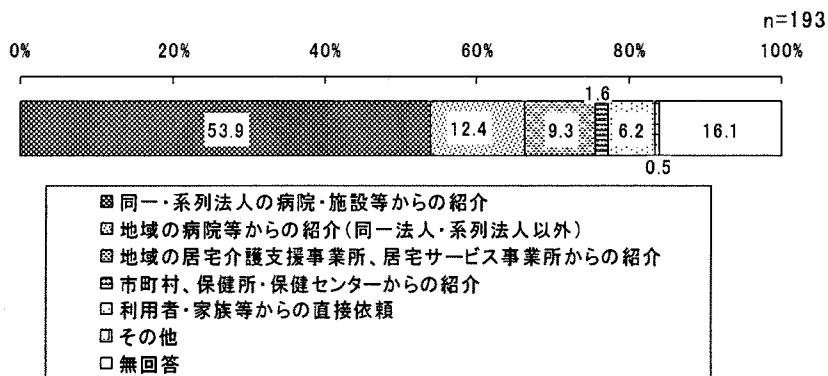
- ・ 山間部にあるへき地に開設したため、「遠方であるため、通勤が困難である。」との理由で人員が集まらない。訪問看護のニーズは充分にあるのだが、やむなく休止とした。
- ・ 訪問看護の職員は臨床経験、数年以上の者が妥当であり、丁度採用後出産を迎える事が多い。その為、育休や退職となり職員が不足する。

(8) 利用者について

①利用者の紹介元

利用者の紹介元としては、「同一・系列法人の病院・施設等からの紹介」が 53.9%と最も多く、次いで「地域の病院等からの紹介（同一・系列法人以外）」が 12.4%となっている。

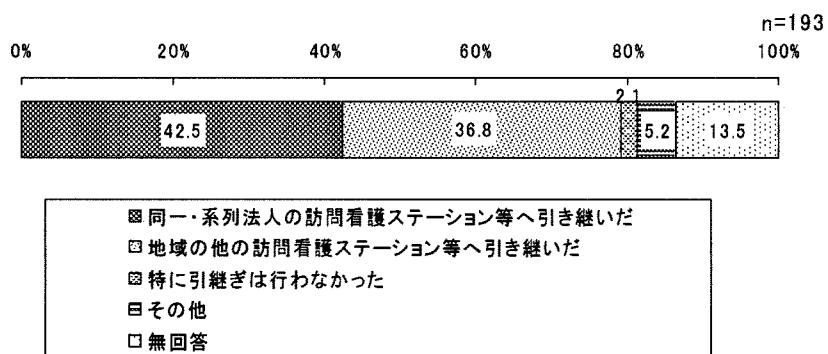
図表 48 利用者の紹介元（最も多いもの 1 つを選択して回答）



②休止・廃止時の利用者の引継ぎ・紹介

休止・廃止時の利用者の引継ぎ・紹介については、「同一・系列法人の訪問看護ステーションへ引き継いだ」が 42.5%、「地域の他の訪問看護ステーション等へ引き継いだ」 36.8%となっている。「特に引継ぎは行わなかった」というところは 4 か所 (2.1%) であった。

図表 49 休止・廃止時の利用者の引継ぎ・紹介



図表 50 利用者確保について（自由回答）

【介護保険の他のサービスへ】

- ・ 質やサービスの維持に努めていたが、保険サービスのケアプランにおいて、通所系～施設サービスへの選択の幅が広がった。
- ・ 通院している病院の介護施設からの看護サービスが、利用者をすべておさえていた。
- ・ ショートステイ利用日数が年々多くなることにより、訪問件数が減っていった。
- ・ ケアマネジャーに訪問看護は利用料が高いなど、訪問看護を必要としていても敬遠されていた。
- ・ 介護保険導入により、訪問看護の利用者負担が増え、利用者数が減った。
- ・ 介護保険により一部負担による利用控えが増えた。
- ・ 新規利用該当者は、訪問看護ステーションの利点は理解しても、利用料の安い病院の訪問看護や訪問介護を利用することとなった。
- ・ 介護保険導入後、訪問介護を望む声は大きかったが、訪問看護の需要は少なかった。
- ・ 利用者の施設入所により利用者数が減少していった。
- ・ 利用者の家族が在宅に対しての理解がなく、利用者を入院や特養などに入れたがる傾向があつた。

【競合】

- ・ 競合するステーションがあったため、利用者の確保が困難。
- ・ 競合状態が厳しかった。
- ・ 同系列のステーションが他に2ヶ所あり、区域的に同系列からの紹介が少なかった。
- ・ 医療機関の併設事業に大部分の利用者が行く為、利用者の確保が困難。
- ・ 開業医は医師会の訪問看護ステーションを利用されるので利用者が増えない。
- ・ 地域の他の病院がほとんどそれぞれ医療機関、訪問看護ステーションを持っており、他の病院からの紹介が望めなかつた。

【認知度不足】

- ・ 病院付属でないことと知名度がないことで利用者が確保できない。
- ・ 利用者・開業医双方への訪問看護制度・介護保険制度に対する説明不足（理解不足）
- ・ 訪問看護を理解してもらうのに時間がかかつた。
- ・ PRが出来ないので利用者の確保が困難であった。

【他機関との連携】

- ・ 新規参入だったため、他事業所からの紹介がほとんどなかつた。
- ・ 同法人だけの紹介であり、他事業所からの紹介が無かつた。
- ・ 病院からの紹介が少ない。利用者が少ない。
- ・ 病院からの紹介が少なく、利用者からの直接の依頼に頼り、利用者確保が困難である。
- ・ 同一法人の診療所からの紹介がほとんどで新しい利用者が増えなかつた。
- ・ 同一法人以外の病院・居宅等からの紹介がわずかであった。利用者数の伸び悩みがあつた。
- ・ 他の病院、居宅介護支援事業所からの紹介が少なかつた。
- ・ 系列法人以外からの利用者確保が難しい。
- ・ 開業医からの紹介、依頼はほとんど無かつた。
- ・ 開業医が訪問看護指示書を書いてくれない。
- ・ 系列を問わず幅広く利用者を集めようと努力したが、なかなか難しく、どうしても同一法人からの紹介に頼らざるを得なかつた。
- ・ 社会福祉法人であり医療関係に不慣れで、地域医師会との協力関係を築くことが出来ず利用者を拡大することが出来なかつた。
- ・ 利用者の紹介の多くを関連病院に依存していたが、当該病院が遠く、通院時の問題があり利用者確保困難であった。

【その他】

- ・ 当法人は中山間地域に位置しており、在宅での医療・看護型の利用者を家族が在宅で介護し訪問看護を利用するケースが増えず、施設利用傾向が強かつた。
- ・ 人数はそれなりにいたのだが、「30分未満」ばかりという問題が多かつた。
- ・ 5km以内に同一法人のステーションが有り、利用者の確保が困難であった。

- ・ 地域性により社会資源を利用しない家庭が多く、状態が悪化して利用となり訪問し、入院するケースが多い。
- ・ 夜間の急変対応に危惧した。
- ・ 医師会等働きかけが必要な方のリストアップをしたり利用者確保をはかったが、往診される医師も少なくなっている。医療依存の強いケースで夜間等バックアップ対応が困難。
- ・ 廃止当時は、利用者に対しての訪問を（自宅に入られるのが）いやがるケースが多かった。
- ・ 依頼されるのを待つしかなく、積極的な行動ができない。

(9) 訪問看護に関する制度への要望等

訪問看護関連制度への要望等について記述してもらったところ、人員基準（2.5人）の見直しや利用者・他の事業者等への訪問看護の理解促進、訪問看護師の資質の向上、主治医との関係、介護報酬等に関する意見が得られた。

図表 51 制度への要望等（自由回答）

【人員基準】

- ・ 設立時の人員基準の見直し（0.T, PT の配置についても）。
- ・ ステーションの定員を利用者数に合わせて1.5人位でも許可してほしい（立ち上げ時、利用者が減少した時等。）
- ・ 職員2.5人ではなく、利用者に応じて人数の調整が出来る様に。
- ・ 常勤2.5人の縛りをなくしてほしい。人口の少ない地方部と都市部が同じ基準では運営が苦しい。
- ・ 2.5人の必置を当初から決められるときつい。PT・OTも2.5人に加えるべきである。
- ・ 最適確保職員数を下げてもらえば可能。
- ・ ステーションは標準数ぎりぎりの人員で運営されており、余分な人員は経営的にも抱えることが出来ない。そんな中で、1人が辞め、これにつられて他の職員が辞めることになれば、行政の指導も厳しく、休止せざるを得ない。

【利用者・他の事業者等へのPR】

- ・ 在宅の方に訪問看護について知っていただく。
- ・ 利用者への説明・納得を公的に行う。現在の介護保険制度について国民に納得・理解していただくまだまだ介護保険制度が理解されていない。
- ・ 介護保険の導入により、訪問看護の位置づけが不明確であり、利用者にとっては訪問介護と同じように考えられている。
- ・ ケアプランで適正な医療が確保されているチェックが必要。ヘルパーと看護の境不明のままヘルパーの方が安いというプランになるのでは。
- ・ ホームヘルパー事業者への医療ケアの必要性の教育。

【従事者の資質の向上】

- ・ 優秀な看護師等が不足気味。有資格者の人件費コストも高く、今後のステーション運営に不安がある。
- ・ 利用者のニーズにこたえるだけの能力、実力、努力、情熱全てに欠けている。
- ・ 訪問看護の知識を習得する機会を多く作って欲しい。また、経営者にその学習を受けさせることを義務付けて欲しい。そうしないと全体のレベルが向上しない。
- ・ 看護師の知識や技術の向上など。
- ・ 訪問看護師の広報と養成。

【主治医との関係】

- ・ 主治医の指示書なしでも訪問できるようにする。
- ・ 医師の理解、協力が不可欠である。
- ・ 需要是多いと思うが現在の制度内では医師の指示が絶対である。訪問看護ステーション主体の活動がもっと拡大されれば地域での在宅ケアが増え、介護保険の骨子である「在宅での生活」支援が充実するのでは。

【資金援助・報酬等】

- ・ 設立1年位の資金繰り援助。
- ・ 設備、備品等重複にて維持費が多くなる
- ・ 基本的に、病院等に併設でなければ、設備、人員等のコストがかかりすぎ、給付される金銭の割には責任が重い。
- ・ 利用者の増減もはげしく、単体で採算の取れる事業とは思えない。
- ・ 介護報酬の見直し。

- ・健全な経営ができるような報酬体制を望む。
- ・介護報酬単価の引き下げ

【その他】

- ・夜間対応ができるところが増えるとよい。
- ・訪問看護は介護保険から除外し医療保険で賄った方が運営して行ける。
- ・訪問看護を介護保険での利用ではなく、医療保険として制度化して欲しい。
- ・訪問看護は、介護保険ではなく医療保険で対応できないか。

(10) 休止・廃止をした訪問看護ステーションへのヒアリング調査結果

本調査の回答にご協力いただいた訪問看護ステーションの中から、「ヒアリング協力可」と回答のあった 21 施設のうち 2 施設を対象にヒアリング調査を行った。ヒアリング調査では、休止・廃止に至った理由を主に聞き取り、分析内容を深めるために活用した。

2 施設の主なヒアリング結果を以下にまとめる。

【訪問看護ステーション A】

1) 施設概要

- ・医療法人社団（東京都内）
- ・診療所、訪問看護ステーション（2ヶ所）、通所介護を実施。
- ・平成 12 年に上記 2ヶ所のうち 1ヶ所の訪問看護ステーションを廃止（平成 9 年に開設）

2) 訪問看護ステーション廃止への経緯

①介護保険導入による変化

- ・平成 12 年の介護保険導入以降、「入浴」がホームヘルパーの仕事になり、訪問看護需要が少なくなった（以前は行政の指導により、「入浴」には看護師が対応していた）
- ・利用者がホームヘルプに流れ、訪問看護の対象者として医療機器装着者等が残った。

②従事者不足

- ・在宅看護の責任に耐えられる看護師が少ない。
- ・療養上のケア全般や相談に応じられる資質のある看護師が少ない（点滴・注射等は得意）。
- ・また、在宅ケアの場面では利用者からのクレームがきたり、看護師自身が判断しなければならないことも多く、病院に比べて看護師の責任が重いため、やめてしまう看護師が多い。
- ・上記のような理由で、人員基準 2.5 人を満たすことができなくなり、廃止に至った。

3) 訪問看護ステーションの抱える課題

①訪問看護師の質の問題

- ・訪問看護に応募てくる看護師の質・技術のレベルが低い。
- ・在宅では、注射・点滴等の処置だけでなく、療養上の世話や本人・家族への療養相談に対応できる能力が必要だが、その資質のある看護師が少ない。
- ・「夜勤がない」という理由で応募てくるが、実際にはターミナルケースや 24 時間対応もある。

②訪問看護ステーション管理者の問題

- ・経営・運営管理ができる看護師の管理者が少なく、母体法人がやらざるを得ない。

③訪問看護の質の評価の必要性

- ・看護師の免許更新性、訪問看護ステーションの質の評価等、外部の評価が入ることが必要。

【廃止に至ったポイント】

- ・病院の看護と訪問看護の違いを十分に認識しないまま訪問看護に就業する看護師が多く、現実とのギャップ（責任大、負担感大、夜間等も対応あり）に退職してしまう→従事者不足
- ・看護の専門性を生かした在宅ケアを提供する能力が不足している→利用者ニーズの減少

【訪問看護ステーションB】

1) 施設概要

- ・医療法人（神奈川県内）
- ・診療所（在宅医療専門医あり）、訪問看護ステーション（1ヶ所）、居宅介護支援事業所、訪問介護、通所介護を実施。
- ・平成15年に訪問看護ステーションを休止し、診療所の「みなし」の訪問看護へ移行（平成16年に訪問看護ステーションとして再開予定）

2) 訪問看護ステーション廃止への経緯

①利用者不足

- ・在宅医療専門の診療所を持ち、複数の在宅サービスを併設しており、訪問看護はその1つとして開始。
- ・地域の主治医・居宅介護支援事業所からの利用者の紹介は少なく、訪問看護のPRが必要。
- ・しかし、訪問看護ステーションの利用者数が伸び悩み、赤字続きであった。系列を問わず幅広く利用者を集めようと努力したが難しく、同一法人からの紹介に頼らざるを得なかった。

②従事者不足

- ・採算の問題もあり、必要最低限の人員で運営していたが、人員確保は困難。
- ・最終的には管理者が業務量に耐え切れず退職の道を選び、管理者の補充ができず、人員現準の欠如により休止。
- ・訪問看護ステーションでは、看護師にかかる負担が「みなし」の訪問看護より大きく、応募してくる看護師も「みなし」への要望が強い。確保できても、「みなし」の看護師と比較し不満を持って早期に退職するケースが相次いだ。

3) 訪問看護ステーションの抱える課題

①訪問看護ステーション管理者の問題

- ・管理者のなり手がない（責任が重く、業務量・負担感ともに大）。
- ・看護師はサービス提供責任者の位置づけにして、管理者は看護師以外でも認めた方がよい。

②訪問看護ステーションと「みなし」の訪問看護の整理が必要

- ・訪問看護ステーションでは、地域の主治医からの指示書が中心となるため、緊急時等に主治医と連絡をとるのが比較的困難。「みなし」の訪問看護では、24時間母体法人の在宅専門医がバックアップし、事務側も24時間対応体制をとり夜間でも連絡可能なため、訪問看護師にとって非常に安心感が強い。
- ・訪問看護ステーション休止時には、利用者、職員とも同一法人のみなしに引き継いだ為、特に問題は発生しなかったが、利用者から利用料が下がることへの質問が多数寄せられた。

【廃止に至ったポイント】

- ・訪問看護ステーションの業務は、みなしの訪問看護と比べると負担感が強く、みなしの訪問看護を希望する看護師が多い→従事者不足
- ・地域の主治医・居宅介護支援事業所から利用者の紹介が少ない→利用者が増加しない

第3章「訪問看護ステーションの管理・運営に関する実態調査」結果分析

1. 調査の目的

①事業所調査

全国の訪問看護ステーション数が約5,000か所で頭打ちとなっている現状を踏まえ、訪問看護サービスを安定的に提供するシステムについて検討するため、全国の訪問看護ステーションにおける管理・運営の実態（管理者業務の実態）を把握し、るべき管理・運営業務とのギャップを明確化することを目的として実施した。

②利用者調査

訪問時間区分別（30分未満／30-60分／60-90分）のサービス提供内容や提供時間の差などを把握し、時間区分別にどのようなケアを提供しているかなどの、サービス提供実態を把握し、現行の時間区分別報酬設定以外の報酬体系を新たに考案することを目的とした。

2. 調査対象及び方法

①事業所調査

各訪問看護ステーションに「事業所調査票」を1部ずつ配布し、記入してもらった。

②利用者調査

介護保険法の利用者の中から、次回の訪問予定が看護師等による「30分未満」「60分未満」「90分未満」の中から調査票に予め印刷された誕生日の日付（「1日」など）に該当する人を選んでもらい、利用者宅への訪問時に実施した行為内容及びその時間を記入してもらった。記入にあたっては、特に記載がない限り平成15年12月1日現在の状況または平成15年11月1ヶ月間の状況とした。

3. 調査期間

調査は平成15年12月に実施した。記入にあたっては、特に記載がない限り平成15年12月1日現在の状況または平成15年11月1ヶ月間の状況とした。

4. 回収結果

図表 52 管理・運営調査の回収率

配布数	2,000か所
有効回収数	547か所（利用者票1,494人分）
有効回収率	27.4%

5. 調査結果

5-1. 事業所調査結果

(1) 事業所の概要

①開設主体別事業所数

事業所票の有効回収数は547か所であり、開設主体別にみると、「医療法人」42.4%、「社団・財団法人」31.4%、「社会福祉法人」8.4%となっており、平成14年10月「介護サービス施設・事業所調査」結果に比べると、「医療法人」が少なく、「社団・財団法人」が多い傾向がみられる。

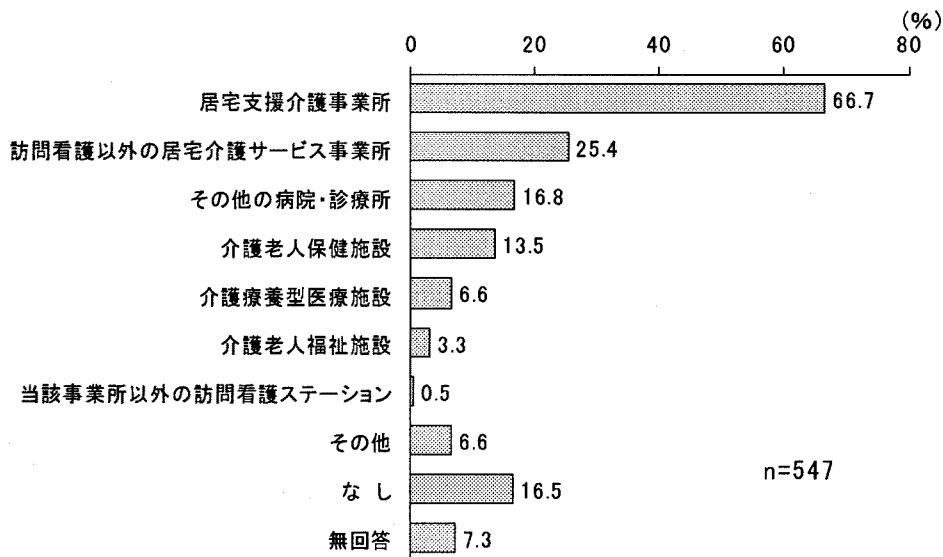
図表 53 開設主体別事業所数

	調査数	地方公共団体	医療法人	社団・財団	む 社会福祉法人（社協含）	農協・生協	営利法人	その他	無回答
本調査	547	29	232	172	46	22	27	16	3
	100.0	5.3	42.4	31.4	8.4	4.0	4.9	2.9	0.5
介護サービス施設・事業所調査（H14.10）	100.0	4.9	50.7	16.8	10.1	5.1	9.2	3.3	0.0

②併設施設

訪問看護ステーションに併設している施設をみると、多い順に「居宅介護支援事業所」66.7%、「訪問看護以外の居宅サービス事業所」25.4%、「その他の病院・診療所」16.8%、「介護老人保健施設」13.5%となっている。なお、併設施設「なし」は16.5%であった。

図表 54 訪問看護ステーションに併設している施設（複数回答）



訪問看護ステーションに併設している施設の種類から、併設パターンをみると、「居宅サービス併設」が49.0%と半数を占め、次に「施設・居宅サービス併設型」が23.0%となっている。

図表 55 訪問看護ステーションに併設している施設パターン

調査数	施設サービス併設	居宅サービス併設	施設型設・居宅サービス併	その他	併設なし	無回答
547	22	268	126	1	90	40
100.0	4.0	49.0	23.0	0.2	16.5	7.3

※併設施設パターンは以下のように作成。

- ①介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、他の病院・診療所
- ②居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、他の居宅介護サービス事業所

「施設サービス併設」；①のいずれかを併設 ②は併設していない
 「居宅サービス併設」；①は併設していない ②のいずれかを併設
 「施設・居宅サービス併設」；①も②も併設
 「その他」；上記以外

③実利用者数

1事業所あたりの平均利用者数（介護保険、医療保険、その他自由契約等の合計）は、「60～79人」が25.0%と最も多く、平均61.3人となっている。平成14年10月「介護サービス施設・事業所調査」結果（利用者計49.5人）と比べると、比較的利用者規模の大きい事業所からの回答が多い。

図表 56 1事業所あたりの実利用者数

調査数	20人未満	20人以上	無回答	平均
547	54 31.3	120 12.5	130 6.3	92 25.0
100.0				59 12.5

調査数	平均
介護保険利用者	532 51.3
健康保険法等利用者	532 9.8
その他（自由契約等）	532 0.2
合計	532 61.3

④訪問回数

11月1ヶ月間の延訪問回数は、平均で302.1回、うち介護保険法利用者への訪問回数は242.2回であった。

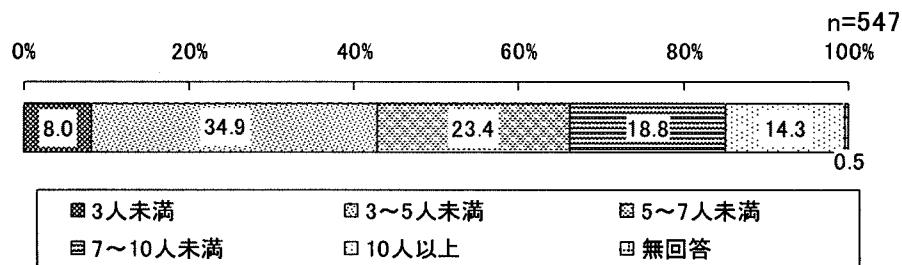
図表 57 1ヶ月の延訪問回数

調査数	1 0 0 回 未 満	1 0 0 1 9 9 回	2 0 0 2 9 9 回	3 0 0 3 9 9 回	4 0 0 4 9 9 回	5 0 0 5 9 9 回以上	無回答	平均訪問回数	者うちの介護保険法の利用	うちの訪問健康保険等利用者	他の訪問
	547	55	121	131	85	59	73				
	100.0	10.1	22.1	23.9	15.5	10.8	13.3	302.1	242.2	59.5	0.4

⑤従事者数

訪問看護ステーションの従事者数（常勤換算）は平均6.4人となっており、平成14年10月「介護サービス施設・事業所調査」結果（常勤換算4.6人）に比べると、比較的規模の大きい訪問看護ステーションからの回答が多い。

図表 58 従事者数（常勤換算）



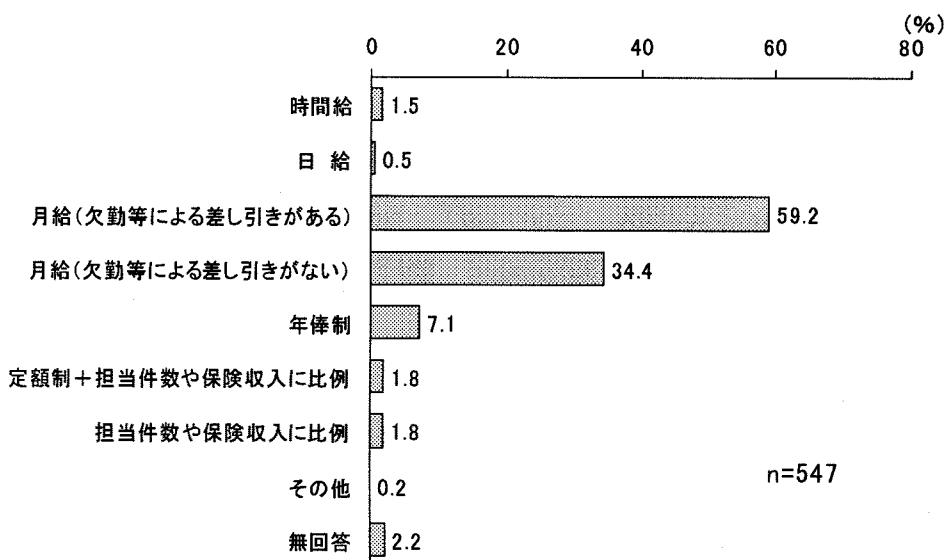
(2) 人事・労務について

①給与形態

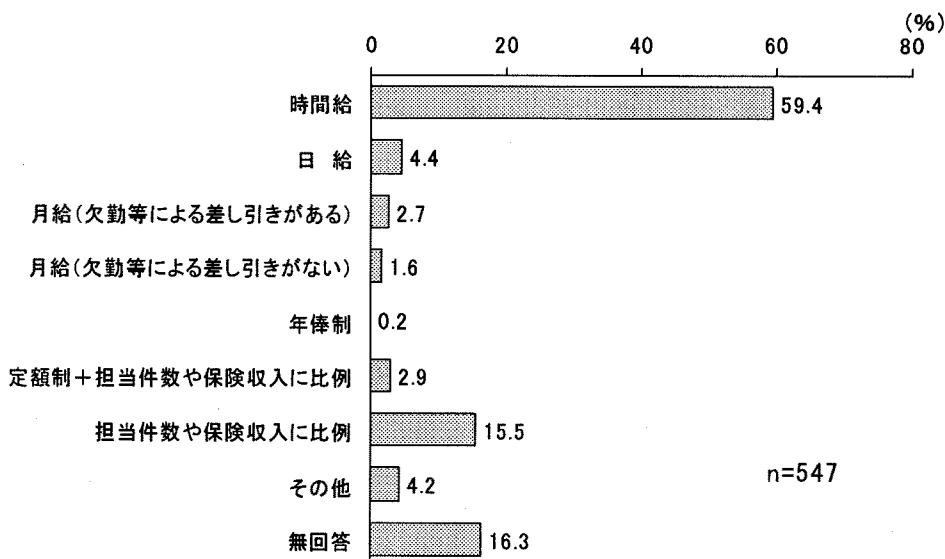
常勤職員の給与形態は「月給（欠勤等による差し引きがある）」が59.2%と最も多く、次いで「月給（欠勤等による差し引きがない）」が34.4%となっている。「年俸制」も7.1%みられた。

非常勤職員の給与形態は「時間給」が59.4%と6割を占め、「担当件数や保険収入に比例」が15.5%と続いている。

図表 59 給与形態（常勤職員）（複数回答）



図表 60 給与形態（非常勤職員）（複数回答）



②給与額

給与額について、以下の条件で金額を記入してもらった。

- 看護師の資格を有し、短大3年卒直後に訪問看護ステーションで勤務を開始
- 全員に支給される手当（食事手当等）を含めた金額
- 社会保険料等を差し引く前の金額
- 賞与は含めない

常勤職員（初任給／訪問看護経験なし）については、平均20万7千円であり、医療法人や営利法人が若干高い傾向がみられた。常勤職員（訪問看護経験5年）は、平均24万2千円であり、営利法人の給与が全般的に高い傾向がみられた。

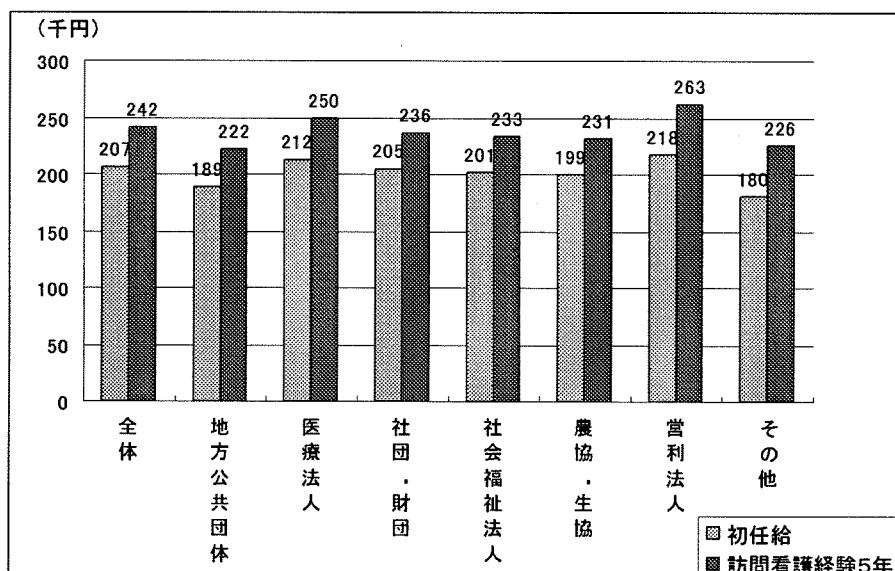
図表 61 給与額（常勤職員）

【初任給／訪問看護経験なし】

【訪問看護経験5年（6年目）】

単位：千円

	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値		調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
全体	367	206.5	31.7	100.0	408.0		359	241.5	42.6	150.0	446.0
地方公共団体	17	189.2	17.3	150.0	214.0		18	222.0	26.3	192.0	296.0
医療法人	151	212.1	29.6	140.0	320.0		146	249.7	46.4	160.0	432.0
社団・財団	116	204.9	28.3	130.0	350.0		114	235.9	35.6	150.0	446.0
社会福祉法人	35	200.8	44.0	144.0	408.0		35	232.8	50.7	172.0	434.0
農協・生協	16	199.3	15.7	178.0	241.0		16	231.3	22.2	201.0	276.0
営利法人	20	218.2	36.1	180.0	315.0		21	262.5	44.9	210.0	400.0
その他	10	180.4	41.0	100.0	233.0		7	225.9	12.9	202.0	243.0



非常勤職員の時給は平均 1,400 円であり、営利法人や社団・財団が若干高い傾向がみられた。訪問 1 件あたりは平均 3,800 円となっている。

図表 62 給与額（非常勤職員）

【時給】

【訪問 1 件あたり】

単位：千円

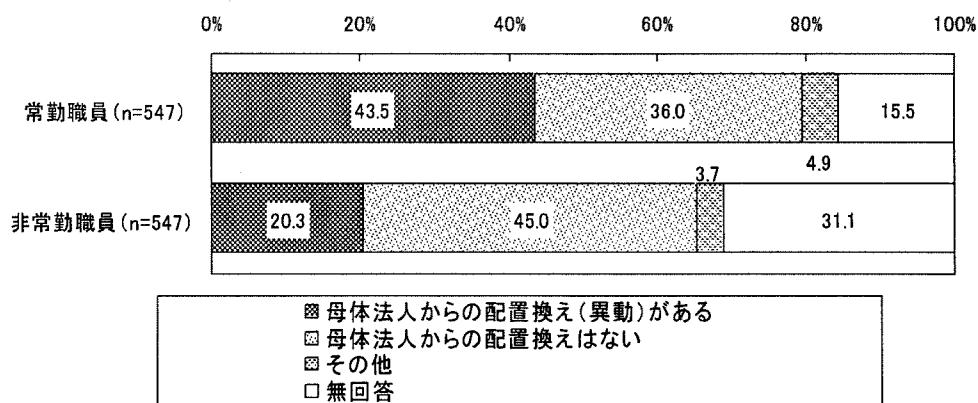
	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値		調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
全 体	285	1427.8	360.3	870.0	5000.0		93	3834.8	780.8	1200.0	5600.0
地方公共団体	12	1282.9	274.0	1000.0	1950.0		3	4733.3	524.9	4000.0	5200.0
医療法人	113	1405.4	228.6	950.0	2000.0		28	3730.4	757.3	2500.0	5500.0
社団・財団	83	1453.7	326.7	950.0	3400.0		52	3826.7	803.6	1200.0	5600.0
社会福祉法人	30	1350.2	250.1	870.0	1833.0		7	4028.6	416.5	3200.0	4700.0
農協・生協	16	1233.3	174.8	958.0	1610.0		-	-	-	-	-
営利法人	18	1589.4	295.9	1100.0	2300.0		3	3600.0	787.4	2500.0	4300.0
その他	12	1818.3	1077.7	1200.0	5000.0		-	-	-	-	-

※いずれも、看護師の資格を有し、短大 3 年卒の職員を採用した場合を想定して回答

③母体法人からの職員異動の有無

常勤職員について、「母体法人からの配置換え（異動）がある」ステーションが 43.5% となっており、常勤職員については、母体法人からの異動がある訪問看護ステーションが 4 割を占める。非常勤職員については、母体法人からの異動があるのは 20.3% であった。

図表 63 母体法人からの職員異動の有無；常勤・非常勤別

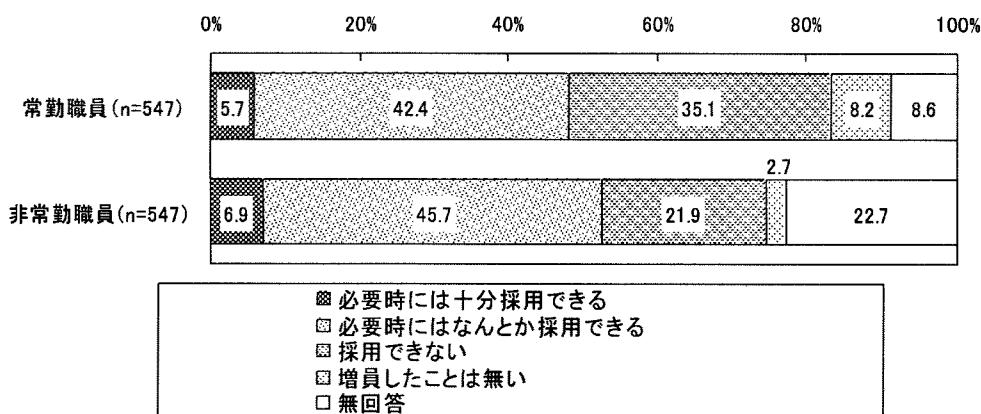


④職員の確保

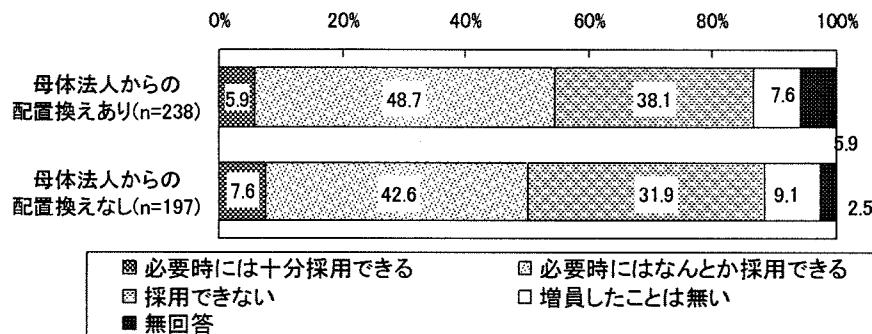
職員確保の困難さをみると、常勤職員・非常勤職員のいずれも「十分採用できる」という回答は1割に満たず、職員確保は非常に困難な状況がうかがわれる。

