

平成 9 年度 厚生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)

## 介護保険制度を展望した

### 訪問看護ステーションの役割と方向性に関する研究

#### 報 告 書

平成 10 年 3 月

社団法人 全国訪問看護事業協会  
本委員会委員長 竹中 浩治  
主任研究者 新津ふみ子







## は じ め に

平成12年度の介護保険制度の施行に向けて、現在国では準備作業が急ピッチで進められています。介護保険制度の導入により従来の社会保障制度の体系が大幅に変更され、訪問看護ステーションを取り巻く環境も大きく変わることが予想されます。

平成4年4月の老人訪問看護制度の施行から、訪問看護ステーションの設置が急速に進んでおり、現在約2,500か所となっています。介護保険制度においても、「訪問看護」が介護保険給付サービスの1つとして位置づけられており、今後も在宅ケアの重要な役割を果たしていくことが求められています。また、訪問看護ステーションでは、従来から他のサービス機関との連携を図り、総合的なサービスを提供するよう努めてきており、介護保険制度下においてもケアマネジメント機能を果たすことが重要になると考えられます。

このような中、介護保険制度の導入に向けて、訪問看護ステーションとして取り組んでおくべき課題や今後の方向性について検討するため、今回、厚生省老人保健健康増進等事業における研究費補助により、「介護保険制度を展望した訪問看護ステーションの役割と方向性に関する研究」を実施しました。訪問看護ステーションを対象に、現在のケアマネジメントの実施状況や運営・経営状況等に関する調査を実施し、その分析結果をもとに今後の方向性を検討したものです。

本報告書が今後の訪問看護ステーションの役割と方向性を考える一助となれば幸いです。

本調査を実施する上で、ご多忙の中、快く調査にご協力下さいました訪問看護ステーションの皆様方に厚く御礼申し上げます。

1998年3月

介護保険制度を展望した訪問看護ステーションの  
役割と方向性に関する研究委員会

委員長 竹中 浩治

(全国訪問看護事業協会 副会長)



# 目 次

## はじめに

<b>第1章 調査研究の概要</b> .....	<b>3</b>
1. 調査研究の目的.....	3
2. 調査研究の方法及び内容.....	3
<b>第2章 介護保険に関する訪問看護ステーション対象調査結果</b> .....	<b>7</b>
I. 調査概要.....	7
II. 調査結果.....	9
1. 施設概要.....	9
(1) 開設主体.....	9
(2) 併設施設.....	10
(3) 市町村の概況.....	11
(4) 職員数.....	12
2. ケアマネジメントの実施状況.....	13
2. 1 ケアマネジャーの養成予定について.....	13
(1) 介護支援専門員実務研修受講試験の受験予定.....	13
(2) 介護専門員実務研修受講試験の受験予定／検討中の職員数.....	14
2. 2 ケアマネジメントの実施状況.....	15
(1) アセスメントについて.....	15
(2) ケアカンファレンス・ケアプランの作成について.....	17
2. 3 合同ケアカンファレンスで検討した利用者について.....	28
(1) 利用者の状況.....	28
(2) 訪問状況.....	29
(3) 内部ケアカンファレンス.....	31
(4) 他機関との連携.....	32
(5) 中心的な役割を果たしている機関.....	38
3. 訪問看護ステーションの運営・経営管理.....	40
3. 1 運営・経営について.....	40
(1) 訪問看護の事業予算の作成.....	40
(2) 運営会議について.....	43
3. 2 ステーションの利用者について.....	45
(1) 利用者数の推移.....	45
(2) 利用者数.....	47
(3) 利用者確保のための実施内容.....	50
(4) 主治医数.....	51
3. 3 訪問看護の質の管理について.....	52
(1) 質の管理について.....	52
(2) 利用者からの不満及び苦情について.....	55
(3) 24時間連絡体制加算費用の請求について.....	57

4. 介護保険全般について	59
4. 1 今後実施したいサービス	59
<b>第3章 介護保険制度を展望した訪問看護ステーションの役割と方向性</b>	
1. 訪問看護ステーションの方向性	63
2. ケアプラン作成機関になるための課題	65
3. 今後の課題	71
①包括的なアセスメントの実施	71
②合同ケアカンファレンスの主催	73
③合同ケアカンファレンスの場でのケアプランの作成	80
④経営力の向上と安定化	81
⑤サービスの質の向上	83
⑥設置主体別の今後の課題	84
【調査票】	87
【単純集計結果】	99

# **第1章**

## **調査研究の概要**



# 第1章 調査研究の概要

## 1. 調査研究の目的

訪問看護ステーションは、従来より看護サービスの一環として他の在宅サービス提供機関との連携を図り、総合的なサービス提供を行ってきている。介護保険制度下においては、訪問看護ステーションも「居宅介護支援事業者」（以下、「ケアプラン作成機関」とする）の指定を受けることができるようになるであろうことから、今後訪問看護ステーションが果たすべき機能や役割を明らかにし、そのために求められる要件を検討しておく必要がある。

本調査研究は、訪問看護ステーションを対象とし、現在のケアマネジメントの実施状況や運営・経営状況、今後の方向性等に関する調査を実施することにより、訪問看護ステーションの介護保険制度下における役割と方向性を明らかにすることを目的として実施した。

## 2. 調査研究方法及び内容

### （1）調査研究委員会の設置

標記テーマについての学識経験者等による調査研究委員会を設置・運営した。

### （2）調査計画の策定

標記テーマについて調査方法・内容等の調査計画を策定した。

### （3）介護保険制度の訪問看護ステーションに係わる部分の整理

現在検討されている介護保険制度の訪問看護ステーションに係わる部分の整理を行った。

### （4）訪問看護ステーション対象アンケート調査の実施

#### ①調査目的

訪問看護ステーションにおいて現在実施されているアセスメント、ケースカンファレンス、ケアプラン作成の実施状況や方法、他機関との連携状況等について明らかにし、介護保険制度下で求められるステーションの役割・課題等を検討する基礎資料とする目的とする。

#### ②調査対象

平成9年11月の全国訪問看護事業協会会員の訪問看護ステーション（848ヶ所）

#### ③調査方法

調査票を郵送し、訪問看護ステーション管理者に記入してもらい、郵送により回収した。

#### ④調査期間

平成10年1月

#### ⑤調査票回収結果

回収数 342通（回収率：40.3%）

## ⑥調査内容

- ・施設概要  
　開設年月、開設主体、併設施設、所在市町村の概況、職員数
- ・ケアマネジメントの実施状況  
　アセスメントの実施、ケアカンファレンス・ケアプランの作成状況、合同ケアカンファレンスでの検討ケース
- ・運営・経営状況  
　事業予算、予算・実績、運営会議、利用者数、利用者数の推移、利用者の確保、主治医数、訪問看護の質の管理、利用者からの苦情や不満、24時間連絡体制加算
- ・介護保険制度全般について  
　介護支援専門員（以下、「ケアマネジャー」とする）の資格取得予定、今後実施したいサービス、介護保険制度への意見

## （5）介護保険制度下における訪問看護ステーションの役割と課題の検討

（3）（4）の調査研究に基づき、介護保険制度下における訪問看護ステーションの役割と課題について検討を行った。

## （6）調査研究体制

本調査研究の実施に際しては、以下のメンバーより構成される調査研究委員会及びワーキンググループを設置して検討を行った。

### 【調査研究委員会】

委員長	竹中 浩治	全国訪問看護事業協会 副会長
主任研究者	新津 ふみ子	ケア・コーディネーション研究所 所長
委 員	青柳 俊	日本医師会 常任理事
委 員	上野 桂子	訪問看護ステーション住吉 所長
委 員	高木 安雄	仙台白百合女子大学 教授
委 員	林 照雄	全国在宅介護支援センター協議会 副会長
委 員	山崎 摩耶	日本看護協会 常任理事

### 【ワーキンググループ】

主任研究者	新津 ふみ子	ケア・コーディネーション研究所 所長
委 員	上野 桂子	訪問看護ステーション住吉 所長
委 員	高木 安雄	仙台白百合女子大学 教授
委 員	堀井とよみ	水口町保健センター 所長
委 員	横田喜久恵	新宿訪問看護ステーション 所長

（委員 五十音順）

## **第2章**

# **調査結果**



## 第2章 介護保険に関する訪問看護ステーション対象調査結果

### I 調査概要

#### (1) 調査対象

全国訪問看護事業協会会員の訪問看護ステーション（848カ所）（平成9年11月）

#### (2) 調査実施方法

質問紙によるアンケート調査を各訪問看護ステーションに郵送し、管理者に記入してもらい、郵送により回収した。

#### (3) 調査時期

平成10年1月

#### (4) 調査内容

- ①施設概要
- ②ケアマネジメントの実施状況
- ③運営・経営状況
- ④介護保険制度全般について

#### (5) 調査票回収結果

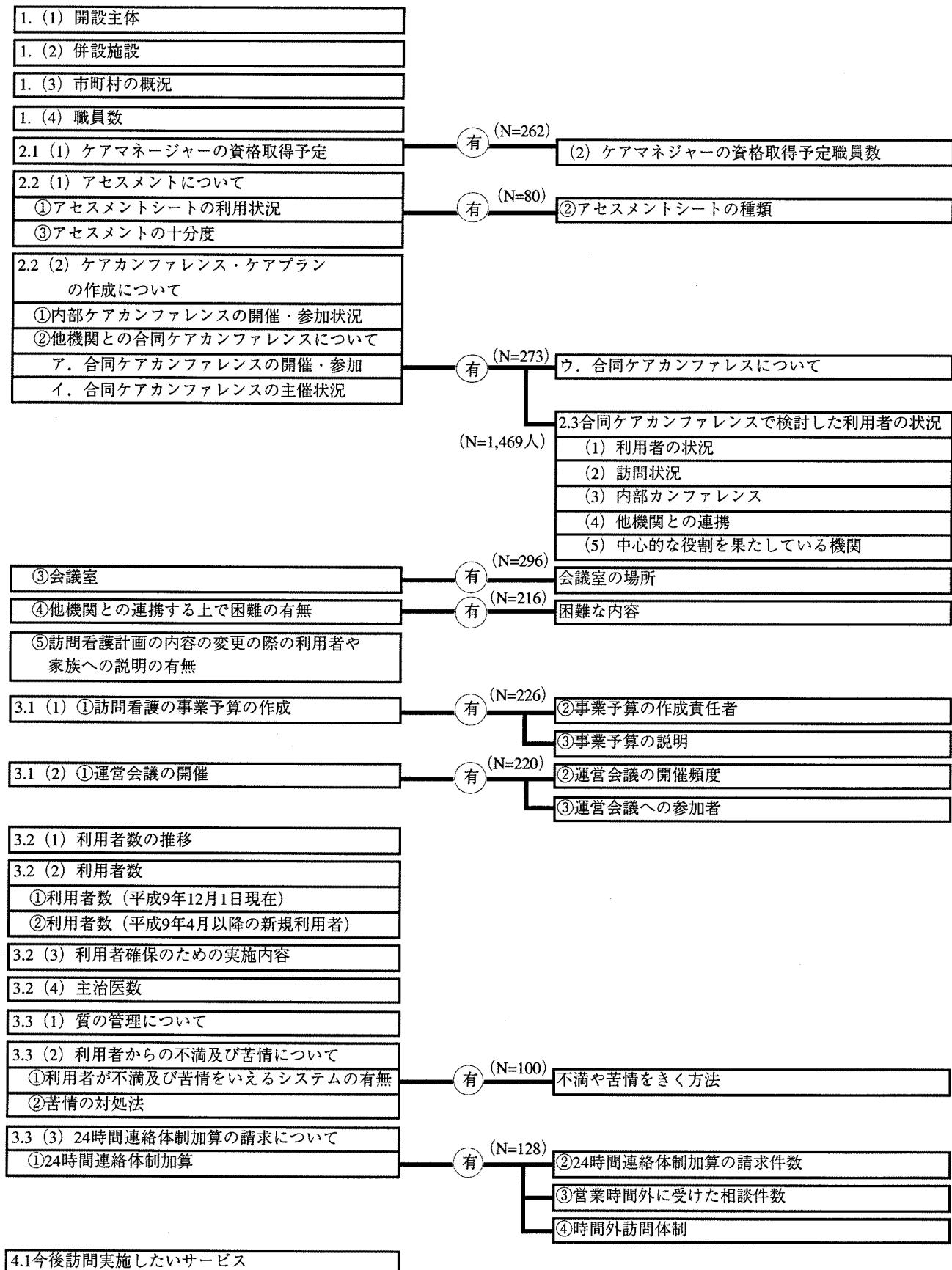
標本数 848ヶ所

回収数 342ヶ所（回収率：40.3%）

## (6) 調査票の構成（番号は本報告書の章番号）

### 全施設の回答項目 (N=342)

### 一部施設の回答項目



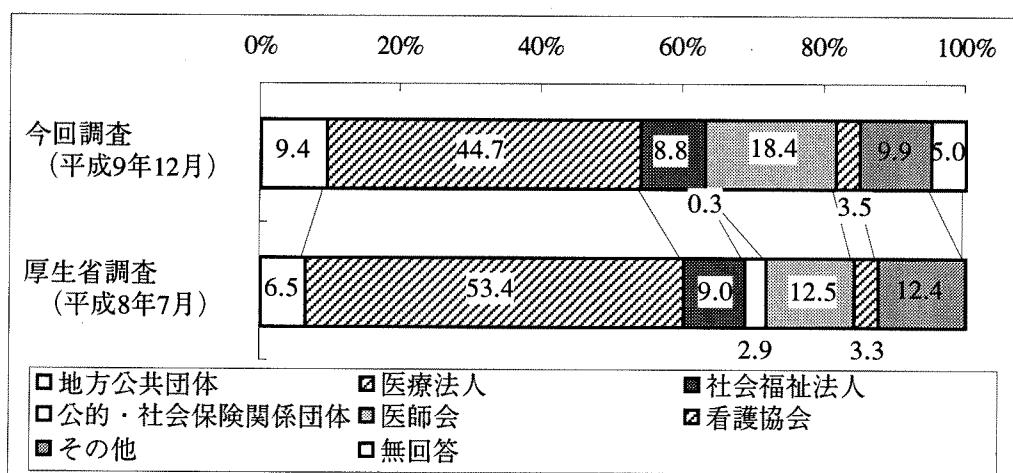
## II 調査結果

### 1. 施設概要

#### (1) 開設主体

訪問看護ステーションの開設主体は、医療法人（44.7%）、医師会（18.4%）、国・地方公共団体（9.4%）、社会福祉法人（8.8%）の順に多い。厚生省「平成8年訪問看護統計調査」（以下、「訪問看護統計調査」という）と比較すると、医療法人の占める割合が若干低く、反対に医師会の占める割合が若干高い。本調査は、訪問看護事業協会の協会員の施設を対象に実施したものであり、事業協会会員には医師会の施設が多いいためと考えられる。

図1－1 訪問看護ステーションの開設主体



## (2) 併設施設

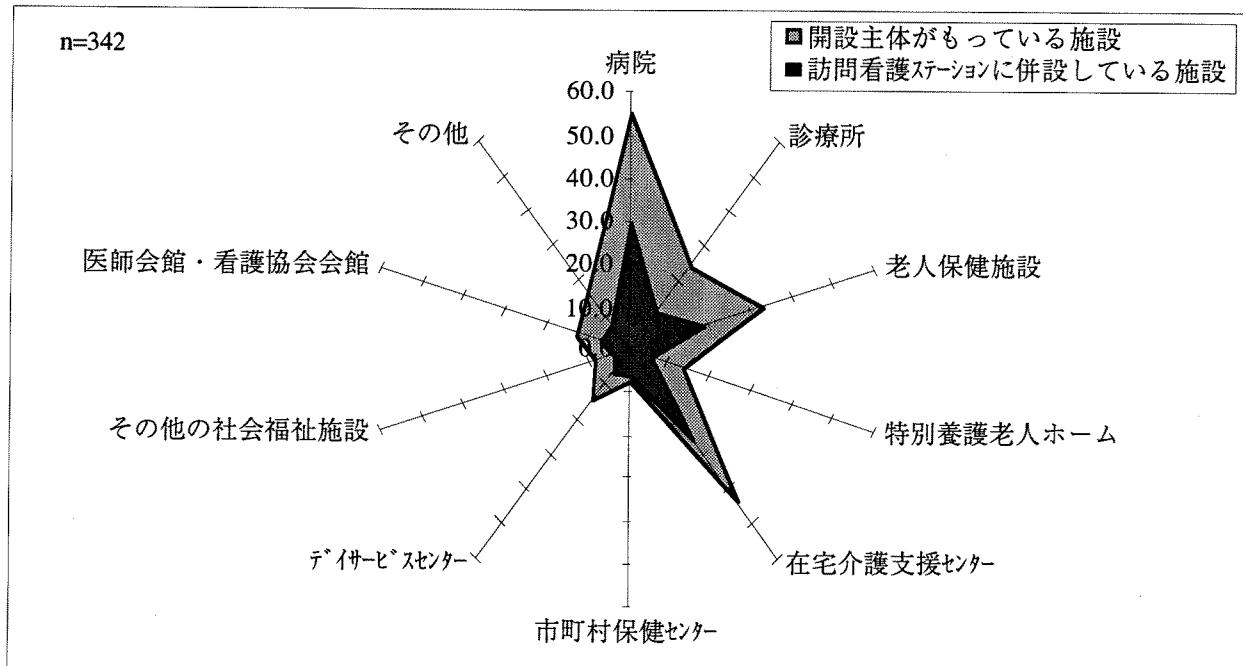
開設主体が持っている施設としては、病院（55.3%）、在宅介護支援センター（43.9%）、老人保健施設（32.5%）、診療所（24.0%）の順に多い。

訪問看護ステーションに併設している施設としては、病院（29.5%）、在宅介護支援センター（25.4%）、老人保健施設（18.7%）の順に多く、併設施設のないところも25.1%と約4分の1を占めている。

表1－1 開設主体が持っている施設・訪問看護ステーションに併設している施設

	調査数	併設施設なし	病院	診療所	老人保健施設	特別養護老人ホーム	在宅介護支援センター	市町村保健センター	デイサービスセンター	他の社会福祉施設	医師会館・看護協会会館	その他	無回答	
開設主体が もっている施設	実数	342	19	189	82	111	46	150	25	48	30	44	57	19
	割合	100.0	5.6	55.3	24.0	32.5	13.5	43.9	7.3	14.0	8.8	12.9	16.7	5.6
訪問看護ステーションに 併設している施設	実数	342	86	101	39	64	18	87	21	23	12	24	25	32
	割合	100.0	25.1	29.5	11.4	18.7	5.3	25.4	6.1	6.7	3.5	7.0	7.3	9.4

図1－2 開設主体が持っている施設・訪問看護ステーションに併設している施設



### (3) 市町村の概況

訪問看護ステーションの所在する市町村の人口規模をみると、下図のようになっている。

この市町村の人口規模別に一市町村内にある訪問看護ステーション数をみると、同程度の人口規模の市町村においても訪問看護ステーション数には差がみられる。

図1-3 所在市町村の人口規模

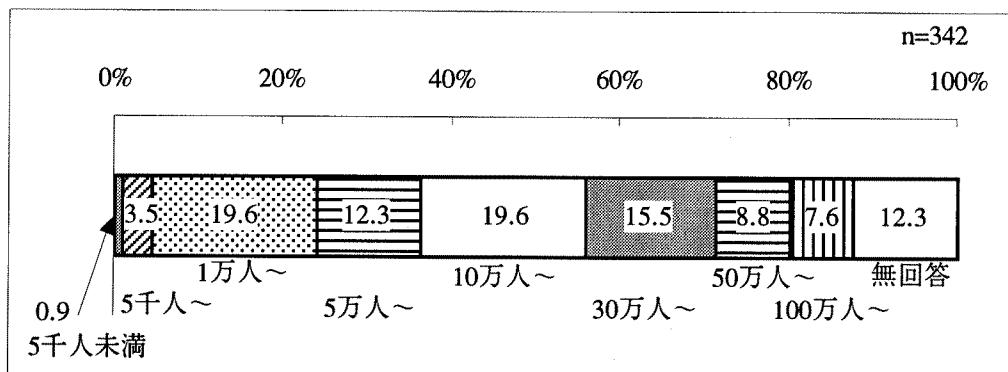
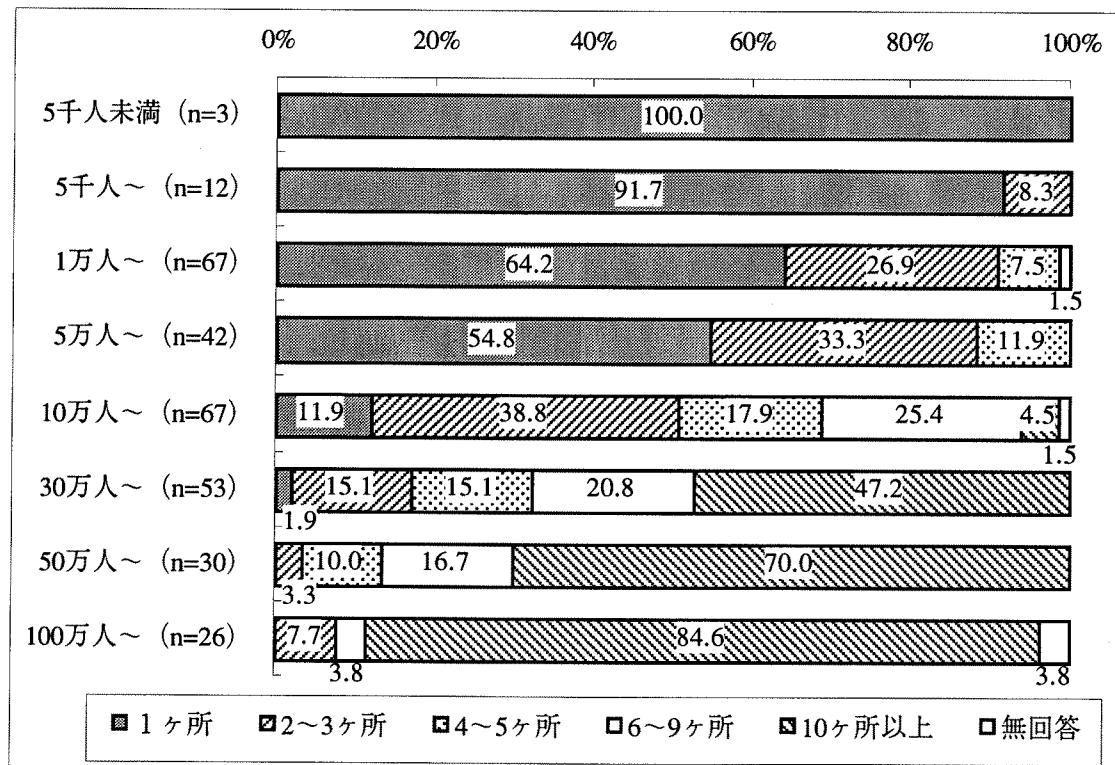


図1-4 所在市町村の訪問看護ステーション数（人口規模別）



#### (4) 職員数

平成9年12月1日現在の職員数をみると、1施設あたり平均は常勤3.80人、非常勤（常勤換算）2.82人となっており、合計6.61人であった。（「訪問看護統計調査」（平成8年7月）では、平均4.5人）

表1－2 訪問看護ステーションの職員数

	職員数		1施設あたり平均		
	常勤	非常勤 (常勤換算)	常勤	非常勤 (常勤換算)	合計
保健婦・士	95	30.25	0.29	0.09	0.38
看護婦・士	898	656.65	2.75	2.01	4.75
准看護婦・士	127	118.68	0.39	0.36	0.75
理学療法士	26	39.75	0.08	0.12	0.20
作業療法士	14	19.18	0.04	0.06	0.10
事務職員	59	46.54	0.18	0.14	0.32
その他	22	10.51	0.07	0.03	0.10
合計	1,241	921.56	3.80	2.82	6.61

## 2. ケアマネジメントの実施状況

### 2. 1 ケアマネジャーの養成予定について

#### (1) 介護支援専門員実務研修受講試験の受験予定<sup>注1</sup>

ケアマネジャーになるために必要な「介護支援専門員実務研修受講試験」（以下、「実務研修受講試験」とする）受ける予定の職員がいるステーションは49.4%と半数であった。検討中の職員がいるステーション（27.5%）を合わせると、76.9%の訪問看護ステーションで試験を受ける予定や検討中の職員がいることが分かった。反対に、試験を受ける予定／検討中の職員がいない施設は7.3%であった。

開設主体別にみると、試験を受ける予定の職員がいる割合が高いのは「看護協会」「社会福祉法人」「医療法人」「医師会」の順であった。受験を検討している職員がいる割合も合わせると、「医師会」や「医療法人」の割合が高い。反対に予定／検討中の職員がいない割合が高いのは「地方公共団体」（15.6%）であった。

図2-1-1 実務研修受講試験の受験予定

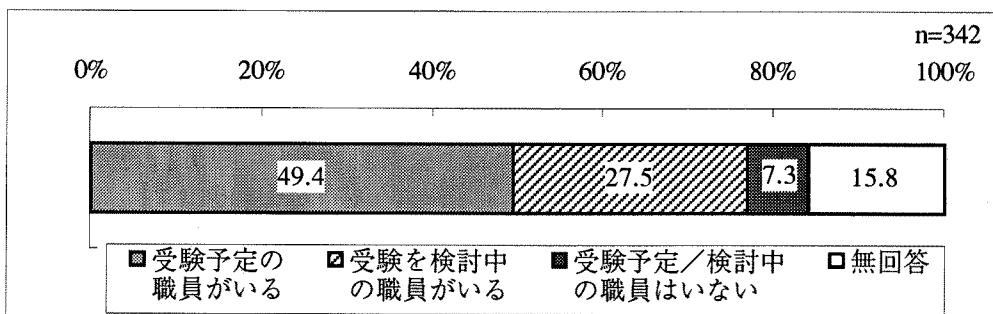
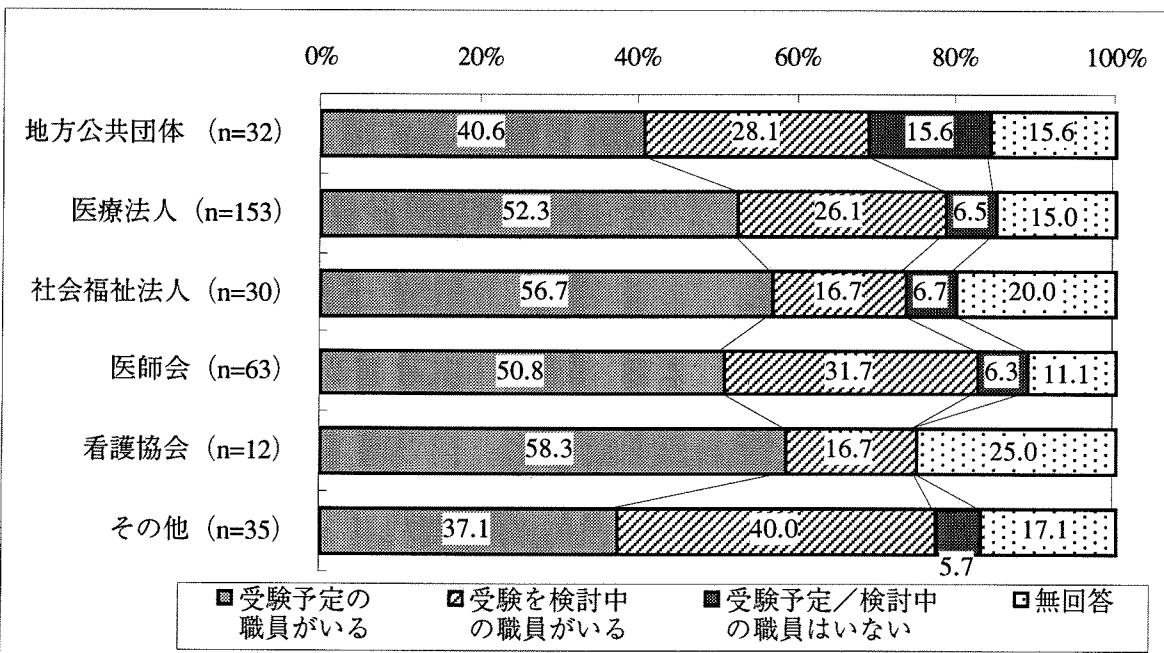


図2-1-2 実務研修受講試験の受験予定（開設主体別）



<sup>注1</sup> 調査票上では、「ケアマネジャーの資格を取得させる予定／検討中の人」という記載をしたが、報告書上ではケアマネジャーになるために必要な「介護支援専門員実務研修受講試験」の受験予定／検討中の人とした。（以下、同様）

実務研修受講試験受験予定の職員がいる施設では、職員数（常勤+非常勤）が6.8人、受験を検討中の職員がいる施設では6.4人と職員数が多い傾向がみられた。ケアマネジャーとして活動するためには、訪問看護を実際に行う職員がそれだけ少なくなることを意味するため、職員数の少ないところでは、経営上困難と判断している可能性が考えられる。

表2－1－1 訪問看護ステーションの職員数

	常勤	非常勤 (常勤換算)	合計
受験予定の職員がいる	3.90	2.93	6.83
受験を検討中の職員がいる	3.85	2.57	6.41
受験予定／検討中の職員はない	2.68	2.80	5.48

## (2) 介護専門員実務研修受講試験の受験予定／検討中の職員数

(実務研修受講試験の受験予定／検討中の職員がいる施設の回答)

受験予定のある職員は1ステーション平均2.8人、検討中の職員は2.8人となっており、受験予定のある施設と検討中の施設を合わせてみると、平均3.6人の職員が予定もしくは検討している計算になる。

受験予定又は検討中の職員がいる訪問看護ステーションの職員数は平均6.7人であることから、職員の約54%が受験を検討していることになる。事務職員を除く職員（6.4人）でみると、約56%が実務研修受講試験の受験を検討していることになる。

表2－1－2 実務研修受講試験の受験予定／検討中の職員数

(実務研修受講試験の受験予定／検討中の職員がいる施設の回答)

受験予定の職員の職員数 (n=192)	人数	1施設あたり平均	受験を検討中の職員数 (n=147)	人数	1施設あたり平均	予定+検討中 (n=262)
保健婦・士	64	0.33	保健婦・士	33	0.22	0.37
看護婦・士	445	2.32	看護婦・士	338	2.30	2.99
准看護婦・士	8	0.04	准看護婦・士	34	0.23	0.16
理学療法士	7	0.04	理学療法士	4	0.03	0.04
作業療法士	3	0.02	作業療法士	3	0.02	0.02
社会福祉士	0	0.00	社会福祉士	-	-	-
介護福祉士	3	0.02	介護福祉士	-	-	-
その他	1	0.01	その他	3	0.02	0.02
合計	531	2.77	合計	415	2.82	3.61

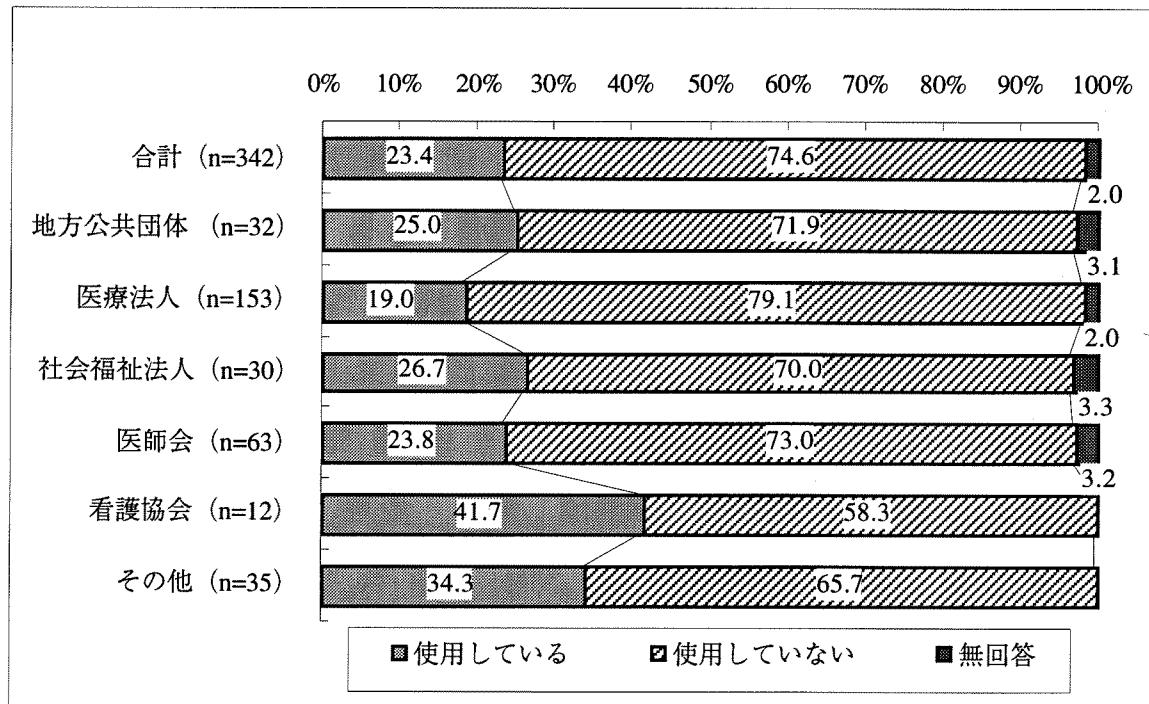
## 2. 2 ケアマネジメントの実施状況

### (1) アセスメントについて

#### ①アセスメントシートの利用状況

現在、アセスメントシートを使用している訪問看護ステーションは全体の23.4%と約4分の1である。残りの4分の3は現在はアセスメントシートを使用していないが、今後介護保険制度下においては、在宅ケア全般のアセスメントを行うことが必要になるため、これらの施設において、アセスメントシートの利用を推進していく必要がある。開設主体別にみると、看護協会立では利用率が高い。

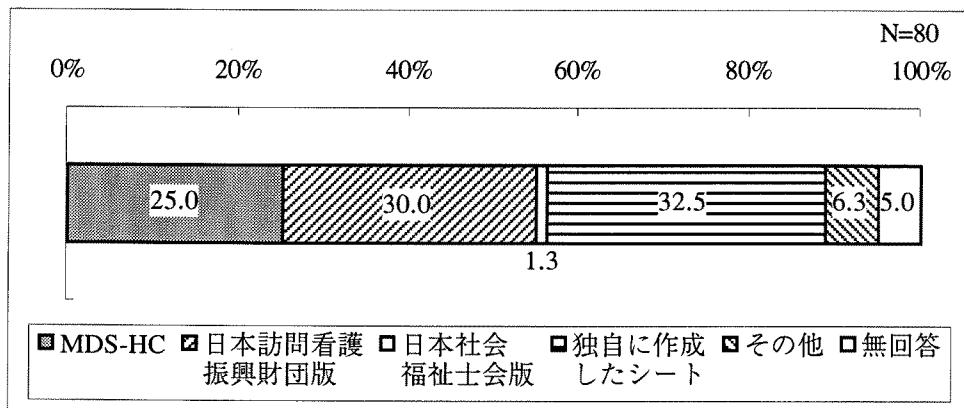
図2-2-1 アセスメントシートの利用状況



#### ②アセスメントシートの種類（アセスメントシートを使用している施設の回答）

使用しているアセスメントシートは、既存のものでは「日本訪問看護振興財団版アセスメント」(30.0%) や「MDS-HC（在宅ケアアセスメントマニュアル）方式」(25.0%) などが多いが、「独自に作成したアセスメントシート」(32.5%) も多くなっている。

図2-2-2 使用しているアセスメントシート（アセスメントシートを利用している施設の回答）



### ③アセスメントの十分度

介護保険制度下においてケアプランを作成するために、現在のアセスメント方法や内容で十分と思うかどうか質問したところ、「十分」と回答したステーションは6.4%で、81.6%が「不十分」と回答している。ただし、現在アセスメントシートを使用している訪問看護ステーションでは22.5%が「十分」と回答しており、全体に比べて多い。

また、使用している割合が高かった「日本訪問看護振興財団版アセスメント」「MDS-HC（在宅ケアアセスメントマニュアル）方式」「独自に作成したアセスメントシート」の種類別にみると、日本訪問看護振興財団版アセスメントを使用しているところでは、「十分」という回答が37.5%と最も多く、反対に施設独自のシートを使用しているところでは、「十分」が11.5%と低い。

介護保険制度下では、利用者を総合的な視点からみたケアプラン作成が必要になる。現在アセスメントシートを利用していない施設はもちろんのこと、利用している施設さえも過半数が「不十分」と回答しており、今後アセスメントの方法論の確立と全国的な普及が大きな課題である。

図2－2－3 アセスメントの十分度

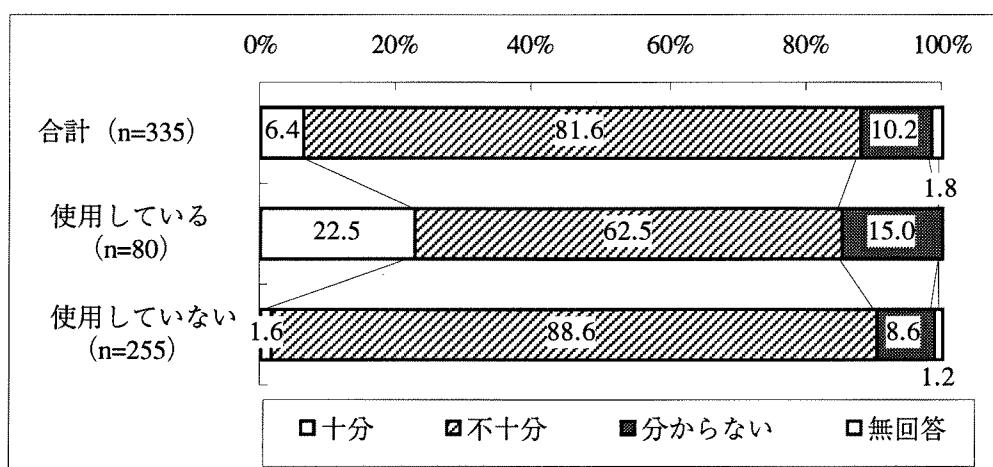
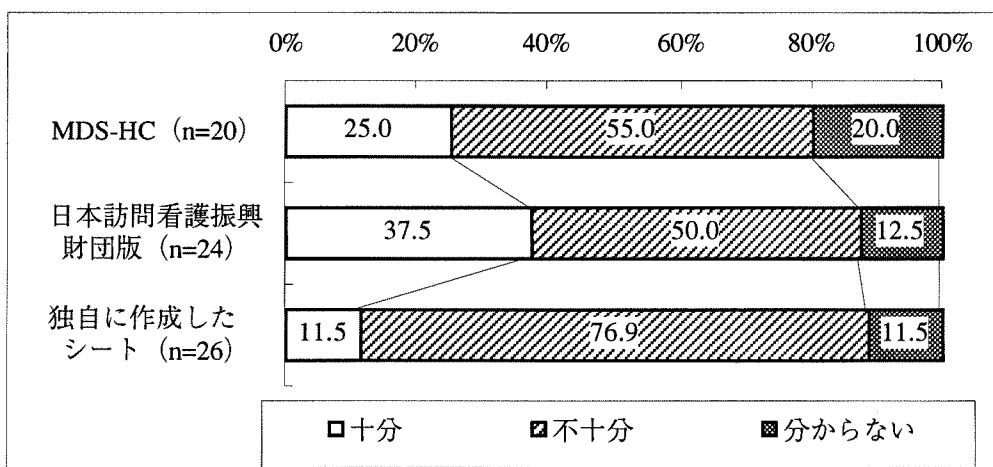


