

**訪問看護ステーションにおける
在宅療養支援診療所との連携に関する研究
報告書**

**平成 18 年度 看護政策研究事業
社団法人 日本看護協会**

◆◆ 目 次 ◆◆

I	研究の概要	1
1	研究の背景	1
2	研究の目的	4
3	研究班構成	5
4	アンケート調査の概要	6
5	ヒアリング調査の概要	6
II	アンケート調査結果	7
1	回答ステーションの属性	7
1.1	開設時期	7
1.2	経営主体	7
1.3	併設施設の状況	8
1.4	地域の特性	9
2	訪問看護の実施体制	9
2.1	従事者数	9
2.2	オンコール体制	11
(1)	1か月あたりのオンコール担当者数	11
(2)	1日あたりのオンコール担当者数	12
(3)	1人あたり月平均夜間・休日の待機回数	13
2.3	オンコール手当	14
(1)	待機手当	14
(2)	出勤手当	15
3	訪問看護の実施状況	16
3.1	訪問看護指示書を交付している診療所・病院数	16
3.2	保険別利用者数・延べ訪問回数	18
(1)	利用者数	18
(2)	延べ訪問回数	19
3.3	在宅看取り数	21
3.4	訪問看護利用者数の変化	22
3.5	診療報酬の算定状況	23
3.6	介護報酬の算定状況	26
4	訪問看護ステーションにおける報酬上請求できないサービスの実施状況	28
4.1	電話相談	28
4.2	退院前の病院・施設等への訪問	30
(1)	地域連携退院時共同指導加算が算定できなかったケース	30
(2)	退院前2回以上病院・施設等を訪問したケース	31
(3)	訪問看護につながらなかったケース	32

4.3	退院日の訪問看護	33
4.4	医療保険利用者の計画的な休日・夜間・早朝訪問	34
4.5	退院・退所に向けた試験外泊時の訪問	35
4.6	医療保険利用者への医師との同日訪問	36
4.7	複数名による訪問	37
4.8	ターミナルケア療養費（医療保険）の算定ができなかったケース	38
4.9	ターミナルケア加算（介護保険）の算定ができなかったケース	39
4.10	グリーフケア（遺族ケア）	40
5	医師との連携状況	41
5.1	連携する在宅療養支援診療所に対する評価	41
	（1）情報共有について	41
	（2）在宅診療の内容について	42
	（3）インフォームド・コンセントについて	44
	（4）その他の体制について	44
5.2	在宅療養支援診療所とその他の病院・診療所の比較	45
	（1）情報の共有について	45
	（2）診療の内容について	48
	（3）インフォームド・コンセントについて	50
	（4）その他の体制について	51
5.3	診療所の常勤医師体制	52
6	訪問看護ステーションの収支・経営状況	53
6.1	収支の概況	53
6.2	訪問看護ステーションの属性・活動状況別にみた収支	54
	（1）地域特性	54
	（2）経営主体	55
	（3）併設施設	56
	（4）従事者数	57
	（5）在宅療養支援診療所との連携	58
	（6）利用者数	58
	（7）24時間対応体制	59
	（8）利用者に占める重症者の割合	59
	（9）看護職員1人あたりの訪問看護収益	60
	（10）人件費率	60
6.3	平成18年度報酬改定後の収支の変化	61
	（1）医療保険分の収支の変化	61
	（2）介護保険分の収支の変化	62
6.4	看護職員の給与月額	63
	（1）常勤看護職員の平均給与	63
	（2）経営状況と看護職員給与の関連	66

(3) 看護職員数と看護職員給与の関連	67
(4) 非常勤看護職員の平均給与	67
7 在宅での看取りを支える訪問看護ステーションの要件とは.....	69
7.1 訪問看護ステーションの属性・活動状況と在宅看取り数の関連（単変量解析）	69
(1) 経営主体	69
(2) 併設施設	70
(3) 事業規模	71
(4) 24 時間対応体制.....	72
7.2 診療報酬上請求できないサービスの実施と在宅看取り数の関連.....	73
(1) 電話相談	73
(2) 退院当日の訪問看護	74
(3) 医療保険利用者への計画的な休日・夜間・早朝訪問.....	74
(4) ターミナルケア・グリーフケア	75
7.3 在宅看取り数に関連する要因の多変量解析	76
8 総括.....	77
8.1 調査結果の要約.....	77
8.2 本研究結果から得られた示唆.....	82
(1) 訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の連携における課題.....	82
(2) 訪問看護ステーションが看取りを含めた在宅療養支援体制をとるための課題.....	84

付録 1 自由回答にみる訪問看護ステーションの現状と課題

付録 2 調査票

1 研究の概要

1 研究の背景

現在、我が国の全死亡者に占める在宅死の割合は2割を切っている。多くの日本人にとっては、本人や家族の意向にかかわらず、病院で最期を迎えることが主流とあってよい。「どこで介護を受けたいか」と問われた場合には、男女の差こそあれ「可能な限り自宅で」と望む人が多いのに対し（図1）、「どこで最期を迎えたいか」と問われた場合には「病院」という回答が38.2%で最も多く、「自宅」での最期を望む人は22.7%である（図2）。自宅以外で療養したい理由（複数回答）としては「家族の介護などの負担が大きい」（83.6%）が最も多く、「緊急時に迷惑をかけるかもしれない」（45.7%）、「痛みに苦しむかもしれない」（25.2%）といった回答も目立つ（図3）。家族に過重な負担をかけることなく、緊急時の対処や苦痛のコントロールを24時間365日安心して任せられる在宅医療体制がなければ、在宅で最期を迎えることを積極的に望む人の割合が増えることはないだろう。

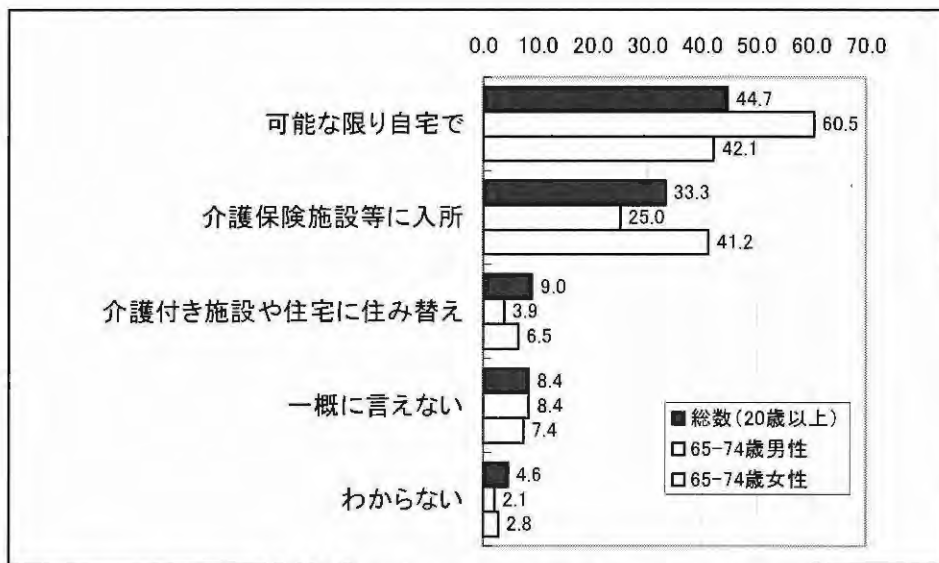


図1 介護を受けたい場所 [内閣府「高齢者介護に関する世論調査(平成15年)」]

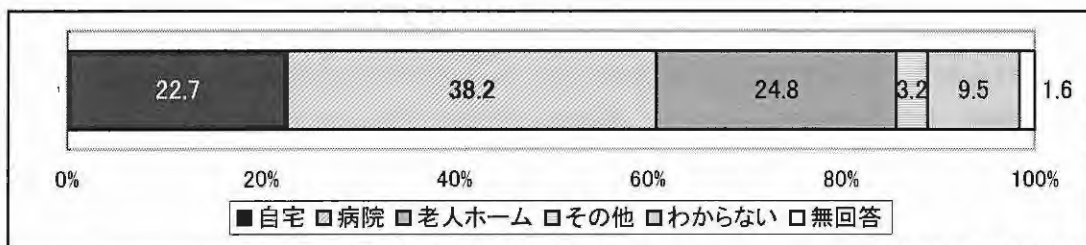


図2 最期の療養の場所の希望 [厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討報告書(平成16年7月)」]

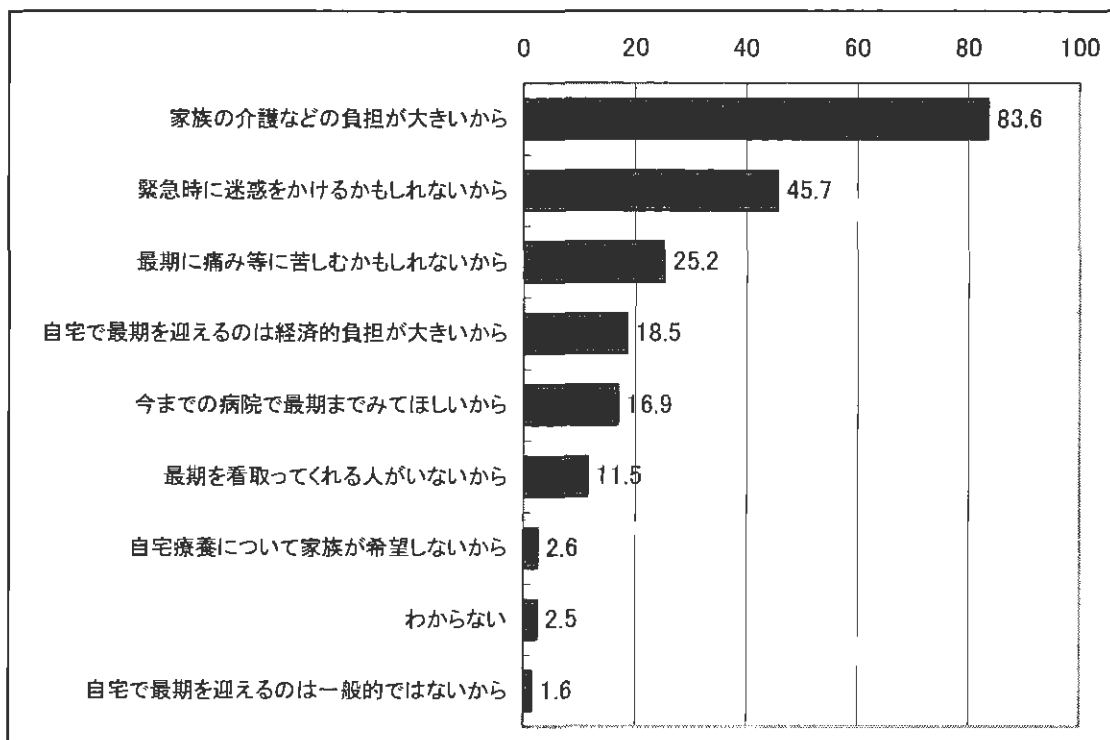


図3 自宅以外での療養を希望する理由（複数回答）
 [厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討報告書（平成16年7月）」]

我が国では高齢化の進展に伴い、今後本格的な「多死時代」の到来を迎える。国は、終末期医療費を削減するため平均在院日数の短縮を進め、さらに2012年度（平成24年度）までには療養病床38万床を再編成し、介護保険型医療施設は介護老人保健施設等に転換、療養病床は医療保険適用の15万床のみとする方針を打ち出している。年間死亡者数がピーク（推定170万人）を迎える2038年には、自宅や特別養護老人ホーム、有料老人ホームなどいわゆる病院以外の「在宅死」の割合を4割に引き上げるという目標が掲げられている。しかし、単純計算で170万人の4割、68万人の看取りを支えるための在宅医療のグランドデザインはまだ検討の緒にすぎたばかりの段階であり、まずは現状の在宅医療体制の量・質の拡充が火急の課題である。

在宅での看取りまで含めた在宅医療推進策の目玉として、平成18年度診療報酬改定では「在宅療養支援診療所」（以下、「支援診」）が創設され、地域における在宅医療の中核を担う医療機関として位置づけられた。支援診が在宅療養患者に対する24時間対応の窓口となり、必要に応じて他の病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局等との連携を図りつつ、24時間の往診や訪問看護を提供する体制を評価するものである（図4）。

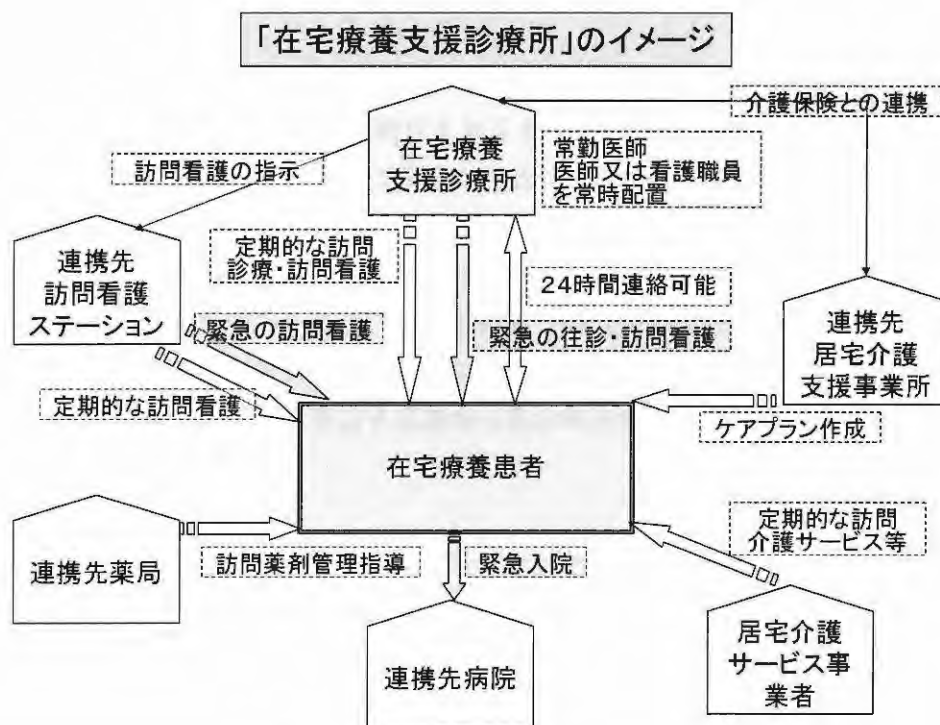


図4 在宅療養支援診療所のイメージ
 [「厚生労働省療養病床に関する説明会資料」(平成18年4月13日)より改変]

支援診からの往診および訪問診療には、支援診以外の診療所よりも高い診療報酬点数が設定されたほか、在宅末期がん患者の診療に係る「在宅末期医療総合診療料」は支援診のみが算定できるようになった。また、訪問看護についても支援診と連携した場合により高い診療報酬点数が算定できるようになったほか、従来認められていなかった介護老人福祉施設（特養）に入所している末期がん患者への在宅患者訪問看護・指導料または訪問看護療養費の算定が可能になった。

<在宅療養支援診療所のポイント>

- 在宅患者に対して24時間体制で往診や訪問看護が可能な体制を整備した診療所
- 24時間体制をとるのは全患者に対してではなく、同意を得て、往診担当医名や連絡先を文書で示すなどした在宅患者
- 特養、有料老人ホーム、ケアハウスの入所者で、末期がんの患者に対する訪問診療料などが算定可能
- 往診料や訪問診療料に関する加算や、在宅時医学総合管理料などが従来の診療所よりも高い点数となる
- 在宅患者の死亡前2週間以内に、死亡日を除いて2回以上往診や訪問診療を行った上、死亡前24時間以内に看取った場合、ターミナルケア加算10,000点の加算
- 連携先の診療所や病院が、在宅療養支援診療所の医師に代わって往診などをした場合、連携先も在宅療養支援診療所と同様の高い診療報酬点数の算定が可能

2 研究の目的

在宅療養支援診療所の届出状況は2006年7月1日時点で全国9,434件であり、2007年現在ではゆうに1万件を超えたと推定される。届出数は順調に推移しているが、支援診の24時間対応体制や、診療技術の「質」、地域の医療機関との連携状況については一部で課題も散見されている。「緊急時に連絡がつかない」「麻薬によるペインコントロールができない」「訪問看護師やケアマネジャーへの情報提供が十分でない」等、支援診としてのあるべき水準を満たさない診療所については早急に改善が必要である。また、全国的には順調に増えている支援診の届出数も、地域ごとにとかなり格差があり、高齢化率の高い地域など必要なところに十分行き渡っていないことが指摘されている。

<在宅療養支援診療所の施設要件>

- 診療所であること
- 当該診療所、または別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当者名、担当日などを文書で患家に提供していること
- 当該診療所、または別の保険医療機関、もしくは訪問看護ステーションの看護職員などとの連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名・担当日などを文書により患家に提供していること
- 当該診療所、または別の保険医療機関と連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受け入れ医療機関などをあらかじめ社会保険事務局長に届け出ていること
- 連携する保険医療機関または訪問看護ステーションで緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ家族の同意を得て、その療養などに必要な診療情報を文書で提供していること
- 患者に関する診療記録管理を行うために必要な体制が整備されていること
- 当該地域で他の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整を担当する者（ケアマネジャー等）と連携していること
- 定期的に在宅看取り数などを社会保険事務局長に報告していること

支援診の届出数が順調に伸びている一方、支援診と連携して在宅療養を支える訪問看護ステーションの設置数は伸び悩みが続いている。2007年4月現在で活動中の訪問看護ステーション数（休止中を除く）は5,700か所（日本訪問看護振興財団調べ）で、ゴールドプラン21における目標値9,900か所には遠く及ばない。ステーション設置数の伸び悩みの要因としては、訪問看護師の量的・質的な人材不足、訪問看護サービスに対する報酬上の適正な評価の不足、訪問看護利用者数の不足などが挙げられる。「看護職員が常勤換算で2.5人以上」の開設基準のもと、実質は常勤換算3~4人の小規模ステーションが多い。経営基盤が弱いステーションが多く、病院勤務に比べ給与が低く抑えられる傾向にあることから、新たな人材の採用が困難である。欠員補充が困難であることは小規模ステーションの存続にも関わる。また、訪問看護サービスの存在とその機能が病院やケアマネジャーに十分理解されておらず、新規利用者の拡大につながりにくい側面がある。

訪問看護ステーションを拡充していくためには、現行の制度・報酬上の評価の見直し、経営モデルの構築、人材確保・定着策の充実など取り組むべき課題は数多い。経営基盤の安定化に向け

での抜本的な解決策ではないが、より高い診療報酬点数が算定できる支援診との連携は、訪問看護ステーションの経営安定化を図る上で有効な選択肢のひとつであると考えられる。もちろん、在宅医療において両者が果たす役割という観点からみても、在宅療養患者や家族に 24 時間 365 日の安心・安全を提供し、住み慣れた自宅や地域で暮らしながら身近な人に囲まれて最期を迎える選択を提供するために、支援診と訪問看護ステーションには円滑・確実な連携体制が求められる。

しかし、これまでの研究報告等によって、在宅ケア、特に在宅ターミナルケアにおける 24 時間体制や医師と看護師の連携は必須条件であるとされる一方、その困難さや課題も数多く指摘されている。また、「支援診」の制度が訪問看護の現場でどのように受け止められ、評価されているかについては、明らかにされていない。そこで、医師と訪問看護師が役割を十分に発揮し、患者や家族によりよいケアを提供していくために、支援診制度創設後の訪問看護ステーションの実態や支援診との連携状況を明らかにし、医療や介護の制度・報酬上の課題について提言していく必要がある。

そこで本研究では、以下の 4 点を研究課題として設定した。

<研究の目的>

- (1) 訪問看護ステーションと支援診との連携における課題を明らかにする
- (2) 訪問看護ステーションが看取りを含めた在宅療養支援体制を提供するために必要な要件を明らかにする。
- (3) 支援診との連携による加算等が訪問看護ステーションの経営状態に与える影響について明らかにする
- (4) より効率的な連携のために必要な診療報酬の適正な点数・要件および制度を明示する

3 研究班構成

永池 京子	社団法人 日本看護協会 常任理事
中山 優季	東京都立保健科学大学 フロンティアサイエンス系 大学院博士課程
吉武久美子	財団法人 日本訪問看護振興財団
川越 正平	医療法人財団 千葉健愛会 あおぞら診療所院長
石川 陽子	社団法人 日本看護協会 政策企画部
大道 千秋	社団法人 日本看護協会 政策企画部
瀬戸奈津子	社団法人 日本看護協会 政策企画部
堀川 尚子	社団法人 日本看護協会 政策企画部

(※所属は平成 19 年 3 月時点)

4 アンケート調査の概要

調査目的	訪問看護ステーションの経営状況、診療報酬・介護報酬の算定状況、在宅支援診療所との連携状況について実態把握を行う。
調査対象	全国の訪問看護ステーション 2,685 施設 全国の訪問看護ステーション名簿 (5,452 施設) から確率比例抽出 (抽出率 2 分の 1) で 2,726 施設を抽出。うち閉鎖・休止等で回答不能な 41 施設を除く 2,685 施設を対象とする。
調査方法	郵送調査法
調査期間	2007 年 4 月～5 月
回収状況	有効回収数 685 (有効回収率 25.5%)

5 ヒアリング調査の概要

調査目的	在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションのサービス提供状況、連携の状況、課題についてパイロット調査を行い、アンケート調査票作成にあたってのトピックスの抽出に役立てる。
調査対象	全国各地の在宅療養支援診療所 6 か所、 各支援診と併設または連携する訪問看護ステーション 12 か所
調査方法	各訪問看護ステーションの管理者、在宅療養支援診療所の医師を担当者が訪問し、インタビューガイドラインを用いた半構造化面接を実施
調査期間	2006 年 12 月～2007 年 1 月

(※尚、ヒアリング調査の詳細な分析結果は平成 19 年度看護政策研究報告書に掲載予定)

Ⅱ アンケート調査結果

1 回答ステーションの属性

1.1 開設時期

有効回答のあった訪問看護ステーションの開設時期としては、健康保険法等改正により老人医療対象外の患者にも訪問看護サービスが提供できるようになった1994年（平成6年）10月以降の、「1995～2000年」の開設が62.8%で最も多い。2000年（平成12年）の介護保険法に基づく訪問看護サービス開始を経て、「2001年以降」に開設したステーションが25.4%となっている（図表1.1）。

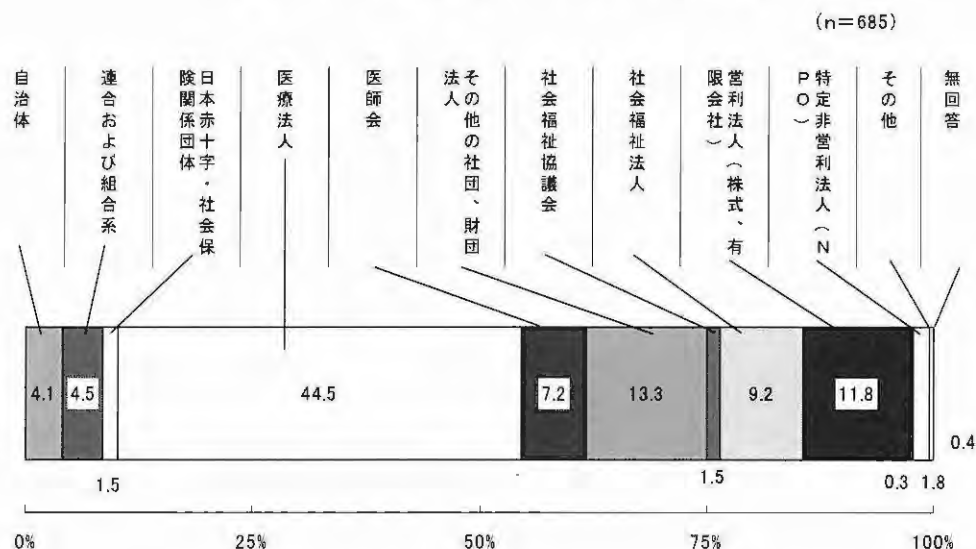
図表 1.1 訪問看護ステーションの開設時期

	度数	割合 (%)
1994年以前	81	11.8
1995～2000年	430	62.8
2001年以降	174	25.4
合計	685	100.0

1.2 経営主体

訪問看護ステーションの経営主体は「医療法人」が44.5%で半数近くを占める。次いで、「その他の社団、財団法人」が13.3%、「営利法人（株式、有限会社）」が11.8%である。他はいずれも10%未満である（図表1.2）。

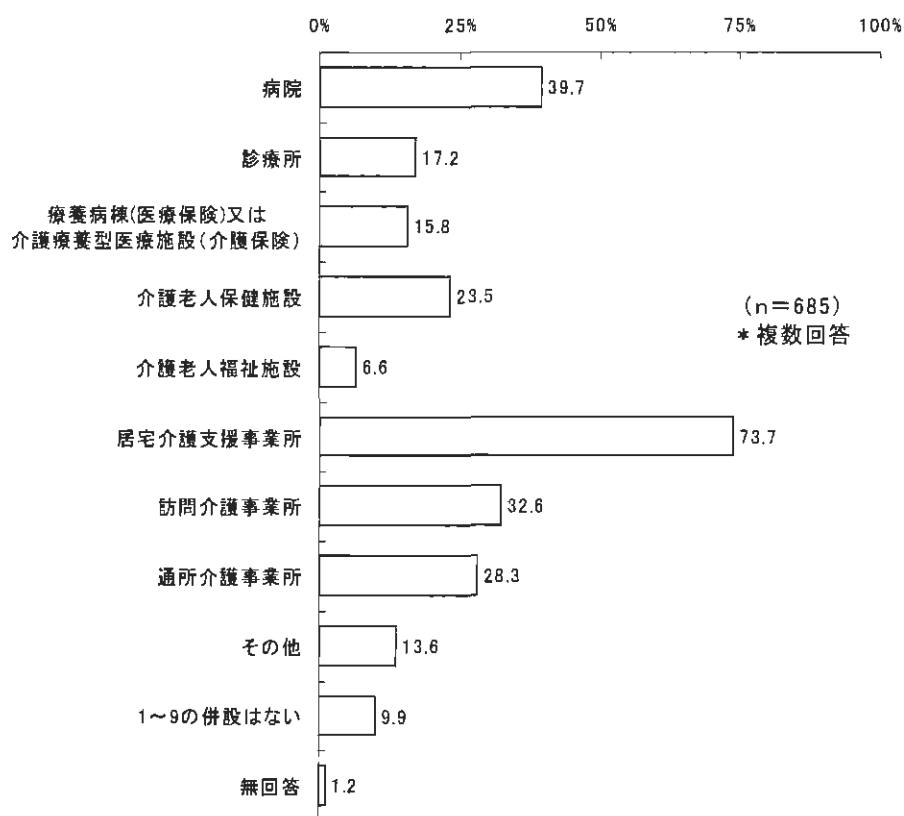
図表 1.2 訪問看護ステーションの経営主体



1.3 併設施設の状況

訪問看護ステーションの併設施設（「利用者の後方支援施設及び在宅療養支援に係る事業所」として、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接している施設・事業所）としては、「居宅介護支援事業所」73.7%でもっとも多い。その他では、「病院」が39.7%、「訪問介護事業所」32.6%、「通所介護事業所」28.3%、「介護老人保健施設」23.5%などとなっている。併設施設のない、単独経営の訪問看護ステーションは9.9%であった（図表 1.3）。

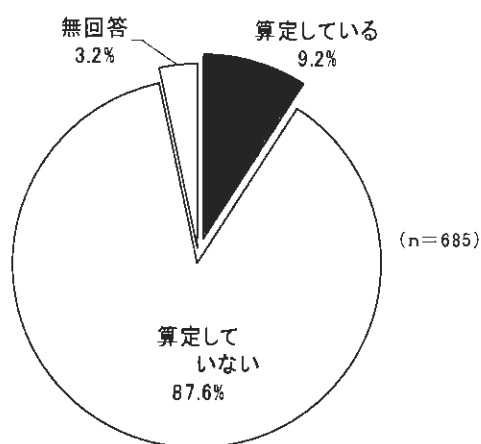
図表 1.3 併設している利用者後方支援施設及び在宅療養に係る事業所



1.4 地域特性

離島振興対策実施地域、振興山村などのいわゆる過疎地において、ステーションから利用者宅まで片道1時間以上の訪問をした場合には「特別地域訪問看護加算」が算定できる。特別地域訪問看護加算を「算定している」は9.2%で、過疎地を訪問エリアに持つステーションは1割弱であった（図表1.4）。

図表 1.4 地域特性（特別地域訪問看護加算算定の有無）



2 訪問看護の実施体制

2.1 従事者数

訪問看護ステーションの従事者数を平均値でみると、全体では実人員総数7.1人、常勤換算総数5.1人であった。職種別では「看護師（保健師・助産師を含む）」が常勤換算4.0人で、常勤換算総数5.1人の8割近くを占めている。「准看護師」（常勤換算0.4人）を加えれば看護職員の割合は86%（常勤換算総数5.1人中の4.4人）を占める。「理学療法士」「作業療法士」等のその他の職員は、常勤換算ベースでみても、実人員数ベースでみても1人に満たない（図表2.2.1）。

図表 2.1.1 訪問看護ステーション職員数（平均）

	常 勤		非常勤		総 数	
	実人員数	常勤換算数	実人員数	常勤換算数	実人員数	常勤換算数
看護職員総数	3.6	3.3	2.2	1.1	5.8	4.4
看護師（保健師・助産師含む）	3.3	3.0	2.0	1.0	5.3	4.0
准看護師	0.3	0.3	0.2	0.1	0.5	0.4
理学療法士	0.4	0.2	0.3	0.1	0.6	0.3
作業療法士	0.1	0.1	0.1	0.0	0.2	0.1
言語聴覚士	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他の職員	0.3	0.2	0.1	0.1	0.4	0.3
総 数	4.5	3.9	2.6	1.2	7.1	5.1

※各職種の平均人数は端数処理のため、合計が総数欄の平均値と一致しない場合がある。

看護職員数（常勤換算数）の分布状況をみると、まず、常勤職員では、「3～5人未満」が41.0%でもっとも多く、次いで「3人未満」の29.8%である。

非常勤職員の場合は、「0人」が26.9%と全体の4分の1強となっているが、「3人未満」が47.7%と半数近い。

看護職員総数でみると「3～5人未満」が47.0%でもっとも多く、次いで「5～10人未満」が21.9%となっている。「常勤換算で看護職員2.5人以上」の設置基準ぎりぎりまで運営している「3人未満」のステーションは12.1%である（図表2.1.2）。

図表 2.1.2 1ステーションあたりの看護職員数

① 常勤看護職員数

	度数	割合(%)
3人未満	204	29.8
3～5人未満	281	41.0
5人以上	81	11.8
無回答・不明	119	17.4
合計	685	100.0

② 非常勤看護職員数（常勤換算）

	度数	割合(%)
0人	184	26.9
3人未満	327	47.7
3人以上	55	8.0
無回答・不明	119	17.4
合計	685	100.0

③ 看護職員総数（常勤換算）

	度数	割合(%)
3人未満	83	12.1
3～5人未満	322	47.0
5～10人未満	150	21.9
10人以上	11	1.6
無回答・不明	119	17.4
合計	685	100.0

2.2 オンコール体制

(1) 1か月あたりのオンコール担当者数

オンコールを担当する看護職員数については「無回答・不明」が46.4%に上ったが、この中には24時間体制をとっていないステーションが相当数含まれるものと考えられる。有効回答のあったステーションでは、1か月あたりの担当者数「3人」が13.9%、「4人」12.3%、「2人」11.7%、「5人以上」が10.7%の順となっていた。なお、平均は3.4人であった(図表2.2.1)。

ステーションの看護職員数別にオンコール担当者数の平均値をみると、看護職員数が多くなるに比例してオンコール担当者数も増え、「10人以上」のステーションでは7.9人、「5～10人未満」4.4人、「3～5人未満」2.9人となっている(図表2.2.2)。

図表 2.2.1 1か月あたりのオンコール担当者数

	度数	割合(%)
1人	35	5.1
2人	80	11.7
3人	95	13.9
4人	84	12.3
5人以上	73	10.7
無回答・不明	318	46.4
合計	685	100.0
平均値(n=367)	3.4人	
中央値(n=367)	3.0人	

図表 2.2.2 看護職員数別にみた1か月あたりのオンコール担当者数(平均値)

(看護職員総数:常勤換算数)	平均値	度数	標準偏差
3人未満	2.2	46	1.07
3～5人未満	2.9	164	1.12
5～10人未満	4.4	97	1.56
10人以上	7.9	9	3.10
無回答・不明	3.5	51	1.72
合計	3.4	367	1.73

(2) 1日あたりのオンコール担当者数

1日あたりのオンコール担当者数は、「1人」が37.5%、「2人以上」が10.4%である。平均は1.3人であった(図表2.2.3)。

看護職員数別にみた平均担当者数は、「10人以上」のステーションで1.6人であるが、他はいずれも1.3人となっている(図表2.2.4)。

図表 2. 2. 3 1日あたりのオンコール担当者数

	度数	割合(%)
1人	257	37.5
2人以上	71	10.4
無回答・不明	357	52.1
合計	685	100.0
平均値(n=328)	1.3人	
中央値(n=328)	1.0人	

図表 2. 2. 4 看護職員数別にみた1日あたりのオンコール担当者数(平均値)

(看護職員総数:常勤換算数)	平均値	度数	標準偏差
3人未満	1.3	42	0.83
3~5人未満	1.3	150	0.55
5~10人未満	1.3	88	0.94
10人以上	1.6	7	0.79
無回答・不明	1.3	41	0.69
合計	1.3	328	0.73

(3) 1人あたり月平均夜間・休日の待機回数

オンコール担当者の1人あたりの月平均夜間・休日の待機回数は「10回以上」以上が31.7%で最も多く、次いで「5～10回未満」が18.2%である。平均は12.0回であった(図表2.2.5)。

看護職員数別にみると、職員数が少なくなるほど待機回数が増える。「10人以上」では6.6回、「5～10人未満」8.9回に対し、「3～5人未満」では13.3回、「3人未満」に至っては15.6回となっており、1か月の約半分はオンコール当番という状況である。「3人未満」と「10人以上」のステーションではオンコールの待機回数に2倍強の格差が生じている(図表2.2.6)。

図表 2.2.5 オンコール担当者の1人あたりの月平均夜間・休日の待機回数

	度数	割合(%)
5回未満	27	3.9
5～10回未満	125	18.2
10回以上	217	31.7
無回答・不明	316	46.1
合計	685	100.0
平均値(n=328)	12.0回	
中央値(n=328)	10.0回	

図表 2.2.6 看護職員数別にみた1人あたりの月平均夜間・休日の待機回数(平均値)

(ステーションの看護職員数:常勤換算)	平均値	度数	標準偏差
3人未満	15.6	44	8.01
3～5人未満	13.3	169	8.38
5～10人未満	8.9	96	5.29
10人以上	6.6	8	3.37
無回答・不明	11.0	52	6.25
合計	12.0	369	7.61

2.3 オンコール手当

(1) 待機手当

夜間・休日の待機について1回あたり支給される手当としては、看護師の場合「1,000円～3,000円未満」が多く、31.7%を占めている。他は、「0円(手当なし)」を含め、いずれも10%未満である(「無回答・不明」が約4割)。平均は1,496円であった(図表2.3.1)。

准看護師の場合は「無回答・不明」が86.6%に上るが、この中には准看護師を雇用していないステーション、オンコール体制をとっていないステーションが相当数含まれるものと考えられる。待機手当があるステーションでは「0円(手当なし)」が5.4%でもっとも多い(無回答を除いた割合では、92ステーション中の37ステーションで40.2%となる)。次いで「1,000円～3,000円未満」が4.5%(回答ステーションベースでは92ステーション中の31ステーションで、33.3%)である。平均は1,018円となっている(図表2.3.1)。

図表 2.3.1 夜間・休日の1回あたり待機手当

① 看護師

	度数	割合(%)
0円(手当なし)	63	9.2
1～1000円未満	65	9.5
1000～3000円未満	217	31.7
3000円以上	58	8.5
無回答・不明	282	41.2
合計	685	100.0
平均値(n=403)	1,496円	
中央値(n=403)	1,250円	

② 准看護師

	度数	割合(%)
0円(手当なし)	37	5.4
1～1000円未満	15	2.2
1000～3000円未満	31	4.5
3000円以上	9	1.3
無回答・不明	593	86.6
合計	685	100.0
平均値(n=92)	1,018円	
中央値(n=92)	500円	

(2) 出勤手当

夜間・休日の1回あたり出勤手当としては、看護師の場合「3,000円以上」及び「1,000円～3,000円未満」が同等に多い(10%前後。無回答等を除く割合では40%弱に相当する)。平均は2,411円であった(図表2.3.2)。

准看護師の場合は、「3,000円以上」及び「0円(手当なし)」がともに2.2%である(無回答等を除く割合では33.3%に相当する)。また、「1,000円～3,000円未満」が1.9%であった(無回答等を除く割合では28.9%に相当)。平均は看護師よりもやや低い2,042円であった(図表2.3.2)。

図表 2.3.2 夜間・休日の1回あたり出勤手当

① 看護師

	度数	割合(%)
0円(手当なし)	35	5.1
1～1000円未満	5	0.7
1000～3000円未満	67	9.8
3000円以上	70	10.2
無回答・不明	508	74.2
合計	685	100.0
平均値(n=177)	2,411円	
中央値(n=177)	2,230円	

② 准看護師

	度数	割合(%)
0円(手当なし)	15	2.2
1～1000円未満	2	0.3
1000～3000円未満	13	1.9
3000円以上	15	2.2
無回答・不明	640	93.4
合計	685	100.0
平均値(n=45)	2,042円	
中央値(n=45)	1,400円	

3 訪問看護の実施状況

3.1 訪問看護指示書を交付している診療所・病院数

各訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付している医療機関数の総数は、「20 件以上」が 33.4%を占めてもっとも多い。次いで「10～19 件」が 29.1%で、両者を合わせた「10 件以上」のステーションが全体の 60%強（62.5%）を占めている。1 ステーションあたりの平均は 17.9 件であった（図表 3.1.1）。

図表 3.1.1 訪問看護指示書を交付している診療所・病院数（1 ステーションあたり）

<総数(診療所・病院計)>

	度数	割合(%)
1～4 件	102	14.9
5～9 件	99	14.5
10～19 件	199	29.1
20 件以上	229	33.4
無回答・不明	56	8.2
合計	685	100.0
平均値(n=629)		17.9
中央値(n=629)		15.0

