

平成19年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

訪問看護事業の報酬体系・提供体制のあり方に関する調査研究事業

【概要版】

平成 20(2008)年 3 月

社団法人 全国訪問看護事業協会

15 ページ 30 行目～16 ページ 2 行目（最終行）を以下のように訂正します。

4. 提言

（1）訪問看護の報酬体系に対して

任意に抽出した訪問看護ステーション 20 箇所の利用者 21 名における、1 月あたりの総業務時間における訪問滞在時間は、約 4 割であった。訪問滞在以外の業務内容は、訪問滞在にともなう訪問看護業務遂行に必要な不可欠な業務、訪問看護の専門性を発揮して利用者の療養生活の質を高める業務、利用者の在宅生活を継続するために必要な業務、等である。これらは、報酬上算定されているものもあるが、今回明らかになった訪問滞在以外に行われている業務について、今後報酬上の評価のあり方について検討する必要もあろう。

現行の介護保険制度では、ケアマネージャーが作成するケアプランにより訪問看護サービスを提供することになるが、今回の調査により、訪問滞在がケアプランで設定した時間を超過する実態が示された。訪問滞在が長引く可能性のある利用者に対しては当初から柔軟なケアプランが組めるようにする、訪問滞在時間の変更に伴う手続きを簡素化するなど、報酬を請求しやすい環境を整えることも効果的と考えられる。

目 次

はじめに	1
第1章 事業概要	3
第2章 報告書概要	7
I. 訪問看護事業の報酬体系のあり方に関する検討 報告書概要	7
II. 訪問看護サービスの需要と供給に関する検討 報告書概要	17
III. 訪問看護事業のサービス提供体制のあり方に関する検討 報告書概要	24
第3章 訪問看護の活性化に向けた行動計画の検討	35
I. はじめに	35
II. 訪問看護の活性化に向けた行動計画	35
III. アクションプランの具体化に向けた経営的視座からの検討	37
ア) 訪問看護ステーションの事業規模拡大化	37
イ) 複合化経営の課題	38
ウ) 訪問看護ステーション機能の拡充の課題	39
エ) コモン・システムの確立	40
第4章 本事業の研究結果の公開および活用	41
おわりに	42
参考資料	43

はじめに

近年の訪問看護は訪問看護ステーションの設立数、サービス提供者ともにその伸びが停滞してきている。しかし平成 18 年の医療制度改革において、在宅医療・訪問看護が果たす役割はきわめて大きいことが指摘されており、この停滞は社会ニーズに応えていくものではなく早急に解決を図る必要があり、訪問看護の活性化を図るアクションが求められている。本研究は訪問看護の停滞を招いている要因を解明し、それらの要因を除去しあるいは克服していく方策を求める大きな目的のもとに行われている。

本研究は、3 本の研究から構成されている。①「訪問看護事業の報酬体系のあり方に関する検討」、②「訪問看護サービスの需要と供給に関する検討」、③「訪問看護事業のサービス提供体制のあり方に関する検討」である。これらの研究事業と並行して全国訪問看護事業協会が行った「訪問看護ステーションの経営に関する調査」の結果を加えて、当面する訪問看護の課題を検討した。

検討結果から抽出した解決すべき課題を以下の 3 つのアクションプランとしてまとめた。

1. 「利用者把握の適正化」：現在の訪問看護の提供は社会ニーズを満たしているのか？満たしていないとすれば供給の質・量がどのように不足しているのか？それは社会的な計画に計上され、社会的な対策対象とされているか？このような疑問に対して、訪問看護のニーズが「療養上の世話」の範疇にある内容であれば、医師の指示を得なくても訪問看護を開始し、報酬を得てもよいのではないかと、このような訪問看護のニーズを踏まえ、需要を予測し、計画的に供給体制を確立していく必要性が指摘された。

2. 「提供体制の確立とサービスの質の向上」：訪問看護ステーションに看護の人材を得られないために訪問看護依頼を断っている場合が多いことが調査結果から得られている。またこれから急増が見込まれる在宅ターミナル対応へのニーズ（がん疼痛緩和などを含む）に対応できるサービスの質の確保が必要である。訪問看護ステーションの配置は地域的な偏在があり、へき地などでは政策的な配置を検討する必要がある。

3. 「事業経営の安定化」：調査結果から、訪問看護事業所は 5 人以下の小規模事業体が多く、経営は規模が大きい事業所ほど安定していることが明らかになった。また、看護職は看護提供時間（訪問滞在時間）とほぼ同量の時間を周辺業務に費やしていることも明らかになった。これらのことから、事業経営の効率化、安定化のために個々の事業所ではできない社会的な解決策を求める必要があり、その一つとして各事業所に共通する業務を取り出し、共同して行うシステム、すなわちコモン・システムを提案した。また、規模を拡大する方向性を求め、事業規模の拡大・複合化や他職種との連携強化そして IT の積極的な利用も提案された。

以上をまとめて「訪問看護のグランドデザイン（案）」を作成し、11 月 13 日に行われた社会保障制度審議会介護給付費分科会介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム（第 3 回）において提出された。（本会副会長伊藤雅治陳述）

その後、日本看護協会および日本訪問看護振興財団と本全国訪問看護事業協会の 3 団体が訪問看護の促進に向けて協議し、「10 年後の 2018 年に向けて—超高齢化社会・多死時代を迎えるにあって」1) 訪問看護のミッション、2) 在宅看取りの推進および訪問看護ステーションの拡充に向けた H 3 0（2018）年までの目標を共同提案することになった。その過程で、「訪問看護のグランドデザイン」も一部修正し、名称も「訪問看護の活性化に向けたアクションプラン」となっ

た。この共同提案および「訪問看護の活性化に向けたアクションプラン」は平成20年3月25日に行われた社会保障制度審議会介護給付費分科会において提出された。(本会副会長伊藤雅治陳述)

本統括委員会ではこの過程も取り入れた討論を行った。本報告書では、3研究のサマリーと「3. 訪問看護の活性化に向けた行動計画の検討」の項目中、とくに事業経営に関して経営学の専門研究者を招いて討論した内容について報告する。なお、3研究の詳細についてはそれぞれ別々の報告書として報告する。

平成20年3月

訪問看護事業の報酬体系・提供体制の
あり方に関する調査研究事業

総括委員長 川村佐和子(青森県立保健大学 教授)

第1章

事業概要

1. 事業背景・目的：

平成18年4月介護報酬改定において、在宅中重度者へのサービスの強化が基本的方針として掲げられた。そして、ターミナルケアへの対応の強化など訪問看護の報酬上の評価や訪問看護ステーションから地域の他の介護拠点へのバックアップ機能の報酬上の評価も創設され、サービス提供のあり方はますます大きく変化した。

今後は、在宅療養への移行の促進、療養型病床の再編も検討される中、要支援者への予防から、医療依存度が高い、またターミナル期にある在宅療養者まで、多様な医療・看護ニーズをもつ在宅療養者の増加が見こまれ、ますます訪問看護サービスの機能の充実が求められる。医療依存度の高い在宅療養者の増加等により、質を確保した、安全な訪問看護サービス提供体制を構築することが急務である。

これらの状況に対応するために、また安定した、健全な経営により訪問看護事業を行うために、最重要課題として早急な解決が求められ、本事業を実施した。

2. 事業の構成：

本事業では以下の3つの研究、2つの委員会で構成された。

○ 研究

- ① 「訪問看護事業の報酬体系のあり方に関する検討」
- ② 「訪問看護サービスの需要と供給に関する検討」
- ③ 「訪問看護事業のサービス提供体制のあり方に関する検討」

○ 委員会

- ① 「3研究の総括委員会」
- ② 「訪問看護の活性化に向けた行動計画の検討」

3. 事業の実施体制

研究①～③、委員会①②の事業実施体制は、次のとおりの委員構成により、委員会を開催した。

i) 研究①「訪問看護事業の報酬体系のあり方に関する検討」

事業の検討・実施・報告とりまとめ等のため、地域看護および医療経済の専門家、訪問看護ステーション管理者である次の委員により委員会を3回開催した。

役割	氏名	所属	役職
委員長	村嶋 幸代	東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野	教授
委員	雨師 みよ子	河内医師会訪問看護ステーション	管理者
	井ノ口 佳子	訪問看護ステーション住吉	管理者
	小林 澄子	塚口訪問看護センター	管理者
	佐々木 静枝	世田谷区社会福祉事業団	訪問サービス課長
	田口 敦子	東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野	助教
	永田 智子	東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野	講師
	福田 敬	東京大学大学院公共健康医学専攻 疫学保健学講座 臨床疫学・経済学分野	准教授
	山田 京子	浅草医師会立訪問看護ステーション	管理者
研究協力者	桑原 雄樹	東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野	学生

(敬称略・五十音順)

ii) 研究②「訪問看護サービスの需要と供給に関する検討」

事業の検討・実施・報告とりまとめ等のため、地域看護の専門家、専門看護師、認定看護師である次の委員により委員会を3回開催した。

役割	氏名	所属	役職
委員長	山田 雅子	聖路加看護大学看護実践開発研究センター	センター長・教授
委員	梅田 恵	オフィス梅田	代表
	小迫 富美恵	横浜市立市民病院	オンコロジー 担当係長
	長江 弘子	岡山大学大学院保健学研究科	教授
	藤田 冬子	長浜赤十字病院	看護師長
	沼田 美幸	セコム医療システム株式会社 訪問看護ステーション	看護部課長
研究協力者	宮本 千恵美	聖路加看護大学大学院看護学研究科	修士課程

(敬称略・五十音順)

iii) 研究③「訪問看護事業のサービス提供体制のあり方に関する検討」調査研究

事業の検討・実施・報告とりまとめ等のため、地域看護の専門家、訪問看護ステーション管理者である次の委員により委員会を3回開催した。

役割	氏名	所属	役職
委員長	小倉 朗子	東京都神経科学総合研究所	主任研究員
委員	上野 桂子	全国訪問看護事業協会	常務理事
	川村 佐和子	青森県立保健大学	教授
	高砂 裕子	南区メディカルセンター訪問看護ステーション	管理者
	田中 恭子	武蔵野赤十字訪問看護ステーション	管理者
	中山 優季	東京都神経科学総合研究所	研究員
研究協力者	板垣 ゆみ	東京都神経科学総合研究所	研究員
	松田 千春	東京都神経科学総合研究所	研究員
	村田 加奈子	首都大学東京健康福祉学科看護学科	研究員

(敬称略・五十音順)

iv) 研究③「訪問看護事業のサービス提供体制のあり方に関する検討」モデル事業

事業の検討・実施・報告とりまとめ等のため、地域医療の専門家、訪問看護ステーション管理者である次の委員により委員会を3回開催した。

役割	氏名	所属	役職
委員長	川村 佐和子	青森県立保健大学	教授
副委員長	小池 智子	慶應義塾大学看護医療学部	准教授
委員	飯島 康典	日本薬剤師会	常務理事
	石川 陽子	首都大学東京健康福祉学部看護学科	准教授
	上野 桂子	全国訪問看護事業協会	常務理事
	川越 正平	あおぞら診療所上本郷	院長
	高砂 裕子	南区メディカルセンター訪問看護ステーション	管理者
	田中 恭子	武蔵野赤十字訪問看護ステーション	管理者
	野末 聖香	慶應義塾大学看護医療学部	教授
研究協力者	青山 美紀子	首都大学東京大学院博士前期課程	
	黒澤 泰子	首都大学東京大学院博士前期課程	

(敬称略・五十音順)

v) 委員会①「3研究の総括委員会」

3つの研究を総括し、当面する訪問看護の課題を検討するため、3つの研究の委員長、医療経済の専門家、地域医療の専門家である次の委員により委員会を3回開催した。

役割	氏名	所属	役職
委員長	川村 佐和子	青森県立保健大学	教授
委員	井伊 久美子	日本看護協会	常任理事
	上野 桂子	全国訪問看護事業協会	常務理事
	小倉 朗子	東京都神経科学総合研究所	主任研究員
	川渕 孝一	東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科医療経済学分野	教授
	木全 真理	全国訪問看護事業協会	
	小池 智子	慶應義塾大学 看護医療学部	准教授
	野中 博	野中医院	院長
	村嶋 幸代	東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野	教授
	山田 雅子	聖路加看護大学 看護実践開発研究センター	センター長・教授

(敬称略・五十音順)

vi) 委員会②「訪問看護の活性化に向けた行動計画の検討」

慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授田中滋氏を講師とし、研究①～③および委員会①における委員会委員により、2回の会議を設け、ディスカッションを行った。

vii) 調査委託及び事務局

本事業は、調査委託を三菱総合研究所、事務局を全国訪問看護事業協会にて行った。

調査委託	田上 豊	三菱総合研究所	主席研究員
	吉池 由美子	三菱総合研究所	主任研究員
	八巻 心太郎	三菱総合研究所	研究員
	津野 陽子	三菱総合研究所	研究員
事務局	木全 真理	全国訪問看護事業協会	
	川添 高志	全国訪問看護事業協会	

第2章

報告書概要

1. 訪問看護事業の報酬体系のあり方に関する検討 報告書概要

検討委員長 村嶋幸代（東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野 教授）

はじめに

高齢者の増加が著しく、在宅医療の必要性はますます増加している。特に、病院から在宅療養への移行や在宅ターミナルの推進に伴い、在宅中重度者への対応が必要になっている。平成 18 年 4 月介護報酬改定においては、在宅中重度者へのサービスの強化が基本的方針として掲げられ、その中で、ターミナルケアへの対応の強化など訪問看護の報酬上の評価も行われた。また、訪問看護ステーションから地域の他の介護拠点へのバックアップ機能についての報酬上の評価も創設され、サービス提供のあり方はますます大きく変化することが予想される。今後は、在宅療養への移行の促進、療養型病床の再編も検討される中、要支援者への予防から、医療依存度が高い、またターミナル期にある在宅療養者まで、多様な医療・看護ニーズをもつ在宅療養者の増加が見こまれ、ますます訪問看護サービスの機能の充実が求められる。また、医療依存度の高い在宅療養者の増加等により、質を確保した、安全な訪問看護サービス提供体制を構築することが急務である。これらの状況に対応するためには、同時に、訪問看護事業を安定した、健全な経営により推進していくことが必要である。

平成 18 年度「訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究」においては、訪問看護事業における報酬改定の影響等に関する調査を実施した。今年度は、次期介護報酬改定および今後の法制度の改定に向けて、訪問看護事業における基準・報酬上の課題を整理し、訪問看護における報酬体系のあり方を検討するための資料を提供し、検討の方向性を示す必要があると考えられた。

平成 4 年に訪問看護ステーションの制度が創設してから 15 年あまりが経過し、在宅医療の促進、医療ニーズの高い在宅療養者の急増等により、訪問看護ステーションからの訪問滞在以外に必要なサービス内容・時間が急速に多様化している。しかし、訪問看護の報酬は、基本的には訪問回数あるいは時間によって定められており、その他の業務についての評価が不十分である可能性がある。

そこで本事業では、地域看護および医療経済の専門家、訪問看護ステーション管理者による委員会を組織し、訪問滞在以外に必要なサービスの内容・時間等について、利用者の状態別にタイムスタディ調査を行い、事例を収集した。収集された資料をもとに、訪問滞在以外に必要なサービス内容・時間についての実態と課題を明らかにすることを目的として検討を行った。

1. 背景と目的

訪問看護の報酬設定は、基本的には「訪問滞在時間」に対して評価する体系になっており、その他、一部の業務が加算（緊急時対応や重症者対応等）で評価されている。

在宅医療の促進、医療ニーズの高い在宅療養者の急増に伴い、訪問看護ステーションでは、利用者宅での訪問滞在時間以外にも様々な業務（電話相談対応、他機関との連携等）が必要になっているにも関わらず、これらの「訪問滞在以外」の業務については、報酬上で評価がなされてい

ないのが現状である。

このため、利用者が在宅生活を継続するために必要な訪問以外の業務（電話相談・連絡調整・カンファレンス等）の内容・時間・必要性を明らかにし、訪問看護の専門性を発揮するための条件を検討する。このためには、報酬上での正当な評価につながる基礎資料を収集・作成する必要があり、これを明確にすることを目的とした。

特に、近年訪問看護利用者が増えている、在宅への移行期、医療ニーズ、ターミナル期等の状態別に、訪問滞在時間以外にかかる業務の内容・時間を明らかにすることを目的とする。

また、訪問滞在時間以外の業務として、管理者や事務職員等の業務がある。これらの業務は、訪問看護ステーションの運営・管理、サービスの質の担保等に必要な業務であるため、管理者や事務職員等が行っている業務内容や業務分担について調査を行い、サービスの質を担保しつつ、効率的に事業を運営するための業務のあり方を検討する。

2. 方法

訪問看護ステーション 20 ヶ所を対象とし、利用者あたりのタイムスタディ調査を実施した。医療ニーズが高い利用者やターミナルの利用者など特徴的な状態像をもつ者を 70 人、それ以外の標準的な状態像の対象者として 30 人、計 100 人を目標数として設定し、1 事業所あたり 5 人を調査対象者として割り振った（詳細は図表 1 参照）。

図表 1 タイムスタディ調査対象者の区分

利用者の状態像		タイムスタディ 調査目標数
標準的	①～⑩以外の利用者	30
疾病・状態	① ターミナル期の利用者（がん末期を含む）	10
	② 精神障害（認知症を除く）が主傷病の利用者	10
	③ 認知症が主傷病の利用者	10
	④ 小児（15 歳以下）の利用者	5
	⑤ 難病の利用者	15
	⑥ 特別管理加算又は重症者管理加算を算定している利用者	
	⑦ ⑥以外で医療処置等の多い利用者	
退院・初回	⑧ 初回訪問から 1 ヶ月以内の利用者	15
	⑨ 退院から 1 ヶ月以内の新規利用者	
2 人訪問	⑩ 訪問看護ステーション職員 2 人で訪問している利用者（初回訪問・新人指導等の目的は除く）	5
合計		100

※⑨退院から 1 ヶ月以内の新規利用者については、タイムスタディの 1 ヶ月間の途中で退院した人についても含む（退院前訪問等の時間をとる必要があるため）。また、継続利用者のうち、退院から 1 ヶ月以内の利用者で、入院前の状態と退院後の状態の変化が大きい利用者を含む。

タイムスタディは訪問看護ステーション職員による自記式 1 分間隔とし、調査期間は平成 19 年 11 月の 1 ヶ月間とした。訪問看護ステーションの各職員が、対象となった利用者それぞれに対して実施した業務の時間を、業務区分別に合算し、1 人あたりの各業務別時間を算出した。また、それを合算して、総ケア時間を算出した。一部の事例については、ヒアリング調査も行った。

また、管理業務や事務業務については、別途訪問看護ステーションの管理者 5 名を対象として、自記式調査票およびヒアリングによる調査を実施した。

3. 結果

3.1. タイムスタディ調査

(1) 調査対象の概要

調査対象訪問看護ステーション 20 箇所のうち、回答が得られた事業所は 19 事業所であった。ステーション職員の平均人数は 10.3 人、うち看護職員は 8.0 人（常勤 3.5 人、非常勤 3.6 人）であった。また、看護職員の経験年数の平均についてみると、看護職員としては 17.1 年、訪問看護職員としては 7.2 年となっている。これを常勤・非常勤の別に見ると、常勤看護職員の方が「看護職員としての経験年数/訪問看護職員としての経験年数」のいずれについても長くなっていた。

タイムスタディの対象とした利用者は 95 名であった。性・年齢別についてみると、男性、女性ともに、「70 歳～80 歳未満」（それぞれ 25.6%、30.8%）が最も多かった。

利用者の状態像別では、標準的な利用者を除くと、最も多かったのが「⑥特別管理加算又は重症者管理加算を算定している利用者」で 24 人、次いで「⑤難病の利用者」が 17 人、「③認知症が主傷病の利用者」が 13 人、「①ターミナル期の利用者」が 12 人、「⑨退院から 1 ヶ月以内の新規利用者」が 10 人であった。ただし、利用者の状態像は各々重複している。状態像が単一であったのは 76.8%であった。

支払い方法についてみると、「介護保険」が 55.8%、「健康保険等」が 41.1%であった。また、公費負担の有無については、34.7%が「あり」と回答していた。「公費負担あり」の場合の内容としては、「特定疾患治療研究事業」(36.4%) が最も多く、次いで「医療扶助(生活保護)」(27.3%)、自立支援医療(18.2%)となっている。

訪問看護ステーションの利用開始時期は「平成 15～18 年」が 45.3%、「平成 19 年～」が 34.7%であった。また、直近 6 ヶ月以内の入院歴についてみると、47.4%が 6 ヶ月以内に入院しており、入院していなかったのは 50.5%であった。