常勤職員については「採用できない」が35.1%、非常勤職員では「採用できない」が21.9%となっており、常勤職員の方が採用困難な傾向がみられる。常勤職員については、特に「母体法人からの配置換えがない」ところでは、「採用できない」が38.1%と高い傾向がみられ、母体法人からの異動がないところが特に職員確保が困難となっている状況がうかがわれる。

図表 64 職員採用の困難さ（複数回答）；常勤・非常勤別

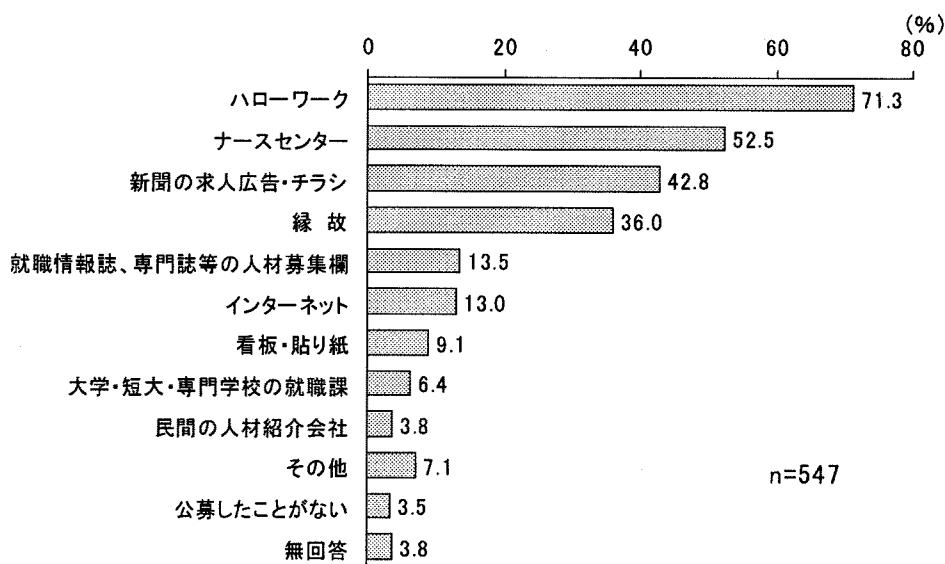


図表 65 職員採用の困難さ（複数回答）；母体法人からの異動の有無別



職員の公募方法としては、「ハローワーク」71.3%、「ナースセンター」52.5%、「新聞の求人広告・チラシ」42.8%、「縁故」36.0%の順に多い。

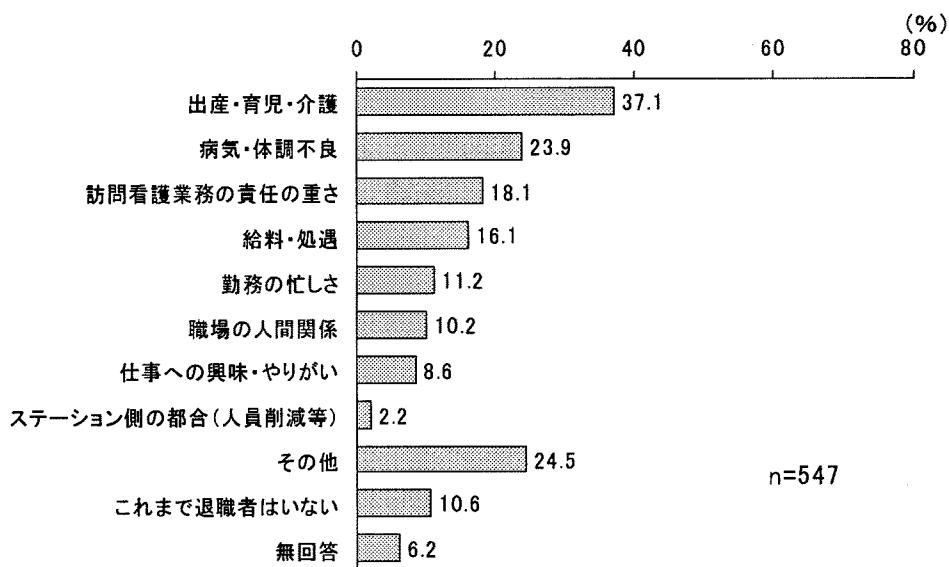
図表 66 職員の公募方法（複数回答）



⑤職員の主な退職理由

職員の主な退職理由としては、「出産・育児・介護」が37.1%と最も多く、次いで「病気・体調不良」が23.9%、「訪問看護業務の責任の重さ」が18.1%と続いている。

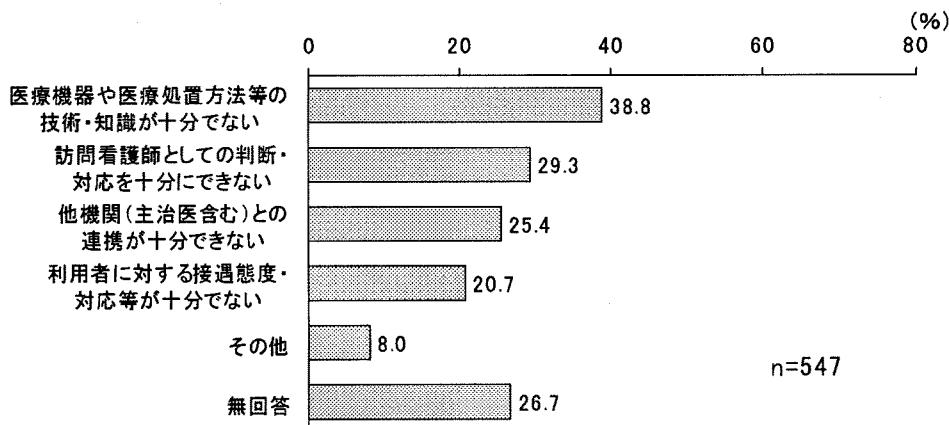
図表 67 職員の主な退職理由（複数回答）



⑥職員の質に関する困難点

職員の質に関して、管理者が感じている困難点としては、「医療機器や医療処置方法等の技術・知識が十分でない」が38.8%、「訪問看護師としての判断・対応を十分にできない」が29.3%となっている。

図表 68 職員の質に関する困難点（複数回答）



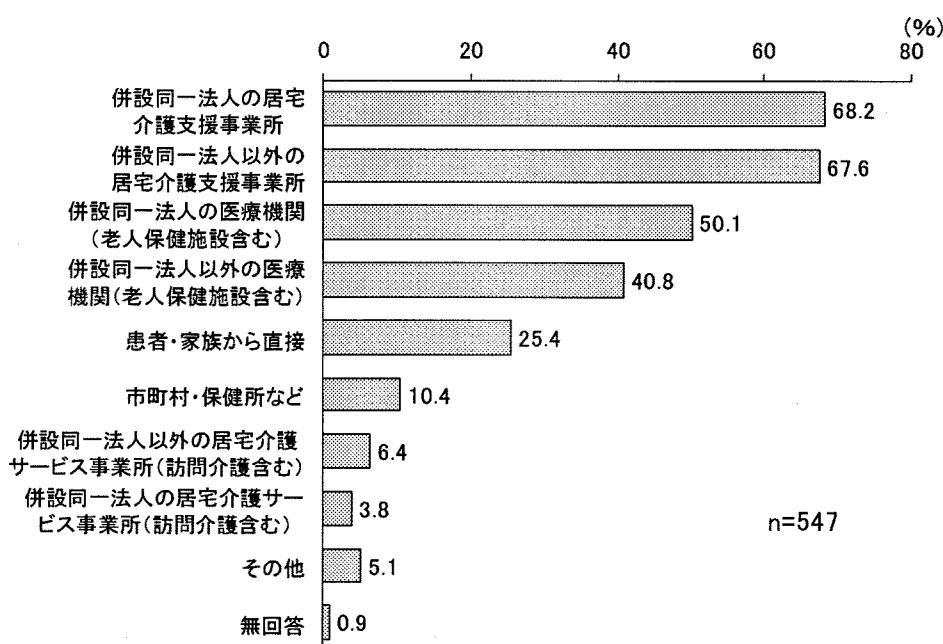
(3) 利用者確保について

①利用者の主な紹介元

利用者の紹介元として、主なもの3つまでを選んで回答してもらったところ、「併設同一法人の居宅介護支援事業所」68.2%、「併設同一法人以外の居宅介護支援事業所」67.6%、「併設同一法人の医療機関（老人保健施設含む）」50.1%、「併設同一法人以外の医療機関（老人保健施設含む）」40.8%の順となっている。「患者・家族から直接」は25.4%であった。

のことから、現在の利用者紹介経路としては、併設・併設以外を問わず、居宅介護支援事業所からの紹介が多く、次に医療機関の紹介が多いことがわかる。

図表 69 利用者の主な紹介元（主なもの3つまで回答）

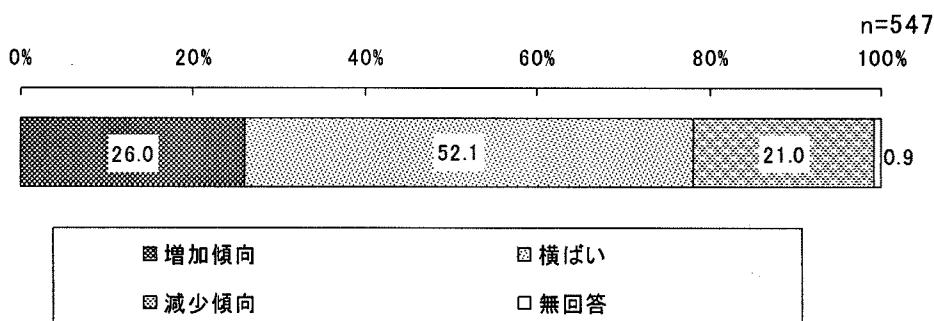


②利用者数の推移

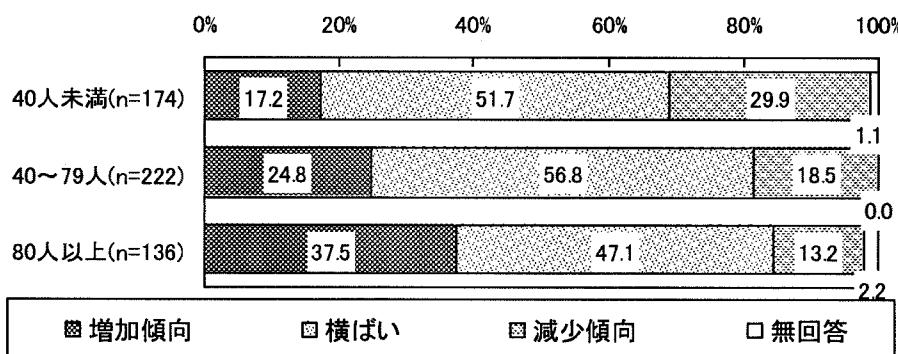
利用者数の推移は、「増加傾向」が26.0%、「横ばい」が52.1%、「減少傾向」が21.0%となっており、増加傾向のステーションがある一方で、減少傾向のステーションも2割を占めている。

訪問看護ステーションの利用者規模別にみると、「80人以上」のところでは、「増加傾向」が37.5%と多く、比較的大きな規模のステーションが更に利用者拡大傾向にあることがわかる。一方で、「40人未満」のところでは、「減少傾向」が29.9%と多く、比較的小さな規模のステーションでは、利用者減少傾向にあるといえる。

図表 70 利用者数の推移

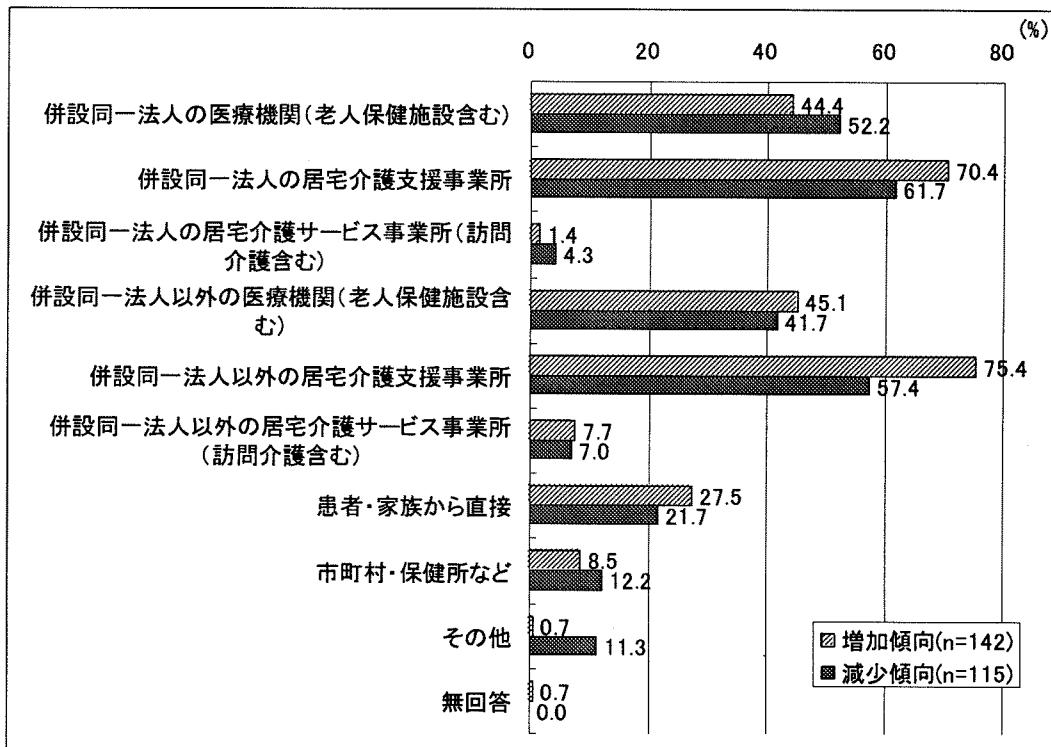


図表 71 利用者数の推移；利用者規模別



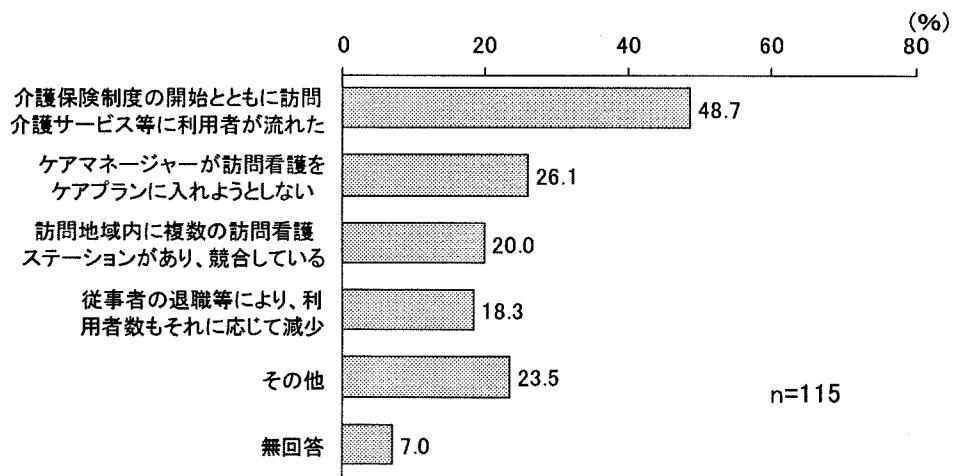
利用者数が増加傾向のステーションと、減少傾向のステーション別に利用者紹介元をみると、利用者が「増加傾向」のステーションでは、「併設同一法人以外の居宅介護支援事業所」(75.4%)が最も多いのに対し、「減少傾向」のステーションでは、「併設同一法人の居宅介護支援事業所」(61.7%)が最も多く、利用者を増加させるためには、併設同一法人からの紹介に頼るのではなく、地域の居宅介護支援事業所等からの紹介を増やすことが必要と考えられる。

図表 72 利用者の紹介元（主なもの3つまで）（利用者数推移別）



「減少傾向」と回答した事業所に、その理由をきいたところ、「介護保険制度の開始とともに訪問介護サービス等に利用者が流れた」(48.7%)が最も多く、利用者が訪問看護と訪問介護を代替的サービスとして捉えている可能性が示唆された。また、「ケアマネジャーが訪問看護をケアプランに入れようしない」という回答も26.1%を占め、地域の居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの訪問看護のPRの必要性が示唆される。

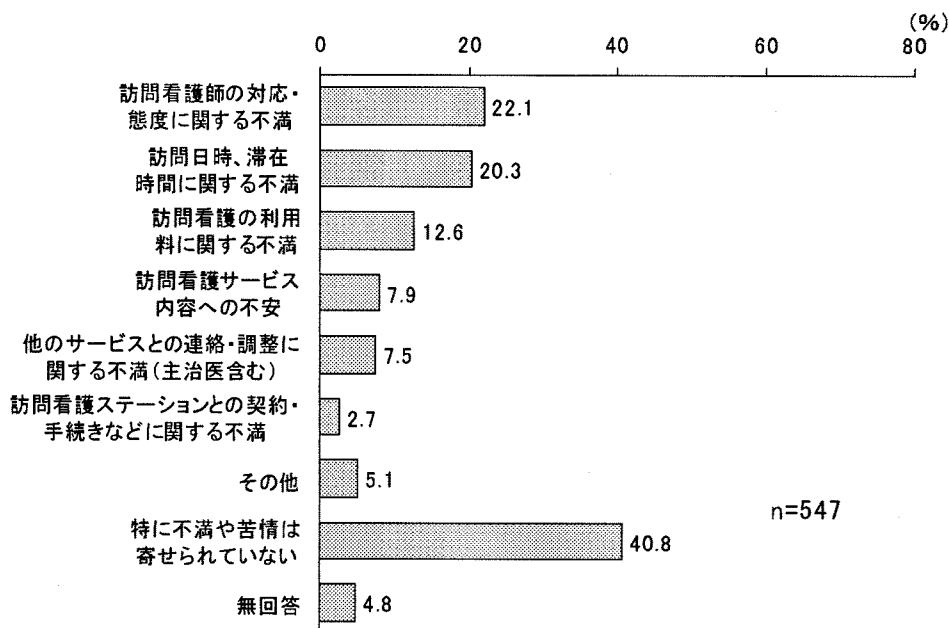
図表 73 利用者数減少の理由【利用者数が「減少傾向」と回答した事業所のみ】(複数回答)



③利用者からの不満・苦情

利用者からどのような不満・苦情が寄せられることが多いかについては、「特に不満や苦情は寄せられていない」40.8%が多く、不満・苦情の内容としては、「訪問看護師の対応・態度に関する不満」22.1%、「訪問日時、滞在時間に関する不満」20.3%が多い。

図表 74 利用者からの不満・苦情の内容（複数回答）

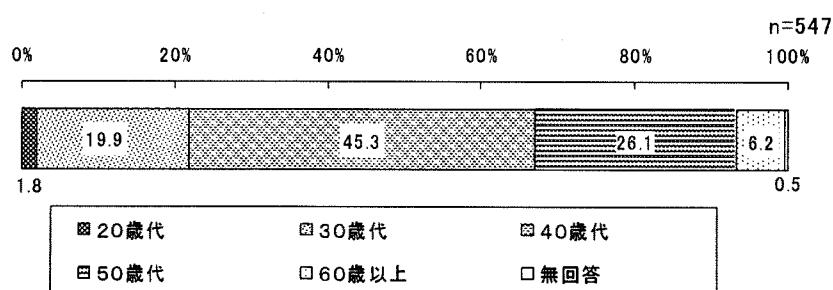


(4) 管理者について

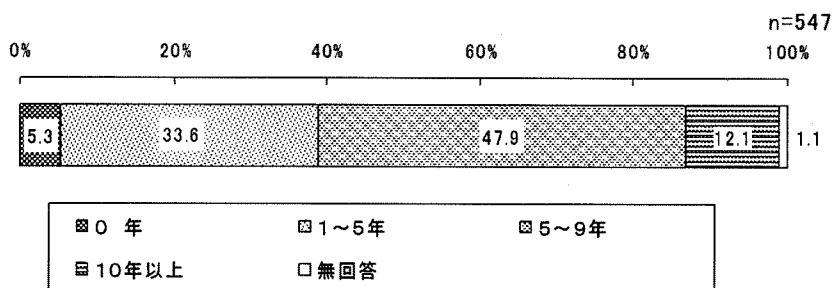
①属性・経験等

管理者の年齢は、「40歳代」が45.3%、「50歳代」が26.1%、「30歳代」19.9%となっている。訪問看護に携わった経験年数としては、「5~9年」が47.9%と半数を占め、訪問看護ステーション管理者としての経験年数としては、「1~5年」が53.4%と半数を占めている。

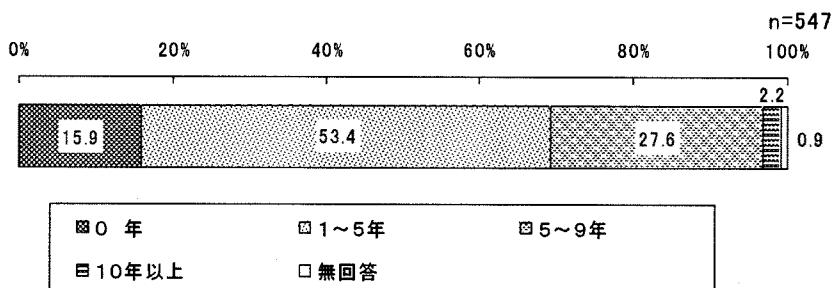
図表 75 管理者の年齢



図表 76 訪問看護に携わった経験年数



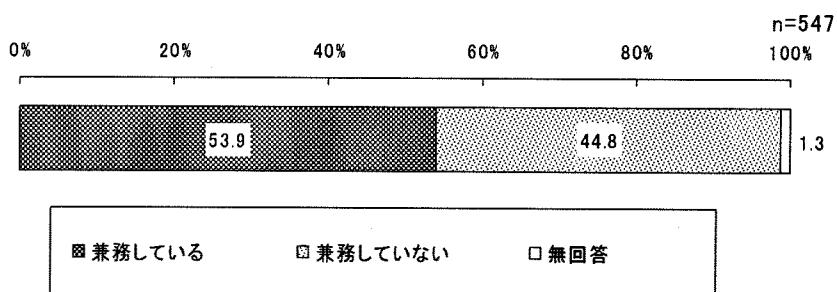
図表 77 訪問看護ステーション管理者としての経験年数



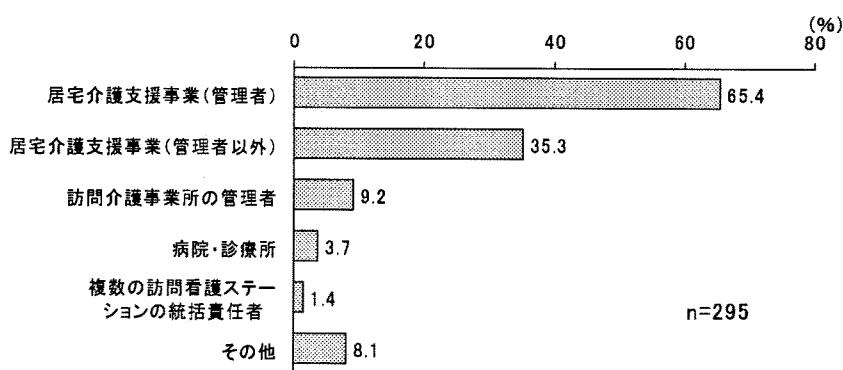
②兼務状況

現在、訪問看護ステーションの管理者以外の業務を「兼務している」人は 53.9% と約半数を占める。兼務先としては、「居宅介護支援事業（管理者）」が 65.4% と最も多く、次いで「居宅介護支援事業（管理者以外）」が 35.3% となっている。その他、「訪問介護事業所の管理者」が 9.2% みられた。

図表 78 兼務状況



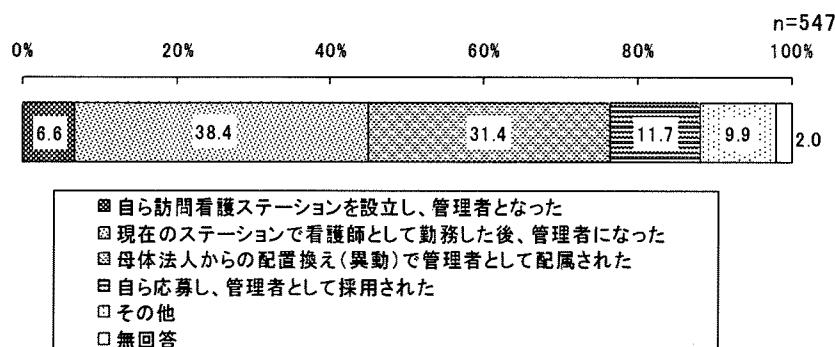
図表 79 兼務先【兼務している管理者のみ】(複数回答)



③管理者になった経緯

管理者になった経緯としては、「現在のステーションで看護師として勤務した後、管理者になった」が38.4%、「母体法人からの配置換え（異動）で管理者として配属された」31.4%の順となっている。

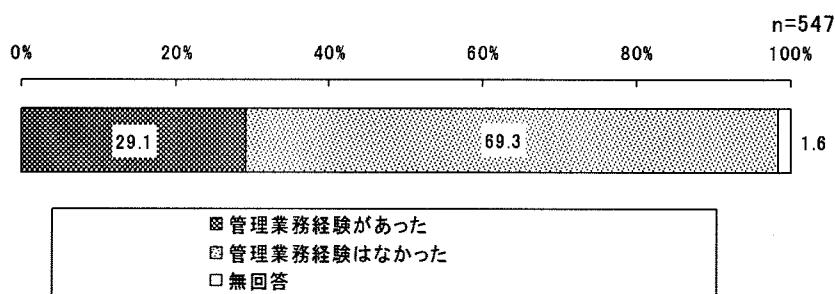
図表 80 管理者になった経緯



④管理業務経験の有無

訪問看護ステーションの管理者になる以前に、他の事業所の管理業務を経験したことがあるのは29.1%であり、残りの約7割は管理業務経験がない。管理業務経験がある人について、管理業務経験場所をみると、「病院・診療所」が73.0%と多く、病院・診療所の看護部長等を経験した後に訪問看護ステーションの管理者となっているケースが多いと考えられる。「他の訪問看護ステーション」の管理者を経験したことがある人は15.7%にとどまっている。

図表 81 管理業務経験の有無



図表 82 管理業務経験のある場所【管理業務経験のある管理者のみ】(複数回答)

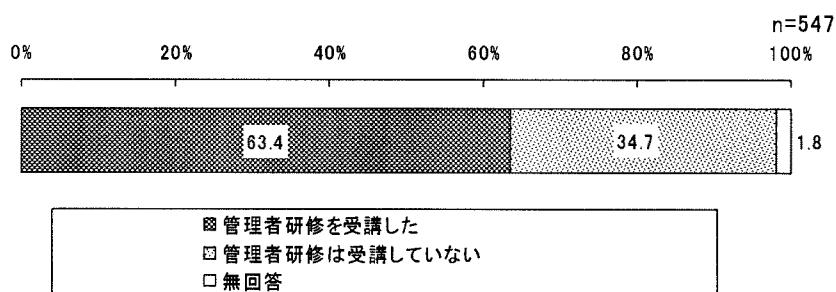
調査数	シヨ ン訪 問 看 護 ス テ ー	在 宅 介 護 支 援 セ ン タ ー	居 宅 介 護 支 援 事 業 所	病 院 ・ 診 療 所	その 他	無 回 答
	159	25	5	12	116	17
100.0	15.7	3.1	7.5	73.0	10.7	1.9

⑤管理者研修の受講状況

管理者研修の受講状況については、「管理者研修を受講した」が 63.4%、「管理者研修は受講していない」が 34.7%であり、管理者研修を受講していない人が 3割超を占める。

管理者が受講した研修の種類をみると、「都道府県看護協会の主催する管理者研修」47.8%、「全国訪問看護事業協会の主催する管理者研修」38.3%、「日本訪問看護振興財団の主催する管理者研修」32.6%の順になっている。

図表 83 管理者研修の受講状況



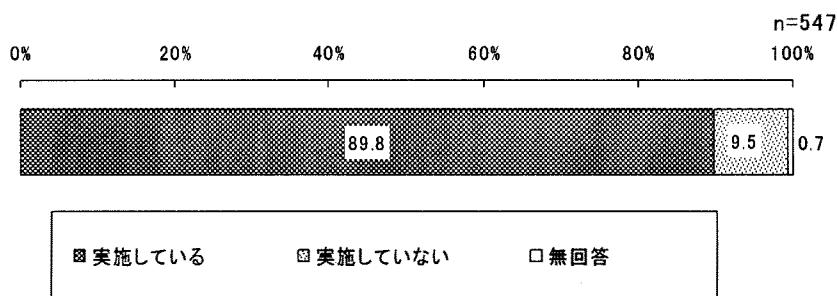
図表 84 管理者研修の受講状況【管理者研修を受講した管理者のみ】(複数回答)

調査数	の全国主催訪問する看護管理者業者研修会	の日本主催訪問する看護管理者振興研修団	都道府県看護者研修会の主	その他
347	133	113	166	51
100.0	38.3	32.6	47.8	14.7

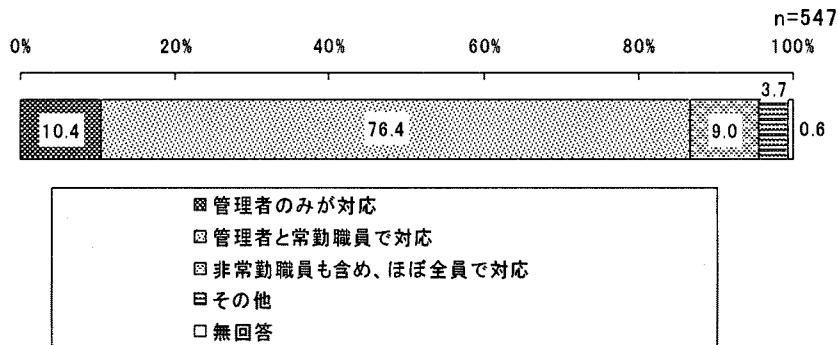
⑥営業時間外の対応

営業時間外の対応については、「実施している」が89.8%が約9割を占めており、対応者は「管理者と常勤職員で対応」が76.4%と最も多い。このことから、管理者及び常勤職員に営業時間外対応の負荷がかかっている可能性がある。

図表 85 営業時間外の対応の有無



図表 86 営業時間外の対応者【営業時間外も対応している場合のみ】

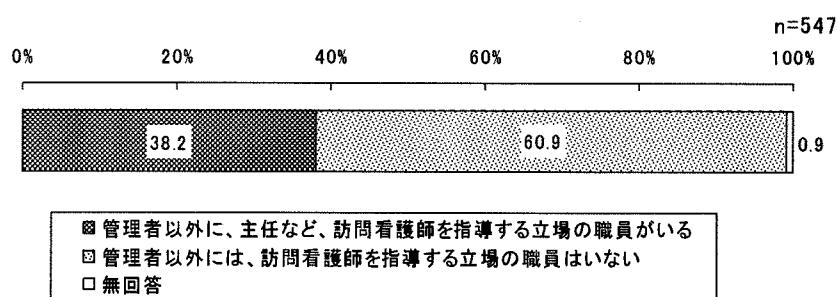


⑦主任・事務職員の有無

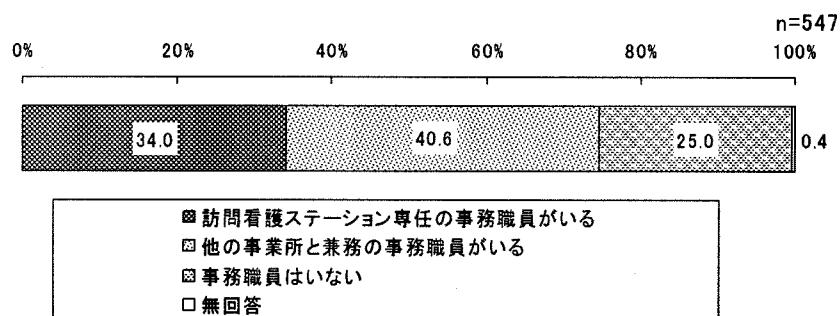
訪問看護ステーションに管理者以外に主任等、訪問看護師を指導する立場の職員がいるかどうかについては、「管理者以外には、訪問看護師を指導する立場の職員はいない」が 60.9%となつており、多くのステーションでは管理者が管理業務や職員の指導等のすべてを行う状況にあると考えられる。

事務職員については、「訪問看護ステーション専任の事務職員がいる」 34.0%、「他の事業所と兼務の事務職員がいる」 40.6%となつてている。

図表 87 管理者以外の主任等の有無



図表 88 事務職員の有無



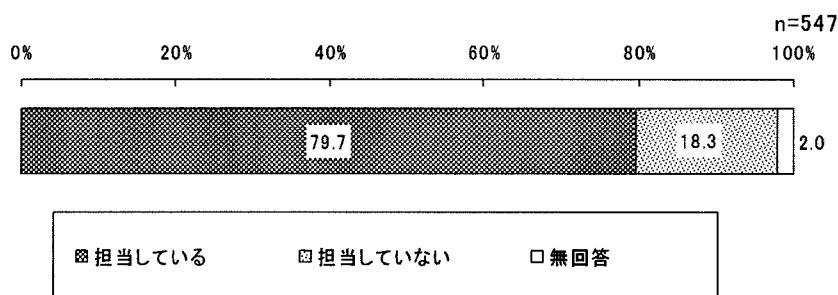
(5) 管理者業務について

①利用者の担当

訪問看護ステーション管理者が訪問看護の利用者を直接担当しているかどうかについては、「担当している」管理者が 79.7% を占める（他の訪問看護師が主として担当している利用者は含めない）。担当している利用者数は、「10-19 人」が 26.6%、「5-9 人」が 26.1% となっており、平均で 12.2 人となっており、他の訪問看護師と同程度の利用者を担当していることが分かる。

