

令和 4 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

新型コロナウイルス感染症流行下の
訪問看護提供に関する調査研究事業
報告書

令和 5（2023）年 3 月
一般社団法人 全国訪問看護事業協会

はじめに

新型コロナウイルス感染症が2019年度末に瞬く間に流行し、2020年4月には初めての緊急事態宣言が発令したあの時から、早や3年の月日が過ぎました。この間に感染者数が莫大に増加する流行期を幾度も迎え、そのたびに訪問看護ステーションは、危機的状況を乗り越えるための創意工夫を行ってきました。2023年5月には新型コロナウイルス感染症は季節性インフルエンザと同等の5類に移行する予定ですが、暮らしを守る訪問看護としての感染症予防は引き続き重要な課題といえます。

本事業では、この数年における新型コロナウイルス感染症流行下における訪問看護ステーションのケア提供の実態を質問紙調査とヒアリング調査で総括的に明らかにしたものです。まず、回答事業所の86%に陽性となった利用者対応の経験があり、具体的な対応としては「訪問看護を短くしてケアを実施」と「訪問はせず電話やメール等での対応」が5割を超えた一方で、「サービス提供を一時的に休止」も4割あり、利用者の特性に応じた多様な対応がなされていました。また、居宅・通所サービスの休止等による訪問回数の増加や在宅看取りの希望者の増加もあり、需要増の側面も明らかとなりました。さらに今回のコロナ禍の経験を糧に、緊密な地域連携の仕組みを強化し、ICTの効果的な活用を進めた例も多くありました。ヒアリング調査では、こうしたステーションの業務効率化や地域連携の取り組みを丁寧に掘り下げ、その結果をもとに現場に役立つ好事例集と連携ツールを作成しました。

最後に、ご多忙の中調査にご協力くださったステーション関係者の皆様に感謝を申し上げるとともに、本報告書の内容が広く共有され、コロナ禍における訪問看護の活動が理解され、地域でのさらなる活躍につながることを願っています。

令和5年3月

「新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関する調査研究事業」

委員長 池崎 澄江(千葉大学大学院看護学研究院 教授)

目 次

序章 要旨	1
1) 目的	1
2) 本事業の実施体制・内容	1
(1) 検討委員会・ワーキンググループの設置	1
(2) 新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関するアンケート調査(アンケート調査)	1
(3) 業務効率化や地域連携を効果的に行っている訪問看護事業所を対象としたヒアリング調査	1
(4) 業務効率化と地域連携のための好事例集及び連携ツールの作成	1
(5) 外国人向け訪問看護契約書・重要事項説明書ひな形の作成	1
3) 調査結果の概要	1
(1) アンケート調査結果(郵送調査)	1
(2) ヒアリング調査結果	4
4) 業務効率化と地域連携のための好事例集及び連携ツールの作成	4
5) 外国人向け契約書・重要事項説明書ひな形の作成	4
6) 結果・考察	4
第1章 事業の概要	7
1) 事業の目的	7
2) 事業の流れ	8
(1) 検討委員会・ワーキンググループの設置	8
(2) 新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関するアンケート調査	8
(3) 業務効率化や地域連携を効果的に行っている訪問看護事業所を対象としたヒアリング調査	8
(4) 業務効率化と地域連携のための好事例集及び連携ツールの作成	8
(5) 外国人向け訪問看護契約書・重要事項説明書ひな形の作成	8
3) 事業実施体制	9
第2章 新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関する調査結果	11
1 アンケート調査の実施概要	11
1) アンケート調査の実施目的	11
2) 調査実施概要	11
(1) 実施時期	11
(2) 調査対象の選定	11
(3) 調査票の配布方法	11
(4) 主な調査項目	11
(5) 回収状況	11
3) 集計分析結果の表記方法	12
2 アンケート調査結果(単純集計)	13

1)	事業所の属性	13
(1)	事業所が立地する都道府県 問 1(都道府県名を記載)	13
(2)	事業所の設立年 問 2(数値記入)	14
(3)	事業所の法人種別 問 3(単一回答)	14
(4)	事業所と併設している施設 問 4(複数回答)	15
(5)	機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況 問 5(単一回答)	15
(6)	職員数 問 6(数値記入)	15
(7)	看護師数 問 7(数値記入)	17
(8)	2022 年 8 月の利用者数 問 8(数値記入)	17
(9)	2022 年 8 月の延べ訪問件数 問 9(数値記入)	19
(10)	2022 年 8 月末時点で届出をしている加算 問 10(複数回答)	19
2)	新型コロナウイルス感染症流行に対する事業所の対応等	20
(1)	新型コロナウイルス陽性者への対応	20
(2)	新型コロナウイルス感染症対策に係る行政・団体からの支援依頼への対応	25
(3)	新型コロナウイルス感染症流行下での事業所への影響や予防策	26
(4)	新型コロナウイルス感染拡大による収支への影響	28
3)	臨時的な取扱いの算定状況等	30
(1)	概要欄記載の状況の発生・算定状況 問 25①(単一回答)、及び取扱いの延べ算定回数・算定 利用延人数 問 25②(数値記入)	31
(2)	恒常化すべきと思う臨時的な取扱い 問 25③(複数回答)	42
(3)	恒常化すべきと思う臨時的取扱いに関する自由意見 問26(自由記述)	43
(4)	臨時的な取扱いによる効果 問 27(複数回答)	46
(5)	臨時的な取扱い活用の阻害要因となっている点や使いづらさを感じる点 問 28(複数回答) ..	47
(6)	事業所が立地する自治体を実施した支援策と自治体を実施してほしい支援策 問29(複数回答) 48	
4)	業務効率化や地域連携活動等に係る取組	49
(1)	業務効率化に係る取組	49
(2)	地域連携活動に係る取組	53
5)	電話等による病状確認・療養指導	57
(1)	2022 年 6～8 月に実施した訪問看護計画に沿った電話等による病状確認・療養指導の実施と 利用者等の状況 問 32	57
6)	新型コロナウイルス感染症流行下におけるターミナルケアの実施状況	62
(1)	各時期における在宅での死亡者 問 35(数値記入)	62
(2)	2022 年 8 月末までの直近の利用者について	64
(3)	2022 年 8 月末までに、直近でターミナルケアを提供した要支援者の利用者	72
(4)	新型コロナウイルス感染症流行下において、ターミナルケアを実施する上で困難な点 問 38(複 数回答)	75
7)	BCP の策定状況	76
(1)	BCP の認知度 問 21(単一回答)	76
(2)	現在の策定状況 問 22(単一回答)	76

(3) BCP の実施状況 問 23(単一回答).....	77
(4) BCP を作成する際に困ったこと、又は作成するに当たり困るであろうこと 問 24(複数回答).....	77
8) 外国人利用者やその家族向けの契約書・重要事項説明書のひな形として望ましい言語.....	78
(1) 外国人利用者やその家族向けの契約書・重要事項説明書のひな形として望ましい言語 問 39 (3つまでの複数回答).....	78
3 アンケート調査結果(クロス集計).....	79
(1) 併設施設の有無別.....	80
(2) 看護職員割合別.....	83
(3) 看護体制強化加算の届出の有無別.....	91
(4) 中山間地域等における小規模事業所別.....	100
(5) コロナ禍前からの ICT 化の有無別.....	102
(6) ターミナルケア加算(介護保険)算定の有無別.....	104
(7) ターミナルケア療養費(医療保険)算定の有無別.....	111
第 3 章 ヒアリング調査結果.....	119
1 ヒアリング調査の概要.....	119
1) ヒアリング調査の実施目的.....	119
2) 調査実施概要.....	119
(1) 実施時期.....	119
(2) 調査対象の選定.....	119
(3) 調査方法.....	119
(4) 主な調査項目.....	119
2 ヒアリング調査結果.....	120
1) 事業所01.....	120
(1) ステーションの概要.....	120
(2) 業務効率化・地域連携の取組内容について.....	121
(3) 業務効率化・地域連携の取組のポイントや今後の展望.....	122
2) 事業所02.....	124
(1) ステーションの概要.....	124
(2) 業務効率化の取組内容について.....	125
(3) 業務効率化の取組のポイントや今後の展望.....	126
3) 事業所03.....	128
(1) ステーションの概要.....	128
(2) 地域連携の取組内容について.....	129
(3) 地域連携の取組のポイントや今後の展望.....	130
4) 事業所04.....	131
(1) ステーションの概要.....	131
(2) 地域連携の取組内容について.....	132
(3) 地域連携の取組のポイントや今後の展望.....	133
5) 事業所05.....	135
(1) ステーションの概要.....	135

(2)	業務効率化・地域連携の取組内容について	136
(3)	業務効率化・地域連携の取組のポイントや今後の展望	138
第 4 章	業務効率化と地域連携のための好事例集及び連携ツールの作成	139
1	業務効率化と地域連携のための好事例集の及び連携ツールの作成	139
(1)	訪問看護ステーションにおける業務効率化と地域連携の好事例集	139
(2)	災害、新興・再興感染症発生時の地域連携ツールの作成	140
第 5 章	外国人向け契約書・重要事項説明書ひな形	141
2	外国人向け契約書・重要事項説明書ひな形の作成目的	141
3	外国人向け契約書・重要事項説明書ひな形	141
第 6 章	まとめと考察	143
1	調査結果のまとめ	143
1)	事業所について	143
2)	事業所における新型コロナウイルス感染症への対応について	143
(1)	新型コロナウイルス陽性者への対応	143
(2)	新型コロナウイルス感染症対策に係る行政・団体からの支援依頼への対応	144
(3)	新型コロナウイルス感染症流行下での事業所への影響や予防策	144
3)	臨時的な取扱いや公的支援について	145
(1)	臨時的な取扱いの課題	145
(2)	臨時的な取扱いの効果と恒常化の要望	145
(3)	自治体に求められる支援策	145
4)	業務効率化と地域連携活動等に係る取組について	146
(1)	業務効率化の取組について	146
(2)	地域連携活動について	146
5)	電話等による病状確認・療養指導について	147
(1)	新型コロナウイルス感染症流行下におけるターミナルケアについて	148
2	考察と提言	149
1)	ICT 化の推進の重要性	149
2)	災害時・緊急時の地域連携・相互支援体制の重要性	149
3)	実効性のある臨時的取扱い等の公的支援の重要性	149
(1)	実効性のある臨時的取り扱い	149
(2)	災害や新興・再興感染症の危機状況の発生時期に応じた支援	150
(3)	衛生材料、検査キット、ICT 機器等購入費用の補助	150
資 料	151	

序章 要旨

1) 目的

本事業においては、介護保険等の臨時的な取扱いの実態及び訪問看護事業所における新型コロナウイルス感染症への対応や地域における連携の取組に関する調査を行い、利用者やサービス提供に及ぼした影響や課題への対応策について検討し、地域の訪問看護事業所の参考とするための好事例集と地域連携ツールを作成することを目的として実施した。

また、「臨時的な取扱い」の業務体制の実態から通常業務において業務効率化等を図る方策、及び今後の新興・再興感染症の流行や災害発生時に備えた対応策について検討・提案を行った。

2) 本事業の実施体制・内容

(1) 検討委員会・ワーキンググループの設置

有識者、訪問看護事業所の管理者、学識経験者より構成された検討委員会・ワーキンググループを設置した。

(2) 新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関するアンケート調査(アンケート調査)

全国の訪問看護事業所を対象に、新型コロナウイルス感染症流行下におけるサービス提供の現状や課題、その対応に加えて、国から発出されている「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱い」等の公的支援策の活用状況、新型コロナウイルス感染症流行下における業務効率化や地域連携活動の工夫、テレナーシングやターミナルケアの実施状況等を把握することを目的にアンケート調査を実施した。

(3) 業務効率化や地域連携を効果的に行っている訪問看護事業所を対象としたヒアリング調査

アンケート調査の結果を踏まえて、業務効率化や地域連携活動を効果的に行っている訪問看護事業所を抽出し、地域連携の内容や連携する上でのポイントの把握等を目的としたヒアリング調査を実施した。

(4) 業務効率化と地域連携のための好事例集及び連携ツールの作成

ワーキンググループでの議論やヒアリング結果を踏まえ、業務効率化と地域連携に関する好事例集と、効果的に地域の訪問看護ステーション間で連携を行うための連携ツールを作成した。

(5) 外国人向け訪問看護契約書・重要事項説明書ひな形の作成

アンケート結果より希望の多かった「中国語(簡体字)」「韓国語」の外国人向け訪問看護契約書・重要事項説明書ひな型を作成した。

3) 調査結果の概要

(1) アンケート調査結果(郵送調査)

① 事業所について

- 2,271 箇所の事業所から回答を得られた(回収率 31.2%)。事業所経営主体として「営利法人(株式会社等)」が 44.3%、「医療法人」が 29.2%であった。特に、看護職員の割合が 6 割未満の事業所においては「営利法人(株式会社等)」が 69.5%と多かった。

- 常勤換算職員数は、看護職員が平均 6.2 人、理学療法士等(PT・OT・ST)が 2.0 人であった。
- 利用者数は1事業所当たり平均 97.5 人であり、うち介護保険による利用者数は平均 57.4 人、医療保険による利用者数は平均 36.9 人であった。
- 介護保険の「緊急時訪問看護加算」を届出している事業所は、89.3%医療保険の「24 時間対応体制加算」を届出している事業所は 91.5%であった。

② 新型コロナウイルス感染症への対応について

- 初めて陽性となった利用者が発生した時期は、2022 年 1 月～6 月に、初めて陽性者が発生した事業所が最も多くなっていたが 35.5%と最も多くなっていた。
- 陽性者の人数は、1 事業所当たり平均 6.4 人であった。
- 看護職員割合が 6 割未満の事業所の方が、6 割以上の事業所よりも、陽性となった職員数や濃厚接触となった職員数が多い傾向にあった。
- 陽性の利用者への対応としては、「訪問時間を短くしてケアを実施」が 56.8%と最も多く、次いで「訪問はせず、電話やメール等での対応」が 53.3%、「当該利用者へのサービス提供を一時的に休止」が 39.4%、「通常のケアを実施」が 30.1%であった。
- コロナ禍前から ICT 化による業務効率化に取り組んでいた事業所においては、コロナ禍においても「通常のケアを実施」「訪問時間を短くしてケアを実施」とした割合が高くなっており、ICT 化によりコロナ禍においても業務を継続しやすい環境が整備されている可能性が示唆された。
- 事業所への影響として、「訪問を拒否する又は回数を減らしてほしいという利用者がいた」が 66.4%と最も多く、「居宅・通所サービス等の休止等により、訪問回数が増えた」が 41.2%であった。
- 新型コロナウイルス感染症予防に取り組む際の課題を時系列でみると、①コロナ流行初期(2020 年 3～5月)においては、「予防衣・手袋等について、入手することが困難である」が 66.8%。②第 5 波(2021 年 7～9 月)においては、「職員の負担が大きい」が 55.7%。③現在(2022 年 6～8月)においては、「職員の負担が大きい」が 66.4%であった。
- 2018 年度に黒字だった事業所のうち 85.3%が 2021 年度も黒字であった。一方で、2018 年度に赤字だった事業所のうち 45.8%が 2021 年度は黒字に転じていた。コロナ禍前から ICT 化による業務効率化に取り組んでいた事業所においては、2018 年度収支も 2021 年度収支も黒字となっている割合が高くなっていた。

③ 臨時的な取扱いや公的支援について

- 「臨時的な取扱い」は、全体的に通知を知らなかったと回答した事業所の割合が 2 割程度であった。
- 臨時的な取扱いによる効果は、「感染リスクの低減を図りながら、利用者への必要なサービス提供の継続」が 41.0%と最も多く、次いで「衛生資材の購入に要する経費負担の軽減」が 35.4%、であった。
- 自治体を実施した支援策は「マスク等の PPE(個人用防護具)やアルコール消毒液の自治体等からの支給の実施・継続」が 63.2%と最も多く、今後、自治体を実施してほしいと考える支援策は、「陽性者への対応に伴う職員の処遇改善」が 57.9%と最も多くなっていた。

④ 業務効率化と地域連携活動等に係る取組について

- コロナ流行前(2019 年 12 月以前)から実施している業務効率化に係る取組は、「業務効率化を目的とした ICT 機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」が 32.1%と最も多く、次いで「地域の他事業所と共通した ICT 機器や情報共有ツールの導入」が 27.5%であった。
- コロナ流行以降(2020 年 1 月以降)に開始した取組は、「職員の直行直帰の実施」が 24.5%と最も多く、次いで「業務効率化を目的とした ICT 機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」16.8%であった。
- 新型コロナウイルス感染症流行下において役に立った取組としては、「管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施」が 52.2%、次いで「職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施」が 51.9%であった。
- 看護体制強化加算を算定している事業所では、業務効率化に関する取り組みを行っており、特に、ICT 機器や情報共有ツールの導入は、コロナ禍以前より 3 割以上の事業所で進められていた。
- 新型コロナウイルス感染症流行後(2020 年 1 月以降)に実施を始めた取組としては、「感染管理の看護師との連携」が 13.1%と最も多かった

⑤ 電話等による病状確認・療養指導について

- 「No15 電話等で病状確認や療養指導等を行った場合において、訪問看護管理療養費のみを1日につき1回算定(令和 3 年 9 月 24 日)」を算定した割合は 11.0%であった。この臨時的な取扱いの恒常化を希望する事業所の割合は、30.1%であった。
- 新型コロナウイルス感染症流行以前より電話やオンラインによる病状確認・療養指導を実施していた事業所は 19.2%で、以後、開始した事業所は 12.0%であった。
- 利用者像は、「新型コロナウイルスへの感染を懸念した利用者」が 69.3%と最も多く、「独居の利用者」が 38.2%、「緊急対応が必要な状態の利用者」が 34.5%、「ターミナルの利用者」が 31.7%であった。
- 電話等による病状確認・療養指導による効果として、「利用者・家族が精神的に落ち着いた」が 80.6%、「病状の悪化を防止した」が 55.8%であった。
- 算定できなかった利用者がいた事業所は 73.4%で、その理由として「算定要件に当てはまらなかった」が 62.8%と最も多かった。

⑥ 新型コロナウイルス感染症流行下におけるターミナルケアについて

- 介護保険の利用者が在宅で死亡した平均人数は、2019 年度が 3.4 人、2020 年度が 4.0 人、2022 年 4～8 月が 1.6 人であり、このうちターミナルケア加算を算定した事業所の平均は、2019 年度が 2.3 件、2020 年度が 2.8 件、2022 年 4～8 月が 1.1 件であった。
- 医療保険の利用者が在宅で死亡した平均人数は、2019 年度が 6.1 人、2020 年度が 8.3 人、2022 年 4～8 月が 3.6 人であり、ターミナルケア療養費を算定した事業所の平均は、2019 年度が 5.6 件、2021 年度が 7.7 件、2022 年 4～8 月が 3.3 件であった。
- 利用者像は、介護保険が老衰、医療保険では悪性腫瘍が多くなっていた。
- 実施したするケアの内容としては、介護保険および医療保険の利用者ともに「清潔援助」「家族への療養指導」「排泄管理」が上位に来ていた。

(2) ヒアリング調査結果

業務効率化や地域連携に取り組んでいる事業所の管理者に対してヒアリング調査を行い、業務効率化・地域連携の具体的な取り組み内容、取り組みを始めた経緯・目的、取り組みによる効果とその要因等について把握した。

4) 業務効率化と地域連携のための好事例集及び連携ツールの作成

ヒアリング調査結果を踏まえ、訪問看護事業所の参考になるよう、以下の2種を作成した。

- 「訪問看護ステーションにおける業務効率化と地域連携の好事例集から災害、新興・再興感染症発生時の連携を含む～」
- 「訪問看護ステーションの災害、新興・再興感染症発生時の地域連携ツール～訪問看護を継続して提供するための相互支援の仕組みづくり～」

5) 外国人向け契約書・重要事項説明書ひな形の作成

アンケート調査結果で希望の多かった、「中国語(簡体字)」と「韓国語」について、外国人利用者やその家族向けの契約書・重要事項説明書のひな形を作成した。

6) 結果・考察

① ICT化の推進の必要性

- コロナ禍前からICT化による業務効率化に取り組んでいた事業所においては、2018年度収支も2021年度収支も黒字となっている割合が高くなっており、ICT化によって業務が効率化し収支に影響を与えた可能性が示唆されている。
- コロナ禍前からICT化による業務効率化に取り組んでいた事業所においては、コロナ禍においても「通常のケアを実施」「訪問時間を短くしてケアを実施」とした割合が高くなっており、ICT化によりコロナ禍においても業務を継続しやすい環境が整備されていることがうかがえた。
- 事業所内または他事業所と連携してICTの導入・推進をしている訪問看護ステーションでは、新型コロナウイルス感染症の感染拡大という非常時において、看護の継続がしやすかったと考えられる。
- 上記より、ICTの導入を促進していく必要があると考える。

② 災害時・緊急時の地域連携・相互支援体制

介護事業所では、令和6年度からBCPを策定し、計画に従った必要な取り組みを行わなければならないが、BCP策定の困難として「訪問看護ステーション同士の相互支援体制整備」が挙げられている。

自治体に求める支援策としても、協定の締結支援などが挙げられており、訪問看護ステーション同士のみならず、地域の相互支援体制整備に着目し支援する必要がある。

③ 実効性のある臨時的取扱い等情報発信事務手続きの簡素化

- 臨時的取扱いは、認知度が低く、また認知されていても活用されていない実態が明らかとなった背景として、「発出・提供される情報の量が多く、目を通しきれない」が「業務が忙しく、臨時的な取扱いへの対応が後回しになってしまう」「事務手続きが煩雑である」上位に挙がっていた。このことから、臨時的な取

扱いの認知度を上げる工夫をするとともに、臨時的な取扱いを使いやすくするための情報発信と事務手続きの簡素化が求められている。

④ 新興・再興感染症発生時期に応じた支援のあり方

- 感染症予防に取り組む際の課題を時系列でみると、コロナ流行初期(2020年3～5月)においては、「予防衣・手袋等について、入手することが困難であった」、第5波(2021年7～9月)においては、「職員の負担が大きい」「PCR検査や抗原検査のキットについて、十分な量を手入れすることが困難である」が上位であり、2022年6～8月現在においては、「職員の負担が大きい」と時期によって課題が変化している。
- 初期においては、衛生材料・予防衣などの支援が必要で、時間が経ち物品が入手しやすくなると、職員の負担軽減のための支援が必要になる。また、感染予防策のための所要時間は時間の経過に関わらず課題となっているため職員負担の軽減策やその負担に見合う処遇を検討する必要がある。

⑤ 衛生材料、ICT機器等購入補助

新型コロナウイルス感染症対策の費用として負担感として、「PCR検査受検料や抗原検査等検査キットの購入費用」が最も多く、次いで「スマホやタブレット等のICT機器購入費・通信費」の負担感が大きかった。衛生材料やICT整備のための費用の補助が必要である。

第 1 章 事業の概要

1) 事業の目的

住み慣れた場所でその人らしく生活することを支援するために地域包括ケアシステムの構築が進む中、重度の要介護者や療養者の在宅生活に当たり、医療と生活の両面から支援することのできる専門的サービスである訪問看護は、地域におけるサービス間の連携においても重要な役割を担っている。

昨今の新型コロナウイルス感染症の拡大により入院医療は逼迫しており、訪問看護が求められる機会も増え、その役割も多様化している。

訪問看護において、事業所数は増加傾向にはあるものが、厚生労働省の「令和 2 年介護サービス施設・事業所調査」によると、訪問看護事業所における看護職員の常勤換算数は平均約 5.4 人と小規模であることから、経営基盤が脆弱な事業所が多いと考えられ、コロナ禍におけるサービスの継続的提供には課題があると見られる。そのため、厚生労働省において、新型コロナウイルス感染症に係る事業所への支援として、業務継続の観点から、介護報酬、人員、施設・設備及び運営基準等の臨時的な取扱いを発出している。

本調査研究においては、今回の介護保険等の臨時的な取扱いの実態及び訪問看護事業所における新型コロナウイルス感染症への対応や地域における連携の取組に関する調査を行い、利用者やサービス提供に及ぼした影響や課題への対応策について検討した。

また、「臨時的な取扱い」の業務体制の実態から通常業務において業務効率化等を図る方策、及び今後の新興・再興感染症の流行や災害発生時に備えた対応策について検討・提案を行った。

2) 事業の流れ

前述した目的の達成に向けて、下記の事業・調査を実施した。

(1) 検討委員会・ワーキンググループの設置

新型コロナウイルス感染症における訪問看護の現状に精通する有識者や、新型コロナウイルス感染症流行下において、事業運営を実施している訪問看護事業所の管理者等から構成された検討委員会を組成し、各種調査の実施方法、成果物の構成、考察のとりまとめや盛り込む提言の方向性等について検討した。

また、検討委員会の委員のうち、作業担当としてコアメンバーからなるワーキンググループを設置し、後述するアンケート調査の調査票作成、結果に対する助言や、ヒアリング調査の実施等を行った。

(2) 新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関するアンケート調査

訪問看護事業所に対して、新型コロナウイルス感染症流行下におけるサービス提供の現状や課題、その対応に加えて、国から発出されている「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱い」等の公的支援策の活用状況、新型コロナウイルス感染症流行下における業務効率化や地域連携活動の工夫、テレナーシングやターミナルケアの実施状況等を把握することを目的にアンケート調査を実施した。

(3) 業務効率化や地域連携を効果的に行っている訪問看護事業所を対象としたヒアリング調査

調査の結果を踏まえて、業務効率化や地域連携活動を効果的に行っている訪問看護事業所を抽出して、地域連携の内容や連携する上でのポイントの把握等を目的としたヒアリング調査を実施した。

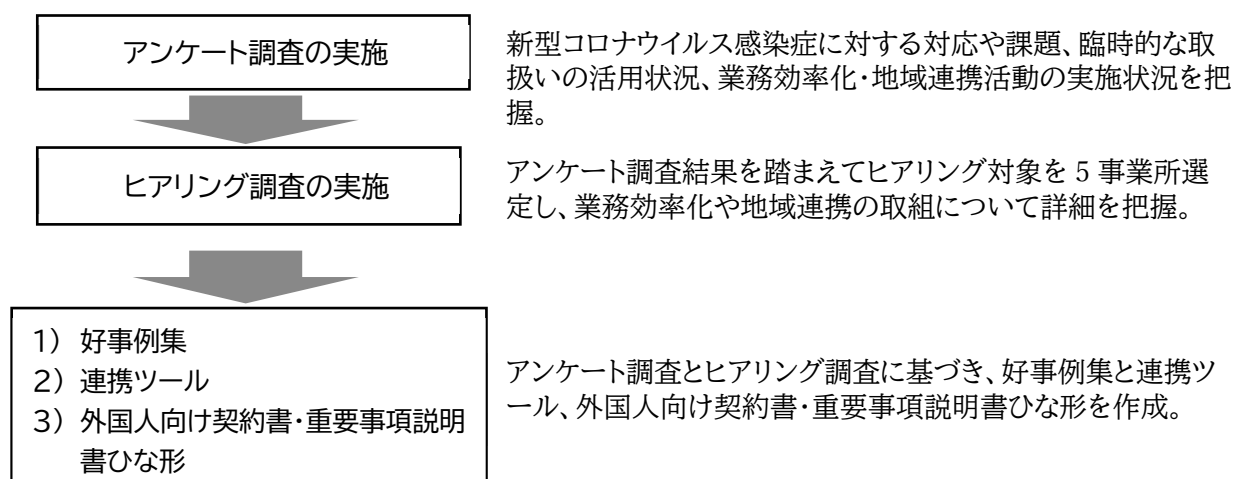
(4) 業務効率化と地域連携のための好事例集及び連携ツールの作成

ワーキンググループでの議論やヒアリング結果を踏まえた上で、業務効率化と地域連携に関する好事例集と、効率的に地域の訪問看護ステーション間で連携を行うための連携ツールを作成した。

(5) 外国人向け訪問看護契約書・重要事項説明書ひな形の作成

近年増えてきている外国人利用者への説明の一助となるよう、アンケートより希望の多かった言語で、外国人向け訪問看護契約書・重要事項説明書ひな形を作成した。

調査実施フロー



3) 事業実施体制

本事業を実施するに当たり、検討委員会とワーキンググループを組成して、各種調査の実施方法、成果物の構成、考察のとりまとめや盛り込む提言の方向性の検討等のため、検討委員会を2回、ワーキンググループを4回開催した。開催は、ZOOMによるWeb会議にて開催。

検討委員会・ワーキンググループの委員名簿

(敬称略、委員は50音順)

役 割	氏 名	所 属	職 位
委員長	池崎 澄江	千葉大学 大学院看護学研究院	教授
委 員	岩澤 由子 ¹	公益社団法人 日本看護協会 医療政策部	部長
	佐々木真理子	社会医療法人敬和会 けいわ訪問看護ステーション大分	在宅事業管理部長
	佐藤 美穂子	公益財団法人 日本訪問看護財団	常務理事
	高砂 裕子	全国訪問看護事業協会	副会長
	中島 朋子	東久留米白十字訪問看護ステーション	所長
	藤田 淳子	国立看護大学校 在宅看護学	教授
厚生労働省	川中 淑恵	老健局 老人保健課	介護予防対策専門官 看護専門官
事務局	中村 昌夫	一般社団法人 全国訪問看護事業協会	事務局長
	吉原 由美子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会	業務主任
	是木 美奈子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会	
	清崎 由美子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会	技術参与
委 託		株式会社浜銀総合研究所	

検討委員会 各回の実施概要

回	開催日	議 題
第1回 (合同開催)	2022年7月27日	・ 事業内容の説明・意見交換 ・ アンケート調査について ・ 成果物のイメージについての意見交換
第2回 (合同開催)	2023年2月21日	・ 新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関する調査結果報告について ・ ヒアリング調査結果報告について ・ 好事例集の作成について ・ 連携ツールの作成について ・ 外国人向け契約書・重要事項説明書について

¹ 検討委員会のみ

ワーキンググループ 各回の実施概要

回	開催日	議 題
第 1 回 (合同開催)	2022 年 7 月 27 日	・ 事業内容の説明・意見交換 ・ アンケート調査について ・ 成果物のイメージについての意見交換
第 2 回	2022 年 10 月 24 日	・ 新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関する調査(速報)について ・ ヒアリング調査について(調査概要、ヒアリング項目、対象者の選定方針、候補訪問看護ステーション一覧) ・ 外国人向け契約書・重要事項説明書の言語選択について
第 3 回	2023 年 1 月 30 日	・ ヒアリング調査結果報告について ・ 好事例集の作成について ・ 連携ツールの作成について
第 4 回 (合同開催)	2023 年 2 月 21 日	・ 新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関する調査結果報告について ・ ヒアリング調査結果報告について ・ 好事例集の作成について ・ 連携ツールの作成について ・ 外国人向け契約書・重要事項説明書について

第 2 章 新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関する調査結果

1 アンケート調査の実施概要

1) アンケート調査の実施目的

訪問看護事業所における新型コロナウイルス感染症流行下への対応状況やその課題、国から発出されている「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱い」等の公的支援策の活用状況、そして新型コロナウイルス感染症流行下における地域連携活動の工夫等を把握し、今後の政策提言等につなげるための基礎資料とすることを目的にアンケート調査を実施した。

2) 調査実施概要

(1) 実施時期

2022 年 9 月 5 日～9 月 27 日(当日必着)

※回答内容は原則として 2022 年 8 月末時点の状況について回答を得た。

(2) 調査対象の選定

2022 年度一般社団法人全国訪問看護事業協会会員の訪問看護事業所全てを対象とした。なお、回答者は、各事業所の管理者が記入するよう依頼した。

(3) 調査票の配布方法

郵送による配布・回収。

(4) 主な調査項目

- ・事業所について
- ・新型コロナウイルス感染症の陽性者への対応について
- ・行政・団体からの支援依頼への対応について
- ・事業所における、新型コロナウイルス感染症流行下での利用状況や予防策について
- ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大による収支への影響について
- ・BCP(Business Continuity Plan:事業継続計画)の策定状況について
- ・臨時的な取扱いの算定状況等について(通知が発出されてから 2022 年 8 月末まで)
- ・業務効率化や地域連携活動等に係る取組について
- ・新型コロナウイルス感染症流行下におけるターミナルケアの実施状況について
- ・外国人利用者やその家族向けの契約書・重要事項説明書のひな形として望ましい言語

(5) 回収状況

回収状況は、下記の通りである。

A:配布数	B:配布数(不着分除く)	C:回収数	D:回収率(%) (C/B)
7,302 件	7,280 件	2,271 件	31.2%

3) 集計分析結果の表記方法

- 文章中及び図表内の「n=〇〇」という表記は、その設問についての有効回答数である旨を示している。
- 集計結果は、小数点以下第2位を四捨五入しているため、「単一回答」の設問であっても数値の合計が100.0%にならない場合がある。
- 「複数回答」の設問は、その設問の有効回答数を分母として回答割合を算出しているため、すべての選択肢の回答割合を合計すると、100.0%を超える場合がある。
- 「単一回答」の設問について、複数の選択肢の回答割合の合計に言及する場合は、小数点以下第2位を四捨五入した値を合計している。

2 アンケート調査結果(単純集計)

1) 事業所の属性

(1) 事業所が立地する都道府県 問1(都道府県名を記載)

事業所が立地する都道府県別に回収率をみると、「静岡県」が52.0%と最も多く、次いで「滋賀県」が48.2%、「奈良県」が47.6%であった。

また、回収数の都道府県別の構成比をみると、「東京都」が11.4%と最も多く、次いで「大阪府」が10.3%、「神奈川県」が6.1%であった。

図表 1 事業所が立地する都道府県

都道府県	都道府県別			回収数の 構成比
	配布数	回収数	回答率	
北海道	288	95	33.0%	4.2%
青森	52	19	36.5%	0.8%
岩手	54	18	33.3%	0.8%
宮城	110	27	24.5%	1.2%
秋田	33	8	24.2%	0.4%
山形	42	15	35.7%	0.7%
福島	77	21	27.3%	0.9%
茨城	116	33	28.4%	1.5%
栃木	77	25	32.5%	1.1%
群馬	123	30	24.4%	1.3%
埼玉	347	109	31.4%	4.8%
千葉	271	67	24.7%	3.0%
東京	866	259	29.9%	11.4%
神奈川	466	139	29.8%	6.1%
新潟	80	35	43.8%	1.5%
富山	34	8	23.5%	0.4%
石川	62	17	27.4%	0.7%
福井	53	18	34.0%	0.8%
山梨	41	17	41.5%	0.7%
長野	93	41	44.1%	1.8%
岐阜	105	32	30.5%	1.4%
静岡	148	77	52.0%	3.4%
愛知	399	106	26.6%	4.7%
三重	84	29	34.5%	1.3%
滋賀	83	40	48.2%	1.8%

都道府県	都道府県別			回収数の 構成比
	配布数	回収数	回答率	
京都	188	70	37.2%	3.1%
大阪	876	235	26.8%	10.3%
兵庫	419	124	29.6%	5.5%
奈良	84	40	47.6%	1.8%
和歌山	105	20	19.0%	0.9%
鳥取	41	13	31.7%	0.6%
島根	43	17	39.5%	0.7%
岡山	89	31	34.8%	1.4%
広島	188	70	37.2%	3.1%
山口	63	21	33.3%	0.9%
徳島	41	11	26.8%	0.5%
香川	35	6	17.1%	0.3%
愛媛	80	26	32.5%	1.1%
高知	36	9	25.0%	0.4%
福岡	322	105	32.6%	4.6%
佐賀	51	18	35.3%	0.8%
長崎	67	29	43.3%	1.3%
熊本	131	35	26.7%	1.5%
大分	65	21	32.3%	0.9%
宮崎	65	15	23.1%	0.7%
鹿児島	98	32	32.7%	1.4%
沖縄	89	31	34.8%	1.4%
無回答	0	7		0.3%
合計	7280	2271	31.2%	100.0%

(2) 事業所の設立年 問 2(数値記入)

事業所の設立年は、「2016 年～2020 年」が 23.0%と最も多く、次いで「1996 年～2000 年」が 22.0%であった。

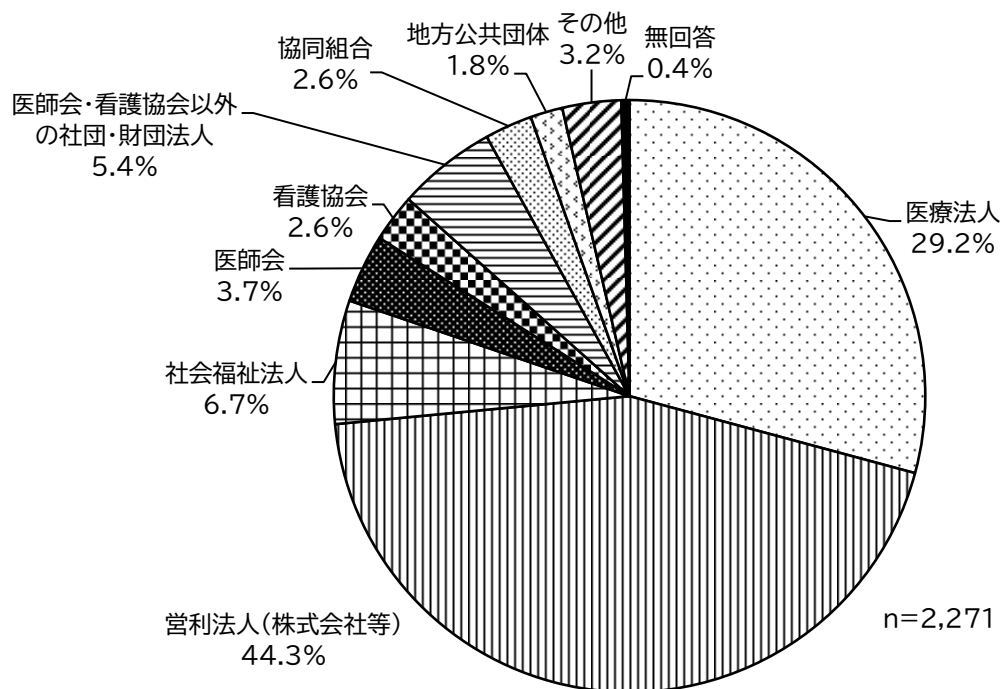
図表 2 事業所の設立年

	件数	割合 n=2,271
～1990年	15	0.7%
1991年～1995年	222	9.8%
1996年～2000年	499	22.0%
2001年～2005年	175	7.7%
2006年～2010年	137	6.0%
2011年～2015年	387	17.0%
2016年～2020年	522	23.0%
2021年～2022年	272	12.0%
無回答	42	1.8%
全 体	2,271	100.0%

(3) 事業所の法人種別 問 3(単一回答)

事業所の法人種別は、「営利法人(株式会社等)」が 44.3%と最も多く、次いで「医療法人」が 29.2%であった。

図表 3 事業所の法人種別



(4) 事業所と併設している施設 問 4(複数回答)

事業所と併設している施設は、「居宅介護支援事業所」が 45.5%と最も多く、次いで「病院・診療所」が 29.2%、「訪問介護事業所」が 19.9%であった。なお、「特になし」が 30.9%となっており、3 割程度の事業所は併設する施設がないとのことであった。

図表 4 事業所と併設している施設

	件数	割合 n=2,271
病院・診療所	662	29.2%
介護老人保健施設	234	10.3%
特別養護老人ホーム	73	3.2%
訪問介護事業所	451	19.9%
居宅介護支援事業所	1,033	45.5%
通所介護事業所	388	17.1%
相談支援事業所	110	4.8%
その他	427	18.8%
特になし	701	30.9%
無回答	17	0.7%

(5) 機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況 問 5(単一回答)

機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況は、「機能強化型訪問看護管理療養費1」が 7.5%、「機能強化型訪問看護管理療養費2」が 3.7%、「機能強化型訪問看護管理療養費3」が 1.1%といずれも 1 割未満であった。なお、「届出をしていない」が 85.0%と、多くの事業所では届出を行っていないとのことであった。

図表 5 機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況

	件数	割合 n=2,271
機能強化型訪問看護管理療養費1を届出	170	7.5%
機能強化型訪問看護管理療養費2を届出	84	3.7%
機能強化型訪問看護管理療養費3を届出	26	1.1%
届出をしていない	1,931	85.0%
無回答	60	2.6%
全 体	2,271	100.0%

(6) 職員数 問 6(数値記入)

職員数の実人数をみると、看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)は「5～6人」が 27.4%と最も多く、次いで「7～9 人」が 24.6%、「3～4 人」が 22.1%であった。なお、1 事業所当たりの平均人数は 7.9 人であった。

理学療法士等(PT・OT・ST)は「0 人」が 27.4%と最も多く、次いで「1～2 人」が 26.2%となっており、1 事業所当たりの平均人数は 3.1 人であった。

他方、看護補助者は「0 人」が 75.2%と 7 割以上がいけないとの回答であり、1 事業所当たりの平均人数は 0.2 人であった。事務職員は、「1～2人」が 60.5%と最も多く、1 事業所当たり平均人数では 1.1 人であった。

図表 6 職員数(実人数)

実人数		0人	1～2人	3～4人	5～6人	7～9人	10 ～14人	15人以上	無回答
件数	看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)	0	0	502	622	558	383	178	28
	理学療法士等(PT・OT・ST)	623	596	366	181	152	98	43	212
	看護補助者	1,708	112	17	4	2	3	4	421
	事務職員	519	1,374	121	18	10	3	0	226
割合	看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師) n=2,271	0.0%	0.0%	22.1%	27.4%	24.6%	16.9%	7.8%	1.2%
	理学療法士等(PT・OT・ST) n=2,271	27.4%	26.2%	16.1%	8.0%	6.7%	4.3%	1.9%	9.3%
	看護補助者 n=2,271	75.2%	4.9%	0.7%	0.2%	0.1%	0.1%	0.2%	18.5%
	事務職員 n=2,271	22.9%	60.5%	5.3%	0.8%	0.4%	0.1%	0.0%	10.0%

実人数		平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
	看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)	7.9人	6人	5.9	3人	150人
	理学療法士等(PT・OT・ST)	3.1人	2人	4.3	0人	47人
	看護補助者	0.2人	0人	1.9	0人	63人
	事務職員	1.1人	1人	1.1	0人	12人

次に職員数の常勤換算数をみると、看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)の1事業所当たりの平均人数は6.2人、理学療法士等(PT・OT・ST)の1事業所当たりの平均人数は2.0人であった。

図表 7 職員数(常勤換算数)

常勤換算数		0人	3人未満	3～5人未 満	5～7人未 満	7～10人 未満	10～15人 未満	15人以上	無回答
件数	看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)	0	185	754	501	346	189	72	224
	理学療法士等(PT・OT・ST)	623	762	262	104	71	33	19	397
割合	看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師) n=2,271	0.0%	8.1%	33.2%	22.1%	15.2%	8.3%	3.2%	9.9%
	理学療法士等(PT・OT・ST) n=2,271	27.4%	33.6%	11.5%	4.6%	3.1%	1.5%	0.8%	17.5%

常勤換算数		平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
	看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)	6.2人	5人	4.1	2.5人	57.4人
	理学療法士等(PT・OT・ST)	2.0人	1人	3.2	0.0人	41.0人

なお、常勤換算数について、看護職員と理学療法士等の合計職員数に占める看護職員の割合の分布をみると、6割以上の事業所が84.6%を占めた。

図表 8 看護職員と理学療法士等の合計職員数に占める看護職員の割合

	件数	割合 n=1,775
8割以上	1,032	58.1%
6割以上8割未満	471	26.5%
6割未満	272	15.3%
全体	1,775	100.0%

(7) 看護師数 問 7(数値記入)

看護師数は、専門看護師の1事業所当たりの平均人数は0.1人、認定看護師の1事業所当たりの平均人数は0.2人、特定行為に係る研修を修了した看護師の1事業所当たりの平均人数は0.1人であった。

図表 9 看護師数

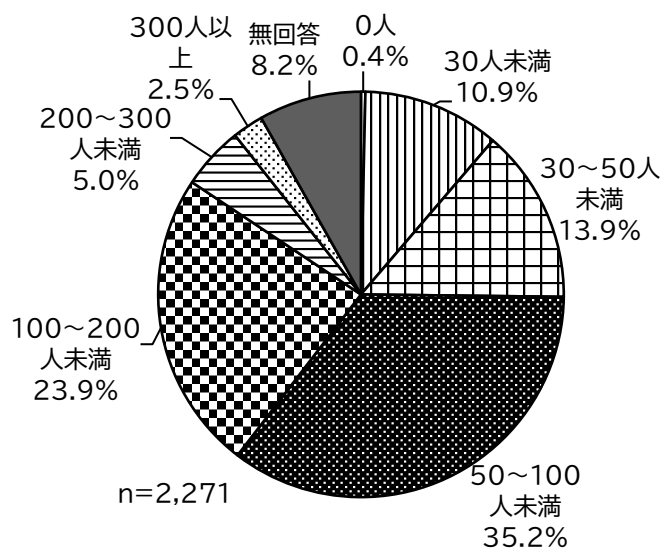
		0人	1人	2人	3人以上	無回答
件数	専門看護師	2,127	46	3	13	82
	認定看護師	1,932	224	43	14	58
	特定行為に係る研修を修了した看護師	2,044	98	28	23	78
割合	専門看護師	n=2,271	93.7%	2.0%	0.1%	0.6%
	認定看護師	n=2,271	85.1%	9.9%	1.9%	0.6%
	特定行為に係る研修を修了した看護師	n=2,271	90.0%	4.3%	1.2%	1.0%

		平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
	専門看護師	0.1人	0人	0.5	0人	12人
	認定看護師	0.2人	0人	0.5	0人	5人
	特定行為に係る研修を修了した看護師	0.1人	0人	0.5	0人	8人

(8) 2022 年 8 月の利用者数 問 8(数値記入)

2022 年 8 月の利用者数は、全利用者数では「50～100 人未満」が 35.2%と最も多く、次いで「100～200 人未満」が 23.9%、「30～50 人未満」が 13.9%であった。なお、1 事業所当たりの平均人数は 97.5 人であった。

図表 10 2022 年 8 月の利用者数

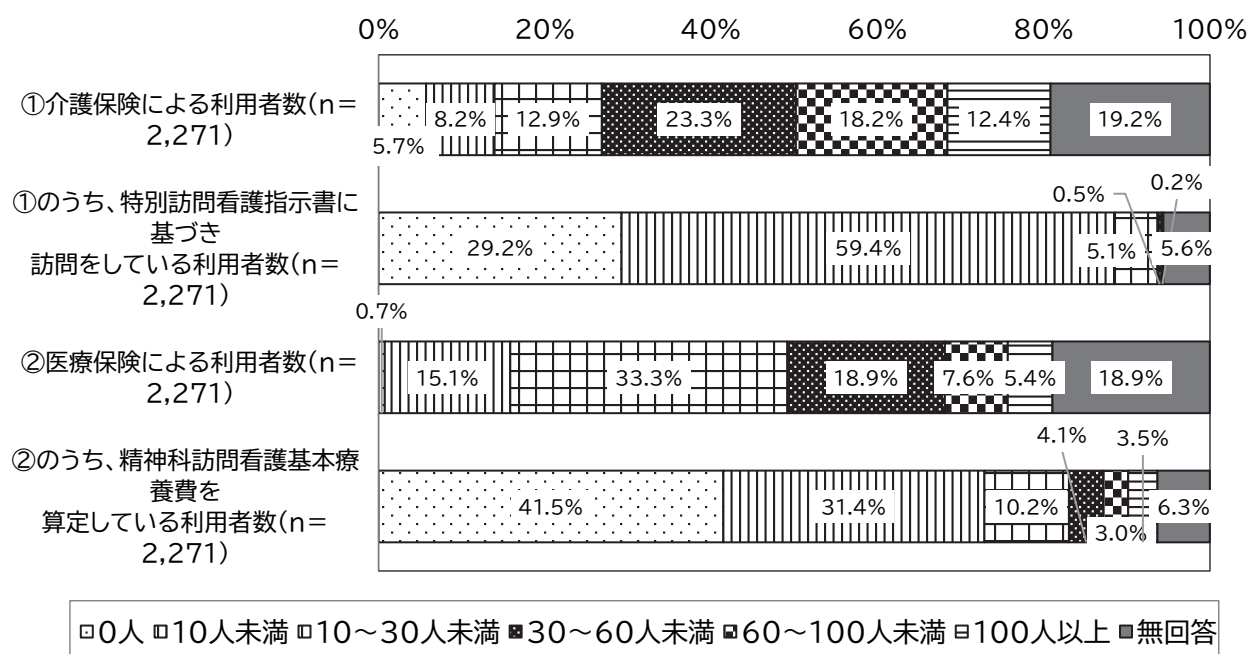


平均値	97.5人
中央値	77人
標準偏差	86.8
最小値	0人
最大値	1,167人

全利用者数のうち、介護保険による利用者数は、「30～60 人未満」が 23.3%と最も多くなっていた。また、介護保険による利用者のうち、特別訪問看護指示書に基づき訪問をしている利用者数は「10 人未満」が 59.4%と最も多かった。

全利用者数のうち、医療保険による利用者数は、「10～30 人未満」が 33.3%と最も多く、医療保険による利用者のうち、精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者数は「0 人」が 41.5%と最も多かった。

図表 11 2022 年 8 月の利用者数(介護保険による利用者数、及び医療保険による利用者数)

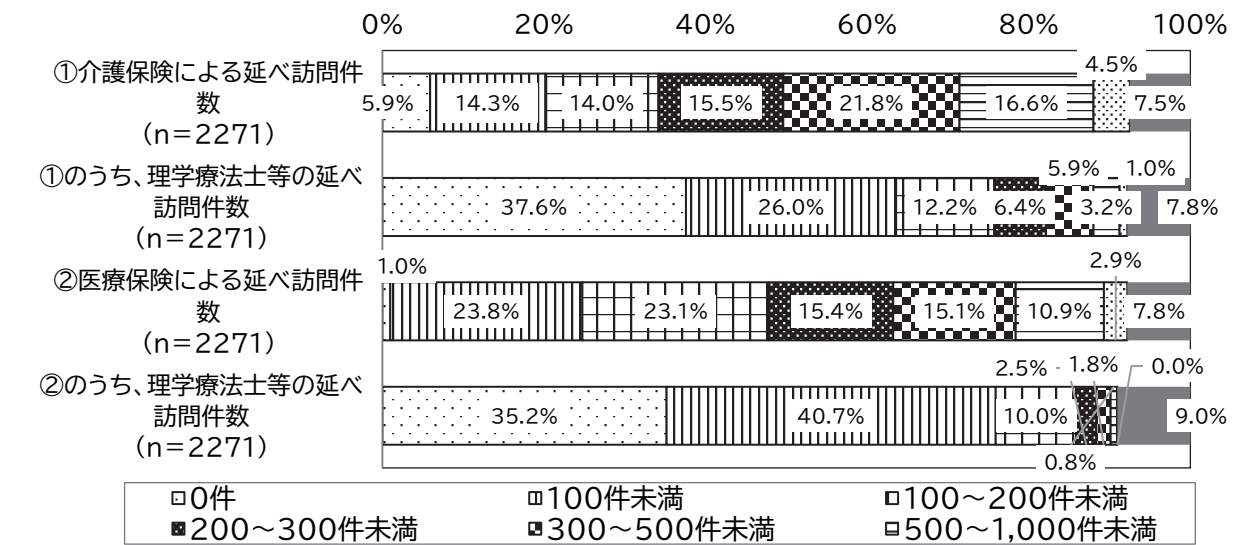


	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
介護保険による利用者数	57.4人	46人	57.4	0人	743人
うち、特別訪問看護指示書に基づき訪問をしている利用者数	2.8人	1人	5.5	0人	71人
医療保険による利用者数	36.9人	22人	49.3	0人	631人
うち、精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者数	14.3人	1人	42.1	0人	628人

(9) 2022 年 8 月の延べ訪問件数 問 9(数値記入)

2022 年 8 月の延べ訪問件数は、介護保険による延べ訪問件数では「300～500 件未満」が 21.8%と最も多くなっていた。介護保険による延べ訪問件数のうち理学療法士等の延べ訪問件数では、「0 件」が 37.6%と最も多かった。医療保険による延べ訪問件数では「100 件未満」が 23.8%と最も多く、医療保険による延べ訪問件数のうち理学療法士等の延べ訪問件数においては、「100 件未満」が 40.7%と最も多くなっていた。

図表 12 2022 年 8 月の延べ訪問件数



	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
介護保険による延べ訪問件数	358.1件	278件	389.0	0件	5,800件
うち、理学療法士等の延べ訪問件数	112.4件	27件	231.4	0件	4,800件
医療保険による延べ訪問件数	280.8件	191件	303.3	0件	2,759件
うち、理学療法士等の延べ訪問件数	51.9件	16件	95.0	0件	1,459件

(10) 2022 年 8 月末時点で届出をしている加算 問 10(複数回答)

2022 年 8 月末時点で届出をしている加算は、介護保険では、「緊急時訪問看護加算」(89.3%)や「特別管理加算」(88.9%)が 8 割以上となっているほか、「ターミナルケア加算」(77.6%)も多くの事業所で届出をしていた。他方、医療保険では「24 時間対応体制加算」(91.5%)や「特別管理加算」(87.8%)において、8 割以上の事業所が届出を行っていた。

図表 13 2022 年 8 月末時点で届出をしている加算

介護保険	件数	割合 n=2,271	医療保険	件数	割合 n=2,271
緊急時訪問看護加算	2,028	89.3%	24時間対応体制加算	2,078	91.5%
特別管理加算	2,020	88.9%	特別管理加算	1,995	87.8%
ターミナルケア加算	1,762	77.6%	精神科複数回訪問加算	665	29.3%
看護体制強化加算	504	22.2%	精神科重症患者支援管理連携加算	284	12.5%
サービス提供体制強化加算	1,157	50.9%	専門管理加算	120	5.3%
特別地域加算	71	3.1%	遠隔死亡診断補助加算	9	0.4%
中山間地域等における小規模事業所加算	29	1.3%	無回答	179	7.9%
無回答	188	8.3%			

2) 新型コロナウイルス感染症流行に対する事業所の対応等

(1) 新型コロナウイルス陽性者への対応

① 事業所において、これまでに陽性者となった利用者の有無 問 11(1)(単一回答)

これまでに陽性者となった利用者の有無は、全体では「いた」が86.3%と8割以上の事業所で陽性者となった利用者がいることが明らかとなった。

図表 14 これまでに陽性者となった利用者の有無

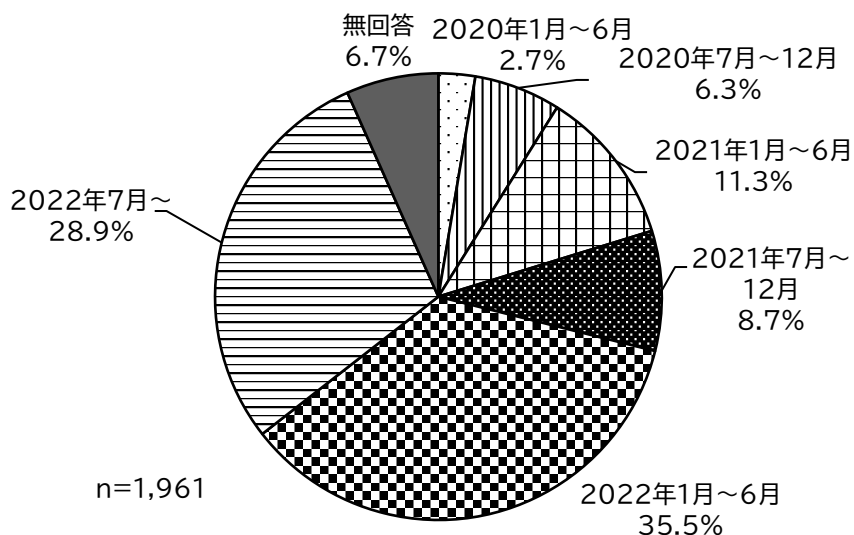
都道府県	件数				都道府県別の割合			構成比
	回答数	いた	いない	無回答	いた	いない	無回答	
北海道	95	75	18	2	78.9%	18.9%	2.1%	3.8%
青森	19	15	4	0	78.9%	21.1%	0.0%	0.8%
岩手	18	13	5	0	72.2%	27.8%	0.0%	0.7%
宮城	27	21	6	0	77.8%	22.2%	0.0%	1.1%
秋田	8	7	1	0	87.5%	12.5%	0.0%	0.4%
山形	15	10	5	0	66.7%	33.3%	0.0%	0.5%
福島	21	15	6	0	71.4%	28.6%	0.0%	0.8%
茨城	33	24	8	1	72.7%	24.2%	3.0%	1.2%
栃木	25	23	2	0	92.0%	8.0%	0.0%	1.2%
群馬	30	23	7	0	76.7%	23.3%	0.0%	1.2%
埼玉	109	98	11	0	89.9%	10.1%	0.0%	5.0%
千葉	67	61	6	0	91.0%	9.0%	0.0%	3.1%
東京	259	243	15	1	93.8%	5.8%	0.4%	12.4%
神奈川	139	116	22	1	83.5%	15.8%	0.7%	5.9%
新潟	35	27	7	1	77.1%	20.0%	2.9%	1.4%
富山	8	8	0	0	100.0%	0.0%	0.0%	0.4%
石川	17	15	2	0	88.2%	11.8%	0.0%	0.8%
福井	18	15	3	0	83.3%	16.7%	0.0%	0.8%
山梨	17	15	2	0	88.2%	11.8%	0.0%	0.8%
長野	41	31	10	0	75.6%	24.4%	0.0%	1.6%
岐阜	32	26	6	0	81.3%	18.8%	0.0%	1.3%
静岡	77	68	9	0	88.3%	11.7%	0.0%	3.5%
愛知	106	96	9	1	90.6%	8.5%	0.9%	4.9%
三重	29	24	5	0	82.8%	17.2%	0.0%	1.2%
滋賀	40	36	3	1	90.0%	7.5%	2.5%	1.8%
京都	70	69	1	0	98.6%	1.4%	0.0%	3.5%
大阪	235	213	22	0	90.6%	9.4%	0.0%	10.9%
兵庫	124	116	7	1	93.5%	5.6%	0.8%	5.9%
奈良	40	36	4	0	90.0%	10.0%	0.0%	1.8%
和歌山	20	15	5	0	75.0%	25.0%	0.0%	0.8%
鳥取	13	10	3	0	76.9%	23.1%	0.0%	0.5%
島根	17	13	4	0	76.5%	23.5%	0.0%	0.7%
岡山	31	22	8	1	71.0%	25.8%	3.2%	1.1%
広島	70	60	9	1	85.7%	12.9%	1.4%	3.1%
山口	21	16	5	0	76.2%	23.8%	0.0%	0.8%
徳島	11	6	5	0	54.5%	45.5%	0.0%	0.3%
香川	6	6	0	0	100.0%	0.0%	0.0%	0.3%
愛媛	26	22	3	1	84.6%	11.5%	3.8%	1.1%
高知	9	9	0	0	100.0%	0.0%	0.0%	0.5%
福岡	105	89	16	0	84.8%	15.2%	0.0%	4.5%
佐賀	18	12	6	0	66.7%	33.3%	0.0%	0.6%
長崎	29	21	7	1	72.4%	24.1%	3.4%	1.1%
熊本	35	30	5	0	85.7%	14.3%	0.0%	1.5%
大分	21	18	3	0	85.7%	14.3%	0.0%	0.9%
宮崎	15	9	6	0	60.0%	40.0%	0.0%	0.5%
鹿児島	32	29	3	0	90.6%	9.4%	0.0%	1.5%
沖縄	31	28	3	0	90.3%	9.7%	0.0%	1.4%
無回答	7	7	0	0	100.0%	0.0%	0.0%	0.4%
全体	2,271	1,961	297	13	86.3%	13.1%	0.6%	100.0%

② 陽性者の発生時期と人数

陽性者が初めて発生した時期 問 11(2)①(数値記入)

これまでに陽性者となった利用者が「いた」事業所に対して、陽性者の発生時期を尋ねたところ、初めて発生した時期は「2022年1月～6月」が35.5%と最も多く、次いで「2022年7月～」が28.9%であった。

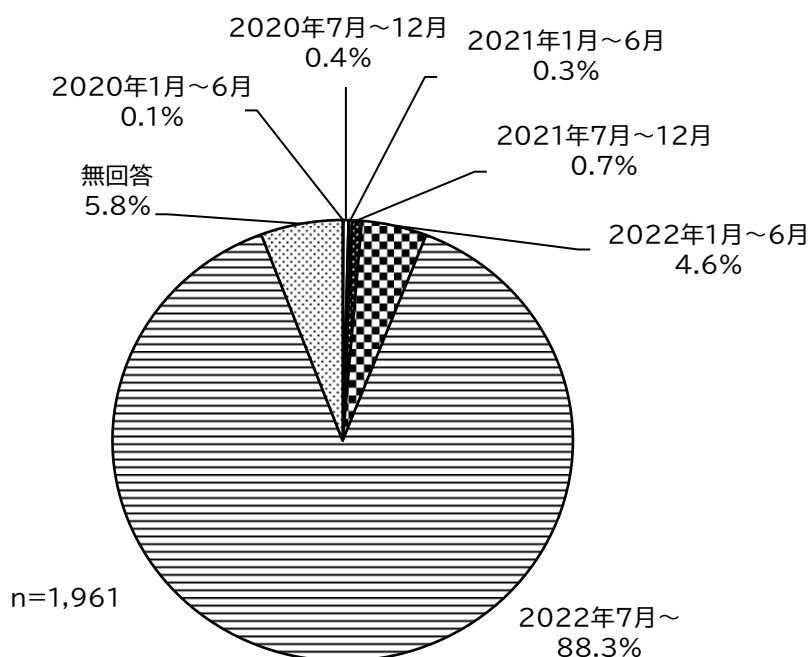
図表 15 陽性者が初めて発生した時期



③ 直近で陽性者が発生した時期 問 11(2)②(数値記入)

これまでに陽性者となった利用者が「いた」事業所に対して、陽性者の直近の発生時期を尋ねたところ、8割以上の事業所が「2022年7月～」と回答していた。

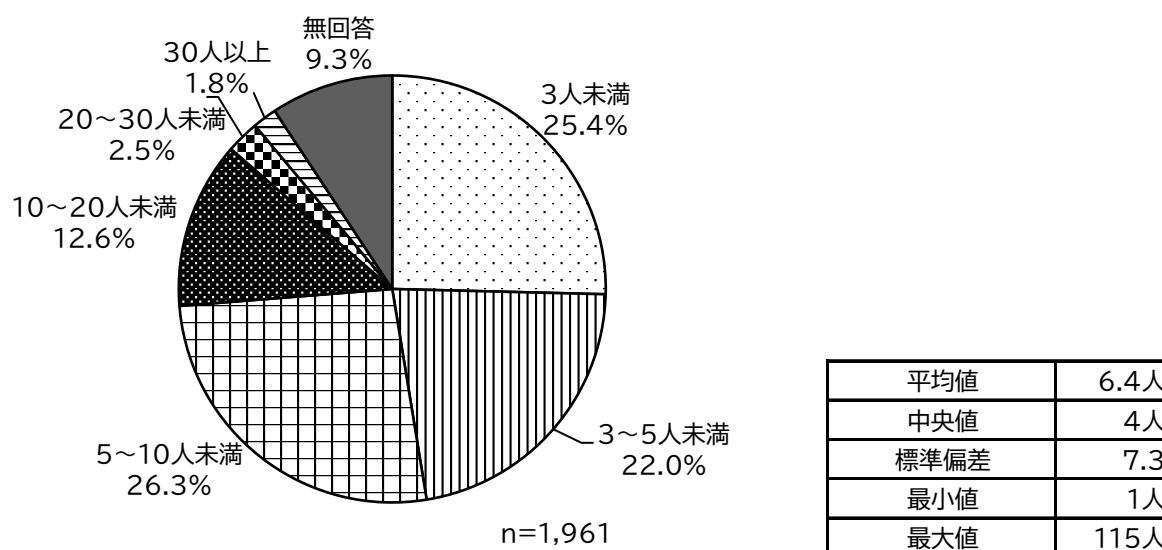
図表 16 直近で陽性者が発生した時期



④ 陽性者の人数 問 11(2)③(数値記入)

これまでに陽性者となった利用者の有無で「いた」と回答した方に対して、陽性者の人数を尋ねたところ、「5～10 人未満」が 26.3%と最も多くなっていた。なお、1 事業所当たりの平均人数は 6.4 人であった。

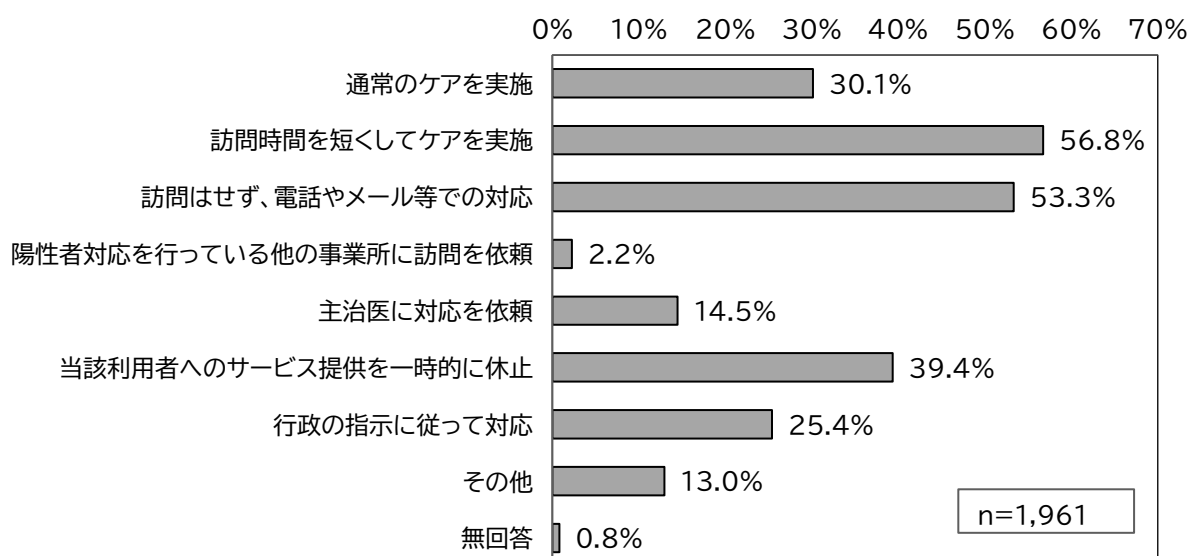
図表 17 陽性者の人数



⑤ 陽性の利用者への対応として行ったこと 問 11(3)(複数回答)

陽性の利用者への対応として行ったことについて尋ねたところ、「訪問時間を短くしてケアを実施」が 56.8%と最も多く、次いで「訪問はせず、電話やメール等での対応」が 53.3%、「当該利用者へのサービス提供を一時的に休止」が 39.4%、「通常のケアを実施」が 30.1%であった。

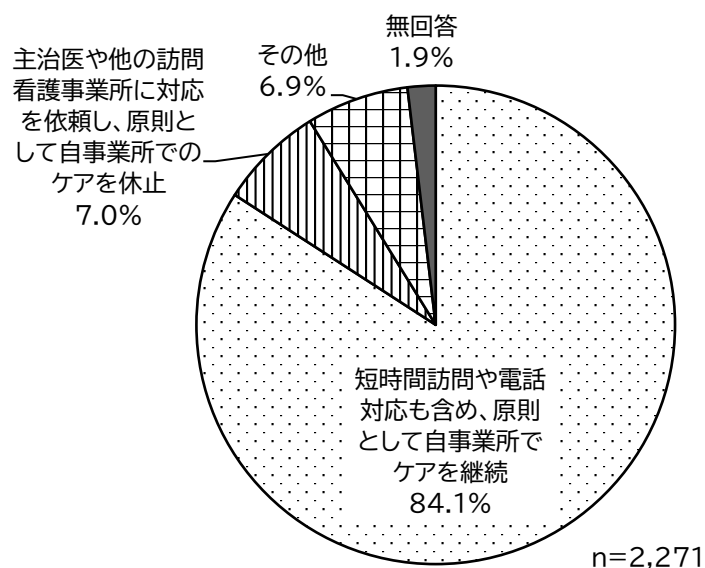
図表 18 陽性の利用者への対応として行ったこと



⑥ 利用者が陽性と判明した場合の基本的な方針 問 12(単一回答)

全体では、「短時間訪問や電話対応も含め、原則として自事業所でケアを継続」が84.1%であった。他方、「主治医や他の訪問看護事業所に対応を依頼し、原則として自事業所でのケアを休止」は7.0%であった。

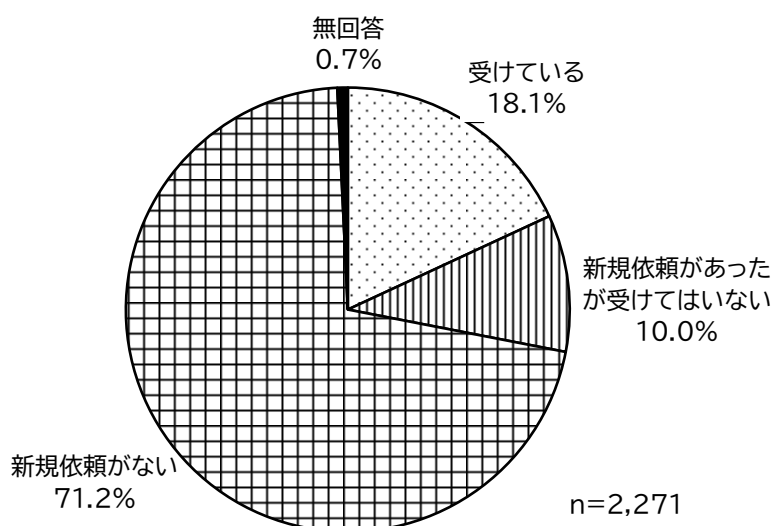
図表 19 利用者が陽性と判明した場合の基本的な方針



⑦ 既存の利用者以外の陽性者からの新規依頼を受けているか否か 問 13(単一回答)