利用者の要介護度は、「要介護度 5」(29.5%) が最も多く、「要介護度 4」、「要介護度 3」がそれぞれ 13.7%であった。「なし」も 17.9%となっている。心身状態は、「急変・再発したり、症状悪化の可能性がある」が 47.4%、「状態などが不安定になりやすい」が 31.6%となっている。また、68.4%の利用者が「介護者と同居している」と回答していた。

また、8 名の利用者が、調査期間中にサービスを終了しており、5 名の利用者がサービスを中断していた。サービスを終了した 8 名のうち、6 名は死亡、2 名は入院によるものであった。また、サービスを中断した 5 名については、4 名が入院、1 名がその他の理由であった。

訪問看護以外のサービス利用状況についてみると、「訪問介護」(60.0%) が最も多く、次いで「福祉用具貸与」(57.9%)、「通所介護」(18.9%)であった。

(2) 利用者別時系列分析

タイムスタディ調査対象者のうち、12 ステーションの 22 名について利用者別時系列分析を行

った。各事例から、利用者の状況によって特に時間がかかることのある業務として、以下のものが挙げられた。

① 利用者・家族からの相談対応、調整

利用者本人の病状が悪い場合、治療方針について家族を交えた担当者会議を行っていた。また、利用者・家族が他のサービスに不満を訴える場合や、訪問看護自体の提供方法の変更希望があった場合、その相談対応などをおこなっていた。さらに、精神疾患を有するケースの問題行動に関して、家族からの電話相談を受けたり、利用者の生活環境改善のために訪問看護師から家族に働きかけたりする場合があった。

② 利用者の急な予定変更への対応

精神疾患を有する利用者で、事前の連絡無しに訪問をすっぽかされた事例があった。精神疾患や認知症などで、訪問時間帯に同居者がいない場合には、このようなケースが多いのではと考えられた。

③ 主治医探し、主治医との調整

退院に当たって主治医を新たに見つける必要が生じたケース、訪問中に家族から主治医の変更を持ちかけられ、対応したケースがあった。訪問看護は地域医療に精通する職種として、病院からも、利用者からも、主治医の選定に関して頼りにされていることが伺われた。

また、ターミナルケースやじょくそうを有する場合などは、訪問時の状況の報告や治療方針に付いての話し合いを頻繁に行っていた。

④ 他サービスとの調整

自他のサービス内容の変更に関して、ケアマネジャーとの調整を行うケースが多かった（訪問回数など）。また、ヘルパー・福祉用具の新規導入についてもケアマネジャーと調整を行っていた。訪問看護師が医療的な視点からサービス内容の追加や変更が必要と判断し、ケアマネジャーに伝える場合が多かった。他に、衛生材料の調達のために時間がかかっているケースもあった。また、多職種が一堂に会しての担当者会議や、それに向けての準備も、時間をかけて行われていた。

⑤ 退院に向けた準備

退院前の事例については、入院先との調整に多くの時間が掛かっていた。具体的には、合同カンファレンスへの出席のほか、図には示さなかったが、高度な医療処置の手技を取得するために複数の訪問看護師が入院先を訪問し指導を受ける、といった業務が、多くの時間をかけて行われていた。

⑥ 事業所内のカンファレンス・相談

精神疾患、ターミナルケース、主治医の変更などでスタッフ間の対応を統一する必要があったり、訪問体制の変更を要したりする場合などで、長時間あるいは頻回なカンファレンス・相談が行われていた。

⑦ 報酬外の訪問滞在

初回訪問時の制度や費用に関する説明、利用者の状態悪化に伴う予定外の時間延長、家族との調整、福祉用具導入に伴う作業や家族への説明、エンゼルケアなどで、報酬外の訪問滞在が生じていた。

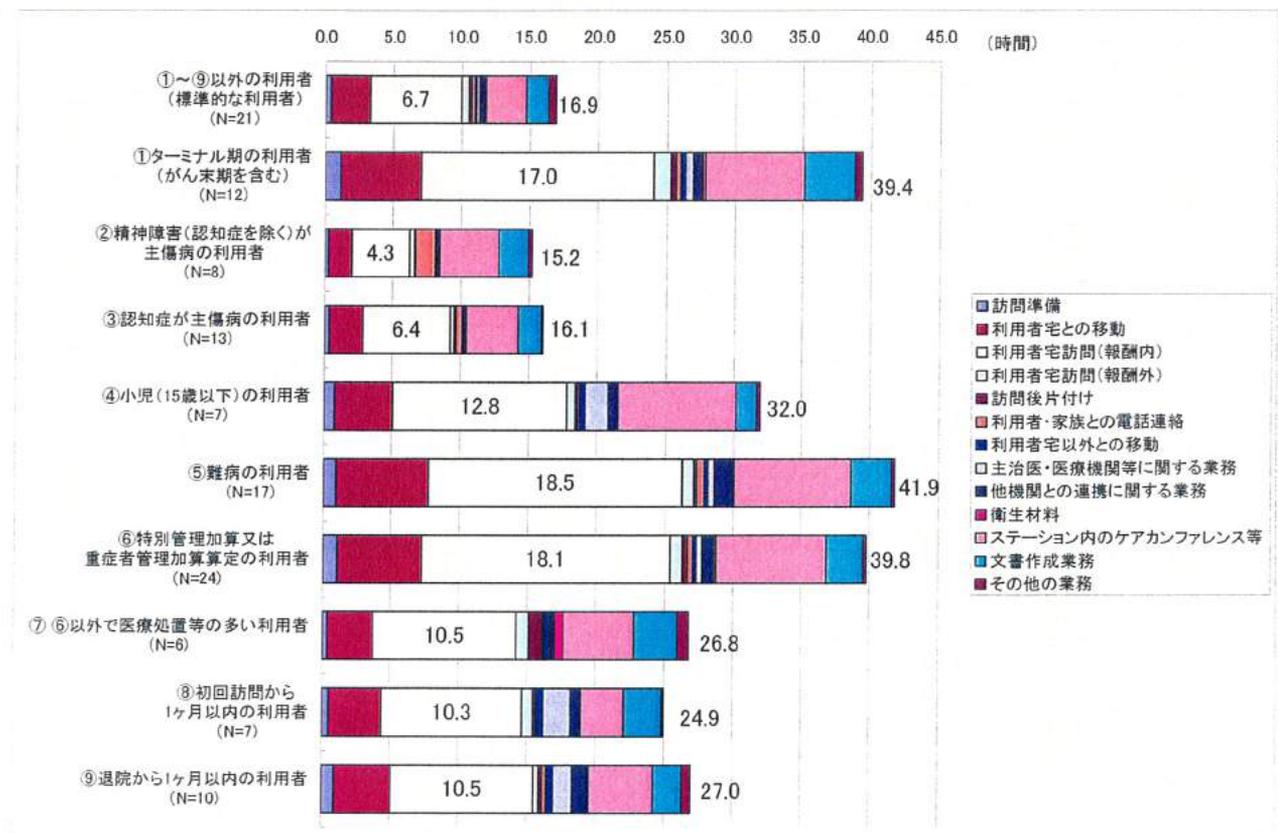
(3) タイムスタディ調査による業務時間分析

95名のタイムスタディ対象者において、利用者状態像別に利用者1人あたりの1ヶ月間の平均ケア時間を業務単位でみたのが図表2である。

1ヶ月間の平均ケア時間は、「標準的な利用者（1～9以外の利用者）」の16.9時間であった。もっとも長かったのは、「難病の利用者」で41.9時間、次いで「特別管理加算又は重症者管理加算算定の利用者」で39.8時間、「ターミナル期の利用者（がん末期を含む）」で39.4時間となっている。一方で、「精神障害が主疾患の利用者」、「認知症が主疾患の利用者」はそれぞれ15.2時間、16.1時間であり、「標準的な利用者」と同程度であった。

業務内容の内訳をみると、合計ケア時間が長い状態像の場合は、利用者宅への訪問時間も長くなっている傾向が見られた。

図表2 利用者1人あたりのケア時間【中項目】（状態像／業務コード別） 単位：時間

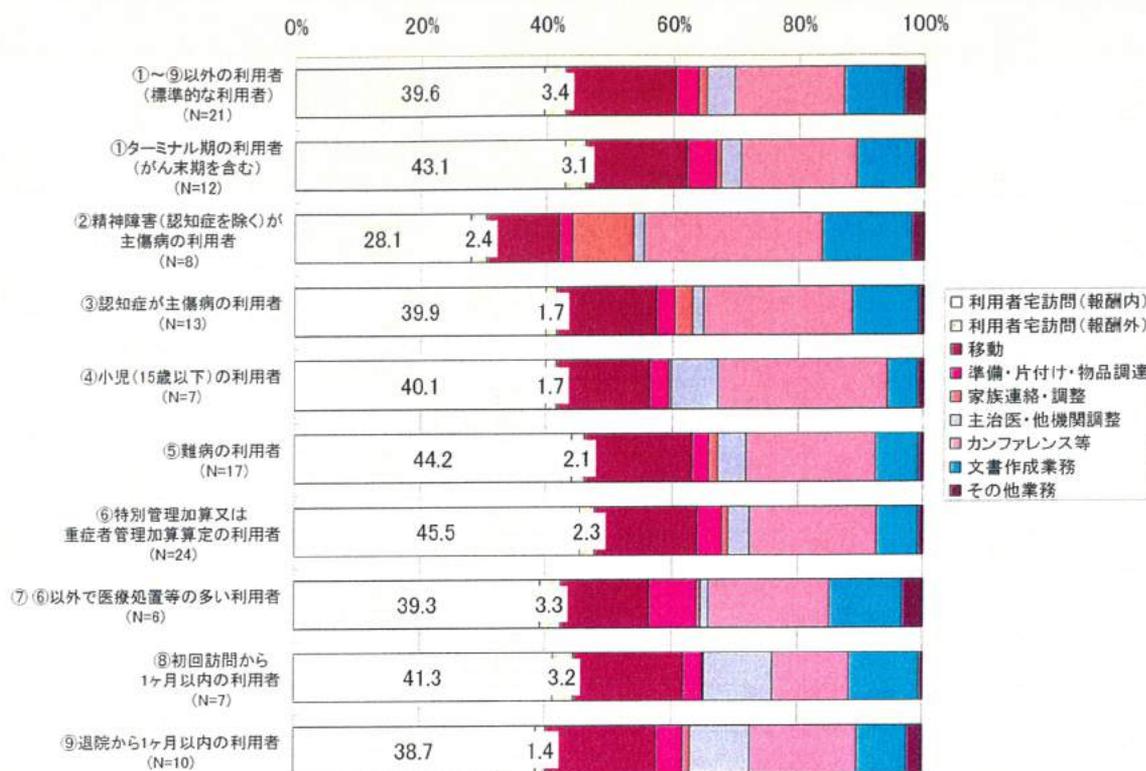


利用者1人あたりのケア時間のうち、訪問滞在時間の割合について見たものが図表3である。標準的な利用者において、訪問滞在時間の割合は39.6%であり、報酬外の訪問時間を加えると43.0%であった。報酬内の訪問時間の割合、すなわち、その利用者1人あたりに要した総ケア時間の中で、訪問看護報酬が支払われている割合がもっとも低かったのは「精神障害（認知症を除く）が主傷病の利用者」で28.1%であり、報酬外の訪問時間を加えても30.5%にすぎなかった。逆にもっとも高かったのは、「特別管理加算又は重症者管理加算算定の利用者」で、45.5%であった。しかし、これも50%に満たない。即ち、1人の利用者に提供している総ケア時間の半分未満しか報酬として得ていないことが示された。

訪問滞在以外の業務について細かく見ると、精神障害のケースでは家族連絡・調整の割合が高いこと、初回訪問・退院から間もない利用者で主治医や他機関との調整の割合が高いこと、小児や精神障害のケースでカンファレンスの割合が高いこと、医療処置の多い利用者で準備・片付け・物品調達の割合が高いことがわかる。小児や精神障害のケースでカンファレンスの割合が高いの

は、訪問看護の方針を決定するために、様々な要素を考える必要性が高いためだと推測される。これらはいずれも在宅療養を円滑に進めるために不可欠な業務である。

図表3 利用者1人あたりのケア時間【中項目】(症状/業務コード別) 単位:時間



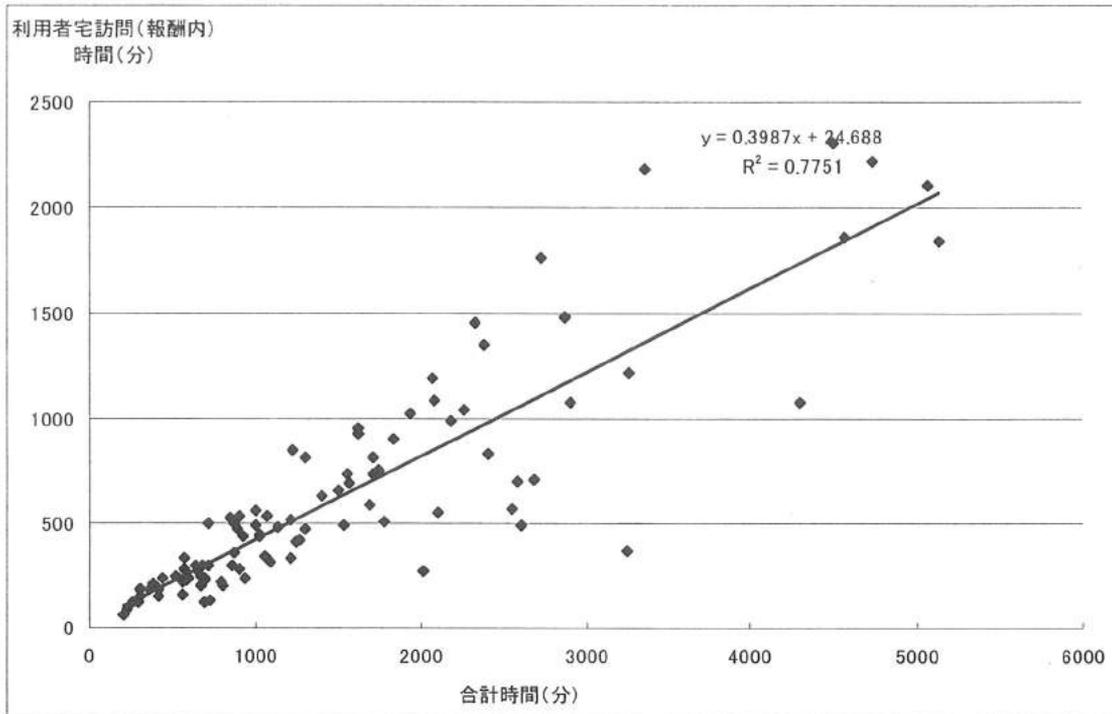
※本グラフ中の各項目は、以下の中項目から構成されている。

- ・移動: 「利用者宅との移動」「利用者宅以外との移動」
- ・準備・片付け・物品搬送: 「訪問準備」「訪問後片付け」「衛生材料」
- ・家族連絡調整: 「利用者・家族との電話連絡」
- ・主治医・他機関調整: 「主治医・医療機関等に関する業務」「他機関との連携に関する業務」
- ・カンファレンス等: 「ステーション内のケアカンファレンス等」
- ・文書作成業務: 「文書作成業務」
- ・その他の業務: 「その他の業務」

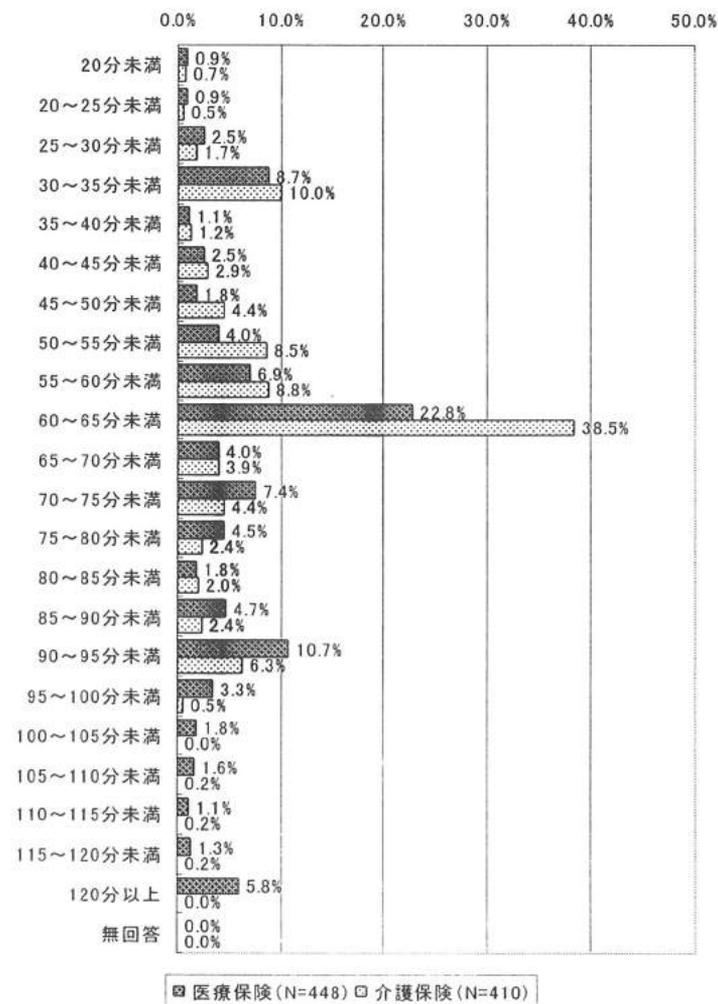
全対象者において、利用者宅の訪問時間(報酬内)と、それ以外の業務時間の関係をみたものが図表4である。相関係数 $r=0.88$ であり、業務時間合計と報酬内訪問時間は相関が高くなっている。また、回帰直線の傾きは 0.3987 であり、合計時間の約4割が報酬内訪問時間であることを示している。逆に言えば、総ケア時間の4割にしか報酬が支払われず、その分時間当たりの報酬単価が低く抑えられていることが分かる。

本調査における報酬内訪問の数は全利用者で合計904回であった。全対象者におけるすべての報酬内訪問について、一回あたりの時間数の分布を見たものが図表5である。ここでは、報酬内訪問に付随する報酬外訪問時間も含め、報酬内訪問に関連する訪問時間の分布を示した(報酬外訪問単独のものは除外)。医療保険、介護保険ともに「60～65分」が多くなっているが、それぞれ22.8%、38.5%であり、介護保険の方が、より「60～65分」の割合が高くなっている。医療保険では、「90～95分以上」も10.5%と多く、また「120分以上」も5.8%であった。

図表4 利用者1人あたり1ヶ月にかかる利用者宅訪問時間（報酬内）と合計業務時間との関係



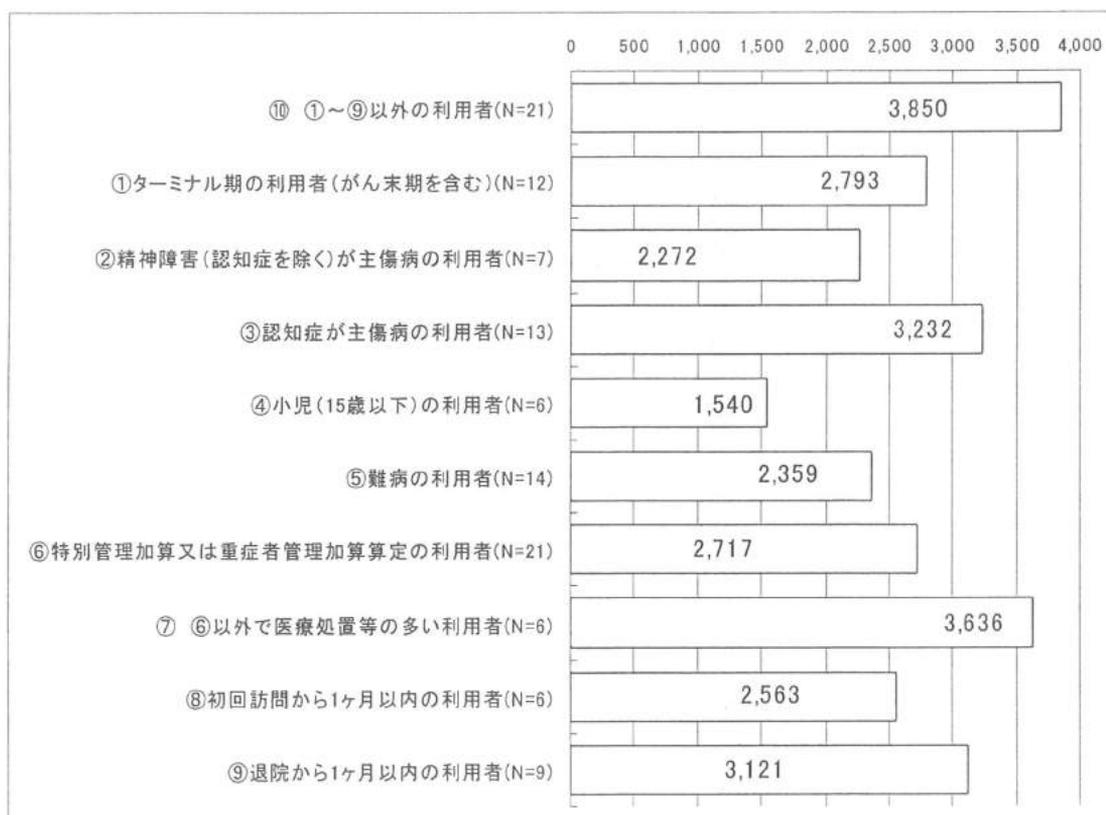
図表5 一回当たり訪問時間（保険種別、単位：分）



また、報酬内訪問時間に付随した報酬外訪問時間があった88件について、その報酬外訪問時間の分布を調べたところ、「10～15分」(34.1%)が最も多く、次いで「5～10分未満」(21.6%)、「25～25分未満」(12.5%)であった。平均時間は15.56分、標準偏差は12.20、中央値は10.0分であった。これを保険種別にみると、介護保険では医療保険と比較して、「5～10分未満」が多くなっているのに対し(それぞれ29.4%、6.5%)、医療保険では「20～25分未満」、「25～30分未満」が多くなっており、報酬内訪問に付随した報酬外訪問時間は、医療保険の方が長い傾向がみられた。

