

2014（平成 26）年度 一般社団法人 日本損害保険協会助成事業

2014(平成 26)年度  
交通事故等に起因する障害児・者の訪問看護実態調査  
報告書

公益財団法人 日本訪問看護財団



## はじめに

近年、交通事故による死亡者は減少しているものの、重度後遺症障害者数は、横ばいとなっている現状があります。重度障害児者が入院・入所できる施設には限りがあり、在宅で療養している方が多いこと、またその方々は訪問看護を利用すべき状態であろうことが推測されます。

平成 25 年度の訪問看護利用者約 418,000 人の傷病者分類を見ると、損傷、中毒及びその他の外因の影響による利用者数は約 20,000 人となっています。しかし、これには交通事故だけでなく、転落やその他の事故等も含まれているため、交通事故を起因とする訪問看護利用者の数は明確になっていません。

そこで今回、「交通事故に起因する障害児・者」への訪問看護の提供実態に関する調査を実施したところ「交通事故に起因する障害児・者」へ訪問看護を実施している訪問看護ステーションは2割弱と少ないことが明らかになりました。

また、交通事故に起因する障がいのある人々には、疾病やその他の事故等とは異なった課題があるのではないかと考えられました。

利用者調査を実施した結果では、訪問看護の利用者全体の平均より、40 歳未満の若い男性利用者が多く、寝たきりの重度障害者が多い、といった特徴も明らかになっています。

しかし、このような重度障害者であっても、手厚い看護によって、回復の可能性があることが療護センターへのヒアリング調査で示されています。これは、在宅療養している「交通事故に起因する障害児・者」への訪問看護の必要性と役割の重要性を示していると考えられました。

今回の調査は初期段階の調査であり、まだ明らかになっていない課題もあると考えられますが、「交通事故に起因する障害児・者」への訪問看護提供を進めていくための方策の一助となれば幸いです。

最後に、本調査を実施する上で快く調査にご協力くださいました全国の訪問看護ステーション並びに療護センターの皆様方に心より御礼申し上げます。

平成 27 年 3 月 31 日

公益財団法人 日本訪問看護財団  
理事長 清水 嘉与子



# 目 次

## 第 I 章 調査の概要

|            |    |
|------------|----|
| 1. 調査目的    | i  |
| 2. 調査対象    |    |
| 2.1 調査対象   | i  |
| 2.2 調査主体   | i  |
| 2.3 調査内容   | ii |
| 2.4 調査期間   | ii |
| 2.5 調査回答状況 | ii |

## 第 II 章 調査の結果

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 1. 訪問看護ステーション               |    |
| 1.1 事業所の概要                  |    |
| 1.1.1 事業開設期間                | 3  |
| 1.1.2 開設主体                  | 4  |
| 1.1.3 サテライト数                | 5  |
| 1.1.4 併設施設                  | 6  |
| 1.1.5 併設在宅サービス              | 7  |
| 1.1.6 他施設との連携状況             | 8  |
| 1.1.7 従業者数                  | 9  |
| 1.2 訪問看護実施状況                |    |
| 1.2.1 利用者数                  | 11 |
| 1.2.2 訪問延べ回数                | 13 |
| 1.2.3 利用者の性・年齢              | 14 |
| 1.2.4 利用者の主たる傷病名            | 16 |
| 1.2.5 新規利用者の導入経路            | 17 |
| 1.2.6 利用終了者の終了理由            | 18 |
| 1.2.7 利用終了者の入院・入所・入居先       | 19 |
| 1.3 交通事故障害児・者の利用            |    |
| 1.3.1 交通事故障害児・者の利用者数        | 20 |
| 1.4 訪問看護の実施状況・実施体制          |    |
| 1.4.1 機能強化型訪問看護ステーションの届け出状況 | 21 |
| 1.4.2 退院前病棟訪問の実施状況          | 22 |
| 1.4.3 退院時の合同カンファレンスの参加状況    | 23 |
| 1.4.4 退院日当日訪問の実施状況          | 24 |

|        |                             |    |
|--------|-----------------------------|----|
| 1.4.5  | 外泊時の訪問看護実施の状況               | 25 |
| 1.4.6  | 在宅での看取り体制の有無                | 26 |
| 1.4.7  | 在宅での死亡による利用終了者の有無と人数        | 26 |
| 1.4.8  | 在宅での死亡による利用終了者の年齢と疾患        | 27 |
| 1.4.9  | 在宅での死亡前24時間以内の訪問看護実施状況      | 27 |
| 1.4.10 | 在宅終末期ケアの阻害要因                | 28 |
| 1.4.11 | 訪問看護ステーション利用者からの意見の有無と内容    | 29 |
| 1.5    | 経営努力                        |    |
| 1.5.1  | 過去3年間の収支状況                  | 30 |
| 1.5.2  | 黒字化のための努力                   | 31 |
| 2.     | 交通事故に起因する障害児・者の利用者          |    |
| 2.1    | 利用者の概要                      |    |
| 2.1.1  | 性・年齢構成                      | 34 |
| 2.2    | 利用者の状況                      |    |
| 2.2.1  | 交通事故発生時の利用者の状態              | 35 |
| 2.2.2  | 交通事故発生時による損傷・障害             | 36 |
| 2.2.3  | 日常生活自立度                     | 36 |
| 2.2.4  | ADL介助の必要な状況                 | 37 |
| 2.2.5  | 認知症の状況                      | 38 |
| 2.2.6  | 要介護度                        | 39 |
| 2.2.7  | 障害の状況                       | 40 |
| 2.2.8  | 支援区分                        | 40 |
| 2.2.9  | 障害の種類・等級                    | 41 |
| 2.2.10 | 精神保健福祉手帳の等級                 | 44 |
| 2.3    | 訪問日数・訪問回数                   |    |
| 2.3.1  | 利用者への訪問日数及び回数・時間            | 44 |
| 2.3.2  | 利用者の生活形態                    | 48 |
| 2.3.3  | 家族による介護                     | 49 |
| 2.4    | 訪問サービスの利用状況                 |    |
| 2.4.1  | 訪問診療の利用状況                   | 50 |
| 2.4.2  | 貴事業所以外の訪問看護事業者の利用状況         | 51 |
| 2.4.3  | 訪問介護サービスの利用状況（身体介護）         | 52 |
| 2.4.4  | 訪問介護サービスの利用状況（生活援助）         | 53 |
| 2.4.5  | 「補装具費支給制度」による補装具使用状況        | 54 |
| 2.4.6  | 「日常生活用具給付等事業」による日常生活用具の使用状況 | 55 |
| 2.4.7  | 「介護保険法」による福祉用具の使用状況         | 56 |
| 2.4.8  | 患者会・家族会の参加状況                | 57 |

|        |                    |     |
|--------|--------------------|-----|
| 2.4.9  | 療護センターの利用状況        | 58  |
| 2.4.10 | 訪問看護の導入経路          | 59  |
| 2.5    | 実施したケア・指導等         |     |
| 2.5.1  | 利用者を実施したケア内容       | 60  |
| 2.5.2  | 療養上の世話等            | 61  |
| 2.5.3  | 病状観察・医療処置等         | 63  |
| 2.5.4  | 創傷以外の医療処置          | 65  |
| 2.5.5  | 機能訓練及び指導           | 68  |
| 2.5.6  | 嚥下訓練               | 69  |
| 2.5.7  | 呼吸ケア・肺理学療法         | 71  |
| 2.5.8  | その他リハビリテーション       | 73  |
| 2.5.9  | 本人・家族指導            | 75  |
| 2.5.10 | 連絡調整・その他           | 76  |
| 2.5.11 | 社会資源の活用への支援        | 78  |
| 2.6    | 利用者の支払い方法          |     |
| 2.6.1  | 利用者の支払い方法          | 80  |
| 2.6.2  | 自動車損害賠償責任保険による支払い  | 81  |
| 3      | 自由記載               |     |
| 3.1    | 訪問看護ステーション         | 82  |
| 3.2    | 利用者                | 110 |
| 4      | ヒアリング調査            |     |
| 4.1    | 調査目的               | 118 |
| 4.2    | 調査対象               |     |
| 4.2.1  | 調査対象               | 118 |
| 4.2.2  | 方法                 | 119 |
| 4.3    | 結果                 |     |
| 4.3.1  | 療護センターの概要（事前調査）    | 120 |
| 4.3.2  | 事例                 | 127 |
| 4.3.3  | 在宅移行への方針や工夫など      | 130 |
| 4.3.4  | 訪問看護や在宅ケアへの要望・意見など | 130 |

### 第三章 考察

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| 1. 訪問看護ステーションについて……………          | 133 |
| 2. 交通事故に起因する障害児・者の利用者について……………  | 137 |
| 3. 自由記載について……………                | 141 |
| 4. ヒアリング調査について……………             | 145 |
| 5. 交通事故に起因する障害児・者への訪問看護の役割…………… | 146 |

添付資料：調査票

# 第 I 章 調査の概要



## 調査の概要

### 1. 調査目的

平成 25 年度国土交通省自動車局のデータによると、平成 24 年度中の交通事故発生件数は 665,138 件であり、このうち交通事故による死亡者数は 4,411 人であった。この数は 12 年連続で減少傾向にあり、平成 4 年以来 19 年ぶりに 70 万件を下回り激減している。一方、交通事故後における重度後遺障害者数は 2001 年以降より約 2,000 人に及び、わずかに微減しているに留まっている。

独立法人自動車事故対策機構では、全国に 7 か所の療護センターを設置し、自動車事故後における遷延性意識障害者等を専門に受け入れ、治療や看護を行っている。この療護センターの最大入院期間は 3 年であることから、遷延性意識障害者に限らず、交通事故障害児・者の多くは在宅療養していることが予想された。しかしながら、2013 年度に、本財団立訪問看護ステーション利用者約 450 名を調査した結果、交通事故に起因する訪問看護の利用者は数名であった。件数が少ないためか、交通事故障害児・者への訪問看護の利用が少ない理由や訪問看護のニーズは明らかにされていない。また、先行研究において、脊髄損傷等の長期療養者における在宅での生活上の困難は、身体機能低下による弊害や介護者の負担を捉えたものが多く、退院時の連携や訪問看護ステーションとの協働については十分検討されているとは言い難い。さらに、遷延性意識障害者への取り組みは、生活援助、合併症予防、生活行動の回復に焦点化されており、療養施設から在宅への実態は明らかにされていない。

そこで、アンケート調査及びヒアリング調査を行い、交通事故障害児・者がどうすれば訪問看護を利用できるか、さらに訪問看護が当該利用者のニーズを満たすのか、などの課題を明確化し、訪問看護のあり方を提言する。

## 2. 調査対象

### 2.1 調査対象

#### ① 訪問看護ステーション

調査対象施設は平成 26 年 8 月までに公益財団法人 日本訪問看護財団が、把握している訪問看護ステーション 7,129 施設の内、2,000 施設を各都道府県の施設数割合に基づき、無作為抽出された施設とした。

#### ② 利用者

調査対象施設は平成 26 年 8 月までに公益財団法人 日本訪問看護財団に登録されている訪問看護ステーション 7,129 施設の内、2,000 施設を各都道府県の施設数割合に基づき、無作為抽出された施設を利用している交通事故に起因する障害児・者を対象とした。

なお、回答は訪問看護ステーションの管理者及び担当看護師に依頼した。

### 2.2 調査主体

公益財団法人 日本訪問看護財団が調査を実施し、分析ならびに報告書の作成を行った。調査の一部、及び報告書作成は医療産業研究所に委託した。

## 2.3 調査内容

- ① 訪問看護ステーション  
訪問看護ステーションの属性・規模・経営状況など。
- ② 利用者  
対象者の属性・障害の程度・施設やサービスの利用状況等。

## 2.4 調査期間

特に定めが無い場合には平成 26 年 9 月 1 日～平成 26 年 9 月 30 日の 1 ヶ月間の情報を対象とした。

## 2.5 調査回答状況

- ① 訪問看護ステーション  
9 月中旬、対象施設 2,000 か所に調査票を発送。平成 26 年 10 月 17 日までに返送されてきた調査票のうち、有効回答施設数は 776 か所、回答率は 38.8%であった。
- ② 利用者  
9 月中旬、対象施設 2,000 か所に調査票を発送。平成 26 年 10 月 17 日までに返送されてきた施設 776 か所の内、対象者がいると返送されてきた施設は 190 ヶ所で、有効回答施設全体の 24.5%であった。  
また、有効回答人数は 255 名で、1 施設最大で 3 名の対象者がいた。

※統計上の処理等により、本報告書における図表の値（比率）を足し上げても「全体」の比率と一致しない場合がある。

## 第II章 調査の結果



## 1. 訪問看護ステーション調査

### 1. 1 事業所の概要

#### 1.1.1 事業開設期間

集計した 776 施設の事業開設期間は下記のとおり分散しているが、5 年以内に開設した訪問看護ステーションが約 3 割を占めている。その他、「～10 年」15.7%、「～15 年」17.3%、「～20 年」29.4%、「20 年超」5.3%と、新旧が混合した分布となっている。

事業開設年数の平均を設立主体別にみると、最も短い（新しい）のは「営利法人（会社）」で 5.2 年、これに対して最も長い（古い）のは「社団・財団法人」の 16.3 年である。

図 1.1 事業開設期間

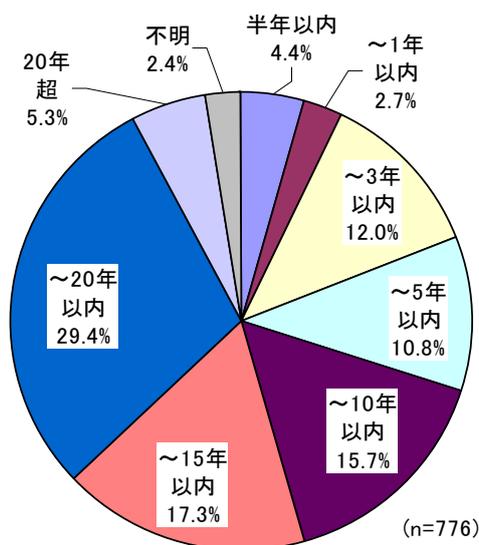
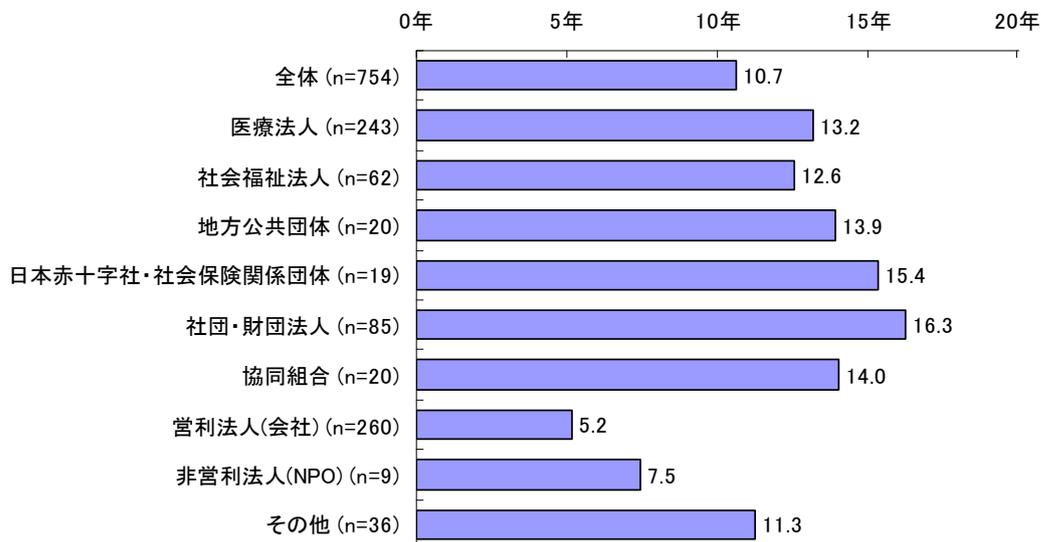


図 1.2 設立主体別事業開設年数平均

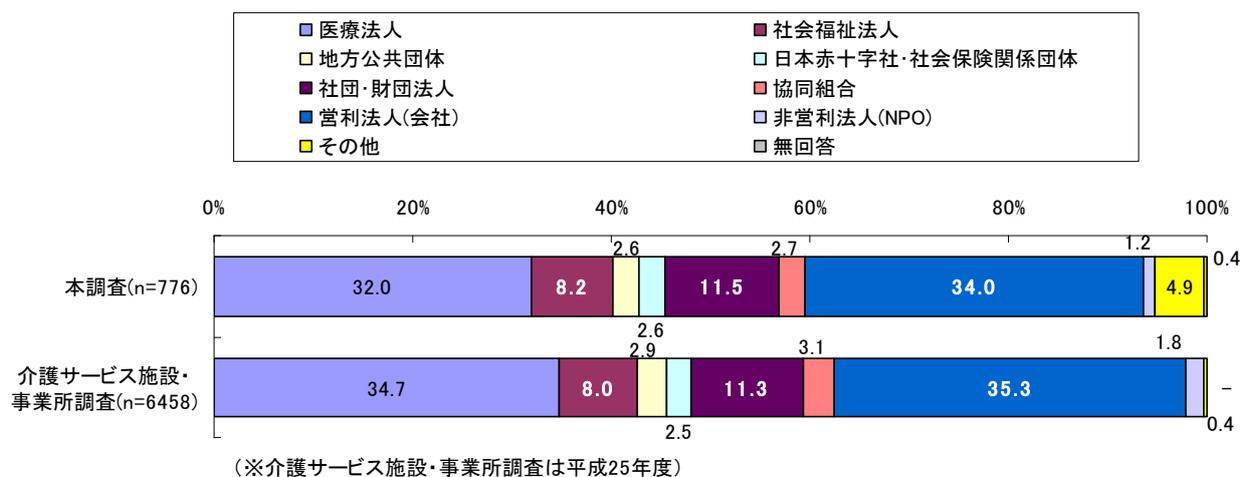


### 1.1.2 開設主体

訪問看護ステーションの開設主体は「医療法人」と「営利法人（法人）」がそれぞれ3割強と多くを占めている。ついで、「社団・財団法人」11.5%、「社会福祉法人」8.2%と続く。

平成25年度の『介護サービス施設・事業所調査（厚労省）』と比較すると、本調査では「その他」が4.9%みられた以外、ほぼ同じ構成となっている。

図 1.3 開設主体

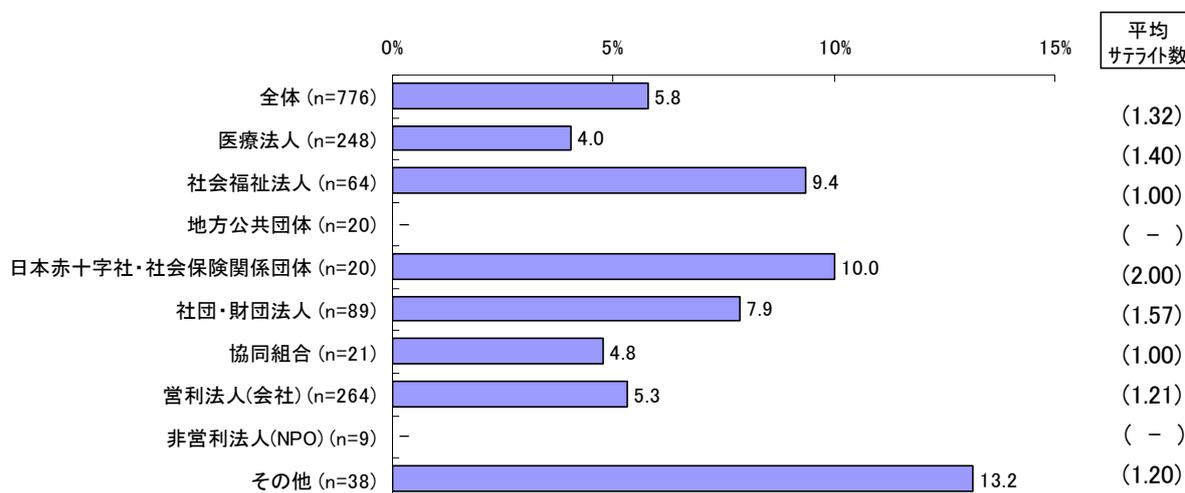


### 1.1.3 サテライト数

776 施設全体で、サテライトが「ある」と答えたのは 5.8%である。開設主体別では、「その他」を除くと、「日本赤十字・社会保険関係団体」と「社会福祉法人」が最も高く、約 1 割がサテライトを持っているほか、「社団・財団法人」7.9%、「営利法人（会社）」5.3%などとなっている。

サテライトが「ある」と回答した施設の平均サテライト数をみると、全体では 1.32 か所で、開設主体別には「日本赤十字・社会保険関係団体」2.00 か所、「社団・財団法人」1.57 か所、「社会福祉法人」1.00 か所、「営利法人（会社）」1.21 か所と、なかでも「日本赤十字・社会保険関係団体」が最も多い。

図 1.4 開設主体別サテライトの有無と平均サテライト数



### 1.1.4 併設施設

併設施設についてたずねたところ、5割弱が「該当なし」と回答したが、併設施設を保有する先の施設類型をみると、「病院」23.3%、「介護老人保健施設」13.9%、「診療所」11.5%となっている。

開設主体別にみると、「医療法人」では「病院」「診療所」「介護老人保健施設」の保有が相対的に高く、また「社会福祉法人」では「介護老人福祉施設」が高くなっているのが目立っている。一方、「営利法人（会社）」の約8割は「該当なし」と答えており、ステーション単独が多い傾向がみられた。

図 1.5 併設施設

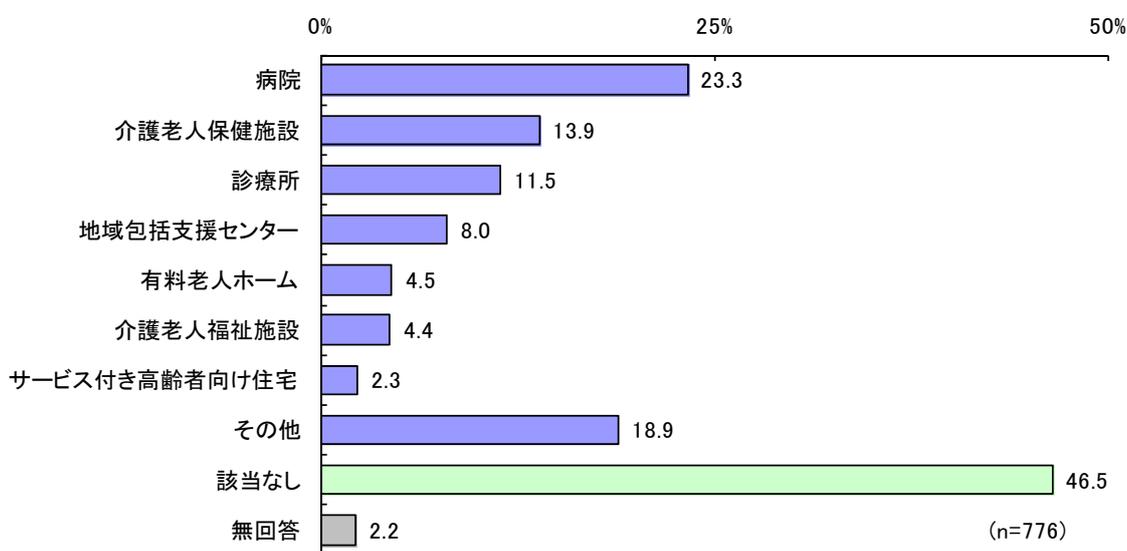


表 1.1 併設施設（開設主体別）

|      |                 | n   | 該当なし (%) | 病院 (%) | 診療所 (%) | 介護老人保健施設 (%) | 介護老人福祉施設 (%) | 地域包括支援センター (%) | 高齢サービス付き住宅 (%) | 有料老人ホーム (%) | その他 (%) | 無回答 (%) |
|------|-----------------|-----|----------|--------|---------|--------------|--------------|----------------|----------------|-------------|---------|---------|
| 全体   |                 | 776 | 46.5     | 23.3   | 11.5    | 13.9         | 4.4          | 8.0            | 2.3            | 4.5         | 18.9    | 2.2     |
| 開設主体 | 医療法人            | 248 | 16.9     | 48.0   | 25.4    | 29.8         | 4.0          | 14.1           | 5.2            | 4.0         | 23.4    | 1.6     |
|      | 社会福祉法人          | 64  | 34.4     | 15.6   | 4.7     | 18.8         | 32.8         | 12.5           | 0.0            | 4.7         | 15.6    | 1.6     |
|      | 地方公共団体          | 20  | 25.0     | 45.0   | 15.0    | 20.0         | 0.0          | 20.0           | 0.0            | 0.0         | 15.0    | 0.0     |
|      | 日本赤十字社・社会保険関係団体 | 20  | 10.0     | 65.0   | 10.0    | 20.0         | 5.0          | 10.0           | 0.0            | 0.0         | 30.0    | 0.0     |
|      | 社団・財団法人         | 89  | 55.1     | 19.1   | 5.6     | 9.0          | 0.0          | 11.2           | 0.0            | 2.2         | 16.9    | 5.6     |
|      | 協同組合            | 21  | 19.0     | 28.6   | 42.9    | 9.5          | 0.0          | 9.5            | 4.8            | 0.0         | 33.3    | 0.0     |
|      | 営利法人(会社)        | 264 | 79.2     | 0.4    | 0.8     | 0.0          | 0.8          | 0.4            | 1.5            | 6.1         | 13.6    | 1.9     |
|      | 非営利法人(NPO)      | 9   | 44.4     | 0.0    | 0.0     | 0.0          | 0.0          | 0.0            | 0.0            | 0.0         | 44.4    | 11.1    |
|      | その他             | 38  | 57.9     | 15.8   | 5.3     | 10.5         | 0.0          | 0.0            | 0.0            | 7.9         | 18.4    | 2.6     |

※ 〇は全体に比べ+10pt以上、□は-10pt以下。(ただし、サンプル数20以上)

### 1.1.5 併設在宅サービス

併設在宅サービスについてたずねたところ、「該当なし」との回答が 35.1% と約 3 分の 1 を占めた。併設在宅サービスの種類別には「居宅介護支援事業」52.3%、「訪問介護」23.2%、「通所サービス」21.4%の順となっている。

最も多い「居宅介護支援事業」について、事業所の有無を開設主体別にみると、上位 3 位は「社団・財団法人」71.9%、「社会福祉法人」65.6%、「医療法人」60.9%であった。全体（有効 406 施設）の平成 26 年 9 月末現在の利用者数は 37.0 人であり、開設主体別には「社団・財団法人」45.3 人、「医療法人」43.4 人、「社会福祉法人」30.9 人であった。