図2－2－4 アセスメントの十分度（使用しているアセスメントシート別）  
(アセスメントシートを利用している施設の回答)

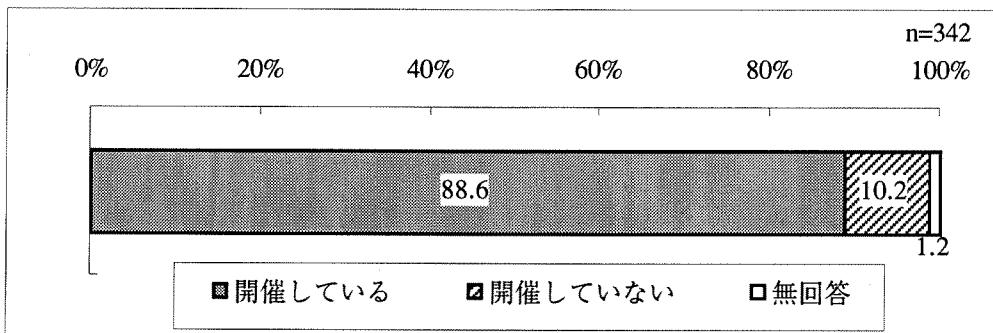


## (2) ケアカンファレンス・ケアプランの作成について

### ①内部ケアカンファレンスの開催・参加状況

内部でケアカンファレンスを開催しているステーションは88.6%とほとんどのステーションで開催されている。

図2-2-5 内部ケアカンファレンスの開催状況

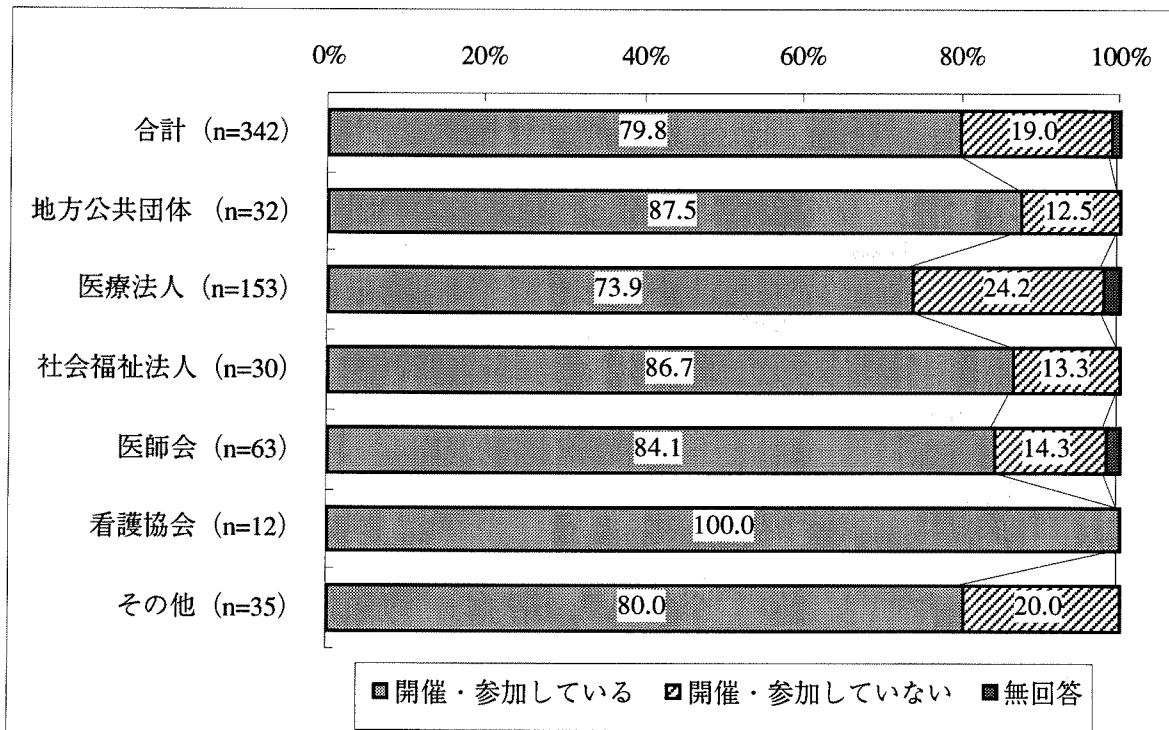


### ②他機関との合同ケアカンファレンスについて

#### ア. 合同ケアカンファレンスの開催又は参加

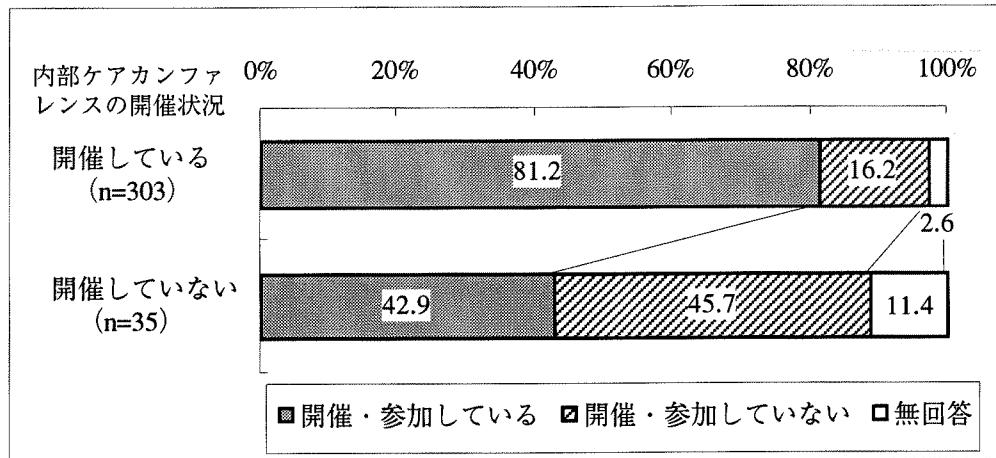
他機関との合同ケアカンファレンスを開催又は参加しているステーションは79.8%となっています。開設主体別にみると、看護協会（12施設）では開催又は参加している施設が全数と高く、地方公共団体（87.5%）や社会福祉法人（86.7%）が比較的高くなっています。医療法人では他の開設主体に比べて参加率が低い傾向がみられます。

図2-2-6 合同ケアカンファレンスの開催（開設主体別）



内部ケアカンファレンスを開催しているステーションでは、他機関との合同ケアカンファレンスを開催・参加している割合も81.2%と高くなっている。合同ケアカンファレンスに参加するためには、内部のケアカンファレンスを十分に実施しておくことも重要であるといえる。

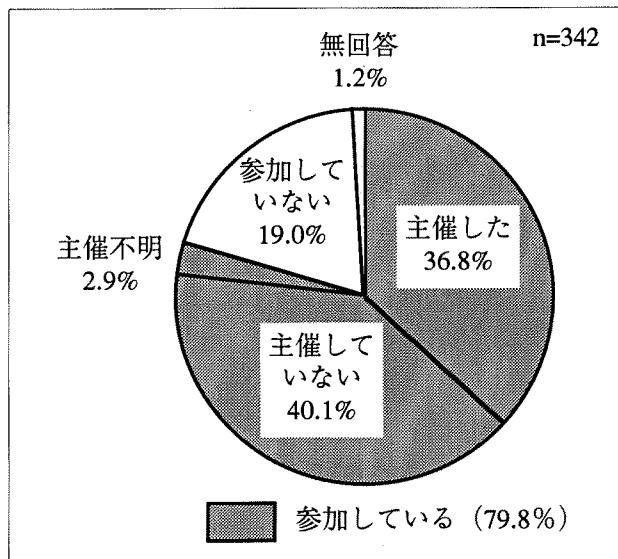
図2-2-7 合同ケアカンファレンスの開催・参加状況(内部ケアカンファレンスの開催状況別)



#### イ. 合同ケアカンファレンスの主催状況

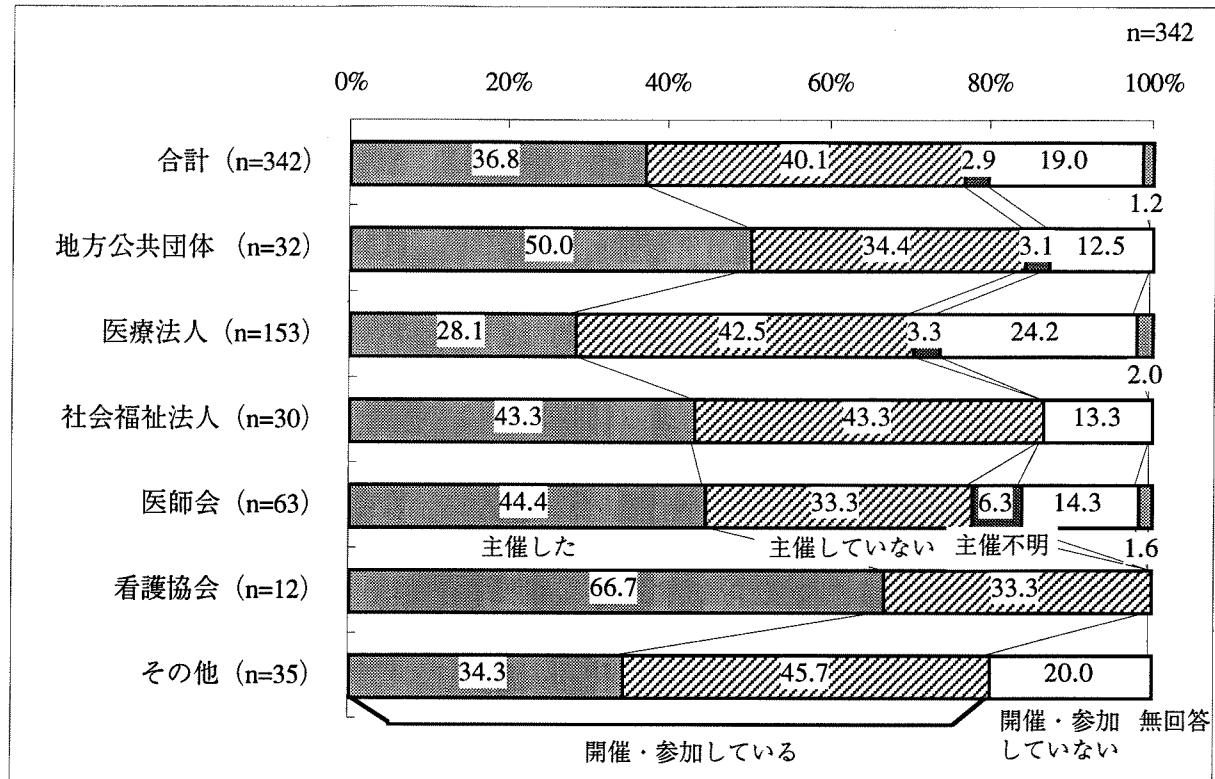
他機関との合同ケアカンファレンスを3ヶ月以内に主催した施設は、全体の36.8%と約3分の1の施設が実施している。合同ケアカンファレンスに参加している施設のうち、約半数は自らが主催している施設といえる。

図2-2-8 合同ケアカンファレンスの開催・参加状況



開設主体別にみると、地方公共団体や看護協会では主催している割合が高く、医療法人では低くなっている。

図2-2-9 合同ケアカンファレンスの開催・参加状況（開設主体別）



他機関との合同ケアカンファレンスを主催している訪問看護ステーションでは、今後ケアマネジメント機関としての役割を果たせる可能性が高い。このため、以下のようにグループ分けを行い、分析を行った。

グループA：3ヶ月以内に他機関との合同ケアカンファレンスを主催したことがある訪問看護ステーション（126施設）

グループB：合同ケアカンファレンスには参加しているが、3ヶ月以内に主催したことはない訪問看護ステーション（137施設）

グループC：合同ケアカンファレンスに参加していない施設（65施設）

	合同ケアカンファレンスへの参加	合同ケアカンファレンスの主催の有無（3ヶ月以内）
グループA (n=126)	○	○
グループB (n=137)	○	×
グループC (n=65)	×	×

グループAでは、利用者数も職員数も最も多くなっている。大規模な訪問看護ステーションでは、地域における認知度も高いことから、合同ケアカンファレンスへの召集がかかりやすいことも考えられる。小規模な訪問看護ステーションにおいても、地域の他機関との連携を図り、合同ケアカンファレンスに参加していくことが必要であろう。

図2-2-10 利用者数

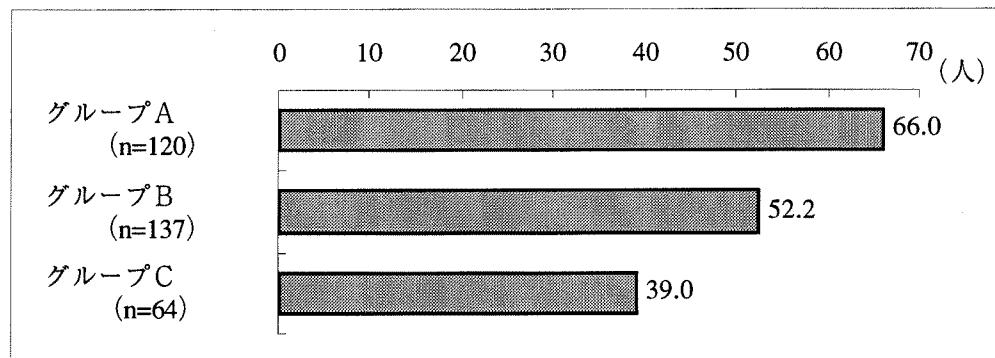
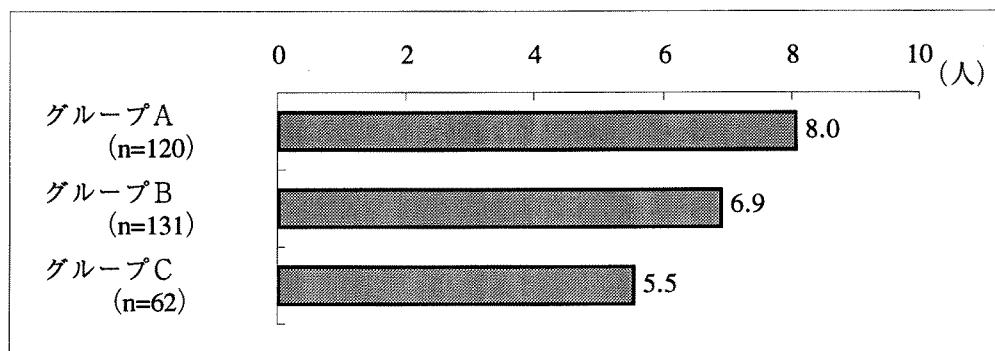


図2-2-11 職員数（常勤・非常勤（常勤換算）の合計）



また、グループAでは、アセスメントシートの使用率や内部ケアカンファレンスの開催率などが高く、他の施設に比べて実施レベルが高いところが多い。また、合同ケアカンファレンスで利用できる会議室を持っている割合も高く、合同ケアカンファレンスを主催するためには、会議室の確保も重要と考えられる。

図2-2-12 アセスメントシートの使用状況

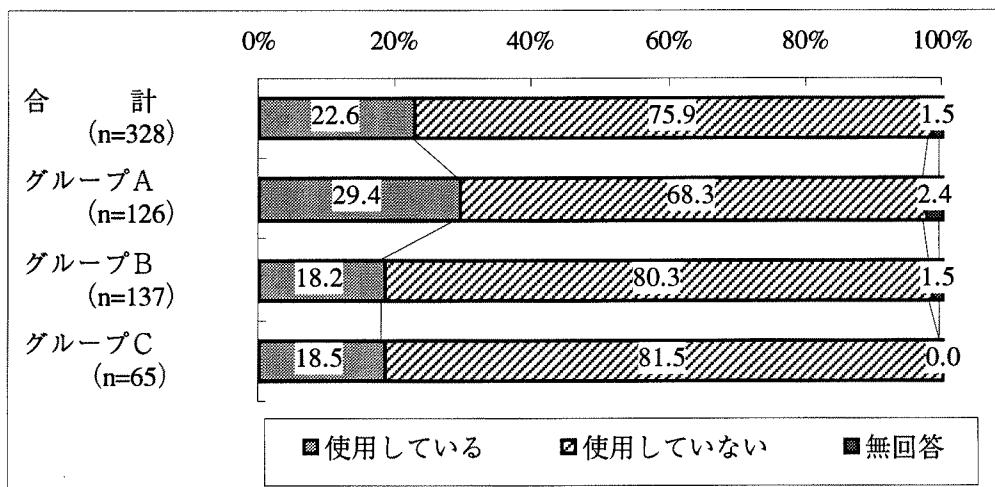
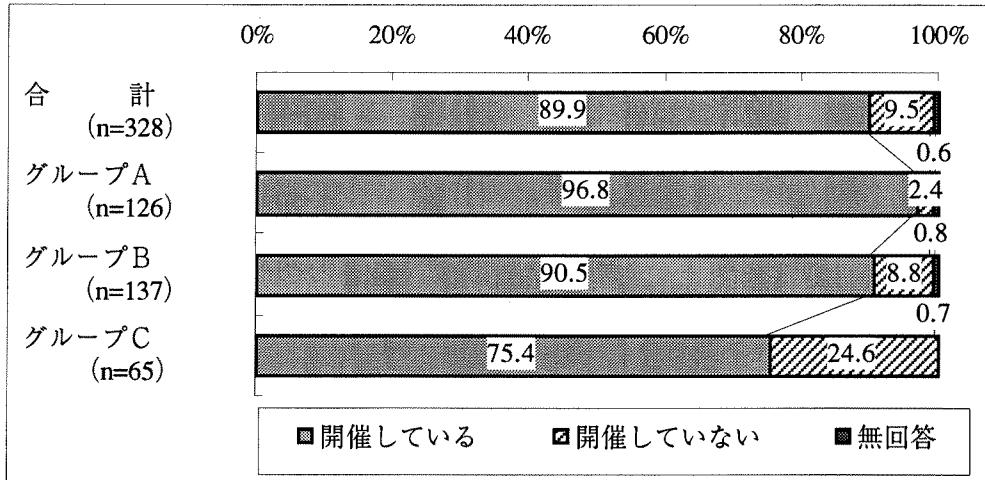


図2-2-13 内部ケアカンファレンスの開催状況



ウ. 合同ケアカンファレンスについて  
(合同ケアカンファレンスに参加している施設の回答)

**【開催頻度】**

他機関との合同ケアカンファレンスの開催・参加回数は、3ヶ月間で平均4.3回となっている。20回以上開催したところも6施設あった。

グループAとグループBで比較すると、グループAでは開催・参加回数が5.9回とグループB（3.1回）の2倍近くになっており、また検討した利用者数も7.4人と多い。つまり、訪問看護ステーション自らが合同ケアカンファレンスを開催しているところでは、開催回数も多く、また訪問看護ステーションの利用者について多く検討の機会を持っていることになる。

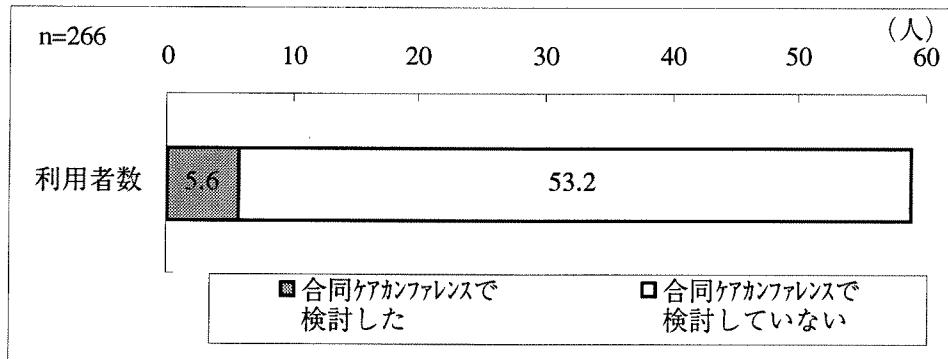
3ヶ月間に開催・参加した合同ケアカンファレンス（平均4.3回）において、訪問看護ステーションの利用者約5.6人についての検討が行われている。これらの訪問看護ステーションの平均利用者数は58.8人であることから、利用者の約1割について合同ケアカンファレンスで検討している計算になる。

表2-2-1

他機関との合同ケアカンファレンスの開催・参加回数及び検討した利用者数（3ヶ月間）

	3ヶ月間の開催・参加回数 (平均)	検討した利用者数 (平均)
平均 (n=266)	4.3	5.6
グループA (n=124)	5.9	7.4
グループB (n=135)	3.1	3.3

図2-2-14 合同ケアカンファレンスで検討した利用者数（3ヶ月間）

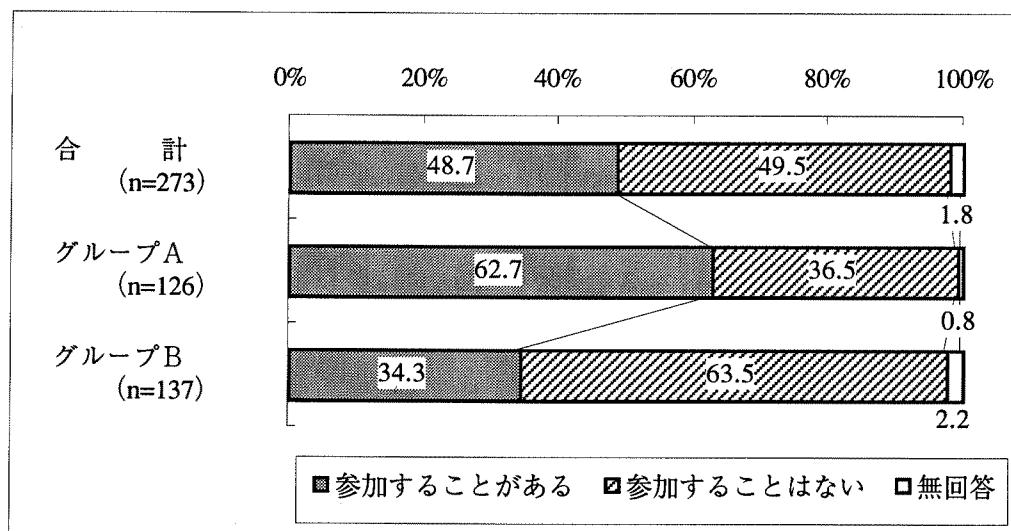


#### 【本人や家族の参加】

合同ケアカンファレンスに利用者や家族等が参加することがあると回答したのは48.7%と約半数である。

グループAとBで比較すると、グループAでは、本人や家族が「参加することがある」という回答が62.7%を占め、グループBにおける本人や家族の参加率に比べて非常に高くなっている。つまり、訪問看護ステーションが主催した合同ケアカンファレンスには本人や家族が参加することが多いが、他機関が主催する合同ケアカンファレンスではそれに比べて参加している割合が少ないといえる。

図2-2-15 合同ケアカンファレンスへの本人や家族の参加



### 【ケアプラン表の作成】

合同ケアカンファレンスの場で、各ケースに関する「ケア目標・ケア内容等」を記入したケアプラン表を作成している施設は57.1%、各サービスの訪問時間等を記載した「週間・月間スケジュール表」を作成している施設は63.0%となっている。

また、作成したケアプラン表を関係機関で共有しているのは、「ケア目標・ケア内容等」については33.7%、「週間・月間スケジュール表」は38.1%であった。

グループAとBで比較すると、グループAでは、「ケア目標・ケア内容等」「週間・月間スケジュール表」ともに作成している割合が高くなっている。つまり、訪問看護ステーションが主催した合同ケアカンファレンスではケアプラン表の作成率が高いといえる。

図2－2－16 合同ケアカンファレンスでのケアプラン表の作成状況

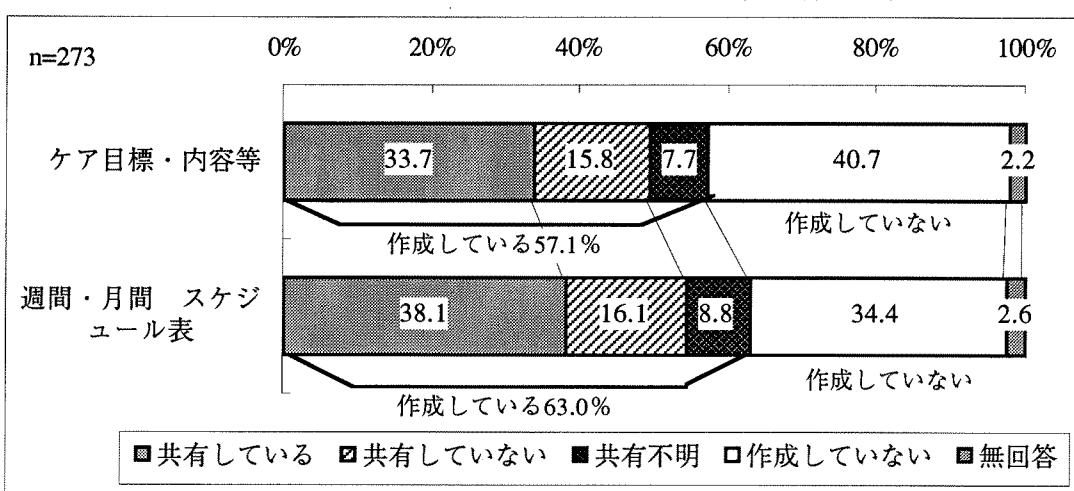


図2－2－17 「ケア目標・ケア内容等」に関するケアプラン表の作成状況（主催の有無別）

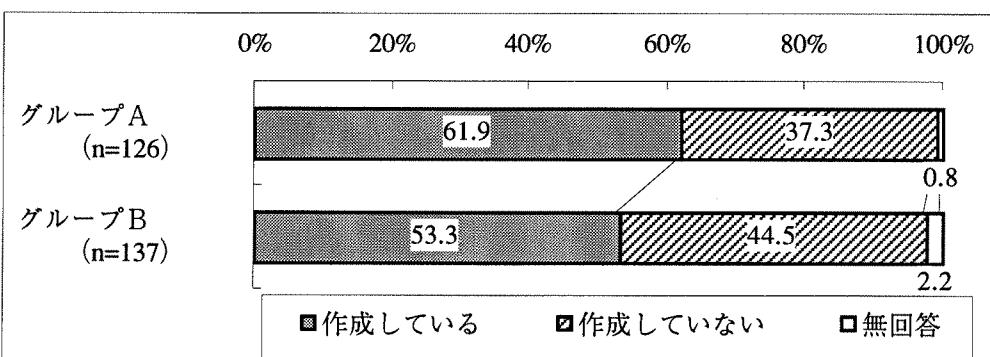
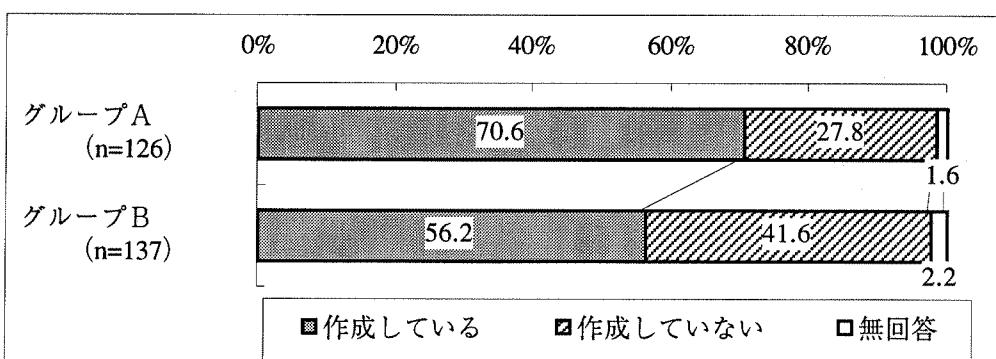


図2－2－18 「週間・月間スケジュール表」に関するケアプラン表の作成状況(主催の有無別)



### ③会議室

他機関との合同ケアカンファレンスを開催するとした場合、利用できる会議室が「ある」のは86.5%と大半を占めている。会議室がある場所は、「ステーション内」にあるところは25.3%であり、「併設施設内」が67.6%と最も多く、「近隣の施設内」も20.3%であった。

グループAでは、「ステーション内」に会議室を持っているところが28.1%と多くなっている。今後ケアマネジメント機関として機能するためには、ステーション内に会議室を持ち、他機関との合同ケアカンファレンスを自施設内で開催できるような設備が必要であろう。

図2-2-19 合同ケアカンファレンスを開催できる会議室の有無

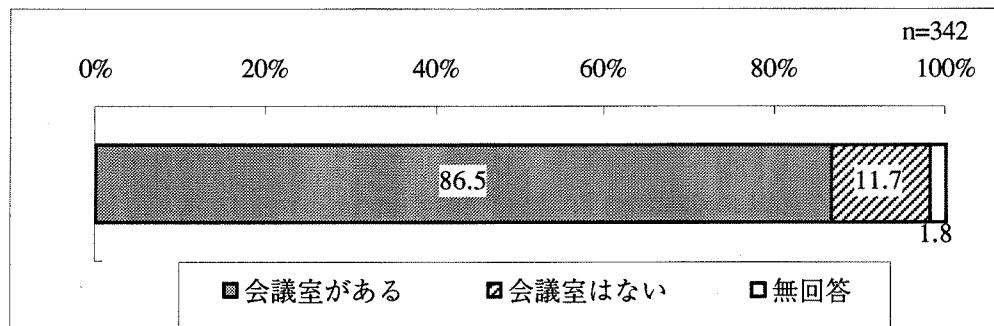


図2-2-20 合同ケアカンファレンスを開催できる会議室の有無

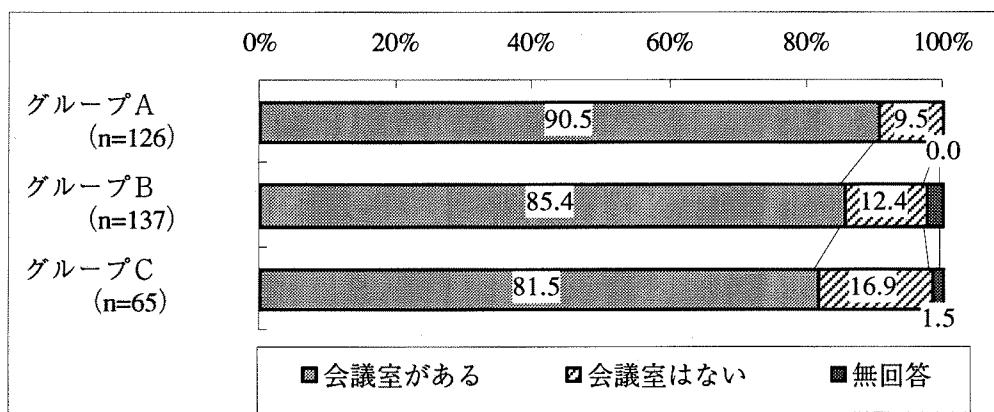


図2-2-21 会議室のある場所（会議室がある施設の回答）

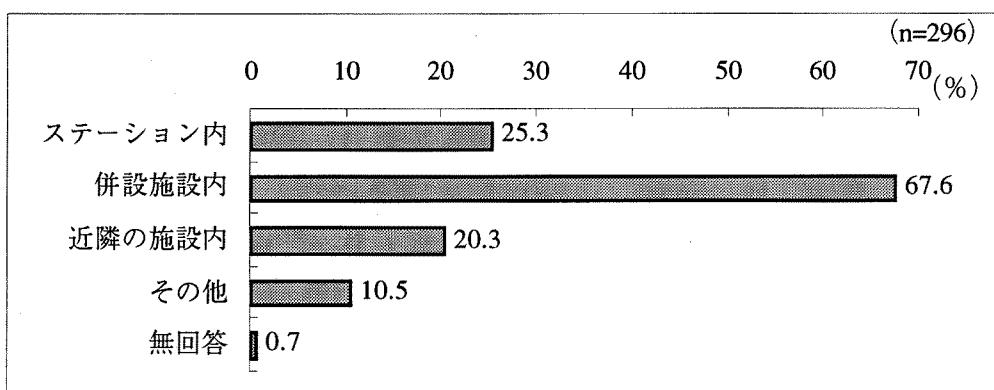
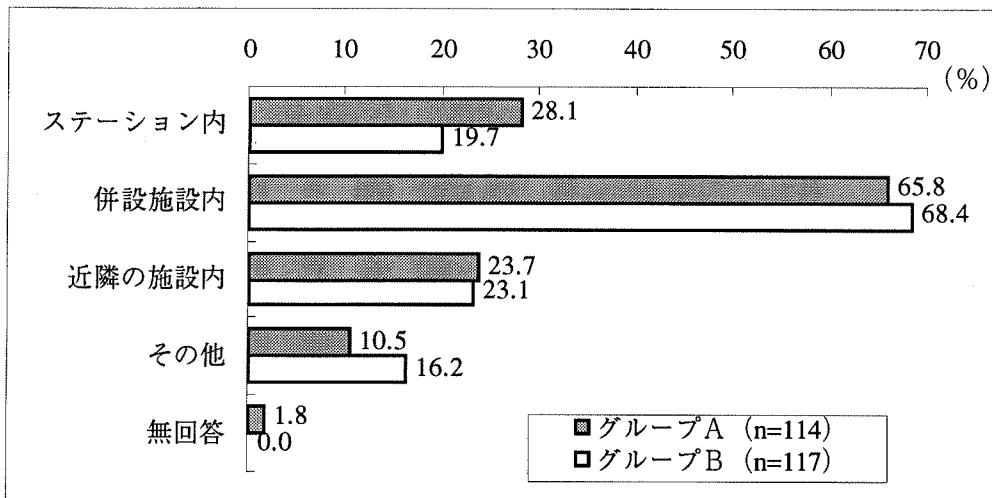


図2-2-22 会議室のある場所（会議室がある施設の回答）



#### ④他機関と連携する上で困難の有無／困難な内容

他機関と連携する上で困難なことが「よくある」(10.8%) 「ときどきある」(52.3%) を合わせると63.1%が困難点を感じている。

困難なことが「よくある」「ときどきある」と回答とした施設が抱えている困難な内容としては「他機関との合同会議や訪問の日程調整等」が75.9%、「他機関との情報（問題点やニーズ等）の共有」が44.4%、「他機関との業務・役割分担」が31.5%の順に多い。グループA及びB（合同ケアカンファレンスに参加）はグループCに比べて「他機関との情報の共有」や「他機関との業務・役割分担」や「行政との連携」を困難と感じている割合が低く、合同ケアカンファレンスに出席していることによる効果が大きくみられる。

図2-2-23 他機関と連携する上で困難なことがある頻度

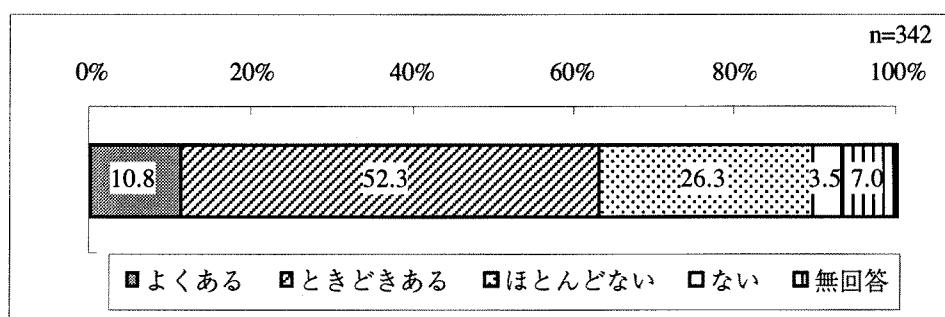


図2-2-24 他機関との連携上、困難な内容（困難なことがある施設の回答）

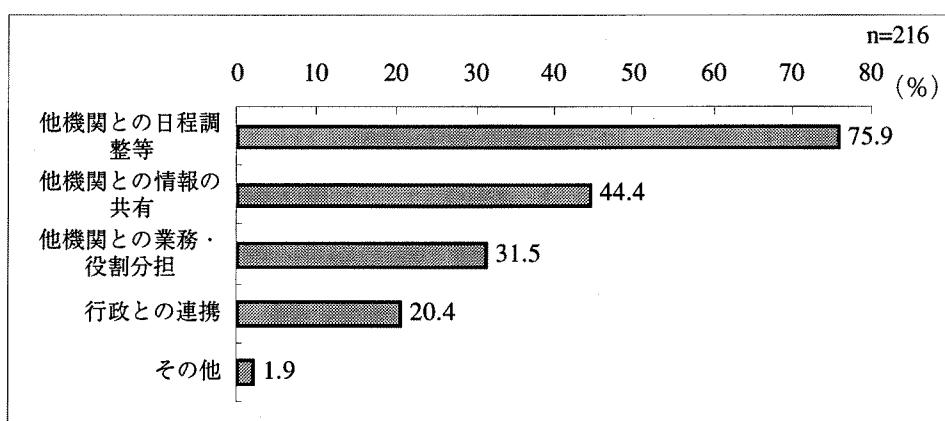
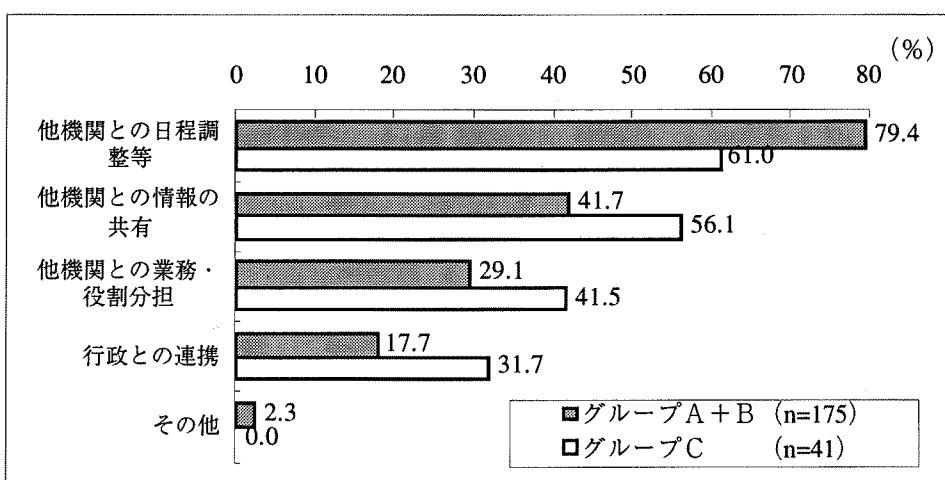


図2-2-25 他機関との連携上、困難な内容（困難なことがある施設の回答）



## ⑤訪問看護計画の内容の変更の際の利用者や家族への説明の有無

訪問看護計画を変更する際に、どのような変更であれば利用者や家族に説明しているかを聞いたところ、「訪問回数や訪問時間の変更」については、98.0%とほとんどの施設が説明している。次いで「ケア内容の変更」についても95.9%が説明している。「ケア目標の変更」については、若干実施率が低く、76.9%となっている。

これらの変更説明の方法であるが、いずれの説明についても書面を使って説明しているところは少なく、その多くが書類を使わずに口答で説明していることが分かる。

介護保険制度下においては、本人や家族の選択が重要視され、サービスの提供側から十分な説明説明を行うことや、本人・家族の理解・承諾を得ることが重要になる。このため、できるだけ書面を使って本人・家族の理解を得るように努めることが重要であろう。

