

平成 20 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）

訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に
関する調査研究事業
報 告 書

平成 21(2009)年 3 月

社団法人 全国訪問看護事業協会

はじめに

超高齢社会、多死時代を迎えた日本において、訪問看護ステーションを活用した地域完結型医療提供体制を整備していくことは極めて重要であるとされ、訪問看護への期待も高まる一方である。しかし、訪問看護ステーションの現状としては、人材不足を根底にある課題として、利用者ニーズに即した十分な活動が展開されているとはいいがたい。一事業所あたりの平均職員数が4.2人であるなど、規模の小さな訪問看護ステーションが多く、経営効率が悪いこと、一人の看護師にかかる負担が大きく、勤務を継続することができないといった状況が報告されている。

こうした状況を打開するために、小規模事業所を大規模事業所に転換することと、訪問看護ステーション共通で行われている業務を一括して行う拠点を設け、小規模事業所であっても効率よく訪問看護に動ける体制を整えることの必要性が提言された。今回取り組んだ訪問看護ステーションの大規模化・ネットワーク化は、こうした状況から生まれてきた概念であり、小規模事業所を大規模化すること、事務作業など共通している業務をまとめて処理するシステムを構築することが主な課題とされた。

また利用者確保の観点から、本来訪問看護を必要としている人々にサービスが届いていない可能性も指摘されており、事業所から離れたところの利用者への訪問看護の提供方法や、高齢者の集合住宅への訪問看護についても検討することが課題とされた。

本報告書は、これら4つの課題について取り組んだ記録であり、これまで訪問看護ステーションの開設や閉鎖を開設者の自由意志と経営能力だけに頼り、任せきってきたやり方に対し、一石を投ずるものとなっている。利用者ニーズの視点に立ち、これからの訪問看護ステーションのあり方についてさまざまな立場にある方に読んでいただき、現場において常にオンコール体制で奮闘している訪問看護師の力を無駄にせずうまく活用していくためのシステム作りに活かしてほしいと心から願っている。

平成21年3月

委員長 山田 雅子
(聖路加看護大学看護実践開発研究センター センター長・教授)

目次

要旨	1
第1章 事業の概要	5
1. 事業の背景・目的	5
2. 研究体制	6
3. 事業の概要	7
第2章 事業の実施結果	11
1. 訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査	11
(1) 調査の概要	11
(2) 調査結果	12
(3) 結果のまとめ	41
2. 訪問看護ステーションにおける24時間電話対応調査	43
(1) 調査概要	43
(2) 調査結果	44
(3) 結果のまとめ	66
3. サテライト設置申請の実態調査	68
(1) 調査の概要	68
(2) 調査結果	68
(3) まとめ	76
4. 訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関するモデル事業	77
(1) モデル事業の概要	77
(2) モデル事業の結果	81
1) 北海道における大規模なネットワーク化・住宅への訪問サービス展開	81
2) 宮城県における大規模化	91
3) 栃木県におけるネットワーク化・へき地への訪問サービス展開	96
4) 茨城県におけるネットワーク化	115
5) 千葉県におけるネットワーク化	125
6) 大阪府におけるネットワーク化	141
第3章 結果のまとめ及び提言	159
資料1 訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査 調査票	
資料2 訪問看護ステーションにおける24時間電話対応調査 調査票	
資料3 サテライト設置申請の実態調査 調査票	

要 旨

訪問看護ステーションの経営基盤の安定化に向け、大規模化、ネットワーク化、遠距離の利用者への訪問看護、集合住宅への訪問看護の4つをテーマとして取り組んだ。報告書の前半では3つの調査（「訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査」「訪問看護ステーションにおける24時間電話対応調査」「サテライト設置申請の実態調査」）について報告し、後半では、実際に各地でモデル事業として取り組んだ経過を報告する。

モデル事業に参加した6道府県と取り組んだ内容について、以下の表にまとめた。北海道で一連のネットワーク化に関連する事業、宮城県での大規模化、栃木県での「請求業務を共同で実施」に関しては、モデル事業開始から取り組まれていた事業であり、今回は実施状況をヒアリングすることで、そのプロセス及び効果を整理した。また、栃木県での「遠距離訪問」、茨城県、千葉県、大阪府における一連の事業については、今回の調査研究事業で初めて取り組まれたものである。

図表 1 参加道府県のモデル事業の取り組み状況一覧

		北 海 道	宮 城 県	栃 木 県	茨 城 県	千 葉 県	大 阪 府
大規模化	同一法人内の事業所同士の大規模化	○	○				
ネットワーク化 (別法人同士の連携)	利用者からの24時間電話対応を共同で実施						○
	訪問看護の問い合わせ(新規相談等)への電話対応を共同で実施					○	○
	衛生材料等の訪問看護用物品を共同で購入	○					○
	事務・請求業務を共同で実施	○		○			
	訪問看護のPR・パンフレット作成等を共同で実施	○			○	○	○
	マニュアル類を共同で作成	○					○
	ケア技術や管理・運営を相互に相談	○			○		○
	スタッフ教育を共同で実施	○					○
	人事交流・ローテーション	○					
	その他				○	○	
へき地への訪問サービス展開	過疎地、移動距離がかかる地域、訪問看護サービス可能な事業所がない地域等の利用者への訪問			○			
集合住宅への訪問サービス展開	高齢者や低所得者等が多く住む住宅(県営住宅等のアパート)と健康管理を含めた包括サービス提供の契約を行う	○					

結果としては、宮城県の事例から大規模化のプロセスを整理し、大規模化を成功させるための工夫点を挙げた。また、ネットワーク化については、「本部独立型ネットワーク」「拠点ステーション支援型ネットワーク」「拠点ステーション分散型ネットワーク」「拠点ステーション集約型ネットワーク」といった4つのタイプに整理をし、その特徴をまとめた（図表2）。さらに、ネットワーク化のプロセスには、「自然発生型ネットワーク形成」と「第三者介入型ネットワーク形成」があったと整理しその特徴をまとめた。今回の調査研究事業では、ネットワーク化による効果を計るだけの十分な期間を得ることができなかつたが、「訪問看護の質が向上した」、「活気が出た」等の評価を訪問看護ステーション職員から得ることができ、事業の継続意思を確認することができた。

今後の大規模化、ネットワーク化の更なる展開に向けて、以下の5つの提言を行った。

- 訪問看護ステーション大規模化・ネットワーク化におけるリーダーの育成
- 都道府県行政担当者の積極的関与
- 訪問看護ステーション間のコミュニケーション手段としてのIT化の促進
- サテライトの有効活用の促進
- 大規模化・ネットワーク化における本部機能に対する経済的評価と支援

図表2 ネットワーク化タイプ別特徴一覧

タイプ	1	2	3	4
名称 地域	本部独立型 北海道・栃木県・茨城県	拠点ステーション支援型 千葉県・茨城県	拠点ステーション分散型 大阪府	拠点ステーション集約型 栃木県
図				
特徴	本部機能を担う拠点があり、複数のステーションに共通した業務をまとめて実施するタイプ。 同一法人で複数事業所の業務一元化に対して有効。 茨城県のように県看護協会が拠点事務所となり異なる法人の事業所を取りまとめていくことができる。	ネットワーク化促進を目的としたコーディネーション機能を第3者的に位置づけたタイプ。 拠点事務所ではステーションAの役割を教育的に支援しながら全体の事業を支援する ABCDステーションの力が横並びであり法人が異なる場合でも有効である	同じ地域で活動しているステーション間で本部機能を分担して担うタイプ。 ステーションAが全体のコーディネートを行い、ステーションBCDは、それぞれ割り当てられた事業の拠点としての役割を果たす。 拠点を分散することで、法人が別のステーション群であっても利害を折半して地域単位で協力することができる	拠点が訪問看護を提供する事業所で本部機能を兼務しているタイプ。 同一法人として取り組みやすい。 栃木県は、本部独立型をとる前段階としてこのタイプをとった。
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・物品の共同購入 ・事務、請求業務 ・常勤職員の人材採用 ・看護記録、マニュアルの統一 ・看護サービス提供に関するコンサルテーション ・スタッフ教育 ・事業所の休止・廃止回避のための支援 ・訪問看護師早期紹介支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ネットを組むステーション案内用リーフレットの作成 ・訪問看護相談窓口の設置 (訪問看護一般の質問、利用方法の問い合わせ、ステーション紹介) ・地域機関病院との連携促進活動 (コーディネーター訪問看護師の院内への配置、連携体制構築に向けた公開検討会・病院と訪問看護の連携シンポジウムの開催など) ・ケア技術等の相談支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・新規利用者の紹介・調整 ・24時間対応の共同実施 ・広告用パンフレットの共同作成 ・衛生材料等の入手ルートの共有 ・質の高いケア技術提供のためのコンサルテーション事業 ・職員に対する教育研修の合同開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・人事管理(看護職員の求人・採用、給与管理) ・物品管理(パソコンのリース・修理、インターネット、公用車のリース、事故対応等) ・事故、感染、災害等発生時支援 ・看護職員の教育・研修支援 ・介護及び医療保険報酬請求業務 ・へき地への訪問看護サービス展開の検討

第1章 事業の概要

第1章 事業の概要

1. 事業の背景・目的

医療管理やがん末期等の多様なニーズを持ち、24時間365日適時・適切なサービス提供が必要な在宅療養者が急増しており、訪問看護ステーションへの期待が高まっている。

これらの訪問看護サービスへのニーズに応えるためには、安定的に訪問看護サービスを供給することが必要であり、そのためには、訪問看護事業所の経営安定化・効率化を図ることが急務の課題となっている。

本事業では、「訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査」を実施し、全国の訪問看護ステーションにおける機能集約及び基盤強化促進のための取り組みを把握し、合わせて本事業で実施するモデル事業への公募を行った。次いで、「サテライト設置申請の実態調査」及び「訪問看護ステーションにおける24時間電話対応調査」を実施し、訪問看護事業所の経営安定化・効率化に向けた方策を検討するための基礎資料を得ることを目的とした。

さらに、全国の複数地域において、地域特性や訪問看護事業所の特性等を踏まえた訪問看護の機能集約及び基盤強化に資するモデル事業（下記1～4）を実施し、そのプロセスや効果等を明らかにすることを目的として実施した。

- 1) 大規模化（同法人）
- 2) ネットワーク化（別法人同士の連携）
- 3) へき地への訪問サービス展開
- 4) 住宅（アパート・マンション）への訪問サービス展開

2. 研究体制

本事業を実施するにあたり、検討委員会及びワーキング委員会を設置して実施した。事業の検討・実施・報告とりまとめ等のため、検討委員会を2回、ワーキング委員会を4回開催した。

検討委員会委員

(五十音順)

委員長	山田 雅子	聖路加看護大学看護実践開発研究センター	センター長・教授
委員	上野 桂子	社団法人全国訪問看護事業協会	常務理事
	扇 禮子	札幌厚別訪問看護ステーション 北海道訪問看護ステーション連絡協議会	所長 会長
	川淵 孝一	東京医科歯科大学大学院 医歯学統合研究科医療 経済学分野	教授
	川村 佐和子	聖隷クリストファー大学大学院 保健科学研究科 /看護学研究科	教授
	高階 恵美子	社団法人日本看護協会	常任理事
	中川 泉	新潟青陵大学 看護福祉心理学部 看護学科	学科長・教授
	新津 ふみ子	ケア・コーディネーション研究所	所長
	野中 博	医療法人社団博腎会 野中医院	院長
	村上 昌弘	静岡県厚生部医療健康局医療人材室	医療室長
	山下 朱實	千葉県立野田看護専門学校	校長
研究協力者	吉田 千文	聖路加看護大学看護実践開発研究センター	専任研究員・准教授
研究協力者	酒井 仁志	静岡県厚生部医療健康局医療室	主幹
	米山 紀子	静岡県厚生部医療健康局医療室	主査

ワーキング委員会委員

(五十音順)

委員長	山田 雅子※	聖路加看護大学看護実践開発研究センター	センター長・教授
WG 委員	雨師 みよ子	社団法人河内医師会訪問看護ステーション	管理者
	柏木 聖代	筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学系	講師
	兼子 いづみ	浜松市健康医療部保健所健康増進課	課長
	叶谷 由佳	山形大学医学部 看護学科	教授
	木全 真理	社団法人全国訪問看護事業協会	
	松下 由美子	明治国際医療大学	講師
	山下 朱實※	千葉県立野田看護専門学校	校長
	吉田 千文※	聖路加看護大学看護実践開発研究センター	専任研究員・准教授

(※；検討委員会との併任)

3. 事業の概要

(1) 訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査

全国の訪問看護ステーションにおける機能集約及び基盤強化促進のため取り組みを把握し、今後訪問看護ステーションの機能集約及び基盤強化促進を図るために必要な方策を検討することを目的として実施した。また、本調査では、本事業で実施するモデル事業への公募もあわせて行った。

全国訪問看護事業協会の会員ステーション 3568 事業所（平成 20 年 6 月 17 日現在）を対象に調査票を送付し、1357 件（有効回収率 38.2%）の回答を得た。

(2) 訪問看護ステーションにおける 24 時間電話対応調査

本調査は、訪問看護ステーションへの電話回数、電話内容、電話対応の外部化可能性等について、訪問看護ステーションを対象に詳細な調査をし、今後の訪問看護ステーションのネットワーク化に資するための基礎資料を得ることを目的として実施した。

上記（1）の調査に回答のあった訪問看護ステーションのうち、モデル事業に「協力できる」と回答し、かつ「利用者からの 24 時間電話対応を共同で実施したい」と回答した訪問看護ステーションの中から、設置主体等を加味して 12 事業所を選定した。調査依頼の時点で承諾が得られなかった 1 事業所を除く 11 事業所を対象とし、平成 20 年 9 月 11 日（木）～9 月 17 日（水）までの 7 日間（土日・休日を含む）に訪問看護ステーションにかかってきた電話すべてについて調査票への記入を依頼した。

(3) サテライト設置申請の実態調査

訪問看護ステーションのサテライト設置申請に関する実態調査を行い、設置申請に関する状況を把握することを目的とした。全国訪問看護事業協会会員ステーション 3,352 事業所に対して、FAXにて調査を行った。調査期間は平成 20 年 7 月 30 日からは 8 月 6 日までの 1 週間とし、1309 件（有効回収率 39.1%）の回答を得た。

(4) 訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関するモデル事業

訪問看護事業所の経営安定化・効率化を図るために、訪問看護の機能集約及び基盤強化に資するモデル事業を実施した。全国の6地域において、地域特性や訪問看護事業所の特性等を踏まえ、以下の内容をモデル的に実施し、そのプロセスや方法・効果等を検討した。

図表 3 参加道府県のモデル事業の取り組み状況一覧

		北 海 道	宮 城 県	栃 木 県	茨 城 県	千 葉 県	大 阪 府
大規模化	同一法人内の事業所同士の大規模化	○	○				
ネットワーク化 (別法人同士の連携)	利用者からの24時間電話対応を共同で実施						○
	訪問看護の問い合わせ(新規相談等)への電話対応を共同で実施					○	○
	衛生材料等の訪問看護用物品を共同で購入	○					○
	事務・請求業務を共同で実施	○		○			
	訪問看護のPR・パンフレット作成等を共同で実施	○			○	○	○
	マニュアル類を共同で作成	○					○
	ケア技術や管理・運営を相互に相談	○			○		○
	スタッフ教育を共同で実施	○					○
	人事交流・ローテーション	○					
	その他				○	○	
へき地への訪問サービス展開	過疎地、移動距離がかかる地域、訪問看護サービス可能な事業所が他にない地域等の利用者への訪問			○			
集合住宅への訪問サービス展開	高齢者や低所得者等が多く住む住宅(県営住宅等のアパート)と健康管理を含めた包括サービス提供の契約を行う	○					

第2章 事業実施結果

第2章 事業の実施結果

1. 訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査

(1) 調査の概要

①調査の目的

全国の訪問看護ステーションにおける機能集約及び基盤強化促進のため取り組みを把握し、今後訪問看護ステーションの機能集約及び基盤強化促進を図るために必要な方策を検討することを目的として実施した。また、本調査では、本事業で実施するモデル事業への公募もあわせて行った。

②調査対象と方法

全国訪問看護事業協会の正会員ステーション 3568 事業所（平成 20 年 6 月 17 日現在）を対象に調査票を郵送により送付・回収した。

③調査実施時期

調査票発送・回収 平成 20 年 7 月

④回収状況

調査票回収数は、1357 件（有効回収率 38.2%）であった。

⑤調査内容

調査内容は、以下の通り。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 訪問看護ステーションの概要2. 訪問看護ステーションの取り組み<ol style="list-style-type: none">(1) 同一法人内（系列法人含む）の取り組み（統合／共同実施）(2) 地域の訪問看護ステーションとの連携（共同実施）(3) 遠距離の利用者への訪問看護サービスの実施(4) 集合住宅（アパート・マンション）への訪問看護サービスの実施3. モデル事業の公募 |
|---|

(2) 調査結果

①訪問看護ステーションの概要

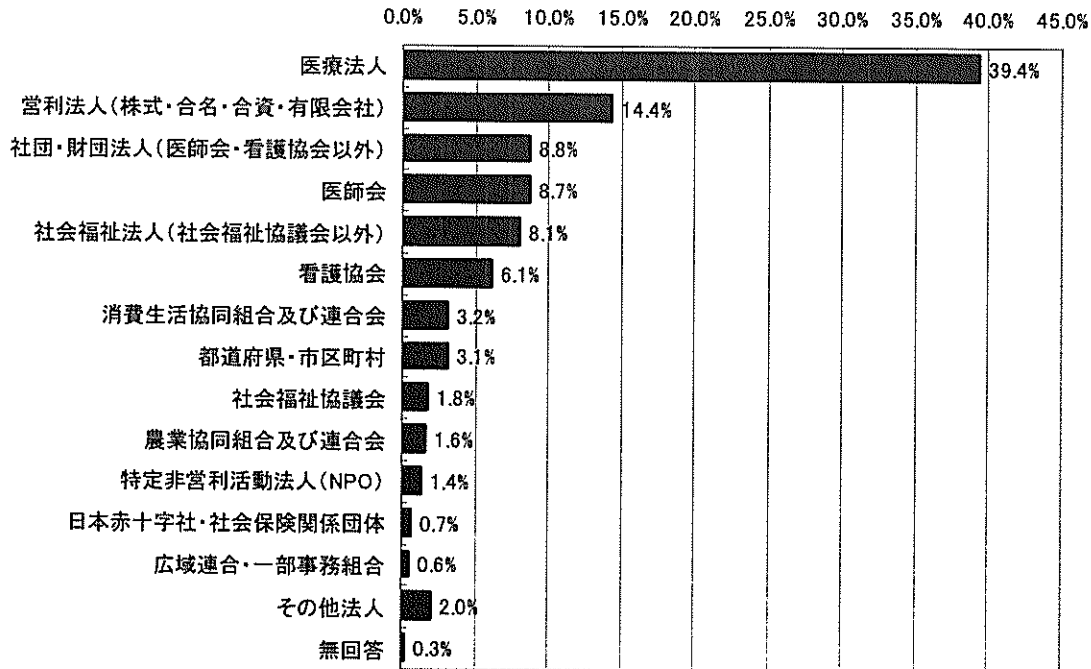
- 開設主体は、「医療法人」(39.4%)が最も多く、次いで「営利法人(株式・合名・合資・有限会社)」(14.4%)、「社団・財団法人(医師会・看護協会以外)」(8.8%)となっている。

図表 4 開設主体

	件数	都道府県・市区町村	広域連合・一部事務組合	日本赤十字社・社会保険関係団体	医療法人	医師会	看護協会	社団・財団法人(医師会・看護協会以外)	社会福祉協議会
合計	1357	42 3.1%	8 0.6%	9 0.7%	534 39.4%	118 8.7%	83 6.1%	119 8.8%	24 1.8%

	件数	社会福祉協議会(以外)	農業協同組合及び連合会	消費生活協同組合及び連合会	営利法人(合資・株式・合名・有限会社)	特定非営利活動法人(NPO)	その他法人	無回答
合計	1357	110 8.1%	22 1.6%	43 3.2%	195 14.4%	19 1.4%	27 2.0%	4 0.3%

合計(N=1357)



- サテライト事業所は、「有」が5.0%、「無」が92.0%となっている。

図表 5 サテライト事業所の有無

	件数	有	無	無回答
合計	1357	68 5.0%	1249 92.0%	40 2.9%

- サテライト事業所がある場合、「1ヶ所」(77.9%)が最も多く、次いで「2ヶ所」(10.3%)、「3ヶ所」(7.4%)となっている。

図表 6 サテライト事業所がある場合の箇所数

	件数	1ヶ所	2ヶ所	3ヶ所	4ヶ所以上	無回答	(実数合計 単位：ヶ所)	(平均 単位：ヶ所)
合計	68	53 77.9%	7 10.3%	5 7.4%	1 1.5%	2 2.9%	91.0	1.38

- 都道府県内に同一法人立の訪問看護ステーションは他に「ある」が38.2%、「ない」が55.1%となっている。

図表 7 都道府県内の同一法人立の訪問看護ステーションの有無

	件数	ある	ない	無回答
合計	1357	519 38.2%	748 55.1%	90 6.6%

- 都道府県内に同一法人立の訪問看護ステーションは他にある場合、「3ヶ所未満」(48.2%)が最も多く、次いで「3~5ヶ所未満」(19.7%)、「5~10ヶ所未満」(18.1%)となっている。

図表 8 都道府県内に同一法人立の訪問看護ステーションがある場合の箇所数

	件数	3ヶ所未満	3~5ヶ所未満	5~10ヶ所未満	10ヶ所以上	無回答	(平均 単位：ヶ所)	標準偏差
合計	519	250 48.2%	102 19.7%	94 18.1%	45 8.7%	28 5.4%	5.81	11.55

- 加算等の状況は、以下の通りとなっている。

図表 9 加算等の状況

		件数	あり	なし	無回答
介護 保険法	緊急訪問看護加算 540単位	1357	1124 82.8%	201 14.8%	32 2.4%
	特別管理加算 250単位	1357	1212 89.3%	123 9.1%	22 1.6%
健康 保険法 等	24時間対応体制加算 5,400円	1357	1021 75.2%	289 21.3%	47 3.5%
	24時間連絡体制加算 2,500円	1357	199 14.7%	954 70.3%	204 15.0%
	重症者管理加算 5,000円	1357	960 70.7%	331 24.4%	66 4.9%
	難病等複数回訪問加算 4,500円/8,000円	1357	683 50.3%	552 40.7%	122 9.0%
	長時間訪問看護加算 5,200円	1357	147 10.8%	1060 78.1%	150 11.1%
	退院時共同指導加算 6,000円	1357	213 15.7%	1005 74.1%	139 10.2%
	退院支援指導加算 6,000円	1357	153 11.3%	1051 77.5%	153 11.3%
	在宅患者連携指導加算 3,000円	1357	76 5.6%	1122 82.7%	159 11.7%
	在宅患者緊急時等カンファレンス 加算 2,000円	1357	105 7.7%	1094 80.6%	158 11.6%

- ターミナルケアへの対応は、介護保険の場合、「あり」が14.7%、「なし」が77.3%となっている。医療保険の場合、「あり」が20.9%、「なし」が71.8%となっている。

図表 10 ターミナルケアへの対応

		件数	あり	なし	無回答
介護保険	ターミナルケア加算 1,200単位	1357	199 14.7%	1049 77.3%	109 8.0%
医療保険	ターミナルケア療養費 20,000円	1357	283 20.9%	975 71.8%	99 7.3%

- 看護職員（常勤者と非常勤者の合計）の実人数は、平均6.44人となっている。

図表 11 看護職員数（実人数）：常勤者+非常勤者の合計

	件数	3人未満	3~5人未満	5~10人未満	10人以上	無回答	（単位：人） 平均値	標準偏差
合計	1357	8 0.6%	415 30.6%	711 52.4%	211 15.5%	12 0.9%	6.44	3.22

- 1ヶ月間（6月中）の利用者数（介護保険法+健康保険法等+その他の合計）は、平均64.37人となっている。

図表 12 利用者数：介護保険法+健康保険法等+その他の合計

	件数	3人未満	3～5人未満	5～10人未満	10人以上	無回答	(単位：人) 平均値	標準偏差
合計	1357	215 15.8%	328 24.2%	587 43.3%	187 13.8%	40 2.9%	64.37	42.82

- 利用者数のうち、6月の新規利用者数（介護保険法+健康保険法等+その他の合計）は、平均3.71人となっている。

図表 13 うち6月の新規利用者数：介護保険法+健康保険法等+その他の合計

	件数	3人未満	3～5人未満	5～10人未満	10人以上	無回答	(単位：人) 平均値	標準偏差
合計	1315	519 39.5%	363 27.6%	331 25.2%	57 4.3%	45 3.4%	3.71	3.68

※利用者数が介護保険法+健康保険法等+その他の合計が1人以上の事業所の回答を集計

- 利用者数のうち、6月の中断・終了利用者数（介護保険法+健康保険法等+その他の合計）は、平均3.41人となっている。

図表 14 うち6月の中断・終了利用者数：介護保険法+健康保険法等+その他の合計

	件数	3人未満	3～5人未満	5～10人未満	10人以上	無回答	(単位：人) 平均値	標準偏差
合計	1315	592 45.0%	304 23.1%	277 21.1%	58 4.4%	84 6.4%	3.41	3.10

※利用者数が介護保険法+健康保険法等+その他の合計が1人以上の事業所の回答を集計

- 1ヶ月間（6月中）の延訪問回数（介護保険法+健康保険法等+その他の合計）は、平均 357.59 回となっている。

図表 15 延訪問回数：介護保険法+健康保険法等+その他の合計

	件数	100回未満	100未満 100未満 100未満	300未満 300未満 300未満	500回以上	無回答	(単位：回) 平均：回	標準偏差
合計	1357	131 9.7%	439 32.4%	441 32.5%	277 20.4%	69 5.1%	357.59	238.16

- 延訪問回数のうち、6月の緊急訪問回数（介護保険法+健康保険法等+その他の合計）は、平均 7.54 回となっている。

図表 16 うち緊急訪問回数：介護保険法+健康保険法等+その他の合計

	件数	3回未満	3回 5回未満	5回 10回未満	10回以上	無回答	(単位：回) 平均：回	標準偏差
合計	1237	433 35.0%	192 15.5%	247 20.0%	253 20.5%	112 9.1%	7.54	39.57

※延訪問回数が介護保険法+健康保険法等+その他の合計が1回以上の事業所の回答を集計

- 1ヶ月間（6月中）の緊急連絡回数（介護保険法+健康保険法等+その他の合計）は、平均 9.96 回となっている。

図表 17 緊急連絡回数：介護保険法+健康保険法等+その他の合計

	件数	3回未満	3回 5回未満	5回 10回未満	10回以上	無回答	(単位：回) 平均：回	標準偏差
合計	1357	359 26.5%	135 9.9%	241 17.8%	364 26.8%	258 19.0%	9.96	16.75

- 緊急連絡回数のうち、6月の夜間・早朝の緊急連絡回数（介護保険法+健康保険法等+その他の合計）は、平均 5.15 回となっている。

図表 18 うち夜間・早朝緊急連絡回数：介護保険法+健康保険法等+その他の合計

	件数	3回未満	3～5回未満	5～10回未満	10回以上	無回答	(単位：回) 平均値	標準偏差
合計	893	393 44.0%	132 14.8%	165 18.5%	109 12.2%	94 10.5%	5.15	10.51

※緊急連絡回数が介護保険法+健康保険法等+その他の合計が1回以上の事業所の回答を集計

- 営業時間外（夜間・早朝、休日）の連絡体制は、「訪問看護師が自宅で受ける」（87.1%）が最も多く、次いで「対応していない」（6.6%）、「その他」（2.7%）となっている。

図表 19 営業時間外の連絡体制

	件数	自宅で受ける訪問看護師が自	4時間常駐する訪問看護師が2	併設の医療機関で受ける	対応していない	その他	無回答
合計	1357	1182 87.1%	9 0.7%	30 2.2%	89 6.6%	36 2.7%	11 0.8%

- 訪問看護ステーションの収支比率（平成19年度）は、「0～10%未満の黒字」（42.0%）が最も多く、次いで「マイナス10%未満の赤字」（15.6%）となっている。

図表 20 訪問看護ステーションの収支比率

	件数	10%以上の黒	0～10%未満の黒字	10%～20%未満の赤字	20%以上の赤字	その他	無回答
合計	1357	188 13.9%	570 42.0%	212 15.6%	189 13.9%	45 3.3%	153 11.3%

- 訪問看護ステーションが赤字の場合、損益を補填する支援があるかについては、「法人から補填を受けられる」(52.8%)が最も多く、次いで「特にない」(21.7%)、「その他」(4.7%)となっている。

図表 21 訪問看護ステーションが赤字の場合、損益を補填する支援の有無

	件数	法人から補填を受けられる	行政からの補助がある	寄付金がある	その他	特にない	無回答
合計	1357	717 52.8%	19 1.4%	1 0.1%	64 4.7%	295 21.7%	261 19.2%

②同一法人内の訪問看護事業所の取り組みについて

- 同一法人内(系列法人含む)の他の訪問看護事業所との統合したことがあるかについては、「予定はない」(87.3%)が最も多く、次いで「統合した」(6.0%)、「統合の予定がある」(1.3%)となっている。

図表 22 同一法人内の他の訪問看護事業所との統合の有無

	件数	統合した	統合の予定がある	具体的に検討中	予定はない	その他	無回答
合計	1357	81 6.0%	17 1.3%	7 0.5%	1184 87.3%	10 0.7%	58 4.3%

- 統合の理由については、「経営効率化のため」(64.8%)が最も多く、次いで「訪問看護ステーション職員不足のため」(46.7%)、「法人全体での経営見直しの影響」(23.8%)となっている。

図表 23 統合の理由について

(同一法人内の他の訪問看護事業所と統合した/統合の予定がある/具体的に検討中の場合)

	件数	経営効率化のため	訪問看護ステーション職員不足のため	管理者不足のため	同法人の職員不足の病院等ため	法人見直しでの影響	その他	無回答
合計	105	68 64.8%	49 46.7%	12 11.4%	5 4.8%	25 23.8%	11 10.5%	2 1.9%

- 統合した場合、統合時期は、「～平成17年」(34.6%)が最も多く、次いで「平成19年」(27.2%)、「平成18年」(22.2%)となっている。

図表 24 統合した場合：統合時期

	件数	～平成17年	平成18年	平成19年	平成20年～	無回答	(単位：年) 平均値	標準偏差
合計	81	28 34.6%	18 22.2%	22 27.2%	11 13.6%	2 2.5%	17.59	2.00

- 統合した場合、統合前の看護職員の常勤換算は、「3～5人未満」(29.6%)「5～10人未満」(29.6%)が最も多く、次いで「3人未満」(18.5%)、「10人以上」(3.7%)となっている。

図表 25 統合した場合：統合前の看護職員(常勤換算)

	件数	3人未満	3～5人未満	5～10人未満	10人以上	無回答	(単位：人) 平均値	標準偏差
合計	81	15 18.5%	24 29.6%	24 29.6%	3 3.7%	15 18.5%	4.73	2.18

- 統合の予定がある場合、統合時期は、「～平成20年」(52.9%)が最も多く、次いで「平成21年」(17.6%)、「平成22年」(5.9%)となっている。

図表 26 統合の予定がある場合：統合時期

	件数	～平成20年	平成21年	平成22年	平成23年～	無回答	(単位：年) 平均値	標準偏差
合計	17	9 52.9%	3 17.6%	1 5.9%	-	4 23.5%	20.38	0.65

- 統合の予定がある場合、予定看護職員の常勤換算は、「5～10人未満」（47.1％）が最も多く、次いで「3～5人未満」（5.9％）、「10人以上」（5.9％）となっている。

図表 27 統合の予定がある場合：予定看護職員(常勤換算)

	件数	3人未満	3～5人未満	5～10人未満	10人以上	無回答	(単位：人) 平均値	標準偏差
合計	17	-	1 5.9%	8 47.1%	1 5.9%	7 41.2%	7.78	3.36

- 統合を具体的に検討中の場合、統合時期は、「～平成20年」（42.9％）が最も多く、次いで「平成21年」（14.3％）となっている。

図表 28 統合を具体的に検討中の場合：統合時期

	件数	～平成20年	平成21年	平成22年	平成23年～	無回答	(単位：年) 平均値	標準偏差
合計	7	3 42.9%	1 14.3%	-	-	3 42.9%	20.25	0.50

- 統合を具体的に検討中の場合、予定看護職員の常勤換算は、「5～10人未満」（28.6％）が最も多く、次いで「3人未満」（14.3％）となっている。

図表 29 統合を具体的に検討中の場合：予定看護職員(常勤換算)

	件数	3人未満	3～5人未満	5～10人未満	10人以上	無回答	(単位：人) 平均値	標準偏差
合計	7	1 14.3%	-	2 28.6%	-	4 57.1%	5.17	3.18

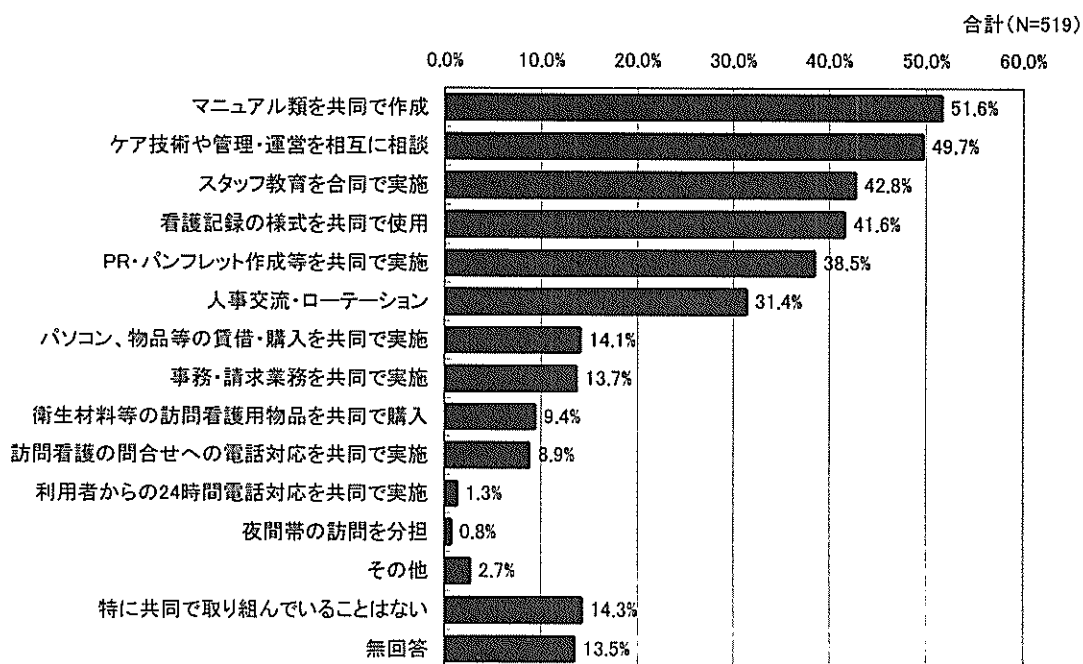
- 同一法人内の訪問看護事業所と共同して取り組んでいる内容は、「マニュアル類を共同で作成」(51.6%)が最も多く、次いで「ケア技術や管理・運営を相互に相談」(49.7%)、「スタッフ教育を共同で実施」(42.8%)となっている。

図表 30 同一法人内の訪問看護事業所と共同して取り組んでいる内容

(都道府県内に同一法人立の訪問看護ステーションがある場合)

	件数	夜間帯の訪問を	利用者からの24時間電話対応	訪問看護の問合への電話対応	問合への電話対応	衛生材料等の購入	共同で購入	パソコン、物品等の賃借・購入	事務・請求業務	共同で実施	PR・パンフレット作成等	共同で実施	看護記録の様式
合計	519	4 0.8%	7 1.3%	46 8.9%	49 9.4%	73 14.1%	71 13.7%	200 38.5%	216 41.6%				

	件数	マニュアル類を共同で作成	ケア技術や管理を相互に相談	共同で実施	人事交流・ローテーション	その他	特に共同で取り組んでいること	ほかにない	無回答
合計	519	268 51.6%	258 49.7%	222 42.8%	163 31.4%	14 2.7%	74 14.3%	70 13.5%	



③地域の訪問看護ステーションとの連携について

- 地域の他の訪問看護ステーション（同一法人・系列法人以外）と連携し、共同して対応していることがあるかについては、「実施していない」（64.5%）が最も多く、次いで「実施している」（28.2%）、「その他」（2.2%）となっている。

図表 31 地域の他の訪問看護ステーションと連携し、共同して対応している内容の有無

	件数	実施している	具体的に検討中	実施していない	その他	無回答
合計	1357	382 28.2%	8 0.6%	875 64.5%	30 2.2%	62 4.6%

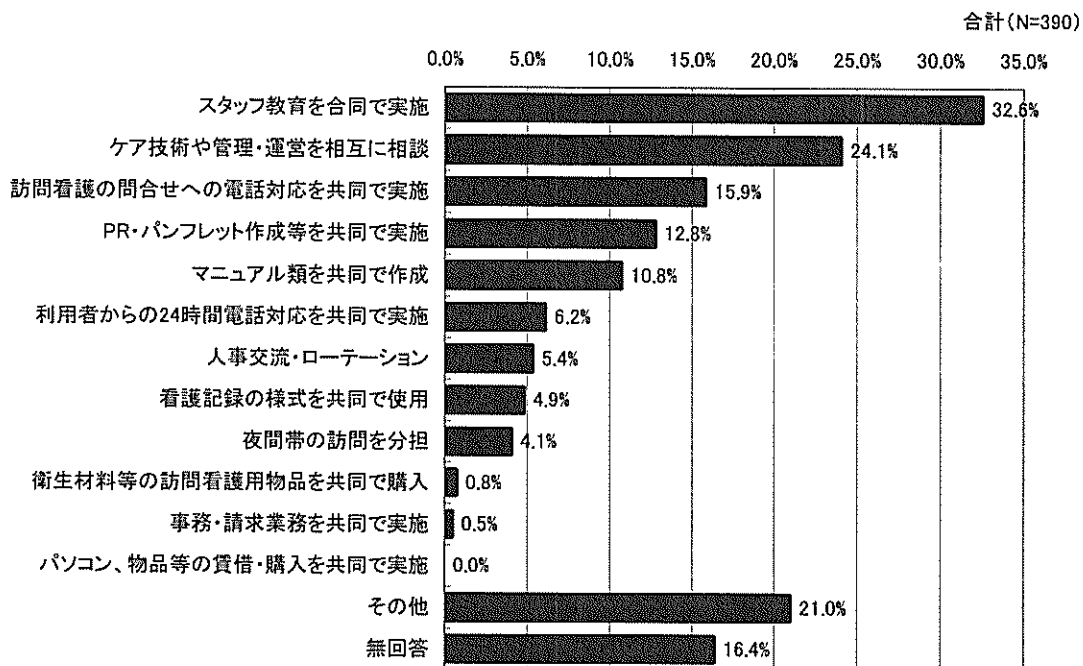
- どのような業務について共同実施をしているかは、「スタッフ教育を合同で実施」（32.6%）が最も多く、次いで「ケア技術や管理・運営を相互に相談」（24.1%）、「訪問看護の問い合わせへの電話対応を共同で実施」（15.9%）となっている。

図表 32 地域の他の訪問看護ステーションとの共同実施の内容

（地域の他の訪問看護ステーションと連携し、共同して実施している/具体的に検討中の場合）

	件数	夜間担当の訪問を	利用者から電話対応	4を共同で実施	訪問看護の電話対応	せを共同で実施	衛生材料等物の購入	共同で購入	パソコン・物の購入	等を共同で実施	事務・請求業務	共同で実施	プリント作成等
合計	390	16 4.1%	24 6.2%	62 15.9%	3 0.8%	-	2 0.5%	50 12.8%					

	件数	看護記録の使用	共同で作成	マニアル類	ケア技術や管理に	ケ・相談	スタッフ教育を	合同で実施	人事交流・	セッション	その他	無回答
合計	390	19 4.9%	42 10.8%	94 24.1%	127 32.6%	21 5.4%	82 21.0%	64 16.4%				



- 地域の訪問看護ステーション（同一法人・系列法人以外）との連携について、具体的に共同して実施している内容は、「訪問の分担」、「夜間・休日対応」、「研修会・勉強会」、「新規利用者の依頼」、「PR 活動」、「マニュアルを作成」に大きく分類された。情報交換や勉強会・研修等の連携をとるため、定期的に連絡会や会議が開催されていた。

■地域の訪問看護ステーションと「共同で実施している」又は「具体的に検討中」の場合の共同実施している内容

1. 訪問の分担

- ・ 毎日訪問をしている難病の小児の訪問を月・木・金、火・水と2ヶ所のステーションで訪問している。
- ・ 2ヶ所のステーションで、人工呼吸器使用中の小児に訪問している。
- ・ 人工呼吸器装着の方を自宅に帰した時、看護師不足で1ステーションでは毎日訪問出来ないで週2回分担して訪問してくれないかと依頼され了解し対応している。
- ・ ALSの利用者さん（呼吸器装着中）への訪問（日中）看護を交代で実施している。
- ・ 訪問看護を曜日で分け分担している（一人の利用者に対し）。
- ・ 営業時間内の訪問を分担している（曜日別に）。
- ・ 特定の1利用者につき、曜日で分担、月ごとに加算請求を交代（緊急対応も）。
- ・ 利用者に対する訪問回数など希望日が多く、対応が困難な場合は、2つのステーションで対応。
- ・ 1人の利用者（毎日訪問必要な人）を交代で訪問している。
- ・ 大きいステーションで行けない時間帯のカバーに入っている。
- ・ 総合病院の看護師が動けない時に動いている（勤務上行けない時）。

2. 夜間・休日対応

- ・ 当所は24時間365日の訪問看護を単独で実施しているので、土日夜間営業していないステーションからの依頼で、土日、夜間の訪問を手伝っている。
- ・ 在宅療養支援診療所の利用者について、担当ステーションをバックアップする目的で緊急対応に応じられなかった（TELが繋がらなかった）場合に当番ステーションにTEL連絡が入る。
- ・ 24時間対応のステーションが少なく24時間対応ないステーションと連携し当ステーションで24時間対応を受け持っている。

3. 研修会、勉強会

- ・ ストーマケアや褥瘡、フィジカルアセスメントなど専門分野の知識を深める研修会。
 - ・ 同じ利用者に2つのステーションから訪問している事例について、技術等の学習や事例検討。
 - ・ 月1回協議会を開催。年1回研修会を合同で実施。
 - ・ 年2回研修会を連絡協議会の企画実施連絡協議会で研修会を実施している。
 - ・ 訪問看護ステーションネットワークで、スタッフ研修を年1回行っている。
 - ・ 事例検討、セミナーを合同開催している。
 - ・ 年に2回、地域の訪問看護師が集まり、講師をまねいて講習会や勉強会を実施している。
 - ・ 研修を地域の連絡協議会として行い、広くスタッフを参加させる。
 - ・ 3～6ヶ月毎に勉強会を実施。
 - ・ 学習会やセミナーの実施。
 - ・ 勉強会開催時は案内を出す。
 - ・ 広域にて、訪問看護の管理者会議及び研修会を行っている。
 - ・ 地区でのブロック会議を開催しタイムリーな問題解決や勉強会を実施している。
- 4. 新規利用者の依頼**
- ・ インターネットで空き状況を共有して、ケアマネジャー、病院からの訪問依頼があっても対応できない場合、ステーション間で紹介するようにしている。
 - ・ 新規訪問依頼で受けられない場合、相談して依頼している。
- 5. PR 活動**
- ・ 訪問看護のPR活動（地域の看護協会にて）。
 - ・ 訪問看護ステーション協議会支部で研修PR活動を行っている。
 - ・ PRについて連絡をとっている。
 - ・ 看護記録等の検討、地域の行事への参加で訪看のPR。
 - ・ 地域のケアマネジャーや医療機関のソーシャルワーカーに向け合同の資料を作成し、集まっていたら配布した。
- 6. マニュアルを作成**
- ・ 災害時のマニュアル作成検討中。
 - ・ 災害時の対策。
 - ・ 医療処理のマニュアル等、訪問看護ステーション連絡協議会で作成中。
 - ・ 市のステーション全員で（管理者）マニュアル作成に取り組んでいる。
 - ・ 地域連携バスを共同で作成、皮膚・排泄ケア認定看護師がコンサルテーションを実施している。
 - ・ 感染予防パンフレット・看護技術の情報交換。
 - ・ ステーション交流会とかたちで年に4回開催。その中で過去にマニュアル検討を行いました。
 - ・ 末期等重症者の共同管理。
 - ・ 契約書、重要事項説明書の共同作成、区内所長会主催の研修会。
 - ・ 所長会が1回／2ヶ月あり、契約書等のひな型を作って共有したり、勉強会をやっている。

- 地域の訪問看護ステーション（同一法人・系列法人以外）とどのような業務であれば、共同実施が可能かについては、「新規依頼の受付」、「一般の問い合わせ対応」、「研修実施」、「24時間（夜間・休日）対応」、「請求業務等の事務作業」、「マニュアル作成」に大きく分類された。一方、「共同実施はできない、難しい」という回答もあった。

■地域の訪問看護ステーションと「共同で実施している」又は「具体的に検討中」の場合の共同実施が可能な業務内容

1. 新規依頼の受付・一般の問い合わせ対応
 - ・ 一般的問い合わせを共同実施として可能。
 - ・ 市外（施設や病院）からの相談における窓口。
 - ・ 新規依頼の受付。
 - ・ 新規相談の空き状況の把握。
 - ・ 新規依頼時、件数上うけられない時のフォロー。
 - ・ 新規相談に対する受け入れが、ネットワークできればスムーズになるのではないか。
 - ・ 電話内容をトリアージしていただけるような…事務作業は一元化した方が人材は少なくてすみます。看護師がすることと、そうでないことをはっきりわかる。
 - ・ 困難事例の相談。
2. 研修実施
 - ・ 地域の訪看とは、定期的に会議を開き、情報交換や困難事例のアドバイス、制度や事務などの相談をしあい（管理者の大変さも共有し）大変助けられています。実務（事務作業やTEL対応）を共同でするのは、方法論や利用者の事も考えると難しいかと思えます。
 - ・ スタッフ教育。
 - ・ 情勢やニーズなど社会の状況に合わせたステーションのあり方を情報交換し、お互いが、質の向上にむけとりくむ動機づけとして、研修会や、委員会への運営。
 - ・ 症例研究や技術や知識についての勉強会。
 - ・ 研修、教育等
 - ・ 勉強会・事例発表。
 - ・ 人事交流、スタッフ教育。
 - ・ ケア技術や管理、運営を相互に相談。
 - ・ スタッフ教育を合同で実施。
 - ・ マニュアル類を共同で作成。
3. 24時間（夜間・休日）対応
 - ・ 第2携帯の対応あるいは、ファーストコールを受けるセンターを共同で作る。
 - ・ 緊急時対応、スタッフ不足の時には他ステーションへ依頼するなど。
 - ・ 夜間対応や24時間電話対応など両方のステーションで加算がとれれば負担の軽減につながる。記録、マニュアル、教育等も共同で行えるとステーション全体の質の向上につながると思う。
 - ・ 夜間帯の訪問を分担する。又利用者からの24時間電話対応を共同で実施する等が最も望まれる点である。
 - ・ 夜間や土、日（休日）の電話相談が、当番制で対応できれば、各事業所の負担減につながると思えますが体制作りが難しく、具体案が見つかりません。
 - ・ 24時間対応体制の際、何らかの事情で電話に出られない等サービスの質に関することをサポートできるよう共同できるとよい。
 - ・ 夜間の相談を他のステーションといっしょに、電話対応できたら良いのではないかと考えます。
 - ・ 24時間の対応を複数人で対応し、早朝や22時ぐらいまでの訪問も人数が多ければ、対応することが可能であり収益にもつながると思う
 - ・ 休日の訪問を分担。
 - ・ 2ヶ所のステーションで訪問看護を行い、欠員や欠席した看護師の穴うめができる。（小さいステーションの場合）
 - ・ 24時間オンコール
 - ・ 夜間の20分訪問などは複数のステーションで連携すれば対応できるかもしれない。

- ・ 夜間の対応。
 - ・ 行政等が地域に広報を行い、月間輪番制で各ステーションの電話当番を決めて、対応する。
4. 請求業務等の事務作業
- ・ 地域の特性などから無理、同一法人内のステーションであれば中核となるステーションで統括して、管理を行う様にして管理業務を軽減してほしい。
 - ・ 請求業務、カルテ作成、書類整理、訪問計画書や報告書の各医療機関への提出、訪問看護指示書の依頼など。
 - ・ レセプト請求等の事務処理は可能とは思いますが。
 - ・ 保険請求業務を共同で1人に委託。
 - ・ 請求業務に詳しいスタッフ（事務員）が地域にいれば、請求業務がスムーズ。
 - ・ 事務、請求業務、地域に中央管理するステーションがあり、エリア分担したり、各ステーションの相談を受けたりしたら良いかもしれません。
 - ・ 警察への駐車許可証作り。
 - ・ 指示書の管理。
 - ・ レセプト業務、担当地域を分担しながら新規ケース電話対応、情報共有しながら夜間の電話相談（緊急対応は個々のステーションで）。
 - ・ 衛生材料等、物品の購入。
5. マニュアル作成
- ・ マニュアル類の共同作成。
 - ・ マニュアル等の共有。
 - ・ 利用者からの電話相談は実際に関わっていないと難しいと思いますが、小規模事業所では、マニュアルや記録の様式を作成する負担が大きく、ケア技術も独善的になりがちです。情報公表調査や実地指導を受ける際にも書類は共通の方がよいと思えますし、合同で技術研修を受けたり、運営等について相談できればよいと思えます。
 - ・ 看護記録方法や他書類の統一化にて、公的指導時展開できる（例、もれや内容不十分、ケアマネジャーとの連携記録不足、苦情処理の書き方）。
 - ・ パンフレット作成。
 - ・ マニュアル類を共同作成や看護研究。
 - ・ 看護記録様式を同一にすると2ヶ所のステーションが訪問する場合など良い。マニュアル作成。
6. 共同実施はできない、難しい
- ・ 共同実施するのは困難と思う。（意志統一に時間と手間がかかる）そんな人的ゆとりはない。いつも走っている。
 - ・ 個人情報等共同は難しいと思う。
 - ・ 共同実施は難しいと考えます（法人との関係等があり）。
 - ・ 人件費や手当が同じでないと実現は難しいと思われれます。
 - ・ 夜間の緊急時訪問等が共同実施できれば負担軽減につながると思うが、あまり知らない利用者であれば、実際的には難しい。
 - ・ 具体的に日々の業務に関しては共同実施はかなり困難なことと思われる。
 - ・ 具体的に他の法人事業所との連携は、むずかしいのでは？
 - ・ 事務業務、訪問看護のPR、パンフレット作成、マニュアル類の作成は可能だと思う。利用者に直に対応することに関しては、利用者も不安だと思うし、対応する私達にとっても、不安である。
 - ・ 利用者も知らないのが難しいと思う。
 - ・ 当ステーションは社団法人、地域の訪看はNPO 法人と病院の訪看である事から利用料金等、事務業務及びパソコンシステムが違う為、共同実施は、無理と考えられます。
7. その他
- ・ 訪問看護師の業務の負担というより地域で求められている訪問看護ステーションの役割・使命について、意識づけ、そのことが訪問看護師の待遇改善につながり、プロとして社会的に認められる様に明確化するために共同する必要がある。
 - ・ 営業時間外の緊急電話対応の負担が大きいので、各ステーションが持ち回りで第一報を受ける。そこで解決できなければ、各ステーションに連絡し指示を得る。

- ・ 地域住民からの相談、苦情の対応。
- ・ 連絡協議会でメーリングリストをつくり、情報の共有化をしようとしている段階。
- ・ マップ作り、ステーションの空状況の情報交換（メール）。
- ・ 遠隔地への訪問を共同で実施する。
- ・ 衛生材料等の共同購入。
- ・ 医療内支援ケアなど施設への看護なら可能かもしれません。
- ・ 専門スタッフを配置し、そのスタッフが中心となり、各方面のステーションと連絡を取り合う（調整役）。
- ・ 災害時お互いの顔の見える関係作りが行なわれているのでスムーズに行なえるのではないかな。

■地域の訪問看護ステーションと「共同で実施していない」又は「その他」の場合の共同実施が可能な業務内容

1. 新規依頼の受付・一般の問い合わせ対応

- ・ 新規依頼を1ヶ所で受け対応、業務、法律などを気軽に相談しあえるネットワーク。
- ・ 新規利用者の対応。
- ・ 訪問看護の問い合わせ先の一本化、そこから各事業所のエリア、利用状況を見て、紹介できればよいと思います。
- ・ 利用者情報交換、紹介。
- ・ 新規相談の窓口を作る。
- ・ 訪問看護の一般的な問い合わせ（新規相談等）への電話対応。
- ・ 新規受入れ状況をチェックできたら、空きのあるステーションを把握でき、新規を断わることなく受け入れできると思う。重症度の高い人や終末期以外の人に対しても、協働して訪問できたらもっと利用者が安心して在宅生活が送れるのではないかなと思う。
- ・ 新規利用者への相談：地域や訪問可能な状況（空き状況）等が同じように把握できていると各ステーションへの紹介などがスムーズにいくと考えられる。

2. 研修実施

- ・ スタッフ教育での意見交換及びケア技術、管理面での情報交換。
- ・ スタッフの教育面、勉強会など。
- ・ 新人研修、スタッフ教育などの研修に関して。
- ・ スタッフ教育などは質の向上（水準）もかねて、合同実施が定期的に行えると良い。
- ・ スタッフ教育（在宅部門の見学など自分の法人が持っていない。施設を体験する）。
- ・ スタッフ教育（ケア技術、管理、運営などに関して）。
- ・ 人事交流。

3. 24時間（夜間・休日）対応

- ・ 夜間帯、24時間電話対応を当ステーションは行なっていないので、共同で、できる所があれば、小規模ステーションでも、医療面の質の高いケアの経験が積めると思っています。
- ・ 夜間帯の訪問の分担や電話対応など。
- ・ 利用者からの24時間電話対応を共同で実施出来れば業務負担が軽減すると思われる。
- ・ 24時間電話対応が一番負担になっているので、共同でできるシステムができればよいと考えるが、それぞれのステーションの利用者を把握して事故のないようにするシステム作りの具体策は思い浮かばない。
- ・ 休日電話相談。
- ・ 24時間電話対応（相談）を1ヶ所で受け訪問の必要時は各々のステーションで訪問してもらう。
- ・ 電話対応で、緊急訪問等の負担が減ればいい。また新規の相談も同じ。
- ・ 早朝・夜間訪問をしているステーションとの連携。

4. 請求業務等の事務作業

- ・ 初期情報の入力、実績の入力、レセプト業務。
- ・ 各種書類の様式作成。
- ・ 保険請求業務等。
- ・ 事務が集約されると、訪問看護に集中できます。
- ・ 事務業務のコモンシステム。