連携先を在宅療養支援診療所、その他の診療所、病院の別にみると、在宅療養支援診療所との連携がない（「0 件」）のステーションが約 3 分の 1 を占める。また、「1 件」及び「2～4 件」がともに 20%強である。1 ステーションあたりの平均は 2.5 件にとどまっている。

その他の診療所との連携については、「10 件以上」が 33.6%でもっとも多い。次いで、「1～4 件」23.4%、「5～9 件」21.6%などとなっている。平均は 8.6 件であった。

病院との連携は、「1～4 件」が 35.2%でもっとも多い。次いで、「5～9 件」が 30.1%、「10 件以上」が 22.3%である。平均は 6.9 件となっている（図表 3.1.2）。

また、連携する病院・診療所の総数に占める在宅療養支援診療所の割合でみると、「0%（連携なし）」が 33.1%、「1～30%未満」が 43.9%、「30%以上」が 14.7%となっており、支援診の占める割合の平均は 14.2%である（図表 3.1.3）。

図表 3.1.2 医療機関区別にみた訪問看護指示書を交付している診療所・病院数
(1ステーションあたり)

① 在宅療養支援診療所

	度数	割合(%)
0件	227	33.1
1件	148	21.6
2~4件	142	20.7
5件以上	112	16.4
無回答・不明	56	8.2
合計	685	100.0
平均値 (n=629)	2.5	
中央値 (n=629)	1.0	

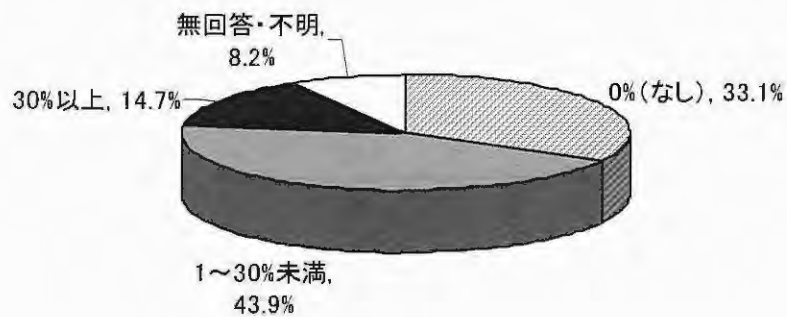
② その他の診療所

	度数	割合(%)
0件	91	13.3
1~4件	160	23.4
5~9件	148	21.6
10件以上	230	33.6
無回答・不明	56	8.2
合計	685	100.0
平均値 (n=629)	8.6	
中央値 (n=629)	6.0	

③ 病院

	度数	割合(%)
0件	29	4.2
1~4件	241	35.2
5~9件	206	30.1
10件以上	153	22.3
無回答・不明	56	8.2
合計	685	100.0
平均値 (n=629)	6.9	
中央値 (n=629)	5.0	

図表 3.1.3 訪問看護ステーションの連携診療所・病院総数に占める支援診の割合



3.2 保険別利用者数・延べ訪問回数

(1) 利用者数

① 利用者総数

有効回答があった訪問看護ステーションの利用者総数は「30～59人」がもっとも多く、36.9%を占めている。次いで「60～89人」が22.2%、「29人以下」が20.9%である。平均は55.8人となっている（図表3.2.1）。

図表 3.2.1 利用者総数（1ステーションあたり）

	度数	割合(%)
29人以下	143	20.9
30～59人	253	36.9
60～89人	152	22.2
90人以上	81	11.8
無回答・不明	56	8.2
合計	685	100.0
平均値(n=629)	55.8人	
中央値(n=629)	49.0人	

② 医療保険利用者数

医療保険による訪問看護利用者数は「10～19人」のステーションが28.3%、「5～9人」25.0%、「1～4人」21.5%となっている。平均は13.3人であった（図表3.2.2）。

図表 3.2.2 医療保険利用者数（1ステーションあたり）

	度数	割合(%)
1～4人	147	21.5
5～9人	171	25.0
10～19人	194	28.3
20人以上	116	16.9
無回答・不明	57	8.3
合計	685	100.0
平均値(n=628)	13.3人	
中央値(n=628)	9.0人	

③ 介護保険利用者数

「10～19 人」及び「30～49 人」のステーションがともに 29%強となっている。次いで「50～69 人」、「70 人以上」が多い。介護保険利用者数は平均 42.5 人であり、医療保険利用者（平均 13.3 人）の約 3 倍の規模となっている（図表 3. 2. 3）。

図表 3. 2. 3 介護保険利用者数—全体—

	度数	割合(%)
9 人以下	33	4.8
10～29 人	203	29.6
30～49 人	200	29.2
50～69 人	102	14.9
70 人以上	91	13.3
無回答・不明	56	8.2
合 計	685	100.0
平均値(n=629)	42.5 人	
中央値(n=629)	37.0 人	

(2) 延べ訪問回数

① 延べ訪問回数総数

医療保険及び介護保険による訪問看護を合わせた、平成 19 年 3 月 1 か月間の延べ訪問回数をみると、「200～299 回」のステーションがもっとも多く、25.8%を占めている。次いで、「0～199 回」も 24.7%である。一方、「500 回以上」のステーションも 14.3%みられた。平均は 332.6 回となっている（図表 3. 2. 4）。

図表 3. 2. 4 医療保険・介護保険合計延べ訪問回数
* 平成 19 年 3 月 1 か月間

	度数	割合(%)
0～199 回	169	24.7
200～299 回	177	25.8
300～399 回	108	15.8
400～499 回	68	9.9
500 回以上	98	14.3
無回答・不明	65	9.5
合 計	685	100.0
平均値(n=620)	332.6 回	
中央値(n=620)	280.0 回	

② 医療保険延べ訪問回数

医療保険による訪問の延べ訪問回数は「120回以上」が26.4%で最も多い。次いで「20～39回」13.7%、「40～59回」13.6%であるほか、「0～19回」も12.8%となっている。平均は97.7回であった（図表3.2.5）。

図表 3.2.5 医療保険延べ訪問回数 *平成19年3月1か月間

	度数	割合(%)
0～19回	88	12.8
20～39回	94	13.7
40～59回	93	13.6
60～79回	76	11.1
80～99回	58	8.5
100～119回	30	4.4
120回以上	181	26.4
無回答・不明	65	9.5
合計	685	100.0
平均値(n=620)	97.7	
中央値(n=620)	69.0	

③ 介護保険延べ訪問回数

介護保険による訪問延べ回数は「250回以上」が31.5%で最も多く、次いで「200～249回」が15.5%である。平均は235.0回と、医療保険による訪問の2.4倍となっている（図表3.2.6）。

図表 3.2.6 介護保険延べ訪問回数 *平成19年3月1か月間

	度数	割合(%)
0～49回	32	4.7
50～99回	71	10.4
100～149回	97	14.2
150～199回	98	14.3
200～249回	106	15.5
250回以上	216	31.5
無回答・不明	65	9.5
合計	685	100.0
平均値(n=620)	235.0	
中央値(n=620)	205.5	

3.3 在宅看取り数

医療保険・介護保険利用者合計でみた訪問看護ステーションにおける在宅看取り数（平成18年4月～平成19年3月の1年間）は、「1～4件」が35.8%で最も多い。次いで、「5～9件」が16.4%であった。平均は5.2件となっている。

医療保険による看取り数は「1～4件」が36.1%で最も多いが、昨年度1年間で看取りが全くなかった「0件」も30.9%に上った。平均は2.2件である。

一方、介護保険による看取り数も「1～4件」のステーションがもっとも多く、35.8%となっている。また、「5件以上」が28.9%であった。平均は医療保険での看取り数よりもやや多い3.0件であった（図表3.3）。

図表 3.3 在宅の看取り数

* 平成18年4月～平成19年3月

① 医療保険・介護保険合計

	度数	割合(%)
0件	91	13.3
1～4件	245	35.8
5～9件	112	16.4
10件以上	86	12.6
無回答・不明	152	22.2
合計	685	100.0
平均値(n=534)	5.2件	
中央値(n=534)	3.0件	

② 医療保険

	度数	割合(%)
0件	212	30.9
1～4件	247	36.1
5件以上	74	10.8
無回答・不明	152	22.2
合計	685	100.0
平均値 (n=533)	2.2件	
中央値 (n=533)	1.0件	

③ 介護保険

	度数	割合(%)
0件	91	13.3
1～4件	245	35.8
5件以上	198	28.9
無回答・不明	151	22.0
合計	685	100.0
平均値 (n=534)	3.0件	
中央値 (n=534)	1.0件	

3.4 訪問看護利用者数の変化

訪問看護の利用者数の変化を、報酬改定前の平成18年3月と平成19年3月の比較による増減率※でみると、医療保険利用者の場合は、増減率「-29.9%~0%」のステーションが38.6%で最も多い。次いで「30%以上」と利用者が増えたステーションが28.7%であった。単純に利用者数「減少」「増加」で二分すると、49.8%が利用者数減少、50.1%が増加となっており、ほぼ拮抗している。

介護保険利用者の場合は、「-29.9%~0%」が50.8%、次いで「0.1%~29.9%」が33.4%である。利用者数減少は57.2%、増加は42.7%であり、介護保険利用者についてはやや減少したステーションが多い（図表3.4）。

※増減率 = (平成19年3月利用者数 - 平成18年3月利用者数) / 平成18年3月利用者数 × 100

図表 3.4 訪問看護利用者数の増減（前年同月比）

* 平成18年3月と平成19年3月の利用者数比較

	医療保険利用者		介護保険利用者	
	度数	割合(%)	度数	割合(%)
-30%以下	66	11.2	39	6.5
-29.9%~0%	227	38.6	307	50.8
0.1%~29.9%	126	21.4	202	33.4
30%以上	169	28.7	56	9.3
合計	588	100.0	604	100.0

3.5 診療報酬の算定状況

平成19年3月分の診療報酬算定割合及び算定者数（割合）は以下の通りである。

	〈算定割合〉	〈算定者数〉 *割合は全ステーション=100%
○基本療養費（Ⅰ）	92.6%	「10～19人」29.1%、「5～9人」26.6%
○基本療養費（Ⅱ）	5.1%	「1～2人」3.1%、「3人以上」2.0%
○延長時間加算（基本療養費Ⅱのみ）	1.3%	「1人」1.2%
○難病等複数回訪問加算	36.9%	「1人」16.2%、「2～4人」15.2%
○緊急訪問看護加算	13.7%	「1～4人」7.1%、「5～9人」3.1%
○管理療養費	71.5%	「10～29人」24.2%、「5～9人」20.0%
○24時間連絡体制加算	71.4%	「5～9人」21.6%、「10～19人」19.7%
○重症者管理加算	63.9%	「1～4人」37.1%、「5～9人」16.9%
○地域連携退院時共同指導加算	6.4%	「1人」4.5%、「2人」1.3%
○情報提供療養費	63.1%	「10～19人」18.4%、「5～9人」18.0%
○特別地域訪問看護加算	0.7%	「5人以上」0.4%
○ターミナルケア療養費（Ⅰ）	8.0%	「1人」5.4%、「2人」1.5%
○ターミナルケア療養費（Ⅱ）	7.2%	「1人」5.9%、「2～3人」1.3%

●平成18年度診療報酬改定では、訪問看護基本療養費（Ⅰ）の加算として「緊急訪問看護加算」（1日につき1回、2,650円）が新設された。訪問看護ステーションが支援診の指示を受けて緊急の訪問看護を行った場合に算定可能である。

平成19年3月における緊急訪問看護加算の算定割合は全体の13.7%であり、支援診との連携があるステーションのみを分母とすると算定割合は16.3%である。

●また、ターミナルケア療養費については平成18年度改定において、（Ⅰ）連携する医師が支援診の場合（15,000円）と（Ⅱ）それ以外の場合（12,000円）で点数が区別された。

平成19年3月におけるターミナルケア療養費（Ⅰ）の算定割合は8.0%（支援診と連携するステーションのみでの算定割合は12.2%）、（Ⅱ）の算定割合は7.2%であった。

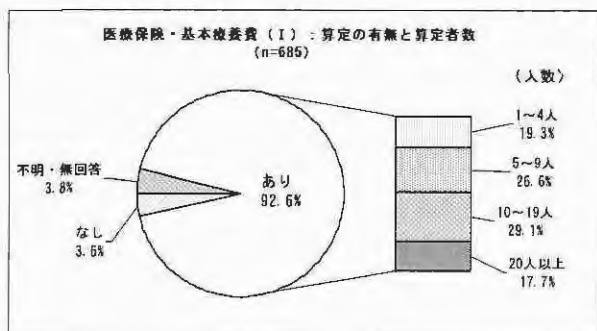
基本療養費および各種加算の算定状況を、図表3.5に示す。

図表 3.5 診療報酬算定状況—算定の有無・算定者数と実施延べ回数

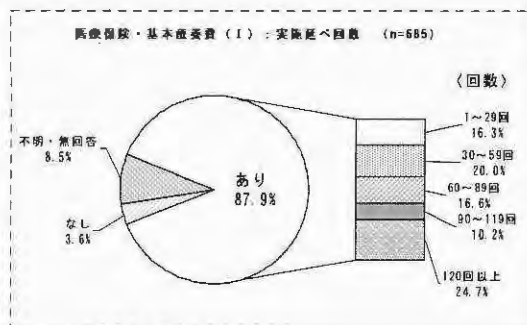
※「算定者数」と「実施延べ回数」のいずれか一方にしか回答していない事業所があるため、「算定者数」の回答数と「実施延べ回数」の回答数は一致しない場合がある。

① 基本療養費（Ⅰ）

【算定の有無と算定者数】

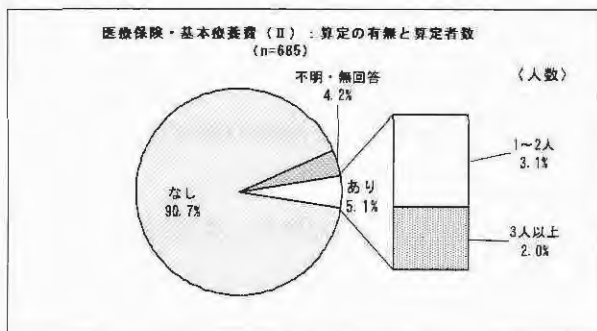


【実施延べ回数】

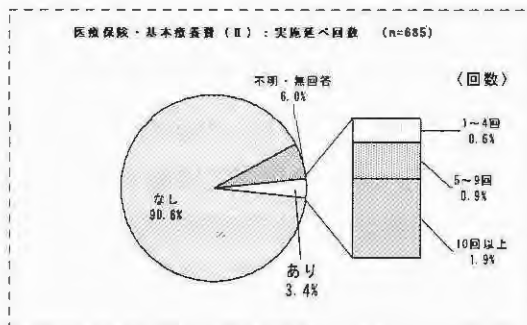


② 基本療養費（Ⅱ）

【算定の有無と算定者数】

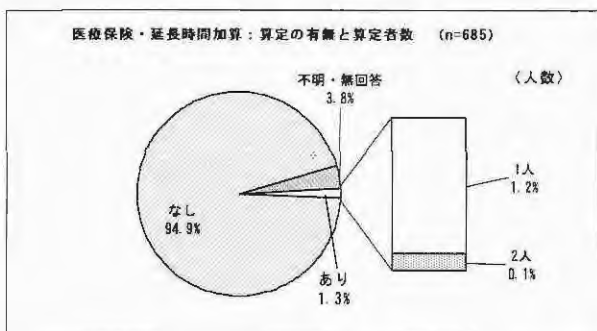


【実施延べ回数】

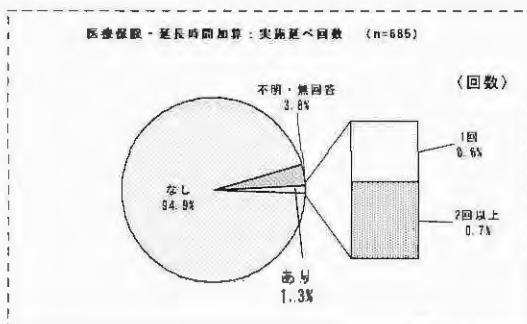


③ 延長時間加算

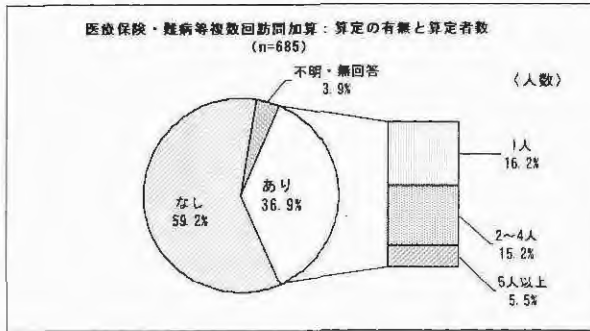
【算定の有無と算定者数】



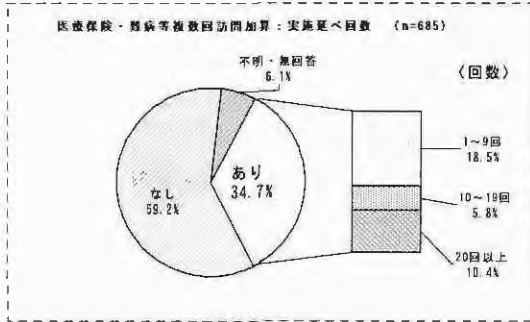
【実施延べ回数】



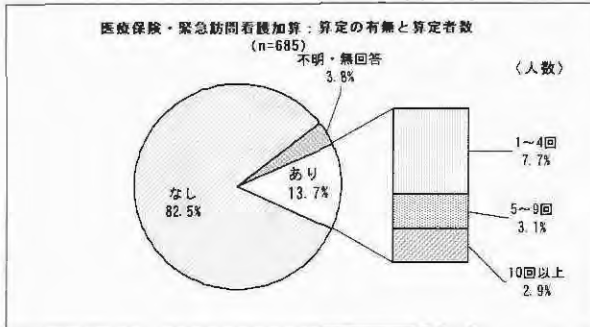
④ 難病等複数回訪問加算
【算定の有無と算定者数】



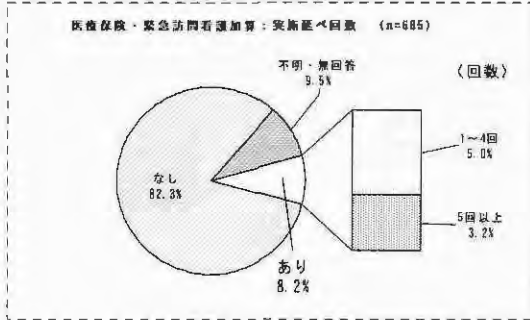
【実施延べ回数】



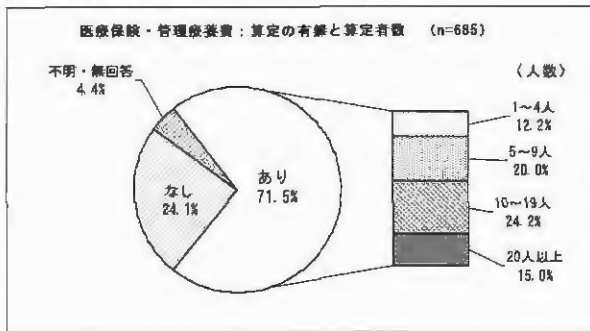
⑤ 緊急訪問看護加算
【算定の有無と算定者数】



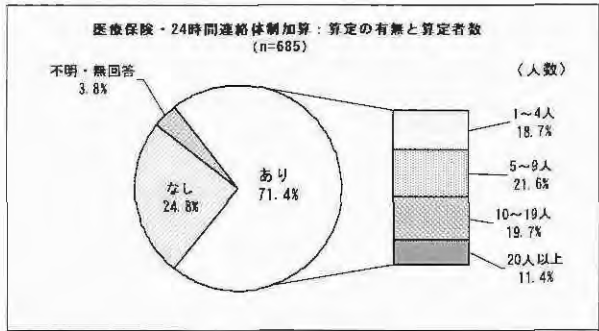
【実施延べ回数】



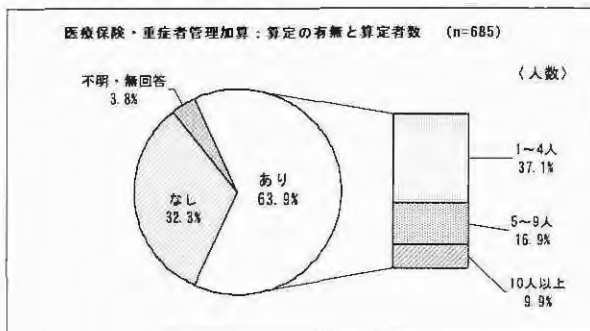
⑥ 管理療養費



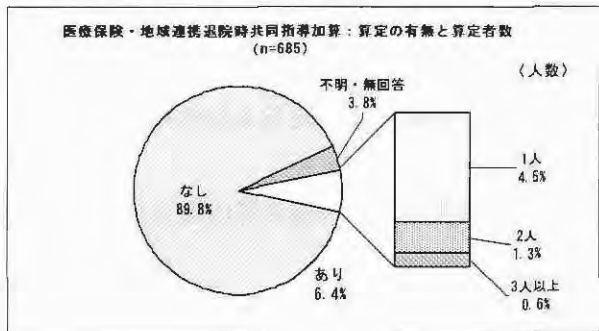
⑦ 24時間連絡体制加算



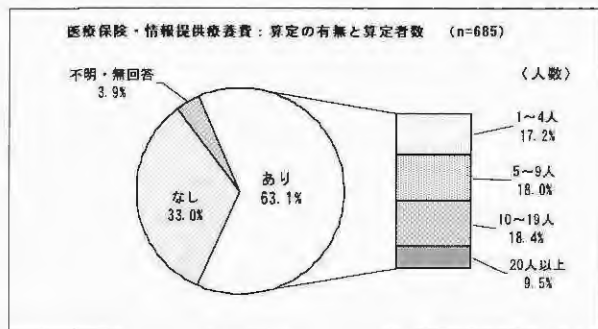
⑧ 重症者管理加算



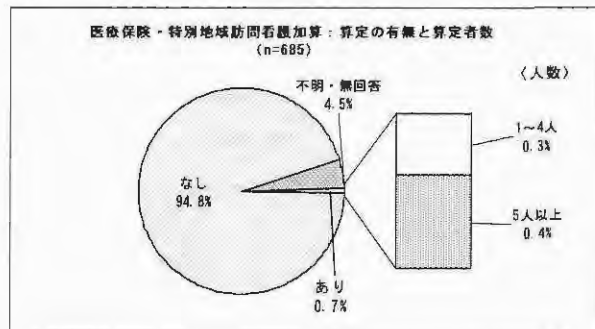
⑨ 地域連携退院時共同指導加算



⑩ 情報提供療養費

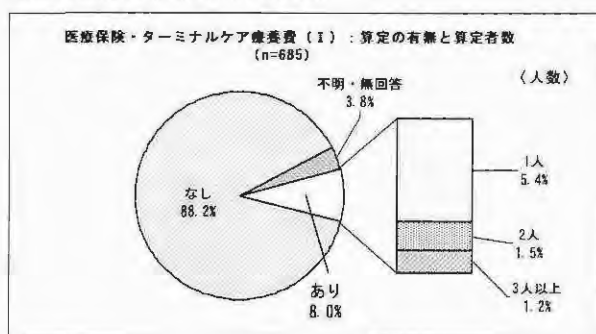


⑪ 特別地域訪問看護加算



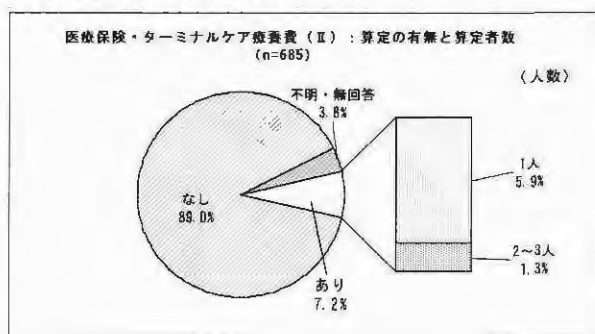
⑫ ターミナルケア療養費 (I)

【在宅療養支援診療所と連携】



⑬ ターミナルケア療養費 (II)

【在宅療養支援診療所以外と連携】



3.6 介護報酬の算定状況

平成19年3月分の介護報酬算定状況は下記の通りである。

	〈算定割合〉	〈算定者数〉 *割合は全ステーション=100%
○訪問看護費	93.4%	「100~199人」38.1%、「1~99人」34.4%
○早朝・夜間・深夜加算	15.9%	「1人」12.1%、「2~4人」3.4%
○特別地域訪問看護加算	5.8%	「20~39人」2.5%、「40人以上」1.7%
○緊急時訪問看護加算	73.4%	「20人以上」38.2%、「10~19人」17.5%
○特別管理加算	78.4%	「10~19人」27.4%、「5~9人」19.8%
○ターミナルケア加算	12.0%	「1人」9.7%、「2~3人」2.3%

介護保険の訪問看護費および各種加算は、平成18年度介護報酬改定では基本的に据え置きとなっている。

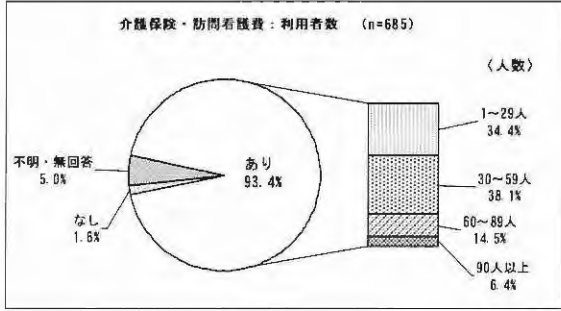
訪問看護費および各種加算の算定状況を、図表3.6に示す。

図表 3.6 介護報酬算定状況—算定の有無・算定者数と実施延べ回数

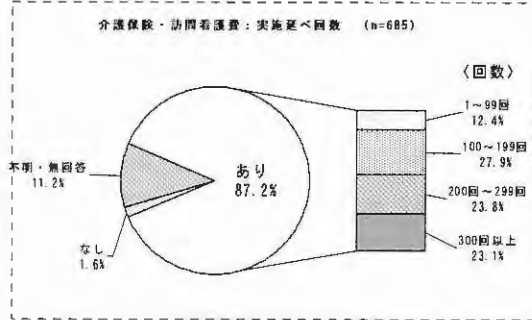
※「算定者数」と「実施延べ回数」のいずれか一方にしか回答していない事業所があるため、「算定者数」の回答数と「実施延べ回数」の回答数は一致しない場合がある。

① 訪問看護費

【算定の有無と算定者数】

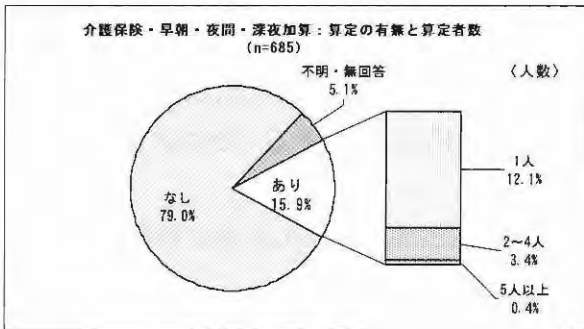


【実施延べ回数】

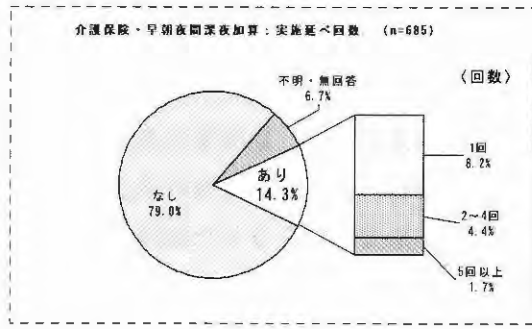


② 早朝・夜間・深夜加算

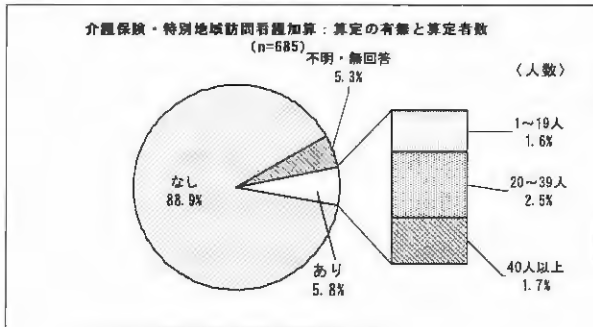
【算定の有無と算定者数】



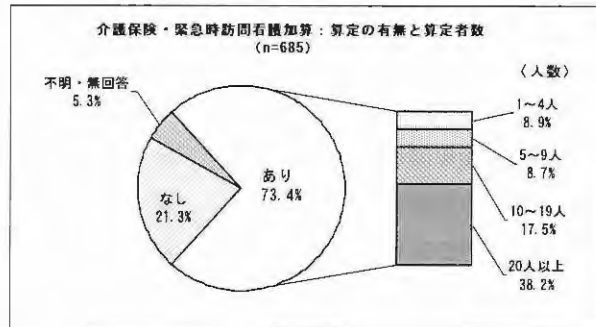
【実施延べ回数】



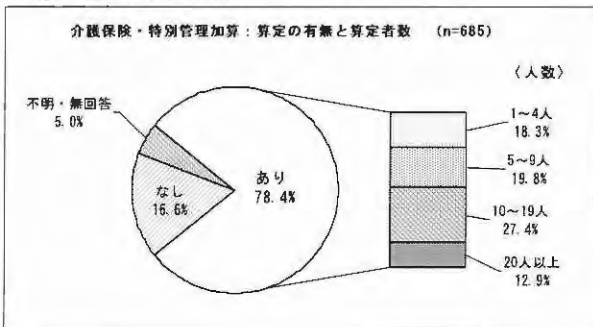
③ 特別地域訪問看護加算



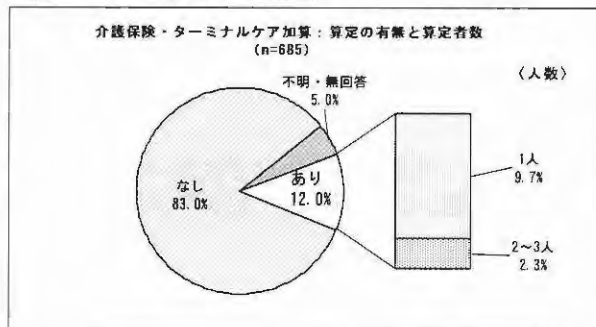
④ 緊急時訪問看護加算



⑤ 特別管理加算



⑥ ターミナルケア加算



4 訪問看護ステーションにおける報酬上請求できないサービスの実施状況

前述の通り、訪問看護の報酬体系は診療報酬（医療保険）、介護報酬（介護保険）に分かれている。年齢や疾病によって該当する保険の種類や算定できる加算が異なるほか、訪問看護サービスとして算定できる期間、回数、時間、サービス内容などの要件に合わなければ報酬を算定することはできない。

しかし現状では、訪問看護ステーションが利用者一人一人の病状や意向に合わせ、必ずしも訪問看護費として算定できないサービスをフレキシブルに提供し、利用者や家族の不安・負担の軽減に寄与している実態がある。その場合の経費は診療報酬・介護報酬上で算定できない以上、利用者の自己負担や訪問看護ステーションの持ち出しという形をとっている。

本項ではそうした診療報酬・介護報酬上算定できないサービスの実施状況を調査した。

4.1 電話相談

<背景>

訪問看護の果たす機能は利用者宅における医療処置・ケアの提供だけではなく、療養生活上の患者や家族の不安・疑問、緊急時の対処方法等について、電話で相談に応じる場合がある。特に終末期の患者の介護者は「症状がどのように進行するのか」「どのように対処すればいいのか」等、様々な不安を抱えている。訪問看護師が電話相談で説明やアドバイスをすることにより、不安や介護負担を軽減し、在宅での看取りを支援することができる。

現状の報酬体系では、こうした訪問外の電話相談による支援を評価するしくみは存在しない。

<調査結果>

調査日直近1週間について、電話相談サービスを提供した訪問看護ステーションの割合、及び利用者数（割合）を一覧にすると次のようになる。

	<サービス提供割合>	<利用者数> *割合は全ステーション=100%
○介護保険利用者	61.1%	「1～3人」41.2%、「4～6人」11.4%
○医療保険利用者	47.0%	「1～3人」38.1%、「4～6人」4.8%
○訪問看護未導入者	30.1%	「1～3人」26.9%、「4人以上」3.2%
○休日夜間の電話	40.9%	「1～3人」32.4%、「4人以上」8.5%

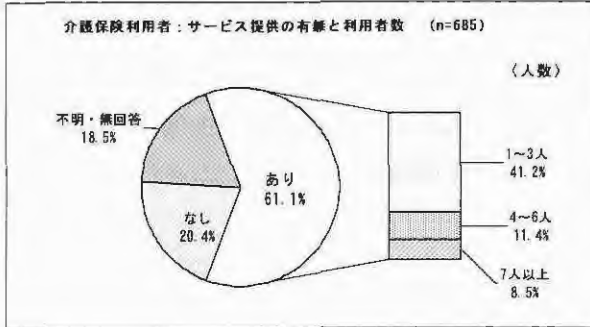
介護保険利用者からの電話相談を受けている訪問看護ステーションが61.1%にのぼる。次いで、医療保険利用者の場合で47.0%である。なお、休日夜間の電話（相談）を受けているステーションも40.9%に上っている（図表4.1）。

注：<人数>・<延べ回数>いずれか一方しか回答していない事業所があるため、<人数>の回答数と<延べ回数>の回答数は一致しない場合がある。

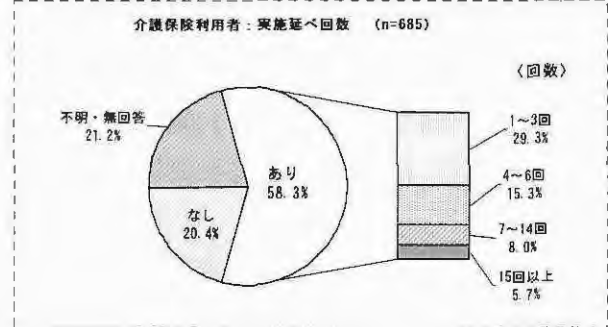
図表 4.1 電話相談の実施状況（直近1週間の状況）

① 介護保険利用者

【サービス提供の有無と利用者数】

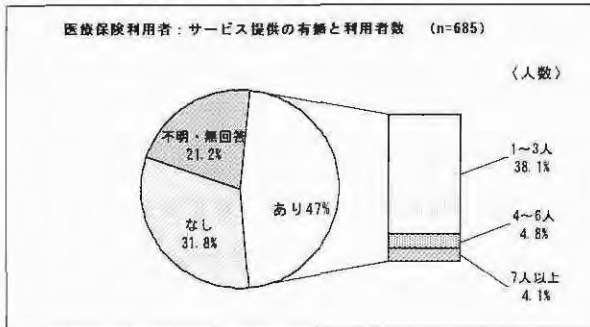


【実施延べ回数】

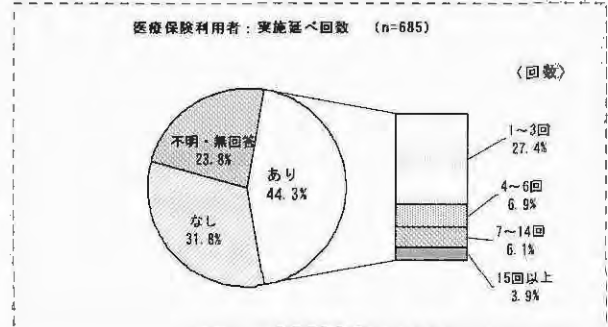


② 医療保険利用者

【サービス提供の有無と利用者数】

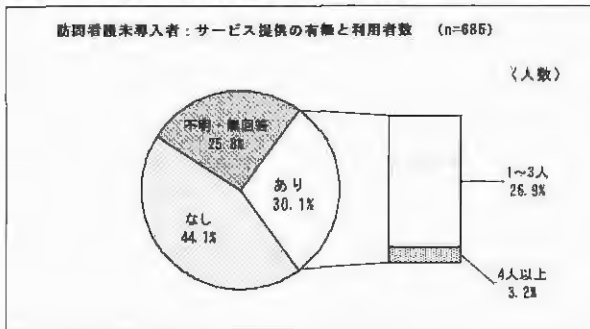


【実施延べ回数】

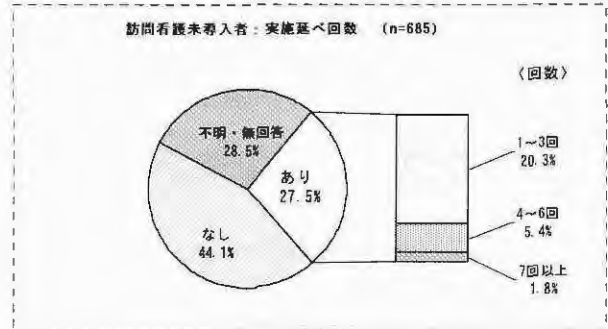


③ 訪問看護未導入者

【サービス提供の有無と利用者数】

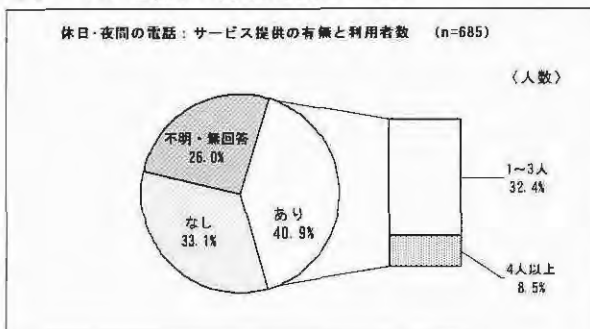


【実施延べ回数】

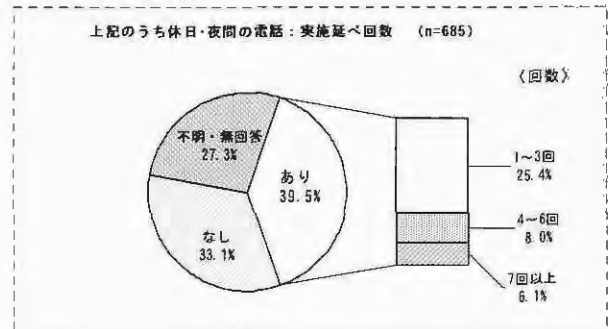


④ 上記のうち休日・夜間の電話

【サービス提供の有無と利用者数】



【実施延べ回数】



4.2 退院前の病院・施設等への訪問

<背景>

訪問看護は「居宅への訪問」であることから、現状では退院・退所前の病院・施設等への訪問は、「地域連携退院時共同指導加算」を算定する場合を除き、訪問看護として認められていない。

