

200921015B

厚生労働科学研究 研究費補助金

長寿科学総合研究事業

複数の訪問看護ステーションによる地域単位の24時間訪問介護・看護の
効果的・効率的な実施方法の開発研究
(H19-長寿-一般-015)

平成19-21年度 総合研究報告書

主任研究者 村嶋幸代

平成22(2010)年3月

厚生労働科学研究 研究費補助金

長寿科学総合研究事業

複数の訪問看護ステーションによる地域単位の24時間訪問介護・看護の
効果的・効率的な実施方法の開発研究
(H19-長寿-一般-015)

平成19-21年度 総合研究報告書

主任研究者 村嶋幸代

平成22(2010)年3月

—目次—

要旨

I. 研究概要

1. 3年間の計画と研究概要	1
2. 背景および目的.....	2
2.1 24時間の訪問看護体制を構築したステーションが地域ケアシステムに 位置づくことの重要性	
2.2 地域ケアシステムを構築し維持するための方法(介入方法)開発の枠組み	
2.3 研究目的	
3. 方法.....	3

II. 全国調査および夜間・早朝体制の現状..... 5

III. 要介護者における24時間の訪問介護・訪問看護必要者の 対象像の明確化 13

IV. 複数の訪問看護ステーションによる地域単位の24時間訪問介護・看護の 効果的・効率的な実施方法の開発（滋賀県）

1. 3年間の計画と研究概要.....	25
2. 夜間・早朝訪問の利用者分析	
2.1 夜間・早朝の訪問看護利用者の総合的な評価	
2.2 夜間・早朝の訪問看護体制の評価	
3. 滋賀県湖南地域における訪問看護が24時間計画的に提供されるための システム構築方法の検討	27
3.1 方法	
3.2 結果	
3.3 考察および今後の課題	

V. 行政が取り組む24時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充—（福岡県）

1. モデル事業の背景とこれまでの経緯	61
1.1 福岡県の基本統計	
1.2 在宅医療に関する医療計画	

1. 3	これまでの県庁医療指導課の取り組み(これまでの経緯)	
1. 4	問題の発見から事業課題の設定まで	
2.	保健所のモデル事業.....	69
2. 1	モデル事業の目的	
2. 2	モデル事業の実施方法	
2. 3	医療指導課の取り組み	
2. 4	4箇所モデル保健所の取り組み	
3.	訪問看護ステーションのモデル事業.....	81
3. 1	医療依存度の高い在宅療養者に対する訪問看護・訪問介護の一体型サービス提供事業—訪問看護と介護の一体型モデル事業	
3. 2	医療型多機能サービスの展開に向けた訪問看護充実の検討事業	
VI.	Data Envelopment Analysis(DEA)を用いた訪問看護ステーションの効率性測定.....	105
	付 録.....	117

要 旨

厚生労働科学研究 研究費補助金 長寿科学総合研究事業
複数の訪問看護ステーションによる地域単位の24時間訪問介護・看護の
効果的・効率的な実施方法の開発研究 (H19-長寿-一般-015)
平成19-21年度 総合研究報告書 要旨

I. 背景および目的

夜間・早朝にも訪問看護を必要とする在宅療養者は、日中の訪問看護利用者の約1割程度存在する。これまで我々は平成6年以降、厚生省（当時）のモデル事業等で、夜間・早朝の訪問介護・看護システムについて実践者とタイアップしながら開拓してきており、複数の訪問看護ステーション（以下、ステーション）が連合して夜間・早朝の訪問看護を提供すれば効果的・効率的なケア提供が出来ること、介護との連携が効率的であること等が明らかとなっている。

しかしこのような仕組みを一般化するためには、方法論や効果のさらなる明確化や、地域ケアシステムの一部としての定着、さらには地域単位での評価（自宅への退院、入院予防や在宅での看取り等）が必要である。

そこで、本研究では24時間ケア体制構築の評価枠組として、Donabedianの質の保証モデル（Donabedian, 2003）を研究枠組みとして用い、以下を目的として研究を実施した。

