

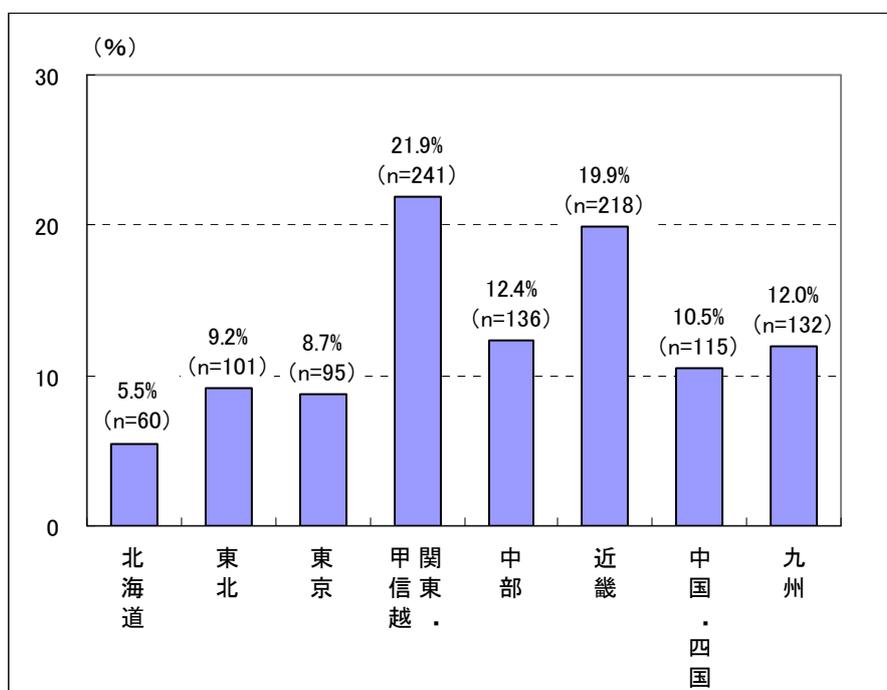
2. 調査結果

(1) 訪問看護ステーション事業所の概要

地域別

地域別にみると、「関東・甲信越」が21.9% (241事業所) と最も多く、続いて「近畿」が19.9% (218事業所)、「中部」が12.4% (136事業所)、「九州 (沖縄を含む)」12.0% (132事業所)、「中国・四国」が10.5% (115事業所) の順であった (図1)。

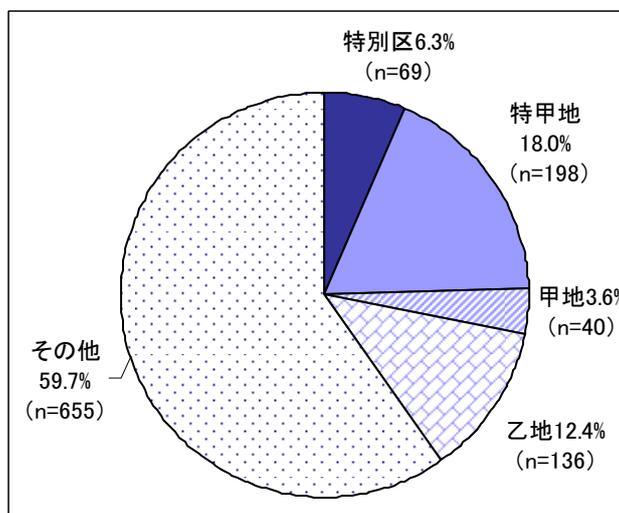
図1 地域 (n=1,098)



事業所の所在地

介護報酬における事業所の所在地別にみると、「その他」が 59.7%（655 事業所）と最も多く、続いて「特甲地」18.0%（198 事業所）、「乙地」12.4%（136 事業所）、「甲地」3.6%（40 事業所）、「特別区」6.3%（69 事業所）の順であった（図 2）。

図 2 所在地別事業所数の構成割合 (n=1,098)



【参考】

介護報酬では、利用者ではなく、事業所の所在地区分 5 段階による地域差に分けられ、サービス 1 単位当たりの単価が、以下のように定められている。

表 1 地域別のサービス単価 (2008 年度現在)

	特別区 (東京 23 区)	特甲地 (八王子市、横浜 市、名古屋市、 大阪市、京 都市等)	甲地 (千葉市、さい たま市、逗子 市、泉佐野市、 福岡市等)	乙地 (札幌市、仙台 市、青梅市、広 島市、長崎市 等)	その他
訪問看護等	10.48 円	10.40 円	10.24 円	10.12 円	10 円
訪問介護等	10.72 円	10.60 円	10.36 円	10.18 円	10 円

開設主体別

開設主体別にみると、「医療法人」が 454 事業所（41.3%）と最も多く、続いて「営利法人」が 222 事業所（20.2%）、「社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）」が 89 事業所（9.5%）、「医師会」が 80 事業所（7.3%）、「社団法人（医師会を除く）・財団法人」が 75 事業所（6.8%）であった（図 3）。全国の開設者別施設数の構成割合と比べても、特段の差はみられなかった（表 2）。

図 3 開設主体別の施設数構成比(n=1,096 「その他」を除く)

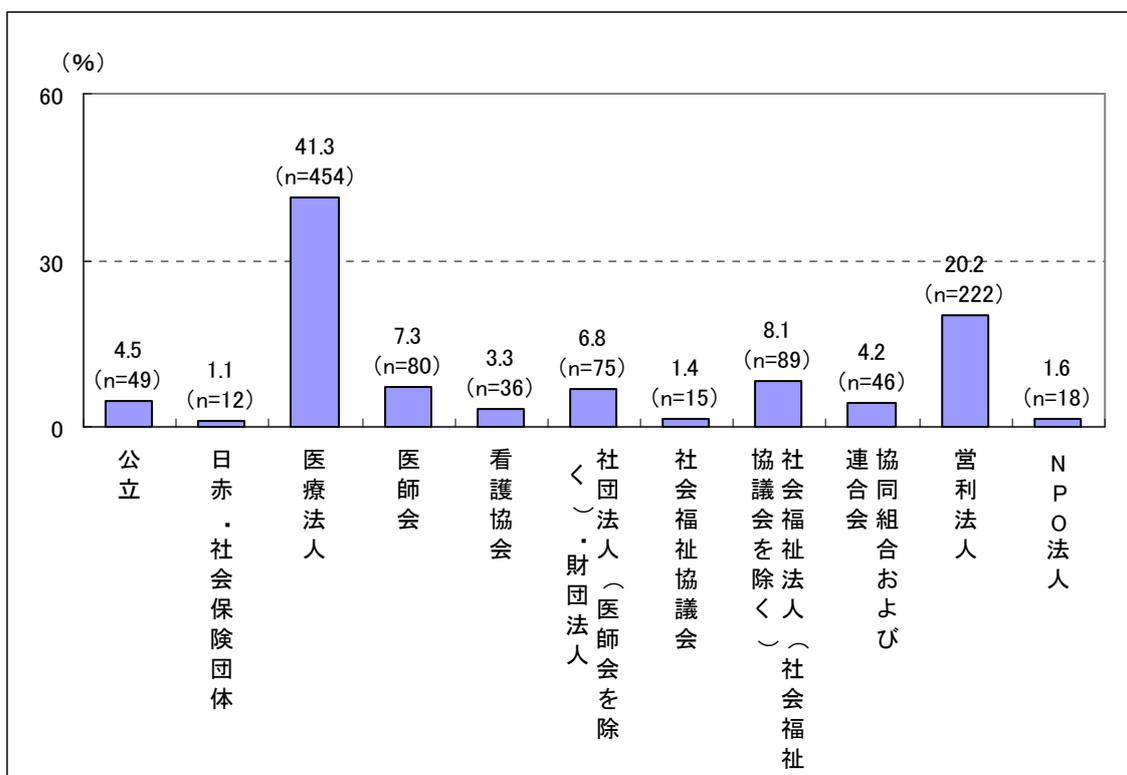


表 2 全国の訪問看護ステーション事業所 開設主体別事業所数及び構成割合(2007年10月現在)

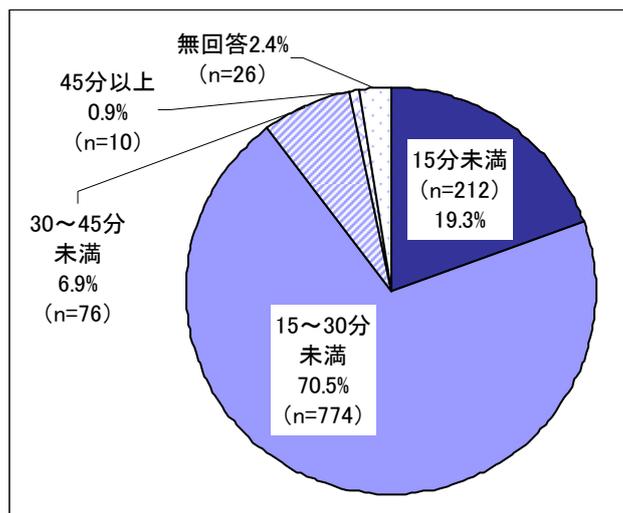
	合計	開設主体								
		地方公共団体	公的・社会保険関係団体	医療法人	社団・財団法人（医師会、看護協会を含む）	社会福祉法人（社協含む）	協同組合	営利法人（会社）	特定非営利活動法人（NPO）	その他
事業所数	5,407	212	82	2,315	796	489	282	1,135	57	39
構成比	100.0%	3.9%	1.5%	42.8%	14.7%	9.0%	5.2%	21.0%	1.1%	0.7%

資料)厚生労働省「平成19年介護サービス施設・事業所調査」

平均的な移動時間（提供する地域の範囲）

事業所と利用者宅への移動に要する平均的な時間についての回答を見ると、「15～30分」が70.5%と最も多く、続いて「15分未満」が19.3%を占めていた。一方で、平均30分以上かかると回答した事業所7.8%も存在しており、そのうち「30～45分未満」が6.9%、「45分以上」が0.9%であった（図4）。

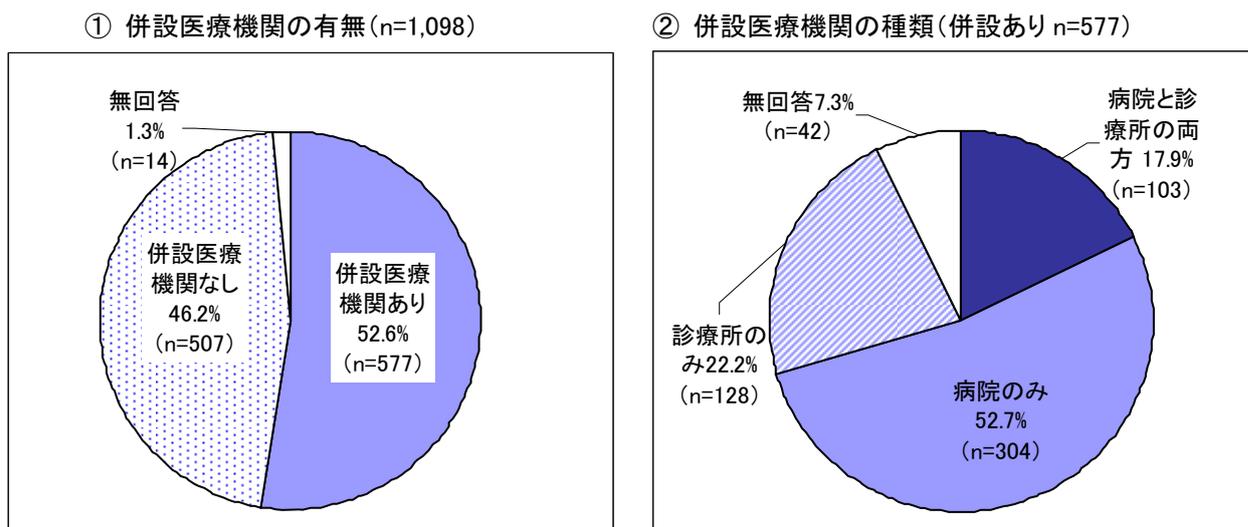
図4 平均的な移動時間(n=1,098)



同一法人による併設医療機関の状況

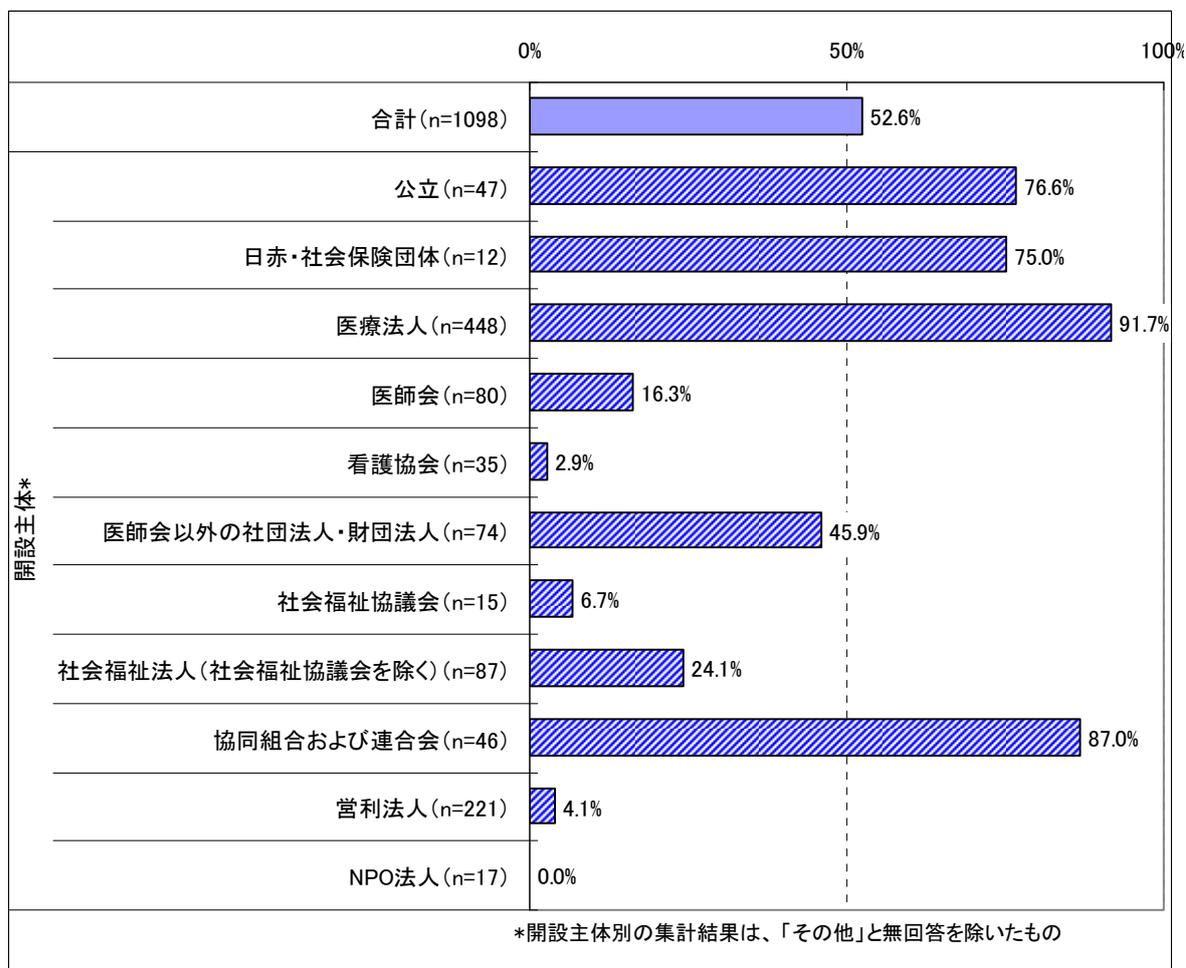
医療機関の併設状況をみると、「併設医療機関あり」が 52.6%と、約半数を占めていた。「併設医療機関あり」の内訳をみると、「病院のみ」の事業所が 52.7%と最も多く、続いて「診療所のみ」が 22.2%、「病院と診療所の両方」が 17.9%であり、訪問看護ステーションの母体医療機関には病院が多かった（図 5）。

図 5 医療機関の併設状況



開設主体別にみると、併設率の高いのは、「医療法人」91.7%、「協同組合および連合会」87.0%、「公立」76.6%、「日赤・社会保険団体」75.0%などの開設者で、併設率が低かったのは、「社会福祉法人（社会福祉協議会以外）」24.1%、「医師会」16.3%、「社会福祉協議会」6.7%、「営利法人」4.1%、「看護協会」2.9%など、医療関係団体や、福祉系の事業所等であった（図6）。

図6 開設主体別にみた医療機関の併設率(n=1,098)



同一法人による介護保険関連の併設事業

事業所の介護保険関連事業の併設率をみると、「併設あり」が85.0%（933事業所）を占めていた（図7）。併設事業の内容をみると「居宅介護支援（ケアマネジメント）」が82.2%で最も多く、続いて「訪問介護」が41.2%であった。通所系サービスの併設も多く、「通所リハビリ」が36.7%、「通所介護」が30.4%を占めていた。施設系サービスでは「老健」の併設が最も多く25.9%を占めていた（図8）。

図7 介護保険関連事業の併設率(n=1,098)

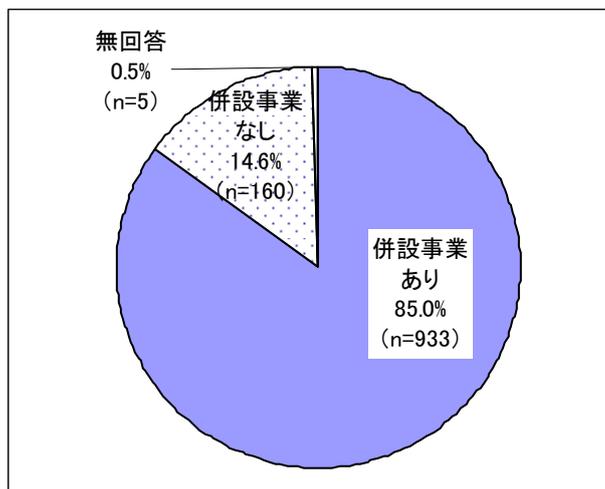
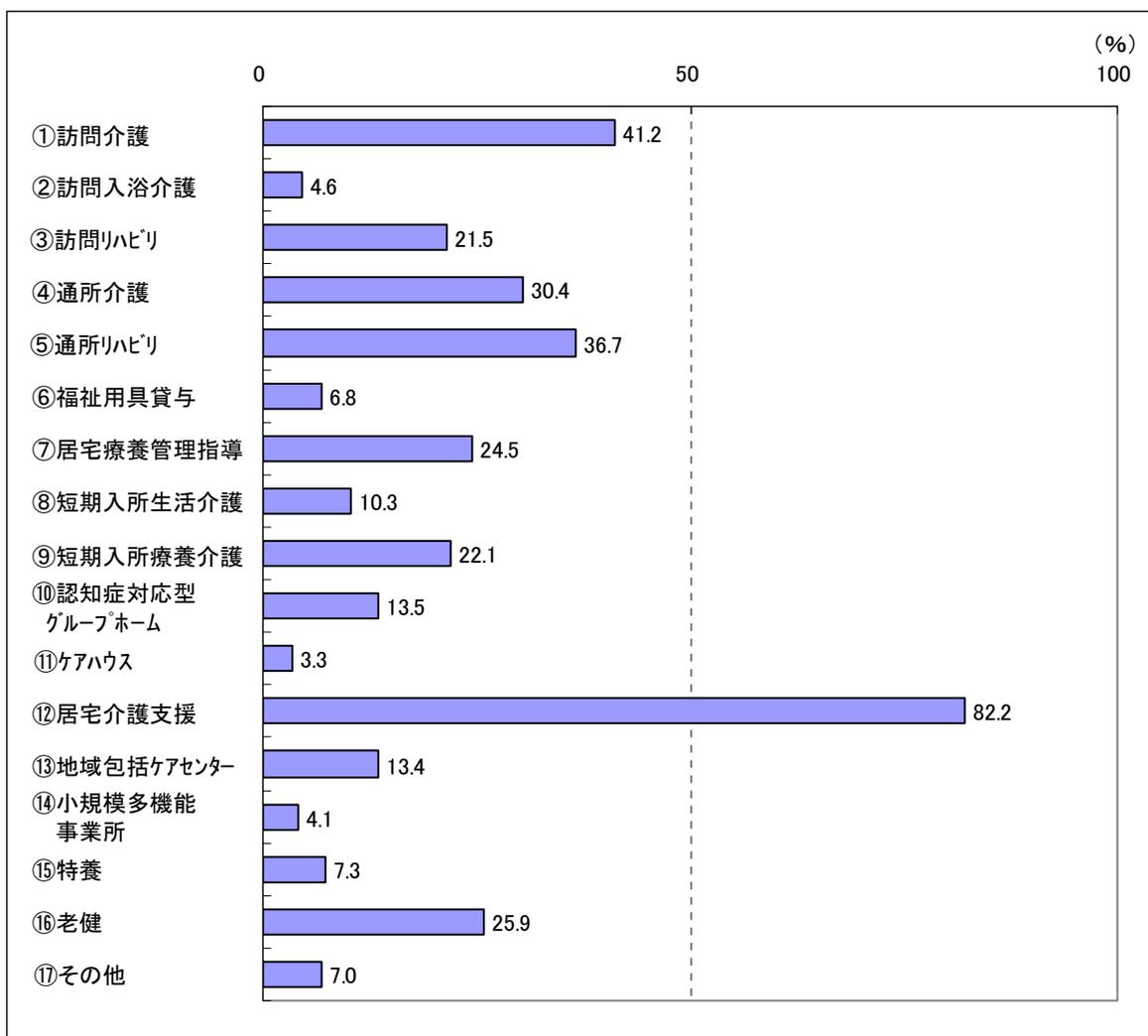


図 8 併設事業の種類(併設事業あり n=933 複数回答 無回答を除く)

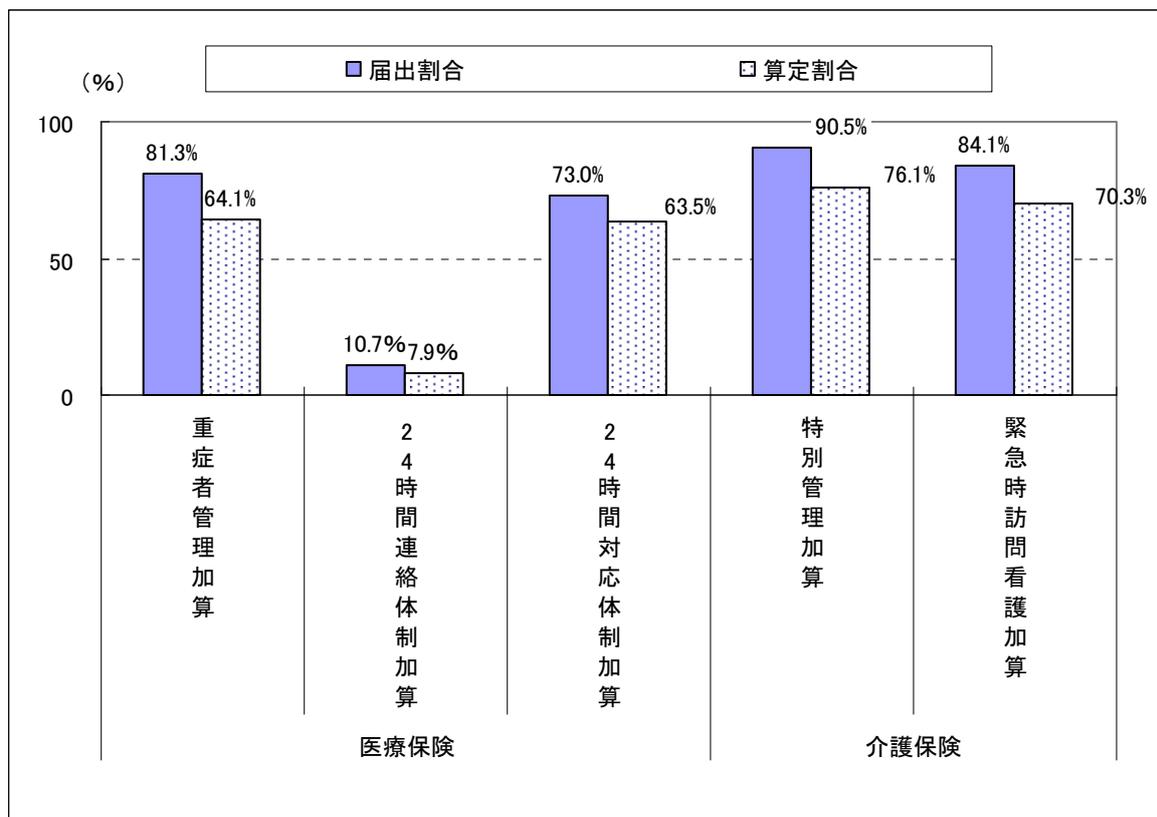


加算の届出状況

医療保険による「重症者管理加算（1月に4回以上の訪問および所定の特別な管理を必要とする場合に算定）」の届出を行っている事業所の割合は81.3%、算定割合は64.1%であった。「24時間連絡体制加算」（2,500円）については、新設された「24時間対応体制加算」（5,400円）に移行した事業所が多かったため、届出割合が10.7%¹、算定割合が7.9%であった。24時間対応体制加算の届出割合は73.0%、算定割合は63.5%であった。

介護保険による「特別管理加算（在宅酸素療法や気管カニューレなどの厚生労働大臣が定める状態の利用者の場合に算定）」の届出割合は90.5%で、算定割合は76.1%であった。また、「緊急時訪問看護加算（利用者または家族からの看護に関する相談などに対して、常時対応できる体制に対する算定）」の届出割合は84.1%で、算定割合は70.3%であった（図9）。

図9 加算の届出および算定状況 (n=1,098)



¹ ここでは「24時間連絡体制加算」の届出のみ行っている事業所を計上。「24時間対応体制加算」の算定も併せて回答のあった事業所は、「24時間対応体制加算」に計上している。

24 時間体制

「24 時間連絡体制加算」「24 時間対応体制加算」「緊急時訪問看護加算」のいずれかの 24 時間体制や緊急時に関する届出を行っている事業所に 24 時間体制をどのように構築したかを尋ねたところ、「看護職員を増員した」は 12.6%にしか過ぎず、「看護職員は増員せず、ローテーションにより体制づくりをした」が 74.7%と多数を占めていた（図 10）。また、同体制の加算の届出を行っている事業所のスタッフは、1 人当たり月平均 8.8 日の待機を行っていた。その際の待機場所については、「自宅」が 86.1%と最も多く、続いて「自宅と事業所の両方」が 13.3%、「事業所」が 0.6%であった（図 11）。

図 10 24 時間体制の構築方法 (n=910 複数回答 無回答を除く)

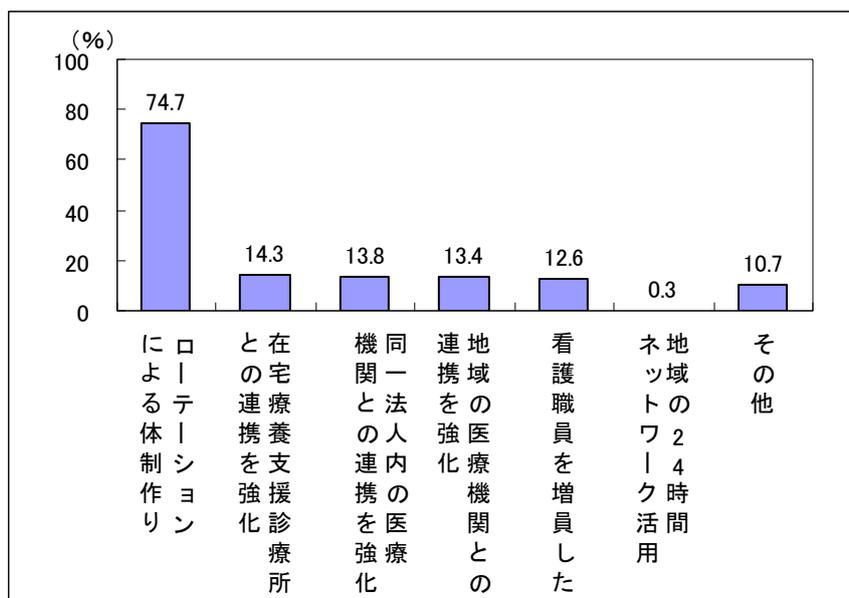
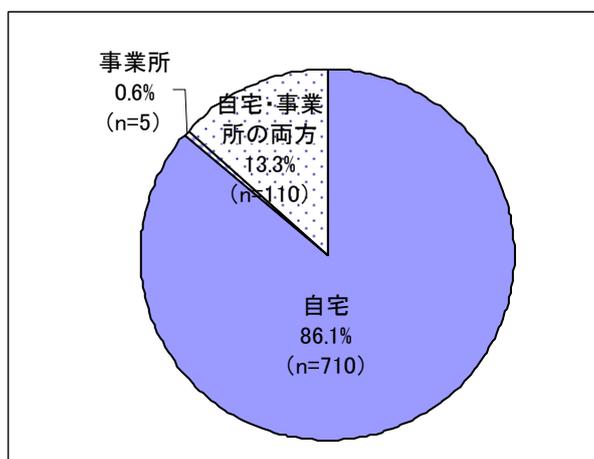
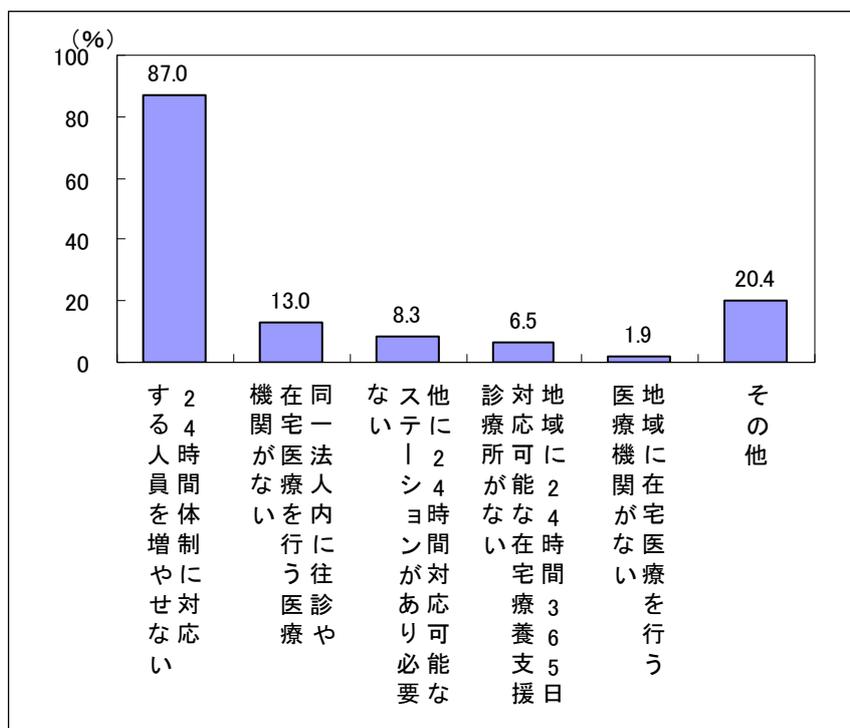


図 11 待機場所の内訳 (n=825 無回答を除く)



一方、24 時間体制に関する届出をしていない事業所に、その理由を尋ねたところ、「24 時間体制に対応する人員増が困難」が 87.0%であり、ほとんどの事業所が従事者の人員不足を理由としていた（図 12）。

図 12 24 時間体制に関する加算を届け出していない理由（届出なし n=108 複数回答 無回答を除く）



(2) 事業所の運営体制

従事者数

1 事業所当たりの訪問看護ステーション従事者数（実人員）をみると、看護職員数が平均 5.6 人、リハビリテーション職種が 1.0 人、その他の職員が 0.5 人であり、1 事業所あたり従事者は平均 7.2 人であった。そのうち、介護支援専門員の有資格者は 0.9 人であった（表 3）。

表 3 1 事業所当たりの職種別にみた訪問看護ステーション従事者数（n=914 無回答を除く）

主な職種名	常勤非常勤の計	常勤(うち兼務)	非常勤
看護職員	5.6	3.4(0.9)	2.2
〔再掲〕保健師	0.1	0.1(0.0)	0.0
看護師	4.9	3.0(0.8)	1.9
准看護師	0.6	0.3(0.1)	0.3
リハビリテーション関係職種	1.0	0.6(0.3)	0.4
〔再掲〕理学療法士(PT)	0.7	0.4(0.2)	0.3
作業療法士(OT)	0.3	0.2(0.1)	0.1
言語聴覚士(ST) ²	0.04	0.03(0.02)	0.01
その他の職員	0.5	0.3(0.1)	0.2
〔再掲〕介護支援専門員	0.9	0.7(0.4)	0.2

注)〔再掲〕介護支援専門員は、有資格者数。

² 2006 年以降、言語聴覚士 (ST) も訪問看護要員となった。

開設主体別の1事業所当たりの訪問看護ステーション従事者数(実人員)をみると、総職員数が最も多いのは「医師会立」が9.9人、「看護協会」が9.3人、「社団法人(医師会を除く)・財団法人」が8.2人の順であった。また、看護職員数が最も多いのは「医師会」が8.2人、続いて「看護協会」が8.0%、「社団法人(医師会を除く)・財団法人」が6.6人であった。リハビリテーション関係職種については、「営利法人」が1.6人と最も多く、続いて「医療法人」、「日赤・社会保険団体」が1.2人であった(表4)。

表4 開設主体別にみた1事業所当たりの訪問看護ステーション従事者数

(n=913「その他」の開設者を除く)

	総計	看護職員計①	再掲			リハビリテーション関係職種計②	再掲			その他の職員③	[再掲]介護支援専門員
			保健師	看護師	准看護師		PT	OT	ST		
公立(n=46)	6.7	5.4	0.2	4.8	0.4	0.7	0.5	0.2	0.0	0.6	0.6
日赤・社会保険団体(n=11)	6.9	5.6	0.2	5.3	0.2	1.2	1.0	0.2	0.0	0.1	1.3
医療法人(n=383)	6.8	5.1	0.1	4.4	0.6	1.2	0.8	0.3	0.1	0.5	0.7
医師会(n=68)	9.9	8.2	0.1	7.4	0.7	0.8	0.5	0.2	0.0	0.9	2.0
看護協会(n=25)	9.3	8.0	0.1	7.8	0.1	0.3	0.2	0.0	0.0	1.0	2.9
社団法人・財団法人(n=60)	8.2	6.6	0.3	6.0	0.4	0.9	0.6	0.4	0.0	0.7	1.8
社会福祉協議会(n=12)	5.6	5.0	0.2	4.3	0.5	0.3	0.1	0.2	0.0	0.3	1.3
社会福祉法人(n=83)	6.1	5.1	0.2	4.4	0.6	0.7	0.5	0.2	0.0	0.3	0.6
協同組合および連合会(n=34)	6.6	5.6	0.3	4.9	0.4	0.6	0.4	0.1	0.1	0.4	1.3
営利法人(n=176)	7.3	5.2	0.1	4.4	0.7	1.6	1.1	0.4	0.1	0.5	0.6
NPO法人(n=15)	6.0	5.6	0.3	4.9	0.5	0.1	0.0	0.1	0.0	0.3	0.9

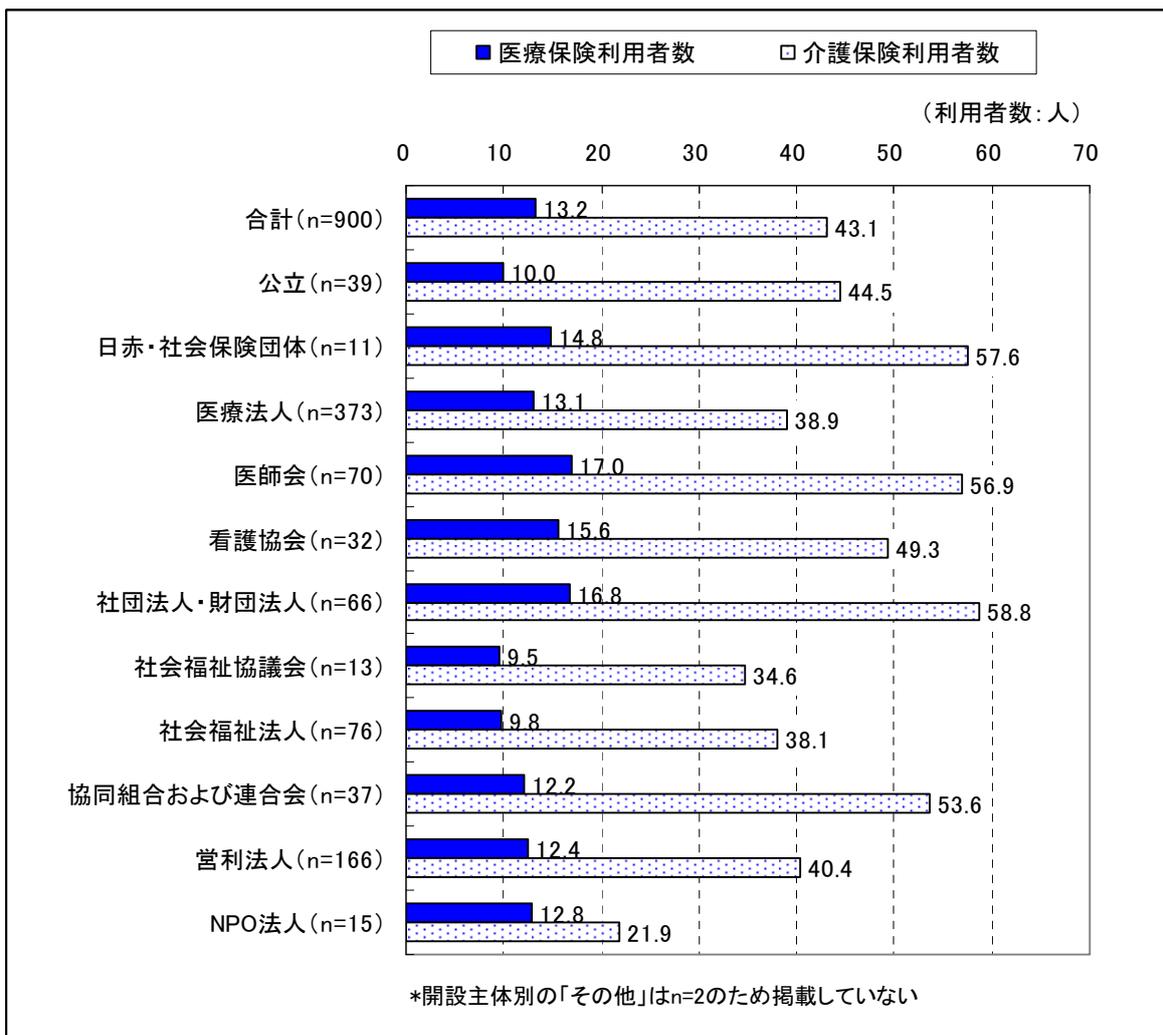
※小数点の端数処理の都合上、合計が一致しないケースがある。

(3) 利用者の状況

2008年7月時点の1事業所当たりの医療保険利用者数は平均13.2人、介護保険利用者数は平均43.1人であった。

医療保険利用者数を開設主体別にみると、「医師会」「社団法人・財団法人」「看護協会」「日赤・社会保険団体」が平均を上回っていた。これらの開設者では、看護職員をはじめとする従事者数の規模が影響していると考えられる。また、介護保険利用者数では、「社団法人・財団法人」58.8人、「日赤・社会保険団体」57.6人、「医師会」56.9人、「協同組合および連合会」53.6人などが、全体の平均を大きく超えていた(図13)。

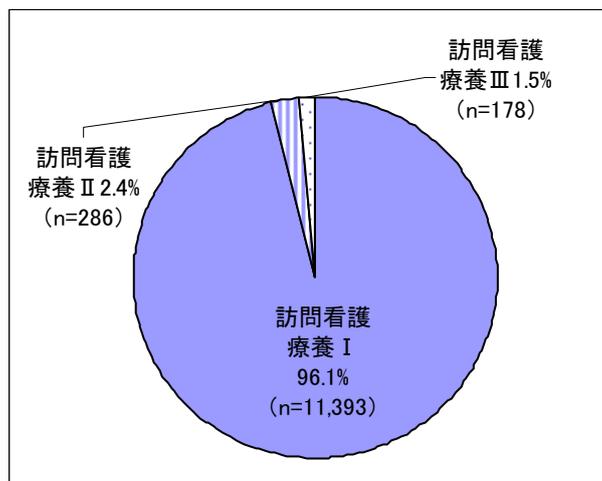
図13 1事業所あたりの平均利用者数-医療保険、介護保険(n=900 無回答を除く)



医療保険利用者の特性

医療保険の訪問看護基本療養費別（利用者ベース）の内訳をみると、「訪問看護療養費Ⅰ」が96.1%、「訪問看護療養費Ⅱ」が2.4%、「訪問看護療養費Ⅲ」が1.5%であった（図14）。

図14 医療保険利用者内訳(900事業所の利用者 n=11,857)



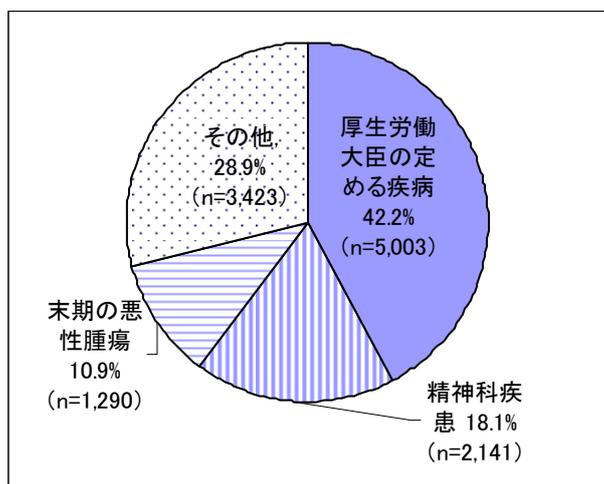
【参考】訪問看護基本療養費について

訪問看護基本療養費とは、健康保険法または高齢者の医療の確保に関する法律に規定された指定訪問看護を提供する場合の基本的な費用である。

Ⅱは、精神障害を有する精神科訪問看護を受ける者で、障害者自立支援法にもとづく障害者福祉サービスを提供する施設入所者の場合に算定される。Ⅲ（2008年度より新設）の対象は、居宅系施設に入居している利用者であり、具体的には特定施設および地域密着型特定施設を除いた有料老人ホーム、グループホーム、高専賃等、および末期がんの特別養護老人ホーム入所者と定められている。Ⅰの対象は、Ⅱ・Ⅲ以外の主に自宅療養者である。

医療保険利用者の主な疾患別の内訳を見ると、「厚生労働大臣の定める疾病³」が42.2%と最も多く、続いて「精神科疾患」が18.1%、「末期の悪性腫瘍」が10.9%であった。「その他（急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合など⁴）」は、28.9%であった（図15）。

図15 主な疾患別に見た医療保険利用者数の内訳(900事業所の利用者 n=11,857)



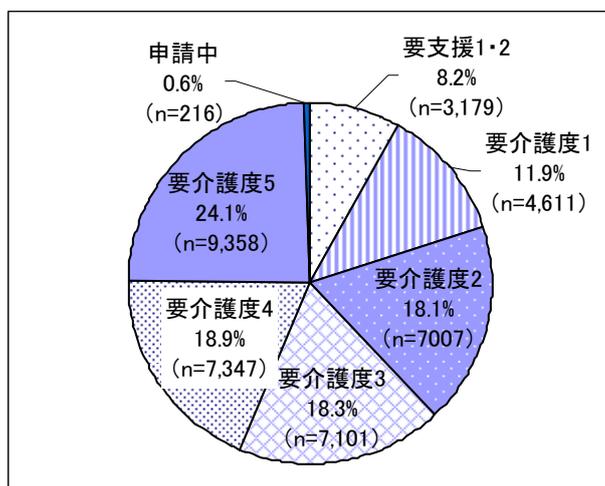
³ 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン舞踏病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病（ヤールの臨床的症度分類のステージ3以上であって、生活機能症度が2または3度のものに限る）、シャイ・ドレガー症候群、クロイツフェルト・ヤコブ病、後天性免疫不全症候群、頸椎損傷、人工呼吸器を使用している状態。

⁴ 特別指示の出された日から14日間に限って医療保険による訪問看護の対象となる。

介護保険利用者の特性

2008年7月時点の介護保険利用者の要介護度別の構成を見ると、「要介護度3」以上の中重度の利用者が61.3%を占めていた（図16）。

図16 要介護別にみた介護保険利用者数の内訳（900事業所の利用者 n=38,819）



(4) 医療保険請求上の各種加算の算定とその影響

本項は、2008年度診療報酬改定で新設された訪問看護に係る主な加算についての回答結果である。同改定においては、在宅医療の推進に向け、退院前後の支援や関係職種間の連携に関する加算の新設や訪問看護に対する評価などが行われた。

① 退院支援指導加算

退院支援指導加算とは、退院当日に訪問看護師が末期の悪性腫瘍等の利用者に、切れ目のない在宅支援としての在宅療養指導を行う場合に算定できるもの(6,000円)である。「算定あり」の事業所は25.5%(280事業所)であった(図17)。これらの事業所に、同加算を算定することによって「患者の在宅移行の際に効果が見られたと思うか」尋ねたところ、「思う」との回答が92.1%を占めていた(図18)。

図17 退院支援指導加算の有無(n=1,098)

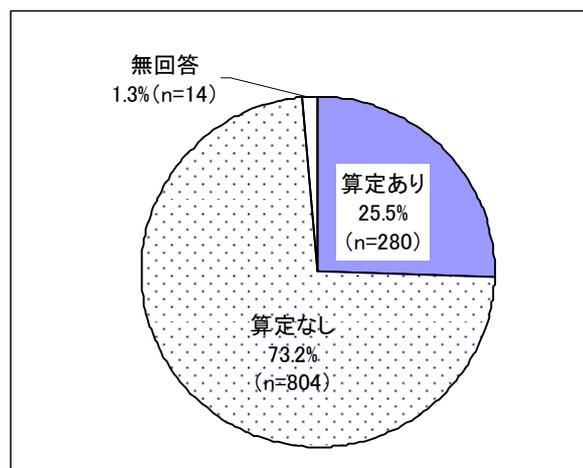
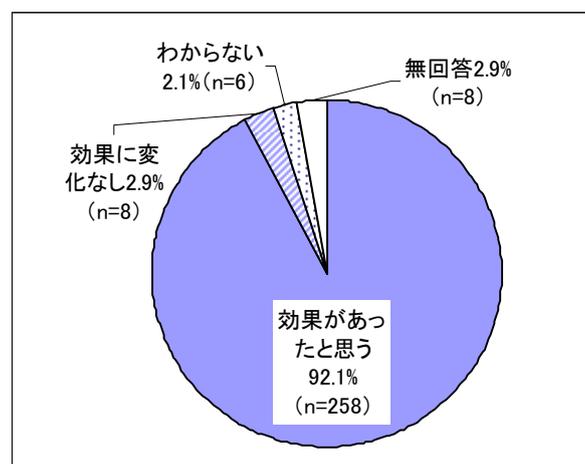
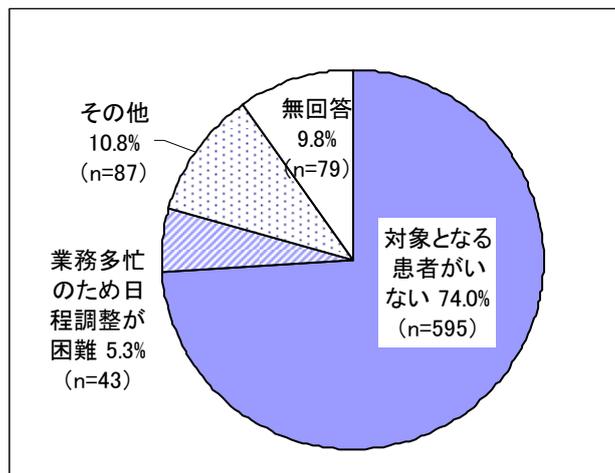


図18 加算算定による患者の在宅移行の際の効果(算定あり n=280)



「算定なし」(804 事業所)の未算定理由については、「対象となる患者がない」が74.0%と最も多かった。一方で、「業務多忙なため、日程調整が困難」が5.3%と僅かではあるが、対象となる利用者がいても通常の訪問看護業務が手一杯のため退院移行に関する指導の機会を持たない事業所もみられた(図19)。

図19 退院支援指導加算の算定なしの理由(算定なし n=804)



②在宅連携指導加算

「在宅連携指導加算」は、利用者を訪問し、利用する医療・福祉サービス等の情報を医療関係職種間で共有し、療養上必要な指導及び助言を患者や家族に行った場合の評価（3,000円 月1回）として新設された。同加算の「算定あり」は、16.7%（183事業所）であった（図20）。また、算定によって連絡の頻度についての変化があったかを尋ねたところ、「増えた」と回答した事業所が49.7%と約半数を占め、続いて「特に変わらない」が45.4%、「減った」と「わからない」がそれぞれ1.1%であった（図21）。

図20 在宅連携指導加算の有無(n=1,098)

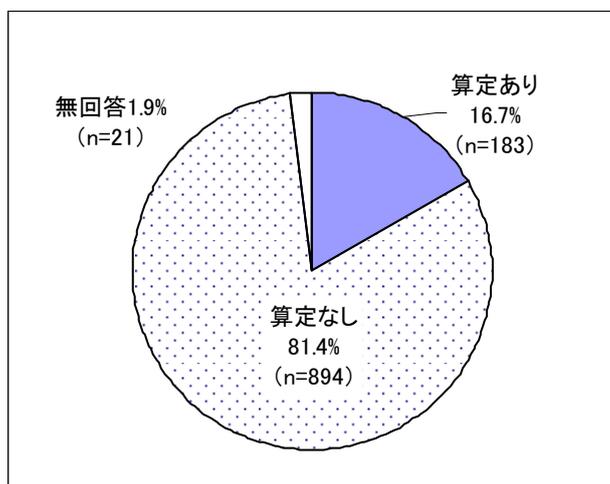
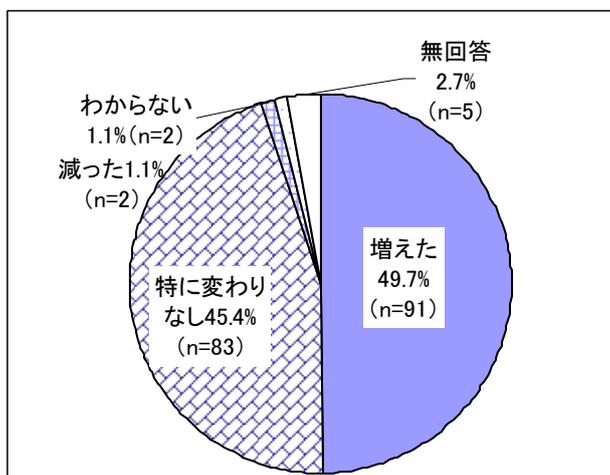
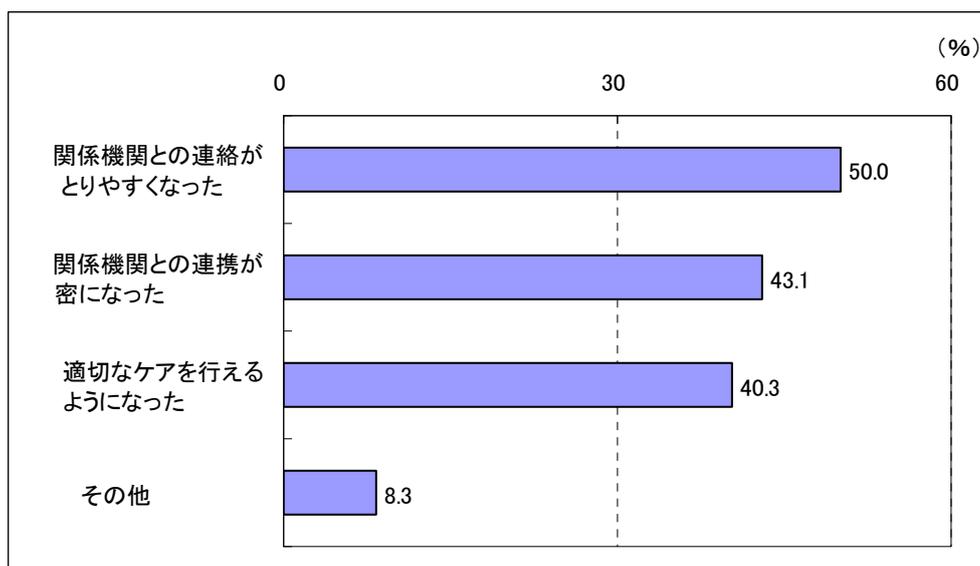


図21 関係機関との連携(連絡の頻度)-在宅連携指導加算(算定あり n=183)



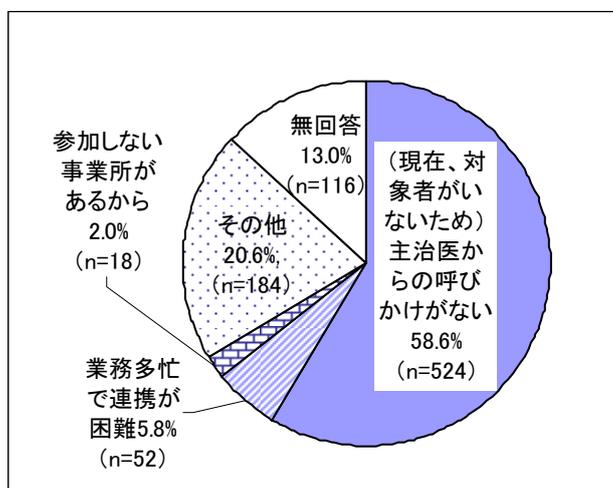
さらに、患者が在宅移行する際の効果についての回答を見ると、「関係機関との連絡がとりやすくなった」が算定ありの事業所の50.0%と最も多く、続いて「関係機関との連絡が密になった」が43.1%、「適切なケアを行えるようになった」が40.3%の順であり、連携や切れ目のない在宅療養支援に一定の効果が示されていた（図22）。

図22 算定したことによる効果(算定あり n=144 無回答および「特になし」を除く)



「算定なし」(894事業所)の理由としては、「(現在、対象者がいないため)主治医からの呼びかけがない」が58.6%と最も多く、続いて「業務多忙で連携が困難」が5.8%、「参加しない事業所があるから」が2.0%であった（図23）。

図23 在宅連携指導加算算定なしの理由(n=894)



③在宅患者緊急時等カンファレンス加算

在宅緊急時等カンファレンスの加算と、利用者の病状の急変や診療方針の変更等に
伴い、主治医等とともに利用者を訪問して関係する医療従事者と共同で一堂に会して
診療方針等についての話し合いのカンファレンスを開催し、共同で利用者に指導を行
った場合の評価（2,000円 月2回）である。同加算の「算定あり」は、13.0%（143
事業所）であった（図24）。

さらに、算定による関係機関との連絡の頻度がどう変化したかを尋ねたところ「特
に変わりなし」が60.1%で最も多く、続いて「増えた」が30.8%を占めていた（図
25）。

図24 在宅患者緊急時等カンファレンス加算の有無(n=1,098)

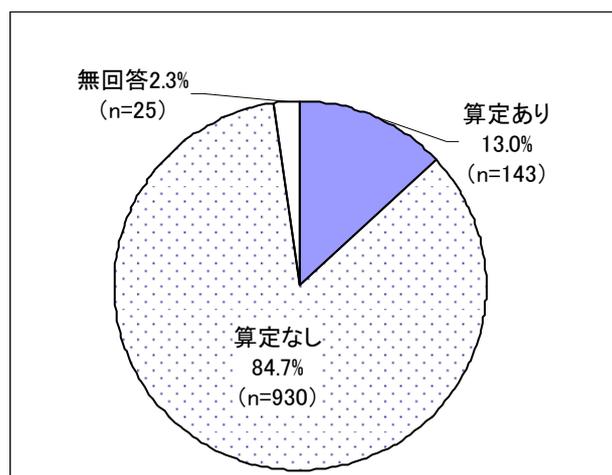
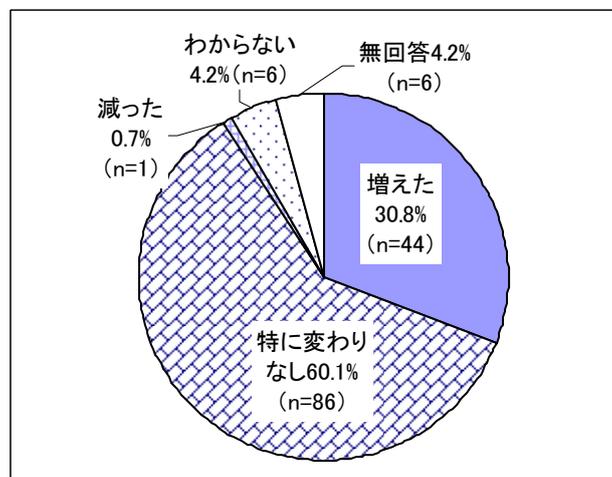
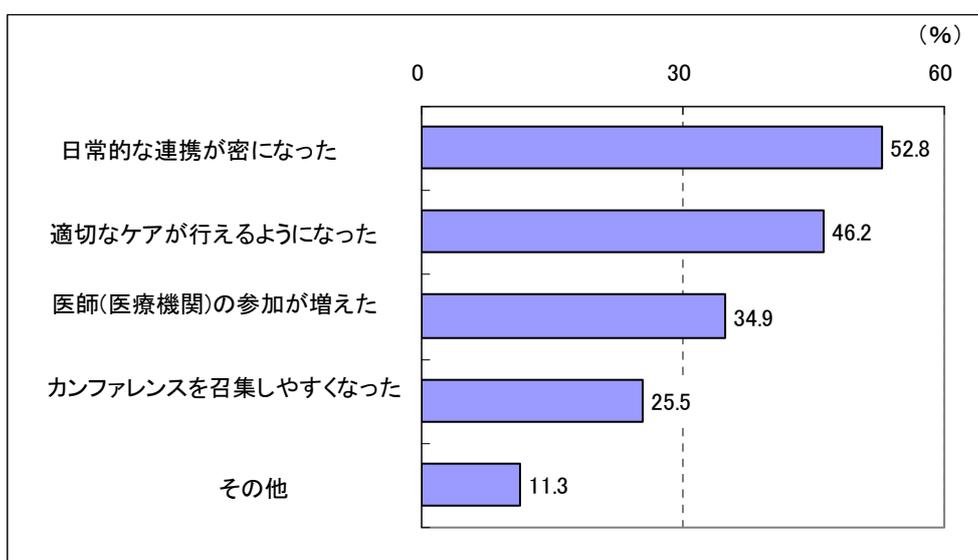


