平成29年度　訪問看護管理者養成研修会　～体系的に学ぶ管理者の役割～　第Ⅰ期　資料

全国訪問看護事業協会

平成２９年度

訪問看護管理者養成研修会

～体系的に学ぶ管理者の役割～

第１２期生

＜ 大 阪 会 場 ＞

第Ⅰ期　資料集

日　時：平成２９年　９月１４日（木）　１０：００～１７：４５
　　９月１５日（金）　９：００～１６：４５
　　９月１６日（土）　９：００～１６：３０
会　場：島根ビル

一般社団法人全国訪問看護事業協会

Supported by 日本財団 THE NIPPON FOUNDATION

平成２９年度　訪問看護管理者養成研修会

～体系的に学ぶ管理者の役割～

Ⅰ期　資料集

＜　大　阪　会　場　＞

平成２９年９月１４日～１６日

会場：島根ビル　大阪府大阪市北区西天満３丁目 13 番 18 号　島根ビル９階

発行・編集　一般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丁目３番 12 号　壱丁目参番館 401
TEL　03（3351）5898　　FAX　03（3351）5938

禁無断転載

訪問看護管理者養成研修会について

本研修会は平成 17、18 年全国訪問看護事業協会の研究事業「訪問看護ステーション管理者養成プログラムの開発」で開発した研修プログラムをもとに開催するものです。

この研究では、有識者と現場のステーション管理者からのヒヤリング、およびこれまでの調査研究等の文献検討から、訪問看護ステーション管理者に求められる能力を「6 つの機能」（表 1）と「12 のスキル」（表 2）に整理しました。

さらにこれらの管理者としてのコンペテンシーを獲得し、健全なステーション運営を担えるスキルを獲得すべく、具体的な研修プログラムを開発しました。

3 期 9 日間の本研修科目のそれぞれの講義ごとに、シラバスを作成、受講生の到達目標（表 3）を設定しています。

本研修会の全過程を通じて、管理者に必要な能力を取得できることを本研修会のねらいとしています。

表 1

	管理者の機能
1	訪問看護に関わる最新情報や知識の取得(制度の動向や訪問看護の最新知識・技術)
2	経営の基本的な知識・ノウハウ
3	実践的経営能力
4	人材育成
5	人材管理
6	組織の運営管理

表 2

	管理者に求められるスキル
1	論理的思考(ロジカルシンキング)の技量
2	判断力
3	経済的思考力
4	先見性
5	哲学的思考
6	柔軟性・対応力
7	交渉・折衝力
8	行動力
9	責任感・責任遂行能力
10	支援力・支援的姿勢
11	バランス感覚
12	プレゼンテーション力

平成29年度訪問看護管理者養成研修会シラバス

分類	科目	到達目標	講義内容
(1)訪問看護制度論	①訪問看護を取り巻く制度と政策	訪問看護関連の施策・制度と動向を理解しコンプライアンスに基づいた事業運営が出来る。	訪問看護が位置づけられている老人保健法・健康保健法・介護保険法・改正介護保険法・医療制度改革等制度の概要 （診療報酬・介護報酬等含む）、事業展開において準拠すべき法制度内容とその対応/情報開示／情報公表（制度）
(2)訪問看護経営・経済論	①経営状態の把握・評価（経営に関する基本的技術）	1．ステーションの適正な経営の実際/事業収入と支出額の把握と採算性を評価できる。 2．経営状態を把握し、今後の戦略を考えることができる。	＜1＞経営分析の基礎知識－帳簿類のデータをどう加工し、経営分析に役立てるか？ ＜2＞訪問看護ステーションの採算性と経営効率化の考え方
	②経理・財務の実際（経営に関する基本的技術）	1．毎月の訪問看護の実績と保険請求額の把握と帳簿記載等の管理が出来る。 2．利用料金及び未集金含め財務の管理ができる	＜1＞収入管理と支出管理の基礎知識－日々・月次の帳簿記載のあり方 ＜2＞訪問看護ステーションの経理課題－未収金管理はどう行うか？
(3)運営管理総論	①管理者の制度的な位置づけと役割・機能	管理者の制度的な位置づけと機能・役割を認識できる。あるべき管理者像を描くことができ、実践モデルにできる。	制度における管理者の位置づけ／管理者の役割と機能／人事と経営のリスクマネジメント/コンプライアンス／個人情報の保護／倫理関連
	②看護管理概論（看護管理に必要な知識体系、看護管理者の役割と活動）	看護管理者に必要な知識体系を学び、看護管理者への活用を理解する。看護管理者の役割と活動を理解し、看護管理者のあり方を考察できる。	看護管理の概要／看護管理に必要な基礎知識／看護管理者の役割と活動
	③リーダーシップ論	リーダーシップが何かを理解できる。ステーションの状況に合わせたリーダーシップ論が考察できる。	リーダーシップに関する基礎知識や問題解決に不可欠なツールを習得。実践的な問題解決能力を涵養する
(4)実践的経営論	①マーケティング初級編	管理者に求められる経営力として、マーケティング・マネジメント・ストラテジィのあり方を理解し、実践できる。	マーケティング：地域(市場)の分析/利用者確保／地域のネットワーキング／連携　等
	②ストラテジィ初級編		ストラテジィ：訪問看護成功の手段/計画／分析/将来展望
	③経営マネジメント		マネジメント：マネジメントとは/ポリシー／利用者とサービスのマッチング／目標管理／変化への対応　等
(5)訪問看護マネジメント論／情報管理論	①効率的運営のためのマネジメントシステム	システムづくりに必要な視点が理解でき、計画できる。（地域情報・資源のコーディネイトを含む）	職員体制／文書化／人員配置／会議運営／職務管理／人事管理／運営基準の遵守／利用者マネジメント／　など
	②サービスの品質管理	サービスの質を評価する指標や質評価の多様な方法が理解でき、活用できる。	サービス評価の視点と方法/自己評価/第三者評価/評価をどう使うか
	③リスクマネジメント―1	法的観点から見たリスクマネジメント	ステーションにおけるリスクとその分析/リスクマネジメントの手法/判例等からの学び
	④リスクマネジメント―2（訪問看護ステーションのリスクマネジメントの実際）	訪問看護と組織におけるリスクマネジメントが理解でき、実際に活用できる。	訪問看護と訪問看護ステーションにおけるリスクマネジメントの実際
	⑤退院支援・退院調整	円滑な退院支援・退院調整について理解でき、実際に活用できる。	退院調整と診療報酬/院内の退院調整/ステーションの事業としての退院支援
	⑥グループワーク～課題の整理・分析～	自訪問看護ステーションの分析と課題を抽出し、次のステップに進む事ができる	課題の整理分析/情報の整理を行い、問題を明確化できる
(6)人材管理・育成論	①人材の確保	ステーションの管理者に必要な人材確保のための方策と留意点に関して具体的に学ぶ。	人員の確保／個々の能力の有効活用・適正配置
	②職場環境づくりとモチベーション管理	スタッフのモチベーションを高めるための取り組みに関して事例を通して学び、実践できる。	働きやすい体制／人間関係の調整／ストレスマネジメント／モチベーション管理／健康管理（身体的・精神的）／身体的・精神的支援
	③人材の育成	人材育成と人的資源を行かした組織づくりが実際にできる	個々の能力の評価と育成／組織への組込み
	④労務管理の基礎知識	訪問看護ステーションの管理者に必要な労務管理の基本を具体的に学び理解できる。	労働関係法令について／労務管理の基本（雇用契約・雇用形態・勤務時間・勤務体制・労働時間管理・健康管理（メンタルヘルス含む）・賃金体系・ワークライフバランス等）／労務管理の具体例
	⑤他分野から学ぶ人材管理	他分野（訪問看護とは異なる）の管理者が果たしている役割（人材育成・経理管理・プロデュースなど）の実際を理解し、訪問看護ステーションの管理に活用できる。	他分野の仕組/人材育成のシステム/顧客との関係のとり方/他のサービスとの調整/経営方法/サービスの質の維持
(7)訪問看護管理技術論	①管理者の意思決定・マネジメントスキルのケースメソッド	ステーション管理者のスキルとして重要な、経営や人事管理、業務連携、利用者への看護提供等、様々な場面で求められる意思決定を具体的なケースを通して学び、管理者として成長できる。	当面している課題の分析、論理的思考力、意思決定、およびプレゼンテーション等を通じて必要なスキルを学び、実践できる。

― プログラム ―

	月日	時間	内容	講師	頁
Ⅰ期	9月14日（木）	9：50～	オリエンテーション		
		10：00～11：00	開講式	聖隷福祉事業団監事／全国訪問看護事業協会副会長 上野　桂子氏	―
		11：00～12：00	「訪問看護制度論①　訪問看護を取り巻く制度と政策」	厚生労働省老健局老人保健課看護専門官 北澤　直美氏	7
		12：00～13：00	昼食休憩		
		13：00～15：30	「運営管理総論①　管理者の制度的な位置づけと役割・機能」	全国訪問看護事業協会事務局長 清崎　由美子氏	49
		15：45～17：45	「訪問看護マネジメント論／情報管理論⑥グループワーク～課題の整理・分析～」	聖隷福祉事業団監事／全国訪問看護事業協会副会長 上野　桂子氏	109
		18：00～20：00	「交流会」		
	9月15日（金）	9：00～12：00	「訪問看護経営・経済論①　経営状態の把握・評価（経営に関する基本的技術）」	税理士法人川原経営会計業務部門統括補佐 法務企画部部長 齋藤　新吉氏	121
		12：00～13：00	昼食休憩		
		13：00～16：00	「訪問看護経営・経済論②　経理・財務の実際（経営に関する基本的技術）」	株式会社川原経営総合センター取締役 日向野　渉氏	167
		16：15～16：45	看護師の特定行為研修の概要について	厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室看護サービス推進官 栗田　かほる氏	209
	9月16日（土）	9：00～12：00	「訪問看護マネジメント論／情報管理論①　効率的運営のためのマネジメントシステム」	南区医師会訪問看護ステーション管理者／全国訪問看護事業協会常務理事 高砂　裕子氏	225
		12：00～13：00	昼食休憩		
		13：00～16：00	「訪問看護マネジメント論／情報管理論⑤　退院支援・退院調整」	地域包括ケアコンサルティングあるす代表 在宅看護専門看護師 河野　政子氏	283
		16：05～16：30	「Ⅰ期講義まとめ」	南区医師会訪問看護ステーション管理者／全国訪問看護事業協会常務理事 高砂　裕子氏	―

	月日	時間	内容	講師
Ⅱ期	１０月１２日（木）	１０：００～１２：３０	「訪問看護マネジメント論／情報管理論②　サービスの品質管理」	ケア・コーディネーション研究所所長 新津　ふみ子氏
		１２：３０～１３：３０	昼食休憩	
		１３：３０～１７：３０	「実践的経営論①　マーケティング初級編」「実践的経営論②　ストラテジィ初級編」「実践的経営論③　経営マネジメント」	兵庫県立大学名誉教授・特命教授 小山　秀夫氏
	１０月１３日（金）	９：００～１５：００（昼休憩60分含）	「訪問看護マネジメント論／情報管理論③　リスクマネジメント－１」	高村浩法律事務所弁護士 高村　浩　氏
		１５：１５～１７：３０	「運営管理総論②　看護管理概論（看護管理に必要な知識体系、看護管理者の役割と活動）」	オフィスKATSUHARA　代表 勝原　裕美子氏
	１０月１４日（土）	９：００～１１：００	「訪問看護マネジメント論／情報管理論④　リスクマネジメント－２（訪問看護ステーションのリスクマネジメントの実際）」	石心会在宅事業部統括所長 宮本　祥代氏
		１１：００～１２：００	昼食休憩	
		１２：００～１６：００	「運営管理総論③　リーダーシップ論」	R&D Nursing ヘルスケア・マネジメント研究所代表 深澤　優子氏
		１６：０５～１６：３０	「Ⅱ期講義まとめ」	聖隷福祉事業団監事／全国訪問看護事業協会副会長 上野　桂子氏

Ⅲ期	１１月１６日（木）	１０：００～１２：００	「人材管理・育成論④　労務管理の基礎知識」	社会保健労務士法人日本経営主任 竹中　道代氏
		１２：００～１３：００	昼食休憩	
		１３：００～１５：００	「人材管理・育成論⑤　他職種から学ぶ人材管理」	京都女子大学現代社会学部教授 西尾　久美子氏
		１５：１５～１７：００	「人材管理・育成論①　人材の確保」	日本看護協会副会長 齋藤　訓子氏
	１１月１７日（金）	９：００～１６：３０（昼食会９０分含む）	「訪問看護管理技術論①　管理者の意思決定・マネジメントスキルのケースメソッド」	聖路加国際大学教授 山田　雅子氏
	１１月１８日（土）	９：００～１１：００	「人材管理・育成論③　人材の育成」	聖路加国際大学教授 山田　雅子氏
		１２：００～１５：００	「人材管理・育成論②　職場環境づくりとモチベーション管理」	ひとづくり工房esuco 浦山　絵里氏
		１５：０５～１５：２５	「Ⅲ期講義まとめ」	聖隷福祉事業団監事／全国訪問看護事業協会副会長 上野　桂子氏
		１５：３０～１６：００	閉講式	

訪問看護制度論①
訪問看護を取り巻く制度と政策

厚生労働省老健局老人保健課　看護専門官
北澤　直美　氏

平成29年度訪問看護管理者養成研修会

訪問看護制度論①
訪問看護を取り巻く制度と政策

平成29年9月14日

厚生労働省老健局老人保健課

内　容

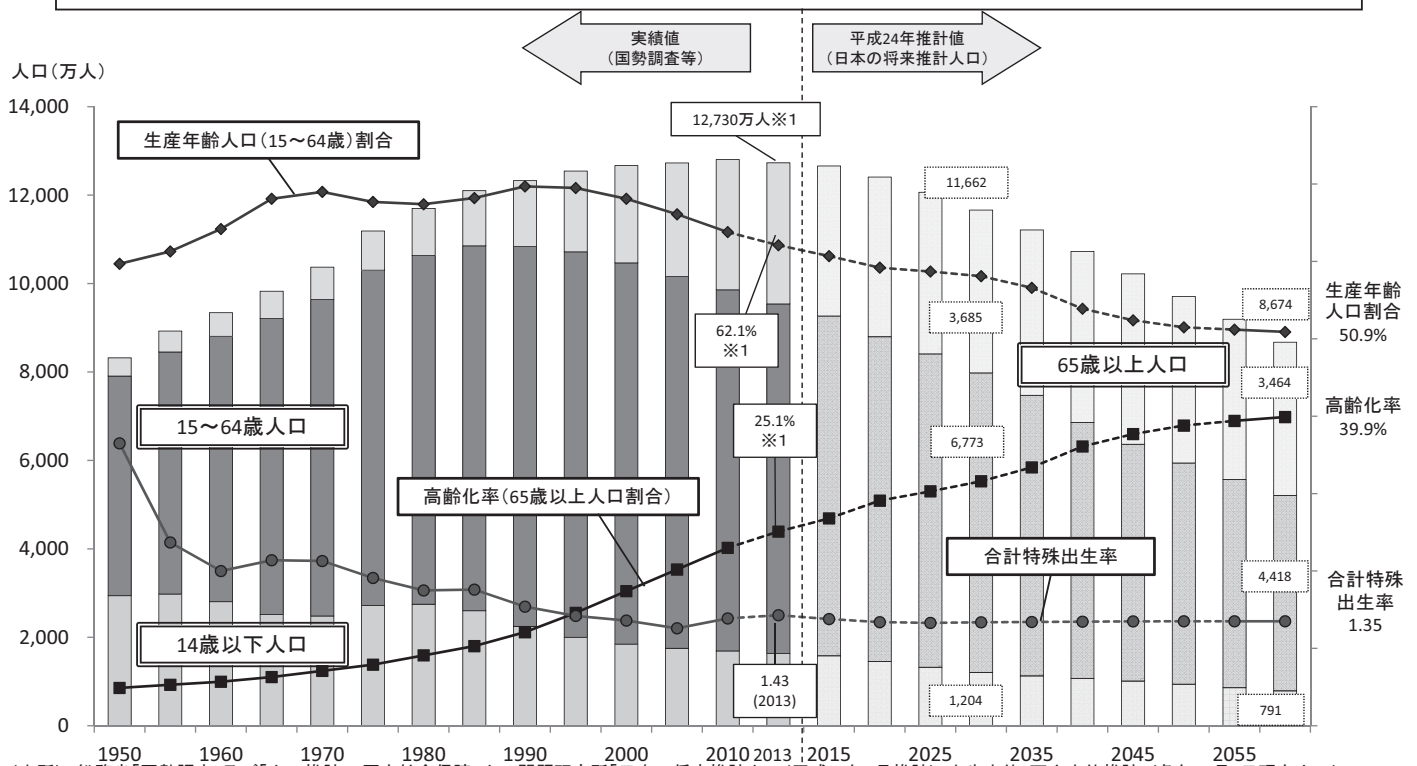
1. 背景
2. 地域包括ケアシステムにおける医療と介護の連携
3. 介護保険制度について
4. （介護保険の）訪問看護等サービスについて
5. 訪問看護の推進のための支援

1

1．背　景

日本の人口の推移

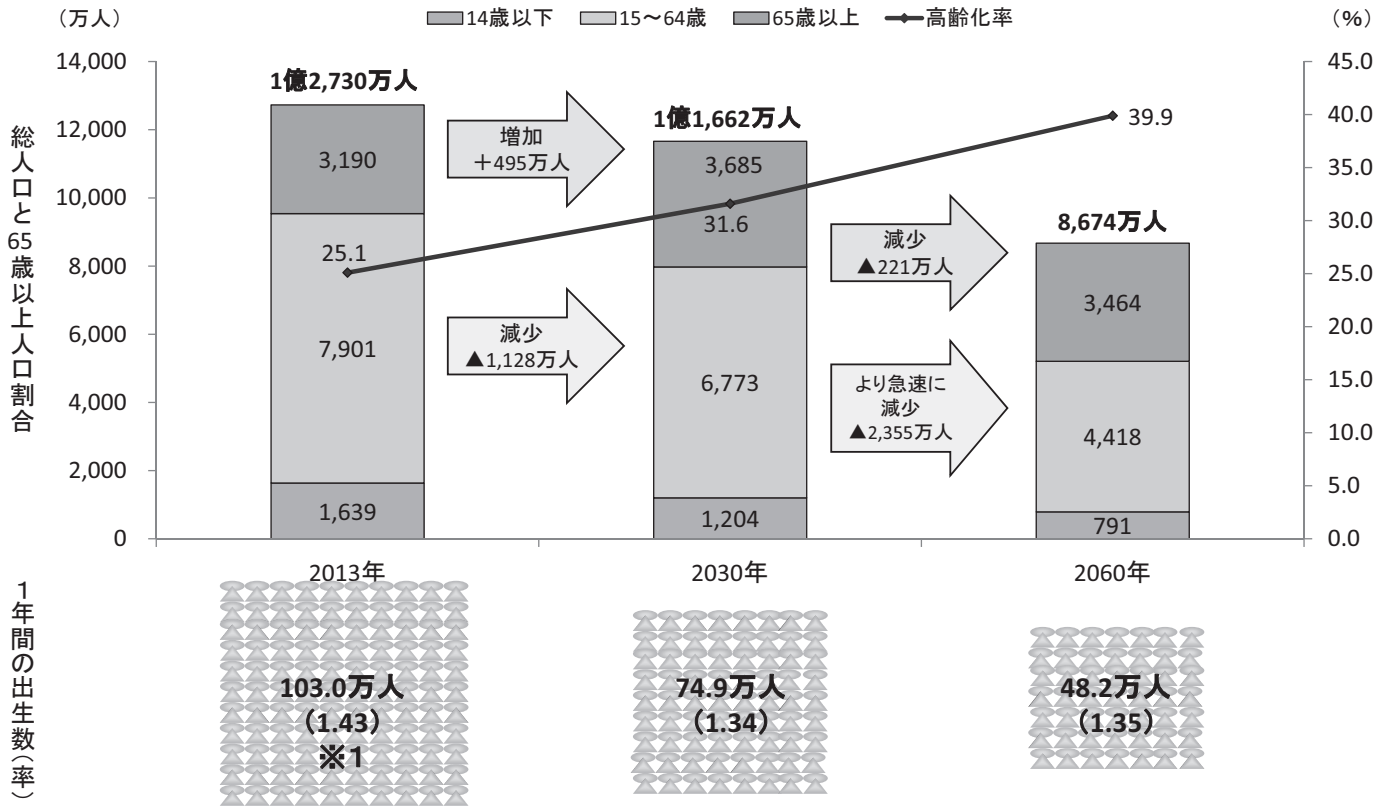
○ 日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。



（出所） 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）
厚生労働省「人口動態統計」

※1　出典：平成25年度　総務省「人口推計」（2010年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%）

今後の人口構造の急速な変化



（出所） 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）
厚生労働省「人口動態統計」
※1 出典：2013（平成25）年人口動態統計

4

高齢化の進行に関する国際比較

○ 我が国では、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。

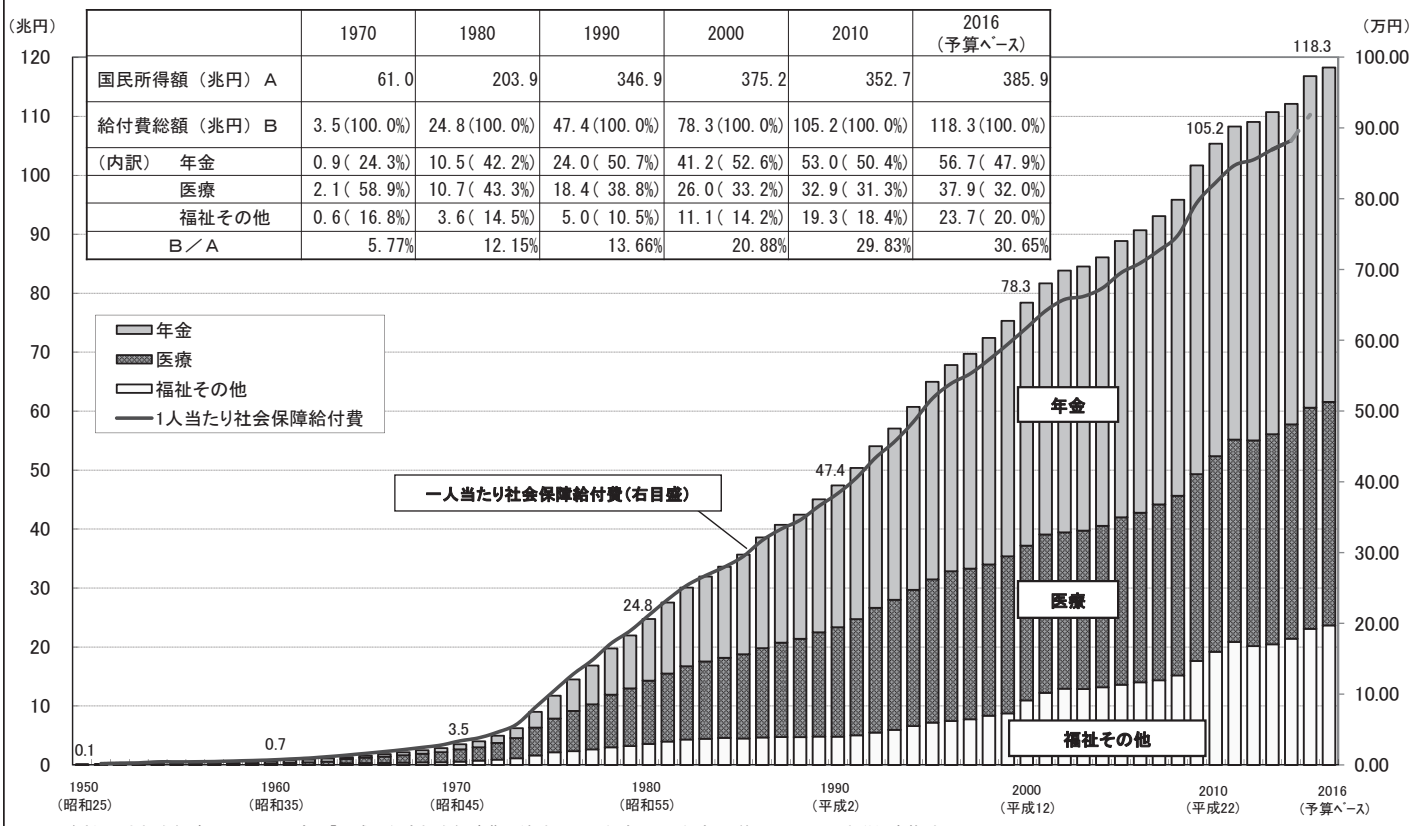
国	65歳以上人口割合（到達年次）			到達に必要な年数
	7%	14%	21%	7%→14%
日本	1970	1994	2007	24
中国	2001	2026	2038	25
ドイツ	1932	1972	2016	40
イギリス	1929	1975	2029	46
アメリカ	1942	2015	2050	73
スウェーデン	1887	1972	2020	85
フランス	1864	1979	2023	115

1950年以前はUN, The Aging of Population and Its Economic and Social Implications (Population Studies, No.26, 1956)およびDemographic Yearbook，1950年以降はUN, World Population Prospects： The 2006 Revision（中位推計）による。ただし，日本は総務省統計局『国勢調査報告』および国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』（平成18年12月推計）による人口（[出生中位(死亡中位)]推計値）。1950年以前は既知年次のデータを基に補間推計したものによる。それぞれの人口割合を超えた最初の年次を示す。“－”は2050年までその割合に到達しないことを示す。倍化年数は，7%から14%へ，あるいは10%から20%へそれぞれ要した期間。国の配列は，倍化年数7%→14%の短い順。

5

社会保障給付費の推移

	1970	1980	1990	2000	2010	2016（予算ベース）
国民所得額（兆円）A	61.0	203.9	346.9	375.2	352.7	385.9
給付費総額（兆円）B	3.5（100.0%）	24.8（100.0%）	47.4（100.0%）	78.3（100.0%）	105.2（100.0%）	118.3（100.0%）
（内訳）　年金	0.9（ 24.3%）	10.5（ 42.2%）	24.0（ 50.7%）	41.2（ 52.6%）	53.0（ 50.4%）	56.7（ 47.9%）
医療	2.1（ 58.9%）	10.7（ 43.3%）	18.4（ 38.8%）	26.0（ 33.2%）	32.9（ 31.3%）	37.9（ 32.0%）
福祉その他	0.6（ 16.8%）	3.6（ 14.5%）	5.0（ 10.5%）	11.1（ 14.2%）	19.3（ 18.4%）	23.7（ 20.0%）
B／A	5.77%	12.15%	13.66%	20.88%	29.83%	30.65%



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成26年度社会保障費用統計」、2015年度、2016年度（予算ベース）は厚生労働省推計、
2016年度の国民所得額は「平成28年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（平成28年1月22日閣議決定）」
（注）図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2016年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。

6

２．地域包括ケアシステムにおける医療と介護の連携

7

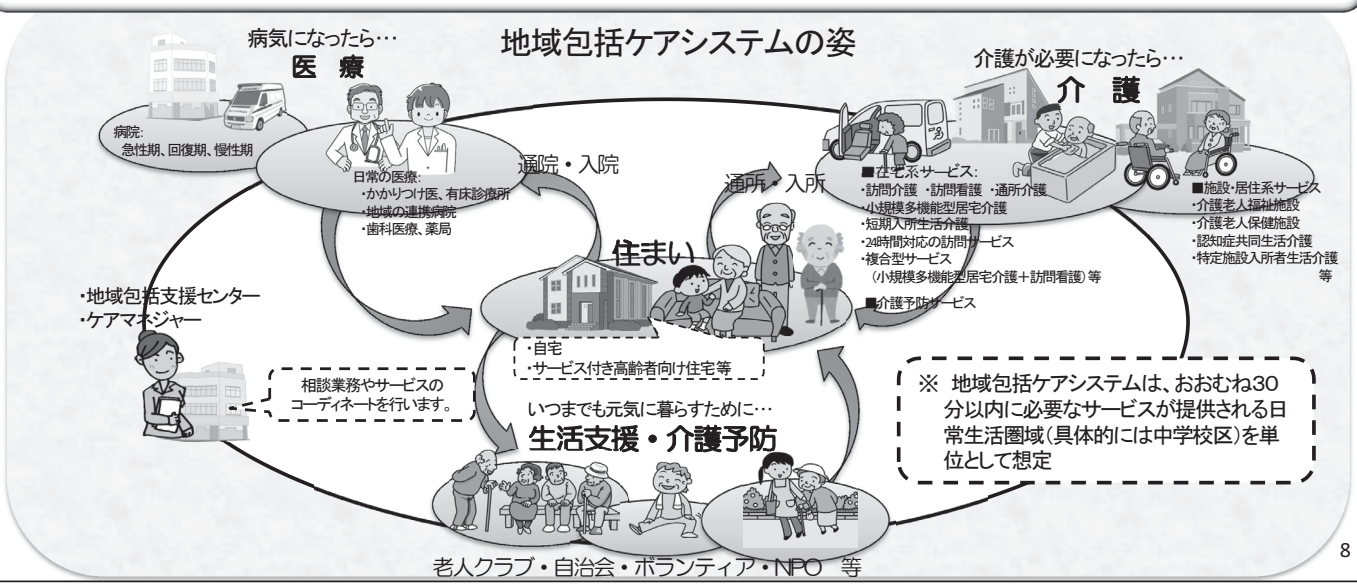
地域包括ケアシステムの構築について

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。

○ 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。



8

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（概要）

趣　旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概　要

１．新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**

②**医療と介護の連携を強化**するため、**厚生労働大臣が基本的な方針**を策定

２．地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告**し、都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定

②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

３．地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

①**在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実**とあわせ、**予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化**　※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業

②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化

③**低所得者の保険料軽減を拡充**

④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を２割へ引上げ**（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）

⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する**「補足給付」の要件に資産などを追加**

４．その他

①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ

③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置

④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

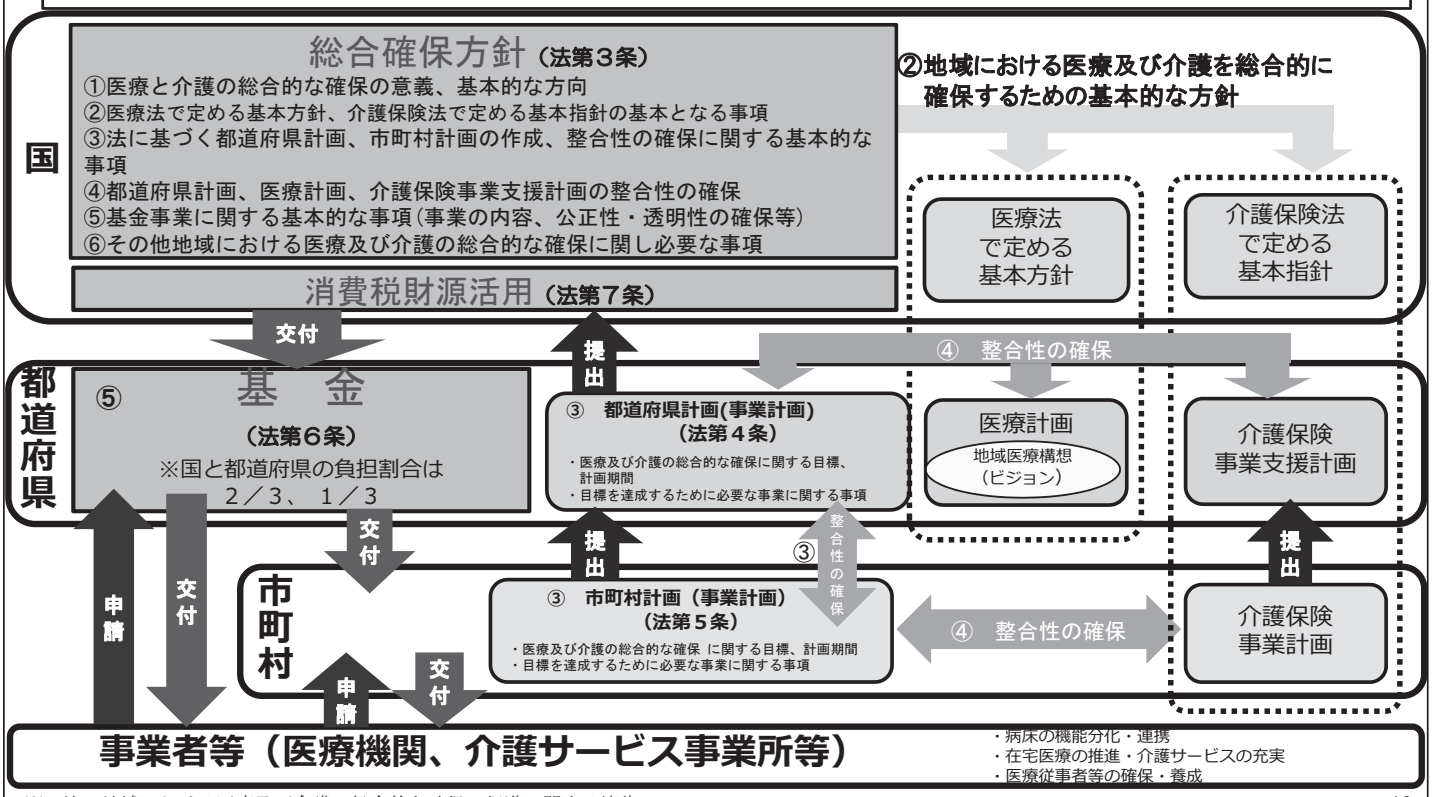
施行期日

公布日（平成26年６月25日）。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年４月以降など、順次施行。

9

地域における医療及び介護を総合的に確保するための仕組み

・医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が総合確保方針を策定
・都道府県計画、医療計画、介護保険事業支援計画の整合性を確保
・都道府県計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置



※ 法：地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

10

医療計画制度について

趣旨

○ 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
○ 医療提供の量（病床数）を管理するとともに、質（医療連携・医療安全）を評価。
○ 医療機能の分化・連携（「医療連携」）を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

平成25年度からの医療計画における記載事項

○ 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業（※）及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策

※ 五疾病五事業･･･五つの疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）と五つの事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む））をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。

○ 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
○ 医療の安全の確保　○ 二次医療圏（※）、三次医療圏の設定　○ 基準病床数の算定　等

※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【 医療連携体制の構築・明示 】

◇ 五疾病五事業ごとに、必要な医療機能（目標、医療機関に求められる事項等）と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進）。

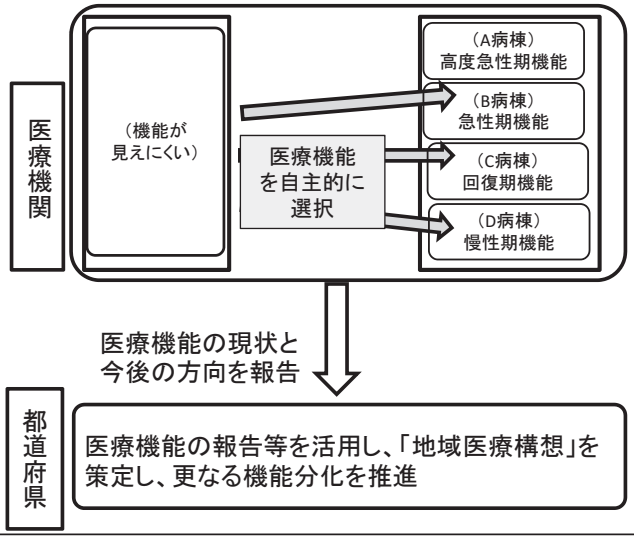
11

地域医療構想について

○ 平成26年度の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。

○ 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。

○ 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



（「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
- 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
- 在宅医療等の医療需要を推計
- 都道府県内の構想区域（2次医療圏が基本）単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例） 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、 医療従事者の確保・養成等

○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

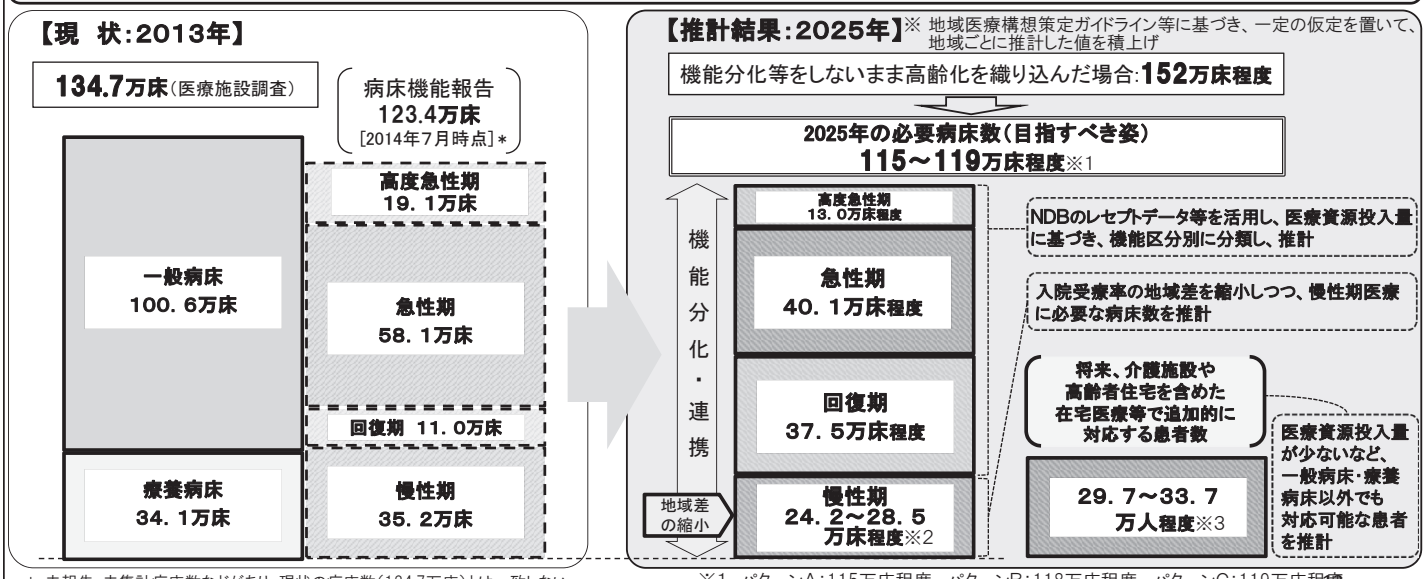
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

6/15内閣官房 専門調査会資料

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、**患者の視点**に立って、**どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられる**ことを目指すもの。このためには、医療機関の**病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化**しながら、**切れ目のない医療・介護を提供**することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
（→ 「病院完結型」の医療から、**地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環**）

○ **地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点**から、今後、**10年程度かけて**、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の**医療・介護のネットワークの構築と併行して推進**。

⇨ • 地域医療介護総合確保**基金を活用した取組等を着実に進め**、**回復期の充実**や**医療・介護のネットワークの構築**を行うとともに、
• 慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、**全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討**を行うなど、**国・地方が一体となって取り組む**ことが重要。



＊ 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数（134.7万床）とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA：115万床程度、パターンB：118万床程度、パターンC：119万床程度
※2 パターンA：24.2万床程度、パターンB：27.5万床程度、パターンC：28.5万床程度
※3 パターンA：33.7万人程度、パターンB：30.6万人程度、パターンC：29.7万人程度

介護保険事業(支援)計画について

○　保険給付の円滑な実施のため、３年間を１期とする介護保険事業（支援）計画を策定している。

国の基本指針(法第116条、平成27年厚生労働省告示第70号)

○ 介護保険法第１１６条第１項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の推進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める

※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

市町村介護保険事業計画(法第117条)

○ 区域（日常生活圏域）の設定
○ 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み（区域毎）
○ 各年度における必要定員総数（区域毎）
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
○ 各年度における地域支援事業の量の見込み
○ その他の事項

保険料の設定等

○保険料の設定
○市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

都道府県介護保険事業支援計画(法第118条)

○　区域（老人福祉圏域）の設定
○　市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（区域毎）
○　各年度における必要定員総数（区域毎）
※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる（任意）
○　その他の事項

基盤整備

○都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

14

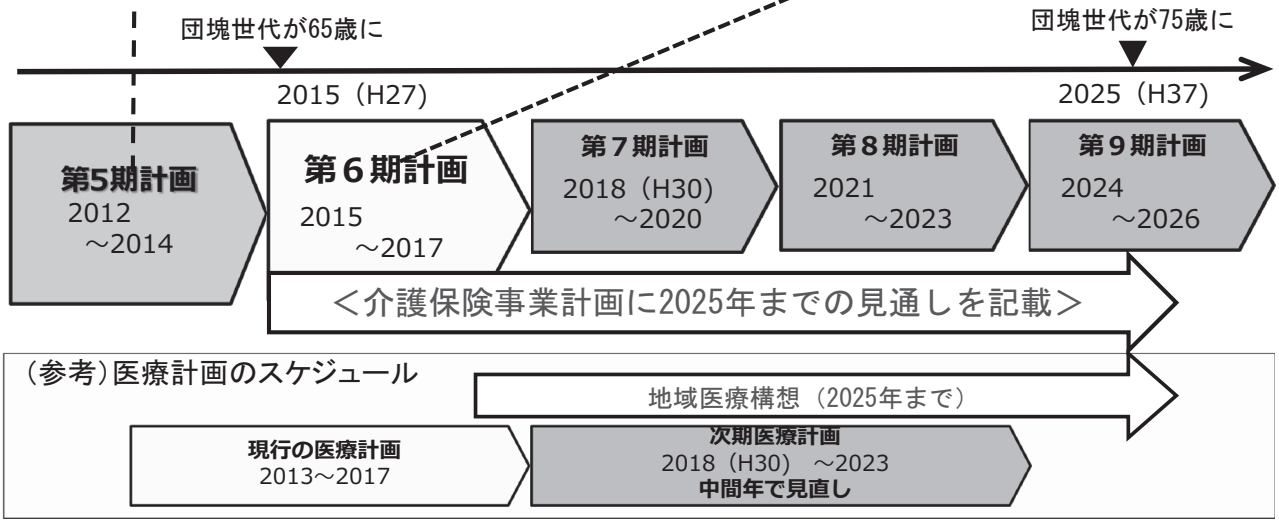
第５期及び第６期介護保険事業計画の改正点

第5期計画の改正点

○　計画策定に当たり、地域の課題・ニーズを的確に把握するために**日常生活圏域ニーズ調査等**を実施することを法律上に明記。
○　地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、**①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実**といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づける。
○　「地域主権戦略大綱」（平成22年６月22日閣議決定）に基づき、**記載事項の一部を努力義務化**。

第6期計画の改正点

○　2025年に向け、第５期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、**在宅医療介護連携等の取組を本格化**。
○　**2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計**して記載し、**中長期的な視点に立った施策の展開**を図ることとする。



15

第７期介護保険事業（支援）計画に関する基本指針の策定について

基本指針とは

○　介護保険法において、厚生労働大臣は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（以下「基本指針」という。）を定めることとされている。

○　**都道府県及び市町村は、基本指針に即して、３年を一期とする都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画を定める**こととされており、基本指針は計画作成上の**ガイドライン**の役割を果たしている。

第7期基本指針のポイント

○　高齢者の自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化の推進

○　「我が事・丸ごと」、地域共生社会の推進

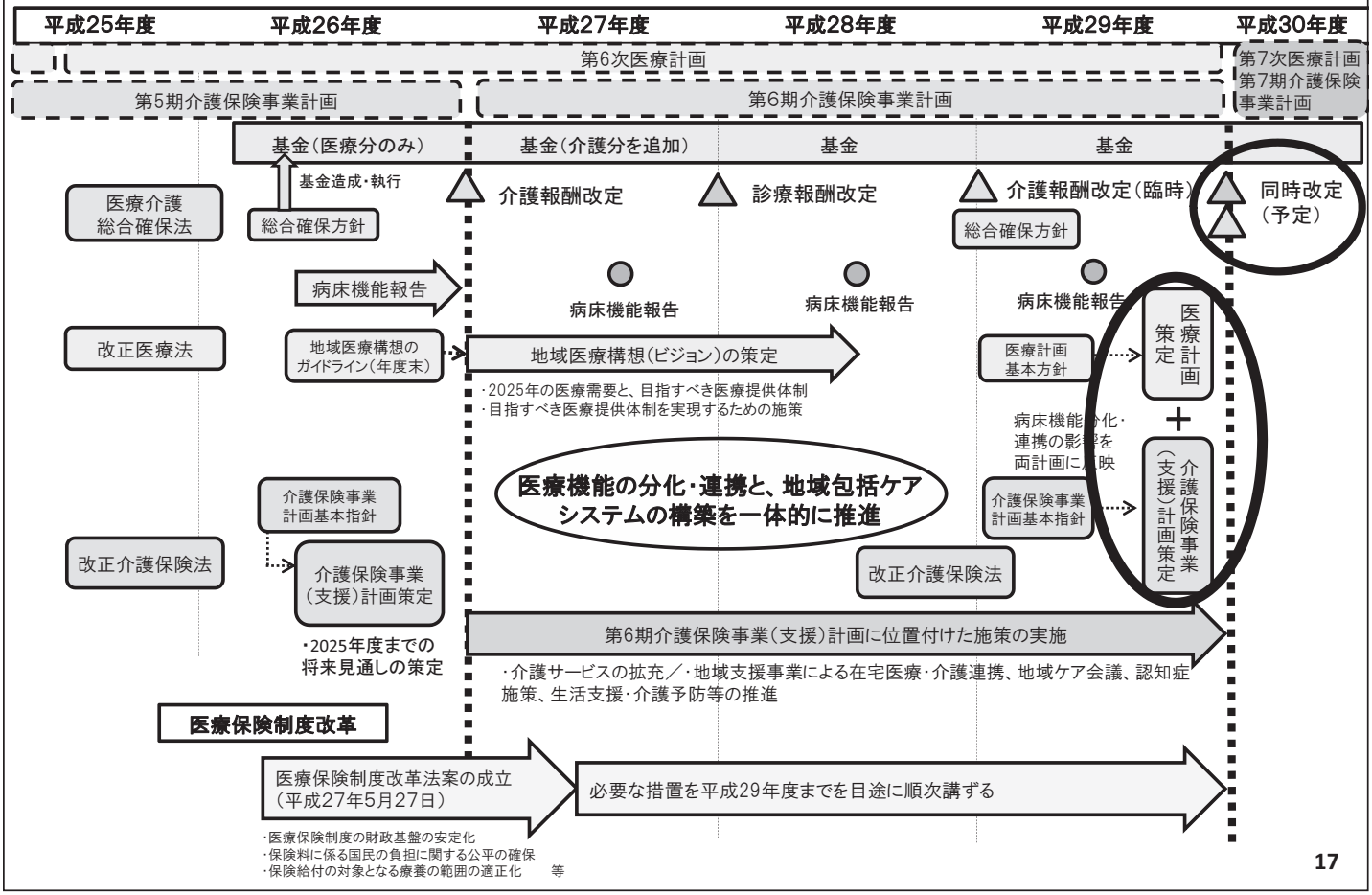
○　平成30年度から同時スタートとなる医療計画等との整合性の確保

○　介護を行う家族への支援や虐待防止対策の推進

○　「介護離職ゼロ」に向けた、介護をしながら仕事を続けることができるようなサービス基盤の整備

16

医療と介護の一体的な改革に係る今後のスケジュール



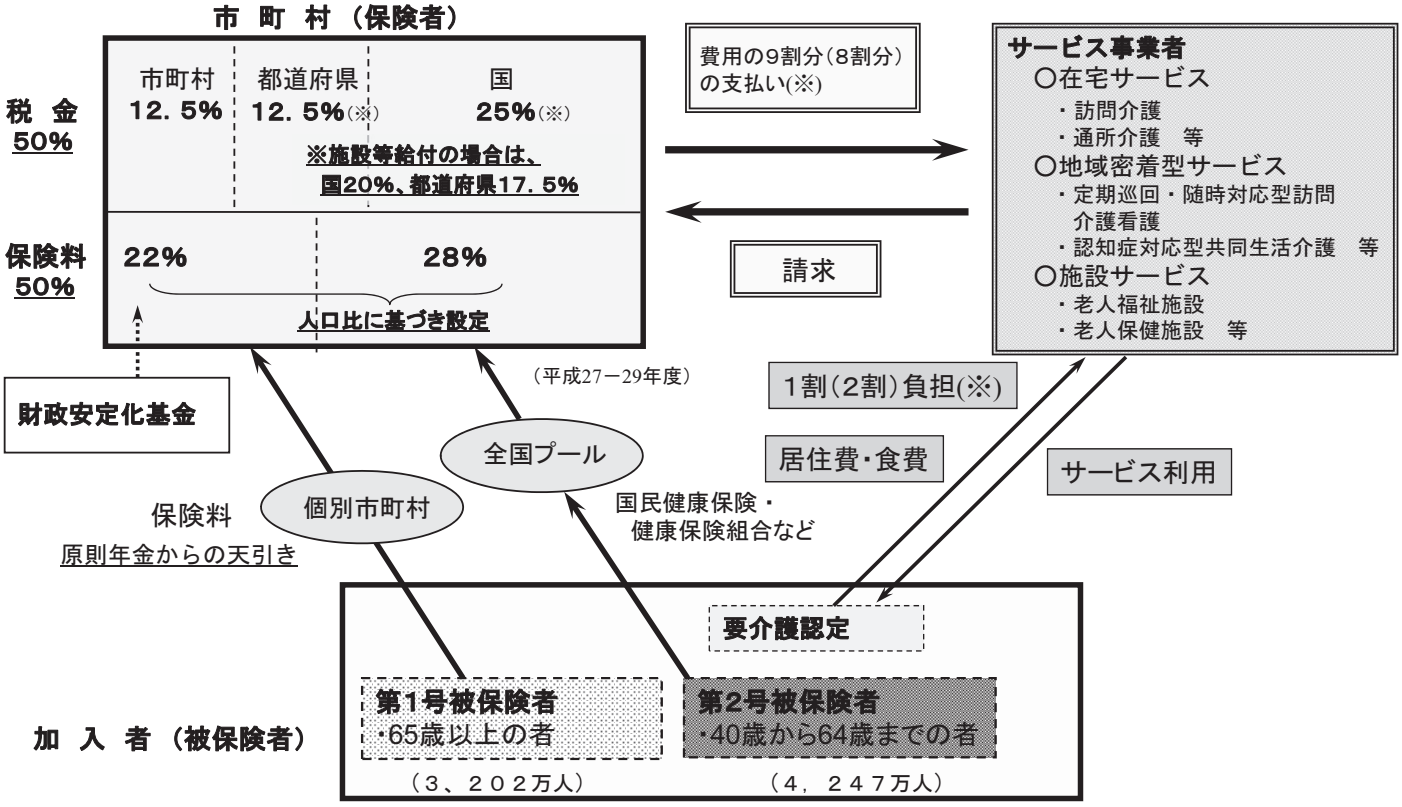
17

３．介護保険制度について

- 介護保険制度の仕組み
- 介護保険の現状
- 介護保険制度改正

18

介護保険制度の仕組み



（注）第1号被保険者の数は、「平成25年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成25年度末現在の数である。
　　第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成25年度内の月平均値である。
（※）平成27年8月以降、一定以上所得者については費用の8割分の支払い及び2割負担。

19

介護保険制度の被保険者（加入者）

○ 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者（第1号被保険者）、②40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）となっている。

○ 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対 象 者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人数	3,202万人 （65～74歳：1,652万人　75歳以上：1,549万人） ※1万人未満の端数は切り捨て	4,247万人
受給要件	・要介護状態 （寝たきり、認知症等で介護が必要な状態） ・要支援状態 （日常生活に支援が必要な状態）	要介護、要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病（特定疾病）による場合に限定
要介護（要支援）認定者数と被保険者に占める割合	569万人（17.8%） 65～74歳：　72万人（4.4%） 75歳以上：　497万人（32.1%）	15万人（0.4%）
保険料負担	市町村が徴収 （原則、年金から天引き）	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収

（注）第1号被保険者及び要介護（要支援）認定者の数は、「平成25年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成25年度末現在の数である。
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成25年度内の月平均値である。

20

介護保険の財源構成と規模

（28年度予算（案）介護給付費：9.6兆円）
総費用ベース：10.4兆円

保険料 50%　　公　費 50%

平成27年度から保険料の低所得者軽減強化に別枠公費負担の充当を行い、この部分が公費（国・都道府県・市町村）となる

第1号保険料
【65歳以上】
22%（2.1兆円）

・第1号・第2号保険料の割合は、介護保険事業計画期間（3年）ごとに、人口で按分

第2号保険料
【40～64歳】
28%（2.7兆円）

・第2号保険料の公費負担（0.6兆円）
協会けんぽ（国：0.2兆円 16.4%）
国保（国：0.3兆円　都道府県：0.1兆円）

国庫負担金【調整交付金】
5%（0.5兆円）

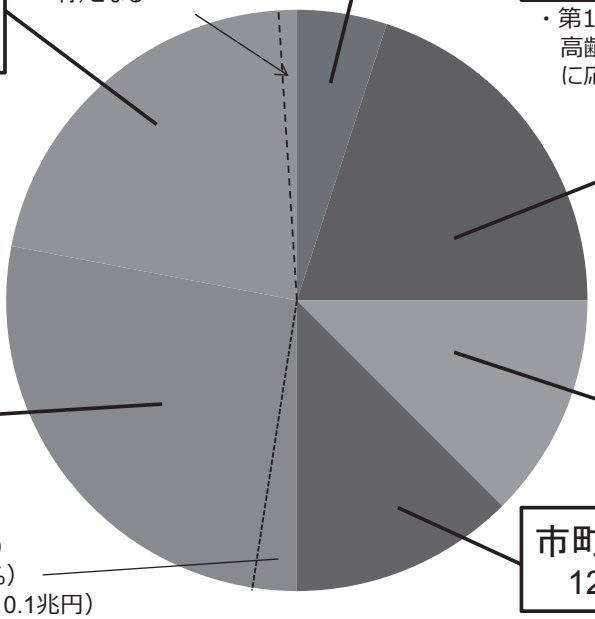
・第1号被保険者に占める75歳以上の高齢者の割合、所得段階別の割合等に応じて調整交付

国庫負担金【定率分】
20%（1.8兆円）

・施設の給付費の負担割合
国庫負担金（定率分）15%
都道府県負担金 17.5%

都道府県負担金
12.5%（1.4兆円）

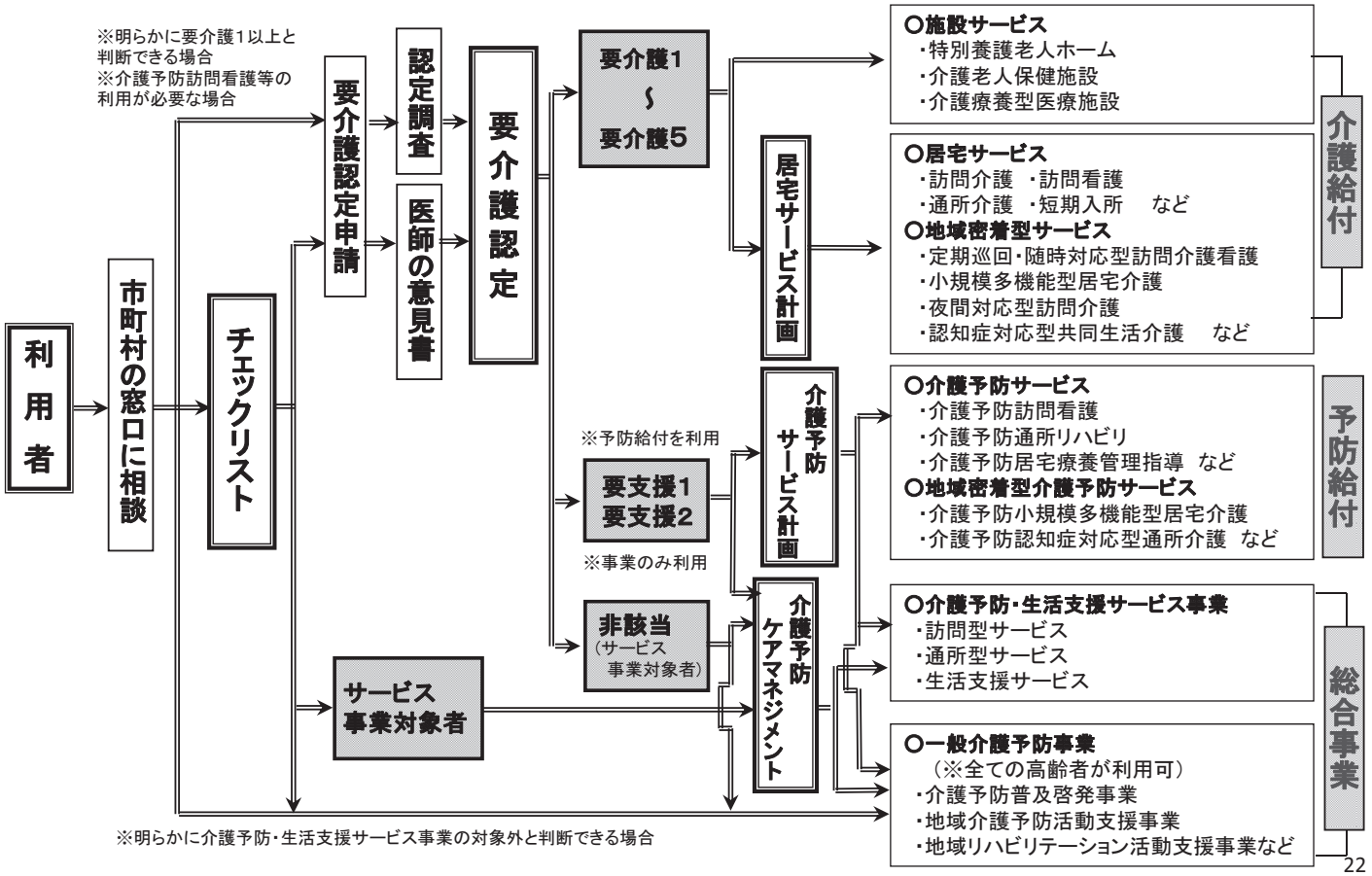
市町村負担金
12.5%（1.2兆円）



※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

21

介護サービスの利用の手続き



22

介護保険サービスの体系



訪 問 系 サ ー ビ ス
・訪問介護 ・訪問看護 ・訪問入浴介護・居宅介護支援等
（例）ホームヘルパーが1時間、身体介護を行う場合
→ 1時間：3,880円

通 所 系 サ ー ビ ス
・通所介護 ・通所リハビリテーション等
（例）通所介護（デイサービス）で1日お預かりする場合
→ 要介護3の方：8,980円

短 期 滞 在 系 サ ー ビ ス
・短期入所生活介護等
（例）短期入所生活介護（ショート）で1日お預かりする場合
→ 要介護3の方：7,810円

居 住 系 サ ー ビ ス
・特定施設入居者生活介護 ・認知症共同生活介護等
（例）特定施設（有料老人ホーム等）に入所する場合
→ 要介護3の方：1日当たり6,660円



入 所 系 サ ー ビ ス
・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 等
（例）介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所する場合
→ 要介護3の方：1日当たり7,620円

23

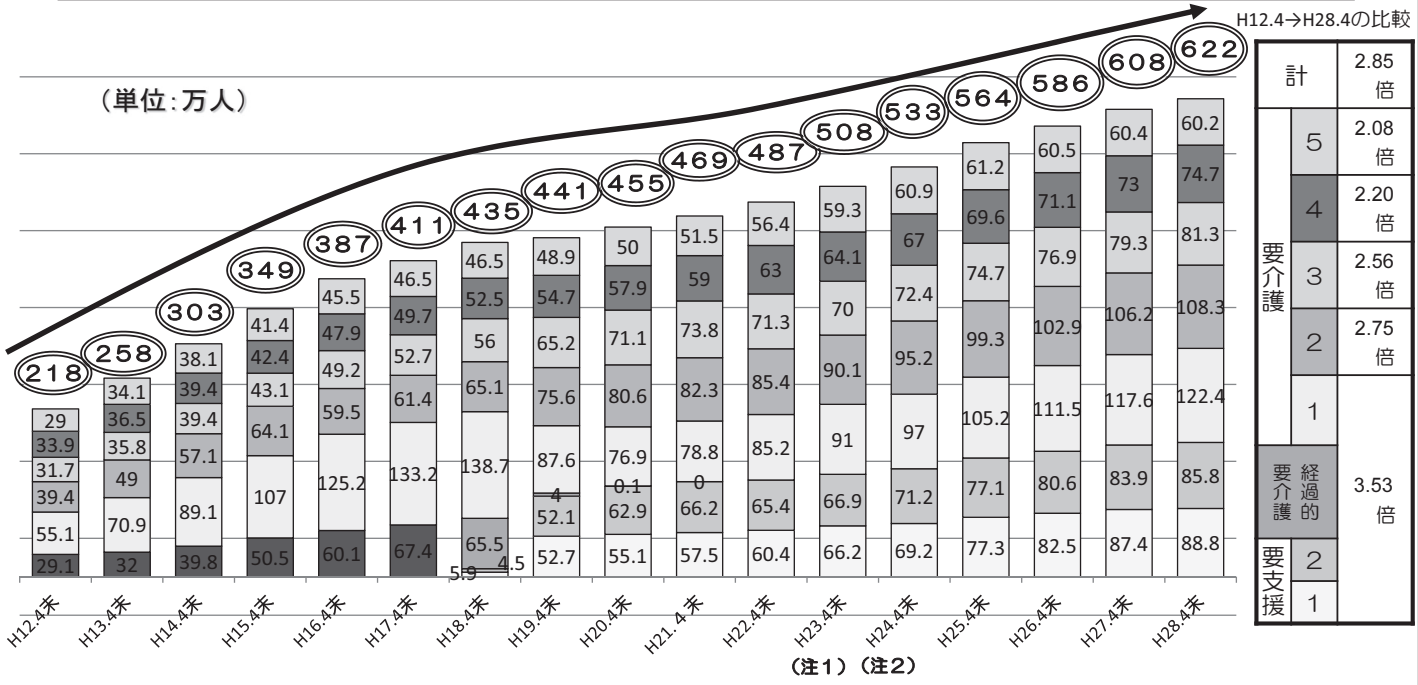
介護サービスの種類

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	**市町村**が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	**◎居宅介護サービス** 【訪問サービス】 ○訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽ） ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 【通所サービス】 ○通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ） ○通所リハビリテーション 【短期入所サービス】 ○短期入所生活介護（ｼｮｰﾄｽﾃｲ） ○短期入所療養介護 ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 **◎居宅介護支援** **◎施設サービス** ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設	**◎地域密着型介護サービス** ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス
予防給付を行うサービス	**◎介護予防サービス** 【訪問サービス】 ○介護予防訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽ） ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 【通所サービス】 ○介護予防通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ） ○介護予防通所リハビリテーション 【短期入所サービス】 ○介護予防短期入所生活介護（ｼｮｰﾄｽﾃｲ） ○介護予防短期入所療養介護 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与	**◎地域密着型介護予防サービス** ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） **◎介護予防支援**

この他、居宅介護（介護予防）福祉用具購入、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。
また、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護については、平成29年4月までに介護予防・日常生活支援総合事業に移行される。 24

要介護度別認定者数の推移

要介護（要支援）の認定者数は、平成28年4月現在622万人で、この16年間で約2．85倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。

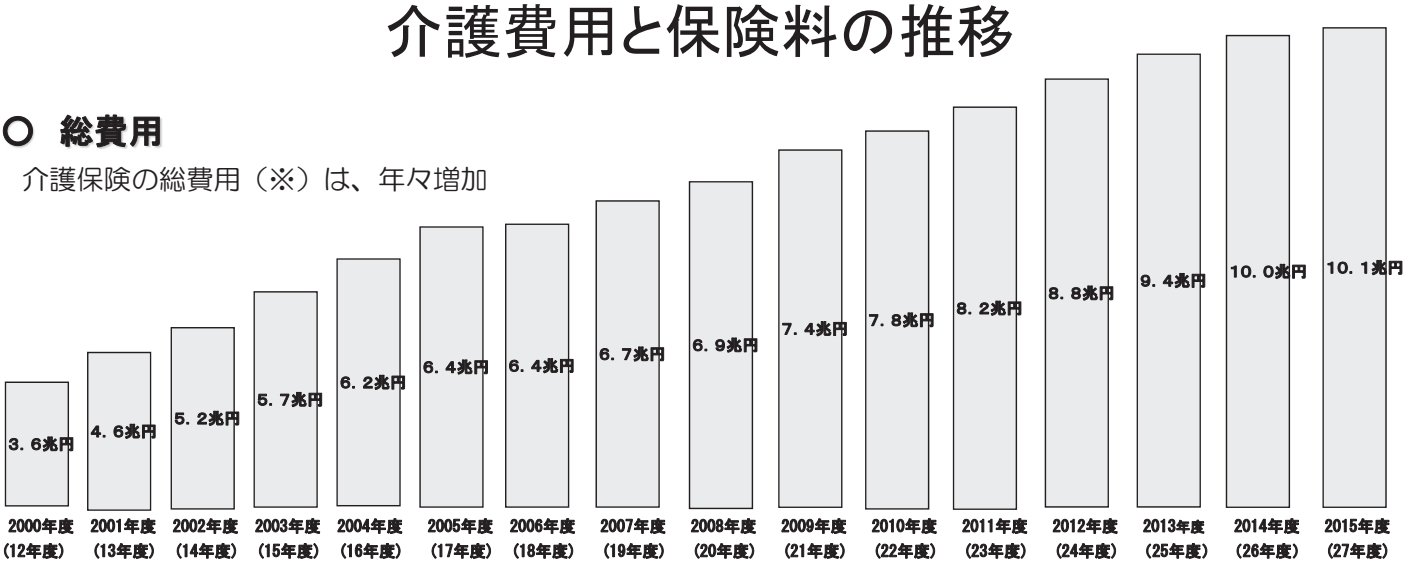


注１）陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。
注２）楢葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。
（出典：介護保険事業状況報告） 25

介護費用と保険料の推移

○ 総費用

介護保険の総費用（※）は、年々増加



（注）2000～2012年度は実績、2013～2015年度は当初予算である。

※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

○ 65歳以上が支払う保険料〔 全国平均（ 月額・加重平均 ）〕

第1期（H12～14年度）（2000~2002）	第2期（H15～17年度）（2003~2005）	第3期（H18～20年度）（2006~2008）	第4期（H21～23年度）（2009~2011）	第5期（H24～26年度）（2012~2014）	第6期（H27～29年度）（2015~2017）
2，911円	3，293円（＋13%）	4，090円（＋24%）	4，160円（＋1.7%）	4，972円（＋20%）	5，514円（＋11%）

介護給付と保険料の推移

○ 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。

○ 高齢化の進展により、保険料が2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

事業運営期間	事業計画	給付（総費用額）	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	3.6兆円	2,911円（全国平均）	
2001年度		4.6兆円		
2002年度		5.2兆円		H15年度改定 ▲2.3%
2003年度	第二期	5.7兆円	3,293円（全国平均）	
2004年度		6.2兆円		H17年度改定 ▲1.9%
2005年度		6.4兆円		H18年度改定 ▲0.5%
2006年度	第三期	6.4兆円	4,090円（全国平均）	
2007年度		6.7兆円		H21年度改定 ＋3.0%
2008年度		6.9兆円		
2009年度	第四期	7.4兆円	4,160円（全国平均）	
2010年度		7.8兆円		H24年度改定 ＋1.2%
2011年度		8.2兆円		
2012年度	第五期	8.8兆円	4,972円（全国平均）	
2013年度		9.2兆円		消費税率引上げに伴う H26年度改定 ＋0.63%
2014年度		9.6兆円		
2015年度	第六期	10.1兆円	5,514円（全国平均）	H27年度改定 ▲2.27%
2016年度		10.4兆円		H29年度改定 ＋1.14%
2017年度		10. 8兆円		
2020年度			6,771円（全国平均）	
2025年度			8,165円（全国平均）	

※2014年度までは実績であり、2015～2017年度は当初予算である。
※2020年度及び2025年度の保険料は全国の保険者が作成した第6期介護保険事業計画における推計値。

介護保険制度の改正の経緯

第1期（平成12年度～）

平成12年4月　介護保険法施行

第2期（平成15年度～）

平成17年改正（平成18年4月等施行）

- ○**介護予防の重視**（要支援者への給付を介護予防給付に。介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施）
- ○**施設給付の見直し**（食費・居住費を保険給付の対象外に。所得の低い方への補足給付）（平成17年10月）
- ○地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定　など

第3期（平成18年度～）

平成20年改正（平成21年5月施行）

- ○介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制の整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化　など

第4期（平成21年～）

平成23年改正（平成24年4月等施行）

- ○**地域包括ケアの推進**。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予（公布日）
- ○介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護
- ○介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和。地域密着型サービスの公募・選考による指定を可能に。各都道府県の財政安定化基金の取り崩し　など

第5期（平成24年～）

平成26年改正（平成27年4月等施行）

- ○地域包括ケアシステムの構築に向けた**地域支援事業の充実**（在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等）
- ○全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む**地域支援事業に移行し、多様化**
- ○低所得の第一号被保険者の**保険料の軽減割合を拡大**

第6期（平成27年～）

- ○一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ（平成27年8月）　など

28

介護保険制度の改正の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

○地域包括ｹｱｼｽﾃﾑの構築に向けた地域支援事業の充実
- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

＊介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
＊介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で対応

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化
＊段階的に移行（～29年度）
＊介護保険制度内でのサービス提供であり、財源構成も変わらない。
＊見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護３以上に重点化（既入所者は除く）
＊要介護1・2でも一定の場合には入所可能

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大
- ・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大（※軽減例・対象は完全実施時のイメージ）
  - ＊保険料見通し：第6期5,500円程度→2025年度8,200円程度
  - ＊軽減例：年金収入80万円以下　5割軽減　→　7割軽減に拡大
  - ＊軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

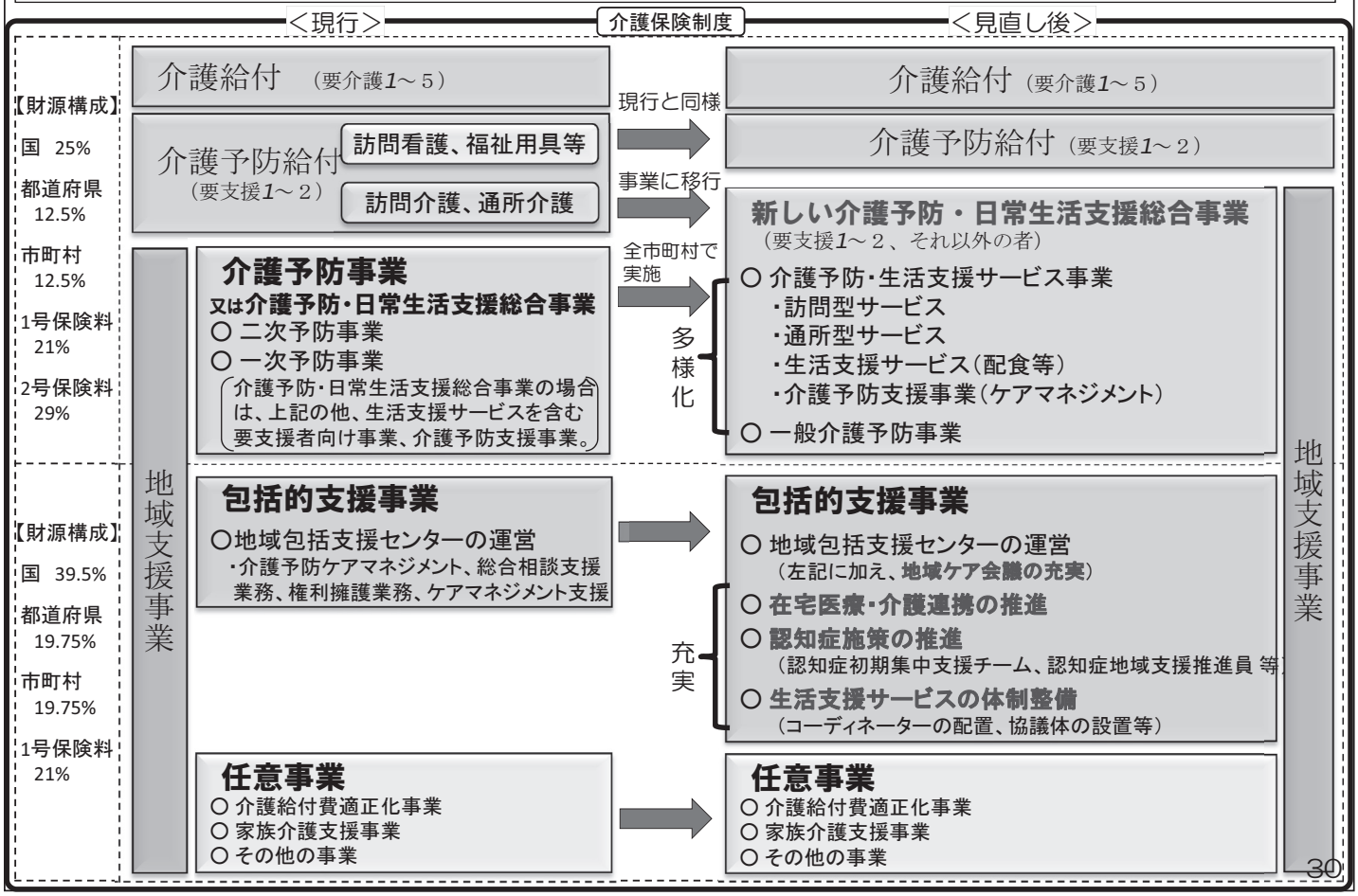
①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ
- ・ 2割負担とする所得水準は、65歳以上高齢者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から 44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加
- ・預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
- ・世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- ・給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案　　＊不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

○　このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

29

新しい地域支援事業の全体像



30

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成２７年度～）

○　在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。

○　介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。

○　実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。

○　各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。

○　事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。

○　都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
◆ 結果を関係者間で共有



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

◆地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（カ）医療・介護関係者の研修

◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（キ）地域住民への普及啓発

◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

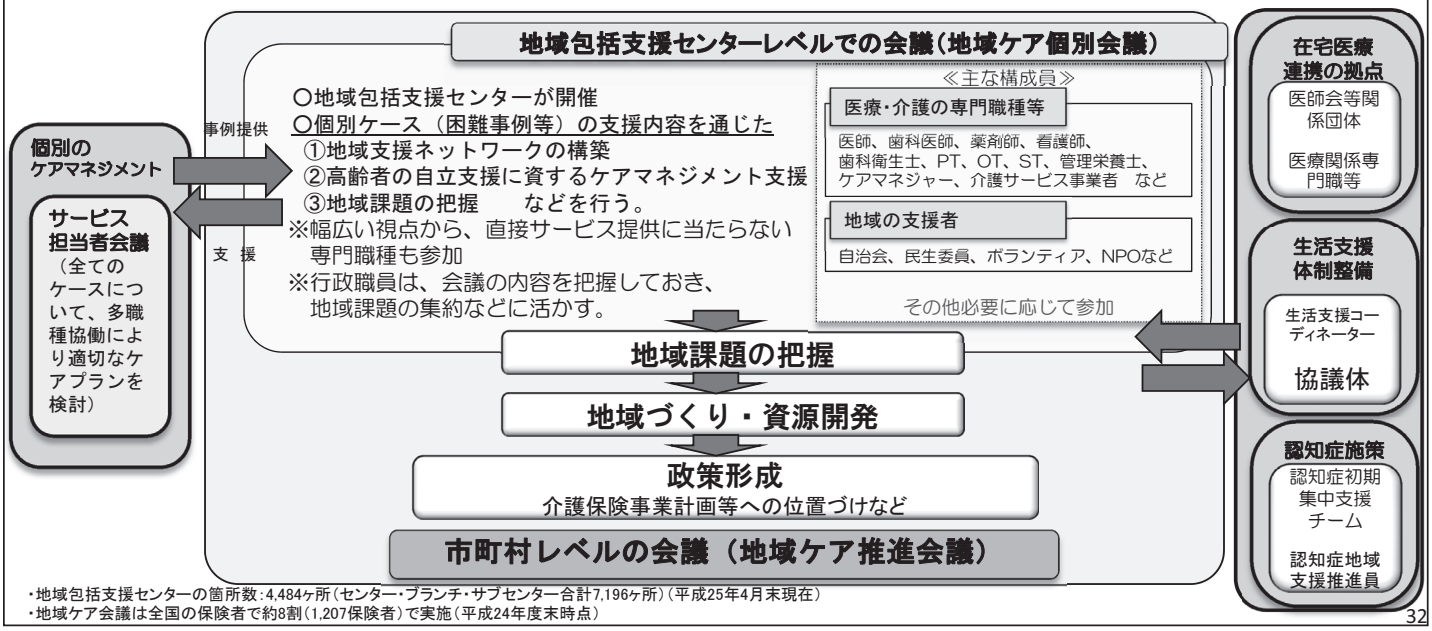
◆同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

31

地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。
※従来の包括的支援事業（地域包括支援センターの運営費）とは別枠で計上

（参考）平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。（法第115条の48）
○市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
○地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
○地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



・地域包括支援センターの箇所数：4,484ヶ所（センター・ブランチ・サブセンター合計7,196ヶ所）（平成25年4月末現在）
・地域ケア会議は全国の保険者で約8割（1,207保険者）で実施（平成24年度末時点）

32

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

Ⅰ　地域包括ケアシステムの深化・推進

1　自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化
- 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- 都道府県による市町村に対する支援事業の創設　　・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）
- 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2　医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設
※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、６年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3　地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）
- 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）
- 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

Ⅱ　介護保険制度の持続可能性の確保

4　２割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を３割とする。（介護保険法）

5　介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）
- 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

33

1. 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

見直し内容　～ 保険者機能の抜本強化 ～

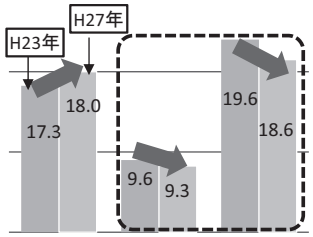
○ 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。

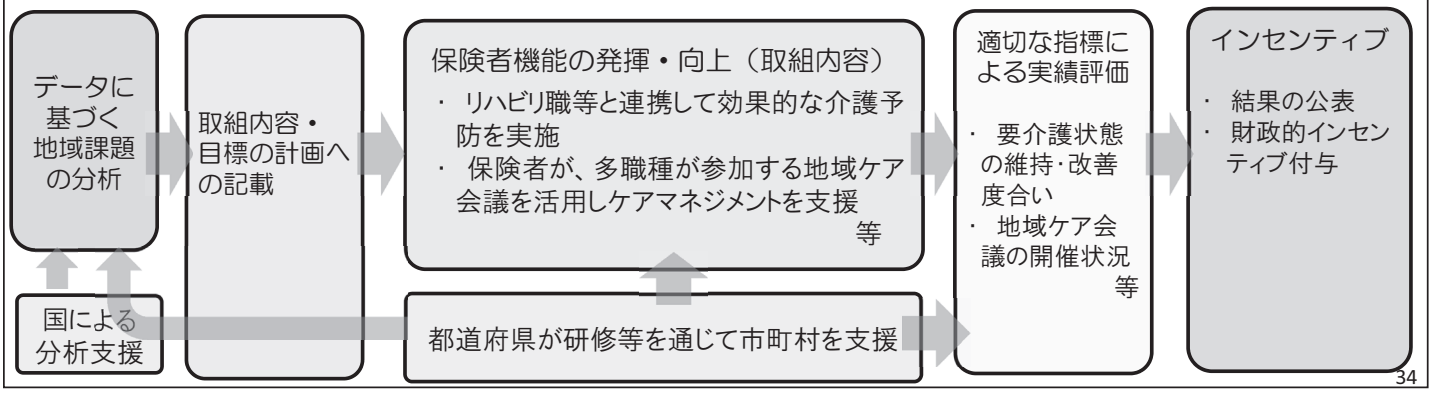
○ 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
① データに基づく課題分析と対応（取組内容・目標の介護保険事業（支援）計画への記載）
② 適切な指標による実績評価
③ インセンティブの付与
を法律により制度化。

※主な法律事項
・介護保険事業（支援）計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
・介護保険事業（支援）計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
・都道府県による市町村支援の規定の整備
・介護保険事業（支援）計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
・財政的インセンティブの付与の規定の整備

先進的な取組を行っている和光市、大分県では
- 認定率の低下
- 保険料の上昇抑制

要介護認定率の推移





34

2. 新たな介護保険施設の創設

見直し内容

○今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。

○病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

＜新たな介護保険施設の概要＞

名称	**介護医療院** ※ただし、**病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できる**こととする。
機能	要介護者に対し、**「長期療養のための医療」**と**「日常生活上の世話（介護）」**を**一体的に提供**する。（介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。）
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。