「地域連携退院時共同指導加算」の算定要件としては、退院に先がけ、訪問看護ステーションの看護師等と入院（入所）施設の医師等が退院後の在宅療養についての指導を入院（入所）施設において共同で行った場合、1回の入院につき1回算定できる。（ただし、開設主体が同一の病院や老健施設において行われる共同指導は「特別の関係にある保険医療機関等」にあたるため算定できない。）

がんや難病などの重症者の退院に際しては、利用者や家族の望む終末期の過ごし方、急変時の対応、医療機器等の取扱いに関する介護者の習得状況などを把握するため、訪問看護師は複数回病院（施設）を訪問するケースがあるが、「地域連携退院時共同指導加算」が算定できるのは1回限りである。

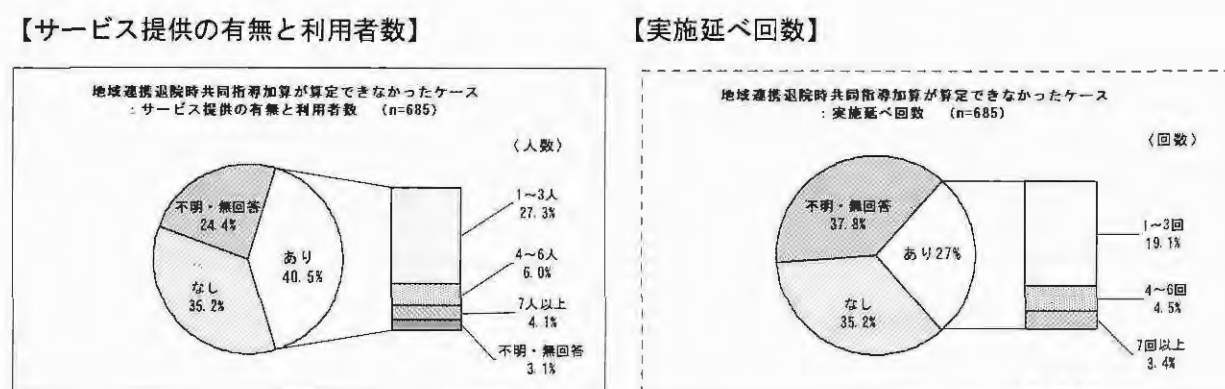
また、現行の介護報酬においては退院前の病院・施設等への訪問を評価するしくみはない。

<調査結果>

(1) 地域連携退院時共同指導加算が算定できなかったケース

退院前の病院・施設等への訪問を行ったが「地域連携退院時共同指導加算が算定できなかったケース」をみると（平成19年1月～3月の3ヶ月間実績）、当該ケースがあったステーションは40.5%となっている。利用者数は「1～3人」のステーションが多く27.3%を占めている（図表4.2.1）。

図表 4.2.1 地域連携退院時共同指導加算が算定できなかったケース



地域連携退院時共同指導加算が算定できなかった理由としては、「介護保険利用者のため」が70.0%にのぼる。次いで「病院と特別な関係のため」が43.0%であった。他は10%未満であった（図表4.2.2）。

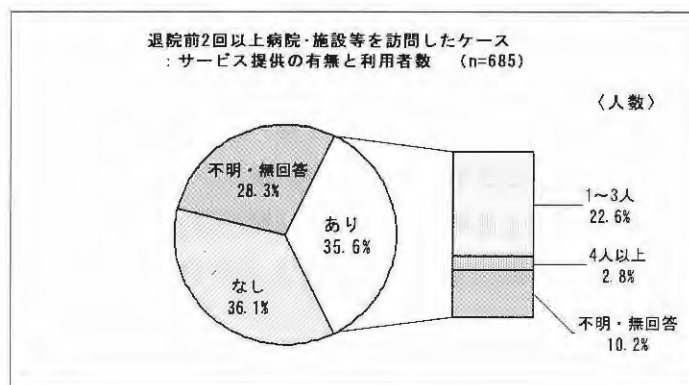
図表4.2.2 地域連携退院時共同指導加算が算定できなかった理由（複数回答）

	事業所数	割合
①患者及び家族への説明ができない	25	9.0%
②患者及び家族の同意が得られない	8	2.9%
③病院と「特別な関係」のため	119	43.0%
④介護保険利用者のため	194	70.0%
計	277	100.0%

（2）退院前2回以上病院・施設等を訪問したケース

退院前に2回以上病院・施設等を訪問したケースがあるとしたステーションは35.6%であった。該当利用者数（平成19年1月～3月の3ヶ月間）は「1～3人」が22.6%、「4人以上」が2.8%である（図表4.2.3）。

図表4.2.3 退院前2回以上病院・施設等を訪問したケース



当該ケースの患者特性（複数回答）としては「がんターミナル」が51.2%でもっとも多い。次いで、「（がんターミナル、難病以外の）重症者管理加算又は特別管理加算算定者」が36.9%である。その他「難病」「認知症」が25%前後となっている（図表4.2.4）。

なお、「その他」が23.8%であるが、その具体的内容としては「脳血管疾患」がもっとも多く（8件）、次いで「心疾患」（6件）などとなっている（図表4.2.5）。

図表 4. 2. 4 退院前 2 回以上病院・施設等を訪問した患者の特性（複数回答）

	事業所数	割合
①がんターミナル	125	51.2%
②難病	63	25.8%
③1、2以外の重症者管理加算又は特別管理加算算定者	90	36.9%
④認知症	59	24.2%
⑤認知症以外の精神疾患	16	6.6%
⑥その他	58	23.8%
計	244	100.0%

図表 4. 2. 5 2 回以上病院・施設等を訪問したケース「⑥その他」の主な内訳（複数回答）

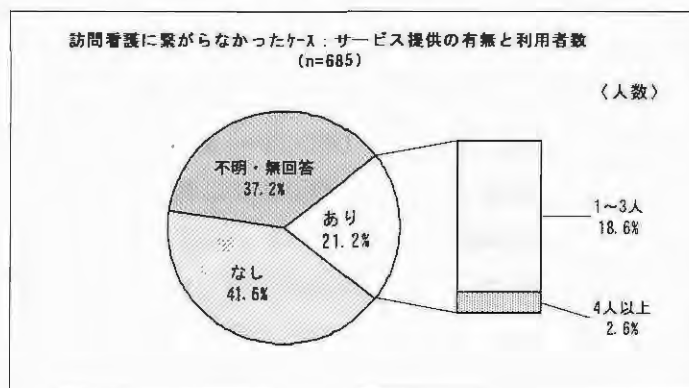
理由(利用者の状態など)	件数	理由(利用者の状態など)	件数
脳血管疾患	8	糖尿病	2
心疾患	6	やけど	2
がん(ターミナル期以外)	4	精神疾患	2
褥瘡	4	リハビリテーション内容の確認	2
医療器具の装着・管理	3	その他	12
		無回答・不明	21
		計	58

(3) 訪問看護につながらなかったケース

退院前に病院・施設等を訪問し退院調整を行っても、結果として病状の急変や本人・家族の気持ちの変化により在宅への移行ができず、訪問看護の導入につながらないケースもある。

図表 4. 2. 6 より、平成 19 年 1～3 月の 3 ヶ月間で「訪問看護につながらなかったケース」があるステーションは 21.2%、該当者数の内訳は「1～3 人」が 18.6%となっていた（図表 4. 2. 6）。

図表 4. 2. 6 訪問看護につながらなかったケース



4.3 退院日の訪問看護

<背景>

平均在院日数短縮化が進み、がん末期・難病などの重症患者が医療機器をつけたまま退院するケースが増えてきている。在宅療養への円滑な移行に向け、訪問看護が退院日当日に訪問し、医療器具の使用法の確認や療養環境の整備を行う場合がある。

しかし現状では、退院当日における患者の医学的管理は退院元の医療機関において行われるべきものとされており、退院日の訪問看護実施については、介護保険による訪問看護利用者で「特別管理加算」※を算定している者を除き、訪問看護に係る費用を算定することはできない。

※特別管理加算（介護保険）は、在宅酸素療法や気管カニューレ等、下記のような状態にある利用者に対して計画的な管理を行った場合に算定できる（1月あたり250単位）。

- イ 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸法指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理、在宅気管切開者指導管理を受けている状態
- ロ 気管カニューレ、ドレーンチューブ、留置カテーテルを使用している状態
- ハ 人工肛門、人工膀胱を設置している状態

<調査結果>

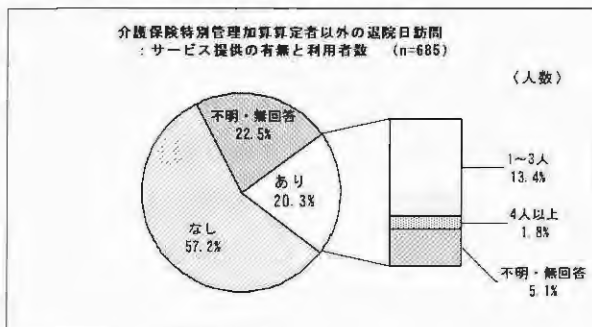
平成19年1月～3月の間に「介護保険の特別管理加算算定者以外で退院日に訪問を行ったケース」がある訪問看護ステーションは20.3%であった。利用者数は「1～3人」のステーションが全体の13.4%を占める。実施延べ回数も「1～3回」が大多数を占めている（図表4.3.1）。

退院日に訪問看護を行った患者の特性としては、「がんターミナル」をあげるステーションが半数以上の52.2%である。次いで、「(がんターミナル、難病以外の)重症者管理加算又は特別管理加算算定者」23.9%、「難病」22.4%などとなっている（図表4.3.2）。

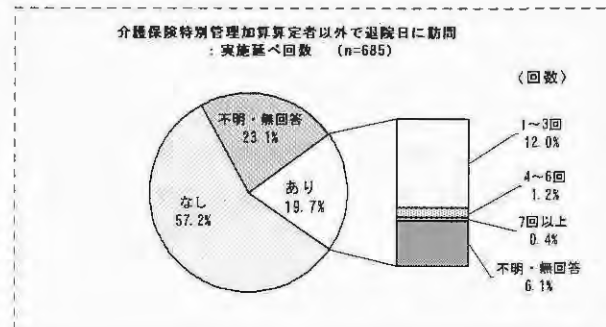
なお、「その他」18.7%のうち、具体的な内容について有効回答があったものでは「家庭環境（独居、家族に介護力がない等）」（4件）が相対的に多かった（図表4.3.3）。

図表 4.3.1 介護保険の特別管理加算算定者以外で退院日に訪問を行ったケース

【サービス提供の有無と利用者数】



【実施延べ回数】



図表 4.3.2 退院日に訪問看護を行った患者の特性（介護保険の特別管理加算算定者以外）（複数回答）

	事業所数	割合
①がんターミナル	70	52.2%
②難病	30	22.4%
③1、2以外の重症者管理加算又は特別管理加算算定者	32	23.9%
④認知症	15	11.2%
⑤認知症以外の精神疾患	7	5.2%
⑥その他	25	18.7%
計	134	100.0%

図表 4.3.3 退院日の訪問看護を行ったケース「⑥その他」の主な内訳（複数回答）

理由(利用者の状態など)	件数
家庭環境(独居、家族に介護力がない等)	4
吸引	2
排泄コントロール	2
その他	7
無回答・不明	10
計	25

4.4 医療保険利用者の計画的な休日・夜間・早朝訪問

<背景>

利用者の状態によっては、訪問看護の提供は平日の昼間にとどまらず、休日や夜間・早朝の定期的訪問が利用者にとって適切な場合もある。

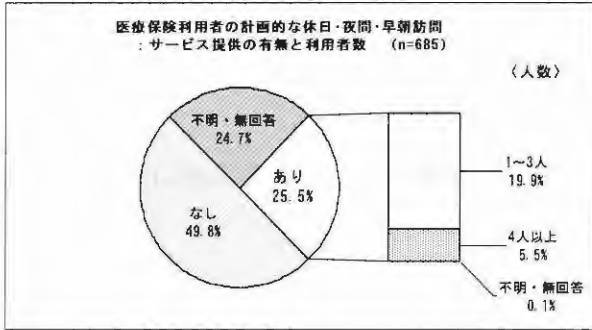
介護保険の訪問看護では「早朝・夜間・深夜加算」の設定があり、夜間（18:00～22:00）または早朝（6:00～8:00）の訪問看護は所定単位の25%加算、深夜（22:00～6:00）の場合は所定単位の50%加算となっている。一方医療保険の診療報酬設定では、ステーションの営業時間外の訪問看護提供に対する加算の設定はなされていない。

<調査結果>

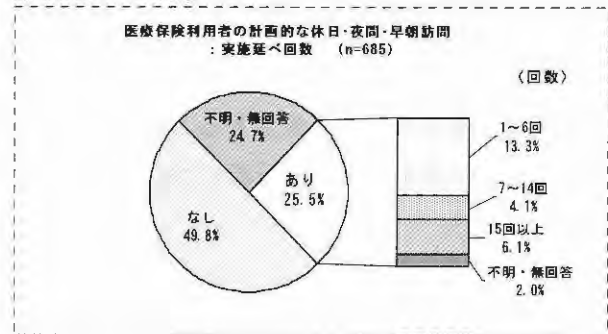
平成19年1月～3月の間に「医療保険利用者の計画的な休日・夜間・早朝訪問」を行ったステーションは全体の4分の1強の25.5%であった。対象利用者数は「1～3人」が19.9%と多く、「4人以上」は5.5%であった。実施延べ回数も多くステーションが「1～6回」である（全体の13.3%）が、「15回以上」のステーションもみられた（全体の6.1%）（図表4.4）。

図表 4.4 医療保険利用者の計画的な休日・夜間・早朝訪問

【サービス提供の有無と利用者数】



【実施延べ回数】



4.5 退院・退所に向けた試験外泊時の訪問

<背景>

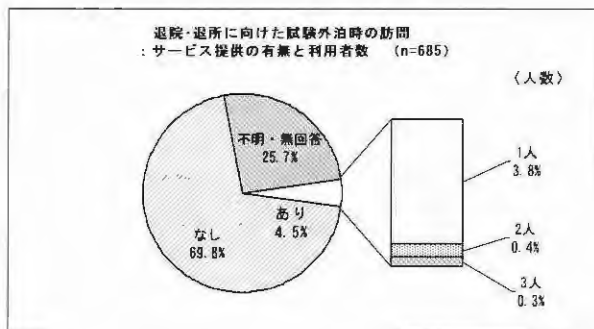
病院・施設等から在宅への円滑な移行を図る上で、1~数回「試験外泊」として自宅等に戻る試みを行って在宅療養での吸引や医療機器管理の方法を確認し、患者や家族の不安軽減につなげるということがある。試験外泊の期間は病院・施設等への入院（入所）扱いであるので、自宅に訪問看護が出向いたとしても報酬上は算定できない。

<調査結果>

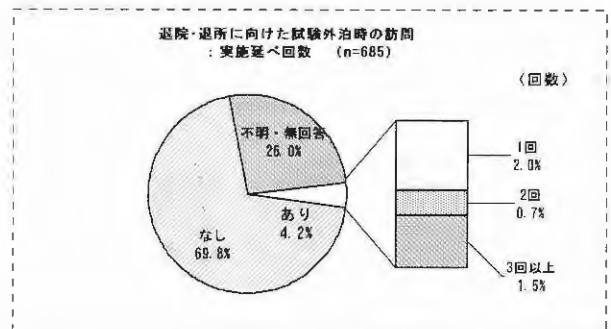
平成 19 年 1 月～3 月の間に退院・退所に向けた試験外泊時の訪問を行ったステーションは 4.5%にとどまっている。実施延べ回数は「1回」が 2.0%、「3回以上」は 1.5%である（図表 4.5）。

図表 4.5 退院・退所に向けた試験外泊時の訪問

【サービス提供の有無と利用者数】



【実施延べ回数】



4.6 医療保険利用者への医師との同日訪問

<背景>

現行の診療報酬制度では、医療機関からの医師の訪問診療と、訪問看護ステーションからの訪問看護は同日に算定できる場合とできない場合がある。医療機関と訪問看護ステーションの開設者が同一であるなど、所謂「特別な関係」※かつ指示書交付関係にあるとき、医療保険では訪問診療と訪問看護を同日に算定することはできない。

一方、介護保険の訪問看護については、医療保険の訪問診療と別の時間帯であれば同日算定は可能である。

※「特別な関係」とは、

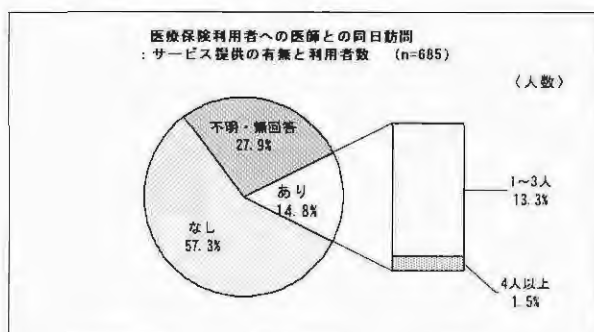
- ① 当該保険医療機関等の開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合
- ② 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合
- ③ 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合
- ④ 当該保険医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合
- ⑤ ①～④までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関が、当該他の保険医療機関の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る）

<調査結果>

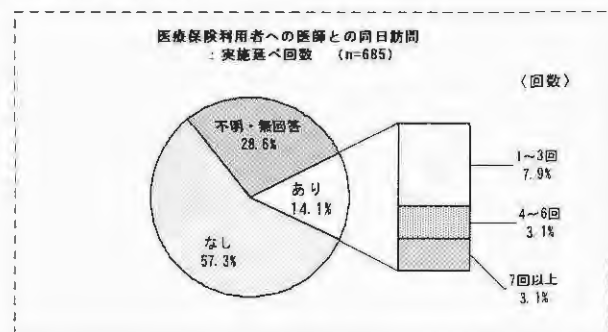
同一医療法人等、特別な関係にある診療所・病院の医師との同日訪問の有無をみると、平成19年1月～3月の間に「ある」としたステーションは14.8%であった。利用者数は「1～3人」が大多数を占める（全体の13.3%）。訪問延べ回数は「1～3回」が多い（全体の7.9%）が、「4～6回」や「7回以上」のステーションもみられた（ともに全体の3.1%）（図表4.6）。

図表 4.6 医療保険利用者への医師との同日訪問

【サービス提供の有無と利用者数】



【実施延べ回数】



4.7 複数名による訪問

<背景>

現行の診療報酬・介護報酬の算定要件では、同一訪問看護ステーションから看護師が1名で訪問した場合も、複数（理学療法士等も含む）で訪問した場合も、算定できる報酬額は同じである。しかし、患者の疾患や状態によっては、労力・時間等の観点から看護師1人での訪問看護が困難であり、複数名による訪問を実施するケースがある。

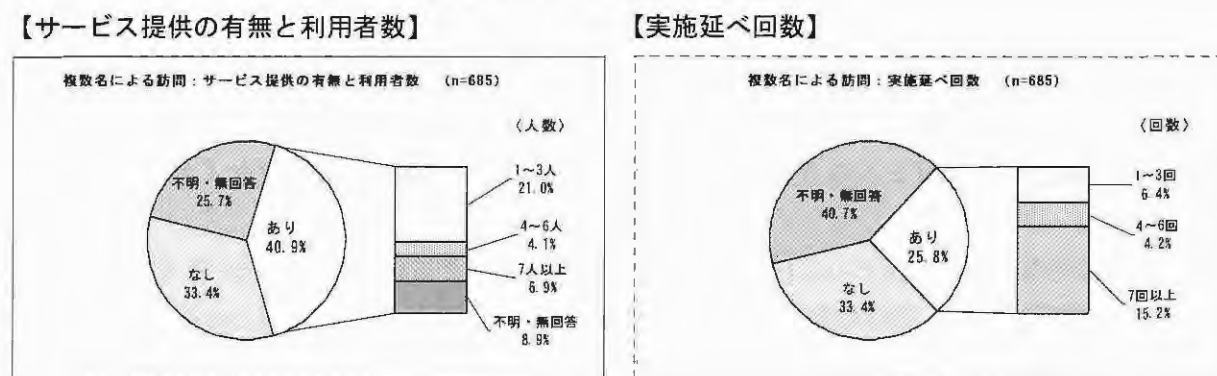
<調査結果>

平成19年1月～3月に「複数名による訪問」を実施したステーションは40.9%であった。利用者数は「1～3人」のステーションが多い（全体の21.0%）が、「7人以上」のステーションもみられる（全体の6.9%）。実施延べ回数ベースでは「7回以上」のステーションがもっとも多い（全体の15.2%）（図表4.7.1）。

複数名による訪問を行った患者の特性（複数回答）としては、「がんターミナル」をあげるステーションが58.4%と半数を超えている。次いで「難病」44.8%、「（がんターミナル、難病以外の）重症者管理加算又は特別管理加算算定者」35.1%となっている（図表4.7.2）。

なお、「その他」34.1%の具体的内容としては、「脳血管疾患（後遺症を含む）」（15件）が最も多く、次いで「褥瘡」「看護・介護困難（半身麻痺、体重が重い等）」（各12件）、「入浴介助」（10件）となっていた（図表4.7.3）。

図表 4.7.1 複数名による訪問



図表 4.7.2 複数名による訪問を行った患者の特性（複数回答）

	事業所数	割合
①がんターミナル	163	58.4%
②難病	125	44.8%
③1、2以外の重症者管理加算又は特別管理加算算定者	98	35.1%
④認知症	61	21.9%
⑤認知症以外の精神疾患	23	8.2%
⑥その他	95	34.1%
計	279	100.0%

図表 4.7.3 複数名による訪問を行ったケース「⑥その他」の主な内訳（複数回答）

理由(利用者の状態など)	件数	理由(利用者の状態など)	件数
脳血管疾患(後遺症含む)	15	人工呼吸器管理	4
褥瘡処置	12	処置に時間がかかる	4
看護・介助困難(半身麻痺、体重が重い等)	12	病状悪化	3
入浴介助	10	訪問看護師の安全確保のため	3
頚椎・脊椎損傷	7	心疾患	2
転倒・骨折のリスクが大きい	6	老衰	2
糖尿病	5	家族の事情	2
		その他	11
		計	58

4.8 ターミナルケア療養費（医療保険）の算定ができなかったケース

<背景>

医療保険のターミナルケア療養費（支援診と連携の場合 15,000 円、それ以外の医師と連携の場合 12,000 円）の算定要件は、

- ①在宅で死亡した利用者に対して、死亡前 14 日以内に 2 回以上の訪問を行い、
- ②かつ、死亡前 24 時間以内にターミナルケアを実施した場合 となっている。

すなわち、在宅での看取りを想定して訪問看護を継続してきても、急変して病院に運ばれそのまま亡くなったケース等、②の 24 時間以内の要件を満たさなければターミナル療養費は算定できない。

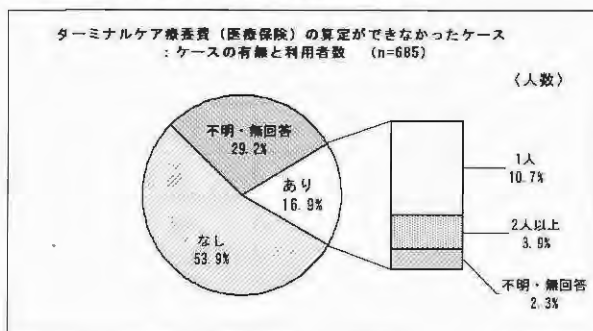
<調査結果>

平成 19 年 1 月～3 月にターミナルケア療養費（医療保険）の算定ができなかったケースが「ある」としたステーションは 16.9%であった。対象利用者数は「1 人」のステーションが多い（全体の 10.7%）。次いで「2 人以上」であった（全体の 3.9%）。実施延べ回数も「1 回」がほとんどであった（図表 4.8.1）。

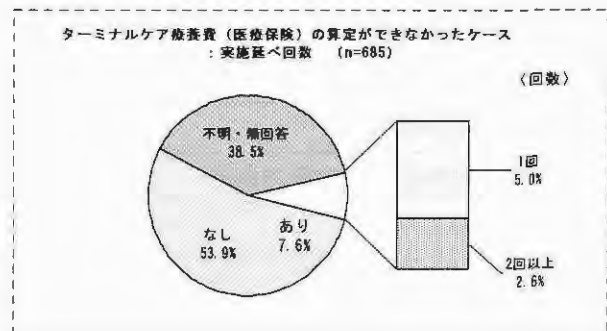
算定ができなかった理由としては「24 時間以内の訪問ができなかったから」が 83.6%にのぼる。また、「短期間で死亡し訪問回数（死亡前 14 日以内に 2 回以上）の要件を満たせなかったから」が 34.5%であった（図表 4.8.2）。

図表 4.8.1 ターミナルケア療養費（医療保険）の算定ができなかったケース

【サービス提供の有無と利用者数】



【実施延べ回数】



図表 4.8.2 ターミナルケア療養費（医療保険）が算定できなかった理由（複数回答）

	事業所数	割合
①24時間以内の訪問ができなかったから	97	83.6%
②短期間で死亡し訪問回数の要件を満たせなかったから	40	34.5%
③その他	2	1.7%
計	116	100.0%

4.9 ターミナルケア加算（介護保険）の算定ができなかったケース

<背景>

介護保険のターミナルケア加算（1,200単位）の算定要件は以下の通りである。

- ①死亡前24時間以内にターミナルケアを実施していること
- ②24時間連絡体制が確保された事業所であること
- ③ターミナルケアの提供内容について、訪問看護記録に記載されていること

介護保険の場合も医療保険と同様、急変して病院に運ばれそのまま亡くなったケース等、死亡前24時間以内のターミナルケアができなかった場合にはターミナルケア加算は算定できない。

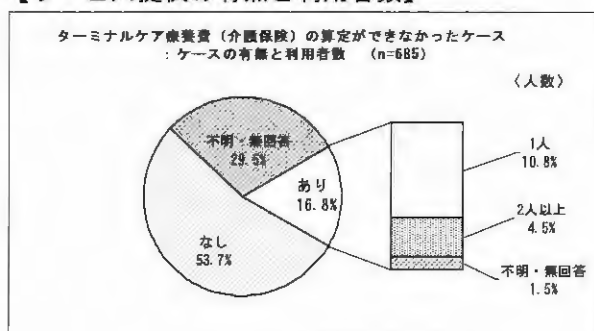
<調査結果>

平成19年1月～3月の間にターミナルケア加算の算定ができなかったケースが「ある」としたステーションの割合は16.8%であった。該当利用者数は「1人」のステーションが半数以上を占める。実施延べ回数も「1回」が多い（図表4.9.1）。

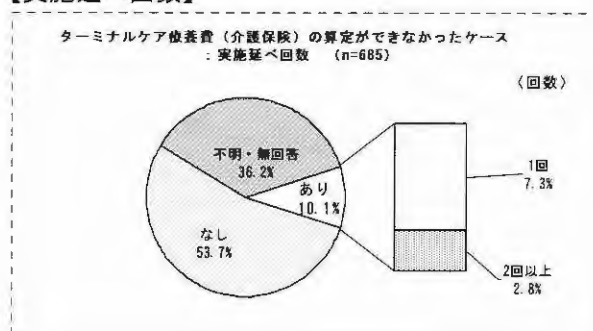
ターミナルケア加算が算定できなかった理由としては、前述の「ターミナルケア療養費（医療保険）」の場合と同様に「24時間以内の訪問ができなかったから」が多く、87.0%に上る。他の理由はいずれも10%未満となっている（図表4.9.2）。

図表 4.9.1 ターミナルケア加算（介護保険）の算定ができなかったケース

【サービス提供の有無と利用者数】



【実施延べ回数】



図表 4.9.2 ターミナルケア加算（介護保険）が算定できなかった理由（複数回答）

	事業所数	割合
①24時間以内の訪問ができなかったから	100	87.0%
②緊急時訪問看護加算（介護保険）の届出をしていないため	10	8.7%
③対象者が要支援1又は2だったため	4	3.5%
④その他	4	3.5%
計	115	100.0%

4.10 グリーフケア（遺族ケア）

<背景>

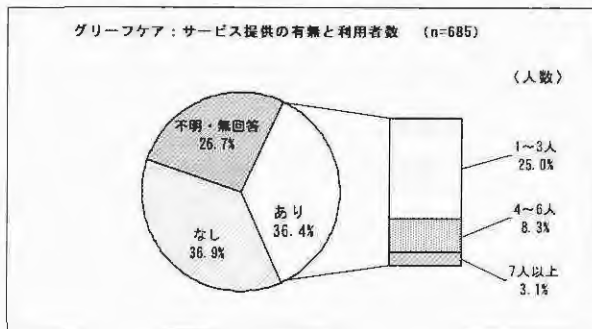
訪問看護による在宅での看取りは、対象者の死亡をもって完了する訳ではなく、時には遺された家族を訪問し、ショックや悲しみ等の感情に寄り添い、精神的に支えるといった役割も果たしている。現行の訪問看護に係る診療・介護報酬は対象者が生存中のサービス提供を評価するものであり、こうしたグリーフケア（遺族ケア）に対する報酬上の評価はない。

<調査結果>

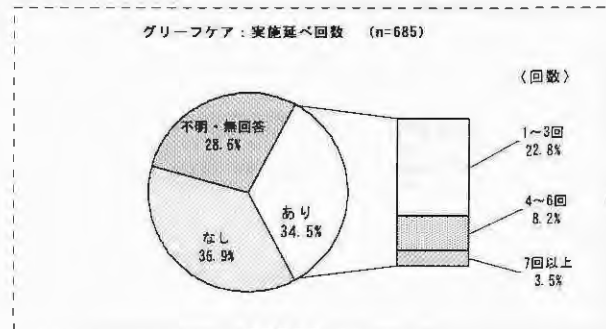
平成19年1月～3月の3ヵ月間にグリーフケア（遺族ケア）の実施があったステーションは36.4%であった。該当利用者数は「1～3人」（全体の25.0%）が多いが、「7人以上」も少数みられる（全体の3.1%）（図表4.10）。

図表 4.10 グリーフケア（遺族ケア）

【サービス提供の有無と利用者数】



【実施延べ回数】



5 医師との連携状況

各訪問看護ステーションが2007年3月時点で訪問看護指示書の交付を受けている診療所・病院の中から、連携による看取り数が①最も多い診療所・病院、②最も少ない診療所・病院について、それぞれの医師との連携の状況を「そう思う」「まあそう思う」「あまりそう思わない」「そう思わない」の4段階で回答を得た。

<おことわり>

(1) 訪問看護ステーションが連携している診療所・病院の中から、連携による看取り数が①最も多い診療所・病院、②最も少ない診療所・病院の2件についての評価をしてもらい（昨年度看取りを全くしていないステーションについては、任意の診療所・病院について「最も少ない診療所・病院」として評価してもらう）、①と②のデータを結合した。当該訪問看護ステーションが連携している全ての診療所・病院についての評価を反映したものではない。

(2) 本調査に回答した訪問看護ステーション685件の連携診療所・病院総数11,287件のうち、「平成18年5月以降」に連携を開始したのは5.3%（596件）である。したがって、本調査の訪問看護ステーションが連携している診療所（支援診含む）のうち、平成18年度診療報酬改定を機に在宅療養支援診療所となってあらたに訪問看護ステーションと連携を開始した診療所は少数であり、以前から連携があつて信頼関係や連携のノウハウが蓄積され、在宅診療の質がある程度担保されている診療所が大半を占めると考えられる。そのため、本項における訪問看護ステーションの診療所（支援診含む）に対する評価は、比較的高めである可能性を留意する必要がある。

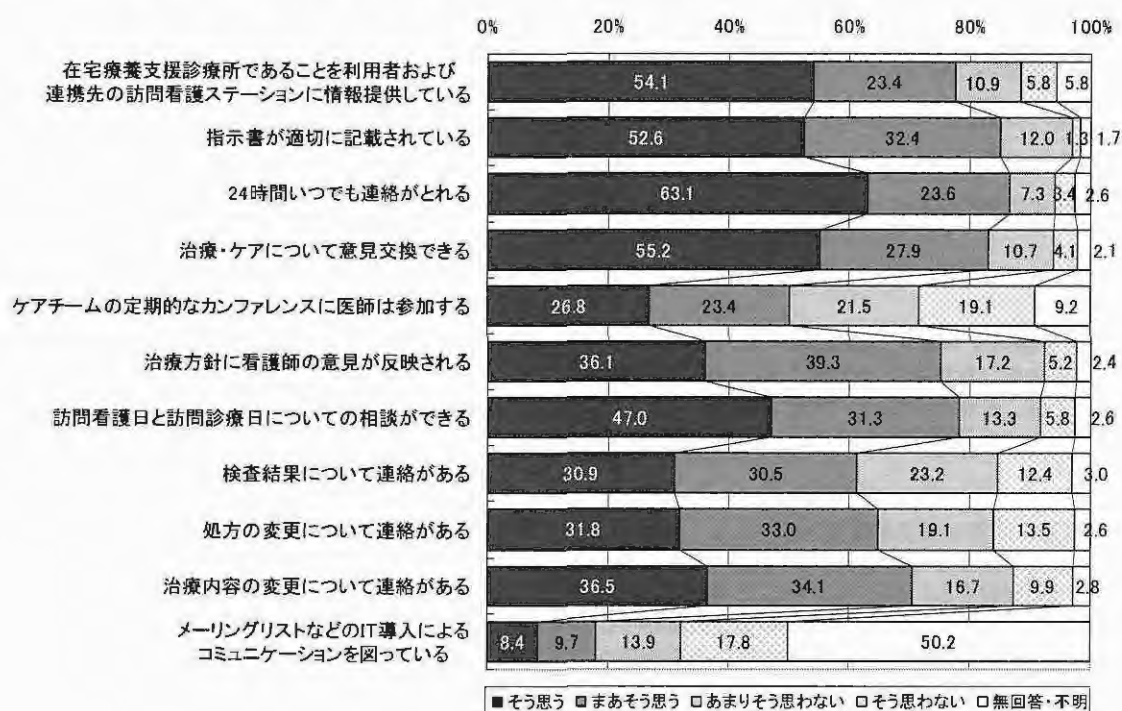
5.1 連携する在宅療養支援診療所に対する評価

(1) 情報共有について

連携する在宅療養支援診療所から訪問看護ステーションへの情報提供・情報共有の状況についてたずねた（図表5.1.1）。

在宅療養支援診療所の施設基準の一つである「24時間いつでも連絡がとれる」は、86.7%（「そう思う」と「まあそう思う」の合計。以下同様）に上る。「指示書が適切に記載されている」（85.0%）、「治療・ケアについて意見交換できる」（83.1%）等の項目でも評価が高いが、「ケアチームの定期的なカンファレンスに医師は参加する」は50.2%と相対的に低くなっている。「メーリングリストなどのIT導入によるコミュニケーションを図っている」については「無回答・不明」が50.2%を占めているが、これは、メーリングリストなどのシステムを導入していない診療所が大半であるため、評価ができなかったことに起因すると考えられる。一方向、双方向の情報共有については比較的積極的に行われているが、カンファレンスの実施、IT導入によるコミュニケーションなど、看護を含めた多職種間の情報共有の取り組みは一部の支援診にとどまっている。

図表 5. 1. 1 在宅療養支援診療所との情報共有に対する評価 (n=466)

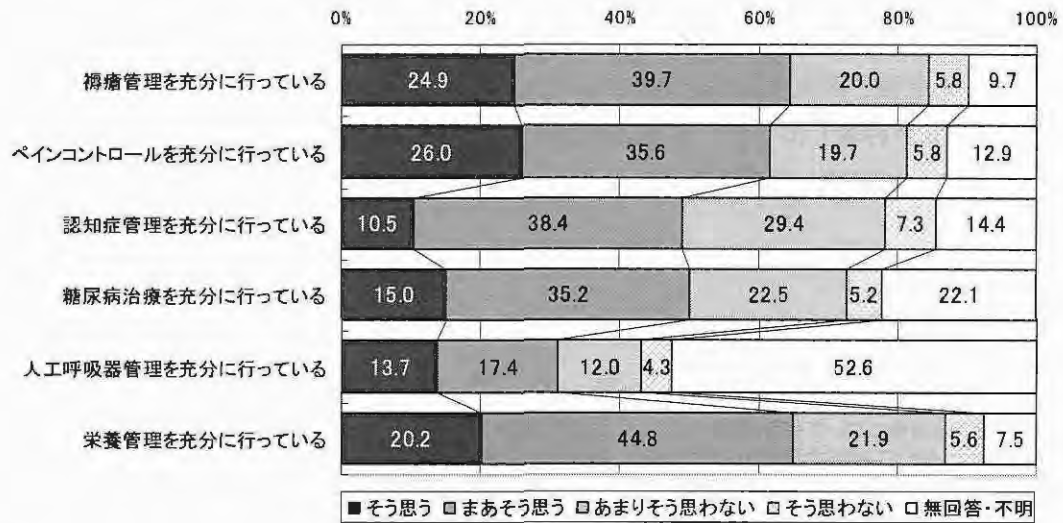


(2) 在宅診療の内容について

利用者や家族の苦痛・負担を軽減しながら在宅療養および在宅での看取りを支えるために必要となる、主な医学的管理・治療の内容について、訪問看護ステーションが連携している支援診療の現状の水準を評価してもらった(図表 5. 1. 2)。

「褥瘡管理を充分に行っている」は 64. 6% (「そう思う」「まあそう思う」の合計。以下同じ)、「ペインコントロールを充分に行っている」では 61. 6%の支援診療が一定程度の評価を受けている。「認知症管理」「糖尿病治療」は、それぞれ 48. 9%、50. 2%でやや評価が低い。また、「人工呼吸器管理を充分に行っている」では「無回答・不明」が 52. 6%に上ったが、これは、現在支援診療から指示書を受けている患者に人工呼吸器装着者がいないため、支援診療の診療技術水準が判断できなかったものと考えられる。「人工呼吸器管理」が充分できていると評価された支援診療は 31. 1%にとどまっている。

図表 5. 1. 2 在宅療養支援診療所の診療内容に対する評価 (n=466)



図表 5. 1. 2 に挙げた項目以外に、訪問看護から見て、在宅診療に携わる医師に必要な診療・処置の内容を挙げてもらった（自由記載、複数回答）。最も多かったのは「経管栄養の管理」13 件で、うち「胃ろうの管理」が 9 件。次いで「膀胱留置カテーテル管理」が 12 件、「在宅酸素療法（HOT）」9 件となっていた（図表 5. 1. 3）。