タイムスタディ結果から得られた業務時間、回数をもとに、加算の有無等も考慮して平均報酬単価(一時間当たり)を算出した。その結果、標準的な利用者(①～⑨以外の利用者)が最も報酬単価が高く、次いで医療処置を要する利用者であった。一方、小児(15歳以下)は平均単価が1,540円/時間であり、得られる報酬に対して業務時間数が大きいことが明らかとなった。

図表6 利用者状態像別の介護報酬・診療報酬単価(試算) 単位:円



3.2. 管理者・事務業務調査

タイムスタディ調査では利用者個人に還元できない業務を含めていないため、本研究では、管理者・事務職員が行っている業務に関する調査を合わせて行った。事前に当該訪問看護ステーションの管理者が行っている業務、および、事務業務をあげてもらい、それらの業務内容を整理した上で、管理者業務調査票・事務業務調査票を作成し、訪問看護ステーション管理者(5人)から回答を得た。

その結果、管理者が行っている業務は、運営方針、予算・収支、人事管理、会議、情報整理、看護内容管理、研修等、多岐に渡っており、それらの業務について、「管理者が中心となって実施している」業務が多い傾向がみられた。予算・収支については、「実施していない」という回答も

みられ、予算・収支に十分関与できていない管理者がいることが推察された。

これらの業務について、管理者以外が対応可能かどうか尋ねた。その結果、「管理者以外でも対応可能」という業務が多くあげられ、「管理者のみが対応可能」という回答を4人以上があげたのは、「運営方針作成・評価」と「苦情対応」のみであった。特に、「管理者以外の看護職員」は、新規利用者の決定、看護記録の内容確認・指導、関係機関との連携、ケースカンファレンスでの助言等など、看護内容管理について対応可能という回答が多くみられた。ただし、これらの業務を確実に遂行できるのは、ある程度経験を積んだり、研修等を受けたりした看護職員であると考えられ、分担方法や研修のあり方については検討が必要と考えられた。一方で、「外部事業者への委託が可能」という回答が3人以上でみられたのは、「介護保険請求管理」「医療保険請求管理」のみであり、外部事業者への委託が可能な業務は少ないと考えられる。

また、事務業務については、請求業務、請求事務、入金管理、会計、調査・統計、文書管理、情報管理、物品管理、契約、人事管理、会議、その他（電話等）の項目に分けられ、事務職員の対応業務も多岐に渡っている。これらの業務は、全体的に、事務職員が対応している業務が多く、管理者が対応しているという回答が4人以上でみられたのは、「訪問看護ステーションの予算執行状況を把握する」「外部調査への回答・報告」「内部調査への回答・報告」であった。外部に委託している業務はほとんどみられなかった。

外部事業者への委託可能性の観点から考えると、以下の3つの業務レベルが考えられた。

- ①委託可能と考えられる業務；会計関係の業務、調査への回答、実績統計等の作成、物品管理、勤怠管理、電話受付、自転車等の点検・修理依頼
- ②委託可能であるが、情報の変更等を速やかに委託先に反映する必要がある業務；請求関連事務
- ③疾病・看護内容等の個人情報扱う内容のため、現時点では委託が難しいが、何らかの対策があれば委託可能な業務；利用者の基礎データの入力、訪問看護サービス契約に関する業務、主治医の指示書の入力・ファイル

訪問看護ステーションにおいて、現在、これらの業務を外部事業者に委託している事業所は少ないと考えられるが、事務業務の効率化や看護職員等が業務に専念できるようにするためには、これらの業務を切り出し、外部委託の可能性を検討していくことが重要と考えられる。

4. 提言

(1) 訪問看護の報酬体系に対して

1月あたりの総ケア時間における訪問滞在時間は約40%にとどまっていた。訪問滞在以外の業務内容を見ると、訪問看護業務の遂行に必要な不可欠な業務や、訪問看護の専門性を発揮して利用者の療養生活の質を高めるための業務であり、利用者の在宅生活を継続するために必要な業務と考えられる。総ケア時間の6割を占めるこれらの業務を正當に評価するためには、『在宅継続管理料（仮称）』などといった形で、報酬上での評価を行うことが必要と考えられる。

現行の介護保険制度では、訪問回数と時間により、訪問看護の報酬が定められているが、実際には訪問滞在が規定の時間を超過しても請求を行っていない実態があることが明らかになった。訪問滞在時間に対する報酬算定を確実に行えるよう、報酬体系の時間区分を再考する（例：時間の区切りを細かくするなど）ことが必要と考えられる。また、訪問滞在が長引く可能性のある利

利用者に対しては当初から柔軟なケアプランが組めるようにする、訪問滞在時間の変更に伴う手続きを簡素化するなど、報酬を請求しやすい環境を整えることも効果的と考えられる。

医療保険については、平成 20 年度改定で、人工呼吸器装着患者においては 2 時間以上の訪問が評価されることになった (5,200 円/週)。長時間訪問については一步前進だと評価できる。しかし、これで十分かと言う課題もあり、この効果についてはさらに検討していく必要がある。

一方で、訪問以外の業務の割合が高かったり、予定変更が多かったりする利用者については、包括払いの導入も考えられる。しかし、訪問看護事業所には提供するサービスを抑えようとするインセンティブが働く可能性があり、一方では、費用の上乗せがないことから、利用者側のサービスの要求がエスカレートする可能性も否定できない。これらの影響については慎重に検討する必要があり、費用の設定方法についても検討が必要である。

主治医探しや、他サービスとの調整の一部 (医療ニーズを踏まえてのサービス内容の変更など) に関しては、訪問看護の専門性によるところが大きい。厳密には訪問看護の本来業務といえない可能性もあるが、安定的に在宅療養を継続するためには不可欠の役割でもある。これらの業務も含めて訪問看護師の役割とみなせば、その分の報酬を担保していくことが必要である。特にこれらの業務の多い初回訪問・退院直後に関しては、「退院時共同指導加算」の算定、特別訪問看護指示書の活用などで、必要なサービス提供・調整を担保し、円滑な在宅療養への移行を図ることが必要と考えられる。

なお、平成 20 年度には「在宅患者連携指導加算」「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」も新設され、医療保険においては他サービスとの調整業務への評価が一部追加される形になった。今後、介護保険制度においても何らかの対策を講じる必要があると考えられる。

(2) 訪問看護の業務の効率化に向けて

上記のように、医療ニーズが大きく、主治医や他サービスとの調整に手間取るケースにおいては、看護師や保健師等の資格を有するケアマネジャーが担当し、医療内容を含めた調整業務を引き受けることができれば、訪問看護師の負担軽減に繋がる可能性がある。ケアマネジャーとの役割分担のあり方については、引き続き検討が必要である。

また、平成 14 年度に比して、本調査のほうで文書作成やカンファレンス等に割く時間が長かった。その理由は不明であるが、監査の徹底等により、文書作成に時間を多く要するようになった可能性も示唆される。IT の活用、事務職の活用、外部委託等により、文書作成の時間を少しでも軽減することが必要であろう。また、管理者・事務業務調査からは、主に事務業務において、外部に委託出来る業務の切り出しが可能であることが示唆された。文書作成に加えて、電話受付や訪問看護事業所の備品 (自転車等) の点検・修理依頼についても外部委託が可能になれば、ある程度負担が軽減され、本来業務である訪問看護に専念できる可能性が示唆された。

5. おわりに

適切な効率化策をすすめ、訪問看護師が各々本来の専門性を発揮できる業務に専念できる体制が確立されれば、訪問看護の質の向上、利用者の安定した在宅での療養生活の確保、在宅医療の推進、ひいては、医療保険・介護保険の効率的な運用にも繋がることが期待される。

末筆ながら、本調査にご協力くださいました、訪問看護ステーションの管理者および職員の方々に、心より感謝申し上げます。

II. 訪問看護サービスの需要と供給に関する検討 報告書概要

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

はじめに

わが国の少子・高齢社会における医療費適正化政策下においては、地域連携を強化した地域完結型の医療提供体制の確立が謳われている。その実現のためには、在宅医療をさらに充実していくことが求められ、ことに医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ中・重度者に対する訪問看護、あるいは看取りを可能とするための訪問看護サービスを24時間体制で確保することの必要性が強調されている。

しかしながら、訪問看護ステーションへの期待が高まる一方、訪問看護サービスの伸び悩みは介護保険法施行後、大きな改善が見られないまま推移しており、近年、各訪問看護ステーションにおいては、従事者確保が年々難しくなっている。地域完結型医療を敷いていくに際しては、退院支援はしたものの、その後を引き受けるステーションが手一杯ということと断るといった事態の報告も散見される。訪問看護ステーションの平均職員数は依然として4.9名と少人数であり、また経費の8割以上を人件費として計上せざるを得ない経営状況でもあるため、職員に対する教育のための時間や経費を捻出することが難しいとする声も多く、小さな事業所で孤軍奮闘している看護師の実態が報告されている。

こうした訪問看護ステーションの実態を踏まえながら、そのサービスの質向上を図るための方策を検討することは、訪問看護ステーションの経営全体にかかわることであり、これからの医療提供に欠かせない訪問看護ステーションの基盤を作ることに貢献するものとする。特に、病院内においては、診療報酬体系によって、褥瘡対策チーム、緩和ケアチーム、あるいは栄養サポートチームの働きが評価され、病棟横断的に関わることのできる専門性の高いチームが育ってきているが、在宅医療の現場においては、まだその影響下にはなく、訪問看護ステーションが専門性の高い医療チームにコンサルテーションを受けるための仕組みはまだ整っていない。

本研究事業ではこのような背景を持つ訪問看護ステーションにおいて、職員が研修のための休暇をとる必要のない形態で、これまで以上の看護技術を獲得し、利用者に対して質の高い訪問看護サービスを提供していくことができるよう、看護技術の向上に関する支援（テクニカルサポート）システムを新たに考案し、実施、評価することを目的とした。

研究概要

1. 研究目的

本研究事業は、小規模事業所である訪問看護ステーションが、医療ニーズの高い在宅療養者や看取りも含めたターミナルケアを必要とする在宅療養者に対して、質の高い看護を提供していくことができるよう、外部機関からのテクニカルサポートシステムのあり方について検討することを目的とした。

2. 研究内容・方法

(1) テクニカルサポート

ここでいうテクニカルサポートとは、多様な医療・看護ニーズを持つ在宅療養者に対応するための訪問看護ステーションが専門看護師と認定看護師等の専門家（コンサルタント）から看護技術提供に関するコンサルテーションを受けることによって、質の高い看護サービスを提供するための支援を指す。以下には、訪問看護ステーションの求めに応じてコンサルテーションを実施した、その内容及び成果について記述し、課題をまとめた。

今回コンサルタントを依頼したのは、日ごろ業務として臨床におけるコンサルテーションを手がけている、現役のがん看護専門看護師 2 名、老人看護専門看護師 1 名、皮膚・排泄ケア認定看護師 1 名であり、それぞれ、がん緩和ケア、栄養管理及び排便ケア、褥瘡発生の予防と創傷管理及びストーマケアに関して対応することとした。具体的なコンサルテーション方法は、それぞれのコンサルタントに任せることとし、その介入方法についてもそれぞれが記述した。

(2) 介入した訪問看護ステーションの選定

テクニカルサポートの対象となる訪問看護ステーションは、コンサルテーションを行う専門看護師・認定看護師の活動可能な地域にある全国訪問看護事業協会の会員に対して、FAX で募った。対象地域は、がん緩和ケアが横浜市、栄養・排泄ケアが滋賀県・京都府、褥瘡ケアが東京 20 区であり、FAX を送信した訪問看護ステーションは、それぞれ 122 件、122 件、288 件であった。回収率は 3 領域とも 20% 台と少なかったが、回答した訪問看護ステーションの中で、「テクニカルサポートを是非受けたい、あるいは、機会があれば受けたい」と答えたのは、がん緩和ケア 45.2%、栄養・排泄ケア 59.3%、褥瘡ケア 69.3% と高いことがわかった。

これらのステーションの中から同意を得て、コンサルタントが関わることでできた事業所の数とコンサルテーション実施回数は、がん緩和ケアは 3 事業所に計 22 回、栄養・排泄ケアは 1 事業所に 12 回、褥瘡ケアは 4 事業所に計 17 回であった。コンサルタントの介入期間は、平成 19 年 9 月 26 日から平成 20 年 2 月 8 日までの間で、双方の都合のつく期間で行われた。

対象となった訪問看護ステーションはいずれも、コンサルテーションを受ける分野について、ステーション内での研修や外部研修に参加しており、以前から当該分野への関心の高い事業所であると考えられた。

3. 研究結果

(1) 訪問看護ステーションのテクニカルサポートへのニーズ

本研究の結果、全領域に共通にみられた訪問看護師へのテクニカルサポートニーズは、5つのニーズに大別された。看護師が求めたことは、多い順に

- ① 訪問看護利用者の状態把握のための情報収集とアセスメントのための「専門知識」に関するニーズ
- ② 利用者「個別の状態を判断する根拠」と状態に応じてどのような薬、用具を用いて、どの程度の頻度でかわればいいのかという「対処方法」に関するニーズ
- ③ 現在の方法の確かさが「保証される」ことに関するニーズ
- ④ 看護師や他の職種との「コミュニケーションの取り方」に関するニーズ
- ⑤ 潜在する自分自身の「看護師としての役割認識を持ってない」ことに関するニーズ

であった。

各ステーションの管理者からは、コンサルテーションを受けたいと考えた理由について以下の内容が挙げられていた。

- 研修会では、一般論になりがちで、個別の利用者に対応するための情報が得られない
- 研修会では、具体的に1人の利用者について検討できない
- 利用者個別の状態に対応するため、利用者個別に相談したい
- 経験の浅いスタッフが多いため、系統的に学びたい
- エビデンス・根拠に基づく、よりよいケアの方法を知りたい（自信を持ってケアをしたい）
- アセスメントや指標について知識を得たい

訪問看護ステーション管理者は、コンサルテーションを受けることにより、利用者個別の状態に対応できるようになること、スタッフ全体のケアの質の向上につながることを期待していた。特に、研修で得た知識を現場にどのように生かしているのかと悩んでいる管理者は多く、利用者の個別性やスタッフの能力の個別性に応じた対応を望んでいることがわかった。

(2) コンサルテーションの実際

コンサルテーション方法別の回数及び方法をみると、コンサルテーションを実施した期間が短い事業所もあり、1事業所あたり1回の事業所から最大22回までと差がある。

方法としては、電話が合計26回（1回あたり16.1分）、訪問看護ステーションに訪問した回数が合計21回（1回あたり平均60.6分）、利用者宅同行は合計7回（1回あたり74.3分）となっている。

訪問看護ステーションから利用者個別の状態についての相談があれば利用者宅への訪問を行い、利用者の状態を把握した上で具体的なケア内容を検討したり、職員全体への研修の希望があれば、訪問看護ステーションに出向いて勉強会を開催するなど、コンサルタントの介入方法としては、様々な形で実施された。

(3) コンサルテーションの効果

コンサルテーションの効果については、コンサルタントが事例ごとの効果について、利用者への効果、訪問看護師への効果に分けて、詳細に記述した。以下にはその主なものを要約して列挙した。

<がん緩和ケア>

- 痛みのアセスメント方法を理解することで利用者から痛みの状況について表現しようとするようになった。利用者自身が自分の状況を語り始めた。
- スタッフ間で意見を出し合い、統一したアセスメントシートができ、コミュニケーションの強化に役立った。
- 皆でアセスメントシートを作るという作業に取り組んだため、スタッフ誰もが他人事ではなく主体的に取り組めた。

<栄養・排泄ケア>

- 摂食嚥下能力に応じた食事内容の提供を受けることができ、結果的に栄養状態が改善した。
- 利用者の栄養状態を改善させるための正確なモニタリングと必要に応じた栄養補助食品の選択および導入ができるようになった。
- 利用者は短時間で誤嚥を繰り返すことなく、経口摂取のみで必要な栄養摂取量と水分量を確保することができるようになった。
- 訪問看護師は利用者の栄養状態を把握するケア方法、栄養摂取必要量・必要水分量の算出法および段階的にそれらを充足していくケア方法、安全に摂食嚥下を進めていくためのケア方法の一部を実施できるようになった。
- 嚥下時の覚醒度が改善するための前頸部の皮膚のマッサージを実践するなど、具体的なケアが提供できるようになった。
- 摂食嚥下障害があるという病態を観察し把握できていても、リスクを回避しながら栄養摂取量を安全に増やしていけるためのスキルが十分でない場合があった。
- 排便のコントロールについては、浣腸や座薬の使用、腹部のマッサージ、腸雑音の聴取といったことについては着目しケアが適切に提供されていた。栄養と排泄といったところでも、食物繊維を追加するところまでは考えられていたが、どのぐらいの食物繊維量を目標にしていくのか、自然有形便を導くための運動や腸内細菌、水分量についてはどこをゴールとしていくのかといった知識や知識の運用といったところまではまだ未獲得な状態だった。

<褥瘡ケア>

- コンサルテーションを受けることで褥瘡の状況を他者に知らせる方法を学習し医師との連携強化につながった。
- 皮膚の病変についてのアセスメントができることで、治療方針について医師と相談する手がかりを見つけることができた。
- 話し合いを通して関係者の意向を踏まえた訪問看護計画を立案することができた。
- オムツからの尿漏れについて課題を整理するうちに、排泄の問題だけでなく ADL の向上につながる看護介入を行うことができた。
- 褥瘡処置に用いる薬剤や皮膚保護材に関する相談であったが、利用者状況を確認することでむしろ体圧をコントロールすることで悪化を防ぐことができた、また検討の途中で排便管理についても副次的に ADL 改善に向けた看護に切り替えることができた。
- 尿器の種類の選定に関する相談が、コンサルテーションを通して、ポータブルトイレを用いて自分で排泄できるようになった。
- 褥瘡の局所処置の仕方に関する相談が、状況を整理することで創傷はすでに上皮化し、望ましい治癒過程をたどっていることを確認でき、これまでの看護が適切であったことを保証できた。

コンサルテーションを必要とした事例は、必ずしも複雑な状況下に置かれた利用者ばかりではなく、日常的な課題を抱えていることが特徴的であった。日常的な課題ではあるが、看護師は本当にこのままでよいのだろうか、もっと良い手立てはないのだろうかと悩んでいる事例が多かった。こうした日常的な課題についてコンサルテーションを受けることによって、問題の整理の仕方をマスターし、解決に導く手立てを探り出すことができるようになると、これまで研修等で学習した知識と融合し、看護師の自信につながる事が分かった。つまり、看護師が座学を中心とした研修を受けただけでは、看護師のスキルアップにはつながらず、更には利用者の状況も改善されないということが今回の研究で明らかとなった。

今回対象となった訪問看護ステーションは、もともとスタッフ教育に熱心であったということを加味すると、こうしたテクニカルサポートは訪問看護師にとって欠かせない機能であると考えられた。そしてその方法は必ずしも利用者宅を一緒に訪問して利用者に直接触れなくても、カンファレンスや話し合いを通して行われていたことから、第三者の立場からでも十分に提供が可能であることが分かった。