主に管理者が担当しているケースとしては、「多問題家族の利用者」 38.3% や「医療ニーズが高い利用者」 26.6% など、管理者は問題を抱えている利用者を担当している傾向がみられる。

図表 89 利用者の担当有無



図表 90 利用者の担当人数【担当している場合のみ】

調査数	1人	5人	10人	20人以上	無回答	平均
436	79	114	116	50	77	12.2
100.0	18.1	26.1	26.6	11.5	17.7	

図表 91 主に管理者が担当している利用者の状態（複数回答）

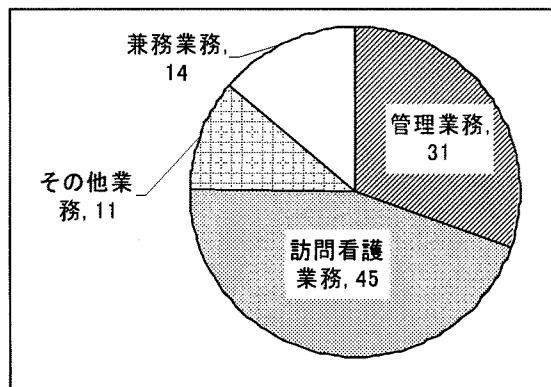
調査数	者医療ニーズが高い利用	等へ特定の難病、疾患の児、理精湯精神者	多問題家族の利用者	その他	特に決めていない	無回答
436	116	97	167	89	161	16
100.0	26.6	22.2	38.3	20.4	36.9	3.7

②管理者の業務配分

管理者の11月1ヶ月の業務時間配分をおおよその時間比率で回答してもらったところ、「管理業務」が31%、「訪問看護業務」が45%、「(訪問看護)その他業務」11%、「兼務業務」14%となっている。

ただし、この「管理業務」が占める時間の割合は、管理者によって差が開いており、「20-40%未満」が46.1%、「40-60%」26.0%、「20%未満」16.5%となっている。

図表 92 管理者の業務時間配分



図表 93 全業務に占める管理業務の割合

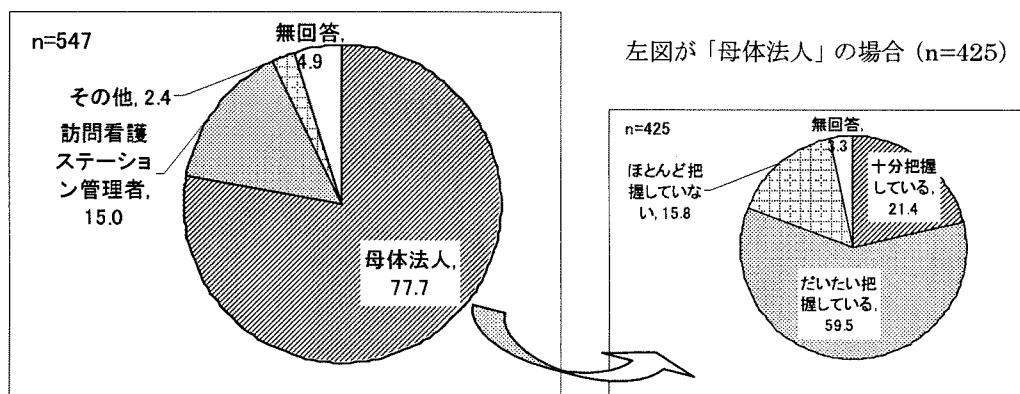
調査数	20未満	20%未満	40%未満	60%未満	80%未満	以上	無回答
547	90	252	142	30	10	23	
100.0	16.5	46.1	26.0	5.5	1.8	4.2	

③母体法人との関係

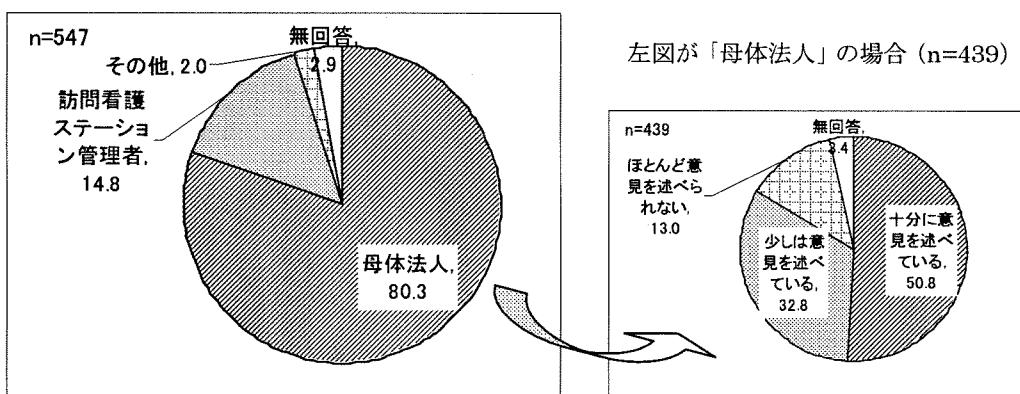
訪問看護ステーション管理者が母体法人との関係でどこまで管理業務を行えているかを見るため、「①予算・決算の作成」「②正規職員の採用権限」「③正規職員の昇格・給与決定権」の3点について、誰が権限を有するかを回答してもらった。

①予算・決算書を主体的に作成している人、②正規職員の採用にあたり実質上の決定権を持っている人、③正規職員の昇格・給与の実質上の決定権を持っている人のいずれも、「母体法人」という回答が77.7%、80.3%、92.1%と多く、訪問看護ステーションの管理者は権限をほとんどもっていないところが多いといえる。

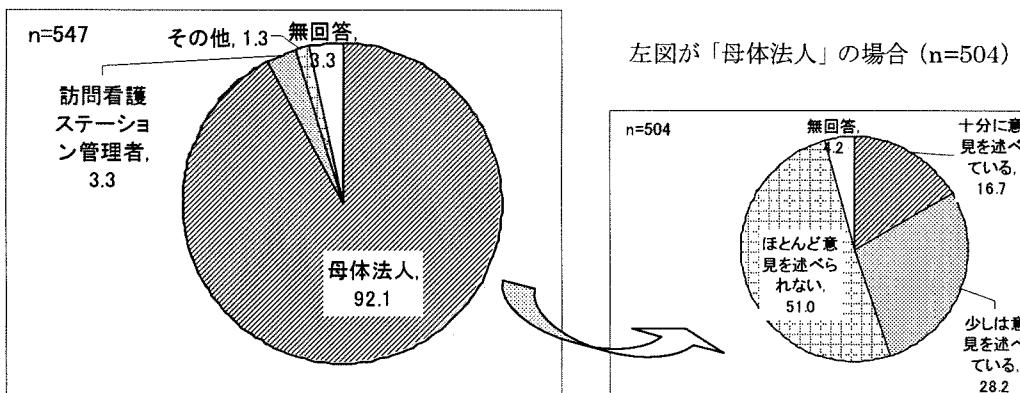
図表 94 ①予算・決算を作成している人



図表 95 ②正規職員の採用決定権がある人



図表 96 ③正規職員の昇格・給与の決定権を持っている人

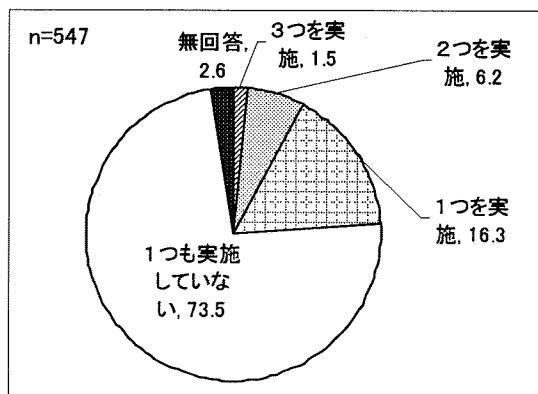


上記①～③について、「母体法人」と回答した場合に、訪問看護ステーション管理者の関与状況を答えてもらったところ、「①予算・決算の作成」は、「(管理者が)十分把握している」は21.4%にとどまり、母体法人が予算・決算を作成している場合には、管理者は予算・決算の状況について十分には把握していないところが多い。また、「②正規職員の採用権限」については、「(管理者が)十分に意見を述べている」が50.8%となっており、採用については管理者も意見を述べているところが多い。「③正規職員の昇格・給与決定権」については、「(管理者が)ほとんど意見を述べられない」が51.0%となっており、母体法人が昇格・給与の決定権を持っている場合には、管理者は昇格・給与について意見を述べられていらない現状にある。

これらの①～③について、訪問看護ステーション管理者が実施している数をみると、「3つすべてを訪問看護ステーションが実施しているところは、全体の1.5%と少なく、「2つ」が6.2%、「1つ」が16.3%、「1つも実施していない」が73.5%と大半を占め、訪問看護ステーションの管理は、母体法人の運営・経営方針に大きく左右されている状況が示された。

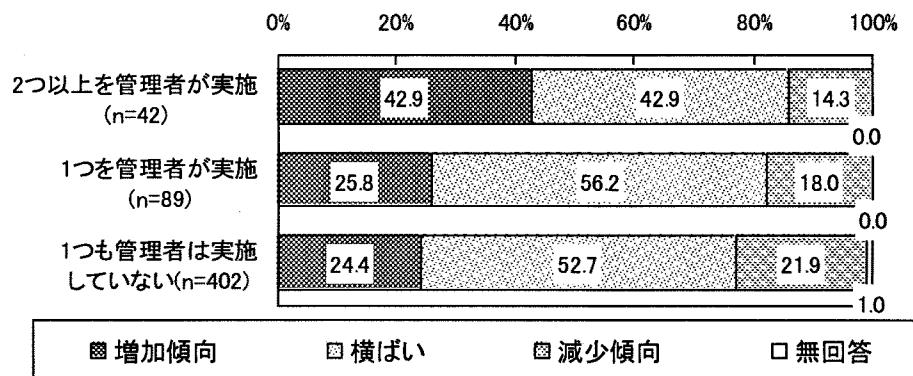
図表 97 予算・決算／正規職員採用／昇格・昇給のうち、訪問看護ステーション管理者の実施数

調査数	実施する べ採用、 を管昇理者・ が給	予算の実施、 うつ、 を管昇理・ 者給	が予算の実施、 うつ、 を管昇理・ 者給	は予算の実施、 うつ、 を管昇理・ 者給	無回答
547 100.0	8 1.5	34 6.2	89 16.3	402 73.5	14 2.6



訪問看護ステーション管理者が訪問看護ステーションの運営・管理の責任・権限を持つことは、訪問看護ステーションの安定的経営・拡大につながると考えられることから、上記の管理業務実施状況と利用者数の推移をみると、「2つ以上を管理者が実施」しているステーションでは、利用者が「増加傾向」のところが42.9%を占め、実際に利用者数が増加傾向にある。

図表 98 訪問看護ステーション管理者の実施数と利用者数推移



(6) 管理業務の自己評価

①管理業務の主たる実施者

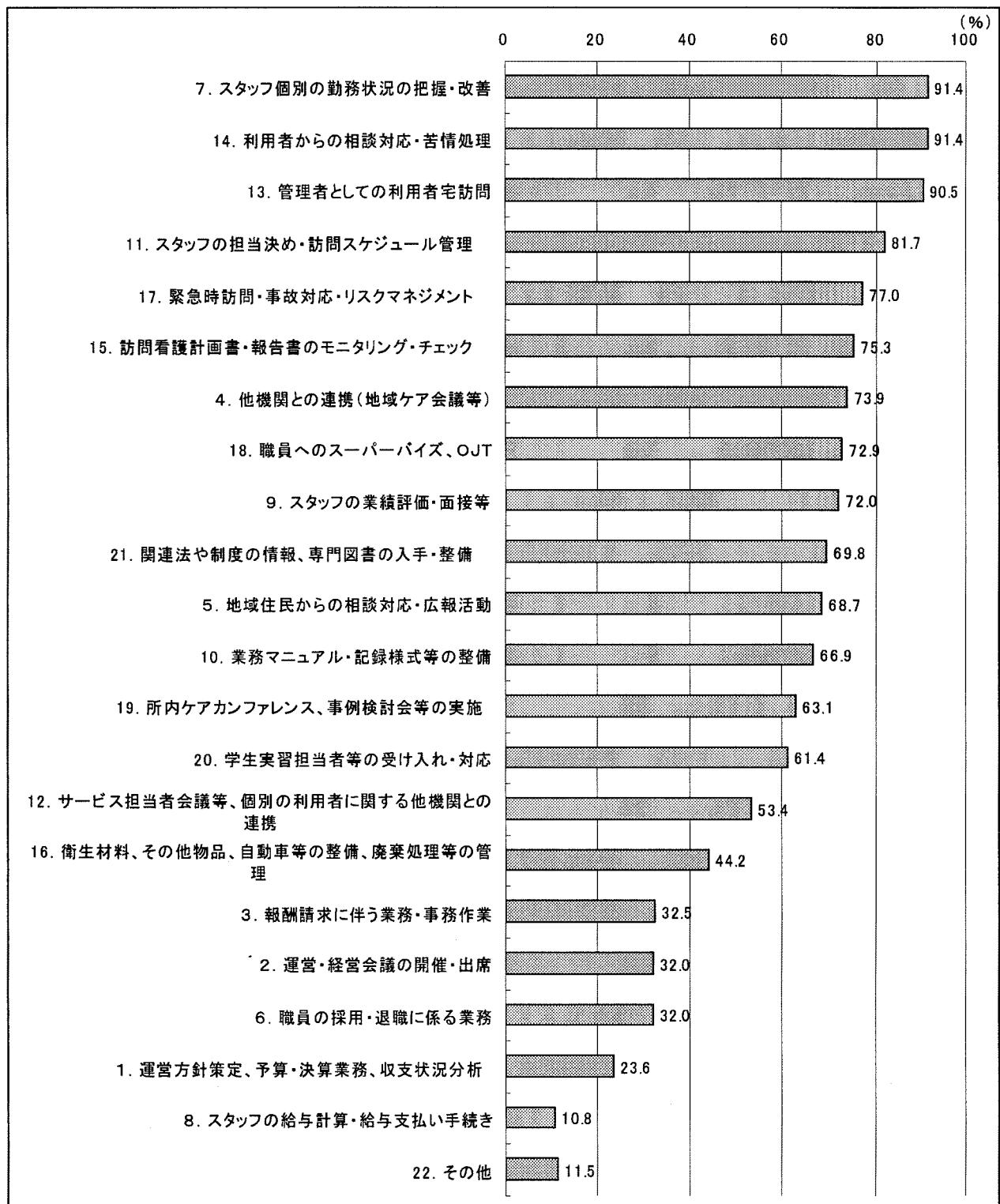
本調査では、管理者業務として 22 の業務コードをあげ、主たる実施者を回答してもらった。この結果、下表に示す通り、「訪問看護ステーション管理者が実施」という回答が 7 割以上を占めたのが網掛け部分であり、訪問看護の業務管理に関わる事項については、管理者の実施率が高いものの、運営・経営管理、人事・労務については母体法人の実施率が高い。

図表 99 管理業務の主たる実施者

		調査数	母体法人が実施	実施	訪問看護師が実施	員スが実施	その他の	無回答
			シヨン管理 者 が	シヨンの事務職				
運営・経営管理	1. 運営方針策定、予算・決算業務、収支状況分析	547 100.0	375 68.6	129 23.6	- -	13 2.4	9 1.6	21 3.8
	2. 運営・経営会議の開催・出席	547 100.0	331 60.5	175 32.0	2 0.4	2 0.4	13 2.4	24 4.4
	3. 報酬請求に伴う業務・事務作業	547 100.0	57 10.4	178 32.5	24 4.4	254 46.4	14 2.6	20 3.7
	4. 他機関との連携（地域ケア会議等）	547 100.0	12 2.2	404 73.9	88 16.1	- -	22 4.0	21 3.8
	5. 地域住民からの相談対応・広報活動	547 100.0	55 10.1	376 68.7	31 5.7	3 0.5	55 10.1	27 4.9
人事・労務	6. 職員の採用・退職に係る業務	547 100.0	326 59.6	175 32.0	- -	15 2.7	11 2.0	20 3.7
	7. スタッフ個別の勤務状況の把握・改善	547 100.0	19 3.5	500 91.4	6 1.1	2 0.4	- -	20 3.7
	8. スタッフの給与計算・給与支払い手続き	547 100.0	380 69.5	59 10.8	- -	81 14.8	12 2.2	15 2.7
	9. スタッフの業績評価・面接等	547 100.0	107 19.6	394 72.0	2 0.4	- -	18 3.3	26 4.8
業務管理	10. 業務マニュアル・記録様式等の整備	547 100.0	19 3.5	366 66.9	125 22.9	7 1.3	8 1.5	22 4.0
	11. スタッフの担当決め・訪問スケジュール管理	547 100.0	- -	447 81.7	78 14.3	2 0.4	3 0.5	17 3.1
	12. サービス担当者会議等、個別の利用者に関する他機関	547 100.0	3 0.5	292 53.4	221 40.4	- -	9 1.6	22 4.0
	13. 管理者としての利用者宅訪問	547 100.0	- -	495 90.5	27 4.9	- -	5 0.9	20 3.7
	14. 利用者からの相談対応・苦情処理	547 100.0	1 0.2	500 91.4	23 4.2	1 0.2	4 0.7	18 3.3
	15. 訪問看護計画書・報告書のモニタリング・チェック	547 100.0	2 0.4	412 75.3	116 21.2	- -	2 0.4	15 2.7
	16. 衛生材料、その他物品、自動車等の整備、廃棄処理等	547 100.0	47 8.6	242 44.2	168 30.7	52 9.5	19 3.5	19 3.5
	17. 緊急時訪問・事故対応・リスクマネジメント	547 100.0	9 1.6	421 77.0	82 15.0	- -	10 1.8	25 4.6
教育・研修	18. 職員へのスーパーバイズ、OJT	547 100.0	45 8.2	399 72.9	18 3.3	- -	30 5.5	55 10.1
	19. 所内ケアカンファレンス、事例検討会等の実施	547 100.0	14 2.6	345 63.1	143 26.1	- -	19 3.5	26 4.8
	20. 学生実習担当者等の受け入れ・対応	547 100.0	28 5.1	336 61.4	103 18.8	3 0.5	36 6.6	41 7.5
その他	21. 関連法や制度の情報、専門図書の入手・整備	547 100.0	51 9.3	382 69.8	55 10.1	16 2.9	17 3.1	26 4.8
	22. その他	547 100.0	10 1.8	63 11.5	9 1.6	4 0.7	9 1.6	452 82.6

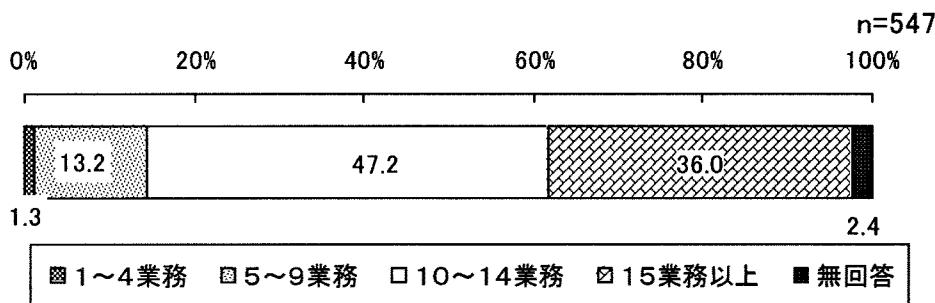
下図は、「訪問看護ステーション管理者が実施」している割合が高い項目順に並べたものである。

図表 100 主に訪問看護ステーションの管理者実施している割合



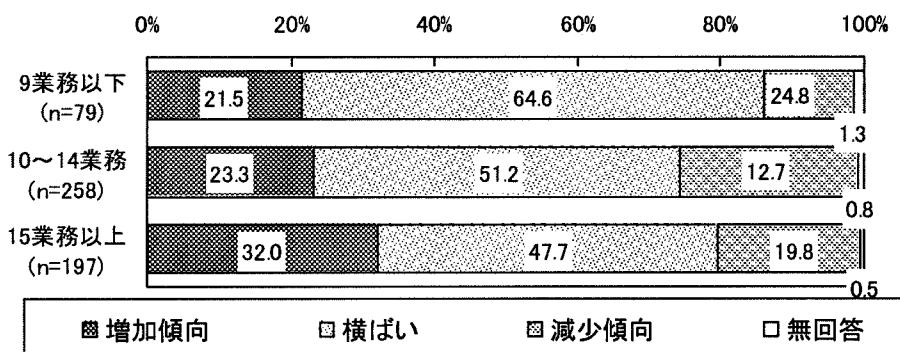
上述した管理者業務（22の業務コード）について、訪問看護ステーションの管理者がいくつの業務を行っているかを数えたところ、平均で13.3業務となっており、「10～14業務」を実施している管理者が約半数（47.2%）となっている。

図表 101 訪問看護ステーション管理者の管理業務（22業務コード）実施数



訪問看護ステーション管理者が管理・運営業務を行うことにより、訪問看護ステーションの安定的経営・拡大につながるという仮説を検証するため、上記の管理業務実施数と利用者数の推移をみると、管理者が「15業務以上」実施しているステーションでは、利用者数が「増加傾向」が32.0%となっており、実際に利用者数が増加傾向にある。

図表 102 訪問看護ステーション管理者の管理業務（22業務コード）実施数と利用者数推移

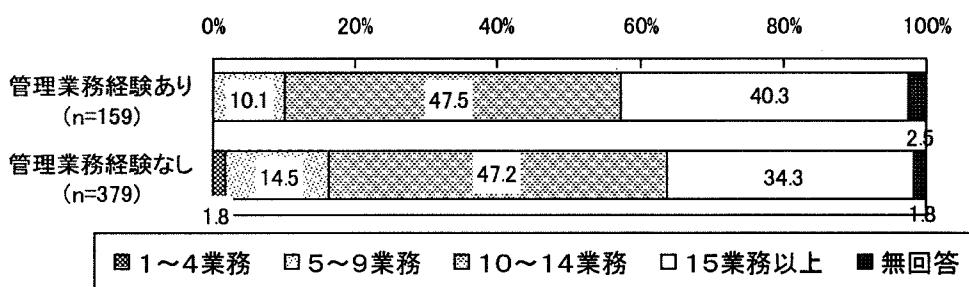


では、どのような管理者が管理業務（22業務コード）の実施数が多いのかみるために、管理者の属性・経験等別に業務実施数をみると、以下のような管理者では実施数が多い傾向がみられた。

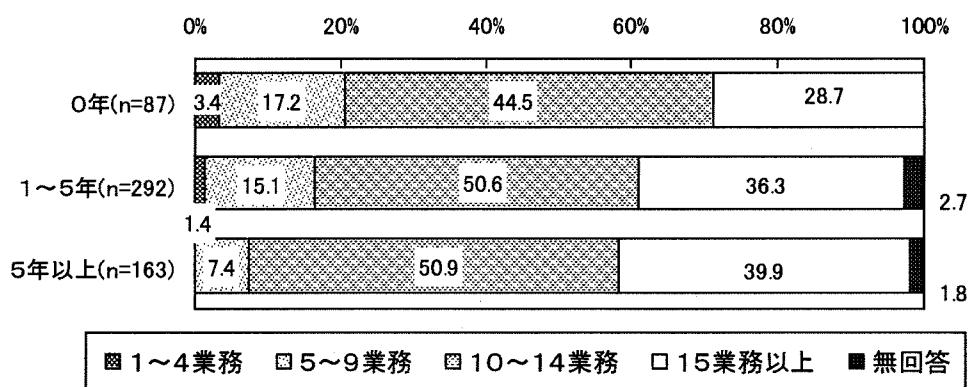
- 「管理業務経験あり」の管理者
- 管理者勤務年数が長い管理者
- 管理者研修を受講した管理者

以上のことから、訪問看護ステーションの管理者として管理業務を行うためには、管理者としての経験や研修等の受講等が有効と考えられ、今後管理者の要件等を見直していくことが求められる。

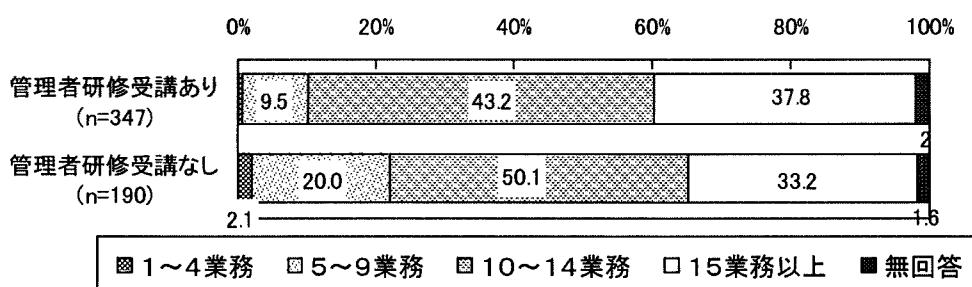
図表 103 管理業務経験の有無と管理業務（22業務コード）実施数



図表 104 管理者勤務年数と管理業務（22業務コード）実施数



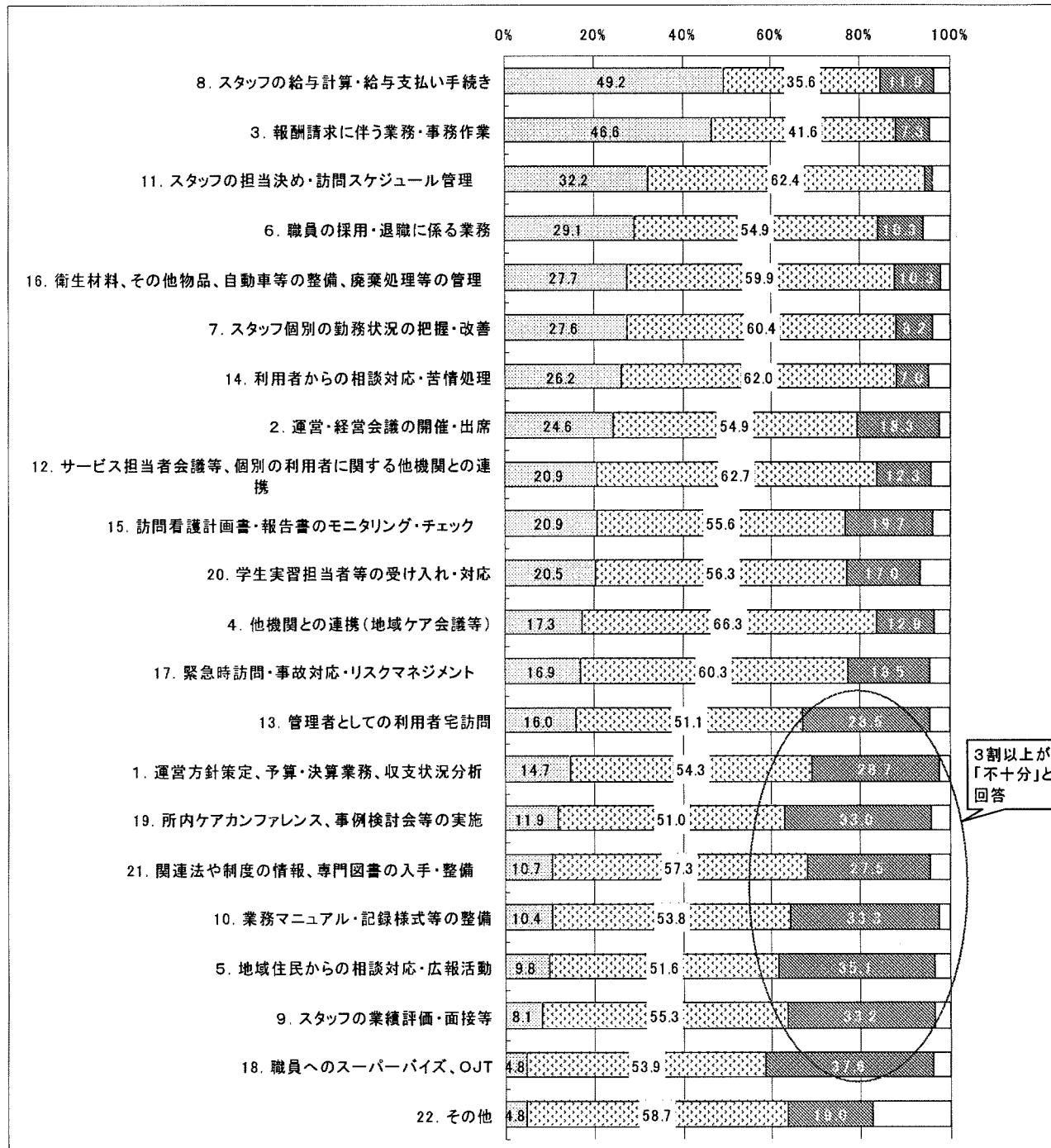
図表 105 管理者研修受講の有無と管理業務（22業務コード）実施数



②管理業務の自己評価（管理者が実施している場合）

「訪問看護ステーション管理者が実施」と回答した場合のみ、管理者自身の当該業務に対する自己評価を「十分」「まあまあ」「不十分」より選択してもらったところ、必要最低限の業務（給与計算、報酬請求、訪問スケジュール管理）については、「十分」が3割以上を占めるが、その他の業務については「まあまあ」「不十分」という回答が多い。

図表 106 訪問看護ステーションの管理者の自己評価【主たる実施者が管理者本人の場合】

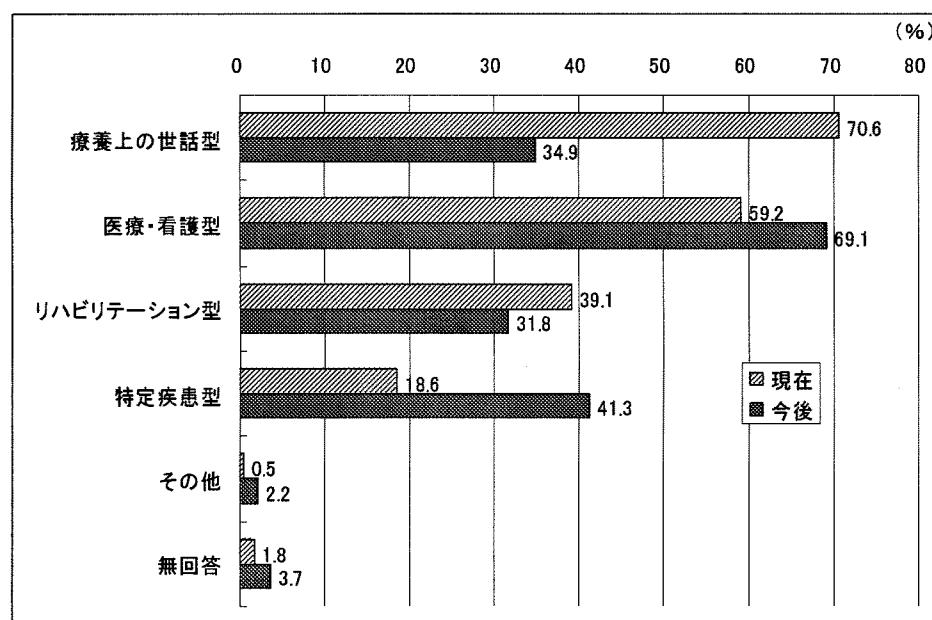


(7) 訪問看護ステーションの方向性

①現在中心的に提供しているサービス／今後目指すサービス

今後の訪問看護ステーションの方向性について聞くため、現在中心的に提供しているサービスと今後目指すサービスをきいたところ、現在は「療養上の世話型」(70.6%) が最も多いが、今後は「医療・看護型」69.1%や「特定疾患型」41.3%が多く、これらのサービス提供を目指すステーションが増加すると予想される。

図表 107 現在中心的に提供しているサービス／今後目指すサービス（主なもの2つまで回答）



②休止・廃止の予定

今後の訪問看護ステーションの休止・廃止の予定の有無については、「休止・廃止の予定はない」が89.6%であった。「休止・廃止する予定がある」「休止・廃止する可能性がある」をあわせて11か所が休止・廃止の予定があると回答している。この理由としては、「利用者が確保できなかったため」(5か所)となっており、休止・廃止調査結果と同様に利用者確保が困難なために休止・廃止に至るところが多い。

図表 108 休止・廃止の予定

調査数	ある 休止・ 廃止する 予定が	が休止 ある・ 廃止する 可能性	い休止・ 廃止の予定はな	無回答
547	2	9	490	46
100.0	0.4	1.6	89.6	8.4

図表 109 休止・廃止の理由【休止・廃止の予定がある場合のみ】

調査数	ため 利用者 が確 保で きな い	ため 従事者 が確 保で きな い	め収 支状 況が 悪化 した た	シ新 しい に訪 問看 護ス テー ム	ど母 体法 人の 影 響	の經 営改 革な	その 他	無 回答
11	5	3	3	2	3	-	2	
100.0	45.5	27.3	27.3	18.2	27.3	-	18.2	

5-2. 利用者調査結果

利用者票では、利用者宅での訪問滞在時間に限定し、どのような業務行為を何分行っているかについて調査を行った。

547か所の訪問看護ステーションにおける介護保険法の利用者 1,494人分のデータをもとに分析を行った。訪問看護ステーションにおける調査対象利用者の選定方法は、以下の通り。

○介護保険法利用者を対象

○次回の訪問予定が看護師による「30分未満」訪問、「60分未満」訪問、「90分未満」訪問の利用者の中から、調査実施側が指定した誕生日の日付（1日～10日を印刷してランダムに配布）の利用者を無作為に抽出

訪問時間区分※	人数
30分未満	521人
30-60分	542人
60-90分	431人
合計	1,494人

240人

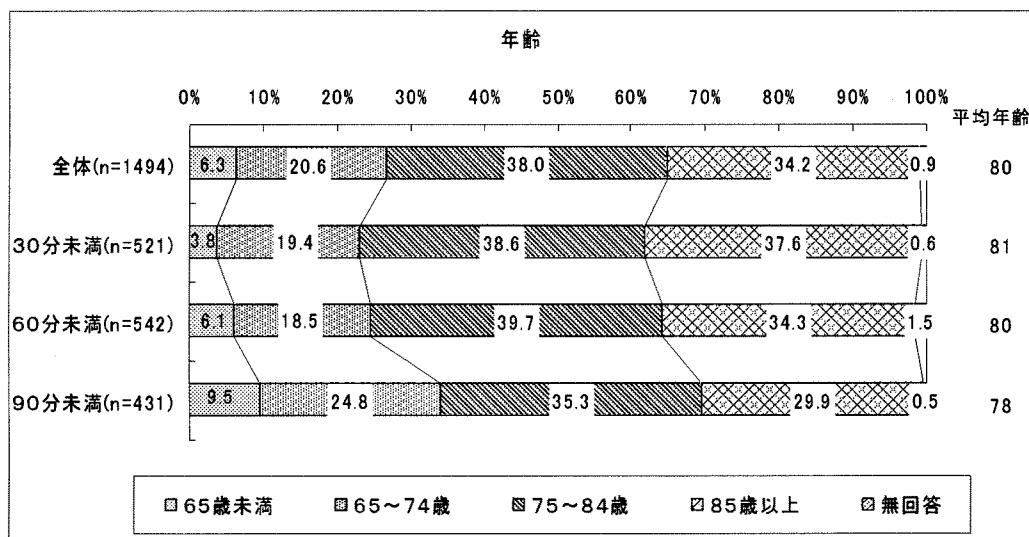
※介護保険法の3つの報酬請求区別に各ステーションにて利用者を無作為抽出

(1) 訪問時間区分別にみた利用者の状態像

①性・年齢

全体で75～84歳 38.0%、85歳以上 34.2%となっており、75歳以上が全体の約72%を占めているが、訪問時間区分別にみると、「90分未満」では65歳未満 9.5%、65～74歳 24.8%と75歳未満の割合が増加している。また、平均年齢は全体で80歳であり、「90分未満」では78歳と平均年齢が少し若い傾向がみられた。