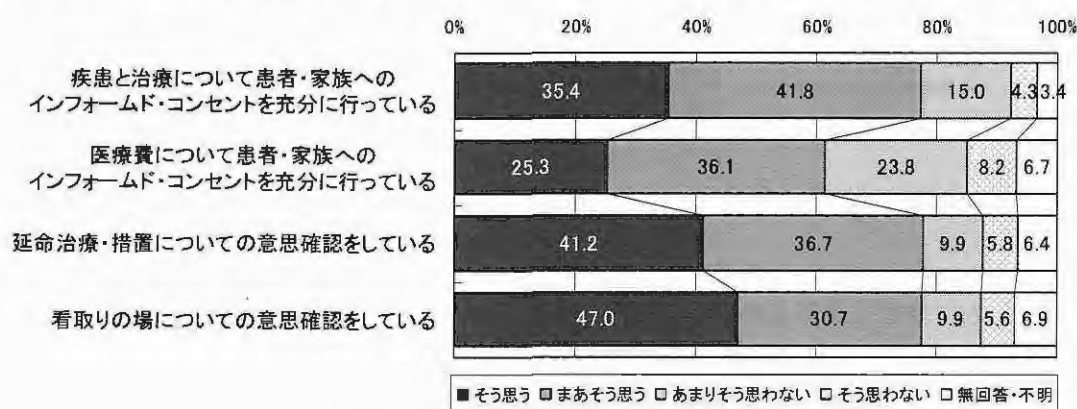
図表 5. 1. 3 在宅医療に必要な診療内容（自由記載、複数回答）

診療内容	件数	診療内容	件数
経管栄養の管理(うち胃ろう)	13(9)	ターミナルケア	4
膀胱留置カテーテル管理	12	排泄コントロール	3
在宅酸素療法(HOT)	9	胆管ドレナージ(PTCD)	2
点滴	8	リハビリテーション	2
気管切開の処置	8	内科系全般	2
中心静脈栄養(IVH)	7	その他	8
精神疾患	5	計	83

(3) インフォームド・コンセントについて

「疾患と治療についての患者・家族へのインフォームド・コンセント」については、77.2%（「そう思う」「まあそう思う」の合計。以下同じ）の支援診が充分に行っていると評価されている。「医療費についての患者・家族へのインフォームド・コンセント」はやや評価が低く61.4%。「延命治療・措置」「看取りの場」についての意思確認は、それぞれ77.9%、77.7%の支援診が充分に行っていると評価されている（図表5.1.4）。

図表 5. 1. 4 在宅療養支援診療所のインフォームド・コンセント実施に対する評価（n=466）



(4) その他の体制について

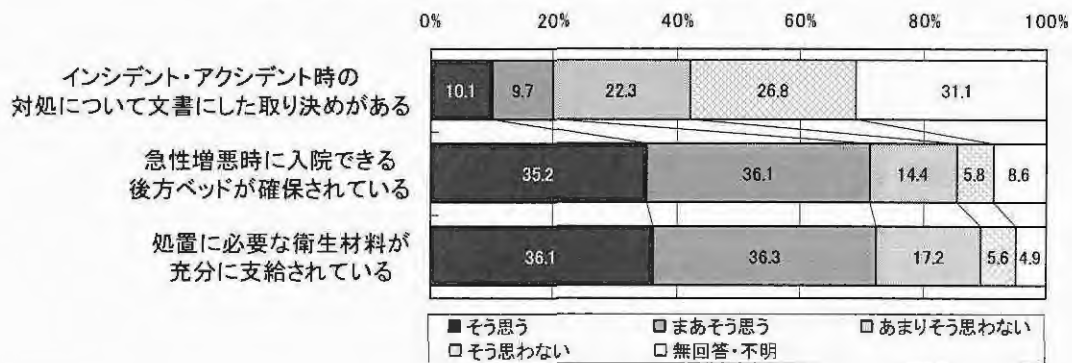
「インシデント・アクシデント時の対処について文書にした取り決めがある」と評価された支援診は19.8%（「そう思う」「まあそう思う」の合計。以下同様）であり、医療安全対策の文書を整備している支援診は少数にとどまっている（図表5.1.5）。

「急性増悪時に入院できる後方ベッドの確保」は支援診の施設要件の一つであるが、確保されていると評価されたのは71.3%である。2割近くの支援診は不十分であると評価されている。

現行の薬事法上では、訪問看護ステーションが衛生材料や医薬品を保険対象として扱い、管理をすることは認められていない。医療処置に伴う衛生材料や医薬品、医療機器などは、それを指導・管理する医師が準備し提供するものとされ、診療報酬上で医師が「在宅療養指導管理料」を請求するしくみとなっている。そのため、訪問看護が緊急時の医療処置や日常の比較的軽度な応急処置を滞りなく行うためには、連携する診療所・病院から必要かつ十分な衛生材料が支給されなければならない。

「処置に必要な衛生材料が十分に支給されている」と評価された支援診は72.4%であったが、約2割の支援診は不十分であるという評価だった。

図表 5. 1. 5 その他の体制に対する評価 (n=466)



5. 2 在宅療養支援診療所とその他の病院・診療所の比較

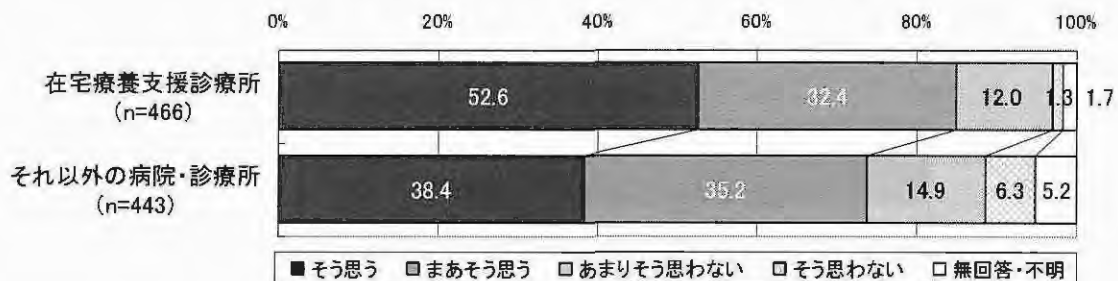
(1) 情報の共有について

訪問看護ステーションとの情報共有の状況について、支援診とそれ以外の病院・診療所の評価に対する評価を比較した(図表 5. 2. 1~図表 5. 2. 10)。

情報共有に関するいずれの項目においても、支援診はそれ以外の病院・診療所に比べ、訪問看護ステーションと積極的に情報共有を行っているという評価されていた。当然のことではあるが、支援診の施設要件である「24 時間いつでも連絡がとれる」については支援診が 86. 7%、それ以外の病院・診療所が 59. 4% (「そう思う」「まあそう思う」の合計。以下同様) と差が大きい。それ以外にも、「処方の変更について連絡がある」(支援診 64. 8%、それ以外の病院・診療所 42. 9%)、「治療内容の変更について連絡がある」(支援診 70. 6%、それ以外の病院・診療所 46. 5%) といった訪問看護のケア内容にも影響する患者情報の共有について、支援診の方がより高く評価されている。

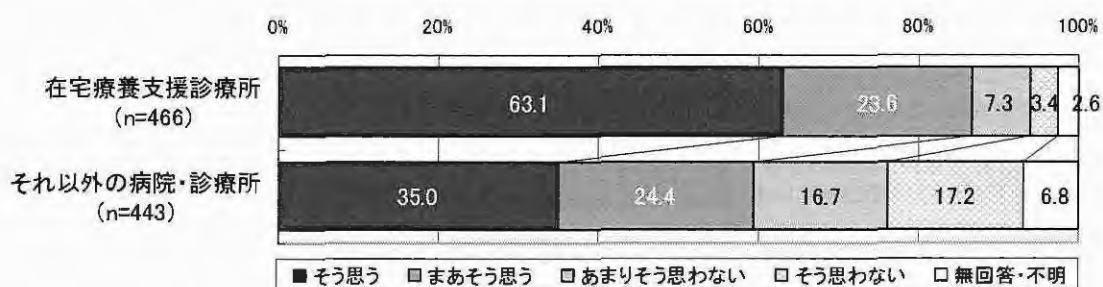
「ケアチームの定期的なカンファレンスに医師は参加する」については、支援診、それ以外の病院・診療所ともに、情報共有の他の項目と比べると相対的に評価が低いものの、支援診が 50. 2% に対し、それ以外の病院・診療所は 32. 0%にとどまっている。在宅医療に関わる多職種間の情報共有の取り組みについても、支援診が一步先んじているという結果がみられた。

図表 5. 2. 1 指示書が適切に記載されている



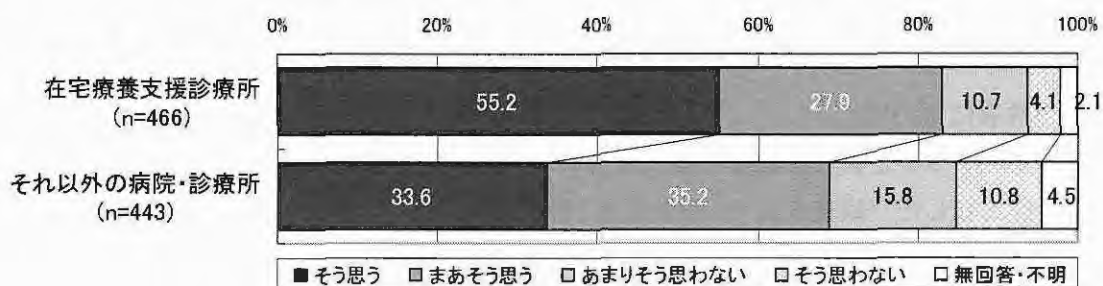
Pearson $\chi^2=35.39$ $p<0.001$

図表 5. 2. 2 24時間いつでも連絡がとれる



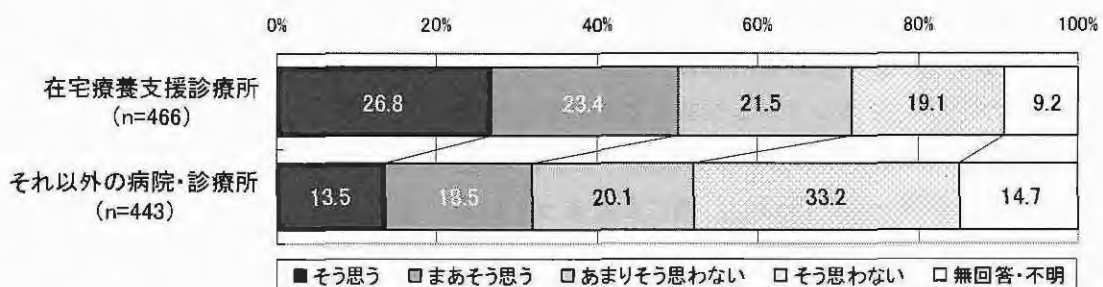
Pearson $\chi^2=104.19$ $p<0.001$

図表 5. 2. 3 治療・ケアについて意見交換できる



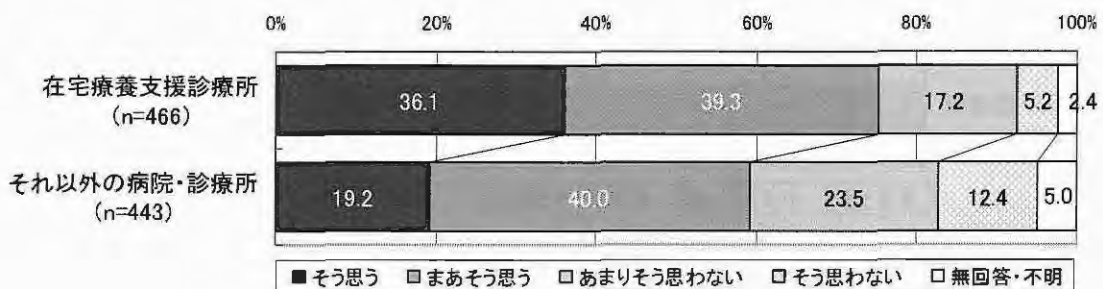
Pearson $\chi^2=49.76$ $p<0.001$

図表 5. 2. 4 ケアチームの定期的なカンファレンスに医師は参加する



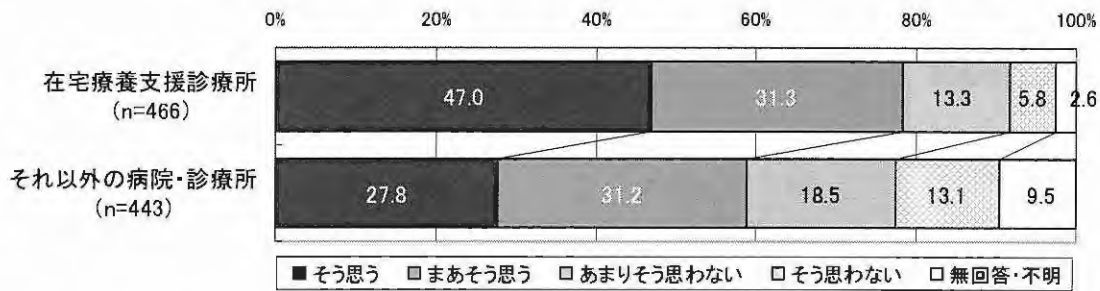
Pearson $\chi^2=45.48$ $p<0.001$

図表 5. 2. 5 治療方針に看護師の意見が反映される



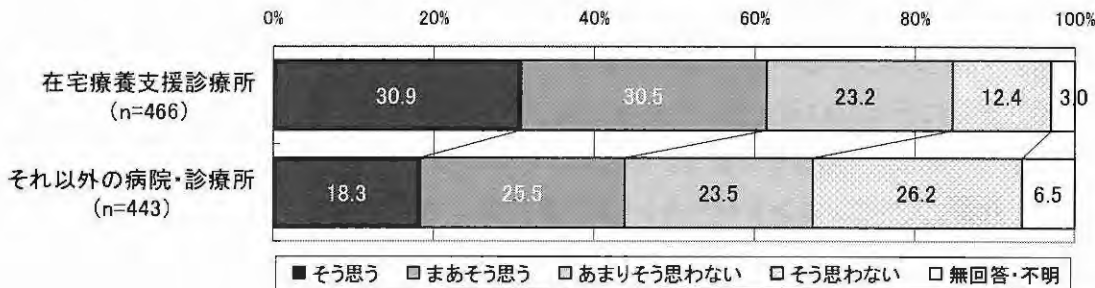
Pearson $\chi^2=45.74$ $p<0.001$

図表 5. 2. 6 訪問看護日と訪問診療日についての相談ができる



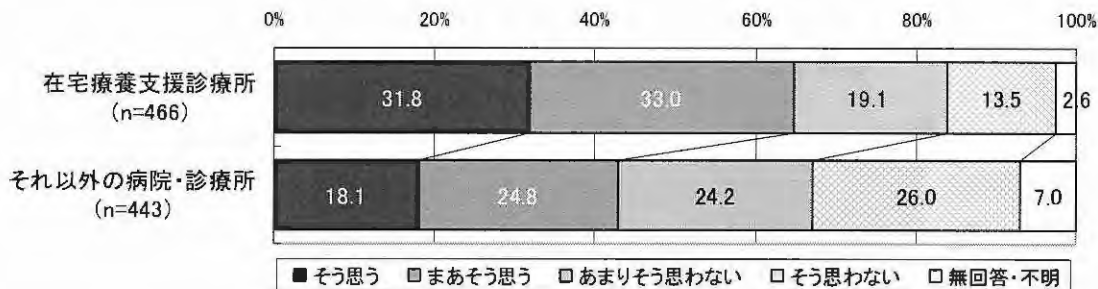
Pearson $\chi^2=57.38$ $p<0.001$

図表 5. 2. 7 検査結果について連絡がある



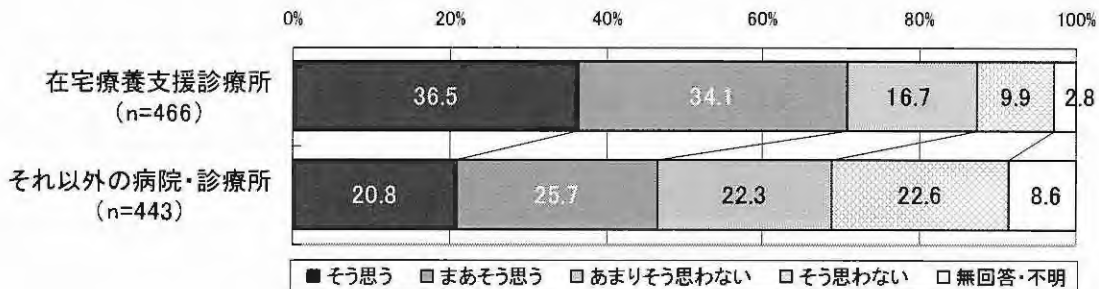
Pearson $\chi^2=45.03$ $p<0.001$

図表 5. 2. 8 処方の変更について連絡がある



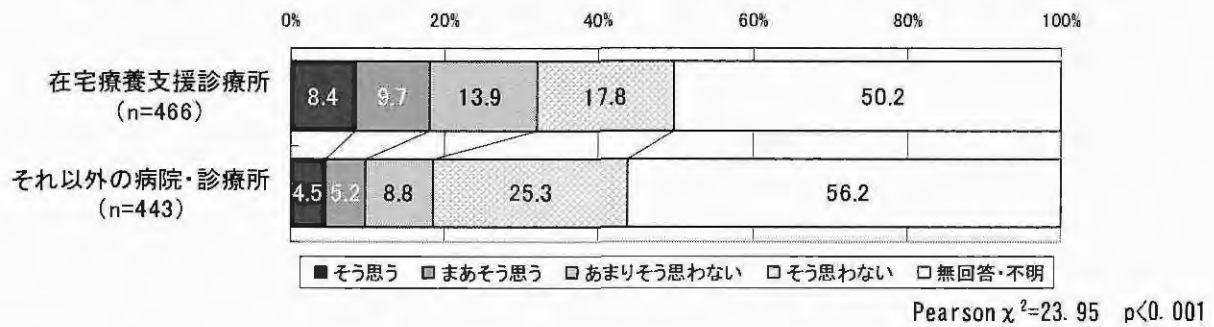
Pearson $\chi^2=52.31$ $p<0.001$

図表 5. 2. 9 治療内容の変更について連絡がある



Pearson $\chi^2=64.82$ $p<0.001$

図表 5. 2. 10 メーリングリストなど IT 導入によるコミュニケーションを図っている



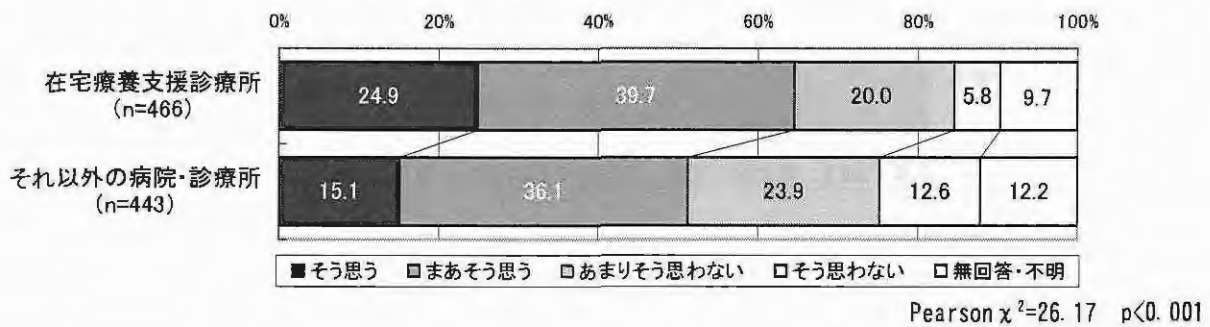
(2) 診療の内容について

医師が実施する主な医学的管理・治療の水準について、支援診とそれ以外の病院・診療所に対する評価を比較した（図表 5. 2. 11～図表 5. 2. 16）。

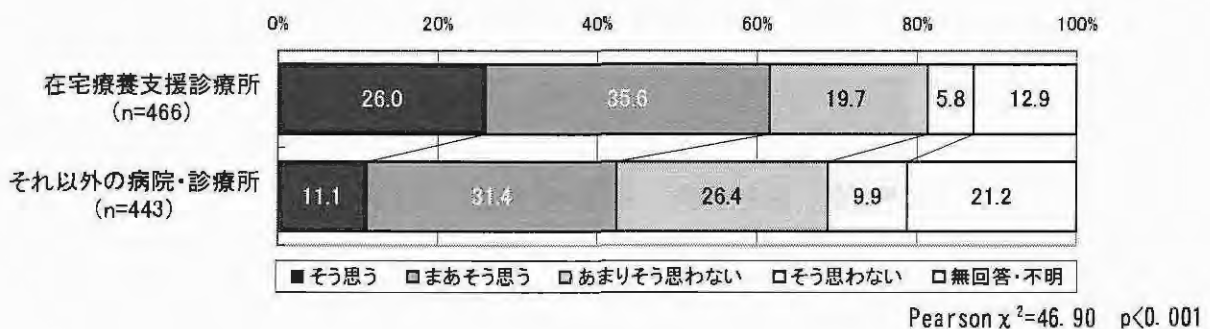
「褥瘡管理」「ペインコントロール」「認知症管理」「人工呼吸器管理」「栄養管理」のいずれも、支援診の方が「充分に行っている」という評価が高い。支援診以外の病院・診療所では「褥瘡管理」が 51.2%（「そう思う」「まあそう思う」の合計。以下同様）、「栄養管理」が 50.2%と約半数が評価を受けていたが、「ペインコントロール」「認知症管理」「糖尿病治療」については診療水準が充分であると評価されたのは 4 割程度にとどまっている。

「人工呼吸器管理を充分に行っている」については支援診、それ以外の病院・診療所ともに「無回答・不明」半数以上を占めるが、これは現在の利用者に人工呼吸器装着者がいないケースが多く、連携先診療所・病院の診療技術水準が判断できなかったものと考えられる。

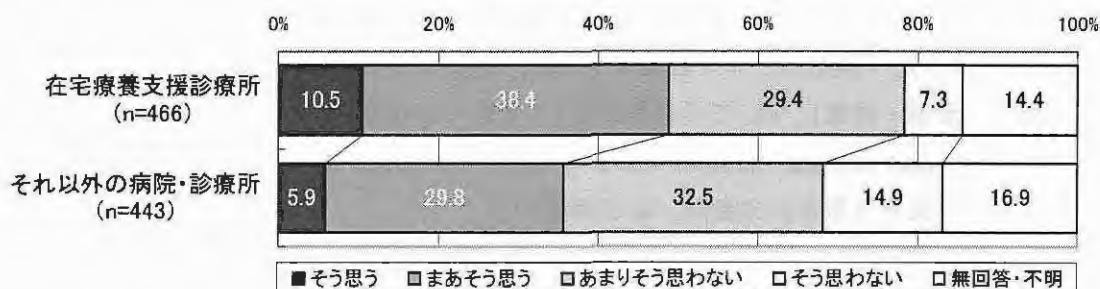
図表 5. 2. 11 褥瘡管理を充分に行っている



図表 5. 2. 12 ペインコントロールを充分に行っている

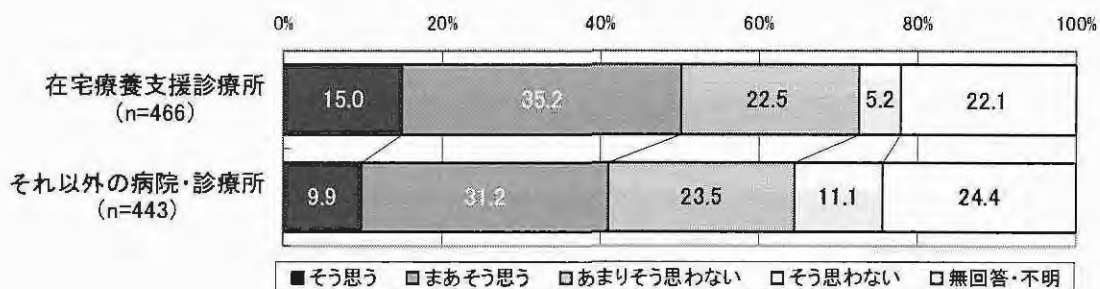


図表 5. 2. 13 認知症管理を充分に行っている



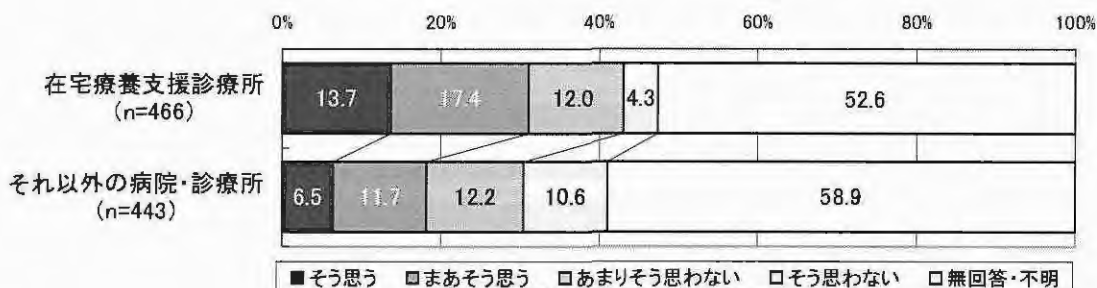
Pearson $\chi^2=24.46$ $p<0.001$

図表 5. 2. 14 糖尿病治療を充分に行っている



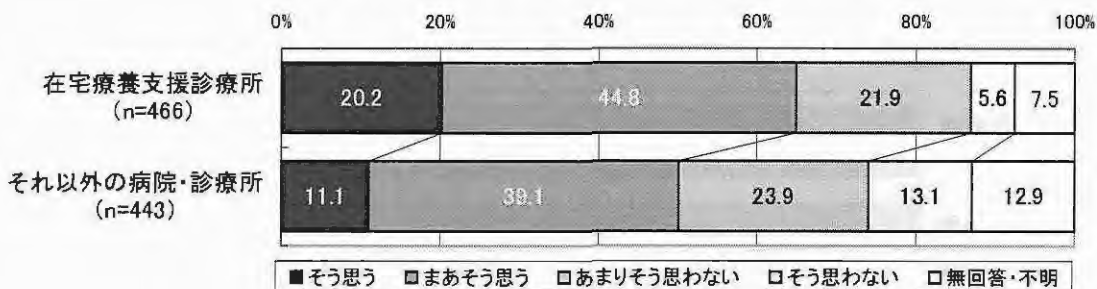
Pearson $\chi^2=16.28$ $p<0.01$

図表 5. 2. 15 人工呼吸器管理を充分に行っている



Pearson $\chi^2=30.36$ $p<0.001$

図表 5. 2. 16 栄養管理を充分に行っている



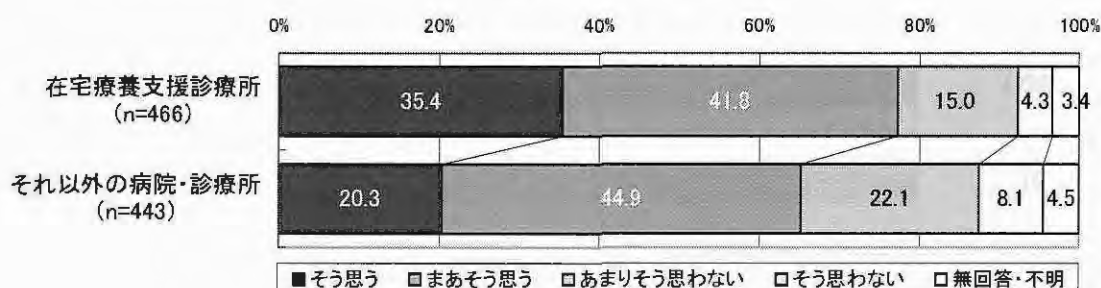
Pearson $\chi^2=34.52$ $p<0.001$

(3) インフォームド・コンセントについて

患者や家族に対するインフォームド・コンセントの実施状況についても、全ての項目で支援診への評価の方が高かった（図表 5. 2. 17～図表 5. 2. 20）。「疾患と治療についてのインフォームド・コンセント」「延命治療・措置についての意思確認」「看取りの場所についての意思確認」において支援診は 8 割、それ以外の病院・診療所では 6～7 割が「充分に行っている」と評価を受けていた。（「そう思う」「まあそう思う」の合計。以下同様）

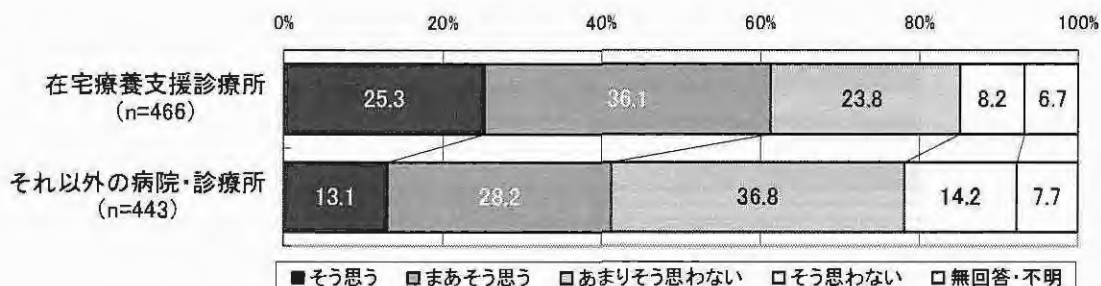
「医療費についてのインフォームド・コンセント」はやや評価が低く、支援診で 6 割、それ以外の病院・診療所で 4 割が「充分に行っている」と評価されていた。

図表 5. 2. 17 疾患と治療について患者・家族へのインフォームド・コンセントを充分に行っている



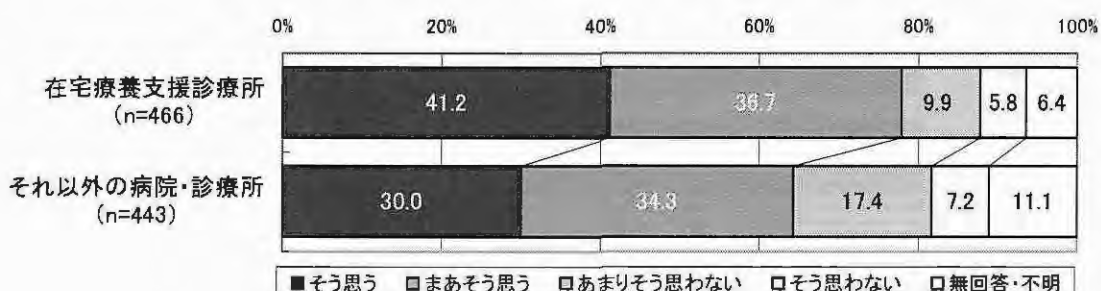
Pearson $\chi^2=31.22$ $p<0.001$

図表 5. 2. 18 医療費について患者・家族へのインフォームド・コンセントを充分に行っている



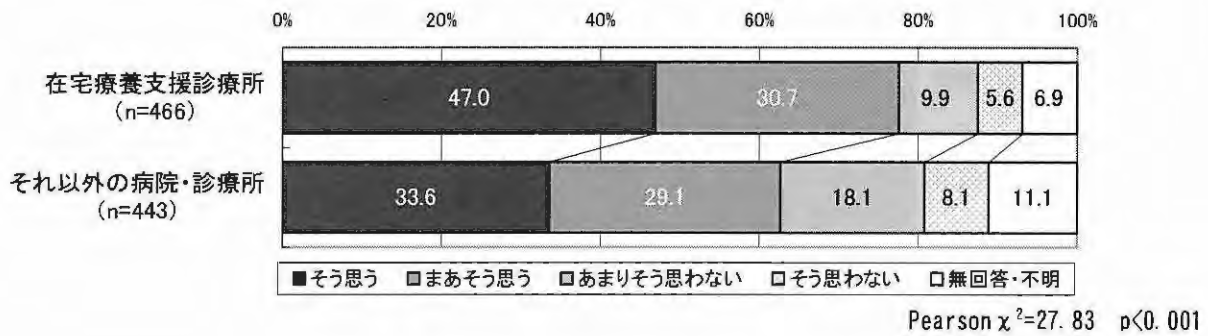
Pearson $\chi^2=42.41$ $p<0.001$

図表 5. 2. 19 延命治療・措置についての意思確認をしている



Pearson $\chi^2=24.07$ $p<0.001$

図表 5. 2. 20 看取りの場についての意思確認をしている

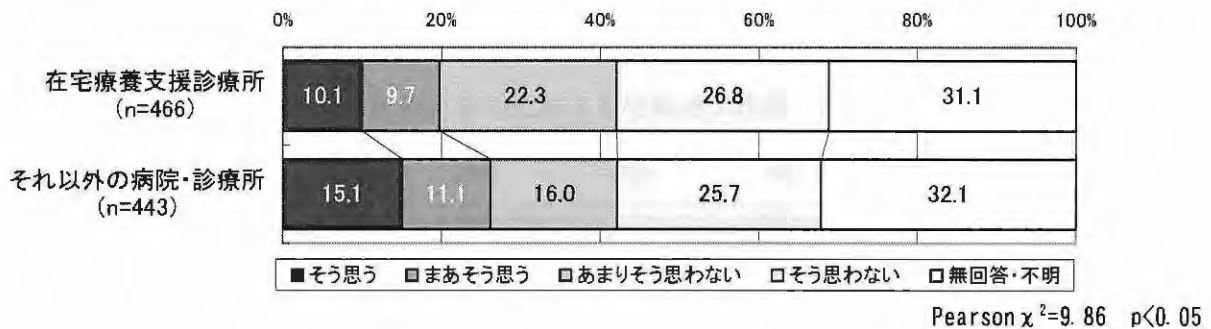


(4) その他の体制について

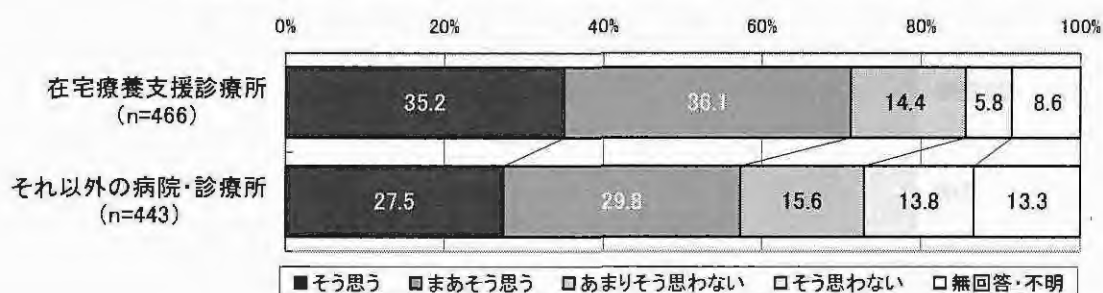
「インシデント・アクシデント時の対処について文書にした取り決めがある」は支援診、それ以外の病院・診療所ともに少数にとどまっている（図表 5. 2. 21）。支援診で 19. 8%、それ以外の病院・診療所で 26. 2%（「そう思う」「まあそう思う」の合計。以下同様）と、むしろ支援診の方が評価が低くなっている。病院では病棟部門を中心に在宅部門でも医療安全対策の文書整備が進んでいるのに対し、診療所については、医療法改正により 2007 年 4 月から無床診療所にも医療安全対策策定が義務づけられた段階であり、個々の診療所の医療安全対策は整備途上であると考えられる。

「急性増悪時に入院できる後方ベッドが確保されている」「処置に必要な衛生材料が十分に支給されている」については、支援診の 7 割、それ以外の病院・診療所の 6 割が評価されていた（図表 5. 2. 22～図表 5. 2. 23）。いずれも在宅療養患者と家族の安全・安心を支える上で不可欠な要件であり、訪問看護がその機能を充分発揮するためにも、支援診を含めた在宅医療提供機関にはさらにこの割合を高める努力が求められる。

図表 5. 2. 21 インシデント・アクシデント時の対処について文書にした取り決めがある

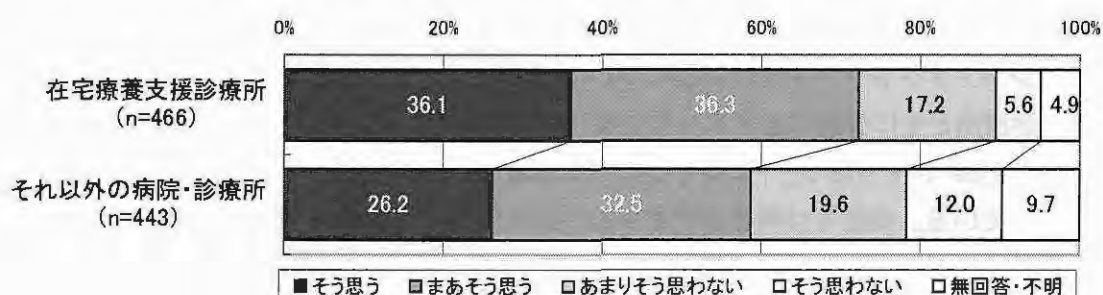


図表 5. 2. 22 急性増悪時に入院できる後方ベッドが用意されている



Pearson $\chi^2=26.74$ $p<0.001$

図表 5. 2. 23 処置に必要な衛生材料が十分に支給されている



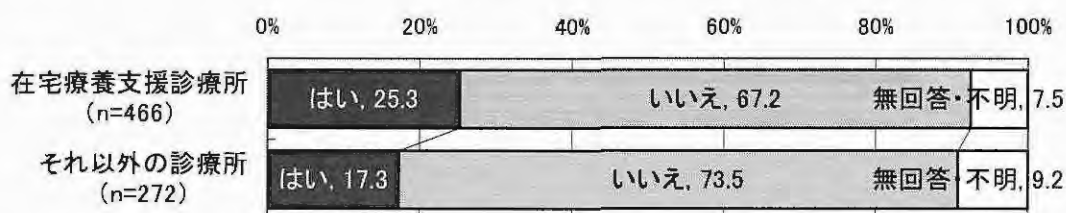
Pearson $\chi^2=26.54$ $p<0.001$

5. 3 診療所の常勤医師体制

訪問看護ステーションが連携している診療所の常勤医師体制を、支援診とそれ以外の診療所で比較した。

医師が常勤で2人以上いる診療所は、支援診で25.3%、それ以外の診療所で17.3%にとどまる。残りの約7割については、非常勤医師の雇用や他の診療所・病院との連携があるにせよ、一人医師体制の診療所が大半を占めるものと推察される(図表5.3.1)。

図表 5. 3. 1 常勤の医師が2人以上いる(病院を除く)



Pearson $\chi^2=6.57$ $p<0.05$

6 訪問看護ステーションの収支・経営状況

6.1 収支の概況

平成19年3月分の事業収支で「利益がある」（黒字）と回答したステーションは48.9%、「利益がない」（赤字）は27.2%であった。ただし「無回答・不明」が23.9%と相当数に上っており、「無回答・不明」を除いた集計では黒字64.3%、赤字35.7%となる（図表6.1.1）。

事業収益の合計は、平均2,923,138円となっている。内訳は医療保険収益が約31%、介護保険収益が約68%で、医療保険：介護保険の比はおおむね3:7となる。訪問看護サービスに係る報酬が事業収益の約99%を占めており、保険外の事業収益が占める割合は約1%と極めて少ない（図表6.1.2）。

事業費用の合計は、平均2,662,246円。そのうち約78%を給与費が占めている（図表6.1.3）。

図表 6.1.1 訪問看護ステーションの事業収支（平成19年3月）

	度数	割合	割合 (無回答除く)
利益がある（黒字）	335	48.9%	64.3%
利益がない（赤字）	186	27.2%	35.7%
無回答・不明	164	23.9%	
合計	685	100.0%	100.0%

図表 6.1.2 訪問看護ステーション事業収益内訳（平成19年3月）

	度数	平均値	中央値	事業収益合計 に占める割合(%)
医療保険収益	509	929,872	671,000	31.0
(老人)訪問看護療養費収益	421	914,799	676,760	
訪問看護利用料	421	69,023	42,324	
介護保険収益	517	2,013,418	1,712,550	68.0
介護保険給付金	479	1,868,978	1,578,312	
介護保険利用者負担	479	187,908	158,819	
利用者の選定に基づく利用料収入	489	12,323	0	0.0
保険外の事業収益	508	16,798	0	1.0
事業収益合計	523	2,923,138	2,429,000	100.0

図表 6. 1. 3 訪問看護ステーション事業費用内訳（平成 19 年 3 月）

	度数	平均値	中央値	事業費用計に占める割合(%)
給与費	438	2,067,578	1,763,494	78.0
材料費	382	14,222	5,041	0.0
経費	418	370,617	257,476	13.0
委託費	345	38,212	5,323	1.0
研究・研修費	356	8,642	3,551	0.0
減価償却費	344	54,133	20,000	2.0
本部費*	294	91,770	0	2.0
その他の支出	282	116,595	0	3.0
事業費用計	435	2,662,246	2,218,076	100.0

※本部費とは、設置主体である法人に納める費用を指す。

図表 6. 1. 4 その他の収支（平成 19 年 3 月）

	度数	平均値	中央値
事業外収益計	325	68,323	1,104
事業外費用計	290	41,870	0
特別損益計	272	64,623	0
税金(年額)	254	275,052	0

6.2 訪問看護ステーションの属性・活動状況別にみた収支

(1) 地域特性

特別地域訪問看護加算を算定している（訪問エリアに過疎地域が含まれる）か否かによって、事業収支には有意な差はみられなかった（図表 6. 2. 1）。

図表 6. 2. 1 地域特性別・訪問看護ステーションの事業収支（平成 19 年 3 月）

上段：実数 下段：割合

	特別地域訪問看護加算を算定している	特別地域訪問看護加算を算定していない	合計
利益あり (黒字)	27 61.4%	298 64.6%	325 64.4%
利益なし (赤字)	17 38.6%	163 35.4%	180 35.6%
合計	44 100.0%	461 100.0%	505 100.0%

Pearson $\chi^2=0.19$ n. s.