4名のコンサルタントが共通して実践したことは、関わる際には、まず始めに管理者と話し合いを持ち、コンサルテーションの意義や目的を話し合うことであった。スタッフの中にはコンサルタントの指示に従うといった看護師もいたが、コンサルテーションはそもそも現場のスタッフの力量をつけることを目的としているため、訪問看護師側の自主性を尊重した介入が行われていた。具体的には、利用者の状況を相談者から詳細に語ってもらうことがコンサルタントの意図により繰り返し行われていた。

(4) 専門性の高い（ワンランク上の）サービスを提供できる看護師とは

上記のようなコンサルテーションを受けることで看護師が新たに獲得する能力として以下が確認された。

- ① 看護師が個別の状況に対応できること
- ② 通常では解決しない困難な状態を確かな知識と技術でアセスメントすること
- ③ 状態に応じた判断のうえで対処方法を決定できること
- ④ 多くのバリエーションを持っているため対処の選択肢が豊富であること
- ⑤ 的確な情報収集と伝達ができること
- ⑥ 一貫した方法でかかわる職種の間で、課題を共有することができること
- ⑦ 利用者家族に適切な説明ができ、安心感を与えるケアを提供することができること
- ⑧ 漠然とではなく、具体的な目標値を定めた看護計画を立案できること

(5) コンサルテーションの評価表

各領域において、訪問看護師の能力を測るためのツールと利用者側の変化を追うためのツールの開発も行った。コンサルテーション開始時に、このツールを用いて現状を把握することで、コンサルテーションを受ける側（相談者）が、これからどのような能力が期待されているのかということ意識することができて有効であったとか、ステーション管理者がこのツールを用いてスタッフの能力のアセスメントに活用し始めるといった効果が見られた。

今回は、訪問看護師の変化と利用者の変化を同時に追うような形式でツールを作成したが、それぞれの変化を別個に追うことのできる形式にしたほうが使い勝手がよいとの意見があり、本ツールについては、さらに洗練させていく必要がある。

4. 課題及び提言

今回のテクニカルサポートでは、訪問看護ステーション訪問、カンファレンス参加、利用者宅同行訪問、電話・FAX・メールなど、様々な方法でコンサルテーションが行われた。個別の利用者の状態について継続的に詳細なデータ・情報を確認しながら、コンサルテーションを行うためにはかなりの時間を要することから、コンサルテーションの仕組みをどのように評価するかについて検討することが必要と考えられる。またこうした仕組みを恒常的に維持していくことが今後の課題である。

コンサルテーションによって、看護師にとって明らかに新たな知識・技術を得たことで実践が変わり看護師自身も変化していることを考えると一定の効果が見込めるシステムといえるだろう。そのコンサルテーションを広く活用するためには、誰が主体となって、コンサルテーションを提供していくのがよいのか、コンサルテーションを行うことのできる人材をどのように確保するのか、その費用は誰が負担すべきであるのかといった観点から、更に検討していくことが必要であると考えられた。

医療ニーズを有する在宅療養者に対して、生活の場における支援を行うためには、本人の体に起こっていることを的確にアセスメントする能力が求められる。そこをクリアしてはじめて生活の中での支援策を模索することができるという意味では、本研究で取り組んだ、コンサルテーションを方法論としたテクニカルサポートは、訪問看護ステーションの経営に欠かせないシステムであることが分かった。これを広く活用できる環境を整える方法としては以下が考えられた。

1. 地域の中核病院に所属している緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、栄養・排泄ケアサポートチームなどの専門医療チームを院内だけでなく地域にある訪問看護ステーション等で活用できるよう位置づけてはどうか。
2. コンサルテーションを受けることで、専門性の高い（ワンランク上の）看護ケアを提供している訪問看護ステーションを増やしていくため、報酬等での評価をしてはどうか。
3. 一人のコンサルタントがコンサルテーションを受けることのできる訪問看護ステーションの件数は何件くらいか、また、専門性の高い（ワンランク上の）看護を提供することができるようになるまでには、どのくらいの介入期間が必要なのかといった視点での分析を行うことで、コンサルタントの労働条件を検討し、新たな社会的役割を担う看護師の勤務形態について考えていくことが必要である。
4. 3を実施するため、さらに調査を継続して実施してはどうか。

Ⅲ. 訪問看護事業のサービス提供体制のあり方に関する検討 報告書概

要

検討委員長 川村佐和子（青森県立保健大学 教授）

はじめに

近年の訪問看護サービスに対する社会のニーズは、超高齢社会に向かう折からターミナルケアやがん疼痛緩和ケア、短期間の入院医療を引き継いで行われる在宅医療など、従来の生活支援型在宅ケアから医療提供の一環をも担うサービスを求めるようになってきている。従来では医療依存度が高い訪問看護利用者は難病利用者などに偏っていたところもあったが、現状では拡大の方向である。

在宅医療における衛生材料や医療材料は創処置や管の交換、注射などの安全な医療処置において必要な材料である。これらは入院や外来での医療であれば、専門的に適切性を判断し提供しているものであるにもかかわらず、在宅医療では利用者負担になり、適切とは言えない状態で処置せざるを得ない実情も生じていると聞いている。また従来では、難病利用者などへの訪問看護において、医療を提供するに際して、必要な衛生材料や医療材料を入手することの経済的・流通的困難に関する調査研究も行われ、その問題が指摘されてきたところであるが、訪問看護における医療サービスそのものが少数であったため、その解決には着手されてこなかった。しかし、訪問看護サービスの中に医療提供が多く求められるようになるにつれ、いよいよ衛生材料や医療材料を入手することの困難を解決する必要性が高まってきている。

そこで、衛生材料や医療材料の整備に関する実態を調査し、利用者や訪問看護ステーションの経済的・時間的負担を明らかにし、社会的な解決策を模索しようとする研究が必要となった。本研究はこのような背景をもって、実施された調査研究である。

研究概要

1. 研究目的

医療処置に必要な在宅療養者の増加に伴い、在宅療養に必要な衛生材料・医療材料を安定的に供給するシステム確立の必要性が高まっている。衛生材料・医療材料等は、本来、在宅療養指導管理料を算定する医療機関が給付すべきものであるが、医療機関からの供給が十分でなく、利用者や訪問看護ステーションが経済的負担をしているという指摘がある。

そこで、(1) 在宅療養者への衛生材料・医療材料等の供給状況ならびに、訪問看護ステーションと利用者の経済的負担の実態を明らかにし、(2) 在宅療養者へ衛生材料・医療材料等を質・量ともに正確に適切な時に供給することができる供給モデルを検討し、これを全国に普及する上での課題を明確にすることを目的に研究を行った。

2. 研究内容及び結果

(1) 在宅療養者の衛生材料供給体制に関する調査

①調査目的

在宅療養者への衛生材料・医療材料等の供給状況ならびに、訪問看護ステーションと利用者の経済的負担の実態を明らかにする。

②調査対象と方法

- ・ 調査対象：全国の訪問看護ステーション 5,480 事業所のうち、全国訪問看護事業協会会員の訪問看護ステーション 3,667 事業所（全国の訪問看護ステーションの 66.9%）
- ・ 調査方法：郵送調査法によるアンケート調査
- ・ 調査時期：2007 年 6 月配布・6 月回収

③調査内容

- ・ 各訪問看護ステーションに「Ⅰ.事業所票」と「Ⅱ.利用者票」（3 枚）を送付
- ・ 利用者票：在宅療養指導管理料を医師が算定している利用者のうち、衛生材料・医療材料に関し、訪問看護ステーションの持ち出しあるいは利用者の自己負担がある人について、訪問日の早い順に各訪問看護ステーションで 3 名まで抽出して、調査客体とした。

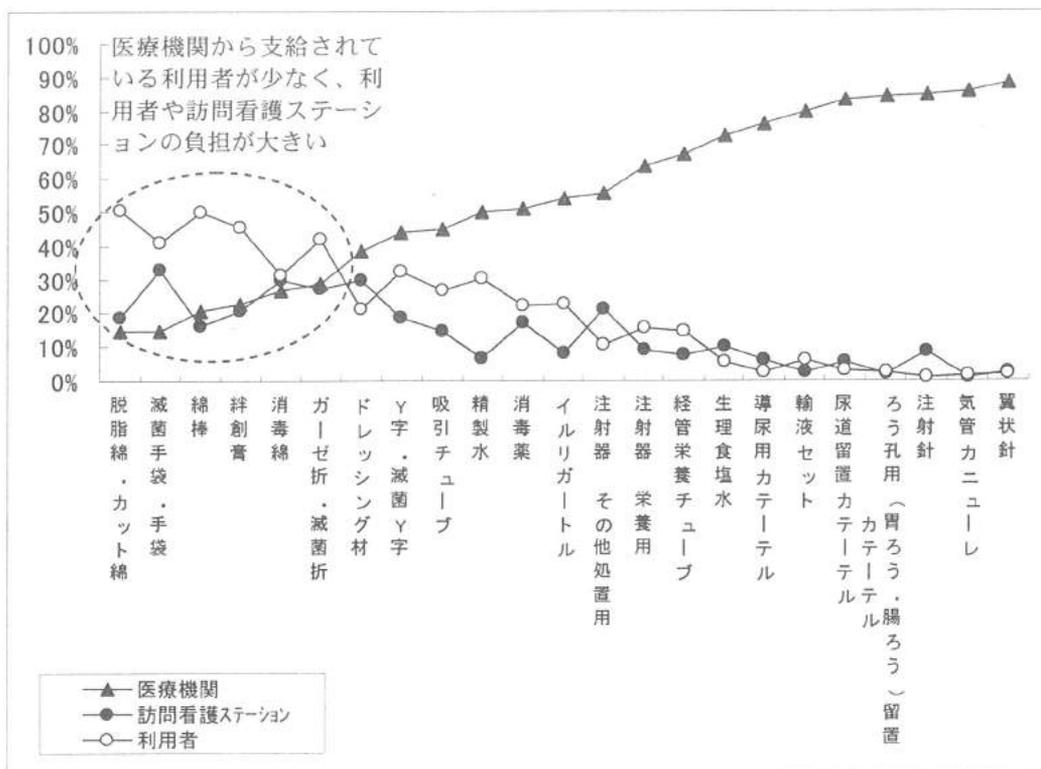
④回収状況

事業所票 1,097 件(有効回収率 29.9%、全国の訪問看護ステーションの 20.0%)、利用者票 1,783 件（在宅療養指導管理料算定者）。

⑤調査結果

- 在宅療養指導管理料算定者で医療材料・衛生材料等を利用している人が1ヶ月に必要とする医療材料・衛生材料のうち1人あたりの量が多いのは、ガーゼ折・滅菌ガーゼ折、(滅菌)手袋、精製水、生理食塩水、導尿用カテーテル、吸引チューブであった。また、訪問看護ステーションと利用者の負担金額が大きいのは、(滅菌)手袋、気管カニューレ、導尿用カテーテル、生理食塩水であった。
- 脱脂綿・カット綿、(滅菌)手袋、ガーゼ折・滅菌折、絆創膏、綿棒、消毒綿などは医療機関から供給されている利用者が少なく、利用者や訪問看護ステーションの負担が大きい

図表7 在宅療養指導管理料算定者の各衛生材料・医療材料の供給元
(費用を負担しているところ)



- 在宅療養指導管理料で全ての医療材料・衛生材料がまかなわれているべきであるが、在宅療養指導管理料を100とし、利用者負担と訪問看護ステーションの1ヶ月合計の平均負担金額を図表8で示した。在宅成分栄養経管栄養法指導管理では27.0%、在宅寝たきり患者処置指導管理料は64.4%、在宅酸素療法指導管理料は39.9%で、寝たきり老人訪問指導管理料では107.5%であった。利用者と訪問看護ステーションの1ヶ月合計の平均金額では、在宅成分栄養経管栄養法指導管理では6,747円、在宅寝たきり患者処置指導管理料は6,762円、在宅酸素療法指導管理料は9,969円で、寝たきり老人訪問指導管理料4,622円であった。(訪問看護ステーションの負担は、材料費のみでなく、材料調達にかかった支援時間等も含む。)

図表 8 在宅療養指導管理料別の訪問看護ステーション・利用者負担平均金額合計
(1ヶ月あたり) 推計

在宅療養指導管理料算定項目	在宅療養指導管理料 (円)	算定者数 人	訪問看護ステーション 負担金額 (円/月)	利用者負担金額 (円/月)	訪問看護ステーション +利用者負担金額 (円/月)	指導管理料に対する 訪問看護ステーション +利用者負担金額割合 (%)
全体		1,783	3,365	3,730	7,096	
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	25,000	336	2,996	3,751	6,747	27.0%
在宅寝たきり患者処置指導管理料	10,500	297	3,797	2,965	6,762	64.4%
在宅酸素療法指導管理料	25,000	205	4,220	5,749	9,969	39.9%
寝たきり老人訪問指導管理料	4,300	154	2,780	1,842	4,622	107.5%
在宅人工呼吸指導管理料	28,000	88	4,182	5,270	9,452	33.8%
在宅自己導尿指導管理料	18,000	73	2,734	1,819	4,553	25.3%
在宅中心静脈栄養法指導管理料	30,000	66	4,620	7,861	12,481	41.6%
在宅気管切開患者指導管理料	9,000	61	3,134	6,301	9,436	104.8%
在宅悪性腫瘍患者指導管理料	15,000	47	2,570	1,564	4,134	27.6%
在宅自己注射指導管理料	8,200	34	3,731	2,025	5,757	70.2%
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	2,500	7	2,131	631	2,762	110.5%
在宅自己腹膜灌流指導管理料	38,000	6	2,243	2,517	4,760	12.5%
在宅自己疼痛管理指導管理料	13,000	1	3,173	3,833	7,006	53.9%

※訪問看護ステーション負担金額；衛生材料負担金額＋医療機器負担金額＋支援にかかる金額
※利用者負担金額；衛生材料負担金額＋医療機器負担金額

- 在宅療養指導管理料算定者への衛生材料等の手配・運搬・滅菌等を訪問看護ステーションが支援している利用者について、利用者1人あたり1ヶ月平均100.7分かかっており、これが訪問看護ステーションの報酬対象外の業務となっている。

<考察>

- 衛生材料等は、本来、診療報酬で指導管理料を算定する医療機関が給付すべきものであるが、現状ではこのルートが徹底されておらず、衛生材料等について訪問看護ステーションと利用者の経済的負担となっており、医療機関からの供給が十分ではないことが示唆された。(※平成15年3月31日通知「在宅医療に係る衛生材料等の取り扱いについて(保医発第0331014号)」)
- 在宅療養指導管理料の中には、寝たきり老人訪問指導管理料など医療材料・衛生材料の利用者負担金額と訪問看護ステーション負担金額の合計が管理料の金額を上回り、実質的に医療技術が評価されていないものもあった。実際にかかる衛生材料・医療材料の負担金額に見合わない在宅療養指導管理料については、医療技術の評価も含めた適切な診療報酬の設定が必要である。
- 感染予防など安全な医療・看護の提供や、新たに処置が必要になった場合に迅速に対応するなど訪問看護を効果的におこなうためには、在宅療養指導管理料別に必要となる標準的な医療材料・衛生材料等の数量のリストや供給方法を確立し、医療材料や衛生材料が量・質ともに正確に適切な時に供給され、利用者の経済的負担を軽減することが重要である。
- このためには、地域の診療所・訪問看護ステーションに24時間(少なくとも365日)対応できる衛生材料・医療材料を供給する機能を持つセンター等を設置して、衛生材料・医療材料を供給することにより、利用者・訪問看護ステーションの経済的負担を軽減するシステムを早急に確立する必要がある。

(2) 在宅療養者の衛生材料・医療材料等の供給体制に関するヒアリング調査

①ヒアリング調査の目的

衛生材料・医療材料の供給と患者宅への運搬等の機能を持つ衛生材料・医療材料等供給センターの設立に向け、供給センターに求められる機能と仕組みを検討する目的で、ヒアリング調査を行った。

②ヒアリング調査方法

先の調査で医療材料・衛生材料等の供給に鋭意努力しており、モデルとなる事業者間の連携を行っていた訪問看護ステーション8箇所及び医師会1箇所を選定し対象とした。

2007年9月～10月にヒアリング調査を行った。

③結果

○ ヒアリングを行った訪問看護ステーション8施設は、衛生材料・医療材料等供給の仕組み・機能によって以下の5つの類型に分類できた。

<Ⅰ.併設病院供給型>：併設病院が衛生材料・医療材料等を供給。

<Ⅱ.診療所主導型>：診療所が衛生材料・医療材料等を管理・補充・運搬。

<Ⅲ.訪問看護ステーション主導型>：利用者が衛生材料・医療材料等を入手しやすいよう工夫。

<Ⅳ.薬剤師会・薬局連携型>：薬局と連携して衛生材料・医療材料等供給の仕組みを構築。

<Ⅴ.医師会主導型>：医師会が主導して、衛生材料・医療材料等供給の仕組みを構築。

○ 利用者に安定的かつ適時に衛生材料・医療材料等が供給されて、さらに利用者と訪問看護ステーションの経済な負担が少ないと推察される事例では、いずれの類型にも共通して衛生材料・医療材料等の受注・発注と供給を担うセンター的な機能をもった機関が存在していた。また、センターには受注・発注、個別パック化、利用者宅への運搬、緊急対応等の機能が求められていることがわかった。

○ 衛生材料・医療材料等供給センターを担う主体として、<診療所・医師会が中心的な役割を果たす供給モデル>、<薬局が中心的な役割を果たす供給モデル>、<訪問看護ステーションが中心的な役割を果たす供給モデル>の3つのモデルが考えられた。

(3) 在宅療養者の衛生材料・医療材料等の効果的な供給体制に関するモデル事業

①モデル事業の目的

衛生材料・医療材料等を円滑に供給し、利用者・訪問看護ステーションの経済的負担を軽減するシステムを検討するため、以下の目的でモデル事業を行った。

- 1) 在宅療養者に対して、衛生材料・医療材料等が量・質ともに正確に適切な時に供給することができる供給モデルを検討する。
- 2) 在宅医療における衛生材料・医療材料等の供給の円滑化、訪問看護ステーションおよび利用

者の経済的負担の軽減等を検討する。

3) 衛生材料・医療材料等の供給モデルを、全国に普及させる上での課題を明確にする。

②モデル事業の対象と方法

本研究のモデル事業は、従来から衛生材料・医療材料等の供給センター的な役割を担ってきたあおぞら診療所（千葉県松戸市）及び薬局つばめファーマシー（宮崎県宮崎市）で実施した。これらの対象にモデル事業調査票を配布し、平成 20 年 1 月 1 ヶ月間の衛生材料・医療材料等の供給の実施及び調査票への記入を依頼した。

③モデル事業の結果と提言

モデル事業の結果、あおぞら診療所及び薬局つばめファーマシーでは、在宅療養者に必要な衛生材料・医療材料等の供給センター的な役割を担っており、利用者の状態に応じて、必要な衛生材料・医療材料等が利用者宅に定期的に供給され、経済的負担も少ないことが分かった。このモデル事業結果を踏まえ、在宅療養者の衛生材料・医療材料等の効果的な供給体制についての提言を以下にまとめる。

提言1. 在宅療養者に必要な衛生材料・医療材料の供給を適正かつ適時に行うためには、
「衛生材料・医療材料等供給センター(仮称)」の創設が不可欠である。

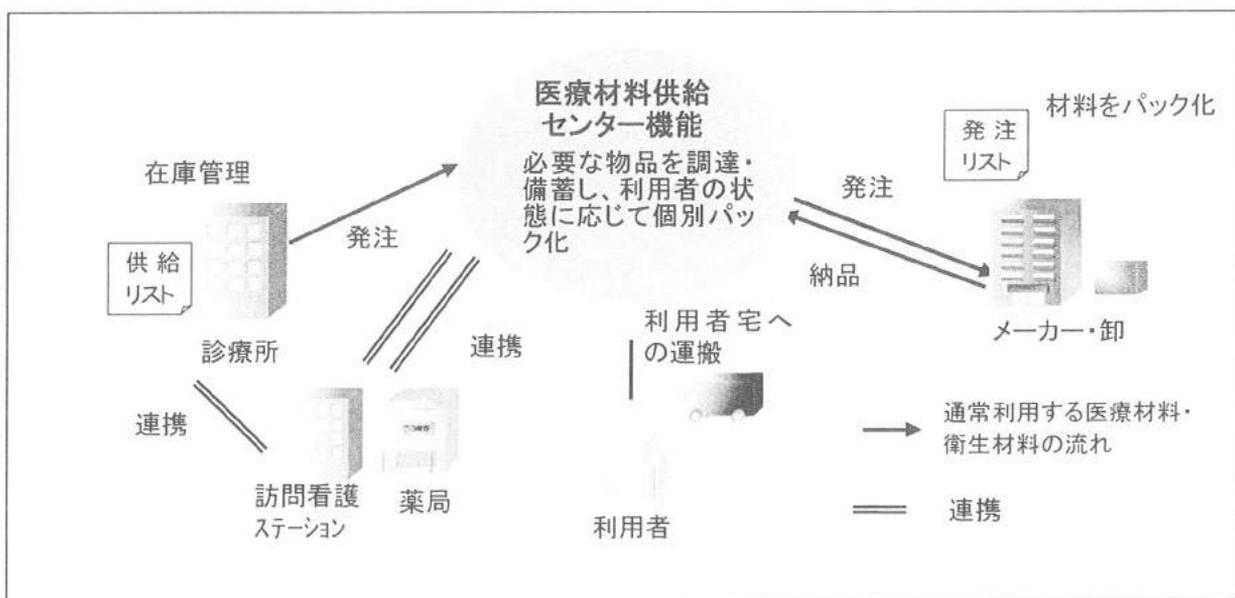
在宅療養者に必要な衛生材料・医療材料を量・質ともに適正かつ適時に供給を行い、利用者の不安や負担を軽減するためには、地域の診療所や訪問看護ステーションに365日対応できる「衛生材料・医療材料等供給センター(仮称)」を設立する。本センターが担う機能、供給の仕組み、運営方法等としては、次のような内容が求められる。