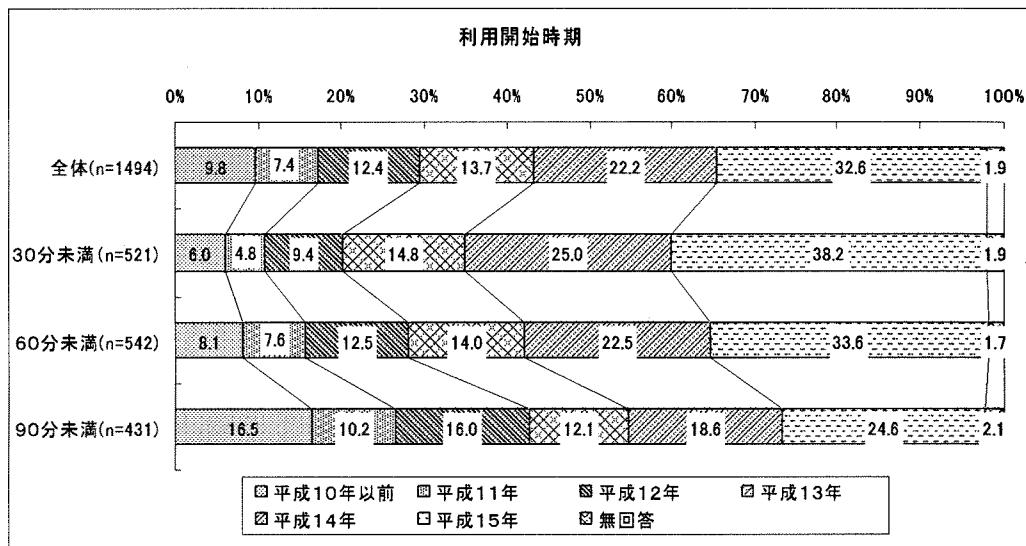
図表 110 年齢；訪問時間区分別



②訪問看護ステーション利用開始時期

全体では、訪問看護ステーションの利用開始時期は、「平成 15 年」が 32.6%と最も多く、次いで「平成 14 年」22.2%、「平成 13 年」13.7%、「平成 12 年」12.4%となっており、平成 12 年の介護保険法施行以降の利用者が 80.9%を占めている。訪問時間区別にみると、「30 分未満」の利用者では訪問開始時期が平成 12 年以降の利用者の割合が 87.4%と多く、訪問している期間が比較的短い傾向がみられる。

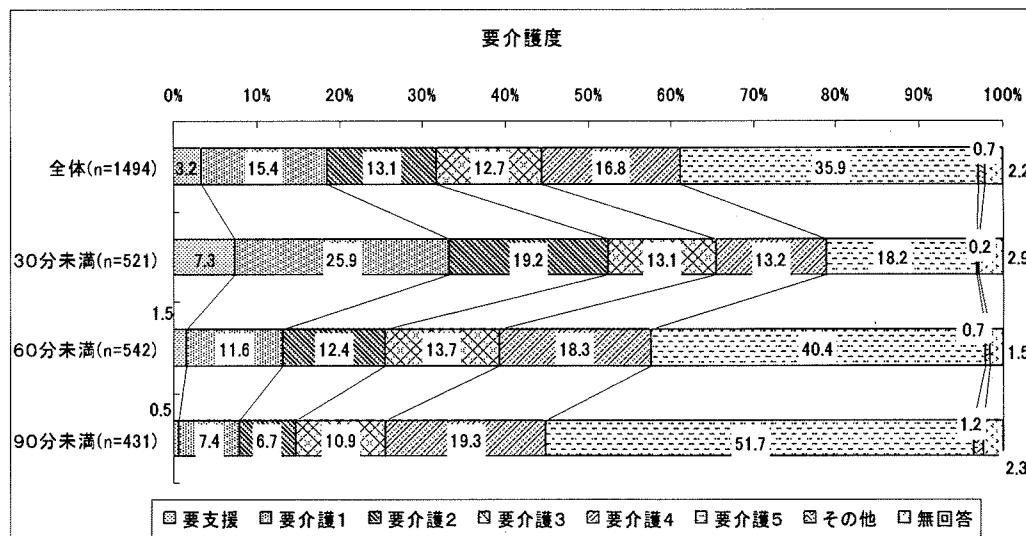
図表 111 訪問看護ステーションの利用開始時期；訪問時間区分別



③要介護度

全体では、「要介護 5」が 35.9%を占め、最も多い。訪問時間区分別にみると、訪問時間が長い利用者の方が要介護度が重い傾向がみられ、「90 分未満」の利用者では「要介護 5」が 51.7%を占めている。

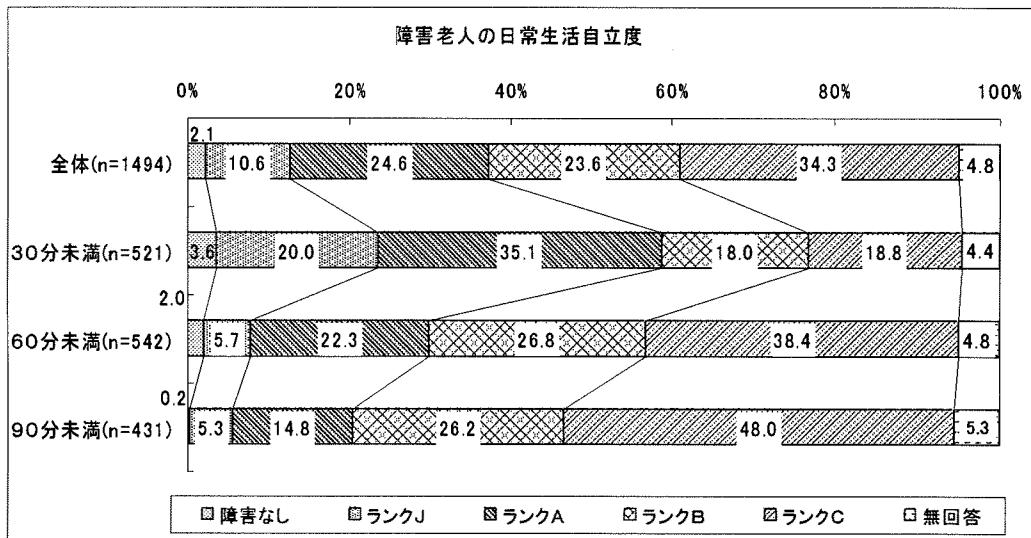
図表 112 要介護度；訪問時間区分別



④日常生活自立度

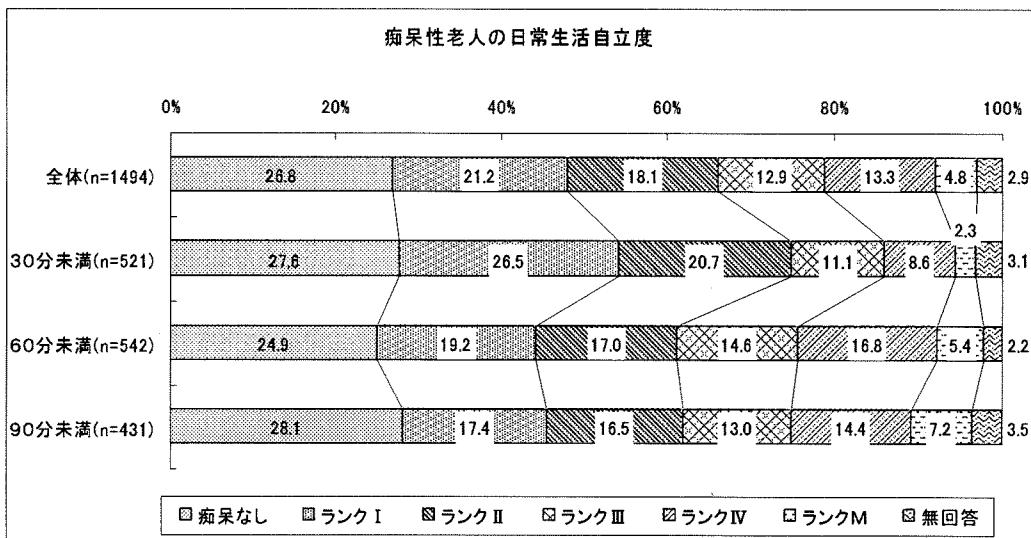
全体では、「ランク C」が 34.3%と最も多く、次いで「ランク A」が 24.6%と多い。訪問時間区別にみると、訪問時間が長い利用者の方が障害老人の日常生活自立度が低い傾向がみられ、「90 分未満」の利用者では「ランク C」が 48.0%を占めている。

図表 113 障害老人の日常生活自立度；訪問時間区分別



痴呆性老人の日常生活自立度をみると、全体では「痴呆なし」が 26.8%、「ランク I」が 21.2%、「ランク II」が 18.1%となっている。訪問時間区分別にみると、「30 分未満」では、「ランク I」「ランク II」など比較的痴呆の程度が軽い人の割合が高い傾向がみられる。

図表 114 痴呆性老人の日常生活自立度；訪問時間区分別

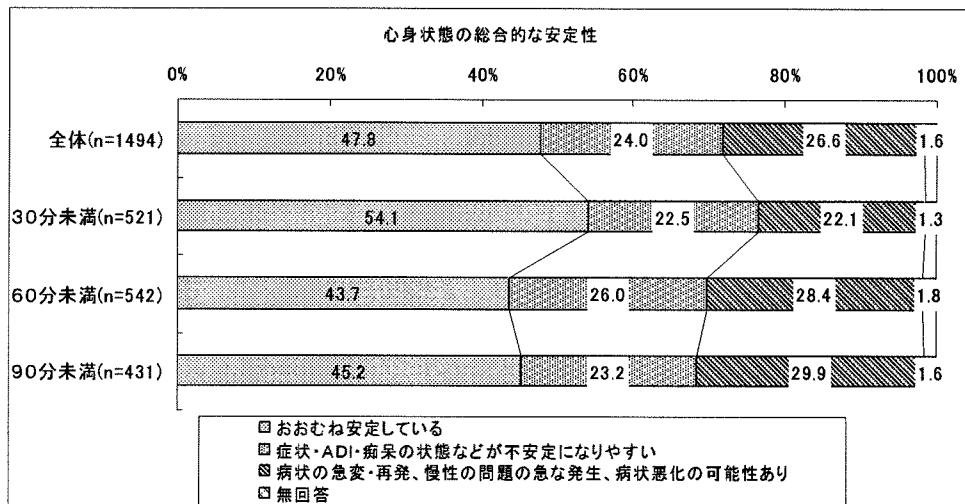


⑤心身状態の総合的な安定性

心身状態の総合的な安定性についてみると、全体では「おおむね安定している」が47.8%と半数を占めている。「症状・ADL・痴呆の状態などが不安定になりやすい」は24.0%、「病状の急変・再発、慢性の問題の急な発生、病状悪化の可能性あり」は26.6%となっており、これらを合わせて50.6%は比較的病状や症状などが不安定な利用者といえる。

訪問時間区別にみると、訪問時間が長い利用者の方が病状や症状が不安定な人の割合が高い傾向がみられる。

図表 115 心身状態の総合的な安定性；訪問時間区別

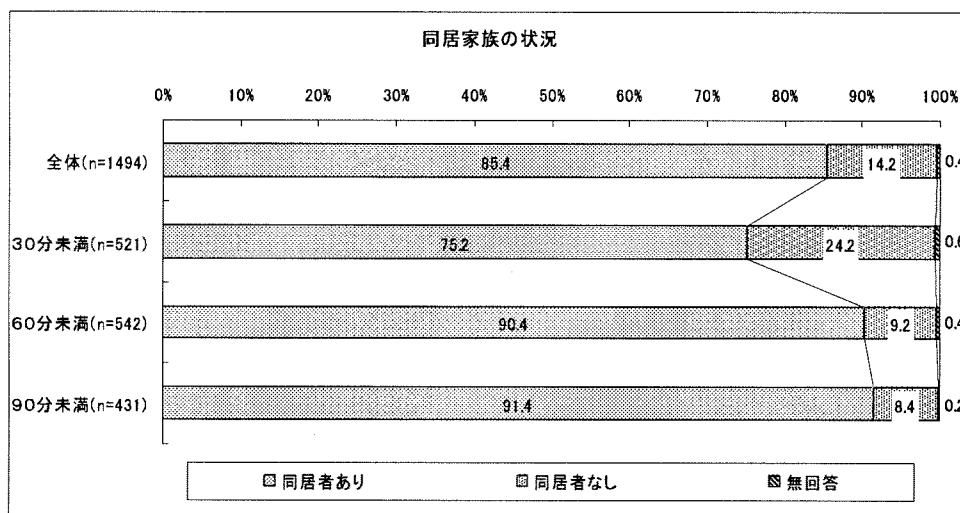


⑥同居者の有無

全体では、「同居者あり」が85.4%、「同居者なし」が14.2%となっており、「30分未満」の利用者では「同居者なし」が24.2%と多い傾向がみられる。これは「30分未満」の利用者では要介護度が軽い利用者が多いためと考えられる。

「同居者あり」の場合、「介護を行う上で同居者が抱えている問題点」（複数回答）をあげてもらったところ、「特に問題なし」は27.7%にとどまり、「病弱等心身の問題がある」27.0%、「就業している」22.0%など、介護を行う上の問題がある同居者が67.9%を占める。

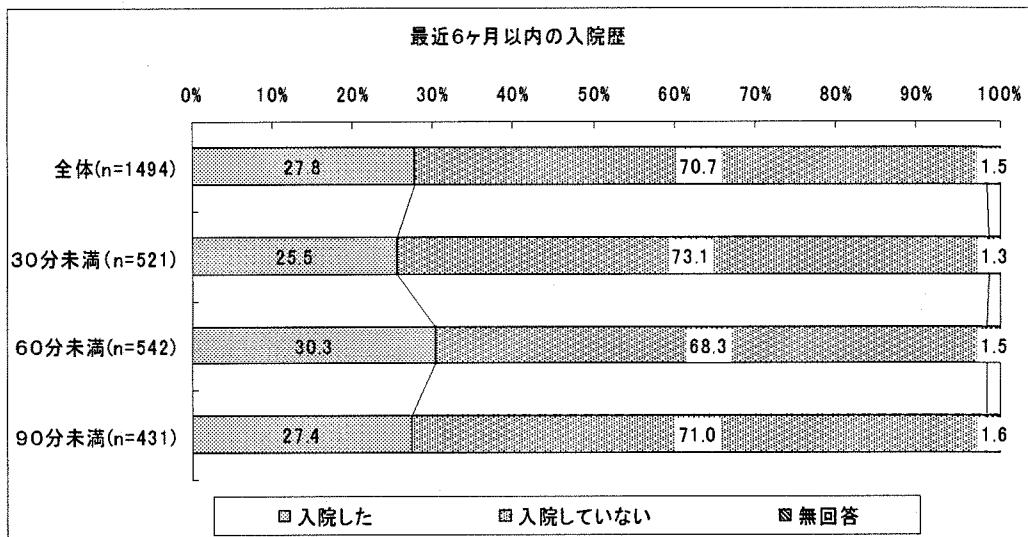
図表 116 同居者の有無；訪問時間区別



⑦最近6ヶ月以内の入院歴

最近6ヶ月以内に入院したことがあるかどうかをみると、全体では「入院した」が27.8%となっており、訪問時間区分別に大きな差はみられない。

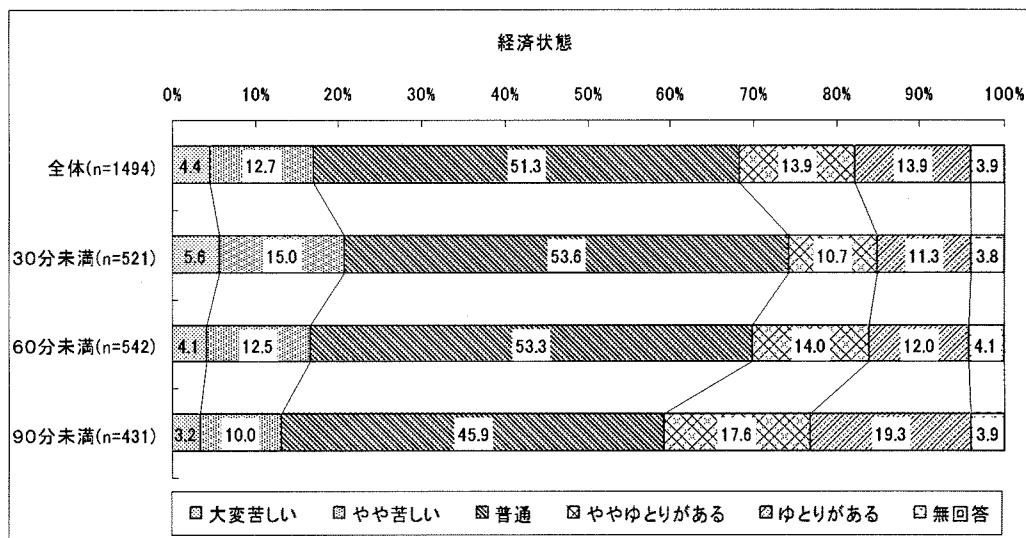
図表 117 最近6ヶ月以内の入院歴；訪問時間区分別



⑧経済状態

経済状態をみると、全体で「大変苦しい」「やや苦しい」をあわせて 17.1%となっている。訪問時間区別にみると、「30分未満」の利用者では「大変苦しい」「やや苦しい」が 20.6%を占めており、経済状態が苦しいために訪問時間を短く抑えている可能性もあると考えられる。

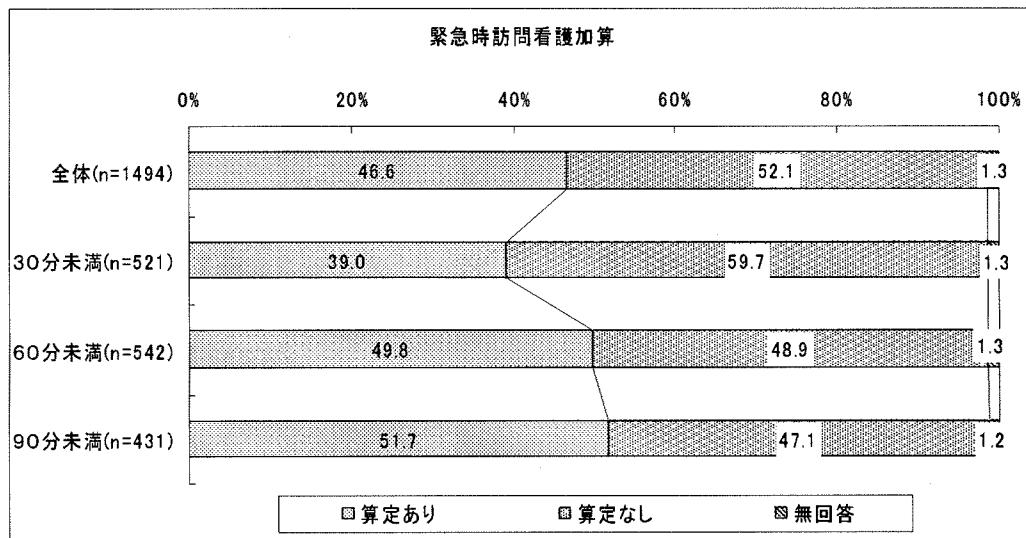
図表 118 経済状態；訪問時間区分別



⑨各種加算の算定状況

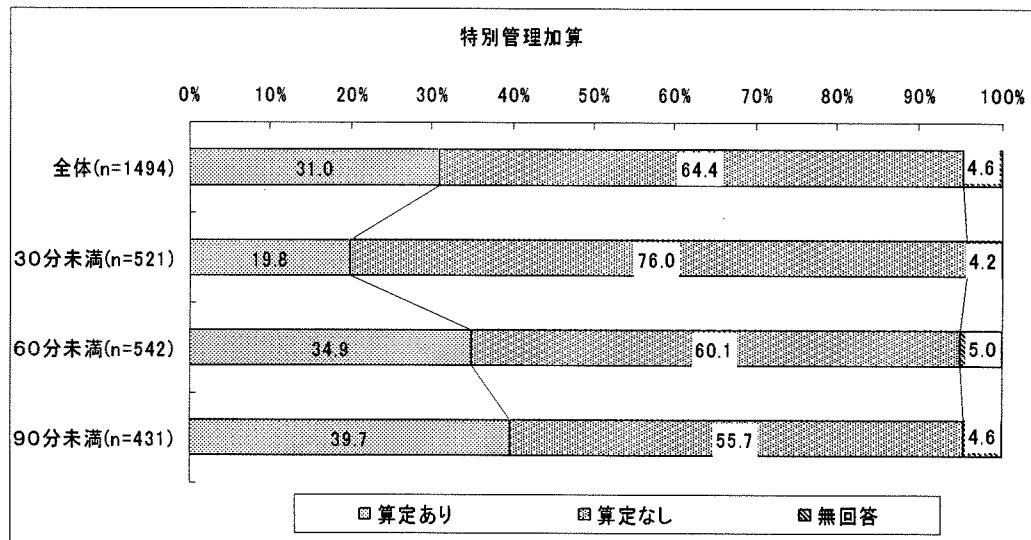
緊急時訪問看護加算の算定有無をみると、全体で「算定あり」が 46.6%となっている。訪問時間区分別にみると、訪問時間が長い利用者の方が算定割合が高い傾向がみられる。

図表 119 緊急時訪問看護加算の算定有無；訪問時間区分別



特別管理加算の算定有無をみると、全体で「算定あり」が31.0%となっている。訪問時間区別にみると、訪問時間が長い利用者の方が算定割合が高い傾向がみられる。

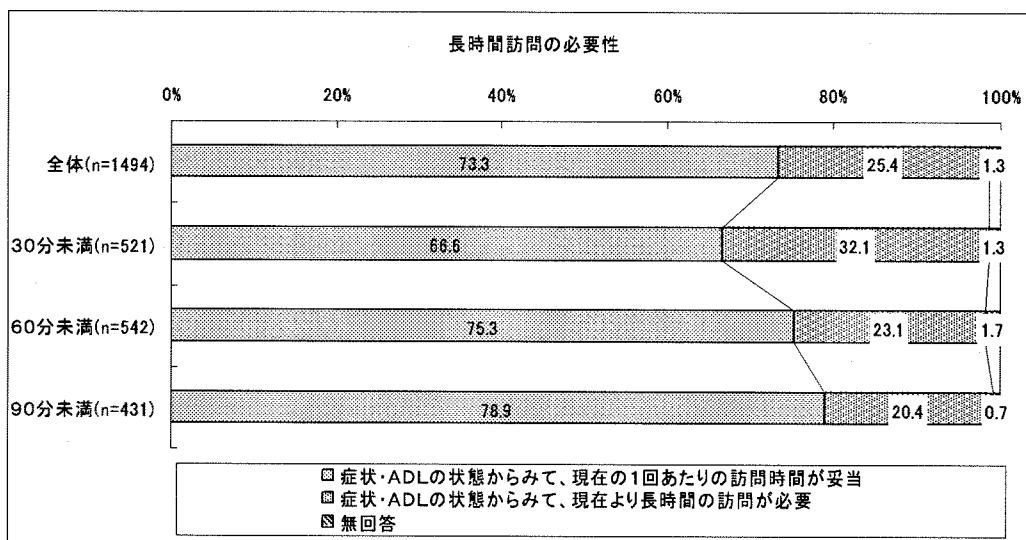
図表 120 特別管理加算の算定有無；訪問時間区別



⑩長時間訪問の必要性

症状・ADLの状態からみて、現在の1回あたり訪問時間が妥当かどうかをきいたところ、全体では「症状・ADLの状態からみて、現在の一回あたりの訪問時間が妥当」が73.3%、「症状・ADLの状態からみて、現在より長時間の訪問が必要」が25.4%であった。訪問時間区別にみると、訪問時間が短い利用者の方が「症状・ADLの状態からみて、現在より長時間の訪問が必要」の割合が高い。

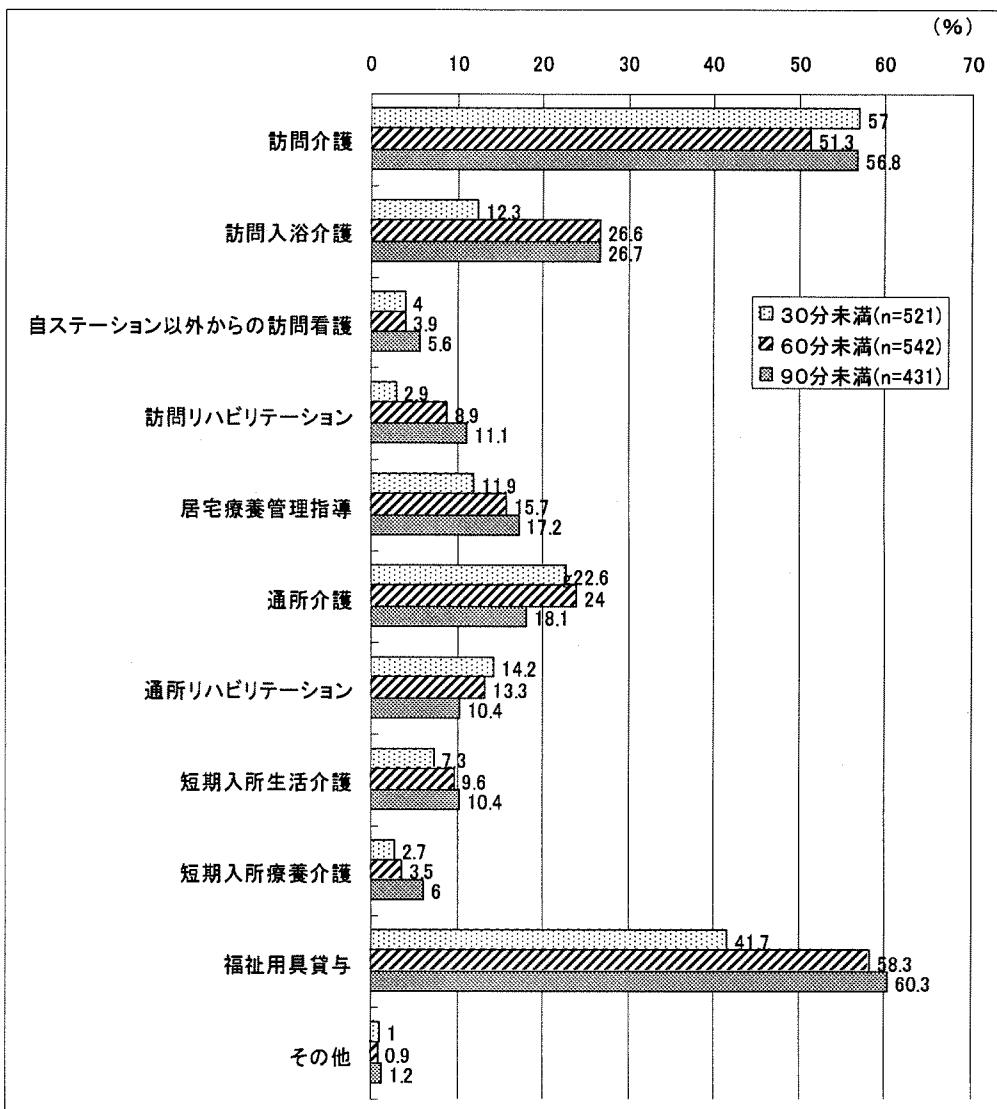
図表 121 長時間訪問の必要性；訪問時間区別



⑪介護保険サービスの利用状況

利用者が1ヶ月間に利用した介護保険サービスをみると、全体では「訪問介護」54.9%、「福祉用具貸与」53.1%、「通所介護」21.8%、「訪問入浴介護」21.6%の順に多い。訪問時間区別にみると、「訪問入浴」「訪問リハビリ」「居宅療養管理指導」「短期入所」「福祉用具貸与」は時間が長い利用者の方が利用率が高くなる傾向がみられた。

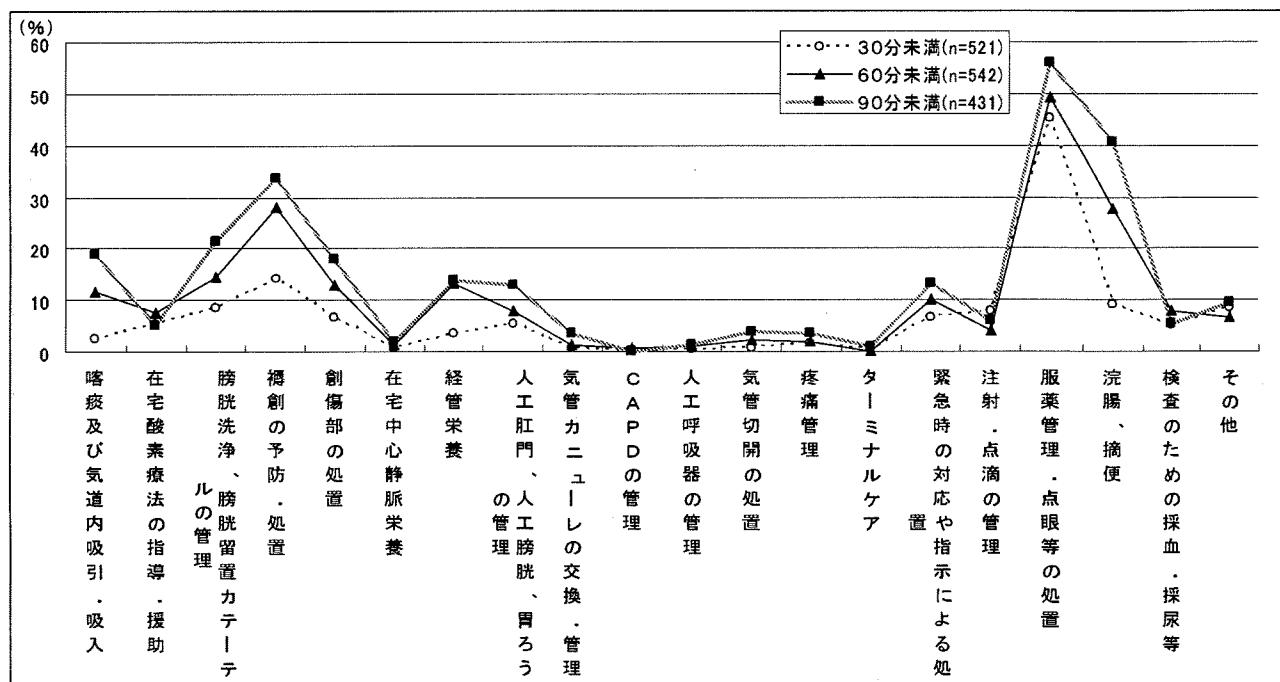
図表 122 介護保険サービスの利用状況；訪問時間区別（複数回答）



⑫1ヶ月間に実施した医療処置内容

当該訪問看護ステーションから1ヶ月間に実施した医療処置内容をみると、全体では「服薬管理」49.9%、「浣腸・摘便」25.0%、「褥創の予防、処置」24.8%、「膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理」14.3%、「創傷部の処置」12.2%の順に多い。訪問時間区別にみると、「90分未満」の利用者では、全体的に医療処置実施率が高く、特に「褥創の予防、処置」「膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理」「喀痰及び気道内吸引・吸入」「経管栄養」「浣腸、摘便」「人工肛門、人工膀胱、胃ろうの管理」などの実施率が高い。

図表 123 1ヶ月間に実施した医療処置内容；訪問時間区別（複数回答）



(2) 訪問時間区分別にみた訪問時のケア内容

訪問当日にどのようなケアを実施したかについて、以下に示すとおり 49 の行為項目に分けて調査を行った。当日の訪問時間別の各ケア別の実施割合を以下に示す。

図表 124 訪問時のケア内容 ; 訪問時間区分別

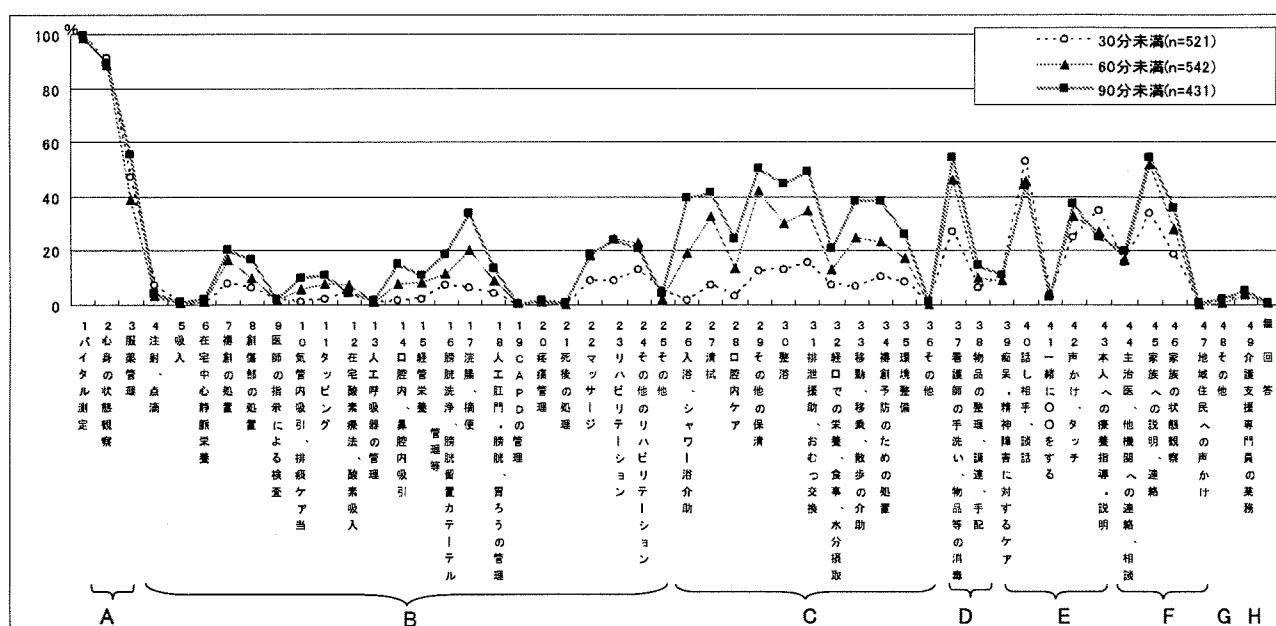
単位 : %

		ケア内容コード	実施割合			
			合計 (n=1494)	30分未満 (n=521)	60分未満 (n=542)	90分未満 (n=431)
A 状態観察	与薬	1バイタル測定	98.7	98.5	98.3	99.3
		2心身の状態観察、生活状況の観察	89.5	91.2	88.4	88.9
B 処置等	与薬	3服薬管理(点眼薬、軟膏、座薬等を含む)	46.7	47.4	39.1	55.5
		4注射、点滴	5.0	7.3	3.3	4.2
与薬・処置	処置	4-1 うちインシュリンの自己注射	4.4	6.0	4.2	2.8
		5吸入	0.6	0.4	0.6	0.9
C 身の回りの世話		6在宅中心静脈栄養	1.1	0.6	0.9	2.1
		7褥創の処置	14.7	7.9	16.6	20.4
D A～C関連		8創傷部の処置	10.5	6.3	9.8	16.5
		9医師の指示による採血などの検査	1.9	2.1	1.7	2.1
E 本人とのコミュニケーション		10気管内吸引、排痰ケア、気管カニューレの管理	5.1	0.8	5.5	9.7
		うち、気管内吸引	3.1	0.6	3.0	6.3
F 本人以外への働きかけ		うち、排痰ケア	-	-	-	-
		うち、気管カニューレの管理	-	-	-	-
G その他		11タッピング	6.6	2.1	7.6	10.9
		12在宅酸素療法、酸素吸入	5.7	5.2	7.4	4.2
H 介護支援専門員		13人工呼吸器の管理	0.9	0.4	1.1	1.4
		14口腔内、鼻腔内吸引	7.6	1.3	7.7	14.8
I 無回答		15経管栄養	7.0	1.9	8.5	11.1
		16膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理、導尿の実施、介助	12.2	7.5	11.6	18.6
J その他の業務		17浣腸、摘便	19.3	6.3	20.3	33.9
		18人工肛門、人工膀胱、胃ろうの管理	8.6	4.2	8.7	13.7
K その他の業務		19CAPDの管理	0.3	0.2	0.7	-
		20疼痛管理	1.1	0.8	1.1	1.6
L その他の業務		21死後の処理	0.2	0.2	-	0.5
		22マッサージ	15.0	8.6	18.3	18.6
M その他の業務		23リハビリテーション	18.7	8.6	24.5	23.7
		24その他のリハビリテーション	18.7	12.7	22.7	20.9
N その他の業務		25その他	3.9	5.4	2.2	4.4
		26入浴、シャワー浴介助	18.8	1.3	19.2	39.4
O その他の業務		27清拭	26.3	7.5	32.5	41.3
		28口腔内ケア、歯磨き、歯磨き準備、歯磨き介助、うがい、口腔清拭	13.0	2.9	13.5	24.6
P その他の業務		29その他の保清：洗髪、手浴、足浴、陰部清浄	34.0	12.5	41.9	50.1
		30整浴：髭剃り、散髪、整髪、爪きり、他のケアをともなわない更衣	28.3	12.9	30.3	44.5
Q その他の業務		31排泄援助、おむつ交換	32.2	15.7	34.5	49.2
		32経口での栄養、食事、水分摂取に関わる援助	13.2	7.1	12.9	20.9
R その他の業務		33移動、移乗、散歩の介助	22.4	6.7	24.9	38.3
		34体位変換、良肢位の保持等褥創予防のための処置	22.9	10.2	23.1	38.1
S その他の業務		35環境整備	16.6	8.4	17.0	26.0
		36その他	0.7	1.2	0.2	0.9
T その他の業務		37看護師の手洗い、物品等の消毒	41.8	27.1	45.9	54.5
		38物品の定期的、臨時の整理、調達、手配	9.8	6.1	9.6	14.6
U その他の業務		39痴呆・精神障害に対するケア	10.2	10.7	9.0	11.1
		40話し相手、談話	47.6	52.6	45.4	44.3
V その他の業務		41一緒に○○をする：家事、娯楽、散歩、買い物、○○するのを見守る	3.6	3.5	4.4	2.8
		42声かけ、タッチ	31.3	25.1	32.5	37.4
W その他の業務		43本人への療養指導・説明	29.1	34.9	26.9	24.8
		44主治医、他機関、他専門職等への連絡、相談	17.1	15.7	16.6	19.5
X その他の業務		45家族への説明、連絡	46.1	33.6	51.7	54.3
		46家族の状態観察	26.8	18.6	27.9	35.5
Y その他の業務		47地域住民への声かけ	0.4	0.6	0.2	0.5
		48その他	1.5	1.7	0.7	2.3
Z 介護支援専門員		49介護支援専門員の業務	3.9	3.1	3.7	5.1
無回答		無回答	0.5	0.4	0.7	0.5

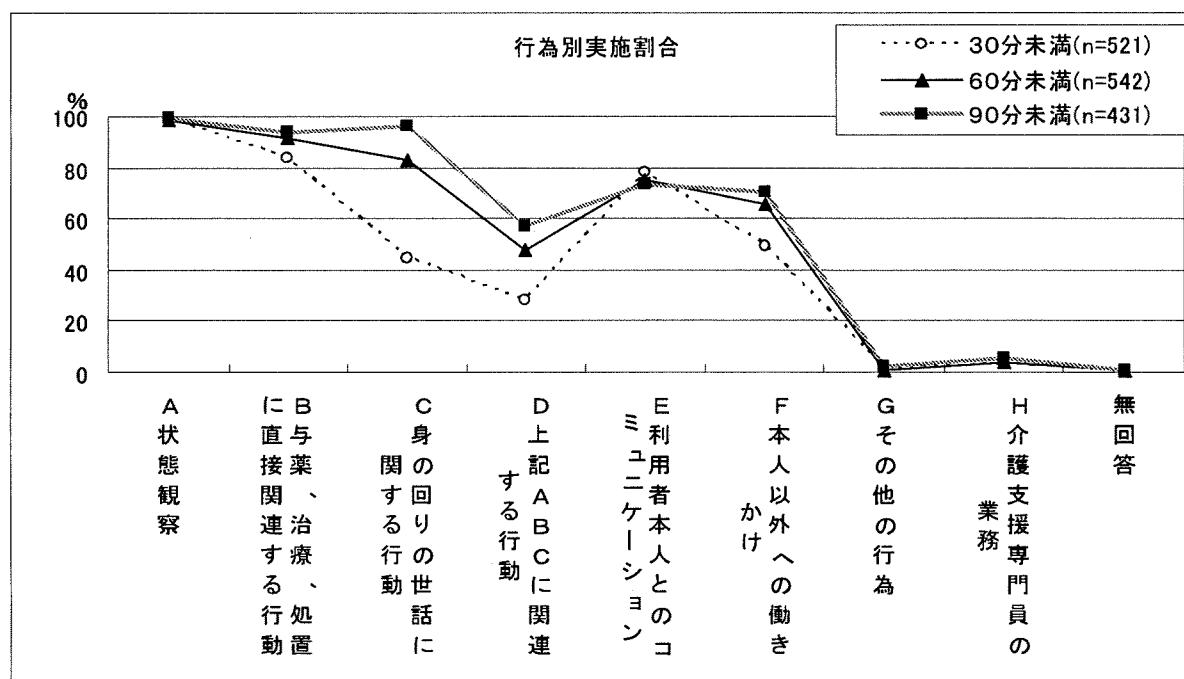
訪問時間区分別にみると、「1 バイタル測定」「2 心身の状態観察等」などについては、訪問時間区分によらず実施率が同程度である。訪問時間が長くなれば実施できるケアも多くなるため、全般的に訪問時間が長くなると実施率も高くなっており、与薬・処置等の中では「7 褥創の処置」「8 創傷部の処置」「11 タッピング」「16 膀胱洗浄等」「17 浣腸、摘便」「22 マッサージ」「23 リハビリテーション」等の実施率が高く、身の回りの世話に関する項目（26-36）については、すべてのケアの実施率が高くなっている。

このことから、訪問時間が長くなると、身の回りの世話だけでなく、与薬・処置等の実施率も高くなることがいえる。

図表 125 訪問時のケア実施率；訪問時間区分別（詳細）（複数回答）



図表 126 訪問時のケア実施率；訪問時間区分別（中区分）（複数回答）



次に、訪問時に実施しているケア内容等をもとに利用者を2つの方法でパターン分類した。

ケアパターンAでは、利用者を以下の4つに分類した。「①医療処置中心型」は、与薬・処置のいずれかの項目を実施し、身の回りの世話を実施していない利用者、「②身の回りの世話中心型」は、与薬・処置のいずれの項目も実施せず、身の回りの世話のいずれかの項目を実施している利用者、「③複合型」は与薬・処置かつ身の回りの世話のどちらも実施している利用者である。

図表 127 ケアパターンA

	与薬・処置 ※ケア内容コード3~21	身の回りの世話 ※ケア内容コード26~36
①医療処置中心型	○	×
②身の回りの世話中心型	×	○
③複合型	○	○
④その他	上記①~③以外	

○；1つ以上の項目を実施 ×；1つも実施していない

ケアパターンBでは、利用者の状態像から以下の3つに分類した。「①特別管理加算対象者」は、特別管理加算を算定している利用者、「②特定の医療処置該当者」は、特別管理加算は算定していないが、特定の医療処置を実施している利用者、「③その他」は特別管理加算も特定の医療処置もない利用者である。

図表 128 ケアパターンB

	特別管理加算	特定の医療処置 ※以下の医療処置を1つ以上実施している人
①特別管理加算対象者	○	—
②特定の医療処置該当者	×	○
③その他	×	×

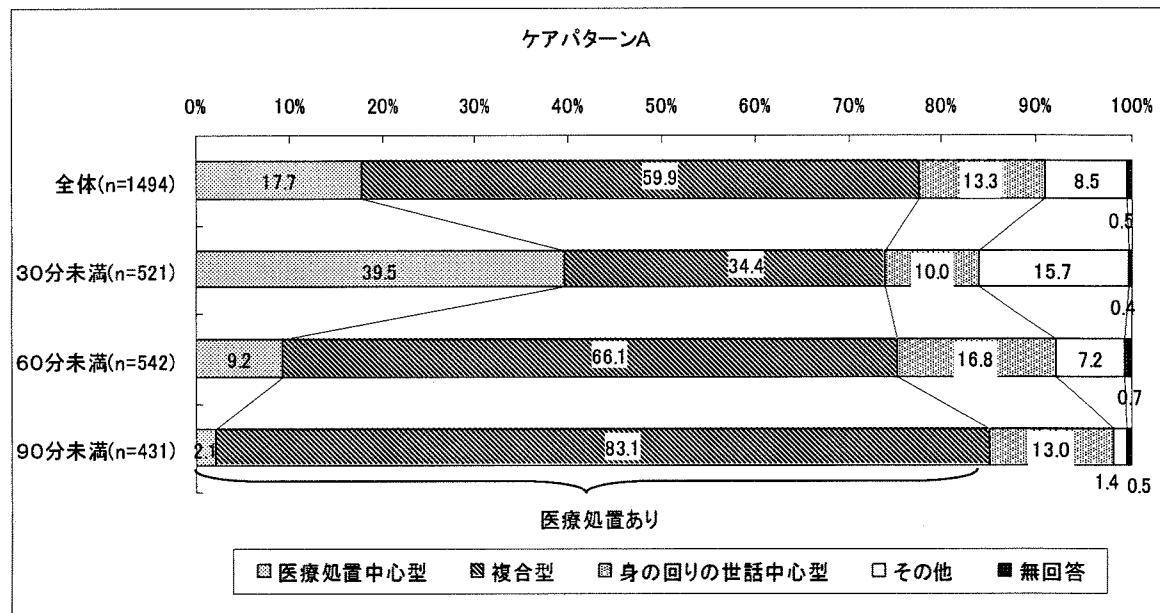
○；該当する ×；該当しない —；問わない

※特定の医療処置は、以下の通り。

喀痰及び気道内吸引・吸入、在宅酸素療法、膀胱洗浄、褥創の予防・処置、創傷部の処置、在宅中心静脈栄養、経管栄養、人工肛門・人工膀胱・胃瘻、気管カニューレ、C A P D、人工呼吸器、気管切開、疼痛管理、ターミナルケア、注射・点滴の管理

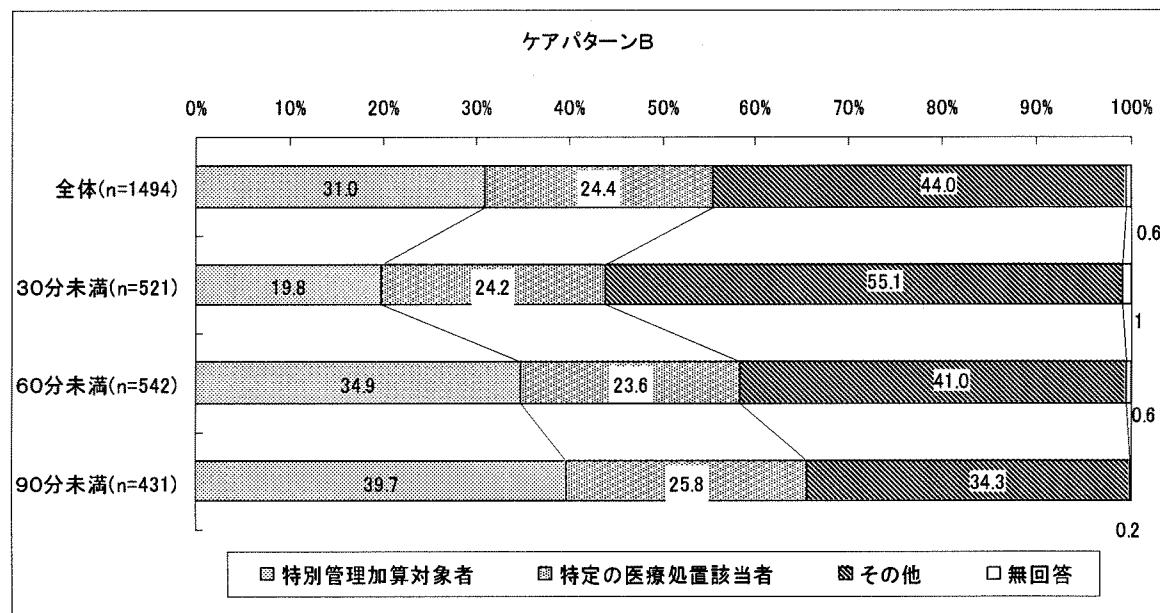
訪問時間区別に上記パターン別の割合をみると、「30分未満」の利用では、「医療処置中心型」が39.5%と最も多く、「60分未満」「90分未満」の利用者では与薬・処置も身の回りの世話も実施する「複合型」が66.1%、83.1%と大半を占めている。

図表 129 ケアパターンA；訪問時間区別



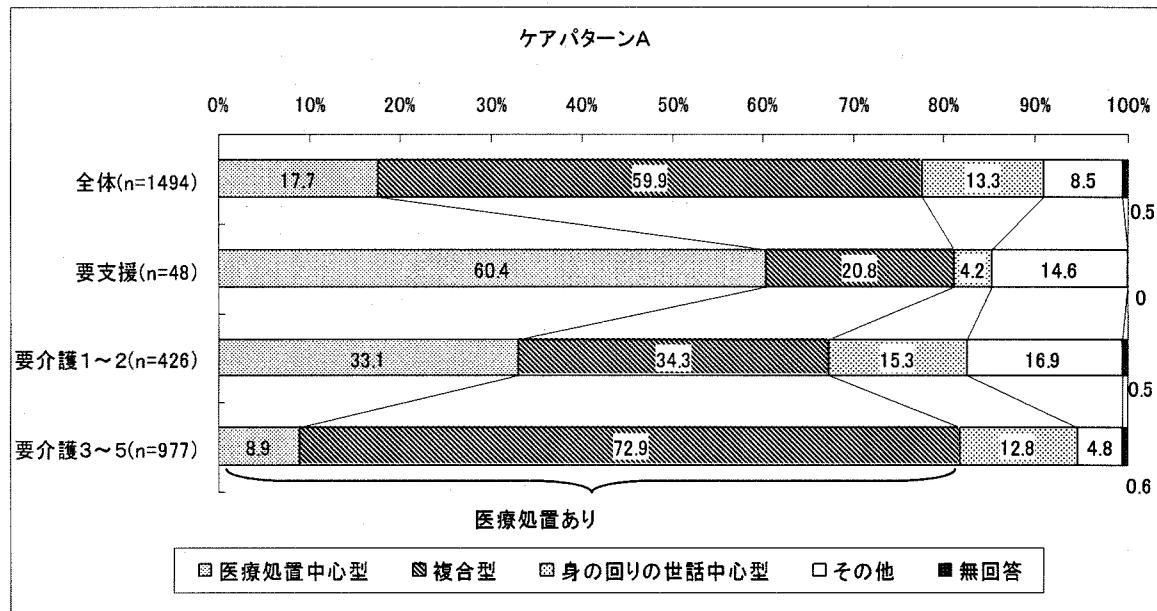
医療処置中心型；I 与薬・処置（行為番号3～21）を実施し、II 身の回りの世話（行為番号26～36）は実施せず
 身の回りの世話中心型；I 与薬・処置（行為番号3～21）を実施せず、II 身の回りの世話（行為番号26～36）を実施
 複合型；I 与薬・処置（行為番号3～21）もII 身の回りの世話（行為番号26～36）も実施
 その他；上記以外

図表 130 ケアパターンB；訪問時間区別

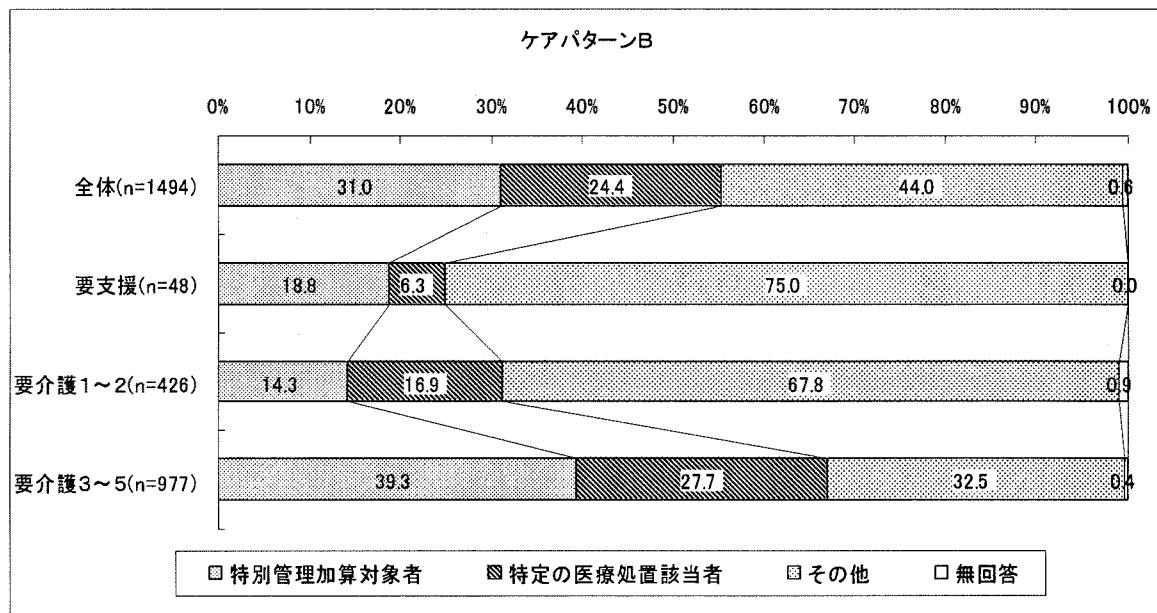


要介護度別にみると、要介護度が重くなるに従って、「複合型」の割合が増加し、要介護度が軽くなるに従って、「医療処置中心型」の割合が増加する。

図表 131 ケアパターンA；要介護度別



図表 132 ケアパターンB；要介護度別

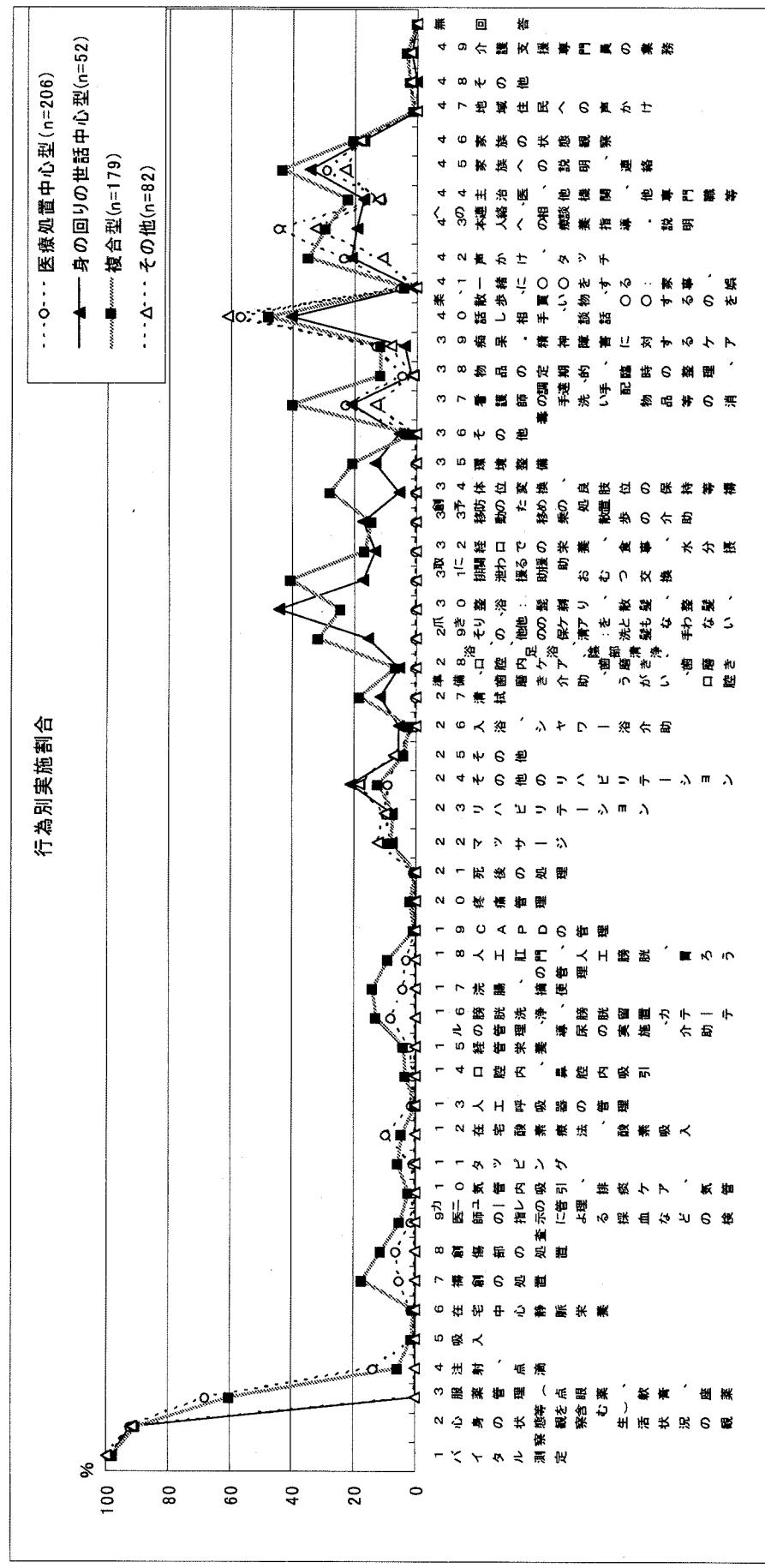


(3) ケアパターン別にみた実施行行為

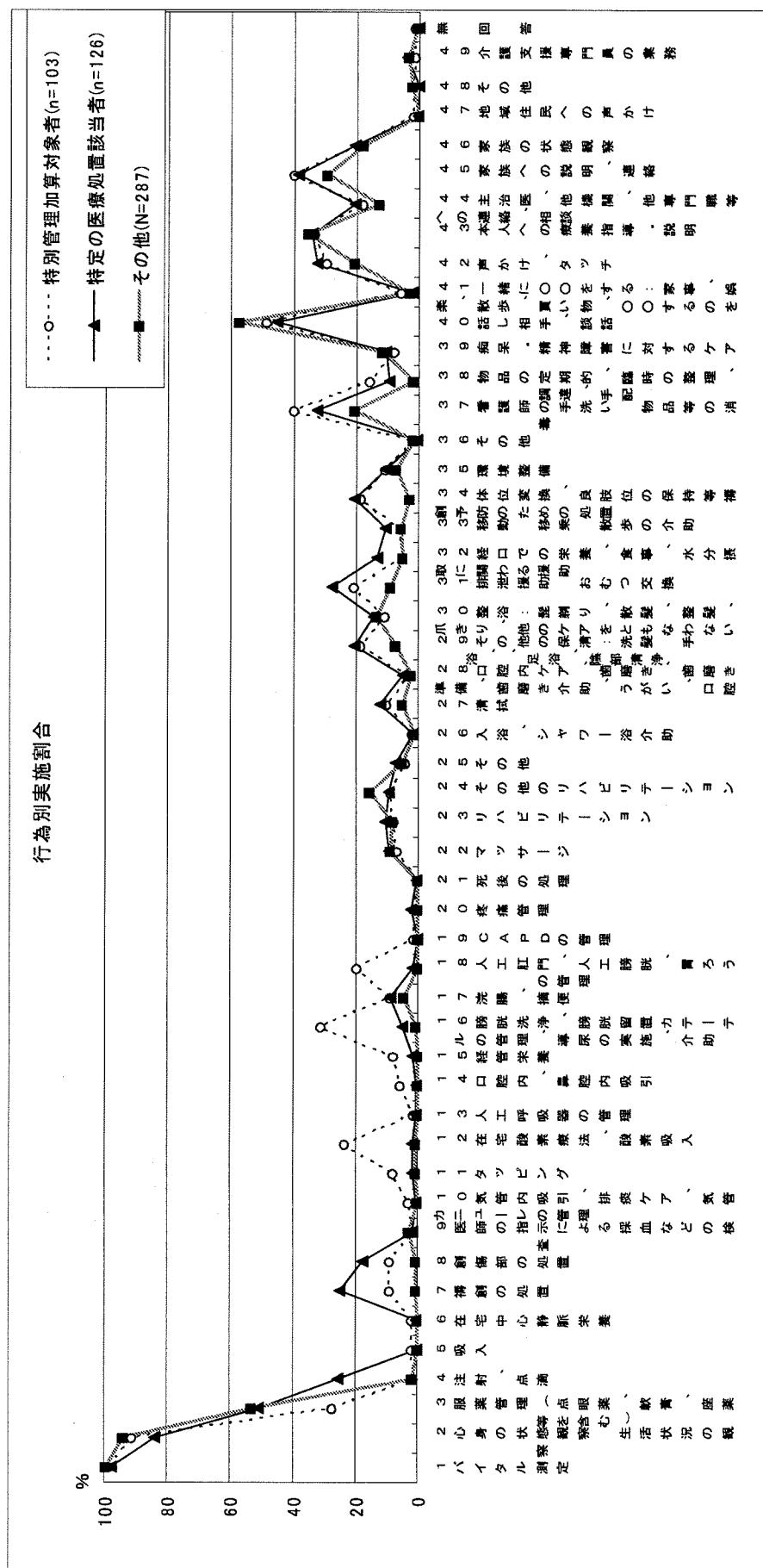
①30分未満訪問対象者

現在の介護保険制度による訪問看護の報酬設定は、「30分未満」「60分未満」「90分未満」の3段階であり、訪問時に実施した業務内容によらず一定である。しかし、同じ訪問時間の中でも、ケアパターン別に各行為実施率をみると、かなり差がみられる。

図表 133 ケアパターンA【30分未満】



図表 134 ケアパターンB【30分未満】



図表 135 ケアパターンA【30分未満】

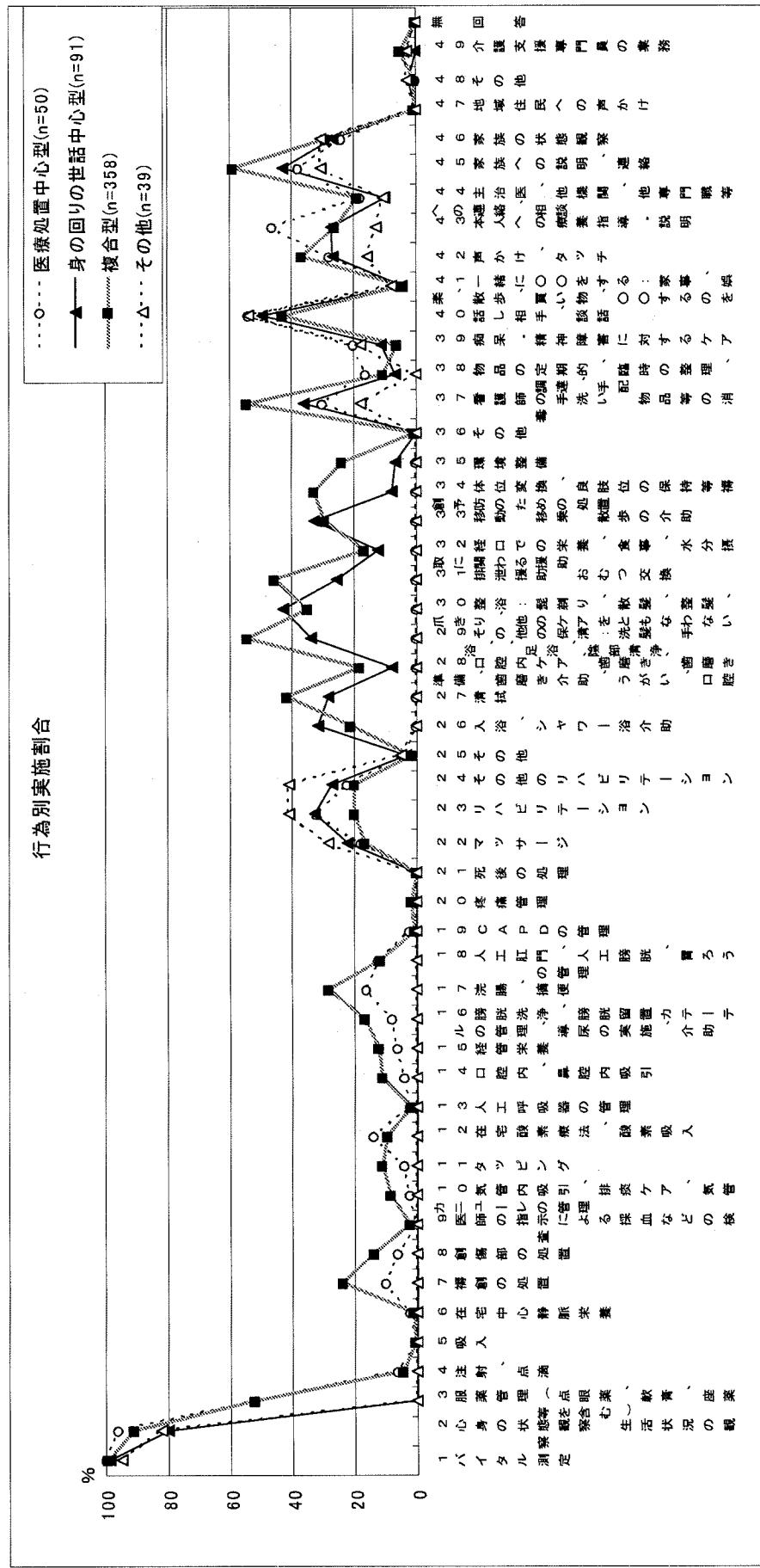
ケア内容コード	実施割合					
	合計(n=521)	医療処置中心型 (n=206)	身の回りの世話 中心型 (n=52)	複合型 (n=179)	その他 (n=82)	
件数	割合	件数	割合	件数	割合	
A状態観察	517	99.2	205	99.5	52	100.0
B処置等	437	83.9	206	100.0	20	38.5
C身の回りの世話	231	44.3	-	-	52	100.0
DA～C関連	146	28.0	48	23.3	11	21.2
E本人とのコミュニケーション	407	78.1	176	85.4	33	63.5
F本人以外への働きかけ	257	49.3	95	46.1	27	51.9
Gその他	9	1.7	3	1.5	-	-
H介護支援専門員	16	3.1	7	3.4	1	1.9
無回答	2	0.4	-	-	-	-