図2-2-26 ケア目標を変更する際の利用者や家族への説明

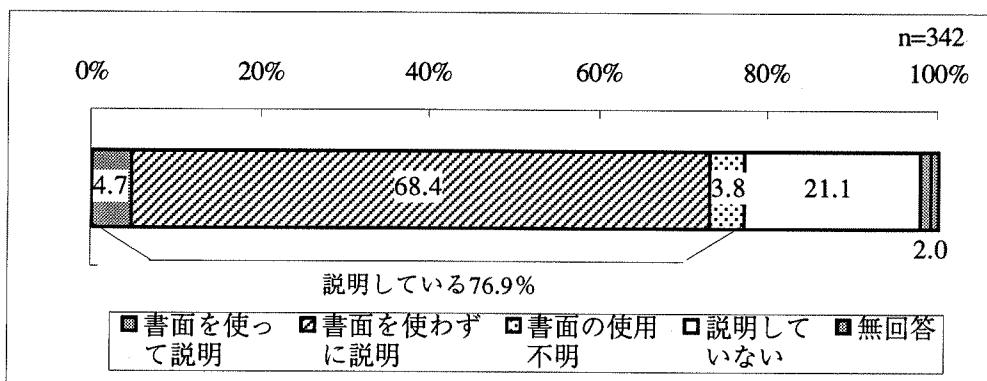


図2-2-27 訪問回数や訪問時間を変更する際の利用者や家族への説明

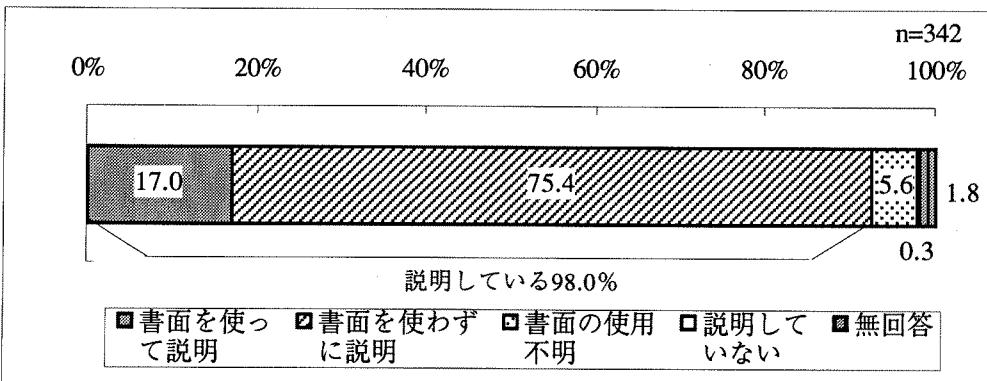
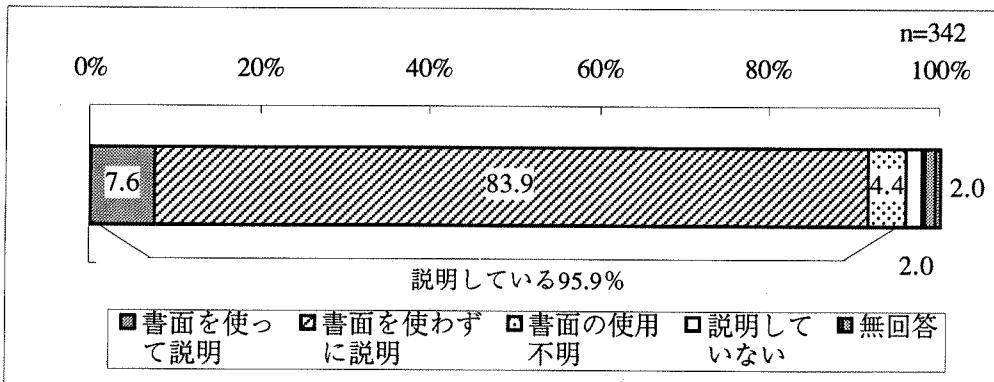


図2-2-28 ケア内容を変更する際の利用者や家族への説明



## 2. 3 合同ケアカンファレンスで検討した利用者について

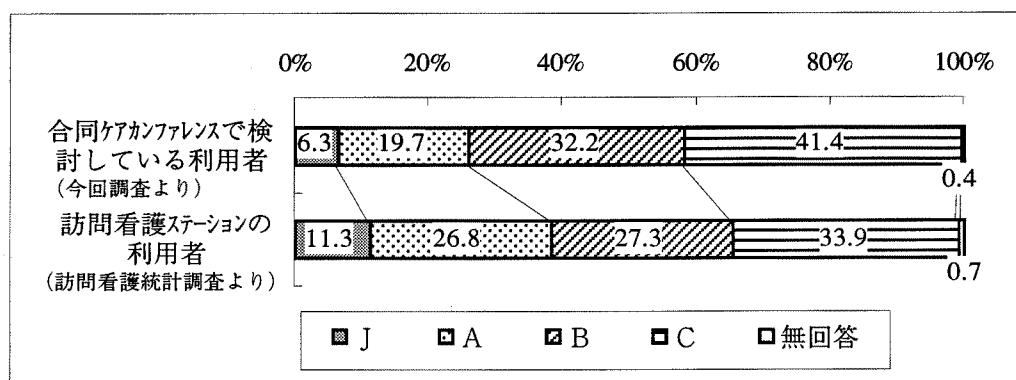
(※他機関との合同ケアカンファレンスで3ヶ月以内に検討した利用者1,469人について)

### (1) 利用者の状況

合同ケアカンファレンスで検討している利用者は、「訪問看護統計調査」でみた全国の訪問看護ステーション利用者に比べて、日常生活自立度が低い。つまり、訪問看護ステーションの利用者の中でも日常生活自立度が低く、様々なサービスを必要としている利用者について、他機関と合同ケアカンファレンスを開催して、連携していることが分かる。

痴呆性老人の日常生活自立度でみても、合同ケアカンファレンスで検討している利用者は全国の利用者に比べて程度が重い。痴呆の程度の重い利用者については、種々のサービスが必要となるため、他機関と連携しているといえる。

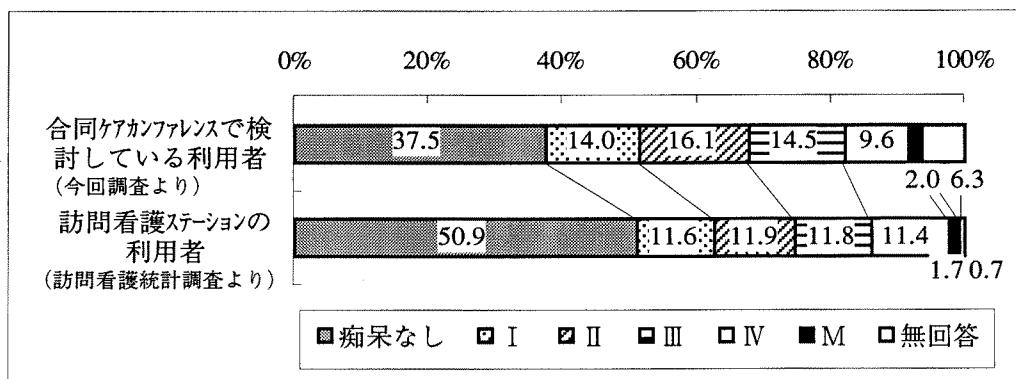
図2-3-1 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）



障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する
ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない
ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上での生活が主体であるが座位を保つ
ランク C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する

図2-3-2 痴呆性老人の日常生活自立度



痴呆性老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

ランク I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。
ランク II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
ランク III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。
ランク IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
ランク M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

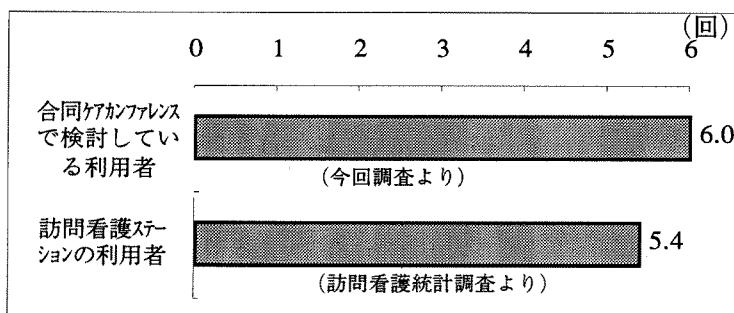
## (2) 訪問状況

合同ケアカンファレンスで検討している利用者への1ヶ月間の訪問回数は6.0回で、「訪問看護統計調査」でみた全国平均（5.4回）に比べて、訪問回数が若干多い。

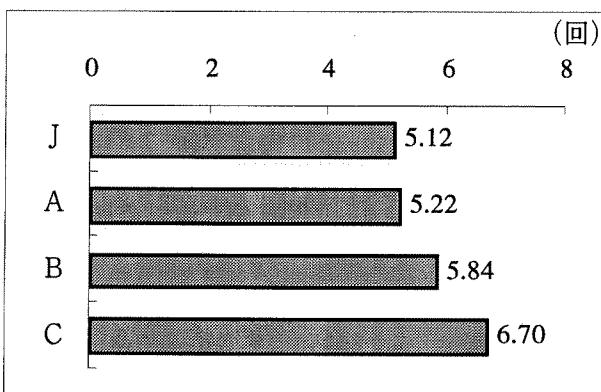
さらに、利用者の状況別にみると、日常生活自立度が重い利用者ほど訪問回数が多く、Cランクでは6.7回となっている。また、医療依存度が重い利用者への訪問回数も多く、「最重度」と「軽度」の利用者では訪問回数に1.5倍程度の開きがみられる。訪問看護ステーションの利用者は、特に医療依存度の重さによって訪問回数が変わるために、介護保険制度下においても医療依存度の多い人には訪問看護ステーションからの訪問が十分行えるようにする必要がある。

図2-3-3 訪問回数（1ヶ月間）

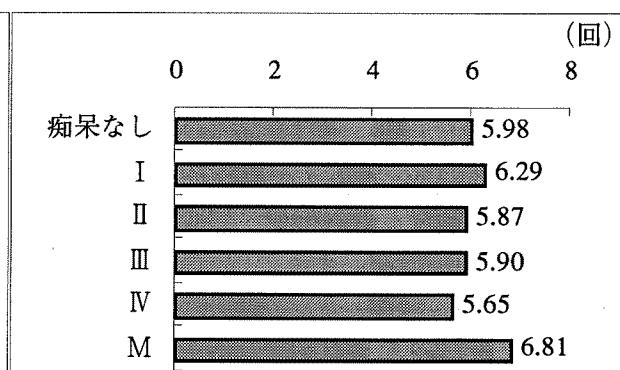
合計



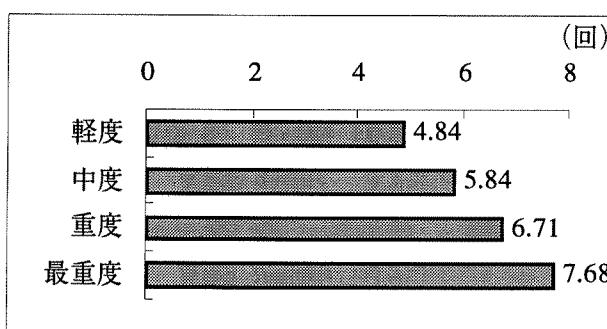
日常生活自立度別



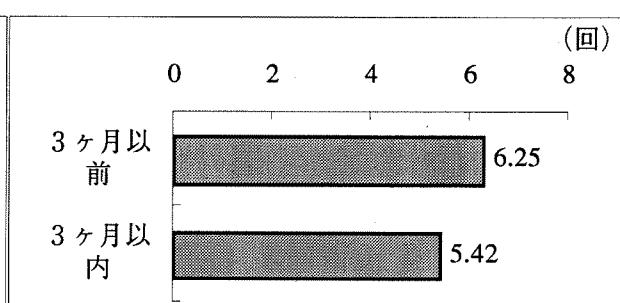
痴呆の程度別



医療依存度別



初回訪問時期別



医療依存度の判定基準

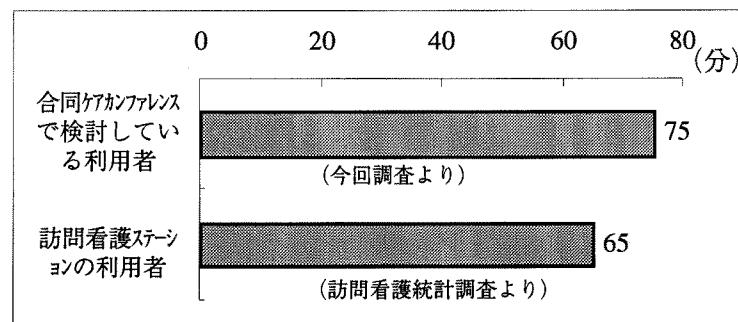
軽度	安定はしているが、時々バイタルサイン等の観察チェックが必要
中度	安定しているが再発の危険がある。慢性疾患があり、悪化の可能性がある。必要時バイタルサイン等の観察チェックが必要
重度	病状がやや不安定。定期的にバイタルサイン等の観察チェックが必要
最重度	病状が不安定または感染が疑われ、急変が予想される、苦痛がひどく意識が不鮮明など、バイタルサイン等常時または頻回に観察チェックが必要

合同ケアカンファレンスで検討している利用者への1回の平均滞在時間は75分で、「訪問看護統計調査」でみた全国の訪問看護ステーション利用者平均（65分）に比べて、10分程度長い。

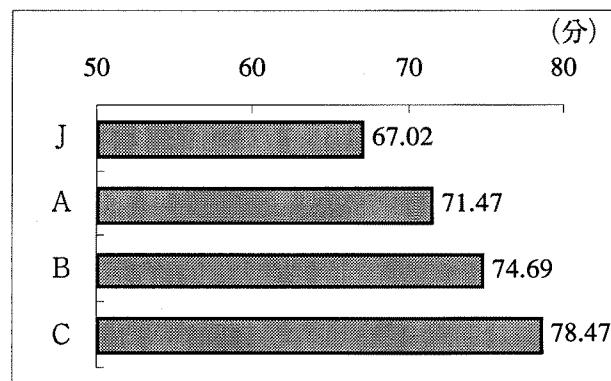
また、日常生活自立度が重い人ほど、医療依存度が重い人ほど、1回の滞在時間は長くなっている。特に医療依存度が「最重度」の利用者では83分となっており、全国平均に比べて20分程度長くなっている。

図2-3-4 平均滞在時間（1回）

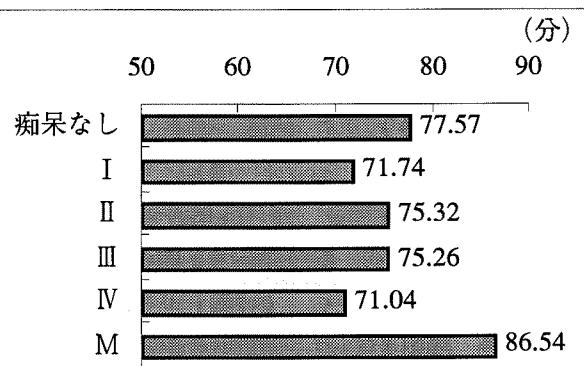
合計



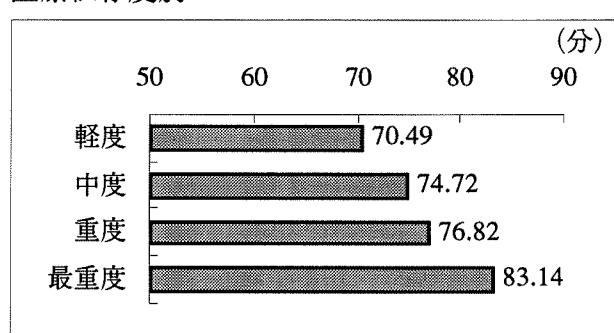
日常生活自立度別



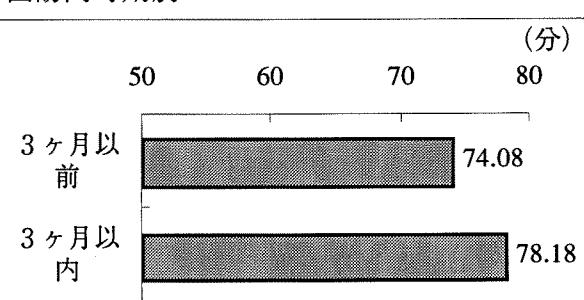
痴呆の程度別



医療依存度別



初回訪問時期別

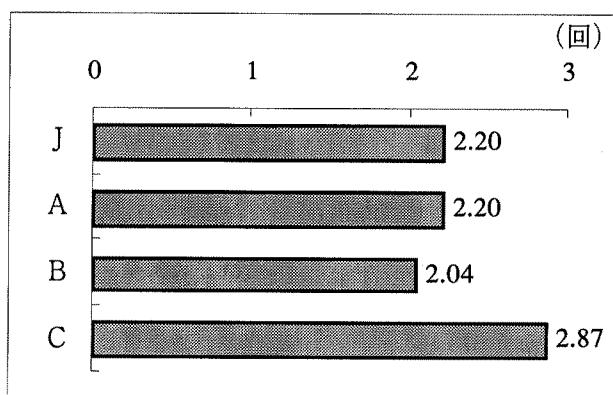


### (3) 内部ケアカンファレンス

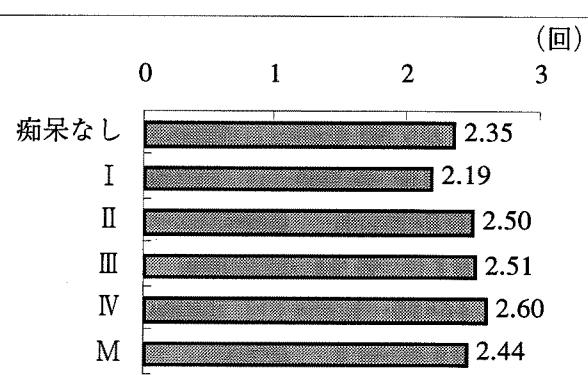
各利用者について、3ヶ月間の内部ケアカンファレンスでの検討回数は平均2.4回となっている。日常生活自立度でみると、Cランクの人では検討回数が多く、また医療依存度の重い人ほど、検討回数が多くなっている。また、初回訪問日が3ヶ月以内の方方が検討回数が多くなっており、比較的最近に訪問を開始した利用者について内部ケアカンファレンスを開催している状況もうかがえる。

図2-3-5 内部ケアカンファレンスでの検討回数（3ヶ月間）

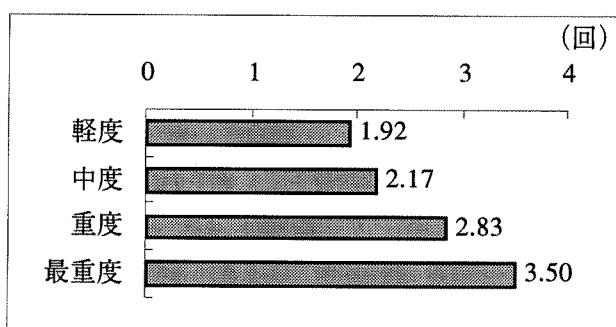
日常生活自立度別



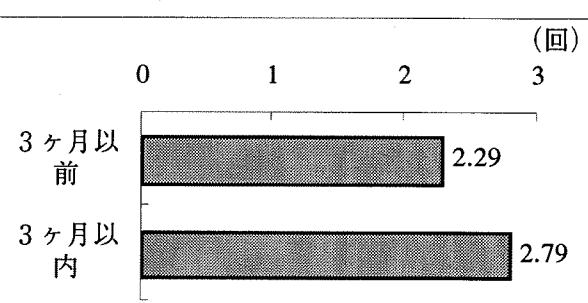
痴呆の程度別



医療依存度別



初回訪問時期別



#### (4) 他機関との連携

合同ケアカンファレンスでの3ヶ月間の検討回数は平均1.9回となっている。

1ヶ月間に連携した機関数（合同ケアカンファレンスでの同席も含む）は1人あたり3.7ヶ所となっている。最大では19ヶ所の機関と連携した利用者もみられた。

また、他機関との連絡調整時間（合同ケアカンファレンスでの出席時間を除く）は、1人あたり1ヶ月58分となっている。

表2-3-1 他機関との連携状況

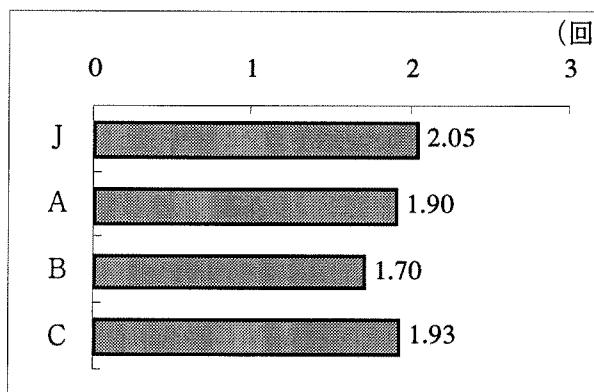
	1人あたり平均
他機関との合同ケアカンファレンスでの検討回数（3ヶ月間）	1.9回
連携した機関数（1ヶ月間） (電話、FAX、手紙、訪問、合同ケアカンファレンス、連絡ノート等)	3.7ヶ所
他機関との連携調整時間（1ヶ月間） (合同ケアカンファレンスの出席時間は除く)	58分

##### ①合同ケアカンファレンスでの検討回数

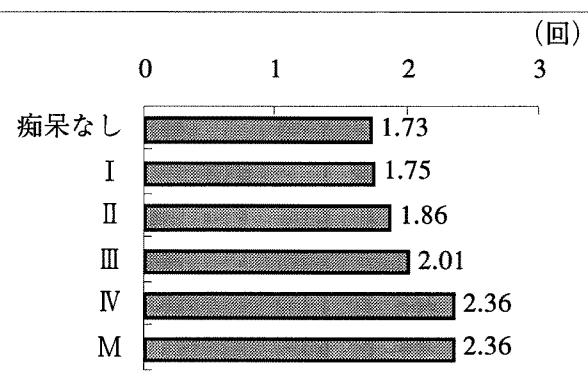
合同ケアカンファレンスでの検討回数（3ヶ月間）を利用者の状況別にみると、痴呆の程度が重い利用者ほど検討回数が多い傾向がみられるが、日常生活自立度や医療依存度についてはあまり目立った傾向がみられない。医療依存度の高い利用者については、訪問看護ステーション内部での検討回数は多いが、合同ケアカンファレンスで取り上げられる回数は少ない。

図2-3-6 合同ケアカンファレンスでの検討回数（3ヶ月間）

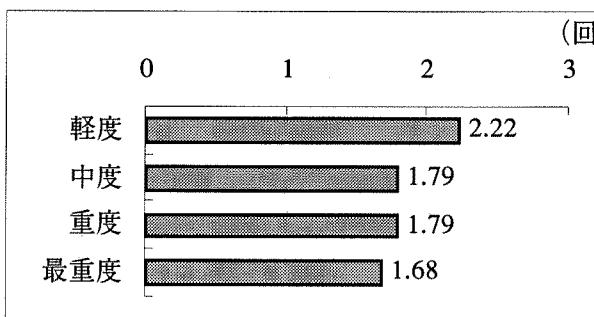
日常生活自立度別



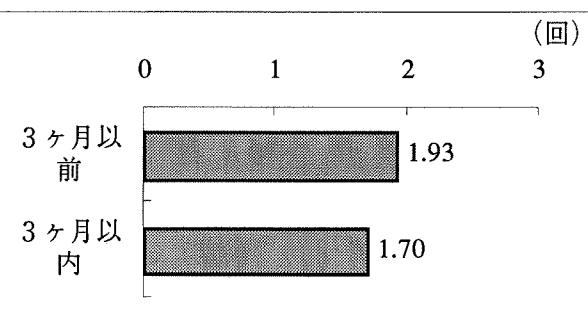
痴呆の程度別



医療依存度別



初回訪問時期別

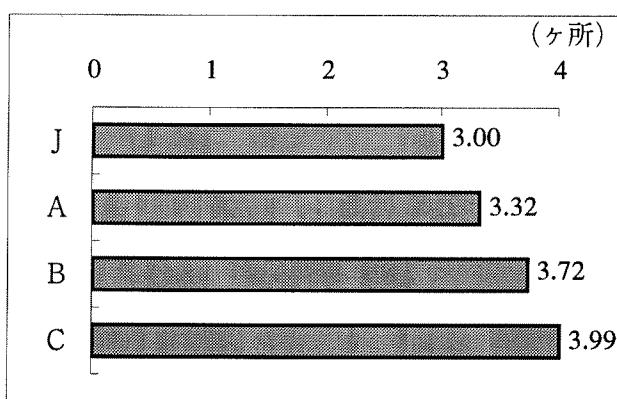


## ②連携した機関数

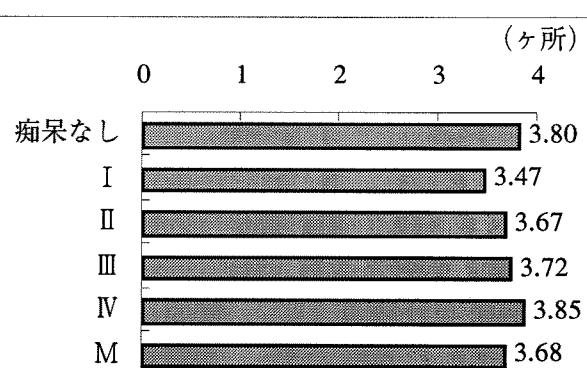
1ヶ月間に当該利用者について連携した機関数を利用者の状況別にみると、日常生活自立度が重い人ほど、また医療依存度が重い人ほど、多くの機関と連携している。

図2-3-7 連携した機関数（1ヶ月間）

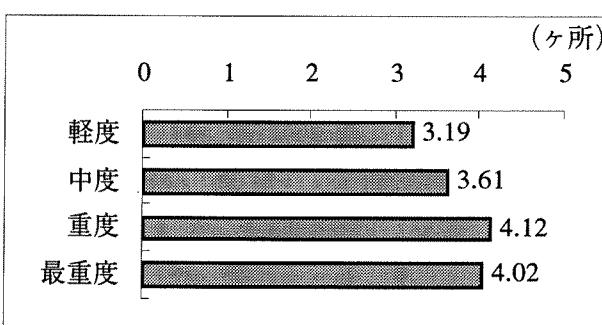
日常生活自立度別



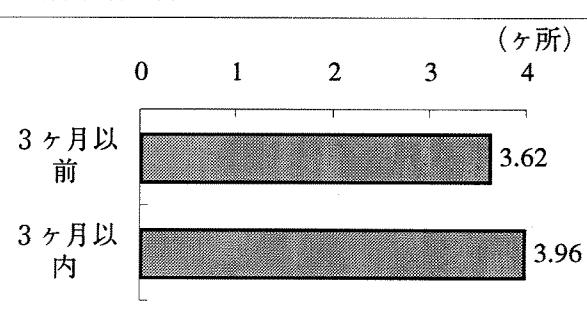
痴呆の程度別



医療依存度別



初回訪問時期別



### ③連携先の機関

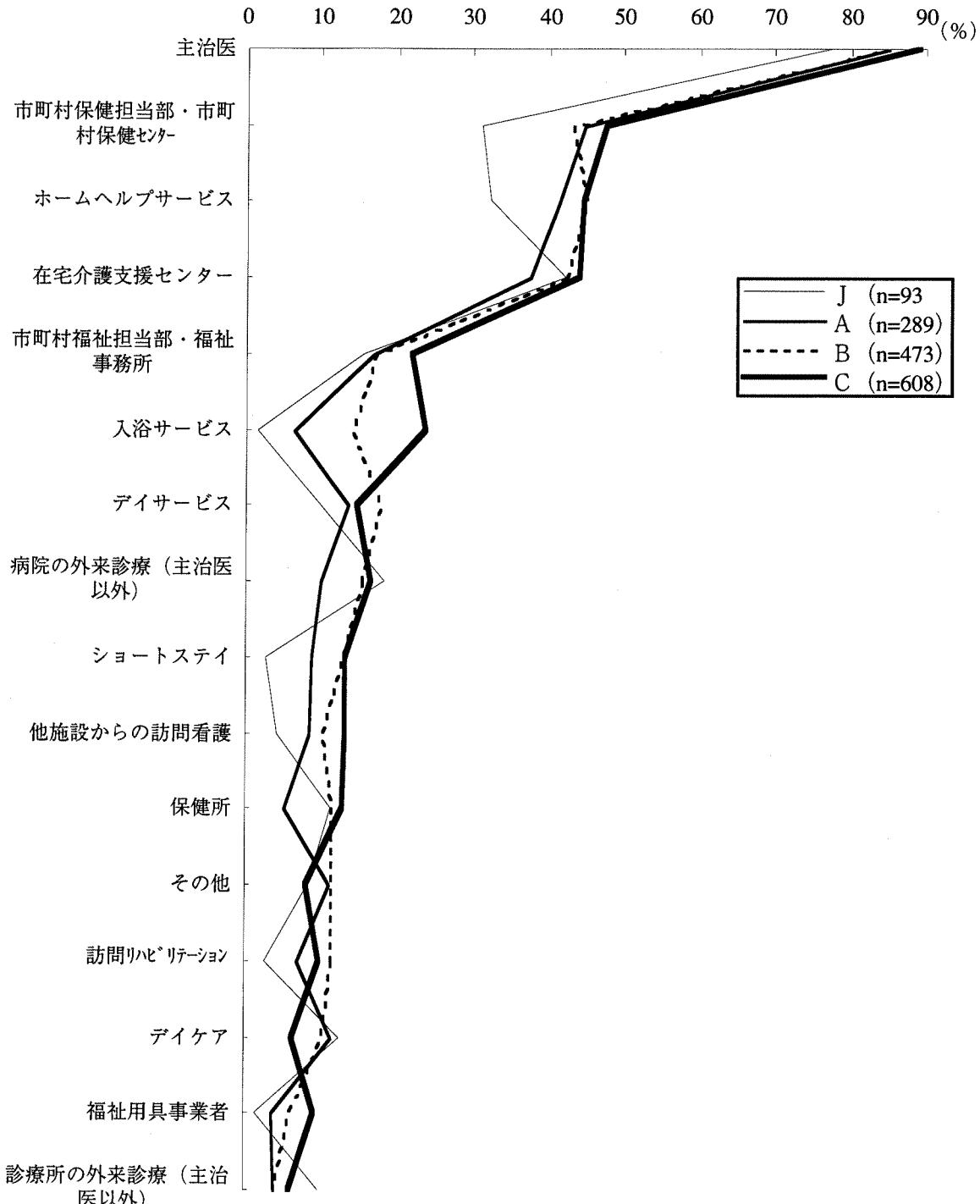
連携先の機関としては、主治医に次いで「市町村保健担当部・市町村保健センター」44.6%、「ホームヘルプサービス」43.3%、「在宅介護支援センター」41.8%の順に多かった。

表2－3－2 連携先の機関

	利用者数	割合
母数	1319	
主治医	1138	86.3
市町村保健担当部・市町村保健センター	588	44.6
ホームヘルプサービス	571	43.3
在宅介護支援センター	552	41.8
市町村福祉担当部・福祉事務所	249	18.9
入浴サービス	212	16.1
デイサービス	198	15.0
病院の外来診療（1以外）	196	14.9
ショートステイ	153	11.6
他施設からの訪問看護	144	10.9
保健所	142	10.8
訪問リハビリテーション	122	9.2
デイケア	117	8.9
福祉用具事業者	89	6.7
診療所の外来診療（1以外）	68	5.2
給食・配食サービス	49	3.7
歯科医	39	3.0
医療機器取扱事業者	37	2.8
移送サービス	28	2.1
有償ボランティア	22	1.7
緊急通報システム	21	1.6
無償ボランティア	20	1.5
住宅改造事業者	18	1.4
その他	129	9.8

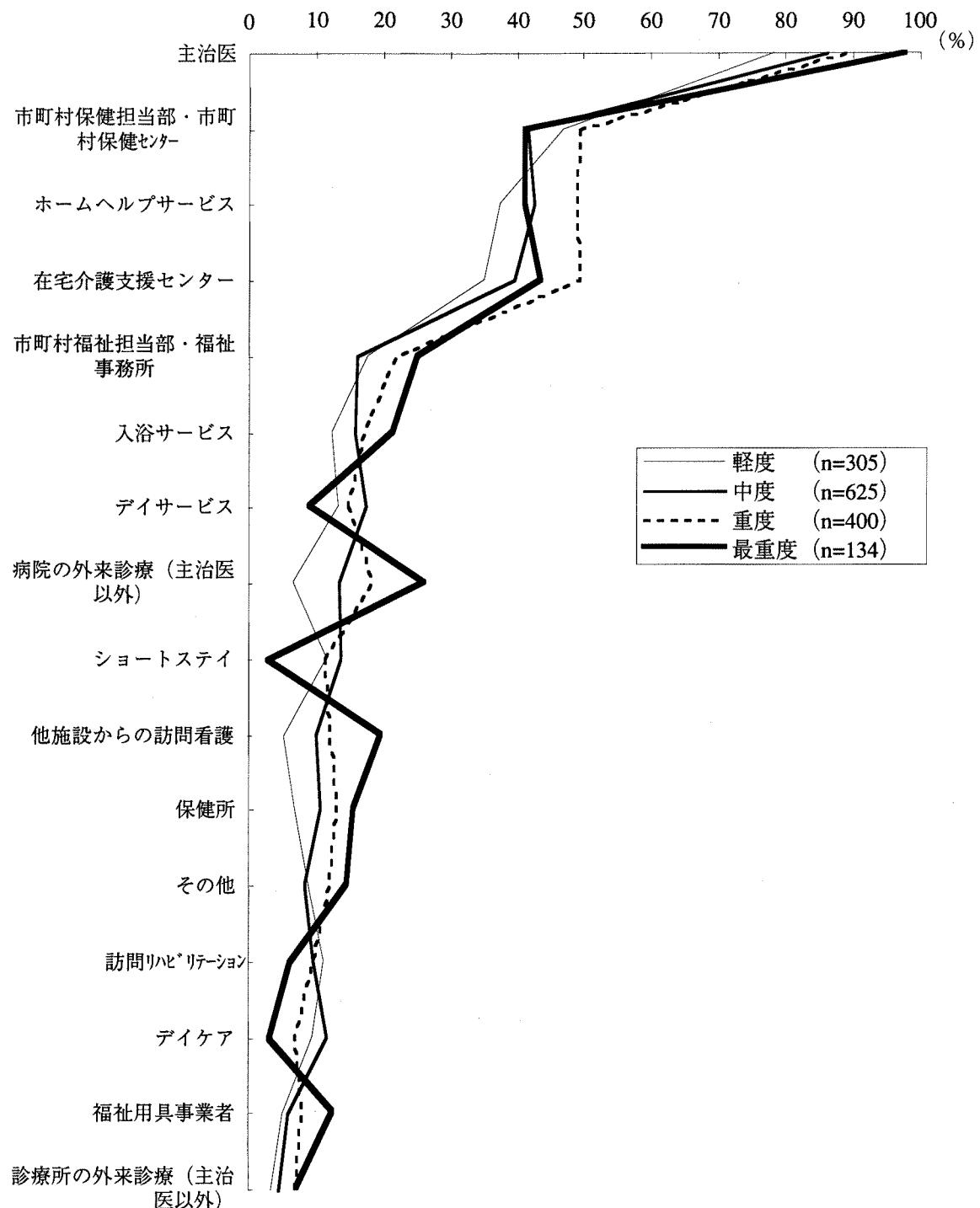
連携先の機関（上位15機関）を日常生活自立度別にみると、自立度の低いCランクの人では、全般的に他機関と連携している割合が高く、特に入浴サービスでは他のランクの人々に比べて連携率が高い。

図2-3-8 連携先の機関（日常生活自立度別）



利用者の医療依存度別にみると、あまり目立った差異はみられなかった。ただし、最重度の利用者では病院の外来診療（主治医以外）との連携率が高いなど、医療サービスとの連携が行われている。

図 2-3-9 連携先の機関（医療依存度別）



#### ④他機関との連絡調整時間

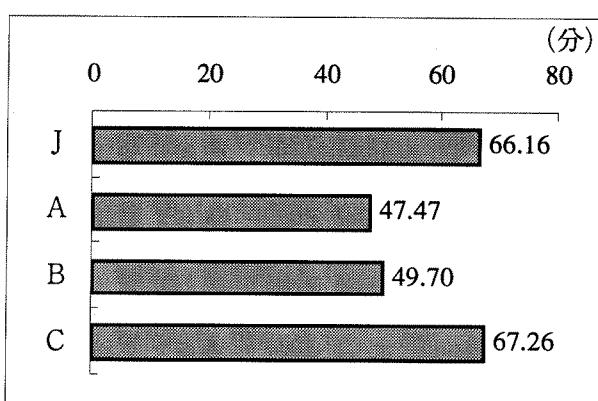
1ヶ月間の他機関との連絡調整時間（合同ケアカンファレンスでの出席時間は除く）を利用者の状況別にみると、日常生活自立度はJランク、Cランクの利用者の連絡調整時間が1時間以上と長く、また痴呆の程度がVIランク、Mランクの利用者も連絡調整時間が長い。

医療依存度については、特に差が開いており、「最重度」の利用者では88分と「軽度」の利用者（39分）の2倍以上の時間がかかっている。

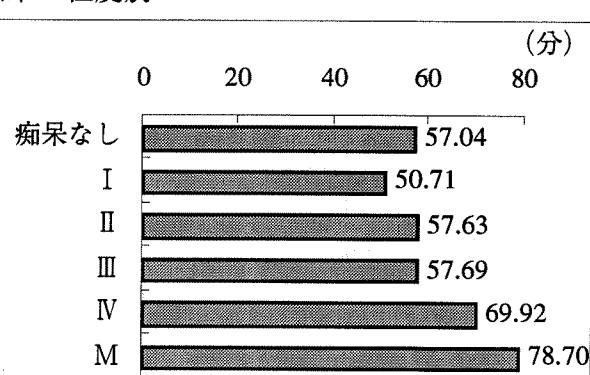
また、初回訪問が3ヶ月以内の利用者では67分と、それ以前の利用者（54分）より連絡調整時間が長く、訪問開始時期には他機関との連絡調整に時間がかかっている。

図2-3-10 他機関との連絡調整時間（1ヶ月間）

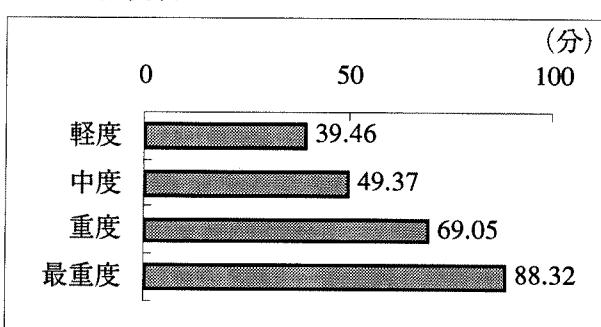
日常生活自立度別



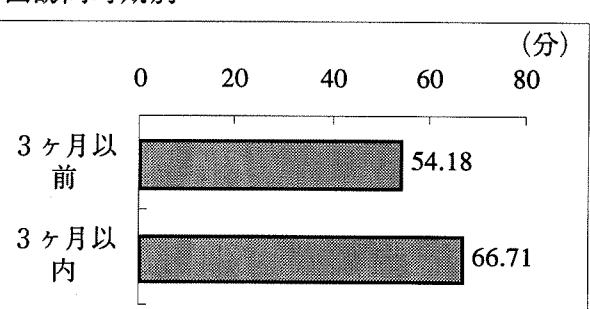
痴呆の程度別



医療依存度別



初回訪問時期別



## (5) 中心的な役割を果たしている機関

合同ケアカンファレンスにて検討している利用者について、訪問看護ステーションが他機関との連携等において中心的な役割を果たしている利用者は全体の57.6%を占めている。合同ケアカンファレンスで検討している訪問看護ステーションの利用者のうち、約半数は訪問看護ステーションが中心的な役割を果たしているといえる。それ以外の利用者に対して中心的な役割を果たしているのは「市町村保健担当部・市町村保健センター」が15.0%、「在宅介護支援センター」が10.1%、「主治医」が5.7%であった。