- ・ 給付等に関する事務。
 - ・ 事務、請求業務等。
 - ・ 衛生材料等の物品の共同購入。
5. マニュアル作成
- ・ 看護記録の様式、マニュアル類を共同で作成する。
 - ・ 災害時対応について
 - ・ マニュアル作成。(昨年は市内10数ヶ所のステーション連絡会議(1回/月)にて災害対応マニュアルを完成させている)。
 - ・ パンプの作成。
 - ・ 看護記録の様式を共同使用・ケア技術や管理、運営を相互に相談。
 - ・ 当ステーションとはムリであると思うが(精神が専門なため)介護保険を主にするステーション同士なのであれば、記録用紙の共有やマニュアル関係の共有などは出来るのではないか。
6. 共同実施はできない、難しい
- ・ 経営体が別なので共同実施は難しいと思われます。
 - ・ 同一地域の訪問看護ステーションのつながりはないので情報交換の場があれば良いと思います。
 - ・ 共同は難しいと思う。難病の方の複数の訪問看護ステーションでの訪問看護は、別として。
 - ・ 各ステーション特長がある為共同実施する事は難しいのではないかと思います。
 - ・ 複数回の訪問が必要な利用者がある場合2つのステーションで関わる程度しかできない。電話対応ができればとても助かると思いますが、お互いの利用者の情報を共有する事になるので、難しいと思う。
 - ・ 利用者さんの近くのステーションで訪問してもらえれば、ガソリン代など、コスト軽減につながるが、ステーションにより、特色があり、なかなか難しい状況あり。
 - ・ 夜間対応を専門に引き受けてくれる事ができれば良いと思うが、患者からしてみればいつもの看護師が来ない事に不安を感じると思うので実際難しいと思う。
 - ・ プライバシーの問題があり難しい。
 - ・ 年末年始やお盆など特に人手不足の時期に夜間の対応だけでも共同で行えたら有り難いが、申し送りなど困難を極め、実際に行う事はほぼ不可能に近いのでは？
 - ・ 事務業務、電話対応等は、他の訪問看護ステーション同士では無理。自分のステーションで対応困難の事例を紹介する程度しか協力関係はできないと思う。
 - ・ 当ステーションでは同一系列法人がないが、他ステーションとの同一患者の訪問は実施経験あり。ステーション間の共同は必要と感じるが、経営面、人材面などある程度の余裕がなければ取り組めないと思われる。当ステーションのように小規模の事業所は厳しい。
7. その他
- ・ 小規模ステーションなので、ターミナル利用者1名であつてもくると、スタッフ全員疲労する。ターミナルケアの部分で共同実施できれば他利用者への影響は少ないかもしれない。
 - ・ ターミナル期や急性憎悪期等複数回の訪問が必要な場合、2ヶ所以上のステーションからの訪問が可能になるとよいと考える。
 - ・ 経管栄養注入。
 - ・ 点滴等の管理や見守り。
 - ・ 複数回訪問(難病等)。
 - ・ 訪問地域を分担することにより、移動距離の短縮や効率化を図ることが出来る。
 - ・ 非常勤看護師の共同業務により人材確保。
 - ・ 地域全体のステーションを管理運営するものがあれば、退院支援についても窓口が1つとなり今よりスムーズに行えるのでは。また、医療依存度の高い人へのフォローも、無理なく支援できると思う。
 - ・ 事務業務や電話対応より訪問料の稼動状況で100%越えるような時に助っ人を呼べたりするとよい。

④遠距離の利用者への訪問看護サービス展開について

- 利用者宅への移動時間(片道)が45分以上の利用者は、「いる」が12.1%、「いない」が86.6%となっている。

図表 33 利用者宅への移動時間(片道)が45分以上の利用者の有無

	件数	いる	いない	無回答
合計	1357	164 12.1%	1175 86.6%	18 1.3%

- 利用者宅への移動時間(片道)が45分以上の利用者がいる場合、平均4.42人となっている。

図表 34 利用者宅への移動時間(片道)が45分以上の利用者がいる場合の人数

	件数	1人	2人	3人	4人以上	無回答	(単位：人) 平均値	標準偏差
合計	164	54 32.9%	33 20.1%	18 11.0%	38 23.2%	21 12.8%	4.42	7.89

- 遠距離の利用者に訪問看護をするための経営・運営上の工夫は、「遠距離の利用者は同一日にまとめて訪問」(46.3%)が最も多く、次いで「その他」(18.3%)、「サテライトを設置して訪問」(12.8%)となっている。

図表 35 遠距離の利用者に訪問看護をするための経営・運営上の工夫

(利用者宅への移動時間(片道)が45分以上の利用者がいる場合)

	件数	サテライト訪問を設置	遠距離の日にまと	はめて訪問	行政通費補助を受	けて訪問等	法援人から財政支	その他	無回答
合計	164	21 12.8%	76 46.3%	2 1.2%	4 2.4%	30 18.3%	31 18.9%		

- 遠距離の利用者がいない理由は、「訪問依頼がないため」(41.4%)が最も多く、次いで「遠距離の利用者は断っているため」(23.1%)、「その他」(10.9%)となっている。

図表 36 遠距離の利用者がいない理由

(利用者宅への移動時間(片道)が45分以上の利用者がいない場合)

	件数	訪た問め依頼がない	遠はめ距断つて利用する者た	その他	無回答
合計	1175	486 41.4%	272 23.1%	128 10.9%	289 24.6%

- 遠距離の利用者への訪問看護サービス展開について遠方の利用者へ訪問する場合の条件・支援は、「交通費について」、「同日に複数の利用者を訪問」、「サテライトの設置」、「小児などの受け入れ可能事業所の増加」に大きく分類された。

■移動時間が45分以上の利用者がいる事業所の遠方の利用者へ訪問する場合の条件・支援内容

1. 交通費について
 - ・ ガソリン代等の交通費も考えないといけないかもしれない。
 - ・ 現在交通費で頂いているが、利用者とオプション契約をして実費請求をする。
 - ・ 利用者または、訪問看護事業者からの申請による行政(市町村等)からの交通費等の支援(行政による許可制)。同一地区または、沿線に利用者がもう一人いる等。
 - ・ 利用者に自己負担がかからない形での交通費加算等があれば良いと思います。
 - ・ 島への訪問は船代が往復で1380円で高い。行政からの補助があれば良いと思う。
 - ・ ガソリン代値上げは痛手です。訪問看護料金を増やす事なのでしょうが、利用者の一部負担が増えるのは心苦しい。
 - ・ 交通費が別途請求できる制度・システムにする(介護保険)。
 - ・ 交通費の援助(ガソリン代)。
 - ・ 行政支援(交通費等)が有効である。本人・家族に負担がかかる療養費の増加は難しいため特地加算のような加算が行政や国から受けられると良いです。
 - ・ 当ステーションのように障害があり低所得者や医療観察法等による利用者(法的にいかなければならない)の場合、通院の公的負担があるのだから、在宅へ訪問の場合も、一定距離、時間に関して補助支援があればと思います。
 - ・ 冬期の雪道、アイスバーンでの運転が、特に大変です。男性ドライバーの応援があれば良いと思います。
 - ・ 離島のため、船代がかかる。利用者負担にしてもらうのは気の毒なので行政から援助があると利用者負担につながり、利用者も増加すると考えられる。
2. 同日に複数の利用者を訪問
 - ・ 同一日にまとめて訪問。
 - ・ 効率良くサービス提供できるように同一日、時間帯を配慮すれば良いと思います。
 - ・ その利用者の近辺に、複数の利用者がいて、同一日に訪問できるのであれば効率的である。
 - ・ 何件かまとめて行ければ、交通費等も節約できる。
 - ・ 同じ方面に2名又は3名で時間調整可能な利用者。単独の場合、90分の滞在の必要な利用者。
 - ・ 利用者が一人でなく、二人～三人遠距離があれば良い(又、遠距離の通り道であればよいと思う)。遠方の利用者の日を集中してしまう。交通費の請求を行う。
 - ・ 遠方に数件の訪問があり、その地域に1日滞在し訪問できるよう休息場の確保。
 - ・ そちらの地域に行く日を決め、その日はその地域のお客様を数名見られる状況になればよいと思う。

3. サテライトの設置

- ・ サテライトは設置しているが、スタッフが不任の為遠距離になっている。人材さえ確保できれば、遠距離の問題がなくなるが、ここ10年人材がいない。
- ・ サテライトを設置する。又は、最も近距離のステーションに移行する。
- ・ 今後はサテライト化していかないと、ガソリン代の高騰で、経営も圧迫される。
- ・ サテライトの設置や、ガソリン代の高騰による交通費の補助があればよいかと思う。ステーション独自の勤務形態を工夫してもよいかと思う。
- ・ 訪問件数にどうしても制限が出てしまい、必要な方への新規介入が困難。行政からの（サテライト的な）場所提供があってもよいかと思います。

4. 小児などの受け入れ可能事業所の増加

- ・ 訪問看護ステーションのレベルを上げ対応できるようになるといいです（人工呼吸器はだめ、夜間の対応ができない為）。
- ・ 遠方の利用者は重心児等で他にステーションがあるにも関わらず受け入れや回数等で対応ができないと言われている。重心児の受入れ、長時間対応への支援（キャンセルが多いとステーションが赤字）。
- ・ 基本的にはそのエリアのステーションが訪問する方がよいと思うが、精神専門が他にないのでやむを得ない。
- ・ できれば近くのステーションが受けてもらいたい、難しい場合は長時間の訪問の加算や、特別加算的なものがあると良い。小児はなかなか受けてくれないのが現実。
- ・ 緩和ケアの利用者の場合が多いので、緩和ケアに積極的に取り組まれているステーションとの連携が必要と考えています。地域差があるので、その差が少なくなるとよいと思います。

5. その他

- ・ 車で訪問の時には駐車許可を交付してもらいたい。警察署によって異なる面もあり、訪問看護での業務に関しての許可が受ければよいと思う。
- ・ 写真などで状況がわかるようなシステムがあればよい（TEL だけではわからず、まず行ってみることにしている）。
- ・ 緊急時対応ができない場合が多い。症状によっては、夜間早朝は、どこが対応するのか、はじめから、決めておくと、利用者も不安軽減できるのでは。
- ・ 行政からの訪問や近くの訪問看護事業所の利用。
- ・ 通常のサービスは、遠方でも定期的に訪問し、いざという時や緊急時、その地域にあるステーションや医療機関と連携できるとありがたい。

■移動時間が45分以上の利用者がいない事業所の遠方の利用者に訪問する場合の条件・支援内容

1. 交通費

- ・ 交通費（+移動時間を計算に）の負担。
- ・ 交通費（ガソリン代）支給、又は、所要時間を含めて、算定できる。
- ・ ガソリン代の支給が欲しいです。
- ・ 通常の実施地域でも片道15km以上（例えば）は交通費加算がとれると良い。
- ・ 一定の距離（片道30km程度）の方に対し、介護保険でも交通費が算定できたらよいと思う。
- ・ 遠距離加算または、介護保険の利用者であっても交通費の負担が必要。
- ・ 交通費、移動時間に費やす分の補てんなど金銭面の支援。
- ・ 島への訪問が可能であれば、交通費の支給等が有れば考えてみたい。
- ・ 交通費支給。往復に要する時間も報酬の対象としてほしい。

2. 同日に複数の利用者を訪問

- ・ 遠距離の利用者を同一日にする。別途、交通費を請求する。
- ・ 数件まとまると行き易い。
- ・ 同じ方面に数名の利用者がいる。ケアマネジャー間でも、同一方向の利用者をまとめてもらえると良いかもしれない。
- ・ 同一地域に2人以上の利用者がいる事。緊急時の場合、近くの医師の協力が得られる体制。
- ・ 同地域に集中していれば可能ですが、24時間の対応はむずかしいと思う。

- ・ 1 件のみでなく、続けて 2 件位はその地域への訪問があれば良いと思う（時間のロスが少ない）。
 - ・ 遠方の利用者を同一の曜日に集中させて訪問する。交通費を負担してもらう。
 - ・ 現在、片道 30 分の方は 4～5 名おりますが、できるだけ同一日にまとめて等の協力をいただければと思う。
 - ・ 同地域で、訪問する患者が数名いて、同日で訪問できる。発生する交通費を患者から頂く。遠方とのことで加算ができる。
3. サテライトの設置
- ・ サテライトがあれば効率良く訪問できると思う（スタッフ、利用者様が多ければですが）。
 - ・ サテライトがあればいいが、スタッフ不足を充実しないと無理。
 - ・ サテライトや近くのスーションを紹介する。
 - ・ サテライトを利用するとよいのですが、人的に不足している事もあり、現実には難しい。共同できるスーションがあればよい。
 - ・ サテライト設置基準の緩和。
4. 小児などの受け入れ可能事業所の増加
- ・ 重症度が高く、受け先がない等の条件で、利用者負担がかからない医療費の加算の支援があれば。
 - ・ 患者の重症度にもよりますが、夜間などの緊急時の対応が難しいので、地域に根ざした緊急時に対応してくれる病院があれば可能かと思えます。交通費などの補助があればより可能になるかと思えます。
 - ・ 人口 5 万人あたりに最低 1 ヶ所の精神対応訪問スーション設置のための補助と常勤 2.5 人の枠の緩和。
 - ・ 緊急時の際、遠方だと、どうしても、時間がかかるため、利用者の近くのスーションと、2 ヶ所で訪問看護を行うとよいと思う。
 - ・ 緊急の場合の対応してくれる近くの病院があると安心かと思えます。
5. その他
- ・ 利用者の近くのスーション等を紹介できるシステム作り。病院等の訪問看護も含めての連携。
 - ・ ターミナル等の緊急を要する場合は近くのスーションで訪問した方が、安心面、経済面、効率面からも適切であると思うので、近くのスーションを紹介させて頂くこともある。
 - ・ 昼間の支援は通常に可能と思えますが、夜間の緊急時の体制（医師の協力等）が必要と思えます。
 - ・ インターネット、テレビ電話。
 - ・ 事前連絡にて状態を聞き、入浴の準備をしてもらう（たき火風呂多いため）。保育時にお湯の準備が困難な家は、使い捨てペーパータオル（保温タイプ）を購入して楽になった。
 - ・ ネットワークの充実（各地域の医療機関、連携室、居宅支援事業所間のネットワーク）。
 - ・ 通信機器を利用しての状態把握、家族指導など。
 - ・ 訪問看護スーション同士のネットワークを充実させていく事で、それぞれの地域でケアを図っていく事が能率が良いように思います。
 - ・ 遠方には、駐車場の確保がむずかしい。駐車許可証も警察から出ない。そのため、許可書の条件をもう少し緩めてほしいと願う。
 - ・ 緊急時対応が出来る主治医が利用者の近くに居る。利用者家族に移動介助等依頼出来る人が居る。
 - ・ 医療機関との連携（機関内で訪問看護の動きを理解し対応してくれるスタッフ）。
 - ・ 在宅療養、在宅者の生活、在宅サービス等を熟知している医療職が居る事（窓口がある事）。

⑤集合住宅への訪問看護サービス展開について

- 集合住宅（一般のアパートやマンション）の設置主体や自治会と契約し、住民の健康不安や相談などに応じることを、「実施している」が2.3%、「実施していない」が94.6%となっている。

図表 37 集合住宅の設置主体や自治会と契約し、住民の健康不安や相談などに応じることの有無

	件数	実施している	実施していない	その他	無回答
合計	1357	31 2.3%	1284 94.6%	18 1.3%	24 1.8%

- 高齢者や低所得者が多く住む集合住宅（有料老人ホームやグループホームを除く、一般のアパート・マンション）の設置主体や自治会と契約し、住民の健康不安や相談に応じることがある場合に、実施している具体的な内容は、「健康管理」、「健康相談・介護相談」、「緊急対応」などであった。

■集合住宅の設置主体や自治会と契約し、住民の健康不安や相談に応じる事がある場合の具体的な実施内容

1. 健康管理
 - ・ 高齢者向け賃貸住宅で訪看1で10名程同一日に健康管理目的でサービス展開している。
 - ・ 健康チェック。
 - ・ 健康管理、生活指導。
2. 健康相談・介護相談
 - ・ 健康相談の窓口を設けている。
 - ・ 介護相談・面談。
 - ・ 介護予防のいきがいデイサービスでの、健康指導、介護指導を2回/月程参加。
 - ・ 希望者を対象として定期的な健康相談を行っている。
3. 緊急対応
 - ・ ステーションが老人の多いマンションの中にあるため、顔色が悪いときや、血圧などみてほしいという依頼がある。救急車を呼ぶかどうか判断することが多い。
 - ・ 有料老人ホームとの医療連携、夜間や休日に入居者に変化があった時にケースワーカーからステーションに連絡があり、対応する。
4. その他
 - ・ 冬期になれば、集合住宅に移動するので、訪問している。
 - ・ ある宗教団体の宿舎に訪問に行っていた。契約は、その団体の施設長、団体からお金もらっていた。
 - ・ 地域の方のミニサロン等での説明など、依頼があり、調整がつけば応じている。
 - ・ 区主催による転倒予防教室の際のバイタルチェック。
 - ・ 地区の行事等で、一般状態のチェック。看護の日でのイベント。
 - ・ パンフレットの配布。

- 集合住宅（一般のアパートやマンション）に住む高齢者や低所得者が健康・生活上の困難点を抱えていると感じることが「ある」（45.6%）が最も多く、次いで「わからない」（35.9%）、「ない」（2.3%）となっている。

図表 38 集合住宅に住む高齢者や低所得者が健康・生活上の困難点を感じることの有無

	件数	ある	ない	わからない	無回答
合計	1357	619 45.6%	31 2.3%	487 35.9%	220 16.2%

- 集合住宅に住む高齢者や低所得者の健康・生活上の困難点を抱えていると感じる点は、「経済的負担」、「内服管理不良や健康管理ができない」、「取り巻く環境の悪化」、「情報不足」などであった。

■集合住宅の設置主体や自治会と契約しており、住民の健康不安や相談に応じる事がある場合に、集合住宅に住む高齢者や低所得者が健康・生活上の困難点を抱えていると感じる具体的内容

1. 経済的負担
 - ・ 他サービスを導入した方（本人が思っている）が良くても、経済的に負担がかかるため、大変な生活状況でも、自分で頑張られていることが多い。しかし、生活内容は悲惨な状態である。
 - ・ 金銭的に厳しい。
 - ・ 所得が低いために必要なサービスを減らしている事がある。
 - ・ 独居が多いが、介護保険での、制約が厳しく、自力で生活できていけない方が多い。又、保険料金の負担がきびしく、支払えず介護保険を使えない方も多い。
 - ・ 何をすることも金銭的なことに対する不安があり、必要と思われるサービスを十分に受けられない。
2. 内服管理不良や健康管理ができない
 - ・ 栄養の偏りや健康に対する知識不足などがある。生活維持が優先になってしまっているように感じる。
 - ・ 症状を訴えられないため、発見した時は、ビックリしてすぐ対応を要することが多い。内服管理などはできていないことが多い。
 - ・ 自分勝手な内服や環境の不衛生、熱中症対策などができていない。
3. 取り巻く環境の悪化
 - ・ 相談する身近な人がいない。もし、身近に相談する人がいても、その方も情報を知らない。
 - ・ ADLの低下、自立になっている方々の社会交流の場。
 - ・ 老々介護。
 - ・ 受診の手段がなかったり、相談窓口が分からない等。
 - ・ 5階建て公団等でエレベーターがない為、受診や外出が困難。
 - ・ 室内に閉じこもりがちとなり、他者との交流が少ない。

■集合住宅の設置主体や自治会と契約していない場合に、集合住宅に住む高齢者や低所得者が健康・生活上の困難点を抱えていると感じる具体的内容

1. 経済的負担

- ・ 経済的な理由で、受診をせず、ヘルパーや看護師、デイの利用が必要と思われるが、利用できない方がいる。治療や日常生活援助を受けない為、状態悪化すると思う。
- ・ 経済的な困難さを抱えている。車を所有しているというだけで生保の対象にもならない。サービスを受けたくても受けられない方がいる。
- ・ 低所得なのに生活出費が高くなり苦しい生活になっている。
- ・ 定期的受診や訪問看護導入が必要であっても受診料や利用料支払いが困難な為利用できないケースがある。
- ・ 経済的な理由で、介護サービスの利用を減らさなければならないなど、十分な支援が得られない。
- ・ 体調不良でも経済的な問題で受診しない。あるいは1人で行けないが連れていく人もいないなど。
- ・ サービスが必要なのに金銭的な理由で受けられない（生保でも単位数オーバーで自費になるのはおかしい）。

2. 内服管理不良や健康管理ができない

- ・ 食生活の乱れ（一日3食、バランスがとれていない）。
- ・ 体調面でも生活面でもがまんしてしまう。
- ・ ひきこもり、受診行動のおくれ。
- ・ 栄養、衛生、医療面全て。
- ・ 生活保護受給者の多くは依存症等があり、生活のリズムや金銭管理、保健の管理の意識が低いケースが多い。訪視の効果は見られるが、他機関連携はかせない。
- ・ 高齢であることから病識がなく病院を転々としあちこちから処方薬をもらい、服薬管理が難しい。
- ・ 適切なサービス（公・私的）が受けられていないため、予防ができない。
- ・ 独居の場合、認知症等病気があると進行が進んでから発見され、親類の協力も得にくいと、近隣とのトラブルから入院等していくケースがある。
- ・ 疾患に対する理解力の低下と勝手解釈、服薬のずさんな管理。
- ・ 独居で認知症進行し、SOSが発信できない方、精神症状（老人性うつ etc）で社会との関係が断たれている方の存在がある。
- ・ 内服管理や定期的受診ができない。病識がなく、自己の健康管理に関心すらない。
- ・ 薬についての理解不足から服薬管理がうまく出来ない。関節痛等から歩行困難、閉じ込めりになる生活の悪循環等。

3. 取り巻く環境の悪化

- ・ 老老介護や認知介護、孤独感、サービスを受けられない（経済的なことがあり）、住環境の悪さ。
- ・ 階段昇降など外出困難、孤立、相談相手がいない。
- ・ 古いアパートやマンションに住んでいる人が多く、住宅環境が劣悪な所が多い。段差が多く、エレベーターがないため、外出が出来ない。冷房、暖房を入れたい。サービスを利用するお金をかせない。
- ・ 身体的な障害があるにもかかわらず、住宅環境が整っておらず危険な状態で生活している。
- ・ エレベーターがないため、外出が困難または出来ない。浴槽が高すぎて介助しても入浴が困難。
- ・ 要介護度が低くても呼吸器疾患や、高齢者の場合、エレベーター等ない住宅では外出の機会が少なく、入浴なども減少し、健康レベルを低下させている。
- ・ 隣家との交流がなく孤立している。相談相手がいない。
- ・ 県営、市営住宅の2階以上に住んでいて、病院受診が大変、段差のため入浴外出等の生活が困難。
- ・ ゴミ出しが出来ず、ゴミの山で玄関がうまっている所がある。

4. 情報不足

- ・ 健康上の問題点をかかえていても、どこに相談して良いのかわからない、自分で動けない。
- ・ 在宅療養サービスや費用について十分な知識がなく利用できない。
- ・ 1人ぐらしの場合で、身寄りもいない場合の健康上の不安。
- ・ 具合が悪くなった時の相談をどこにすればよいのか？
- ・ 訪問看護師がいることを知らないの、相談することなのか、どうなのかさえも理解できていないと思う。

- ・ 不安（健康、将来について）、病気に対する知識不足、異常時対応。
- ・ 介護サービスについて十分な知識を持っておらず受けられるサービスがあるのに行っていない方々がいる。
- ・ 要介護認定の申請方法を知らない。金銭面についての問題など。
- ・ 施設で管理され、自分の置かれている立場が把握できずにがまんしている人がある。褥瘡ができて放置又はまちがった手当を受けている（円坐やドライ治療）。
- ・ 緊急時、災害時の対応、相談をする所がない。

- 自治体や老人クラブ、民生委員等からの依頼を受けて対応したことは、「ある」が13.0%、「ない」が84.3%となっている。

図表 39 自治体や老人クラブ、民生委員等からの依頼を受けて対応した経験の有無

	件数	ある	ない	わからない	無回答
合計	1357	176 13.0%	1144 84.3%	12 0.9%	25 1.8%

- 自治体や老人クラブ、民生委員からの依頼を受けて対応したことがある場合の対応した内容は、「介護保険や訪問看護ステーションの説明」、「健康相談・介護相談」、「講師」、「健康管理」、「困難事例の対応」などであった。

■自治体や老人クラブ、民生委員からの依頼を受けて対応したことがある場合の対応内容

1. 介護保険や訪問看護ステーションの説明
 - ・ 公民館での（対象：高齢者）介護保険（在宅サービス）の説明。
 - ・ 当ステーションの行事に招待し、ステーションの役割を説明。
 - ・ 高齢者の集まりの時、当ステーションの紹介をさせていただきました。
 - ・ 民生委員から公民館での高齢者クラブの時、訪問看護の話をして下さいと言われ話をを行った。
 - ・ 介護保険改定時の説明。
 - ・ 老人クラブでの訪問看護の説明。
 - ・ 民生委員の定例会にて訪問看護の説明、訪問看護ステーションの紹介。
2. 健康相談・介護相談
 - ・ 地域のお祭りでの健康相談、介護相談。
 - ・ 高齢者の集会での健康相談・講話。
 - ・ 高齢者が多いが一般住民も対象の地域の健康まつりなどに参加して、血圧測定や健康相談をしている。
 - ・ 月に1回、ゲートボールに参加する方の血圧測定、健康相談等。
3. 講師
 - ・ 在宅看取りについて話をした（民生委員から依頼をうけ）。
 - ・ メタボリックシンドロームについて（地域の役員より依頼をうけ）。
 - ・ 自治体、在宅ケア検討会、研修会（住宅対象の）の協力賛加。
 - ・ ターミナルケアについての話を老人クラブより依頼。
 - ・ 老後の日のイベントで“地域で暮す”と題して講演を行った。
 - ・ 看護教室、車イス移乗、階段昇降補助の仕方等。
 - ・ 高齢者の在宅介護における食生活について、介助方法等の講習会。

4. 健康管理

- ・ 介護予防教室の催しで近辺のウォーキングあり、体調管理のため。
- ・ 老人クラブ開催時のときに不定期に体調管理、相談、業務。
- ・ 老人会の健康管理。

5. 困難事例への対応

- ・ 困難事例について直接依頼あり。
- ・ 民生委員から訪問依頼を受けて主治医につなげて訪問開始となったケースがあり。
- ・ 夫婦間での格差があり、互いの言い分、健康管理がちがいが、民生委員が中に入り、立会い今後の対応などの相談実施にたずさわった。
- ・ 生活保護世帯、高齢世帯で、ステーションの近所、認知が悪化している困難事例で市の担当者より相談をうけて対応。
- ・ 生活困難状況、働けない、手がつけられない。地区担当、CP担当に同行し、現場で役割分担をした。

6. その他

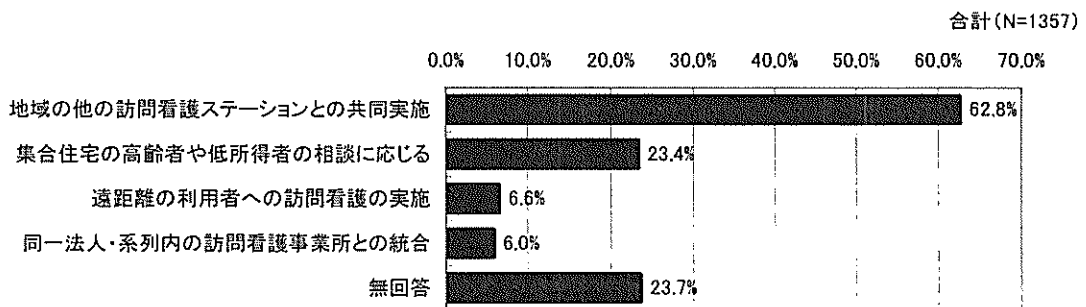
- ・ 日常、民生委員や自治会と交流会を開催している為、情報提供で関わりあります。
- ・ 身体障害者福祉団体連合会の施行。

⑥モデル事業の公募について

- 平成 20 年度にモデル事業実施予定のテーマに、関心のあるテーマは、「地域の他の訪問看護ステーションとの共同実施」(62.8%) が最も多く、次いで「集合住宅の高齢者や低所得者の相談に応じる」(23.4%)、「遠距離の利用者への訪問看護の実施」(6.6%) となっている。

図表 40 平成 20 年度にモデル事業実施予定のテーマに、関心のあるテーマ

	件数	同一法人・系列内の訪問看護事業所との統合	地域別の訪問看護ステーションとの共同実施	遠距離の利用者への訪問看護の実施	集合住宅の高齢者や低所得者の相談に応じる	無回答
合計	1357	81 6.0%	852 62.8%	90 6.6%	318 23.4%	322 23.7%



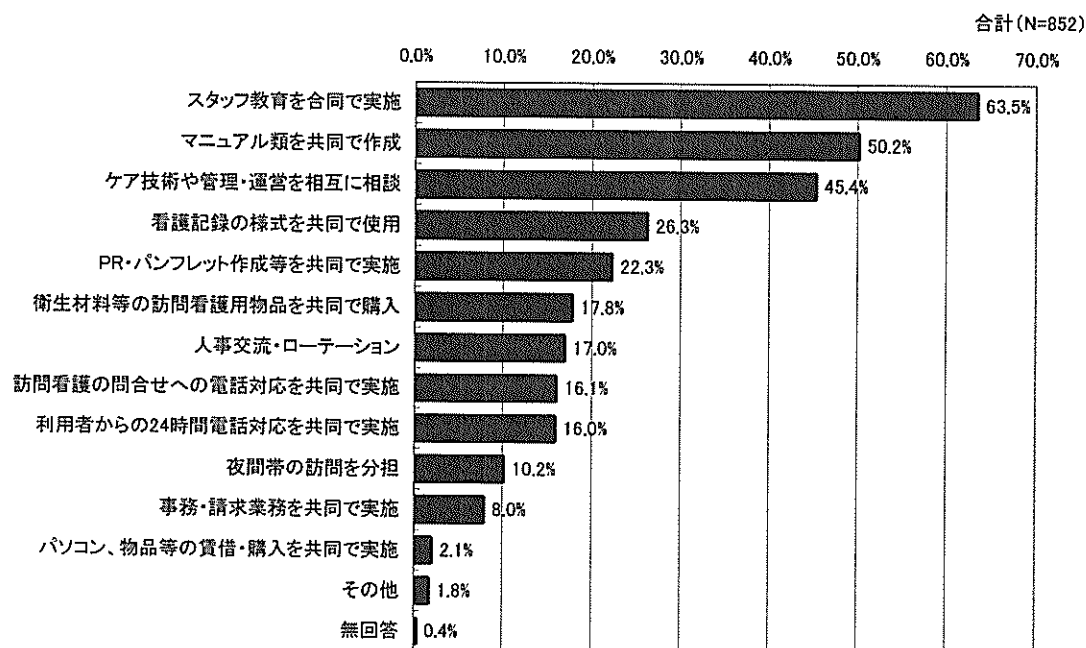
- 「地域の他の訪問看護ステーションとの共同実施」に関心がある場合、「スタッフ教育を合同で実施」(63.5%) が最も多く、次いで「マニュアル類を共同で作成」(50.2%)、「ケア技術や管理・運営を相互に相談」(45.5%) となっている。

図表 41 「地域の他の訪問看護ステーションとの共同実施」の内容

(地域の他の訪問看護ステーションとの共同実施に関心がある場合)

	件数	夜間帯の訪問を	利用者からの24時間電話対応を共同で実施	利用者からの電話対応を共同で実施	訪問看護の問合せへの電話対応を共同で実施	衛生材料等の訪問看護用品を共同で購入	パソコン、物品等の貸借・購入を共同で実施	事務・請求業務を共同で実施	PR・パンフレット作成等を共同で実施
合計	852	87 10.2%	136 16.0%	137 16.1%	152 17.8%	18 2.1%	68 8.0%	190 22.3%	

	件数	看護記録の様式を共同で使用	マニュアル類を共同で作成	ケア技術や管理・運営を相互に相談	スタッフ教育を共同で実施	人事交流・ローテーション	その他	無回答
合計	852	224 26.3%	428 50.2%	387 45.4%	541 63.5%	145 17.0%	15 1.8%	3 0.4%



○ 実際にモデル事業として実施をお願いした場合に協力するかについては、「はい」が14.7%、「わからない」が40.6%となっている。

図表 42 実際にモデル事業として実施をお願いした場合の協力可否

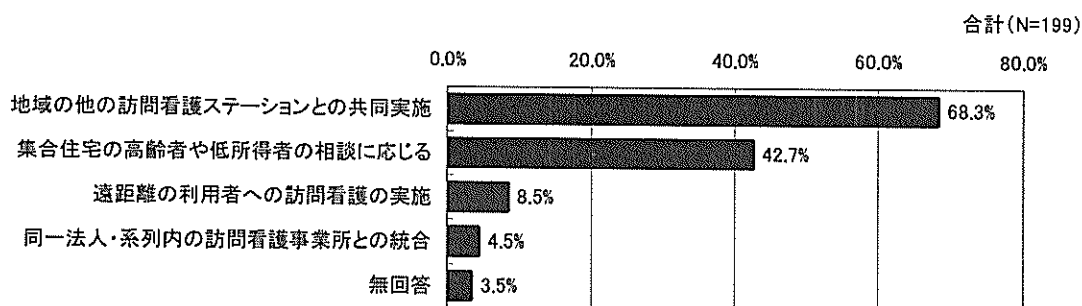
	件数	はい	いいえ	わからない	その他	無回答
合計	1357	199 14.7%	305 22.5%	551 40.6%	51 3.8%	251 18.5%

- モデル事業で参加したい事業としては、「地域の他の訪問看護ステーションとの共同実施」(68.3%)が最も多く、次いで「集合住宅の高齢者や低所得者の相談に応じる」(42.7%)、「遠距離の利用者への訪問看護の実施」(8.5%)となっている。

図表 43 モデル事業で参加したい事業

(モデル事業としての実施が協方可の場合)

	件数	同一法人・系列内の訪問看護事業所との統合	地域の他の訪問看護ステーションとの共同実施	遠距離の利用者の訪問看護の実施	集合住宅の高齢者や低所得者の相談に応じる	無回答
合計	199	9 4.5%	136 68.3%	17 8.5%	85 42.7%	7 3.5%



- モデル事業に参加したい事業が「地域の他の訪問看護ステーションとの共同実施」の場合の内容は、「スタッフ教育を合同で実施」(59.6%)が最も多く、次いで「マニュアル類を共同で作成」(41.2%)、「ケア技術や管理・運営を相互に相談」(31.6%)となっている。

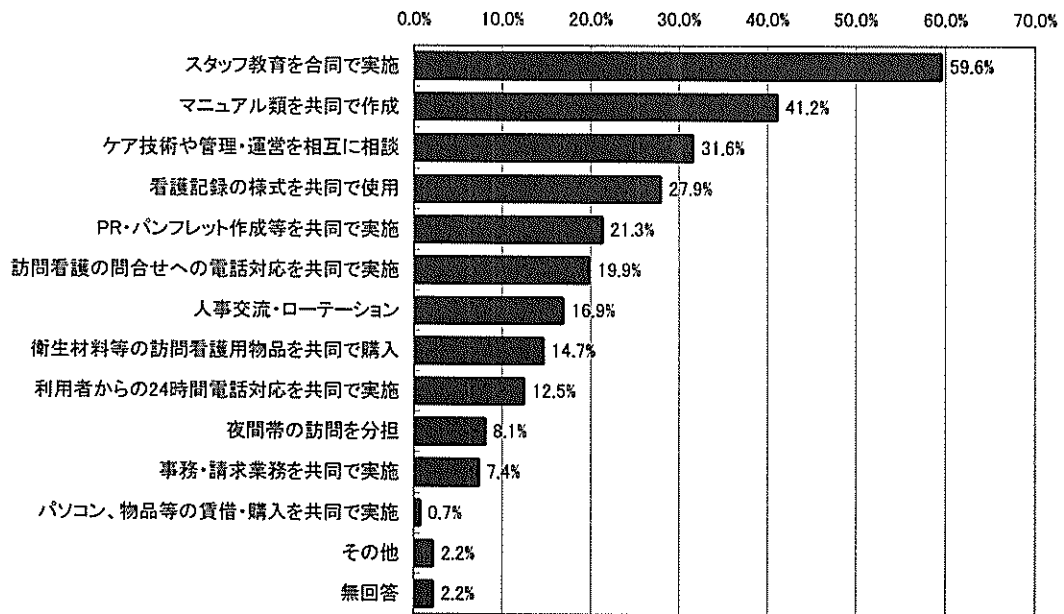
図表 44 「地域の他の訪問看護ステーションとの共同実施」の内容

(モデル事業で参加したい事業が「地域の他の訪問看護ステーションとの共同実施」の場合)

	件数	夜間帯の訪問を	4時間から2対2の対応	共同で実施	訪問看護の電話対応	共同で実施	衛生材料等の購入	共同で購入	等価購入・実務	事務共同で実施	PR作成等	共同で実施	無回答
合計	136	11 8.1%	17 12.5%	27 19.9%	20 14.7%	1 0.7%	10 7.4%	29 21.3%					

	件数	看護記録の使用	マニュアル作成	ケア技術や管理に	相談	合同で実施	スタッフ教育	人事交流	その他	無回答
合計	136	38 27.9%	56 41.2%	43 31.6%	81 59.6%	23 16.9%	3 2.2%	3 2.2%		

合計(N=136)



(3) 結果のまとめ

地域内の訪問看護ステーション同士（同一法人・系列法人以外）で共同して対応していることがあると回答した訪問看護ステーションが約3割（28.2%）であった。

まず、共同している割合が高かったのは、

- ・ スタッフ教育を合同で実施（32.6%）※共同で実施している事業所をベースとした割合
- ・ ケア技術や管理・運営を相互に相談（24.1%）※同上

などであり、これらのスタッフ教育、相互相談等については、別法人の訪問看護ステーション同士でも、研修会やケース検討会、管理者会議等を通じて行うことが可能であり、まずはこのような共同が行われていると考えられる。

次に、割合が高かったのは、

- ・ 訪問看護の問い合わせへの電話対応を共同で実施（15.9%）※同上
- ・ PR・パンフレット作成等を共同で実施（12.8%）※同上
- ・ マニュアル類を共同で作成（10.8%）※同上

などであり、具体的には、地域行事等に参加して共同で訪問看護をPRしている、あるいは災害対応マニュアル・感染予防マニュアル等のマニュアル類を地域内の訪問看護ステーションで共同して作成している事業所などがあつた。これらの取り組みは、ある程度の共同作業が必要になるため、訪問看護ステーション同士の連携がある程度進んだ地域において、可能と考えられる。

上記に比べて割合は低いが、

- ・ 利用者からの24時間電話対応を共同で実施（6.2%）※同上
- ・ 夜間の訪問を分担（4.1%）※同上

を実施している訪問看護ステーションもみられた。具体的には、24時間対応していないステーションと連携して24時間対応している、あるいは毎日訪問が必要な利用者に2箇所のステーションで分担して訪問しているなどの回答であった。個別の利用者に対して複数の訪問看護ステーションから訪問する場合には、利用者の個人情報の共有や訪問看護師の技術・サービス内容の統一など、より綿密な共同作業が必要になり、かつ事業所の利害にも直接関わってくるため、上記の共同に比べて、一段と共同・連携が進まないと実施が難しいと考えられる。

また、どのような業務であれば、地域の訪問看護ステーション同士で共同が可能と考えられるかという問いに対しては、

- ・ 新規依頼の受付・一般の問い合わせ相談
- ・ 請求業務等の事務作業
- ・ 24時間（夜間・休日）対応
- ・ 研修・教育の共同実施
- ・ マニュアル類の共同作成

などの回答が多くみられた。

新規相談・一般的な問い合わせ相談については、地域の訪問看護ステーションの空き状況を把握して紹介したり、訪問看護の一般的な問い合わせに対応する「相談窓口の設置」などの意見がみられた。現在は各訪問看護ステーションで受けている相談（住民、病院、ケアマネジャー等）を相談窓口で一括して対応すれば、新規相談に対してよりスムーズに受け入れられることが期待されることから、相談窓口の設置を検討する必要がある。

請求業務等の事務作業については、請求業務、指示書の管理、訪問看護計画書や報告書の医療機関への提出等、各訪問看護ステーションで個別に対応している事務作業について、中核となるセンターがあるとよいといった意見がみられた。訪問看護は医療保険と介護保険にまたがり、請求業務も煩雑であることから、請求業務に詳しいスタッフがセンターにて一括管理することにより、各訪問看護ステーションの請求業務の負担軽減や返戻率の低減にもつながると考えられることから、情報ネットワークの構築も含めた具体的な仕組みの検討を行う必要性が高い。

また、24時間（夜間・休日）対応については、特に「24時間電話対応の共同実施」などの意見がみられたが、現実には体制づくりが難しいといった回答もみられた。共同で電話に対応するために必要な仕組み（対応する人材、必要な情報共有の方法、対応後のフォロー方法等）については、検討すべき課題が多いと考えられる。

これらの回答から、現在、各訪問看護ステーションで個別に対応している業務について、地域の訪問看護ステーションで共同できる仕組みづくりを訪問看護ステーションが期待していることが明らかになった。これらの共同実施に向けては、様々な課題があることから、今回のモデル事業等を通じて、その課題及び解決策を検討していくことが必要である。

2. 訪問看護ステーションにおける24時間電話対応調査

(1) 調査概要

①調査の目的

訪問看護事業所は小規模な事業所が多いにも関わらず、事業所運営にかかる様々な諸業務（管理業務／事務業務／電話対応／物品調達／人材確保・研修等）が必要であり、事業の効率性が低いことがうかがわれる。現在、訪問看護ステーションにかかってきた電話には、看護職員や事務職員が対応しているが、地域の住民からの訪問看護の問い合わせへの対応など、必ずしも個別の訪問看護ステーションで対応しなくてもよいと考えられる電話もあると考えられる。これらの電話については、地域内の訪問看護ステーションがネットワークを組み、コールセンターなどを設置して、地域内の訪問看護の問い合わせや訪問看護利用者・家族等からの電話を24時間受け付ける体制を検討する必要があると考えられる。

このため、本調査では、訪問看護ステーションへの電話回数、電話内容、電話対応の外部化可能性等について、訪問看護ステーションを対象に調査をし、今後の訪問看護ステーションのネットワーク化に資するための基礎資料を得ることを目的として実施した。

②調査対象

本研究において、全国訪問看護事業協会が実施した「訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査」¹に回答のあった訪問看護ステーションのうち、当該調査において、モデル事業に「協力いただける」と回答し、かつ「利用者からの24時間電話対応を共同で実施」に○をつけた訪問看護ステーションの中から、設置主体等を加味して12事業所を選定。調査依頼の時点で承諾が得られなかった1事業所を除く11事業所を対象とした。

③配布方法

郵送配布、郵送回収

③調査時期

平成20年9月11日（木）午前0:00 ～ 9月17日（水）深夜24:00までの7日間（土日・休日を含む）

④調査方法

調査期間の7日間に、訪問看護ステーションにかかってきた電話全てについて、職員が調査票を記入。電話は利用者・家族からの電話だけでなく、主治医やケアマネジャー、居宅サービス事業所等からかかってきた電話全てを記録。電話のうち、個別の利用者に関する連絡・報告等の電

¹先に実施した、正会員ステーション3568事業所（平成20年6月17日現在）を対象に調査票を送付し、1357件（有効回収率38.2%）の回答を得た調査

話については、利用者IDを合わせて記入。

⑤調査内容

- ・ 調査票は、「電話対応調査票」と「利用者属性票」で構成。
- ・ 個別の利用者に関して連絡・報告等の電話があった場合は、利用者の属性との集計を行うため、「利用者属性」への記入を依頼（本人・家族からの電話でなく、ケアマネジャーや主治医から個別の利用者について電話があった場合も含む）

⑥回収状況

- ・ 9事業所から調査票を回収（有効回収率81.8%）。ただし、このうち1事業所からは同法人内の別の訪問看護事業所からの協力があり、集計・分析データとしては、10事業所分で行った。利用者属性票は166人分を分析対象とした。

（2）調査結果

1）調査対象の訪問看護ステーション概要

①訪問看護ステーションの概要

- 調査協力の得られた訪問看護ステーションの10ヶ所の開設主体は、「医療法人」5ヶ所、「営利法人」3ヶ所、「社会福祉法人」1ヶ所、「社団・財団」1ヶ所である。

図表 45 開設主体

	事業所数	割合
医療法人	5	50.0%
社会福祉法人	1	10.0%
社団・財団	1	10.0%
営利法人	3	30.0%
合計	10	100.0%

②訪問看護ステーションの利用者数・訪問回数

- 訪問看護の利用者数は1事業所あたり平均 80.9 人であり、介護保険法の利用者が 72.2%を占める。全国平均²（1事業所あたり利用者数 54.8 人）に比べて、今回の調査対象事業所は、比較的事業所規模が大きい傾向にある。
- 1ヶ月間の訪問回数は1事業所あたり平均 586.6 回であり、介護保険法の利用者への訪問回数が 52.7%である。

図表 46 利用者数（9月1日現在）・訪問回数（8月中）

	利用者数			訪問回数(8月中)		
	合計	1あたり （単 事業所 平均）	標準 偏差	合計	1あたり （単 事業所 平均）	標準 偏差
合計	809 100.0%	80.90	32.26	5,279 100.0%	586.56	251.58
介護予防訪問看護	37 4.6%	3.70	2.75	142 2.7%	15.78	12.11
訪問看護	547 67.6%	54.70	25.78	2,640 50.0%	293.33	165.60
介護保険法	584 72.2%	58.40	26.57	2,782 52.7%	309.11	166.67
健康保険法等	225 27.8%	22.50	12.55	2,497 47.3%	277.44	248.39
その他	0 0.0%	0.00	0.00	0 0.0%	0.00	0.00

² 厚生労働省 18 年「介護サービス施設・事業所調査」結果より、9月中の1事業所あたり利用者数（介護予防訪問看護と訪問看護の1事業所あたり利用者数の合計）。

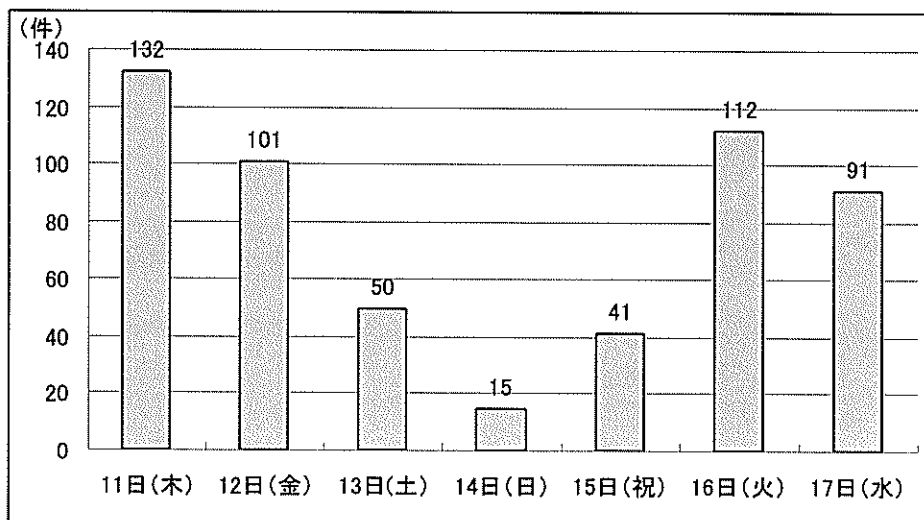
2) 24時間電話対応調査結果（事業所単位の分析）

①日付別電話対応件数・時間

- 調査期間（9月11日～9月17日）の1週間に10事業所で受けた電話件数は、合計で542件であり、1事業所あたり平均54.2件であった。
- 調査期間中の平日（4日間）に受けた電話件数は、1事業所あたり1日平均10.9件、調査期間中の土日・祝日（3日間）に受けた電話件数は、1事業所あたり1日平均3.5件であった。

図表 47 電話対応件数（日中・夜間・早朝・休日を含む）

	件数	11日 (木)	12日 (金)	13日 (土)	14日 (日)	15日 (祝)	16日 (火)	17日 (水)	1 (平日) 平均	1 (土日・祝日) 平均
合計	542	132 24%	101 19%	50 9%	15 3%	41 8%	112 21%	91 17%	109 80.4%	35 19.6%
1事業所当りの平均	54.20	13.20	10.10	5.00	1.50	4.10	11.20	9.10	10.90	3.53
標準偏差	30.05	9.35	4.18	4.74	1.43	5.30	8.78	6.05	-	-

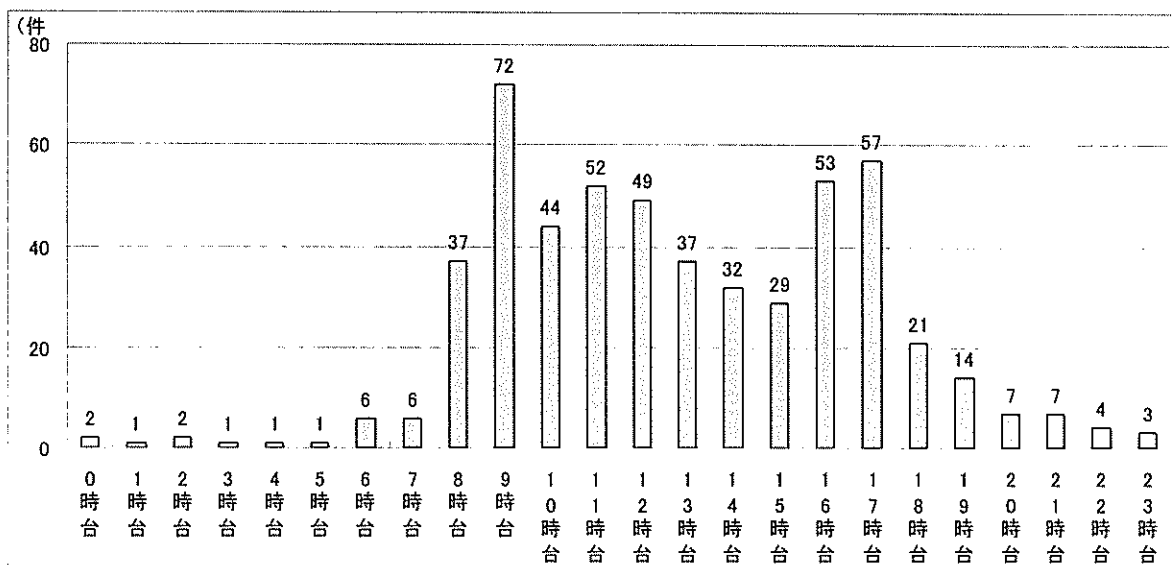
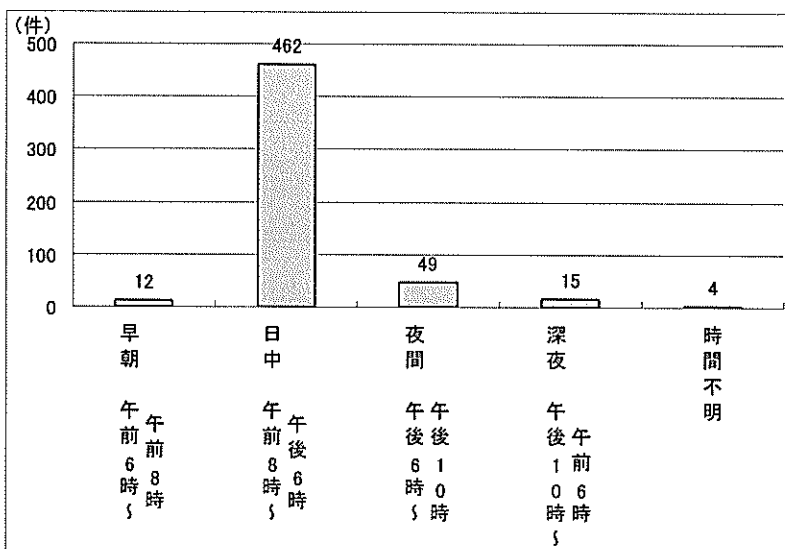


②時間帯別電話対応件数・時間

- 電話を受けた時間帯別に電話件数をみると、「日中(8:00~18:00)」に受けた電話件数が85.2%、「夜間(18:00~22:00)」が9.0%、「深夜(22:00~6:00)」が2.8%、「早朝(6:00~8:00)」が2.2%であり、夜間・深夜・早朝を合わせて14.0%となっている。

図表 48 時間帯別電話件数 (10 事業所への1週間分の電話件数合計)

	件数	早朝	日中	夜間	深夜	時間不明
		午前6時~午前8時	午前8時~午後6時	午後6時~午後10時	午後10時~午前6時	
合計	542	12 2.2%	462 85.2%	49 9.0%	15 2.8%	4 0.7%
1事業所当りの平均	54.20	1.20	46.20	4.90	1.50	0.40



③時間帯別電話内容

- 電話連絡をしてきた人別に電話時間帯をみると、「利用者の家族」からは、日中(8:00～18:00)に受けた電話件数が70.9%、夜間(18:00～22:00)が15.8%、深夜(22:00～6:00)が7.0%、「早朝(6:00～8:00)」が6.3%であり、夜間・深夜・早朝を合わせて29.1%と多い。「主治医」からは、日中(8:00～18:00)に受けた電話件数が63.6%、夜間(18:00～22:00)が27.3%となっている。
- ケアマネジャーや医療機関、居宅サービス事業所などの関係機関からの電話時間帯は、ほぼ日中であった。夜間・深夜・早朝の時間帯の電話は、利用者の家族、主治医からが主である。

図表 49 電話連絡してきた人別 電話時間帯

	件数	早朝	日中	夜間	深夜
		午前6時～8時	午後8時～6時	午後6時～1時	午後1時～6時
利用者本人	49 100.0%	1 2.0%	44 89.8%	2 4.1%	2 4.1%
利用者の家族	158 100.0%	10 6.3%	112 70.9%	25 15.8%	11 7.0%
保健所・保健センター	5 100.0%	0 0.0%	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
住民(新規相談など)	3 100.0%	0 0.0%	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
主治医	22 100.0%	1 4.5%	14 63.6%	6 27.3%	1 4.5%
医療機関	44 100.0%	0 0.0%	42 95.5%	2 4.5%	0 0.0%
ケアマネジャー・地域包括支援センター	119 100.0%	0 0.0%	114 95.8%	5 4.2%	0 0.0%
居宅サービス事業所・施設	35 100.0%	0 0.0%	31 88.6%	4 11.4%	0 0.0%
他の訪問看護事業所	17 100.0%	0 0.0%	16 94.1%	0 0.0%	1 5.9%
その他	85 100.0%	0 0.0%	81 95.3%	4 4.7%	0 0.0%
合計	537 100.0%	12 2.2%	462 86.0%	48 8.9%	15 2.8%

註) 無回答を除いて算出

- 電話連絡内容別に電話時間帯をみると、「医療処置に関すること」は、日中（8:00～18:00）に受けた電話件数が64.9%、夜間（18:00～22:00）が19.1%、深夜（22:00～6:00）が9.2%、「早朝（6:00～8:00）」が6.9%であり、夜間・深夜・早朝を合わせて35.2%と多い。
- その他、夜間（18:00～22:00）に相談件数が多い相談内容は、「薬に関すること」「心身状態に関すること」「介護問題に関すること」であった。