1. 夜間・早朝訪問看護・介護を提供するための訪問看護ステーションの体制構築方法の明確化、および提供効果の検証
2. 訪問看護・介護を含む24時間在宅ケアシステムの地域単位での構築方法の探索
3. 訪問看護・介護の効果的・効率的な連携方法の明確化

主な実施内容は、いくつかの地域でモデル的に複数のステーション、介護職が連合して24時間の訪問看護・介護を提供すること、さらに、24時間、365日提供可能な訪問看護体制が地域のケアシステムとして定着するよう、地域を単位としたモデル事業を試みることであった。

II. 研究方法

1. 夜間・早朝訪問看護・介護を提供するための訪問看護ステーションの体制構築方法の明確化、および提供効果の検証

- 1) 複数の訪問看護ステーションの連携体制の構築方法の探索およびマニュアル化
A 地域では平成17年度より、モデル事業にて夜間・早朝の訪問看護提供体制を構

築してきた（村嶋他，平成 16-18 年度 長寿科学総合研究事業）。平成 18・19 年度は A 地域の全訪問看護ステーション（以下、ST）（4 市 12 か所）を対象として、法人格、経営理念、運営方法等が異なる ST が連合して夜間・早朝に計画的な訪問看護サービスを提供するモデル事業を実施した。平成 20 年度以降はモデル事業を終了しているが、採算も取れるようになり、体制が継続している。この過程を記述し、体制構築のマニュアルを作成、洗練させた。

2) 夜間・早朝の訪問看護・介護の利用者の対象像の明確化および提供体制の効果評価

A 地域における平成 17 年～19 年の 3 年間の夜間・早朝の訪問看護利用者 31 名について、対象者像を明確にすると共に、サービスの提供効果を評価した。また、夜間・早朝帯の稼働率の把握等により提供体制を評価をした。コストおよび提供方法の評価に加え、制度上の隘路の整理を行った。

3) 全国の訪問看護ステーションにおける夜間・早朝の訪問体制の実態調査

夜間・早朝の訪問看護体制の実態を把握するため、全国の訪問看護ステーション（全国訪問看護事業協会会員 3,578 人）を対象に夜間・早朝の訪問看護体制について調査を実施し、平成 15 年の調査との比較を行った。

2. 訪問看護・介護を含む 24 時間在宅ケアシステムの地域単位での構築方法の探索

A 地域では、24 時間の訪問看護体制を地域に根付かせるため、保健所および市町村行政と協働し、年間 5 回程度のワーキング会議を開催して、地域の課題を検討し、共有化をはかった。また、新たに B 県の 4 地域（二次医療圏）で、訪問看護・介護を含む 24 時間在宅ケアシステムを地域単位で構築するモデル事業を実施し、成果と課題を整理した。

また、地域単位で訪問看護ステーションの適切な資源配置を検討するための指標が必要であると考え、その開発を目指して Data Envelopment Analysis (DEA) を用いた訪問看護ステーションの効率性測定を行った。

3. 訪問看護・介護の効果的・効率的な連携方法の明確化

1) 訪問看護・介護の必要者像の明確化（質問紙調査、平成 20 年 6～7 月）

A 地域で協力が得られた 40 か所の居宅介護支援事業所に勤務する全ケアマネジャ

ー120名を調査協力者とし、サービス必要者の対象像を明らかにするため、担当する要介護者について回答を得た。具体的には訪問介護、および訪問看護の必要性の有無を従属変数とし、その要介護者と介護者の基本属性、医療処置の有無を独立変数として、Chi-squared Automatic Interaction Detection（以後、CHAID）と用いて要因を探索した。

2) 訪問看護・介護の同行訪問の評価

訪問看護・介護の効率的な提供方法について検討するため、訪問看護の利用者のうち、医療依存度や介護度の高い者等に介護職との同行訪問をモデル的に実施し、その評価のために、タイムスタディ調査および面接調査を行った。