1) 「衛生材料・医療材料等供給センター(仮称)」の機能と供給の仕組み

(1) 求められる機能

- ① 受注機能；地域の医療機関からの医療材料・衛生材料等の発注を受ける
- ② 発注機能；メーカー・卸へまとめて発注（1個あたり単価の低減）
- ③ 備蓄機能；医療機関・利用者等の使用状況に対応した医療材料・衛生材料の備蓄
- ④ 個別パック化機能；医療機関の指示に基づき、個別の利用者の状態に応じた個別パック化を行う
- ⑤ 運搬機能；医療機関又は個別の利用者宅への運搬を行う
- ⑥ 緊急対応機能；医療機関・利用者等からの要望に応じた24時間対応（緊急対応・夜間対応）

(2) 衛生材料・医療材料の供給の仕組み



2) 医療機関等が利用しやすい「衛生材料・医療材料等供給センター（仮称）」体制を構築

- 診療所や訪問看護ステーション、在宅療養者の利用しやすい距離等を勘案し、都市部では人口50万人程度に1ヶ所程度が適当と考えられる（単純に人口で計算すると、全国での必要数は250ヶ所となる）。
- 地方では、医療機関や利用者宅への運搬距離が長くなるため、在宅医療の利用人口と移動距離を考慮し、センターの設置を考える必要がある。
- また、都市部の「衛生材料・医療材料等供給センター（仮称）」のサテライトとして設置し、センター機能を分担する等の運営方法の選択肢を示し、地方の実情に合った供給体制を構築する。

提言2. 「衛生材料・医療材料等供給センター（仮称）」を迅速に普及させるにあたっては、薬局等の既存の機能の活用の検討や、センター機能に対する診療報酬体系上の評価の検討が必要である。

「衛生材料・医療材料等供給センター（仮称）」を全国に速やかに普及するためには、センター機能を速やかに担いえる運営主体による設立を推し進める必要がある。また、供給センター機能を担うことに対する診療報酬上の評価も不可欠であると考えられる。

1) 「衛生材料・医療材料等供給センター（仮称）」の運営を担う主体

○薬剤師会営業局を中心とした「衛生材料・医療材料等供給センター（仮称）」事業の展開

医療材料・衛生材料の取り扱いについては薬事法の規制があることから、早急に医療材料・衛生材料の供給等の機能を担うセンターを創設し全国に普及させるためには、薬剤師会営業局・薬局の既存の機能を活用しセンター設立するのが現実的である。

○地方の実情に合った「衛生材料・医療材料等供給センター（仮称）」設立との促進

都市部の薬剤師会営業局をセンターとし、地方部の薬局がサテライトとして供給機能を担う。サテライトでは、①受注機能、②発注機能 ③備蓄機能の3つを必須の機能として担い、④個別バック化機能 ⑤運搬機能 ⑥緊急対応機能についてはセンターに依頼するなど、薬局の状況や地域のニーズに応じて工夫をする必要があるだろう。

また、薬局が機能を担うことが難しい地方では、その地域の基幹病院、診療所等が、センターの機能を果たすことが望ましいと考えられる。

○訪問看護ステーションによる「衛生材料・医療材料等供給センター（仮称）」の運営

将来、訪問看護ステーションが大規模化し、機能の拡大が可能となった場合は、薬剤師を雇用し、「衛生材料・医療材料等供給センター（仮称）」の役割を担うことも考えられる。

2) 供給センター機能を担うことに対する診療報酬上の評価

(1) 在宅療養支援薬局としての評価（加算）

「衛生材料・医療材料等供給センター（仮称）」の機能を担っていることを算定基準として薬局等に対して加算による評価をするなど、診療報酬上の評価を検討する。

(2) 在宅療養指導管理料の配分

現在、医療材料・衛生材料に関する費用については、在宅療養指導管理料の算定者の場合は、

その管理料や特定保険医療材料・各種加算の中に含まれている。「衛生材料・医療材料等供給センター（仮称）」の設置にあたってはセンター機能を勘案し、医療機関とセンターとの間での在宅療養指導管理料の配分について、検討する必要がある。

なお、本研究で実施した調査結果からは、実際にかかる衛生材料・医療材料の負担金額に見合わない在宅療養指導管理料があることが明らかになったことから、医療技術の評価と衛生材料・医療材料負担に対応した適切な診療報酬を検討していくことが必要である。

提言3. 衛生材料・医療材料等の供給を効率的に行うためには、在宅療養指導管理料毎に医療材料・衛生材料の標準化をするとともに、受注・発注・在庫管理のIT化を促進する必要がある。

1) 在宅療養指導管理料毎の医療材料・衛生材料の標準化

利用者の状態別に必要と考えられる医療材料・衛生材料の種類・個数を標準化していくことが重要と考えられる。標準化が進むことにより、以下のような効果が期待できる。

- 医療機関から診療報酬内で供給すべき物品を明らかにすることにより、医療機関からの供給品の漏れが少なくなる。
- チューブ類だけでなく、ガーゼ類、手袋等の衛生材料も必要量が供給されるようになる。（利用者や訪問看護ステーションが別途負担する必要がない）
- 個別パック化の効率性があがる。

2) 衛生材料・医療材料の在庫管理のIT化

- 医療機関・訪問看護ステーション単位で衛生材料・医療材料のデータを管理する。（医療機関や訪問看護ステーションと在庫品のデータベースを一元管理）
- 利用者の状態に応じて個別パックの内容を変更できるよう、利用者単位でデータを管理する。（医療機関と利用者のデータベースを一元管理）
- 医療機関の衛生材料・医療材料の発注等のIT化により、在庫管理や供給業務が合理化されることが期待される。

提言4. 「衛生材料・医療材料等供給センター（仮称）」の効率的な運用のためには、利用者の状態等に対応して医療機関・訪問看護師が利用者の衛生材料・医療材料等の必要量を適切に予測するとともに、センター機能に応じて薬剤師と事務職員等との適切な役割分担が必要である。

「衛生材料・医療材料等供給センター（仮称）」の運営においては、医療材料・衛生材料等を必要とする対象者250人とした場合には、供給に関連した業務を担当するためには、薬剤師常勤1人＋事務職員（運搬を担当）1.6人以上の人員が必要と考えられる。センターの運営に当たっては人的資源や運営費に限られることから、効率的な業務の仕組みが必要となる。

1) 衛生材料・医療材料等の必要量の適切な予測と患者宅への予備品の供給

- 医師・訪問看護師は、利用者の状態等を適切にアセスメントして利用者の衛生材料・医療材料等の必要量を予測しセンターに発注する。
- また、利用者の状態変化（カテーテルの閉塞など）を勘案し、医療材料については、常に予備品を利用者宅に供給できるようにする。
- 利用者宅に常に予備品を置いておき、予備品を使った場合には適宜補充するようにすれば、センターの24時間対応の可能性は低くなり、利用者の不安も軽減できると考えられる。

2) 薬剤師と事務職員等との適切な役割分担

- センターが担う機能（①受注機能、②発注機能 ③備蓄機能、④個別パック化機能 ⑤運搬機能 ⑥緊急対応機能）毎に、事務職が実施できる業務や外部委託が可能な業務について整理して役割分担を行い、効果的な運営を行うことが求められる。

第3章

訪問看護の活性化に向けた行動計画の検討

Ⅰ. はじめに

平成 18 年医療制度改革において、在宅医療・訪問看護が果たす役割は極めて大きいことが指摘されているが、一方、これを担う訪問看護は訪問看護ステーションの設立数、サービス提供者数の伸びは近年ともに停滞してきている。そこで、本事業では、訪問看護の停滞を招いている要因を解明し、それらの要因を除去あるいは克服していく方策のために、前述の 3 本の研究、①「訪問看護事業の報酬体系のあり方に関する検討」、②「訪問看護サービスの需要と供給に関する検討」、③「訪問看護事業のサービス提供体制のあり方に関する検討」を行い、それぞれの結果から抽出した課題を整理して 3 つの行動計画にまとめた。

訪問看護の活性化に向けた行動計画を着実に実現化するためには、事業展開に当たっての課題を予測し適切な事業計画を策定する必要がある。特に、＜事業経営の安定化＞の具体策である「訪問看護ステーションの事業規模拡大・複合化」、「訪問看護ステーションの機能の拡充」、「訪問看護の周辺業務のコモン・システムの確立」については、事業に係る資金、新たな運営モデルの開発と普及など、事業経営や運営上の様々な課題が予測される。

そこで、これらの行動計画について経営的・政策的な視点から検討を行い、事業の実現とこれらを広く普及する上での課題を整理し具体策を検討することを目的に、経営学専門家・田中滋氏（慶應義塾大学経営学研究科・教授）を招き、2 回にわたりディスカッションを行った。本章では、検討から浮かび上がった経営的諸課題について、その概要を述べる。

Ⅱ. 訪問看護の活性化に向けた行動計画

1) 訪問看護ステーションの現状

超高齢社会、多死時代を迎えるにあたって、国民が最後まで安心して療養生活を送れるよう、24 時間 365 日にわたり療養生活と在宅看取りの支援が可能な安定的なサービス供給を実現することが不可欠である、訪問看護ステーションの拡充が求められている。

しかし、訪問看護ステーションは、1992 年に老人訪問看護制度が発足し、看護師が管理者である独立した事業所に、社会保険財源による報酬が配分される仕組みが創設されて以来、1994 年の指定訪問看護制度の創設による老人以外への訪問看護の拡大、さらに 2000 年の介護保険制度の施行を経てその数を増やしてきていたが、ここ数年は訪問看護ステーション数、利用者数（介護保険）はいずれも微増にとどまり、訪問看護ステーション設置数は全国で約 5,480 ヶ所¹、利用者数は 28 万人程度で、訪問看護は介護保険費用額の 2%（1,270 億円）²、医療保険の 0.12%（390 億円）³とシェアも極めて小さいのが現状である。

2) 訪問看護ステーションの経営に関する諸課題

訪問看護ステーションは経営に関する多くの課題を抱えており、これが事業所数の伸び悩みの背景になっている。訪問看護ステーションの看護職員数（常勤換算）は平均 4.2 人⁴で、看護職員

¹平成 18 年度介護サービス・施設事業所調査

²平成 17 介護給付費実態調査(厚生労働省)

³平成 17 国民医療費、医療経済実態調査(厚生労働省)

⁴平成 17 年度 介護サービス・施設事業所調査

5 人未満の零細・小規模ステーションが全体の約半数(55%)⁵を占めている。事業損益が赤字のステーションが全体の3割を占め、特に小規模なステーション（職員数が少ない、利用者数が少ない、延訪問回数が少ない）ほど、赤字の割合が高くなっており、規模が小さいため安定的な事業運営が困難であることがわかる⁶。

全国的に事業所が偏在・不足しており、都道府県別の高齢者人口10万人当たりの訪問回数には10倍の開きがある⁷。また、マンパワー不足の結果、約4割のステーションが訪問の利用を断っており⁸、新規の利用者の受け入れが困難な状況がある。

診療報酬・介護報酬の設定が低く採算が合わず、報酬上評価されない内容が多い。また、記録や請求業務が煩雑で訪問看護の本来業務に支障が多いことや、訪問看護サービス内容や価値のPR不足も大きな課題となっている。

3) 訪問看護の活性化に向けたアクションプランと方策

以上の訪問看護ステーションの現状と経営に関する諸課題を踏まえ、24時間365日の療養生活と在宅看取り支援の安定的なサービス供給の実現を目指し、10年後の2018年に向け以下の方策に取り組むことを検討する必要がある。

(1) 利用者把握の適正化

医療圏毎に訪問看護の需要予測を行い、在宅ケア供給体制の整備目標をたて、また、訪問看護のニーズの発生から利用までの阻害要因の分析・対策を行うことを検討する。さらさらに、病院の退院調整機能および在宅療養支援診療所とのいっそうの連携強化を行うことが必要である。

(2) 提供体制の確立とサービスの質向上

訪問看護への新人や再就職者の積極的採用などナースセンター機能を強化し、研修を充実して訪問看護師の新卒・継続教育の支援を行うと同時に、訪問看護の機能（在宅移行、ターミナル）を拡充する方策を模索し、ステーション管理者の強化ならびに支援を行う必要がある。

(3) 事業経営の安定化

訪問看護師が訪問看護業務に専念できるよう、事務作業・請求業務、24時間電話対応、訪問看護ステーションの経営戦略コンサルテーションなど、周辺業務をコモン・システム化することを検討する。また、事業規模の拡大・複合化、多職種との連携強化、ステーション管理者の強化と支援を行う。

⁵ 平成17年度 訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書（日本訪問看護振興財団）

⁶ 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果 平成19年7月（全国訪問看護事業協会）

⁷ 平成17年 介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）、平成17年国勢調査（総務省）

⁸ 平成18年度老人保健健康増進事業「新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討」全国訪問看護事業協会）

Ⅲ. アクションプランの具体化に向けた経営的視座からの検討

ア) 訪問看護ステーションの事業規模拡大化

規模の小さい事業所ほど経営赤字の傾向にあり、看護の人材不足により、新規の利用者の受け入れを断るケースが見られる。一方で、同一法人の複数の事業所を統合して、訪問件数を増やし、間接業務を統合して効率化し、経営改善しているケースがある。

事業規模の拡大化に向けた具体策や課題について検討し、以下にまとめた。

大規模化に向けて、以下のようなモデルがあげられた。

- **例1：複数事業者の合併による大規模化**
既存の小～中規模の事業所を合併する。そして、事務処理業務や24時間電話受付などを中央管理して効率化を行う。
- **例2：同一事業者の統合による大規模化**
同一法人の複数の事業所を統合する。法人内において訪問看護以外の事業を行っている場合などは、多機能化（通所など）や専門看護師・認定看護師のコンサルテーションの活用、教育や演習を行う施設の共有などを行う。
- **例3：新たな大規模事業所の設置**
大規模化できる資本力のある事業所、従業員総数が多い法人などが本部機能（事務処理や教育施設など）を持ってサテライトを作る。

そして、大規模化に向けて、以下のような課題があげられた。

- **経営者育成**
大規模の事業を行う際、経営者は、資金調達や返済方法などについて知っておく必要がある。大規模事業所の経営を学ぶ環境の充実が求められる。
- **本部機能の整備**
大規模事業所を取りまとめる本部では、請求業務などの間接業務を管理し、採用活動や教育などを行う、といったことが必要である。
- **現場の管理**
現場は、複数のサテライトなどになり、各サテライトなどの運営に責任を持つ人材が必要である。そして看護業務マニュアルの統一やサテライト間での連携の仕組みの構築、利用者情報の共有化のための情報システムの整備などを本部と共に進め、大規模化の中で質を保証していくことが重要である。

以上のような課題があげられたが、すべての事業所が規模拡大化をする必要はなく、地域の事情等に合わせて検討していくことが大切である。

イ) 複合化経営の課題

訪問看護事業による収益の拡大は主に延訪問回数拠っているため、利用者数の獲得と訪問看護を提供する看護師の確保と訪問看護の質の担保が経営の主要な課題となっている。一方で、利用社宅以外にも、特別養護老人ホーム、グループホーム、有料老人ホームなどで、訪問看護師の活用が広がっており、看護職員の増員によりこれらの多様な居住場への訪問を拡大し、安定収入を図ることも重要な戦略となってきている。

訪問サービス事業（訪問看護・訪問介護・訪問リハビリ、多様な住居の場へ訪問拡大）を中心事業として、他に次のような事業運営による経営複合化を考えることができる。

(1) 訪問看護ステーションの経営複合化

①通所療養支援事業：療養通所介護、ショートステイ

2006年4月の介護報酬改定で療養通所介護事業が誕生しその数が増えつつある。また、また、医療依存度の高い利用者のショートステイ受け入れ態勢が不十分であるという現状もありショートステイに対するニーズも高い。

②入所機能をもつ共同生活施設の経営

多機能型グループホーム、ケアハウスを訪問看護ステーションに併設し、これらへの訪問看護を提供する。また、施設内に地域住民が交流できるコミュニティセンター（教育・娯楽・ボランティア活動）や、自然食品レストラン・売店等を置き、地域住民が作った農産物や手芸作品の販売を通して、地域づくり、街づくりに参加し貢献することも可能であろう。

③介護予防・生活習慣病予防事業

介護予防の他、2008年度から実施される特定健診・特定保健指導制度により、保険者と契約し生活習慣病の保健指導を事業化することも考えられる。

④①～③以外の看護・介護関連サービスの提供

使用しやすい介護用品の販売等の販売サービス、子育て支援サービス等、訪問看護以外でニーズの多い看護・介護に関連したサービス提供の可能性を検討する。

(2) 複合化経営を展開する上での課題

複合化経営により、訪問看護サービス以外の利益率の高いサービスが提供できる可能性がある。経営ノウハウや資金調達の面から、現状では看護ステーション単独での経営は困難であるが、以下のような課題を検討し、経営安定化の具体的な方策を研究し模索する必要がある。

① 複合型事業経営の経営手法の獲得

看護職にとって施設等の経営は未知であるため、業経営戦略コンサルタントを活用したり、不動産のノウハウを得るため、不動産業界などと連携する必要がある。

② 事業資金調達・事業運営の課題

第三者が資本提供することは難しいが、自治体の高齢者の居住福祉型まちづくり計画等への参画、「介護付き高齢者住宅」助成等を活用すると共に、訪問看護の整備は地域医療提供のインフラとして不可欠であることを自治体に訴えていく必要がある。また、有限責任事業組合（LLP (Limited Liability Partnership)）制度等の活用も検討する。

ウ) 訪問看護ステーション機能の拡充の課題

(1) 高機能型の訪問看護ステーション

24時間365日にわたり療養生活と在宅看取りの支援が可能な安定的なサービス供給を実現するためには、訪問看護ステーションの機能の拡充が不可欠であり、以下のような機能を強化・拡充が求められている。

①24時間対応：切れ目のない在宅ケアの提供

②医療依存度の高い患者、終末期患者に対応

在宅で、医療機器の装着・チューブ挿入管理を必要とする患者等、重症度の高い患者（がん・神経難病等）、ターミナルケアを必要とする利用者が増加している。

これらの訪問看護は加算で報酬が評価される（24時間対応・重傷者対応・ターミナル対応による各種加算の算定、緊急時訪問看護加算/24時間連絡体制加算、特別管理加算/重症管理加算、ターミナルケア加算/ターミナルケア療養費、地域連携退院時共同指導加算、訪問看護情報提供療養費等）。

③円滑に在宅医療へ移行するための退院調整

医療機器等を装着したまま退院する患者など、退院が困難または再入院のリスクが高い患者が円滑に在宅療養へ移行するための支援がますます必要になっている。

(2) “高機能型”訪問看護ステーションの課題

医療機関と訪問看護ステーションの連携を高めて退院調整機能を充実し、医療依存度の高い患者、終末期患者に対する質の高い24時間の在宅看護が提供をすることが、訪問看護ステーションの活性化において不可欠あることは言うまでもない。在院日数の短縮に伴い、これらは訪問看護の機能としてますます求められていく内容であるが、医師との役割分担等、訪問看護師が機能を拡大する上で支障となる法的な課題の整理と、訪問看護職員の教育・研修など質の向上が課題として指摘された。