図25 関係機関との連絡の頻度-在宅患者緊急時等カンファレンス加算(算定あり n=143)



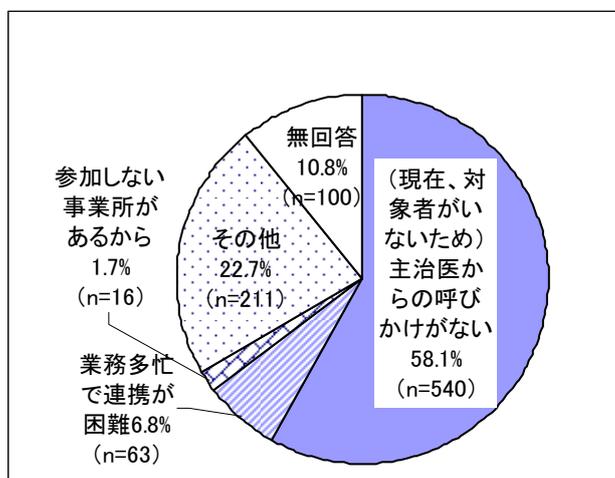
算定による質的な効果については、「算定あり」の 74.1%（143 事業所中 106 事業所）が何らかの効果があったとし、具体的には、「（関係機関との）日常的な連携が密になった」が 52.8%と最も多く、続いて「適切なケアが行えるようになった」が 46.2%、「医師（または医療機関）の参加が増えた」が 34.9%、「カンファレンスを召集しやすくなった」が 25.5%の順であった（図 26）。

図 26 算定による効果-在宅患者緊急時等カンファレンス加算
（算定あり n=106 無回答および「特になし」と回答した事業所を除く）



算定していない理由としては（930 事業所）、「（現在、対象者がいないため）主治医からの呼びかけがない」が 58.1%と最も多く、続いて「業務多忙で連携が困難」が 6.8%、「参加しない事業所があるから」が 1.7%であった（図 27）。

図 27 在宅緊急時等カンファレンス加算を算定していない理由(算定なし n=930)



訪問看護指示書の交付状況

1 事業所あたりの訪問看護指示書が交付された延べ医療機関数（＝主治医の人数）⁵ は、平均延べ 18.7 施設（人）であったが、その内訳をみると、病院が延べ 7.2 施設（人）、診療所が延べ 11.5 施設（人）、介護老人保健施設が延べ 0.04 施設（人）であった。さらに、診療所のうち、在宅医療を行っている診療所（「在宅療養支援診療所」と「訪問診療・往診あり」の合計）は、延べ 8.5 施設（人）、在宅医療を行っていない診療所（「訪問診療・往診なし」）は延べ 3.0 施設（人）であった（表 5）。

表 5 1事業所あたりの訪問看護指示書交付延べ医療機関数の構成(n=550)

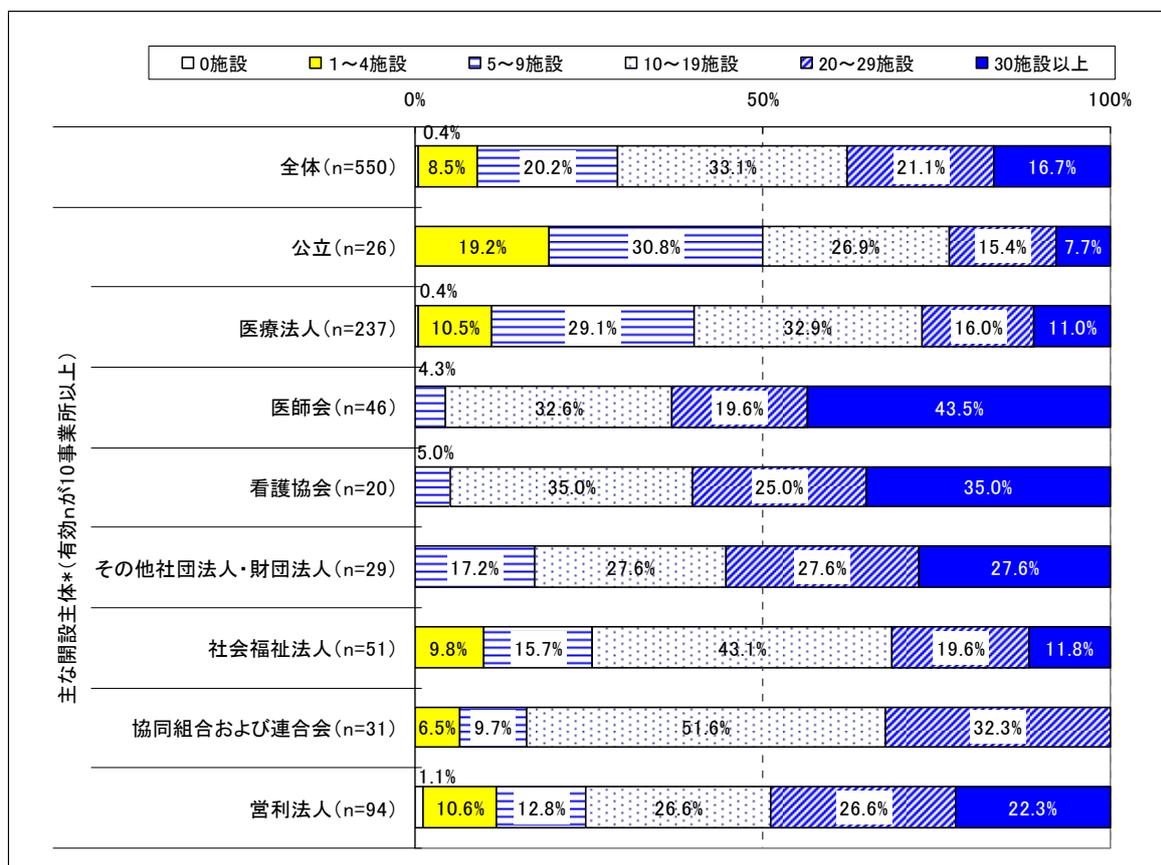
医療機関種類	平均延べ施設数 (＝主治医の人数)
医療機関総数…(①+②+③)	18.7
【再掲】 同一法人内の医療機関	1.1
病 院…①	7.2
診療所…②(=a+b)	11.5
【再掲】 在宅療養支援診療所…a	2.5
【再掲】 在宅療養支援診療所でない診療所…b(=ア+イ)	8.9
-訪問診療・往診あり…ア	6.0
-訪問診療・往診なし…イ	3.0
介護老人保健施設…③	0.04

注) 無回答、医療機関種類別の詳細な施設数回答がないもの、小計と内訳の合わないものは除いた。小数点以下を四捨五入しているため、合計と内訳が一致しない場合がある。

⁵ たとえば 2 人の利用者がある事業所で、利用者 A1 の主治医が X 病院の B 医師、利用者 A2 の主治医が同一病院の C 医師の場合の医療機関数を 2 施設と延べ施設数でカウントするため、結果的に主治医の人数と等しくなる。

1事業所あたりの訪問看護指示書（以下、指示書）が交付された延べ医療機関数（＝主治医の人数）の分布をみると、開設主体別の延べ20施設以上の事業所の占める割合は、「医師会」が最も多く63.1%、「看護協会」60.0%、「社団法人（医師会を除く）・財団法人」55.2%、「営利法人」が48.9%を占めていた（図28）。

図28 1事業所あたりの訪問看護指示書交付延べ医療機関数(n=550)



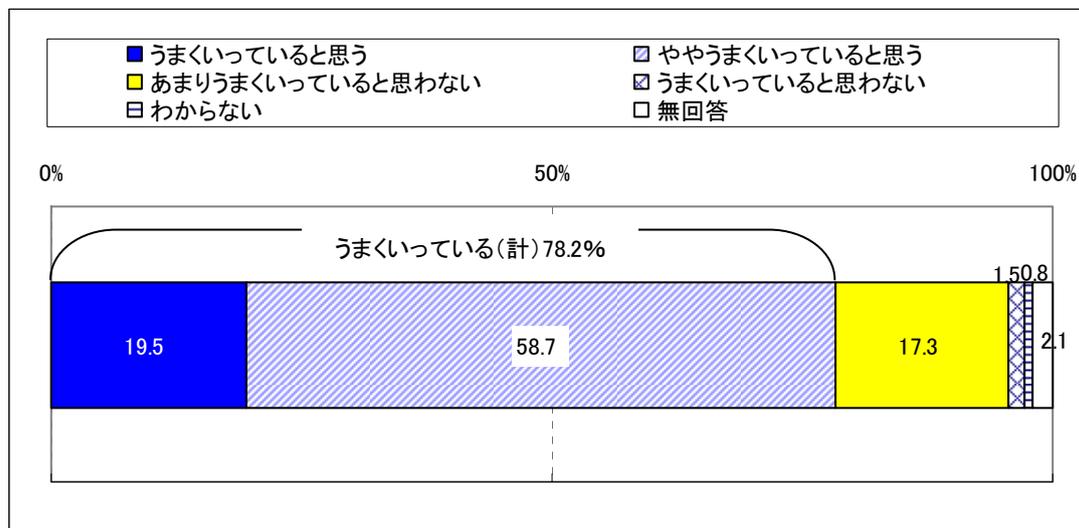
注)無回答、医療機関種類別の詳細な施設数回答がないもの、小計と内訳の合わないものは除いた。

(5) 連携状況

主治医との連携

主治医との連携に関して全般的な印象を尋ねたところ、「うまくいっていると思う」「ややうまくいっていると思う」の合計が78.2%を占め、「あまりうまくいっていないとは思わない」「うまくいっているとは思わない」の合計18.8%を大きく上回った(図29)。なお、併設医療機関の有無による意識の差は、ほとんどみられなかった⁶。

図29 主治医との連携に関する意識(n=1,098)



「あまりうまくいっていないとは思わない」「うまくいっているとは思わない」の理由(自由回答形式。207事業所のうち193事業所が記述)を分類整理したところ、「主治医が病院の医師の場合に連携がとりにくい」という意見が最も多く、86事業所であった。記述をみると、病院医師そのものではなく、連携の窓口がないなどの連携システムについての不満や指摘が多かった。

⁶ 医療機関併設有無別(n=1,061、無回答を除く)の分析によれば、併設医療機関あり(n=566)では、「うまくいっていると思う」「ややうまくいっていると思う」の計が81.8%、併設医療機関なし(n=495)が77.8%で有意差は見られなかった。

続いて「主治医の多忙とコミュニケーション不足」(51 事業所)、「訪問看護指示書や報告書のやりとりについて」(39 事業所)、「主治医の訪問看護に対する理解不足」(27 事業所)、の順に多く挙げられていた(表 6)。

表 6 連携がうまくいかないと感じる理由—自由回答の要約(n=193 複数回答)

1. 病院が主治医の場合の連絡の取り難さ(86 事業所)

- ・ 病院の主治医とは、直接連絡が取れないことが多く、タイムリーな連携や、緊急時の対応の際に指示をもらえず困る事がある／病院の主治医とは、直接連絡が取れないことが多く、細かな相談や報告ができない／病院の主治医とは直接コンタクトできず、どの様に連絡を取ったらいいのかわからない／大きな病院では、知らないうちに主治医が変わっていることも多い／大病院の主治医とは細かな内容の連絡が取りにくい／病院や他町市となると面識を持たず、連絡のやりとりが難しいことが多い／大学病院など大規模病院の医師とは連携が取りにくい。文書でのやりとりをしてもなかなか返事が戻ってこない／病院によっては主治医と面談に費用が発生するところもある／地域連携室や仲介してくれる職種の対応がない病院では、主治医を外来で待つなど面談や連絡に時間的がかかる／連絡を取りたくても外来中は忙しく、それ以外でも病棟にいらっしゃるなどで時間を取ってもらえないとの先入観もあり、文書や家族を通して伝えてもらうなどの方法になっている など。

2. 主治医の多忙による遠慮、コミュニケーション不足など(51 事業所)

- ・ 主治医が多忙であり情報共有がリアルタイムにできないため、指示を受けられない／主治医が多忙で書類の作成が遅く、アポイントをとるのも困難な状況／医師が忙しい為コミュニケーションが取りづらい／主治医は忙しいので、緊急時以外は連絡を取るのを控えてしまう／主治医が多忙で、直接面談や相談ができない／診察中は連絡ができない など。

(次ページへ続く)

3. 訪問看護指示書・報告書のやりとり(39 事業所)

- ・ 母体の医師との関係は問題ないが、特に病院では訪問看護自体を知らない主治医も多く、指示書を書いて下さらないことがある／主治医が多忙のため時間がとれず、指示書が遅くなったりすることがある／毎月報告書を作成し届けているが、返事がない場合が多い／主治医にもよるため一概に言えないが、ステーション側から積極的に連絡を取るような日々の努力によって、連携が成り立っているように思う／指示書の依頼をしても時間がかかったり、断られることがある／病院の主治医の中には、指示書の更新をお願いしてもなかなか書いていただけないことがある／毎回指示書の内容が変わらない。報告書に目を通してもらっているか不安である など。

4. 主治医の訪問看護に対する理解不足(27 事業所)

- ・ 介護保険制度への関心が低く訪問看護をご存じない主治医への説明が大変である／主治医によって在宅医療・介護保険への理解に差が大きい／特に病院の主治医は、在宅医療や訪問看護に関心を示してくださる医師が少ない／ターミナルケアのケースの（訪問看護師からの）相談に対応してくださる主治医が少ない／在宅療養を知らない主治医からは適切な指示や、患者さんに必要な衛生材料や必要物品を出していただけないなど対応に困ることがある など。

5. 時間外の連絡が困難(7 事業所)

6. 法人外医師との連絡が困難(4 事業所)

7. その他(6 事業所)