Ⅲ. 結果と考察

1. 夜間・早朝訪問看護・介護を提供するための訪問看護ステーションの体制構築方法の明確化、および提供効果の検証

1) 複数の訪問看護ステーションの連携体制の構築方法の探索およびマニュアル化

平成17～18年のモデル事業で挙げた問題点（利用者選定と夜間・早朝の訪問看護導入、看護師の確保、拠点の整備、スケジュール管理、円滑な連絡方法、質の確保、スタッフの安全管理、他）の再整理と、構築した体制が地域で定着するまでに新たに見出された問題点を追加し、マニュアルを改訂した。

2) 夜間・早朝の訪問看護・介護の利用者の対象像とサービス提供の効果

夜間・早朝の訪問看護を利用した31名のうち、14名が死亡しており（平成20年2月現在）、その死亡場所は、病院9名（69.2%）、在宅5名（38.5%）であった。病院で死亡した者のうち4名は「入院後10日以内の死亡」であり、死亡直前まで半数以上の者が在宅で過ごせていた。夜間・早朝の訪問看護は、できる限り終末期をできる限り在宅で過ごしたいと望む療養者のニーズに応えるために効果があると示された。

また、利用目的を達成し、夜間・早朝の訪問看護を終了した7名のうち6名は退院直後からの利用であった。退院直後は利用者本人の病状が不安定であることや、介護者の技術や知識が不足していること等により、再入院のリスクが高い時期である。この時期に夜間・早朝訪問看護を導入し、病状観察や適切な医療処置の実施、本人や介護者の技術支援・指導を行うことにより、病状が安定し在宅療養にスムーズに移行し

やすくなる者がいることが明らかとなった。

3) 夜間・早朝の訪問看護提供体制の評価

夜間・早朝帯に実質的に訪問できる時間のうち、訪問看護の滞在時間（報酬に換算される時間）の割合（以下、「稼働率」とする）を、訪問看護師の移動時間、記録時間等を除いて明確にしたところ、3年間全体の稼働率は61.1%であった。一晩で8件以上訪問すれば採算が取れると見込まれる（村嶋他，平成17年度 長寿科学総合研究事業）が、3年間の一晩の平均訪問件数は、8件を上回っていたため、概ね採算が取れていたと言える。また、早朝帯は84.4%、準夜帯は61.6%、深夜帯は54.1%の順に稼働率が高く、早朝帯と準夜帯はコンスタントに利用者があるが、深夜帯は変動が激しいことが明らかになった。これらの実態を踏まえた経営管理が今後の課題であると言える。

また、複数STの連合体制によって生じる同一日の複数STからの訪問看護は報酬として算定されない等、制度上の隘路が明らかとなった。

4) 全国の訪問看護ステーションにおける夜間・早朝の訪問体制の実態調査

夜間・早朝の訪問看護体制の実態を把握するため、全国の訪問看護ステーション（全国訪問看護事業協会会員3,578人）を対象に夜間・早朝の訪問看護体制について調査を実施し、平成15年の調査との比較を行った。回収数1,188（有効回答33.2%）であった。計画的訪問を実施していると回答したのステーションは、時間帯別に、準夜69箇所（5.8%）、深夜41箇所（3.5%）、早朝55箇所（4.6%）であった。平成15年に実施した同様の調査と割合を比較すると、特に深夜帯において増加が見られた。

2. 訪問看護・介護を含む24時間在宅ケアシステムの地域単位での構築方法の探索

体制構築上の課題整理と会議での検討の結果、A地域では病院と地域との看看連携をはじめとした地域連携が課題であることが明らかになった。このため平成20年度には地域と病院の看護職の交流・研修会を実施した。これは、病院と地域の両者が、ケア提供に必要な情報を得るための申し送り様式の開発につながった。B地域では行政と協働し、保健所がシステム構築及び調整を担うモデルを開発した。24時間の計画的訪問看護の必要性が認知されたが、提供にあたってはSTの機能強化や連携強化が必要であることが認識され、システム構築に向けて準備を進めている段階である。上記を通し、訪問看護・介護を含む24時間在宅ケアシステムを地域単位で効率的に構築する際には、地域の持つ資源の強みや人材ネットワークの熟成度など、地域特性が大きく影響すると考えられた。このため、構築方法を標準化するためには地域特性

に応じた体制のあり方を検討する必要がある。

B地域の全ステーションを対象に、Data Envelopment Analysis(DEA)を用いて訪問看護ステーションの効率性測定を行った。その結果、この手法によってステーションの業務をより客観的、科学的に記述できることが明らかになった。今後は、地域の資源配置を考える指標開発に向けて検討を続ける。

3. 訪問看護・介護の効果的・効率的な連携方法の明確化

1) 訪問看護・介護の必要者象像の明確化

①訪問介護必要者の対象像

訪問介護必要者の対象像を特定する条件としては、本人のADL（食事介助の必要の有無）と介護者の特性（性別、続柄、同居家族の人数）が他の変数に優先していた。夫が妻を介護する高齢者世帯では、高齢男性の家事経験の少なさや古典的性役割感から、主介護者が家事や介護に不慣れであると推察される。また、娘介護者は配偶者に比べ、親の介護に葛藤を感じ、介護に専念することが難しいと推測される。そのため、独居の要介護者や、主介護者が妻以外で2人暮らしの場合には訪問介護が必要と判断された者が多かったと考えられる。

②訪問看護必要者の対象像

訪問看護必要者の対象像を特定する条件としては、医療依存度（医療的観察の必要性、医療処置の有無）が他の変数に優先していた。

医療処置の中でも、経管栄養、血糖測定・インスリン注射、吸引など、日中にまとめて行うことが難しい医療処置がある場合には、夜間・早朝に訪問看護が必要と判断された者が多かったと考えられる。

一方で、日中の訪問看護必要者像には、医療処置がある者の他に、処置がない場合でも食事介助を要する者が含まれていた。これは、医療的観察の必要性が発生しているためと考えられるが、本研究からその詳細は明らかになっていない。訪問看護を効率的に提供するため、医療処置以外の訪問看護が果たすべき役割についても、さらに検証していく必要がある。

2) 訪問看護・介護の同行訪問の評価

タイムスタディの結果、看護職単独よりも介護職との同行訪問のほうが滞在時間が短く、効率的であることが示された。また、面接調査から、介護職との同行訪問によって、看護職が本来の看護業務に集中でき、ケアの質が向上する可能性が示された。

IV. 結論

本研究で得られた成果および知見は、下記の通りである。

1. 夜間・早朝訪問看護・介護を提供するための ST の体制構築方法を明確化した。
2. 夜間・早朝の訪問看護・介護の提供効果として、①終末期をできる限り在宅で過ごしたいと望む療養者の在宅療養の継続や看取りを可能にする、②退院直後から訪問看護を利用することにより、セルフケア技術の習得や病状の安定につながり、スムーズに在宅療養に移行できる、等の知見が得られた。
3. 夜間・早朝の訪問看護提供体制における稼働率から、大規模 ST では採算が成り立つことが明らかとなった。
4. 制度上の隘路として、複数 ST の連合体制によって生じる同一日の複数 ST からの訪問看護が診療報酬として算定されない等、が明らかとなった。
5. 訪問看護・介護を含む 24 時間在宅ケアシステムの効率的な構築には、地域資源や人的ネットワークの持つ強みなど、地域特性が影響することが明らかとなった。
6. 訪問看護・介護が必要な対象者像を明らかにした。
7. 訪問看護・介護の同行訪問は効率的であり、看護の質を向上させることが示唆された。

I . 研究概要

1. 3年間の計画と研究概要

夜間・早朝にも訪問看護を必要とする在宅療養者は、日中の訪問看護利用者の約1割程度存在する。これまで我々は平成6年以降、厚生省（当時）のモデル事業等で、夜間・早朝の訪問介護・看護システムについて実践者とタイアップしながら開拓してきており、複数の訪問看護ステーション（以下、ステーション）が連合して夜間・早朝の訪問看護を提供すれば効果的・効率的なケア提供が出来ること、介護との連携が効率的であること等が明らかとなっている。

しかしこのような仕組みを一般化するためには、方法論や効果のさらなる明確化や、地域ケアシステムの一部としての定着、さらには地域単位での評価（自宅への退院、入院予防や在宅での看取り等）が必要である。

そこで、本研究では24時間ケア体制構築の評価枠組として、Donabedianの質の保証モデル（Donabedian, 2003）を研究枠組みとして用い（図表I-1）、以下の3つを目的とした。主な実施内容は、いくつかの地域でモデル的に複数のステーション、介護職が連合して24時間の訪問看護・介護を提供すること、さらに、24時間、365日提供可能な訪問看護体制が地域のケアシステムとして定着するよう、地域を単位としたモデル事業を試みることであった（図表I-2）。

- 1) 訪問看護・介護必要者の状態像の明確化
- 2) 24時間、訪問看護・介護を提供するための訪問看護ステーションの体制構築方法の明確化、および提供効果の検証
 - －制度上の隘路の整理、看護と介護の連携パターンの検討、法人格・経営理念・運営方法等が異なるステーションが連合する方法論の検討を含む。
 - －利用者・家族・ステーションへの効果、地域的な効果の明確化を含む。
- 3) 訪問看護・介護を含む24時間在宅ケアシステムの地域単位での構築方法の探索

1年目（平成19年度）には滋賀県湖南地域（4市）において、訪問看護連絡協議会の複数のステーションが連合して訪問看護・介護を提供するモデル事業を実施し、体制構築の方法論の明確化と効果評価等を行った。

2年目（平成20年度）は、地域を単位とした24時間ケアシステムの構築方法の検討とその評価に向けて、湖南地域の13か所（そのうち2か所はサテライト）のステーションの管理者ら、県・市の保健師、研究者から成るワーキンググループを継続しつつ、モニタリングを行った。また、新たに福岡県の4地域（二次医療圏）で、保健

所を核にした 24 時間在宅ケアシステムの構築を目指すモデル事業に関わり、その構築方法の明確化と効果評価を行った。

3 年目（平成 21 年）は、3 年間のモデル事業の蓄積を基に、体制構築の方法論や問題点を整理しまとめた。

2. 背景および目的

本研究では、地域を単位とした 24 時間ケアシステムの構築方法の検討およびその評価を行うことを目的とした。滋賀県湖南地域ではモデル事業で構築した体制の定着化を図るため湖南地域の 13 か所（そのうち 2 か所はサテライト）の管理者ら、県・市の保健師、研究者から成るワーキンググループを継続しつつ、モニタリングを行った。また、福岡県の 4 地域（二次医療圏）で、保健所を核にした 24 時間在宅ケアシステムの構築を目指すモデル事業に関わり、その構築方法の明確化と効果評価を行った。

2.1 24 時間の訪問看護体制を構築したステーションが地域ケアシステムに位置づくことの重要性

研究者らは、24 時間の訪問看護体制を構築したステーションが地域のケアシステムに位置づくこと、すなわち、夜間・早朝の計画的訪問が必要な人に適切に提供されるしくみができることが、次の利用者サービス提供者の両観点から重要であると考える。その理由は、①利用者がどこに住んでいても 24 時間の訪問看護が利用できるようにするため、②安定した利用者の確保によりステーションが構築した 24 時間の訪問看護体制を維持するためである。

しかし、夜間・早朝の訪問看護の必要者の発生率は、ステーション利用者の約 1 割と少ないため、全てのステーションが 24 時間の訪問看護体制を構築することは非効率である。よって、近隣のステーション、病院、診療所、居宅介護支援事業所、等と連携・協議し、夜間・早朝の訪問看護の必要者に適切にサービス提供ができる地域のケアシステムができることが望ましい。