図 1.6 併設在宅サービスの有無

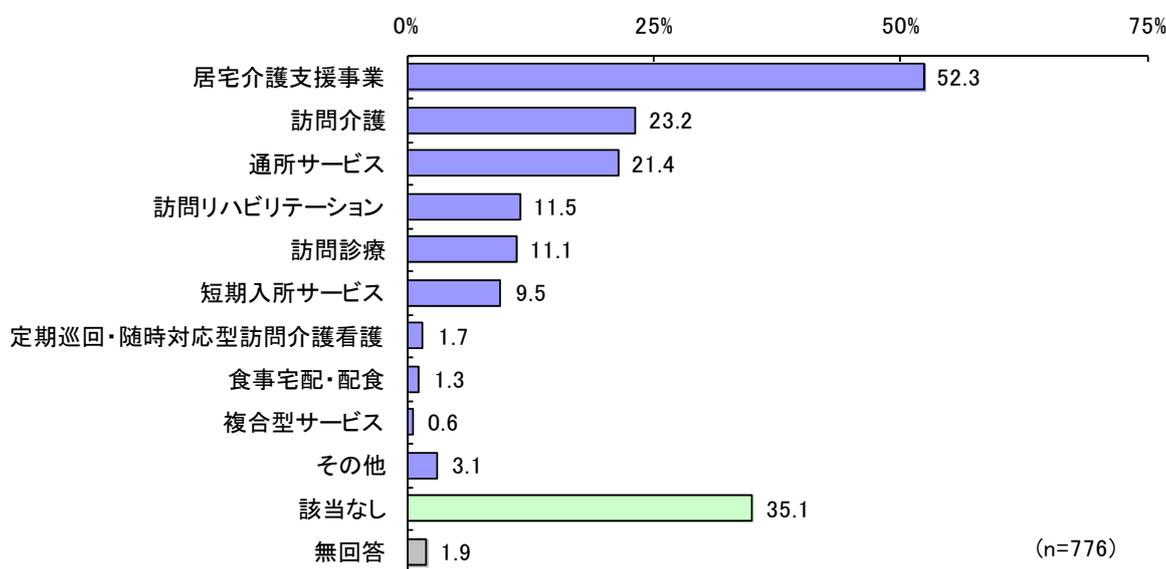
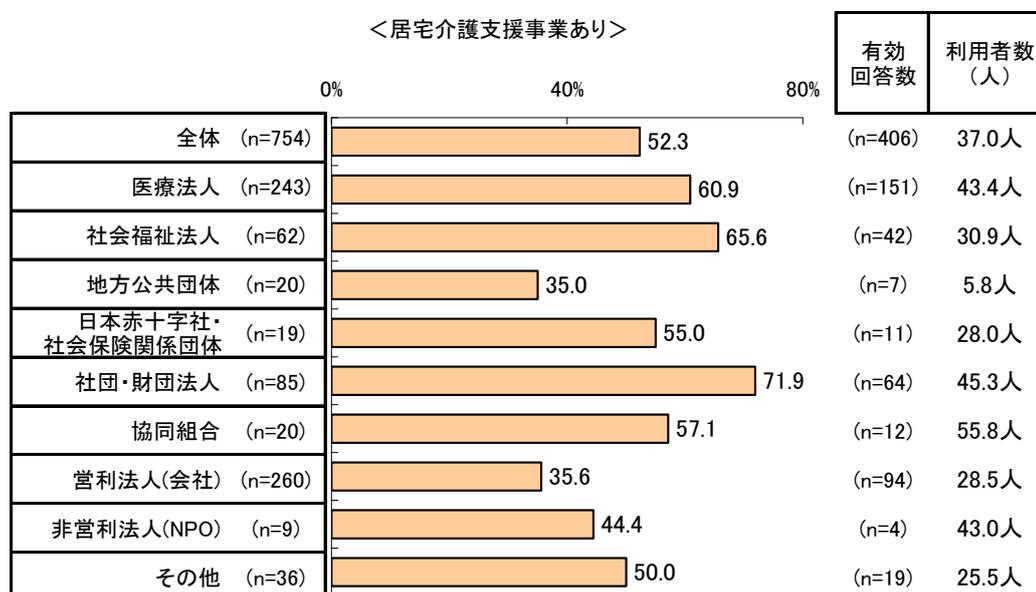


図 1.7 開設主体別の居宅介護支援事業有無と利用者数



### 1.1.6 他施設との連携状況

他施設と「連携した」訪問看護ステーションは82.7%であった。

連携を実施した642施設の連携先をみると、多いものから「病院」75.5%、「診療所」60.0%、「地域包括支援センター」50.8%、「他の訪問看護事業所」43.1%の順である。これを開設主体別にみると、「社団・財団法人」で「地域包括支援センター」と「保健所・保健センター」がとりわけ高いことがわかる。

連携先の類型別施設数をみると、「診療所」6.98か所、「病院」5.19か所など、医療機関が多くなっているが、今回の結果では、主治医との連携を回答していない場合もある。

図 1.8 他施設との連携状況

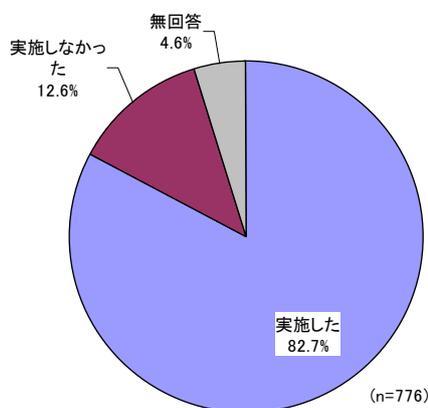
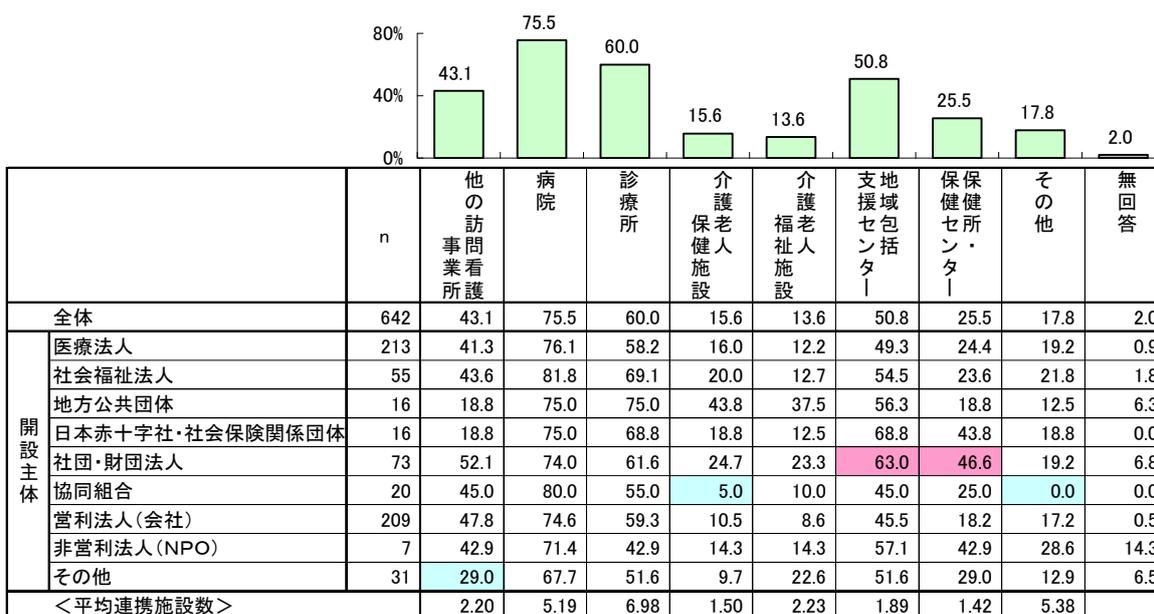


図 1.9 連携先と連携施設数（※複数回答）



※ 背景がピンクは全体に比べ+10pt以上、背景が青は-10pt以下。(ただし、サンプル数20以上)

### 1.1.7 従事者数

集計した 771 施設全体で、従事者数（常勤専従）をみると、「看護師」2.86 人以外は 1 人に満たないが、「利用者数 100 人未満」と「100 人以上」のステーションで比較すると、後者では「看護師」4.83 人、「理学療法士」1.45 人、「作業療法士」0.73 人など、従事者数が相対的に多くなっている。

「常勤兼務/常勤換算」「非常勤/常勤換算」の従事者数は、「看護師」以外はわずかな人数にとどまった。ちなみに、「看護師」は「常勤兼務」0.53 人、「非常勤」1.07 人であり、いずれも「利用者数 100 人以上」のステーションで高くなっている。

図 1.10 従事者数（常勤専従）

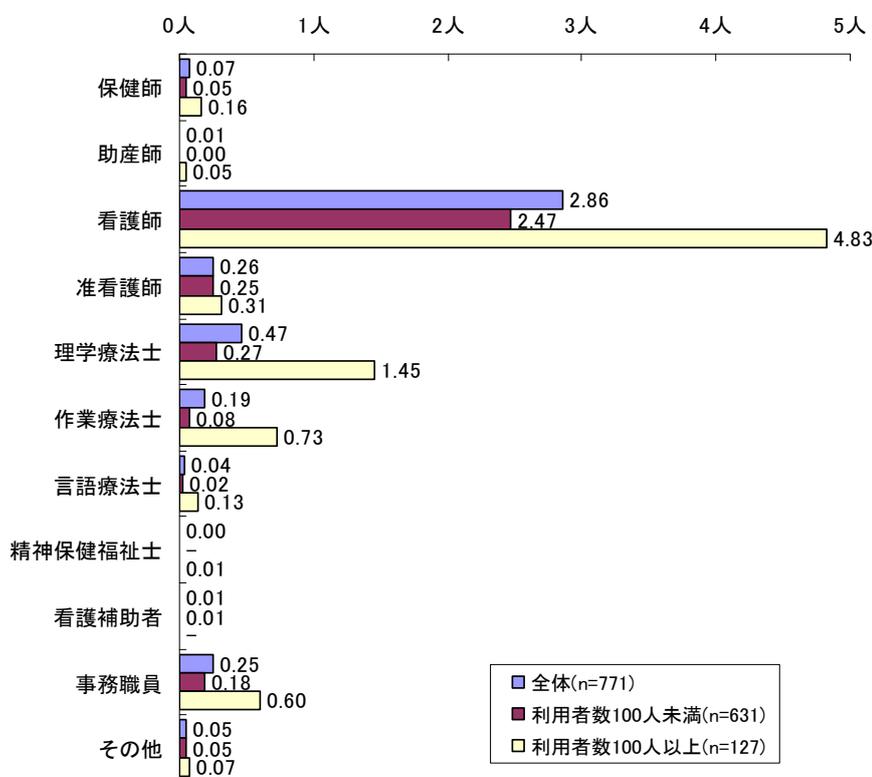


表 1.2 職員の従事者数（常勤兼務・非常勤/常勤換算）

|         | 常勤兼務/常勤換算 |                |                | 非常勤/常勤換算 |                |                |
|---------|-----------|----------------|----------------|----------|----------------|----------------|
|         | 全体        | 利用者数<br>100人未満 | 利用者数<br>100人以上 | 全体       | 利用者数<br>100人未満 | 利用者数<br>100人以上 |
| 保健師     | 0.01      | 0.01           | 0.01           | 0.02     | 0.02           | 0.02           |
| 助産師     | 0.00      | 0.00           | -              | 0.00     | 0.00           | -              |
| 看護師     | 0.53      | 0.49           | 0.72           | 1.07     | 0.96           | 1.67           |
| 准看護師    | 0.01      | 0.02           | 0.00           | 0.11     | 0.09           | 0.19           |
| 理学療法士   | 0.05      | 0.05           | 0.09           | 0.16     | 0.11           | 0.45           |
| 作業療法士   | 0.03      | 0.02           | 0.06           | 0.07     | 0.04           | 0.19           |
| 言語療法士   | 0.01      | 0.01           | 0.01           | 0.01     | 0.01           | 0.04           |
| 精神保健福祉士 | 0.00      | 0.00           | -              | -        | -              | -              |
| 看護補助者   | 0.00      | 0.00           | -              | 0.01     | 0.01           | -              |
| 事務職員    | 0.04      | 0.02           | 0.11           | 0.11     | 0.09           | 0.20           |
| その他     | 0.01      | 0.01           | -              | 0.01     | 0.00           | 0.03           |

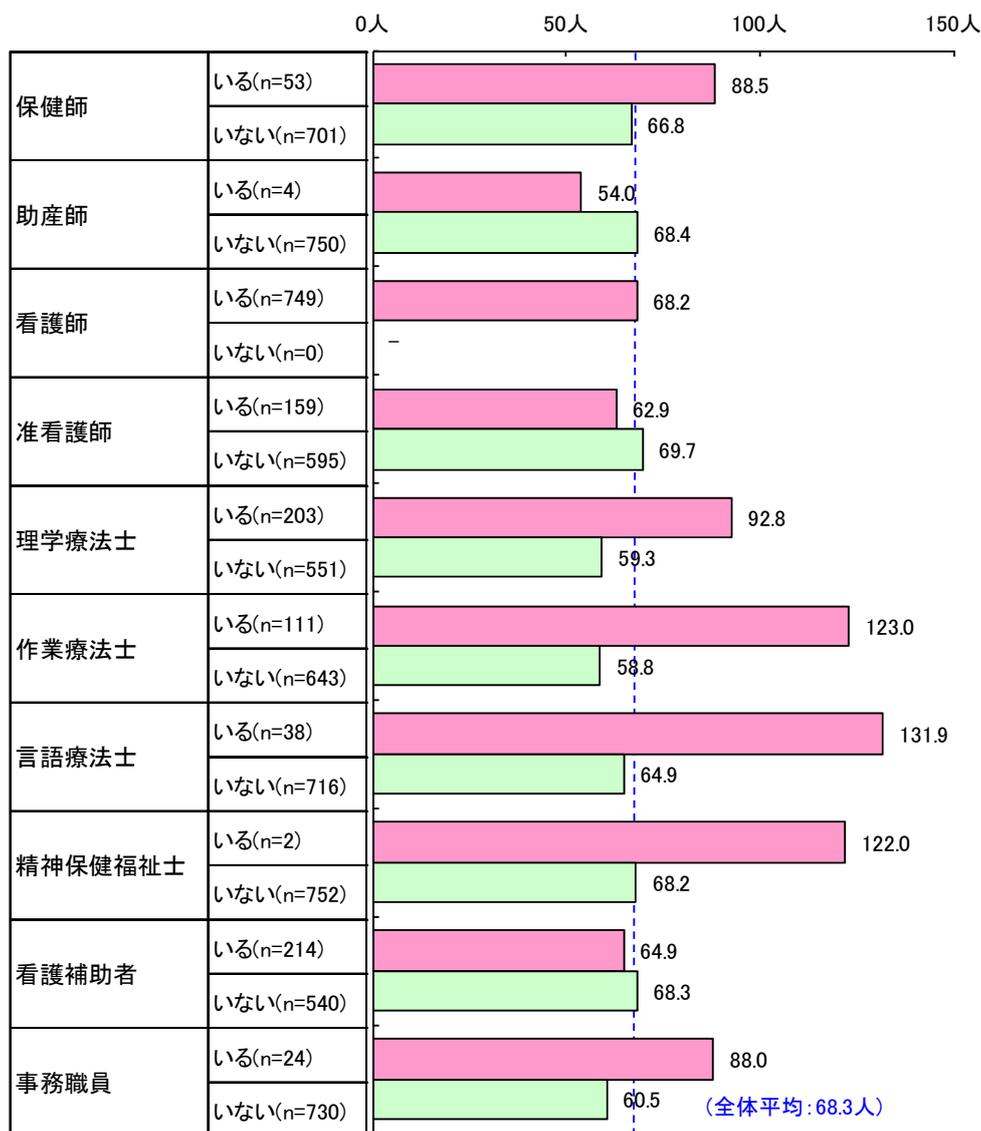
看護師に限って、常勤換算の従事者数を算出すると、「常勤専従」2.86人＋「常勤兼務」0.53人＋「非常勤」1.07人をあわせて4.46となり、厚労省の調査結果（※）4.3人と近似する。

（※）平成25年度「介護サービス施設・事業所調査」

従事者のうち、「常勤専従＋常勤兼務」者の配置状況（いる・いない）と利用者数の関係について、職種別にみた。

「保健師」「理学療法士」「作業療法士」「言語療法士」「精神保健福祉士」「事務職員」では、利用者数が多い施設ほど「常勤職員（常勤専従＋常勤兼務）」が配置される傾向にある。とくに「作業療法士」「言語療法士」「精神保健福祉士」の常勤職員がいる施設では、利用者数が100人を超える規模となっている。

図 1.11 従事者（常勤専従＋常勤兼務）の有無と利用者数



## 1.2 訪問看護実施状況

### 1.2.1 利用者数

訪問看護ステーションの1ヶ月間（平成26年9月）の利用者実人数は平均で68.3人であった。厚労省調査（※）では1ヶ月間の訪問看護利用者平均は61.2人であり、介護予防の利用者を含めると平均約67人である。

（※）平成25年度「介護サービス施設・事業所調査」

利用者の内訳は、「介護保険」利用者が48.7人で7割強を占める一方、「医療保険」利用者は19.3人で3割弱の構成となっている。厚労省調査（同上）では、「介護保険」利用者が73.8%、「医療保険等」利用者は26.2%である。

訪問看護利用者のうち、「新規利用者」は平均4.2人/月、「利用終了者」は平均3.7人/月であり、「新規利用者」が「利用終了者」を上回っている。

「介護保険」利用者で、「特別指示書によって医療保険の適用となった利用者」は0.7人であり、「通常の介護保険による利用者」の1.5%に相当する。

一方、「医療保険」利用者全体19.3人のうち、「一般の医療保険利用者」13.4人に対して、「精神科訪問看護による医療保険利用者」は5.9人と、「医療保険利用者」全体の4割強に相当する。また、「（精神科）特別指示書の交付があった利用者」は平均0.5人であった。

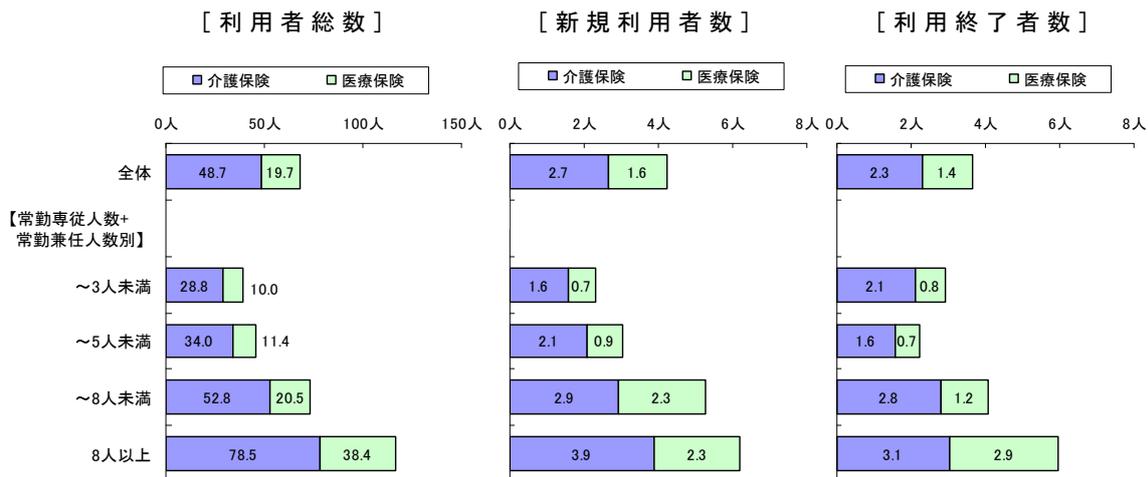
表 1.3 訪問看護ステーションの1ヶ月間の利用者数

|            | 総数    | 介護保険の利用者 |                 |                             | 医療保険の利用者 |                       |                        |                          |     |
|------------|-------|----------|-----------------|-----------------------------|----------|-----------------------|------------------------|--------------------------|-----|
|            |       | 計        | 【再掲】通常の介護保険の利用者 | 【再掲】特別指示書によって医療保険の適用になった利用者 | 計        | 【再掲】一般（精神以外）の医療保険の利用者 | 【再掲】精神科訪問看護による医療保険の利用者 | 【再掲】（精神科）特別指示書の交付があった利用者 |     |
| 利用者数 総数    | 平均(人) | 68.3     | 48.7            | 47.9                        | 0.7      | 19.3                  | 13.4                   | 5.9                      | 0.5 |
|            | %     | 100.0    | 71.2            | 70.2                        | 1.1      | 28.2                  | 19.6                   | 8.6                      | 0.7 |
| 【再掲】新規利用者数 | 平均(人) | 4.2      | 2.7             | 2.5                         | 0.2      | 1.3                   | 1.1                    | 0.2                      | 0.3 |
|            | %     | 100.0    | 62.8            | 58.3                        | 4.5      | 30.0                  | 25.8                   | 4.2                      | 7.2 |
| 【再掲】利用終了者数 | 平均(人) | 3.7      | 2.3             | 2.2                         | 0.1      | 1.3                   | 1.0                    | 0.3                      | 0.0 |
|            | %     | 100.0    | 63.0            | 59.5                        | 3.5      | 36.5                  | 28.3                   | 8.2                      | 0.4 |

「利用者総数」「新規利用者」「利用終了者」を、従事者人数（※）別にみると、概して、人数が多いほど利用者数が増加する傾向がみられたが、「利用終了者」だけは従事者数「～3人未満」の施設が「～5人未満」をやや上回っている。

（※）従事者数＝「常勤専従」人数＋「常勤兼務」人数

図 1.12 従事者人数別 1ヶ月間の利用者数（平均）



### 1.2.2 訪問延べ回数

1ヶ月間の訪問延べ回数は平均 423.9 回、うち「介護保険」の利用者が 275.2 回（64.9%）、「医療保険」の利用者が 148.8 回（35.1%）である。先にみた利用者数では、「介護保険」利用者 48.7 人、「医療保険等」利用者 19.3 人であったことから、利用者 1 人当たり訪問回数は「介護保険」で 5.7 回、「医療保険等」で 7.7 回と、後者が多い（1.35 倍）ことがわかる。

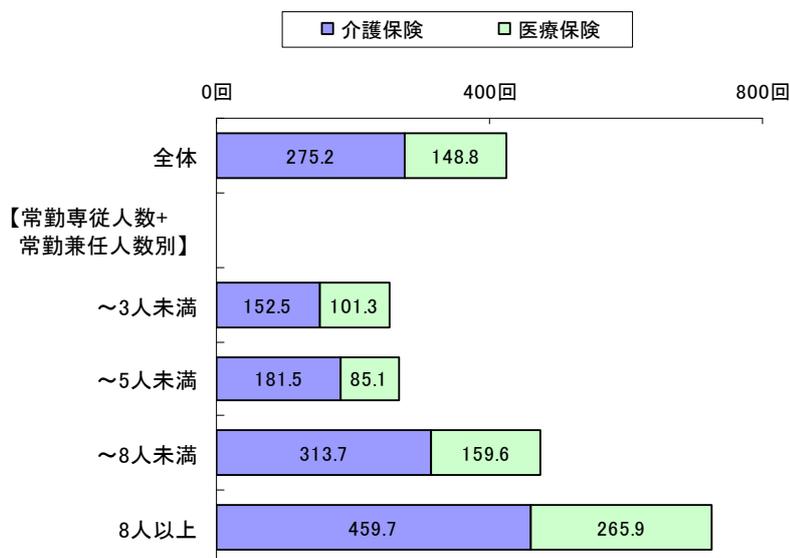
また、訪問延べ回数のうち、「土日・休日の訪問延べ回数」は 28.9 回、「時間外（夜間・深夜・早朝）の計画的訪問」は 3.0 回、「緊急訪問」5.2 回であった。

従事者人数別にみると、人数が多くなるにつれて、訪問延べ回数は級数的に増加し、「8人以上」では月間 700 回を超えている。

表 1.4 1ヶ月間の訪問回数（平均）

|                           |       | 介護保険の利用者 |       |                 |                             | 医療保険の利用者 |                       |                        |                          |
|---------------------------|-------|----------|-------|-----------------|-----------------------------|----------|-----------------------|------------------------|--------------------------|
|                           |       | 総数       | 計     | 【再掲】通常の介護保険の利用者 | 【再掲】特別指示書によって医療保険の適用になった利用者 | 計        | 【再掲】一般（精神以外）の医療保険の利用者 | 【再掲】精神科訪問看護による医療保険の利用者 | 【再掲】（精神科）特別指示書の交付があった利用者 |
| 訪問延べ回数                    | 平均(回) | 423.9    | 275.2 | 267.2           | 8.0                         | 148.8    | 120.5                 | 25.6                   | 2.7                      |
|                           | %     | 100.0    | 64.9  | 63.0            | 1.9                         | 35.1     | 28.4                  | 6.0                    | 0.6                      |
| 【再掲】うち土日・休日の訪問延べ回数        | 平均(回) | 28.9     | 16.7  | 14.8            | 1.8                         | 12.2     | 10.4                  | 1.6                    | 0.3                      |
|                           | %     | 100.0    | 57.7  | 51.4            | 6.4                         | 42.3     | 36.0                  | 5.4                    | 0.9                      |
| 【再掲】うち時間外（夜間・深夜・早朝）の計画的訪問 | 平均(回) | 3.0      | 1.0   | 0.8             | 0.2                         | 2.0      | 1.8                   | 0.1                    | 0.0                      |
|                           | %     | 100.0    | 33.2  | 26.0            | 7.2                         | 66.8     | 60.3                  | 4.8                    | 1.7                      |
| 【再掲】緊急訪問                  | 平均(回) | 5.2      | 3.7   | 3.2             | 0.2                         | 1.8      | 1.8                   | 0.0                    | 0.0                      |
|                           | %     | 100.0    | 70.8  | 61.1            | 3.6                         | 35.3     | 34.3                  | 0.6                    | 0.4                      |

図 1.13 従事者人数別 1ヶ月間の訪問回数（平均）

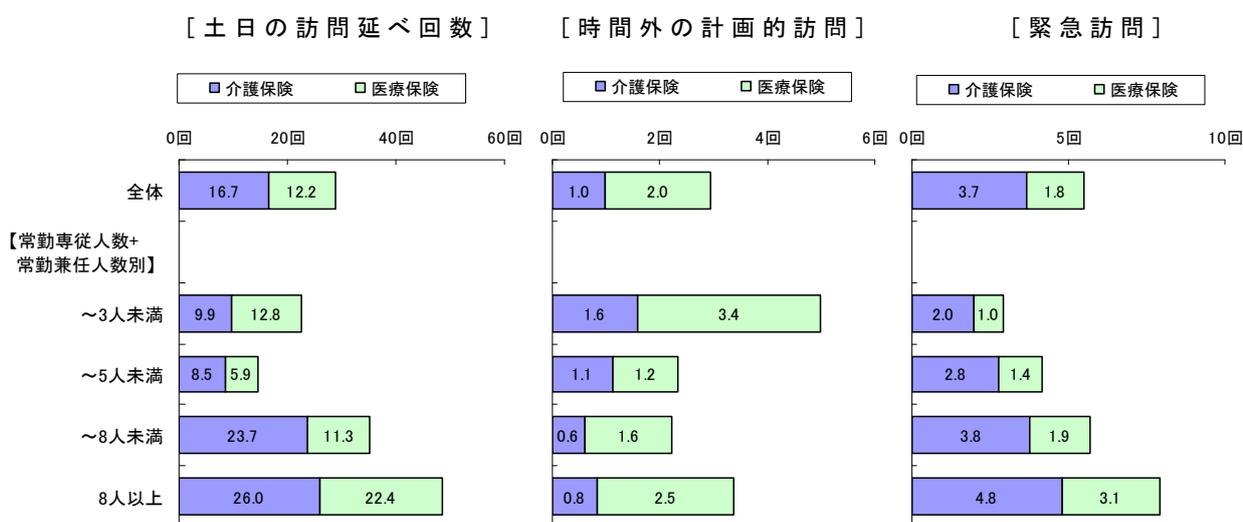


訪問延べ回数について、従事者人数別にみると、「土日・休日の訪問延べ回数」は人数が多いほど（訪問延べ回数が）増加するが、「～3人未満」では「～5人未満」をやや上回っている。

この傾向は「時間外（夜間・深夜・早朝）の計画的訪問」でより顕著であり、「～3人未満」が最も多くなっている。小規模の訪問看護ステーションで、土日や時間外訪問の負荷がかかっている様子がうかがえる。

「緊急訪問」については、従事者数に相関して訪問延べ回数が上昇している。

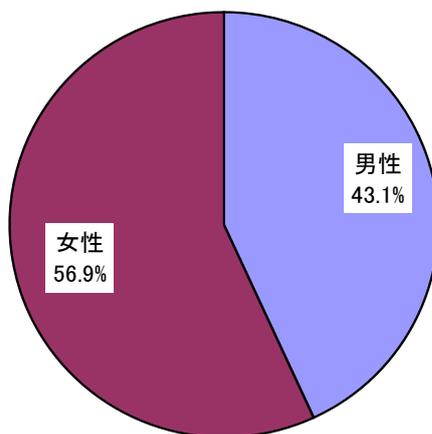
図 1.14 従事者人数別 1ヶ月間の訪問回数（平均）



### 1.2.3 利用者の性・年齢

集計した 44,340 人の性別は「男性」43.1%、「女性」56.9%であり、女性が多い。厚労省の調査結果（同前）では「男性」42.6%、「女性」57.4%である。