図表 136 ケアパターンB【30分未満】

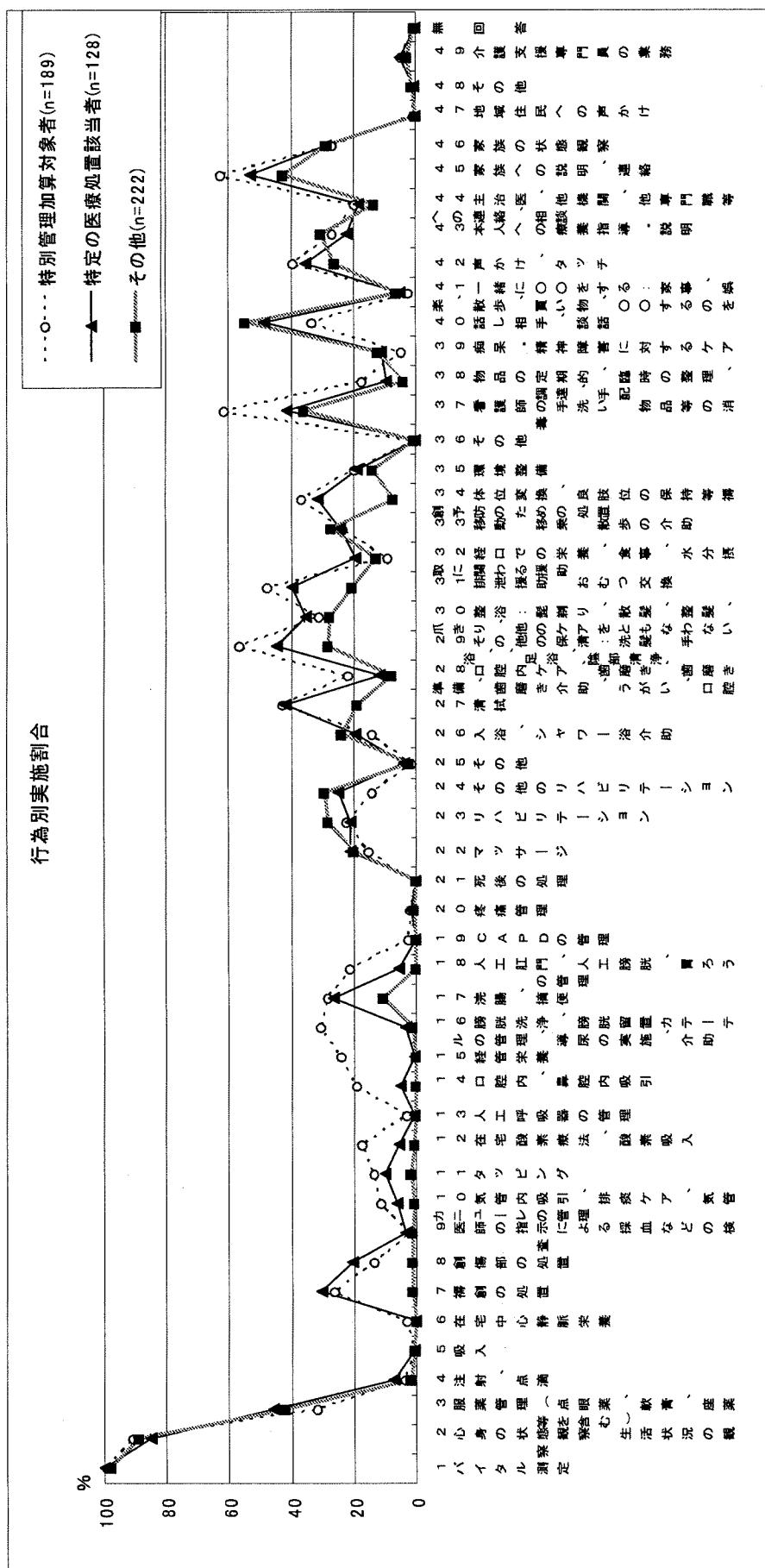
ケア内容コード	実施割合					
	合計(n=521)	特別管理加算 対象者 (n=103)	特定の医療処置 該当者(n=126)	その他 (n=287)	件数	割合
件数	割合	件数	割合	件数	割合	
A状態観察	517	99.2	101	98.1	125	99.2
B処置等	437	83.9	97	94.2	123	97.6
C身の回りの世話	231	44.3	54	52.4	74	58.7
DA～C関連	146	28.0	41	39.8	45	35.7
E本人とのコミュニケーション	407	78.1	82	79.6	91	72.2
F本人以外への働きかけ	257	49.3	55	53.4	69	54.8
Gその他	9	1.7	2	1.9	-	-
H介護支援専門員	16	3.1	1	1.0	5	4.0
無回答	2	0.4	1	1.0	-	-

②60分未満訪問対象者

图表 137 ケアパターンA【60分未満】



図表 138 ケアパターンB【60分未満】



图表 139 ケアパターンA【60分未満】

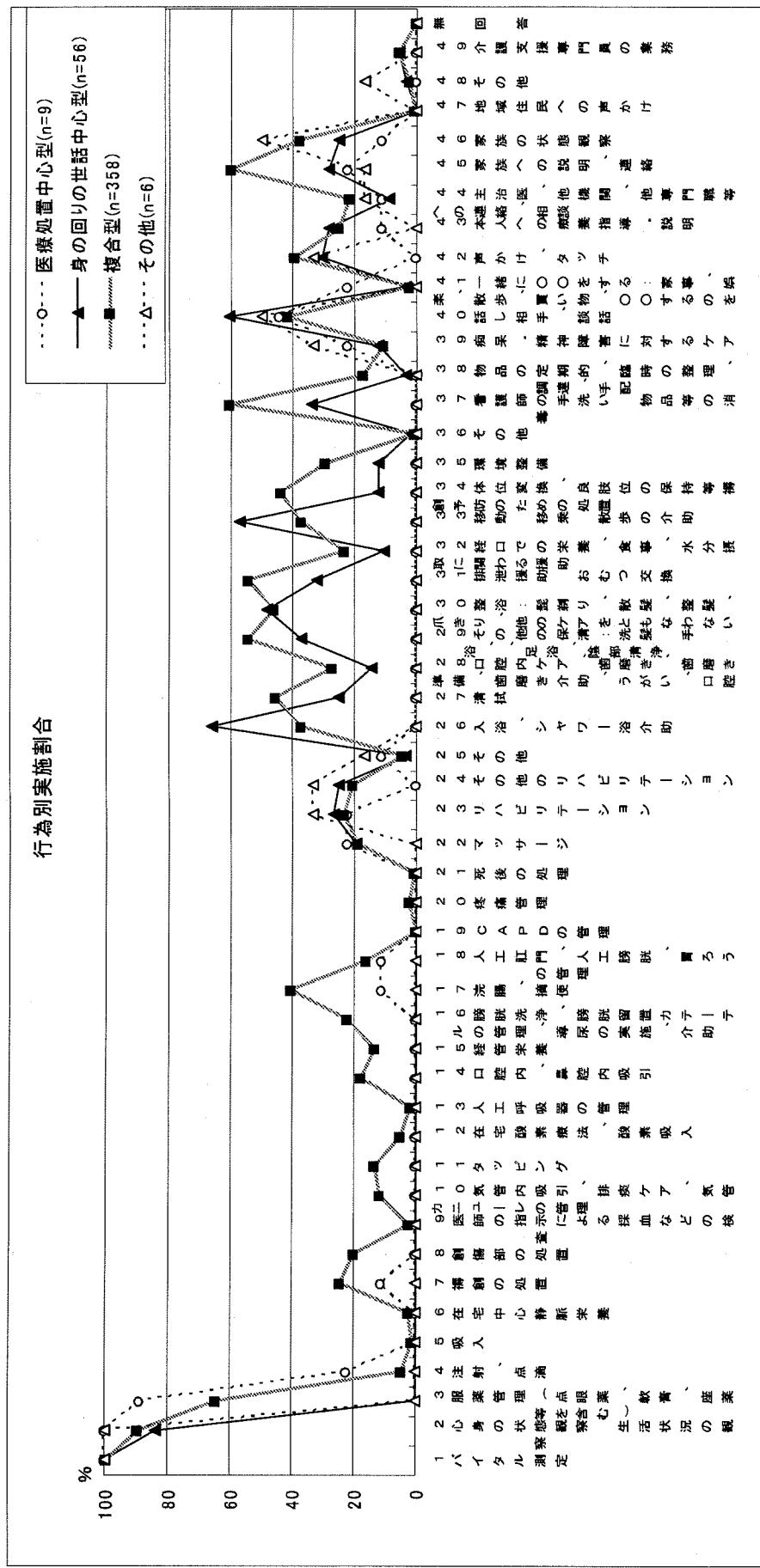
ケア内容コード	実施割合									
	合計(n=542)		医療処置中心型 (n=50)		身の回りの世話 中心型 (n=91)					
件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数				
A状態觀察	533	98.3	50	100.0	90	98.9	356	99.4	37	94.9
B処置等	496	91.5	50	100.0	57	62.6	358	100.0	31	79.5
C身の回りの世話	449	82.8	-	-	91	100.0	358	100.0	-	-
DA～C関連	258	47.6	17	34.0	34	37.4	200	55.9	7	17.9
E本人とのコミュニケーション	407	75.1	40	80.0	74	81.3	266	74.3	27	69.2
F本人以外への働きかけ	355	65.5	27	54.0	55	60.4	256	71.5	17	43.6
Gその他	4	0.7	-	-	2	2.2	1	0.3	1	2.6
H介護支援専門員	20	3.7	1	2.0	-	-	18	5.0	1	2.6
無回答	4	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-

图表 140 ケアパターンB【60分未満】

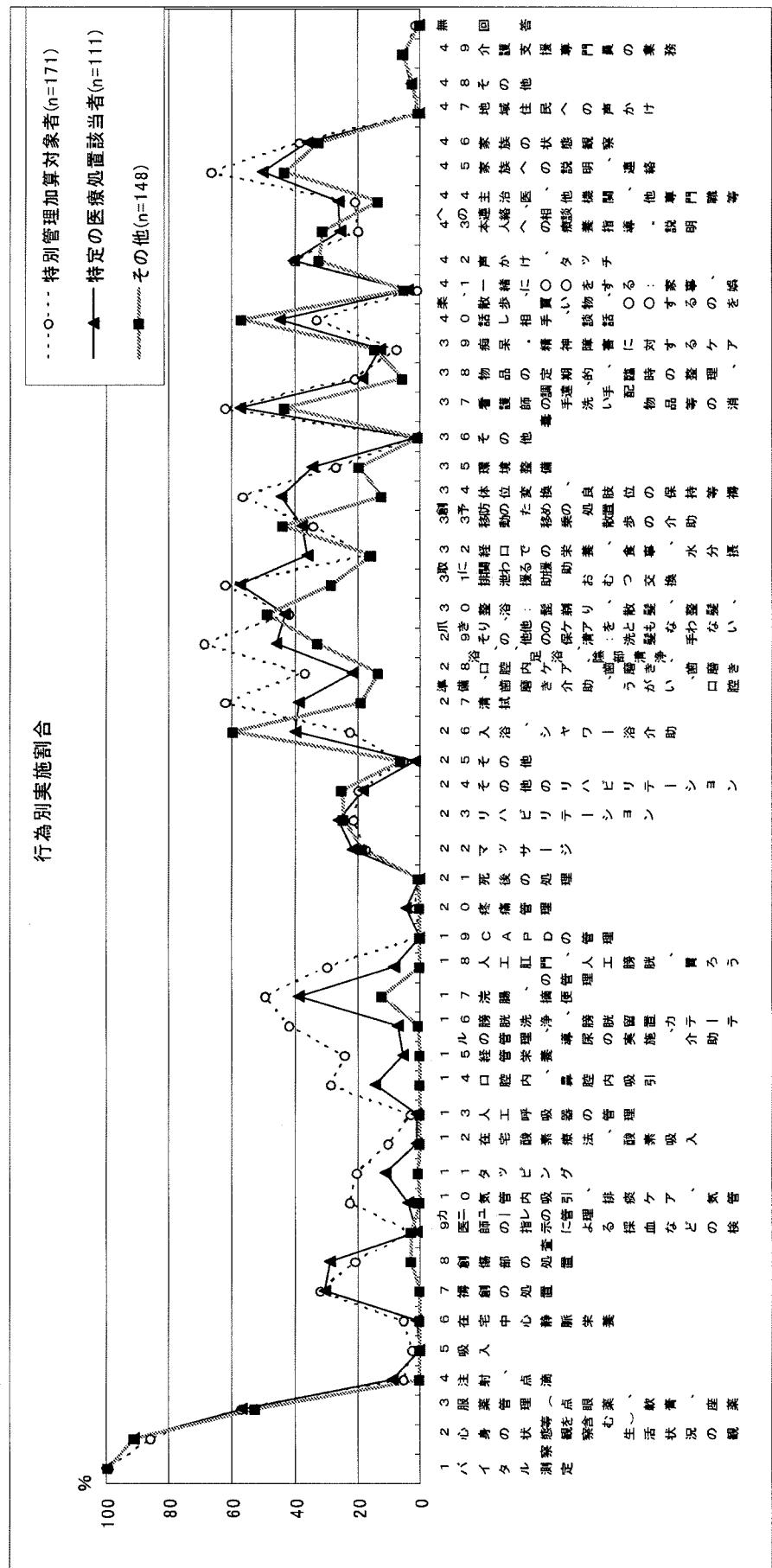
ケア内容コード	実施割合							
	合計(n=542)		特別管理加算 対象者 (n=189)		特定の医療処置 該当者(n=128)			
件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数		
A状態観察	533	98.3	187	98.9	128	100.0	217	97.7
B処置等	496	91.5	185	97.9	121	94.5	189	85.1
C身の回りの世話	449	82.8	168	88.9	119	93.0	162	73.0
DA～C関連	258	47.6	119	63.0	55	43.0	84	37.8
E本人とのコミュニケーション	407	75.1	140	74.1	98	76.6	169	76.1
F本人以外への働きかけ	355	65.5	137	72.5	91	71.1	127	57.2
Gその他	4	0.7	1	0.5	1	0.8	2	0.9
H介護支援専門員	20	3.7	8	4.2	6	4.7	6	2.7
無回答	4	0.7	1	0.5	-	-	1	0.5

③90分未満訪問対象者

図表 141 ケアパターンA【90分未満】



図表 142 ケアパタンB [90分未満]



図表 143 ケアパーションA【90分未満】

ケア内容コード	実施割合							
	合計(n=431)	医療処置中中心型 (n=9)	身の回りの世話 中心型 (n=56)	複合型 (n=358)	その他 (n=6)			
件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	
A状態観察	429	99.5	9	100.0	56	100.0	358	100.0
B処置等	404	93.7	9	100.0	32	57.1	358	100.0
C身の回りの世話	414	96.1	-	-	56	100.0	358	100.0
DA～C関連	246	57.1	-	-	20	35.7	226	63.1
E本人とのコミュニケーション	317	73.5	5	55.6	47	83.9	260	72.6
F本人以外への働きかけ	304	70.5	4	44.4	28	50.0	269	75.1
Gその他	10	2.3	-	-	2	3.6	7	2.0
H介護支援専門員	22	5.1	-	-	3	5.4	19	5.3
無回答	2	0.5	-	-	-	-	-	-

図表 144 ケアパーションB【90分未満】

ケア内容コード	実施割合							
	合計(n=431)	特別管理加算 対象者 (n=171)	特定の医療処置 該当者(n=111)	特定の医療処置 該当者(n=148)	その他 (n=148)			
件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	
A状態観察	429	99.5	169	98.8	111	100.0	148	100.0
B処置等	404	93.7	168	98.2	110	99.1	125	84.5
C身の回りの世話	414	96.1	167	97.7	109	98.2	137	92.6
DA～C関連	246	57.1	113	66.1	67	60.4	65	43.9
E本人とのコミュニケーション	317	73.5	117	68.4	82	73.9	117	79.1
F本人以外への働きかけ	304	70.5	132	77.2	81	73.0	90	60.8
Gその他	10	2.3	4	2.3	3	2.7	3	2.0
H介護支援専門員	22	5.1	8	4.7	6	5.4	8	5.4
無回答	2	0.5	-	-	-	-	-	-

(4) 訪問時間区分別にみたケア内容別時間

訪問当日に実施したケア内容別時間の合計をみると、「30分未満」では33.5分、「30～60分」では61.2分、「60～90分」では90.8分利用者宅に滞在している。各ケア内容別の平均実施時間（当該ケアを実施している利用者ベースの平均時間）は、下表の通りであった。

図表 145 訪問時のケア内容別時間（詳細区分）；訪問時間区分別

（当該ケアを実施している利用者のみの平均時間）

ケア内容コード		当該ケアの実施時間（分）								
		合計(n=1494)		30分未満 (n=521)		60分未満 (n=542)		90分未満 (n=431)		
		実施 人数	平均 時間	実施 人数	平均 時間	実施 人数	平均 時間	実施 人数	平均 時間	
A状態観察	1バイタル測定	1,434	5.6	497	5.3	519	5.7	418	5.9	
	2心身の状態観察、生活状況の観察	1,267	5.5	450	5.2	456	5.4	361	5.9	
B処置等	与薬	3服薬管理（点眼薬、軟膏、座薬等を含む）	642	4.5	222	4.6	198	4.3	222	4.7
	4注射、点滴	71	8.8	38	6.9	17	6.9	16	15.1	
	4-1うちインシュリンの自己注射	1,494	0.1	521	0.2	542	0.0	431	0.0	
	5吸入	7	6.9	2	7.0	3	4.7	2	10.0	
	6在宅中心静脈栄養	17	11.4	3	11.3	5	9.6	9	12.3	
	7褥創の処置	210	7.4	38	7.2	87	7.2	85	7.8	
	8創傷部の処置	144	5.9	29	5.8	49	5.8	66	6.1	
	9医師の指示による採血などの検査	26	5.2	10	5.5	8	3.9	8	6.0	
	10気管内吸引、排痰ケア、気管カニューレの管理	73	6.9	4	7.0	29	5.4	40	8.0	
	うち、気管内吸引	43	4.3	3	6.3	16	3.5	24	4.6	
	うち、排痰ケア	41	3.9	1	3.0	18	3.5	22	4.2	
	うち、気管カニューレの管理	20	3.6	1	3.0	7	2.9	12	4.1	
	11タッピング	92	3.3	11	2.6	40	3.5	41	3.3	
	12在宅酸素療法、酸素吸入	76	3.3	25	3.6	36	3.1	15	3.5	
	13人工呼吸器の管理	14	5.3	2	3.5	6	4.2	6	7.0	
	14口腔内、鼻腔内吸引	104	4.6	7	4.3	37	4.1	60	4.9	
	15経管栄養	98	6.8	8	4.3	45	5.7	45	8.4	
	16膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理、導尿の実施、介助	176	10.2	38	9.8	59	10.9	79	9.8	
	17浣腸、摘便	277	12.2	31	8.7	106	11.4	140	13.7	
	18人工肛門、人工膀胱、胃ろうの管理	122	6.1	21	6.3	45	6.4	56	5.8	
	19CAPDの管理	4	15.0	1	5.0	3	18.3	-	-	
	20疼痛管理	15	5.5	4	7.3	5	6.6	6	3.3	
	21死後の処理	3	9.3	1	3.0	-	-	2	12.5	
	その他	22マッサージ	213	8.6	41	6.3	96	9.2	76	9.1
	23リハビリーション	267	15.3	42	10.9	126	17.2	99	14.7	
	24その他のリハビリテーション	268	12.1	64	11.0	118	12.8	86	11.9	
	25その他	56	9.9	26	6.2	11	10.3	19	14.8	
C身の回りの世話	26入浴、シャワー浴介助	274	27.6	5	14.8	101	24.2	168	30.0	
	27清拭	369	14.3	34	7.6	166	13.8	169	16.2	
	28口腔内ケア、歯磨き、歯磨き準備、歯磨き介助、うがい、口腔清拭	182	5.2	12	4.1	70	4.8	100	5.5	
	29その他の保清：洗髪、手浴、足浴、陰部清浄	480	8.6	57	6.2	217	7.9	206	10.0	
	30整浴：髭剃り、散髪、整髪、爪きり、他のケアとともにない更衣	399	6.3	61	5.6	154	5.6	184	7.1	
	31排泄援助、おむつ交換	449	5.8	76	4.7	174	5.6	199	6.3	
	32経口での栄養、食事、水分摂取に関する援助	181	7.1	32	5.1	65	7.1	84	7.9	
	33移動、移乗、歩歩の介助	315	6.3	32	5.2	124	6.1	159	6.6	
	34体位変換、良肢位の保持等褥創予防のための処置	319	3.3	46	2.3	117	3.1	156	3.7	
	35環境整備	227	4.2	38	3.5	84	4.0	105	4.6	
	36その他	10	8.0	6	6.7	1	5.0	3	11.7	
D ABC関連	37看護師の手洗い、物品等の消毒	585	2.7	133	2.1	230	2.7	222	3.0	
	38物品の定期的、臨時の整理、調達、手配	134	4.0	31	3.1	46	4.0	57	4.4	
E 本人とのコミュニケーション	39痴呆・精神障害に対するケア	136	7.6	51	5.9	43	8.0	42	9.2	
	40話し相手、談話	661	8.7	256	7.8	225	9.0	180	9.8	
	41一緒に○○をする：家事、娯楽、散歩、買い物、○○するのを見守る	45	12.9	15	8.9	20	9.7	10	25.2	
	42声かけ、タッチ	422	5.0	120	3.8	155	4.8	147	6.2	
	43本人への療養指導・説明	404	5.6	171	5.3	137	5.5	96	6.5	
F 本人以外への働きかけ	44主治医、他機関、他専門職等への連絡、相談	223	5.5	69	4.8	79	5.7	75	6.1	
	45家族への説明、連絡	656	5.5	166	4.6	266	5.3	224	6.2	
	46家族の状態観察	380	4.7	90	3.8	141	4.9	149	5.1	
	47地域住民への声かけ	4	4.3	1	5.0	1	1.0	2	5.5	
G その他	48その他	22	13.2	9	4.7	4	3.8	9	26.0	
	49介護支援専門員の業務	51	10.6	13	9.3	18	9.0	20	12.9	

図表 146 介護報酬に関する意見（自由回答）

【緊急時訪問看護加算】

- ・ 緊急加算減による影響が心配されたが、訪問件数増加により乗り越えられている。
- ・ 緊急訪問看護加算を 80% 取っている。当ステーションでは収入 10% 減は大変痛手。
- ・ 緊急時加算が 1,380 単位から 540 単位に減額されたため、収入が減り、経営が苦しくなった。
- ・ 緊急時訪問看護加算が引き下げられたが、事業所にはマイナスの面があるが、利用者にとっては安くなり、使いやすくなっている。
- ・ 緊急時訪問看護加算については、単位数が下がった分、多数の利用者に加算をつけやすくなつた。
- ・ ①基本単価（540 単位）は加入しやすくなつて良い。②訪問時請求できる様になつたのは良い。③加入は体制を整えている施設について、維持費（手当）等の面からも全員請求できる様にしてもらいたい。
- ・ 病院併設のステーションなので、95%以上が緊急時訪問看護加算をとっていたので、報酬改定で 1 ヶ月に 40 万以上の減収となり、経営が厳しい。更に緊急訪問しても、休日料金や夜間料金の加算なしで緊急訪問の時間は 30 分未満がほとんどなので、緊急訪問すると職員に支払う手当の方が多くなり、赤字経営に拍車をかけている。病状が不安定だったり排便コントロールができてなかつたりで、訪問日の状態によって 60 分かかつたりするので、月単位で訪問時間を確定するのが厳しい。現状では 60 分でコストをとっているので、オーバーした時間はボランティア。30 分未満の報酬を上げてほしい。
- ・ 緊急時訪問看護を希望されていなくても、急変時等、必要に応じて訪問する事が結果的にある。緊急時訪問看護加算の算定基準を広げて頂きたい。又は緊急時加算の届出がしてある事業所については全員算定可として頂きたい。
- ・ 緊急時訪問看護として、計画以外は深夜でも通常料金としての料金である事。
- ・ 以前は何回緊急訪問を行なつても費用がかからなかつたため、月に 3 回以上緊急訪問を利用する利用者もありましたが、利用抑制になり良い反面、相談の電話があった時に支給限度基準額が気になり、気軽に様子を見に行く事ができなくなつた。
- ・ 緊急時訪問看護加算の単価が減つた事は任意の同意者が入りやすくなつたという利点はあるが、24 h 電話当番等の人事費や負担増に対しての報酬としては少ない。大きく減収となる事が利用者増を余儀なくされ、研修や学習時間の縮小、質の低下を招きやすい。単価アップを望む。
- ・ 緊急時加算の減額により、収益が大幅に悪化している。介護報酬の引き上げを要望する。
- ・ 改定以前から赤字でしたが、改定により緊急加算の引き上げの影響で更にマイナスとなつてゐる。
- ・ 緊急時訪問看護加算が下がつた事でつけやすくなつたが、実働した時の評価が低過ぎると思う。やはり普通の訪問とは違うので増額を望む（特に夜間）。
- ・ 緊急時訪問看護加算を説明し、同意を得ることが出来なければ加算できず、利用者は夜間は直接病院に連絡するので、日中だけ対応してほしい方が増えている。そのため加算は出来ないので厳しい。
- ・ 緊急加算の減額での収入への影響が大きい（減収）。限度額のための治療、ケア上必要な訪問の確保が出来ない事例がある。
- ・ 緊急加算の報酬が減り、事業所内で相談を受ける事に費やす時間がかかる割に訪問しないと見合つた報酬が得られない。
- ・ 緊急訪問時、実績訪問看護料だけでは不足。夜間、祝祭日年末年始も含め、外での業務に対しての配慮がほしい。緊急時加算、そのものの料金設定が低過ぎる。
- ・ 臨時訪問における報酬が請求しづらいため、緊急時訪問加算が下がつた分、収入が減少しており、苦しい。

【30 分未満訪問】

- ・ 30 分未満に対する報酬が安い。準備～報告・記録にかかる時間は、他と同じかそれ以上のこともあるし、実際の訪問時間は 30 分超える。しかし、話を聞いている時間は訪問時間とみなしてもらえず、30 分でさっさと帰る事もできない。
- ・ 提供する看護内容により単価が決まる事は当然であるが、30 分未満の内容というのは事務的処理になつてしまいがち。内容は 30 分でできるが、それに付随するものが必ずあり、30 分で終わらない。30 分未満はなくしてほしい。

- ・ 30分未満の訪問時間はいらない。30分未満での訪問看護ケアは困難である
- ・ 30分未満というのは交通費も含まれており、距離によっては負担が大きく、能率的に悪い。また、利用者の負担、希望があれば仕方なく、本来30~60分としてもらいたいケースもあるが考慮し、時間オーバー一分をサービスしてしまう。
- ・ 30分未満といつても、移動距離の長さや時間をサービスする事も多いので、もっと単価を上げてほしい。
- ・ 30分未満の設定があるのは良くない。30分以内の訪問ではほとんど時間オーバーするか、必要なケアを省いている現状。
- ・ 単価が他のサービスより高いというイメージが利用者だけでなく、ケアマネジャーにもあり、30分未満で病状観察のみで良い、後は他のサービスや家族で補うという人が少なくない。気になる病状だと1時間で週1回より、30分でも2回訪問させていただいた方が安心なので、どうしても持ち出しになるが仕方ない。
- ・ 30分未満の訪問時間では家族や利用者本人への指導、説明等療養上必要な援助が十分に行えない可能性がある。特に介護保険では高齢者を対象とする事が多く為、時間もかかる。30分未満はなくした方が良い。
- ・ 訪問看護の巡回型として30分未満という設定が出来たのだが、ケアマネジャーにはその経緯の認識がなく、療養上の世話プラス医療処置があっても「30分でお願いします」という依頼が多い。巡回型は巡回型として時間に縛られず、朝夕のインシュリン注射や点滴等、15分程度で回れる設定もほしい。又、時間単価だけでない医療処置を考慮した報酬も設定してほしい。
- ・ 介護報酬上30分未満の設定もやむを得ないが、訪問の実際は30分では終わらず、状況把握、コミュニケーションの点からも無理な設定。その上、区分支給限度額の関係上2回/月、1回/月等もあり、利用者の把握すら出来ない事もある。
- ・ 状態の観察、医療的な処置、コミュニケーション等をしているとほとんど延長してしまう事が多い。
- ・ 30分の単価が少なすぎる。往復にかかる時間は同じであり、また30分の設定内での業務は限りがあり、現時点ではサービス的な面も多い。
- ・ 複数のサービスを受け付け（限度額）がいっぱいになると、訪問看護が一番に値切られる。30分未満のサービスは看護師として手腕が發揮できない。
- ・ 30分で要求される内容は濃い。1時間の単純に半分というのは厳しい。交通費も含むというのなら半分以上の単価になるべき。
- ・ 30分以内という時間は訪問看護に適していない。コミュニケーションを図りながらバイタルサインを測定するだけで、すぐ30分過ぎてしまう。
- ・ 30分未満訪問の利用者が増えている。利用者の心身の状態により、30分で切り上げる事が出来ない場合も多く、必要なケアを行うと時間がオーバーしますが、計画通りの時間では割り切れず、必要なケアを提供してくるのが現状（清潔援助）。
- ・ 区分支給限度基準額に入らないから、「30分で訪問看護」と他事業所のケアマネジャーから依頼を受ける事がある。ケアが30分以内に終わるのではなく、単位内で収めたいのである。看護が必要である事が理解できるから30分訪問看護し、依頼も引き受けている。適時見直しして、ケアマネジャー、家族へは必要時間を説明している。

【60分未満訪問】

- ・ 60分未満訪問については、実動時間は60分以内は殆んどなし。
- ・ 要介護4、5の方についても現在は60分未満の訪問看護で対応しているが、60分を超える事もしばしばあり、家族（本人）負担の方にケアマネも向きがちで困っている。
- ・ 実際の訪問滞在時間は60分を超える利用者も多いが、居宅計画の単位数や費用面で訪問看護がサービスとして超過分を計上していない（出来ない）事が多々ある。

【90分以上訪問の評価】

- ・ 現在一日の訪問時間の合計が90分未満しか認められていないが、利用者の状況に応じて90分を超える場合がある。しかし、介護報酬を請求できないボランティアでサービスを提供している。
- ・ 利用者の状況により、90分では足りないケア内容の訪問看護になる事も度々ある。90分を超えた分をすぐ自費で頂くのも額が大きく、頂きにくい。
- ・ 90分以上、特に2時間の設定としかるべき評価をしてほしい。
- ・ 90~120分のサービス提供の発生が予定外で時々ある。自己負担となると負担も多くなる。

てしまうので、120分未満も介護保険の適用としていただきたい。現状は2時以上自己負担請求いただいているが、90～120分はサービスしている状況である。

- ・90分以上延長の部分の設定がなく、利用者負担の自費が多くなり苦慮している。
- ・医療処置が多い場合、その事だけで済むはずがなく、介護者のメンタル面での関わりにも時間がとられる場合が少なからずある。そのような時は90分以内で収まらず、120分位かかることもあります、サービスをしているのが現状。介護者への精神的支援は訪問看護として残っている時間に当てるのではなく、当然ケアプランに入るものと思う。そのためにはゆとりを持って設定できるよう、90～120分の単位の追加を希望する。
- ・在宅を自立支援という視点で支えていくためには、90分以上の設定も必要。
- ・90分以上の設定がない事で大変困っている。受診同行や点滴の指示がある場合、本人の側を離れられない場合もあり、何らかの改善をしてほしい。

【交通費の評価】

- ・地方で山合の場合、家がぽつんぽつんと離れ、かなり険しい山道で遠くでの訪問となり、30分以上の片道となる。そんな場合1時間の訪問看護であっても交通も含めると2～3時間要してしまう事がある。この1件にかかる交通に関して評価できる報酬としてほしい。
- ・地域性から訪問に要する交通時間が長いため、30分未満の設定では時間のロスが大きく、採算性が低い。
- ・訪問看護時間が30分であっても、交通時間に往復2時間近く費やすケースもある。同じ30分の訪問看護でも条件が異なる事が多いので、その辺の評価して頂きたい。
- ・交通費が含まれないため、広域で行っている場合等、非常に不平等を感じる。60分の訪問で実質稼動が3時間かかることもある。
- ・利用者が散在している為、30分訪問に前後で1時間の移動時間を要する等、運営上は不合理である。

【夜間・休日訪問】

- ・休日訪問の報酬を上げて欲しい（時間外手当てを出すとマイナスになる事もある）。
- ・介護保険には夜間早朝料金がないため、30分訪問等は看護師自身の時間外の方が多くなっている（前後の交通時間、記録等を含み）。夜間、早朝割増の設定希望。
- ・緊急時訪問看護加算は体制整備の加算であるため、緊急、早朝、夜間、深夜の加算がつかないのはおかしいと思う。

【グループホーム等への訪問】

- ・グループホーム、ショートステイ中の訪問を可能に。
- ・小児の通園、通学先への訪問を可能に。

【二人訪問】

- ・訪問看護婦二人での同行訪問についても、必要とされる場合には算定の対象として欲しい。
- ・看護師が二人で訪問する方も増えているが、ヘルパーの二人設定があるのに看護師の二人設定がないので設定してほしい。
- ・重症、処置多い等で2人で行かざるを得ないケースあり。
- ・重症者に2人の看護師が同時にいるが、算定できるように。

【特別地域加算】

- ・事業所が特別地域外であっても、訪問先が特別地域にある場合は加算できるようにして欲しい。

【医療保険と介護保険の関係】

- ・一回の訪問単価が医療保険と同等、又見合ったものとなると良いと思われる。
- ・医療保険のように、30分以上～120分未満一律で単価を決めてほしい。ケアプランの中で時間設定しても、その時間内でできない事もある。
- ・医療保険の報酬と介護保険の報酬のバランスが合わない。
- ・医師の指示で行われる訪問看護がなぜケアプラン（介護保険）上の扱いになるのか、本来医療保険で扱われるべきものであると思う。又、要介護度が軽ければ病状も治療も軽いという法則はないはず。

【医療保険】

- ・ 1日に複数回訪問は医療保険となる事が多いが、医療保険は2回目以降、点数が少ない。
- ・ 重症例等の頻回訪問等においては、訪問回数が増加するにつれ、単価の減少となってしまう。
- ・ 医療保険対応の2回目以降の複数回訪問も1回目同様の算定。医療保険対応にIVH施行、気管カニューレ装着の吸引施行者、経管栄養追加。
- ・ 難病患者の同日2回目の訪問看護料が少ないので何とか同料程度にならないか。同じ時間をケアしてくる事が多い。

【退院時】

- ・ 健康保険法等には退院時共同指導加算が設けられているが、介護保険ではその算定がない。実際は入退院時の申し送り等が行われているため、評価してほしい。
- ・ 退院調整のため、ケア会議への参加依頼が度々あるが、その報酬がなく、ボランティアでの動きとなっている。
- ・ 退院日の訪問を認めてほしい。同日、2ステーションの訪問を認めてほしい。
- ・ 退院時共同指導に関する報酬を一律に認めてもらいたい。
- ・ 病院より在宅に帰られる利用者(多くの医療処置を抱えた)が多くなってきている。退院時の指導、カンファレンスに出向く事が同じように多くなっている。健康保険では退院時指導が取れますか、介護保険ではないのでボランティアになっている。
- ・ 医療保険の訪問看護では必要があれば退院前訪問し、退院時共同指導加算請求を行えたが、同様の必要性があっても、介護保険では該当する加算がないため、ボランティア的な訪問となってしまう。

【ターミナル加算】

- ・ 前月に訪問看護が算定されていなくてもターミナル加算を。
- ・ 単月でも看取った時に算定できるようして頂きたい。

【衛生材料】

- ・ ステーションでも衛生材料の取り扱いを可能に。

【サービス内容を加味した報酬体系】

- ・ 医療処置を実施した場合の加算を考えてほしい。
- ・ 時間での単価設定となっているため、訪問看護の内容が単価に反映されていない点が多いように感じる。
- ・ DWや採血、培養等の医師の指示で行った診療の補助業務について、保険適応にならなければ医師にとって利用メリットがない。看護師再度も手技料が取れると(加算)ベター。
- ・ 医療処置を実施しても、ケアの内容が同一評価しかされていない。
- ・ 点滴、静脈注射についての加算がない事。
- ・ ケア(入浴介助、清拭)や重症度及び医療処置にかかる時間が反映されていない。
- ・ 又、緊急時連絡、重症者管理加算等、低過ぎる。点滴も加算の対象にして欲しい。
- ・ 処置等に要する時間や必要性についてもケアマネジャーとの見解に相違がある場合がある。時間設定の枠は廃止し、必要な人に必要な事を丁寧に提供できるゆとりが欲しい。
- ・ 訪問時間のみで単価設定するのではなく、高度なケア(一般にハイテクケア)より専門的ケアが必要な方と、一般老人ケアとは格差をつけてほしい。また評価(ADL向上や肺炎防止等ができた等)に対する加算がつくようになってほしい。