※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

35

４．（介護保険の）訪問看護等のサービス

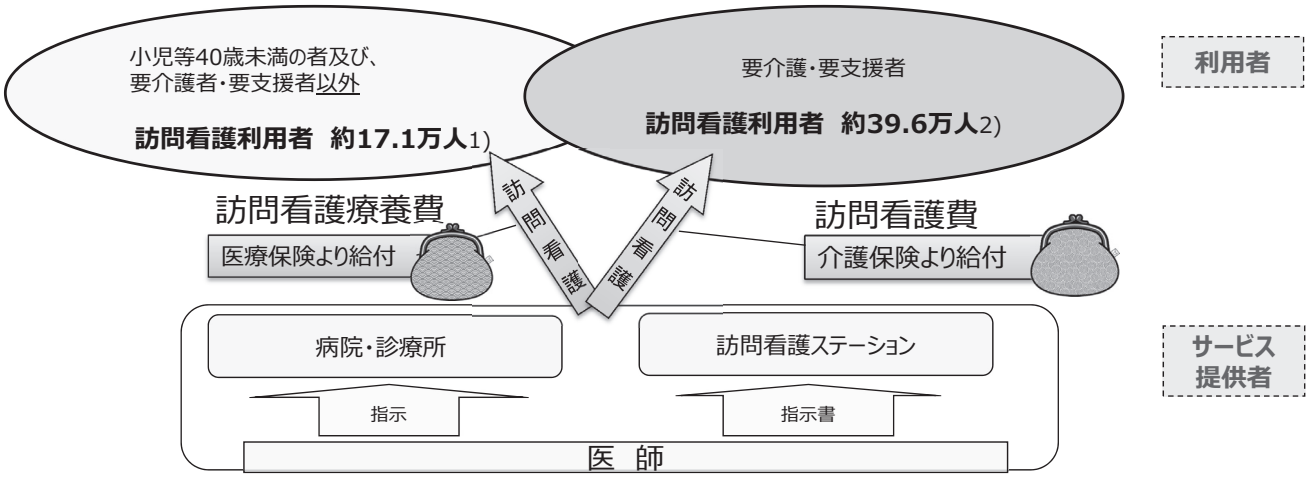
- 訪問看護
- 看護小規模多機能型居宅介護
- 定期巡回･随時対応型訪問介護看護

訪問看護の仕組み

○ 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。

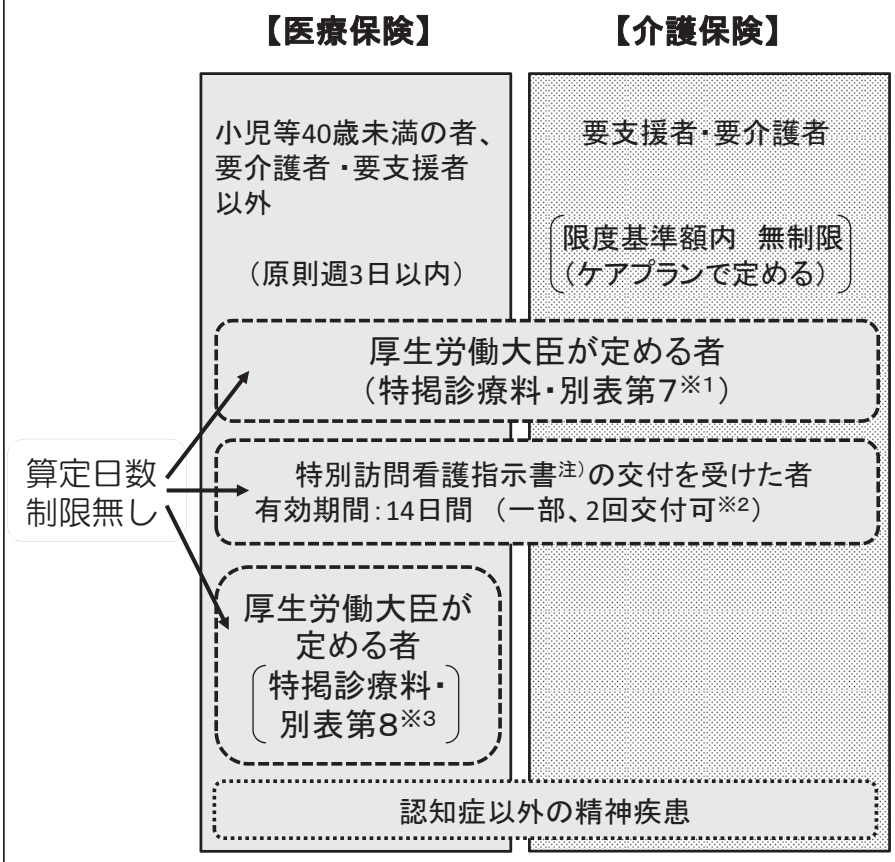
○ サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。

○ 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



出典：1）保険局医療課調べ（平成27年6月審査分より推計）
2）介護給付費実態調査（平成27年6月審査分）

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ（図）



※1：別表第7

- 末期の悪性腫瘍
- 多発性硬化症
- 重症筋無力症
- スモン
- 筋萎縮性側索硬化症
- 脊髄小脳変性症
- ハンチントン病
- 進行性筋ジストロフィー症
- パーキンソン病関連疾患
- 多系統萎縮症
- プリオン病
- 亜急性硬化性全脳炎
- ライソゾーム病
- 副腎白質ジストロフィー
- 脊髄性筋萎縮症
- 球脊髄性筋萎縮症
- 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- 後天性免疫不全症候群
- 頚髄損傷
- 人工呼吸器を使用している状態

※2：特別訪問看護指示書を月2回交付できる者（有効期間：28日間）

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

注）：特別訪問看護指示書
患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回（週4日以上）の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

※3：別表第8

1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2 以下のいずれかを受けている状態にある者
- 在宅自己腹膜灌流指導管理
- 在宅血液透析指導管理
- 在宅酸素療法指導管理
- 在宅中心静脈栄養法指導管理
- 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
- 在宅自己導尿指導管理
- 在宅人工呼吸指導管理
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- 在宅自己疼痛管理指導管理
- 在宅肺高血圧症患者指導管理

3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護［報酬のイメージ］

※加算・減算は主なものを記載

サービス提供内容・時間に応じた基本サービス費

所要時間20分未満	所要時間30分未満	所要時間30分以上1時間未満	所要時間1時間以上1時間30分未満	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問☆
① 310単位	① 463単位	① 814単位	① 1,117単位	① 302単位
② 262単位	② 392単位	② 567単位	② 835単位	

＋

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して訪問看護を行う場合 ③2,935単位/月

－

①指定訪問看護ステーションの場合、②病院又は診療所の場合、「共」は①②③に共通の意

☆理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問は1回当たり20分以上、1人の利用者につき週6回を限度

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

看護体制強化加算（①②とも300単位/月）

夜間・早朝の訪問（①②とも＋25%/回）
深夜の訪問（①②とも＋50%/回）

通算1時間30分以上の訪問【長時間訪問看護加算】（①②とも300単位/回）

退院時、医師等と共同指導した場合【退院時共同指導加算】（①③600単位/回）

24時間の訪問看護対応体制を評価【緊急時訪問看護加算】（①540単位/月、②290単位/月）

在宅で死亡した利用者へのターミナルケアを評価【ターミナルケア加算】(※)（共2,000単位/月）

職員研修等を実施【サービス提供体制強化加算】（①②6単位/回、③50単位/月）

2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合【複数名加算】（①②とも30分未満254単位/回、30分以上402単位/回）

過去2月間に当該事業所から訪問看護を提供していない場合【初回加算】（共300単位/月）

訪問介護事業所と連携【看護・介護職員連携強化加算】(※)（共250単位／月）

保健師・看護師・准看護師による要介護5の利用者への訪問(※)（③800単位/月）

特別な管理の評価【特別管理加算】（共250単位/月、500単位/月）

特別地域訪問看護加算（①②＋15%/回、③＋15%/月）
中山間地域等の小規模事業所加算（①②＋10%/回、③＋10%/月）
中山間地域等居住者へのサービス提供加算（①②＋5%/回、③＋5%/月）

利用者が事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（養護・軽費・有料老人ホーム及びサ付きに限る）に居住する場合または利用者が上記以外の範囲に所在する建物（建物の定義は同上）に居住する場合（1月あたり20人以上の場合）（①②－10%）

准看護師による訪問看護（①②－10%、③－2%）

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問（①1日に2回を超えたら1回につき－10%）

特別指示による訪問看護の実施(※)（③－97単位を指示日数に乗じる）

（注1）※印の加算については、指定訪問看護にのみ適用
（指定介護予防訪問看護には適用されない）
（注2）点線枠の加算は区分支給限度基準額の枠外

訪問看護［基準等］

基本方針

- 訪問看護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようその療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

必要となる人員・設備等

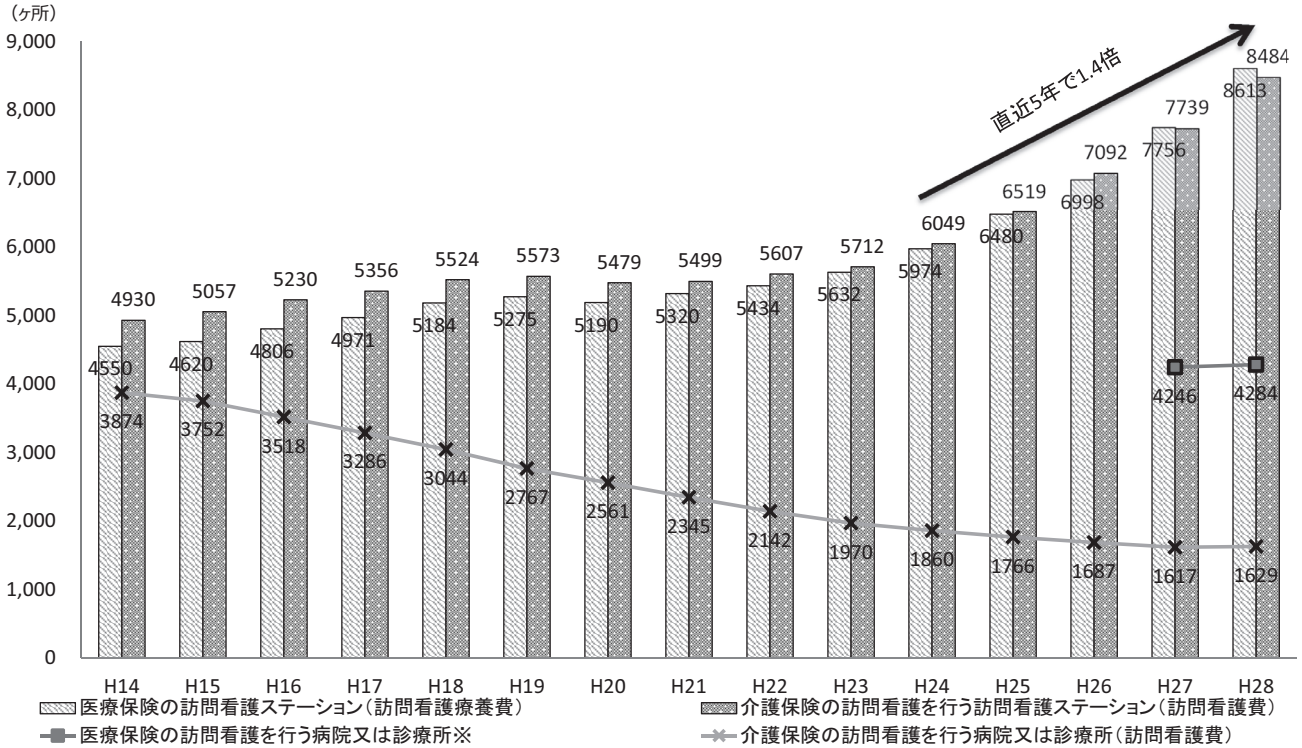
	指定訪問看護ステーション	病院又は診療所である 指定訪問看護事業所※
人員配置基準	・保健師、看護師又は准看護師（看護職員） 常勤換算で**2.5以上**となる員数 うち1名は常勤 ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 指定訪問看護ステーションの実情に応じた適当数 【管理者】 ・専従かつ常勤の保健師又は看護師であって、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者	・指定訪問看護の提供に当たる看護職員を適当数
設備・備品	・事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の事務室 ・指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等	・事業の運営を行うために必要な広さを有する専ら事業の用に供する区画 ・指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品

※ 介護保険のみ

40

訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

○ 訪問看護ステーションの数は、近年の増加が著しい。訪問看護を行う病院・診療所は、医療保険で実施する病院・診療所が多く、介護保険を算定する病院・診療所は減少傾向である。



※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

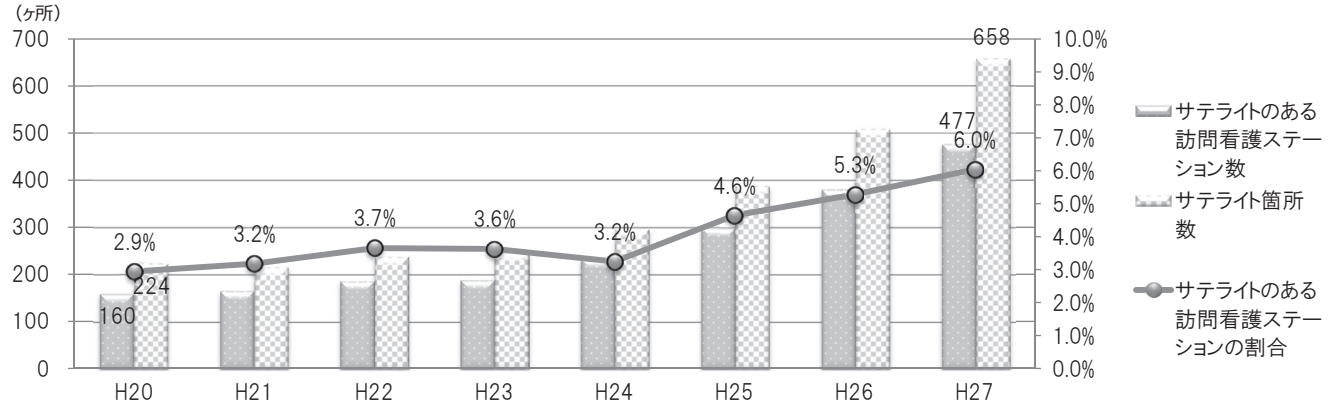
出典：「医療費の動向調査」の概算医療費データベース（各年５月審査分）、NDBデータ（各年５月診療分）、「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

41

従たる事業所（サテライト）数の推移

○　従たる事業所を設置する訪問看護ステーションは、平成27年度で約6%であるが、徐々に増えてきており、近年の従たる事業所の箇所数の伸びが大きい。

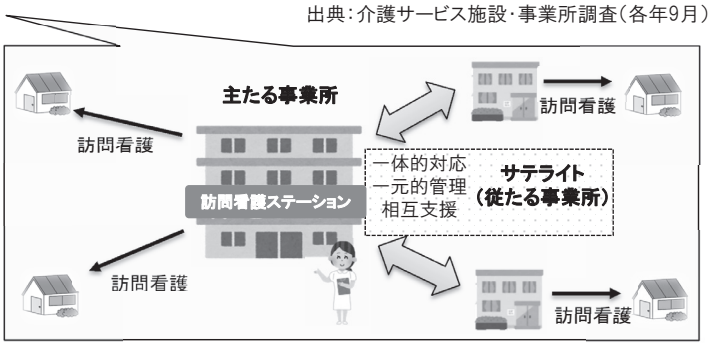
■　サテライトのある訪問看護ステーション数等の推移



出典：介護サービス施設・事業所調査（各年9月）

■　従たる事業所（サテライト）について

利用者宅に近い場所から、より効率的に訪問看護を提供するため、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等(以下「従たる事業所」という。)であって、一定の要件を満たすものについては、一体的な指定訪問看護の提供の単位として、従たる事業所（サテライト）を主たる事業所と含めて指定することが可能となっている。

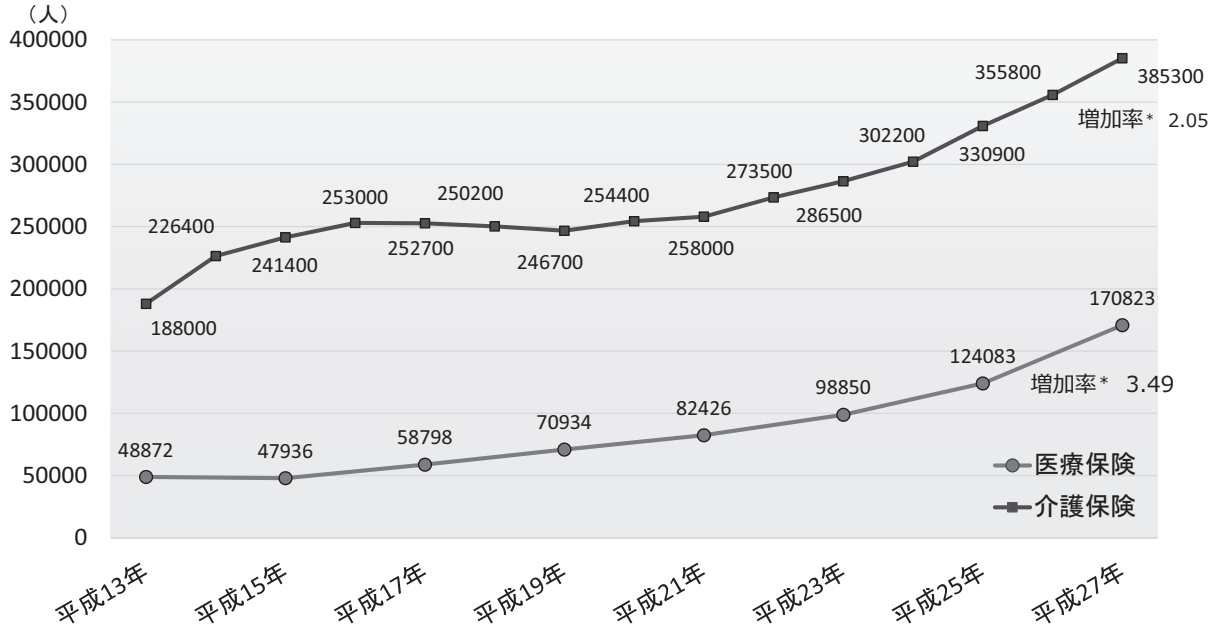


42

訪問看護ステーションの利用者数の推移

○　訪問看護ステーションの利用者数は、介護保険、医療保険ともに増加しており、特に医療保険の利用者数が伸びている。

■訪問看護利用者数の推移



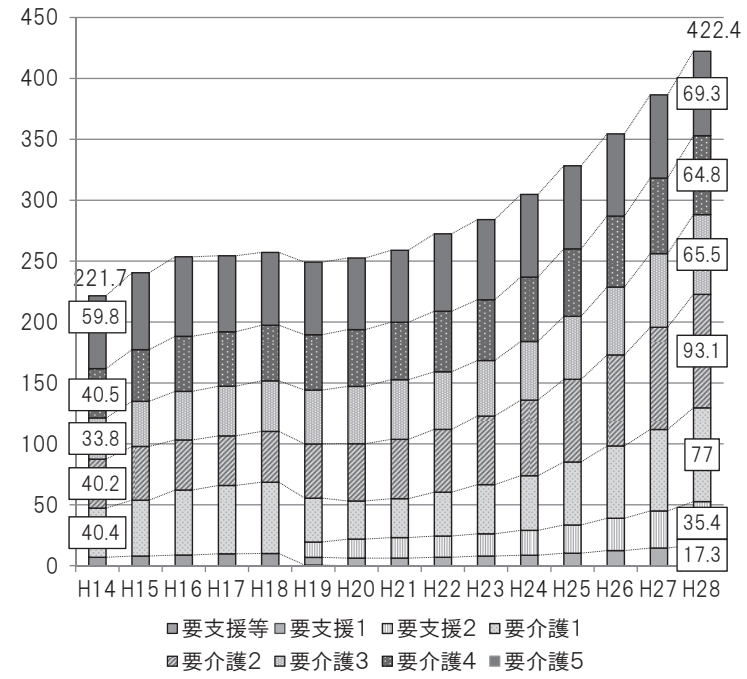
＊ 増加率…平成13年を１とした時の伸び率

出典：介護給付費実態調査（各年5月審査分）、保険局医療課調べ（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計）　43

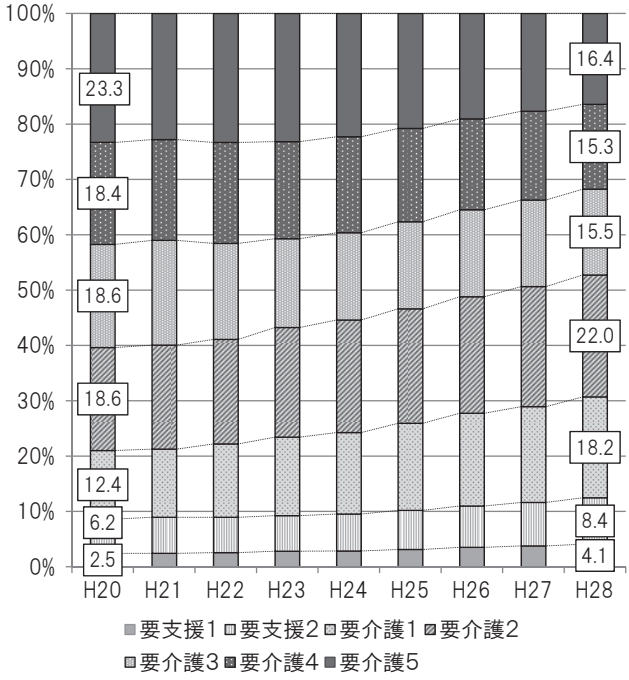
訪問看護利用者数の推移

○ 訪問看護利用者数は1ヶ月あたり約42万人であり、近年の増加が著しい。
○ 要介護度別の割合では、要介護1、2の割合が増加している。

■ 要介護度別利用者数の推移



■ 要介護度別の割合の推移

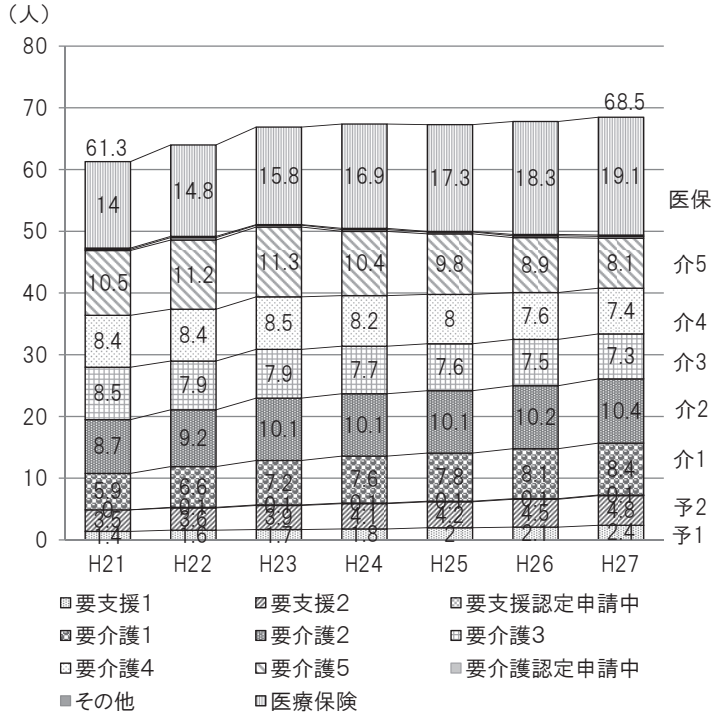


出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

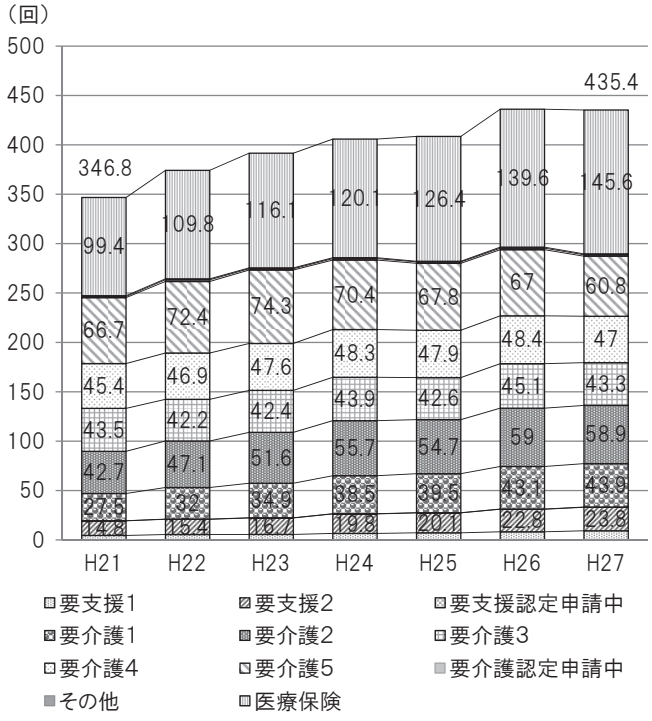
訪問看護ステーション事業所あたりの利用者数等

○ 1事業者あたりの利用者実人員数は68.5人、訪問回数は435.4回で、1事業所あたりの介護保険の利用者・訪問回数が多いが、医療保険の占める数が徐々に増えている。

■ 1事業所あたりの利用者実員人数（1ヶ月）の推移



■ 1事業所あたりの訪問回数（1ヶ月）の推移

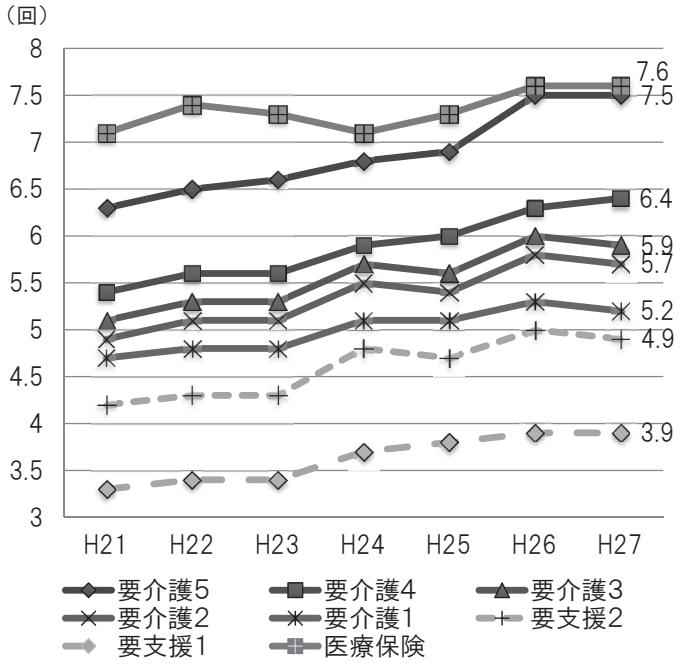


出典：介護サービス施設・事業所調査（各年9月）

利用者一人あたりの訪問看護回数

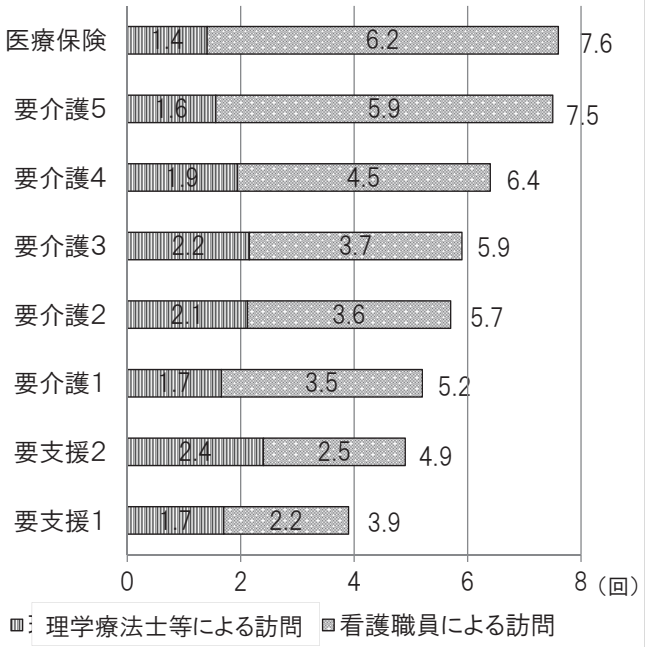
○ 利用者一人あたりの訪問回数は、医療保険適応が最も多く、介護保険では要介護度が高いほど訪問回数が多い。
○ 職種別の訪問回数では、介護度が高くなるにつれて看護職員による回数が増えている。

■ 利用者一人あたりの1か月の訪問回数の推移



※ 理学療法士等…理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

■ 利用者1人あたりの1か月の職種別の訪問回数（H27）

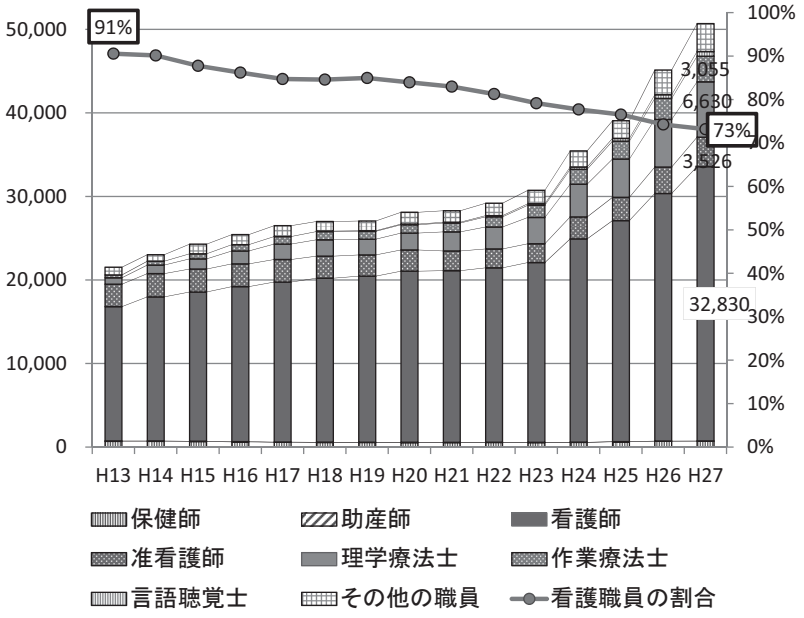


出典：介護サービス施設・事業所調査（各年9月）

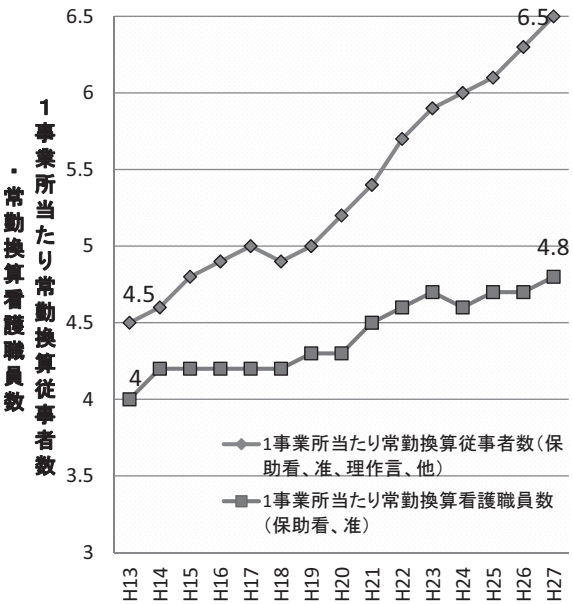
訪問看護ステーションの従事者数の推移

○ 訪問看護ステーションの従事者数（常勤換算）は看護師33,000人、准看護師3,500人、理学療法士6,600人、作業療法士3,000人であり、いずれの職種も年々増加している。全従事者に占める看護職員の割合は73%であり、低下傾向である。
○ 1事業所あたりの従事者数は6.5人で、そのうち看護職員は4.8人である。

■ 職種別の従事者数の推移（常勤換算）



■ 訪問看護ステーションの1事業所当たり従事者数（常勤換算）

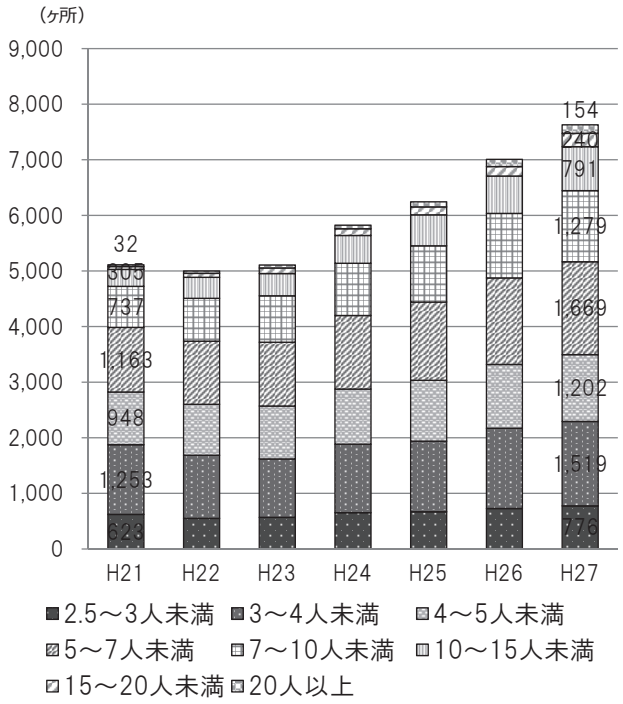


出典：介護サービス施設・事業所調査（各年9月）

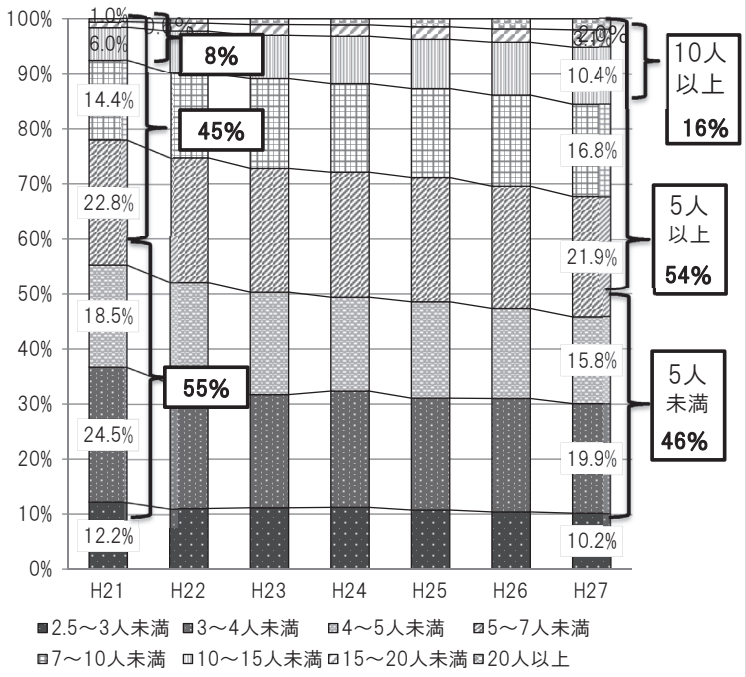
訪問看護ステーションの従業員規模別の推移

○ 訪問看護ステーションの従業員は、5人未満のステーションが約半数であるが、5人以上のステーションが徐々に増えている。

■ 従業員規模別の訪問看護ステーション数の推移



■ 従業員規模別の訪問看護ステーション数（割合）の推移



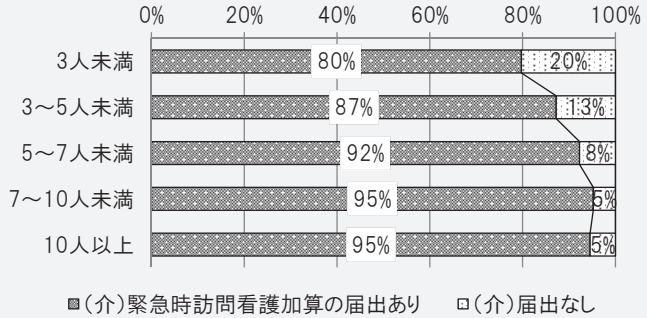
出典：介護サービス施設・事業所調査（各年9月）

訪問看護ステーションの従業員規模別の届出の状況

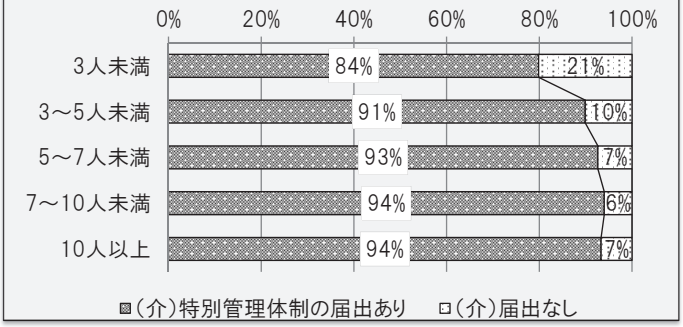
○ 介護保険も医療保険もステーションの従事者が多くなるほど24時間対応に関する加算及び特別な医療的管理に対応する届出をしている事業所の割合が高い。

介護保険

■ 緊急時訪問看護加算の届出状況

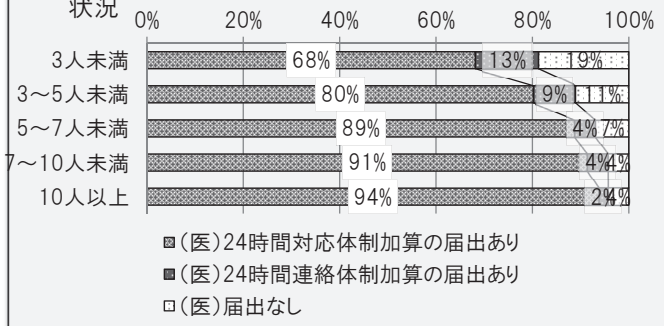


■ 特別管理加算の届出状況

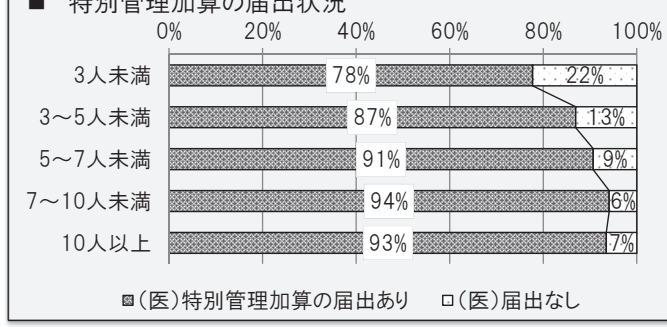


医療保険

■ 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の届出状況



■ 特別管理加算の届出状況

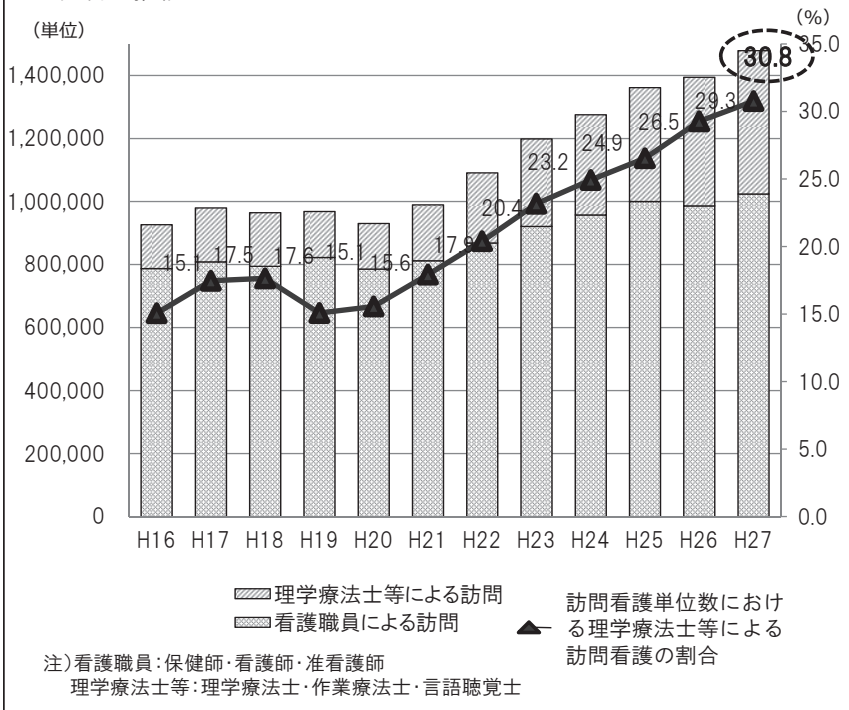


出典：平成27年介護サービス施設・事業所調査（特別集計）

訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問看護の現状

○ 訪問看護ステーションにおける訪問看護費は、平成21年頃より、訪問看護の一環としての理学療法士等による訪問（単位数）の増加率が著しい。特に要支援における理学療法士等による訪問（単位数）の割合が高い。

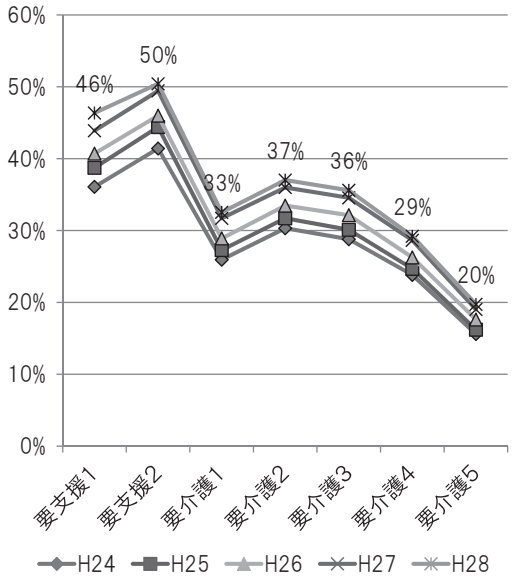
■ 職種別訪問看護単位数の推移、理学療法士等による訪問看護の割合の推移



注）看護職員：保健師・看護師・准看護師
理学療法士等：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

【出典】介護給付費実態調査（各年9月審査分）

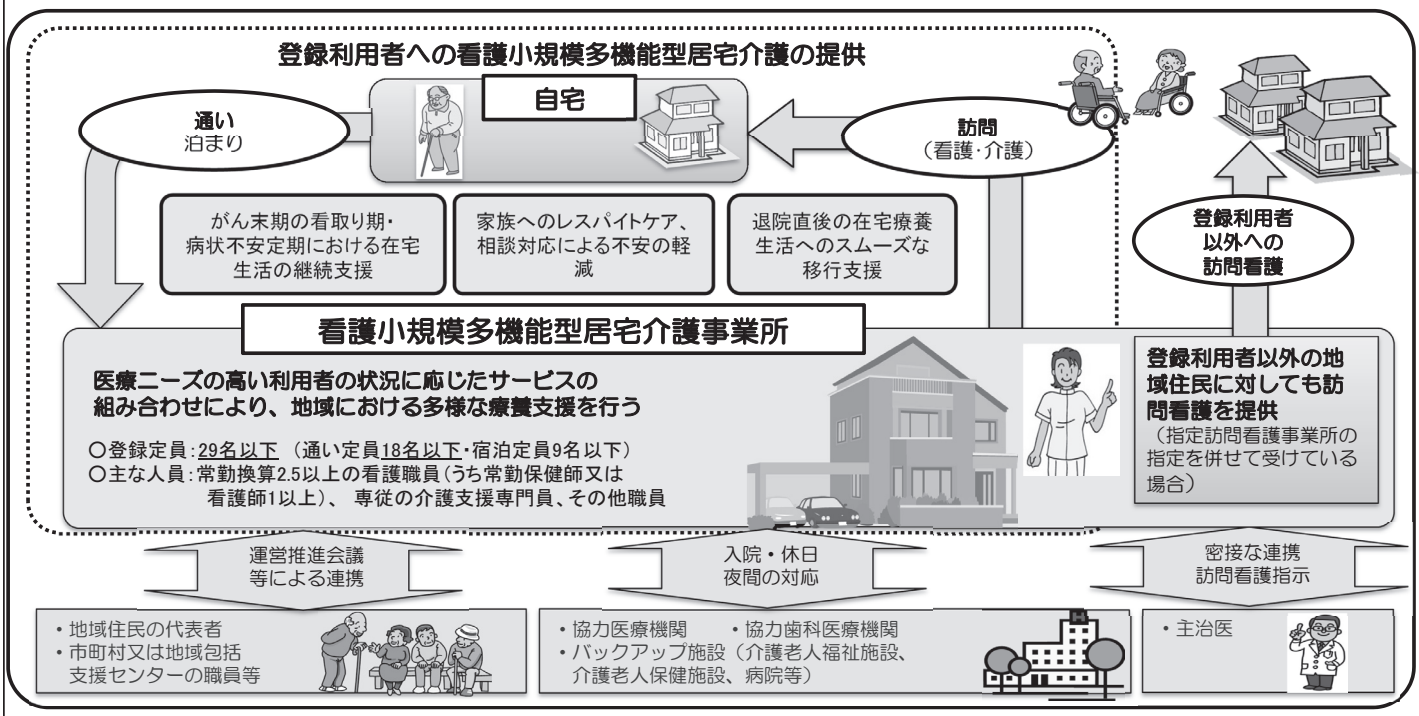
■ 訪問看護費に占める要介護度別の理学療法士等による訪問（単位数）の割合



【出典】介護給付費実態調査（各年3月審査分）

50

看護小規模多機能型居宅介護の概要



○ 主治医と看護小規模多機能型居宅介護事業所の密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができる。
※ 医療ニーズへの対応が必要な利用者に対して、小規模多機能型居宅介護事業所では対応できなかったが、看護小規模多機能型居宅介護事業所では対応できる。

○看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。

51

看護小規模多機能型居宅介護〔基準等 ①〕

必要となる人員・設備等

基準項目	要件等
従業者の員数	①日中 ・通いサービス提供：利用者3人に対し1以上（常勤換算） ・訪問サービス提供：2以上（常勤換算） ・人員配置は各サービスに固定にせず、柔軟な業務遂行が可能 **・通いサービス及び訪問サービス提供のうちそれぞれ１人以上は保健師、看護師又は准看護師** ②夜間・深夜 ・泊まりサービス及び訪問サービス提供：2人以上（うち1人は宿直勤務可） （泊まりサービスの利用者がいない場合、訪問サービス提供のために必要な連絡体制を整備しているときは、夜間・深夜の時間帯を通じて宿直勤務及び夜間・深夜の勤務を行う従業員を置かないことができる） ③従業者のうち1人以上が常勤の保健師又は看護師 ④**従業者のうち保健師、**看護師又は准看護師**は常勤換算法で２．５以上** ⑤**訪問看護事業者の指定を併せて受け、同一事業所で一体的な運営をしていれば、訪問看護ステーションの人員基準（看護職員２．５人以上）を満たすことにより④の基準を満たすものとみなす** ⑥「認知症対応型共同生活介護事業所」「地域密着型特定施設」「地域密着型介護老人福祉施設」「指定介護療養型医療施設」を併設する場合、一体的な運営をしていれば兼務可能（同一時間帯で職員の行き来を認める） ⑦必要な研修を修了し、居宅サービス計画等の作成に専従する介護支援専門員（非常勤可、管理者との兼務可）を置く ⑧介護支援専門員は利用者の処遇に支障がない場合は、事業所・併設施設等の他の職務に従事できる

※ **太字**は看護小規模多機能型居宅介護で特徴となる部分（他は小規模多機能型居宅介護の基準に準じている部分）

52

看護小規模多機能型居宅介護〔基準等 ②〕

基準項目	要件
管理者	①常勤専従（管理上支障が無い場合は、事業所・併設施設等の職務に従事できる） ②特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、**小規模多機能型居宅介護事業所**、認知症対応型共同生活介護事業所等の従業員又は訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験があり、厚生労働大臣が定める研修（認知症対応型サービス事業開設者研修）を修了した者**又は保健師若しくは看護師**
代表者	①特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、**小規模多機能型居宅介護事業所**、認知症対応型共同生活介護事業所等の従業員又は訪問介護員等として認知症である者の介護に従事した経験、又は保健医療サービスもしくは福祉サービスの経営に携わった経験があり、厚生労働大臣が定める研修（認知症対応型サービス事業管理者研修）を修了した者**又は保健師若しくは看護師**
登録定員・利用定員	①登録定員：29人以下 ②通いサービス利用定員：登録定員の2分の1から15人まで ただし、登録定員が26人以上29人以下の事業所について、居間及び食堂を合計した面積が、「利用者の処遇に支障がないと認められる十分な広さ（1人当たり3㎡以上）が確保されている場合」は、通いサービスに係る定員を18人までとすることができる。 ③泊まりサービス利用定員：通いサービスの利用定員の3分の1から9人まで
設備・備品等	①居間及び食堂は機能を十分に発揮しうる適当な広さ ②宿泊室 ・個室の定員：1人（利用者の処遇上必要と認められる場合は2人） ・個室の床面積：7.43㎡以上**（病院又は診療所の場合は６．４㎡以上（定員１人の場合に限る））** ・個室以外の宿泊室：合計面積が1人当たり概ね7.43㎡以上で、プライバシーが確保された構造 ③家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、住宅地等に立地する

※ **太字**は看護小規模多機能型居宅介護で特徴となる部分（他は小規模多機能型居宅介護の基準に準じている部分）

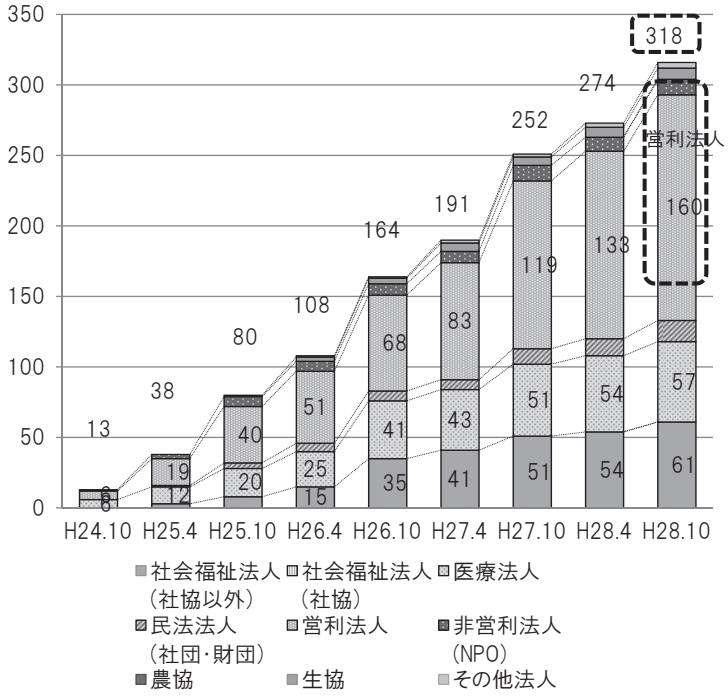
※ 下線は平成27年で改正した部分

53

看護小規模多機能型居宅介護の事業所数等

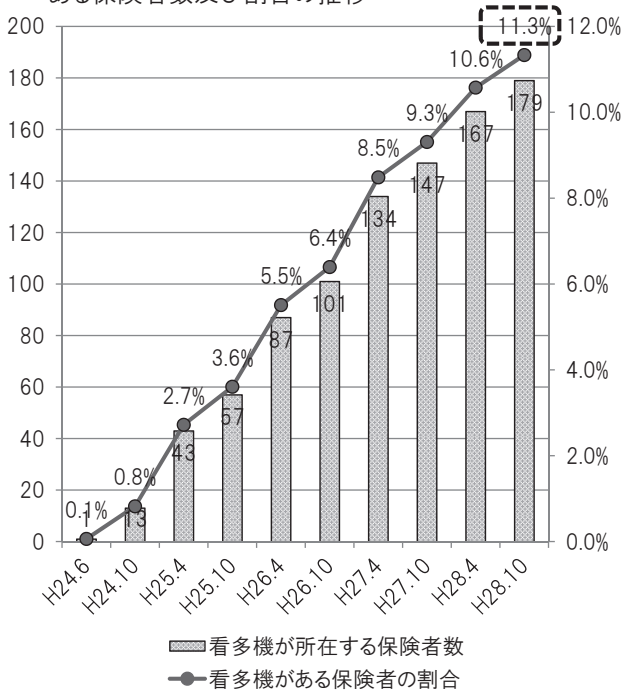
○ 請求事業所数は318ヶ所であり、年々増加している。開設主体別にみると営利法人が最も多い。
○ 看護小規模多機能型居宅介護事業所がある保険者の割合は11%であり、看護小規模多機能型居宅介護事業所がない保険者がほとんどである。

■ 請求事業所数と法人種別の推移



【出典】介護給付費実態調査

■ 看護小規模多機能型居宅介護（看多機）事業所がある保険者数及び割合の推移



【出典】老健局老人保健課調べ

54

看護小規模多機能型居宅介護の所在地別指定事業所数

老人保健課調べ（平成28年10月末日現在）

都道府県名	所在市町村名	事業所数	うち公募
北海道	札幌市	20	0
	函館市	4	0
	北広島市	1	1
	千歳市	1	1
	紋別市	1	0
	小樽市	3	3
	北見市	1	0
	釧路市	1	1
青森県	青森市	1	1
	南部町	1	0
岩手県	奥州市	1	1
宮城県	仙台市	4	0
	石巻市	1	0
	白石市	1	1
	富谷市	1	1
秋田県	湯沢市	1	1
	大曲仙北広域市町村圏組合	2	1
	本荘由利広域市町村圏組合	1	1
山形県	山形市	3	0
	米沢市	1	0
福島県	福島市	2	0
	会津若松市	1	0
	白河市	1	0
	田村市	1	0
	いわき市	1	0
茨城県	水戸市	1	0
	つくば市	1	0
	鉾田市	1	0
	神栖市	1	0
	日立市	1	1
	龍ヶ崎市	1	0
栃木県	佐野市	1	1
	足利市	1	1
	益子町	1	0
群馬県	高崎市	4	0
	桐生市	1	0
	館林市	1	0
	伊勢崎市	1	0
埼玉県	さいたま市	1	1
	川越市	1	0
	三郷市	2	2
	ふじみ野市	1	1
	入間市	1	1
	大里広域市町村圏組合	1	1
千葉県	千葉市	1	1
	鴨川市	1	0
千葉県	大網白里市	1	0
	木更津市	1	1
	松戸市	2	2
	八千代市	1	0
東京都	港区	1	0
	新宿区	2	0
	北区	1	1
	足立区	3	3
	墨田区	1	0
	品川区	1	0
	目黒区	1	0
	文京区	1	1
	八王子市	1	1
	青梅市	1	1
	稲城市	1	0
	調布市	1	1
	清瀬市	1	1
	東村山市	2	2
	町田市	1	1
神奈川県	横浜市	12	5
	川崎市	8	0
	平塚市	1	1
	藤沢市	3	2
	鎌倉市	2	2
	秦野市	1	0
	相模原市	1	0
	厚木市	1	0
	座間市	1	1
	箱根町	1	1
新潟県	新潟市	4	0
	長岡市	1	0
	見附市	1	0
富山県	富山市	2	2
石川県	珠洲市	1	0
	能美市	1	1
	金沢市	1	0
	小松市	1	0
福井県	福井市	4	2
	坂井地区広域連合	3	3
	越前市	1	0
山梨県	甲府市	2	2
	北杜市	1	1
長野県	長野市	1	1
	上田市	1	0
岐阜県	高山市	1	0
	もとす広域連合	1	0
岐阜県	恵那市	1	1
	美濃加茂市	1	1
静岡県	静岡市	8	5
	富士宮市	1	0
	富士市	3	3
	島田市	1	0
	沼津市	1	1
	浜松市	1	0
愛知県	名古屋市	4	0
	豊橋市	3	3
	豊川市	2	2
三重県	四日市市	2	2
	桑名市	1	1
滋賀県	大津市	1	1
	彦根市	1	1
	草津市	1	1
京都府	京都市	6	0
	綾部市	1	0
	宇治市	1	1
大阪府	大阪市	6	0
	大東市	1	1
	堺市	4	0
	高槻市	1	1
	茨木市	2	1
	富田林市	1	1
	交野市	1	1
	豊中市	1	0
	八尾市	3	0
	河内長野市	1	0
	藤井寺市	2	0
兵庫県	神戸市	4	0
	尼崎市	1	0
	明石市	1	1
	伊丹市	1	1
	加西市	1	1
	たつの市	4	4
奈良県	奈良市	1	0
和歌山県	和歌山市	3	2
鳥取県	米子市	4	1
島根県	松江市	2	2
	浜田地区広域行政組合	1	1
	雲南広域連合	1	0
岡山県	岡山市	1	0
	浅口市	1	0
	倉敷市	2	1
	玉野市	1	0
広島県	広島市	3	0
	福山市	4	0
	尾道市	2	2
	東広島市	2	0
	府中市	1	1
山口県	防府市	1	1
	山陽小野田市	1	1
徳島県	徳島市	1	0
	阿南市	2	0
香川県	高松市	2	2
	土庄町	1	1
愛媛県	松山市	3	0
	今治市	2	0
	西条市	1	0
高知県	高知市	2	0
福岡県	北九州市	1	1
	福岡市	2	2
	久留米市	9	3
	行橋市	1	1
	小郡市	1	1
	福岡県介護保険広域連合	1	0
	春日市	1	0
佐賀県	佐賀中部広域連合	1	1
	唐津市	4	4
長崎県	長崎市	2	1
	大村市	1	0
	佐世保市	1	0
	島原地域広域市町村圏組合	1	1
熊本県	熊本市	3	3
	八代市	2	2
	菊池市	1	1
大分県	大分市	3	3
	臼杵市	1	1
	別府市	1	1
	佐伯市	1	1
	杵築市	1	0
宮崎県	宮崎市	2	1
	延岡市	2	0
鹿児島県	鹿児島市	2	2
	南さつま市	2	2
沖縄県	宮古島市	1	0
合計		330※	

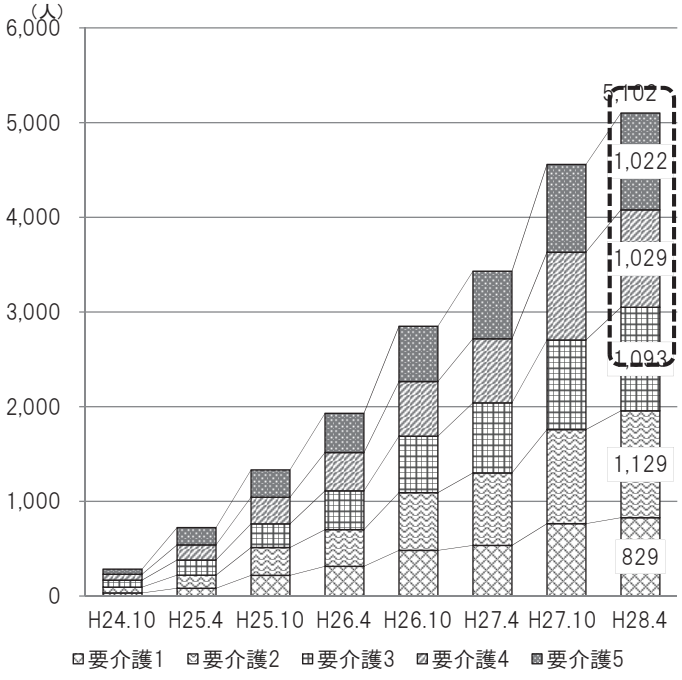
※「指定事業所数」と「請求事業所数」は異なる。

55

看護小規模多機能型居宅介護の利用者数等

○ 利用者数は年々増加しており約5,100人、1事業所あたりの平均利用者数は19人となっている。
○ 利用者数の世帯構成は独居が36%である。

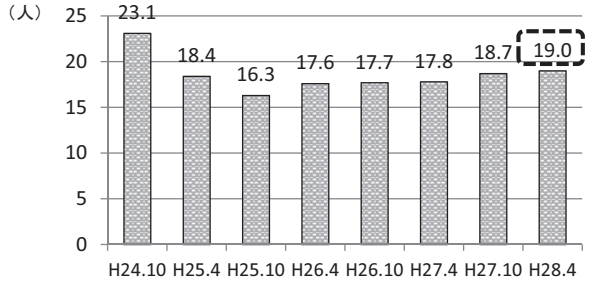
■ 看護小規模多機能型居宅介護の受給者数の推移（要介護別）



注）短期利用居宅介護の受給者を除く。

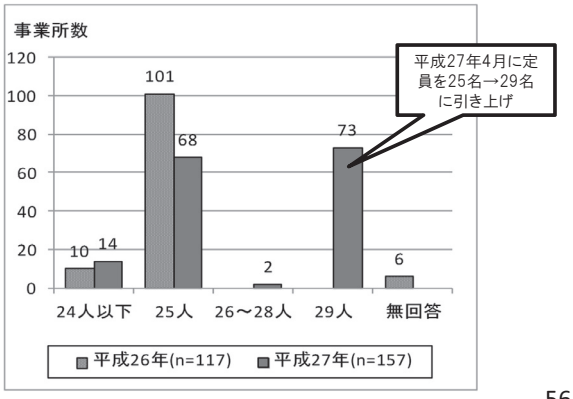
【出典】介護給付費実態調査

■ 1事業所あたり利用者数の推移



【出典】介護給付費実態調査

■ 1事業所あたりの登録定員の推移



【出典】平成27年度介護報酬改定検証調査（平成27年度調査）「（1）看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業」

看護小規模多機能型居宅介護の取組のパターン

看護と介護を一体的に提供

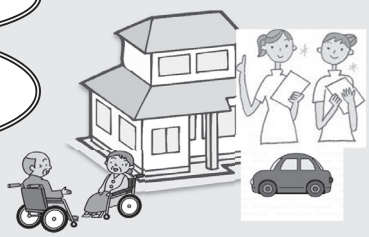
看取りを支える

退院から在宅療養生活へのワンクッション

看護小規模多機能型居宅介護事業所

医療ニーズの高い利用者の状況に応じたサービスの組み合わせにより、地域における多様な療養支援を行う

【看護職員】常勤換算2.5人以上



訪問看護
訪問介護
泊まり
通い

訪問看護ステーション※

※同一の事業所において一体的に運営されている場合に、看護職員が常勤換算方法で2.5以上を満たすときは、指定訪問看護事業所の人員基準を満たしているものとみなされる

拡充

（看護職員の確保　等）

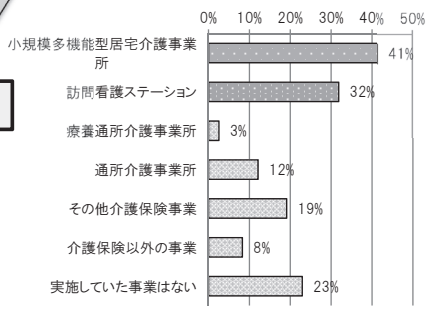
＜事業所における看多機の必要性の視点＞
医療ニーズ等の利用者の重度化の進行に対応

拡充

（土地、建物の取得
介護職員の確保　等）

＜事業所における看多機の必要性の視点＞
状態不安定や家族の負担が重い場合に通いや泊まりも含めた柔軟なサービスを提供

■ 看多機開始前の事業（複数回答）(n=157)



【出典】平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査「看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業」

小規模多機能型居宅介護事業所

【看護職員】1人以上



訪問介護
泊まり
通い

訪問看護ステーション

【看護職員】常勤換算2.5人以上

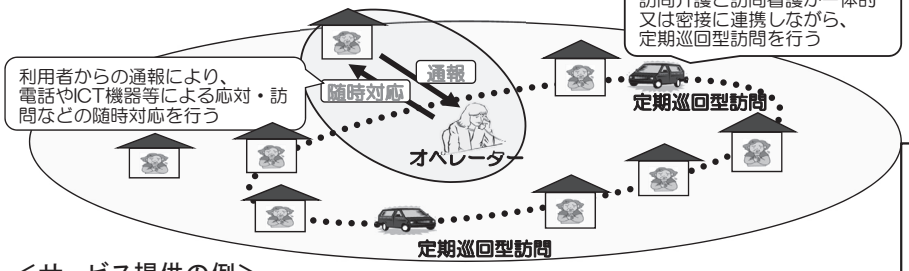


訪問看護

２４時間の定期巡回・随時対応サービスについて

○ 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足**していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して**医療と介護との連携が不足**しているとの問題がある。
○ このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う**「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」**を創設（平成24年４月）。

＜定期巡回・随時対応サービスのイメージ＞



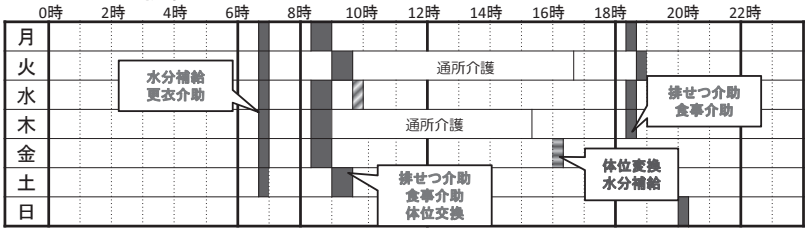
参入していない事業者は、
「夜間・深夜の対応が中心」
「コール対応が中心」 等のイメージ

実態は、

夜間・深夜の対応は日中と比べて少なく、利用者からのコールも少ない。（イメージが実態と大きく異なっていることが多い。）

【三菱UFJリサーチ＆コンサルティング調査より】

＜サービス提供の例＞



・**日中・夜間を通じて**サービスを受けることが可能
・**訪問介護と訪問看護を一体的に**受けることが可能
・定期的な訪問だけではなく、**必要なときに随時サービス**を受けることが可能

＜参考＞

1．第6期介護保険事業計画での実施見込み

平成27年度	平成28年度	平成29年度
366保険者 （1．8万人／日）	482保険者 （2．5万人／日）	557保険者 （3．3万人／日）

2．社会保障と税の一体改革での利用見込み

平成27年度	平成37年度
1万人／日	15万人／日

58

定期巡回・随時対応型訪問介護看護［基準等］

必要となる人員・設備等

職種		資格等	必要な員数等
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う訪問介護員等	介護福祉士、 実務者研修修了者 介護職員基礎研修、 訪問介護員１級、 訪問介護員２級	・交通事情、訪問頻度等を勘案し適切に定期巡回サービスを提供するために必要な数以上
	随時訪問サービスを行う訪問介護員等		・　常時、専ら随時訪問サービスの提供に当たる訪問介護員が１以上確保されるための必要数（利用者の処遇に支障がない場合、定期巡回サービスに従事することができる。） ・　**夜間・深夜・早朝の時間帯（午後６時から午前８時まで）についてはオペレーターが随時訪問サービスを行う訪問介護員等を兼務可能。**
看護職員	うち１名以上は、常勤の保健師又は看護師とする	保健師 看護師、准看護師 PT、OT、ST	・　２．５以上（併設訪問看護事業所と合算可能） ・　常時オンコール体制を確保
オペレーター		看護師、介護福祉士等(※)のうち、常勤の者１人以上 ＋ ３年以上訪問介護のサービス提供責任者として従事した者	・　利用者の処遇に支障がない範囲で、当該事業所の他職種及び同一敷地内の他の事業所・施設等（特養・老健等の夜勤職員、訪問介護のサービス提供責任者、夜間対応型訪問介護のオペレーター）との兼務可能
上記の従業者のうち、１人以上を計画作成責任者とする。		看護師、介護福祉士等(※)のうち、１人以上	
管理者			・　常勤・専従の者（当該事業所の職務や併設事業所の管理者等との兼務を認める。）

（※）・・・看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士、介護支援専門員

（注）　□・・介護・看護一体型にのみ配置が必要となる職種（介護・看護連携型の場合は連携先の訪問看護事業所に配置される）

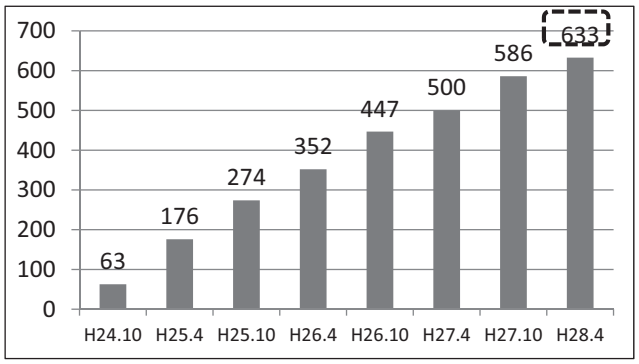
※1　訪問介護員等については、利用者の処遇に支障がない範囲で、他の施設等の夜勤職員（加配されている者に限る）との兼務可能
※2　「オペレーションセンター」の設置は設備基準としては求めず、地域を巡回しながら適切に随時のコールに対応する形態も可能
※3　利用者がコールを行う、オペレーターがコールを受ける際の機器は、一般に流通している通信機器等の活用が可能

59

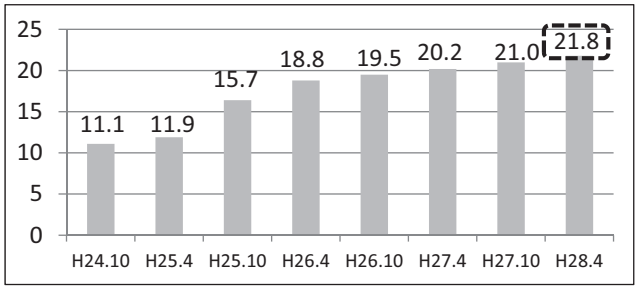
定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所数・利用者数等

○ 請求事業所数は増加しており633事業所、1事業所あたりの平均利用者数は微増傾向で21.8人となっている。
○ 利用者数は約13,800人で、利用者の約50%は要介護3以上の中重度者である。

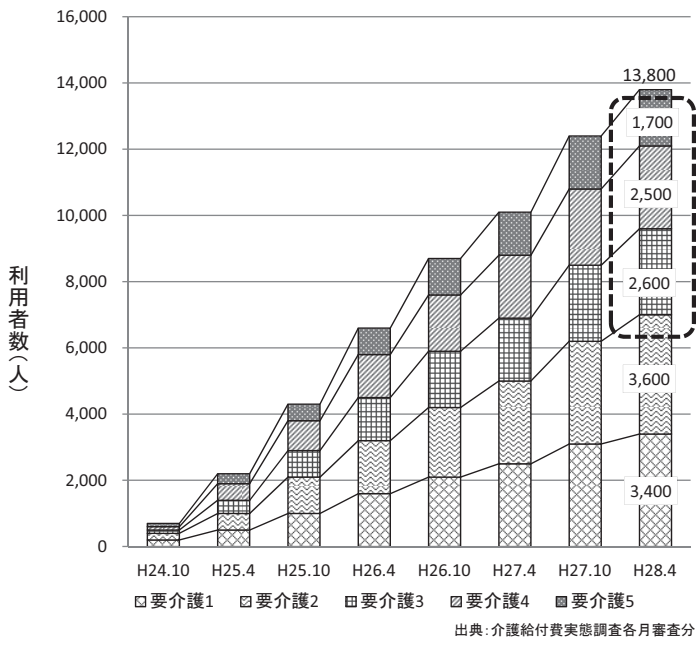
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたりの利用者数の推移



■ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護受給者数の推移（要介護度別）

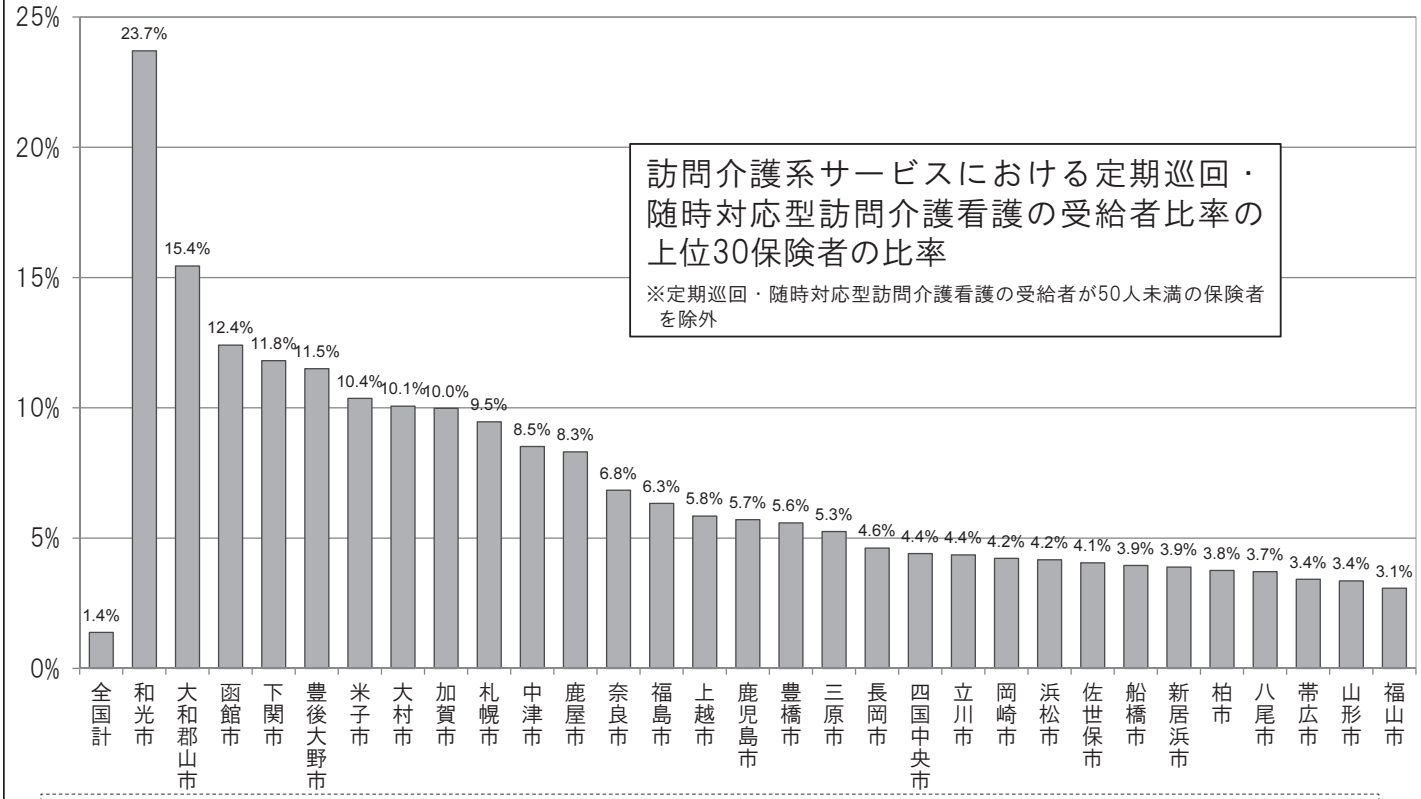


出典：介護給付費実態調査各月審査分

（資料出所）厚生労働省「介護給付費実態調査」（各年4、10月審査分）

60

訪問介護系サービスにおける定期巡回・随時対応型訪問介護看護の受給者の比率



※ 介護保険事業状況報告（平成28年12月分）における平成28年10月サービス分の受給者数（要介護者に限る）より以下の計算方法で算出

$$\frac{\text{定期巡回・随時対応型訪問介護看護の受給者数}}{\text{訪問介護系サービス受給者数（訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護）}}$$

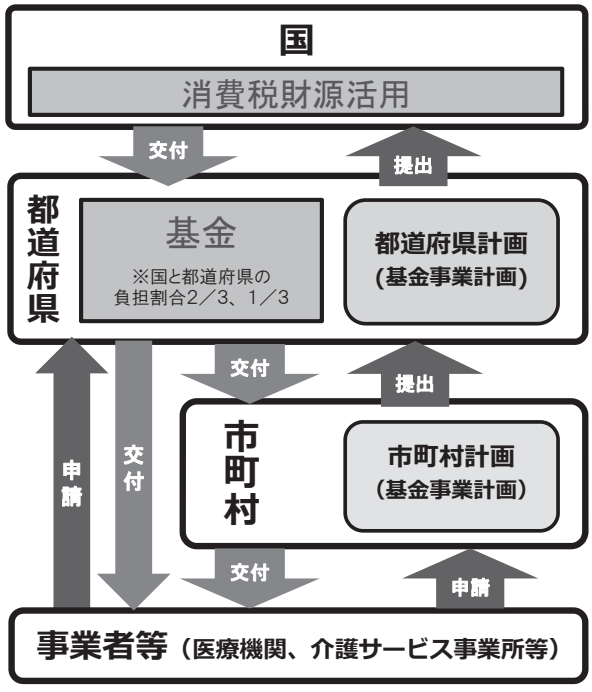
61

５．訪問看護の推進のための支援

地域医療介護総合確保基金

平成29年度予算額　1，628億円
（医療分 904億円、介護分 724億円）

○　団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
○　このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

○　**基金に関する基本的事項**
- 公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
- 事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
- 診療報酬・介護報酬等との役割分担

○　**都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
医療介護総合確保区域の設定※1　／　目標と計画期間（原則1年間）　／　事業の内容、費用の額等　／　事業の評価方法※2
- ※1　都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
- ※2　都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用

○　**都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

1　地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
2　居宅等における医療の提供に関する事業
3　介護施設等の整備に関する事業
4　医療従事者の確保に関する事業
5　介護従事者の確保に関する事業

訪問看護推進協議会の設置状況

○ 訪問看護推進協議会とは、訪問看護にかかる地域の課題や対策について、行政と医療関係者が協議を行う場を指す。
○ 区域単位とは、当該協議会における議論の対象となる区域を指す。（例）富山県は、県全域と4圏域で協議会あり。

（平成29年1月末時点）

	都道府県	設置状況（○:設置済み ×:未設置）	未設置の場合、今後の設置予定時期	区域単位	
				都道府県	二次医療圏等
1	北海道	○		○	
2	青森県	○		○	
3	岩手県	○		×	
4	宮城県	○		○	
5	秋田県	×	未定		
6	山形県	○		○	○:4/4医療圏
7	福島県	×	未定		
8	茨城県	○		○	○:12/12保健所
9	栃木県	○		○	
10	群馬県	○		○	
11	埼玉県	×	未定		
12	千葉県	○		○	
13	東京都	○		○	
14	神奈川県	○		○	
15	新潟県	○		○	
16	富山県	○		○	○:4/4医療圏
17	石川県	○		○	
18	福井県	○		○	
19	山梨県	○		○	○:5/5保健所
20	長野県	○		○	
21	岐阜県	○		○	
22	静岡県	○		○	○:8/8医療圏
23	愛知県	○		○	
24	三重県	○		○	
25	滋賀県	○		○	
26	京都府	○		○	
27	大阪府	○		○	
28	兵庫県	○		○	
29	奈良県	○		○	
30	和歌山県	○		○	○:8/8保健所
31	鳥取県	○		○	
32	島根県	○		○	
33	岡山県	○		○	
34	広島県	×	未定		
35	山口県	○		○	
36	徳島県	○		○	
37	香川県	○		○	
38	愛媛県	○		○	
39	高知県	○		○	
40	福岡県	○		○	
41	佐賀県	○		○	
42	長崎県	○		○	
43	熊本県	○		○	
44	大分県	○		○	
45	宮崎県	○		○	
46	鹿児島県	×	未定		
47	沖縄県	○		○	
		42		41	6県41圏域

64

訪問看護の推進に関する事業例（平成28年度都道府県計画）

勤務環境改善

栃木県　訪問看護ステーション管理者研修会開催事業

訪問看護ステーションの管理者や新規参入事業者を対象とする経営マネジメントに関する研修会を開催し、訪問看護ステーションの管理者等の経営管理能力を強化することで、訪問看護ステーションの経営安定化を図る

人材確保

福井県　訪問看護新規就業支援事業

訪問看護分野への就職を希望する看護師に対して現場で必要な知識・技術を習得させるため、2ヶ月間のトライアル雇用を実施する。

大分県　プラチナナース生き活きプロジェクト推進事業

退職看護師を対象とした在宅医療に関する研修、訪問看護ステーションなどの求人側を対象とした研修、求人・求職のマッチングなどの再就業支援

人材育成

富山県　訪問看護の促進・人材確保を図るための研修などの実施事業（訪問看護推進事業）

①在宅ケアアドバイザー派遣事業（事例検討会）
在宅ケアに関する専門的な知識や技術を有する認定看護師等をアドバイザーとして検討会に派遣し、患者・家族の現状やニーズに応じたより質の高いケアが提供できるように支援する。
②医療機関等の看護師の訪問看護ステーション研修
医療機関の看護師が訪問看護の現場に赴き、入院患者が適切に在宅へ移行するための連携方法について学ぶ

滋賀県　暮らしの看護パワーアップ事業

訪問看護師の人材確保・育成のため看護学生からの階層別研修を行うとともに、多様な看護サービスを提供する訪問看護ステーションの機能強化を図る

神奈川県　訪問看護ステーション教育支援事業

県内各地域において、新規や小規模な訪問看護ステーションであっても訪問看護師を育成できるよう、人材育成が充実する訪問看護ステーションを「教育支援ステーション」に位置付け、個々の看護師などが有する経験等に応じて実践的な研修や指導を行うことができる仕組みを整備する

滋賀県　在宅看護力育成事業

新卒の看護師が安心して訪問看護ステーション等に就職できるため、看護学科3年次に新たなプログラム訪問看護師コースを設置し、新卒でも在宅看護の現場を選択できるようなプログラムを開発し、他の看護師等養成所においても同様のプログラムを実施できることを目指す事業

65

訪問看護の推進に関する事業例（平成28年度都道府県計画）

相談窓口の設置

富山県　訪問看護の促進、人材確保を図るための研修などの実施（多機能型訪問看ステーション整備事業）

住み慣れた居宅等での療養を継続するため、
①病院からの退院支援機能
②訪問看護ステーションによる24時間訪問看護
③訪問看護ステーションと連携した居宅介護支援事業所によるケアマネジメントの提供
④地域に開かれた相談窓口の設置などを行う多機能型訪問看護ステーションの施設・整備に対する補助を行う

中山間地域への支援

宮崎県　訪問看護ステーション設置促進事業

訪問看護ステーションの参入が困難な地域等に、新たに訪問看護ステーション等を開設する事業者に対して、立ち上げまでに必要な初期費用などを支援する。

※H28年度都道府県計画の「居宅等の医療の提供に関する事業」からの抜粋。
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000150609.html　事業の内容は、事業内容の一部を記載している。

役割・機能強化

滋賀県　退院支援機能強化事業

・県内各病院の退院支援を担当する職員向け研修、情報交換
・病院看護師の訪問看護体験
・二次医療圏単位の病院と在宅医療関係者の連携体制構築のための検討及び研修

三重県　精神疾患患者の退院及び地域定着支援のための基盤整備事業

精神疾患患者の地域密着の基盤整備のための基盤整備として、多職種連携による訪問看護体制の強化を図るとともに、訪問看護師の精神疾患患者の支援に関する資質向上を図るための研修会を実施する。

連携強化

福岡県　訪問看護ステーション連携強化・看取り促進事業

①地域を19に分け、各地域にコーディネート役となる訪問看護ステーションを1つ選定し、以下の事業を実施
・地域内のステーション管理者などを集めた交流会の開催
・地域内の訪問看護師に対して同行訪問研修を実施
②介護施設関係者の看取りに関する理解を深める研修会を実施するとともに、家族向け啓発資料を作成

66

地域医療介護総合確保基金を活用した介護施設等の整備

平成29年度予算額
公費634億円（国費423億円）

○ 地域包括ケアシステムの構築に向けて、都道府県計画に基づき、地域密着型サービス等、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備を促進するための支援を行う。

対象事業

1．地域密着型サービス施設等の整備への助成

○ 可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域密着型サービス施設・事業所等の整備に対して支援を行う。

（対象施設）　地域密着型特別養護老人ホーム、小規模な老人保健施設・養護老人ホーム・ケアハウス、都市型軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、緊急ショートステイ、介護予防拠点等

※定員30人以上の広域型施設の整備費については、平成18年度より一般財源化され、各都道府県が支援を行っている。

○ 地域密着型特別養護老人ホームの整備の際、他の施設等との合築・併設を行う場合に補助単価の加算を行う。

○ 空き家を活用した地域密着型サービス施設・事業所等の整備について支援を行う。

2．介護施設の開設準備経費等への支援

○ 特別養護老人ホーム等の円滑な開設のため、施設の開設準備（既存施設の増床を含む）に要する経費について支援を行う。

※定員30人以上の広域型施設を含む。

○ 在宅での療養生活に伴う医療ニーズの増大に対応するため、訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型事業所の設置に必要な設備費用等について支援を行う。

○ 土地の取得が困難な都市部等での施設整備を支援するため、定期借地権の設定のための一時金について支援を行う。

○ 介護施設で働く職員等を確保するため、施設内の保育施設の整備に対して支援を行う。

3．特養多床室のプライバシー保護のための改修等による介護サービスの改善

○ 特別養護老人ホームにおける多床室のプライバシー保護のための改修費用について支援を行う。

○ 特別養護老人ホーム等のユニット化に係る改修費用について支援を行う。

○ 介護療養型医療施設等の老人保健施設等への転換整備について支援を行う。

（参考）
◆ **都市部を中心とした在宅・施設サービスの整備の加速化・支援の拡充**《平成27年度補正予算》
・2020年代初頭までに、介護サービスが利用できずやむを得ず離職する者をなくすとともに、特別養護老人ホームに入所が必要であるにもかかわらず自宅で待機している高齢者を解消することを目指し、約10万人分の在宅・施設サービスの前倒し、上乗せ整備等を支援する。（地域医療介護総合確保基金の積増し）

◆ **地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金（ハード交付金）**
・介護予防・生活支援拠点の整備を推進。《平成27年度補正予算》
・既存介護施設におけるスプリンクラー等の整備や耐震化改修を行い、介護施設等の防災対策を推進。

◆ **地域介護・福祉空間整備推進交付金（ソフト交付金）**
・介護予防・生活支援拠点の実施に必要な設備等に要する経費を支援。《平成27年度補正予算》

67

地域医療介護総合確保基金（介護施設等の整備に関する事業）
配分基礎単価（案）

○ 地域密着型サービス施設等の整備への助成

1　区　分	2　配分基礎単価	3　単位
地域密着型サービス施設等の整備		
・地域密着型特別養護老人ホーム	2,000～4,270千円	整備床数
・小規模な介護老人保健施設	25,000～53,400千円	施設数
・小規模な養護老人ホーム	2,270千円	整備床数
・小規模なケアハウス（特定施設入居者生活介護の指定を受けるもの）	2,000～4,270千円	整備床数
・都市型軽費老人ホーム	1,700千円	整備床数
・認知症高齢者グループホーム	15,000～32,000千円	施設数
・小規模多機能型居宅介護事業所	15,000～32,000千円	施設数
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	5,670千円	施設数
・看護小規模多機能型居宅介護事業所	15,000～32,000千円	施設数
・認知症対応型デイサービスセンター	11,300千円	施設数
・介護予防拠点	8,500千円	施設数
・地域包括支援センター	1,130千円	施設数
・生活支援ハウス	34,000千円	施設数
・緊急ショートステイの整備	1,130千円	整備床数
・施設内保育施設	11,300千円	施設数

68

地域医療介護総合確保基金（介護施設等の整備に関する事業）
配分基礎単価（案）

○ 介護施設等の施設開設準備経費の支援

1　区　分	2　配分基礎単価	3　単位
定員30名以上の広域型施設等		
・特別養護老人ホーム	621千円	定員数
・介護老人保健施設		
・ケアハウス（特定施設入居者生活介護の指定を受けるもの）		
・養護老人ホーム		
・訪問看護ステーション（大規模化やサテライト型事業所の設置）	3,100千円	施設数
定員29名以下の地域密着型施設等		
・地域密着型特別養護老人ホーム	621千円	定員数（※　小規模多機能型居宅介護事業所及び複合型サービス事業所にあっては、宿泊定員数とする。）
・小規模な介護老人保健施設		
・小規模なケアハウス（特定施設入居者生活介護の指定を受けるもの）		
・認知症高齢者グループホーム		
・小規模多機能型居宅介護事業所		
・看護小規模多機能型居宅介護事業所		
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	10,300千円	施設数
・都市型軽費老人ホーム	310千円	定員数
・小規模な養護老人ホーム	310千円	

69

地域医療介護総合確保基金を活用した介護従事者の確保

平成28年度予算(案)
90億円

○ 地域の実情に応じた介護従事者の確保対策を支援するため、都道府県計画を踏まえて実施される「参入促進」・「資質の向上」・「労働環境・処遇の改善」に資する事業を支援。

参入促進

○ 地域住民や学校の生徒に対する介護や介護の仕事の理解促進

○ 若者・女性・高齢者など多様な世代を対象とした介護の職場体験

○ 高齢者など地域の住民による生活支援の担い手の養成

○ 介護未経験者に対する研修支援

○ 過疎地域等の人材確保が困難な地域における合同就職説明会の実施

○ ボランティアセンターとシルバー人材センター等の連携強化

等

資質の向上

○ 介護人材キャリアアップ研修支援
- 経験年数3～5年程度の中堅職員に対する研修
- 喀痰吸引等研修
- 介護キャリア段位におけるアセッサー講習受講
- 介護支援専門員に対する研修

○ 各種研修に係る代替要員の確保

○ 潜在介護福祉士の再就業促進
- 知識や技術を再確認するための研修の実施
- 離職した介護福祉士の所在等の把握

○ 認知症ケアに携わる人材育成のための研修

○ 地域包括ケアシステム構築に資する人材育成
- 生活支援コーディネーターの養成のための研修

○ 認知症高齢者等の権利擁護のための人材育成

等

労働環境・処遇の改善

○ 新人介護職員に対するエルダー・メンター(新人指導担当者)制度等導入のための研修

○ 管理者等に対する雇用改善方策の普及
- 管理者に対する雇用管理改善のための労働関係法規、休暇・休職制度等の理解のための説明会の開催
- 介護従事者の負担軽減に資する介護ロボットの導入支援
- 新人教育やキャリアパスなど雇用管理体制の改善に取り組む事業所のコンテスト・表彰を実施

○ 介護従事者の子育て支援のための施設内保育施設運営支援

○子育て支援のための代替職員のマッチング

等

○ 関係機関・団体との連携・協働の推進を図るための、都道府県単位での協議会の設置
○ 介護人材育成等に取り組む事業所に対する都道府県の認証評価制度の運営支援

介護事業所等に勤務する看護職員の研修等に係る経費については、介護従事者の確保に関する事業として、その対象とすることが可能。
<事業例> ○ 看護職員の人材確保事業(会議開催費、普及啓発に係る雑費等) ○ 看護職員の資質向上事業(研修費の補助等)

70

厚生労働省ホームページ(http://www.mhlw.go.jp/)では、
定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護の情報を掲載しています！

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 介護・高齢者福祉 > 介護保険制度の概要
> 5 定期巡回・随時対応サービスについて
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/teikijunkai.html
➢ 6看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)について
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000091038.html



71

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-

運営管理総論①
管理者の制度的な位置づけと役割・機能

全国訪問看護事業協会事務局長
清崎　由美子　氏

清崎　由美子(きよさき　ゆみこ)先生

略歴

１９８２年　３月	長崎大学医学部附属看護学校　卒業
１９８２年　４月	東邦大学医学部附属大森病院　入職 （救命救急センター・呼吸循環器病棟勤務）
１９８８年１２月	社会医療法人財団石心会　川崎幸病院地域保健部　入職
１９９３年　７月	同法人　さいわい訪問看護ステーション開設と同時に管理者として就任
２０００年　４月	同法人　在宅事業部　統括所長に就任
２０１１年　２月	聖路加看護大学看護実践開発研究センター認定看護師教育課程（訪問看護）修了
２０１１年　６月	認定看護師認定資格（訪問看護）取得
２０１５年　３月	千葉大学大学院看護学研究科修士課程修了　修士（看護学）学位取得
２０１６年　４月	全国訪問看護事業協会　事務局長　就任

運営管理総論①

管理者の制度的な位置づけと役割・機能

2017年9月14日 13:00～15:30

一般社団法人　全国訪問看護事業協会
事務局長　　清崎由美子

本日の到達目標

◆管理者の制度的な位置づけと機能・役割を認識できる

◆あるべき管理者像を描くことができ、実践モデルにできる

本日の内容

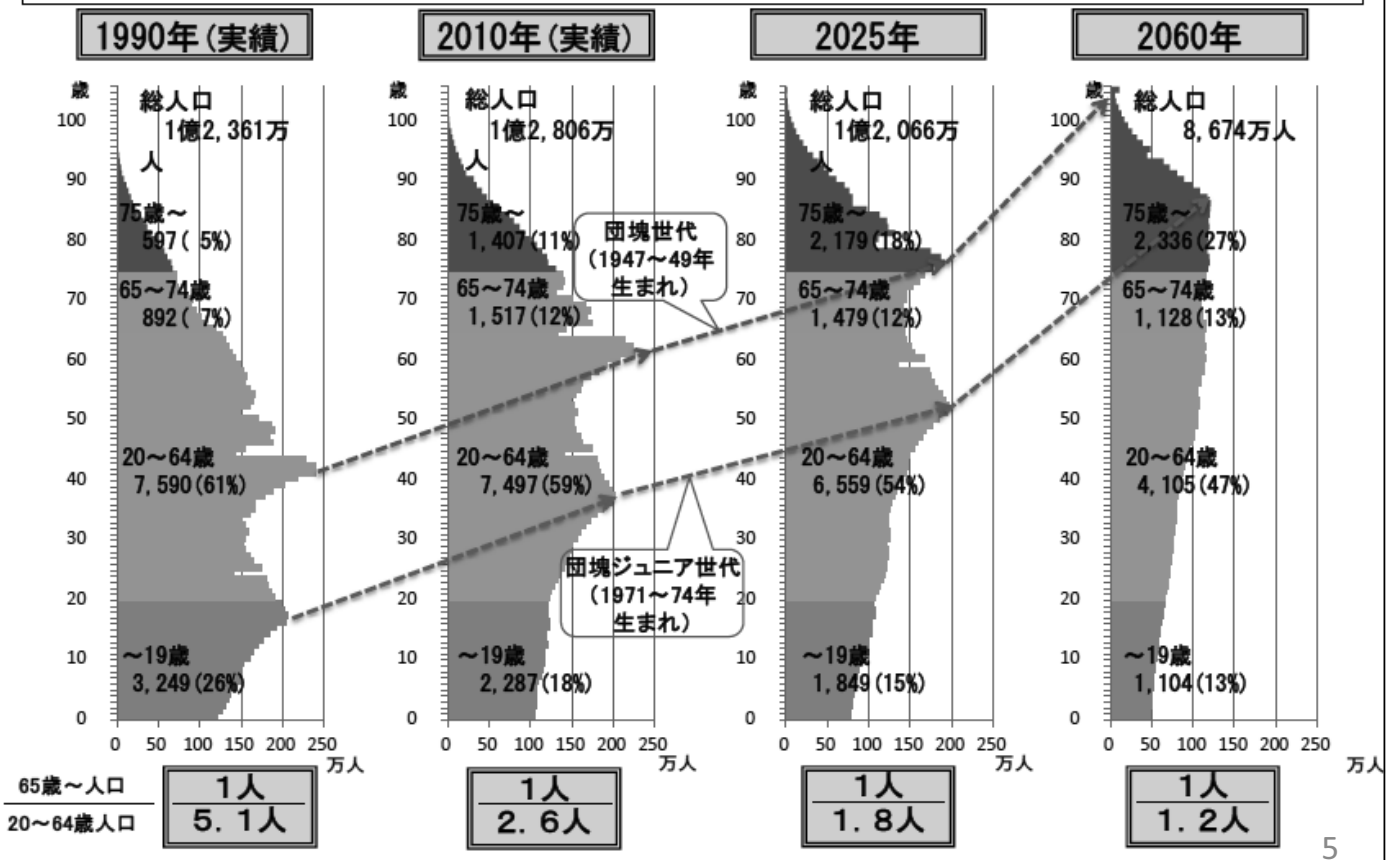
◆訪問看護を取り巻く状況
◆在宅療養者と訪問看護ステーションの現状
◆制度における管理者の位置づけ
◆管理者の役割と機能
- 人事と経営
- 倫理

◆これからの訪問看護のあり方を考える

訪問看護を取り巻く状況

人口ピラミッドの変化（1990～2060年）

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在１人の高齢者を２．６人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には１人の高齢者を１．２人で支える社会構造になると想定



5

（出所） 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）

今後の介護保険をとりまく状況について

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,658万人となり、2042年にはピークを迎える予測（3,878万人）。
75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年８月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口（割合）	3,058万人（24.0%）	3,395万人（26.8%）	3,658万人（30.3%）	3,626万人（39.4%）
75歳以上高齢者人口（割合）	1,511万人（11.8%）	1,646万人（13.0%）	2,179万人（18.1%）	2,401万人（26.1%）

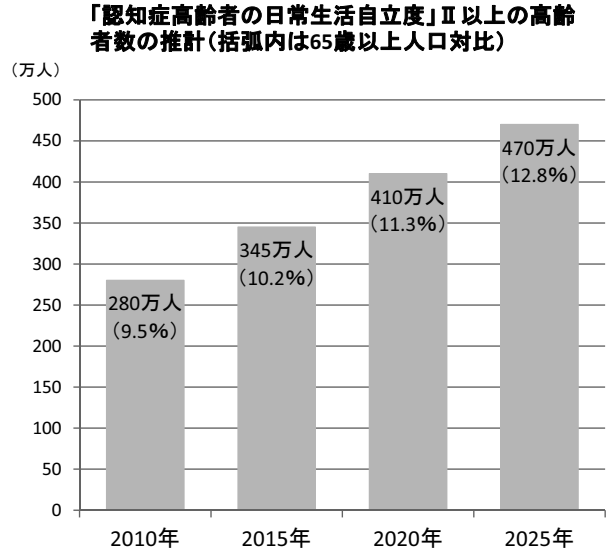
② 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ( )は倍率	117.7万人 <16.8%> （2.00倍）	108.2万人 <18.1%> （1.92倍）	148.5万人 <16.5%> （1.87倍）	152.8万人 <18.2%> （1.81倍）	116.6万人 <15.9%> （1.77倍）	197.7万人 <15.0%> （1.60倍）		29.5万人 <19.4%> （1.16倍）	13.7万人 <22.1%> （1.15倍）	20.7万人 <20.6%> （1.15倍）	2178.6万人 <18.1%> （1.54倍）

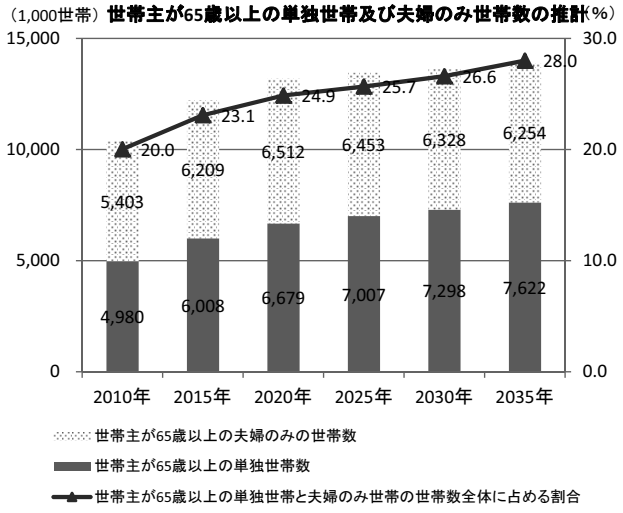
6

今後の介護保険をとりまく状況について

③ 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加。



④ 世帯主65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加。



7

医療・介護の急速なニーズ拡大に伴う医療・介護費の増大

■国民医療費（37兆4202億円、2010年度）

65歳以上で20兆7172億円（総額の55．4%）

うち75歳以上で12兆4685億円（同33．3%）

➡ 2012年40兆円 → 2025年には61～62兆円に

■介護保険制度（7兆8204億円、2010年度）

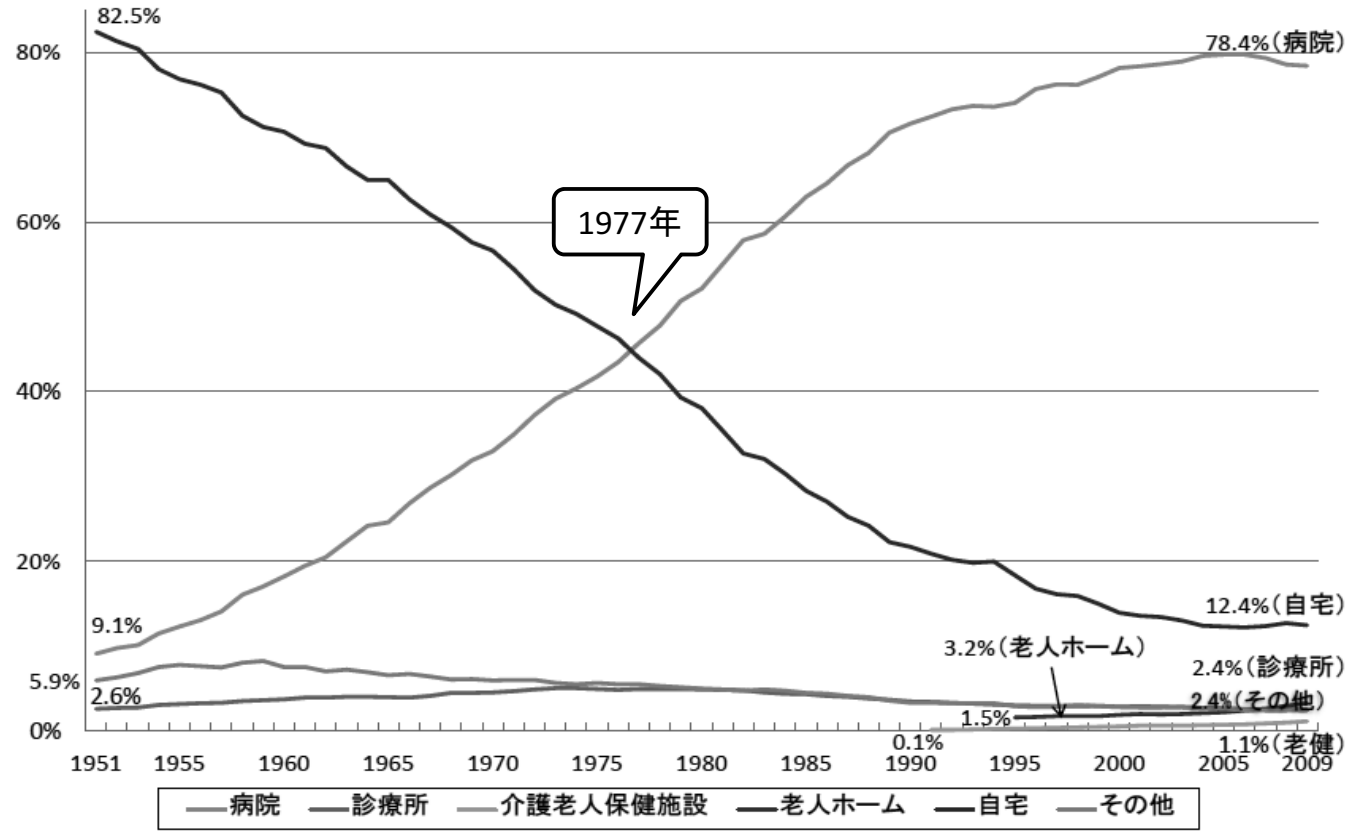
1号に占める要支援・要介護者（認定率）16．9%

- 65～74歳の認定率 4．3%
- 75歳以上の認定率 29．9%

➡ 2012年約9兆円 → 2025年には約20兆円に

8

死亡場所の推移

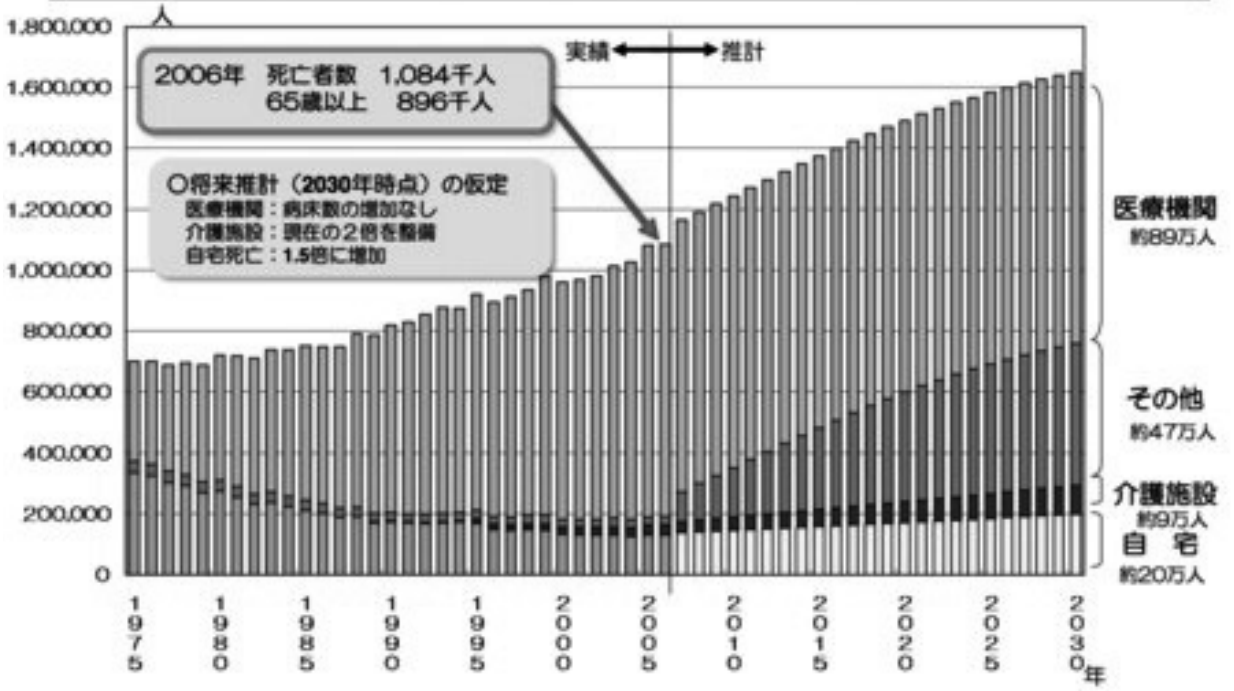


※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典）厚生労働省「人口動態統計」

9

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



【資料】
2006年（平成18年）までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2007年（平成19年）以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2006年度版）」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

15

10

自宅死の多い地域・少ない地域

死亡総数に占める「自宅死」の割合（2011年度）

カッコ内は**一人当たり医療費**（国保＋高齢者医療制度）の地域差指数（年齢補正後の**全国順位**）

1位　奈良県　17．2%（26位）

2位　**東京都**　16．1%（28位）←2000年度　39位　12．2%

3位　**兵庫県**　15．7%（18位）

4位　**大阪府**　15．0%（10位）

5位　滋賀県　14．9%（25位）

6位　**神奈川県**　14．8%（33位）

（全国平均　12．5%）　←2000年度　13．9%

45位　北海道　8．7%（2位）

46位　大分県　8．2%（8位）

47位　佐賀県　8．0%（5位）

「在宅医療推進会議」の目標

自宅、非医療機関で看取り率25%

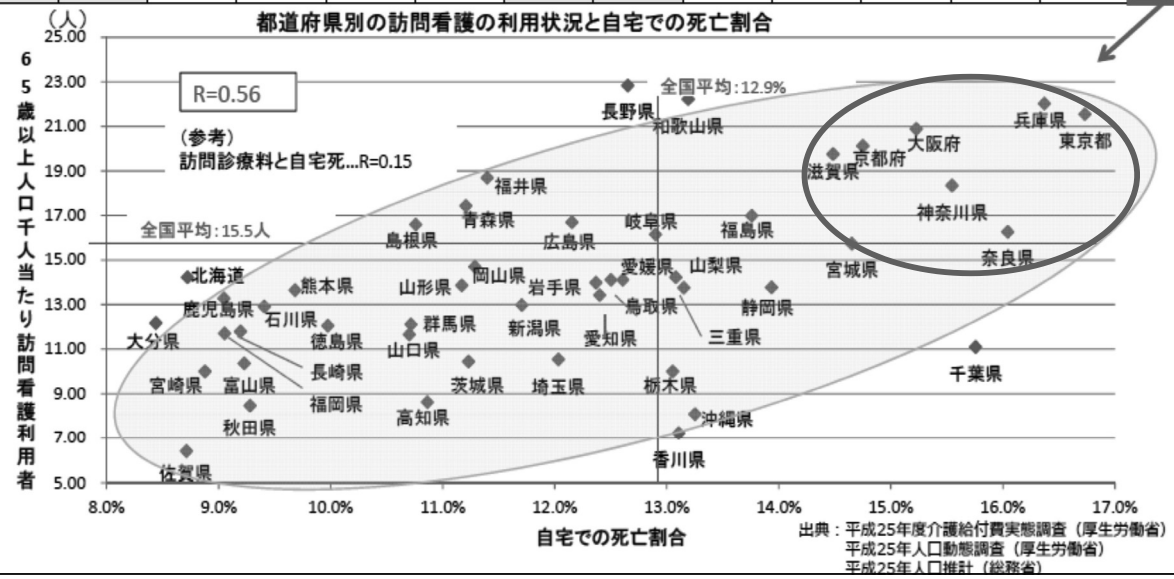
訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

在宅医療の状況⑧　在宅医療に係る地域差
～自宅死の地域差に関する分析～

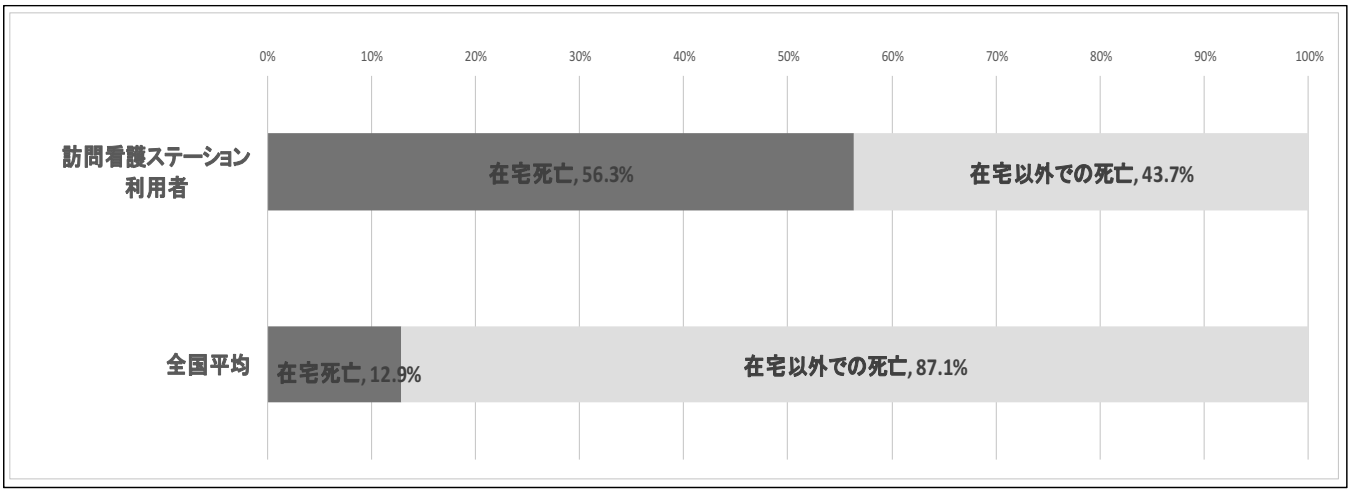
○　65才以上人口あたり訪問看護利用状況（年間受給者数）と、自宅死の割合には、正の相関があるが、地域差が大きい。

都道府県別の自宅死の割合と、65歳以上人口千人あたりの病床数、介護施設定員数、サービス利用者数等との相関　（値は相関係数）

一般病床数	療養病床数	介護老人保健施設定員	介護老人福祉施設定員	有料老人ホーム定員	サービス付き高齢者向け住宅戸数	認知症対応型共同生活介護の定員	養護老人ホーム定員	軽費老人ホーム定員	在支診箇所数	在支病箇所数	訪問診療料算定件数	訪問看護ステーション数	訪問看護サービス年間実受給者数
−0.59	−0.55	−0.41	−0.35	−0.13	−0.07	−0.60	−0.59	−0.40	−0.10	−0.42	0.15	0.05	0.56



訪問看護ステーションの利用者の死亡場所



訪問看護ステーション利用者：平成２５年度　厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健康増進等事業「訪問看護の質確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業～訪問看護ステーションのサービス提供体制に着目して～」（全国訪問看護事業協会）
全国平均：平成25年人口動態調査（厚生労働省統計情報部）

在宅看取りに関する研修事業【新規】

平成29年度予算
２１，８４５千円

在宅での看取りにおける規制の見直し

参考資料2

規制改革前の状況

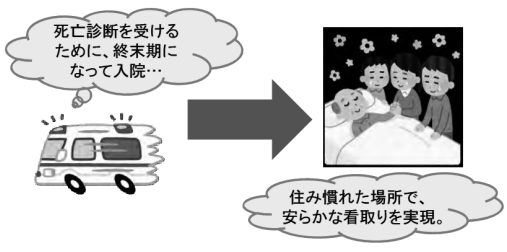
○最後の診察から24時間経過後に患者が死亡した場合、医師は、対面で死後診察をした後、死亡診断書を交付している。
○このため、看取りのため住み慣れた場所を離れ病院や介護施設に入院・入所したり、死後診察を受けるため遺体を長時間保存・長距離搬送するなど、患者や家族が不都合を強いられているとの指摘がある。

規制改革実施計画（平成28年６月２日閣議決定）

（平成28年度検討、平成29年度結論・措置）

○以下の要件を全て満たす場合には、対面での死後診察によらず、医師が死亡診断書を交付できるよう、規制を見直す。

a 医師による直接対面での診療の経過から早晩死亡することが予測されていること
b 終末期の際の対応について事前の取決めがあるなど、医師と看護師の十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること
c 医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあること
d 法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること
e 看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置等のICTを活用した通信手段を組み合わせて患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること



規制改革により実現すること

○患者や家族が希望する、住み慣れた場所での穏やかな看取りが実現する。

事業概要

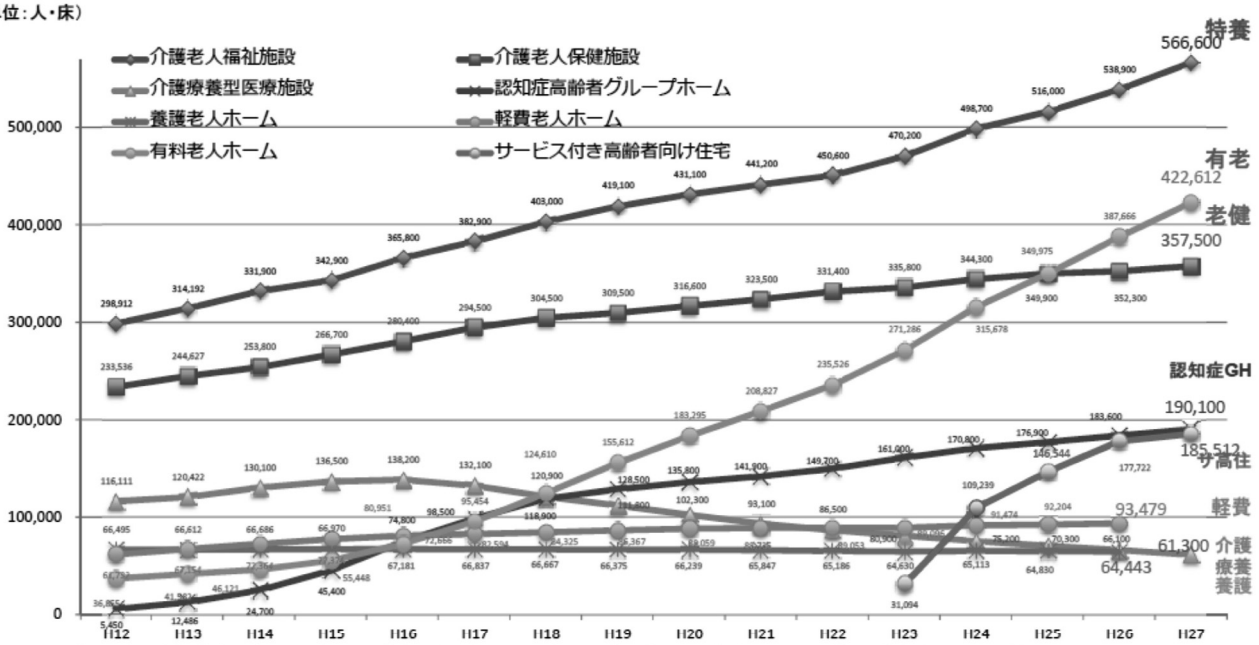
○　在宅での看取りにおける医師による死亡診断に必要な情報を報告する看護師を対象にした法医学等に関する研修を実施する。

※平成28年度厚生労働科学特別研究「ICTを利用した死亡診断に関するガイドライン策定に向けた研究」において、閣議決定で示されたa-eの要件の具体化と医師が対面での死後診察によらず死亡診断を行う際の具体的手順について研究を実施。本研究報告を踏まえ研修を実施予定。

高齢者向け住まい・施設の定員数

○　高齢者向けの住まいは、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を中心に増加傾向にある。

（単位：人・床）



※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査（10月審査分）【H14～】（定員数ではなく利用者数）」による。
※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。
※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H25社会福祉施設等調査（10/1時点）」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24・25は基本票の数値。
※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（7/1時点）による。
※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（9/30時点）」による。

37

15

基本的な取扱い④
介護保険施設への訪問看護の給付調整

○　介護保険施設への訪問看護は、看護職員の配置の有無を原則として給付調整が行われている。

介護保険

看護職員の配置がある施設①

〔介護療養型医療施設、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護、介護老人保健施設〕

看護、医学的管理の下における介護、必要な医療等

看護職員の配置がある施設②

〔介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設
短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護（特別養護老人ホームに限る）〕

日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話

看護職員の配置がある施設③

〔特定施設（指定特定施設、地域密着型特定施設、指定介護予防特定施設に限る）〕

相談・助言、日常生活上の世話、機能訓練等

看護職員の配置がない施設

社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護を受けている者を除く）
小規模多機能型居宅介護又は複合型サービス（宿泊サービスに限る）
認知症対応型グループホーム

日常の生活上の世話、機能訓練等

＋ **外部の訪問看護ステーション等との連携（加算）**

健康管理

居宅、養護老人ホーム・有料老人ホーム・軽費老人ホーム（特定施設以外）

※介護保険の訪問看護

医療保険

訪問看護

以下の患者に限る
・がん末期の患者、
・精神科訪問看護（認知症患者を除く）が必要な患者

訪問看護

以下の患者に限る
・がん末期等の患者
・急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要な患者
・精神科訪問看護（認知症患者を除く（精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者はこの限りではない）が必要な患者

41

16

整理すると・・・

◇超高齢社会の進展
- ・都市部の急速な高齢化
- ・後期高齢者の増大
- ・独居、高齢者世帯の増大
- ・認知症高齢者の増大

◇多死時代の到来
- ・病院以外での看取りの増大

◇急性期病院等の在日数の短縮化
- ・医療依存度の高い利用者の増加
- ・ターミナルケア、在宅看取りの利用者の増加

◇多種多様な年齢、疾患療養者が在宅へ
- ・小児、認知症、精神疾患等在宅療養者の増加

◇医療・介護を支える人とお金の不足

17

目指すのは・・・

○24時間365日切れ目のない医療の実現

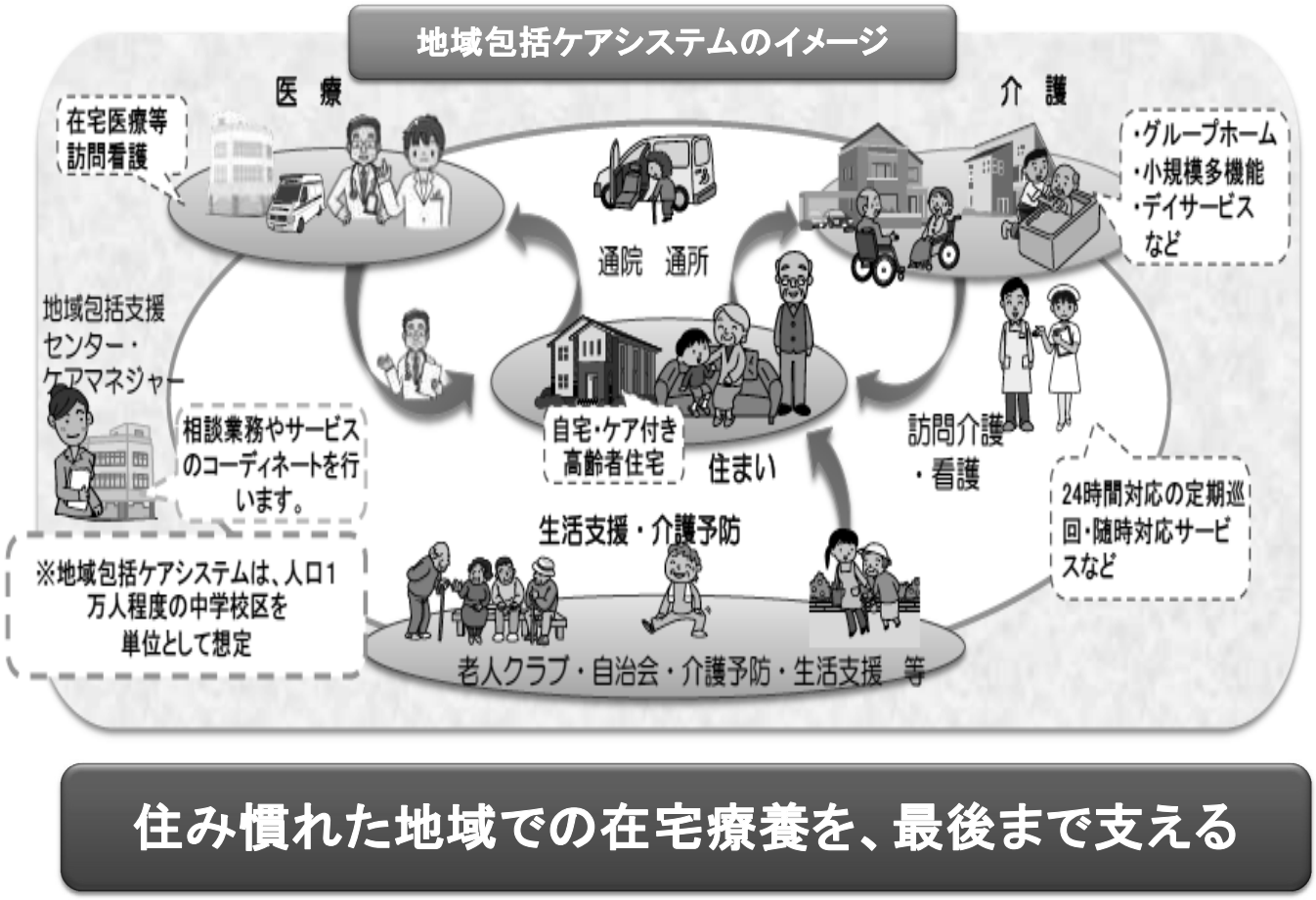
○可能な限り医療依存度を高めないための予防的な視点に立った介護サービスの提供

○住み慣れた自宅や介護施設、利用者が望む場所での看取りの実施

○多職種がともに学び実践を共有する多職種教育の実施

地域包括ケアシステムの構築

18



厚生労働省：在宅医療・介護あんしん2012資料より

在宅療養者と
訪問看護ステーションの現状

訪問看護ステーション利用者の特徴

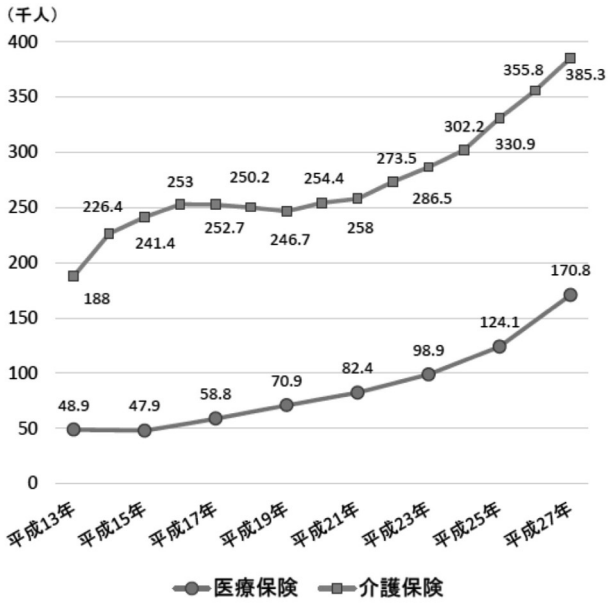
◇ 医療的ニーズの高い人
◇ がん末期
◇ 重介護の人
◇ 認知症の人
◇ 精神疾患を持った人
◇ 小児（超重症児・準超重症児・医療的ケア児）
◇ 一人暮らし・高齢者世帯
◇ 多問題を抱えた人

要医療・要介護・要看護の人達
が増加している

訪問看護ステーションの利用者について　①利用者数の推移

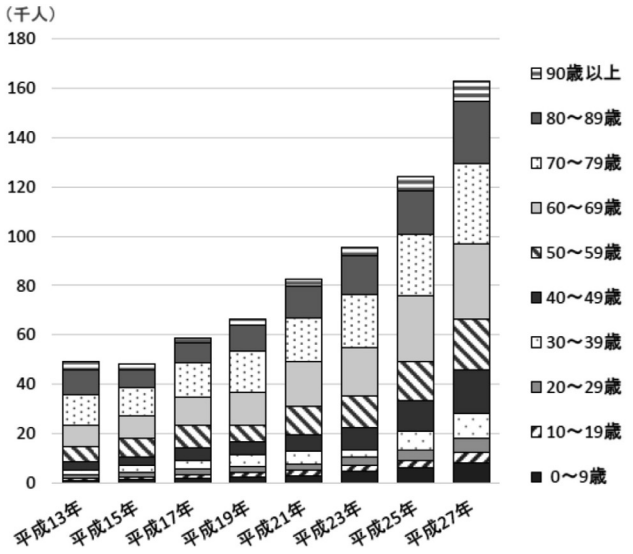
○ 医療保険、介護保険ともに、訪問看護の利用者数は増加している。
○ 医療保険の訪問看護利用者数は、どの年齢層も増加している。

■訪問看護利用者数の推移



注）介護保険の利用者数には、病院・診療所からの利用者数も含まれる。

■医療保険の年齢階級別利用者数の推移



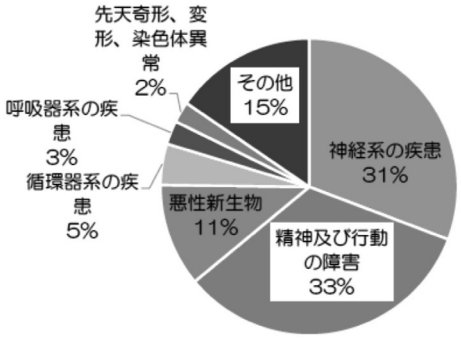
出典：介護保険：「介護給付費実態調査」（各年5月審査分）、医療保険：保険局医療課調べ（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計）（平成27年は暫定値）

訪問看護ステーションの利用者について　②状態

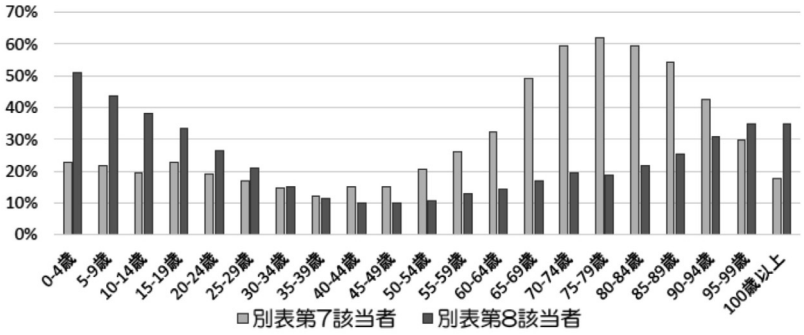
○　訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、精神科疾患及び神経系の疾患がそれぞれ約3割を占め、次いで悪性新生物が約1割である。

○　　医療機器を使用している等のため医療ニーズが高い状態である別表第8の該当者は、小児が多い。

■訪問看護利用者の主傷病



■別表第7及び別表第8の該当者割合



※1：別表第7

- 未期の悪性腫瘍
- 多発性硬化症
- 重症筋無力症
- スモン
- 筋萎縮性側索硬化症
- 脊髄小脳変性症
- ハンチントン病
- 進行性筋ジストロフィー症
- パーキンソン病関連疾患
- 多系統萎縮症
- プリオン病
- 亜急性硬化性全脳炎
- ライソゾーム病
- 副腎白質ジストロフィー
- 脊髄性筋萎縮症
- 球脊髄性筋萎縮症
- 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- 後天性免疫不全症候群
- 脊髄損傷
- 人工呼吸器を使用している状態

※2：別表第8

1　在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

2　以下のいずれかを受けている状態にある者
- 在宅自己腹膜灌流指導管理
- 在宅血液透析指導管理
- 在宅酸素療法指導管理
- 在宅中心静脈栄養法指導管理
- 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
- 在宅自己導尿指導管理
- 在宅人工呼吸指導管理
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- 在宅自己疼痛管理指導管理
- 在宅肺高血圧症患者指導管理

3　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

4　真皮を超える褥瘡の状態にある者

5　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

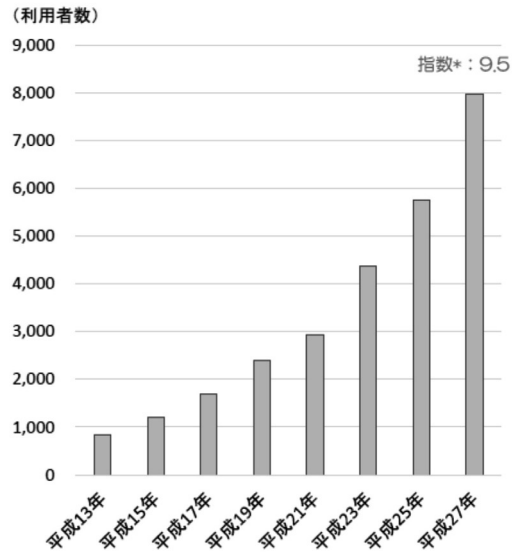
出典：保険局医療課調べ（平成27年6月審査分より推計）（暫定値）

小児に対する訪問看護の実施状況

○　訪問看護ステーションからの訪問看護を受ける小児（0～9歳）の利用者数は増加しており、平成13年に比べ9.5倍になっている。

○　長時間訪問看護加算は、15歳未満の小児の算定者数が多くかつ1月当たりの算定回数が多い。

■9歳以下の訪問看護利用者数の推移

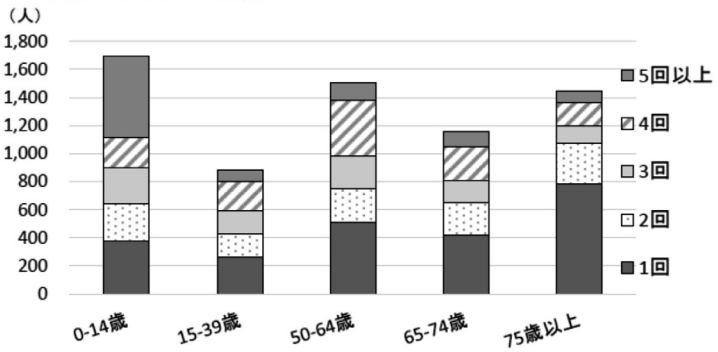


※：平成13年を1とした時の指数

出典：保険局医療課調べ
（平成13年のみ8月、他は各年6月審査分より推計）（平成27年は暫定値）

■長時間訪問看護加算の算定回数別利用者数

（平成27年5月の1か月間）



長時間訪問看護加算は、基準告示第２の３に規定する長時間の訪問を要する者に対して、１回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合、１人の利用者に対して週１（15歳未満の超重症児又は準超重症児においては週３回）に限り所定額に加算すること。

○厚生労働省告示第六十四号　**第二の三**

長時間訪問看護加算及び長時間精神科訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

長時間の訪問看護を要する利用者であって、次のいずれかに該当するもの

(1)十五歳未満の超重症児又は準超重症児

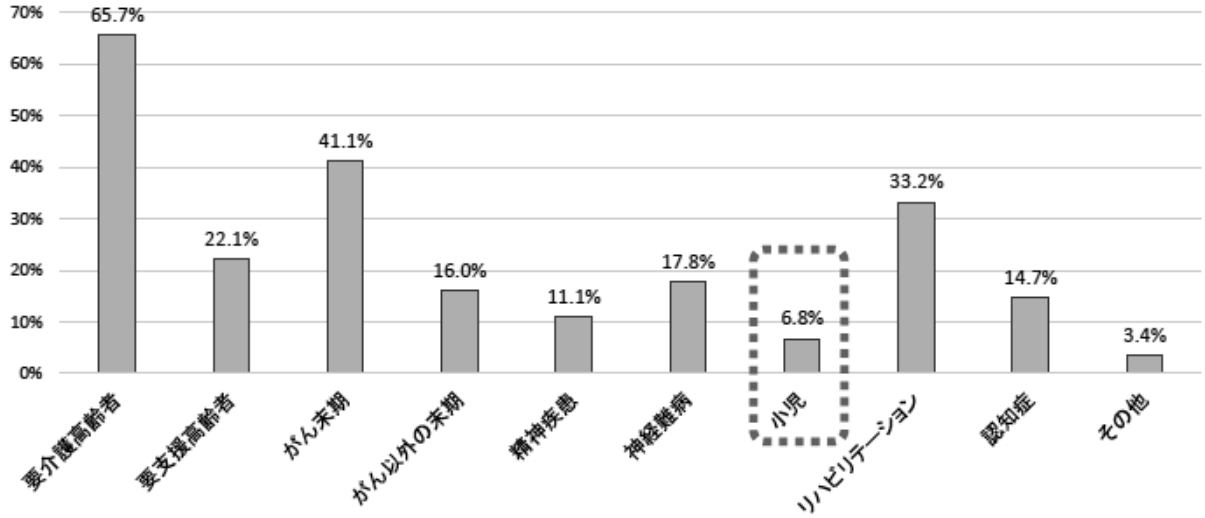
(2)特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

(3)特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性

○ 高齢者やがん末期、神経難病等と比べ、小児を得意分野とする訪問看護ステーションは少ない。

■訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性（n=443）（複数回答）



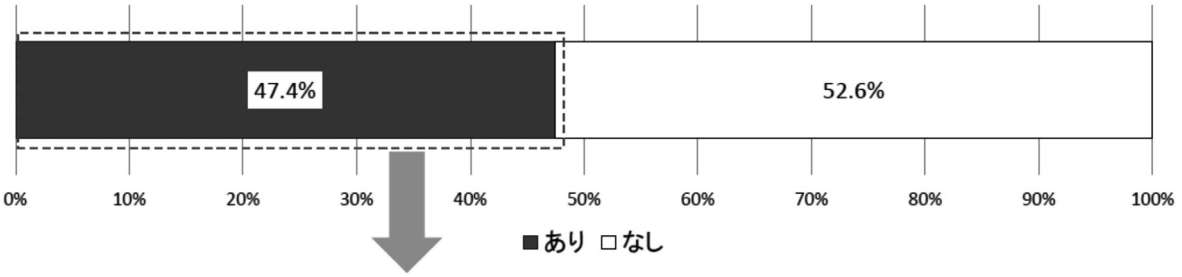
出典：東京都訪問看護支援検討委員会報告書（平成25年3月）

※調査対象：東京都内の訪問看護ステーション（管理者票）

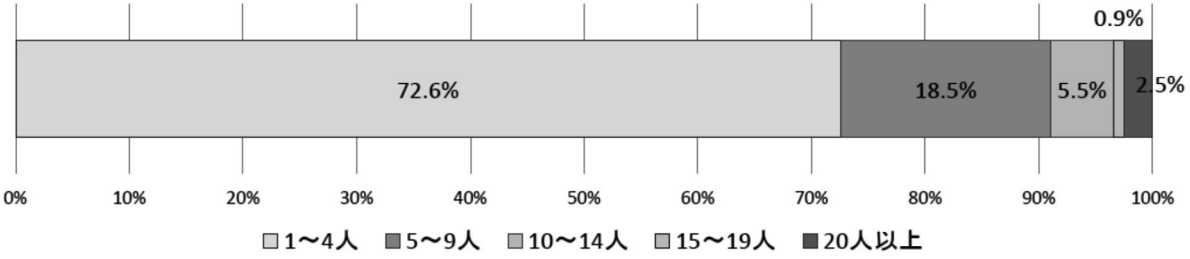
18 歳未満の利用者への訪問看護を実施している訪問看護ステーションの概況

○ １８歳未満の小児を受け入れている訪問看護ステーションは約５割であり、受け入れているステーションのうち約7割は1ステーション当たりの小児利用者数が1～4人である。

■18歳未満の小児の利用者の有無（n=1,345ステーション）



■1ステーション当たりの小児の利用者数（n=638ステーション）



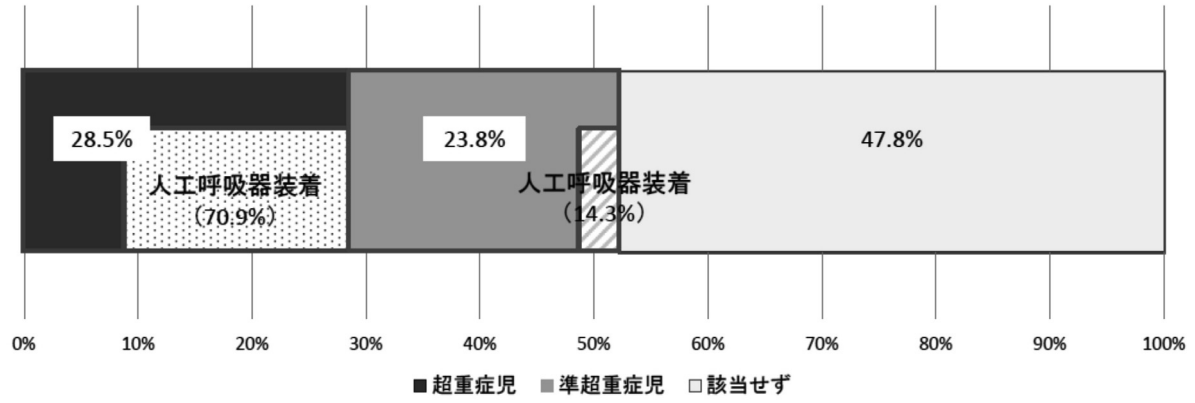
出典：平成28年診療報酬改定に関するアンケート調査
（平成27年 社団法人全国訪問看護事業協会）

※調査対象：全国訪問看護事業協会会員訪問看護ステーション（4,470か所）
※調査期間：平成27年5月

18 歳未満の利用者の状態

○ 18歳未満の利用者のうち約半数は超重症児と準超重症児であり、超重症児のうち7割以上、準超重症児のうち1.5割程度が人工呼吸器を装着している。

■18歳未満の利用者の状態（超重症児･準超重症児の該当）
（n=2,854）



出典：平成28年診療報酬改定に関するアンケート調査
（平成27年 社団法人全国訪問看護事業協会）

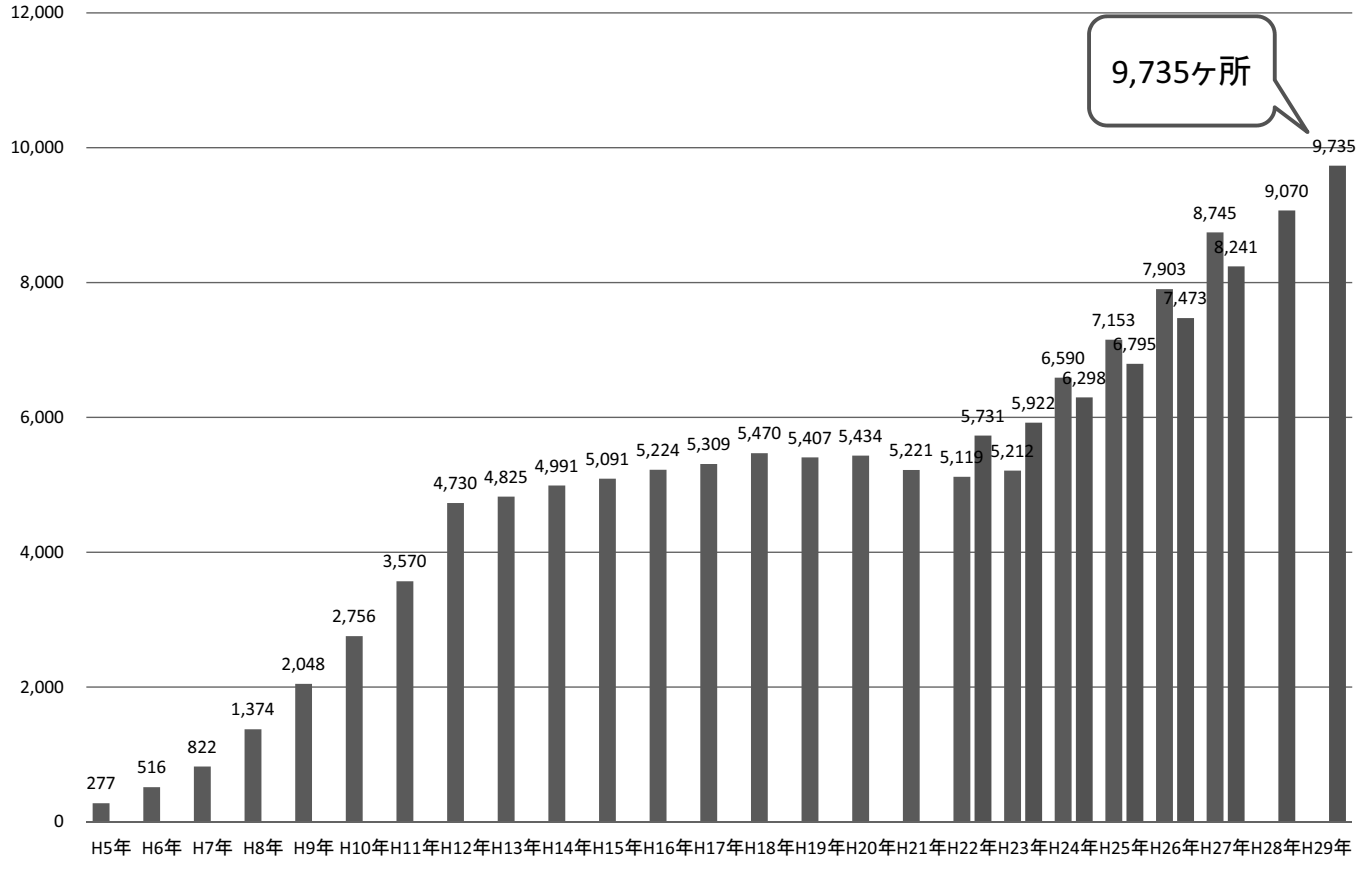
27

訪問看護ステーションの現状

◇ 事業所数は増えているが、廃止･休止も多い
◇ 民間営利法人が増加
◇ 小規模事業所が多い（常勤換算4.8人）
◇ 理学療法士･作業療法士も増加

28

指定訪問看護ステーション数（全国）

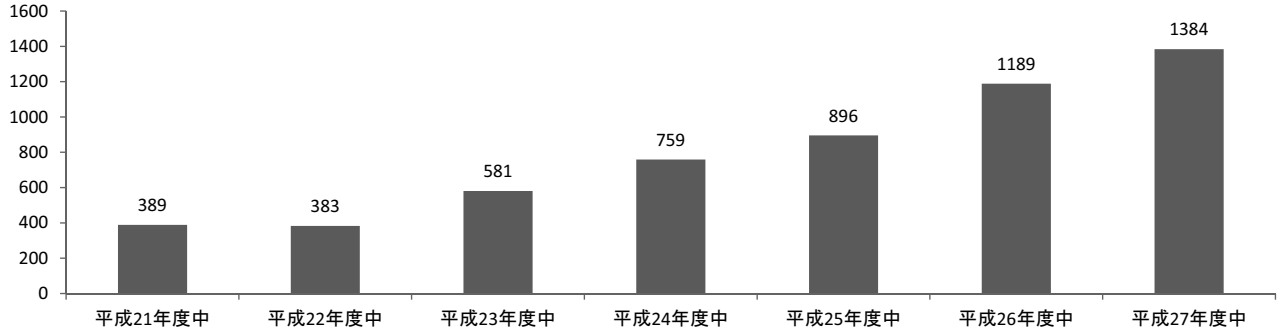


青：平成5年～平成11年　訪問看護実態調査（厚生労働省統計情報部）
青：平成12年～平成27年　介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省統計情報部）
赤：平成22年～平成29年　訪問看護ステーション数調査（全国訪問看護事業協会）

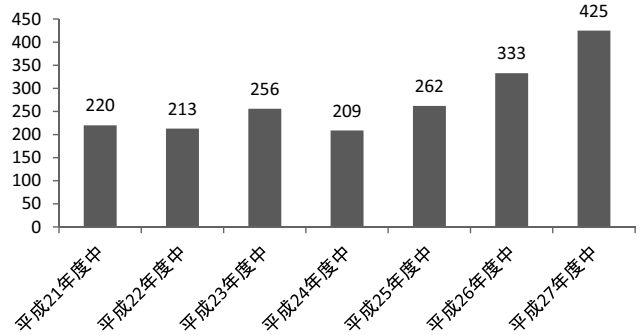
29

訪問看護ステーション調査-新規・廃止・休止数

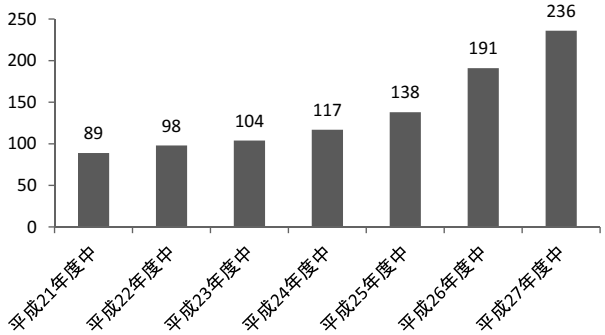
訪問看護ステーションの新規届出数



訪問看護ステーションの廃止数



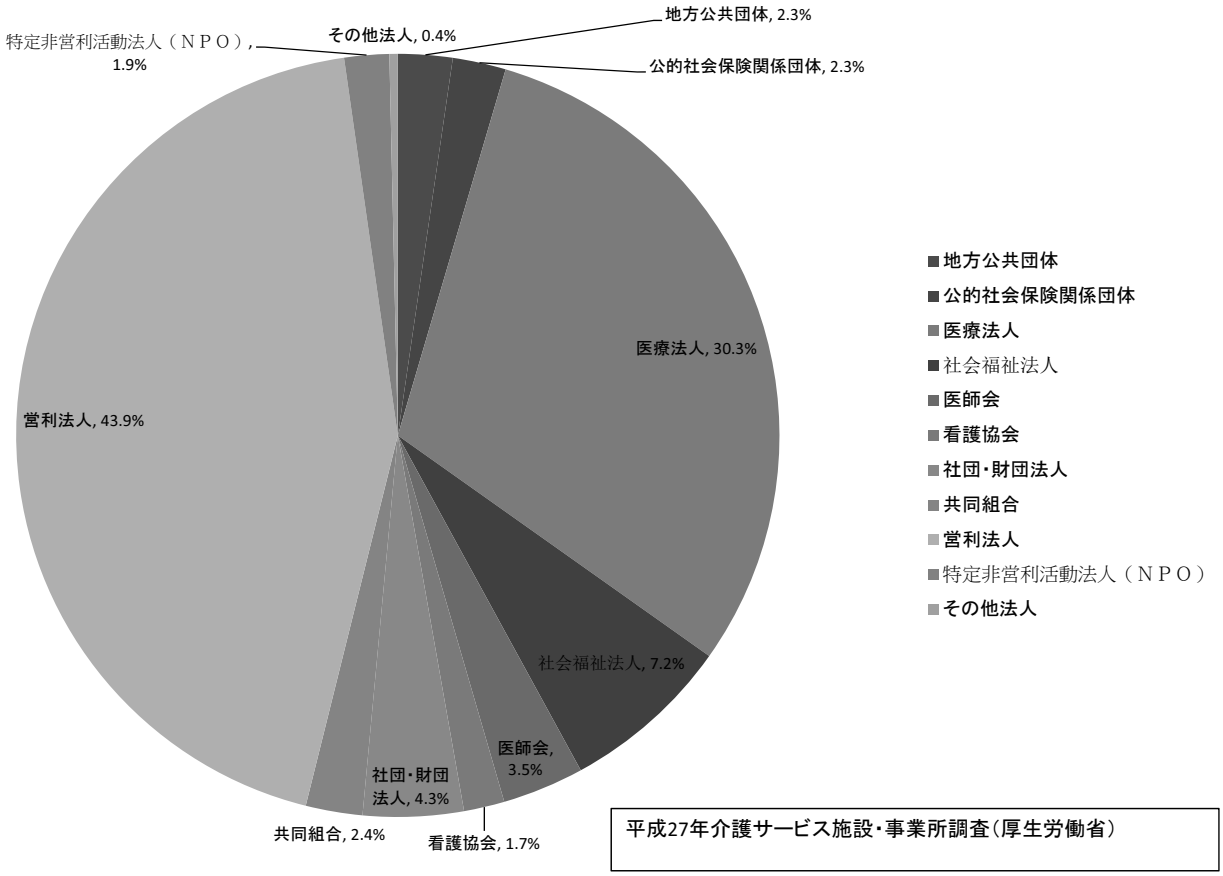
訪問看護ステーションの休止数



30

全国訪問看護事業協会　訪問看護ステーション数調査（平成22～28年）

平成27年訪問看護ステーション開設（経営）主体別（割合）

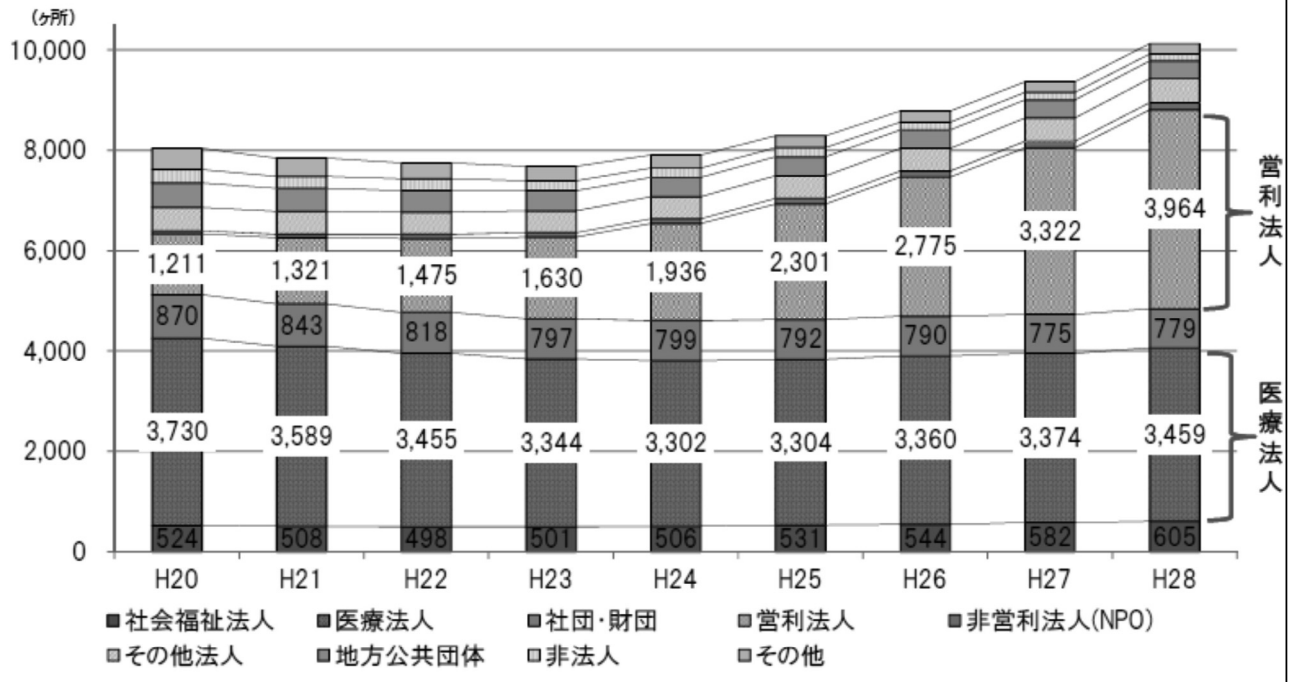


平成27年介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

法人種別訪問看護ステーション数の推移

○　法人種別では、医療法人と営利法人が多く、営利法人の事業所の増加が著しい。

■　法人種別訪問看護ステーション数の推移

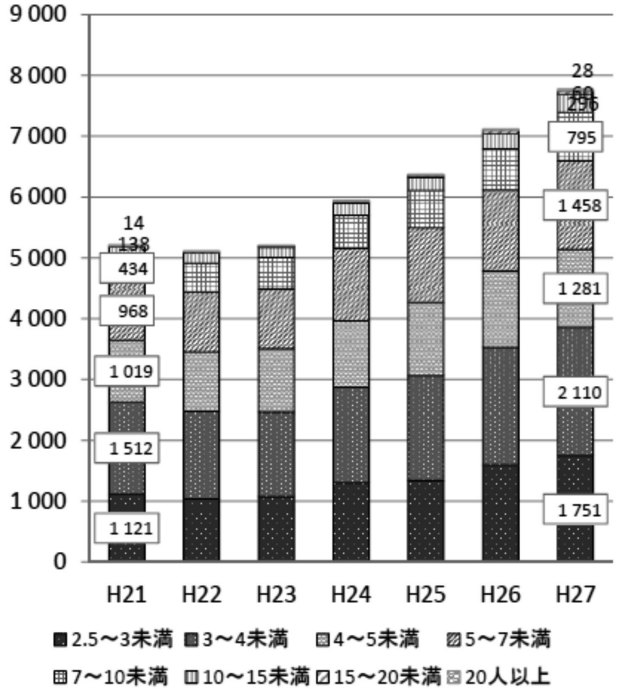


出典：介護給付費実態調査（各年4月審査分）

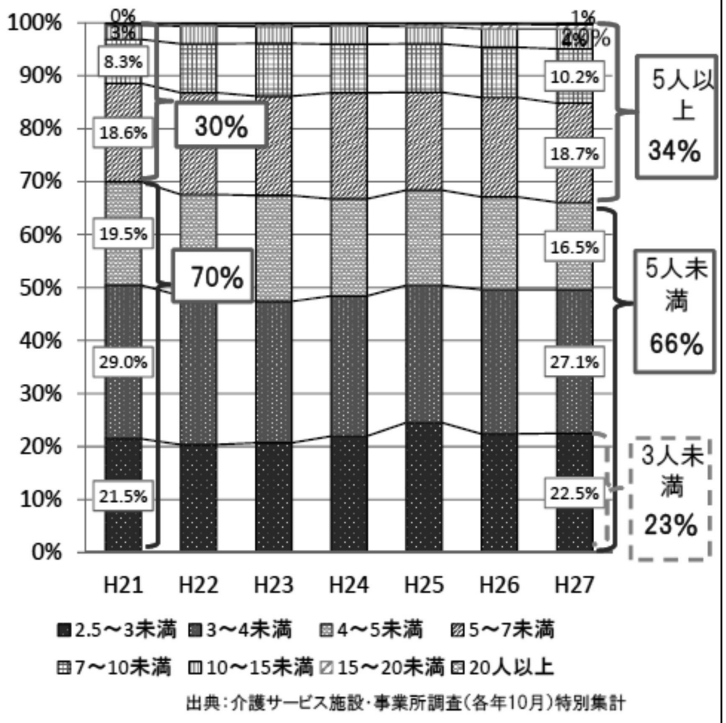
訪問看護ステーションの看護職員規模別の推移

○ 訪問看護ステーションの看護職員数（常勤換算）は、５人未満のステーションが約66%、５人以上のステーションが約34%とほぼ横ばいである。

■ 看護職員規模別の訪問看護ステーション数の推移



■ 看護職員規模別の訪問看護ステーション数（割合）の推移



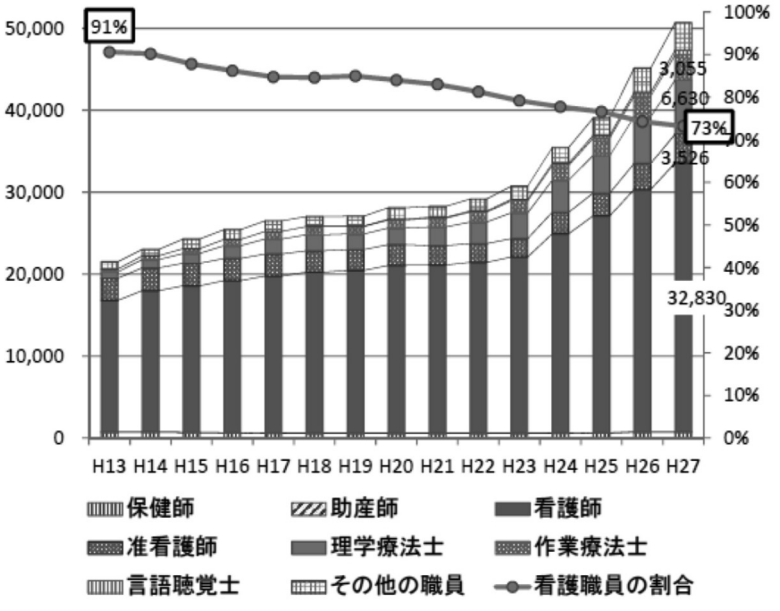
出典：介護サービス施設・事業所調査（各年10月）特別集計

訪問看護ステーションの従事者数の推移

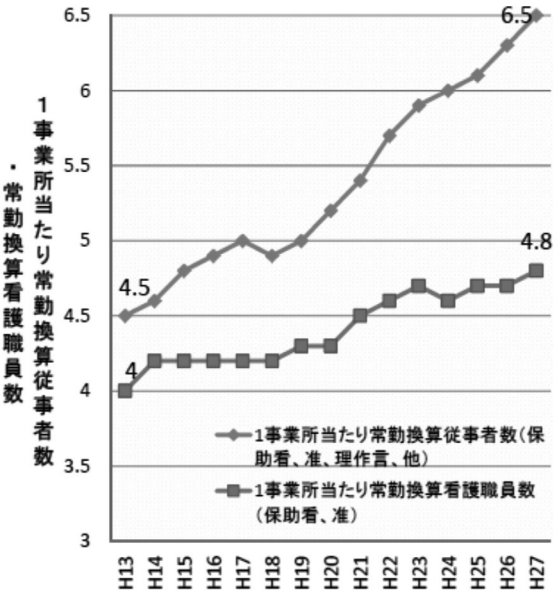
○ 訪問看護ステーションの従事者数（常勤換算）は看護師約33,000人、准看護師約3,500人、理学療法士約6,600人、作業療法士約3,000人であり、いずれの職種も年々増加している。全従事者に占める看護職員の割合は73%であり、低下傾向である。