既存の利用者以外の陽性者からの新規依頼に対して、「受けている」事業所は18.1%であった。

図表 20 既存の利用者以外の陽性者からの新規依頼を受けているか否か



⑧ 事業所の職員で、陽性者、及び濃厚接触者となった人数 問 14(数値記入)

職員で、陽性者、及び濃厚接触者となった人数は、まず、陽性者となった職員は、「0 人」が 24.6%と最も多くなっていた。なお、1 事業所当たりの平均人数は 2.2 人であった。他方、濃厚接触者となった職員は、「1 人」が 22.2%と最も多く、1 事業所当たりの平均人数は 2.8 人であった。

なお、陽性者となった職員がいた事業所は 75.1%、陽性者はいないものの濃厚接触者がいた事業所は 15.5%、陽性者も濃厚接触者もいなかった事業所は 9.4%であった。

図表 21 事業所の職員で、陽性者、及び濃厚接触者となった人数

		0人	1人	2人	3人	4～5人	6人以上	無回答
件数	陽性者となった職員	558	544	405	276	289	180	19
	濃厚接触者となった職員	434	504	399	261	327	293	53
割合	陽性者となった職員 n=2,271	24.6%	24.0%	17.8%	12.2%	12.7%	7.9%	0.8%
	濃厚接触者となった職員 n=2,271	19.1%	22.2%	17.6%	11.5%	14.4%	12.9%	2.3%

		平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
	陽性者となった職員	2.2人	2人	2.6	0人	32人
	濃厚接触者となった職員	2.8人	2人	3.4	0人	35人

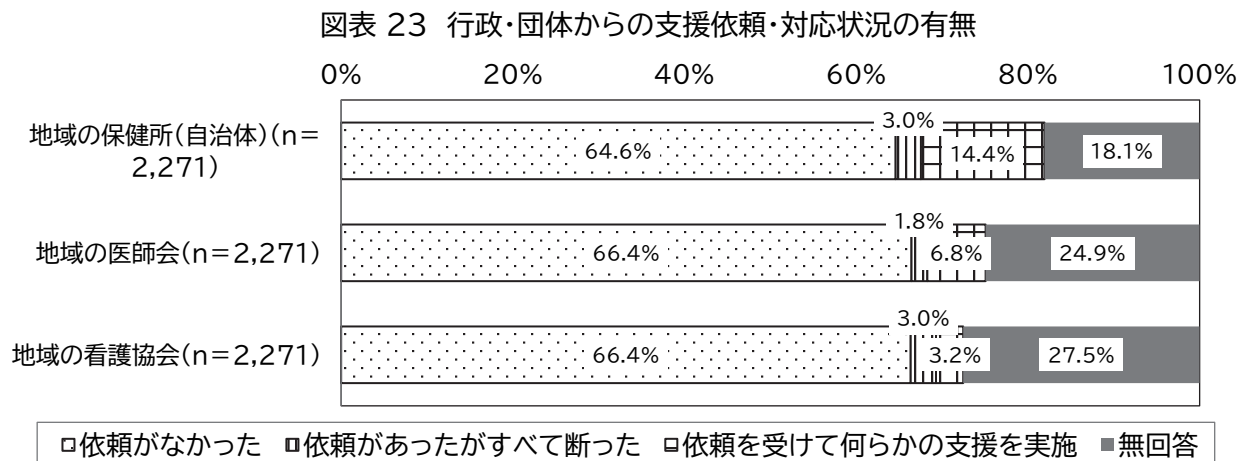
図表 22 陽性者・濃厚接触者が発生した事業所の割合

		濃厚接触者となった職員の有無	
		いる	いない
陽性者となった 職員の有無	いる	64.9%	10.2%
	いない	15.5%	9.4%

(2) 新型コロナウイルス感染症対策に係る行政・団体からの支援依頼への対応

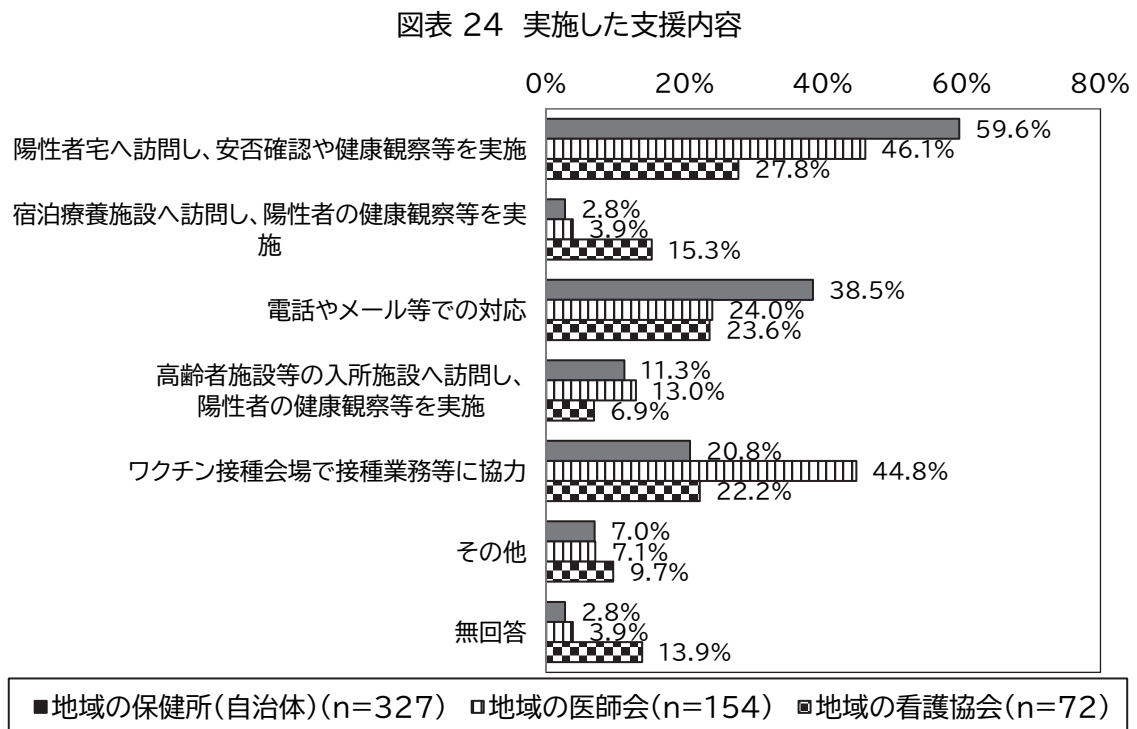
① 行政・団体からの支援依頼・対応状況の有無 問 15(1)(単一回答)

行政・団体からの支援依頼の有無は、まず、地域の保健所(自治体)からの支援依頼は、「依頼を受けて何らかの支援を実施」したのは14.4%、「依頼がなかった」のは64.6%であった。地域の医師会からの支援依頼は、「依頼を受けて何らかの支援を実施」したのは6.8%、「依頼がなかった」のは66.4%であった。地域の看護協会からの支援依頼は、「依頼を受けて何らかの支援を実施」したのは3.2%、「依頼がなかった」のは66.4%であった。



② 実施した支援内容 問 15(2)(複数回答)

行政・団体からの支援依頼に対する対応状況は、いずれも「陽性者宅へ訪問し、安否確認や健康観察等を実施」が最も多かった。他方、地域の医師会からの依頼を受けて支援を実施した事業所のうち、4割以上が「ワクチン接種会場で接種業務等に協力」を回答していた。

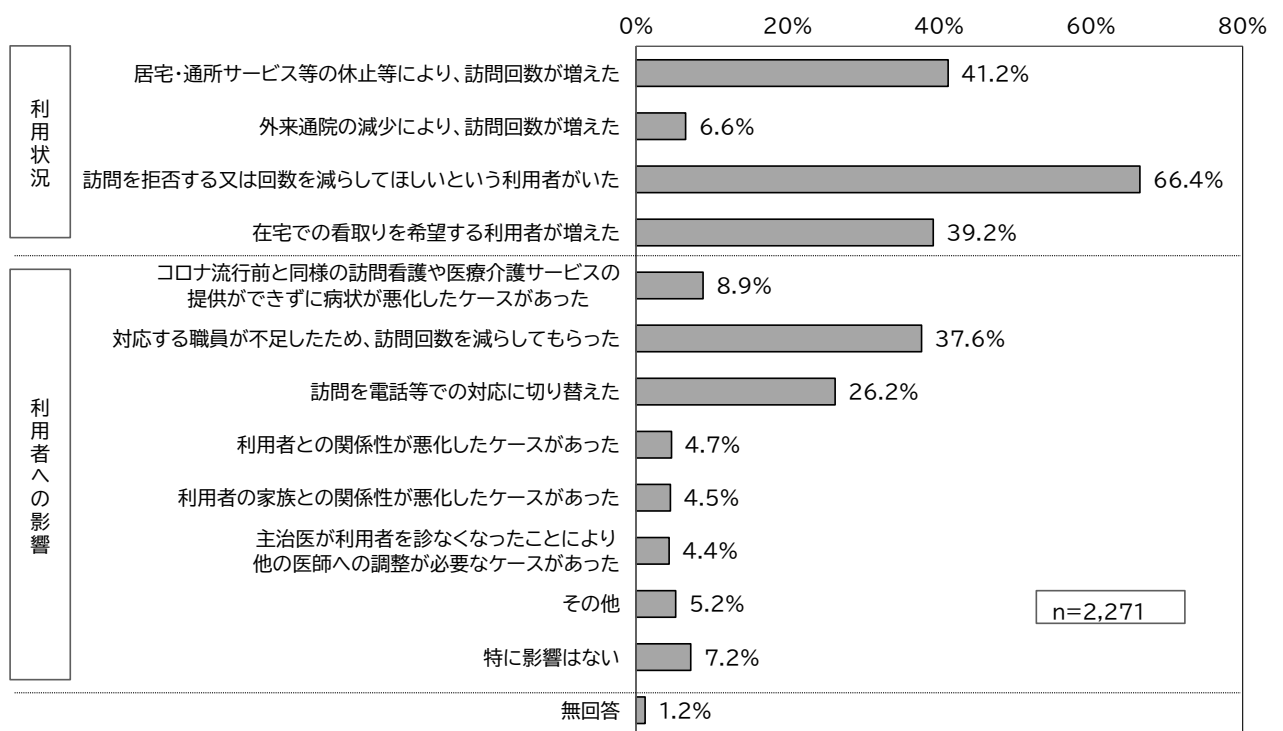


(3) 新型コロナウイルス感染症流行下での事業所への影響や予防策

① 現在までの事業所への影響 問 16(複数回答)

現在までの事業所への影響について、まず利用状況みると、「訪問を拒否する又は回数を減らしてほしいという利用者がいた」が66.4%と最も多く、「居宅・通所サービス等の休止等により、訪問回数が増えた」が41.2%、「在宅での看取りを希望する利用者が増えた」が39.2%であった。また、利用者への影響をみると、「対応する職員が不足したため、訪問回数を減らしてもらった」が37.6%と最も多く、次いで「訪問を電話等での対応に切り替えた」が26.2%であった。

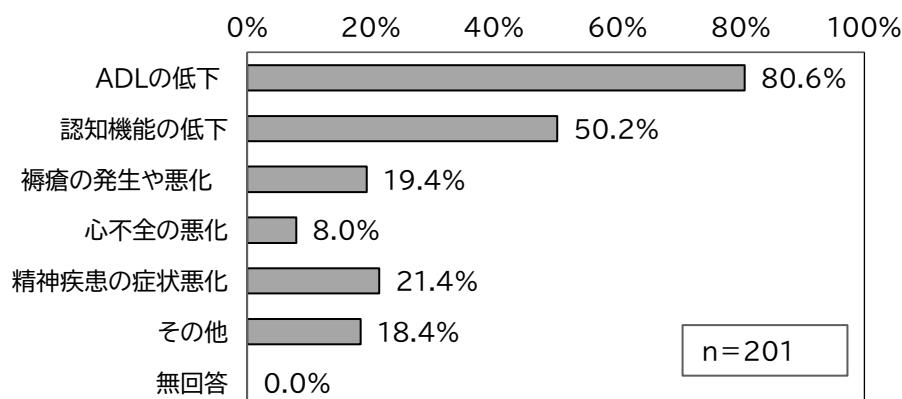
図表 25 現在までの事業所への影響



② 悪化の症状 問 17(複数回答)

現在までの事業所への影響で「コロナ流行前と同様の訪問看護や医療介護サービスの提供ができずに病状が悪化したケースがあった」と回答した8.9%の事業所に対して、悪化の症状について尋ねたところ、「ADLの低下」が80.6%と最も多く、次いで「認知機能の低下」が50.2%であった。

図表 26 悪化の症状



③ 新型コロナウイルス感染症予防に取り組む際の課題 問 18(複数回答)

コロナ流行初期(2020 年 3～5 月)は「予防衣・手袋等について、入手することが困難である」が 66.8%と最も多かった。第 5 波(2021 年 7～9 月)や現在(2022 年 6～8 月)では、「職員の負担が大きい」が最も多くなっていた。

なお、「感染予防策を講じるため、訪問時間が長かった」と「職員の負担が大きい」を除くすべての項目について、時間の経過とともに回答割合が減少傾向にある。一方で、「感染予防策を講じるため、訪問時間が長かった」は時間が経過しても横ばい傾向にあり、「職員の負担が大きい」は時間の経過につれて増加傾向にある。

図表 27 新型コロナウイルス感染症予防に取り組む際の課題

	割合		
	コロナ流行初期 (2020年3～5月) n=2,271	第5波 (2021年7～9月) n=2,271	現在 (2022年6～8月) n=2,271
予防衣・手袋等について、入手することが困難である	66.8%	18.6%	5.5%
PCR検査や抗原検査のキットについて、十分な量を入手することが困難である	38.2%	33.3%	24.6%
感染予防策を講じるため、訪問時間が長くなった	20.2%	18.5%	22.1%
新型コロナウイルスやその感染予防に関する正確な情報が入手しにくい	45.4%	13.1%	7.9%
風評被害への対応が難しい	30.3%	13.7%	7.4%
職員の負担が大きい	54.8%	55.7%	66.4%
介護職員やヘルパーに対する指導に時間を取られてしまう	10.1%	6.8%	6.2%
実習生やインターン等の受け入れを断らざるを得ない	32.5%	25.5%	15.3%
その他	4.4%	4.1%	6.5%
特に課題はない	3.1%	5.5%	6.6%
無回答	14.4%	19.1%	14.1%

※上位 3 項目は網掛けを行っている。

(4) 新型コロナウイルス感染拡大による収支への影響

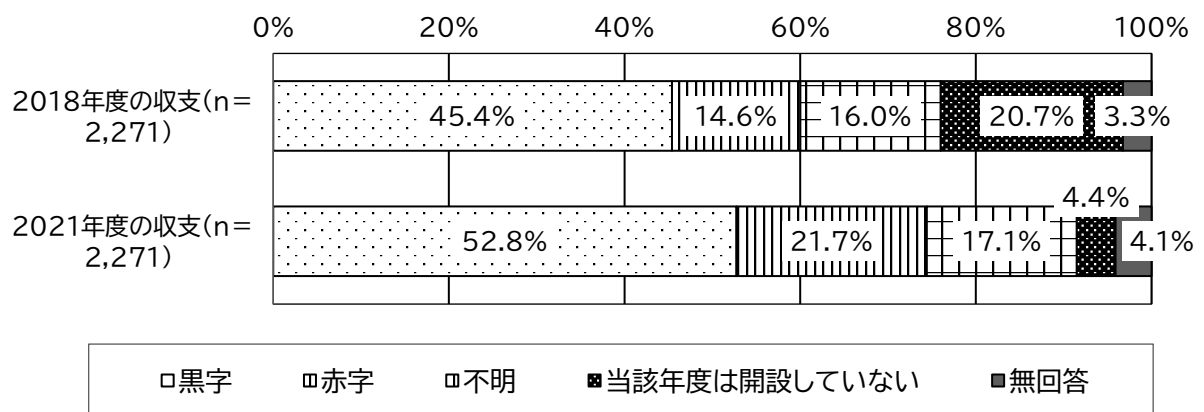
① 各時期における収支状況 問 19(単一回答)

各時期における収支状況は、2018 年度の収支では「黒字」が 45.4%、「赤字」が 14.6%であった。

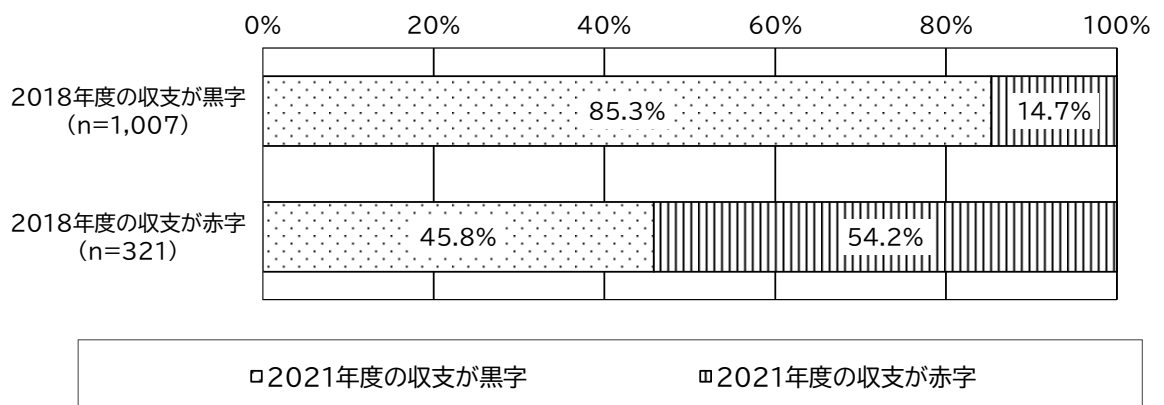
2021 年度の収支は「黒字」が 52.8%、「赤字」が 21.7%であった。

2018 年度と 2021 年度の両方の収支について回答を得た事業所のみを対象として、2018 年度の収支別に 2021 年度の収支をみると、2018 年度に黒字だった事業所のうち 85.3%が 2021 年度も黒字であった。一方で、2018 年度に赤字だった事業所のうち 45.8%が 2021 年度は黒字であった。

図表 28 各時期における収支状況



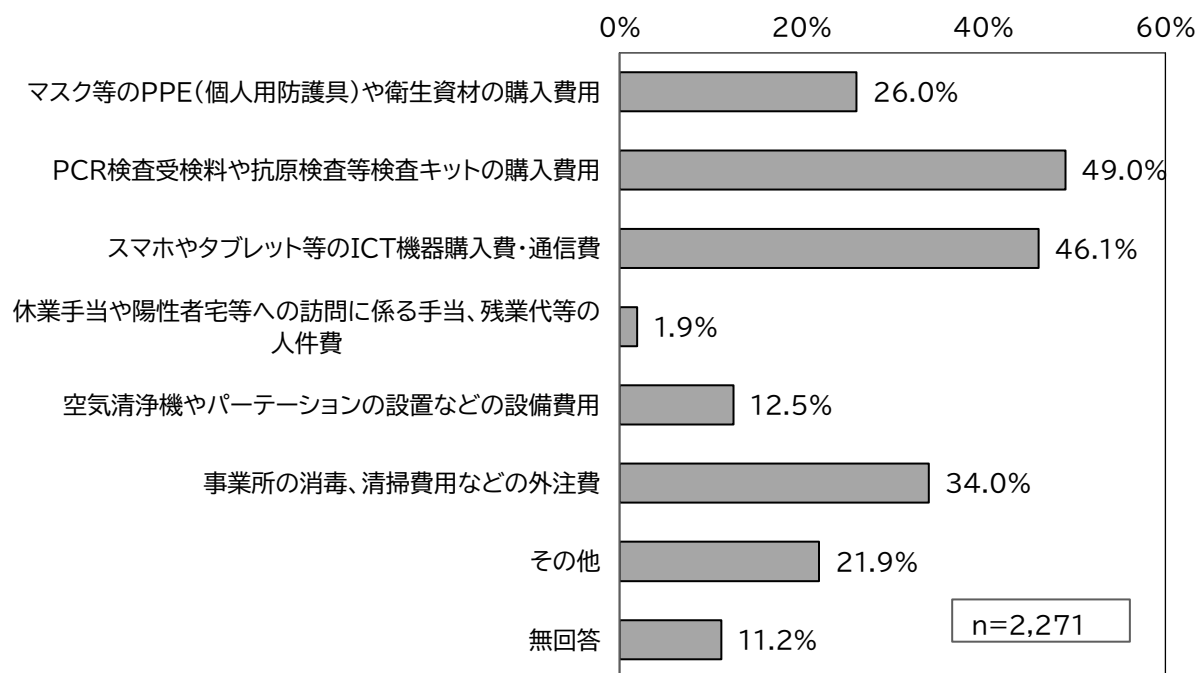
図表 29 2018 年度の収支別の 2021 年度の収支(両年度の回答があった事業所のみ)



② 新型コロナウイルス感染症対策のための費用として負担感が大きいもの 問 20(複数回答)

新型コロナウイルス感染症対策のための費用として負担感が大きいものは、「PCR 検査受検料や抗原検査等検査キットの購入費用」が 49.0%と最も多く、次いで「スマホやタブレット等の ICT 機器購入費・通信費」が 46.1%であった。

図表 30 新型コロナウイルス感染症対策のための費用として負担感が大きいもの



3) 臨時的な取扱いの算定状況等

新型コロナウイルス感染症の流行を受け、令和2年2月17日から介護保険、医療保険に関する「臨時的な取扱い」にかかる通知が厚生労働省より発出された。ここでは、臨時的な取扱いのうち訪問看護と関係する介護保険は、1から5と医療保険6から16の通知についての発生状況や報酬の算定状況、臨時的取扱いの効果や課題等について尋ねた。なお、臨時的な取扱いの並び順は、介護保険と医療保険のそれぞれについて、発出された順としている。

図表 31 対象となる臨時的な取扱い(通知)の一覧

	No	臨時的な取扱い(通知)の概要
介護保険	1	陽性者等への対応等により、一時的に人員基準を満たすことができなくなる場合等における介護報酬、人員、設備及び運営基準などについての柔軟な取扱い。
	2	新型コロナウイルスの感染が疑われる者へ訪問看護サービスを提供するにあたり、利用者・家族及び訪問看護師への感染リスクを下げるため、訪問時間を可能な限り短くする工夫を行った結果、訪問看護サービスの提供が20分未満となった場合に20分未満の報酬を算定してよい。
	3	利用者等から訪問を控えるよう要請があった場合の対応として、利用者等の同意を前提として、当該月に看護職員による居宅を訪問しての訪問看護を1日以上提供した実績があり、主治医への状況報告と指示の確認を行った上で、看護職員が電話等により本人の病状確認や療養指導等を実施した場合には、20分未満の訪問看護費を週1回に限り算定可能である。
	4	介護サービス提供の際に、医師による接種後の経過観察を行うことは差し支えない。この場合、あらかじめ居宅サービス計画に位置付けられた訪問看護について、そのサービス提供時間内又は当該サービス提供時間が含まれる所要時間の区分内で、経過観察も行うこと、あらかじめ居宅サービス計画に位置付けられたサービスの日時を接種の日時に合わせる等の変更を行い、経過観察も行うこと、今般の新型コロナワクチンに係る予防接種等の事情を勘案し、臨時的に追加で介護サービスを位置付ける必要が生じ、その際に経過観察も行うことが可能。
	5	要介護高齢者等の新型コロナウイルスの自宅療養者の特別訪問看護指示書の交付が可能。
医療保険	6	新型コロナウイルスに関連して、自治体等の要請に基づき外出を自粛している者であって主治医の診察の結果、継続的な訪問看護が必要であるものとして指示書が発行され、訪問看護ステーションの看護師等が継続的に宿泊施設に訪問看護を行った場合、訪問看護療養費は算定できる。
	7	新型コロナウイルス感染症の利用者(新型コロナウイルス感染症であることが疑われる者を含む。以下同じ。)に対する訪問看護を実施する場合について、当該利用者の状況を主治医に報告し、主治医から感染予防の必要性についての指示を受けた上で、必要な感染予防策を講じて当該利用者の看護を行った場合は、訪問看護ステーションにおいては特別管理加算(2,500円)を月に1回算定できる。
	8	主治医の指示書及び訪問看護計画に基づき、訪問を予定していた訪問看護ステーションの利用者について、新型コロナウイルスへの感染を懸念した利用者等からの要望等により、訪問看護が実施できなかった場合であって、代わりに看護職員が電話等で病状確認や療養指導等を行った場合、訪問看護管理療養費のみを算定可能とする。ただし、当該月に訪問看護を1日以上提供していること。
	9	自宅・宿泊療養を行っている者に対して、主治医の指示に基づき訪問看護ステーション又は保険医療機関が緊急に訪問看護を実施した場合、緊急訪問看護加算を算定可能。
	10	自宅・宿泊療養を行っている者に対して、主治医の指示に基づき訪問看護ステーション又は保険医療機関が必要な予防策を講じて訪問看護を実施した場合、特別管理加算(2,500円)を、月に1回算定可能。
	11	特に必要な感染予防策を講じた上で訪問看護を行い、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の次に掲げる費用を算定する場合、30回の算定につき「訪問看護情報提供療養費2」に相当する金額(1,500円)(以下、「訪問看護感染症対策実施加算」という。)をさらに算定できることとすること。 ア 訪問看護基本療養費 イ 精神科訪問看護基本療養費 ※令和3年9月30日をもって終了
	12	宿泊施設又は当該者の居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことを求められている者に対して、特別訪問看護指示書を交付することが可能。
	13	訪問看護の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族等に対し、運営規定の概要等の重要事項を記載した文書を交付して説明し、同意は書面によって確認することが望ましいとされているが、新型コロナウイルス感染症に感染している等の利用者の状態に応じて、説明は電話等により行い、必要な書面は後日郵送等により対応してもよい。
	14	新型コロナ感染者に特別訪問看護指示書を月2回交付した場合に、2回目の交付についても特別訪問看護指示加算を算定することが可能。
	15	訪問看護ステーションの看護職員が、新型コロナウイルスに感染した利用者に対して電話等で病状確認や療養指導等を行った場合においても、訪問看護管理療養費のみを1日につき1回算定可能。
	16	自宅・宿泊療養を行っている者に対して緊急に訪問看護を実施した場合、訪問看護ステーションにおいては、長時間訪問看護加算の100分の300に相当する額(15,600円)を、訪問看護を行った時間を問わず1日につき1回算定できる。

(1) 概要欄記載の状況の発生・算定状況

問 25①(単一回答)、及び取扱いの延べ算定回数・算定利用延人数 問 25②(数値記入)

【介護保険】

- ① No1「陽性者等への対応等により、一時的に人員基準を満たすことができなくなる場合等における介護報酬、人員、設備及び運営基準などについての柔軟な取扱い。」(No1、発出日:令和2年2月17日)

陽性者等への対応等により一時的に人員基準を満たすことができなくなる状況が発生した事業所は、3.0%であった。

図表 32 No1 の発生状況

	件数	割合 n=2,271
発生した	67	3.0%
未発生	1,887	83.1%
わからない	179	7.9%
無回答	138	6.1%
全 体	2,271	100.0%

- ② No2「新型コロナウイルスの感染が疑われる者へ訪問看護サービスを提供するにあたり、利用者・家族及び訪問看護師への感染リスクを下げるため、訪問時間を可能な限り短くする工夫を行った結果、訪問看護サービスの提供が20分未満となった場合に20分未満の報酬を算定してよい。」(No2、発出日:令和2年3月6日)

No2の通知に基づき、訪問看護サービスの提供が20分未満となった場合に20分未満の報酬を「算定した」事業所は 6.2%であった。また、「算定した」と回答した方に対して、延べ算定回数及び延べ算定利用人数を尋ねたところ、1事業所当たりの延べ算定回数は平均 8.3 回、延べ算定利用人数は平均2.7人であった。

図表 33 No2 の算定状況

	件数	割合 n=2,271
算定した	140	6.2%
通知を知っていたが、算定せず	290	12.8%
通知を知っていたが、未発生	1,444	63.6%
通知を知らなかった	268	11.8%
無回答	129	5.7%
全 体	2,271	100.0%

図表 34 No2 の延べ算定回数及び延べ算定利用人数

延べ算定回数	件数	割合 n=140	延べ算定利用人数	件数	割合 n=140
1回	39	27.9%	1人	62	44.3%
2回	25	17.9%	2人	25	17.9%
3～4回	17	12.1%	3～4人	17	12.1%
5～9回	17	12.1%	5～9人	9	6.4%
10回以上	23	16.4%	10人以上	7	5.0%
無回答	19	13.6%	無回答	20	14.3%
全 体	140	100.0%	全 体	140	100.0%
平均値	8.3回		平均値	2.7人	
中央値	2回		中央値	1人	
標準偏差	22.4		標準偏差	3.9	
最小値	1回		最小値	1人	
最大値	210回		最大値	30人	

- ③ No3「利用者等から訪問を控えるよう要請があった場合の対応として、利用者等の同意を前提として、当該月に看護職員による居宅を訪問しての訪問看護を1日以上提供した実績があり、主治医への状況報告と指示の確認を行った上で、看護職員が電話等により本人の病状確認や療養指導等を実施した場合には、20 分未満の訪問看護費を週1回に限り算定可能である。」(No3、発出日：令和 2 年 4 月 24 日)

No3の通知に基づき、看護職員が電話等により本人の病状確認や療養指導等を実施した場合に20分未満の訪問看護費を週1回に限り「算定した」事業所が 8.0%であった。また、「算定した」と回答した方に対して、延べ算定回数及び延べ算定利用人数を尋ねたところ、1 事業所当たりの延べ算定回数は平均 7.4 回、延べ算定利用人数は平均 2.3 人であった。

図表 35 No3 の算定状況

	件数	割合 n=2,271
算定した	181	8.0%
通知を知っていたが、算定せず	465	20.5%
通知を知っていたが、未発生	1,204	53.0%
通知を知らなかった	291	12.8%
無回答	130	5.7%
全 体	2,271	100.0%

図表 36 No3 の延べ算定回数及び延べ算定利用人数

延べ算定回数	件数	割合 n=181	延べ算定利用人数	件数	割合 n=181
1回	51	28.2%	1人	104	57.5%
2回	23	12.7%	2人	24	13.3%
3～4回	33	18.2%	3～4人	22	12.2%
5～9回	24	13.3%	5～9人	10	5.5%
10回以上	34	18.8%	10人以上	9	5.0%
無回答	16	8.8%	無回答	12	6.6%
全 体	181	100.0%	全 体	181	100.0%
平均値	7.4回		平均値(人)	2.3人	
中央値	3回		中央値(人)	1人	
標準偏差	13.7		標準偏差	2.6	
最小値	1回		最小値(人)	1人	
最大値	102回		最大値(人)	19人	

- ④ No4「介護サービス提供の際に、医師による接種後の経過観察を行うことは差し支えない。この場合、あらかじめ居宅サービス計画に位置付けられた訪問看護について、そのサービス提供時間内又は当該サービス提供時間が含まれる所要時間の区分内で、経過観察も行うこと、あらかじめ居宅サービス計画に位置付けられたサービスの日時を接種の日時に合わせる等の変更を行い、経過観察も行うこと、今般の新型コロナワクチンに係る予防接種等の事情を勘案し、臨時的に追加で介護サービスを位置付ける必要が生じ、その際に経過観察も行うことが可能。」(No4、発出日：令和3年6月8日)

No4 の臨時的な取扱いが想定する経過観察を実施する状況が「発生した」事業所は 11.5%であった。

図表 37 No4 の発生状況

	件数	割合 n=2,271
発生した	262	11.5%
未発生	1,583	69.7%
わからない	308	13.6%
無回答	118	5.2%
全 体	2,271	100.0%

- ⑤ No5「要介護高齢者等の新型コロナウイルスの自宅療養者の特別訪問看護指示書の交付が可能。」(No5、発出日：令和3年8月11日)

新型コロナウイルスの自宅療養者の特別訪問看護指示書を交付する状況が「発生した」事業所は 25.0%であった。また、「発生した」と回答した方に対して、延べ発生回数及び延べ利用人数を尋ねたところ、1事業所当たりの延べ発生回数は平均 11.7 回、延べ利用人数は平均 4.2 人であった。

図表 38 No5 の発生状況

	件数	割合 n=2,271
発生した	568	25.0%
未発生	1,517	66.8%
わからない	85	3.7%
無回答	101	4.4%
全 体	2,271	100.0%

図表 39 No5 の延べ発生回数及び延べ利用人数

延べ発生回数	件数	割合 n=568
1回	152	26.8%
2回	64	11.3%
3～4回	84	14.8%
5～9回	80	14.1%
10回以上	143	25.2%
無回答	45	7.9%
全 体	568	100.0%
平均値	11.7回	
中央値	3回	
標準偏差	27.0	
最小値	1回	
最大値	300回	

延べ利用人数	件数	割合 n=568
1人	213	37.5%
2人	89	15.7%
3～4人	106	18.7%
5～9人	85	15.0%
10人以上	48	8.5%
無回答	27	4.8%
全 体	568	100.0%
平均値	4.2人	
中央値	2人	
標準偏差	7.9	
最小値	1人	
最大値	139人	

【医療保険】

- ⑥ No6「新型コロナウイルスに関連して、自治体等の要請に基づき外出を自粛している者であって主治医の診察の結果、継続的な訪問看護が必要であるものとして指示書が発行され、訪問看護ステーションの看護師等が継続的に宿泊施設に訪問看護を行った場合、訪問看護療養費は算定できる。」(No6、発出日:令和2年4月24日)

No6の臨時的な取扱いに基づき、訪問看護ステーションの看護師等が継続的に宿泊施設に訪問看護を行い訪問看護療養費を「算定した」事業所は0.8%であった。また、「算定した」と回答した方に対して、延べ算定回数及び延べ算定利用人数を尋ねたところ、1事業所当たりの延べ算定回数は平均21.4回、延べ算定利用人数は平均2.6人であった。

図表 40 No6 の算定状況

	件数	割合 n=2,271
算定した	19	0.8%
通知を知っていたが、算定せず	78	3.4%
通知を知っていたが、未発生	1,563	68.8%
通知を知らなかった	506	22.3%
無回答	105	4.6%
全 体	2,271	100.0%

図表 41 No6 の延べ算定回数及び延べ算定利用人数

延べ算定回数	件数	割合 N=19
1回	5	26.3%
2回	1	5.3%
3～4回	1	5.3%
5～9回	4	21.1%
10回以上	5	26.3%
無回答	3	15.8%
全 体	19	100.0%
平均値	21.4回	
中央値	6回	
標準偏差	34.7	
最小値	1回	
最大値	110回	

延べ算定利用人数	件数	割合 n=19
1人	10	52.6%
2人	2	10.5%
3～4人	2	10.5%
5～9人	0	0.0%
10人以上	2	10.5%
無回答	3	15.8%
全 体	19	100.0%
平均値	2.6人	
中央値	1人	
標準偏差	3.3	
最小値	1人	
最大値	11人	

- ⑦ No7「新型コロナウイルス感染症の利用者(新型コロナウイルス感染症であることが疑われる者を含む。以下同じ。)に対する訪問看護を実施する場合について、当該利用者の状況を主治医に報告し、主治医から感染予防の必要性についての指示を受けた上で、必要な感染予防策を講じて当該利用者の看護を行った場合は、訪問看護ステーションにおいては特別管理加算(2,500 円)を月に1回算定できる。」(No7、発出日:令和 2 年 4 月 24 日)

No7 の臨時的な取扱いに基づき、必要な感染予防策を講じて当該利用者の看護を行い特別管理加算(2,500 円)を月に1回「算定した」事業所は 26.0%であった。

図表 42 No7 の算定状況

	件数	割合 n=2,271
算定した	590	26.0%
通知を知っていたが、算定せず	199	8.8%
通知を知っていたが、未発生	957	42.1%
通知を知らなかった	423	18.6%
無回答	102	4.5%
全 体	2,271	100.0%

- ⑧ No8「主治医の指示書及び訪問看護計画に基づき、訪問を予定していた訪問看護ステーションの利用者について、新型コロナウイルスへの感染を懸念した利用者等からの要望等により、訪問看護が実施できなかった場合であって、代わりに看護職員が電話等で病状確認や療養指導等を行った場合、訪問看護管理療養費のみを算定可能とする。ただし、当該月に訪問看護を1日以上提供していること。」(、発出日:令和 2 年 4 月 24 日)

No8 の臨時的な取扱いに基づき、訪問看護が実施できなかった場合に代わりに看護職員が電話等で病状確認や療養指導等を行い訪問看護管理療養費のみを「算定した」事業所は 10.9%であった。また、「算定した」と回答した方に対して、延べ算定回数及び延べ算定利用人数を尋ねたところ、1 事業所当たりの延べ算定回数は平均 34.6 回、延べ算定利用人数は平均 10.7 人であった。

図表 43 No8 の算定状況

	件数	割合 n=2,271
算定した	248	10.9%
通知を知っていたが、算定せず	340	15.0%
通知を知っていたが、未発生	1,241	54.6%
通知を知らなかった	330	14.5%
無回答	112	4.9%
全 体	2,271	100.0%

図表 44 No8 の延べ算定回数及び延べ算定利用人数

延べ算定回数	件数	割合 n=248	延べ算定利用人数	件数	割合 n=248
1回	39	15.7%	1人	83	33.5%
2回	41	16.5%	2人	48	19.4%
3～4回	34	13.7%	3～4人	37	14.9%
5～9回	32	12.9%	5～9人	25	10.1%
10～19回	29	11.7%	10～19人	15	6.0%
20回以上	49	19.8%	20人以上	18	7.3%
無回答	24	9.7%	無回答	22	8.9%
全 体	248	100.0%	全 体	248	100.0%
平均値	34.6回		平均値	10.7人	
中央値	4回		中央値	2人	
標準偏差	132.5		標準偏差	44.0	
最小値	1回		最小値	1人	
最大値	1,680回		最大値	480人	

- ⑨ No9「自宅・宿泊療養を行っている者に対して、主治医の指示に基づき訪問看護ステーション又は保険医療機関が緊急に訪問看護を実施した場合、緊急訪問看護加算を算定可能。」(No9、発出日：令和3年2月26日)

No9の臨時的な取扱いに基づき、緊急に訪問看護を実施した場合に緊急訪問看護加算を「算定した」事業所は12.8%であった。

図表 45 No9 の算定状況

	件数	割合 n=2,271
算定した	291	12.8%
通知を知っていたが、算定せず	117	5.2%
通知を知っていたが、未発生	1,372	60.4%
通知を知らなかった	385	17.0%
無回答	106	4.7%
全 体	2,271	100.0%

- ⑩ No10「自宅・宿泊療養を行っている者に対して、主治医の指示に基づき訪問看護ステーション又は保険医療機関が必要な予防策を講じて訪問看護を実施した場合、特別管理加算(2,500円)を、月に1回算定可能。」(No10、発出日：令和3年2月26日)

No10の臨時的な取扱いに基づき、特別管理加算(2,500円)を月に1回「算定した」事業所は23.2%であった。

図表 46 No10 の算定状況

	件数	割合 n=2,271
算定した	527	23.2%
通知を知っていたが、算定せず	132	5.8%
通知を知っていたが、未発生	1,072	47.2%
通知を知らなかった	427	18.8%
無回答	113	5.0%
全 体	2,271	100.0%

- ① No11「特に必要な感染予防策を講じた上で訪問看護を行い、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の次に掲げる費用を算定する場合、30回の算定につき「訪問看護情報提供療養費2」に相当する金額(1,500円)(以下、「訪問看護感染症対策実施加算」という。)をさらに算定できることとすること。ア 訪問看護基本療養費、イ 精神科訪問看護基本療養費。※令和3年9月30日をもって終了」(No11、発出日:令和3年3月29日)
- No11の臨時的な取扱いに基づき、「訪問看護情報提供療養費2」に相当する金額(1,500円)をさらに「算定した」事業所は39.9%であった。

図表 47 No11の算定状況

	件数	割合 n=2,271
算定した	905	39.9%
通知を知っていたが、算定せず	113	5.0%
通知を知っていたが、未発生	617	27.2%
通知を知らなかった	510	22.5%
無回答	126	5.5%
全 体	2,271	100.0%

また、「算定した」と回答した方に対して、延べ算定回数及び延べ算定利用人数を尋ねたところ、1事業所当たりの延べ算定回数について、(ア)訪問看護基本療養費では平均73.3回、(イ)精神科訪問看護基本療養費では平均29.5回であった。他方、延べ算定利用人数は、(ア)訪問看護基本療養費では平均42.2人、(イ)精神科訪問看護基本療養費では平均21.3人であった。

図表 48 No11の延べ算定回数

	件数		割合	
	ア	イ	ア n=905	イ n=905
0回	20	211	2.2%	23.3%
1～9回	102	155	11.3%	17.1%
10～29回	175	80	19.3%	8.8%
30～59回	168	37	18.6%	4.1%
60～99回	114	15	12.6%	1.7%
100～199回	75	26	8.3%	2.9%
200回以上	33	23	3.6%	2.5%
無回答	218	358	24.1%	39.6%
全 体	905	905	100.0%	100.0%
平均値	73.3回	29.5回		
中央値	36回	3回		
標準偏差	182.7	75.9		
最小値	0回	0回		
最大値	2,337回	558回		

図表 49 No11 の延べ算定利用人数

	件数		割合	
	ア	イ	ア n=905	イ n=905
0人	20	212	2.2%	23.4%
1～9人	133	186	14.7%	20.6%
10～29人	230	71	25.4%	7.8%
30～59人	164	31	18.1%	3.4%
60～99人	81	15	9.0%	1.7%
100～199人	45	25	5.0%	2.8%
200人以上	14	13	1.5%	1.4%
無回答	218	352	24.1%	38.9%
全 体	905	905	100.0%	100.0%
平均値	42.2人	21.3人		
中央値	25人	3人		
標準偏差	75.0	56.8		
最小値	0人	0人		
最大値	1,314人	558人		

- ⑫ No12「宿泊施設又は当該者の居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことを求められている者に対して、特別訪問看護指示書を交付することが可能。」(No12、発出日:令和 3 年 8 月 11 日)

宿泊施設又は当該者の居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことを求められている者に対して、特別訪問看護指示書を交付する状況が「発生した」事業所は 8.9%であった。

図表 50 No12 の発生状況

	件数	割合 n=2,271
発生した	203	8.9%
未発生	1,696	74.7%
わからない	289	12.7%
無回答	83	3.7%
全 体	2,271	100.0%

- ⑬ No13「訪問看護の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族等に対し、運営規定の概要等の重要事項を記載した文書を交付して説明し、同意は書面によって確認することが望ましいとされているが、新型コロナウイルス感染症に感染している等の利用者の状態に応じて、説明は電話等により行い、必要な書面は後日郵送等により対応してもよい。」(No13、発出日：令和3年8月27日)

新型コロナウイルス感染症に感染している等の利用者の状態に応じて、説明は電話等により行い、必要な書面は後日郵送等により対応する状況が「発生した」事業所は11.4%であった。

図表 51 No13 の発生状況

	件数	割合 n=2,271
発生した	259	11.4%
未発生	1,715	75.5%
わからない	215	9.5%
無回答	82	3.6%
全 体	2,271	100.0%

- ⑭ No14「新型コロナ感染者に特別訪問看護指示書を月2回交付した場合に、2回目の交付についても特別訪問看護指示加算を算定することが可能。」(No14、発出日：令和3年9月9日)

新型コロナ感染者に特別訪問看護指示書を月2回交付した状況が「発生した」事業所は2.1%であった。

また、「発生した」と回答した方に対して、発生回数及び人数は、1事業所当たり平均2.2回と人数は平均1.7人であった。

図表 52 No14 の発生状況

	件数	割合 n=2,271
発生した	47	2.1%
未発生	1,909	84.1%
わからない	244	10.7%
無回答	71	3.1%
全 体	2,271	100.0%

図表 53 No14 の延べ発生回数及び延べ利用人数

延べ発生回数	件数	割合 n=47
1回	30	63.8%
2回	9	19.1%
3回以上	6	12.8%
無回答	2	4.3%
全 体	47	100.0%
平均値	2.2回	
中央値	1回	
標準偏差	3.3	
最小値	1回	
最大値	20回	

延べ利用人数	件数	割合 n=47
	34	72.3%
2人	7	14.9%
3人以上	4	8.5%
無回答	2	4.3%
全 体	47	100.0%
平均値	1.7人	
中央値	1人	
標準偏差	2.1	
最小値	1人	
最大値	12人	

- ⑮ No15「訪問看護ステーションの看護職員が、新型コロナウイルスに感染した利用者に対して電話等で病状確認や療養指導等を行った場合においても、訪問看護管理療養費のみを1日につき1回算定可能。」(No15、発出日:令和3年9月24日)

新型コロナウイルスに感染した利用者に対して電話等で病状確認や療養指導等を行い、訪問看護管理療養費を「算定した」事業所は11.0%であった。また、算定回数と人数は、1事業所当たり平均8.4回、平均3.2人であった。

図表 54 No15 の算定状況

	件数	割合 n=2,271
算定した	249	11.0%
通知を知っていたが、算定せず	292	12.9%
通知を知っていたが、未発生	1,211	53.3%
通知を知らなかった	444	19.6%
無回答	75	3.3%
全 体	2,271	100.0%

図表 55 No15 の延べ算定回数及び延べ算定利用人数

延べ算定回数	件数	割合 n=249
1回	51	20.5%
2回	38	15.3%
3～4回	35	14.1%
5～9回	42	16.9%
10回以上	53	21.3%
無回答	30	12.0%
全 体	249	100.0%
平均値	8.4回	
中央値	4回	
標準偏差	14.6	
最小値	1回	
最大値	144回	

延べ算定利用人数	件数	割合 n=249
1人	99	39.8%
2人	43	17.3%
3～4人	46	18.5%
5～9人	22	8.8%
10人以上	7	2.8%
無回答	32	12.9%
全 体	249	100.0%
平均値	3.2人	
中央値	2人	
標準偏差	7.0	
最小値	1人	
最大値	90人	

- ⑯ No16「自宅・宿泊療養を行っている者に対して緊急に訪問看護を実施した場合、訪問看護ステーションにおいては、長時間訪問看護加算の100分の300に相当する額(15,600円)を、訪問看護を行った時間を問わず1日につき1回算定できる」(No16、発出日:令和3年9月28日)

新型コロナウイルスに感染した利用者、緊急に訪問し、長時間訪問看護加算の100分の300に相当する額(15,600円)を、「算定した」事業所は18.2%であった。

図表 56 No16 の算定状況

	件数	割合 n=2,271
算定した	413	18.2%
通知を知っていたが、算定せず	109	4.8%
通知を知っていたが、未発生	1,041	45.8%
通知を知らなかった	619	27.3%
無回答	89	3.9%
全 体	2,271	100.0%

【臨時的な取扱いの算定・発生状況のまとめ】

臨時的な取扱いの算定・発生状況をまとめると、以下の図表ようになる。

発生または算定した割合が高い通知としては、No11、No7、No5 が上位に挙がっている。

一方、通知を知っていたが算定しなかった割合が高いものとしては、No3 や No8、No15 が上位に挙がっている。通知を知らなかったものとしては、No.16 や No.11、No6 が上位に挙がっている。

図表 57 臨時的な取扱いの算定・発生状況のまとめ

保険	No	発出日	概要	発生割合 算定割合		通知を知っていたが算定しなかった割合	通知を知らなかった割合
介護	1	令和 2 年 2 月 17 日	陽性者等への対応等により一時的に人員基準を満たすことができなくなる	発生	3.0%	-	
	2	令和 2 年 3 月 6 日	訪問看護サービスの提供が20分未満となった場合に20分未満の報酬を算定	算定	6.2%	12.8%	11.8%
	3	令和 2 年 4 月 24 日	看護職員が電話等により本人の病状確認や療養指導等を実施した場合に20分未満の訪問看護費を週1回に限り算定	算定	8.0%	20.5%	12.8%
	4	令和 3 年 6 月 8 日	経過観察の医師による接種後の経過観察	発生	11.5%	-	-
	5	令和 3 年 8 月 11 日	新型コロナウイルスの自宅療養者の特別訪問看護指示書の交付	発生	25.0%	-	-
医療	6	令和 2 年 4 月 24 日	継続的に宿泊施設に訪問看護を行った場合に訪問看護療養費を算定	算定	0.8%	3.4%	22.3%
	7	令和 2 年 4 月 24 日	必要な感染予防策を講じて当該利用者の看護を行った場合に特別管理加算(2,500 円)を月に1回算定	算定	26.0%	8.8%	18.6%
	8	令和 2 年 4 月 24 日	看護職員が電話等で病状確認や療養指導等を行った場合に訪問看護管理療養費のみを算定	算定	10.9%	15.0%	14.5%
	9	令和 3 年 2 月 26 日	緊急に訪問看護を実施した場合に緊急訪問看護加算を算定	算定	12.8%	5.2%	17.0%
	10	令和 3 年 2 月 26 日	必要な予防策を講じて訪問看護を実施した場合に特別管理加算(2,500 円)を月に1回算定	算定	23.2%	5.8%	18.8%
	11	令和 3 年 3 月 29 日	訪問看護基本療養費または精神科訪問看護基本療養費を算定する場合、30 回の算定につき「訪問看護情報提供療養費2」に相当する金額(1,500 円)をさらに算定	算定	39.9%	5.0%	22.5%
	12	令和 3 年 8 月 11 日	外出しないことを求められている者に対して、特別訪問看護指示書を交付することが可能	発生	8.9%	-	-
	13	令和 3 年 8 月 27 日	新型コロナウイルス感染症に感染している等の利用者の状態に応じて、説明は電話等により行い、必要な書面は後日郵送等により対応	発生	11.4%	-	
	14	令和 3 年 9 月 9 日	特別訪問看護指示書を月2回交付した場合に、2回目の交付についても特別訪問看護指示加算を算定	発生	2.1%	-	-
	15	令和 3 年 9 月 24 日	電話等で病状確認や療養指導等を行った場合においても、訪問看護管理療養費のみを1日につき1回算定	算定	11.0%	12.9%	19.6%
	16	令和 3 年 9 月 28 日	長時間訪問看護加算の 100 分の 300 に相当する額(15,600 円)を訪問看護を行った時間を問わず1日につき 1 回算定	算定	18.2%	4.8%	27.3%

※上位3項目に網掛けをしている。

(2) 恒常化²すべきと思う臨時的な取扱い³ 問 25③(複数回答)

恒常化すべきと思う臨時的な取扱いは、「No6」が42.1%と最も高く、次いで「No2」が39.3%、「No1」が38.8%であった。

図表 58 恒常化すべきと思う臨時的な取扱い

	No	臨時的な取扱い(通知)の概要	n	件数	割合
介護保険	1	陽性者等への対応等により、一時的に人員基準を満たすことができなくなる場合等における介護報酬、人員、設備及び運営基準などについての柔軟な取扱い	67	26	38.8%
	2	新型コロナウイルスの感染が疑われる者へ訪問看護サービスを提供するにあたり、利用者・家族及び訪問看護師への感染リスクを下げるため、訪問時間を可能な限り短くする工夫を行った結果、訪問看護サービスの提供が20分未満となった場合に20分未満の報酬を算定してよい	140	55	39.3%
	3	利用者等から訪問を控えるよう要請があった場合の対応として、利用者等の同意を前提として、当該月に看護職員による居宅を訪問しての訪問看護を1日以上提供した実績があり、主治医への状況報告と指示の確認を行った上で、看護職員が電話等により本人の病状確認や療養指導等を実施した場合には、20分未満の訪問看護費を週1回に限り算定可能である	181	57	31.5%
	4	介護サービス提供の際に、医師による接種後の経過観察を行うことは差し支えない。この場合、あらかじめ居宅サービス計画に位置付けられた訪問看護について、そのサービス提供時間内又は当該サービス提供時間が含まれる所要時間の区分内で、経過観察も行うこと、あらかじめ居宅サービス計画に位置付けられたサービスの日時を接種の日時に合わせる等の変更を行い、経過観察も行うこと、今般の新型コロナワクチンに係る予防接種等の事情を勘案し、臨時的に追加で介護サービスを位置付ける必要が生じ、その際に経過観察も行うことが可能	262	74	28.2%
	5	要介護高齢者等の新型コロナウイルスの自宅療養者の特別訪問看護指示書の交付が可能	568	183	32.2%
医療保険	6	新型コロナウイルスに関連して、自治体等の要請に基づき外出を自粛している者であって主治医の診察の結果、継続的な訪問看護が必要であるものとして指示書が発行され、訪問看護ステーションの看護師等が継続的に宿泊施設に訪問看護を行った場合、訪問看護療養費は算定できる	19	8	42.1%
	7	新型コロナウイルス感染症の利用者(新型コロナウイルス感染症であることが疑われる者を含む。以下同じ。)に対する訪問看護を実施する場合について、当該利用者の状況を主治医に報告し、主治医から感染予防の必要性についての指示を受けた上で、必要な感染予防策を講じて当該利用者の看護を行った場合は、訪問看護ステーションにおいては特別管理加算(2,500円)を月に1回算定できる	590	214	36.3%
	8	主治医の指示書及び訪問看護計画に基づき、訪問を予定していた訪問看護ステーションの利用者について、新型コロナウイルスへの感染を懸念した利用者等からの要望等により、訪問看護が実施できなかった場合であって、代わりに看護職員が電話等で病状確認や療養指導等を行った場合、訪問看護管理療養費のみを算定可能とする。ただし、当該月に訪問看護を1日以上提供していること	248	82	33.1%
	9	自宅・宿泊療養を行っている者に対して、主治医の指示に基づき訪問看護ステーション又は保険医療機関が緊急に訪問看護を実施した場合、緊急訪問看護加算を算定可能	291	94	32.3%
	10	自宅・宿泊療養を行っている者に対して、主治医の指示に基づき訪問看護ステーション又は保険医療機関が必要な予防策を講じて訪問看護を実施した場合、特別管理加算(2,500円)を、月に1回算定可能	527	186	35.3%
	11	特に必要な感染予防策を講じた上で訪問看護を行い、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の次に掲げる費用を算定する場合、30回の算定につき「訪問看護情報提供療養費2」に相当する金額(1,500円)(以下、「訪問看護感染症対策実施加算」という。)をさらに算定できることとすること ア 訪問看護基本療養費 イ 精神科訪問看護基本療養費	905	193	21.3%
	12	宿泊施設又は当該者の居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことを求められている者に対して、特別訪問看護指示書を交付することが可能	203	61	30.0%
	13	訪問看護の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族等に対し、運営規定の概要等の重要事項を記載した文書を交付して説明し、同意については書面によって確認することが望ましいとされているが、新型コロナウイルス感染症に感染している等の利用者の状態に応じて、説明は電話等により行い、必要な書面については後日郵送等により対応してもよい	259	94	36.3%
	14	新型コロナ感染者に特別訪問看護指示書を月2回交付した場合に、2回目の交付についても特別訪問看護指示加算を算定することが可能	47	15	31.9%
	15	訪問看護ステーションの看護職員が、新型コロナウイルスに感染した利用者に対して電話等で病状確認や療養指導等を行った場合においても、訪問看護管理療養費のみを1日につき1回算定可能	249	75	30.1%
	16	自宅・宿泊療養を行っている者に対して緊急に訪問看護を実施した場合、訪問看護ステーションにおいては、長時間訪問看護加算の100分の300に相当する額(15,600円)を、訪問看護を行った時間を問わず1日につき1回算定できる	413	144	34.9%

² 恒常化とは、新型コロナウイルス感染症終息後も、人員基準等や報酬制度上に位置付けることを指す。

³ 各項目について「発生した」あるいは「算定した」と回答した事業所のみ集計。

(3) 恒常化すべきと思う臨時的取扱いに関する自由意見 問26(自由記述)

問25③において、選択した恒常化すべきと思う臨時的な取扱いについて、改善点を3つまで自由記述で尋ねたところ、全部で71事業所から以下のような回答を得た。なお、臨時的な取扱いの No4、6に関する自由記述の回答はなかった。

※臨時的な取り扱いの内容は、p33 を参照

【介護保険】

No1(令和2年2月17日)

No1の臨時的な取扱いは、10事業所から回答を得た。

- ・ 新型コロナウイルス感染症に限らず、有事(感染症、災害等)の際に適用して良いという方針だとありがたい。
- ・ 「柔軟な取扱い」について、例示があればわかりやすい。
- ・ 陽性になった際の運営基準未達に対する詳細が不明である。小規模事業所は特に困る。

No2(令和2年3月6日)

No2の臨時的な取扱いは、5事業所から回答を得た。

- ・ 15分未満を守るために必要最低限のケアを行うが、医療・介護事業所・家族との連絡には相当の時間を要し段取りが必要となる。これに要す能力と時間に対する報酬として、20分未満に単純におさめることを改善されたい。例えば、訪問時に発熱していることに気づき、15分以内に身体観察し、退出後、関係者に連絡、主治医の判断を待ち、家族に説明すれば、30分以上を要することになる。
- ・ 入室前後のPPEにかかる時間もあるので、たとえ20分未満の訪問であっても20分未満の単価ではなく単価を上げてもらいたい。
- ・ 訪問看護の提供が20分未満となった場合に、20分未満の報酬ではなく、30分未満の報酬を算定して良い、と改善されたい。

No3(令和2年4月24日)

No3の臨時的な取扱いは、11事業所から回答を得た。

- ・ 利用者やその家族に対し、算定することを説明しなければならないが、理解してもらえるような通知が必要。
- ・ 「当該月に看護職員による居宅を訪問しての訪問看護を1日以上提供した実績があり」という要件を除いてほしい。

No5(令和3年8月11日)

No5の臨時的な取扱いは、5事業所から回答を得た。

- ・ 医師の理解度が低く、特別訪問看護指示書依頼の説明を何度もしなければならない状況にあった。医師又は、訪問診療(所)の事務員の周知を促したい。
- ・ コロナ陽性の場合、特別訪問看護指示書の発行がなくとも医療保険で複数回の訪問対応ができるようにしてもらいたい。
- ・ 発症日・自宅療養期間は訪問看護指示書に記載していただくよう統一してほしい。
- ・ 濃厚接触者判断時もヘルプやデイサービス、訪問入浴等の医療系サービス以外は停止してしまうため、濃厚接触者判定(独居の利用者)時も算定できるようにしてほしい。

【医療保険】

No7(令和2年4月24日)

No7の臨時的な取扱い、10事業所から回答を得た。

- ・主治医への確認がなくても感染が疑われる場合は感染対策が必要なため、PPE1回当たりの加算設定があると良い。
- ・毎回のPPEでの介入となり、特別管理加算は必要。訪問1回につき算定する等の改善があるといい。
- ・感染予防対策を講じ訪問看護を実施した際、必要以上に体力の消耗、精神的負担の増大、感染への恐怖等様々な苦痛を伴いながら従事している。時には吐物を浴びたり、便や尿汚染の中看護したこともあった。特別管理加算は5,000円が望ましい。
- ・医療保険の場合30分未満の訪問でも算定できるようにしてほしい。
- ・医療だけでなく介護保険でも特別管理加算が算定できるようにしてほしい。物品の準備もあり、又、状態観察・連携・記録等にも時間を要するため。
- ・「新型コロナウイルス感染症であることが疑われる者を含む」を「濃厚接触者を含む」にした方が良い。濃厚接触者でもしっかり感染対策を講じて訪問しているため。

No8(令和2年4月24日)

No8の臨時的な取扱い、6事業所から回答を得た。

- ・電話等による病状確認時の報酬が低い。
- ・月をまたいだ場合は算定できないため3ヵ月程度に延ばして頂きたい。
- ・電話での病状確認について利用者等からの要望等があるが、電話再診としての算定を訪問看護がするのか理由付けが曖昧である。

No9(令和3年2月26日)

No9の臨時的な取扱い、2事業所から回答を得た。

- ・宿泊療養は看護師が在中しているため、特別な用件を満たす人以外は必要なく、自宅者が主で良い。
- ・既存の利用者の場合、元々算定している緊急対応にプラスして算定できるのか否かわかりにくい。

No10(令和3年2月26日)

No10の臨時的な取扱い、4事業所から回答を得た。

- ・予防策を行なって訪問する場合、消毒、防護服等の物品、危険手当等のコストがかかるため、訪問ごとに算定できると良い。
- ・介護保険でも当臨時的な取扱いを算定できるとよい。
- ・もともと特別管理加算を算定している場合は合わせて算定できないため、No11のような別の算定とするか、合わせて算定を可能とするか、5,000円の算定にしてほしい。

No11(令和3年3月29日)

No11の臨時的な取扱い、8事業所から回答を得た。

- ・30回の訪問ごとの算定とせず、該当月の全てを算定とするか、年間一括で算定できる方が良い。
- ・30回訪問ごととすると何回行っているかわからない。1回ごとに分割してほしい。
- ・30回ごとに算定する場合、回数を数える負担が大きいため、月ごとの利用にしてほしい

No12(令和3年8月11日)

No12の臨時的な取扱い、1事業所から回答を得た。

- ・ 主治医の現場に対する協力体制や迅速な特別指示書の交付が必要。

No13(令和3年8月27日)

No13の臨時的な取扱い、3事業所から回答を得た。

- ・ 療養期間のみの訪問看護の介入の場合、書類を簡素化してもらいたい。
- ・ コロナ陽性者への契約は簡単なものにしてほしい。

No14(令和3年9月9日)

No14の臨時的な取扱い、2事業所から回答を得た。

- ・ そこまで長期化する利用者に対して、コロナ感染者として特別な対応を続けるべきか疑問である。

No15(令和3年9月24日)

No15の臨時的な取扱い、1事業所から回答を得た。

- ・ LINE電話のように顔が見える機器を利用し電話できるとありがたい。

No16(令和3年9月28日)

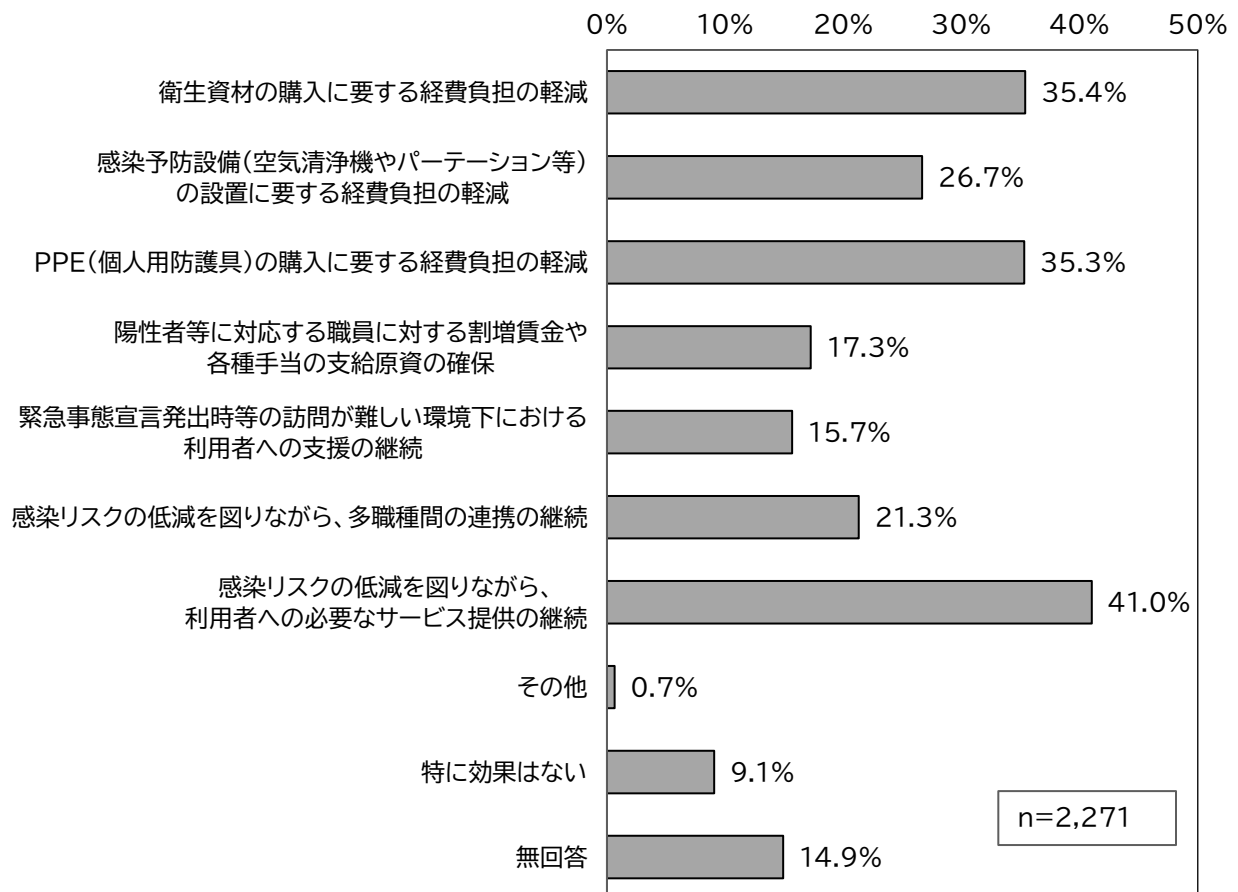
No16の臨時的な取扱い、3事業所から回答を得た。

- ・ 点滴等を実施している場合は1日に2回訪問が発生する。1日につき1回の算定しかできないという回数制限をなくしていただきたい。
- ・ 「緊急」の定義が曖昧である。一律加算方式へ変更してもらいたい。

(4) 臨時的な取扱いによる効果 問 27(複数回答)

臨時的な取扱いによる効果は、「感染リスクの低減を図りながら、利用者への必要なサービス提供の継続」が41.0%と最も多く、次いで「衛生資材の購入に要する経費負担の軽減」が35.4%、「PPE(個人用防護具)の購入に要する経費負担の軽減」が35.3%であった。

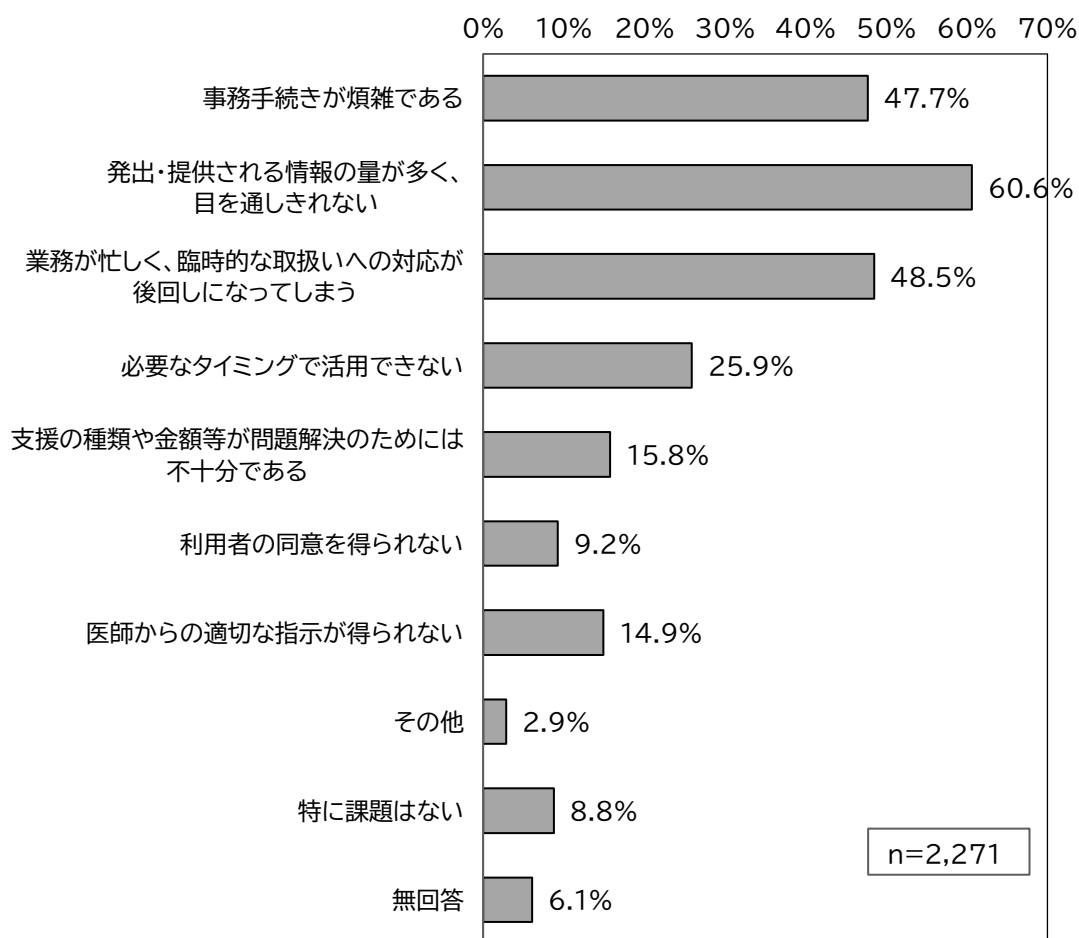
図表 59 臨時的な取扱いによる効果



(5) 臨時的な取扱い活用の阻害要因となっている点や使いづらさを感じる点 問 28(複数回答)

臨時的な取扱い活用の阻害要因となっている点や使いづらさを感じる点は、「発出・提供される情報の量が多く、目を通しきれない」が60.6%と最も多く、次いで「業務が忙しく、臨時的な取扱いへの対応が後回しになってしまう」が48.5%、「事務手続きが煩雑である」が47.7%であった。