図 1.15 利用者の性別

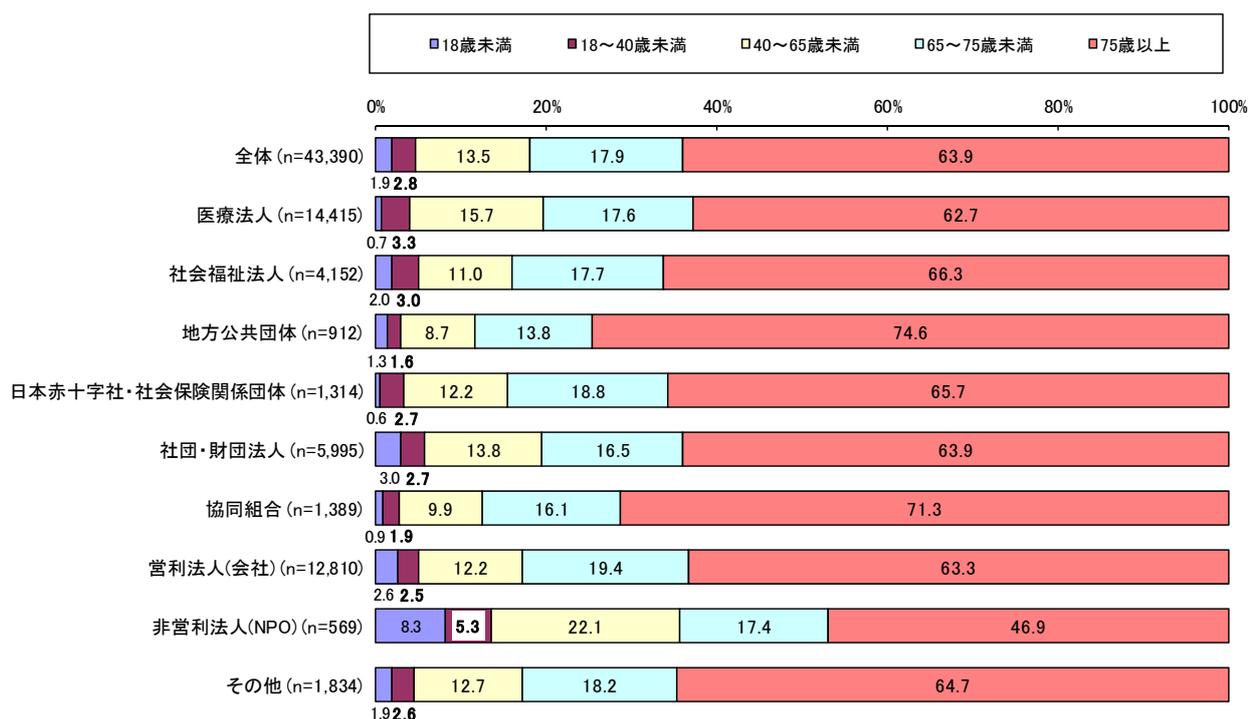


(n=44,340)

年齢構成をみると、全体では「75歳以上」が63.9%を占めており、「65～75歳未満」17.9%、「40～65歳未満」13.5%となっている。厚労省の調査結果（同前）では「40～65歳未満」12.1%である。

これを開設主体別にみると、回答数は569人と少ないものの「非営利法人（NPO）」の「75歳以上」比率が46.9%と相対的に少なく、小児（「18歳未満」の利用者）への訪問は開設主体の中で8.3%と最も多い。

図 1.16 開設主体別の利用者年齢構成



### 1.2.4 利用者の主たる傷病名

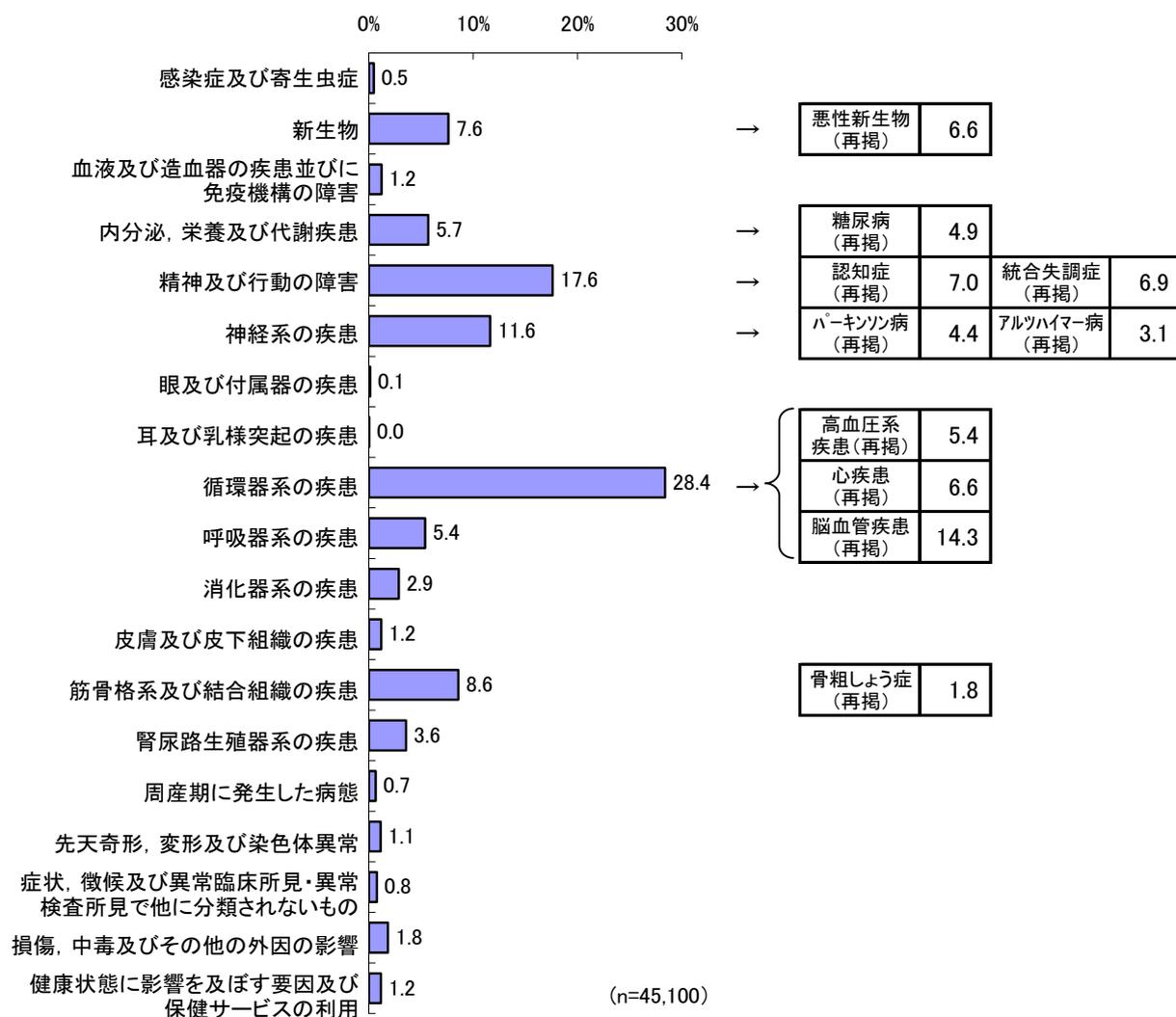
集計した利用者 45,100 人の傷病名をみると、「循環器系の疾患」28.4%、「精神及び行動の障害」17.6%、「神経系の疾患」11.6%が上位3傷病であり、それぞれ利用者全体の1割以上を占めている。

上位3傷病の内訳をみると、「循環器系の疾患」では「脳血管疾患（再掲）」14.3%、「心疾患（再掲）」6.6%、「高血圧系疾患（再掲）」5.4%となっている。

「精神及び行動の障害」の内訳は、「認知症（再掲）」7.0%、「統合失調症（再掲）」6.9%である。

「神経系の疾患」の内訳は、「パーキンソン病（再掲）」4.4%、「アルツハイマー病（再掲）」3.1%などとなっている。

図 1.17 主たる傷病名

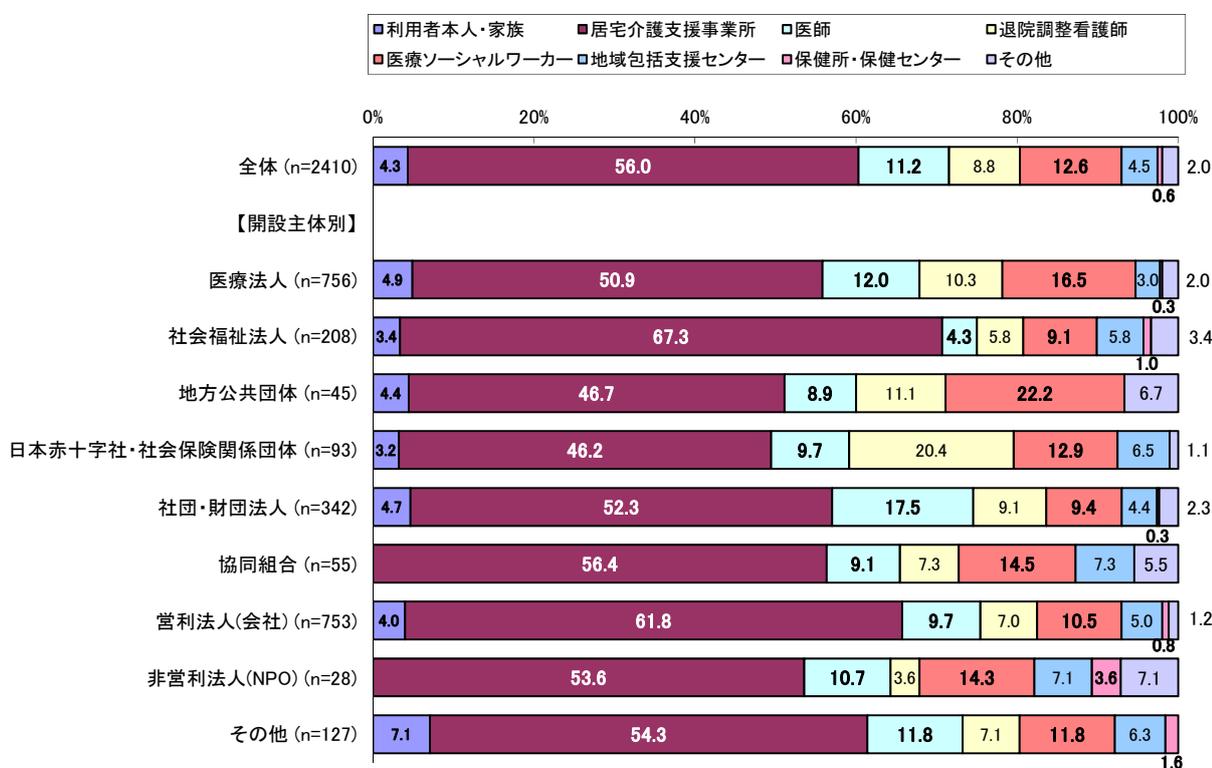


### 1.2.5 新規利用者の導入経路

集計した新規利用者 2,410 人の導入経路をみると、全体の 56.0%が「居宅介護支援事業所」からであり、ついで「医療ソーシャルワーカー」が 12.6%、「医師」が 11.2%、「退院調整看護師」が 8.8%であった。

開設主体別にみると、「社会福祉法人」では「居宅介護支援事業所」の割合が全体よりさらに高く 67.3%である一方、「地方公共団体」は「医療ソーシャルワーカー」が 22.2%と相対的に高く、また「日本赤十字・社会保険関係団体」は「退院調整看護師」20.4%などのウェイトが高くなっているなど、開設主体による違いが見受けられる。

図 1.18 新規利用者の導入経路



### 1.2.6 利用終了者の終了理由

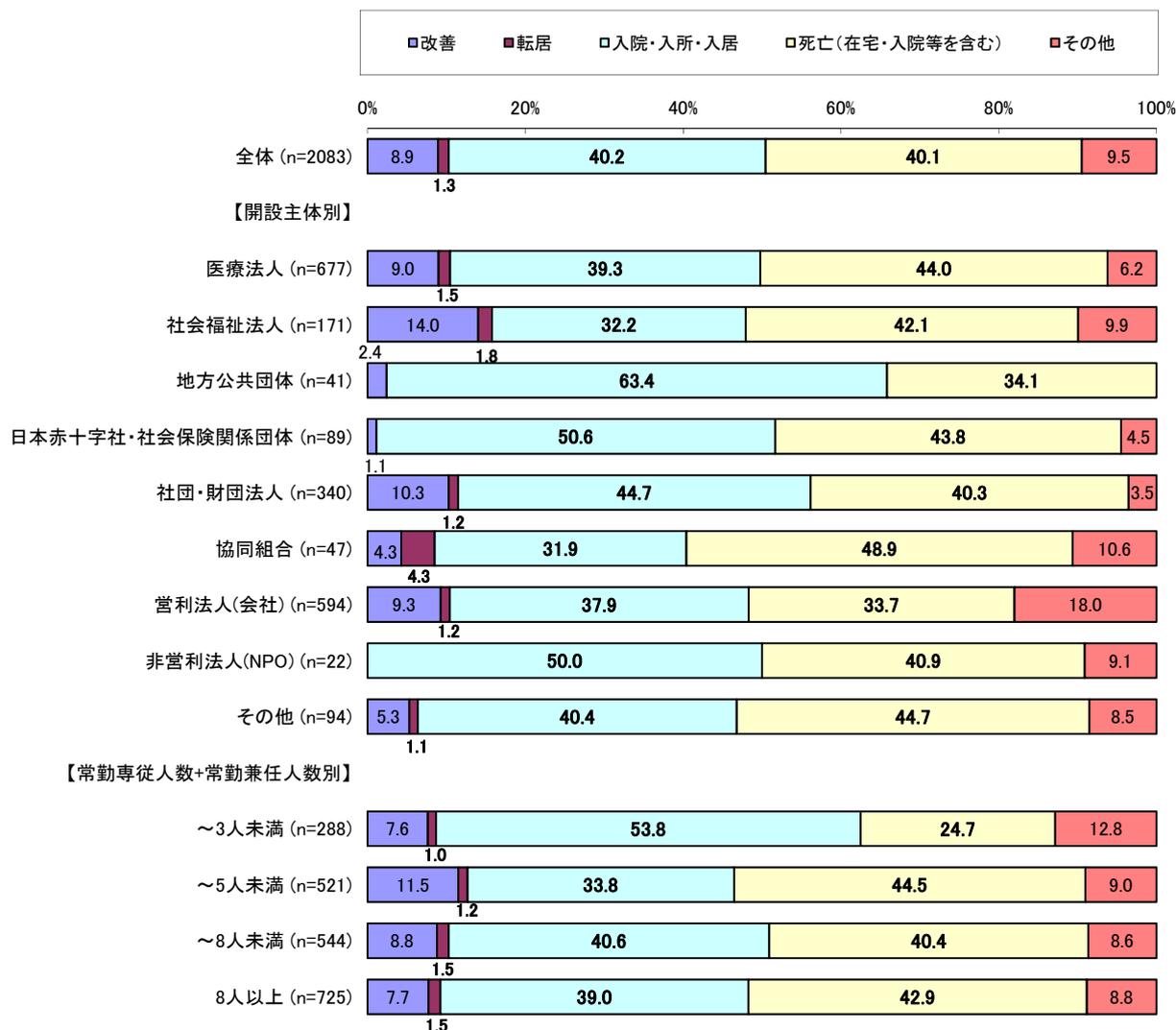
集計した利用終了者 2,083 人の終了理由は、「入院・入所・入居」40.2%と「死亡（在宅・入院等含む）」40.1%が拮抗しており、この2つの理由で全体の8割を占める。「改善」による訪問終了は全体の1割以下である。

開設主体別にみると、「入院・入所・入居」は「地方公共団体」が63.4%と高くなっており、「日本赤十字・社会保険関係団体」と「非営利法人（NPO）」でも終了理由の5割以上を占めている（ただし「非営利法人（NPO）」は回答数が22人と少ないため参考値）。

ステーションの従事者人数（※）別では、人数の少ない「～3人未満」で「入院・入所・入居」が53.8%と高くなっている。

（※）従事者数＝「常勤専従」人数＋「常勤兼務」人数

図 1.19 利用終了者の終了理由



### 1.2.7 利用終了者の入院・入所・入居先

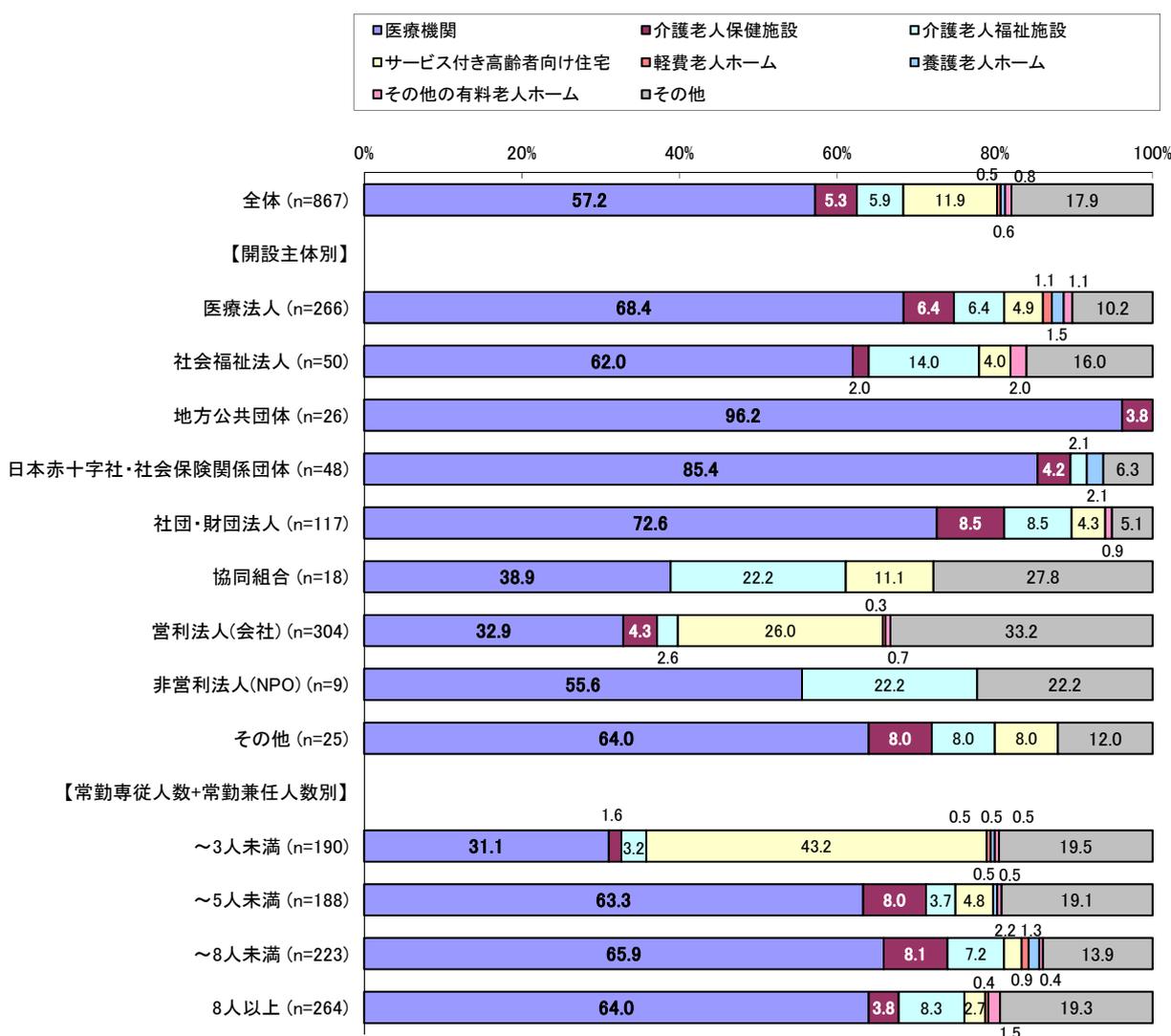
利用終了者 867 人の「入院・入所・入居先」は「医療機関」が 57.2% を占める。ついで、「サービス付き高齢者向け住宅」11.9%、「介護老人福祉施設」5.9%、「介護老人保健施設」5.3%などとなっている。

開設主体別にみると、「医療機関」の割合は「地方公共団体」96.2%、「日本赤十字・社会保険関係団体」85.4%、「社団・財団法人」72.6%などで、とくに高い傾向がみられた。一方、「共同組合」と「営利法人（会社）」では「医療機関」は3割台であり、「介護老人福祉施設」や「介護老人保健施設」の割合がそれぞれ2割強と高くなっている。

従事者人数（※）別では、人数の少ない「～3人未満」が特徴的であり、「医療機関」31.1%に対し、「サービス付き高齢者向け住宅」43.2%と高くなっている。

（※）従事者数＝「常勤専従」人数＋「常勤兼務」人数

図 1.20 利用終了者の入院・入所・入居先



### 1.3 交通事故障害児・者の利用

#### 1.3.1 交通事故障害児・者の利用者数

平成 26 年 9 月 1 ヶ月間で交通事故による障害児・者の利用の有無をたずねたところ、776 施設のうち 16.8%が「利用者あり」と答えた。開設主体別には、集計数は少ないものの「非営利法人（NPO）」では「利用者あり」の施設が 33.3%と高いほか、「社会福祉法人」「社団・財団法人」「共同組合」も 2 割を超えている。利用者人数別では、人数が多いほど（施設規模が大きいほど）「利用者あり」との回答が増加する。

集計した交通事故障害児・者の利用者 209 人の年齢構成をみると、「18 歳未満」4.3%、「18 歳以上」95.7%となっている。

図 1.21 交通事故障害児・者の有無

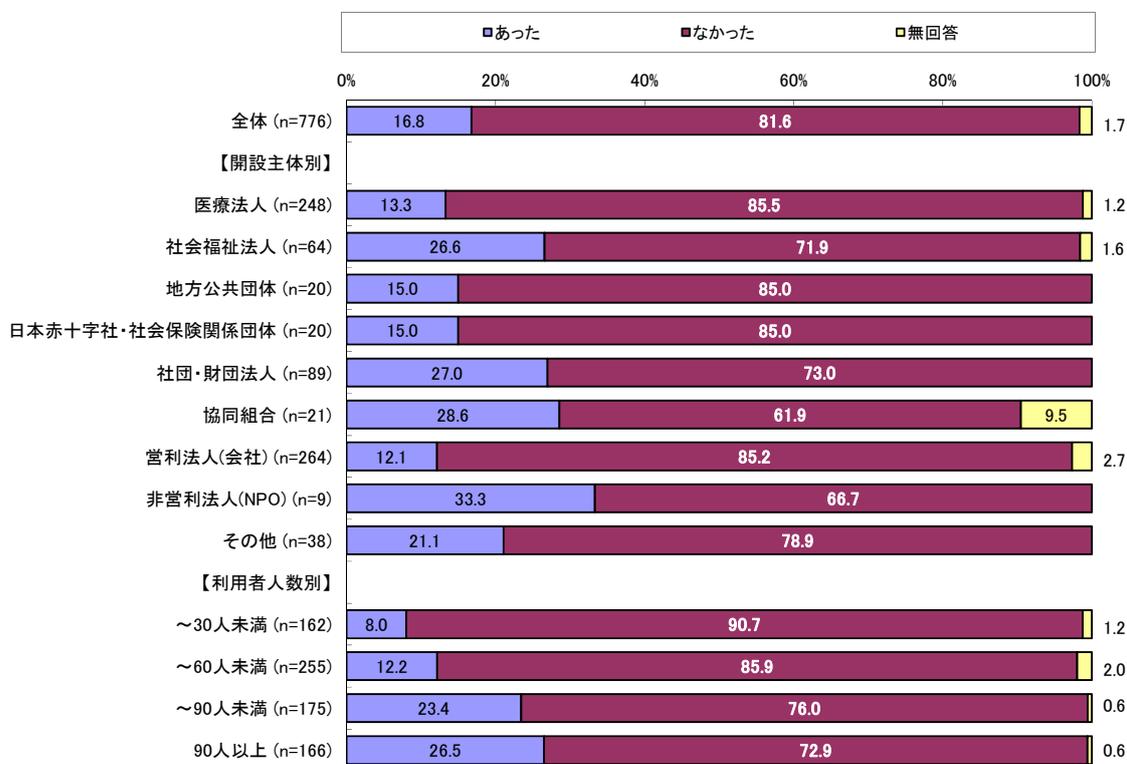
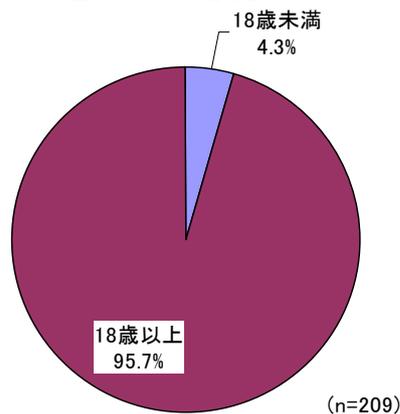


図 1.22 交通事故障害児・者の年齢



## 1.4 訪問看護の実施状況・実施体制

### 1.4.1 機能強化型訪問看護ステーションの届け出状況

集計した 776 施設のうち「機能強化型訪問看護ステーション」の届け出が受理されているのは 4.3%であり、利用者人数別「90 人以上」では 14.5%となっている。

届出が受理された 33 施設のタイプをみると、「管理療養費 1」54.5%、「管理療養費 2」45.5%である。

今後の届け出予定について回答した 735 施設では「今年度内に予定」が 2.0%にとどまっており、利用者人数による意向格差もみられなかった。

図 1.23 機能強化型訪問看護ステーションの届け出の受理とタイプ

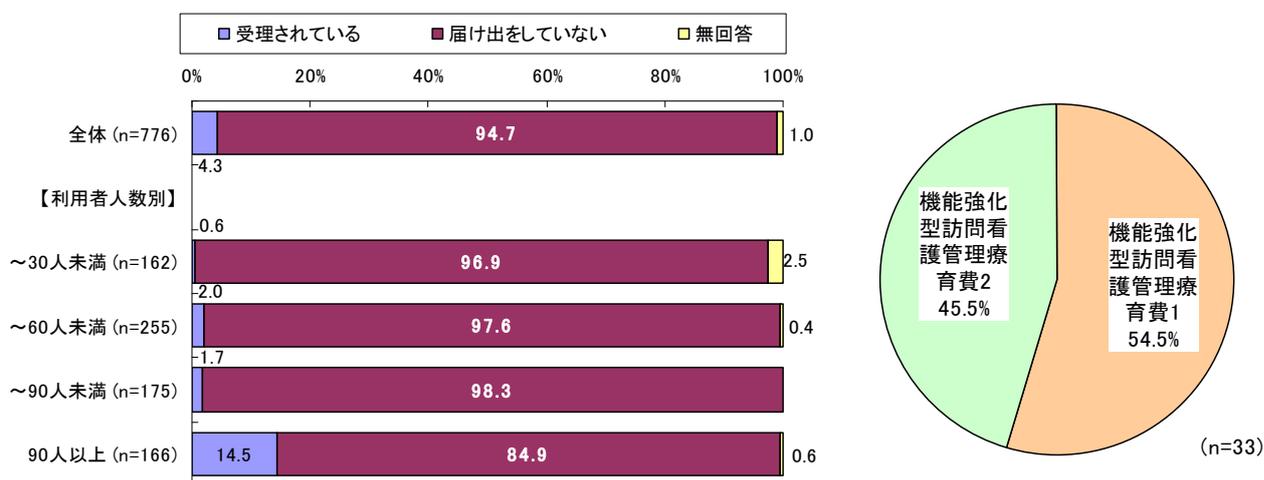
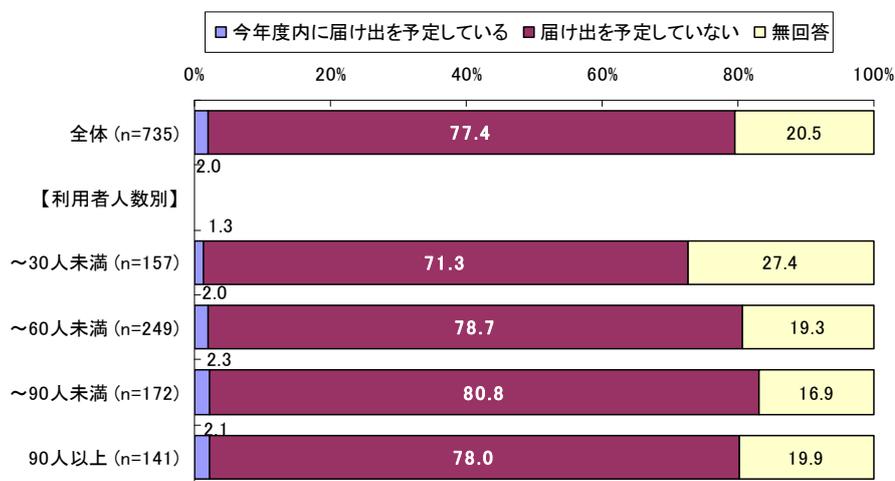


