

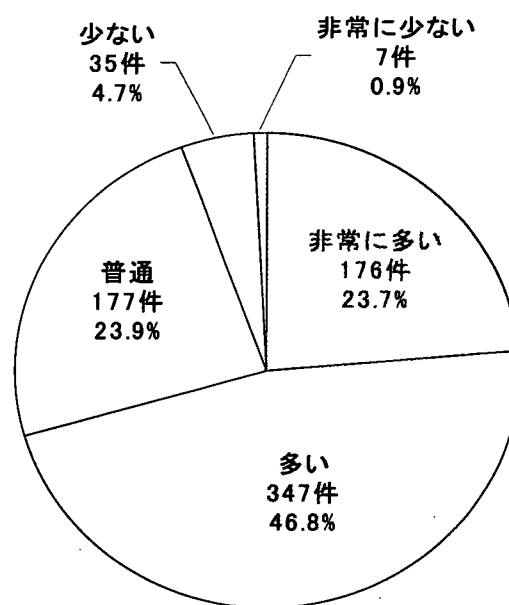
常勤職員数と負担感には、有意かつやや相関があった。(順位相関係数  $r_s = -0.227$ 、 $p < 0.01$ )

また、自由回答で理由を答えてもらったところ、「非常に多い・多い」では訪問外業務（書類・連携・移動・薬剤等の調達・研修・レセプト請求等のその他事務業務）を挙げたのが 278 件と最も多く、訪問業務そのもの（時間内に終わらない・内容が多岐にわたる・医療依存度が高い・一人で訪問するので責任が重大である・ヘルパー業務も行っている etc）を挙げたのが 89 件、24 時間体制を挙げたのが 27 件、スタッフ不足を挙げたのが 20 件であった。

【表 5】

	度数	有効%	累積%
非常に多い	176	23.7	23.7
多い	347	46.8	70.5
普通	177	23.9	94.3
少ない	35	4.7	99.1
非常に少ない	7	0.9	100.0
合計	742	100.0	

【図 2】



### その他記述回答

#### [2.多い の理由]

- ・介護力のない家が増えている。老老介護や高齢化による。

#### [3.普通 の理由]

- ・多くするか少なくするかではなくその時間内に出来ることをしているから。
- ・限られた時間内にケアを有効に行うよう努力している。
- ・動ける範囲での利用者しか確保していない。
- ・計画的に訪問しているため。ターミナルを抱えると仕事量は多くなる。
- ・利用者の状態によって変化あり。ターミナル利用者があると忙しいが通常ではこなせる。
- ・定められた勤務時間内に業務が終了できている。
- ・本当に必要なこと（医療処置・身体的ケア）のみなので。仕事量より利用希望者が多い（小児～高齢者まで）。
- ・延訪問件数の中にはPT・OTによるリハビリも含まれているので、看護師による訪問看護の依頼や件数はあまり伸びていないため。
- ・訪問件数の多いときと少ない時があるので。（同意見 4 件あり）
- ・医療機関に比べると少ない。（同意見 2 件あり）

- ・ 所長とスタッフとでは仕事量に雲泥の差がありますが、スタッフとしての仕事はナースとして普通量とされます。
- ・ 看護師の仕事量としては、病院・施設等と比べても質の差はあるが普通量と思います。
- ・ 個人に看護を提供しているので、仕事量は適切である。
- ・ 求められる内容は多いが、量は普通。
- ・ 利用者数に合った人員の確保（収入と人件費で赤字にならない数）ができれば仕事量が特別多いとは思いません。
- ・ 事務職が常勤しており、事務的な業務がかなり省ける。
- ・ 力量もあるのでこんなものかと思う。どこの部署もそれなりに大変ですよ。
- ・ 当たり前の認識です。
- ・ 肉体的 or 精神的 or 時間 or 記録。基準がわからない。また、利用者により目的を明確にし、30分・60分・90分と区切っている。ただ移動の時間など範囲的に効率が悪いと感じたりする。
- ・ 質問が曖昧です。何と比べて仕事量が多い少ないと判断できれば答えやすいです。

[4.少ない の理由]

- ・ 入院・入所や死亡により減り、新規利用者が少ない。（同意見4件あり）
- ・ 介護保険改正後、利用者数の減。
- ・ 件数が少なく、依頼内容も重症が少ない。
- ・ 管理者が病欠(骨折)や介護休暇をとっていたため新規を取らなかった。
- ・ 以前、ケアマネを兼務していたときに比べ、訪問時間だけに集中して看護をすればよいのでずいぶん楽になった。当ステーションは、開設後1年未満で利用者・件数とも少ない。
- ・ 入浴介助や清拭の回数減少があり、身の回りの世話等が減少している。
- ・ 単位が高いため、看護師の必要性が低ければ、訪問介護へ移行される。
- ・ 管理業務・ケアマネとしての受け持ちがいるため、訪問看護師の仕事は少ない。