(2) 経営主体

経営主体別に収支を比較すると、「営利法人」の黒字の割合が72.9%で最も高く、次いで「その他の社団、財団法人」立ステーションの70.9%となっている。

サンプル数が少ないため参考値扱いとなるが、「日赤・社会保険関係団体」立ステーションでは黒字の割合が40.0%、「自治体」立ステーションでは56.5%と、黒字の割合が比較的低くなっていた(図表6.2.2)。

図表 6.2.2 経営主体別・訪問看護ステーション事業収支(平成19年3月)

	上段：実数 下段：割合	
	利益がある (黒字)	利益がない (赤字)
自治体 (n=23)	13 56.5%	10 43.5%
連合および組合系 (n=25)	17 68.0%	8 32.0%
日本赤十字社・社会保険関係団体 (n=10)	4 40.0%	6 60.0%
医療法人 (n=212)	131 61.8%	81 38.2%
医師会 (n=39)	26 66.7%	13 33.3%
その他の社団、財団法人 (n=79)	56 70.9%	23 29.1%
社会福祉協議会 (n=8)	5 62.5%	3 37.5%
社会福祉法人 (n=55)	35 63.6%	20 36.4%
営利法人(株式、有限会社) (n=59)	43 72.9%	16 27.1%
特定非営利法人(NPO) (n=2)	1 50.0%	1 50.0%
その他 (n=7)	4 57.1%	3 42.9%
合計 (n=519)	335 64.5%	184 35.5%

(3) 併設施設

訪問看護ステーションの併設施設ごとに収支の状況を比較すると、「利益がある（黒字）」の割合が最も高いのは「介護老人福祉施設」併設の76.2%。次いで、「併設なし」のステーションにおける黒字の割合が67.2%となっている。「診療所」併設では黒字の割合が54.8%と最も低い（図表6.2.3）。（ただし、病院・診療所・施設併設型では「経理は本体に任せてあるため明確な収支の金額を把握していない」という訪問看護ステーションが相当数あり、分析から除外されているため、結果の解釈には留保が必要である。）

併設施設の有無、あるいは併設施設の多寡と事業収支の間には、有意な関連はみられなかった。

図表 6.2.3 併設施設（複数回答）別・訪問看護ステーションの事業収支（平成19年3月）

	上段：実数 下段：割合	
	利益がある （黒字）	利益がない （赤字）
病院 (n=208)	129 62.0%	79 38.0%
診療所 (n=84)	46 54.8%	38 45.2%
療養病棟又は介護療養型医療施設 (n=82)	49 59.8%	33 40.2%
介護老人保健施設 (n=122)	79 64.8%	43 35.2%
介護老人福祉施設 (n=39)	30 76.2%	9 23.1%
居宅介護支援事業所 (n=386)	248 64.2%	138 35.8%
訪問介護事業所 (n=176)	110 62.5%	66 37.5%
通所介護事業所 (n=149)	96 64.4%	53 35.6%
その他 (n=71)	45 63.4%	26 36.6%
併設なし (n=58)	39 67.2%	19 32.8%
合計 (n=517)	333 64.4%	184 35.6%

(4) 従事者数

①看護職員数

看護職員数（常勤換算）の規模ごとに収支を比較すると、看護職員数「3人未満」では黒字の割合 53.6%に対し、看護職員数「5人以上」では 75.2%となっており、看護職員数が多いステーションの方が黒字の割合が高い傾向がみられた（図表 6.2.4）。

②総従事者数

訪問看護師、事務職員等を含めたステーションの総従事者数（常勤換算）別に収支を比較した場合も、総従事者数「3人未満」で黒字の割合 50.0%に対し、総従事者数「5人以上」では 73.5%であり、総従事者数が多いステーションほど黒字の割合が高いという傾向がみられる（図表 6.2.5）。

図表 6.2.4 看護職員数（常勤換算）別・訪問看護ステーション事業収支（平成 19 年 3 月）

上段：実数 下段：割合

	3人未満	3-5人未満	5人以上	合計
利益がある (黒字)	30 53.6%	124 61.1%	91 75.2%	245 64.5%
利益がない (赤字)	26 46.4%	79 38.9%	30 24.8%	135 35.5%
合計	56 100.0%	203 100.0%	121 100.0%	380 100.0%

Pearson $\chi^2=10.01$ $p<0.01$

図表 6.2.5 従業員数（常勤換算）別・訪問看護ステーション事業収支（平成 19 年 3 月）

上段：実数 下段：割合

	3人未満	3-5人未満	5人以上	合計
利益がある (黒字)	20 50.0%	95 59.0%	108 73.5%	223 64.1%
利益がない (赤字)	20 50.0%	66 41.0%	39 26.5%	125 35.9%
合計	40 100.0%	161 100.0%	147 100.0%	348 100.0%

Pearson $\chi^2=10.88$ $p<0.01$

(5) 在宅療養支援診療所との連携

訪問看護ステーションが連携する診療所・病院総数に占める在宅療養支援診療所の比率で収支を比較した。支援診の比率が0%（全く連携していない）ステーションの黒字は57.7%、支援診の比率が30%以上を占めるステーションの黒字は64.1%であり、支援診の比率と収支の間に有意な関連はみられなかった（図表 6.2.6）。

図表 6.2.6 連携病院・診療所数に占める支援診の割合別・訪問看護ステーションの事業収支
(平成19年3月)

上段：実数 下段：割合

	0% (連携なし)	0-30%未満	30%以上	合計
利益がある (黒字)	97 57.7%	166 69.2%	50 64.1%	313 64.4%
利益がない (赤字)	71 42.3%	74 30.8%	28 35.9%	173 35.6%
合計	168 100.0%	240 100.0%	78 100.0%	486 100.0%

Pearson $\chi^2=5.63$ n. s.

(6) 利用者数

訪問看護利用者数（医療保険・介護保険合計）の規模別に収支を比較すると、黒字の割合は「39人以下」で50.6%、「40～79人」で70.0%、「80人以上」で78.1%となっており、利用者数が多いステーションほど黒字収支の割合が高い傾向がみられた（図表 6.2.7）。

図表 6.2.7 利用者数（医療保険・介護保険合計）別・訪問看護ステーション事業収支
(平成19年3月)

上段：実数 下段：割合

	39人以下	40～79人	80人以上	合計
利益がある (黒字)	91 50.6%	147 70.0%	75 78.1%	313 64.4%
利益がない (赤字)	89 49.4%	63 30.0%	21 21.9%	173 35.6%
合計	180 100.0%	210 100.0%	96 100.0%	486 100.0%

Pearson $\chi^2=25.81$ $p<0.001$

(7) 24時間対応体制

医療保険の「24時間連絡体制加算」、または介護保険の「緊急時訪問看護加算」のいずれかを算定している訪問看護ステーションを「24時間対応体制あり」とみなし、24時間体制の有無による収支を比較した。24時間体制の有無と事業収支の間に有意な関連はみられなかった(図表6.2.8)。

図表 6.2.8 24時間対応体制の有無別・訪問看護ステーション事業収支(平成19年3月)

上段：実数 下段：割合

	24時間体制 あり	24時間体制 なし	合計
利益がある (黒字)	283 65.1%	49 60.5%	332 64.3%
利益がない (赤字)	152 34.9%	32 39.5%	184 35.7%
合計	435 100.0%	81 100.0%	516 100.0%

Pearson $\chi^2=0.62$ n. s.

(8) 利用者に占める重症者の割合

訪問看護ステーションの利用者における重症者の割合を、総利用者数(医療保険、介護保険合計)に占める「重症者管理加算」および「特別管理加算」の算定者数の割合として算出し、重症者割合ごとに収支を比較した。重症者割合と収支との間に有意な関連はみられなかった(図表6.2.9)。

図表 6.2.9 利用者に占める重症者割合別・訪問看護ステーション事業収支(平成19年3月)

上段：実数 下段：割合

	0% (利用なし)	0~30%未満	30%以上	合計
利益がある (黒字)	38 61.3%	171 63.8%	120 65.9%	329 64.3%
利益がない (赤字)	24 38.7%	97 36.2%	62 34.1%	183 35.7%
合計	62 100.0%	268 100.0%	182 100.0%	512 100.0%

Pearson $\chi^2=0.48$ n. s.

(9) 看護職員1人あたりの訪問看護収益

看護職員1人あたりの1か月の訪問看護収益(平成19年3月事業収益を常勤換算看護職員総数で除した値)と事業収支の関連をみると、黒字の割合は、看護職員1人あたり収益「50万円未満」で50.9%、「50-70万円未満」で72.1%、「70万円以上」で75.2%となっており、看護職員1人あたりの収益が大きいステーションほど事業収支黒字の割合が高い(図表6.2.10)。

図表6.2.10 看護職員1人あたりの訪問看護収益別・訪問看護ステーション事業収支
(平成19年3月)

上段：実数 下段：割合

	50万円未満	50-70万円未満	70万円以上	合計
利益がある (黒字)	59 50.9%	80 72.1%	76 75.2%	215 65.5%
利益がない (赤字)	57 49.1%	31 27.9%	25 24.8%	113 34.5%
合計	116 100.0%	111 100.0%	101 100.0%	328 100.0%

Pearson $\chi^2=17.38$ $p<0.001$

(10) 人件費率

訪問看護ステーションの人件費率(平成19年3月事業費用に占める給与費の割合)を、平均値78.0%を境に「78%未満」と「78%以上」に二分して比較すると、黒字の割合は「78%未満」で66.0%、「78%以上」で67.9%であり、有意な差はみられなかった(図表6.2.11)。

図表6.2.11 人件費率別・訪問看護ステーション事業収支(平成19年3月)

上段：実数 下段：割合

	78%未満	78%以上	合計
利益がある (黒字)	99 66.0%	165 67.9%	264 67.2%
利益がない (赤字)	51 34.0%	78 32.1%	129 32.8%
合計	150 100.0%	243 100.0%	393 100.0%

Pearson $\chi^2=0.15$ n. s.

6.3 平成18年度報酬改定後の収支の変化

(1) 医療保険分の収支の変化

平成18年度診療報酬改定では、在宅療養支援診療所の新設に伴い、訪問看護の点数についても支援診と連携した場合に高い点数が算定できる仕組みとなった。また、支援診の医師の指示があれば、従来は認められていなかった特養の末期がん患者への訪問看護が算定できるようになった。

平成18年度介護報酬改定では、全体としてマイナス改定の中で訪問看護の介護報酬は基本的に据え置きとなり、「ターミナルケア加算」等の算定要件緩和や、特養・グループホームなど訪問対象の拡大が認められている。

在宅医療・介護推進の方針のもと、訪問看護は平成18年度改定で一定の評価を受けた数少ないサービスといわれるが、各訪問看護ステーションの収支にみる影響としては、診療報酬で50.6%（無回答を除いた割合）が「ほとんど変化ない」と回答している。診療報酬では、「大きく増加」「増加」の計が24.8%、「大きく減少」「減少」の計が24.6%と拮抗している（図表6.3.1）。

図表 6.3.1 平成18年診療報酬改定後の収支の変化（医療保険分）

	度数	割合	割合 (無回答除く)
大きく増加している (前年比20%以上の増加)	20	2.9%	3.9%
増加している (5%から20%未満の増加)	107	15.6%	20.9%
ほとんど変化ない	259	37.8%	50.6%
減少している (-5%から-20%未満の減少)	98	14.3%	19.1%
大きく減少している (-20%以上の減少)	28	4.1%	5.5%
無回答・不明	173	25.2%	
合 計	685	100.0%	100.0%

また、診療報酬について、連携病院・診療所に占める支援診の割合別に報酬改定後の収支の変化を比較したが、有意な差はない。支援診との連携割合が高ければ訪問看護ステーションの収支（医療保険分）にプラスの影響をもたらす、という関連性はみられなかった（図表6.3.2）。

図表 6. 3. 2 連携病院・診療所に占める支援診の割合別・平成 18 年診療報酬改定後の収支の変化（医療保険分）

	0%(なし)	1~30%	30%以上	合計
大きく増加している (前年比 20%以上の増加)	3 1.7%	13 5.6%	3 4.1%	19 4.0%
増加している (5%から 20%未満の増加)	30 17.3%	56 24.1%	16 21.6%	102 21.3%
ほとんど変化ない	96 55.5%	107 46.1%	38 51.4%	241 50.3%
減少している (-5%から-20%未満の減少)	34 19.7%	45 19.4%	14 18.9%	93 19.4%
大きく減少している (-20%以上の減少)	10 5.8%	11 4.7%	3 4.1%	24 5.0%
合計	173 100.0%	232 100.0%	74 100.0%	479 100.0%

Pearson $\chi^2=8.03$ n. s.

(2) 介護保険分の収支の変化

介護報酬では 44.2%が「ほとんど変化なし」と回答（無回答を除いて集計）。「大きく増加」「増加」は計 17.1%にとどまり、「大きく減少」「減少」が計 38.7%に上る（図表 6. 3. 3）。図表 3. 4 (p. 22) で示したように、平成 19 年 3 月の介護保険利用者が前年同月比でやや減少傾向にあることが一因と考えられる。制度・報酬改定による直接的な変化としては、訪問看護ステーションからの訪問リハビリの回数制限や、新予防給付の創設に伴い要介護認定区分が改定され、軽度者の一部が「要支援」になったこと等が挙げられるものの、介護保険利用者の減少要因はここでは明らかではない。

診療報酬・介護報酬ともに、改定によって収支に好影響があったという訪問看護ステーションは少数派であり、多くのステーションは依然厳しい経営状況におかれていることがうかがわれる。

図表 6. 3. 3 平成 18 年介護報酬改定後の収支の変化（介護保険分）

	度数	割合	割合 (無回答除く)
大きく増加している (前年比 20%以上の増加)	10	1.5%	1.9%
増加している (5%から 20%未満の増加)	78	11.4%	15.2%
ほとんど変化ない	227	33.1%	44.2%
減少している (-5%から-20%未満の減少)	165	24.1%	32.1%
大きく減少している (-20%以上の減少)	34	5.0%	6.6%
無回答・不明	171	24.9%	
合計	685	100.0%	100.0%

6.4 看護職員の給与月額

(1) 常勤看護職員の平均給与

訪問看護ステーションの常勤看護職員（経験10年、年齢31～32歳、非管理職）の平均基本給額は234,048円、税込給与総額は282,337円である（図表6.4.1）。

日本看護協会「2006年 病院における看護職員需給状況調査」における、同条件の病院勤務常勤看護職員の給与は、平均基本給額244,042円、平均税込給与総額322,710円となっており、税込給与総額において訪問看護ステーションは病院を約4万円下回っている（図表6.4.2）。

以下に経営主体別（図表6.4.3）、併施設別（図表6.4.4）の平均給与を示す。

図表 6.4.1 訪問看護ステーション勤務看護職員の平均給与

	基本給額 （/月）	税込給与総額 （/月）	年間賞与額
度数	317	317	287
平均値	234,048円	282,337円	897,894円
中央値	230,300円	276,900円	900,000円

※税込給与総額には通勤手当、住宅手当、夜勤手当、超過勤務手当等の諸手当を含む
※年間賞与額は夏期特別賞与と年末特別賞与の合計

図表 6.4.2 <参考> 病院勤務看護職員の平均給与

	基本給額 （/月）	税込給与総額 （/月）	年間賞与額
度数	2,499	2,499	2,499
平均値	244,042円	322,710円	1,032,227円

出典：日本看護協会「2006年 病院における看護職員需給状況調査」

図表 6. 4. 3 訪問看護ステーション経営主体別・看護職員の平均給与

単位：円

		基本給額 (/月)	税込給与総額 (/月)	年間賞与額
自治体 (n=11)	平均値	280,551	316,249	1,289,486
	中央値	280,700	288,000	1,267,893
連合および組合系 (n=16)	平均値	251,074	295,806	997,884
	中央値	249,800	295,940	978,200
日本赤十字・社会保険関係団体 (n=4)	平均値	264,500	281,599	1,171,063
	中央値	261,200	280,741	1,212,365
医療法人 (n=127)	平均値	226,931	280,163	826,776
	中央値	225,000	277,000	844,545
医師会 (n=18)	平均値	221,227	259,983	1,013,240
	中央値	225,250	257,390	985,600
その他の社団、財団法人 (n=50)	平均値	230,604	275,493	1,019,514
	中央値	225,250	269,235	1,015,560
社会福祉協議会 (n=3)	平均値	246,367	292,443	991,926
	中央値	211,000	282,000	750,000
社会福祉法人 (n=34)	平均値	235,349	279,297	1,013,766
	中央値	230,650	265,416	1,003,094
営利法人（株式、有限会社） (n=47)	平均値	239,554	290,320	661,829
	中央値	240,000	289,000	609,650
特定非営利法人（NPO） (n=2)	平均値	237,500	247,500	475,000
	中央値	237,500	247,500	475,000
その他 (n=4)	平均値	243,600	283,568	976,530
	中央値	252,500	280,000	928,350

図表 6. 4. 4 併設施設（複数回答）別・看護職員平均給与

単位：円

		基本給額 （/月）	税込給与総額 （/月）	年間賞与額
病院 (n=127)	平均値	237, 172	288, 263	963, 783
	中央値	232, 000	281, 800	964, 660
診療所 (n=52)	平均値	229, 913	282, 547	877, 541
	中央値	228, 650	272, 700	849, 420
療養病棟又は介護療養型医療施設 (n=47)	平均値	226, 466	268, 425	857, 672
	中央値	224, 300	261, 000	851, 800
介護老人保健施設 (n=66)	平均値	223, 944	270, 530	873, 479
	中央値	222, 140	266, 466	893, 100
介護老人福祉施設 (n=22)	平均値	227, 413	267, 038	889, 168
	中央値	229, 800	262, 531	900, 000
居宅介護支援事業所 (n=231)	平均値	231, 779	279, 354	904, 540
	中央値	226, 200	273, 500	906, 880
訪問介護事業所 (n=105)	平均値	230, 497	274, 889	848, 552
	中央値	222, 880	268, 800	853, 287
通所介護事業所 (n=85)	平均値	231, 538	273, 888	872, 520
	中央値	225, 500	268, 000	896, 600
その他 (n=46)	平均値	222, 038	275, 039	774, 888
	中央値	222, 140	263, 531	800, 000
併設なし (n=39)	平均値	247, 223	298, 525	815, 633
	中央値	250, 000	289, 000	805, 600

(2) 経営状況と看護職員給与の関連

平成19年3月の事業収支が「黒字」のステーションでは平均税込給与総額281,846円、「赤字」では285,474円であり、事業収支によって看護職員の平均給与に有意な差はみられなかった(図表6.4.5)。

図表 6. 4. 5 事業収支別・看護職員平均給与

単位：円

		基本給額 (/月)	税込給与総額 (/月)	年間賞与額
利益がある(黒字) (n=188)	平均値	232,499	281,846	896,422
	中央値	231,950	275,241	927,990
利益がない(赤字) (n=92)	平均値	239,033	285,474	923,111
	中央値	230,000	279,880	885,041

基本給額を除き、税込給与総額および年間賞与額については、訪問看護ステーションの事業収益規模(/月)によって有意な差がみられた。「事業収益200万円未満」では平均税込給与総額268,797円に対し、「事業収益200万円～400万円未満」で平均286,048円、「事業収益400万円以上」で平均294,969円となっており、事業収益規模の大きいステーションの方が、収益が訪問看護師の件数に反映されていると考えられる(図表6.4.6)。

図表 6. 4. 6 事業収益規模(/月)別・訪問看護師平均給与

単位：円

		基本給額 (/月)	税込給与総額 (/月)	年間賞与額
事業収益200万円未満 (n=89)	平均値	224,046	268,797	819,689
	中央値	220,000	260,000	826,200
事業収益200万円～400万円未満 (n=137)	平均値	241,044	286,048	938,107
	中央値	240,000	281,800	944,870
事業収益400万円以上 (n=63)	平均値	236,774	294,969	976,296
	中央値	234,400	294,000	998,400

(3) 看護職員数と看護職員給与の関連

訪問看護ステーションの看護職員総数（常勤換算）で平均給与を比較したところ、税込給与総額、年間賞与額で有意な差がみられた。ステーションの開設要件ぎりぎりの「3人未満」では平均税込給与総額 269,329 円であるのに対し、「3～5人未満」では平均 283,644 円、「5人以上」では平均 292,682 円であり、看護職員の多いステーションの方が平均給与が高い傾向がみられる（図表 6.4.7）。

図表 6.4.7 看護職員総数（常勤換算）別・訪問看護師平均給与

		基本給額 （／月）	税込給与総額 （／月）	年間賞与額
3人未満 (n=37)	平均値	224,591	269,329	790,557
	中央値	218,000	261,552	810,000
3～5人未満 (n=121)	平均値	233,367	283,644	887,819
	中央値	230,100	277,656	894,082
5人以上 (n=81)	平均値	239,744	292,682	1,001,841
	中央値	238,000	286,000	986,500

(4) 非常勤看護職員の平均給与

非常勤看護職員の平均給与は、時給制の場合で平均 1,560 円（／時間）、訪問件数による歩合制の場合で平均 3,238 円（／件）となっていた（図表 6.4.8）。

経営主体別の非常勤看護職員の平均給与を図表 6.4.9 に示す。

図表 6.4.8 非常勤看護職員の平均給与

	時給制の場合 (1時間あたり)	訪問件数による 歩合制の場合 (1件あたり)
度数	387	148
平均値	1,560 円	3,238 円
中央値	1,500 円	3,500 円

図表 6. 4. 9 経営主体別・非常勤看護職員の平均給与

単位：円

		時給制の場合 (1時間あたり)	訪問件数による 歩合制の場合 (1件あたり)
自治体 (n=28)	平均値	2,115	1,825
	中央値	1,475	1,825
連合および組合系 (n=31)	平均値	1,180	2,333
	中央値	1,250	3,000
日本赤十字・社会保険関係団体 (n=10)	平均値	1,382	—
	中央値	1,314	—
医療法人 (n=305)	平均値	1,447	3,684
	中央値	1,400	3,400
医師会 (n=49)	平均値	1,631	3,572
	中央値	1,400	4,000
その他の社団、財団法人 (n=91)	平均値	1,509	3,288
	中央値	1,500	3,600
社会福祉協議会 (n=10)	平均値	1,393	700
	中央値	1,500	700
社会福祉法人 (N=63)	平均値	1,613	2,919
	中央値	1,450	3,000
営利法人（株式、有限会社） (n=81)	平均値	1,822	2,722
	中央値	1,550	3,000
特定非営利法人（NPO） (n=2)	平均値	2,000	—
	中央値	2,000	—
その他 (n=12)	平均値	1,482	150
	中央値	1,375	150
合計 (n=682)	平均値	1,559	3,233
	中央値	1,490	3,500

7 在宅での看取りを支える訪問看護ステーションの要件とは

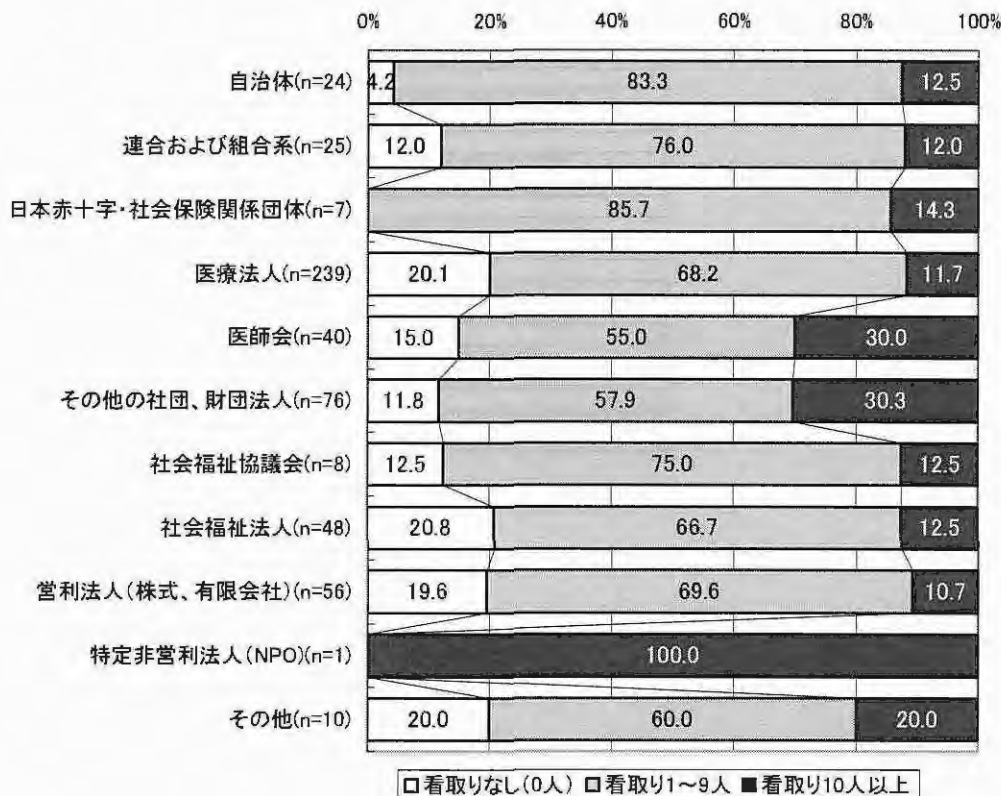
超高齢・多死社会を迎え、重度の在宅療養患者や高齢者の「在宅での看取り」を最後まで、安全・安心に支えることが訪問看護ステーションの主要な役割の一つとなる。ここでは、在宅看取りの実績がある訪問看護ステーションの特徴、およびステーションの在宅看取り数を高める要因について、単変量解析・多変量解析の結果を提示する。

7.1 訪問看護ステーションの属性・活動状況と在宅看取り数の関連（単変量解析）

（1）経営主体

図表 7.1.1 では、訪問看護ステーションの経営主体別にみた平成 18 年度の看取り件数を示している。一定程度以上の有効回答数がある経営主体では、「看取り数 10 人以上」が「医師会」で 30.0%、「その他の社団、財団法人」で 30.3%と比較的多い。一方、「看取りなし」のステーションの割合が高い経営主体は、「社会福祉法人」(20.8%)、「医療法人」(20.1%)、「営利法人(株式、有限会社)」(19.6%) などとなっている。

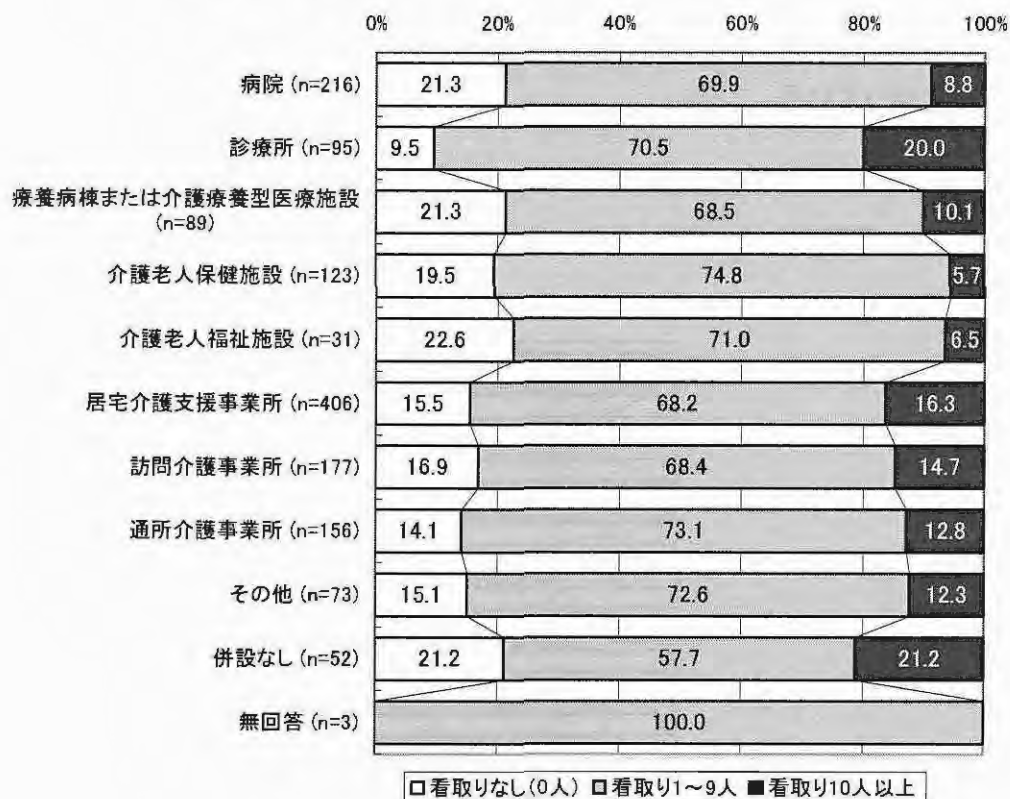
図表 7.1.1 経営主体別・在宅看取り数（平成 18 年度）



(2) 併設施設

訪問看護ステーションの併設施設別に在宅看取り数を比較すると、「併設なし」の単独経営型ステーションが「看取り数 10 人以上」の割合が 21.2%と最も高く、次いで「診療所」が 20.0%である。一方、「看取りなし」のステーションの併設施設としては「介護老人福祉施設」(22.6%)、「病院」(21.3%)、「療養病棟または介護療養型医療施設」(21.3%)であり、最終的には併設する病院や介護施設で亡くなるケースが多いと推察される。「併設なし」のステーションでも「看取りなし」が 21.2%となっており、単独経営のステーションにおいてはターミナルケアに対応するステーション・対応しない（あるいは比較的軽度の利用者を対象としている）ステーションがそれぞれ 2 割程度という結果である。

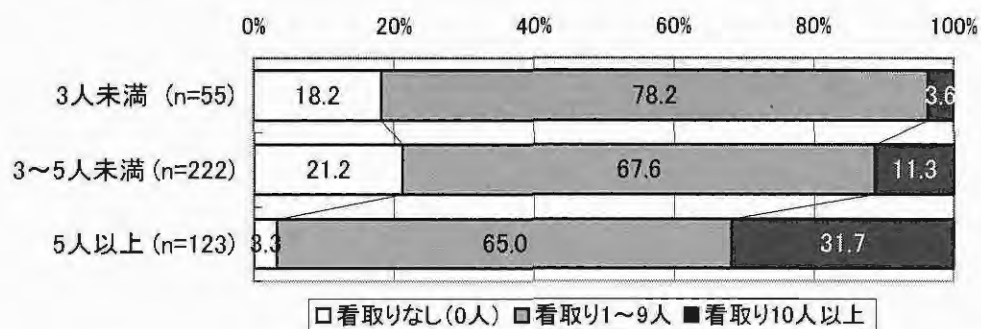
図表 7.1.2 併設施設別・在宅看取り数（平成 18 年度）



(3) 事業規模

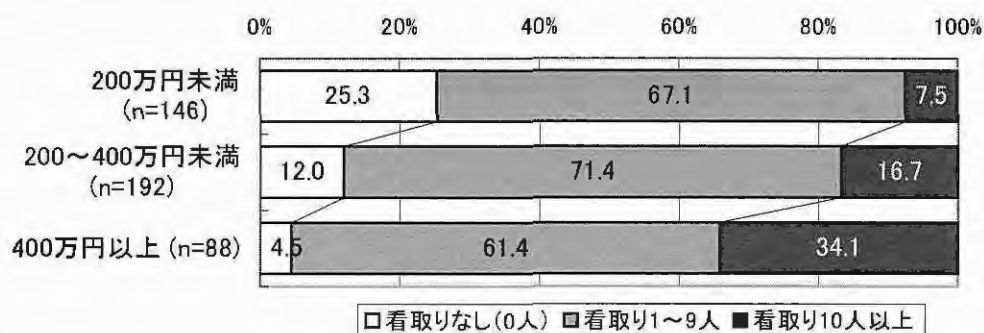
看護職員数（図 7.1.3）、事業収支規模（図 7.1.4）別の比較では、訪問看護ステーションの事業規模が大きくなるほど在宅看取り数が多くなる傾向が示されている。

図表 7.1.3 看護職員数（常勤換算）別・在宅看取り数（平成 18 年度）



Pearson $\chi^2=44.47$ $p<0.001$

図表 7.1.4 事業収益規模（/月）別・在宅看取り数



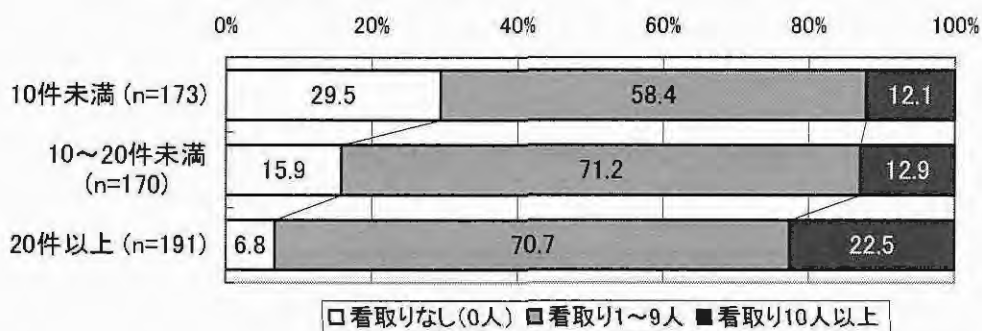
Pearson $\chi^2=41.51$ $p<0.001$

(4) 連携する診療所・病院

訪問看護ステーションが連携する診療所・病院の総数別にみると、連携数が多くなるほど在宅看取り数は増加する傾向がみられた（図表 7.1.5）。

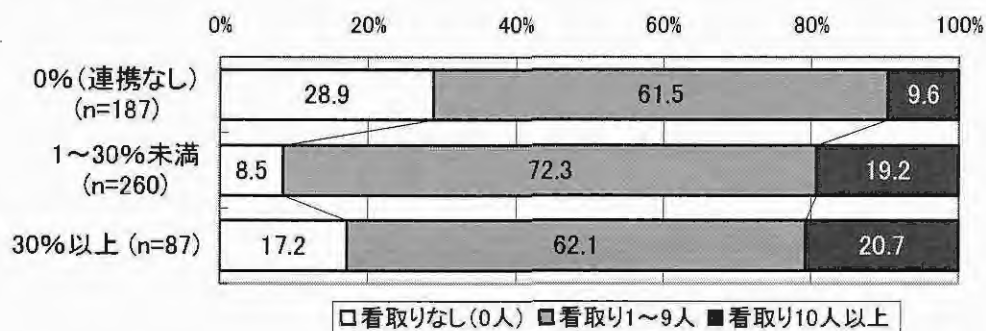
一方、連携する診療所・病院総数に占める在宅療養支援診療所の割合でみると、0%（支援診との連携なし）のステーションでは「看取りなし（0人）」が 28.9%に対し、「1~30%未満」では 8.5%。ただし、「30%以上」のステーションでは「看取りなし（0人）」が 17.2%であり、必ずしも支援診との連携割合が大きくなるにつれ在宅看取り数が多くなるという傾向ではない（図表 7.1.6）。支援診との連携割合ごとの平均看取り数は、「0%（連携なし）」で 3.8人、「1~30%未満」で 5.8人、「30%以上」では 6.3人。平均値の差の検定では、「0%」とそれ以外のカテゴリの間の差は有意であったが、「1~30%未満」と「30%以上」では看取り数に有意な差はみられなかった。