2.2 地域ケアシステムを構築し維持するための方法(介入方法)開発の枠組み

2.1 で述べた地域のケアシステムを構築し、維持していくための具体的な方法であるが、近隣ステーションは競合関係にあるため、個々のステーション同士が調整を図るのは難しい。そこで、その地域のサービスの質を保証することを業とし、中立な立場を取り得る行政が、そのシステムを構築・調整する役割を担うことが必要不可欠であると考えられる。

そこで、滋賀県湖南地域のモデル事業においては、ワーキンググループメンバーに

湖南地域の保健所保健師および市保健師に参加を依頼した。福岡県モデル事業においては、県庁保健師が24時間の訪問看護を提供するステーションを地域に増やすことを目指し、システム構築および調整を担う役割として保健所を位置づけて行政事業として取り組んだ。それぞれの地域における実施方法の詳細については後述する。

2.3 研究目的

- ① 24時間の訪問看護体制を地域のケアシステムに位置づけるための方法論（介入方法）を開発する。
- ② ①で考案した方法を地域でモデル的に実施する。
- ③ ②の評価を行うことにより①の方法論を洗練する。

3. 方法

アクション・リサーチの考え方を基に、研究者らはモデル事業の実施者と共同関係を築き、実施内容や方針の決定は会議を開催し話し合うことで進めた。方針の変更や状況に変化があった場合は、電話やメールで速やかに連絡を取り合った。実施プロセスを記述し、評価するためのデータには、主に会議録、関連資料、ヒアリングの記録等を用いた。

	構造	プロセス	アウトカム
個人・ 家族	・在宅療養できる人のタイプ (本人・家族)	・24時間のニーズアセスメントに基づいたサービス提供	・悪化防止 ・入院回避 ・利用者のQOLの向上
事業所	・事業所のサービス提供体制 (職員数、夜間体制)	・無理の少ない形での夜間・早朝ケア提供	・事業所経営の採算が安定する
社会・ 地域	・効率的なサービス提供システム	・サービス提供者間の効果的な連携 ・地域全体に、効率的に必要なケアが提供される	・最期まで在宅療養できる者の増加 ・医療費、介護費の減少 ・市民の理解

図表 I - 1 24 時間ケア体制構築の評価枠組
(Donabedian の質の保証モデルを参考に)

図表 I-2 研究全体の枠組みと年度ごとの実施内容

フィールド	研究枠組みのレベル	研究目的	実施内容		
			平成18年度以前	平成19年度	平成20年度 平成21年度
滋賀県 湖南地域	個人・家族	1. 訪問看護・介護必要者の状態像の明確化		夜間・早朝の訪問看護 利用者の分析	居宅介護支援事業所利用者調査
	事業所	2. 24時間、訪問看護・介護を提供するための訪問看護ステーションの体制構築方法の明確化、および提供効果の検証	STの連携 モデル事業 (平成17年度～)	・24時間訪問看護の効果評価 ・体制構築のプロセス記述・ マニュアル化	モデル事業終了後のモニタリング 稼働率・採算性の評価
	社会・地域	3. 訪問看護・介護を含む24時間在宅ケアシステム の地域単位での構築方法の探索	保健所・ST等による ワーキング会議 (地域の課題の明確化) (平成18年度～)	地域ケア専門職による 交流・研修会(平成17年度～)	病院とSTとの 交流会・研修会
福岡県 4地域	個人・家族	1. 訪問看護・介護必要者の状態像の明確化			看護・介護一体型・デイ ホスピスの利用者の分析
	事業所	2. 24時間、訪問看護・介護を提供するための訪問看護ステーションの体制構築方法の明確化、および提供効果の検証			看護・介護一体型・デイ ホスピスのモデル事業
	社会・地域	3. 訪問看護・介護を含む24時間在宅ケアシステム の地域単位での構築方法の探索			行政が核となり推進する 地域ケアシステム構築
全国	事業所	24時間、訪問看護の提供体制の実態			ST訪問体制の全国調査