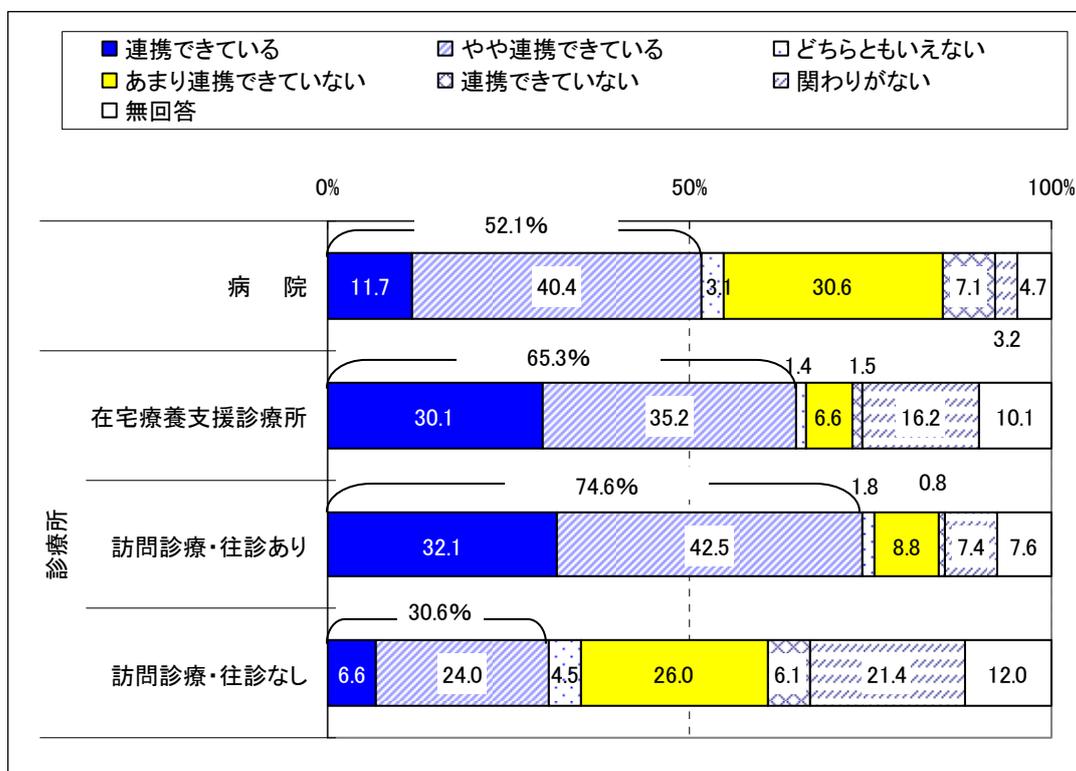
注) 字数制限のない自由回答のため、キーワードによってカテゴリ分類を行った。同一の文中に複数のカテゴリにまたがるキーワードが存在する場合には、文脈から判断して、より適合度の高いカテゴリに分類した。カテゴリ別の回答が 10 事業所未満の項目は、分類名のみとした。

主治医との日常的な連携

主治医との連携について医療機関種類別に日常的な連携についてみた。「連携できている」「やや連携できている」の計をみると、「訪問診療・往診あり」の診療所が74.6%と最も高く、続いて「在宅療養支援診療所」が65.3%、「病院」が52.1%、「訪問診療・往診なし」が30.6%であった。また、「あまり連携できていない」「連携できていない」の計に着目すると、「病院」が37.8%、「訪問診療・往診なし」が32.1%であったが、「訪問診療・往診あり」および「在宅療養支援診療所」では1割に満たない状況であった。

「関わりがない」に着目すると、「訪問診療・往診なし」が21.4%で最も多く、続いて「在宅療養支援診療所」が16.2%であった。訪問看護利用者の多くが在宅での療養を中心とする状態であることが多いため、必然的に訪問診療・往診なしの診療所との関係が薄くなっていると考えられる。また、「在宅療養支援診療所」については、診療所全体に占める同診療所の届出割合が約1割程度であるためと考えられる(図30)。

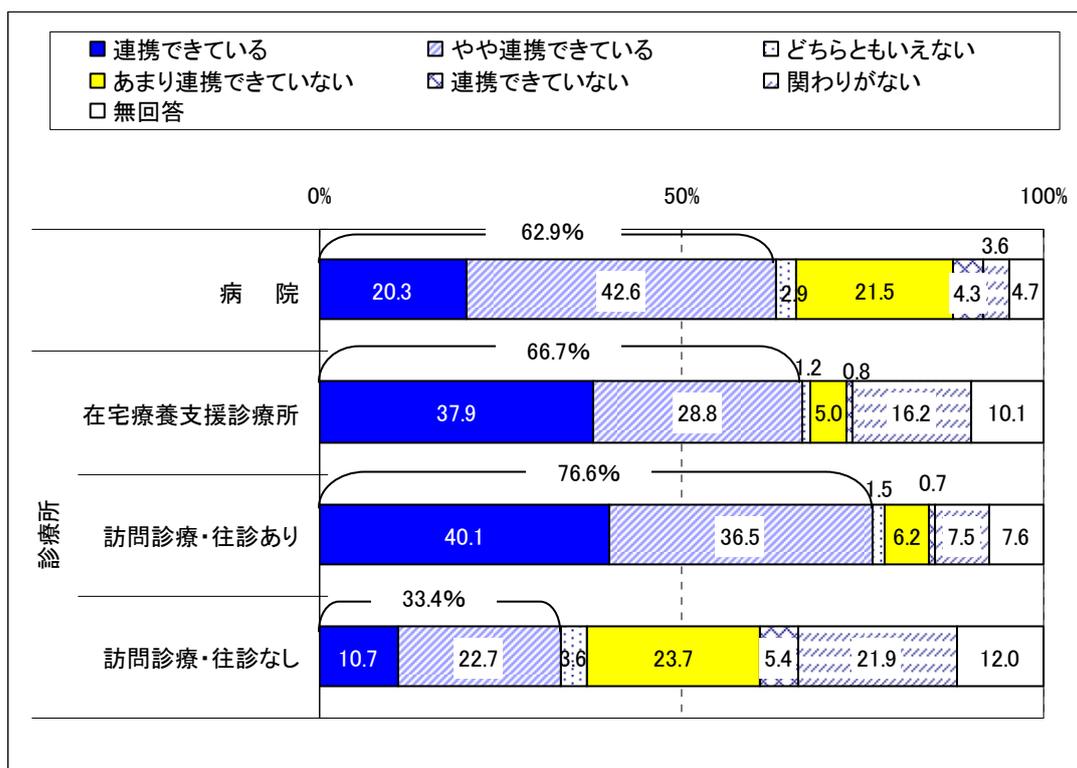
図30 医療機関機能別にみた主治医との日常的な連携(n=1,098)



主治医との状態変化時の連携

状態変化時の連携状況については、どの医療機関でも、「連携できている」「やや連携できている」の計は増えているが、日常的な連携時とほぼ同様に、「訪問診療・往診あり」の診療所が76.6%と最も高く、続いて「在宅療養支援診療所」が66.7%、「病院」が62.9%、「訪問診療・往診なし」が33.4%であった。また、「あまり連携できていない」「連携できていない」の計に着目すると、「訪問診療・往診なし」が29.1%、「病院」が25.8%と約3割を占めており、「訪問診療・往診あり」および「在宅療養支援診療所」の6.9%、5.8%と比べ、連携がうまく取れていない様子が読み取れる(図31)。

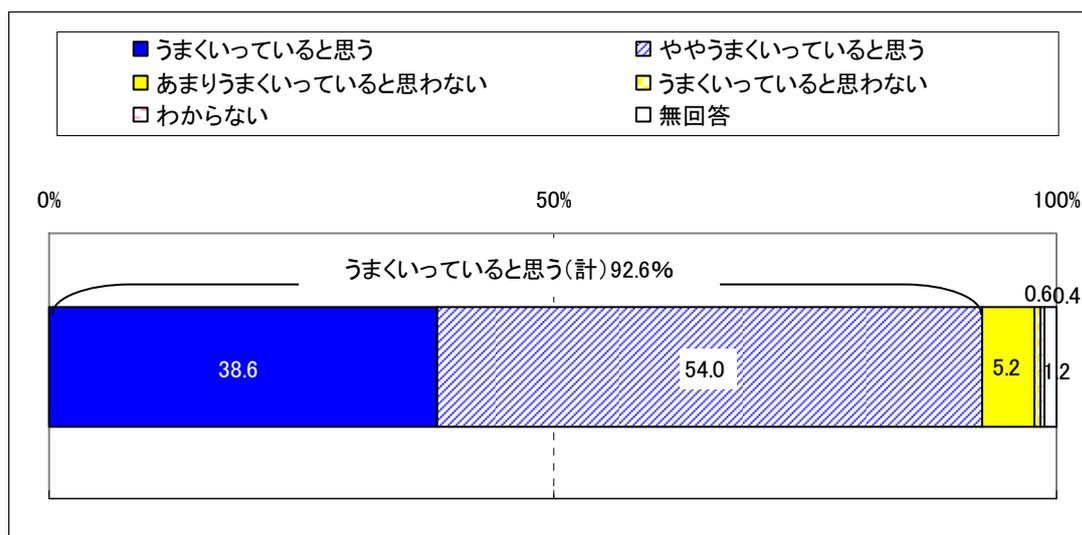
図31 医療機関機能別にみた主治医との状態変化時の連携(n=1,098)



介護支援専門員との連携

介護支援専門員との連携をみると、「うまくいっていると思う」「ややうまくいっていると思う」の計が92.6%とほとんどを占めていた（図32）。介護支援専門員従事の有無や居宅介護支援施設併設の有無により、介護支援専門員との連携状況に違いがあるかをみてみたが、いずれの場合も連携状況について9割以上が「うまくいっている」と感じており、ほとんど違いはみられなかった⁷。

図32 介護支援専門員との連携(n=1,098)



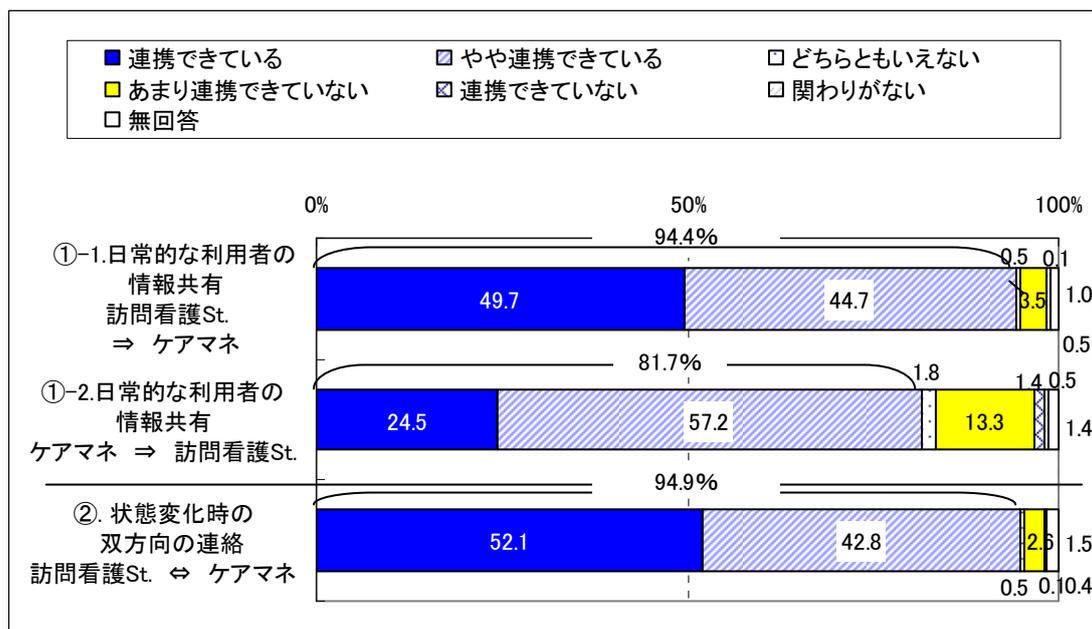
⁷ 介護支援専門員の従事有無別（n=905 無回答を除く）では、「従事あり」の「うまくいっていると思う」と「ややうまくいっていると思う」の計が94.2%、「従事なし」が94.3%。居宅介護支援の併設有無別（n=922 無回答を除く）では、「併設あり」では「うまくいっていると思う」「ややうまくいっていると思う」の計が93.8%、「併設なし」が92.6%であった。

介護支援専門員との個別の連携状況をみた。

日常的な利用者の情報共有について「連携ができています」「やや連携ができています」の計に着目すると、訪問看護ステーションから介護支援専門員に対する状況では94.4%を占めていた。一方で介護支援専門員から訪問看護ステーションに対する情報共有になると、81.7%と減少し、その内訳の「やや連携ができています」の方が「連携ができています」の回答数を大きく上回っていた。

状態変化時の双方向の連絡については「連携ができています」「やや連携ができています」の計が94.9%とほとんどを占めていた。なお、介護支援専門員の従事有無や居宅介護支援施設併設の有無による違いはみられなかった⁸ (図33)。

図33 介護支援専門員との個別の連携状況 (n=1,098)



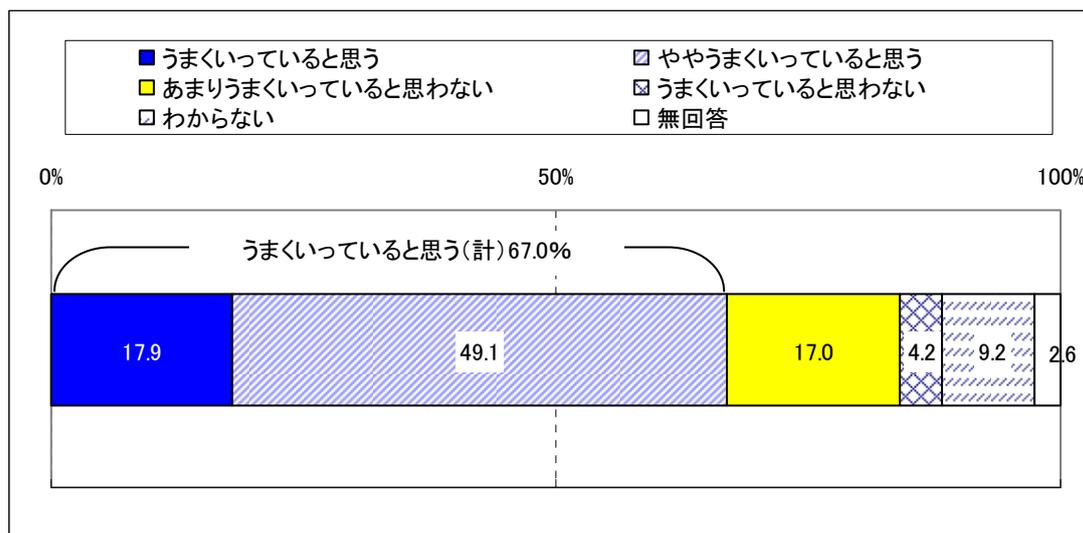
⁸ 介護支援専門員の従事有無別にみると、「① - 1 (n=906)」の「連携ができています (計)」の割合は「従事あり」96.6%、「従事なし」95.4%。「① - 2 (n=904)」では「従事あり」81.4%、「従事なし」84.2%、「② (n=902)」では「従事あり」96.3%、「従事なし」96.5%。居宅介護支援の併設有無別では、「① - 1 (n=924)」の「連携ができています (計)」の割合は「併設あり」96.4%、「併設なし」92.7%。「① - 2 (n=920)」では「併設あり」83.2%、「併設なし」79.1%、「② (n=919)」では「併設あり」97.0%、「併設なし」95.1%。

地域包括センターとの連携

地域包括支援センターとは、従来の在宅介護支援センターを発展させ、地域住民の心身健康保持や高齢者の相談援助などの包括的支援事業等とともに、指定介護予防支援事業者として介護予防支援業務（要支援者の「介護予防ケアプラン」の作成等）を行う地域の介護予防マネジメントの拠点である。

当該センターとの連携については、「うまくいっていると思う」「ややうまくいっていると思う」の計が67.0%で、半数以上の事業所がある程度の連携が取れている一方で、「あまりうまくいっていると思わない」「うまくいっていると思わない」の計が21.2%、「わからない」が9.2%であったことから、連携については手探りの状況が続いていると考えられる（図34）。

図 34 地域包括センターとの連携 (n=1,098)



ケア・カンファレンスの開催および参加状況

ケア・カンファレンスの開催状況を見ると「ほとんどのケースで開催」が 51.4%、続いて「必要なケースのみ開催」44.4%であり、必要な場合については開催されているという状況であった（図 35）。また、ケア・カンファレンスの参加方法をみると、「(必ずしも担当者ではないが) スタッフが必ず参加」が 40.5%と最も多く、続いて「担当者が必ず参加」が 24.5%、「(日程の調整がつく場合に) 担当者が参加」が 22.7%、「(日程の調整がつく場合に) スタッフが参加」が 11.7%の順となっていた（図 36）。

図 35 カンファレンスの開催状況 (n=1,098)

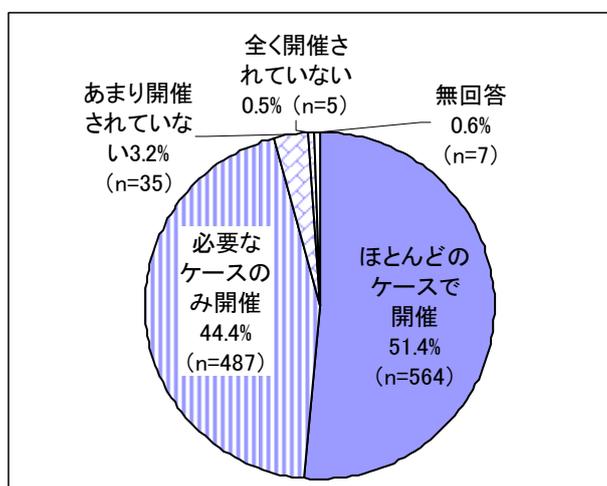
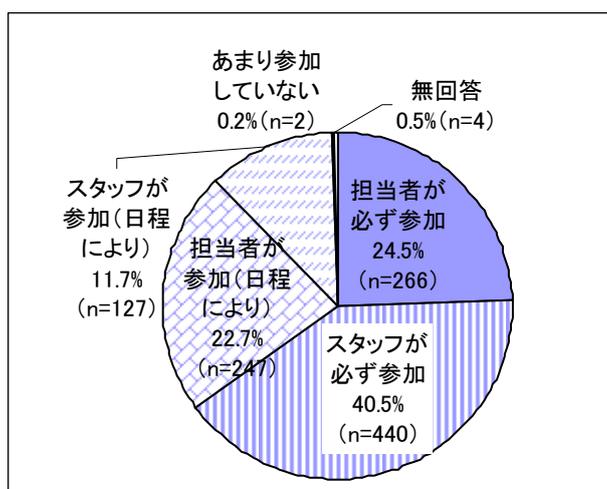


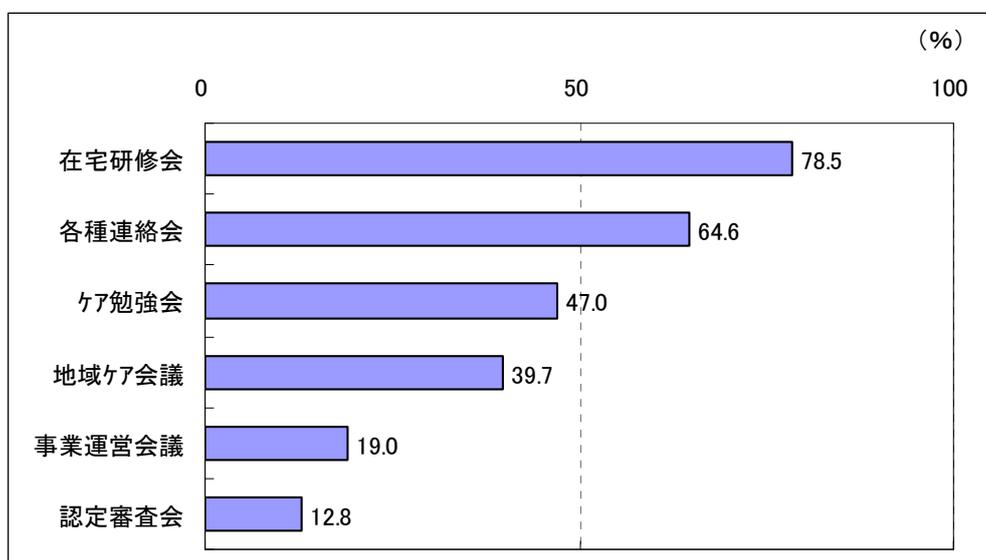
図 36 カンファレンスの参加状況 (n=1,086 非開催の事業所および無回答を除く)



地域会議への参加状況

ケア・カンファレンス以外の地域会議への参加状況をみると、「在宅研修会」が78.5%と最も多く、続いて「各種連絡会」が64.6%、「ケア勉強会」が47.0%、「地域ケア会議」が39.7%の順であった（図37）。

図37 ケア・カンファレンス以外の地域会議への参加状況(n=1,015 複数回答 無回答を除く)

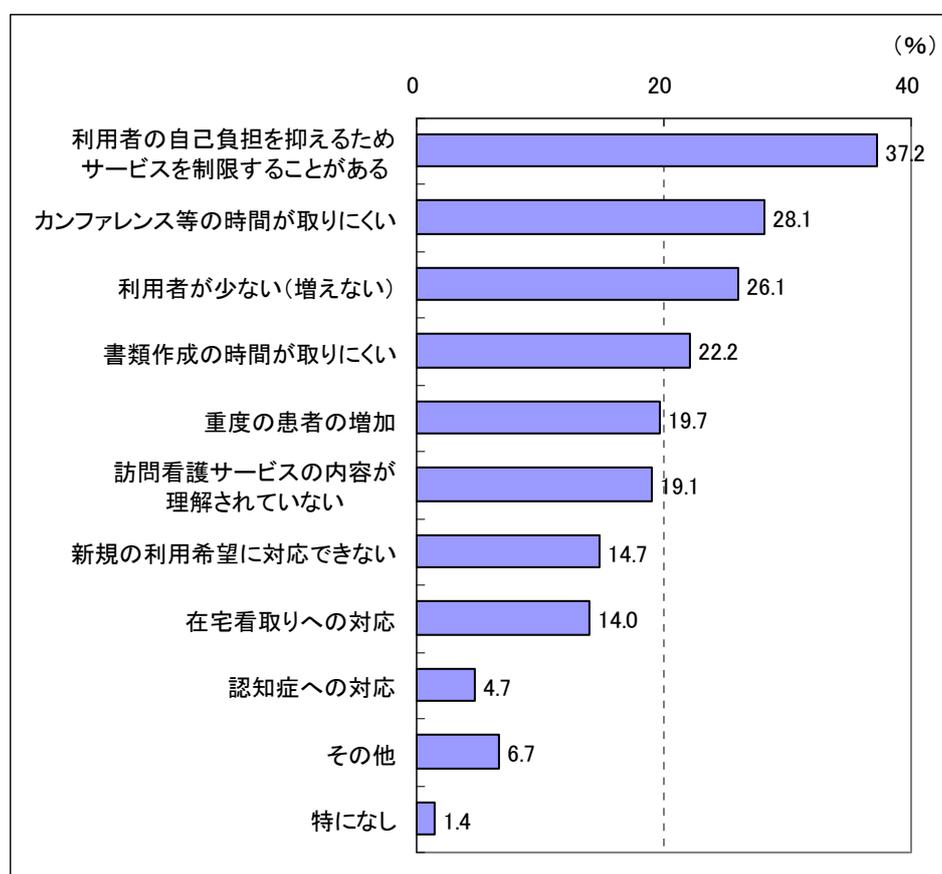


(6) 課題

サービス提供上の課題

サービス提供上の課題については、「利用者の自己負担を抑えるため、サービス（訪問看護の提供）を制限することがある」が最も多く 37.2%、続いて「カンファレンス等の時間取りにくい」が 28.1%、「利用者が少ない（または増えない）」26.1%、「（情報提供等の）書類作成時間取りにくい」が 22.2%の順であった（図 38）。

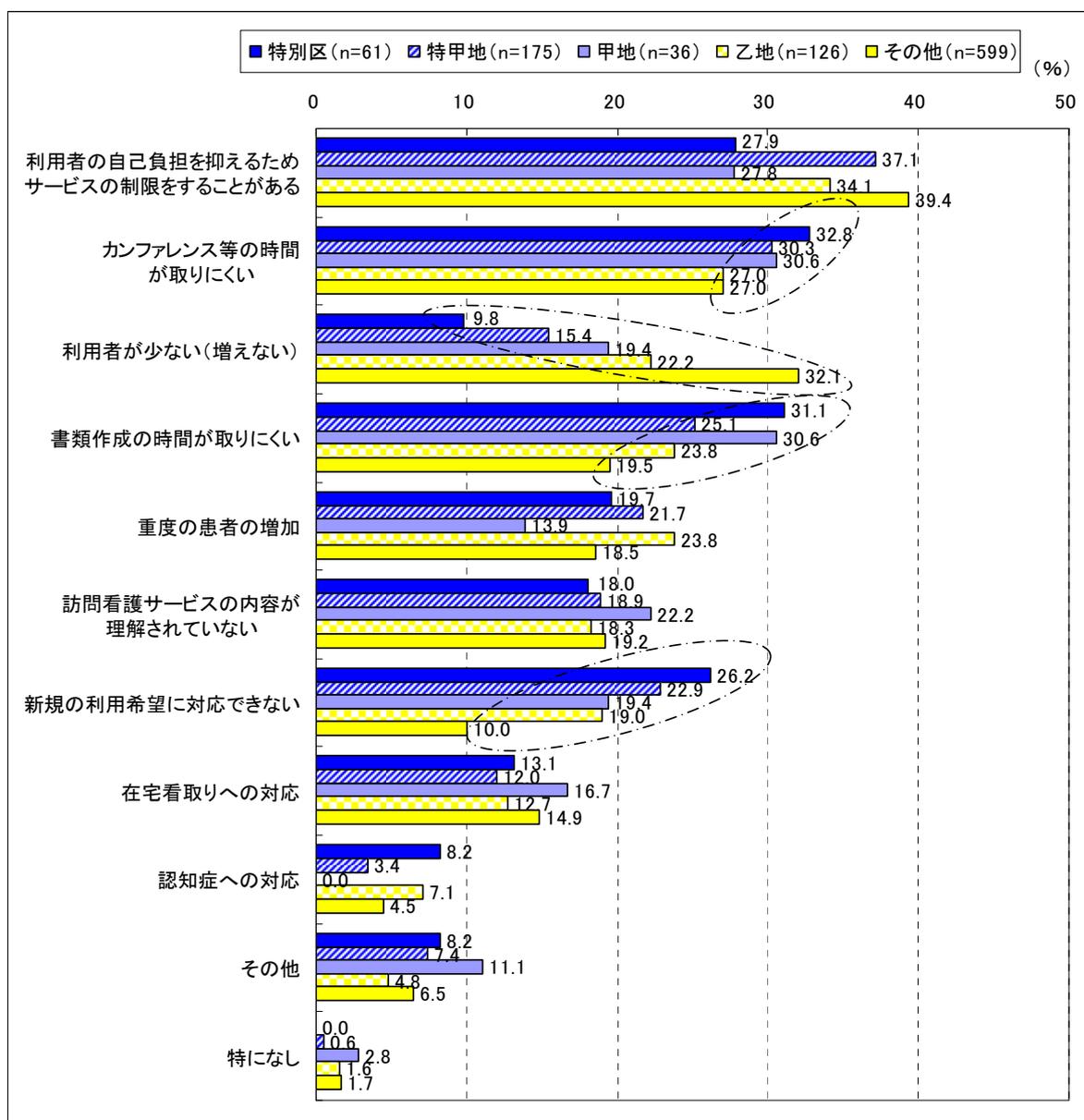
図 38 サービス提供上の課題(n=997 複数回答 2 つまで 無回答を除く)



上記課題を地域区分別にみると、地域差が最も大きいのは、「利用者が少ない（増えない）」であった。東京 23 区である「特別区」の 9.8%から、「特甲地」「甲地」「乙地」では約 2 割に増加し、「その他」では 32.1%を占めていた。こうした利用者のニーズの地域差の影響で、「新規の利用希望に対応できない」が「特別区」の 26.2%か

ら「その他」の10.0%に減少、「カンファレンス等の時間が取りにくい」や「(情報提供等の)書類作成時間が取りにくい」についても、「特別区」を中心とした利用者ニーズの高い地域の選択率が多くなっている(図39)。

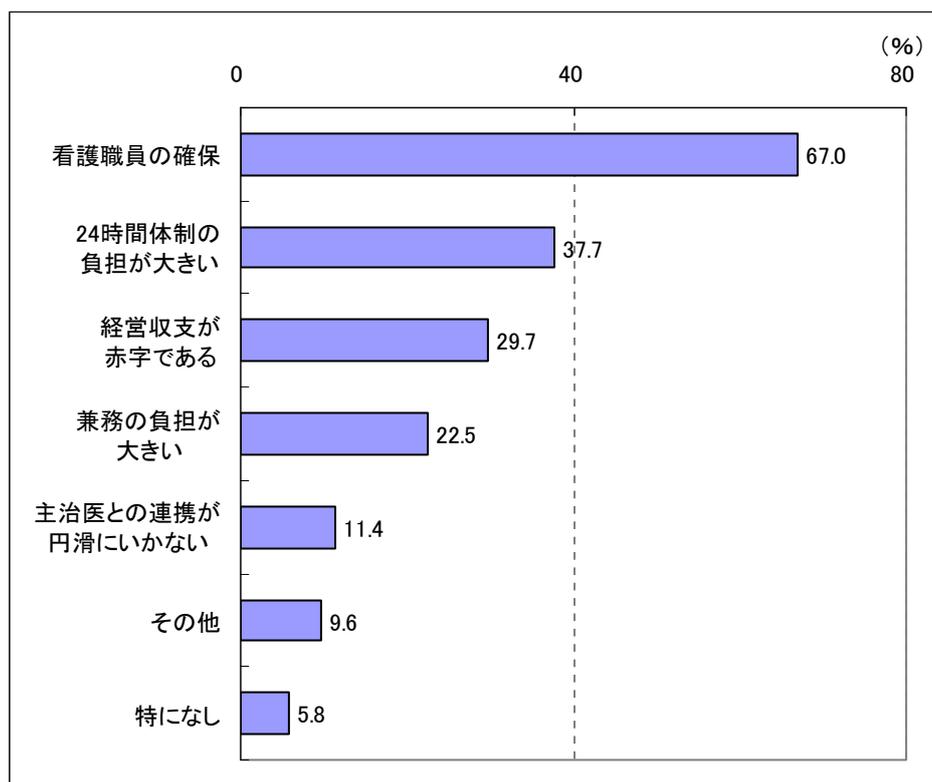
図39 所在地区別にみたサービス提供上の課題(n=997 複数回答2つまで 無回答を除く)