図 1.24 今後の届け出予定



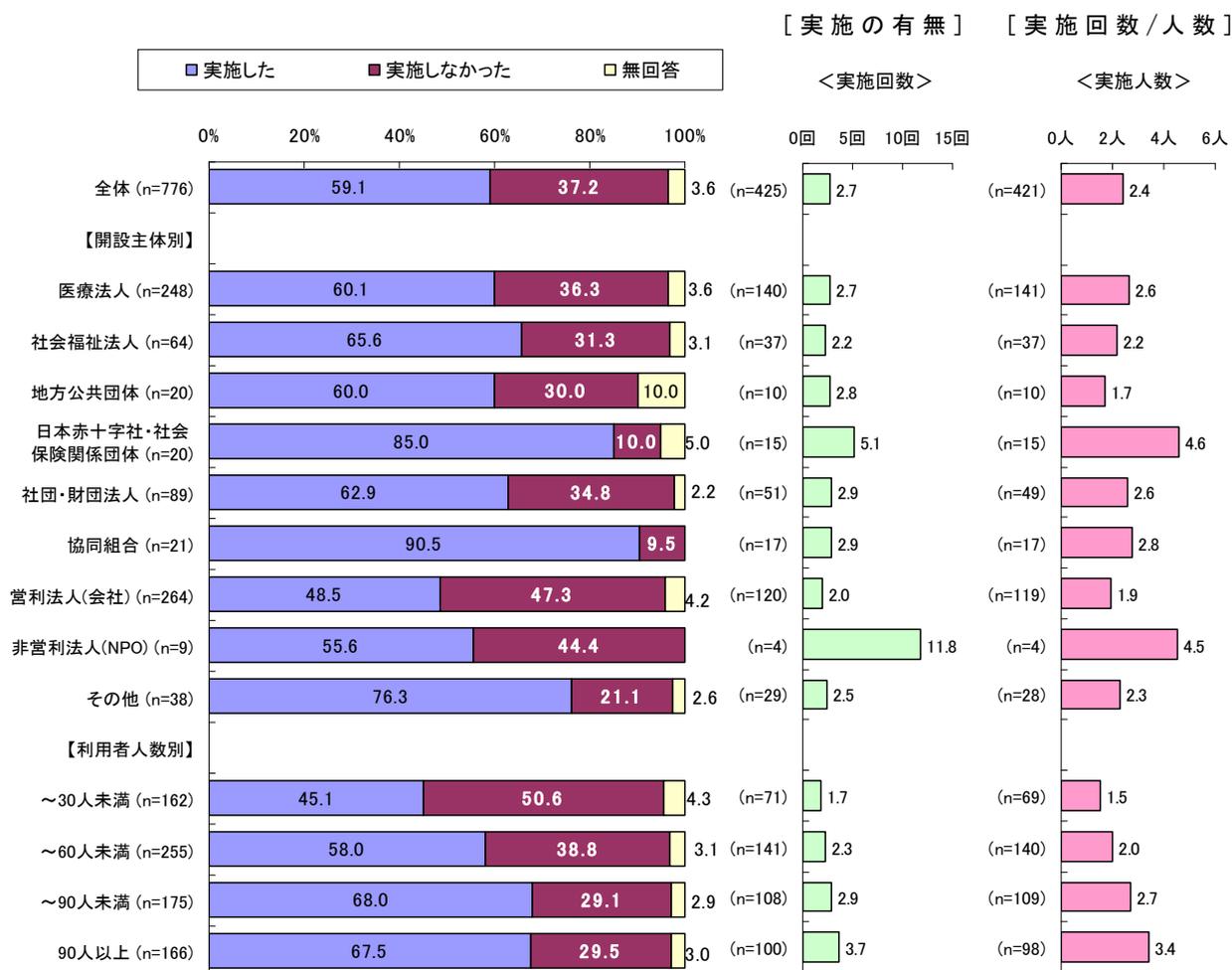
### 1.4.2 退院前病棟訪問の実施状況

集計した 776 施設の、1 ヶ月間の退院前病棟訪問の実施率は 59.1% である。開設主体別では「共同組合」90.5%、「日本赤十字・社会保険関係団体」85.0% などが高く、利用者人数別では「～90 人未満」と「90 人以上」が 7 割弱に対して、「～60 人未満」58.0%、「～30 人未満」45.1% と規模が小さくなると実施率も低下する。

実施回数を回答した 425 施設での 1 ヶ月間の実施回数は平均 2.7 回、また、利用人数を回答した 421 施設での利用人数は平均 2.4 人である。開設主体別には、集計数が 4 施設と少ない「非営利法人（NPO）」を除けば、「日本赤十字・社会保険関係団体」で実施回数、利用人数ともに、全体よりやや多い。

ステーションの利用者人数別では、利用者数が多いほど実施回数、実施人数とも増加する傾向がみられた。

図 1.25 退院前病棟訪問の実施状況



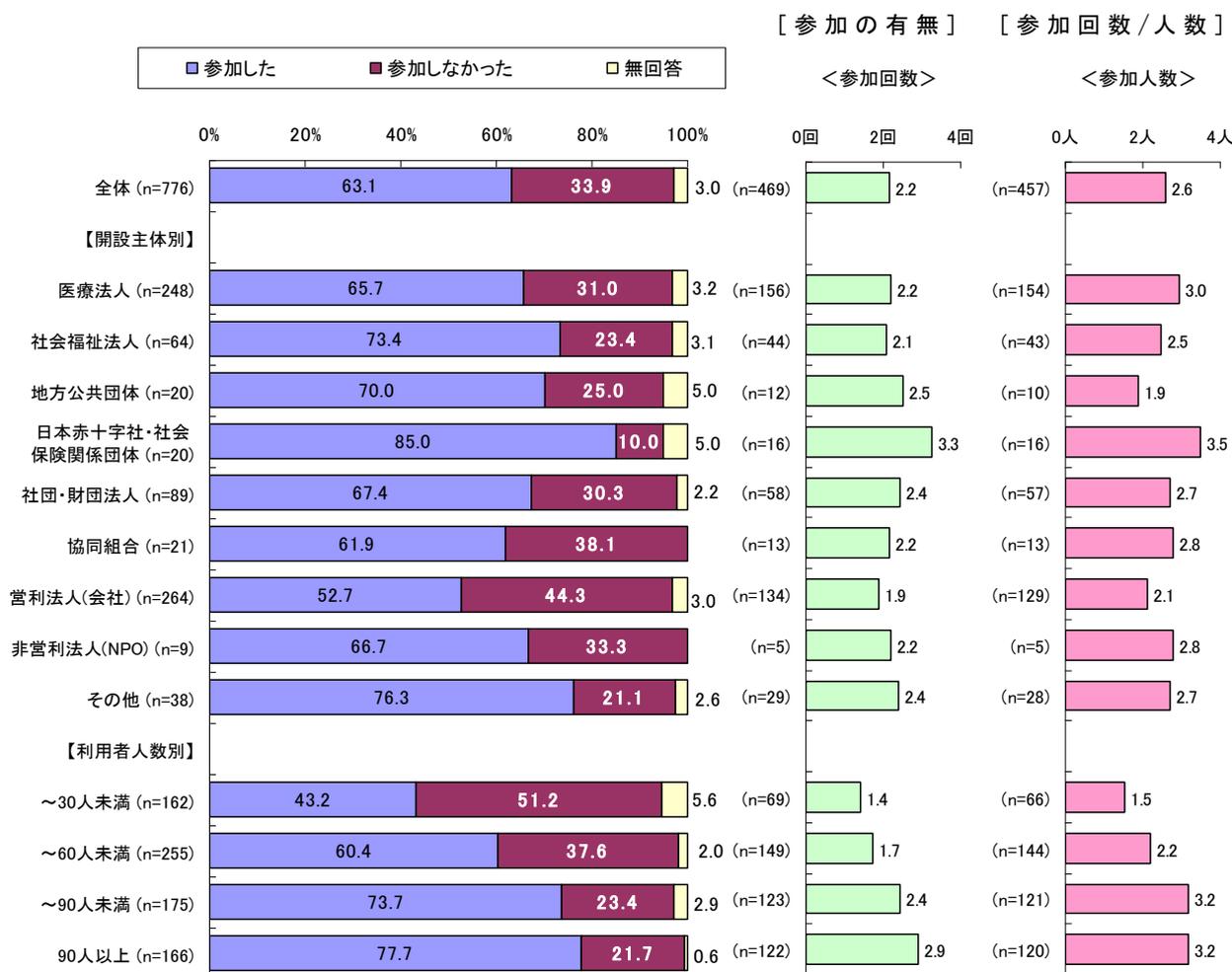
### 1.4.3 退院時の合同カンファレンスの参加状況

集計した 776 施設の、1ヶ月間の退院時合同カンファレンスの参加率は 63.1%である。開設主体別にみると、「日本赤十字・社会保険関係団体」85.0%、「社会福祉法人」73.4%、「地方公共団体」70.0%などが高くなっている。ステーション利用者人数別では利用者数が多いほど参加率は高まり、「90人以上」では 77.7%となる。

参加回数を回答した 469 施設での参加回数は平均 2.2 回であり、参加人数を回答した 457 施設での参加人数は 2.6 人であった。開設主体別には、「日本赤十字・社会保険関係団体」で実施回数、実施人数ともに高いことがわかる。

ステーション利用者人数別では、利用者数が多いほど参加回数、参加人数とも増加する傾向がみられた。

図 1.26 退院時の合同カンファレンスの参加状況



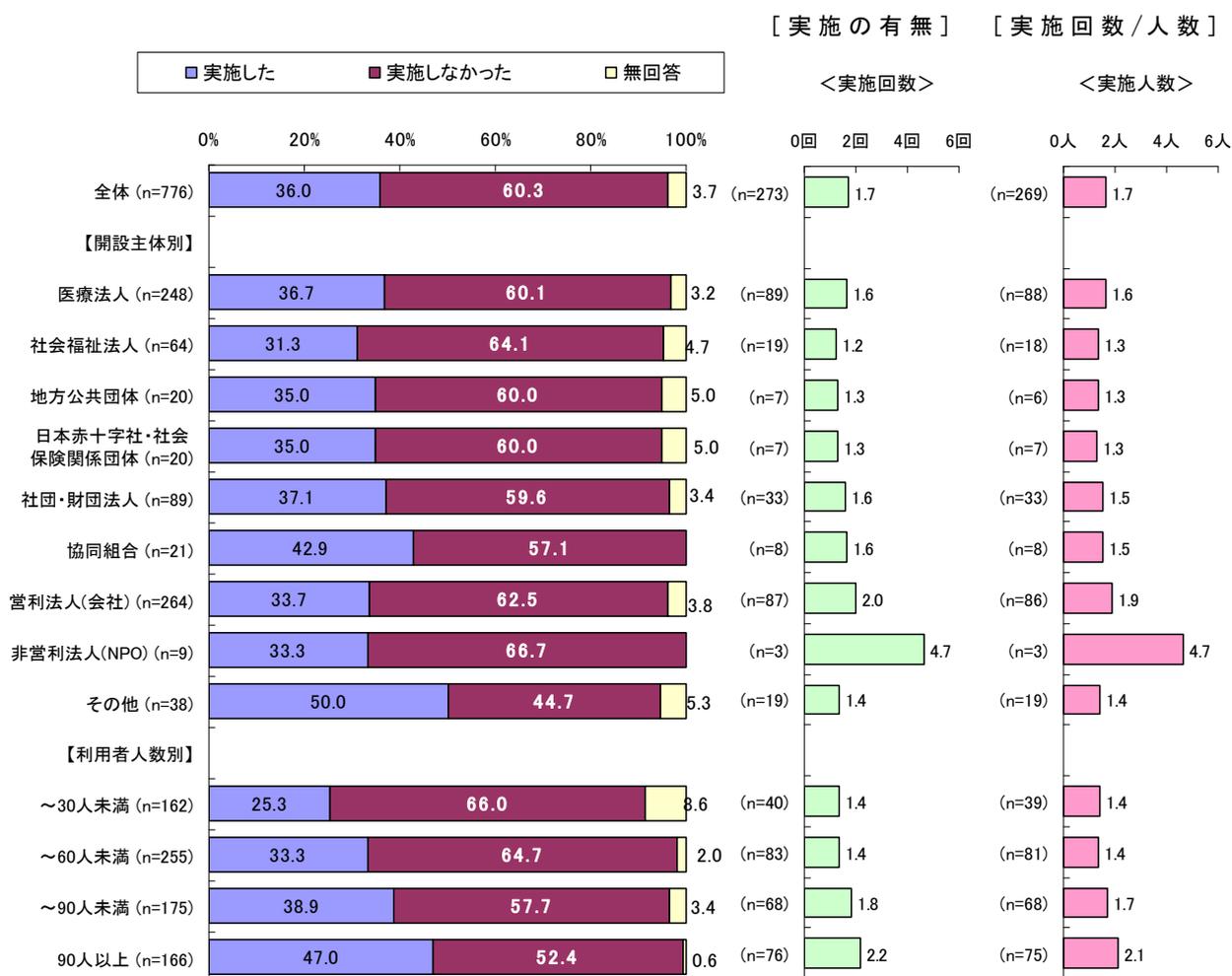
### 1.4.4 退院日当日訪問の実施状況

集計した 776 施設の、1 ヶ月間の退院日当日訪問の実施率は 36.0%である。開設主体別では「共同組合」で 42.9%とやや高いほかは、概ね 30%台であった。利用者人数別では利用者数が多いほど実施率は上昇する傾向がみられ、「90人以上」では 47.0%と高くなっている。

実施回数を回答した 273 施設における実施回数は平均 1.7 回であり、実施人数を回答した 269 施設での実施人数は平均 1.7 人であった。開設主体別には、集計数が 3 施設と少ない「非営利法人（NPO）」での実施回数・実施人数を除けば、ほぼ同様の結果であった。

ステーション利用者人数別では、利用者数が多くなるにつれて実施回数、実施人数が漸増する傾向がみられた。

図 1.27 退院前当日訪問の実施状況



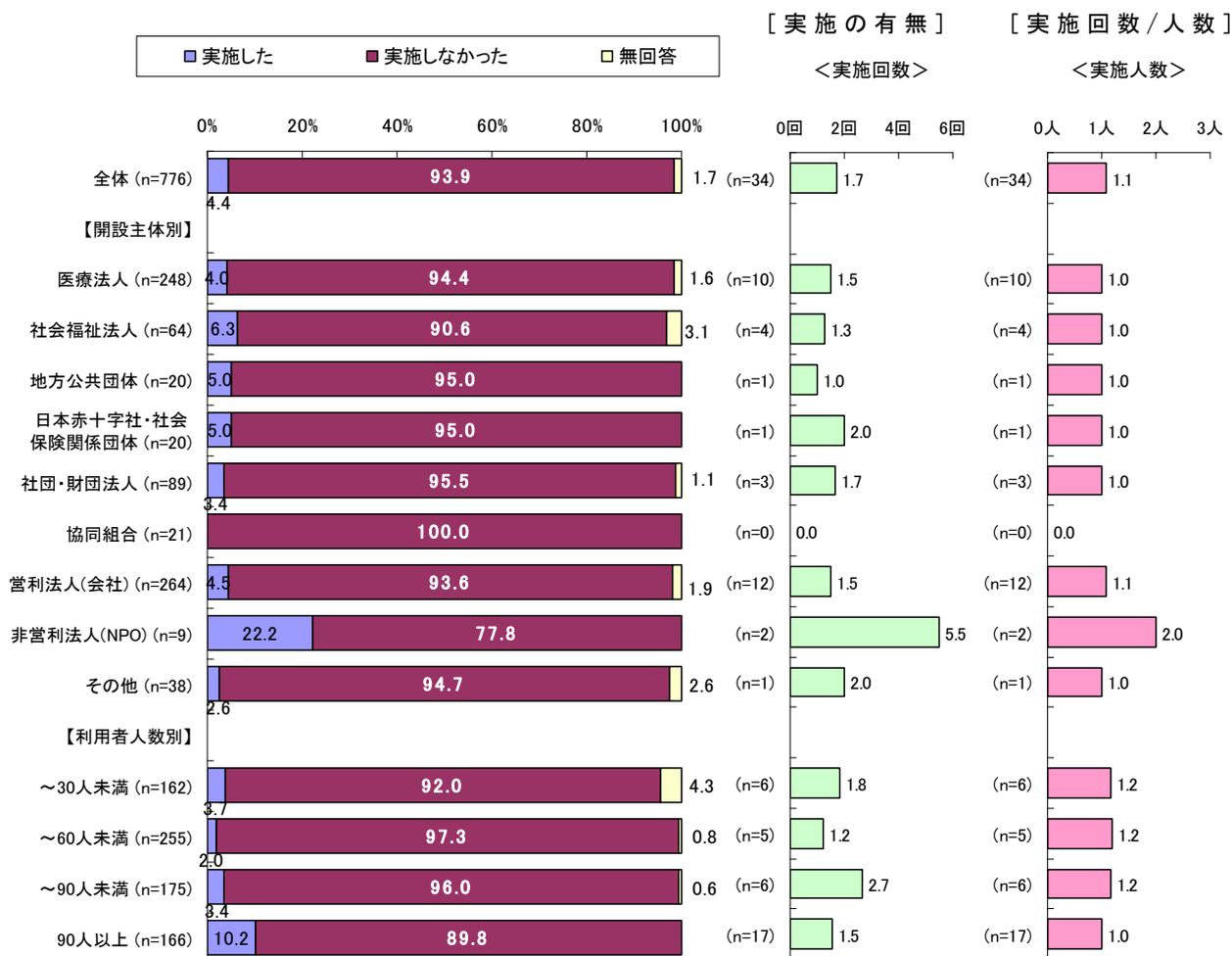
### 1.4.5 外泊時の訪問看護実施の状況

集計 776 施設での、1ヶ月間の「外泊時の訪問看護」の実施率は 4.4% である。開設主体別では、集計数が 9 施設とやや少ない「非営利団体 (NPO)」の 22.2% を除けば、ほぼ同じような水準である。ちなみに、「協同組合」は外泊時の訪問看護自体を行っていない。ステーション利用者人数別では「90 人以上」の大型施設での実施率が 10.2% と高いことがわかる。

実施回数を回答した 34 施設での実施回数は平均 1.7 回であり、一方、実施人数を回答した 34 施設での実施人数は平均 1.1 人であった。開設主体別にみると、集計数が 2 施設と少ない「非営利法人 (NPO)」を除けば、同じような水準である。

ステーション利用者人数別では、利用者数との明確な相関はみられなかった。

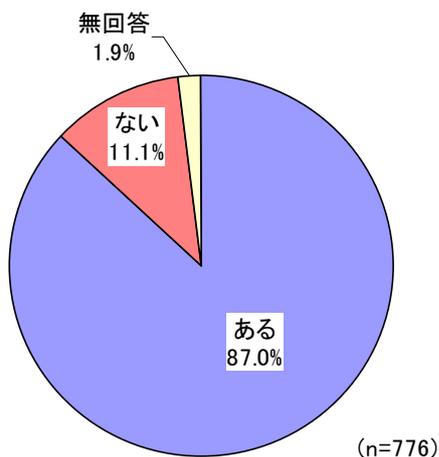
図 1.28 外泊時の訪問看護の実施状況



### 1.4.6 在宅での看取り体制の有無

集計した 776 施設での、「在宅での看取り体制の有無」をたずねたところ、「ある」との回答が 87.0%と、全体の約 9 割にのぼった。

図 1.29 在宅での看取り体制の有無

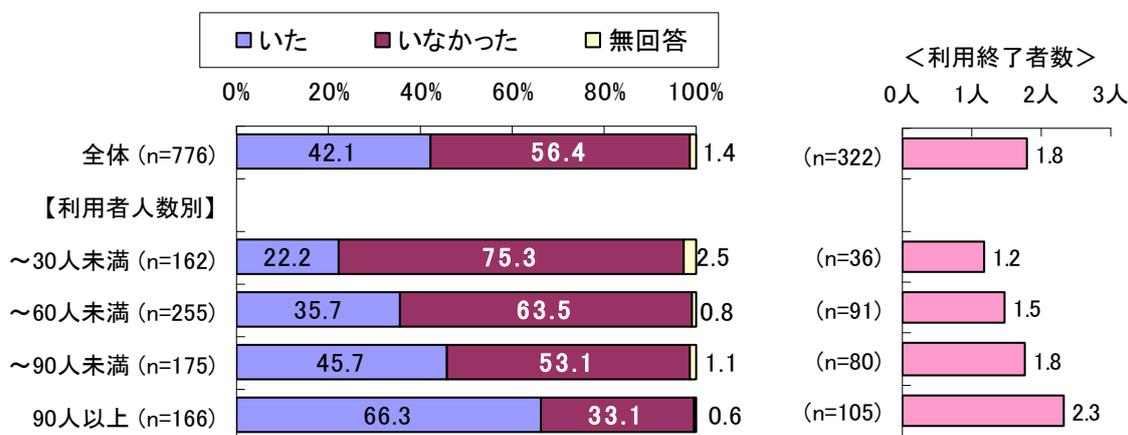


### 1.4.7 在宅での死亡による利用終了者の有無と人数

集計した 776 施設のうち、1ヶ月間（平成 26 年 9 月）の、在宅での死亡による利用終了者が「いた」のは 42.1%である。ステーション利用者数が多いほど増加する傾向がみられ、「90人以上」では 66.3%と、「～30人未満」施設の実施率 22.2%の約 3 倍にも及ぶ格差がみられる。

利用終了者を集計した 322 施設での、利用終了者数は平均 1.8 人であり、これもステーション利用者数が多いほど増加する傾向があり、「90人以上」では 2.3 人と、「～30人未満」施設の利用終了人数 1.2 人のほぼ 2 倍である。

図 1.30 在宅での死亡による利用終了者の有無と人数（平均）

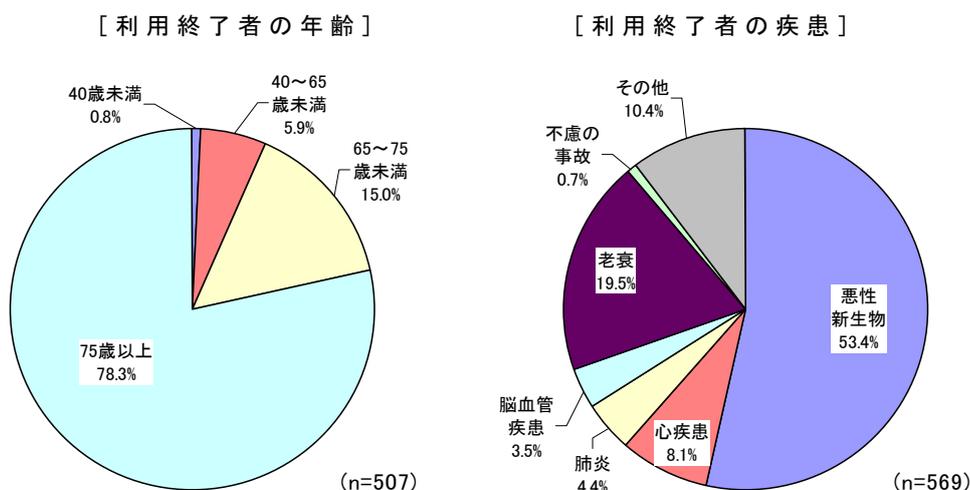


### 1.4.8 在宅での死亡による利用終了者の年齢と疾患

集計した、在宅での死亡による利用終了者 507 人の年齢構成は、「75 歳以上」78.3%と、全体の約 8 割を占めたのに対して、これより若い年代は「65～75 歳未満」15.0%、「40～65 歳未満」5.9%、「40 歳未満」0.8%であった。

利用終了者のうち、集計した 569 人の疾患をみると、「悪性新生物」が 53.4%と過半を占め、ついで「老衰」19.5%、「心疾患」8.1%、「肺炎」4.4%、「脳血管疾患」3.5%、「不慮の事故」0.7%などとなっている。

図 1.31 在宅での死亡による利用終了者の年齢と疾患

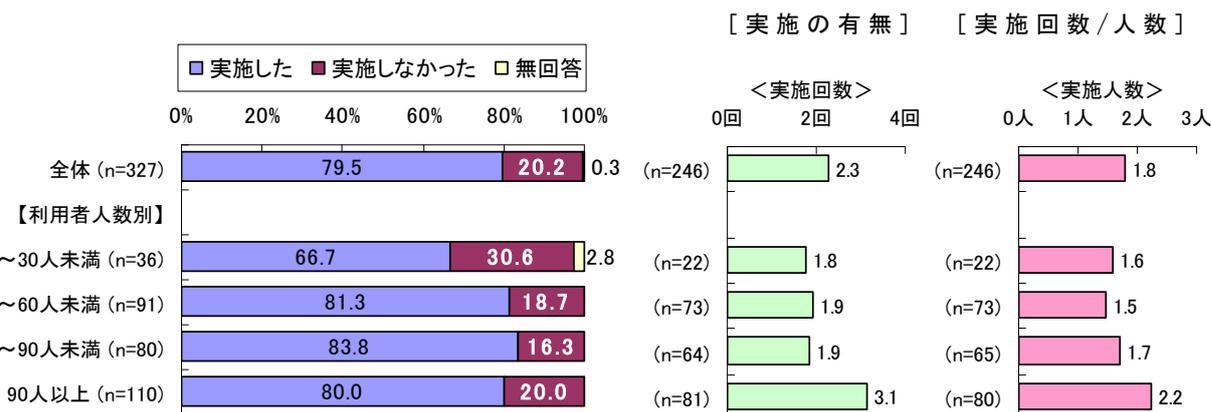


### 1.4.9 在宅での死亡前 24 時間以内の訪問看護実施状況

利用終了者がいた 327 施設での、死亡前 24 時間以内の訪問看護実施率は 79.5%であった。ステーション利用者数別には、「～30 人未満」ではやや低く 66.7%にとどまっている。

246 施設での実施回数は平均 2.3 回、実施人数は 1.8 人であり、ステーション利用者数が多いほど実施回数、実施人数とも増加する傾向がみられた。

図 1.32 在宅での死亡前 24 時間以内の訪問看護実施状況

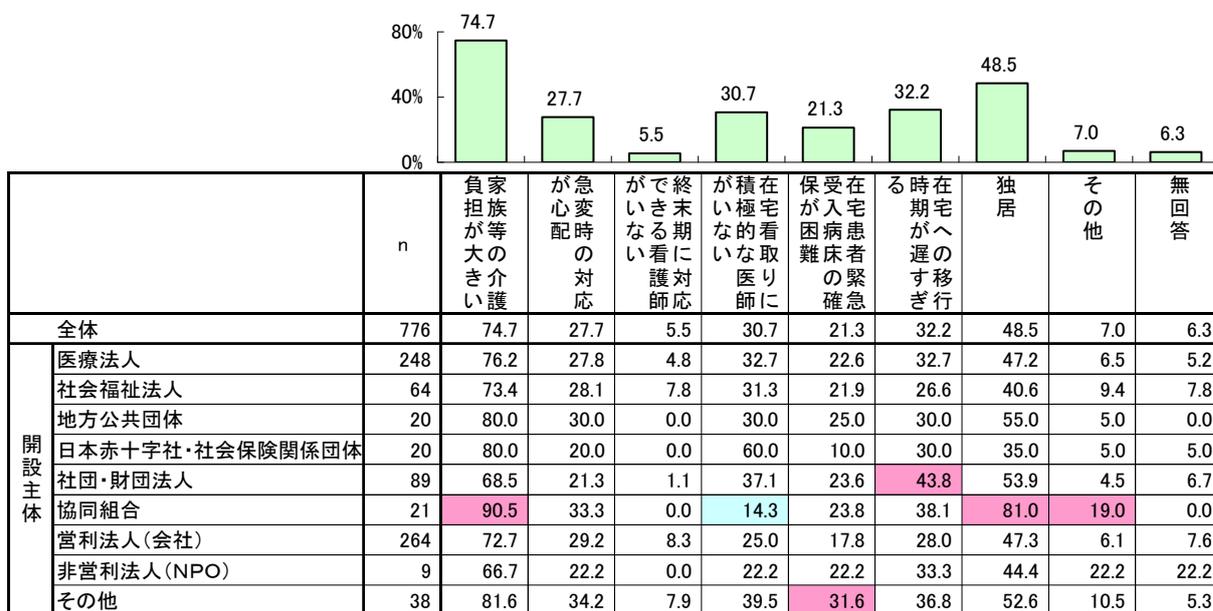


### 1.4.10 在宅終末期ケアの阻害要因

集計した 776 施設に対して、「在宅終末期ケアの阻害要因」をたずねたところ、最も高かったのは「家族等の介護負担が大きい」74.7%、ついで、「独居」48.5%、「在宅への移行時期が遅すぎる」32.2%、「在宅看取りに積極的な医師がいない」30.7%の順である。

開設主体別にみると、「協同組合」では「在宅看取りに積極的な医師がいない」という認識は、ほかの開設主体に比べて低いのに対して、「家族等の介護負担の大きさ」や「独居」などは阻害要因として大きいと捉えられている。また、「社団・財団法人」では「在宅への移行時期が遅すぎる」ことが阻害要因として大きいと認識されている。

図 1.33 在宅終末期ケアの阻害要因



※ 〇は全体に比べ+10pt以上、△は-10pt以下。(ただし、サンプル数20以上)

### 1.4.11 訪問看護ステーション利用者からの意見の有無と内容

集計した 776 施設のうち、利用者からの意見が「あった」のは 32.3% であり、全体の約 6 割は「とくにない」と回答した。開設主体別に利用者からの意見があったとする割合が多かったのは、「協同組合」57.1%、「日本赤十字・社会保険関係団体」40.0%、「社会福祉法人」39.1% などである。

「意見があった」とする 251 施設での内容をみると、「利用料が高いので負担に感じる」と「予定通りの時間に来ない・訪問時間を守らない」の 2 つが、それぞれ 4 割弱の利用者から寄せられており、そのほかの意見は 1 割台以下にとどまっている。

図 1.34 開設主体別訪問看護ステーション利用者からの意見の有無

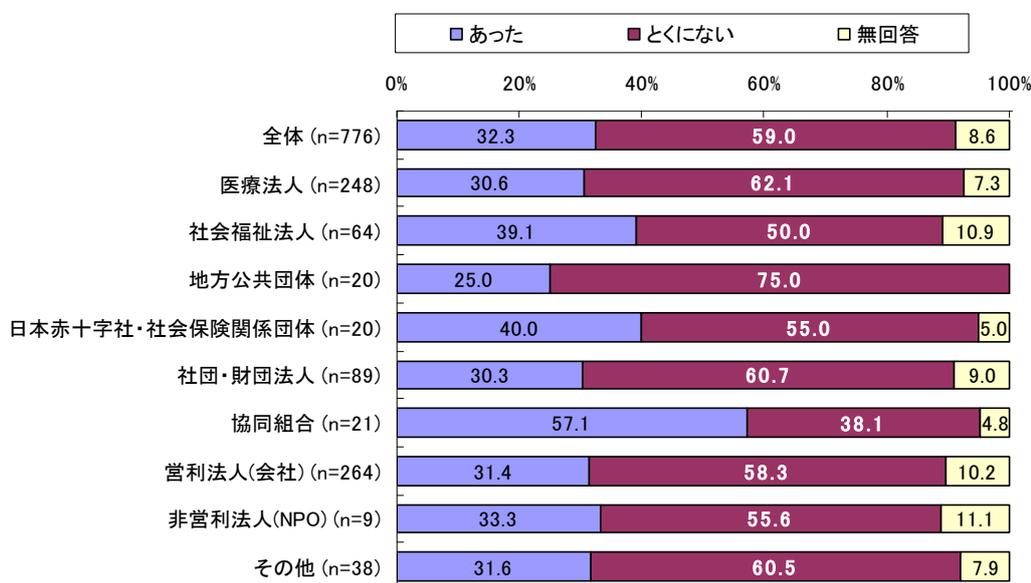
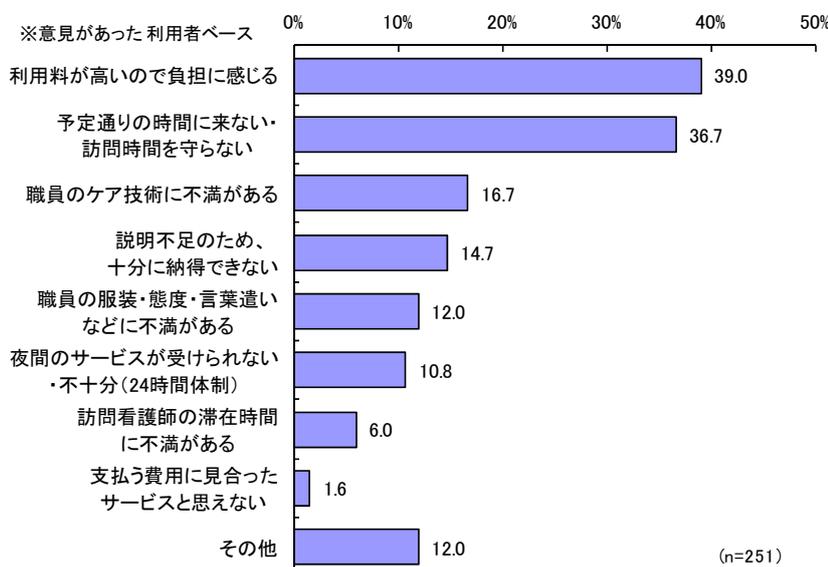


図 1.35 看護ステーション利用者からの意見の内容



## 1.5 経営努力

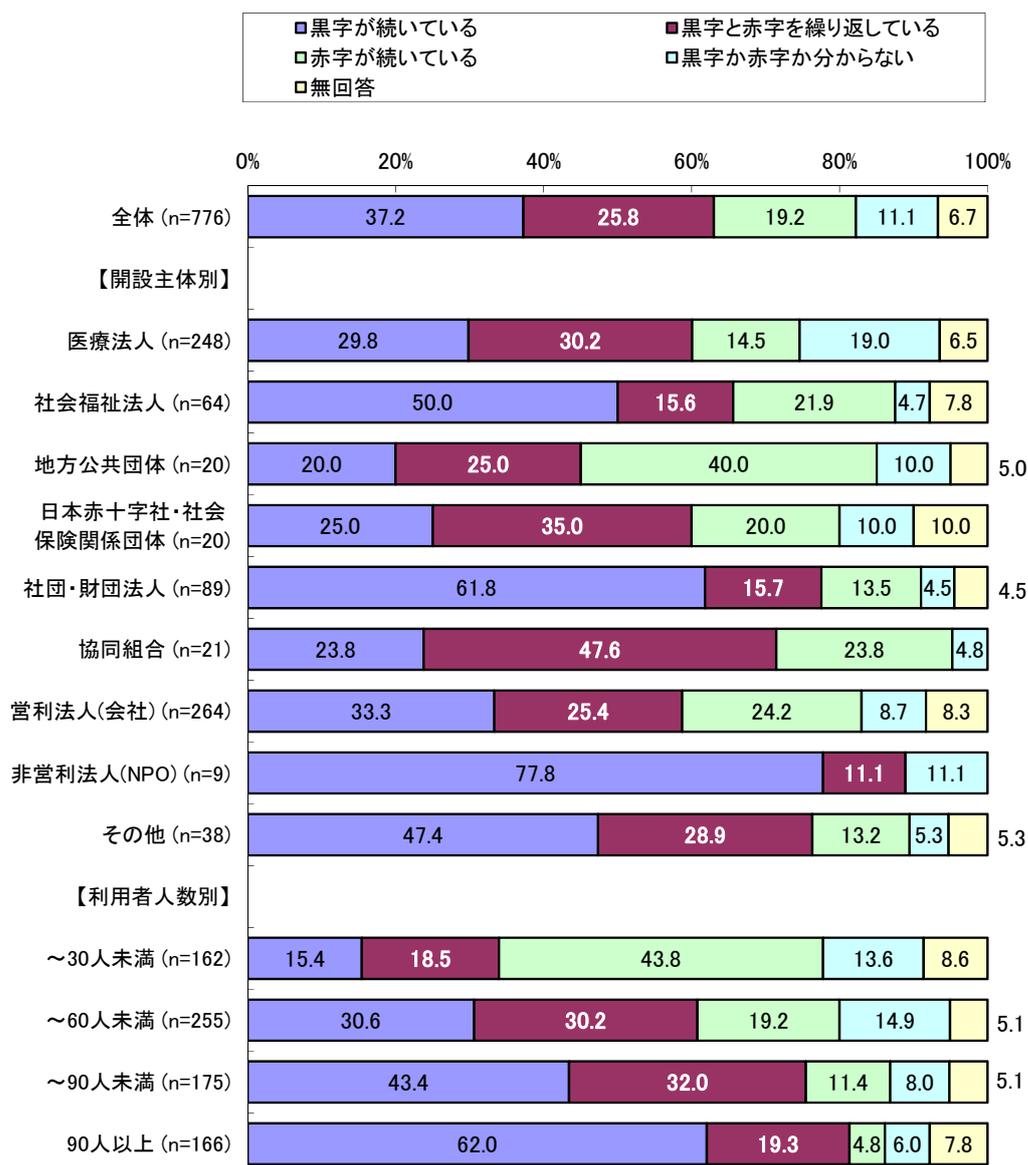
### 1.5.1 過去3年間の収支状況

集計した 776 施設での、過去3年間の収支状況は「黒字が続いている」37.2%、「黒字と赤字を繰り返している」25.8%、「赤字が続いている」19.2%、「黒字か赤字かわからない」11.1%であった。

開設主体別にみると、「黒字が続いている」が最も高いのは「非営利法人（NPO）」77.8%だった（集計数が少ないため参考値）。ついで、「社団・財団法人」61.8%、「社会福祉法人」50.0%などが高い。一方、「赤字が続いている」との回答が目立つのは「地方公共団体」40.0%だった。

ステーション利用者人数別では、利用者数が多いほど「黒字が続いている」との回答が増え、「90人以上」では62.0%に達している。

図 1.36 過去3年間の収支状況



### 1.5.2 黒字化のための努力

集計した 776 施設では、「黒字化のために努力していること」として、最も多くあげられたのは「医師やケアマネジャーなどへのPR・訪問・営業を行う」63.8%であった。ついで、「訪問件数や収支の状況を数字で管理し経営に反映させる」50.3%、「利用者の状態に合わせたケア内容を定期的に見直す」49.5%、「地域の中での他医療機関や福祉施設などと連携する」46.1%、「現場スタッフの意見を聞く場を設ける」44.1%などが4割以上からあげられている。

ステーション利用者人数別にみると、「～30人未満」の施設では「利用者満足度向上のための調査の実施や利用者等へ働きかける」や「訪問件数や収支の状況を数字で管理し経営に反映させる」が低く、小規模であるが故の制約がうかがえる。

一方、「90人以上」のステーションでは、「地域の中での他医療機関や福祉施設などと連携する」「訪問件数や収支の状況を数字で管理し経営に反映させる」「中長期の経営計画を立案・実行する」など、直接的な訪問・営業活動にとどまらず、経営・運営管理を積極的に行っている施設が多い。

「実行するのが困難なこと」として最も多いのは、「機能強化型訪問看護ステーションを目指す」10.3%であり、ついで「黒字化のための努力」として最も多かった「医師やケアマネジャーなどへのPR・訪問・営業」が8.5%となっている。

過去3年間の収支が「黒字」のステーションと「赤字」のステーションについて、「黒字化のために（黒字を継続するために）努力していること」を比較すると、前者（黒字）で統計的有意に高いのは「利用者満足度向上のための調査の実施や利用者等へ働きかける（\*\*）」「訪問件数や収支の状況を数字で管理し経営に反映させる（\*\*）」「定期的に市場調査を行う（\*）」「多機能化を図る（\*）」「経費削減を徹底する（\*\*）」の5項目である。

※統計的有意差記号：「\*\*」 $p < 0.01$  「\*」 $p < 0.05$

これに対して、後者（赤字）で統計的有意に高いのは「利用者の状態に合わせたケア内容を定期的に見直す（\*\*）」「新聞・雑誌・ミニコミ誌等へのPR・広告宣伝を行う（\*）」「スタッフに訪問件数のノルマを課している（\*\*）」「お祭り・行事・イベントなど地域活動への積極的に参加する（\*\*）」の4項目である。

図 1.37 黒字化のための努力

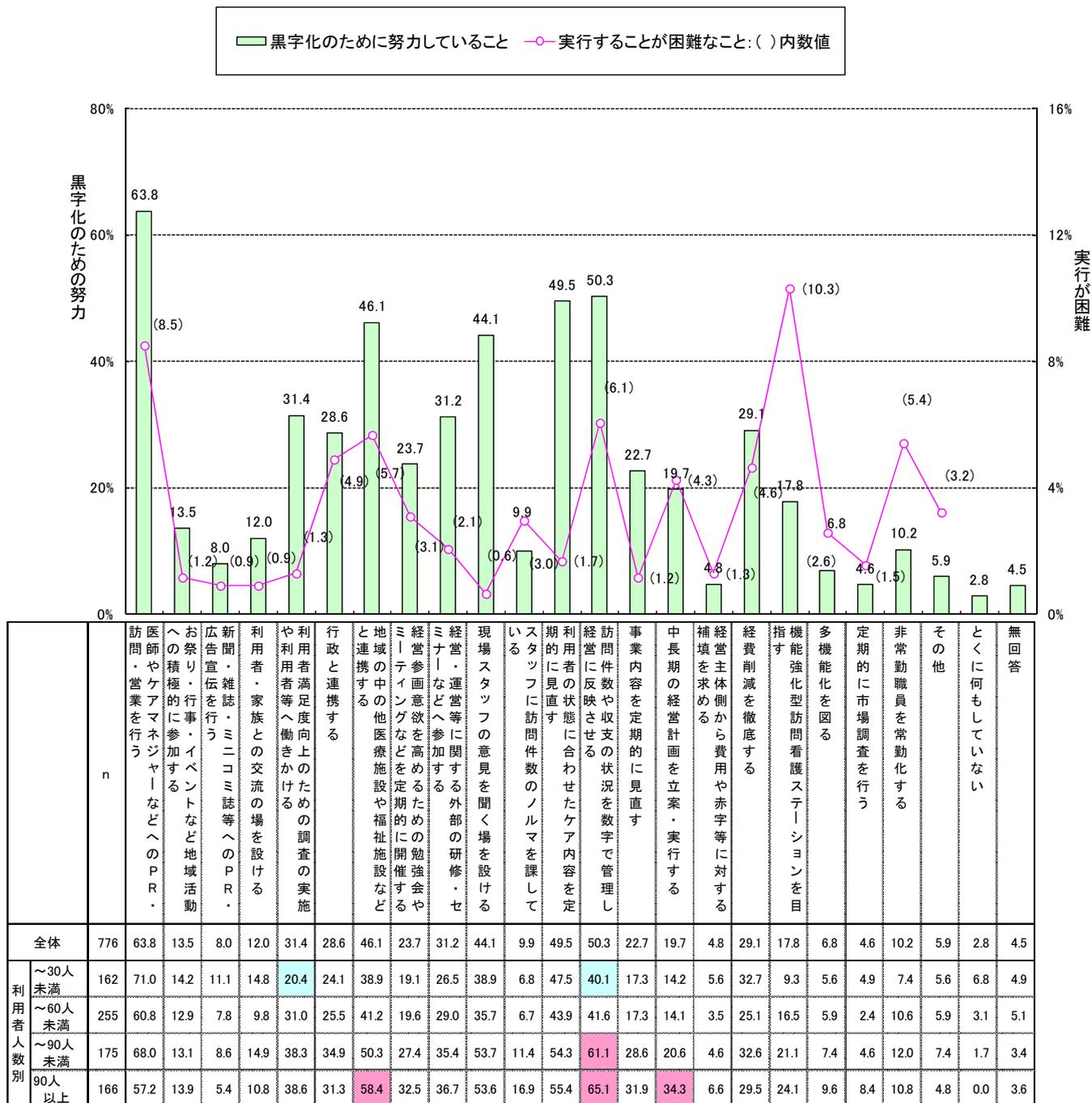


表 1.5 黒字化のための努力（赤字・黒字別）

|                                    | 黒字<br>(n=289)<br>% | 赤字<br>(n=149)<br>% | P値     | 有意差  |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|--------|------|
| 利用者満足度向上のための調査の実施や利用者等へ働きかける       | 59.9               | 43.0               | 0.0004 | [**] |
| 利用者の状態に合わせたケア内容を定期的に見直す            | 56.4               | 75.8               | 0.0000 | [**] |
| 利用者・家族との交流の場を設ける                   | 54.7               | 47.0               |        |      |
| 訪問件数や収支の状況を数字で管理し経営に反映させる          | 52.9               | 36.9               | 0.0007 | [**] |
| 非常勤職員を常勤化する                        | 49.8               | 44.3               |        |      |
| 定期的に市場調査を行う                        | 34.6               | 25.5               | 0.0261 | [*]  |
| 中長期の経営計画を立案・実行する                   | 31.5               | 36.2               |        |      |
| 地域の中その他医療施設や福祉施設などと連携する            | 31.1               | 26.2               |        |      |
| 多機能化を図る                            | 27.7               | 20.1               | 0.0422 | [*]  |
| 新聞・雑誌・ミニコミ誌等へのPR・広告宣伝を行う           | 27.3               | 35.6               | 0.0376 | [*]  |
| 事業内容を定期的に見直す                       | 27.0               | 26.2               |        |      |
| 行政と連携する                            | 22.8               | 18.1               |        |      |
| 現場スタッフの意見を聞く場を設ける                  | 17.6               | 17.4               |        |      |
| 経費削減を徹底する                          | 15.2               | 6.7                | 0.0051 | [**] |
| 経営主体側から費用や赤字等に対する補填を求める            | 13.1               | 14.1               |        |      |
| 経営参画意欲を高めるための勉強会やミーティングなどを定期的に関催する | 12.5               | 12.1               |        |      |
| 経営・運営等に関する外部の研修・セミナーなどへ参加する        | 10.4               | 8.1                |        |      |
| 機能強化型訪問看護ステーションを目指す                | 9.7                | 6.0                |        |      |
| 医師やケアマネジャーなどへのPR・訪問・営業を行う          | 5.2                | 4.7                |        |      |
| スタッフに訪問件数のノルマを課している                | 4.2                | 11.4               | 0.0019 | [**] |
| お祭り・行事・イベントなど地域活動への積極的に参加する        | 3.5                | 10.1               | 0.0024 | [**] |
| その他                                | 8.3                | 6.0                |        |      |
| とくに何もしていない                         | 3.5                | 1.3                |        |      |

p &lt; 0.01 \*\*

p &lt; 0.05 \*

## 2. 交通事故に起因する障害児・者の利用者

### 2. 1 利用者の概要

#### 2. 1. 1 性・年齢構成

訪問看護の利用者について平成26年9月の1ヶ月間に訪問した総数255人の利用者の内訳をみると、まず性別は「男性」73.3%に対して「女性」は25.5%であった。

また、年齢構成をみると、「40～65歳未満」が38.8%、「18～40歳未満」が29.8%と「18～65歳未満」が全体の約7割を占めている。

図 2. 1 利用者の性別

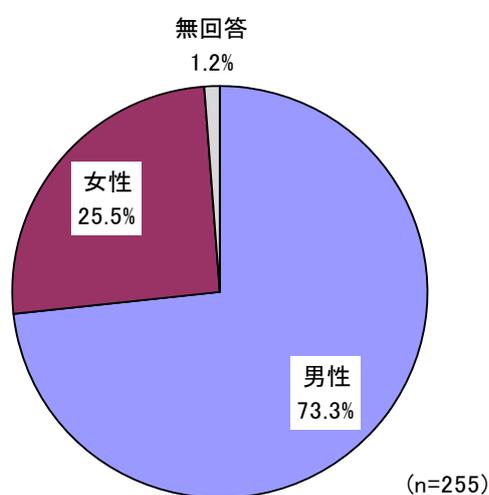
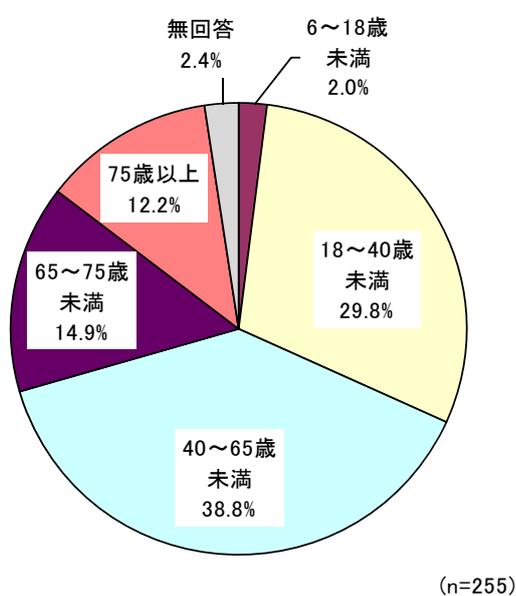


図 2. 2 利用者の年齢構成



## 2. 2 利用者の状況

### 2.2.1 交通事故発生時の利用者の状態

交通事故発生時の利用者の状態をみると「自動車」が40.0%と最も多く、「自動二輪」20.4%と合わせると全体の6割を占める。

該当者の事故発生時の状況は、自動車「運転中」が64.7%、自動二輪「運転中」が88.5%となっている。その他5.1%の内訳では、「電車事故」「酔って路上で寝ていた」などが挙げられている。

図 2.3 交通事故発生時の利用者の状態

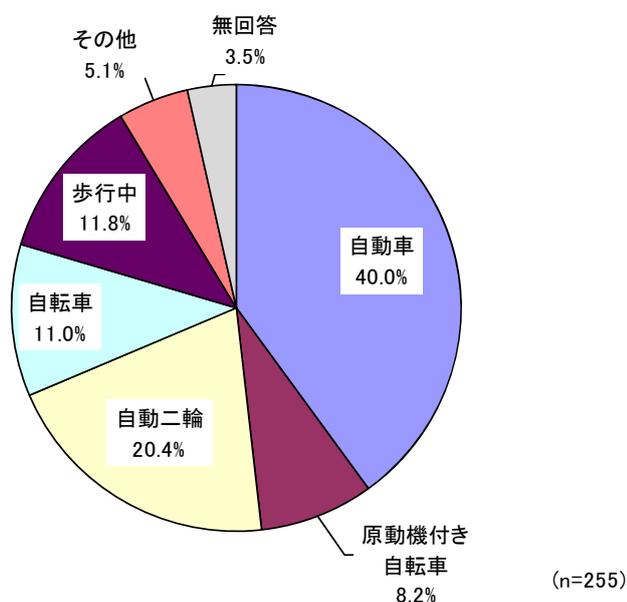


図 2.4 自動車

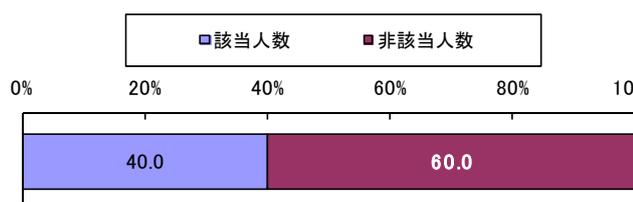
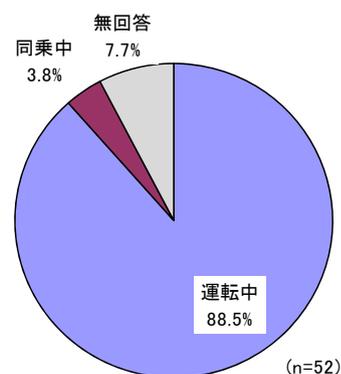
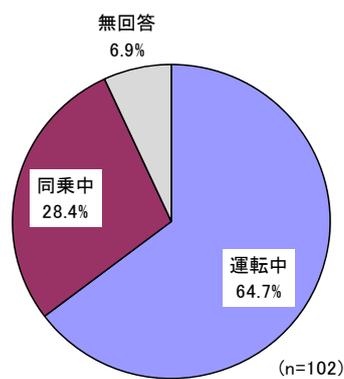
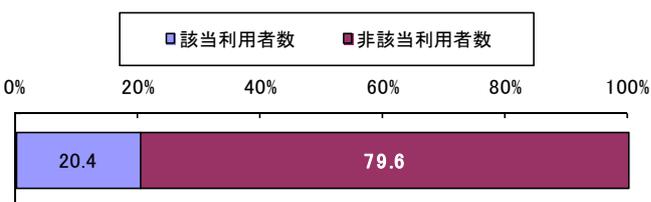


図 2.5 自動二輪

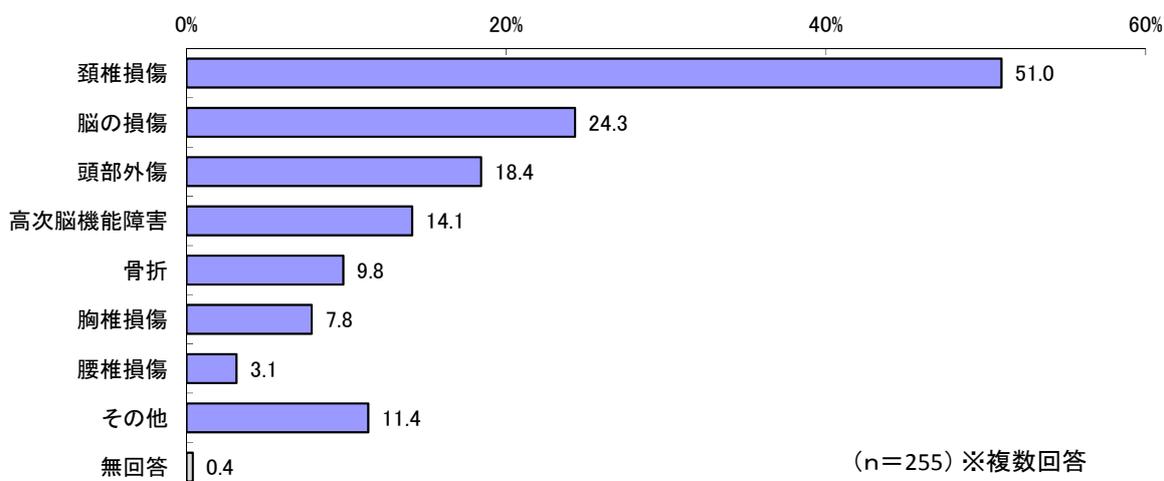


### 2.2.2 交通事故発生時による損傷・障害

利用者の交通事故による損傷・障害の種別では「頸椎損傷」が51.0%と全体の5割を占めており、次いで「脳の損傷」24.3%、「頭部外傷」18.4%、「高次脳機能障害」14.1%と、「頭部」に関連した損傷及び障害が約6割を占めている。「その他」11.4%の中で最も多かったのは「脊髄損傷」であった。

ちなみに、「骨折」部位は様々であるが、「下肢部分」が比較的 多かった。

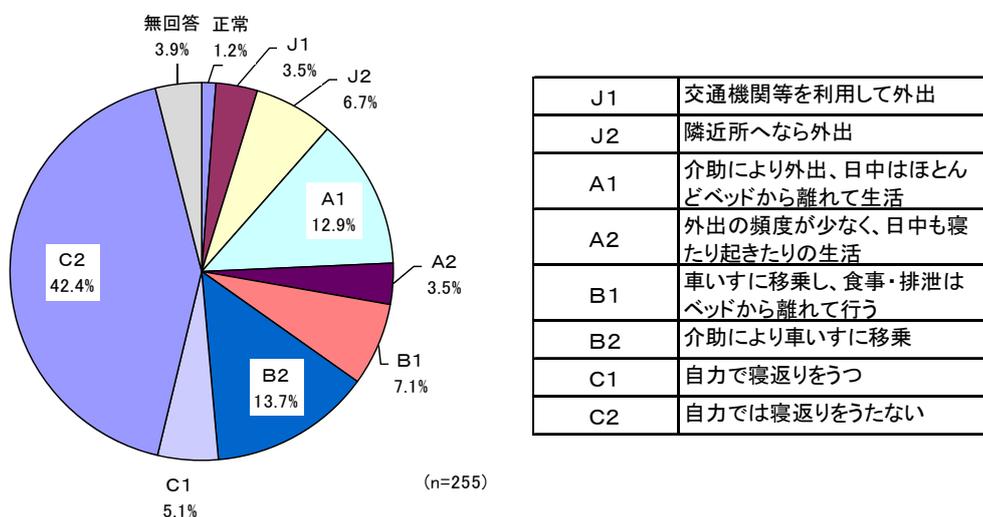
図 2.6 交通事故による損傷・障害



### 2.2.3 日常生活自立度

回答者 255 人の日常生活自立度 (ADL) では、全体の 42.4%が「C2：自力では寝返りをうたない」状態であった。次いで、「B2：介助により車いすに移乗」13.7%、「A1：介助により外出、日中はほとんどベッドから離れて生活」12.9%などと続いている。

図 2.7 日常生活自立度

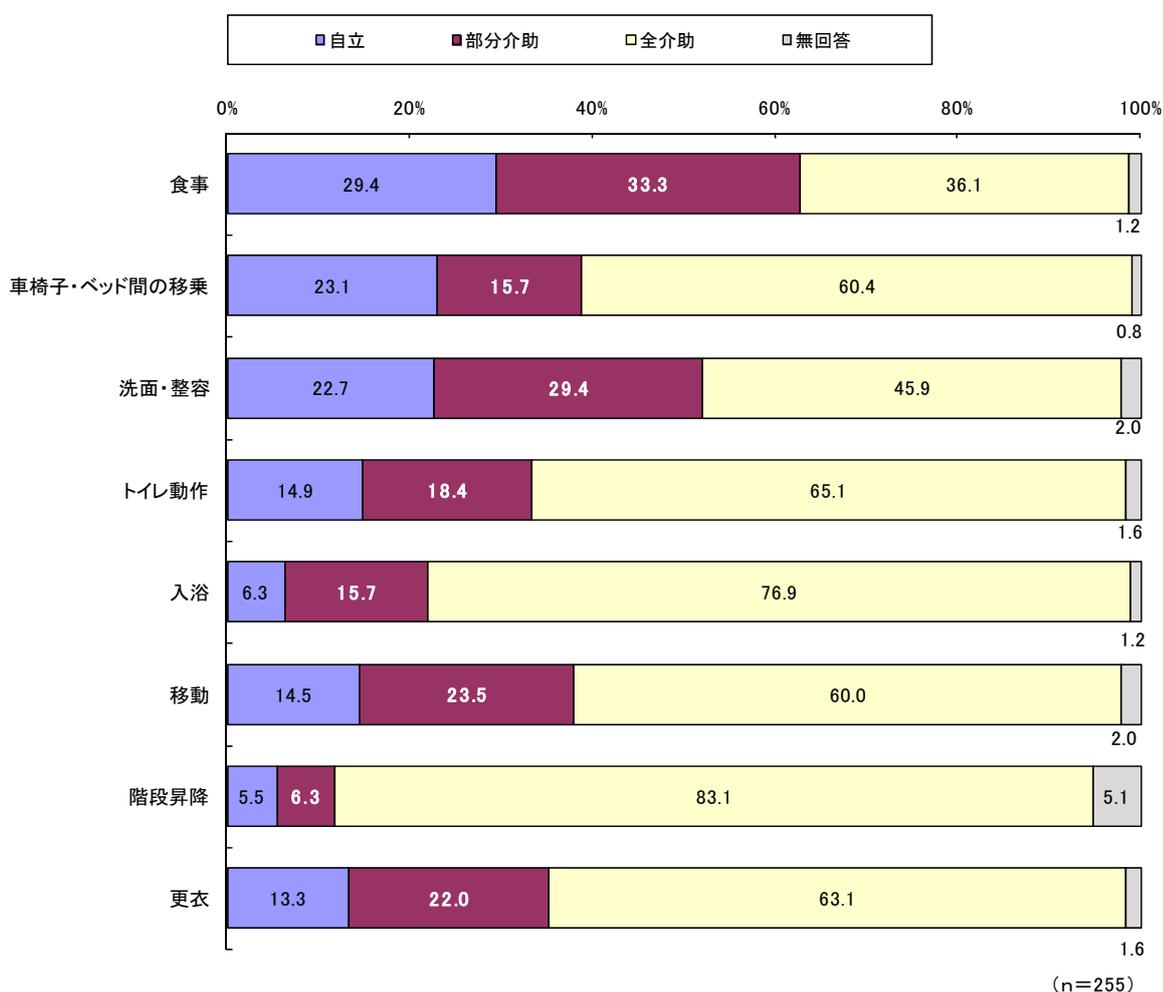


### 2.2.4 ADL 介助の必要な状況

回答者 255 人の ADL 介助状況をみると、「食事」「車椅子・ベッド間の移乗」「洗面・整容」の 3 項目は、「自立」が 2 割以上を占めた。

このうち、「食事」と「洗面・整容」は「部分介助」が 3 割を占めており、「自立」をあわせると、全体の半数以上が該当する。一方、「全介助」の割合が 7 割以上の占めた項目は、「階段昇降」83.1%、「入浴」76.9%であった。

図 2.8 ADL 介助の必要な状況



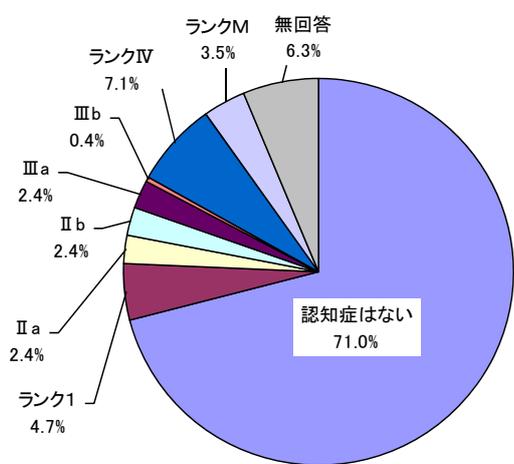
### 2.2.5 認知症の状況

利用者の認知症の状況についてみると、全体の71.0%は「認知症はない」という結果であった。

「無回答」を除くと、全体の22.9%は「認知症を有している」が、認知症の程度をみると「ランクⅣ」が7.1%と多かった。

その他のランクをみると、「ランクⅠ」4.7%、「ランクⅡ」4.8%、「ランクⅢ」3.5%と、ほぼ同じような割合で分散している。「ランクⅢ」は2.8%とやや少なかった。

図 2.9 認知症の状況



(n=255)

|   |   |
|---|---|
| 0 | 認知症はない  |
| 1 | ランクⅠ 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。                 |
| 2 | ランクⅡ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 |
| 3 | ランクⅡa 家庭外で上記Ⅱの状態がみられる                                     |
| 4 | ランクⅡb 家庭内でも上記Ⅱの状態がみられる                                    |
| 5 | ランクⅢ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さ見られ、介護を必要とする。             |
| 6 | ランクⅢa 日中を中心として上記Ⅲの状態がみられる。                                |
| 7 | ランクⅢb 夜間を中心として上記Ⅲの状態がみられる。                                |
| 8 | ランクⅣ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。       |
| 9 | ランクⅣ 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。              |

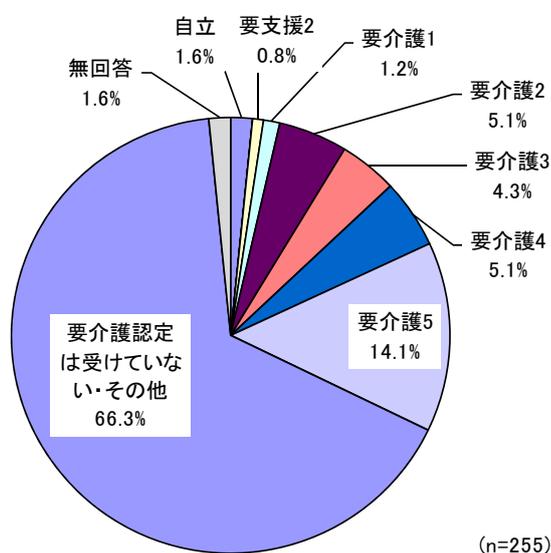
### 2.2.6 要介護度

回答者 255 人に「要介護度」をきいたところ、66.2%が「要介護認定は受けていない・その他」と回答した。「その他」の回答の中には、「若年層だから（介護保険非該当）」「医療保険を利用」などが挙げられた。

「要介護認定を受けている」と回答した利用者の内訳では、「要支援2」～「要介護4」までは約1～5%程度であるのに対して、「要介護5」は14.5%と、他の区分より高い傾向がみられた。

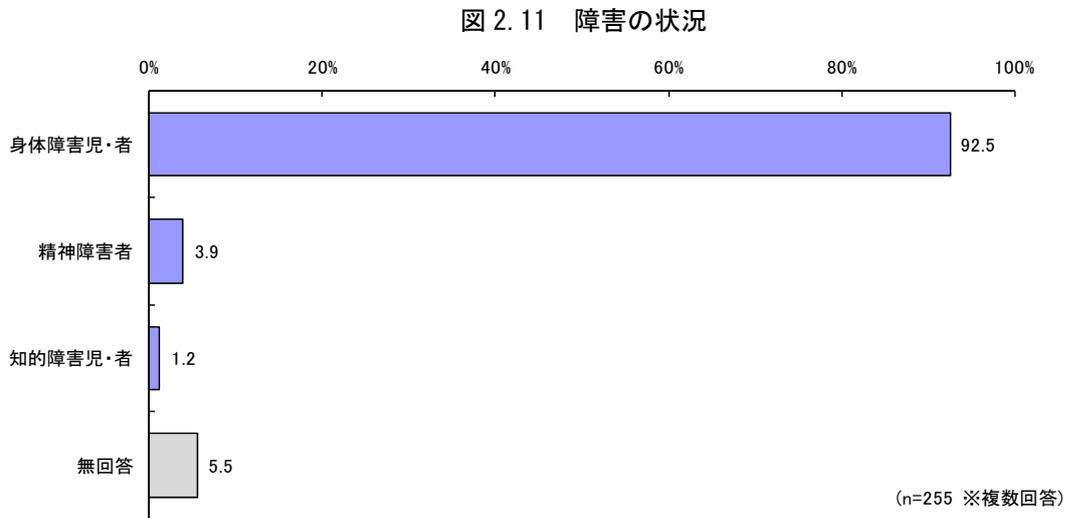
なお、「要介護度認定は受けていない・その他」のうちの、「その他」で最も多かったものは「医療」であった。

図 2.10 要介護度



### 2.2.7 障害の状況

回答者 255 人の障害状況（複数回答）では、「身体障害児・者」が 92.5%を占めていた。

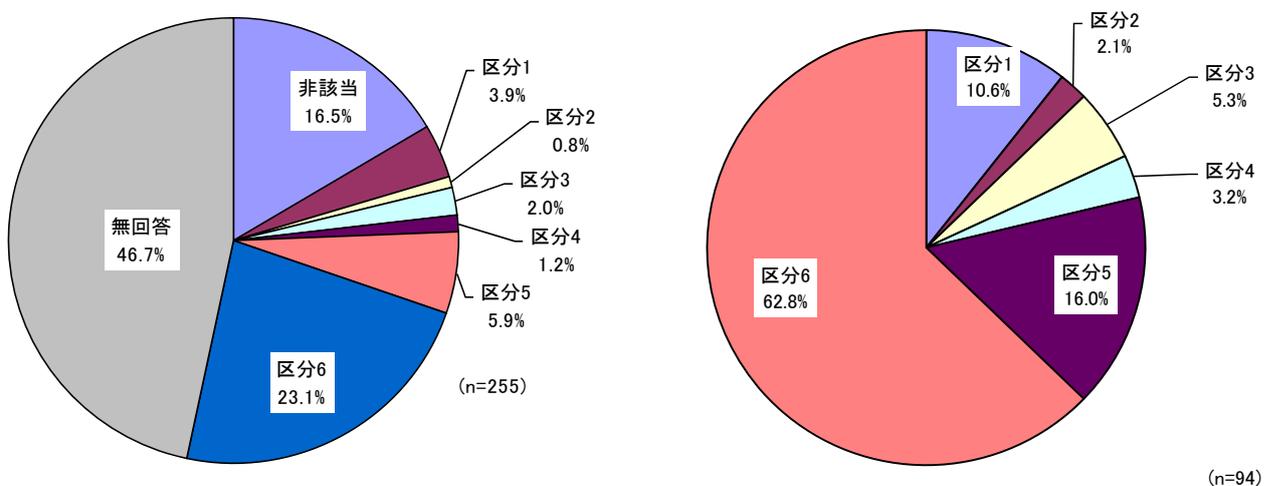


### 2.2.8 支援区分

回答者 255 人の、障害者総合支援法に基づく「支援区分」についてきいたところ、約半数が「無回答」であったほか、16.5%は「非該当」と回答した。

「非該当」と「無回答」を除く、該当者 94 名の区分の内訳をみると、「区分 6」が 62.8%と最も多いほか、「区分 5」16.0%、「区分 1」10.6%などが多かった。

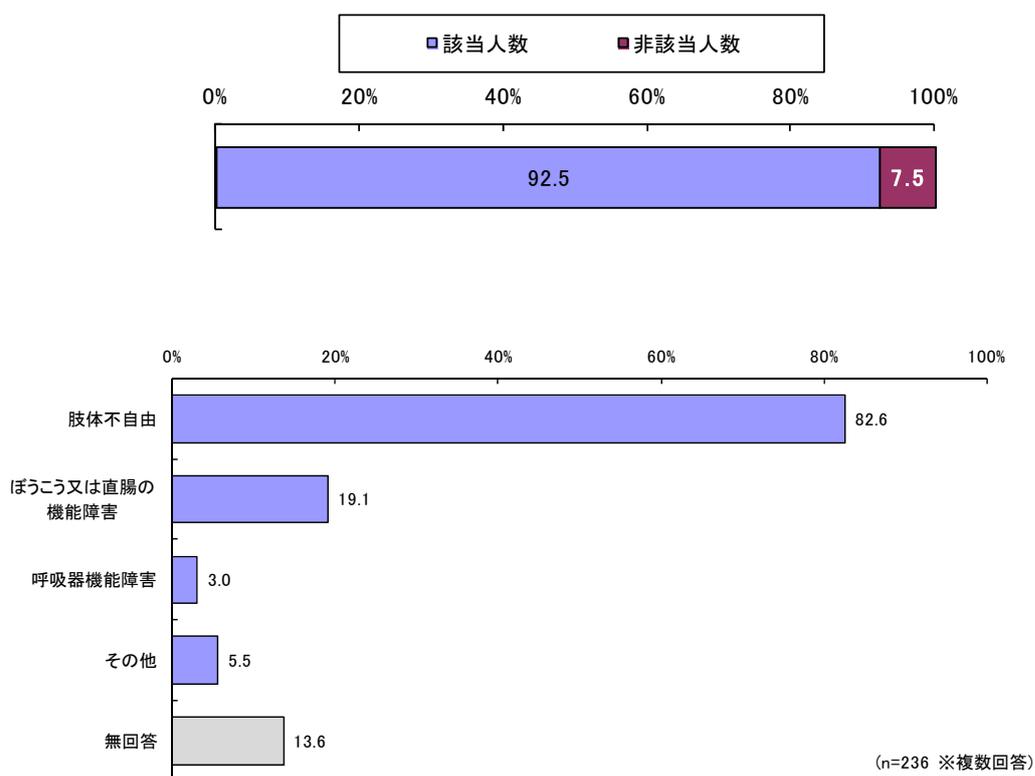
図 2.12 障害者総合支援法に基づく支援区分



### 2.2.9 障害の種類・等級

回答者 255 人のうち「非該当 (n=19)」を除く 236 名の障害種類 (複数回答) をみると、「肢体不自由」が全体の 82.6% と最も高く、次いで「膀胱または直腸の機能障害」19.1% であった。「その他」の障害の内訳は「体幹機能障害」「言語障害」「高次脳機能障害」などであった。

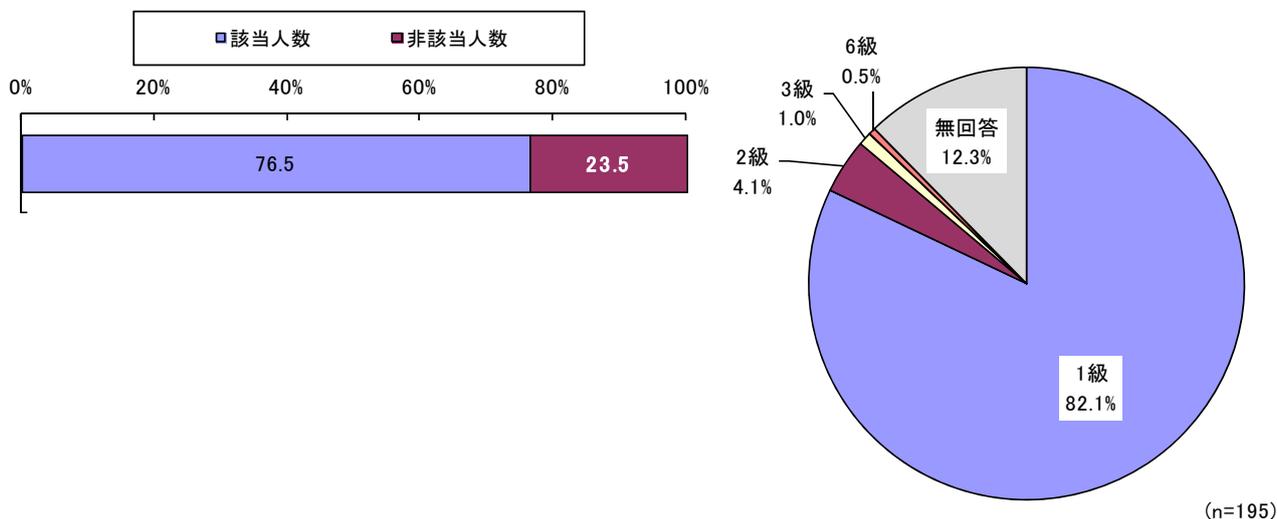
図 2.13 障害の種類・等級



① 肢体不自由

回答者 255 人のうち、「肢体不自由」は 195 人（76.5%）であり、障害等級の内訳は「1 級」が 82.1%であった。

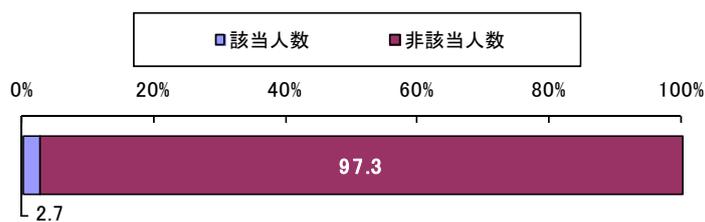
図 2.14 肢体不自由 該当人数と障害等級の割合



② 呼吸器機能障害

回答があった 255 人中、7 人が「呼吸器機能障害」に該当と回答し、7 人全員（100%）が障害等級「1 級」であった。

図 2.15 呼吸器機能障害

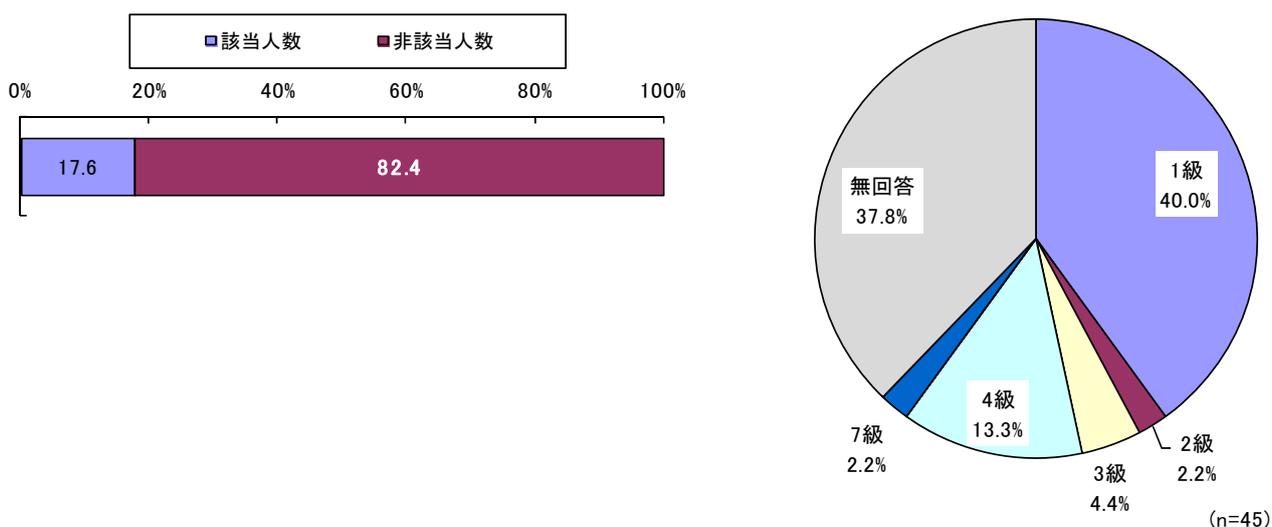


### ③ 膀胱または直腸の機能障害

回答者 255 人のうち「膀胱または直腸の機能障害」該当者は 45 人であり、障害の等級は「1 級」が 40.0%であった。

「膀胱または直腸の機能障害」の障害等級「1 級」の割合は、ほかの障害に比べて低く、唯一 5 割を下回る結果であった。

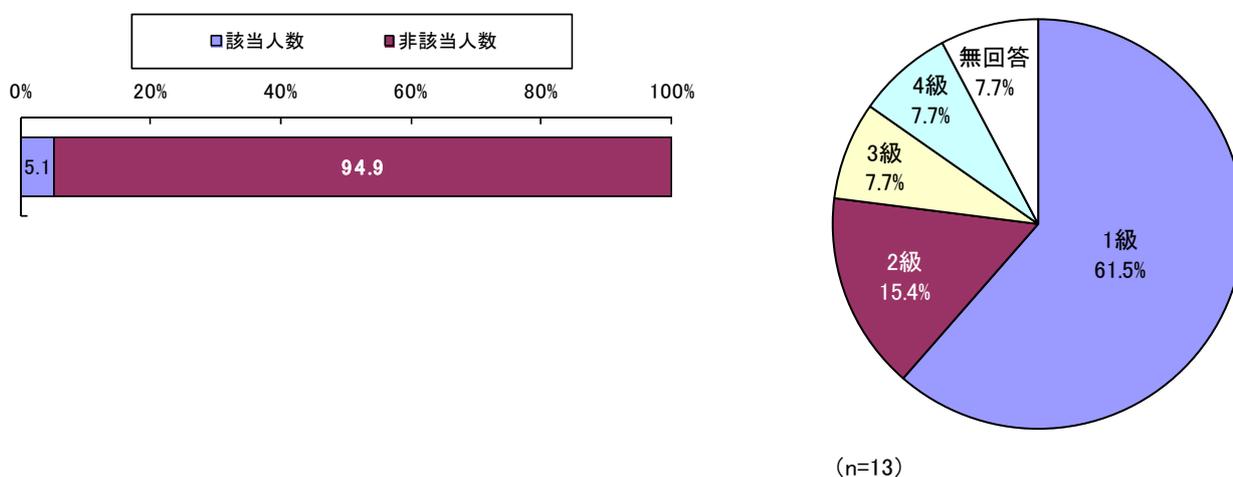
図 2.16 膀胱または直腸の機能障害 該当人数と障害等級の割合



### ④ その他

前述 3 種の障害以外の「その他」障害該当者は 255 人中 13 人であった。内訳は、「体幹機能障害」が 5 人となっており、その他「言語障害」「高次脳機能障害」などが挙げられた。障害の等級は「1 級」61.5%、「2 級」15.4%などであった。

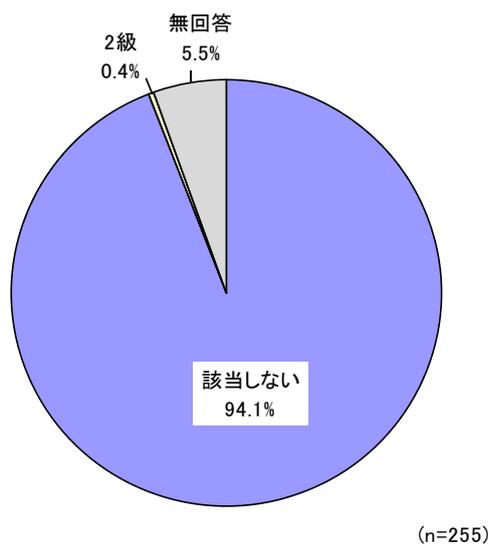
図 2.17 「その他」の障害 該当人数と障害等級の割合



### 2.2.10 精神保健福祉手帳の等級

回答者 255 人のうち、「精神保健福祉手帳」の等級に関する設問に対して、240 人 (94.1%) は「該当しない」と回答した。該当者 15 人のうち 14 人は「無回答」であり、1 人は「2 級」(0.4%) であった。

図 2.18 精神保健福祉手帳の等級

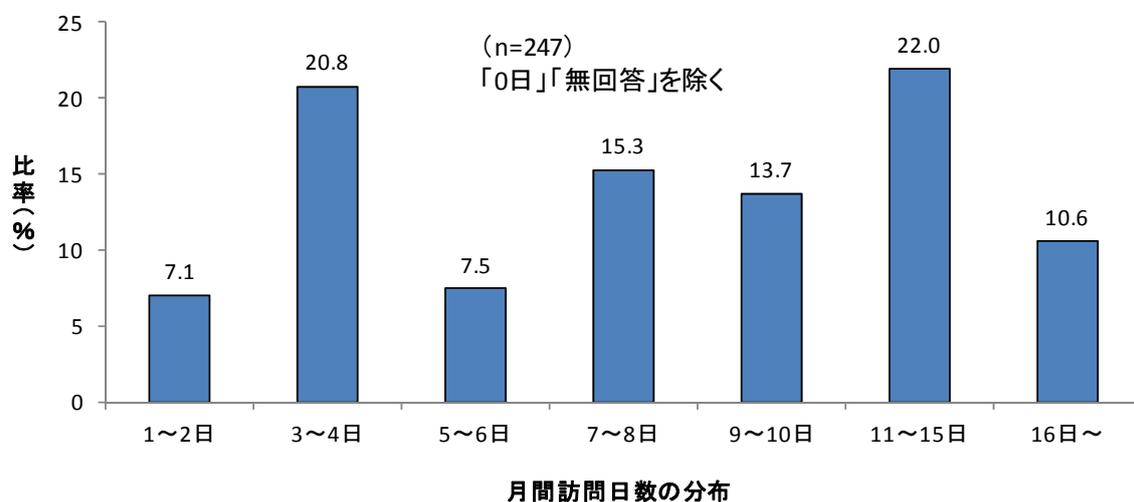


## 2.3 訪問日数・訪問回数

### 2.3.1 利用者への訪問日数及び回数・時間

平成 26 年 9 月 1 ヶ月間の「訪問日数」についてきいたところ、回答者 255 人のうち「0 日」「無回答」を除く 247 人では、平均 8.97 日±5.67 であった。分布は「11～15 日」22.8%、「3～4 日」21.5%が多かった。

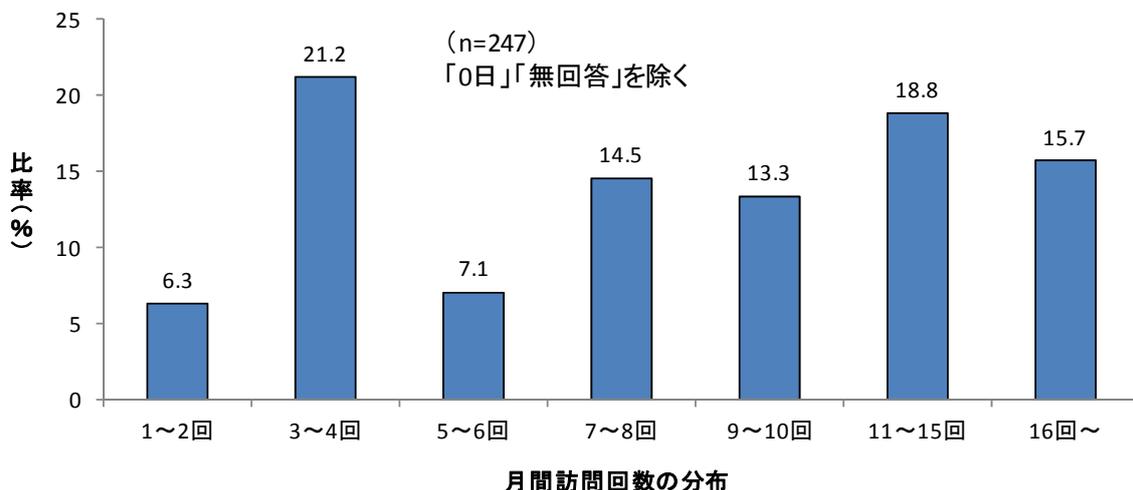
図 2.19 1 ヶ月間の訪問日数



一方、「1ヶ月の訪問回数」を回答した利用者247人の平均訪問回数は、9.77回±6.93であった。訪問回数の分布では「3～4回」21.2%、「11～15回」18.8%が多く、厚生労働省調査（※）における訪問看護利用者の1ヶ月平均利用回数6.2回と比較すると、やや多いことがわかる。

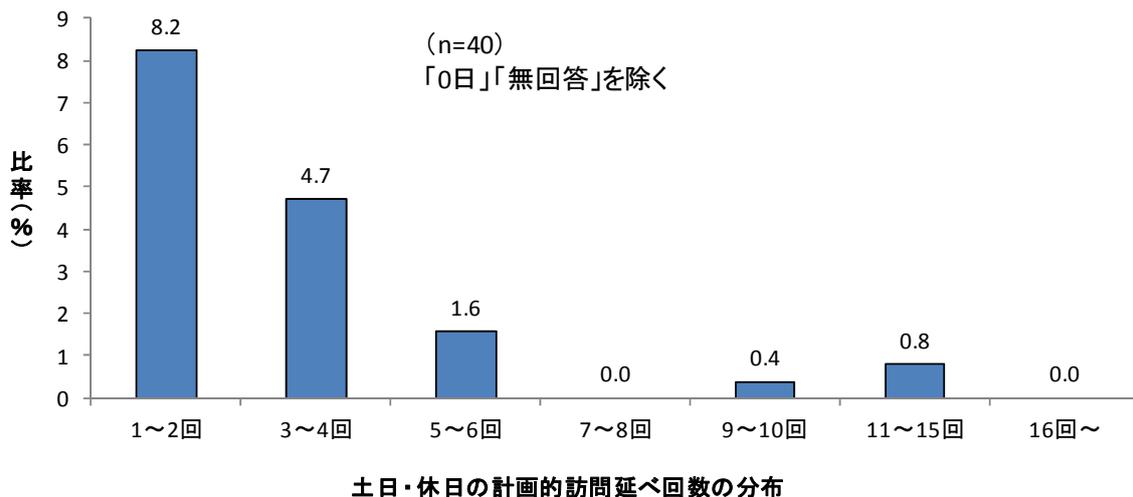
（※）平成25年度「介護サービス施設・事業所調査」

図 2.20 1ヶ月間の訪問回数



1ヶ月間の「土日・休日の計画的訪問」を回答した利用者40人では、平均3.15回±2.85であった。最大値は延べ12.0回であった。

図 2.21 土日・休日の計画的訪問



1ヶ月間の「時間外の計画的訪問」を回答した利用者は1人であり、延べ回数は1回であったほか、1ヶ月間で「緊急訪問」を利用した12人では、平均1.08回±0.29であった。

緊急訪問の理由は「排便処置・処理」が最も多く、ほかには「体調不良（気分不快）」「医療行為（点滴指示・バルンカテーテルの閉塞）」「発熱」「痙攣発作」などが挙げられた。

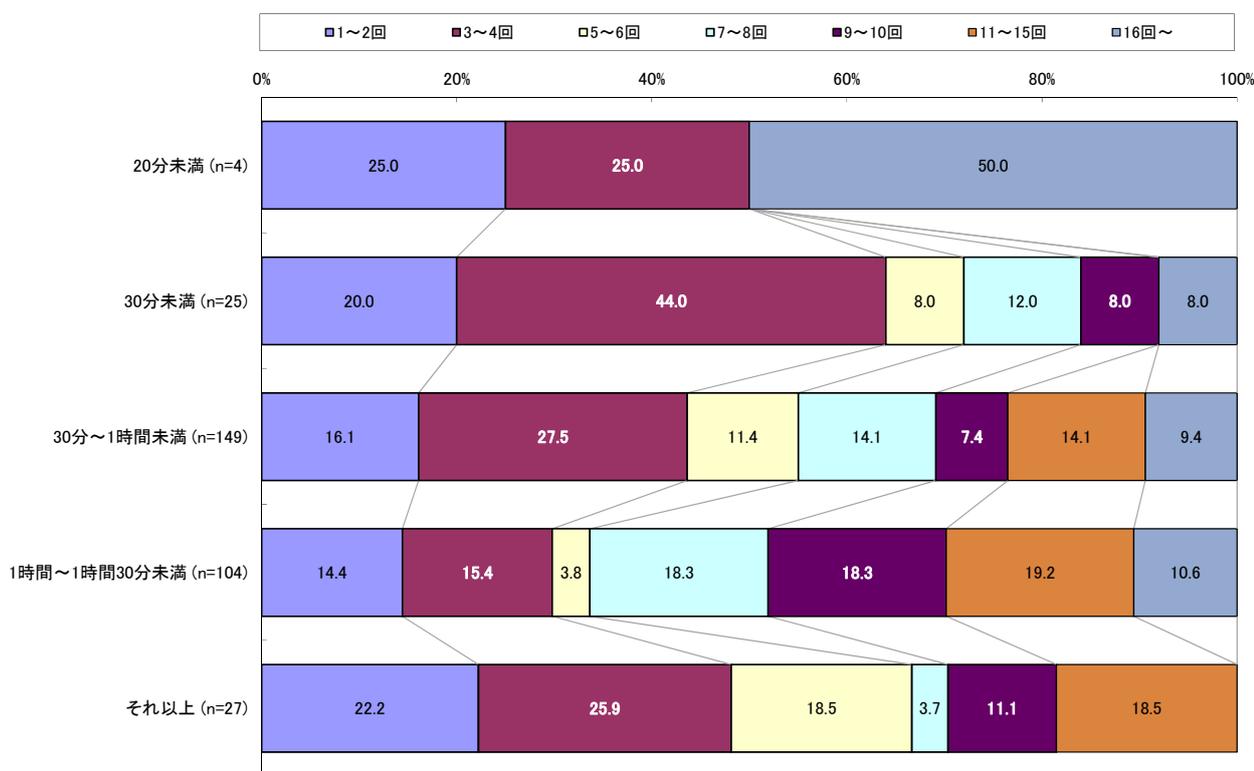
表 2.1 利用者への訪問日数及び回数（実数）

|          | 月間訪問日数 | 月間訪問回数 | 土日・休日の計画的訪問延べ回数 | 時間外の計画的訪問延べ回数 | 緊急訪問 |
|----------|--------|--------|-----------------|---------------|------|
| 合計       | 2,206  | 2,412  | 126             | 1             | 13   |
| 平均       | 8.97   | 9.77   | 3.15            | 1.00          | 1.08 |
| 分散 (n-1) | 32.15  | 48.03  | 8.13            |               | 0.08 |
| 標準偏差     | 5.67   | 6.93   | 2.85            |               | 0.29 |
| 最大値      | 30     | 53     | 12              | 1             | 2    |
| 最小値      | 1      | 1      | 1               | 1             | 1    |
| 無回答      | 9      | 8      | 215             | 254           | 243  |
| 集計数      | 247    | 247    | 40              | 1             | 12   |

月間訪問回数を、訪問看護区分別に集計できたのべ309人の、内訳は「30分～1時間未満」48.2% (149人)、「1時間～1時間30分未満」33.7% (104人)のほか、「1時間30分以上」8.7% (27人)、「30分未満」8.1% (25人)、「20分未満」1.3% (4人)であった。

また、1ヶ月間の平均訪問回数を時間区分別にみると(重複回答・0回を除く)、「20分未満(n=4)」13.75回±12.61、「30分未満(n=25)」5.84回±5.76、「30分～1時間未満(n=149)」が7.31回±5.58、「1時間～1時間30分未満(n=104)」が8.79回±5.97、「それ以上(n=27)」が5.85回±4.00であった。

図 2.22 訪問看護区分別の訪問回数分布



※各時間区分0回を抜かして集計をした。

表 2.2 訪問看護区分別の月間訪問回数 (実数)

|         | 20分未満  | 30分未満 | 30分～1時間未満 | 1時間～1時間30分未満 | それ以上  |
|---------|--------|-------|-----------|--------------|-------|
| 合計      | 55     | 146   | 1089      | 914          | 158   |
| 平均      | 13.75  | 5.84  | 7.31      | 8.79         | 5.85  |
| 分散(n-1) | 158.92 | 33.22 | 31.09     | 35.61        | 15.98 |
| 標準偏差    | 12.61  | 5.76  | 5.58      | 5.97         | 4.00  |
| 最大値     | 27     | 26    | 30        | 32           | 13    |
| 最小値     | 2      | 1     | 1         | 1            | 1     |
| 無回答     | 244    | 223   | 99        | 144          | 221   |
| 非該当     | 7      | 7     | 7         | 7            | 7     |
| 集計数     | 4      | 25    | 149       | 104          | 27    |

### 2.3.2 利用者の生活形態

回答者 255 人の生活形態として、「家族と同居」「一人暮らし（独居）」のどちらであるかをきいたところ、全体の 82.3%が「家族と同居」と回答する一方、「一人暮らし（独居）」と回答した者は 15.7%であった。

「家族と同居」と回答した利用者の同居家族をきいた（複数回答）ところ、「母親」47.6%「配偶者」38.6%、「父親」35.7%、「子供」30.5%の順であった。「その他」11.0%の内訳は、「子供の配偶者（嫁）」「孫」などであった。

図 2.23 利用者の生活形態

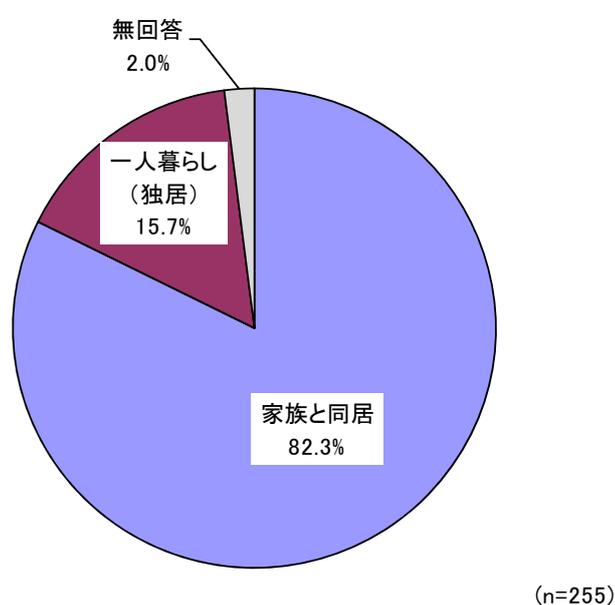
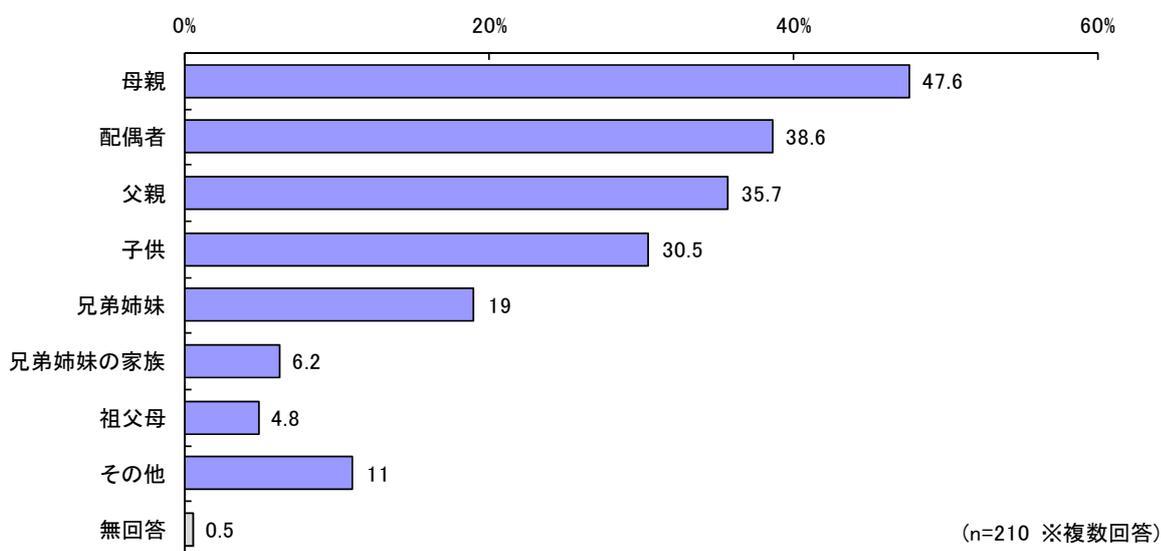


図 2.24 家族と同居



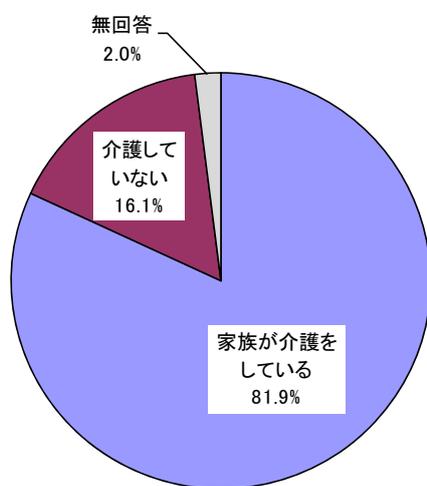
### 2.3.3 家族による介護

回答者 255 人について、家族による介護の状況をきいたところ、「家族が介護をしている」と答えた者が 81.9%を占めており、「介護していない」16.1%を大きく上廻った。

主な介護者としては「母親」30.1%が最も多く、次いで「配偶者」29.7%であるが、「母親」と「配偶者」だけで全体のおよそ6割を占めた。

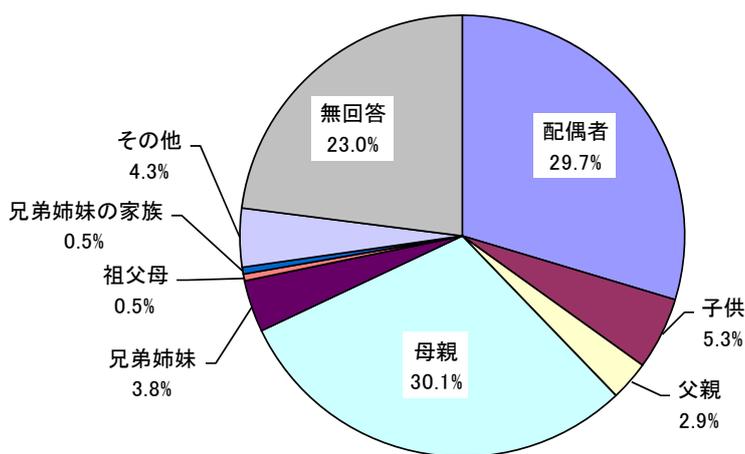
一方、利用者の 73.3%が「男性」で、このうち3分の1は、「配偶者」が主な介護者と回答しているのに対して、「女性」が利用者の場合（25.5%）は、「配偶者」が主な介護者であると回答している者が 21.2%と約 12 ポイント低かった。

図 2.25 家族による介護



(n=255)

図 2.26 主な介護者



(n=209)

| 利用者性別 | 合計  | 主な介護者 |       |      |       |      |      |         |      | 無回答   |
|-------|-----|-------|-------|------|-------|------|------|---------|------|-------|
|       |     | 配偶者   | 子供    | 父親   | 母親    | 兄弟姉妹 | 祖父母  | 兄弟姉妹の家族 | その他  |       |
| 全体    | 209 | 29.7% | 5.3%  | 2.9% | 30.1% | 3.8% | 0.5% | 0.5%    | 4.3% | 23.0% |
| 男性    | 154 | 33.1% | 3.2%  | 3.9% | 27.3% | 3.9% | 0.6% | 0.6%    | 3.2% | 24.0% |
| 女性    | 52  | 21.2% | 11.5% | 0.0% | 36.5% | 1.9% | 0.0% | 0.0%    | 7.7% | 21.2% |

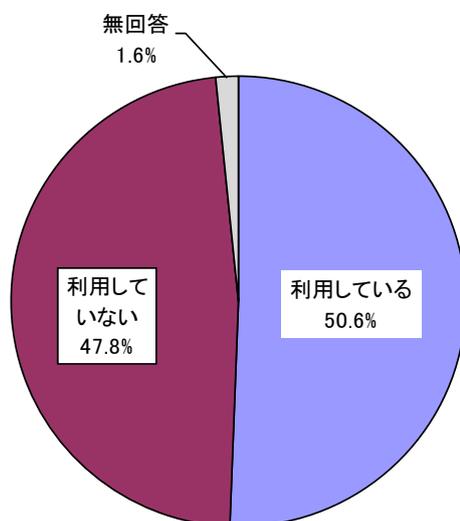
## 2. 4 訪問サービスの利用状況

### 2. 4. 1 訪問診療の利用状況

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月間の訪問診療の利用状況をきいたところ、「利用している」と回答した者が 50.6%、「利用していない」と回答した者が 47.8%で、ほぼ同数の結果となった。

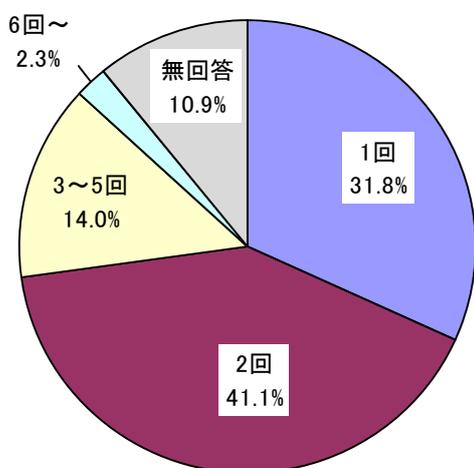
また、「利用している」と回答した 129 人の、1 ヶ月の利用回数をきいたところ、「2回」と回答した者が最も多く 41.1%、次いで「1回」31.8%となった。1～2回の利用者が全体の約7割を占めており、平均は 2.17 回±1.91。利用回数が最も多い場合で 18 回利用している者もいた。

図 2. 27 訪問診療の利用状況



(n=255)

図 2. 28 利用回数



(n=115)

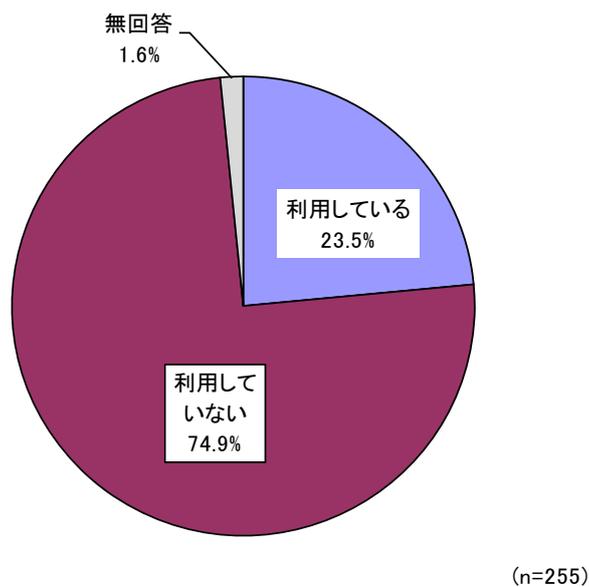
表 2. 3 訪問サービスの利用回数 (実数)

|         |      |
|---------|------|
| 合計      | 249  |
| 平均      | 2.17 |
| 分散(n-1) | 3.63 |
| 標準偏差    | 1.91 |
| 最大値     | 18   |
| 最小値     | 1    |
| 該当人数    | 115  |

### 2.4.2 貴事業所以外の訪問看護事業者の利用状況

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月間で本調査の協力先以外の訪問看護事業者の利用状況をきいたところ、全体の 4 分の 3 が「利用していない」と回答した。ちなみに、2 か所以上の事業所を利用している者も約 4 分の 1 を占めている。

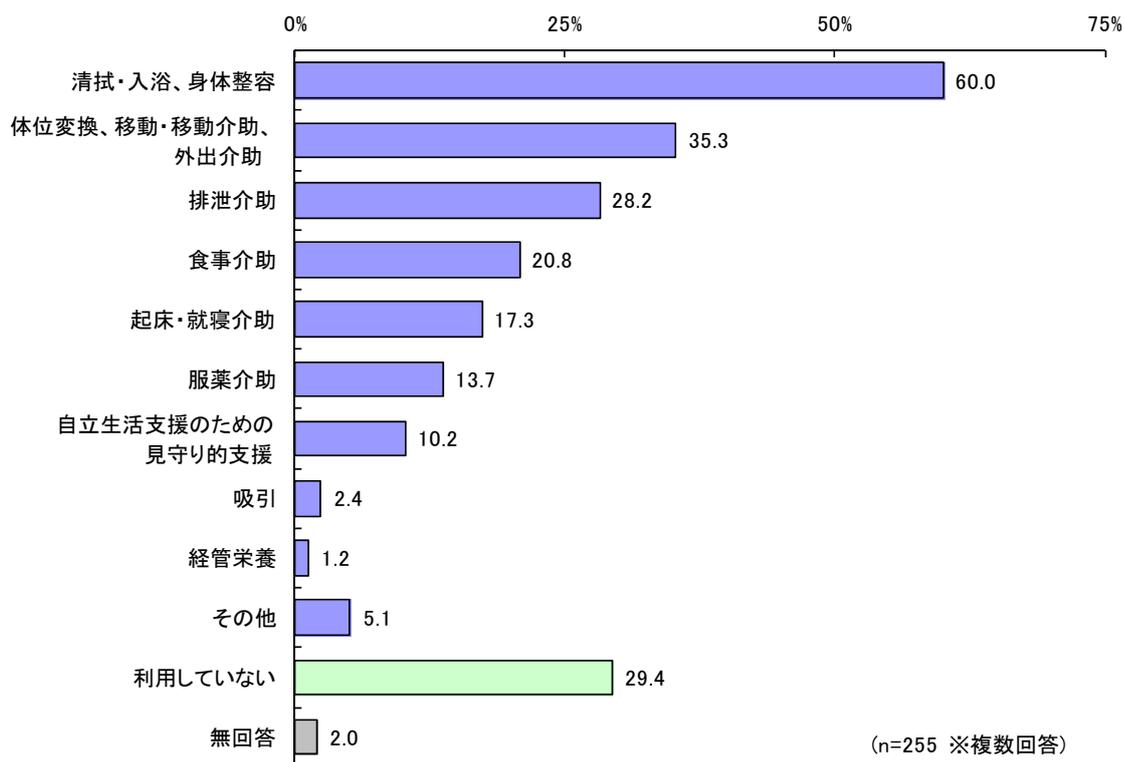
図 2.29 貴事業所以外の訪問看護事業者の利用状況



### 2.4.3 訪問介護サービスの利用状況（身体介護）

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月間の訪問介護サービス（身体介護）の利用状況をきいたところ（複数回答）、最も多かったのが「清拭・入浴、身体整容」60.0%であり、次いで「体位変換、移動・移動介助、外出介助」35.3%、「排泄介助」28.2%と続く。全体の約 3 割は身体介護のサービスを利用していない。

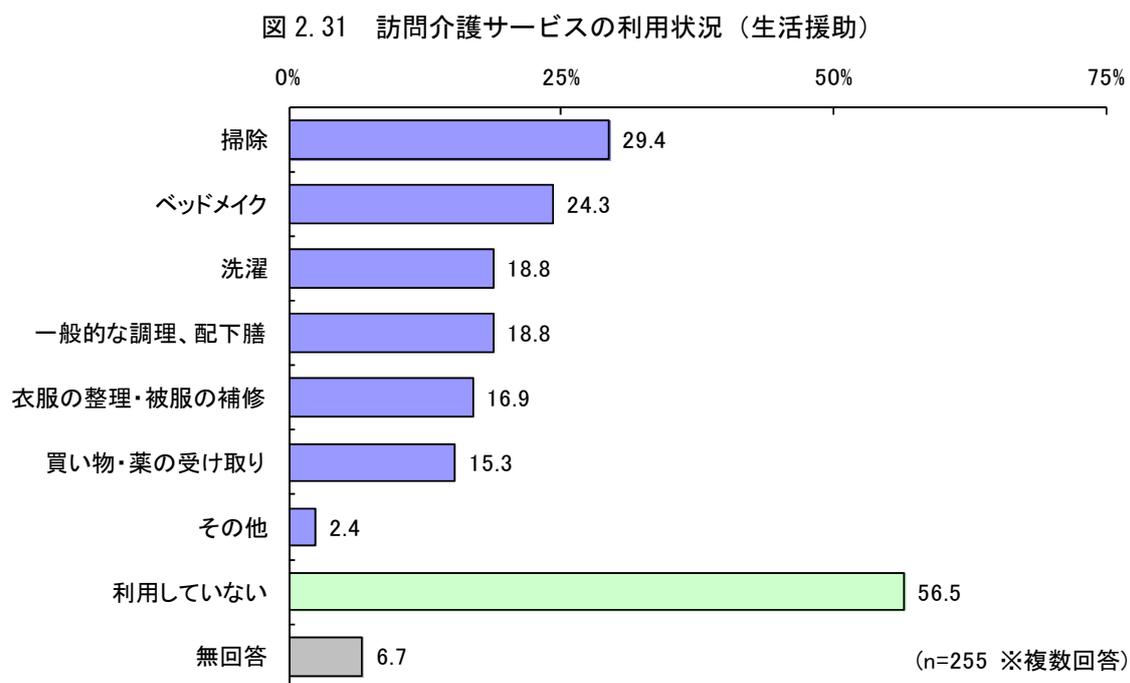
図 2.30 訪問介護サービスの利用状況（身体介護）



#### 2.4.4 訪問介護サービスの利用状況（生活援助）

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月間で訪問介護サービス（生活援助）の利用状況をきいたところ（複数回答）、利用しているサービスの割合が最も多かったのが「掃除」29.4%であり、次いで「ベッドメイク」24.3%、「洗濯」「一般的な調理、配下膳」がそれぞれ 18.8%であった。

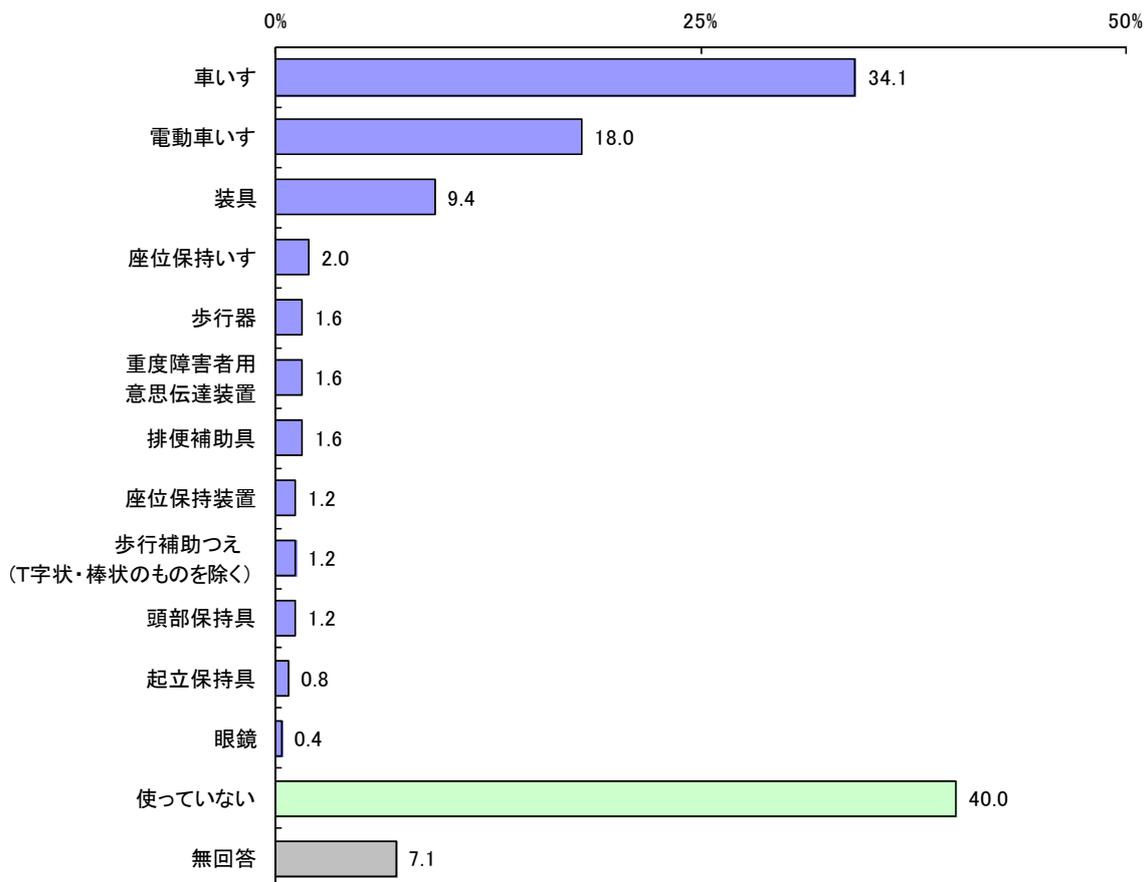
過半数は生活援助を利用していない。



### 2.4.5 「補装具費支給制度」による補装具使用状況

回答者 255 人について、平成 26 年度 9 月 1 ヶ月間で「補装具費支給制度」による補装具使用状況をきいたところ（複数回答）、全体の 40.0%は制度を「使っていない」が、これに対して、最も多く使用されているのは「車いす」34.1%であり、「電動車いす」18.0%であった。「車いす」以外の補装具はいずれも 10.0%以下であった。