図表 50 電話連絡内容別（複数回答） 電話時間帯

	件数	早朝	日中	夜間	深夜
		午前6時～午前8時	午後8時～午後6時	午後6時～午後10時	午後10時～午前6時
心身状態に関すること	143 100.0%	0 0.0%	136 95.1%	6 4.2%	1 0.7%
医療処置に関すること	131 100.0%	9 6.9%	85 64.9%	25 19.1%	12 9.2%
薬に関すること	48 100.0%	0 0.0%	37 77.1%	7 14.6%	4 8.3%
介護問題に関すること	33 100.0%	1 3.0%	26 78.8%	6 18.2%	0 0.0%
受診に関すること	28 100.0%	0 0.0%	25 89.3%	2 7.1%	1 3.6%
アクシデントに関すること	18 100.0%	0 0.0%	15 83.3%	3 16.7%	0 0.0%
訪問看護計画に関すること	12 100.0%	1 8.3%	9 75.0%	1 8.3%	1 8.3%
訪問予定の確認	26 100.0%	1 3.8%	24 92.3%	1 3.8%	0 0.0%
訪問予定の変更	47 100.0%	0 0.0%	45 95.7%	2 4.3%	0 0.0%
新規利用に関すること	18 100.0%	0 0.0%	18 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
連絡	32 100.0%	0 0.0%	30 93.8%	2 6.3%	0 0.0%
その他	60 100.0%	1 1.7%	57 95.0%	2 3.3%	0 0.0%
合計	537 100.0%	12 2.2%	461 85.8%	49 9.1%	15 2.8%

註) 無回答を除いて算出

- 電話対応別に電話時間帯をみると、夜間・深夜・早朝においても「スタッフのみで対応」した件数が最も多い。
- 夜間・深夜・早朝の電話相談の対応として割合が高いのは、「主治医に報告」「救急に搬送・受診を指導」「臨時で訪問看護を実施」であった。電話内容として、「呼吸停止・息を引き取った」「頻拍発作になった」「転倒後動けないため訪問依頼」などであった。

図表 51 電話対応別 電話時間帯

	件数	早朝	日中	夜間	深夜
		午前6時～午前8時	午前8時～午後6時	午後6時～午後10時	午後10時～午後6時
スタッフのみで対応	309 100.0%	5 1.6%	269 87.1%	25 8.1%	10 3.2%
管理者に確認後対応または管理者が対応	150 100.0%	2 1.3%	135 90.0%	13 8.7%	0 0.0%
主治医に連絡・報告	7 100.0%	0 0.0%	3 42.9%	3 42.9%	1 14.3%
臨時で訪問看護を実施	27 100.0%	4 14.8%	17 63.0%	3 11.1%	3 11.1%
救急に搬送・受診を指導	6 100.0%	0 0.0%	3 50.0%	2 33.3%	1 16.7%
その他	15 100.0%	0 0.0%	15 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
合計	514 100.0%	11 2.1%	442 86.0%	46 8.9%	15 2.9%

註) 無回答を除いて算出

④電話連絡時間

- 調査期間(9月11日～9月17日)の1週間に10事業所で受けた電話にかかった延べ時間は、合計で1556分であり、1事業所あたり平均156分であった。なお、これらの時間は電話で話した時間のみ計上しているため、電話を受けて、それに対応した業務時間は含まれていない(訪問看護ステーション側から電話をした時間も含まれていない)。
- 調査期間中の平日(4日間)に受けた電話にかかった時間は、1事業所あたり1日平均29.4分、調査期間中の土日・祝日(3日間)に受けた電話にかかった時間は、1事業所あたり1日平均12.6分であった。
- 受けた電話にかかった時間は、電話1回あたり平均2.96分であり、平日に比べて、土日・祝日の電話の方が電話にかかる時間が若干長い傾向がみられる。

図表 52 延べ電話連絡時間(電話で話した時間のみ)

	延べ時間 (分)	1 1 日 (木)	1 2 日 (金)	1 3 日 (土)	1 4 日 (日)	1 5 日 (祝)	1 6 日 (火)	1 7 日 (水)	1 (平日) 日 当り 平均	1 (土日・祝日) 日 当り 平均
合 計	1,555.81	321.56 21%	302.95 19%	162.5 10%	48.5 3%	168 11%	297 19%	255.3 16%	294.2 75.6%	126.3 24.4%
1事業所当りの平均	155.58	32.16	30.30	16.25	4.85	16.80	29.70	25.53	29.42	12.63
標準偏差	82.17	21.09	18.93	14.62	5.70	22.70	22.10	16.56	-	-

図表 53 電話1回にかかった時間(電話で話した時間のみ)

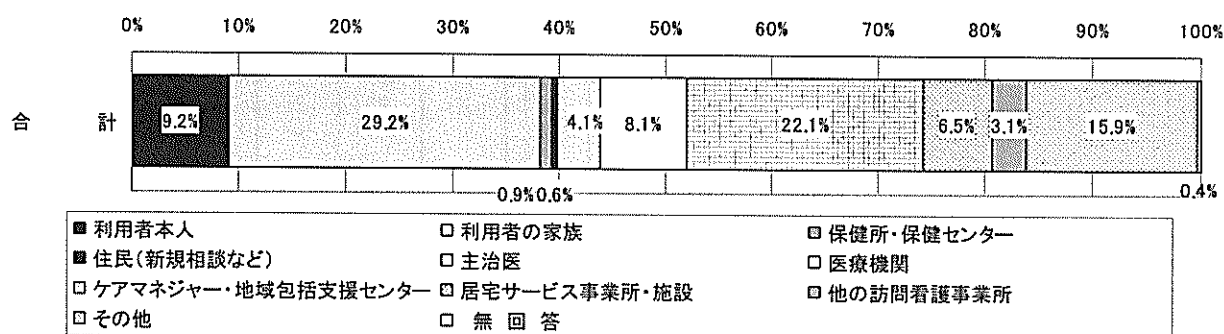
	1 件 当 り の 時 間 (分)	1 1 日 (木)	1 2 日 (金)	1 3 日 (土)	1 4 日 (日)	1 5 日 (祝)	1 6 日 (火)	1 7 日 (水)
1件当りの平均	2.96	2.53	3.12	3.25	3.23	4.10	2.72	2.93
標準偏差	2.81	2.40	2.85	3.42	2.24	2.79	2.43	3.33
1件当り 最大値	20.00	15.00	14.00	20.00	10.00	10.00	15.00	20.00
1件当り 中央値	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	3.00	2.00	2.00
1件当り 最小値	0.20	0.20	0.20	1.00	1.00	1.00	0.50	0.20

⑤電話連絡してきた人・事業所

- 電話連絡してきた人・事業所は、最も多かったのが「利用者の家族」29.2%であり、次いで「ケアマネジャー・地域包括支援センター」22.1%、「利用者本人」9.2%であった。
- 「その他」(15.9%)の自由記述をみると、「訪問看護スタッフ」「母体法人」の回答が多く、その他、「役所」「薬局」「大学」など様々であった。

図表 54 連絡してきた人・事業所

	件数	利用者本人	利用者の家族	保健所・保健センター	住民(新規相談など)	主治医	医療機関	ケアマネジャー・地域包括支援センター	居宅サービス事業所・施設	他の訪問看護事業所	その他	無回答
合計	542	50 9.2%	158 29.2%	5 0.9%	3 0.6%	22 4.1%	44 8.1%	120 22.1%	35 6.5%	17 3.1%	86 15.9%	2 0.4%



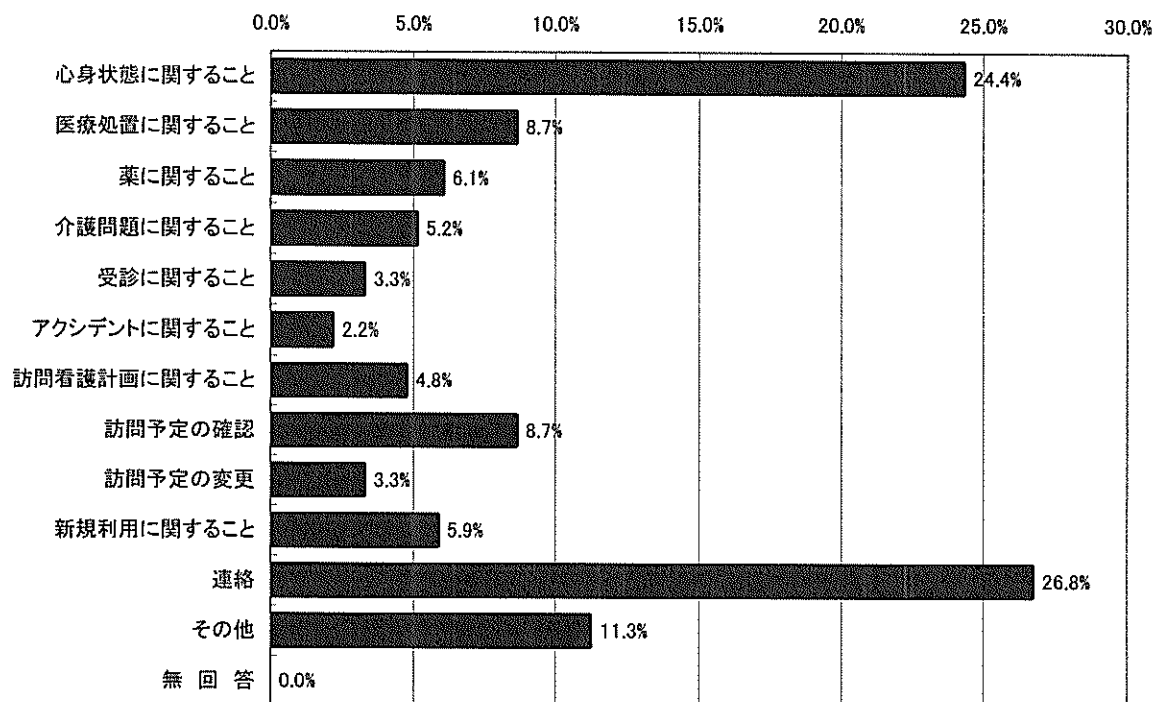
⑥電話連絡内容

- 電話連絡の内容としては、「連絡(電話取り次ぎ・伝言、入院等の連絡、会議の日程調整連絡、業者からの連絡、FAX送信の確認等)」26.8%、「心身状態に関する事」24.4%、「医療処置に関する事」8.7%、「訪問予定の変更」8.7%の順に多い。

図表 55 電話連絡内容(複数回答)

	件数	心身状態に関する事	医療処置に関する事	薬に関する事	介護問題に関する事	と受診に関する事	アセスメントに関する事	訪問看護計画に関する事
合計	542	132 24.4%	48 8.7%	33 6.1%	28 5.2%	18 3.3%	12 2.2%	26 4.8%

	件数	訪問予定の確認	訪問予定の変更	新規利用に関する事	連絡	その他	無回答
合計	542	47 8.7%	18 3.3%	32 5.9%	146 26.8%	61 11.3%	0 0.0%



- 電話連絡してきた人別に電話連絡内容をみると、「利用者本人」「利用者家族」「主治医」は「心身状態に関すること」が最も多く、「医療機関」「ケアマネジャー・地域包括支援センター」「居宅サービス事業所・施設」「他の訪問看護事業所」は「連絡」が最も多い。

図表 56 電話連絡してきた人別 電話連絡内容（複数回答）

	件数	心身状態に関すること	医療処置に関すること	薬に関すること	介護問題に関すること	受診に関すること	アクシデントに関すること
利用者本人	50 100.0%	26 52.0%	1 2.0%	1 2.0%	0 0.0%	1 2.0%	2 4.0%
利用者の家族	158 100.0%	63 39.9%	26 16.5%	14 8.9%	9 5.7%	2 1.3%	7 4.4%
保健所・保健センター	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
住民(新規相談など)	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
主治医	22 100.0%	10 45.5%	5 22.7%	2 9.1%	0 0.0%	2 9.1%	0 0.0%
医療機関	44 100.0%	6 13.6%	4 9.1%	8 18.2%	0 0.0%	6 13.6%	0 0.0%
ケアマネジャー・地域包括支援センター	120 100.0%	13 10.8%	4 3.3%	1 0.8%	13 10.8%	4 3.3%	1 0.8%
居宅サービス事業所・施設	35 100.0%	8 22.9%	1 2.9%	3 8.6%	4 11.4%	1 2.9%	2 5.7%
他の訪問看護事業所	16 100.0%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
その他	86 100.0%	6 7.0%	6 7.0%	4 4.7%	2 2.3%	2 2.3%	0 0.0%
合計	539 100.0%	132 24.5%	48 8.9%	33 6.1%	28 5.2%	18 3.3%	12 2.2%

	件数	訪問看護計画に関すること	訪問予定の確認	訪問予定の変更	新規利用に関すること	連絡	その他
利用者本人	50 100.0%	1 2.0%	8 16.0%	2 4.0%	0 0.0%	3 6.0%	5 10.0%
利用者の家族	158 100.0%	3 1.9%	19 12.0%	6 3.8%	0 0.0%	21 13.3%	8 5.1%
保健所・保健センター	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 80.0%
住民(新規相談など)	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	2 66.7%
主治医	22 100.0%	0 0.0%	1 4.5%	0 0.0%	0 0.0%	5 22.7%	0 0.0%
医療機関	44 100.0%	3 6.8%	1 2.3%	1 2.3%	6 13.6%	14 31.8%	3 6.8%
ケアマネジャー・地域包括支援センター	120 100.0%	18 15.0%	13 10.8%	5 4.2%	23 19.2%	45 37.5%	2 1.7%
居宅サービス事業所・施設	35 100.0%	1 2.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	14 40.0%	2 5.7%
他の訪問看護事業所	16 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 6.3%	10 62.5%	4 25.0%
その他	86 100.0%	0 0.0%	5 5.8%	3 3.5%	2 2.3%	30 34.9%	31 36.0%
合計	539 100.0%	26 4.8%	47 8.7%	18 3.3%	32 5.9%	143 26.5%	61 11.3%

註)無回答を除いて算出

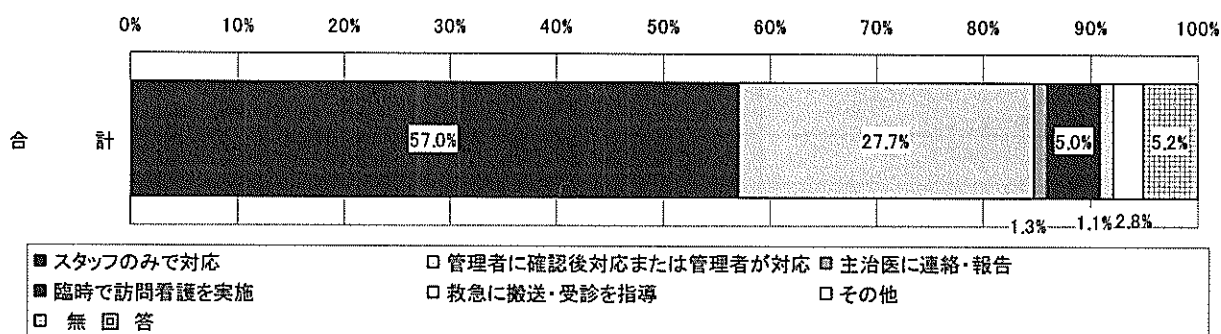
※電話連絡してきた人別に、電話連絡内容で最も多かったものに網掛け。
(ただし、電話連絡してきた人のN=10件未満の場合は網掛けなし)

⑦電話連絡への対応

- かかってきた電話連絡への対応方法としては、最も多いのが「スタッフのみで対応」57.0%であり、次いで「管理者に確認後対応または管理者が対応」27.7%が多い。
- 件数は少ないが、「臨時で訪問看護を実施」が27件（5.0%）、「主治医に連絡・報告」が7件（1.3%）、「救急に搬送・受診を指導」が6件（1.1%）発生しており、このような緊急対応・連絡が必要な電話連絡が合わせて7.4%となっている。
- 「臨時で訪問看護を実施」が27件については、排泄に関すること（バルン閉塞、尿が出ない、失禁等）、点滴に関すること（点滴もれ、輸液ポンプアラーム）、呼吸状態の悪化・停止などの電話相談に対して、訪問看護師による臨時訪問につながっている。

図表 57 電話連絡への対応

	件数	スタッフのみで対応	管理者に確認後対応または管理者が対応	主治医に連絡・報告	臨時で訪問看護を実施	救急に搬送・受診を指導	その他	無回答
合計	542	309 57.0%	150 27.7%	7 1.3%	27 5.0%	6 1.1%	15 2.8%	28 5.2%



- 電話連絡内容別に電話連絡への対応方法をみると、ほとんどの連絡内容については、「スタッフのみで対応」が多い。「新規利用に関すること」では、「管理者に確認後または管理者が対応」が多く、「アクシデントに関すること」では「臨時で訪問看護を実施」が多い傾向がみられる。

図表 58 電話連絡内容別 電話連絡への対応

	件数	でスタッフのみ	管後管理 管理者が 対応者に 対した確 応は認	絡主治 ・報告 医に連	護を 臨時で 実施 訪問 看	受診に 緊急に 搬送・ 指導	その他
心身状態に関すること	126	72	29	5	14	4	2
	100.0%	57.1%	23.0%	4.0%	11.1%	3.2%	1.6%
医療処置に関すること	47	17	12	2	14	1	1
	100.0%	36.2%	25.5%	4.3%	29.8%	2.1%	2.1%
薬に関すること	32	17	12	2	0	0	1
	100.0%	53.1%	37.5%	6.3%	0.0%	0.0%	3.1%
介護問題に関すること	27	19	5	0	2	0	1
	100.0%	70.4%	18.5%	0.0%	7.4%	0.0%	3.7%
受診に関すること	18	10	8	0	0	0	0
	100.0%	55.6%	44.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
アクシデントに関すること	12	2	3	0	6	1	0
	100.0%	16.7%	25.0%	0.0%	50.0%	8.3%	0.0%
訪問看護計画に関すること	25	15	10	0	0	0	0
	100.0%	60.0%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
訪問予定の確認	46	30	15	0	0	0	1
	100.0%	65.2%	32.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%
訪問予定の変更	18	13	3	0	1	0	1
	100.0%	72.2%	16.7%	0.0%	5.6%	0.0%	5.6%
新規利用に関すること	29	14	15	0	0	0	0
	100.0%	48.3%	51.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
連絡	134	97	32	0	1	0	4
	100.0%	72.4%	23.9%	0.0%	0.7%	0.0%	3.0%
その他	57	27	24	0	0	1	5
	100.0%	47.4%	42.1%	0.0%	0.0%	1.8%	8.8%
合計	513	308	150	7	27	6	15
	100.0%	60.0%	29.2%	1.4%	5.3%	1.2%	2.9%

註) 無回答を除いて算出

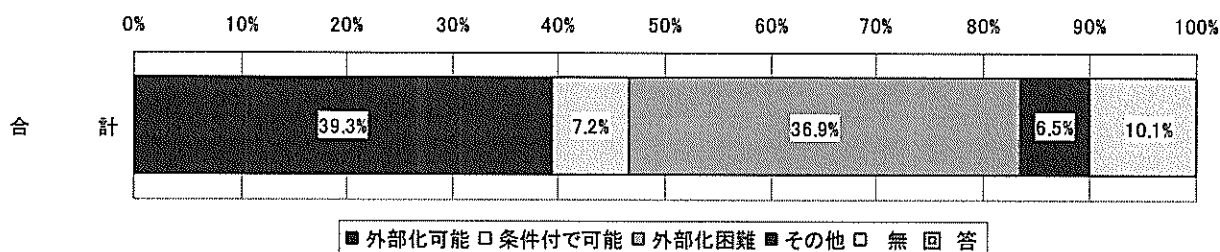
※電話連絡内容別に、電話連絡への対応で最も多かった方法に網掛け。

⑧電話対応の外部化可能性

- かかってきた電話連絡について、「外部化可能性」3を記入してもらったところ、「外部化可能」が39.3%、「条件付で可能」が7.2%、「外部化困難」が36.9%であった。「外部化可能」と「条件付で可能」を合わせると、46.5%となっている。
- 「条件付で可能」(39件)の条件については、「利用者・家族の状況を事前に情報共有しておけば可能」が7件、「マニュアルがあれば可能」が4件、「伝言してくれれば可能」が4件、「訪問日時・シフトが分かれば」が4件、「急ぎでなければ可能」が3件となっており、電話対応を外部化をする際には情報共有や対応マニュアルの整備、各訪問看護ステーションの訪問日時等の情報などの共有が必要と考えられる。

図表 59 電話対応の外部化可能性

	件数	外部化可能	条件付で可能	外部化困難	その他	無回答
合計	542	213 39.3%	39 7.2%	200 36.9%	35 6.5%	55 10.1%



³ 外部化可能性については、「訪問看護ステーション外の機関の事務職員や看護職員に、予め利用者の情報等を提供しておくことにより、外部機関の事務職員や看護職員が電話に対応できるかどうか」という基準で回答してもらった。

- 電話連絡してきた人別に、「外部化可能性」をみると、「外部化可能」が比較的多かったのは、「利用者本人」「主治医」「医療機関」「ケアマネジャー・地域包括支援センター」であり、「外部化困難」が比較的多かったのは、「利用者の家族」「居宅サービス事業所・施設」「他の訪問看護事業所」「その他」であった。
- 「利用者本人」からの電話では「外部化可能」が半数程度を占めているが、本人からの電話は「さびしい」「話をしたい」といった内容や「訪問時間の確認」が多いことから、「外部化可能」という回答につながったと考えられる。また、「主治医」と「医療機関」からは、「訪問看護への指示」「指示書や処方の内容」等に関する電話が多く、これらについても「外部化可能」との回答が多かった。さらに、「ケアマネジャー・地域包括支援センター」からは、「新規訪問の相談」「訪問日の確認」などが多いことから、「外部化可能」という回答につながったと考えられる。
- 「利用者の家族」からの電話では「外部化困難」が半数程度と多いが、家族からの電話については、利用者の身体症状（発熱、発作、点滴漏れ、便の状態、呼吸の状態等）に関する電話が多いため、訪問看護ステーションで直接対応しないと難しいという判断につながったものと考えられる。また、「その他」について「外部化困難」という回答が多いのは、「その他」が「訪問看護スタッフ」からの連絡や「母体法人」からの連絡が多かったことに関係していると考えられる。

図表 60 電話連絡してきた人別 電話対応の外部化可能性

	件数	外部化可能	条件付で可能	外部化困難	その他
利用者本人	48	25	2	21	0
	100.0%	52.1%	4.2%	43.8%	0.0%
利用者の家族	142	56	15	67	4
	100.0%	39.4%	10.6%	47.2%	2.8%
保健所・保健センター	4	3	0	1	0
	100.0%	75.0%	0.0%	25.0%	0.0%
住民(新規相談など)	3	1	0	2	0
	100.0%	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%
主治医	22	14	2	6	0
	100.0%	63.6%	9.1%	27.3%	0.0%
医療機関	38	24	2	11	1
	100.0%	63.2%	5.3%	28.9%	2.6%
ケアマネジャー・地域包括支援センター	107	51	10	40	6
	100.0%	47.7%	9.3%	37.4%	5.6%
居宅サービス事業所・施設	31	9	2	14	6
	100.0%	29.0%	6.5%	45.2%	19.4%
他の訪問看護事業所	15	3	2	5	5
	100.0%	20.0%	13.3%	33.3%	33.3%
その他	75	25	4	33	13
	100.0%	33.3%	5.3%	44.0%	17.3%
合計	485	211	39	200	35
	100.0%	43.5%	8.0%	41.2%	7.2%

註) 無回答を除いて算出

※電話連絡してきた人別に、電話対応の外部化可能性で最も多かったものに網掛け。
(ただし、電話連絡してきた人の N=10 件未満の場合は網掛けなし)

- 電話連絡内容別に、「外部化可能性」をみると、「外部化可能」が比較的多かったのは、「医療処置に関すること」「薬に関すること」「訪問予定の確認」「訪問予定の変更」「新規利用に関すること」「連絡」であった。一方で、「外部化困難」が比較的多かったのは、「心身状態に関すること」「介護問題に関すること」「受診に関すること」「アクシデントに関すること」「訪問看護計画に関すること」など、利用者個別の状態や問題等に関する連絡内容が多い傾向がみられる。

図表 61 電話連絡内容別（複数回答） 電話対応の外部化可能性

	件数	外部化可能	条件付で可能	外部化困難	その他
心身状態に関すること	123 100.0%	37 30.1%	12 9.8%	72 58.5%	2 1.6%
医療処置に関すること	45 100.0%	26 57.8%	3 6.7%	16 35.6%	0 0.0%
薬に関すること	32 100.0%	16 50.0%	4 12.5%	12 37.5%	0 0.0%
介護問題に関すること	26 100.0%	8 30.8%	3 11.5%	14 53.8%	1 3.8%
受診に関すること	18 100.0%	8 44.4%	0 0.0%	10 55.6%	0 0.0%
アクシデントに関すること	11 100.0%	4 36.4%	2 18.2%	5 45.5%	0 0.0%
訪問看護計画に関すること	25 100.0%	8 32.0%	5 20.0%	11 44.0%	1 4.0%
訪問予定の確認	43 100.0%	27 62.8%	3 7.0%	12 27.9%	1 2.3%
訪問予定の変更	15 100.0%	8 53.3%	1 6.7%	6 40.0%	0 0.0%
新規利用に関すること	27 100.0%	14 51.9%	4 14.8%	9 33.3%	0 0.0%
連絡	123 100.0%	47 38.2%	8 6.5%	43 35.0%	25 20.3%
その他	53 100.0%	27 50.9%	1 1.9%	19 35.8%	6 11.3%
合計	486 100.0%	213 43.8%	39 8.0%	199 40.9%	35 7.2%

注) 無回答を除いて算出

※電話連絡内容別に、電話対応の外部化可能性で最も多かったものに網掛け。

- 「心身状態に関すること」については、本人から「不安」「話がしたい」などの電話がかかってきたものや、体調の報告があったものについては、「外部化可能」という回答が多くなっている。一方で、発作が起きた、腹部の張り・便を出して欲しい、呼吸状態の悪化、食欲低下、眠れないなど、様々な電話がかかってきており、これらの状態・症状に関する相談は、「外部化困難」という回答が多かった。
- 「医療処置に関すること」については、「排泄に関すること（バルン等）」「その他の医療的ケア方法について」「点滴について」などの電話は「外部化可能」という回答が多くなっている。「外部化困難」では、「排泄に関すること（バルン等）」「点滴について」という回答の他に、「呼吸器・酸素について」も多くなっていた。
- 「薬に関すること」については、「処方連絡・変更について」「薬の授受について」などの電話は「外部化可能」という回答が多くなっている。一方、「服薬相談」の電話は利用者個別の状態を把握していなければ答えられないと考えられ、「外部化困難」という回答が多い傾向がみられる。
- 「介護問題に関すること」については、「介護用品・福祉用具の選定」の電話は「外部化困難」という回答が多かった。
- 「新規利用に関すること」については、「新規依頼」の電話は「外部化可能」、「退院調整」の電話は「外部化困難」という回答が多い傾向がみられる。
- 「連絡」については、「電話取り次ぎ・伝言」「入院・死亡の連絡」「業者から注文・納品の連絡」など比較的急を要さないことや、事務連絡に関する連絡内容の電話は「外部化可能」という回答が多くなっている。一方、「支払いや請求に関しての問い合わせ」など、利用者個別の状況を把握していなければ答えられ内容や問題等に関する連絡内容が多い傾向がみられる。

図表 62 電話連絡内容（複数回答）の具体的内容

	外部化可能（上段）・ 条件付で可能（下段）	外部化困難
心身状態に関すること	状態・症状の相談(9件) 不安・話がしたい(7件) 発熱した(7件) 体調報告(6件) 介護者の体調に関する相談(1件) 利用者の状態確認(1件) 状態・症状の相談(11件)	状態・症状の相談(31件) 発熱した(7件) 体調報告(7件) 利用者の状態確認(4件) 訪問に来て欲しい(3件) 介護者の体調に関する相談(1件)
医療処置に関すること	排泄に関すること(バルン等)(5件) その他の医療的ケア方法について(5件) 点滴について(4件) 栄養に関すること(3件) 呼吸器・酸素について(2件) 医師からの指示(1件) 医療機器について(1件) 点滴について(2件) 呼吸器・酸素について(1件)	排泄に関すること(バルン等)(3件) 点滴について(3件) 呼吸器・酸素について(3件) 医師からの指示(1件)
薬に関すること	処方連絡・変更について(5件) 薬の授受について(4件) 服薬相談(2件) 服薬内容の確認(1件)	服薬相談(5件) 服薬内容の確認(1件) 処方連絡・変更について(1件)

	外部化可能（上段）・ 条件付で可能（下段）	外部化困難
介護問題に関する こと	介助方法について(3件) シーツの汚染(1件) 介護用品・福祉用具の選定(1件)	介護用品・福祉用具の選定(5件) 介助方法について(3件) シーツの汚染(2件)
受診に関する こと	受診報告(4件) 受診の連絡・相談(3件)	受診報告(4件) 受診の連絡・相談(2件)
アクシデントに 関すること	介護用品(ベッド)のトラブル(2件) 転倒・けが(2件) 点滴もれ(2件) 排泄トラブル(失禁・尿量等)(1件)	排泄トラブル(失禁・尿量等)(2件)
訪問看護計画 に関すること	指示書・訪問の内容(3件) 他機関・サービスとの調整(3件) 今後の訪問看護計画(1件) 指示書・訪問の内容(1件) 他機関・サービスとの調整(1件) 今後の訪問看護計画(1件)	他機関・サービスとの調整(4件) 今後の訪問看護計画(3件) 指示書・訪問の内容(2件)
訪問予定の確 認	確認(12件) 連絡(3件) 確認(1件)	確認(7件) 連絡(3件)
訪問予定の変 更	日時変更(4件) キャンセル(3件)	日時変更(4件) キャンセル(1件)
新規利用に関 すること	新規依頼(7件) 新規問い合わせ(2件) 退院調整(2件) 新規依頼(3件) 退院調整(1件)	退院調整(3件) 新規問い合わせ(2件) 新規依頼(1件)
連絡	電話取り次ぎ・伝言(12件) 入院・死亡の連絡(8件) 業者から注文・納品の連絡(4件) FAX送信の確認(2件) 事業所についての問い合わせ(住所・FAX番号等)(2件) 会議の連絡(1件) お礼(1件) 忘れ物(1件) 指示書の送付連絡・確認(1件) 会議の連絡(2件) 電話取り次ぎ・伝言(1件) 支払いや請求に関する問い合わせ(1件) 入院・死亡の連絡(1件) 指示書の送付連絡・確認(1件) 利用者についての報告(1件)	電話取り次ぎ・伝言(9件) 支払いや請求に関する問い合わせ(9件) 会議の連絡(5件) 利用者についての報告(5件) 指示書の送付連絡・確認(2件) 入院・死亡の連絡(1件) 忘れ物(1件)

3) 24時間電話対応調査結果（利用者単位の分析）

本調査では、個別の利用者に関する電話（利用者本人・家族からの電話だけでなく、ケアマネジャー等から個別の利用者に関する電話がかかってきた場合も含む）については、利用者 ID を記入し、利用者属性票と突合して分析できるようにした。以下の分析は、利用者 ID が記入され、利用者属性票とのクロス分析ができたものについて掲載する。

①利用者属性別 1 週間の電話件数

- 1 週間に電話があった回数については、利用者が「ターミナル期」の場合、当該利用者に関する電話回数が多い傾向にあり、状態の変化等に伴う電話連絡が多くなっていることがうかがえる。

図表 63 ターミナル期の有無別 1 週間の電話件数

	件数	1 件	2 件	3 件	4 件	5 件以上
ターミナル期	28 100.0%	9 32.1%	6 21.4%	1 3.6%	4 14.3%	8 28.6%
ターミナル期以外	103 100.0%	60 58.3%	25 24.3%	9 8.7%	1 1.0%	8 7.8%
合計	131 100.0%	69 52.7%	31 23.7%	10 7.6%	5 3.8%	16 12.2%

註) 無回答を除いて算出

②利用者属性別電話連絡内容

- 「新規利用者」の場合、「心身状態に関すること」の電話連絡内容が多く、「初回訪問はこれから」の利用者の場合、「新規利用に関すること」の電話連絡内容が多く、「訪問1回以上」の利用者でみると、「連絡」「心身状態に関すること」の順に多い。

図表 64 訪問看護利用期間別 電話連絡内容（複数回答）

	件数	心身状態に関すること	医療処置に関すること	薬に関すること	介護問題に関すること	受診に関すること	アクシデントに関すること
新規利用者	13 100.0%	5 38.5%	2 15.4%	0 0.0%	1 7.7%	0 0.0%	1 7.7%
初回訪問はこれから	5 100.0%	1 20.0%	0 0.0%	1 20.0%	1 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
訪問1回以上	273 100.0%	68 24.9%	27 9.9%	17 6.2%	10 3.7%	9 3.3%	7 2.6%
合計	291 100.0%	74 25.4%	29 10.0%	18 6.2%	11 3.8%	9 3.1%	8 2.7%

	件数	この訪問看護計画に関すること	訪問予定の確認	訪問予定の変更	新規利用に関すること	連絡	その他
新規利用者	13 100.0%	1 7.7%	3 23.1%	0 0.0%	1 7.7%	2 15.4%	0 0.0%
初回訪問はこれから	5 100.0%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 40.0%	0 0.0%	1 20.0%
訪問1回以上	273 100.0%	13 4.8%	20 7.3%	8 2.9%	14 5.1%	74 27.1%	32 11.7%
合計	291 100.0%	15 5.2%	23 7.9%	8 2.7%	17 5.8%	76 26.1%	33 11.3%

註)無回答を除いて算出

- 「入院中」の利用者の場合、「心身状態に関すること」や「訪問看護計画に関すること」の電話連絡が多い傾向にある。

図表 65 直近の入院状況別 電話連絡内容（複数回答）

	件数	心身状態に関すること	医療処置に関すること	薬に関すること	介護問題に関すること	受診に関すること	アクシデントに関すること
1年以内に退院	173 100.0%	46 26.6%	18 10.4%	10 5.8%	7 4.0%	8 4.6%	4 2.3%
直近1年は入院していない	118 100.0%	26 22.0%	10 8.5%	8 6.8%	4 3.4%	0 0.0%	3 2.5%
入院中	15 100.0%	5 33.3%	1 6.7%	1 6.7%	1 6.7%	1 6.7%	1 6.7%
合計	306 100.0%	77 25.2%	29 9.5%	19 6.2%	12 3.9%	9 2.9%	8 2.6%

	件数	訪問看護計画に関すること	訪問予定の確認	訪問予定の変更	新規利用に関すること	連絡	その他
1年以内に退院	173 100.0%	10 5.8%	19 11.0%	5 2.9%	8 4.6%	41 23.7%	18 10.4%
直近1年は入院していない	118 100.0%	4 3.4%	5 4.2%	4 3.4%	8 6.8%	37 31.4%	16 13.6%
入院中	15 100.0%	2 13.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 6.7%	3 20.0%	1 6.7%
合計	306 100.0%	16 5.2%	24 7.8%	9 2.9%	17 5.6%	81 26.5%	35 11.4%

註)無回答を除いて算出

③利用者属性別電話対応の外部化可能性

- 電話対応の外部化可能性については、「新規利用者」や「初回訪問はこれから」の利用者の場合、「訪問1回以上」の継続利用者に比べて、「外部化可能」の割合が高い傾向がみられる。

図表 66 訪問看護利用期間別 電話対応の外部化可能性

	件数	外部化可能	条件付で可能	外部化困難	その他
新規利用者	13 100.0%	9 69.2%	4 30.8%	0 0.0%	0 0.0%
初回訪問はこれから	5 100.0%	3 60.0%	0 0.0%	2 40.0%	0 0.0%
訪問1回以上	261 100.0%	121 46.4%	28 10.7%	97 37.2%	15 5.7%
合計	279 100.0%	133 47.7%	32 11.5%	99 35.5%	15 5.4%

註)無回答を除いて算出

- 「ターミナル期」の利用者の場合、「外部化困難」の割合が高く、電話連絡内容が「身体症状に関すること」や「医療処置に関すること」が多いことに関係していると考えられる。

図表 67 ターミナル期の有無別 電話対応の外部化可能性

	件数	外部化可能	条件付で可能	外部化困難	その他
ターミナル期	80 100.0%	24 30.0%	7 8.8%	45 56.3%	4 5.0%
ターミナル期以外	203 100.0%	110 54.2%	20 9.9%	62 30.5%	11 5.4%
合計	283 100.0%	134 47.3%	27 9.5%	107 37.8%	15 5.3%

註) 無回答を除いて算出

図表 68 直近の入院状況別 電話対応の外部化可能性

	件数	外部化可能	条件付で可能	外部化困難	その他
1年以内に退院	166 100.0%	83 50.0%	17 10.2%	55 33.1%	11 6.6%
直近1年は入院していない	113 100.0%	51 45.1%	14 12.4%	44 38.9%	4 3.5%
入院中	15 100.0%	6 40.0%	2 13.3%	7 46.7%	0 0.0%
合計	294 100.0%	140 47.6%	33 11.2%	106 36.1%	15 5.1%

註) 無回答を除いて算出

(3) 結果のまとめ

訪問看護ステーションの電話対応状況

【実態】

・訪問看護ステーションには、利用者・家族、医療機関、ケアマネジャー等からの電話が月270件程度かかってくる。
(1日あたり平均:平日11件/日、休日3.5件/日)

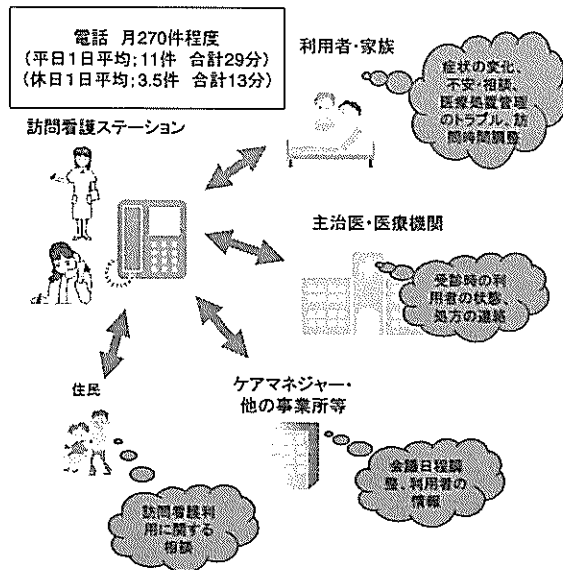
・電話への応答、訪問看護師への取次ぎ、伝言メモ作成などは、各訪問看護ステーションの訪問看護師や事務職員が対応しているが、住民や病院・ケアマネジャーからの問い合わせ、事務的な連絡など、個別の訪問看護ステーション以外でも受けられる内容がある。

・また、夜間・休日は、訪問看護師が順番に携帯を持って対応している事業所が多いが、小規模事業所の場合、担当回数が多く、職員負担につながっている。

【課題】

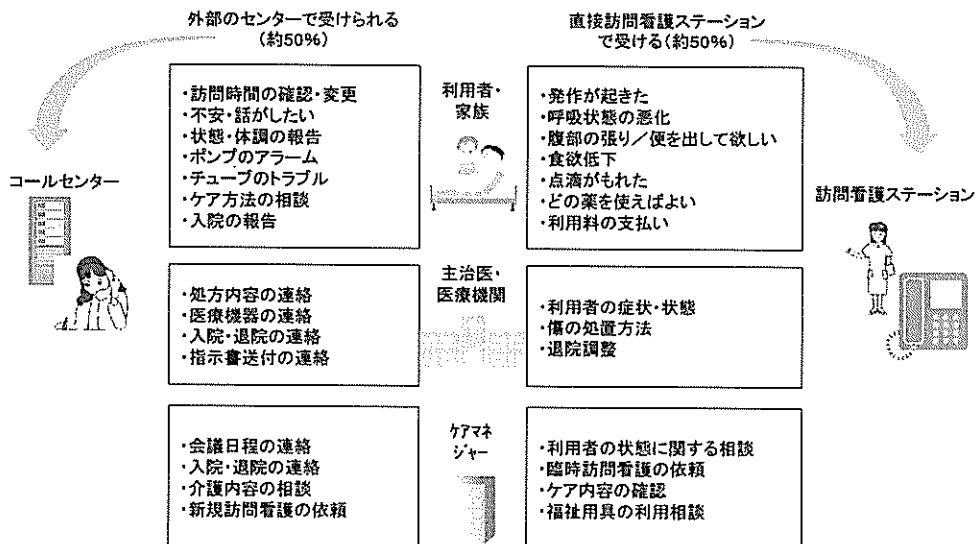
・このような訪問看護師の負担を軽減し、電話対応など周辺業務にかかる時間を削減または短縮し、訪問に専念できる環境を整備すること、事務コストを削減し、訪問看護事業所が経営基盤を安定化することが課題となっている。

※ 利用者80人規模の訪問看護ステーション1ヶ所あたり平均



注) 電話月 270 件程度は、1 日あたりの平均から、平日 11 件 * 26 日 + 休日 3.5 件 * 4 日 = 270 件を算出。

訪問看護ステーションで受けている電話の内容と外部化可能性について*



* 訪問看護ステーションで実際受けた電話について、電話の具体的内容と「外部化可能性」の回答を分析したもの

訪問看護コールセンター(仮称)のイメージ

【期待される成果】

コールセンターには、大きく2つの役割が期待される。

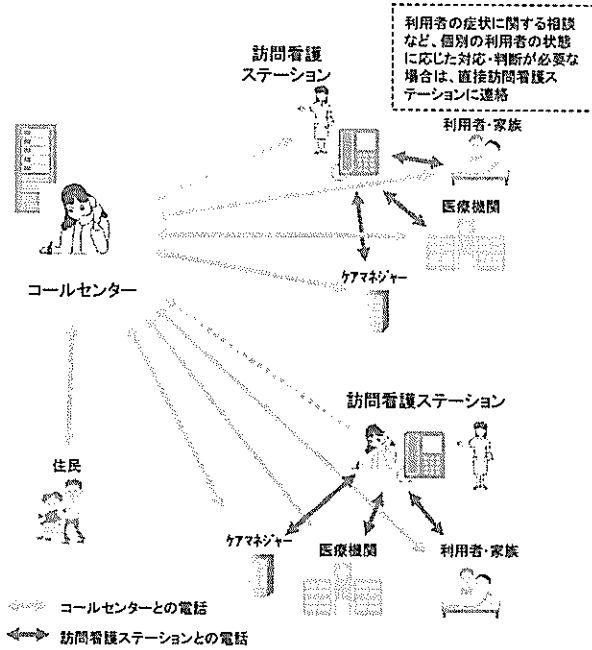
■医療機関やケアマネジャーからの新規利用者相談や住民からの一般的な相談を受け、地域の訪問看護ステーションを紹介する。

■利用者・家族、医療機関、ケアマネジャー等からの電話を24時間対応で受ける。
電話内容に応じて、対応を判断し、
①直接相談に応じたり、回答する。
②訪問看護ステーションに電話・メール・FAX等で伝え、対応を依頼する。

【課題】

※コールセンターが電話に対応するためには、予め訪問看護ステーションと利用者情報、訪問予定、訪問看護師の連絡先等の情報共有が必要。

※利用者・家族等からの電話を受けるために、看護師資格を保有するスタッフが必要。



3. サテライト設置申請の実態調査

(1) 調査の概要

①調査の目的

訪問看護ステーションのサテライト設置申請に関する実態調査を行い、設置申請に関する状況を把握することを目的とした。

②調査対象と方法

全国訪問看護事業協会会員である訪問看護ステーション 3,352 事業所に対して、FAXにて調査を行った。

調査期間は平成 20 年 7 月 30 日からは 8 月 6 日までの 1 週間であった。

表 1 調査方法

調査対象	当協会会員 3,352 ヶ所のステーション
調査方法	FAX 調査
調査期間	平成 20 年 7 月 30 日～8 月 6 日
調査内容	1 サテライト申請の有無 2 サテライト設置申請を行わなかった理由 3 訪問看護ステーションとサテライトの概況 4 サテライト設置申請の動機 5 サテライト設置による効果 6 サテライト設置申請を行った際、受理の拒否の有無
分析方法	各項目で分類、記述
有効回答	1,309
有効回答率	39.1%

(2) 調査結果

有効回答の得られた 1,309 事業所（有効回答率 39.1%）について分析を行った。

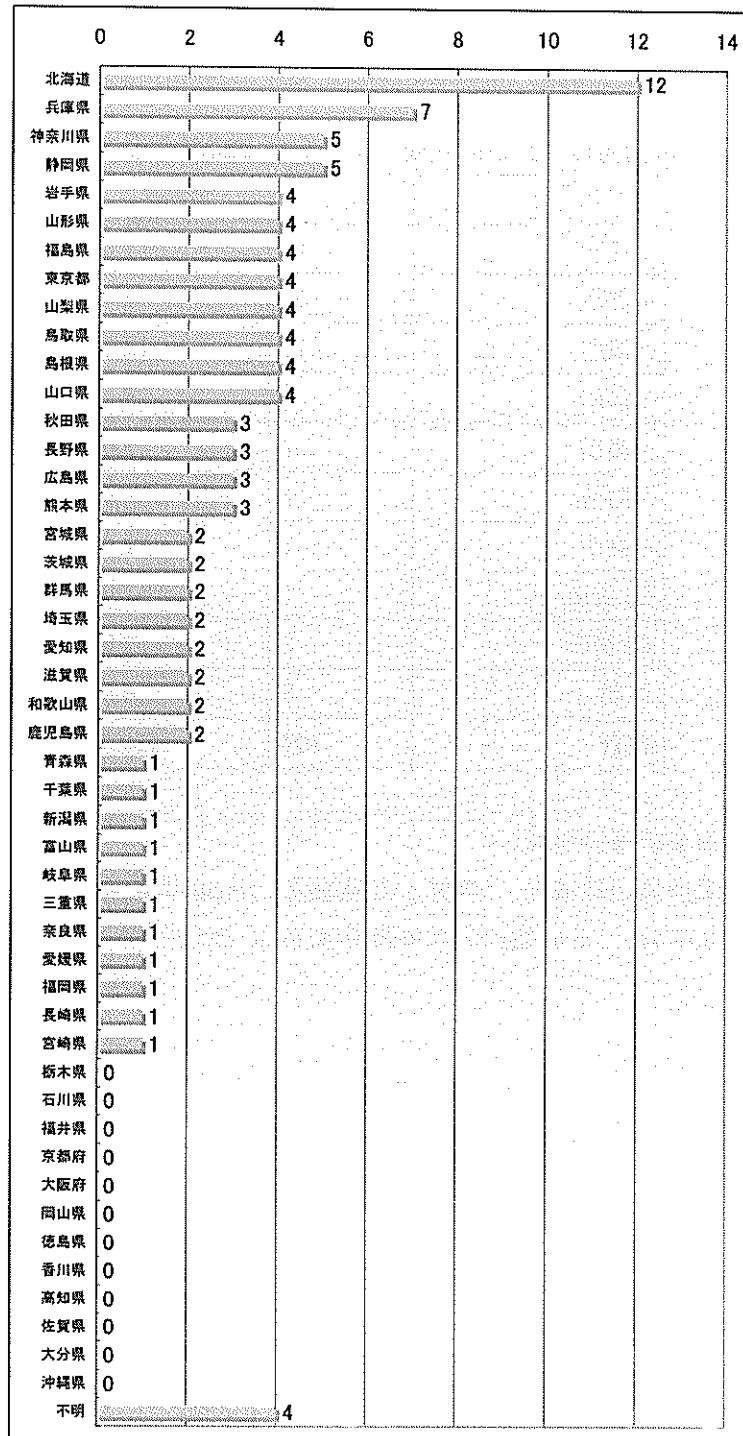
1. サテライト申請の有無

回答が得られた 1,309 事業所のうち 104 事業所（7.9%）が訪問看護ステーション開設時から調査日までの間に、サテライトの申請をした。また申請をしていない事業所は 1,196 事業所（91.4%）であり、無回答は 9 事業所（0.7%）であった。

2. 都道府県別サテライト申請の有無 (図1.)

サテライトを申請した 104 事業所のうち、サテライト申請をした事業所数が最も多かった都道府県は、北海道で 12 事業所であった。サテライト申請をしていない都道府県は 12 府県あった。

図1. 都道府県別のサテライト申請をした事業所数



3. 申請を行った訪問看護ステーションとサテライトの概況

1) 申請を行った訪問看護ステーションのサテライト数 (表2.)

- ① サテライト設置申請を行ったことがある104事業所のうち、法人内のサテライト数は、「1箇所」が最も多く56事業所(53.8%)であった。
- ② サテライト設置申請を行ったことがある事業所の法人全体のサテライト設置数が調査日現在で「0箇所」であった事業所は19事業所(18.3%)であった。

表2. 申請を行った訪問看護ステーションのサテライト数 (N=104)

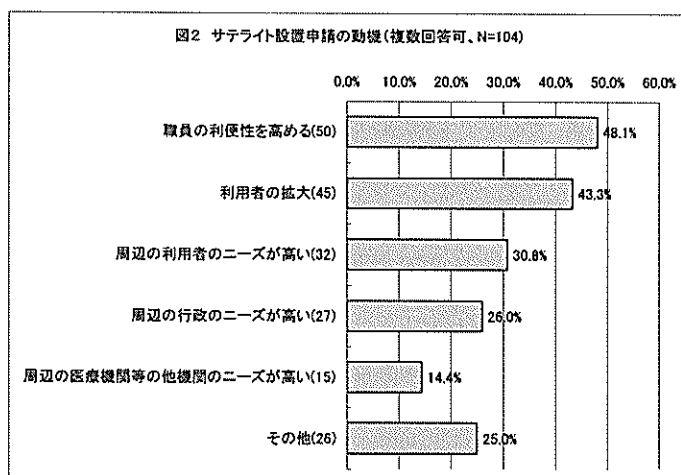
サテライト数	実数	割合
0箇所	19	18.3%
1箇所	56	53.8%
2箇所	11	10.6%
3箇所	7	6.7%
4箇所	1	1.0%
7箇所	1	1.0%
8箇所	1	1.0%
22箇所	1	1.0%
33箇所	2	1.9%
不明	5	4.8%
総計	104	100.0%

2) サテライト設置事業所周辺地域

サテライト設置事業所周辺地域は、「農村・山間地域」が50事業所(48.1%)、「住宅・商業地域」が26事業所(25.0%)、「その他」が9事業所(8.7%)、無回答が19事業所(18.3%)であった。

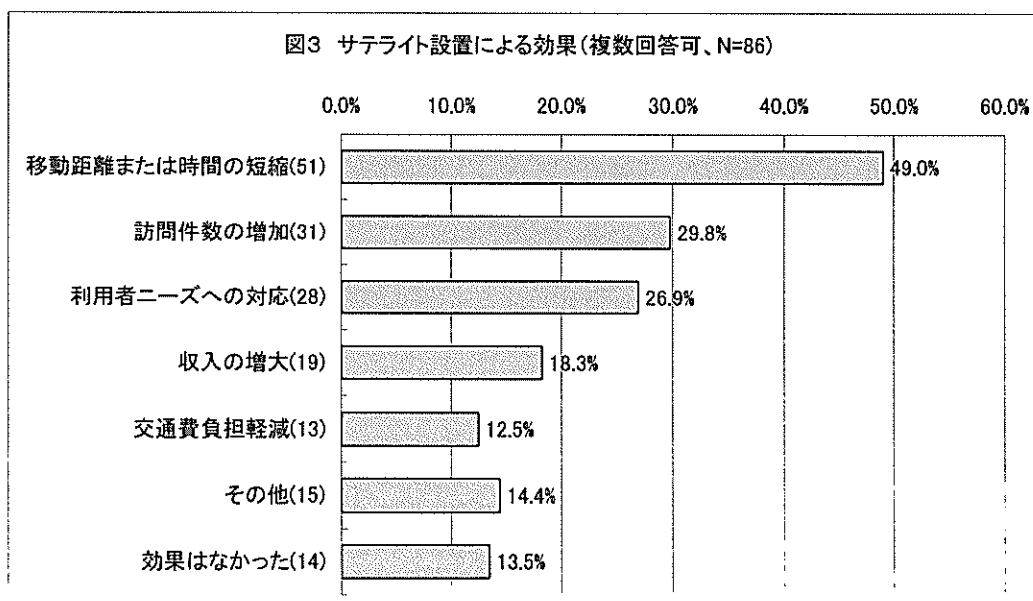
3) サテライト設置申請の動機 (複数回答可) (図2)

サテライト設置申請の主な動機は、「職員の利便性を高める」が50事業所(48.1%)と最も多く、次いで「利用者の拡大」45事業所(43.3%)、「周辺の利用者のニーズが高い」32事業所(30.8%)、「周辺の行政のニーズが高い」27事業所(26.0%)であった。「その他」の内容としては、「遠方訪問のため」「緊急時対応のため」「複数事業所のうち人員不足の事業所をサテライト化した」などがあった。



4) サテライト設置による効果 (複数回答可) (図3)

サテライト申請をした104事業所のうち申請受理された86事業所にサテライト設置による効果を聞いた。



サテライト設置申請による主な効果として、「移動距離または時間の短縮」が 51 事業所(49.0%)と最も多く、次いで「訪問件数の増加」31 事業所(29.8%)、「利用者ニーズへの対応」28 事業所(26.9%)であった。

サテライト設置により利用者宅への移動距離又は時間が短縮されたと回答した 51 事業所(49.0%)は、片道の移動時間は平均 20 分短縮、最長 70 分短縮、最短 10 分短縮であった。

サテライト設置により訪問件数が増加した 31 事業所(29.8%)のうち 20 事業所から増加件数について回答があり、「1ヶ月 1~100 件の増加」が 9 事業所、「1ヶ月 101~200 件の増加」が 11 事業所であった。

対応可能となった利用者のニーズについての自由記述があった 18 事業所では、「24 時間連絡体制が取れるようになった」「ターミナルの対応ができるようになった」「医師がいない、病院が遠い、ヘルパーの不安なケースに対応できるようになった」「医療的管理を必要とする利用者への訪問が可能となった」「遠方訪問、緊急対応、頻回訪問が可能となった」などがあつた。

「その他」の効果としては、「サテライトを設置した市町村のケアマネジャーとの連帯」「運営面で効率性が高くなった」などがあつた。

4. サテライト設置申請受理の拒否について

1) サテライト設置申請受理の拒否の有無

サテライト設置申請を行ったことがある 104 事業所のうち 13 事業所 (12.5%) は申請受理を拒否され、86 事業所(82.7%)は受理され、5 事業所(4.8%)は受理について無回答であった。

2) サテライト設置を拒否された年と拒否理由 (13 事業所) (複数回答可) (表 3.)