事業所運営上の課題

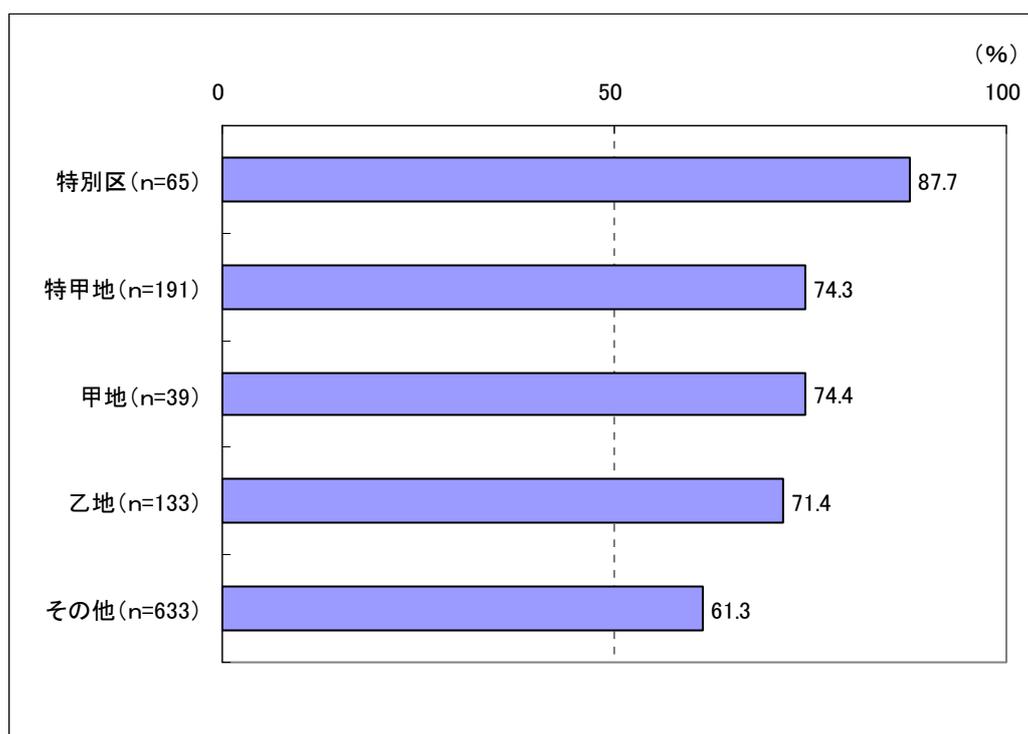
運営を行う上での課題を見ると、「看護職員の確保」が67.0%で最も多く、続いて、「24時間体制の負担が大きい」37.7%、「経営が赤字である」29.7%、「兼務の負担が大きい」22.5%であった（図40）。

図40 訪問看護事業所の運営上の課題(n=1,061 複数回答2つまで 無回答を除く)



所在地区別に、「看護職員の確保」の選択率をみると、「特別区」が最も高く 87.7%、「特甲地」が 74.3%、「甲地」が 74.4%、「乙地」が 71.4%、「その他」が 61.3%であり、大都市圏に近い地域ほど、選択率が高まる傾向が見られた。訪問看護ステーションは、多くの事業所が 24 時間対応を行っているが、ほとんどがシフトにより対応しており、24 時間を実施するための増員ができないところが多数を占め、常態的に人員不足となっているようである。加えて、東京都特別区を中心とした都市部の訪問看護ステーションでは、運営課題として「新規の利用者に対応できない」事業所も多く見られたことから、「看護職員の確保」がより大きな課題となっている（図 41）。

図 41 所在地区別にみた運営課題「看護職員の確保」の選択率(n=1,061 無回答を除く)

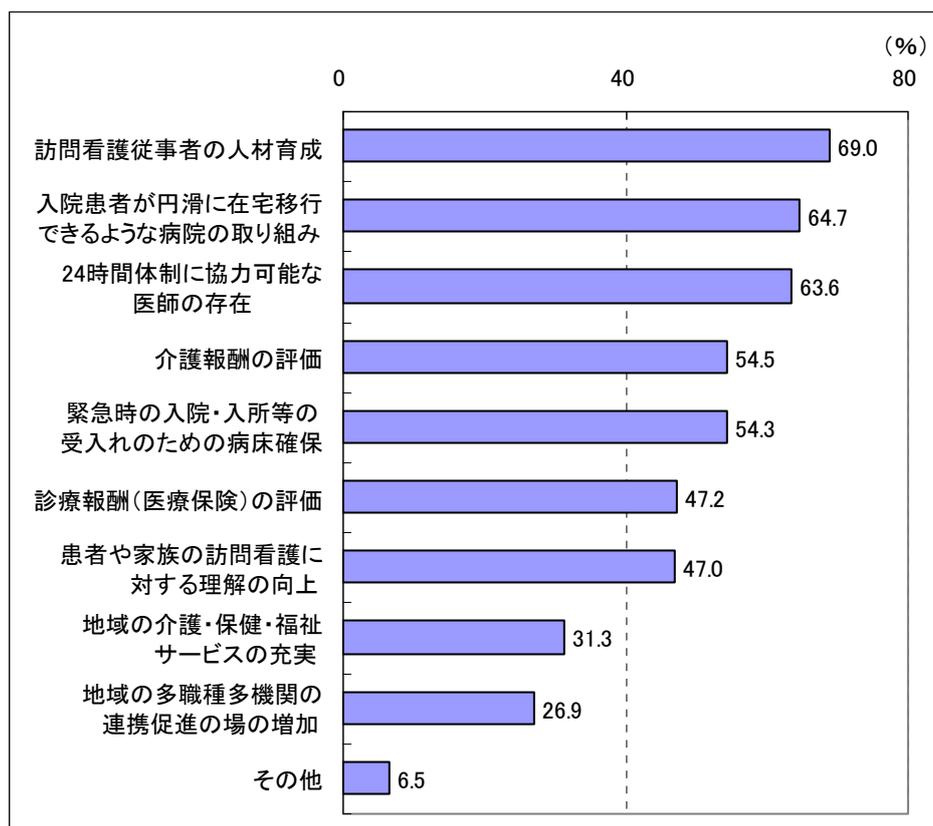


在宅医療の充実のための課題

地域で在宅医療が一層充実するために必要な項目として、「訪問看護従事者の人材育成」が69.0%と最も多く、続いて「入院患者の在宅医療への円滑な移行」64.7%、「24時間体制に協力可能な医師の存在」63.6%の順であった（図42）。

「訪問看護従事者の人材育成」については看護職員の人員不足を背景に、「入院患者の在宅医療への円滑な移行」については、前記の回答結果にみられたように、病院医師が主治医の場合の連携のとりづらさが反映されたためと考えられる。また「24時間体制に協力可能な医師の存在」は、24時間体制で在宅医療を担う医師数が地域において充足していない現状を示していると言えよう。

図42 在宅医療の充実のための課題(n=1,088 複数回答 無回答を除く)



(7) 調査のまとめ

- ① 回答事業所の 73.0% (n=802) が、24 時間対応体制の届出を行っていた。24 時間体制に関する加算の届出をしている事業所の 74.7%が、「看護職員は増員せずローテーションによる体制づくりをした」と回答しており、「看護職員を増員した」は 12.6%に過ぎなかった。届出を行っていない事業所の 87.0%が「24 時間体制に対応する人員増が困難」を挙げている。
- ② 2008 年 7 月時点の医療保険利用者数は 1 事業所当たり平均 13.2 人、介護保険利用者数では 1 事業所当たり平均 43.1 人であった。また、1 事業所当たりの訪問看護指示書交付医療機関数は、平均延べ 18.7 施設で、病院が延べ 7.2 施設、診療所が延べ 11.5 施設であった。そのうち、在宅医療を行っている診療所が、延べ 8.5 施設であった。
- ③ 2008 年度診療報酬改定で新設された医療保険請求上の加算の算定率については、「退院支援指導加算」は 25.5%、「在宅連携指導加算」は 16.7%、「在宅緊急時等カンファレンス加算」は 13.0%であった。算定率は多くはないが、算定を行っている事業所では、ケアの質や日常的な連携の改善など一定の効果がみられた。
- ④ 主治医との連携については、78.2%の事業所が「うまくいっている」「ややうまくいっている」と感じていた。残りの約 2 割の事業所では、主治医との連携不足感を持っており、その主な背景として、①病院医師との連絡の難しさ、②訪問看護指示書のやりとりや訪問看護への理解、③多忙な医師への遠慮、などが挙げられていた。
- ⑤ 連携医療機関別に日常的な連携についてみると、「連携できている」「やや連携できている」の計は、「訪問診療・往診がある診療所」で 74.6%と最も高く、「在宅療養支援診療所」が 65.3%と次いだ。一方、「病院」や「訪問診療・往診なし」の医療機関では連携できていると感じている割合が低い傾向であった。「状況変化時の連携」についても同様の傾向が見られた。

- ⑥ 介護支援専門員との連携については、9割以上の事業所が「うまくいっている」「ややうまくいっている」と感じていたが、介護予防マネジメントを行う地域包括支援連携センターとは、「うまくいっていない」「あまりうまくいっていない」と感じている事業所が2割を越え、「わからない」も約1割であり、手探りの状況であることが窺えた。
- ⑦ ケア・カンファレンスは、「ほとんどのケース」「必要なケースのみ」を併せると約96%の事業所で開催されていた。参加状況については、「(必ずしも担当者ではないが)スタッフが必ず参加」が4割を超えて最も多く、「担当者が必ず参加」と併せると、65.0%の事業所で担当者かスタッフのいずれかが必ずケア・カンファレンスに参加していた。ケア・カンファレンス以外の会議の参加状況については、「在宅研修会」(78.5%)、「各種連絡会」(64.6%)、「ケア勉強会」(47.0%)の順で参加割合が高かった。
- ⑧ サービス提供上の課題として、「利用者の自己負担を抑えるため、サービス(訪問看護の提供)を制限することがある」が37.2%で最も多く、「カンファレンスや情報提供のための時間の確保」(28.1%)、「利用者が少ない(増えない)」(26.1%)と続いた。事業所の所在地区別にみると、「利用者が少ない(増えない)」は「特別区」では9.8%であるが、「特甲地」「甲地」「乙地」では約2割にのぼり、「その他」では32.1%に増加する。一方で、「その他」では10.0%である「新規の利用希望に対応できない」が「特別区」では26.2%にのぼるなど、利用者ニーズの地域差による課題の違いが浮かび上がった。
- ⑨ 「運営上の課題」については、「看護職員の確保」が67.0%と約7割を占め最も多く、「24時間体制の負担が大きい」も約4割にのぼった。「看護職員の確保」については、「特別区」では87.7%、「特甲地」で74.3%、「甲地」で74.4%と、大都市圏に近い地域ほど多い傾向がみられた。
- ⑩ 地域で在宅医療が充実するために必要な項目としては、「訪問看護従事者の人材育成」が69.0%と最も多く挙げられ、「入院患者が円滑に在宅移行できるような病院の取り組み」(64.7%)、「24時間体制に協力可能な医師の存在」(63.6%)と続いた。「24時間体制に協力可能な医師の存在」が、訪問看護ステーションにとっても重要な存在として認識されていると同時に、地域において在宅医療に充実している医師が充足していない現状を示していると言えよう。

(8) 考察

これまでの結果をもとに、在宅医療を推進する観点より、以下のような示唆が得られた。

第1に、訪問看護ステーションの多くが24時間体制や緊急時の対応体制を持ち、サービス提供を行っていたが、人材不足という大きな課題を抱えていた。例えば、24時間体制の構築に際し、増員によらずローテーション等の勤務体制によるものであった。また、24時間体制が取れない主たる理由も、人員の確保が困難によるものであった。特に、東京都特別区をはじめとする大都市圏でより深刻な状況もみられた。本調査と並行して実施した在宅療養支援診療所調査において、訪問看護ステーションとの連携によって24時間体制を行っている診療所が約5割、自院に24時間対応の看護職員がいない診療所では約8割を占めていた⁹。このように、訪問看護ステーションの人材不足は、在宅医療を行う診療所にも少なからず影響している可能性がある。

第2に、主治医と訪問看護ステーション相互の理解を深めるための取り組みが必要である。本調査では、訪問看護ステーション全体の約2割が、主治医との連携不足感を持っており、病院医師との連携の難しさが、主治医との連携不足感を最も象徴するものであった。これについては、例えば、地域との連携部門を設けるなど、病院側からのアプローチもあろう。訪問看護に対する主治医の理解の不足感への対応については、地域の医療機関が、訪問看護サービスや指示書の記載や報告書等の役割や位置づけ、また在宅医療に関連した関係施設等も含めて、広く理解が深まるような啓発活動を、行政や地域医師会が中心となって行うなど側面からのサポートも必要であろう。なぜなら、主治医が地域の事業所や他職種と協働しリーダーシップを発揮することは、かかりつけ医機能としての主治医に対する信頼構築に大きく寄与するとともに、最終的に利用者への適切なケアに結びつくからである。

⁹ 日医総研 WP183 「在宅医療の提供と連携に関する実態調査『在宅療養支援診療所調査』」（野村真美、出口真弓）2009年1月。

在宅療養支援診療所（n=1,228）のうち、緊急時の対応として「主として訪問看護ステーションに指示」に回答した診療所が47.9%あり、そのうち自院に訪問看護師がいない診療所（n=387）では、83.7%であった。

第 3 に、2008 年度診療報酬改定で、訪問看護における退院前後の指導や医療従事者間のカンファレンス開催などの連携を評価する加算等が新設されたが、算定した事業所については、関係者間の連携や利用者に対するケアの質の向上に結びつくなどの一定の効果がみられる一方で、業務に追われ多忙なため、カンファレンスの開催ができない事業所もみられるなどの課題は残っている。

2006 年度以降の診療報酬改定においては、在宅医療推進に向けた診療点数の新設や評価が本格的に行われ、来年度の介護報酬改定でも 3% のプラス改定となっているが、実際の在宅医療の現場では、十分に評価されていない診療行為や活動等も多いとの指摘もある。今後、将来に渡って必要な人材や体制を確保し、在宅医療に携わる医師や看護師等を中心に地域ケア全体の質の向上に供するための経済的な裏付けはどうあるべきか、医療と介護の両面から引き続き議論されていく必要があるだろう。