ST: 訪問看護ステーション

Ⅱ. 全国調査および夜間・早朝体制の現状

1. 全国の訪問看護ステーションにおける訪問体制 ～ 6年前からの推移(全国調査単純集計)～

1.1 目的

平成 15 年に全国の訪問看護ステーションを対象に、夜間・早朝や土日祝日の訪問体制についての調査を実施した。その後の全国的な体制の変化を明確にすることを目的とし、平成 21 年度にも同様の調査を実施した

1.2 方法

全国訪問看護事業協会の会員である訪問看護ステーション全 3,578 施設を対象とし、質問紙を郵送し、返送にて回収した。回収は 1,188 件（有効回答率：33.2%）、であった。なお、返送をもって研究協力の同意が得られたものとした。

分析は記述統計を用い、平成 15 年度の調査結果と比較を行った。

1.3 結果

1) 訪問看護ステーションの属性

対象となった訪問看護ステーションの属性を以下に示す。

開設主体では、平成 21 年度の回答者において会社立が多く、平成 15 年度では 6.6% だったものが、21 年度では 15.2% となっている。

また、看護職以外の職員数も常勤・非常勤ともに増加している。

届出について見ると、平成 21 年には 24 時間連絡体制加算の届出「あり」が 45.7% と、平成 15 年の 79.1% と比べて大きく減少している。一方、平成 15 年以降に制度化された 24 時間対応体制加算の届出「あり」は 83.1% と 8 割以上を占めており、この影響による変化とも考えられる。また、サービス提供体制加算の届出「あり」は 69.1% であった。

平成 21 年 4 月より制度化された居宅療養管理指導は届出「あり」が 23.3% にとどまっている。届出月を見ると 4 月が多く（61.0%）、制度化と同時に届出をした ST が多かったことがうかがえる。一方実際の利用者数では 0 人という回答が 88.1% であり、いまだ活用されていないと思われる。また、在宅療養支援診療所との連携は「あり」が 70.9% であり、多くの ST が連携を取っていることが示された。

新規利用者を受け入れる余裕があるかどうかをたずねたところ、「余裕あり」は 70.1% であり、受け入れ可能人数の平均は 5.7 人であった。

図表Ⅱ-1-1 訪問看護ステーションの基本情報（1）

項目	(H15: N=1891 H21: N=1188)				項目	(H15: N=1891 H21: N=1188)			
	H15		H21			H15		H21	
	n	%	n	%		n	%	n	%
介護保険の地域区分					職員数				
特別区	149	7.9	91	7.7	看護職				
特甲地	294	15.5	195	16.4	常勤	3.6±2.2		3.8±1.9	
甲地	66	3.5	64	5.4	非常勤	3.0±3.5		3.1±3.2	
乙地	249	13.2	134	11.3	看護職以外				
特別地域	42	2.2	438	36.9	常勤	0.6±1.2		1.33±2.1	
その他	986	52.1	25	2.1	非常勤	0.8±1.9		1.51±3.2	
無回答	105	5.6	241	20.3	緊急時訪問看護加算の届出				
開設主体					あり	1536	81.2	1038	87.4
医療法人	861	45.5	476	40.1	なし	340	18.0	138	11.6
その他の法人	204	10.8	113	9.5	無回答	15	0.8	12	1.0
社会福祉法人	188	9.9	111	9.3	24時間連絡体制加算の届出				
医師会	174	9.2	105	8.8	あり	1496	79.1	543	45.7
会社	125	6.6	180	15.2	なし	353	18.7	469	39.5
看護協会	124	6.6	56	4.7	無回答	42	2.2	176	14.8
協同組合及び連合会	118	6.2	66	5.6	特別管理加算の届出				
地方公共団体	70	3.7	46	3.9	あり	1729	91.4	1122	94.4
NPO法人	7	0.4	18	1.5	なし	143	7.6	50	4.2
公的・社会保険関係団体	6	0.3	5	0.4	無回答	19	1.0	16	1.3
無回答	14	0.7	12	1.0	重症者管理加算の届出				
同一法人内にある施設					あり	1426	75.4	1039	87.5
病院	970	51.3	571	48.1	なし	371	19.6	131	11.0
在宅介護支援センター	879	46.5	355	29.9	無回答	94	5.0	18	1.5
介護老人保健施設	626	33.1	362	30.5	24時間対応体制加算の届出				
無床診療所	323	17.1	210	17.7	あり			987	83.1
特別養護老人ホーム	157	8.3	114	9.6	なし			181	15.2
有床診療所	119	6.3	62	5.2	無回答			20	1.7
地域包括支援センター・ 居宅介護支援事業所			4	0.3	サービス提供体制加算の届出				
無回答	434	23.0	375	31.6	あり			821	69.1
併設注されている事業所					なし			308	25.9
居宅介護支援	1552	82.1	843	71.0	無回答			59	5.0
訪問介護	656	34.7	340	28.6					
福祉用具貸与	110	5.8	48	4.0					
その他	304	16.1	243	20.5					
無回答	259	13.7	12	1.0					