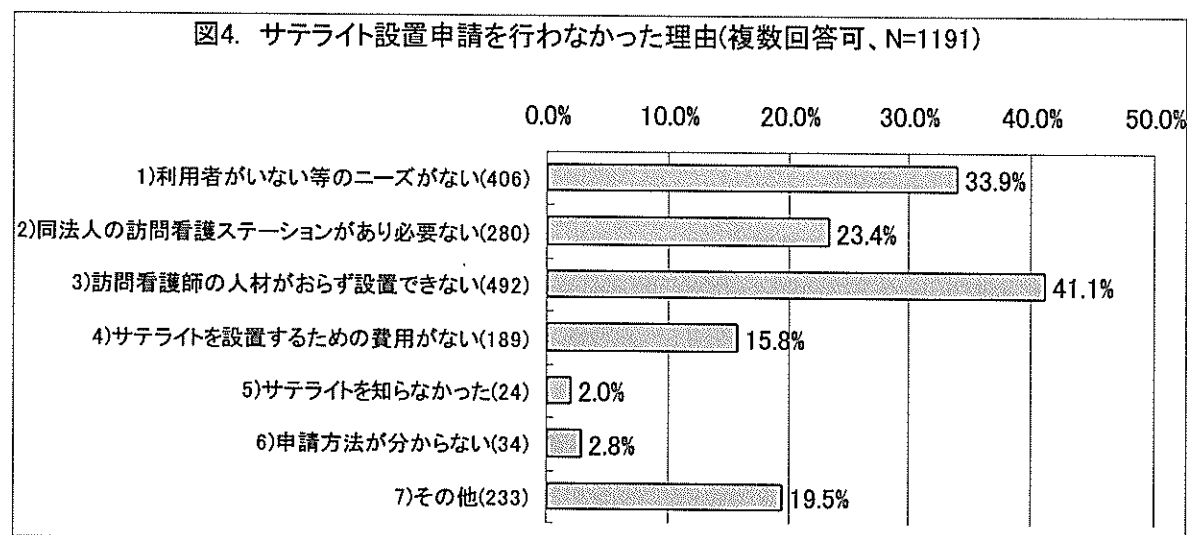
サテライト設置を拒否された 13 事業所の理由は、「厚生労働大臣が定める地域に該当しない」が 76. 9% (10 事業所) と最も多かった。そのほか、「県として認めていない (事業所なら認める)」、「事業所の望む条件に合わない (サテライト内でのカルテ保管禁止、機能はステーションより不十分だが 1 事業所とみなされてしまう)」「費用負担が増す」などの理由があった。

表 3. サテライト設置を拒否された年と拒否理由

平成 11 年	・ サテライトは同市内にあるが主たる事業所と遠いため
平成 15 年	・ 厚生労働大臣が定める地域に該当しないため (2 事業所から回答)
	・ 過疎地ではないという理由
平成 16 年	・ 厚生労働大臣が定める地域に該当しないため
平成 17 年	・ 厚生労働大臣が定める地域に該当しないため
平成 18 年	・ 主たる事業所が所在する市町村に隣接していないため
平成 19 年	・ 厚生労働大臣が定める地域に該当しないため
	・ 「①県としてはサテライトは認めない。事業所として立ち上げて欲しい。②サテライト内ではカルテ等保管を禁じる、及びサテライト事務所内では着替えや昼食をとるのみ」と言われたため
平成 20 年	・ 厚生労働大臣が定める地域に該当しないため
	・ 現在指定を受けているステーションがサテライトになっても、1 事業所としてみられるためサテライトは職員の休憩所、物置という意味であるので事業所として成り立ってはいけないため
年月日未記入	・ 厚生労働大臣が定める地域に該当しないため
	・ 平成 17 年 2 月県の出先機関にサテライト開設を願い出たところ「申請出しても絶対に許可しない。許可しなかった事業所もう 1 つある俺のところで許可しなきゃ申請出しても無理だ。」との回答でサテライトを断念しステーションを開設した。別件で訪れた際、担当者にサテライトでも許可するといわれたがそのままで現在に至る。厚生労働大臣の定める地域を見逃していたとの事であった。

5. サテライト設置の申請を行わなかった理由

1) サテライト設置の申請を行わなかった理由（複数回答）（図4.）



サテライト申請を行わなかった 1205 事業所のうち、サテライト申請を行わなかった理由を回答した事業所は 1191 事業所で、無回答は 14 事業所であった。

回答を得た 1191 事業所のうち、サテライトの申請を行わなかった理由で最も多かったのは、「訪問看護師の人材がおらず設置できない」の 41.1%（492 事業所）であった。次いで「利用者がいない等のニーズがない」の 33.9%（406 事業所）、「同法人の訪問看護ステーションがあり必要ない」の 23.4%（280 事業所）、「サテライトを設置するための費用がない」15.8%（189 事業所）などであった

その他の理由（自由記載）19.5%（233 事業所）には以下の内容に分類できた。

①事業所がサテライトを必要ないと考えている	4.5%	(75 事業所)
②自治体が認めていない、あるいは自治体が認めないと思っている	2.8%	(48 事業所)
③事業所の法人あるいは管理者の方針でサテライトを設置しない	1.9%	(32 事業所)
④事業所にとってサテライト設置の利点がわからない	1.6%	(27 事業所)
⑤事業所としてサテライト設置の予定がない	1.4%	(24 事業所)
⑥サテライトの基準・条件に当てはまらないと認識している	0.5%	(9 事業所)
⑦今後サテライトを必要と考えるが今はまだその時期でない	0.4%	(6 事業所)
⑧サテライト設置を検討している	0.3%	(5 事業所)
⑨事業所を立ち上げたばかりでサテライトの設置計画がまだない	0.2%	(4 事業所)
⑩訪問診療が確保されないため	0.1%	(3 事業所)

2)「自治体が認めていない、あるいは自治体が認めていないと思っている」ため申請を行わなかった事業所（48事業所）の内訳

①実際に認めないと言われた、あるいは認めていないことを知っていた 29事業所

都道府県：東京都（2事業所）、大阪府（厚労省の地域に当てはまらない）（3事業所）

市町村：

北海道札幌市（同一市内での設置認めず）（2事業所）、

栃木県上三川町（厚労省の地域でない）・高根沢町（サテライトは無理）（2）、

千葉県千葉市（厚労省の地域でない）・松戸市及び柏市（市として認めていない）（4事業所）、

埼玉県さいたま市（2事業所）（該当地域でない）、

神奈川県川崎市・藤沢市・横浜市（この地域が地域設置条件に当てはまらない）（3事業所）、

富山県金沢市（市として許可していない）（2事業所）、

石川県小松市（過疎地でない）（1事業所）、

三重県亀山市（厚労省の地域でない）（1事業所）、

京都府宇治市（認められないと聞いている）（1事業所）、

兵庫県神戸市（設置できなくなった）（1事業所）、

山口県周防大島町（県にだめと言われた）（1事業所）

愛媛県宇和島市・瀬戸市（認可しないと聞かれた）（2事業所）、

福岡県大野城市・篠栗町（近くにステーションがあるため）（1事業所）、

沖縄県宮古島市（訪問看護は認めていない）（1事業所）

②自治体が申請を認めていないと聞いた事業所 17事業所

都道府県：

千葉県（1事業所）、東京都（3事業所）、大阪府（5事業所）、岡山県（1事業所）

市町村：

北海道札幌市（1事業所）、千葉県茂原市（1事業所）、東京都豊島区（1事業所）、

京都府木津川市（事業所1）、兵庫県神戸市（1事業所）、福岡県福岡市（1事業所）、

福岡県大野城市（近くにステーションあり設置は無理と聞く）（1事業所）

③自治体不明 申請を断られる 2事業所

(3) まとめ

1. サテライト設置の申請を行ったことがある事業所は回答を得た 1,309 事業所のうち 104 事業所 (7.9%) であった。このうち申請が受理されたと回答した事業所は 86 事業所 (6.6%) であった。
2. サテライト設置申請を行った動機としては、「職員の利便性を高める」が 50 事業所 (48.1%) と最も多く、次いで、「利用者の拡大」45 事業所 (43.3%) であった。また、周辺からのニーズとして、「利用者のニーズ」及び「行政のニーズ」を合わせると 59 事業所 (56.7%) と 5 割以上の事業所が回答した。
3. サテライト設置によるメリットとしては、「移動距離または時間の短縮」と回答した事業所が、51 事業所 (49.0%) と最も多く、次いで、「訪問件数の増加」31 事業所 (29.8%)、「利用者のニーズへの対応」28 事業所 (26.9%) 「収入の増大」19 事業所 (18.3%) であった。
4. 申請を行わなかった理由には、「訪問看護師の人材がいない」492 事業所 (41.1%)、「利用者がいない等のニーズがない」の 33.9% (406 事業所)、「同法人の訪問看護ステーションがあり必要がない」23.4% (280 事業所)、「サテライトを設置するための費用がない」189 事業所 (15.8%) の順に多かった。また「申請方法がわからない」2.8% (34 事業所)、「サテライトを知らなかった」2.0% (24 事業所) もあった。

4. 訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関するモデル事業

(1) モデル事業の概要

①モデル事業の背景と目的

医療管理やがん末期等の多様なニーズを持ち、24時間365日適時・適切なサービス提供が必要な在宅療養者が急増しており、訪問看護ステーションへの期待が高まっている。

これらの訪問看護サービスへのニーズに応えるためには、安定的に訪問看護サービスを供給することが必要であり、そのためには、訪問看護事業所の経営安定化・効率化を図ることが急務の課題となっている。

本モデル事業は、訪問看護事業所の経営安定化・効率化を図るために、訪問看護の機能集約及び基盤強化に資するモデル事業を実施するものである。全国の複数地域において、以下の4つの内容のうち、地域特性や訪問看護事業所の特性等に合った内容をモデル的に実施することにより、そのプロセスや方法・効果等を明らかにすることを目的とする。

- 1) 大規模化（同法人）
- 2) ネットワーク化（別法人同士の連携）
- 3) へき地への訪問サービス展開
- 4) 住宅（アパート・マンション）への訪問サービス展開

なお、モデル事業を通じ、上記の4つの方法・内容等をできるだけ具体的に提示することにより、今後、全国の訪問看護事業所が地域特性や各事業所に合ったモデルを選択し、実現化できるようにする。

②モデル事業の分類

モデル事業の分類は以下の4つを設定し、各地域や事業所の特徴に応じて、実施するモデル事業の内容を検討した。

1) 大規模化（同法人）	<ul style="list-style-type: none"> ・同法人内の事業所同士が統合し、大規模化を行う。 ・1事業所あたり看護職員（常勤換算）10人以上を目安とする。
2) ネットワーク化（別法人同士の連携）	<ul style="list-style-type: none"> ・別法人の複数の事業所がネットワークを構築する。ネットワークによる機能としては、以下を想定した。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 夜間帯の訪問を分担・専門領域の訪問を分担 2. 利用者からの24時間電話対応を共同で実施 3. 訪問看護の問い合わせ（新規相談等）への電話対応を共同で実施 4. 衛生材料等の訪問看護用物品を共同で購入 5. パソコン、物品等の貸借・購入を共同で実施 6. 事務・請求業務を共同で実施 7. 訪問看護のPR・パンフレット作成等を共同で実施 8. 看護記録の様式を共同で使用 9. マニュアル類を共同で作成 10. ケア技術や管理・運営を相互に相談（コンサルテーション） 11. スタッフ教育を共同で実施 12. 人事交流・ローテーション 13. その他
3) へき地への訪問サービス展開	<ul style="list-style-type: none"> ・過疎地、移動時間がかかる地域、訪問看護サービス可能な事業所がない地域等の利用者へ訪問する。 ・サテライト設置によるへき地への訪問も含む。
4) 住宅（アパート・マンション）への訪問サービス展開	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者や低所得者等が多く住む住宅（県営住宅等のアパート）と健康管理を含めた包括サービス提供の契約を行う。

③モデル事業の対象地域

本モデル事業を実施した地域は6地域であり、各地域の特性や訪問看護事業所の特性を踏まえ、下記のような内容で実施した。

都道府県	実施事業名	事業内容
北海道	同一法人におけるネットワーク化 ー総合的ネットワーク化による事業展開	大規模化を行った訪問看護ステーションの本部に訪問し、統合までのプロセスや統合後の変化等についてヒアリング調査を実施。
	経営基盤を整え、多機能事業へ展開した事例 ー集合住宅に居住する高齢者等への訪問看護の展開	高齢者を入居対象とした集合住宅に隔週（月2回）1回1～2時間訪問し、一人10分程度で健康状態を把握し、健康等に関する相談を実施。 契約した住民（20名）に対しおよそ1人30分訪問を隔週で実施。
宮城県	同一法人における大規模化事例	大規模化を行った訪問看護ステーションに訪問し、統合までのプロセスや統合後の変化等についてヒアリング調査を実施。
栃木県	同一法人内におけるネットワーク化 ー経理、人事管理等事務業務の一元化	県看護協会立の8つの訪問看護ステーションで実施されている事務業務及び人事管理等の一元化（パソコン・物品等の賃借・購入を共同で実施、人事管理・給与管理を共同で実施）、事務・請求業務を共同で実施について導入過程、運用状況について質問紙調査およびヒアリング調査を行う。
	サテライトを活用した遠距離利用者への対応	訪問看護ステーションのない山間僻地へのサテライト事業所設置にむけたニーズ把握調査を実施
茨城県	異なる法人でのネットワーク化 1) 拠点ステーションを配置した訪問看護コンサルテーション事業の展開 2) 情報の集約化による訪問看護ステーション経営安定化に向けた早期支援モデルの展開	1) 訪問看護利用者に関する情報、訪問看護の体制、看護師の専門領域等に関する情報、新規依頼に関する情報等を集約化するシステム及び人材交流・ケア技術等を相互に相談できる体制の構築等 2) 離職等により看護職員を補充できない事業所に対し、早期に看護職員を紹介する体制の構築等 訪問看護のPR・パンフレット作成、就労希望者への相談支援を共同で実施

千葉県	<p>異なる法人でのネットワーク化</p> <p>ー訪問看護利用促進に向けた活動の展開</p>	<p>1) 地域基幹病院との連携促進を、病院と二次医療圏内訪問看護事業所連絡会とが共同で実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連絡会内の訪問看護事業所と病院との連携を促進するコーディネーター訪問看護師を病院内に配置。 <p>主な活動内容は、入院患者・家族、医師・看護師に訪問看護サービスの説明と利用相談、及び院内褥瘡チームの院内回診への同行などによる潜在的利用者の把握。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護利用を促進するための病院の退院調整体制の整備 <p>2) 医療圏内に総合訪問看護利用相談センター（仮称）を設置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護に関する問い合わせ（サービス内容、利用方法、事業所の紹介依頼など）への電話対応を共同で実施 ・訪問看護のPR・パンフレットを共同で作成配布
大阪府	<p>異なる法人でのネットワーク化</p> <p>1) 24時間連絡対応の共同実施</p> <p>2) 新規相談への対応の一元化</p> <p>3) 衛生材料等の訪問看護用品の共同購入</p> <p>4) ケア技術や管理・運営の相互相談</p> <p>5) スタッフ教育の合同開催</p> <p>6) 広報ツールの共同作成</p>	<p>1) 5箇所（箇所）の訪問看護ステーションが共同して24時間対応を必要とする利用者の状況を把握し、持ち回りで担当者表を作成し対応する</p> <p>2) キーステーションを置き新規利用者の問い合わせに応え、振り分けるシステムを構築する</p> <p>3) 訪問看護ステーションの一角に衛生材料等を設置し、必要に応じ払い出し、請求を行う仕組みを構築する</p> <p>4) 訪問看護ステーション共同で教育プログラムを立案し、実施する</p> <p>5) 経験3年未満の訪問看護師を対象にネットワークの中での勉強会を定期的を開催する。</p> <p>6) 同じ地域を共有している事業所が集まり、共通で使用できる広告用パンフレットを作成する</p>

(2) モデル事業の結果

1) 北海道における大規模なネットワーク化・住宅への訪問サービス展開

① 背景と目的

看護職員の確保が困難な地域や人口が少なく広域にわたる地域で、訪問看護ステーションの経営は難しく、訪問看護の需要にこたえるには工夫が必要である。

訪問看護の需要があるにも関わらず、訪問看護ステーションの自然発生が期待できない地域が多く含まれる北海道で、看護協会や医師会が主体となって、北海道や市町村の地方公共団体を会員とする第三セクターによる事業団で訪問看護ステーションを設立している。その事業団で協働して行っている業務内容等の訪問看護ステーションの運営の工夫や事業団の傘下にある訪問看護ステーションの統合による大規模化により運営を工夫した実際、モデル事業として同じく事業団の傘下にある訪問看護ステーションによる高齢者の共同住宅への訪問を行った実際をヒアリングすることによって、訪問看護事業所の経営の安定化に示唆を得ることを目的として調査を行った。

② 方法

ア. 事業団設立の経緯と運営概要

- a) 調査対象：A事業団の主幹(保健師)
- b) 調査方法：質問紙調査とヒアリング調査
- c) 調査内容：
 - ・ 事業団概要（経営母体、開設年、職員数と職種、業務内容）
 - ・ 事業団設立の経緯
 - ・ 傘下訪問看護ステーションの概要
 - ・ 本部と各訪問看護ステーションの役割分担
 - ・ 協働している業務内容
 - ・ 運営の工夫点
 - ・ 事業団の収支
 - ・ 今後の展望

イ. 統合による大規模化の経緯とその効果と課題

- a) 調査対象：A事業団傘下のB、Cステーション（ヒアリング調査対象者はA事業団の主幹）
- b) 調査方法：質問紙調査とヒアリング調査
- c) 調査内容：
 - ・ 開設主体、サテライト事業所の有無、加算等の状況、ターミナルへの対応、従事者数、利用者数、延べ訪問回数、緊急連絡回数、営業時間外の連絡体制、収支比率、損益を補填する支援の有無

- ・ 統合前の訪問看護事業所の概要・抱えていた課題
- ・ 統合までの全体スケジュール
- ・ 統合プロセス（法人内での決定プロセス／統合に必要な事務手続き／組織・職員体制の変更／職員の異動／利用者への説明／事業所の移転・引越し／訪問看護スケジュール変更等）
- ・ 統合プロセス上の課題・解決策（統合前の課題／統合中の課題／統合後の課題）
- ・ 統合前・後の経営収支の状況（収入／支出の項目別）
- ・ 統合前・後の利用者数・訪問回数の変化（利用者数／新規利用者数／訪問回数／訪問可能な利用者の状態等）
- ・ 統合前・後の職員数・職員負担の変化（職員数／夜間携帯当番回数／研修回数等）
- ・ 統合による利用者へのメリット・デメリット

ウ. 高齢者共同住宅への訪問の効果

- a) 調査対象：A事業団傘下のD、Eステーションの管理者及び訪問看護師
- b) 調査方法：質問紙調査とヒアリング調査
- c) 調査内容：
 - ・ 参加した訪問看護事業所の概要（開設主体、サテライト事業所の有無、加算等の状況、ターミナルへの対応、従事者数、利用者数、延べ訪問回数、緊急連絡回数、営業時間外の連絡体制、収支比率、損益を補填する支援の有無）
 - ・ 共同住宅への交渉内容（対象とする共同住宅の選定・特定方法／交渉先／交渉方法）
 - ・ 共同住宅との契約内容（契約主体／契約内容／費用／連絡方法等）
 - ・ 契約にあたっての課題・解決方法
 - ・ 提供したサービス内容（全員に共通のサービス／個別に応じたサービス）
 - ・ 共同住宅への訪問にかかる時間・人件費
 - ・ 共同住宅への訪問による事業所への影響（収支、職員への負担、訪問回数等）
 - ・ 共同住宅への訪問による住民へのメリット（事例含む）

エ. 倫理的配慮

研究計画書は山形大学医学部倫理審査委員会の承認を受けた。

③ 結果

ア. A事業団のネットワーク化の実際

a) A事業団の対象地域特性

A事業団の対象地域である北海道は212市町村あり、四方を太平洋、日本海、オホーツク海に囲まれ、雄大かつ変化に富む山岳、広大な湿原、美しい景観の天然湖沼などにより形成されている。気候は冷涼低湿で、梅雨や台風の影響をあまり受けない。83,456.38平方

キロメートル（うち北方領土 5,036.14 平方キロメートル）で日本総面積の約 22 パーセントを占める。人口は 557 万 1,770 人（平成 20 年）で日本の総人口の約 4.4 パーセントに当たる。世帯数は 261 万 7,825 世帯で、人口密度は 1 平方キロメートル当たり 66.76 人（平成 20 年）で全国平均の約 1/5 である。北海道は、札幌など大都市に人口が集中し、過疎地域などでは少子高齢化の進行、地域産業の衰退、生活関連サービスの減退などにより、地域経済の格差は顕著である。医療においても、保健医療従事者の地域偏在などにより、地域間の格差が顕著になっており、過疎地域などでは医療提供体制に支障が生じている。

在宅等（自宅、老人ホーム、介護老人保健施設）における死亡の割合は 9.9%と全国平均の 15.3%を大きく下回っている。在宅医療サービスの提供状況は、医療保険等による在宅サービスを実施している医療機関は、人口 10 万人当たりでは、病院が 7.1 施設、診療所が 17.8 施設となっているが、全国平均では病院 4.6 施設、診療所 27.1 施設となっており、診療所において大きく差が生じている。

また、医療機関のうち 35.2%が在宅サービスを実施しているが、全国平均の 38.1%を下回っている。在宅療養支援診療所は、平成 19 年 10 月現在、213 施設が届出を行っており、このうち札幌圏は 90 施設（全体の約 4 割）となっている。訪問看護ステーションは、平成 19 年 4 月現在、280 か所あり、このうち札幌圏には 108 箇所（全体の約 4 割）となっている。また、180 市町村のうち 61 町村では設置されていない。

b) A 事業団の運営の実際

1. A 事業団の概要

A 事業団は札幌市にある。訪問看護事業所が 57 箇所ある。事業団の組織図は図表 1 の通りであり、事務局に相当する本部職員は 25 名である。

すべての訪問看護事業所は立ち上げから事業団が関わっている。訪問看護ステーションは以下の種類がある。

メイン：管理者がいる通常の訪問看護事業所。

サブ：事務所があるが、管理者はメインにいる。

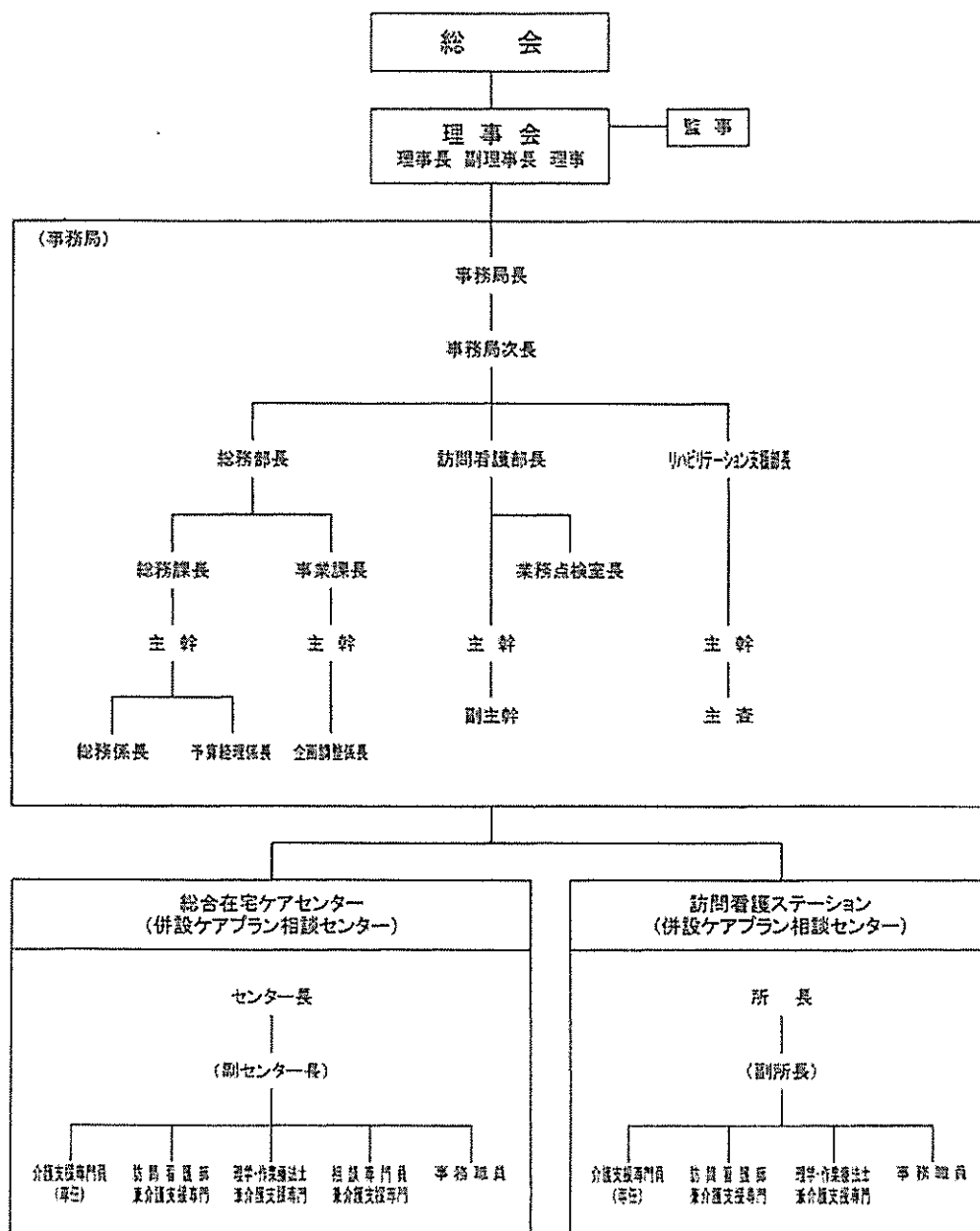
広域：事務所を構えない、範囲を広げる。

A 事業団は、平成 5 年、老人訪問看護制度ができ、札幌市内は医療法人が自主的に訪問看護ステーションを設立してきていたが、人口の少ない地域では、事業所としての収益が期待できないため、自主的な努力に頼っては、訪問看護ステーション設置がなされないだろうと考えられ、道看護協会が声をかけ、医師会と北海道行政とともに設立された経緯である。呼びかけに対し、賛同する市町村が参加し、その市町村に訪問看護ステーションを開設していった。

会費は、1 市町村、1 ステーションあたり 70 万円、会員となった市町村にステーション

をおくという方法で訪問看護ステーションを設立している。例：K市は2ステーションあるので、K市は140万円の会費を支払う。

図表 1 A事業団の組織図



2. 事務局と各訪問看護ステーションの役割分担

・事務局の役割

人事（常勤、所長採用）、請求業務、文書の提出（公印のあるもの）、全体研修、所長指導・支援

・訪問看護 ST の役割

人事（非常勤採用）、訪問看護提供、看護の質管理、利用者への対応、現任教育

3. 協働している内容

共同購入、パソコンの購入、事務・請求業務、PR、看護記録の様式の統一、マニュアル、ケア技術、管理・運営の相談、スタッフ教育、人事交流、ローテーション

4. 事業団設立のプロセス

社団法人を立ち上げ、理事を作り、理事会を持っている。事業団方式の説明会を各市町村で行い、賛同を得た市町村にステーションを設立していった。賛同を得た市町村では、整備検討委員会を立ち上げ（地元医師会、看護協会等関係者を入れた委員会とする）、どここの事務所に置くか、どのくらいの利用者の予定者がいるか等の地元調査をしていづろ、開設するかについて決定する。市町村、地元の保健師さんに利用者調査をしてもらい、利用者 20 人がいたら立ち上げるという基準で設立している。

平成 12 年の介護保険制度が始まる際、市町村は訪問看護ステーションがないことを解決するため、平成 12 年にステーションの駆け込み設立があり、20 人の利用者の基準に満たなくても設立したところもあるということであった。

最近では町の直営で行っていたが、赤字で事業団の傘下となったステーション、町の地元保健師が熱心に働きかけて開設にいたったステーション、もともと病院が経営していたステーションが、閉鎖するのでそのステーションが所在する町が事業団の会員となりその利用者を引きつぎ、町の施設を借りて実施するステーションがあるということであった。

5. 運営の工夫点

事務局所属の看護職の主幹が 3 年前より、3 名で訪問看護ステーション 57 箇所地区担当を持っている。所長たちからの相談を受け、自分の地区については経営、職員の状況に責任をもち、意図的に関わっている。自主的な相談のみ受けていたときに比べて、所長の成長を助けるようになったとのことであった。継続的にかかわれ、意図的に出入りすることによって所長のみではなくスタッフとも関わるので、スタッフからも直接相談されることも多くなったようである。

6. 課題と展望

事業団を設立し、訪問看護ステーションを設置しにくい地域にも積極的に訪問看護を届けてきた。現在、事務局に所属する3名の看護師が、57事業所の支援に係っているが、それでも十分ではなく、マニュアルの更新、教育プログラムの実施などにおいて追いついていかない状況があると報告されている。これら管理業務が訪問看護ステーション管理者の双肩にかかっているとすれば、看護管理業務をこなすことはかなりの困難であることが分かる。管理者が孤立しないようなサポート機能を有するセンターがあることで、スタッフ教育やサービスの質保証について、今後更に充実させていくことが課題となっている。

また看護師の確保が困難な地域も発生してきている。会費を削減してほしい、脱会したいという会員も出始めている中、事業団のメリットを更に活用して、人材確保策、訪問看護ステーションの維持を図っていく施策を展開することが必要である。

今後は、事業団以外の訪問看護ステーションに対する支援についての要望に対しても応えていくことができるよう取り組んでいく必要性が指摘されていた。

イ. 統合による大規模化の経緯とその効果と課題

a) B、Cステーションの概要

A事業団の傘下にあるaステーションとbステーションが平成17年10月に統合し、Bステーションとして、そしてc、dステーションが平成18年7月に統合し、Cステーションとして大規模化が図られた。大規模化の経緯は、bステーションとdステーションが、訪問看護ステーションの運営基準である常勤換算2.5人の看護師配置数を下回った状態が続いており、保健所による実施指導により指導を受け、介護報酬の返還を要求されたため、配置基準を満たすこと、経営効率を図る目的から統合を行った。

bステーションは、b' と b'' の2つのサテライトサブステーションを有しており、b、b'、b'' が所在する3町がA事業団の会員であったが、統合にあたって、それらの3町関係者との協議を経て、b と b' はBステーションのサブステーションとして残ることとなり、b'' は廃止し、b'' ステーションが所在していた町は会員を脱会することとなった。

Cステーションは、c、d2つのステーションが統合し、1つのステーションとなった。

b) 統合による利点と課題

統合によって、B、Cステーションとも人員確保が統合前より容易となり、収支が増加、もしくは赤字幅が縮小した結果に結びつき、経営を効率的に行うことに結びついたといえる(図表2～7)。

しかし、大規模化により、管理者の管理範囲が拡大したため、管理者の運営能力が問われるようになったこと、また、今まで主として運営されていた事業所がサテライトと変更されることによって、今まで管理者として行っていた者の志気意欲の低下等があり、職員のマoral向上や教育といった視点での支援が必要であると考えられる。

図表 2 Bステーション職員の増減 (単位:人)

	統合前			統合後
	STa	STb	合計	
看護職員常勤換算数	3.5	2.5	6.0	6.0
全職員常勤換算数	3.5	2.5	6.0	6.0

図表 3 Bステーション訪問の状況 (1ヶ月あたり)

	統合前									統合後		
	STa			STb			合計			介護	医療	合計
	介護	医療	合計	介護	医療	合計	介護	医療	合計			
利用者数	42	9	51	17	1	18	59	10	69	49	10	59
延訪問回数	166	46	212	74	2	76	240	48	288	214	42	256
緊急連絡回数(電話)	0	0	0	2	0	2	2	58	2	0	0	0

図表 4 Bステーション統合前統合後の収支比較 (単位:円)

	統合前			統合後
	STa	STb	合計	
事業収益	1,969,020	691,219	2,660,239	2,439,678
事業費用	1,510,048	1,175,815	2,685,863	2,234,068
事業外収益	0	0	0	0
事業外費用	0	0	0	0
特別損益計	0	0	0	0
収益計	1,969,074	691,219	2,660,293	2,439,678
費用計	1,510,048	1,175,815	2,685,863	2,234,068
収支	459,026	-484,596	-25,570	205,610

図表 5 Cステーション職員の増減 (単位:人)

	統合前			統合後
	STc	STd	合計	
看護職員常勤換算数	4.6	3.0	7.6	6.3
全職員常勤換算数	5.1	3.5	8.6	6.8

図表 6 Cステーション訪問の状況 (1ヶ月あたり)

	統合前									統合後		
	STc			STd			合計			介護	医療	合計
	介護	医療	合計	介護	医療	合計	介護	医療	合計			
利用者数	47	6	53	9	9	18	56	15	71	62	13	75
延訪問回数	234	51	285	54	56	110	288	107	395	305	99	404
緊急連絡回数(電話)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

図表 7 Cステーション統合前と統合後の収支比較

	統合前			統合後
	STc	STd	合計	
事業収益	3,034,641	1,271,230	4,305,871	3,681,723
事業費用	3,658,741	2,462,808	6,121,549	5,257,428
事業外収益	0	0	0	0
事業外費用	0	0	0	0
特別損益計	0	0	0	0
収益計	3,034,641	1,271,230	4,305,871	3,681,723
費用計	3,658,741	2,462,808	6,121,549	5,257,428
収支	-624,100	-1,191,578	-1,815,678	-1,575,705

ウ. 高齢者共同住宅への訪問の効果

a) D、Eステーションと対象地域の概要

Dステーションがある北見市において、訪問看護は平成7年から提供されている。

現在の課題として、①近年、利用者数は横ばいであり、収支安定のために緩やかな上昇にもっていく必要がある、しかし、現在限定された関係機関、医師から紹介になっており、あらたな利用者の発掘のための方策が必要である、②利用者の増減がある中、訪問看護師を安定的に確保し、人員の余裕をもって対応することが必要である、そのために、一定の訪問述べ回数利用者数を維持することが必要である、ことが挙げられる。

Eステーションがある枝幸町では、①町内に2箇所の国保病院と1箇所の開業診療所のみで医療サービスの不足とそれにともないマンパワーも不足している。②町民が利用する主な専門医療機関は名寄市・旭川市と遠方にあり、他の医療・福祉サービス間の連携を取りづらいため、③季節により交通事情（特に冬季の吹雪）により、訪問サービスの提供に障害を来す、④高齢化率(H18年3月末現在人口9943人内65歳以上25.2%、75歳以上11.8%)が高い、ことが課題として挙げられる。

Dステーションは常勤換算で看護職が10.62人、そのほか、PT・OT・STが常勤換算で0.5人の大規模なステーションであり、Eステーションは看護職が常勤換算で3.5人、所長以外の看護職は准看護師で、所長も町立病院の看護師を人事交流で派遣してもらっているという小規模なステーションであるという特徴がある。

b) 訪問した共同住宅の概要と訪問に至る経緯

Dステーションは民間の会社が経営している下宿のような位置づけの高齢者住宅2件、合計14名、Eステーションは高齢者が住む住宅のみ提供している町営住宅1件、合計20名へ訪問を行った。Dステーションの訪問対象の1件の共同住宅の入居者は介護度2から5にわたり、平均で要介護度4ほどであった。もう1件は平均要介護2くらいの要介護度であり、認知症の方が多く、いずれも訪問介護を介護保険で利用している利用者であった。Eステーションの訪問対象者は、自立から要支援であり、訪問介護を利用している入居者が5名いた。

Dステーションは、共同住宅施設長と契約し、利用者とも契約を交わしたが、契約書をすべてもらえず（本人が同意とれる状況ではなく、家族とも会えないため）、施設長から許可をもらって訪問に入った。Eステーションは、入居者と契約を交わした上で訪問を行った。

c) 訪問で提供した看護内容

両ステーションでは、利用者1名につき2週間に1度、月2回訪問を行い、Dステーションは共同住宅施設1施設あたり2名の看護職、合計看護職4名で訪問を行い、Eステーションでは、5名の看護職が訪問を行った。Dステーションは1施設、1時間から2時間程度の訪問時間がかかり、Eステーションは利用者1人あたり、30分の訪問時間であった。

いずれも訪問看護の内容は利用者に対し、バイタルサイン測定を行い、その結果に応じて健康指導を行ったり、話し相手をする、健康相談に応じる、受診を勧める、生活指導を行う等の看護を提供した。また、必要に応じて介護支援専門員（2事例）や地域包括支援センター（2事例）へ情報提供を行った。訪問終了後、D、E両ステーションで各1事例、合計2事例が訪問看護の契約につながった。

Dステーションは、共同住宅であったため、各施設のデイルームに入居者を集めて健康チェックや相談に応じたため、職員の負担はそれほど多くはなかったが、Eステーションは戸別訪問であったため、夫婦以外は1件1件、別に訪問時間をとったため、職員の負担は大きかった。

d) 高齢者共同住宅への訪問看護による事業所や住民への利点

Dステーションの対象者は要介護度が高く、医療依存度の高い方も多く、訪問看護の介入をしたほうがよいケースが多かった。Eステーションの対象者は、医療依存度や要介護度が低い方が多かったが、訪問中にも入院するケースがあったりと潜在的リスクが高く、日常的な健康管理が必要な入居者がほとんどであった。訪問看護職による健康管理は利用者にとっては非常に利点が多く、住民自身もそれを実感していた。

事業所にとって共同住宅への訪問看護は、今回のモデル事業により実際に2件の訪問看護契約へ結びついたこともあり、負担にならない程度の件数であり、収益の保障があれば、利点は大きいと考える。

e) 高齢者共同住宅への訪問看護から訪問看護利用者へつなげるための課題

Dステーションで対象となった施設の経営母体は民間であり、経営者は利用者の潜在的なリスクについて認識していず、要介護度や医療依存度が高くても、医療職を配置しないままの人員体制で利用者を引き受けるというどちらかといえば利益優先の経営であり、利用者が訪問介護や介護支援のサービスを受けている場合は、共同住宅の経営母体が経営している訪問介護事業所や居宅介護事業所のサービスを利用しているという特徴があった。

そのため、介護保険の限度額内で使えるサービスに違う経営母体である訪問看護サービスをあてるという考え方はなさそうであるということであった。また、この共同住宅の利用者は要介護度が高く、自分で判断できる利用者が少なく、キーパーソンは家族となるが、家族も住宅にお任せという状態で利用者を預けているという現状であり、そこに訪問看護が入り込む余地がなさそうであった。現在、グループホームには、制度として訪問看護と契約するという形態ができていたので、家族にもそれを前提で説明もしており、必要に応じて、きちんと訪問看護にも依頼があるので、グループホームとの連携は円滑にしている。グループホームほどの基準でなくともある程度、高齢者住宅に対しても制度が後押しする必要があるのではないかというDステーションの所長の意見であった。もしくは、民間の建設会社が高齢者住宅を建設する段階から、訪問看護ステーションと組み、訪問看護ステーションが主体的に関わる連携体制がとれば、利用者にとっても理想的な高齢者住宅ができると思われる。しかし、そのような体制をとるには、訪問看護ステーションが安定した経営を行っており、余裕がないと無理であると思われた。

一方、Eステーションは町営の住宅居住者が対象となったが、訪問した訪問看護職からみて、継続的に訪問看護を受ける必要のある入居者もいたが、年金で細々と生活している方がほとんどであり、経済的理由から訪問看護を利用できない入居者も多くいることが明らかとなった。このような高齢者には地域包括支援センターによるフォローが妥当なのだろうが、地域包括支援センターの業務が多く、そこまで手が回らないのが現状であり、行政のサービスとして訪問看護に委託で健康管理を行うことができれば、住民にとっても訪問看護にとっても有益であると考えられる。

2) 宮城県における大規模化

① 背景と目的

現在の在宅医療推進の医療改革により、訪問看護ステーションに対する期待はますます高まっている。しかし、急性期医療でも看護職員の確保が重要課題となっている中で、訪問看護ステーションで人材確保するのは困難な背景もあり、訪問看護の需要にこたえるには工夫が必要である。

複数の訪問看護ステーションを経営している経営主体傘下の訪問看護ステーションにおいて、人員確保に課題のあるステーション同士統合し、大規模化した2事例の実際をヒアリングすることによって、訪問看護事業所の経営の安定化に示唆を得ることを目的として調査を行った。

② 方法

ア. 調査対象: A経営母体傘下のB、Cステーション（ヒアリング調査対象者はAの訪問看護副室長と各ステーションの所長）

イ. 調査方法: 質問紙調査とヒアリング調査

ウ. 調査内容:

- ・ 開設主体、サテライト事業所の有無、加算等の状況、ターミナルへの対応、従事者数、利用者数、延べ訪問回数、緊急連絡回数、営業時間外の連絡体制、収支比率、損益を補填する支援の有無
- ・ 統合前の訪問看護事業所の概要・抱えていた課題
- ・ 統合までの全体スケジュール
- ・ 統合プロセス（法人内での決定プロセス／統合に必要な事務手続き／組織・職員体制の変更／職員の異動／利用者への説明／事業所の移転・引越し／訪問看護スケジュール変更等）
- ・ 統合プロセス上の課題・解決策（統合前の課題／統合中の課題／統合後の課題）
- ・ 統合前・後の経営収支の状況（収入／支出の項目別）
- ・ 統合前・後の利用者数・訪問回数の変化（利用者数／新規利用者数／訪問回数／訪問可能な利用者の状態等）
- ・ 統合前・後の職員数・職員負担の変化（職員数／夜間携帯当番回数／研修回数等）
- ・ 統合による利用者へのメリット・デメリット

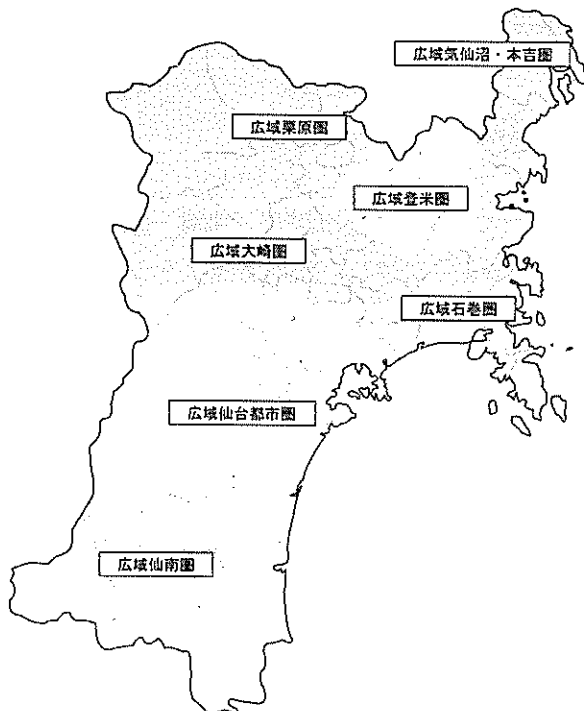
エ. 倫理的配慮: 研究計画書は山形大学医学部倫理審査委員会の承認を受けた。

③ 結果

ア. 対象ステーションの対象地域特性

宮城県は、36市町村で構成され、総面積7,285平方キロメートル、東は太平洋に面し、西

には蔵王・船形・栗駒などの山々が連なり、中央部には有数の穀倉地、仙台平野が広がる。平成17年国勢調査によると、宮城県の人口は2,360,218人であり、大正9年の第1回国勢調査以来初めての減少に転じ、平成27年には229万人になると推定されている。仙台医療圏の人口が全県下の人口の62.0%を占め、人口の集中が進んでいる。平成17年の65歳以上人口の割合は19.9%であり、平成27年には25.8%になると推定されている。平成17年の宮城県の総世帯数は、865,200世帯、一世帯当たりの平均人員は2.7人であり、全国平均の2.6人をやや上回っている。総世帯数は増加傾向にある一方で、一世帯当たり人員の減少傾向が進んでいる。単独世帯の構成割合は、仙台医療圏が33.6%で最も高い。三世帯世帯の構成割合が高いのは、栗原、登米医療圏（30%以上）であり、低いのは仙台医療圏（8.4%）である。出生率（人口千対）は昭和48年から減少傾向、死亡率（人口千対）は平成2年から増加傾向にあり、平成17年は死亡率が出生率を上回っている。平成18年の宮城県における死因の第1位は悪性新生物で、全死因に対する割合では30.4%を占めている。第2位、第3位に心疾患、脳血管疾患と続き、三大生活習慣病で全死因の60%を占めている。平成17年の宮城県の介護保険における要介護（要支援）認定状況（65歳以上人口10万対）をみると、総数及び比較的介護の必要度が低い要支援及び要介護1～3までの認定者は、全国値を下回っているが、介護の必要度が高い要介護4及び5の認定者は全国値を上回っている。2次医療圏は以下の7圏域に分けられている。



県内に在宅医療の中心的な役割を担う訪問診療実施医療機関は270箇所（うち在宅療養支援診療所は86箇所）、訪問看護ステーションは99箇所あるが、それらを医療圏別人口比率で見ると、地域的な偏在が伺われ、均衡ある体制づくりが求められている。宮城県訪問看護推進協議会では、訪問看護師の人材確保が各訪問看護ステーションの課題となって

いることがあげられている。調査対象となったAステーションは仙台市内にあり、Bステーションは仙南圏域にある。

イ. 大規模化の経緯

Aステーションは、平成19年10月1日に同じ仙台市の青葉区内にあり、訪問エリアが重複していたaステーションとbステーションが統合してできた。統合前のaステーションは常勤換算4.1人、bステーションは4.3人であった（平成19年4月時点）。仙台市青葉区は人口28万人に訪問看護ステーションが12箇所あり、他地域の人口3-4万人にステーションが1ヶ所に比べ事業所数が多いという特徴があった。

Bステーションは、平成20年7月1日にcステーションとdステーションが統合してできた。統合前のcステーションは常勤換算4.3人、dステーションは3.7人であった。Cステーションは柴田町、dステーションは角田市にあり、仙南地区を両ステーションが担当していた。

両ステーションとも、看護職員の人員確保の困難、利用者の重症化への対応困難、利用者の減少等の課題を解決することが統合の目的であった。統合の方針を決定してから4、5ヶ月で統合にいたった。統合のプロセスは経営母体の理事、訪問看護ステーション室、ステーション所長等による会議を3~7回もち、職員、利用者、行政、関係機関への説明を経て統合にいたった。いずれも市町等の行政から要請されて市町の公的な場所を借りてステーションを設立した経緯があったため、行政に対しての説明や手続きも経て統合した。両ステーションともに、利用者への訪問体制、職員の利便性、他事業所、病院等の利便性を考慮し新たに事務所を開設し両方がそこに移転したため、事務所を決めるのが大変であり3ヶ月ほど要していた。

Bステーションは訪問エリアが広域のため、統合する前からあったサテライトをそのまま継続し、2つのサテライトを有している。

両ステーションとも職員がそのまま統合して業務にあたっているため、1つのステーションに事務員が2人いる状態であったり、1年契約のリース関連物品がそのままになっているが、いずれ、効率化を図っていく予定であるとのことであった。

統合することで、職員数が増加したため、Aステーションは朝晩短時間ミーティングを行う、Bステーションはサテライト職員から毎日FAXで訪問の報告を受けるようにする等、情報共有の工夫を行っていた。そのほか、Aステーションは、訪問計画書に関する記録類が異なっていたため、本部統一の様式に統一し、Bステーションは、統合により広域となり、本所所在地から訪問距離数が長いため、本所に出勤してから訪問を行う場合、訪問開始時間を30分遅くし、1サテライトについては、直行とし、訪問終了後、本所に帰ることとしていた等の工夫を行っていた。また、Bステーションは、所長の下に2人係長を置き、2人にスケジュールの調整を行う等の工夫も行っていた。

ウ. 大規模化のメリットとデメリット

大規模化によるメリットとして、両ステーションともステーション規模の拡大、一定の職員数が集約されたことにより、24時間携帯当番の回数減、研修に参加しやすくなった、管理者が管理業務に費やす時間が増加した、利用者の増減に対して、職員の流動的配置がしやすくなったというメリットがあった(図表8~15)。

Aステーションは、統合することで経費の節減となったが、Bステーションは、訪問エリア拡大による移動経費が増加したり、年間契約のリース代を支払っているせいもあり、今のところ、あまり変化はなく、家賃は公的施設から出て、事務所を新たに借りたため、統合前の合算より30%増加している。

Bステーションでは、介護保険利用者が多く、比較的長期間利用者が多い角田地域と、医療保険利用者が多く、ターミナル期で短期間の利用者が多い柴田地域が統合し、収支は安定した感じがあるということであった。

利用者にとってのメリットとして、新規利用者を以前より円滑に引き受けるようになったり、さまざまなニーズの利用者を引き受けやすくなったことが挙げられた。

Bステーションでは、移動距離が長くなったことで、医療保険の利用者の一部自己負担が増えたことがあるが、今のところ、苦情はないとのことであった。

図表 8 Aステーション職員の増減(単位:人)

	統合前			統合後
	aST	bST	合計	
看護職員常勤換算数	4.8	4.3	9.1	9.3
全職員常勤換算数	5.8	5.3	11.1	10.3

図表 9 Aステーション訪問の状況(1ヶ月)

	統合前									統合後		
	STa			STb			合計			介護	医療	合計
	介護	医療	合計	介護	医療	合計	介護	医療	合計			
利用者数	37	16	53	33	14	47	70	30	100	73	32	105
延訪問回数	215	140	355	184	103	287	399	243	642	477	230	707
緊急連絡回数(電話)	2	0	2	1	0	1	2	1	3	0	8	8

図表 10 Aステーション統合前と統合後の収支比較(単位:円)

	統合前			統合後
	STa	STb	合計	
事業収益	3,435,112	3,670,432	7,105,544	6,018,077
事業費用	2,582,356	2,575,479	5,157,835	4,853,456
事業外収益	0	0	0	0
事業外費用	0	0	0	0
特別損益計	0	0	0	0
収益計	3,435,112	3,670,432	7,105,544	6,018,077
費用計	2,582,356	2,575,479	5,157,835	4,853,456
収支	852,756	1,094,953	1,947,709	1,164,621

図表 11 Aステーション携帯当番回数の変化

	統合前			統合後
	STa	STb	合計	
携帯当番参加人数	4	4	8	8
携帯当番参加人数(事業所平均)	4.0			8.0
一人あたり当番回数(事業所平均)	7.5	7.5	7.5	3.8

図表 12 Bステーション職員の増減(単位:人)

	統合前			統合後
	STc	STd	合計	
看護職員常勤換算数	4.4	4.7	9.1	7.9
全職員常勤換算数	5.4	5.7	11.1	9.9

図表 13 Bステーション訪問の状況(1ヶ月)

	統合前									統合後		
	STc			STd			合計			介護	医療	合計
	介護	医療	合計	介護	医療	合計	介護	医療	合計			
利用者数	44	13	57	50	18	68	94	31	125	82	33	115
延訪問回数	232	95	327	239	86	325	471	181	652	452	215	667
緊急連絡回数(電話)	8	2	10	15	3	18	23	5	28	8	3	11

図表 14 Bステーション統合前と統合後の収支比較(単位:円)

	統合前			統合後
	STc	STd	合計	
事業収益	4,092,000	3,702,242	7,794,242	7,292,725
事業費用	3,522,616	3,499,283	7,021,899	6,734,300
事業外収益	3,000	1,350	4,350	5,000
事業外費用	0	0	0	0
特別損益計	0	0	0	0
収益計	4,095,000	3,703,592	7,798,592	7,297,725
費用計	3,522,616	3,499,283	7,021,899	6,734,300
収支	572,384	204,309	776,693	563,425

図表 15 Bステーション携帯当番回数の変化

	統合前			統合後
	STc	STd	合計	
携帯当番参加人数(延べ)	4	4	8	8
携帯当番参加人数(事業所平均)	4.0			8.0
一人あたり当番回数(事業所平均)	7.0	7.0	7.0	3.5

3) 栃木県におけるネットワーク化・へき地への訪問サービス展開

① 背景と目的

県内8市町村で訪問看護事業を展開している(社)栃木県看護協会とちぎ訪問看護ステーションでは、平成14年度よりステーション本部を置き、報酬請求等の事務業務や管理業務の共同実施を行っている。こうした取り組みは、全国でもまだ少なく、センター化により複数ステーションの機能集約の基盤整備を進める上で先駆的なモデルであると考えられる。

そこで、本研究では、(社)栃木県看護協会訪問看護ステーション本部で実施されている事務・請求業務の共同実施の導入過程および運用を可視化するとともに、その効果について検証し、各都道府県や地域において、こうした取り組みを新たに導入するために必要な要件を明らかにした。

また、こうしたネットワーク化を踏まえた上で、本研究では、訪問看護が提供されていないへき地への訪問看護サービス提供の可能性を探るモデル事業を実施し、訪問看護サービス提供を可能にするためには、どのような条件を整備すればよいかを明らかにした。

② 方法

ア. 訪問看護ステーションにおける請求業務の過程の把握

a) 調査対象：

1. 報酬請求等の共同実施を行っている栃木県看護協会立訪問看護ステーション8ヶ所の各管理者
2. 栃木県内の「1.」以外の訪問看護ステーションの管理者

b) 調査方法：質問紙調査+ヒアリング(平成21年1月～2月に実施)

c) 調査内容：

- 事業所属性：設置主体、同一法人内における医療機関等の併設状況、人員体制(訪問看護従事者、事務職員等)、訪問看護の実績(利用者数、訪問件数等)、訪問看護業務以外の管理業務の担当状況、経営状況等
- 介護報酬・診療報酬の請求業務の実際：診療報酬・介護報酬請求業務の実施状況、報酬請求業務に係る所要時間(1ヶ月間)
- 介護報酬・診療報酬の請求業務の共同実施導入の意向・課題 等

d) 分析方法

1. 診療報酬・介護報酬請求業務の実際の流れや手順を経時的に記述
2. ステーション本部と(報酬請求業務)

イ. 本部による共同実施体制構築の経過・実施業務、各ステーションとの役割分担の把握

- a) 調査対象：栃木県看護協会立訪問看護ステーション本部 理事・事務担当者
- b) 調査方法：留め置き式ヒアリング調査
- c) 分析方法：業務内容に沿って記述、構造化

ウ. 山間へき地への訪問看護サービス提供のための条件整備

a) 方法

1. モデル事業実施についての協力要請・協議
2. 対象地域の視察および関係者へのヒアリングによる訪問看護ニーズの把握
3. サテライト事業所設置の検討

b) 分析方法：上記プロセスを記述するとともに、山間へき地に新たに訪問看護事業を開始するための条件および基盤整備の過程を整理する。

エ. 倫理的配慮

全国訪問看護事業協会倫理審査委員会による承認を受けた（全訪協発第 101 号）。

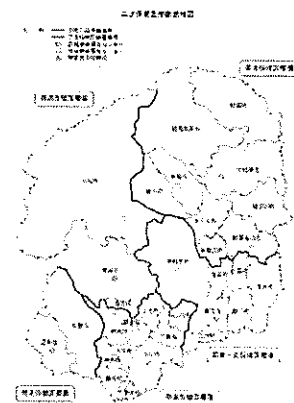
③ 共同実施体制構築の結果

ア. 介護報酬・診療報酬請求業務の共同実施体制の構築の実際

a) モデル事業対象地域および訪問看護ステーションの概要

栃木県は、平成 20 年 7 月 1 日現在、人口 2,013,600 人の日本のほぼ中央に位置する。二次医療圏は県北、県西、県東、県南、両毛の 5 つで構成されており、圏域別の高齢化率は、両毛保健医療圏が 23.1% と最も多く、全体的にみると県西地区において高齢化がより進んでいる傾向がみられる。

栃木県の訪問看護ステーションの数は平成 20 年 8 月現在 57 ヶ所であり、平成 12 年以降 60 前後で推移している。人口 10 万人当たりの事業所数は 3 事業所である（平成 17 年 10 月 1 日現在、人口 10 万人あたりの事業所数 全国 4.2 事業所）。57 か所のうち、52 ヶ所が「栃木県訪問看護ステーション協議会」に加盟している（図表 16）。