①医師等との役割分担

緩和ケアの疼痛管理（適切な麻薬等の投与・量の調整）、迅速な指示書・処方の必要、増加する医療処置、往診による死亡診断が困難な実態がある。

平成19年12月28日厚生労働省医政局長通知が出され、在宅等で看護職員が、処方された薬剤の定期的、常態的な投与および管理について、患者の病態を観察した上で、事前の指示に基づきその範囲内で投与量を調節することが促進される。医療依存度の高い療養者や終末期にある患者の増加が見込まれる中、訪問看護師による薬剤の投与量の調整や静脈注射等は、在宅療養者に適時に適切な症状コントロールを行う上で不可欠なものである。事前に医師と確認したプロトコールを活用するなど、看護職の新しい役割・機能のあり方という観点から、医療安全を図りながら訪問看護活動を拡大していくための方策も求められている。

エ) コモン・システムの確立

コモン・システムの目的は、訪問看護師が訪問看護業務に専念できるよう事務作業・24時間電話対応など、周辺業務を集中管理することである。コモン・システムの設置、運営に向けた課題を検討し、以下にまとめた。

<課題1：訪問看護の周辺業務の洗い出しとコモン・システムへのニーズ把握>

記録・請求業務の簡素化、衛生材料供給システムの改善など様々なコモン・システムの機能が考えられる。このような中で、現場の訪問看護師にとってコモン・システム化するメリットが大きい周辺業務を洗い出し、コモン・システムへのニーズを把握する必要がある。

<課題2：コモン・システムの利用による効果>

コモン・システムの利用による効果として、訪問看護師が訪問看護業務に専念できるような環境になり、訪問看護収入が大きくなり、経営改善することによって、安定した訪問看護の提供体制の確立が望まれる。

現在、訪問看護師の業務時間配分は、訪問以外の時間が約6割、訪問時間が約4割である。コモン・システムの利用によって、24時間電話対応や事務業務、請求業務、利用案内、衛生材料供給などの訪問以外の時間を約5割に下げ、訪問時間を約5割に上げることができれば、訪問時間は1.25倍となり、訪問件数も1.25倍になると試算できる。

実際の効果についてモデル事業などで検討していく必要がある。

<課題3：コモン・システムの立ち上げ支援や普及活動>

コモン・システムに対するニーズを把握し、具体的なコモン・システムの機能を明確にし、利用効果が確認できた上で、実際に各地でコモン・システムを立ち上げ、普及させていく。そのため、コモン・システムの利用方法やコモン・システムの運営主体、立ち上げ支援の方策などを検討していく必要がある。

第4章

本事業の研究成果の公開および活用

本事業の3つの研究、①「訪問看護事業の報酬体系のあり方に関する検討」、②「訪問看護サービスの需要と供給に関する検討」、③「訪問看護事業のサービス提供体制のあり方に関する検討」に結果は、以下に示すように広く公開し、また審議会の検討に活用された。

1. 2007年11月13日 社会保障審議会介護給付費分科会

社会保障審議会介護給付費分科会の「介護サービスの把握のためのワーキングチーム」の中で、社団法人全国訪問看護事業協会がヒアリングを受けた。ヒアリング資料『訪問看護ステーションの現状と今後の展望について』の中には、本事業の調査結果および検討内容が盛り込まれ、分科会の検討材料として活用された。

2. 2008年3月3日 平成19年度 厚生労働省補助金調査研究事業中間報告会

平成19年度 厚生労働省補助金調査研究事業中間報告会 「在宅ケア最前線！～明日の在宅ケアを考えよう～」において、本調査を含む厚生労働省補助金による訪問看護に関する調査研究事業の中間報告が行われた。本報告会は、日本看護協会・日本訪問看護振興財団・全国訪問看護事業協会の3団体で開催し、マスメディアや訪問看護の従事者など幅広い参加者が来場し、本事業活動について広く公開することができた。

3. 2008年3月25日 社会保障審議会介護給付費分科会

社会保障審議会介護給付費分科会の中で、再び、社団法人全国訪問看護事業協会がヒアリングを受けた。ヒアリング資料『訪問看護の活性化に向けて』の中では、本事業の調査結果および検討結果を踏まえ、日本看護協会・日本訪問看護振興財団・全国訪問看護事業協会の3団体により「訪問看護拡充10ヵ年戦略（仮称）の策定に向けて」が共同提案された。分科会では、衛生材料等の適切な供給体制の整備に向けて、社団法人日本薬剤師会常務理事の木村 隆次委員より、日本薬剤師会として今後取り組んでいく旨の発言があった。

なお、本事業の成果は今後も訪問看護の活性化のために活用し、社団法人全国訪問看護事業協会のホームページ (<http://www.zenhokan.or.jp/index.html>) に報告書の電子データを掲載するなどして情報発信する予定である。

おわりに

平成 19 年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業分）「訪問看護事業の報酬体系・提供体制のあり方に関する調査研究事業」は東京大学村嶋幸代教授、聖路加看護大学山田雅子教授のご協力を得、当面する訪問看護事業の推進に貢献度が高い成果をあげることができた。さらに、慶応大学小池智子准教授らの協力により、事業経営という側面から専門的で新規性のある検討ができたことも特筆したい。

おりしも、超高齢社会と多死の時代を向え、この研究成果が直接的に政策立案の場に提案されたことも記述しておきたい。

会員の皆様においては、厳しい経営と闘いながら、超多忙な日々の中で、いずれも緊急な調査協力をお願いしたにもかかわらず、理解をいただき、こころよく即時的に回答をいただいた。深く感謝申し上げます。

わが国同様に超高齢社会に立ち至っている諸外国の例をみても、訪問看護の活動はその中心を担っていることは容易に理解される。わが国における訪問看護制度は社会のニーズに遅れて開始されたところに、一層の困難が生じていると思われるが、今回、日本看護協会・日本訪問看護振興財団・全国訪問看護事業協会 3 団体が共同して社会に発言できたことにみるように、訪問看護を推進する看護の主体は一つになり、さらに社会もその発言を無視できなくなっている。ここに、国民のニーズにこたえる訪問看護の発展を現実化することができる道が開いてきたといえよう。

平成 20 年 3 月

訪問看護事業の報酬体系・提供体制の
あり方に関する調査研究事業

総括委員長 川村佐和子（青森県立保健大学 教授）

參考資料

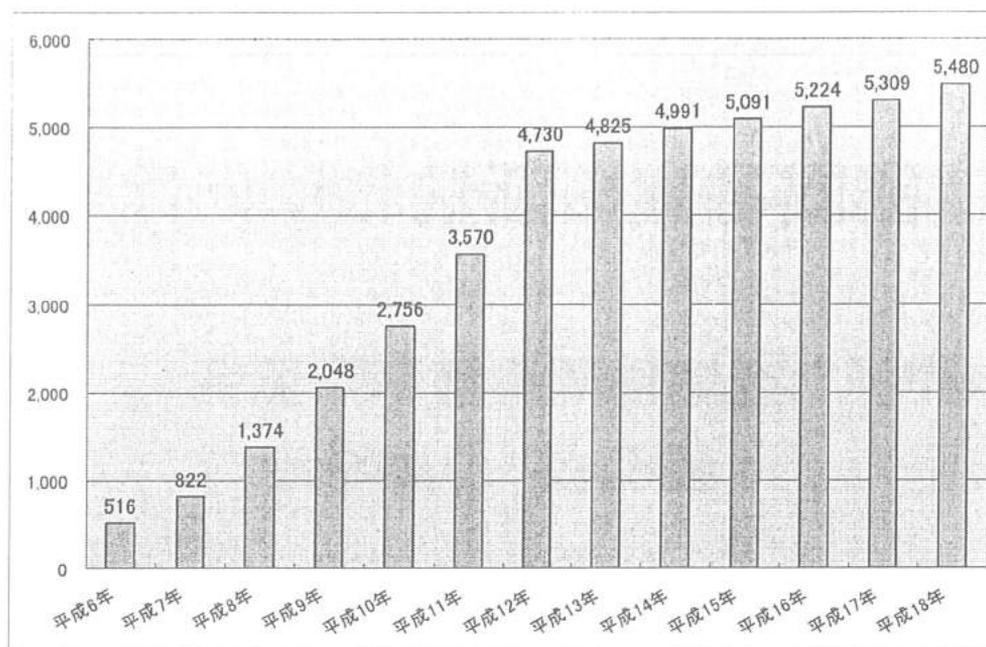
訪問看護の活性化に向けて

全国訪問看護事業協会
副会長 伊藤雅治

訪問看護の制度的変遷

- ・老人保健法制定以前
一部の病院による訪問看護、保健師の訪問指導
- ・1982年老人保健法制定
保健事業としての機能訓練、訪問指導
退院患者継続看護・指導料
- ・1992年老人訪問看護制度の発足
看護師が管理者の独立した事業所に社会保険財源による
報酬が配分される仕組みの創設
- ・1994年指定訪問看護制度の創設
訪問看護を老人以外に拡大
- ・2000年介護保険法の施行
介護保険、医療保険の双方に対応する訪問看護制度

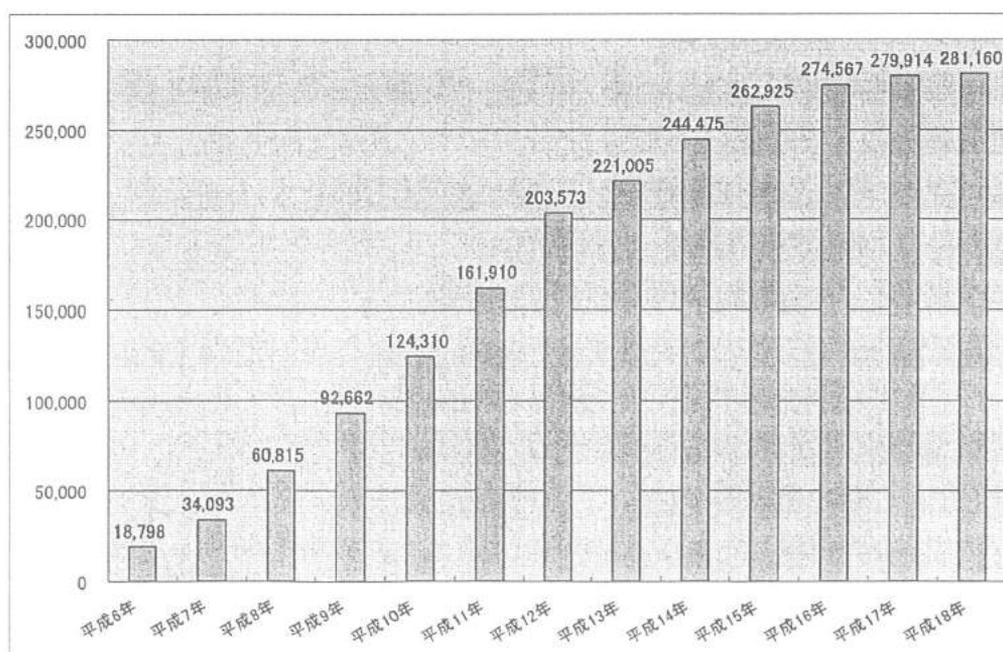
訪問看護事業所数の年次推移



出典：厚生労働省 老人訪問看護実態調査・老人訪問看護報告(平成5年～7年)、訪問看護事態調査・老人訪問看護実態調査・老人訪問看護報告(平成7年)、訪問看護統計調査(平成8年～11年)、介護サービス・施設事業所調査(平成12年～18年)

3

訪問看護利用者数の年次推移



出典：厚生労働省 老人訪問看護実態調査・老人訪問看護報告(平成5年～7年)、訪問看護事態調査・老人訪問看護実態調査・老人訪問看護報告(平成7年)、訪問看護統計調査(平成8年～11年)、介護サービス・施設事業所調査(平成12年～18年)

4

訪問看護ステーションの概況

- 訪問看護ステーション数、利用者数(介護保険)は、いずれも微増にとどまっている。
- 訪問看護は、介護保険費用額の2%(1270億円/年)、国民医療費の0.12%(390億円)とシェアが小さい。

5

訪問看護ステーションの利用者・従事者数

- 訪問看護ステーション設置数 [約5,480カ所 *2]
- 1事業所あたり看護職員数 [平均4.2人 *1]
- 1事業所あたり利用者数 [訪問看護 51.9人、介護予防訪問看護3.0人 *2]
- 常勤換算看護職員1人あたり延利用者数 [平均69.1人 *1]
- 1件当たりの所要時間 [平均123分(滞在時間; 65分+滞在以外時間; 58分) *3]

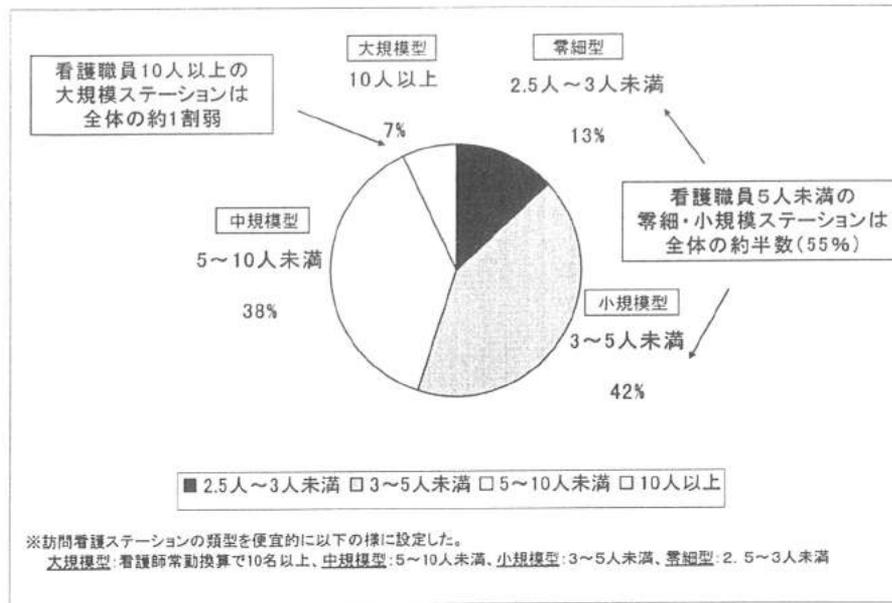
*1 平成17年度介護サービス施設・事業所調査

*2 平成18年度介護サービス施設・事業所調査

*3 平成14年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業」

6

訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算数)



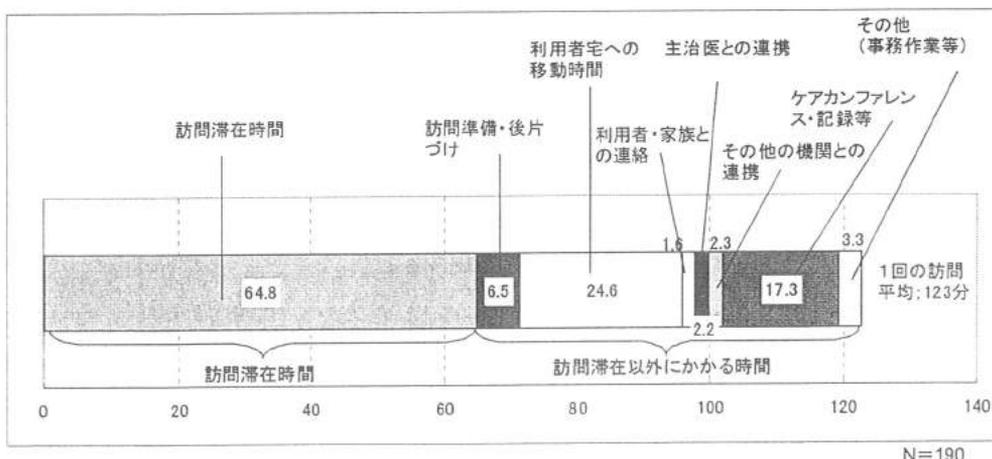
出典:2005(平成17)年度 訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書 日本訪問看護振興財団

- 訪問看護ステーションは、半数以上が5人未満の零細事業所。10人以上の大規模型は1割未満にとどまっている。

7

訪問看護サービスにかかる時間・内容

訪問1回にかかる訪問看護労働投入時間

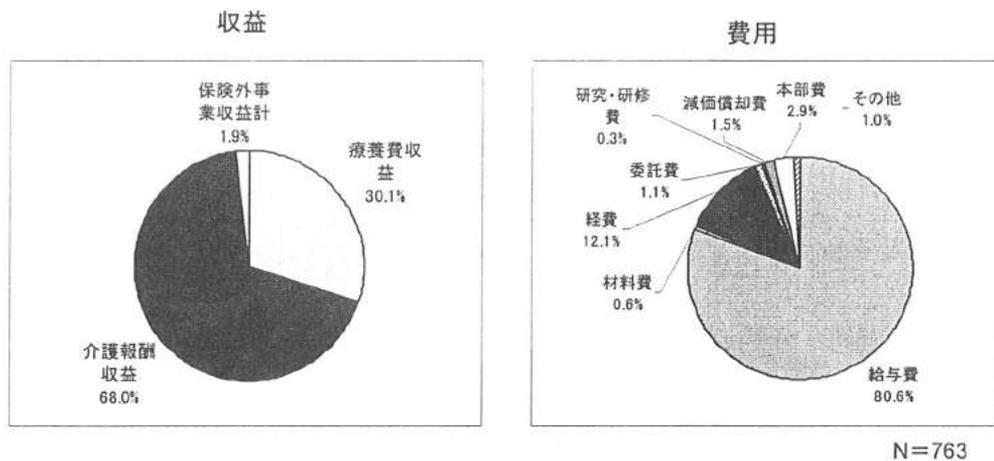


- 利用者1人あたり1ヶ月にかかる訪問看護労働投入量を調査した結果、訪問1回あたりに換算すると、利用者宅に平均65分滞在し、その他、準備・移動・記録・ケアカンファレンス等に58分かかっている。
- 利用者宅での滞在時間に対して、訪問以外の時間が同程度かかる。

出典:全国訪問看護事業協会 平成14年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業」

8

訪問看護ステーションの収益構造



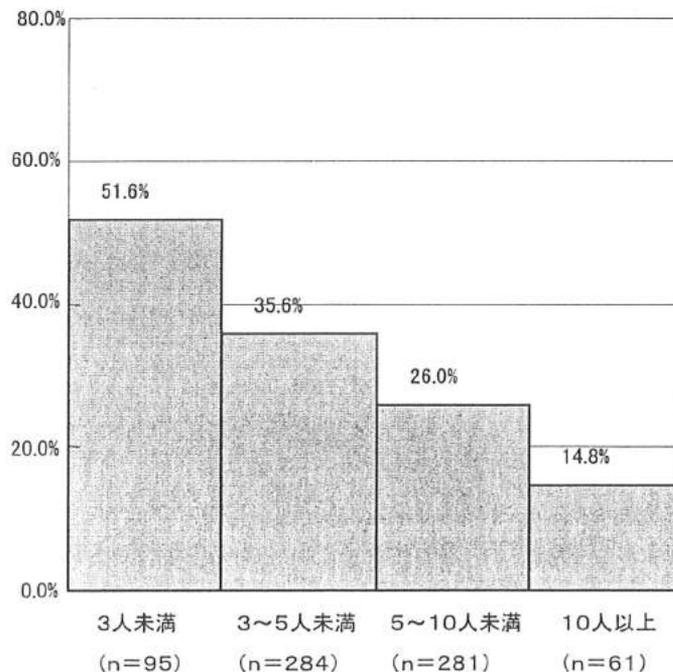
- 収益は、医療保険が3割、介護保険が7割程度を占める。
- 費用は、給与費が80.6%、経費が12.1%と、給与費が8割を占め、費用のほとんどが人件費の業態である。

出典:全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

9

訪問看護ステーションの収支(赤字割合)

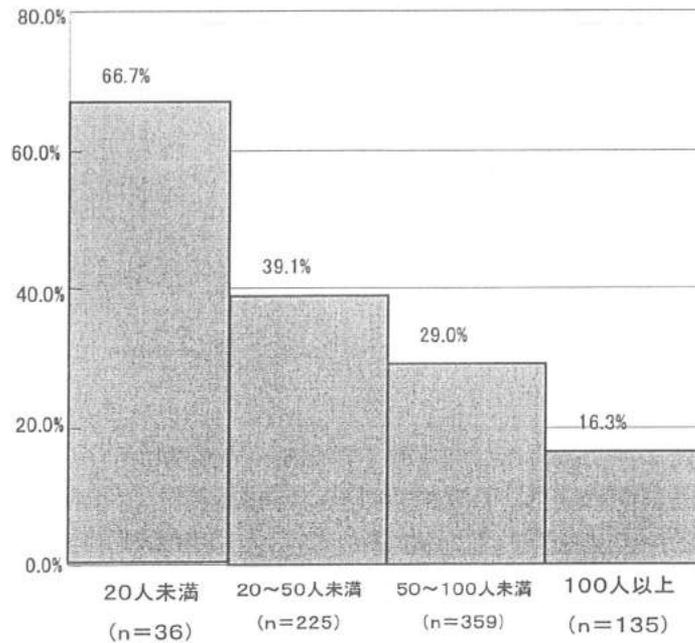
職員数別赤字ステーションの割合



出典:全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より 10

訪問看護ステーションの収支(赤字割合)