図表 60 臨時的な取扱い活用の阻害要因となっている点や使いづらさを感じる点

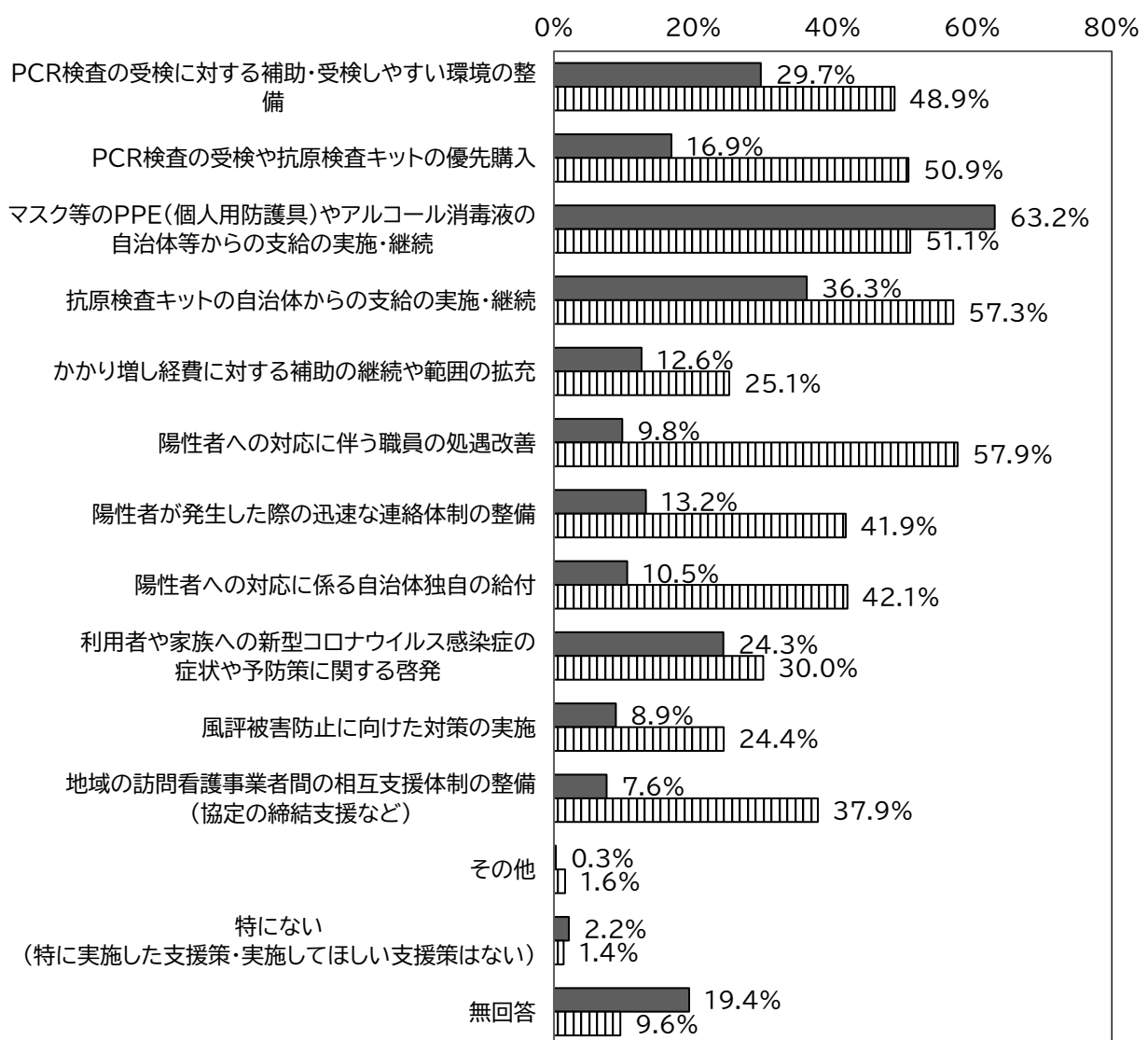


(6) 事業所が立地する自治体が実施した支援策と自治体を実施してほしい支援策 問29(複数回答)

事業所が立地する自治体が実施した支援策は、「マスク等のPPE(個人用防護具)やアルコール消毒液の自治体等からの支給の実施・継続」が63.2%と最も多くなっていた。また、今後自治体を実施してほしいと考える支援策は、「陽性者への対応に伴う職員の処遇改善」が57.9%と最も多くなっていた。

なお、両者を比較すると、多くの項目で今後自治体を実施してほしいと考える支援策の回答割合が立地する自治体が実施した支援策を上回っており、とりわけ、「陽性者への対応に伴う職員の処遇改善」では40%pt以上、「PCR検査の受検や抗原検査キットの優先購入」や「陽性者への対応に係る自治体独自の給付」、「地域の訪問看護事業者間の相互支援体制の整備(協定の締結支援など)」では30%pt以上の差となっていた。

図表 61 事業所が立地する自治体が実施した支援策と自治体を実施してほしい支援策



■自治体が実施した支援策(n=2,271) □今後実施してほしい支援策(n=2,271)

4) 業務効率化や地域連携活動等に係る取組

(1) 業務効率化に係る取組

① 業務効率化や事業所内の工夫に係る取組 問 30(複数回答)

業務効率化に係る取組に関して、まず、コロナ流行前(2019年12月以前)から実施している取組は、「業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」が32.1%と最も多く、次いで「地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツールの導入」が27.5%、「職員の直行直帰の実施」が19.9%であった。

他方、コロナ流行以降(2020年1月以降)に開始した取組は、「職員の直行直帰の実施」が24.5%と最も多く、次いで「業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」が16.8%、「職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施」が15.8%であった。コロナ流行前から実施している取組とコロナ流行以降に開始した取組を合計した現在行われている取組をみると、「業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」が48.9%と最も多く、次いで「職員の直行直帰の実施」が44.3%、「地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツールの導入」が36.9%であった。

図表 62 業務効率化や事業所内の工夫に係る取組

	件数		割合		
	①コロナ流行前 (2019年12月以前) から実施している取組	②コロナ流行以降 (2020年1月以降) に開始した取組	①コロナ流行前 (2019年12月以前) から実施している取組 n=2,271	②コロナ流行以降 (2020年1月以降) に開始した取組 n=2,271	現在行われている取組 【①+②】 n=2,271
地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツールの導入	625	214	27.5%	9.4%	36.9%
地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)	120	220	5.3%	9.7%	15.0%
地域の他事業所との衛生用品・資材の共同購入・共同備蓄	65	117	2.9%	5.2%	8.0%
他職種(介護職員など)向けの研修会の開催	398	133	17.5%	5.9%	23.4%
上記以外その他機関連携活動	218	50	9.6%	2.2%	11.8%
保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施	436	272	19.2%	12.0%	31.2%
業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入	729	381	32.1%	16.8%	48.9%
職員の直行直帰の実施	451	556	19.9%	24.5%	44.3%
管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施	72	227	3.2%	10.0%	13.2%
職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施	91	358	4.0%	15.8%	19.8%
外国人利用者への対応のための外国語版説明資料の準備	5	4	0.2%	0.2%	0.4%
その他	7	16	0.3%	0.7%	1.0%
特に該当するものはない	193	192	8.5%	8.5%	
無回答	680	861	29.9%	37.9%	

※上位3項目に網掛けをしている。

コロナ流行下において役に立った取組としては、「管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施」が52.2%と最も多く、次いで「職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施」が51.9%、「保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施」が49.4%であった。

図表 63 コロナ禍において役に立った業務効率化や事業所内の工夫に係る取組

	n	件数	割合
地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツールの導入	839	380	45.3%
地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)	340	92	27.1%
地域の他事業所との衛生用品・資材の共同購入・共同備蓄	182	75	41.2%
他職種(介護職員など)向けの研修会の開催	531	160	30.1%
上記以外の他機関連携活動	268	81	30.2%
保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施	708	350	49.4%
業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入	1110	506	45.6%
職員の直行直帰の実施	1007	490	48.7%
管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施	299	156	52.2%
職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施	449	233	51.9%
外国人利用者への対応のための外国語版説明資料の準備	9	1	11.1%
その他	23	11	47.8%

※nは、コロナ流行前から又は流行以降に実施していると回答した事業所の合計値である。

※上位3項目に網掛けをしている。

② 問 30 の業務効率化や事業所内の工夫に係る取組のうち、効果的な取組 問 31(自由記述)

具体的な内容の自由記述で 524 事業所から回答を得た。内容は以下のようなものだった。

「1. 地域の他事業所と共通した ICT 機器や情報共有ツールの導入」

70事業所から回答があり、導入している機器やアプリケーションが具体的に言及されていたものに注目すると、以下のような機器やアプリケーションが挙げられていた。

- ・ オンライン会議(18件)
- ・ MCS(メディカルケアシステム)(15件)
- ・ MCS 以外の医療系アプリケーション(バイタルリンク、iBOW 等)(5件)
- ・ LINE(5件)
- ・ タブレット・スマホ(5件)
- ・ 行政や医師会等が導入した情報共有システム(3件)

「2. 地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)」

17事業所から回答があり、具体的な内容として、「運営休止時の代替や応援のための連携」、「交流機会を設定」、「連携協定書を作成」であった。なお、「運営休止時の代替や応援のための連携」は、具体的に以下の様な回答があった。

- ・ 区内の訪問看護ステーション連絡会で、自事業所が閉鎖になった時の代替としての連携の仕組みを作成した。
- ・ 市内ステーション管理者が任意で管理者会を運営している。その中で、コロナ陽性でステーション休止等の場合、近隣ステーションへ利用者の訪問依頼をすることになっている。休止になったステーションがあり、実際に稼働した。
- ・ 事業所が運営できなかった場合、他事業所にも協力要請をして、どうしても外せない訪問業務の代行を依頼する。依頼を受けた事業所は、運営できない期間のみ代行訪問を行う。

「3. 地域の他事業所との衛生用品・資材の共同購入・共同備蓄」

6事業所から回答があり、具体的な内容としては、「行政・協会等から PPE が支給」、「他事業所と PPE を共同備蓄し備蓄情報を共有」、「法人による一括購入」であった。なお、「行政・協会等から PPE が支給」は、具体的に以下の様な回答があった。

- ・ マスクや抗原検査キット等地域の他事業所と共同備蓄(県より支給のものを地区の担当理事が管理)し、不足した事業所に配付するなどしている。
- ・ ブロックで、抗原検査キットやマスク、ガウンを購入した。
- ・ 行政や協会より感染予防物資の支援を受けた。

「4. 他職種(介護職員など)向けの研修会の開催」

19事業所から回答があり、具体的な内容としては、「オンラインによる講習会・研修会の実施」、「コロナウイルス感染症の現状や予防策に関する研修会を開催」であった。なお、「オンラインによる講習会・研修会の実施」は、具体的に以下の様な回答があった。

- ・ 研修会などはリモートにより参加しやすかった
- ・ Zoom 等を活用したカンファレンスや研修会を積極的に行うようになった
- ・ 介護サービス提供事業者連絡協議会の研修をオンラインで定期的に行い、参加しやすかった

「5. 1～4 以外他機関連携活動」

10事業所から回答があり、具体的な内容として、以下の様な意見があった。

- ・ 救急搬送の可能性を消防・救急外来に情報提供したことにより、ALS で呼吸器使用中の方や重症心不全の方等を安全かつスムーズに医療機関につなげた
- ・ 市の高齢福祉課が先導して訪問看護の連携強化事業を展開
- ・ 地域の医療・介護を市とで連携会議を実施
- ・ 地区の訪問看護管理者会での情報共有の場の設置、DMAT

「6. 保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施」

84事業所から回答があり、具体的な内容としては、「電話等にて病状確認・指導・相談を実施」が22件、「陽性者や濃厚接触者の病状確認」、「病状が不安定・悪化傾向にある方や緊急対応後のフォロー」、「オンラインを利用した退院前カンファレンス等の実施」であった。

電話やオンラインによる病状確認・療養指導による効果の意見としては、「早期対応が可能になる」、「感染予防や感染対策につながる」、「利用者の不安感や孤独感の解消につながる」であった。

電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施頻度に関する意見としては、「訪問日以外も電話等による連絡を実施している」が、「新型コロナウイルス感染症流行前より実施している」であった。

なお、電話・オンラインによる病状確認・療養指導による効果は、具体的に以下の様な回答があった。

- ・ 電話による病状確認は訪問のみならず、利用者の安心が得られた。また、病状予測が早期対応を可能にした。その影響は、訪問シフトを組む作業にも良い影響があった
- ・ 遠隔で、血圧や血糖、体重変動をモニタリングすることにより、タイムリーな受診が可能となった(ニプロ製ハートライン使用)
- ・ 訪問前に電話で状態確認し、利用者自身はコロナウイルス感染を疑っていなかったが、家族が高熱を出していることがわかり、検査を受けるよう促し、PCR 検査陽性が判明したケースがあった

「7. 業務効率化を目的とした ICT 機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」

153事業所から回答があり、以下のような機器やアプリケーションが挙げられていた。

- ・ タブレットやスマートフォンの導入・配布(88件)
- ・ 直行直帰やリモートワークの導入(68件)
- ・ MCS、LINE、電子カルテ等のシステムの導入(32 件)
- ・ オンライン会議の導入(29件)

「8. 職員の直行直帰の実施」「9. 管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施」「10. 職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施」まとめ

122事業所から回答があり、取組内容としては、「ICT 機器やアプリケーションの導入(タブレット、LINE、オンライン会議)」件、「感染者宅の訪問を 1 日の最後にする」、「時差出勤の併用」が4件、「社用車の導入」であった。

直行直帰やリモートワークによる効果に言及していた意見としては、「感染予防や感染対策につながる」、「業務効率や移動効率の向上」、「スタッフの心身負担の軽減やライフワークバランスの向上」であった。

直行直帰やリモートワークの留意事項として、「情報共有やスタッフ間のコミュニケーションが不足しがちになる」「ICT への対応が難しいスタッフがいる」「自宅での残業が増加する」等の意見があった。

なお、直行直帰やリモートワークの効果は、具体的に以下の様な回答があった。

- ・ 病状経過の把握と指導により、感染拡大(防止や家族の不安の軽減につながった。ICT 機器の導入により、在宅ワークの実施が可能であり、急なスタッフ不足にも対応し、ケアの継続・伝達できた。
- ・ 直行直帰をすることで時間の短縮ができ、より多くの訪問に回ることができる
- ・ コロナの1年前より社員全員(約 30 名)に iPad、携帯電話配布。直行直帰とリモートワークを推進した。これによってペーパーレス業務、事務所に集まらず業務遂行が多くの部分で可能となった。残業の短縮。暮らしにゆとりができています。
- ・ コロナ陽性者及び濃厚接触者への訪問を、その日の最後になるよう調整したことで感染対策となり、スタッフ自身の精神的な負担軽減につながったのではないかと感じている

(2) 地域連携活動に係る取組

① 事業所で実施している地域連携活動 問 33(複数回答)

コロナ流行前(2019年12月以前)から実施している取組は「実習生やインターンの受け入れ」が45.7%と最も多く、次いで「事業所として地域の行事や活動への参加」が24.2%、「他の事業所や多職種に対する研修会の開催」が22.4%であった。

コロナ流行後(2020年1月以降)に実施を始めた取組としては、「感染管理の看護師との連携」が13.1%と最も多く、次いで「実習生やインターンの受け入れ」が12.0%、「他の事業所や多職種に対する研修会の開催」が7.1%であった。なお、「特に該当するものはない」は18.3%であった。

コロナ流行前から実施している取組とコロナ流行以降に開始した取組を合計した現在行われている取組をみると、「実習生やインターンの受け入れ」が57.7%と最も多く、次いで「他の事業所や多職種に対する研修会の開催」が29.5%、「事業所として地域の行事や活動への参加」が29.1%であった。

図表 64 事業所で実施している地域連携活動

	件数			割合		
	コロナ流行前(2019年12月以前)から実施している取組	コロナ流行以降(2020年1月以降)に実施を始めた取組	コロナ流行下で活動を継続するために何らかの工夫や配慮を行った取組	①コロナ流行前(2019年12月以前)から実施している取組 n=2,271	②コロナ流行以降(2020年1月以降)に実施を始めた取組 n=2,271	現在行われている取組【①+②】 n=2,271
地域住民に向けた相談窓口・相談会の設置	291	58	49	12.8%	2.6%	15.4%
地域住民等に対する研修会の開催	264	39	53	11.6%	1.7%	13.3%
他の事業所や多職種に対する研修会の開催	509	162	170	22.4%	7.1%	29.5%
事業所として地域の行事や活動への参加	549	111	91	24.2%	4.9%	29.1%
災害時に協力し合える地域の体制整備への参画	265	148	93	11.7%	6.5%	18.2%
地域のニーズや課題に沿った活動(認知症カフェやまちの保健室等)	216	48	38	9.5%	2.1%	11.6%
感染管理の看護師との連携	328	297	183	14.4%	13.1%	27.5%
実習生やインターンの受け入れ	1,038	272	415	45.7%	12.0%	57.7%
その他	8	11	8	0.4%	0.5%	0.8%
特に該当するものはない	329	415	444	14.5%	18.3%	
無回答	574	1,177	1,215	25.3%	51.8%	

※上位3項目に網掛けをしている。

なお、コロナ流行下で活動を継続するために何らかの工夫や配慮を行った取組としては、「実習生やインターの受け入れ」が 31.7%と最も多く、次いで「感染管理看護師との連携」が 29.3%、「他の事業所や多職種に対する研修会の開催」が 25.3%であった。

図表 65 コロナ流行下で活動を継続するために何らかの工夫や配慮を行った取組

	n	件数	割合
地域住民に向けた相談窓口・相談会の設置	349	49	14.0%
地域住民等に対する研修会の開催	303	53	17.5%
他の事業所や多職種に対する研修会の開催	671	170	25.3%
事業所として地域の行事や活動への参加	660	91	13.8%
災害時に協力し合える地域の体制整備への参画	413	93	22.5%
地域のニーズや課題に沿った活動 (認知症カフェやまちの保健室等)	264	38	14.4%
感染管理の看護師との連携	625	183	29.3%
実習生やインターの受け入れ	1310	415	31.7%
その他	19	8	42.1%

※nは、コロナ流行前から又は流行以降に実施していると回答した事業所の合計値である。

※上位3項目に網掛けをしている。

② 問33の事業所で実施している地域連携活動の工夫した点や配慮した点 問 34(自由記述)

全体で 628 事業所から回答を得た。取組ごとに具体的な内容を整理すると、以下のようになった。

「1. 地域住民に向けた相談窓口・相談会の設置」

25事業所から回答があり、具体的に以下の様な回答があった。

相談者の募集方法	- パンフレットの配布(4 件) - 医師会・病院・家族会・商店街等と協力して募集(4件) - ホームページや SNS を活用して募集(2 件)
相談方法	- ICT を活用(オンライン、LINE、ホームページ)(3 件) - 電話相談(3件) - 自宅へ訪問し個別相談(1 件)
訪問時の感染対策	- 会場レイアウト(広さ、換気、パーテーション等)を工夫(4 件) - 人数を制限(2 件) - マスク・フェイスシールド・消毒に注意(2件)

「2. 地域住民等に対する研修会の開催」

34事業所から回答があり、具体的に以下の様な回答があった。

研修会の開催方法	- オンライン配信(10 件) - 地域のケーブルテレビと協力(1 件) - お便りの発送(1 件)
研修会の内容	介護や認知症教室(4 件)

	・ 訪問看護について(3 件) ・ その他(感染症対策、熱中症対策、骨粗しょう症等)
訪問時の感染対策	・ 人数を制限(10 件) ・ 会場レイアウト(広さ、換気、パーテーション等)を工夫(7 件) ・ マスク・フェイスシールド・消毒に注意(5 件)

「3. 他の事業所や多職種に対する研修会の開催」

109事業所から回答があり、具体的に以下の様な回答があった。

研修会の開催方法	・ オンライン配信(67 件)
研修会の内容	・ 感染症対策(16 件) ・ 事例検討(5 件) ・ 訪問看護について(3 件) ・ その他(BCP、グリーフケア、地域連携、家族支援等)
訪問時の感染対策	・ 会場レイアウト(広さ、換気、パーテーション等)を工夫(7 件) ・ 人数を制限(6 件) ・ マスク・フェイスシールド・消毒に注意(2 件)

「4. 事業所として地域の行事や活動への参加」

48事業所から回答があり、具体的に以下の様な回答があった。

行事・活動の内容	・ 地域のまつりでの健康相談や健康系イベントへの参加(10 件) ・ 地域のケア会議や連絡会へ参加(7 件) ・ 老人クラブや認知症講座に参加(4 件) ・ 地域見守り隊へ参加(1 件)
行事・活動への参加方法	・ オンライン開催(19 件) ・ 各種感染対策をして参加(8件)

「5. 災害時に協力し合える地域の体制整備への参画」

59事業所から回答があり、具体的に以下の様な回答があった。

連携先	・ 地域のステーションの連絡会への参画(37 件) ・ 行政・医師会等との連携(10 件)
連携の状況	・ 協定書やルールがある、または実際に相互援助実施経験がある(14 件) ・ 連携体制に向けて検討をしている(13 件) ・ BCP を策定している(10 件) ・ 情報共有や勉強会を実施している(5件)

「6. 地域のニーズや課題に沿った活動（認知症カフェやまちの保健室等）」

19事業所から回答があり、具体的に以下の様な回答があった。

活動内容	・ 認知症について(4 件) ・ グリーフケアについて(1 件) ・ 通所型サービス C について(1 件) ・ 骨粗しょう症について(1 件) ・ 熱中症予防について(1 件) ・ 体操教室・交流会(1 件) ・ ぐらしの保健室(1 件)
活動方法	・ オンライン開催(6 件) ・ 各種感染対策をして参加(5 件)

「7. 感染管理の看護師との連携」

95事業所から回答があり、具体的に以下の様な回答があった。

連携内容	・ 感染予防方法の相談(PPE、ガウン装着方法、ゾーニング等)(31 件) ・ 研修会・講習会・実地指導の実施(23 件) ・ 利用者・訪問施設が感染した場合の対応方法を相談(クラスター発生施設等)(13 件) ・ 最新の感染情報等の共有(4 件)
感染管理の看護師の所属	・ 同一法人(29 件) ・ 地域の協力病院(4 件) ・ 他ステーションの看護師(2 件)

「8. 実習生やインターンの受け入れ」

234事業所から回答があった。

・ 時間の短縮・調整や訪問件数の制限(75 件) ・ 事前の体調チェック・PCR 検査・抗原検査の実施(48 件) ・ 感染対策の徹底(40 件) ・ オンライン・動画の活用(34 件) ・ 実習生の人数制限(26 件) ・ 利用者への説明・確認(23 件) ・ ステーションでの事例検討・演習・カルテ実習、振り返りを工夫(18 件) ・ 同行訪問するが利用者に接触しない・見学のみ(17 件) ・ マスク・消毒・フェイスシールドの装着(15 件) ・ 中止したことがある(14 件) ・ ワクチン接種の確認(11 件) ・ パーテーション設置等のステーションのレイアウト調整の工夫(7 件) ・ 実習生の行動制限(4 件)
--

5) 電話等による病状確認・療養指導⁴

(1) 2022 年 6～8 月に実施した訪問看護計画に沿った電話等による病状確認・療養指導の実施と利用者等の状況 問 32

問30において、①コロナ流行前、②コロナ流行以降のいずれかにおいて「6. 保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施」と回答した708事業所に対して、2022 年6～8 月の電話等による病状確認・療養指導の実施状況と利用者等の状況について尋ねた。

- ① 訪問看護計画に沿った電話等による病状確認・療養指導を行った利用者等 問 32①(単一回答)
平均人数は、介護保険の利用者、医療保険の利用者いずれも「1～5 人」が最も多くなっていた。

図表 66 1日平均人数

	割合	
	介護保険 n=708	医療保険 n=708
1～5人	56.6%	63.0%
6～10人	1.8%	2.3%
11～15人	0.4%	0.3%
16人以上	0.4%	0.7%
0名(いない)	28.5%	23.2%
無回答	12.1%	10.6%
全 体	100.0%	100.0%

また、平均回数は、介護保険の利用者、医療保険の利用者いずれも「1～5 回」が最も多くなっていた。

図表 67 利用者等 1 人当たりの月平均回数⁵

	割合	
	介護保険 n=506	医療保険 n=544
1～5回	76.1%	74.6%
6～10回	5.1%	5.9%
11～20回	0.6%	2.6%
21回以上	0.6%	2.2%
無回答	17.6%	14.7%
全 体	100.0%	100.0%

⁴当設問において、「電話等」とは、電話やFAX、zoom等のWeb会議システム、SNS等、利用者と直接対面しないツールを指す。また、「利用者等」とは、利用者本人及び利用者の家族を指す。

⁵ 介護保険の n=506 は、問 30 において選択肢6を選んだ 708 事業所のうち、1 日平均人数が「0名(いない)」と回答した事業所を除いた事業所数である。同様に、医療保険の n=544 は、全体の 708 事業所のうち 1 日平均人数が「0名(いない)」と回答した事業所を除いた事業所数である。これらの n 値の求め方は、アンケート調査票の設計に基づき算出している。

緊急対応のために電話等による病状確認・療養指導を行った利用者等 1 人当たりの月平均回数は、介護保険の利用者、医療保険の利用者いずれも「1～5 回」が最も多くなっていた。

図表 68 緊急対応のための利用者等 1 人当たりの月平均回数

	割合	
	介護保険 n=506	医療保険 n=544
1～5回	60.1%	59.7%
6～10回	1.6%	2.8%
11～20回	0.4%	1.1%
21回以上	0.4%	0.4%
無回答	37.5%	36.0%
全 体	100.0%	100.0%

② 電話等による訪問看護計画に沿った病状確認・療養指導を行った 1 回の平均時間
問 32②(単一回答)

1 回の平均時間は、介護保険の利用者に対しては「5 分未満」が 36.0%と最も多くなっていた。
医療保険の利用者に対しては、「5～10 分未満」が 38.1%と最も多くなっていた。

図表 69 1 回平均時間

	割合	
	介護保険 n=506	医療保険 n=544
5分未満	36.0%	31.1%
5～10分未満	35.2%	38.1%
10～30分未満	10.1%	13.6%
30分以上	0.6%	2.6%
無回答	18.2%	14.7%
全 体	100.0%	100.0%

③ 電話等による訪問看護計画に沿った病状確認・療養指導において用いている通信手段・機器 問 32③(複数回答)

用いている通信手段・機器は、「電話(音声のみ)」が 94.0%と最も多く、次いで「電子メール」が 13.1%、「SNS」が 11.9%であった。

図表 70 通信手段・機器⁶

	割合 n=597
電話(音声のみ)	94.0%
TV電話等	3.5%
SNS	11.9%
電子メール	13.1%
その他	1.5%
無回答	5.4%

④ 電話等による訪問看護計画に沿った病状確認・療養指導を行った利用者の状態 問 32④(複数回答)
た利用者の状態は、「新型コロナウイルスへの感染を懸念した利用者」が 69.3%と最も多く、次いで「独居の利用者」が 38.2%、「緊急対応が必要な状態の利用者」が 34.5%であった。

図表 71 利用者の状態

	割合 n=597
新型コロナウイルスへの感染を懸念した利用者	69.3%
ターミナルの利用者	31.7%
精神疾患のある利用者	27.5%
認知症がある利用者	21.3%
小児(18歳未満)の利用者	10.1%
独居の利用者	38.2%
緊急対応が必要な状態の利用者	34.5%
医療処置や特別管理の状態の利用者	30.8%
その他	6.0%
無回答	5.5%

⁶ n=597 は、問 30 において選択肢6を選んだ 708 事業所のうち、2022 年6～8 月の期間に、介護保険又は医療保険により電話等による病状確認・療養指導を行った利用者の 1 日平均人数が「0人(いない)」の事業所を除いた数である。

- ⑤ 電話等による訪問看護計画に沿った病状確認・療養指導を行うタイミング 問 32⑤(複数回答)
 行うタイミングとしては、「次の訪問までに状態が変わる可能性が高い場合」が78.7%と最も多く、次いで「緊急訪問の翌日」が42.0%、「利用者に対して服薬を促し確認するため」が33.2%であった。

図表 72 電話等による訪問看護計画に沿った病状確認・療養指導を行うタイミング

	割合 n=597
緊急訪問の翌日	42.0%
次の訪問までに状態が変わる可能性が高い場合	78.7%
利用者に対して服薬を促し確認するため	33.2%
その他	13.9%
無回答	6.4%

- ⑥ 電話等による訪問看護計画に沿った病状確認・療養指導を行った効果 問 32⑥(複数回答)
 行った効果としては、「利用者・家族が精神的に落ち着いた」が80.6%と最も多く、次いで「病状の悪化を防止した」が55.8%、「早期受診につながった」が35.7%であった。

図表 73 電話等による訪問看護計画に沿った病状確認・療養指導を行った効果

	割合 n=597
入院を回避できた	17.6%
病状の悪化を防止した	55.8%
早期受診につながった	35.7%
利用者・家族が精神的に落ち着いた	80.6%
その他	2.5%
無回答	6.5%

- ⑦ 電話等による病状確認・療養指導を行ったが算定できなかった利用者の有無 問 32⑦(単一回答)
 算定できなかった利用者の有無は、「いた」が73.4%であった。

図表 74 算定できなかった利用者の有無

	割合 n=597
いた	73.4%
いなかった	20.3%
無回答	6.4%
全 体	100.0%

⑧ 算定できなかった理由 問 32⑦(複数回答)

電話等による病状確認・療養指導を行ったが算定できなかった利用者が「いた」と回答した事業所の算定できなかった理由としては、「算定要件に当てはまらなかった」が 62.8%と最も多かった。

図表 75 算定できなかった理由

	割合 n=438
算定要件に当てはまらなかった	62.8%
本人・家族の同意が得られなかった	16.2%
当該月に訪問看護を1日以上提供していなかった	18.3%
主治医の指示が受けられなかった	18.7%
その他	19.9%
無回答	1.1%

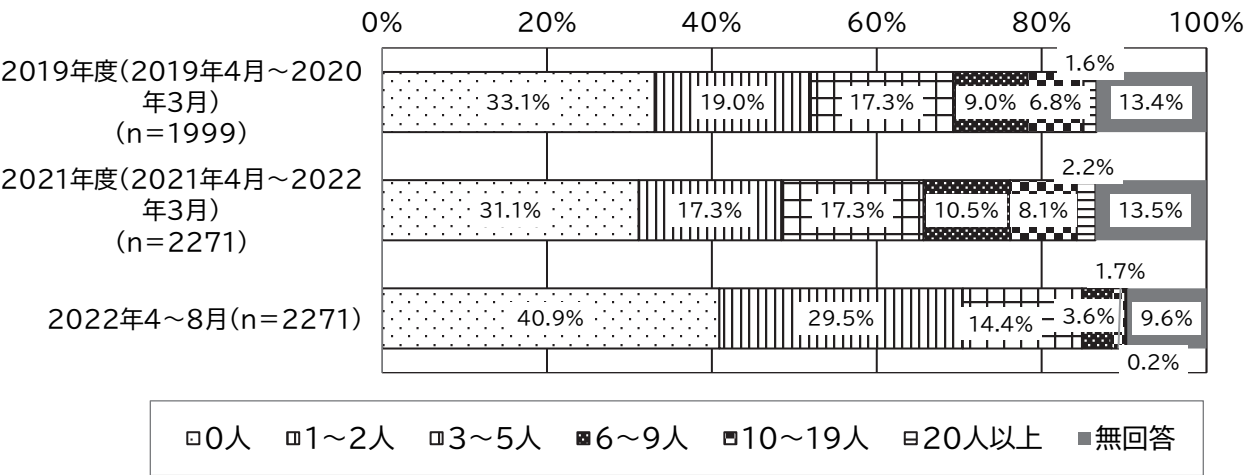
6) 新型コロナウイルス感染症流行下におけるターミナルケアの実施状況

(1) 各時期における在宅での死亡者 問 35(数値記入)

① 在宅で死亡した利用者数、及びターミナルケア加算の算定数(介護保険)

介護保険の利用者に関して在宅で死亡した利用者数は、2019 年4月～2020 年 3 月、2021 年4月～2022 年 3 月、2022 年 4～8 月のいずれも「0 人」が最も多くなっていた。なお、1 事業所当たりの平均人数は、2019 年度が 3.4 人、2020 年度が 4.0 人、2022 年 4～8 月が 1.6 人であった。

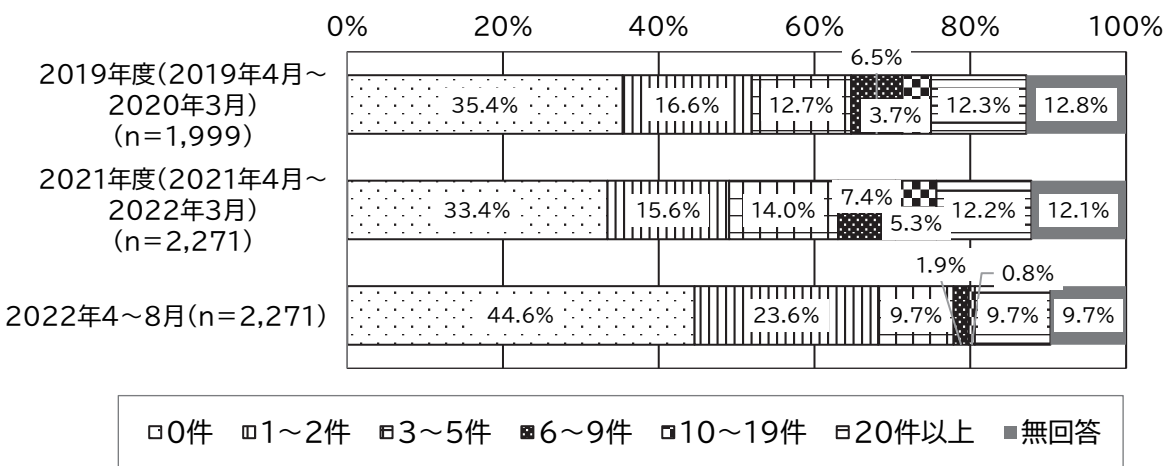
図表 76 在宅で死亡した利用者数(介護保険)



	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
2019年度(2019年4月～2020年3月)	3.4人	2人	5.5	0人	64人
2021年度(2021年4月～2022年3月)	4.0人	2人	6.9	0人	141人
2022年4～8月	1.6人	1人	2.8	0人	42人

また、ターミナルケア加算の算定数は、2019 年度、2021 年度、2022 年 4～8 月のいずれも「0 件」が最も多くなっていた。なお、1 事業所当たりの平均件数は、2019 年度が 2.3 件、2020 年度が 2.8 件、2022 年 4～8 月が 1.1 件であった。

図表 77 ターミナルケア加算の算定数(介護保険)

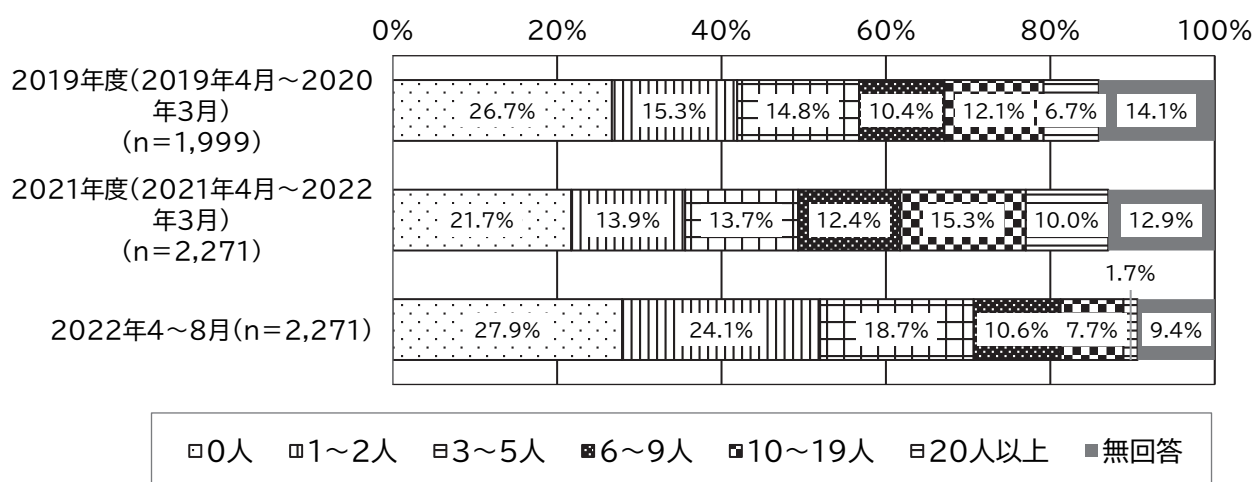


	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
2019年度(2019年4月～2020年3月)	2.3件	1件	3.8	0件	49件
2021年度(2021年4月～2022年3月)	2.8件	1件	4.7	0件	59件
2022年4～8月	1.1件	0件	2.0	0件	25件

② 在宅で死亡した利用者数、及びターミナルケア療養費の算定数(医療保険)

医療保険の利用者に関して、在宅で死亡した利用者数は、2019 年度、2021 年度、2022 年 4～8 月のいずれも「0 人」が最も多くなっていた。なお、1 事業所当たりの平均人数は、2019 年度が 6.1 人、2020 年度が 8.3 人、2022 年 4～8 月が 3.6 人であった。

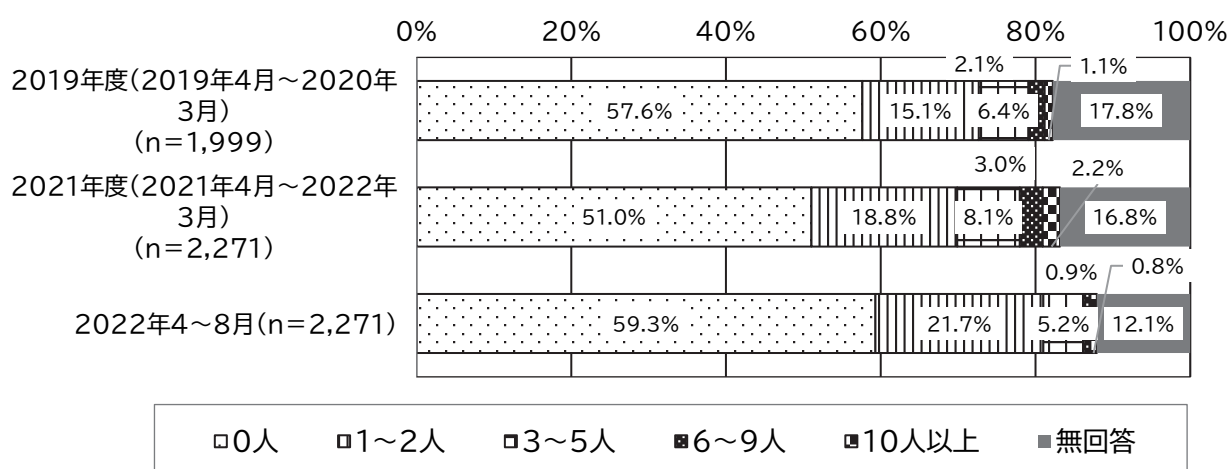
図表 78 在宅で死亡した利用者数(医療保険)



	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
2019年度(2019年4月～2020年3月)	6.1人	3人	9.2	0人	86人
2021年度(2021年4月～2022年3月)	8.3人	4人	12.1	0人	125人
2022年4～8月	3.6人	2人	5.4	0人	58人

また、在宅で死亡した利用者(医療保険)のうち、特別指示書により医療保険の対象となった利用者数は、1 事業所当たりの平均人数は、2019 年度が 0.9 人、2021 年度が 1.4 人、2022 年 4～8 月が 0.7 人となっていた。

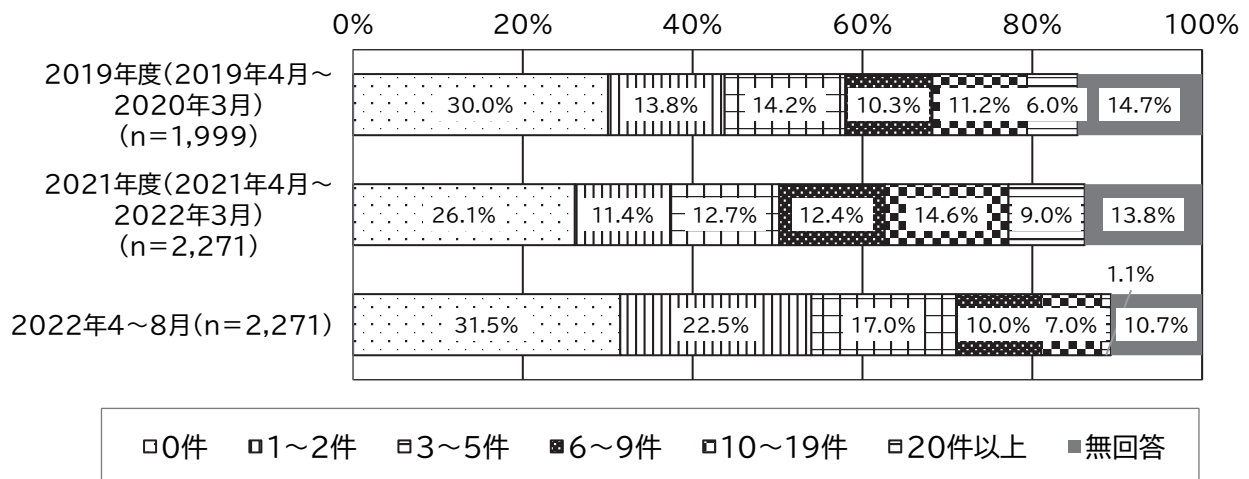
図表 79 在宅で死亡した利用者(医療保険)のうち、特別指示書により医療保険の対象となった利用者数



	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
2019年度(2019年4月～2020年3月)	0.9人	0人	2.2	0人	27人
2021年度(2021年4月～2022年3月)	1.4人	0人	3.5	0人	62人
2022年4～8月	0.7人	0人	1.7	0人	19人

ターミナルケア療養費の算定数は、2019 年度、2021 年度、2022 年 4～8 月いずれも「0 件」が最も多くなっていた。なお、1 事業所当たりの平均件数は、2019 年度が 5.6 件、2021 年度が 7.7 件、2022 年 4～8 月が 3.3 件であった。

図表 80 ターミナルケア療養費の算定数(医療保険)



	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
2019年度(2019年4月～2020年3月)	5.6件	2件	8.4	0件	76件
2021年度(2021年4月～2022年3月)	7.7件	4件	11.9	0件	186件
2022年4～8月	3.3件	1件	5.1	0件	57件

(2) 2022 年 8 月末までの直近の利用者について⁷

【介護保険】

介護保険の個票の記載は、970 件であった。

① 利用者の年齢 問 36_a(単一回答)

利用者の年齢は、「90 歳以上」が 55.8%と最も多かった。

図表 81 利用者の年齢

	件数	割合 n=970
40～64歳	9	0.9%
65～69歳	11	1.1%
70歳代	90	9.3%
80歳代	317	32.7%
90歳以上	541	55.8%
無回答	2	0.2%
全 体	970	100.0%

⁷ 問36では、問35が無回答だった事業所も集計対象としている。それは、問35は 2019 年度以降のターミナルケアの実績を尋ねているが、問36においては期間を定めず直近の利用者についてたずねており、2018 年度以前の実績を回答している可能性があるためである。

利用者の要介護度 問 36_b(単一回答)

「要介護 5」が 47.2%と最も多かった。

図表 82 利用者の要介護度

	件数	割合 n=970
要介護1	37	3.8%
要介護2	70	7.2%
要介護3	118	12.2%
要介護4	273	28.1%
要介護5	458	47.2%
無回答	14	1.4%
全 体	970	100.0%

② 利用者の主病名 問 36_c(単一回答)

主病名は、「老衰」が 37.9%と最も多かった。

図表 83 利用者の主病名

	件数	割合 n=970
悪性腫瘍	141	14.5%
心疾患	136	14.0%
老衰	368	37.9%
脳血管障害	72	7.4%
肺炎・誤嚥性肺炎	88	9.1%
その他	129	13.3%
無回答	36	3.7%
全 体	970	100.0%

③ 死亡日前 14 日間で実施したケア 問 36_d(複数回答)

実施したケアは、「清潔援助」が 83.6%と最も多く、次いで「家族の療養指導」が 76.9%、「排泄管理」が 72.8%であった。

図表 84 死亡日前 14 日間で実施したケア

	件数	割合 n=970
吸引	348	35.9%
点滴	438	45.2%
医療処置	337	34.7%
症状緩和	430	44.3%
清潔援助	811	83.6%
排泄管理	706	72.8%
栄養管理	243	25.1%
家族の療養指導	746	76.9%
ガイドラインに基づくACP(意思決定支援)	408	42.1%
その他	65	6.7%

④ 死亡日前 14 日間に訪問した日数 問 36_e(数値記入)

死亡日前 14 日間に訪問した日数の内、総訪問日数は、「4～6 日」が 31.2%と最も多く、事業所当たりの平均日数は 7.5 日であった。

図表 85 死亡日前 14 日間に訪問した日数(総訪問日数)

	件数	割合 n=970
1～3日	146	15.1%
4～6日	303	31.2%
7～9日	190	19.6%
10～12日	119	12.3%
13～14日	160	16.5%
15以上の記載(無効回答)	44	4.5%
無回答	8	0.8%
全 体	970	100.0%
平均値	7.5日	
中央値	7日	
標準偏差	3.9日	
最小値	1日	
最大値	14日	

次に、死亡日前 14 日間に訪問した総訪問日数の内、複数回訪問を実施した 1 事業所当たりの平均日数は、1.7 日、複数名訪問を実施した平均日数は 0.5 日、緊急訪問した平均日数は 1.3 日、早朝・夜間・深夜に訪問した平均日数は 0.9 日であった。

図表 86 死亡日前 14 日間に訪問した日数(うち複数回・複数名訪問した日数)

総訪問日数のうち		0日	1日	2日	3～6日	7日以上	無効・無回答	全体
件数	複数回訪問を実施した日数	475	165	101	93	65	52	970
	複数名訪問を実施した日数	762	54	32	32	15	52	970
	緊急訪問を実施した日数	272	321	183	120	6	52	970
	早朝・夜間・深夜に訪問を実施した日数	451	295	107	38	9	52	970
割合	複数回訪問を実施した日数	49.0%	17.0%	10.4%	9.6%	6.7%	5.4%	100.0%
	複数名訪問を実施した日数	78.6%	5.6%	3.3%	3.3%	1.5%	5.4%	100.0%
	緊急訪問を実施した日数	28.0%	33.1%	18.9%	12.4%	0.6%	5.4%	100.0%
	早朝・夜間・深夜に訪問を実施した日数	46.5%	30.4%	11.0%	3.9%	0.9%	5.4%	100.0%

総訪問日数のうち		平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
	複数回訪問を実施した日数	1.7日	0日	3.3日	0日	14日
	複数名訪問を実施した日数	0.5日	0日	1.7日	0日	14日
	緊急訪問を実施した日数	1.3日	1日	1.3日	0日	14日
	早朝・夜間・深夜に訪問を実施した日数	0.9日	1日	1.5日	0日	14日

⑤ 訪問 1 回当たりの所要時間(保険請求分ではなく実際にかかった時間) 問 36_f(数値記入)

1 回当たりの実際にかかった時間は、30 分～60 分未満では「3～6日」が 32.0%と最も多かった。

図表 87 訪問 1 回当たりの所要時間(保険請求分ではなく実際にかかった時間)

		0日	1日	2日	3～6日	7日以上	無効・無回答	全体
件数	30分未満	602	97	73	93	31	72	970
	30分～60分未満	137	86	124	310	244	69	970
	60分～90分未満	500	129	80	124	67	70	970
	90分以上	732	100	28	22	8	80	970
割合	30分未満	62.1%	10.0%	7.5%	9.6%	3.2%	7.4%	100.0%
	30分～60分未満	14.1%	8.9%	12.8%	32.0%	25.2%	7.1%	100.0%
	60分～90分未満	51.5%	13.3%	8.2%	12.8%	6.9%	7.2%	100.0%
	90分以上	75.5%	10.3%	2.9%	2.3%	0.8%	8.2%	100.0%

		平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
	30分未満	1.1日	0日	2.4日	0日	14日
	30分～60分未満	4.7日	4日	4.1日	0日	14日
	60分～90分未満	1.6日	0日	2.8日	0日	14日
	90分以上	0.4日	0日	1.2日	0日	14日

【医療保険】

医療保険の個票の記載は、1153 件であった。

① 利用者の年齢 問 36_a(単一回答)

年齢は、「80 歳代」が 35.0%と最も多かった。

図表 88 利用者の年齢

	件数	割合 n=1,153
19歳以下	6	0.5%
20歳代	4	0.3%
30歳代	3	0.3%
40～64歳	125	10.8%
65～69歳	72	6.2%
70歳代	300	26.0%
80歳代	403	35.0%
90歳以上	236	20.5%
無回答	4	0.3%
全 体	1,153	100.0%

② 利用者の要介護度 問 36_b(単一回答)

「要介護 5」が 23.6%と最も多かった。

図表 89 利用者の要介護度

	件数	割合 n=1,153
要支援1	18	1.6%
要支援2	34	2.9%
要介護1	84	7.3%
要介護2	147	12.7%
要介護3	168	14.6%
要介護4	194	16.8%
要介護5	272	23.6%
非該当(自立)	32	2.8%
対象外	107	9.3%
無回答	97	8.4%
全 体	1,153	100%

③ 利用者の主病名 問 36_c(単一回答)

主病名は、「悪性腫瘍」が 75.6%と最も多く、全体の半数を超えていた。

図表 90 利用者の主病名

	件数	割合 n=1,153
悪性腫瘍	872	75.6%
心疾患	35	3.0%
老衰	89	7.7%
脳血管障害	13	1.1%
肺炎・誤嚥性肺炎	43	3.7%
その他	81	7.0%
無回答	20	1.7%
全 体	1,153	100.0%

④ 死亡日前 14 日間で実施したケア 問 36_d(複数回答)

実施したケアは、「清潔援助」が 81.9%と最も多く、次いで「家族の療養指導」が 72.4%、「排泄管理」が 70.0%であった。

図表 91 死亡日前 14 日間で実施したケア

	件数	割合 n=1,153
吸引	419	36.3%
点滴	628	54.5%
医療処置	552	47.9%
症状緩和	773	67.0%
清潔援助	944	81.9%
排泄管理	807	70.0%
栄養管理	328	28.4%
家族の療養指導	835	72.4%
ガイドラインに基づくACP(意思決定支援)	491	42.6%
その他	73	6.3%

⑤ 死亡日前 14 日間に訪問した日数 問 36_e(数値記入)

死亡日前 14 日間に訪問した日数の内、訪問した日数は、「13～14 日」が 27.8%と最も多かった。1 事業所当たりの平均日数は 8.9 日であった。

図表 92 死亡日前 14 日間に訪問した日数(総訪問日数)

	件数	割合 n=1,153
1～3日	103	8.9%
4～6日	242	21.0%
7～9日	231	20.0%
10～12日	163	14.1%
13～14日	320	27.8%
15日以上(無効回答)	76	6.6%
無回答	18	1.6%
全 体	1,153	100.0%
平均値	8.9日	
中央値	9日	
標準偏差	4.0日	
最小値	1日	
最大値	14日	

死亡日前 14 日間に訪問した内、複数回訪問した 1 事業所当たりの平均は 3.1 日、複数名で訪問した平均日数は 0.8 日、緊急訪問した平均日数は 1.5 日、早朝・夜間・深夜に訪問した平均日数は 1.1 日であった。

図表 93 死亡日前 14 日間に訪問した日数(うち複数回・複数名訪問した日数)

総訪問日数のうち		0日	1日	2日	3～6日	7日以上	無効・無回答	全体
件数	複数回訪問を実施した日数	364	188	136	167	185	113	1,153
	複数名訪問を実施した日数	796	80	71	44	43	119	1,153
	緊急訪問を実施した日数	275	363	190	190	18	117	1,153
	早朝・夜間・深夜に訪問を実施した日数	444	345	120	86	24	134	1,153
割合	複数回訪問を実施した日数	34.4%	17.8%	12.8%	15.8%	17.5%	10.7%	100.0%
	複数名訪問を実施した日数	75.2%	7.6%	6.7%	4.2%	4.1%	11.2%	100.0%
	緊急訪問を実施した日数	26.0%	34.3%	17.9%	17.9%	1.7%	11.0%	100.0%
	早朝・夜間・深夜に訪問を実施した日数	41.9%	32.6%	11.3%	8.1%	2.3%	12.7%	100.0%

総訪問日数のうち		平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
	複数回訪問を実施した日数	3.1日	1日	4.3日	0日	14日
	複数名訪問を実施した日数	0.8日	0日	2.4日	0日	14日
	緊急訪問を実施した日数	1.5日	1日	1.7日	0日	14日
	早朝・夜間・深夜に訪問を実施した日数	1.1日	1日	1.9日	0日	14日

- ⑥ 訪問 1 回当たりの所要時間(保険請求分ではなく実際にかかった時間) 問 36_f(数値記入)
 保険請求できなくても実際にかかった時間は、30 分～60 分未満では「7 日以上」が 37.3%と最も多かった。

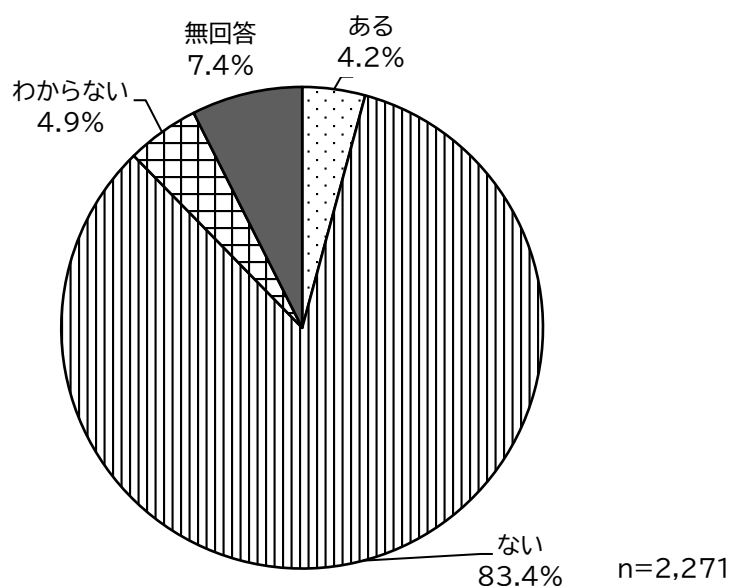
図表 94 訪問 1 回当たりの所要時間(保険請求分ではなく実際にかかった時間)

		0日	1日	2日	3～6日	7日以上	無効・無回答	全体
件数	30分未満	824	66	34	55	80	94	1,153
	30分～60分未満	206	84	82	292	395	94	1,153
	60分～90分未満	485	112	91	188	183	94	1,153
	90分以上	762	142	46	48	61	94	1,153
割合	30分未満	77.8%	6.2%	3.2%	5.2%	7.6%	8.9%	100.0%
	30分～60分未満	19.5%	7.9%	7.7%	27.6%	37.3%	8.9%	100.0%
	60分～90分未満	45.8%	10.6%	8.6%	17.8%	17.3%	8.9%	100.0%
	90分以上	72.0%	13.4%	4.3%	4.5%	5.8%	8.9%	100.0%

		平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
	30分未満	0.8日	0日	2.4日	0日	14日
	30分～60分未満	5.4日	4日	5.0日	0日	14日
	60分～90分未満	2.6日	1日	3.7日	0日	14日
	90分以上	0.6日	0日	1.7日	0日	14日

- ⑦ 介護保険を利用する要支援者に対してのターミナルケアの提供の有無 問 37(1)(単一回答)
要支援者に対してのターミナルケアの提供の有無は、「ある」は 4.2%であった。

図表 95 介護保険を利用する要支援者に対してのターミナルケアの提供の有無



(3) 2022 年 8 月末までに、直近でターミナルケアを提供した要支援者の利用者⁸

- ① 利用者の年齢 問 37_a(単一回答)
年齢は、「90 歳以上」が 30.2%と最も多かった。

図表 96 利用者の年齢

	件数	割合 n=96
40～64歳	9	9.4%
65～69歳	8	8.3%
70歳代	23	24.0%
80歳代	21	21.9%
90歳以上	29	30.2%
無回答	6	6.3%
全 体	96	100.0%

⁸ 本設問は、問 37(1)の介護保険を利用する要支援者に対してのターミナルケアの提供の有無で「ある」と回答した方のみを対象。

② 利用者の要支援度 問 37_b(単一回答)

「要支援 2」が 70.8%と最も多かった。

図表 97 利用者の要介護度

	件数	割合 n=96
要支援1	19	19.8%
要支援2	68	70.8%
無回答	9	9.4%
全 体	96	100.0%

③ 利用者の主病名 問 37_c(単一回答)

主病名は、「悪性腫瘍」が 52.1%と最も多かった。

図表 98 利用者の主病名

	件数	割合 n=96
悪性腫瘍	50	52.1%
心疾患	8	8.3%
老衰	14	14.6%
脳血管障害	0	0.0%
肺炎・誤嚥性肺炎	8	8.3%
その他	9	9.4%
無回答	7	7.3%
全 体	96	100.0%

④ 死亡日前 14 日間で実施したケア 問 37_d(複数回答)

実施したケアは、「清潔援助」が 62.5%と最く、次いで「家族の療養指導」が 61.5%、「症状緩和」が 56.3%であった。

図表 99 死亡日前 14 日間で実施したケア

	件数	割合 n=96
吸引	11	11.5%
点滴	30	31.3%
医療処置	29	30.2%
症状緩和	54	56.3%
清潔援助	60	62.5%
排泄管理	41	42.7%
栄養管理	29	30.2%
家族の療養指導	59	61.5%
ガイドラインに基づくACP(意思決定支援)	47	49.0%
その他	4	4.2%
無回答	6	6.3%

⑤ 死亡日前 14 日間に訪問した日数 問 37_e(数値記入)

死亡日前 14 日間の訪問日数は、「4～6 日」が 36.5%と最も多かった

1 事業所当たりの平均日数は 6.0 日であった。

図表 100 死亡日前 14 日間に訪問した日数(総訪問日数)

総訪問日数	件数	割合 n=96	割合 (除無回答) n=88
1～3日	30	31.3%	34.1%
4～6日	35	36.5%	39.8%
7～9日	7	7.3%	8.0%
10～12日	6	6.3%	6.8%
13～14日	7	7.3%	8.0%
15日以上	3	3.1%	3.4%
無回答	8	8.3%	—
全 体	96	100.0%	100.0%
平均値	6.0日		
中央値	4日		
標準偏差	5.2		
最小値	1日		
最大値	30日		

次に、死亡日前 14 日間に訪問した総訪問日数のうち、複数回訪問した日数は、1 事業所当たり平均 1.5 日、複数名で訪問した日数の平均は 0.5 日、緊急で訪問した日数の平均は 1.5 日、早朝・夜間・深夜に訪問した日数の平均は 1.1 日であった。

図表 101 死亡日前 14 日間に訪問した日数(うち複数回・複数名訪問した日数)

総訪問日数のうち		0日	1日	2日	3～6日	7日以上	無回答	全体
件数	複数回訪問を実施した日数	54	16	2	7	6	11	96
	複数名訪問を実施した日数	64	4	4	3	1	20	96
	緊急訪問を実施した日数	16	36	14	8	2	20	96
	早朝・夜間・深夜に訪問を実施した日数	32	31	2	6	2	23	96
割合	複数回訪問を実施した日数 n=96	56.3%	16.7%	2.1%	7.3%	6.3%	11.5%	100.0%
	複数名訪問を実施した日数 n=96	66.7%	4.2%	4.2%	3.1%	1.0%	20.8%	100.0%
	緊急訪問を実施した日数 n=96	16.7%	37.5%	14.6%	8.3%	2.1%	20.8%	100.0%
	早朝・夜間・深夜に訪問を実施した日数 n=96	33.3%	32.3%	2.1%	6.3%	2.1%	24.0%	100.0%

総訪問日数のうち		平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
	複数回訪問を実施した日数	1.5日	0日	4.0	0日	30日
	複数名訪問を実施した日数	0.5日	0日	1.7	0日	11日
	緊急訪問を実施した日数	1.5日	1日	1.6	0日	10日
	早朝・夜間・深夜に訪問を実施した日数	1.1日	1日	2.2	0日	14日

- ⑥ 訪問 1 回当たりの所要時間(保険請求分ではなく実際にかかった時間) 問 37_f(数値記入)
 保険請求分ではなく実際にかかった時間は、30 分～60 分未満では「3～6 日」が 32.3%と最も多かった。

図表 102 訪問 1 回当たりの所要時間(保険請求分ではなく実際にかかった時間)

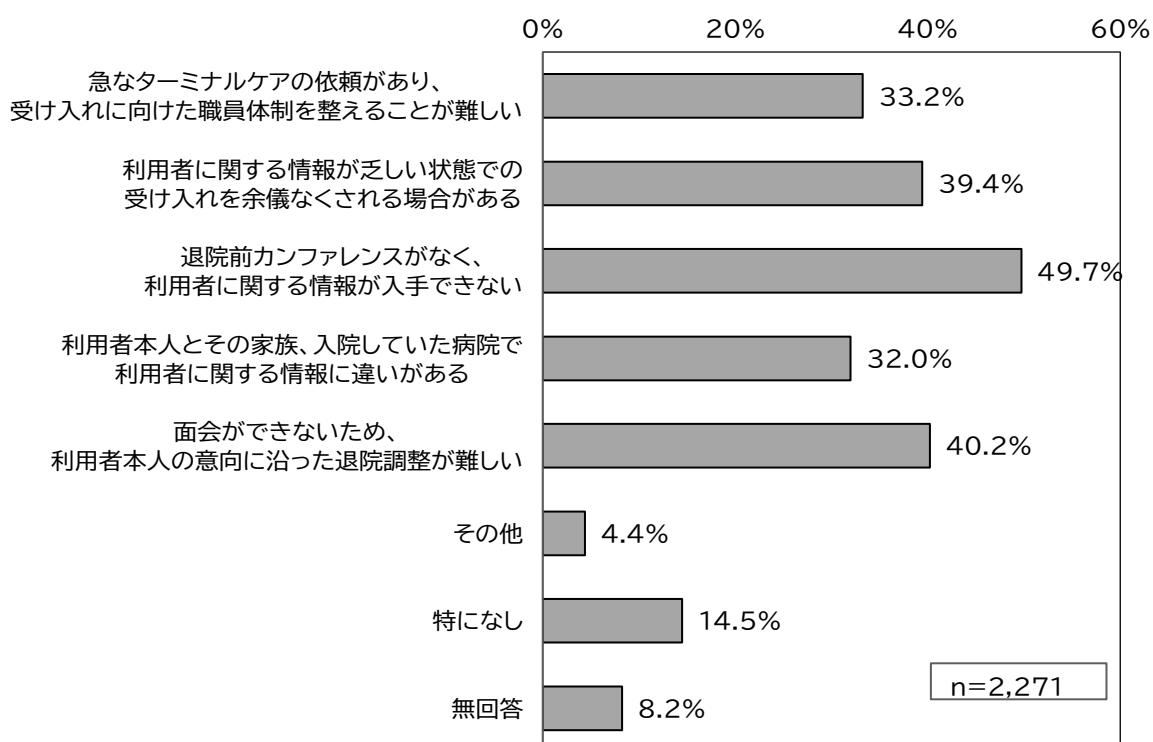
		0日	1日	2日	3～6日	7日以上	無回答	全体
件数	30分未満	53	4	6	7	3	23	96
	30分～60分未満	17	10	12	31	10	16	96
	60分～90分未満	49	7	4	10	3	23	96
	90分以上	42	11	1	0	1	41	96
割合	30分未満	n=96 55.2%	4.2%	6.3%	7.3%	3.1%	24.0%	100.0%
	30分～60分未満	n=96 17.7%	10.4%	12.5%	32.3%	10.4%	16.7%	100.0%
	60分～90分未満	n=96 51.0%	7.3%	4.2%	10.4%	3.1%	24.0%	100.0%
	90分以上	n=96 43.8%	11.5%	1.0%	0.0%	1.0%	42.7%	100.0%

		平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
	30分未満	1.5日	0日	4.8	0日	30日
	30分～60分未満	3.5日	3日	3.5	0日	14日
	60分～90分未満	1.3日	0日	2.8	0日	15日
	90分以上	0.5日	0日	1.9	0日	14日

- (4) 新型コロナウイルス感染症流行下において、ターミナルケアを実施する上で困難な点 問 38(複数回答)

新型コロナウイルス感染症流行下において、ターミナルケアを実施する上で困難な点は、「退院前カンファレンスがなく、利用者に関する情報が入手できない」が 49.7%と最も多く、次いで「面会ができないため、利用者本人の意向に沿った退院調整が難しい」が 40.2%、「利用者に関する情報が乏しい状態での受け入れを余儀なくされる場合がある」が 39.4%であった。

図表 103 新型コロナウイルス感染症流行下において、ターミナルケアを実施する上で困難な点

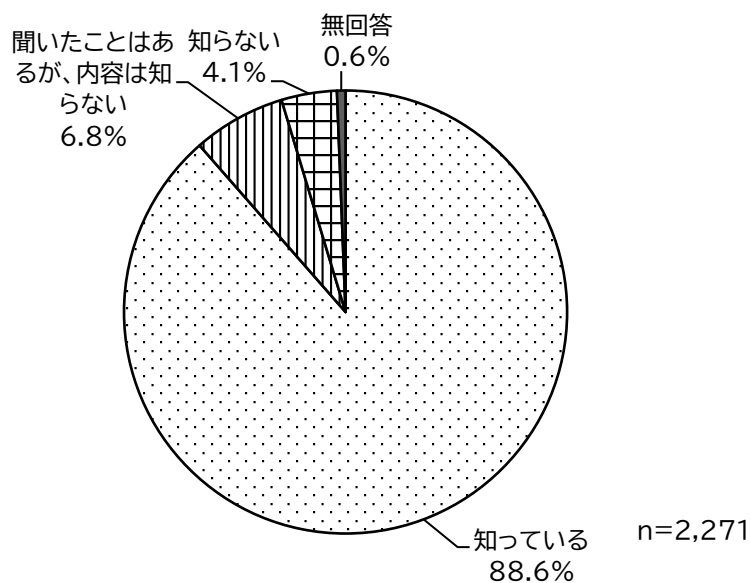


7) BCP の策定状況

(1) BCP の認知度 問 21(単一回答)

BCP の認知度は、「知っている」が 88.6%と多くの事業所では BCP を認知していた。他方、「聞いたことはあるが、内容は知らない」が 6.8%で、「知らない」の 4.1%と合わせると 1 割程度の事業所が BCP の内容を知らないと回答している。

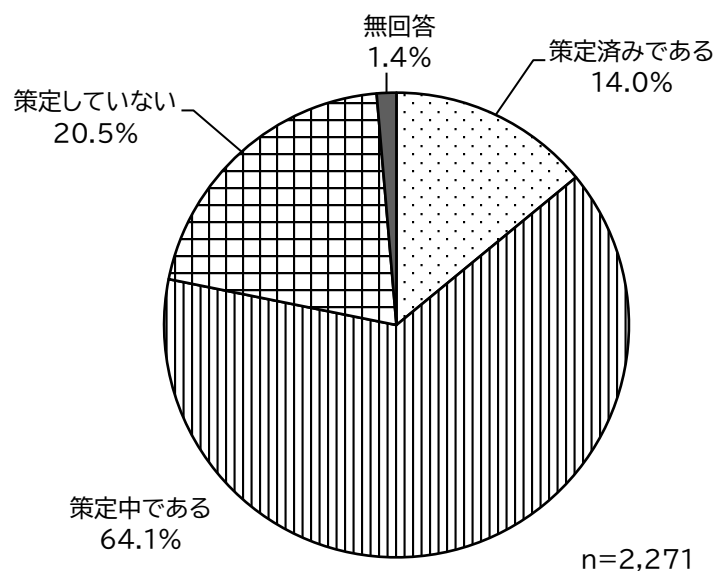
図表 104 BCP の認知度



(2) 現在の策定状況 問 22(単一回答)

現在の策定状況は、「策定済みである」が 14.0%、「策定中である」が 64.1%であった。なお、「策定していない」は 20.5%であった。

図表 105 現在の策定状況



(3) BCP の実施状況 問 23(単一回答)

現在の策定状況で「策定済みである」と回答した方に対して、BCP の実施状況を尋ねたところ、「職員に対する BCP の周知」が 76.5%と最も多く、以下、「定期的な BCP の見直し」(45.8%)、「研修を定期的に実施」(43.6%)の順となっていた。

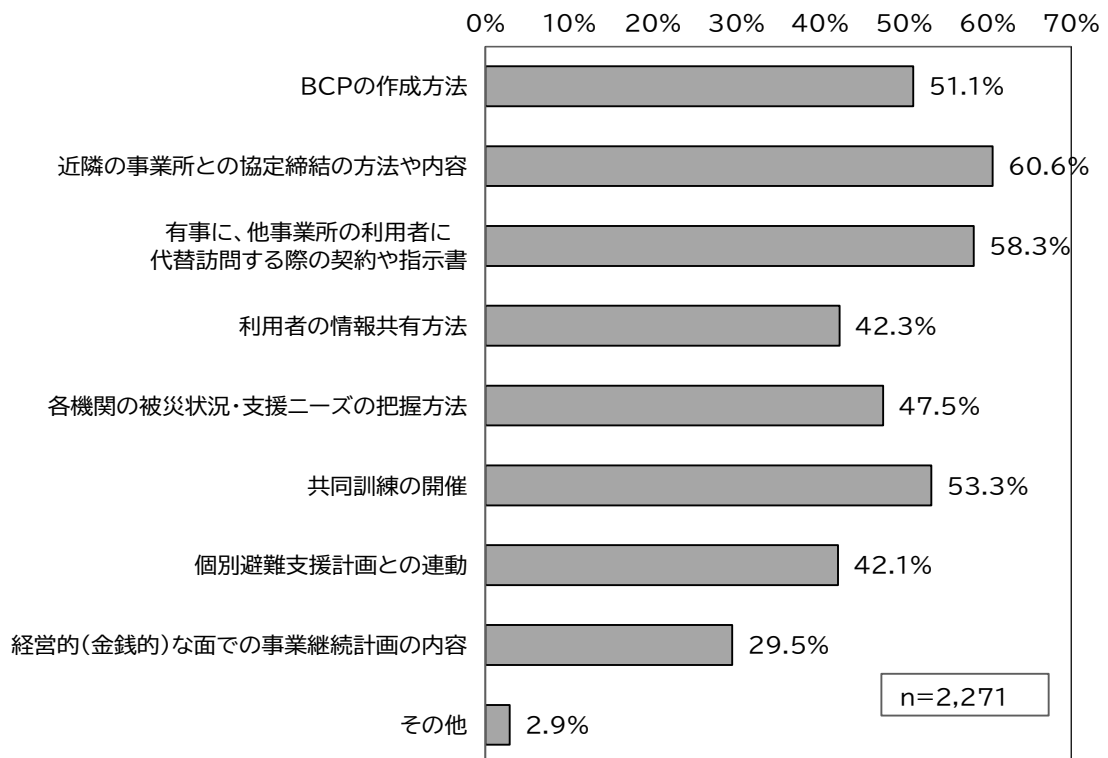
図表 106 BCP の実施状況

	件数	割合 n=319
研修を定期的に実施	139	43.6%
訓練を定期的に実施	93	29.2%
職員に対するBCPの周知	244	76.5%
定期的なBCPの見直し	146	45.8%
BCPを発動したことがある	35	11.0%
その他	17	5.3%
無回答	4	1.3%