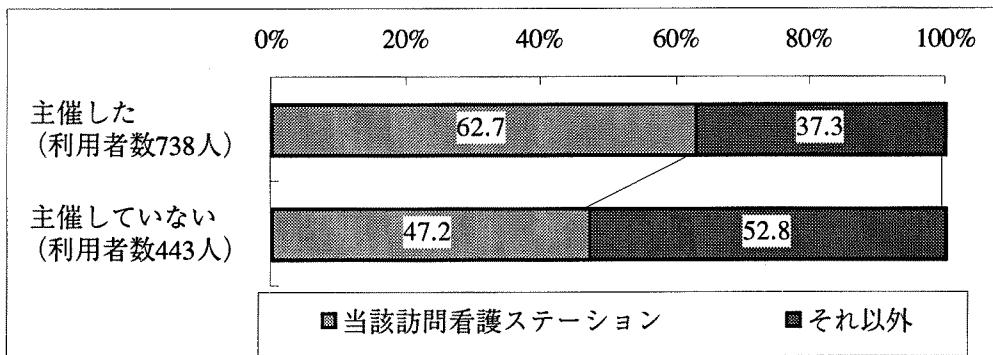
訪問看護ステーションが中心となって3ヶ月内にケアカンファレンスを主催した施設と主催していない施設とで比較すると、主催した施設では、検討した利用者（738人）のうち62.7%について当該ステーションが中心的な役割を果たしていると回答しており、主催していないステーションの回答（47.2%）に比べて高くなっている。

表2－3－3 他機関との連携等において中心的な役割を果たしている機関

	実数	割合
利用者数	1270	100.0
当該訪問看護ステーション	731	57.6
市町村保健担当部・市町村保健センター	191	15.0
在宅介護支援センター	128	10.1
主治医	72	5.7
保健所	37	2.9
ホームヘルプサービス	35	2.8
病院の外来診療（主治医以外）	24	1.9
市町村福祉担当部・福祉事務所	21	1.7
デイケア	4	0.3
他施設からの訪問看護	4	0.3
診療所の外来診療（主治医以外）	3	0.2
デイサービス	3	0.2
ショートステイ	3	0.2
有償ボランティア	1	0.1
その他	13	1.0

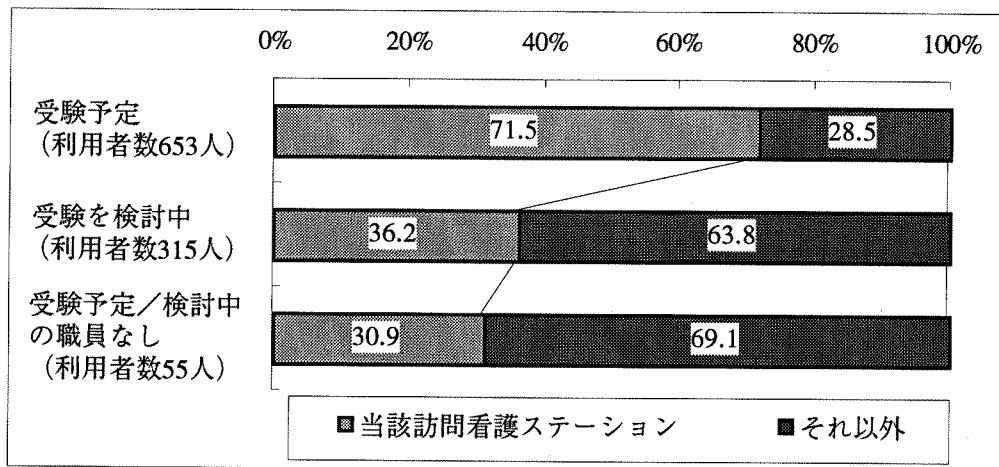
図2－3－11 他機関との連携等において中心的な役割を果たしている機関

（合同ケアカンファレンスの主催の有無別）



また、ケアマネジャーの実務研修受講試験の受験予定者がいるステーションでは訪問看護ステーションが中心的な役割を果たしている利用者が71.5%と7割以上となっており、受験を検討中の職員がいる施設（36.2%）や受験予定／検討中の職員がない施設（30.9%）に比べて非常に高い。これらの施設では、現在でも他機関との連携について訪問看護ステーションが中心的な役割を果たせていると考えられる。

図2－3－12 他機関との連携等において中心的な役割を果たしている機関  
(ケアマネジャーの実務研修受講試験の受験予定別)



### 3. 訪問看護ステーションの運営・経営管理

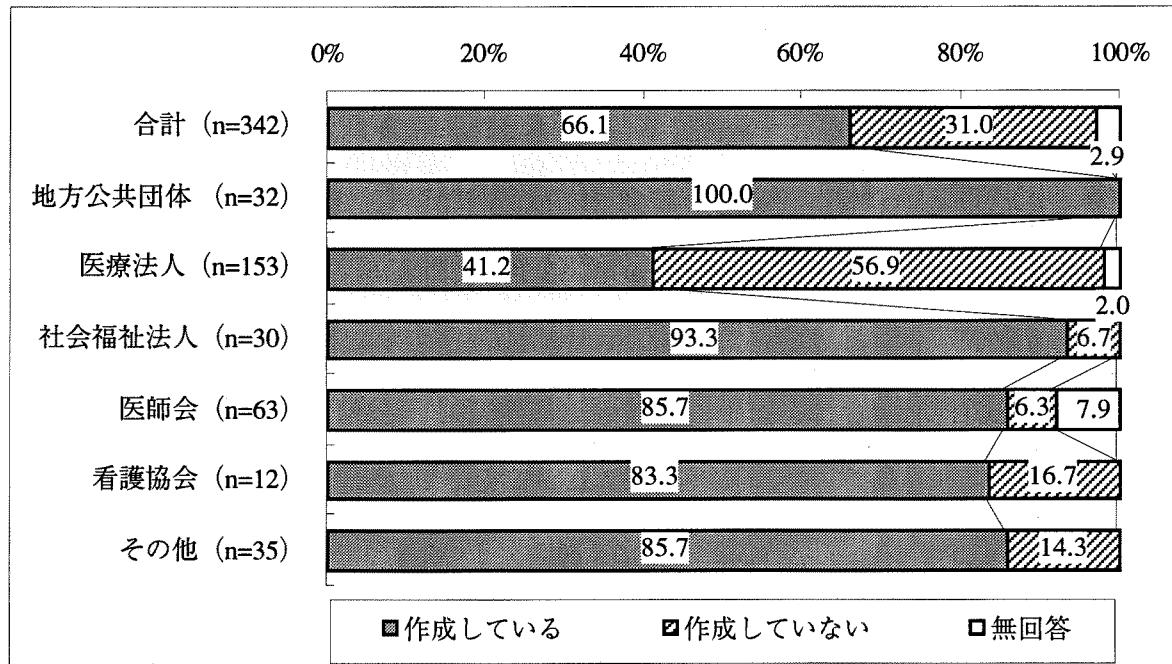
#### 3. 1 運営・経営について

##### (1) 訪問看護の事業予算の作成

###### ①訪問看護の事業予算作成の有無

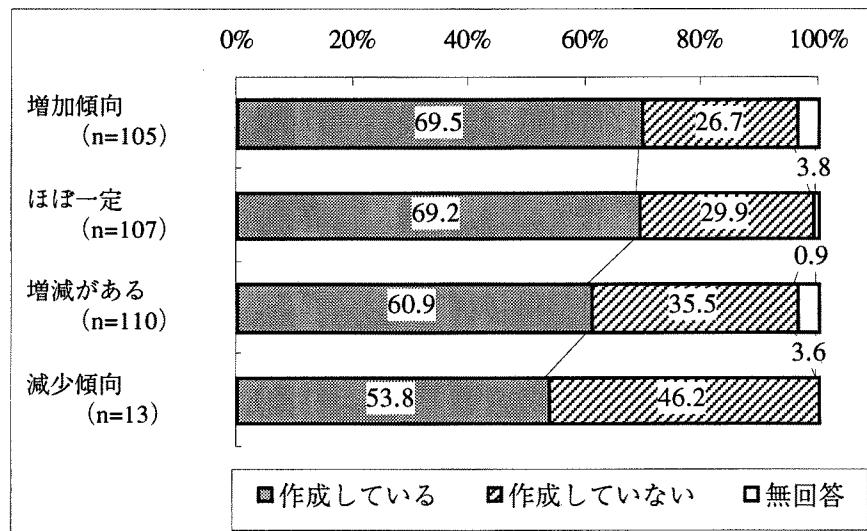
訪問看護の事業予算を「作成している」と回答したステーションは全体の66.1%であった。特に医療法人では作成率が低くなっているが、これは病院の予算作成時に訪問看護ステーションの予算を合わせて作成している施設が「作成していない」と回答した可能性が高い。

図3-1-1 訪問看護事業予算の作成の有無



利用者数の推移別にみると、利用者が「増加傾向」または「ほぼ一定」の施設では予算を作成している施設が7割程度と多いが、「増減がある」「減少傾向」の施設では、これに比べて作成割合が低くなっている。

図3-1-2 訪問看護事業予算の作成の有無（利用者数の推移別）

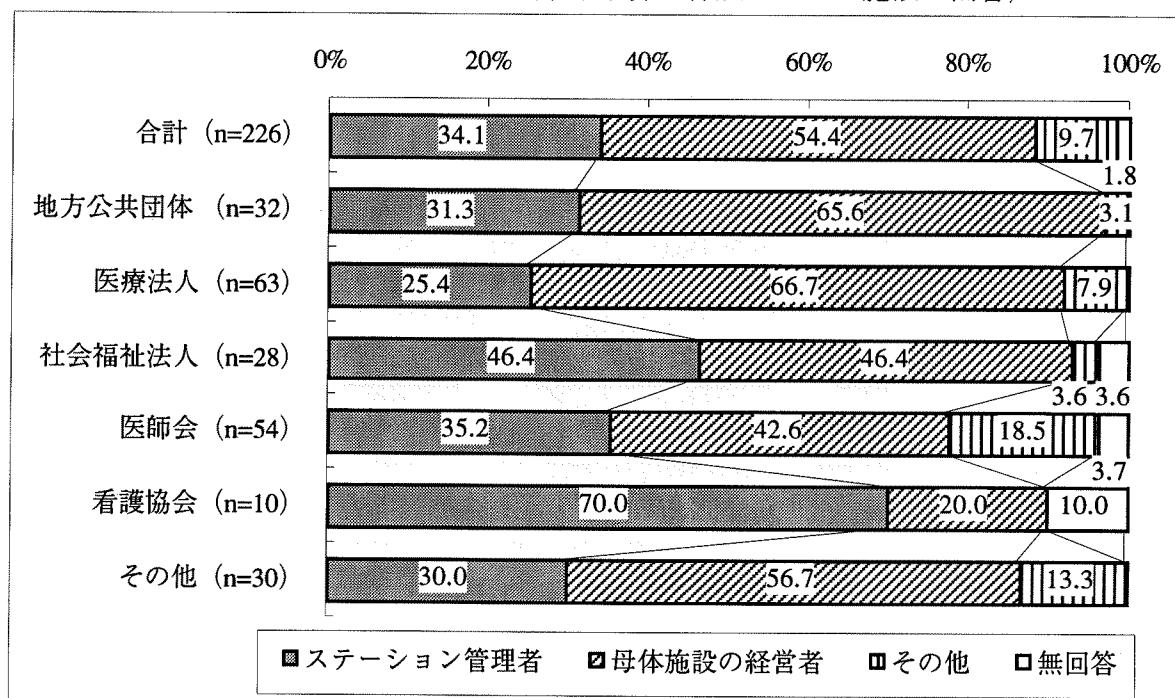


## ②事業予算の作成責任者（事業予算を作成している施設の回答）

事業予算の作成責任者は「母体施設の経営者（市町村立の場合は、市町村担当課）」（54.4%）が過半数を占め、「ステーション管理者」が作成しているところは（34.1%）であった。

地方公共団体、医療法人では母体施設の経営者（地方公共団体では市町村担当課）が作成している割合が6割以上と高いが、看護協会や社会福祉法人では訪問看護ステーション管理者が責任をもって作成している割合が比較的高い。

図3－1－3 事業予算の作成責任者（事業予算を作成している施設の回答）

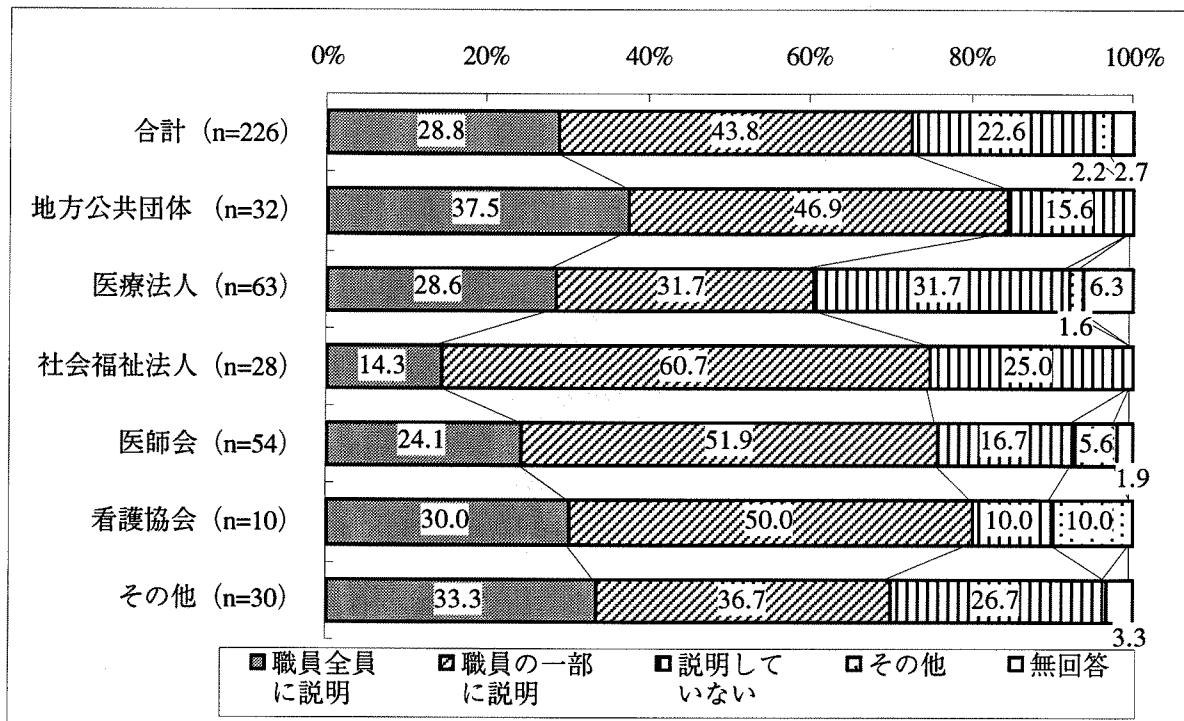


### ③事業予算の説明（事業予算を作成している施設の回答）

作成した事業予算をステーション職員全員に説明しているのは28.8%、一部の職員に説明しているのは43.8%、説明していないのは22.6%であった。

地方公共団体では職員全員に説明している割合が37.5%と高い。反対に医療法人では説明していない割合が31.7%と高くなっている。

図3－1－4 事業予算の説明（事業予算を作成している施設の回答）

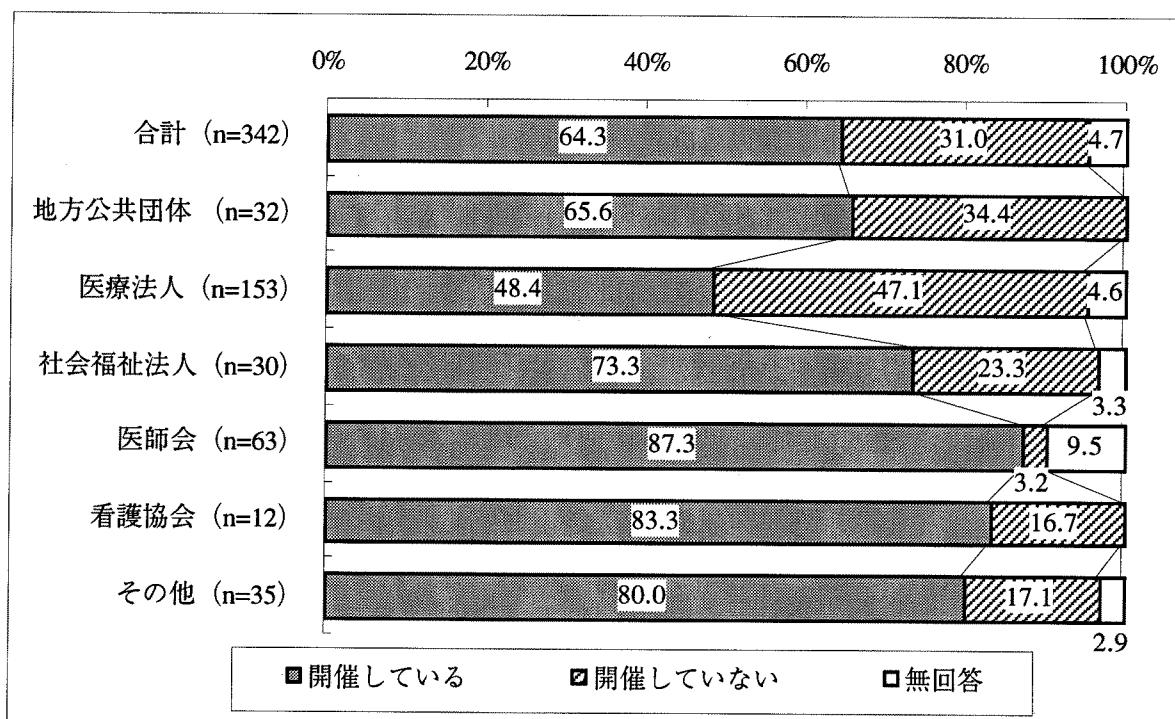


## (2) 運営会議について

### ①運営会議の開催

ステーションの運営状況や収支状況について検討する運営会議を開催しているところは64.3%であった。医師会や看護協会では開催割合が8割以上と高く、反対に医療法人では5割未満と少ない。

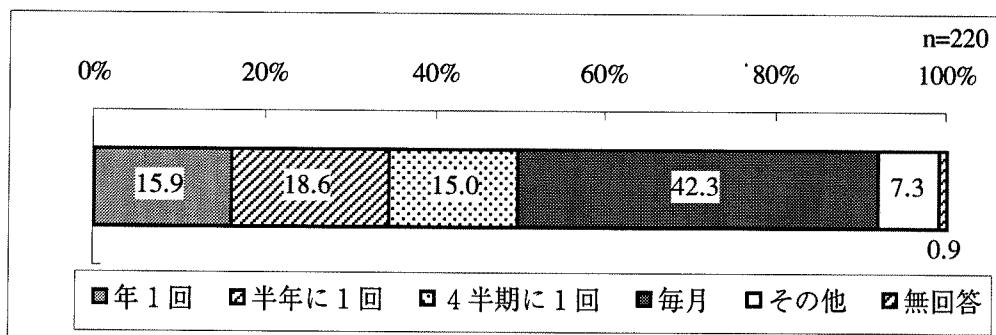
図3－1－5 運営会議の開催



### ②運営会議の開催頻度（運営会議を開催している施設の回答）

開催頻度は「毎月」が最も多く42.3%、次いで「半年に1回」（18.6%）、「年1回」（15.9%）、「4半期に1回」（15.0%）の順であった

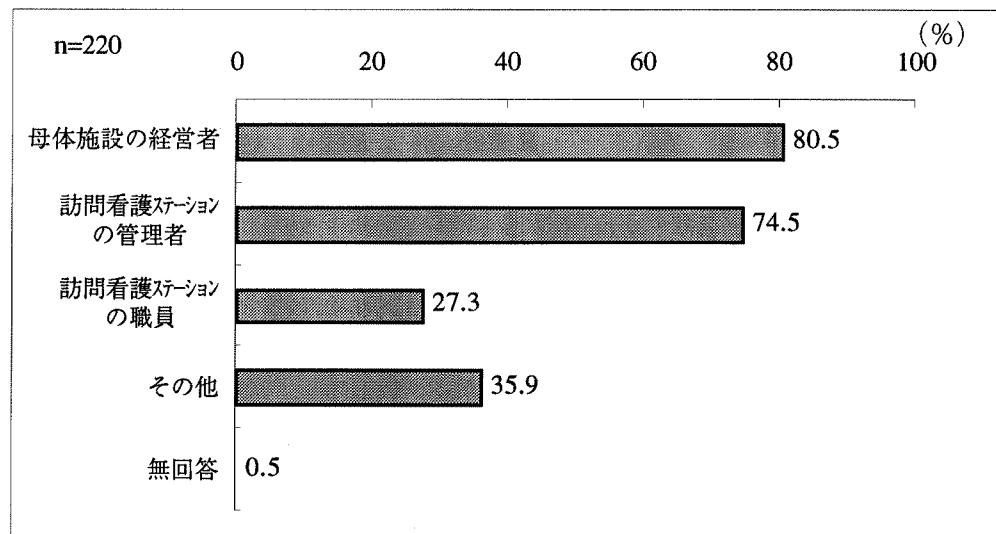
図3－1－6 運営会議の開催頻度（運営会議を開催している施設の回答）



③運営会議への参加者（運営会議を開催している施設の回答）

運営会議への参加者としては、「母体施設の経営者」が80.5%、「訪問看護ステーションの管理者」が74.5%となっている。

図3－1－7 運営会議への参加者（運営会議を開催している施設の回答）



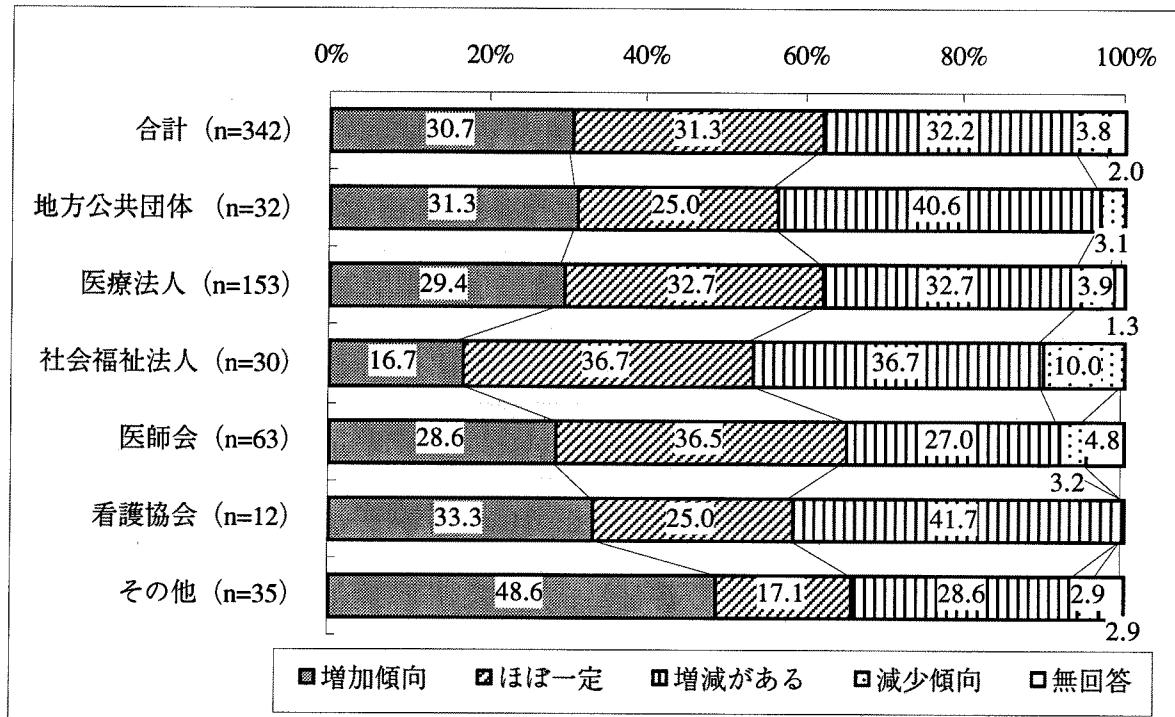
### 3. 2 ステーションの利用者について

#### (1) 利用者数の推移

利用者数が「増加傾向」のステーションが30.7%、「ほぼ一定」が31.3%、「増減がある」が32.2%、「減少傾向」が3.8%となっている。

設置主体別にみると、「増加傾向」の割合は「地方公共団体」及び「看護協会」「その他」立の訪問看護ステーションで割合が高く、反対に「社会福祉法人」立が低い。「増加傾向」と「ほぼ一定」を合わせてみると、「医療法人」及び「医師会」立の割合が高い。

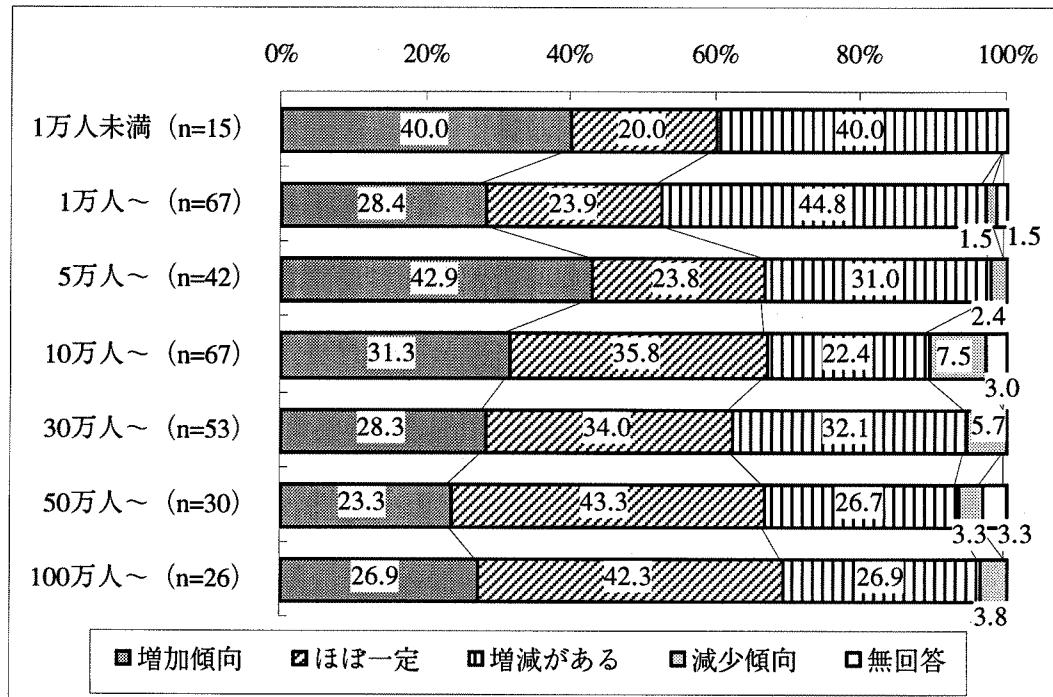
図3－2－1 利用者数の推移（開設主体別）



所在市町村の人口規模別にみると、比較的小さい市町村では「増加傾向」や「増減がある」などの回答が多く、増加している施設と増減がある施設に分かれている。人口規模が小さい地域では、訪問看護の対象となる人数も少なく、利用者を常に一定数確保するのが難しい現状がうかがわれる。

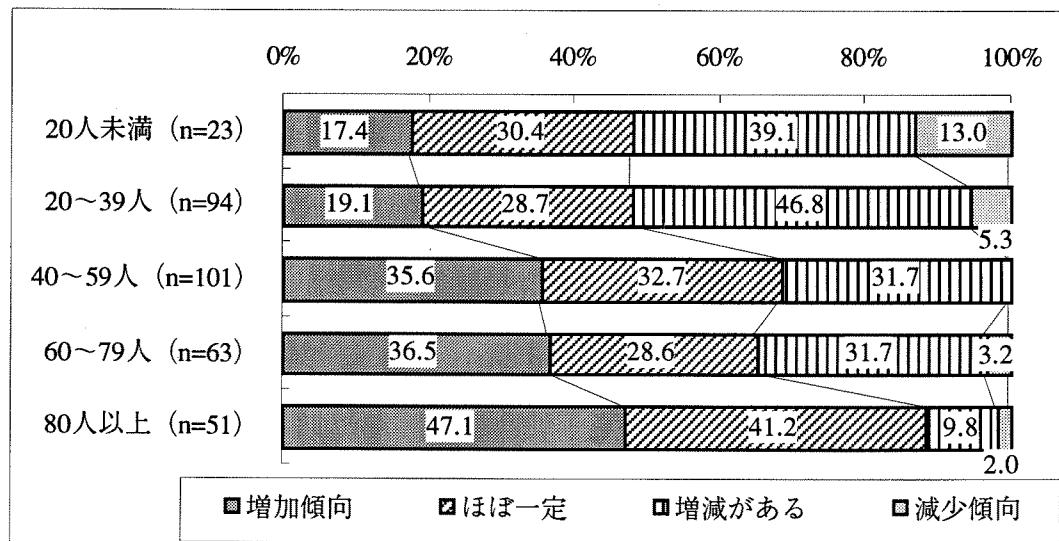
一方、10万人以上の市町村では「ほぼ一定」という回答が最も多く、利用者を一定数以上確保するのはそれほど困難ではないと考えられる。

図3－2－2 利用者数の推移（所在市町村の人口規模別）



また、現在の利用者数別に推移をみると、80人以上利用者がいるところでは半数近くが「増加傾向」となっているのに対し、40人未満のところでは「増減がある」や「減少傾向」という回答が多い。このことから、比較的利用者数の少ない訪問看護ステーションでは、利用者の一定数以上の確保に苦労している状況がうかがわれた。

図3－2－3 利用者数の推移（利用者数別）



## (2) 利用者数

### ①利用者数（平成9年12月1日現在）

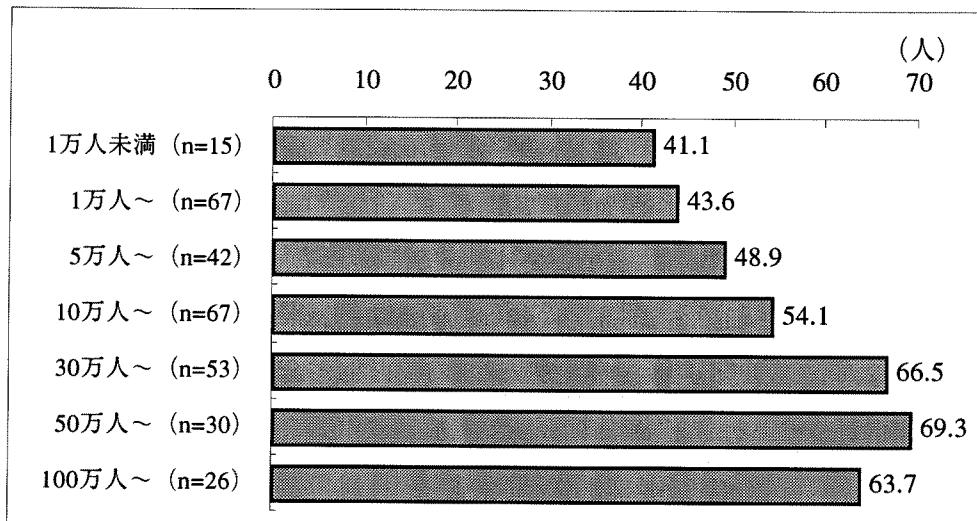
平成9年12月現在の利用者数は平均54.7人となっており、開設主体別にみると、医師会立では平均71.3人と大規模なところが多く、医療法人では平均45.4人と比較的少ない。

所在市町村の人口規模別にみると、人口の多い市町村にある訪問看護ステーションでは利用者数も多い傾向がみられ、10万人未満の市町村では平均が40人台、10～20万人では平均50人台、30万人以上では、平均が60人台となっている。

表3-2-1 利用者数（開設主体別）

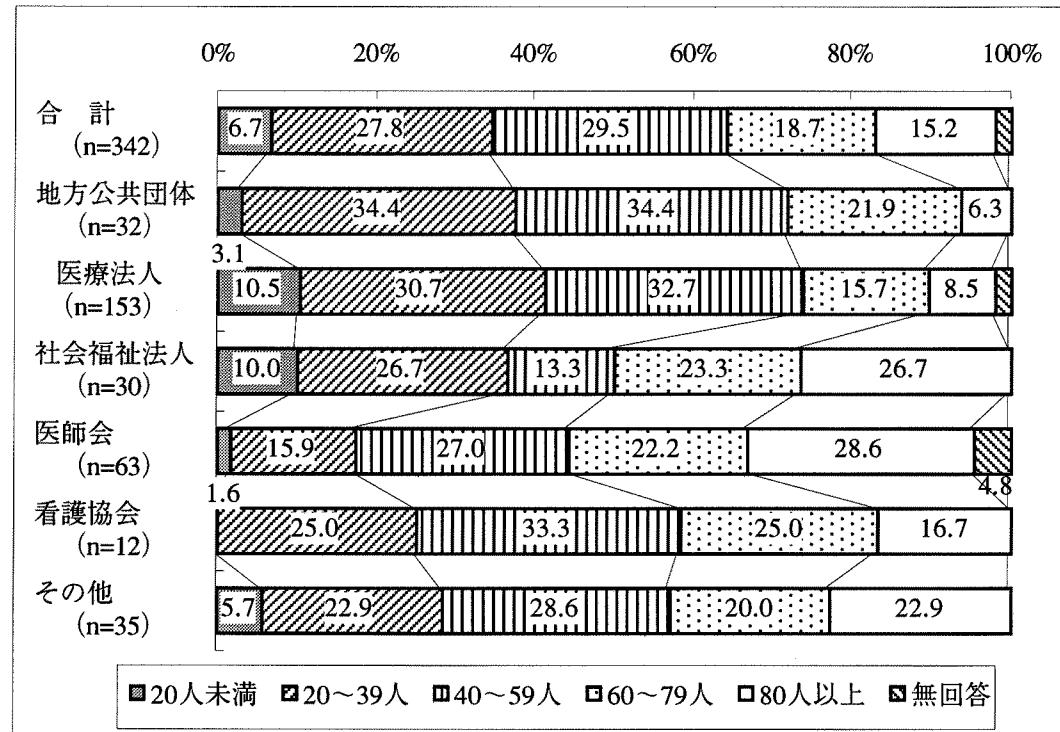
	平均
合計 (n=335)	54.7
地方公共団体 (n=32)	50.2
医療法人 (n=153)	45.4
社会福祉法人 (n=30)	59.9
医師会 (n=63)	71.3
看護協会 (n=12)	57.1
その他 (n=35)	67.5

図3-2-4 利用者数（所在市町村の人口規模別）



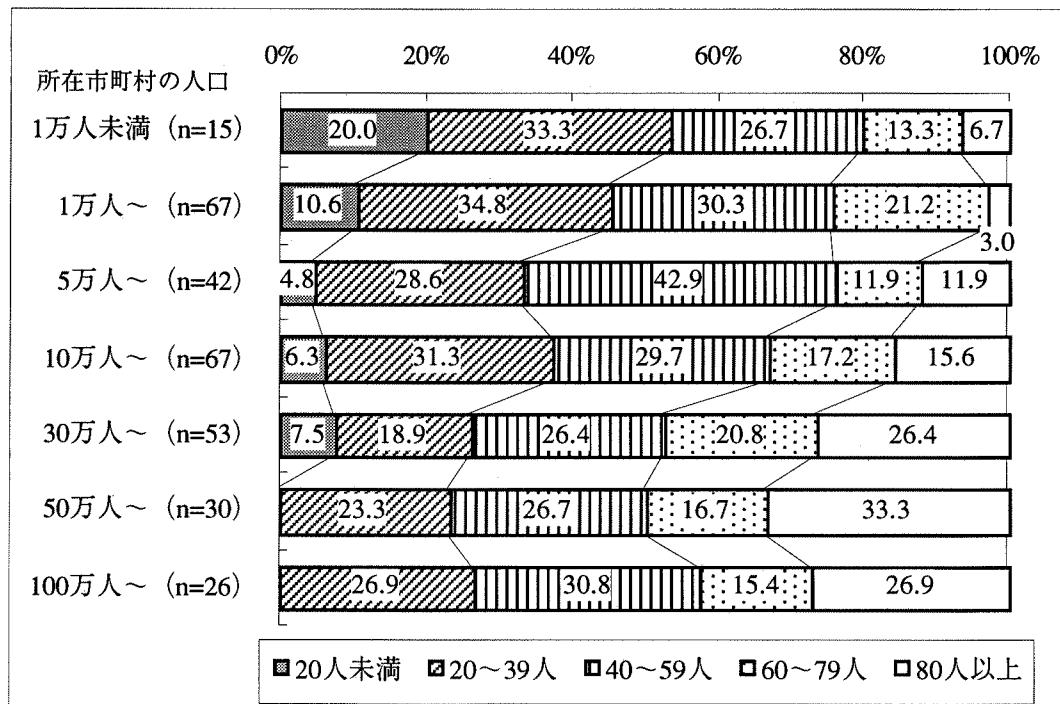
開設主体別にみると、社会福祉法人や医師会では60人以上の割合が半数近くを占めており、比較的利用者数が多い。反対に地方公共団体及び医療法人では40人未満のステーションが4割近くを占めており、比較的利用者数の少ないところが多い。

図3－2－5 利用者数の分布（開設主体別）



人口規模の小さい市町村にある訪問看護ステーションでは、利用者数も少ない傾向がみられる。30万人以上の市町村では、利用者数にはあまり違いがみられない。

図3－2－6 利用者数の分布（市町村の人口規模別）



## ②利用者数（平成9年4月以降の新規利用者）

平成9年4月以降に訪問を開始した利用者数は平均28.2人で、現在の利用者（平均54.7人）約半数が4月以降に訪問を開始した利用者となっている。

平成9年4月以降に訪問を開始した利用者の紹介・情報源となった機関数は1施設あたり平均19.1施設となっている。このうち、平成9年4月以降に初めて紹介元となった機関は平均4.7施設であった。

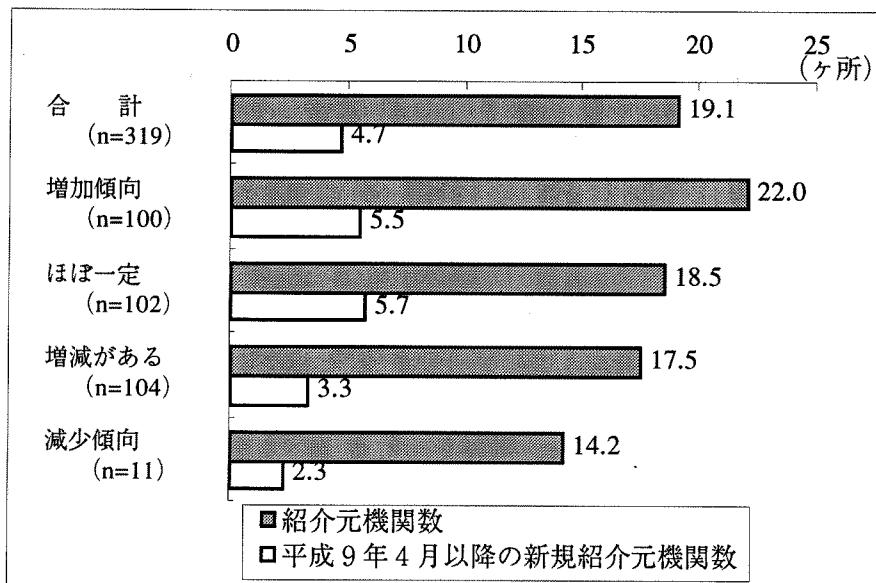
紹介・情報源となった機関としては、診療所（9.1ヶ所）が最も多く、次いで病院（6.1ヶ所）、在宅介護支援センター（3.6ヶ所）の順となっている。診療所と病院からの紹介が多いことから、利用者確保のためには地域の医療機関との連携が非常に重要であることがうかがえる。