図表 16 栃木県訪問看護ステーション協議会編成ブロック別加盟ステーション数（52 ヶ所）

ブロック	訪問看護事業所のある地区・市町村別加盟ステーション数	合計
県北	県北地区：大田原市(3)、矢板市(1)、那須塩原市(2) さくら市(1)、高根沢町(1)	8
県東	県東地区：真岡市(2)、市貝町(1) 宇都宮地区(市東部)：宇都宮市(5) 県南地区：下野市(2)、野木町(1)、壬生町(1)	12
県央	宇都宮地区(市北部・西部、南部・中央部)：宇都宮市(11) 県西地区：日光市(1)	12
県南	県西地区：鹿沼市(1)、西方町(1) 県南地区：小山市(4) 栃木市(6)	12
安足	安足地区：足利市(5)、佐野市(3)	8

平成 20 年 8 月 18 日現在

b) 共同実施を行っている8市町村8か所の訪問看護ステーションの概要

介護報酬・診療報酬等の事務業務・管理業務の共同実施は、栃木県内8市町村（宇都宮市 日光市 大田原市 高根沢町 市貝町 壬生町 小山市 足利市）に設置されている8ヶ所の栃木県看護協会立のとちぎ訪問看護ステーションおよびステーション本部で行われている。以下に今回の対象となったとちぎ訪問看護ステーションの概要を示す。

図表 17 栃木県看護協会立とちぎ訪問看護 ST の概要（平成 20 年 8 月現在）

	A	B	C	D	E	F	G	H
開設年	1994	1997	1997	1998	1999	2000	2000	2000
看護職員人数 (常勤換算数)	常5非5 (7.44)	常1非5 (3.82)	常7非9 (12.36)	常2非3 (2.93)	常2非3 (3.39)	常4非0 (3.87)	常1非6 (3.34)	常4非8 (7.40)
事務職員配置 (常勤換算数)	無	無	有 (1.0)	無	無	無	無	無
居宅介護支援 事業所併設の 有無	有	無	有 (所長兼 務)	有 (所長 兼務)	無	無	有	有 (所長 兼務)

c) ステーション本部の概要

本部は宇都宮市に所在しており、とちぎ訪問看護ステーションうつのみやのある栃木県看護協会研修センター内に設置されている。平成 20 年 8 月現在のステーション本部の人員体制は、図表 18 のとおりである。

図表 18 ステーション本部の人員体制

	従事者数
本部長(保健師、看護師)*	1人(常勤換算数 0.8人)
事務職員	常勤専従者:3人 ※うち1人は育休中、現在は2人 非常勤者2人(常勤換算数 1.3人)

* 栃木県看護協会常任理事を兼務

d) ステーション本部と各訪問看護ステーションとの連携について

ステーション本部と各訪問看護ステーションとの連携について、平成 21 年 2 月に実施した調査結果をもとに、以下に述べる。

1. 会議の実施状況

ステーション本部と栃木県看護協会立8ヶ所の訪問看護ステーションでは、ネットワークの強化のため、月1回1日のペースで、8ヶ所の訪問看護ステーションの管理者がステーション本部に集まり、管理者会議を実施していた。また、給与、活性化等特定のテーマ等、期間限定で月1回半日ワーキング会議が開催されていた。

2. ステーション本部と各訪問看護ステーションとの連絡の状況

ステーション本部と各訪問看護ステーションとの連絡状況については、平成 20 年 11 月

では、本部から訪問看護ステーションへの連絡は週 17 件（報酬請求業務は毎日）、訪問看護ステーションから本部は週 15 件（報酬請求業務は毎日）行われていた。ただし、訪問看護ステーションによって連絡方法や頻度は異なっており、電話、メール、ファックスにより、1日に複数回連絡がある訪問看護ステーションがある一方で、週によってはほとんど連絡のない訪問看護ステーションもあるようである。内容は、報酬請求業務に関するだけでなく、その他の事務業務、管理業務に関する事など多岐にわたっていた。

イ. ステーション本部による介護報酬・診療報酬請求業務の共同実施体制構築の経過

a) ステーション本部による報酬請求業務の共同実施開始まで経過

（社）栃木県看護協会とちぎ訪問看護ステーション本部において、報酬請求事務等の共同実施が開始された経過について、図表 19 に示した。

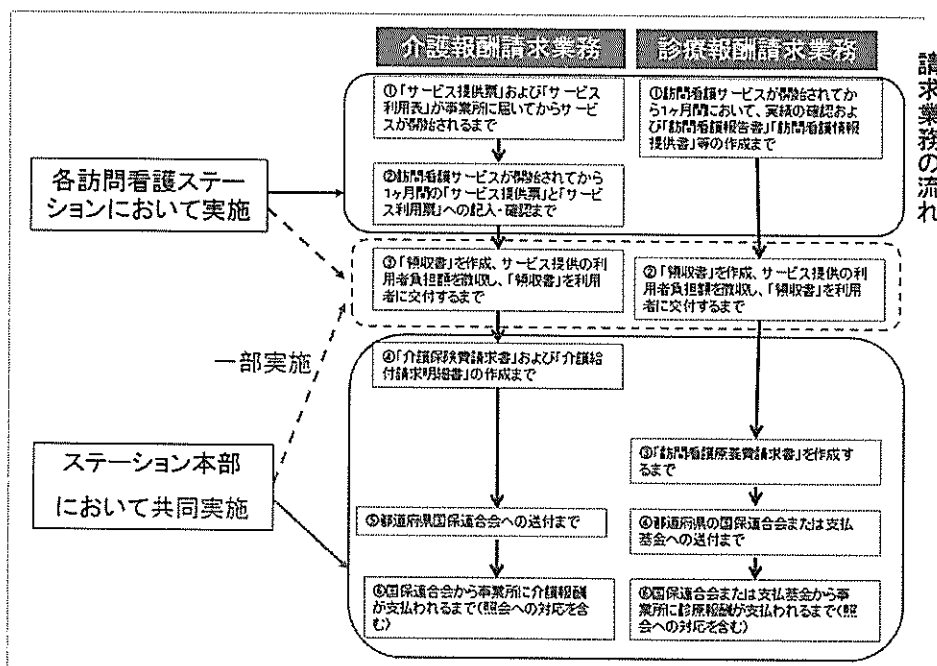
図表 19 本部による報酬請求業務の共同実施開始まで経過

時期	経過
1994 年4月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栃木県看護協会立とちぎ訪問看護ステーション開設(A) ・ 事務・管理業務に係る時間の確保困難なため、管理者が自宅に持ち帰り、家族が事務業務を実施
1997 年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 非常勤の事務職員を雇用し、診療報酬請求業務および給与事務を行う ・ 新たに2ヶ所に栃木県看護協会立とちぎ訪問看護ステーション開設 ・ 新設された2ヶ所のステーションの事務業務をステーションAに配置された非常勤事務職員が対応できず、各ステーションの所長が事務業務を行った ・ ステーションAにおいても、非常勤の事務職員だけでは、報酬請求業務等の事務業務や給与計算が困難になり、「訪問看護が多忙になり、事務業務を行う時間が無い」との意見が出されるようになり、事務業務量の軽減が法人内3ヶ所のステーションでの課題となった
2000 年8月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1998 年から 2000 年にかけて新たに6ヶ所のステーションが開設され、合計9ヶ所の訪問看護ステーションと5ヶ所の居宅介護支援事業所の事業展開により、報酬請求業務の共同実施を行う事務部門が必要と考えるようになった
2001 年	<ul style="list-style-type: none"> ・ ステーションAに新たに事務職員を採用し、報酬請求業務と給与業務の共同実施をスタートさせた
2002 年 4 月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本部長として看護師を採用し、報酬請求業務・給与業務等の統括を行う独立した組織として「本部」を立ち上げた
2005 年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人内の1ステーション(C)にステーションの非常勤の事務職員を配置
2007 年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1ヶ所のステーションの統廃合があり、栃木県看護協会立とちぎ訪問看護ステーションは8ヶ所となり、現在に至る

b) 報酬請求業務の共同実施の実際

現在、ステーション本部で行っている報酬請求業務内容をみると、介護報酬では利用者負担額の徴収、診療報酬では高額療養費・高額医療費の請求および利用者負担額の徴収は各訪問看護ステーションで実施されていたが、それ以外はすべてステーション本部が直接的または間接的に関与していることが明らかになった。

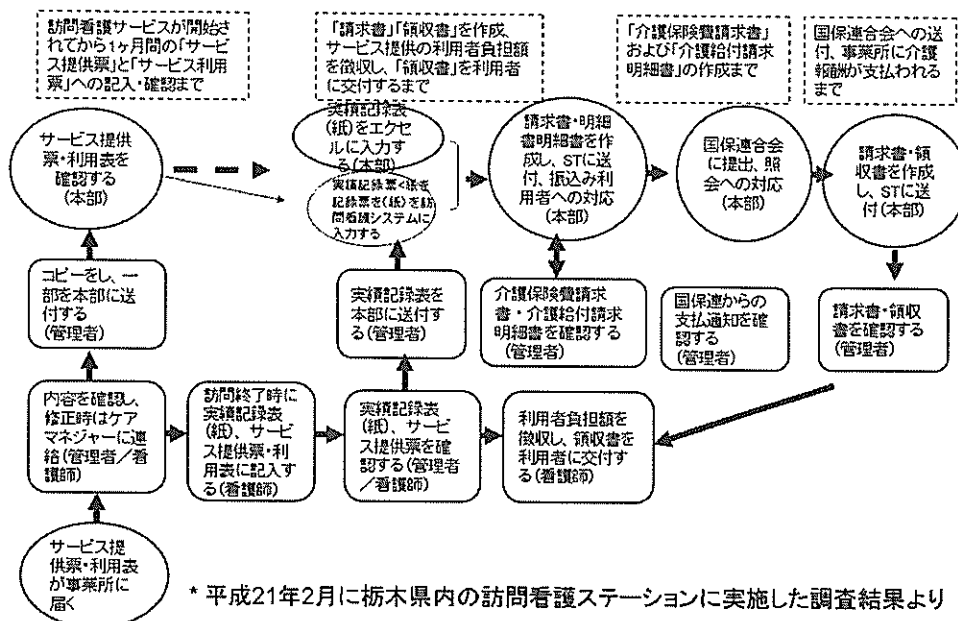
図表 20 時系列に沿った請求業務の実際の流れと本部と各ステーションでの役割分担の状況



図表 20 は、介護報酬・診療報酬別に時系列に沿った請求業務の実際の流れや手順、本部と各ステーションの役割分担の状況を図式化したものである。まずは、介護報酬請求業務の手順を時間の経過に沿ってしてみると、居宅介護支援事業所から各訪問看護ステーションに「サービス提供票」および「サービス利用票」が届いてから、訪問看護サービスを提供し、利用者より利用者負担額を徴収し、「領収書」を利用者に交付するまでの過程はそれぞれの訪問看護ステーションが中心となり実施していた。一方、利用負担額を徴収したのちに手渡す「領収書」の作成、「介護報酬請求書」および「介護報酬明細書」の作成、栃木県国保連合会への送付、報酬が支払われるまでの期間における照会への対応については、ステーション本部が中心となり実施していた。

図表 21 報酬請求業務の共同実施の実際と役割分担（介護報酬）

報酬請求業務の共同実施の実際(介護報酬)*



図表 21 は、ステーション本部および共同実施を行っている訪問看護ステーションへの調査結果を分析し、図表 20 で示した介護報酬の請求業務の各業務のさらに実際の流れを記述したものである。それぞれの業務について実際の流れや手順を以下に述べる。

①「サービス提供票」「サービス利用票」が事業所に届き、サービスが開始されるまで

居宅介護支援事業所から訪問看護ステーションに「サービス提供票」「サービス利用票」が届くと、管理者または看護師はその内容を確認し、修正が必要な場合は介護支援専門員に連絡をし、修正を依頼していた。管理者は「サービス提供票」「サービス利用票」のコピーをし、原本をステーション本部に郵送または持参していた。ステーション本部では、送られてきた「サービス提供票」「サービス利用票」の確認を行っていた。

②訪問看護サービスを開始し、「サービス提供票」「サービス利用票」の記入・確認まで

訪問看護サービスが開始されると、各訪問看護ステーションでは看護師が訪問終了時に実績記録表（8ヶ所の訪問看護ステーションで使用されている紙ベースの共通フォーム）、「サービス提供票」「サービス利用票」に訪問看護の実績を記入していた。

③「領収書」を作成、利用者負担額を徴収し、「領収書」を利用者に交付するまで

各訪問看護ステーションの管理者は看護師によって記入された実績記録票を確認した後、ステーション本部に郵送または持参する。そして、実績記録票を受け取ったステーション本部は、訪問看護システムおよびエクセルに実績を入力していた。さらに、入力された実績に基づき、利用者に交付する「請求書」「領収書」を作成していた。

ステーション本部で作成された「請求書」「領収書」は各訪問看護ステーションに送付されていた。「請求書」「領収書」を受け取った管理者は、内容を確認していた。そして、各担当看護師に配布し、担当看護師は訪問時に利用者に請求書を渡し、利用者負担額を徴収し、領収書を交付していた。郵便貯金からの自動引き落としの場合は、ステーション本部で当該業務が実施されていた。さらに、入力された実績に基づき、利用者に交付する「請求書」「領収書」を作成していた。ステーション本部で作成された「請求書」「領収書」は各訪問看護ステーションに送付されていた。「請求書」「領収書」を受け取った管理者は、内容を確認していた。そして、各担当看護師に配布し、担当看護師は訪問時に利用者に請求書を渡し、利用者負担額を徴収し、領収書を交付していた。郵便貯金からの自動引き落としの場合は、ステーション本部で当該業務が実施されていた。

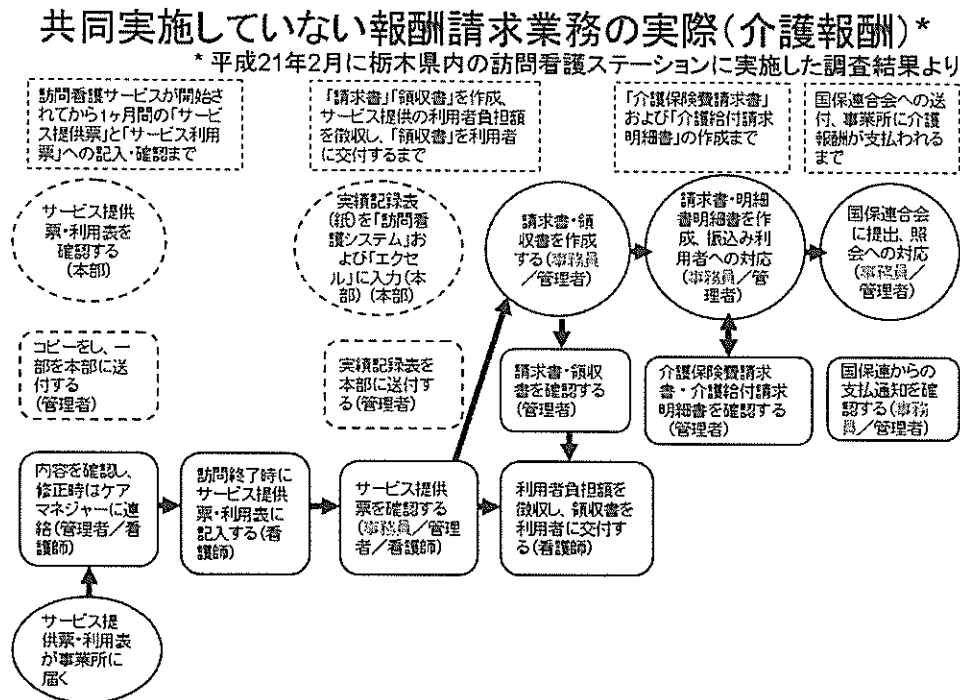
④「介護保険費請求書」「介護給付請求明細書」の作成まで

さらに、ステーション本部は、「介護保険費請求書」「介護給付請求明細書」を作成し、各ステーションに送付していた。管理者は、送付されてきた「介護保険費請求書」「介護給付請求明細書」を確認し、修正が必要な場合は、ステーション本部に連絡をし、修正を行っていた。

⑤ 国保連合会に提出、照会への対応、支払通知まで

各ステーションでの確認を終えたのち、ステーション本部は、「介護保険費請求書」「介護給付請求明細書」を国保連合会に送付していた。さらに、ステーション本部は国保連合会からの支払い通知書が送られてくるまで間の、国保連合会からの「介護保険費請求書」「介護給付請求明細書」の照会に対応していた。そして、管理者は、国保連合会から各ステーションに送付された支払通知の確認を行っていた。

図表 22 共同実施していない訪問看護ステーションにおける報酬請求業務の実際
(介護報酬)



図表 22 は、共同実施を行っている栃木県看護協会立以外の訪問看護ステーションへの調査結果を分析し、図表 20 で示した介護報酬の請求業務の各業務のさらに実際の流れを記述したものである。それぞれの業務について実際の流れや手順について、共同実施を行っているステーションの流れ・手順と比較しながら、以下に述べる。

①「サービス提供票」「サービス利用票」が事業所に届き、サービスが開始されるまで

居宅介護支援事業所から各訪問看護ステーションに「サービス提供票」「サービス利用票」が届くと、管理者または看護師は内容を確認していた。そして、修正が必要な場合は各事業所の介護支援専門員に連絡をし、修正を行っていた。

その後は、訪問看護ステーションによって手順に多少違いが見られるが、各看護師に配布されたり、管理者が利用者のカルテに綴っていた。

②訪問看護サービスを開始し、「サービス提供票」「サービス利用票」の記入・確認まで

訪問看護サービスが開始されると、訪問終了時に看護師は「サービス提供票」「サービス利用票」に訪問実績を記入していた。月末には記入された「サービス提供票」「サービス利用票」の確認が行われていたが、実施担当者は、ステーションによって異なっており、事務職員が配置されているステーションにおいては事務職員または管理者が、事務職員が配置されていないステーションにおいては主として管理者が確認を行っていた。

③「領収書」を作成、利用者負担額を徴収し、「領収書」を利用者に交付するまで

さらに、事務職員または管理者は「サービス提供票」「サービス利用票」をもとに、利用者に交付する「請求書」「領収書」の作成を行っていた。「請求書」「領収書」は、事務職員または管理者によって各担当の看護師に配布され、看護師は訪問時に「請求書」を交付し、利用者負担額を徴収していた。「領収書」の交付については、後日、ステーションの事務職員が利用者に発送しているステーションもあった。

④「介護保険費請求書」「介護給付請求明細書」の作成まで

利用者負担額の徴収が終わると、事務職員または管理者は「介護保険費請求書」「介護給付請求明細書」を作成するとともに、振込により利用者負担額を支払っている利用者への対応を行っていた。

⑤国保連合会に提出、照会への対応、支払通知まで

作成された「介護保険費請求書」「介護給付請求明細書」は管理者によって確認が行われたのち、事務職員または管理者によって国保連合会に提出されていた。病院に併設されている訪問看護ステーションのなかには、「介護保険費請求書」「介護給付請求明細書」の確認および提出を病院の事務部門である医事会計課が行っているところもあった。国保連合会からの照会の対応は事務職員または管理者が行っていた。

そして、事務職員または管理者は、国保連合会から各ステーションに送付された支払通知の確認を行っていた。

ウ. 報酬請求業務におけるステーション本部の役割

以上のことからステーション本部で共同実施されている報酬請求業務は、請求書・領収書の発行、レセプト請求業務、経営管理（収入の把握）など主として管理者が行う事務業務を代行するものであった。事務職員を配置しているステーションでは、管理者が行う請求事務業務のなかでも主として「請求書」「領収書」の作成、「介護保険費請求書」「介護給付請求明細書」が事務職員によって行われていた。また、併設病院をもつステーションにおいては、国保連合会への提出は病院の事務部門が行っているところもあった。

一方、事務職員が配置されていないステーションでは、ステーション本部や事務職員が行っている業務をすべて管理者が行っており、事務業務の負担がかなり大きくなっている可能性が示唆された。

エ. 報酬請求業務の共同実施による効果

a) 報酬請求業務の共同実施導入前後の訪問件数の比較

ステーション本部による報酬請求業務の共同実施の効果を明らかにするため、ステーション本部による報酬請求業務の共同実施導入前後（平成13年度と平成14年度）の各訪問看護ステーションの利用者数と訪問件数を比較した（図表23）。なお、各報酬別の訪問件数の比較や利用者数の増減については、利用者の重症度や介護度が時期によって異なり、それぞれステーション内で調整がされるため、合計件数で比較を行った。その結果、1ヶ所

の訪問看護ステーションを除く、すべての訪問看護ステーションにおいて、共同実施導入前に比べ、介護報酬・診療報酬を合わせた訪問件数が増加しており、本来業務である訪問看護に専念できる時間が確保された可能性が示唆された。また、1ヶ所の訪問看護ステーションで訪問件数が減少していた理由を確認したところ、管理者が退職したことにより常勤看護師が1人減少したため、前年度に比べて意図的に訪問件数を控えていたことが背景にあった。

図表 23 ステーション本部による請求業務共同実施導入による効果（導入前後の比較）

事業所	共同実施導入前(平成13年度)					共同実施導入後(平成14年度)				
	介護保険		医療保険		訪問件数	介護保険		医療保険		訪問件数
	利用者数	訪問件数	利用者数	訪問件数	合計	利用者数	訪問件数	利用者数	訪問件数	合計
A	496	2,788	125	987	3,775	559	2,998	161	1,451	4,449
B	385	1,726	113	506	2,232	347	1,536	188	735	2,271
C	529	3,382	166	1510	4,892	558	3,709	173	1,584	5,293
D	315	1,651	78	475	2,126	358	2,012	76	322	2,334
E	494	2,304	107	733	3,037	485	1,710	109	842	2,552
F	287	1,979	69	1,293	3,272	399	2,714	103	1,016	3,730
G	191	1,289	52	341	1,630	301	2,050	40	278	2,528
H	122	889	42	451	1,340	226	1,613	48	412	2,025
I*	174	1,176	26	143	1,319	193	1,249	45	592	1,841

* IステーションはCステーションとの統合により、現在廃止

b) ステーションにおける請求業務時間の比較（非共同実施ステーションとの比較）

請求業務の共同実施を行っている訪問看護ステーションではどの程度、時間の効率化が図られているかを確認するため、調査票の回収のあった共同実施を行っている訪問看護ステーション、それ以外の訪問看護ステーションから属性の同じようなステーションをそれぞれ1つ選択し、報酬請求業務に係る時間の比較を行った。

その結果、非共同実施の訪問看護ステーションでは、本部で共同実施を行っているステーションでは行われていない、介護報酬では介護給付請求書および介護給付費請求明細書の作成から、国保連合会からの照会への対応まで業務として合計 390 分多く業務が行われていた。また、診療報酬では、訪問看護療養費請求書の作成から国保連合会・支払基金からの照会への対応までの業務として、320 分多く業務が行われていた。

オ. 報酬請求業務の共同実施を進めていく上での課題

a) 業務内容の整理・標準化と報酬請求業務フローの作成

請求業務の共同実施を始めるためには、まず初めに訪問看護ステーションにおける報酬請求業務内容を整理し、手順を標準化する、つまり標準的な請求業務フローの作成が必要

である。そのためには、訪問看護ステーションの管理者、看護職員、事務員が実施する業務だけでなく、併設施設で行っている業務も含めて業務を整理・標準化していく必要がある。こうした作業は、ステーション本部のようなセンターで実施する業務と各訪問看護ステーションの管理者、看護職員、事務員が実施する業務を明確にし、効果的・効率的な共同実施につながり、さらには、ネットワーク化を想定した請求業務システム開発が促進されることが考えられる。

b) 共同実施を行うセンターへの全体の管理・運営ができる管理的立場の看護師の配置

ステーション本部が行っている報酬請求業務の多くは、主に管理者がステーションで行っている業務であった。また、報酬請求業務において作成されるデータは経営に関わる重要なデータであり、請求に関わる事務作業のみでなく、管理者として経営管理に必要なデータを集計・分析、経時的に評価していく必要がある。したがって、請求業務のような経営管理に関わる業務を共同実施する場合は、事務職員に加え、こうした経営的な視点をもった全体の管理・運営ができる管理的立場の看護師を配置することが望ましいと考える。

c) 請求業務に関する教育・相談支援体制の整備

ステーション本部へのヒアリング調査から、請求業務の共同実施は事務作業の一元化だけでなく、各ステーションからの請求業務に関する相談支援が同時に実施されていることが明らかになった。ステーションを新設する場合や管理者が変わる場合は、ステーション本部で事前にステーション本部と各ステーションで行う請求業務を含めた事務業務・管理業務の流れや手順についての研修が行われており、はじめての請求業務もスムーズに実施されていた。また、診療報酬・介護報酬改定に伴う対応も行われていた。さらに、各ステーションからステーション本部へ日常の報酬請求業務に関する相談が毎日寄せられていたことから、随時、こうした電話相談に対応できる相談体制を整備することが必要であると考えられた。

d) 定期的な管理者会議の開催

共同実施などネットワーク化を効果的・効率的に行うためには、個別の訪問看護ステーションとセンターとの双方のやり取りだけでなく、ネットワークを行っている訪問看護ステーションの管理者が定期的集まり、話し合いをもつ必要がある。定期的な管理者会議をもつことは、連絡だけでなく、各ステーションで生じている課題を共有し、協議し、ネットワーク全体で改善していくことにつながると考える。

また、センターを通じたネットワークだけでなく、ステーション同士のネットワークの強化にもつながると考える。

e) ITを活用した報酬請求業務の共同実施にむけた課題

報酬請求業務の共同実施を進めていく上での課題について、ステーション本部および共同実施を行っている訪問看護ステーションに確認した結果、現在、導入している介護保険システム（ソフトウェア）の問題が課題としてあがってきた。現在、各訪問看護ステーションが使用しているシステム（ソフトウェア）は、各帳票の作成・出力機能を主としたも

のであり、各帳票の作成・出力はできるが、集計機能がないという欠点をもつ。そのため、各ステーションが個別に共通の紙媒体の集計表（実績記録）に実績を転記し、集計表をステーションに送付し、ステーション本部では送付されてきた集計表のデータをエクセルに入力する作業を行っている。このような状況から、調査やヒアリングにおいて、各ステーションからは実績データを作成する帳票送付を早くしてほしいといった意見が、ステーション本部からは各ステーションをインターネットでつなぎ本部においてデータ集計ができればさらなる効率化を図ることができるといった意見が出されていた。現在、ステーション本部では、既存のシステムに集計機能を追加することを検討しているが、8ヶ所のステーションごとに個別のカスタマイズが必要となり、コスト面での負担が大きく、さらなる検討が必要な状況である。また、ネットワーク全体で新しいシステムを導入する場合には、初期やメンテナンスに多額の費用が必要になり経営に影響を及ぼす可能性も高い。

今回のモデル事業の対象では、IT を活用したさらなる効率化が検討されていたが、小規模な訪問看護ステーションが集まってこうした取り組みを新たに行う場合は、すぐに新しい情報システムを導入するのではなく、まずは本モデルのように業務分析を行った上でセンター化し、看護師および事務員配置したほうが費用効果は高いのではないかと考える。そして、第2のステップとして、標準的な請求業務フローの運用状況のなかでうまくITを活用することで、さらなる効率化が図れるのではないかと考える。また、IT を活用したネットワーク化については、小規模事業所が多い訪問看護ステーションにおいては、こうした取り組みを報酬上で評価する仕組みも必要ではないかと考える。

④ へき地への訪問看護サービス展開に関する結果

ア. へき地への訪問看護サービス展開の検討をはじめた経緯

（社）栃木県看護協会とちぎ訪問看護ステーションいまいち（以下「ステーションいまいち」とする）は、平成10年に日光市瀬川（旧今市市）に訪問看護ステーションを開業し、現在も営業を行っている。平成12年までは、現所在地の「ステーションいまいち」から旧栗山村の訪問看護をしていたが、平成13年の介護保険施行後、遠隔地である旧栗山村からの訪問依頼があったが、次の理由で断らざるを得なかった。また、平成20年に栗山地区に在住の療養者より訪問看護の依頼があったが、同様の理由から訪問看護の依頼を受けることができず、栗山地区への訪問看護サービス提供のあり方は「ステーションいまいち」およびステーション本部での課題となっていた。

- a) 介護保険の開始により交通費などの負担が大きいという理由で訪問看護を断られ、利用者がいなくなった。
- b) 当時、栗山地区で少なくとも3件程度の利用者を確保することが困難であった（1件では訪問しても採算がとれない）。
- c) 旧栗山村へは、片道30～40km、1時間をかけなければならない。不慣れな道を往復する職員への負担は大きい。

d) 現ステーションいまいちの職員は、管理者である所長を除いて全員が非常勤職員という体制である。

イ. へき地への訪問看護サービス提供のための条件整備のための調査

へき地への訪問看護サービス提供を検討するためには、地理的状況の考慮は不可欠である。今回のモデル事業では、過去の状況も踏まえ、次の事項を明らかにすることにした。

- a) 採算：訪問依頼件数の予測、移動時間・距離、手段
- b) 体制：訪問看護の対象地域拡大に対する体制整備（「ステーションいまいち」を含む）、職員体制の整備、新たな看護職員の確保
- c) 訪問看護サービス提供に対する関係機関の理解

そして、日光市栗山地区における訪問看護事業を開始するための条件整備のための調査として次の方法により、対象地域である栗山地区におけるニーズ把握を行った。

- a) 介護保険、医療保険、特定疾患等のデータからのニーズ把握
- b) 関係職員、医療従事者、住民からの聞き取り調査によるニーズ把握
- c) へき地に勤務できる看護師の就業条件
- d) 診療所医師、保健師、看護師、ステーション所長等との話し合いによる訪問看護の可能性（理解）

ウ. モデル事業対象地域、訪問看護ステーションの概況

a) 日光市の位置

栃木県を県北、県西、県東、県南、中央地域に分けると日光市は県西地区に位置し、県北に次いで2番目に面積が広い地区である。県西地区は、日光市、鹿沼市、西方町2市1町で構成されている。

b) 県西地域の訪問看護ステーション

「ステーションいまいち」のある県西地区は面積が広大であるにも関わらず、訪問看護事業所数は、日光市に1カ所と（過去には3ヶ所あったが、うち2ヶ所は訪問看護の実施がなく、1ヶ所は平成20年11月に休止）、鹿沼市、西方町各1ヶ所の計3ヶ所である。現在、「ステーションいまいち」は日光市では唯一の訪問看護ステーションとなっている。

c) 日光市の概況

「ステーションいまいち」のある日光市の面積は、県内市町随一で、二番目那須塩原市の2.4倍もある。ちなみに鹿沼市は三番目に広い面積である。人口は2007年10月現在、日光市92,290人、鹿沼市103,650人である。また、日光市の人口密度65.4、県内の市町村の中で最も小さい。平成18年3月20日に旧の日光市、今市市、足尾町、藤原町、栗山村の2市、2町、1村が合併し、新たに日光市となった。日光市は栃木県の北西部に位置し、北は福島県、西は群馬県に接している。日光火山群と鬼怒川上流域、大谷川流域等に広がる区域の総面積は1,449.87km²で、県土の約4分の1を占めている。また、地形は標高200m

程度の平坦地域から 2,000m を超す山岳地域まで大きな起伏があり、四季を通じて変化に富んでいる上、東照宮、二荒山神社、輪王寺の二社一寺をもつ世界遺産や市内の随所に湧き出る温泉地などで、国内外から多くの観光客が訪れている。

気候は、内陸性気候に属し、年平均気温は市街地で 12 度程度、山間部では 7 度程度であり、夏季は比較的涼しく、冬季は氷点下になることも多い。

d) 栗山地域（旧栗山村）の概況

栗山地域の交通は 鬼怒川、川治温泉から日光市栗山出張所、診療所のある日陰地区を経て川俣温泉、奥鬼怒温泉郷へ向かうルートと平家の落人伝説と温泉で切り開かれた湯西川温泉へ向かうルートに分かれる。2つのルートの間を高土山、明神ヶ岳など山々がある。

e) 栗山地域までの交通

公共交通機関を利用した栗山地域、栗山地区の交通は、「ステーションいまいち」から徒歩 5 分にある「下今市駅」で東武鉄道日光・鬼怒川線（鬼怒川温泉方面利用）にのり、「鬼怒川温泉駅」下車。東武鬼怒川温泉駅より日光市営バスにて、日向まで 33 分、日陰（日光市栗山出張所、診療所、サービス）51 分、上栗山 56 分、川俣温泉入口 1 時間 27 分、夫婦淵 1 時間 33 分かかるといわれている。また、土呂部までは 1 時間の距離にある。湯西川地区への交通は、「下今市駅」から東武会津鬼怒川線で 45 分であり、「湯西川温泉駅」下車し、その後はバスでの移動となる。東武バス 30 分の距離に湯西川温泉がある。

f) 「ステーションいまいち」の概況

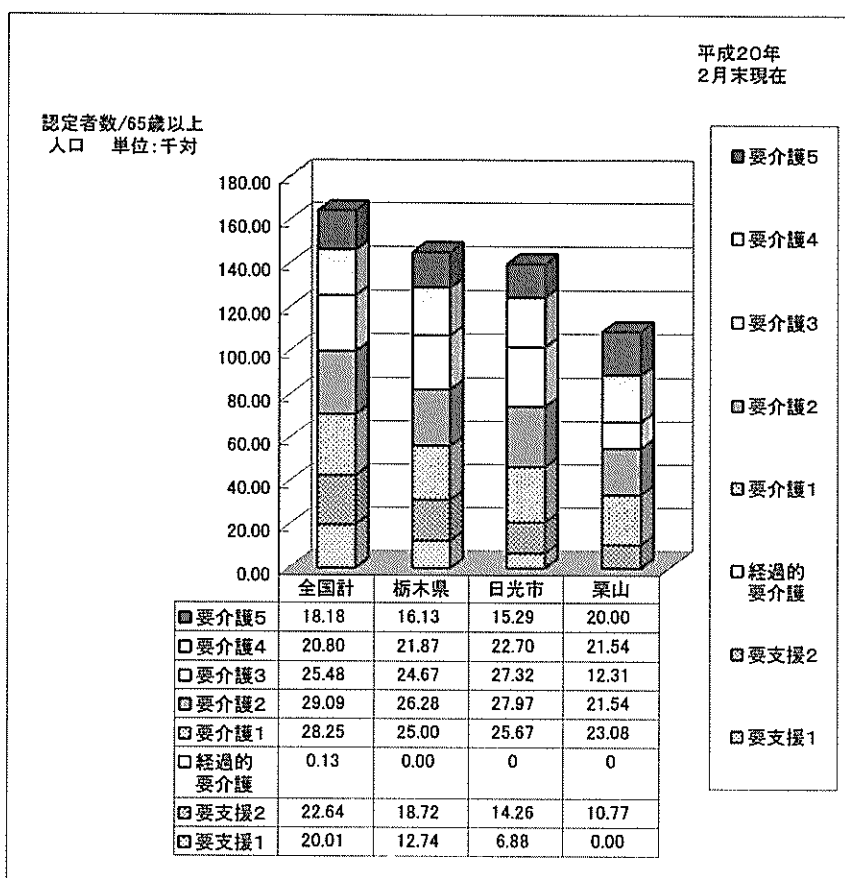
「ステーションいまいち」は、1997 年に 2 番目のステーションとして設立された事業所である。訪問活動地域は、日光市内（旧今市地域）であり、旧日光市の中禅寺湖から旧藤原町鬼怒川までの範囲としている。利用人数 46 人、延訪問件数 220 件であり、脳梗塞後遺症の利用者が多くを占める。

エ. ニーズ把握の結果

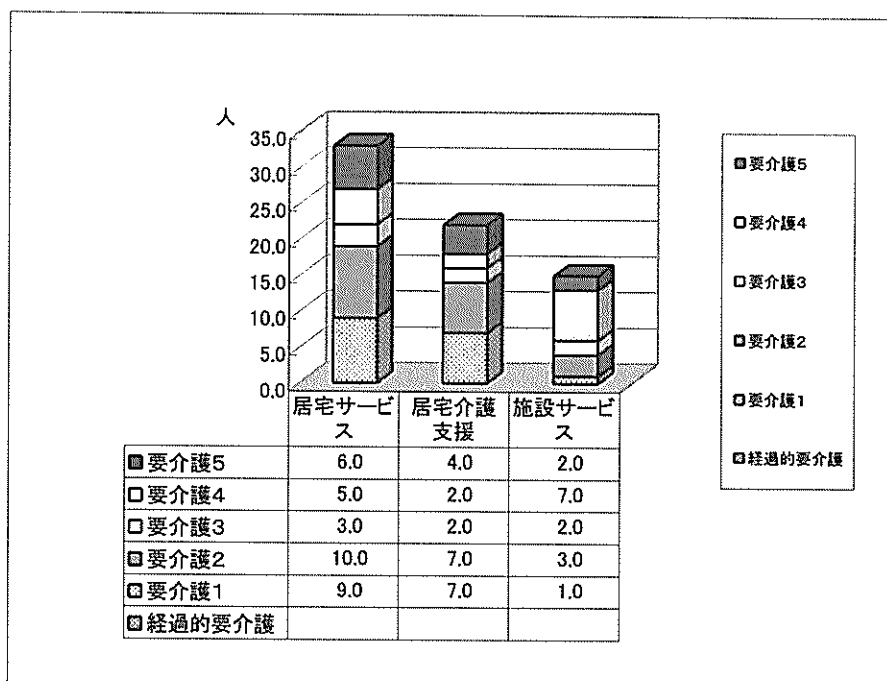
a) 介護保険、医療保険、特定疾患等のデータからのニーズ把握

全国、栃木県、日光市、栗山地域の介護状態別認定者数を65歳以上人口比で比較したのが図表24である。栗山地域の認定者数は少ない。栗山地域の介護保険認定者数は、平成20年2月は71名であり、そのうち居宅介護サービス受給者は70名であった。栗山地域の介護サービス受給者数要介護状態区分別・サービス種類別総数では、栗山地域では要支援1はなく、要支援2も少なかった。

図表 24 全国、県、日光市、栗山別要介護（要支援）状態別認定者数の比較
(65歳以上人口中認定者数)



図表 25 栗山地区の介護サービス受給者数、要介護状態区分・サービス種類別



図表 25 は、栗山地域の介護サービス受給者数、数訪問通所サービス種類別地域別比較（受給者数／65 歳以上人口）を示したものである。栗山地域はサービス種類も少なく、受給者も低いことがわかる。図表 26 は、栗山地域の介護サービス受給者数、サービス種類別を地域別比較したものが、図表 25 である。現在、栗山地区で提供されている居宅サービスは、訪問通所と短期入所のみであり、居宅療養管理指導や訪問看護など、医療系職種による居宅サービスは提供されていなかった。

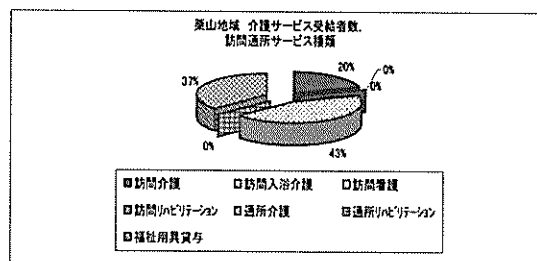
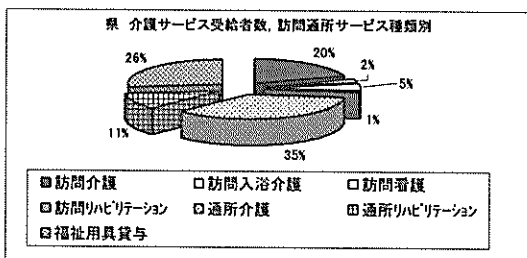
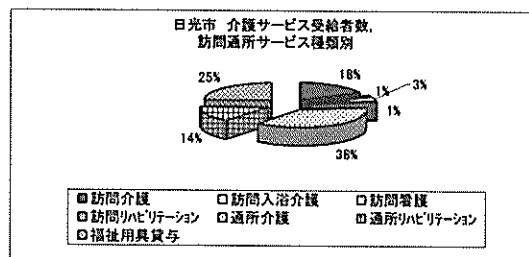
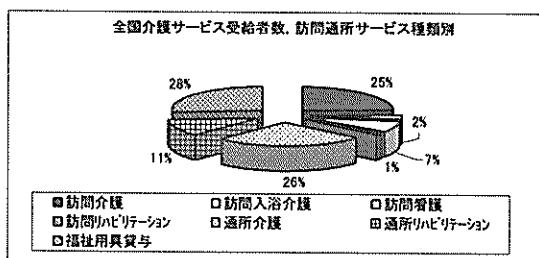
図表 26 介護サービス受給者数、居宅サービス種類別（全国・県・市・地区比較）

平成 20 年 2 月

	全国 単位:千人	県単位:人	日光市単位:人	栗山地域:人
訪問通所	1 956.6	42 826.0	2 159	30
短期入所	1 792.5	5 395.0	213	3
居宅療養管理指導	203.2	1,274	14	0
特定施設入居者生活介護	838.6	512	18	0
総数<延数)	2921.8	5998	3 861.0	33

図表 27 は、栗山地域の介護サービス受給者数、訪問通所サービス種類別比較地域別比較割合を示したものである。訪問看護は、全国 7 %、栃木県 5 %、日光市 3 % という結果であった。訪問系・通所サービスについてみると、栗山地域は、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与でのみである。「入浴サービス」は、昨年 12 月中旬にサービスが入るようになった。

図表 27 栗山地域の介護サービス受給者数、訪問通所サービス種類別比較地域別比較割合



b) 関係職員、医療従事者、住民からの聞き取り調査によるニーズ把握

1. 保健師からの聞き取り調査

栗山地域の社会資源等について保健師から聞き取り調査を行った結果を以下に述べる。

- ・ 配食サービス:日光市の事業であるが、栗山地区で配食サービスを受けていただく業者がないために、栗山地域への配食サービスは行われていない。
- ・ デイサービス事業所:デイサービス事業所は栗山にもあり、火曜日と金曜日の週2回運営しているが、介護度が重い方にとっては2回では十分ではないとの声も聞かれている。
- ・ 冬期に越冬できる施設:介護度が重い方は老健施設や特養に入所できるが、要支援などの介護度が軽い方や自立している方が冬期間のみ利用できる施設があると、冬期を安心して越えられると思われる。
- ・ 地域密着型小規模多機能型居宅介護事業所:栗山は社会資源が少ないため、小規模多機能のように柔軟にサービスを利用できる事業所があると、より住みやすくなるかと思われる。

また、栗山地域の住民から保健師への相談件数は増えており、住民から以下のような相談を受けていることがわかった。

- ・ 介護保険を利用したい、福祉用具を使いたい、身障手帳の申請を行いたい、緊急通報装置を設置したいが、どこで、どのような手続きを行えばよいのか教えて欲しい。
- ・ 退院後、在宅で利用できるサービスの内容について知りたい。
- ・ 独居で通院の手段がないが、通院介助のサービスがあれば知りたい。
- ・ 入所施設を探しているが、どこに、どんな施設があるのか知りたい。
- ・ 妻が認知症で困っている。サービスを利用したい。
- ・ 診療所休診日に怪我をした。どこの病院に受診すればよいのか知りたい。
- ・ 高齢者の虐待の相談
- ・ 経済面の相談

2. 栗山地域にある診療所の医師からの聞き取り調査

栗山総合支所の近くにある診療所の医師から聞き取り調査を行った結果、現在、当該医師は、図表 28 の栗山地区栗山の介護保険利用者 6 人を往診していることが明らかになった。

図表 28 栗山地域の診療所の医師が往診している介護保険利用者

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
栗山地域	0人	2人	1人	1人	2人
栗山地区					

そのうち 2 人は訪問看護の対象と考えられる患者であり、さらに、医療保険では 1 名が訪問看護の対象になると考えられる患者であった。3 人の患者像の概要を以下に示す。

a : 高齢独居、認知症、DM (内服薬治療中)

状況:インシュリン療法が必要であるが自己管理が困難、内服薬に関しても残薬が多量にあり、診療所スタッフが 2 W以内に訪問し、内服状況を確認しているのが現状である。

b : 90 歳代、認知症

状況:家族は自営業のため独りでいる事が多く、徘徊も頻繁である。家族は、デイサービスへ連れて行くことも困難、診察にたまに連れてくる。

c : くも膜下出血術後、拘縮著明、股関節伸展あり体位交換困難、寝たきり

状況:子供と同居、自営業あり、高齢の妻(妻も腰・肩関節痛が強い)が介護中である。以前はデイサービスを利用していたが、今はデイサービスには連れて行けない。入浴サービスを利用したい。

オ. 栗山地域に新たに訪問看護サービスを展開していく上での課題

ステーション本部の看護師が、現地に赴き、診療所の医師、保健師2人と訪問看護サービス提供に対する話し合いが行われた。その話し合いの内容を以下に示した。

(医師) 訪問看護について村民に質問されたことはない。(住民は)訪問看護があることも知らないと
思う。訪問診療と訪問看護の両立に想像がつかない。患者が困っていることになるべく対応したいと
考え、自分は実践をしている。

(保健師 A) 地域格差のないサービスの提供ができるよう考えたい。平成 21 年度から(日光市では)
各支所の保健師が本庁勤務になる予定。今後は訪問看護の啓蒙をステーションと共に実践してい
きたい。

(保健師 B) 必要な地域に必要なサービスが受けられるようにしていきたい。特に難病患者の進行時
期には訪問看護が必要である。

また、栗山地域在住で、訪問看護への関心をもつ准看護師とステーション本部の看護師との間で、
「ステーションいまいち」に勤務して栗山地域で訪問看護を行うことに対しての話し合いがもた
れた。その結果、以下に示すように、「ステーションいまいち」に勤務したいけれど、できない現
状が明らかになった。

訪問看護の仕事がしたいが、後任の看護師が見つからないことに加え、長期に世話になった
職場なので迷惑はかけられないので辞められない。故に、現勤務を継続しながら新たな仕事
を見つけた。

以上から栗山地域の新たな訪問看護サービス展開にむけた課題について考察する。現在、訪問
看護サービスが提供されていない栗山地域では、住民だけでなく、在宅医療を担っている医師の
訪問看護に対する理解が十分ではなく、訪問看護が必要であると考えられる療養者がいても、す
ぐに実際のサービス提供につながらない可能性が示唆された。したがって、まずは住民の健康課
題を把握し、介護サービスニーズを把握する立場にある保健師との連携により、住民、関係職種・
機関に対して、訪問看護サービスに関する啓蒙活動が必要であると考えられた。

また、栗山地域で訪問看護を開始するためには、地理的な状況から栗山地域の状況を把握してい
る当該地域または近郊に在住する看護職の確保が必要であると考ええる。特にへき地においては、
看護職は限られた人材であり、訪問看護に関心のある看護職が存在する場合は、他の社会資源提
供への影響を考慮した上でスムーズに移行できるよう、関係機関や関係者との調整を行うことが
必要であると考ええる。一定期間の看護師の派遣や、へき地医療に関心のある看護職員の就業を
支援する取り組みが同時に必要であると考ええる。

4) 茨城県におけるネットワーク化

① 背景と目的

茨城県内の訪問看護事業所数は100前後で推移してきたが、平成18年の101をピークに休止・廃止により年々減少傾向にあり、平成21年3月現在、訪問看護ステーションは96事業所である。事業所の休止・廃止の主な原因としては「病院の方針」「経営不振」「人員不足」があがっている。また、茨城県の訪問看護事業所の看護職員の常勤換算数の平均は4.1人であり、5人未満の小規模事業所が全体の8割を占める。そのような中、平成18年度に県内の全訪問看護ステーションに実施した調査によると、17年度では49事業所に看護職員の採用または離職があり、うち、15事業所では看護職員数がマイナスに転じていた。こうした看護職員の移動は小規模事業所にとっては大きな負担となる。特に、昨今の看護師不足により、病院併設のステーションにおいても看護師の補充が難しくなっており、個々の事業所の努力だけでは看護人員確保が困難であるといった声も聞かれるようになってきた。一方、訪問看護ニーズが高まるなか、特定疾患やターミナル期にある者など専門的看護技術や頻回の訪問看護サービスを必要とするケース、精神疾患をもつ者への対応など、各事業所がもつ専門的な看護技術だけでは対応が困難なケースが増えてきている。こうした中、訪問看護ステーションからは法人を超えた専門的技術の相談へのニーズが、病院の退院支援の担当者やケアマネジャー等からは、各訪問看護ステーションがもつ専門的技術や利用者の受け入れに関する情報提供を望む声がきかれている。以上のような課題は、平成20年度茨城県訪問看護作業部会報告書においても明記されており、訪問看護ステーションの専門情報等を集約し、人員確保やケア技術等の相談を受け付け、支援の体制整備にむけた検討が必要であると考えられる。

そこで、本研究では、こうした課題に対応するために茨城県全体で訪問看護ステーション間のネットワークを形成し、社団法人茨城県看護協会（以下、看護協会）および茨城県の協力を得て、各訪問看護ステーションの専門情報、また、求人やケア技術等に関する相談を集約し、個々の訪問看護ステーションへの支援やブロックでの相互支援を行うための基盤整備を行うとともにそのプロセスを記述し、ネットワーク化による経営安定化への示唆を得ることを目的とした。

② 方法

ア. からカ. のプロセスにより、茨城県内の訪問看護ステーションのネットワークを形成した。

ア. 茨城県の訪問看護推進にむけた課題の提示・共有および事業の展開方法の検討

a) 検討資料

- ・ 茨城県の訪問看護の推進に関する実態調査報告書
- ・ 茨城県訪問看護実態報告書（平成17年度および平成18年度）
- ・ 茨城県訪問看護作業部会報告書（平成19年度）

b) 方法：文献検討、フォーカスグループ・ディスカッション

c) フォーカスグループの構成：

- ・ 社団法人茨城県看護協会 会長、常任理事、ナースセンター長
- ・ 茨城県保健福祉部長寿福祉課介護保険室

- ・ 本研究事業ワーキング委員、研究協力者

d) 開催日時：平成 20 年 9 月 26 日（金）13：00～

e) 開催場所：社団法人茨城県看護協会

f) 内容：

1. 現在、訪問看護に関して生じている課題および対応状況について
2. 各関係機関・組織との調整、組織的支援の依頼について
3. モデル事業の内容を検討する場の設定方法
4. ネットワーク化をどのようにすすめていくか
 - ・ 看護人員確保、ST の休止・廃止の回避のためのネットワーク化、
 - ・ 各 ST の看護ケアの特徴を生かしたネットワーク化、ケア技術等に対する早期支援の方法（基幹訪問看護ステーションの選定方法および役割）等
5. モデル事業の対象範囲
6. 定期的な実態把握の方法、相談依頼方法（ルートを含む）の検討 等

イ. 茨城県内の各関係機関・組織との意見交換、合意形成

上記の検討を踏まえて、本研究事業担当者が事業計画および支援イメージ図を作成・提示し、看護協会にて実現可能な支援方法について検討・修正を重ねた。

ウ. 茨城県全体で課題を共有、取り組みの具体化と合意形成

a) 方法：フォーカスグループ・ディスカッション

b) 開催日時：平成 20 年 10 月 27 日（月）13：00～15：00

c) 開催場所：社団法人茨城県看護協会 会議室

d) 通知方法：社団法人茨城県看護協会会長名により会議への参加依頼を文書で行った。

e) 構成メンバー：25 名

※各メンバーの所属は重複あり

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 茨城県看護協会 会長、常任理事、ナースセンター長、事務局 ・ 茨城県保健福祉部長寿福祉課介護保険室 室長補佐、係長 ・ 茨城県看護協会 介護保険・地域連絡推進委員会 委員 ・ 茨城県訪問看護ステーション連絡協議会 委員 ・ 茨城県訪問看護ステーション連絡協議会 各ブロック長（5 ブロック）+ 1 名 ・ 訪問看護認定看護師（茨城県） ・ 本研究事業 主任研究者、ワーキング委員、研究協力者 |
|---|

f) 内容：

- ・ 茨城県看護協会会長による研究事業への協力依頼
- ・ 国内の訪問看護ステーションの現状と課題および本研究事業の説明
- ・ モデル事業計画案（支援イメージ）の説明・ディスカッション
- ・ 定期調査の実施計画、支援対象地域および調査票の説明・ディスカッション
- ・ 各ブロックへの協力依頼およびブロック加盟ステーションへの説明依頼 等

エ. 地域単位で課題を共有、取り組みの具体化と合意形成(ブロックでの説明)

上記の会議に加え、ブロックに基幹訪問看護ステーションを配置したモデル事業の対象地域となった県南地域のブロックについては、月1回開催されている管理者会議にて事業計画の説明・検討を行った。さらに、茨城県看護協会の会長および常任理事、ワーキング委員等により、茨城県や茨城県訪問看護ステーション連絡協議会をはじめとした各関係団体および組織・者との調整、研修会や会議でのモデル事業に関する説明および協力依頼、各訪問看護ステーションへの個別説明および協力依頼・調整等が実施された。

- a) 日時：平成20年11月13日(木) 13:30~14:30
- b) 場所：筑波学園病院(管理者会議会場)
- c) メンバー：当該ブロックに加盟する37ヶ所の訪問看護ステーションの管理者
- d) 内容：
 1. コンサルテーション対象地域・STの選定、実施方法の検討
 2. 今回のモデル事業において茨城県看護協会立の訪問看護ステーションを基幹ステーションとすることの提案および同意
 3. ステーションごとの月例調査結果を会議で公表することの同意を得る
 4. 実態調査および月例調査項目、会議での報告方法の検討
 5. 次回の会議でSTごとに公表する項目と公表しない項目(非公表、集計結果を公表)の選定等

オ. 中間報告会の実施

- a) 日時：平成21年2月10日(火) 16:00~17:00
- b) 場所：社団法人茨城県看護協会 会議室
- c) 参加者：茨城県看護協会訪問看護ステーション管理者会議 参加者
- d) 内容：
 1. モデル事業の実施方法および実際の支援内容の報告
 2. 事業所・看護職員実態調査および定期調査結果報告(速報)
 3. 次年度にむけての協力依頼(茨城県看護協会常任理事より) 等

カ. 倫理的配慮

全国訪問看護事業協会倫理審査委員会の承認を得た(全訪協発101号)

③ 訪問看護ステーションの専門情報および相談の集約化(調査の実施方法)

ア. 対象：茨城県内の全訪問看護ステーション94事業所

- a) 事業所調査：管理者1人(合計94人)
 - b) 看護職員調査：各事業所に勤務する全看護職員 約700人
- イ. 調査方法：郵送法による自記式質問紙調査
- a) 事業所調査：事前調査票および月例調査票(事業所名を記入)
 - b) 看護職員調査：看護職員実態調査票(事業所名および回答者名は無記入)

ウ. 実施時期:

- a) 訪問看護事業所実態調査:平成 20 年 11 月
- b) 看護職員実態調査:平成 21 年 1 月~2 月
- c) 月例調査:平成 20 年 12 月 (11 月分)、平成 21 年 1 月 (12 月分)

エ. 調査内容:別添の調査票を参照

オ. 研究等の実施場所・担当者:

- ・ 調査票の発送:ワーキング委員・研究協力者 (筑波大学)
- ・ 調査票の回収・事業所名を ID に変換:社団法人茨城県看護協会
- ・ 事業所名と ID のマージ表の保管:社団法人茨城県看護協会
- ・ データ分析:ワーキング委員・研究協力者 (筑波大学)
- ・ ID 変換された調査票の保管:筑波大学、分析後は社団法人茨城県看護協会

カ. 実際の手順:

月例調査には、訪問看護ステーションの当月の実績に加え、求人募集、ケア技術の相談、経営・運営に関する相談の三種類の相談票が添付され、相談を希望するステーションが記載できるようにした。これらの調査票はすべて看護協会に集約された。

④ モデル事業の展開

ア. 情報の集約化による訪問看護ステーション経営安定化に向けた早期支援モデルの展開

図表 29 は、茨城県全体で取り組んだ、情報の集約化による訪問看護ステーション経営安定化に向けた早期支援のモデル図である。今回、人員不足等により事業所の運営や経営が困難となった訪問看護ステーションから相談の受付窓口として、社団法人茨城県看護協会の協力を得ることができた。このことにより、茨城県、茨城県医師会、茨城県内の各ブロックの管理者会議、医療機関等、各関係機関や組織との調整が可能となった。さらに、茨城県看護協会の委員会や茨城県ナースセンターとの連携も図ることができた。モデル事業の実施期間は、平成 20 年 11 月から平成 21 年 3 月までとした。実際の流れを以下に述べる。

a) 各訪問看護ステーションから看護協会への相談情報の集約

実態調査および月例調査を実施し、毎月の訪問看護実績および看護職員の離職・採用者数、求人募集の有無および条件、経営状況 (以上、基本情報)、茨城県ナースセンターによる求人募集支援希望の有無・希望する支援内容、事業所の運営・経営に関する相談支援希望の有無・希望する支援内容を茨城県看護協会に集約した。

b) 関係機関との調整および支援体制の整備

看護協会が中心となり、茨城県、茨城県訪問看護ステーション連絡協議会 (茨城県医師会) およびブロック、医療機関等への調整が行われた。

c) 相談・支援希望のあったステーションに対する個別支援

看護協会にて回収した月例調査の相談票に記載のあった訪問看護ステーションを抽出した。その結果、各月 1 ケ所 (計 2 ケ所) のステーションより相談・支援の希望があった。

相談・支援の希望があったステーションに対しては、コーディネーター (本モデル事業では看護協会常任理事が担当) が各訪問看護ステーションに電話をし、相談内容を確認するとともに支援の方法等について調整を行った。

d) 経営に対する支援の実際

相談・支援希望のあった2ヶ所の訪問看護ステーションのうち、1ヶ所の訪問看護ステーションに対し、外部の訪問看護コンサルタントの派遣を行った。もう1ヶ所については、電話による相談の結果、外部の専門家による支援は困難であり、継続して様子を見ていくことになった。

A 訪問看護ステーション（病院併設なし）

相談内容：経営を安定化させるため、専門家による経営コンサルテーションを受けたい。

コーディネーターによる支援：コンサルテーションを依頼する専門家についてA訪問看護ステーションの管理者と調整し、決定した。コンサルテーションを依頼する訪問看護コンサルタントに連絡をし、コンサルテーションの依頼、ステーションにて経営診断を行う日程調整を行なった。コンサルテーションの状況を確認し、現在も継続支援中。

専門家による支援：平成21年3月、A訪問看護ステーションにおいて、2時間のコンサルテーション（経営診断）が行われた。

e) 求人ステーションへの早期支援にむけた準備

1. 訪問看護ステーションでの就業希望者の把握

11月の定例調査への回答のあった39ステーションのうち、10ステーション（25.6%）が12月に看護職員の求人募集を行うことが明らかになった。このうち、3ステーションが支援を希望していた。そのため茨城県ナースセンターの協力を得て、e-ナースセンターに登録している看護職員（求職者）のうち、訪問看護ステーションでの勤務を希望する者（訪問看護に関心のある人を含む）が何人いるか確認を行った。その結果、現在、登録している者には訪問看護ステーションでの就業希望者がいないことが明らかになった。

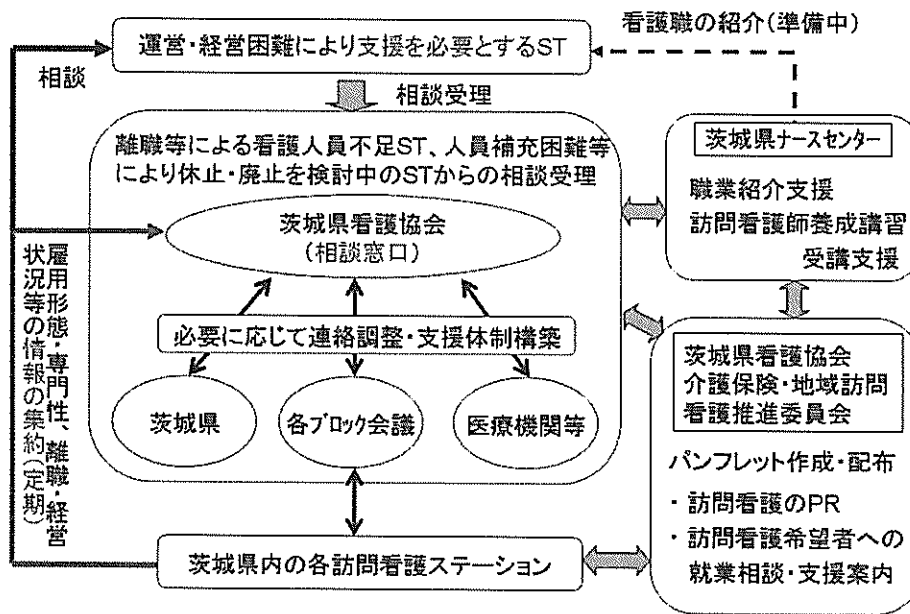
2. ステーションへの就業を希望する看護職の相談促進のためのポスター作成・配布

茨城県看護協会の重点事業「看護職確保定着」の1つとして、茨城県ナースセンターに専任の電話相談員が配置されたことから、訪問看護ステーションに勤務する看護職確保にむけた就業支援を促進するための方法として、看護師募集のためのポスターを作成し就業希望者からの相談を受け付けることとした。

3. 相談対応のためのステーション情報の作成

茨城県内の訪問看護ステーションおよび看護職員実態調査から各訪問看護ステーション別の看護人員体制、雇用形態、従事する看護職員の専門性（実施可能な医療処置や対応可能な疾患や状態を含めて）のリストを作成した。

図表 29 情報の集約化による訪問看護ステーションの経営安定化にむけた早期支援モデル



イ. 基幹訪問看護ステーションを配置した訪問看護コンサルテーション支援事業の展開

図表 30 は、茨城県看護協会に集約された情報およびケア技術に対する相談をブロック単位で集計し、基幹訪問看護ステーションを通じてブロックの管理者会議で各事業所が共有・相互支援を行う、基幹訪問看護ステーションを配置した訪問看護コンサルテーション支援事業のモデル図である。提供可能な専門的なケア技術は訪問看護ステーションによって異なり、各ブロックにおいても提供状況は異なっている。そのため、相談窓口である茨城県看護協会から直接、個々の訪問看護ステーションに支援を行うという形ではなく、ブロック内でコーディネートを行う「基幹訪問看護ステーション」を配置し、そこに相談窓口から寄せられた相談内容を送り、ブロックの定期的な管理者会議で検討してもらうという形をとった。モデル事業の対象は、協議の結果、茨城県訪問看護ステーション連絡協議会の A ブロックに加盟している全訪問看護ステーション 37 カ所とした。なお、本対象地域の選定にあたっては、各領域の専門家のいる医療機関や大学、また訪問看護認定看護師がいて必要時に専門家の派遣が可能で、地域内で不公平が生じないことが考慮された。茨城県全体での会議および A ブロックの管理者会議において検討され、A ブロックの管理者会議において最終的に決定した。モデル事業の実施期間は、平成 20 年 11 月から平成 21 年 3 月までとした。実際の流れを以下に述べる。

a) 基幹訪問看護ステーションの設置および看護協会との役割の明確化

看護協会に集約された情報を地域全体で共有し、法人を超えた相互支援が行えるよう、ブロック内で訪問看護コンサルテーションのコーディネートを行う基幹訪問看護ステーションを置くこととした。一方、基幹訪問看護ステーションが各ステーションの相談窓口となり、ブロック内のステーションからの相談や専門支援をコーディネートすることは人員体制からも負担が大きく、もともとネットワークの基盤がないなかでは困難な状況であった。そのため、相談および専門支援の調整の窓口を茨城県看護協会に置くこととした。本モデル事業では看護協会の常任理事が担当し、全体の調整にあたった。また、看護協会との連携のしやすさを考慮し、モデル事業では基

幹訪問看護ステーションは同じ法人である茨城県看護協会立の訪問看護ステーションとした。

b) 実際の展開

茨城県看護協会を中心に各関係機関の協力をうけ、各訪問看護ステーションからのケア技術に関する相談情報を看護協会に集約し、ブロックの管理者会議（以下、ブロック会議）で月例実績、相談支援内容を共有・相互支援を行うためのシステムの構築を行った（図表 30）。

具体的には、はじめに実態調査および月例調査を実施し、茨城県内の各訪問看護ステーションから毎月の訪問看護実績、また A ブロックに加盟している訪問看護ステーションからケア技術に関する相談支援の有無・ケースの概要、希望する支援内容を茨城県看護協会に集約した。回収した実態調査および月例調査データから A ブロックの調査データを抽出し、訪問看護ステーション別の一覧表（記載された相談票 A を添付）を作成した。A ブロック会議内での情報の共有化および相互支援のプロセスは、以下のとおりであった。

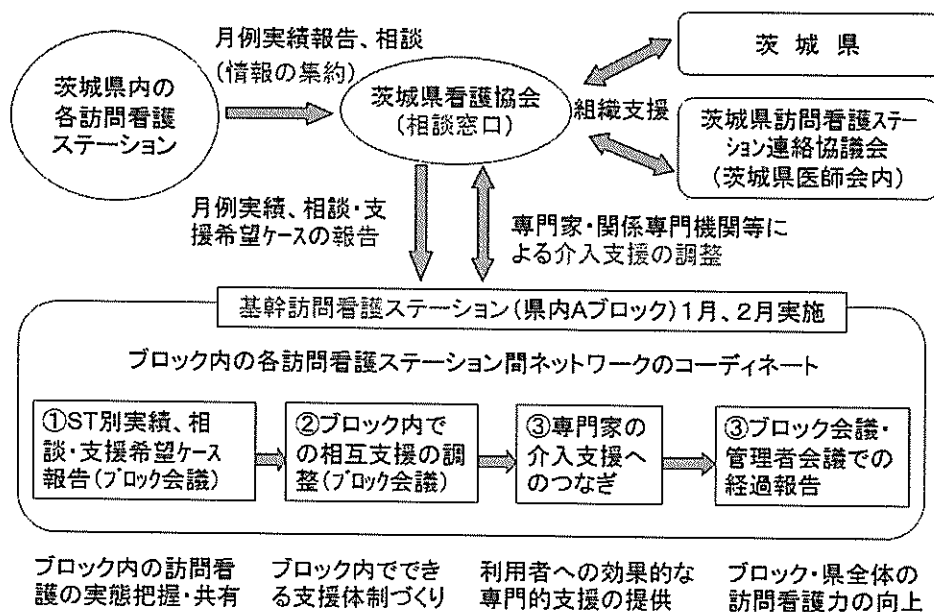
1. ST 別実績、相談・支援希望ケース報告：調査月翌月の A ブロック会議において、基幹訪問看護ステーションによる司会のもと、実績データおよび相談・支援希望ケースについて報告が行われた。
2. ブロック内での相互支援の調整：ブロック内での相談内容の共有化（相談ステーションによる相談ケースの説明）、および専門としているステーションからの助言、支援方法の検討等、法人を超えたケア技術に関する相互支援が行われた。
3. 専門家の介入支援へのつなぎ：専門看護師や認定看護師等、専門家によるさらなる介入支援の必要性について検討した。介入支援が必要と判断されたケースについては、基幹訪問看護ステーションが看護協会のコーディネーター（本モデル事業では、看護協会の常任理事）へつなぎ、コーディネーターと相談ステーションによる専門家・関係専門機関等による介入支援の調整が行われた。なお、今回のモデル事業においては、ブロック内での相互支援によってフォローされることになり、介入支援が必要なケースはなかった。
4. ブロック会議・管理者会議での経過報告：翌月のブロック会議において、基幹ステーションおよび相談ステーションより、コーディネーターによる支援内容および経過報告を行い、ブロック内で情報共有を図った。

c) ケア技術に関する相談件数および内容

12 月に実施した月例調査で相談票への記載のあった、つまりケア技術に関する相談は、以下の 4 件（3 ヲ所の訪問看護ステーション）であった。これらの相談に対し、精神専門病院併設の訪問看護ステーションをはじめ、ブロック会議に参加していた多くの訪問看護ステーションより様々な助言が得られた。ストマケアの事例については、実際にケースを担当している皮膚・創傷ケア認定看護師を利用者宅に派遣することについて検討されたが、まずは、担当の訪問看護師が病院のストマ外来に同席し、経過観察することになった。

- ・ 統合失調症をもつ小児利用者・家族への対応について
- ・ 不定愁訴による頻回な電話相談・訪問のある利用者への対応
- ・ 自己流のストマケアを変えることのできない利用者への対応
- ・ 留置中の膀胱留置カテーテルの違和感・痛み、常に便意のある利用者への対応

図表 30 基幹ステーションを配置した訪問看護コンサルテーションモデル



⑤ ネットワーク化によるメリット

2つのモデル事業によるメリットについて、調査票から以下の回答を得た。

訪問看護職の人材確保機能の集約化は貴事業所にとってどのような利点があるか？	ケア技術の相談支援機能の集約化は貴事業所にとってどのような利点があるか？
人員不足が早期に改善できる (9) 経営が安定する (5) 求人に関するコストが削減できる (4) 安定した訪問看護が提供できる (3) 利用者のニーズにあった訪問ができる (2) 意欲あるスタッフが確保できる (1) 事故のリスクが減る (1) シフトづくりが無理なく計画できる (1) 訪問件数を増やせる (1) スキルアップ研修への参加が可能になる (1) 発展性のある事業が展開できる (1)	ケアの質の向上 (8) 看護師の技術・知識が向上する (4) 対応困難ケースに対する支援が受けられる (3) ステーションによる技術格差がなくなる (3) 不安の解消になる (2) 最新の医療技術を提供できる (2) より専門性の高いケアを提供できる (1) 医療依存度の高い利用者の受け入れ可能 (1) ステップアップにつながる (1) 訪問時の事故発生リスクが下がる (1) ケアの幅が広がる (1) 安定した看護技術の提供 (1)

⑥ 茨城県における今後の取り組みとネットワーク事業を展開していく上での課題

本研究では、モデル事業として、社団法人茨城県看護協会を相談窓口とし、茨城県全体で訪問看護ステーションのネットワークを形成し、相談に対する支援を行うとともに、そのプロセスを記述した。

以上の結果をもとに、訪問看護支援事業の実施にむけ茨城県における今後の取り組みについて考察するとともにネットワーク化を展開していく上での課題を以下に述べる。

ア. 茨城県における今後の取り組みへの示唆

a) 新規の利用相談等の訪問看護の問い合わせへの電話対応の共同実施

本モデル事業で行った実態調査によると、新規利用者の受け入れが不可能と回答したステーションはなく、68.3%のステーションが可能であると回答していた。また、利用者の受け入れを断った利用者のいたステーションは、36事業所中わずか3事業所であった。一方で、医療機関やケアマネジャー等からは、新規利用者を受け入れてくれる訪問看護ステーションがなかなか見つからないといった声や、各ステーションの専門的技術や受け入れが可能な利用者数や疾患等に関する情報提供をしてほしいとの要望等もあり、受け入れ先を探す側と受け入れる側との連携が十分でない可能性が考えられる。

一方、実際に活動しているケアマネジャーの半数以上が福祉系の職種であり、訪問看護のニーズがあるにも関わらず、こうしたニーズを把握できず、サービス提供につながっていないといった指摘もあり、訪問看護の利用を希望している療養者や訪問看護の必要性があると判断された入院患者等から直接相談を受け付ける窓口の設置が必要であると考えられる。

今回、モデル事業として行った看護協会の相談窓口には、各ステーションの専門情報や新規利用者の受け入れ状況の定期収集がされており、新規の利用相談を受け付けるだけでなく、利用者のニーズや受け入れ可能状況を考慮した上での訪問看護ステーションの紹介も可能であると考えられる。

b) 訪問看護ステーションに勤務する看護職員からの離職に関する相談・転職への支援

本モデル事業で行った実態調査によると、回答のあった看護職のうち、56人(26.2%)が現在の職場を離職することを考えていた。その理由としては、「労働条件」が17人(33.3%)と最も多く、次いで「職場の人間関係」8人(15.7%)であった。こうした問題を小規模事業所内で改善することは容易ではなく、また、直接関係のある上司や同僚に相談が難しい場合も考えられる。こうしたことから、第三者的な相談窓口が必要であると考えられる。

茨城県ナースセンターにはすでに専従の電話相談員が配置されており、訪問看護ステーションに勤務する看護職員への相談対応が可能であると考えられる。また、相談の結果、別の訪問看護ステーションを紹介したり、本人が希望する就業場所への就業支援を行うことも可能であり、こうした支援は潜在看護師をつくらないことにもつながると考える。

c) スタッフ教育を合同で実施、マニュアル類を共同で作成

本モデル事業で行ったブロック内でのケア技術等の相談・支援を継続し、専門的なケア提供の実績を蓄積していくことにより、実践マニュアルの作成が可能になると考える。また、個々の訪問看護ステーションへの対応だけでなく、対応が難しい事例への支援方法について専門家を交え、当該ブロックや地域においてスタッフ教育を実施することも可能であると考えられる。こうした取り組みは、最新の知識や技術を地域に取り入れるだけでなく、各訪問看護ステーションにおける看護実践内容を振り返るきっかけにもなり、訪問看護の質向上につながると考える。

イ. ネットワーク事業を展開していく上での課題

a) 県内の全ステーションの実態、相談を定期的に集約するためのシステムづくり

都道府県全体で上記のようなネットワーク事業を展開していくためには、都道府県内の個々の訪問看護ステーションが抱える問題を自分たちの問題として認識し、各ステーションがいかに主体的にかかわっていくことができるかが重要な鍵となる。各訪問看護ステーションの専門情報収集はステーションの自助努力に任されている現状もあるが、小規模事業所においては限界がある。したがって、看護協会に窓口を設置し、県全体で各ステーションの実績情報や相談内容を定期的に収集・分析し、各ステーションにフィードバックできる仕組みを整備する必要がある。今回は月例調査を行ったが、利用目的に応じ、収集単位を1か月とする情報、1年間とする情報を整理したミニмумデータセットを開発することが必要である。さらに、データ入力、送信にITを活用するなど効率化にむけた検討が必要である。

b) 基幹訪問看護ステーションの設置

県や地域全体での訪問看護力の向上を図るためには、地域単位で各訪問看護ステーションが情報共有するための場をつくり、連携体制を強化していく必要がある。看護協会に集約された情報を地域全体で共有し、法人を超えてステーション間で相互支援を行なうためには、地域内での調整を行うコーディネーターが必要である。ネットワークを行う地域内に基幹訪問看護ステーションを置くことにより、地域単位で定期的に行われている既存の管理者会議などの場を活用してステーション間の調整を図ることが可能になる。

c) 地域間、関係機関との橋渡し役となるコーディネーターの配置

相談に対する支援にあたっては、地域内での訪問看護ステーション間の連携だけでなく、地域を超えた関係機関などとの調整になることが考えられる。したがって、基幹訪問看護ステーション以外に、こうした関係機関などとの調整を行うコーディネーターの配置が必要であると考え。コーディネーターに必要な要件としては、県内の各訪問看護ステーションと関わる機会が多く、県内の訪問看護ステーションの現状を把握していること、地理的な状況を含め県内の各地域の状況がある程度把握しており、関係機関や組織との調整ができる立場にあることがあげられる。こうしたコーディネーターを配置することにより、地域内だけでなく、県全体でのネットワークが可能になると考える。

d) 実証データに基づくネットワーク事業の計画立案・評価の必要性

在院日数の短縮化や在宅ケア推進の政策等により、訪問看護への期待は高まり、訪問看護ステーションを取り巻く環境やステーションが抱える問題は刻々と変化している。また、新規利用者の受け入れに関する問題のように、訪問看護ステーションが実感している現状と他の関係機関が感じている課題は必ずしも一致していないこともあり、実証データに基づく分析が必要である。そのため、事業を進めるにあたっては、大学などとの連携体制を構築していくことも必要であると考える。

5) 千葉県におけるネットワーク化

① 千葉地域モデル事業の概要

千葉県ではB二次医療圏(以下 B地域)の11の異なる設置主体の訪問看護ステーション(以下、ST)が、下記の基盤強化のための共通の課題解決にむけて共同した。

①千葉県訪問看護ST連絡協議会B地区部会に所属する11の訪問看護STが課題解決に向けたネットワークを形成。②訪問看護サービス及び地域内STの情報発信と相談窓口の一元化 — B地域訪問看護利用相談センターの設置 —。③地域基幹病院との連携に関する課題解決及び訪問看護活用体制作り。

本モデル事業は、千葉県B地域の訪問看護に関連する保健医療福祉職の人々と協働して行なうアクションリサーチとして行なった。研究の目的は課題ごとの活動プロセスと地域及び訪問看護STに生じた変化を記述するとともに、これらの取り組みが訪問看護の基盤強化にもたらした効果について検討することである。

② B地域の概要と訪問看護STが抱える問題

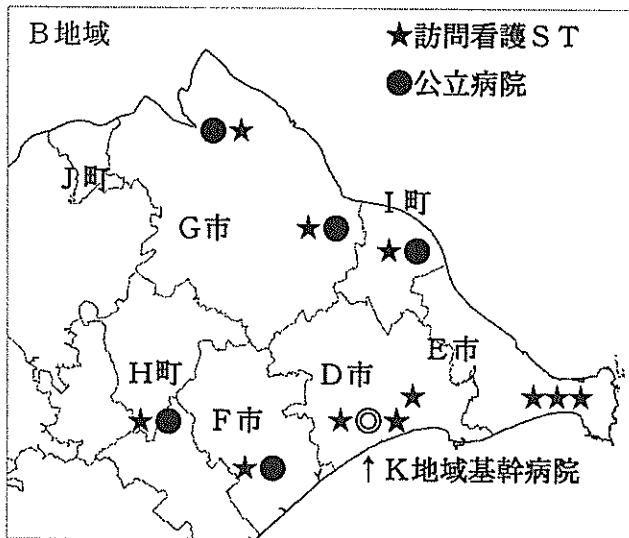
ア. 地域の特性

千葉県は半島西海岸の一部が政治経済の中心部である。B地域は、県中心部とは丘陵を挟んで東海岸側に位置し、4市3町からなる面積716.56平方km、総人口324,308人(平成17年度千葉県年齢別・町丁字別人口調査)の地域で、集落はD市、E市に偏り他の市町は人口密度500人/km²以下で田畑と山林が広がっている。農漁業と農水産品加工などが主産業である。

平成17年度の高齢人口比率は23.7%、主要疾患の人口10万人対死亡数は悪性新生物308.5人、心疾患172.3人、脳疾患血管171.1人、及び肺炎79.1人、人口千人当たりの死亡数は10.7人で県平均を上回り保健医療の課題が大きい(厚生労働省:平成16年度人口動態統計)。

イ. 地域の医療・福祉資源

B地域内の病床数と人口10万対比率は、病院4009床(1284.9)、その内療養病床832床(266.7)、一般診療所254床(81.4)、その内療養病床31床(9.9)で、県平均よりも多い(平成18年千葉県衛生統計年報)。しかし病床数の大半はD市にある約1000床のK地域基幹病院が占めており、他の公立病院は医師不足による経営困難で、モデル事業期間中にはE市の公立病院が閉鎖された。



K病院はB地域で唯一救命救急センター、緩和ケア病棟を有し、地域がん診療連携拠点病院、地域リハビリテーション広域支援センターでもある。平均外来受診患者数 3343 人/日（平成 18 年度）、紹介件数 1613 件/月（平成 20 年 8 月）で、B地域全域と県外からの患者を受入れ地域医療の拠点となっている。しかし地域全体の医師不足と入院長期化の影響で病状安定後の患者を自宅近くの病院へ帰すことができず、在院日数 30 日以上が全入院患者の約 20%を占めて第三次救急病院の機能遂行が困難になっている（平成 19 年度 K 病院診療実績救命救急センター診療実績、K 病院病床管理委員会平成 20 年 11 月資料）。

B地域の医療連携体制は、F市において 1980 年代より医師会、公立病院、保健所、居宅介護支援事業所、訪問看護事業所が在宅緩和ケアシステムの構築に向けて、連携・協働しあってきた歴史があるが、K病院を中心とした連携は現在構築の途上である。

介護保険施設数と定員数及び老年人口千人対比率は、介護老人福祉施設 17 施設、1220 人(12.5)、介護老人保健施設 11 施設、1000 人(10.6)、介護療養型医療施設 7 施設、173 人 (2.8) であり入所希望者が待機している。

ウ. 訪問看護 S T が抱える問題

a) 小規模・利用者数が少なく経営が困難

地域内の訪問看護 S T は 14 箇所あるが、病院看護師確保が優先され訪問看護 S T の職員確保が困難な状況で、2 箇所は休止している。残り 12 箇所のうち、モデル事業参加 11 箇所の平成 20 年 8 月の 1 事業所当たり職員数（常勤換算）は 2.99 人、利用者数平均 28.00 人/月、新規利用者 2.55 人/月、延べ訪問回数 163.64 回/月、黒字経営と回答したのは 2 S T のみで、事業収支について回答があった 3 S T の平均収支は -1,589,093 円であった。

b) 訪問看護事業所の経営方法がわからない

約半数の S T 管理者は経営研修が未受講で、ほとんどが赤字経営改善の必要性を認識しているが、経営責任を持っておらず経営データを把握していない。経営改善の方法がわからない状況で、経営に関する学習を強く希望していた。

c) K 地域基幹病院との連携が困難

1. 低い訪問看護利用：B 地域訪問看護 S T ネットワークの調査によると平成 19 年度 B 地域 11 訪問看護 S T 全体の新規利用者数は 284 人、その内 K 病院医師指示書による利用者数は 26 人（9%）であった。また K 病院看護部の調査では平成 20 年 7～9 月の 3 ヶ月間の退院患者 5042 人のうち退院時訪問看護導入者は 13 人（0.3%）、その内訳は院内訪問看護 10 人、院外 3 人、さらに退院調整部門へのヒアリングでは退院調整件数 160-180 件/月のうち 1/3 が自宅退院で、3 人/月程度のみで退院時或いは退院後に訪問看護が導入されるとのことであった。前述の B 地域訪問看護 S T ネットワークの調査では 26 人の K 病院指示書による依頼の内、K 病院から直接連絡を受けたのは 9 人のみで、残りは介護支援専門員、地域包括センターからの依頼であった。これらより K 病院退院調整時における訪問看護利用の低さが明らかであった。

さらに K 病院の看護管理部門、訪問看護室、及び緩和ケアに関する医師から終末期や重症の患者が家族介護のみで外来通院しているとの情報が得られ、看護部の在院日数 30 日以上患者調査で 33% は D 市、13.9% が E 市、8% が F 市の住民であり（K 病院病床管理委員会平成 20 年 11 月資料）、B 地域に訪問看護利用の潜在的ニードが存在することが予測された。

訪問看護 S T と K 病院との連携促進は、訪問看護 S T にとって利用者獲得となるばかりでなく、K 病院にとっても効率的な病床運営が可能となると考えられた。

2. 連携上の問題：モデル事業開始前の平成 20 年 8 月に S T 管理者に対して行なったヒアリング、及びモデル事業開始時 10 月に B 地域訪問看護 S T ネットワークの全訪問看護師を対象として実施した調査から、K 病院との連携に関する問題は以下の 5 項目にまとめられた。

- (1) 不十分な衛生材料・医療材料の提供
- (2) 指示書発行に関する問題（発行が遅滞し初回訪問に支障あり、指示内容が不明確で処置・観察及び病状変化時の対応に支障あり）
- (3) 医師との連携困難（連絡がつかず相談ができない、緊急時に連絡できず指示をもらえない、コミュニケーション困難）
- (4) 退院調整不足（切迫した状況での訪問依頼、患者・家族への教育・情緒的ケア不足、フォローアップを行なう近医との診療方針の調整不足、提供される患者情報の不足）

(5) 最新の医療処置への不安

各STでは、(1)～(4)までについてこれまで訪問看護師が病院に赴き当該診療科の看護師や医療相談室SWと話したり、患者の外来受診に同行し直接交渉したりしていたが、組織的な改善にはつながらず繰り返されることに苦慮していた。

また(5)については、B地域から研修の行なわれる都市部に出かけることは難しく、地区部会でK病院や地域の医療関係者を講師として招いた勉強会を開催していたが、高度化する在宅医療技術への対応に少なからず不安を抱いていた。

d) 地域外専門病院からの情報取得困難の指摘

B地域の住民の15.9%は当該医療圏外で高度医療を受けており(平成16年千葉県医療実態調査)、地域外高度専門病院から退院調整時にB地域訪問看護ST情報の入手困難が指摘されていた。またB地域内訪問看護ST自体も他STのサービス情報を有していなかった。

e) B地域内訪問看護ST間の連携が弱い

B地域では2ヶ月毎の地区部会を開催していたが、各訪問看護STにとって活動参加のメリットが不明確であり、参加に関して事業主の理解を得ることが困難との理由から参加STは固定しがちで活動は停滞気味であった。

③ 千葉県B地域におけるモデル事業の展開のプロセス

ア. 訪問看護STのネットワーク化

- a) モデル事業実施地域の選定：モデル事業実施に当たって県庁関係部署担当者から訪問看護体制強化の必要性が高く、事業推進の地域リーダーが存在するとの理由でB地域の推薦があった。これまでの先駆的取組みの実績がある地域ではない。11の訪問看護STをネットワーク化し一つのまとまった組織として機能させることが今回の重要な事業の一つとなった。
- b) 地域のステークホルダーの洗い出し：まずモデル事業推進の地域リーダーとなるF市立病院看護部長兼地域ケア部長、千葉県看護協会B地区部会理事のN氏に協力依頼。N氏は以前よりF市地域医療連携体制構築に尽力してきた実績の持ち主。現在は千葉県全域で活躍している。N氏の助言により、B地域を管轄する2つの保健所長及び担当保健師、訪問看護ST連絡協議会B地区部会会長、K地域基幹病院看護部長に事業の重要性・必要性を説明し協力を依頼。承諾を得た。K病院看護部長は、院長はじめ関連委員会を通じて職員へ働きかけモデル事業協力への院内合意を取り付けた。
- c) 地域の課題分析と事業内容の確定：関係者からのヒアリングに基づきN氏と地域担当委員とでB地域における訪問看護STの抱える問題、共同でとりくむ課題を検討し、①訪問看護サービスと地域の訪問看護事業所情報の発信及び相談受付窓口の一元化、②K病院との連携に関する問題解決、③訪問看護事業所経営に関する学習を提案することにした。
- d) 千葉県訪問看護ST連絡協議会B地区部会組織を活用した事業展開の決定：訪問看護ST臨時B地区部会でモデル事業協力が決定。各ST管理者は事業主と相談後、参加協力の承諾を回答した。最終的に1訪問看護STを除く、11訪問看護STでネットワーク形成し上記①～③の課題に共同で取り組むことの合意が得られた(図表31)。

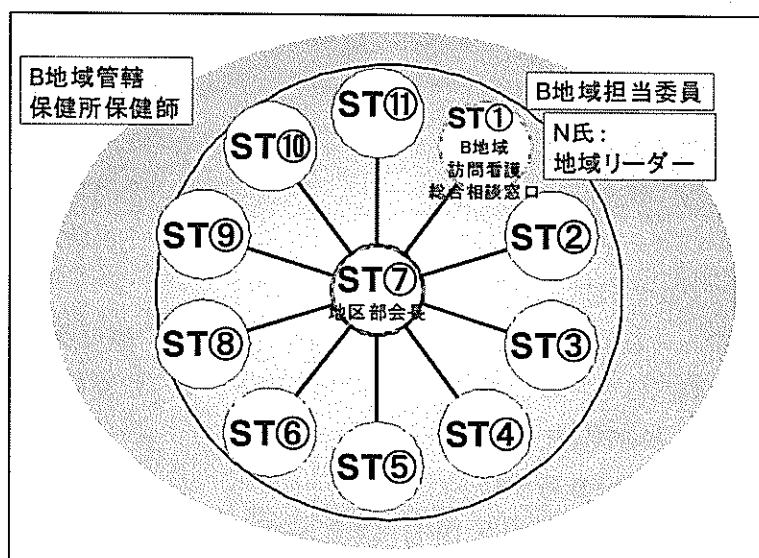
図表 31 モデル事業参加B地域訪問看護事業所 (2008年8月)

事業所	市町村	設置主体	看護職員数 (常勤換算)	利用者数		
				介護保険	健康保険	その他
ST①	F市	市町村	5.60	54	15	0
ST②	D市	医療法人	2.50	38	5	0
ST③	D市	営利法人	3.30	9	3	0
ST④	D市	社会福祉法人	3.00	9	5	0
ST⑤	G市	医療法人	2.80	15	6	3
ST⑥	G市	市町村	2.50	15	8	0
ST⑦	H町	市町村	3.00	28	10	0
ST⑧	I町	市町村	2.50	19	3	0
ST⑨	E市	医療法人	3.00	42	5	0
ST⑩	E市	医療法人	2.50	5	0	0
ST⑪	E市	NPO法人	3.40	0	22	0

e) ネットワークでの活動と組織としての発展:

B 地域訪問看護 ST ネットワーク全体会議での検討と全国訪問看護事業協会の指導をもとに、上記課題のうち①と②の 2 つに課題を絞り、課題ごとにワーキンググループ (以下WG) を形成し作業を進めた。

図表 32 B 地域訪問看護ステーションネットワークとモデル事業推進体制



進捗状況と課題共有、課題解決の検討は1回/月のネットワーク全体会議で行ない、事業推進に当たっての具体的な連絡事項は電話、FAX、e-mailで連絡しあった。IT環境が整備されていない訪問看護STが約半数あり、ネットワークで事業を推進していく際に不可欠なタイムリーな情報と方針の共有、メンバーの意思決定への参加が困難な状況に直面し、一旦はメンバー間に不協和が生じた。しかし地区部会会長に情報を集約しつつメンバー間でも共有する連絡網と地区部会会長がリーダーとなった意思決定ルールが作成され、モデル事業を通じて活用され、発展していった。

N氏は事業全体の進行をモニタリングし必要に応じて指導、相談、調整を行ない、2つ

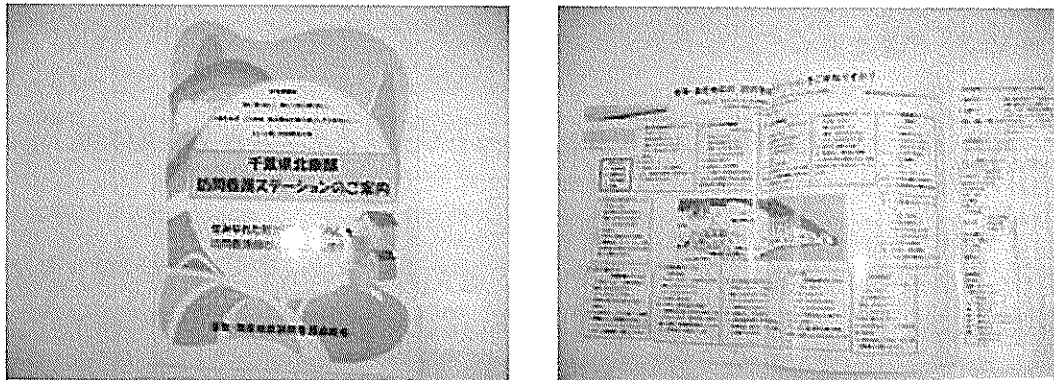
の保健所保健師は地域全体を掌握する立場から事業進行を把握し推進に向けて ST ネットワークメンバー、K 病院関係者、N 氏の支援を行なった。2 名の地域担当委員もそれぞれ WG を担当し ST ネットワークメンバーと協働して事業を推進した。

イ. 事業 1 「訪問看護サービス及び地域内事業所の情報発信と相談窓口設置 — B 地域訪問看護利用相談センターの設置 —」

a) B 地域訪問看護 ST の案内リーフレットの作成

A 4 版 6 頁、カラー 3000 部。B 地域地図の上に 12 の訪問看護ステーションをプロットし、住所、電話・FAX 番号、設置主体、訪問可能地域、特徴・PR を記した。また事業所別のサービス内容一覧、Q&A を載せ、裏表紙に B 地域訪問看護総合相談窓口の場所と連絡先情報を記した。B 地域内の病院、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、及び地域外の高度医療専門病院など合計 41 の保健医療福祉機関・施設へ、持参或いは郵送で配布した。

図表 33 B 地域訪問看護ステーションネットワークで作成した案内リーフレット



b) 訪問看護総合相談窓口の設置

訪問看護に関する一般的な質問、利用方法の問合せ、訪問可能な訪問看護事業所の紹介依頼などに総合相談窓口を設置して対応する体制を以下のように整備した。

- ① 場所：F 市 ST①内
- ② 窓口対応時間：9 時～17 時
- ③ 設置期間：2008 年 11 月 19 日（水）～12 月 26 日（金）、延べ 26 日間
- ④ 相談受付方法：電話或いは FAX
- ⑤ 対応者：ST①介護支援専門員（看護職）

ウ. 事業 2 「地域基幹病院との連携に関する課題解決」に向けた共同

K 病院との連携に関する課題の解決、K 病院の訪問看護利用ニードのある患者を発掘し利用者数増加を図ることを目的として、K 病院と B 地域訪問看護 ST ネットワークが共同で取組んだ。

具体的には、①訪問看護ステーションと K 病院との連携促進活動を行なうコーディネータ訪問看護師の K 病院内配置、②K 病院退院支援における訪問看護利用のための体制確立である。

a) 連携促進活動を行なうコーディネータ訪問看護師の K 病院内配置

連携促進の役割を担うコーディネータ訪問看護師をK病院内に配置した。

【活動実績】

- ①実施期間：2008年10月14日(火)～12月19日(金) 延べ20日
- ②活動方法：STネットワーク管理者11名とN氏の合計12名が輪番制で、2名一組になりコーディネータ訪問看護師を担当。週2回(火曜日14時～16時、金曜日13時30分～15時30分)。延べ活動人数41人、延べ活動時間40.5時間。
- ④活動内容：患者・家族、医師・看護師などの求めに応じて病棟・外来などを訪問し、訪問看護サービスやB地域内の訪問看護ST情報の提供、医療材料・指示書・利用までの手続きなど制度についての説明、退院決定に関するカンファレンスへの出席を行なった。また褥瘡チームや栄養支援チーム(Nutrition Support Team)との院内ラウンド、透析室チームからの腹膜透析患者の在宅ケア技術の学習と訪問看護可能性の協議を行った。

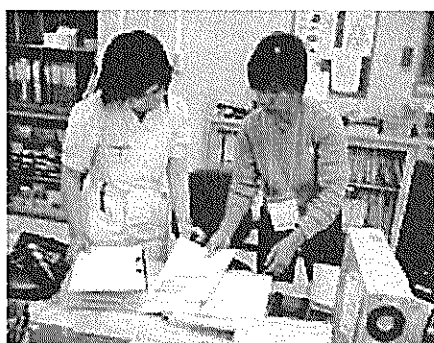
図表 34 コーディネーター訪問看護師活動内容

項目	件数	対象人数
1. 訪問看護・在宅サービスの説明と利用相談	32	103+α
2. B地区内訪問看護ステーションの紹介	25	70
3. カンファレンス及び話し合い参加	1	4
5. 専門チームとの院内ラウンド	8	
6. 新たな在宅ケアに関する相談	8	

コーディネータ訪問看護師活動を通して訪問看護利用可能性の連絡や相談を受けた患者は11人であった。患者は40歳代～80歳代、連絡・依頼者は医師4、病棟看護師長或いはスタッフ4、医療相談室MSW2、家族1。連絡・依頼時期は11月3人、12月8人。相談内容は、①医療処置(ストーマ、褥瘡、在宅酸素療法など)のある患者への訪問看護の可能性、②退院への意思決定支援(長期入院中で退院への理解が得られない、慎重に退院へもって行きたい)、③患者の退院希望を叶えたい(終末期患者)、④退院後の生活管理のための訪問看護の可能性(入退院を繰り返す、転倒の危険性など)。

実際に訪問看護利用に繋がった患者は1人で、60歳代男性、退院後自宅で老人保健施設入所を待機予定。褥瘡処置依頼。病棟看護師長の相談でST④が訪問看護を実施。他のケースは訪問看護には繋がらなかった。理由として①訪問看護の情報提供後、意思決定プロセスに関わる継続看護が未実施。②家族が拒否(経済的理由・家に他人が入るのを嫌う・家族介護で充分との理由)、③病状悪化による入院継続或いは死亡などにまとめられた。

図表 35 コーディネーター訪問看護師の様子



記録を確認し打合せを行なう
コーディネーター看護師



訪問看護の説明を熱心に聴く
病棟看護師と実習生

【ST ネットワークメンバーによる活動評価】

活動日誌や連絡ノートの「本日の活動でよかったこと」「本日の活動で問題を感じたこと」「自由記載」の欄の記述内容を質的帰納的に分析した。以下の8つに集約された。

- ① K 病院内のシステムが理解でき、連携をとるための確実な方法がわかった。
- ② 医療処置を必要とする場合の材料の供給について病院の役割を理解してもらえた。
- ③ 病棟看護師、透析室の専門職と訪問看護との連携について直接話ができうれしかった。
- ④ 自宅への退院を阻む問題（介護者、在宅医）について理解できた。
- ⑤ 病院内のチーム医療や透析室での在宅を視野に入れた医療の状況が理解できた。
- ⑥ コーディネート訪問看護師として適切な活動の仕方がつかめなかった。
- ⑦ 行った説明が病棟看護師のニーズにあっているのか不安だった。
- ⑧ コーディネート訪問看護師の活動で病棟に負担をかけ申し訳なかった。

b) K 病院退院支援における訪問看護利用のための体制確立

K 病院退院支援委員会、B 地域訪問看護 ST ネットワークメンバーが協働して訪問看護を活用した効果的な退院支援を進めるための院内退院支援の仕組みを作成することを目指し事業を展開した。

1. 連携体制構築に向けた公開検討会（以下 交流会）の開催

日時：2008 年 10 月 29 日（水）18 時～20 時 20 分、場所：K 病院中講堂

K 病院退院支援関係者、退院調整の第一線に立つ看護職を対象として、退院調整および訪問看護についての理解や関心を高めていくこと、病院看護師と訪問看護師が相互に理解しあい今後の事業推進にあたっての関係を形成することを目的として、ST ネットワークが K 病院看護部の協力を得ながら企画・運営を行なった。

地域医療連携体制構築に実績のある講師（千葉大学医学部附属病院地域医療連携部看護師長石橋みゆき氏）に講義を依頼し、K 病院看護師長が病棟で行った終末期患者の退院支援とその時の訪問看護との連携について発表した。また ST ネットワーク代表として ST③の管理者が訪問看護の概要と K 病院との連携における課題について発表した。

結果：参加者数 86 名、院内 61 名（看護師 55 名、医師 1 名）、院外 25 名（ST ネットワークメ

ンバー12名、訪問看護師1名、保健師7名、看護師3名、委員2名)。

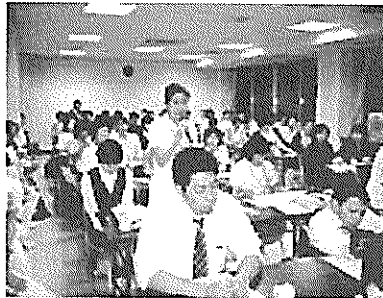
参加者は熱心に耳を傾けており、発表の中で紹介される退院調整や連携の事例を聞きながら涙ぐんでいる参加者もいた。終了後に寄せられた意見は以下のようである。

- ・ 3人の発表にとっても感動した。
- ・ これまで訪問看護を身近もの感じていなかった。発表で訪問看護の大切さがわかった。
- ・ 病院と地域が自由に行き来し、それぞれの情報をもっと入れればいい。
- ・ 連携の大切さを理解できた。病棟でできる退院支援を実践して行きたい。
- ・ 千葉大学の地域連携や訪問看護ステーションの実際の活動を知ることができた。

図表 36 公開検討会の様子



司会の N 氏と地域担当委員



満員の会場



前に並んで自分の訪問看護 ST を紹介する管理者

当日配布の B 地域訪問看護 ST 案内リーフレットには、サービスや担当地域がわかりやすい、活用したい、との声が寄せられた。K 病院看護部長からも「やってよかった。」との評価を得た。

2. 病院と訪問看護の連携シンポジウム (以下 シンポジウム) の開催

日時：2008年11月19日(水)18時~20時40分、場所：K病院大講堂

K 病院退院後 ST ネットワークで訪問看護を導入した事例について、在宅療養への移行期における連携プロセスを地域の医療福祉職とともに検証するとともに、訪問看護活用を促進するために、シンポジウムを行うことを計画した。しかし11月にはいっても検証できる連携事例が発生しなかった。その背景には、K 病院の看護師や医師が在宅医療や訪問看護のイメージを描けていないことが考えられた。そこで訪問看護師の活動や病院との連携、在宅医療の様子をイメージ化できること、また訪問看護との連携における課題について話し合う場を作ることが必要と考え、在宅での濃厚な医療的ケアが行った訪問看護のケースについて、訪問依頼、在宅療養準備、主治医や地域のサービス機関との連携をとりながら在宅ケアを実施するプロセスを紹介することとした。

シンポジストには訪問看護師2人と、K 病院訪問看護室長・病院長補佐の医師、B 地域と深いつながりがあり住民の信望が厚く、訪問看護制度の法制化に尽力されて来た元衆議院議員の外口玉子氏に指定発言を依頼した。

結果：参加者144名、：K 病院関係者49名(内訳 看護師32名、医師1名、MSW7名、訪問看護師5名、リハビリ関係職種2名、看護学校教師2名)、K 病院以外から95名(内訳 看護師15名、医師5名、MSW3名、訪問看護師26名、ケアマネジャー28名、保健師9名、一般

住民7名、モデル事業委員3名)

参加者アンケート分析結果：回収数 97 (回収率 67.4%)。93.8%が「シンポジウムはあなたにとって有益でしたか」に「はい」と答え、92.6%が「訪問看護について理解が深まりましたか」に「はい」と答えた。また 86.3%が「シンポジウムは病院と訪問看護ステーションの連携促進に役に立つと思いますか」に「はい」と答えた。B 地域における病院と訪問看護の連携を促進することについての自由記述に 51 人が記述した。KJ 法を用いて分析した結果、図表 38 のように図式化された。記載件数延べ 99 件であった。

シンポジウムに参加した多機関の多様な職種の人々は「訪問看護についてイメージでき大切であることがわかった」「訪問看護はこんなにも細やかに生活を支えていることを知った」「訪問介護との連携の必要性を認識した(介護職)」と述べ、これらは【訪問看護について理解と信頼が深まり連携の必要性を認識すると共に利用しようという気持ち】と表現された。

そして、「地域の看看連携には病院医師・看護師の役割がきわめて重要」で【地域医療連携と看護連携のために病院は役割を果たしていかなければならない】が、一方で「在宅を逡巡する患者や家族への関わりが難しい」と、施設での療養継続を志向する患者家族への関わりの困難感が示された。そして【訪問看護利用の拡大は住民を巻き込んで協働することが大切】であり、【訪問看護の効果的な活用には、地域の医師・ケアマネとの連携体制を作ることが大切】という考えが浮かび上がった。加えて「良質の訪問看護を地域内のどこでも受けられるようにしてほしい」「訪問看護利用の仕方、連携の取り方がわからない」など【訪問看護の活用には確固とした基盤の元で良質の訪問看護が安定的に提供されるしくみが必要】という意見が表出された。これらの意見は、《病院と訪問看護の連携促進には訪問看護ステーションと病院だけでなく、地域の医師やケアマネ、そして住民を含めた仕組みづくりが必要》として大きくまとめられた。一方「地域医療連携体制の構築には医師の力、医師同士の連携と協働が必須」で「訪問看護だけでなく地域内の他職種との連携があってこそ在宅療養が可能になる」との意見も述べられており、参加者が【地域での療養を支えるためには様々な職種と機関の連携協働が不可欠】とシンポジウムで取り上げた病院と訪問看護の連携にとどまらず、地域医療の問題として連携を考えていることが示された。そして様々な機関や施設から多様な立場で参加した人々にとって【このシンポジウムがそれぞれの立場で『在宅療養』『連携』について改めて見つめ自分ができていることを考える洞察の場】となったことが示された。

図表 37 シンポジウムの様子



シポジストと指定発言者

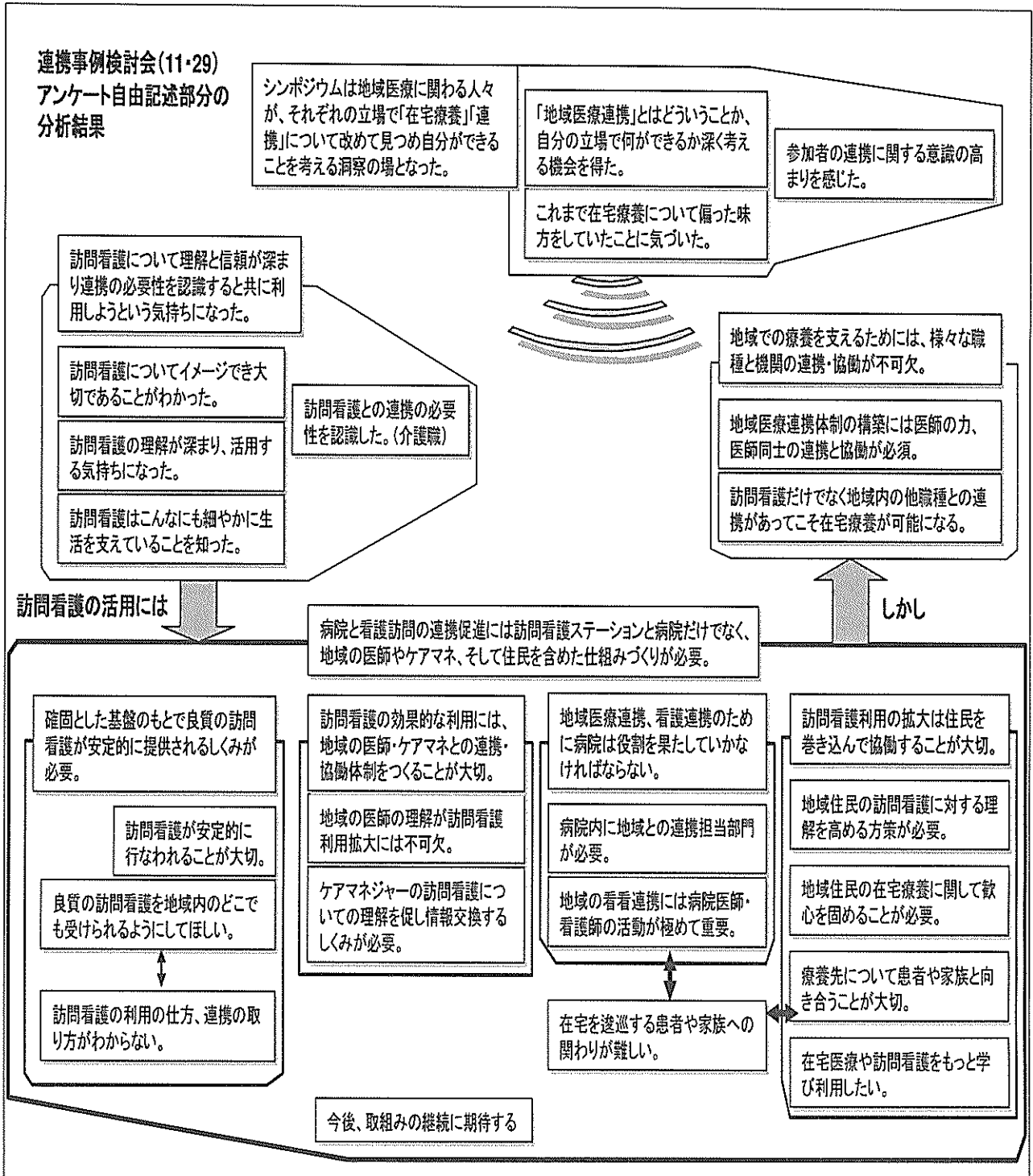


活発な意見交換が行なわれた



協働関係ができた管理者

図表 38 シンポジウム参加者アンケート自由記載部分の分析結果
 「B地域の病院と訪問看護ステーションの連携を促進することについて」の意見



3. 訪問看護を活用した退院支援の仕組みづくり

K 病院における訪問看護 ST を活用した退院支援の仕組みづくりは、モデル事業中に実現することができなかった。B 地域 ST ネットワークメンバーと K 病院関係者が訪問看護利用を促進する退院支援院内申合せを作成していくためには、両者が K 病院内の退院支援の流れを共通理解するとともに、訪問看護利用を阻害する要因を明確にしてそれを解決するしくみをつくらなければならない。その協働の基盤には連携の重要性の共通認識、尊敬し信頼しあう関係が必要である。今回のモデル事業期間が 3 ヶ月間と短く事業展開にはさらに時間が必要であった。また K 病院内の退院支援システムが複雑で、新しい仕組みづくりのリーダーシップを誰が取るのかが院内でも不明確であったことも要因としてあげられる。

しかし今回のモデル事業を通してお互いに名前や顔を覚え、会話のできる関係が発展してきた。また看護部長は退院支援体制の確立に向けて次年度から看護部がリーダーシップを発揮できる新しい体制を敷くことを検討している。今回のモデル事業は協働関係の基盤を築く役割を果たしたといえる。

連携事例の課題分析

ここでは、モデル事業期間中に K 病院の主治医からの指示書で訪問看護を開始した事例について分析し、効果的な連携体制構築のための課題を検討する。

モデル事業期間中の連携事例は 6 事例。依頼時期は、患者の入院中 2 事例。退院後及び外来通院中 4 事例。依頼の経路は、病棟看護師からコーディネーター訪問看護師を介して 1 事例、残りは全て介護支援専門員から個々の訪問看護 ST の依頼であった。

入院中からの依頼があった 2 事例においては、医師の指示書発行、物品供給において K 病院退院支援部署が訪問看護 ST と医師との間に介在し効率化が図られた。また外来通院中に訪問看護が導入された終末期患者の事例では指示書発行に介護支援専門員が介在し効率化が図られると共に、訪問看護報告書に対して医師が文書で丁寧に看取りについての方針を連絡するなどコミュニケーションが行なわれた。しかし他の 3 つの退院後或いは外来通院中に訪問看護が開始された事例では、指示書の記載内容が不明確、急変時の対応が不明確、医師との連絡困難、患者と家族への不十分な病状説明と退院指導による強い不安、退院後に直面する介護不安と介護困難などの問題が浮き上がった。