図表 7. 1. 5 連携診療所・病院総数別・在宅看取り数（平成 18 年度）



Pearson $\chi^2=37.95$ $p<0.001$

図表 7. 1. 6 連携診療所・病院総数に占める支援診の割合別・在宅看取り数（平成 18 年度）

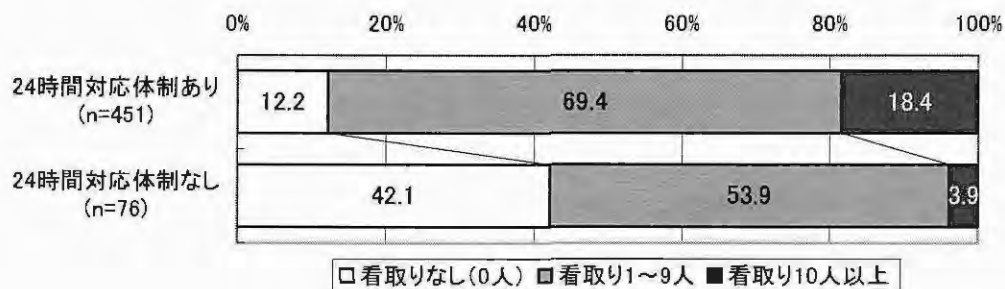


Pearson $\chi^2=36.45$ $p<0.001$

(4) 24 時間対応体制

医療保険の「24 時間連絡体制加算」または介護保険の「緊急時訪問看護加算」を算定しているステーションを「24 時間対応体制あり」とみなし、24 時間体制の有無による在宅看取り数を比較した。24 時間体制をとるステーションの方が在宅看取り数が多いという関連がみられた（図表 7. 1. 7）。

図表 7. 1. 7 24 時間体制の有無別・在宅看取り数（平成 18 年度）



Pearson $\chi^2=45.89$ $p<0.001$

7.2 診療報酬上請求できないサービスの実施と在宅看取り数の関連

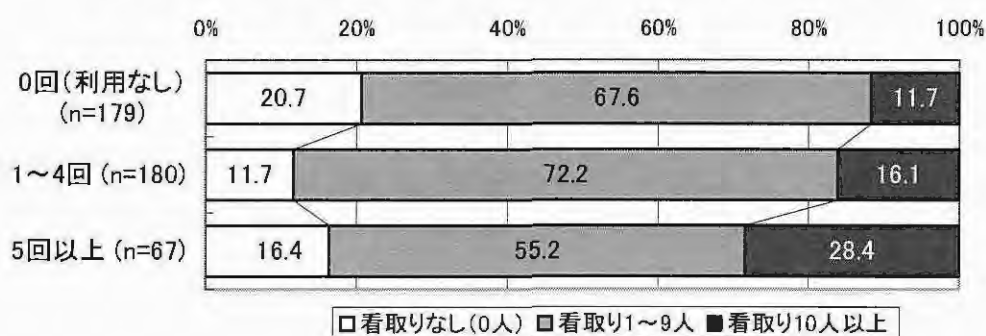
「4 訪問看護ステーションにおける報酬上請求できないサービスの実施状況」(p. 28~40)で記述したように、ステーションは利用者の状態や意向に応じて、必ずしも現行の診療報酬・介護報酬上では算定できないサービスを提供し、利用者や家族の不安・負担の軽減に寄与している実態がある。より重度の利用者に対して「在宅での看取り」を見据えたケアを提供する場合には、訪問看護サービスとしての算定可否やステーションの営業時間の内外を問わず、一人一人の利用者に適時適切な訪問看護を提供する必要があるが出てくる。

(1) 電話相談

相対的に重度者・医療依存度の高い利用者が多い、医療保険利用者における電話相談の延べ回数(直近1週間)別に、在宅看取り数を比較する。電話相談のなかったステーションでは年間の「看取り数10人以上」が11.7%であるのに対し、電話相談「5回以上」のステーションでは28.4%となっており、看取りが多いステーションではより多くの電話相談に応じていることがわかる(図表7.2.1)。尚、介護保険利用者における電話相談の利用と在宅看取り数の間には、有意な関連はみられなかった。

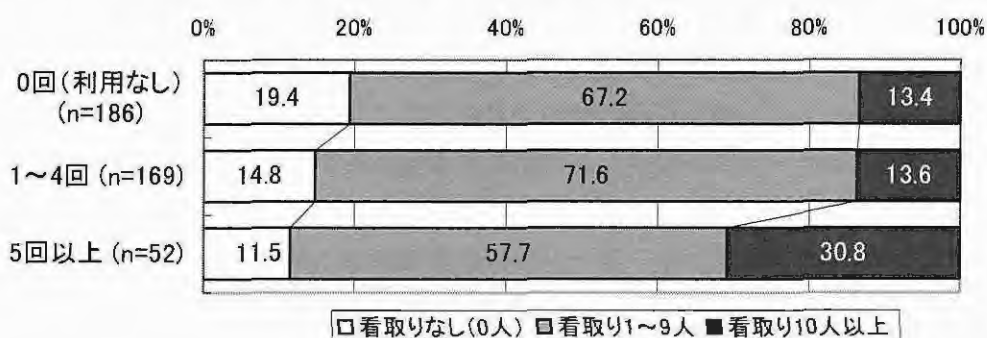
また、夜間・休日の電話相談が直近1週間で「5回以上」あったステーションでは、「看取り数10人以上」の割合が30.8%に上っており、看取りが多いステーションの方が、営業時間外の電話相談に応じる機会が多くなっている(図表7.2.2)。

図表 7.2.1 医療保険利用者の電話相談(延べ回数)別・在宅看取り数



Pearson $\chi^2=14.90$ $p<0.01$

図表 7. 2. 2 夜間・休日の電話相談（延べ回数）別・在宅看取り数

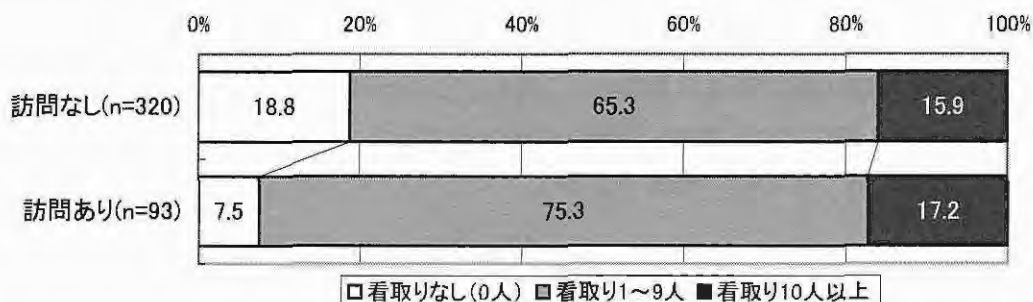


Pearson $\chi^2=11.73$ $p<0.05$

(2) 退院当日の訪問看護

退院当日に訪問看護の実績があるステーションの 92.5%が在宅看取りを行っており、訪問なしのステーションに比べて高い割合となっている（図表 7. 2. 3）。

図表 7. 2. 3 退院日訪問看護の有無別・在宅看取り数

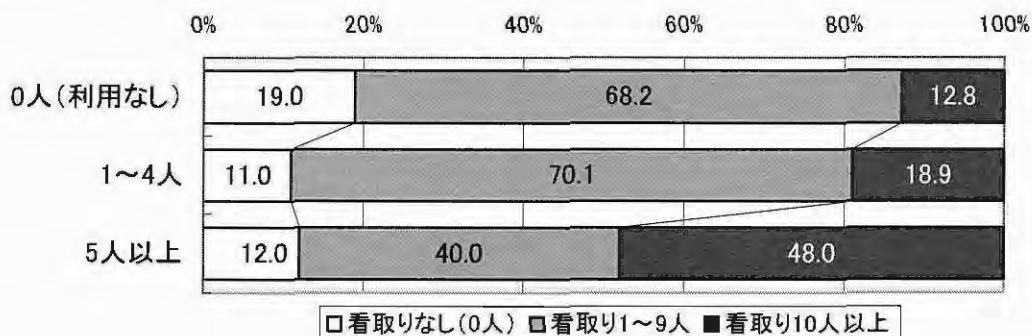


Pearson $\chi^2=6.72$ $p<0.05$

(3) 医療保険利用者への計画的な休日・夜間・早朝訪問

医療保険利用者への計画的な休日・夜間・早朝訪問を 1 月あたり「5 人以上」実施しているステーションのうち、「看取り 10 人以上」が約半数を占める。看取り数の多いステーションでは、診療報酬上で加算の設定がない夜間・早朝の定期的な訪問をより多く行う傾向にある（図表 7. 2. 4）。

図表 7. 2. 4 計画的な休日・夜間・早朝訪問（利用者数）別・在宅看取り数

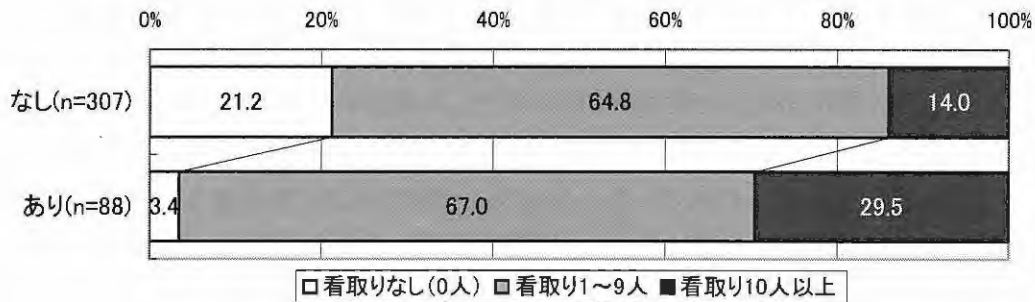


Pearson $\chi^2=24.23$ $p<0.001$

(4) ターミナルケア・グリーフケア

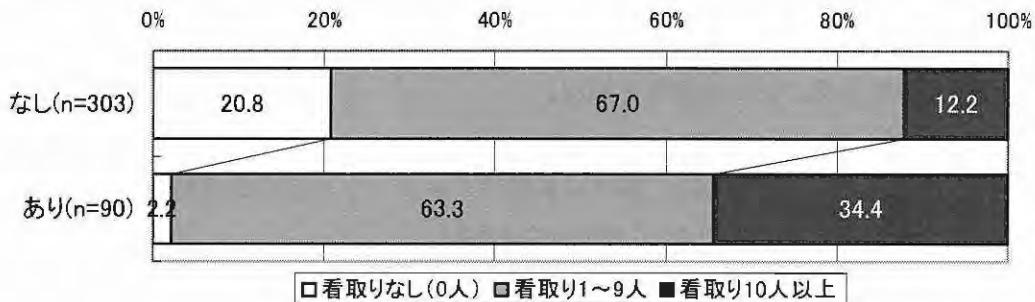
在宅看取り数が多いステーションでは看取りに至るまでの経過が様々であり、急変で病院に運ばれそのまま亡くなるなど、結果としてターミナルケアの報酬算定に至らないケースが発生する確率も高くなっている（図表 7. 2. 5、図表 7. 2. 6）。また、当然のことではあるが、在宅看取り数の多いステーションの方が、死後のグリーフケア（遺族ケア）の回数が多い傾向にある（図表 7. 2. 7）。

図表 7. 2. 5 ターミナルケア療養費が算定できなかったケースの有無別・在宅看取り数



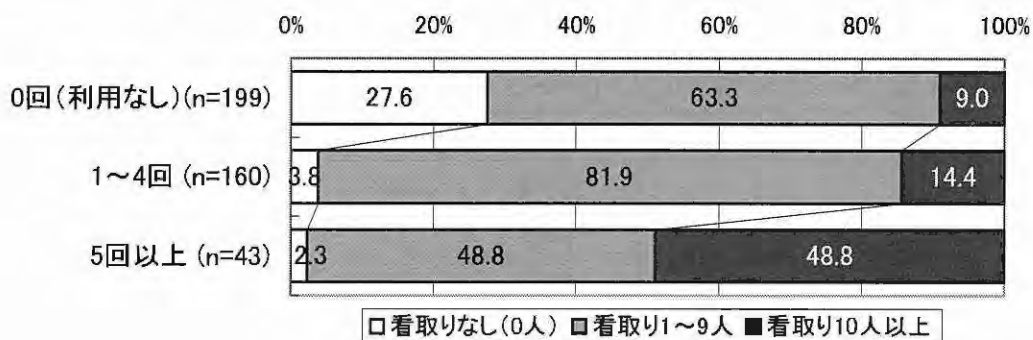
Pearson $\chi^2=22.04$ $p<0.001$

図表 7. 2. 6 ターミナルケア加算が算定できなかったケースの有無別・在宅看取り数



Pearson $\chi^2=34.43$ $p<0.001$

図表 7. 2. 7 グリーフケア（遺族ケア）の訪問回数別・在宅看取り数



Pearson $\chi^2=81.95$ $p<0.001$

7.3 在宅看取り数に関連する要因の多変量解析

在宅看取りの実績がある訪問看護ステーションの特性を明らかにするため、平成18年度1年間の在宅看取り数を目的変数、単変量解析において在宅看取り数と有意な関連がみられた諸変数を説明変数として多変量解析を行う。在宅看取り数は0（看取りなし）が約3割に上り、正規分布から大きく外れているため、「0人（看取りなし）」「看取り数1～9人」「看取り数10人以上」の3つにカテゴリ化し、多項ロジスティック回帰分析を実施した。説明変数として、①24時間対応体制の有無、②看護職員数（常勤換算）、③連携病院・診療所に占める支援診の割合、④事業収益の4変数を用いた。①は、医療保険の「24時間連絡体制加算」または介護保険の「緊急時訪問看護加算」を算定しているステーションを「24時間対応体制あり」とみなし、あり=1・なし=0のダミー変数として投入した。②③④は連続変数として使用した。

図7.3.1では、「0人（看取りなし）」を参照カテゴリとした場合の「在宅看取り数1～9人」、「在宅看取り数10人以上」の各カテゴリに対する有意な説明変数を求めている。「0人（看取りなし）」に比べて「在宅看取り数1～9人」のステーションとなる可能性を高める変数としては、「24時間対応体制あり」（オッズ比3.030）が挙げられる。看護職員数、支援診の割合、事業収益はいずれも有意な関連はみられなかった。

「0人（看取りなし）」に比べて「在宅看取り数10人以上」となる可能性を高める変数としては、「24時間対応体制あり」（オッズ比6.759）、「看護職員数」（同1.477）であり、支援診の割合、事業収益については有意な関連はみられなかった。

以上の結果から、訪問看護ステーションの在宅看取り数を高める要因としては、第一に「24時間対応体制のステーションであること」が挙げられる。そして特に、年間実績10人以上の在宅看取りを支えるステーションであるためには、緊急時や夜間の訪問看護にも対応しうる「看護職員数の多いステーションであること」が要件となる。

図表 7.3.1 在宅看取り数に関する多項ロジスティック回帰分析結果

<在宅看取り数1～9人>（「0人（看取りなし）」をベースとする）

	オッズ比	95%信頼区間	p値
24時間対応体制あり	3.030	1.424 - 6.447	0.004
24時間対応体制なし	1.000		
看護職員数(常勤換算)	1.196	0.844 - 1.694	0.315
連携病院・診療所に占める支援診の割合	0.996	0.979 - 1.014	0.655
事業収益	1.000		0.440

<在宅看取り数10人以上>（「0人（看取りなし）」をベースとする）

	オッズ比	95%信頼区間	p値
24時間対応体制あり	6.759	1.389 - 32.903	0.018
24時間対応体制なし	1.000		
看護職員数(常勤換算)	1.477	1.006 - 2.169	0.046
連携病院・診療所に占める支援診の割合	1.016	0.995 - 1.037	0.141
事業収益	1.000		0.101

8 総括

8.1 調査結果の要約

(1) 訪問看護ステーションのサービス提供体制

- 1ステーションあたりの平均総従事者数（常勤換算）は5.1人。うち平均看護職員数（常勤換算）は4.0人。（p.9）
- 看護職員数「3～5人未満」のステーションが全体の47.0%に上る。開設基準ぎりぎり（常勤換算で2.5人以上）の「3人未満」の小規模ステーションが12.1%。（p.10）
- 夜間・休日のオンコール担当者の、1人あたりの月平均夜間・休日待機回数は12.0回。（p.13）
- ステーションの看護職員数によって1人あたりのオンコール待機回数には大きな違いがあり、看護職員数10人以上のステーションでは月平均6.6回に対し、3人未満のステーションでは月平均15.6回となっている。（p.13）

(2) 訪問看護ステーションのサービス実施状況

- 1ステーションに指示書を交付している診療所・病院数は、平均17.9件。（p.16）
- 1ステーションが連携する病院・診療所総数に占める在宅療養支援診療所の割合は、平均14.2%。在宅療養支援診療所との連携が全くない（0%）のステーションが、全体の33.1%を占める。（p.16-17）
- 1ステーションあたりの平均利用者数は55.8人。うち医療保険利用者数13.3人、介護保険利用者数42.5人で、介護保険利用者が医療保険利用者の約3倍に上る。（p.18-19）
- 1ステーションの1ヶ月あたり平均延べ訪問回数は332.6回。うち医療保険利用者への延べ訪問回数97.7回、介護保険利用者への延べ訪問回数235.0回で、介護保険の延べ回数が医療保険の2.4倍である。（p.19-20）

<在宅看取り数>

- 1ステーションあたりの年間平均在宅看取り数は5.2件。うち医療保険利用者の平均看取り数が2.2件、介護保険利用者の平均看取り数3.0件。（p.21）
- 全体では「看取りなし（0件）」のステーションが13.3%（無回答・不明を除いたサンプルでは17.0%）、「看取り数10件以上」のステーションは12.6%（無回答・不明を除いたサンプルでは16.0%）。（p.21）

<利用者数の変化>

- 平成18年3月分と平成19年3月分を比較すると、医療保険利用者数は「減少」が49.8%、「増加」が50.1%でほぼ拮抗しており、明確な増減傾向はみられない。（p.22）
- 介護保険利用者数については「減少」が57.2%、「増加」が42.7%であり、やや減少したステーションが多い。（p.22）

(3) 診療報酬・介護報酬上評価されないサービスの実施状況

<電話相談>

- 直近 1 週間で、介護保険利用者からの電話相談を受けているステーションが 61.1%、医療保険利用者からの電話相談を受けているステーションが 47.0%に上る。(p. 28-29)
- 直近 1 週間に夜間・休日の電話相談を受けているステーションが 40.9%に上る。(p. 28-29)

<退院前の病院・施設等への訪問>

- 過去 3 ヶ月間で「地域連携退院時共同指導加算」が算定できなかったケースのあるステーションは 40.5%に上る。算定できなかった理由(複数回答)としては、「介護保険利用者のため」が 70.0%、次いで「病院と『特別な関係』のため」が 43.0%となっている。(p. 30-31)

<退院前 2 回以上病院・施設等を訪問したケース>

- 過去 3 ヶ月間で、退院(退所)前に 2 回以上訪問したケースがあるステーションは 35.6%である。(p. 31-32)
- 該当ケースの患者特性(複数回答)は、「がんターミナル」が 51.2%で最も多く、次いで「(がんターミナル、難病以外の)重症者管理加算又は特別管理加算算定者」が 36.9%である。(p. 31-32)

<退院日の訪問看護>

- 過去 3 ヶ月間に退院日当日の訪問看護を実施したステーションは 20.3%である。(p. 33)
- 該当ケースの患者特性(複数回答)としては、「がんターミナル」が 52.2%で最も多く、次いで「(がんターミナル、難病以外の)重症者管理加算又は特別管理加算算定者」23.9%、「難病」22.4%である。(p. 33)

<医療保険利用者の計画的な休日・夜間・早朝訪問>

- 過去 3 ヶ月間に、医療保険利用者に対して計画的な休日・夜間・早朝訪問を実施したステーションは 25.5%である。(p. 34)

<医師との同日訪問>

- 過去 3 ヶ月間に、ステーションと同一医療法人等の「特別な関係にある」医療機関の医師との同日訪問を実施したステーションは 14.8%である。(p. 36)

<複数名訪問>

- 過去 3 ヶ月間に複数名による訪問看護を実施したステーションは 40.9%に上る。(p. 37-38)
- 当該ケースの患者特性(複数回答)は、「がんターミナル」が 58.4%で最も多く、次いで「難病」44.8%、「(がんターミナル、難病以外の)重症者管理加算又は特別管理加算算定者」35.1%となっている。(p. 37-38)

<ターミナルケア療養費（医療保険）が算定できなかったケース>

- 過去 3 ヶ月間で、ターミナルケア療養費が算定できなかったケースがあるステーションは 16.9%である。その理由として「24 時間以内の訪問ができなかったから」が 83.6%に上る。
(p. 38-39)

<ターミナルケア加算（介護保険）の算定できなかったケース>

- 過去 3 ヶ月間で、ターミナルケア加算が算定できなかったケースがあるステーションは 16.8%である。その理由としては、医療保険と同様、「24 時間以内の訪問ができなかったから」が 87.0%に上る。(p. 39-40)

<グリーフケア>

- 過去 3 ヶ月間で、グリーフケア（遺族ケア）の実績があるステーションは 36.4%である。(p. 40)

(4) 訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の連携状況

<支援診の情報共有への取り組み>

- 支援診の訪問看護ステーションとの情報共有については、おおむね評価が高い。(p. 41-42)
「24 時間いつでも連絡がとれる」…85.7%（「そう思う」「まあそう思う」計。以下同じ）
「指示書が適切に記載されている」…85.0%
「治療・ケアについて意見交換できる」…83.1%
- 一方向・双方向の情報共有が比較的積極的に行われているのに比べ、チームカンファレンスの実施、IT 導入によるコミュニケーションなど、多職種間での随時の情報共有の取り組みは一部にとどまっている。(p. 41-42)
「ケアチームの定期的なカンファレンスに医師は参加する」…50.2%
「メーリングリストなどの IT 導入によるコミュニケーションを図っている」…18.1%

<支援診の在宅診療の内容>

- 「褥瘡管理」「ペインコントロール」については 6 割の支援診が一定水準以上の評価を受けている。(p. 42-43)
- 全般に、情報共有やインフォームド・コンセントの実施状況と比べると、在宅診療の診療技術水準への評価はやや低くなっている。(p. 42-43)
「褥瘡管理を十分行っている」…64.6%
「ペインコントロールを十分行っている」…61.6%
「認知症管理を十分行っている」…48.9%
「糖尿病治療を十分行っている」…50.2%
「人工呼吸器管理を十分行っている」…31.1%
「栄養管理を十分行っている」…67.0%

<支援診のインフォームド・コンセントの取り組み>

- 支援診によるインフォームド・コンセントの取り組みについては、おおむね評価が高い。(p. 44)
 - 「疾患と治療についてインフォームド・コンセントを十分行っている」…77.2%
 - 「医療費についてのインフォームド・コンセントを十分行っている」…61.4%
 - 「延命治療・措置についての意思確認をしている」…77.9%
 - 「看取りの場についての意思確認をしている」…77.7%

<その他>

- 「インシデント・アクシデント時の対処について文書にした取り決めがある」と評価された支援診は19.8%にとどまる。(p. 44-45)
- 「急性増悪時に入院できる後方ベッドが確保されている」と評価されたのは71.3%。2割近くの支援診は不十分という評価である。(p. 44-45)
- 「処置に必要な衛生材料が十分に支給されている」と評価された支援診は72.4%であり、約2割の支援診は不十分という評価である。(p. 44-45)

<支援診とそれ以外の病院・診療所の比較>

- 情報共有に関するいずれの項目においても、支援診はそれ以外の病院・診療所と比べ、訪問看護ステーションと積極的に情報共有を行っているという評価されている。(p. 45-48)
- 診療の内容については、「褥瘡」「ペインコントロール」「認知症」「糖尿病」「人工呼吸器」「栄養管理」のいずれも、支援診の方が「十分に行っている」という評価が多い。(p. 48-49)
- インフォームド・コンセントの実施状況は、全ての項目で支援診の方が評価が高い。(p. 50-51)

<診療所の常勤医師体制>

- 医師が常勤で2人以上いる診療所は支援診で25.3%、それ以外の診療所で17.3%にとどまる。(p. 52)

(5) 訪問看護ステーションの経営実態

<収支の概況>

- 平成19年3月分の訪問看護ステーションの事業収支は黒字64.3%、赤字35.7%（無回答・不明を除く）。(p. 53)
- 事業収益は平均2,923,138円。内訳は医療保険収益が約31%、介護保険収益が約68%で、医療保険：介護保険の比はおおむね3:7である。(p. 53)
- 訪問看護サービスに係る収益が事業収益の99%を占めており、保険外の事業収益は1%。(p. 53)
- 事業費用は平均2,662,246円であり、そのうち約78%を給与費が占めている。(p. 53-54)

<訪問看護ステーションの特性と事業収支の関連>

- 看護職員数の多いステーションの方が、少ないステーションに比べ、事業収支の黒字割合が高い。(p. 57)
- 利用者数が多いステーションの方が、少ないステーションに比べ、事業収支の黒字割合が高い。(p. 58)
- 看護職員 1 人あたりの収益が大きいステーションの方が、少ないステーションに比べ、事業収支の黒字割合が高い。(p. 60)

<平成 18 年度報酬改定後の収支の変化>

- 平成 18 年度報酬改定前後の収支の変化について、「ほとんど変化ない」という回答が医療保険分で 50.6%、介護保険分で 44.2%。(p. 61-62)
- 収入が「増加した」ステーションは医療保険分で 24.8%、介護保険分で 17.1%にとどまり、依然厳しい経営状況におかれているステーションが多い (p. 61-62)

<訪問看護ステーションの特性と看護職員給与の関連>

- 訪問看護師の平均給与は基本給 234,048 円、税込給与総額で 282,337 円。病院勤務看護職員と比較して、訪問看護師の平均給与は税込給与総額で約 4 万円低くなっている (p. 63)
- 事業収益規模の大きいステーションの方が、小さいステーションに比べ、看護職員の給与が高い傾向にある。(p. 66)
- 看護職員数が多いステーションの方が、少ないステーションに比べ、看護職員の給与が高い傾向にある。(p. 67)

(6) 在宅での看取りを支える訪問看護ステーションの要件

訪問看護ステーションの在宅看取り数を目的変数、単変量解析において在宅看取り数と有意な関連があった項目を説明変数として多項ロジスティック回帰分析を実施した結果、在宅看取り数が多いステーションであるための要件として、

- 第一に「24 時間対応体制のステーションであること」が必要である。(p. 76)
- さらに、年間 10 人以上の在宅看取りを支えるステーションであるためには、「看護職員数の多いステーションであること」が要件となる。(p. 76)

また、在宅看取り数の多い訪問看護ステーションは、看取りのないステーションに比べ、診療報酬上算定できないサービスを有意に多く提供している。

在宅看取り数が多いステーションは、

- 夜間休日の電話相談を多く受けている (p. 73-74)
- 退院当日の訪問看護の実施割合が高い (p. 74)
- 医療保険利用者への計画的な休日夜間早朝訪問の実施割合が高い (p. 74)

8.2 本研究結果から得られた示唆

(1) 訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の連携における課題

訪問看護ステーションから見た在宅療養支援診療所の情報共有の取り組みや、インフォームド・コンセントの実施状況は、おおむね高い評価がなされていた。在宅診療の診療技術水準についての評価は、情報共有やインフォームド・コンセントの取り組みに比べるとやや低かったものの、それ以外の病院・診療所と比較すれば相対的に高く評価されていた。

今後、訪問看護ステーションと支援診が在宅医療の中核としてよりよい連携を築いていくために、本研究における知見にもとづき、支援診と訪問看護ステーションそれぞれの課題について整理する。

<在宅療養支援診療所における課題>

①在宅診療の診療技術水準の向上

がんターミナルや難病等の重症者、寝たきりの患者に対し、身体的な苦痛をできるだけ取り除きながら在宅療養を支えるため、在宅医療の医師には「褥瘡管理」や「ペインコントロール」、「人工呼吸器管理」などの的確な技術が求められる。また、複数の疾患を抱える高齢者は基礎疾患として認知症や糖尿病を有する場合が多く、他の疾患の治療とともに、「認知症管理」や「糖尿病治療」の診療技術が必要である。

本研究では、「褥瘡管理」「ペインコントロール」は約6割、「認知症管理」「糖尿病治療」は約5割の支援診が「十分行っている」と評価されていた。「人工呼吸器管理」については、該当者がいないため評価不能だったステーションが多いと推察されるが、「十分行っている」は約3割にとどまっており、神経難病など重度の患者を受け入れられる支援診はごく一部であるともいえる。今後さらに支援診の診療技術の向上・改善が図られ、これらの水準が高まることが期待される。

②緊急時の対応体制の確保

「24時間対応体制」「急性増悪時の後方ベッド確保」についてはそれぞれ85.7%、71.3%の支援診が確保できていると評価されていたが、これらは支援診の施設要件であり、高い水準は当然のこととも言える。ただし「後方ベッド確保」は十分ではないと評価された支援診が約2割に上っており、改善が求められる。

緊急時に入院できる後方ベッドの確保は、利用者や家族の在宅療養継続意思を担保し、訪問看護が重症者やターミナル期の利用者を支えていくために不可欠の要件である。個々の支援診が責任をもって後方ベッドの確保にあたるだけでなく、「地域医療支援病院」や療養病床等が在宅医療のバックアップ機能を担い、地域連携を強化していくことが必要である。

③多職種間の情報共有の機会・手段

連携する訪問看護ステーション等との情報共有の機会・手段として、「ケアチームの定期的なカンファレンスに医師が参加する」「メーリングリストなどのIT導入によるコミュニケーションを図っている」と評価された支援診は、それぞれ50.2%、18.1%であった。情報共有のツールは連携の実状によって多様ではあるものの、本研究の結果からは、支援診と訪問看護ステーション間の

一方向・双方向の情報共有はある程度確立されているが、在宅療養支援に関わる職種（医師、訪問看護師、ケアマネジャー、居宅介護サービス事業者、訪問薬剤師等）が随時情報共有する機会・手段をもつ支援診は、一部にとどまっていることが示唆された。多職種協働体制のもとで治療・介護についての方針や認識の共有を図るため、情報共有のしくみづくりは今後の課題である。

④支援診の複数医師体制

支援診の常勤医師体制については、「常勤医師が2人以上いる」支援診は25.3%にとどまっていた。「いいえ」と回答した67.2%には、非常勤医師の雇用や他の診療所との連携等により複数医師体制を確保しているケースも含まれるものの、現状では相当数の支援診が一人医師体制であると考えられる。在宅療養を24時間365日確実に支えるという支援診設立の本来の目的からすれば、医師が過重労働にならずに地域のニーズに十分応えられる体制を、支援診の側としても工夫していく必要がある。

<訪問看護ステーションにおける課題>

本研究のアンケート調査に先立って実施した支援診へのヒアリングでは、連携先となる訪問看護ステーションについて「地域に24時間対応体制をとれるステーションが少ない」または「ステーションの看護職員数が少なく、実際に24時間体制をとれるのかどうか不安がある」という指摘があった。

アンケート調査の結果、「24時間連絡体制加算」（医療保険）・「緊急時訪問看護加算」（介護保険）のいずれかを算定するステーションは計81.2%である。加算の算定状況からの推定であるが、24時間対応体制をとっていないステーションが約2割に上る。

また、24時間対応体制をとっているステーションの看護職員数の内訳をみると、「5人以上」が24.1%、「3～5人未満」が39.9%であるが、「3人未満」も8.6%含まれる。看護職員数が少ないほど一人一人にかかるオンコール対応の負担は大きくなり、1ヶ月間の1人あたり平均オンコール待機回数は、看護職員「10人以上」のステーションで6.6回、「5～10人未満」で8.9回に対し、「3～5人未満」では13.3回、「3人未満」では15.6回。現状では、2～3日に1度オンコール待機を担当しながら少人数で24時間対応体制をとっているステーションが相当数ある。一人一人の看護職員の過重労働を改善し、重症者やターミナルケアの利用者に対して安全・安心な訪問看護を提供するためには、ステーションの人員体制の強化は最も重要な課題のひとつである。個々のステーションの人材確保努力もさることながら、訪問看護全体のマンパワー確保・養成策に国を挙げて取り組むことが必要である。

<報酬・制度上の課題>

支援診との連携が訪問看護ステーションの経営に好影響をもたらしているかどうかについては、本調査において明確にはならなかった。連携する病院・診療所数に占める支援診の割合と、ステーションの事業収支や医療保険収入の増減との間に有意な関連はみられず、支援診と多く連携することがステーションの経営上のメリットにつながるという関連は確認できなかった。

（訪問看護ステーションに対する制度・報酬上の評価の見直しについては、次項で詳述する。）

（２）訪問看護ステーションが看取りを含めた在宅療養支援体制をとるための課題

＜在宅での看取りを支える体制＞

本調査で有効回答したステーションの在宅看取り数は年間平均 5.2 件であり、1 年間で看取りが全くなかったステーションが全体の 13.3%に上る。訪問看護が最期まで在宅で看取るケースは、訪問看護件数全体からみればまだごく少数にとどまっている。

今後、「自宅で最期まで」と望む利用者・介護する家族のニーズに十分応え、在宅療養の継続を訪問看護が支えていくためには、訪問看護ステーションの体制としてどのような要件が必要か。多変量解析の結果、訪問看護ステーションの在宅看取り数を高める要因としては、第1に「24時間対応体制」をとるステーションであること。また、「年間看取り数 10 人以上」のステーションになるための要因としては、「看護職員数の多さ」が有意な要因として析出された。

24 時間対応体制については、現に支援診の届出要件として「24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保」と定められている。確実に 24 時間 365 日いつでも要請に対応できるステーションであるかどうか、支援診の側からみた訪問看護ステーションとの連携のポイントであり、ステーションの実力を評価するひとつの判断基準となっている。

しかし、前述したように、訪問看護ステーションの大半を占める「看護職員数 5 人未満」のステーションで 24 時間対応体制をとるためには、一人一人の看護職員がオンコール待機などで過重な負担を余儀なくされる。在宅での看取りを安定的・継続的に支えられる訪問看護ステーションであるためには、看護職員数の増員が必要である。現状では、小規模ステーションでは管理者自らが多数の訪問看護ケースを抱えている場合が多く、ステーションの管理者が本来の管理業務に専念できる体制をとるためにも、人員体制の強化が今後の課題のひとつである。

＜報酬・制度上の課題＞

在宅での看取りを支えるステーションであるためには、24 時間対応体制と、看護職員の過重な負担なくそれを可能にする十分な人員体制が必要である。とはいえ、マンパワーの確保と並んで多くの訪問看護ステーションの困難な課題となっているのが、経営基盤の安定化である。ステーションの事業収入の 99%が訪問看護サービスに係る収入であり、診療報酬・介護報酬の在り方が経営に与える影響はきわめて大きい。しかし、現行の報酬体系では、訪問回数が多くなるにつれて訪問単価が減少するしくみとなっている。重症者管理加算や特別管理加算を算定しない利用者で試算すると、訪問看護の単価が 1 万円を上回るのは、医療保険では月 4 回以下、介護保険では月 2 回の、訪問頻度が少ない比較的状态の安定した利用者に限られる。今後、訪問看護が重度者の在宅療養支援やターミナルケアを担っていくにあたり、訪問看護サービスに対する報酬上の適切な評価によって、経営安定化を後押しすることが必要である。

本研究では、訪問看護ステーションの診療報酬・介護報酬の算定状況や、現行の制度では報酬が算定されないサービスの実施状況を把握し、報酬上の評価の見直しが必要な訪問看護の「看取り」にかかわるケアについてまとめた。

①ターミナルケアの評価の引き上げ

訪問看護ステーションの在宅看取り数と、現行では報酬上評価されていないサービスの実施状況の関連をみると、在宅看取り数の多いステーションの方が、看取りのないステーションに比べて夜間・休日の電話相談を受ける回数が多かった。看取りに至るまでの過程では、訪問看護師は直接的な身体的ケアとともに、本人や家族の揺れ動く気持ちに沿い、精神的なサポートや、症状の経過・転帰についての時機を得た説明を行い、介護する家族が過剰な不安を抱かずに最期まで看取れるように支援している。間接的な支援のひとつに電話相談がある。看護職員の判断によって緊急に訪問を行う場合と、電話による対応のみで解決する場合があるが、いずれも、利用者や家族の安全・安心を確保し在宅療養の継続を支えており、看取りの過程において訪問看護の重要な役割である。

また、看取り数の多いステーションでは、自明のことながら、利用者の死後にも遺族への訪問等を通して、遺族の悲嘆に寄り添うグリーフケアがより多く行われている。訪問看護によるグリーフケアは、遺族が看取りのプロセスに納得し、「家で看取れて良かった」という満足感を高める上で、主要な要因の一つであるといわれている（松村ちづか・中山和弘・川越博美「主介護者の満足感に影響する在宅ターミナルケア要素に関する研究」, 緩和ケア 16 (3), 269-274, 2006）

こうした看取りのプロセスにおける訪問看護の様々な支援を包括的に評価し、訪問看護のターミナルケアに関する現行の診療報酬・介護報酬上の評価を引き上げることが必要である。

②現行では報酬上評価されないサービスに対する評価の新設

在宅看取り数の多いステーションでは、その他にも「退院当日の訪問看護」や、「医療保険利用者への夜間・深夜・早朝の訪問看護」の実施が多い傾向がみられた。対象者の疾患との関連でみると、特に「がんターミナル」の利用者を最期まで看取るという過程で、これらの報酬上評価されていないサービスが必要となる場合が多いといえる。

○退院当日の訪問看護

病院（施設）からの退院（退所）が決まった時点から訪問看護が関わり、在宅療養へのスムーズな移行に向け、退院日当日に訪問して医療器具の使用法の確認や療養環境の整備を行う場合がある。退院当日に訪問看護の実績があるステーションの 92.5%が在宅看取りを行っており、退院・退所日当日の「(老人) 訪問看護療養費」の算定を可能にすることが求められる。