(4) BCP を作成する際に困ったこと、又は作成するに当たり困るであろうこと 問 24(複数回答)

BCP を作成する際に困ったこと、または、困るであろうことは、「近隣の事業所との協定締結の方法や内容」が 60.6%と最も多く、次いで「有事に、他事業所の利用者に代替訪問する際の契約や指示書」が 58.3%、「共同訓練の開催」が 53.3%、「BCP の作成方法」が 51.1%であった。

図表 107 BCP を作成する際に困ったこと、又は作成するに当たり困るであろうこと



8) 外国人利用者やその家族向けの契約書・重要事項説明書のひな形として望ましい言語

(1) 外国人利用者やその家族向けの契約書・重要事項説明書のひな形として望ましい言語

問 39(3 つまでの複数回答)

外国人利用者やその家族向けの契約書・重要事項説明書のひな形として欲しい言語は、「中国語(簡体字)」が 30.7%と最も多く、次いで「韓国語」が 20.1%であった。

図表 108 外国人利用者やその家族向けの
契約書・重要事項説明書のひな形として望ましい言語

	件数	割合 n=2,271
中国語(簡体字)	697	30.7%
中国語(繁体字)	183	8.1%
韓国語	457	20.1%
タガログ語	116	5.1%
ヒンディー語	8	0.4%
ベトナム語	178	7.8%
タイ語	58	2.6%
ネパール語	25	1.1%
マレー語	7	0.3%
インドネシア語	46	2.0%
アラビア語	3	0.1%
ロシア語	10	0.4%
ポルトガル語	145	6.4%
スペイン語	55	2.4%
フランス語	21	0.9%
ドイツ語	9	0.4%
イタリア語	8	0.4%
その他	115	5.1%
無回答	1,170	51.5%

3 アンケート調査結果(クロス集計)

新型コロナウイルス感染症への対応や課題、業務効率化や地域連携の取り組みの実施状況、新型コロナウイルス感染症流行下でのターミナルケアの実施状況等の把握を目的とし、以下のようなクロス軸で集計を行った。ここでは、事業所の特徴的な結果を抽出して示す。

図表 109 クロス集計の軸

クロス集計の軸	軸の定義
(1) 併設施設の有無別	問4において、「1 病院・診療所」を選択した事業所を「医療系」併設施設がある群、「1 病院・診療所」を選択していないものが選択肢2～8を選択している事業所を「介護系」併設施設がある群、そして「9. 特になし」を選択した事業所を併設施設が「なし」の群として、3 群に分けて集計を実施した。
(2) 看護職員割合別	問6における看護職員と理学療法士等の「常勤換算数」において、「看護職員数÷(看護職員数+理学療法士等数)」が6割以上か6割未満かの2群に分けて集計を実施した。
(3) 看護体制強化加算の算定有無別	問10における介護保険の加算のうち、「4. 看護体制強化加算」を選択しているか否かにより、算定「あり」の群と算定「なし」の群の2群に分けて集計を実施した。
(4) 中山間地域等における小規模事業所	問10における介護保険の加算のうち、「6. 特別地域加算」又は「7. 中山間地域等における小規模事業所加算」を選択しているか否かにより2群に分けて集計を実施した。
(5) コロナ禍前からのICT化の有無別	問30①において、「1. 地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツール」又は「7. 業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録作成システム搭載のタブレット等の導入」を選択している事業所を、コロナ禍以前からのICT化による業務効率化の取組が「あり」の群、選択していない事業所を「なし」の群として、2群に分けて集計を実施した。
(6) ターミナルケア加算算定の有無別	問35において、2021年度時点でターミナルケア加算の算定数が1件以上ある事業所をターミナルケア加算の算定が「ある」事業所と定義し、ターミナルケア加算が「ある」事業所と「ない」事業所の2群に分けて集計を実施した。
(7) ターミナルケア療養費の有無別	問35において、2021年度時点でターミナルケア療養費の算定数が1件以上ある事業所をターミナルケア加算の算定が「ある」事業所と定義し、ターミナルケア加算が「ある」事業所と「ない」事業所の2群に分けて集計を実施した。

(1) 併設施設の有無別

① 新型コロナウイルス感染症対策のための費用として負担感が大きいもの 問 20(複数回答)

併設施設の有無別に、費用として負担感が大きいものは、「PCR検査受検料や抗原検査等検査キットの購入費用」や「休業手当や陽性者宅等への訪問に係る手当、残業代等の人件費」に関しては介護系を併設している事業所が他の事業所よりも高かった。また、「スマホやタブレット等のICT機器導入費・通信費」や「空気清浄機やパーテーション設置などの設備費用」に関しては医療系を併設している事業所が他の事業所よりも回答割合が高かった。

図表 110 新型コロナウイルス感染症対策のための費用として負担感が大きいもの
【併設施設の有無別】

	併設		
	医療系 n=662	介護系 n=891	なし n=701
マスク等のPPE(個人用防護具)や衛生資材の購入費用	68.1%	72.1%	74.3%
PCR検査受検料や抗原検査等検査キットの購入費用	27.0%	47.4%	46.4%
スマホやタブレット等のICT機器購入費・通信費	21.9%	18.1%	16.1%
休業手当や陽性者宅等への訪問に係る手当、残業代等の人件費	31.1%	33.4%	28.2%
空気清浄機やパーテーションの設置などの設備費用	30.1%	23.9%	27.1%
事業所の消毒、清掃費用などの外注費	8.8%	9.2%	10.6%
その他	3.0%	1.0%	2.6%
無回答	8.2%	9.9%	8.0%

※5pt 以上差異がある場合に最も大きい方に網掛けをしている。

② 各時期における在宅での死亡者 問 35(数値記入)

併設施設別に、各時期におけるターミナルケア加算の算定数(介護保険)は、時期を問わず「0 件」が併設施設の無い事業所が他の事業所よりも高かった。2019 年度では「1～2 件」「3～5 件」「6～9 件」、2021 年度では「3～5 件」「6～9 件」「10 件以上」、2022 年 4 月～8 月では「1～2 件」「3～5 件」の回答が、医療系を併設している事業所が高かった。

図表 111 ターミナルケア加算の算定数(介護保険の利用者)【併設施設の有無別】

①2019 年度(2019年4月～2020年3月)

	併設		
	医療系 n=630	介護系 n=801	なし n=556
0件	35.4%	36.6%	52.0%
1～2件	22.1%	19.1%	15.3%
3～5件	17.1%	16.2%	9.5%
6～9件	9.4%	8.4%	4.3%
10件以上	5.2%	5.1%	2.0%
無回答	10.8%	14.6%	16.9%
平均値	2.79	2.61	1.36

②2021 年度(2021年4月～2022年3月)

	併設		
	医療系 n=662	介護系 n=891	なし n=701
0件	30.8%	36.0%	47.5%
1～2件	19.9%	17.6%	16.1%
3～5件	20.4%	16.5%	10.6%
6～9件	11.5%	9.1%	4.9%
10件以上	7.9%	7.2%	2.9%
無回答	9.5%	13.6%	18.1%
平均値	3.52	3.07	1.71

③2022年4月～8月

	併設		
	医療系 n=662	介護系 n=891	なし n=701
0件	42.6%	47.7%	57.6%
1～2件	32.0%	24.7%	22.4%
3～5件	13.7%	13.1%	5.0%
6～9件	2.3%	2.0%	2.3%
10件以上	0.8%	1.5%	0.3%
無回答	8.6%	11.0%	12.4%
平均値	1.35	1.26	0.78

ターミナルケア療養費の算定数(医療保険)は、時期を問わず「0件」が併設施設の無い事業所が他の事業所よりも高かった。また、2019年度では「1～2件」「10～19件」、2021年度では「10～19件」「20件以上」、2022年4月～8月では「3～5件」の回答割合が、医療系を併設している事業所が他の事業所よりも高かった

図 112 ターミナルケア療養費の算定数(医療保険の利用者)【併設施設の有無別】

①2019 年度(2019年4月～2020年3月)

	併設		
	医療系 n=630	介護系 n=801	なし n=556
0件	25.1%	25.0%	42.8%
1～2件	15.9%	15.2%	9.4%
3～5件	16.8%	13.4%	12.2%
6～9件	11.1%	10.5%	8.8%
10件～19件	13.0%	12.4%	7.6%
20件以上	6.8%	8.0%	2.2%
無回答	11.3%	15.6%	17.1%
平均値	6.33	6.40	2.80

②2021 年度(2021年4月～2022年3月)

	併設		
	医療系 n=662	介護系 n=891	なし n=701
0件	20.8%	21.9%	36.7%
1～2件	13.6%	11.7%	8.7%
3～5件	11.9%	13.5%	12.7%
6～9件	14.4%	11.6%	11.6%
10件～19件	18.3%	15.7%	9.6%
20件以上	11.5%	11.3%	3.9%
無回答	9.5%	14.4%	17.0%
平均値	8.90	9.13	4.63

◎

③2022年4月～8月

	併設		
	医療系 n=662	介護系 n=891	なし n=701
0件	27.2%	27.7%	40.1%
1～2件	22.8%	21.7%	23.4%
3～5件	19.3%	18.7%	12.7%
6～9件	11.8%	10.8%	7.7%
10件～19件	7.9%	8.5%	4.3%
20件以上	1.8%	1.5%	0.1%
無回答	9.2%	11.1%	11.7%
平均値	3.82	3.74	2.24

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

(2) 看護職員割合別

① 事業所の法人種別 問3(単一回答)

看護職員割合が6割以上の事業所と6割未満の事業所を比較すると、看護職員割合が6割以上の事業所では「医療法人」が多く、看護職員割合が6割未満の事業所では「営利法人(株式会社等)」が多くなっていた。

図表 113 事業所の法人種別【看護職員割合別】

	看護職員割合	
	6割以上 n=1,503	6割未満 n=272
医療法人	31.9%	20.6%
営利法人(株式会社等)	39.7%	69.5%
社会福祉法人	7.7%	3.7%
医師会	3.9%	1.1%
看護協会	2.6%	0.0%
医師会・看護協会以外の社団・財団法人	6.0%	1.1%
協同組合	2.7%	1.1%
地方公共団体	2.1%	0.0%
その他	3.1%	1.8%
無回答	0.3%	1.1%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

② 2022 年 8 月の利用者数 問 8(数値記入)

看護職員割合別に、2022 年 8 月の利用者数を比較すると、看護職員割合が 6 割以上の事業所では「30 人未満」「30～50 人未満」「50～100 人未満」の割合が高く、看護職員割合が 6 割未満の事業所では「100～200 人未満」「200～300 人未満」「300 人以上」の割合が高かった。

介護保険による利用者数は、看護職員割合が 6 割以上の事業所では「10 人未満」「10～30 人未満」「30～60 人未満」の割合が高く、看護職員割合が 6 割未満の事業所では「60～100 人未満」「100 人以上」の割合が高かった。

図 114 2022 年 8 月の利用者数【看護職員割合別】

		看護職員割合	
		6割以上 n=1,503	6割未満 n=272
全利用者数	0人	0.2%	0.0%
	30人未満	10.8%	0.7%
	30～50人未満	15.8%	3.7%
	50～100人未満	37.7%	23.5%
	100～200人未満	22.0%	43.4%
	200～300人未満	4.9%	10.3%
	300人以上	1.7%	8.5%
	無回答	6.9%	9.9%
	平均値	91.9	160.4
介護保険による 利用者数	0人	5.9%	1.5%
	10人未満	8.6%	0.7%
	10～30人未満	13.8%	1.8%
	30～60人未満	24.9%	15.8%
	60～100人未満	17.5%	24.3%
	100人以上	10.0%	32.7%
	無回答	19.3%	23.2%
	平均値	52.3	108.4
医療保険による 利用者	0人	0.4%	0.4%
	10人未満	15.5%	6.3%
	10～30人未満	33.8%	32.7%
	30～60人未満	18.0%	22.4%
	60～100人未満	7.7%	8.8%
	100人以上	5.5%	6.6%
	無回答	19.2%	22.8%
	平均値	36.7	44.7

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている

③ 2022年8月末時点で届出をしている加算 問10(複数回答)

看護職員割合別に加算の届出状況をみると、看護職員割合が6割以上の事業所において、「看護体制強化加算」や「サービス提供体制強化加算」の割合が、高かった。

図表 115 各種加算の届出状況(介護保険)【看護職員割合別】

	看護職員割合	
	6割以上 n=1,503	6割未満 n=272
緊急時訪問看護加算	90.2%	89.3%
特別管理加算	90.0%	91.2%
ターミナルケア加算	80.4%	76.8%
看護体制強化加算	26.2%	4.8%
サービス提供体制強化加算	54.8%	48.5%
特別地域加算	3.3%	2.6%
中山間地域等における小規模事業所加算	1.0%	2.2%
無回答	7.9%	4.8%

④ 陽性の利用者への対応として行ったこと 問11(3)(複数回答)

看護職員割合が6割未満の事業所において、「当該利用者へのサービス提供を一時的に休止」した割合が高くなっており、53.1%であった。

図表 116 陽性の利用者への対応として行ったこと【看護職員割合別】

	看護職員割合	
	6割以上 n=1,298	6割未満 n=256
通常のケアを実施	30.9%	30.9%
訪問時間を短くしてケアを実施	58.6%	57.0%
訪問はせず、電話やメール等での対応	54.8%	52.0%
陽性者対応を行っている他の事業所に訪問を依頼	2.2%	2.7%
主治医に対応を依頼	14.3%	17.6%
当該利用者へのサービス提供を一時的に休止	38.3%	53.1%
行政の指示に従って対応	25.0%	28.5%
その他	13.6%	10.2%
無回答	0.6%	1.6%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

⑤ 事業所の職員で、陽性者、及び濃厚接触者となった人数 問 14(数値記入)

職員で、陽性者、及び濃厚接触者となった人数について看護職員割合別にみると、陽性となった職員数も濃厚接触となった職員数も、看護職員割合が6割未満の事業所の方が多かった。

図表 117 事業所の職員で、陽性者、及び濃厚接触者となった人数 問 14(数値記入)

【看護職員割合別】

○陽性となった職員数

	看護職員割合	
	6割以上 n=1,503	6割未満 n=272
0人	24.6%	11.4%
1人	24.6%	14.7%
2人	18.8%	15.4%
3人	11.7%	16.9%
4～5人	12.2%	22.1%
6人以上	7.1%	18.8%
無回答	0.9%	0.7%
平均値	2.13	3.60

○濃厚接触となった職員数

	看護職員割合	
	6割以上 n=1,503	6割未満 n=272
0人	19.0%	9.9%
1人	22.8%	16.5%
2人	18.2%	14.3%
3人	10.7%	12.1%
4～5人	14.1%	19.5%
6人以上	12.7%	25.7%
無回答	2.4%	1.8%
平均値	2.78	4.37

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

⑥ 行政・団体からの支援依頼・対応状況の有無 問 15(1)(単一回答)

看護職員割合別に、行政・団体からの支援依頼の有無を比較すると、依頼元に限らず、地域の自治体等からの依頼に関して、看護職員割合が 6 割以上の事業所では「依頼を受けて何らかの支援を実施」した割合が高かった。

図 118 行政・団体からの支援依頼・対応状況の有無【看護職員割合

①地域の保健所(自治体)

	看護職員割合	
	6割以上 n=1230	6割未満 n=232
依頼がなかった	76.3%	87.1%
依頼があったがすべて断った	4.1%	2.6%
依頼を受けて何らかの支援を実施	19.7%	10.3%

②地域の医師会

	看護職員割合	
	6割以上 n=1230	6割未満 n=232
依頼がなかった	86.9%	91.0%
依頼があったがすべて断った	2.6%	3.2%
依頼を受けて何らかの支援を実施	10.5%	5.9%

③地域の看護協会

	看護職員割合	
	6割以上 n=1230	6割未満 n=232
依頼がなかった	86.9%	91.0%
依頼があったがすべて断った	2.6%	3.2%
依頼を受けて何らかの支援を実施	10.5%	5.9%

※無回答を除いて集計

⑦ 新型コロナウイルス感染症流行による現在までの事業所への影響 問 16(複数回答)

看護職員割合別に、新型コロナウイルス感染症流行に伴って生じた影響をみると、看護職員割合が 6 割未満の事業所において、「訪問を拒否する又は回数を減らしてほしいという利用者がいた」の割合が顕著に高くなっており、85.0%であった。

図 119 新型コロナウイルス感染症流行による現在までの事業所への影響【看護職員割合別】

	看護職員割合	
	6割以上 n=1,296	6割未満 n=479
居宅・通所サービス等の休止等により、訪問回数が増えた	41.7%	47.8%
外来通院の減少により、訪問回数が増えた	5.8%	9.4%
訪問を拒否する又は回数を減らしてほしいという利用者がいた	63.3%	85.0%
在宅での看取りを希望する利用者が増えた	42.4%	35.5%
コロナ流行前と同様の訪問看護や医療介護サービスの提供ができずに病状が悪化したケースがあった	8.7%	10.6%
対応する職員が不足したため、訪問回数を減らしてもらった	36.0%	48.2%
訪問を電話等での対応に切り替えた	26.5%	27.8%
利用者との関係性が悪化したケースがあった	3.7%	9.0%
利用者の家族との関係性が悪化したケースがあった	3.9%	8.1%
主治医が利用者を診なくなったことにより他の医師への調整が必要なケースがあった	3.9%	6.1%
その他	5.9%	3.8%
特に影響はない	7.4%	2.3%
無回答	1.2%	0.8%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

⑧ BCP の実施状況 問 23(単一回答)

看護職員割合別に、BCP の実施状況を比較すると、看護職員割合が 6 割以上の事業所では「研修を定期的実施」している割合が高く、「BCP を発動したことがある」は、看護職員割合が 6 割未満の事業所で、21.6%であった。

図 120 BCP の実施状況【看護職員割合別】

	看護職員割合	
	6割以上 n=222	6割未満 n=37
研修を定期的実施	45.5%	40.5%
訓練を定期的実施	27.9%	27.0%
職員に対するBCPの周知	73.9%	86.5%
定期的なBCPの見直し	42.8%	62.2%
BCPを発動したことがある	10.4%	21.6%
その他	6.8%	5.4%
無回答	1.4%	0.0%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

⑨ 取扱いの延べ算定回数・算定利用延人数 問 25②(数値記入)

看護職員割合別に、「臨時的な取扱い」の算定回数・人数の平均値を比較すると、看護職員割合が 6 割以上の事業所では、No.8、11 ア、11 イの算定回数が、看護職員割合が 6 割未満の事業所と比べて高く、No.11 イは、算定人数についても看護職員割合が 6 割未満の事業所と比べて高かった。

※臨時的取り扱いの内容は、p33 参照

図 121 臨時的な取扱いの延べ算定回数及び延べ算定利用人数【看護職員割合別】

	看護職員割合	
	6割以上	6割未満
No.2 回数	9.19	10.00
No.2 人数	2.57	2.90
No.3 回数	7.08	5.50
No.3 人数	2.22	2.17
No.5 回数	12.28	9.86
No.5 人数	4.45	3.17
No.6 回数	19.88	24.50
No.6 人数	2.63	6.00
No.8 回数	40.50	5.68
No.8 人数	13.00	3.11
No.11ア 回数	78.75	64.87
No.11ア 人数	44.14	45.66
No.11イ 回数	30.41	17.60
No.11イ 人数	22.10	12.11
No.14 回数	1.65	3.50
No.14 人数	1.78	1.00
No.15 回数	9.92	3.92
No.15 人数	3.73	1.65

⑩ 各時期におけるターミナルケア加算等の算定 問 35(数値記入)

看護職員割合別の各時期におけるターミナルケア加算(介護保険)の算定は、2019 年度・2021 年度では「3～5 件」、2022 年 4 月～8 月では「1～2 件」が、看護職員割合 6 割以上の事業所で高かった。また、看護職員が 6 割未満の事業所ではいずれの時期においても、「0 件」の割合が、看護職員が 6 割以上の事業所比べて高かった。

図 122 ターミナルケア加算の算定数(介護保険)【看護職員割合別】

①2019 年度(2019年4月～2020年3月)

	看護職員割合	
	6割以上 n=1338	6割未満 n=252
0件	38.0%	52.0%
1～2件	21.1%	16.7%
3～5件	16.4%	9.1%
6～9件	7.5%	4.0%
10件以上	4.9%	2.4%
無回答	12.0%	15.9%
平均値	2.46	1.42

②2021 年度(2021年4月～2022年3月)

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1579
0件	8.9%	42.7%
1～2件	17.1%	20.1%
3～5件	28.4%	13.8%
6～9件	20.4%	5.6%
10件以上	18.8%	2.6%
無回答	6.3%	15.3%
平均値	6.24	1.89

③2022年4月～8月

	看護職員割合	
	6割以上 n=1503	6割未満 n=272
0件	47.9%	57.0%
1～2件	27.5%	22.1%
3～5件	11.8%	7.0%
6～9件	2.5%	1.8%
10件以上	1.1%	0.4%
無回答	9.2%	11.8%
平均値	1.24	0.81

ターミナルケア療養費(医療保険)においては、看護職員が6割以上の事業所が2019年度では「10件～19件」、2021年度では「20件以上」が10.2%、2022年4月～8月では「3～5件」「10件～19件」の回答割合が多かった。看護職員が6割未満の事業所ではいずれの時期においても、「0件」の割合が、看護職員が6割以上の事業所比べて高かった。

図 123 ターミナルケア療養費の算定数(医療保険の利用者)【看護職員割合別】

①2019 年度(2019年4月～2020年3月)

	看護職員割合	
	6割以上 n=1338	6割未満 n=252
0件	27.4%	36.5%
1～2件	13.9%	16.7%
3～5件	15.8%	11.1%
6～9件	10.8%	10.3%
10件～19件	12.0%	6.7%
20件以上	7.1%	2.4%
無回答	13.1%	16.3%
平均値	6.14	3.40

②2021 年度(2021年4月～2022年3月)

	看護職員割合	
	6割以上 n=1503	6割未満 n=272
0件	23.6%	29.4%
1～2件	11.6%	12.5%
3～5件	13.0%	15.4%
6～9件	13.4%	12.1%
10件～19件	16.3%	9.9%
20件以上	10.2%	4.4%
無回答	11.8%	16.2%
平均値	8.37	5.20

③2022年4月～8月

	看護職員割合	
	6割以上 n=1503	6割未満 n=272
0件	27.7%	39.3%
1～2件	24.0%	21.7%
3～5件	18.8%	13.2%
6～9件	9.9%	9.9%
10件～19件	8.4%	1.8%
20件以上	1.3%	1.1%
無回答	9.9%	12.9%
平均値	3.58	2.38

(3) 看護体制強化加算の届出の有無別

① 陽性の利用者への対応として行ったこと 問 11(3)(複数回答)

陽性の利用者への対応について、届出している事業所の方が、「訪問時間を短くしてケアを実施」「訪問はせず、電話やメール等での対応」の割合が高かった。

図表 124 陽性の利用者への対応として行ったこと【看護体制強化加算の有無別】

	看護体制強化加算	
	あり n=466	なし n=1,338
通常のケアを実施	32.6%	31.3%
訪問時間を短くしてケアを実施	65.0%	56.4%
訪問はせず、電話やメール等での対応	55.6%	50.6%
陽性者対応を行っている他の事業所に訪問を依頼	1.9%	2.5%
主治医に対応を依頼	16.1%	14.7%
当該利用者へのサービス提供を一時的に休止	38.0%	39.5%
行政の指示に従って対応	22.1%	26.1%
その他	11.2%	14.1%
無回答	0.6%	0.8%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

② 利用者が陽性と判明した場合の基本的な方針 問 12(単一回答)

看護体制強化加算を届出している事業所の方が、「短時間訪問や電話対応も含め、原則として自事業所でケアを継続」している割合が高かった。

図表 125 利用者が陽性と判明した場合の基本的な方針
【看護体制強化加算の有無別】

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1,579
短時間訪問や電話対応も含め、原則として自事業所でケアを継続	88.9%	83.5%
主治医や他の訪問看護事業所に対応を依頼し、原則として自事業所でのケアを休止	3.4%	7.5%
その他	5.8%	7.2%
無回答	2.0%	1.9%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

③ 行政・団体からの支援依頼・対応状況の有無 問 15(1)(単一回答)

看護体制強化加算を届出している事業所の方が、行政・団体から支援について「依頼を受けて何らかの支援を実施」とした割合が高くなっている。(次頁の図表参照)

図表 126 行政・団体からの支援依頼・対応状況の有無【看護体制強化加算の有無別】

①地域の保健所(自治体)

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1,579
依頼がなかった	68.8%	80.5%
依頼があったがすべて断った	3.7%	3.5%
依頼を受けて何らかの支援を実施	27.5%	16.0%

②地域の医師会

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1,579
依頼がなかった	83.1%	89.3%
依頼があったがすべて断った	3.1%	2.2%
依頼を受けて何らかの支援を実施	13.8%	8.6%

③地域の看護協会

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1,579
依頼がなかった	87.2%	92.4%
依頼があったがすべて断った	5.7%	3.5%
依頼を受けて何らかの支援を実施	7.1%	4.1%

※無回答を除いて集計

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

④ 現在までの事業所への影響 問 16(複数回答)

事業所の影響について、看護体制強化加算を届出している事業所において「在宅での看取りを希望する利用者が増えた」の割合が高くなっており、63.1%であった。

図表 127 現在までの事業所への影響
【看護体制強化加算の有無別】

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1,579
居宅・通所サービス等の休止等により、訪問回数が増えた	49.8%	41.5%
外来通院の減少により、訪問回数が増えた	6.9%	6.6%
訪問を拒否する又は回数を減らしてほしいという利用者がいた	69.8%	65.1%
在宅での看取りを希望する利用者が増えた	63.1%	36.2%
コロナ流行前と同様の訪問看護や医療介護サービスの提供ができずに病状が悪化したケースがあった	8.7%	9.2%
対応する職員が不足したため、訪問回数を減らしてもらった	39.5%	38.0%
訪問を電話等での対応に切り替えた	29.4%	23.3%
利用者との関係性が悪化したケースがあった	3.2%	5.1%
利用者の家族との関係性が悪化したケースがあった	4.2%	4.8%
主治医が利用者を診なくなったことにより 他の医師への調整が必要なケースがあった	5.8%	4.3%
その他	6.0%	4.6%
特に影響はない	3.0%	8.0%
無回答	0.8%	1.3%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

⑤ 新型コロナウイルス感染症予防に取り組む際の課題 問 18(複数回答)

各時期における新型コロナウイルス感染症予防に取り組む際の課題について比較すると、コロナ流行初期では、「職員の負担が大きい」「実習生やインターン等の受け入れを断らざるを得ない」について、看護体制強化加算を届出している事業所の方が高かった。

第5波では、「感染予防策を講じるため、訪問時間」「職員の負担が大きい」「実習生やインターン等の受け入れを断らざるを得ない」について、看護体制強化加算を行った事業所の方が高かった。

図 128 新型コロナウイルス感染症予防に取り組む際の課題【看護体制強化加算の有無別】

①コロナ流行初期（2020年3～5月）

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1579
予防衣・手袋等について、入手することが困難である	71.2%	66.4%
PCR検査や抗原検査のキットについて、十分な量を入手することが困難である	35.9%	38.5%
感染予防策を講じるため、訪問時間が長くなった	23.6%	20.0%
新型コロナウイルスやその感染予防に関する正確な情報が入手しにくい	49.0%	44.8%
風評被害への対応が難しい	31.9%	30.7%
職員の負担が大きい	62.5%	52.9%
介護職員やヘルパーに対する指導に時間を取られてしまう	10.5%	10.6%
実習生やインターン等の受け入れを断らざるを得ない	48.0%	30.3%
その他	5.0%	4.1%
特に課題はない	1.8%	3.1%
無回答	6.7%	16.1%

②第5波（2021年7～9月）

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1579
予防衣・手袋等について、入手することが困難である	18.1%	19.3%
PCR検査や抗原検査のキットについて、十分な量を入手することが困難である	31.3%	34.1%
感染予防策を講じるため、訪問時間が長くなった	24.2%	17.8%
新型コロナウイルスやその感染予防に関する正確な情報が入手しにくい	10.3%	13.2%
風評被害への対応が難しい	12.3%	14.2%
職員の負担が大きい	61.9%	54.7%
介護職員やヘルパーに対する指導に時間を取られてしまう	5.6%	7.6%
実習生やインターン等の受け入れを断らざるを得ない	36.3%	24.2%
その他	4.0%	4.0%
特に課題はない	2.8%	5.6%
無回答	13.7%	20.3%

③現在（2022年6～8月）

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1579
予防衣・手袋等について、入手することが困難である	4.6%	6.0%
PCR検査や抗原検査のキットについて、十分な量を入手することが困難である	23.8%	24.6%
感染予防策を講じるため、訪問時間が長くなった	27.0%	22.2%
新型コロナウイルスやその感染予防に関する正確な情報が入手しにくい	5.0%	8.4%
風評被害への対応が難しい	4.6%	7.9%
職員の負担が大きい	70.6%	66.2%
介護職員やヘルパーに対する指導に時間を取られてしまう	4.6%	7.3%
実習生やインターン等の受け入れを断らざるを得ない	20.4%	14.9%
その他	7.7%	6.2%
特に課題はない	4.0%	6.6%
無回答	12.1%	14.3%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

⑥ 業務効率化や事業所内の工夫に係る取組 問 30(複数回答)

業務効率化や事業所内の工夫に係る取組のうちコロナ流行前に実施していたことを看護体制強化加算の有無別にみると、看護体制強化加算を算定している事業所では、「地域の他事業所と共通した ICT 機器や情報共有ツールの導入」が 39.5%、「業務効率化を目的とした ICT 機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」が 40.1%となっており、看護体制強化加算を算定していない事業所よりも割合が非常に高かった。

コロナ流行以降に実施していた取組は、「地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)」の回答割合が、看護体制強化加算を算定している事業所の方が高かった。

コロナ流行下において役に立った取組は、「地域の他事業所と共通した ICT 機器や情報共有ツールの導入」「多職種(介護職員など)向けの研修会の開催」「保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施」「業務効率化を目的とした ICT 機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」の回答割合が、看護体制強化加算を算定している事業所の方が高かった。

図表 129 業務効率化や事業所内の工夫に係る取組(コロナ流行前)【看護体制強化加算の有無別】

①コロナ流行前

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1579
地域の他事業所と共通した ICT 機器や情報共有ツールの導入	39.5%	25.8%
地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)	6.3%	5.0%
地域の他事業所との衛生用品・資材の共同購入・共同備蓄	3.0%	2.8%
他職種(介護職員など)向けの研修会の開催	25.0%	15.7%
上記以外他機関連携活動	13.1%	8.4%
保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施	27.0%	17.0%
業務効率化を目的とした ICT 機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入	40.1%	30.6%
職員の直行直帰の実施	17.5%	20.7%
管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施	2.8%	3.3%
職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施	3.0%	4.4%
外国人利用者への対応のための外国語版説明資料の準備	0.4%	0.2%
その他	0.2%	0.1%
特に該当するものはない	6.0%	8.8%
無回答	20.2%	32.4%

図 130 業務効率化や事業所内の工夫に係る取組(コロナ流行以降)【看護体制強化加算の有無別】

②コロナ流行以降

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1579
地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツールの導入	10.5%	9.5%
地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)	15.5%	8.5%
地域の他事業所との衛生用品・資材の共同購入・共同備蓄	8.1%	4.6%
他職種(介護職員など)向けの研修会の開催	8.7%	5.4%
上記以外の他機関連携活動	3.2%	2.0%
保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる 病状確認・療養指導の実施	12.7%	11.7%
業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・ 記録書作成システム搭載のタブレット等の導入	18.1%	17.1%
職員の直行直帰の実施	23.0%	25.8%
管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施	6.9%	10.8%
職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施	14.3%	16.5%
外国人利用者への対応のための外国語版説明資料の準備	0.4%	0.1%
その他	0.6%	0.8%
特に該当するものはない	5.2%	9.2%
無回答	36.1%	37.2%

図 131 コロナ禍において役に立った業務効率化や事業所内の工夫に係る取組

【看護体制強化加算の有無別】

③コロナ流行下において役立ったもの

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1579
地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツールの導入	22.0%	16.1%
地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)	6.3%	3.6%
地域の他事業所との衛生用品・資材の共同購入・共同備蓄	5.4%	2.8%
他職種(介護職員など)向けの研修会の開催	10.9%	6.0%
上記以外の他機関連携活動	6.2%	2.6%
保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる 病状確認・療養指導の実施	21.4%	13.4%
業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・ 記録書作成システム搭載のタブレット等の導入	26.8%	21.7%
職員の直行直帰の実施	19.8%	22.4%
管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施	4.8%	7.2%
職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施	9.7%	10.1%
外国人利用者への対応のための外国語版説明資料の準備	0.2%	0.0%
その他	0.4%	0.5%
特に該当するものはない	5.0%	10.2%
無回答	43.7%	46.5%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

⑦ 事業所でコロナ前から実施している地域連携活動 問 33(複数回答)

事業所でコロナ前から実施している地域連携活動について、看護体制強化加算の有無別にみると、全ての活動について、届出がある事業所の方が高くなっており、特に「実習生やインターンの受け入れ」に関しては 20pt 以上の差が見られた。

図表 132 事業所で実施している地域連携活動【看護体制強化加算の有無別】

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1,579
地域住民に向けた相談窓口・相談会の設置	22.4%	10.8%
地域住民等に対する研修会の開催	22.0%	9.2%
他の事業所や多職種に対する研修会の開催	34.3%	19.6%
事業所として地域の行事や活動への参加	35.9%	22.0%
災害時に協力し合える地域の体制整備への参画	20.6%	9.6%
地域のニーズや課題に沿った活動	15.5%	8.3%
感染管理の看護師との連携	25.8%	11.8%
実習生やインターンの受け入れ	70.6%	41.5%
その他	0.6%	0.3%
特に該当するものはない	6.2%	15.9%
無回答	12.1%	27.9%

⑧ 各時期における在宅での死亡者 問 35(数値記入)

看護体制強化加算の届出別に、各時期におけるターミナルケア加算の算定数(介護保険)は、2019年度・2021年度、2022年4月～8月の各調査時期共に、看護体制強化加算を算定した事業所で回答割合が高かった。

図 133 ターミナルケア加算の算定数(介護保険の利用者)【看護体制強化加算の有無別】

①2019 年度(2019年4月～2020年3月)

	看護体制強化加算	
	あり n=495	なし n=1358
0件	13.5%	46.0%
1～2件	24.0%	19.2%
3～5件	25.9%	12.0%
6～9件	17.0%	4.9%
10件以上	12.5%	1.7%
無回答	7.1%	16.2%
平均値	4.76	1.58

②2021 年度(2021年4月～2022年3月)

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1579
0件	8.9%	42.7%
1～2件	17.1%	20.1%
3～5件	28.4%	13.8%
6～9件	20.4%	5.6%
10件以上	18.8%	2.6%
無回答	6.3%	15.3%
平均値	6.24	1.89

③2022年4月～8月

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1579
0件	20.4%	54.8%
1～2件	38.3%	25.3%
3～5件	26.8%	6.8%
6～9件	6.5%	1.0%
10件以上	2.4%	0.5%
無回答	5.6%	11.6%
平均値	2.45	0.82

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

看護体制強化加算の届出別に、各時期におけるターミナルケア療養費の算定数(医療保険)は、看護体制強化加算を算定した事業所が、2019 年度・2021 年度では「6～9 件」「10 件～19 件」「20 件以上」、2022 年 4 月～8 月では「3～5 件」「6～9 件」「10 件～19 件」の回答割合が高くなっていた。

図 134 ターミナルケア療養費の算定数(医療保険の利用者)

①2019 年度(2019年4月～2020年3月)

	看護体制強化加算	
	あり n=495	なし n=1358
0件	10.1%	32.0%
1～2件	11.3%	15.8%
3～5件	17.4%	14.6%
6～9件	15.6%	9.4%
10件～19件	22.4%	8.2%
20件以上	14.7%	3.3%
無回答	8.5%	16.7%
平均値	10.27	4.22

②2021 年度(2021年4月～2022年3月)

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1579
0件	6.2%	26.2%
1～2件	9.3%	13.2%
3～5件	10.7%	14.9%
6～9件	18.3%	12.0%
10件～19件	26.8%	12.3%
20件以上	22.2%	5.8%
無回答	6.5%	15.6%
平均値	13.89	6.36

③2022年4月～8月

	看護体制強化加算	
	あり n=504	なし n=1579
0件	10.9%	31.8%
1～2件	20.0%	25.9%
3～5件	25.6%	16.3%
6～9件	18.5%	8.5%
10件～19件	16.7%	4.7%
20件以上	2.4%	0.8%
無回答	6.0%	12.0%
平均値	5.70	2.83

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

(4) 中山間地域等における小規模事業所別

① 各時期における在宅での死亡者(数値記入)

中山間地域等における小規模事業所加算の有無別のターミナルケア加算の算定数(介護保険)は、2019 年度では「0 件」、2021 年度では「0 件」「6～9 件」答割合が、中山間地域等における小規模事業所加算を算定していない事業所で高かった。

図 135 ターミナルケア加算の算定数(介護保険)

①2019 年度(2019年4月～2020年3月)

	中山間地域等における小規模事業所加算	
	あり n=86	なし n=1767
0件	31.4%	37.6%
1～2件	24.4%	20.3%
3～5件	14.0%	15.8%
6～9件	4.7%	8.3%
10件以上	7.0%	4.5%
無回答	18.6%	13.5%
平均値	2.70	2.49

②2021 年度(2021年4月～2022年3月)

	中山間地域等における小規模事業所加算	
	あり n=96	なし n=1987
0件	26.0%	34.9%
1～2件	22.9%	19.2%
3～5件	16.7%	17.4%
6～9件	4.2%	9.4%
10件以上	10.4%	6.3%
無回答	19.8%	12.8%
平均値	3.87	2.99

③2022年4月～8月

	中山間地域等における小規模事業所加算	
	あり n=96	なし n=1987
0件	45.8%	46.5%
1～2件	26.0%	28.5%
3～5件	11.5%	11.7%
6～9件	4.2%	2.3%
10件以上	2.1%	0.9%
無回答	10.4%	10.1%
平均値	1.48	1.22

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

図 136 ターミナルケア療養費の算定数(医療保険)

ターミナルケア療養費の算定数(医療保険の利用者)においては、いずれの時期でも中山間地域等における小規模事業所加算の算定の有無別に差異がみられなかった。

①2019 年度(2019年4月～2020年3月)

	中山間地域等における小規模事業所加算	
	あり n=86	なし n=1767
0件	22.1%	26.3%
1～2件	10.5%	14.8%
3～5件	17.4%	15.2%
6～9件	12.8%	11.0%
10件～19件	12.8%	11.9%
20件以上	7.0%	6.3%
無回答	17.4%	14.4%
平均値	6.25	5.94

②2021 年度(2021年4月～2022年3月)

	中山間地域等における小規模事業所加算	
	あり n=96	なし n=1987
0件	19.8%	21.4%
1～2件	9.4%	12.4%
3～5件	16.7%	13.7%
6～9件	16.7%	13.4%
10件～19件	15.6%	15.9%
20件以上	6.3%	9.9%
無回答	15.6%	13.3%
平均値	7.43	8.37

③2022年4月～8月

	中山間地域等における小規模事業所加算	
	あり n=96	なし n=1987
0件	26.0%	26.8%
1～2件	27.1%	24.4%
3～5件	20.8%	18.4%
6～9件	7.3%	11.1%
10件～19件	3.1%	7.9%
20件以上	2.1%	1.2%
無回答	13.5%	10.4%
平均値	3.06	3.58

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

(5) コロナ禍前からの ICT 化の有無別

① 陽性の利用者への対応として行ったこと 問 11(3)(複数回答)

コロナ禍前から ICT 化の有無別にみると、陽性の利用者への対応について、「あり」の方が「通常のケアを実施」「訪問時間を短くしてケアを実施」の割合が高かった。

図 137 陽性の利用者への対応として行ったこと【コロナ禍前からの ICT 化の有無別】

	コロナ前のICTによる業務効率化の取り組みの有無	
	あり n=903	なし n=515
通常のケアを実施	32.9%	27.2%
訪問時間を短くしてケアを実施	62.9%	50.9%
訪問はせず、電話やメール等での対応	58.5%	54.4%
陽性者対応を行っている他の事業所に訪問を依頼	1.7%	2.9%
主治医に対応を依頼	14.4%	15.3%
当該利用者へのサービス提供を一時的に休止	39.3%	41.9%
行政の指示に従って対応	24.9%	26.8%
その他	12.3%	12.2%
無回答	0.3%	1.0%

② 既存の利用者以外の陽性者からの新規依頼を受けているか否か 問 13(単一回答)

コロナ禍前からの ICT 化の有無別にみると、「あり」の事業所の方がそうでない事業所よりも既存の利用者以外の陽性者からの新規依頼を「受けている」割合が高かった。

図表 138 既存の利用者以外の陽性者からの新規依頼を受けているか否か
【コロナ禍前からの ICT 化の有無別】

	コロナ前のICTによる業務効率化の取り組みの有無	
	あり n=968	なし n=623
受けている	21.8%	12.5%
新規依頼があったが受けてはいない	11.0%	9.1%
新規依頼がない	66.8%	77.5%
無回答	0.4%	0.8%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

③ 行政・団体からの支援依頼・対応状況の有無 問 15(1)(単一回答)

コロナ禍前からの ICT 化の有無別に、行政・団体からの支援依頼の有無を比較すると、「あり」の事業所の方が、行政・団体から支援について「依頼を受けて何らかの支援を実施」した割合が高かった。

図 139 行政・団体からの支援依頼・対応状況の有無【コロナ禍前からの ICT 化の有無別】

	コロナ前のICTによる業務効率化の取り組みの有無	
	あり n=822	なし n=504
依頼がなかった	74.7%	83.5%
依頼があったがすべて断った	3.9%	3.6%
依頼を受けて何らかの支援を実施	21.4%	12.9%

②地域の医師会

	コロナ前のICTによる業務効率化の取り組みの有無	
	あり n=750	なし n=463
依頼がなかった	85.7%	90.9%
依頼があったがすべて断った	2.5%	2.6%
依頼を受けて何らかの支援を実施	11.7%	6.5%

③地域の看護協会

	コロナ前のICTによる業務効率化の取り組みの有無	
	あり n=717	なし n=450
依頼がなかった	89.4%	94.0%
依頼があったがすべて断った	4.6%	4.0%
依頼を受けて何らかの支援を実施	6.0%	2.0%

※無回答を除いて集計

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

(6) ターミナルケア加算(介護保険)算定の有無別

① 事業所の法人種別 問 3(単一回答)

ターミナルケア加算を算定していない事業所の方が、「営利法人(株式会社等)」の割合が高かった。

図 140 事業所の法人種別【ターミナルケア加算算定の有無別】

	2022年4～8月 ターミナルケア加算(介護保険)	
	算定あり n=905	算定なし n=1122
医療法人	32.0%	27.7%
営利法人(株式会社等)	33.4%	51.2%
社会福祉法人	8.3%	5.9%
医師会	5.5%	2.8%
看護協会	5.0%	1.0%
医師会・看護協会以外の社団・財団法人	5.0%	5.6%
協同組合	4.3%	1.2%
地方公共団体	2.9%	1.1%
その他	3.4%	3.2%
無回答	0.2%	0.4%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

② 事業所と併設している施設 問 4(複数回答)

ターミナルケア加算を算定している事業所の方が「病院・診療所」「居宅介護支援事業所」の併設が多かった。また、「特になし」は、ターミナルケア加算を算定していない事業所の方が高かった。

図 141 事業所と併設している施設【ターミナルケア加算算定の有無別】

	2022年4～8月 ターミナルケア加算(介護保険)	
	算定あり n=905	算定なし n=1122
病院・診療所	35.7%	25.1%
介護老人保健施設	12.8%	8.6%
特別養護老人ホーム	3.8%	2.9%
訪問介護事業所	21.2%	18.3%
居宅介護支援事業所	59.0%	36.5%
通所介護事業所	17.9%	16.4%
相談支援事業所	4.1%	5.3%
その他	18.9%	19.1%
特になし	23.2%	36.0%
無回答	0.4%	1.0%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

③ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況 問5(単一回答)

機能強化型訪問看護管理療養費1・2の届出をしている事業所が、ターミナルケア加算を算定している割合が高かった。

図142 機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況【ターミナルケア加算算定の有無別】

	2022年4～8月 ターミナルケア加算(介護保険)	
	算定あり n=905	算定なし n=1122
機能強化型訪問看護管理療養費1を届出	14.5%	2.9%
機能強化型訪問看護管理療養費2を届出	6.9%	1.7%
機能強化型訪問看護管理療養費3を届出	1.8%	0.7%
届出をしていない	75.7%	91.6%
無回答	1.2%	3.1%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

④ 職員数 問6(数値記入)

ターミナルケア加算算定の有無別に、2022年8月末時点の職員数別に比較すると、看護職員は、「7～10人未満」「10～15人未満」の事業所がターミナルケア加算を算定している割合が高く、「3人未満」「3～5人未満」の事業所が、算定していないとの回答が高かった。

理学療法士等が「0人」の事業所がターミナルケア加算を算定していない割合が高かった。

図143 職員数(常勤換算数)【ターミナルケア加算算定の有無別】

①看護職員(常勤換算)

	2022年4～8月 ターミナルケア加算(介護保険)	
	算定あり n=905	算定なし n=1122
3人未満	4.1%	11.5%
3～5人未満	26.4%	38.6%
5～7人未満	23.6%	20.6%
7～10人未満	18.5%	12.6%
10～15人未満	12.7%	4.9%
15人以上	5.4%	1.8%
無回答	9.3%	10.1%
平均値	7.3	5.5

②理学療法士等数(常勤換算)

	2022年4～8月_ターミナルケア加算(介護保険)	
	算定あり n=905	算定なし n=1122
0人	25.0%	30.1%
3人未満	34.9%	33.5%
3～5人未満	13.6%	10.4%
5～7人未満	4.5%	4.5%
7～10人未満	4.2%	2.2%
10～15人未満	1.8%	1.2%
15人以上	0.9%	1.0%
無回答	15.1%	17.1%
平均値	2.3	1.8

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

⑤ 2022 年 8 月の利用者数 問 8(数値記入)

ターミナルケア加算算定の有無別に、2022 年 8 月の事業所の全利用者数を比較すると、ターミナルケア加算を算定している事業所では「100～200 人未満」の割合が高く、ターミナルケア加算を算定していない事業所では「30 人未満」の割合が高かった。

介護保険による利用者数は、ターミナルケア加算を算定している事業所では「60～100 人未満」「100 人以上」の割合が高く、ターミナルケア加算を算定していない事業所では「0 人」「10 人未満」「10～30 人未満」の割合が高かった。

医療保険による利用者数は、ターミナルケア加算を算定している事業所では「30～60 人未満」の割合が高く、ターミナルケア加算を算定していない事業所では「10 人未満」の割合が高かった。

図 144 2022 年 8 月の利用者数【ターミナルケア加算算定の有無別】

		2022年4～8月_ターミナルケア加算(介護保険)	
		算定あり n=905	算定なし n=1122
全利用者数	0人	0.0%	0.7%
	30人未満	4.1%	16.0%
	30～50人未満	12.0%	15.6%
	50～100人未満	36.4%	34.5%
	100～200人未満	30.8%	18.9%
	200～300人未満	7.3%	3.3%
	300人以上	3.1%	1.9%
	無回答	6.3%	9.1%
平均値		115.8	82.8

介護保険による 利用者数	0人	0.0%	9.1%
	10人未満	1.2%	13.7%
	10～30人未満	9.4%	15.9%
	30～60人未満	23.9%	23.4%
	60～100人未満	26.1%	13.3%
	100人以上	19.1%	6.7%
	無回答	20.3%	18.0%
	平均値	78.0	41.9

医療保険による 利用者	0人	0.0%	1.5%
	10人未満	10.8%	18.5%
	10～30人未満	34.9%	32.5%
	30～60人未満	24.3%	14.3%
	60～100人未満	7.2%	8.2%
	100人以上	2.7%	7.1%
	無回答	20.1%	17.7%
	平均値	32.7	39.0

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

⑥ 各時期における収支状況 問 19(単一回答)

ターミナルケア加算算定の有無別に、各時期における収支状況を比較すると、2018 年度収支に関しては、ターミナルケア加算を算定している事業所で「黒字」の割合が高かった。また、2021 年度収支に関しては、ターミナルケア加算を算定している事業所で「黒字」、算定していない事業所で「赤字」の割合が高かった。

図 145 各時期における収支状況【ターミナルケア加算算定の有無別】

①2018年度収支

	2022年4～8月 ターミナルケア加算(介護保険)	
	算定あり n=777	算定なし n=779
黒字	58.7%	36.4%
赤字	14.3%	14.7%
不明	12.9%	18.4%

※無回答及び「2018年度は開設していない」を除いて集計

②2021年度収支

	2022年4～8月 ターミナルケア加算(介護保険)	
	算定あり n=861	算定なし n=911
黒字	63.4%	44.2%
赤字	17.6%	24.9%
不明	14.1%	19.3%

※無回答及び「2021年度は開設していない」を除いて集計

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

⑦ 業務効率化や事業所内の工夫に係る取組 問 30(複数回答)

コロナ流行前に業務効率化の工夫の取組を、ターミナルケア加算算定の有無別にみると、「地域の他事業所と共有したICT機器や情報共有ツールの導入」「保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施」「業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」の回答割合が、ターミナルケア加算を算定している事業所の方が高かった。

コロナ流行以降に実施した取組は、「地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)」の回答割合が、ターミナルケア加算を算定している事業所の方が高かった。

コロナ流行下において役に立った取組は、「地域の他事業所と共有したICT機器や情報共有ツールの導入」「保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施」「業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」の回答割合が、ターミナルケア加算を算定している事業所の方が高かった。

図 146 業務効率化や事業所内の工夫に係る取組(コロナ流行前)【ターミナルケア加算算定の有無別】

①コロナ流行前

	2022年4～8月_ターミナルケア加算(介護保険)	
	算定あり n=905	算定なし n=1122
地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツールの導入	36.7%	21.2%
地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)	6.0%	5.0%
地域の他事業所との衛生用品・資材の共同購入・共同備蓄	2.9%	2.9%
他職種(介護職員など)向けの研修会の開催	20.9%	16.0%
上記以外の他機関連携活動	10.7%	9.4%
保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施	23.6%	16.0%
業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入	38.8%	27.6%
職員の直行直帰の実施	18.9%	20.5%
管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施	3.2%	3.1%
職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施	4.3%	3.8%
外国人利用者への対応のための外国語版説明資料の準備	0.4%	0.0%
その他	0.1%	0.3%
特に該当するものはない	6.6%	10.1%
無回答	22.9%	34.0%

図 147 業務効率化や事業所内の工夫に係る取組(コロナ流行以降)
【ターミナルケア加算算定の有無別】

②コロナ流行以降

	2022年4～8月_ターミナルケア加算(介護保険)	
	算定あり n=905	算定なし n=1122
地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツールの導入	10.4%	8.8%
地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)	13.0%	7.6%
地域の他事業所との衛生用品・資材の共同購入・共同備蓄	6.3%	4.1%
他職種(介護職員など)向けの研修会の開催	6.9%	4.7%
上記以外の他機関連携活動	2.4%	2.0%
保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる 病状確認・療養指導の実施	13.3%	10.9%
業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・ 記録書作成システム搭載のタブレット等の導入	18.6%	16.0%
職員の直行直帰の実施	26.0%	23.7%
管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施	9.4%	10.7%
職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施	16.5%	15.2%
外国人利用者への対応のための外国語版説明資料の準備	0.3%	0.1%
その他	1.1%	0.4%
特に該当するものはない	6.5%	10.2%
無回答	33.9%	40.2%

図 148 コロナ禍において役に立った業務効率化や事業所内の工夫に係る取組
【ターミナルケア加算算定の有無別】

③コロナ流行下において役立ったもの

	2022年4～8月_ターミナルケア加算(介護保険)	
	算定あり n=905	算定なし n=1122
地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツールの導入	20.8%	14.0%
地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)	5.2%	3.9%
地域の他事業所との衛生用品・資材の共同購入・共同備蓄	4.2%	3.0%
他職種(介護職員など)向けの研修会の開催	8.4%	6.1%
上記以外の他機関連携活動	4.4%	3.2%
保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる 病状確認・療養指導の実施	18.5%	13.5%
業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・ 記録書作成システム搭載のタブレット等の導入	27.0%	20.5%
職員の直行直帰の実施	21.8%	22.0%
管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施	6.2%	7.6%
職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施	10.4%	10.6%
外国人利用者への対応のための外国語版説明資料の準備	0.1%	0.0%
その他	0.9%	0.3%
特に該当するものはない	6.7%	11.9%
無回答	43.6%	45.7%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

⑧ 事業所でコロナ前から実施している地域連携活動 問 33(1)(複数回答)

コロナ前から実施している地域連携活動について、ターミナルケア加算算定の有無別に比較すると、全ての選択肢で、ターミナルケア加算を算定している事業所の方が高かった。

図 149 事業所で実施している地域連携活動【ターミナルケア療養費算定の有無別】

	2022年4～8月_ターミナルケア加算(介護保険)	
	算定あり n=905	算定なし n=1122
地域住民に向けた相談窓口・相談会の設置	18.3%	9.2%
地域住民等に対する研修会の開催	18.3%	7.0%
他の事業所や多職種に対する研修会の開催	30.6%	17.4%
事業所として地域の行事や活動への参加	32.4%	18.7%
災害時に協力し合える地域の体制整備への参画	15.5%	9.4%
地域のニーズや課題に沿った活動	13.8%	6.9%
感染管理の看護師との連携	20.1%	11.5%
実習生やインターンの受け入れ	63.5%	35.1%
その他	0.4%	0.4%
特に該当するものはない	9.6%	17.8%
無回答	15.4%	31.2%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

(7) ターミナルケア療養費(医療保険)算定の有無別

① 事業所の法人種別 問 3(単一回答)

事業所の法人種別は、ターミナルケア療養費を算定していない事業所の方が、「営利法人(株式会社等)」の割合が高かった。

図 150 事業所の法人種別【ターミナルケア療養費算定の有無別】

	2022年4～8月 ターミナル ケア療養費(医療保険)	
	算定あり n=1312	算定なし n=715
医療法人	31.0%	26.9%
営利法人(株式会社等)	37.7%	53.6%
社会福祉法人	7.7%	5.7%
医師会	5.0%	2.1%
看護協会	3.7%	1.0%
医師会・看護協会以外の社団・財団法人	5.8%	4.6%
協同組合	3.5%	1.0%
地方公共団体	2.1%	1.3%
その他	3.0%	3.6%
無回答	0.4%	0.3%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

② 事業所と併設している施設 問 4(複数回答)

併設している施設では、「病院・診療所」「居宅介護支援事業所」は、ターミナルケア療養費を算定している事業所の方が高かった。また、「特になし」は、ターミナルケア療養費を算定していない事業所の方が高かった。

図 151 事業所と併設している施設【ターミナルケア療養費算定の有無別】

	2022年4～8月 ターミナル ケア療養費(医療保険)	
	算定あり n=1312	算定なし n=715
病院・診療所	32.1%	25.2%
介護老人保健施設	11.4%	9.2%
特別養護老人ホーム	3.4%	3.2%
訪問介護事業所	20.8%	16.9%
居宅介護支援事業所	54.2%	32.0%
通所介護事業所	17.7%	15.2%
相談支援事業所	3.7%	6.9%
その他	20.5%	16.8%
特になし	25.8%	39.3%
無回答	0.6%	1.0%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

③ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況 問5(単一回答)

機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況を比較すると、機能強化型訪問看護管理療養費1・2について、ターミナルケア療養費を算定している事業所の方が回答割合が高かった。また、「届出をしていない」の回答割合は、ターミナルケア療養費を算定していない事業所の方が高かった。

図 152 機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況【ターミナルケア療養費算定の有無別】

	2022年4～8月 ターミナル ケア療養費(医療保険)	
	算定あり n=1312	算定なし n=715
機能強化型訪問看護管理療養費1を届出	11.8%	1.3%
機能強化型訪問看護管理療養費2を届出	5.7%	0.7%
機能強化型訪問看護管理療養費3を届出	1.5%	0.6%
届出をしていない	79.1%	94.0%
無回答	1.8%	3.5%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

④ 職員数 問6(数値記入)

2022年8月末時点の職員数(常勤換算数)を比較すると、看護職員は、「5～7人未満」「7～10人未満」「10～15人未満」の回答割合が、ターミナルケア療養費を算定している事業所の方が高く、「3人未満」「3～5人未満」は、ターミナルケア療養費を算定していない事業所の方が高かった。

図 153 職員数(常勤換算数)【ターミナルケア療養費算定の有無別】

①看護職員(常勤換算)

	2022年4～8月 ターミナル ケア療養費(医療保険)	
	算定あり n=1312	算定なし n=715
3人未満	4.4%	14.8%
3～5人未満	28.7%	40.7%
5～7人未満	24.8%	16.8%
7～10人未満	17.8%	10.6%
10～15人未満	11.0%	4.1%
15人以上	4.5%	1.3%
無回答	8.8%	11.7%
平均値	6.9	5.1

理学療法士等は、「3 人未満」の回答割合が、ターミナル療養費を算定している事業所の方が高く、「0 人」の回答割合が、ターミナルケア療養費を算定していない事業所の方が高かった。

②理学療法士等数(常勤換算)

	2022年4～8月_ターミナル ケア療養費(医療保険)	
	算定あり n=1312	算定なし n=715
0人	24.8%	32.9%
3人未満	36.7%	28.4%
3～5人未満	13.6%	9.0%
5～7人未満	4.6%	3.9%
7～10人未満	3.2%	2.4%
10～15人未満	1.5%	1.5%
15人以上	0.9%	0.8%
無回答	14.7%	21.1%
平均値	2.1	1.8

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

⑤ 2022 年 8 月の利用者数 問 8(数値記入)

2022 年 8 月の事業所の全利用者数を比較すると、ターミナルケア療養費を算定している事業所では「50～100 人未満」「100～200 人未満」の割合が高く、ターミナルケア療養費を算定していない事業所では「30 人未満」の割合が高かった。

介護保険による利用者数は、ターミナルケア療養費を算定している事業所では「30～60 人未満」「60～100 人未満」「100 人以上」の割合が高く、ターミナルケア療養費を算定していない事業所では「0 人」「10 人未満」の割合が高かった。

医療保険による利用者数は、ターミナルケア療養費を算定している事業所では「10～30 人未満」「30～60 人未満」の割合が高く、ターミナルケア療養費を算定していない事業所では「10 人未満」及び「100 人以上」の割合が高かった。

図 154 2022 年 8 月の利用者数【ターミナルケア療養費算定の有無別】

		2022年4～8月_ターミナル ケア療養費(医療保険)	
		算定あり n=1312	算定なし n=715
全利用者数	0人	0.0%	1.0%
	30人未満	6.5%	19.0%
	30～50人未満	13.0%	16.4%
	50～100人未満	37.3%	31.2%
	100～200人未満	27.7%	17.1%
	200～300人未満	5.7%	3.8%
	300人以上	2.9%	1.7%
	無回答	6.9%	9.9%
	平均値	106.9	79.3

介護保険による 利用者数	0人	0.6%	14.7%
	10人未満	2.4%	18.2%
	10～30人未満	11.8%	15.5%
	30～60人未満	25.2%	20.1%
	60～100人未満	22.5%	11.6%
	100人以上	15.9%	5.0%
	無回答	21.6%	14.8%
	平均値	71.0	34.4

医療保険による 利用者	0人	0.1%	2.1%
	10人未満	11.0%	21.8%
	10～30人未満	36.2%	27.8%
	30～60人未満	22.3%	14.0%
	60～100人未満	6.6%	9.9%
	100人以上	2.3%	10.2%
	無回答	21.6%	14.1%
	平均値	31.8	44.5

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

⑥ 各時期における収支状況 問 19(単一回答)

各時期における収支状況を比較すると、2018 年度収支・2021 年度収支いずれについても、ターミナルケア療養費を算定している事業所で「黒字」の割合が高かった。また、2021 年度収支に関しては、ターミナルケア療養費を算定していない事業所で「赤字」の割合が高かった。

図 155 各時期における収支状況【ターミナルケア療養費算定の有無別】

①2018年度収支

	2022年4～8月_ターミナルケア療養費(医療保険)	
	算定あり n=1080	算定なし n=473
黒字	63.6%	52.9%
赤字	18.6%	19.9%
不明	17.8%	27.3%

※無回答及び「2018年度は開設していない」を除いて集計

②2021年度収支

	2022年4～8月_ターミナルケア療養費(医療保険)	
	算定あり n=1233	算定なし n=624
黒字	62.2%	49.5%
赤字	22.1%	27.2%
不明	15.7%	23.2%

※無回答及び「2021年度は開設していない」を除いて集計

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

⑦ 業務効率化や事業所内の工夫に係る取組 問 30(複数回答)

コロナ流行前に実施していた業務効率化や事業所内の工夫に係る取組を、ターミナルケア療養費算定の有無別にみると、「地域の他事業所と共有したICT機器や情報共有ツールの導入」「保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施」「業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」の回答割合が、ターミナルケア療養費を算定している事業所の方が高かった。

コロナ流行以降に実施した取組は、「地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)」の回答割合が、ターミナルケア療養費を算定している事業所の方が高かった。

図 156 業務効率化や事業所内の工夫に係る取組(コロナ流行前)

【ターミナルケア療養費算定の有無別】

	2022年4～8月 ターミナルケア療養費(医療保険)	
	算定あり n=1312	算定なし n=715
地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツールの導入	33.3%	18.2%
地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)	5.4%	5.5%
地域の他事業所との衛生用品・資材の共同購入・共同備蓄	2.7%	3.2%
他職種(介護職員など)向けの研修会の開催	20.0%	14.5%
上記以外その他機関連携活動	10.2%	9.2%
保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施	21.6%	15.2%
業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入	37.2%	24.9%
職員の直行直帰の実施	19.1%	21.5%
管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施	2.9%	3.9%
職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施	3.8%	4.6%
外国人利用者への対応のための外国語版説明資料の準備	0.3%	0.0%
その他	0.2%	0.3%
特に該当するものはない	7.5%	10.9%
無回答	25.4%	35.0%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

図 157 業務効率化や事業所内の工夫に係る取組(コロナ流行以降)

【ターミナルケア療養費算定の有無別】

	2022年4～8月_ターミナルケア療養費(医療保険)	
	算定あり n=1312	算定なし n=715
地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツールの導入	10.2%	8.5%
地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)	11.8%	6.3%
地域の他事業所との衛生用品・資材の共同購入・共同備蓄	6.3%	3.2%
他職種(介護職員など)向けの研修会の開催	6.9%	3.9%
上記以外他機関連携活動	2.1%	2.4%
保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる 病状確認・療養指導の実施	12.7%	11.2%
業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・ 記録書作成システム搭載のタブレット等の導入	18.5%	14.4%
職員の直行直帰の実施	25.9%	22.0%
管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施	10.2%	10.1%
職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施	16.5%	13.8%
外国人利用者への対応のための外国語版説明資料の準備	0.3%	0.0%
その他	0.7%	0.7%
特に該当するものはない	7.2%	10.8%
無回答	34.3%	43.1%

コロナ流行下において役に立った取組としては、「地域の他事業所と共有したICT機器や情報共有ツールの導入」「業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」が、ターミナルケア療養費を算定している方が高かった。

図 158 コロナ禍において役に立った業務効率化や事業所内の工夫に係る取組

【ターミナルケア療養費算定の有無別】

③コロナ流行下において役立ったもの

	2022年4～8月_ターミナルケア療養費(医療保険)	
	算定あり n=1312	算定なし n=715
地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツールの導入	19.1%	13.0%
地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)	4.7%	3.8%
地域の他事業所との衛生用品・資材の共同購入・共同備蓄	4.0%	2.8%
他職種(介護職員など)向けの研修会の開催	7.8%	6.0%
上記以外他機関連携活動	3.7%	3.6%
保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる 病状確認・療養指導の実施	15.9%	15.1%
業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・ 記録書作成システム搭載のタブレット等の導入	25.5%	19.2%
職員の直行直帰の実施	21.8%	22.0%
管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施	6.5%	8.1%
職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施	10.1%	11.0%
外国人利用者への対応のための外国語版説明資料の準備	0.1%	0.0%
その他	0.5%	0.6%
特に該当するものはない	7.7%	12.7%
無回答	45.7%	43.9%

⑧ 事業所で実施している地域連携活動 問 33(1)(複数回答)

事業所でコロナ前から実施している地域連携活動について、ターミナルケア療養費算定の有無別に比較すると、全ての取組で、ターミナルケア療養費を算定している事業所の方が回答割合が高かった。

図 159 事業所で実施している地域連携活動【ターミナルケア療養費算定の有無別】

	2022年4～8月_ターミナルケア療養費(医療保険)	
	算定あり n=1312	算定なし n=715
地域住民に向けた相談窓口・相談会の設置	16.9%	6.7%
地域住民等に対する研修会の開催	15.9%	5.2%
他の事業所や多職種に対する研修会の開催	26.8%	16.2%
事業所として地域の行事や活動への参加	30.0%	15.0%
災害時に協力し合える地域の体制整備への参画	14.3%	7.7%
地域のニーズや課題に沿った活動	12.3%	5.6%
感染管理の看護師との連携	18.4%	9.5%
実習生やインターンの受け入れ	57.3%	29.1%
その他	0.4%	0.4%
特に該当するものはない	10.4%	21.7%
無回答	19.4%	33.0%

※5pt 以上差異がある場合に大きい方に網掛けをしている。

第 3 章 ヒアリング調査結果

1 ヒアリング調査の概要

1) ヒアリング調査の実施目的

新型コロナウイルス感染症流行下においても、積極的・効果的に業務効率化や地域連携に取り組んでいる訪問看護ステーションの事例を収集し事例集を作成するとともに、より多くの訪問看護ステーションが業務効率化や地域連携等に円滑に取り組めるよう連携ツールを作成することを目的として、ヒアリング調査を実施した。

2) 調査実施概要

(1) 実施時期

調査実施時期は2022年 11 月～12 月であった。

(2) 調査対象の選定

アンケート調査の間 31(業務効率化の取組に関する自由記述)、問 34(地域連携の取組に関する自由記述)の回答がある事業所から、積極的・効果的に業務効率化・地域連携に取り組んでいると思われる事業所をワーキンググループで検討し選定した。

(3) 調査方法

ヒアリング調査の実施に際しては、事前にヒアリング調査シートを送付し記入を依頼するとともに、ヒアリングにおいてより詳細・具体的な内容を、オンラインを利用して伺った。

(4) 主な調査項目

- ・ 貴ステーションと地域の概要
- ・ 業務効率化／地域連携の具体的な取組内容
- ・ 取組を始めた経緯・問題意識や目的
- ・ 取組の実施方法
- ・ 取組実施上の留意点
- ・ 取組による効果とその要因
- ・ 取組の今後の展望

2 ヒアリング調査結果

1) 事業所01

(1) ステーションの概要

(1)施設の概要			
事業所名	01	都道府県・市区町村	兵庫県神戸市
設立時期	2004年	法人種別	営利法人(株式会社等)
全利用者数	(2022年8月) 165人	訪問件数	介護保険(2022年8月) 809件 医療保険(2022年8月) 672件
職員数 (2022年8月)		実数	常勤換算数
	看護職員	17人	13.5人
	理学療法士等(PT/OT/ST)	6人	5.4人
	看護補助者	1人	
	事務職員	2人	
(2)主な併設事業所の特徴			
・居宅介護事業所と、平均介護度が4程度のデイサービスを併設している。			
(3)利用者の特徴			
・4か月の子どもから107歳の高齢者まで幅広い年代の利用者に対応しており、重症の子どもの訪問看護や地域の学校の医療的ケア児への訪問、難病の方、ストーマの方が他ステーションより多い。 ・兵庫県の子ども病院が隣接していることもあり、気管切開や人口呼吸器を利用している子どもが多い。			
(4)ステーションが立地している地域の特徴			
【人口及び人口密度】 ・人口:1,517,627人(令和4年1月1日現在) ・人口密度:2,738.1人/km²(令和2年10月1日現在) 【高齢化率】 ・28.6%(令和4年1月1日現在) 【地域他ステーションの状況】 ・当ステーションが立地する地域には20弱のステーションがある。ただし、区内では小児に対応しているステーションは当ステーションだけとなっている。現在、区内の他の2つのステーションに対して、小児に対応できるよう支援をしているところである。			
(5)新型コロナウイルス感染症の影響			
【平時の感染症への取組み】 ・難病の高齢者やALS、人工呼吸器を装着している子どもへのケアに当たっては、エプロンやマスク等を使い分けたり、訪問の後手で手を洗うことを標準とする等、感染対策には配慮しており、職員の感染対策の意識も高い。 【コロナ禍における事業所への影響と対応】 ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大の中、新規利用者数は従来通りで推移した。 ・一方で、家族が感染したために訪問をキャンセルした利用者が多数発生した。キャンセルの背景には、コロナ禍で家族の在宅勤務が増加し、訪問看護をキャンセルしても対応可能な家庭が増えたことが影響して			