これらから、訪問看護の依頼が多い介護支援専門員を対象として、より訪問看護を理解し効果的に活用し、訪問看護と協働してケアマネジメントを行なってもらうための活動を展開することが重要といえる。また介護支援専門員からの依頼であっても介護支援専門員を介在させない直接的な医療連携の経路を構築する必要性が示唆される。退院に際して或いは訪問看護開始にあたって訪問看護師が医師から確実な指示を受け、病棟や外来看護師と継続看護にむけた情報と方針の検討ができる仕組みづくりである。

- ⑤ B 地域訪問看護事業所によるネットワーク化によってもたらされた効果の検討
モデル事業の効果を検討するために以下の調査を行なった。
- ア. モデル事業前後の訪問看護 ST 概要調査：訪問看護 ST 対象。実施時期 H20 年 10 月、12 月の 2 回
 - イ. モデル事業前後の B 地域訪問看護師の K 病院との連携に関する認識調査：ネットワーク化参加訪問看護 ST の全看護職員対象。実施時期 H20 年 10 月、H21 年 2 月。
 - ウ. モデル事業前後の K 病院医師・看護師の訪問看護に関する認識調査：H20 年 10 月、平成 21 年 2 月。
 - エ. モデル事業前後の B 地域訪問看護 ST 管理者へのグループ面接：H20 年 7 月、H21 年 2 月。
 - オ. モデル事業前後の B 地域リーダー N 氏への面接調査：H20 年 7 月、H21 年 2 月。
 - カ. K 病院退院支援担当副看護部長、退院支援担当者への面接調査

a) 業務の効率化

今回のモデル事業で B 地域の 11 の訪問看護 ST が共同で取組んだ課題は、K 病院との連携に関する課題解決と訪問看護に関する情報発信と相談窓口の一元化であった。

1. K 病院との連携に関する課題の解決状況：

モデル事業後の ST 管理者全員へのグループ面接で一様に衛生材料・医療材料の供給、及び指示書の発行が比較的スムーズになったとの意見がだされた。

しかし、連携事例の分析結果でも示されたように、依然として問題は存在していることが明らかであり、B 地域訪問看護 ST ネットワーク全訪問看護師を対象とした調査（回収数（回収率）はネットワーク化前 18 人（62.1%）、後 29 人（100%））でも、医療材料の入手、指示書の発行の問題が解決したとは認識されていないことが示された。モデル事業終了後に継続する課題である。

また管理者がモデル事業に関わることで業務負担が増したと認識したスタッフもいることが示された。コーディネータ訪問看護師としての活動、事業を推進するために頻回に開催された会議や共同作業によって ST を留守にすることが重なりスタッフに負担感を増したと考えられた。

2. 情報発信と相談窓口の一元化による業務の効率化：

モデル事業期間中の総合相談窓口への電話・FAX での相談件数は 0 件であった。一方 ST にかかってきた電話への対応時間は事業前 2.06 時間、事業後 2.34 時間で、協働前と比較し作業時間が「変わらない」3ST(30%)、「増加した」4ST(40%)とむしろネットワーク化後の業務が増加していることが示された。

これに関して ST 管理者へのグループ面接で、K 病院に近接する ST②の管理者から自施設の居宅介護支援事業所のみならず他の介護支援専門員からも訪問看護サービス、利用者の病状や対応についてなど多様な問合せが増加し業務に支障をきたすほどであるとの情報が得られた。

これらのことは、モデル事業によって B 地域の訪問看護についての認知が高まり、総合相談窓口よりも、身近な訪問看護 ST を相談相手として利用し始めたと推察できる。今後

の業務の効率化の方策として、F市にあるST①ではなくD市のK病院の近隣にあって問合せが集中しやすいST②に電話相談の機能を集中させることも検討する必要がある。

b) 訪問看護利用者数・新規利用者数・延べ訪問回数の変化

B地区訪問看護STの全常勤換算数（常勤+非常勤）はネットワーク化前（平成20年8月）35.2人、ネットワーク化後（平成20年12月）34.4人で0.8人減であり、ヒアリングによって設置主体の有する病院看護職員数の補填のための異動、退職があったことがわかった。しかし利用者数、その内の新規利用者数、及び延べ訪問回数はネットワーク後に増加した。

ST①はモデル事業直前の7月に設立されモデル事業中に確実に利用者数を伸ばした。ST①を除いた数値をカッコ内に示した。ネットワーク化後に全ての項目で増加した。

しかし、K病院の指示書による訪問看護利用に関しては、モデル事業期間の3ヶ月間に6事例のみ（平均2事例/月）で、平成19年度の1年間で26事例（平均6.5事例/月）を上回ることはなかった。K病院看護部の調査では退院患者総数に占める訪問看護利用者割合はネットワーク化前の3ヶ月で0.20%（10人/5042人）、ネットワーク化後の3ヶ月で0.29%（15人/5112人）となり微増した。

図表 39 ネットワーク化前後の比較

B地域訪問看護 ST ネットワーク	ネットワーク化前 (平成20年8月)	ネットワーク化後 (平成20年12月)
常勤換算数(常勤+非常勤)	35.2人(31.8人)	34.4人(31.0人)
利用者数	308人(286人)	353人(308人)
うち新規利用者数	28人(14人)	34人(32人)
延べ訪問回数	1800回(1734回)	2023回(1879回)

*カッコ内はST①を除いた数値

B地域訪問看護ST案内リーフレット作成と配布の効果については、モデル事業期間中に明確な変化は確認できていない。しかしST⑥ではリーフレットを持参した家族が利用相談に事務所を訪れたことがヒアリングで報告されており、交流会、公開シンポジウムの開催といった企画と共にリーフレットがB地域の介護支援専門員に訪問看護ST情報を提供し利用者増へ繋がる要因になっているとも推察される。

またモデル事業後に相談窓口が設置されていたST①が行なった調整活動は今後のB地域全体の訪問看護利用者数を増やす一つの方向性を示した。

当初総合相談窓口はB地域の訪問看護STの紹介までを行い、訪問依頼を受けて調整機能を果たすことは想定していなかった。しかしモデル事業終了後に窓口が設置されたST①に保健師から地域外急性期病院から退院する重症難病患者の訪問依頼が寄せられ、ST①がネットワーク内の他ステーションを調整して共同訪問を実現させた(N氏の面接調査よ

り)。この患者は退院直後からほぼ連日の訪問と 24 時間緊急訪問体制が必要とされ、ST①からは移動距離が長く対応困難と判断された。ST①は自宅近くの ST⑧に訪問を打診したが、ST⑧では夜間の訪問ニーズへの対応が困難であるとのことで、距離的には離れているが 24 時間対応可能な ST③と合同での訪問が検討され合意が得られて実現した。

このような活動は ST ネットワーク内が協力し合って提供するサービスを多様化し、ひいては利用者獲得につなげていける可能性を有している。調整を行うためには地域内 ST のサービス内容や受入れ状況に関する情報が集約され、利用者の利益を最優先しながらも、個々の ST の利益を考慮しなければならず、ST ネットワークの強い連携と高度な調整技術が必要となる。今後も総合相談窓口を継続し、地域内外の関係者に周知し実績を重ねていくことができるようにすることが必要と考えられた。

c) 訪問看護の質向上及び地域医療連携の基盤形成への効果

モデル事業後の ST 管理者に対するグループ面接において、モデル事業の最大の効果として、①B 地域内の 11 の訪問看護 ST 間のコミュニケーションが密になり相互の信頼・支援関係が構築されたこと、②K 病院との関係が変化し看護職員や地域連携室職員と「顔の見える関係」になり相談や依頼への心理的障壁が低くなったこと、が評価された。

B 地域の全訪問看護師を対象とした認識調査では、モデル事業後に「K 病院の地域連携室は訪問看護について理解している」「(K 病院の中の) 誰に連絡をとるかわかり易い」について、「とても思う」「まあまあ思う」が増加し、「全く思わない」が減少した($p<0.05$)。また訪問看護開始にあたって K 病院から「文書での情報提供を得た」が有意に増加した($p<0.05$)。

一方、「地域連携室は訪問看護師との連携を大切にしている」については「全く思わない」がなくなり「とても思う」が増加、「看護師は訪問看護師との連携を大切にしている」「医師は訪問看護師との連携を大切にしている」では「とても思う」と共に「あまり思わない」も増加し、K 病院内での活動や協働を通して K 病院職員の訪問看護師にむける言動から認識の現状とその変化をより現実的に理解してきていることが示された。またモデル事業後には有意差は示されなかったが、訪問看護開始前や実施中に病棟・外来看護師、医師と連絡をとると答えたものも増加していることが示され、心理的に近い関係となった K 病院職員に対して連携のための行動を実際におこし始めていることが示唆された。

K 病院の中でも訪問看護 ST との関係性について様々な変化が生じていることが医師と看護師を対象とした訪問看護に関する認識調査で示されている。

ST ネットワークのすべての訪問看護 ST について「知っている」と答えたものが医師、看護師ともにモデル事業後に有意に増加した($p<0.05$)。また「訪問看護の利用料はさほど負担ではない」についてモデル事業後「とてもそう思う」「まあまあ思う」が有意に増加した ($p<0.05$)。

また看護師においては、有意差は示されなかったが、利用時の指示書、介護保険対象者外の訪問看護利用、利用時の問い合わせ先について、「知っていた」と回答したものが増加し、「訪問看護師は信頼できる」に「とてもそう思う」「まあまあ思う」と答えたものが増えた。

そしてほとんどの医師・看護師が「訪問看護は患者にとって有益だ」「訪問看護は家族にとって有益だ」と回答し、8割以上の医師と看護師は医療処置があっても、重度の介護を必要とする状況でも、近くに医療機関がなくても訪問看護を利用すれば在宅療養が可能であると考えていることが示された。しかしながら、「介護する家族がいない、或いは家族が介護を拒んでいる」場合には訪問看護を利用しても在宅療養は難しいと考えているものが約半数であった。

これらのことは K 病院において今後訪問看護を活用した退院支援体制を構築するには、退院に関する家族の意思決定を病院任せとせず、訪問看護師が協働して関わる仕組みを構築する必要性が示唆された。

K 病院ではモデル事業での経験をもとに、退院支援専任の看護職を新たに配置し看護部のリーダーシップで効果的な退院支援システム作りを検討している。モデル事業は B 地域の地域医療連携に大きなパワーを持つ K 病院が地域に向けて自らを開き変化をおこす一つの契機となったのではないかと考えられる。このことは必ず B 地域全体の医療連携体制の発展につながっていくことが確実である。

B 地域訪問看護 ST ネットワークは、地区部会長をリーダーとしてモデル事業終了後も K 病院との連携会議を継続して開催することまた訪問看護に関する記録共有を次年度の課題とすることを決定している。また経営への関心も高まり、利用者獲得に向けた戦略が地区部会で検討されるようになった。モデル事業を通して組織力を強化し発展の基盤をつくったといえる。

⑥ おわりに

千葉県では医師不足による公立病院の閉鎖や訪問看護利用率の低さなど地域医療に多くの課題が存在している。今回の千葉地域におけるモデル事業は先駆的取組みの実績がある地域や訪問看護ステーション(以下、ST)ではなく、訪問看護の基盤強化を図る必要性のある B 二次医療圏(以下 B 地域)が事業実施地域として選択された。小規模で経営困難な状況の 11 の異なる設置主体の訪問看護 ST がネットワークを形成し、それまで個々で抱えていた経営上の課題を共有し解決にむけて始めて協働した。ネットワーク化で取組んだ課題の多くについてはモデル事業後の継続した取組みが必要であったが、地域基幹病院と共に取組んだ地域連携促進の取組みによって訪問看護の利用者が増え、B 地域医療に変化をおこしていることが示された。千葉地域の取組みはこれから訪問看護を含む地域医療体制強化の方策を検討する多く関係者にとって一つの方法論を提供することになると考える。

6) 大阪府におけるネットワーク化

① 背景と目的

大阪府モデル地区および隣接区に公的病院を始め多数の大病院がある。そのため、医療依存度の高い利用者のニーズが多いが、専門的、総合的ケアを担える訪問看護ステーションが少ないため、個々のステーションが持つ専門的技術、知識の提供と活用を円滑に行うことが重要な課題である。

また、各訪問看護ステーションの特徴、特色が共有できておらず、新規利用者へのステーション選択に必要な情報を提供するシステムが整っていない。そのため、利用者ニーズに応じたステーションを効率的に紹介できないまま、利用者を断ったり、特定のステーションに新規利用者が不均衡に分配されるなど、利用者獲得においても訪問看護ステーション間で偏りがある。

こうしたことから、現在、隣接ステーションが独自に取り組んだネットワーク化（専門的知識を提供する人材交流、「パンフレット」の共同作成、衛生材料等の共同購入、24時間電話対応の共同実施など）が行われているが、いずれの試みもアウトカム評価はなされておらず、その効果は検証されていない。また、これらの取り組みを継続的に実施するにあたり困難も生じているが、それらの問題点を明確化することが指摘されている。

そこで、「事業1：新規利用者の紹介」「事業2：24時間対応の共同実施」「事業3：『広告用パンフレット』の共同作成」「事業4：衛生材料等の共同購入」「事業5：質の高いケア技術提供のためのコンサルテーションによる人事交流」「事業6：新人～中堅訪問看護師に対する教育研修の合同開催」の6事業を実施し、これらのネットワーク事業継続のための問題点を明らかにする。

② 方法

ア. モデル事業の対象となる訪問看護ステーションに関する基礎的事項

	ステーション名	法人種別	職員数(常勤換算)	利用者数
ネ ッ ト ワ ー ク A	① キーステーション A	社団法人	11 (6.5) 人	86 人
	② ネットワーク内ステーション b	医療法人	5 (5.0) 人	30 人
	③ ネットワーク内ステーション c	医療法人	4 (4.0) 人	62 人
	④ ネットワーク内ステーション d	株式会社	6 (5.0) 人	30 人
	⑤ ネットワーク内ステーション e	株式会社	4 (3.5) 人	28 人
	⑥ ネットワーク内ステーション f	社 福	4 (3.5) 人	53 人
	⑦ ネットワーク内ステーション g	社 福	8 (7.5) 人	165 人
ネ ッ ト ワ ー ク H	⑧ キーステーション H	社団法人	9 (7.0) 人	135 人
	⑨ ネットワーク内ステーション i	社 福	5 (3.5) 人	42 人
	⑩ ネットワーク内ステーション j	医療法人	3 (2.5) 人	29 人
	⑪ ネットワーク内ステーション k	医療法人	5 (4.5) 人	60 人
	⑫ ネットワーク内ステーション l	医療法人	5 (2.5) 人	31 人
	⑬ ネットワーク内ステーション m	有限会社	7 (5.5) 人	80 人

イ. 調査方法：質問紙調査及びヒアリング

ウ. 調査内容：モデル事業開始前後の①事務時間数、②訪問状況（加算状況、利用者数、新規利用者数、延訪問回数、職員一人当たりの訪問看護回数、緊急訪問回数、緊急電話連絡回数、夜間早朝緊急連絡回数、管理者訪問回数）、③職員負担、④教育・研修参加回数。

③ 各事業の目的・実施内容・結果

ア. 事業1：新規利用者の紹介・調整

a) 目的

キー訪問看護ステーションAが、ネットワーク内の各ステーションの利用者数や利用状況の情報を集約することで、その時点で、新規利用者のニーズに最も応じた訪問看護ステーションを紹介し、また各訪問看護ステーションにとっても新規利用者の依頼を偏りなく配置することを目的とする。

b) 実施方法

ネットワーク内各訪問看護ステーションの特徴、および得意分野、主たる活動実施地域などをアンケート調査し、相互に把握した。各訪問看護ステーションはキーステーションに、自己の訪問看護ステーションの利用者状況（新規利用者受け入れ加入状況）を10～20日毎に電話、またはFAXで報告した。キーステーションは、新規利用者の相談、問い合わせがあった場合、対応可能ステーションに直ちに連絡、紹介、調整を実施した。

c) 実施時期

平成20年9月1日～12月25日

d) 実施結果

<キーステーションへの相談と他ステーションへの紹介状況>

相談日	相談者	対象（病名・年齢（才））	訪問回数	紹介先	
9月1日	病院 MSW	未熟児	0	1回/週	キーステーション A
9月3日	病院 Ns	子宮癌末期	55	毎日	キーステーション A
9月3日	家族	肺癌末期	89	3回/週	キーステーション A
9月5日	病院 MSW	糖尿病・認知症	84	1回/週	ネットワーク内ステーション c
9月9日	ケアマネジャー	脳梗塞	66	1回/週	キーステーション A
9月19日	病院 MSW	不安障害	55	3回/週	ネットワーク内ステーション d
9月19日	開業医	乳癌末期・胸水	44	2回/週	利用料金が合意できず、調整のみ
9月26日	ヘルパー	老衰	80	1回/週	ネットワーク内ステーション c
9月30日	ケアマネジャー	脳梗塞	70	2回/週	キーステーション A
10月1日	病院 MSW	脳梗塞	84	1回/週	調整するも退院できず
10月2日	病院 MSW	胆管癌末期	63	2回/週	調整するも退院できず
10月6日	ケアマネジャー	精神疾患	40	1回/週	調整するも退院できず
10月6日	ケアマネジャー	肺癌末期	80	2回/週	キーステーション A
10月15日	保健師	多系統萎縮症	61	3回/週	キーステーション A
10月20日	保健師	白質ジストロフィー	33	1回/週	キーステーション A
10月20日	家族	認知症	84	2回/週	キーステーション A
10月24日	家族	リウマチ	73	1回/週	キーステーション A
10月24日	ケアマネジャー	糖尿病・認知症	74	2回/週	キーステーション A
11月4日	ケアマネジャー	白血病	69	3回/週	ネットワーク内ステーション e
11月7日	病院 MSW	肝癌末期・腹水	68	4回/週	キーステーション A
11月18日	他のステーション	染色体異常	5	1回/週	キーステーション A
11月18日	ケアマネジャー	心不全・腎不全	90	2回/週	キーステーション A
11月18日	家族	多系統萎縮症	66	毎日	協働（キーステーションAとステーションg）
11月20日	ケアマネジャー	骨形成不全	65	1回/週	調整するも退院できず
11月25日	ケアマネジャー	糖尿病・うつ病	70	3回/週	キーステーション A
11月26日	包括支援センター	うつ病・右腕骨折	85	1回/週	ネットワーク内ステーション d
11月28日	ケアマネジャー	脳梗塞	73	2回/週	ネットワーク内ステーション b
11月28日	家族	うつ病・間質性肺炎	75	3回/週	協働（キーステーションAと他ステーションf）
12月9日	包括支援センター	肺癌末期・子宮癌	44	2回/週	キーステーション A
12月10日	開業医	老衰・褥瘡	89	4回/週	キーステーション A
12月12日	家族	心疾患	82		病院入院
12月16日	ケアマネジャー	老衰・褥瘡	94	毎日	ネットワーク内ステーション c
12月16日	病院 MSW	脾・肺・肝癌末期	64	3回/週	死亡
12月17日	ケアマネジャー	褥瘡・頸部骨折	94	4回/週	死亡
12月22日	病院 MSW	肺癌末期	68	毎日	調整するも決定せず
12月24日	ケアマネジャー	脳梗塞	74	2回/週	ネットワーク内ステーション b

<新規利用者の紹介・調整によってもたらされた効果>

- ・ キー訪問看護ステーションがネットワーク内のステーションの新規利用者受け入れ可能状況を把握することで、新規利用者の状況を速やかに紹介すること可能となり、また、各訪問看護ステーションにも均一に利用者を配分することができた。
- ・ 新規利用者が紹介先の訪問看護ステーションを選択するか否かは、キーステーションが紹介後、新規利用者と照会された訪問看護ステーションとの話し合いに委ねられており、必ずしも紹介先の訪問看護ステーションを利用者が選択するわけではない。紹介された訪問看護ステーションにとっても、利用者のニーズに十分対応できないと判断し、訪問サービスを断る可能性も考えられた。
- ・ ネットワーク内のステーションの中でも 24 時間体制の有無、職員数などの規模のちがい、また各ステーションの特性があるため、特にターミナル期や精神疾患の利用者では、紹介できるステーションが限定されることが度々あった。
- ・ 本モデルでは、キーステーションが各ステーションの新規利用者受け入れ状況に関する情報収集を一手に担っていたため、情報収集・提供などの事務的作業は煩雑となり効率的に運営することができなかった。今後は、新規利用者受け入れ状況や新規利用者の情報などはコンピュータネットワークなどを通じて、ネットワーク内のステーションが情報共有できる一元管理システムを構築し、効率的に情報集中・提供作業が行えるネットワークが重要である。

イ. 事業2：24時間対応の共同実施

(①②④⑤の4箇所の訪問看護ステーションで実施)

a) 目的

人的、経済的問題から、単独では実現困難な「24時間対応」を複数のステーションが共同実施することで、24時間対応を行う訪問看護師の身体的、精神的負担を軽減しながら、できるだけ低人員数、低賃金で継続可能な24時間電話対応のネットワークをめざすことである。

b) 方法

本事業に協力する5つの訪問看護ステーション（大阪市中央訪問看護ステーション、法円坂訪問看護ステーション、ぷらっと訪問看護ステーション、月桂舎訪問看護ステーション、訪問看護ステーションうえに）で、緊急対応の担当、連絡方法を確認後、利用者から連絡があった場合は、担当訪問看護ステーションが対応した。実施状況は以下の通りであった。

対応月	ケース	疾患名	ケース担当ステーション	対応ステーション	対応方法
10月	A氏	小腸ストーマ	ネットワーク内ステーションb	キーステーション A	電話対応
11月	A氏	小腸ストーマ	ネットワーク内ステーションb	キーステーション A	電話対応
10月	B氏	脊髄小脳変性症	ネットワーク内ステーションc	キーステーション A	電話対応
11月	B氏	脊髄小脳変性症	ネットワーク内ステーションc	キーステーション A	電話対応
10月	C氏	脳性小児麻痺	キーステーション A	ネットワーク内ステーションd	電話対応
10月	C氏	脳性小児麻痺	キーステーション A	ネットワーク内ステーションd	電話対応
11月	C氏	脳性小児麻痺	キーステーション A	ネットワーク内ステーションd	電話対応
10月	D氏	乳癌ターミナル	キーステーション A	ネットワーク内ステーションd	電話対応
11月	D氏	乳癌ターミナル	キーステーション A	ネットワーク内ステーションd	電話対応
11月	E氏	脳性小児麻痺	ネットワーク内ステーションd	キーステーション A	退院前訪問

c) 実施結果

<24時間対応の共同実施によってもたらされた効果>

- ・ 緊急対応の頻度やシステムについて交流する中で、お互いの帳票、マニュアルなどの業務改善につながる機会となった。
- ・ 本事業モデル実施期間の10～12月は連携ケースの夜間緊急訪問はなかったが、核訪問看護師個人が負担する夜間緊急訪問担当日数が分散され、夜間緊急訪問に対する精神的負担の軽減に大変役立った。
- ・ 重症難病の医療処置が頻回なケースの訪問看護では、訪問看護師の夜間緊急対応可能日数を増やすことで、家族の介護負担軽減の効果も見出せた。
- ・ 異なる法人でのネットワークには、連絡調整に手間がかかった。緊急対応の契約をしているすべての利用者を共同で担うには、連絡調整の円滑化を図ることが重要である。
- ・ 24時間対応が必要なケースにおいては、複数の訪問看護ステーションで訪問を行いながら、共に報酬加算が着く制度を要望する。
- ・ 本事業モデル実施期間にあった電話対応では、訪問看護ではなく訪問介護でも十分対応可能

な場合もあったので、今後は、早朝、準夜の訪問介護サービスの充実や共同での緊急訪問（当直）体制などの方法も考慮することが重要である。

ウ. 事業3：「広告用パンフレット」の共同作成

（①～⑬の13箇所の訪問看護ステーションで実施）

a) 目的

訪問看護依頼の約7割はケアマネジャー、1割が開業医であり、彼らの多くが区内の訪問看護ステーションを紹介している。そこで、区内の合同パンフレットを作成することで、主に訪問看護紹介する役割を担っている地域のケアマネジャー、医師が、区内に存在する多くの訪問看護ステーションの個々の特性を理解し、訪問看護を必要とする対象のニーズにあった訪問看護ステーションを効果的に選択し、紹介できることを目的とし、区内合同広報のための「広告用パンフレット」を作成した。

b) 実施方法

「広告用パンフレット」作成にあたり、パンフレット内容、コンテンツについて、賛歌今日庵行く訪問看護ステーションらで会議を行った。会議の結果、パンフレット作成には以下の6点を考慮することとした。

1. パンフレット紙は、厚紙を使用し、原則的に保存版である。
2. パンフレット配布対象者は、区内のケアマネジャー、開業医とする。
ただし、利用者に説明する際に、利用者にも見やすく、わかりやすい資料となる。
3. 区内の訪問看護ステーションすべてが一覧化されている。
4. 緊急時対応を含めて内容も含んでいる。
5. 区内の訪問看護ステーションの特性が明確化されている。
6. 訪問看護ステーション紹介者（ケアマネジャー、開業医）が、訪問看護利用者にステーション選択の説明する際に、主に用いること内容を含む。

今回作成した「広告用パンフレット」に対する意見を聴取することで、主にパンフレットを用いるケアマネジャー、医師、保健師らが、適切に対象者のニーズにあった訪問看護ステーションを選択し、紹介できるようパンフレット内容の改善に役立てることを目的に質問紙調査を行うこととした。

c) 実施結果

<配布部数と配布先>

	大阪市平野区（800部）	大阪府中央区（400部）
病院・診療所	200	100
ケアマネジャー	150	150
地域包括支援センター	60	50
ネットワーク推進員	40	0
保健所	40	30
訪問看護ステーション	210	70
その他	100	0

<配布時期> 平成20年11月20日～平成21年1月15日

<「広告用パンフレット」に関する質問紙調査結果>

質問紙は大阪府中央区を対象に400部をパンフレットに同封して配布した。回答は106名（回収率26.5%）であった。

質問紙調査の結果、「利用者への訪問看護の説明に困難を感じている」者は、30%（44名）あり、医師、ケアマネジャー、保健師などの医療従事者の中にも、3割程度、訪問看護について利用者に説明する際に難しさ抱えていることが明らかとなった。また「訪問看護の制度」が利用者にとって利用しがたいと感じている者が41%（44名）、「訪問看護の内容」が理解しがたいと感じている者が23.4%（25名）あり、今後はパンフレット内容に訪問看護の「制度」や「内容」の説明を盛り込むことが必要であることが明らかとなった。さらに、訪問看護の「利用料金が高額」と答えた者が20.8%（22名）、利用するにも「単位数が足りない」と答えた者が18.9%（20名）という結果から、限られた中で利用者に応じたサービスをどのように選択していくべきなのかといったことに、訪問看護ステーション紹介者らは難しさを感じていることが明らかとなった。今後、パンフレット内容には、訪問看護の利用料金とサービス例を具体的に表示するといった工夫も必要であると考えられる。

今回作成した「広告用パンフレット」について、94.3%（100名）が「大変活用できる」または「活用できる」と答えている。特に注目されているパンフレットの活用法は「利用者・家族への説明資料」が99.0%（99名）と最も多く、医師、ケアマネジャー、保健師らが、訪問看護サービスを利用者に紹介する際に「広告用パンフレット」は有効的に活用できると考えていると推測できる。さらに、「広告用パンフレット」は「訪問看護の理解促進」に役立つと考えている者が62%（62名）、「他職種者に訪問看護サービスを説明する際の資料」と考えている者が28%（28名）であった。つまり、「広告用パンフレット」の配布が利用者・家族だけでなく、他の医療従事者、また関係職種への訪問看護に対する理解を促す資料となっていることが示唆された。

エ. 事業4：衛生材料等の入手ルート共有

(①～⑥)の6箇所の訪問看護ステーションで実施)

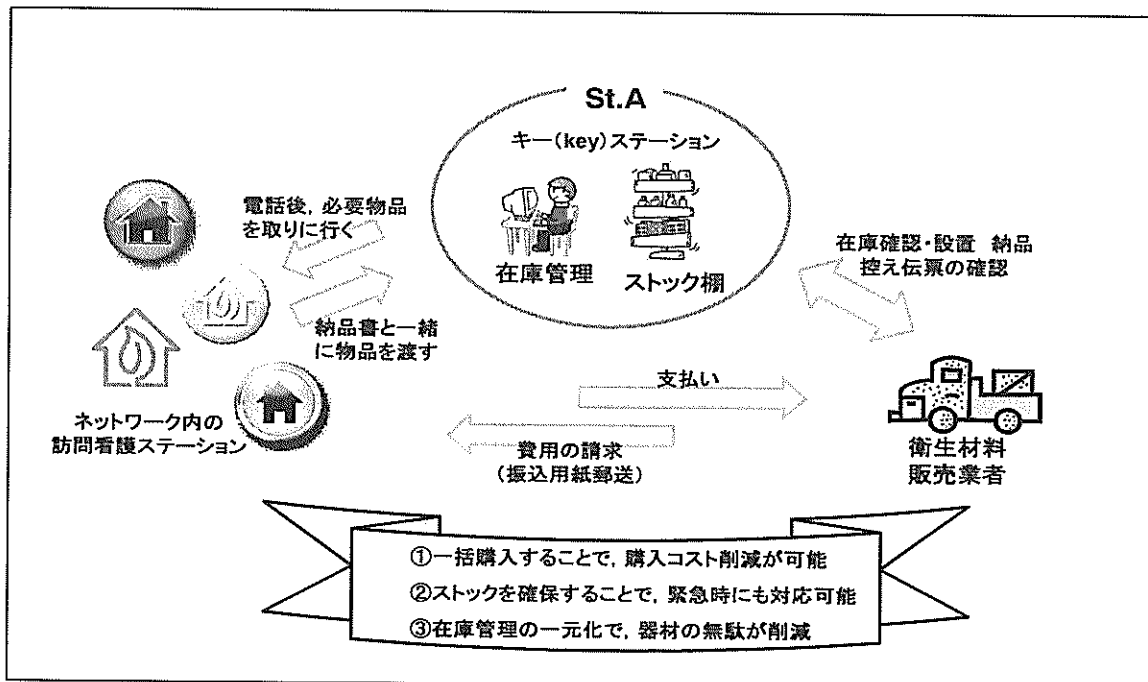
a) 目的

ネットワーク内の個々の訪問看護ステーションで保有する衛生材料を相互に公開することで、必要随時、衛生材料を確保する。つまり、キーステーションを拠点とした、緊急時対応のための衛生材料等のストック確保および在庫管理の一元化をはかることである。衛生材料等の入手ルートの共有により、共同で常時、緊急時のストックを確保すること、また、それまで別々に購入していた衛生材料を、複数のステーションで一括購入し、コスト削減を可能にする。さらに、ひとつの訪問看護ステーションでは使用期限内に使い切らなかった在庫の無駄を、複数の訪問看護ステーションが共同利用することで、使用期限内に消費することを目的とする。

b) 実施方法

「衛生材料入手ルート共有」のための以下のシステムを構築し、実施した(図表40)。また、今回構築したシステムに対する意見を聴取することで、今後、本システムを継続していくための改善点を見出すことを目的に質問紙調査を行うこととした。

図表 40 衛生材料入手ルート共有システム



c) 実施結果

<実施時期> 平成 20 年 12 月 15 日～1 月 17 日

<配布時期> 平成 20 年 1 月 10 日～1 月 25 日

<「衛生材料等の入手ルート共有」に関する質問紙調査結果>

質問紙は本モデル事業に参加した訪問看護ステーション、診療所を対象に 55 部配布した。回答は 15 名（回収率 27.3%）であった。

質問紙調査の結果、「必要な衛生材料がなくて困ったこと」が「たまにある（1 回／3 ヶ月以上）」と答えた者が 60%（9 名）、「あまりない（1 回／6 ヶ月以上）」と答えた者が 26.7%（4 名）であった。この結果から、在宅ケアに関わる医療従事者の 8 割以上が、少なくとも半年に 1～2 回以上、必要時に衛生材料費が確保できずに困った経験をしているのではないかと推測できる。この困った経験を反映するように「衛生材料の共同購入」は「緊急時に対応するために必要」と答えた者が 77.0%（10 名）と最も多く、利用者の急変字に必要とされる衛生材料を常時確保できているシステムを構築することは重要であると考えられる。

<実施期間中に利用した「材料」「数」「用途」>

材料名	利用事業所数	利用数	利用用途
導尿用カテーテル 14Fr	0	0	尿閉により緊急に 留置カテーテル開始したため
尿道留置カテーテル 14Fr	0	0	
尿道留置カテーテル 16Fr	1	1	
蓄尿袋（ハルンパック）	1	1	
精製水（20ml）	1	1	
滅菌潤滑ゼリー（5g）	0	0	
経管栄養チューブ	0	0	
イルリガートル	0	0	
シリンジ（カテーテル用 50ml）	0	0	
吸引チューブ	0	0	
小児用輸液セット	0	0	
連結管	1	1	利用者の急変により 与薬指示が変更したため
三方活栓混注キャップ	1	1	
留置針（サーフロー）	1	1	
ベルネーク（不織布 10cm 幅）	0	0	
サージットロール（透明フィルム）	1	1	褥瘡処置のため

オ. 事業5：質の高いケア技術提供のための人事交流（コンサルテーション事業）

（①～⑧の8箇所の訪問看護ステーションで実施）

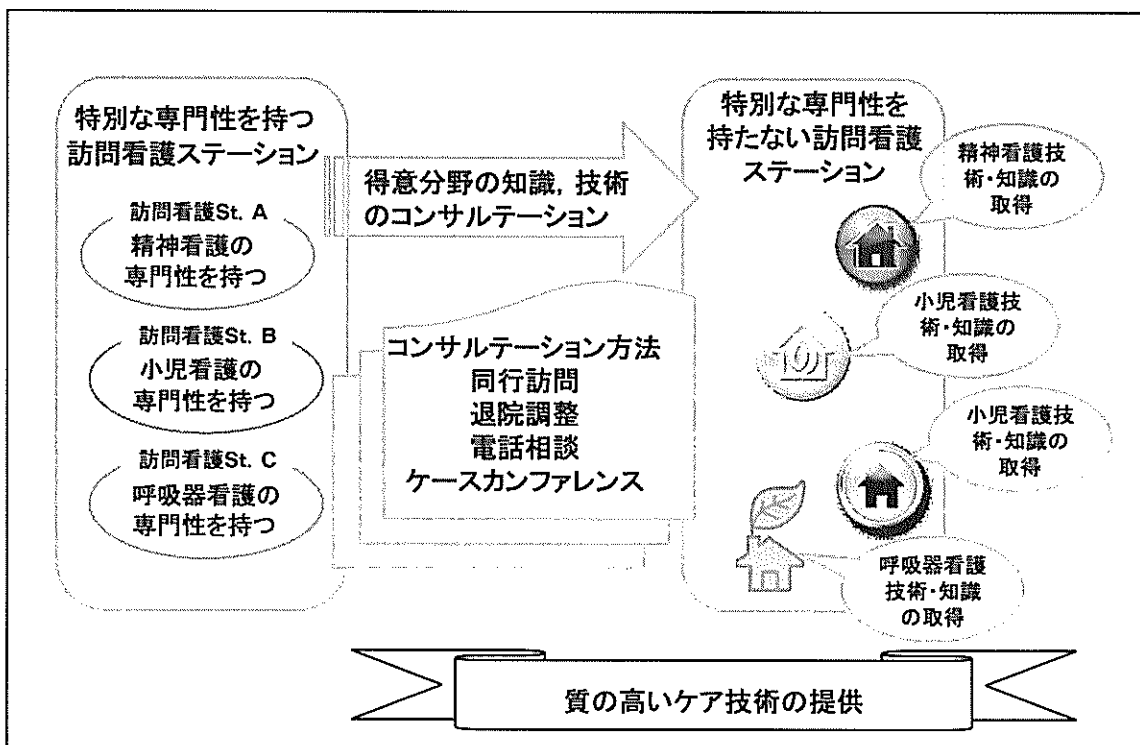
a) 目的

医療依存度の高い症例数の増加に伴い、訪問看護師の高度な専門能力が求められるが、現状では個々の訪問看護ステーションが専門性に特化したそれぞれの利用者ニーズに対応はできていない。そこで、このモデル事業では小児、精神、呼吸器などの疾患について、これらを得意とする専門の訪問看護ステーションが一般の訪問看護ステーションに対し、①同行訪問、②面談指導、③電話指導を実施することで、訪問看護師の知識と技術の向上をはかり、質の高いケアを利用者に提供できることを目的とする。

b) 実施方法

- ・ 精神、小児、呼吸器領域に関する専門知識、技術を保有するそれぞれ3つの訪問看護ステーションが、ネットワーク内の訪問看護ステーションから依頼を受け、コンサルテーションを実施する。コンサルテーション方法は以来訪問看護ステーションの要望に応じて同行訪問、直接面談、電話面談のいずれかを人事交流である（図表 41）。
- ・ 本事業を実施するにあたり、コンサルテーションの事例対象となる利用者から同意書を得る。
- ・ コンサルテーションを実施する訪問看護ステーションとコンサルテーションを受ける訪問看護ステーションで「コンサルテーション事業依頼・報告書」を作成し、双方でこの「コンサルテーション事業依頼・報告書」を保管する。

図表 41 事業5の実施概要



c) 実施時期

平成 20 年 10 月 3 日～12 月 17 日

d) 実施結果

1. 精神

<ケース数> 5 ケース（統合失調症 3 ケース、そ・うつ病 1 ケース、リストカット 1 ケース）

<コンサルテーション方法> 同行訪問 9、直接面談 9、電話面談 9

<主たるコンサルテーションを実施した訪問看護ステーション>

⑦ネットワーク内ステーション g

<コンサルテーション効果>

- ・訪問を開始した初期にはローテーションを組んで複数の訪問看護師が関わっていたが、コンサルテーションを受けてから、精神の利用者に対しては、まずは一人の訪問看護師に限定して、その訪問看護師が利用者・家族との信頼を築かせることから始めていくことが重要であることを学んだ。
- ・実際に同行訪問してもらって、訪問時の表情、声のトーン、家の様子などから利用者の変化をアセスメントする具体的な方法が理解できた。
- ・利用者の内服間違いにどのように取り組んでいくべきかコンサルテーションしてもらい、内服間違いの原因に関しては、本人と一緒に考えていくように助言があった。実際にそのようなようにして関わっていくと、利用者本人から「〇〇のようにしましょう」というような予防策に対する発言があった。また、利用者と一緒に立てた計画に対する評価も一緒に話し合えるようになった。
- ・関わっているケースの状況をお話する中で、利用者だけでなく利用者の母親とも訪問看護師が積極的に関わるということが重要であるというコンサルテーションでの助言があった。そこで、母親への連絡を密に取るようにし、利用者本人ができていること、健康的な部分について母親に伝えるようにしたことで、少しずつの変化ではあるが、母親自身が利用者を見守っていく形でサポートできるようになってきた。
- ・金銭管理がなかなか難しい利用者に対して、1ヶ月の収入に応じた生活費の使い方を聞き、家賃、光熱費、食事代、日用品などの主な使い方をチェックして、自主管理できるように促す必要があること、また借金の有無を確かめ、あればどのように返済するかをアドバイスしていく形で関わっていくように助言を受けた。金銭管理については、どこまで訪問看護師として関わっていくべきなのか迷っていたので、具体的な援助方法を指導してもらい、助かりました。
- ・関わっているケースを説明し、利用者は日常生活や社会生活に対しての自信のなさ、こだわりが発生している時期なのではないかと説明を受けた。そして、このような時期には受容と傾聴を心がけ、不安なことや毎日の生活の仕方、接する人との関係などの思いを聞き、相談にのり、話し合い、アドバイスをしていく中で、精神的に安心が保てるようになるというアドバイスを受けた。このような助言をもらうことで、今まで、精神の臨床経験がないため、訪問看護でも自信がなかなか持てず、利用者の状況を正しくアセスメントできず、看護に結びつかないのではないかと不安を抱くことが多かったが、精神を専門に訪問されている方からのコンサルテーションを受け、自分の訪問看護に対して自信が持てた。
- ・関わっているケースの状況をお話し、利用者の精神状態が効用傾向である時の具体的な対応方法についてコンサルテーションを受けた。まず、本人の訴えに対して①「ああそうですか」と

受けとめ、幻聴などに対しては何が聞こえたのかをきっちりと聞く。それにより、利用者本人との気持ちの共有ができ、利用者自身も自分のことを気にしてくれているという意識もつことができる。②その幻聴を聞いてどういう思いをしたのか聞き、その思いに看護者は共感し、③またその幻聴を聞いてどういう行動を取ったのかを聞く。さらに、その行動を取ってどうなったか（幻聴が聞こえなくなったのか、怖い思いが軽減したか、など）を聞く。この①～③の工程で現実の行動、現実の社会へと導いていくような関わりを持つことが重要であると助言を受けた。このような訪問時の現実場面に沿った具体的な対応方法を指導してもらい、とても分かり易く学ぶことができた。今までは、「自分の発する言葉で刺激を与えることになったら・・・」と消極的な関わりしかできていなかったが、お互いの理解を深め、人と人という関わりを意識し、実生活を良い状態で送っていけるように導いていくことが大切であると学んだ。

2. 小児

<ケース数> 2ケース（双胎・子宮内発育遅延1ケース、脳性麻痺1ケース）

<コンサルテーション方法> 同行訪問2、直接面談1、電話面談5

<主たるコンサルテーションを実施した訪問看護ステーション>

④ネットワーク内ステーションd

<コンサルテーション効果>

- ・児がなぜミルクを飲まないのか、という点について具体的なアセスメント方法のアドバイスを受けた。例えば、哺乳瓶の角度、乳首の挿入の仕方、授乳間隔、1回授乳量など、それぞれ児に合わせた具体的な授乳方法があり、母親がそのように授乳できるようになるための指導方法についても具体的に教えてもらった。
- ・児の成長をどのようにして確認するのか（例えば、表情が出てきた、泣いて抱っこをねだる、1回ミルク量が増える、ギプスを巻いた重たい足を以前よりバタバタ動かすようになった、など）助言を受け、実際にこのような児の徴候を母親と確認することで、訪問看護師が母親の子育てをサポートしていく方法が理解できた。
- ・同行訪問により、児が実際に泣いた時の状態を一緒に確認してもらい、啼泣時に必要な具体的な観察の方法及びアセスメント方法（SP02の変動、チアノーゼの有無、など）についてアドバイスを受けた。

3. 呼吸器

<ケース数> 2ケース（気胸手術後1ケース、ミオチューブラーミオパチー1ケース）

<コンサルテーション方法> 同行訪問3、直接面談0、電話面談1

<主たるコンサルテーションを実施した訪問看護ステーション>

②ネットワーク内ステーションb

<コンサルテーション効果>

- ・同行訪問しにより、呼吸器モニターの評価を一緒に確認してもらい、各データのアセスメント方法も具体的にアドバイスを受けた事で、呼吸器状態の評価方法を学べた。（例えば、PIP値は重要な指標で、利用者の場合、20cm以上になれば、必要以上に圧がかかっていると判断し、吸引が必要な状態であると推測される、など）

- ・利用者に応じたドレナージを行わなければ、不適切なドレナージを行うことがかえって無気肺の原因となる、と説明を受けた。利用者の場合は、軽いマッサージでも十分なドレナージ効果があること、また突然の体位変換が無気肺の誘引となることを学んだ。
- ・利用者と共に養護学校へも同行訪問してもらったことで、天候などの環境要因によって呼吸器分泌物排出量は変化し、吸引の必要性が多い日、少ない日があることが理解できた。
- ・今回のコンサルテーションでは、自宅だけでなく利用者が通っている養護学校への訪問も勧められた。そこで養護学校への訪問でもコンサルテーション者に同行訪問をしてもらった。養護学校への同行訪問は学校の養護教諭とも情報交換ができて大変役立ち、また自宅への訪問時以外の利用者の状態を把握する貴重な機会となった。特に利用者が学校で過ごす上での問題点(気道のゴロ音が聞こえ難く吸引のタイミングが遅れがち、低圧持続吸引の折れ曲がりがある、など)を新たに認識し、訪問看護師が訪問していない時間帯や場所でのトラブルの様相が理解でき、今後、利用者が24時間安全に送れるような対策を検討していく取り組みにつながった。
- ・関わっているケースの状況をお話し、同行訪問をしてもらうことで、具体的な呼吸機器の操作方法、データのアセスメント方法など学んだ。

4. コンサルテーションを受けたことによる訪問看護師自身の変化

- ・コンサルテーションを受け、個別の事例に応じた具体的な指導を受けることで、その専門的領域のアセスメント項目、観察項目、計画立案などを学ぶことができた。
- ・自分が苦手だと考えていた領域から専門的なコンサルテーションを受けることで、これまでの自分の関わり方に間違いはないのだという自信が持て、今後の方向性を積極的に考えることができるようになった。
- ・自分ではあまり知識、技術がないと考えていた領域については、利用者への訪問看護を行うことに不安があったが、自分が実施している訪問看護が重要な役割を担っていることを、コンサルテーションを受けることで実感することができた。
- ・同行訪問のコンサルテーションを受けることで、具体的な技術方法を確認することができ、自分ひとりの学習では発見できない技術が習得できた。また、一人ではわからなかった利用者の問題点も抽出でき、看護計画の効果的な修正につながった。
- ・一度、同行訪問をしてもらい、引き続き、電話指導や面談指導を受けることで、コンサルテーションによる指導がさらに効果的になった。
- ・たとえ、同行訪問ができなかったとしても、カルテを見ながらの面談指導を受けるだけでも、その領域の看護師の考え方、方向性が理解でき、自分が看護計画を立案したり、実際に訪問看護を行ううえで、大変参考になった。

カ. 事業6：新人～中堅訪問看護師に対する教育研修の合同開催

(①～⑬の13箇所の訪問看護ステーションで実施)

a) 目的

ネットワーク内の個々の訪問看護ステーションで行っていた教育研修を合同開催することで、基礎教育卒業後の訪問看護師に対する教育内容の標準化、教育研修の効率化（人手、時間）、また区内訪問看護ステーション間の人事交流を促進することを目的とする。

b) 実施方法

対象は、訪問看護に必要な基礎的知識、技術の習得をめざし、現在、訪問看護師として働いてく、訪問看護師経験年数が3年未満の者である。研修日程は、以下の通りであった。

<合同教育研修の「日程」「内容」「講師数」「参加数」>

	第1回	第2回	第3回
日程	9月12日(金)	9月18日(木)	9月25日(木)
内容	訪問看護概論	介護保険制度	医療保険制度
講師	訪問看護師 1名	訪問看護師 1名 ケアマネジャー 1名	訪問看護師 1名 訪問看護ステーション 事務職員 1名
参加ステーション数	2	4	4
参加者数	8	16	16

	第4回	第5回	第6回	第7回
日程	10月9日(木)	10月16日(木)	11月6日(木)	11月13日(木)
内容	移乗動作他	尿道留置カテーテルケア	精神訪問看護	医師との連携
講師	理学療法士 1名	医師 1名	精神訪問看護師 1名	訪問看護師 1名
参加ステーション数	5	5	5	5
参加者数	16	20	20	10

c) 実施結果

- ・ 第1回(9月12日(金))は募集期間が短く、参加者数が8名と少なかったが、以降は比較的安定した参加者数を確保できたと考える。今後、合同の教育研修を開催する時は、描く訪問看護ステーションが連携した広報活動を事前に行うことで、より多くの参加者が参集すると考えられる。
- ・ 今回の合同研修では第1～7回までの継続した参加者が多く、このような継続参加を促すことで、訪問看護に必要な基本的知識の習得や、自己の知識の確認の機会になったと考えられる。また、個々の講義をシリーズ化することで、講義内容はわかりやすく提供できた。
- ・ 講義時間を90分、開始時間を16:00～、または、16:30～としたため、働きながらの訪問看護師も参加しやすい時間であった。
- ・ 研修参加を機会に、他の訪問看護ステーションで働く参加者同士が交流を図ることができ、また、個々の訪問看護ステーションが持つ問題点、解決策を共有することが可能であった。

- ・ 今後の講義への要望として、「訪問看護における倫理」「キャリアアップ」「褥瘡ケア」「ストーマケア」「胃ろう」などの内容を加えてほしいという希望が参加者から多くあった。そこで、来年度は同じ講義内容で構成した合同研修ではなく、毎年、講義内容、講師を変えていくことが、参加者のニーズに的確に答える合同研修になると考える。合同研修を企画する時には、対象者の要望を事前に調査しておくことも必要であるとする。

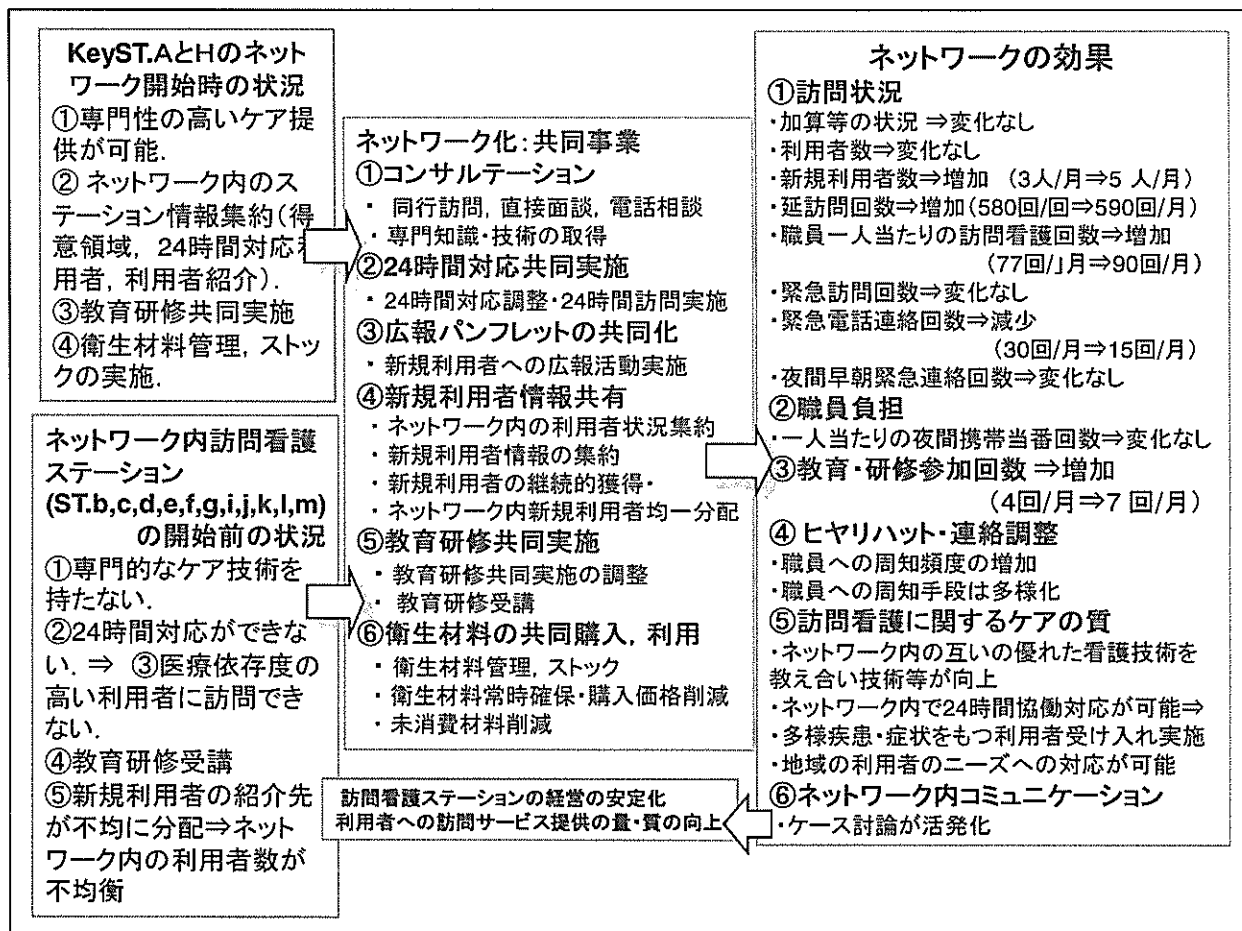
キ. ネットワーク化（事業1～6の効果）の効果

キーステーション A, H のネットワーク化実施前（平成 20 年 9 月時点）と実施後（平成 21 年 1 月時点）の状況を比較すると「従業員数」「経営収支」などに変化はないものの、ネットワークによる効果としてキーステーションでは「新規利用者数」「教育・研修参加回数」の増加、「ヒヤリハット・連絡調整」の改善、「緊急電話連絡回数」の減少があった（図表 42 参照）。また、キーステーション以外のネットワーク内のステーションでは、コンサルテーションによる「訪問看護技術・知識の向上」「多様疾患、症状を持つ利用者の受け入れ」「利用者ニーズへの対応が可能」ネットワーク内のステーション間で「ケース討論の活発化」などの効果があった（図表 43 参照）

図表 42 ネットワーク前後の「事務時間数」「訪問状況」「職員負担」「教育・研修参加回数」の変化

ネットワーク前のKeyST. AとHの 状況調査項目 (Base Line) (平成20年9月時点)	協働実施の内容	ネットワーク化によるkeyST. AとHの 変化調査(Outcomes) (平成21年1月時点)
<ul style="list-style-type: none"> ●従事者数 (8～9人/施設) ●経営収支 (50～70万/施設) ●事務時間数 (135時間/月) ●訪問状況 <ul style="list-style-type: none"> ・加算等の状況 (135 [100～150]件/月) ・利用者数 (106 [85～130]人/月) ・新規利用者数 (3人/月) ・延訪問回数 (580 [500～660]回/月) ・職員一人当たりの 訪問看護回数 (77 [70～80]回/月) ・緊急訪問回数 (35 [10～60]回/月) ・緊急電話連絡回数 (30 [20～40]回/月) ・夜間早朝緊急連絡回数 (8 [0～16]回/月) ・管理者の訪問回数 (35 [15～54]回/月) ●職員負担 <ul style="list-style-type: none"> ・一人当たりの夜間携帯当番回数 (15回/月) ●教育・研修参加回数 (4[2～7]回/月) 	<ul style="list-style-type: none"> ・新規利用者の紹介 ・24時間対応の共同実施 ・パンフレット共同作成 ・衛生材料共同購入 ・コンサルテーション/人事交流 ・教育研修共同開催 	<ul style="list-style-type: none"> ●従事者数 (7～8人/施設) ●経営収支 (50～60万/施設) ●事務時間数 (188 [130～245]時間/月) ●訪問状況 <ul style="list-style-type: none"> ・加算等の状況 (125 [90～155]件/月) ・利用者数 (108 [90～125]人/月) ◇新規利用者数 (5 [3～6]人/月) ◇延訪問回数 (590 [515～660]回/月) ・職員一人当たりの 訪問看護回数 (90 [85～95]回/月) ・緊急訪問回数 (36 [6～65]回/月) ◇緊急電話連絡回数 (15回/月) ・夜間早朝緊急連絡回数 (9 [4～14]回/月) ●職員負担 <ul style="list-style-type: none"> ・一人当たりの夜間携帯当番回数 (15回/月) ◇教育・研修参加回数 (7 [3～10]回/月) ◇ヒヤリハット・連絡調整 <ul style="list-style-type: none"> ・職員への周知頻度の増加 ・職員への周知手段は多様化
◇: ネットワーク化により効果があった項目		