○ 1事業所あたりの従事者数は6.5人で、そのうち看護職員は4.8人である。

■ 職種別の従事者数の推移（常勤換算）



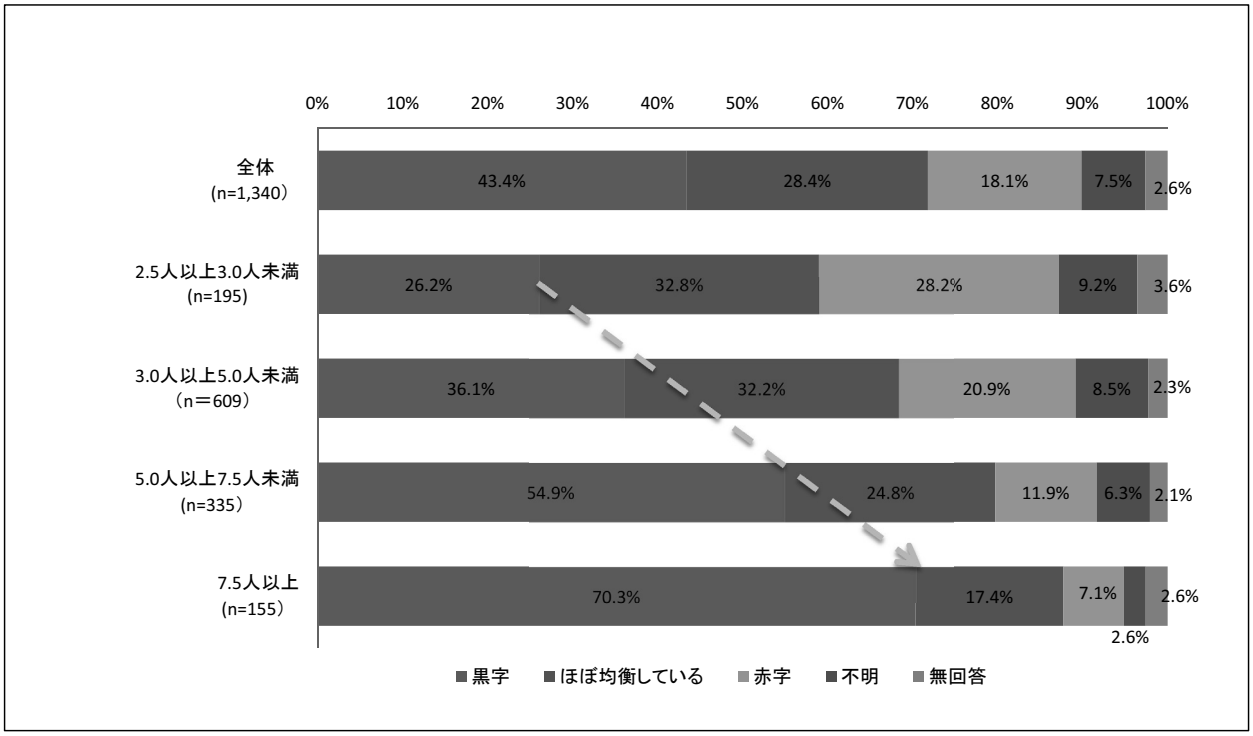
■ 訪問看護ステーションの1事業所当たり従事者数（常勤換算）



出典：介護サービス施設・事業所調査（各年9月）

訪問看護事業所の経営状況について

【看護職員数の規模別にみた収支の状況】



出典：平成24年度　厚生労働省老人保健事業推進費補助金「訪問看護の基盤強化に関する調査研究事業」三菱UFJリサーチ＆コンサルティング

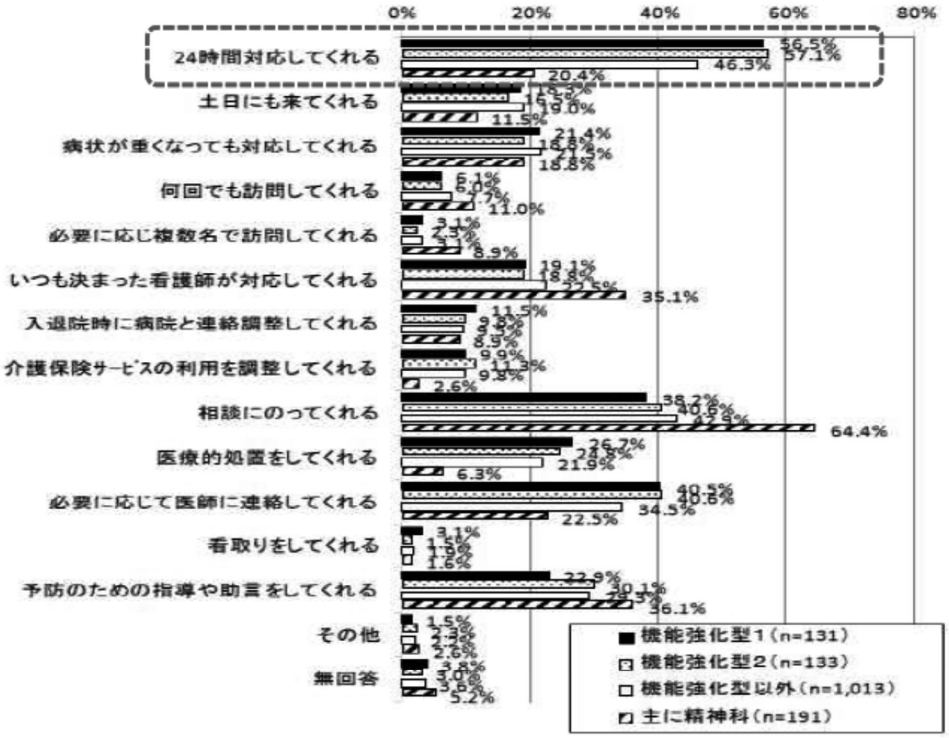
35

利用者が訪問看護に求めること

意見交換　資料－３参考１
２９．３．２２

○　利用者が訪問看護師に求めることとして、主に精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーション以外で「２４時間対応してくれる」が多い。

■ 訪問看護師に求めること(上位3つまで)



出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況調査」

36

訪問看護の制度的変遷

◇1960年代後半～1970年代半ば
　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、退院患者継続看護・指導料
◇1992年老人訪問看護の制度化
　看護師が管理者の事業所に診療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　介護保険法施行
　医療保険、介護保険の双方に対応する訪問看護事業
◇2006年　介護保険制度改革
　介護予防訪問看護の開始
◇2009年　居宅療養管理指導を訪問看護ステーションで実施可能

➡ 訪問看護の多機能化
　定期巡回・随時対応型訪問介護看護、療養通所介護、
　看護小規模多機能型居宅介護・・・

37

平成24年（2012）
同時改定による新たな動き

〇新しい『訪問看護ステーション』の誕生
　複合型サービス（看護小規模多機能型
　　居宅介護）
　定期巡回・随時訪問サービス
　➡ 看護と介護による包括報酬

〇介護職によるたんの吸引等の制度開始
　医療が介護職に委ねられ
　➡ 看護師役割は？

38

平成26年(2014)
診療報酬改定の意味

○機能強化型訪問看護ステーションの創設
　大規模化
　機能強化
　サテライト化

➡ 地域包括ケアを実現するための役割

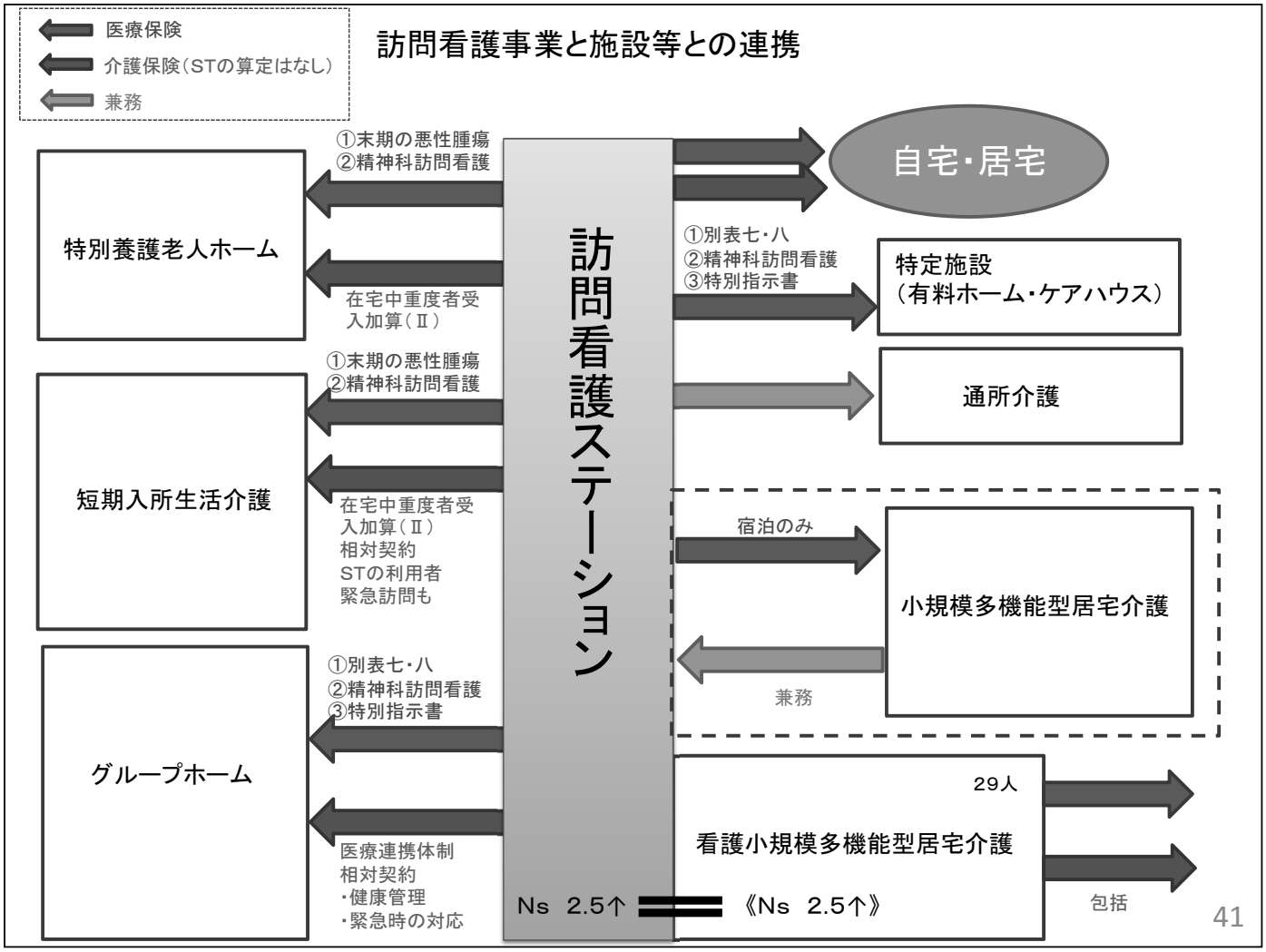
39

平成27年(2015)
介護報酬改定で関係するサービス

1.居宅介護支援・介護予防支援
2.訪問介護
3.訪問看護
4.訪問リハビリテーション
5.通所介護
6.療養通所介護
7.通所リハビリテーション
8.短期入所生活介護
9.短期入所療養介護
10.特定施設入居者生活介護
11.福祉用具貸与・特定福祉用具販売
12.定期巡回・随時対応型訪問介護看護
13.小規模多機能型居宅介護
14.看護小規模多機能型居宅介護
15.認知症対応型共同生活介護
16.認知症対応型通所介護
24.区分支給限度基準額に係る対応
25.集合住宅におけるサービス提供
26.地域区分

★「訪問看護」を見ているだけでは不十分！

40



訪問看護に関わる2016年度報酬改定の内容

1. 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し
2. 同一日2か所目の訪問看護ステーションによる緊急訪問の評価
3. 病院・診療所からの訪問看護の評価
4. 複数の実施主体による訪問看護の組み合わせの整理
5. 退院直後の在宅療養支援に関する評価
6. 衛生材料の提供についての評価
7. 特定保険医療材料等の算定の明確化
8. 診療情報提供書等の電子的な送受信に関する評価

平成30年度ダブル改定へ

42

制度における管理者の位置づけ

訪問看護とは

対象者が在宅で主体性をもって健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようになることを目指し、訪問看護従事者によって、健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、健康の保持、増進、回復を図り、あるいは疾病や障害による影響を最小限に留める。また、安らかな終末を過ごすことができるように支援する。そのために具体的な看護を提供したり指導をして、健康や療養生活上の種々の相談にも応じ、必要な資源の導入・調整をする。

日本看護協会：訪問看護検討委員会,1990

訪問看護ステーションの従事者

●管理者

看護師又は保健師

助産師（健康保険法の訪問看護のみ）

●従事者

保健師・看護師・准看護師

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

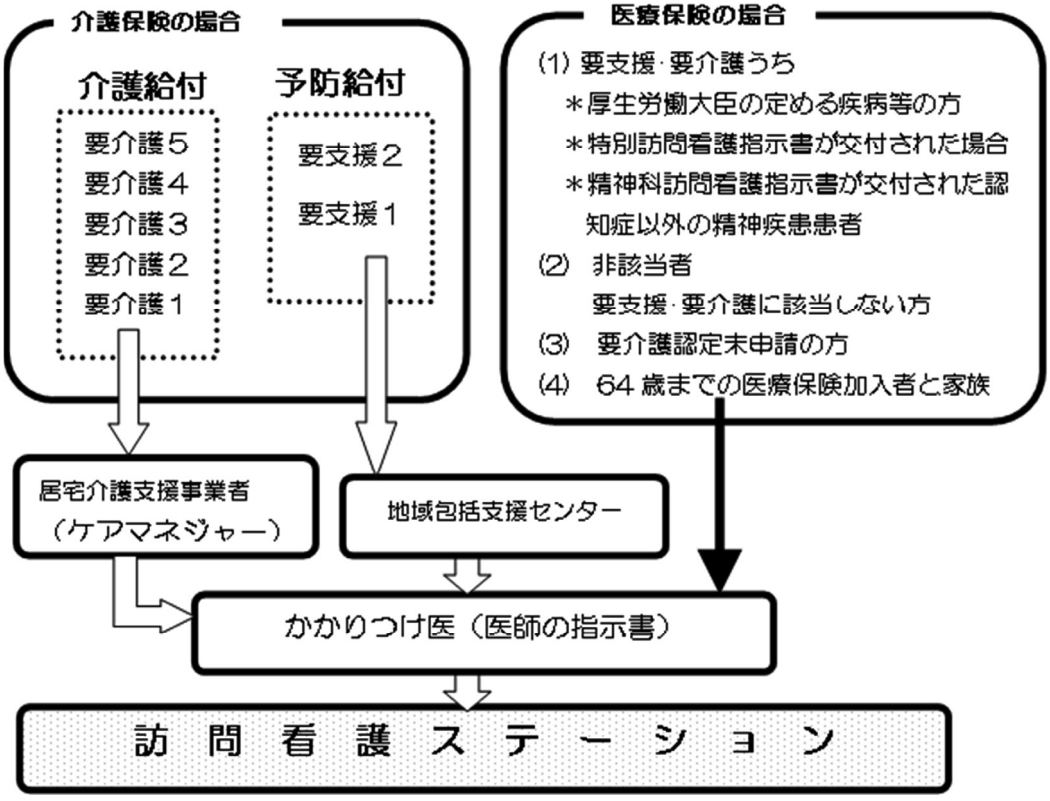
※健康保険法の訪問看護のみ

助産師・看護補助者・精神保健福祉士

●常勤看護師2.5人以上

45

訪問看護の保険のしくみ



46

事業者に係る責務

●適切な訪問看護の提供
●要介護者、要支援者の人格を尊重し、法令を遵守し、要介護者・要支援者のため忠実に職務を遂行すること
●提供する訪問看護の質を自ら評価すること
●厚生労働大臣・都道府県知事の指導・助言を受けること
●職員の確保・管理者の設置・勤務体制の確保
●別段の申出
●申請事項の変更等の届出
●厚生労働大臣・知事・市町村長による報告の求め、書類の提出・指示命令、出頭の求め、質問、検査に応じること
●都道府県知事の勧告、命令等に応じること
●職員の資質向上のための研修の機会の確保
●市町村等の保険・医療・福祉サービスとの連携
●偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときの市町村への通知
●訪問看護療養費の支給が不適当である旨の全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合等への通知

～訪問看護業務の手引 平成28年4月版 P43～

47

管理者

介護保険法　人員、設備及び運営に関する基準　第61条
健康保険法　人員及び運営に関する基準　第2条

1. 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。
2. 指定訪問看護ステーションの管理者は、保健師又は看護師でなければならない。ただし、やむを得ない理由がある場合は、この限りでない。
3. 指定訪問看護ステーションの管理者は、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者でなければならない。

48

管理者の責務

健康保険法　人員及び運営に関する基準　第20条

1. 指定訪問看護ステーションの管理者は、指定訪問看護ステーションの従事者の管理及び指定訪問看護の利用の申し込みにかかる調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うものとする。

2. 指定訪問看護ステーションの管理者は、当該指定訪問看護ステーションの従事者に規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

管理者の責務

◆管理者に係る責務

・職員の管理、適切な訪問看護への配慮
・衛生管理
・適切な訪問看護の実施に対する必要な管理
・訪問看護計画書、報告書の管理

◆職員に係る責務

・適切な看護を行うための主治医との連携
・訪問看護計画書、報告書の作成
　（准看護師には責務なし）
・緊急時の主治医への連絡等必要な措置
・業務上知り得た秘密の保持

～訪問看護業務の手引　平成28年4月版　P44～

管理者の役割と機能

管理者として何が必要か

看護実践の組織化の基準（訪問看護）

①継続的かつ一貫性のある看護を提供するためには組織化が必要であり、組織は理念を持たなくてはならない
②看護実践の組織化並びに運営は看護職管理者（以下管理者と略す）によって行われる
③管理者は看護実践に必要な資源管理を行う
④管理者は看護スタッフの実践環境を整える
⑤管理者は、看護実践の質を保証すると共に、看護実践を発展させていくための機構を持つ
⑥管理者は、看護実践及び看護実践組織の発展のために継続看護を保証する

～日本看護協会看護業務基準集2005年～

管理者の役割とは

◇サービス提供機関としての成熟するために・・・

・信頼できる運営基盤をつくる

⇒法令遵守、経営の安定

・安全にケアが提供できる組織づくりをする

⇒質の保証、リスクマネジメント

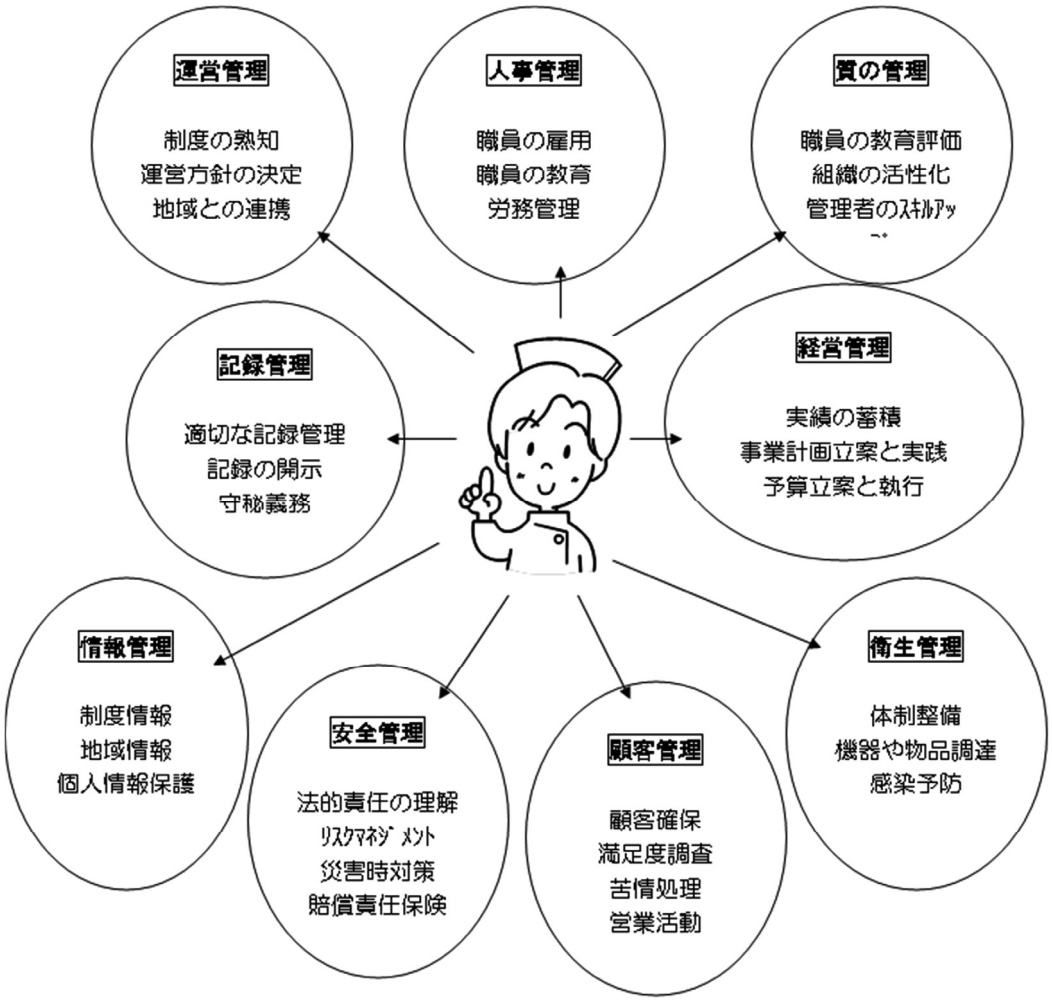
◇看護師が安全にケアを継続するために・・・

・適切なケアができるようにサポートする

⇒人財育成、OJT、スーパービジョン

・利用者や家族をサポートする

⇒経営理念、組織体制、職場風土の醸成



管理者に必要な能力とは

利用者の管理能力	・利用者の確保 ・記録の管理 ・利用者データの把握
職員の管理能力	・職員教、育成、評価 ・高度医療へ対応できる看護師教育 ・人間関係の調整
職場環境を整える能力	・雇用環境の整備（労務管理） ・時代のニーズに対応できる体制の整備 ・訪問看護の質の向上（業務の標準化、質の評価） ・リスクマネジメント
経営能力	・現状把握とデータの蓄積 ・予算管理への参画 ・ステーションのアピール（強みは何か）
リーダーシップ	・組織の方向性を決定 ・役割分担、自主性の育成、モチベーションの刺激 ・スーパーバイズ ・事故対応、苦情対応

55

管理者は何をしなくてはならないか

1. 管理者になることの覚悟をもつ
2. 情勢や最新情報を正しくキャッチする
3. 自部署の実態を正しく把握するために情報管理をする
4. 理念や目指す姿を明確にして示し、方針に沿って事業運営する
5. 常に問題意識をもって行動し、職員と共に業務改善する
6. 理念や目指す姿と日常の業務を結びつけて職員の支援を行う
7. 法を遵守し、倫理観をもって業務を行う

56

1.「管理者になる」ことの覚悟をもつ

管理者は、好むと好まざるにかかわらず、
職位に付随したパワーをもつことになり、
このパワーが影響力をもつ。

＊パワーとは・・・権限、能力、行動

①権限＋能力－行動＝無力な管理者
②権限＋行動－能力＝無能な管理者
③行動＋能力－権限＝不当な管理者
④権限＋能力＋行動＝力のある管理者

井部俊子「看護管理学習テキスト第2版　看護管理概説」P5　57

2. 情勢や最新情報を正しくキャッチする
3. 自部署の実態を正しく把握するために情報管理をする

◇タイムリーで適切な情報があることで、効果的な看護管理、リーダーシップを発揮することが可能となる

◇情報マネジメントのゴールは、情報を獲得し、管理することを通して、患者ケアに関する看護実践活動を強化し改善すること

組織の使命・理念・目標の設定・方針の明確化に活用

井部俊子「看護管理学習テキスト第2版　看護管理概説」P148～154　58

利用者の状況をデータ化する

◇ 年齢
◇ 要介護度
◇ 主疾患
◇ 使用している医療機器の種類
◇ 訪問看護内容
◇ 医療処置内容
◇ 依頼経路
◇ 利用終了理由

等

59

2015年度　　**訪問実績一覧表**

平成　年度		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
利用者実数		92	93	96	102	0	0	0	0	0	0	0	0	109
（男性）		40	43	45	52									54
（女性）		52	50	51	50									55
新　規		3	4	5	8	0	0	0	0	0	0	0	0	20
	（男性）	1	3	4	7									15
	（女性）	2	1	1	1									5
終　了		3	3	2	5									13
保険請求回数		666	599	661	728	0	0	0	0	0	0	0	0	2,654
	介護給付（回）	315	315	357	377	0	0	0	0	0	0	0	0	1,364
	予防給付（回）	13	7	8	14	0	0	0	0	0	0	0	0	42
	医療保険（日）	338	277	296	337	0	0	0	0	0	0	0	0	1,248
複数回訪問看護件数		5	9	21	30	0	0	0	0	0	0	0	0	65
保険外訪問件数		5	6	5	4									20
延べ訪問回数		676	614	687	762	0	0	0	0	0	0	0	0	2,739
利用者1名当月利用件数		7.35	6.60	7.16	7.47	####	####	####	####	####	####	####	####	#####
Ns.1名当1日訪問件数		3.46	3.67	3.36	3.72	####	####	####	####	####	####	####	####	#####
休日	電話対応回数	24	23	13	33									93
時間外	出動回数	5	3	3	6									17
NS人員（常勤換算）		9.3	9.3	9.3	9.3									9.30
稼働日数		21	18	22	22	21	19	21	19	20	19	20	22	244

南河原小学校：2回
死後処置：1回
お悔み訪問：1回

2015年度	実績（介護保険）							
介護給付	4月	5月	6月	7月	・・・	3月	合計	月平均
稼働日数（日）	21	18	22	22	19	22	124	20.7
利用者実数（人）	56	60	61	65			242	60.5
訪問回数（回） 20分未満							0	#DIV/0!
訪問回数（回） 30分未満	33	34	29	37			133	33.3
訪問回数（回） 30分～1時間	278	276	325	335			1,214	303.5
訪問回数（回） 1時間以上	4	5	3	5			17	4.3
訪問回数（回） PT/OT/ST							0	#DIV/0!
サービス提供体制強化加算（回）	315	315	357	377	0	0	1,364	227.3
夜間・早朝・深夜加算（回）							0	#DIV/0!
長時間訪問看護加算（回）							0	#DIV/0!
緊急時訪問看護加算（人）	56	60	61	65			242	60.5
特別管理加算Ⅰ（人）	26	25	24	26			101	25.3
特別管理加算Ⅱ（人）	12	14	15	14			55	13.8
複数名訪問加算（初頭時間30分未満）							0	#DIV/0!
（初頭時間30分以上）							0	#DIV/0!
退院時共同指導加算（回）	2	2					4	2.0
初回加算（回）	2	3	1	6			12	3.0
看護体制強化加算（回）	56	60	61	65			242	60.5
看護・介護職員連携強化加算（回）							0	#DIV/0!
特別地域訪問看護加算（回）							0	#DIV/0!
ターミナルケア加算(人)							0	#DIV/0!
居宅療養管理指導：通常（件）							0	#DIV/0!
居宅療養管理指導：同一建物（件）								#DIV/0!
事業収入（円）							0	#DIV/0!
特別指示								
介保 利用者数（人）	2	2	1	1			6	1.5
介保 訪問件数（日）	24	24	21	11			80	20.0

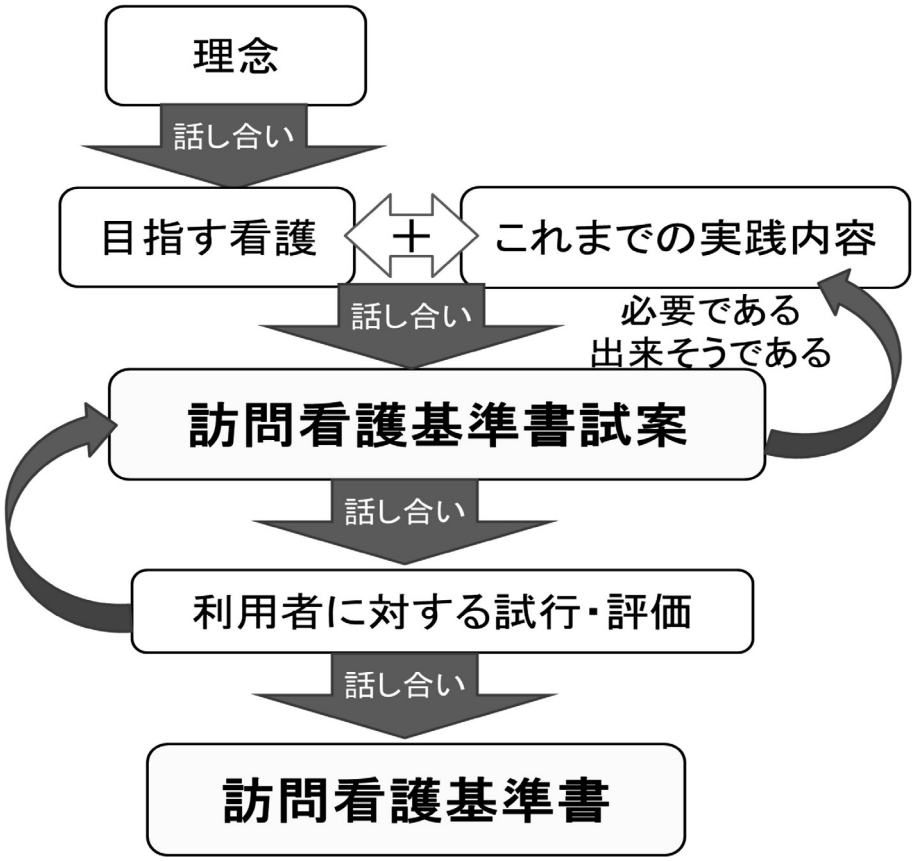
2015年度	実績（医療保険）							
医療保険	4月	5月	6月	7月	・・・	3月	合計	月平均
稼働日数（日）	21	18	22	22	21	22	126	21.0
利用者実数（人）	36	34	34	35			139	34.8
訪問件数（日）	338	277	296	337			1,248	312.0
再掲 基本療養費Ⅰ・Ⅱ	335	274	291	333			1,233	308.3
再掲 基本療養費Ⅲ							0	#DIV/0!
再掲 精神基本療養費Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	3	3	5	4			15	3.8
再掲 精神基本療養費Ⅳ							0	#DIV/0!
情報提供療養費（人）	34	33	32	33			132	33.0
夜間・早朝・深夜加算（回）	3	1		1			5	1.7
延長時間加算（回）：精神のみ							0	#DIV/0!
24時間連絡・対応体制加算（人）	34	33	33	34			134	33.5
特別管理加算2,500円（人）	6	8	6	6			26	6.5
特別管理加算5,000円（人）	20	17	18	20			75	18.8
乳幼児加算：3歳未満（日）	2		1	8			11	3.7
幼児加算：3歳以上6歳未満（日）	9	12	16	14			51	12.8
難病等複数回訪問加算（日）	5	9	21	30			65	16.3
長時間訪問看護加算（日）							0	#DIV/0!
緊急訪問看護加算（日）	1		2	2			5	1.7
複数名訪問看護加算（回）	8	8	7	8	0	0	31	5.2
再掲 看護師等・PT・OT・ST							0	#DIV/0!
再掲 准看護師							0	#DIV/0!
再掲 看護補助者							0	#DIV/0!
退院時共同指導加算（回）			1	2			3	1.5
特別管理指導加算（回）				1			1	1.0
退院支援指導加算（回）		1	1	2			4	1.3
在宅患者連携指導加算（回）							0	#DIV/0!
在宅患者緊急時等カンファレンス加算（回）							0	#DIV/0!
特別地域訪問看護加算（回）							0	#DIV/0!
ターミナルケア療養費（人）		1		1			2	1.0
事業収入（円）							0	#DIV/0!
特別指示								
医保 利用者数（人）	1						1	1.0
医保 訪問件数（日）	9						9	9.0

2015年度　**実績総括表**

		４月		５月		６月		７月		・・・		３月		合計	平均
利用者数（名）	実数	94		95		97		103							
	介護給付対象者	56	59.6%	60	63.2%	61	62.9%	65	63.1%						
	予防給付対象者	2	2.1%	1	1.1%	2	2.1%	3	2.9%						
	医療保険対象者	36	38.3%	34	35.8%	34	35.1%	35	34.0%						
訪問件数（件）	訪問延件数	666		599		661		728							
	介護給付数	315	47.3%	315	52.6%	357	54.0%	377	51.8%						
	予防給付数	13	2.0%	7	1.2%	8	1.2%	14	1.9%						
	医療保険数	338	50.8%	277	46.2%	296	44.8%	337	46.3%						
	利用者１名当月訪問	7.1		6.3		6.8		7.1							
	介護保険	5.6		5.3		5.9		5.8							
	介護予防	6.5		7.0		4.0		4.7							
	医療保険	9.4		8.1		8.7		9.6							
緊急時	緊急時加算数（介護	56	100.0%	60	100.0%	61	100.0%	65	100.0%						
	緊急時加算数（予防	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%						
	24時間加算数（医療	34	94.4%	33	97.1%	33	97.1%	34	97.1%						
収入（円）	利用者１名当月収入	0		0		0		0							
	介護保険	0		0		0		0							
	介護予防	0		0		0		0							
	医療保険	0		0		0		0							
単価（円）	１回の訪問看護単価	0		0		0		0							
	介護保険	0		0		0		0							
	介護予防	0		0		0		0							
	医療保険	0		0		0		0							

4. 理念や目指す姿を明確にして示し、方針に沿って事業運営する

訪問看護基準書の作成プロセス



64

訪問看護業務基準書

Ⅰ　法人の理念

病を得て、助けを求めて私達の医療施設を訪れる患者さんは、医療者の都合で断る事なく全て受け入れ、最善の医療を行う事を誓います。

１．患者さん主体の医療
２．地域に密着した医療
３．医学的根拠に基づく高度な医療

Ⅱ　在宅事業部の理念

法人の理念に基づき、在宅事業部は以下の理念に沿って、地域に良質な医療・福祉サービスを提供します。

１．安心で安全な在宅療養・介護を支援します
２．在宅医療・看護・福祉のトータルな利用者主体のサービスを提供します
３．高い専門性を持ったサービスを地域の医療機関や福祉施設と連携しながら切れ目なく提供します
４．安心して住むことができる地域づくりに貢献します

65

Ⅲ　訪問看護ステーションの方針（目指す訪問看護ステーションの姿）

在宅事業部の理念に基づき、訪問看護ステーションは以下の方針に沿った訪問看護を提供します。

１．組織の中における立場と役割責任を理解し、職業倫理を基本とした利用者主体の訪問看護を提供します
２．高い専門性を持ったチームによる一貫性のある訪問看護を提供します
３．個々の看護師が能力向上に努力し、地域に良質な医療を提供します

一貫性のある看護とは、組織の理念に沿って、利用者個々のニーズが満たされることを目指し、看護師全員が同じ目的・目標に向かって看護実践し、常に最良の看護ができるよう評価修正していく看護である。
訪問看護ステーションは、一貫性のある訪問看護として、
①管理者の示す組織の方針を共通認識し、その実現に向けて訪問看護活動を行う。
②利用者個々のニーズが満たされるよう計画された看護ケア内容とその根拠が看護師間で共有され、利用者が望む生活（目標）に向かって、その日の利用者の状況に応じた柔軟な訪問看護を提供する。

66

Ⅳ 訪問看護活動の方針（目指す訪問看護師の姿）

在宅療養者が安心して住みなれた自宅で過ごすことができるよう、訪問看護師は組織の一員として訪問看護活動の方針を理解し、責任をもって以下の看護実践を行います。

１．質の高い看護能力を維持、向上しつつ一貫性のある訪問看護を提供する

（１）それぞれの役割行動の中で、裁量権を持って利用者主体の看護を提供する
（２）提供した看護を常に振り返り、看護師同士がお互いに育てあえる組織風土を保つ
（３）専門職として統一された訪問看護を安全に、効率よく、効果的に提供すると共に、利用者の状況や状態変化に応じて臨機応変に対応する

２．地域や連携機関から期待されている訪問看護を提供し、信頼関係の中で協働する

（１）小児から高齢者、多様な疾患など、どのような対象者にも迅速に対応する
（２）24時間対応でき、365日確実に訪問看護を提供する
（３）気軽に相談対応し、どの職種とも同じ目線で協働する

３．法人の役割期待に応える

（１）地域に良質の医療を提供すると共に地域に必要な医療ニーズを満たす
（２）働く環境を整え、士気を高め、より良い職員を確保し、それを更に良質の医療を提供する資源とすることで良い循環をつくる
（３）顧客満足度の向上を図り、最小のコストで最高の結果を得る努力をする

67

Ⅴ 訪問看護師の行動指針

訪問看護ステーションの方針および訪問看護活動の方針に基づき、訪問看護師は以下の行動指針を遵守します。

１．利用者や家族の意向を尊重し、個別性を理解して、利用者のニーズを満たす看護実践を心がける
２．チーム内の良好な人間関係を築くために、常日頃から職員同士がコミュニケーションを図る
３．利用者をチーム全体で看護する意識を持ち、一人で抱え込まず、お互いに思いやり、助け合い、信頼し合いながら看護を行う
４．自己の看護実践を振り返り、他の看護師や他職種の意見に耳を傾け、看護に生かす姿勢をもつ
５．管理者と主任は、質の高い一貫性のある訪問看護を提供できる組織であるために、利用者および職員全体の状況を把握・共有し、組織としての方針を示す。また、組織の理念や方針と日々の看護師の行動を結び付けて考えられるような働きかけを行う

※「チーム全体で看護する」とは、訪問したことがあるか否かにかかわらず、看護師全員が利用者の情報や意向を共有し、主担当と共に看護目標を考え、意見を出し合い、協働することである

68

Ⅵ 訪問看護提供体制

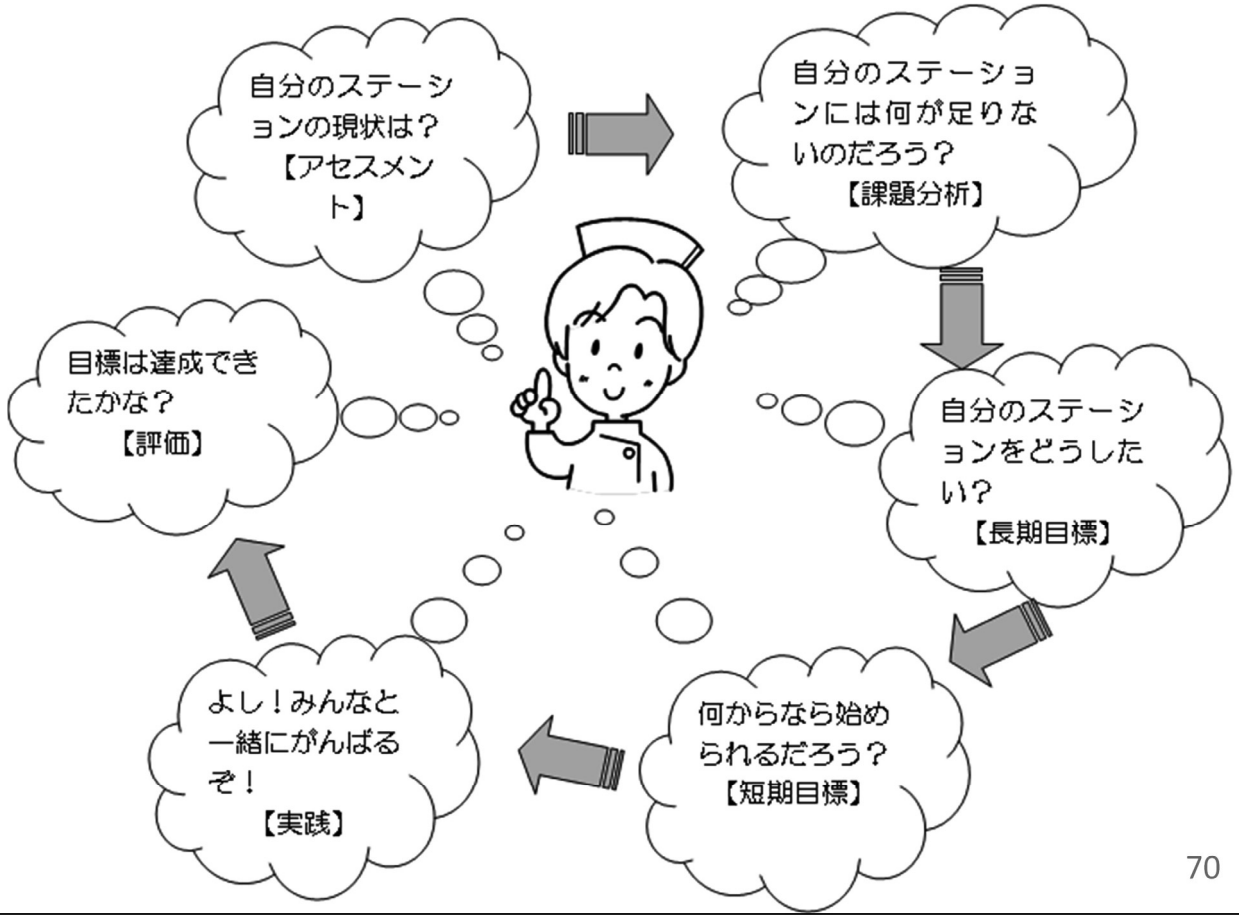
１．訪問看護ステーションは、以下の図に示す訪問看護提供プロセスの実践により、チームによる利用者主体の一貫性のある訪問看護を提供する

計 画	共有・学習	実 施	評価・改善
a 看護計画書 ケア実施書の作成	b ミーティング ・情報共有	f 訪問看護の提供 ・主担当訪問 ・担当外訪問	g ミーティング ・実践共有
	c, d 同行訪問 ・観察学習 ・実践学習 ・実践評価		h カンファレンス ・実践評価 ・質改善
	e デモンストレーション ・技術習得		i ヒヤリハット検証会 ・実践評価 ・質改善

☆チームによる訪問看護提供プロセスとは、ステーションそれぞれを１チームとし、利用者一人一人に主に担当する看護師（以下、主担当）と主担当以外の看護師（以下、チームメンバー）全員が交代で行う体制をいう

69

５．常に問題意識をもって行動し、職員と共に業務改善する



70

私たちが提供しているものは何？

訪問看護サービス

サービスとは、人間や組織体に、何らかの効用をもたらす活動であり、市場での取引の対象となる活動である （近藤隆雄）

⇒「何らかの効用をもたらす活動」とは人や組織に役立つ活動そのものであり、役立つとは人や組織の生活上の必要性を満たすことである

⇒「市場での取引の対象となる」というのは、お金を出して買うということ

出典：看護管理学習テキスト第2版　看護管理概説 P100

71

サービスの基本的特性

サービスという「商品」は、モノ商品とは全く異なる特徴を持っている

①サービスには形がない（無形性）

②サービスは生産される場所で消費される
（生産と消費の同時性）

③結果のみならず過程が重要である
（結果と過程の等価的重要性）

④顧客がサービス活動に参加する
（顧客との共同生産）

出典：看護管理学習テキスト第2版　看護管理概説 P101

72

サービスの品質を構成する5つの要素

①信頼性：約束したサービスについて任せられ、正確に実行する能力
②反応性：サービスを実施するうえでの従業員のやる気と迅速性
③確信性：従業員の知識や礼儀正しさ、安心感を生む能力
④共感性：顧客の気持ちへの感受性の高さ
⑤物的要素：建物、設備、備品、道具、従業員の服装、パンフレット類など

出典：看護管理学習テキスト第2版　看護管理概説 P117

73

質の評価方法

① 事業者自ら実施する(自己評価)

② 利用者による評価（利用者評価）

③ 評価機関などによる外部評価（第三者評価）

④ 同業者などによる評価

74

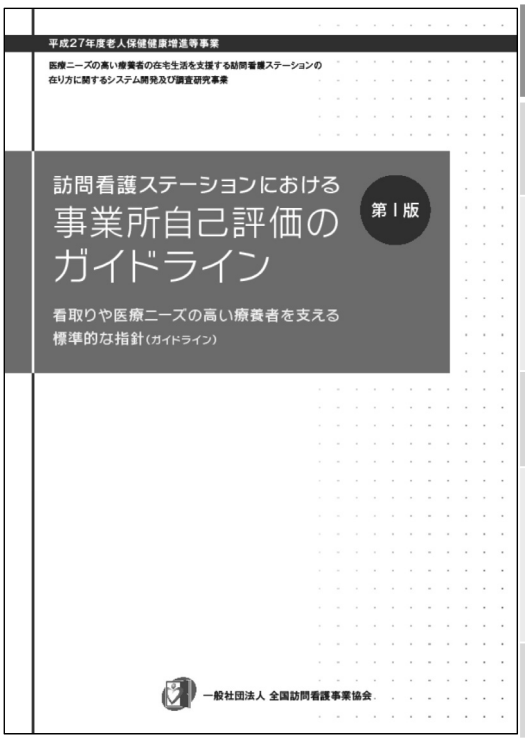
質評価の指標（ものさし） 主なもの

訪問看護ステーションにおける事業所自己評価ガイドライン	**全国訪問看護事業協会**
新版　訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル	日本訪問看護財団
高齢者訪問看護の質指標　ベストプラクティスを目指して	山本則子編集 日本看護協会出版会
その他 OASIS(The Outcome Assessment Information Set)日本語版 HC-QI(Home care –Quality Indication)日本語版	

75

訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン

～看取りや医療ニーズの高い在宅療養者を支える標準的な指針～



評価項目	項目数
事業所運営の基盤整備	19項目
利用者等の状況に応じた専門的なサービスの提供	7項目
多職種・多機関との連携	9項目
誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画	4項目
指標	33項目

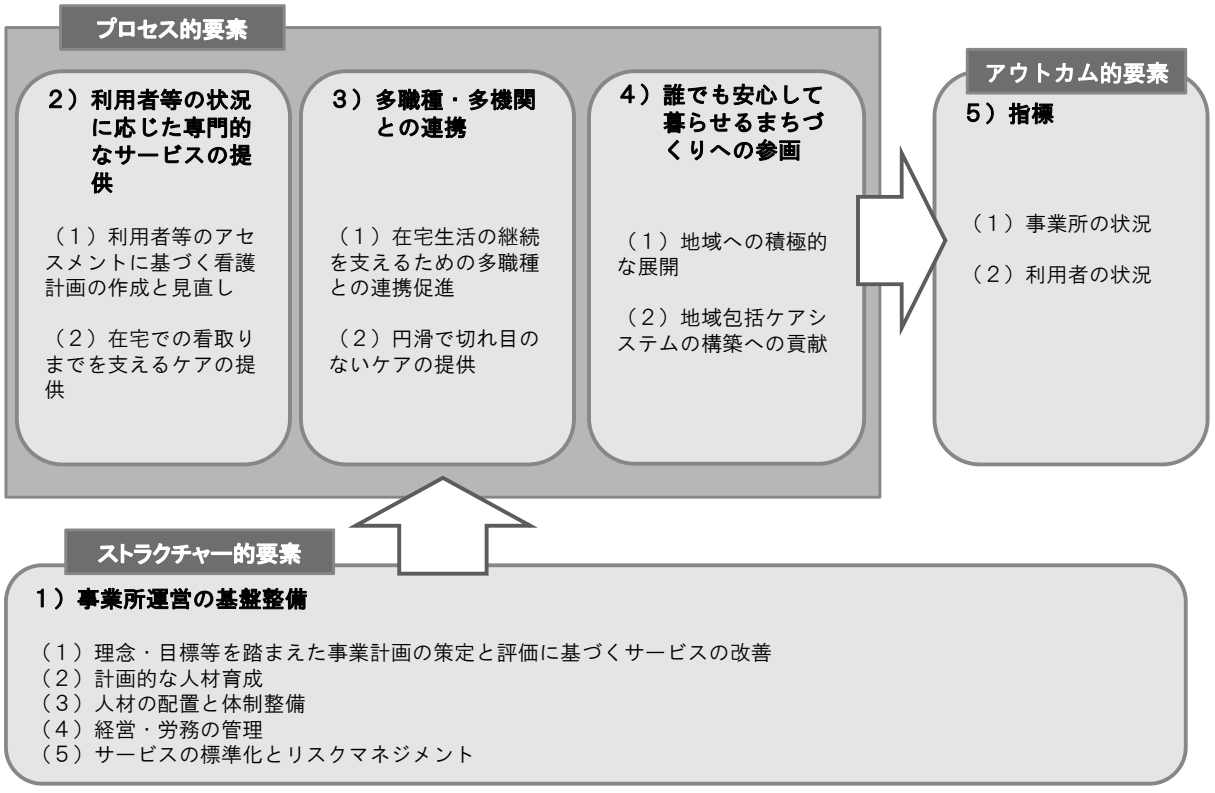
76

ドナベディアン(Donabedian)の医療サービス評価モデル

- 構造(structure):訪問看護体制の評価
  - 投入される資源、体制を評価する
- プロセス(process): 訪問看護機能の評価
  - 提供されているケアを評価する
- 結果(outcome): 訪問看護効果の評価
  - サービス提供による状態の変化や効果、満足感

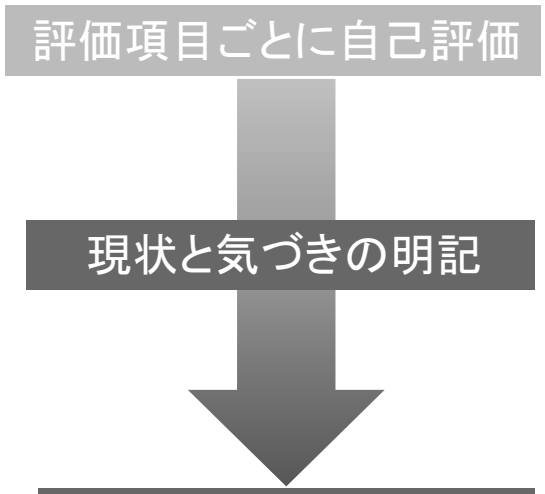
77

ガイドラインの枠組み・構造



78

ガイドラインを活用した評価の方法



「評価の考え方と留意点」を見ながら、
「評価の着眼点」ができているかどうか確認し、
「判断基準（1,2,3）」を判断する

「評価の着眼点」に沿って現状、気がついたことや現状分析した内容を明記する

「評価の考え方」「評価の着眼点」から考えられる具体的で実行可能な改善策を立案する

79

ガイドラインを活用するメリット

- 自己評価の積極的実施推進に向けて利用できる
- 自訪問看護ステーションの取組みを経年的に客観視できる
- 課題を発見、明確にすることにより、今後の取組みにつなげられる
- 自己評価の結果を公表に使うことができる

80

Webシステムによる自己評価の流れ

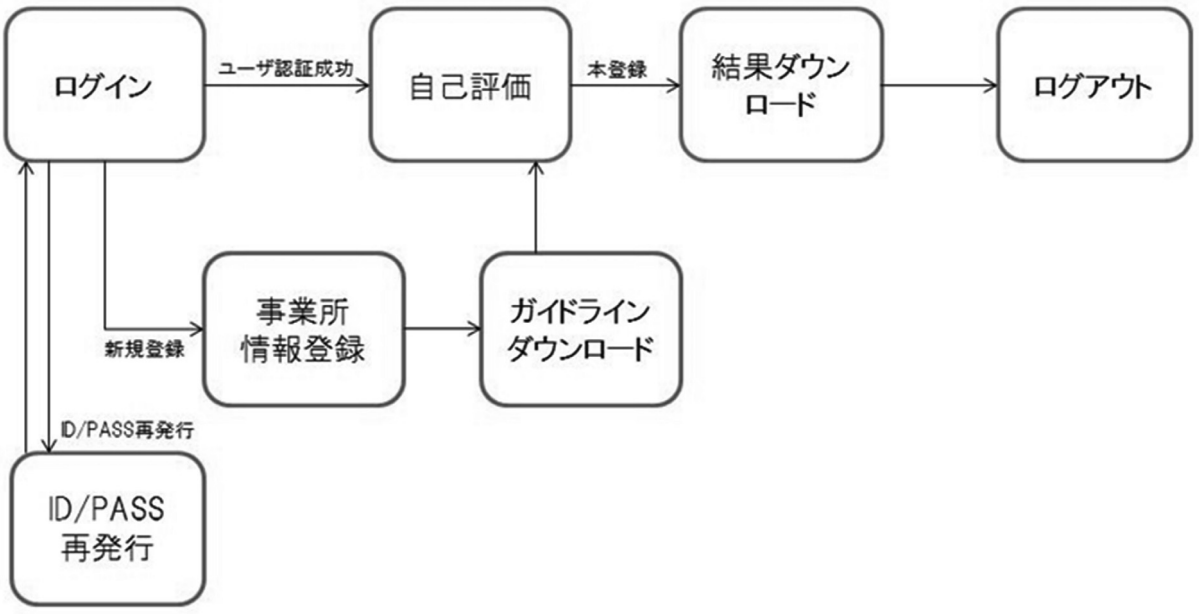
「訪問看護ステーションの事業所自己評価ガイドライン」に沿って、貴訪問看護ステーションの自己評価をインターネット上で行います

回答した自己評価の結果をエクセルファイルでダウンロードできます

- システムを利用している全国の事業所平均との比較ができます
- 自事業所の経年的な変化を確認することができます

81

Webによる自己評価システムのフロー

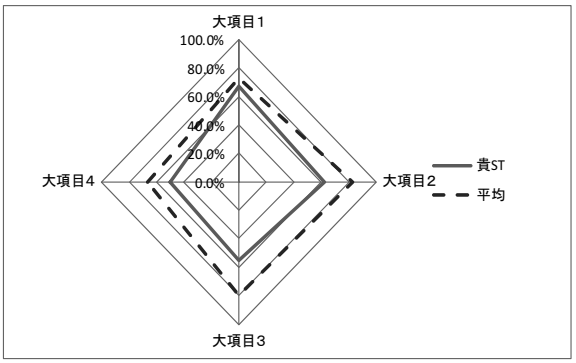


82

大項目・中項目の評価結果とレーダーチャート

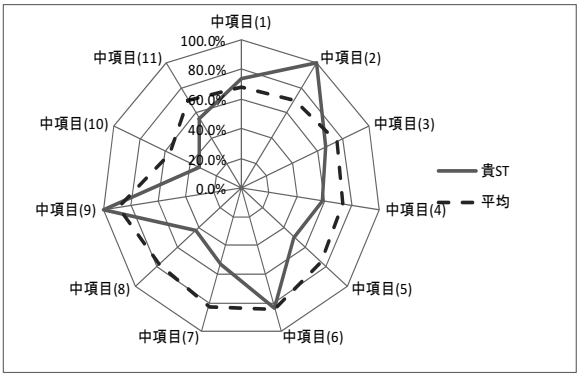
大項目の評価結果

大項目	貴ST	平均
大項目１	66.7	72.4
大項目２	61.9	83.1
大項目３	55.6	80.1
大項目４	50.0	66.8



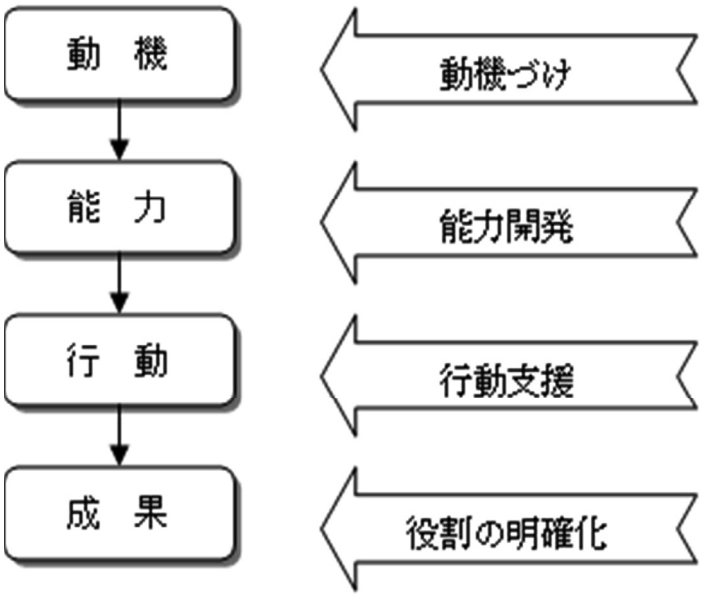
中項目の評価結果

中項目	貴ST	平均
中項目(1)	73.3	67.6
中項目(2)	100.0	70.4
中項目(3)	66.7	75.2
中項目(4)	58.3	73.7
中項目(5)	50.0	75.3
中項目(6)	83.3	84.4
中項目(7)	53.3	82.6
中項目(8)	42.9	77.7
中項目(9)	100.0	88.8
中項目(10)	33.3	56.5
中項目(11)	55.6	70.3



83

6. 理念や目指す姿と日常の業務を結びつけて職員の教育や支援を行う



やってみせ、言って聞かせて、やらせてみて、ほめてやらねば、人は動かず
話し合い、耳を傾け、承認し、任せてやらねば、人は育たず
やっている姿を感謝で見守って、信頼せねば、人は実らず

by　山本五十六



84

事業協会のホームページから様々な
「ガイドライン」がダウンロードできます！
→定期的にチェックして活用しましょう
https://www.zenhokan.or.jp/



コップの理論
～相手への説得、相互理解へ～

①自分のコップの水をいったん脇へ移し、空にする
②相手の話を積極的に聴き、相手のコップの水を自分のコップへ流し入れる
③相手のコップが空になったら、ゆっくり脇へ置いておいた自分の水を相手のコップに流し込む
④相手の水が自分のコップに入り、自分の水が相手のコップに入る

7．法を遵守し、倫理観をもって業務を行う

◇倫理とは何かを理解する

◇看護者の倫理綱領の示すものを理解する

◇管理者としての倫理性をもち行動する

87

倫理とは
～日本看護協会ホームページより～

◇倫理とは　　※道徳とほぼ同義語



◇倫理と法

倫理：「どのような行為が正しいか」を示す
　　内的な自律から生じる

法　：「どのような行為が正しくないか」を示す
　　外的強制力によって作られる

88

日本看護協会の看護者の倫理綱領【前文　一部】

病院、地域、学校、教育、研究機関、行政機関など、あらゆる場で実践を行う看護者を対象とした行動指針であり、自己の実践を振り返る際の基盤を提供するものである。また、看護の実践について専門職として引き受ける責任の範囲を、社会に対して明示するものである。

日本看護協会の看護者の倫理綱領【条文】

1. 看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。
2. 看護者は、国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状態、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。
3. 看護者は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。
4. 看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。
5. 看護者は、守秘義務を遵守し、個人情報の保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は適切な判断のもとに行う。
6. 看護者は、対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する。
7. 看護者は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ。

8. 看護者は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める。
9. 看護者は、他の看護者及び保健医療福祉関係者とともに協働して看護を提供する。
10.看護者は、より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の 望ましい基を設定し、実施する。
11.看護者は、研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め看護学の発展に寄与する。
12.看護者は、より質の高い看護を行うために、看護者自身の心身の健康の保持増進に努める。
13.看護者は、社会の人々の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する。
14.看護者は、人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する。
15.看護者は、専門職組織を通じて、看護の質を高めるための制度の確立に参画し、よりよい社会づくりに貢献する。

91

管理者としての倫理性

◇スタッフの尊厳と権利の尊重（1条）

◇スタッフのプライバシーの保護（5条）

◇スタッフの知る権利と自己決定の尊重（4条）

◇スタッフの保護と安全の確保（6条）

◇看護管理者に求められる倫理性

➢管理者が倫理的であること

➢倫理的風土をつくるのは自分という認識

井部俊子「看護管理学習テキスト第2版　看護管理概説」P7～11

92

信頼される管理者になるために！

〇誠実である
〇知識・技術がある
〇失敗はするが嘘をつかない
〇部下のことを信頼してお願いしてくれる
〇部下を見守ってくれる
〇話がわかりやすく納得できる
〇判断・自己決定が迅速
〇視野が広い
〇軸がぶれない

By：野崎加世子氏

93

ポジティブ・マネジメント

これまでのマネジメント	ポジティブ・マネジメント
問題解決	大切なことは何か
批判的	価値肯定的・認める
トップダウン	ボトムアップ
指導する	学び合う
競争意識	仲間意識・連帯感
孤独・孤立	きずな
踏襲する	創造する
お金が報酬	報酬は・・・
仕事は大変	仕事は楽しむ
for you	with you

手島恵「看護のためのポジティブ・マネジメント」P22　表Ⅰ-6

94

管理者自身の感情のマネジメント

「有能な管理者は環境変化に受動的・機械的に反応するのではなく、目の前の状況の変化を“感じ取り”、状況との“対話”を深めながら、さまざまな試行錯誤の中で思考と行動を結び付けていきます。（ミンツバーグ）」

管理者の“実際の仕事”とは、常に変化する状況の中で、現場での行きつ戻りつを繰り返しながら戦略を“手づくり”すること

手島恵「看護のためのポジティブ・マネジメント」P41～42

95

ポジティブ・マネジメントのリーダーシップを発揮する上で大切なこと

◇管理者が組織メンバーの１人である自分自身の感情にしっかりと目を向ける

◇それが自分自身の仕事や組織行動にどのような影響を与えているのかを試行錯誤のなかから気づく

◇これをポジティブな方向に替えていくプロセスを体感する

手島恵「看護のためのポジティブ・マネジメント」P43

96

ポジティブ・マネジメントの第一歩

管理者自身がポジティブな感情をきっかけに
自分の中に変化が生まれる経験を味わうこと

◇自分の感情に気づく
◇感情を変える

手島恵「看護のためのポジティブ・マネジメント」P43～49

97

感情に気づくためのエクササイズ

1．定期的な感情の振り返りを行う

始業前などに、決まった時間（2～3分程度）、会議室などのできるだけ静かな場所で、今自分がどのような感情を抱いているのかを振り返る。

2．感情を正面から受け止める

息苦しさや重苦しさ、あるいは晴々した感覚や、ゆったりした軽やかさなど、自分がどのような感覚を抱いているのかに目を向ける

3．感情の原因や仕事への影響について想像する

しっかりと感情を把握できたら、こうした感情が何によって生まれてきたのかを想像する。また、その感情が仕事への取り組みにどのような影響を与える可能性があるのかについて想像する。

手島恵「看護のためのポジティブ・マネジメント」P44　表Ⅱ-3

98

感情を変えるためのエクササイズ

1．強いネガティブな感情を振り返る

強いネガティブな感情を抱いたときに、５～１０分程度の時間をかけ、できるだけ静かな場所で、今自分がどのような感覚を抱いているのかを振り返る。

2．感情をしっかりと受け止める

「感情に気づくためのエクササイズ」と同様に、自分がどのような感情を抱き、どう“感じて”いるのかについて、じっくりと思いをめぐらせる。

3．感情を生み出す暗黙の前提を探す

自分が感じている強い感情の背後にある、無意識に（そして多くの場合無条件に）正しいと考えている前提を探す。

4．前提を変えてみる

次に、3．で明らかになった無意識の前提が、かならずしも正しくないと考えてみる。

5．自分の感情に起きる変化を振り返る

無意識の前提を変えて状況を振り返ったときに、当初感じていた強い感情にどのような変化が起きるのかをしっかりと感じ取る。

手島恵「看護のためのポジティブ・マネジメント」P44　表Ⅱ-4

99

これからの訪問看護のあり方を考える

100

これからの日本は・・・

◇超高齢社会の進展
- ・都市部の急速な高齢化
- ・後期高齢者の増大
- ・独居、高齢者世帯の増大
- ・認知症高齢者の増大

◇多死時代の到来
- ・病院以外での看取りの増大

◇急性期病院等の在日数の短縮化
- ・医療依存度の高い利用者の増加
- ・ターミナルケア、在宅看取りの利用者の増加

◇多種多様な年齢、疾患療養者が在宅へ
- ・小児、認知症、精神疾患等在宅療養者の増加

◇医療・介護を支える人とお金の不足

101

求められているのは・・・

◆24時間365日切れ目のない医療の実現

◆可能な限り医療依存度を高めないための予防的な視点に立ったサービスの提供

◆住み慣れた自宅や介護施設、利用者が望む場所での看取りの実施

◆多職種がともに学び共有する多職種協働の実践

自事業所での訪問看護を地域の中で
どのように展開するのか！

102

訪問看護ステーションの現状の概況

◆訪問看護ステーション設置数の推移

9,735ヶ所開設（平成29年4月1日現在）※1　増加傾向に！

◆訪問看護従事者数の推移　増加傾向に！

訪問看護師（保健師、助産師、准看護師を含む）　5万人※2

訪問看護ステーション従事者　7.3万人 ※2

◆1ステーションあたり従事者（常勤換算）増加傾向に！

訪問看護師 （保健師、助産師、准看護師を含む）　4.8人※2

従事者合計（+リハビリ職員・事務職）　6.5人※2

◆訪問看護利用者　約51万人※2　増加傾向に！

※1　平成29年度訪問看護ステーション数調査（全国訪問看護事業協会）
※2　平成27年介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省統計情報部）

103

訪問看護ステーションの課題は・・・

◆対象者

・対象者の急激な増加の予測
・対象者のニーズの多様化・複雑化への対応

◆訪問看護ステーション

・訪問看護ステーションの不足
・事業規模が小さく、経営的にも運営上も不安定
・24時間365日、どんな対象者も受け入れる体制が未整備

◆訪問看護師の圧倒的不足

・訪問看護師の給与問題
・病棟看護師との相違・教育

◆地域包括ケアシステムへの参画

104

在宅療養者が安心して生活するための訪問看護を提供するためには

◆柔軟な対応

慢性期対応型→ターミナルケアや難病等重度対応型の検討

◆大規模化やネットワーク化などによる支援

◆多機能化→地域のニーズに対する対応

◆医療と介護のつなぎ手に→地域ネットワーク

◆市民のセイフティーネットとしての24時間ケアの充実

105

訪問看護師に求められる能力

◆「医療モデル」ではなく「生活モデル」

『生活支援のプロ』としての視点と力量

◆プロ（専門職）としての能力

ターミナルケアのプロ

在宅療養者・生活者の生きること支援のプロ

◆介護職等多職種と連携・統合できる気構え・力

地域包括ケアの中核として

◆地域を見渡せる力

視野を地域全体に（施設も病院も）

◆事業を立ち上げる力

必要なサービスを作り出していく

106

2018年の同時改定に向けて
自事業所をどのように進化させるか

○ 訪問看護ステーションを機能強化、大規模化する

○ 看護小規模多機能型居宅介護など多職種が一体となってサービスを提供する形態へ転換する

○ 訪問看護に特化せず、地域の中で多機能を発揮する「（仮）地域包括ケアステーション」「（仮）地域総合ケアステーション」を目指す

107

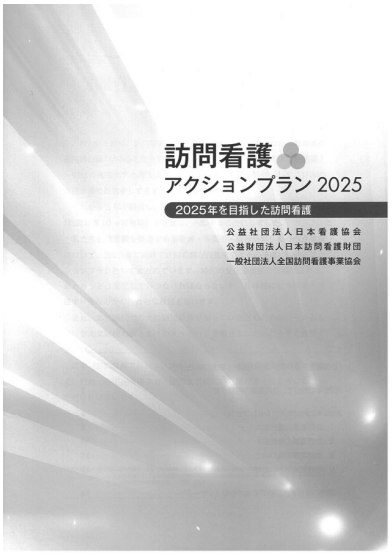
訪問看護アクションプラン2025

Ⅰ 訪問看護の量的拡大

Ⅱ 訪問看護の機能拡大

Ⅲ 訪問看護の質の向上

Ⅳ 地域包括ケアへの対応



公益社団法人日本看護協会
公益財団法人日本訪問看護財団
一般社団法人全国訪問看護事業協会

108

引用・参考文献

- 訪問看護業務の手引平成28年4月版, 社会保険研究所
- 日本看護協会看護業務基準集2005年,日本看護協会出版会
- 井部俊子,看護管理学習テキスト第2版,看護管理概説,日本看護協会出版会
- 手島恵,看護のためのポジティブ・マネジメント,医学書院
- 訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン
- 訪問看護アクションプラン2025

109

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-

訪問看護マネジメント論/情報管理論⑥

グループワーク～課題の整理・分析～

聖隷福祉事業団監事/全国訪問看護事業協会副会長
上野　桂子　氏

上野　桂子(うえの　けいこ)先生

略　歴

１９７１年	聖隷学園浜松衛生短期大学卒業
１９７１年　４月	社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷浜松病院勤務
１９８０年　４月	同病院管理婦長
１９９１年　４月	同事業団在宅部門たち上げ
１９９３年	訪問看護ステーション住吉開設、訪問看護ステーション・介護事業所等の立ち上げ等在宅事業に関わる
１９９４年	社会福祉法人聖隷福祉事業団本部在宅サービス部部長
２０００年	社会福祉法人聖隷福祉事業団理事・顧問
２０１２年	社会福祉法人聖隷福祉事業団監事
現在	社会福祉法人聖隷福祉事業団監事 一般社団法人全国訪問看護事業協会副会長 財団法人日本老人福祉財団評議員

直近の活動歴

厚生労働省　訪問看護支援事業に係る検討委員や静岡県訪問看護推進協議会、静岡県看護師需給対策検討委員会委員、浜松市中区協議会委員、浜松市介護保険認定審査会委員、等
静岡県訪問看護ステーション協議会副会長
聖隷クリストファー大学看護学部・大学院　非常勤講師
浜松医科大学看護学部非常勤講師、等

賞　罰

平成一七年度秋　叙勲　瑞宝単光章　受章
社団法人静岡県看護協会長表彰
公益社団法人日本看護協会長表彰

著　書

多数、省略



本日の“テーマ”

各自の課題の明確化を図り共有し、
あるべき姿・方向性を見出す

全国訪問看護事業協会
上野桂子

ワールドカフェとは

- リラックスした雰囲気の中で、
- 少人数に分けたテーブルで、
- 自由な対話を行い、
- 他のテーブルとメンバーをシャッフルして、
- 対話を続けながら、
- 参加する全員の意見や知識を集めることのできる対話手法の一つです。

ワールドカフェのエチケット

- 対話を楽しみましょう
- 話をよく聴きましょう
- “質問”をして広げましょう
- 否定しないで受け止めましょう
- リラックスしましょう
- アイディアや思いついたことを書く！描く！つなぐ！
- テーマに集中しましょう

3

ワールドカフェの進め方

- 第１ラウンド　課題について話し合う
  ４人ずつテーブルに座って、問いについて話し合う
  模造紙には自由に話し合ったこと、気づいたことを書き込む

- 第２ラウンド　アイディアを他花受粉する
  各テーブルにホストだけを残し、他のメンバーは旅人として別のテーブルに移動する

  新メンバーで自己紹介し、ホストが自分のテーブルでの対話を紹介し、旅人は、自分のグループのアイディアを紹介し繋がりを探求する

- 第３ラウンド　気づきや発見を統合する
  旅人が元のテーブルに戻り、旅で得たアイディアを紹介し合い、対話を継続する

- 第４ラウンド　集合的な発見を収穫し共有する。

4

第１ラウンド

【問い】各自が持ってきた課題について話す

各自がメモを取らず、模造紙を活用しよう

5

第２　ラウンド

【問い】

課題の明確化と方向性は？

6

第３・第４ラウンド

- 第３ラウンドで気づいたことをポストイットに書きましょう。一つの気づきを１枚に

  注意！　気づきは単語ではなく文章で書くこと

- 新しい模造紙に、記入したポストイットを貼って、似たような内容をまとめていく。

- 全体を眺めて、またディスカッションしましょう

気づいたことを共有しましょう

タイムスケジュール

15:45～15:50　オリエンテーション

15:50～16:10　第１ラウンド

16:10～16:30　第２ラウンド

16:30～16:50　第３・第４ラウンド

16：50　　休憩

17:00～17:30　クロスグループインタビュー（一人５分）

17:30～17:40　チームに戻り方向性の確認

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-

訪問看護経営・経済論①
経営状態の把握・評価（経営に関する基本的技術）

税理士法人川原経営会計業務部門統括補佐　法務企画部部長
齋藤　新吉　氏

齋藤　新吉(さいとう　しんきち)先生

資格経歴

日本医業経営コンサルタント協会
認定登録：医業経営コンサルタント（登録番号第 5627 号）
１９９０年　川原税務会計事務所（現　税理士法人川原経営）入所
２０００年　川原税務会計事務所（現　税理士法人川原経営）会計業務部　部長就任
２０１０年　税理士法人川原経営　会計部門　統括補佐　就任
２０１１年　川原経営総合センター病院コンサルティング部　部長（兼任）就任
２０１４年　川原経営総合センター病院コンサルティング部門　統括　就任
２０１７年　税理士法人川原経営　会計部門　統括補佐　就任
　　川原経営総合センター法務企画部　部長

手持ち業務

病院の税務会計顧問、巡回監査、経営顧問を多数担当

過去の実績

- 厚生労働省　平成２２年度医療施設経営安定化推進事業「出資持分のない医療法人への円滑な移行に関する調査研究」
- 平成２３年　国民健康保険町立〇〇病院／経営改革プラン策定支援業務
- 平成２４年　〇〇広域事務組合公立〇〇病院／経営健全化計画策定支援業務
- 平成２４年　東京都　療養病床を有する医療機関に対する経営研修会及び個別経営相談会
- 医療法人 M&A にともなうデュー・ディリジェンス業務
- 厚生労働省　平成２４年度医療施設経営安定化推進事業「医療機関の経営支援に関する調査研究」　他

その他

【論文】平成１８年日本医業経営コンサルタント協会「経営診断の業務～病院経営存続のための経営診断業務」
【執筆】平成２２年１０月～平成２３年９月　連載
　　師長主任業務実践（産労総合研究所）「看護管理に必要な経営数値」
【講演】地方銀行中堅職員への研修講師
　　平成２４年　岡山保険医協会主催　中小病院・診療所経営セミナー　講師
　　平成２５年　岡山・鳥取保険医協会主催　中小病院・診療所事業承継セミナー講師
　　平成２５年　日本医業経営コンサルタント協会長野支部主催　中小病院・診療所事業承継セミナー講師
　　地方銀行主催　病院経営セミナー講師　　他

一般社団法人　全国訪問看護事業協会
訪問看護管理者養成研修会
平成29年9月15日

訪問看護経営・経済論②
経営状態の把握・評価
（経営に関する基本的技術）

川原経営グループ
株式会社　川原経営総合センター
会計業務部門　統括補佐
法務企画部
部長　齋藤　新吉

目　　次

1..訪問看護ステーションの現状

2.経営分析とバランススコアカード

3.経営計画の概要

4.経営計画の策定

5.経営計画の進行チェック

＜別添資料＞　訪問看護の経営改善

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

1.訪問看護ステーションの現状

「社保審一介護給付費分科会　第１１１回(H26.10.22)　資料5」
「厚生労働省　平成26年介護事業経営実態調査結果の概要」　　参照

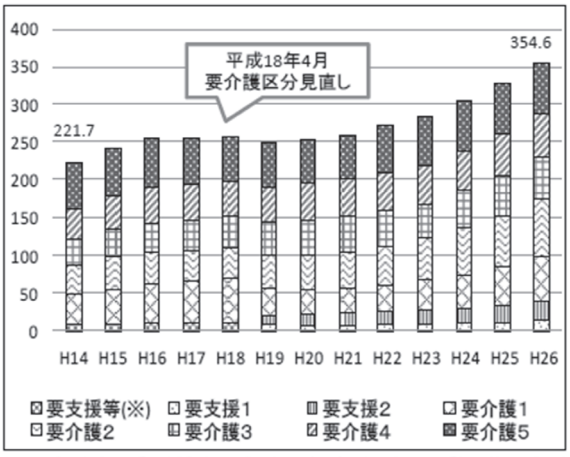
Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

1-1

訪問看護の概況（利用者数・事業所数）

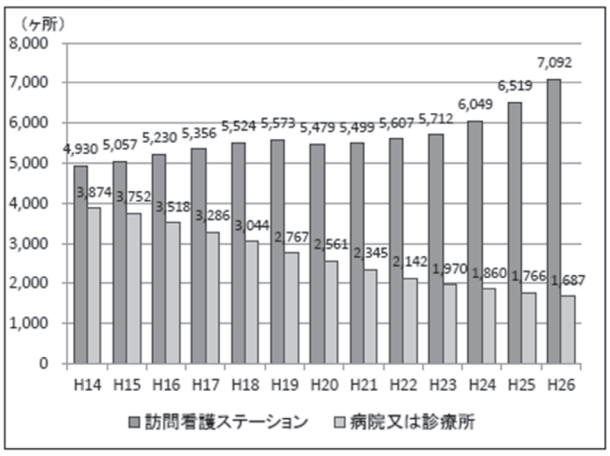
○ 訪問看護の利用者数は約354.6千人、訪問看護ステーション数は7,092ヶ所（平成26年4月審査分）と共に増加傾向にあるものの、病院又は診療所からの訪問看護（請求事業所数）は減少傾向にある。
○ 訪問看護利用者の半数以上は、要介護３以上の中重度者である。

【訪問看護利用者数の年次推移（千人）】



(※)平成18年までは「要支援」を、平成19年及び平成20年においては「経過的要介護」を指す。

【訪問看護事業所数の年次推移】



出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（各月審査分）

○ 訪問看護利用者数（千人）

総数※2	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
354.6	12.5	26.5	59.4	74.7	55.7	58.3	67.5
(%)	(3.5%)	(7.5%)	(16.8%)	(21.1%)	(15.7%)	(16.4%)	(19.0%)

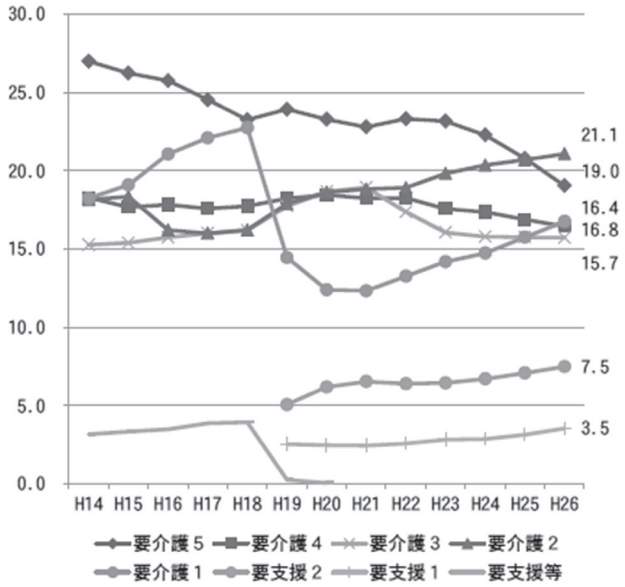
※2　総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者、月の途中で要介護から要支援に変更となった者及び平成21年2月サービス提供分以前の経過的要介護の者を含む。

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

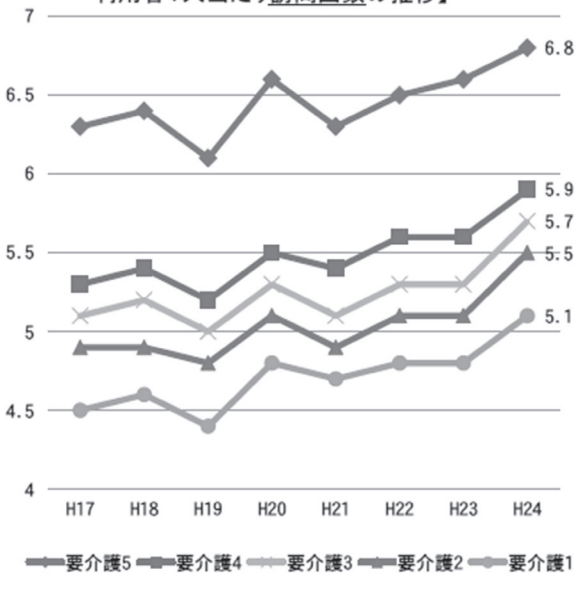
1-2 訪問看護の概況（要介護度別利用者割合・訪問回数）

○ 要介護度別の訪問看護利用者割合は、平成21年以降、要介護1及び要介護2が増加している。
○ 訪問看護ステーションにおける要介護度別利用回数は、要介護度が重度になるほど回数が増加し、要介護5では月6.8回である。

【要介護度別にみた訪問看護利用者割合の推移】



【要介護度別にみた訪問看護ステーション利用者１人当たり訪問回数の推移】

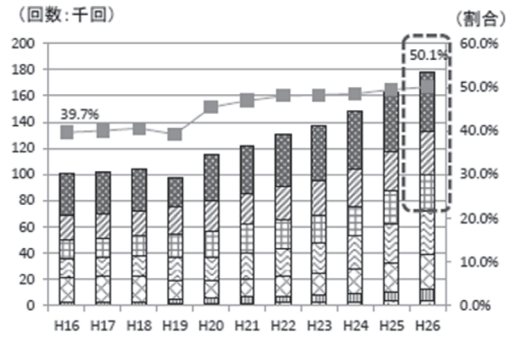


Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

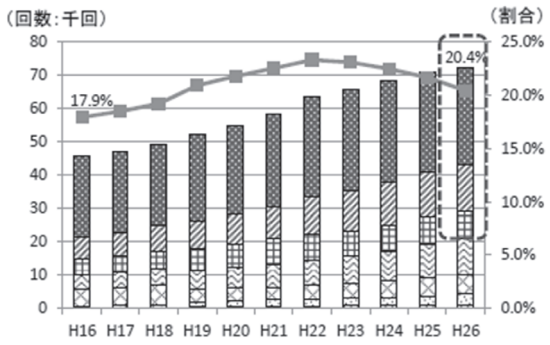
1-3 訪問看護の加算状況

○ 訪問看護利用者に占める緊急時訪問看護加算(注1)の算定割合は近年、微増傾向であり、また、要介護度3以上の中重度者が6割以上を占めている。
○ 特別管理加算(注2)の算定割合は近年、微減であり、要介護度3以上の中重度者が7割以上を占めている。

【緊急時訪問看護加算の算定数及び訪問看護利用者に占める緊急時訪問看護加算算定割合の推移】



【特別管理加算の算定数及び訪問看護利用者に占める特別管理加算算定割合の推移】



(注1) 緊急時訪問看護加算とは、指定訪問看護事業所が、利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあって、かつ計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に加算する。指定訪問看護を担当する医療機関においては、利用者の同意を得て、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に加算する。(区分支給限度基準額の算定対象外)

(注2) 特別管理加算とは、特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態に該当する以下の状態にある者に対して指定訪問看護を行う場合に加算する。(区分支給限度基準額の算定対象外)