表3-2-2 紹介・情報源となった機関数

	1施設あたり平均		新規紹介機関の割合 $(B) \div (A) \times 100$
	紹介元機関 (A)	平成9年4月以降の新規紹介元機関数 (B)	
病院	6.1	1.4	23.2
診療所	9.1	2.5	27.5
老人保健・福祉施設	1.8	0.4	20.2
在宅介護支援センター	3.6	0.9	26.0
保健所・市町村	2.6	0.4	16.7
社会福祉協議会	1.2	0.2	14.5
その他	4.3	1.1	25.2
合計	19.1	4.7	24.6

平成9年4月以降に訪問を開始した利用者（平均34.9人）が多く、紹介元機関数も22.0ヶ所と他の施設に比べて多い。

図3-2-7 紹介・情報源となった機関数（利用者数の推移別）



### (3) 利用者確保のための実施内容

利用者確保のために実施している内容は、「訪問依頼があった場合は、断らずに必ず訪問する」が86.3%と多く、次いで「地域の保健医療福祉関連機関・施設との連絡を定期的に行う」が50.9%、「行政との連絡を定期的に行う」が40.9%、「積極的にPR活動を実施する」が28.4%の順に多かった。

現在の利用者数の増減別に実施内容をみると、「減少傾向」のステーションでは行政や地域の関係機関との連絡の実施率が非常に低い特徴がある。これらの他機関との連携は利用者確保のためには非常に重要な要素であり、連携を十分に行えていないことが、利用者数の減少につながっていると考えられる。

図3-2-8 利用者確保のために実施している内容

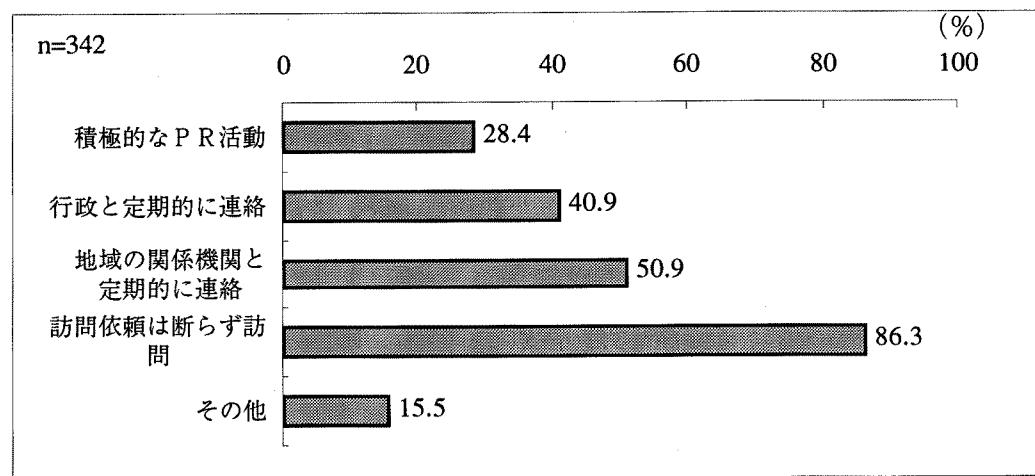
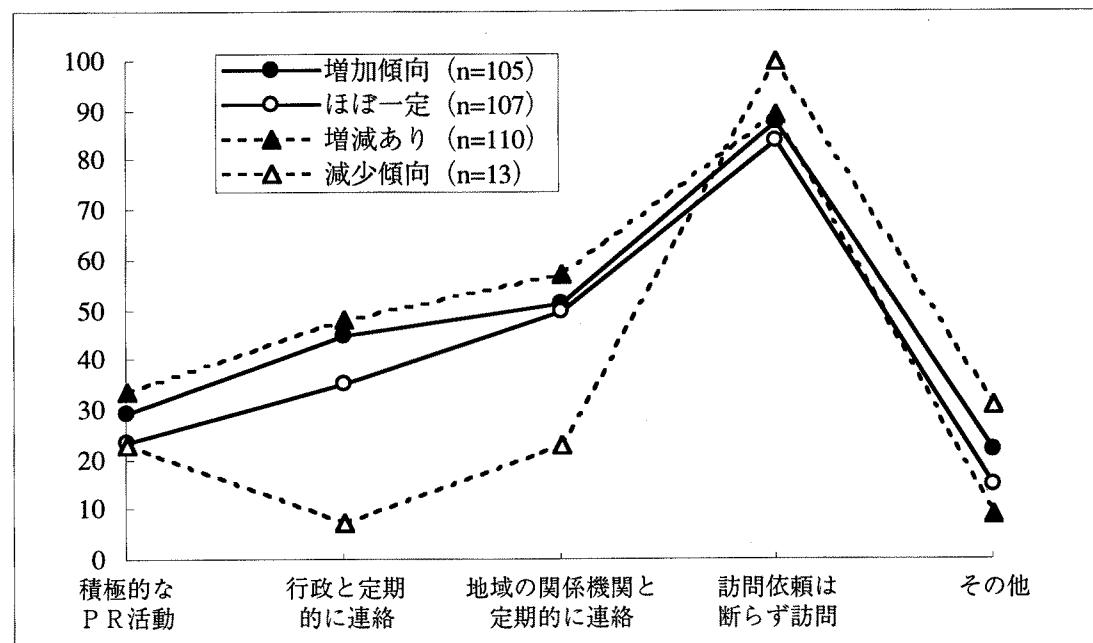


図3-2-9 利用者確保のために実施している内容（利用者数の推移別）



#### (4) 主治医数

平成9年12月1日の主治医数は平均23.6人、このうち母体施設（市町村の場合は市町村立施設を全て含む）の主治医は7.4人と、約3割であった。

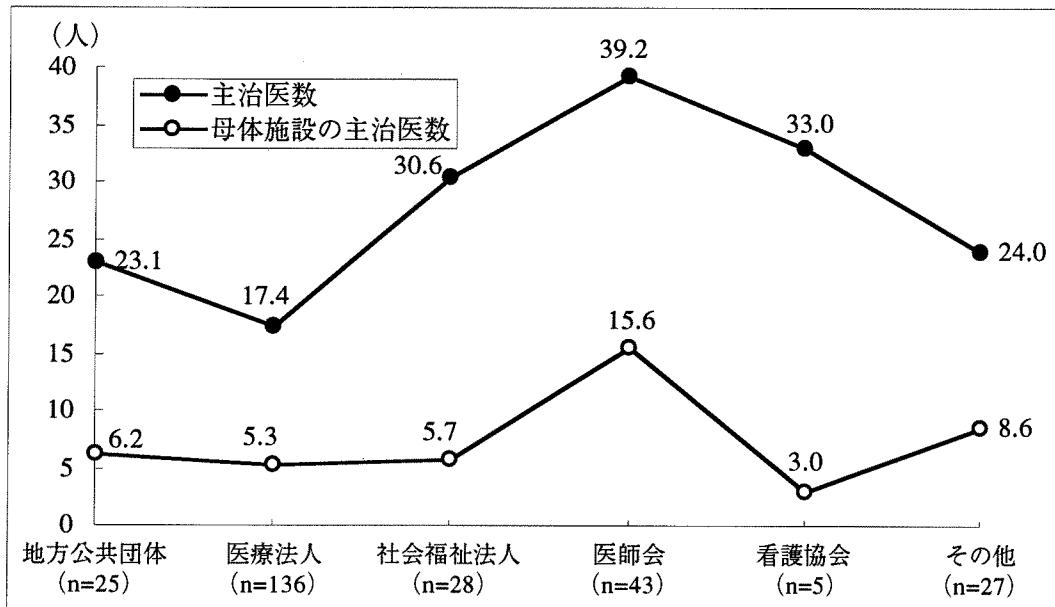
開設主体別にみると、医師会立や看護協会立の訪問看護ステーションでは主治医数が30人以上と多く、反対に医療法人では主治医数が少ない。

主治医1人あたり利用者数を計算すると、医療法人立では2.6人と多く、同じ主治医を持つ利用者が多いことになる。これは、医療法人立の訪問看護ステーションでは、全般的に主治医数が少なく、母体施設の医療機関の医師が主治医である場合が多いためと考えられる。

表3-2-3 主治医数

	主治医数		主治医1人あたり利用 者数
	主治医数	母体施設の 主治医数	
合 計 (n=276)	23.6	7.4	2.3
地方公共団体 (n=25)	23.1	6.2	2.2
医療法人 (n=136)	17.4	5.3	2.6
社会福祉法人 (n=28)	30.6	5.7	2.0
医師会 (n=43)	39.2	15.6	1.8
看護協会 (n=5)	33.0	3.0	1.7
その他 (n=27)	24.0	8.6	2.8

図3-2-10 主治医数（開設主体別）

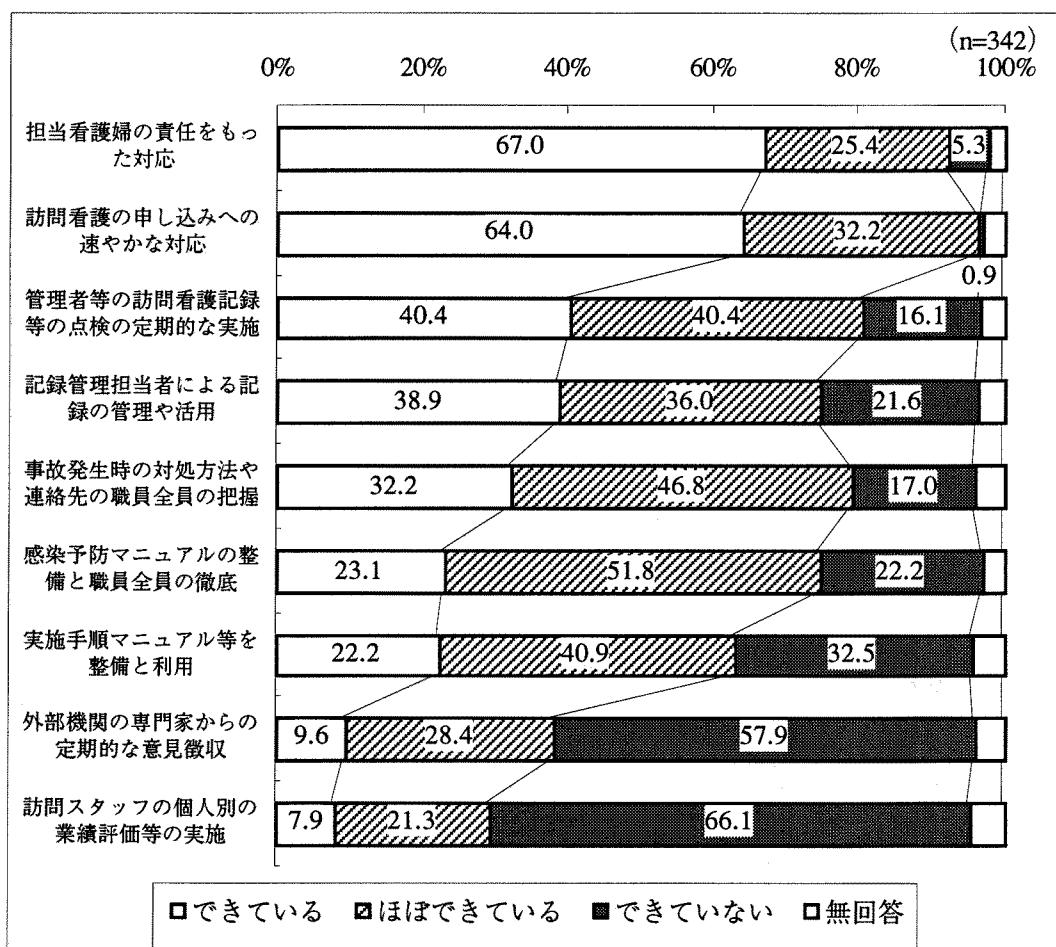


### 3. 3 訪問看護の質の管理について

#### (1) 質の管理について

「担当看護婦の責任を持った対応」「訪問看護の申込みへの速やかな対応」については9割以上の施設が「できている」または「ほぼできている」と回答している。反対に「できていない」という回答が半数以上を占めていたのは、「訪問スタッフ個人別の業績評価等の実施」や「外部機関の専門家からの定期的な意見徴収」などであった。

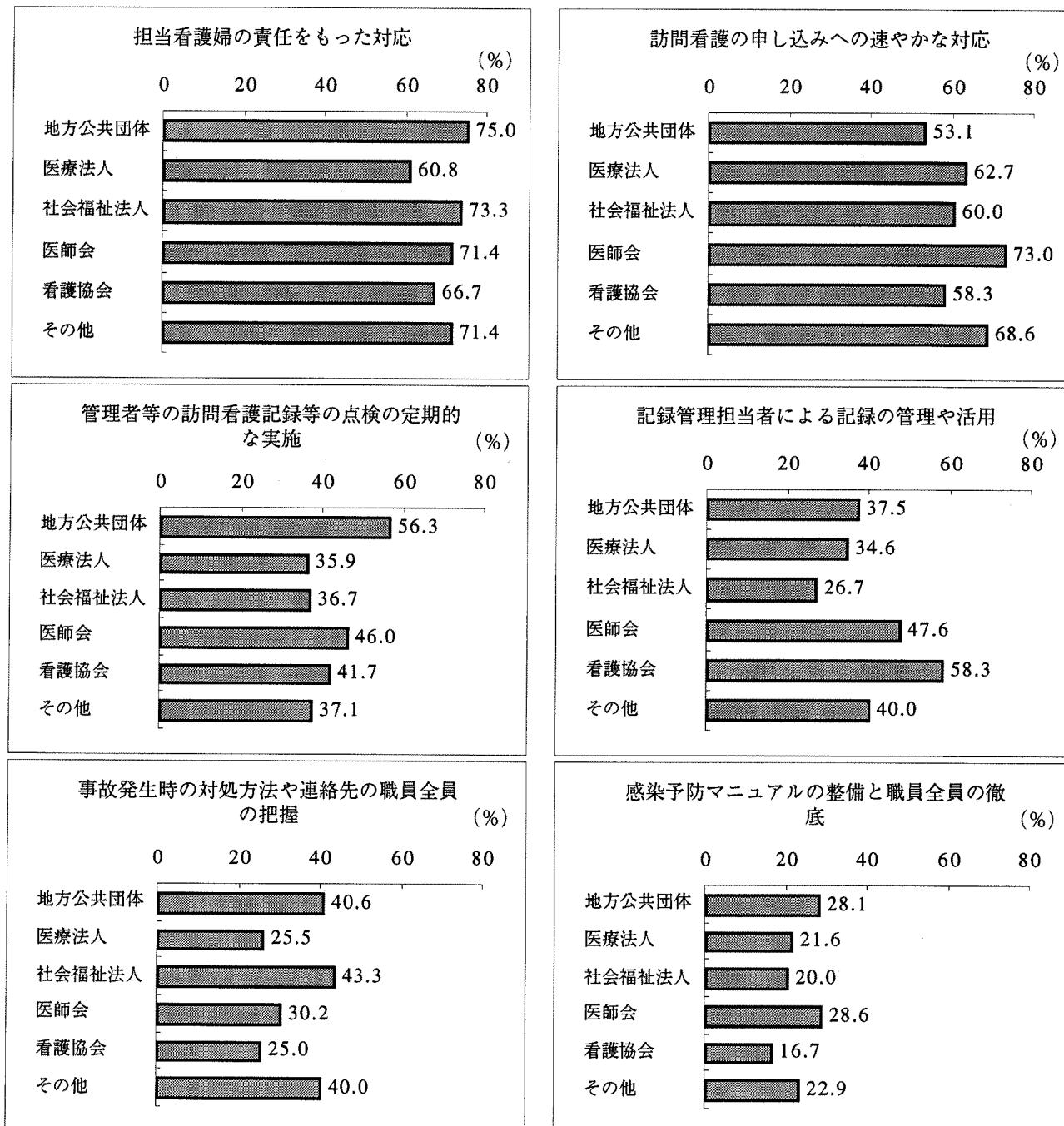
図3－2－11 質の管理のための実施内容

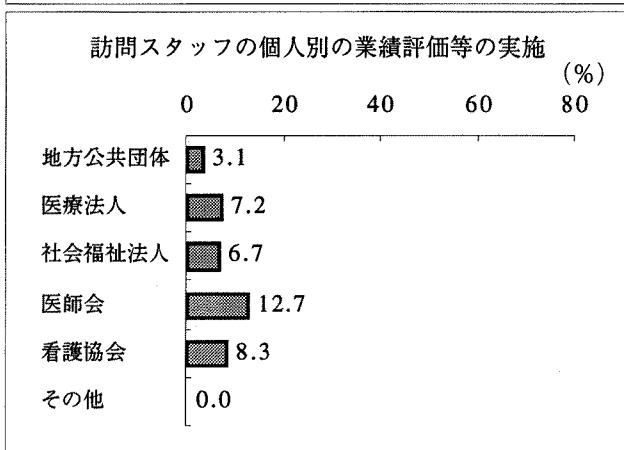
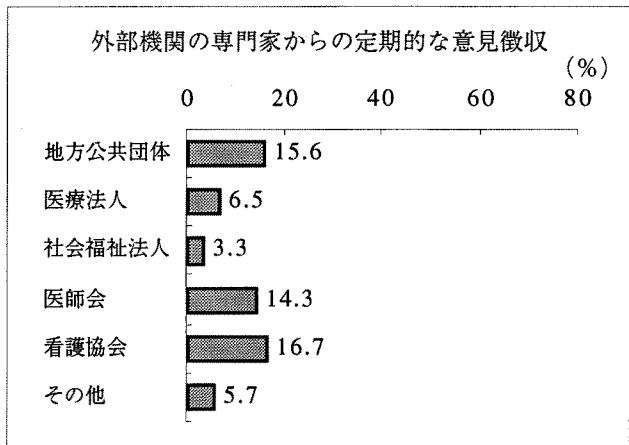
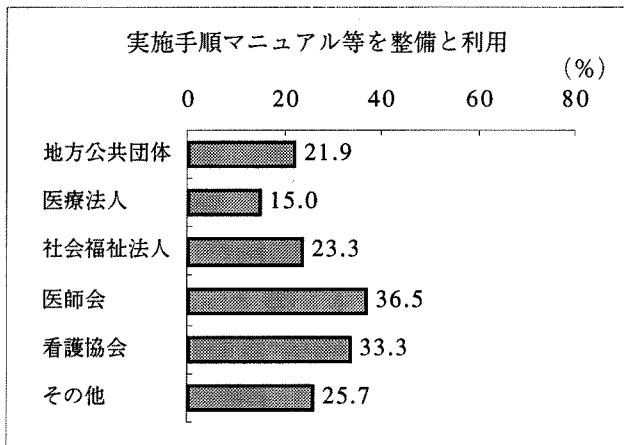


開設主体別に、「できている」の回答割合のみをみると、「管理者等の訪問看護記録等の点検の定期的な実施」は地方公共団体の実施率が高く、地方公共団体では管理者の職務として記録等の点検を行えているところが多い。

「記録管理担当者による記録の管理や活用」は看護協会や医師会の実施率が高く、「事故発生時の対処方法や連絡先等の職員全員の把握」は地方公共団体や社会福祉法人の実施率が高い。

図3－2－12 質の管理のための実施内容（「できている」の回答割合）（開設主体別）



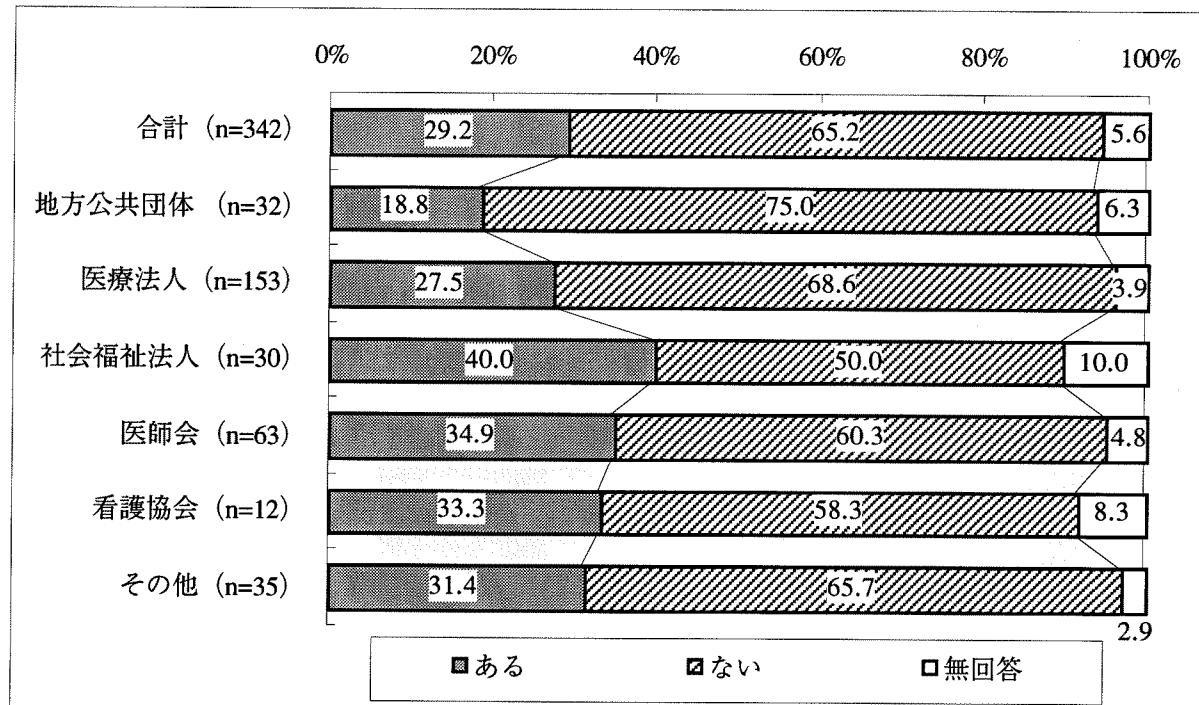


## (2) 利用者からの不満及び苦情について

### ①利用者が不満及び苦情をいえるシステムの有無／方法

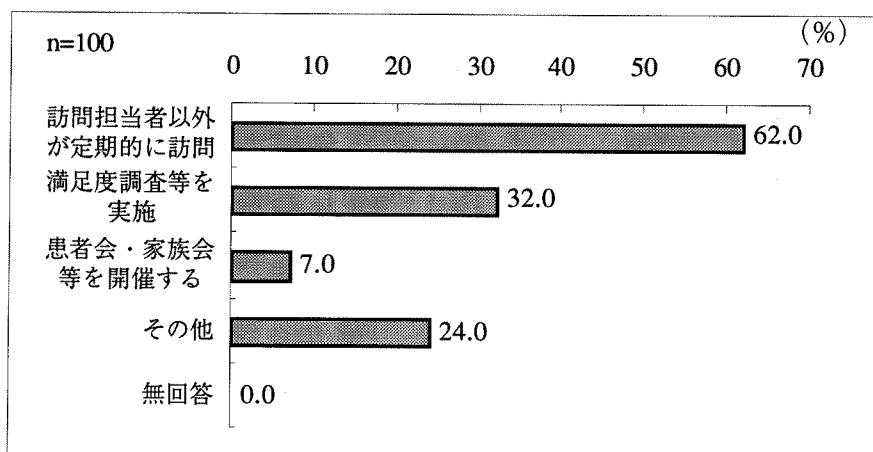
利用者が不満や苦情をいえるシステムが「ある」ステーションは29.2%、「ない」ステーションが65.2%となっており、不満や苦情をいえるシステムがあるところは3割にとどまっている。社会福祉法人や医師会、看護協会では「ある」ステーションが多い。

図3－2－13 利用者が不満や苦情をいえるシステムの有無



不満や苦情をきく方法としては、「管理者等の訪問担当者以外が定期的に訪問して不満や苦情を聞いている」というところが62.0%と最も多かった。「利用者・家族の満足度調査等を実施している」ところも32.0%あった。その他の方法としては、定期的ではないが、「他機関や他職種から情報」や「訪問看護記録」等により、必要と判断した時には、管理者など直接の訪問担当者以外のスタッフが訪問したり、電話をして不満や苦情をきいているという回答がみられた。

図3－2－14 不満や苦情をきく方法（利用者が不満や苦情をいえるシステムがある施設の回答）



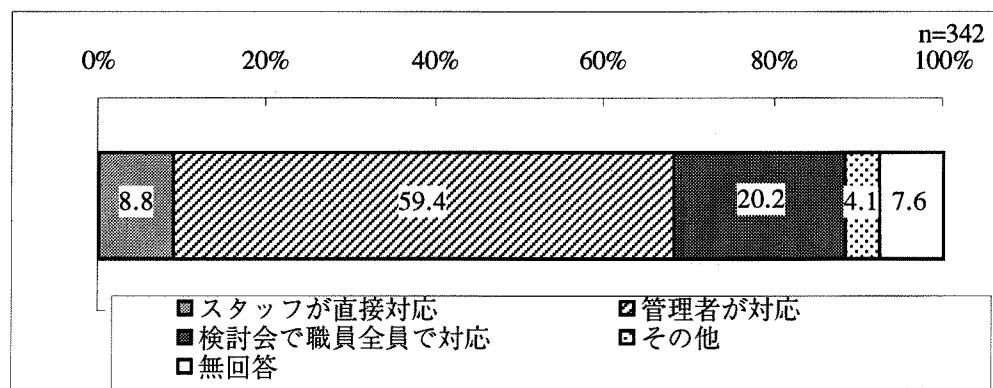
## ②苦情の対処法

不満や苦情がでた場合の対処方法としては、「管理者が対応することが多い」ところが59.4%と6割を占める。「不満や苦情処理の検討会を設け、職員全員で検討することが多い」というところが20.2%、「不満や苦情を受けた職員が直接対応することが多い」が8.8%であった。

「その他」の方法としては、「アンケートをとり、そこで出た不満等についてはステーションで配布している新聞等に掲載する」や「管理者及び担当医師で対応している」というところもあった。

また、「現在のところ不満や苦情はないが、出た時点で担当スタッフが直接対応するか管理者が対応するか検討したい」という回答もみられ、現時点ではあまり利用者から不満や苦情のないステーションも多いといえる。しかしながら、今後訪問看護ステーション数が増加し、現在に比べて利用者の確保が困難になることも予想されることから、利用者の満足度を高めるために、小さな不満や苦情へ対処できるようになることが必要である。

図3－2－15 不満や苦情への対処法



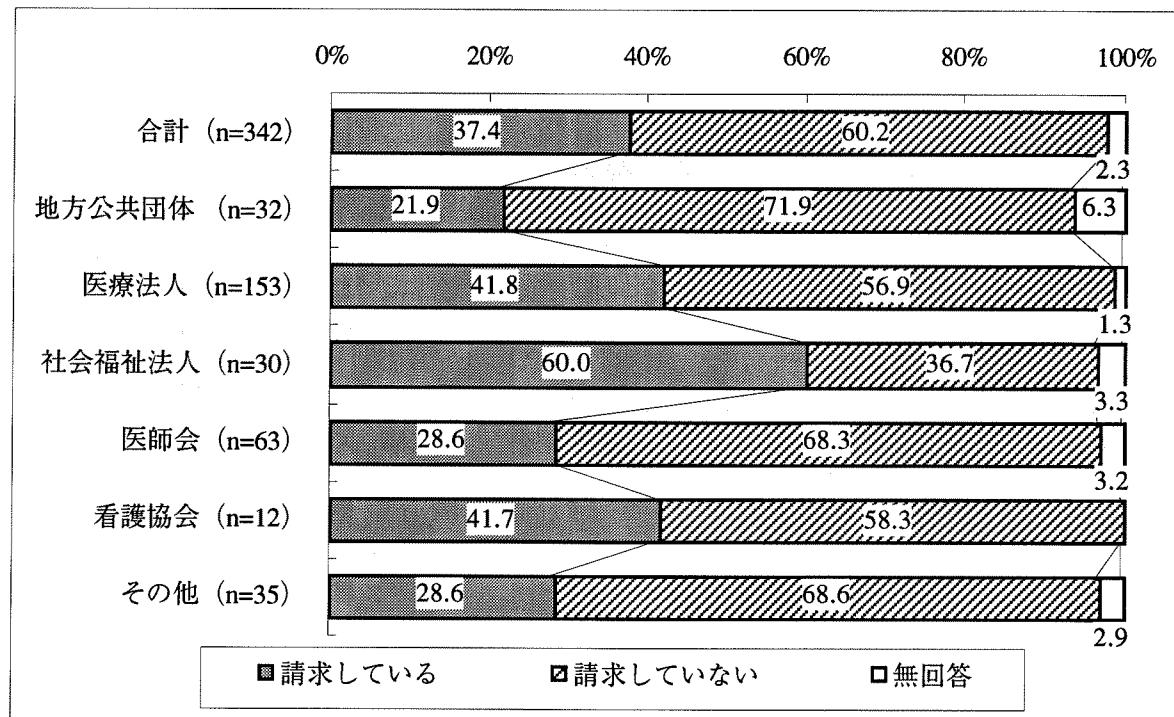
### (3) 24時間連絡体制加算費の請求について

#### ①24時間連絡体制加算

現在24時間連絡体制加算を請求しているステーションは37.4%、請求していないステーションが60.2%となっている。「訪問看護統計調査」では全国の訪問看護ステーションのうち24時間連絡体制をとっているのは37.7%となっており、同程度である。

開設主体別にみると、社会福祉法人や医療法人では請求割合が多く、地方公共団体では少ない。

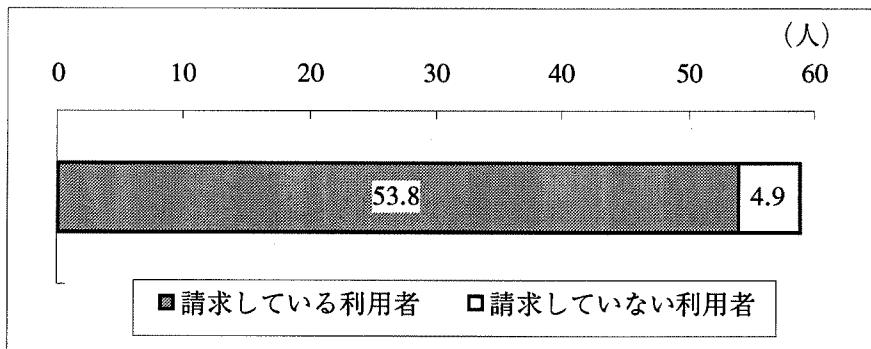
図3-2-16 24時間連絡体制加算の請求



## ②24時間連絡体制加算の請求件数（24時間連絡体制加算を請求している施設の回答）

平成9年12月に24時間連絡体制加算を請求した利用者数は、1施設あたり平均53.8人となっている。24時間連絡体制加算を請求している訪問看護ステーションの平均利用者数は58.7人となっていることから、9割程度の利用者について請求している計算になる。ただし、利用者のほぼ全員について請求しているステーションと、数人についてしか請求していないステーションがみられる。

図3－2－17 24時間連絡体制加算を請求した利用者数（平成9年12月）  
(24時間連絡体制加算を請求している施設の回答)



## ③営業時間外に受けた相談件数（24時間連絡体制加算を請求している施設の回答）

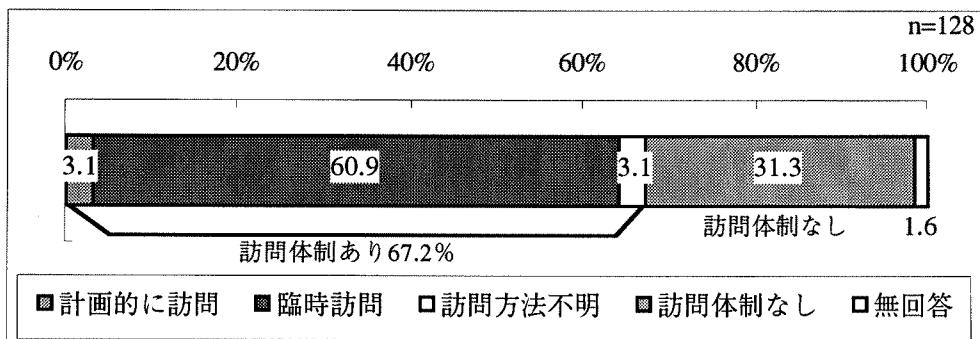
24連絡体制加算を請求している平均53.8人の利用者から1ヶ月間に営業時間外に受けた相談件数は平均5.1件であった。請求している利用者10人に1人程度の割合で1ヶ月に1回相談を受けている計算になる。

## ④時間外訪問体制（24時間連絡体制加算を請求している施設の回答）

営業時間外にも訪問する体制があるステーションは67.2%であった。「必要があれば臨時訪問している」ステーションが60.9%とその大半を占めており、「夜間・早朝を含め24時間計画的に訪問している」ステーションは4施設（地方公共団体2、医療法人1、看護協会1）であった。

この臨時の訪問体制をとっている施設が実際に1ヶ月間に臨時訪問した回数は、平均で3.5回となっている。

図3－2－18 時間外の訪問体制（24時間連絡体制加算を請求している施設の回答）



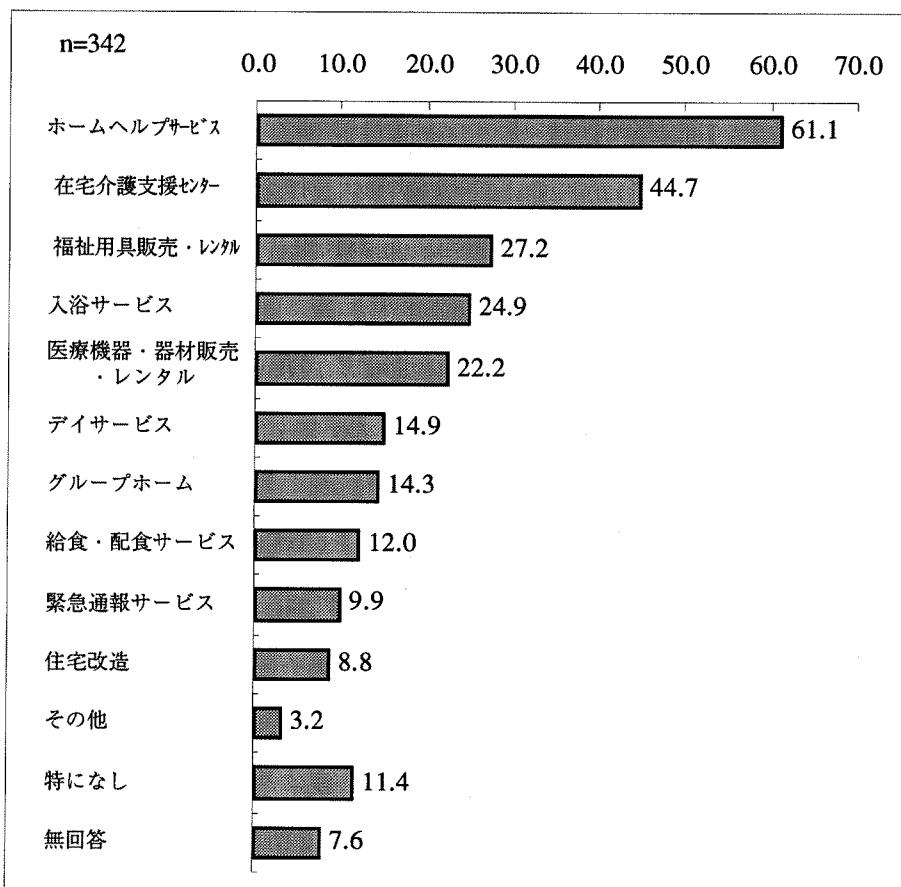
## 4. 介護保険全般について

### 4. 1 今後実施したいサービス

訪問看護ステーションで今後実施してみたいサービスは、ホームヘルプサービス（61.1%）、在宅介護支援センター（44.7%）、福祉用具販売・レンタル（27.2%）、入浴サービス（24.9%）、医療機器・器材販売・レンタル（22.2%）の順であった。

開設主体別でみても、ホームヘルプサービスと在宅介護支援センターの実施意向が高いのは同じであるが、その他、医療法人では入浴サービス（31.4%）、地方公共団体では住宅改造（21.9%）などが他の施設に比べて高かった。

図4-1-1 今後訪問看護ステーションで実施したいサービス内容





## 第3章 役割と方向性



## 第3章 介護保険制度を展望した訪問看護ステーションの役割と方向性

### 1. 訪問看護ステーションの方向性

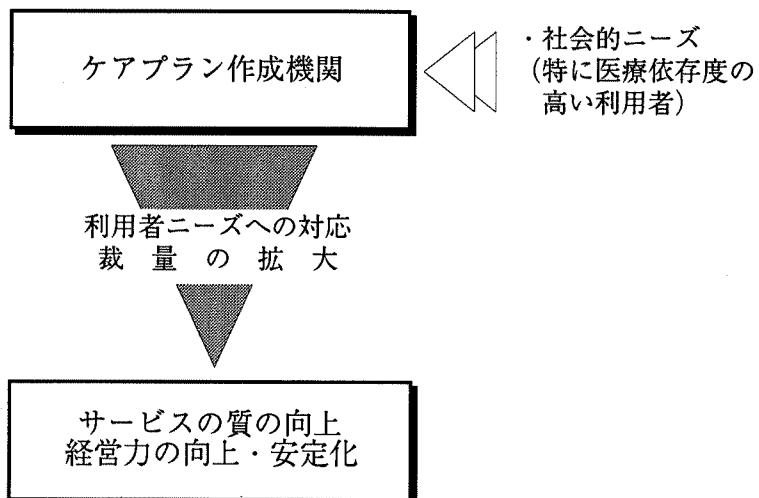
訪問看護ステーションは、これまで地域の他機関との連携・調整に努めてきており、今後介護保険制度下においてもケアプラン作成機関の1つとして機能することが求められている。

訪問看護ステーションでは、利用者の医療面から介護・生活面に渡るまで幅広い視野・知識をもってサービス提供にあたっており、ケアマネジャーとしての機能を果たすことが社会的なニーズといえる。特に医療依存度の高い人については、訪問看護ステーションのスタッフがケアマネジャーとして、医療面と介護・生活面を視野に入れたケアプランを作成し、必要なサービスの提供を図ることが求められている。

また、ケアプラン作成機関になることは、訪問看護ステーション自身にとってもメリットが大きい。つまり、アセスメント、ケアプラン作成、サービス提供事業者との連絡調整、サービス提供の管理、利用者・家族への情報提供（費用等を含む）、モニタリングまで一貫したサービスを提供でき、利用者ニーズにより適切に対応しやすくなる。ケアプラン作成機関には要介護者の情報が入りやすく、訪問看護を必要としている人のニーズにも的確に対応できるという面もある。

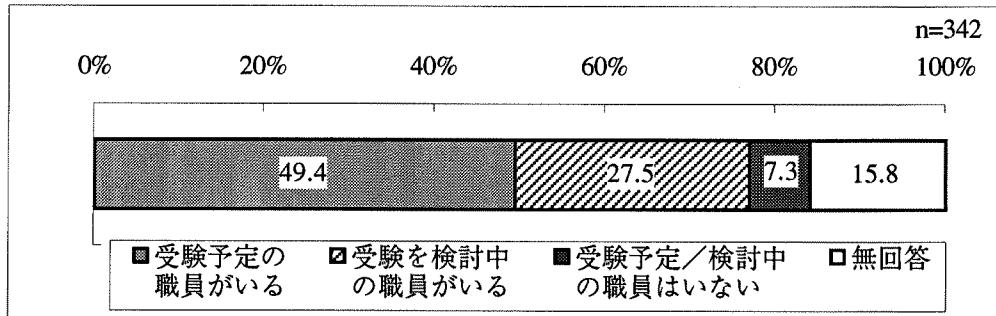
また、ケアプランの作成や他機関との連携調整についても中心的な役割を果たすことが可能になり、訪問看護ステーション自身の裁量が拡大する。ケアプラン作成機関でない場合は、ケアプラン内容や回数の変更等について、ケアプラン作成機関へ申し出をすることになるためである。

これらのことから、訪問看護ステーションにとって、ケアプラン作成機関になることは今後の重要な課題といえる。ケアプラン作成機関になることによって、利用者ニーズに適切に対応し、訪問看護ステーション自身の裁量の幅を広げ、さらにはサービスの質の向上や経営力の向上にもつなげると考えることができる。



本調査結果では、ケアマネジャーになるために必要な「介護支援専門員実務研修受講試験」を受ける予定の職員がいるステーションは49.4%、受けることを検討中の職員がいるステーションを合わせると76.9%と、全国の8割近いステーションで試験を受ける予定や検討中の職員がいることが分かった。

図1-1 実務研修受講試験の受験予定



一方、ケアマネジャーの養成を検討していない訪問看護ステーションも7.3%みられた。これらの施設では、ケアプラン作成機関や利用者からサービスの依頼を受けるように、以下に示すような努力が必要であろう。

- ・地域住民へのPR活動（広く住民に訪問看護について知ってもらう）
- ・地域の他機関との連携強化により、訪問看護ステーションの認知度を高める  
(定期的に合同ケアカンファレンスに出席し、ケアマネジャーに訪問看護の必要性について理解してもらうなど)
- ・訪問看護サービスの専門性を高める（医療依存度の高いケース、ターミナルケース等についての専門性の確立）

## 2. ケアプラン作成機関になるための課題

訪問看護ステーションがケアプラン作成機関になるためには、他機関との連絡・調整機能など、ケアプラン作成機関に必要ないいくつかの機能を果たせるようになる必要がある。

本調査では、以下の3つの機能を果たしている施設は、ケアプラン作成機関になりやすいと考え、これらの機能を果たせている施設と果たせていない施設の比較を行った。

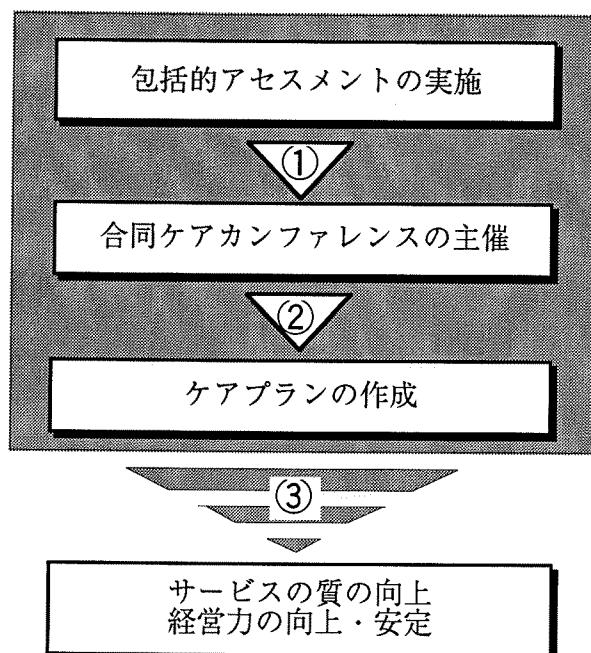
- 利用者への包括的なアセスメントを実施していること
- 他機関と合同ケアカンファレンスを主催し、連携・調整を図っていること
- 他機関と合同でケアプランを作成し、1つのケアプランを共有していること

この結果、これらの機能のうち1つでも果たせている施設では、他の機能も果たせている割合が高く、これらの3つの機能を果たせている施設では、サービスの質の向上や経営力の向上・安定化にも積極的に取り組んでいることが明らかになった。これらの施設では、介護保険制度下において、ケアプラン作成機関として十分に機能を果たすことができると考えられる。

### 【本調査結果】

- ・在宅ケアの包括的アセスメントシートを利用してアセスメントを行っている施設では、合同ケアカンファレンスの主催率も高い。（図中①）
- ・合同ケアカンファレンスを主催している施設では、他機関と合同でケアプランを作成している割合が高い。（図中②）
- ・在宅ケアの包括的アセスメントの実施や合同ケアカンファレンスの主催、他機関との合同ケアプランの作成等を行っている施設では、サービスの質の向上、経営力の向上・安定化に積極的に取り組んでいる。

（図中③）



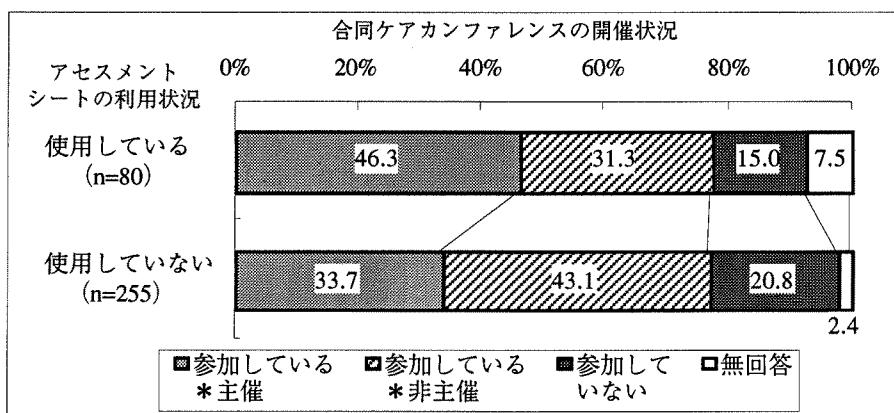
以下、図中①～③に関する具体的な調査結果を示す。

- ・在宅ケアの包括的アセスメントシートを利用してアセスメントを行っている施設では、合同ケアカンファレンスの主催率も高い。

### 【調査結果】

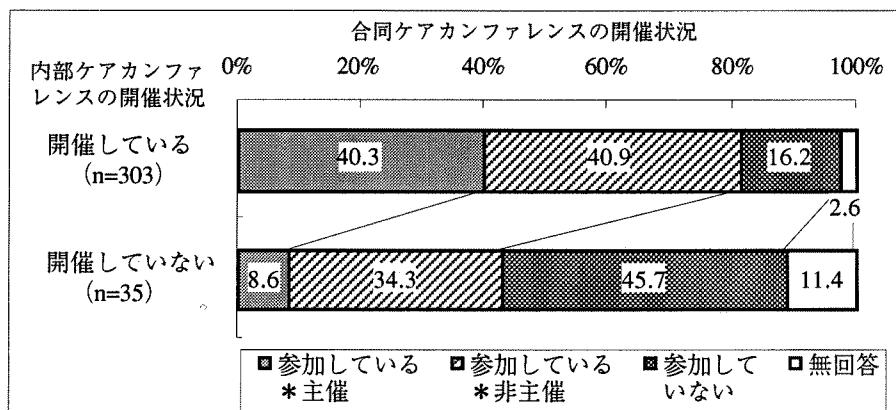
現在、在宅ケアの包括的アセスメントシートを使用している施設は80か所、使用していない施設は255か所であり、アセスメントシートを使用している施設では、合同ケアカンファレンスを主催しているところが46.3%と多い。合同ケアカンファレンスの場で様々な職種と話し合うためには、在宅ケア全般のアセスメントができるシートを使用することが必要になってくる。

図2－1 合同ケアカンファレンスの開催状況



また、訪問看護ステーションの内部ケアカンファレンスを開催している施設は303か所、開催していない施設は35か所であり、内部ケアカンファレンスを開催している施設では、合同ケアカンファレンスを主催している割合も40.3%と高い。内部ケアカンファレンスにて、利用者のニーズが明確にされ、合同ケアカンファレンスを開催することの必要性が明確になっていることや、ケアカンファレンス自体に慣れているため合同ケアカンファレンスも開催しやすいことなどが考えられる。

図2－2 合同ケアカンファレンスの開催状況



- ・合同ケアカンファレンスを主催している施設では、他機関と合同でケアプランを作成している割合が高い。

### 【調査結果】

合同ケアカンファレンスに参加している施設のうち、主催している施設は126か所、主催していない施設は137か所であった。合同ケアカンファレンスを主催している施設では、他機関の主催するケアカンファレンスに参加している施設に比べてケアプラン表を合同で作成している割合が高いことが分かった。

つまり、他機関の主催する合同ケアカンファレンスに比べて、訪問看護ステーションが主催する合同ケアカンファレンスの方が、ケアプラン表を他機関と合同で作成している割合が高いといえる。

図2－3 合同ケアカンファレンスでのケアプラン表（ケア目標・ケア内容等）の作成  
(合同ケアカンファレンスに参加している施設の回答)

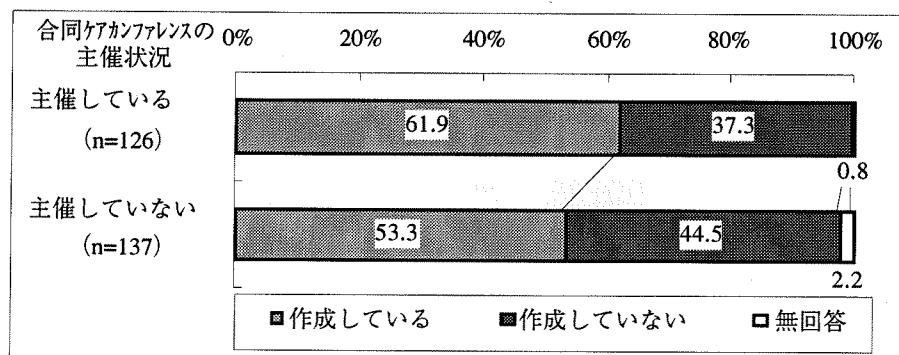
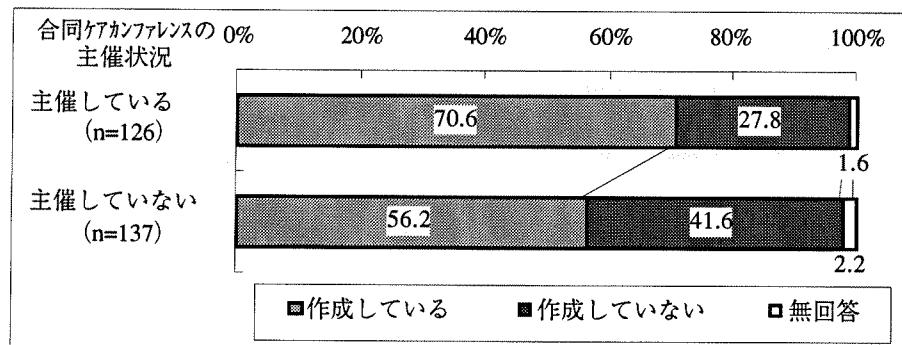


図2－4 合同ケアカンファレンスでのケアプラン表（週間・月間訪問スケジュール表）の作成  
(合同ケアカンファレンスに参加している施設の回答)



- ・在宅ケアの包括的なアセスメントの実施や合同ケアカンファレンスの開催、他機関との合同ケアプランの作成等を行っている施設では、サービスの質の向上に積極的に取り組んでおり、事業予算の作成や運営会議の開催など経営の安定化にも取り組んでいるところが多い。

### 【調査結果】

在宅ケアの包括的なアセスメントの実施や合同ケアカンファレンスの開催、他機関との合同ケアプランの作成を行っているところは、事業予算の作成や運営会議の開催など、経営の安定化に必要な項目への取り組み割合が高くなっていることが調査結果から示された。中でも特に、合同ケアカンファレンスを主催できている施設では利用者数も増加傾向にあり、事業予算の作成率や運営会議の開催率も高くなっています。経営力の向上や安定化にも積極的に取り組んでいるところが多いことが示唆された。

図2－5 利用者数の推移

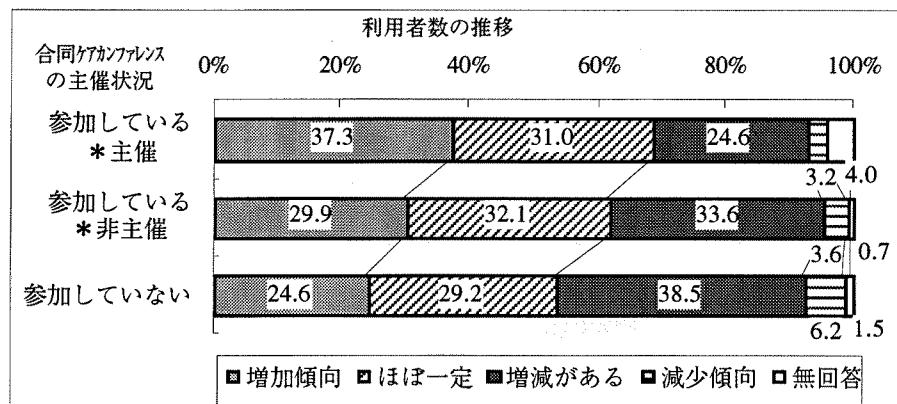


図2－6 事業予算の作成

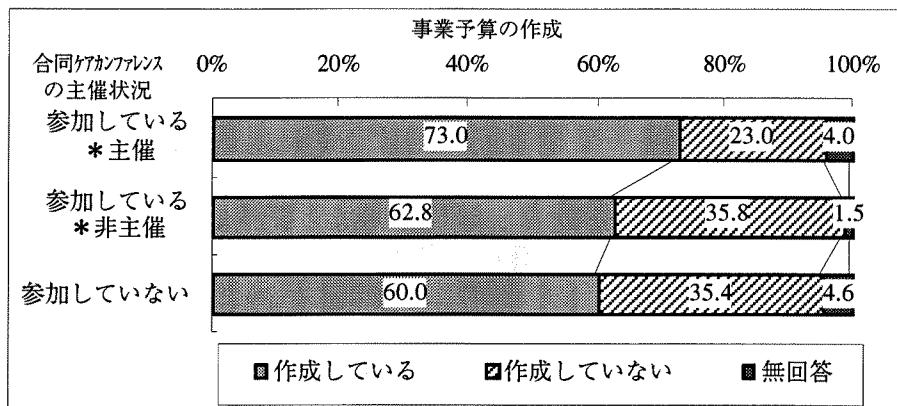
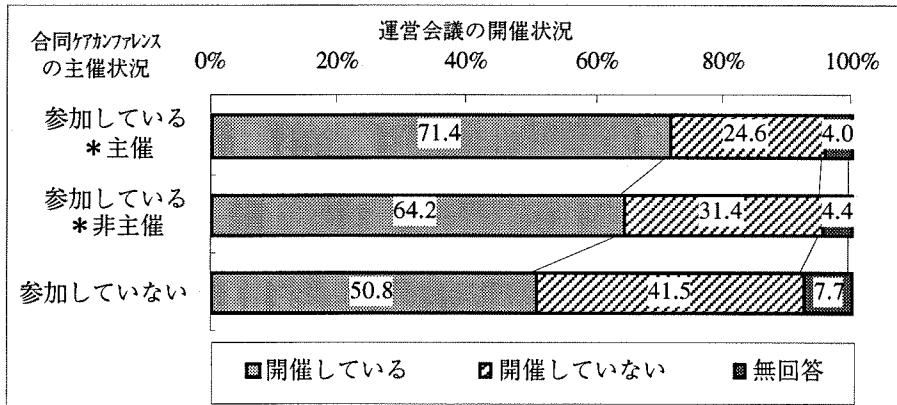


図2－7 運営会議の開催



同様に、合同ケアカンファレンスを主催している施設では、利用者が不満や苦情を言えるシステムを整えているところが38.1%と多く、担当看護婦の責任を持った対応、管理者等による訪問看護記録等の点検、外部機関の専門家からの定期的な意見収集、感染予防マニュアル等の整備と職員全員の徹底、訪問スタッフの個人別の業績評価等の実施率も高いことが分かった。

これらの項目は訪問看護ステーションにおけるサービスの質を確保するために必要な項目であり、合同ケアカンファレンスを主催している施設では、サービスの質の向上にも取り組んでいるところが多いことが示唆された。

図2-8 利用者が不満や苦情を言えるシステムの有無

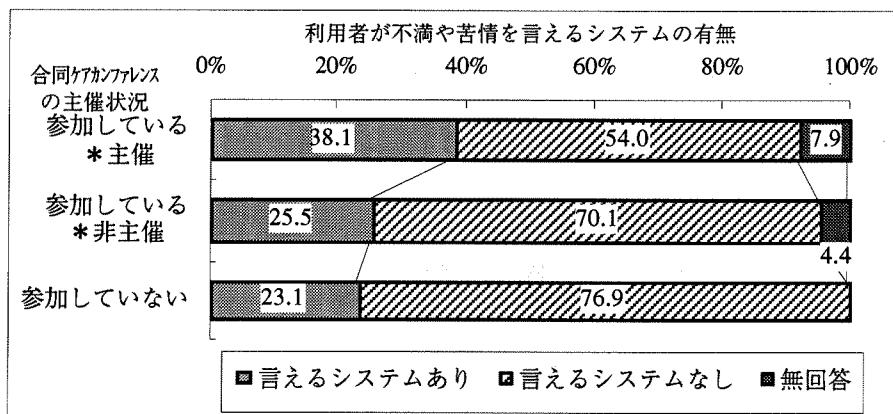


図2-9 担当看護婦の責任を持った対応

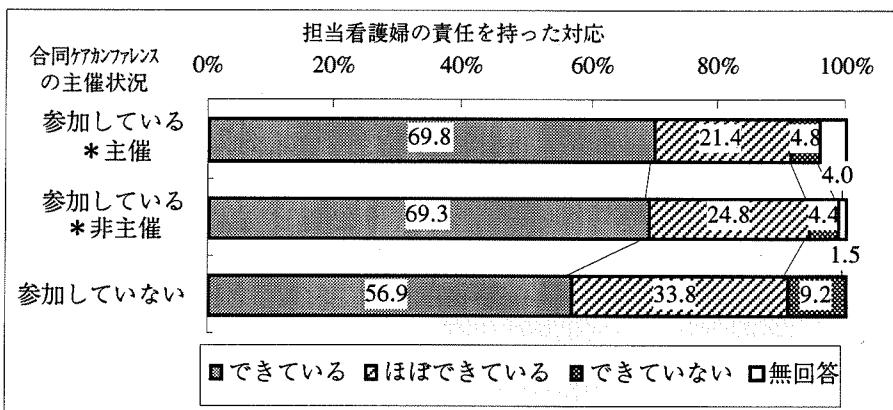


図2-10 管理者等による訪問看護記録等の点検

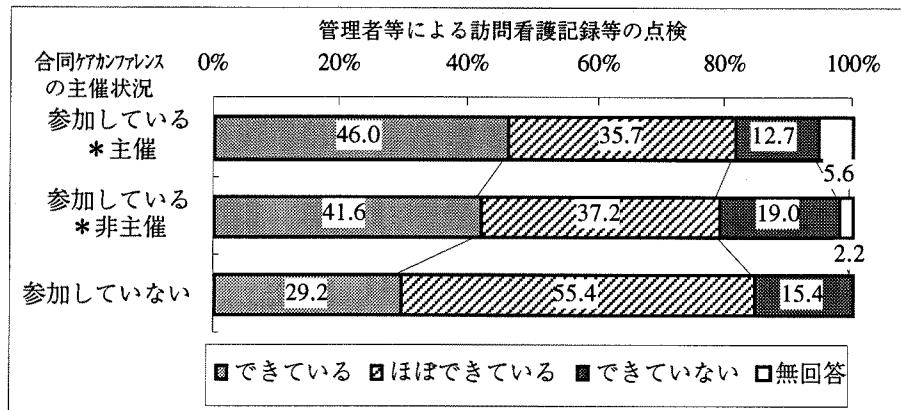


図2-11 外部機関の専門家からの定期的な意見収集

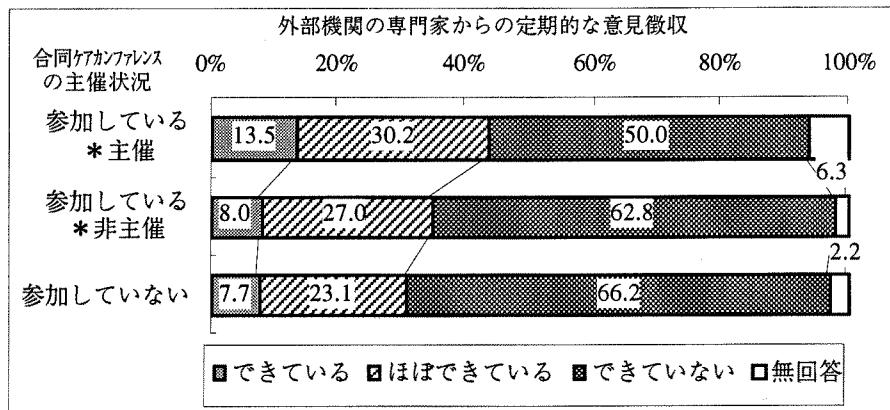


図2-12 感染予防マニュアル等の整備と職員全員の徹底

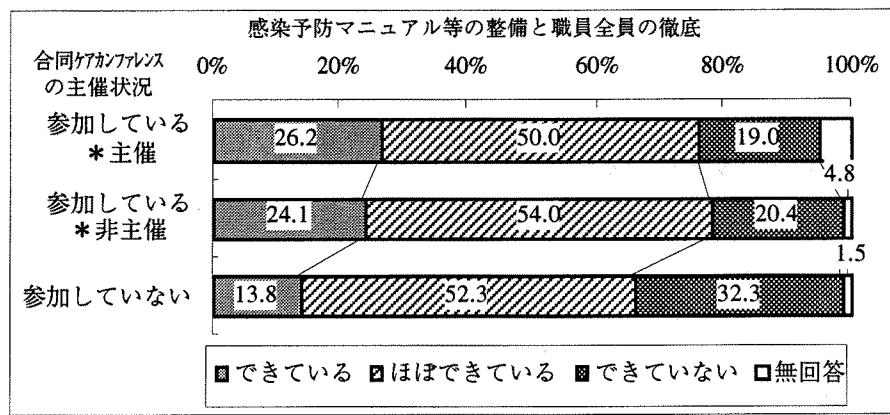
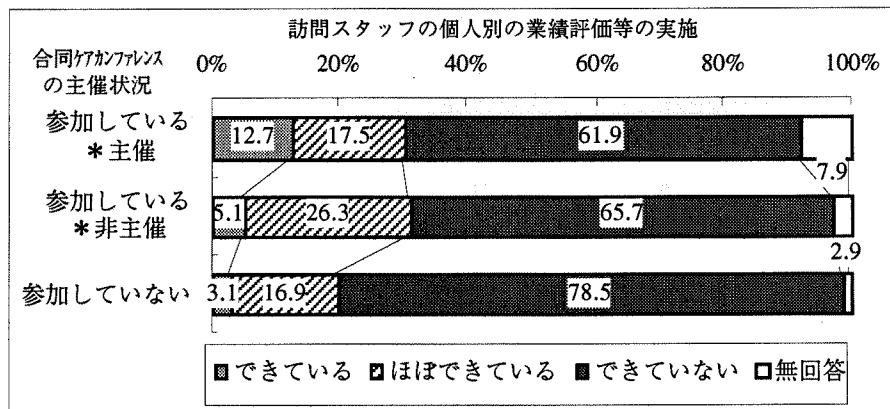


図2-13 訪問スタッフの個人別の業績評価等の実施



### 3. 今後の課題

介護保険制度下でケアプラン作成機関として役割を果たすためには、ケアプラン作成機関に必要な機能を果たせるようになっておくことが重要である。

現在から準備できることとして、以下のようなことが考えられる。

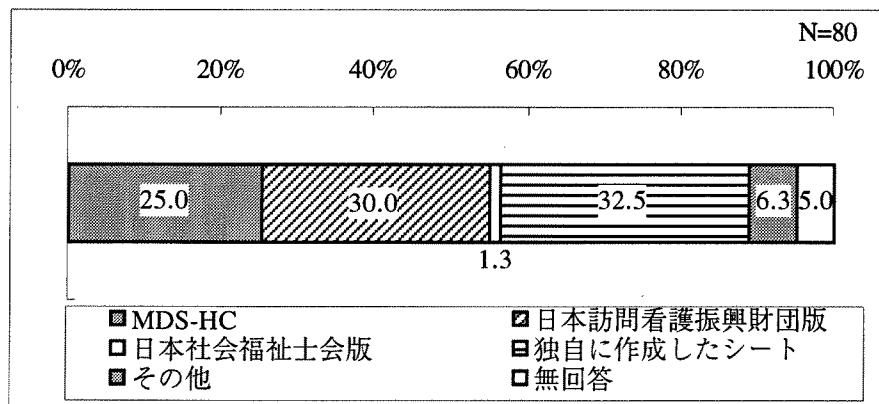
- ①包括的なアセスメントの実施（アセスメントシートの利用）
- ②合同ケアカンファレンスの主催
- ③合同ケアカンファレンスの場でのケアプランの作成
- ④経営力の向上・安定化
- ⑤サービスの質の向上

#### ①包括的なアセスメントの実施

これまで、在宅ケアに携わる従事者は、それぞれの専門領域に焦点をあてて利用者のアセスメントを行ってきており、訪問看護婦であれば看護婦の視点からみたニーズを中心にとらえてきた傾向がある。今後、介護保険制度下では、多様な機関・職種が対象者について共通の問題意識や目標を持ってケアプランを遂行することに意味があるため、包括的なアセスメントシートを利用し、身体機能状況、精神心理的状況、社会環境的状況（家族等の介護力を含む）等を含んだ包括的なアセスメントを実施することが重要である。

本調査結果からみると、現在アセスメントシートを使用している訪問看護ステーションは、約4分の1（80施設）であった。それらの施設が利用しているアセスメントシートの種類は、「MDS-HC（在宅ケアアセスメントマニュアル）方式」、「日本訪問看護振興財団版アセスメント」、「独自のアセスメントシート」がそれぞれ3分の1ずつとなっている。「独自のアセスメントシート」の内容をみると、既往歴や治療状況、薬剤データ等が中心となっているものや、IADL等の生活の視点が少ないものや、生活環境、社会的交流等に関する項目等が不足しているものなど、項目に偏りがみられるものもあることから、今後見直しを継続的に行っていく必要があろう。

図3－1 使用しているアセスメントシート  
(アセスメントシートを利用している施設の回答)

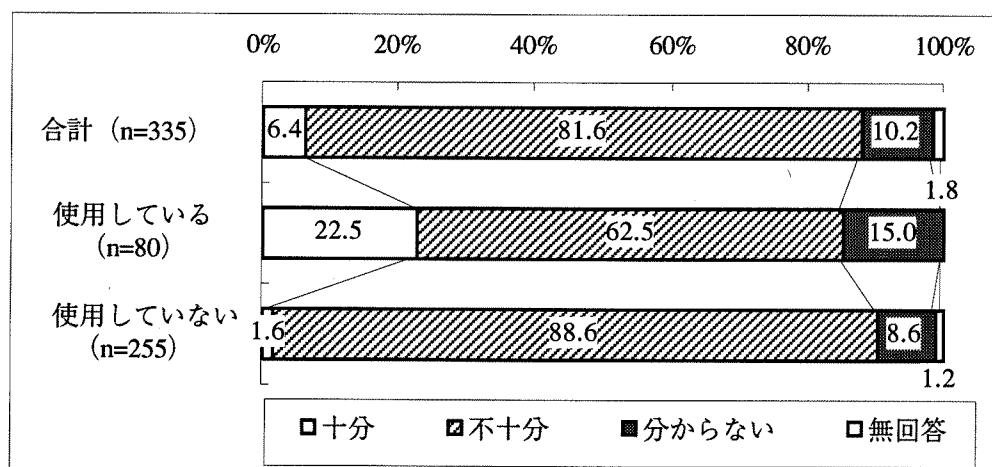


介護保険制度下においてケアプランを作成するために、現在のアセスメント方法や内容で十分と思うかどうかを質問した結果、8割以上の施設が「不十分」という回答であった。現在アセスメントシートを利用している施設においても62.5%が「不十分」と回答している。各施設においてアセスメントシートを利用している場合でも、まだ完全に使いこなせていないということが考えられる。

またアセスメントシートを用いてアセスメントを実施した場合でも、合同ケアカンファレンスの場でアセスメントシートをもとにケアプラン表を作成するといった一連のシステムづくりがまだできておらず、作成したアセスメントシートがケアプランに十分反映されていないところとも考えられる。

合同ケアカンファレンスの場で他職種同士が利用者のニーズについて共通の認識を持ち、目標を共有するために、アセスメントシートは非常に重要なものである。今後はアセスメント→合同ケアカンファレンスでの検討→ケアプランの作成といった一連の流れの中でアセスメントシートが生かせるようなシステム作りを行っていく必要がある。

図3-2 アセスメントの十分度

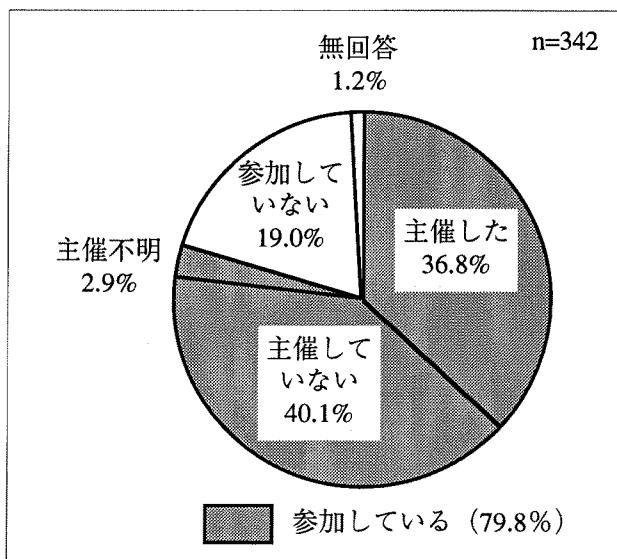


## ②合同ケアカンファレンスの主催

### ア. 合同ケアカンファレンスの主催

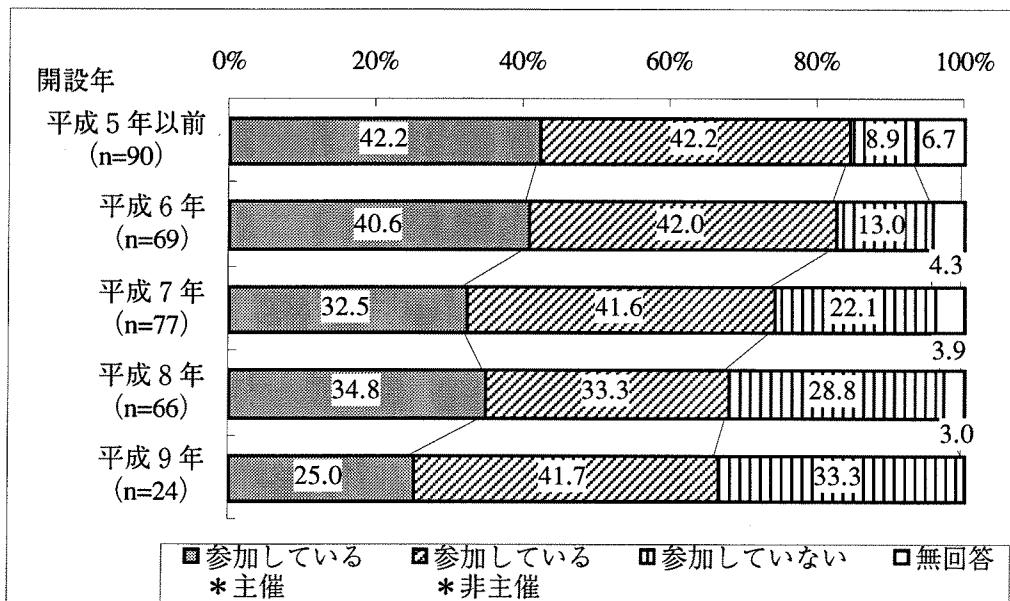
本調査結果から、現在、他機関との合同ケアカンファレンスを主催している訪問看護ステーションは36.8%であった。開設主体でみると、地方公共団体立（50.0%）、看護協会立（66.7%）では主催している割合が高く、反対に医療法人立（28.1%）では主催している割合が低い。現在、他機関の開催する合同ケアカンファレンスに参加しているものの主催はしていない施設が40.1%を占めており、今後は訪問看護ステーションが合同ケアカンファレンスを主催していくことが課題である。

図3-3 合同ケアカンファレンスへの参加状況



開設年でみると、開設から年月の経っている施設の方が主催率や参加率が高く、反対に比較的新しく開設された施設では主催率や参加率も低い。平成6年より以前に開設された訪問看護ステーションでは、主催率が4割以上、参加率が8割以上を占めるのに対し、平成9年（調査時点で開設1年未満）に開設された施設の主催率は25.0%、参加率が66.7%となっている。

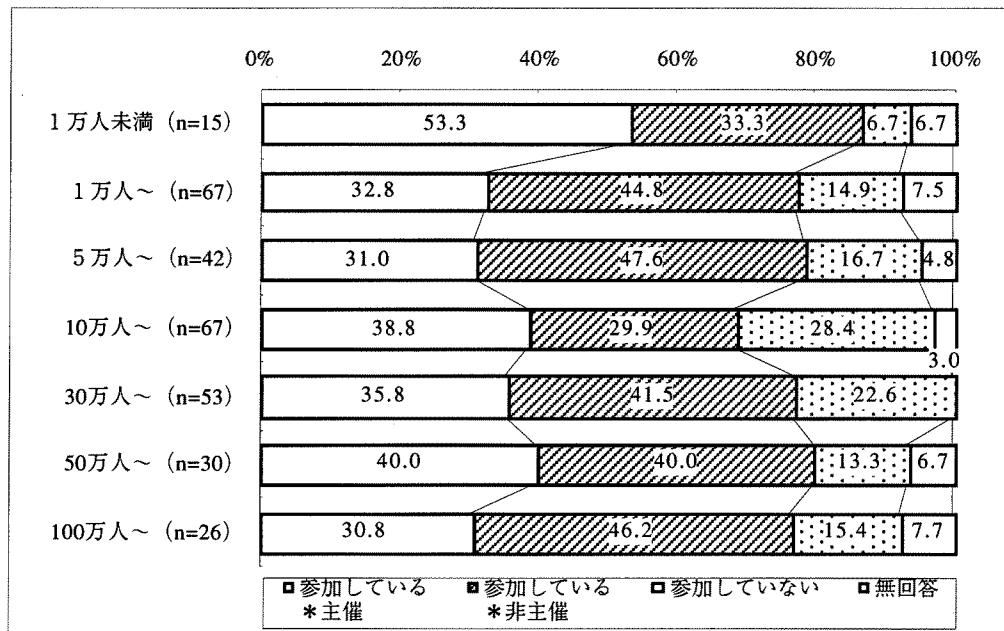
図3-4 合同ケアカンファレンスへの参加状況



市町村の人口規模別にみると、1万人未満の地域にある訪問看護ステーションでは、主催している割合が53.3%と高い。1万人未満の地域では、訪問看護ステーションが市町村内に1カ所しかないところが9割以上となっており、市町村内のその他の施設との合同ケアカンファレンスを訪問看護ステーションが中心となって開催していることがうかがえる。

1万人以上の市町村にある訪問看護ステーションでは、人口規模による主催率の差はあまりみられないが、10万～50万人未満の地域では参加していない割合が2割以上と若干高かった。

図3－5 合同ケアカンファレンスへの参加状況



#### イ. 合同ケアカンファレンスを主催できるマンパワーの確保

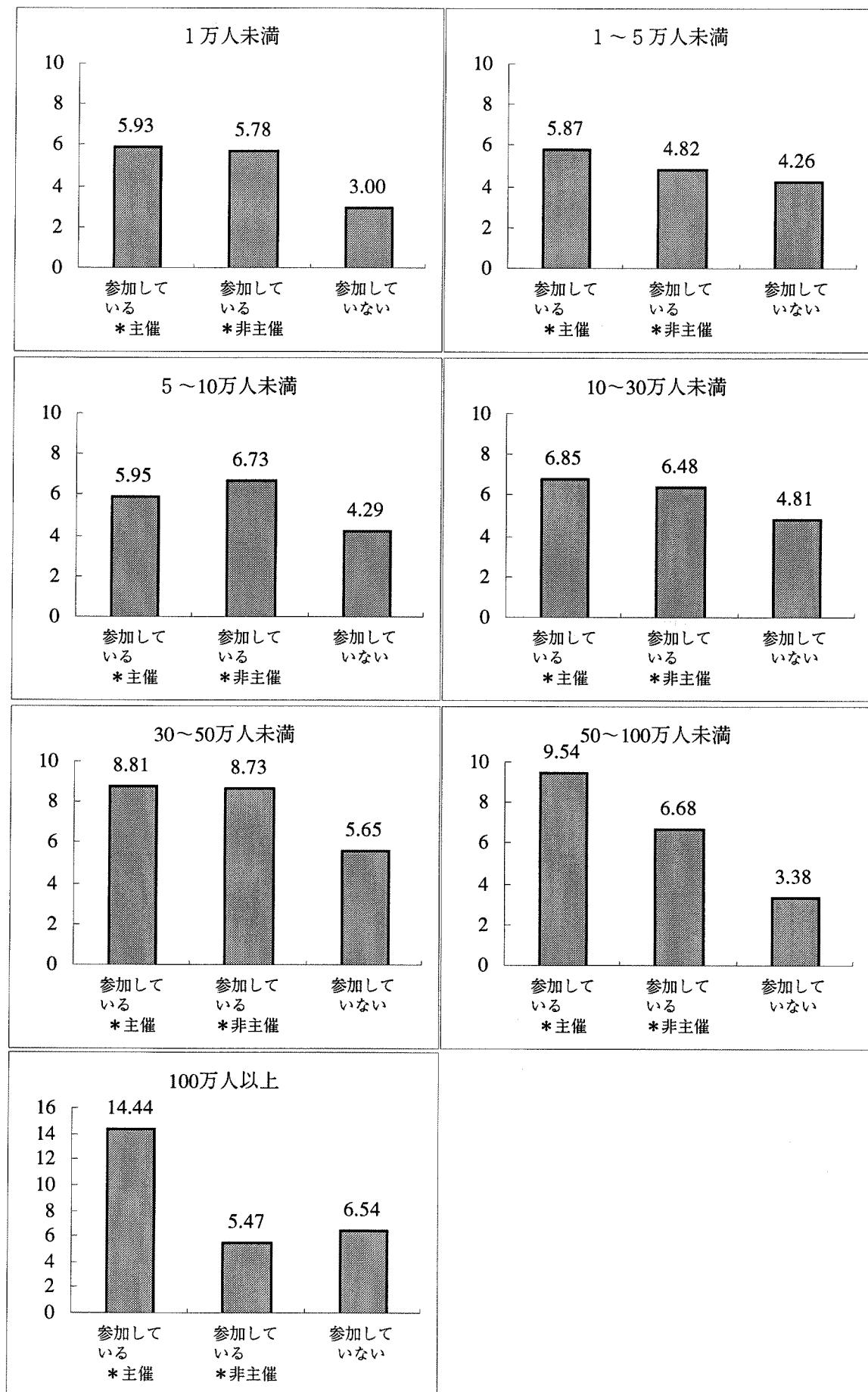
本調査結果をみると、合同ケアカンファレンスを主催している訪問看護ステーションの平均職員数は7.6人、参加している施設では6.3人、参加していない施設では4.8人となっており、主催している施設では職員数が多い傾向がみられた。職員数の少ない施設では、実際の訪問に時間をとられ、他機関との連絡・調整を中心的に行う人を配置するのが困難な状況がうかがえる。