【その他】

- ・ 指示書を記載してもらうのに「通院が困難な利用者に対し」とあるので、訪問必要と考えても書いてもらえない。通院が困難とは具体的にどういう状況か。詳しく規定してほしい。
- ・ 訪問看護に於ける時間設定は利用者に混乱を生じさせる可能性があり、廃止した方が良い。例えば、膀胱洗浄等、必要時ステーションにて物品の滅菌や使用後の消毒等、時間を要している場合にも在宅到着から在宅退去の時間をしっかりチェックされ、早く帰った等、苦情が出る。
- ・ 在院日数の短縮に伴い、医療依存度の高いケースが急増している。当然緊急訪問も増え、時間外手当、待期手当、交通費等、経費も増え、緊急訪問すればするほど赤字になる。現在の単価では24時間365日体制を維持していくための報酬としては不足。
- ・ 独居や日中独居の利用者は区分支給限度額に対して生活面の援助が優先され、訪問看護が利用

したくても出来ない。

- ・ 訪問時間は設定しないで、出来たら一律にしてほしい。
- ・ 介護者の精神的ケアや介護相談等に費やす時間が算定されるような評価が必要。
- ・ 報酬額を上げると介護保険内でのサービス単位を圧迫してしまい、依頼が減る事も考えられる。
- ・ 時間の幅があるが、大部分の方は時間一杯か多少オーバーする事があり、オーバーした場合、その分を請求する事が難しい。

第4章 「訪問看護ステーション管理者タイムスタディ調査」

結果分析

1. 調査の目的

本調査では、「訪問看護ステーションの管理・運営に関する実態調査」により、全国の訪問看護ステーションの管理者の業務実態を把握したが、管理者が実際にどのような業務にどれだけの時間を費やしているのかを明確化するため、管理者の業務内容について、業務コード別の1ヶ月間の労働投入量を計測することを目的として実施した。

2. 調査対象及び方法

各訪問看護ステーションに「事業所調査票」「タイムスタディ調査票」を各1部ずつ配布し、管理者に記入してもらった。

3. 調査期間

調査は平成15年10月1ヶ月間に実施した。

4. 回収結果

配布数	21 か所
有効回収数	18 か所 (管理者 18人×31日=558人日分)
有効回収率	85.7%

5. 調査結果

①管理者 1人 1月あたり労働投入量

訪問看護ステーションの管理者 18 人の 1人 1月あたりの労働投入量（時間）は、平均 206.8 時間、1日平日 1人あたりに換算すると 9.4 時間であった。また、管理者のオンコール担当時間は平均（オンコール対応がない管理者も含む）で 1 日 16 時間 11 分となっており、管理者の 1 ヶ月の勤務時間、オンコール対応時間も含め、管理者の業務負担が非常に大きいことが示された。

業務コード別に 1 人平日 1 日あたり時間をみると、「23 利用者宅への訪問時間」が平均 2.3 時間と最も長く、次に「31 兼務業務」1.1 時間、「30 その他（訪問看護）」0.8 時間、「27 訪問看護ステーション内のケアカンファレンス等」0.5 時間の順に長い。

図表 147 管理者の 1 ヶ月あたり労働投入量（時間）；業務コード別

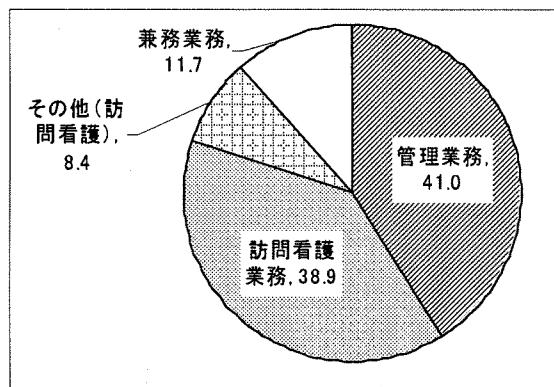
		業務コード	合計 (1ヶ月)	割合	1人1月あ たり	1人平日1 日あたり
管理業 務(管理 者として の業務)	運営・経営 管理	1 運営方針策定、予算・決算業務、収支状況分析	76.8	2.1	4.3	0.2
		2 運営・経営会議の開催・出席	107.5	2.9	6.0	0.3
		3 報酬請求に伴う業務・事務作業	101.1	2.7	5.6	0.3
		4 他機関との連携(地域ケア会議等)	75.3	2.0	4.2	0.2
		5 地域住民からの相談対応・広報活動	36.7	1.0	2.0	0.1
	人事・労務 管理	6 職員の採用・退職に係る業務	24.4	0.7	1.4	0.1
		7 スタッフ個別の勤務状況の把握・改善	47.2	1.3	2.6	0.1
		8 スタッフの給与計算・給与支払手続き	10.1	0.3	0.6	0.0
		9 スタッフの業績評価・面接等	29.3	0.8	1.6	0.1
	業務管理	10 業務マニュアル・記録様式等の整備	27.6	0.7	1.5	0.1
		11 スタッフの担当決め・訪問スケジュール管理	99.7	2.7	5.5	0.3
		12 サービス担当者会議等、個別の利用者に関する他機関との連携	71.3	1.9	4.0	0.2
		13 管理者としての利用者宅訪問(説明・評価等)	70.8	1.9	3.9	0.2
		14 利用者からの相談対応・苦情処理	33.1	0.9	1.8	0.1
		15 訪問看護計画書・報告書のモニタリング・チェック	79.1	2.1	4.4	0.2
		16 衛生材料、その他物品、自動車等の整備、廃棄処理等の管理	17.6	0.5	1.0	0.0
	教育・研修	17 緊急時訪問・事故対応・リスクマネジメント	16.6	0.4	0.9	0.0
		18 職員へのスーパー化、OJT	116.5	3.1	6.5	0.3
		19 所内ケアカンファレンス、事例検討会等の実施	100.6	2.7	5.6	0.3
	その他	20 学生実習担当者等の受け入れ・対応	117.5	3.2	6.5	0.3
		21 関連法や制度の情報、専門図書の入手・整備	24.2	0.6	1.3	0.1
	サービス 提供業 務(訪問 看護師 業務)	22 その他	244.3	6.6	13.6	0.6
		23 利用者宅への訪問時間(準備・移動時間含む)	897.4	24.1	49.9	2.3
		24 利用者・家族等との連絡(電話・Fax等)	67.4	1.8	3.7	0.2
	その他	25 緊急時訪問・緊急時対応	33.3	0.9	1.8	0.1
		26 主治医・その他機関との連携(訪問・電話・Fax等)	104.6	2.8	5.8	0.3
		27 訪問看護ステーション内のケアカンファレンス・訪問看護計画書・記録	213.6	5.7	11.9	0.5
		28 その他(事務作業等)	130.8	3.5	7.3	0.3
その他(訪問看護)	29 講演・研修・出張等	314.1	8.4	17.4	0.8	
兼務業務	31 兼務業務	434.6	11.7	24.1	1.1	
	合計	3722.9	100.0	206.8	9.4	

業務コードを中区分レベルに括ってみると、「管理業務（管理者としての業務）」が41.0%を占め、ついで「訪問看護業務（サービス提供業務）」が38.9%、「その他（訪問看護）」が8.4%、「兼務業務」が11.7%となっている。

第3章に掲載したとおり、「管理・運営調査」結果では、全国の訪問看護ステーションの管理者が管理業務に費やす時間（時間比率を回答）は、31%となっており、今回のタイムスタディ調査対象事業所の管理者は、全国平均に比べて管理業務に費やす時間比率が高い傾向がみられる。

図表 148 管理者の1ヶ月あたり労働投入量（時間）；業務コード別（中区分）

		合計 (1ヶ月)	割合	1人1月あ たり	1人平日1 日あたり
管理業務（管理者とし ての業務）	運営・経営管理	397.4	10.7	22.1	1.0
	人事・労務管理	111.0	3.0	6.2	0.3
	業務管理	415.7	11.2	23.1	1.0
	教育・研修	334.6	9.0	18.6	0.8
	その他	268.5	7.2	14.9	0.7
サービス提供業務	対利用者	998.0	26.8	55.4	2.5
	その他	449.1	12.1	24.9	1.1
その他（訪問看護）		314.1	8.4	17.4	0.8
兼務業務		434.6	11.7	24.1	1.1
合計		3722.9	100.0	206.8	9.4



②管理業務の配分

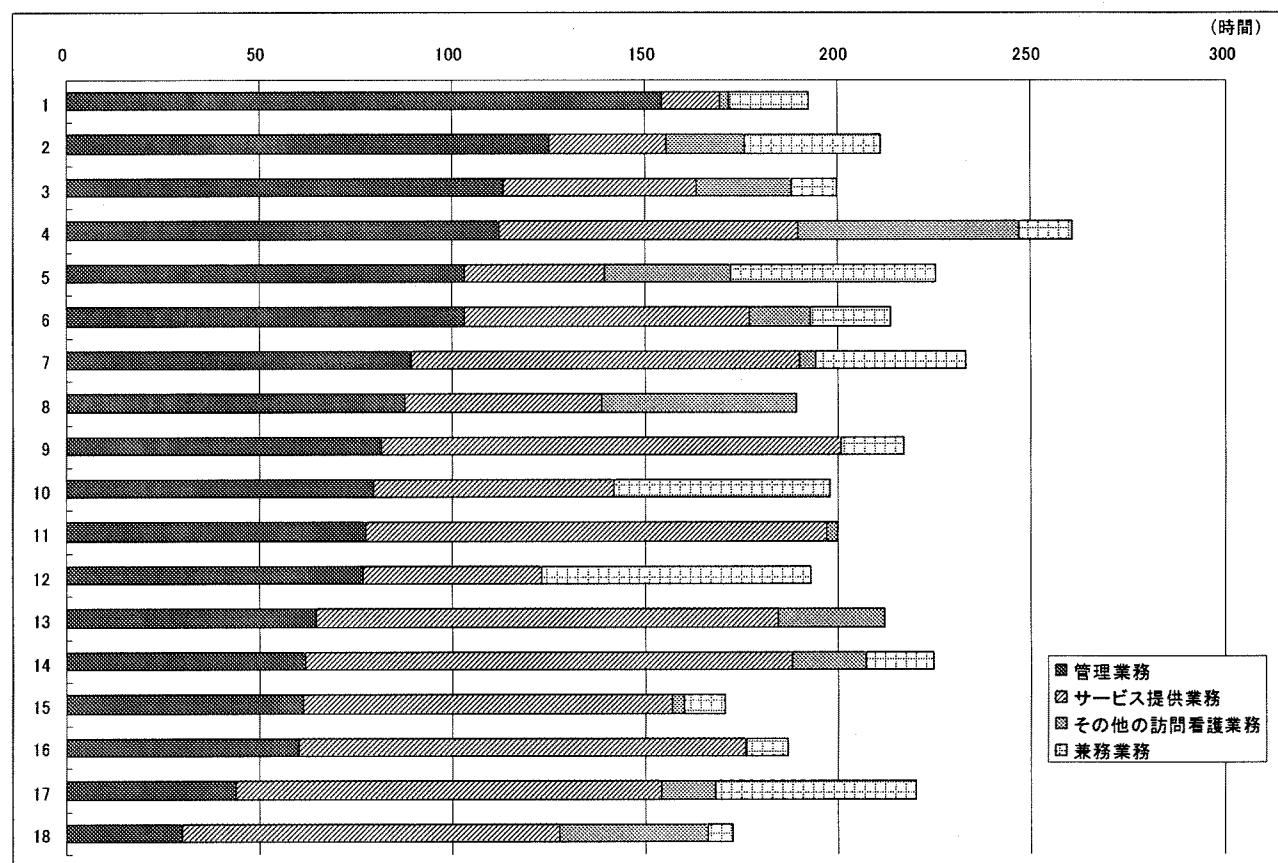
タイムスタディの対象となった事業所別に業務時間配分をみると、管理業務が業務の過半数を占めている管理者やサービス提供業務が過半数を占めているところなど、管理業務時間の差は大きい。

図表 149 管理者の1ヶ月あたり労働投入量（時間）

NO.	管理業務					サービス提供業務			兼務している業務	合計
	運営・経営管理	人事・労務管理	業務管理	教育・研修	その他	対利用者	その他	その他		
1	43	12	37	16	47	2	13	3	21	193
2	29	10	17	19	49	6	25	20	35	211
3	45	4	32	18	15	30	19	25	12	200
4	12	3	41	47	9	67	11	57	14	261
5	23	6	39	35	1	24	12	33	53	225
6	28	14	27	20	14	58	16	16	21	214
7	14	1	23	31	20	91	10	4	39	234
8	32	6	16	23	12	42	9	51	0	189
9	21	10	26	15	11	69	50	0	17	217
10	40	7	19	8	8	36	27	0	56	198
11	21	3	16	10	27	79	40	3	0	200
12	7	4	34	27	5	40	7	0	70	193
13	14	8	17	20	5	46	74	28	0	212
14	29	5	19	3	7	92	35	19	18	225
15	9	9	21	9	13	65	30	4	10	171
16	18	5	8	13	16	96	20	0	11	187
17	10	4	12	16	1	88	22	14	52	220
18	3	1	12	5	10	67	31	39	6	173
合計(1ヶ月)	397	111	416	335	269	998	449	314	435	3723
割合	10.7	3.0	11.2	9.0	7.2	26.8	12.1	8.4	11.7	100.0
1人1月あたり	22	6	23	19	15	55	25	17	24	207
1人平日1日あたり	1.0	0.3	1.0	0.8	0.7	2.5	1.1	0.8	1.1	9.4

注: NO. は、事業所IDとは異なる

図表 150 管理者の 1 ヶ月あたり労働投入量（時間）；訪問看護ステーション別（管理業務が長い順）



③管理業務を「十分」に行うための必要時間（試算）

本タイムスタディでは、管理者自身に各業務への自己評価を記入してもらった。その結果、管理者が実施している業務のうち、「十分」と自己評価をしている管理者についてのみ、1ヶ月にかかる当該業務時間の平均を算出したものを以下に示す。

図表 151 「十分」に管理業務を実施するために要する時間

		業務コード	件数	時間(1人 1月)
管理業務(管理者としての業務)	運営・経営管理	1 運営方針策定、予算・決算業務、収支状況分析	2	2.8
		2 運営・経営会議の開催・出席	2	11.5
		3 報酬請求に伴う業務・事務作業	3	11.1
		4 他機関との連携(地域ケア会議等)	2	6.1
		5 地域住民からの相談対応・広報活動	4	4.2
	人事・労務管理	6 職員の採用・退職に係る業務	4	1.7
		7 スタッフ個別の勤務状況の把握・改善	5	2.9
		8 スタッフの給与計算・給与支払手続き	0	0.0
		9 スタッフの業績評価・面接等	2	1.7
	業務管理	10 業務マニュアル・記録様式等の整備	1	0.0
		11 スタッフの担当決め・訪問スケジュール管理	4	10.5
		12 サービス担当者会議等、個別の利用者に関する他機関との連携	0	0.0
		13 管理者としての利用者宅訪問(説明・評価等)	3	8.5
		14 利用者からの相談対応・苦情処理	7	3.2
		15 訪問看護計画書・報告書のモニタリング・チェック	2	5.4
		16 衛生材料、その他物品、自動車等の整備、廃棄処理等の管理	2	1.6
	教育・研修	17 緊急時訪問・事故対応・リスクマネジメント	6	1.3
		18 職員へのスーパーバイズ、OJT	3	9.0
		19 所内ケアカンファレンス、事例検討会等の実施	3	9.5
	その他	20 学生実習担当者等の受け入れ・対応	1	9.6
		21 関連法や制度の情報、専門図書の入手・整備	3	1.1
	22 その他		1	15.5
サービス提供業務(訪問看護師業務)	対利用者	23 利用者宅への訪問時間(準備・移動時間含む)		
		24 利用者・家族等との連絡(電話・Fax等)		
		25 緊急時訪問・緊急時対応		
	その他	26 主治医・その他機関との連携(訪問・電話・Fax等)		
その他(訪問看護)		27 訪問看護ステーション内のケアカンファレンス・訪問看護計画書・記録書作成		
		28 その他(事務作業等)		
兼務業務		29 講演・研修・出張等		
		31 兼務業務		
		合計		117.3

例えば、「運営方針策定、予算・決算業務、収支状況分析」について、訪問看護ステーション管理者が実施しており、かつ「十分」と評価した管理者が1ヶ月に当該業務に費やしている時間は2.8時間となっている。

このように、各業務について、「十分」と評価した管理者が1ヶ月に当該業務に費やしている時間を合計すると、全ての管理業務に費やしている時間の合計は117.3時間となり、管理業務を「十分」に行うためには、1ヶ月あたり120時間程度は管理業務に費やす必要があると考えられる。

一方で、今回のタイムスタディ調査事業所の管理者18人のうち、管理業務に120時間以上を費やしている管理者は2人であり、実際に管理者がこれだけの時間を費やすのは困難と考えられる。訪問看護の収入が訪問回数に依存する以上、管理者も1人の訪問看護師として訪問せざるを得ない状況であり、大規模な事業所でなければ管理業務の強化は困難と考えられる。

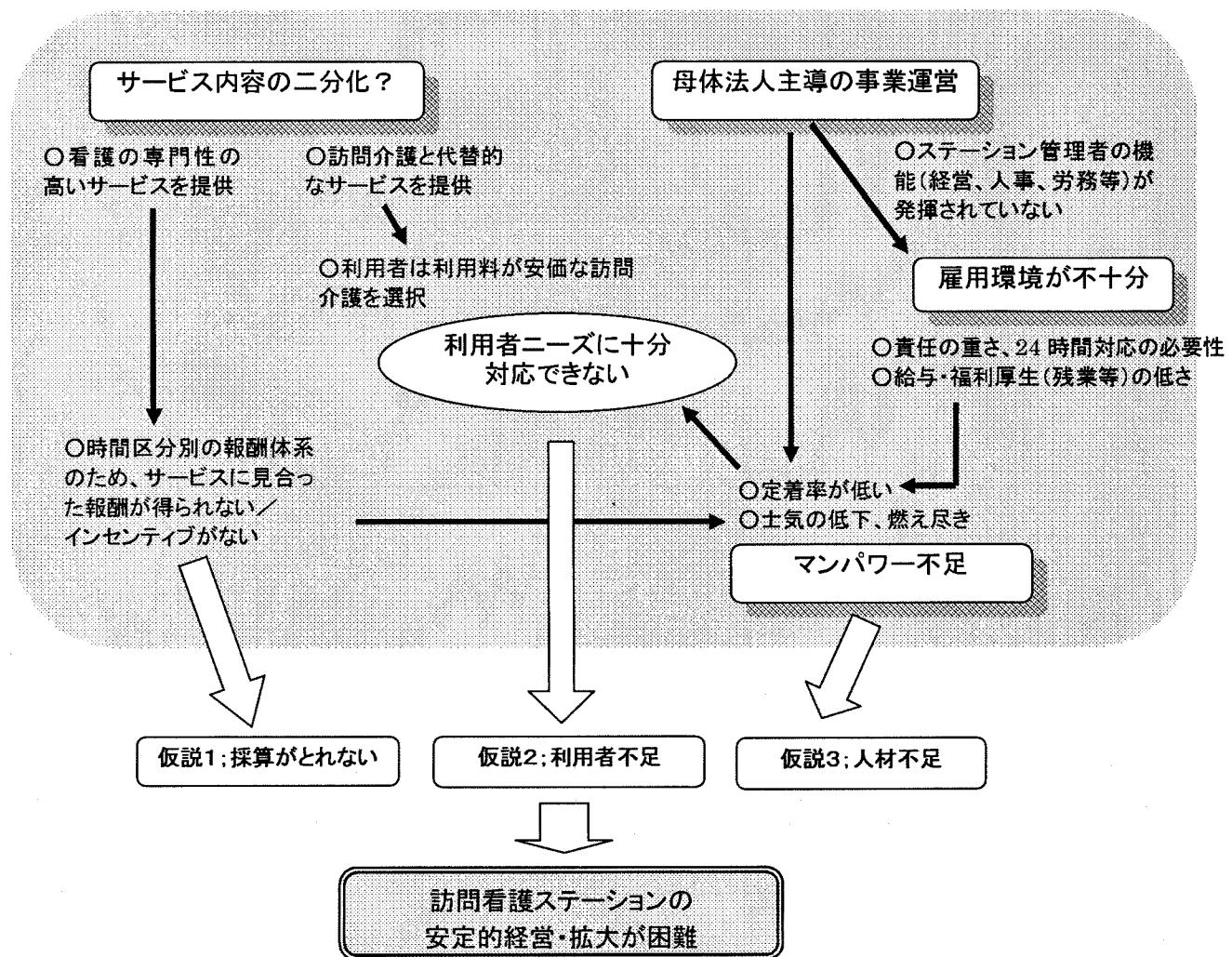
第5章 調査結果のまとめと今後の課題

1. 調査の仮説と結果

ゴールドプラン21では、平成16年度の訪問看護ステーションの目標数は9,900か所とされているが、平成15年5月現在約5,400か所（全国訪問看護事業協会調べ）と全国的に伸び悩んでいる。本研究は、このような訪問看護ステーション数の伸び悩みの現状を踏まえ、訪問看護ステーションの安定的供給・経営の課題の抽出と今後の方策を検討することを目的として実施した。

本研究を実施するにあたり、以下のような仮説を設定した。

本研究の仮説



仮説1：採算がとれない

■「休止・廃止訪問看護ステーションに関する実態調査」結果より

- 休止・廃止した訪問看護ステーションでは、開設当初から「赤字」が 51.8%→休止・廃止直前 60.1%。
- 赤字経営のため、休止・廃止に陥ったステーションが多く、特に自由回答では、地域医療機関からの指示がない、医師会ステーションの台頭で主治医から依頼がこなくなった、介護保険導入後は新規利用者が増加しなかったなどの回答がみられた。

■「管理・運営に関する実態調査」結果より

- 現在、訪問看護の介護報酬は、訪問した時間に応じた体系（30分／60分／90分）となってい
るが、実際には同じ時間滞在していても、サービス提供内容は大きく異なる。
- 以下のように訪問時間内に医療機器管理や処置等を含む様々なケアを実施しても、療養上の世
話のみを実施しても、得られる報酬額は同一であり、看護の専門性の高いサービスへのイン
センティブがわからない。
- ・実施行行為内容から利用者をケアパターンA（医療処置中心型／身の回りの世話中心型／複合型
／その他）に分類すると、「複合型」では同じ訪問時間内に医療処置や身の回りの世話など、
多岐に渡る行為を実施している。

ケアパターンAの分類

- ①医療処置中心型；医療処置等を実施し、身の回りの世話は実施しない
- ②身の回りの世話中心型；医療処置等は実施せず、身の回りの世話を実施する
- ③複合型；医療処置等、身の回りの世話のいずれも実施する
- ④その他；上記以外

- ・利用者をケアパターンB（特別管理加算対象者／特定の医療処置該当者／その他）に分類する
と、「①特別管理加算対象者」では同じ訪問時間内に医療処置や身の回りの世話など、多岐に
渡る行為を実施している。

ケアパターンBの分類

- ①特別管理加算対象者；特別管理加算を算定している人
- ②特定の医療処置該当者；以下の医療処置を実施している人
 - 喀痰及び気道内吸引・吸入、在宅酸素療法、膀胱洗浄、褥創の予防・処置、創傷部の処置、
在宅中心静脈栄養、経管栄養、人工肛門・人工膀胱・胃瘻、気管カニューレ、C A P D、
人工呼吸器、気管切開、疼痛管理、ターミナルケア、注射・点滴の管理
- ③その他；上記以外



- 訪問時間による介護報酬体系に限界がある

→看護の専門性の高いサービスが現行の報酬体系では評価されていない

- 訪問介護と代替的なサービスのみ実施すると、利用料の面から利用者に選ばれなくなる

→利用者の「訪問看護離れ」が起きる（→採算がとれない）

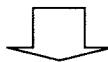
仮説2:利用者不足

■「休止・廃止訪問看護ステーションに関する実態調査」結果より

- 休止・廃止の理由は「開設当初から利用者が少なく経営継続が困難」36.8%が第1位。
- 休止・廃止ステーションでは、「利用者数が十分に確保できていない」が開設当初 45.6%→休止・廃止直前 64.2%と多く、利用者不足により休止・廃止に至っている。
- 利用者の主な紹介元は、「同一・系列法人」が 53.9%と約半数が同一・系列法人に頼っている。
- 自由回答では、病院併設でないと利用者が確保できない（地域の主治医から紹介がこない）、利用者の訪問看護離れ（訪問介護や通所介護へ）などの回答が多い。

■「管理・運営に関する実態調査」結果より

- 現在稼動中のステーションでも、利用者数が「減少傾向」が 21.0%を占める。
- その理由は「介護保険制度の開始とともに訪問介護サービス等に利用者が流れた」48.7%、「ケアマネジャーが訪問看護をケアプランに入れようとしていない」26.1%の順に多い。



○同一・系列法人からの利用者紹介が多い

→広く地域から訪問看護ニーズを掘り起こせていない（→利用者不足）

○利用者が訪問看護以外のサービス（訪問介護、通所介護等）に流れている

→介護保険制度以降、新規利用者が増えない

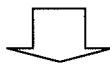
仮説3：人材不足

■ 「休止・廃止訪問看護ステーションに関する実態調査」結果より

- 休止・廃止の理由は「従事者確保が困難になったため」35.2%が第2位、「管理者が退職したため」17.1%が第5位。
- 休止・廃止ステーションでは、「従事者数が十分に確保できない」が開設当初13.5%→休止・廃止直前43.0%と急増。従事者の退職等が直接ステーションの休止・廃止につながっている。
- 職員に関する困難点では、「募集しても看護師等が集まらない」が41.5%、「従事者のストレス・負担感が大きい」が27.5%
- 自由回答では、休みや給与・研修などで職員の不満が多い、みなし事業所と比べて負担が大きい、レベルの高い看護師が集まらない、訪問看護経験者がいない、訪問看護は簡単な職務と考えている、ケアマネジャーとの兼務で業務負担感が増した、管理者が健康悪化・業務量増大で退職したなどの回答がみられた。

■ 「管理・運営に関する実態調査」結果より

- 母体法人から職員の配置換え（異動）があるのは常勤職員43.5%、非常勤職員20.3%。
- 必要時に職員を「採用できない」は、常勤職員35.1%、非常勤職員21.9%と特に常勤職員の採用が困難。
- 職員の主な退職理由は「出産・育児・介護」37.1%に次いで、「病気・体調不良」23.9%が多い。従事者のストレス・負担感が過労につながっている可能性がある。
- 職員の質に関して、「医療機器や医療処置方法等の技術・知識が十分でない」38.8%や「訪問看護師としての判断・対応を十分にできない」29.3%などの回答が多く、職員の質の確保も問題となっている。
- 訪問看護ステーションの管理業務は母体法人主導であり、管理者が管理・運営を行っていない→従事者の「やる気」「就業継続意向」につながる処遇改善がなされない。



- 従事者のストレス、業務負担感が大きい。病気・体調不良も多い。
→従事者が確保できない、短期間で退職する（→従事者不足）
- 訪問看護師としての知識・技術、対応能力等が不十分
→利用者ニーズに十分に対応できない

本研究の実施にあたり設定した仮説については、いずれも今回の調査結果から裏づけられ、訪問看護ステーションの安定的供給・経営を可能にするためには、様々な課題があることが明らかになった。

2. 今後の課題

(1) 現行の介護報酬体系の見直し

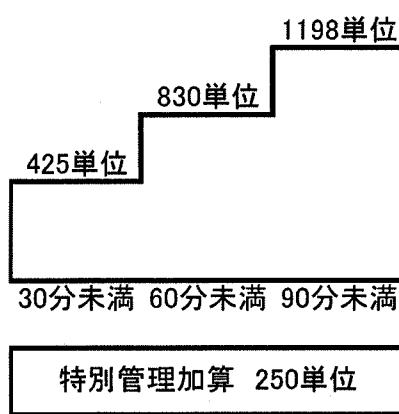
本研究で明らかになったように、訪問看護ステーションの伸び悩みの原因として、利用者不足、従事者不足があげられる。この利用者不足の主な原因としては、介護保険制度開始に伴い他のサービス（訪問介護、通所介護等）に利用者が流れていることが示唆された。

利用者にとって、訪問看護サービスが訪問介護と代替的な内容であれば、利用料の安価な訪問介護を選択するのは当然と考えられることから、今後、訪問看護としては、より「看護の専門性」の高いサービスにシフトしていく必要がある。

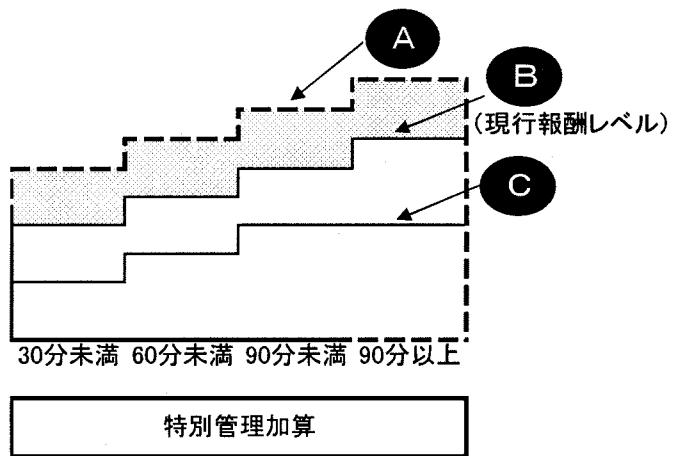
現行の訪問看護報酬体系（介護報酬）では、利用者宅での滞在時間区分別（30分／60分／90分）に単価が設定されており、サービス内容に応じた体系にはなっていない。このことから、看護の専門性の高いサービスを提供していても、訪問介護と代替的なサービスを提供していても収入は同額であり、看護の専門性の高いサービスが報酬上で評価されない仕組みになっている。本調査では、報酬に関する様々な意見があげられ、時間区分によらない、サービス内容を考慮した報酬設定の必要性があげられている。このため、今後の訪問看護報酬体系としては、より看護の専門性の高いサービスを評価する方向に改定していく必要がある。

例えば、本研究で検討したように、実施している行為内容や利用者の状態像別の単価を設定し、より看護の専門性が高いサービスを報酬上で評価することにより、訪問看護サービス全体がその方向にシフトするようなインセンティブをつけることが必要と考えられる。

現行の訪問看護報酬体系（介護保険）



報酬体系改定（案）



※様々なパターンが考えられるが、本研究では以下のパターンを想定した。

ケアパターン A (実施行為内容から分類) ;

A ; 複合型 (医療処置+身の回りの世話)

B ; 医療処置型

C ; 身の回りの世話型、その他

ケアパターン B (利用者の状態像から分類) ;

A ; 特別管理加算対象者

B ; 特定の医療処置あり (A以外)

C ; 上記以外

(2) 訪問看護ステーション管理者機能の強化

本調査で明らかになったように、現在、多くの訪問看護ステーションでは、母体法人主導による経営・運営管理が行われている。母体法人が権限を持っている割合をみると、「予算書・決算書の作成」77.7%、「正規職員の採用」80.3%、「正規職員の昇格・給与」92.1%となっており、訪問看護ステーション管理者がこれらの権限を有しているところは少数派であった。

訪問看護ステーションの管理者自身が経営・運営管理を行うことにより、次のようなメリットが考えられる。

- 管理者が主体的に予算・決算を行うことにより、経営安定につながりやすい（管理者の営業努力が働く）
- 管理者が正規職員の採用権限を持つと、利用者ニーズに応じた職員配置をしやすい（職員の資質、人数面）
- 管理者が正規職員の昇格・給与決定権を持つと、職員の正当な評価につながりやすい（日々の業務を評価でき、職員のやる気につながる）

実際に、本調査結果をみると、訪問看護ステーションの管理者がこれらの権限を有している訪問看護ステーションの方が、利用者数が増加傾向であることが示された。

この一方、管理業務経験がなく管理者になる人が7割（69.3%）を占める中で、管理者としての管理・運営能力が不十分といった現状もあることから、管理者の要件や研修の必要性等について、今後改めて検討していく必要がある。少なくとも、訪問看護ステーションの予算・決算業務や収支分析を訪問看護ステーションの管理者自身が主体的に行えるよう経営面での知識・技術を高めていく必要がある。

また、現行の報酬体系では、管理者自身が訪問看護師として訪問しなければ十分な報酬が得られず、一定規模以上の大きな事業所でないと、管理業務に時間が割けないという現状もある。「管理・運営調査」結果からみると、訪問看護ステーションの管理者が訪問看護の「管理業務」に携わっている割合は全業務時間の31%に過ぎず、業務時間の約半分（45%）は訪問看護業務（利用者宅訪問や他機関との連携など、管理者でなく訪問看護師として実施した業務）に従事していることが分かった。平成14年介護サービス施設・事業所調査（H14.10.1調査）結果より、1事業所あたり従事者数（常勤換算）をみると、訪問看護ステーションは平均4.6人と、訪問介護事業所の平均9.6人に比べて小規模であり、訪問介護事業所に比べて、より管理者が管理業務に専従しにくい状況にあることが示唆される。

このように管理者に「管理業務」と「訪問看護業務」の両方の負荷がかかるることは、管理者の業務負担感につながり、ひいては管理者不足（→管理者の退職による訪問看護ステーションの休止・廃止）にもつながっていると考えられる。このことから、今後、管理業務を強化していくためには、訪問看護ステーションの事業所規模を現在以上に拡大するか、複数サービスを複合したサービスステーション（訪問看護、訪問介護、居宅介護支援等）として拡大するか、いずれかの方向を見据えた支援策が必要と考えられる。

(3) 訪問看護ステーション従事者の質の向上

訪問看護ステーションで従事者が不足している原因として、従事者が募集しても集まらない、従事者のストレス・業務負担感が大きい、従事者が育児・介護や病気・体調不良等で退職してしまう、従事者の質が低いなどの現状が明らかになった。

訪問看護業務については、病院内の看護業務に比べて看護師個人の力量によるところが大きく、様々な疾病・状態像に対応できるだけの訪問看護師としての能力・技術、判断力、利用者・家族とのコミュニケーション能力等が求められる。しかしながら、医療機器や医療処置等に十分に対応できない従事者や、状況に応じた判断・対応が十分にできない従事者がいることが報告されている。このように、訪問看護ステーションの従事者には、病院内と異なる技術・能力が求められることから、今後とも訪問看護師の資質向上のための研修等を一層充実させていかなければならぬ。