○医療保険利用者への夜間・深夜・早朝の訪問看護

ターミナルケアの利用者については状態が変動しやすく、介護者の不安も強いことから、終末期に現われる症状への対処、緊急時対応、疼痛緩和、医療機器の扱いなどにおいて、利用者や家族がいつでも相談でき、訪問を要請できる体制が必要である。

一方で、訪問看護ステーションが 24 時間対応体制をとるための報酬上の評価は十分とはいえない。特に、診療報酬における「24 時間連絡体制加算」は 2,500 円（介護報酬における「緊急時訪問看護加算」は 5,400 円）、医療保険利用者への夜間・深夜・早朝の訪問看護については時間外加算の設定がない（介護保険では「早朝・夜間」が所定単位の 25%、「深夜」が 50%の加算）など、医療保険と介護保険における評価には齟齬があるのが現状である。

本研究の調査結果では、医療保険利用者への計画的な夜間・深夜・早朝訪問を1月あたり「5人以上」実施しているステーションのうち、「看取り10人以上」が約半数を占めている。医療保険においても介護保険制度との整合性を図り、夜間・深夜・早朝の訪問看護への評価新設や、24時間連絡体制加算の引き上げにより、看取りができるステーションの第一要件である24時間対応体制をバックアップすることが求められる。

付録 1

自由回答にみる訪問看護ステーションの現状と課題

調査票の自由回答欄に記入があった訪問看護の問題点・課題、訪問看護に係る医療保険・介護保険の制度や報酬についての意見・要望を主な項目ごとに分類し、以下に示す(総回答者数 181)。地域や施設名が特定できるような一部表記を変更した他は原文通りとした。

尚、一人の回答者が複数の項目を挙げている場合があるため、項目ごとの回答数合計と総回答者数は一致しない。

1. 訪問看護事業の運営について

(1) 訪問看護ステーションの人員体制・人材確保 (27 件)

- 人員不足、研修に行く余裕もない。
- 訪問利用の依頼が増えているため、人員不足により看護師の募集をしても、ここ半年間 1 人も入ってきません。
- スタッフが少なく仕事量が多い。
- スタッフが足りず、1 年半ほど一人で緊急コールを受け持っていたが、それはとても精神的・肉体的に大変だった。欠員が出ても、すぐ補充がきかず(募集してもなかなかない)、スタッフを集めるのは大変です。
- 少人数のため、まとまった休みが一回も取れない。
- 利用者が常に入所・入院・死亡・ショートなどで不安定なため、小さいステーションは経営が成り立たず、近辺でも 2 カ所やめたと聞いています。立ち上げから 2.5 いないといけないのは、経済的に難しいと思う。
- 看護師が働きながら自己啓発に取り組む機会や、医師と同等のレベルで連携がとれるように、マンパワーの充実・充足も、スムーズに連携を取っていくための条件だと思います。
- 看護師不足に悩んでいる。最近の医療制度改定で病院の看護師不足が生じ、在宅へ看護師がまわってこない現状がある。求人しても応募がない。新規に利用依頼があっても受けられない。パート看護師の時給を上げて求人しても難しい。マスコミなどでも取り上げられており、問題として認識されているはずなのに政策がなされていない。在宅療養に重点を置くような厚労省の施策と矛盾する。
- 訪問看護職員の採用に苦慮しています。現在訪問看護をお断りするケースもあり残念に思います。
- 訪問看護師が採用できずに困っています。新規の依頼もあるのですが、お断りする状態が続いています。今まで(減多にないのですが)常勤募集については応募はあったのですが、18 年度後半から、何度かチラシなどで募集していても全く反応無し。在宅医療に力を入れていくという国の方針から考えると、矛盾を感じます。
- とにかく人数不足で依頼に対応できないのが現状です。看護師は訪問したいのですが、今の状況ではすり切れてしまう。そして退職といったとても悲しい実態が続いています。訪問看護をがんばっている、またはしてみたいと思う看護師が、働きやすい環境ができるように制度を考

えていただけないと、コスト面を考え出すと閉鎖していかなければいけなくなってしまいます。病院から在宅を希望されても、今の状況では受ける容器がありません。どうか現実を改善するよい制度ができてくることを希望します。

- 24時間の支援をしたく、続けていく必要性は感じていますが、なかなかスタッフ確保・マンパワーの継続は難しい状態です。
- とにかく看護師が集まりません。このままでは閉鎖もありえます。在宅に力を入れていくのであれば、厚労省はなんとかすべきです。
- 訪問ナースの確保ができず、後輩の育成ができません。
- 訪問看護に関しては、かなり精神的にもハードなのに報酬が見合っておらず、人員確保がとても困難。
- 訪問看護師が少なく、またなり手がありません。人数不足という点で問題が生じています。一人の看護師の負担が大きいです。
- 常勤2名での過酷な24時間対応という厳しい労働を科せられており、増員は難しい状況です。
- 病院の看護師配置基準の改正の影響が大と思うが、訪問看護師の募集をかけても集まらない。全体的に人材不足ではあるが、病院等の施設に人が流れている気がする。現状でも訪問看護の依頼があっても、人材がいらないため受け入れできず、というケースがある。看護協会として、もっと訪問看護のアピールができないものか？
- 「自宅では訪問看護師がいつでも訪問できる」という説明を安易にはいけないと思っています。退院や自宅での生活に不安を持っていることは確かだと思うが、訪問看護師の置かれている状況は、夜間事務所に泊まって夜勤をしているわけでもなく、休み中ずっと家で待機しているわけでもない。すぐに訪問したくても、全体的に少ないスタッフで対応しているのが現状。
- 管理者交代・スタッフの補充も思うようにいかず。管理者・スタッフ、日々訪問に駆けめぐっている状況です。
- 人員が不足で、今年4月より給与を上げてやっと人が来てくれた。市のステーションなので、方針が非常勤雇用で、人が長く働けるようにできていない。
- 訪問看護の需要は増えてきているが、病院等の看護師の人数の確保が難しくなっており、今後併設等の訪問看護ステーションは維持が難しくなってくると思う。
- 貪欲に勉強していかなくてはならないのですが、常勤一人のみで活動していくのには限度があります。
- 現在は在宅療養支援診療所との連携はしていませんが、行うとなると2人で24時間対応を行っていますので、精神、身体負担の増大、拘束時間などの問題があり、積極的には取り組んでいません。地域の医師も消極的です。
- 昨年度前半はスタッフ不足で利用者を増やすことが出来ませんでした。後半にスタッフを2名採用出来ましたが、利用者の確保が出来ず、収益を上げることが難しい状況です。
- 訪問看護を希望してくる看護師の中には、「日中の仕事で体が楽だから」という動機の者も多く、24時間体制を維持していくのが難しい。
- 1ステーションで5~10カ所のグループホームと契約して、訪問しているところがあるが、認知症で観察力、経験が大変求められる中、多数の対象の方を少人数のステーションで責任持って看護できるとは思えません。

(2) 訪問看護ステーションの経営状況・訪問看護師の労働環境 (11 件)

- (株)としての訪問看護ステーションの存続は難しい(利用者数、看護師数、看護師が集まらないなど)。
- 訪問看護師は責任が重く、車での移動により危険が多い。訪問も一人のため不安が多い。その割に病院勤務に比べて給料が安い。
- 重症な利用者やターミナルの利用者など、早急に的確な対応が必要であり、経験のある良いスタッフをそろえることが必要なため、非常勤でのスタッフ採用は難しく収支を黒字にすることが難しい。
- 職員のストレスケアを充実してほしい。
- 赤字経営が続き、事業を継続するか否か検討中である。次回の報酬改定で報酬アップがなければ、継続は困難になる。
- 訪問看護に適した貴重な年代は、子育てに忙しい。この年代の人たちが働きやすい環境や配慮があれば、もっと訪問看護が充実すると思う。
- 給与が少ない。院内の看護師よりハードであると思う。
- まとまった時間が取りにくく研修に行けない。
- 訪問看護の現在の制度報酬では、一つの事務所として経営を成立させてくれない。報酬アップして欲しい。交通費(利用者宅への訪問距離 20 kmくらいになる場合もある)を検討して欲しい。
- 今の状況では、病院勤務者に比べて、給与も低く抑えられ勤務環境的にも一人です仕事なので、責任ばかりがかなり重く負担となりがちで、訪問看護を目指す人がいなくなってしまう。現に極端な人手不足になっている。
- 24 時間体制をとっているのですが、携帯番号を持っているというだけでストレスはかなり重いのですが、実働分しか給料はできません(ステーション内に拘束しているわけではないという理由ですが)。

(3) 在宅医療や訪問看護に対する利用者・一般住民の理解 (7 件)

- 訪問看護の知名度・地位が低い。
- 在宅での受け入れ(家族関係)問題もあり、医療者側の条件が整っていても結局最後は病院死を選択されることもある。医療者側だけでなく、患者・家族(一般市民)の意識改革が必要。
- 一般の方々は、①介護保険を利用するのは煩わしいという気持ちが強い。②医療保険だといつまでも受診できるし、医師とも相談できるという安堵感がある。③訪問看護の報酬は高いというイメージがある(ヘルパーとの区別がつかない方が多い?)。
- 在宅での医療的処置が増えており、頻回訪問や滞在時間が長くなっている訪問が多いのですが、初めの契約と異なるので延長時間の請求等ができない現状でのサービス訪問が増えています。
- まだ身障手帳を持っていれば、医療で自己負担金無しで訪問看護を利用できると思っている患者や医師がいるので・・・。
- 利用者はどうしても医師に診てもらいたいという要望があり、看護よりも診察に行くケースが

多いということと、訪問介護よりもコストが多く、導入をしてもすぐに断られるケースが多い。指示書を記入してもらい、計画を立てた時点でのキャンセルはよくあるケースである。

- 訪問を約束し訪問したが、精神的に介護者が不安定（病気）で訪問しても収益につながらないケースもある。ステーションとしては料金は設定していない。24時間連絡体制を説明しても理解が得られず、今月はないなどと言って利用者から24時間の導入を断られるケースもある。独居で急変する事が多い方でも娘さんから断られた。ケアマネジャー自身も必要ないと言われるケースもある。

（４）直接的なケア以外の業務負担（６件）

- 実際の訪問以外の電話相談、他事業所・医療機関への連絡等にもかなりの時間を要している。
- サービス担当者会議への参加、各書類の整備、医療依存度の高い利用者の対応など、業務は多忙になるばかりだが収益は厳しいのが現状です。
- 在宅療養支援診療所との連携の部分で、頻回な情報発信を文書で行うために時間を要する。
- 面談・相談が多い、また医師との連携が多い。報告・指示の多い患者が増えてきた。電話の指示も増えてきた。ボランティアでやることが多い。
- 直接ケアだけでなく、連携のためにかかる時間には報酬をつけにくい、この時間があるって直接ケアが十分なものとなることを考えての報酬であってほしい。
- 退院前調整の会議や、サービス担当者会議への参加が非常に多くなり、そのところでの時間をたくさん使っています。

（５）訪問看護ニーズの掘り起こし（１件）

- 利用者が増えないことに悩んでいます。病院の相談員にも持ちかけています。また、訪問看護の業務内容等も、必要であれば退院される家族などに声かけをお願いしています。在宅で体調不良、発熱、食欲不振で入院すると、90%退院できないことも原因と思われます。介護力も問われます。

2. 連携する診療所・病院について

（１）病院・診療所（支援診含む）の医師との連携・コミュニケーション（40件）

- 在宅療養支援診療所の先生とのケースカンファレンス等を通して、もっと密にコミュニケーションを取るべきであると感じているが、なかなかコミュニケーションを取る時間がないことが問題である。
- 連携に関しては、まだまだ訪看の意義や必要性を理解して連携する医師（クリニック）が少なく、戸惑ったり動きがとれない場面が多々あります。
- 医師との連携が個人差が大きい。個人プレーする医師も数人いる。
- 在宅で過ごすためには医師の理解と協力が不可欠です。そして介護保険法というものがある以上、介護支援専門員という職業をもっと尊重していったらあげべきだと思います（ケアマネ自身の努力が必要なのは言うまでもありませんが）。
- 在宅医療支援診療所の医師からの紹介がなかなか増えていかないケース、および中止になることもあり、訪問看護ステーションへの理解度が少なく感じる場合があります。

- 在宅支援診療所の先生方にも、協力的な先生と、今ひとつやりとりの難しい（意義や意味がいまひとつ浸透していない？）先生がおられます。
- 精神科病院に併設のため、医療保険の利用者は少しずつ増加しているが、当市には医師会の訪問看護ステーションがある。利用者様は私たちの訪問看護を利用したいと希望しても、主治医（医師会の）が「医師会の訪問看護を使うよう」に言われるため、利用者は断れず訪問看護の契約ができないケースが多く、たびたび意欲低下に陥ることがある。それらの理由から介護保険の利用者の拡大は図れないのが現状です。
- 当ステーションでは大きな問題はないのですが、診療所によっては通常訪問してはいけない患者さんへの緊急対応を頼まれたとの話も聞きます。きちりと契約という形で、どのような内容で連携するのか辺りを取り決めすべきなのか？と悩むところです。
- 電話のみで連携依頼を受ける診療所があります。内容について直接お会いして話し合いの上で連携体制を取りたいのですが、「訪問診療するための届出なので、協力しないなら今後指示書を交付しない」と言われることがあります。
- 診療所からは届出の時だけ依頼がありますが、その後指示書の交付がありません。
- 地域性もあると思いますが、医療連携体制における覚書を交わす診療所もあります。お互いに責任をもって対応をするためには必要と思いますが、拒否をされることがあります。
- 医師の指示書の内容が、医師によっては毎月書かれるにもかかわらず同じ内容で、内服薬の変更があっても同じであったり不確かなものが多い。内容も明確なものではなく、○のみでほとんど具体的に記入されていない指示書もある。指示書の記入に関して取り決めを制度化してほしい。
- 往診される開業医（在宅療養支援診療所）があまりにも少なく、訪問看護師の立場が弱い。家族の気持ちを考えると、病院からは締め出しを食らう。在宅にまわれれば急変は時間外が多いため、かかりつけ医の不在時が多い。宙ぶらりんで利用者が急変すると責任問題が生じ、家族もストレスを感じている。すぐかけつけてくれる医師がきちりしたムンテラさえ行えば、家族の不安も減るだろう。
- 指示書をもっている医師でも、別のステーションを連携ステーションにあげていたり、訪問看護未利用者さんに医師が当ステーションを指名していただいたりするが、実態が把握できていないことがある。
- 地域には病院がなく、診療所も夜間往診に来てくれるようなところはありません。信頼できる診療所がないためほとんどの人が大きな病院に通い続け、自宅でできるような点滴でも毎日通わなければなりません。通うためにはバスも少なく、通院だけでも予約のバスを頼んだり大変な思いをされています。
- 在宅医療支援診療所との契約は複数可能であるが、事務方で手続き上手間がかかるのか単独での契約になっており、連携が機能していない。
- 段々と看取りの時期かな？と訪問看護の中では認識しつつも、主治医からステーションへ「ターミナルだから・・・」と一言情報提供をお願いできれば、家族への指導もスムーズに行えるのではないのでしょうか。
- 電話で連携の依頼が来るが、連携後の体制等について書面での取り交わしが必要と思われる。
- 最近、2回続けて在宅での看取りのために、好意を持ってないかかりつけ医にお願いすること

になりました。「あの先生に頼んで何をしてもらえるの？」と介護者の不安・不信の声とは別に、患者は「家で死にたいから、往診をしてもらうんだったら知っているかかりつけ医がよい」との一言で、指示書と往診の件は解決したのですが、主治医の思いと家族の思いを訪問看護がバランスを取りながら、在宅支援を行ったがスムーズにいきません。一人は結局家族（実の娘）が呼吸停止した時に救急車を呼び、もう一方は主治医不在時に永眠し、連携医師の死亡確認となりました。相手（医師）の気持ちを考慮しての対応がなかなかうまくいかず、スタッフもあの先生ならいいけどこの先生は苦手、と連携の方法に悩まされています。

- 併設病院から 67%指示書をいただいている訪問。他院とは連絡が取りにくく、直接話をしたくとも時間待ちが多く業務に支障が出る。
- 在宅療養支援診療所になる事は、いろいろな意味で大変と、近隣の開業医の先生方が敬遠しているのが現状です。また、医療依存度の高い利用者の依頼も積極的に受け入れてくれる医師（開業医）は、まだ少ない様に感じております。
- 在宅療養支援診療所の制度ができ、開業医の医師は利用されているかと思いますが、開業医医師＝医師会＝ステーションも医師会、となるような傾向で、来院活動する機会がないようです。
- 在宅療養支援診療所に関しては、医師が足踏みしている感じで、この周囲ではほとんど届出がありません。
- 指示書をなかなか書いてくれない医師、衛生材料を支給してくれない診療所もあります。
- 在宅療養支援診療所は区内 13 カ所あるが、近隣には少なく、連携についての覚書も交わしていない。いままで通り、指示書の交付された利用者のみ連携の対象としている
- 地域性なのか、当地域では「在宅療養支援診療所」の申請は、はっきりわからないが開業医が行っていない。がその分、私たち訪問看護の関わりを多くし、在宅看護されている方の不安・負担を少なく、できれば安心して在宅での看取りまでできるよう、支援していきたいと考えている。
- 癌末期の患者さんから見ると、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションとの連携がうまくとれていると、すごく心強い存在になれると思う。ただ、在宅での医療依存度の高い人が増加してきている今、在宅療養支援診療所がまだ少ないと感じます。24 時間体制がとれるということは、訪問看護師にとっても心強いです。自宅で最期を迎えたい、という希望を叶えるには、もっと在宅療養支援診療所が必要になってくるのではないのでしょうか。
- 在宅療養支援診療所の数が増えないと、入院から在宅への移行には無理があると思われる。
- 夜間・休日の連絡がしにくい状況にある。ターミナルケアを進めていく上で、医師との連携をもっとスムーズに行えるようになってほしい。
- 利用者の費用負担増が見込まれるため、在宅療養支援診療所の契約をあえて締結しないケースが多い（現在のところ、100%診療所側からの申し入れ）。
- 訪問看護の業務内容を理解していない医師がまだ大勢いる。指示書の交付・期間など、説明しないと書けない。
- 在宅療養支援診療所に関しても、いつでも看護師（ステーション）に連絡してと医師からの説明。訪問して医師に連絡すると不在、繋がらない、今近くにいない……。必死で対応しなければならない看護師が多いのでは？支援診療所との連携は特に大きなメリットはステーションには今のところないです。

- 当町内近郊に在宅支援診療所をやっているクリニックは1件のみですが、ターミナルとなると訪問回数が密になり、在宅末期医療総合診療料で請求することが多くなります。利用料を支払うのが1カ所でのよいという安心感を得られ、訪問看護も入りやすいです。
- 緊急呼び出しの際、利用者が主治医に連絡してから、主治医より訪問看護に出動を指示・要請するとの解釈であったが、主治医によって患者への説明が違う場合がある。きちんと利用者に説明していないことがある。
 - また、ある主治医は在宅総合診療料であることを、請求後にステーションに知らせてくるなど混乱があった。
 - 訪問看護が状況に合わせて訪問回数を調整しにくいケースがある。主治医が「2回でよい」などと、あまり利用者立場に立たず、訪問回数を指定してくる場合があった。
- 在宅支援診療所が少なく苦勞している。往診できる医師がいない現実を考えなければ、報酬を変えられないのではないだろうか。報酬だけの問題ではないと思うが、医師の絶対数が少ない。
- 制度の開始前から協力していただいている医療機関が多かったため、診療報酬で評価がされたことは追い風となった。が、医療機関によっては、実際には連携体制にあるが利用者負担がアップするとして、在宅療養支援診療所の届出をしない主治医もみられた。
- 医師にもよりますが、在宅療養支援診療所との連携において、レセプトが包括になるためか、訪問看護の回数を制限されてしまいました。利用者の希望は毎日訪問でしたが、週1回とのみと指定されて、何度か申し出をしましたがかなわず、結果家族が在宅での看取りを断念し入院してしまいました。このような形ではターミナルは充実しないだろうなと感じます。しかし医師側としても、本音だとも思います。ある医師は逆で、自分の看取りは「0」だったからと、在宅療養支援診療所としての連携をためらっていました。
- 治療方針が明確に伝わらなくて困ることが多々あります。往診と訪看とドッキングする事がないので、別の日（の往診日）に併せて訪問し、お顔合わせをし、情報収集するようにしています（無償です）。
- カテーテルや点滴をしている方のカテーテルトラブルの時、安易に指示をされます。また「点滴も物品を取りに来て、本日より点滴を」とFAXで朝に送信されてくる事もあります。
- 総合的に診られない事や、それが難しい事も先生の中におありでしょうが、他科との連携という部分にもっと積極的になっていただけたら、利用者様は安心されると思います。

（2）地域における在宅療養支援診療所の情報（13件）

- 在宅療養支援診療所が市内に何カ所あるかわからない。医師会に問い合わせたら個人情報については教えられないと言われた。
- 当訪問看護ステーションの営業区域は、隣接する2つの市を対象とします。双方で42~43の診療所がありますが、どこも在宅療養支援診療所の指定を受けていません。しかしH19年3月の医師会（当訪問看護ステーションが存在する地域）の会議では、診療所数28の中、在宅療養支援診療所届け出件数5件との報告があったとのこと。そういう情報がキャッチできないのが問題だと考えます。
- 支援診療所かどうかの把握は、特に書面をもって確認しているわけではない。今後連携の取り方について検討していく必要がある。

- 市内の診療所で在宅支援診療所であることは特に知らされておらず、市内6カ所にあるステーションでもいつもどおり、介護保険下では指示書は届いていますが、それ以外のことはステーションと診療所ではノータッチな事がほとんどです。
- 同じ法人以外の指示書発行者が、在宅療養支援診療所になっているのがつかみ切れていない。
- ステーション近隣のエリアで、どこが在宅療養支援診療所に該当するのかが分からない。情報が欲しい（病院から患者を受け入れた場合、在宅の主治医を探すのに苦労しており、特に24時間体制で連絡OKなところは少ないと思う）。
- 在宅療養支援診療所がどの先生（病院）なのか全く分かりません。
- 在宅支援診療所をどこの医院が取っているか分からない。たぶん近くにはいると思う。
- 訪問看護ステーション側から、その診療所が当ステーションを登録しているのか否か不明であり、他種の診療からの報告もありません。指示書の中に記入していただくのか、それが医師に対して失礼に当たるのではないかなど、不明な点が多いです。また、それらの事項をどこに相談したらいいのかわかりません。
- 在宅療養支援診療所について、指示書や医師から明らかな明記がないため、在宅療養支援診療所か否かわからない。医師会のホームページを探したが、わからなかった。区ごとにリストがあると分かりやすい。
- 在宅支援診療所の情報が入りにくい。
- 在宅療養支援診療所との連携において、診療所を申請しているのかどうか、その利用者さんが管理料の対象なのかどうかかわりにくい。
- 医師会より、24時間連絡体制にあるステーションを公表するための実態調査がありましたが、在宅療養支援診療所の届出もしている診療所の実態については、ステーションで把握することができず、公表もされておらず在宅療養支援診療所を選択することが不可能です。

（3）診療体制・診療技術水準（11件）

- 在宅療養支援診療所の体制が不十分である。
- 支援診療所の医師は、がん末期のターミナルケアに慣れていないため、利用者は少ない病院の医師が対応することが多い。
- 診療所の医師によって、在宅療養支援診療所に関する考え方、とらえ方にかなり温度差がある。24時間拘束されるのは非常に苦しいとして申請されない医師や、看取り時の高額な加算が患者負担になるのは忍びないなど。概してそういう医師ほど、過去連携して看取りができたケースが多い。
- ペインコントロールを専門の医師に相談せず、患者さんが気の毒である。
- 在宅療養支援診療所の、医師の意識が薄い方が見られます。24時間、必ず連絡の取れる体制にされていない医師のフォローをしているような気のする時もあります。
- 支援診療所として届けをしているにもかかわらず、コールがきても「1時間はかかる。連携病院へ行ってください。すぐに来てくださいと言われても、近くに居ない時が多い。訪問看護ステーションに電話した方が早いよ」などと答える医師に、ちょっと腹が立ちます。
- 在宅療養支援診療所であるにもかかわらず、夜間・休日に連絡の取れない医師がいるのは困る。確かに普通の訪問診療対象の患者さんよりは頻回に訪問するのだろうが、指示を受けて実際に

何度も足を運ぶのは看護師であるのに、在宅看取りによって診療所に入る診療報酬と、訪看に入るターミナルケア加算の差は明らかに大きすぎる。

- 夜間は当直の医師に代行されることもあり、事情や細かな内容が伝達されていないため説明に時間を要し、結局ステーション側が対応することもある。
- 在宅療養支援診療所が少ない。また、病院との連携も不十分。診療所の患者が急変したとき、連絡が取れないこともしばしばある。
- 在宅療養支援診療所でも、医師一人では対応しきれないでいられます。きちんとしたシステム（副主治医、連携医師など）が必要と思われます。
- 在宅診療所が24時間連絡対応となっているが、訪問看護ステーションがファーストコールを受ける場合は、訪問看護での24時間体制加算を高く評価しても良いのではないかと感じる。

（４）病院との連携（退院調整・在宅医療の後方支援体制）（7件）

- 医療ニーズの高い利用者が増え、家族の負担が大きいが、レスパイトを引き受けてくれる施設は少ない。
- 当ステーションは単独にて、緊急時対応の医師・ベッド確保が難しい。クリニックの医師に24時間は人道上お願いできない。
- ターミナルの方の退院時期や連携時期が遅いために、在宅での受け入れ準備が不可能であったり、退院できないケースが多いように思います。早期に連携を取っていただき、信頼関係ができた状態で在宅でのターミナル期が過ごせることを望みます。
- 他院のICがしっかりできていず、訪問看護で振り回されることが多い。サービス担当者会議、退院調整会議の出席希望。
- 緊急時、主治医と連絡が取れない場合があるが、在宅療養移行時から、受け入れ後方支援病院と連携を取っていただけたら、急変時の対応もスムーズに運べるかと思えます。
- 退院されるまでの病院との連絡調整が、まだまだうまくいきません。
- 退院時の病院・訪看の連携が十分できていない。時間の都合がつかない場合が多いが、病院看護師の在宅療養の、現実に対する認識が少ないように感じる。

3. 医療保険制度・診療報酬について

(1) 退院日訪問の評価(13件)

- 退院前訪問に行き、HPN導入に関して連携をとっても、医療保険では退院日当日の訪問が算定できないので、介護保険で行っている事例も多い。今回の調査ではあがってきていないが、数回退院前訪問に行っても、退院されなかった例もあります。
- 退院日の訪問に対する報酬(退院日の訪問は必要)
- 退院日の訪問を算定できるようになるといいと思います。
- 医療保険の方の退院日訪問について、現在報酬がないためボランティアとなっています。早期に報酬改定をしていただけることを望みます。
- 重症者や医療依存度の高い利用者の退院時(退院日)訪問に対し、どのケースに対しても報酬で認めていただきたい。退院時に指導がしっかりされていた場合でも、在宅での特性上不安となり、トラブルも多く発生している。退院日にしっかりフォローできる体制の下で在宅生活を始めることにより、その後の継続に大きな影響を与える。
- 医療保険利用者の退院日の対応について。重症者管理加算の対象者や、厚生労働省が定めた疾病の者に対しては可能にしてほしいと思います(駄目な場合は、せめて入院先の病院の対応が確実なものになるよう希望します)。
- 医療保険に関しては、医師との同日訪問や退院日の訪問が必要なことが多く、算定できないことが多々あります。病院と在宅、医師とナースとでは役割が違うため、必要な訪問として早急に認めていただきたいと望んでおります。
- 介保では特別管理加算の方は退院日訪問できるのに、医療ニーズの高い人工呼吸器の方などは医療保険優先となり、退院日に訪問できないため矛盾がある。
- 医療保険の退院日の訪問看護を認めてほしい。
- 当ステーションは、ターミナルの利用者の依頼が多いのですが、退院当日の訪問看護の療養費の算定ができないのは困ります。必ず当日訪問していますので。退院当日に亡くなられた方もいました。重症者管理加算も月4日以上訪問しないといけないというのも困ります。2日で亡くなられた方も3名ほどいました。退院すぐは状態も不安定ですし、家族の不安も大きいので訪問開始時期はむしろ、手厚い算定であってもよいのではと思います。
- 人工呼吸器装着患者が退院する時必ず看護師が付き添い、在宅での呼吸器やHOTの設置の確認、指導などが必要なのに算定できません。できるようにしてください。
- 医療保険の退院日訪問が算定できるようにしてほしい。
- 退院日に訪問看護が算定できない。訪問看護が一番必要な部分ではないでしょうか。地域連携、退院時共同指導加算があるのであれば、退院日の訪問看護をした場合に、地域連携退院時共同指導加算が算定できるというぐらい必要なものと考えています。

(2) ターミナルケアの評価引き上げ・算定要件見直し(11件)

- 在宅看取りの報酬が余りに少ない。心身の負担が大きいため、せめて報酬を良くしてほしい。でなければ誰もやらなくなる。
- ターミナルケア加算の対象となる条件に、死亡前24時間以内の訪問は特に意味がないと思われる。
- 在宅療養支援診療所が、看護ステーションとの連携のもとに1万点を請求する場合は、診療所がステーションに協力金を支払うような契約がシステム化することを希望します。
- ターミナルケア加算の2週間の期限を取り除いてほしい。導入までに3~4回訪問して、2~3日で終了する場合もある。
- ターミナルで医療保険となると、介護保険より収入が減るが、スタッフの負担は心身共に増加する。医療保険も基本療養費・管理療養費とせず、時間単位にしてほしい。すべての終末期を医療保険対象としてほしい。
- ターミナル加算において、介護保険にて訪問し急性増悪にて医療保険に切り替わった後に死亡となり、双方からターミナル加算はとれませんでした。
- 医療保険のターミナルケア加算が在宅で死亡した場合に限られているのは、介護保険のターミナルケア加算の算定要件との間に乖離を生じているのではないか。在宅で看取るつもりでいた家族が、最後の時になってやはり病院へ搬送してほしいということになり、救急車にも同乗して結局病院で死亡するというケースは少なくない。ターミナル期に在宅で手厚いケアを行って来て、最後が病院だったから、とそれが評価されないのは非常に悲しい。
- ターミナルケアについては、要件の緩和を望む。頻回な訪問でなく、家族でも看取りができるケースについて、24時間以内の訪問の要件は必要ない。
- ターミナルステージの人で、医療保険を使用する必要がある人は3~6か月を限度に、特別の関係にある同一法人同士の診療所、訪看も診療報酬を受け取り、ケアに参加してターミナル期の在宅の充実を図れるようにしてほしい。ターミナルステージだからこそ、毎日連携が取れ、きめ細やかな治療やケアが出来ることが望ましいと考える(常に特別な関係の壁があるため、同一診療所のお客様のところにはいけない。同日に医師の診療も看護師のケアも必要だから)。
- グリーンケアなど亡くなった後のケアについて評価してほしい。
- ターミナル期の患者は手がかかる割には単価が低すぎる。最終期一週間は特におよそ1.5時間~2時間はかかるが、ほとんどサービスで行っている。

(3) 複数名訪問の評価(8件)

- 重度ケア者への看護師2人訪問の場合に、加算がつくようにしてほしい(医療依存度が高く、処置時に側臥位を必要とする場合、カニューレ・レスピレーターで管理看護師と処置看護師が必要なため)。
- 難病やターミナルなどの重症者には、どうしても2名は必要とします。2名分の報酬にしたいと思っています。
- 医療依存度の高い利用者が多く、看護師2名で訪問するケースが多々あります。2名で訪問した場合の算定があるとよいと思います。
- 重症者などの場合、看護師2人で同行訪問が必要な場合もあるため、その際の算定があると良

いと思います。

- 緊急訪問に対応できるように、新規利用者にはスタッフ同行訪問を行っている。1月～3月に63回同行訪問を行っています。2名分の報酬は算定できないが、条件付きで算定できないものでしょうか。
- 看護師が2名で訪問する必要性のある利用者も多く、1人でも2人でも報酬が同じなのはどうかと思います。2人で訪問する場合は割り増し利用料にする事を検討して欲しい。
- 2人体制で訪問する必要がある場合の報酬を上げてほしい。
- 母体の特性から、一人暮らしの男性利用者宅へ2人で訪問することがある。病院の訪問看護については、2人訪問の評価があるが、ステーションにはないため同じく評価を願いたい。

(4) 24時間体制の評価引き上げ(6件)

- 退院当日の訪問に条件があり、運用が難しい。特に同じ医療法人内については、サービス訪問です。不満ですが利用者には必要ですし・・・。
- 在宅療養支援診療所からの報酬の金額が低いことが多く、1日に何回訪問しても同じ金額で、24時間体制と言うことで実際には採算が合わないと思う。
- 報酬については、夜間に呼び出しがあり訪問しても、職員への呼び出し料と時間外の給料を支払うと、経営的に赤字になります。独居の方も多く、電話が鳴ると訪問せざるを得ない場合が多いため、もう少し夜間や休日の報酬を検討していただきたいです。
- 緊急時訪問加算も、医師の指示でとありますが、利用者からはまずステーションに連絡があることが多く（ファーストコールをステーションが取っている）、もっと柔軟にステーション(訪問看護)を評価してくれてもよいと思います。
- ステーションの活動の中では、緊急時の訪問に対する利用者からの負担はあるものの、事業所として待機の手当は月あたり金額5,000円となっている。各事務所の取り組みや考え方もあるが、オンコール体制を評価した手当の支給の一定基準があるとありがたいと思う。
- 主治医との連携で在宅死(数は少ないのですが)をスムーズに関われるよう努力しています。夜間の出勤など多く体力的にキツイこともあります。夜間の緊急訪問の報酬が上がると励みにもなると思います。

(5) 複数回訪問の評価 (6 件)

- 報酬については、重症な利用者が増え医療で頻回（毎日複数回）な訪問を必要としているが、重症で頻回に訪問しケアを提供すればするほど訪問単価が下がり、収益が得られにくい。
- 末期癌、難病を除く週3回、1日複数回の訪問看護を必要とする場合、特別指示書で対応する場が多いのですが、病状によっては14日以上に及ぶことがあります。回数の制限について見直し検討をしていただきたい。
- 複数回訪問について。2か所のステーションで担当している場合、患者様は手の空いている方のステーションが連絡して対応するので、他のステーションが2度目訪問していても緊急で呼ばれた場合は行かざるを得ず、複数回訪問分の請求ができない。
- 厚生労働大臣の定める疾患に関して、複数回訪問は可能であるが、報酬は減収となる。また、IVHやNICUから退院の子ども達は週3回では対応できない。ボランティア訪問をしている。
- 1日4回以上訪問した場合の報酬（吸引等で夜間訪問し、1日4回以上訪問となるケースあり）
- 今回関わった事例ですが、ターミナル期で余命1～2か月の利用者の家族が、看取りたいとのことでENTされ訪問開始となったのですが、人工呼吸器・気管切開・酸素10L利用・留置カテーテル・IVH、鎮静目的にてのデブリン持続注入中の方で、前日3回訪問し、4回目が23:45～00:18死亡のため、この時間は全く請求できずサービスとなり、深夜帯にもかかわらずスタッフもボランティアとなり残念でした。医療保険でも30分未満も請求できるようになればいいと思いました。地域柄、オプションをつけることは困難です。田舎で国民年金の場合、経済的負担が大きい。

(6) 医師との同日訪問の算定要件見直し (5 件)

- レスピレーター装着利用者の訪問看護を、レスピ管理・ケア・吸引なども含めて1日2回の対応を実施しているが、同法人内の特別の関係にある医療機関からの訪問診療日には、訪問看護は診療報酬を算定していない。若い年齢の夫婦の場合は、特に生活していく上で仕事をしなければならないため、家族の要望に応え、サービスの訪問看護を続けている（H19年度は32回）。レスピレーター装着利用者が在宅での療養を継続するためには、頻回な医療的援助は必要であると思う。このような法律上のしぼりに矛盾を感じる。
- 医療保険での訪問看護の患者様の場合、主治医の往診日と重なると算定できないが、訪問看護は必要なので対応しなければならない時がある。そのときにも算定できるようにしてほしい。
- 特別な関係の在宅療養支援診療所とは、同日訪問が認められておらず、せつかくの加算がとれない場合がある。
- 特別な関係の場合でも、訪問診療と訪問看護の同日内の訪問看護を認めてほしい。
- 退院前の病棟訪問をやることで看看連携も深まり、在宅への移行もスムーズに行きますが、特別な関係であるために点数がつかず、積極的にできず時間も短くなるのが現状です。退院当日のトラブル（再入院となる）も多いので、同日訪問のしぼりをなくしてほしい。

(7) 退院時共同指導加算の引き上げ・算定要件見直し (5 件)

- 医療・介護保険を問わず、退院時カンファレンスでの共同指導加算を見直してほしい。退院に

向けて訪問看護ステーションでは、必ず病棟訪問をし、調整・準備をしているため。

○退院時共同指導加算が算定できていないケース

- ・退院した後、リハビリ施設に通院しているケース（毎日）→訪問につなげていない。
- ・退院前調整会議の後、容態悪化し死亡するケースもある。
- ・数日数時間在宅で過ごし、看取るケースもある。

○連携による加算がついていますが、ご家族様への分もあり説明しにくい部分が多くあります。実際に説明し頂こうとした時、関係性がまだできていない退院時等においては、取りにくいものがあります（家族の顔が変わる）。

○同じ医療法人のような特別な関係にある病院の場合、退院時共同指導加算の算定が不可ですが、何度も足を運びカンファレンスをして・・・と、この労力はどうしたらよいのでしょうか。

○病院と併設のステーションのため、退院時共同指導加算が取れないことが残念です。併設といっても業務は別々であり、収益も別です。考慮していただけると良いと思います。

（８）基本療養費の引き上げ（４件）

○難病疾患の利用者は 90～120 分のサービスとなるが、医療保険（基本療養費）が低いと思います。利用者の自立を促すと（例：歩行させながらトイレ介助など）、サービス時間が多くなることを考慮してほしい。