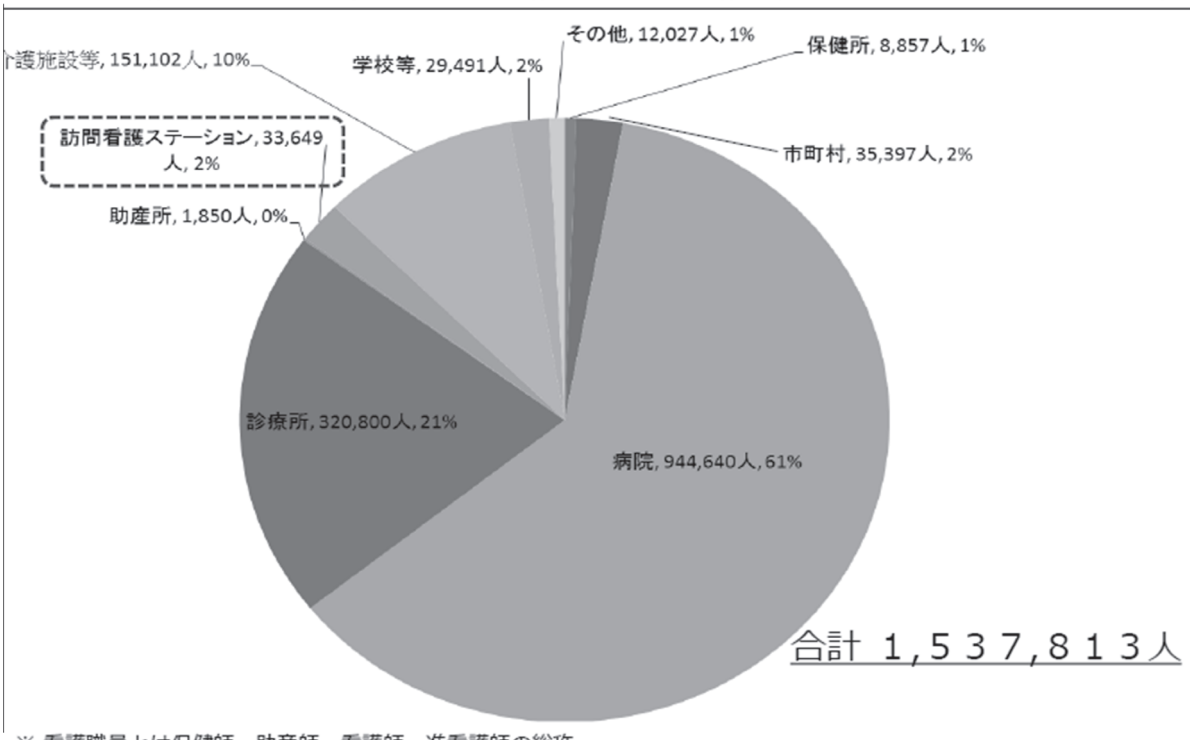
○ 特別管理加算(Ⅰ) 医科診療報酬点数表に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態。

○ 特別管理加算(Ⅱ) 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態、真皮を越える褥瘡の状態、点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態。

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

1-4 看護職員の就業場所

○ 訪問看護ステーションに就業している看護職員は、全看護職員（※）の2%である（平成24年）。



※ 看護職員とは保健師、助産師、看護師、准看護師の総称

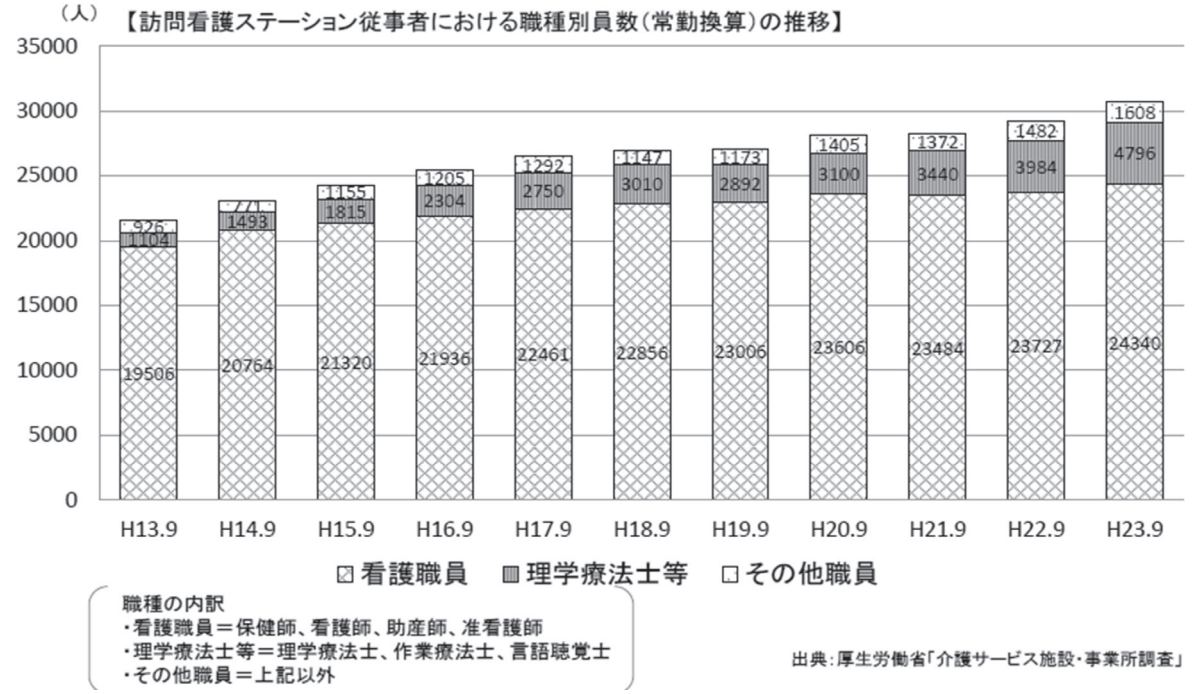
※※ 「その他」にはその他の施設、進学、看護職以外での就職等を含む

厚生労働省医政局看護課調べ

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

1-5 訪問看護ステーション従事者の職種別数

○ 訪問看護ステーションの従事者（常勤換算）数は年々増加し、約3万人である（平成23年）。
○ 訪問看護ステーション従事者における看護職員（常勤換算）数は、直近10年間で約1.25倍である。
○ 訪問看護ステーション従事者における理学療法士等（常勤換算）数は、直近10年間で約4.35倍である。



職種の内訳
・看護職員＝保健師、看護師、助産師、准看護師
・理学療法士等＝理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
・その他職員＝上記以外

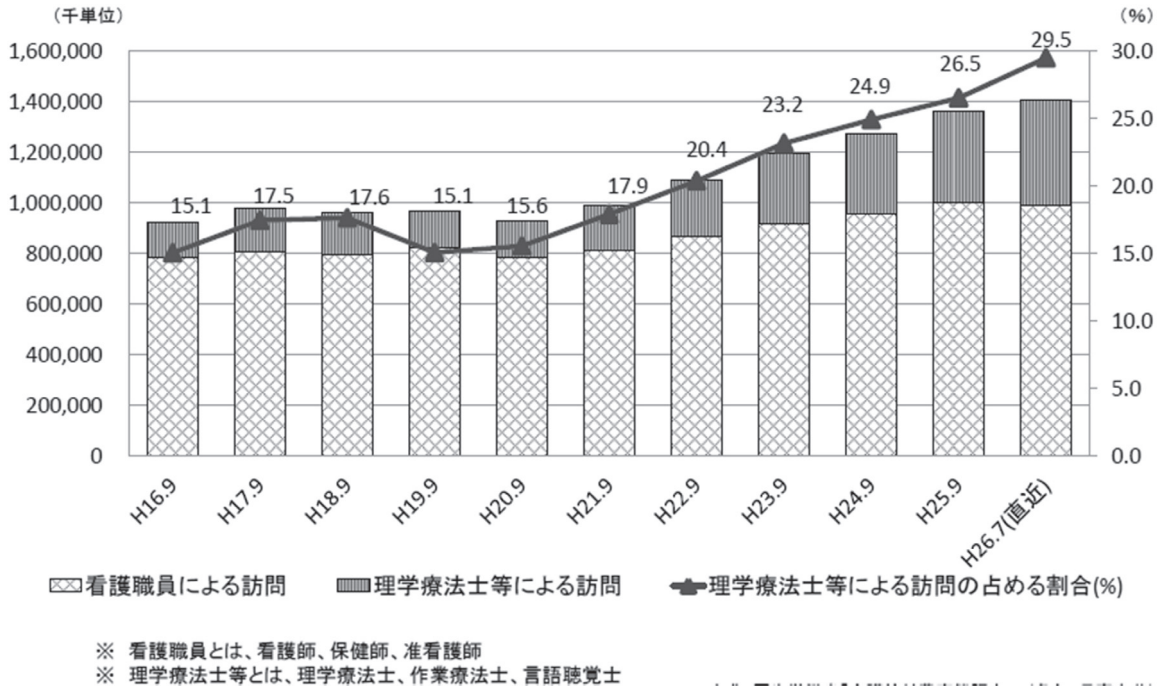
出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

1-6 訪問看護ステーションの職種別訪問看護費の推移

○　平成21年以降、訪問看護ステーションにおける訪問看護費に占める理学療法士等による「訪問看護の一環としてのリハビリテーション」の増加が著しい。

【訪問看護ステーションにおける職種別訪問看護単位数の推移】



※ 看護職員とは、看護師、保健師、准看護師
※ 理学療法士等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

1－7　訪問看護ステーションの現状

ロ　訪問看護ステーション業界全体の弱み・強みの傾向を知ってください

ロ　小規模な事業所が多く、非効率さやスタッフの負担が課題となっている。

- 事業所の規模が小さいほど収支の状況が悪い。
- 小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低く、同様に算定者の割合も小さい。
- 小規模なステーションのほうが、賃金も低く、保有する職種も少ない。

※　訪問看護指示書を受けている医療機関数は平均26.8件、居宅サービス計画書を受け取っている居宅介護支援事業所は平均17.3件と複数の医療機関や事業所と連携している。

ロ　訪問看護を必要とする者は増加しており、そのニーズは多様化している。

- 医療依存度の高い患者が増加している。
- リハビリテーションのニーズが増加している

※　難病、がん、小児の利用者が増加し、利用者のニーズは多様化している。

※　訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向があり、訪問看護の担う役割は大きい。

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

9－① 訪問看護ステーション（予防を含む）（総括表）

9－① 訪問看護ステーション（予防を含む）（総括表）

			平成20年調査		平成23年調査		平成26年調査		（参考）平成25年概況調査	
			千円		千円		千円		千円	
1	Ⅰ 介護事業収益	(1)介護料収入	1,993		2,988		2,374		2,113	
2		(2)保険外の利用料	4		93		24		64	
3		(3)補助金収入	-		-		-		-	
4		(4)国庫補助金等特別積立金取崩額	-		-		-		-	
5		(5)介護報酬査定減	-6		-2		-3		-6	
6		(6)介護職員処遇改善交付金	-		-		-		-	
7	Ⅱ 介護事業費用	(1)給与費	1,582	79.4%	2,463	80.0%	1,834	76.6%	1,777	81.9%
8		(2)減価償却費	22	1.1%	41	1.3%	29	1.2%	23	1.1%
9		(3)その他	332	16.7%	463	15.0%	409	17.1%	330	15.2%
10		うち委託費	14	0.7%	19	0.6%	16	0.7%	8	0.4%
11	Ⅲ 介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	-		1		-		-	
12	Ⅳ 介護事業外費用	(1)借入金利息	3		8		3		3	
13	Ⅴ 特別損失	(1)本部費繰入	-		35		-		-	
14	収入 ①＝Ⅰ－Ⅰ(4)＋Ⅲ		1,992		3,080		2,395		2,171	
15	支出 ②＝Ⅱ＋Ⅳ＋Ⅴ－Ⅰ(4)		1,938		3,009		2,275		2,134	
16	差引 ③＝①－②		53	2.7%	71	2.3%	120	5.0%	38	1.7%
17	法人税等		-	-	-	-	15	0.6%	13	0.6%
18	法人税等差引 ④＝③－法人税等		-	-	-	1.4%	104	4.3%	24	1.1%
19	施設数		288		364		598		124	

※ 収支は収入に対する割合

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

9－① 訪問看護ステーション（予防を含む）（総括表）

9－① 訪問看護ステーション（予防を含む）（総括表）

			平成20年調査		平成23年調査		平成26年調査		（参考）平成25年概況調査	
20	延べ訪問回数		242.7回		285.6回		304.6回		265.0回	
21	延べ訪問時間		216.9時間		・		・		・	
22	常勤換算職員数(常勤率)		3.9人	72.6%	6.5人	68.8%	6.6人	72.4%	5.9人	75.2%
23	看護職員常勤換算数(常勤率)		2.7人	67.4%	5.0人	67.6%	4.8人	70.7%	4.3人	74.5%
	常勤換算1人当たり給与費									
24	常勤	看護師	412,271円		455,775円		448,780円		453,018円	
25	常勤	准看護師	312,475円		348,332円		370,355円		417,312円	
26	常勤	理学療法士	408,977円		402,273円		427,934円		453,896円	
27	常勤	作業療法士	385,108円		384,500円		409,339円		403,421円	
28	非常勤	看護師	305,112円		355,898円		371,055円		374,775円	
29	非常勤	准看護師	279,034円		338,914円		330,762円		243,683円	
30	非常勤	理学療法士	428,135円		441,698円		409,672円		447,880円	
31	非常勤	作業療法士	447,843円		370,120円		404,520円		376,732円	
32	訪問1回当たり収入		8,208円		10,786円		7,864円		8,195円	
33	訪問1回当たり支出		7,987円		10,536円		7,471円		8,053円	
34	常勤換算職員1人当たり給与費		379,712円		406,948円		417,942円		425,401円	
35	看護職員(常勤換算)1人当たり給与費		369,669円		419,937円		421,460円		429,064円	
36	常勤換算職員1人当たり訪問回数		62.9回		43.8回		46.1回		45.3回	
37	看護職員(常勤換算)1人当たり訪問回数		90.4回		56.7回		63.9回		62.0回	

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

9－② 訪問看護ステーション（予防を含む）（地域区分別集計表）

9－② 訪問看護ステーション（予防を含む）（地域区分別集計表）

			1級地		2級地		3級地		4級地		5級地		6級地		その他	
			千円		千円		千円		千円		千円		千円		千円	
1	Ⅰ 介護事業収益	(1)介護料収入	3,102		2,366		3,634		2,648		2,712		2,388		1,852	
2		(2)保険外の利用料	25		55		42		10		37		25		18	
3		(3)補助金収入	-		-		-		-		-		-		-	
4		(4)国庫補助金等特別積立金取崩額	-		-		-		-		-		-		-	
5		(5)介護報酬査定減	-6		-9		-4		-5		-4		-0		-2	
6	Ⅱ 介護事業費用	(1)給与費	2,392	76.6%	1,760	73.0%	2,721	74.1%	1,928	72.7%	2,054	74.8%	1,854	76.9%	1,488	79.7%
7		(2)減価償却費	21	0.7%	10	0.4%	38	1.0%	31	1.2%	21	0.8%	23	1.0%	34	1.8%
8		(3)その他	432	13.9%	406	16.8%	783	21.3%	533	20.1%	385	14.0%	391	16.2%	312	16.7%
9		うち委託費	14	0.4%	13	0.5%	41	1.1%	19	0.7%	21	0.8%	12	0.5%	12	0.7%
10	Ⅲ 介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	-		-		-		-		-		-		-	
11	Ⅳ 介護事業外費用	(1)借入金利息	2		-		1		2		2		7		2	
12	Ⅴ 特別損失	(1)本部費繰入	-		-		-		-		-		-		-	
13	収入 ①＝Ⅰ－Ⅰ(4)＋Ⅲ		3,120		2,412		3,672		2,652		2,745		2,412		1,868	
14	支出 ②＝Ⅱ＋Ⅳ＋Ⅴ－Ⅰ(4)		2,846		2,175		3,543		2,495		2,461		2,274		1,836	
15	差引 ③＝①－②		274	8.8%	236	9.8%	129	3.5%	157	5.9%	284	10.3%	138	5.7%	32	1.7%
16	法人税等		40	1.3%	13	0.6%	30	0.8%	13	0.5%	9	0.3%	16	0.6%	11	0.6%
17	法人税等差引 ④＝③－法人税等		234	7.5%	223	9.3%	98	2.7%	144	5.4%	275	10.0%	122	5.1%	22	1.2%
18	施設数		42		19		50		58		52		131		246	

※ 比率は収入に対する割合

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

9－② 訪問看護ステーション（予防を含む）（地域区分別集計表）

9－② 訪問看護ステーション（予防を含む）（地域区分別集計表）

			1級地		2級地		3級地		4級地		5級地		6級地		その他	
19	延べ訪問回数		383.3回		341.7回		422.0回		331.3回		345.0回		307.7回		248.4回	
20	常勤換算職員数(常勤率)		7.5人	67.1%	5.7人	66.5%	8.8人	68.4%	7.1人	65.8%	7.7人	74.4%	6.6人	73.1%	5.7人	76.3%
21	看護職員常勤換算数(常勤率)		5.3人	71.0%	4.5人	68.5%	5.8人	64.6%	5.0人	63.4%	5.5人	70.6%	4.7人	69.5%	4.3人	75.2%
	常勤換算1人当たり給与費															
22	常勤	看護師	492,858円		460,421円		464,213円		438,149円		439,368円		453,832円		437,433円	
23	常勤	准看護師	459,284円		446,822円		355,384円		377,624円		438,752円		374,766円		331,194円	
24	常勤	理学療法士	425,007円		484,492円		431,180円		440,158円		416,488円		412,988円		435,014円	
25	常勤	作業療法士	451,456円		-		435,239円		404,101円		424,411円		382,086円		413,433円	
26	非常勤	看護師	426,480円		351,907円		454,238円		362,106円		352,581円		343,099円		355,019円	
27	非常勤	准看護師	292,755円		374,872円		297,011円		337,354円		330,353円		331,570円		337,824円	
28	非常勤	理学療法士	433,968円		444,843円		431,078円		352,880円		455,066円		461,084円		364,207円	
29	非常勤	作業療法士	468,421円		416,941円		436,740円		408,484円		389,919円		388,429円		345,474円	

30	訪問1回当たり収入	8,140円	7,059円	8,701円	8,006円	7,956円	7,841円	7,519円
31	訪問1回当たり支出	7,426円	6,367円	8,396円	7,532円	7,134円	7,393円	7,390円
32	常勤換算職員1人当たり給与費	457,275円	430,319円	447,863円	404,877円	414,749円	415,138円	405,814円
33	看護職員(常勤換算)1人当たり給与費	470,170円	426,106円	455,474円	407,304円	413,632円	418,157円	409,945円
34	常勤換算職員1人当たり訪問回数	51.2回	60.4回	47.9回	46.7回	44.9回	46.5回	43.5回
35	看護職員(常勤換算)1人当たり訪問回数	71.8回	75.2回	73.1回	66.5回	63.2回	65.1回	57.7回

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

9－③ 訪問看護ステーション（予防を含む）（延べ訪問回数別集計表）

9－③ 訪問看護ステーション（予防を含む）（延べ訪問回数別集計表）

			100回以下		101～200回		201～300回		301～400回		401回以上	
			千円		千円		千円		千円		千円	
1	Ⅰ 介護事業収益	(1)介護料収入	480		1,292		2,032		2,740		4,781	
2		(2)保険外の利用料	8		15		17		21		52	
3		(3)補助金収入	-		-		-		-		-	
4		(4)国庫補助金等特別積立金取崩額	-		-		-		-		-	
5		(5)介護報酬査定減	-0		-0		-1		-4		-8	
6	Ⅱ 介護事業費用	(1)給与費	409	83.8%	1,078	82.4%	1,619	79.0%	2,115	76.7%	3,527	73.1%
7		(2)減価償却費	7	1.5%	26	2.0%	25	1.2%	22	0.8%	53	1.1%
8		(3)その他	99	20.2%	223	17.1%	357	17.4%	498	18.1%	792	16.4%
9		うち委託費	2	0.3%	11	0.8%	10	0.5%	24	0.9%	32	0.7%
10	Ⅲ 介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	-		-		-		-		-	
11	Ⅳ 介護事業外費用	(1)借入金利息	0		1		7		1		2	
12	Ⅴ 特別損失	(1)本部費繰入	-		-		-		-		-	
13	収入 ①＝Ⅰ－Ⅰ(4)＋Ⅲ		488		1,307		2,049		2,757		4,825	
14	支出 ②＝Ⅱ＋Ⅳ＋Ⅴ－Ⅰ(4)		515		1,329		2,007		2,636		4,375	
15	差引 ③＝①－②		-27	-5.6%	-21	-1.6%	42	2.0%	121	4.4%	451	9.3%
16	法人税等		6	1.1%	10	0.8%	8	0.4%	23	0.9%	30	0.6%
17	法人税等差引 ④＝③－法人税等		-33	-6.7%	-32	-2.4%	34	1.6%	97	3.5%	420	8.7%
18	施設数		56		153		157		86		146	

※ 比率は収入に対する割合

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

9－③ 訪問看護ステーション（予防を含む）（延べ訪問回数別集計表）

9－③ 訪問看護ステーション（予防を含む）（延べ訪問回数別集計表）

			100回以下		101～200回		201～300回		301～400回		401回以上	
19	延べ訪問回数		57.9回		153.9回		241.6回		342.6回		657.1回	
20	常勤換算職員数(常勤率)		3.8人	77.1%	4.3人	74.0%	6.0人	72.8%	7.3人	69.3%	11.1人	71.9%
21	看護職員常勤換算数(常勤率)		3.1人	75.6%	3.6人	73.4%	4.5人	72.4%	5.2人	67.8%	7.0人	68.0%
	常勤換算1人当たり給与費											
22	常勤	看護師	396,552円		441,586円		441,891円		456,879円		466,841円	
23	常勤	准看護師	465,991円		386,673円		344,179円		229,037円		358,463円	
24	常勤	理学療法士	434,336円		424,019円		435,017円		443,791円		424,790円	
25	常勤	作業療法士	399,998円		343,424円		380,440円		405,948円		416,534円	
26	非常勤	看護師	294,574円		342,239円		360,913円		417,996円		381,008円	
27	非常勤	准看護師	317,093円		313,637円		324,049円		380,580円		346,095円	
28	非常勤	理学療法士	-		369,743円		409,177円		430,873円		409,182円	
29	非常勤	作業療法士	347,059円		326,209円		334,230円		441,080円		427,387円	

30	訪問1回当たり収入	8,420円	8,493円	8,478円	8,047円	7,343円
31	訪問1回当たり支出	8,887円	8,632円	8,306円	7,694円	6,658円
32	常勤換算職員1人当たり給与費	386,949円	410,141円	411,398円	428,143円	426,721円
33	看護職員（常勤換算）1人当たり給与費	379,883円	411,155円	414,809円	438,515円	433,962円
34	常勤換算職員1人当たり訪問回数	15.4回	35.8回	40.6回	47.0回	59.3回
35	看護職員（常勤換算）1人当たり訪問回数	18.7回	43.2回	53.4回	65.4回	93.5回

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

2.経営分析とバランススコアカード
（経営分析の基礎知識）

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

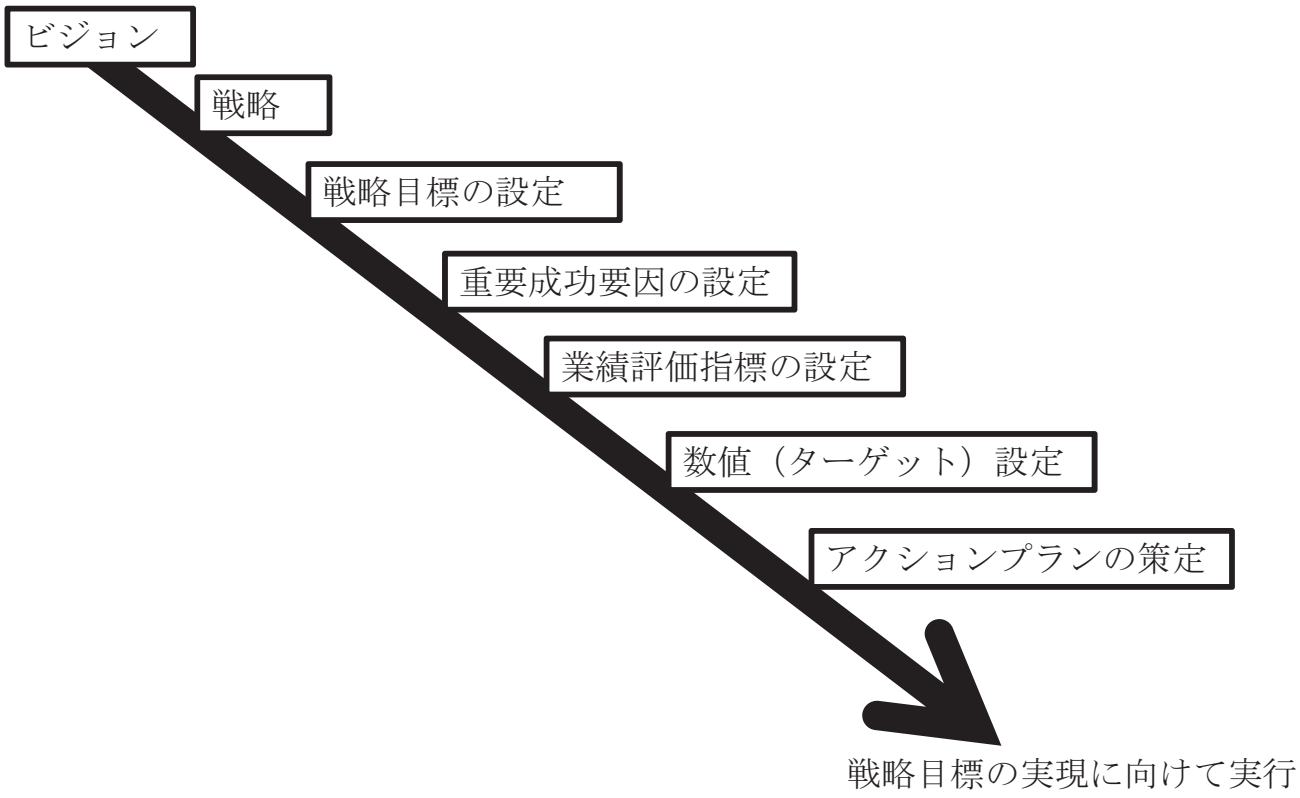
2－1　バランススコアカードの目的

■ **バランススコアカードの目的は、理念**（Vision）**を現実化**（Action）**させることです。**



- バランススコアカードは、戦略経営のためのマネジメントシステムです。
- バランススコアカードの考え方は、1992年アメリカで発表されました。
- バランススコアカードは、従来の財務分析による①業績評価に加えて、②顧客の視点、③業務の内容や製品のクオリティ（業務プロセスの視点）、④組織のもつナレッジ（アイディア、ノウハウ）や職員の意識・能力（成長と学習の視点）など有形資産、無形資産、未来への成長などを総合的に評価した上で、組織の理念をもとに行動計画を立案するためのマネジメント手法です。

2-2　バランススコアカードの概要



Copyright © 2015 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

2-2～②　　戦略目標の設定～BSCとSWOT分析～

①事業環境分析

内部環境（自社）	外部環境（自社以外）	
・財務（財務の視点） ・顧客（顧客の視点） ・業務プロセス（業務プロセスの視点） ・経営資源（学習と成長の視点） ・経営組織 ・人材 ・マーケティング	マクロ環境 ・自然 ・社会・文化 ・法律・政治 ・経済・技術	ミクロ環境 ・市場環境 ・競業他社 ・供給環境 ・財務 ・顧客 ・商品・サービス

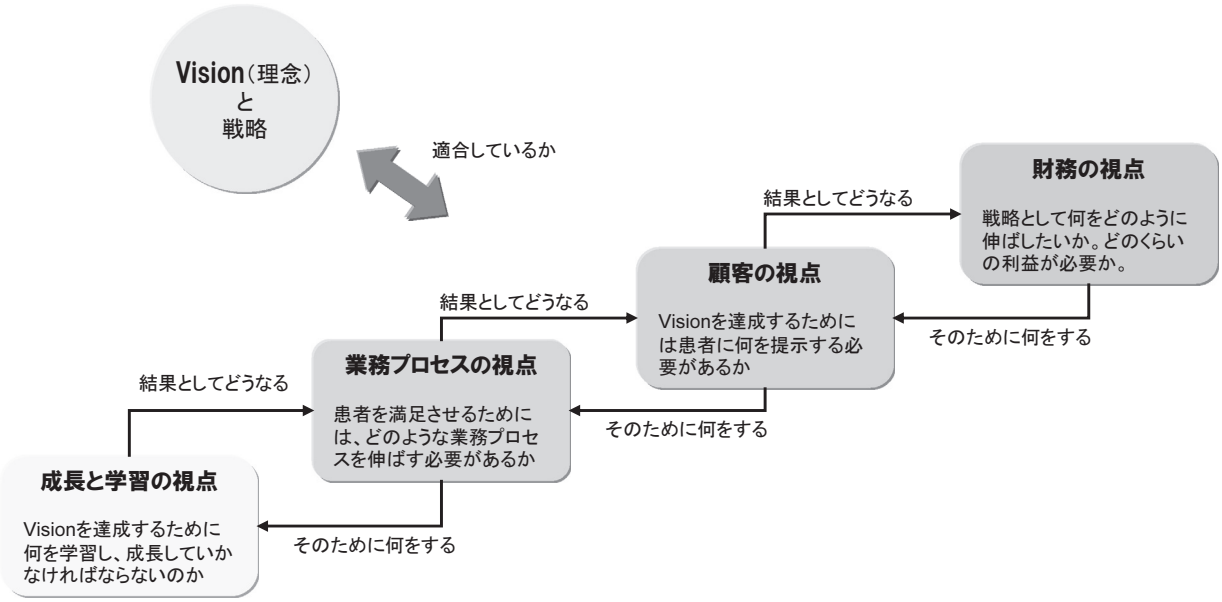
②SWOT分析

内部環境	外部環境
強　　み ・すでに自社の強み ・強みとして強化しているもの ・将来強みとしたいもの	機　　会 ・将来のビジネスチャンス
弱　　み ・克服するための方法 ・克服しない場合のリスク	脅　　威 ・対処しない場合の将来

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

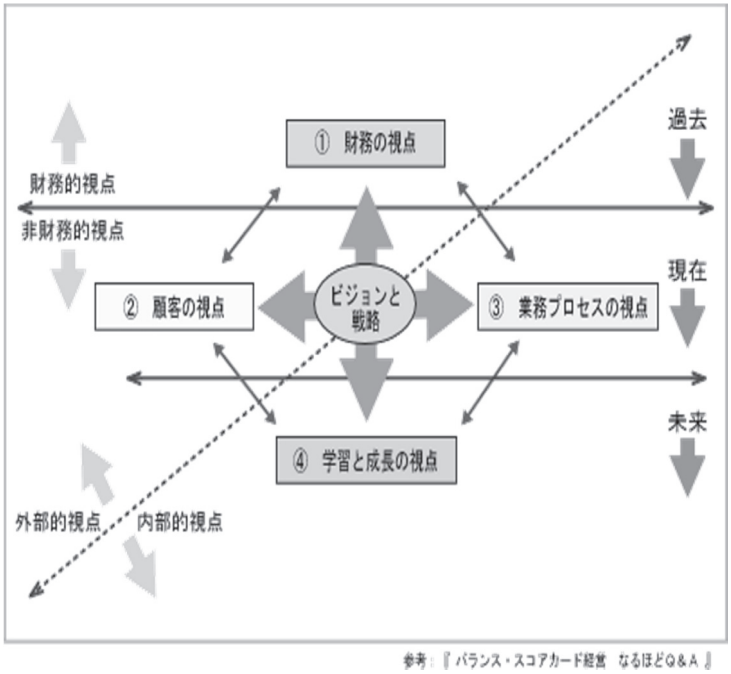
2－3　バランススコアカードの基本形

■ **バランススコアカードは、Visionと4つの視点から形成されます。**



2－4　基本形とその理論

■ **４つの視点を均等に活用するのではなく、組織の現状に合わせてポイントをおきます。**



参考：『バランス・スコアカード経営　なるほどQ&A』

① 財務と非財務とのバランス

財務数値（業績）だけではなく、他の経営状況や経営品質（顧客満足度、業務プロセス、社員のモチベーションなど）も評価する

②時間のバランス

財務の視点は、結果を表す過去の事象となる。

顧客の視点、業務プロセスの視点は、財務の結果を生み出す現在の状況となる。

学習と成長の視点は、結果が出るまで時間がかかるため未来の予想となる。

③内部と外部のバランス

外部の視点は、顧客とその結果である財務の視点。

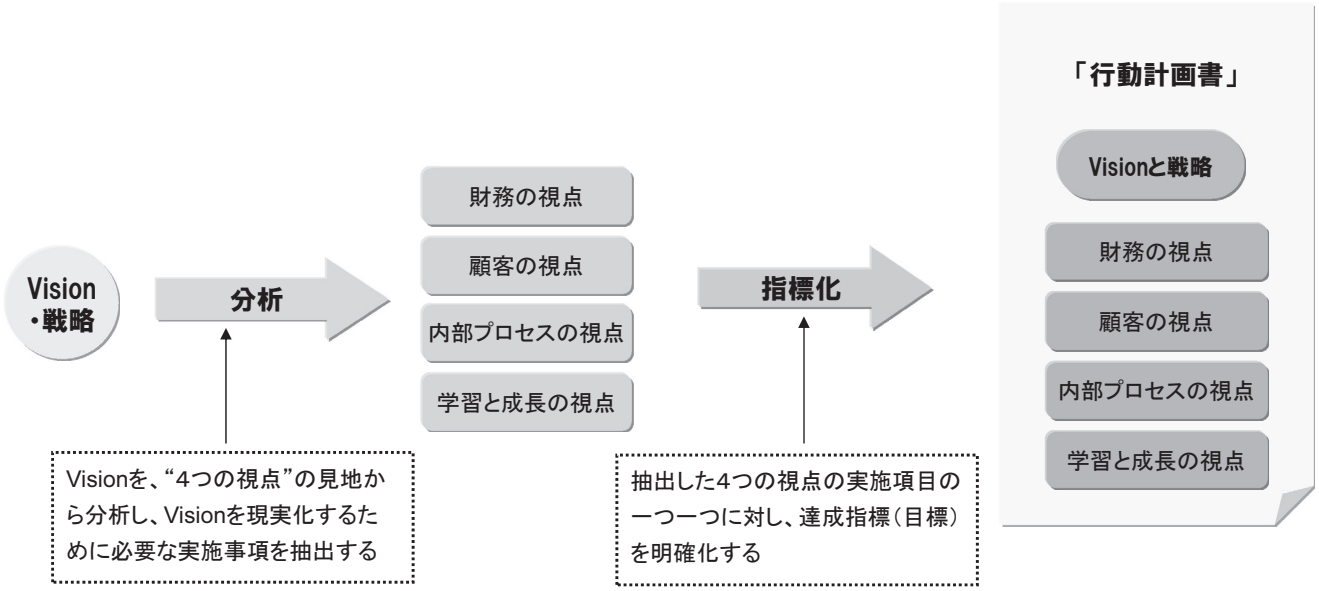
内部の視点は、組織の成長を促す学習の視点と、組織の持つノウハウとしての業務プロセスの視点。

④その他
要因と結果のバランス
利害関係者と組織とのバランス

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

2－5　理念･戦略を現実化するツールとしての活用

■ **それぞれの視点を明確化し、目標・指標を設けることにより、具体的な行動計画として活用できます。**



Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

2－6　4つの視点①　財務の視点

■ **財務の視点とは、財務的業績の向上のために何をしなければならないかという視点です。**

1. 財務業績の向上のために、患者・家族・地域及び職員に対してどのように行動すればよいかを表したものです
2. 原則として、財務の視点における業績評価指標は、顧客の視点や業務プロセスの視点の業績評価の最終的指標となります。
3. 医療業界の場合、行政や診療報酬といった、外部要因に財務行政が大きく影響されるため、収益だけでなく、コスト削減の面での財務指標を強く設ける必要があります。
4. 財務の視点は、他の視点と比較して、組織のVisionの実現のためにより大きな影響を与えます。

【財務の視点の指標例】

- 医業収益
- 報酬単価
- 訪問回数
- 平均訪問回数
- 総収支（損益）比率
- 医業（損益）収支比率
- 職員一人一日あたりの医業収益
- 看護師一人一日当たりの医業収益
- 人件費率
- 材料費率
- 薬品使用効率
- キャッシュフローマージン　　･･･etc.

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

2−7　4つの視点②　顧客の視点

■ **顧客の視点とは、顧客満足を得るために何をしなければならないかという視点です**

1. 患者・家族・地域にステーションを利用してもらうことが財務指標の実現につながります。つまり、顧客の視点とは、財務目標を達成するために患者等に対しどのように行動すべきという視点で表します。
2. 他に、顧客の視点における業績評価指標は、業務プロセスの視点・学習と成長の視点の目標となりえます。
3. 顧客の視点は、顧客側からの顧客の視点と組織側からの顧客の視点と2つに区分します。
4. 患者の視点のキーワードは、「医療サービス品質」「ホスピタリティー」「訪問看護需要」「ステーションのイメージ」などがあげられます。

【顧客の視点の指標例】

- 地域人口動態比率
- 地域診療科別患者数
- 患者満足度調査
- 訪問のサービスに対する満足度
- 看護師のケアに対する満足度
- ハウスキーピングに対する満足度
- 新患者数
- 新患者数増加率
- 緊急訪問実施率　・・・etc.

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

2−8　4つの視点　内部プロセスの視点

■ **内部プロセスとは、競合先に対して、また顧客に対して、どのような業務力を持っていることが望ましいかという視点です**

1. 他のステーションと比べ違って（勝って）いなければならない点、患者の求めるサービスとは何かという点に対する組織の対応能力の視点を表します。
2. 内部プロセスの指標は、それを達成することで、財務の視点及び顧客の視点の指標を満たすものとなります。また、内部プロセスの指標を満たすためには、学習と成長の視点から、職員スキルの向上が要求されます。
3. 「同じ項目であっても視点が異なれば指標も異なります。業務の標準化」という項目は、内部プロセスの視点からは効率性が、顧客の視点からは満足度がその達成指標となります。

【内部プロセスの視点の指標例】

- 院内感染患者発生件数
- ひやり・はっと報告書提出件数
- 褥瘡発生率
- 職員時間外勤務比率
- 職員平均年齢
- 職員平均勤続年数
- 離職率
- 業務改善提案書提出件数
- マニュアル新規作成・修正件数
- 疾病（利用者）別コスト・・・・・etc.

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

2−9　４つの視点　学習と成長

■ **学習と成長の視点とは、Visionを達成し、戦略を実現化するために、組織がどのような点を成長させていくことが必要かという視点です**

1. 学習と成長の視点は、他の3つの視点における指標を達成するために、組織がどのように学習し、成長していくべきかを表す視点です
2. 学習と成長の視点では、目標設定においてその年度の実績に直接影響をするものは少なく、人材の成長を通じた組織力の向上が、未来を想定していることに注意する必要があります。
3. 学習と成長の視点は、下記の3つの観点から分析・指標化します
   - 社員の意識
   - 能力開発
   - ナレッジマネジメント（ノウハウの蓄積）

【学習と成長の視点の指標例】

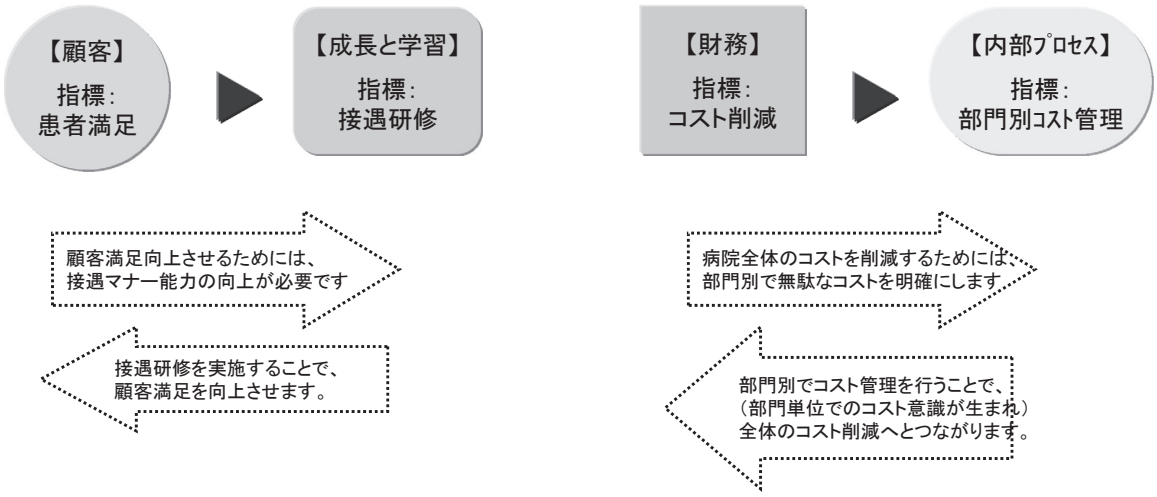
- 職員満足度調査結果
- ステーション内研修会開催件数
- ステーション内研修会出席件数
- 外部研修・学会等参加件数
- 上司との面接回数
- 新規資格取得者数
- 教育研修費の伸び率
- 専門師数
- 認定看護師数　　・・・ etc.

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

2−10　４つの視点を関連付けるとは？　その１

【例示その1】　　【例示その2】

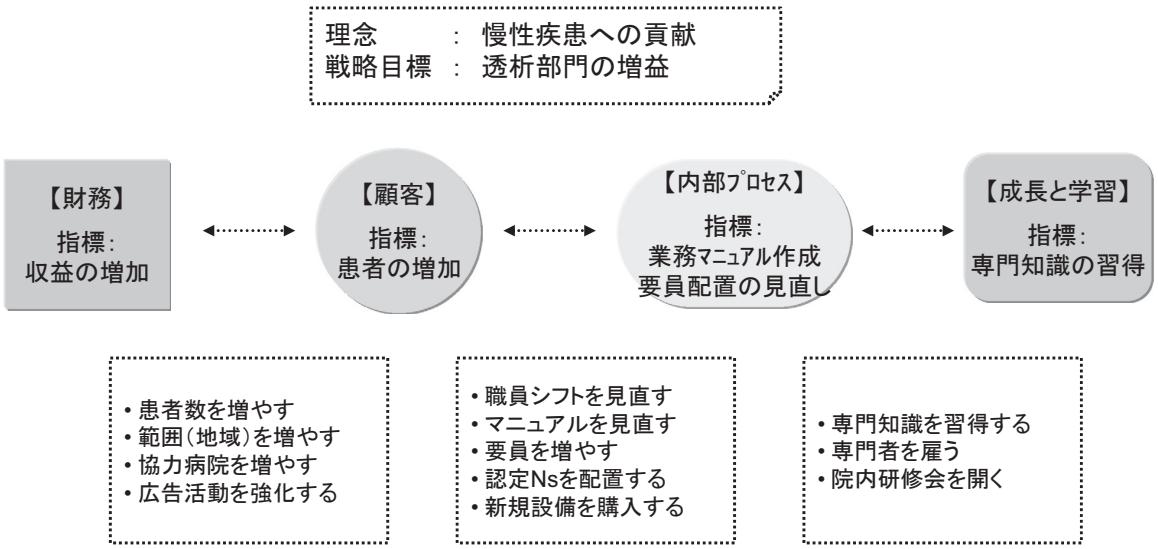
■ **各視点は、互いに関連し合うことでその達成に向かいます**



Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

2ー11　４つの視点を関連付けるとは？　その２

■ **複合的に関連付けることで、BSCの求める複合的（財務・非財務をあわせた）マネジメントの全体像が見えてきます。**

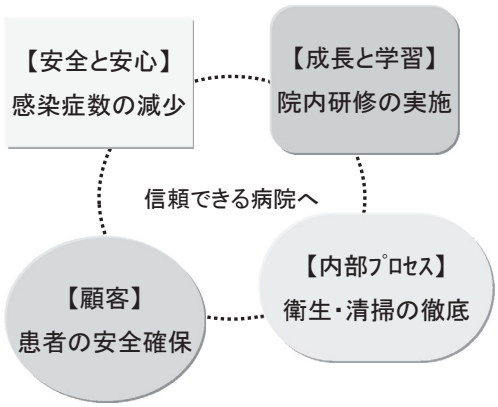


Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

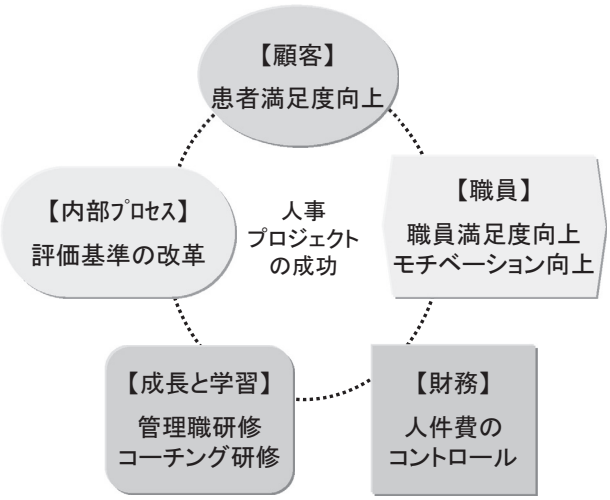
2ー１２　４つの視点を関連付けるとは？　その３

■ **視点を取捨選択させることで、経営マネジメントだけでなく、部門やプロジェクト単位のマネジメントツールとして対応可能になります。**

【感染症対策委員会における視点】



【人事制度構築プロジェクトにおける視点】

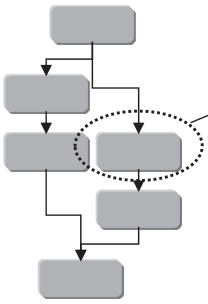


Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

2－13　戦略マップの作成と指標の明確化

- **各視点を関連付けたものを「戦略マップ」と呼びます。**
- **戦略マップの各項目に指標を設けたものを「バランススコアカード」と呼びます。**

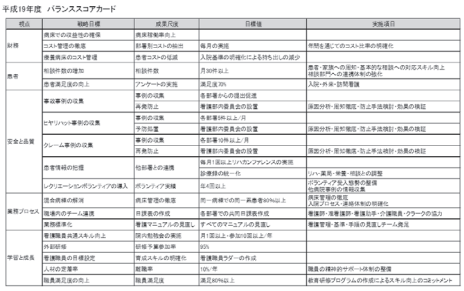
【戦略マップ】



【指標・目標】

【達成指標】
●●以上・以下
●●%up
●●を作成する





平成19年度　バランススコアカード

視点	戦略目標	成果尺度	目標値	実施項目
財務	病床での収益性の確保	病床稼働率向上		
	コスト管理の徹底	診療科ごとコストの給出	毎月の実施	年間を通じてのコスト比率の明確化
	療養病床のコスト管理	患者コストの低減	入院基準の明確化による特名出しの減少	
患者	相談件数の増加	相談件数	月30件以上	患者・家族への説明・基本的な相談への対応スキル向上 相談部門への連携体制の強化
	患者満足度の向上	アンケートの実施	満足度70%	入院・外来・訪問看護
安全と品質	事故事例の収集	事例の収集	各部署からの提出伝達	
		再発防止	看護部内委員会の設置	原因分析・見直策提案・防止手法検討・効果の検証
	ヒヤリハット事例の収集	事例の収集	各部署5件以上／月	
		予防対策	看護部内委員会の設置	原因分析・見直策提案・防止手法検討・効果の検証
	クレーム事例の収集	事例の収集	各部署5件以上／月	
		再発防止	看護部内委員会の設置	原因分析・見直策提案・防止手法検討・効果の検証
	患者情報の伝達	他部署との連携	毎月1回以上リハカンファレンスの実施	
			診療録の統一化	パス・薬剤・検査・時刻などの調整
	レクリエーションボランティアの導入	ボランティア実績	年4回以上	ボランティア受入包括的の整備 地域医療側の情報収集
業務プロセス	混合病棟の解消	病床管理の徹底	同一病棟での同一疾患者90%以上	病床管理の徹底 入院プロセス・退院体制の明確化
	職場内のチーム構築	共課題の作成	各部署での共同課題作成	看護部門・医療連携・看護協会・介護職員・クラークの協力
	業務標準化	看護マニュアルの見直し	すべてのマニュアルの見直し	看護管理・医事・事務の見直しチーム発足
学習と成長	看護職員資質スキル向上	院内勉強会の実施	月1回以上・参加10回以上・年	
		外部研修	研修予算参加率	90%
	看護職員の目標設定	常近スキルの明確化	看護職員ラダーの作成	
	人材の定着率	離職率	10%/年	職員の精神的サポート体制の整備
	職員満足度の向上	職員満足度	満足80%以上	教育研修プログラムの作成による人材育成とのコミットメント

「バランススコアカード例」

click

バランススコアカードの現物を確認することで感覚をつかんでください

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

2－14　BSC ≒ 目標管理 ＋ 事業計画

- **大雑把に言えば、BSCは、目標管理制度であり、事業計画です。**
- **新しい管理手法ではなく、既存の手法に新しい視点を取り入れたものと考えてください。**

目標管理制度

- 組織・部門・個人単位で実施すべき事項を目標として立案し、年度で進捗をはかる
- 各目標立案単位で相互の関連性が望みにくい

事業計画書

- 組織経営上で実施すべき計画を年度・中期・長期単位で明確にしたもの
- 形式的に陥りやすく、現実性が薄く使用勝手がよくない

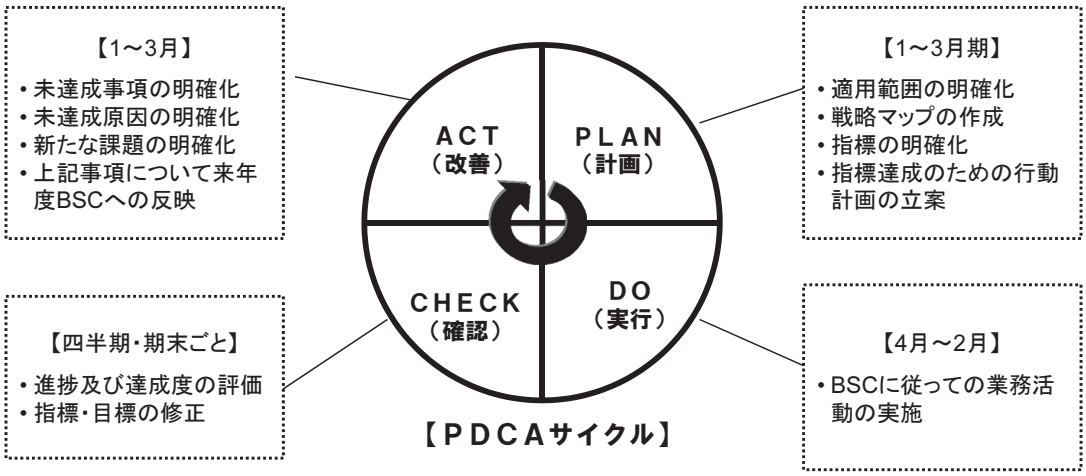
特徴①　組織のかかえる諸問題に対する分析及び計画立案の観点を4つの視点にて限定した
特徴②　それぞれの視点に対し、関連しあっていることを可視化した

バランススコアカード

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

2－15　運用サイクル

■ **目標管理制度、事業計画の運用と同様に１年の期間で**PDCA**サイクルにて運用します。**



【ＰＤＣＡサイクル】

ＢＳＣを計画（ＰＬＡＮ）し、目標達成のための行動計画を実行（ＤＯ）する。目標の進捗評価・達成評価（ＣＨＥＣＫ）し、改善事項（ＡＣＴ）として来年度のＢＳＣに反映させる。

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

2-16　BSCを上手に活用するために

■ BSC**をうまく活用するために下記の点に注意してください**

トップの強い関与

- トップが組織のVisionを明確にするところからバランススコアカードがスタートします。
- 仮に、Visionを事務長が代弁した場合、BSCは事務長の管轄範囲での影響力にとどまります。

視点の取捨選択

- 四つの視点のすべてを取り入れる必要はありません。また病院独自に取り入れる視点もあるはずです。
- BSCの導入目的に応じた視点の取捨がPOINTとなります。

適用可能な範囲での導入

- 組織全体・部門・チームなど、導入適用範囲を明確に定めます。
- 委員会で導入する場合は財務の視点を入れないなど、適用対象により視点が異なることに注意してください。

徹底的な理解

- とかく理論に走りがちなのがBSCです。
- 基本は目標管理制度に事業計画を足しただけのものです
- 知識を駆使するよりも運用ベースの使い勝手を重要視してください。

現実指標でとにかく継続

- 人事制度・目標管理制度などと同様、継続こそがよりよい効果を生みます。
- 継続するためには、実現可能で、意味のある指標・目標設定が必須となります。

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

【参考】 戦略策定のためのSWOT分析手法

■ **Visionを明確にし、その達成のための戦略を抽出する方法としてSWOT分析という手法があります。**

【内部的要因】

強みの分析項目	弱みの分析項目
他の医療機関に優越する能力は？	明確な戦略がない？
適切な資金の源泉は？	競争上の地域が低下していないか？
競争にあたる技術は？	設備の陳腐化していないか？
顧客のよいイメージは？	なぜ、標準以下の収益性か？
自院は市場のリーダー？	院長の管理不足ではないか？
事業別戦略は考えられているか？	理事長の経営能力不足ではないか？
規模の経済性は？	主要な技術や能力の不足ではないか？
協力は競争圧迫から隔離されている？	戦略策定の能力不足ではないか？
自前、独自の技術は？	戦略実行の能力不足ではないか？
コストの優位性は？	内部的な経営問題が発生していないか？
競争上の優位性は？	競争圧迫に弱い体質か？
サービス革新の能力は？	新技術・サービス導入が遅れていないか？
有能な経営者か？	患者のイメージが弱くないか？
事務職員の能力は？	診療科のそろいが悪くないか？
職員のやる気は？	競争上で不利な点はないか？
その他、当院の強みは？	マーケティング（地域連携）力はあるか？

【外部的要因】

機会の分析項目	脅威の分析項目
新市場への参入チャンス	既存の市場への新規参入者
診療科の増設	代替サービスの増加
新検査の追加	市場成長の低下
補完的なサービスの追加	逆行的な政府政策
市場の早い成長	競争圧迫の増大景気動向とその影響
ライバル間の安定・安心感	連携相手とのパワー関係
ライバルの減少	患者ニーズの変化
提携先の発生	人口の減少

■ キーワードに従い、組織の内部要因（強みと弱み）と、外部要因（業界・関連機関等からの機会と脅威）を抽出する

■ 抽出結果をVision（組織のあるべき姿）と合わせ、戦略（組織の向かう道）として明文化する

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

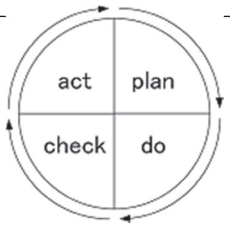
3.経営計画の概要

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

3-1経営計画

(1)訪問看護事業における『P-D-C-A』サイクルを理解し、実際の運用に役立てるようにする。

P ＝ Plan 計画の立案
D ＝ Do 計画の実行
C ＝ Check 実行状況の点検
A ＝ Action 対応策の実施



Plan	目標を設定して、それを実現するための計画を立てる。
Do	計画を実施し、その成果を測定する。
Check	測定結果を評価し、結果を目標と比較するなど分析を行う。
Action	対応策の実施と改善点の明確化

(2)訪問看護事業における『利益』とは何か、それをどうやって確保するのかを考える。

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

3-2訪問看護事業における『利益』とは何か？

(1)利用者から見た利益とは何か
利便性 安心感 質の高さ、心身の安らぎ、継続性
←これらを確保するにはどうすべきか

(2)利用者の家族から見た利益とは何か
利用者の喜び、継続性

(3)働いているスタッフから見た利益とは何か
働くことの充実感
生涯設計の見える人事制度、継続性

(4)事業主体にとっての利益とは何か
経営理念の実現と継続性

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

3-3訪問看護事業の『利益』を数字で表現すると

１．単に『黒字』であれば良いという問題ではない。しかし、『赤字』で良いはずもない。
赤字と言うことは、事業の継続性が維持できない。
赤字と言うことは、施薬救療精神を維持できず、自分たちが済生の対象になる。
赤字と言うことは、スタッフの昇給財源確保ができず、将来への不安を産み出す。
赤字と言うことは、病院事業等ほかの事業に負担を掛けることとなる。

２．では、どの程度の黒字を達成すべきなのか。
スタッフの退職金準備　　目安として、毎年1ヶ月分＝｛給与総額×6%－共済金｝
設備投資の準備　　目安としては、投資購入金額の10%
人的投資の準備　　スタッフは一日で育つ訳ではないので、計画的に準備
スタッフの育成計画とそれに合わせた資金準備
情報システム整備等、今後必要になると思われる投資資金準備

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

3-4　計画案検討のまえに必要な現状認識

事業計画を立案するにあたっては、正確な現状認識が必要になります。

現状認識を行うにあたっては、本来であれば問題点を洗い出し、課題を整理して、計画の中に織り込んでいく必要があるのですが、初めて計画を建てようとする場合には、財務状況及び利用者の状況の認識に留め、計画立案の中で整理していくのが良いでしょう。

ここでは初めて計画を立案するという前提で、現状認識の方法を考えていきましょう。

東京で展開する訪問看護ステーションを実例にして、現状認識からはじめます。

スタッフは、所長のほか７名が常勤で、パートが１名です。週のうち、木曜日と日曜日、祝日が休日です。ここでは、計算を簡単にするために月25日とします。実際の計算では、きちんと日数を数えましょう。

医療保険の利用者が5名で、月平均10.0回の利用となっています。介護保険の利用者は55名で、月平均利用回数が6.2回となっていました。

作成された『損益計算書』と『貸借対照表』は以下の通りです。

そして、今年の目標は立てていませんでした。来年度からは、目標管理を進めて行きたいと考えています。

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

3-5損益計算書

（自平成27年1月1日　至平成27年12月31日）　（単位：円）

訪問看護療養費収益				対収入比
訪問看護収入		40,308,413		88.1%
居宅介護支援収入		4,460,595		9.7%
その他医業収入		1,325,265		2.9%
保険等調整増減		−321,963		−0.7%
【収入合計】		45,772,310		100%
	給与手当		30,980,274	67.7%
	賞与		5,678,218	12.4%
	法定福利費		4,878,450	10.7%
	【給与費合計】		41,536,942	90.7%
	訪問材料費		35,222	0.1%
	訪問薬品費		13,064	0.0%
	【材料費合計】		48,286	0.1%
	旅費交通費		801,750	1.8%
	通信費		466,826	1.0%
	消耗品費		520,788	1.1%
	水道光熱費		291,464	0.6%
	車両費		36,580	0.1%
	地代家賃		1,560,000	3.4%
	支払手数料		112,226	0.2%
	委託費		146,880	0.3%
	保険料		56,190	0.1%
	その他の経費		80,358	0.2%
	【経費】		4,073,062	8.9%
	【減価償却費】		0	0.0%
	【研究研修費】		0	0.0%
	【事業利益】		114,020	0.2%
	医業外収入		156,560	0.3%
	【経常利益】		270,580	0.6%

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

3-6比較損益計算書

比較損益計算書　（単位：円）

訪問看護療養費収益	27年12月期	26年12月期	増減
訪問看護収入	40,308,413	37,760,575	2,547,838
居宅介護支援収入	4,460,595	3,498,798	961,797
その他医業収入	1,325,265	1,824,879	−499,614
保険等調整増減	−321,963	−213,032	−108,931
【収入合計】	45,772,310	42,871,220	2,901,090
給与手当	30,980,274	25,450,591	5,529,683
賞与	5,678,218	3,918,746	1,759,472
法定福利費	4,878,450	3,857,835	1,020,615
【給与費合計】	41,536,942	33,227,172	8,309,770
訪問材料費	35,222	37,901	−2,679
訪問薬品費	13,064	13,033	31
【材料費合計】	48,286	50,934	−2,648
旅費交通費	801,750	708,398	93,352
通信費	466,826	469,482	−2,656
消耗品費	520,788	546,671	−25,883
水道光熱費	291,464	280,453	11,011
車両費	36,580	32,200	4,380
地代家賃	1,560,000	1,560,000	0
支払手数料	112,226	2,847,353	−2,735,127
委託費	146,880	146,880	0
保険料	56,190	53,430	2,760
その他の経費	80,358	142,701	−62,343
【経費】	4,073,062	6,787,568	−2,714,506
【減価償却費】	0	0	0
【研究研修費】	0	0	0
【事業利益】	114,020	2,805,546	−2,691,526
医業外収入	156,560	0	156,560
【経常利益】	270,580	2,805,546	−2,534,966

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

3-7貸借対照表

貸借対照表
（平成27年12月31日現在）　（単位：千円）

科目	金額	科目	金額
（資産の部）		（負債の部）	
流動資産	15,537,609	流動負債	706,473
現金	87,722	買掛金	28,500
普通預金	7,127,543	未払費用	132,563
医業未収金	8,322,344	預り金	464,410
		未払法人税等	81,000
固定資産	536,233	固定負債	15,678,381
車両運搬具	1	長期借入金	15,678,381
器具及び備品	38,712	預り保証金	
レセコンソフト	497,520	負債合計	16,384,854
敷金	0	（資本の部）	
		資本金	
		利益剰余金	(311,012)
		当期未処分利益	(311,012)
		（うち当期利益	270,580）
		資本合計	(311,012)
資産合計	16,073,842	負債及び資本合計	16,073,842

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

3-8貸借対照表

貸借対照表　26.9.30

勘定科目	期首	借方	貸方	期末
現金	46,120	757,420	715,818	87,722
普通預金	7,017,601	44,761,775	44,651,833	7,127,543
医業未収金	7,274,682	45,587,898	44,540,236	8,322,344
【流動資産】	14,338,403	91,107,093	89,907,887	15,537,609
車両運搬具	1		0	1
器具備品	38,712		0	38,712
電話加入権	0			0
コンピュータソフト	288,000	209,520	0	497,520
【固定資産】	326,713	209,520	0	536,233
敷金	0			0
【投資等】	0	0	0	0
【借方合計】	14,665,116	91,316,613	89,907,887	16,073,842
買掛金	25,630	95,693	98,563	28,500
未払費用	148,026	578,963	563,500	132,563
預り金	378,910	5,484,350	5,569,850	464,410
未払法人税等			81,000	81,000
【流動負債】	552,566	6,159,006	6,312,913	706,473
長期借入金	17,178,381	1,500,000	0	15,678,381
【固定負債】	17,178,381	1,500,000	0	15,678,381
【負債合計】	17,730,947	7,659,006	6,312,913	16,384,854
当期未処分利益	−6,373,056		6,062,044	−311,012
【資本合計】	−6,373,056	0	6,062,044	−311,012

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

3-9収入の内訳

収入の内訳

収入内訳	年間合計	月間平均			
		件数	回数	平均単価	平均収益
訪問看護療養費収益					
同上医療保険分	6,460,942	5	50	10,648	538,412
同上介護保険分	33,847,471	55	342	8,237	2,820,623
訪問看護利用料収益					
同上医療保険分					
同上介護保険分					
居宅介護支援収入	4,460,595				371,716
その他利用料収益	1,325,265				110,439
保険等調整増減	−321,963				−26,830
【収益合計】	45,772,310	0	0		3,814,359

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

3-10給与費の内訳

給与賞与の内訳

氏名	給与内訳			1日勤務時間	
	平均月額	年間賞与	年間給与	時間	訪問件数
常勤職員					
A(責任者)	400,000	1,080,000	5,880,000	8	1
B(ケアマネ)	270,000	675,000	3,915,000	8	0
C	365,000	766,000	5,146,000	8	3
D	380,000	800,000	5,360,000	8	4
E	355,000	750,000	5,010,000	8	3
F	370,000	770,000	5,210,000	8	3
G(理学療法士」)	290,000	725,000	4,205,000		
I(事務員)	150,000	50,000	1,850,000	5	
【給与賞与】	2,580,000	5,616,000	36,576,000	53.0	14

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

3-11訪問紹介先ルート

訪問先紹介ルート

紹介先	25前半	25後半	26前半	26後半	27前半	27前半
当法人の病院から	3	4	4	3	3	2
市役所福祉課から	3	2	2	3	3	2
N居宅介護支援事業者から	1	0	3	4	6	6
S居宅介護支援事業者から	1	1	2	2	3	5
Rクリニックから	1	1	0	0	0	0
F介護老人保健施設から	1	0	1	0	0	1
合計	10	8	12	12	15	16

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

以上のデータから、考えられる問題点を列挙してみましょう。(いくつでも)

1.

2.

3.

4.

5.

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

他の人が述べた問題点の指摘を書き留めて、今後の議論の参考にしましょう。

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

問題点が明らかになったら、次に、改善策を検討しましょう。
まず、次の空欄に自分で検討した改善策を記入しましょう。

問題点	⇒	改善策
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

4.経営計画の策定

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

4-1経営計画の立案

来期の目標を立てるにあたり、4つの視点から検討を加え、重点の目標を定めます。

（1）利用者獲得の視点

（2）利用者満足の視点

（3）従事者満足の視点

（4）収入・利益確保の視点

具体的には、

①獲得すべき収入目標

②獲得すべき利益の目標

③利益確保のための業務効率化目標

④利用者満足・従事者満足を追求するための業務改善目標

⑤成長・変革のための教育研修目標

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

4-2　計画年度の重点目標（具体的な経営目標）

1.

2.

3.

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

4-3来年度の目標

経営目標	行動計画	達成目標	誰が、いつまで

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

4-4訪問先紹介ルート

訪問先紹介ルート

紹介先	昨年実績	今期目標	具体的対策
当法人の病院から	5		
市役所福祉課から	0		
N居宅介護支援事業者から	7		
S居宅介護支援事業者から	5		
Rクリニックから	0		
F介護老人保健施設から	1		
合計	18		

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

4-5給与内訳

	給与内訳		1日勤務時間		
	平均月額	昇給額	時間	訪問件数	
常勤職員					
A(責任者)	400,000		8		
B(ケアマネ)	270,000		8		
C	380,000		8		
D	370,000		8		
E	360,000		8		
F	350,000		8		
G(理学療法士)	290,000		8		
I(事務員)	220,000				
【給与賞与】	2,640,000		56.0	0	

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

4-6収入目標の内訳

収入目標の内訳

収入内訳	年間合計	月間平均			
		件数	回数	平均単価	平均収益
訪問看護療養費収益					
同上医療保険分					
同上介護保険分					
訪問看護利用料収益					
同上医療保険分					
同上介護保険分					
その他利用料収益					
保険等調整増減					
【収益合計】					

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

4-7目標損益計算書

比較損益計算書

勘定科目	27年12月期	28年12月期	
訪問看護療養費収益			
訪問看護収入	40,308,413		
居宅介護支援収入	4,460,595		
その他医業収入	1,325,265		
保険等調整増減	−321,963		
【収入合計】	45,772,310		
給与手当	30,980,274		
賞与	5,678,218		
法定福利費	4,878,450		
【給与費合計】	41,536,942		
訪問材料費	35,222		
訪問医薬品費	13,064		
【材料費合計】	48,286		
旅費交通費	801,750		
通信費	466,826		
消耗品費	520,788		
水道光熱費	291,464		
車両費	36,580		
地代家賃	1,560,000		
支払手数料	112,226		
委託費	146,880		
保険料	56,190		
その他の経費	80,358		
【経費】	4,073,062		
【減価償却費】	0		
【研修研究費】	0		
【事業利益】	114,020		
支払利息	0		
【経常利益】	114,020		

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

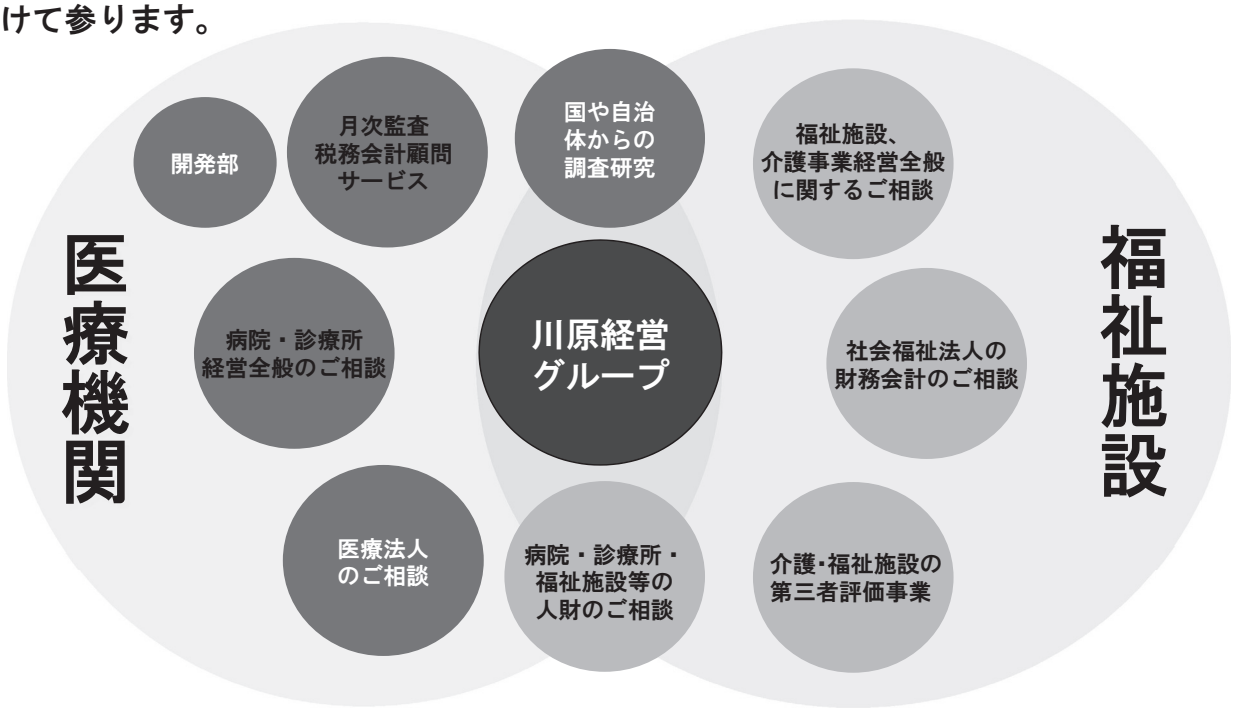
5.　経営計画の進行チェック

- 経理とは何か
- なぜ、会計報告をするのか
- 目標設定と昇給との関係は
- 事業の成功をどこで計るのか

Copyright © 2014 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

川原経営グループ概要

医療・福祉界の健全発展に資することが私たちの使命です。
川原経営グループは、これからも経営コンサルティング・税務会計・会計監査の三つの柱を完備し、お客様の総合的なサポートを実現するオールラウンド・サービスを提供し続けて参ります。



Copyright © 2015 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

川原経営グループ概要

社名	川原経営グループ 株式会社川原経営総合センター 税理士法人川原経営 株式会社医療福祉経営研究所
所在地	〒104-0061 東京都中央区銀座8丁目11番11号 TK銀座8丁目ビル
創業	1967年12月
資本金	2,000万円
社員数	135名
有資格者	公認会計士・税理士・認定医業経営コンサルタント・中小企業診断士・社会保険労務士・ 看護師・薬剤師・社会福祉士・介護支援専門員・介護福祉士・精神保健福祉士・保育士・ 診療放射線技師・管理栄養士・作業療法士・社会福祉施設長資格・社会福祉主事任用資格 等
関連企業	医療経済フォーラム・ジャパン（事務局） メディカル・マネジメント・プランニング・グループ（MMPG） 株式会社エム・エム・ピー・ジー総研 監査法人エムエムピージー・エーマック
沿革	1967年　川原税務会計事務所 設立 1968年　株式会社川原経営総合センター 設立 1998年　福祉経営コンサルティング専門部署 新設 1999年　医業経営コンサルティング専門部署 拡充 2000年　人事コンサルティング専門部署 新設 2001年　福祉財務コンサルティング専門部署 新設 2001年　ISO9001認証取得（認証範囲：月次会計業務および決算申告業務） 2004年　税理士法人川原経営設立（川原税務会計事務所から業務移管） 2005年　川原丈貴 代表取締役社長に就任 2011年　病院コンサルティング部 新設 2012年　開発部（拡充・再編）

川原経営グループ

TEL 03-3572-3051（代表）／FAX 03-3571-3683
URL http://www.kawahara-group.co.jp
E-mail info@kawahara-group.co.jp

Copyright © 2015 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

ご清聴ありがとうございました。

＜ご質問・お問合せ先＞
株式会社川原経営総合センター
会計部門　　統括補佐
法務企画部　部長　齋藤　新吉
TEL:03(5422)7415　E-mail: saitos@kawahara-group.co.jp

一般社団法人　全国訪問看護事業協会
訪問看護管理者養成研修会
平成29年9月15日

＜別添資料＞　訪問看護の経営改善

川原経営グループ
株式会社　川原経営総合センター
会計業務部門　統括補佐
法務企画部
部長　齋藤　新吉

別添資料　訪問看護の経営改善

□ 訪問看護の経営は「利用者単価 × 利用者数 ー コスト」が全てです。

□ その①　事業所の整理・統合を考える
□ その②　事業所ごとの強みを知る
□ その③　単価を意識して、しっかり料金を取る
□ その④　利用者を増やし、訪問件数を増やす
□ その⑤　多様な職種の複数名訪問を活用する
□ その⑥　統計数値を知り、経営推移を把握する
□ その⑦　人件費をコントロールする
□ その⑧　マネジメント研修で管理職を育てる
□ その⑨　将来を見越して、必要技術を導入する
□ その⑩　一番大事！ 効果的な営業をしよう！
□ ＋α1　優秀な人材を安定的に確保する
□ ＋α2　地域包括の枠組みに乗り遅れない



Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

その①　事業所の整理・統合を考える

□ 大規模事業所であればあるほど経営は楽になります。開設するにしても、一定以上の規模の事業所を開設してください。

月延訪問回数	単位	100回以下	101～200回	201～300回	301～400回	401回以上
事業収入	円	700,000	1,388,000	2,159,000	2,852,000	6,436,000
事業費用	円	912,000	1,602,000	2,118,000	2,881,000	5,936,000
収支差	円	−212,000	−214,000	41,000	−29,000	500,000
常勤換算職員数	人	3.8	4.2	6.2	7.5	10.3
看護職員常勤換算数	人	3.1	3.7	4.7	5.6	7.6
看護師比率	%	81.6%	88.1%	75.8%	74.7%	73.8%
常勤職員一人当延訪問回数	回	16.0	36.6	46.5	46.5	53.3
看護常勤一人当延訪問回数	回	19.6	41.5	53.8	53.8	72.4

損益分岐点

小規模事業所は、①固定費用の負担が大きくなります、②営業や事務を行なう職員がいないため非効率です、③リハ職員など多様なサービスを提供する人員を抱えにくいです。結果として、事業採算が取りにくいのです。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

その②　事業所ごとの強みを知る

□ とは言え、いきなり大規模事業所に転換はできません。としたら、それぞれの事情にあった経営戦略を選択しましょう。

【病院併設ステーション型】

- □ 地域連携室を主に積極的に営業し、利用者獲得する。退院患者のケアを必須業務とする。
- □ 多職種を兼務で配置し、難易度の高いサービスを提供する。

【病院付属ステーション型】

- □ 人員は2.5人の最小数で、管理者以外は病院と兼務。
- □ 利用者の件数に合わせて、勤務シフトを柔軟に対応する。
- □ 営業は地域連携室に任せる。

【クリニック併設ステーション型】

- □ 在宅医療を積極的に行なう場合、訪問・通所介護事業を併設することを検討する。
- □ 医師に訪問看護への患者振り替えを何度も何度もお願いする。

【フランチャイズ型】

- □ 営利法人の場合、医療法人よりも信頼性が低いことを覚悟する。
- □ 本部に営業部隊・リハ部隊・事務作業部隊を集約する。
- □ まだニッチな在宅医療と連携する。

【単独型】

- □ 固定費を最小限に、人件費を収入連動性に。
- □ 事務所は質素で小さめに。
- □ こつこつ営業、こつこつ利用者増で、3年以内に職員6名を目指す。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

その③　単価を意識して、しっかり料金を取る

□ 料金はしっかりいただきましょう。患者単価の向上は経営改善の最優先事項です。

単価	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
訪問1回当たり収入	9,598	12,892	9,801	10,110	10,017
訪問1回当たり支出	11,666	12,342	8,609	9,921	9,720

介護事業経営実態調査（厚生労働省）平成23年度を引用

ー現状の体制のままでできる！ー

【収入単価を上げる】

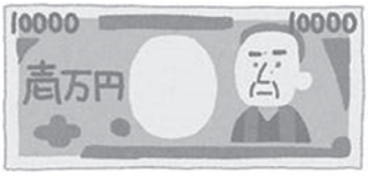
- □ 加算報酬、その他料金について利用者に説明し、きちんと請求できている
- □ 短時間訪問の件数を減らす。30分未満は効率よく訪問する。
- □ 医療保険適用利用者の複数訪問を効率化する。
- □ 訪問時業務を見直し、時間増の必要を医師やケアマネに伝える。

【支出単価を下げる】

- □ 実費分の料金を利用者にきちんと請求できている
- □ 材料・用品の見直しをしてる
- □ 人件費が事業収入に対して適正である
- □ 事業所数を増やしすぎない
- □ 事業所の維持コストを節約する
- □ コスト意識を職員で分かち合う

ちなみに・・・、「平成25年度介護事業経営概況調査結果（案）」では、全国平均で、一回当たり収入は8,195円、一回当たり支出は8,053円です。

収入単価の目標は10,000円！



Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

その④　利用者を増やし、訪問件数を増やす

□ 看護職員一人当り月延80～100回訪問が、採算性の目安です。

【単純に訪問件数を増やす】

- □ 初回訪問はケアマネ同行で行い、回数・時間のアップを狙う。
- □ 患者状態を予測し、訪問件数の急激な減少を防ぐ。
- □ 月延50回以上訪問を必達とする。

【ウリを作り、PRする】

- □ 自らのウリは何か。居宅や病院に示せる強みを作る。
- □ 例えば、「PT・OTによるリハが可能」、「在宅ターミナル可能」など。
- □ 平凡・平均では選択されません。

【利用者減に敏感に】

- □ 一人減ったら、一人獲得する。そのうち増えるから・・・は厳禁！
- □ 営業責任者を定め、受身から積極的な営業を行なう。
- □ PRツールは念入りに作りこむ。

【無理しても新規利用者を】

- □ がんの末期など重症度の高い利用者も積極的に受ける。
- □ 殺し文句は「〇〇先生のご依頼ですから、お引き受けします」。
- □ 選り好みは目標を超えてから。

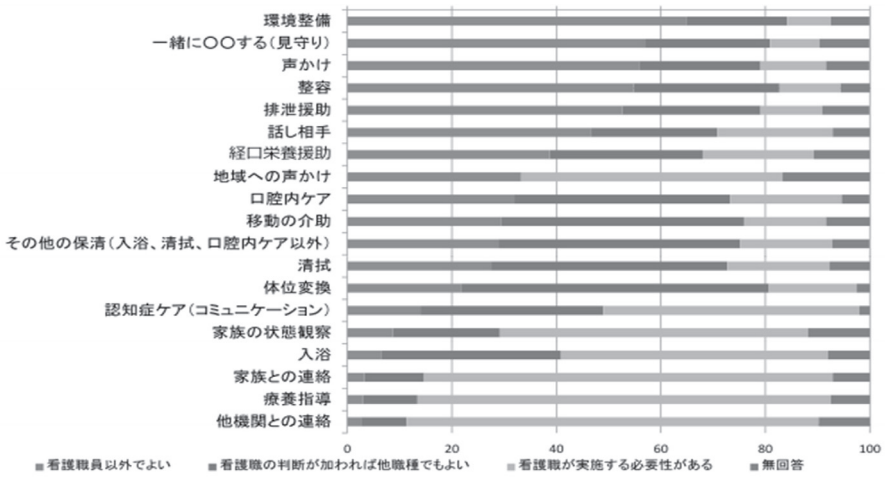
【ブランディング】

- □ 事業所の外見・看板・訪問車・制服を目立たせ、認知度を上げる。
- □ 近隣や利用者への挨拶・掃除・マナーを徹底する。
- □ 地域に溶け込み、認知度を向上

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

その⑤　多様な職種の複数名訪問を活用する

□ **複数名訪問をうまく活用しましょう。看護師・准看護師・リハビリテーション職など、多様な職種の活用の仕方を知りましょう。**



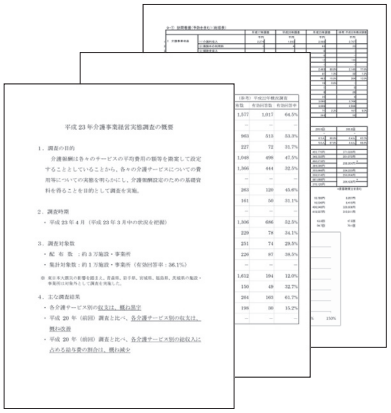
「看護師が行なうべき業務・行わなくてもよい業務」

複数人訪問が必要なこと、訪問回数や訪問時間を増やした方がいいこと、きちんとケアマネさんに伝えてください。適正なサービスで適正に料金をいただきましょう。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