図表 43 ネットワーク化によってもたらされたキーステーション・ネットワーク内
ステーションの効果



第3章 結果のまとめ及び提言

第3章 結果のまとめ及び提言

訪問看護ステーションの経営の安定化を目的として、小規模より大規模へ、単独運営よりネットワークを組んだ共同運営へという方向性をもって組織構築していくことが必要であると考え、本調査研究事業では大規模化及びネットワーク化に関する現状の把握とモデル事業の実施に取り組んだ。それぞれについての概要は以下の通りであった。

1) 実態調査から見た訪問看護ステーションの大規模化及びネットワーク化の現状

今回、研究目的に沿って、3つの調査を実施した。それらの結果からみる訪問看護ステーションの現状のポイントについて以下に記す。

【訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査より】

- 既に大規模化を図っていた訪問看護ステーションは6.0%に過ぎなかったこと、また、法人の異なる訪問看護ステーションと連携して業務を実施していた訪問看護ステーションは28.2%に達していたことがわかった。
- 大規模化した経験がある訪問看護ステーションは、その理由として「経営の効率化のため」「訪問看護ステーション職員の不足のため」をあげた事業所が多かった。
- 地域の訪問看護ステーションで具体的に共同して実施している業務内容は、「訪問の分担」「夜間・休日対応」「研修会・勉強会」「新規利用者の依頼」「PR活動」「マニュアルを作成」に大きく分類された。
- ネットワークを組んでいる業務内容の詳細は、同法人では「マニュアル類を共同で作成」「ケア技術や管理・運営を相互に相談」「スタッフ教育を合同で実施」「看護記録の様式を共同で使用」が半数近く挙げられ、異なる法人では「スタッフ教育を合同で実施」「ケア技術や管理・運営を相互に相談」が多く挙げられた。
- 夜間帯の訪問を分担している訪問看護ステーション全体の1,357事業所のうちの20事業所であった。具体的方法として、他の事業所の土日、夜間の対応を受け持つあるいは、24時間対応体制が整っていない事業所が変わって24時間対応の部分を受け持つなどが報告された。
- 共同実施が可能であると考えられる業務には「新規依頼の受付」「一般の問い合わせ対応」「研修実施」「24時間（夜間・休日）対応」「請求業務等の事務作業」「マニュアル作成」に分類された。
- 経営母体が別である、個人情報の管理上難しい、知らない利用者への対応をすること、利用者情報を共有することなど、共同することができない、あるいは困難であるとの指摘がされた。
- 集合住宅への訪問は新たな利用者の確保につながり訪問看護ステーションの経営の安定化に関連する事業であると考えられるが、実際に行っている事業所は31箇所であり、内服など健康管理ができていない、相談する人がいない、経済的負担のため適切なサービスを受けることができていない高齢者の現状が報告された。

【訪問看護ステーションにおける 24 時間電話対応調査より】

ネットワーク化を検討するうえで、電話対応業務のあり方を検討することが重要であると考え、訪問看護ステーションにおける電話対応の実態を調査した。

- 訪問看護ステーションにおける電話対応の実態としては、10 事業所の 1 週間の実態から、1 事業所あたり平日 1 日平均 10.9 件、土日祝日 1 日平均 3.5 件であり、そのうち夜間・早朝の時間帯は 14.0% で、医療処置に関する内容が最も多かった (24.4%)。これら事業所で受けている電話の外部委託の可能性については、213 件 (39.9%) について「可能」と回答があり、39 件 (7.2%) について「条件付で可能」と回答があった。

【サテライト設置申請の実態調査】

大規模化を検討する場合、サテライトの活用も重要であるとし、サテライト事業所の実態調査を行った。

- サテライト事業所を持つ訪問看護ステーションは、1,309 箇所のうち 104 箇所 (7.9%) と少なかった。サテライトを設置することで、現在断っている遠方からの依頼にも応えることができるとした意見が報告された一方、サテライト設置基準について、訪問看護ステーション管理者、行政担当者の双方が、十分に理解していない状況が確認された。

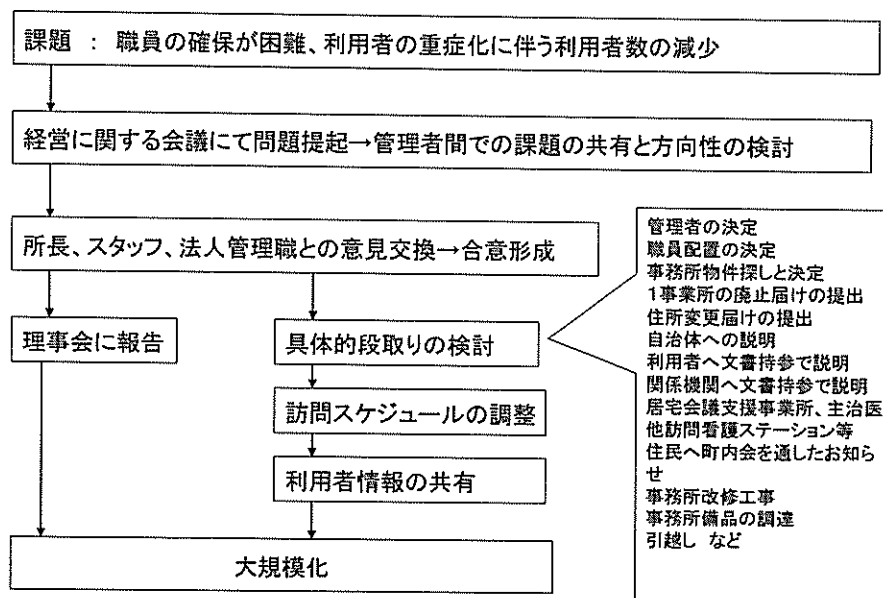
2) 大規模化について

(1) 大規模化のプロセス

今回のモデル事業として大規模化をテーマとした調査は、宮城県及び北海道における同法人の事業所間での大規模化の例として 4 事例のヒアリングを行った。宮城県での 1 事例は比較的近接した地域にある事業所間の大規模化であり、もう 1 事例は比較的離れた地域にある事業所間の大規模化であった。それぞれの大規模化に向けたプロセスを以下の図に示した。検討を始めてから合併するまでの期間は、約 4 から 5 ヶ月であった。

北海道ではサテライト事業所を有する訪問看護ステーションの例が示された。

大規模化のプロセス



(2) 大規模化による効果

- 4事例のうち、3例では大規模化後には利用者数の増加が確認された。増加しなかった1事例では大規模化した時期に医療保険利用者がまとめて契約終了になった時期であったとの要因との関連が推測された。
- 経費節減は4事例全てで確認された。2事例では収支が改善された。
- 4事例に共通したメリットとして、「24時間体制が強化された」「スタッフの待機に対する負担が解消された」「職員を流動的に配置しやすくなった」「他の介護事業所と連携が取りやすくなった」「研修に参加しやすくなった」「スタッフに活気が出た」が挙げられた。
- 比較的離れた事業所間の事例では、訪問のための移動にかかる支出が30%増加した。

(3) 大規模化検討のためのポイント

大規模化のプロセスにあたり、同一法人内であっても、当事者である職員の合意を得ながら進めることが重要であることが示された。具体的には、経営会議、管理者会議、事業所内会議などいくつかの段階を経て議論をし、経営者からスタッフまでが共通認識をした上で具体的な段取りについては事業所内の意見を尊重して進めていくことが重要である。

また今回の事例では、大規模化したことで事業所と利用者宅との距離が離れてしまい、訪問時間の変更やコスト増に影響を及ぼしている状況が報告された。訪問看護ステーションにとって移動時間は、勤務時間の24.6%にも達するというデータがあり⁴、訪問看護の効率化に大きく影響を与えていることは既に明らかになっている。このことから、大規模化の方法として、どこに事業所を設置するのかということが重要となる。今回の2事例はいずれも一つの事業所に集約する方

⁴ 全国訪問看護事業協会 平成14年度老人保健健康増進等事業「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」

法で大規模化を図ったが、サテライト事業所の設置を有効に活用し、一つの事業所ではあるが、拠点を複数にするなどして、移動にかかるコストの節約も検討する必要があると考えた。例えば事業所を移すことなく、2つの拠点をそのままとし、一方を主たる事業所、一方を従たる事業所として申請しなおすことで、事務所の物件を探す手間、工事費用等の節約にもなると考えられる。これから、大規模化においては、1箇所に集約して大規模とするのか、複数事務所に分散して、大規模とするのかについて、十分な検討をすることがポイントであると言えよう。

3) ネットワーク化について

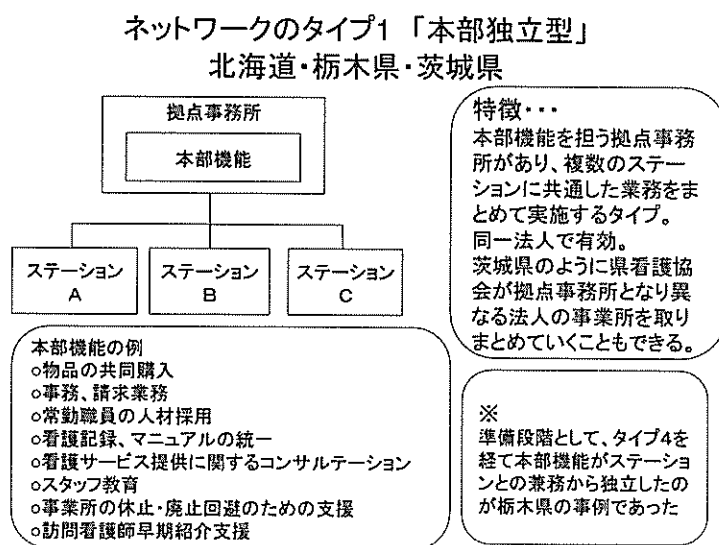
今回、5つの都道府県がネットワーク化のモデル事業に新たに取り組みそのプロセスを記述した。また訪問看護ステーション制度化当初から、事業団という組織を立ち上げ、本部機能を有するネットワーク化に取り組んできた北海道のヒアリングを行った。これらの結果から、訪問看護ステーションのネットワーク化についてのタイプ、ネットワーク化を図るプロセス、効果について考察する。

(1) ネットワーク化のタイプ

5つの都道府県の取り組みから、訪問看護ステーションのネットワーク化とし3つのタイプを抽出した。タイプ1は、57箇所の訪問看護ステーションを一つの法人内に有する北海道の例を図式化し、「本部独立型ネットワーク」とした。本部機能を有する事務所があり、そこは訪問看護ステーションとしての機能は持たないが、全事業所に共通した業務をまとめて実施する機能を本部機能として有していた。本部機能は、「物品の共同購入」「事務・請求業務」「看護記録、マニュアルの統一」「看護サービス提供に関するコンサルテーション」「スタッフ教育」「人材採用」などであった。

本部機能を有することで、経営的な安定が図られる可能性が示唆された。

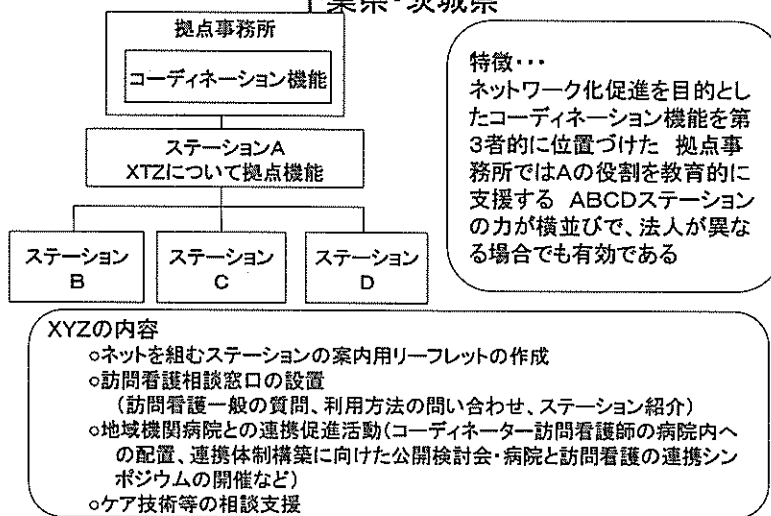
北海道の他に、栃木県と茨城県の一部の例がこのタイプに当てはまると考えた。栃木県は、本部機能を独立させる前に、拠点訪問看護ステーションの一部に本部機能を有する、後述のタイプ4を経ていた。



タイプ2は千葉県での形をイメージし「拠点ステーション支援型ネットワーク」とした。ネットワーク化についてのコーディネーションは訪問看護ステーションの外に位置づけ、その下で、拠点となる訪問看護ステーションが地域にある訪問看護ステーションのとりまとめを行うとしたスタイルである。連携を組むステーション群それぞれの力が横並びである場合、あるいはネットワークを組むことを推進していくことから始める場合、拠点として立てた訪問看護ステーションの管理者を力強く導き、教育的に支援していく必要があることから、このタイプが有効であると考えられた。

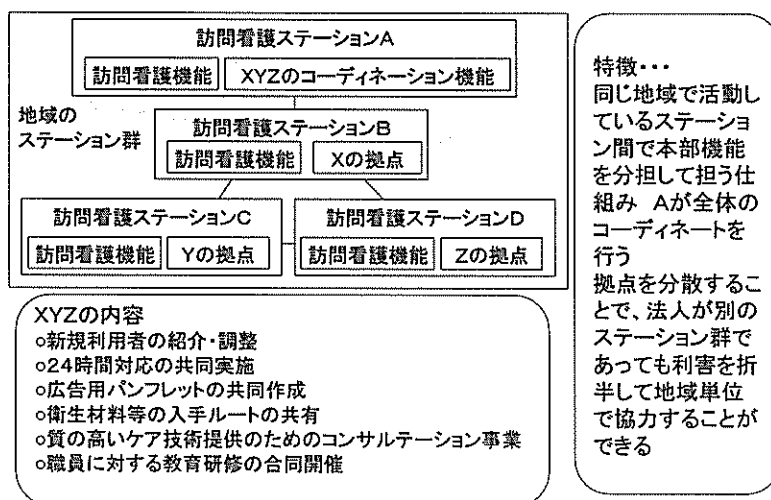
茨城県のケア技術等の相談支援事業についても、拠点事務所と拠点機能を持つ訪問看護ステーションの連携の下に各ステーションが仕組みを活用するという形であり、このタイプに分類されると考えた。

ネットワークのタイプ2「拠点ステーション支援型」 千葉県・茨城県



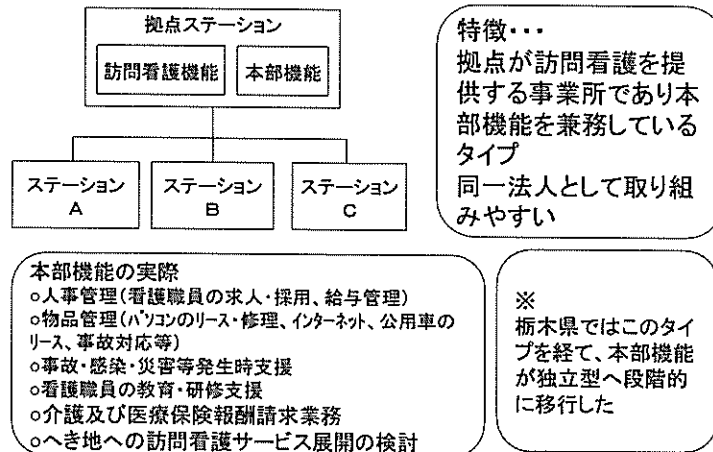
タイプ3として、同じ地域で活動している訪問看護ステーション間で、それぞれ役割分担をし、一つ一つのネットワーク事業に関しての本部機能を分散して担っている大阪をイメージし「拠点ステーション分散型ネットワーク」とした。この場合でも全てが横並びではなく、全体のコーディネーションを1つの訪問看護ステーションが担っていた。訪問看護ステーション連絡協議会代表者が訪問看護ステーションAの役割を担い、それぞれの訪問看護ステーションがもつ強みを生かして、機能を分担するという形である。大阪は異なる法人による訪問看護ステーションが複数集まってネットワークを組んだという特徴があるため、お互いの利害を折半して協力体制を整えているものと考えた。今回の例では、比較的狭い地域に複数の訪問看護ステーションが開設されており、日ごろから連絡を取り合いながら仕事をしているといった条件の中から、訪問看護の現場から、自然発生的にネットワークングしていったという経緯を辿っていることから、行政などの第三者が推進役として介入しないメリットはある。既存の訪問看護ステーション連絡協議会の組織を強化していくことで、各地でこのような展開の可能性が期待できる。

ネットワークのタイプ3 「拠点ステーション分散型」 大阪



また、今回は栃木県の事例に見られたのがタイプ4である。栃木県の場合は、タイプ1になるステップとしてこの段階を経過していた。一つの訪問看護ステーションが本部機能を担うというタイプであり、「拠点ステーション集約型ネットワーク」とした。同一法人では既にこのタイプで動いているステーション群もあるかと思われる。この場合拠点訪問看護ステーションに情報が集約するため、異なる法人ではこのタイプのネットワークを組みにくい場合があると推測されるため、地域単位でのネットワークというよりも法人単位のネットワークを組む際のモデルであると考えられた。

ネットワークのタイプ4「拠点ステーション集約型」 栃木県(第1ステップとして)



4つのタイプ別にその特徴を一覧した。

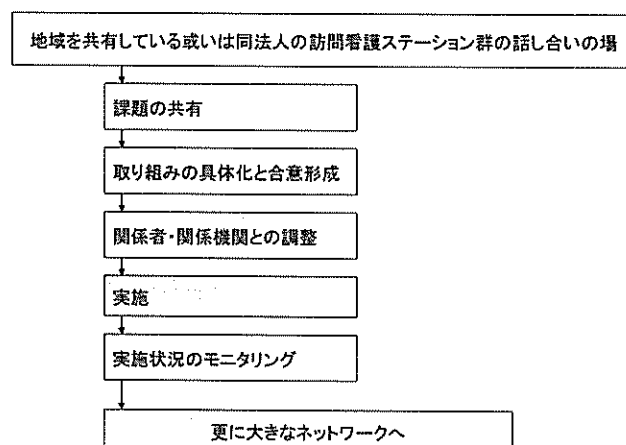
ネットワーク化タイプ別特徴等一覧

タイプ	1	2	3	4
名称 地域	本部独立型 北海道・栃木県・茨城県	拠点ステーション支援型 千葉県・茨城県	拠点ステーション分散型 大阪府	拠点ステーション集約型 栃木県
図				
特徴	本部機能を担う拠点が複数あり、複数のステーションに共通した業務をまとめて実施するタイプ。 同一法人で複数事業所の業務一元化に対して有効。 茨城県のように県看護協会が拠点事務所となり異なる法人の事業所を取りまとめることもできる。	ネットワーク化促進を目的としたコーディネーション機能を第三者的に位置づけたタイプ。 拠点事務所ではステーションAの役割を教育的に支援しながら全体の事業を支援する ABCDステーションの力が横並びであり法人が異なる場合でも有効である	同じ地域で活動しているステーション間で本部機能を分担して担うタイプ。 ステーションAが全体のコーディネートをを行い、ステーションBCDは、それぞれ割り当てられた事業の拠点としての役割を果たす。 拠点を分散することで、法人が別のステーション群であっても利害を折半して地域単位で協力することができる	拠点が訪問看護を提供する事業所で本部機能を兼務しているタイプ。 同一法人として取り組みやすい。 栃木県は、本部独立型をとる前段階としてこのタイプをとった。
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> 物品の共同購入 事務、請求業務 常勤職員の人材採用 看護記録、マニュアルの統一 看護サービス提供に関するコンサルテーション スタッフ教育 事業所の休止・廃止回避のための支援 訪問看護師早期紹介支援 	<ul style="list-style-type: none"> ネットを組むステーション案内用リーフレットの作成 訪問看護相談窓口の設置 (訪問看護一般の質問、利用方法の問い合わせ、ステーション紹介) 地域機関病院との連携促進活動 (コーディネーター訪問看護師の病院内への配置、連携体制構築に向けた公開検討会・病院と訪問看護の連携シンポジウムの開催など) ケア技術等の相談支援 	<ul style="list-style-type: none"> 新規利用者の紹介・調整 24時間対応の共同実施 広告用パンフレットの共同作成 衛生材料等の入手ルートの共有 質の高いケア技術提供のためのコンサルテーション事業 職員に対する教育研修の合同開催 	<ul style="list-style-type: none"> 人事管理(看護職員の求人・採用、給与管理) 物品管理(パソコンのリース・修理、インターネット、公用車のリース、事故対応等) 事故、感染、災害等発生時支援 看護職員の教育・研修支援 介護及び医療保険報酬請求業務 へき地への訪問看護サービス展開の検討

(2) ネットワーク化のプロセス

① 自然発生型ネットワーク形成

自然発生型ネットワーク形成



今回の事例では大阪府と栃木県が、訪問看護の仕事を進めていく中でネットワーク化のニーズが発生し、互いに協力してその仕組みを自ら形成するプロセスをとった。大阪府は地域を軸としたネットワークであり、栃木県は法人を軸としたネットワークである特徴はあるものの、現場の看護師たちが効率よく訪問看護ステーションの業務を遂行するあたり、必要となる情報や物品の一元管理がなされるようになっていった。

いずれもネットワークのタイプとしては、地域のリーダーや法人のリーダーがそれぞれ現場の看護師の意見き、日ごろからコミュニケーションをとっている状況を土台として、共同業務に関するネットワークシステムを構築していく作業をおこなっていた。リーダーたちは、訪問看護ステーション管理者が通常の業務に追加してネットワーク構築のコーディネーションを行っているため、ダイナミックなネットワークシステムの構築は難しい。

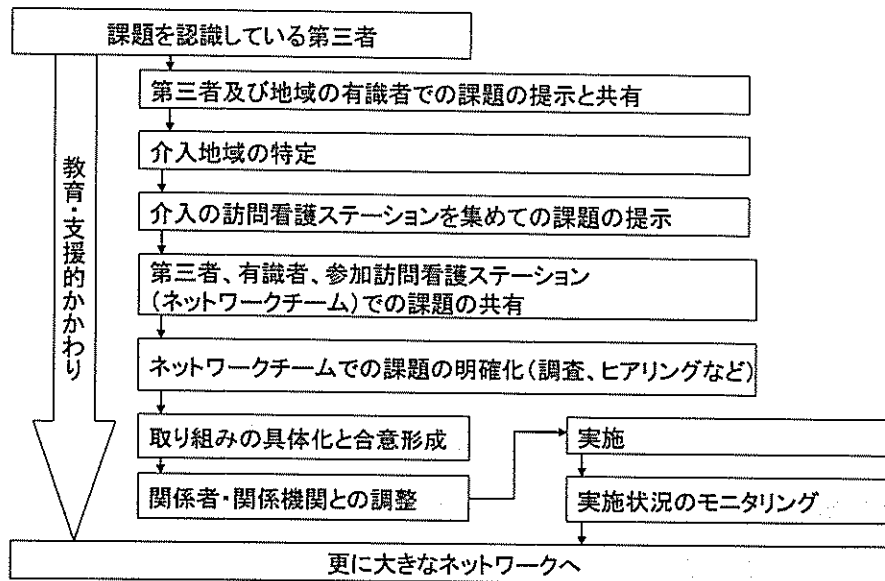
訪問看護ステーション間のコミュニケーションが少ない地域においては、次に示す第三者が介入することでネットワーク形成を促す必要があると考える。

② 第三者介入型ネットワーク形成

上記のような訪問看護ステーションの自主的な活動としてのネットワーク形成ではなく、第三者がリーダーシップをとってネットワーク化を推し進めていくのがこのタイプのプロセスである。

訪問看護事業所が地域にない段階から第三者が介入し始めたのが北海道である。北海道看護協会会長がまず始めに問題意識を強く持ち、地域の医師会や行政に働きかけ事業団という運営方法を編み出し、形づけた。当初から組織的な運営がなされており、現在では57箇所の訪問看護ステーションがネットワークを組み、訪問看護ステーションの業務の効率化に成功した。

第三者介入型ネットワーク形成



また千葉県や茨城県のように、訪問看護ステーションの件数が減っている地域で、小規模訪問看護ステーションそれぞれが力をつけていく必要がある場合、第三者がそのフィールドに介入して課題を整理し共有することから始まる地域があった。今回は研究者が訪問看護推進に関するステークホルダーとなる人物を行政関係者等から聴取し、その人物を図に示した地域の有識者として位置づけ、課題を共有することから始めていた。その人物とフィールドを特定し、そこにメンバーとしてかかわってくれる役割を持つ人物（訪問看護ステーション連絡協議会代表者、行政担当者、保健師、看護協会担当者など）を選出し課題の共有化をしたうえで協力を依頼している。

こうしたプロセスを経て、ネットワークに協力する訪問看護ステーション群が集まってくるが、法人の異なる訪問看護ステーションの集合体であるため、それぞれの利害関係を含みながら実施可能な取り組みを具体化し、合意形成をするにあたっては、訪問看護ステーション管理者たちの意見を十分に聴取することが重要である。

また訪問看護ステーション郡のリーダーの事業調整能力など十分でない場合もあるため、第三者、地域の有識者のコアとなるメンバーが、関係者・関係機関との調整について直接関与し、訪問看護ステーション群の動きを教育的に支援していくことが重要であった。

(3) ネットワーク化による効果

今回ネットワーク化を試みた4府県では、3箇所について訪問看護利用者あるいは新規利用者数の増加を確認することができた。各地で独自のユニークな活動をしてきたわけであるが、いずれも係った看護師たちを活気付け、訪問看護ステーション同士の連帯感をたかめ、地域の関連機関との連携も強化されたことが報告された。

また、今回ネットワークのタイプを検討するに当たり、拠点の存在が確認されたことと、その拠点がもつ本部機能がネットワーク形成の重要な役割を果たしていることがわかった。本部機能には、タイプ1,2のように独立している場合、タイプ4のように訪問看護ステーションが兼ねる

場合、タイプ3のように分散している場合があった。これらのシステムのいずれにおいても重要なのは、本部機能と事業所機能の役割分担であった。

今回実施したネットワーク事業の中で、訪問看護ステーション経営の安定化に関する指標としての訪問件数の増加あるいは新規利用者の増加に明らかに結びついた地域は、実施期間が短期間であったため確認できなかったが、短期間のかかわりであったにも係らず、「訪問看護の質が向上した」、「活気が出た」等の評価を訪問看護ステーション職員から得ることができた。訪問看護師としてのやりがいや自信を感じたとする職員もおり、本モデル事業が訪問看護ステーションにとってよい影響を及ぼす結果となったと評価できた。訪問看護ステーション経営の要は人材の育成である。今回のモデル事業にかかわった訪問看護師たちが、今後のネットワーク化に大きな力を発揮することを期待したい。

4) 大規模化、ネットワーク化の更なる展開に向けて

今回は、複数の訪問看護ステーションといっても比較的少数のステーション間でのネットワークであったが、今後更に広い地域、大きな訪問看護ステーション群のネットワーク化（2次医療圏単位、あるいは都道府県単位）を検討することが必要となる。その際、隣の地域や異なる法人の訪問看護ステーション群に対してダイナミックに働きかけ、課題の共有から始めることが求められる。今回は、大規模化・ネットワーク化についてのニーズ調査を全国的に実施し、その後各地域においてもそれぞれのやり方で訪問看護ステーションにおけるニーズをくみ上げ、その上で、活動を展開してきた。その中で、訪問看護ステーションの経営を何とかしなければいけないという問題意識を持っている看護師が多くいること、しかし具体的に行動を起こして解決策を見出すことができないままにいる看護師が多くいること、依頼されれば協力したいと考えている看護師がいることがわかった。

今後各地で大規模化・ネットワーク化を起動させ、広げていくためには、こうした訪問看護師たちの意識を高め活動の方向性を話し合うための場を調整すること、また、利用者や住民からの意見も聞きながら、訪問看護ステーションをどのように地域の中に配置していくことが必要なのかという視点からも検討していくことが重要である。訪問看護ステーションの課題に取り組む過程において、今回の集合住宅への訪問看護や山間・へき地への訪問看護を検討できたように、高齢者の介護予防や潜在的な訪問看護のニーズを把握することにもつながるものと考えた。

一度に大規模なネットワークを組むことは難しくとも、小さなネットワークから育てていくことができるだろう。そのためには、リーダーとなり本部機能を組み立てていくことのできる訪問看護ステーションを育て、支援し、地域を軸としたネットワークの強み、法人を軸としたネットワークの強みを活かしながら、計画的に大規模化・ネットワーク化充実させていくことが今後の課題であるといえる。そのためには、調査、調整、人材や予算の確保といったコーディネーション機能が極めて重要である。訪問看護ステーションだけでは大きなネットワークを築くことは不可能である。本課題について段階的、継続的に関わることのできる都道府県行政の関与が不可欠であると考えた。

5) 提言

6都道府県における訪問看護ステーションの大規模化及びネットワーク化の事例を検討した。いずれの事例も訪問看護ステーションの経営基盤の安定化に向けた活動として発展していったことが報告された。今後この事業を継続し、大きなネットワーク化につなげていくために以下を提言する。

○ 訪問看護ステーション大規模化・ネットワーク化におけるリーダーの育成

リーダーの育成は不可欠である。行政担当者、地域の訪問看護ステーション連絡協議会代表者、看護協会代表者、看護大学教員など、一石を投じ、地域の活動を継続的に支援していく立場にある人たちへ教育をし、地域の訪問看護ステーションの基盤強化を促進することのできる人材の発掘と育成が必須である。今回の結果から、今後この事業にかかわる者に対し、講習会の実施や継続的なコンサルテーション窓口を設置することを提案する。

○ 都道府県行政担当者の積極的関与

訪問看護ステーションの基盤強化は、訪問看護ステーション間のネットワークでできる範囲に限られていた。医療計画上の訪問看護の位置づけなど、地域の保健・医療・福祉の状況を俯瞰できる立場にある都道府県行政担当者の強いリーダーシップの下、訪問看護ステーション大規模化・ネットワーク化を推し進めていくことが必須である。今回示したプロセスの中の第三者として関わることのできる人材を都道府県に期待する。

○ 訪問看護ステーション間のコミュニケーション手段としてのIT化の促進

訪問看護ステーション間のコミュニケーション手段としてパソコン設置は標準ではなく、電話とFAXのみの環境にある事業所があったことから、まずはパソコン環境を設置するための環境を整えることが必須である。また、請求業務だけでなく訪問看護ステーション業務全体を包括した訪問看護ステーション経営支援システムの開発が必要であると考え、訪問看護ステーションのIT化促進のための機器の整備及び有効なソフトの開発について予算の確保を求めたい。

○ サテライトの有効活用及び訪問看護師の人材確保の促進

大規模化・ネットワーク化の一つの手段としてサテライトの有効活用が挙げられた。サテライトを有効活用することは、事業所内の人材配置を流動的に行うことができるばかりでなく、遠距離の利用者にも対応することができる、また働く側にとってもワークライフバランスを加味した働き方が可能となり新たな訪問看護師雇用につながるなどその効果が期待される。訪問看護ステーション未設置地域における潜在した訪問看護のニーズを明らかにすること、そしてそのニーズに応えるため、サテライト設置促進も含めた訪問看護ステーション大規模化を円滑に行うことができるよう、都道府県行政と都道府県ナースセンターの強い連携による計画的な訪問看護師の配置に関する検討を求めたい。

○ 大規模化・ネットワーク化における本部機能に対する経済的評価と支援

本部機能をマネジメントするための人材の確保と教育、経済的支援の仕組みづくりが必要であ

る。本部機能を有する訪問看護ステーションあるいは本部機能を共同利用する訪問看護ステーションに対する経済的な支援を求めたい。そのためには本部機能の内容を定義し、それに係るコストを算出し、その費用を賄うための仕組みについて検討することが必要である。今回、大規模化・ネットワーク化を段階的に行っていく方法が提示された。初期費用として必要なコスト、システムを継続、発展させるためのコストなど、プロセスの段階に応じた経済的評価が必要である。その上で、継続的な経済的支援を求めたい。

参考資料

資料1 訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査 調査票

資料2 訪問看護ステーションにおける24時間電話対応調査 調査票

資料3 サテライト設置申請の実態調査 調査票

1. 貴訪問看護ステーションの概要

(7月1日現在)

開設主体	1 都道府県・市区町村 2 広域連合・一部事務組合 3 日本赤十字社・社会保険関係団体 4 医療法人 5 医師会 6 看護協会 7 社団・財団法人(医師会・看護協会以外)	8 社会福祉協議会 9 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 10 農業協同組合及び連合会 11 消費生活協同組合及び連合会 12 営利法人(株式・合名・合資・有限会社) 13 特定非営利活動法人(NPO) 14 その他法人			
サテライト事業所の有無	1 有 → ()ヶ所	2 無			
都道府県内に同一法人(系列法人)立の訪問看護ステーションは他にありますか		1 ある ()ヶ所 2 ない			
加算等の状況 (6月中)	介護保険法	緊急時訪問看護加算 540 単位	1 あり () 件 2 なし		
		特別管理加算 250 単位	1 あり () 件 2 なし		
	健康保険法等	24 時間対応体制加算 5400 円	1 あり () 件 2 なし		
		24 時間連絡体制加算 2500 円	1 あり () 件 2 なし		
		重症者管理加算 5000 円	1 あり () 件 2 なし		
		難病等複数回訪問加算 4500 円/8000 円	1 あり () 件 2 なし		
		長時間訪問看護加算 5200 円	1 あり () 件 2 なし		
		退院時共同指導加算 6000 円	1 あり () 件 2 なし		
		退院支援指導加算 6000 円	1 あり () 件 2 なし		
		在宅患者連携指導加算 3000 円	1 あり () 件 2 なし		
在宅患者緊急時等カンファレンス加算 2000 円	1 あり () 件 2 なし				
ターミナルケアへの対応 (6月中)	介護保険	ターミナルケア加算 1200 単位	1 あり () 件 2 なし		
	医療保険	ターミナルケア療養費 20000 円	1 あり () 件 2 なし		
従事者数(人)	常勤者(実人数)	非常勤者(実人数)	常勤換算数(常勤+非常勤)		
看護職員	人	人	⇒ . 人		
PT・OT・ST	人	人	⇒ . 人		
その他職員	人	人	⇒ . 人		
利用者数・訪問回数 (6月中)	介護保険法 ※1		健康保険法等	その他	
	介護予防訪問看護				
	訪問看護				
	利用者数(人)	人	人	人	人
	うち6月の新規利用者数(人)	人	人	人	人
	うち6月の中断・終了利用者数(人) ※2	人	人	人	人
	延訪問回数(回)	回	回	回	回
うち緊急訪問回数(回)	回	回	回	回	
緊急連絡回数(電話)	回	回	回	回	
うち夜間・早朝緊急連絡回数(電話)	回	回	回	回	
営業時間外(夜間・早朝、休日)の連絡体制	1 訪問看護師が自宅で受ける(オンコール対応) 2 訪問看護師が24時間訪問看護ステーションに常駐して電話を受ける 3 併設の医療機関で受ける 4 対応していない 5 その他()				
訪問看護ステーションの収支比率(19年度) ※3	1 10%以上の黒字 2 0~10%未満の黒字 3 マイナス10%未満の赤字 4 マイナス10%以上の赤字 5 その他()	訪問看護ステーションが赤字の場合、損益を補填する支援がありますか。	1 法人から補填を受けられる 2 行政からの補助がある 3 寄付金がある 4 その他() 5 特になし		

※1 介護保険法対象者で急性増悪等により医療保険に移った利用者の訪問回数は「介護保険」に含めて計上してください。

※2 月中に入院等の理由で訪問を「中断」した人数または死亡等の理由で訪問を「終了」した人数を記入して下さい。

※3 【損益/収入合計】で算出した割合。平成19年度の収支を算出するのが難しい場合、直近の収支の状況を回答下さい。

2. 貴訪問看護ステーションの取り組み

(1) 同一法人内（系列法人含む）の訪問看護事業所の取り組みについてお伺いします。

①貴事業所は、同一法人内の他の訪問看護事業所と統合したこと（あるいは統合する予定）がありますか。

- | | | | | |
|----------------------------------|--------|----------|----------------|-------------|
| 1. 統合した | → 統合時期 | 平成_____年 | 統合前は看護職員（常勤換算） | _____人 |
| 2. 統合の予定がある | → 統合時期 | 平成_____年 | 看護職員（常勤換算） | _____人になる予定 |
| 3. 具体的に検討中 | → 統合時期 | 平成_____年 | 看護職員（常勤換算） | _____人になる予定 |
| 4. 予定はない（同法人内に他の訪問看護事業所がない場合も含む） | | | 5. その他（ | _____） |

ア. 統合の理由について、あてはまるものを選んで下さい。（複数回答可）

- | | | |
|-------------------|----------------------|--------|
| 1. 経営効率化のため | 2. 訪問看護ステーション職員不足のため | |
| 3. 管理者不足のため | 4. 同法人の病院等の職員不足のため | |
| 5. 法人全体での経営見直しの影響 | 6. その他（ | _____） |

【同一法人内に他の訪問看護事業所がある場合のみ②にお答え下さい】

②貴事業所では、同一法人内の訪問看護事業所と共同して以下の内容に取り組んでいますか。（複数回答可）

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|--------|
| 1. 夜間帯の訪問を分担 | 2. 利用者からの24時間電話対応を共同で実施 | |
| 3. 訪問看護の一般的な問い合わせ（新規相談等）への電話対応を共同で実施 | | |
| 4. 衛生材料等の訪問看護用物品を共同で購入 | 5. パソコン、物品等の賃借・購入を共同で実施 | |
| 6. 事務・請求業務を共同で実施 | 7. 訪問看護のPR・パンフレット作成等を共同で実施 | |
| 8. 看護記録の様式を共同で使用 | 9. マニュアル類を共同で作成 | |
| 10. ケア技術や管理・運営を相互に相談 | 11. スタッフ教育を共同で実施 | |
| 12. 人事交流・ローテーション | 13. その他（ | _____） |
| 14. 特に共同で取り組んでいることはない | | |

(2) 地域の訪問看護ステーション（同一法人・系列法人以外）との連携についてお伺いします。

①貴事業所では、地域の他の訪問看護ステーションと連携し、共同して対応していることがありますか。

- | | |
|------------|--------|
| 1. 実施している | |
| 2. 具体的に検討中 | |
| 3. 実施していない | |
| 4. その他（ | _____） |

ア. どのような業務について共同実施をしていますか（あるいは、検討していますか）（複数回答可）

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|--------|
| 1. 夜間帯の訪問を分担 | 2. 利用者からの24時間電話対応を共同で実施 | |
| 3. 訪問看護の一般的な問い合わせ（新規相談等）への電話対応を共同で実施 | | |
| 4. 衛生材料等の訪問看護用物品を共同で購入 | 5. パソコン、物品等の賃借・購入を共同で実施 | |
| 6. 事務・請求業務を共同で実施 | 7. 訪問看護のPR・パンフレット作成等を共同で実施 | |
| 8. 看護記録の様式を共同で使用 | 9. マニュアル類を共同で作成 | |
| 10. ケア技術や管理・運営を相互に相談 | 11. スタッフ教育を共同で実施 | |
| 12. 人事交流・ローテーション | 13. その他（ | _____） |

具体的に共同して実施している（あるいは検討している）内容を記入して下さい

イ. 地域の訪問看護ステーション同士がネットワークを組んで、事務業務や電話対応などを共同して対応することができれば、訪問看護師の方々の業務の負担軽減につながると考えられます。どのような業務であれば、共同実施が可能と考えられますか。

--

(3) 遠距離の利用者への訪問看護サービス展開についてお伺いします。

①貴事業所では、利用者宅への移動時間（片道）が45分以上の利用者がいますか。

1. いる () 人
2. いない

ア. 遠距離の利用者に訪問看護をするための経営・運営上の工夫を記入してください。

1. サテライトを設置して訪問	2. 遠距離の利用者は同一日にまとめて訪問
3. 行政から補助（交通費等）を受けて訪問	4. 法人から財政支援を受けて訪問
5. その他 ()	

イ. 遠距離の利用者がいない理由をお答え下さい。

1. 訪問依頼がないため	2. 遠距離の利用者は断っているため
3. その他 ()	

ウ. 遠方の利用者に訪問する場合、どのような条件・支援等があれば良いとお考えですか。アイデアをお聞かせ下さい。

--

(4) 集合住宅（アパート・マンション）への訪問看護サービス展開についてお伺いします。

①貴事業所では、高齢者や低所得者が多く住む集合住宅（有料老人ホームやグループホームを除く、一般のアパート・マンション）の設置主体や自治会と契約し、住民（訪問看護利用者以外）の健康不安や相談などに応じることなどがありますか（訪問看護利用者の家族への相談対応を除く）。

1. 実施している
2. 実施していない
3. その他 ()

ア. 具体的な内容を教えてください。

--

イ. 集合住宅に住む高齢者や低所得者が健康・生活上の困難点を抱えていると感じることがありますか。

1. ある	2. ない	3. わからない
↓		
どのような健康・生活上の困難点を抱えていると感じていますか。		

(5) その他

①貴事業所では、自治体や老人クラブ、民生委員等からの依頼を受けて対応したことがありますか。

(例：高齢者のハイキングへの同行、高齢者の集会での健康管理の実施等)

1. ある	2. ない	3. わからない
↓		
対応した内容：		

3. 平成 20 年度研究事業におけるモデル事業の公募

①全国訪問看護事業協会では、平成 20 年度に以下のようなテーマについて、モデル事業の実施を予定しています。貴事業所として、関心のあるものに○をつけて下さい。(複数回答可)

<p>1. 同一法人・系列内の訪問看護事業所との統合</p> <p>2. 地域の他の訪問看護ステーションとの共同実施</p> <p>↓以下に○をつけて下さい(複数回答可)</p> <table border="1"> <tr> <td>1. 夜間帯の訪問を分担</td> <td>2. 利用者からの 24 時間電話対応を共同で実施</td> </tr> <tr> <td>3. 訪問看護の一般的な問い合わせ(新規相談等)への電話対応を共同で実施</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. 衛生材料等の訪問看護用物品を共同で購入</td> <td>5. パソコン、物品等の貸借・購入を共同で実施</td> </tr> <tr> <td>6. 事務・請求業務を共同で実施</td> <td>7. 訪問看護の PR・パンフレット作成等を共同で実施</td> </tr> <tr> <td>8. 看護記録の様式を共同で使用</td> <td>9. マニュアル類を共同で作成</td> </tr> <tr> <td>10. ケア技術や管理・運営を相互に相談</td> <td>11. スタッフ教育を共同で実施</td> </tr> <tr> <td>12. 人事交流・ローテーション</td> <td>13. その他()</td> </tr> </table> <p>3. 遠距離の利用者への訪問看護の実施</p> <p>4. 高齢者や低所得者が多く住む集合住宅(一般のアパート・マンション)の設置主体や自治体と契約し、集合住宅に住む高齢者や低所得者の健康不安や相談に応じる</p>	1. 夜間帯の訪問を分担	2. 利用者からの 24 時間電話対応を共同で実施	3. 訪問看護の一般的な問い合わせ(新規相談等)への電話対応を共同で実施		4. 衛生材料等の訪問看護用物品を共同で購入	5. パソコン、物品等の貸借・購入を共同で実施	6. 事務・請求業務を共同で実施	7. 訪問看護の PR・パンフレット作成等を共同で実施	8. 看護記録の様式を共同で使用	9. マニュアル類を共同で作成	10. ケア技術や管理・運営を相互に相談	11. スタッフ教育を共同で実施	12. 人事交流・ローテーション	13. その他()
1. 夜間帯の訪問を分担	2. 利用者からの 24 時間電話対応を共同で実施													
3. 訪問看護の一般的な問い合わせ(新規相談等)への電話対応を共同で実施														
4. 衛生材料等の訪問看護用物品を共同で購入	5. パソコン、物品等の貸借・購入を共同で実施													
6. 事務・請求業務を共同で実施	7. 訪問看護の PR・パンフレット作成等を共同で実施													
8. 看護記録の様式を共同で使用	9. マニュアル類を共同で作成													
10. ケア技術や管理・運営を相互に相談	11. スタッフ教育を共同で実施													
12. 人事交流・ローテーション	13. その他()													
上記で○をつけたものについて、関心のある理由を記入して下さい。														

②上記で○を付けた項目について、実際にモデル事業として実施をお願いした場合、ご協力いただけますか。

<p>1. はい 2. いいえ 3. わからない 4. その他()</p> <p>↓ ご協力いただける事業に○をつけて下さい(複数回答可)</p> <p>1. 同一法人・系列内の訪問看護事業所との統合</p> <p>2. 地域の他の訪問看護ステーションとの共同実施</p> <p>↓以下に○をつけて下さい(複数回答可)</p> <table border="1"> <tr> <td>1. 夜間帯の訪問を分担</td> <td>2. 利用者からの 24 時間電話対応を共同で実施</td> </tr> <tr> <td>3. 訪問看護の一般的な問い合わせ(新規相談等)への電話対応を共同で実施</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. 衛生材料等の訪問看護用物品を共同で購入</td> <td>5. パソコン、物品等の貸借・購入を共同で実施</td> </tr> <tr> <td>6. 事務・請求業務を共同で実施</td> <td>7. 訪問看護の PR・パンフレット作成等を共同で実施</td> </tr> <tr> <td>8. 看護記録の様式を共同で使用</td> <td>9. マニュアル類を共同で作成</td> </tr> <tr> <td>10. ケア技術や管理・運営を相互に相談</td> <td>11. スタッフ教育を共同で実施</td> </tr> <tr> <td>12. 人事交流・ローテーション</td> <td>13. その他()</td> </tr> </table> <p>3. 遠距離の利用者への訪問看護の実施</p> <p>4. 高齢者や低所得者が多く住む集合住宅(一般のアパート・マンション)の設置主体や自治体と契約し、集合住宅に住む高齢者や低所得者の健康不安や相談に応じる</p>	1. 夜間帯の訪問を分担	2. 利用者からの 24 時間電話対応を共同で実施	3. 訪問看護の一般的な問い合わせ(新規相談等)への電話対応を共同で実施		4. 衛生材料等の訪問看護用物品を共同で購入	5. パソコン、物品等の貸借・購入を共同で実施	6. 事務・請求業務を共同で実施	7. 訪問看護の PR・パンフレット作成等を共同で実施	8. 看護記録の様式を共同で使用	9. マニュアル類を共同で作成	10. ケア技術や管理・運営を相互に相談	11. スタッフ教育を共同で実施	12. 人事交流・ローテーション	13. その他()
1. 夜間帯の訪問を分担	2. 利用者からの 24 時間電話対応を共同で実施													
3. 訪問看護の一般的な問い合わせ(新規相談等)への電話対応を共同で実施														
4. 衛生材料等の訪問看護用物品を共同で購入	5. パソコン、物品等の貸借・購入を共同で実施													
6. 事務・請求業務を共同で実施	7. 訪問看護の PR・パンフレット作成等を共同で実施													
8. 看護記録の様式を共同で使用	9. マニュアル類を共同で作成													
10. ケア技術や管理・運営を相互に相談	11. スタッフ教育を共同で実施													
12. 人事交流・ローテーション	13. その他()													
上記で○をつけたものについて、協力いただける内容を記入して下さい。														

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

※調査票の内容について、貴事業所にお問い合わせさせていただく場合があります。

都道府県名	
訪問看護ステーション名	
ご回答者のお名前	
TEL	— —
FAX	— —

【訪問看護ステーションにおける電話対応調査票】

※9/18 (木) 午前11時前
FAXにて返信

FAX返信先 全国訪問看護事業協会
FAX 03-3351-5938

1. 貴訪問看護ステーションの概要

都道府県名	事業所名
-------	------

利用者数・訪問回数	介護保険法 ※1		健康保険法等	その他
	介護予防訪問看護	訪問看護		
利用者数 (人) (9月1日現在)	人	人	人	人
延訪問回数 (回) (8月中)	回	回	回	回

※1 介護保険法対象者で急性増悪等により医療保険に移った利用者の訪問回数は「介護保険」に含めて計上してください。

2. 利用者、家族、他事業所等からの電話対応 (日中・夜間・早朝・早朝・休日を含む) について

平成20年9月11日 (木) 午前0:00~17日 (水) 深夜24:00まで (1週間) に、貴訪問看護ステーションにかかってきた電話内容すべてについて、以下に記入して下さい。貴訪問看護ステーションから電話をかけた場合は、記入しないで結構です。

※ 個別の利用者に関する電話については、利用者IDを記入してください(ケアマネジャー等から個別の利用者についての電話があったものも含みます)。

日付	時間帯	電話時間	連絡してきた人	電話連絡内容	電話の具体的内容	対応(1つに○)	電話対応の外部化可能性※	利用者ID
電話がかかってきた日付を記入して下さい。	24時間表記で記入して下さい。	1回の電話にかかった時間(分)を記入して下さい。	1 利用者本人 2 利用者の家族 3 保健所・保健センター 4 住民(新規相談など) 5 主治医 6 医療機関 7 ケアマネジャー・地域包括支援センター 8 居宅サービス事業所・施設 9 他の訪問看護事業所 10 その他	1 連絡 2 身体状況に関すること 3 医療処置に関すること 4 薬に関すること 5 介護問題に関すること 6 受診に関すること 7 アクシデントに関すること 8 訪問看護計画に関すること 9 訪問予定の確認 10 訪問予定の変更 11 新規利用に関すること 12 その他	1 スタッフのみで対応 2 管理者に確認後対応 3 または管理者が対応 4 主治医に連絡・報告 5 緊急に搬送・受診を指示 6 その他	1 外部化可能 2 条件付で可能 ⇒ () 内に条件を記入して下さい 3 外部化困難 4 その他	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
記入例								
(12)日	(17)時台	(5)分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 ()	1 2 3 4 5 6 ()	1 2 3 4 5 6 ()	1 2 3 4 ()	1

※「電話対応の外部化可能性」については、貴訪問看護ステーション外の機関の事務職員や看護職員に予め利用者の情報を提供しておくことにより、外部機関の事務職員や看護職員が電話に対応できるかどうかについて、回答して下さい。

日付	時間帯	電話時間	連絡してきた人 (1つに○)	電話連絡内容 (○はいくつでも)	電話の具体的内容 (自由記述)	対応(1つに○)	電話対応の外部化 可能性※	利用者ID
	24 時間帯 記で記入 して下さ い。	1 回の電 話にかか った時間 (分)を 記入して 下さい。	1 利用者本人 2 利用者の家族 3 保健所・保健センター 4 住民(新規相談など) 5 主治医 6 医療機関 7 ケアマネジャー・ 地域包括支援センター 8 居宅サービス事業所・施設 9 他の訪問看護事業所 10 その他	1 連絡 2 身体症状に関すること 3 医療処置に関すること 4 薬に関すること 5 介護問題に関すること 6 受診に関すること 7 アクシデントに関すること 8 訪問看護計画に関すること 9 訪問予定の確認 10 訪問予定の変更 11 新規利用に関すること 12 その他	1 スタッフのみで対応 2 管理者に確認後対応 または管理者が対応 3 主治医に連絡・報告 4 随時で訪問看護を実 施 5 救急に搬送・受診を 指導 6 その他	1 外部化可能 2 条件付で可能 ⇒ () 内に条件 を記入して下さい 3 外部化困難 4 その他	1 ステーション の利用者 に関する電 話には 利用者 IDを記 入	
()日 ()時台 ()分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 ()	1 2 () 3 4 ()		
()日 ()時台 ()分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 ()	1 2 () 3 4 ()		
()日 ()時台 ()分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 ()	1 2 () 3 4 ()		
()日 ()時台 ()分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 ()	1 2 () 3 4 ()		
()日 ()時台 ()分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 ()	1 2 () 3 4 ()		
()日 ()時台 ()分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 ()	1 2 () 3 4 ()		
()日 ()時台 ()分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 ()	1 2 () 3 4 ()		
()日 ()時台 ()分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 ()	1 2 () 3 4 ()		
()日 ()時台 ()分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 ()	1 2 () 3 4 ()		
()日 ()時台 ()分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 ()	1 2 () 3 4 ()		
()日 ()時台 ()分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 ()	1 2 () 3 4 ()		

※ 記入しきれない場合は、このページをコピーしてご回答下さい。

衛星設置申請の実態調査協力をお願い【返送先FAX番号：03-3351-5938】締切日：8/6（水）

※ 「衛星」とは「従たる事業所（出張所等）」とします

1. 差し支えなければ、貴事業所所在地と事業所名をご記入ください。

都道府県名		訪問看護 ステーション名	
市町村名			

2. 衛星設置申請を行ったことがありますか。 1) はい 2) いいえ→8へお進み下さい。

3. 貴法人の訪問看護ステーションと衛星概況について、ご記入ください

1)同法人内訪問看護ステーション数 (貴事業所を含まない)		2)衛星数		3)衛星設置 年月	平成()年()月
4)衛星設置事業所周辺地域の特性	a) 農村・山間地域 b) 住宅・商業地域 c) その他()				

4. 衛星設置申請の動機について、ご記入ください。(複数回答可)

衛星設置 申請の動機	1)周辺の利用者のニーズが高い 2)周辺の行政のニーズが高い 3)周辺の医療機関等の他機関のニーズが高い 4)利用者の拡大 5)職員の利便性を高める 6)その他()
---------------	---

5. 衛星設置時より、衛星設置による効果について、ご記入ください。(複数回答可)

衛星設置 による効果	1)利用者ニーズへの対応 (対応可能となった利用者のニーズの内容 :) 2)訪問件数の増加 (衛星設置により増加した訪問件数: 回) 3)収入の増大 (増収額 円) 4)移動距離または時間の短縮 (短縮された利用者宅への訪問片道時間 平均 分) 5)交通費負担軽減 (軽減額 円) 6) その他() 7)効果はなかった
---------------	--

6. 衛星設置申請を行った際、受理の拒否の有無について、○を記載ください。

衛星設置申請の受理の拒否	1) 有 ・ 2) 無
--------------	-------------

※ 「2) 無」と回答いただいた場合、ご質問は以上です。ありがとうございました。

7. 6.において、「1) 有」と回答された場合、以下のご質問にご回答ください。

衛星設置申請を行い、受理を拒否された年月と理由をご記入ください。(複数回答可)

年月	理由
平成()年 ()月	1)厚生労働大臣は定める地域に該当しない 2)主たる事務所が所在する市町村に隣接していない 3)主たる事業所が所在する都道府県の区域外である 4)衛星の設置箇所数が管理業務等を考慮した適切な数でない 5)衛星を設置しようとする市町村に他の訪問看護ステーションの事業所がある(衛星も含む) 6)その他()

8. 2.2) 「いいえ」と答えた方のみお答え下さい。

衛星設置申請を行わなかった理由について、ご記入下さい。(複数回答可)

衛星設置申請 をしない理由	1)利用者がいない等のニーズがない 2)同法人の訪問看護ステーションがあり必要ない (同法人内訪問看護ステーション数(貴事業所を含まない): 事業所) 3)訪問看護師の人材がおらず設置できない 4)衛星を設置するための費用がない 5)衛星を知らなかった 6)申請方法が分からない 7) その他()
------------------	--

ご協力ありがとうございました。

平成20年度 厚生労働省老人保健健康増進等補助金事業（老人保健健康増進等事業）
訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査研究事業
報告書

平成21年3月31日

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 壺丁目参番館 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。