○医療の方は、大変な方に限って月当たりの訪問回数も、1回あたりの時間もかかるのに、数や時間が増える分単価が下がってしまう。

○医療保険での訪問時間に応じての報酬が同じであるため、医療的ケアの高い方の訪問時間が長くなっても収入は一緒であるため採算が合わない。

○利益を上げるためには訪問件数を伸ばさなければならず、件数が増えると看護の質も下がってしまう。

（９）早朝・夜間・深夜加算の導入（３件）

○夜間訪問に対する加算をつけてほしい。

○介護保険では、早朝・夜間・深夜加算が算定可であるが、医療保険の場合は差額費用となっており、整合性がないように思う。すべてにおいて介護保険の方が整備されている。

○医療保険での夜間・早朝加算がなく、稼働しにくい現状がある。

（10）２ヶ所のステーションからの訪問看護の算定要件見直し（２件）

○医療保険利用者で、２カ所の訪問看護ステーションを利用されている場合に、同日に２カ所分は算定できないことになっているのがとても不便です。複数回訪問も同様で、そのための調整がとても面倒です。日中Ａステーションが訪問し、夜に急変してＡステーションを呼んだがすぐにはいけず、Ｂステーションに連絡してきてもらったが、Ｂステーションは同日２カ所目なので算定できない・・・となってしまう、理不尽だと思います。

○緊急時、特別管理加算、それぞれのステーションで算定できるように（２か所以上のステーション訪問の場合、月の半ばで交代した場合）。

（11）電話相談の評価（２件）

○ターミナルケアや不安感が強く、頻回に訪問できない場合に電話による対応の評価をしてほしい。

○電話相談(主に利用者や関係機関)は比較的時間内外問わず多い。

(12) 試験外泊時の訪問看護の評価(2件)

○試験外泊を希望される利用者も増えて来つつあるが、いざ「外泊」となると不安も強く、また帰られても何のサービスも利用できず、在宅生活のイメージづくり、介護料の見積もり等できず、ここに看護サービスが入ることで大きな効果を上げることができると思うが、報酬で是非認めていただきたい。

○外泊時の訪問が算定できるように。

(13) 管理療養費の算定要件の見直し(1件)

○医療保険の癌末期の連日訪問(IVHなど)に関して、管理療養費の12日間の制限を除いてほしい、無制限にしてほしい。

(14) 在宅末期医療総合診療料(1件)

○主治医が在宅療養支援診療所かどうか、在宅末期医療総合診療料を算定するかどうか等で、訪問看護の報酬が変わるのもおかしいように思います。どの主治医の利用者でも、必要な訪問看護サービスが提供されなければならないはずで。

4. 介護保険制度・介護報酬について

(1) 訪問看護に対するケアマネジャーの理解 (11 件)

- 単価が高い、使い方がわからない、重症は病院へ送ってしまうなどの理由で、訪問看護を使いたがらないケアマネも多い。
- うつ病等のケースでは 30 分で計画を立てるケアマネジャーが多く、精神的支援を軽視している方が多い。精神的支援に 30 分以上 60 分は要すると理解してほしいと感じている。このようなことはいっぱいある。何か指針をたててほしい。
- ケアマネジャーの認識が不足していることで、不利益になることが多く、説明しても納得せず問答を繰り返し、時間的な不利益を被ることがあります。ケアマネジャーの質の向上を図っていただけるよう、ご協力を願いたいと存じます（例えばターミナル加算など）。
- 介護保険を申請される方は、何らかの症名があるにもかかわらず、医療知識のないケアマネジャーはすぐデイサービス・ヘルパーの方のサービスを利用することも多く見受けられます。
- 訪問看護に対するケアマネジャーの理解が低い。
- 介護保険は他のサービスに対し単価が高いため、看護師以外のケアマネジャーがプランを作成される時、敬遠される場合が多い。
- 訪問看護は医療です。介護保険制度が始まり、利用者の状況や状態を把握できないケアマネジャーがプランを作成。医療ニーズを見いだせておらず、単にあるサービスを限度額に当てはめていくパターンが多いです。私たちは利用者の介護度の重い方だけを担当するだけではなく、軽い方への健康管理・継続看護を行う役割もあると思っています。私たち従事者の力不足もあるかと思いますが、努力したいと思っています。
- ケアマネジャーが関わるケースがほとんどであるが、医療職でないケアマネジャーの場合、情報不足のことが多い。
- ケアマネジャーがヘルパーを優先するので、30 分や月 1～2 回くらいの訪問が多すぎる。介護度が下がれば訪問看護が先に減らされてしまう。
- 介護保険利用者の場合、ケアマネジャーがケアプランを立て、訪問看護を組み入れています。ケアマネジャーの基礎資格がまちまちの事もあり、訪問看護の必要性を感じていない人が多いように感じます。
- 介護保険の報酬から考えてみても、身体介護を行うヘルパーさんを利用する方が、相手にとっては金銭面で安く、医療者が携わった方が良い方でも（ターミナル期の方で、介護方法を教えてほしいと、介護者からケアマネに依頼があった場合）ケアマネはヘルパーさんの導入をされたりする現状があります。これは保険制度の問題（金額の違いや内容）と思うのですが・・・どうしようもありません。いろいろな方向よりアピールしているのですが難しいです。ステーションの経営を考えると、医療保険で対応できる方の看護支援が重要だと思っています。

(2) 支給限度額・他サービスとの関連 (11 件)

- 介護保険対応のケースで、支給限度額の管理上やむなく訪問看護 1（30 分）で訪問せざるを得ないケースが多い。本来は看護内容による時間管理のはずだが、利用者側は利用料で認識している場合が多い。例えばバルンカテーテル挿入者で尿混濁強く膀胱洗浄を要し、なおかつ脇漏れなどがあり姿勢の保持も困難、内容的に 30 分では無理であり 45 分前後は常にかかる。矛盾

を感じながら訪問するケースが多い。

- 介護保険制度が厳しくなり、医療管理が必要と思われる方も利用できない状況（ヘルパーやデイサービスなどの利用で単位が足りない）。
- ヘルパー事業所が要支援の入浴介助をやらないことが多く、訪看に依頼をしてくる。目標を立てて何ヶ月で終了と、ある程度決めて訪問をしたいのですが、ヘルパーへ移行しても良いケースでも、ヘルパーが引き受けないからとの理由でサービスを継続させられたりすることがあります。医療依存度の高い方への訪問看護提供に対し、看護師は重症が好きだからなどと言われることに対し、残念でなりません。
- 介護保険だと支給限度額の制約があり、延長分に関しては経済的負担の負えない方にはボランティアになっている。
- 要支援1・2の利用者は、支給限度枠内であれば複数のサービスが柔軟に受けられればと思う。例えば、通所リハビリテーションに位置づけて、発熱等でデイケアを休んだ時は訪問看護が入れるなどできれば、「困る」といった人たちが多く中、援助できるのではないかと思う。
- 当県内では、重症老人管理事業は訪問リハビリに適用できるのに、訪問看護では使えません。介護保険では、ヘルパーには社福減免があるのに看護には適用できません。訪問看護は利用料が高いと言われ、なかなか必要な方に利用してもらえないまま、亡くられる方がほとんどだと思われまます。
- 利用者のショートステイ、入院等が入るので収入にバラツキがある。労働時間の無駄と収入減がどうにかならないか？入院はともかく、ショート中も加算などで安定して収入がステーションに入るなどのシステムはないのか？
- 介護保険で支給限度額のしぼりがあるのはどうかと思われる。
- 地域包括支援センター（去年4月）がスタートしてから、夏～秋にかけて新規が減りました。周囲の居宅支援事業所でも同じ事が起こっています。1～2割の独占状態になっています。当事業所のような小さな事業所は存続も厳しい現状となっています。
- 介護保険の利用者も医療依存度の高い人が増えているが、介護保険での算定のため充分に入れない。また、このような方の退院調整の算定がない。
- インシュリンなど、短時間でも一日に3回などの訪問が必要な方は、介護度1・2などでは利用限度額を大きく超えてしなうので、安心して利用できるよう配慮していただきたい。

（3）サービス担当者会議開催に対する評価（7件）

- 担当者のカンファレンス開催に対する報酬をつけてほしい。
- 介護保険制度の改正後、担当者会議が義務づけられた。ケアマネが主治医との連携など、十分取れていないケースが多く、医療面で看護師に求められるものや果たす役割は大きく、出来る限り会議に出席するようにしている。一回の会議に1時間以上要し（10～12回/月）報酬に結びつかない。このような会議が多くなり、今後の経営面にも大きく影響を及ぼすと考えられる。
- サービス担当者会議の補償（多くなっていて時間も労力も要）。
- サービス担当者会議や介護保険の退院前カンファレンスも多く、報酬につながらずに時間ばかり取られてしまうのを何とかしてほしい。
- 担当者会議が多くなり、訪問調整や時間外での対応が多くなっている。出席にも加算等がほし

い。ケアマネに提出する書類が増えて、業務量も多くなっている。

- サービス担当者会議が頻繁に開催されてもされなくても現状では報酬に関係ありません。
- 担当者会議を開催する時間的余裕がない場合は、書面での回答を実施、また求められる。また、訪問看護利用者が入院・入所時には、本人・家族の了解を得て看護連絡表を作成し、提供した場合。そして、訪問看護報告書、訪問看護計画書を作成、提出しても加算は一切なし。

(4) 訪問看護ステーションからの訪問リハビリの算定制限について (5 件)

- 「理学療法士等による訪問看護に対しての厚労省の取り扱い (Q&A)」が示された平成 18 年 3 月以降、経営母体の意向もあり、新規利用者確保を抑制した。その結果、利用者の減少・収入の落ち込みに拍車をかけている。特に当ステーションでは、リハビリ利用者の比率が大きく、対応に苦慮した。(本年 3 月、県の担当課より 20 年度まで従来通りの通知が出た)
- 昨年 4 月より、訪問リハビリの回数が訪問看護師の回数より上回ってはいけなくなることになり、その時のステーションの状況でやりくりが難しくなってきました。
- 患者の訪問リハビリに関する制約が軽い影響。看護師がリハビリするも、リハについては専門職の方がより適切と思うのだが・・・。訪問看護のひとつというのはわかるのだが、未だに納得できないでいる。
- 介護保険上、訪看 7.2 (セラピストの訪問) が、訪看 (看護師) の訪問を上回らないことが望ましいとの事になりましたが、看護師不足もあり、調整が大変な現状があります。できればそのような制限なく訪問できることを希望します。
- 厚労省から出されている方針「訪問看護において、リハビリが看護を上回ってはいけない」という項目について。訪問看護の成り立ちから考えると、看護が中心となるべきである。しかし長期入院ができなくなった現状において、実際厳しい医療が必要な患者は在宅では難しいのが実状である。急性期から慢性期へ移行した患者は (特に骨折後、脳血管障害やパーキンソン病など)、在宅でのリハビリが必要であり、多くの家族・利用者の人たちが求めている。

(5) 退院時共同指導加算の設定 (5 件)

- 介護保険利用者にも、退院時共同指導が算定できるようにしてほしい。
- 当市では、ターミナル期退院であろうが、介護保険を優先するために退院時共同指導加算がとれない。介護保険でも医療的な方が多く、退院前に病院等へ行くことが多い。介護保険でも算定できるようにしてほしい。
- 退院前にカンファレンス、在宅での居室の調整や準備、退院日に不安だから訪問してほしいなど、退院に関わる動きをしているが加算にならない。退院時指導加算も、介護保険においても制度化してほしい。
- 介護保険の方の訪問が結構多いので、退院時共同指導加算を算定させてほしい。
- 介護保険にも退院時連携加算を新設してほしい。

(6) 軽度・要支援者への訪問看護 (4 件)

- 介護保険について、要支援になると訪問看護を外されてしまうケースが多く、回数・時間の減少についても同様です。

- 介護保険の認定が要支援の方について制限があり、病名によっては日内・週内・月内の変動が加味されず、リウマチなど調査項目内容で差が出ている状況があります。重度でも要支援となっている。
- 要支援1・2の方が急変する場合が続き、今回は医療保険にすぐ切り替えたのでターミナル加算が算定できたが、やはり介護予防の方々にも緊急時加算やターミナル加算は必要だと思う。金額的にも高額になるため、家族への説明・同意もいただくことになり、金銭的なトラブルにもなりかねない。
- 40～65歳の癌末期の方が要介護認定可能となったが、癌末期の状態なのに要支援1、2と認定され、予防給付対象となり、訪問看護を利用しづらい状況になってしまった例が数件ありました。

(7) 訪問看護費の時間設定(4件)

- 介護保険の訪看1(30分未満)の占める割合が増加しており、事務処理(移動時間)等を考えると割が合わなくなる。
- サービス利用時間の30分以内、あるいは30～60分未満等があるが、実際の提供は5～10分くらいの超過が生じることが多い。だからといって一段上位の契約までは難しく、移動時間などを含めると、効率的な訪問でより多くの方への看護サービス提供(＝訪問件数の増加)を行っていくことが難しい。
- 2時間の単位を新設してほしい。
- 頸椎損傷の方などの便通調整も、体調や緩下剤の効果などにより1.5時間～2時間以上かかるが、単価は同じである。一人に2時間もかかって報酬が同じなら、効率のよい手のかからない医療保険利用者ばかり獲得すれば経営は安定するが、そうばかり言っていられない。看護職の倫理に基づいて、人間愛の精神を持って患者様のお世話をしている。我々が管理職として支えていかなければ、この患者は在宅生活を送ることが出来ないという使命のもと、業務を行っている看護職が多いのでは。

(8) 緊急時訪問看護加算引き上げ・24時間体制の評価(2件)

- 24時間連絡体制を維持していくために、それに対する緊急時訪問看護加算の引き上げが必要。病院の夜間体制に比較し安価すぎる。
- 緊急時訪問看護加算を取っていない利用者から、電話相談を受けることもあります。加算を取ってなくても、体調を崩したという連絡があれば、緊急対応をせざるを得ません。

(9) 休日加算(2件)

- 医療保険は休日加算を取っているが、介護保険は休日加算をとれないので不公平に感じる(お正月などに呼ばれた場合は、会社では休日手当がつくのに、利用料金は同じ)。
- 介護保険で休日に訪問しても、時間・交通費の割り増ししかとれず、また自費負担の請求もできないため収益になりません。

(10) 退院前訪問(2件)

○介護保険の利用者でも、退院前には病院を訪問して状態を確認する必要があります。

○退院に関する事前訪問の評価をしてほしい。

(11) 短時間訪問 (1 件)

○介護保険での 20 分訪問ですが、当ステーションは田舎であり片道 30 分以上かけて山道を走ります。収益になりません。

(12) ターミナルケア (介護保険) の評価引き上げ・算定要件見直し (1 件)

○24 時間の加算を取っていないと、ターミナル加算が介護保険でとれなくなっているが、当ステーションは関連病院の往診医とターミナルも受けているため、そのときだけ 24 時間と同様の体制でサービスしている。平常も加算がとれる体制になっていないため、今回の改正でターミナル加算がとれない事が残念。

5. その他

(1) 利用者負担との兼ね合い (11 件)

- 診療所の収入や訪看の収入は、加算がつくことにより増えるが、利用者の負担も大きくなり困る。
- 自己負担が多くなると家族の負担も増えるし、かといってステーションの収益も成り立たねばならないし、忙しい割にはスタッフの給料も病棟より安いし、難しいです。
- 医療保険の利用料増額になり負担が大きい。なかなか医療保険での訪問が伸びない状況である。
- お年寄りから集金するのは非常に心苦しいケースもあります。介護保険の1割負担は重すぎる人もいます。
- 介護保険適用でない若いがん末期の人には、医療保険での訪問看護は金銭的にかなりの負担になると思います(3割負担の人が多い)。患者が頻回な訪問看護を希望しても、経済的に困難だとお金のある人しか満足いくケアを受けることができない、という現実があります。
- 介護保険の場合、時間により報酬が異なるため、自己負担を抑えるために短時間訪問を希望される場合があります、十分な看護ができない。
- 在宅療養支援診療所が主治医の方で、介護保険の緊急を取っておられる場合、利用者としては介護保険の緊急訪問で来てほしい希望があるようです(特別指示書を書いて看護師を訪問させるより、主治医が自力で往診した方が、自己負担金を考えると利用者にとってよい、とおっしゃる先生もいらっしゃるようですが…)
- 訪問看護ステーションを維持していくためには介護報酬を上げてほしいが、利用者負担が高くなると必要な人のところに訪問できなくなる可能性が高くなるし…。
- 介護保険の場合は休日の対応に加算はないが、医療保険の場合は加算があり、利用者にとっては負担である。
- 訪問時間の延長や、複数のスタッフでの訪問(時間外の訪問は少ない)が発生することがありますが、家族やご本人の経済的負担を考えると、請求を求められない事例がしばしばあります。ターミナル、がん末期の医療保険対象で、週3回以上訪問を必要とします。3割の医療負担は厳しく、十分な訪問サービス、医療が受けられない事につながるところがあります。
- 在宅療養支援についてのターミナル加算10万円は高すぎるのではないかと。保険点数を見てサービス利用を考える利用者様も増えてきている。

(2) 精神科訪問看護(3件)

- 自立支援法により精神科の患者さんの利用者負担が1割になり、利用者数が減ったり訪問回数が一時期少なくなりました。
- 精神障害者医療で訪問しているが、65歳にて介護保険に自動切り替えの際、要介護認定で自立となってしまい、今まで利用していた精神ヘルパーが利用できなくなっている。また、精神障害者の方が通所しているデイケアは、介護保険では利用できなくなっている。
- 精神疾患の方々を主体の利用者としているが、急性症状が強い時には受診援助も含め、かなりの時間を有するが通常算定しかできない。症状悪化時には週4日以上の特例指示書が利用できないだろうか。

(3) 衛生材料 (2 件)

- 衛生材料は患者の自己負担になっている場合があります、やはり在宅療養支援診療所として診ていただけるのなら、今後は診療所負担とすべき。
- 衛生材料等を頂く場合、先生の顔色が変わるとどうしてもお願いしにくいことがあります。また、いただける先生の場合でも、お願いしたり取りに行ったりしている時間がなくて、ついステーションで用意する場合も多いです。何とか保険請求をステーションでできないものかとよく考えます。

(4) 病院受診の付き添いに対する評価 (2 件)

- 病院受診に訪問看護師が付き添った場合、何らかの形で報酬があればと思います。現実には、特に一人暮らしの方の場合、2～3か月に1度、あるいはトラブルがあった場合には付き添って主治医と意見交換をしています。
- 入退院、外来受診の送迎同伴（重症者のみでも）の算定。

(5) 学校等への訪問看護の評価 (1 件)

- 訪問看護の必要な方がたくさんおられるのですが、ご利用されていないのも現状です。今年より学校制度が変わり、医療者が学校にも必要だと思うのですが・・・難しいです。患児に兄弟姉妹がおられたら、習い事の送迎や買い物中の自家用車内放置など多いのも現状です。

(6) 訪問看護ステーション間の連携 (1 件)

- 毎日訪問や同日複数回訪問の方は、入退院を繰り返したりすると、一つのステーションでは安定した経営につながりにくい面があります。いくつかのステーションでネットワーク、連携を取った方がリスクが少なくなると考えますが、そのようにやりやすいようなフォロー、バックアップの制度が取れないでしょうか。

付録 2

平成19年4月
訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の
連携に関する研究

訪問看護ステーション調査票

<調査票のご回答にあたってのお願い>

- 別紙「訪問看護事業所票の記入要領(用語の定義等)」をご参照の上、お答えください。
- 該当する項目に○をつけ、□や()内には該当する数字または文字をご記入ください。
- 特に期日の指定がない項目については、平成19年3月1日時点の状況をお答えください。

ご返送期限 : 4月 30日 (月)

調査票を同封の返信用封筒に入れ、切手は貼らずに投函してください。

お差し支えなければ、ご記入をお願いいたします

貴訪問看護ステーション名		
記入担当者ご氏名	所属・役職	
	ご氏名	
所在地	〒 — —	
電話番号	— — (代表・内線)	
FAX番号	— —	

お問合せ先

社団法人日本看護協会 政策企画部
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2
TEL:03-5778-8804 FAX:03-5778-8478

I 訪問看護ステーションの基本属性

1. 開設時期について

昭和	平成	(どちらかに○をつけてください)	年	月
----	----	------------------	---	---

2. 経営主体について

いずれかひとつを○で囲んでください

1 自治体	7 社会福祉協議会
2 連合および組合系	8 社会福祉法人
3 日本赤十字・社会保険関係団体	9 営利法人(株式、有限会社)
4 医療法人	10 特定非営利法人(NPO)
5 医師会	11 その他()
6 その他の社団、財団法人	

3. 利用者の後方支援施設および在宅療養支援に係る事業所の併設の状況

同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接している施設・事業所について、該当する番号すべてを○で囲んでください

1 病院	6 居宅介護支援事業所
2 診療所	7 訪問介護事業所
3 療養病棟(医療保険)又は介護療養型医療施設(介護保険)	8 通所介護事業所
4 介護老人保健施設	9 その他
5 介護老人福祉施設	10 1~9の併設はない

4. 地域の特性について

1 特別地域訪問看護加算を算定している	2 特別地域訪問看護加算を算定していない
---------------------	----------------------

II 訪問看護の実施体制 ※別紙「記入要領」をご参照ください

1. 訪問看護を実施している従事者数について

平成19年3月分について該当する数を記入してください

従事者数	常勤者			非常勤者	
	専従(人)	兼務(人)	換算数(人)		換算数(人)
看護師(保健師・助産師含む)	人	人	. 人	人	. 人
准看護師	人	人	. 人	人	. 人
理学療法士	人	人	. 人	人	. 人
作業療法士	人	人	. 人	人	. 人
言語聴覚士	人	人	. 人	人	. 人
その他の職員	人	人	. 人	人	. 人

(注)常勤者の兼務、および非常勤者については、以下の計算式により常勤換算し、小数点以下第1位まで計算してください。

- ・ 換算数＝職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間
- ・ ケアマネジャー兼務の場合の換算数＝訪問看護として従事する概ねの勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間

2. 看護職員のオンコール体制と手当てについて

平成19年3月分について該当する数を記入してください

オンコール担当者数	オンコール担当者 1人あたりの月平均夜間・休日の待機回数 (少数点以下第1位まで)	夜間・休日の待機について 1回あたり支給される手当	夜間・休日の出勤について 1回あたり支給される手当
一月あたりの担当者数 人	回	看護師 円	看護師 円
1日あたりの担当者数 人		准看護師 円	准看護師 円

Ⅲ 訪問看護指示病院・診療所別の利用者数及び訪問看護の実施状況

現在、貴ステーションに訪問看護指示書を交付している病院・診療所全てについて記入してください。

平成19年3月分について該当する数を記入してください。診療所名の記入の必要はありません。

ただし看取り数については、平成18年4月～平成19年3月分の人数を記入してください。

A 訪問看護指示のある病院・診療所等	B 診療所・病院区分 (いづれかに○)			C 保険利用者数			D 延べ訪問回数		E 在宅看取り数 H18年4月からH19年3月の一年分を記入		F ※診療所との連携が平成18年5月以降の場合のみ連携開始月を記入
	在宅療養支援診療所	左記以外の診療所	病院	医療保険		介護保険	医療保険	介護保険	医療保険	介護保険	
				うち特別訪問看護指示があった利用者							
※例	○			10	1	3	30	8	3	0	
1				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
2				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
3				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
4				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
5				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
6				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
7				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
8				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
9				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
10				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
11				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
12				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
13				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
14				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
15				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
16				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
17				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
18				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
19				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
20				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
21				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
22				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
23				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
24				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
25				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
26				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
27				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
28				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
29				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
30				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
31				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
32				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
33				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
34				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
35				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
36				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
37				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
38				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
39				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月
40				人	人	人	回	回	人	人	平成 年 月

次頁につづく

前頁のつづき

A 訪問看護指示のある病院・診療所等	B 診療所・病院区分 (いづれかに○)			C 保険利用者数			D 延べ訪問回数		E 在宅看取り数 H18年4月からH19年3月の一年分を記入		F ※診療所との連携が平成18年5月以降の場合のみ連携開始月を記入	
	在宅療養支援診療所	左記以外の診療所	病院	医療保険		介護保険	医療保険	介護保険	医療保険	介護保険		
				うち特別訪問看護指示があった利用者								
※例	○			10	1	3	30	8	3	0		
41				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
42				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
43				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
44				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
45				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
46				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
47				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
48				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
49				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
50				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
51				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
52				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
53				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
54				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
55				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
56				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
57				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
58				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
59				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
60				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
61				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
62				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
63				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
64				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
65				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
66				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
67				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
68				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
69				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
70				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
71				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
72				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
73				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
74				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
75				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
76				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
77				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
78				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
79				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月
80				人	人	人	回	回	人	人	平成	年 月

IV 医師との連携の状況について

(1) 指示書交付医の中で平成 18 年 4 月～平成 19 年 3 月までに連携による在宅での看取り数が最も多かった在宅療養支援診療所の医師について該当する番号に○をつけてください(○はひとつ)。在宅療養支援診療所の医師と連携がない場合は、連携による在宅での看取り数が最も多かった医師についてご記入ください。

記入の対象となる医師について該当するものひとつに✓を記入してください □ 在宅療養支援診療所の医師 □ 在宅療養支援診療所でない診療所医師 □ 病院の医師	そう思う	まあそう思う	あまりそう思わない	そう思わない	該当しない
看取り数は□人 IIIの1の表中Aの番号は□番					
◆情報の共有について					
在宅療養支援診療所であることを利用者および連携先の訪問看護ステーションに情報提供している	1	2	3	4	5
指示書が適切に記載されている	1	2	3	4	5
24時間いつでも連絡がとれる	1	2	3	4	5
治療・ケアについて意見交換できる	1	2	3	4	5
ケアチームの定期的なカンファレンスに医師は参加する	1	2	3	4	5
治療方針に看護師の意見が反映される	1	2	3	4	5
訪問看護日と訪問診療日についての相談ができる	1	2	3	4	5
検査結果について連絡がある	1	2	3	4	5
処方の変更について連絡がある	1	2	3	4	5
治療内容の変更について連絡がある	1	2	3	4	5
メーリングリストなどのIT導入によるコミュニケーションを図っている	1	2	3	4	5
◆(在宅)診療の内容について					
褥瘡管理を充分に行っている	1	2	3	4	5
ペインコントロールを充分に行っている	1	2	3	4	5
認知症管理を充分に行っている	1	2	3	4	5
糖尿病治療を充分に行っている	1	2	3	4	5
人工呼吸器管理を充分に行っている	1	2	3	4	5
栄養管理を充分に行っている	1	2	3	4	5
その他、在宅医療に必要な診療内容がありましたら、内容をご記入の上、あてはまる番号に○をつけてください。					
1. ()	1	2	3	4	5
2. ()	1	2	3	4	5
◆インフォームドコンセントについて					
疾患と治療について患者・家族へのインフォームド・コンセントを充分に行っている	1	2	3	4	5
医療費について患者・家族へのインフォームド・コンセントを充分に行っている	1	2	3	4	5
延命治療・措置についての意思確認をしている	1	2	3	4	5
看取りの場についての意思確認をしている	1	2	3	4	5
◆その他					
インシデント・アクシデント時の対処について文書にした取り決めがある (インシデント・アクシデントとは、誤薬・ケア中の転倒などを指します)	1	2	3	4	5
急性増悪時に入院できる後方ベッドが確保されている	1	2	3	4	5
処置に必要な衛生材料が十分に支給されている	1	2	3	4	5
◆診療所の医師数について (病院の医師について回答された方は下記の記入は不要)					
当該診療所には、常勤の医師が2人以上勤務している (どちらかに○をつけてください)	はい		いいえ		

(2) 指示書交付医の中で平成18年4月～平成19年3月までに在宅での看取り数が最も少なかった(0件を含む)在宅療養支援診療所の医師について該当する番号に○をつけてください(○はひとつ)。在宅療養支援診療所の医師と連携がない場合は、看取り数が最も少なかった医師についてご記入ください。

記入の対象となる医師について該当するものひとつに✓を記入してください <input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所の医師 <input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所でない診療所医師 <input type="checkbox"/> 病院の医師	そう思う	まあそう思う	あまりそう思わない	そう思わない	該当しない
看取り数は <input type="text"/> 人 IIIの1の表中Aの番号は <input type="text"/> 番					
◆情報の共有について					
在宅療養支援診療所であることを利用者および連携先の訪問看護ステーションに情報提供している	1	2	3	4	5
指示書が適切に記載されている	1	2	3	4	5
24時間いつでも連絡がとれる	1	2	3	4	5
治療・ケアについて意見交換できる	1	2	3	4	5
ケアチームの定期的なカンファレンスに医師は参加する	1	2	3	4	5
治療方針に看護師の意見が反映される	1	2	3	4	5
訪問看護日と訪問診療日についての相談ができる	1	2	3	4	5
検査結果について連絡がある	1	2	3	4	5
処方の変更について連絡がある	1	2	3	4	5
治療内容の変更について連絡がある	1	2	3	4	5
メーリングリストなどのIT導入によるコミュニケーションを図っている	1	2	3	4	5
◆(在宅)診療の内容について					
褥瘡管理を充分に行っている	1	2	3	4	5
ペインコントロールを充分に行っている	1	2	3	4	5
認知症管理を充分に行っている	1	2	3	4	5
糖尿病治療を充分に行っている	1	2	3	4	5
人工呼吸器管理を充分に行っている	1	2	3	4	5
栄養管理を充分に行っている	1	2	3	4	5
その他、在宅医療に必要な診療内容がありましたら、内容をご記入の上、あてはまる番号に○をつけてください。					
1. ()	1	2	3	4	5
2. ()	1	2	3	4	5
◆インフォームドコンセントについて					
疾患と治療について患者・家族へのインフォームド・コンセントを充分に行っている	1	2	3	4	5
医療費について患者・家族へのインフォームド・コンセントを充分に行っている	1	2	3	4	5
延命治療・措置についての意思確認をしている	1	2	3	4	5
看取りの場についての意思確認をしている	1	2	3	4	5
◆その他					
インシデント・アクシデント時の対処について文書にした取り決めがある (インシデント・アクシデントとは、誤薬・ケア中の転倒などを指します)	1	2	3	4	5
急性増悪時に入院できる後方ベッドが確保されている	1	2	3	4	5
処置に必要な衛生材料が十分に支給されている	1	2	3	4	5
◆診療所の医師数について (病院の医師について回答された方は下記の記入は不要)					
当該診療所には、常勤の医師が2人以上勤務している (どちらかに○をつけてください)	はい			いいえ	

V 訪問看護の提供状況について ※別紙「記入要領」をご参照ください

平成 19 年 3 月分の利用者について記入してください

診療報酬・介護報酬算定項目	利用者数	実施延べ回数
【医療保険】		
基本療養費(Ⅰ)	人	回
基本療養費(Ⅱ) 精神科訪問看護	人	回
延長時間加算	人	回
難病等複数回訪問加算	人	回
緊急訪問看護加算	人	回
特別地域訪問看護加算	人	
管理療養費	人	
情報提供療養費	人	
ターミナルケア療養費(Ⅰ) 在宅療養支援診療所と連携	人	
ターミナルケア療養費(Ⅱ) 在宅療養支援診療所以外と連携	人	
地域連携退院時共同指導加算	人	
重症者管理加算	人	
24 時間連絡体制加算	人	
【介護保険】		
訪問看護費	人	回
早朝・夜間・深夜加算	人	回
特別地域訪問看護加算	人	
緊急時訪問看護加算	人	
特別管理加算	人	
ターミナルケア加算	人	

VI 請求できないサービス提供の実施状況について

電話相談を除き平成19年1月～3月までの3ヶ月間についてご記入ください。

電話相談については直近 1 週間の状況についてご記入ください。

提供したサービス	人数	延べ回数
◆ 電話相談 (直近 1 週間の状況についてご記入ください)		
介護保険利用者	人	回
医療保険利用者	人	回
訪問看護未導入者 (導入に係る相談で訪問看護利用に繋がらなかった場合等をさします)	人	回
上記のうち休日・夜間の電話	人	回
◆ 退院前の病院・施設等への訪問		
地域連携退院時共同指導加算が算定できなかったケース	人	回
理由: ① 患者及び家族への説明ができない	人	
② 患者及び家族の同意が得られない	人	
③ 病院と「特別な関係」のため	人	
④ 介護保険利用者のため	人	
退院前 2 回以上病院・施設等を訪問したケース	人	
患者の特性: ① がんターミナル	人	
② 難病	人	
③ 1, 2 以外の重症者管理加算又は特別管理加算算定者	人	
④ 認知症	人	
⑤ 認知症以外の精神科疾患	人	
⑥ その他(明記してください:)	人	
訪問看護に繋がらなかったケース	人	

◆ 退院日の訪問看護		
介護保険の特別管理加算算定者以外で退院日に訪問を行ったケース	人	回
患者の特性: ① がんターミナル	人	
② 難病	人	
③ 1, 2以外の重症者管理加算又は特別管理加算算定者	人	
④ 認知症	人	
⑤ 認知症以外の精神科疾患	人	
⑥ その他(明記してください:)	人	
◆ 医療保険利用者の計画的な休日・夜間・早朝訪問	人	回
◆ 退院・退所に向けた試験外泊時の訪問 (病院・入所施設、居宅への訪問)	人	回
◆ 医療保険利用者への医師との同日訪問 (同一医療法人等、特別の関係にある診療所・病院の場合)	人	回
◆ 複数名による訪問	人	回
患者の特性: ① がんターミナル	人	
② 難病	人	
③ 1, 2以外の重症者管理加算又は特別管理加算算定者	人	
④ 認知症	人	
⑤ 認知症以外の精神科疾患	人	
⑥ その他(明記してください:)	人	
◆ ターミナルケア療養費(医療保険)の算定ができなかったケース	人	回
理由: ① 24時間以内の訪問ができなかったから	人	
② 短期間で死亡し訪問回数の要件を満たせなかった	人	
③ その他 (明記してください:)	人	
◆ ターミナルケア加算(介護保険)の算定ができなかったケース	人	回
理由: ① 24時間以内の訪問ができなかったから	人	
② 緊急時訪問看護加算(介護保険)の届出をしていないため	人	
③ 対象者が要支援1又は2だったため	人	
④ その他 (明記してください:)	人	
◆ グリーフケア(遺族ケア)	人	回

Ⅶ 収支の状況

平成19年3月分についてご記入ください。平成19年3月分の算出が難しい項目については、平成18年度(または平成18年)実績の1/12の額をご記入ください。

1. 収支

介護事業所・介護支援事業所等を併設している場合は訪問看護ステーション分のみの利益について記入してください。

収支がマイナスの場合は数字の左に「-」をマイナスと入れてください。

どちらかに✓を記入してください	金額(円)			
	百万	千	円	
□ 利益がある(黒字) □ 利益がない(赤字)				

(1) 上記の平成19年3月分の収支に影響を与えた、特別な事情はありましたか。

どちらかに✓を記入してください	□ あり(例:退職金の発生、施設改修費の発生など)	□ なし
-----------------	---------------------------	------

2. 収入の状況について(平成 19 年 3 月分) ※別紙「記入要領」をご参照ください

科 目		金額(円)		
		百万	千	円
I 事業 収益	医療保険収益			
	1 (老人)訪問看護療養費収益			
	2 訪問看護利用料 (医療保険の自己負担分)			
	介護保険収益			
	3 介護保険給付金			
	4 介護保険利用者負担			
	5 利用者の選定に基づく利用料収入(差額・実費分)			
	保険外の事業収益 (特定施設との契約に基づく訪問等)			

3. 支出の状況について(平成 19 年 3 月分) ※別紙「記入要領」をご参照ください

平成 19 年 3 月分の算出が難しい項目については、平成 18 年度(または平成 18 年)実績の 1/12 の額を記入してください

介護事業所・介護支援事業所等を併設している場合は訪問看護ステーション分のみの支出について記入してください

	科 目	金額(円)		
		百万	千	円
Ⅱ 事業費用	1 給与費			
	2 材料費			
	3 経費			
	4 委託費			
	5 研究・研修費			
	6 減価償却費			
	7 本部費※			
	8 その他の支出			
	事業費用計(1+2+3+4+5+6+7+8)			

※本部費とは設置主体に納める費用を指します

4. その他の収支(平成 19 年 3 月分) ※別紙「記入要領」をご参照ください

上記Ⅰ、Ⅱ以外の収支について記入してください

平成 19 年 3 月分の算出が難しい場合は、平成 18 年度(または平成 18 年)実績の 1/12 の額を記入してください(Ⅳ税金を除く)

	科 目	金額(円)		
		百万	千	円
Ⅲ	事業外収益計			
Ⅳ	事業外費用計			
Ⅴ	特別損益計			
Ⅵ	税金(年額)			

5. 貴訪問看護ステーションの給与月額について

以下の①、②のような条件にあてはまる看護師の給与月額及び年間賞与について、貴訪問看護ステーションが支給する額をご記入ください。

※税込み総額には、通勤手当、住宅手当、家族手当、夜勤手当、超過勤務手当等の諸手当を含むものとします。

① 看護師経験10年、31～32歳、非管理職(オンコール手当は含みません)

月額給与	基本給額					円	税込給与総額					円
年間賞与額						円	← 夏期賞与+年末賞与の合計標準額をご記入ください。					

② 非常勤で勤務する看護師の給与をご記入ください。

訪問時間(30分、60分、90分など)で手当が異なる場合は、1時間あたりの平均的な額を記入してください

看護師	時給制の場合					訪問件数による歩合制の場合				
					円/時間					円/件

Ⅷ 平成18年度診療報酬・介護報酬改定の収支への影響について

平成18年4月～平成19年3月分の訪問看護ステーション分のみの収支について、あてはまる番号に○をつけてください。

医療保険分	介護保険分
平成18年4月以降利益は	平成18年4月以降利益は
1 大きく増加している(前年比20%以上の増加)	1 大きく増加している(前年比20%以上の増加)
2 増加している(5%から20%未満の増加)	2 増加している(5%から20%未満の増加)
3 ほとんど変化ない	3 ほとんど変化ない
4 減少している(-5%から-20%未満の減少)	4 減少している(-5%から-20%未満の減少)
5 大きく減少している(-20%以上の減少)	5 大きく減少している(-20%以上の減少)

Ⅸ 衛生材料の支給について(平成19年3月分)

利用者の処置に必要な衛生材料(ガーゼ、絆創膏、消毒薬、蒸留水、生理食塩水、カテーテル、点滴セット等)について主治医、利用者に請求できずに貴訪問看護ステーションの持ち出しになっている額についてご記入ください。

負担がない場合は0(ゼロ)を記入してください。平成19年3月分についてご記入ください。

衛生材料の負担額				
				円

X 訪問看護利用者数の変化について

	医療保険対象患者数	介護保険対象者数
平成18年3月の利用者数	人	人
平成19年3月の利用者数	人	人

◆自由回答:訪問看護の問題点・課題等

在宅療養支援診療所との連携に関する課題、訪問看護に係る医療保険・介護保険の制度や報酬についてご意見・ご要望がございましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました