

訪問看護ステーションの事業運営に関する調査詳細

1 訪問看護事業の現状

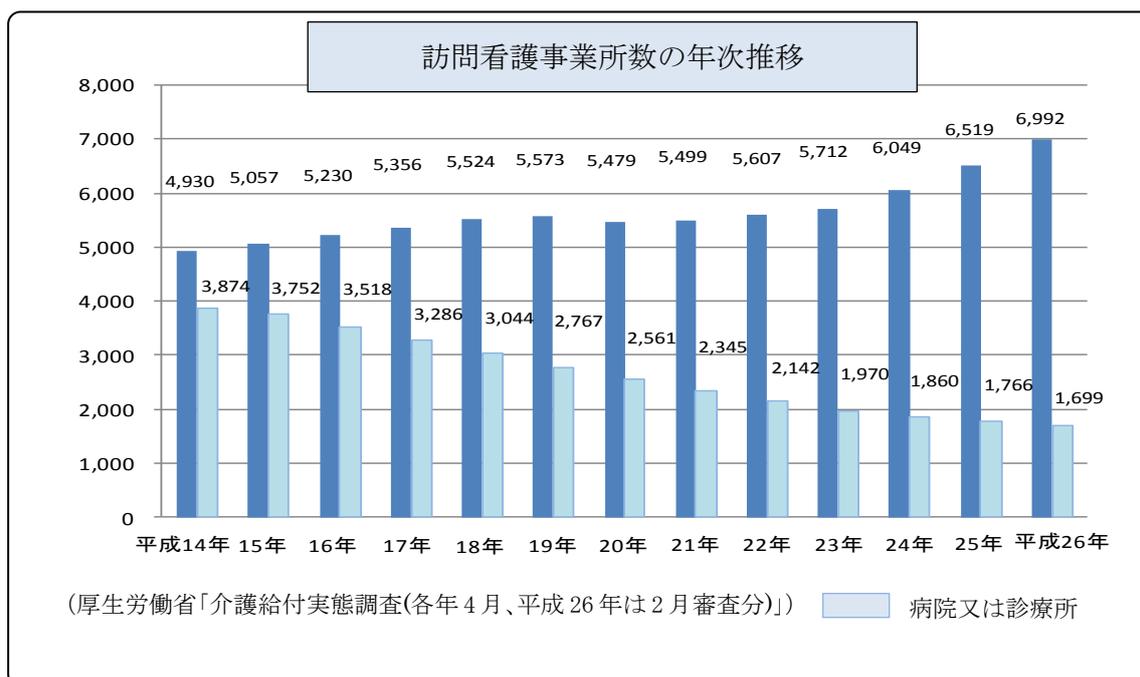
介護保険法にもとづき訪問看護事業を開始するためには、人員基準等（注3）を満たし「指定居宅サービス事業者」の指定を都道府県知事から受ける必要がある。

注3：人員基準の他、設備、運営に関する基準が設けられている（「介護保険法」第70条、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」（厚生省令第80号））。また、介護保険法にもとづく指定を受けた訪問看護事業所は、健康保険法にもとづく訪問看護事業所の指定を受けたとみなされる。なお、健康保険法の指定訪問看護のみを行う事業者の場合は、健康保険法の定める基準にもとづき、地方厚生（支）局長から指定を受ける。

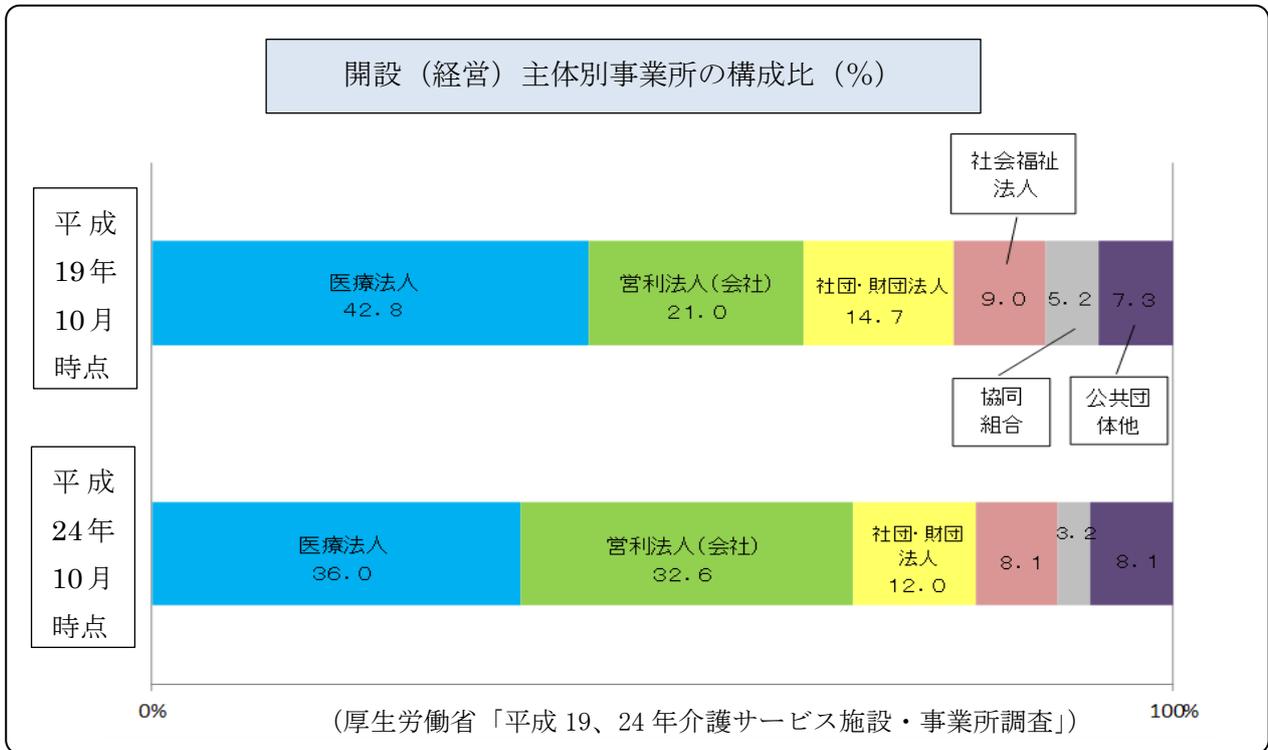
訪問看護事業の開設について

法人格を有すること	都道府県知事から介護保険法にもとづく「指定居宅サービス事業者」の指定を受ける。 「医療法人」「営利法人(会社)」「社団・財団法人」「社会福祉法人」「地方公共団体」「協同組合」「NPO法人」等が開設している。
人員基準	管理者（看護師、保健師で看護職員との兼務可）を1人配置 看護師、准看護師、保健師を常勤換算で2.5人以上（うち1人は常勤）配置、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を実情に応じた適当数配置
病院・診療所	健康保険法の保険医療機関に指定された病院・診療所は「指定居宅サービス事業所」として指定されたものとみなされる。

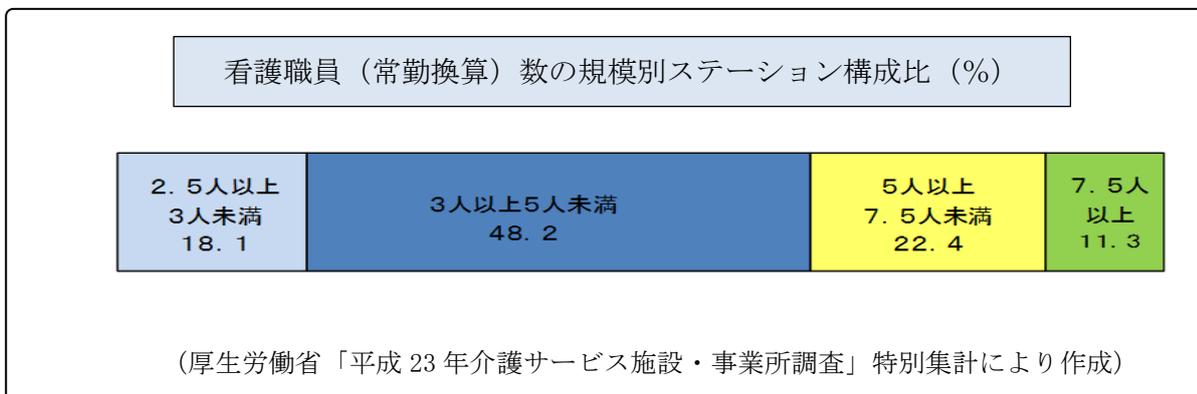
介護保険により訪問看護サービスを提供する訪問看護ステーションの事業所数は、平成26年2月現在6,992となっており、増加傾向をたどっている。



平成 24 年 10 月時点における訪問看護事業所の開設（経営）主体による構成比は、「医療法人」36.0%、「営利法人（会社）」32.6%、「社団・財団法人」12.0%、「社会福祉法人」8.1%などとなっている。この構成比を平成 19 年 10 月時点の状況と比べると、「営利法人（会社）」の占める割合が 21.0%から 32.6%へと上昇している（厚生労働省「平成 19、24 年介護サービス施設・事業所調査」）。

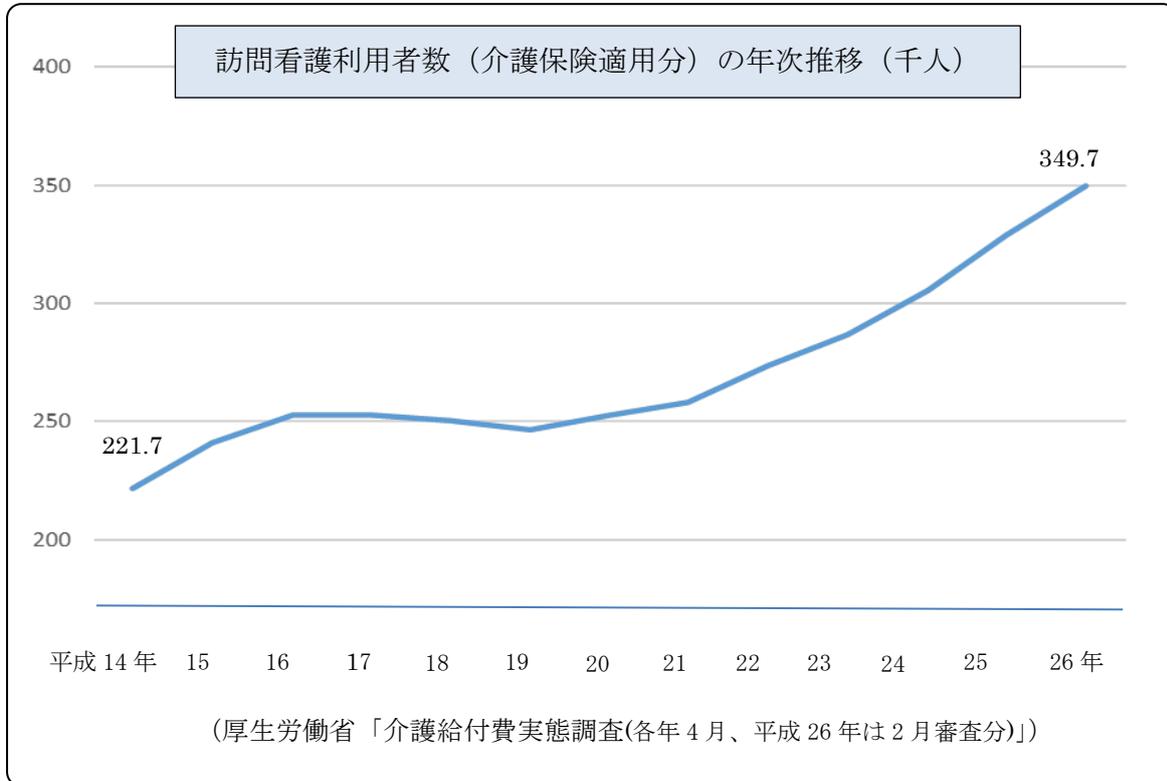


また、規模別にみると、看護職員（常勤換算）数 2.5 人以上 3 人未満の事業所が 18.1%、3 人以上 5 人未満が 48.2%となっており、小規模な事業所が全体のほぼ 3 分の 2 を占めている（厚生労働省「平成 23 年介護サービス施設・事業所調査」特別集計による）。



我が国の「要支援」「要介護」認定者における訪問看護サービスの利用者数は、34.9万人（厚生労働省「介護給付費実態調査」平成26年2月分審査分）で近年、急速に増加している。これに小児、精神疾患患者など（「要支援」「要介護」認定者以外）の利用者9.9万人（注4）を加えると、利用者総数は、ほぼ45万人となっている。

注4：「平成24年介護サービス施設・事業所調査」（病院・診療所からの訪問看護利用者数は含まない）



【訪問看護利用者（介護保険適用）における「要支援」「要介護」の内訳】

総数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
349.7(千人)	12.0	25.8	58.1	73.6	54.9	57.6	67.7
(100%)	(3.4%)	(7.4%)	(16.6%)	(21.0%)	(15.7%)	(16.5%)	(19.4%)

（厚生労働省「介護給付費実態調査」平成26年2月審査分）

2 訪問看護ステーションの安定的な事業規模の確保に向けて

開設後、各訪問看護ステーションがたどる業容の推移は、主に4つのパターンに分けられる。まず、第1のパターンは、数年以内に休止・廃止となる。第2は、訪問看護ステーションの規模が、開設時から殆ど変らないまま推移するものであり、第3は、地域における貢献を重視し、安定的な事業規模を確保するものである。最後に第4は、全国展開を図るパターンである。

新規に開設した訪問看護ステーションがどのパターンをたどるのか、経営の要素である開業及び運転資金、人材、時間・情報、利用者確保の観点から考察を行った。

(1) 開業及び運転資金について

新規に事業を始めるには開業資金が必要であり、また、訪問看護サービスに対する報酬は、サービス提供後、約2～3ヶ月後に支払われるため、当面の支出と収入の時間差をつなぐ運転資金も必要となる。

看護職員個人が、過去の経験を活かすこと以外に特段の事業プランを持たずに独立し、訪問看護ステーションを起業したならば、第1あるいは第2のパターンとなる可能性が高い。その理由の一つは、個人が働きながら蓄えた貯金を、主な資金源とせざるを得ないからである。事業の維持・拡大を図るためには、足りない資金を外部から調達することも必要であるが、事業プランが無ければ、銀行等から融資を受けることは困難である。また、外部からの資金調達ができたとしても、低い事業利益率のもとでは、借入金の返済が困難となる。このような結果、事業の拡大に踏み出せず、小さな規模での事業運営を続けざるを得ないパターンをたどる。ただし、このパターンの事業者の多くは、事業の継続性を優先し事業拡大への関心が薄いということが背景にある。

第3のパターンでは、「24時間対応体制」を円滑に運営でき、月々の収支も安定する常勤看護職員5人前後で利用者100人前後の規模が一つの目処となっている。一般的に「利用者ゼロから開業し順調に伸展しても、この規模に到達するまでに3～5年を要する」との見方が多く聞かれた。一方、医療法人や地方自治体が設立した訪問看護ステーションでは、事業方針としては、収益性ととも地域における貢献が重視される。資金の供給に不安は無い反面、短期集中的に投入されることも無い。徐々に実績を積み、地域で一定の規模に達したところで安定する、この第3のパターンを取ることが多い。

訪問看護は地域に限定されたサービスであるだけに、まず、明確な事業プランや運営方針にもとづき、地域のニーズに応じたサービス提供に取り組むことが大切となる。その中で、地域の利用者・家族や医師、ケアマネジャー等からの評価を確立することが、安定的な事業規模確保のための必要条件となっている。第3のパターンにおける事業プランや運営方針の内容は、訪問看護ステーションごとに様々である。例えば、開設当初の小規模な段階から「24時間対応体制」を打ち出したステーションや「常勤職員中心の体制」を基本方針とするステーションがあった。また、多くの訪問看護ステーションで、「小児」「精神疾患」「認知症と慢性疾患の合併症」「リハビリテーション」など、地域で利用者ニーズの高い領域へ積極的に取り組む方針を有していた。あるいは、利用者ニーズに応じて、順次、「小規模多機能型居宅介護施設」設置等、事業の多角化に乗り出した訪問看護ステーションもみられた。

第4のパターンは、全国的に展開している訪問看護ステーションである。「特定の専

門分野に特化」していること、「全国展開による対応力」があること等が強みとなつて、株式上場を果たした例もある。

このように、一定以上の事業規模を達成した訪問看護ステーションの共通項は、開設当初から、あるいは数年間の看護実績等から導き出された、明確な事業プランを確立していることにある。従って、多くの小規模な訪問看護ステーションにとっても、まず、地域に根ざした明確な事業プランと運営方針を確立することが課題の一つとして挙げられる。

いずれのパターンをとるにしても資金調達の問題を避けて通ることはできないが、今回、ヒアリング調査を実施したなかで、資金調達先としては、「日本政策金融公庫」や「独立行政法人福祉医療機構」（注5）という公的な融資制度が利用可能であるものの、必ずしも管理者や開設者に認知されていなかったことから、今後は、資金調達先の一つとして、これらを検討することが考えられる。

注5：「日本政策金融公庫」の国民生活事業には、「新企業育成貸付（新規開業資金）」、「新企業育成貸付（女性、若者／シニア起業家資金）」（共に融資限度額は7,200万円）及び無担保・無保証人で利用できる「新創業融資制度」（融資限度額3,000万円）などがある（「新創業融資制度」を申し込む場合、原則創業資金総額の10分の1以上の自己資金が必要。）。また、「独立行政法人福祉医療機構」は、建築資金、設備備品整備資金、土地取得資金、及び経営資金を直接貸付（あるいは代理貸付）で取り扱っている。

（2）人材について

起業した看護職員がいくら頑張っても、やはり1人では限界がある。過労のため、起業した管理者が利用者の自宅で倒れた例、緊急時の看護職員フォローに備えて管理者が数年間毎日、携帯電話を持ち歩いた例などがあつた。これらは人材難を象徴する事例と言える。大都市圏を除けば、全国的に慢性的な看護師不足であり、訪問看護を希望する人は少ない。ナースセンター（注6）、ハローワーク及び人材紹介事業会社を利用しても、看護職員を採用することは簡単ではなく、訪問看護ステーションの規模拡大を阻害する大きな要因となっている。

注6：平成4年に「看護師等の人材確保の促進に関する法律」にもとづき、都道府県ごとに設置された。看護協会が、都道府県知事の指定を受けて看護職員の無料職業紹介等の事業運営を行っている。

我が国の看護職員（看護師・准看護師・保健師・助産師）数は153.7万人であるが、そのうち126.5万人（82.3%）は病院・診療所、15.1万人（9.8%）が介護施設等に就業しており、訪問看護ステーションは3.3万人（2.2%）に過ぎない（平成24年「厚生労働省：医政局看護課」調べ）。実際、人材紹介事業会社によると、ナースセンターやハローワークを利用する看護職員は、病院やクリニック勤務を希望することが多いという。

看護職員が自ら訪問看護を志望しない理由の一つに、病棟での看護とは全く異なる訪問看護のサービス特性がある。まず、病棟のようなチーム看護体制や設備・機材が無い場合、「オンコール（携帯電話当番）」や緊急時対応における緊迫感など、精神的・身体的な負担が重くなる。また、利用者の人格や家族関係等の生活全般に関わることから、利用者・家族を支える全体的なマネジメントやコミュニケーション力を要求さ

れる。そして、医師、ケアマネジャー、ヘルパーなど多くの関係者と密接に連携する必要があることなどが特性として挙げられる。このように病棟看護と異なり、看護技術に加えて様々な能力を要求されるサービスであるため、事業者にとっては、適合した能力のある人材を確保することが大きな課題となっている。

今回の調査では、人材確保に成功しているステーションから看護職員の定着率向上のための取り組みについてヒアリングを行った。まず、共通して取り組んでいることは、新規採用看護職員への同行研修である。たとえベテランであろうと「1~2 か月間」、あるいは「不安感が無くなるまで」同行研修を徹底して行い、「病棟での看護と訪問看護は、別モノであること」を体験してもらうことが大切とのことだった。このように新人に対する同行訪問（研修）を徹底して行うことが、早期の離職を防止し、最終的な人材確保につながるとの声が多く聴かれた。

次に、休暇をはじめとする労働条件整備の問題である。人材の確保・定着率の向上には、「家庭や育児と両立できるよう配慮」「熱心な看護職員ほど燃え尽きやすいので、休暇の取得を配慮」「夜間に緊急対応した翌日は、必ず、半日休暇を取得するルール」といったような心配りが重要であると感じられた。

最後に、地域との交流をもつことが、看護職員の定着率向上にもつながるとして、「駅伝へのチーム参加」「職員コーラスバンドの演奏会開催」「年に1回、家族との交流会を開催」「地元看護学生の実習受け入れ」「ホームページにブログを開設」等、様々な取り組みがみられた。

他方で、管理者の確保・定着化も課題の一つと言える。一般的に訪問看護ステーションの管理者は、プレイングマネジャーとして業務に取り組んでおり、規模が大きくなるにともない管理業務の負担が増える。規模の大きな訪問看護ステーションでは、看護職員の利用者担当スケジュール作成やシフト調整等の管理業務について、特に多数の入退職者が発生した場合、大きな負担となる。日々の管理業務についても、看護職員が利用者宅訪問のため外出するので、管理者がコミュニケーションの取れる時間は、早朝・昼時・夕刻の短時間に限られる。しかも、ほぼ全員が一斉に参集し、外出してしまうため、管理業務の繁閑の波が大きくなり、管理・指導する時間を十分に確保できないなどの難しさがある。

このような状況を勘案すれば、規模の拡大にともない、ITシステム(モバイル端末等)を活用することで訪問先での記録入力や管理者の即時閲覧等を可能にし、利用者管理や看護職員のスケジュール管理等の業務の効率化を図ることが、管理者の確保・定着化対策として考えられる。

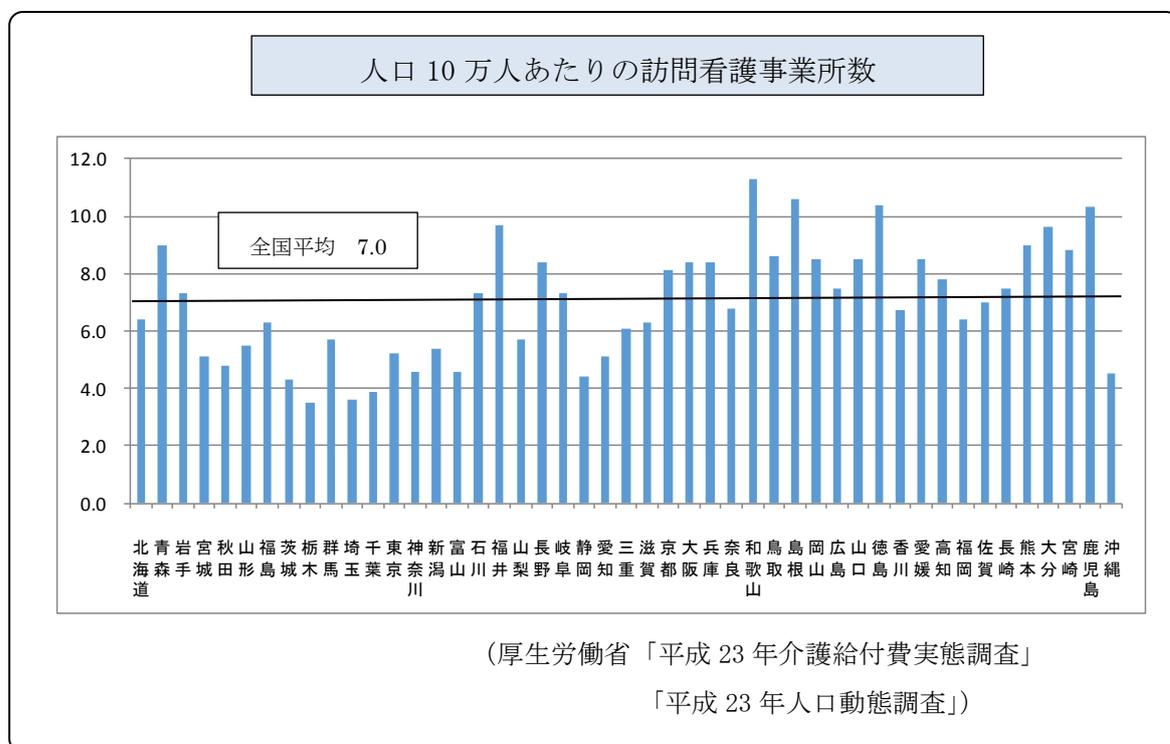
また、今回のヒアリングでは、経営コンサルタント、税理士等、専門のアドバイザーを常時活用している訪問看護ステーションは殆ど無く、管理者が独力で事業管理と訪問看護の両方をこなしていた。管理者には、中立的な立場から看護業務と管理業務の適正なバランスを指導できるアドバイザーが必要である。小規模の訪問看護ステー

ションが単独でアドバイザーを雇うのは難しいため、訪問看護ステーション連絡協議会等で良い人材を選定のうえ登録し、情報共有すると良いのではないかと。

(3) 時間・情報について

1) 立地にもなう格差の是正

各都道府県では、市町村の計画を踏まえて区域ごとに介護サービス量を見込み、3年を1期とする「介護保険事業支援計画」を策定し、介護サービス体制の整備を進めている。都道府県における訪問看護事業所数には、以下のグラフのとおり地域間格差がみられるが、利用者ニーズの多寡や分布、交通インフラの整備状況など様々な要因を勘案のうえ、一步一步、地域に合った改善策を粘り強く積み上げて行く必要がある。



事業者にとって、中山間部や離島などの地域では、1 訪問当たりの移動時間(距離)が長くなり、事業としての効率性が一段と低下する。ある時点で、利用者の分布を考慮して事務所所在地を見直しても、時の経過とともに分布が変わり(注7)、移動にもなうロス(注8)は常に発生する。そこで少しでもロスを軽減するために、訪問看護ステーションによっては、ルート(注8)の最適化やサテライト(注8)の活用等を行っている。

注7：現在、過疎地から都市部へ高齢者が移住する傾向が見られる。利用者が減少する中で、過疎地の訪問看護ステーションの規模を維持することは容易ではない。利用者の動向に応じて、事業所やサテライトの所在地を適宜、見直す柔軟性が必要である。

注8：「指定訪問看護事業所」の指定は、原則として事業所ごとに行うものとしているが、例外的に待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等「従たる事業所」（いわゆるサテライト）について、要件を満たすものについては、主たる事業所に含めて指定できる。

さらに、過疎地では移動手段が自動車に限られるため、設備費や燃費がかさむ。降雪地帯では、四輪駆動車が必需品である。また、安全のために軽自動車に加えて、普通自動車を使用する訪問看護ステーションもあった。日本財団や自治体などからの補助金の活用や職員の自家用車を借り上げるなどの対策を取る訪問看護ステーションもみられた。

介護報酬においては、「特別地域訪問看護加算」「中山間地域等における小規模事業所加算」「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」といった加算が設定されており、利用者が点在し非効率な地域における訪問看護の提供を評価している。

このような立地による移動時間の不便さを補償する報酬、利用者密度の低さを補償する報酬などを更に強化し、訪問看護ステーションの供給バランスの見直しを促す必要がある。

また、小規模あるいは過疎地の訪問看護ステーションの移動手段（使用車両）の確保に関して、必要に応じ国や都道府県が経済的に支援してはどうか。

2) 事務時間の短縮化

もう一つ見逃せないものは、訪問看護に関する情報の検索、訪問看護報告書や報酬請求データの作成等に関わる時間である。これらサービスに直結しない時間を短縮することが、訪問看護ステーションの経営の安定、さらには大規模化にもつながる。平成12年4月に施行された介護保険法では、ICT（Information and Communication Technology「情報通信技術」の略）の活用が謳われた。実際、介護給付等の請求は、電子データとして都道府県の「国民健康保険団体連合会」に送ることが可能である。しかし、電子データを伝送する場合、ISDN（注9）という、今となっては伝送速度の遅い回線を使用することが求められたため、伝送に多大の時間が掛かり、訪問看護ステーションの業務効率を下げていた（注10）。ただし、平成26年11月以降、インターネット回線により請求できる予定である。実現すれば、伝送時間はISDNと比べて格段に速くなり、データ量の増大にも対応可能と思われる。

注9：ISDN（Integrated Services Digital Network、サービス総合デジタル網）は、接続する既存の公衆交換電話網（交換機・中継回線・加入者線）を全てデジタル化した、パケット通信・回線交換データ通信にも利用できるデジタル回線網である。

注10：「国民健康保険団体連合会」の受信ソフトには、受付、確認、エラー・チェックの3ステップがある。伝送速度が遅いので、データ量が多いほど、伝送時間を要する。

一方、多くの訪問看護ステーションが、医療保険による訪問看護も提供しており、その割合は、1～7割程度とばらついている。医療保険では、診療報酬請求が依然、

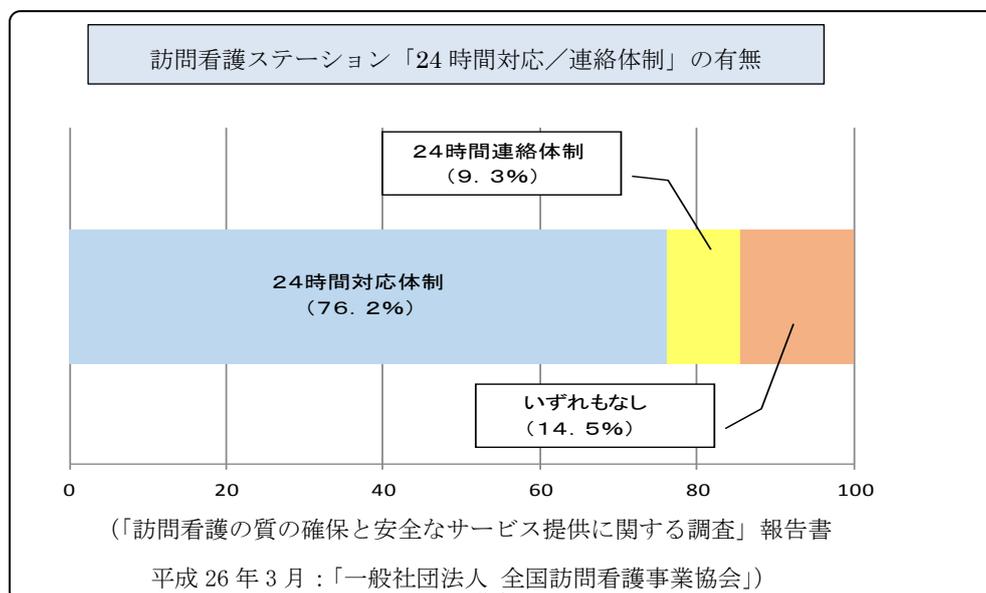
紙媒体となっており、報酬明細書を郵送する等の負荷が発生している。しかしながら、ICTの活用が進むにつれ、最終的には、訪問看護においても診療報酬をインターネット回線経由で電子請求できるようになるものと思われる。訪問看護ステーションが介護報酬請求データを作成するために用いているソフトの多くは、診療報酬請求データを作成できる機能も有している。従って、診療報酬が電子データのまま請求できるようになれば、紙媒体を郵送するための事務作業等も省力化できるのではないかと。

この他、訪問看護計画や訪問看護報告書を作成する機能が連動していないなど、サービス提供の流れに沿ったシステム開発が今後の課題と思われる。民間企業では、ワークフローに沿った一貫システムを構築することにより、二重入力などの無駄や、それにともなって起こりがちな間違いを防止するとともに、業務処理の高速化・効率化を実現している。訪問看護の世界でも、同様の成果を上げることができないのではないかと。

(4) 利用者の確保について

病院・診療所の場合、経営面を考慮して立地場所を選定し施設・設備を整備すれば、後は、診療技術や治療実績等により地域における評価が定まってくる。しかし、訪問看護の場合、潜在利用者は病院・診療所あるいは自宅にあり、自ら訪問看護ステーションに問い合わせをして来ることは少ない。従って、管理者は橋渡しをしてくれる関係者（医師、地域包括ケアセンター担当者、ケアマネジャー、家族など）を探し出し、常にコンタクトを取っておく必要がある。

また、周辺の訪問看護ステーションとは、利用者確保で競合すると同時に連携もする。新規利用者が必要とする看護内容やその時期・期間と、事業所のマンパワーを調整しなければならない。なかでも「24時間対応体制」は、利用者が訪問看護に求めるニーズの上位にあるが、現状では、対応体制の確立された訪問看護ステーションは以下のグラフのとおり、全体の76.2%にとどまっている（「一般社団法人 全国訪問看護事業協会」調査）。



しかしながら、今回の調査で、「24 時間体制」未対応ステーションが、24 時間 365 日訪問看護を必要とする利用者に対して、近隣の対応可能なステーションと協働し、サービス提供を行っている事例がいくつか確認された。このような平日と休日・夜間の訪問を分担するなど、複数の訪問看護ステーションによる連携は、利用者ニーズに応えるとともに、「24 時間体制」未対応の小規模ステーションの利用者確保にもつながっている。今後とも、利用者ニーズに応え、利用者を確保するために複数の訪問看護ステーションの連携が一段と強化、継続されることが望ましい。

3 管理者及び後継者の経営力強化

現在、管理者の世代交代する訪問看護ステーションが増えている。1980 年代から「訪問看護」自体は行われていたが、平成 3 年に老人保健法が改正され、訪問看護制度が創設された。その当時、30～50 歳代で病院や保健所等の勤務から転身した人、パートとして参入した人達が、訪問看護の第一世代と言えよう。それから約 20 年が経ち、その人達は 50～70 歳代になった。毎日何件も訪問を繰り返すことは、徐々に体力的に厳しくなる反面、利用者を訪問せずに、管理職を続けて行くことも難しい。一方で、若い看護職員の中には、業務量が多く責任が重い管理者になりたがらない人も少なくないという。管理者が頻繁に変わるステーションもある。

管理者となる人は、訪問看護ステーションにおける労働条件の整備、財務管理、人材育成を含む組織運営、利用者の確保、他職種の事業者との連携等、多くの課題に対処しなければならない。さらに、多様な利用者ニーズに自事業所内での確に対応しようとする、事業規模の拡大や多角化を図る必要性が強まってくる。しかし、そのような様々な経験を積んだ看護職員は少ない。管理者の世代交代を円滑に進め、長期定着を図るためには、管理者というポストを魅力的にするとともに、若手看護職員を積極的に育成する必要がある。

現在、行政として「機能強化型訪問看護ステーション」(注 11)や「複合型サービス事業所」(注 12)の設置を推進しているが、今回の調査のなかで、複数の若手管理者からこのような多角化などの事業展開に当たって、実践的なコンサルティング提供の要望を受けた。訪問看護事業に加えて「居宅介護支援」事業や「居宅介護施設」の運営を開始するには、相応の経営ノウハウが不可欠であり、専門的な見地からのサポートが必要と思われる。

注 11：「居宅介護支援事業所」を併設し、一定基準以上の看護職員数のもと「24 時間対応体制」で終末期の看取りや難病・重症患者への看護を積極的に行う訪問看護ステーション。

注 12：訪問看護と小規模多機能型居宅介護の機能を併せ持つサービス。医療ニーズの高い利用者の状況に応じて「通い」「泊まり」「訪問介護」「訪問看護」を組み合わせることで、地域における多様な療養支援を担うことができる。

従来から「一般社団法人 全国訪問看護事業協会」等が主催して、訪問看護ステーションの管理業務や管理者としての役割を中心とした管理者養成研修を実施してきた。しかし、今後は、加えて将来の事業展開等についてのアドバイスも必要と思われる。事業規模の拡大や多角化等に成功している訪問看護ステーションから管理者（OBを含む）をアドバイザーとして選任するなどして、事業の多角化等の具体的な経営方策について、実践的な助言や研修会等を行うことが有効と考えられる。

4 訪問看護ステーションに関わる行政組織及び民間組織

(1) 行政の組織

訪問看護制度は、平成3年の老人保健法等の改正によって創設され、平成4年4月から実施された。当初は、在宅の寝たきり老人等に対して老人訪問看護ステーションから看護サービスを提供し、老人訪問看護療養費を支給する制度として発足したものである。次いで、平成6年に健康保険法等が改正され、老人医療の対象外となる在宅の難病患者、障害者等の療養者に対しても看護サービスを提供し、訪問看護療養費を支給する訪問看護制度が作られた。

その後、平成12年4月に介護保険制度が創設された時、訪問看護ステーションは介護サービス機関の一つと定義されたが、健康保険との関係も保持された。このため、国や都道府県に、訪問看護事業を担当する単独の部・課が存在しない状況となっている。要介護認定を受けた利用者に対する訪問看護については、特定の場合を除いて介護保険が医療保険に優先するので、介護保険関係の担当部が主担当となることが多いが、一方、看護職員は医療職であるため、医療関係の担当部とも関係する。従って、係のレベルでも、複数の係に担当が分かれており、相談窓口が多岐にわたるなど、訪問看護ステーション専門に対応する部署が存在しない。

(2) 民間の組織

各都道府県及びいくつかの市区町村には、訪問看護ステーション連絡協議会が、一般社団法人あるいは任意団体等の形態で設立されている。各協議会における訪問看護ステーションの加入率は、総じて50～100%の間で様々となっている。大阪府のように、医師会及び看護協会も加入している地域もあれば、訪問看護ステーション自体、加入に積極的でない地域もある。これらの協議会では、自主予算のもと研修会の開催、実務上の意見交換、広報活動、コールセンターの自主運営等、地域ごとに様々な活動を行っている（注13）。

注13：各管理者間の交流を図ることで、管理者自身のモチベーションの維持や精神的なサポートが得られる機会を提供している。ブロック部会や専門部会を開催し、訪問看護事業が地域包括ケアシステムの中で医療連携の中核となるよう、また、他職種と連携を深めるべく交流している。

訪問看護に関する全国的な組織としては、「公益社団法人日本看護協会」、「公益財団法人日本訪問看護財団」及び「一般社団法人全国訪問看護事業協会」の3つがある。「日本看護協会」は、看護職の資格を持つ個人が自主的に加入し運営する看護職能団体で、

昭和 21 年（1946 年）に設立された。現在 67 万人（当協会ホームページによる）の看護職が加入しており、資格認定、研修や学会の開催、調査・研究等、様々な活動を行っている。また、47 都道府県看護協会（法人会員）の多くは、看護協会立ステーションを運営している。「日本訪問看護財団」は、保健・医療・福祉の専門職が中心となって平成 6 年に設立された。専門研修、情報収集と提供、相談対応、研究助成、交流会の開催、総合保険制度の提供等を行っている。東京都と大阪府で、3 つの訪問看護ステーションを運営している。「全国訪問看護事業協会」は、訪問看護事業者が中心となって平成 7 年に設立された。直営の訪問看護ステーションは無いが、全国的な情報の拠点として、訪問看護事業の普及・広報活動、研修会の開催、訪問看護事業のサービスの質の向上に関する調査・研究、団体保険制度の提供等を行っている。

この他、規模の大きい訪問看護ステーションでは、講師を派遣し、地域で研修会を主催・共催している。また、看護学生や研修生を受け入れるなど、地域のケアシステムの確立と円滑な運用に貢献することが多い。一方、比較的規模が小さい訪問看護ステーションの中にも、長年に亘り、地域のリーダー的役割を果たして来た所（個人）がある。今回の調査で、長年の取り組みに関して「殆どボランティア活動に等しい状態である。このような功労を称えて欲しい」という要望を多く受けた。