図3－6 訪問看護ステーションの職員数

	常勤数	非常勤数 (常勤換算)	合計
参加している *主催 (n=120)	4.19	3.43	7.62
参加している *非主催 (n=131)	3.66	2.65	6.31
参加していない (n=62)	3.23	1.62	4.84

市町村の人口規模別にケアカンファレンスの主催状況と職員数の関係をみると、人口規模が小さい市町村では職員数も少ないが、その中でも合同ケアカンファレンスに参加していない施設では職員数が少ない傾向がみられた。ケアカンファレンスを主催している施設では、市町村の人口規模が10万人未満の施設では職員数（常勤換算）で5人以上、10～30万人では6人以上、30～50万人では8人以上、50万人以上では9人以上、100万人以上では14人以上の職員数（常勤換算）を確保していることから、この程度のマンパワーの確保が必要と考えられる。

図3-7 市町村の人口規模別／ケアカンファレンスの主催別 職員数（常勤換算数）

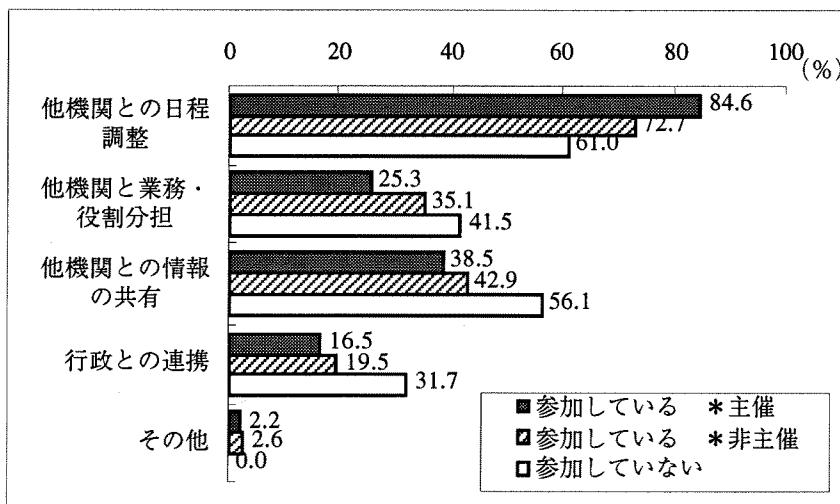


#### ウ. 合同ケアカンファレンスの定例化

本調査結果では、合同ケアカンファレンスを主催している施設の方が、他機関との情報の共有や役割分担等が困難であるという回答割合が低くなっていた。一方、合同ケアカンファレンスを主催している施設では、日程調整が困難であるとの回答が84.6%と高く、日程調整の問題を解決する仕組みが必要であることが示唆された。その1つの方策として、主催する合同ケアカンファレンスの開催日時の定例化が考えられる。これは、ケアプラン作成機関が利用者からの委任に対する責任を全うし、サービス機関を主体的にリードしていくという点からも検討すべき方策といえる。また、合同ケアカンファレンス時間の短縮も重要であり、そのためには、日頃の情報交換等を通じてコミュニケーションを図っておくことや、合同ケアカンファレンスに適切な資料を提出し、短時間で議論が進められるように準備しておくことが必要である。

現在、他機関との合同ケアカンファレンスを主催している施設では、1ヶ月に2回程度、訪問看護ステーションの利用者2~3人について検討しているところが多い。これらの会議を定例化し、効率的に会議を運営していく必要がある。

図3-8 他機関との連携上困難なこと

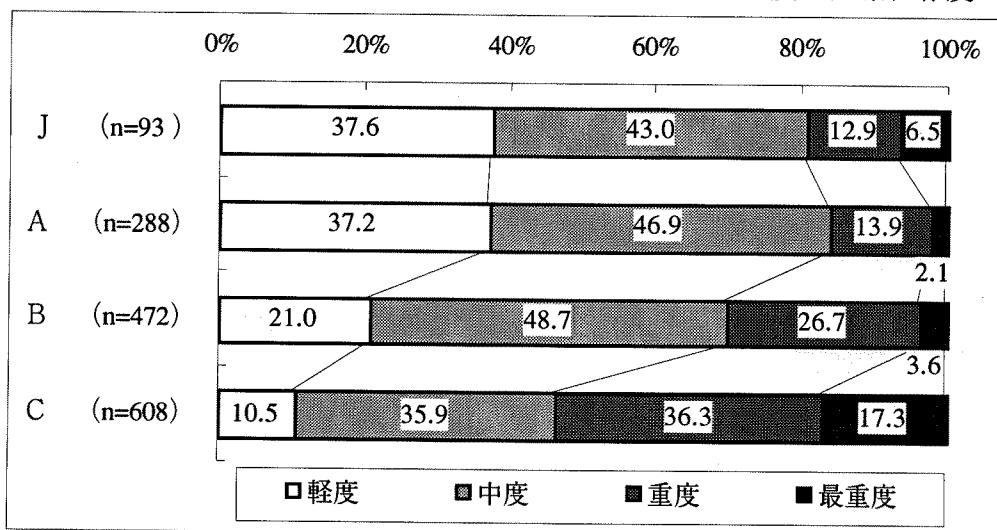


## エ. 医療依存度の高いケースについての連絡・調整機能の充実

本調査結果から日常生活自立度と医療依存度の関係をみると、日常生活自立度が低い人では医療依存度も高く、介護的なケアと医療的なケアのいずれも必要としている人であることが分かった。

また、日常生活自立度が比較的高い利用者（ランクJ）の中にも、医療依存度が高く、重度又は再重度などの病状が不安定な利用者（下図中、「重度」と「最重度」を合わせた割合）が2割程度を占めていることが分かった。これらの利用者は、医療処置等を必要とし、訪問看護ステーションからの訪問を頻回に必要とするケースであり、また急性増悪期等には利用者の状態に応じた対応が必要となるケースである。今後、これらの利用者についての対応は十分に検討される必要がある。

図3-9 訪問看護ステーションの利用者の日常生活自立度と医療依存度の関係



現在、他機関との合同ケアカンファレンスでは、痴呆の程度が重いケースなどを頻繁に検討している傾向がみられたが、医療依存度が高いケースについてはそのような傾向はみられなかった。一方、訪問看護ステーションの内部ケアカンファレンスでは、医療依存度の高い人ほど検討回数が多くなっている。

また、訪問看護ステーションが他機関と連絡調整した時間を見ると、医療依存度の高い人ほど連絡調整時間が長くなってしまっており、医療依存度によって大きな差がみられた。医療依存度の高い人では、主治医以外の病院外来診療等との連携割合等も高く、訪問看護ステーションが医療サービスと介護サービスの両方の機関と連携をとりながら、調整役を果たしていることがうかがえる。

このことから、介護保険制度下においても、特に医療依存度の高い利用者については、訪問看護ステーションの職員がケアマネジャーとしての機能を果たすことが望ましいと考えられる。このため、介護保険制度の施行前から、医療依存度の高い人については、訪問看護ステーションが中心機関となって他機関との連絡・調整を実施しておくことが必要である。

図3-10 他機関との合同ケアカンファレンスでの検討回数（3ヶ月間）

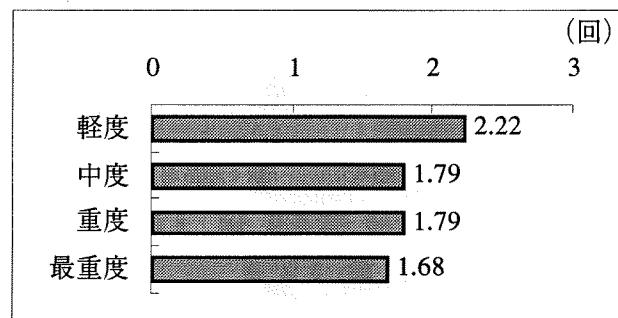


図3-11 訪問看護ステーションの内部ケアカンファレンスでの検討回数（3ヶ月間）

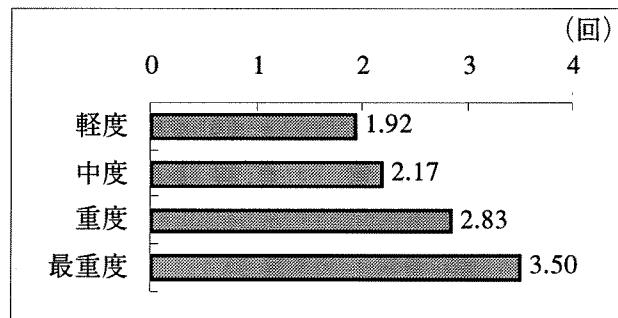
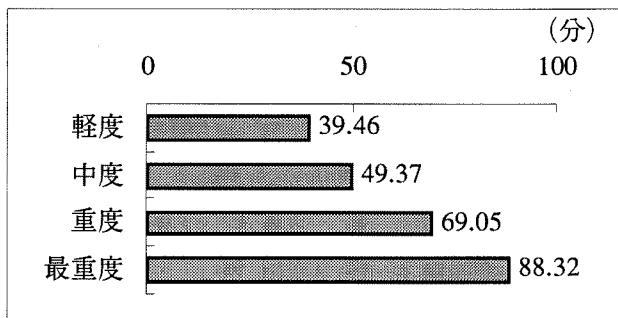


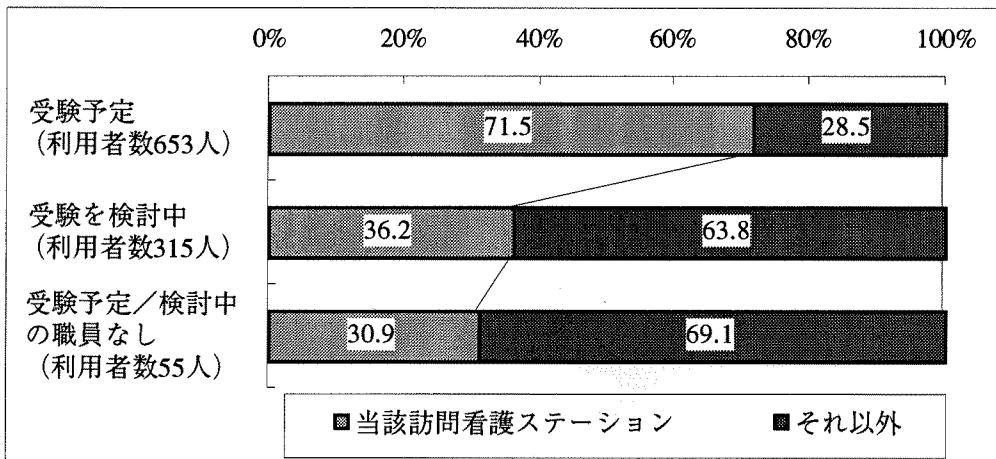
図3-12 他機関との連絡調整時間（1ヶ月間）  
(合同ケアカンファレンスでの出席時間は除く)



#### オ. 他機関との連絡・調整において、中心的な役割を果たすこと

今後、ケアマネジャーの実務研修受講試験の受験予定者がいる施設では、現在合同ケアカンファレンスで検討している利用者653人のうち、71.5%のケースについて訪問看護ステーションが中心的に他機関との連絡・調整を行っているという認識をもっていた。現在でも他機関との連絡・調整において中心的に関われている施設では、ケアマネジャーになる意欲も高いといえる。このことから、制度施行前においても他機関との連携の中心的な役割を担っていく必要がある。

図3-13 他機関との連携等において中心的な役割を果たしている機関



#### カ. 利用者や家族の合同ケアカンファレンスへの参加促進／会議室の確保

現在、利用者や家族が合同ケアカンファレンスに参加している割合は48.7%となっている。利用者の選択を尊重するためにも、今後は利用者や家族の参加を推進することが必要である。

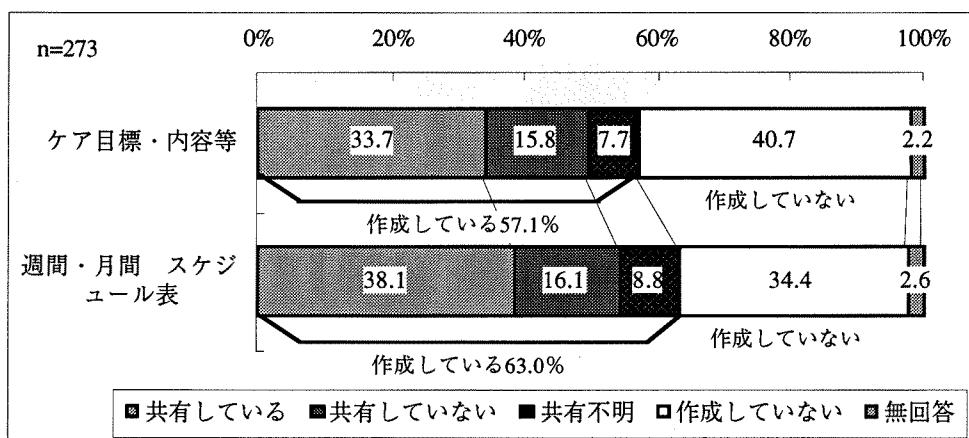
また、現在ケアカンファレンスを主催している訪問看護ステーションでも、病院等の併設施設のスペースを会議室として利用しているところが65.8%と多く、訪問看護ステーション内の会議室を利用しているところは28.1%である。今後、合同ケアカンファレンスを主催するためにも、会議室の整備を検討していく必要がある。

### ③合同ケアカンファレンスの場でのケアプランの作成

現在、合同ケアカンファレンスに参加している施設のうち、カンファレンスの場でケアプラン表（ケア目標・内容等、週間・月間スケジュール表）を作成しているところは6割程度となっている。週間・月間スケジュール表に比べ、ケア目標・内容等に関するケアプラン表の作成率は低い。本来、ケアプラン表はケア目標・内容等を検討した上で、訪問スケジュールを作成するものであるため、今後はケア目標等についても合同ケアカンファレンスの場で作成していく必要がある。

介護保険制度においては、ケアマネジャーがケアカンファレンスの場でケアプラン作成を中心に行うことになっている。各サービス担当者が共通の目標を持ち、役割分担しながらチームアプローチをすることは、介護保険制度下だけでなく、現在でも重要なことである。ケアプラン表をケアカンファレンスの場で作成し、関係者全員で共有するように努めることが求められる。

図3-14 ケアプラン表の作成  
(ケアプラン表を作成している施設の回答)



#### ④経営力の向上と安定化

訪問看護ステーションの経営力の向上と安定化のためには、利用者の安定的な確保が最も重要である。利用者確保のためには、年間の事業予算を作成し、確保すべき利用者数を念頭に利用者の確保を日々していくことが必要になる。現在、訪問看護ステーションの事業予算を作成している施設は66.1%、運営状況や収支状況を検討する運営会議を開催している施設は64.3%にとどまっている。訪問看護ステーションは独立した事業体として、自らの事業予算の作成や運営会議等を開催し、経営力の向上に努める必要がある。

図3-15 訪問看護ステーションの事業予算の作成

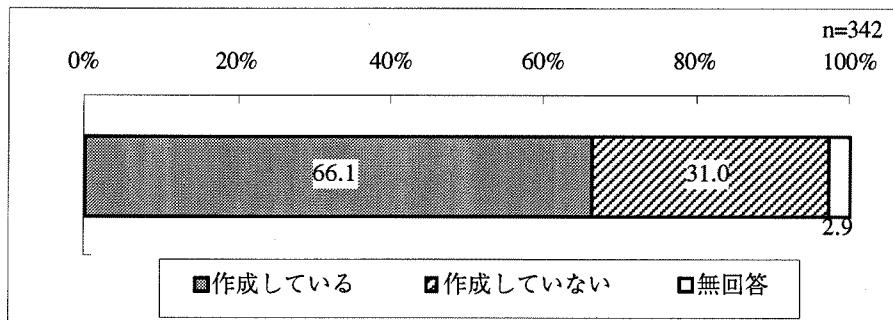
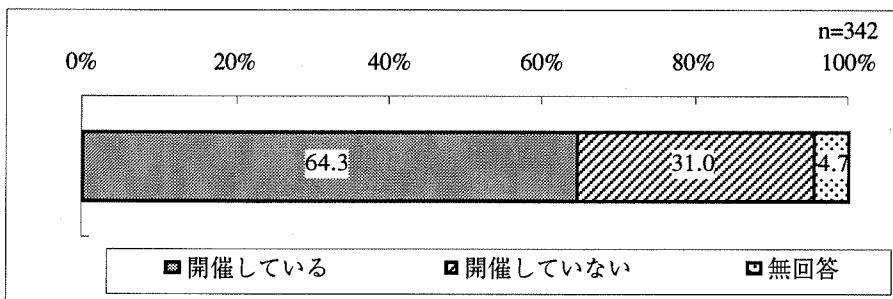


図3-16 訪問看護ステーションの運営会議の開催



実際に本調査結果によると、事業予算の作成や運営会議を開催しているところでは、利用者数も増加傾向のところが多くなっている。

図3-17 利用者数の推移（事業予算の作成状況別）

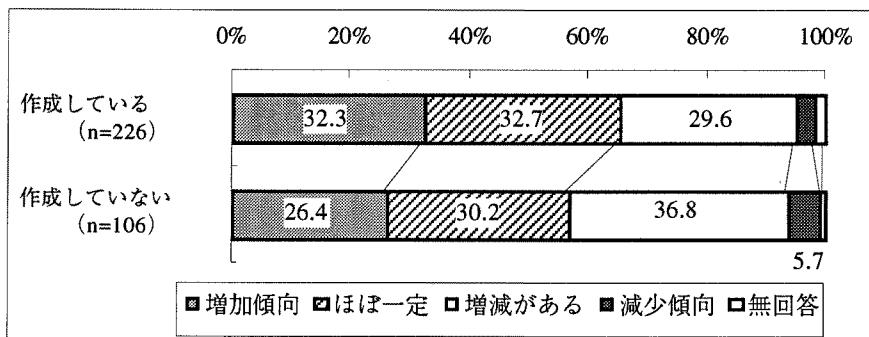
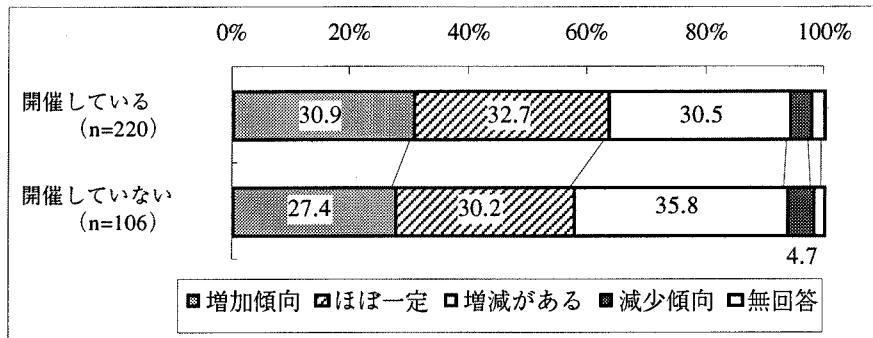


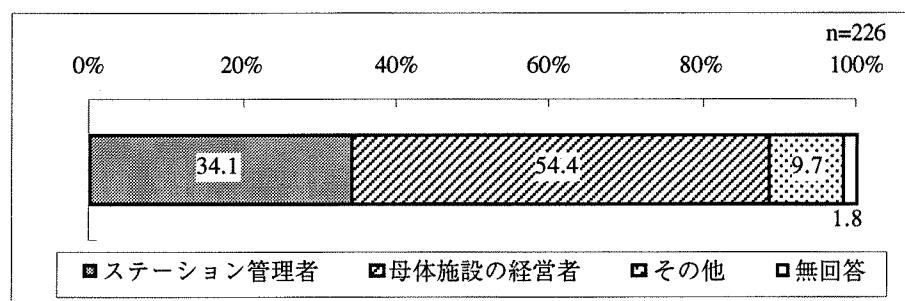
図3-18 利用者数の推移（運営会議の開催状況別）



しかし、訪問看護ステーションの経営については、病院や社会福祉施設などの母体施設へ依存している施設も多く、事業予算を作成している施設でも、訪問看護ステーション管理者自らが作成している割合は34.1%で、54.4%は母体施設の経営者が作成しているのが現状である。

介護保険制度下においては、民間事業者等の多様な事業主体の参入による民間活力の活用が図られるため、これらの民間事業者等との競争力をつけるためには、経営力の強化、運営の効率化は重要な課題といえる。今後は、訪問看護ステーションの管理者自身が予算を作成し、経営管理を行っていく必要があろう。

図3-19 訪問看護の事業予算の作成責任者



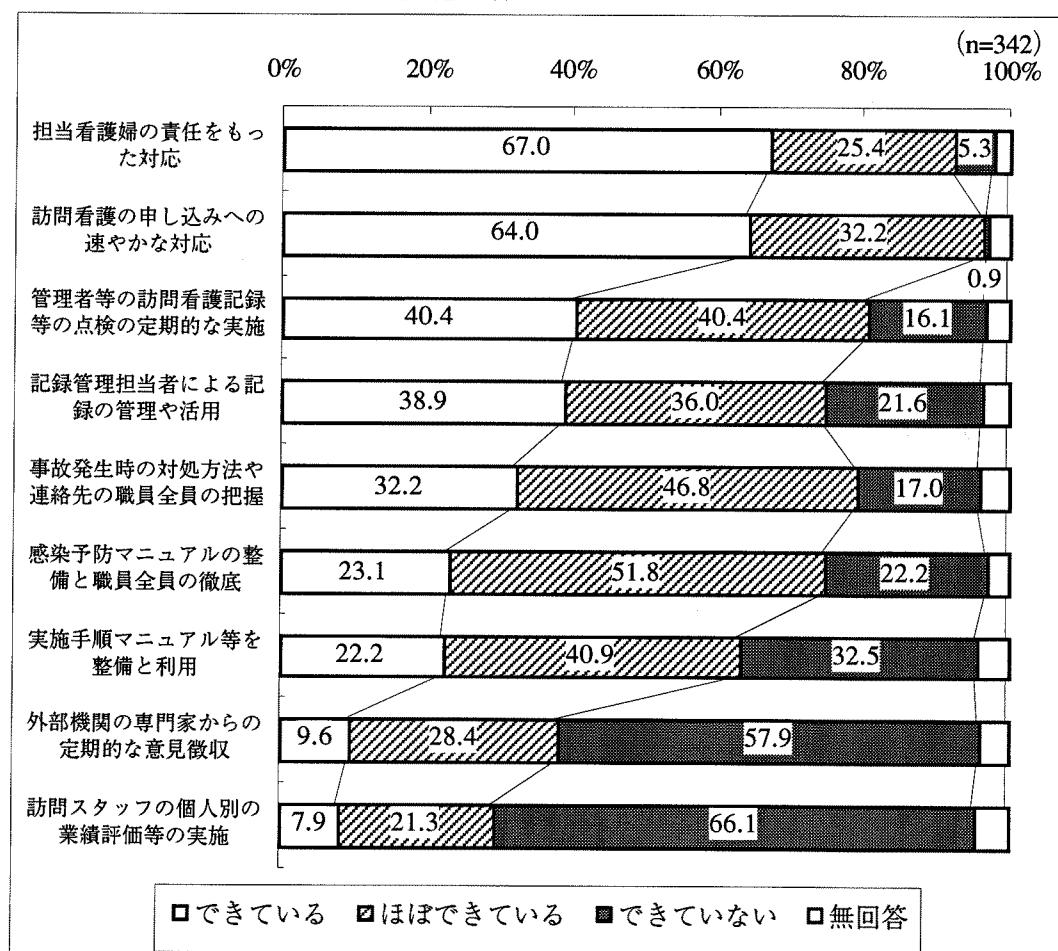
## ⑤サービスの質の向上

介護保険制度は、利用者の保険料負担の見返りとしてサービス受給が位置づけられる「社会保険方式」であり、サービスの選択、ケアプランへの利用者の意向反映等を通じた利用者本位の制度となる。また、民間事業者等の多様な事業主体の参入による民間活力の活用も図られ、実質的な選択の幅が拡大することから、訪問看護ステーションにおいても質の向上を図り、利用者の満足度を高めることが利用者の安定的確保につながると考えられる。

本調査によると、利用者が不満や苦情をいえるシステムがあると回答したステーションは29.2%となっている。具体的な方法としては、管理者などの訪問担当者以外が定期的に訪問して意見を聞いているところが殆どであるが、サービスの満足度調査等を実施しているところもあった。訪問看護ステーションのサービスの質を向上するためには、利用者の意向を十分に反映することができるよう、不満や苦情をきくためのシステムづくりを行うことが必要である。また、不満や苦情があった場合には、職員全員でその苦情等について検討会等の場で議論し、職員全員の理解を高めることも重要である。

サービスの質に関連する項目の実施率をみると、以下のようにになっていた。実施率の少ない項目については、今後積極的に取り組んでいく必要がある。

図3－20 質の管理のための実施内容



## ⑥設置主体別の今後の課題

本調査で回答の得られた施設数は少ないので、設置主体別の訪問看護提供方法や体制の違いがみられた。

まず、ケアマネジメントの実施状況をみると、看護協会立の訪問看護ステーションでは、アセスメントシートの利用率（全体平均：23.4%、看護協会立：41.7%）や合同ケアカンファレンスへの参加率（全体平均：79.8%、看護協会立：100.0%）などが高かった。

現段階から地域の他機関を召集し、合同ケアカンファレンスを主催できているのは、地方公共団体立や看護協会立（全体平均：36.8%、地方公共団体立：50.0%、看護協会立：66.7%）の訪問看護ステーションで多かった。その他の訪問看護ステーションにおいても、今後地域の他機関と連携して合同ケアカンファレンスを主催し、ケアマネジメント機能を積極的に果たすことが課題であろう。

今後、民間事業者の訪問看護ステーションへの参入が予想される中、これまで以上に訪問看護事業の運営・経営管理を十分に行い、経営を安定化することが重要である。このためには、訪問看護の事業予算を作成するなど、独立した事業として運営していくことが重要と考えられる。

現在、医療法人立の訪問看護ステーションでは、母体施設の事業予算の中に訪問看護事業の予算が組み込まれているところが多く、独立した事業予算を作成している割合が低かった（全体平均：66.1%、医療法人立：41.2%）。また、訪問看護の事業予算を作成していても、作成責任者が母体施設の経営者である割合が半数を占める（全体平均：54.4%）ため、今後は訪問看護ステーションの管理者等が作成責任者となることが課題と考えられる。また、作成した事業予算を職員に説明し、職員全員が事業計画を踏まえてサービス提供にあたることも重要であるが、現在、社会福祉法人立では職員全員への説明率が比較的低い（全体平均：28.8%、社会福祉法人立：14.3%）ことから、今後は職員全員への説明に取り組んでいく必要がある。また、訪問看護ステーションの運営会議については、医師会立や看護協会立（全体平均：64.3%、医師会立：87.3%、看護協会立：83.3%）の開催率が高く、その他の施設においても定期的に運営会議を開催していくことが重要である。

利用者の確保面からみると、社会福祉法人立では利用者が増加傾向という施設が比較的少ない（全体平均：30.7%、社会福祉法人立：16.7%）ことから、今後とも利用者数の確保に努める必要がある。また、医療法人立の訪問看護ステーションでは主治医数が比較的少ない（全体平均：23.6人、医療法人立17.4人）ことから、利用者の安定的確保のためには、地域に開かれた訪問看護ステーションとして経営していくことが必要であろう。

介護保険制度はサービスの選択、ケアプランへの利用者の意向反映等を通じた利用者本位の制度であり、これまで以上に利用者の意向や不満・苦情をきく方法を確立しておくことが必要である。現在、利用者の不満や苦情をきくためのシステムは、地方公共団体立（全体平均：29.2%、地方公共団体立：18.8%）では比較的少ない。今後は管理者等による定期訪問や利用者の満足度調査を実施することにより、利用者のニーズを踏まえたサービスの提供を行っていくべきであろう。

調査票

及び

単純集計結果



秘

## 介護保険制度を展望した訪問看護ステーションの役割と方向性に関する調査

社団法人 全国訪問看護事業協会

介護保険法が成立し、訪問看護ステーションには新たな期待が寄せられているところであります。訪問看護ステーションでは、これまで地域の関係機関と連携し、総合的・一体的なサービスを提供してきており、介護保険制度下においても「ケアマネジメント」の機能をより一層充実させることが重要と考えられます。

本調査は、全国の協会員の訪問看護ステーションの方々に、現在のケアマネジメントの状況や運営・経営管理状況についてお聞きし、介護保険制度下において訪問看護ステーションが果たすべき役割と方向性について検討するための基礎資料するものです。

皆様から得られた回答は、貴重なデータとして活用させていただきます。大変お忙しい中恐縮ですが、調査の趣旨をご理解のうえ、何卒ご協力賜りますようお願い申しあげます。

なお、回答されました内容は統計的に処理しますので、各ステーションの回答がそのまま公表されることはありません。

### ◇◇◇ 記入上の注意 ◇◇◇

1. この調査票は訪問看護ステーションの管理者の方がご記入下さい。
2. 調査票は特に日付が示されているもの以外、平成9年12月1日現在で記入してください。
3. 番号のあるものは、そのいずれかに○印をつけてください。
4. 四角の枠のところは、具体的に記入してください。
5. 「その他（　）」に該当する場合には、（　）内に具体的に記入してください。
6. 黒または青のペンやボールペンで記入してください。
7. ご記入ずみの調査票は、同封の返信用封筒を使用して、  
『平成10年1月16日（金）』までにご返送ください。
8. 調査内容について不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

### <問い合わせ先>

社団法人 全国訪問看護事業協会 石川

〒160 東京都新宿区新宿1-3-8 YKB新宿御苑905

TEL 03 (3351) 5898 (FAX兼用)

(月～金 朝10時～夕方5時の間にお願いします)

なお、12月27日～1月4日は年末・年始のため休業致します。

# 1. ケアマネジメントの実施状況

訪問看護ステーションでは、これまで地域の関係機関と連携し、総合的・一体的なサービスを提供してきており、介護保険制度下においても「ケアマネジメント」の機能をより一層発揮させることが重要です。

## 問1. ケアマネジメントの実施状況

### (1) アセスメントについて

①介護保険制度下においてケアプランを作成するためには、貴ステーションで現在実施しているアセスメントの内容や方法で十分だと思いますか。 (○は1つ)

1. 十分      2. 不十分      3. 分からない

②貴ステーションでは、現在アセスメントシートを使用していますか。 (○は1つ)

1. 使用している      2. 使用していない → (2) へ

→ 【1. を選んだ方のみお答え下さい】

SQ1. アセスメントシートとして、通常何を利用していますか。 (○は1つ)

- ア. MDS-HC/CAPs      イ. 日本訪問看護振興財団版  
ウ. 日本介護福祉士会版      エ. 日本社会福祉士会版  
オ. 貴ステーションや併設施設で独自に作成したアセスメントシート  
カ. その他 ( )

### (2) ケアカンファレンス・ケアプランの作成について

①貴ステーション内部でケアカンファレンスを開催していますか。 (○は1つ)

1. 開催している      2. 開催していない

②他機関との合同ケアカンファレンスを開催又は参加していますか。 (○は1つ)

(ここでいう合同ケアカンファレンスとは、貴ステーション以外の機関と一緒に会して行う会議のことで、機関の代表者レベルの会議から実務者レベルの会議まで全てを含みます)

1. 参加している      2. 参加していない → ③へ

→ 【1. を選んだ方のみお答え下さい】

SQ1. 平成9年10月～12月の3ヶ月間に開催又は参加した合同ケアカンファレンスの回数

(1回に複数ケースを検討した場合でも1回と数えて下さい)

回

→ SQ2. この合同ケアカンファレンスで検討した貴ステーションの利用者数

人

→ 3～4ページの問2「利用者一覧表」にそれぞれの方の日常生活自立度などを記入して下さい。

SQ3. SQ1の合同ケアカンファレンスのうち、貴ステーションが中心となって他機関に連絡し、ケアカンファレンスを主催したことがありましたか。 (○は1つ)

1. ある      2. ない

SQ 4. 合同ケアカンファレンスに利用者や家族等が参加するありますか。 (○は1つ)

1. ある 2. ない

SQ 5. 合同ケアカンファレンスの場で、各ケースに関する問題点・ケア目標・ケア内容等を記入したケアプラン表を作成していますか。 (○は1つ)

1. 作成している →ア. 関係機関で共有している イ. 関係機関で共有していない  
2. 作成していない

SQ 6. 合同ケアカンファレンスの場で、各サービスの訪問時間等を記載した週間又は月間スケジュール表を作成していますか。 (○は1つ)

1. 作成している →ア. 関係機関で共有している イ. 関係機関で共有していない  
2. 作成していない

③他機関との合同ケアカンファレンスを開催するとした場合、利用できる会議室がありますか。

(ステーション以外の施設等の会議室でも可) (○は1つ)

1. 利用できる会議室がある 2. 利用できる会議室はない→④へ

▶【1. を選んだ方のみお答え下さい】

SQ 1. その会議室はどこにありますか。 (○はいくつでも)

1. 貴ステーション内にある 2. 併設施設内にある  
3. 併設施設ではないが近隣の施設内にある 4. その他 ( )

④他機関と連携する上で困難なことがありますか (○は1つ)

1. よくある 2. ときどきある 3. ほとんどない→⑤へ 4. ない→⑤へ

▶【1. 2. を選んだ方のみお答え下さい】

SQ 1. 他機関と連携する上で困難なことはどれですか。 (○はいくつでも)

1. 他機関との合同会議や訪問の日程調整等が困難 2. 他機関との業務・役割分担が困難  
3. 他機関との情報(問題点やニーズ等)の共有が困難 4. 行政との連携が困難  
5. その他 ( )

SQ 2. 困難な内容について、具体的に記入して下さい。

⑤訪問看護計画の以下の内容を変更する際に、利用者本人や家族に説明していますか。(○は各1つ)

ケア目標について 変更する場合	1. 説明している →ア. 書面を使って説明 イ. 書面を使わずに説明 2. 説明していない
訪問回数や訪問時間につ いて変更する場合	1. 説明している →ア. 書面を使って説明 イ. 書面を使わずに説明 2. 説明していない
ケア内容について 変更する場合	1. 説明している →ア. 書面を使って説明 イ. 書面を使わずに説明 2. 説明していない

問2. 1ページの問1 (2) ②SQ2に記入した利用者全員について、次頁の「利用者一覧表」に1人ずつ①～⑩に当てはまる記号や数字を記入して下さい。(SQ2の回答が「0人」もしくは無回答の方は問3にお進み下さい)

①日常生活自立度：ランク「J」「A」「B」「C」で記入。(厚生省「障害老人の日常生活自立度(複たきり度)判定基準」に従って記入)

②痴呆の程度　：痴呆の程度を「I」「II」「III」「IV」「M」で記入。痴呆なしの場合は「×」を記入。  
(厚生省「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」に従って記入)

③医療依存度：以下の「1」～「4」のうち、あてはまる番号を記入。  
「1」：軽度 (安定しているが、時々バイタルサイン等の観察チェックが必要)  
「2」：中度 (安定しているが再発の危険がある。慢性疾患があり、悪化の可能性がある。必要時バイタルサイン等の観察チェックが必要)  
「3」：重度 (病状がやや不安定。定期的にバイタルサイン等の観察チェックが必要)  
「4」：最重度 (病状が不安定または感染が疑われる、急変が予想される、苦痛がひどく意識が不鮮明など、バイタルサイン等常時または頻回に観察チェック

④初回訪問時期：平成9年10月～12月（3ヶ月間）に初回訪問した利用者には「○」を記入

⑤訪問回数　：当該ケースへの平成9年12月1ヶ月間の訪問回数

⑥平均滞在時間：当該ケースへの平成9年12月1ヶ月間の1回あたり平均滞在時間（往復の時間は除き、利用者宅に滞在している時間の平均）

⑦内部ケアカンファレンスの開催回数：平成9年10月～12月（3ヶ月間）に当該ケースをとりあげて検討した内部ケアカンファレンスの回数

⑧他機関との合同ケアカンファレンスの開催回数：平成9年10月～12月（3ヶ月間）に当該ケースをとりあげて検討した他機関との合同ケアカンファレンスの回数

⑨他機関との連絡調整時間：平成9年12月1ヶ月間に当該ケースに関して他機関と連絡調整（電話やFAX、訪問等）した時間（合同ケアカンファレンスの出席時間は|

⑩連携した機関・サービス：表1の機関のうち、平成9年12月1ヶ月間に当該ケースについて貴ステーションが連携した機関・サービスの番号に「○」を記入。  
(電話やFAX、手紙、訪問、合同ケアカンファレンスでの同席、連絡ノートでの連携等を含む)

⑪中心的な機関・サービス：当該ケースについて、他機関との連携等において中心的な役割を果たしている機関の番号を表1から1つ選び記入。

表1

1. 主治医	2. 病院の外来診療（1以外）	3. 診療所の外来診療（1以外）	4. 歯科医
5. 在宅介護センター	6. ホームヘルプサービス	7. デイサービス	9. シヨーネトスティ
10. 入浴サービス	11. 給食・配食サービス	12. 訪問リビング	13. 他施設からの訪問看護
15. 入浴用具事業者	16. 医療機器取扱事業者	17. 住宅改修事業者	18. 緊急通報システム
20. 有償ボランティア	21. 保健所	22. 市町村保健建設部	23. 市町村福祉担当部
23. 市町村福祉担当部・福祉事務所	24. その他	25. 貴訪問看護ステーション	

**利用者一覧表**

	① 日常生活自立度	② 痴呆の程度	③ 医療依存度	④ 初回訪問時期	⑤ 訪問回数	⑥ 1回平均滞在時間	⑦ 内部ケカナルシステム	⑧ 他機関との合同ケアマネジメント	⑨ 他機関との連絡調整時間	⑩ 連携した機関
(例)	C	Ⅲ	3	○	4	1時間15分	2	1	1時間30分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Aさん						時間 分			時間 分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Bさん						時間 分			時間 分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Cさん						時間 分			時間 分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Dさん						時間 分			時間 分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Eさん						時間 分			時間 分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Fさん						時間 分			時間 分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Gさん						時間 分			時間 分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Hさん						時間 分			時間 分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Iさん						時間 分			時間 分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Jさん						時間 分			時間 分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

足りない場合は、お手数ですが、コピーをして添付して下さい。

## 2. 訪問看護ステーションの運営・経営管理

介護保険制度下において「民間活用」が検討され、民間事業者の訪問看護サービスへの参入が予想される中、訪問看護ステーションにおいては今まで以上に運営・経営管理を十分に行い、経営の安定化を図る必要性があると考えられます。

### 問3. 運営・経営について

(1) 貴ステーションでは、訪問看護の事業予算を作成していますか。 (○は1つ)

1. 作成している       2. 作成していない → (2) へ

→ 【1. を選んだ方のみお答え下さい】

SQ1. 事業予算の作成責任者は誰ですか (○は1つ)