利用者数(医療+介護)別 赤字ステーション割合

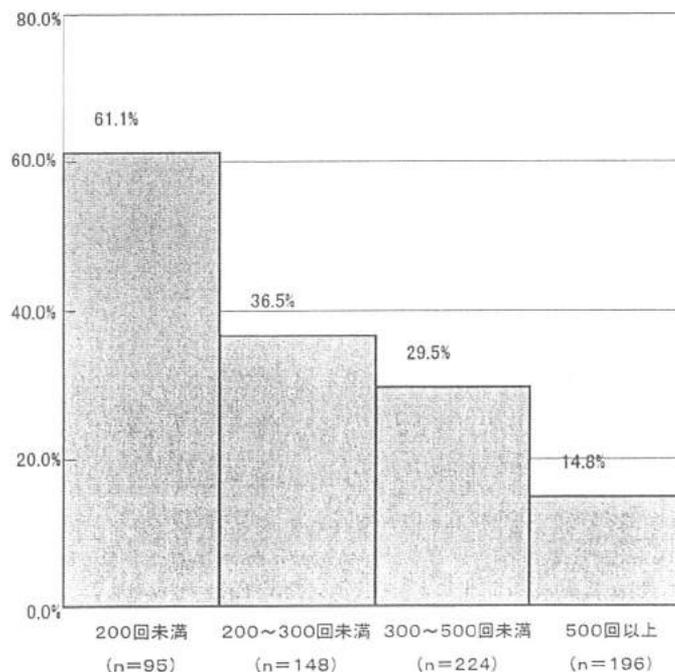


出典:全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

11

訪問看護ステーションの収支(赤字割合)

延訪問回数(医療+介護)別 赤字ステーション割合



出典:全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

12

訪問看護ステーションの収支(赤字割合)

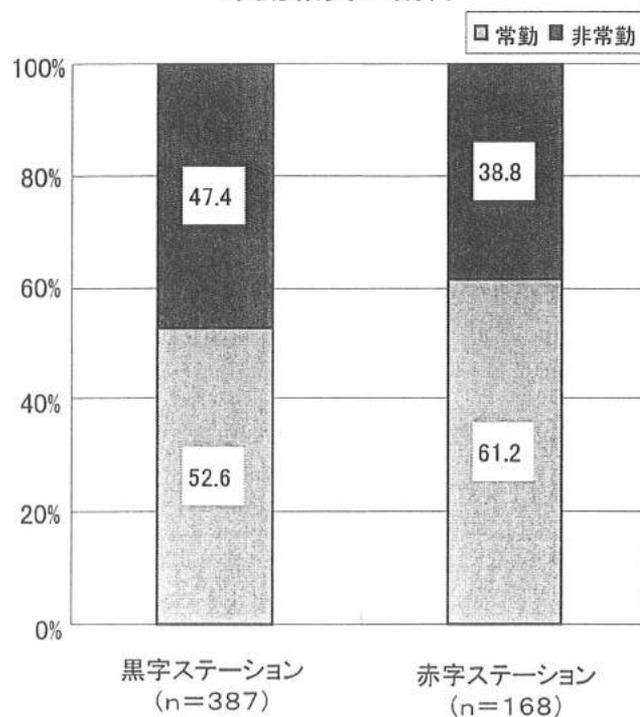
- 事業損益(3月分)が赤字のステーションが全体の31.6%。
- 特に、小規模なステーション(職員数が少ない、利用者数が少ない、延訪問回数が少ない)ほど、赤字の割合が高くなっている。

出典:全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

13

黒字事業所における経営努力

常勤職員の割合

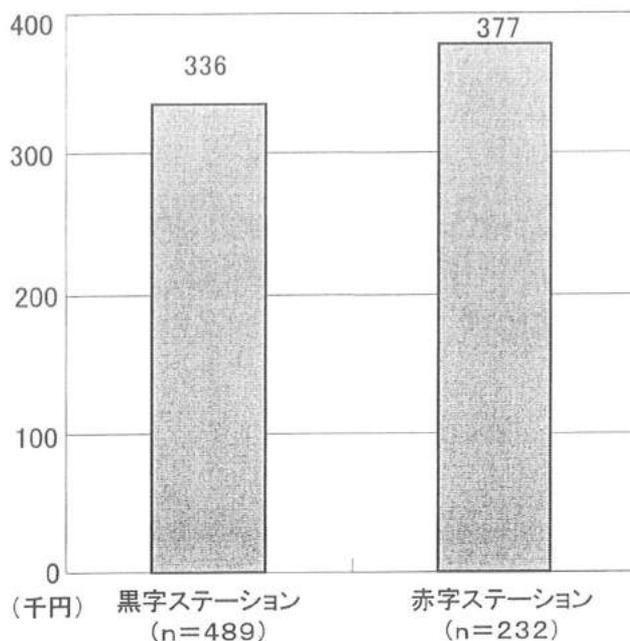


出典:全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

14

黒字事業所における経営努力

職員1人あたり給与費
(賞与、法定福利費、退職給与引当金等除く)

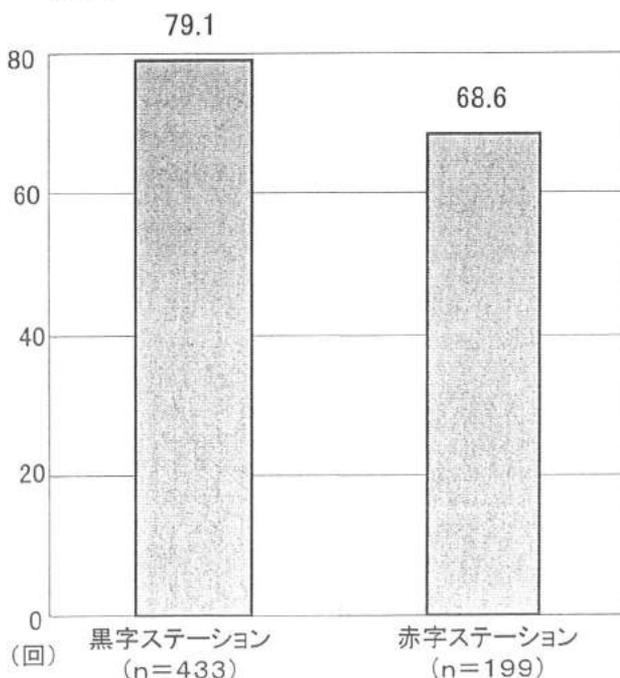


出典: 全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

15

黒字事業所における経営努力

職員1人1ヶ月あたりの訪問回数(常勤換算)



出典: 全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

16

黒字事業所における経営努力

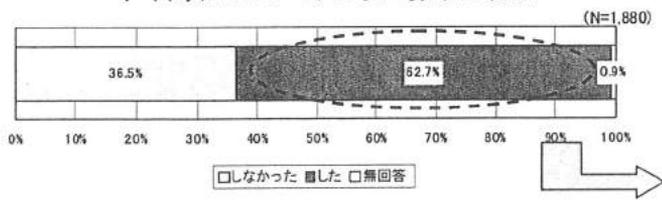
- 黒字の事業所は、非常勤職員を多く雇用し、職員1人あたり給与費を下げ、職員1人あたり訪問回数を多くして、収支を黒字にしている状況がみられる。
- しかしながら、サービスの質の確保、人材確保のためには、本来、常勤職員率をあげ、適正な給与を支払うことが重要。

出典:全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

17

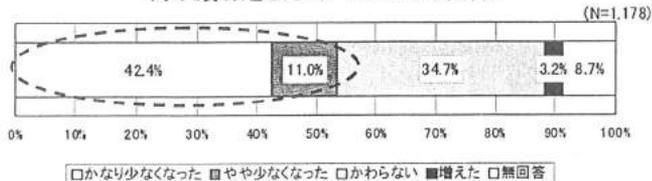
訪問看護ステーションの人材不足の状況

半年間(H18.4~9)の求人募集の有無 (N=1,880)



- 求人募集をしたステーションが6割。
- うち、求人募集しても、採用できなかったところが35.1%。

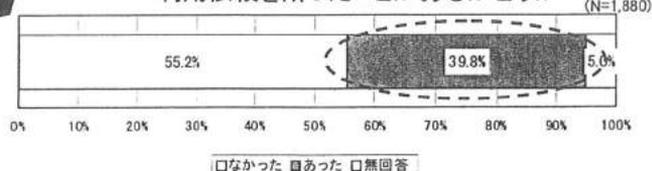
半年間(H18.4~9)に求人募集した反応 (求人募集をしたステーションのみの回答) (N=1,178)



- 半年間に求人募集をしたステーションの過半数がこれまでに比べて「少なくなった」と回答。

- 人材不足の結果、約4割のステーションが訪問看護の利用を断っている。

半年間に、人材不足により訪問看護の利用依頼を断ったことがあるかどうか (N=1,880)

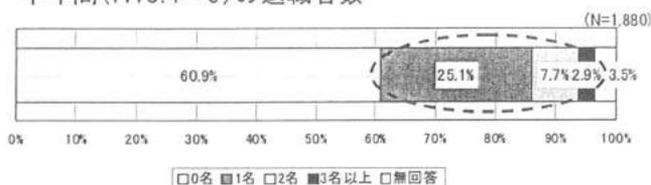


出典:全国訪問看護事業協会 平成18年度老人保健健康増進等事業「新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討」

18

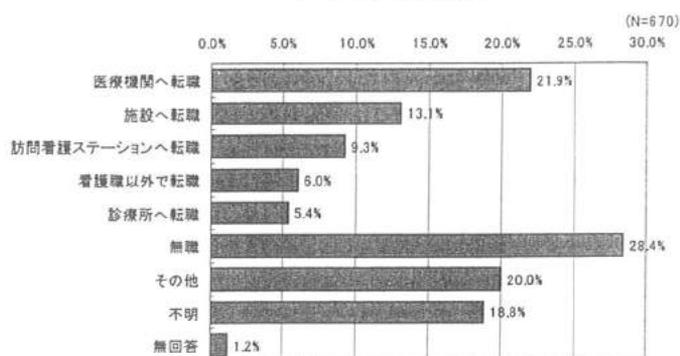
離職の状況

半年間(H18.4~9)の退職者数



- 半年間に退職者がいたステーションは4割。
- 退職者の転職先は、「医療機関」「施設」の順に多い。「その他」としては、「同法人内病院への異動」「居宅介護支援事業所へ異動」など。

退職者の転職先

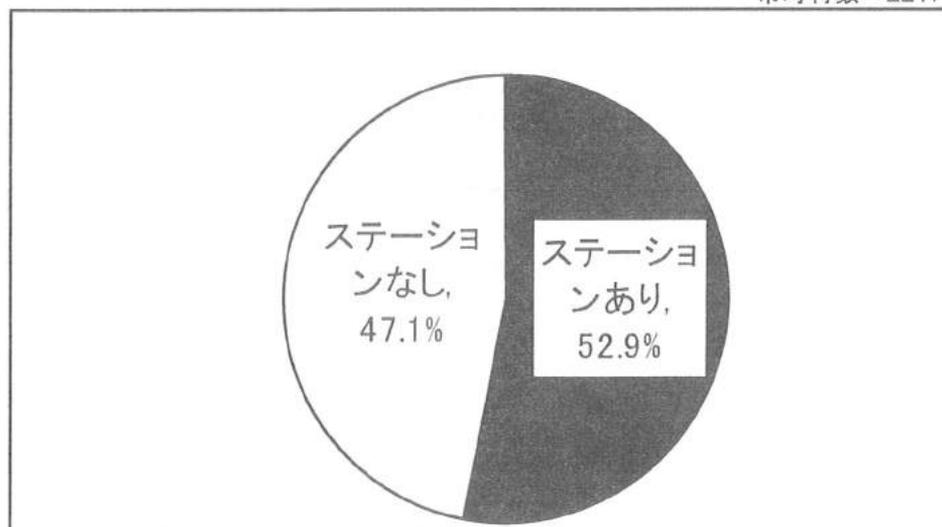


出典:全国訪問看護事業協会 平成18年度老人保健健康増進等事業「新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討」

全国における訪問看護サービスの遍在

全国の市町村における訪問看護ステーションの有無 (H17.10.1現在)

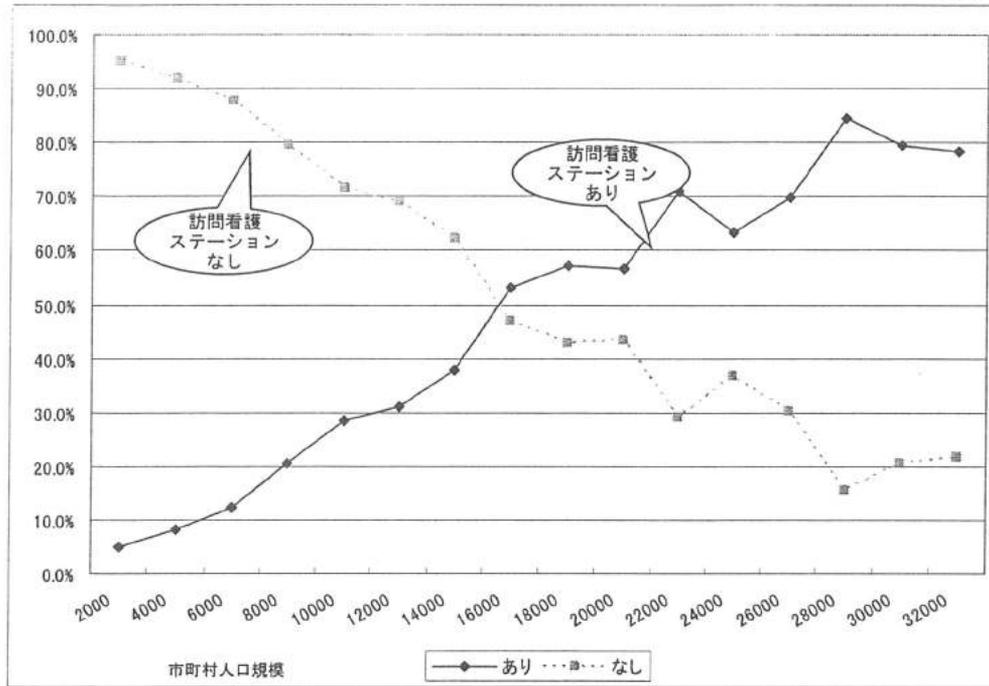
市町村数=2217



出典:全国訪問看護事業協会 平成18年度老人保健健康増進等事業「訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究」

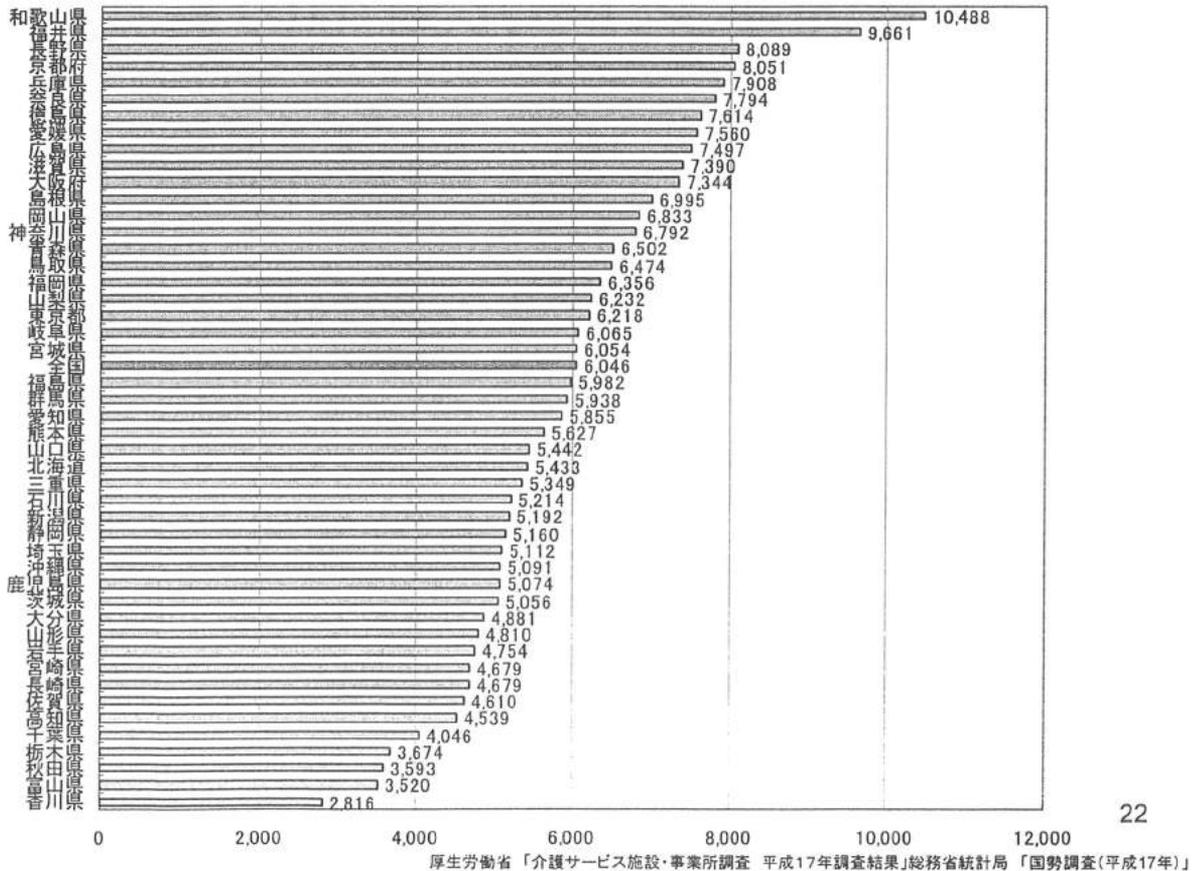
市町村人口規模別の訪問看護ステーション設置率

(H17.10.1現在)



出典: 全国訪問看護事業協会 平成18年度老人保健健康増進等事業「訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究」 21

高齢者人口10万人あたりの訪問看護の回数(都道府県別)



22

厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査 平成17年調査結果」総務省統計局「国勢調査(平成17年)」

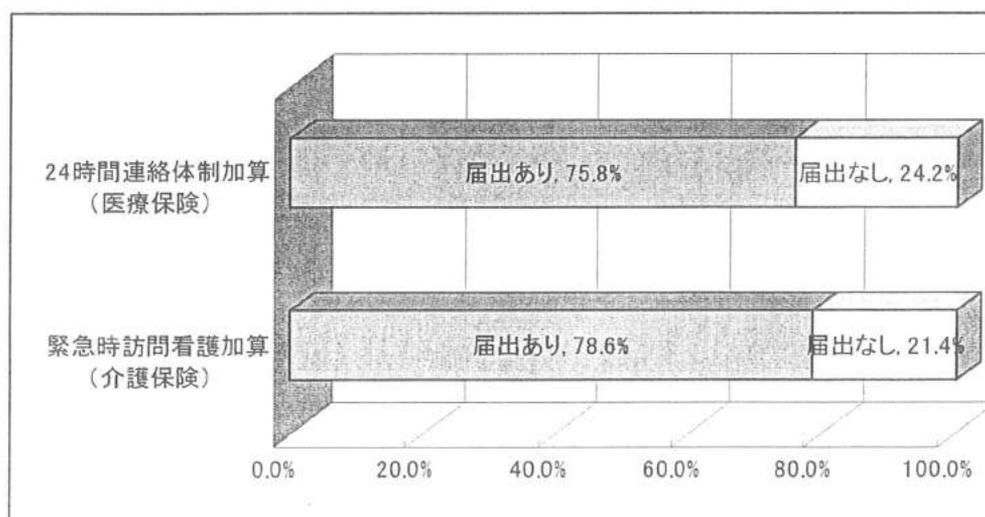
訪問看護サービスの偏在

- 訪問看護ステーション未設置市町村が半数。小規模市町村では、未設置が多い。
- 都道府県別の高齢者人口10万人あたりの訪問看護の回数は4倍の開きがある。

出典:全国訪問看護事業協会 平成18年度老人保健健康増進等事業「訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究」