いると思われる。一方で、家族が濃厚接触者のため、訪問看護スタッフへの感染を配慮してキャンセルしたケースも見られた。感染拡大がピークの間は、キャンセルにより収益の減少が見られた。

- ・利用者宅への訪問に伴い新型コロナウイルス感染症に感染したスタッフは1名いた。そのような中ではあるが、職員が離職することはなかった。

- ・新型コロナウイルス感染者宅へ訪問するスタッフは、病院の感染病棟の考え方を参考にし、独身のスタッフと子どもが独立しているスタッフだけでチームを組成し、感染者宅に訪問するよう調整した。そのスタッフには危険手当を賞与時にまとめて支給している。

- ・行政機関、病院、診療所、グループホームから、コロナ感染者宅への訪問を依頼されるケースがあった。行政からの依頼は、まず感染者への訪問が可能かどうかを打診する趣旨の通知及び契約書がステーションに送付され、その契約書を締結した事業所に限定して行政から依頼があった。

- ・新型コロナウイルスに感染した利用者の看取りに関しては、本人の希望に合わせて、在宅での看取りの場合や病院への救急搬送の場合があったが、多くは在宅での看取りを希望し、ステーションからは防護服を着こんだスタッフが訪問して対応した。

(2) 業務効率化・地域連携の取組内容について

取組① 全職員への iPad の支給

(1) 取組を始めた経緯・問題意識や目的

- ・もともとは約 5 年前に国の補助金を活用し iPad を導入した。
- ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大前は常勤職員にのみ iPad を配布していた。

(2) 具体的な取組内容

① 新型コロナウイルス感染症流行前

- ・iPad は各職員が自宅に持って帰ることが可能で、すべての利用者のカルテを閲覧することが可能である。
- ・FAX 等の紙媒体での連絡についても、PDF 化しているため、iPad から確認することが可能となっている。

② 新型コロナウイルス感染症流行下でどのように活かしたか

- ・コロナ感染に伴い非常勤職員を含めて全職員に配布した。
- ・事業所に来なくて済むように iPad をひとり 1 台配布しているが、直行直帰は、引継ぎや更衣してから帰宅したい等、ステーションへ出勤したいとの要望がスタッフから挙がっており、本人の意思を尊重しながら継続している。

③ 通常業務での活用

- ・通信料は事業所が負担しており経費はかかるが、今後も継続していく予定。

取組② LINE WORKS の活用

(1) 取組を始めた経緯・問題意識や目的

- ・LINE WORKS の導入は神戸市が主導して進めており、他事業所においても導入が進められていた。そのような状況を受け、加えて早急な情報共有が可能になることもあり、新型コロナウイルス感染症流行前に当ステーションにおいても導入を終えていた。

- ・また、対面での会話に苦手意識があるが、SNS での会話は上手な若手スタッフが増えており、そのような若手の成長を後押しする上で、若手が相談しやすい仕組みづくりも求められていた。

(2) 具体的な取組内容

① 新型コロナウイルス感染症流行前

- ・LINE WORKS は利用者ごとに情報共有ができる構造になっており、医師やケアマネジャー等の事業所外他職種ともつながることが可能となっている。
- ・また、若手が相談できる仕組み作りとして、LINE WORKS の活用と並行して、スタッフをグループに分けて指導者・若手を組み合わせることで若手の相談体制を整えている。

② 新型コロナウイルス感染症流行下でどのように活かしたか

・コロナ禍に伴い、スタッフ同士が顔を合わせて情報交換する機会が制限され、コミュニケーション上のトラブルが起りやすい状況にあった(言った・言わない等)が、LINE WORKS の導入により記録が残るため、そのようなトラブルを解消することにつながっている。

③ 通常業務での活用

- ・若手スタッフは動画でマニュアルを作成することにも利用しており、例えば医療的ケア児の保護者に見せて説明する等、上手に活用している。
- ・若手スタッフは SNS を介した方が相談しやすいこともあり、若手の相談しやすい仕組み作りにも有効である。
- ・LINE WORKS を利用して引継ぎや申し送りのほか、個別の相談やカンファレンス等にも活用できている。
- ・なお、LINE WORKS は個人のスマートフォンにアプリをインストールしているが、ステーションのシステムを経由して接続するような構造となっており、通信に要した費用は事業所が負担している。

取組③ 事業所間の連携による相互のバックアップ

(1) 取組を始めた経緯・問題意識や目的

・訪問が必要な利用者へのケアを継続する上で、地域の事業所間の協力が必要であり、区での連絡会に根差して支援体制を構築する必要があった。特に、重症の利用者がいるためステーションを一時的にでも閉鎖するわけにいかず、一方で、病院は満室状態であり、救急搬送に当たってのルールも定められていたため、動ける事業所が動けない事業所を助ける仕組みが必要だった。

(2) 具体的な取組内容

① 新型コロナウイルス感染症流行前

・神戸市では、区・市・県の 3 層ごとに連絡会が設置されている。区の連絡会には各事業所の所長が参加しており、2 年任期の世話役、看護協会の会議へ参加する担当者、医師会の会議に参加する担当者、県や市の会議に参加する担当者といった役割分担をしている。3 か月に 1 度の定期連絡会では、各担当者が参加した会議の報告をするようにしていた。

② 新型コロナウイルス感染症流行下でどのように活かしたか

- ・事業所間が LINE WORKS でつながっており、どうしても訪問しなくてはならない利用者は、利用者ごとに関係者間で情報共有が可能な環境が整っていた。
- ・そのような中で、動けるステーションが動けないステーションを助ける仕組みを作る際に、まず医師から指示書をどのように出してもらうかという点は、動けるステーションと動けないステーションの双方に指示書を出してもらうことで医師会に了承を得た。
- ・さらに、保険請求が複雑になるため、動けるステーションのスタッフを動けないステーションに非常勤職員として派遣し、そのために必要な看護師免許は相手ステーションへ送付することにした。その上で、動けないステーションが保険請求し、動けるステーションへ支払いをする仕組みとした。
- ・実際に一時閉鎖したステーションが 2 か所発生し、そのうち 1 か所は、4 名の利用者について当ステーションから職員を派遣する形で支援を行った。
- ・その他、連絡会で情報交換や物品の融通等を行い、連携を深めた。

④ 通常業務での活用

- ・連絡会での協力を通じて、区内の事業所間の連携・結束が強まっている。

(3) 業務効率化・地域連携の取組のポイントや今後の展望

(1) 取組の効果

・LINE WORKS の活用拡大が進んでいる。若手の活躍を後押しする上で、デジタル機器の利用に若手が長けている点に着目し、若手が働きやすい仕組みづくりをすることにつながっている。

(2) 取組がうまくいった要因

・時代の変化に合わせて、若手が働きやすい環境を作ることが重視した。若手職員はスタッフ間の対面でのコミュニケーションに苦手意識を持つことが多い一方で、SNS を介したコミュニケーションには非常に長けている。そのような若手スタッフの特徴を踏まえて、相談しやすい仕組みづくりを構築することを意識した。

(3)今後の展望

- ・引き続き、デジタルの活用による働き方の改善を進めるとともに、地域の他事業所との連携を深めることで、地域全体の支援の質向上につなげていく。

2) 事業所02

(1) ステーションの概要

(1)施設の概要			
事業所名	02	都道府県・市区町村	千葉県佐倉市
設立時期	2006年	法人種別	社会福祉法人
全利用者数	(2022年8月) 105人	訪問件数	介護保険(2022年8月) 350件 医療保険(2022年8月) 310件
職員数 (2022年8月)		実数	常勤換算数
	看護職員	10人	8人
	理学療法士等(PT/OT/ST)	3人	—
	看護補助者	—	
	事務職員	2人	
(2)主な併設事業所の特徴			
・介護老人保健施設、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、通所介護事業所、障害児放課後デイサービスを併設している。 ・同一敷地内に母体が違う訪問診療所があり、ガン末期の方や難病の方、困難事例への対応について、訪問診療所と連携した対応依頼がある。(訪問診療所とは、週1回カンファレンスを実施し、情報共有を図っている。) ・同敷地内に訪問診療所の他、居宅介護支援事業所や訪問介護事業所、介護施設があるため連携しやすく、学びも多い環境となっている。 ・同一法人の訪問看護ステーションが8～10ステーションあり連携が取れている。 ・母体が社会福祉法人であり、同法人の福祉施設との連携が多く、コミュニティデザイン(行政と協働した地域活性化活動)、安心システム(買い物バス)、こどもホスピス(障害のある方本人と家族支援)等に参加している。			
(3)利用者の特徴			
・対象者は0歳から100歳を超える方までで、小児、難病、高齢者、ガン末期の方、精神障害等、幅広く受けている。 ・近隣の訪問看護ステーションには小児に対応できるステーションがないため、小児の訪問看護には力を入れている。			
(4)ステーションが立地している地域の特徴			
【人口及び人口密度】 ・人口:172,232人(令和4年1月1日現在) ・人口密度:1,627.4人/㎢(令和2年10月1日現在) 【高齢化率】 ・32.8%(令和4年1月1日現在) 【地域他ステーション等の状況】 ・概ね10kmの範囲に総合病院が3つある。 ・近年、佐倉市内に訪問看護ステーションが増えており、難病やガン末期の当ステーション利用者が減少傾向にある。			
(5)新型コロナウイルス感染症の影響			
【コロナ禍における事業所への影響と対応】 ・新規利用者数には大きな影響がないと感じている。 ・利用者の中には感染対策のため休止を希望する方が2～3人いた。また、利用者自身が感染し、キャンセルの申し込みがあったケースも数回発生した。			

- ・当ステーションのスタッフが感染した場合においては、不安を隠せない利用者もあり、対応が難しい場合もある。また、他スタッフに対し自責の思いがあり、精神的にも負担が大きい。なお、コロナ禍に伴う離職者はいない(開設から16年間で離職者は定年退職を含め4名)。
- ・利用者本人が感染、または家族が感染しているお宅に訪問することは、緊迫感がありストレスがある。また、入浴介助をはじめとした密着度の高いケア等では、必要最小限のケアに切り替えたりしてはいるが、負担は大きい。
- ・理学療法士等の訪問で PPE が必要な場合は、断るケースもあったが休止に至ることはなかった。
- ・衛生材料に経費が掛かっている。佐倉市からの提供もあるが、規制が多くタイムリーに利用することが難しい。また、佐倉市の助成で定期的な PCR 検査を行っているが、郵送料が含まれない等思いがけない経費が発生することがある。
- ・一方で、感染対策について他の事業所に指導や助言をしたり、PPE の脱着の訓練を指導したりといったことを通じて、専門職としてのモチベーションや存在意義を確認し、資質の向上につなげることができた面もあると考えている。

(2) 業務効率化の取組内容について

取組① ICT(タブレット)の導入

(1) 取組を始めた経緯・問題意識や目的

- ・もともと当ステーションの訪問エリアが広く、規模が大きいこともあり、効率性や情報共有、記録の入力と取扱いの簡素化を高めるために、タブレットの導入を検討していた。
- ・加えて、移動時間と移動距離縮小のために、サテライトステーションの開設を計画していた。それにより訪問エリアを南東と北西に分け2チーム体制をスタートすることとなるが、2つのチームがタイムリーに必要な情報を共有・把握するためにも、タブレットによるカルテ化が必須と改めて認識した。そこで、2018年のサテライトステーションの開設4か月前に導入を決定した。

(2) 具体的な取組内容

① 新型コロナウイルス感染症流行前

- ・法人内に訪問看護ステーションが8事業所あり、内7事業所がタブレットを採用している。訪問看護に特化したソフトを導入しており、カルテ化されレセプトソフトにまで情報が反映される仕組みになっている。
- ・導入しているソフトは、①スタッフ間で利用者の情報を共有したり記録や計画書作成するための業務ソフトのほか、②法人全体で共通の情報共有ソフトである Kintone(当ステーションのスレッドを立てて情報共有している)、そして③スタッフ間で密に連絡を取り合うためのグループチャットとなっている。なお、グループチャットは、個人のスマホを活用している。
- ・当ステーションでは一人1台タブレットが配布されている。記録の提出は紙ベースではなく、全てタブレットを利用している。報告書や計画書等の提出が必要になる書類は、毎月事務職員が各医療機関や居宅介護支援事業所等に提出している。

② 新型コロナウイルス感染症流行下でどのように活かしたか

- ・法人全体で共通の情報共有ソフトの中に、感染トリアージのスレッドを新たに設けた。感染者のトリアージを行い、優先的に訪問すべき利用者の情報を一斉にスタッフと共有するようになった。

③ 通常業務での活用

- ・法人全体で ICT の活用やリモートワークを推奨しており、新型コロナウイルス感染症の終息後も、その方針を継続する意向である。
- ・2018年～2021年にかけて法人内で新たに3事業所を開設しているが、いずれの事業所でもタブレットやグループチャット等を継続して使用している。

取組② リモートワークと直行直帰

(1) 取組を始めた経緯・問題意識や目的

- ・スタッフの人数に対して事務所の面積が小さかった(人数分のデスクは置けずフリースタイルをとっていたほど)こともあり、多人数が事務所に集まることを避け感染防止に努める必要があった。

(2)具体的な取組内容
① 新型コロナウイルス感染症流行前 ・直行直帰は以前から実施されていた。 ② 新型コロナウイルス感染症流行下でどのように活かしたか ・コロナウイルス感染拡大を受けて、他者との接触を極力避けるためにリモートワークを導入した。 ・リモートワークの使い方として、その日の最後の訪問が終了した後に帰宅してリモートワークをし、1 時間ほどを記録の時間に充てたり、自宅から会議や研修に参加することが多い。ただし、同日に直行直帰をする際は、必然的に業務車両は使用できず自家用車の利用となる。 ・人によって違いはあるが、5 時間～30 時間/月ほどがリモートワークとなっている。 ③ 通常業務での活用 ・毎朝のカンファレンスや週一回の多職種連携カンファレンス、月一回の業務カンファレンスをオンラインで実施したり、法人の会議や研修もほぼオンラインに移行していている。最近では退院前カンファレンスをオンラインで行うことも増えている。

(3) 業務効率化の取組のポイントや今後の展望

(1)取組の効果
・スタッフ全員が同じ画面を同時に確認できるため、タイムリーに情報共有ができるようになった。 ・タブレットと各種のソフトを導入することにより記録の記載・提出を訪問の合間にできるようになった。 ・ソフト導入により訪問看護記録書Ⅱ(日々の訪問看護記録)の内容が充実した。例えば、褥瘡が悪化した利用者がいたら写真を共有することで全員がその実態を把握することができる。また、観察項目(例:排便、食事、睡眠)が選択式になっており、項目に合わせて入力するため、見やすさが向上し、共有が的確かつ素早くできるようになった。 ・利用者情報、医療機関情報、訪問看護指示書、別日の訪問記録等、紙のカルテを確認しなくても、必要な時にその場で情報を把握できるようになった。 ・タブレット操作のスキルが上がり抵抗感が減った。 ・訪問後にすぐに記録を作成することができ、また、手書きで行っていたレセプトの処理がシステム化されたため、時間外勤務が減少した。
(2)取組がうまくいった要因
・タブレットの導入においては、ICTが得意なスタッフ 4 名で導入チームを結成して ICT マニュアルを作成し、帳票ごとの記載内容、提出書類の期限、ID・パスワードの統一、個人情報漏洩防止、IT 障害時の対応、導入してもよいアプリケーション、会議等へのオンライン参加時のルール、事務員との連携、利用可能な電波、タブレットの保管方法等についてルール化を図った。その4名が、他のスタッフへタブレットの使い方に関する指導も行った。 ・連携先によって導入すべきソフトが異なる場合があるが、当ステーションから個別に連携先に問合せ調整を図り、当ステーション側では担当スタッフや主任スタッフ、管理者を中心に個別にソフトを導入し、徐々にルール化を図ることで対応した。 ・リモートワークは、新型コロナウイルス感染症マニュアルや行動基準、業務体制に関するルールを作成するとともに、事前報告ルールやリモートワーク時間の制限、勤務時間内であることの周知の仕方等について取り決めを行った。 ・リモートワークによって事業所で顔を合わせる機会が減少し、気軽に相談や情報共有がしにくいことに対しては、オンライン参加のルールを作成したり、会議室・相談室を使用できるようにしたりすることで対応した。
(3)今後の展望
・これからの3年で利用者数 150 名を目標としている。利用者やスタッフの増加にタブレット、ソフトの便利さは手放せないと考えている。そのため、各機器の利用マニュアル充実が必要になるだろうと考えている。 ・リモートワークに関しては、法人全体でも継続が基本と考えている。ただし、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が縮小してきた場合や、感染症法上の分類が5類に変更される等により、リモートワークが縮小

する可能性はある。また、リモートワークがしやすい人としにくい人がいたり、会議では顔が見えることが大切な時もあり、状況に応じて柔軟にリモートワークを活用できるようにしていくことが求められている。

- ・タブレットや業務ソフトの導入に伴い、ルールが多く作成されており、スタッフからすれば細かい決まりごとが多く仕事がやりにくい面が生じている可能性がある。そのような点も踏まえて、仕組みを柔軟に見直していくことが必要だと考えている。

3) 事業所03

(1) ステーションの概要

(1)施設の概要			
事業所名	03	都道府県・市区町村	埼玉県行田市
設立時期	2000年	法人種別	生協
全利用者数	(2022年8月) 141人	訪問件数	介護保険(2022年8月) 508件 医療保険(2022年8月) 614件
職員数 (2022年8月)		実数	常勤換算数
	看護職員	13人	10.5人
	理学療法士等(PT/OT/ST)	6人	5.4人
	看護補助者	1人	
	事務職員	2人	
(2)主な併設事業所の特徴			
・(無床)診療所、居宅介護支援事業所(ケアセンターさきたま)、小規模多機能型居宅介護、訪問介護事業所を併設している。四半期に一度、併設事業所合同で、四半期を振り返る機会を設けており、併設事業所間での連携がなされている。 ・法人が協同組合の組織であるため、診療所とケアセンターが中心となり、地域の組合員が相談を受けられる窓口を整えている。窓口設置を行政へも伝えてあるため、行政から当ステーションに相談がある。			
(3)利用者の特徴			
・0歳から100歳以上の幅広い年代の利用者に対応しており、難病(ALSやパーキンソン病等)・看取り・リハビリ・認知症のある高齢者夫婦のみの世帯・種々の疾患の小児等、ニーズも多様となっている。 ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3職種のリハビリテーションスタッフがおり、リハビリを依頼する難病の方も多い。			
(4)ステーションが立地している地域の特徴			
【人口及び人口密度】 ・人口:79,324人(令和4年1月1日現在) ・人口密度:1,175.3人/㎢(令和2年10月1日現在) 【高齢化率】 ・32.2%(令和4年1月1日現在) 【地域他ステーションの状況】 ・行田市内には5か所の訪問看護ステーションが設置されている。 ・24時間対応体制のステーションが市内では、当ステーションを含め2ステーション。 ・当ステーションの看取り件数は直近で年間18件である。			
(5)新型コロナウイルス感染症の影響			
【平時の感染症への取組】 ・同一法人に所属する感染管理専門看護師が中心となり、法人全体を対象としてガウンテクニックをはじめとした感染対策について勉強会を開催している。 【コロナ禍における事業所への影響と対応】 ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、利用者からは、スタッフの感染対策の実施状況や方法、ワクチン接種状況について確認や質問があったが、著しい利用者の増減は見られなかった。 ・スタッフでコロナ禍のための離職者はいなかった。			

- ・法人内の PPE 方針に従った感染対策を実施しているが、夏季の入浴介助等体力的な負担が極めて大きい。また、利用者が発熱している場合、細心の注意をはかり対応しているため精神的な負担も大きい。
- ・防護用物品の購入のため経費が増加した一方で、利用者やそのご家族で感染罹患したために訪問をキャンセルするケースが増加したが、キャンセル料を徴収することはしなかったため収益に影響があった。
- ・例えば、感染者の排泄コントロールを目的とした訪問の場合、家族が浣腸を行う、ズボンを脱がす、お湯を準備する等の協力を依頼して 15 分程度で終わられるようにした。
- ・また、併設診療所と協働し、BCP 計画に基づき、例えばフードパントリーを実施している。新型コロナウイルス感染症の感染拡大初期において、自宅隔離になった方々に対して、食料やオムツ等の日用品を玄関先まで配達する等の対応を実施していた。

(2) 地域連携の取組内容について

取組① 想いでカフェ

(1) 取組を始めた経緯・問題意識や目的

- ・看取りを経験したご家族が今どのような生活を送っているのかを確認するとともに、大切なご家族を亡くし、悲しみや辛さのあるご遺族が現実を受けとめ、少しでも前向きに、自分の人生を健康的に過ごしてもらうためのグリーフケアを行う必要性を感じていた。さらに、参加された方々がこれからも当ステーションとつながり続け、いつでもお互いの助けになれることに気づいていただければと願っていた。
- ・加えて、自分達の支援が本当にご家族にとって良い支援だったのかを確認する機会を持つ必要性も感じていた。

(2) 具体的な取組内容

- ・7～8年前から、訪問看護ステーション(メイン)と併設施設で、年1回「想いでカフェ」を実施している。
- ・事業所内の地域交流棟で、数時間の家族やスタッフが交流する場を設けている。グリーフケアとして利用者家族の思いや状況を共有し、喪失感を抱えながらも自分らしく生活できているかを確認している。遺族の方々の思いを傾聴することを通じて、当ステーションのスタッフが自身のケアのあり方を再確認したり見直す機会となっている。
- ・訪問看護利用者で、前年度に看取りになった利用者家族を対象として往復はがきで案内している。
- ・実施体制としては、想いでカフェ担当スタッフを2名配置しており、そのスタッフが中心となり、日時を決め管理者と調整し、所長に報告しながら準備を進めている。他のスタッフもできる範囲で協力し、会場設営を含め全てスタッフだけで行い、開催当日も参加可能なスタッフは参加するようにしている。
- ・併設事業所のスタッフ(医師・看護師・事務長・町づくりコーディネーター等)も参加する様になり、地域とのつながりを感じている。

取組② 通所 C(元気アップ教室)

(1) 取組を始めた経緯・問題意識や目的

- ・市からの委託事業。
- ・要支援対象者の介護予防の一環として、集中的な機能(運動・栄養・口腔)改善を行うことを通じて、地域の方がいつまでも住み慣れた地域で暮らせるよう支援する。

(2) 具体的な取組内容

- ① 新型コロナウイルス感染症流行前
 - ・年間3ヶ月程度(2022年度は10～12月に12回)。毎週金曜日午後2時間開催。
 - ・要支援1～2の方で介護保険未利用者を対象として、機能低下(運動・栄養・口腔・認知)の状況をみながらその改善を目指して運動プログラム等を実施している。
- ② 新型コロナウイルス感染症流行下でどのように活かしたか
 - ・新型コロナウイルス感染症流行後においては、人数を制限して実施しており、特に感染が流行していた時期は休止していた。感染症流行以前は参加者が5～10名だったところ、昨年度は参加者1名だった。今年度は11名に復調している。

取組③ オレンジカフェ(うきしろカフェ)

(1) 取組を始めた経緯・問題意識や目的

・市からの委託事業 ・認知症の理解を家族や地域の人に促し、接し方や一人で抱え込まずみんなで支える体制づくり。
(2)具体的な取組内容
① コロナ流行前 ・2016 年ごろから独自事業として認知症カフェを開始したところ、2018 年から市の公募型プロポーザルの募集があり、市からの受託事業として実施している。 ・訪問看護ステーションや併設の診療所の利用者に声がけし参加者を募集していたが、市からの受託事業となつてからは市報にも掲載されるため、広く地域の方々が参加している状況である。 ・月 1 回、第 2 水曜日に実施しており、家族や当事者、地域の方が交流を深める場所として開催している。 ③ 新型コロナウイルス感染症流行下でどのように活かしたか ・新型コロナウイルス感染症流行前は、1 時間は認知症予防に関する取組みを実施し、その後にお茶を飲んだりお菓子を食べたりしながら交流する時間を設けていたが、感染流行後は交流の時間を取りやめている。代わりに、看護師や併設施設のケアマネジャー等が参加する相談の場を設け、参加者からの相談を受け付けるようにしている。

(3) 地域連携の取組のポイントや今後の展望

(1)取組の効果
【想いでカフェ】 ・遺族の方から、「当ステーションを利用し精神的に支えてもらった」「このステーションを選んで良かった」との声をいただけることがあり、スタッフのモチベーションや自信につながっている。 ・気になっていた遺族の方が参加される姿を見て、前向きに過ごされていることを認識できる。 ・医療機関の地域連携室職員から、「このステーションに任せておけば安心だから」と紹介され、当ステーションを選んだという利用者が増加している。また、当法人以外の居宅介護支援事業所からも、「望む看取りを行ってくれる」と家族に紹介してくれる。
(2)取組がうまくいった要因
・地域連携の取組に協力的な内部体制を作る上で、①法人としての方針、②スタッフの増員、③参加するとスタッフも面白いと感じる、といったポイントが挙げられる。①は、法人として地域貢献という方針があり、管理者が率先して地域活動に参加することで、事業所として地域活動に前向きな雰囲気づくりが進められている。 ②は、昨年度までは常勤が4～5名で少数体制だったため、地域活動まで手が回らない状況のスタッフも多かった。しかし、今年度からスタッフが増加してきたこともあり、対応する余地が生じ始めたところである。そして、③は、参加してみるとスタッフも面白いと感じており、一旦経験すると地域貢献を前向きにとらえるようになっていき、自主的に取組に参加する雰囲気が醸成されている。また、新入職員に対しては、オリエンテーションの際に地域連携の説明をしているが、新入職員にも地域連携に前向きな職場の雰囲気が伝わり、地域連携への参加の好循環が生じている。 ・地域の困りごとに気がつき、支援につなげていこうとする意識を持った職員を育成・維持することができれば、活動は継続できると思われる。
(3)今後の展望
・今後の「想いでカフェ」は、往復はがきが返ってこない家族や、はがきに参加・不参加のみの記載しかなかった家族について、状況をみながら可能であれば自宅にお伺いし、少しでもお話をし、地域の中で健康的に生活を送っているかどうかを確認し、支援は終了となっているがいつでも力になれる存在であることを伝え続けていきたい。 ・併設の診療所やケアセンターさきたまで実施しているイベントやサロン等にお誘いし、何かあったらいつでも相談できるという安心感を持ってもらい、サービスが終わっても地域で引き継がれるように配慮していきたい。 ・このような取組に積極的に参加してもらえるようなスタッフを育成していきたい。

4) 事業所04

(1) ステーションの概要

(1)施設の概要			
事業所名	04	都道府県・市区町村	神奈川県厚木市
設立時期	1995年	法人種別	医療法人
全利用者数	(2022年8月) 133人	訪問件数	介護保険(2022年8月) 420件 医療保険(2022年8月) 228件
職員数 (2022年8月)		実数	常勤換算数
	看護職員	12人	9.2人
	理学療法士等(PT/OT/ST)	2人	2人
	看護補助者	—	
	事務職員	1人	
主な加算等の届出	・24時間対応体制加算・緊急時訪問看護加算 ・機能強化型訪問看護管理療養費Ⅰ ・看護体制強化加算Ⅰ ※機能強化型訪問看護管理療養費Ⅱを取得後に利用者数が徐々に増加した。なお、2022年6月に機能強化型訪問看護管理療養費Ⅰを届出した。		
(2)主な併設事業所の特徴			
・居宅介護支援事業所を併設。 ・法人内には2ステーションあり、その他に病院やクリニック、在宅関連の事業所も設置しており、法人内事業所間の連携は良い。コロナ禍においても、感染時の対応、PPE提供等の協力を得られる。			
(3)利用者の特徴			
・年齢層は0歳～102歳と幅広い。なお、在宅の小児は9名である。 ・疾患や障害は多種多様である。 ・近隣に病院が多数あり、そこからの依頼で退院する患者を受け入れているほか、要保護児童対策協議委員会における虐待のケースを行政から依頼されることもある。 ・在宅看取り件数は、昨年度は42名、今年度(11月末現在)は23名。 ・グループホームや障害者施設との医療連携も行っている。			
(4)ステーションが立地している地域の特徴			
【人口及び人口密度】 ・人口:223,451人(令和4年1月1日現在) ・人口密度:2,383.9人/㎢(令和2年10月1日現在) 【高齢化率】 ・26.1%(令和4年1月1日現在) 【地域その他ステーションの状況】 ・近隣には、20か所程度、訪問看護ステーションが設置されている。 ・地域の連絡協議会があり会長と書記は2年ごとの持ち回りになっている。			
(5)新型コロナウイルス感染症の影響			
【平時の感染症への取組み】 ・平常時より病院所属の感染管理認定看護師による手洗いやうがい等の研修を不定期に開催。			
【コロナ禍における事業所への影響と対応】			

- ・初めて緊急事態宣言が発出された際には、訪問そのものを控えてほしいとの声が利用者からあった。
- ・逆に、ターミナル期における新規依頼が増え、病院や施設の面会が困難であったこともあり、在宅での看取りは増加した。退院後に自宅に戻りたい利用者の場合、当ステーションが中心となって、訪問診療・居宅介護支援と連携し受け持った。ケースによっては、木曜日に病院から電話がかかり、金曜日に退院して、土曜日からサービス開始というように、営業日以外を挟むこともあった。
- ・コロナ禍による離職者はいなかったが、PPE の着脱等に時間を要することや、不安を抱えながらの業務であったため精神的な負担があったと見られる。
- ・既存利用者の訪問控えに伴い一時的に収入が減少した。特に、リハビリテーションを中心に訪問している利用者から、緊急事態宣言が明けるまでは訪問を控えて欲しいと言われた。
- ・利用者には、訪問に関する注意事項を書面で渡して守ってもらうようにした。
- ・徐々に、利用者側から状況報告を電話してくれるようになった。
- ・法人の感染管理認定看護師と連携し、レイアウトチェック(換気、パーテーションの設置)等、様々な対応策を助言してもらった。

(2) 地域連携の取組内容について

取組① 感染管理認定看護師との連携

(1) 取組を始めた経緯・問題意識や目的

- ・コロナ禍における感染予防策がまだ不透明だった感染拡大初期の時期に、利用者が陽性になったことにより、訪問していた職員が濃厚接触者となった。その際、他の職員が濃厚接触者に当たるかどうかはわからなかった。また、熱発者に対する個人用防護服(PPE)の具体的な装着の方法(フェイスシールド・手袋・エプロン等)についても曖昧であったため、法人内に所属する感染管理認定看護師に相談した。

(2) 具体的な取組内容

① 新型コロナウイルス感染症流行前

- ・手洗いやうがい等の感染管理に関して、法人内の感染管理認定看護師が不定期に病院内研修を実施しており、そこに訪問看護ステーションの看護師も参加していた。

② 新型コロナウイルス感染症流行下でどのように活かしたか

- ・当ステーションに関する、コロナ感染の予防策(事業所のレイアウトや換気扇の場所等)についてメールで連絡して助言をもらった。
- ・ガウンの装着方法や手洗い、うがい等に関するレクチャーも行ってもらった。
- ・地域のステーション連絡会で医療安全対策研修(事例報告、相談対応等)を行った際に、法人の感染管理認定看護師に講師をしてもらった。

③ 通常業務での活用

- ・感染管理認定看護師からの研修や助言を踏まえた上で、安心して確実なケアを提供できている。

取組② 地域のステーション連絡会による訪問看護ステーション間の連携

(1) 取組を始めた経緯・問題意識や目的

- ・当ステーションが設立された際、時期を同じくして別の訪問看護ステーションが立ち上がった。その時に当ステーションの代表者が、今後、訪問看護ステーションが増加すると予想し地域で訪問看護ステーションが信頼されかつ発展していけるよう、ステーション同士で情報共有や共同研修会ができる連携体制を構築すべきではないかと考え、当時のステーションの管理者らで声を掛け合い、平成 8 年頃から 3 ステーションで連絡会を発足した。
- ・発足した当初は情報共有だけを行っていた。平成 13 年に会則を作成し、その後、連絡会に参加しているステーション管理者の口コミ等で、新たに設立した訪問看護ステーションの管理者にも連絡会の存在が伝わり、参加者が増加していった。現在は、エリア内のほぼすべての訪問看護ステーションが連絡会に参画している。

(2) 具体的な取組内容

① 新型コロナウイルス感染症流行前

- ・現在の開催頻度は月 1 回であり、第3火曜日に 60～90 分程度会議を行っている。
- ・会議は基本的に訪問看護ステーションの管理者と行政の保健師(地域包括ケア推進担当、2017 年より参加)が参加している。
- ・定例会議とは別に年に 2～3 回は職員(職種問わず参加可能)に対する研修を行っている。

② 新型コロナウイルス感染症流行下でどのように活かしたか

- ・令和 2 年度より、対面での会議を中止し、teams での会議開催に変更した。
- ・研修を対面形式から Web 形式に変更して開催した。Web で行うことにより、移動のための時間の短縮になり、感染リスクを避けられた。
- ・医療安全対策研修(事例報告や相談対応等)を当法人の感染管理専門看護師に Web で講義してもらった。

③ 通常業務での活用

- ・管理者同士の交流の場になっている。
- ・2 か所以上の訪問看護ステーションで利用者に訪問する場合にも、顔の見える関係であるため介入がスムーズになっている。ステーションが閉鎖のため、次の受入先が決まっていなかった利用者について、連絡会で話し合い受入れ先を決めることも可能になっている。
- ・開催方法を Web 会議に変更したことにより、会場への移動がなくなり参加者が増えた。
- ・スタッフが参加できる研修は好評で、訪問業務でも活用できる他、リフレッシュ研修ではヨガや交流会等スタッフの横のつながりも可能にさせている。

取組3 医師会を中心とした多職種連携

(1) 具体的な取組内容

- ・厚木市医療福祉連絡会(医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、ケアマネジャー、介護福祉士等の医療系・福祉系の専門職の連絡会)にも当連絡会は参画しており、多職種との連携も行っている。
- ・地域住民への啓発(介護フォーラム)を行っている。
- ・医師会の尽力でエリア内の全てのステーションの看護師が、優先的にワクチンを受けることができた。株式会社等のステーションの場合は、病院を持つ医療法人とは違い、資源の調達や感染対策(ワクチン)において情報弱者になりがちである。地域の全ステーションを組織的に支える上で、常日頃からの団体間での連携が重要である。
- ・現在は感染状況を考慮しながら、対面か Web かを役員メンバーで検討して実施している。

(3) 地域連携の取組のポイントや今後の展望

(1) 取組の効果

【感染管理の看護師との連携】

- ・新型コロナウイルス感染症流行下において、感染管理認定看護師の助言があったことにより、事業所及び職員が適切な予防策を行うことができた。

【地域のステーション連絡会による訪問看護ステーション間の連携】

- ・地域の訪問看護ステーション管理者の交流の場として、単なる情報交換のみならず、管理者のストレス軽減等にも役立っている。
- ・定期的に顔を合わせることで、それぞれの訪問看護ステーションの強みや弱みを把握することができ、連携や協働が行いやすい。

(2) 取組がうまくいった要因

- ・地域のステーション連絡会に、行政の保健師(包括ケア推進担当)がメンバーとして参画している意義は大きい。普段からの困りごとを、行政の視点で解決策を検討してくれるので、地域の課題が解決することが多かった。例えば、駐車のために公民館を利用できるようになったり、近くの管理組合に交渉してくれたりした。
- ・行政が、困難事例の対応に困っている場合、連絡会が依頼を受けるようにした。

(3)今後の展望

- ・地域のステーション連絡会が始まってから約 25 年経過しており、様々な訪問看護ステーションの管理者が参加するようになったため、連絡会の存在意義について改めて会則を振り返り、原点に戻り会議内容を検討している。
- ・行政保健師が参画メンバーにいることはありがたく、今後も長期的に連携できる体制を保健師と検討する必要がある。
- ・地区 BCP(感染)を作成するために各地区に BCP 作成担当を選出して、BCP 作成に関するプロジェクトを始めている(2023 年に完成し、2024 年に発動する予定)。

5) 事業所05

(1) ステーションの概要

(1)施設の概要			
事業所名	05	都道府県・市区町村	福岡県太宰府市
設立時期	2020年	法人種別	営利法人(株式会社等)
全利用者数	(2022年8月) 58人	訪問件数	介護保険(2022年8月) 27件 医療保険(2022年8月) 21件
職員数 (2022年8月)		実数	常勤換算数
	看護職員	6人	3.8人
	理学療法士等(PT/OT/ST)	0人	0人
	看護補助者	0人	
	事務職員	1人	
(2)主な併設事業所の特徴			
・併設しているサービス・事業所はない。			
(3)利用者の特徴			
・利用者の内訳は、約 1/3 が医療保険を利用、残りの 2/3 が介護保険を利用している。 ・利用者のほとんどが高齢者であり、小児や精神科訪問看護の利用者はいない。 ・最近の動向としては、看取りが増加傾向にある。			
(4)ステーションが立地している地域の特徴			
【人口及び人口密度】 ・人口:71,834 人(令和 4 年 1 月 1 日現在) ・人口密度:2,471.8 人/㎢(令和 2 年 10 月 1 日現在) 【高齢化率】 ・28.1%(令和 4 年 1 月 1 日現在) 【地域の他ステーションの状況】 ・近隣の市に大病院の分院が 2 か所あり急性期の患者の多くはその病院に搬送される。その後は、中規模の病院で退院支援を行ってから在宅に移行するケースや、大病院から直接自宅へ帰宅するケースがある。 ・在宅診療を専門に行っている医師は、1 か所のみ。診療所の医師が在宅も行っているため訪問時間帯が限られている。 ・訪問看護ステーションは、筑紫地区(筑紫野市・太宰府市・大野城市・春日市・那珂川市)で年に 2~3 事業所立ち上がっており、増加傾向にあるが、まだ充分とはいえない。			
(5)新型コロナウイルス感染症の影響			
【平時の感染症への取組み】 ・スタンダードプリコーションの徹底、職員は出勤前の健康管理 【コロナ禍における事業所への影響と対応】 ・新規利用者は増加と減少が両極端だった。 ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大がピークに達した時期に、新規依頼が急増し、利用者が大幅に増えた。2022年の夏時点では、発熱してはいるものの陽性かどうか不明で入院ができない方や、看取りが必要な方の受入れ依頼が増えた。月に10件以上、新規利用者を受け入れたこともあり、問い合わせがあっても断ったケースもある。			

- ・感染対策について、利用者からの要望や意見等はなく、当ステーションから利用者へ感染対策の協力をお願いした。
- ・職員に対する影響としては、陽性の疑いのある発熱者に対応する職員と対応しない職員とを分けたことにより、職員間で業務負担に差が生じた。また、スタッフ自身の急な体調変化に対する不安や、仮に自分自身が感染した場合に利用者にも感染するのではないかとという心理的不安を感じる職員もいた。ただし、職員の離職はなかった。
- ・経営への影響としては、新型コロナウイルス感染症の感染の波によって、利用者の入退院が極端に変動し、その影響で売上実績も不安定になった。事業継続の不安感が常にある。

(2) 業務効率化・地域連携の取組内容について

取組① 近隣ステーションの管理者間のネットワーク

(1) 取組を始めた経緯・問題意識や目的

- ・近隣の9つの訪問看護ステーションの管理者が定期的集まり、情報共有や相談を行う場として、「あゆみの会」が設置されている。当ステーション以外の参加者は、病院併設のステーションが6施設、医師会運営のステーションが1施設、株式会社運営のステーションが1施設である。あゆみの会の設立経緯としては、医師会の管理者をはじめとした地域のステーションがお互いの課題や困りごとについて話し合う中で、事業所同士のネットワーク化が必要という認識に至ったためと聞いている。
- ・当ステーションが開設した2020年は新型コロナウイルス感染症の流行が始まった年であり、当時は人員基準ぎりぎりの人数で運営していたため、新型コロナウイルスの感染により職員に休職者が出た場合、事業継続が困難になることが予想できた。新型コロナウイルスの感染による事業継続困難は、利用者とのステーションに迷惑をかけることになるため、最も避けるべき課題と感じていた。加えて、他ステーションの動向や、感染対策の実施方法、感染患者へのケアの有無や方法といった情報は、設立間もない当ステーションを適切に運営していくために必要だと考えていた。そのような折に、医師会ステーションの管理者から当ネットワークへの参加の誘いがあり、当ステーションも参加するに至った。

(2) 具体的な取組内容

① 新型コロナウイルス感染症流行前

- ・あゆみの会は当ステーションが開設する前から設立されており、参加している管理者間で情報共有を図り、各ステーションのスタッフへもその情報が共有されていた。
- ・看護大学の教員が参加しており、客観的な視点から会の方向性や会の規約作成に関するアドバイスを頂いていた。また、県の保健師に対しても会の活動を報告したり、ケアマネジャーや医師へも活動の情報発信を行う等、関係機関や関係職種への働きかけを積極的に行っていた。

② 新型コロナウイルス感染症流行下でどのように活かしたか

- ・新型コロナウイルス感染症流行下では、各ステーションの困りごとの相談を行うとともに、事業継続が困難になりそうな場合の情報共有の方法や、利用者の移管の手続き等を定めたネットワーク規約を作成した。
- ・具体的には、休業の可能性が生じた場合に、まずは自ステーションの利用者をトリアージし、絶対に訪問が必要な利用者を選定する。その後、ネットワークのグループLINEに協力依頼の連絡を入れ、引き受けが可能なステーションが返信する仕組みとした。
- ・休業するステーションはケアマネジャーにケアプランの変更依頼をするとともに、訪問診療の医師に対して一時的に引き受けるステーションへの訪問看護指示書の提出を依頼する。
- ・利用者への説明は休業するステーションが実施する。契約は一時的に引き受けるステーションが利用者と契約するが、休業するステーションが再開できた際には元のステーションに戻る取り決めとしている。
- ・なお、自ステーションが休業することになった場合に、連携している他のステーションにサービスを移管するかどうかの承諾書も準備されており、あらかじめ利用者から承諾を得ることも可能である。(承諾書を利用するかどうかは各事業所の判断に委ねられている。)
- ・実際に、第7波の際に、他ステーションで看護職員3人中2人が新型コロナウイルスに感染し、稼働できる職員が1人だけになったことから、利用者の移管についての相談があった。利用者を移管するかどうかまだ方針が確定しない段階で、万が一移管することになった場合を想定し、休業するステーションの安心や自ステーションも即時にサービス提供できる準備を整えるために、同行訪問を実施した。休業の可能性のあるステーションから、万が一の場合には、当ステーションからサービスを提供する旨を、利用者に説明しても

らい、了承を得た。この事前の同行訪問が、休業の可能性のあるステーションと利用者、そして当ステーションの３者の安心感や準備につながったと考えている。

- ・同行訪問に当たっては、利用者との契約締結前だったため、利用者の情報管理は厳重に行い、同行訪問する当ステーションの看護師の負担を最小限にするためにスケジュール調整を行った。

- ・医師への訪問看護指示書の依頼は、休業するステーションから主治医に当ステーションのことを移管先であることを説明してもらっておき、実際に移管することが決まったら、当ステーションから直接指示書の発行依頼を主治医にすることを取り決めておいた。

③ 通常業務での活用

- ・当ステーションが一時閉鎖せざるを得ない状況に陥らないよう、また一時閉鎖になった場合を想定して平時から備えていることとして、感染対策の徹底やフェイスシート等の PPE の準備、利用者についてトリアージの分類をしておくこと、スタッフを増やし人員配置に余裕を持たせることが挙げられる。

取組② オンラインによる医師との連携強化

(1) 取組を始めた経緯・問題意識や目的

- ・当ステーションは開設当初から業務効率性を重視しており、無駄な業務や報告・相談を最小限にして訪問や看護に集中できる環境を作りつつ、しかし必要な情報はタイムリーに関係者間で共有する仕組みが必要と考えていた。

- ・また、当ステーションが訪問看護単独の事業所であるため、利用者のケア体制を構築する上で、他事業所や医師との連携が不可欠と感じていた。

(2) 具体的な取組内容

① 新型コロナウイルス感染症流行前

- ・当ステーションの開設前から、医師会が主導し、福岡県医師会診療情報ネットワーク「とびうめネット」が導入されており、とびうめネットに参画している医療機関同士において、患者さんの情報共有を図る土台が作られていた。

② 新型コロナウイルス感染症流行下でどのように活かしたか

- ・業務ソフトがインストールされたタブレットを職員全員に配布しており、直接対面で接する機会を最小限にしている。タブレットの業務ソフトを利用することで、訪問先で看護記録の作成から請求業務まで実施可能となっている。

- ・医師との情報共有に当たっては、手間を最小限にするため、医師が利用しているソフトに合わせて当ステーションのタブレットにも個別にソフトをインストールしており、これにより医師との連携が劇的にスムーズになっている。

- ・一部の医師との情報共有に当たっては、「とびうめネット」を活用している。当ステーションの看護記録から、事務職員がとびうめネットへ情報を転記している。これにより、なるべく早く、そしてタイムリーに、医師との情報共有が図れるようになっている。

(3) 業務効率化・地域連携の取組のポイントや今後の展望

(1)取組の効果
【近隣ステーションの管理者間のネットワーク】 ・実際に他事業所との間で利用者の移管は生じなかったが、やりとりを通じて管理者同士のみならず他事業所の職員も身近になり信頼関係が築けた。 ・今後、当ステーションも職員の不足等により一時的に休業せざるを得ない状況になる可能性もあり、その際は他ステーションからの支援を受けることができるという安心感にもつながっている。 【オンラインによる医師との連携強化】 ・これまで電話やFAXにて報告した時に比べて、利用者に関する情報共有が的確かつ迅速、タイムリーにできるようになった。
(2)取組がうまくいった要因
・当ステーションはコロナ禍の時期での開設ということもあり、地域とのつながりが必要不可欠だという認識を持っていた。そのため、ステーション立ち上げに当たっての挨拶周りをはじめ、勉強会等の機会を活用して医師会のステーションの管理者をはじめとした多くのステーションの管理者とネットワークを作り、気軽に相談できる関係性を構築するとともに、地域と連携するための様々な情報を積極的に収集していくようにしている。
(3)今後の展望
・新型コロナウイルス感染症対策は、ウィズコロナへ政策も変わり、当初の対応とは違う対策が必要になることもある。今後もステーション間での連携の流れは必要に応じて変更しながら現状に即した形の連携を続けていく必要がある。感染症のみならず、自然災害等でも事業継続困難の可能性はある。あゆみの会においては、各事業所のBCP策定をテーマとする等、継続的に活動することが必要と考えられる。 ・当ステーションのような小規模なステーションにおいても、利用者がサービス停止の不安を感じないよう、今後も連携の取組を継続していきたい。 ・今後は、各事業所が主催となった勉強会等を開催できれば良いと思っている。

第 4 章 業務効率化と地域連携のための 好事例集及び連携ツールの作成

1 業務効率化と地域連携のための好事例集の及び連携ツールの作成

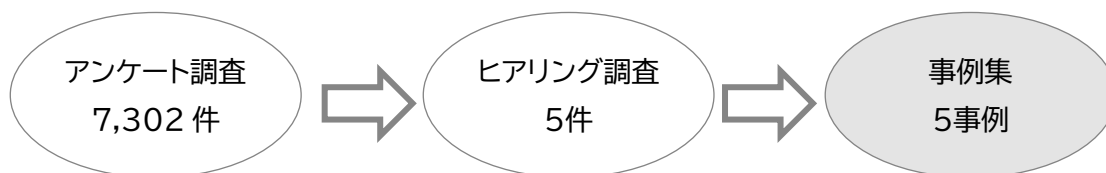
ワーキンググループでの議論やヒアリング結果を踏まえた上で、業務効率化と地域連携に関する好事例集と、効率的に地域のステーション間で連携を行うための連携ツールを作成した。

(1) 訪問看護ステーションにおける業務効率化と地域連携の好事例集

好事例集の作成に当たっては、アンケート調査とヒアリング調査の結果より以下の視点から事例を選定し好事例集としてまとめた。

- ①業務効率化の事例
- ②地域活動の事例
- ③緊急時におけるステーション間連携事例

【作成手順】



※実際の好事例集は、資料に収載する。

(2) 災害、新興・再興感染症発生時の地域連携ツールの作成

災害や新型コロナウイルス感染症流行下のような緊急時においては、訪問看護ステーションを一時的に休止や縮小した活動を余儀なくされることがある。単独の訪問看護ステーションのみの対応ではなく、近隣の訪問看護ステーション同士や地域の訪問看護ステーション連絡会・都道府県訪問看護ステーション協議会・都道府県看護協会・医療機関・医師会・市区町村等との連携を深め、看護ケアを継続するための仕組みを構築する必要がある。地域の訪問看護ステーション同士が連携して相互支援体制を作るためのポイントをまとめた。

また、利用者に対して継続的に看護ケアを提供できるよう、訪問看護ステーションは令和 6 年 3 月 31 日までに BCP 計画を策定し、計画に従って必要な措置を講じることが求められており、その仕組みづくりにも活用できる内容とし、事例集と同様、アンケート調査とヒアリング調査の結果より作成した。

※実際の連携ツールは巻末に掲載する。

第 5 章 外国人向け契約書・重要事項説明 書ひな形

2 外国人向け契約書・重要事項説明書ひな形の作成目的

安全安心な訪問看護サービスを提供していくに当たって、外国人の利用者にも看護サービスの契約内容やサービス提供のあり方や制度を説明し、十分に理解してもらうことが重要である。

このような背景のもとに、アンケート調査において、外国人向け契約書・重要事項説明書ひな形の言語について、訪問看護ステーションのニーズを調査した。アンケート調査結果より、外国人利用者やその家族向けの契約書・重要事項説明書のひな形として望ましい言語は、「中国語(簡体字)」(30.7%)や「韓国語」(20.1%)が多く見られた。

このことから、外国人向け契約書・重要事項説明書のひな型として、中国語(簡体字)と韓国語を作成することとした。

図表 160 外国人利用者やその家族向けの契約書・重要事項説明書のひな形として望ましい言語

	件数	割合 n=2,271
中国語(簡体字)	697	30.7%
中国語(繁体字)	183	8.1%
韓国語	457	20.1%
タガログ語	116	5.1%
ヒンディー語	8	0.4%
ベトナム語	178	7.8%
タイ語	58	2.6%
ネパール語	25	1.1%
マレー語	7	0.3%
インドネシア語	46	2.0%
アラビア語	3	0.1%
ロシア語	10	0.4%
ポルトガル語	145	6.4%
スペイン語	55	2.4%
フランス語	21	0.9%
ドイツ語	9	0.4%
イタリア語	8	0.4%
その他	115	5.1%
無回答	1,170	51.5%

3 外国人向け契約書・重要事項説明書ひな形

※実際の外国人向け契約書・重要事項説明書のひな型は、資料に収載する。

第 6 章 まとめと考察

1 調査結果のまとめ

今後の政策提言につなげる上での基礎資料等とすることを目的として、アンケート調査結果から総括する。

1) 事業所について

アンケート調査に回答した 2,271 件の事業所は、看護職員の割合が、6 割未満の事業所は、15.3%あった。看護職員の割合が 6 割以上の事業所は「医療法人」が多く 31.9%、看護職員の割合が 6 割未満の事業所は「営利法人(株式会社等)」が多く 69.5%となっており、法人種別と職員構成には一定の関連性が見いだされた。

また、事業所と併設している施設として、「居宅介護支援事業所」が 45.5%と最も多く、次いで「病院・診療所」が 29.2%であった。特に併設施設がない事業所は、30.9%となった(p15)。常勤換算職員数は、看護職員が平均 6.2 人、理学療法士等(PT・OT・ST)が 2.0 人であった(p16)。

2022年8月時点の利用者数は1事業所当たり平均 97.5 人であり、うち介護保険による利用者数は1事業所当たり平均 57.4 人、医療保険による利用者数は1事業所当たり平均 36.9 人であった(p17)。なお、看護職員の割合が 6 割未満の事業所が、利用者数が多い傾向が見られた。(p84)

2022年8月時点の訪問件数は、介護保険による訪問件数が平均 358.1 件、医療保険による訪問件数が平均 280.8 件であった(p19)。

2022年8月時点で届出をしている加算は、介護保険では、「緊急時訪問看護加算」(89.3%)や「特別管理加算」(88.9%)が 8 割以上となっているほか、「ターミナルケア加算」(77.6%)も多くの事業所で届出をしていた。他方、医療保険では「24 時間対応体制加算」(91.5%)や「特別管理加算」(87.8%)において、8 割以上の事業所が届出を行っていた(p19)。

2) 事業所における新型コロナウイルス感染症への対応について

(1) 新型コロナウイルス陽性者への対応

2020 年 1 月から陽性者となった利用者の有無は、全体では 86.3%の事業所で陽性の利用者がいた。なお、初めて陽性となった利用者が発生した時期は、「2022 年 1 月～6 月」が 35.5%と最も多く、次いで「2022 年 7 月～」が 28.9%であった(p21)。第 6 波以降に、初めて陽性者が発生した事業所が最も多くなっていた。また、陽性者の人数は、1 事業所当たり平均 6.4 人であった(p22)。

一方で、職員の陽性者及び濃厚接触者の発生状況は、陽性者となった職員がいた事業所は 75.1%、陽性者はいないが濃厚接触者がいた事業所は 15.5%、陽性者も濃厚接触者もいなかった事業所は 9.4%であった。陽性者となった職員数は1事業所当たり平均 2.2 人、濃厚接触者となった職員数は1事業所当たり平均 2.8 人であった(p24)。なお、看護職員割合が 6 割未満の事業所の方が、6 割以上の事業所よりも、陽性となった職員数や濃厚接触となった職員数が多い傾向にあった(p86)。

陽性の利用者への対応として行ったことについて尋ねたところ、「訪問時間を短くしてケアを実施」が 56.8%と最も多く、次いで「訪問はせず、電話やメール等での対応」が 53.3%、「当該利用者へのサービス提供を一時的に休止」が 39.4%、「通常のケアを実施」が 30.1%であった(p22)。なお、コロナ禍前から ICT 化による業務効率化に取り組んでいた事業所は、コロナ禍においても「通常のケアを実施」、「訪問時間

を短くしてケアを実施」とした割合が高くなっており、ICT 化によりコロナ禍においても業務を継続しやすい環境が整備されている可能性が示唆された(p102)。

利用者が陽性者となった場合の基本的な方針は、「短時間訪問や電話対応も含め、原則として自事業所でケアを継続」が 84.1%であった(p23)。なお、看護体制強化加算を算定している事業所や、看護職員割合が 6 割以上の事業所は、「短時間訪問や電話対応も含め、原則として自事業所でケアを継続」することを基本方針としている事業所が多く見られた。

(2) 新型コロナウイルス感染症対策に係る行政・団体からの支援依頼への対応

行政・団体からの支援依頼の有無について、地域の保健所(自治体)からの支援依頼は、「依頼を受けて何らかの支援を実施」したのは 14.4%、「依頼がなかった」のは 64.6%であった。地域の医師会からの支援依頼は、「依頼を受けて何らかの支援を実施」したのは 6.8%、「依頼がなかった」のは 66.4%であった。地域の看護協会からの支援依頼は、「依頼を受けて何らかの支援を実施」したのは 3.2%、「依頼がなかった」のは 66.4%であった(p25)。

看護体制強化加算を算定している事業所や、コロナ禍前より ICT 化により業務効率化に取り組んでいた事業所は、そうでない事業所と比較して、「依頼を受けて何らかの支援を実施」した割合が高くなっていた。

実施した支援内容は、保健所・医師会・看護協会いずれの支援においても「陽性者宅へ訪問し、安否確認や健康観察等を実施」が最も多かった。なお、医師会への支援は、「ワクチン接種会場で接種業務等に協力」が 44.8%と高かった(p25)。

(3) 新型コロナウイルス感染症流行下での事業所への影響や予防策

新型コロナウイルス感染症流行による事業所への影響として、「訪問を拒否する又は回数を減らしてほしいという利用者がいた」が 66.4%と最も多く、「居宅・通所サービス等の休止等により、訪問回数が増えた」が 41.2%、「在宅での看取りを希望する利用者が増えた」が 39.2%、「対応する職員が不足したため、訪問回数を減らしてもらった」が 37.6%であった(p26)。

新型コロナウイルス感染症の流行により利用者の病状が悪化した場合、どのような症状の悪化が見られたかを尋ねたところ、「ADL の低下」が 80.6%と最も多く、次いで「認知機能の低下」が 50.2%であった(p26)。

新型コロナウイルス感染症予防に取り組む際の課題を時系列でみると、①コロナ流行初期(2020 年 3～5 月)は、「予防衣・手袋等について、入手することが困難である」が 66.8%、「職員の負担が大きい」が 54.8%、「新型コロナウイルスやその感染予防に関する正確な情報が入手しにくい」が 45.4%であった。②第 5 波(2021 年 7～9 月)は、「職員の負担が大きい」が 55.7%、「PCR 検査や抗原検査のキットについて、十分な量を入手することが困難である」が 33.3%、「実習生やインターン等の受け入れを断らざるを得ない」が 25.5%であった。そして③現在(2022 年 6～8 月)は、「職員の負担が大きい」が 66.4%、「PCR 検査や抗原検査のキットについて、十分な量を入手することが困難である」が 24.6%、「感染予防策を講じるため、訪問時間が長かった」が 22.1%であった(p27)。

(1) 新型コロナウイルス感染拡大による収支への影響

2021 年度の収支は、「黒字」が 52.8%、「赤字」が 21.7%であった(p28)。このうち 2018 年度の収支の回答があった 1328 箇所の事業を対象に、両年度を比較すると 2018 年度に黒字だった 1007 事業所

のうち 2021 年度に赤字となった事業所は、14.7%であった。一方、2018 年度に赤字だった 321 事業所のうち 2021 年度に黒字になった事業所は 45.8%であった。

なお、コロナ禍前から ICT 化による業務効率化に取り組んでいた事業所は、2018 年度収支も 2021 年度収支も黒字となっている割合が高くなっていた。

また、新型コロナウイルス感染症対策の費用として負担感が大きいものは、「PCR 検査受検料や抗原検査等検査キットの購入費用」が 49.0%と最も多く、次いで「スマホやタブレット等の ICT 機器購入費・通信費」が 46.1%であった。

3) 臨時的な取扱いや公的支援について

(1) 臨時的な取扱いの課題

「臨時的な取扱い」は、通知を知らなかった事業所の割合が 2 割程度のもが多く見られた。具体的には、「No16 長時間訪問看護加算の 100 分の 300 に相当する額(15,600 円)を緊急に訪問看護を行った場合、時間を問わず1日につき 1 回算定」は 27.3%が、「No11 訪問看護基本療養費または精神科訪問看護基本療養費を算定する場合、30 回の算定につき「訪問看護情報提供療養費2」に相当する金額(1,500 円)をさらに算定」は 22.5%が、「No6 継続的に宿泊施設に訪問看護を行った場合に訪問看護療養費を算定」は 22.3%の事業所が通知を知らなかった。

また、通知を知っていても、報酬を算定しなかった臨時的な取扱いとしては、「No3 看護職員が電話等により本人の病状確認や療養指導等を実施した場合に20分未満の訪問看護費を週1回に限り算定」が 20.5%、「No8 看護職員が電話等で病状確認や療養指導等を行った場合に訪問看護管理療養費のみを算定」が 15.0%、「No15 電話等で病状確認や療養指導等を行った場合においても、訪問看護管理療養費のみを1日につき1回算定」が 12.9%であった(p31~40)。

(2) 臨時的な取扱いの効果と恒常化の要望

臨時的な取扱いによる効果は、「感染リスクの低減を図りながら、利用者への必要なサービス提供の継続」が 41.0%と最も多く、次いで「衛生資材の購入に要する経費負担の軽減」が 35.4%、「PPE(個人用防護具)の購入に要する経費負担の軽減」が 35.3%であった(p46)。

また、16 件の臨時的な取扱いのうち 14 件について、3 割以上の事業所が恒常化を望んでいた。特に、「No6 継続的に宿泊施設に訪問看護を行った場合に訪問看護療養費を算定」、「No2 訪問看護サービスの提供が20分未満となった場合に20分未満の報酬を算定」、「No1 陽性者等への対応等により一時的に人員基準を満たすことができなくなる」の恒常化を希望する事業所が多かった(p42)。

(3) 自治体に求められる支援策

事業所が立地する自治体を実施した支援策は、「マスク等の PPE(個人用防護具)やアルコール消毒液の自治体等からの支給の実施・継続」が 63.2%と最も多くなっていた。今後自治体を実施してほしいと考える支援策は、「陽性者への対応に伴う職員の処遇改善」が 57.9%と最も多くなっていた。既に実施した支援策と今後実施してほしい支援策を比較すると、特に「陽性者への対応に伴う職員の処遇改善」では 40%pt 以上、「PCR 検査の受検や抗原検査キットの優先購入」や「陽性者への対応に係る自治体独自の給付」、「地域の訪問看護事業者間の相互支援体制の整備(協定の締結支援など)」では 30%pt 以上、今後実施してほしい割合が高くなっていた(p48)。

なお、地域の訪問看護事業者間の相互支援体制の整備と関連して、BCPの策定における課題をみると、「近隣の事業所との協定締結の方法や内容」が60.6%と最も多く、次いで「有事に、他事業所の利用者に代替訪問する際の契約や指示書」が58.3%であった(p77)。

4) 業務効率化と地域連携活動等に係る取組について

(1) 業務効率化の取組について

業務効率化に係る取組に関して、コロナ流行前(2019年12月以前)から実施している取組は、「業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」が32.1%と最も多く、次いで「地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツールの導入」が27.5%、「職員の直行直帰の実施」が19.9%であった(p49)。

他方、新型コロナウイルス感染症拡大以降(2020年1月以降)に開始した取組は、「職員の直行直帰の実施」が24.5%と最も多く、次いで「業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」が16.8%、「職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施」が15.8%であった。

新型コロナウイルス感染症流行下において役に立った取組としては、「管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施」が52.2%と最も多く、次いで「職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施」が51.9%、「保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施」が49.4%であった。

なお、看護体制強化加算の有無別でみると、看護体制強化加算を算定している事業所の方が、アンケート調査における業務効率化に関する多くの選択肢について回答割合が高い傾向にあり、特に「業務効率化を目的としたICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入」は40.1%、「地域の他事業所と共通したICT機器や情報共有ツールの導入」は39.5%と、コロナ禍以前より3割以上の事業所で導入が進められていた。(p95)

(2) 地域連携活動について

事業所で実施している地域連携活動は、コロナ流行前(2019年12月以前)から実施している取組は「実習生やインターンの受け入れ」が45.7%と最も多く、次いで「事業所として地域の行事や活動への参加」が24.2%、「他の事業所や他職種に対する研修会の開催」が22.4%であった(p53)。

他方、新型コロナウイルス感染拡大後(2020年1月以降)に実施を始めた取組としては、「感染管理の看護師との連携」が13.1%と最も多く、次いで「実習生やインターンの受け入れ」が12.0%、「他の事業所や多職種に対する研修会の開催」が7.1%であった。なお、「特に該当するものはない」は18.3%であった。

新型コロナウイルス感染拡大でも活動を継続するために何らかの工夫や配慮を行った取組としては、「実習生やインターンの受け入れ」が31.7%と最も多く、次いで「感染管理看護師との連携」が29.3%、「他の事業所や多職種に対する研修会の開催」が25.3%であった。

看護体制強化加算の有無別でみると、看護体制強化加算を算定している事業所の方が、アンケート調査における地域連携活動に関する全ての選択肢について回答割合が高い傾向にあり、特に「実習生やインターンの受け入れ」は70.6%の事業所が、また「事業所として地域の行事や活動への参加」と「他の事業所や多職種に対する研修会の開催」は、それぞれ35.9%と34.3%と、3割以上のステーションが新型コロナウイルス感染拡大以前より実施していた(p97)。

5) 電話等による病状確認・療養指導について

臨時的な取扱いにおいて、「No13 新型コロナウイルス感染症に感染している等の利用者の状態に応じ、説明は電話等により行い、必要な書面は後日郵送等により対応(令和3年8月27日)」を算定した割合は11.4%、「No15 電話等で病状確認や療養指導等を行った場合においても、訪問看護管理療養費のみを1日につき1回算定(令和3年9月24日)」を算定した割合は11.0%であった(p39、p40)。また、これらの臨時的な取扱いの恒常化を希望する事業所の割合は、No13は36.3%、No15は30.1%であった(p42)。

また、コロナ禍以前より電話やオンラインによる病状確認・療養指導を実施していた事業所は19.2%、コロナ禍において開始した事業所は12.0%であり、現状では合わせて31.2%の事業所にて実施されていることが明らかとなった。(p49)。

電話等による病状確認・療養指導に関する調査結果を整理すると、以下の図表のようになる。介護保険においても医療保険においても、電話等による病状確認・療養指導を行う利用者数やその実施回数、1回当たりの時間は同様の傾向にある。また、通信手段・機器は電話が主ではあるが、一部電子メールやSNSを活用している場合も見られた。

また、利用者の状態としては、「新型コロナウイルスへの感染を懸念した利用者」が69.3%と最も多いが、その他にも「独居の利用者」が38.2%、「緊急対応が必要な状態の利用者」が34.5%、「ターミナルの利用者」が31.7%であった。

そして、電話等による病状確認・療養指導による効果として、「利用者・家族が精神的に落ち着いた」が80.6%、「病状の悪化を防止した」が55.8%であった。

一方で、算定できなかった利用者がいた事業所は73.4%を占めており、その理由として「算定要件に当てはまらなかった」が62.8%と最も多かった。

図表 161 電話等による病状確認・療養指導の実施状況

		介護保険	医療保険
①	1日平均人数	1～5人が56.6%で最も多い	1～5人が63.0%で最も多い
②	①のうち利用者一人当たり月平均回数	1～5回が76.1%で最も多い	1～5回が74.6%で最も多い
③	①のうち緊急対応のために行った回数	1～5回が60.1%で最も多い	1～5回が59.7%で最も多い
④	1回の平均時間	10分未満で71.2%	10分未満で69.2%
⑤	通信手段・機器	電話(音声のみ):94.0%、電子メール:13.1%、SNS:11.9%	
⑥	利用者の状態	・新型コロナウイルスへの感染を懸念した利用者:69.3% ・独居の利用者:38.2% ・緊急対応が必要な状態の利用者:34.5% ・ターミナルの利用者:31.7% ・医療処置や特別管理の状態の利用者:30.8%	
⑦	タイミング	・次の訪問までに状態が変わる可能性が高い場合:78.7% ・緊急訪問の翌日:42.0%	
⑧	効果	・利用者・家族が精神的に落ち着いた:80.6% ・病状の悪化を防止した:55.8%	

(1) 新型コロナウイルス感染症流行下におけるターミナルケアについて

介護保険のターミナルケア加算について、在宅で死亡した利用者の1事業所当たりの平均人数は、2019年度が3.4人、2021年度が4.0人、2022年4～8月が1.6人であった。このうちターミナルケア加算を算定した1事業所当たりの平均件数は、2019年度が2.3件、2021年度が2.8件、2022年4～8月が1.1件であった(p62)。

一方、医療保険のターミナルケア療養費について、在宅で死亡した利用者の1事業所当たりの平均人数は、2019年度が6.1人、2021年度が8.3人、2022年4～8月が3.6人であった。このうちターミナルケア療養費を算定した1事業所当たりの平均件数は、2019年度が5.6件、2021年度が7.7件、2022年4～8月が3.3件であった(p64)。

ターミナルケアの実施内容を整理すると、以下の図表ようになる。介護保険が老衰の利用者に多く対応しているのに対して、医療保険では悪性腫瘍の利用者が多くなっていた。実施するケアの内容は、介護保険では「清潔援助」が83.6%と最も多く、次いで「家族への療養指導」が76.9%、「排泄管理」が72.8%であった。一方で医療保険では、「清潔援助」81.9%、「家族への療養指導」72.4%、「排泄管理」70.0%に加えて、「症状緩和」67.0%や「点滴」54.5%が実施されていた。「清潔援助」「家族への療養指導」「排泄管理」は、介護保険と医療保険では、相違は見られなかった。また、訪問日数や1回当たりの所要時間をみると、医療保険の方が、訪問日数が多く所要時間も長い傾向が見られた。

図表 162 ターミナルケアの実施内容

		介護保険	医療保険
①	利用者の年齢	80歳代以上 88.5%	80歳代以上 55.5%
②	要介護度	要介護5:47.2% 要介護4:28.1%	要介護5:23.6% 要介護4:16.8% 要介護3:14.6%
	主病名	老衰:37.9%	悪性腫瘍:75.6%
④	実施したケア内容	清潔援助:83.6% 家族への療養指導:76.9% 排泄管理:72.8%	清潔援助:81.9% 家族への療養指導:72.4% 排泄管理:70.0% 症状緩和:67.0% 点滴:54.5%
⑤	訪問日数	1～3日:15.1% 4～6日:31.2% 7～9日:19.6% 10～12日:12.3% 13～14日:16.5%	1～3日:8.9% 4～6日:21.0% 7～9日:20.0% 10～12日:14.1% 13～14日:27.8%
⑥	1回当たり所要時間	～30分:平均1.1日 30～60分:平均4.7日 60～90分:平均1.6日 90分以上:平均0.4日	～30分:平均0.8日 30～60分:平均5.4日 60～90分:平均2.6日 90分以上:平均0.6日

2 考察と提言

1) ICT 化の推進の重要性

新型コロナウイルス感染症拡大以前から ICT 化による業務効率化に取り組んでいた事業所は、2018 年度収支も 2021 年度収支も黒字となっている割合が高く、ICT 化によって業務が効率化し収支に影響を与えた可能性や、黒字であったが故に ICT へ投資することができた可能性が示唆されている。また、コロナ禍においても「通常のケアを実施」「訪問時間を短くしてケアを実施」とした割合が高くなっており、ICT 化により業務を継続しやすい環境が整備されている可能性が示唆された。加えて、新型コロナウイルス感染拡大前より ICT 化により業務効率化に取り組んでいた事業所は、保健所や医師会等から「依頼を受けて何らかの支援を実施」した割合が高くなっていた。

また、ターミナルケア加算・ターミナルケア療養費の算定があると答えた事業所は、新型コロナウイルス感染症拡大前、後に関わらず、「地域連携を目的とした ICT 機器や情報共有ツールの導入」や「業務効率化を目的とした ICT 機器や情報共有ツールの導入」が進められており、コロナ禍においても役に立った取り組みとして回答率が高かった。

このことから、事業所内または他事業所と連携して ICT の導入している訪問看護ステーションでは、新型コロナウイルス感染症の感染拡大という非常時において、地域貢献や看護の継続がしやすかったと考えられる。よって、地域全体の訪問看護提供体制を強化していくためにも、ICT の導入をさらに促進していく必要があると考える。

2) 災害時・緊急時の地域連携・相互支援体制の重要性

今後自治体に求める支援施策として、「地域の訪問看護事業者間の相互支援体制の整備（協定の締結支援など）」が上位に挙がっていた。また、地域の訪問看護事業者間の相互支援体制の整備と関連して、BCP の策定における課題をみると、「近隣の事業所との協定締結の方法や内容」が 60.6%と最も多く、次いで「有事に、他事業所の利用者に代替訪問する際の契約や指示書」が 58.3%となっていた。地域の訪問看護事業者間の相互支援体制の整備は、ヒアリング調査においてもその重要性の意見が聞かれたところであり、令和 6 年度から BCP を策定し、計画に従って必要な措置を講じなければならないが、BCP の策定に向けた課題と合わせて、訪問看護ステーション同士の相互支援体制整備に向けたニーズが明らかになったと言える。

3) 実効性のある臨時的取扱い等の公的支援の重要性

(1) 実効性のある臨時的取扱い

臨時的取扱いは、認知度が低く、また認知されていても活用されていない実態が明らかとなった。その背景として、「発出・提供される情報の量が多く、目を通しきれない」が 60.6%と最も多く、次いで「業務が忙しく、臨時的な取扱いへの対応が後回しになってしまう」が 48.5%、「事務手続きが煩雑である」が 47.7%であった。このことから、臨時的な取扱いの認知度を上げるとともに、各ステーションが臨時的な取扱いを使い易くするためには、簡潔な情報提供と事務手続きが求められていると言える。

(2) 災害や新興・再興感染症の危機状況の発生時期に応じた支援

感染症予防に取り組む際の課題を時系列でみると、

- コロナ流行初期(2020年3～5月)は、「予防衣・手袋等について、入手することが困難であった」、「職員の負担が大きい」、「新型コロナウイルスやその感染予防に関する正確な情報が入手しにくい」が上位であった。
- 第5波(2021年7～9月)は、「職員の負担が大きい」「PCR検査や抗原検査のキットについて、十分な量を入手することが困難である」「実習生やインターン等の受け入れを断らざるを得ない」が上位であった。
- 現在(2022年6～8月)は、「職員の負担が大きい」、「PCR検査や抗原検査のキットについて、十分な量を入手することが困難である」、「感染予防策を講じるため、訪問時間が長かった」と時期によって課題が変化している。

このことから、感染症流行時の時期によって必要な支援が違ふと考えられる。初期は、衛生材料・予防衣などの支援が必要で、時間が経ち物品が入手しやすくなると、職員の負担軽減のための支援が必要になる。また、感染予防策のための所要時間は時間の経過に関わらず課題となっているため職員負担の軽減策やその負担に見合う処遇を検討する必要がある。

(3) 衛生材料、検査キット、ICT 機器等購入費用の補助

事業所が立地する自治体を実施した支援策では、「マスク等のPPE(個人用防護具)やアルコール消毒液の支給の実施・継続」が行われていたと回答した事業所は、63.2%、継続して欲しいとの回答は、51.1%で一定の供給はされていたものと思われる。一方、抗原キットの支給を希望する事業所は、57.3%と「マスク等のPPEやアルコール消毒液の支給」を上回っており、また、新型コロナウイルス感染症対策の費用として負担感が大きいものとしても「PCR検査受検料や抗原検査等検査キットの購入費用」が49.0%と最も多かったのに対して、自治体からの支援は16.9%と少なかった。

PCR検査や抗原検査のキットを十分量確保できないことは、新型コロナウイルス感染症予防に取り組む際の課題において、上位として挙がっており、量の確保に向けた支援や、費用面の補助が求められていると言える。

資 料

1. 訪問看護ステーションにおける業務効率化と地域連携の好事例集～災害、新興・再興感染症発生時の連携を含む～
2. 訪問看護ステーションの災害、新興・再興感染症発生時の地域連携ツール～訪問看護を継続して提供するための相互支援の仕組みづくり～
3. 外国人向け契約書・重要事項説明書のひな型
 - 1) 中国語(簡体字)版
 - 2) 韓国語版
4. 新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関するアンケート調査 調査票

訪問看護ステーションにおける

業務効率化と 地域連携の好事例集

～災害、新興・再興感染症発生時の連携を含む～

目次

業務効率化の好事例

- ・「ICT 導入チーム」を結成することにより
事所内の ICT 化を可能にした事例……………1

地域活動の好事例

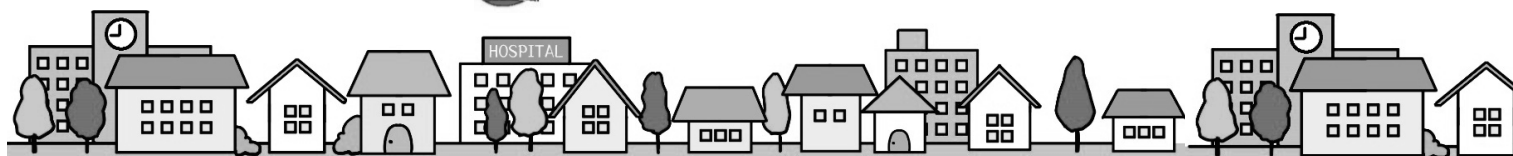
- ・スタッフと併設事業所が一丸となり、地域の方が
安心して生活が続けられるよう地域づくりを
行った事例……………3

緊急時におけるステーション間連携の好事例

- ・地域のステーション連絡会や多職種との平時
からの連携構築により、緊急時の対応を
効果的に行った事例……………5
- ・ステーション同士の相互支援体制の構築に
ICT を効果的に活用した事例……………7
- ・コロナ禍において訪問看護ステーション間で
利用者の受け入れ先を探すためのルールを
つくり、相互支援体制を構築した事例 ……9



一般社団法人全国訪問看護事業協会





○好事例集作成の目的

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により入院医療が逼迫し、利用者や家族が在宅療養を希望することにより、訪問看護への期待が増加しており、利用者に切れ目のないケアを提供し続けることの重要性が一層増しています。このような危機に対する効果的な取り組みとして、ICT機器・情報共有ツール・記録書作成システム等を搭載したタブレット等の導入や、地域の他の訪問看護ステーションと共通したICT機器の導入が有効であること、また地域の訪問看護ステーション間の連携の必要性が言われているところです。

この好事例集は、以上のような状況を踏まえ、コロナ禍において訪問看護ステーションが実施しているICT導入による業務効率化、地域活動による関係者との連携強化、そして訪問看護ステーション間の相互支援体制の構築をテーマとして5つの事例をまとめています。新興・再興感染症の流行や災害発生時においても、利用者が地域で暮らし続けられるよう支援を継続するためのヒントとしてご活用いただければと思います。

○以下、「訪問看護ステーション」を「ステーション」と略しています。

○好事例集作成の手順

本好事例集の作成に当たっては、アンケート調査とヒアリング調査の結果に基づき、①業務効率化の好事例、②地域活動の好事例、③緊急時におけるステーション間連携の好事例を選定し、掲載しています。



○好事例集のダウンロード URL

一般社団法人全国訪問看護事業協会のホームページから好事例集をダウンロードできます。

<https://www.zenhokan.or.jp/surveillance/>

業務効率化の好事例

「ICT 導入チーム」を結成することにより 事業所内の ICT 化を可能にした事例

取り組みの概要

- 業務の効率化、情報のタイムリーな共有などを目的として、業務ソフトや情報共有ソフト等が搭載されたタブレットを導入。また、新型コロナウイルス感染症の流行をきっかけとして、リモートワークを導入。
- タブレットの導入に当たって、スタッフ4名の ICT 導入チームを結成。その4名のスタッフが主導してタブレットの利用ルールを定めたマニュアルを作成し、タブレットの使い方を他のスタッフに指導。ICT 導入チーム主導でルールづくりを行うことで ICT を使った新しい働き方を円滑に導入することができた。

取り組みの背景・課題認識

◆ タブレット配布による情報共有や記録の効率化・簡素化

当ステーションは訪問エリアが広く比較的規模が大きいため、情報共有と記録の作成・取扱いの効率化・簡素化が必要だった。サテライトの開設にあわせて、1人1台タブレットを配布することとした。

◆ 新型コロナウイルス感染症流行をきっかけとしたリモートワーク

スタッフの人数に対して事務所の面積が小さかったことから、多人数が事務所に集まることを避け、感染防止に努める必要があった。直行直帰体制は新型コロナウイルス感染症流行以前から実施していたが、感染症流行をきっかけとしてリモートワークを導入することとした。

取り組みの内容

① ICT 導入チームの結成と各種マニュアルの作成

タブレットの導入に当たって、ICT が比較的得意なスタッフ4名で導入チームを結成して ICT 利用マニュアルを作成した。マニュアルでは、各ソフトの帳票ごとの記載内容、各種書類の提出期限、個人情報漏洩防止、IT 障害時の対応、タブレットにインストールしてよいアプリケーション、会議等へのオンライン参加時のルール、事務員との連携、利用可能な電波、タブレットの保管方法等についてルール化を図った。また、ICT に不慣れなスタッフに、使用方法の指導を丁寧に行った。

② タブレット等に3つのソフトをインストールして利用

タブレットには3つのソフトを導入し利用している。①スタッフ間で利用者の情報を共有したり、記録や計画書を作成するための業務ソフト、②法人全体で情報を共有するためのソフトである Kintone(当ステーションのスレッドを立てて情報共有)、③スタッフ間で密に連絡を取り合うためのグループチャットである。なお、グループチャットについては、個人のスマートフォンを活用している。

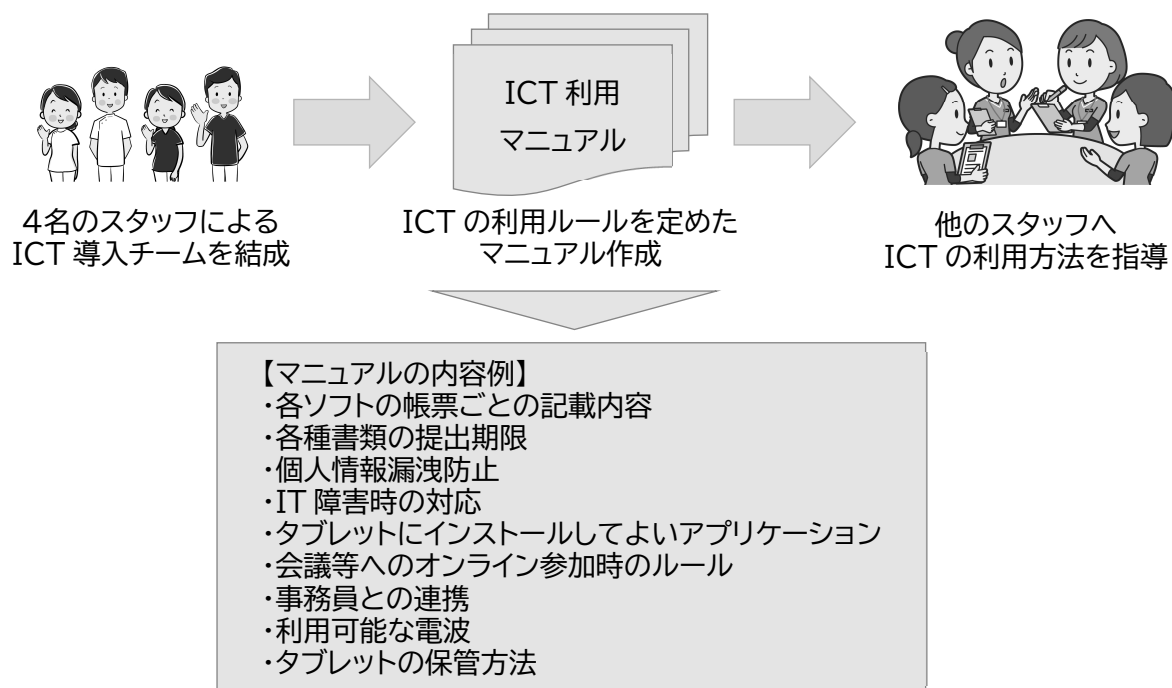
③ リモートワーク導入に当たってのルールづくり

リモートワークの導入に当たっては、新型コロナウイルス感染症の対策マニュアルや行動基準、業務体制に関するルールを作成するとともに、リモートワークの予定や開始の事前報告ルール、リモートワーク時間の制限等についても取り決めを行った。

取り組み①のイメージ

【ICT 導入チームを結成し、チーム主導で ICT の利用ルールやマニュアルを作成】

ICT に強い4名のスタッフによる ICT 導入チームを結成し、タブレットを利用する際のルールを定めたマニュアルを作成し、他のスタッフへタブレットの使い方を指導することで、円滑な ICT 化につなげている。



取り組みの効果とポイント

タブレットの導入により情報共有や業務が効率化するとともに記録の質が向上

タブレット導入による効果として、①スタッフ全員が同じ画面を同時に確認でき、タイムリーに情報共有ができる、②記録を訪問の合間に記入できる、③訪問看護記録書Ⅱ（訪問毎に記入する記録書）の内容が充実、④紙の記録書を確認する必要がなくなった、⑤手書きで行っていたレセプトの処理がシステム化され時間外勤務が減少した、などが挙げられる。

オンラインによる会議やカンファレンスの実施により時間効率が向上

リモートワークは、5～30 時間/月ほど活用されている。その日の最後の訪問後に帰宅して1時間ほどを記録の時間に充てたり、自宅から会議や研修に参加したり、毎朝のカンファレンスや週1回の多職種連携カンファレンス、月1回の業務カンファレンスもオンラインで実施している。

ルールづくりの段階からスタッフを巻き込み働き方の変化に対応

タブレットやリモートワークの導入により、それまでと働き方が変化するため、その都度ルールづくりを行うことが重要である。特にタブレットの導入に当たっては、4 名のスタッフが ICT 導入チームを結成し、ルール化を検討したことに加え、ICT に苦手意識を持つスタッフにタブレットの使い方を指導したことが、取り組みの浸透におけるポイントと考えている。

地域活動の好事例

スタッフと併設事業所が一丸となり、地域の方が安心して生活が続けられる地域づくりを行なった事例

取り組みの概要

- ステーション利用者で看取りを経験した家族を対象としたグリーフケアの会(想いでカフェ)、地域の認知症の方とその家族の悩みを共有し皆で支える場(認知症カフェ)、地域で住み続けられるよう介護予防のための運動プログラム(元気アップ教室)をはじめ、相談窓口の設置やフードパントリーの実施等、地域の方々が安心して生活し続けられるよう、スタッフや併設事業所が一丸となって地域活動に積極的に取り組んでいる。

取り組みの背景・課題認識

◆看取りを経験した家族へのグリーフケア

当ステーションでは看取りの依頼が増加しており、大切な家族を亡くし悲しみや辛さを抱える遺族が、現実を受けとめ少しでも前向きに自分の人生を健康的に過ごせるようグリーフケアが必要だと感じていた。また、提供した支援が本当に家族にとって良い支援だったのかを確認する機会を得たいと感じていた。

◆住み慣れた地域で暮らし続けられるための介護予防

介護保険を使っていない方でも、機能低下がみられる方が大勢いることを認識しており、日常生活の中で、介護予防の一環として、いつまでも住み慣れた地域で暮らせるよう支援する必要があった。

◆認知症の理解を深め地域で支える体制づくり

地域の方に認知症のことや認知症の方との接し方を知ってもらい、悩みや困りごとを一人で抱え込まず、みんなで支える体制づくりを進める必要性があった。

取り組みの内容

① グリーフケアの会(想いでカフェ)の開催 (財源:当事業所と併設診療所負担)

7～8年前から併設の診療所とともに年1回「想いでカフェ」を開催している。前年度に看取った家族へ往復はがきを送付し、参加者を募集している。事業所内で数時間ではあるが、家族やスタッフが交流する場を設けている。利用者家族が喪失感を抱えながらも自分らしく生活していることを確認し、また、遺族の想いを傾聴することでスタッフ自身もケアのあり方を再確認し見直す機会となっている。

② 通所型サービス C 事業(元気アップ教室)の開催 (財源:市の委託費用)

リハビリテーションスタッフが多い強みを活かし、2017 年度から市からの受託事業として通所型サービス C 事業(元気アップ教室)を開催している。新型コロナウイルス感染症流行下では人数を制限したが、機能低下(運動・栄養・口腔・認知)の状況を見ながら運動プログラム等を実施している。

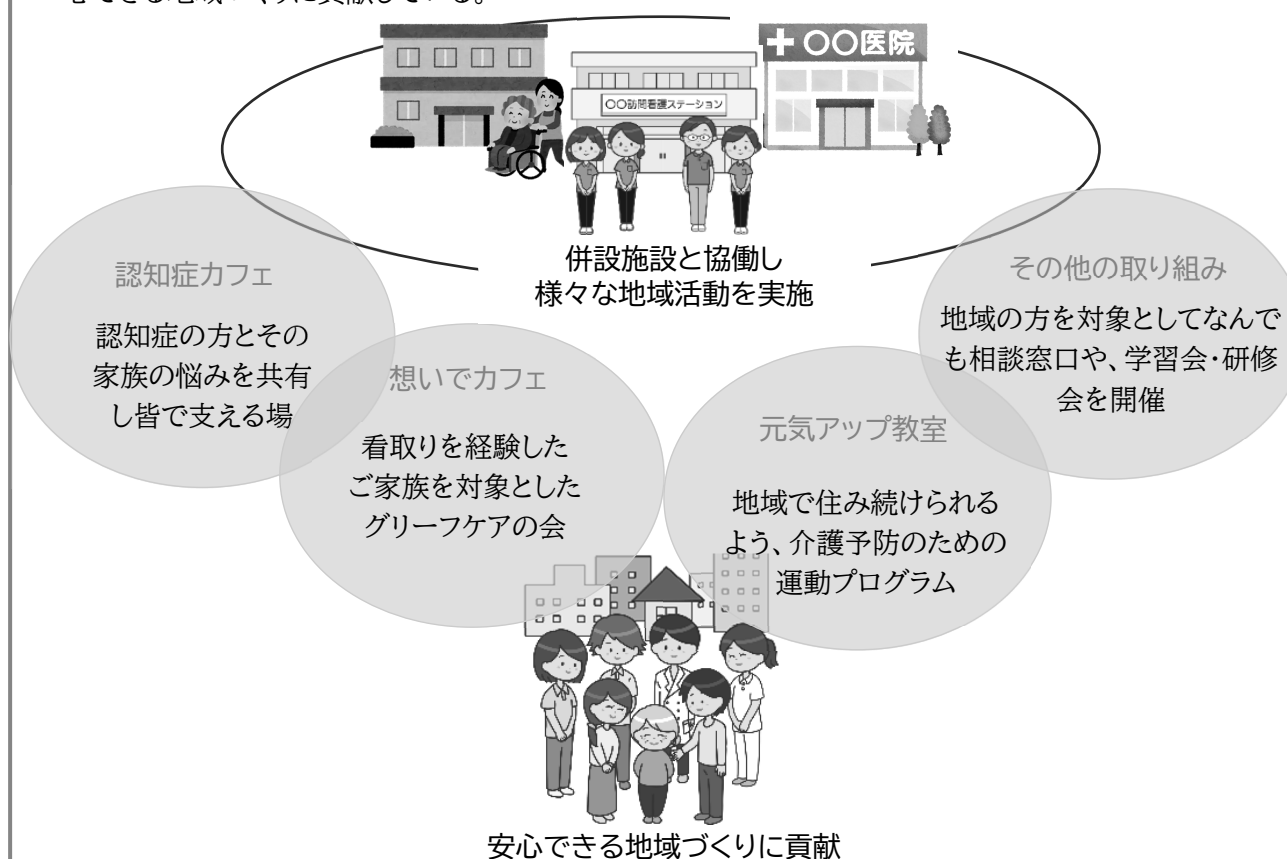
③ 認知症カフェの開催 (財源:市の委託費用)

2016 年ごろから独自事業として認知症カフェを開始し、2018 年から市の受託事業となっている。新型コロナウイルス感染症流行下では、1時間ほど認知症に関する講習会をしたのち、看護師や併設施設のケアマネジャー等が参加する相談の場を設けている。

取り組み全体のイメージ

【様々な地域連携の取り組みを通じて、安心できる地域づくりにつなげている】

想いでカフェ、元気アップ教室、認知症カフェをはじめとした様々な取り組みを通じて地域の方々と交流し、困ったときにはいつでも相談できるよう、そして住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、安心できる地域づくりに貢献している。



取り組みの効果とポイント

想いでカフェがスタッフの自信と地域のつながりを生み出している

「想いでカフェ」を通じて、遺族の方が前向きに過ごされていることを認識できる。遺族の方から、「当ステーションを利用し精神的に支えてもらった」「このステーションを選んで良かった」との声をいただけることもあり、スタッフのモチベーションや自信につながっている。医療機関の地域連携室職員や当法人以外の居宅介護支援事業所から、「このステーションに任せておけば安心だから」と紹介され、当ステーションを選んだという利用者が増加している。

地域貢献に前向きなスタッフの意識が後輩スタッフに伝わり活動が継続している

地域活動に協力的な内部体制を作る上で、①法人としての方針の明確化、②スタッフの増員、③参加するとスタッフが面白いと感じることができる、といったポイントが挙げられる。特にスタッフは、一度地域活動を経験すると、地域貢献を前向きにとらえるようになり、自主的に取り組むようになる。地域の困りごとに気がつき、支援につなげていこうとする意識を持ったスタッフを育成・維持することができれば、その意識が後輩スタッフに継承され、活動が継続できる。

緊急時におけるステーション間連携の好事例 1

地域のステーション連絡会や多職種との平時からの連携構築により、緊急時の対応を効果的に行った事例

取り組みの概要

- 同一法人内の病院に所属する感染管理認定看護師や、地域のステーション連絡会、地域の保健師、多職種が参加する市の医療福祉連絡会など、法人内外の多様な職種・機関と連携体制を構築してきた。平時より、地域のステーション間や様々な職種・機関と連携しておくことが、新型コロナウイルス感染症流行のような危機における緊急時の連携に効果的につながる。

取り組みの背景・課題認識

- ◆ 平時より同一法人の病院所属の感染管理認定看護師と連携
平常時より同一法人の病院所属の感染管理認定看護師と連携し、感染症予防の研修を不定期に開催している。
- ◆ エリア内のほぼすべてのステーションが参画する連絡会を通じたステーション間の連携
1996年から地域のステーションの情報共有・共同研修の場としてステーション連絡会を発足し、現在はエリア内のほぼすべての訪問看護ステーションが連絡会に参画している。
- ◆ 市の医療福祉連絡会を通じた多職種連携
市の医療福祉連絡会にも参画し、医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、ケアマネジャー、介護福祉士など医療系・福祉系の多職種との連携を行っている。

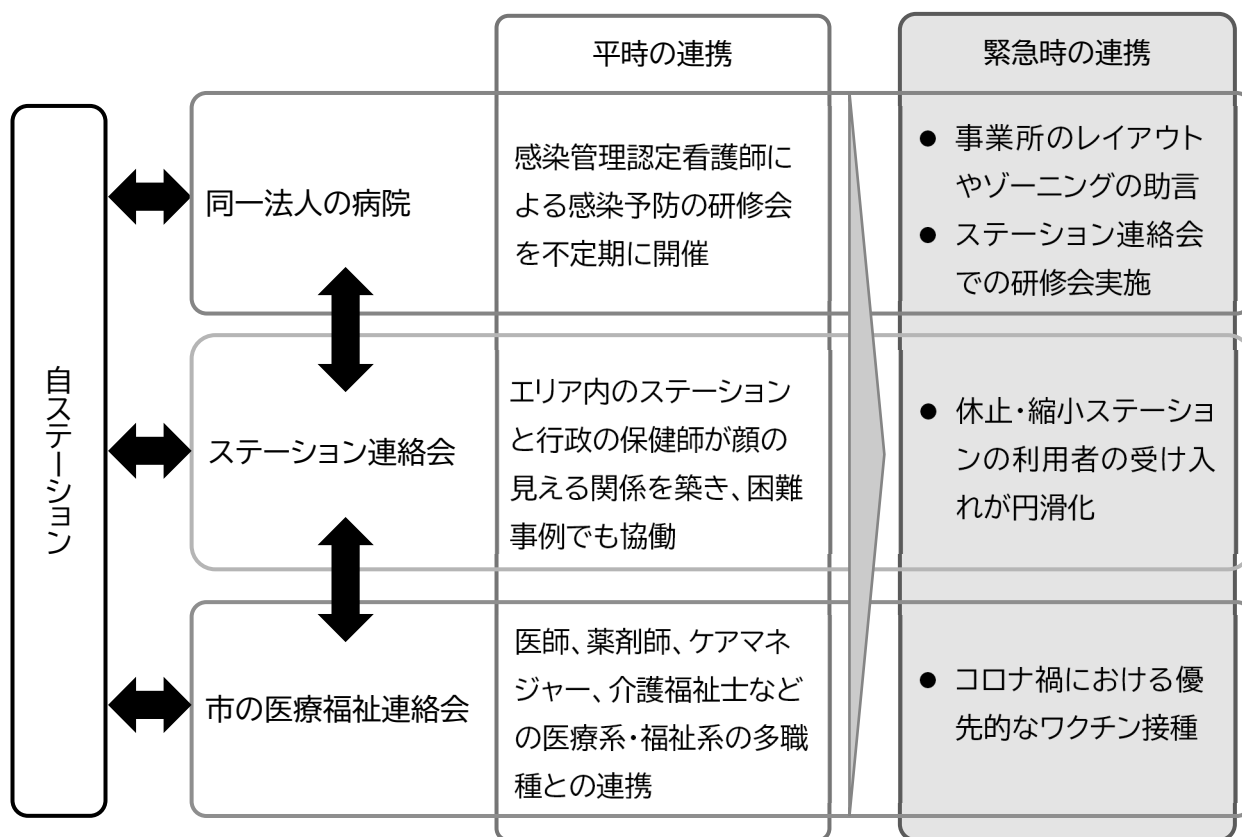
取り組みの内容

- ① 感染管理認定看護師による新型コロナウイルス感染症対策の助言や講義
新型コロナウイルス感染症流行の初期、個人用防護服（フェイスシールド・手袋・エプロンなど）の具体的な装着方法、事業所のレイアウトやゾーニングについて、同一法人の病院に所属する感染管理認定看護師に助言を受けた。また、ステーション連絡会の医療安全対策研修（事例報告、相談対応等）で、その感染管理認定看護師に講師をしてもらった。
- ② ステーション連絡会を通じたステーション間連携の円滑化と行政との関係強化
ステーション連絡会は管理者同士の交流の場となっており、管理者同士が顔の見える関係であるため、2か所以上のステーションが利用者に訪問する場合や、閉鎖するステーションの利用者の受け入れ先を決める際にスムーズな連携ができた。さらに、2017年より行政機関の保健師（包括ケア推進担当）が参画しており、地域の困難事例について情報共有するとともに、ステーション連絡会を通して各ステーションが困難事例の依頼を受けるようになった。
- ③ 市の医療福祉連絡会による迅速なコロナ対応
ステーション連絡会が市の医療福祉連絡会に参加していたことにより、新型コロナウイルス感染症の流行の際、医師会の尽力によりエリア内のすべてのステーションの看護師が、優先的にワクチンを受けることができた。

取り組み全体のイメージ

【平時からの多職種・多機関の連携が、緊急事態への備えになっている】

平時より様々な職種・機関との関係性を構築しておくことが、新型コロナウイルス感染症流行のような危機において重要になる。



取り組みの効果とポイント

顔の見える関係にある感染管理認定看護師とのいち早い相談

同一法人内に所属する感染管理認定看護師と日頃から顔の見える関係を築いていたことで、新型コロナウイルス感染症流行下においていち早く感染予防対策などの相談を行えた。また、地域のステーション連絡会での研修講師を行ってもらう等、地域全体で感染管理の専門性を活かしてもらう工夫を行っている。

地域のステーション同士の強み・弱みを理解し行政とも連携した効果的な協働

ステーション連絡会では、管理者同士が定期的に顔を合わせることで、それぞれのステーションの強みや弱みを把握することができ、効果的な連携や協働につながっている。今後は、ステーション連絡会として地区 BCP を作成するプロジェクトを始動することを予定している。また、ステーション連絡会に、行政の保健師が関わっていることにより、地域の課題が解決することが多くなっており、行政と医療機関との間の win-win の関係が築かれている。

緊急時におけるステーション間連携の好事例 2

ステーション同士の相互支援体制の構築に ICT を効果的に活用した事例

取り組みの概要

- 新型コロナウイルス感染症流行の影響で閉鎖・休止・縮小を余儀なくされたステーションが発生した場合に備え、地域のステーションが参加する連絡会において、訪問看護が必要な利用者への訪問を継続するためのステーション間ネットワークについて議論。
- ステーション内の業務効率化策として導入した ICT ツールを、地域の他のステーションや医療機関、ケアマネジャーとのタイムリーな情報共有のための仕組みへとつなげ、緊急時にも使える連絡体制を構築。

取り組みの背景・課題認識

◆ 事業所内の情報の電子化

新型コロナウイルス感染症の流行前から、常勤スタッフにはタブレットを配布し、訪問時や緊急コール時にすべての利用者の記録を見ることが可能になっていた。FAX で連絡があった利用者の情報も PDF 化し閲覧可能にした。

◆ 地域他ステーションや関係者との迅速な情報共有の必要性

地域のステーションの管理者が参加する連絡会が設置されており、連絡会を通じて情報交換や物品の融通等を行っていた。スタッフの感染により閉鎖・休止・縮小しなくてはならないステーションが発生した場合に、他のステーションと連携して利用者への看護ケアを継続するための支援体制を構築することを念頭に、他のステーションや、医師・ケアマネジャー等の事業所外他職種とも情報共有ができるよう仕組みづくりが必要だった。

取り組みの内容

LINE WORKS の活用により関係者と情報共有する仕組みを構築

スタッフの感染により閉鎖・休止・縮小するステーションが発生した場合などに備え、利用者の状況を地域の関係者で共有する仕組みを連絡会が中心となり構築した。

○LINE WORKSを用い、利用者ごとにスレッドを立て、利用者単位で他ステーションや医師、ケアマネジャーとタイムリーに情報共有することができるようにした。

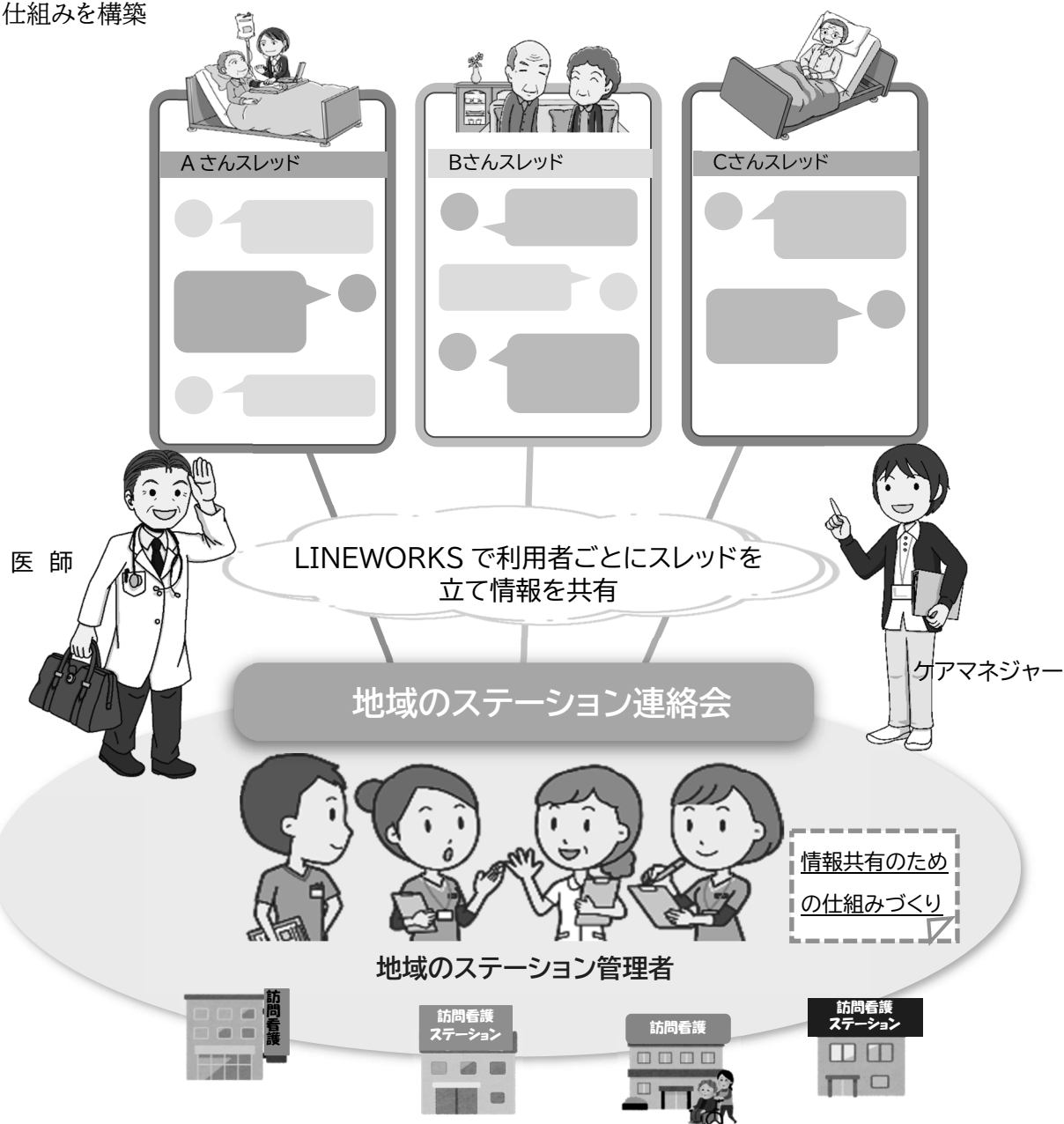
○ステーション内でコロナ感染や濃厚接触者が多数発生した場合など、閉鎖・休止・縮小せざるを得なくなった場合に、訪問看護が必要な利用者について、LINE WORKSを通じて連絡会に参加しているステーションへ情報提供し、関係者で利用者情報を共有する。

○協力できるステーションが決まり、協力ステーションと閉鎖・休止・縮小ステーションが直接やり取りすることで、協力ステーションが利用者に看護ケアを提供する。

取り組みのイメージ

【情報ツールを活用した訪問看護ステーション同士の相互支援の仕組みづくり】

LINE WORKS の中で、利用者ごとにスレッドを立て、関係者と利用者毎に迅速に情報共有する仕組みを構築



取り組みの効果とポイント

情報共有ツールの活用により訪問看護ステーション間の連携と有事の備えを強化

利用者ごとに LINE WORKS のスレッドを立てることで、必要な情報を関係者と迅速に共有することが可能な仕組みになっている。地域のステーション連絡会を通じたステーション間の相互支援に DX を上手に活用しており、地域のステーション間の連携の強化やいざという時のケアの継続のための仕組みづくりにつながっている。

緊急時におけるステーション間連携の好事例 3

コロナ禍において訪問看護ステーション間で利用者の受け入れ先を探すためのルールをつくり、相互支援体制を構築した事例

取り組みの概要

- 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、事業継続が困難になるリスクに対応するため、地域の他ステーションと連携してネットワーク規約を作成し相互支援体制を構築。休止・縮小せざるを得なくなったステーションが発生した際に、訪問看護が必要な利用者を他のステーションに移管し、看護ケアを継続するために運用した。災害時や新興・再興感染症発生時に必要になるステーション間のスムーズな連携につなげている。

取り組みの背景・課題認識

- ◆ **新型コロナウイルス感染症による訪問看護ステーションの休止・縮小リスクへの事前準備**
新型コロナウイルス感染症への感染によりスタッフに休職者が出た場合、事業継続が困難になる。事業所の休止・縮小による看護ケアの中断は、利用者の心身の不調につながるため、最も避けるべき課題である。また、ケアマネジャーが利用者に関わる他の介護サービスの調整に集中できるよう、ステーション同士の事前の連携や緊急時の準備は、迅速な対応につながるものと考えていた。
- ◆ **新型コロナウイルス感染症への対策情報の共有**
コロナ禍においてもステーションを適切に運営していくためには、他ステーションの動向や、感染対策の実施方法、感染患者へのケアの方法といった情報を共有することが必要だった。

取り組みの内容

① 関係機関・関係職種ともつながる地域のステーション連絡会

近隣のステーションの管理者が定期的に集まり、情報共有や相談を行う場として連絡会がある。連絡会では、看護大学の教員からアドバイスを受けたり、県の保健師と情報交換をしたり、医師やケアマネジャーにも連絡会の活動を情報発信したりと、関係機関・関係職種と積極的につながりを作っている。

② 事業継続が困難なステーションの利用者を地域で支えるための規約づくり

連絡会の新型コロナウイルス感染症流行下での取り組みとして、事業継続が困難になりそうな場合に利用者への影響を最小限にするため、ステーション間での情報共有の方法や、利用者の受け入れの手続きなどを定めたネットワーク規約を作成した。

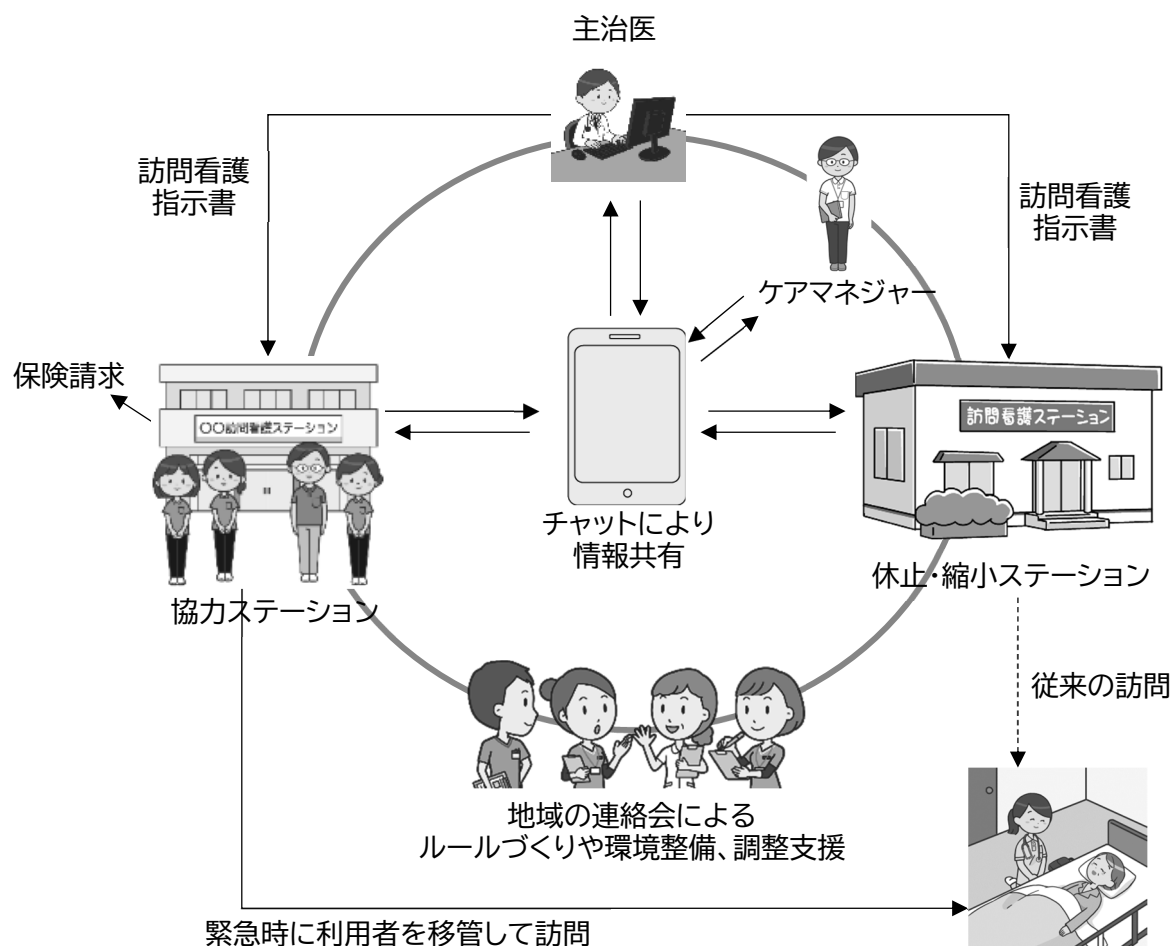
③ 利用者移管ための具体的な取り決め(関係各所との情報共有方法や契約方法等)

- 休止や縮小の可能性がある場合に、そのステーション(休止・縮小ステーション)で利用者をトリアージし、訪問看護の継続が必要な利用者を選定して、連絡会のグループラインに協力依頼を連絡する。
- 利用者受け入れが可能なステーション(協力ステーション)が返信する。
- 休止・縮小ステーションはケアマネジャーにケアプランの変更依頼をするとともに、主治医に協力ステーションへの訪問看護指示書の発行を依頼する。
- 利用者への説明は休止・縮小ステーションが行い、協力ステーションは利用者との契約を行う。
- 休止・縮小ステーションが通常営業可能となったら、利用者を元のステーションに戻す。

取り組み③のイメージ

【不測の事態に備え、地域で具体的な相互支援の仕組みを作る】

積極的に地域のステーション同士で連携し、コロナ禍にあっても利用者への看護ケアを継続するための具体的なルールや仕組みづくりを地域で進めた。



取り組みの効果とポイント

小規模ステーションこそ他ステーションと連携し相互の支援体制を構築する重要性

小規模のステーションでは、スタッフの不足等により休業や縮小せざるを得ない状況になる可能性がある。事前に事態を予測し、地域で相互支援体制の構築とルールを決めておくことで、スムーズに他ステーションからの支援を受けることができる。今後、災害や振興・再興感染症が発生した際にも、応用が可能な仕組みとなっている。

ステーション間の垣根を越えて相談しやすい風土をつくる重要性

相互支援体制とルールが整備されていても、実際に利用者を移管する場面に遭遇すると、他のステーションへの気兼ねや心理的な負担感が発生する。平時から管理者同士の交流を密にし、不安や懸念を相談しやすい風土を作る必要がある。

Memo



訪問看護ステーションにおける業務効率化と地域連携の好事例集
～災害、新興・再興感染症発生時の連携を含む～

令和5(2023)年3月 発行

発行・編集：一般社団法人全国訪問看護事業協会

本資料は、厚生労働省 令和4年度老人保健健康増進等事業の交付を受けて、
「新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関する調査研究事業」の一環として、
一般社団法人全国訪問看護事業協会が制作したものです。

※全国訪問看護事業協会のホームページからもダウンロードができます。
(<https://www.zenhokan.or.jp/surveillance/>)



訪問看護ステーションの 災害、新興・再興感染症発生時の 地域連携ツール



～訪問看護を継続して提供するための相互支援の仕組みづくり～

目次

1 連携ツールの概要

- (1) 連携ツール作成の目的…………… 1
- (2) 連携ツールの使い方…………… 2

2 平時から準備しておくこと

- (1) 訪問看護ステーションの運営休止・
縮小基準の検討…………… 3
- (2) 緊急時の対応の確認…………… 3
- (3) 利用者ごとのトリアージ…………… 4
- (4) 緊急時の対応に関する利用者への説明・同意…………… 4
- (5) 地域の他の訪問看護ステーションとの関係づくり…………… 4
- (6) 地域の訪問看護ステーション連絡会等との連携…………… 5
- (7) 主治医や医師会との連携…………… 6
- (8) ケアマネジャーや他の介護サービス等との連携…………… 6
- (9) 自治体との連携…………… 6

3 緊急時の連携の実際

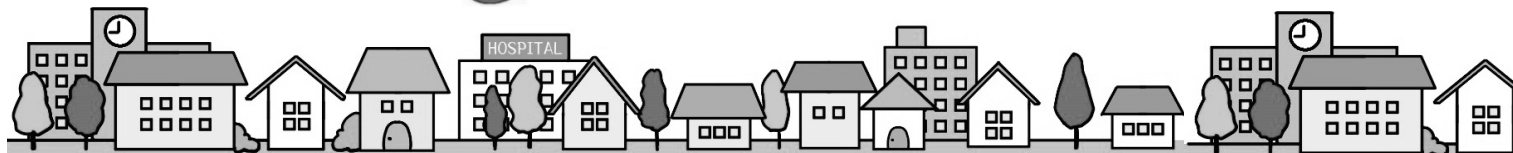
- (1) 緊急時の連携の流れ(例)…………… 7
- (2) 取り交わしておく良い書類と
その記載内容(例)…………… 9

参考情報

- (1) Q&A…………… 10
- (2) チェック表…………… 11
- (3) 利用者トリアージ表(例)…………… 13
- (4) 協力ステーション登録申請(例)…………… 14



一般社団法人全国訪問看護事業協会



1 連携ツール作成の目的

- ◇ 新型コロナウイルス感染症の拡大により入院医療が逼迫するとともに、在宅療養を希望する療養者や家族が増えることにより、訪問看護への期待が高まっています。加えて、近年、訪問看護ステーションには、医療依存度が高い利用者や複合的な問題を抱える家族など、どのような状況にあっても継続的な支援が必要な利用者が増加しています。このような中、新興・再興感染症の流行や災害発生時においても利用者に対して継続的に看護ケアを提供できるよう、訪問看護ステーションは令和 6 年 3 月 31 日までに BCP 計画を策定し、計画に従って必要な措置を講じることが求められています。
- ◇ 新型コロナウイルス感染症流行下のような緊急時においては、訪問看護ステーションのスタッフやスタッフの家族が陽性者になることにより、訪問看護ステーションを一時的に休止や縮小した活動を余儀なくされることがあります。利用者が安心して地域での生活が続けられるよう、単独の訪問看護ステーションのみの対応ではなく、近隣の訪問看護ステーション同士や地域の訪問看護ステーション連絡会・都道府県訪問看護ステーション協議会・都道府県看護協会・医療機関・医師会・市区町村等との連携を深め、看護ケアを継続するための仕組みを構築する必要があります。
- ◇ この「訪問看護ステーションの災害、新興・再興感染症発生時の地域連携ツール」(以下、連携ツール)は、緊急時においても利用者への看護ケアを提供し続けられるよう、地域の訪問看護ステーション同士が連携して相互支援体制を作るためのポイントをまとめたものです。
- ◇ 訪問看護ステーションの活動地域の特徴はさまざまです。その地域の利用者が住み慣れた地域で療養生活を継続するための仕組みづくりにこの連携ツールをご活用ください。



2 連携ツールの使い方

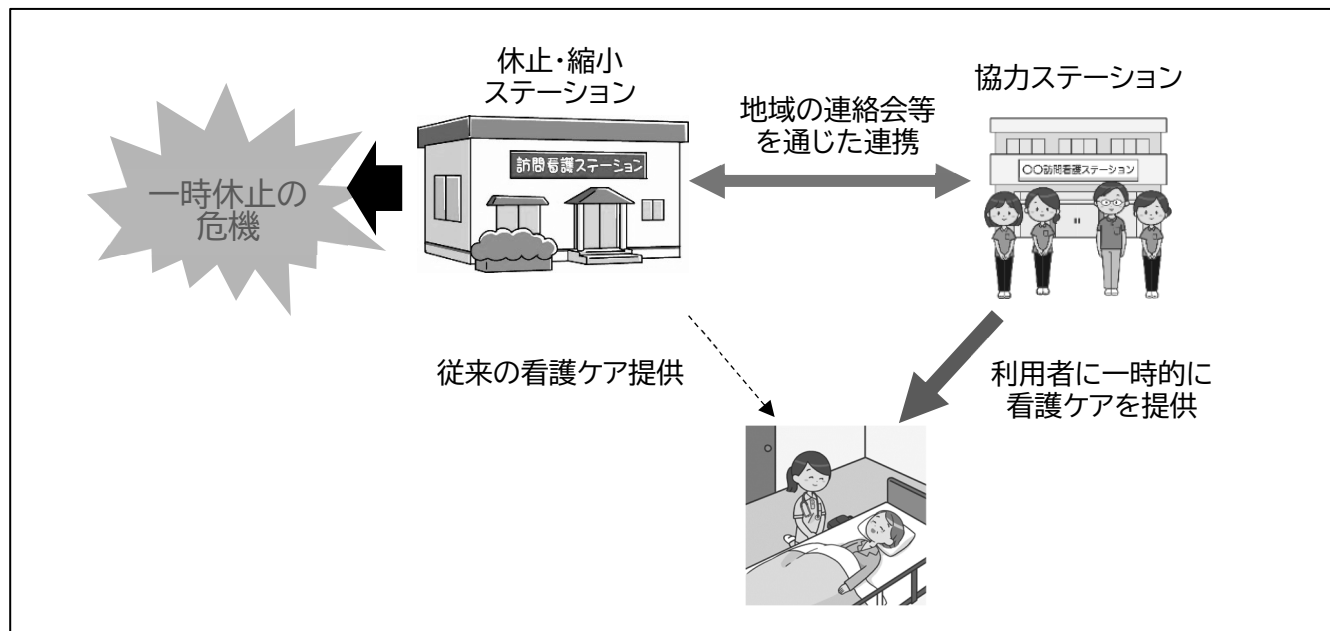
☆ この連携ツールでは、緊急時において、利用者を他の訪問看護ステーションに一時的に移管することで、利用者が訪問看護を継続して受けることができるようにサポートする連携体制について紹介します。

☆ この連携ツールには、利用者を移管するための連携体制(図1)を構築するために必要な、「平時から準備しておくこと(第2章)」、「緊急時の連携の実際(第3章)」、「参考情報(Q&A、チェック表、利用者トリアージ表、訪問看護相互支援 協力訪問看護ステーション登録申請書)」の一例を示しています。貴事業所において、平時の連携体制の構築、緊急時の発動手順等を検討する際の参考にしてください。

☆ 地域の連携体制構築のためには、地域の訪問看護ステーション連絡会(以下「連絡会」)等と話し合う際にご参照いただき、地域の実情に応じてアレンジしてお使いください。

図1 利用者を移管するための連携体制イメージ

※「訪問看護ステーション」は「ステーション」と略



1 訪問看護ステーションの運営休止・縮小基準の検討

- 緊急時の訪問看護ステーションの休止・縮小基準を検討しておきましょう。例えば、勤務できるスタッフの数に応じて、新規の利用者受け入れを制限するのか、既存の利用者への訪問回数の調整で対応できるのか、休止する必要があるのか、などの基準を検討しておきましょう。

2 緊急時の対応の確認

- ご自分の訪問看護ステーションが休止・縮小する場合もあれば、休止・縮小する訪問看護ステーションに協力する場合があります。いずれの可能性にも備えて、緊急時の対応を確認しておきましょう。
- 次のような緊急対応が必要になることを確認しておきましょう。

※「訪問看護ステーション」は「ステーション」と略

	休止・縮小ステーション	協力ステーション
利用者移管	利用者のトリアージを行い、移管の協力要請をする	受け入れ可能かを確認し、協力の返答をする
訪問看護指示書	主治医へ協力ステーションに訪問看護指示書の発行を依頼する	主治医と連携し、訪問看護指示書を受理する
ケアプラン	ケアマネジャーにケアプランの変更を依頼する	ケアマネジャーからケアプランを受け取る
情報提供	利用者情報を提供する	利用者情報を受け取る
利用者対応	移管の説明をする	新規契約し、訪問を開始する
情報共有	訪問状況の報告頻度、日々の記録、報告書の保存方法を決める 報告書を受け取り、利用者の情報を共有する	報告書を作成し、休止・縮小ステーションへ提供する
保険請求	月途中の移管の場合は、ケアマネジャーに実績を報告し、保険請求する	ケアマネジャーに実績報告をし、保険請求する

3 利用者ごとのトライアージ

- 利用者ごとに、トライアージの方法や、代替サービスを提供できる可能性、訪問回数の変更の可能性などを検討しておきましょう。

※ p.13 の「利用者トライアージ表」参照

4 緊急時の対応に関する利用者への説明・同意

- 緊急時に休止・縮小しなくてはならなくなった場合、他の訪問看護ステーションが代わりに看護ケアを提供する仕組みがあることを、利用者に説明しましょう(契約書に記載してもよい)。
- 緊急時に他の訪問看護ステーションからのケアを受けることを希望するかどうかを利用者に確認しましょう。
- 希望しない場合は、訪問看護ステーション休止・縮小の間は看護ケアも休止するか、入院や入所を希望するか、他の方法を選択するか、希望を聞きましょう。
- 利用者への説明書や承諾書を作成して利用しましょう。

※ p.9 の図 5、図 6 を参照



5 地域の他の訪問看護ステーションとの関係づくり

- 地域の訪問看護ステーションが情報交換を行う連絡会に、積極的に参加しましょう。
- 新興・再興感染症発生を見据え、近隣の訪問看護ステーションと日頃から情報交換を行うなど、顔の見える関係づくりを進めましょう。
- 訪問看護ステーションを休止・縮小する場合、訪問看護の継続が必要な利用者に看護ケアを提供できなくなった場合に備え、その事態や利用者の情報を他の訪問看護ステーションや地域の連絡会に共有するための方法を検討しておきましょう。

6 地域の訪問看護ステーション連絡会等との連携

- ◇ 地域の訪問看護ステーション連絡会に参加している場合は、その連絡会において、緊急時の対応方法を協議することが大切です。協議の結果取り決めたことは規約や覚え書きとして文書で取り交わしておきましょう。
- ◇ 地域の訪問看護ステーション連絡会がない場合や、参加していない場合は、緊急時に連携する近隣の訪問看護ステーションを探し、連携内容を協議しておきます。その内容を覚え書きなどに残しておくといいでしょう。

(1) 訪問看護ステーション同士の協議と規約の作成

- 地域の訪問看護ステーション連絡会に参加している場合は、話し合いの場を設け、緊急時に備えたルールを定め、規約として取り交わしましょう。

※ p.9 の図4を参照

(2) 協議しておくべき重要な内容

- 緊急時にどのような方法で訪問看護ステーション間の連絡を取るのかを決めておきましょう。地域の訪問看護ステーションが共通して使えるチャットなどがあると便利です。

【連絡ツールとしてチャット等を利用する場合】

- ① 連絡ツールの種類・メーカーを選定
 - ② 連絡ツールのルール作り
 - ✓ どのような情報をやり取りするか(個人情報の保護についても考慮)
 - ✓ 平時から使用するのか、緊急時のみ使用するのか
 - ✓ メンバーとなる事業所・職種
 - ✓ 訪問看護ステーションの管理者が使用するのか、スタッフも含むのか
 - ③ セキュリティの確認
 - ✓ 利用する業者に確認しておく
- 休止・縮小訪問看護ステーションが復帰した際の利用者の帰属を決めておきましょう。基本的には、元の訪問看護ステーションに戻ると良いでしょう。
 - どのように保険請求をするか、緊急時訪問看護加算や特別管理加算をどちらの訪問看護ステーションが算定するか決めておきましょう。
 - ルールとして定めたことは、規約などにまとめましょう。また、必要になる書類のひな型をあらかじめ作成しておきましょう。

- 他職種や他機関とあらかじめ緊急時の対応を協議しておきましょう。例えば、介護サービスの変更・代替などについて、地域のケアマネジャー、地域包括支援センター、保健所などと協議しておくことで安心です。

7 主治医や医師会との連携

- ☆ 主治医や地域の医師会に、災害時や新興・再興感染症発生時の連携について相談しておきましょう。

(1) 利用者対応の確認

- 有事の際の主治医の方針を利用者毎に確認しておきましょう。

(2) 訪問看護指示書の発行方法の取り決め

- 主治医や医師会と、緊急時の訪問看護指示書の発行方法について協議し、協力訪問看護ステーションへも訪問看護指示書を発行してもらえるようにしましょう。
- 緊急時に、どの訪問看護ステーションから主治医に訪問看護指示書発行の連絡をするのか、あらかじめ取り決めておきましょう。

8 ケアマネジャーや他の介護サービス等との連携

- 緊急時に他の訪問看護ステーションへ利用者の移管をする際に、居宅介護サービス計画(ケアプラン)の変更依頼することを、事前にケアマネジャーと相談しておきましょう。
- 緊急時、利用者に関わる他の介護サービス等への連絡や対応方法についても、ケアマネジャーや介護サービス事業所と、事前に検討しておきましょう。

9 自治体との連携

- 自治体とも協議をしておくことは大切です。自治体の担当部署や緊急時の窓口を把握しておきましょう。また、自治体の会議等へ出席するなどして、情報収集しておくこと、緊急時の連絡方法や連携体制について検討しておきましょう。

3

緊急時の連携の実際

☆ 訪問看護ステーションを一時的に休止・縮小せざるを得なくなった場合の緊急対応の流れです。あくまでも例示ですので地域の実情に応じて作り変えてください。ここでは2つのパターンについて説明します。

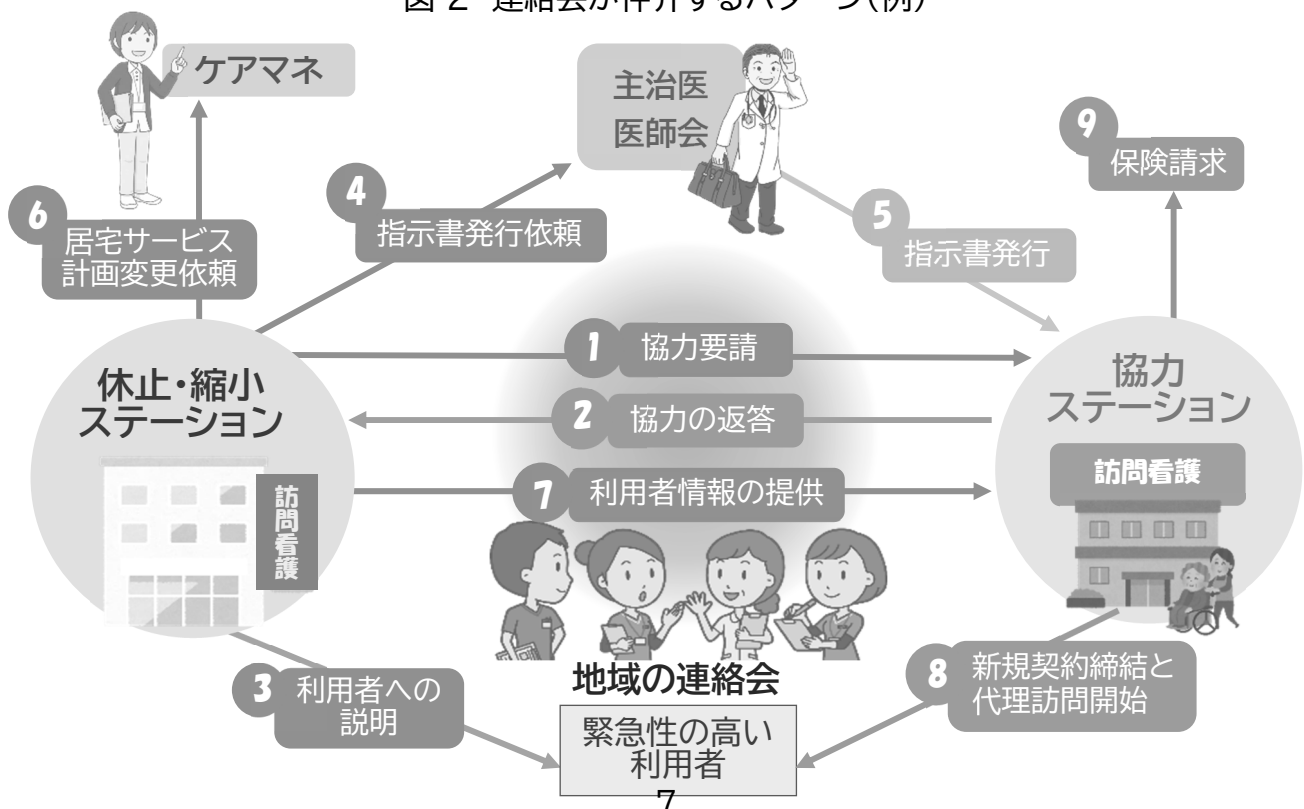
1 緊急時の連携の流れ(例)

☆ 連絡会が訪問看護ステーション同士を仲介する場合（図2参照）

※「訪問看護ステーション」は「ステーション」と略

- ① 休止・縮小ステーションは、連絡会で取り決めた連絡方法(チャット等)を使って、利用者移管の協力要請をします。
- ② 協力可能なステーションは、連絡会で取り決めた連絡方法を使って、協力可能である旨を返信します。
- ③ 休止・縮小ステーションは、協力ステーションが看護ケアを引き継ぐことを利用者に説明します。
- ④ 休止・縮小ステーションは、主治医に訪問看護指示書の発行を依頼します。
- ⑤ 協力ステーションに対して訪問看護指示書を発行してもらいます。
- ⑥ 休止・縮小ステーションは、ケアマネジャーへ居宅サービス計画の変更を依頼します。
- ⑦ 休止・縮小ステーションは、協力ステーションへ利用者情報を提供します。
- ⑧ 協力ステーションは、利用者と新規契約を締結し、訪問看護を開始します。
- ⑨ 協力ステーションは、あらかじめ定めた取り決めに従って、休止・縮小ステーションとの情報共有や保険請求をします。

図 2 連絡会が仲介するパターン(例)

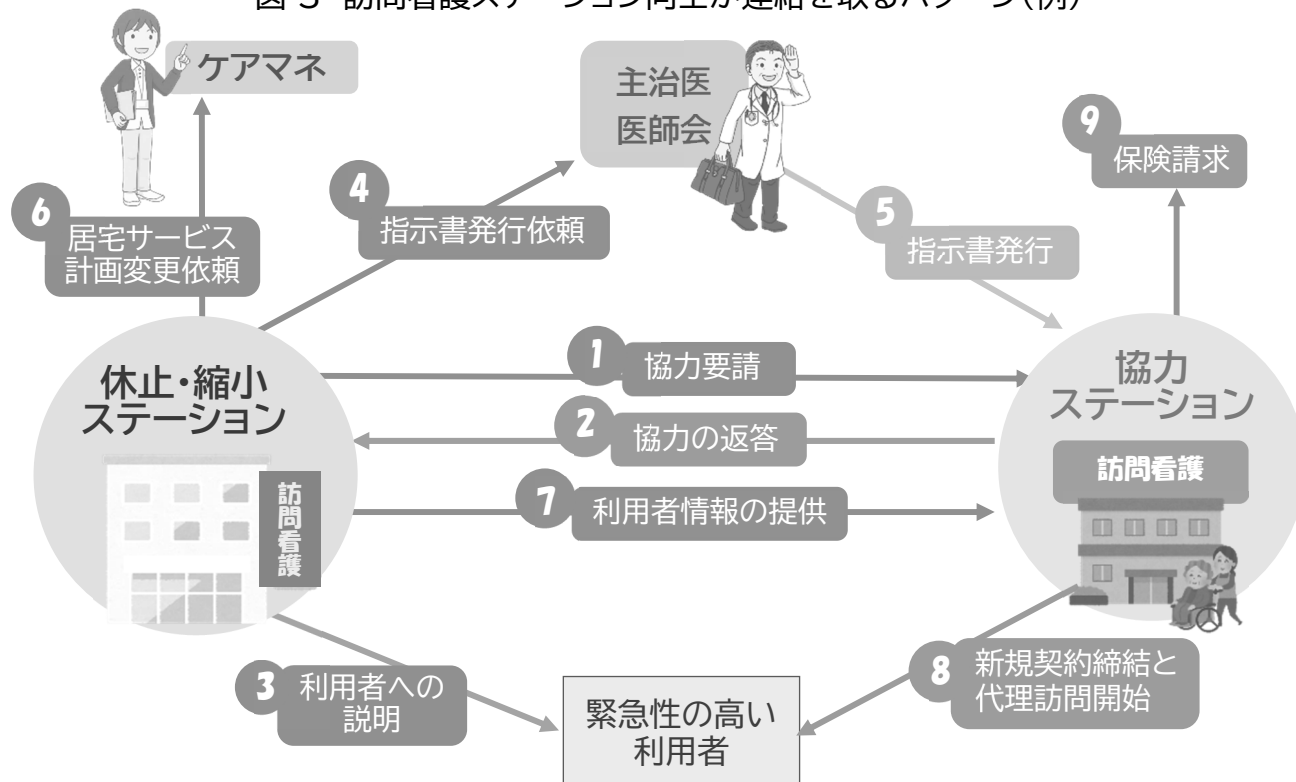


☆ 訪問看護ステーション同士が直接連絡を取る場合（図3参照）

※「訪問看護ステーション」は「ステーション」と略

- ① 休止・縮小ステーションは、利用者移管の協力要請をします。
- ② 協力可能なステーションは、協力可能である旨を返答します。
- ③ 休止・縮小ステーションは、協力ステーションが看護ケアを引き継ぐことを利用者に説明します。
- ④ 休止・縮小ステーションは、主治医に訪問看護指示書の発行を依頼します。
- ⑤ 協力ステーションに対して訪問看護指示書を発行してもらいます。
- ⑥ 休止・縮小ステーションは、ケアマネジャーへ居宅サービス計画の変更を依頼します。
- ⑦ 休止・縮小ステーションは、協力ステーションへ利用者情報を提供します。
- ⑧ 協力ステーションは、利用者と新規契約を締結し、訪問看護を開始します。
- ⑨ 協力ステーションは、あらかじめ定めた取り決めに従って、休止・縮小ステーションとの情報共有や保険請求をします。

図 3 訪問看護ステーション同士が連絡を取るパターン(例)



2 取り交わしておくの良い書類とその記載内容(例)

(1) 地域の訪問看護ステーション連絡会における相互支援規約項目

- ◇ 地域の訪問看護ステーション連絡会において、相互支援規約を作成する場合に定めておくの良い項目です。

図 4 相互支援規約の項目例

- 相互支援の名称(例:〇〇地域訪問看護ステーション相互支援)
- 事務局の設置場所
- 規約の目的
- 相互支援において行う業務
- 相互支援に登録する事業所の条件
- 相互支援への登録方法
- 相互支援発動時の連絡方法
- 個人情報の取扱い
- 保険請求(加算含む)の方法
- 脱会の方法
- 役員

(2) 利用者への説明書・承諾書項目

- ◇ 利用者への説明書・承諾書を作成する場合に定めておくの良い項目です。

図 5 利用者への説明書の構成例

- 訪問看護ステーションの職員に陽性者・濃厚接触者が発生した場合の対応方針
- 行政から一時的な休止指示があった場合の利用者へのサービス提供方針
- 医療依存度の高い方や、病状が不安定な方への代理訪問の方法
- 代理訪問する訪問看護ステーションとの契約方法
- 個人情報の取扱い

図 6 利用者の承諾書の構成例

- 代理訪問の希望
- 代理訪問を希望しない場合の対応(休止、入院・入所、その他)
- 代理訪問の条件(個人情報の取扱い、守秘義務、復旧時の帰属など)

参考情報

1 Q&A

Q 地域の訪問看護ステーション連絡会では、緊急時に備えたどのようなルールを取り決めておくが良いですか？

- 緊急時に訪問看護ステーション同士が連携して利用者へのケアを継続することを定めた相互支援規約を作成しましょう。
- 主治医や医師会、ケアマネジャーにも必要な事項を相談し、承諾を得ましょう。

Q 地域の訪問看護ステーション間で情報共有をするためにどのような方法がありますか？

- 地域の訪問看護ステーション間での情報共有方法については、訪問看護ステーション同士で十分に相談し、合意形成を図ってください。
- チャット機能を搭載したアプリケーションを全訪問看護ステーションで共通して導入していることにより、効率的に情報共有を図っている事例があります。
- チャット機能を利用する場合は、「通信内容が暗号化されているか」「安全なネットワークを使用しているか」「登録制・利用者認証の機能があるか」などのセキュリティを確認して選択しましょう。また、利用するサービスが厚生労働省『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン』に準拠しているか、サービス提供事業者を確認しましょう。

Q 主治医には、どちらの訪問看護ステーションから依頼するのが良いですか？

- 訪問看護指示書の発行依頼は、休止・縮小訪問看護ステーションが行うとスムーズです。
- 協力訪問看護ステーションから利用者に関する相談や依頼を主治医にする場合の方法について、あらかじめ休止・縮小訪問看護ステーションに確認しておく良いでしょう。

Q どちらの訪問看護ステーションが保険請求を行うのですか？加算はどちらが算定するのでしょうか？

- 利用者との契約の締結後は、協力訪問看護ステーションが算定します。ただし、24 時間対応体制加算、緊急時訪問看護加算(介護)、特別管理加算(介護)については、訪問看護ステーション間の協議で決めましょう。

2 チェック表

訪問看護を継続して提供するための相互支援チェック表(平時の準備)

※「訪問看護ステーション」は「ステーション」と略

	検 討 項 目	チェック	実 施 内 容
自ステーションで協議	ステーションの運営休止・縮小の基準	☐	ステーションの運営休止の基準を検討(スタッフ数、休止基準、訪問回数、新規受け入れ制限等)
		☐	ステーションの運営縮小の基準を検討(スタッフ数、縮小基準、訪問回数、新規受け入れ制限等)
		☐	ステーションの運営休止・縮小に関するマニュアル作成
	緊急時の対応方法	☐	利用者の移管方法について検討
		☐	訪問看護指示書の発行依頼や連絡方法について検討
		☐	ケアマネジャーへのケアプラン変更の依頼や連絡方法について検討
		☐	利用者への説明方法について検討
		☐	利用者情報の提供方法について検討
		☐	利用者移管後の情報共有方法について検討
		☐	利用者移管後の保険請求(加算含む)方法について検討
	利用者ごとのトリアージ	☐	利用者トリアージ方法の検討とトリアージ表の作成
		☐	代替えサービスを提供できる可能性の検討
		☐	訪問回数の変更の可能性の検討
		☐	「利用者トリアージ表」に沿って、具体的なトリアージの実施
	緊急時の対応に関する利用者への説明・同意	☐	利用者への説明書や承諾書の作成(契約書等に記載しておくことでもよい)
		☐	緊急時に他のステーションが代わりに訪問する仕組みについて説明
		☐	緊急時に他のステーションから看護ケアを受ける希望の確認
		☐	ステーション休止・縮小の場合、看護ケア休止又は入院や入所の希望、その他の希望を確認
	地域の他のステーションとの関係づくり	☐	地域の訪問看護ステーションとの情報交換を行う連絡会に参加
		☐	振興・再興感染症発生を見据えた近隣のステーションとの情報交換
		☐	ステーションを休止・縮小する場合に備えた利用者の情報共有
	協力ステーションとしての体制	☐	協力ステーション要請時の対応について検討
		☐	協力ステーションとして活動する際の事業運営についての検討
連絡会と協議	地域のステーション連絡会等との連携	☐	緊急時の対応方法を協議する場合への参画
		☐	緊急時に備えたステーション間連絡ツールの選定(種類・メーカーの選定)と準備
		☐	連絡ツールのルール作り(情報の内容と個人情報保護、使い方・メンバー等)
		☐	連絡ツールのセキュリティ確認
		☐	休止・縮小ステーションが復帰した際の利用者の帰属の検討
		☐	保険請求方法(加算含む)の検討
		☐	緊急時のステーション相互支援規約の作成
		☐	必要書類のひな型の作成
		☐	他職種や他機関との緊急時の対応を検討
関係機関と協議	主治医や医師会との連携	☐	有事の際の主治医の方針を利用者ごとに確認
		☐	主治医や医師会と緊急時の訪問看護指示書の発行方法について検討
		☐	利用者移管時、ステーションから主治医への訪問看護指示書発行の連絡方法について取り決め
	ケアマネジャーや他の介護サービス等との連携	☐	緊急時、他ステーションへの利用者移管の際のケアプランの変更依頼方法について取り決め
		☐	緊急時、利用者に関わる他の介護サービス等への連絡や対応方法について取り決め
	自治体との連携	☐	自治体の担当部署や緊急時の窓口の把握
		☐	自治体の会議等を通して、情報収集や情報共有
		☐	緊急時の連絡方法や連携体制について検討

訪問看護を継続して提供するための相互支援チェック表(緊急時対応)

※「訪問看護ステーション」は「ステーション」と略

	段階	チェック	実 施 内 容
休止・縮小 ステーション	移管前	☐	「利用者トリアージ表」の確認・再トリアージ
		☐	(連絡会で取り決めた連絡方法を使って)利用者移管の協力要請
		☐	協力ステーションが看護ケアを引き継ぐことを利用者に説明
		☐	主治医に協力ステーションへの訪問看護指示書の発行を依頼
		☐	ケアマネジャーに居宅サービス計画の変更を依頼
		☐	協力ステーションへ利用者情報を提供
		☐	協力ステーションと訪問状況の報告頻度、日々の記録、報告書の保存方法の取り決め
		☐	協力ステーションと保険請求(加算含む)方法の取り決め
	移管後	☐	協力ステーションから報告書を受け取り、利用者の情報を共有
		☐	(月途中の移管の場合)ケアマネジャーに実績を報告
		☐	(月途中の移管の場合)取り決めに従って保険請求
協力 ステーション	移管前	☐	利用者受け入れの可否について検討
		☐	(連絡会で取り決めた連絡方法を使って)協力可能である旨を返信
		☐	主治医と連携し、訪問看護指示書を受理
		☐	ケアマネジャーからケアプランを受理
		☐	休止・縮小ステーションから利用者情報を受け取る
		☐	休止・縮小ステーションと訪問状況の報告頻度、日々の記録、報告書の保存方法の取り決め
		☐	休止・縮小ステーションと保険請求(加算含む)方法の取り決め
	移管後	☐	利用者とは新規契約を締結し、訪問看護を開始
		☐	報告書を作成し、休止・縮小ステーションへ提供
		☐	ケアマネジャーに実績報告
		☐	取り決めに従って保険請求

3 利用者トリアージ表(例)

利用者トリアージは、医療資源(医療スタッフや物品等)が制約される中で、一人でも多くの利用者に最善のケアを行うため、病態などの緊急度に応じて訪問看護の優先順を決めることです。自事業所における訪問看護の優先順位を共有しておくことも必要でしょう。

利用者トリアージ表				年 月 日		
利用者名	訪問トリアージ	訪問 曜日 時間	担当職種 ①Ns ②Ns+リハ ③リハ	ケア内容	他サービスの 利用の有無	備考
	1.訪問が必要 2.回数調整可 3.時間短縮・変更可 4.中止・休止可			1.清潔 2.排泄援助 3.服薬 4.医療処置 5.ターミナルケア 6.リハビリ 7.その他	1.デイサービス利用あり 2.ショートステイ利用あり 3.訪問介護利用あり 4.訪問入浴利用あり 5.他の訪問看護利用あり 6.利用なし	
A	1	日以外毎日	1	4, 5	4	
B	4	火・金	3	7	1	
C	4	火・木	2	1, 2	3	
D	4	水・金	2	1, 4	1	
E	4	火・金	2	1, 3, 7	1	

(情報提供:安芸地区医師会総合介護センター 統括所長 板谷裕美氏作成 一部改変)

4 訪問看護相互支援 協力訪問看護ステーション登録申請

訪問看護相互支援 協力訪問看護ステーション登録申請書

災害、新興・再興感染症等発生時の〇〇地域訪問看護ステーション相互支援への登録申請をします。

記入日： 年 月 日

事業所名
管理者氏名
住所
電話
FAX
メール

<協力条件>

対応可能人数	人(記入日時点)						
訪問可能エリア	A 地区 その他(	B 地区)	C 地区	D 地区	E 地区		
	対応可能業務						
24 時間対応	可	・	不可	人工呼吸器	可	・	不可
小児疾患	可	・	不可	気管切開管理	可	・	不可
精神疾患	可	・	不可	留置カテーテル管理	可	・	不可
疼痛管理	可	・	不可	看取り	可	・	不可
在宅酸素	可	・	不可	経管栄養管理	可	・	不可
ストマ管理	可	・	不可	点滴・注射	可	・	不可
備 考							

訪問看護ステーションの災害、新興・再興感染症発生時の地域連携ツール
～訪問看護を継続して提供するための相互支援の仕組みづくり～

令和5(2023)年3月 発行
一般社団法人全国訪問看護事業協会

令和 4 年度老人保健健康増進等事業
「新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関する調査研究事業」

本資料は一般社団法人全国訪問看護事業協会のホームページからもダウンロードができます。
(<https://www.zenhokan.or.jp/surveillance/>)



〇〇上门护理站

上门护理（护理保险）〔参考个人方案〕

【本冊子目录】

第1	重要事项说明书	〇～〇页
	（内容）	
1	事业者（〇〇法人〇〇〇〇）的概要	〇页
2	事业所（〇〇上门护理站）的概要	〇页
3	上门护理的含义及提供方法等	〇页
4	利用费等的金额及支付方法	〇页
5	利用上门护理上的留意事项	〇页
6	上门护理合同的期限	〇页
7	上门护理合同的终止	〇页
8	保密义务及个人信息的使用	〇页
9	应对投诉	〇页
10	发生事故时的应对	〇页
11	上门护理的提供记录	〇页
12	与上门护理合同相关的准据法及审判管辖	〇页
第2	上门护理合同书	〇～〇页
第3	利用者确认栏	〇页
第4	签名栏	〇页

※ 本冊子中的【 】内的页码为本冊子的页码。

利用者

先生/女士

〇〇法人〇〇〇〇

（〇〇〇〇年〇月〇日格式第一号）

第1 重要事项说明书

以下对上门护理的利用者（以下称为“利用者”）在选择服务上所需的重要事项进行说明。也请利用者的家属（以下称为“家属”）进行确认。

□1 事业者的概要

〇〇法人〇〇〇〇（以下称为“事业者”）的概要如下所述。

表 1：事业者的概要

事业者的名称	〇〇法人〇〇〇〇
事业者的法人代表姓名	法人代表 〇〇〇〇
事业者的地址	〇〇〇〇〇〇〇〇
事业者的总机电话号码	〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
事业者的成立年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
事业者的业务概要	除了运营护理保险的上门护理业务、护理预防上门护理业务以及居家护理支援业务之外，还运营医疗保险的上门护理业务。

□2 事业所的概要

〇〇上门护理站（以下称为“事业所”）的概要如下所述。

（1）事业所的名称、地址等

表 2：事业所的名称、地址等

业务的种类	指定上门护理业务（护理保险）			
设施等的类别	上门护理事业所（上门护理站）			
事业所名称	〇〇上门护理站			
事业所的地址	〇〇〇〇〇〇〇〇			
管理者的姓名	〇〇〇〇			
电话号码（总机）	〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
指定年月日、指定编号	〇〇〇〇年〇月〇日指定 〇〇〇〇县〇〇〇〇〇〇〇〇号			
开设年月日	〇〇年〇〇月〇〇日			
通常的业务实施区域	〇〇〇〇、〇〇〇〇、〇〇〇〇、〇〇〇〇。			
事业所的营业日期	周一至周六（节假日以及 12 月 29 日～1 月 3 日除外）			
事业所的营业时间	〇：〇〇～〇：〇〇			
服务的提供日期	与事业所的营业日期相同。			
服务的提供时间段	通常时间段	清晨时间段	夜间时间段	深夜时间段
	8：00～18：00	6：00～8：00	18：00～22：00	22：00～6：00
服务的提供体制	完善了与服务提供体制强化、紧急时上门护理、特别管理、临终关怀以及护理体制强化的各加算相关的体制。			
并设事业所	并设指定护理预防上门护理以及指定居家护理支援的各事业所。还兼作医疗保险的上门护理站。			

注）居住在上述的“通常业务的实施区域”以外的利用者也请咨询。

（2）上门护理业务的目的

目的在于为了让利用者尽可能地居家并根据其具备的能力过上自立的日常生活，对其疗养生活提供支援，力求维持和恢复其身心机能、以及维持或提高其生活机能。

(3) 上门护理业务的运营方针

- ① 遵守护理保险法及其他相关法令。
- ② 尊重利用者的意愿及人格，始终站在利用者的立场上提供上门护理。
- ③ 为了有助于减轻利用者的需护理状态或者防止该状态恶化，设定疗养上的目标，有计划地提供上门护理。
- ④ 定期评估上门护理的质量，始终力求改善。
- ⑤ 在提供上门护理之际，努力与主治医生、居家护理支援事业者及其他提供保健医疗服务或福祉服务者紧密合作。

(4) 事业所的设备及备品

在事业所设有专用的办公室，该办公室拥有进行上门护理业务所需的面积，并常备提供上门护理所需的设备及备品。

(5) 职员的配置状况等

在事业所配置有下述职员。

① 职员的配置状况

表 3：职员的配置状况

職種	持有资格	专职	非专职	合计
①管理者	护师			
②提供上门护理的员工	护师			
	保健师			
	准护师			
	物理治疗师			
	作业治疗师			
	言语治疗师			
③事务员				

② 职员的职务内容

①管理者：对员工及业务进行管理。但是，也酌情从事上门护理。

②提供上门护理的员工：实际从事上门护理。

③事务员：从事与事业所的业务相关的事务。有时也会作为护理辅助员（在提供上门护理的①或者②的职员指导下，进行疗养生活上的照顾、以及居室内环境完善、护理用品及消耗品的整理整顿等护理业务的辅助者）上门服务。

(6) 服务提供体制

事业所完善了下述服务提供体制。

① 与服务提供体制强化加算相关的体制

- 1) 对所有的护师等（上表 3 中的①及②的职员，在①中的其他部分同义）分别制定各护师等研修计划，并遵照计划实施或者预定实施研修（包括外部研修）。
- 2) 对所有护师等定期实施了体检等。
- 3) 在护师等的总数中，工龄 3 年及以上者占 30%及以上。

关于加算的内容，请参照后述 4 之表 4 的注 7 及表 5 的注 2【○页】。

② 与紧急时上门护理加算相关的体制

利用者或其家属等通过电话等征求与护理相关的意见时，有可 24 小时应对的体制，并且有根据需要进行不属于计划性上门护理的紧急时上门护理的体制。该应对在获得利用者同意后进行。

关于加算的内容，请参照后述 4 之表 9【○页】。

③ 与特别管理加算相关的体制

对需要特别管理的利用者，设有可进行与实施上门护理相关的计划性管理的体制。

关于加算的内容，请参照后述 4 之表 10【○页】。

④ 与临终关怀加算相关的体制

- 1) 针对接受临终关怀の利用者，确保了可 24 小时联系的体制，并且完善了可根据需要进行上门护理的体制。
- 2) 在与主治医生合作下，向利用者或其家属等说明与上门护理的临终关怀相关的计划及支援体制，进行临终关怀。
- 3) 在提供临终关怀之际，恰当地记录利用者的身体状况变化等必要事项。

关于加算的内容，请参照后述 4 之表 11【○页～○页】。

⑤ 与护理体制强化加算（Ⅱ）相关的体制

强化了向医疗需求强的利用者提供上门护理的体制。

关于加算的内容，请参照后述 4 之表 15【○页】。

□3 上门护理的含义及提供方法等

（1）上门护理的含义

上门护理是指针对处于需护理状态、居家（注 1）接受护理の利用者（注 2），由护师等（注 3）于其居家状态进行的疗养上的照顾或者必要的诊疗辅助。

注 1) 包括养护老人之家、低费老人之家以及收费老人之家的居室。

注 2) 仅限主治医生根据治疗的所需程度认定病症处于稳定期、需要护师等于其居家状态进行疗养上的照顾或者必要的诊疗辅助の利用者。

仅限到医院看门诊有困难的利用者，但是无论能否到医院看门诊，对于过疗养生活上居家支援不可缺少者，根据护理管理的结果判断需要提供上门护理时，也可利用。此外，由于下栏记载的疾病等的患者、以及与精神科上门护理和指导费以及精神科上门护理基本疗养费相关的上门护理の利用者（医疗保险的精神科上门护理の利用者）属于医疗保险的上门护理对象而被除外。参照后述 5（1）。【○页】

晚期恶性肿瘤、多发性硬化症、重症肌无力、斯蒙病、肌萎缩侧索硬化症、脊髓小脑变性症、亨廷顿病、进行性肌营养不良症、帕金森相关疾病（是指进行性核上性麻痹、大脑皮质基底节变性及帕金森病（仅限 Hoehn-Yahr 分级为 3 期及以上、生活自理障碍Ⅱ度或Ⅲ度者）、多系统萎缩（是指纹状体黑质变性症、橄榄体脑桥小脑萎缩及 Shy-Drager 综合征）、朊毒体病、亚急性硬化性全脑炎、溶酶体病、肾上腺脑白质营养不良症、脊髓性肌萎缩症、脊髓延髓性肌萎缩、慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病、获得性免疫缺陷综合征、颈髓损伤及使用人工呼吸器的状态。

注 3) 除了护师外，还包括保健师、准护师、物理治疗师、作业治疗师及言语治疗师。

（2）上门护理的提供方法

事业者获得利用者对与上门护理相关的重要事项说明书的同意，与利用者之间签订与提供上门护理相关的合同（以下称为“上门护理合同”）后，依据前述 2（3）的“业务的运营方针”，向利用者提供下述上门护理。

① 接受主治医生的书面指示

事业者在开始提供上门护理之际，以书面（指示书）形式接受主治医生的指示。

② 制定上门护理计划的草案

护师根据主治医生的指示以及身心的状况，制定上门护理计划（是指记载了疗养上的目标、为达成该目标的具体服务内容等的书面材料。在本册子中同义。）

如果已制定了居家服务计划时，则遵照该计划制定上门护理计划的草案。

物理治疗师、作业治疗师或者言语治疗师提供指定上门护理时，上门护理计划书及上门护理报告书也一体性地包括物理治疗师、作业治疗师或者言语治疗师所提供的內容，由护师与物理治疗师、作业治疗师或者言语治疗师合作进行制定。

③ 获得利用者的同意

护师向利用者或其家属说明上门护理计划的草案，获得利用者的书面同意。

④ 将上门护理计划书交付给利用者

护师将获得了利用者同意的上门护理计划书交付给利用者。

⑤ 将上门护理计划书提交给主治医生

事业者定期将上门护理计划书提交给主治医生。

⑥ 提供上门护理

事业者在与主治医生紧密合作的同时，依据上门护理计划书，以与医学进步相对应的恰当的护理技术提供上门护理。

在提供上门护理之际，简明易懂地向利用者或其家属说明疗养上的必要事项。

在提供上门护理之际，始终努力准确把握利用者的症状、身心状况以及其所处的环境，对利用者或其家属进行恰当的指导。

提供上门护理的护师等随身携带身份证，在首次上门时以及利用者或其家属要求时，出示身份证。

对于紧急时上门护理、特别管理以及临终关怀，请参照上述 2 之（6）之②～④【○页】。

⑦ 由物理治疗师、作业治疗师或者言语治疗师提供上门护理

由物理治疗师、作业治疗师或者言语治疗师提供的上门护理以作为上门护理一环的康复为中心时，由他们代替护师或者准护师提供上门护理。

⑧ 制定上门护理报告书并提交给主治医生

护师制定上门护理报告书（是指记载了上门日期、提供的护理内容等的书面资料），并定期提交给主治医生。

⑨ 把握上门护理的实施状况等

事业者把握上门护理计划的实施状况，在与主治医生紧密合作的同时，根据需要对上门护理计划进行修订。

⑩ 安排负责上门护理的职员

由事业所安排负责各利用者的上门护理的职员。变更负责的职员时，事业所要事先与利用者联系。

（3）紧急时等的应对

在实际提供上门护理时，如果利用者发生病症急剧变化等，护师等要根据需要进行临时应急处理，同时迅速联系主治医生获取指示等，采取必要的措施。

（4）对申请更新需护理认定的援助

在被认为必要时，事业者为了让利用者能够在其所接受的需护理认定的有效期届满日期的 30 日之前申请更新需护理认定，进行必要的援助。

□4 利用费等的金额及支付方法

(1) 利用费等的金额

利用者支付 1) 的利用者负担或者 2) 的利用费加上 4) 的“其他费用”的合计金额。在本册子中将这此费用统称为“利用费等”。

1) 利用者负担

如果代替利用者将护理保险法的保险给付支付给事业者（注），作为上门护理的利用费的一部分，支付 3) 之表 4 或者表 5 记载的“利用者负担”。有 3) 之表 6 至表 14 记载的各加算事由时，还支付与各加算相关的“利用者负担”。

“利用者负担”的比例为市町村交付的负担比例证上记载的比例（10%、20%或者 30%）。

注）不符合下述 2) 的注）之①～⑥的任一情形时。

2) 利用费

如果不代替利用者将护理保险法的保险给付支付给事业者（注），支付 3) 之表 4 或者表 5 记载的“利用费”。有 3) 之表 6 至表 14 的各加算事由时，还支付与各加算相关的“利用费”。事业者收到利用费时，将向利用者交付“服务提供证明书”（仅限可要求市町村支付保险给付时）。

注）符合下述之一情形时。

- ①利用者没有接受需护理认定的情形
- ②已过了需护理认定有效期限的情形
- ③没有向市町村申报接受居家护理支援的情形
- ④在居家服务（护理计划）中没有设置上门护理的情形
- ⑤上门护理超过了与利用者的需护理状态相应的支給限度额的情形
- ⑥因保险费的滞纳等受到了护理保险法的保险给付限制的情形

3) 利用者负担及利用费的细目

如果对下述细目有不明之处或者想要了解更详细的内容，请咨询事业所或者负责上门护理的职员。

表 4：各所需时间的利用者负担及利用费（每次）

所需时间 利用费等	20 分钟未 满	30 分钟未 满	30 分钟及以 上 1 小时未 满	1 小时及以 上 1 小时 30 分 钟未 满
利用者负担	与利用者负担的比例相应的金额			
使用费	3,110 日元	4,670 日元	8,160 日元	11,180 日元

注 1) 这是护师或者保健师情形的金额。准护师情形的金额如注 4) 所述。

注 2) 利用者负担的计算方法：按照利用费－利用者×利用者负担的比例（90%、80%或者 70%）进行计算。

注 3) 利用费的计算方法：按照厚生劳动大臣规定的规则，1 个单位的单价（10 日元）乘以规定的单位数量进行计算。计算单位数量时，对小数点以下的进行四舍五入；换算金额时，舍弃 1 日元未的部分进行计算。

注 4) 准护师进行了上门护理时，按照规定单位数量的 90%进行计算。

注 5) 对居住在与事业所所在的建筑物同一的占地内或者相邻的占地内的建筑物、或者与事业所同一建筑物（在本注中称为“同一占地内的建筑物等”）的利用者（事业所的每月利用者中有 50 人及以上居住在同一建筑占地内的建筑物等内的，这些利用者除外）或者事业所的每月利用者中有 20 人及以上居住在同一建筑物内的利用者，进行了上门护理时，每次按照规定单位数量的 90%计算单位数量。对居住在事业所的每月利用者中有 50 人及以上居住在同一占地内的建筑物等的利用者进行了上门护理时，每次按照规定单位数量的 85%计算单位数量。

注 6) 所需时间不是上门护理实际需要的时间，而是进行上门护理计划书中所设置的上门护理内容需要的标准时间。

注 7) 居家服务计划书或者上门护理计划书中包含 20 分钟及以上的由护师或者保健师进行每周 1 次及以上的上门护理时，计算 20 分钟未满足的上门护理。

注 8) 利用费的金额为进行了服务提供体制强化加算（每次加算 6 个单位）后的金额（参照前述 2（6）①。【〇页】）。

表 5：由物理治疗师等上门时的利用者负担及利用费（每次）

利用费等 次数	每天 2 次及以上时	每天超过 2 次时
利用者负担	与利用者负担的比例相应的金额	
使用费	2,960 日元	2,660 日元

注 1) 由物理治疗师、作业治疗师或者言语治疗师进行了上门护理时的利用费等。
由这些人员进行上门护理时，每次实施 20 分钟及以上。

注 2) 这种情形也根据表 4 之注 2)、注 3) 及注 5) 至注 7) 的计算。

表 6：清晨、夜间、深夜进行了上门护理时的加算（每次）

加算事由 (时间段)	清 晨 (6: 00~8: 00)	夜 间 (18: 00~20: 00)	深 夜 (20: 00~6: 00)
加算的利用者负担	加算表 4 和 5 记载的各利用者负担的 25%	加算表 4 和 5 记载的各利用者负担的 25%	加算表 4 和 5 记载的各利用者负担的 50%
加算的利用费	加算表 4 和 5 记载的各利用费的 25%	加算表 4 和 5 记载的各利用费的 25%	加算表 4 和 5 记载的各利用费的 50%

注 1) 加算的利用者负担的计算方法：按照加算的利用费—加算的利用费×10%进行计算。但是，如果保险给付率不是 90%，根据该给付率进行计算。

注 2) 加算的利用费的计算方法：按照基本单位数量+基本单位数×加算比例计算出单位数量，然后将其乘以 1 个单位的单价（10 日元）进行计算。计算单位数量时，对小数点以下的进行四舍五入；换算金额时，舍弃 1 日元未满足的部分进行计算。

注 3) 如果上门护理的服务开始时间处于加算对象时间段，则进行加算。

注 4) 关于与表 9 之注 3) 的紧急时上门的关系，请参照该注的内容。

表 7：进行了多人上门护理时的加算（每次）

加算的 利用费等	所需时间	30 分钟未满足时	30 分钟及以上时
加算的利用者负担		与利用者负担的比例相应的金额	
(I)	加算的利用费	2,540 日元	4,020 日元
(II)	加算的利用费	2,010 日元	3,170 日元

注 1) 获得利用者或其家属等的同意，符合以下情形之一时进行多人上门护理：①由于利用者的身体原因，被认为 1 人进行上门护理困难的情形；②被认为有暴力行为、明显令人困惑的行为、损坏器物行为等的情形；③根据利用者的状况等判断，被认为有相当于①或者②的其他情形时。

注 2) (I) 是多名保健师、护师、准护师或者物理治疗师、作业治疗师或者言语治疗师一起同时对 1 人进行上门护理时的利用费。

注 3) (II) 是护师及其他前注记载的人员与护理辅助员（护师以及前注记载的人员之外者）一起同时对 1 人进行上门护理时的利用费。

表 8：进行了长时间上门护理时的加算（每次）

加算的 利用费等	加算事由 (合计时间)
加算的利用者负担	对上门护理上需要特别管理的利用者进行了所需时间 1 小时及以上 1.5 小时未满足的上门护理后，继续进行上门护理，该上门护理所需时间的合计为 1.5 小时及以上时
加算的利用费	与利用者负担的比例相应的金额 3,000 日元

注) “上门护理上需要特别管理的利用者”是指符合下述情形之一的状态。

- ① 接受了居家恶性肿瘤患者指导管理或者居家气管切开患者指导管理的状态或者气管插管或者使用了留置导管的状态。
- ② 接受了居家自我腹膜灌流指导管理、居家血液透析指导管理、居家氧气疗法指导管理、居家中心静脉营养法指导管理、居家成分营养管饲法指导管理、居家自我导尿指导管理、居家持续气道正压通气疗法指导管理、居家自我疼痛管理指导管理或者居家肺高血压症患者指导管理的状态。
- ③ 设置了人工肛门或者人工膀胱的状态。
- ④ 褥疮超过真皮的状态。
- ⑤ 被认为每周需要进行点滴注射 3 天及以上的状态。

表 9: 紧急时上门护理加算 (每月)

加算事由	有获得利用者同意、可 24 小时与利用者或其家属进行联系的体制, 并且有根据需要进行不属于计划上门的紧急时上门的体制时
加算的利用者负担	与利用者负担的比例相应的金额
加算的利用费	5,740 日元

注 1) 关于与紧急时上门护理

加算相关的体制完善, 参照前述 2 (6) ② 【○页】。

注 2) 事业者的应对方法有根据状况通过电话应对、实施下一个注的紧急时上门等。并非一定要实施下一个注的紧急时上门。

注 3) 实际进行了“不属于计划上门的紧急时上门”时, 依据与紧急时上门相应的规定单位数量 (准护师进行上门护理时, 按照规定单位数量的 90%) 计算利用费等 (表 4 或者 5 记载的利用费等。但是, 对于“20 分钟未满”的情形, 按照“30 分钟未满”进行计算)。在这种情况下, 不进行与清晨、夜间、深夜的上门护理相关的加算 (参照表 6)。但是, 关于 1 个月以内对处于进行下表的特别管理加算状态的利用者进行第 2 次起的紧急上门时, 进行与清晨、夜间、深夜的上门护理相关的加算。

表 10: 特别管理加算 (每月)

加算事由	对上门护理上需要特别管理的利用者, 事业所进行了与实施上门护理相关的计划性管理时	
	特别管理加算 (I)	特别管理加算 (II)
加算的利用者负担	与利用者负担的比例相应的金额	
加算的利用费	5,000 日元	2,500 日元

注 1) 特别管理加算

(I) 是对处于前述表 8 的注①所述的状态的利用者, 进行了与实施上门护理相关的计划性管理时的加算。

注 2) 特别管理加算 (II) 是对处于前述表 8 的注②、③、④或者⑤所述的状态的利用者, 进行了与实施上门护理相关的计划性管理时的加算 (对于前注及本注, 参照前述 2 (6) ③。【○页】)。

表 11: 临终关怀加算 (死亡月)

加算事由	对居家死亡的利用者, 事业所于死亡日期以及死亡日期前 14 天以内进行了 2 天 (于死亡日期以及死亡日期前 14 天以内对该利用者进行了上门护理时, 为 1 天) 及以上临终关怀时 (包括进行临终关怀后 24 小时以内在家里以外的地方死亡时)。
加算的利用者负担	与利用者负担的比例相应的金额
加算的利用费	20,000 日元

注 1) “该利用者”仅限于恶性肿瘤

晚期及下述情形之一的其他状态的利用者。

- ① 多发性硬化症、重症肌无力、斯蒙病、肌萎缩侧索硬化症、脊髓小脑变性症、亨廷顿病、进行性肌营养不良症、帕金森相关疾病 (是指进行性核上性麻痹、大脑皮质基底节变性、帕金森病 (仅限 Hoehn-Yahr 分级为 3 期及以上、生活自理障碍 II 度或 III 度者)、多系统萎缩 (是指纹状体黑质变性症、橄榄体脑桥小脑萎缩及 Shy-Drager 综合征)、朊毒体病、亚急性硬化性全脑炎、溶酶体病、肾上腺脑白质营养

不良症、脊髓性肌萎缩症、脊髓延髓性肌萎缩、慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病、获得性免疫缺陷综合征、颈髓损伤及使用人工呼吸器的状态
 ②急性加重以及该利用者的主治医生认为需要临时频繁上门护理的其他状态
 注2)关于与临终关怀加算相关的体制完善,参照前述2(6)④【○页】。

表 12: 首次加算 (1 个月)

加算事由 加算的利用费等	事业所对新制定上门护理计划书的利用者,首次或者于实施首次上门护理之日所属的月进行了上门护理时
加算的利用者负担	与利用者负担的比例相应的金额
加算的利用费	3,000 日元

注)利用者过去2个月没有接受

事业所提供的上门护理(包括医疗保险的上门护理)、且新制定了上门护理计划书时的加算。

表 13: 出院时共同指导加算 (原则每次出院或者出所时 1 次)

加算事由 加算的利用费等	在医院、诊疗所、护理老人保健设施或者护理医疗院住院中或者入所中的利用者出院或者出所时,事业所的护师等(准护师除外)进行出院时共同指导后,于该利用者的出院或者出所后进行了首次上门时
加算的利用者负担	与利用者负担的比例相应的金额
加算的利用费	6,000 日元

注1)“出院时共同指导”是指

医院、诊疗所、护理老人保健设施或者护理医疗院的主治医生及其他员工共同对利用者或护理该利用者的人,进行居家疗养上的必要指导,并书面提供其内容。

注2)在每次出院或者出所时加算1次,但是对需要特别管理的利用者(处于厚生劳动大臣规定的状态的利用者。参照前述表8的注)进行了多天的出院时共同指导时,仅加算2次。

注3)进行前述表12的首次加算时,不进行出院时共同指导加算。

表 14: 护理和护理职员合作强化加算 (每月 1 次)

加算事由 加算的利用费等	事业所依据社会福祉士法及护理福祉士法的规定,与进行了注册的上门护理事业所合作,为了在医生的指示下顺利进行口腔内吸痰等厚生劳动省令规定的行为,该上门护理事业所的上门护理职员等对利用者进行了支援时
加算的利用者负担	与利用者负担的比例相应的金额
加算的利用费	2,500 日元

表15: 护理体制强化加算

(II)

加算事由 加算的利用费等	作为符合厚生劳动大臣规定的基准者向都道府县知事进行了申报的事业所,强化了向医疗需求强的利用者提供上门护理体制时
加算的利用者负担	与利用者负担的比例相应的金额
加算的利用费	每月 3,000 日元

注)“厚生劳动大臣规定的基准”是指符合下述列举所有基准。

- ① 在计算日期所属的月之前的6个月期间,事业所の利用者总数中进行了紧急时上门护理加算(表9)の利用者占50%及以上。
- ② 在计算日期所属的月之前的6个月期间,事业所の利用者总数中进行了特别管理加算(表10)の利用者占30%及以上。
- ③ 在计算日期所属的月之前的12个月期间,进行了事业所的临终关怀加算(表11)の利用者为1人及以上。

4) 其他费用

表 16 记载的各费用由利用者负担。

表 16：其他费用

服务内容等	费用
交通费 在表 2 记载（【○页】）的“通常业务的实施区域”以外的区域以居家方式进行的上门护理	交通费的实际费用
复印件的交付 利用者可要求复印有关提供上门护理的记录。	黑白复印 1 张（A4 版）○日元（不含税）
	黑白复印 1 张（A3 版）○日元（不含税）
	彩色复印 1 张（A4 版）○日元（不含税）
	彩色复印 1 张（A3 版）○日元（不含税）

（2）利用费等的支付方法

事业者计算各月利用费等的合计金额，于第二月 20 日之前发送利用了上门护理之月的请款书。

利用者于第二月最后一天之前，以转账的方式从利用者指定的金融机构的账户支付了上门护理之月的费用。

不满 1 个月的利用费等按利用天数计算金额。

（3）利用费等的变更

- ① 护理保险法以及依据该法的厚生劳动大臣的规定以及其他制度发生变更时，事业者可变更前述 4（1）的利用者负担及利用费的金额。
- ② 发生了物价变动及其他不得已的事由时，事业者可分别变更前述 4（1）的“其他费用”的金额。
- ③ 事业者依据①或者②变更利用费等的金额时，事前对利用者说明变更理由及内容。

□5 利用上门护理上的留意事项

请利用者及其家属留意以下几点，协助顺利提供上门护理。

（1）医疗保险的上门护理的对象者

下栏记载的疾病等的患者以及医疗保险的精神科上门护理的利用者，由于是医疗保险的上门护理的对象者，因此不能利用护理保险的上门护理（参照前述 3（1）的注 2 参照。【○页】）。在这种情况下，请咨询事业所。

晚期恶性肿瘤、多发性硬化症、重症肌无力、斯蒙病、肌萎缩侧索硬化症、脊髓小脑变性症、亨廷顿病、进行性肌营养不良症、帕金森相关疾病（是指进行性核上性麻痹、大脑皮质基底节变性及帕金森病（仅限 Hoehn-Yahr 分级为 3 期及以上、生活自理障碍Ⅱ度或Ⅲ度者）、多系统萎缩（是指纹状体黑质变性症、橄榄体脑桥小脑萎缩及 Shy-Drager 综合征）、朊毒体病、亚急性硬化性全脑炎、溶酶体病、肾上腺脑白质营养不良症、脊髓性肌萎缩症、脊髓延髓性肌萎缩、慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病、获得性免疫缺陷综合征、颈髓损伤及使用人工呼吸器的状态。

（2）有主治医生的特别指示时

主治医生做出了“利用者因急性加重等需要临时频繁上门护理”的特别指示（交付特别指示书）时，由于以交付之日起的 14 天为限度成为医疗保险的对象，因此该期间不能利用护理保险的上门护理。在这种情况下，请咨询事业所。

(3) 利用其他上门护理站时

利用其他上门护理站时，需要进行服务的调整等，因此请通知。

(4) 提供与利用者的症状及身心状态等相关的准确信息

为了提供与利用者的症状及身心状况等相应的恰当服务，请尽可能准确提供这些信息。

(5) 免费使用电、燃气或者自来水等

- ① 护师等为了提供上门护理需要使用电、燃气或者自来水时，将无偿使用。
- ② 护师等提供上门护理需要与事业所等联系时，将无偿使用电话。

(6) 中止（取消）利用上门护理时的联系

因利用者一方的情况中止（取消）利用特定日期和时间的上门护理时，请于要中止的日期的前一个工作日的〇时之前进行联系（联系电话号码〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇）。但是，因利用者紧急住院或者有其他不得已的事由时，不受此限。中止利用周一的上门护理时，由于前一天是周日，不是工作日，因此周六就是前一个工作日。同样地，中止利用1月3日的上门护理时，上一年的12月28日就是前一个工作日。

(7) 禁止行为

在利用上门护理之际，请不要做出以下列举的行为。

- ① 危害或者可能危害护师等身心的行为
- ② 妨碍或者可能妨碍事业者或者事业所运营的行为
- ③ 妨碍或者可能妨碍提供恰当的上门护理的其他行为

□6 上门护理合同的期限

上门护理合同的有效期限始于上门护理合同规定的日期，止于利用者的需护理认定的有效期限届满日期。

合同期限届满后，上门护理合同终止。但是，利用者没有在合同期限届满日期之前向事业者提出终止合同的要求时，该合同以相同的条件自动更新。更新后也同样处理。

□7 上门护理合同的终止

(1) 上门护理合同的自然终止

即使在合同期限内，上门护理合同也会因以下列举的事由自然终止。

- ① 利用者的需护理状态类别被判定为自立或者需支援。
- ② 主治医生认为无上门护理的必要性。
- ③ 利用者到护理老人福祉设施、护理老人保健设施或者疗养病床入住或者住院。
- ④ 利用者开始利用认知症应对型共同生活护理。
- ⑤ 利用者死亡
- ⑥ 因事业所灭失或者严重损毁而不能提供上门护理。
- ⑦ 事业所基于护理保险法的指定被取消。

(2) 因利用者解除合同而终止

利用者可通过于要终止上门护理合同之日起算的○天前提出解除合同来终止合同。

但是，出现以下列举的情形之一时，利用者可通过提出解除合同来立即终止本合同。

- ① 利用者住院时。
- ② 事业者违反了上门护理合同所规定的义务时。
- ③ 有不得已的其他事由时。

(3) 因事业者解除合同而终止

出现以下列举的情形之一时，事业者可解除上门护理合同。

- ① 利用者3个月及以上滞缴利用费等，虽经事业者规定相当长的期限进行催促，仍未在期限内付款时。
- ② 利用者或其家属从事了前述5(7)的禁止行为【○】页之一，而向该利用者提供上门护理明显困难时。

(4) 事业者以业务废止等为由解除合同而终止

事业者进行上门护理业务的废止、停止或者缩小（包括营业区域的缩小）时，可通过至少于要终止上门护理合同之日起算的30天前提出解除合同来解除上门护理合同。

(5) 合同终止时的合作等

上门护理合同终止时，事业者对利用者或其家属进行恰当的指导，同时努力为主治医生以及居家护理支援事业者提供信息并与保健医疗服务或者福祉服务合作。

□8 保密义务及个人信息的使用

(1) 保密义务

事业者为了避免其职员或者前职员无正当理由将在提供上门护理上获悉的利用者或其家属的相关秘密泄漏给第三方，采取必要的措施。在合同终止后也一样。

(2) 个人信息的使用

事业者遵守《个人信息保护法》及其他相关法令，恰当地使用利用者或其家属等的个人信息。

□9 应对投诉

(1) 事业者应对投诉的体制

事业者如下栏所述，应对投诉。

投诉应对责任人	事业所的管理者
投诉应对体制	受理时间 事业所的营业时间中（参照表 2。【○页】） 投诉方法 电话号码 ○○○○－○○○○－○○○○ 传真号码 ○○○○－○○○○－○○○○ 面 谈 事业所或者利用者的家里。
投诉应对的基本方法	事业者受理投诉后，迅速确认与投诉相关的事实，基于确认结果探讨并制定必要的改善措施，并向利用者或其家属说明，同时实施改善措施，然后适时地检查改善措施的实施状况，努力防再发。

(2) 行政机构及其他投诉受理机构

作为事业者以外的投诉应对机构，有下栏所述的机构。

○○市 护理保险课	地 址：○○○○○○○○ 电话号码：○○○○－○○○○－○○○○
○○县国民健康 保险团体联合会	地 址：○○○○○○○○ 电话号码：○○○○－○○○○－○○○○

□10 事故发生时的应对

(1) 紧急联系及其他必要的措施

因向利用者提供上门护理而发生了事故时，事业者迅速与市町村、利用者的家属、居家护理支援事业者等，同时采取必要的措施。

(2) 事故原因的分析与再发防止措施

事业者分析因提供上门护理而发生的事故原因，采取再发防止措施。

(3) 损害赔偿

事业者违反上门护理合同所规定的义务，由此使利用者遭受损害时，事业者迅速向利用者赔偿损害。但是，因不能归咎于事业者的事由而发生的，事业者不承担赔偿损害的责任。

☐ 11 上门护理的提供记录

(1) 记录的完善和保存

事业者完善向利用者提供上门护理的相关记录，并在上门护理合同终止后保存○年。

(2) 记录的查阅或者誊写

利用者可向事业者提出查阅或者誊写提供上门护理相关记录的要求。在这种情况下，事业者遵照《个人信息保护法》及其他相关法令，恰当地进行应对。誊写所需的费用如前述 4（1）之 4）（【○页】），由利用者负担。

☐ 12 与上门护理合同相关的准据法及审判管辖

(1) 准据法

上门护理合同受日本法律约束，且依照日本法律进行解释。

(2) 审判管辖

因上门护理合同产生的或者与上门护理合同相关的所有纠纷服从日本的○○地方法院的专属管辖。

事业者说明了上述重要事项，利用者对此予以了同意。

（事业者说明者）
（利用者）
（利用者代理人）



转到签字栏签字盖章（【○页】）

第2 上门护理合同书

先生（女士）（以下称为“利用者”）与前述第1的重要事项说明书（以下称为“重要事项”）之1记载的〇〇法人〇〇〇〇（以下称为“事业者”）之间，签订如下的上门护理合同（以下称为“本合同”）。【 】内的数字表示本册子的相关页码。

第1条 合同的目的【〇页】

为了遵照护理保险法，让利用者尽可能地以居家的形式，凭借其具备的能力过上自立的日常生活，事业者向利用者承诺由重要事项2记载的事业所（以下简称“事业所”）提供上门护理，利用者将该上门护理服务委托给事业者。

第2条 上门护理的含义【〇页】

上门护理的含义见重要事项3（1）的记载。

第3条 上门护理的提供方法【〇页～〇页】

事业者遵照重要事项3（2）记载的提供方法，向利用者提供上门护理。

第4条 紧急时等的应对【〇页】

如重要事项3（3）所记载，在实际提供上门护理时，如果利用者发生病症急剧变化等，迅速联系主治医生获取指示等，采取必要的措施。

第5条 对申请更新需护理认定的援助【〇页】

如重要事项3（4）所记载，在被认为必要时，事业者为了让利用者能够申请更新需护理认定，对利用者进行必要的援助。

第6条 利用费等的支付及变更【〇页～〇页】

1. 利用者遵照重要事项4（2）记载的支付方法，向事业者支付重要事项4（1）记载的利用费等（包括与加算相关的利用者负担或者利用费）。但是，对于重要事项4（1）记载的与加算相关的利用者负担或者利用费中的下述费用，支付在□中打钩（☑）的费用。

- ☐ 清晨加算（重要事项4（1）之3）的表6，【〇页】
- ☐ 夜间加算（重要事项4（1）之3）的表6，【〇页】
- ☐ 深夜加算（重要事项4（1）之3）的表6，【〇页】
- ☐ 多人上门加算（重要事项4（1）之3）的表7，【〇页】
- ☐ 长时间上门护理加算（重要事项4（1）之3）的表8，【〇页】
- ☐ 紧急时上门护理加算（重要事项4（1）之3）的表9，【〇页】
- ☐ 特别管理加算（Ⅰ）（重要事项4（1）的表10，【〇页】）
- ☐ 特别管理加算（Ⅱ）（重要事项4（1）之3）的表10，【〇页】
- ☐ 临终关怀加算（重要事项4（1）之3）的表11，【〇页】
- ☐ 首次加算（重要事项4（1）之3）的表12，【〇页】

- ☐ 出院时共同指导加算（重要事项4（1）之3）的表13，【〇页】
- ☐ 护理和护理职员合作强化加算（重要事项4（1）之3）的表14，【〇页】
- ☐ 护理体制强化加算（Ⅱ）（重要事项4（1）之3）的表15，【〇页】

2. 如重要事项4（3）所记载，事业者可变更利用费等的金额。

第7条 利用者的留意事项【○页～○页】

利用者遵照重要事项5（7）记载的各留意事项，利用上门护理。

第8条 本合同的期限【○页】

1. 本合同的有效期限始于○○○○年○月○日，止于利用者的需护理认定的有效期限届满日期。
2. 利用者没有在上一款的合同期限届满日期之前向事业者提出终止合同的要求时，如重要事项7所记载，本合同以相同的条件自动更新。更新后也同样处理。

第9条 本合同的自然终止【○页】

即使本合同在上一条的合同期限内，如重要事项8（1）所记载，本合同也会在发生以下各项之一的事由时自然终止。

- ① 利用者的需护理状态类别被判定为自立或者需支援。
- ② 主治医生认定利用者没有必要接受上门护理。
- ③ 利用者到护理老人福祉设施、护理老人保健设施或者疗养病床入住或者住院。
- ④ 利用者开始利用认知症应对型共同生活护理。
- ⑤ 利用者死亡。
- ⑥ 因事业所关闭或者严重损毁而不能提供上门护理。
- ⑦ 事业所基于护理保险法的指定被取消。

第10条 由利用者解除【○页】

利用者如重要事项8（2）所记载，可通过于要终止上门护理合同之日起算的○天前提出解除来终止本合同。但是，如该记载所述，出现以下各项之一的情形时，利用者可通过提出解除合同来立即终止本合同。

- ① 利用者住院时。
- ② 事业者违反了本合同所规定的义务时。
- ③ 有不得已的其他事由时。

第11条 由事业者解除【○页】

1. 如重要事项8（3）所记载，出现以下各项之一的情形时，事业者可解除本合同。
 - ① 利用者3个月及以上滞缴利用费等，虽经事业者规定相当长的期限进行催促，仍未在期限内付款时。
 - ② 利用者或其家属从事了重要事项5（7）记载的禁止行为之一，而向利用者提供上门护理明显困难时。
2. 尽管有上一款的规定，但是如重要事项8（4）所记载，事业者进行上门护理业务的废止、停止或者缩小（包括营业区域的缩小）时，可通过至少于要终止本合同之日起算的○○天前提出解除合同来解除本护理合同。

第12条 合同终止时的合作等【○页】

如重要事项8（5）所记载，本合同终止时，事业者对利用者或其家属进行恰当的指导，同时努力为主治医生以及居家护理支援事业者提供信息并与保健医疗服务或者福祉服务合作。

第 13 条 保密义务等【○页】

1. 如重要事项 9（1）所记载，事业者为了避免其职员或者前职员无正当理由将在提供上门护理上获悉的利用者或其家属的相关秘密泄漏给第三方，采取必要的措施。在本合同终止后也一样。
2. 如重要事项 9（2）所记载，事业者恰当地使用利用者或其家属的个人信息。

第 14 条 应对投诉【○页】

如重要事项 10 所记载，事业者应对与提供上门护理相关的投诉。

第 15 条 发生事故时的应对【○页】

因提供上门护理而发生了事故时，如重要事项 11（1）及（2）所记载，事业者采取必要的措施。

第 16 条 损害赔偿责任【○页】

事业者违反本合同所规定的义务，由此使利用者遭受损害时，如重要事项 11（3）所记载，事业者迅速向利用者赔偿损害。但是，因不能归咎于事业者的事由而发生的，如该（3）所记载，事业者不承担赔偿损害的责任。

第 17 条 记录的完善和保存等【○页】

1. 如重要事项 12（1）所记载，事业者完善向利用者提供上门护理的相关记录，并在本合同终止后保存○年。
2. 如重要事项 12（2）所记载，利用者可向事业者提出查阅或者誊写上一款记录的要求。在这种情况下，事业者遵照《个人信息保护法》及其他相关法令，恰当地进行应对。
3. 如重要事项 4（1）之 4）所记载，上一款的誊写费用由利用者负担。

第 18 条 准据法【○页】

本合同受日本法律约束，且依照日本法律进行解释。

第 19 条 审判管辖【○页】

因本合同产生的或者与本合同相关的所有纠纷服从日本的○○地方法院的专属管辖。

第 20 条 协商事项

对于本合同没有规定的事项，发生了问题时由事业者与利用者遵照护理保险法及其他相关法令的规定，本着诚意进行协商。

本合同一式两份，由事业者及利用者各持 1 份，以兹证明。

（利用者） （利用者代理人） （事业者）	}	转 <u>到</u> 签字栏签字盖章（【○页】）
----------------------------	---	--------------------------

第3 利用者确认栏

※ 请在接受了说明的项目的□内打钩（☑）。

- ☐ 事业者（○○法人○○○○）的概要
 - …重要事项说明书○页
- ☐ 事业所（○○上门护理站）的概要
 - …重要事项说明书○页
- ☐ 上门护理的含义及提供方法等
 - …重要事项说明书○页、上门护理合同第1条至第5条（○页）
- ☐ 利用费等的金额及支付方法
 - …重要事项说明书○页、上门护理合同第6条（○页）
- ☐ 利用上门护理上的留意事项
 - …重要事项说明书○页、上门护理合同第7条（○页）
- ☐ 上门护理合同的期限
 - …重要事项说明书○页、上门护理合同第8条（○页）
- ☐ 上门护理合同的终止
 - …重要事项说明书○页、上门护理合同第9条至第12条（○页）
- ☐ 保密义务及个人信息的使用
 - …重要事项说明书○页、上门护理合同第13条（○页）
- ☐ 应对投诉
 - …重要事项说明书○页、上门护理合同第14条（○页）
- ☐ 发生事故时的应对
 - …重要事项说明书○页、上门护理合同第15条、第16条（○页）
- ☐ 上门护理的提供记录
 - …重要事项说明书○页、上门护理合同第17条（○页）
- ☐ 与上门护理合同相关的准据法及审判管辖
 - …重要事项说明书○页、上门护理合同第18条、第19条（○页）

第 4 签名栏

※ 请在相符的□上打勾 (☑)。

1 事业者签字栏

- ☐ 事业者在开始提供上门护理之际，通过第 1 的重要事项说明书向利用者或其家属说明了重要事项，同时通过第 2 的上门护理合同书说明了合同内容。

年 月 日

地址 ○○○○○○○○
事业者 ○○法人○○○○
事业所 ○○上门护理站

说明者姓名 _____ 印章

- ☐ 事业者通过第 2 的上门护理合同书与利用者签订了合同。

年 月 日

地址 ○○○○○○○○
事业者 ○○法人○○○○
事业所 ○○上门护理站
事业者法人代表 代表董事 ○○○○ 印章

2 利用者签字栏

- ☐ 我接受了事业者通过第 1 的重要事项说明书对重要事项的说明，并予以了同意。

年 月 日

- ☐ 我接受了事业者通过第 2 的上门护理合同书对合同内容的说明，并通过该合同书与事业者签订了合同。

年 月 日

(利用者) 住 址

姓 名 _____ 印章

☐ (利用者代书者) 住 址

☐ (利用者代理人)

姓 名 _____ 印章

OO 방문간호 스테이션

방문간호(간병보험)[참고 사안(私案)]

[목차]

제 1: 중요사항 설명서	PO~O
(내용)	
1. 사업자(OO 법인 OOOO) 개요	PO
2. 사업소(OO 방문간호 스테이션) 개요	PO
3. 방문간호의 의미 및 제공방법 등	PO
4. 이용료 등의 금액 및 지불방법	PO
5. 방문간호 이용 시 유의사항	PO
6. 방문간호계약의 기간	PO
7. 방문간호계약의 종료	PO
8. 수비의무 및 개인정보 취급	PO
9. 불만에 관한 대응	PO
10. 사고 발생 시 대응	PO
11. 방문간호의 제공기록	PO
12. 방문간호계약에 관한 준거법 및 재판관할	PO
제 2: 방문간호계약서	PO~O
제 3: 이용자 확인란	PO
제 4: 서명란	PO

※내용 중의 []안 숫자는 본 책자의 페이지수입니다.

이용자 성함:

OO 법인 OOOO

제 1: 중요사항 설명서

방문간호 이용자(이하 '이용자'로 표기)가 서비스를 선택하는 데 필요한 중요사항을 다음과 같이 설명합니다. 이용자의 가족(이하 '가족'으로 표기)도 확인하십시오.

□ 1. 사업자 개요

○○법인○○○○(이하 '사업자'로 표기)의 개요는 다음과 같습니다.

표 1: 사업자 개요

사업자 명칭	○○법인○○○○
사업자 대표자명	대표자: ○○○○
사업자 주소	○○○○○○○○○○
사업자 대표전화	○○○○ - ○○○○ - ○○○○
사업자 설립일	○○○○년○○월○○일
사업자 사업 개요	간병보험 방문간호사업, 간병예방 방문간호사업 및 자택간병 지원사업 외에 의료보험 방문간호사업을 운영

□ 2. 사업소 개요

○○방문간호 스테이션(이하 '사업소'로 표기)의 개요는 다음과 같습니다.

(1) 사업소 명칭·소재지 등

표 2 : 사업소 명칭·소재지 등

사업 종류	지정방문간호사업(간병보험)
시설 등의 구분	방문간호사업소(방문간호 스테이션)
사업소명	○○방문간호 스테이션
사업소 소재지	○○○○○○○○○○
관리자 성명	○○○○
전화번호(대표)	○○○○ - ○○○○ - ○○○○
지정일, 지정번호	○○○○년○○월○○일 지정 ○○○○현○○○○○○○○호
개설일	○○○○년○○월○○일
통상 사업 실시지역	○○○○,○○○○,○○○○,○○○○
사업소 영업일	월요일~토요일(공휴일 및 12/29~1/3 제외)

사업소 영업시간	○:○○~○:○○			
서비스 제공일	사업소 영업일과 동일			
서비스 제공 시간대	통상 시간대	조조 시간대	야간 시간대	심야 시간대
	8:00~ 18:00	6:00~ 8:00	18:00~ 22:00	22:00~ 6:00
서비스 제공 체제	서비스 제공체제 강화, 긴급 시 방문간호, 특별관리, 터미널 케어 및 간호체제 강화의 각 가산과 관련된 체제를 정비 중			
병설 사업소	지정 간병예방 방문간호 및 지정 재택간병지원 각 사업소 병설. 의료보험 방문간호 스테이션도 겸하고 있음			

주) 상기 '통상 사업 실시지역' 이외에 거주하시는 이용자도 상담하십시오.

(2) 방문간호사업 목적

이용자가 가능한 한 자택에서 자신의 능력으로 자립적인 일상생활을 영위할 수 있도록 요양생활을 지원하고 심신기능의 유지·회복 및 생활기능의 유지·향상을 도모하는 것을 목적으로 합니다.

(3) 방문간호사업 운영방침

- ① 간호보험법 기타 관계 법령을 준수합니다.
- ② 이용자의 의사 및 인격을 존중하고 항상 이용자의 입장에서 방문간호를 제공합니다.
- ③ 이용자의 요간병 상태 경감 또는 악화 방지를 위해 요양상 목표를 설정하고 계획적으로 방문 간호를 제공합니다.
- ④ 정기적으로 방문간호의 질을 평가하고 항상 개선을 도모합니다.
- ⑤ 방문간호를 제공할 때는 주치의, 재택간병지원사업자 기타 보건의료 서비스 또는 복지 서비스를 제공하는 자와의 긴밀한 협력에 힘씁니다.

(4) 사업소 설비 및 비품

사업소에는 방문간호사업에 필요한 넓이를 가진 전용 사무실을 마련하고 있으며 방문간호 제공에 필요한 설비 및 비품을 상비하고 있습니다.

(5) 직원의 배치 상황 등

사업소에는 이하의 직원을 배치하고 있습니다.

① 직원의 배치 상황

표 3: 직원의 배치 상황

직종	보유 자격	상근	비상근	합계
㉠관리자	간호사			
㉡방문간호를 제공하는 종업원	간호사			
	보건사			
	준간호사			
	이학요법사			
	작업요법사			
	언어청각사			
㉢사무원				

② 직원의 직무 내용

- ㉠관리자: 종업원 및 업무를 관리하고 적절히 방문간호도 실시합니다.
- ㉡방문간호를 제공하는 종업원: 실제로 방문간호를 실시합니다.
- ㉢사무원: 사업소 업무와 관련된 사무를 수행합니다. 간호보조자(방문간호 제공에 해당하는 ㉠ 또는 ㉡ 직원의 지도하에 요양생활상 돌봄과 실내 환경정비, 간병용품 및 소모품 정리정돈 등과 같은 간호업무를 보조하는 자)로서 방문하는 경우도 있습니다.

(6) 서비스 제공 체제

사업소에서는 아래와 같은 서비스 제공 체제를 갖추고 있습니다.

① 서비스제공체제 강화가산 관련 체제

- 가) 모든 간호사 등(표 3 ㉠ 및 ㉡ 직원)에 대해 간호사 별로 연수계획을 작성하고 그 계획에 따라 연수(외부연수 포함)를 실시 또는 실시할 예정입니다.
 - 나) 모든 간호사 등에 대해 건강진단 등을 정기적으로 실시하고 있습니다.
 - 다) 간호사 등 중 근속 연수 3년 이상이 차지하는 비율은 30% 이상입니다.
- 가산 내용은 '4·표 4 주 7' 및 '표 5 주 2'를 참조하십시오. [PO]

② 긴급 시 방문간호가산 관련 체제

이용자 또는 가족 등이 전화 등으로 간호에 관한 의견을 요구한 경우에 24 시간 대응할 수 있는 체제, 그리고 계획적 방문이 아닌 긴급 시 방문을 필요에 따라 실시하는 체제에 있습니다. 이 대응은 이용자의 동의를 얻어 실시합니다.

가산 내용은 '4·표 9'를 참조하십시오. [PO]

③ 특별관리가산 관련 체제

특별 관리를 필요로 하는 이용자에 대해 방문간호 실시에 관한 계획적인 관리 체제를 갖추고 있습니다.

가산 내용은 '4·표 10'을 참조하십시오. [PO]

④ 터미널케어가산 관련 체제

가) 터미널케어 이용자에 대해 24 시간 연락이 가능하고 필요에 따라 방문간호를 실시할 수 있는 체제를 갖추고 있습니다.

나) 주치의와 협력하여 방문간호 시 터미널케어 관련 계획 및 지원 체제를 이용자 또는 가족 등에게 설명하고 터미널 케어를 실시합니다.

다) 터미널케어 제공 시 이용자의 신체 상황 변화 등 필요한 사항을 적절히 기록합니다.

가산 내용은 '4·표 11'을 참조하십시오. [PO~PO]

⑤ 간호체제 강화가산(Ⅱ) 관련 체제

의료 요구가 높은 이용자에 대한 방문간호 제공 체제를 강화하고 있습니다.

가산 내용은 '4·표 15'를 참조하십시오. [PO]

□ 3. 방문간호의 의미 및 제공방법 등

(1) 방문간호의 의미

방문간호는 요간병 상태로 자택(주 1) 간병을 받는 이용자(주 2)에 대해 그 자택에서 간호사 등(주 3)이 실시하는 영양상 돌봄 또는 필요한 진료 보조를 말합니다.

주 1) 양호요양원, 경비(輕費)요양원 및 유료요양원의 방을 포함합니다.

주 2) 주치의가 치료가 필요한 정도에 대해 병세가 안정기에 있고 자택에서 간호사 등이 실시하는 영양상 돌봄 또는 필요한 진료 보조가 필요하다고 인정한 이용자에 한합니다.

통원이 어려운 이용자에 한정되나, 통원 여부에 관계없이 요양생활에 있어 반드시 자택에서 지원을 받을 필요가 있는 자를 대상으로 한 케어매니지먼트 결과, 방문간호가 필요하다고 판단된 경우도 이용할 수 있습니다. 또한 아래 란에 기재된 질병 등의 환자와 정신과방문간호·지도료 및 정신과방문간호 기본요양비와 관련된 방문간호 이용자(의료보험 정신과방문간호 이용자)는 의료보험 방문간호 대상자가 되므로 제외됩니다. '5·(1)' 참조. [PO]

말기 악성종양, 다발성경화증, 중증근무력증, 스몬, 근위축성측삭경화증, 척수소뇌변성증, 헌팅턴병, 진행성근디스트로피증, 파킨슨병 관련 질환(진행성핵상성마비, 대뇌피질 기저핵변성증 및 파킨슨병(호엔야르 중증도 분류가 3 단계 이상이고 생활기능 장애도가 II 도 또는 III 도인 것에 한함)을 말함), 다계통위축증(선조체흑질변성증, 올리브교소뇌 위축증 및 샤이드래거 증후군을 말함), 프리온병, 아급성경화성전뇌염, 라이소좀병, 부신백질디스트로피, 척수성근위축증, 구척수성근위축증, 만성염증성탈수성다발신경염, 후천성면역부전 증후군, 경수손상 및 인공호흡기를 사용하고 있는 상태

주 3) 간호사 외에 보건사, 준간호사, 물리요법사, 작업요법사 및 언어청각사를 포함합니다.

(2) 방문간호 제공 방법

사업자는 이용자로부터 방문간호 관련 중요사항 설명서에 대한 동의를 얻고 이용자와 사업자 간의 방문간호 제공에 관한 계약(이하 '방문간호계약'으로

표기)을 체결한 후 '2·(3) 방문간호사업 운영방침' 하에 이용자에게 다음과 같은 방문간호를 제공합니다.

① 주치의의 문서 지시

사업자는 방문간호 제공 개시에 맞추어 주치의의 지시를 문서(지시서)로 받습니다.

② 방문간호계획원안 작성

간호사가 주치의의 지시 및 심신의 상황을 고려하여 방문간호계획(요양상 목표, 해당 목표를 달성하기 위한 구체적인 서비스 내용 등을 기재한 서면)의 원안을 작성합니다.

자택 서비스 계획이 작성되어 있는 경우에는 그에 따라 방문 간호계획의 원안을 작성합니다.

물리요법사, 작업요법사 또는 언어청각사가 지정 방문간호를 제공하는 경우는 이들이 연계하여 이들이 제공하는 내용을 일체적으로 포함한 방문간호계획서 및 방문간호보고서를 작성합니다.

③ 이용자 동의

간호사가 방문간호계획의 원안을 이용자 또는 그 가족에게 설명하고 문서로 이용자의 동의를 얻습니다.

④ 방문간호계획서를 이용자에게 교부

이용자의 동의를 얻은 방문간호계획서를 간호사가 이용자에게 교부합니다.

⑤ 방문간호계획서를 주치의에게 제출

사업자는 방문간호계획서를 정기적으로 주치의에게 제출합니다.

⑥ 방문간호 제공

사업자는 주치의와 긴밀하게 협조하며 방문간호계획서를 바탕으로 의학의 진보에 대응한 적절한 간호기술로 방문간호를 제공합니다.

방문간호 제공 시는 이용자 또는 그 가족에게 요양상 필요한 사항을 알기 쉽게 설명합니다.

방문간호 제공 시는 항상 이용자의 병세, 심신 상황 및 처해 있는 환경을 정확하게 파악하고자 노력하고 이용자 또는 그 가족에게 적절한 지도를 실시합니다.

방문간호를 제공하는 간호사 등은 신분증을 휴대하고 첫회 방문 시 및 이용자 또는 그 가족이 요구했을 때 이를 제시합니다.

긴급 시 방문간호, 특별관리 및 터미널케어는 '2·(6)②~④'를 참조하십시오.

[PO]

⑦ 물리요법사, 작업요법사 또는 언어청각사의 방문간호

방문간호가 간호업무의 일환으로 재활을 중심으로 이루어질 경우는 물리요법사, 작업요법사 또는 언어청각사가 간호사 또는 준간호사 대신 방문간호를 제공합니다.

⑧ 방문간호보고서 작성 및 주치의 제출

간호사는 방문간호보고서(방문일, 제공한 간호내용 등을 기재한 서면)를 작성하여 정기적으로 주치의에게 제출합니다.

⑨ 방문간호 실시 상황 파악 등

사업자는 방문간호계획의 실시 상황을 파악하고 주치의와 긴밀하게 협조하며 필요에 따라 방문간호계획을 변경합니다.

⑩ 방문간호 담당 직원

각 이용자의 방문간호를 담당하는 직원은 사업소에서 정합니다. 담당 직원을 변경할 경우는 미리 사업소가 이용자에게 연락합니다.

(3) 긴급 시 대응

간호사 등은 방문간호 제공 시 이용자의 병세 급변 등 긴급상황이 발생한 경우에는 필요에 따라 임시응급 조치를 취함과 동시에 신속하게 주치의에게 연락하여 지시를 받도록 합니다.

(4) 요간호인정 갱신신청 지원

사업자는 필요하다고 인정되면 이용자의 요간호인정 유효기간 만료일 30 일 전까지 요간호인정의 갱신신청이 이루어지도록 필요한 지원을 실시합니다.

□ 4. 이용료 등의 금액 및 지불방법

(1) 이용료 등의 금액

이용자는 1)이용자 부담 또는 2)이용료에 4)'기타 비용'을 더한 합계액을 지불합니다. 본 책자에서는 이들을 '이용료 등'으로 총칭합니다.

1) 이용자 부담

간병보험법의 보험급부가 이용자를 대신해 사업자에게 지불되는 경우는 (주), 방문간호 이용료의 일부로서 3)의 표 4 또는 표 5의 '이용자 부담'을 지불합니다. 3)의 표 6~14에 기재된 각 가산 사유가 있을 경우는 각 가산과 관련된 '이용자 부담'도 지불해야 합니다.

'이용자 부담' 비율은 시정촌이 교부하는 부담비율증에 기재된 비율(10%, 20% 또는 30%)입니다.

주) 아래 2)의 주①~⑥ 중 어느 하나에도 해당되지 않는 경우입니다.

2) 이용료

간병보험법의 보험급부가 이용자를 대신해 사업자에게 지불되지 않는 경우는 (주), 3)의 표 4 또는 표 5의 '이용료'를 지불합니다. 3)의 표 6~14의 각 가산 사유가 있을 때는 각 가산과 관련된 '이용료'도 지불합니다. 이용료를 지불하시면 사업자는 이용자에 대해 '서비스제공증명서'를 교부합니다.(시읍면에 보험급부를 청구할 수 있는 경우에 한함)

주) 다음 중 하나에 해당하는 경우입니다.

- ①이용자가 요간병 인정을 받지 않은 경우
- ②요간병인정 유효기간이 경과한 경우
- ③자택간병지원을 받고 있는 사실을 시정촌에 신고하지 않은 경우
- ④자택서비스(케어플랜)에 방문간호가 해당되지 않은 경우
- ⑤방문간호가 이용자의 요간병 상태에 따른 지급한도액을 초과한 경우
- ⑥보험료 체납 등으로 간병보험법의 보험급부가 제한된 경우

3) 이용자 부담 및 이용료 세부 사항

아래 세부 사항에 대해 궁금한 점이 있으면 사업소 또는 방문간호 담당 직원에게 문의하십시오.

표 4: 소요시간별 이용자 부담 및 이용료(1 회당)

소요시간 이용료	20 분 미만	30 분 미만	30 분 이상 1 시간 미만	1 시간 이상 1 시간 30 분 미만
이용자 부담	이용자 부담 비율에 따른 금액			
이용료	3,110 엔	4,670 엔	8,160 엔	11,180 엔

- 주 1) 간호사 또는 보건사의 금액입니다. 준간호사는 주 4 와 같습니다.
- 주 2) 이용자 부담 산정방법: 이용료-이용료×이용자부담비율(100 분의 90, 100 분의 80 또는 100 분의 70)로 산정합니다.
- 주 3) 이용료 산정 방법: 후생노동대신이 정하는 바에 따라 1 단위 단가(10 엔)에 소정의 단위수를 곱하여 산정합니다. 단위수 산정 시는 소수점 이하를 반올림하고 금액 환산 시 1 엔 미만은 버립니다.
- 주 4) 준간호사가 방문간호를 실시한 경우는 소정 단위수의 100 분의 90 에 상당하는 단위수로 산정합니다.
- 주 5) 사업소가 소재하는 건물과 동일한 부지 내 또는 인접한 부지 내 건물이나 사업소와 동일 건물(이하, 동일 부지 내 건물 등)에 거주하는 이용자(사업소 동일 부지 내의 1 개월당 50 명 이상을 수용하는 건물 등에 거주하는 이용자를 제외) 또는 사업소의 1 개월당 20 명 이상을 수용하는 동일 건물에 거주하는 이용자에 대해 방문간호를 실시한 경우는 1 회당 소정 단위수의 100 분의 90 에 상당하는 단위수를 산정합니다.
사업소 동일 부지 내의 1 개월당 50 명 이상을 수용하는 건물 등에 거주하는 이용자에 대해 방문간호를 실시한 경우는 1 회당 소정 단위수의 100 분의 85 에 상당하는 단위수를 산정합니다.
- 주 6) 소요시간은 실제로 방문간호에 소요된 시간이 아니고 방문간호계획서에 규정된 방문간호를 실시하는데 필요한 표준적인 시간입니다.
- 주 7) 20 분 미만의 방문간호는 자택서비스계획서 또는 방문간호계획서에 20 분 이상의 간호사 또는 보건사 방문간호가 주 1 회 이상 포함되어 있는 경우에 산정합니다.
- 주 8) 이용료 금액은 서비스제공체제 강화가산(1 회당 6 단위 가산)을 한 후의 금액입니다.('2·(6)①' 참조. [PO])

표 5: 물리요법사 등 방문 시의 이용자 부담 및 이용료(1 회당)

회수 이용료	1 일 2 회 이하	1 일 2 회 초과
	이용자 부담 비율에 따른 금액	
이용료	2,960 엔	2,660 엔

주 1) 물리요법사, 작업요법사 또는 언어청각사가 방문간호를 실시한 경우의 이용료입니다. 이들은 1 회당 20 분 이상 방문간호를 실시합니다.

주 2) 이 경우도 '표 4 주 2~3 및 주 5~7'의 산정에 따릅니다.

표 6: 조조·야간·심야 방문간호 시 가산(1 회당)

가산이유(시간대) 가산 이용료 등	조조 (6:00~8:00)	야간 (18:00~20:00)	심야 (20:00~6:00)
	이용자 부담 비율에 따른 금액		
가산 이용자 부담	표 4, 5 각 이용자 부담의 25% 가산	표 4, 5 각 이용자 부담의 25% 가산	표 4, 5 각 이용자 부담의 50% 가산
가산 이용료	표 4, 5 각 이용료의	표 4, 5 각 이용료의	표 4, 5 각 이용료의

주 1) 가산되는 이용자부담 산정방법: 가산 이용료-가산 이용료×100 분의 10. 다만, 보험급부 비율이 100 분의 90 이 아닌 경우는 그 비율에 따라 산정합니다.