[5.非常に少ない の理由]

- ・ 利用者が少ない。

<介護保険制度との関係について>

<p>①介護保険の利用者では、訪問看護よりも介護サービス（訪問介護や通所サービス）の導入が優先されていると思いますか？</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. そう思う</li> <li>2. ややそう思う</li> <li>3. あまりそう思わない</li> <li>4. そう思わない</li> </ol>
---

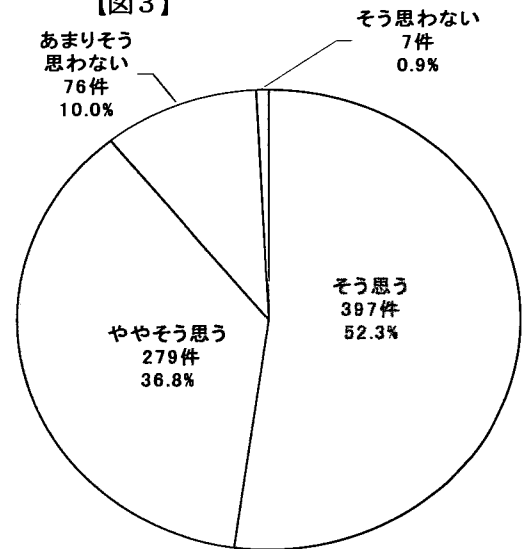
「そう思う」が52.3%で、「ややそう思う」36.8%と合わせて89.1%を占めた。(n=759)

【表6、図3】

【表6】

	度数	有効%	累積%
そう思う	397	52.3	52.3
ややそう思う	279	36.8	89.1
あまりそう思わない	76	10.0	99.1
そう思わない	7	0.9	100.0
合計	759	100.0	

【図3】



その他記述回答

- ・ケアマネの質によって考え方が変わってくるので。
- ・金額が安いほうへ…と目が向けられているように思う。また、 unnecessaryなサービスも多い。ケアマネの資質が問われていると思う。
- ・ニーズが少ないだけ。
- ・優先されているという意味合いがわかりませんが、ケアマネの考え方・家族の経済的状況もあると思います。
- ・利用者様によるのでなんともいえません。
- ・介護保険の取り扱いがないためわかりません。

②介護保険と医療保険という二つの報酬体系が併存していることについてどう思いますか？

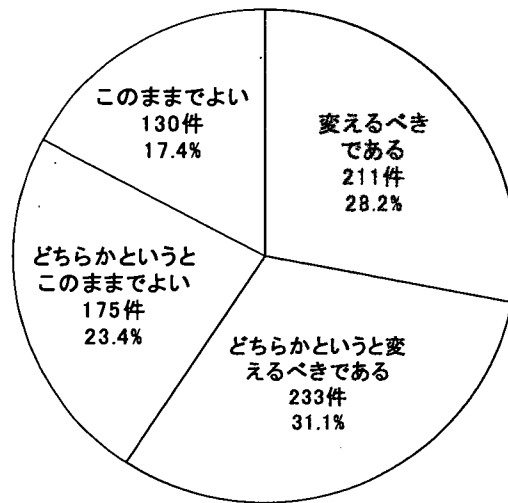
1. 変えるべきである
2. どちらかというに変えるべきである
3. どちらかというこのままでよい
4. このままでよい

「変えるべきである・どちらかというに変えるべきである」という回答が 59.3%を占め、「どちらかというこのままでよい・このままでよい」 40.8%より有意に多かった。(p<0.01) 【表7、図4】

【表7】

	度数	有効%	累積%
変えるべきである	211	28.2	28.2
どちらかというに変えるべきである	233	31.1	59.3
どちらかというこのままでよい	175	23.4	82.6
このままでよい	130	17.4	100.0
合計	749	100.0	

【図4】



その他記述回答

- ・同じ内容でありながら、報酬体系に違いがあることが多い。
- ・訪問看護は医療保険適応でも良いと思う。
- ・医療保険1本にすべき！
- ・介護保険は点数制限があるので思うように訪問できません。また、介護保険は訪問時間が決まっているので、限られたスタッフが休みの場合、とても大変です。
- ・介護保険から分離し必要度にあわせて訪問できたほうが良い。
- ・大変複雑…一般の人には理解できていないと感じる。
- ・老衰に対する脱水予防等は介護とするか医療になるか…悩みます。(分かりづらい)
- ・医療度が高いケースに特別指示(14日間)では対応できないケースがあり困る。
- ・介護の中でも介護と予防介護に分かれるのはどうかと思う。
- ・介護保険の時間設定が少し面倒。
- ・訪問看護は医療のときが多い。介護保険はヘルパーさん側で行える。
- ・ガン末期の方の訪問が医療保険のため3割負担が重荷となるケースがあります。利用料のことで希望しながらも中止された方がいました。
- ・各々に報酬が違うのが不思議です。同じようにどちらでも組めるようにしているのに…私たちは看護師です。医療です。しかし、医療だといってまた私たちの利用料が高くなるように設定することには絶対反対です。それでしたらこのままでかまいません。
- ・今のところ、この体系より仕方ない。
- ・答えられない。訪問看護だけで考えることはできない。

<他施設・医師・家族との連携について>

①他の医療・福祉施設との連携はとっていますか？とっていらっしやる場合、それはどのような施設ですか？

(複数回答可)

- |              |                           |
|--------------|---------------------------|
| a. 在宅療養支援診療所 | b. 他の訪問看護ステーション           |
| c. 病院        | d. 薬局                     |
| e. 介護老人保健施設  | f. 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)   |
| g. 有料老人ホーム   | h. グループホーム (認知症対応型共同生活介護) |
| i. ケアハウス     | j. ショートステイ (短期入所生活介護)     |
| k. その他 ( )   |                           |

【表8】

	度数	回答%	全ST%
在宅療養支援診療所	504	15.7	66.1
他の訪問看護ステーション	462	14.4	60.6
病院	679	21.2	89.1
薬局	308	9.6	40.4
介護老人保健施設	303	9.4	39.8
介護老人福祉施設	216	6.7	28.3
有料老人ホーム	76	2.4	10.0
グループホーム	172	5.4	22.6
ケアハウス	84	2.6	11.0
ショートステイ	320	10.0	42.0
その他	79	2.5	10.4
連携施設なし	7	2.0	9.0
合計	3210	100.0	421.3

その他記述回答

- ・その方にとって情報共有が必要であれば、関わっているサービス事業所に流しています。
- ・地域のあらゆるところと連携してその方が一番すずしやすところを探しています。

②在宅療養支援診療所との連携は、どう思いますか？

1. 十分にうまくいっている
2. どちらかといえばうまくいっている
3. どちらかといえばうまくいっていない
4. うまくいっていない

在宅療養支援診療所との連携が「十分にうまくいっている・どちらかといえばうまくいっている」と回答したところが全体の79.4%を占めた。(n=652) 【表9】

【表9】

	度数	有効%	累積%
十分にうまくいっている	87	13.3	13.3
どちらかといえばうまくいっている	431	66.1	79.4
どちらかといえばうまくいっていない	90	13.8	93.3
うまくいっていない	44	6.7	100.0
合計	652	100.0	

#### その他記述回答

- ・施設がない。(同意見 14 件あり)
- ・今のところ連携していない。(同意見 11 件あり)
- ・24 時間対応していない。
- ・当 ST から歩み寄っています。
- ・Dr によって差がある。(同意見 2 件あり)
- ・当ステーションは母体の病院の患者様を主に訪問しているので、他診療所との連携はとっていません。また、地方の診療所は院内の訪問看護を持っているので、事業所同士の連携はなかなか難しいと思います。
- ・ほとんどが併設病院のため、何ともいえない。
- ・はっきりいってまだ十分に機能していない。

#### ③病院との連携は、どう思いますか？

1. 十分にうまくいっている
2. どちらかといえばうまくいっている
3. どちらかといえばうまくいっていない
4. うまくいっていない

病院との連携が「十分にうまくいっている・どちらかといえばうまくいっている」と回答したところが全体の 77.8% を占めた。(n=756) 【表10】

【表10】

	度数	有効%	累積%
十分にうまくいっている	65	8.6	8.6
どちらかといえばうまくいっている	523	69.2	77.8
どちらかといえばうまくいっていない	151	20.0	97.8
うまくいっていない	17	2.2	100.0
合計	756	100.0	

#### その他記述回答

- ・病院により大差あります。(同意見 12 件あり)

- ・必要なことは一方的にでも情報提供したり指示を待っている。
- ・徐々にではあるがうまくいっている。以前からの連携・在宅医療に係ってきた医師の存在。
- ・地域連携室の機能がしっかりしている所はうまくいっている。
- ・看護スタッフとの連携は以前より良くなった。
- ・一方的なことが多い。
- ・訪問看護側からの努力・手間が必要。

④福祉施設との連携は、どう思いますか？

1. 十分にうまくいっている
2. どちらかといえばうまくいっている
3. どちらかといえばうまくいっていない
4. うまくいっていない

福祉施設との連携が「十分にうまくいっている・どちらかといえばうまくいっている」と回答したところが全体の71.9%を占めた。(n=700) 【表11】

【表11】

	度数	有効%	累積%
十分にうまくいっている	37	5.3	5.3
どちらかといえば上手くいっている	466	66.6	71.9
どちらかといえば上手くいっていない	166	23.7	95.6
うまくいっていない	31	4.4	100.0
合計	700	100.0	

その他記述回答

- ・対象なし。(同意見3件あり)
- ・必要があれば連携をとっている。
- ・必要性を感じない対象もいる。
- ・STからの情報提供はよく行っているつもりだが、一方通行であることがある。情報の返事は言わないともうれないことが多い。
- ・お互いにノートなどを活用したり、TelやFaxする。

⑤医師による訪問看護指示書が不要だと考えられる仕事はありますか？また、それはどのような業務ですか？

1. ある  
(具体的に： )
2. ない

医師による訪問看護指示書が不要だと考えられる仕事が「ある」と答えたのが28.9%、「ない」と答えたのが71.1%であった。(n=713)

「ある」と答えた人に対しては、自由回答で具体的な仕事内容について書いてもらったところ、療養上の世話 36 件、清潔ケア 35 件、病状観察 18 件、リハビリテーション 20 件、療養指導 19 件、浣腸・排便 15 件、褥創予防・処置 13 件、精神的支援 4 件、軟膏使用について 3 件などが挙げられた。

さらに、「ある」「ない」の双方における自由回答として、医師からなかなか指示書もらえないことや、指示書の中身に具体性がない・適切でない・毎回同じである、ということに対して不満を述べたものが 50 件あった。

なお、「質問の意味がわからない」という回答が 28 件あった。本問は、療養上の世話に関して保健師助産師看護師法では医師の指示書を必要としていないのに対して、訪問看護では必要とすることに対して疑問の声があるため、現場の訪問看護師の考えを把握するために設定した。

### その他記述回答

- ・初回だけでよい。パソコンから出てくるだけ、変化の折はそのつど医師と連絡を取り対応しているから。医師の過重労働の問題もあります。
- ・複数の主治医があるのに、制度上 1 人の主治医の指示書となっている。疾患によっては的確な指示が得られず提供している。このような例では指示書なしで提供しているも同然である。
- ・利用者様が複数科を受診しており、必要情報が欲しくても院内で各科連携をとっていない場合があり、的外れな指示が出る時があり、本人・家族が受診時に板ばさみになることがあった。
- ・薬の処方内容等そのつど確認して記入がなく指示書を生かして仕事をする事が出来ない (全般に)。報告書を毎月出しているも見えていないとも考えられるが…
- ・利用者や家族が必要と考えても医師が渋るときがある。不安や介護力不足を医師は理解できない部分がある。全部不要とも思えない。指示料があるから書く、指示料があっても面倒くさいと、いろいろな Dr がおられる。
- ・詳細に指示されているわけではないので、看護に必要と判断すれば指示されていない看護も実践している。
- ・訪問介護のヘルパーが誰の指示もなく仕事ができるのに、どうして Ns には指示がいるのか？
- ・環境整備・入浴介助等いずれも医師から見て必要かどうかはわからないと思う。ただし、入浴時の注意事項や血圧の指示は必要。
- ・医療処置のみ指示書があればよいと思われる。
- ・指示書というより情報提供でも良いと思う。特別な場合の特別指示書のみでよいと思う。
- ・指示というより、協議すべきことでよい。
- ・一般的に主治医からは方向性を示す程度と指示書に関しては考えている。個別についてはそのときの判断と連絡である。
- ・病状に対する情報が少なかったり、なかなか距離等の問題で Dr と直接話ができないと、重要とも思いますが、同法人で密に連携している場合や FAX で密にやり取りしている場合等はほとんど必要と思わない。点滴指示書や特別指示書などは口頭が多く、後追いになることも多々ある。
- ・緊要時、医師同伴で訪問している時、患者の状態によってどんどん指示変更された場合口答で施行するので不要ではないか。(点滴・注射等)
- ・精神障害者の方を主に対象としているため、生活障害の援助が必要な方も多いことによる。
- ・日常生活における口腔ケア・爪きり・生活リハビリ等は指示不要と思われるも、現状では看護師の責任の範囲でできることが少ないため、今の段階では難しいと思われる。
- ・療養上の世話については不要だとも思いますが、病状悪化の時には相談する医師が必要。看護師の業が医師



の指示のもとに…とある以上、指示書は必要だと思います。

- ・無いといえはないし、あまり指示書を主体に思っていないので、これは単なる法的な書類と思っています。指示書は特に必要と思いません。Nsのサイドで必要。
- ・介護保険を利用する場合は不要と思っていました。現在は必要と思うようになりました。
- ・必需と思っているので。医師との連携の必要性を考えると、指示書は必要。
- ・療養生活指導上の留意事項に全般管理を含んでいると考えているから。
- ・責任の所在の問題がある。
- ・基本的に医師の指示がないと訪問看護は提供できません。
- ・指示書がないと訪看できない仕組みをわかっていてこう質問するのですか？

⑥利用者の家族の方との協力関係は、どう思いますか？

1. 十分にうまくいっている
2. どちらかといえばうまくいっている
3. どちらかといえばうまくいっていない
4. うまくいっていない

家族との協力関係はほぼ全てのステーションがうまくいっているとの回答であった。(n=751)

【表12】

【表12】

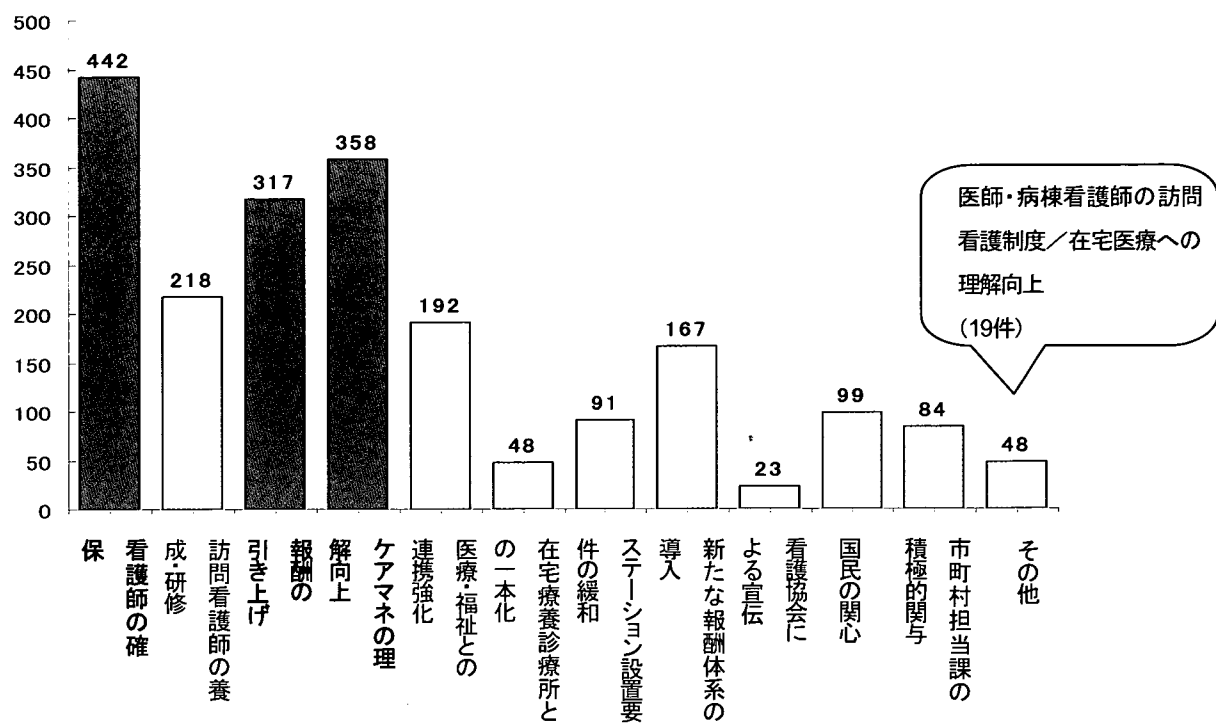
	度数	有効%	累積%
十分にうまくいっている	189	25.2	25.2
どちらかといえば上手くいっている	547	72.8	98.0
どちらかといえば上手くいっていない	15	2.0	100.0
うまくいっていない	0	0.0	100.0
合計	751	100.0	

その他記述回答

- ・一人一人違います。非協力的でおまかせの家族もあります。(同意見13件あり)
- ・家族の協力がなければできない。得られるよう努力、わかりやすく指導している。
- ・利用者が今まで生きてきたサマが現在介護に反映されている家庭が多い。
- ・「協力関係」とはどういうことか。



【図5】



その他記述回答

- ・本当はすべて必要と考えます。
- ・最大3つまでというのかなり難しかったです。
- ・もうすでに受けきれないほど増えている。ステーションをもっと作ればいいかもしれません。
- ・重要と思われるものがない。

[a に対して]

- ・早急に対応しないと、訪看制度そのものが消えます。
- ・プラス質も。

[b に対して]

- ・特に所長を対象とした研修。

[c に対して]

- ・aを実現するためには避けられないはず…
- ・介護保険での報酬引き上げは利用者増に結びつかない。
- ・当地域では年金暮らしの利用者がほとんどでその中から利用料を支払ってもらっています。訪問看護利用料は他より高く設定され使われにくいのが現状です。これ以上上げてもらうと私たちの利用者はさらに減るでしょう。当地域では最低限の訪問看護しかケアマネは使いません。私たちもそれでよいと思っています。
- ・ただし、利用者負担は据え置きまたは下げる。
- ・PT・OTと同単位数であることは納得できない。

[d に対して]

- ・報酬が低いと、Nsのケアマネが少ない。協会等で報酬のバックアップ等を行いながら看護職のケアマネ

を増やすべき。患者の病態を含めた病状がわからないため、看護師や医療系サービス導入のタイミング・方法もわからない。

[e に対して]

- ・バックベッドのキープ

[h に対して]

- ・枠を越えようが越えまいがつまりはeにつながると思うのですが…
- ・介護保険の「医療系サービス」というあいまいな位置づけをやめて医療保険での対応にすべき。専門職による継続的な健康観察・管理・対応が必要にもかかわらず、さしあたって生活することに直結するサービスが優先されて行われているために状態の悪化を招き、どうすることもできなくなって訪看に泣きつかれるケースには辟易する。
- ・介護保険での報酬体系の見直し（介護保険の中で、看護（医療）が必要であるのか？）・医療保険での1本化もしくは新たな体系導入。
- ・可能なのか？

[j に対して]

- ・制度の普及・理解
- ・在宅療養できる環境が、ソフト・ハード両面からある程度整備されていないと無理。私たちが不都合と思わなくても、本人・家族が大変。

[l に対して]

- ・利用者の利用料の負担軽減（同意見6件あり）
- ・ケースワーカーの雇用に報酬をつけてほしい。
- ・ステーション経営のサポート
- ・訪問看護室と訪問看護ステーションの区分けがおかしいと思う。医療保険と介護保険の分け方も複雑で分かりづらい。もっとシンプルな体制にして利用者が利用しやすい形にすべきだと思います。
- ・主治医や地域担当者（保健師や民生委員等）からの情報・訪問看護の必要な人の掘り起こし。
- ・業務内容の整備、簡略化できるところは簡略化する。
- ・業務内容の拡充（指示書がないと訪問ができないという面も含め）。
- ・k も含むが、2つの町で人口約2万人、サービスが少ないことで広がらない。
- ・アシスタナース（ケアマネを手助けする）
- ・医療保険による（高齢者以外）訪問看護を要する対象者への、コーディネート確立。介護で言うケアマネの役割をする機関がなく、十分コーディネートできていないので。
- ・希望する誰もが、快適に在宅療養できる体制の整備
- ・重度心身障害児への訪問サービス
- ・訪問看護ステーションからの訪問リハビリ(PT等)を自由にする。
- ・保険を使ったサービス内容の拡大。例えば、受診に付き添うとか散歩や外出への同行・居場所を選ばず訪問可能（処置の限定はかまわないが）にしてほしい。
- ・車両の確保

#### \*自由記述

- ・訪問介護が介護保険に組み込まれたことの目的が何だったのか。ケアマネジャーの計画に訪看が入るタイミングが気になります。
- ・当ステーションは2.8人で行っていきます。昨年3月から募集していますが、面接のみで終わっています。依頼はあるがマンパワー不足でステーションの向上にもつながっていきません。日々の仕事をこなすことで手一杯です。それですが入所や死亡入院が重なると一気に減り、収入も減り不安定な業務です。
- ・訪問に行く回数が増えると単価が下がり赤字になります。介護保険制度は変わり、訪問介護が80%を占める提供表(計画)も増え、ケアマネジャーは訪問看護をすぐ減らすことで計画単位数内に納めることをする。→訪問看護を介護保険から切り離して欲しいと願っています。
- ・制度そのものを変えていかないと活性化しない。医師・病院・施設ももっと巻き込んでいく制度が必要と常々考えている。
- ・最近病院との連携・担当者会議必要であっても時間を割くことが多い中多少の報酬はあってもよいのではないかと病院との連携についてはコストがあるが。
- ・訴えたいことがたくさんあります。現場のNsの苦勞・仕事内容・医師の理解不足・ケアマネの質・医療保険の曖昧なところ等。研究の成果をぜひ現実に当てはめてほしいです。
- ・厚労省は在宅重視、医師は病棟・外来重視、在宅軽視。
- ・今一番強く願っていることは、医師の介護保険に対する認識です。介護保険を申請する際の医師の意見書の大幅な遅れ・指示書に対する認識不足などで訪問看護の開始のときから悩まされています。
- ・もっとシンプルな体制作りしてほしい。訪問看護に入るときはどのような方でも介護保険を主体とする(特定疾患・重度障害を持っている方は別とする)。
- ・利用者が入院(多いときで10人くらい)すると、この間訪問件数が少なくなるが、退院後の訪問を考えると利用者数を増やせない。契約に関して検討すべきと考えます。
- ・在宅医療と国の方針ではあるが、なかなか利用者は増えません。現在、老老介護の時代です。家に帰りたくても介護する側が「看れない、看たくない」のが現実です。いくらサービスをいろいろ利用しても介護するのは家族です。家族が「看たい、看てあげたい」という政策を強く望みます。
- ・①医師が退院後の対象者の生活を考えられること。環境・介護力・各制度の存在を知る努力。  
②積極的予防や身体状況の安定化、対象者が生活しやすい身体状況を見る・知る・考えられる。
- ・訪問看護は医療保険のみではだめでしょうか。
- ・ケアマネの訪問看護に対する理解が低くがっかりです。(私もケアマネですが…)訪問回数が少なくても、看護師に連絡が取れる・相談できる安心感があると皆さん言います。
- ・医療依存度が高くなければ(例えば褥創処置・HOTなど)訪看の必要性を考えられないケアマネが多い。
- ・市で運営している病院の方針で、他事業所の訪問看護の指示書を書かない医師ばかりである。訪問看護経営は市のバックアップがあってこそ成功するのだが、市が患者を抱え込んでしまっている。
- ・こんな単純なアンケートから何を見ようとしているのかと思います。アンケートが多く、特に学生の学びのためのものがここ数年多いのですが、私たちの日常業務に有益なものとなるのでしょうか?通常はご返答しないのが実態です。

#### D. 考察

結果⑥では「看護師の確保」を望む声が最も多かったが、平成18年度診療報酬改定で導入された7:1入院

基本料（注、平成 20 年度診療報酬改定では基準が見直される）により、病棟看護師の不足も深刻化してきている中で訪問看護師を確保することは困難である。そこで離職を抑えるという点からも、まずは仕事を軽減させることを考えるべきである。結果②から負担の原因として最も多いのは訪問外業務であることが明らかになった。社団法人全国訪問看護事業協会の調査<sup>9)</sup>では、利用者 1 人当たり 1 ヶ月にかかる訪問看護労働投入量のうち 47.2%を訪問外時間が占めており、1 回の訪問時間が短い利用者ほどその時間比率が高くなっていった。ゆえに、訪問外業務の負担を和らげることが求められる。「報酬の引き上げ」という観点からも、レセプト業務等を行う事務職の配置に対して報酬加算を行うようにすべきである。全国のステーションにおける事務職員数の平均は不明であるが、本調査において、事務職がいないためあらゆることをこなさなくてはならない、という回答もあり、事務職を雇えないステーションも多いと予測される。

また、「ケアマネジャーの理解向上」が二番目に多く回答されていたが、これは非常に重要なことであり、かつ政策としても実行しやすいであろう。結果③からもわかるように、実に 90%近くのステーションが訪問看護よりも介護サービスの導入が優先されていると感じており、ケアマネジャーの考え方・核となる問題の把握の仕方に対して訪問看護師が疑問を持っていることがうかがえる。本来、ケアマネジャーの職種や職歴によって作成するケアプランに偏りがあってはならない。よってケアマネジャーが訪問看護の役割、特に訪問看護と訪問介護の違い（訪問介護は生活支援サービスであり、医師や看護師等の他職種との連携の上で提供されなくてはならない<sup>9)</sup>）、を理解し、訪問看護の必要性の有無や回数を適切に判断できるようにすることが求められる。このためには教育・研修の充実が必要である。具体的には、実務研修受講試験合格後の実務研修の時間を増やす（現在は 35 時間）・退院調整カンファレンスに参加し利用者の状態を把握させる等が考えられる。

そもそもケアプランに介護サービスが優先されてしまう原因の一つとして、訪問看護が介護保険の一サービスとして位置づけられていることが挙げられる。介護保険では、訪問看護は訪問時間によって報酬単位が区分されている。利用者は要介護度ごとに支給限度額が設定されているが、経済状態の苦しい利用者では、訪問介護に比べ単位の高い訪問看護をそもそも選ばなかったり、選んだとしても訪問時間の短い訪問にしてしまう<sup>9)</sup>。結果④からもわかるように、訪問看護において医療保険と介護保険が併存している状態を変えることに対して肯定的な回答が多かった。よって医療保険一本化にするか、全く新しい報酬体系を導入することを検討していくべきである。ただし、結果⑥では「新たな報酬体系の導入」を求めているのは 187 件であったので、今すぐ実行すべきとはいえないだろう。

結果⑤⑥では医師や病棟看護師の在宅医療・訪問看護制度に対する理解向上を求める回答が多数見られた。葉山ら<sup>10)</sup>は訪問看護の利用にいたる決定要因の一つとして「医療従事者からの情報提供」を挙げており、特に医師や病棟看護師の協力は不可欠である。だが山本<sup>11)</sup>の調査では医師・病棟看護師からの訪問看護の依頼は約 30%と、ケアマネジャーから（67.2%）よりも低いことが示されている。本調査でも、医師によっては利用者の状態を十分に把握していない場合や、指示書に対する認識が不足していることも多く、それが訪問看護師の不満につながっているという可能性が示唆された。医師によっては訪問看護によって患者をとられてしまうと考える人もいる、という回答もあった。国による在宅医療の推進が図られているにもかかわらず、現場の医師の多くは在宅医療を重要視していないといえるのではないだろうか。さらにこの点に絡めて言うと、訪問看護指示書の取り扱いについても検討しなおす必要がある。指示書の交付・受付のやり取りが医師・看護師双方にとって負担となっている可能性も考えられる。そこで、必ずしも指示書がなくてもサービスを開始できるようにする、利用者が複数科にかかっている場合は各科の主治医から指示書を交付してもらえるようにする、もしくは医師との情報提供を常に行うという前提で、指示書の有効期限を無期限にし、病状変化時のみ新たに交付する等という案を考えてみてもいいだろう。ただし結果⑤では、療養上の世話等に対しての指示書は不要であるという回答は少なく、指示書の問題に関しては慎重に取り組むべきである。

まずは、医師や病棟看護師がどの程度在宅医療の制度等に対して知識を持っているのかを調査し、その結果次第では周知・教育を徹底していくことが求められる。

#### E. まとめ

在宅医療のニーズが高まっていく中で、訪問看護の利用者数を伸ばし、より充実した制度にしていくために以下の3点をまず実行することが最も重要である。

- ・訪問看護師の訪問外業務の軽減のため、ステーションでの事務職の配置に対して報酬を加算する。
- ・ケアマネジャーが利用者の状態に適したケアプランを作成できるよう教育を充実させる。
- ・医師および病棟看護師の在宅医療の制度に対する理解度を調査する。

#### 謝辞

本研究を行うにあたり、ご指導いただきました河原和夫教授に心より御礼申し上げます。また、調査票の配布にあたってご指導ご協力いただいた秘書室の方々に感謝の意を表します。最後に、本調査にご協力いただいた全国の訪問看護ステーションの看護師の方々に厚く御礼申し上げます。

#### 【参考文献】

1. 『訪問看護経営管理』 日本看護協会出版会
2. 厚生労働省介護サービス・施設事業所調査
3. 厚生労働省介護給付費実態調査
4. 社団法人全国訪問看護事業協会: “訪問看護ステーションの現状と今後の展望について”, 社会保障審議開会后給付費分科会 介護サービスの把握のためのワーキングチームにおける事業者等団体ヒアリング資料, 2007.11.13
5. 社団法人全国訪問看護事業協会: “新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討 平成 18 年度報告書”, 2007.3
6. WAM NET ホームページ (<http://www.wam.go.jp/kaigo/>)
7. 厚生労働省: 新たな看護のあり方に関する検討会報告書, 2003
8. 社団法人全国訪問看護事業協会: “訪問看護事業所におけるサービス提供のあり方に関する調査研究事業報告書”, 2003.3
9. 『介護支援専門員基本テキスト』 長寿社会開発センター発行
10. 葉山香里ほか: “訪問看護の利用に至るまでに入手した情報と決定要因”, 平成 18 年度第 12 回訪問看護・在宅ケア研究助成事業報告書
11. 山本訓子: “医療ニーズの高い利用者の在宅療養移行をスムーズにする連携のあり方と訪問看護の介入方法についての一考察”, 平成 16 年度訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書

厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業

都道府県における医療計画の現状把握と分析に関する研究

平成 19 年度 総括・分担研究報告書

平成 20 年 3 月 31 日発行

事務局 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野  
主任研究者 河原 和夫

〒113-8519 東京都文京区湯島 1-5-4 5  
TEL (03) 5283-5863 FAX (03) 5283-5864  
e-mail kk.hcm@tmd.ac.jp