23

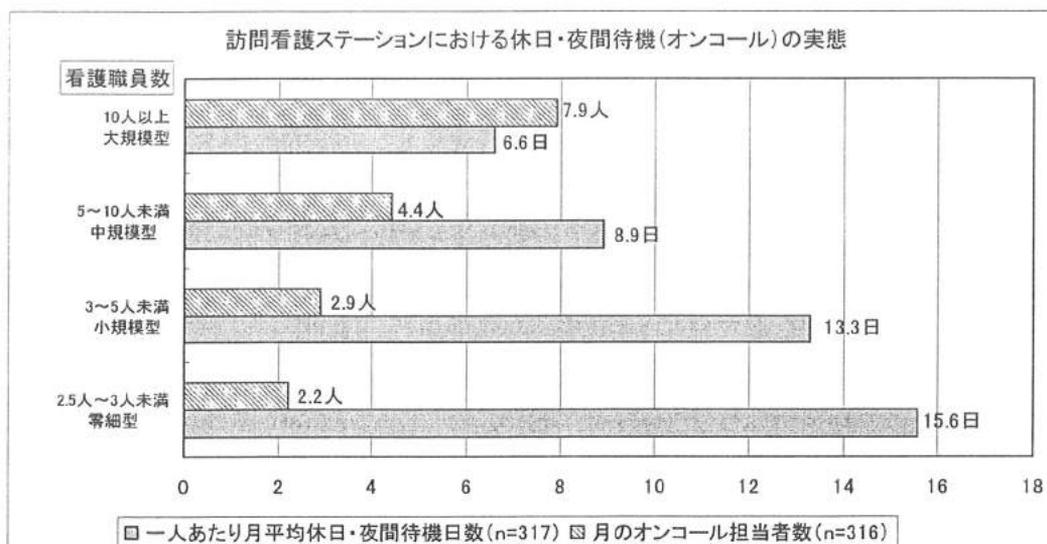
24時間オンコール対応の負担



出典:厚生労働省平成17年度介護サービス・施設事業所調査

24

24時間オンコール対応の負担



出典:平成18年度「訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所との連携に関する研究」日本看護協会

25

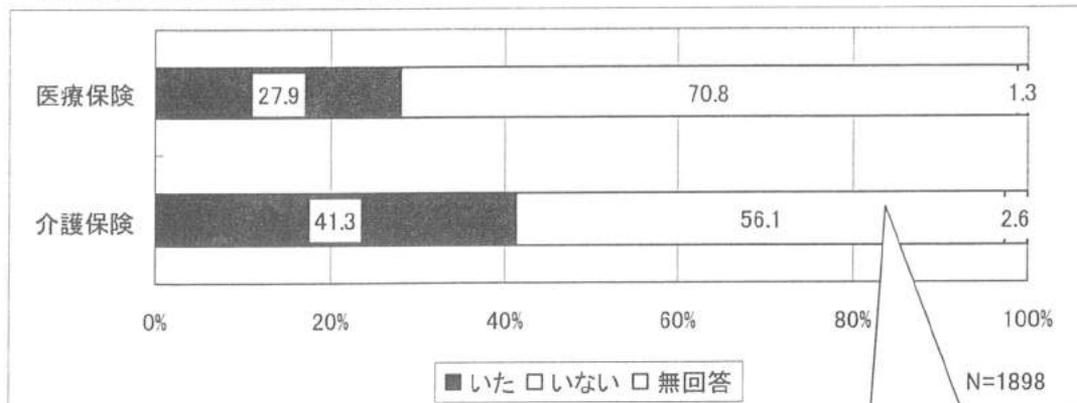
24時間オンコール対応の負担

- 8割弱のステーションが24時間対応を行っている。
- 医療機器装着者など、夜間のトラブル発生があるため、職員の負担感が大きい。
- 小規模ステーションでは、職員1人が24時間オンコール対応を行う回数が多い。
- 特に、零細型(3人未満)では、平均15.6日(2日に1回)夜間携帯を持参して自宅で待機しており、職員にかかる負担が非常に大きい。

26

退院前訪問、退院日訪問について(介護保険)

退院前訪問をした利用者の有無(1ヶ月間)



○ 医療機器を装着したまま退院となる患者などについて、入院先の病院に向いて退院調整・指導を行っている。

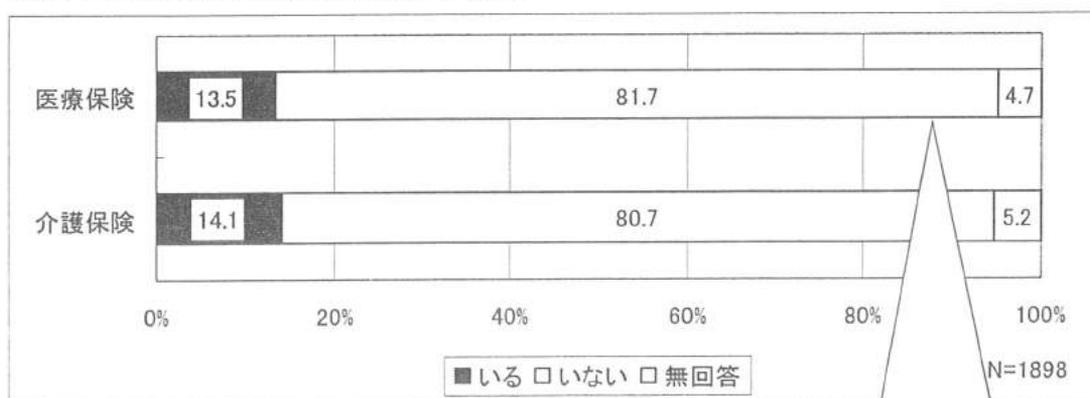
介護保険では、退院前訪問(カンファレンス等)の評価がない。

出典:全国訪問看護事業協会 平成18年度老人保健健康増進等事業「新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討」

27

退院前訪問、退院日訪問について(医療保険)

退院当日に訪問をした利用者の有無(1ヶ月間)



○ 退院当日に在宅で医療機器のセッティングや家族への介護指導等を行っている。

医療保険では、退院当日の訪問看護の評価はがん末期等である。

出典:全国訪問看護事業協会 平成18年度老人保健健康増進等事業「新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討」

28

衛生材料の円滑な供給体制について

- 薬事法により訪問看護ステーションでは衛生材料等の管理ができないため、カテーテルの閉塞、点滴のつまりなど、トラブル発生時に訪問看護師が迅速な対応が困難。
- 在宅療養指導管理料算定者に必要な衛生材料・医療材料は主治医から供給される仕組みになっているが、実際には、脱脂綿、滅菌手袋、消毒綿、ガーゼ、ドレッシング材など、利用者の個人負担やステーションからの持ち出しも多い。
- 衛生材料・医療材料が量・質ともに適切な時に供給されるシステムづくりが不可欠。

出典：全国訪問看護事業協会 平成19年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業の報酬体系・提供体制のあり方に関する調査研究事業」(実施中) 29

訪問看護ステーションの現状のまとめ

訪問看護ステーションの現状

- 訪問看護ステーション設置数 [約5,480カ所]
- 訪問看護ステーション看護職員数 [平均4.2人]
- 1件当たりの所要時間 [平均123分]
- 利用者数 [28万人程度]
- 介護保険におけるシェア [1,270億円]
- 医療保険におけるシェア [390億円]

経営に関する諸課題

- 規模が小さく安定的な事業運営が困難
- 全国的に事業所が偏在・不足
- マンパワー不足で新規利用者の受け入れ困難
- 報酬設定が低く、採算が合わない
- 診療報酬上評価されていない内容が多い
- 記録・請求事務が繁雑で業務に支障
- 訪問看護サービスの内容・価値のPR不足

31

10年後の2018年に向けて

超高齢社会・多死時代を迎えるにあたって

訪問看護のミッション

国民が最期まで安心して療養生活を送れるよう、24時間365日にわたり療養生活と在宅看取りの支援が可能な安定的なサービス供給を実現する

(日本看護協会・日本訪問看護振興財団・全国訪問看護事業協会の3団体の共同提案)

32

在宅看取りの推進及び訪問看護ステーションの 拡充に向けたH30(2018)年までの目標

○在宅死亡者割合を高める

- ・H17(2005)年の在宅(自宅・介護老人保健施設・老人ホーム)死亡者割合15.0%について、H25(2013)年;20%、H30(2018)年;25%を目標とする
- ・在宅とは、自宅、居宅系サービス、介護保険施設を含めた様々な居住の場をさす

○在宅死亡者の訪問看護利用者割合を高める

- ・H17(2005)年現在、在宅死亡者のうち訪問看護を利用していたのは約17%であった
- ・H30(2018)年には、17%→50%(現在の約3倍)に引き上げることを目標とする

○安定的な24時間サービス提供基盤の整備

- ・現在の訪問看護ステーションを「大規模訪問看護ステーション(仮称)」、「中規模訪問看護ステーション(仮称)」に拡充する。

(日本看護協会・日本訪問看護振興財団・全国訪問看護事業協会の3団体の共同提案)

33

訪問看護の活性化に向けたアクションプラン

	1. 利用者把握の適正化	2. 提供体制の確立とサービス質向上	3. 事業経営の安定化
訪問看護業界	<ul style="list-style-type: none"> ・需要予測方法の確立 ・需要把握方法の確立 ・訪問看護イメージアップ戦略 ・病院の退院調整機能の強化 ・在宅療養支援診療所との連携強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・ナースセンター機能強化(訪問看護への新人や再就職者の積極的採用) ・研修の充実と強化:訪問看護師の新卒・継続教育の支援 ・訪問看護の機能(在宅移行、ターミナル)拡充 ・ステーション管理者強化・支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・コモン・システムの確立:訪問看護の周辺業務コモン・システム化による効率化の検討・試行・設置支援 ・経営戦略コンサル ・事業規模拡大・複合化 ・他職種との連携強化 ・ステーション管理者強化・支援
行政	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の在宅ケア需要予測方法の確立 ・医療計画上の扱いの明確化 ・事業所の整備支援 ・退院調整機能の強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師確保策の推進 ・看護師需給見通しにおける訪問看護の扱いの明確化 ・僻地等での事業所の経営支援(移動の評価) 	<ul style="list-style-type: none"> ・コモン・システム設置・拡大支援 ・記録・請求業務の簡素化 ・衛生材料供給システムの改善
社会	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・訪問看護の普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ・民間企業の訪問看護への参入 	<ul style="list-style-type: none"> ・IT業界・事務請負業者による参入

34

利用者把握の適正化

- ・医療圏毎に訪問看護の需要予測を行い、在宅ケア供給体制の整備目標の設定
- ・訪問看護ニーズの発生から利用までの阻害要因の分析・対策
病院の退院時の対応、ケアプラン作成段階
- ・急性期の入院医療の需要予測との違い
関係するfactorが多様で複雑
病院の退院調整、利用者の価値観、訪問看護ステーションの対応能力、ケアマネの能力等
⇒調査研究班のメンバー構成等の検討

35

医師の指示についての規定の見直し

- ・「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」平成15年3月24日

療養上の世話については、行政解釈では医師の指示を必要としないとされている。療養上の世話については、看護師が医師等と適切に連携しつつ、その自律性、専門性を発揮することが必要であり、今後引き続き検討すべき課題である。

- ・老人訪問看護制度創設時の検討の経緯

36

現行の訪問看護指示書

※訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書（中核施設等2020021）
（別紙様式12）

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する箇所を○で囲むこと
訪問看護指示書期間（平成 年 月 日 - 年 月 日）
点滴注射指示書期間（平成 年 月 日 - 年 月 日）

患者氏名	生年月日	性別	年齢	〒	都道府県	市町村	番	号	月	日
患者住所	電話（ ） - （ ）									
主治医師	〒									
現在の状況	病状・治療 1. 病名 2. 経過 3. 検査結果 4. 投薬 5. その他									
日常生活	1. 歩行 2. 食事 3. 排泄 4. 入浴 5. 着脱 6. その他									
医療機器等	1. 呼吸器 2. 点滴装置 3. 酸素装置 4. 吸引機 5. 褥瘡治療機 6. その他									
留意事項	1. 緊急時対応 2. 在宅看護上の留意事項 3. その他									
在宅患者訪問点滴注射に関する留意事項	1. 投与薬剤・投与量・投与方法等									
緊急時の連絡先	1. 緊急時対応									
特記すべき留意事項	1. 薬剤の相互作用・禁忌等									
他の訪問看護ステーションへの指示	1. 無 2. 有									

上記のとおり、指示いたします。
平成 年 月 日
医療機関名
看護士
氏名
印

提供体制の確立とサービスの質向上

- 研修の充実と強化
- 訪問看護の機能拡充

医療処置、疼痛コントロール、栄養・排泄管理、死後の処置等に24時間対応し、在宅ケア、在宅死を希望する患者を支援する機能の強化

- 教育・研修機能・在宅看取り機能を持った訪問看護ステーションの体制整備⇒機能強化型訪問看護ステーション(仮称)の提案(日本訪問看護振興財団:在宅医療推進会議)

事業経営の安定化

- 事業規模拡大・複合化
- 多様な居住の場への訪問看護の拡大
- IT化促進、コモンシステムの確立

同一地域の設置主体の異なる法人の開設する事業所のネットワーク化等のモデル事業

39

全国訪問看護事業協会の方針

- 訪問看護事業の健全な発展を図るため、訪問看護事業の経営、サービスの質の確保・向上に関する調査研究および研修会等を行い、地域の訪問看護ステーションの情報拠点として、訪問看護事業の普及活動をする

40

全国訪問看護事業協会 平成20年度事業計画

訪問看護師が訪問看護に専念できる体制の整備

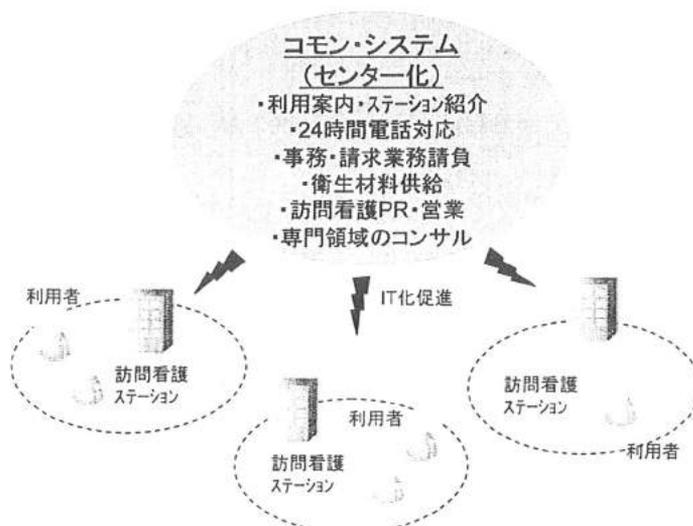


- 訪問看護ステーション運営の支援
- 訪問看護ステーションの地域連携の強化
- 訪問看護ステーションサービスの共通システムの検討とモデル事業への取り組み

41

訪問看護ステーションの共通システム確立

訪問看護師が訪問看護業務に専念できるよう
事務作業・24時間電話対応など、周辺業務を共通システム化



- 周辺業務をセンターへ委託
- 24時間の電話対応
- 事務作業、請求事務の委託
- 衛生材料の供給
- 地域住民へのPR等



訪問看護師が業務に専念することにより、より専門的・高度なケアの提供を可能にし、日本全体の在宅ケアの水準向上を目指す。

【最期まで在宅で安心して暮らせる社会の実現】

42

日本看護協会の方針

病院と在宅の切れ目のない医療の提供の仕組みを充実させ、訪問看護を必要とする人に、必要なサービスが確実に提供される体制をつくる

■訪問看護ステーションの経営基盤の強化

- ➡ ●訪問看護の適正な報酬上の評価
- 訪問看護に従事する看護師の量的・質的な人材の確保

■人々がどこに暮らしていても一定の訪問看護サービスが同様に受けられるよう、地域性を踏まえた訪問看護の提供体制の整備

- ➡ ●小規模の事業所同士の連携及び統合、大規模の事業所からの事業支援等

43

© 日本看護協会

日本看護協会 平成20年度事業計画

●利用者ニーズの把握方法についての検討

●訪問看護のイメージアップ戦略、訪問看護に対する認知度と効果的な情報発信の方法についての検討

●事業所の規模拡大と人材育成の方策についての検討

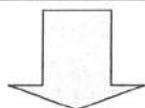
●事業所の機能充実(多機能化・看取りの推進・在宅移行支援)に向けた要件整理についての検討

© 日本看護協会

44

日本訪問看護振興財団の方針

在宅移行期から看取りまで、24時間・365日の訪問看護等を実践し、住み慣れた地域での療養生活が支援できる在宅看護供給体制の充実にめざす



1. 訪問看護サービスの質の均てん化
2. 訪問看護の量的確保と経営の安定化
3. 在宅看護サービスの拠点化と多職種協働の推進

45

平成20年度 日本訪問看護振興財団事業計画

1. 訪問看護サービスの質の均てん化
 - 訪問看護認定看護師の育成と活用
 - 訪問看護のブロック研修実施
 - eラーニングの開始
 - 研究発表の機会拡大（第14回交流集会の活用）
2. 訪問看護サービスの量的確保と経営の安定化
 - 訪問看護ステーションの経営コンサルテーション事業
3. 在宅看護サービスの拠点化と多職種協働の推進
 - 機能（教育・看取り等）強化型訪問看護ステーションの設置促進
 - 地域における看護の役割の周知徹底
 - 療養通所介護開設促進
 - 在宅関連職種間の連携促進（第14回交流集会の活用）

46

行政への要望・提案事項

1. 訪問看護の医療計画上の位置づけの明確化
4疾病5事業以外の需要も踏まえたサービス提供体制の確立
2. 看護師需給見直しにおける訪問看護部門の扱いの明確化
3. 平成17年度から開始された「訪問看護推進事業」の評価と見直し

47

訪問看護拡充10ヵ年戦略(仮称)の策定に向けて

利用者メリット

最期まで住まいで療養できる。

事業者メリット

良質な訪問看護サービスの供給ができる。

保険者メリット

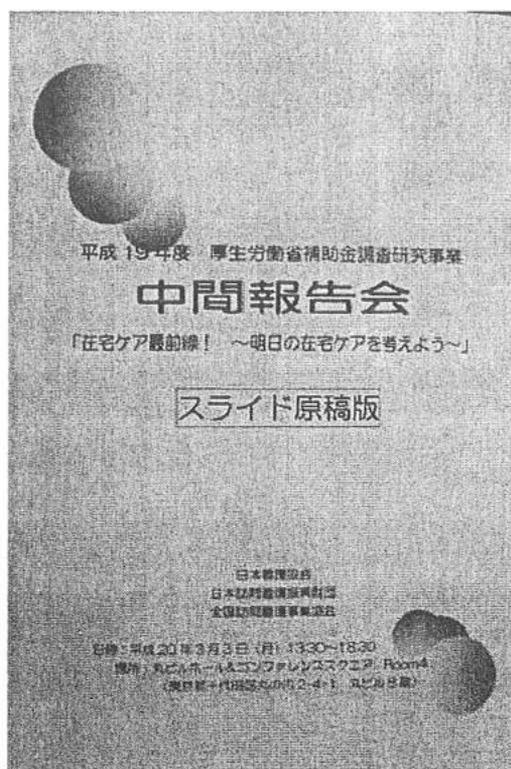
効率的な保険運用を実現。

1. 訪問看護事業の計画的拡充方針の明確化
 - 2018年までを見越した段階的な利用者との訪問看護ステーション設置拡充策の検討(H21-H23、H24-26、H27-29)。
2. 介護報酬改定における報酬体系の適切な評価、体系の見直し
 - 訪問看護機能の専門分化の促進とその評価。
 - 居住系施設等との連携による効率化。
3. 利用者視点を重視した訪問看護インフラ整備
 - 医用材料等供給支援センターモデル事業、帳票管理・請求及び会計に係る電子処理センターモデル事業、24時間コールセンターモデル事業、高度専門的在宅ケア支援事業、広域対応ネットワークモデル事業、等。
4. 事業規模の拡大及び事業基盤の強化
 - サテライトの設置推進について、改めて周知。
 - 自治体又は大学との連携や民間の大規模展開等、事例集積・ベンチマーク事業の実施。
5. マンパワー確保・就労支援対策
 - 地域別需給計画の立案及び介護保険事業計画等への反映。
 - ナースセンター機能の強化。
6. 訪問看護の人材育成と質の保障
 - 新人看護師に対する訪問看護教育システムの整備
 - 訪問看護認定看護師教育の拡充
 - 訪問看護ステーション管理者の管理能力向上と支援

(日本看護協会・日本訪問看護振興財団・全国訪問看護事業協会の3団体の共同提案)

48

平成19年度 厚生労働省補助金調査研究事業中間報告会 「在宅ケア最前線！～明日の在宅ケアを考えよう～」



49

平成 19 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康推進等事業）

訪問看護事業の報酬体系・提供体制のあり方に関する調査研究事業
概 要 版

平成 20 年 3 月

発行・編集 社団法人 全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壹丁目参番館 302

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

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