その⑥　統計数値を知り、経営推移を把握する

□ **毎月の経営数値を分析し、職員全体で共有してください。経営数値を知ることで、一人ひとりの職員の経営意識が高まります。**



【介護事業経営実態調査（厚生労働省）】
http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/78-23.html

統計指標と比較して、
弱い点を見つける

「経営指標の一覧」

- □ 介護事業利益
- □ 介護事業費用
- □ 介護事業費用のうち人件費
- □ 延べ訪問回数
- □ 延べ訪問時間
- □ 常勤換算職員数（常勤率）
- □ 看護職員常勤換算数（常勤率）
- □ 常勤換算1人当たり給与
- □ 訪問1回当たり収入訪問1回当たり支出
- □ 常勤換算職員1人当給与
- □ 看護職員（常勤換算）1人当給与
- □ 常勤換算職員1人当たり延べ訪問回数
- □ 看護職員（常勤換算）1人当たり延べ訪問回数

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

その⑦　人件費をコントロールする

ロ　人件費がコストの7～8割を占めます。人件費のコントロールは重要です。

「雇用形態・立地別の月額平均賃金（円）」

雇用	職種	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
常勤	看護師	507,014	454,904	437,860	461,112	450,199
	准看護師	479,328	294,992	222,939	307,793	351,298
	理学療法士	439,746	400,283	304,419	374,604	403,104
	作業療法士	-	412,536	-	271,684	377,427
非常勤	看護師	266,121	408,939	390,657	333,198	345,910
	准看護師	426,559	238,788	166,667	292,294	394,659
	理学療法士	249,147	599,344	406,813	334,012	474,540
	作業療法士	337,751	470,648		220,648	338,400

どうやってコントロールするのか？

① 賃金を収入連動性にして、総額人件費を賞与でコントロールする
② 職員平均年齢を低くする、又は非常勤職員を多く雇用する
③ 平均勤続年数が低いため、賃金カーブや退職金の調整に大きな意味はない
④ 対事業収益 人件費率を必ず70%以内に抑える
⑤ 収入が上がれば、人件費をコントロールする必要がないことも知る



Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

その⑧　マネジメント研修で管理職を育てる

ロ　管理職を育てましょう。管理職はスペシャリストではなく、ゼネラリストであるべきです。

【訪問看護ステーション管理者・指導者育成研修事業】

	基本コース（２日間）	応用コース（２日間）
対象者（都内の訪看ステーションに所属する者）	・管理者の業務経験が３年未満の者 ・指導的な立場にある職員又は今後管理者を目指す者	・管理者の業務経験が概ね３年以上（複数の訪看管理者経験を含む）の者又は同等の業務経験（訪看以外での管理者経験、専門看護師等）を有する者
研修の内容（主には事例紹介中心の講義と経験交流も含めた演習を行います。）	○共通 ・これからの訪問看護ステーションに求められるもの ・訪問看護ステーションにおける人材確保 ・訪問看護ステーションにおけるOJTのあり方 ・訪問看護ステーションにおける利用者の確保の実際 ・地域ネットワークの活用、事業所間の連携等 （基本と応用でテーマは同じですが、講義内容や取り上げる事例が異なります。）	
	○安定経営のための基礎 ・経営の基本 ・小規模事業所の黒字化への道	○戦略的な事業運営をめざすには ・安定経営から事業規模拡大へ ・事業規模拡大に向けた取り組み事例

公益財団法人東京都福祉保健財団　http://www.fukushizaidan.jp/htm/047houmonkangokanri/houmonkangokanri_top.html

強い管理職が組織を育てます。
マネジメントを理解し、マネジメントのできる管理職を多く育ててください。



Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

その⑨　将来を見越して、必要技術を導入する

□ 在宅医療・介護の適用範囲はどんどん広がります。将来の収入アップを見越した取り組みを今から始めましょう。

ステーション機能の強化

（介護保険）
- □ 時間外加算(夜間・深夜・早朝)
- □ 緊急時訪問看護加算
- □ サービス提供体制強化加算
- □ 2人以上による訪問看護

（医療保険）
- □ 24 時間連絡体制加算
- □ 24時間対応体制加算
- □ 機能強化型訪問看護管理療養費

他事業との連携強化

（介護保険）
- □ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携
- □ 退院時共同指導加算
- □ 看護・介護職員連携強化加算

（医療保険）
- □ 長時間訪問看護加算
- □ 在宅患者連携指導加算
- □ 退院支援指導加算
- □ 在宅患者緊急時等ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ加算
- □ 精神科重症患者早期集中支援管理料（医療機関との連携）

高度サービスの提供

（介護保険）
- □ 特別管理加算
- □ ターミナルケア加算

（医療保険）
- □ 長時間訪問看護加算
- □ 難病等複数回訪問加算
- □ 特別管理加算
- □ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- □ 同一建物居住者訪問看護･指導料（2人、3人以上）

加算が取れるということは、サービスの提供力が高いということです。つまり、頼りにされるステーションの証拠とも言えます。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

その⑩　一番大事！ 効果的な営業をしよう！

□ 積極的に営業してください。受身の営業所はライバルに負けてしまいます。

病院	○	医療依存度の高い利用者、緩和ケア病棟との連携ができる利用者を担当できるステーションを求めています。
診療所	○	使い勝手の良いステーションを求めています。クリニックごと求められる利用者層に対応できる根拠を示しましょう。
診療所（在宅）	◎	訪問医療をサポートできるパートナーとしてのステーションを求めています。能力しっかり、記録しっかり、連携しっかりをアピール。
居宅介護支援事業所	◎	たくさんの事業所とのお付き合いがあります。通り一遍等の営業ではなく、主要連携先を定め、自分たちのウリを伝えましょう。
ケアマネの連絡会	△	どの事業所がどんな理由で評判がよいか、ニーズが高いのに対応できる事業所が少ない疾患は何かを探す。
同業者からの口コミ	△	連携時に対応を良くし、研修なども共同で行い、同業者から「地域一番ステーション」との認識を持ってもらう。噂って怖いです。
利用者からの口コミ	○	時間・回数の拡大、家族や友人への紹介など、訪問先の深堀による営業も大切です。

訪問看護ステーションとの連携数
医療機関　：平均26.8件
居宅介護　：平均17.3件
少なくとも、これ以上の件数の営業回りは必要です。

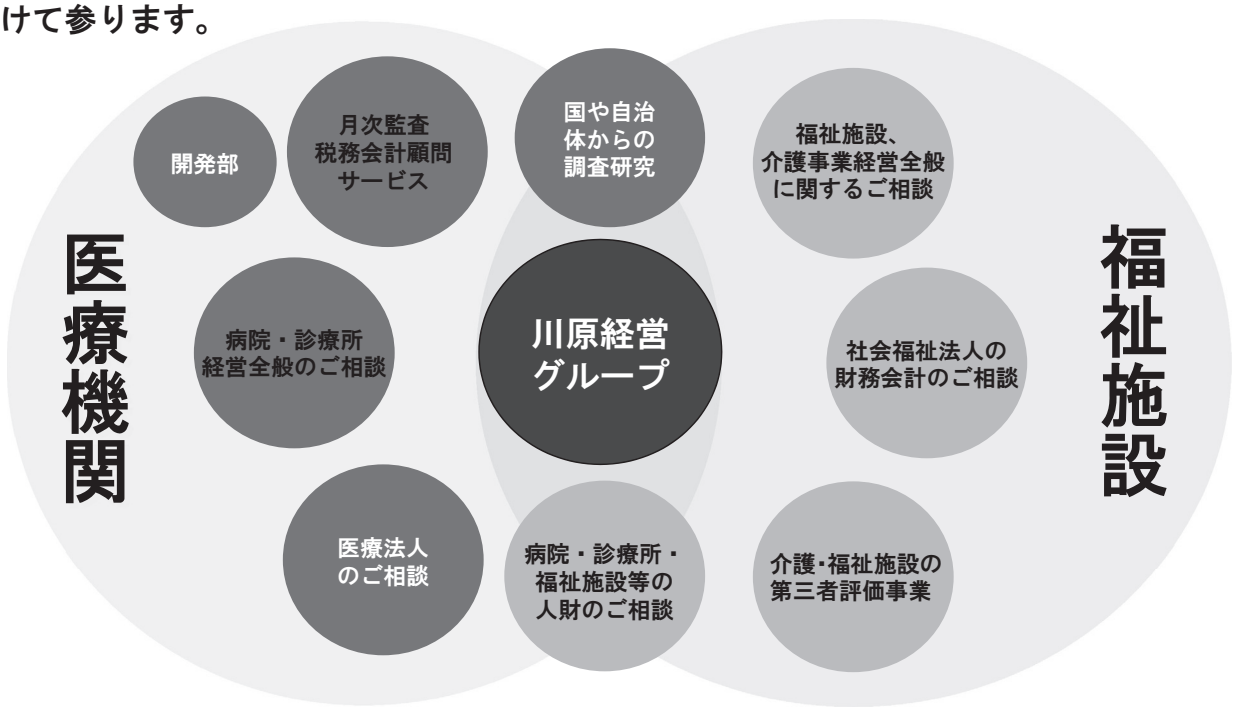


どんな人がいるか、顔の見えない事業所に利用者を紹介する地域連携先はありません。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

川原経営グループ概要

医療・福祉界の健全発展に資することが私たちの使命です。
川原経営グループは、これからも経営コンサルティング・税務会計・会計監査の三つの柱を完備し、お客様の総合的なサポートを実現するオールラウンド・サービスを提供し続けて参ります。



Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

川原経営グループ概要

社名	川原経営グループ 株式会社川原経営総合センター 税理士法人川原経営 株式会社医療福祉経営研究所
所在地	〒140-0001 東京都品川区北品川4-7-35 御殿山トラストタワー9階
創業	1967年12月
資本金	2,000万円
社員数	150名
有資格者	公認会計士・税理士・社会保険労務士・行政書士・宅地建物取引士・CFP・AFP 認定医業経営コンサルタント・情報化認定コンサルタント・情報セキュリティ管理士 ISO審査員補・薬剤師・社会福祉士・介護支援専門員・介護福祉士・精神保健福祉士・言語聴覚士 臨床心理士・保育士・診療放射線技師・管理栄養士・あん摩マッサージ指圧師 社会福祉主事任用資格・産業カウンセラー・NLPコーチ 等
関連企業	医療経済フォーラム・ジャパン（事務局） メディカル・マネジメント・プランニング・グループ（MMPG） 株式会社エム・エム・ピー・ジー総研 監査法人エムエムピージー・エーマック
沿革	1967年　川原税務会計事務所 設立 1968年　株式会社川原経営総合センター 設立 1998年　福祉経営コンサルティング専門部署 新設 1999年　医業経営コンサルティング専門部署 拡充 2000年　人事コンサルティング専門部署 新設 2001年　福祉財務コンサルティング専門部署 新設 2001年　ISO9001認証取得（認証範囲：月次会計業務および決算申告業務） 2004年　税理士法人川原経営設立（川原税務会計事務所から業務移管） 2005年　川原丈貴 代表取締役社長に就任 2008年　株式会社医療福祉経営研究所 設立（組織改編） 2011年　病院コンサルティング部 新設 2012年　開発部（拡充・再編）

川原経営グループ
TEL 03-5422-7670（代表）／FAX 03-5422-7617
URL http://www.kawahara-group.co.jp
E-mail info@kawahara-group.co.jp

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

ご清聴ありがとうございました。

＜ご質問・お問合せ先＞
株式会社川原経営総合センター
税理士法人　川原経営　会計業務部門　統括補佐
法務企画部　部長　齋藤　新吉
TEL:03(5422)7415　E-mail: saitos@kawahara-group.co.jp

15

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-

訪問看護経営・経済論②
経理・財務の実際（経営に関する基本的技術）

株式会社川原経営総合センター　取締役
日向野　渉　氏

日向野　涉(ひがの　わたる)先生

１９６６年１月１日生まれ

現　職

川原経営グループ
株式会社川原経営総合センター　取締役
税理士法人川原経営　会計業務部門統括

職　歴

１９８９年	川原税務会計事務所（現税理士法人川原経営）入所 会計業務部配属
２０００年	会計業務３部部長
２０１０年	会計業務部門統括補佐
２０１４年	現職
２０１５年	全国医療・福祉事業経営者共済協同組合　理事（現職）

活動実績

医療機関の税務会計業務や経営指導業務に携わりながら、医療法人や個人開業医などの相続、事業継承・Ｍ＆Ａなどをあわせて手がける。ドクターのライフプランニングを基にした資産・年金形成・相続税対策にも定評がある。
日本ＦＰ協会会員

講演実績

日本医療法人協会、全国訪問看護事業協会、朝日新聞社、地区医師会、医師協同組合、都市銀行、地方銀行、信託銀行、証券会社、ハウスメーカー等



平成29年度訪問看護管理者養成研修会
平成29年9月15日

訪問看護経営・経済論
経理・財務の実際（経営に関する基本的技術）

川原経営グループ
株式会社川原経営総合センター
取締役　会計業務部門統括
日向野　渉

経理と財務の役割とは

- 経理は業績の把握や財産状況を正確に把握する
- 財産の管理や資金調達の判断
- 方向性とあるべき姿（予算＝目標）
- 予算と実績とのかい離⇒検証と修正と意思決定

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

経理の流れを把握する

- 毎日行っていくもの
  ⇒入金管理（未収を含む）、小口現金管理
- 毎月行っていくもの
  ⇒請求管理、給与計算（勤怠管理）、月次決算
- そのほか定期的に行っていくもの
  ⇒労働保険、社会保険、賞与計算
- 決算で行うもの
  ⇒棚卸し、期末未収金の確定、貸倒れの確定

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

現金および預金の管理

（利用料や一部負担金）

利用者様および患者様から受け取る現金は、受け取る都度 集金日計表に記載し、その日の合計額をそのまま普通預金に入金します。窓口で受け取る現金と経費支払い用の現金とはしっかり区別し、受け取る現金からは原則として経費等の支払いは行わないこととします。

窓口収入の現金は、利用者ごと、保険者ごと、保険と保険外の区分ごとに記載し、集金日計表と現金有高との照合を行った後、確認印を押してください。確認し終わったら、窓口入金集計表へ転記し・窓口日計表のファイルへ日々綴じて保管をします。

なお、利用者様からの収入の未収が発生した場合、それらの未収入が精算された時は、別途それぞれの管理表へ記入します。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

小口現金の管理

経費の支払い分については、収入と明確に区別して別々に管理するようにします。支払いの中でも毎月定期的に払うものや大口の支払いは原則として普通預金から支払うようにしますが、日常の細々とした支払いは、小口現金出納帳で管理します。

＜現金の動き＞
毎月初めに(　　)円を金庫に準備し、そこから支払っていきます。
前月初から前月末までに支払った金額を当月初に普通預金から引き出して補充します。または、月末残高を一旦普通預金に返金してあらためて一定金額を補充します。(インプレストシステム)

＜領収書の保管＞
領収書はスクラップブック等に張り付け保存します。領収書にはナンバーを書き込み、その番号を出納帳の摘要欄にも書き込むようにしてください。
そうすれば帳簿と領収書との照合がしやすくなります。
また、出納帳に記載した人は必ず残高の右横にサインまたは印鑑を押し誰が取扱ったのかわかるようにしてください。

＜現金残高と帳票との照合＞
領収書の金額と出納帳の支払金額、出納帳の残高と金庫内の実際在高が一致しているか日々確認してください。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

未収入金の管理

- **窓口請求管理**
  ⇒毎月、定期的に請求書を発行するとともに個々人の残高の確認。未収金は滞留しないように利用者様、そのご家族に対して定期的に連絡を。集金会社を利用することもぜひ検討。

- **保険請求管理**
  ⇒社会保険、国保連合会、後期高齢者医療広域連合に請求の後、入金との差異を確認。返戻再請求の管理も。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

勘定科目とは

- 棚卸資産
- 一括償却資産
- 給与手当および賞与
- 法定福利費
- 福利厚生費
- 接待交際費
- 会議費
- 消耗品費
- 減価償却費

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

貸借対照表（B/S）とは

- 一定日における財政状態を表す表



- ポイントはいいバランスがとれているか？





Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

貸借対照表（B/S）のポイント

- トータルバランスのチェック
  ⇒理由が明確である
- トータルバランスの他にタイムバランスをチェック
  ⇒資金繰り
- 比較B/Sをチェック
  ⇒成長度

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

損益計算書（P/L）とは

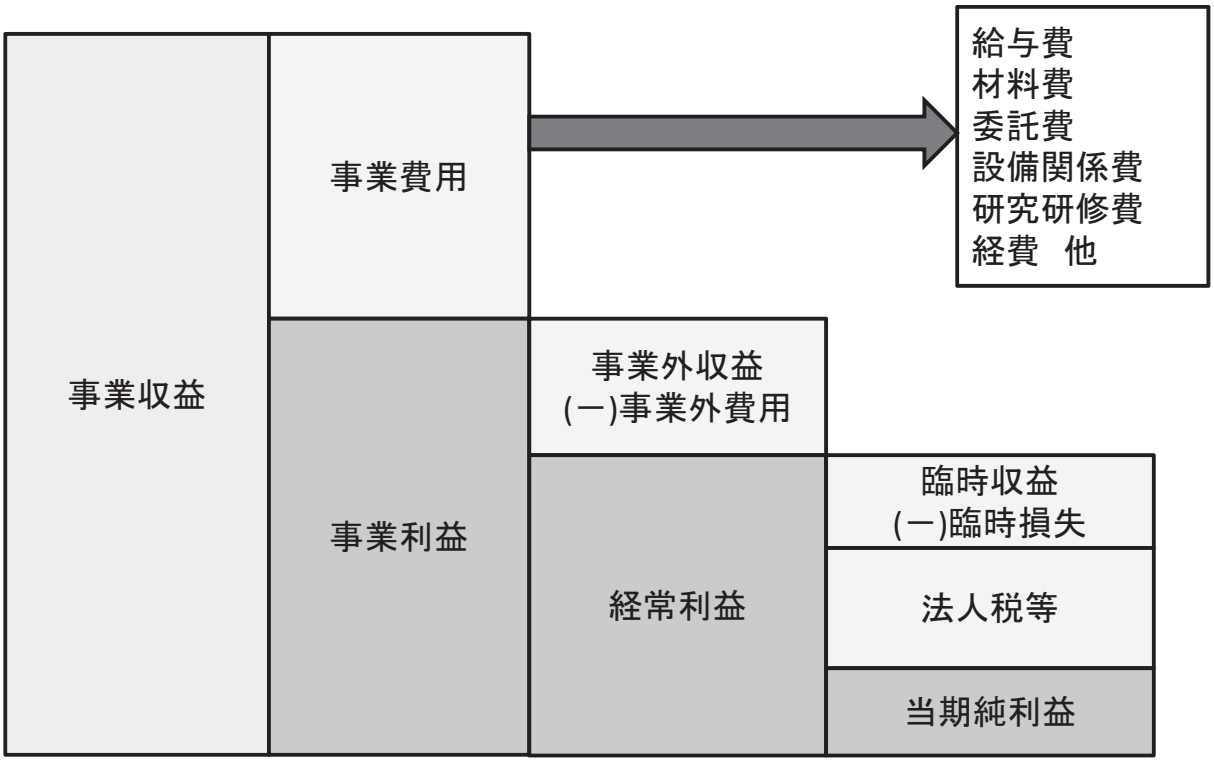
- 一定期間内にどれだけの収益があったかを表す表
  （発生主義、費用対収益、期間損益の考え方）

見るポイントは絶対額と内容及び比率
　収入＝利用者数×単価
　（介護保険単価＝訪問時間×訪問回数）＋加算
　（医療保険単価＝基本療養費による）＋加算
　経費＝原価（変動費）
　　人件費（時間外は変動費）
　　減価償却費、家賃、リース料等（固定費）
　事業利益および経常利益の額は適正か？
　⇒再投資、昇給財源

- 比較P/Lのチェック

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

損益計算書の構造



Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

損益分岐点分析とは

①基本構造

・損益分岐点は損益がゼロになる収益額
・損益分岐点の事業収益は、固定費と変動費を合計した額
・損益分岐点事業収益から変動費を控除したものが損益分岐点限界利益
・損益分岐点限界利益は、その時の固定費と同額

②損益分岐点医業収益

・事業収益に変動費が占める率　　⇒変動費率
・事業収益に限界利益が占める率　⇒限界利益率

③損益分岐点比率

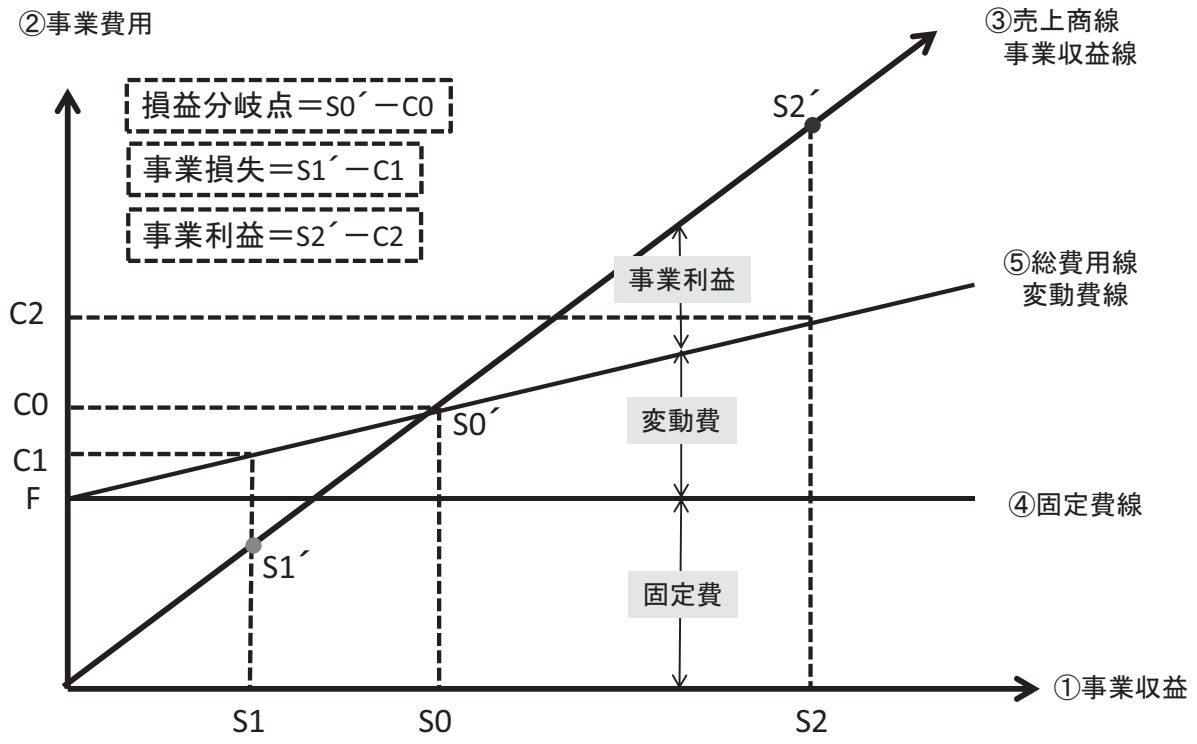
・損益分岐点比率は、損益分岐点と対比した実際の事業収益の位置を示す
・100%が損益ゼロ地点　それより低いと利益、高いと損失

④安全余裕率

・実際の事業収益と損益分岐点事業収益の乖離度
・訪問看護事業所は変動費率が低いため安全余裕率は必然的に低くなる

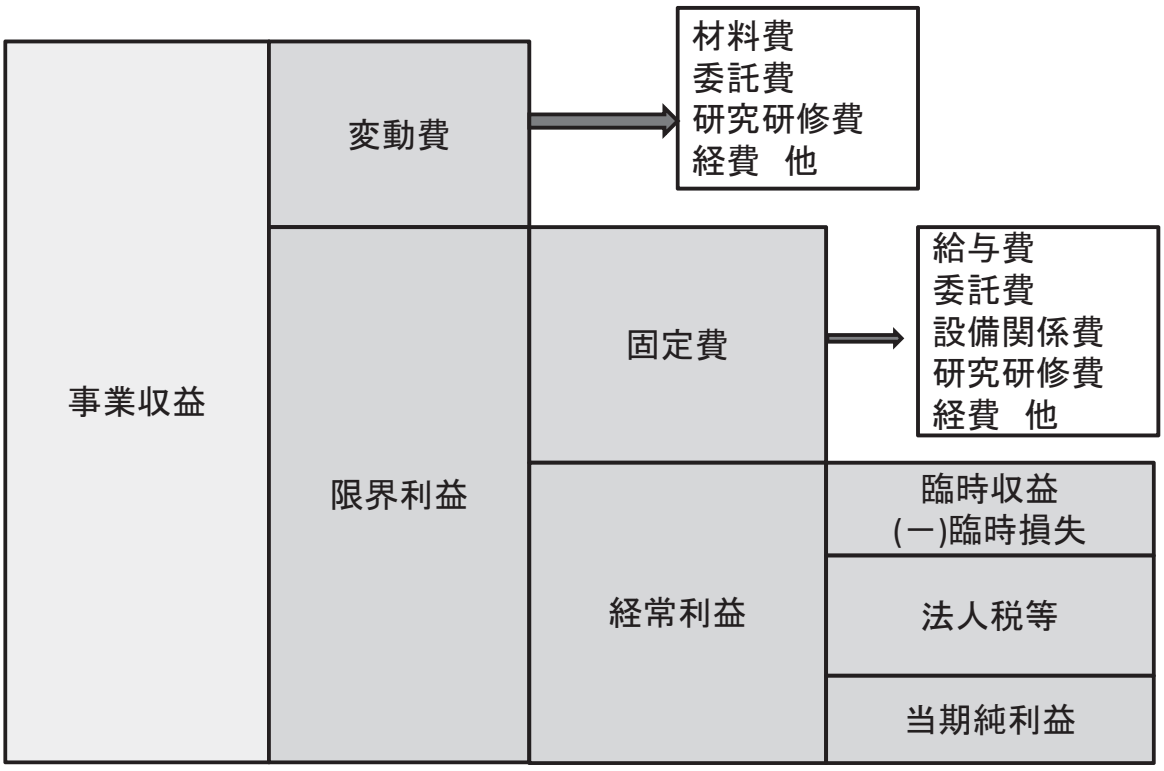
Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

損益分岐点分析（CVP分析）



Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

変動損益計算書の構造



Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

損益分岐点の求め方

損益分岐点＝固定費／限界利益率

限界利益＝売上高－変動費
限界利益率＝（1－変動費／売上高）

※変動費と固定費
**　変動費とは売上高によって比例的に増減する費用。一方、固定費とは短期間では売上高に関係なく一定に発生する費用。**

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

変動損益計算書と損益分岐点分析

変動損益計算書
（単位：千円）

訪問看護収益		
療養費収益	40,000	
利用料収益	4,000	44,000
変動費		
医薬品費	500	
材料費	400	
変動経費	500	1,400
限界利益		42,600
固定費		
給与費	35,000	
設備関係費	500	
固定経費	5,000	40,500
事業利益		2,100

限界利益＝　44,000－1,400＝42,600

限界利益率＝ $\frac{\text{限界利益}}{\text{医業収益}}$ ×100%≒97%

限界利益率　＝1－変動費率3%＝97%
損益分岐点　＝40,500÷0.97≒41,752

損益分岐点比率＝$\frac{\text{損益分岐点医業収益}}{\text{実際の医業収益}}$ 94.9%

安全余裕率＝100%－94.9%＝5.1%

訪問看護収益が10%増加した場合
　医業収益　＝48,400
　限界利益　＝ 46,948
　固定費　　＝ 40,500
　事業利益　＝ 6,448

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

主な経営指標

- 安全性の分析指標（B/S）
  - 自己資本比率　＝自己資本／総資本
  - 流動比率　＝流動資産／流動負債
  - 当座比率　＝当座資産／流動負債
- 収益性の分析指標（P/L）
  - 総資本経常利益率　＝経常利益／総資本
  - 売上高経常利益率　＝経常利益／売上高
- 生産性の分析指標
  - 労働生産性　＝付加価値額／従業員数
  - 労働分配率　＝人件費／付加価値額

※付加価値額＝営業利益＋人件費＋賃借料＋減価償却費

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

資金繰りの考え方

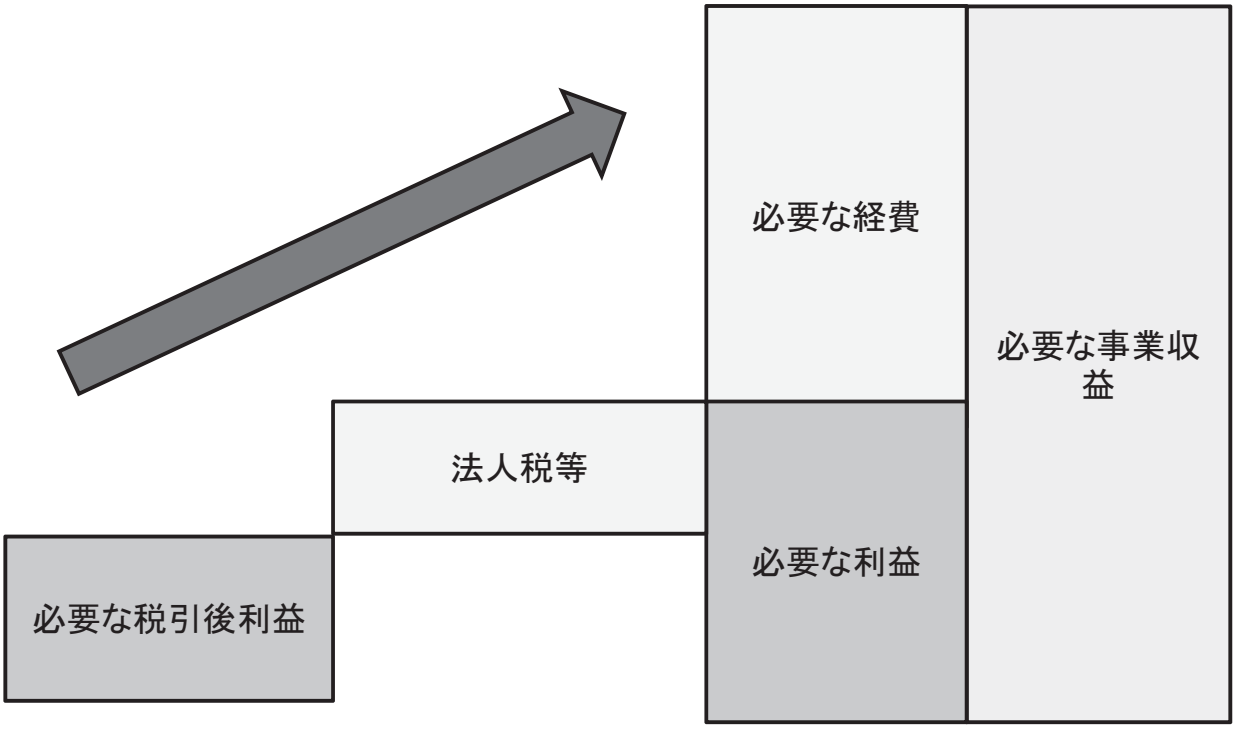
- 資金繰りとは予定されている支払いと保険未収入金、未収入金の回収のタイミングを計りながら、資金不足の場合には、借り入れなどによって資金不足を補いながら会社の支払いを円滑に行うこと

⇒資金繰り表によって管理。
⇒長いスパンでの資金繰り
⇒発想の転換により必要な収入額を計算する。⇒予算化

訪問看護事業所の場合は保険請求時に2か月後の
入金が把握できるため管理はしやすい。
また、大きな出金も一般的には賞与などわかりやすい。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

逆算の発想で計画経営



Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

予算実績管理の考え方

- 単年度予算と中長期予算
- 予算作成時のポイント
- PDCAの重要性
- P…何のための予算
- C…原因（なぜできなかったのか？）の追究
- A…Cに基づいた計画の実行

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

管理者が知っておくべき税務

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

【給与計算】

支払額の計算については、①月給制、②日給制、③日給月給制、④時間給制、⑤出来高制などがありますが、それぞれの事業所によって、取り決めてください その取り決めを労働契約書あるいは就業規則にまとめます。

時間外手当は、一日８時間を超えて勤務させた場合に支給します。変則的な労働時間制を取り入れている場合には、１週間で 40 時間を超えて勤務させた場合に 25%増しの割増賃金を払います。時間外勤務で、午後 10 時以降翌早朝 5 時までの間に勤務させた場合には 50%増しの給与を支払います。時間外勤務ではなく、交替制勤務の場合には深夜勤務割増し 25%増しでの支払となります。休日出勤にかかる割り増しは、35%となりますが、この適用を受けるのは一週間のうちの１日だけで、週休二日などの場合のもう一日は、単純な時間外労働となりますので、25%増しとなります。

【社会保険料・雇用保険料】

職員の厚生年金保険料と健康保険料を差し引きます。収入に応じた負担でありかつ国保加入の職員と社会保険加入の職員では、その保険料の決定方法が異なりますので、確認をする必要があります。また、雇用保険料の料率は一律 0.5%（被保険者負担分、一般事業）となっています。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

【所得税】

給与を支払う場合、その給与から所得税を差し引いて本人に支払います。その差し引いた額は、翌月 10 日までに所轄の税務署に指定された様式で納付しますこれを源泉所得税制度と言います。

扶養控除等申告書と言う様式に必要記載事項を記入して給与支払者に提出した場合には、源泉所得税甲欄により差し引く税額を計算します。扶養控除等申告書を出さない場合、乙欄により計算します。一般に、乙欄の税額が甲欄よりも高い金額となっています。

【住民税】

給与所得者の場合、住民税は、6 月から 5 月までの 12 ヶ月間で前年の住民税を給与から差し引いて、各市区町村に給与支払者が納付することとなります。これを特別住民税と言います。源泉所得税と違い、その都度計算するのではなく、前年の給与等により決定された金額が 5 月に通知され、それにより徴収し、翌月 10 日までに各市区町村に納付します。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

(1) 給与に対する源泉徴収

① 税額表の適用区分

賞与以外の給料や賃金等を月々(日々)支払う際に源泉徴収をする税額は、「給与所得の源泉徴収税額表」によって求める(所法 185)。この税額表には、月額表と日額表とがあり、それぞれ次の表(税額表の種類)に掲げる欄が設けられている。

またこれらの税額表は、給与の支給区分及び「給与所得者の扶養控除等申告書」の提出の有無に応じ、それぞれ税額表の適用区分の通り適用する。

■ 税額表の種類

種　　類	欄 区 分
月　額　表	甲　　欄
	乙　　欄

種　　類	欄 区 分
日　額　表	甲　　欄
	乙　　欄
	丙　　欄

■ 税額表の適用区分

給与の支給区分	使用する税額表	扶養控除等申告書の提出の有無	使用欄
a．月ごとに支払うもの b．半月ごと、旬ごとに支払うもの c．月の整数倍の期間ごとに支払うもの	月　額　表	提出あり	甲　欄
		提出なし	乙　欄
a．毎日支払うもの b．週ごとに支払うもの c．日割で支払うもの（日雇賃金を除く）	日　額　表	提出あり	甲　欄
		提出なし	乙　欄
a．日雇賃金	日　額　表	(提出不要)	丙　欄

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

(2) 退職所得

退職を原因として一時に受ける給与は退職所得とされる。退職所得の金額は、次の算式で求める。

退職所得の金額 ＝（収入金額 - 退職所得控除額）× 1／2

退職所得控除額は次の算式により求める。

ア）通常の退職の場合　　勤続年数 20 年以下の場合 ・・・・・ 勤続年数×40 万円(最低 80 万円)
勤続年数 20 年超の場合 ・・・・・・ 800 万円 ＋ 70 万円 ×（勤続年数 - 20 年）

イ） 障害者になったことに直接基因して退職した場合・・・・・・ ア）によって計算した金額 ＋ 100 万円

退職所得の源泉徴収税額の速算表

課税退職所得金額（A）	所得税率（B）	控除額（C）	税額=（（A）×（B）－（C））×102.1%
195 万円以下	5%	-	（(A) ×5%） ×102.1%
195 万円超　330 万円以下	10%	97,500 円	（(A) ×10%-97,500 円） ×102.1%
330 万円超　695 万円以下	20%	427,500 円	（(A) ×20%-427,500 円） ×102.1%
695 万円超　900 万円以下	23%	636,000 円	（(A) ×23%-636,000 円） ×102.1%
900 万円超　1800 万円以下	33%	1,536,000 円	（(A) ×33%-1,536,000 円） ×102.1%
1800 万円超	40%	2,796,000 円	（(A) ×40%-2,796,000 円） ×102.1%

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

(3) 給与所得の範囲

① 宿日直料

宿日直料は、1回の宿日直について支給される金額のうち、4,000 円(宿直又は日直の勤務をすることにより支給される食事がある場合には、4,000 円からその食事の価額を控除した残額)までの部分については、課税されない。ただし、次に掲げる宿日直料については、その全額が課税の対象とされる(所基通 28-1)。

a．休日又は夜間の留守番だけを行うために雇用された人や、勤務する場所に居住し休日又は夜間の留守番をも含めた勤務を行うものとして雇用された人にその留守番に相当する勤務について支給される宿日直料
b．宿日直の勤務をその人の通常の勤務時間内の勤務として行った人やこれらの勤務をしたことにより代日休暇が与えられる人に支給される宿日直料
c．宿日直の勤務をする人の通常の給与の額に比例した金額又はその給与の額に比例した金額に近似するように給与の額の階級区分等に応じて定められた金額により支給される宿日直料(その宿日直料が、上記の給与の額に比例した金額とその他の金額との合計額によって支給される場合には、その比例した部分の金額)

② 夜間勤務者の食事代

正規の勤務時間の一部又は全部が深夜(午後 10 時から翌日午前 5 時)に及ぶいわゆる深夜勤務者に対し、夜食の提供ができないため、これに代えて通常の給与に加算して支給される夜食代で、その支給額が勤務 1 回につき 300 円以下のものについては、課税されない (昭 59 直法 6-5)。

この場合の支給額が非課税限度額の 300 円を超えるかどうかは、支給額に 105 分の 100 を乗じた金額により判定する(平元直法 6-1、平 9 課法 8-1 改正)。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

③ 結婚祝金品等

雇用契約等に基づいて支給される結婚、出産等の祝金品は、その金額が支給を受ける役員又は使用人の地位などに照らして社会通念上相当と認められるものであれば、課税されない(所基通 28-5)。

④ 葬祭料、香典、見舞金等

葬祭料や香典、災害等の見舞金は、その金額が社会通念上相当と認められるものであれば、課税されない(所基通 9-23)。

⑤ 学資金

イ) 学資に充てるために給付される金品(給与その他対価の性質を有するものを除く)は非課税とされているが、使用者から就学中の子弟を有する役員又は使用人に対し、子弟の修学のための学資金として支給する金品は、家族手当と同様の性質を有するものであるため、給与所得とされる(所法 9①十四、所基通 9-14)。

ロ) 使用者がその業務遂行上の必要に基づき、役員又は使用人にその役員又は使用人としての職務に直接必要な技術や知識を習得させたり、免許や資格を取得させるための研修会、講習会等の出席費用や大学等における聴講費用に充てるものとして支給する金品については、これらの費用として適正なものに限り、課税されない(所基通 9-15)。

ハ) 使用者が、使用人に対してその使用人の学校教育法第1条《学校の範囲》に規定する学校(大学及び高等専門学校を除く)における修学のための費用に充てるものとして支給する金品で、その修学のための費用として適正なものについては、役員又は使用者である個人の親族のみをその対象とする場合を除き、課税されない(所基通 9-16)。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

(5) 現物給与等の取扱い

① 食事の支給

使用者が支給する食事(宿日直又は残業をした場合に支給される食事を除く)については、その支給を受ける人がその食事の価額の半額以上を負担すれば、原則として課税されない。ただし、食事の価額からその人の負担した金額を控除した残額(使用者の負担額)が月額 3,500 円を超えるときは、使用者が負担した全額が給与所得とされる(所基通 36-38 の 2)。

注)使用者が支給する食事については、次に掲げる金額により評価する(所基通 36-38)。

a. 使用者が調理して支給する食事 … その食事の主食、副食、調味料等に要する直接費の額に相当する金額

b. 使用者が飲食店等から購入して支給する食事 … その食事の購入価額に相当する金額

この場合の使用者の負担が 3,500 円を超えるかどうかは、食事の価額からその人の負担した金額を差し引いた後の残額に 105 分の 100 を乗じた金額により判定する(平元直法 6-1、平 9 課法 8-1 改正)。

なお、通常の勤務時間外に宿日直又は残業をした役員又は使用人に対し、これらの勤務をすることにより支給する食事については、課税されない(所基通 36-24)。

② 制服等の支給

職務の性質上制服を着用しなければならない役員又は使用人に対して支給又は貸与する制服その他の身の回り品については、課税されない(所法 9①六、所例 21 二、三)。また、専ら勤務場所のみで着用するために支給又は貸与する事務服、作業服等についても課税されない(所基通 9-8)。ただし、これらの制服等の支給又は貸与に代えて金銭を支給する場合には、その金額の多少にかかわらず給与所得とされる。

③ 金銭の無利息貸付け等

使用者が、役員又は使用人に対し金銭を無利息又は下記の利息相当額(注)に満たない利息で貸し付けたことにより、その役員又は使用人が受ける経済的利益については、その経済的利益が次のいずれかに該当する場合には、課税されない(所基通 36-28)。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

イ）災害、疾病等により臨時的に多額な生活資金を要することとなった役員又は使用人に対し、その資金に充てるために貸し付けた金額につき、返済に要する期間として合理的と認められる期間内に受ける経済的利益

ロ）役員又は使用人に貸し付けた金額について、使用者における借入金の平均調達金利（例えば、当該使用者が貸付けを行った日の前年中又は前事業年度中における借入金の平均残高に占める当該前年中又は前事業年度中に支払うべき利息の額の割合など合理的に計算された利率をいう。）など合理的と認められる貸付利率を定め、これにより利息を徴している場合に生じる経済的利益

ハ）イ及びロに掲げる貸付金以外の貸付金について受ける経済的利益で、その年又はその事業年度における利益の合計額が5,000円（その事業年度が1年に満たない場合には、「5,000円×その事業年度の月数／12」）以下のもの

注1）金銭の貸付けを行った場合の利息の評価については、次に掲げる利率による（所基通36-49）。

a．使用者が他から借り入れて貸し付けた場合・・・その借入金の利率

b．その他の場合・・・貸付けを行った日の属する年の前年の11月30日を経過する時におけるいわゆる公定歩合（日本銀行法第15条第1項第1号の規定により定められる商業手形の基準割引率）に年4%の利率を加算した利率

- 平成12年～13年中に貸付けを行ったもの … 年4.5%
- 平成14年～18年中に貸付けを行ったもの … 年4.1%
- 平成19年中に貸付けを行ったもの …… 年4.4%
- 平成20年中に貸付けを行ったもの …… 年4.7%
- 平成21年中に貸付けを行ったもの …… 年4.5%
- 平成22年～に貸付けを行ったもの …… 年4.3%

注2）使用人に住宅取得資金を貸し付けた場合に使用人が平成22年12月31日までの間に受ける経済的利益については、年1%以上の利率により利息を徴しているときは、課税されないことになっている。なお、平成22年度税制改正により、給与所得者等が住宅資金の貸付け等を受けた場合の特例について、平成22年12月31日の適用期限の到来をもって廃止するとともに、同日以前に使用者から住宅資金の貸付け等を受けている者に対して本特例を引き続き適用するための所要の経過措置を講じます（改正附則58）。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

④ レクリエーションの費用の負担

使用者が、役員又は使用人のレクリエーションのために社会通念上一般的に行われていると認められる会食、旅行、演芸会、運動会等の簡易なレクリエーション行事の費用を負担することにより、その行事に参加した役員又は使用人が受ける経済的利益については、自己の都合で行事に参加しなかった役員又は使用人に対し、参加に代えて金銭を支給する場合や、役員だけを対象としてその行事の費用を負担する場合を除き、課税されない（所基通36-30）。

なお、自己の都合により参加しなかった人に対し参加に代えて金銭を支給する場合には、参加者及び不参加者の全員にその不参加者に対して支給する金銭の額に相当する額の給与所得があったものとされる（所基通36-50）。

また、従業員レクリエーション旅行については、旅行期間が4泊5日（目的地が海外の場合は、目的地における滞在日数）以内であるなど一定の要件を満たしている場合には、その経済的利益の額が少額不追求の趣旨を逸脱しない限り、原則として課税しなくて差し支えないこととされている（昭63直法6-9、平5課法8-1改正）。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

⑥ 住宅等の貸与

イ）使用人に対する社宅や寮等の貸与

使用者が、使用人に対して無償又は低額の賃貸料で社宅や寮等を貸与することにより供与する経済的利益については、次の算式により計算した賃貸料相当額とその使用人から徴収している賃貸料の額との差額が給与所得とされる（所令 84 の 2、所基通 36-41、36-45）。

ただし、使用人から徴収している賃貸料が次の算式による賃貸料相当額の 50%以上である場合には、その差額については課税されない（所基通 36-47）。

賃貸料相当額の計算式

$$\text{賃貸料相当額（月額）} = \left(\text{その年度の家屋の固定資産の課税標準額} \times \frac{2}{1,000} + 12\text{円} \times \frac{\text{その家屋の総床面積（平方メートル）}}{3.3\text{（平方メートル）}} + \text{その年の敷地の固定資産の課税標準額} \times \frac{2.2}{1,000}\right)$$

注１）他から借り受けた住宅等を社宅や寮として使用人に貸与する場合の賃貸料相当額も、この算式によって計算する。

注２）固定資産税の課税標準額が改訂された場合であっても、その改訂後の課税標準額が現に賃貸料相当額の計算の基礎になっている課税標準額に比して 20%以内の増減にとどまるときは、強いて賃貸料相当額の改訂を要しないこととされている（所基通 36-46）。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

⑹ 接待交際費

① 交際費等の損金不算入

法人が支出する交際費等は、原則として、全額損金不算入とされている。

ただし、出資金額が 1 億円以下の中小法人等が支出する交際費等については、平成 21 年 4 月 1 日以降に終了する事業年度から 600 万円に達するまでの 9 割が損金の額に算入でき、平成 25 年 4 月 1 日以後に開始する事業年度からは 800 万円までに達するまでの全額が損金の額に算入できることとなった。（措法 61 の 4①）。

②１人当たり 5,000 円以下の飲食費（措法 61 の 4③ニ、措令 37 の 5①）

平成 18 年 4 月 1 日から平成 26 年 3 月 31 日までの間に開始する各事業年度の交際費については、交際費の範囲から「1 人当たり 5,000 円以下の飲食費（社内飲食費を除く）」が次に掲げる事項を記載した書類を保存していることを要件として除外される。

イ）その飲食のあった年月日

ロ）その飲食等に参加した得意先、仕入先その他事業に関係のある者等の氏名又は名称及びその関係

ハ）その飲食等に参加した者の人数

ニ）その費用の金額並びにその飲食店、料理店等の名称・所在地

ホ）その他参考となるべき事項

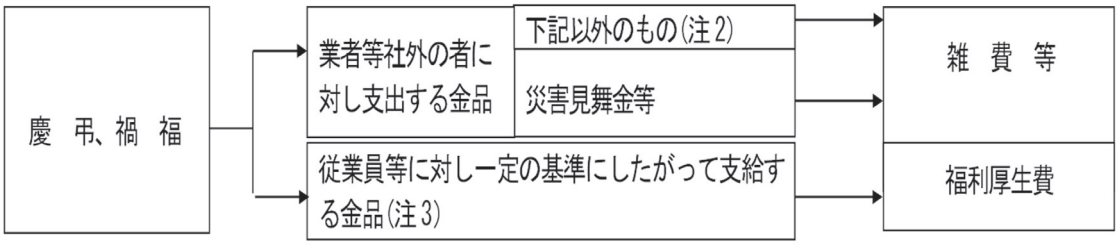
③交際費（飲食費に限る）の 50%損金算入

全法人において、消費の拡大を通じた経済の活性化を図る観点から、交際費（飲食費に限る）を 50%損金算入（上限なし）できることとし、平成２６年４月１日から平成２８年３月３１日までの間に開始する各事業年度において適用することとなった。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

④ 福利厚生費等との区分

福利厚生費等と交際費等は、その費用の支出の形態及び内容により、次のように区分される(措通61の4(1)－10～10の4、61の4(1)—15(1)、(3))。



注1）社外で行う場合であっても、飲食に要する費用の程度が社内で行う場合と同程度のものであるときには、従業員を対象とするものである限り、その費用は福利厚生費として取り扱われる。

注2）納入業者等の従業員のために支出する次の費用は、交際費等に該当しない(措通61の4(1)—18)。

・自社の業務の特定部分を継続的に請け負わせている他の企業の従業員を、自社の運動会、演芸会等で慰安するために通常要する費用

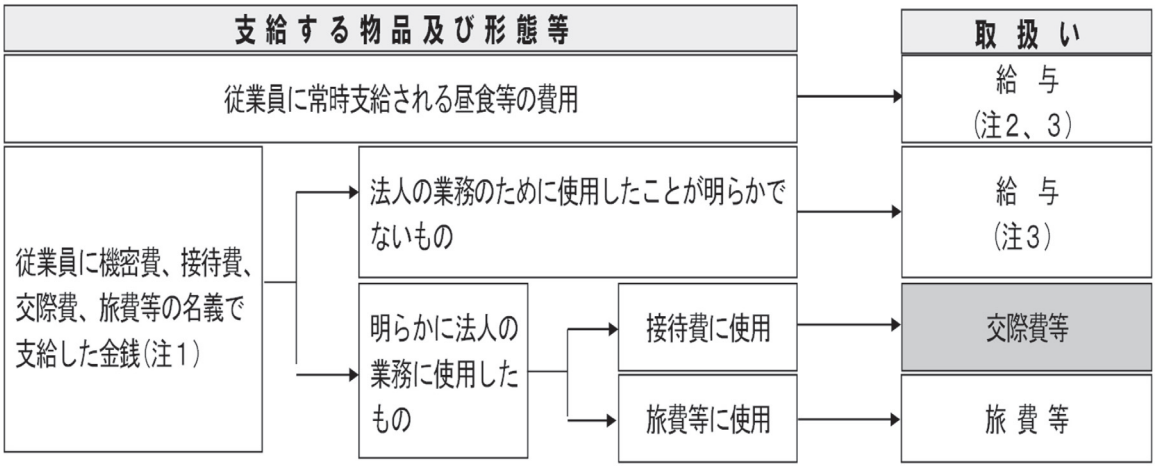
・自社の従業員と同等の事情にある専属下請先の従業員又はその親族等の慶弔、禍福に際し一定の基準にしたがって支給する金品の費用

注3）従業員等には、従業員の親族、退職者及びその親族が含まれる(措通61の4(1)—10(2))。

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

⑤ 給与等との区分

給与等と交際費等は、その支給する物品及び形態等により、次のように区分される(措通61の4(1)—12)。



注1）機密費、接待費、交際費等の名義をもって支出した金銭(特定の従業員に支給されたものでないもの)でその費途が明らかでないものは、損金不算入となる(基通9-7-20)。

なお、使途秘匿金に該当した場合には、通常の法人税に加え、40%の法人税の追加課税が行われる。

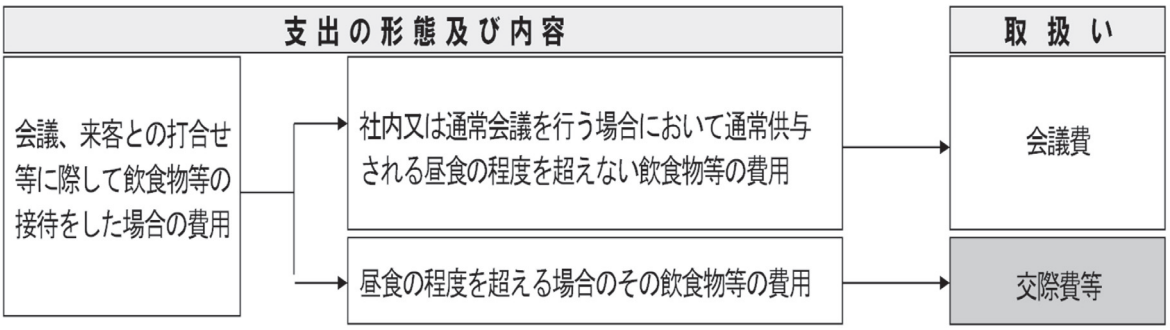
注2）これらの経済的利益については、原則として所得税の源泉徴収が必要であるが、一定の場合には、課税の対象としないこととされている(所基通36-38～39)。

注3）これら給与のうち定期の給与に該当しないものについては、賞与となる(基通9-2-16)。

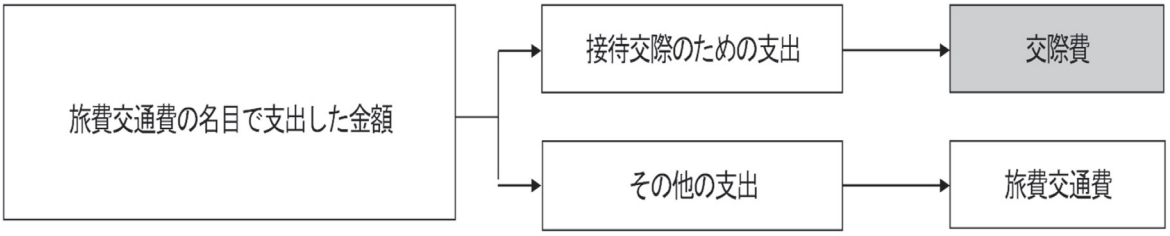
Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

⑥ 会議費等との区分

会議費等と交際費等は、その費用の支出の形態及び内容により、次のように区分される（措令37の5二、措通61の4(1)-16 61の4(1)-21）。



⑦ 旅費交通費との区分



35

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

(7) 減価償却

1年以上の長期にわたって使用または利用する目的で保有する資産を固定資産といい、その取得に要した費用を一定の方法により、各事業年度の費用として配分する会計上の手続きを減価償却という。課税所得の計算する上で損金とされる金額は、減価償却費として損金経理した金額のうち償却限度額の範囲内の金額である。法人税法では、償却限度額の計算につき、償却方法、残存価額、耐用年数等の規定を設けている。

なお、法人は、その減価償却資産の取得年月日および資産の種類に応じて、それぞれに定められている償却方法の中から選定して償却することとなる。

① 一括償却資産

取得価額が20万円未満の減価償却資産の取得した場合には、その資産の全部または一部を一括したもの（一括償却資産）の取得価額の合計額を、原則として3年間で損金経理した金額を損金の額に算入することができる。

② 中小企業者等の即時償却の特例

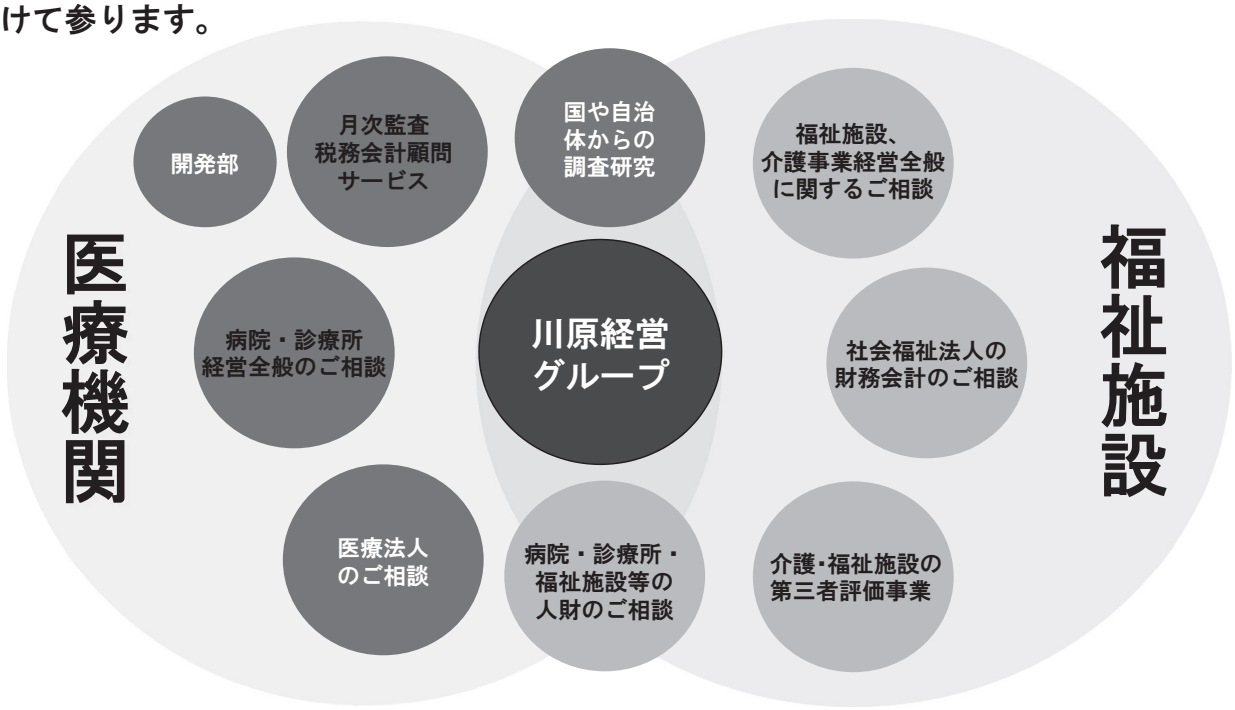
青色申告書を提出する中小企業者等が平成15年4月1日から平成28年3月31日までの間に取得価格30万円未満の減価償却資産を取得した場合には、事業の用に供した事業年度において取得価額の全額を損金算入できる。なお、この適用を受ける資産の取得価額の合計額が年300万円に達するまでという上限が設けられている。

36

Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

川原経営グループ概要

医療・福祉界の健全発展に資することが私たちの使命です。
川原経営グループは、これからも経営コンサルティング・税務会計・会計監査の三つの柱を完備し、お客様の総合的なサポートを実現するオールラウンド・サービスを提供し続けて参ります。



Copyright © 2017 Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

ご清聴ありがとうございました。

＜ご質問・お問合せ先＞
株式会社川原経営総合センター
取締役　会計業務部門統括　日向野渉
TEL:03(5422)7401　E-mail: higano@kawahara-group.co.jp

訪問看護経営・経済論①

経理・財務の実際（経営に関する基本的技術）

～資料編～

税理士法人　川原経営
電話 03-3289-0871　FAX03-3289-0876
E-mail:higano@kawahara-group.co.jp

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

集 金 日 計 表　　（平成27年1月7日）

	担 当	介護保険			
		利用者氏名	利用料収益	交通費等	合計
1			7,228	0	7,228
2			1,402	0	1,402
3			8,314	0	8,314
4			4,720	0	4,720
5			5,712	0	5,712
6			3,048	420	3,468
7			2,212	0	2,212
8				0	0
9				0	0
10				0	0
11				0	0
12				0	0
13				0	0
14				0	0
15				0	0
16				0	0
17				0	0
18				0	0
19				0	0
合計			32,636	420	33,056

	担 当	医療保険				
		利用者氏名	基本利用料		その他利用料	合計
1			0		3,000	3,000
2			0		1,350	1,350
3			25,680		1,350	27,030
4			0		4,800	4,800
5			6,025		900	6,925
6			19,315		3,000	22,315
7			7,495		1,200	8,695
8					0	0
9					0	0
10					0	0
11					0	0
12					0	0
13					0	0
14					0	0
15					0	0
16					0	0
17					0	0
18					0	0
19					0	0
合計			58,515	0	15,600	74,115

収益総合計	143,751

前日繰越額	32,500
本日入金額	143,751
窓 口 残 高	176,251
未 収 入 金	0
現金過不足	0
預 金 預 入	32,500
翌日繰越額	143,751

金　種	別　残　高
10,000	90,000
5,000	15,000
1,000	26,000
500	3,500
100	4,800
50	1,350
10	2,790
5	260
1	51
合　計	143,751

	担 当	介護保険(全額負担分)			
		利用者氏名	利用料収益	交通費等	合計
1			16,580	0	16,580
2					
3					
4					
5					
計			16,580	0	16,580

	担 当	保険外負担金				
		利用者氏名	文書料	エンゼルケア		合計
1			10,000	10,000		20,000
2						
3						
4						
5						
計			0		0	20,000

検　印
承認 2015.1.7 管理者

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

窓口入金集計表

（　27年　1　月分）

日　付	介護保険 利用料収益	医療保険 基本利用料	その他収益	収入合計	預金預入	合計
1						
2						
3						
4	15,646	16,014	840	32,500	0	32,500
5				0	0	32,500
6						32,500
7	32,636	58,515	52,600	143,751	32,500	143,751
8		3,000	1,350	4,350	0	148,101
9	59,389	31,705	7,050	98,144	148,101	98,144
10	20,868			20,868	0	119,012
11	1,672			1,672	0	120,684
12				0	0	120,684
13	8,064	27,180	1,350	36,594	0	157,278
14	51,460			51,460	157,278	51,460
15	20,018	26,810	7,550	54,378	0	105,838
16				0	0	105,838
17				0	0	105,838
18				0	0	105,838
19				0	0	105,838
20	29,742			29,742	0	135,580
21	9,825			9,825	135,580	9,825
22	15,884			15,884	0	25,709
23	11,589			11,589	0	37,298
24				0	0	37,298
25	3,344			3,344	0	40,642
26				0	0	40,642
27	2,212			2,212	0	42,854
28				0	42,854	0
29				0	0	0
30				0	0	0
31						
合計	282,349	163,224	70,740	516,313	516,313	

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management
Group. All Rights Reserved.

【未収入金管理表】

※現金入金日に集金表への記載を忘れずに

発生日	患者氏名	カルテNo	請求金額	入金日	入金額	残高	備考
3月10日			26,150	4月1日	26,150	0	振込み
3月11日			8,412	4月1日	8,412	0	振込み
3月12日			21,628	4月1日	21,628	0	振込み
3月13日			4,720	3月27日	4,720	0	現金
3月20日			25,000			25,000	4/30入金見込
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	
						0	

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

保険請求管理表

	繰 越	**1月発生**	振込額		査 定	残 高
介護保険	② 3,074,742	2,602,196	3,047,292		▲27,450	③ 2,826,226
	③ 2,826,226					④ 2,602,196
国保連合会	② 700,850	864,950	700,850		0	③ 604,850
	③ 604,850					④ 864,950
支払基金	② 166,050	186,150	166,050		0	③ 141,700
	③ 141,700					④ 186,150
合計	7,514,418	3,653,296	3,914,192		▲27,450	7,226,072

	繰 越	**2月発生**	振込額		査 定	残 高
介護保険						
国保連合会						
支払基金						
合計						

	繰 越	**3月発生**	振込額		査 定	残 高
介護保険						
国保連合会						
支払基金						
合計						

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

小口現金出納帳 （平成 27 年 1月分）

日付	入金額	摘　　要	支払金額	消耗品費	旅費交通費	通 信 費	事務用品費	交際接待費	図書研修費	諸　　口		残　　高
										科　　目	金　　額	8,100
1	20,000											28,100
5		○○さん交通費	2,000		2,000							26,100
6		「訪問看護」の本	3,000						3,000			23,100
8		トイレットペーパー	1,000	1,000								22,100
14		切手代	800			800						21,200
16		○○先生お土産	3,000					3,000				18,300
21		残業夜食代	3,000							福利厚生費	3,000	15,300
22		○○さん交通費	4,000		4,000							11,300
27		ノート5冊	500				500					10,800
28		グリーフ生花	3,000					3,000				7,800

勘定科目一覧表(訪看用)

大項目	勘定科目	説明	帳簿
流動資産	現金	利用者から受け取った現金あるいは支払い用に準備された現金について、処理します。必ず、現金出納帳にて管理します。利用者から受け取った小切手なども一旦、現金にて処理します。	現金出納帳
	(小口現金)	上記、現金の内、支払い用現金だけを手元に置いて管理する場合に、利用者から受け取った現金と区別するために、この科目で処理することが出来ます。	小口現金出納帳
	(窓口現金)	上記、現金の内、利用者から利用料として受け取った現金だけを管理する場合に、その他の現金と区別するために利用します。一般に、受け取った現金は、そのまま手つかずで普通預金に入金されるます。	窓口現金出納帳
	当座預金	小切手や手形を利用するときに作りますが、事故の原因となりますし、管理が大変ですから、お勧めしません。	当座預金出納帳
	普通預金	訪問看護事業において、資金の入り繰りで、最も基本となるもの。口座ごとに管理するのが望ましいが、訪問看護ステーションでは、可能な限り、一つの普通預金口座のみで管理されたい。	普通預金出納帳
	定期預金	定期性預金を管理するための勘定科目です。将来、一時に支払うことが予想される支出に備えるために作ります。具体的には、賞与の支払い準備、退職金の支払い準備、自動車等部品購入資金準備、事務所移転資金準備などです。	
	医業未収金	支払基金や介護報酬を請求しても、二ヶ月後に入金されます。月末時点で、請求する権利が生じても入金されていない金額を表示します。その都度、利用者に請求する利用料等も月末時点で入金になっていない金額を表示します。	未収金管理表
	棚卸資産	期末段階での、未使用の診療材料、薬品、文具等を実地に棚卸しをして金額を確定します。それぞれの単価は、最終仕入れ時の単価を利用するのが一般的です。	棚卸表
	短期貸付金	一年以内に返済が見込まれる貸付金を記載します。	
	未収金	医業以外での未収金、例えば貸付金の未収利息などを表示します。	
	立替金	他の事業等の費用を一時的に立て替えて支払った場合に表示します。	
	仮払金	金銭の支出はあったが、内容がまだ確定されていないときに使用します。	
	前払費用	家賃のように翌月分を先払いする時に利用しますが、通常は決算時に、当期の費用ではないがすでに先払いしてしまった費用として表示します。	
	貸倒引当金	医業未収金や未収金、貸付金が必ずしも全額入金されるとは限りません。そこで、一定の基準を定めて、取り付けが出来ない、すなわち貸倒になる可能性のある金額を、実質的には財産価値がないものになります。その財産価値のない金額について見積もり計上したのがこの貸倒引当金です。	

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

固定資産	建物	建物を表示しますが、賃貸物件であっても、建物の壁や柱に直接つながる内装工事も建物として表記します。	固定資産台帳
	建物附属設備	建物に附属する電気・ガス・水道等の配管工事や間仕切りなどが該当します。	
	構築物	建物の外構、塀あるいはポール式の看板などを表記します。	
	車両運搬具	自動車や自転車などを表記します。	
	器具備品	一年以上利用でき、一つもしくは一組10万円以上で、一括償却資産や少額減価償却資産としなかったものについて表記。	
	リース資産	リースで購入した資産について表記します。	
	一括償却資産	取得価格が10万円以上20万円未満のもので少額減価償却資産に該当しないものについて、3年均等償却により償却できるものを表示。	
	少額減価償却資産（参考）	中小企業は、30万円未満の減価償却資産について、年間300万円までは一括償却の経費にしても良い規定があり、それにより一括経費にしたものを表記。ただし、貸借対照表には表示されない。	
	土地	購入した土地について表記します。	
	電話加入権		
	借地権		
	水道施設利用権		
その他資産	保険積立金	生命保険料などのうち、積立部分になるもの。	
	保証金	テナントの保証金など。	
	敷金	事務所の敷金など。	
	長期前払費用	前払費用の内、一年を超えて費用化するもの	
繰延資産	入会金	支出した費用の効果が1年以上に及ぶため、繰延資産として表記	
流動負債	未払金	営業上の取引において発生する未払金を表記。買掛金と表記する場合もある。	未払金管理帳
	預り金	源泉所得税や特別徴収の住民税、社会保険料など、国等に代わって従業員の給与等から預かり、国等への師原を済ませるまでの間の資金を表示。	
	短期借入金	一年以内に返済義務の来る借入金について表記	
	未払法人税等	未払の法人税等を表記	
固定負債	長期借入金	一年を超えて、返済義務の来る借入金を表記	
	長期未払金	一年を超えて支払義務の来る未払金	
	リース未払金	リースに係る未払リース料を表記	
資本の部	資本金	当初の資本金。（会社形式にのみ）	
	本部会計	本部への支払義務、受取権利などを表記	
	繰越利益金		

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

収入の部	訪問看護療養収益	国保連合会や支払基金への請求金額を表記	請求管理台帳
	利用料収益	利用者負担金を表記	日計表
	その他利用料収益	介護保険や健康保険の適用外収益を表記	
	保険等調整増減	介護保険や健康保険に請求したが査定されて入金にならなかった金額を表記。査定損益とも呼ばれる。なお、減額査定と単純な返戻は区別して管理するのが望ましい。	請求管理台帳
費用の部	医薬品費		
	役員報酬	役員への報酬を表記。法人のみ。	給与台帳
	給与手当	毎月の給与を表記します。	
	賞与	賞与を表記します。(給与手当に含めても結構です。)	
	法定福利費	事業所負担の社会保険料や労働保険料を表記します。	
	福利厚生費	従業員の福利厚生にかかる費用を表記しますが、残業食等の規程がある場合で、その規程を超えて支払う場合や特定の個人への飲食代、忘年会等の二次会の費用などは交際接待費に表記。	
	旅費交通費	通勤費を「通勤費」として独自の科目表記は可能。	
	通信費	電話、切手等	
	事務用品費		
	消耗品費	10万円未満の消耗品を表記	
	水道光熱費		
	広告宣伝費	パンフレット代や看板代、求人広告など	
	地代家賃	ステーションの賃料や駐車場料金等	
	保守管理料	機器等の保守管理費が含まれる	
	交際接待費	贈答品や手みやげ、打合せ費用で、福利厚生費や会議費に該当しないもの。	
	会議費	アルコールが少量の飲食を伴う会食で一人5000円未満のもの若しくは、会議の会場代など。	
	車両費	ガソリン代、自動車保険、車検等の車両関係費用	
	修繕費	建物や機械などの修繕に要した費用。	
	図書研修費	書籍や新聞および研修会への出席費用	
	雑費		
医業外費用	支払利息	借入金利息、車両のローンの割賦利息	
医業外収益	受取利息	預金利息や配当金など	
	雑収入	本業以外で計上される収入	

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

給　料　台　帳

受領印	受領印		受領印		受領印		受領印		受領印	
支給月分	年　月分		年　月分		年　月分		年　月分		年　月分	
氏名	○○○○殿		○○○○殿		○○○○殿		○○○○殿		○○○○殿	
勤務状態	出勤　日	遅刻　回　分 早退	出勤　日	遅刻　回　分 早退	出勤　日	遅刻　回　分 早退	出勤　日	遅刻　回　分 早退	出勤　日	遅刻　回　分 早退
	欠勤　日	休日　日　時 出勤　間	欠勤　日	休日　日　時 出勤　間	欠勤　日	休日　日　時 出勤　間	欠勤　日	休日　日　時 出勤　間	欠勤　日	休日　日　時 出勤　間
	有給休暇　日	残　日	有給休暇　日	残　日	有給休暇　日	残　日	有給休暇　日	残　日	有給休暇　日	残　日
	残業　時間	@	残業　時間	@	残業　時間	@	残業　時間	@	残業　時間	@
	深夜　時間	@	深夜　時間	@	深夜　時間	@	深夜　時間	@	深夜　時間	@
基本給	350,000		270,000		250,000		200,000		200,000	
職務手当										
皆勤手当										
残業手当										
通勤手当	10,000		0		5,000		3,000		0	
総支給額	350,000		270,000		250,000		200,000		200,000	
健康保険	20,160		13,460		12,463		9,970		9,970	
厚生年金保険	29,960		23,112		21,400		17,120		17,120	
雇用保険	1,750		1,350		1,250		1,000		1,000	
保険料合計	51,870		37,922		35,113		28,090		28,090	
社保控除後の金額	308,130		232,079		219,888		174,910		171,910	
所得税	8,250		5,890		5,270		3,770		3,770	
市町村民税	6,000		4,000		4,000		2,000		1,800	
㊞										
㊞										
㊞										
㊞										
控除額計	14,250		9,890		9,270		5,770		5,570	
差引支給額	293,880		222,189		210,618		169,140		166,340	

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management
Group. All Rights Reserved.

貸借対照表

平成27年3月31日

資産の部			
（Ⅰ）流動資産			
現金預金		7,890,249	
医業未収金		7,522,831	
未収入金		960,598	
立替金		272,203	
貸倒引当金		(51,000)	
本院		7,360,483	
流動資産合計			23,955,364
（Ⅱ）固定資産			
建物付属設備	161,234		
車両運搬具	325,880		
器具備品	630,788		
有形固定資産合計		1,117,902	
電話加入権	149,968		
コンピュータソフト	438,741		
無形固定資産合計		588,709	
敷金	16,500		
投資等合計		16,500	
固定資産合計			1,723,111
資産合計			25,678,475
負債の部			
（Ⅰ）流動負債			
未払費用		1,288,465	
流動負債合計			1,288,465
（Ⅱ）固定負債			
長期借入金		0	
固定負債合計			0
負債合計			1,288,465
資本の部			
当期未処分利益		24,390,010	
うち、当期利益		735,917	
資本合計			24,390,010
資本負債合計			25,678,475

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

損益計算書（26 年 4 月～27 年 3 月）

借方	貸方	借方	貸方	対収入比
訪問看護療養費収益				
同上医療保険分		14,174,793		32.1%
同上介護保険分		25,570,189		58.0%
訪問看護利用料収益				
同上医療保険分		2,398,097		5.4%
同上介護保険分		2,544,367		5.8%
その他利用料収益		77,790		0.2%
保険等調整増減		▲ 660,092		-1.5%
【収益合計】		44,105,144		100.0%
	給与手当		27,392,000	62.1%
	賞与		5,759,000	13.1%
	法定福利費		3,585,855	8.1%
	【給与費合計】		36,736,855	83.3%
	訪問材料費		0	0.0%
	訪問医薬品費		122,630	0.3%
	【材料費合計】		122,630	0.3%
	旅費交通費		1,066,216	2.4%
	通信費		244,447	0.6%
	事務用品費		5,814	0.0%
	消耗品費		104,747	0.2%
	修繕費		404,000	0.9%
	地代家賃		3,342,000	7.6%
	広告宣伝費		49,087	0.1%
	保険料		46,500	0.1%
	諸会費		17,000	0.0%
	車両費		518,936	1.2%
	リース料		51,030	0.1%
	保守料		151,200	0.3%
	雑費他		295,667	0.7%
	【経費】		6,296,644	14.3%
	【研修研究費】		218,000	0.5%
	【減価償却費】		463,908	1.1%
	【事業利益】		267,107	0.6%
	事業外収益	468,810	0	
	【経常利益】		735,917	1.7%

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

貸借対照表

27.03.31

勘定科目	期首	借方	貸方	期末
現金	47,685	150,000	141,309	56,376
普通預金	14,683,038	44,710,989	51,560,154	7,833,873
医業未収金	7,677,273	43,570,142	43,724,584	7,522,831
未収入金	444,114	960,598	444,114	960,598
立替金	0	272,203		272,203
貸倒引当金	-48,000	48,000	51,000	-51,000
本院	0	7,360,483		7,360,483
【流動資産】	22,804,110	97,072,415	95,921,161	23,955,364
建物付属設備	203,065		41,831	161,234
車両運搬具	581,206		255,326	325,880
器具備品	0	889,140	258,352	630,788
電話加入権	149,968			149,968
コンピュータソフト	0	478,626	39,885	438,741
【固定資産】	934,239	1,367,766	595,394	1,706,611
敷金	16,500			16,500
【投資等】	16,500	0	0	16,500
【借方合計】	23,754,849	98,440,181	96,516,555	25,678,475
未払費用	100,756	100,756	1,288,465	1,288,465
【流動負債】	100,756	100,756	1,288,465	1,288,465
長期借入金	0	0	0	0
【固定負債】	0	0	0	0
【負債合計】	100,756	100,756	1,288,465	1,288,465
当期未処分利益	23,654,093		735,917	24,390,010
【資本合計】	23,654,093	0	735,917	24,390,010
【負債・資本合計】	23,754,849	100,756	2,024,382	25,678,475

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

比較損益計算書

勘定科目	26年3月期	27年3月期	増減
訪問看護療養費収益			
同上医療保険分	15,445,012	14,174,793	-1,270,219
同上介護保険分	24,712,594	25,570,189	857,595
訪問看護利用料収益			
同上医療保険分	2,583,483	2,398,097	-185,386
同上介護保険分	2,289,803	2,544,367	254,564
その他利用料収益	46,750	77,790	31,040
保険等調整増減	319,467	-660,092	-979,559
【収益合計】	45,397,109	44,105,144	-1,291,965
給与手当	25,851,000	27,392,000	1,541,000
賞与	4,618,700	5,759,000	1,140,300
法定福利費	3,382,136	3,585,855	203,719
【給与費合計】	33,851,836	36,736,855	2,885,019
訪問材料費	0	0	0
訪問医薬品費	104,318	122,630	18,312
【材料費合計】	104,318	122,630	18,312
旅費交通費	882,280	1,066,216	183,936
通信費	290,322	244,447	-45,875
事務用品費	35,349	5,814	-29,535
消耗品費	14,172	104,747	90,575
修繕費	469,408	404,000	-65,408
地代家賃	3,342,000	3,342,000	0
広告宣伝費	0	49,087	49,087
保険料	42,000	46,500	4,500
諸会費	35,000	17,000	-18,000
車両費	904,706	518,936	-385,770
リース料	51,030	51,030	0
保守料	472,500	151,200	-321,300
雑費他	465,140	295,667	-169,473
【経費】	7,003,907	6,296,644	-707,263
【研修研究費】	82,290	218,000	135,710
【減価償却費】	226,917	463,908	236,991
【事業利益】	4,127,841	267,107	-3,860,734
事業外収入	608,150	468,810	-139,340
【経常利益】	4,735,991	735,917	-4,000,074

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

資金繰り表

単位：千円

科　目			2014年9月 予定	2014年10月 予定	2014年11月 予定	2014年12月 予定	2015年1月 予定	2015年2月 予定	上期 予定
1 経常収入	(1)	窓口現金収入							0
	(2)	保険未収入金入金							0
	(3)	その他収入							0
	(4)								0
		小計	0	0	0	0	0	0	0
2 経常支出	(1)	医業原価	0	0	0	0	0	0	0
	(2)	給与							0
	(3)	賞与							0
	(4)	社会保険料							0
	(5)	リース料							0
	(6)	リース債務							0
	(7)	支払手数料							0
	(8)	租税公課							0
	(9)	その他一般管理費							0
		小計	0	0	0	0	0	0	0
3	経常収支[1−2]		0	0	0	0	0	0	0
・・・・	(1)								0
		小計	0	0	0	0	0	0	0
5 財務等支出	(1)	短期借入返済							0
	(2)	長期借入返済							0
	(3)	定期預金積立							0
	(4)	源泉税・住民税支払							0
	(5)								0
		小計	0	0	0	0	0	0	0
6	財務等収支[4−5]		0	0	0	0	0	0	0
7	総合収支[3+6]		0	0	0	0	0	0	0
8	前月繰越残高		10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
9	当月繰越残高		10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

訪問看護ステーション　2015年度損益予算

勘定科目	4月予算	4月実績	5月予算	5月実績	6月予算	6月実績	7月予算	7月実績	8月予算	8月実績	9月予算	9月実績	10月予算	10月実績	11月予算
医療保険訪問看護収入															
介護保険収入															
保険外利用料収入															
その他の収入															
事業収入合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
材料費（実費負担費用等）	0														
給料手当															
賞与・引当金繰入															
法定福利費															
退職金・引当繰入															
人件費計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福利厚生費															
研修費															
広告宣伝費															
旅費交通費															
通信費															
水道光熱費															
消耗品費															
車両費															
修繕費															
保険料															
事務用品費															
租税公課															
交際接待費															
地代家賃															
賃借料															
支払手数料															
報酬料金															
諸会費															
新聞図書費															
雑費															
経費計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
リース料															
減価償却費															
事業費用合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事業損益	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事業外収益計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事業外損失計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
経常損益	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
経常利益率	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Copyrightⓒ2017Kawahara Business Management Group. All Rights Reserved.

