

関係者からの主なご意見等

本調査では、50 を超える数の自治体、看護関係の大学教員及び協会・団体及び訪問看護ステーションに対してヒアリングを実施した。その主な意見等は次のとおりである。

関係者からの主なご意見等一覧表

番号	項目	関係者からの主なご意見等
1	財務運営	<ul style="list-style-type: none"> 株式会社形態の訪問看護ステーションが利益を出しても、約半分が法人税に消えてしまうため、内部留保を積み上げることがなかなかできず、規模の拡大や多機能化を推進できない（AM）。
2	人材	<ul style="list-style-type: none"> 親会社から社会保険労務士、税理士、コンサルタントを紹介されているが、まだ活用できていない（FK）。 緊急時訪問看護や24時間体制を嫌って常勤にならない人、管理者にならない人が多い。結局、実際に緊急時訪問看護や24時間体制に携わっている看護職員の数は、訪問看護ステーションの規模とあまり相関せず、少数にとどまっている。非常勤職員も組み込んだ輪番制で、24時間体制を取っているステーションもある（FI）。 病院での病棟看護と訪問看護の違いに馴染めず、短期間で辞める看護職員がいる。訪問看護ステーションの管理者は、病院等から転職して来た看護職員の意識の切り替えに苦労する。看護職員の生活や家族構成まで考慮した労務管理に徹する必要がある（SM）。 最近ようやく20～30歳代の看護職員が独立して事業主になる、というロールモデルができつつある。医療法人等が併設したステーションで管理者や訪問看護を長年経験した人が、独立して開設するケースが増えている。利用者が、担当の看護職員とともに開設された訪問看護ステーションに移ることもある（SW）。 訪問看護ステーションの規模拡大にともない、事業計画を作り、効率的な運営を目指したところ、数字に追われるのは嫌だという反発が出た。組織的な運営を嫌い、自分がやることに対しては責任を負うが、他人がやることまで責任を負うのは嫌という人が少なくない（HG）。 大手企業や病院系列のステーションでは、看護職員にも「ス

		<p>トップ→副管理者→管理者→部長/執行役員」などのキャリア・パスを設けている。ただし、管理業務を嫌がる人もいる。一般的に、看護職員は、現場業務を選好する人が多い（SC）。</p>
3	管理者の業務	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎年休止や廃止に至る訪問看護ステーションが 300 以上も出る主な理由は、退職した管理者の代わりを見付けられない、看護職員数の不足、売上未達等である。独立系ステーションはいつ休止・閉鎖するか分からないという認識があり、看護師や看護学生が就職先として選択する妨げになっている（KN）。 ・ 看護職員が恒常的に供給不足のため、利用者を集めてから看護職員を採用する方法は取り難い。まず看護職員を採用し、徐々に利用者を増やしていかなければならない。すなわち、看護職員を採用するごとに、一旦、単月収支の赤字を覚悟しなければならない。また、訪問看護未経験者を採用した場合、独り立ちするまでの数カ月間、同行訪問をしなければならず、より一層、赤字の続く期間が延びることになる。訪問看護ステーションの規模拡大を考えた場合、これらは大きな阻害要因になる（MJ）。 ・ 訪問看護ステーションは、1日24時間、訪問看護体制を維持するものと認識している。利用者の便益を考えると、自分あるいは家族（子供）の体調が悪くても休めない。代務者がいても、「代わりの看護師なら来なくて良いです。」という利用者もいる。また、訪問看護師の要件として、豊富な知識・経験は欠かせない。看護技術は日進月歩なので、常に研修に参加する必要がある。1人だと、仲間と業務をやり繰りして、研修に参加することができない。このような観点から「訪問看護ステーション開設人数基準の（常勤換算）1人への引き下げ」に反対する意見は多い。一方、24時間対応体制を提供するためには、常勤換算で看護職員5人以上は必要だと思う（KK）。 ・ 一般的には、規模の大きい訪問看護ステーションほどマンパワーのやり繰りが楽であり、緊急時訪問看護や24時間対応体制を提供し易い。しかし、普段見慣れていない看護職員が来ることに不安を覚える利用者や家族がいることから、単純に、看護職員の数が多ければ良いというものでもない。普段から、1人の利用者に対し、複数の看護職員を訪問させるなど、管理上の工夫が必要である。また、管理者や副管理者が、全て

		<p>の利用者の状況を把握するなど、少数者に負担が掛かっている訪問看護ステーションが多い。実際、長年に亘って24時間、携帯電話を持ち歩き、常にスタンバイしている管理者は少なくない（NY）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非常勤の看護職員がいないと、訪問看護ステーションの運営が成り立たないという声の一部にある。非常勤看護職員数が、常勤職員数の2倍程度となっているケースもある（SS）。 ・非常勤職員を増やす、給与体系を固定給と歩合給に分けるなど、固定費の大部分を占める人件費を一定程度、変動費化する方策を取っている（MH）。 ・管理者を務めていた創業者が産休に入ると、代替要員を見付けられず、訪問看護ステーションが休止になった。意欲や能力の面で、創業者とその他のメンバーとの差が大きかった（SK）。 ・管理者は、新規利用者は必ず、既存利用者へも時々訪問するなど、勤務時間の半分程度を訪問看護に費やしている。中には、月80件などの訪問をこなし、その後で、管理業務を上乗せで行う管理者もいる（NE）。
4	「訪問看護支援事業」について	<ul style="list-style-type: none"> ・一般的に、モデル事業は、補助金が終了すると、継続困難になるケースが多い。地元の看護協会が後ろ盾になった事業のいくつかは、国の補助金が終了した後も継続されているが、看護協会が費用を持ち出し負担しているケースもある（CK）。 ・ある業務を合同で行う共通システムを構築したが、県単位での実施だったので、参加した訪問看護ステーションは数が少なかった（HG、KW）。 ・都道府県単位での広域事業では、対象となる訪問看護ステーション数が多く、また、個別ニーズも様々なので、協働が困難となる。市区町村単位で実施すれば、地域性も狭まり各訪問看護ステーションからの協力が得やすいと思う（NM）。
5	訪問看護ステーションの立地	<ul style="list-style-type: none"> ・中山間地域や離島等に住む利用者への訪問看護では、ステーションから遠いため、移動に多大の時間と燃料代が掛かる。往復で2～4時間程度要するケースも少なくない。また、利用者宅が散在しているので、効率的な訪問ルートを選ぶ余地も無い。燃費の良い車を使っても、原油価格が高止まりしている現状では、焼け石に水である（TS）。

<p>6</p> <p>IT化による メリット享受</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・紙の書類は減るどころか、増える傾向にあるが、報酬請求をIT化するメリットは感じられない（多くのステーション）。 ・ISDNを嫌って、介護報酬の請求も紙媒体で提出する訪問看護ステーションがある。中堅規模のステーションでも、報酬請求の紙が毎月、数千枚に上る（GN）。 ・保険者へ提出する診療報酬請求書は、1件当たりA4用紙1枚と決まっている。しかし、データ量の増加傾向を見ていると、1枚に収めるのはもう限界に来ていると思う。手書きの場合、文字を書くスペースの確保が難しい。プリンターを使う場合、項目に丸を付けたたり、細かい字で説明書きする、マークを重ね書きするなど、ハードやソフトでは対応しきれない要件もある。特に、ライン・プリンターでは、細かいテクニックを組み込み難い。その結果、レセプトを手書きすることになる。これでは、ソフトを使う価値が減ってしまう（ベンダーLW）。 ・紙に印刷して郵送するため、事務員が必要となる。国保、社保等、保険者に合わせた手作業が必要となる。出力されたハードコピーの仕分けに、大量の人手が掛かる。間違いが発生する可能性も常にある（MT）。 ・いくつかの訪問看護ステーションでは、親会社のクラウド型電子カルテ・システムを使って診療報酬請求データのエラー・チェックしている（HH）。 ・複数の都道府県に跨がってサービスを提供している。都道府県別処理は、業務効率が悪い。全国で報酬請求を一元化して欲しい（HM）。 ・全国展開している企業では、系列の全ステーションのデータを本社で取りまとめ、国保連に提出している（CJ）。 ・報酬改定に対するベンダーの対応が年度始め（4月1日）に終わらない（間に合わない）ので、5～6月まで訪問看護ステーション側で特別処理する必要が生じている（YG）。 ・訪問看護業界は、システム・ベンダーにとって規模が小さい。その割にベンダーの数が多いため、1ベンダー当たりのユーザー数が少なくなっている。その結果、請求されるバージョン・アップ費が高くなっている。理想は、国が管理する1個のソフトである。どんどん最新の技術を取り込み、業務効率化のメリットを、訪問看護ステーションに与えて欲しい（CM）。
-----------------------------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険施行後、報酬請求の仕組みが複雑になった。ソフト導入の目的は、データ処理のスピード・アップにとどまっている。省力化までいかない（YN）。 ・5年くらい前から、システムの使い方、システムに対する意識が変わってきた。スタンド・アロン型が減り、ネットワーク型、ASP、クラウド型が増えてきた。急速にソフトの集約化やICTの活用が進む可能性がある。タブレット端末の使用による音声・画像、GPS位置情報、WEB上の公開情報（リハビリテーション訓練用動画、医薬品添付文書、メーカーが提供している医薬品情報、患者向け食事情報・レシピ）など、多様な活用が期待される（YT）。 ・千葉県市川市は、介護予防支援業務で「利用者→介護サービス→事業者」構造を持ち、複数の事業者間で情報共有できるソフトの使用を推奨している。その他、柏市、横浜市、北九州市などで導入が進んでいる（YT）。 ・シンガポール、ニュージーランド、韓国などのように政府主導で記録を持ち、全国を一つのシステムでつないで欲しい、という声があった。他方、全国を一本化できればベストであるが、規模的な実現性を考えれば、まず都道府県単位で実施するのが無難、という意見もある（YU）。 ・近年、パケット定額サービスが使い易くなり、通信コストが下がった。モバイル機器を現場で使うことも、コスト的に見合うようになった（MC）。
7	訪問看護利用開始のタイミング	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン作成のなかで訪問看護の導入が遅れるケースが有る。褥瘡（床ずれ）などの問題が顕在化する前に、訪問看護を導入して欲しい（FI）。 ・看取りケアでは、退院後1ヶ月以内に亡くなる患者が増えている。最後の1週間の看取りは大切である。訪問介護より訪問看護を積極的に利用すべきである（SR）。
8	管理者への実践的な助言・研修会	<ul style="list-style-type: none"> ・「複合型サービス事業所」等に着手するためには、関係者への「プレゼン」も必要になるだろうし、いわゆる「企画書」を作成する自信がない（NM）。 ・利用者や家族から要望され「小規模多機能型居宅介護施設」に関心をもっているが、これまでの経験とかけ離れているような気がして、決断を先送りしている（LS）。 ・他事業所からの依頼で管理者候補を現地研修として、受け入れた経験がある（RO、AY他）。

9	表彰制度	<ul style="list-style-type: none"> ・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いるところ（個人）がある。殆どボランティア活動に等しい状態である。その功労を称えて欲しい（NK、その他多数から同様の意見あり）。 ・社内で表彰制度を設け、社員のやる気を引き出している。「厚生労働大臣表彰」など、公的な賞があれば、もっと励みになる（OM）。
10	その他（車両の駐車許可申請）	<ul style="list-style-type: none"> ・都会に住む利用者を訪問する際、使用車両の駐車が問題となる。利用者宅の駐車場や駐車可能な空き地（道路）、近くの有料駐車場が何時でも使えれば良いが、そんなケースばかりではない。無理して利用者の自宅の近くに駐車し、近隣の住民から苦情を言われたり、警察に駐車違反を取られることが時々ある（NJ）。 ・訪問看護の依頼を受けても、駐車する場所が無いために断らざるを得ない場合がある（SJ）。 ・所轄警察署に駐車プランを提出するが、いつも記載した予定時刻に利用者を訪問し、看護を終えて駐車場所に戻れるとは限らない。使用車両には会社名も書いてあるので、携帯電話などで状況確認して貰えないか（KD）。 ・「駐車場等の駐車可能な場所」に「月極駐車場」が含まれるケースがある。重篤な利用者の場合、1週間以内で亡くなるケースが多いなど、長期間の賃貸契約が馴染まないので、「月極駐車場」は対象外として欲しい（SA）。 ・地域によっては、主治医の指示書、訪問看護契約書（コピー）を提出することが求められている。初回は仕方ないとしても、2回目以降は、簡単な書類で十分ではないか（ZR）。 ・2～6ヵ月ごとに、全ての書類を調べ直し、駐車許可証の継続を申請しなければならず、事務処理の負担が大きい。変更があったものだけを、一覧表で報告する形にして欲しい（ZR）。 ・最終的には、実際に、利用者の自宅まで足を運んで確認するのであるが、所轄警察署に提出する地図は、Google マップやYahoo!地図（WEBプリント）なども認めて欲しい（GY）。

（※（ ）内はヒアリング先の頭文字）

Ⅱ 過去の活動報告

アフターサービス推進活動にかかるこれまでの報告書のリンク先は以下のとおりです。

- [アフターサービス推進室活動報告書 \(Vol.1: 2010年9～12月\) 平成22年12月24日](#)
- [アフターサービス推進室活動報告書 \(Vol.2: 2011年1～3月\) 平成23年3月31日](#)
- [アフターサービス推進室活動報告書 \(Vol.3: 2011年4～6月\) 平成23年7月11日](#)
- [アフターサービス推進室活動報告書 \(Vol.4: 2011年7～9月\) 平成23年9月30日](#)
- [アフターサービス推進室活動報告書 \(Vol.5: 2011年10～12月\) 平成24年1月26日](#)
- [アフターサービス推進室活動報告書 \(Vol.6: 2012年1～3月\) 平成24年4月13日](#)
- [アフターサービス推進室活動報告書 \(Vol.7: 2012年4～6月\) 平成24年7月9日](#)
- [アフターサービス推進室活動報告書 \(Vol.8: 2012年7月\) 平成24年8月3日](#)
- [アフターサービス推進室活動報告書 \(Vol.9: 2012年8～11月\) 平成24年12月21日](#)
- [アフターサービス推進室活動報告書 \(Vol.10: 2012年12月\) 平成25年1月11日](#)
- [アフターサービス推進室活動報告書 \(Vol.11: 2013年1～4月\) 平成25年4月30日](#)
- [アフターサービス推進室活動報告書 \(Vol.12: 2013年5～8月\) 平成25年9月30日](#)
- [アフターサービス推進室活動報告書 \(Vol.13: 2013年9～12月\) 平成25年12月24日](#)
- [アフターサービス推進室活動報告書 \(Vol.14: 2014年1～3月\) 平成26年3月31日](#)

[🏠 ページの先頭へ戻る](#)