주 2) 가산되는 이용료 산정 방법: 기본 단위수+기본 단위수×가산 비율로 얻을 수 있는 단위수에 1 단위 단가(10 엔)를 곱합니다. 단위수 산정 시 소수점 이하를 반올림하고 금액 환산 시 1 엔 미만을 버립니다.

주 3) 방문간호서비스 개시 시간이 가산 대상 시간대인 경우에 가산됩니다.

주 4) '표 9 주 3'의 긴급 시 방문과의 관계를 참조하십시오.

표 7: 복수 방문간호 시 가산(1 회당)

소요시간		30 분 미만	30 분 이상
가산 이용료			
가산되는 이용자 부담		이용자 부담 비율에 따른 금액	
(Ⅰ)	가산 되는 이용료	2,540 엔	4,020 엔
(Ⅱ)	가산 되는 이용료	2,010 엔	3,170 엔

주 1) 복수 방문간호는 이용자 또는 가족 등의 동의를 얻고 (a)이용자의 신체적 이유로 1 인 방문간호가 곤란하다고 인정되는 경우 (b)폭력행위, 현저한

민폐행위, 기물손괴행위 등이 인정되는 경우 (c)기타 이용자의 상황 등으로 판단하여 (a) 또는 (b)에 준하는 것으로 인정되는 경우 중 하나에 해당될 때 실시합니다.

주 2) (I)은 복수의 보건사, 간호사, 준간호사 또는 물리요법사, 작업요법사 또는 언어청각사가 동시에 1 명의 이용자에게 대해 방문간호를 실시하는 경우의 이용료입니다.

주 3) (II)는 간호사 기타 '주 2'에 기재된 자가 간호보조자(간호사 기타 '주 2'에 기재된 자 이외)와 동시에 1 명의 이용자에게 방문간호를 실시하는 경우의 이용료입니다.

표 8: 장시간 방문간호 시 가산(1 회당)

가산 사유 (통산 시간)	방문간호에 특별한 관리를 필요로 하는 이용자에게 소요시간 1 시간 이상~1 시간 30 분 미만의 방문간호를 한 후에 계속해서 방문간호를 실시하는 경우로, 해당 방문간호의 통산 소요시간이 1 시간 30 분 이상인 경우
가산 이용료	
가산되는 이용자 부담	이용료 부담 비율에 따른 금액
가산되는 이용료	3,000 엔

주) '방문간호에 특별한 관리를 필요로 하는 이용자'는 아래의 어느 하나에 해당하는 상태입니다.

- (a)재택약성종양환자 지도관리 또는 재택기관절개환자 지도관리를 받고 있는 상태 또는 기관캐놀라 또는 유치카테테르를 사용하고 있는 상태
- (b)재택자기복막관류 지도관리, 재택혈액투석 지도관리, 재택 산소요법 지도관리, 재택중심정맥영양법 지도관리, 재택성분영양경관영양법 지도관리, 재택자기도뇨 지도관리, 재택 지속양압호흡요법 지도관리, 재택자기통증관리 지도관리 또는 재택폐고혈압환자 지도관리를 받고 있는 상태
- (c)인공항문 또는 인공방광을 설치한 상태
- (d)진피를 넘어 욕창 상태
- (e)점적주사가 주 3 일 이상 필요하다고 인정되는 상태

표 9: 긴급 시 방문간호 가산(1 개월)

가산 사유 가산 이용료	이용자 동의를 얻어 이용자 또는 가족 등에게 24 시간 연락이 가능하고, 계획적 방문 이외의 긴급 시 방문을 필요에 따라 실시하는 상태인 경우
가산되는 이용자 부담	이용자 부담 비율에 따른 금액
가산되는 이용료	5,740 엔

- 주 1) 긴급 시 방문간호 가산 관련 체제 정비에 대해 '2·(6)②' 참조. [PO]
- 주 2) 사업자는 상황에 따라 전화나 '주 3'의 '긴급 시 방문' 등으로 대응합니다.
반드시 긴급 시 방문을 실시하는 것은 아닙니다.
- 주 3) '계획적 방문 이외의 긴급 시 방문'을 실시했을 때는 소정 단위수(준간호사 긴급 시 방문은 소정 단위수의 100 분의 90)에 따른 이용료 등을 산정(표 4 또는 5의 이용료 등. '20 분 미만'의 경우는 '30 분 미만'으로 산정)합니다.
이 경우, 조조·야간·심야 방문간호에 관한 가산은 하지 않습니다.(표 6 참조) 다만, 표 10의 특별관리가산을 산정하는 이용자에 대한 1 개월 이내의 2 회 이후 긴급방문에 대해서는 조조·야간·심야 방문간호에 관한 가산을 산정합니다.

표 10: 특별관리 가산(1 개월)

가산 사유 가산 이용료	특별한 관리를 필요로 하는 방문간호 이용자에게 사업소가 계획적인 방문간호 관리를 실시한 경우	
	특별관리가산(Ⅰ)	특별관리가산(Ⅱ)
가산되는 이용자 부담	이용자 부담 비율에 따른 금액	
가산되는 이용료	5,000 円	2,500 円

- 주 1) 특별관리 가산(Ⅰ)은 '표 8 주(a)' 상태에 있는 이용자에게 방문간호의 계획적인 관리를 실시한 경우입니다.
- 주 2) 특별관리 가산(Ⅱ)은 '표 8 주(b)(c)(d)(e)' 상태에 있는 이용자에게 방문간호의 계획적인 관리를 실시한 경우입니다.(주 1' 및 '주 2'에 대해 '2·(6)③' 참조. [PO])

가산 사유 가산 이용료	재택에서 사망한 이용자에 대해 사업소가 사망일 및 사망일 전 14 일 이내에 2 일(사망일 및 사망일 전 14 일 이내에 해당 이용자에 대해 방문간호를 실시한 경우에는 1 일) 이상 터미널케어를 실시한 경우.(터미널케어 후 24 시간 이내에 재택 이외에서 사망한 경우를 포함)
가산되는 이용자 부담	이용자 부담 비율에 따른 금액
가산되는 이용료	20,000 엔

표 11: 터미널케어 가산(사망일)

주 1) '해당 이용자'는 말기 악성종양 및 기타 아래 중 하나에 해당하는 경우

- (a)다발성경화증, 중증근무력증, 스몬, 근위축성측삭경화증, 척수소뇌변성증, 헌팅턴병, 진행성근디스트로피증, 파킨슨병 관련 질환(진행성핵상성마비, 대뇌피질 기저핵변성증 및 파킨슨병(호엔야르의 중증도 분류가 3 단계 이상이고 생활기능 장애도가 II 도 또는 III 도인 것에 한함)), 다계통위축증(선조체흑질변성증, 올리브교소뇌위축증 및 샤이드래거 증후군을 말함), 프리온병, 아급성경화성전뇌염, 라이소좀병, 부신백질디스트로피, 척수성근위축증, 구척수성근위축증, 만성염증성탈수성다발신경염, 후천성면역부전 증후군, 경수손상 및 인공호흡기를 사용하고 있는 상태
- (b)급성증약 기타 해당 이용자의 주치의가 일시적으로 빈번한 방문간호가 필요하다고 인정한 상태

주 2) 터미널케어 가산과 관련된 체제 정비는 '2·(6)④' 참조. [PO]

표 12: 첫회 가산(1 개월)

가산 사유 가산 이용료	사업소에서 신규로 방문간호계획서를 작성한 이용자에 대해 첫회 방문간호를 한 날이 속한 달에 방문간호를 한 경우
가산되는 이용자 부담	이용자 부담 비율에 따른 금액
가산되는 이용료	3,000 엔

주) 이용자가 과거 2 개월간 사업소로부터 방문간호(의료보험방문간호 포함)를 제공받지 않은 경우로 새로 방문간호계획서를 작성한 경우의 가산입니다.

표 13: 퇴원시 공동지도 가산(원칙적으로 퇴원 또는 퇴소에 대해 1 회)

가산 사유 가산 이용료	병원, 진료소, 간병노인보건시설 또는 간병의료원에 입원 중이거나 입소 중인 이용자가 퇴원 또는 퇴소함에 있어 사업소 간호사 등(준간호사 제외)이 '퇴원시 공동지도'를 실시하고 그 이용자가 퇴원 또는 퇴소한 후에 첫회 방문을 한 경우
가산되는 이용자 부담	이용자 부담 비율에 따른 금액
가산되는 이용료	6,000 엔

주 1) '퇴원시 공동지도'란 이용자 또는 그 간호 담당자에 대해 병원, 진료소, 간병노인보건시설 또는 간병의료원의 주치의 기타 종업원과 공동으로 재택 영양상 필요한 지도를 실시하고 그 내용을 문서로 제공하는 것을 말합니다.

주 2) 퇴원 또는 퇴소에 대해 1 회 가산하나, 특별한 관리를 필요로 하는 이용자(후생노동대신이 정한 상태에 있는 자. '표 8 주' 참조)에 대해 2 일 이상 퇴원시 공동지도를 실시한 경우는 2 회에 한해 가산합니다.

주 3) 표 12 의 첫회 가산에 퇴원시 공동지도 가산은 산정하지 않습니다.

표 14: 간호·간호직원 연계강화 가산(1 개월 1 회)

가산 사유 가산 이용료	사업소가 '사회복지사법' 및 '간병복지사법'의 규정에 따라 등록을 마친 방문간병사업소와 연계하여 해당 방문간병사업소 방문간병원 등이 그 이용자에게 대해 구강 내 객담흡입 등 후생노동성령이 정한 행위가 의사의 지시 하에 원활하게 이루어지도록 지원한 경우
가산되는 이용자 부담	이용자 부담 비율에 따른 금액
가산되는 이용료	2,500 엔

표 15: 간호체제 강화 가산(Ⅱ)

가산 사유 가산 이용료	후생노동대신이 정한 기준에 적합한 것으로 도도부현 지사에 신고를 마친 사업소가 의료 수요가 높은 이용자에 대해 방문간호 제공체제를 강화한 경우
가산되는 이용자 부담	이용자 부담 비율에 따른 금액
가산되는 이용료	1 개월당 3,000 엔

주) '후생노동대신이 정한 기준'이란 아래 모든 기준에 적합한 것입니다.

- ① 산정일이 속한 달의 전(前) 6 개월간 이용자 총수 중 '긴급 시 방문간호
가산(표 9)'을 산정한 이용자의 비율이 100 분의 50 이상일 것
- ② 산정일이 속한 달의 전 6 개월간 이용자 총수 중 '특별관리 가산(표 10)'을
산정한 이용자의 비율이 100 분의 30 이상일 것
- ③ 산정일이 속한 달의 전 12 개월간 '터미널케어 가산(표 11)'을 산정한
이용자가 1 명 이상일 것

4) 기타 비용

표 16 에 기재된 각 비용은 이용자 부담입니다.

표 16: 기타 비용

서비스 내용 등	비용
교통비 표 2 ([PO]) '통상 사업 실시지역' 이외의 자택 방문간호	교통비 실비
복사물 교부 이용자는 방문간호 제공에 대한 기록의 복사를 청구할 수 있습니다.	흑백복사 1 장(A4) ○엔(세금 별도)
	흑백복사 1 장(A3) ○엔(세금 별도)
	컬러복사 1 장(A4) ○엔(세금 별도)
	컬러복사 1 장(A3) ○엔(세금 별도)

(2) 이용료 등의 지불 방법

사업자는 매달 이용료 등의 합계액을 계산하고 방문간호를 이용한 월분의 청구서를 익월 20 일까지 송부합니다.

이용자는 방문간호를 이용한 월분을 익월 말일까지 이용자가 지정한 금융기관 계좌에서 계좌이체로 지불합니다.

1 개월 미만의 이용료 등은 이용 일수에 따라 계산합니다.

(3) 이용료 등의 변경

- ① 사업자는 간병보험법 및 동법에 기초한 후생노동대신이 정한 기타 제도가 변경될 경우에는 '4·(1) 이용자 부담 및 이용료 금액'을 변경할 수 있습니다.
- ② 사업자는 물가 변동 및 기타 부득이한 사유가 발생한 경우에 '4·(1)기타 비용' 금액을 변경할 수 있습니다.
- ③ 사업자는 ① 또는 ②로 인해 이용료 등을 변경할 경우는 이용자에게 대해 사전에 변경 이유 및 내용을 설명해야 합니다.

□5. 방문간호 이용의 유의사항

이용자 및 가족은 아래 사항에 유의하여 원활한 방문간호제공에 협조해 주십시오.

(1) 의료보험 방문간호 대상자

아래 란에 기재된 질병 등의 환자 및 의료보험 정신과방문간호 이용자는 의료보험 방문간호의 대상자가 되므로 간병보험 방문간호는 이용할 수 없습니다.(‘3·(1) 주 2’ 참조. [PO]) 이 경우는 사업소에 상담하십시오.

말기 악성종양, 다발성경화증, 중증근무력증, 스문, 근위축성측삭경화증, 척수소뇌변성증, 헌팅턴병, 진행성근디스트로피증, 파킨슨병 관련 질환(진행성핵상성마비, 대뇌피질 기저핵변성증 및 파킨슨병(호엔야르 중증도 분류가 3 단계 이상이고 생활기능 장애도가 II 도 또는 III 도인 것에 한함)을 말함), 다계통위축증(선조체흑질변성증, 올리브교소뇌 위축증 및 사이드래거 증후군을 말함), 프리온병, 아급성경화성전뇌염, 라이소좀병, 부신백질디스트로피, 척수성근위축증, 구척수성근위축증, 만성염증성탈수성다발신경염, 후천성면역부전 증후군, 경수손상 및 인공호흡기를 사용하고 있는 상태

(2) 주치의 특별지시가 있는 경우

주치의가 급성증약 등으로 인해 일시적으로 이용자에게 빈번한 방문간호를 실시할 필요가 있다는 특별지시(특별지시서 교부)를 한 경우에는 교부일로부터 14 일을 한도로 의료보험의 대상이 되므로 그 기간 동안 간병보험 방문간호는 이용할 수 없습니다. 이 경우는 사업소와 상담하십시오.

(3) 다른 방문간병 스테이션을 이용하는 경우

다른 방문간병 스테이션을 이용하는 경우는 서비스 조정 등이 필요하므로 알려 주십시오.

(4) 이용자 병세 및 심신상태 등에 관한 정확한 정보 제공

이용자 병세 및 심신의 상황 등에 따른 적절한 서비스를 제공하기 위해 가급적 이들에 대한 정확한 정보를 제공해 주십시오.

(5) 전기, 가스 또는 수도 등의 무상사용

- ① 간호사 등이 방문간호 제공을 위해 전기, 가스 또는 수도를 사용할 필요가 있을 때는 무상으로 사용할 수 있도록 합니다.
- ② 간호사 등이 방문간호 제공에 관해 사업소 등에 연락할 필요가 있을 때는 무상으로 전화를 사용할 수 있도록 합니다.

(6) 방문간호 이용 중지(취소) 시 연락

이용자측 사정으로 특정 일시의 방문간호 이용을 중지(취소)하는 경우는 중지일 전 영업일의 ○시까지 연락해 주십시오.(연락처 전화번호: ○○○○-○○○○-○○○○) 다만, 이용자의 긴급입원 기타 부득이한 사유가 있는 경우는 예외입니다. 또한, 월요일에 이용을 중지하는 경우는 전날 일요일은 영업일이 아니므로 토요일이 전 영업일이 됩니다. 마찬가지로 1 월 3 일에 이용을 중지하는 경우는 전년 12 월 28 일이 전 영업일이 됩니다.

(7) 금지 행위

방문간호 이용 시 아래 행위는 삼가 주십시오.

- ① 간호사 등의 심신에 위해를 끼치거나 끼칠 우려가 있는 행위
- ② 사업자 또는 사업소 운영에 지장을 주거나 줄 우려가 있는 행위
- ③ 기타 적절한 방문간호 제공을 방해하거나 방해할 우려가 있는 행위

□6. 방문간호 계약 기간

방문간호 계약 기간은 방문간호 계약에서 정한 날부터 이용자의 요간병인정 유효기간 만료일까지입니다.

계약 기간 만료로 방문간호 계약은 종료됩니다. 다만, 계약 기간 만료일까지 이용자의 사업자에 대한 계약 종료의 신청이 없는 경우는 동일한 조건으로 계약은 자동 갱신됩니다. 갱신 후도 동일합니다.

□ 7. 방문간호 계약 종료

(1) 방문간호 계약 당연종료

계약기간 중이라도 방문간호 계약은 아래 사유로 인해 당연히 종료됩니다.

- ① 이용자의 요간병상태 구분이 자립 또는 요지원으로 판정
- ② 주치의가 방문간호의 필요성이 없다고 인정
- ③ 이용자가 간병노인복지시설, 간병노인보건시설 또는 요양병상에 입소 또는 입원
- ④ 이용자가 치매 대응형 공동생활간병의 이용을 시작
- ⑤ 이용자 사망
- ⑥ 사업소 멸실 또는 중대한 훼손으로 방문간호 제공이 불가능
- ⑦ 사업소가 간병보험법에 따라 그 지정이 취소

(2) 이용자의 계약해지로 인한 종료

이용자는 사업자에 대해 방문간호 계약을 종료시키는 날부터 기산하여 ○일 전까지 해제를 신청함으로써 계약을 종료시킬 수 있습니다.

다만, 이용자는 아래 중 어느 하나에 해당하면 해제 신청으로 즉시 본 계약을 종료시킬 수 있습니다.

- ① 이용자가 입원했을 때
- ② 사업자가 방문간호 계약에서 정한 의무를 위반했을 때
- ③ 기타 부득이한 사유가 있을 때

(3) 사업자의 계약해지로 인한 종료

사업자는 아래 중 어느 하나의 해당하면 방문간호 계약을 해지할 수 있습니다.

- ① 이용자가 이용료 등의 지불을 3개월 이상 지연하고 사업자가 상당한 기간을 정하여 최고했음에도 그 기간 내에 지불을 하지 않았을 때
- ② 이용자 또는 가족이 '5·(7)'의 금지행위([PO]) 중 어느 하나를 한 경우로 해당 이용자에 대한 방문간호 제공이 현저히 곤란할 때

(4) 사업 폐지 등을 이유로 하는 사업자의 계약 해지에 따른 종료

사업자는 방문간호 사업을 폐지, 휴지 또는 축소(영업지역 축소 포함)할 때는 방문간호 계약을 종료시키는 날부터 기산하여 적어도 30 일 전에 해제를 신청함으로써 방문간호 계약을 해제할 수 있습니다.

(5) 계약 종료 시 연계 등

사업자는 방문간호 계약 종료 시에 이용자 또는 그 가족에 대해 적절한 지도를 실시함과 동시에 주치의 및 자택간병 지원사업자에 대한 정보제공 및 보건의료서비스 또는 복지서비스와의 연계에 노력합니다.

□8. 수비의무 및 개인정보 취급

(1) 수비 의무

사업자는 그 직원 또는 직원이던 자가 방문간호를 제공함에 있어 알게 된 이용자 또는 그 가족에 관한 비밀을 정당한 이유 없이 제 3 자에게 누설하지 않도록 필요한 조치를 강구합니다. 계약 종료 후에도 동일합니다.

(2) 개인정보 취급

사업자는 이용자 또는 그 가족 등의 개인정보를 '개인정보 보호에 관한 법률' 및 기타 관계법령을 준수하여 적절히 취급합니다.

□9. 불만에 대한 대응

(1) 사업자의 불만 대응 체제

사업자는 아래에 기재된 바와 같이 불만에 대응합니다.

불만대응 책임자	사업소 관리자
불만 대응 체제	접수시간: 사업소 영업시간 중(표 2 참조. [PO]) 신청방법: 전화번호 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 팩스 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 면접은 사업소 또는 이용자 자택에서
불만 대응의 기본적인 방법	사업자는 불만을 접수한 후 신속하게 관련 사실을 확인하고 그 결과를 토대로 필요한 개선책을 검토·입안하여 이용자 또는 가족에게 설명하는 동시에 개선책을 실시하고 그 후에도 적절히 실시 상황을 점검하여 재발 방지에 노력합니다.

(2) 행정기관 및 기타 민원접수기관

사업자 이외의 불만 대응 기관입니다.

〇〇시 간병보험과	소재지: 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 전화번호: 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
〇〇현 국민건강보험단체연합회	소재지: 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 전화번호: 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

□10. 사고 발생 시 대응

(1) 긴급연락 기타 필요한 조치

사업자는 이용자에 대한 방문간호 제공에 의해 사고가 발생한 경우에는 신속하게 시정촌, 이용자 가족, 자택간병 지원사업자 등에게 연락을 취하고 필요한 조치를 강구합니다.

(2) 사고 원인 분석과 재발 방지책

사업자는 방문간호 제공으로 발생한 사고 원인을 분석하여 재발방지책을 강구합니다.

(3) 손해 배상

사업자가 방문간호 계약에서 정하는 의무를 위반하여 이용자에게 손해를 발생시킨 경우, 사업자는 이용자에 대해 그 손해를 신속하게 배상합니다. 다만, 사업자의 책임으로 돌릴 수 없는 사유로 인한 경우, 사업자는 손해배상 책임을 지지 않습니다.

□11. 방문간호 제공 기록

(1) 기록의 정비·보존

사업자는 이용자에 대한 방문간호 제공에 관한 기록을 정비하고 방문간호 계약 종료 후 ○년간 보존합니다.

(2) 기록의 열람 또는 등사

이용자는 사업자에 대해 방문간호 제공에 관한 기록의 열람 또는 등사를 청구할 수 있습니다. 이 경우 사업자는 '개인정보 보호에 관한 법률' 및 기타 관계 법령에 따라 적절히 대응합니다. 등사에 필요한 비용은 '4·(1)의 4' ([PO])에 따라 이용자가 부담합니다.

□12. 방문간호 계약에 관한 준거법 및 재판관할

(1) 준거법

방문간호 계약은 일본법에 의해 규율되고 해석되는 것으로 합니다.

(2) 재판 관할

방문간호 계약으로부터 또는 방문간호 계약과 관련하여 발생하는 모든 분쟁은 일본의 OO 지방재판소 전속관할에 따릅니다.

사업자는 이상의 중요사항에 대해 설명했으며 이용자는 이에 동의했다.

(사업자 설명자)

(이용자)

(이용자 대리인)

} 서명·날인은 서명란에 ([PO])

제 2: 방문간호 계약서

_____(이하 '이용자')과 전기(前記) 제 1 의 중요사항 설명서(이하 '중요사항') 중 1 에 기재된 ○○○○법인○○(이하 '사업자')는 다음과 같이 방문간호 계약(이하 '본 계약')을 체결한다. [] 안 숫자는 본 책자의 페이지 수

(계약 목적) [PO]

제 1 조: 사업자는 이용자에 대해 간병보험법에 따라 이용자가 가능한 한 자택에서 자신이 가진 능력에 맞추어 자립적인 일상생활을 영위할 수 있도록 중요사항 2 에 기재된 사업소(이하 '사업소')에 의한 방문간호를 제공할 것을 약정하고 이용자는 이를 위탁하였다.

(방문간호의 의미) [PO]

제 2 조: 방문간호의 의미는 중요사항 3·(1) 기재 내용과 같다.

(방문간호 제공 방법) [PO~PO]

제 3 조: 사업자는 이용자에게 중요사항 3·(2) 기재의 제공 방법에 따라 방문간호를 제공한다.

(긴급 시 대응) [PO]

제 4 조: 사업자는 중요사항 3·(3) 기재와 같이 실제로 방문간호 중에 이용자의 병세가 급변하는 등이 긴급 상황이 발생한 경우는 신속히 주치의에게 연락하여 지시를 받는 등 필요한 조치를 강구한다.

(요간병인정 갱신 신청 지원) [PO]

제 5 조: 사업자는 이용자에 대해 중요사항 3·(4) 기재와 같이 필요하다고 인정한 경우는 요간병인정 갱신 신청이 이루어지도록 필요한 원조를 실시한다.

(이용료 등의 지불 및 변경) [PO~PO]

제 6 조: 이용자는 사업자에 대해 중요사항 4·(1) 기재의 이용료 등(가산과 관련된 이용자 부담 또는 이용료를 포함)을 동 4·(2) 기재의 지불 방법에 따라 지불한다. 다만, 중요사항 4·(1) 기재의 가산과 관련된 이용자 부담 또는 이용료 중 아래에 대해서는 □에 체크(☑)한 것을 지불하는 것으로 한다.

기

- ☐ 조조 가산(중요사항 4·(1) 3) 표 6, [PO])
- ☐ 야간 가산(중요사항 4·(1) 3) 표 6, [PO])
- ☐ 심야 가산(중요사항 4·(1) 3) 표 6, [PO])
- ☐ 복수명 방문 가산(중요사항 4·(1) 3) 표 7, [PO])
- ☐ 장시간 방문간호 가산(중요사항 4·(1) 3) 표 8, [PO])
- ☐ 긴급시 방문간호 가산(중요사항 4·(1) 3) 표 9, [PO])
- ☐ 특별관리 가산(Ⅰ)(중요사항 4·(1) 표 10, [PO])
- ☐ 특별관리 가산(Ⅱ)(중요사항 4·(1) 3) 표 10, [PO])
- ☐ 터미널케어 가산(중요사항 4·(1) 3) 표 11, [PO])
- ☐ 첫회 가산(중요사항 4·(1) 3) 표 12, [PO])
- ☐ 퇴원시 공동지도 가산(중요사항 4·(1) 3) 표 13, [PO])
- ☐ 간호·간병직원 연계강화 가산(중요사항 4·(1) 3) 표 14, [PO])
- ☐ 간호체제 강화 가산(Ⅱ)(중요사항 4·(1) 3) 표 15, [PO])

2. 사업자는 중요사항 4·(3) 기재와 같이 이용료 등의 금액을 변경할 수 있다.

(이용자 유의사항) [PO~PO]

제 7 조: 이용자는 중요사항 5·(7) 기재의 각 유의사항에 따라 방문간호를 이용한다.

(본 계약의 계약기간) [PO]

제 8 조: 본 계약의 계약기간은 ○○○○년 ○○월 ○○일부터 이용자의 요간병 인정 유효기간 만료일까지로 한다.

2. 전항의 계약기간 만료일까지 이용자로부터 사업자에 대한 계약 종료 신청이 없는 경우에는 중요사항 7 기재와 같이 본 계약과 동일한 조건으로 계약이 자동 갱신되는 것으로 한다. 갱신 후에도 동일하다.

(본 계약의 당연 종료) [PO]

제 9 조: 본 계약은 전(前)조의 계약기간 중이라도 중요사항 8·(1) 기재와 같이 아래 어느 하나의 사유가 발생했을 때 당연히 종료한다.

- ① 이용자의 요간병 상태 구분이 자립 또는 요지원으로 판정
- ② 이용자에 대해 주치의가 방문 간호가 필요 없다고 인정
- ③ 이용자가 간병노인복지시설, 간병노인보건시설 또는 요양병상에 입소 또는 입원

- ④ 이용자가 치매 대응형 공동생활간병 이용을 시작
- ⑤ 이용자 사망
- ⑥ 사업소의 멸실 또는 중대한 훼손으로 방문간병 제공이 불가능
- ⑦ 사업소의 간병보험법에 따른 지정 취소

(이용자에 의한 해제) [PO]

제 10 조: 이용자는 중요사항 8·(2) 기재와 같이 본 계약을 종료시키는 날부터 기산하여 ○일 전까지 해제 신청을 함으로써 본 계약을 종료시킬 수 있다. 다만, 동 기재와 같이 이용자는 아래 어느 하나에 해당하는 경우, 해제 신청을 통해 즉시 본 계약을 종료시킬 수 있다.

- ① 이용자가 입원
- ② 사업자가 본 계약에서 정하는 의무를 위반
- ③ 기타 부득이한 사유가 있을 때

(사업자에 의한 해제) [PO]

제 11 조: 사업자는 중요사항 8·(3) 기재와 같이 아래 어느 하나에 해당하는 경우, 본 계약을 해지할 수 있다.

- ① 이용자가 이용료 등의 지급을 3 개월 이상 지연하고 사업자가 상당 기간에 걸쳐 최고했음에도 불구하고 그 기간 내에 지급을 하지 않았을 때
 - ② 이용자 또는 가족이 중요사항 5·(7)에 기재된 금지행위 중 하나를 한 경우로, 이용자에 대한 방문간호 제공이 현저히 곤란할 때
2. 전항의 규정에도 불구하고 사업자는 중요사항 8·(4)에 기재한 바와 같이 방문간호사업을 폐지, 휴지 또는 축소(영업지역 축소를 포함)할 때는 본 계약을 종료시키는 날부터 기산하여 적어도 ○○일 전에 해제 신청을 함으로써 본 계약을 해제할 수 있다.

(계약 종료 시 연계 등) [PO]

제 12 조: 사업자는 중요사항 8·(5) 기재와 같이 본 계약 종료 시에 이용자 또는 그 가족에 대해 적절한 지도를 실시함과 동시에 주치의 및 자택간병 지원사업자에 대한 정보제공과 보건의료서비스 또는 복지서비스와의 연계에 노력한다.

(수비의무 등) [PO]

제 13 조: 사업자는 중요사항 9·(1) 기재와 같이 직원 또는 직원이던 자가 방문간호를 제공함에 있어 알게 된 이용자 또는 그 가족에 관한 비밀을

정당한 이유 없이 제 3 자에게 누설하지 않도록 필요한 조치를 강구한다.

본 계약이 종료된 후에도 동일하다.

2. 사업자는 중요사항 9·(2) 기재와 같이 이용자 또는 그 가족의 개인정보를 적절히 취급한다.

(불만 대응) [PO]

제 14 조: 사업자는 중요사항 10 기재와 같이 방문간호 제공에 관한 불만에 대응한다.

(사고 발생 시 대응) [PO]

제 15 조: 사업자는 방문간호 제공으로 사고가 발생한 경우에는 중요사항 11·(1) 및 (2) 기재와 같이 필요한 조치를 강구한다.

(손해배상책임) [PO]

제 16 조: 사업자가 본 계약에서 정하는 의무를 위반하고, 이로 인해 이용자에게 손해를 발생시켰을 때는 중요사항 11·(3) 기재와 같이 사업자는 이용자에게 그 손해를 신속하게 배상한다. 다만, 사업자의 책임으로 돌릴 수 없는 사유로 인한 경우는 동(3) 기재와 같이 사업자는 손해배상 책임을 지지 않는다.

(기록 정비·보존 등) [PO]

제 17 조: 사업자는 중요사항 12·(1) 기재와 같이 이용자에게 대한 방문간호 제공에 관한 기록을 정비하고 본 계약 종료 후 ○ 년간 보존한다.

2. 이용자는 사업자에 대해 중요사항 12·(2) 기재와 같이 전항 기록의 열람 또는 등사를 청구할 수 있다. 이 경우, 사업자는 개인정보보호에 관한 법률 및 기타 관계법령에 따라 적절히 대응한다.

3. 전항의 등사 비용은 중요사항 4·(1)의 (4) 기재와 같이 이용자가 부담한다.

(준거법) [PO]

제 18 조: 본 계약은 일본법에 따라 규율되고 해석되는 것으로 한다.

(재판 관할) [PO]

제 19 조: 본 계약으로부터 또는 본 계약과 관련하여 발생하는 모든 분쟁은 일본 ○○지방법원의 전속관할에 따른다.

(협의 사항)

제 20 조: 본 계약에 정해져 있지 않은 사항에 대해 문제가 발생한 경우는 사업자와
이용자는 간병보험법 기타 관계 법령이 정하는 바에 따라 성의 있게
협의한다.

본 계약 성립의 증명으로 본 계약서 2 통을 작성하여 사업자 및 이용자가 각
1 통씩 보유한다.

(이용자)	{	<u>서명·날인은 서명란([PO])에</u>
(이용자 대리인)		
(사업자)		

제 3: 이용자 확인란

※설명을 들은 항목의 ☐를 체크(☒)하십시오.

- ☐ 사업자(○○법인○○○○) 개요
 - ．．．중요사항 설명서 PO
- ☐ 사업소(○○방문간호 스테이션) 개요
 - ．．．중요사항 설명서 PO
- ☐ 방문간호의 의미 및 제공방법 등
 - ．．．중요사항 설명서 PO, 방문간호계약 제 1~5 조 (PO)
- ☐ 이용료 등의 금액 및 지불방법
 - ．．．중요사항 설명서 PO, 방문간호계약 제 6 조 (PO)
- ☐ 방문간호 이용 시 유의사항
 - ．．．중요사항 설명서 PO, 방문간호계약 제 7 조 (PO)
- ☐ 방문간호계약의 기간
 - ．．．중요사항 설명서 PO, 방문간호계약 제 8 조 (PO)
- ☐ 방문간호계약의 종료
 - ．．．중요사항 설명서 PO, 방문간호계약 제 9~12 조 (PO)
- ☐ 수비의무 및 개인정보 취급
 - ．．．중요사항 설명서 PO, 방문간호계약 제 13 조 (PO)
- ☐ 불만에 관한 대응
 - ．．．중요사항 설명서 PO, 방문간호계약 제 14 조 (PO)
- ☐ 사고 발생 시 대응
 - ．．．중요사항 설명서 PO, 방문간호계약 제 15~16 조 (PO)
- ☐ 방문간호의 제공기록
 - ．．．중요사항 설명서 PO, 방문간호계약 제 17 조 (PO)
- ☐ 방문간호계약에 관한 준거법 및 재판관할
 - ．．．중요사항 설명서 PO, 방문간호계약 제 18~19 조 (PO)

제 4: 서명란

※해당하는 □를 체크(☑)하십시오.

1. 사업자 서명란

- ☐ 사업자는 방문간호 제공 개시 시에 이용자 또는 가족에게 '제 1: 중요사항 설명서'에 따라 중요사항을 설명함과 동시에 '제 2: 방문간호계약서'에 따라 계약내용을 설명했습니다.

년 월 일

소재지: ○○○○○○○○○

사업자: ○○법인○○○○

사업소: ○○방문간호 스테이션

설명자명 _____ 인

- ☐ 사업자는 '제 2: 방문간호계약서'에 따라 이용자와 계약을 체결했습니다.

년 월 일

소재지: ○○○○○○○○○

사업자: ○○법인○○○○

사업소: ○○방문간호 스테이션

사업자대표자 대표이사: ○○○○ 인

2. 이용자 서명란

- ☐ 나는 사업자로부터 '제 1: 중요사항 설명서'에 따라 중요 사항에 대한 설명을 듣고 동의했습니다.

년 월 일

- ☐ 나는 사업자로부터 '제 2: 방문간호계약서'의 계약 내용에 대한 설명을 듣고 동 계약서에 따라 사업자와 계약을 체결했습니다.

년 월 일

(이용자) 주소:

성명: _____ 인

- ☐ (이용자 대필자) 주소:

- ☐ (이용자 대리인)

성명: _____ 인

新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関する アンケート調査 調査票

締め切り 2022 年 9 月 27 日(火)必着

※特に指示の無い場合は、8 月末時点の状況について、該当する番号に「○」を付けて下さい。

1. 貴事業所について（2022 年 8 月末時点）

問1. 貴事業所が立地する都道府県、及びステーション名を教えてください。

都道府県		貴ステーション名	
------	--	----------	--

問2. 設立年を教えてください。

設立年（西暦）	【 】年
---------	---------------------------

問3. 法人種別を教えてください。（1つだけ○）

1. 医療法人	2. 営利法人（株式会社等）	3. 社会福祉法人	4. 医師会
5. 看護協会	6. 4・5以外の社団・財団法人	7. 協同組合	8. 地方公共団体
9. その他（ ）			

問4. 貴事業所と併設している施設を教えてください。（複数回答）

1. 病院・診療所	2. 介護老人保健施設	3. 特別養護老人ホーム
4. 訪問介護事業所	5. 居宅介護支援事業所	6. 通所介護事業所
7. 相談支援事業所	8. その他 ()	9. 特になし

問5. 機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況を教えてください。（1つだけ○）

1. 機能強化型訪問看護管理療養費 1 を届出	2. 機能強化型訪問看護管理療養費 2 を届出
3. 機能強化型訪問看護管理療養費 3 を届出	4. 届出をしていない

問6. 2022 年 8 月末時点の職員数を教えてください。（当該職種がない場合は「0」と記入）

職種	実人数	常勤換算数
(1) 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）	人	人
(2) 理学療法士等 (PT・OT・ST)	人	人
(3) 看護補助者	人	
(4) 事務職員	人	

問7. 2022 年 8 月末時点の下記①～③の看護師数を教えてください。（当該看護師がない場合は「0」と記入）

※①～③の 2 つ以上に該当する看護師がいる場合は、該当する項目すべてに計上して下さい。

職種	人数
(1) 専門看護師	人
(2) 認定看護師	人
(3) 特定行為に係る研修を修了した看護師	人

問8. 2022 年 8 月の利用者数を教えて下さい。(該当しない場合は「0」と記入)

全利用者数	人
(1)介護保険による利用者の人数	人
(2)医療保険による利用者の人数	人
(2)のうち、特別訪問看護指示書に基づき訪問をしている利用者の人数	人
(2)のうち、精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者の人数	人

問9. 貴事業所における、2022 年 8 月のそれぞれの延べ訪問件数を教えて下さい。(該当しない場合は「0」と記入)

(1)介護保険による延べ訪問件数	件
(1)のうち、理学療法士等の延べ訪問件数	件
(2)医療保険による延べ訪問件数	件
(2)のうち、理学療法士等の延べ訪問件数	件

問10. 貴事業所が 2022 年 8 月末時点で届出をしている加算を教えてください。(複数回答)

介護保険		
1. 緊急時訪問看護加算	2. 特別管理加算	3. ターミナルケア加算
4. 看護体制強化加算	5. サービス提供体制強化加算	6. 特別地域加算
7. 中山間地域等における小規模事業所加算		
医療保険		
1. 24 時間対応体制加算	2. 特別管理加算	3. 精神科複数回訪問加算
4. 精神科重症患者支援管理連携加算	5. 専門管理加算	6. 遠隔死亡診断補助加算

2. 新型コロナウイルス陽性者への対応について

問11. 貴事業所の利用者で陽性となった方の有無についてお尋ねします。

(1) 貴事業所において、これまでに陽性者となった利用者はいますか。(1つだけ○)

1. いた	2. いない (→問 12 へお進み下さい)
-------	------------------------

(2) 【(1) で「1. いた」と回答した方にお伺いします。】

陽性者の発生時期や人数について教えてください。

①初めて、陽性者が発生した時期	(西暦)	年	月
②直近で、陽性者が発生した時期	(西暦)	年	月
③利用者で陽性者となった延べ人数			人

(3) 【(1) で「1. いた」と回答した方にお伺いします。】

これまでに、陽性の利用者への対応として行ったものを教えてください。(複数回答)

1. 通常のケアを実施	2. 訪問時間を短くしてケアを実施
3. 訪問はせず、電話やメール等での対応	4. 陽性者対応を行っている他の事業所に訪問を依頼
5. 主治医に対応を依頼	6. 当該利用者へのサービス提供を一時的に休止
7. 行政の指示に従って対応	8. その他 ()

問12. 貴事業所における、利用者が陽性と判明した場合の基本的な方針 (過去に陽性者が発生していない事業

所においては陽性者が発生した場合を想定した方針）を教えてください。（1つだけ○）

1. 短時間訪問や電話対応も含め、原則として自事業所でケアを継続
2. 主治医や他の訪問看護事業所に対応を依頼し、原則として自事業所でのケアを休止
3. その他（ ）

問13. 貴事業所は、既存の利用者以外の陽性者から、新規依頼を受けていますか。（1つだけ○）

1. 受けている
2. 新規依頼があったが受けてはいない
3. 新規依頼がない

問14. 貴事業所の職員で、陽性者となった人数を教えてください。（該当しない場合は「0」と記入）

(1) 陽性者となった職員	延べ【 】人
(2) 濃厚接触者となった職員	延べ【 】人 ※多数の場合はおおよその数で可

3. 行政・団体からの支援依頼への対応について

問15. 貴事業所における、2020年1月から2022年8月末の行政・団体からの支援依頼や実施した支援内容を教えてください。

※委託契約による支援依頼であり、事業所宛に訪問看護指示書が発行された場合を除いて下さい。

支援依頼元	(1) 支援依頼・対応状況の有無 (1つだけ○)			【(1)で「3. 依頼を受けて何らかの支援を実施」と回答した方】(2) 実施した支援内容（複数回答）					
	1. 依頼がなかった	2. 依頼があったがすべて断った	3. 依頼を受けて何らかの支援を実施	1. 陽性者宅へ訪問し、安否確認や健康観察等を実施	2. 宿泊療養施設へ訪問し、陽性者の健康観察等を実施	3. 電話やメール等での対応	4. 高齢者施設等の入所施設へ訪問し、陽性者の健康観察等を実施	5. ワクチン接種会場で接種業務等に協力	6. その他 ()
①地域の保健所（自治体）									
②地域の医師会									
③地域の看護協会									

4. 貴事業所における、新型コロナウイルス感染症流行下での利用状況や予防策について

問16. 新型コロナウイルス感染症流行に伴い生じた、現在までの貴事業所への影響を教えてください。

(複数回答)

利用状況	1. 居宅・通所サービス等の休止等により、訪問回数が増えた 2. 外来通院の減少により、訪問回数が増えた 3. 訪問を拒否する又は回数を減らしてほしいという利用者がいた 4. 在宅での看取りを希望する利用者が増えた
利用者への影響	5. コロナ流行前と同様の訪問看護や医療介護サービスの提供ができずに病状が悪化したケースがあった 6. 対応する職員が不足したため、訪問回数を減らしてもらった 7. 訪問を電話等での対応に切り替えた 8. 利用者との関係性が悪化したケースがあった 9. 利用者の家族との関係性が悪化したケースがあった 10. 主治医が利用者を診なくなったことにより他の医師への調整が必要なケースがあった
その他	11. その他 () 12. 特に影響はない

※問 16 で「5. コロナ流行前と同様の訪問看護や医療介護サービスの提供ができずに病状が悪化したケースがあった」を選択した方は問 17 へ、選択しなかった方は問 18 へお進み下さい。

問17. 【問 16 で「5. コロナ流行前と同様の訪問看護や医療介護サービスの提供ができずに病状が悪化したケースがあった」を回答した方にお伺いします】

どのような悪化が見られましたか。(複数回答)

1. ADL の低下	2. 認知機能の低下	3. 褥瘡の発生や悪化	4. 心不全の悪化
5. 精神疾患の症状悪化	6. その他 ()		

問18. 貴事業所において、①コロナ流行初期(2020年3～5月)、②第5波(2021年7～9月)、③現在(2022年6～8月)の各時期における、新型コロナウイルス感染症予防に取り組む際の課題を教えてください。
(①～③それぞれについて、あてはまる項目すべてに○)

事業所が感染症予防に取り組む際の課題	①コロナ流行初期 (2020年3～5月)	②第5波 (2021年7～9月)	③現在 (2022年6～8月)
1. 予防衣・手袋等について、入手することが困難である			
2. PCR 検査や抗原検査のキットについて、十分な量を入手することが困難である			
3. 感染予防策を講じるため、訪問時間が長くなった			
4. 新型コロナウイルスやその感染予防に関する正確な情報が入手しにくい			
5. 風評被害への対応が難しい			
6. 職員の負担が大きい			
7. 介護職員やヘルパーに対する指導に時間を取られてしまう			
8. 実習生やインターン等の受け入れを断らざるを得ない			
9. その他	具体的にご記入下さい	具体的にご記入下さい	具体的にご記入下さい
10. 特に課題はない			

5. 新型コロナウイルス感染拡大による収支への影響について

問19. 貴事業所における、収支について教えてください。(それぞれ1つだけ○)

(1) 2018 年度の収支	1. 黒字 4. 2018 年度は開設していない	2. 赤字	3. 不明
(2) 2021 年度の収支	1. 黒字 4. 2021 年度は開設していない	2. 赤字	3. 不明

問20. 新型コロナウイルス感染症対策のための費用として負担感が大きいものを教えてください。(3 つまで○)

1. マスク等の PPE (個人用防護具) や衛生資材の購入費用 2. PCR 検査受検料や抗原検査等検査キットの購入費用 3. スマホやタブレット等の ICT 機器購入費・通信費 4. 休業手当や陽性者宅等への訪問に係る手当、残業代等の人件費 5. 空気清浄機やパーティションの設置などの設備費用 6. 事業所の消毒、清掃費用などの外注費 7. その他 ()

6. BCP (Business Continuity Plan : 事業継続計画) の策定状況について

問21. BCP を知っていますか。(1つだけ○)

1. 知っている	2. 聞いたことはあるが、内容は知らない	3. 知らない
----------	----------------------	---------

問22. 貴事業所における BCP の現在の策定状況を教えてください。(1つだけ○)

1. 策定済みである	2. 策定中である (→問 24 へ)	3. 策定していない (→問 24 へ)
------------	---------------------	----------------------

問23. 【問 22 で「1. 策定済みである」を回答した方にお伺いします】

BCP の実施状況を教えてください。(複数回答)

1. 研修を定期的実施 2. 訓練を定期的実施 3. 職員に対する BCP の周知 4. 定期的な BCP の見直し 5. BCP を発動したことがある 6. その他 ()
--

問24. BCP を作成する際に困ったこと、又は作成するにあたり困るであろうことを教えてください。(複数回答)

1. BCP の作成方法 2. 近隣の事業所との協定締結の方法や内容 3. 有事に、他事業所の利用者に代替訪問する際の契約や指示書 4. 利用者の情報共有方法 5. 各機関の被災状況・支援ニーズの把握方法 6. 共同訓練の開催 7. 個別避難支援計画との連動 8. 経営的(金銭的)な面での事業継続計画の内容 9. その他 ()

7. 臨時的な取扱いの算定状況等について(通知が発出されてから 2022 年 8 月末まで)

問25. 介護保険及び医療保険における「臨時的な取扱い(通知)」について、概要欄に記載されている状況の発生・算定状況やその算定回数、恒常化^(※)すべきと思うものについて教えてください。(①それぞれあてはまるものに1つだけ○、②数値を記入、③あてはまるものすべてに○)

(※) 恒常化とは、新型コロナウイルス感染症収束後も、人員基準等や報酬制度上に位置付けることを言います。

【介護保険】：新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いに関する設問】(発出順)

No	発出日	臨時的な取扱い（通知）の概要【介護保険】	①概要欄記載の状況の発生・算定状況（概要欄の下線の状況）（1つだけ○）	②【①で「算定した」あるいは「発生した」と選択した方のみ】取扱いの延べ算定回数・算定利用延人数（それぞれ数値を記入）	③恒常化（※）すべきと思う臨時的な取扱い（すべてに○）
1	令和2年 2月17日	<u>陽性者等への対応等により、一時的に人員基準を満たすことができなくなる場合等における介護報酬、人員、設備及び運営基準などについての柔軟な取扱い。</u>	1. 発生した 2. 未発生 3. わからない		
2	令和2年 3月6日	<u>新型コロナウイルスの感染が疑われる者へ訪問看護サービスを提供するにあたり、利用者・家族及び訪問看護師への感染リスクを下げるため、訪問時間を可能な限り短くする工夫を行った結果、訪問看護サービスの提供が20分未満となった場合に20分未満の報酬を算定してよい。</u>	1. 算定した → ②へ 2. 通知を知っていたが、算定せず 3. 通知を知っていたが、未発生 4. 通知を知らなかった	延べ _____ 回 延べ _____ 人	
3	令和2年 4月24日	<u>利用者等から訪問を控えるよう要請があった場合の対応として、利用者等の同意を前提として、当該月に看護職員による居宅を訪問しての訪問看護を1日以上提供した実績があり、主治医への状況報告と指示の確認を行った上で、看護職員が電話等により本人の病状確認や療養指導等を実施した場合には、20分未満の訪問看護費を週1回に限り算定可能である。</u>	1. 算定した → ②へ 2. 通知を知っていたが、算定せず 3. 通知を知っていたが、未発生 4. 通知を知らなかった	延べ _____ 回 延べ _____ 人	
4	令和3年 6月8日	<u>介護サービス提供の際に、医師による接種後の経過観察を行うことは差し支えない。この場合、あらかじめ居宅サービス計画に位置付けられた訪問看護について、そのサービス提供時間内又は当該サービス提供時間が含まれる所要時間の区分内で、経過観察も行うこと、あらかじめ居宅サービス計画に位置付けられたサービスの日時を接種の日時に合わせる等の変更を行い、経過観察も行うこと、今般の新型コロナワクチンに係る予防接種等の事情を勘案し、<u>臨時的に追加で介護サービスを位置付ける必要が生じ、その際に経過観察も行うことが可能。</u></u>	1. 発生した 2. 未発生 3. わからない		
5	令和3年 8月11日	<u>要介護高齢者等の新型コロナウイルスの自宅療養者の特別訪問看護指示書の交付が可能。</u>	1. 発生した → ② 2. 未発生 3. わからない	延べ _____ 回 延べ _____ 人	

【医療保険】：新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いに関する設問】（発出順）

No	発出日	臨時的な取扱い（通知）の概要【医療保険】	①概要欄記載の状況の発生・算定状況（概要欄の下線の状況）（1つだけ○）	②【①で「算定した」あるいは「発生した」と選択した方のみ】取扱いの延べ算定回数・算定利用延人数（それぞれ数値を記入）	③恒常化（※）すべきと思う臨時的な取扱い（すべてに○）

6	令和2年 4月24日	新型コロナウイルスに関連して、自治体等の要請に基づき外出を自粛している者であって主治医の診察の結果、継続的な訪問看護が必要であるものとして指示書が発行され、訪問看護ステーションの看護師等が <u>継続的に宿泊施設に訪問看護を行った場合、訪問看護療養費は算定できる。</u>	1. 算定した → ②へ 2. 通知を知っていたが、算定せず 3. 通知を知っていたが、未発生 4. 通知を知らなかった	延べ____回 延べ____人	
7	令和2年 4月24日	新型コロナウイルス感染症の利用者（新型コロナウイルス感染症であることが疑われる者を含む。以下同じ。）に対する訪問看護を実施する場合について、当該利用者の状況を主治医に報告し、主治医から感染予防の必要性についての指示を受けた上で、必要な感染予防策を講じて当該利用者の看護を行った場合は、訪問看護ステーションにおいては特別管理加算（2,500 円）を月に1回算定できる。	1. 算定した 2. 通知を知っていたが、算定せず 3. 通知を知っていたが、未発生 4. 通知を知らなかった		
8	令和2年 4月24日	主治医の指示書及び訪問看護計画に基づき、訪問を予定していた訪問看護ステーションの利用者について、 <u>新型コロナウイルスへの感染を懸念した利用者等からの要望等により、訪問看護が実施できなかった場合であって、代わりに看護職員が電話等で病状確認や療養指導等を行った場合、訪問看護管理療養費のみを算定可能とする。</u> ただし、当該月に訪問看護を1日以上提供していること。	1. 算定した → ②へ 2. 通知を知っていたが、算定せず 3. 通知を知っていたが、未発生 4. 通知を知らなかった	延べ____回 延べ____人	
9	令和3年 2月26日	自宅・宿泊療養を行っている者に対して、 <u>主治医の指示に基づき訪問看護ステーション又は保険医療機関が緊急に訪問看護を実施した場合、緊急訪問看護加算を算定可能。</u>	1. 算定した 2. 通知を知っていたが、算定せず 3. 通知を知っていたが、未発生 4. 通知を知らなかった		
10	令和3年 2月26日	<u>自宅・宿泊療養を行っている者に対して、主治医の指示に基づき訪問看護ステーション又は保険医療機関が必要な予防策を講じて訪問看護を実施した場合、特別管理加算（2,500 円）を、月に1回算定可能。</u>	1. 算定した 2. 通知を知っていたが、算定せず 3. 通知を知っていたが、未発生 4. 通知を知らなかった		
11	令和3年 3月29日	特に必要な感染予防策を講じた上で訪問看護を行い、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の次に掲げる費用を算定する場合、 <u>30 回の算定につき「訪問看護情報提供療養費2」に相当する金額（1,500 円）（以下、「訪問看護感染症対策実施加算」という。）をさらに算定できることとする。</u> ア 訪問看護基本療養費 イ 精神科訪問看護基本療養費	1. 算定した → ②へ 2. 通知を知っていたが、算定せず 3. 通知を知っていたが、未発生 4. 通知を知らなかった	アについて 延べ____回 延べ____人 イについて 延べ____回 延べ____人	
No	発出日	臨時的な取扱い（通知）の概要【医療保険】	①概要欄記載の状況の発生・算定状況（概要欄の下線の状況）（1つだけ○）	②【①で「算定した」あるいは「発生した」と選択した方のみ】取扱いの延べ算定回数・算定利用延人数（それぞれ数値を記入）	③恒常化（※）すべきと思う臨時的な取扱い（すべてに○）

12	令和3年 8月11日	宿泊施設又は当該者の居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことを求められている者に対して、特別訪問看護指示書を交付することが可能。	1. 発生した 2. 未発生 3. わからない		
13	令和3年 8月27日	訪問看護の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族等に対し、運営規定の概要等の重要事項を記載した文書を交付して説明し、同意については書面によって確認することが望ましいとされているが、 <u>新型コロナウイルス感染症に感染している等の利用者の状態に応じて、説明は電話等により行い、必要な書面については後日郵送等により対応してもよい。</u>	1. 発生した 2. 未発生 3. わからない		
14	令和3年 9月9日	<u>新型コロナ感染者に特別訪問看護指示書を月2回交付した場合に、2回目の交付についても特別訪問看護指示加算を算定することが可能。</u>	1. 発生した → ②へ 2. 未発生 3. わからない	延べ _____ 回 延べ _____ 人	
15	令和3年 9月24日	訪問看護ステーションの看護職員が、 <u>新型コロナウイルスに感染した利用者に対して電話等で病状確認や療養指導等を行った場合においても、訪問看護管理療養費のみを1日につき1回算定可能。</u>	1. 算定した → ②へ 2. 通知を知っていたが、算定せず 3. 通知を知っていたが、未発生 4. 通知を知らなかった	延べ _____ 回 延べ _____ 人	
16	令和3年 9月28日	自宅・宿泊療養を行っている者に対して緊急に訪問看護を実施した場合、訪問看護ステーションにおいては、 <u>長時間訪問看護加算の100分の300に相当する額（15,600円）を、訪問看護を行った時間を問わず1日につき1回算定できる。</u>	1. 算定した 2. 通知を知っていたが、算定せず 3. 通知を知っていたが、未発生 4. 通知を知らなかった		

問26. 問 25 の③恒常化すべきと思う臨時的な取扱いで○を付けたものについて、3 つまで選択し、改善すべき点があれば教えて下さい。（6～8ページの左側に記載されているNoを記入し、改善すべき点を記載）

(1) 改善が必要と考える取扱い	(2) 改善すべき点
No.	
No.	
No.	

問27. 貴事業所における、臨時的な取扱いによる効果を教えて下さい。（複数回答）

1. 衛生資材の購入に要する経費負担の軽減 2. 感染予防設備（空気清浄機やパーテーション等）の設置に要する経費負担の軽減 3. PPE（個人用防護具）の購入に要する経費負担の軽減
--

4. 陽性者等に対応する職員に対する割増賃金や各種手当の支給原資の確保	
5. 緊急事態宣言発出時等の訪問が難しい環境下における利用者への支援の継続	
6. 感染リスクの低減を図りながら、多職種間の連携の継続	
7. 感染リスクの低減を図りながら、利用者への必要なサービス提供の継続	
8. その他 ()	
9. 特に効果はない	
10. 臨時的取扱いが活用していない	

問28. 臨時的な取扱い活用の阻害要因となっている点や使いづらさを感じる点を教えてください。(複数回答)

1. 事務手続きが煩雑である	
2. 発出・提供される情報の量が多く、目を通しきれない	
3. 業務が忙しく、臨時的な取扱いへの対応が後回しになってしまう	
4. 必要なタイミングで活用できない	
5. 支援の種類や金額等が問題解決のためには不十分である	
6. 利用者の同意を得られない	
7. 医師からの適切な指示が得られない	
8. その他 ()	
9. 特に課題はない	

問29. 新型コロナウイルス感染症流行下での訪問看護の継続に向けて、(1) 貴事業所が立地する自治体を実施した支援策と、(2) 今後自治体を実施してほしいと考える支援策を教えてください。(あてはまる項目すべてに○)

d	(1)自治体 が実施した 支援策	(2)今後 実施してほ しい支援策
1. PCR 検査の受検に対する補助・受検しやすい環境の整備		
2. PCR 検査の受検や抗原検査キットの優先購入		
3. マスク等の PPE(個人用防護具)やアルコール消毒液の自治体等からの支給の実施・継続		
4. 抗原検査キットの自治体からの支給の実施・継続		
5. かかり増し経費に対する補助の継続や範囲の拡充 →具体的な拡充対象【 】		
6. 陽性者への対応に伴う職員の処遇改善		
7. 陽性者が発生した際の迅速な連絡体制の整備		
8. 陽性者への対応に係る自治体独自の給付		
9. 利用者や家族への新型コロナウイルス感染症の症状や予防策に関する啓発		
10. 風評被害防止に向けた対策の実施		
11. 地域の訪問看護事業者間の相互支援体制の整備(協定の締結支援など)		
12. その他()		
13. 特にない(特に実施した支援策・実施してほしい支援策はない)		

※ここからは、新型コロナウイルス流行以前からの取組も含めてお答え下さい。

8. 業務効率化や地域連携活動等に係る取組について

問30. 業務効率化や事業所内の工夫に係る取組に関して教えてください。(あてはまる項目すべてに○)

	実施している業務効率化の取組	①コロナ流行前 (2019年12月以 前)から実施して いる取組	②コロナ流行以 降(2020年1月 以降)に開始した 取組	③コロナ流行下 において、役に立 ったもの

他機関連携	1. 地域の他事業所と共通した ICT 機器や情報共有ツールの導入			
	2. 地域(市区町村、都道府県)の他事業所との相互援助協定(職員の応援等)			
	3. 地域の他事業所との衛生用品・資材の共同購入・共同備蓄			
	4. 他職種(介護職員など)向けの研修会の開催			
	5. 上記以外他機関連携活動			
事業所内の工夫	6. 保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施			
	7. 業務効率化を目的とした ICT 機器・情報共有ツール・記録書作成システム搭載のタブレット等の導入			
	8. 職員の直行直帰の実施			
	9. 管理者の在宅勤務(リモートワーク)の実施			
	10. 職員の在宅勤務(リモートワーク)の実施			
	11. 外国人利用者への対応のための外国語版説明資料の準備			
その他	12. その他()			
	13. 特に該当するものはない			

※6 について、○がある場合は問 31 を回答後に問 32 へ、○がない場合は問 31 を回答後に問 33 へお進み下さい。

問31. 問 30 で回答した取組のうち、効果的であった取組がありましたら、その具体的な内容を教えて下さい。

(問 30 の実施している業務効率化の取組の選択肢番号を記入し、内容を自由回答)

【業務効率化の取組】(選択肢の番号 :)
【具体的な内容】

問32. 【問 30 で「6. 保険請求が可能か否かに関わらず、電話やオンラインによる病状確認・療養指導の実施」に○を付けた方にお伺いします】

以下の①から⑦について 2022 年 6～8 月に実施した訪問看護計画に沿った電話等^(※1)による病状確認・療養指導の実施と利用者等^(※2)の状況について教えて下さい。

(※1)「電話等」とは、電話や FAX、ZOOM 等の WEB 会議システム、SNS 等、利用者と直接対面しないツールを指します。

(※2)「利用者等」とは、利用者本人及び利用者の家族を指します。

① 訪問看護計画に沿った電話等による病状確認・療養指導を行った利用者等 ^(※2) は1日平均で何人しましたか。(1つだけ○)	【介護保険】 1. 1～5人 2. 6～10人 3. 11～15人 4. 16人以上 5. 0名 (いない)	【医療保険】 1. 1～5人 2. 6～10人 3. 11～15人 4. 16人以上 5. 0名 (いない)
	◎【介護保険】【医療保険】いずれも「5. 0名 (いない)」と回答した方は問33へ	
	【介護保険】 1. 1～5回 2. 6～10回 3. 11～20回 4. 21回以上	【医療保険】 1. 1～5回 2. 6～10回 3. 11～20回 4. 21回以上
①のうち、電話等による病状確認・療養指導を行った利用者等1人当たりの月平均回数。(1つだけ○)	【介護保険】 1. 1～5回 2. 6～10回 3. 11～20回 4. 21回以上	【医療保険】 1. 1～5回 2. 6～10回 3. 11～20回 4. 21回以上
①のうち、緊急対応のために電話等による病状確認・療養指導を行った利用者等1人当たりの月平均回数。(1つだけ○)	【介護保険】 1. 1～5回 2. 6～10回 3. 11～20回 4. 21回以上	【医療保険】 1. 1～5回 2. 6～10回 3. 11～20回 4. 21回以上
② 電話等による訪問看護計画に沿った病状確認・療養指導を行った1回の平均時間は何分でしたか。(1つだけ○)	【介護保険】 1. 5分未満 2. 5～10分未満 3. 10～30分未満 4. 30分以上	【医療保険】 1. 5分未満 2. 5～10分未満 3. 10～30分未満 4. 30分以上
③ 電話等による訪問看護計画に沿った病状確認・療養指導において用いている通信手段・機器を教えてください。(複数回答)	1. 電話 (音声のみ) 2. TV 電話等 3. SNS 4. 電子メール 5. その他 ()	
④ 電話等による訪問看護計画に沿った病状確認・療養指導を行った利用者の状態は何でしたか。(複数回答)	1. 新型コロナウイルスへの感染を懸念した利用者 2. ターミナルの利用者 3. 精神疾患のある利用者 4. 認知症がある利用者 5. 小児 (18歳未満) の利用者 6. 独居の利用者 7. 緊急対応が必要な状態の利用者 8. 医療処置や特別管理の状態の利用者 9. その他 ()	
⑤ どのような場合に電話等による訪問看護計画に沿った病状確認・療養指導を行いましたか。(複数回答)	1. 緊急訪問の翌日 2. 次の訪問までに状態が変わる可能性が高い場合 3. 利用者に対して服薬を促し確認するため 4. その他 ()	
⑥ 電話等による訪問看護計画に沿った病状確認・療養指導を行った効果は何でしたか。(複数回答)	1. 入院を回避できた 2. 病状の悪化を防止した 3. 早期受診につながった 4. 利用者・家族が精神的に落ち着いた 5. その他 ()	
⑦ 電話等による病状確認・療養指導を行ったが算定できなかった利用者はいましたか。	1. いた 2. いなかった	
(「1. いた」と回答した方にお伺いします) 算定できなかった理由 (複数回答)	1. 算定要件に当てはまらなかった 2. 本人・家族の同意が得られなかった 3. 当該月に訪問看護を1日以上提供していなかった 4. 主治医の指示が受けられなかった 5. その他 ()	

問33. 貴事業所で実施している地域連携活動に関して教えてください。(あてはまる項目すべてに○)

実施する地域連携活動の取組	①コロナ流行前 (2019年12月以前) から実施している 取組	②コロナ流行以降 (2020年1月以降) に実施を始めた取組	③コロナ流行下で活 動を継続するために 何らかの工夫や配慮 を行った取組
1. 地域住民に向けた相談窓口・相談会の設置			

2. 地域住民等に対する研修会の開催			
3. 他の事業所や多職種に対する研修会の開催			
4. 事業所として地域の行事や活動への参加			
5. 災害時に協力し合える地域の体制整備への参画			
6. 地域のニーズや課題に沿った活動 (認知症カフェやまちの保健室等)			
7. 感染管理の看護師との連携			
8. 実習生やインターンの受け入れ			
9. その他()			
10. 特に該当するものはない			

問34. 問33の③で○をつけた取組について、具体的に工夫した点や配慮した点を教えてください。(自由回答)

地域連携活動の取組	具体的に工夫した点や配慮した点
1. 地域住民に向けた相談窓口・相談会の設置	
2. 地域住民等に対する研修会の開催	
3. 他の事業所や多職種に対する研修会の開催	
4. 事業所として地域の行事や活動への参加	
5. 災害時に協力し合える地域の体制整備への参画	
6. 地域のニーズや課題に沿った活動 (認知症カフェやまちの保健室等)	
7. 感染管理の看護師との連携	
8. 実習生やインターンの受け入れ	
9. その他	

9. 新型コロナウイルス感染症流行下におけるターミナルケアの実施状況について

問35. 貴事業所の①～③の各時期における在宅での死亡者について教えてください。(未発生の場合は「0」と記入)

介護保険の利用者	①2019年度 (2019年4月～ 2020年3月)	②2021年度 (2021年4月～ 2022年3月)	③2022年4～8月

【医療保険のターミナルケア療養費 個票（直近で算定した利用者）】

a. 利用者の年齢（１つだけ○）	1. 19 歳以下 2. 20 歳代 3. 30 歳代 4. 40～64 歳 5. 65～69 歳 6. 70 歳代 7. 80 歳代 8. 90 歳以上
b. 利用者の要介護度（１つだけ○）	1. 要支援 1 2. 要支援 2 3. 要介護 1 4. 要介護 2 5. 要介護 3 6. 要介護 4 7. 要介護 5 8. 非該当（自立） 9. 対象外
c. 主病名（１つだけ○）	1. 悪性腫瘍 2. 心疾患 3. 老衰 4. 脳血管障害 5. 肺炎・誤嚥性肺炎 6. その他 ()
d. 死亡日前 14 日間で実施したケア(複数回答)	1. 吸引 2. 点滴 3. 医療処置 4. 症状緩和 5. 清潔援助 6. 排泄管理 7. 栄養管理 8. 家族の療養指導 9. ガイドライン ^(※) に基づく ACP（意思決定支援） 10. その他 ()
e. 死亡日前 14 日間に訪問した日数（うち複数回・複数名訪問した日数）	①総訪問日数：() 日 ②①のうち複数回訪問を実施した日数：() 日 ③①のうち複数名訪問を実施した日数：() 日 ④①のうち緊急訪問を実施した日数：() 日 ⑤①のうち早朝・夜間・深夜に訪問を実施した日数：() 日
f. 訪問 1 回あたりの所要時間（保険請求分ではなく実際にかかった時間）	①30 分未満：() 日 ②30 分～60 分未満：() 日 ③60 分～90 分未満：() 日 ④90 分以上：() 日 ※上記①～④の合計と e. の①総訪問日数が一致するようにご回答下さい。

問37. 貴事業所で実施した、要支援者へのターミナルケアについてお伺いします。

- (1) 貴事業所では介護保険の利用者で要支援者に対してターミナルケアを提供したことがありますか。
(１つだけ○)

1. ある（→(2)へ）	2. ない（→問 38 へ）	3. わからない（→問 38 へ）
--------------	----------------	-------------------

- (2) 【(1)で「1. ある」と回答した方に伺います】

2022 年 8 月末までの時期に、直近でターミナルケアを提供した要支援者の利用者をお一人選定いただき、下記の個票にご回答下さい。

a. 利用者の年齢（１つだけ○）	1. 40～64 歳 2. 65～69 歳 3. 70 歳代 4. 80 歳代 5. 90 歳以上
b. 利用者の要介護度（１つだけ○）	1. 要支援 1 2. 要支援 2
c. 主病名（１つだけ○）	1. 悪性腫瘍 2. 心疾患 3. 老衰 4. 脳血管障害 5. 肺炎・誤嚥性肺炎 6. その他 ()
d. 死亡日前 14 日間で実施したケア(複数回答)	1. 吸引 2. 点滴 3. 医療処置 4. 症状緩和 5. 清潔援助 6. 排泄管理 7. 栄養管理 8. 家族の療養指導 9. ガイドライン ^(※) に基づく ACP（意思決定支援） 10. その他 ()
e. 死亡日前 14 日間に訪問した日数（うち複数回・複数名訪問した日数）	①総訪問日数：() 日 ②①のうち複数回訪問を実施した日数：() 日 ③①のうち複数名訪問を実施した日数：() 日 ④①のうち緊急訪問を実施した日数：() 日 ⑤①のうち早朝・夜間・深夜に訪問を実施した日数：() 日

f. 訪問 1 回あたりの所要時間 (保険請求分ではなく実際にかかった時間)	①30 分未満：() 日 ②30 分～60 分未満：() 日 ③60 分～90 分未満：() 日 ④90 分以上：() 日 ※上記①～④の合計と e. の①総訪問日数が一致するようにご回答下さい。
---	--

問38. 新型コロナウイルス感染症流行下において、ターミナルケアを実施する上で困難な点を教えて下さい。
(複数回答)

1. 急なターミナルケアの依頼があり、受け入れに向けた職員体制を整えることが難しい 2. 利用者に関する情報が乏しい状態での受け入れを余儀なくされる場合がある 3. 退院前カンファレンスがなく、利用者に関する情報が入手できない 4. 利用者本人とその家族、入院していた病院で利用者に関する情報に違いがある 5. 面会ができないため、利用者本人の意向に沿った退院調整が難しい 6. その他 () 7. 特になし

10. 外国人利用者やその家族向けの契約書・重要事項説明書のひな形として望ましい言語

問39. 貴事業所の外国人利用者やその家族に対する契約書・重要事項説明書のひな形として欲しい言語はありますか。(3 つまで○)

※ 英語版の訪問看護契約書等(参考私案)のひな形は、訪問看護事業協会のホームページからダウンロードできます。

1. 中国語(簡体字)	2. 中国語(繁体字)	3. 韓国語
4. タガログ語	5. ヒンディー語	6. ベトナム語
7. タイ語	8. ネパール語	9. マレー語
10. インドネシア語	11. アラビア語	12. ロシア語
13. ポルトガル語	14. スペイン語	15. フランス語
16. ドイツ語	17. イタリア語	18. その他 ()

調査は以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

令和 4 年度
新型コロナウイルス感染症流行下の訪問看護提供に関する調査研究事業
報告書

令和 4 年 3 月 発行

発行者 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 壹丁目参番館 401

TEL 03-3351-5898