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-

看護師の特定行為研修の概要について

厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室看護サービス推進官
栗田　かほる　氏

平成29年９月15日
全国訪問看護事業協会「管理者養成研修会」

看護師の特定行為研修の概要について

厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室

１．2025年に向けた医療提供体制の改革

2025年に向けた医療提供体制の改革

2025年：団塊の世代が75歳以上 （国民の3人に1人が65歳以上・5人に1人が75歳以上）

〔高齢化の進展に伴う変化〕
- 慢性疾患、複数の疾病を抱える患者が増える
- 手術だけでなく、その後のリハビリも必要となる患者が増える
- 自宅で暮らしながら医療を受ける患者が増える

医療介護総合確保推進法による改革の主な内容

〔**地域における質の高い医療の確保、質の高い医療を確保するための基盤の整備**〕
- 医療機関の医療機能の分化・連携、在宅医療の充実
- 医師・看護師等の確保対策、医療機関の勤務環境改善、**チーム医療の推進**
- 医療事故調査の仕組みの創設等

改革の方向性

① 高度急性期から在宅医療まで、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制を整備し、
② 患者ができるだけ早く社会に復帰し、地域で継続して生活を送れるようにする

3

チーム医療の推進

医療の高度化・複雑化が進む中で、質が高く安全な医療を提供するため、「チーム医療」を推進し、各医療従事者が高い専門性を発揮しつつ、業務を分担しながら互いに連携することにより、患者の状態に応じた適切な医療を提供していきます。

医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し

■ 特定行為を行う看護師の研修制度の創設

・診療の補助のうち一定の行為を「特定行為」として明確化
・医師・歯科医師が作成する手順書により特定行為を行う看護師の研修制度を創設

■ 診療放射線技師の業務範囲の見直し

・放射線の照射等に関連する行為（造影剤の血管内投与等）を業務範囲に追加
・病院又は診療所以外の場所で、健康診断として胸部X線撮影を行う場合には、医師・歯科医師の立会いを不要とする

■ 臨床検査技師の業務範囲の見直し

・検査のための検体採取（鼻腔拭い液による検体採取等）を業務範囲に追加

■ 歯科衛生士の業務実施体制の見直し

・歯科衛生士が予防処置を実施する際には、歯科医師の指導の下に行うこととし、「直接の」指導までは要しないこととする

各医療従事者が専門性を発揮しつつ連携 → **患者の状態に応じた適切な医療を提供**

4

2. 特定行為に係る看護師の研修制度の概要

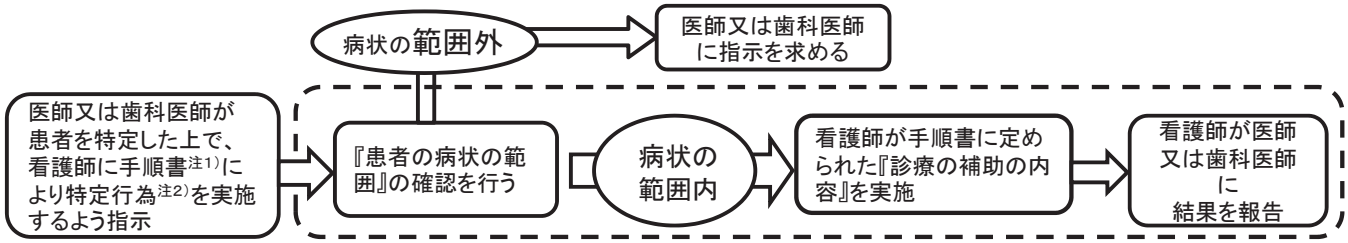
特定行為に係る看護師の研修制度の概要

制度創設の必要性

〇2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助（例えば、脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補正）など）を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。

〇このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的である。

特定行為に係る研修の対象となる場合



注1）**手順書**：医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書であって、看護師に診療の補助を行わせる『患者の病状の範囲』及び『診療の補助の内容』その他の事項が定められているもの。

注2）**特定行為**：診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるもの。

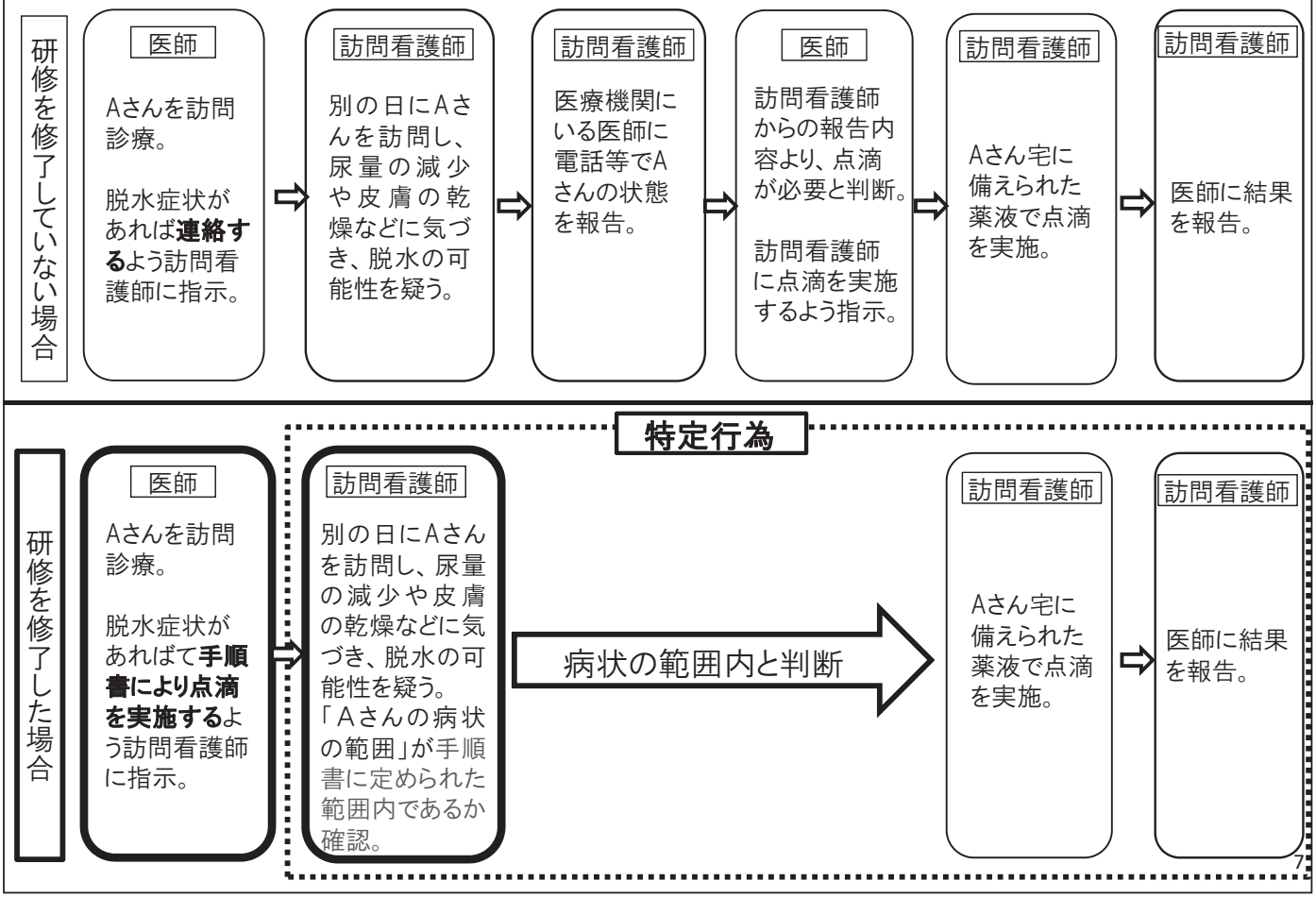
- 現行と同様、医師又は歯科医師の指示の下に、手順書によらないで看護師が特定行為を行うことに制限は生じない。
- 本制度を導入した場合でも、患者の病状や看護師の能力を勘案し、医師又は歯科医師が直接対応するか、どのような指示により看護師に診療の補助を行わせるかの判断は医師又は歯科医師が行うことに変わりはない。

指定研修修了者の把握方法

研修修了者の把握については、厚生労働省が指定研修機関から研修修了者名簿の提出を受ける。

制度の施行日　平成27年10月1日

在宅療養中の脱水をくり返す患者Aさんの例



7

①特定行為及び特定行為区分

特定行為

特定行為は、診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものとして別紙に掲げる**38行為**であること。

（改正後の法第37条の2第2項第1号、特定行為研修省令第2条及び別表第1関係）

特定行為区分

特定行為区分は、特定行為の区分であって、別紙のとおり**21区分**であること。

（改正後の法第37条の2第2項第3号、特定行為研修省令第4条及び別表第2関係）

8

【別紙】特定行為及び特定行為区分（38行為21区分）

特定行為区分	特定行為
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
	人工呼吸器からの離脱
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカの操作及び管理
	一時的ペースメーカリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。）
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入

特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥（じょく）瘡（そう）又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時の投与
	抗精神病薬の臨時の投与
	抗不安薬の臨時の投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

9

②手順書

手順書は、医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書又は電磁的記録※であって、次に掲げる事項が定められているものであること。

※ 電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。

（1） 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲

（2） 診療の補助の内容

（3） 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者※

※「当該手順書に係る特定行為の対象となる患者とは、当該手順書が適用される患者の一般的な状態を指し、実際に手順書を適用する場面では、医師又は歯科医師が患者を具体的に特定した上で、看護師に対して手順書により特定行為を行うよう指示をする必要があること。

（4） 特定行為を行うときに確認すべき事項

（5） 医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制

（6） 特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法

（改正後の法第37条の2第2項第2号、特定行為研修省令第3条関係）

10

③特定行為研修

看護師が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るための研修であって、特定行為区分ごとに特定行為研修の基準に適合するもの。
（改正後の法第37条の2第2項第4号、特定行為研修省令第5条並びに別表第3及び別表第4関係）

○ 特定行為研修は、次に掲げる研修により構成される。

「共通科目」	＋	「区分別科目」
全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修		特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修

○ 共通科目の各科目及び区分別科目は、講義、演習又は実習により行う。

○ 共通科目の各科目及び区分別科目の履修の成果は、筆記試験その他の適切な方法により評価を行う。

11

就業しながらでも受講が可能

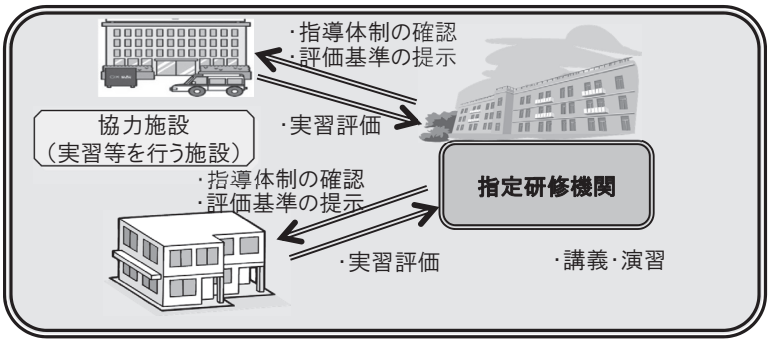
○ 指定研修機関は、協力施設と連携協力し、講義、演習又は実習を行うことが可能。

○ 講義・演習は、印刷教材等による授業、メディアを利用した授業など、大学通信教育設置基準（第3条第1項及び第2項）に定める方法で実施することが可能。

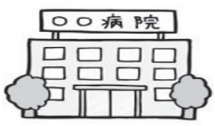
＜指定研修機関において全てを実施する場合＞



＜指定研修機関以外で一部を講義、演習又は実習を実施する場合＞



○ 実習は、受講生の所属施設等での実施も可能。



病院



診療所


介護老人保健施設



訪問看護ステーション

12

④指定研修機関の指定の基準

指定研修機関は、１又は2以上の特定行為区分に係る特定行為研修を行う学校、病院その他の者であって、厚生労働大臣が指定するものをいう。

＜指定の基準＞

（1） 特定行為研修の内容が適切であること。

（2） 特定行為研修の実施に関し必要な施設及び設備を利用することができること。

（3） 特定行為研修の責任者を適切に配置していること。

（4） 適切な指導体制を確保していること。

（5） 医療に関する安全管理のための体制を確保していること。

（6） 実習を行うに当たり患者に対する説明の手順を記載した文書を作成していること。

（7） 特定行為研修管理委員会を設置していること。

13

協力施設と連携協力して特定行為研修を行う場合

○実習を行う協力施設は、

病院、診療所、介護老人保健施設及び訪問看護ステーション等

・協力施設において、実施責任者を配置

・指定研修機関と協力施設との緊密な連携体制を確保

・指定研修機関と協力施設との間で、指導方針の共有

・関係者による定期的な会議の開催等

○訪問看護ステーション等で実習を行う場合は、

・診療所の医師が指導者となる等の指導体制を確保

・訪問看護ステーション等が、医療安全の管理のための体制整備を独自に行うことが困難である場合には、地域の他の病院等と連携して体制を確保すること。

（施行通知第2の6）

14

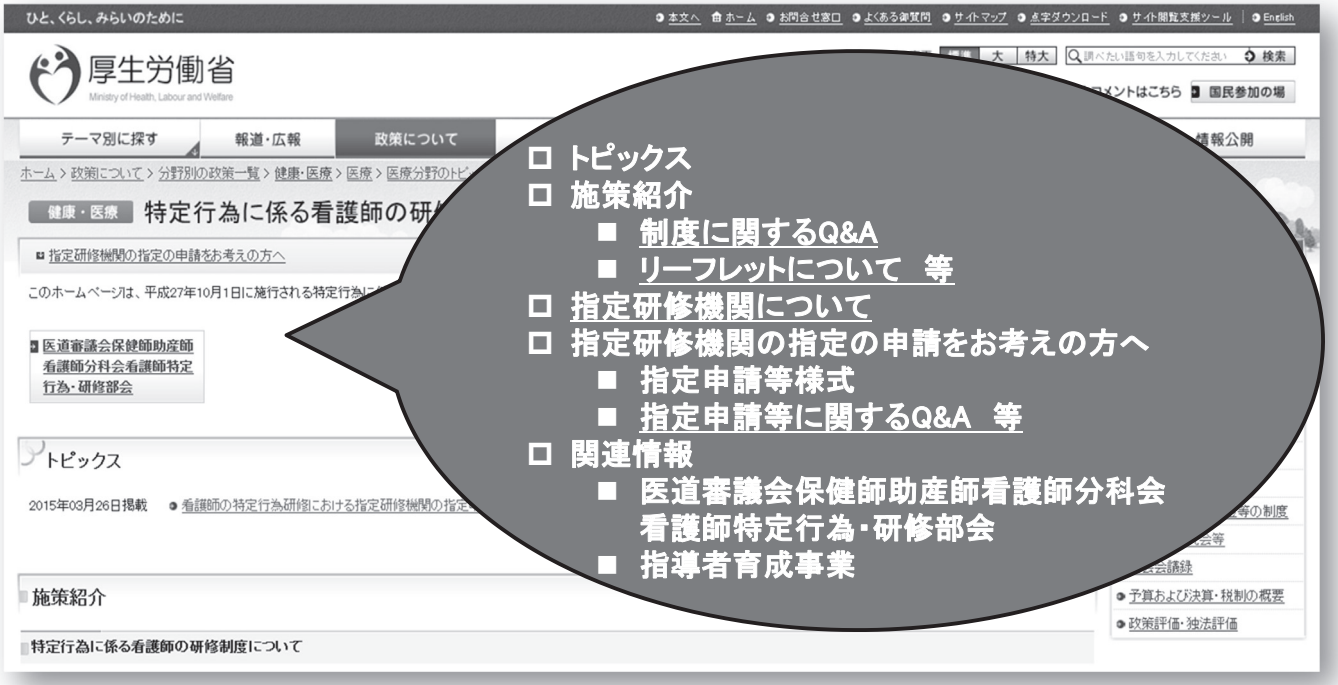
在宅に係る特定行為研修のイメージ

○気管カニューレの交換
○褥瘡又は慢性創傷における血流のない壊死組織の除去
○脱水症状に対する輸液による補正に関する研修を提供する場合

	区分別科目		
共通科目315時間 全て通学又はe-learningと一部schooling	呼吸器関連（長期呼吸療法に係る行為）21時間	気管カニューレの交換	協力施設の訪問看護ステーション（勤務先）で実習
＋	創傷管理関連72時間	褥瘡又は慢性創傷における血流のない壊死組織の除去	協力施設の訪問看護ステーション（勤務先）で実習
		創傷に対する陰圧閉鎖療法	協力施設の病院等（勤務先外）で実習
	栄養水分管理に係る薬剤投与関連36時間	脱水症状に対する輸液による補正	協力施設の訪問看護ステーション（勤務先）で実習
		持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	協力施設の訪問看護ステーション（勤務先）で実習

特定行為に係る看護師の研修制度
厚生労働省ウェブサイト

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療 > 医療分野のトピックス > 特定行為に係る看護師の研修制度
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html



※地方厚生局のウェブサイトにおいても、制度のご案内をしています。

研修後に活躍する、修了者の声

手応え

訪問看護ステーションの利用者の方が胃ろうを交換する際、今までは家族が介護タクシーを予約するなどして、交換のたびに診療所を受診していました。利用者、家族からも負担が大きいといった声を聞くことがあり、看護師としてジレンマを感じていましたが、これからは条件が整えば、手順書により看護師だけでも交換を行うことができ、**利用者、家族の負担を軽減できると思います。**

看護の質

特定行為研修で、医学的根拠に基づいた臨床推論や臨床薬理、フィジカルアセスメントを学んだことにより、**看護の視点に加えて、医学の視点から患者の疾患・症状を理解することができるようになりました。**「医師からの説明が難しかった」という患者の声に対し、医学用語をわかりやすく患者や家族に説明できるようになったり、疾患・症状・生活を含めた患者、家族の全体像をアセスメントすることができるようになったりして、よりよいケアが提供できるようになったと感じています。

修了者と協働する医療スタッフの声

看護管理者

私たちの地域では開業医の高齢化が進んでおり、今後地域の訪問診療を行う医師が減少する可能性があります。そうなる前に看護師が特定行為研修を修了し、手順書により特定行為を行えるようになることで、**地域医療に貢献しなければと思いました。**
（訪問看護ステーション管理者）

同僚

朝のカンファレンスで患者の病態を報告する際、特定行為研修の修了者から**具体的で根拠に基づいた助言**をもらえるようになりました。その姿を見て私も後に続かなければと思うようになり、特定行為研修を受講する予定です。

看護管理者

研修修了者が、特定行為研修の共通科目で学んだ医学的な知識を用いて、看護師の視点から、後輩スタッフのアセスメント能力が向上するような助言を行っているため、**ステーション全体の看護の質が向上**しています。
（訪問看護ステーション管理者）

医師

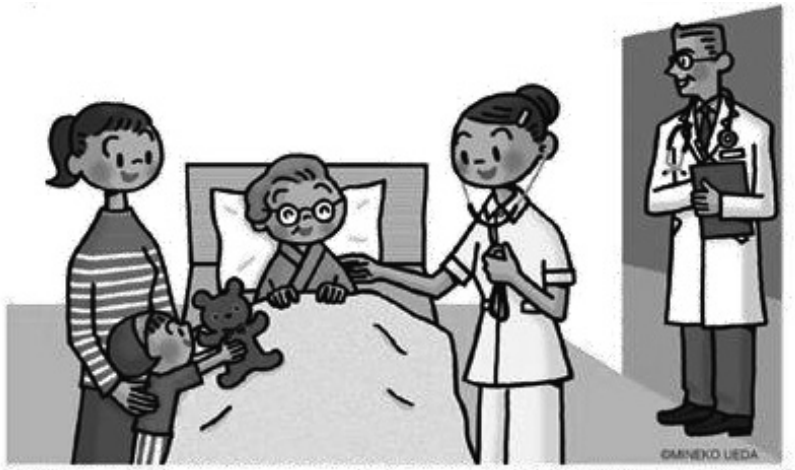
在宅患者の気管カニューレや胃ろうに急に不都合が生じた場合、外来診療中でも往診を依頼されます。特定行為研修を修了した看護師が手順書によって気管カニューレや胃ろうを交換することができれば、外来患者、在宅患者双方に適切なタイミングで対応できると思っています。また、外来診療を行う医師も安心して利用者を受け入れることができるため、**より安定した地域の医療提供体制が構築できる**のではないかと思います。
（クリニック医師）

*本リーフレットにおける「修了者」には、実習中の受講者を一部含みます。

施設管理者・看護管理者の皆さまへ

あなたの施設の看護師を育てよう！

未来の医療を支える「特定行為研修」のご案内



「特定行為に係る看護師の研修制度」で、変わること

1 見える

医師・歯科医師があらかじめ作成した「手順書」に基づいて看護師が行える「特定行為（診療の補助）」が明確になりました。

2 身につく

特定行為研修により、今後の医療を支える高度かつ専門的な知識と技能を身につけた看護師が育成されます。

3 見極める

特定行為研修を修了した看護師が患者さんの状態を見極めることで、タイムリーな対応が可能になります。

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health , Labour and Welfare

「特定行為研修」って、どういうもの？

目的

特定行為研修を受けた看護師は、医師・歯科医師があらかじめ作成した手順書（指示）によって、タイムリーに特定行為を実施することができるようになります。

特定行為研修は、今後の急性期医療から在宅医療等を支えていく看護師を、計画的に養成することを目的としています。

研修内容

特定行為研修は、全てに共通して学ぶ「共通科目」と特定行為区分ごとに学ぶ「区分別科目」に分かれています。講義、演習または、実習によって行われ、研修機関によっては、講義、演習に「e-ラーニング」を導入しています。

【共通科目】315時間（合計）　【区分別科目】15～72時間

実施機関

特定行為研修は、厚生労働大臣が指定する指定研修機関で行います。
※【区分別科目】は、指定研修機関と連携することで、自施設で行うことが可能な場合があります。

Q&A

指定研修機関はどこにありますか？

特定行為研修の指定研修機関は、平成29年3月29日現在、**全国に40か所**あります。詳しくは、厚生労働省のウェブサイトを参照してください。

>>> **特定行為に係る看護師の研修制度**
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html

研修の期間はどれくらいですか？

指定研修機関や研修を行う区分別科目によりますが、
おおむね４か月～２年間で修了することができます。
詳しくは、各指定研修機関の募集要項を参照してください。

研修の受講料はいくらかかりますか？

指定研修機関や研修を行う区分別科目によりますが、
おおむね30万円～250万円かかります。
詳しくは、各指定研修機関の募集要項を参照してください。

特定行為研修の受講生が所属する施設の、施設管理者・看護管理者の役割

施設管理者・看護管理者の皆さまは、特定行為研修修了者が研修で学んだ内容を施設内で活用するために、**研修修了後の配置先の配慮などの環境整備**が重要な役割となります。その他にも、特定行為研修**受講中の学習環境の整備や、勤務の調整**なども大切な役割です。

特定行為研修は、就労継続しながらの受講が可能です

研修のイメージ　下の例のように、就労しながら研修を受講できます。

▶ **共通科目**を受講中の一週間

	月	火	水	木	金	土	日
午前	日勤	日勤	日勤	共通科目	夜勤	夜勤	
午後							
夕方	共通科目	共通科目	共通科目	夜勤	夜勤	共通科目	

▶ **区分別科目**を受講中の一週間

	月	火	水	木	金	土	日
午前	実習	実習	自己学習	実習	実習	実習	自己学習
午後	日勤	日勤	実習	日勤	日勤	日勤	
夕方		自己学習			自己学習		

特定行為研修には、活用可能な支援制度があります

厚生労働省

一般教育訓練給付

雇用保険の一般被保険者、または一般被保険者でなくなってから１年以内にある方が、厚生労働大臣の指定する教育訓練講座を受けて修了した場合に、その講座を受講するために支払った費用の20%相当額（上限10万円）を受給することができる制度です。→**詳細は、最寄りのハローワークにお尋ねください。**

都道府県

地域医療介護総合確保基金

いくつかの都道府県では、地域医療介護総合確保基金を活用して、研修を受講する受講生やその研修生が所属する施設に対して、受講料や代替職員雇用の費用等の支援を行っています。

→ **詳細は、各都道府県にお尋ねください。**

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-

訪問看護マネジメント論／情報管理論①
効率的運営のためのマネジメントシステム

南区医師会訪問看護ステーション管理者／
全国訪問看護事業協会常務理事
高砂　裕子　氏

高砂　裕子（たかすな　ひろこ）先生

学歴

１９８２年　京都第一赤十字看護専門学校　卒業
２００６年　愛媛大学大学院医学系研究科看護学先攻地域・老人看護学修士課程修了

職歴

１９８２年　京都第一赤十字病院
１９９０年　株式会社服部メディカル研究所副所長
１９９４年　一般社団法人横浜市医師会中訪問看護ステーション非常勤看護師
１９９５年　一般社団法人南区医師会訪問看護ステーション管理者
１９９９年　一般社団法人南区医師協会居宅介護支援センター管理者兼務

社会的活動

２００５年　ＮＰＯ法人神奈川県介護支援専門員協会理事長
２００９年　ＮＰＯ法人神奈川県介護支援専門員協会顧問
２００９年　一般社団法人全国訪問看護事業協会理事
２０１０年　一般社団法人日本ケアマネジメント学会理事
２０１１年　日本在宅看護学会理事
２０１４年　一般社団法人全国訪問看護事業協会常務理事



一般社団法人全国訪問看護事業協会
平成29年度　第12回訪問看護管理者養成研修会

訪問看護マネジメント論／情報管理論「①効率的運営のためのマネジメントシステム」

2017.9.16.

（一社）南区医師会南区医師会訪問看護ステーション管理者
（一社）全国訪問看護事業協会常務理事
高砂裕子

訪問看護ステーションの管理者に求められる能力

- ６つの機能（管理者の機能）
  ①訪問看護に関わる最新情報や知識の取得（制度の動向や訪問看護の最新知識・技術）
  ②経営の基本的な知識・ノウハウ
  ③実践的経営能力
  ④人材育成
  ⑤人材管理
  ⑥組織の運営管理
- １２のスキル

訪問看護ステーションの管理者に求められる能力

- １２のスキル

1 理論的思考（ロジカルシンキング）の技量

2 判断力

3 経済的思考力

4 先見性

5 哲学的思考

6 柔軟性・対応力

7 交渉・折衝力

訪問看護ステーションの管理者に求められる能力

- １２のスキル

8 行動力

9 責任感・責任遂行能力

10 支援力・支援的姿勢

11 バランス感覚

12　プレゼンテーション力

到達目標

- システムづくりに必要な視点が理解でき、計画できる。（地域情報・資源のコーディネートを含む）
- 講義内容
- 職員体制、文書化、人員配置、会議運営、職務管理、人事管理、運営基準の遵守、利用者マネジメントなど

5

システムとは

- 角川書店の国語辞典　①組織　②制度　③体制
- 継続的に成果／結果が導かれる仕組み
- システム化　その仕組みを構築すること
- システム化によるメリット　①業務を見える化することができ、プロセスに潜んだ課題を発見、認識できる、②業務課題を対処することにより、ムダを省き、より一層の業務効率化がはかれる、③業務の効率化により、コストの削減や、より多くのニーズ（訪問看護）に応えられる体制づくりができる

6

訪問看護アクションプラン2025

- 2025年を目指した訪問看護
- 2025年に向けて、訪問看護が目指す姿
- 地域包括ケアの時代
- 在宅療養者の急増・重度化・多様化・複雑化
- 訪問看護の現状
- 24時間365日、いつでも必要な質の高い訪問看護サービスを届ける仕組みをつくる
- 多機能化・大規模化
- 2025年に向けたアクションプラン

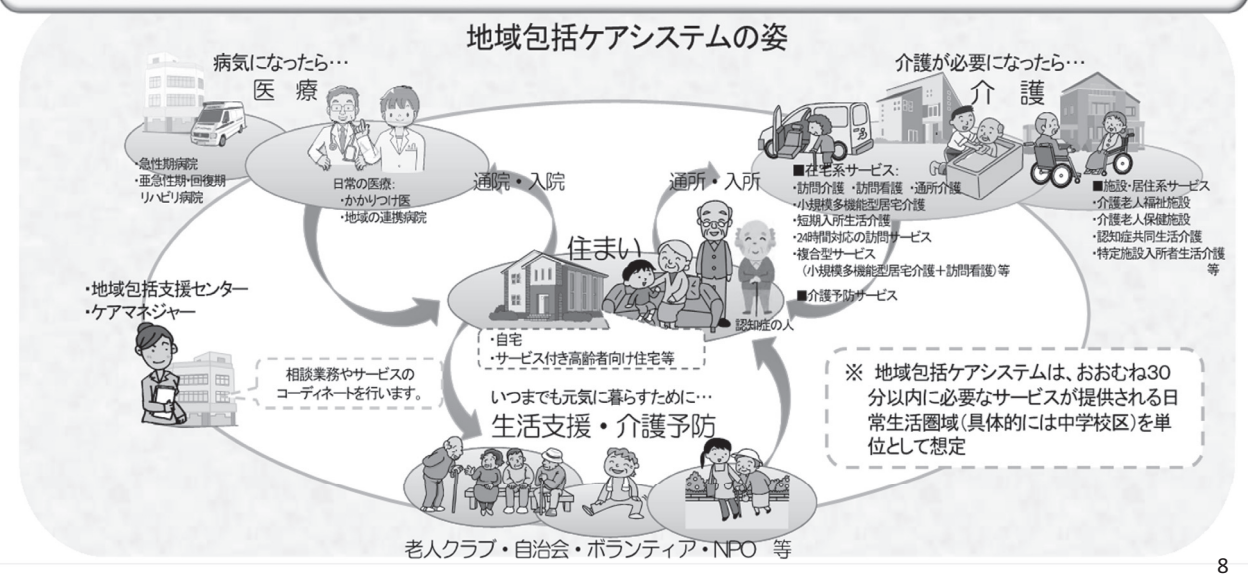
地域包括ケアシステム

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

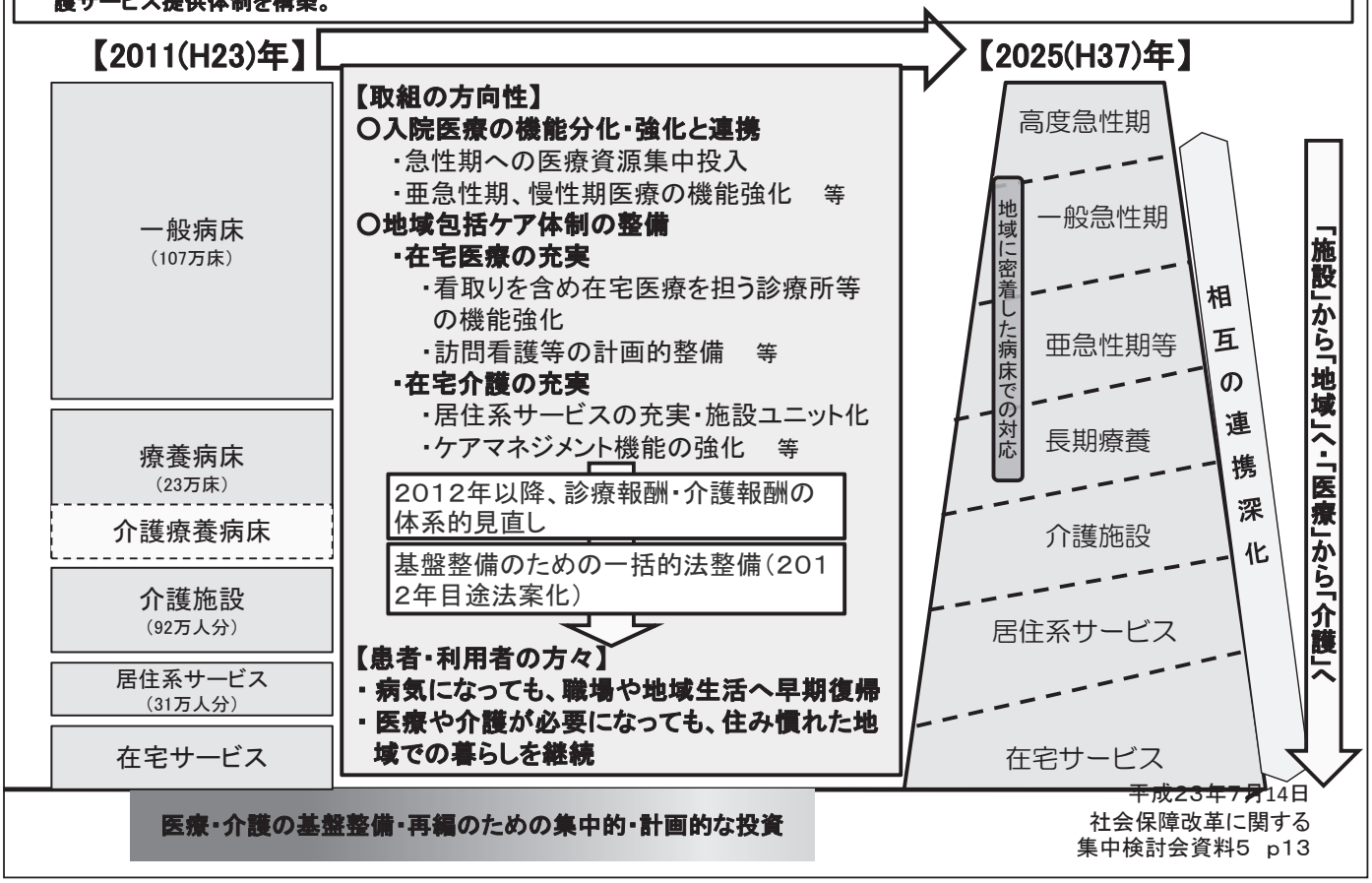
地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。



参考

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編（将来像）

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

平成23年7月14日
社会保障改革に関する
集中検討会資料5　p13

Ⅰ．訪問看護ステーション管理業務の概要・管理者の役割から効率的運営を考える

１．訪問看護ステーション管理業務の概要・看護管理者の役割

- 日本における看護管理学
- 看護の歴史からみて看護者は、社会的対応への戦略が弱かった反省がある。看護管理学・政策学・行政学・経済学の遅れはそこにある。
- 看護の技術によって治療が促進されたり、ＱＯＬが向上したならば、専門的技術として社会に評価されなければならない。

11

- 看護者が働く分野がますます拡大されていく今後、看護に対する評価が経済面でも明確になる成熟した社会到来が待たれる。看護者自身が戦略をもって政策を創造していかなければならない。それは、人に寄り添う看護が実現できる重要な方策である。
- 必要な看護が提供できるよう環境を整える

12

２．訪問看護ステーションの管理者の法的な位置づけと責務

- 訪問看護ステーション事業の基準（介護保険法・平成17年7月26日法律第87号）
- 法73条　指定居宅サービスの事業の基準
- 事業の設備・運営に関する基準の遵守
- 適切なサービス（訪問看護）の提供
- 提供するサービス（訪問看護）の質の評価
- サービス（訪問看護）を受ける者の立場に立った提供
- 法74条　定める基準の員数の従事者を有する
- 要介護者・要支援者の人格を尊重し、法令を遵守し、要介護者・要支援者のため忠実にその職務を遂行しなければならない

13

- 制度に内在する管理者の条件（指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準平成18年3月14日省令第33号）
- 第61条指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない
- ２　指定訪問看護ステーションの管理者は保健師、看護師でなければならない
- ３　指定訪問看護ステーションの管理者は、適切な指定訪問看護を提供するために必要な知識、技能を有する者でなければならない

14

- 管理者の位置づけと責務（居宅基準第61条）

①管理者は常勤、かつ専らステーションの管理業務に従事するもの

②医療機関、訪問看護、訪問指導の業務に従事した経験のあるものである必要がある。管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修等を受講していることが望ましい

- 責務「指定訪問看護ステーションの従業員の管理及び指定訪問看護の利用の申し込みに係る調整・業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行い、従業員に運営に関する基準の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行うもの」

15

- 管理者の業務規定等

①主治医の指示に基づき適切な指定訪問看護を行うための必要な管理を行う（居宅基準第69条）

②訪問看護計画書および訪問看護報告書の作成に関する必要な指導および管理を行う（70条）

③看護師等の清潔の保持および健康状態についての必要な管理を行う

④訪問看護ステーションの設備および備品等についての衛生的な管理に努める

16

Ⅱ．訪問看護ステーションの管理業務の実際

１．訪問看護ステーションの管理者の役割

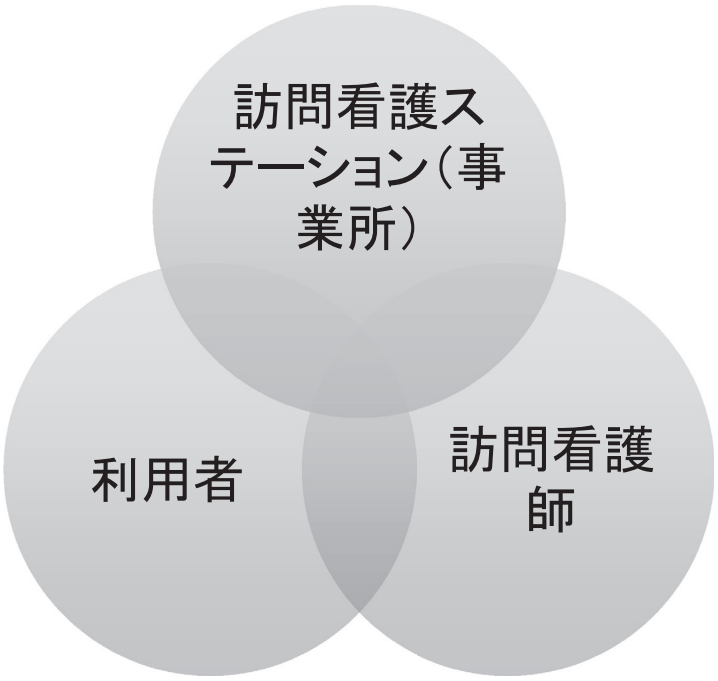
１）訪問看護ステーションを健全かつ安定的に運営する

２）利用者に良質の訪問看護サービスを提供する（訪問看護の質の保証）

３）訪問看護師が訪問看護実践を効果的・効率的（安全に）に行える環境を整備する

４）地域の医療機関（主治医・他の訪問看護ステーションを含む）やケアマネジャー、訪問介護事業所など多職種、他機関との連携が円滑に行えるよう環境を整備する

地域



19

訪問看護ステーションの経営

1. 基本方針の明確化　利用者に信頼され、満足度の高いサービスを提供するために、訪問看護師の知識、技術、人間性を磨くとともに、地域の特徴をリサーチし、どのような看護活動をするのかを明確にする
2. 経営理念　訪問活動を通じて社会にどのように貢献するかを示すものであり、事業が地域の資源として役立ってこそ、経営理念が生きる
3. 経営戦略と経営計画　事業経営に関わる外部環境要因と内部環境要因から自らの事業所の優れている点を活かし、体制づくりを行う

20

1）訪問看護ステーションを健全かつ安定的に運営する

- 組織のマネジメント（経営）
- 一般社団法人
- 事業の目的（定款）
- 地域住民の健康と福祉の増進に寄与すること
- ある目的を、経営資源を最も有効かつ効率的に達成するための活動、課程
- 経営資源とは、人的資源・物的資源・資金・情報
- スタッフの経営参加

21

ドラッカー説



22

- ステーションの目的
- 事業所としての成長・存続のために利潤を得る
- 情報、サービスの質、マーケティング、財務・会計、人事・労務、管理機能
- 管理機能、計画・組織・指揮・調整・統制
- 計画は、目標設定・将来予測、計画案策定など、組織化、課題の割当て・指示命令系統の確立　など、方向付け、計画の実行を促進、評価、計画の評価、修正など

23

- ステーションが生産し、提供するものは「訪問看護サービス」
- 人の人生、生命、生活、人格（人権）にかかわるケアサービスを提供する
- サービスを提供するスタッフ
- スタッフの管理、いかに人を集め組織化し統制するかが経営成功の鍵

24

- 組織図
- 指示型命令型の組織（タテ型組織）から、権限委譲型組織へ（フラットな組織）
- 相手の状況を見定めて、自主性を促すコミュニュケーションスキル
- スタッフの声に耳を傾けリーダーシップを発揮することが求められている

25

- コーチング
- スタッフの能力を引き出し、目標達成のサポートをする
- コーチングとは、相手の自発的な行動を促進させるためのコミュニケーション技術、コーチは質問することにより、相手に自分のことをよく考えさせ気づきを促し、自分自身がもっている解答を引き出す

26

- コーチングは、成果を向上させるためスタッフを勇気づけ、質問によって気づきを引き出し、主体的取り組みによって、目標達成・問題解決・知識やスキルの向上を図る方法、自己実現をサポートするシステム
- ヘルプでなくサポート
- 自分の中にある答えに気づいていない
- 自ら考え、自ら動くという自立（自律）性が生まれてくる

27

- マネジメントするためには、システムづくりが必要
- 常勤と非常勤など就労形態の多様化の環境でマネジメントするため、具体的な内容で行動を迷わない業務マニュアルの作成
- 連絡ノートの活用（月１回のカンファレンス）
- いつ帰ってきても相談できる、訪問担当システム
- その日の相談毎は、管理者ノートの活用

28

- 会計士による毎月の報告
- 月次報告の内容と前年度、その前の年度との比較
- 毎月の訪問件数のめやす
- 自ステーションの特徴の理解
- １件単価が高い
- 単価×件数
- 緊急時訪問、訪問の有無は、まずは、利用者・家族の訪問希望の確認

29

- システムづくりのプロセスの共有（月に1度のカンファレンス）
- システムとして確立したら、運用できているかの確認
- できていなければ、何故できないかを検討する
- 環境の変化により、変更が必要か否かの判断
- 変更が必要であれば、変更案の作成

30

- 訪問看護事業の評価
- 理念の達成
- 経営
- 利用者数、訪問件数
- 利用者や家族の満足度
- スタッフの確保（マグネットステーション）
- 地域における役割
- 「介護サービス情報の公表」制度の事業所自己評価結果

31

- 社会・市場・顧客・・・動きや変化
- 事業の要素
- ①環境
- ②目的・使命・・・何が最大の目的か、いかに社会に貢献するか？
- ③強み・・・目的・使命を達成するにあたりどんな強みをもっているか？

32

南区医師会
訪問看護ステーションの理念

- 基本理念
- どのような生活・医療が必要であっても、その人らしくその家らしく生活できるよう利用者や家族に寄り添った訪問看護を専門性の高いチームで実践する
- 活動目標
- 在宅療養の継続を目標とした支援
- 24時間対応による安心感の提供（いつでも相談できる場所としての役割）
- 新たな技術や習熟したケアの提供（事例検討の継続、褥瘡などのケアへの取組み、フットケアの活用、脳血管障害者に対する訪問看護プログラムの検討）
- チームケアの実践（地域における多職種との連携（協働）、専門性を認めあった関係づくり）

33

理念の明確化において考慮する点

- 設置主体である法人がめざしていること
- 自分たちが提供したい訪問看護
- 地域の他事業所との差別化を図ること
- 地域の住民のニーズを合致させること

34

併設機関等との連携

- 組織での位置づけ
- 組織全体でのメリット
- 訪問看護対象者の予測
- 看看連携のシステムづくり
- 医療機関（医師）と在宅医との橋渡し

訪問看護事業を起業する社会的意義

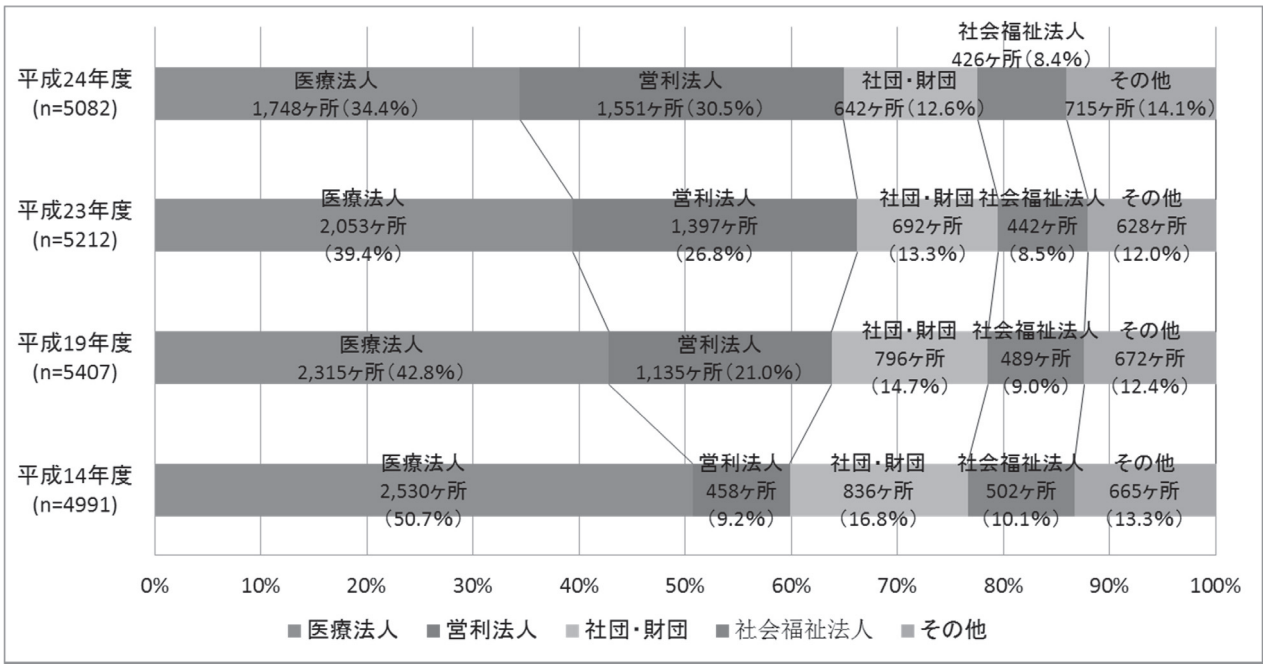
（1）訪問看護事業の強み

- 在宅療養の推進
- 利用者の人生への関わり
- 訪問看護の専門性

（2）訪問看護事業を起業する社会的利益

- その人らしく、その家らしく生きる利用者を支える訪問看護の社会的意義は大きい
- 地域における資源
- 社会的貢献

開設法人別割合の推移（平成24年度、23年度、19年度、14年度の比較）



※1平成24年度については、「介護情報サービス公表システム」、平成23,19,13年度については「介護サービス施設・事業所調査」のデータを使用。
※2医師会・看護協会は「社団・財団」に含む。
※3公的・社会保険団体は「その他」に含む。

出典：平成25年度　厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業　訪問看護の質の確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業～訪問看護ステーションのサービスの提供体制に着目して～報告書,全国訪問看護事業協会

37

文書化

- 言葉（考え）を文書で示す
- 自分の頭の中にあることを文書にする
- 目に見える形にする、可視化する
- 慣行的に行ってきた手続きを文書化
- 手順・手続き（業務）の評価をする
- 何について
- 何のために
- 何を求めて

38

事業計画作成の流れ

１月に個人面接（事業計画から考えた個人目標の達成度）

・２月に理事会で今年度の経営の大枠の評価、予算・決算（案）の作成

・３月の定例カンファレンスの事業計画（案）の提示、各担当者の確認

・３月の理事会で事業計画と予算の提示

・４月の定例カンファレンスで個人目標の作成

・５月の理事会／総会で承認

事業計画作成

- 前提条件
- 横浜市南区
- 横浜市のほぼ中央に位置
- 面積12.67km^2
- 人口約20万人、老年人口割合22.5%、人口密度が高い(15,560人／km^2)、世帯数約12000世帯
- 要介護認定者8000人
- 生活保護率28.3%

横浜市南区の概要

項目	数値
面積	12.63km^2 （人口密度　15,400人/km^2）
人口	194,497人
世帯	93,609世帯 （一世帯あたり人員　2.08人）
65歳以上（老年）人口割合 （75歳以上）	24.6% （11.8%）
生活保護率	0.38%
地域包括支援センター	8カ所（委託）



41

訪問看護ステーション（11ヶ所）の概要

開設年度	ステーション数
～1999年	2カ所
2000～2005年	3カ所
2006～2010年	2カ所
2011年～	4カ所

看護職常勤換算　(リハスタッフ含む常勤換算)　3人未満	**7カ所　（6カ所）**
4人代	2カ所　（1カ所）
5人代	（1カ所）
6人代	（1カ所）
9人代	1カ所
10人代	1カ所
11人代	（1カ所）
19人代	（1カ所）

24時間対応	8カ所
サービス提供体制強化加算	4カ所
事務職配置（常勤換算数）	8カ所　（0.1～3.1人）

42

地域のサービス量

○居宅サービス	○地域密着型サービス
訪問介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
訪問入浴介護	夜間対応型訪問介護
訪問看護	認知症対応型通所介護（デイサービス）
訪問リハビリテーション	小規模多機能型居宅介護
居宅療養管理指導	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
通所介護（デイサービス）	地域密着型特定施設入居者生活介護
通所リハビリテーション（デイケア）	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
短期入所生活・療養介護（ショートスティ）	複合型サービス
特定施設入居者生活介護	○施設サービス
福祉用具貸与	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
特定福祉用具購入	介護老人保健施設
	介護療養型医療施設

43

- 設置主体は医師会
- 平成7年2月開設
- 職員数は、看護師17名（常勤換算10.4）、作業療法士2名、理学療法士1名、事務職4名、常勤は、看護師常勤6名、作業療法士2名、理学療法士1名、事務職3名）
- 区内に訪問看護ステーションが14カ所ある

44

- 医師会の理事により運営
- ステーション担当の理事が2人
- 今までの理事は、会長に
- 毎年5月に予算・決算総会が行われる
- 会計士、社会労務士
- 医師会の事業は、休日急患診療所等
- 居宅介護支援事業所併設
- 平成25年に一般社団法人に

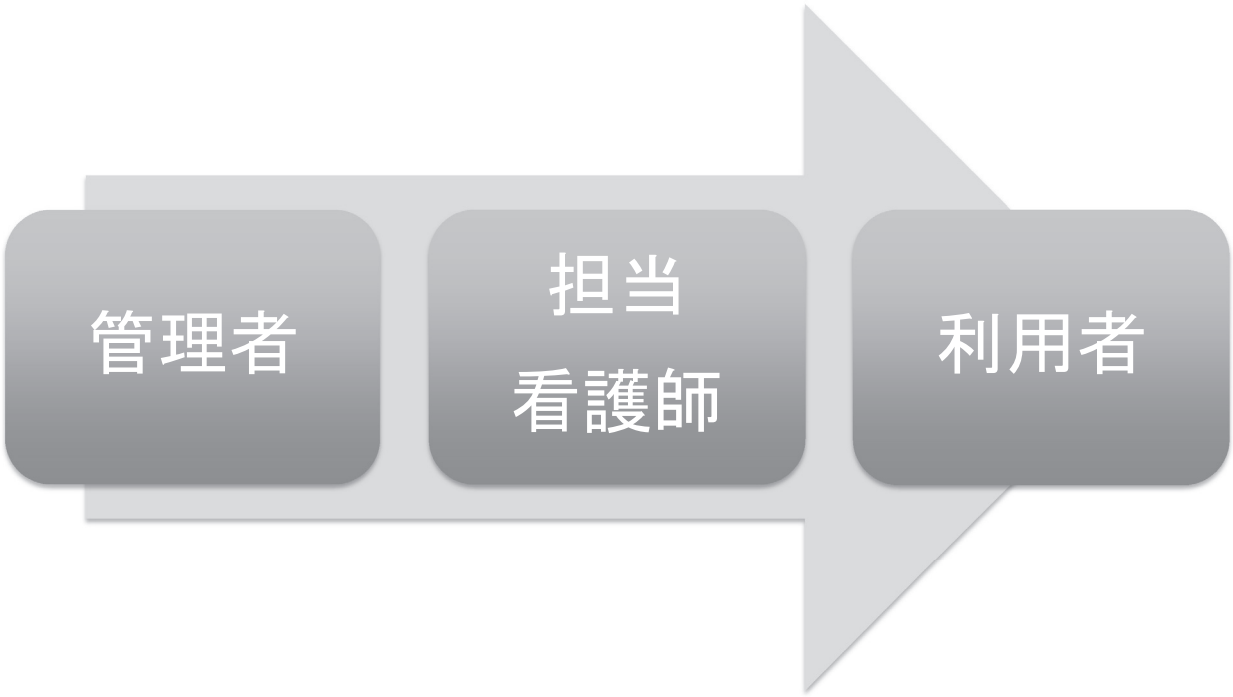
45

2）利用者に良質の訪問看護サービスを提供する（訪問看護の質の保証）

- 介護保険制度により、行政の措置から家族や所得状況に関係なく利用者がサービスを選択できるシステムの変換が図られた
- 提供する在宅サービスの質をいかに担保するか、質をいかに改善していくのかが大きな課題となっている

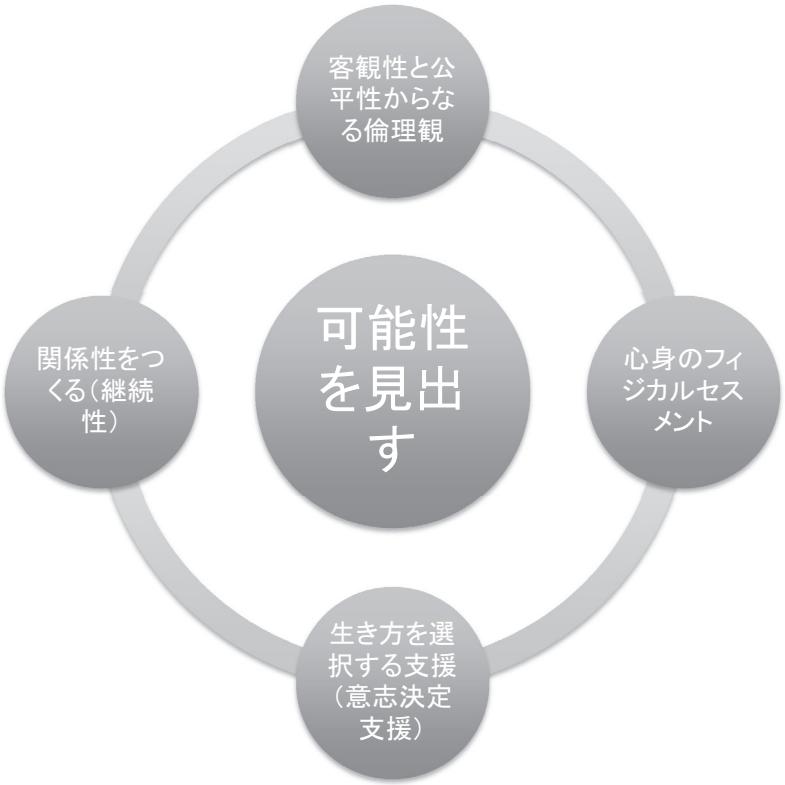
46

訪問看護の質管理



47

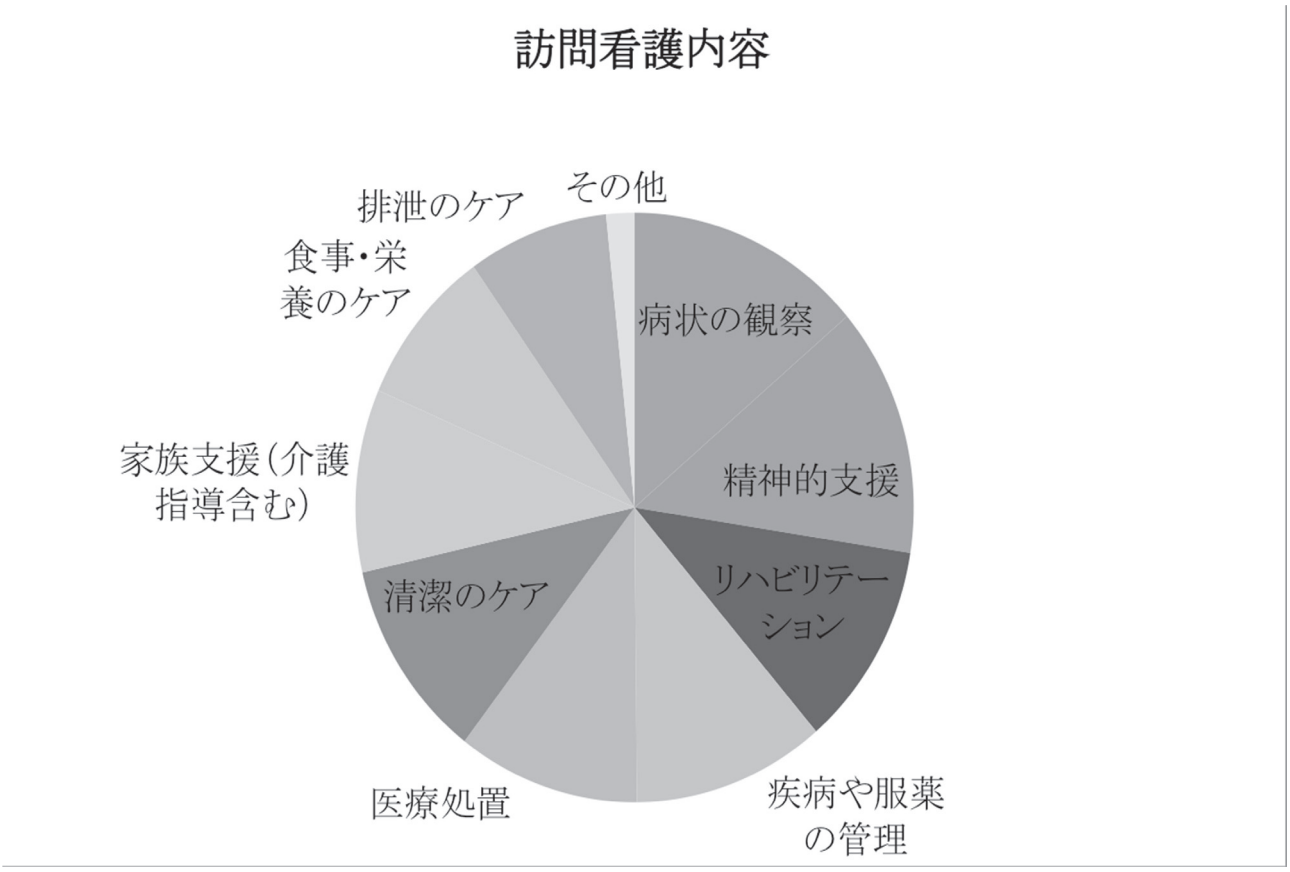
良質の訪問看護



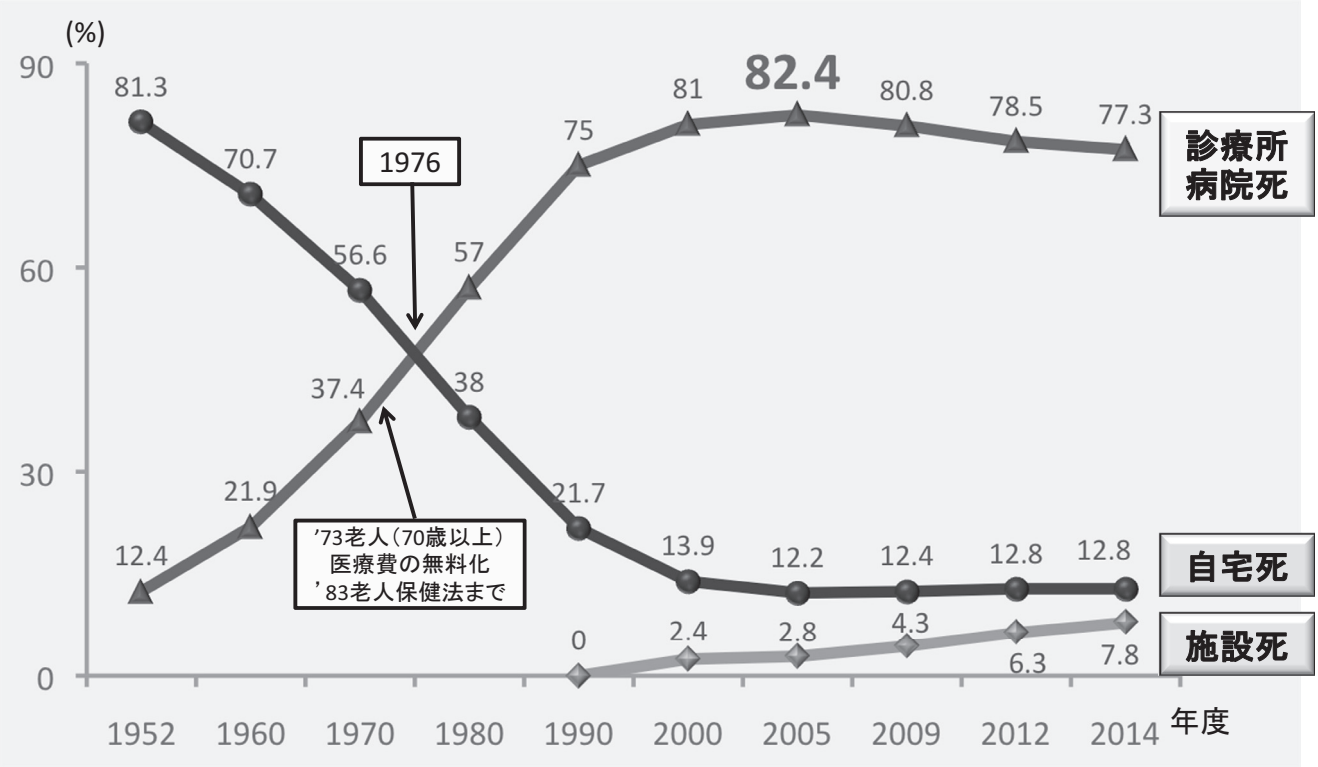
48

ドナベディアンのサービスの質の評価には「構造」「過程」「結果」の3要素によるアプローチが存在する

- 構造指標　サービスを提供する側の人的・物理的・財政的資源を評価（人員配置や資格、施設数、各保険制度など）
- 過程指標　提供するサービスの方法や内容を評価
- 結果指標　在宅サービスの提供された結果もたらされた健康等の変化を評価（満足度や生活の質等）



8割だった病院死が減少へ



※ 平成27年　厚生労働省人口動態統計　　※【死亡場所】施設は介護老人保健施設、老人ホーム。自宅にはグループホームを含む。
※【出生場所】病院は診療所、助産所を含む。

在宅看取りの支援

利用者・家族の希望

予後予測の共有（医療機関・医師との連携）

尊厳ある生活（在宅看取り）

在宅サービスのアウトカム評価の難しさ

- 医療機関に比較して指標に対するコンセンサスを得にくい
- 医療機関における医療サービスの質指標「死亡率」「合併症率」など
- 在宅療養者は、積極的な治療を行っていない

  社会的・文化的価値観や人生観などに左右される、善し悪しを判断することが難しい

53

- 評価を行う時点の設定が難しい
- 高齢者は、身体的・機能的機能の悪化・改善を繰り返す
- 要介護度は、指標になるか？
- 要介護度の改善や悪化は、認定の基準となる身体・精神的機能だけでなく、例えば、利用者や家族の努力などが複合的に関連しあう
- 単一のサービスでなく、さまざまなサービスを活用

54

質の概念

1. 質は定義され測定可能なものである
2. 質は絶えず変化する。質は簡単には達成されず、そのことを気にかけすぎる必要はない
3. 質は費用削減の第一の源である
4. 質は「正しい」ことを行う権利の行使を必要とする
5. 質はアウトカムに関連している
6. 質はあらゆる人の責任である

55

利用者満足度調査

1. 訪問看護に関するご意見

①訪問看護の内容について

ア. 大変満足　イ. 満足　ウ. 不満　エ. 大変不満足

②訪問看護の回数について

③訪問看護の時間について

④　①②③の理由、およびその他、訪問看護に関するご意見・ご要望をお聞かせください。

56

2. 学生や訪問看護師などの同行訪問に関して

学生、訪問看護師などの実習生、訪問看護師

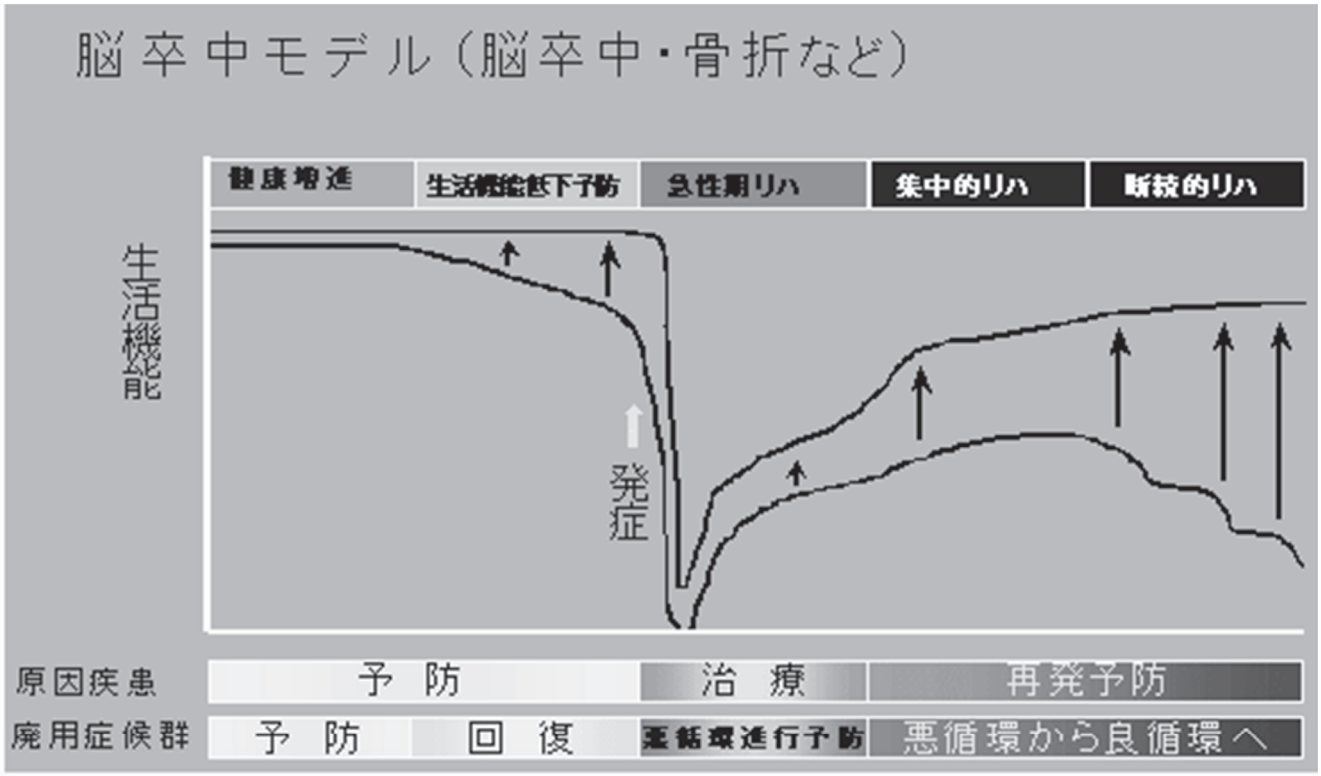
3. 同行訪問をさせていただくうえでの条件があればお聞かせください

4. その他

訪問看護とは[1)]

- 対象者が在宅で主体性をもって健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようになることを目指し、訪問看護従事者によって、健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、健康の保持、増進、回復を図り、あるいは疾病や障害による影響を最小限に留める。また、安らかな終末を過ごすことができるように支援する。そのために具体的な看護を提供したり指導をして、健康や療養生活上の種々の相談にも応じ、必要な資源の導入・調整をする。

図表39　生活機能低下の状態像－(1)－



資料　高齢者リハビリテーション研究会（第1回）上田委員プレゼンテーション資料より作成

59

訪問看護の対象者

- 入退院を繰り返している方
- 疾患への不安が強い方
- 進行性の疾患の方
- 疾患の理解ができず悪化が予測される方
- 食事や排泄・睡眠などに問題を抱える方
- 医療機器を装着している方
- 褥瘡などスキントラブルがある方
- 介護方法に不安がある方

60

- 医療ニーズの高い要介護者
- がんの方
- 認知症の方
- 重度障がい者の小児
- 精神障がい者

訪問看護制度の概要3)

■ 訪問看護の内容

■ 主治医（かかりつけの医師）の指示書に基づき、次の内容を提供するものです

（1）療養上の世話　食事（栄養）の管理・援助、排泄の管理・援助、清潔の管理・援助（清拭等）、ターミナルケア

（2）診療の補助　じょく瘡の処置、カテーテル管理等の医療処置

（3）リハビリテーションに関すること

（4）家族支援に関すること　家族への療養上の指導、相談、家族の健康管理

健康や療養生活上の種々の相談

- 療養生活指導・相談　疾病や虚弱からの回復期にある人や疾病や障害を持って生活する状態にある人と家族に対し、より健康的な生活を送ることができるように働きかけること
- 介護指導・相談　介護上の悩みや問題に対し、サービス利用などを含め問題に対処できるように働きかけること
- 家族指導・相談　家族全体または家族成員に対し、家族内に生じている健康生活上の問題について、家族成員の関係性をとらえ、主体的に解決ができるように働きかけること

63

３）訪問看護師が訪問看護実践を効果的・効率的（安全に）に行える環境を整備する

64

訪問看護の特徴

- 小児から高齢者、難病、ターミナル期等の広範な対象者を主に単独で訪問し、判断し、看護および評価を行なう
- 病院との円滑な連携を行う
- 広範な知識・技術の急速な進歩に対する知識や技術の更新が必要
- 看護に対する的確な自己評価基準および他者に説明し、必要な支援を求める能力が必要

65

訪問看護に必要な知識・技術

1）在宅支援システムに関する理解

・退院指導・ケアマネジメントの具体的な内容

・在宅支援システムとしての訪問看護師の役割

・在宅療養者に必要な環境

2）在宅医療機器に関する知識

3）コミュニケーション能力の向上

4）フィジカルアセスメントの基礎を獲得し習得できる

66

5）訪問看護過程の展開

- 疾患の知識をアセスメントや訪問看護場面に結びつけて考える
- 自己の看護観が明確になり（相手の立場に立った）評価とアセスメントの視点
- 観察項目や予測的な観察はできるが（訪問看護過程の展開に向けて）質問を発展させる

67

6）訪問看護の実践に関する理解の深かまりと自信

- 専門的で実践的な訪問看護の学び
- 連携についての基礎・態度の習得
- ターミナル期の方との関わり

68

訪問看護師の特徴と支援方法

- 教育歴や看護経験に関する多様な背景

⇩

- 自律的な訪問看護師として活動するための自己評価の必要性を理解し、成長の意欲をもち、適切な評価基準をもとに肯定的・より客観的な自己評価を行ない、自分の強みを資源として活用しながら学習する方法を習得するための動機づけや気づきを促す支援

69

「介護サービス情報の公表」制度について

- 介護保険制度の基本理念である「利用者本位」、「高齢者の自立支援」、「利用者による選択（自己決定）」を現実のサービス利用において保障するための環境を整備する
- 介護サービス事業所の格付けやサービスの画一化を目的とするものではない

70

今後の方向性

「情報開示の標準化」の実施により、高齢者介護分野における「サービスの第三者評価」や行政による「指導監督」においても基本的な情報を共有

「情報開示の標準化」は、今後様々な評価の基盤を支えるものとして位置づけられ、地方自治体、民間団体、地域等における各種の取り組みにおいて活用されることを期待

71

- マニュアル作成
- マニュアルの活用
- マニュアル等の見直しについての検討
- マニュアルの更新

72

「介護サービス情報の公表」制度の留意事項から一部抜粋

- マニュアルについて
- 事業所が独自に作成したものに限らず、市販の書籍、外部研修資料等も対象にします。
- 研修について
- 研修は事業所の内部研修だけでなく、外部研修への参加も対象とします。
- 事業計画について
- 調査年度に関する経営、運営方針等が記載された当該事業所の事業計画（事業の内容と実施予定時期等を記載したもの）。重点目標や具体的数値等の記載はなくてもよいものとし、内容の判断は行いません。

「介護サービス情報の公表」制度におけるマニュアル作成

- 認知症ケアマニュアル
- 利用者のプライバシー保護の取り組みに関するマニュアル
- 業務マニュアル（サービス提供手順書）
- 医療処置手順マニュアル（サービス提供手順書）
- 緊急時対応マニュアル
- 訪問看護データベース・ガイドライン（アセスメント記録等）
- 個人情報の保護に関するマニュアル（情報管理規定、個人情報保護方針、秘密保持規定）
- 相談、苦情等対応に関するマニュアル

- 事故防止・対応マニュアル
- 非常災害時対応マニュアル
- 感染症及び食中毒対応マニュアル
- 感染症予防マニュアル（感染症廃棄物取扱マニュアル）
- 新任教育マニュアル（新任従業者教育計画、新任従事者育成記録）
- ヒヤリ・ハット事例検討会議事録
- カンファレンス実施記録等
- 倫理規定
- その他、ステーション独自作成のマニュアル
- 疼痛緩和マニュアル
- 褥瘡　評価マニュアル

75

研修・研究の活用

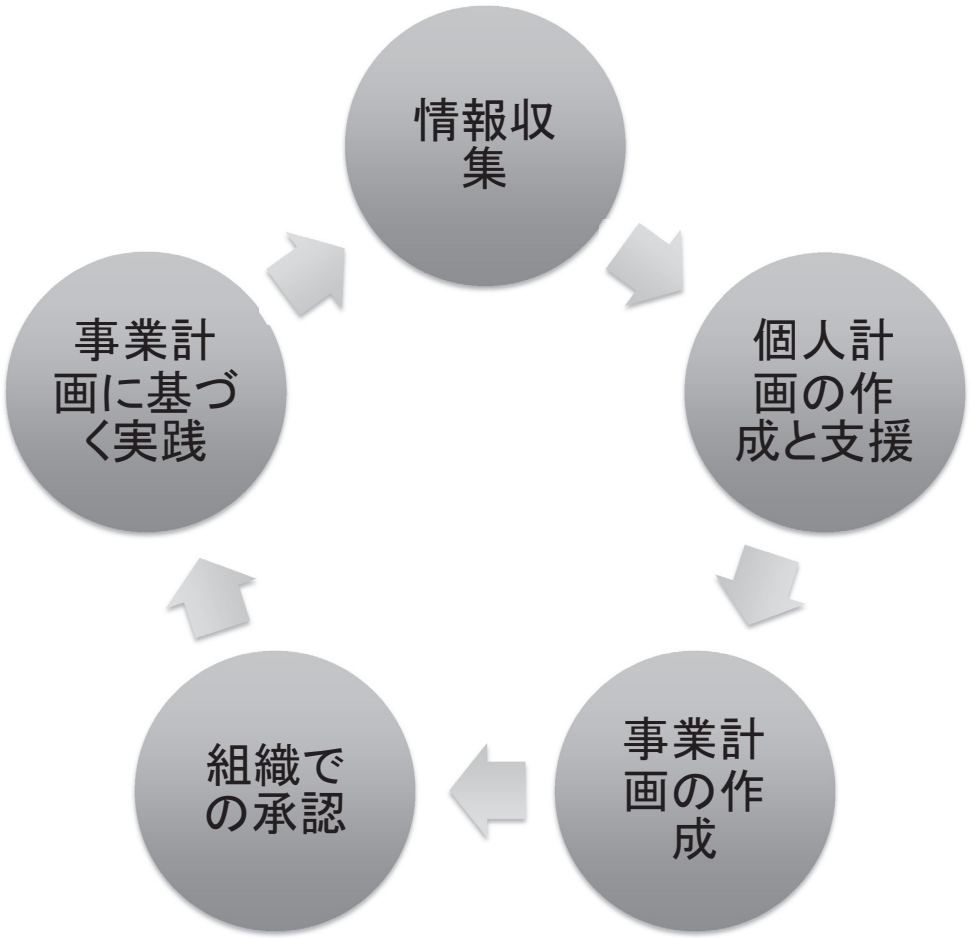
- 機能強化型訪問看護療養費
- 個別の研修計画の作成
- ニーズへの対応（制度の理解）
- ターミナルケア
- 褥瘡ケア
- 精神疾患の方への訪問看護
- 研究活動の継続（創造的思考）・協力

76

訪問看護師の行う認知症ケア

療養者への介入	家に入れてもらう	継続して家に入れてもらえる状況を作る	生活上の問題を解決する	療養者に楽しみを作る
療養環境への介入	サービスを利用しながら療養体制を整える			サービスを再調整し訪問看護を徐々に縮小する
家族への介入	家族が介護しながらも生活できるよう状況を整える			
療養者・家族の経過を展望しそれを踏まえて実践する				
できるだけ広く療養者・家族の生活を知る 療養者・家族の経過の展望を踏まえたシナリオを思い描く	療養者・家族のリスクを予測する シナリオを踏まえた具体策を考え実施する 具体策の効果を見極めながらゴール・シナリオを修正する 療養者・家族の状況を見ながら力の入れ方を加減する			

77



78

20周年記念事業

- 平成26年度　ELNEC研修、地域の訪問看護ステーション、行政、介護事業所に所属する看護師、講師に医療機関認定看護師
- 平成27年度　新卒看護師の雇用
- ICT活用
- 事務員と看護職の業務の確認
- 2年間内容の検討

79

ICT活用

- システムの概要　ASP、サーバー使用、クラウドシステム
- 費用
- 記録の何をどのように効率化するか
- カスタマイズの状況
- セキュリティの取り組み
- 利用者宅で印刷する

80

診療情報提供書等の電子的な送受信に関する評価を受けて

★ ICTを活用しよう！普及させよう！



第3段階	地域の関係機関との連携 訪問看護ステーションの自己評価システムの活用
第２段階	訪問看護記録、訪問看護計画書・報告書などの作成 所内利用者情報などの共有 訪問看護実績のデータ化
第１段階	所内事務書類の作成・管理、レセプト請求 インターネットの活用 訪問看護関連情報の収集、ホームページの作成

81

褥瘡　評価マニュアルの作成

- DESIGN（褥瘡重症者分類）平成15年を学びステーション全体での取組みとしDESIGN-R（褥瘡経過評価用）平成22年の活用を開始
- 病態の把握がしやすく治療方法の調整が行いやすかった。分類項目ごとに評価するのでどこの項目が問題であるかが解る。医師への褥瘡の状態を報告しやすく、その評価によって医師に訪問を依頼することができた。複数の看護師が訪問するため、統一したスケールを用いることで状態把握がしやすく、ケアの質を維持できた。

82

褥瘡ケアに対する訪問看護制度の変化

- 平成20年4月（診療報酬の改定） 特別訪問看護指示書の月2回交付①気管カニューレを使用している状態にある者、②真皮を越える褥瘡の状態にある者（指示書に褥瘡の状態記入）
- 退院時共同指導加算、退院支援指導加算

- 平成22年4月（診療報酬の改定） 患者のニーズに応じた訪問看護の推進　安全管理体制の整備 重症の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）のあるものを重症者管理加算、在宅移行管理加算の対象に加える
- 定期的に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価を行ない、褥瘡の発生部位及び実施したケア内容等を訪問看護記録書に記録すること

- 平成21年4月（介護報酬の改定）重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）が追加
- 訪問介護といった福祉系サービスと訪問看護といった医療系サービスについては、利用者のサービスニーズを踏まえた適切なサービスの役割分担と事業運営のモデルが必要。
- 必要な方に着実にサービスが提供されるという観点及び医療と介護の機能分化・連携を強化する観点から、状態に応じた訪問看護の充実

85

訪問看護の評価（アセスメント）

- 排泄ケア
- 不要なバルンカテーテルの抜去
- 排尿日誌　排尿時刻と排尿量を記録、尿失禁量や尿意切迫感も記録
- ゆりりんによる残尿の確認　超音波で膀胱内の尿量を測定し数値で表示
- 胃瘻（摂食・嚥下）に対するケア
- 経口摂取を可能にする
- フィジカルアセスメント
- 体重計、握力計、角度計

86

訪問看護ステーションにおける人材確保・定着に関する実態調査[4)]

- 「看護の魅力を伝える」と「働きつづけられる職場づくり」を支えるもの
- 訪問看護のPR
- 教育・研修体制の確立
- 子育て支援復職支援等、看護職員確保対策の強化
- 管理運営のサポート
- 連絡・相談窓口の設置
- 制度の改善

87

訪問看護師の定着に関する課題と今後の体制整備に向けたニーズ

- 定着に関する課題
- 労働条件にみあった雇用条件の改善
- 訪問看護を実践する上でのスタッフの負担感
- 教育研修体制の確立
- 慢性的な忙しさからくる疲労感・ストレス・腰痛

88

訪問看護師の定着に関する課題と今後の体制整備に向けたニーズ

- 課題解決のために管理者が必要と考えていること
- 訪問看護師のやりがいを支える教育・サポート体制づくり
- 働きやすい環境（職場風土）づくり
- スタッフ・管理者の負担を軽減する体制づくり
- ワークライフバランスが取れる職場体制づくり
- 給与等の改善と経営管理に関する工夫
- 地域・他機関との連携

89

訪問看護師の確保・定着への対策の実際

- 随時募集、面接や相談の機会（メール・電話）
- 毎月全員参加でのカンファレンスの実施
- 研修計画の作成と目標達成支援
- 働きやすい環境（職場風土）づくり
- スタッフの負担を軽減する体制づくり
- ワークライフバランスが取れる職場体制づくり
- 給与等の改善と経営管理に関する工夫
- 地域・他機関との連携