n(%)またはmean±SD

図表Ⅱ-1-2 訪問看護ステーションの基本情報（2）

項目		N=1188	
		H21	
		n	%
居宅療養管理指導の届出	あり	277	23.3
	なし	854	71.9
	無回答	57	4.8
在宅療養支援診療所 との連携	あり	842	70.9
	なし	318	26.8
	無回答	28	2.4
新規利用者の受け入れ	余裕あり	833	70.1
	余裕なし	293	24.7
	無回答	62	5.2
(余裕ありの場合) 受け入れ可能人数		5.7±4.9	

n(%)またはmean±SD

2) ケアの実施可能性と実施状況

(1) ケア内容別の実施可能性及び実施状況

各ケア内容が実施可能かどうか、また、1ヶ月間に実施があったかどうかをたずねた結果を以下に示す。平成15年度に9割を超えていた項目は平成21年度も9割以上を保ち、ほとんどの項目では実施可能との回答が増加していた。平成15年度には実施可能性が低かったレスピレーター（73.9%）、中心静脈栄養（88.7%）も、平成21年度の結果ではレスピレーターが82.7%、中心静脈栄養が92.1%と大きく上昇している。

図表Ⅱ-1-3 ケアの実施可能性と実施状況

		実施可能	1ヶ月間に 実施あり	実施可能だが 1ヶ月間 実施なし
浣腸・摘便	H21	98.9	92.4	6.5
	H15	98.8	91.6	7.2
褥瘡の処置	H21	98.7	88.8	9.9
	H15	98.8	89.0	9.8
カテーテル管理	H21	98.2	89.1	9.1
	H15	98.1	85.2	12.8
酸素療法	H21	97.9	86.7	11.2
	H15	98.0	80.7	17.3
吸引・吸入等	H21	98.0	85.9	12.1
	H15	97.9	83.6	14.3
気管切開の処置	H21	93.9	65.0	28.9
	H15	90.5	55.8	34.6
レスピレーター	H21	82.7	49.0	33.7
	H15	73.9	34.3	39.6
中心静脈栄養	H21	92.1	39.1	53.0
	H15	88.7	29.7	59.0
疼痛の看護	H21	93.4	52.0	41.4
	H15	92.7	52.5	40.2
在宅での看取り	H21	93.9	42.0	51.9
	H15	93.7	31.4	62.3

また、1ヶ月間に実施があったものの割合はほとんどの項目で上昇していた。平成15年度と平成21年度を比較すると、気管切開の処置、レスピレーター、在宅での看取りでは10%程度上昇しており、医療依存度の高い利用者が増加した可能性が考えられる。