また、従事者確保が困難な背景の1つとして、訪問看護業務を十分に理解しないまま就業し、実際の現場でストレスや負担感を感じて退職するといった構造が明らかになった。訪問看護ステーションに「夜勤がない」といった理由で就業を希望する人も多いが、実際には24時間対応や利用者・家族の生活全般を支える上での負担感は大きく、そのギャップに耐えられずに退職してしまうケースが多い。訪問看護業務に対する十分な理解を促すことと、訪問看護業務に就く前の事前研修等の仕組みが求められる。

今後、全介護サービスへの第三者評価制度の導入が検討されているが、訪問看護についてもこの仕組み等を利用して、より一層の質の向上を図っていく必要がある。

(4) 地域の他機関との連携等

介護保険制度導入に伴い、居宅介護支援事業所が訪問看護の利用者紹介元として重要な地位を占めるようになった。これに伴い、ケアマネジャーや他のサービス提供事業所（訪問介護等）に訪問看護をPRすることが重要になり、広範囲な事業所との連携が必要になっている。今後、同一系列法人の医療機関からの紹介だけでは十分な利用者確保は困難と考えられ、地域のサービス提供事業所、利用者への広報活動を重点的に行っていく必要がある。

一方で、訪問看護は主治医の指示書に基づく訪問であり、地域の病院・診療所等との連携も十分に図る必要がある。休止・廃止の理由の中には、「地域の開業医からの紹介がない」といった記述も多くみられたが、訪問看護のPR不足も1つの原因と考えられることから、より一層の営業努力が求められる。

また、病院・診療所の「みなし」の訪問看護との整理を改めて行う必要がある。利用者にとってその違いは分かりにくく、従事者にとっても訪問看護ステーションの方が負担感が大きく（主治医からの支援が得にくい等）、従事者不足を招いていることが報告されている。「介護サービス施設・事業所調査」などの統計でも「みなし」の訪問看護は対象外となっており、その実態はあまり明らかにされていないが、訪問看護を実施している医療機関数は年々増加傾向にある。訪問看護ステーションの利用者不足・従事者不足について、この「みなし」の訪問看護との関係があることから、両者が対象とする利用者の範囲や設置基準（従事者、施設等）について、改めて整理していく必要があると考えられる。

資料

アンケート調査票

平成 15 年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業分)
「休止・廃止訪問看護ステーションに関する実態調査」

主任研究者 聖路加看護大学 川越博美
社団法人 全国訪問看護事業協会

本調査は、平成 15 年度老人保健健康増進等事業として厚生労働省より助成を受け、社団法人全国訪問看護事業協会が実施するものです。全国都道府県の訪問看護事業所管部署へ休止・休止等の状況を問い合わせ、訪問看護事業を休止・廃止（転居・合併等を含む）している開設主体様宛（約 650 か所）に調査票をお送りしています。

ゴールドプラン 21 では、平成 16 年度の訪問看護ステーションの目標数は 9,900 か所とされていますが、平成 15 年 5 月現在約 5,400 か所（全国訪問看護事業協会調べ）と全国的に伸び悩んでおり、訪問看護サービスの地域偏在の解消や安定的サービスの供給の課題・問題点を分析するために、本調査を実施することになりました。

休止・廃止している訪問看護ステーションに関する調査ですので、貴法人の中で、休止・廃止以前の訪問看護ステーションの状況についてご記入をお願いします。現在、休止または廃止している訪問看護ステーションがない場合は、大変お手数ですが、調査票 P1 (1) のみにご回答の上、調査票を下記宛にご返送ください。

なお、ご回答いただいた内容は全て統計的に処理し、個々の事業所の回答が公表されることはありません。また、各事業所様に開わる情報を本調査の目的以外に使用することはあります。

調査票は同封の返信用封筒に入れ、平成 15 年 12 月 12 日（金）までに下記宛にご返送ください。
ご多忙中のところ誠に恐縮ですが、今後の訪問看護ステーションの安定的供給施策を巡る各種施策・議論の際の基礎情報となり得る調査ですので、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力ください
いいますようお願い申し上げます。

本調査に関するお問い合わせ先及び返送先

社団法人 全国訪問看護事業協会 事務局
〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壱丁目三番館 302

TEL 03-3351-5898
FAX 03-3351-5938

※平日（土日・休日を除く） 10:00～17:00

都道府県名	法人名

(1) 現在、休止・廃止している訪問看護ステーションがある他のステーションはない、→このまま調査票をご返送ください。 (2) これまでに廃止した訪問看護ステーションがある(全てのステーションの有無)	[] 1 現在、休止・廃止している訪問看護ステーションがある(他のステーションはない、→このまま調査票をご返送ください。 [] 2 これまでに廃止している訪問看護ステーションがある(他のステーションはない、→このまま調査票をご返送ください。 [] 3 現在、休止・廃止している訪問看護ステーションがない)
[] 全てに○)	▲休止中 [] か所 ▶廃止 [] か所

1. 開設主体の概況	
1 都道府県 2 市区町村 3 広域連合・一部事務組合 4 日本赤十字社・社会保険関係団体 5 医療法人 6 医師会 7 看護協会 8 社團・財團法人(医師会・看護協会以外)	9 社会福祉協議会 10 社会福祉法人(社会福祉組合及び連合会 11 農業協同組合及び連合会 12 消費生活協同組合・合資・合資・有限会社 13 指定非営利活動法人(NPO) 14 その他(法人名) 15 その他の法人
(2) 法人の種類 (○は1つ)	
1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 療養病床を保有する病院・診療所 4 以外の病院・診療所 5 居宅介護支援事業所 6 訪問看護ステーション(か所)	7 訪問介護 8 駐間入浴介護 9 通所介護・通所リハビリ 10 短期入所生活介護・短期入所療養介護 11 福祉用具貸与・販売 12 その他()
(3) 現在経営している施設・サービス (全てに○)	
(4) 開設主体が現在経営している医療・介護サービスについて、該当する番号すべてを○で囲んでください。全て、現在稼動中のものに限ります)	

以下の説明は、これまでに休止・廃止した訪問看護ステーションについておうかがいするものです。 これまでに、休止・廃止した訪問看護ステーションが複数ある場合は、一番最近に休止・廃止した訪問看護ステーションについてご回答ください。不明などからは、空欄で結構です。	
2. 休止・廃止中の訪問看護ステーションの概況	
1 現在休止している休止・廃止の両方がある場合は、一番最近に休止・廃止したステーション 2 廃止した	
4 (4) 当該訪問看護ステーションの現在の休止・廃止状況及び時期	休止期間 平成 [] 年 [] 月 ~ 平成 [] 年 [] 月 → 廃止時期 平成 [] 年 [] 月
※再開予定期を記入してください	
5 (5) 当該訪問看護ステーションの開設時期	平成 [] 年 [] 月
6 (6) 当該訪問看護ステーションのある市町村の人口構成 (主なもの1つに○)	1 5千人未満 3 1万人～3万人未満 5 10万人以上 2 5千人～1万人未満 4 3万人～10万人未満 6 わからない
(当該訪問看護ステーションを開設した主な理由1つを○で囲んでください)	
7 (7) 当該訪問看護ステーションの開設経緯 1 医療機関で実施していた訪問看護(室・部)から訪問看護ステーションに変更した 2 別の訪問看護ステーションの利用者数が拡大いたため、分離・独立させた 3 周辺地域の訪問看護の利用者の増加によるニーズが高かつたため、開設した 4 行政や他の介護サービス事業所等からのニーズが高かつたため、開設した 5 開設主体(法人等)として、訪問看護サービスへの展開が必要と考へ、開設した 6 訪問看護ステーションを開業したい看護師等が集まり、開設した 7 その他()	

1 ハローワーク	7 民間の人材紹介会社			
2 ナースセンター	8 インターネット			
3 緑故	9 看板・張り紙			
4 就職情報誌、専門誌等の人材募集欄	10 その他の()			
5 大学・短大・専門学校の就職課	11 公私したことがない			
6 新聞の求人広告・チラシ				
(15)休止・廃止直前の職員数	常勤者	非常勤者	常勤者	非常勤者
	実人員	換算数*	実人員	換算数*
1 保健師	.	.	5 理学療法士	.
2 助産師	.	.	6 作業療法士	.
3 看護師	.	.	7 その他の職員	.
4 准看護師	.	.		.
換算数*	常勤者の業務、非常勤者について、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計算してください。			
換算数 = 当該職員の1週間の訪問看護ステーションでの勤務時間 + 事業所が定めている1週間の勤務時間				
4. 休止・廃止中の訪問看護ステーションの利用者について				
(16)利用者の紹介元最も多いもの1つに○)	1 同一法人へ、系列法人の病院・施設・居宅介護支援事業所等からの紹介			
	2 地域の病院等からの紹介(同一法人へ、系列法人以外)			
	3 地域の居宅介護支援事業所または居宅サービス事業所からの紹介(同一法人へ、系列法人以外)			
	4 市町村・保健所・保健センターからの紹介			
	5 利用者・家族等からの直接依頼			
	6 その他の()			
(17)休止・廃止前の利用者数	(休止・廃止する半年前の利用者数を記入してください。なおよその人数でも結構です)			
	介護保険法 <input type="text"/> 人 健康保険法等 <input type="text"/> 人 その他 <input type="text"/> 人			
(18)利用者確保に関する、どのような問題点を抱えていますか				
(19)休止・廃止時の利用者の引継ぎ・紹介(○は1つ)	1 同一法人へ、系列法人への訪問看護ステーション(医療機関訪問看護を含む)へ利用者を引き継いだ 2 地域の他の訪問看護ステーション等へ引き継いだ 3 特に引継ぎは行わなかった(利用者・家族自身が次の訪問看護ステーションを探した) 4 その他()			
(20)休止・廃止時の問題点(利用者の引継ぎ・職員の就職先など)				
5. 制度全般へのご意見				
(21)制度等への要望・意見(休止・廢止しないためにどのようが支援策が必要かなど)				

本調査では、追加でヒアリング調査を実施させていただく予定です(3か所予定)。

・調査担当者が訪問させました。(1頁)

：セアリジン内容は、保正：堺正に對して、訪問看護ステーション法のための制

・アリシアさんに協力いただいた場合には、些少ですが謝金をお支払いいたします。

アーリング調査にご協力いただけますかどうか

）ご担当
）ご連絡先(TEL:

易方同否 二 陽爻不 同

(当該訪問看護ステーションに併設していたサービスについて、該当する番号すべてを○で囲んでください)	
(8) 当該訪問看護ステーションの併設施設・サービス(全てに○)	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 施設病床を保有する病院・診療所 4 3以外の病院・診療所 5 居宅介護支援事業所 6 訪問介護
(9) 当該訪問看護ステーションの休止・廃止の理由(全てに○)	1 開設当初より「超過勤務が多い」などの理由で業務を断られ、従事者を確保できなくなつたため (記入例:開設当初から従事者が十分に確保できず、病院との兼務で2人を確保していましたが、「責任が重い」「超過勤務が多い」などの理由で業務を断られ、従事者を確保できなくなつたため)
(10) 当該訪問看護ステーションの開設当初及び休止・廃止前の状況(○は各1つ)	1 病棟 2 病院看護師等が集まらない 3 病院看護経験のない看護師等の応募が多い 4 比較的短期間でやめてしまう 5 従事者のストレス・負担感が大きい 6 看護師等の技術・知識レベルが低い 7 管理者のなり手が少ない 8 その他の 9 どのような対策を取ったか。(全てに○) 1 研修やカンファレンスの機会を設けた(増やした) 2 給与・賞与等を改善した 3 休暇・休日の増加や、業務時間の短縮等を図った 4 職員を増員し、1人あたりの負荷を少なくした 5 その他()
3. 休止・廃止中の訪問看護ステーションの職員について	
(11) 職員に関する困難点(全てに○)	1 病棟 2 訪問看護経験のない看護師等の応募が多い 3 比較的短期間でやめてしまう 4 給与・待遇について従事者からの不満が多い 5 従事者のストレス・負担感が大きい 6 看護師等の技術・知識レベルが低い 7 管理者のなり手が少ない 8 その他の 9 どのような対策を取ったか。(全てに○) 1 研修やカンファレンスの機会を設けた(増やした) 2 給与・賞与等を改善した 3 休暇・休日の増加や、業務時間の短縮等を図った 4 職員を増員し、1人あたりの負荷を少なくした 5 その他()
(12) 職員の定着対策(○は1つ)	1 して、どのようないましたか。 2 どうぞお答えください。

「訪問看護ステーションの管理・運営に関する実態調査」

事業所調査票

1. 事業所について

都道府県名	事業所名
平成□□年□□月	□□□□月

① 事業開始年月	平成□□年□□月																		
② 開設主体	<p>1. 都道府県 2. 市区町村 3. 広域連合・一部事務組合 4. 日本赤十字社・社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 医師会 7. 看護協会 8. 社团・財團法人(医師会・看護協会以外)</p> <p>1. 社会福祉協議会 11. 農業協同組合及び連合会 12. 消費生活協同組合及び連合会 13. 営利法人(株式・合名・合資・有限会社) 14. 特定非営利活動法人(NPO) 15. その他の法人</p>																		
③ 開設主体が経営している施設(全てに○) ※質訪問看護ステーションを除く	<p>開設主体が経営している施設・事業所(併設以も含む)について、該当する番号すべてを○で囲んでください)</p> <p>1. 介護老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. 3以外の病院・診療所</p> <p>5. 貴事業所以外の訪問看護ステーション →(か所) 6. 訪問看護ステーション以外の居宅介護サービス事業所 (訪問介護事業所、居宅介護支援事業所等)</p> <p>7. その他()</p> <p>8. なし</p>																		
④ 訪問看護ステーションに併設している施設について、該当する番号すべてを○で囲んでください)	<p>1. 介護老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. 3以外の病院・診療所</p>																		
⑤ 加算等の届出の状況	<p>1. あり 2. なし</p> <p>1. あり 2. なし</p> <p>1. あり 2. なし</p> <p>1. あり 2. なし</p>																		
⑥ 従事者数※	<table border="1"> <tr> <th>常勤者</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>換算数</th> <th>換算数</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>換算数</th> <th>換算数</th> </tr> <tr> <td>健康保険法等</td> <td>24時間連絡体制加算の届出</td> <td>(再掲)重症者管理加算の届出</td> <td>非常勤者</td> <td>非常勤者</td> <td>5. 理学療法士</td> <td>6. 作業療法士</td> <td>7. その他の職員</td> <td>7. その他の職員</td> </tr> </table>	常勤者	専従	兼務	換算数	換算数	専従	兼務	換算数	換算数	健康保険法等	24時間連絡体制加算の届出	(再掲)重症者管理加算の届出	非常勤者	非常勤者	5. 理学療法士	6. 作業療法士	7. その他の職員	7. その他の職員
常勤者	専従	兼務	換算数	換算数	専従	兼務	換算数	換算数											
健康保険法等	24時間連絡体制加算の届出	(再掲)重症者管理加算の届出	非常勤者	非常勤者	5. 理学療法士	6. 作業療法士	7. その他の職員	7. その他の職員											

※⑥従事者数

有給・無給を問わず12月1日現在に訪問看護ステーションに在籍する職員数を、職種別に計上してください。職員数には、12月1日の新規採用者及び休暇中の者(産前・産後休暇を含む)、欠勤者、育児休業の代替職員は含みますが、12月1日に退職した者及び休業中(育児休業・介護休業の者)は含みません。なお、出張所等の訪問看護ステーションにおいては、出張所等の従業者数を含めて計上してください。

訪問看護ステーションが定めた常勤の従事者が勤務すべき時間数(以下「事業所の勤務時間数」という)のすべてを勤務している者で、訪問看護ステーションと併設施設事業所の勤務時間の合計が事業所の勤務時間数を超過した者をいいます。(換算数)の欄には、その職務に従事した勤務時間を事業所の通常の勤務時間で除した数値を記入してください。

パートタイマー等の従事者は他の施設・事業所で勤務するなど収入及び勤務時間を事業所の通常の勤務時間で除した数値を記入してください。

常勤者の兼務、非常勤者について、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位まで四捨五入して小数点以下第1位まで計算してください。

換算数 = 職員の1週間の勤務時間 ÷ 事業所が定めている1週間の勤務時間

⑦ サービスの提供状況(11月中)

11月中のサービス提供状況

①介護保険法の利用者								
要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	②健康保険法(認定申請中)	③その他(契約等)
利用実人員数(人)								
[再掲]健診保険法等との併給数※1								
①介護保険法の利用者								
要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	②健康保険法(認定申請中)	③その他(契約等)
要支援								
訪問回数の合計※2								
[再掲]健診保険法等による訪問回数								
介護保険の報酬区分別訪問回数								
看護師・准看護師による訪問※3	30分未満(訪問看護1)	30分以上(訪問看護2)	1時間未満(訪問看護3)	1時間以上(訪問看護3)				
理学療法士・作業療法士による訪問								
訪問回数の合計(回)								
1. 収支状況を把握している								
2. 母体法人が作成しているため、収支状況は把握していない								
→ 費訪問看護ステーションの事業収支率(収入-費用)/(収入)を記入ください、								
平成14年度(又は平成14年分)	①「イ」か「ア」かに○をつけ、収支率を記入してください、	ア・プラス	マイナス	・	・	・	・	・
平成15年4月以降	①記入用(いざれかに○)	ア・プラス	マイナス	・	・	・	・	・
(平成15年4月の報酬改定に関するご意見や、現在の訪問時間別(30分未満/30~60分/60~90分)の単価設定等に関するご意見を記入してください)								
④ 介護報酬に関するご意見								

2. 人事・労務について

3. 利用者について

① 利用者の主な紹介元 (〇は主なもの3つまで)	1. 併設・同一法入の医療機関(老人保健施設含む) 2. " 居宅介護支援事業所 3. " 居宅介護サービス事業所(訪問介護など) 4. 併設・同一法人以外の医療機関 老人保健施設含む) 5. " 居宅介護支援事業所 6. " 居宅介護サービス事業所(訪問介護など) 7. 患者家族から直接 8. 市町村、保健所など 9. その他()	<p>1. 増加傾向 2. ほぼ横ばいで推移 3. 減少傾向</p> <p>→ 「3. 減少傾向」の場合、その理由(全てに〇)</p> <p>ア. 従事者の退職等により、利用者数もそれに伴って減少 イ. 訪問看護師の訪問看護ステーションがあるが、競合している ウ. 介護保険制度の開始とともに、訪問介護サービス等に利用者が流れた エ. ケアマネジャーが訪問看護をアプリケーションに入れようしない オ. その他()</p> <p>→以下に理由を詳しく記入してください。</p>
② 利用者数の推移 (〇は1つ)	<p>1. 訪問看護の利用料に関する不満 2. 訪問看護サービス内容への不満 3. 訪問看護師の対応・態度に対する不満 4. 訪問日時、滞在時間に対する不満 5. 他のサービスとの連絡・調整に関する不満(主治医含む) 6. 訪問看護ステーションとの契約・手続き等に関する不満 7. その他() 8. 特に不満や苦情は寄せられていない</p> <p>③ 利用者からどのような不満・苦情が寄せられることが多いですか(全てに〇)</p>	<p>1. 訪問看護の利用料に関する不満 2. 訪問看護サービス内容への不満 3. 訪問看護師の対応・態度に対する不満 4. 訪問日時、滞在時間に対する不満 5. 他のサービスとの連絡・調整に関する不満(主治医含む) 6. 訪問看護ステーションとの契約・手続き等に関する不満 7. その他() 8. 特に不満や苦情は寄せられていない</p> <p>④ 利用者確保について課題となることがありますについて自由に記入してください</p>

4. 管理者の方について

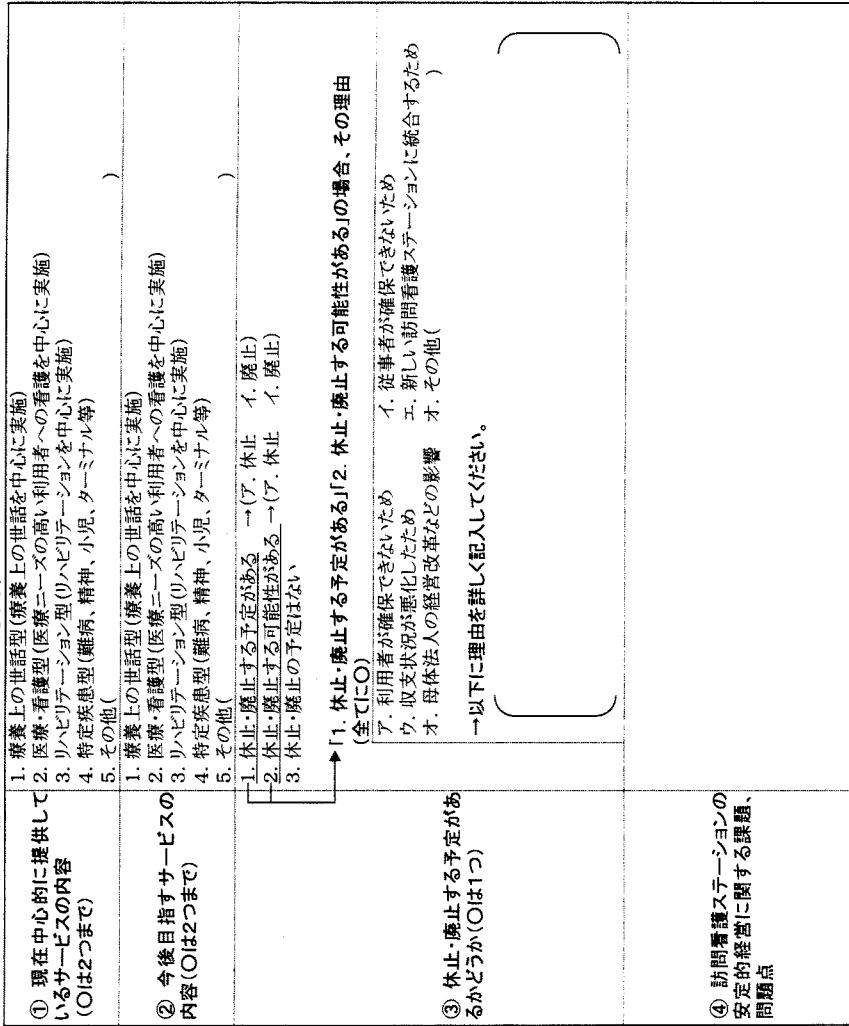
二〇一九年四月

訪問看護ステーション業務		管理業務		訪問看護業務		その他業務		業務業務	
① 管理者の業務の時間 配分	※ 5月～11月の業務を振り返り、おおよその時間割合を記入	予算書・決算書	予算書を主体的に作成している人	居宅介護支援事業 在宅介護支援センター業務等は「業務業務」に含める	管理法人	訪問看護ステーション管理者	その他業務	業務業務	業務業務
② 母体 正規職員の採用	にあたり実質上に決定権を持つ人	1. 母体法人	1. の場合、管理者は訪問看護ステーションの収支状況を把握していますか	1. 母体法人	1. の場合、管理者は訪問看護ステーションの収支状況を把握していますか	1. 母体法人	1. の場合、管理者は訪問看護ステーションの収支状況を把握していますか	1. 母体法人	1. の場合、管理者は訪問看護ステーションの収支状況を把握していますか
③ 直接、訪問看護の利用者を担当していますか (○は1つ)	※他の訪問看護師が主として担当している利用者は含めない	2. 訪問看護ステーション管理者	2. 訪問看護ステーションの収支状況を把握している	2. 訪問看護ステーション管理者	2. 訪問看護ステーションの収支状況を把握している	2. 訪問看護ステーション管理者	2. 訪問看護ステーションの収支状況を把握している	2. 訪問看護ステーション管理者	2. 訪問看護ステーションの収支状況を把握している
④ 主として訪問看護	※他の訪問看護師と一緒に行っているような業務は含めないで下さい	管理者	として行っている業務(全てに○)	管理者	として行っている業務(全てに○)	管理者	として行っている業務(全てに○)	管理者	として行っている業務(全てに○)

6. 管理者業務の自己評価について

1~22の管理業務について、①主たる実施者、②ステーション管理者が実施している場合、その自己評価(11月中)について、該当する番号に○をつけてください。	①主たる実施者 (Oは1つ)									
	1 母体法人が実施	2 ステーション管理者が実施	3 訪問看護師が実施	4 その他	5 その他	6 不十分	7 まあまあ	8 まあまあ	9 まあまあ	10 不十分
運営・経営管理	1 運営方針策定、予算・決算業務、収支状況分析	1	2	3	4	5	6	7	8	
	2 運営・経営会議の開催・出席	1	2	3	4	5	6	7	8	
	3 報酬請求に伴う業務・事務作業	1	2	3	4	5	6	7	8	
	4 他機関との連携(地域ケア会議等)	1	2	3	4	5	6	7	8	
	5 地域住民からの相談対応・広報活動	1	2	3	4	5	6	7	8	
人事労務管理	6 職員の採用・退職に係る業務	1	2	3	4	5	6	7	8	
	7 スタッフ個別の勤務状況の把握・改善	1	2	3	4	5	6	7	8	
	8 スタッフの給与計算・給与支払手続き	1	2	3	4	5	6	7	8	
	9 スタッフの業績評価・面接等	1	2	3	4	5	6	7	8	
	10 業務マニュアル・記録様式等の整備	1	2	3	4	5	6	7	8	
	11 スタッフの担当決め・訪問スケジュール管理	1	2	3	4	5	6	7	8	
業務管理	12 サービス担当者会議等、個別の利用者に関する他機関との連携	1	2	3	4	5	6	7	8	
	13 管理者としての利用者宅訪問(説明・評価等)	1	2	3	4	5	6	7	8	
	14 利用者からの相談対応・苦情処理	1	2	3	4	5	6	7	8	
	15 訪問看護計画書・報告書のモニタリング・チェック	1	2	3	4	5	6	7	8	
	16 衛生材料、その他物品、自動車等の整備、商業処理等の管理	1	2	3	4	5	6	7	8	
	17 緊急時訪問・事故対応・リスクマネジメント	1	2	3	4	5	6	7	8	
教育研修	18 職員へのスーパーバイズ・OJT	1	2	3	4	5	6	7	8	
	19 所内ケアアレンジ、事例検討会等の実施	1	2	3	4	5	6	7	8	
	20 学生実習担当者等の受け入れ・対応	1	2	3	4	5	6	7	8	
他	21 関連法令制度の情報、専門図書の入手・整備	1	2	3	4	5	6	7	8	
	22 その他	1	2	3	4	5	6	7	8	

7. 今後の訪問看護ステーションの方向性



30分未満

誕生日の日付 1日
※1日生まれがない場合 11日
→21日～31日～2日...利用者調査票
「訪問看護ステーションの管理・運営に関する実態調査」

(19)加算算定状況		(11月中)		緊急時訪問看護加算 1 算定あり 2 算定なし	
特別管理加算		1 算定あり 2 算定なし		▶(算定している場合、該当するもの全てに○)	
ア. 在宅自己腹膜透析指導管理		イ. 在宅血液透析指導管理		ウ. 在宅酸素療法指導管理	
オ. 在宅成年介護患者指導管理		エ. 在宅中風湿關節症指導管理		オ. 在宅自己疼痛患者指導管理	
オ. 在宅自己疼痛患者指導管理		カ. 在宅自己疼痛患者指導管理		シ. 在宅自己疼痛患者指導管理	
シ. 在宅自己疼痛患者指導管理		ス. 留置カテーテルを使用		セ. 人工肛門を設置	
シ. 人工膀胱を設置		サ. 気管切開チューブを使用		シ. ドレンチューブを使用	
ターミナルケア加算 1 算定あり 2 算定なし		区分		サービス単位数(利用者負担分合せ)	
30分未満訪問		30分以上1時間未満		単位	
(20)1月に算定した介護給付費の状況		1時間以上1時間30分未満		単位	
(訪問看護料又は作業療法料の訪問		理学療法士又は看護師加算		単位	
(は記入不要)		特別地域訪問看護料加算		単位	
(11月中)		緊急時訪問看護料加算		単位	
特別管理加算		ターミナルケア加算		単位	
(11月中に利用した介護保険サービスについて、該当するもの全てを○で印してください)		(11月中)		(複数回答)	
(21)介護保険サービスの利用状況		1 訪問介護		2 訪問入浴介護	
(11月中)		4 訪問リハビリテーション		5 居宅看護管理指導	
(複数回答)		7 通所リハビリテーション		8 短期入所介護	
(12)心身の状況		9 短期入所療養介護		(→ア. 線口薬 イ. 点鼻薬 ウ. 湿布・貼付	
(13)心身の状況		10 福祉用具貸与		11 その他	
(14)心身状態の総合的な安定性		12 なし(訪問看護ステーションからの訪問看護のみ)		12 気管切開の処置	
1 おおむね安定している		01 咳痰及び気道内吸引・吸込		13 疼痛管理	
2 症状・ADL・痴呆の状態などが不安定になりやすい、または病状悪化の可能性がある		02 在宅酸素療法の指導・援助		14 ターミナルケア	
3 病状が急変・再発したり、慢性的な問題が急に発生しやすい、または病状悪化の可能性がある		03 膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理		15 緊急時の対応や指示による処置	
4 同居者あり 2 同居者なし		04 创傷部の予防・処置		16 注射・点滴の管理	
5 介護を行うまでの問題点(同居者のうち、主たる介護者を1人選んで記入してください)(○はくつでも)		05 在宅中心静脈栄養		17 服薬管理・点眼等の処置	
(15)同居家族の状況		(複数回答)		(→エ. 線口薬 オ. 呼吸器の塗布	
1 支援・要介護状態 2 病弱等心身の問題がある		06 在宅中心静脈栄養		18 洗腸、摘便	
4 その他の 3 介護している		07 経管栄養		19 検査のための採血・採尿等	
(16)経済状態		08 人工肛門、人工膀胱、胃ろうの管理		20 その他()	
1 大変苦しい 2 やや苦しい 3 普通 4 ややかどりがある		09 気管カニューレの交換・管理		21 実施していない	
5 ゆとりがある		10 CAPDの管理		22 医療処置等の状況(11月中)	
6 30分～1時間未満		11 人工呼吸器の管理		(複数回答)	
7 1時間～3時間未満		12 その他の訪問		23)利用者・他機関との連携状況(11月中)	
8 3時間～4時間程度		13 他の訪問		回	
9 4時間以上(時間)		14 他の施設()		回	
(17)訪問の状況		15 1回の訪問時間帯在時間 分		16 来所回数	
11月中の訪問回数の合計(回)		17 訪問回数		18 電話回数	
1 1回の訪問時間はどのくらいが適切と考えますか。(利用者の自己負担は現在と同額と仮定)		19 6 2時間～45分程度		回	
2 1回の訪問時間はどのくらいが適切と考えますか。(利用者の自己負担は現在と同額と仮定)		20 7 3時間～3時間半程度		回	
3 1時間～1時間30分程度		21 8 3時間30分～4時間程度		回	
4 1時間30分～2時間程度		22 9 4時間以上(時間)		回	
5 2時間～2時間30分程度		23 10 11月		回	

30分未満

誕生日の日付 1日
※1日生まれがない場合 11日
→21日～31日～2日...利用者調査票
「訪問看護ステーションの管理・運営に関する実態調査」

30分未満

誕生日の日付 1日
※1日生まれがない場合 11日
→21日～31日～2日...利用者調査票
「訪問看護ステーションの管理・運営に関する実態調査」

(24) 訪問当日の実施行為内容・所要時間

訪問日	()月()日	AM・PM()時()分	～ AM・PM()時()分
当日の在宅時間			

■ストップウォッチ等で測る必要はありませんが、各行行為にかかる時間が、各行動の時間で記入してください。
■記入してください。
■所要時間には、各行為を行ったための準備、観察、後片付け等の一連の動作を含めて記入してください。

A 呼吸観察 与薬 処置 （准備、 備後、 片付）	① 当日の実施行為内容		② 所要時間 (分)
	施項目に○	施項目に○	
1 バイタル測定(体温、脈拍、血圧、呼吸、酸素飽和度等のチェック)	1		
2 身の状態観察、生活状況の観察(ケアに必要な際は、各項目の時間に含める)	2		
3 服薬管理(点眼薬、軟膏、坐薬等を含む)※	3		
4 注射、点滴	4		
4-1 うちインシリンの自己注射	4-1		
5 吸入	5		
6 在宅中心静脈栄養	6		
7 指剤の処置	7		
8 倉庫部の処置 ※	8		
9 医師の指示による採血などの検査 ※	9		
10 気管内吸引、排痰ケア(ビックンを除く)、気管カニューレの管理 ※	10		
11 気管内吸引 12 在宅透析法、酸素吸入(使用物品の確認、機器の点検を含む)	10-1		
13 人工呼吸器の管理(使用物品の確認、機器の点検を含む)	10-2		
14 口腔内、鼻腔内吸引(使用物品の確認、機器の点検を含む)	10-3		
15 経管栄養(鼻、口、胃導管などからの栄養注入)(使用物品の確認、機器の点検を含む)	11		
16 肺胞洗浄、膀胱留置カテーテルの管理、導尿の実施、介助	12		
17 活膿、擦便	13		
18 人工肛門、人工膀胱、胃ろうの管理(創部の観察、消毒、物品の交換、管理)	14		
19 CAPDの管理(使用物品の確認、機器の点検を含む)	15		
20 梶橋看護	16		
21 死後の処置	17		
22 マッサージ ※	18		
23 リハビリテーション ※	19		
24 その他のリハビリテーション ※	20		
25 その他の（ 清潔、整容、 行動の回 一歩の回 准備の食事 ・世話 後話 移動 休憩 片付 環境整備 付属他 ABCに準拠す る行動 処置等を伴わ ない利用者本 人とのコミュニ ケーション 利用者本人以 外への働きかけ 48 その他（ 19 介護支援専門員の業務 ※	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49		
37 看護師の手洗い、物品等の消毒 ※	36		
38 物品の定期的、臨時の整理、調達、手配	37		
39 治瘧、精神障害に対するケア	38		
40 話し相手、談話	39		
41 一緒に〇〇をする家事、娯楽、散歩、買い物、〇〇するのを見守る	40		
42 かけっかけ	41		
43 本人への療養指導・説明	42		
44 主治医、他機関、他専門職等への連絡、相談 ※	43		
45 家族への説明、連絡 ※	44		
46 家族の状態観察 ※	45		
47 地域住民への声かけ ※	46		
48 その他（ 19 介護支援専門員の業務 ※	47		
49	48		

※印についている行為内容については、記入要領をご参照ください。

管理者タイムスケイプ表

*※時間の記入は5分単位でまとめてください(1~2分しかからない業務は、1~2分単位で記入してください)

訪問看護ステーション業務

平成15年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

訪問看護ステーションのサービス提供の在り方
に関する調査研究事業
報告書

平成16年3月

発行・編集 社団法人 全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-3-12

壱丁目参番館302

TEL. 03-3351-5898 FAX. 03-3351-5938

本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になりますのでご注意ください。