1. 貴ステーションの管理者  
 2. 母体施設の経営者（市町村立の場合は、市町村担当課）  
 3. その他 ( )

SQ2. 作成した事業予算をステーションの職員に説明していますか (○は1つ)

1. ステーションの職員全員に説明している  
 2. ステーションの職員の一部に説明している  
 3. 説明していない  
 4. その他 ( )

(2) 平成8年度の収支の予算・実績、平成9年度の予算を記入して下さい (千円以下切捨て)。

(予算を作成していないステーションの方は平成8年度実績のみを記入して下さい。

平成9年度に開設したステーションの方は、予算を作成していれば平成9年度予算のみを記入し、予算を作成していない場合は無記入で結構です。)

平成8年度 予算

事業収入	(	千円)
事業費用	(	千円)
うち人件費	(	千円)
事業収支差額	(	千円)

実績

事業収入	(	千円)
事業費用	(	千円)
うち人件費	(	千円)
事業収支差額	(	千円)

平成9年度 予算

事業収入	(	千円)
事業費用	(	千円)
うち人件費	(	千円)
事業収支差額	(	千円)

(3) 貴ステーションの運営状況や収支状況を検討する運営会議を開催していますか。 (○は1つ)  
(貴ステーションの運営状況や収支状況に関して協議する会議全てを含みます)

1. 開催している      2. 開催していない→問4へ

→ 【1. を選んだ方のみお答え下さい】

SQ1. 運営会議に参加している人の所属機関・役職を選んで下さい。 (○はいくつでも)

1. 母体施設の経営者（市町村立の場合は、市町村担当課）
  2. 貴ステーションの管理者
  3. 貴ステーションの職員（管理者以外）
  4. その他（

)

SQ2. 運営会議の開催頻度はどの程度ですか。 (○は1つ)

1. 年1回程度 2. 半年に1回程度 3. 4半期に1回程度  
4. 毎月 5. その他( )

)

#### 問4. 貴ステーションの利用者について

### (1) 利用者数

①平成9年12月1日現在の利用者数

② ①のうち平成9年4月以降に訪問を開始した利用者数

人

この新規利用者の紹介元・情報源となった機関数を下欄の左の（ ）内に記入し、その機関のうち平成9年4月以降に初めて紹介元・情報源となった機関数を右の（ ）内に記入して下さい。

	紹介元の機関数	うち9年4月以降初めて 紹介元となった機関数
病院	( ) ケ所	( ) ケ所
診療所	( ) ケ所	( ) ケ所
老人保健・福祉施設	( ) ケ所	( ) ケ所
在宅介護支援センター	( ) ケ所	( ) ケ所
保健所・市町村	( ) ケ所	( ) ケ所
社会福祉協議会	( ) ケ所	( ) ケ所
その他	( ) ケ所	( ) ケ所

(2) 利用者数はどのように推移していますか。 (○は1つ)

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1. 利用者数は増加傾向  | 2. 利用者数はほぼ一定 |
| 3. 利用者数は増減がある | 4. 利用者数は減少傾向 |

(3) 利用者の確保のためにどのようなことを実施していますか。 (〇はいくつでも)

1. 積極的にPR活動を実施する
  2. 行政との連絡を定期的に行う
  3. 地域の保健医療福祉関連機関・施設との連絡を定期的に行う
  4. 訪問依頼があった場合は、断らずに必ず訪問する
  5. その他（

(4) 主治医数

①平成9年4月1日現在に指示書の交付を受けていた主治医数	人
②平成9年12月1日現在に指示書の交付を受けていた主治医数	人
③②のうち母体施設（市町村立の場合は市町村立の施設全てを含む）の主治医数	人

問5. 訪問看護の質の管理について

(1) 現在、貴ステーションにおける以下の項目の実施状況についてお答え下さい。 (○は各1つ)

	できている	ほぼできている	できっていない
訪問看護の申込みに関する手順を定め、速やかに対応していますか	1	2	3
訪問看護の実施手順マニュアル等を整備し、利用していますか	1	2	3
各利用者の担当看護婦を決め、各担当者が責任を持って対応していますか	1	2	3
訪問看護の記録管理担当者を決め、記録の管理や活用を行っていますか	1	2	3
管理者等が訪問看護記録等の点検を定期的に行ってていますか	1	2	3
外部機関の専門家（訪問看護の技術や知識の向上と運営等についての助言者）からの意見等を定期的に聞いていますか	1	2	3
感染予防についてのマニュアルを整備し、職員全員で徹底していますか	1	2	3
事故発生時の対処方法や連絡先等を決め、職員全員で把握していますか	1	2	3
訪問スタッフについて、個人別の業績評価等を定期的に行っていますか	1	2	3

(2) 利用者からの不満や苦情について

①利用者が担当者や看護内容について不満や苦情をいえるシステムがありますか。 (○は1つ)

1. 不満や苦情をいえるシステムがある      2. 不満や苦情をいえるシステムはない→②へ

→【1. を選んだ方のみお答え下さい】

SQ1. その方法を選んで下さい (○はいくつでも)

1. 管理者等の訪問担当者以外が定期的に訪問して、不満や苦情を聞いている  
 2. 患者会・家族会を開催し、不満や苦情を聞いている  
 3. 利用者・家族の満足度調査等を実施している  
 4. その他 ( )

②利用者から担当者や看護内容について不満や苦情が出た場合には、どのように対処することが最も多いですか。 (○は1つ)

1. 不満や苦情を受けた職員が直接対応することが多い  
 2. 管理者が対応することが多い  
 3. 不満や苦情処理の検討会を設け、職員全員で検討することが多い  
 4. その他 ( )

(3) (老人) 訪問看護療養費として、24時間連絡体制加算を請求していますか。 (○は1つ)

1. 請求している      2. 請求していない→問6へ

►【1. を選んだ方のみお答え下さい】

SQ1. 平成9年12月に24時間連絡体制加算を請求した利用者数

人

SQ2. 平成9年12月1ヶ月間にSQ1の利用者から通常の営業時間以外の時間（夜間・早朝等）に受けた相談件数

件

SQ3. 通常の営業時間以外の時間（夜間・早朝等）に訪問する体制がありますか（○は各1つ）

1. 訪問体制がある      2. 訪問体制がない

↓

通常の営業時間以外の時間（夜間・早朝等）にも計画的に訪問していますか

ア. 夜間・早朝も含め24時間計画的な訪問を行っている

平成9年12月1ヶ月の計画的訪問回数 ( ) 回

平成9年12月1ヶ月の臨時訪問回数 ( ) 回

イ. 夜間・早朝は必要があれば臨時訪問をしている

平成9年12月1ヶ月の臨時訪問回数 ( ) 回

### 3. 介護保険全般について

介護保険法制度下では、サービス提供者との連絡調整やサービス提供の管理、ケアプランの作成と見直し、要介護者および家族に対する情報提供や費用の説明等を行う人が介護支援専門員（ケアマネジャー）として位置づけられます。ケアマネジメント機関として都道府県知事から指定を受ける場合には、ケアマネジャーが一定数以上いることが条件になります。

訪問看護ステーションでは、従来の「訪問看護」という1つのサービス提供機関としての機能を果たすことに加えて、この「ケアマネジメント機関」としての機能を合わせ持つことが重要となります。

問6. 貴ステーションでは、ケアマネジャーの資格を取得させる予定／検討中の人にはいますか。  
(○は1つ)

- 1. 具体的に資格を取得する予定の人がいる
- 2. 資格の取得を検討している人がいる
- 3. 取得する予定／検討中の人はない →問7へ

►【1. 2. を選んだ方のみお答え下さい】

SQ1. ケアマネジャーになる予定／検討中の人数を職種別に記入して下さい。

職種	資格を取得する予定の人	資格の取得を検討している人
保健婦（士）	人	人
看護婦（士）	人	人
准看護婦（士）	人	人
理学療法士	人	人
作業療法士	人	人
社会福祉士	人	人
介護福祉士	人	人
その他（ ）	人	人

問7. 今後、訪問看護ステーションで以下のサービスを実施できると仮定した場合、貴ステーションで実施したいサービスはどれですか。 (○はいくつでも)

- 1. 在宅介護支援センター
- 2. ホームヘルプサービス
- 3. デイサービス
- 4. グループホーム
- 5. 入浴サービス
- 6. 福祉用具販売・レンタル
- 7. 医療機器・器材販売・レンタル
- 8. 住宅改造
- 9. 給食・配食サービス
- 10. 緊急通報サービス
- 11. その他（ ）
- 12. 特になし

問8. 介護保険制度に関する疑問、ご意見等をご記入下さい。

(本協会で発行している『訪問看護ステーションニュース』等に皆様のご意見を踏まえて掲載する予定です)

#### 4. 施設の概要

(1) ステーション名			
(2) 都道府県名			
(3) 開設年月	平成( )年( )月		
(4) 開設主体 (○は1つ)	1. 国・地方公共団体      2. 医療法人      3. 社会福祉法人 4. 公的・社会保険関係団体      5. 医師会      6. 看護協会 7. その他		
(5) 開設主体が持っている施設 (○はいくつでも)	1. 病院      2. 診療所 3. 市町村保健センター      4. 在宅介護支援センター 5. 老人保健施設      6. 特別養護老人ホーム 7. デイサービスセンター      8. その他の社会福祉施設 9. 医師会館・看護協会会館      10. 1~9以外( ) 11. なし		
(6) 貴ステーションに併設している施設 (○はいくつでも)	1. 病院      2. 診療所 3. 市町村保健センター      4. 在宅介護支援センター 5. 老人保健施設      6. 特別養護老人ホーム 7. デイサービスセンター      8. その他の社会福祉施設 9. 医師会館・看護協会会館      10. 1~9以外( ) 11. 併設していない		
(7) 貴ステーションのある所在市町村について (東京都特別区は区について)	①人口規模 (○は1つ)	1. 5千人未満 3. 1万人~ 5. 10万人~ 7. 50万人~	2. 5千人~ 4. 5万人~ 6. 30万人~ 8. 100万人~
	②市区町村内の訪問看護ステーション数 (○は1つ)	1. 1カ所 3. 4~5カ所 5. 10カ所以上	2. 2~3カ所 4. 6~9カ所 6. 不明
	③市区町村内の在宅介護支援センター数 (○は1つ)	1. 1カ所 3. 4~5カ所 5. 10カ所以上 7. 不明	2. 2~3カ所 4. 6~9カ所 6. なし
(8) 職員数 (平成9年12月1日現在)		常勤	非常勤 (常勤換算※)
	保健婦(士)	人	人
	看護婦(士)	人	人
	准看護婦(士)	人	人
	理学療法士	人	人
	作業療法士	人	人
	事務職員	人	人
	その他( )	人	人

※非常勤職員の常勤換算の方法 週40時間勤務を基準として、以下のように計算して下さい。

(例) 週に2日×5時間=10時間勤務している場合 10時間÷40時間=0.25人

# 単純集計結果

## 問1. ケアマネジメントの実施状況

### (1) アセスメントについて

- ①介護保険制度下においてケアプランを作成するためには、貴ステーションで現在実施しているアセスメントの内容や方法で十分だと思いますか。 (○は1つ) (n=342)
- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 十分    | 22( 6.4)  |
| 2. 不十分   | 279(81.6) |
| 3. 分からない | 35(10.2)  |
| 無回答      | 6( 1.8)   |

- ②貴ステーションでは、現在アセスメントシートを使用していますか。 (○は1つ) (n=342)

- |            |                   |
|------------|-------------------|
| 1. 使用している  | 80(23.4)          |
| 2. 使用していない | 255(74.6) → (2) へ |
| 無回答        | 7( 2.0)           |

↓

#### 【1. を選んだ方のみお答え下さい】

- S Q 1. アセスメントシートとして、通常何を利用していますか。 (○は1つ) (n=80)
- |                                  |          |                |          |
|----------------------------------|----------|----------------|----------|
| ア. MDS-HC/CAPS                   | 20(25.0) | イ. 日本訪問看護振興財団版 | 24(30.0) |
| ウ. 日本介護福祉士会版                     | —(—)     | エ. 日本社会福祉士会版   | 1( 1.3)  |
| オ. 貴ステーションや併設施設で独自に作成したアセスメントシート |          |                | 26(32.5) |
| カ. その他                           | 5( 6.3)  | 無回答            | 4( 5.0)  |

### (2) ケアカンファレンス・ケアプランの作成について

- ①貴ステーション内部でケアカンファレンスを開催していますか (○は1つ) (n=342)

- |            |           |
|------------|-----------|
| 1. 開催している  | 303(88.6) |
| 2. 開催していない | 35(10.2)  |
| 無回答        | 4( 1.2)   |

- ②他機関との合同ケアカンファレンスを開催又は参加していますか。 (○は1つ)

(ここでいう合同ケアカンファレンスとは、貴ステーション以外の機関と一緒に会して行う会議のことで、機関の代表者レベルの会議から実務者レベルの会議まで全てを含みます) (n=342)

- |            |           |
|------------|-----------|
| 1. 参加している  | 273(79.8) |
| 2. 参加していない | 65(19.0)  |
| 無回答        | 4( 1.2)   |

↓

#### 【1. を選んだ方のみお答え下さい】

- S Q 1. 平成9年10月～12月の3ヶ月間に開催又は参加した合同ケアカンファレンスの回数  
(1回に複数ケースを検討した場合でも1回と数えて下さい) (n=266)

平均 4.31回

- S Q 2. この合同ケアカンファレンスで検討した貴ステーションの利用者数 (n=206)  
平均 5.58人

- S Q 3. S Q 1の合同ケアカンファレンスのうち、貴ステーションが中心となって他機関に連絡し、  
ケアカンファレンスを主催したことがありましたか。 (○は1つ) (n=273)

- |       |           |
|-------|-----------|
| 1. ある | 126(46.2) |
| 2. ない | 137(50.2) |
| 無回答   | 10( 3.7)  |

S Q 4. 合同ケアカンファレンスに利用者や家族等が参加する事がありますか。 (○は1つ)  
(n=273)

- |       |           |
|-------|-----------|
| 1. ある | 133(48.7) |
| 2. ない | 135(49.5) |
| 無回答   | 5( 1.8)   |

S Q 5. 合同ケアカンファレンスの場で、各ケースに関する問題点・ケア目標・ケア内容等を記入した  
ケアプラン表を作成していますか。 (○は1つ) (n=273)

- |                  |           |                 |          |
|------------------|-----------|-----------------|----------|
| <u>1. 作成している</u> | 156(57.1) | →ア. 関係機関で共有している | 92(59.0) |
|                  |           | イ. 関係機関で共有していない | 43(27.6) |
|                  |           | 無回答             | 21(13.5) |
| 2. 作成していない       | 111(40.7) |                 |          |
| 無回答              | 6( 2.2)   |                 |          |

S Q 6. 合同ケアカンファレンスの場で、各サービスの訪問時間等を記載した週間又は月間スケジュー  
ル表を作成していますか。 (○は1つ) (n=273)

- |                  |           |                 |           |
|------------------|-----------|-----------------|-----------|
| <u>1. 作成している</u> | 172(63.0) | →ア. 関係機関で共有している | 104(60.5) |
|                  |           | イ. 関係機関で共有していない | 44(25.6)  |
| 2. 作成していない       | 94(34.4)  | 無回答             | 24(14.0)  |
| 無回答              | 7( 2.6)   |                 |           |

③他機関との合同ケアカンファレンスを開催するとした場合、利用できる会議室がありますか。  
(ステーション以外の施設等の会議室でも可) (○は1つ) (n=342)

- |                       |              |
|-----------------------|--------------|
| <u>1. 利用できる会議室がある</u> | 296(86.5)    |
| 2. 利用できる会議室はない        | 40(11.7) →④へ |
| 無回答                   | 6( 1.8)      |

↓

【1. を選んだ方のみお答え下さい】

S Q 1. その会議室はどこにありますか。 (○はいくつでも) (n=296)

- |                       |           |
|-----------------------|-----------|
| 1. 貴ステーション内にある        | 75(25.3)  |
| 2. 併設施設内にある           | 200(67.6) |
| 3. 併設施設ではないが近隣の施設内にある | 60(20.3)  |
| 4. その他                | 31(10.5)  |
| 無回答                   | 2( 0.7)   |

④他機関と連携する上で困難なことがありますか (○は1つ) (n=342)

- |                  |             |
|------------------|-------------|
| <u>1. よくある</u>   | 37(10.8)    |
| <u>2. ときどきある</u> | 179(52.3)   |
| 3. ほとんどない        | 90(26.3) →⑤ |
| 4. ない            | 12(3.5)     |
| 無回答              | 24(7.0)     |

↓

【1. 2. を選んだ方のみお答え下さい】

S Q 1. 他機関と連携する上で困難なことはどれですか。 (○はいくつでも) (n=216)

- |                            |           |
|----------------------------|-----------|
| 1. 他機関との合同会議や訪問の日程調整等が困難   | 164(75.9) |
| 2. 他機関との業務・役割分担が困難         | 68(31.5)  |
| 3. 他機関との情報（問題点やニーズ等）の共有が困難 | 96(44.4)  |
| 4. 行政との連携が困難               | 44(20.4)  |
| 5. その他                     | 4( 1.9)   |
| 無回答                        | 2( 0.9)   |

⑤訪問看護計画の以下の内容を変更する際に、利用者本人や家族に説明していますか。（○は各1つ）

・ケア目標について変更する場合（n=342）

<u>1. 説明している</u>	263(76.9)	→ア. 書面を使って説明	16( 6.1)
		イ. 書面を使わずに説明	234(89.0)
		無回答	13( 4.9)
<u>2. 説明していない</u>	72(21.1)		
無回答	7( 2.0)		

・訪問回数や訪問時間について変更する場合（n=342）

<u>1. 説明している</u>	335(98.0)	→ア. 書面を使って説明	58(17.3)
		イ. 書面を使わずに説明	258(77.0)
		無回答	19( 5.7)
<u>2. 説明していない</u>	1( 0.3)		
無回答	6( 1.8)		

・ケア内容について変更する場合（n=342）

<u>1. 説明している</u>	328(95.9)	→ア. 書面を使って説明	26( 7.9)
		イ. 書面を使わずに説明	287(87.5)
		無回答	15( 4.6)
<u>2. 説明していない</u>	7( 2.0)		
無回答	7( 2.0)		

問2. 問1（2）②SQ2に記入した利用者全員について①～⑪に当てはまる記号や数字を記入して下さい。

（問1（2）②SQ2の回答が「0人」もしくは無回答の施設の方は問3におすすみ下さい）

①日常生活自立度ランク：ランク「J」「A」「B」「C」で記入。（n=1469）

（厚生省「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」に従って記入）

ランク J	93( 6.3)
ランク A	289(19.7)
ランク B	473(32.2)
ランク C	608(41.4)
無回答	6( 0.4)

②痴呆の程度：痴呆の程度を「I」「II」「III」「IV」「M」で記入。（n=1469）

（厚生省「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」に従って記入）

「I」	206(14.0)
「II」	237(16.1)
「III」	213(14.5)
「IV」	141( 9.6)
「M」	29( 2.0)
痴呆なし	551(37.5)
無回答	92( 6.3)

③医療依存度：以下の「1」～「4」のうち、あてはまる場合を記入。（n=1469）

「1」：軽度（安定はしているが、時々バイタルサイン等の観察チェックが必要）

「2」：中度（安定しているが再発の危険がある。慢性疾患があり、悪化の可能性ある。必要バイタルサイン等の観察チェックが必要）

「3」：重度（病状がやや不安定。定期的にバイタルサイン等の観察チェックが必要）

「4」：最重度（病状が不安定または感染が疑われ、急変が予想される、苦痛がひどく意識が不鮮明など、バイタルサイン等常時または頻回にチェックが必要）

「1」 軽度	305(20.8)
「2」 中度	625(42.5)
「3」 重度	400(27.2)
「4」 最重度	134( 9.1)
無回答	5( 0.3)

④初回訪問時期：平成9年10月～12月（3ヶ月間）に初回訪問した利用者（n=1469）

397(27.0)

⑤訪問回数：当該ケースへの平成9年12月1ヶ月の訪問回数（n=1445）

平均 6.03回

⑥平均滞在時間：当該ケースへの平成9年12月1ヶ月間の1回あたり平均滞在時間（往復の時間は除き、利用者宅に滞在している時間の平均）（n=1394）

平均 75.21分

⑦内部ケアカンファレンスの開催回数：平成9年10月12月（3ヶ月間）当該ケースをとりあげて検討した内部ケアカンファレンスの回数（n=1214）

平均 2.44回

⑧他機関との合同ケアカンファレンスの開催回数：平成9年10月～12月（3ヶ月間）に当該ケースをとりあげて検討した他機関との合同ケアカンファレンスの回数（n=1082）

平均 1.85回

⑨他機関との連絡調整時間：平成9年12月1ヶ月間に当該ケースに関して他機関と連絡調整（電話やFAX、訪問等）した時間（合同ケアカンファレンスの出席時間は除く）（n=1159）

平均 57.90分

⑩連携した機関・サービス：下記の機関のうち、平成9年12月1ヶ月間に当該ケースについて貴ステーションが連携した機関・サービスに記入（電話やFAX、手紙、訪問、合同ケアカンファレンスでの同席、連絡ノートでの連携等を含む）（n=1319）

1. 主治医	1138(86.3)	2. 病院の外来診療（1以外）	196(14.9)
3. 診療所の外来診療（1以外）	68( 5.2)	4. 歯科医	39( 3.0)
5. 在宅介護支援センター	552(41.8)	6. ホームヘルプサービス	571(43.3)
7. デイサービス	198(15.0)	8. デイケア	117( 8.9)
9. ショートステイ	153(11.6)	10. 入浴サービス	212(16.1)
11. 給食・配食サービス	49( 3.7)	12. 訪問リハビリテーション	122( 9.2)
13. 他施設からの訪問看護	144(10.9)	14. 移送サービス	28( 2.1)
15. 福祉用具事業者	89( 6.7)	16. 医療機器取扱事業者	37( 2.8)
17. 住宅改造事業者	18( 1.4)	18. 緊急通報システム	21( 1.6)
19. 無償ボランティア	20( 1.5)	20. 有償ボランティア	22( 1.7)
21. 保健所	142(10.8)	22. 市町村保健担当部・市町村保健センター	588(44.6)
23. 市町村福祉担当部・福祉事務所	249(18.9)	24. その他	129( 9.8)

⑪中心的な機関・サービス：当該ケースについて、他機関との連携等において中心的な役割を果たしている機関の番号を下記から1つ選び記入。（n=1270）

1. 主治医	72( 5.7)	2. 病院の外来診療（1以外）	24( 1.9)
3. 診療所の外来診療（1以外）	3( 0.2)	4. 歯科医	-( -)
5. 在宅介護支援センター	128(10.1)	6. ホームヘルプサービス	35( 2.8)
7. デイサービス	3( 0.2)	8. デイケア	4( 0.3)
9. ショートステイ	3( 0.2)	10. 入浴サービス	-( -)
11. 給食・配食サービス	-( -)	12. 訪問リハビリテーション	-( -)
13. 他施設からの訪問看護	4( 0.3)	14. 移送サービス	-( -)
15. 福祉用具事業者	-( -)	16. 医療機器取扱事業者	-( -)
17. 住宅改造事業者	-( -)	18. 緊急通報システム	-( -)
19. 無償ボランティア	-( -)	20. 有償ボランティア	1( 0.1)
21. 保健所	37( 2.9)	22. 市町村保健担当部・市町村保健センター	191(15.0)
23. 市町村福祉担当部・福祉事務所	21( 1.7)	24. その他	13( 1.0)
25. 貴訪問看護ステーション	731(57.6)		

### 問3. 運営・経営について

(1) 貴ステーションでは、訪問看護の事業予算を作成していますか。（○は1つ）(n=342)

- 1. 作成している 226(66.1)
- 2. 作成していない 106(31.0) → (2) へ
- 無回答 10( 2.9)

↓

【1. を選んだ方のみお答え下さい】(n=226)

S Q 1. 事業予算の作成責任者は誰ですか（○は1つ）

- 1. 貴ステーションの管理者 77(34.1)
- 2. 母体施設の経営者（市町村立の場合は、市町村担当課） 123(54.4)
- 3. その他 22( 9.7)
- 無回答 4( 1.8)

S Q 2. 作成した事業予算をステーションの職員に説明していますか（○は1つ）

- 1. ステーションの職員全員に説明している 65(28.8)
- 2. ステーションの職員の一部に説明している 99(43.8)
- 3. 説明していない 51(22.6)
- 4. その他 5( 2.2)
- 無回答 6( 2.7)

(2) 平成8年度の収支の予算・実績、平成9年度の予算を記入して下さい（千円以下切捨て）。

（予算を作成していないステーションの方は平成8年度実績のみを記入して下さい。）

平成9年度に開設したステーションの方は、予算を作成していれば平成9年度予算のみを記入し、予算を作成していない場合は無記入で結構です。) (n=92)

	平成8年度予算	平成8年度実績	平成9年度予算
事業収入	34,322千円	37,621千円	47,852千円
事業費用	31,773千円	32,329千円	36,088千円
うち人件費	24,394千円	25,395千円	28,758千円
事業収支差額	3,983千円	5,950千円	4,576千円

- (3) 貴ステーションの運営状況や収支状況を検討する運営会議を開催していますか。 (○は1つ)  
(貴ステーションの運営状況や収支状況に関して協議する会議全てを含みます) (n=342)
1. 開催している 220(64.3)  
2. 開催していない 103(31.0) → 問4へ  
無回答16(4.7)  
↓

【1. を選んだ方のみお答え下さい】

S Q 1. 運営会議に参加している人の所属機関・役職を選んで下さい。 (○はいくつでも) (n=220)

- |                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| 1. 母体施設の経営者 (市町村立の場合は、市町村担当課) | 177(80.5) |
| 2. 貴ステーションの管理者                | 164(74.5) |
| 3. 貴ステーションの職員 (管理者以外)         | 60(27.3)  |
| 4. その他                        | 79(35.9)  |
| 無回答                           | 1(0.5)    |

S Q 2. 運営会議の開催頻度はどの程度ですか。 (○は1つ) (n=220)

- |             |          |
|-------------|----------|
| 1. 年1回程度    | 35(15.9) |
| 2. 半年に1回程度  | 41(18.6) |
| 3. 4半期に1回程度 | 33(15.0) |
| 4. 毎月       | 93(42.3) |
| 5. その他      | 16(7.3)  |
| 無回答         | 2(0.9)   |

#### 問4. 貴ステーションの利用者について

##### (1) 利用者数

① 平成9年12月1日現在の利用者数(n=220)

平均 54.65人

② ①のうち平成9年4月以降に訪問を開始した利用者数(n=327)

平均 28.19人

↓

この新規利用者の紹介元・情報源となった機関数を下欄の左の( )内に記入し、  
その機関のうち平成9年4月以降に初めて紹介元・情報源となった機関数を右の  
( )内に記入して下さい。

	紹介元の機関数	うち9年4月以降初めて紹介元となった機関数
病院	平均 6.1ヶ所	平均 1.4ヶ所
診療所	平均 9.1ヶ所	平均 2.5ヶ所
老人保健・福祉施設	平均 1.8ヶ所	平均 0.4ヶ所
在宅介護支援センター	平均 3.6ヶ所	平均 0.9ヶ所
保健所・市町村	平均 2.6ヶ所	平均 0.4ヶ所
社会福祉協議会	平均 1.2ヶ所	平均 0.2ヶ所
その他	平均 4.3ヶ所	平均 1.1ヶ所

##### (2) 利用者数はどのように推移していますか。 (○は1つ) (n=342)

- 1. 利用者数は増加傾向 105(30.7)
- 2. 利用者数はほぼ一定 107(31.3)
- 3. 利用者数は増減がある 110(32.2)
- 4. 利用者数は減少傾向 13( 3.8)

無回答 7( 2.0)

##### (3) 利用者の確保のためにどのようなことを実施していますか。 (○はいくつでも) (n=342)

- 1. 積極的にPR活動を実施する 97(28.4)
- 2. 行政との連絡を定期的に行う 140(40.9)
- 3. 地域の保健医療福祉関連機関・施設との連絡を定期的に行う 174(50.9)
- 4. 訪問依頼があった場合は、断らずに必ず訪問する 295(86.3)
- 5. その他 53(15.5)

無回答 9( 2.6)

##### (4) 主治医数(n=302)

- ①平成9年4月1日現在に指示書の交付を受けていた主治医数 平均 21.63人
- ②平成9年12月1日現在に指示書の交付を受けていた主治医数 平均 23.56人
- ③②のうち母体施設（市町村立の場合は市町村立の施設全てを含む）の主治医数 平均 7.37人

## 問5. 訪問看護の質の管理について

(1) 現在、貴ステーションにおける以下の項目の実施状況についてお答え下さい。 (○は各1つ) (n=342)

①訪問看護の申込みに関する手順を定め、速やかに対応していますか

- |            |           |
|------------|-----------|
| 1. できている   | 219(64.0) |
| 2. ほぼできている | 110(32.2) |
| 3. できていない  | 3( 0.9)   |
| 4. 無回答     | 10( 2.9)  |

②訪問看護の実施手順マニュアル等を整備し、利用していますか

- |            |           |
|------------|-----------|
| 1. できている   | 76(22.2)  |
| 2. ほぼできている | 140(40.9) |
| 3. できていない  | 111(32.5) |
| 4. 無回答     | 15( 4.4)  |

③各利用者の担当看護婦を決め、各担当者が責任を持って対応していますか

- |            |           |
|------------|-----------|
| 1. できている   | 229(67.0) |
| 2. ほぼできている | 87(25.4)  |
| 3. できていない  | 18( 5.3)  |
| 4. 無回答     | 8( 2.3)   |

④訪問看護の記録管理担当者を決め、記録の管理や活用を行っていますか

- |            |           |
|------------|-----------|
| 1. できている   | 133(38.9) |
| 2. ほぼできている | 123(36.0) |
| 3. できていない  | 74(21.6)  |
| 4. 無回答     | 12( 3.5)  |

⑤管理者等が訪問看護記録等の点検を定期的に行ってていますか

- |            |           |
|------------|-----------|
| 1. できている   | 138(40.4) |
| 2. ほぼできている | 138(40.4) |
| 3. できていない  | 55(16.1)  |
| 4. 無回答     | 11( 3.2)  |

⑥外部機関の専門家（訪問看護の技術や知識の向上と運営等についての助言者）からの意見等を定期的に聞いていますか

- |            |           |
|------------|-----------|
| 1. できている   | 33( 9.6)  |
| 2. ほぼできている | 97(28.4)  |
| 3. できていない  | 198(57.9) |
| 4. 無回答     | 14( 4.1)  |

⑦感染予防についてのマニュアルを整備し、職員全員で徹底していますか

- |            |           |
|------------|-----------|
| 1. できている   | 79(23.1)  |
| 2. ほぼできている | 177(51.8) |
| 3. できていない  | 76(22.2)  |
| 4. 無回答     | 10( 2.9)  |

⑧事故発生時の対処方法や連絡先等を決め、職員全員で把握していますか

- |            |           |
|------------|-----------|
| 1. できている   | 110(32.2) |
| 2. ほぼできている | 160(46.8) |
| 3. できていない  | 58(17.0)  |
| 4. 無回答     | 14( 4.1)  |

⑨訪問スタッフについて、個人別の業績評価等を定期的に行ってていますか

- |            |           |
|------------|-----------|
| 1. できている   | 27( 7.9)  |
| 2. ほぼできている | 73(21.3)  |
| 3. できていない  | 226(66.1) |
| 4. 無回答     | 16( 4.7)  |

(2) 利用者からの不満や苦情について

①利用者が担当者や看護内容について不満や苦情をいえるシステムがありますか。 (○は1つ) (n=342)

<u>1. 不満や苦情をいえるシステムがある</u>	100(29.2)
2. 不満や苦情をいえるシステムはない	223(65.2) → ②へ
無回答	19( 5.6)

↓

【1. を選んだ方のみお答え下さい】

S Q 1. その方法を選んで下さい (○はいくつでも) (n=100)

1. 管理者等の訪問担当者以外が定期的に訪問して、不満や苦情を聞いている	62(62.0)
2. 患者会・家族会を開催し、不満や苦情を聞いている	7( 7.0)
3. 利用者・家族の満足度調査等を実施している	32(32.0)
4. その他	24(24.0)

②利用者から担当者や看護内容について不満や苦情が出た場合には、どのように対処することが最も多いですか。 (○は1つ) (n=342)

1. 不満や苦情を受けた職員が直接対応することが多い	30( 8.8)
2. 管理者が対応することが多い	203(59.4)
3. 不満や苦情処理の検討会を設け、職員全員で検討することが多い	69(20.2)
4. その他	14( 4.1)
無回答	26( 7.6)

(3) (老人) 訪問看護療養費として、24時間連絡体制加算を請求していますか。 (○は1つ) (n=342)

<u>1. 請求している</u>	128(37.4)
2. 請求していない	206(60.2) → 問6へ
無回答	8 (2.3)

↓

【1. を選んだ方のみお答え下さい】

S Q 1. 平成9年12月に24時間連絡体制加算を請求した利用者数 平均 53.8人

S Q 2. 平成9年12月1ヶ月間にS Q 1の利用者から通常の営業時間以外の時間(夜間・早朝等)に受けた相談件数 平均 5.07件

S Q 3. 通常の営業時間以外の時間(夜間・早朝等)に訪問する体制がありますか (○は各1つ) (n=128)

<u>1. 訪問体制がある</u>	86(67.2)
2. 訪問体制がない	40(31.3)
無回答	2( 1.6)

↓

【1. を選んだ方のみお答え下さい】

通常の営業時間以外の時間(夜間・早朝等)にも計画的に訪問していますか(n=86)

ア. 夜間・早朝も含め24時間計画的な訪問を行っている 4( 4.7)

平成9年12月1ヶ月の計画的訪問回数 平均 241.67回

平成9年12月1ヶ月の臨時訪問回数 平均 2.25回

イ. 夜間・早朝は必要があれば臨時訪問をしている 78(90.7)

平成9年12月1ヶ月の臨時訪問回数 平均 3.50回

無回答 4( 4.7)

問6. 貴ステーションでは、ケアマネジャーの資格を取得させる予定／検討中の人にはいますか。 (○は1つ) (n=342)

<u>1. 具体的に資格を取得する予定の人がいる</u>	169(49.4)
<u>2. 資格の取得を検討している人がいる</u>	94(27.5)
<u>3. 取得する予定／検討中の人はない</u>	25( 7.3) →問7へ
無回答	54(15.8)

↓

【1. 2. を選んだ方のみお答え下さい】

SQ1. ケアマネジャーになる予定／検討中の人数を職種別に記入して下さい。

職種	資格を取得する予定の人	資格の取得を検討している人
保健婦（士）	0.33人	0.22人
看護婦（士）	2.32人	2.30人
准看護婦（士）	0.04人	0.23人
理学療法士	0.04人	0.03人
作業療法士	0.02人	0.02人
社会福祉士	0.00人	一人
介護福祉士	0.02人	一人
その他	0.01人	0.02人

問7. 今後、訪問看護ステーションで以下のサービスを実施できると仮定した場合、貴ステーションで実施したいサービスはどれですか。 (○はいくつでも) (n=342)

1. 在宅介護支援センター	153(44.7)	2. ホームヘルプサービス	209(61.1)
3. デイサービス	51(14.9)	4. グループホーム	49(14.3)
5. 入浴サービス	85(24.9)	6. 福祉用具販売・レンタル	93(27.2)
7. 医療機器・器材販売・レンタル	76(22.2)	8. 住宅改造	30( 8.8)
9. 給食・配食サービス	41(12.0)	10. 緊急通報サービス	34( 9.9)
11. その他	11( 3.2)	12. 特になし	39(11.4)
無回答	26( 7.6)		

## 施設の概要

### 開設主体 (○は1つ) (n=342)

1. 国・地方公共団体	32( 9.4)	2. 医療法人	153(44.7)	3. 社会福祉法人	30( 8.8)
4. 公的・社会保険関係団体	1( 0.3)	5. 医師会	63(18.4)	6. 看護協会	12( 3.5)
7. その他	34( 9.9)	無回答	17( 5.0)		

### 開設主体が持っている施設 (○はいくつでも) (n=342)

1. 病院	189(55.3)	2. 診療所	82(24.0)
3. 市町村保健センター	25( 7.3)	4. 在宅介護支援センター	150(43.9)
5. 老人保健施設	111(32.5)	6. 特別養護老人ホーム	46(13.5)
7. デイサービスセンター	48(14.0)	8. その他の社会福祉施設	30( 8.8)
9. 医師会館・看護協会会館	44(12.9)	10. 1~9以外	57(16.7)
11. なし	19( 5.6)	無回答	19( 5.6)

### 貴ステーションに併設している施設 (○はいくつでも) (n=342)

1. 病院	101(29.5)	2. 診療所	39(11.4)
3. 市町村保健センター	21( 6.1)	4. 在宅介護支援センター	87(25.4)
5. 老人保健施設	64(18.7)	6. 特別養護老人ホーム	18( 5.3)
7. デイサービスセンター	23( 6.7)	8. その他の社会福祉施設	12( 3.5)
9. 医師会館・看護協会会館	24( 7.0)	10. 1~9以外	25( 7.3)
11. 併設していない	86(25.1)	無回答	32( 9.4)

### 貴ステーションのある所在市町村について (東京都特別区は区について) (n=342)

#### ①人口規模 (○は1つ)

1. 5千人未満	3( 0.9)
2. 5千人~	12( 3.5)
3. 1万人~	67(19.6)
4. 5万人~	42(12.3)
5. 10万人~	67(19.6)
6. 30万人~	53(15.5)
7. 50万人~	30( 8.8)
8. 100万人~	26( 7.6)
無回答	42(12.3)

#### ②市区町村内の訪問看護ステーション数 (○は1つ) (n=342)

1. 1カ所	92(26.9)
2. 2~3カ所	78(22.8)
3. 4~5カ所	40(11.7)
4. 6~9カ所	38(11.1)
5. 10カ所以上	78(22.8)
6. 不明	-( - )
無回答	16( 4.7)

#### ③市区町村内の在宅介護支援センター数 (○は1つ) (n=342)

1. 1カ所	62(18.1)
2. 2~3カ所	77(22.5)
3. 4~5カ所	51(14.9)
4. 6~9カ所	36(10.5)
5. 10カ所以上	69(20.2)
6. なし	16( 4.7)
7. 不明	5( 1.5)
無回答	26( 7.6)

## 職員数（平成9年12月1日現在）

	常勤	非常勤（常勤換算）
保健婦（士）	平均 0.29人	平均 0.09人
看護婦（士）	平均 2.75人	平均 2.01人
准看護婦（士）	平均 0.39人	平均 0.36人
理学療法士	平均 0.08人	平均 0.12人
作業療法士	平均 0.04人	平均 0.06人
事務職員	平均 0.18人	平均 0.14人
その他	平均 0.07人	平均 0.03人

※非常勤職員の常勤換算の方法 週40時間勤務を基準として、以下のように計算して下さい。

(例) 週に2日×5時間=10時間勤務している場合 10時間÷40時間=0.25人

平成9年度 老人保健健康増進等事業  
介護保険制度を展望した  
訪問看護ステーションの役割と方向性に関する研究

---

平成10年3月 発行

編者・発行 社団法人 全国訪問看護事業協会  
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-3-8  
YKB新宿御苑ビル1001  
TEL 03-3351-5898 (FAX兼用)

印 刷 株式会社 三菱総合研究所  
福祉・医療研究部  
〒100-8141 東京都千代田区大手町2-3-6  
TEL 03-3277-0730 FAX 03-3277-3467

---