90

4）地域の医療機関（主治医・他の訪問看護ステーション含む）やケアマネジャー、訪問介護事業所など多職種、他機関との連携

- 治療方針の確認→　退院時カンファレンスの活用
- 通院、在宅診療などの計画の確認→　診療形態の検討
- 他科との連携
- 同じ状況を見ることができる工夫

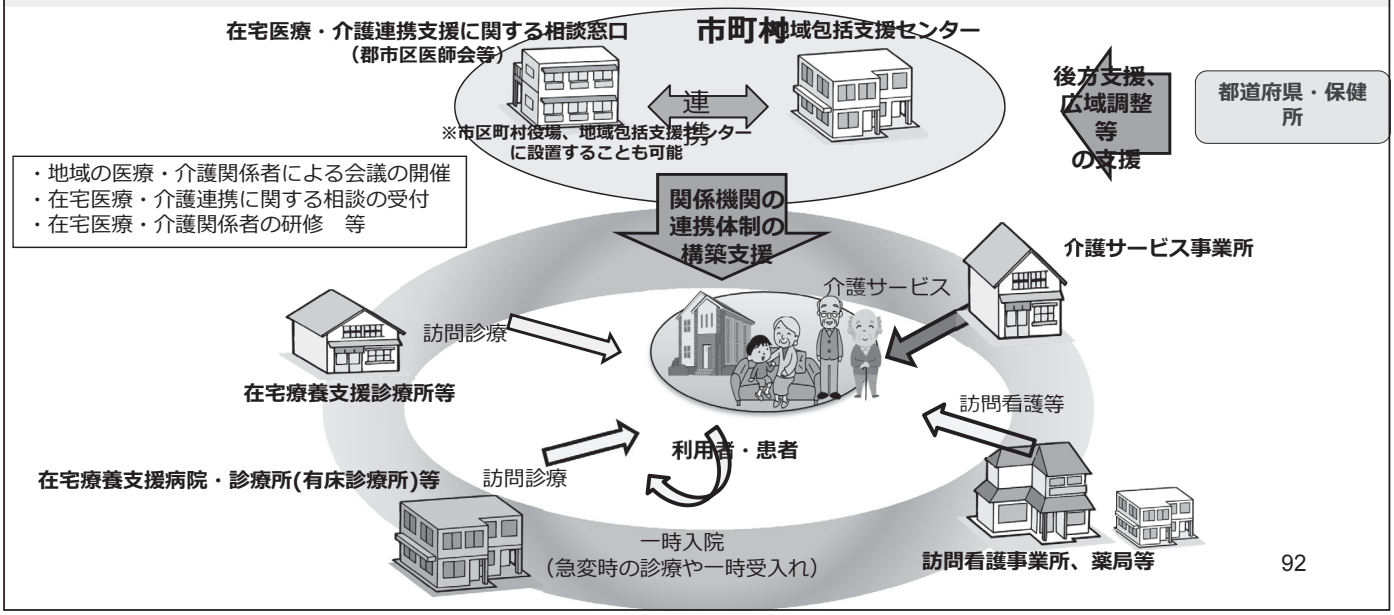
91

在宅医療・介護連携の推進

○　**医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。**　（※）在宅療養を支える関係機関の例

・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等　（定期的な訪問診療等の実施）
・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等　（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
・訪問看護事業所、薬局　（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
・介護サービス事業所　（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

○　**このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。**

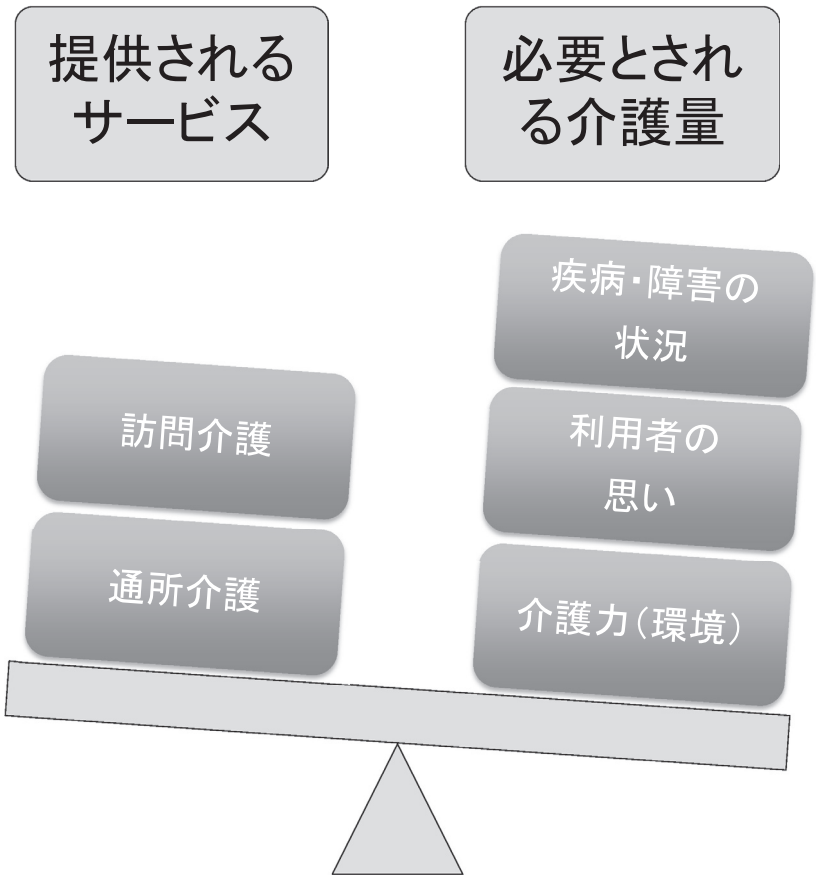


92

地域ケア会議への参加
地域におけるケアの質の向上

- 事例検討の活用（役割）
- 参加者のモチベショーンアップ
- 不足している部分を自覚できるような効果的なアドバイス
- 地域診断
- 相談援助者のステップアップ
- ケア会議（サービス担当者会議）と事例検討会の違い
- サービス担当者会議で訪問看護利用のメリットを伝える

93



94

地域包括ケアにおける訪問看護の活用についての実態調査報告書

神奈川県　平成27年度　在宅医療（訪問看護）推進支援事業

神奈川県訪問看護推進協議会

平成28年3月

調査概要

- 調査目的　訪問看護導入に至る判断基準や視点についての現状を明らかにし、訪問看護活用のための連携の方法等について検討する
- 調査対象　県内の在宅療養支援診療所（機能強化型）206箇所（全数）、地域包括支援センター200箇所（無作為抽出）、居宅介護支援事業所500箇所（無作為抽出）

社会保障改革の全体像

給付は高齢世代が中心、負担は現役世代が中心という現在の社会保障制度を見直し、現役世代も含めた、全ての人がより受益を実感できる「全世代対応型」の社会保障制度を構築します。

子ども・子育て
- ○子ども・子育て支援の充実
  ・待機児童の解消、幼児期の学校・保育の総合的な提供、地域の子育て支援



年金
- ○年金の持続可能性の確保（国庫負担２分の１の恒久化）
- ○低所得高齢者・障害者等への福祉的給付
- ○被用者年金の一元化
- ○年金の物価スライド特例分の解消



○被用者保険の適用拡大→短時間労働者にもサラリーマンの社会保障

医療・介護
- ○在宅医療・在宅介護の充実
  …地域包括ケアシステム
  →住み慣れた地域での生活の継続





- ○早期社会復帰にむけた医療の充実
- ○保険料の低所得者軽減を強化
- ○長期で高額な医療の患者負担を軽減
- ○後発医薬品の使用促進、給付の重点化

就労促進、ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の実現



＜「分厚い中間層」の復活＞
- ○高年齢者雇用対策→雇用と年金の接続
- ○若年者雇用対策
- ○パートタイム労働契約→公正な待遇
- ○有期労働契約→雇用の安定と公正な待遇

貧困・格差対策強化



＜低所得者対策強化（逆進性対策）＞
- ○低所得高齢者・障害者等への福祉的給付
- ○医療・介護の保険料の低所得者軽減を強化

＜重層的セーフティネットの構築・生活保護制度の見直し＞
- ○生活保護の見直し（後発医薬品の使用促進など）
- ○生活保護受給者の就労・自立支援（NPOとの連携）

医療イノベーション
- ○医薬品・医療機器等の創出拠点（中核病院を創設）
- ○審査体制強化

97

8

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年老人訪問看護の制度化
  看護師が管理者の事業所に診療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　介護保険法施行
  医療保険、介護保険の双方に対応する訪問看護事業

98

訪問看護制度の概要

◆平成４年４月
　老人保健法等の改正により老人訪問看護ステーションの創設
◆平成６年１０月
　健康保健法等の改正により在宅の難病患者、障害者等の療養者に対しても訪問看護サービスの提供開始
◆平成１２年４月
　介護保険制度の創設、介護保険の指定訪問看護開始
◆平成１８年４月
　介護予防訪問看護・療養通所介護
◆平成２１年４月
　「居宅療養管理指導費」訪問看護師によるものの追加
◆平成２４年４月
　地域密着型サービス「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」
　「複合型サービス」創設、精神科訪問看護開始
◆平成２６年４月
　機能強化型管理療養費が新設され、機能強化型訪問看護ステーションと呼ばれる
◆平成２７年４月
　「複合型サービス」を「看護小規模多機能型居宅介護」に改称

99

訪問看護ステーションの展望

- 看護小規模多機能型居宅介護
- 機能強化型訪問看護ステーション
- まちの保健室
- 多様な施設への訪問
- 在宅療養支援ステーション
- 障害者支援
- 在宅医療連携拠点事業

100

厚労省医政局　チーム医療推進会議

- 平成22年5月12日
- 「チーム医療の推進について」（平成22年3月19日チーム医療の推進に関する検討会取りまとめ）を受け、様々な立場から有識者から構成される会議を開催し、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向けた検討を行う

101

「チーム医療推進会議」の報告書のとりまとめ

- 平成25年3月29日
- チーム医療の一環として、看護師が医師又は歯科医師の包括的な指示の下、診療の補助を行う場合の仕組みのあり方について議論を重ねてきた
- 「特定行為に係る看護師の研修制度」

102

まとめ

- 限りある資源を効率的かつ公正な形で活用し、そのうえで費用対効果を十分に考慮して、ケアのアウトカム（outcome）を最大限に達成する
- 利用者と家族が住み慣れた地域（自宅）で、その方らしく生活が継続できるよう、寄り添う
- 利用者・家族からの微笑みと心からの感謝を感じられる

103

- 生涯にわたる質の高いケアを提供すること
- 利用者と家族のセルフケアを促進すること
- 利用者の権利と責任を含む法的／倫理的論点の問題解決を図ること
- 訪問看護に関連した政策的経済的な論点を理解する
- 地域社会の中で仕事をするときに私たちの安全を守る

104

在宅医療にかかる地域別データ集

- 在宅医療に関連する統計調査等のデータについて、1,741の基礎自治体別に再集計し、集約したデータ集です（厚生労働省、2016.7.6）
- 全市町村のH26のデータ
- 自宅死の割合、20万人以上の都市では、横須賀市が22.9%で全国1位
- 神奈川県内では、横須賀市、川崎市、横浜市

参考・引用文献

1）日本看護協会 訪問看護検討委員会,1990

２） 看護ネットHP

３） 訪問看護業務の手引　平成28年4月版：p11，社会保険研究所，2016

４） 訪問看護ステーションにおける人材確保・定着に関する実態調査報告書：神奈川県保健福祉部地域福祉部地域保健福祉課，平成20年度在宅医療（訪問看護）推進支援事業，2009年3月

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-

訪問看護マネジメント論／情報管理論⑤

退院支援・退院調整

地域包括ケアコンサルティングあるす代表　在宅看護専門看護師
河野　政子　氏

河野　政子（こうの　まさこ）先生

略歴

大阪府出身。看護師免許取得後、大阪市立病院と看護専門学校で勤務。その後進学し、関西大学文学研究科前期博士課程修了（文学修士）。神戸市看護大学で助教として勤務後、聖路加看護大学看護学研究科上級実践コース修了（看護学修士）。神戸、東京にて訪問看護師として従事し、看護学修士取得後、近畿大学医学部附属病院にて退院支援・難病患者在宅医療支援に関わり、2017 年３月末に退職。現在は医療機関で地域連携や退院支援の組織コンサルテーションを行いながら、研修講師や在宅療養中の人工呼吸器管理患者の外出・外泊支援に関わっている。

現職

地域包括ケアコンサルティングあるす　代表
近畿大学医学部附属病院　看護部特別嘱託職員
医療法人徳洲会和泉市立病院　地域医療連携室　非常勤職員



平成29年度
訪問看護管理者養成研修会
訪問看護マネジメント論／情報管理論⑤

退院支援・退院調整

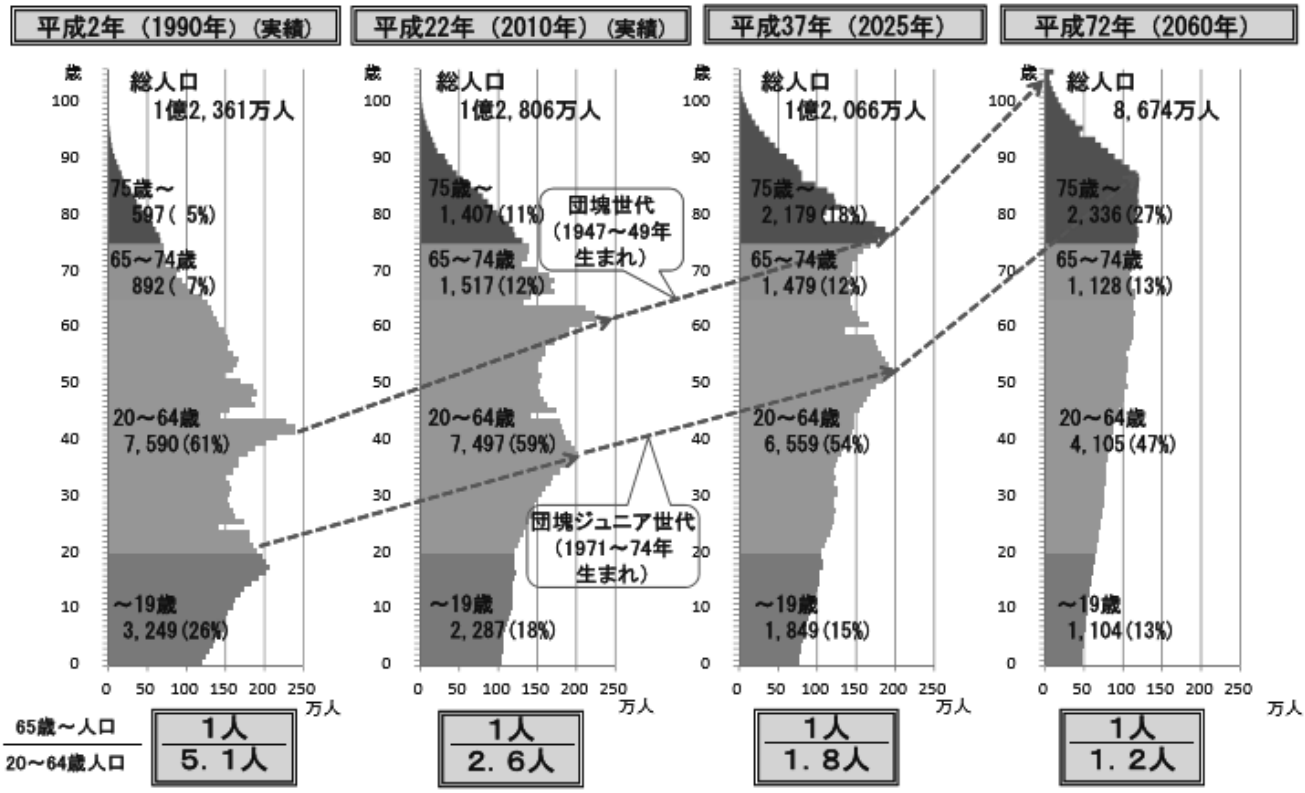
地域包括ケアコンサルティング あるす
河野　政子（在宅看護専門看護師）
ars-kono@ares.eonet.ne.jp

1. 退院支援が求められる背景

- 少子超高齢多死社会における医療政策上の課題
- 医療制度改革の過去・現在・未来
- 医療機関や看護職に求められる課題

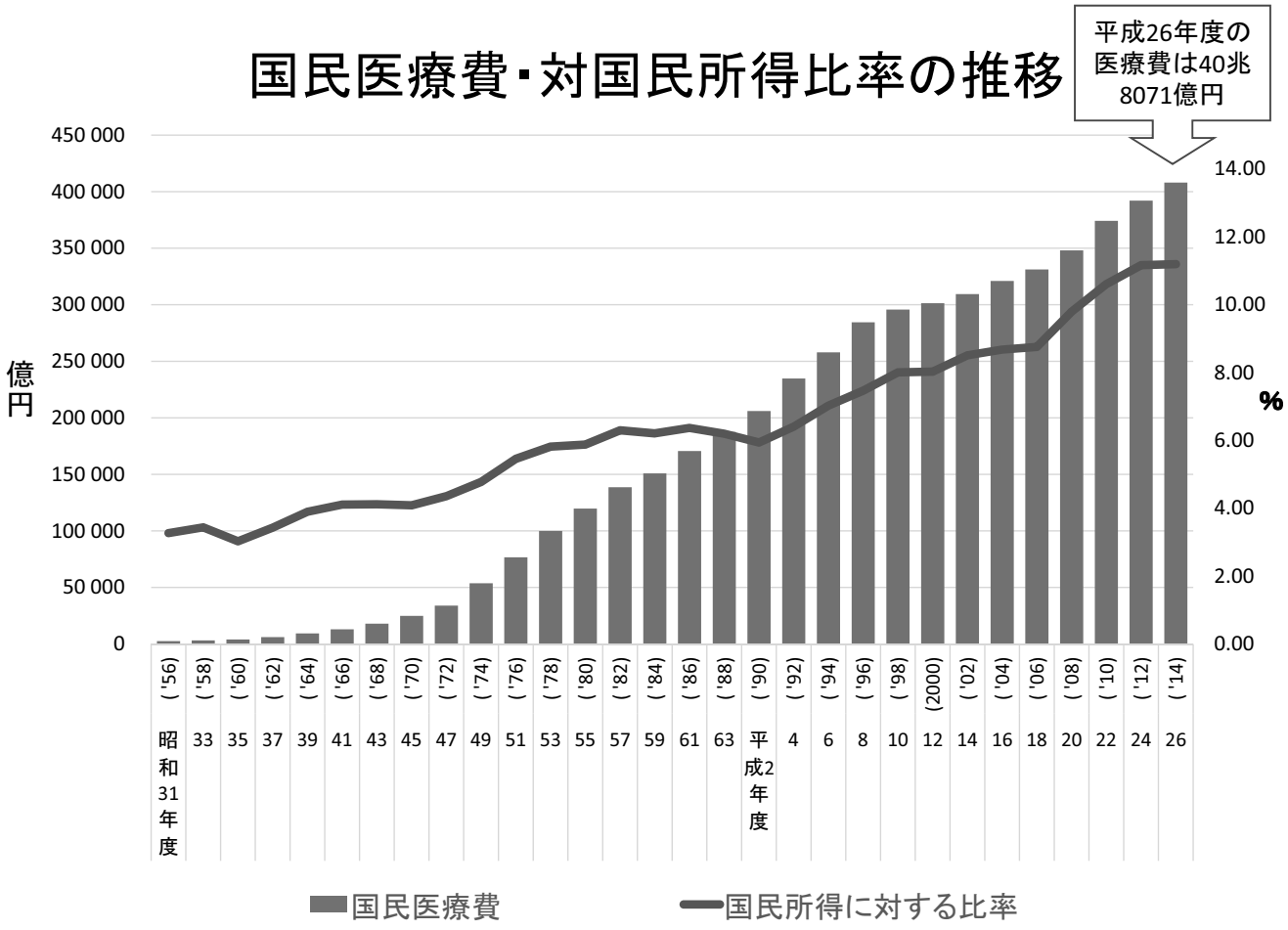
人口ピラミッドの変化（1990～2060年）

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2．6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1．2人で支える社会構造になると想定。



（出所） 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）

国民医療費・対国民所得比率の推移



出典：e-stat「平成26年度国民医療費」（＊データをグラフ化した）http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001159184

高齢者の世帯形態の将来推計

（万世帯）

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
一般世帯	4,906 万世帯	5,029	5,060	5,044	4,984	4,880
世帯主が65歳以上	1,355 万世帯	1,568	1,803	1,899	1,901	1,903
単独（比率）	387万世帯 28.5%	466 29.7%	562 31.2%	631 33.2%	673 35.4%	717 37.7%
夫婦のみ（比率）	465万世帯 34.3%	534 34.0%	599 33.2%	614 32.3%	594 31.2%	569 29.9%

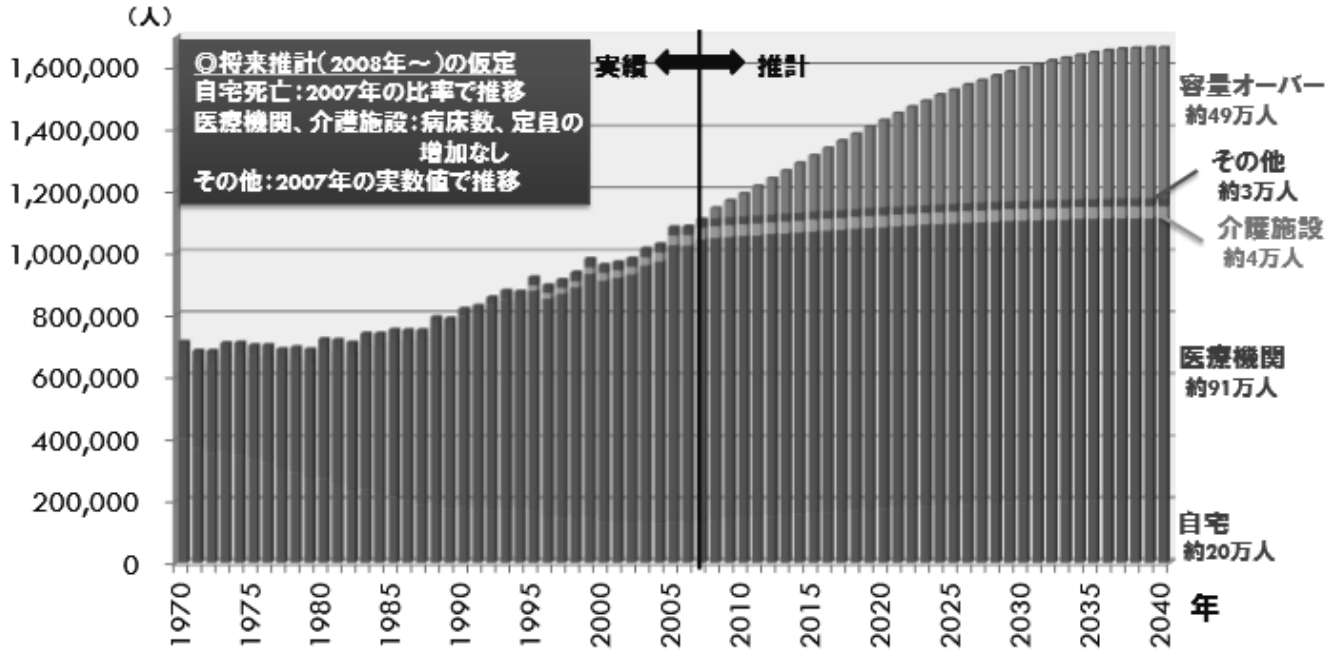
（注）比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計－2008年3月推計－」

5

看取りの場所の確保が今後、必要

1976年に在宅死の割合と医療機関等での死亡の割合が逆転。2007年時点での医療機関死亡者数、介護施設死亡者数、自宅死亡者割合、その他の死亡者数のまま推移すると、2040年には約49万人分の看取りの場所が不足する見込み。



（出所）2007年までは「人口動態統計」、2008年以降は「将来人口推計」に基づき、推計

出典：中医協「わが国の医療についての基本資料」http://www.id.yamagata-u.ac.jp/iryouseisaku/files/chuikyo20110518.pdf

6

“人生の最終段階における医療”に関する最近の動向

■ **社会保障制度改革推進法（平成24年8月22日法律第64号）**

第二章　社会保障制度改革の基本方針
（医療保険制度）
第六条
三　医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること。

■ **社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日　社会保障制度改革国民会議）**

Ⅱ－2－(6)（略）「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。

■ **持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年12月13日法律第112号）**

第二章　講ずべき社会保障制度改革の措置等
（医療制度）
第四条
5　政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする。

■ **経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）**

（人生の最終段階の医療）
・　人生の最終段階における医療について、国民全体で議論を深め、普段からの考える機会や本人の意思を表明する環境の整備、本人の意思の関係者間での共有等を進めるため、住民向けの普及啓発の推進や、関係者の連携、適切に相談できる人材の育成を図るとともに、参考となる先進事例の全国展開を進める。

9

出典「第1回　人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」資料2　平成29年8月3日
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173560.pdf

7

医療提供体制の歩み

1945-1985（昭和20-60）年 医療基盤の整備と量的拡充の時代				
公的病院の整備・充実	民間病院の整備・充実	一県一医大構想と医師の養成	多様なコメディカル職種の登場	老人福祉法の制定と社会福祉施設緊急整備5ヵ年計画の策定

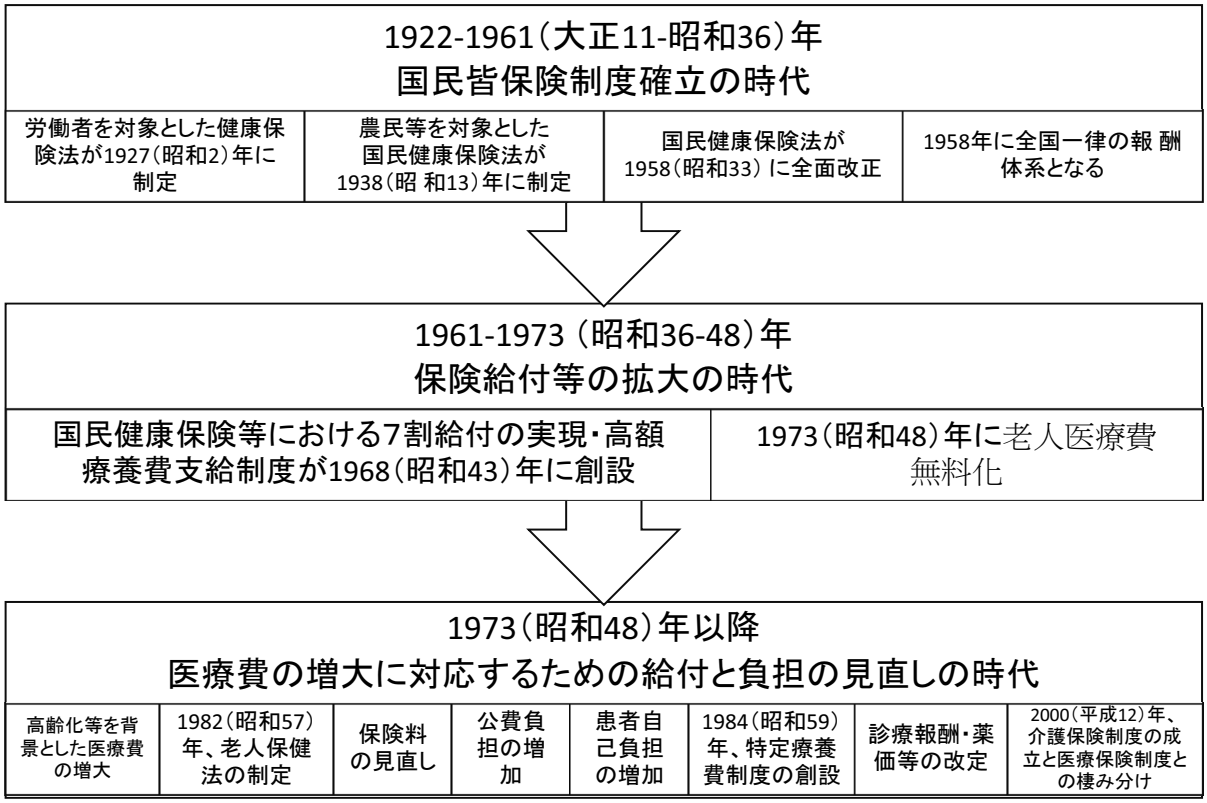
1985-1994（昭和60－平成6）年 医療提供体制見直しの時代		
都道府県医療計画制度の導入	将来見通しを踏まえた医師数の抑制	介護サービスの整備・充実

1992（平成4）年以降 医療施設の機能分化と患者の視点 に立った医療提供体制の整備の時代			
医療施設の機能分化や患者に対する情報提供を推進するための制度改革	コメディカル教育の高度化	新たな医師臨床研修制度の導入	介護保険制度の創設と介護サービスの拡充

出典：平成19年版厚生労働白書医療構造改革の目指すものhttp://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/index.html

8

医療保険制度の歩み



出典：平成19年版厚生労働白書医療構造改革の目指すものhttp://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/index.html

平成28年度診療報酬改訂の概要

Ⅰ. 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

- 医療機能に応じた入院医療の評価
- チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

Ⅱ. 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

Ⅲ. 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

Ⅳ. 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

出典：「平成28年度診療報酬改定説明会(平成28年3月4日開催)資料等について」
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000125201.pdf

地域包括ケアシステムとは？

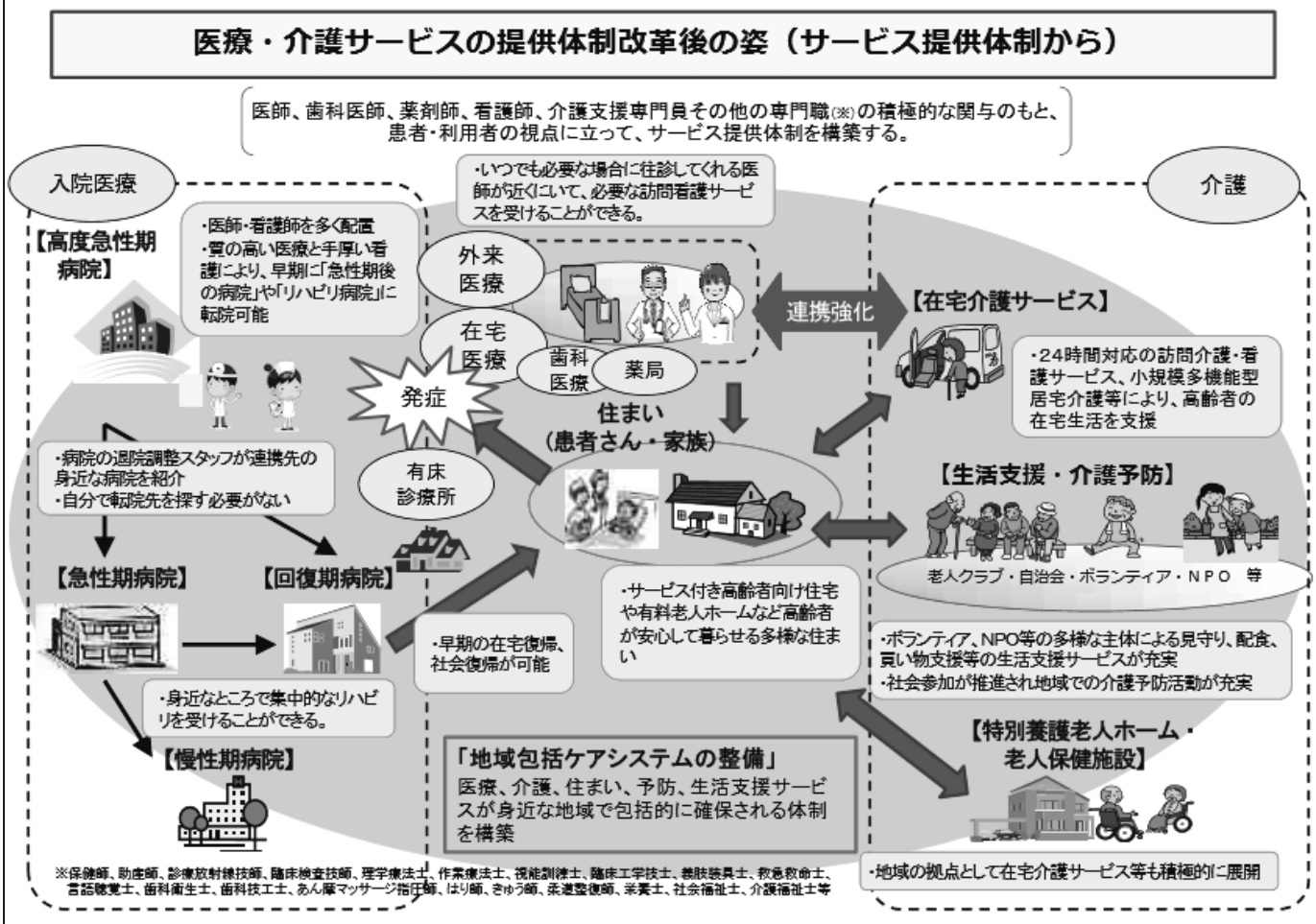
- 地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療・介護・介護予防・住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確約される体制
（医療介護総合確保推進法、第2条第1項）

- 基本理念は、高齢者の「尊厳の保持」と「自立生活の支援」
- おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定

進化するイメージ図*



＊出典：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

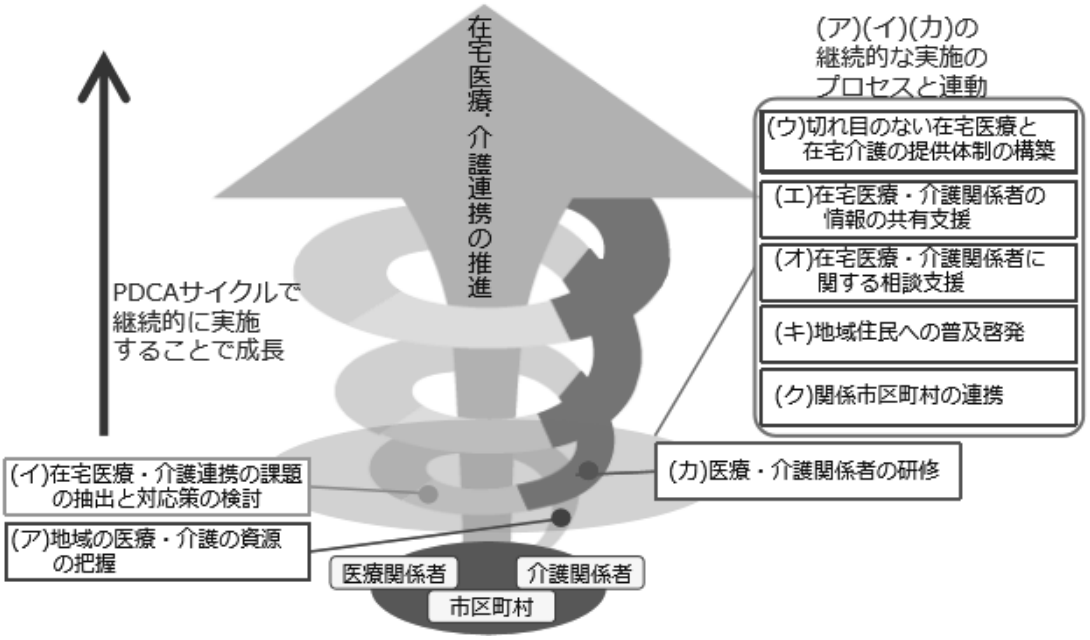


出典：厚生労働省社会保障・税一体改革関連施策　http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001x6y3-att/2r9852000001x72u.pdf

在宅医療・介護連携推進事業の進め方のイメージ

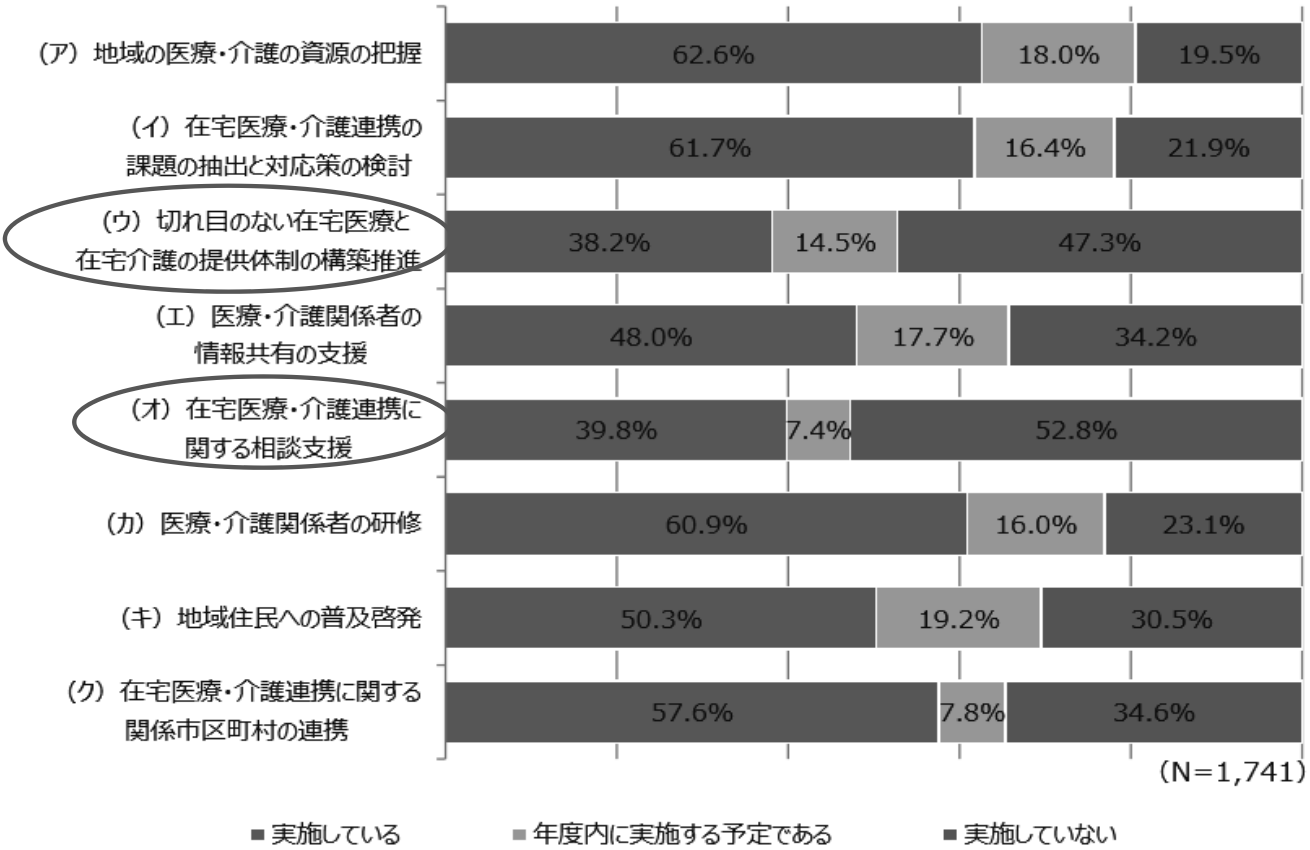
出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書を一部改変
（平成27年度老人保健健康増進等事業）

○地域の実情という多様性の存在を前提としつつ、各地域における医療・介護提供体制のあるべき姿（目標）や進め方の全体像を関係者で共有した上で、各取組を一体的に行うことが非常に需要。
○複数の主体が参加して体制を構築・強化していく過程は、常に参加者の認識の共有と合意、新たな知識の獲得や深化、意識変容、連携強化が行われ、その一連をもって体制構築・強化が行われるという正のスパイラルである。それを短期間に成し遂げるためには、漫然と取組を行うのではなく、戦略的に取り組んでいくことが必要。



出典:「在宅医療・介護連携推進事業の概要について」
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/caresystem/documents/0202002.pdf

在宅医療・介護連携推進事業平成 28 年度の各事業の実施状況



出典:平成28年度 在宅医療・介護連携推進事業 実施状況調査・市町村支援実施状況調査 報告書
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/cyousahoukoku.pdf

2. 退院支援･退院調整の概要

- 概念の整理
- 退院支援のプロセス
- 関連する各種診療報酬

退院支援とは？

有識者の定義から…

- 患者･家族の主体的な参加のもと，退院後も自立した自分らしい生活が送れるように，教育指導を提供したり，諸サービスの活用を支援するなど，病院内外においてシステム化された活動･プログラムである（篠田道子*1）
- 患者･家族が退院後の療養生活を自分で選ぶことができるように，その思いを引き出しながら必要な情報を提供していくことと，退院後も医療を継続できるように調整すること（宇都宮宏子*2）
- 患者･家族の望む退院後の生活支援とケアの質の保障を目的として，患者･家族を主体として院内外関連職種の連携によって行われる退院後の生活課題のアセスメント，ケアプラン（実施評価）の一連のプロセス（樋口キエ子*3）

*1 篠田道子（2006）.なぜいま退院支援なのか―医療制度および介護保険制度の改革の動向と退院支援のあり方,看護学雑誌,70(7),600 .

*2 宇都宮宏子編（2009）.病棟から始める退院支援･退院調整の実践事例,日本看護協会出版会,10.

*3 樋口キエ子･式恵美子編（2010）.退院支援から在宅ケアへ,筒井書房59.

有識者の定義を概念分析すると…

対象　患者と家族が

目的　自らの療養生活を主体的に選んで生きることができるように

時期　外来受診時あるいは入院後早期から

方法　院内外の関係職者の連携・協働によって取り組む

内容　医療の継続・生活課題に対するアセスメント・計画・支援活動・評価に関するシステム化された一連のプロセス

（河野案，2012年作成，2014年改訂）

17

退院支援のプロセス



第一段階

スクリーニングとアセスメント

（外来～入院3日以内）

- 退院支援が必要な患者のスクリーニング
- アセスメント
- 支援の必要性を患者・家族と共有し、動機づける

第二段階

意思決定支援と自立支援

（入院3日目～退院まで）



- 継続的にアセスメントし、チームで支援
- 患者・家族の疾患理解・受容を支援
- 患者・家族の自己決定を支援
- 退院後の生活を患者・家族とともに相談

第三段階

退院調整

（必要となった時点～退院まで）

- 退院を可能とするための制度・社会資源の調整
- 地域サービス・社会資源のとの連携・調整



出典：宇都宮宏子著 「退院支援実践ナビ」 医学書院　2011年を参照に一部改編

18

退院支援スクリーニング

実施時期

- 入院時（必ず全患者）
- 治療計画決定時*
- 術後安定期*
- 病状に大きな変化が生じた時*

*必要に応じて、退院支援計画書の追加・修正を行う

退院困難な要因の特定

- 悪性腫瘍、認知症、誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- 緊急入院である
- 介護保険が未申請である（非該当者は除く）
- 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式に再編が必要である（必要と推測される）
- 排泄に介護を要する
- 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況でない
- 退院後に医療処置が必要である
- 入退院を繰り返している
- その他、患者の状況から判断して上記8つに準ずると認められる場合**

** 経済的支援や専門職による精神的支援が必要な状況、社会福祉制度の案内などが必要な場合

退院支援アセスメントの視点

- 患者はどうか？
- 家族はどうか？
- キーパーソンは誰か？

患者・家族の認識と意向

医療管理上のニーズ

- 病態と予測
- 医療処置・管理
- 医療管理能力・意欲

社会的ニーズ

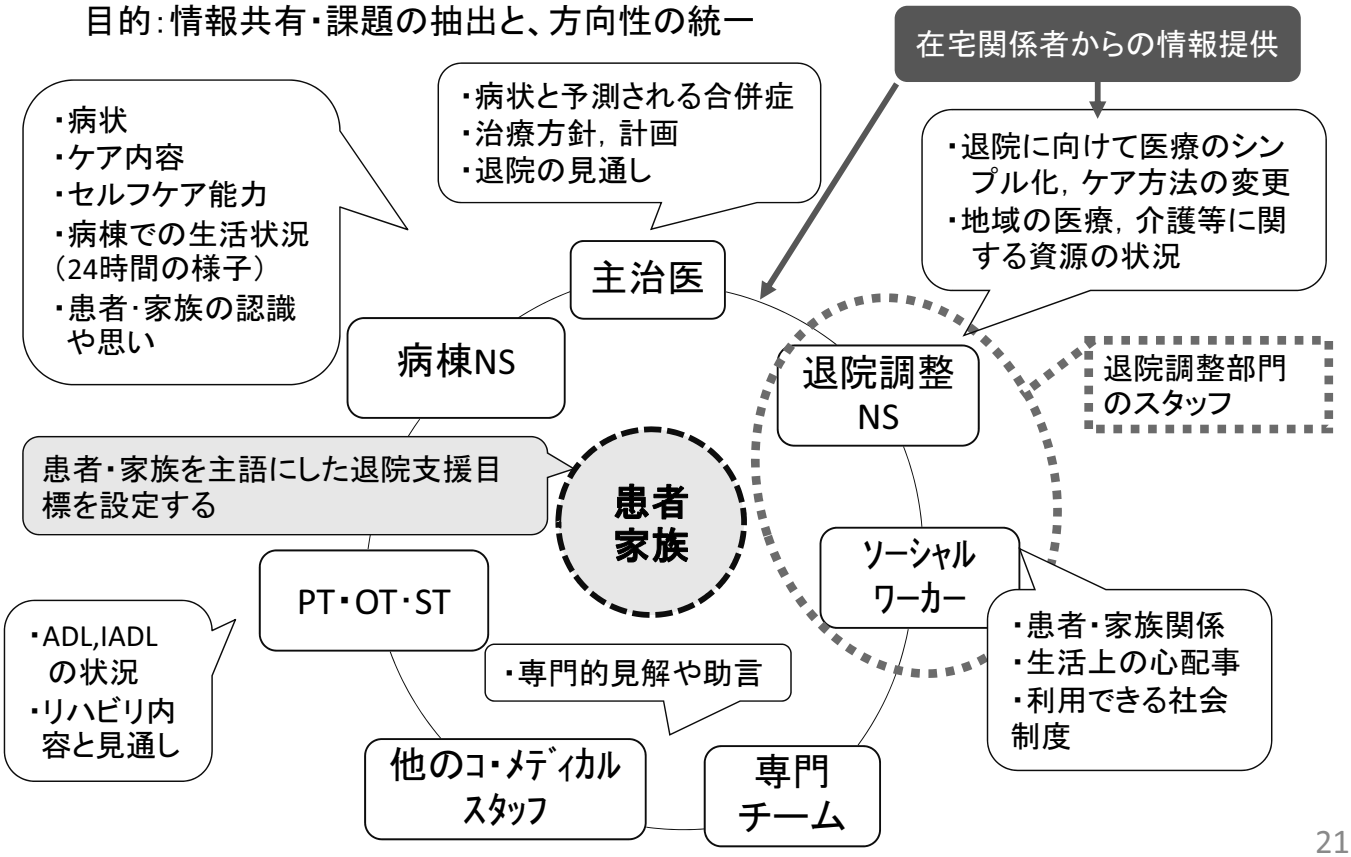
生活介護上のニーズ

- 諸制度利用
- 経済的問題
- 社会的役割遂行上の課題

- ADL評価
- IADL評価
- 家屋・生活環境評価

多職種による患者情報・課題・目標の共有

目的：情報共有・課題の抽出と、方向性の統一



病棟NSと退院調整NSの役割の違い

病棟NS ⟷（ときに代替・相補的役割を取る）⟷ 退院調整NS

退院支援のマネジメント

- 退院支援チームの要
- 情報/目標共有のため退院支援チームの要となり役割発揮する
- 患者・家族の一番身近で納得、安心できるよう意思決定支援や自立支援にかかわる

<u>患者・家族への直接的支援が中心</u>

退院調整のマネジメント

- 病棟看護師を支える退院支援の相談・助言役
- 患者家族が地域資源を活用できるよう情報提示やサポートを行う
- 患者に適切な支援が実施できるよう院内と地域関係者の連携・協働を推進する体制をつくる

<u>院内と地域関係者の調整が中心</u>

MSWと退院調整NSの役割の違い

MSW ⟷ ときに代替・相補的役割を取る ⟷ 退院調整NS

社会福祉のマネジメント	退院調整のマネジメント
• 個別援助（ソーシャルケースワーク）で患者を支える • 相談者の権利擁護（代弁・支持・提言、知る権利の保障、個人情報保護）を推進 • 患者に適切な支援が実施できるよう院内と地域関係者の連携・協働を推進する体制をつくる	• 病棟看護師を支える退院支援の相談・助言役 • 患者家族が地域資源を活用できるよう情報提示やサポートを行う • 患者に適切な支援が実施できるよう院内と地域関係者の連携・協働を推進する体制をつくる
患者・家族への心理・社会的な生活支援が中心	院内と地域関係者の調整が中心

23

患者・家族側の意思決定支援上の困難や課題

- ◆ 患者の今後のQOLに関わる重要な決定になる
- ◆ 患者・家族が受け止められない状況
  - 説明を受け止められず、混乱している
  - 意思決定能力に欠ける、代理意思決定者がいない
  - 真実が伝えられていない
  - 家族側の事情で来院や連絡相談が困難
- ◆ 支援を受けづらい状況
  - 患者と家族で意見が対立している
  - 患者を取り巻く社会的背景や経済上の問題

事例1　がん末期と診断された知的障害者施設入所中の40代女性の意思決定支援

24

専門職側の意思決定支援上の困難や課題

- ◆ チームアプローチ上の課題
  - 医師との情報や方針の共有の難しさ
  - インフォームドコンセントの不十分さ
  - チームリーダー不在、他者任せ
- ◆ 退院支援に取り組む時間の限界
  - ゆっくりと話を聴けない
  - 家族と会える機会が少ない
- ◆ 生活イメージを伝えられない
- ◆ 療養の場や方法、社会福祉制度に関する知識不足
- ◆ 医療機能の分化が進み、退院支援をパターン化して捉える傾向

事例2　転院ではなく「這って動けるから自宅へ帰る」と退院希望した脊柱管狭窄症術後ケース

25

療養先の決定に関して

決定権は誰にあるのか

- 主治医？**NO**
- 患者・家族の思いだけで決まるものでもない

適切な療養先を検討するには

- 医療管理上の課題、生活・介護上の課題、患者・家族の意向をアセスメントし、総合的に判断する
- アセスメント結果を踏まえて、想定される移行先について患者・家族に情報提供し、**合意形成を図る**

適切な移行時期

- 在宅側の準備を整えるために必要な退院調整期間
- 転院先の機能に適った転院時期とは？

26

「自身にとって最善の決断」を行う上で、患者・家族が理解すべきこと

- 患者の病状・予後
- 医療の選択肢は何か
- 医療を受けること、受けないことで患者が得る利益／不利益
- 患者・家族自身の責務
- 想定される支援とコスト
- 専門家の推奨する内容

事例3　人工呼吸療法変更を受け入れ辛かった多系統萎縮症の患者と夫の支援

27

支援者が知るべき患者・家族側の事情

- どうしたい、どうなりたいと考えているか
- 医療に何を期待しているのか
- 何を優先したいのか
- 病気や医療が患者・家族自身の生活に与える影響
- 患者・家族にとって受け入れ難いこと
- 推奨された計画を受け入れ管理することができそうか
- 誰と相談したいか

事例4　主治医から見放されることを恐れて、在宅医の導入を躊躇する末期がん患者

28

患者・家族の思いをいかに聴く・引き出すか？

- 病状の進行や障害に対する焦りや不満
- 死期を間近に感じるときの衝撃と落胆
- この状況でどう暮らすのか、さまざまな変化に対する戸惑いや不安
- 慣れない医療処置や介護を担わねばならないプレッシャー
- 経済的負担や家族自身の生活変更に対する覚悟
- 退院もやむ得ないという憤りや諦め、転院に対する疑問や不満
- 自宅で自分らしく暮らす希望や期待

ナラティブアプローチにより、共に考える姿勢が求められる

29

自立支援における要点

1. 生活の場で継続可能な医療・ケア方法を検討する
   - 患者・家族によるセルフケア可能な簡便な方法か?
   - 患者・家族の生活スタイルに即した方法か?
   - 在宅医療者が管理可能な方法か?
   - エビデンスと経済的負担を考慮した方法か?
2. 手技指導だけでなく、判断・対処のための教育も重要
3. 指導内容や患者・家族の習得状況を、関係者へ引き継ぐ

事例5　極低出生体重児のインドネシア人両親へ沐浴指導を行うNICUナースの関わり

30

退院に向けて患者の「食／栄養」を整える

経口摂取を目指す／栄養管理の調整を図る

- 適切な摂取カロリー・栄養バランスの検討
- 適切な食形態、トロミづけ
- 摂食嚥下リハビリの継続
- 口腔ケアの推奨
- 食事介助方法の検討
- 治療食継続の必要性を検討
- 栄養指導実施
- 自宅での食事準備の調整
- 食の欲求、楽しみの保障

経腸栄養／経静脈栄養での管理ができる

- 健康状態や生活スタイルに適った栄養法の検討
- 栄養剤／輸液投与・管理方法の指導・調整
- 在宅での栄養管理をめぐるトラブルの対応
- 栄養剤／輸液の供給方法の調整
- 栄養に関する費用の検討

31

退院に向けて患者の「排泄」を整える

排泄障害の予防

- カテーテル管理から自然排尿へ早期の移行
- 排泄行動・環境の検討

排泄障害の治療

- 頻尿／尿失禁／尿路感染への対応
- 排便コントロール方法の検討
- カテーテル／ストーマ管理

ソーシャルコンチネンス*の実現

- 関連する生活過程「食」「運動」「睡眠」の調整
- 排泄パターン・方法の検討と調整
- 自己排泄管理の指導
- 排泄介助を受ける「人」のケア
- 排泄介助を担う「人」への指導
- 排泄行動の自立／介助者を助ける「もの」の活用
- 排泄ケアをめぐる「金（費用）」の検討と助成制度の案内

*排泄障害があったとしても問題にならない状態

32

退院に向けて患者の「活動」と「休息」を整える

「活動」を整える

- 自宅での「活動」範囲と方法の検討
- PT・OTによるリハビリ、指導
- 装具・福祉用具の活用
- 安全、安心な療養環境の整備
- 屋外での移動・移送方法
- 楽しみ、娯楽の検討

「休息」を整える

- 1日の中での「活動」と「休息」のバランスを検討
- 睡眠を促すケア
- 睡眠を助ける薬剤の検討
- 適切な寝具の選択、福祉用具の活用
- せん妄、褥瘡の予防

33

退院に向けて患者の「医療管理方法」を整える

安定した医療管理を目指して調整する

- できるだけセルフケアを目指して指導を行う
- 在宅医療者による管理・指導を検討する
- 医療衛生材料の供給方法を調整する
- 医療管理に関する診療報酬の算定を整える
- 各種医療福祉制度について案内し、準備する
- 医療機器メーカーや在宅医療機関との連携体制を検討する

在宅で管理しやすい簡便・安全な方法を選ぶ

- 医療管理のシンプル化し、服薬方法・輸液管理方法を検討する
- 在宅での具体的管理方法を検討する
- 日常管理方法を指導する
- トラブル時の対応を指導する
- 医療廃棄物の処理方法を指導する
- 必要に応じて試験外出・外泊の機会をつくりトレーニング、確認を行う

34

在宅調整上の要点

1. 患者が望む在宅療養生活を実現するために必要な在宅資源を検討する
2. 在宅資源（施設・関係者）とのマッチングを考慮したケア調整に努める
3. 患者・家族が専門家の提案をもとに、自身の意見を加味した計画を具体化できる

退院前カンファレンスの企画

1. 開催目的・話し合いの焦点を明確にする
2. 戦略を練る
   - 効率的、効果的形態は？
   - 誰の参加が必要か？
   - いつ、どこで行うか？
3. 準備を行う
   - 参加者に検討/調整の内容を伝える
   - 日程調整、場所の確保
   - 資料の準備

カンファンレンスの運営

役割分担
・ 司会、書記、患者・家族のサポート役を決めておく

事前調整
・ 関係職種だけでの情報交換を要する場合もある

参加者への意識づけ
・ 冒頭でカンファンレンスの目的、所要時間を周知する

最新の情報提供
・ 診療情報提供書・看護サマリーを準備して詳細は文書参照とする

患者・家族観察とサポート
・ 補足説明をしたり、質問や意見を求めたり、発言しやすい雰囲気づくりを行う

提携文書入力後、患者家族へ文書を渡し説明
・ 渡す対象に応じた記録内容を心掛ける。話し合われた事実を、端的にわかりやすく記録する

事例7 退院前カンファレンスで自身のがん闘病の軌跡を滔々と語った高齢がん患者

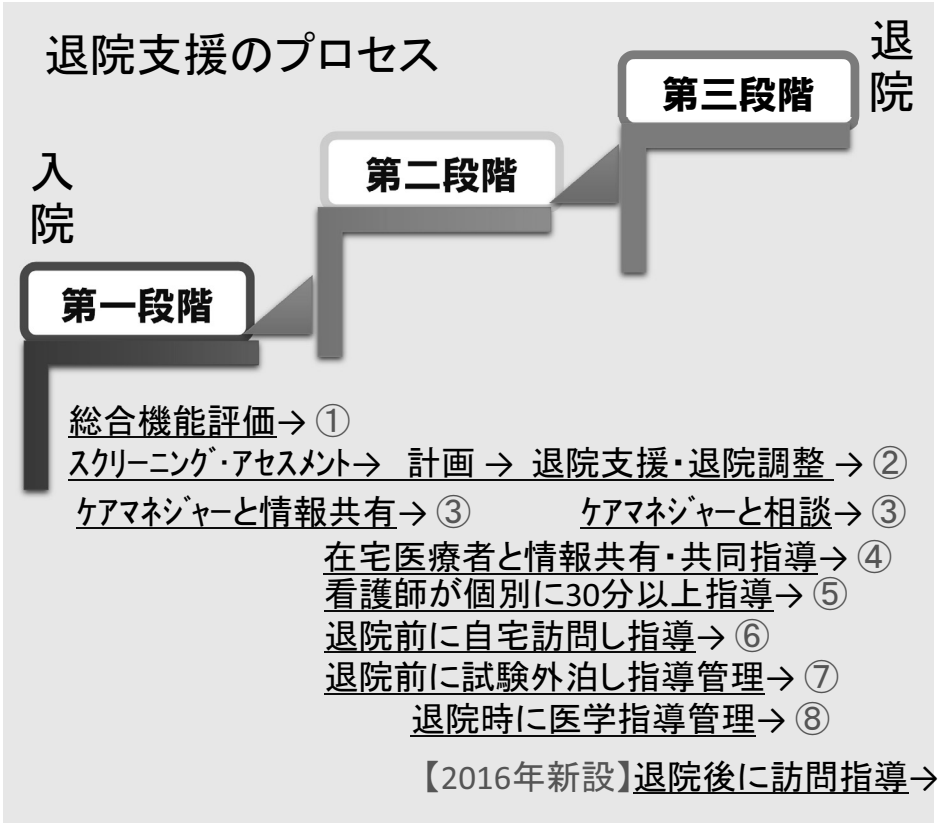
37

A. Donabedian（1988）提唱の「医療の質を評価する視点」を活用した、退院支援の評価の視点

	構造 input	過程 process	成果 outcome
サービスを受ける人 client	患者・家族の状況	退院指導を受ける患者・家族の反応・意欲・活動内容	患者・家族の理解度・満足度 地域関係者に聴く患者・家族の反応・状況
提供者 provider	支援提供者の状況 • 病棟看護師 • 主治医・MSW • 退院調整NS • 地域関係者	スクリーニング実施率 退院支援の具体的内容・退院指導に要した時間	退院支援に対するスタッフ意識の変化や評価
場 setting	病院機能 病院での退院支援システム	病棟・チーム間の退院支援取り組み状況の比較	各病棟の平均在院日数の調査 診療報酬算定実績

38

関連する各種診療報酬



①総合評価加算
②退院支援加算
③介護支援連携指導料（2回可）
④退院時共同指導料
⑤在宅療養指導料
⑥退院前訪問指導料
⑦退院前在宅療養指導管理料
⑧在宅療養指導管理料
⑨退院後訪問指導料

総合評価加算　100点

対象

介護保険第2号被保険者、65歳以上の患者

要件

① 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（総合的な機能評価）を行う

② 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能で あるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師又は歯科医師若しくは当該患者に対する診療を担う医師又は歯科医師が行わなければならない

③ 総合的な機能評価の結果について患者及びその家族等に説明し、要点を診療録に記載すること

算定

入院中１回に限り、入院基本料に加算する

退院支援加算１　600点

平成28年度診療報酬改定

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

退院支援に関する評価の充実

➢ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新)　退院支援加算1
- イ　一般病棟入院基本料等の場合　600点
- ロ　療養病棟入院基本料等の場合　1,200点

(改)　退院支援加算2
- イ　一般病棟入院基本料等の場合　190点
- ロ　療養病棟入院基本料等の場合　635点



［算定要件・施設基準］

	退院支援加算１	退院支援加算2 （現在の退院調整加算と同要件）
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従１名（看護師又は社会福祉士）	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2病棟に1名以上）	－
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等（20か所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回/年以上）	－
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	－

9

41

退院支援加算１　算定に必要な手続き

	患者・家族	病棟NS	退院支援職員 （MSW・退院調整NS）	書類の流れと コスト算定手続き
第一段階	治療方針・今後の見通しの説明を受け、不安・疑問を表出する	入院**3日以内**に **退院支援スクリーニング**	⇔ 日々の退院支援ラウンドで情報共有	退院支援スクリーニング入力
	入院**7日以内の面談**で退院の方向性について意向を示す	入院**7日以内**に**退院支援アセスメント** 多職種によるカンファンレンス 地域関係者からも情報収集		
第二段階	退院支援計画書の説明を受けて、署名	退院支援計画書 立案・交付	⇔ 計画立案時相談 計画書押印 必要時追加・説明	退院支援計画書の交付 ↓ 患者・家族の署名 ↓ 署名文書をカルテ保存
	退院に向けての相談・準備	**退院支援** 意思決定支援・退院指導・地域関係者との相談		
第三段階	退院日の相談・準備	**退院調整** 退院前CF・地域関係者と連絡相談 看護サマリー・医療衛生材料等準備		医事課で 退院清算時に コスト算定

42

介護支援連携指導料　400点

介護サービス利用or予定する患者に対してケアマネジャーと協働することで算定





目標



患者



病院関係者

医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから 考え適切な医療関係職種

共同して検討



ケアマネジャー

報酬と算定要件

病院側はケアマネジャー来院時のみ2回まで算定可能



ケアマネジャー側には介護報酬がつく

ケアプランをカルテに残す



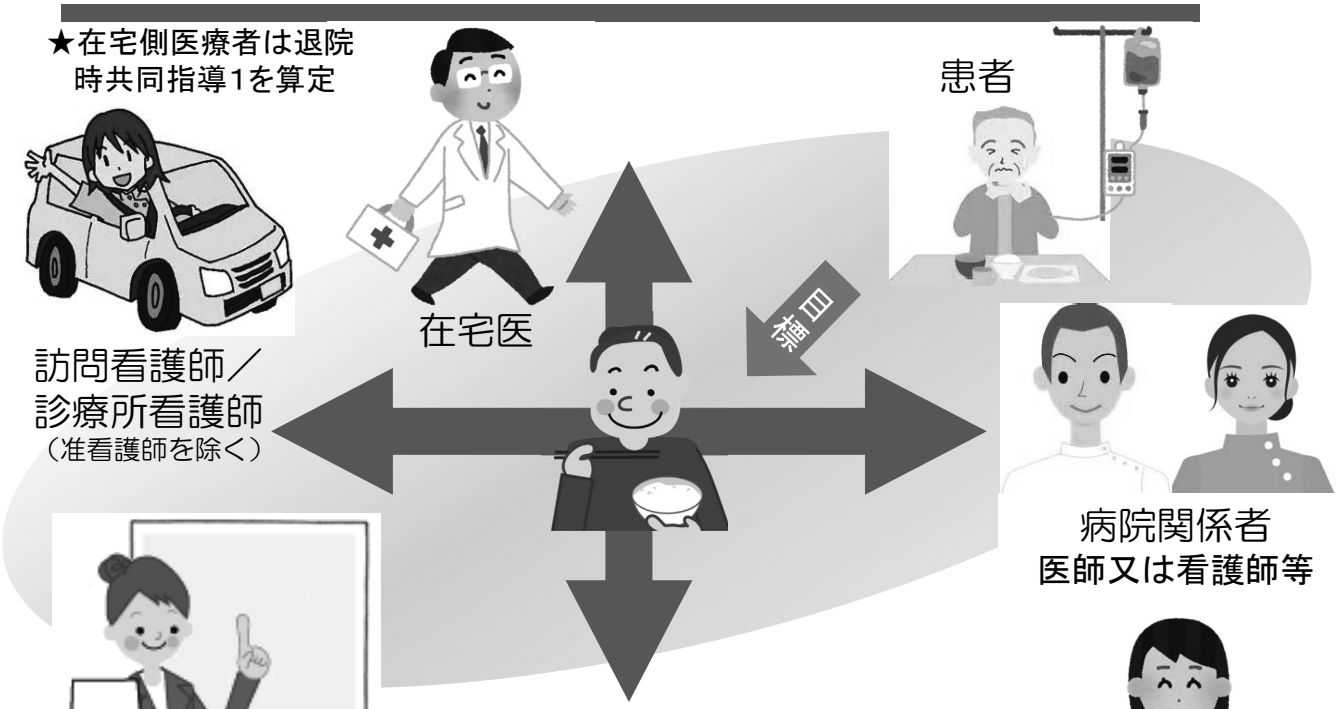
退院後送付

【ケアマネジャー側につく介護報酬】

入院時情報連携加算:

- 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位/月:来院して情報提供
- 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位/月:電話や書面で情報提供

退院時共同指導料2　400点



報酬と算定要件

- 退院支援加算算定患者の場合、退院時共同指導料を算定の際、退院支援計画書の交付も必要
- カンファレンス記録を患者に渡し、カルテ保存する
- 2000点の加算がつく場合、300点の加算及び介護支援連携指導料の同日算定はできない
- 別に厚生労働大臣 が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定可

こんなときは ？ ①

訪問看護師とケアマネジャーが参加した



訪問看護師
（准看護師を除く）

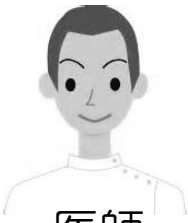
退院時共同指導料2　400点

合計　800点



ケアマネジャー

介護支援連携指導料　400点



医師

and/or



看護師

47

こんなときは？ ②

病院側も在宅側も医師が参加して検討した



在宅医

退院時共同指導料2 400点
300点加算

合計700点



医師

and



看護師

48

こんなときは？ ③



在宅医

and



訪問看護師／
診療所看護師
（准看護師を除く）

and



ケアマネジャー

在宅側が3職種以上参加して検討した

退院時共同指導料2　400点
2000点加算
合計2400点



医師

and



看護師

★左記以外の職種は、
・保険医である歯科医師
・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士
・保険薬局の保険薬剤師
・ヘルパーや福祉用具業者、保健師は算定対象にならない
★同日に介護支援連携指導料の算定はできない

退院前在宅療養指導管理料　120点

対象

在宅療養指導管理料を算定すべき指導を受けている患者または、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着している患者

要件

① 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合

② 1泊2日の外泊でも算定可能

算定

① 退院した場合のみ算定

② 外泊のまま退院した場合は、算定不可

③ 6歳未満の小児の場合は、200点を加算（320点算定）

在宅療養指導料　170点

対象

在宅療養指導管理料を算定すべき指導を受けている患者または、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着している患者

要件

① 医師の指示の下、看護師（保健師）が1回30分以上継続し指導を行った場合

② カルテに指導内容の要点と実施時間を記載

算定

① 1ヶ月に1回算定（初回指導月は、月2回算定可能）

② 入院中に導入した場合は、退院時1回のみ算定可能

51

退院前訪問指導料　580点

対象

入院が1ヶ月を超えると見込まれる患者・その家族

要件

① 医師の指示の下、円滑な退院のために退院前に患家を訪問し、病状、家屋状況、家族の介護力などを考慮し、患者・家族に退院後の療養指導を行った場合

② 訪問者は医師の指示を受けた保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等

③ 外泊時や退院日に訪問

算定

① 1回 の入院につき1回、退院日に算定

② 入院14日以内に一度訪問した場合に限り、2回まで算定可能

③ 交通費は患者負担

52

在宅療養指導管理料 （各種あり）

対象

在宅療養を継続するために、医師が当該の指導管理を必要かつ適切と判断した患者に対して、患者又は患者の看護にあたるもの

要件：医師により以下を実施

① 療養上に必要な事項について適切な注意や指導

② 医学管理を行い、在宅での療養方法、注意点、緊急時の措置の指導

③ ①②の上で、十分な量の衛生材料又は保険医療材料を給付

算定

① 月1回に限り算定、入院中に行った場合は退院日に算定

② 退院月には病院・在宅側双方の医療機関で算定可能

③ 複数項目の在宅指導管理を行った場合は主たる医療管理の1項目を算定する

53

在宅療養指導管理料　各種

C100　退院前在宅療養指導管理料
C101　在宅自己注射指導管理料
C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料
C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料
C102　在宅自己腹膜灌流指導管理料
C102-2 在宅血液透析指導管理料
C103　在宅酸素療法指導管理料
C104　在宅中心静脈栄養法指導管理料
C105　在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料
C106　在宅自己導尿指導管理料
C107　在宅人工呼吸指導管理料
C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
C108　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料
C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
C109　在宅寝たきり患者処置指導管理料
C110　在宅自己疼痛管理指導管理料
C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料
C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料
C111　在宅肺高血圧症患者指導管理料
C112　在宅気管切開患者指導管理料
C113　削除
C114　在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
C115　削除
C116　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料

54

退院後訪問指導料 580点

平成28年度診療報酬改定

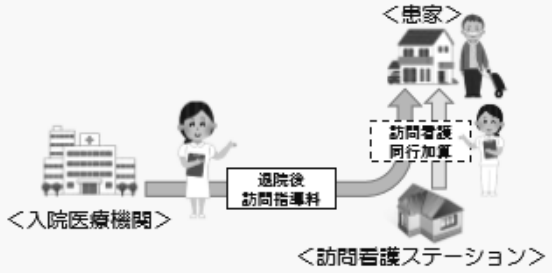
地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑪

退院直後の在宅療養支援に関する評価

➢ 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

（新）　退院後訪問指導料　　580点（1日につき）
（新）　　訪問看護同行加算　　20点

［算定要件］
① 対象患者：別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者（ただし保険医療機関を除く。）も算定可能とする。
② 算定回数：退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。



別表第8
1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

55

診療報酬に関する参考資料・文献

【WEBで検索可能なもの】

- 厚生労働省：平成28年度診療報酬改定について
  http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html
- しろぼんネット　http://shirobon.net/
- レセプト算定ナビ
  http://recenavi.net/2016/menu/menu_C.html
- 診療報酬点数表Web　https://mfeesw.net/qa

【文献】

- 社会保険旬報：医科点数表の解釈平成28年4月版
- 医学通信社：診療点数早見表　2017年4月増補版
  [医科]2017年4月現在の診療報酬点数表

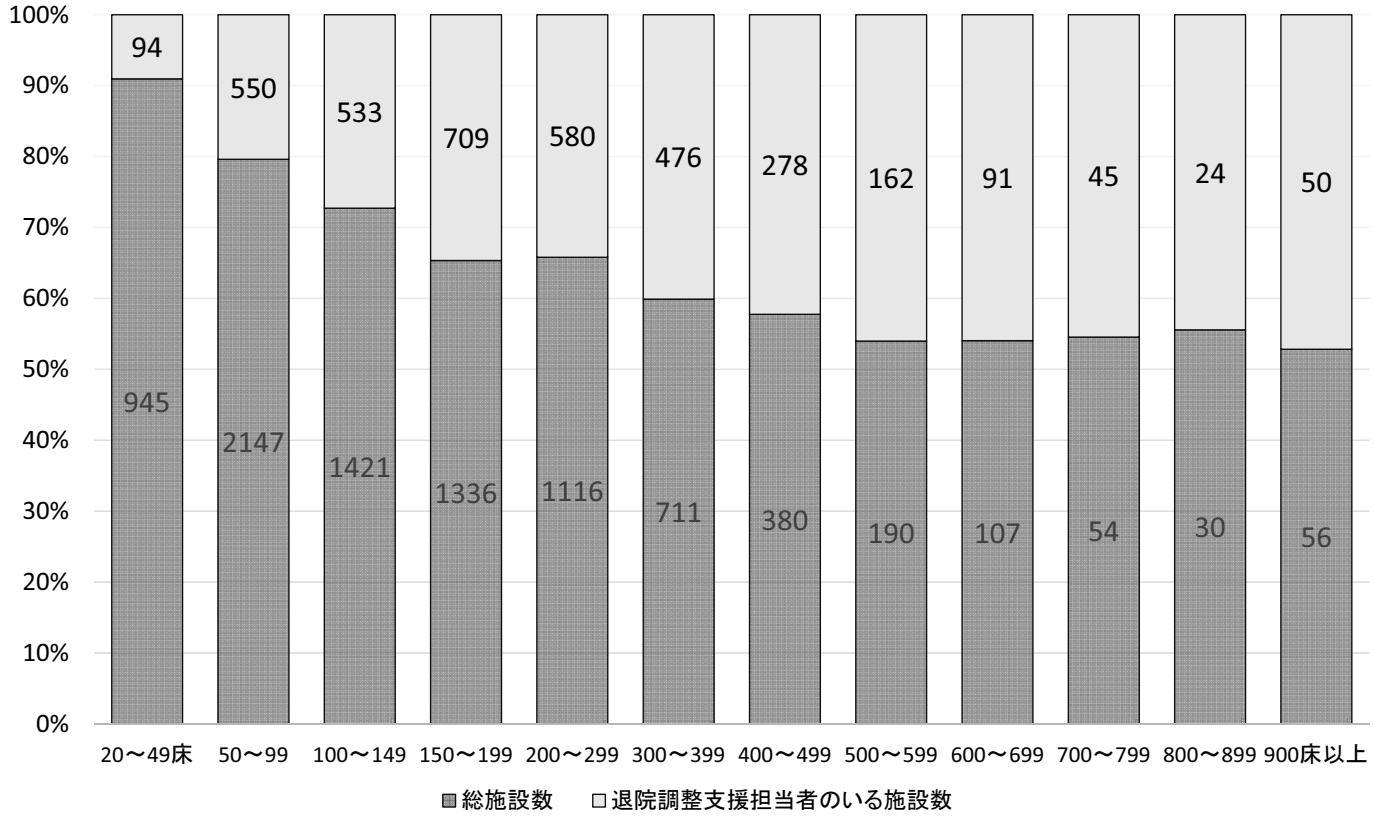


56

3. 医療機関における退院支援・退院調整の現状と課題

- 退院調整専門部門の設置状況
- 退院支援加算１の効果と課題
- 外来看護・在宅療養支援の強化

病床規模別にみた退院調整支援担当者のいる施設状況

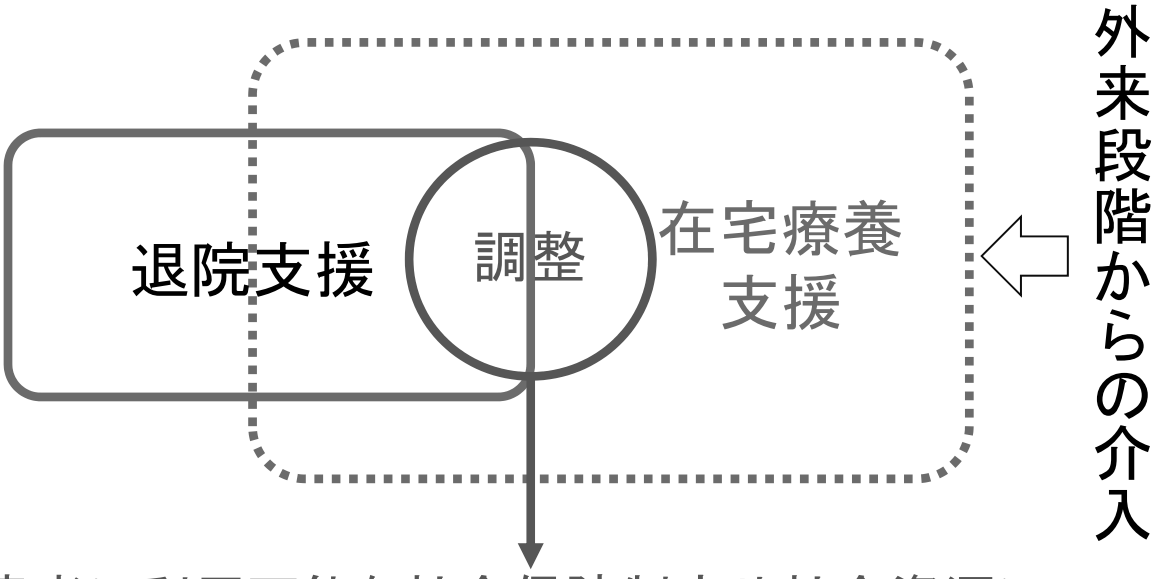


出典：医療施設調査「平成26年医療施設（静態・動態）調査」（＊データをグラフ化した）
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001141080&requestSender=dsearch

退院支援加算1の効果と課題

効果	課題
早期からの介入	マンパワー不足による調整者の疲弊
チームアプローチの強化	費用対効果や質担保は…？
地域との連携強化	地域関係者への過度な期待

地域包括ケアシステムを実現するための退院支援と在宅療養支援



患者に利用可能な社会保障制度や社会資源に適切につなぐこと

4. ステーション事業としての退院支援

- 訪問看護師の退院支援・退院調整への参画
- アクションプランの検討
- 全体共有

訪問看護師の退院支援･退院調整への参画

- 退院前カンファレンスで共同指導
  - 参加目的を明確化して臨もう！
  - 病院関係者への教育機会とするには？
  - 効果的な話し合いの場になるよう協働を！
- 病院滞在型コールセンター事業
  - 電話対応業務の集約化
  - 住民への訪問看護の普及
  - 病院関係者の在宅支援のスキルアップへ
- 院内退院支援カンファレンスへの参加
  - 病院関係者の在宅イメージを具体化
  - 病院関係者の教育機会
  - 顔の見える関係づくり

演習課題

1.検討事例を選択する

どちらの事例の病院も、退院調整部門はあるが、病院関係者の在宅イメージが不十分で、退院支援の強化が課題である。

事例A

血糖コントロール目的で一般急性期病院に入院した75歳の独居男性。主治医はインスリン注射の導入を検討中。病棟NSは、内服薬の自己管理もおぼつかないAさんの様子から、転院が望ましいのではないかと考えている。Aさんから「転院はしたくない」と連絡を受けた担当ケアマネが困って、これまで訪問看護で関わってきたあなたに相談が入った。

事例B

再発乳がんステージⅣで、予後1ヶ月と告知を受けた56歳女性。夫と高校生の娘と中学生の息子の4人暮らし。疼痛コントロールのため大学病院へ緊急入院となった。Bさんの夫は、介護休暇を取り妻を家で看取りたいと希望。Bさんは家に帰りたいが家族に迷惑がかかるのではと心配している。担当MSWから、在宅調整の相談が入った。

2. 訪問看護師として、退院支援に関わるアクションプランを検討する

63

アクションプランの要素

- Why
  - •目的
  - •ニーズ
- What
  - • アクションの内容
- Who
  - •担当
  - •人数
- Whom
  - •クライアント
  - •人数
- When
  - • 開始時期
  - • 期限
  - • 頻度
- Where
  - •場所
- How
  - • 手段
  - • 方法
- How much
  - •金額（コスト）

64

演習の進め方

【グループワーク】

1. 役割分担と事例の選択
2. 意見交換と検討
3. 発表資料作成

【全体共有】

1. アクションプランのテーマを紹介

例：自宅での生活に即した退院指導への参画

患者の希望を叶える在宅調整に向けた専門職支援

退院直後の揺らぎを予測した在宅チーム調整

2. 検討内容の要点を説明

参考文献

篠田道子編（2007）．ナースのための退院調整，院内チームと地域連携のシステムづくり．日本看護協会出版会．

松下正明監修（2008）．チームで行う退院支援，入院時～在宅までの医療・ケア連携ガイド．中央法規出版株式会社．

宇都宮宏子編（2009）．病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例，日本看護協会出版会．

宇都宮宏子・三輪恭子編（2011）．これからの退院支援・退院調整　～ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域～，日本看護協会出版会．

宇都宮宏子編著（2011）．退院支援実践ナビ，医学書院．

宇都宮宏子・長江弘子・山田雅子・吉田千文編（2012）.退院支援・退院調整ステップアップQ&A，実践者からの知恵とコツ，日本看護協会出版会．

宇都宮宏子・坂井志麻（2015）．退院支援ガイドブック，学研．

山崎摩耶（2012）．患者とともに創める退院調整ガイドブック第3版，中央法規．

-MEMO-

-MEMO-

-MEMO-