図 2.32 「補装具費支給制度」による補装具使用状況



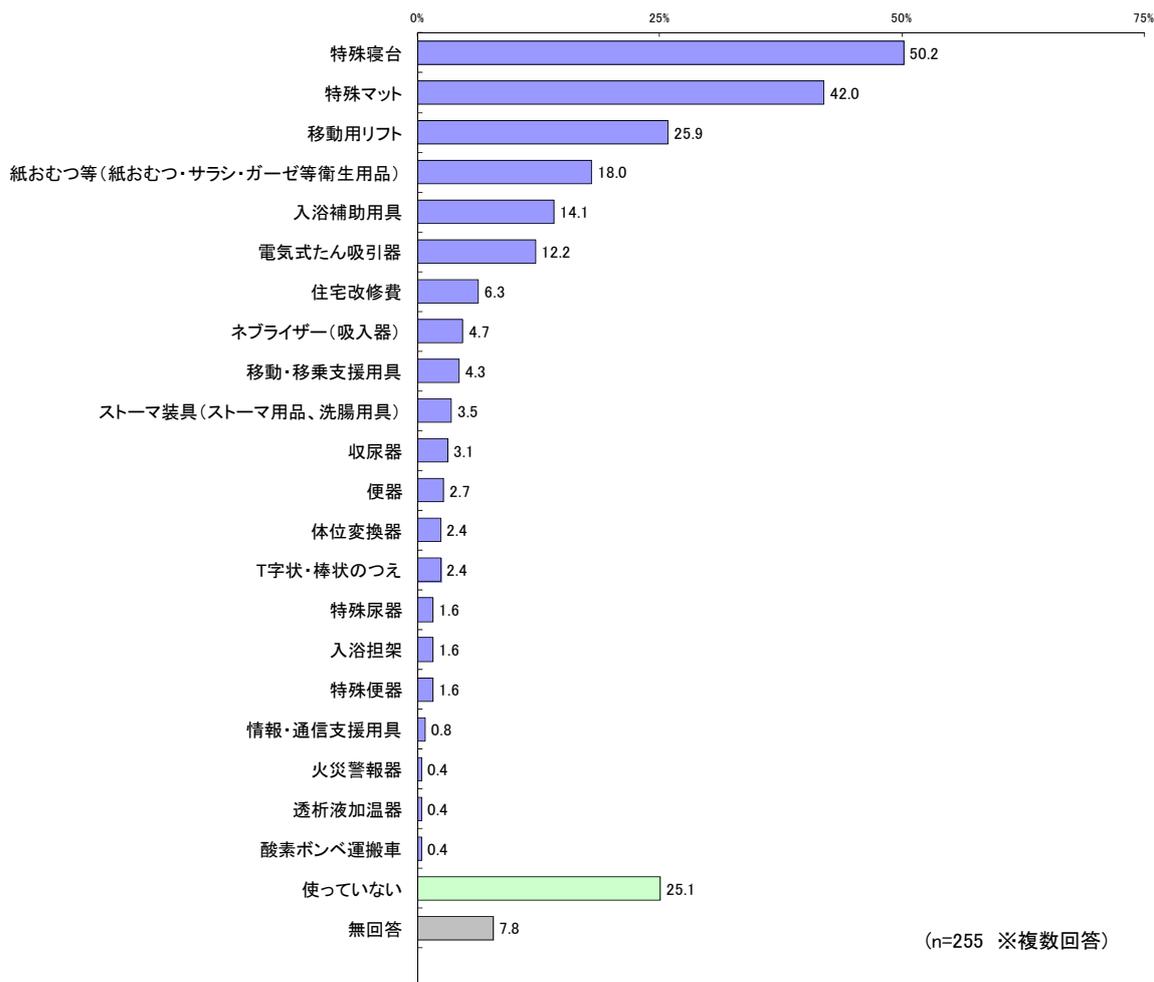
以下の補装具は、0.0%であった  
**【義肢】【盲人用安全つえ】【義眼】【補聴器】**

(n=255 ※複数回答)

### 2.4.6 「日常生活用具給付等事業」による日常生活用具の使用状況

回答者 255 人について、平成 26 年度 9 月 1 ヶ月間で「日常生活用具給付等事業」による日常生活用具の使用状況をきいたところ（複数回答）、全体の 4 分の 1 は使用していないが、使用者の中では、「特殊寝台」50.2%が最も多く使用されている。次いで「特殊マット」42.0%、「移動用リフト」25.9%など、介護・訓練支援用具が上位を占めた。

図 2.33 「日常生活用具給付等事業」による日常生活用具の使用状況



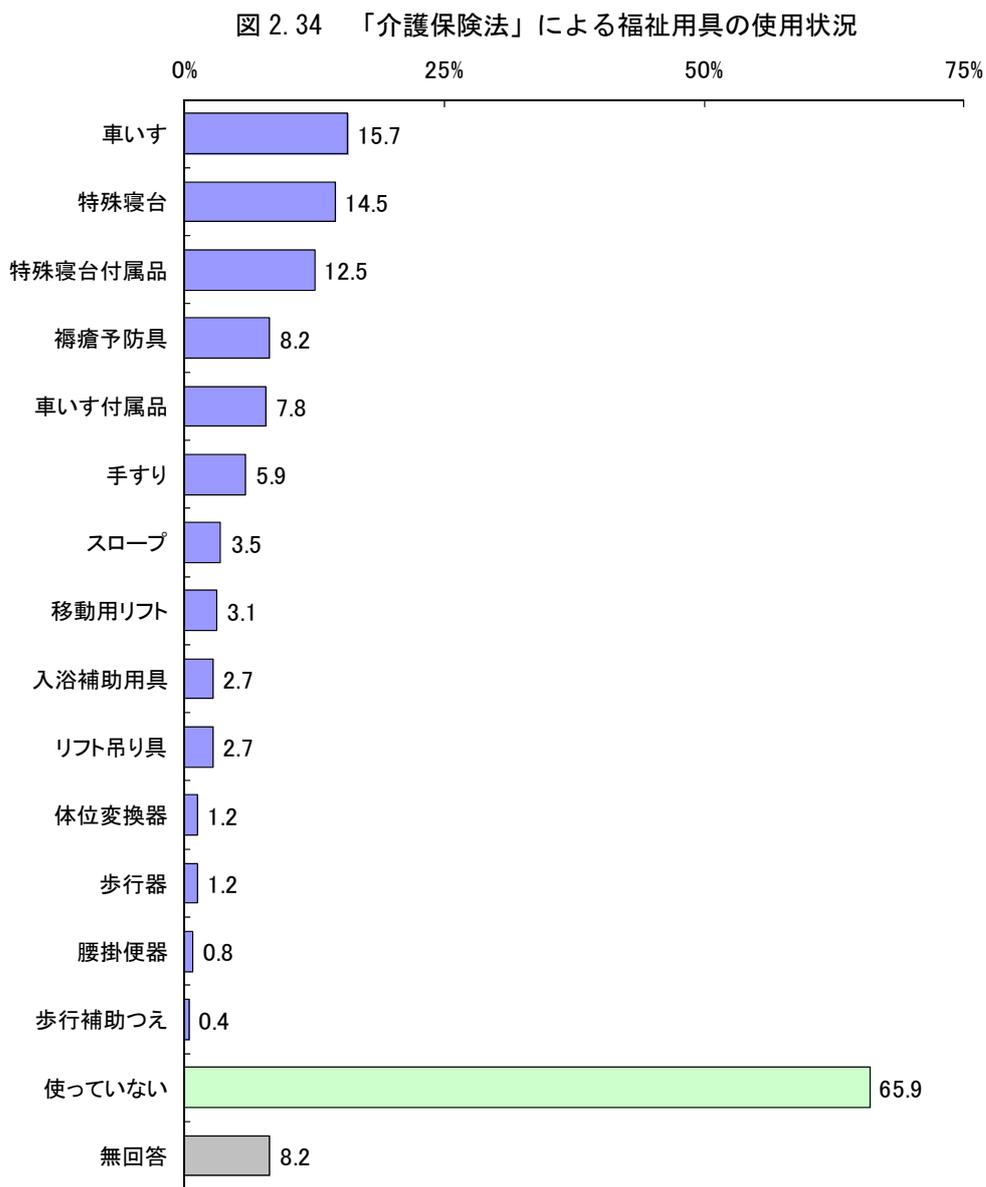
以下の用具は、0.0%であった。

- 【訓練いす(児のみ)】【訓練用ベッド(児のみ)】【頭部保護帽】【頭部保護帽】【自動消火器】【電磁調理器】
- 【歩行時間延長信号機用小型送信機】【視覚障害者用屋内信号装置】【盲人用体温計(音声式)】【盲人用体重計】【携帯用会話補助装置】
- 【点字ディスプレイ】【点字器】【点字タイプライター】【視覚障害者用ポータブルレコーダー】【視覚障害者用文書読上げ装置】
- 【視覚障害者用拡大読書器】【盲人用時計】【聴覚障害者用通信装置】【聴覚障害者用情報受信装置】【人工咽頭 福祉電話(貸与)】
- 【ファックス(貸与)】【視覚障害者用ワードプロセッサ(共同利用)】【視覚障害者用図書】

### 2.4.7 「介護保険法」による福祉用具の使用状況

回答者 255 人について、平成 26 年度 9 月 1 ヶ月間で「介護保険法」による「福祉用具」の使用状況をきいたところ（複数回答）、半数以上の 65.9%が「使っていない」と回答した。

その一方で、最も多く使用されている用具は「車いす」15.7%であり、「特殊寝台」14.5%、「特殊寝台付属品」12.5%などであった。それ以外の用具の使用状況は 10.0%未満であった。



以下のものは、0.0%だった。  
 【認知症老人徘徊感知機器】【特殊尿器】【簡易浴槽】

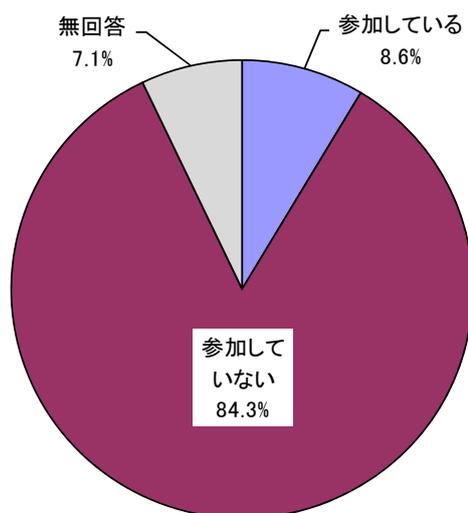
(n=255 ※複数回答)

### 2.4.8 患者会・家族会の参加状況

回答者 255 人について、「患者会・家族会などへの参加状況」では、「参加していない」と回答した者が 84.3%であり、「参加している」と回答した者は 1 割に満たなかった。

参加している者の「参加回数」では、平均 1.33 回、最多は 2 回という結果であった。

図 2.35 患者会・家族会などの参加状況



(n=255)

図 2.36 参加回数

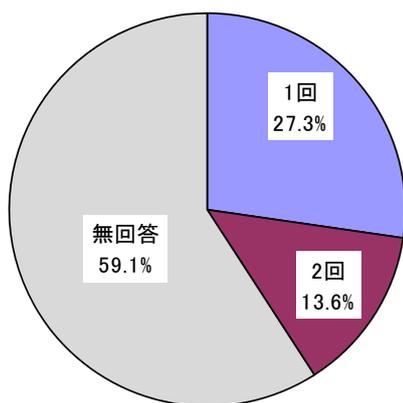


表 2.4 患者会・家族会の参加回数（実数）

|         |      |
|---------|------|
| 合計      | 12   |
| 平均      | 1.33 |
| 分散(n-1) | 0.25 |
| 標準偏差    | 0.50 |
| 最大値     | 2    |
| 最小値     | 1    |
| 該当施設数   | 9    |

### 2.4.9 療護センターの利用状況

回答者 255 人について、「療護センターの利用状況」では、「現在利用している」が 12.5%、「過去に利用したことがある」が 14.9%と、過去に利用経験のある者を含めても全体の 4 分の 1 程度であった。

利用者・利用経験者 70 人の「利用内容」については（複数回答）、「ショートステイ」40.0%、「入院」「短期入院」が各 22.9%であった。

ただし、この回答には、自動車事故対策機構が運営している療護センター以外の同名・類似名の施設が含まれている可能性がある。

図 2.37 療護センターの利用状況

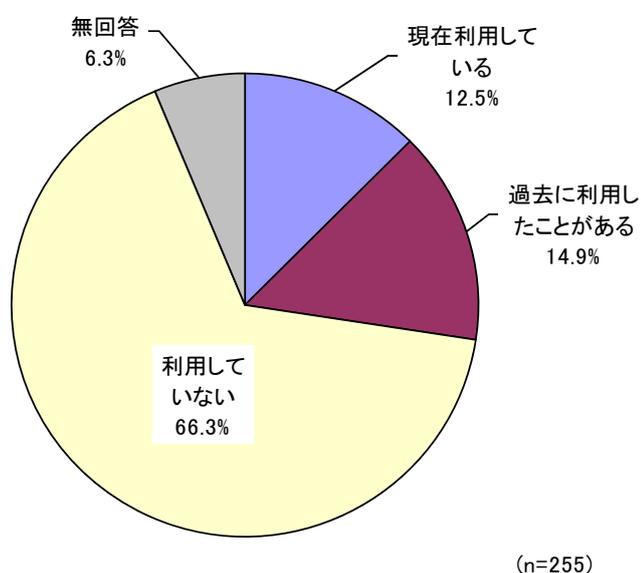
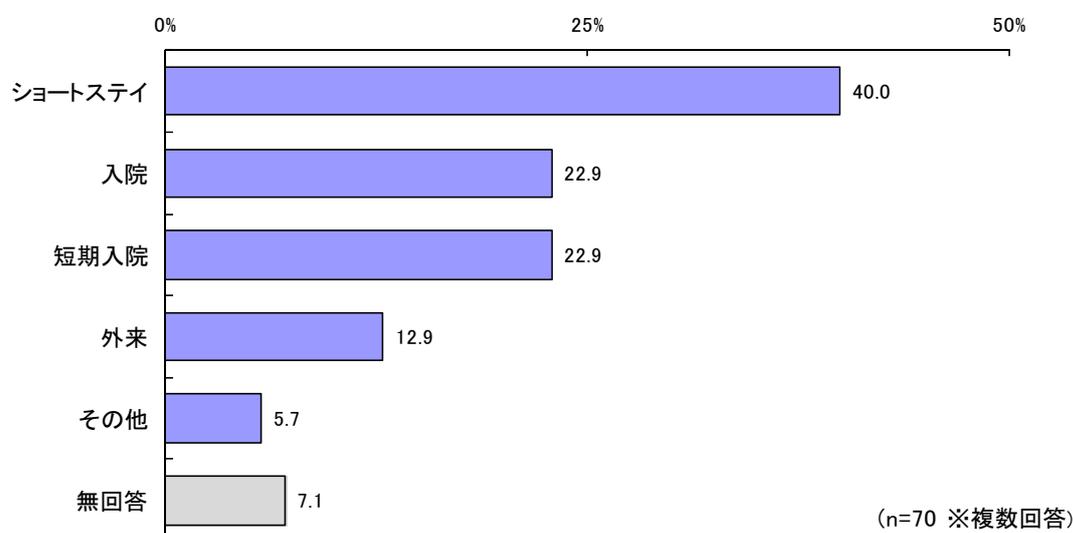


図 2.38 利用内容

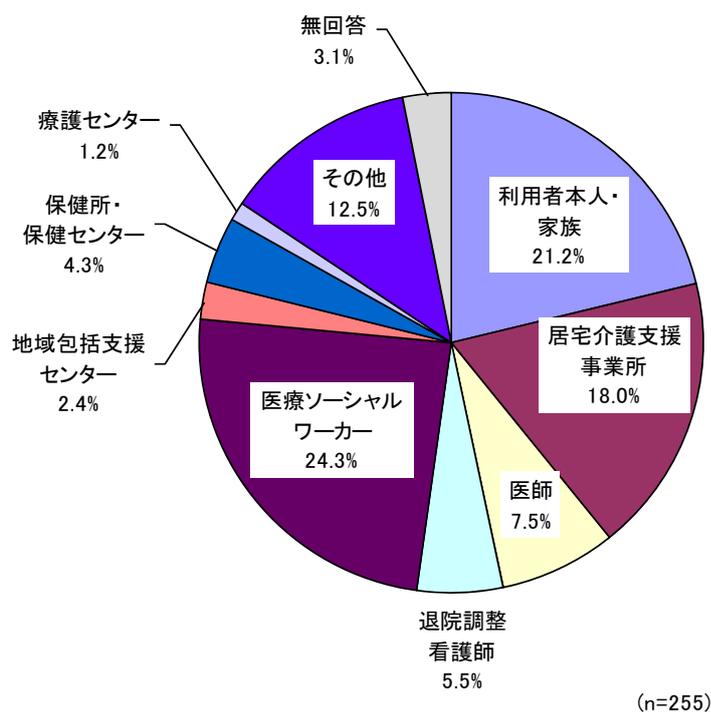


### 2.4.10 訪問看護の導入経路

回答者 255 人について、訪問看護を導入した経路をきいたところ、「医療ソーシャルワーカー」の 24.3%が最も多く、次いで「利用者本人・家族」21.2%、「居宅介護支援事業所」18.0%であった。「医療ソーシャルワーカー」「利用者本人・家族」「居宅介護支援事業所」だけで、全体の半数以上を占めている。

「その他」12.5%の内訳として最も多かった導入経路は「他の訪問看護ステーション」であった。

図 2.39 訪問看護の導入経路



## 2. 5 実施したケア・指導等

### 2.5.1 利用者に実施したケア内容

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月に「実施したケア内容」をきいたところ、全体の 17.3%は「7～8種類」のケアを受けており、1人当たりになると、平均で8.0種類のケアを行っている。

また、「実施したケア内容」で最も多いのは「病状観察・医療処置等」の74.5%であり、次いで「療養上の世話等」の70.2%であったが、平均実施回数では「病状観察・医療処置等」が1人当たり18.7回、「療養上の世話等」が1人当たり20.8回と順位が逆転している。

殆どのケアが実施率50.0%を超えている中で、「本人・家族指導」についてのみ47.5%とやや実施率が低かった。

図 2.40 当該利用者に実施したケアの数

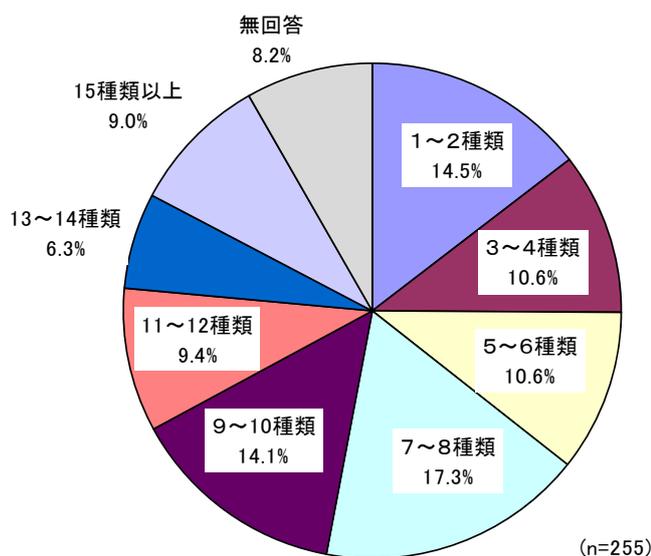
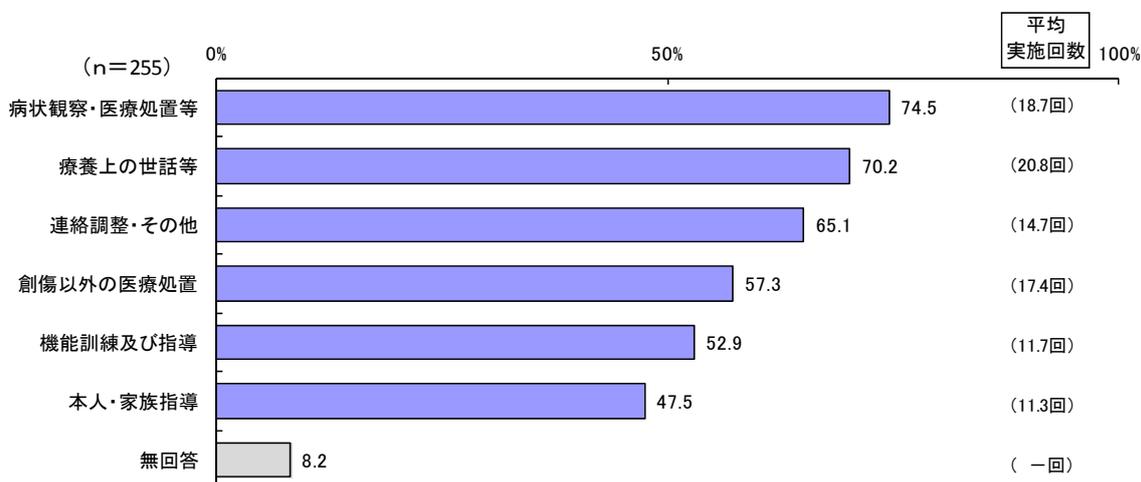


表 2.5 当該利用者に実施したケア・指導等回数(実数)

|         |         |
|---------|---------|
| 合計      | 1872.00 |
| 平均      | 8.00    |
| 分散(n-1) | 22.09   |
| 標準偏差    | 4.70    |
| 最大値     | 22.00   |
| 最小値     | 1.00    |
| 無回答     | 21      |
| 有効回答    | 234     |

図 2.41 当該利用者に実施したケア内容



### 2.5.2 療養上の世話等

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月に実施した「療養上の世話等」では、最も多くの利用者が受けているケアは「排泄の援助」50.6% (129 人) であり、次いで「身体の清潔保持の管理・援助」37.3% (95 人) であった。

平均実施回数では、最も多いのが「体位変換」10.7 回であり、次いで「排泄の援助」9.3 回、「移乗・歩行介助」8.7 回であった。「体位変換」については、1 ヶ月で 11 回以上行っている利用者が 4 割を超えている。

図 2.42 療養上の世話等の内容

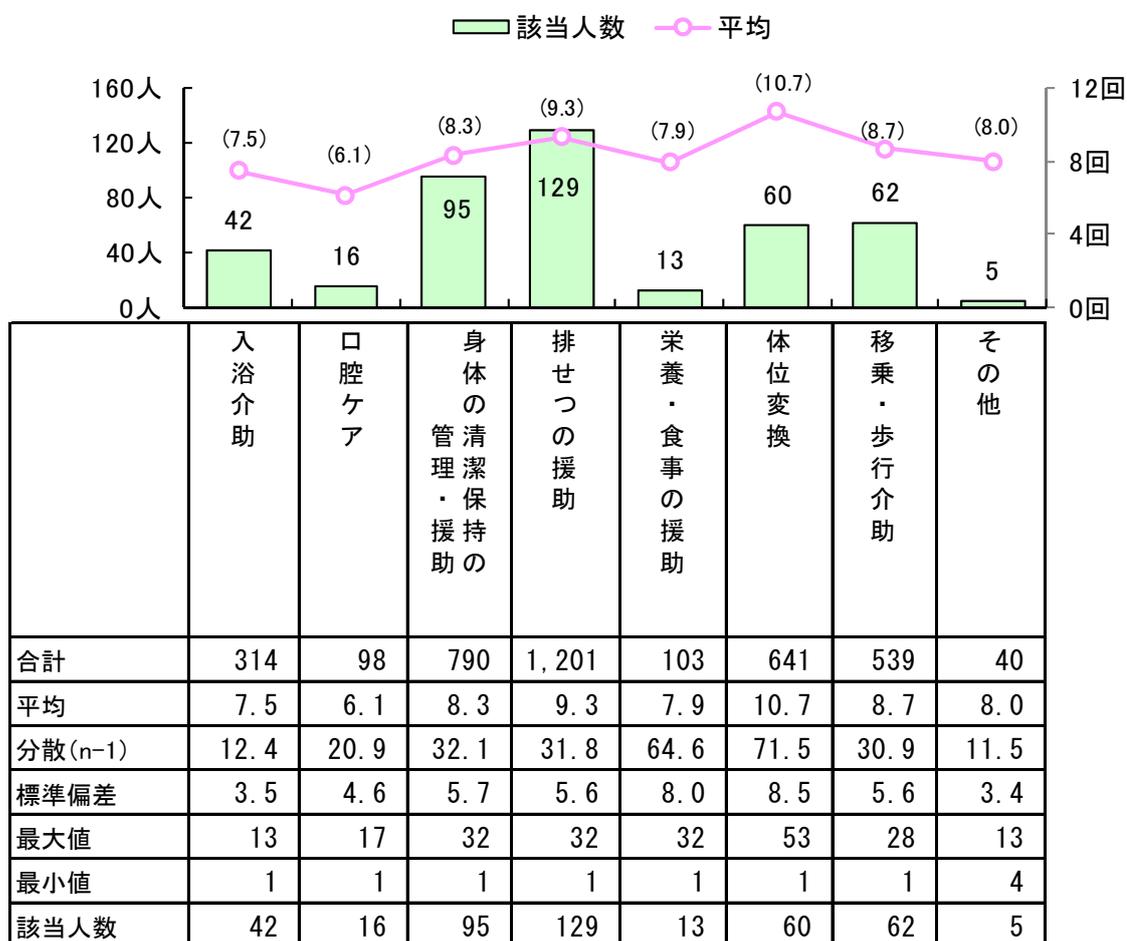
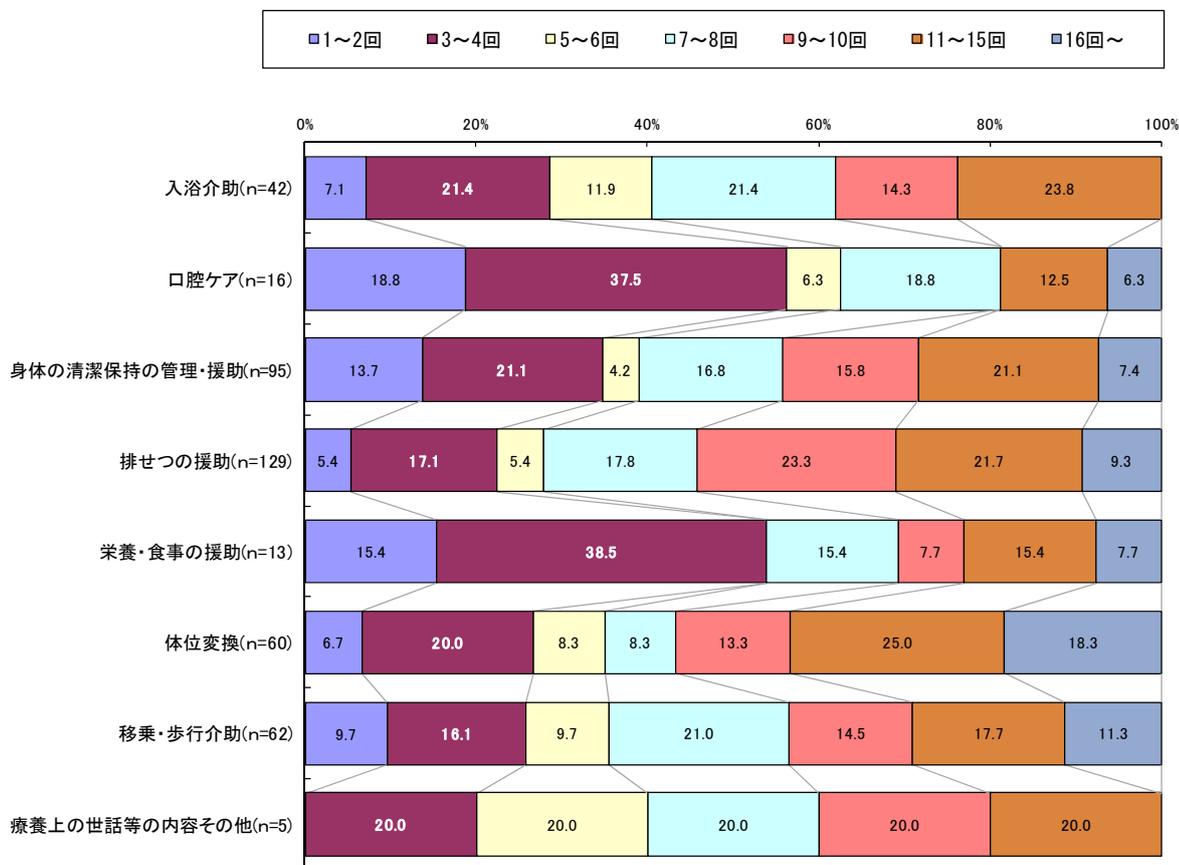


図 2.43 療養上の世話等/月間実施回数分布



### 2.5.3 病状観察・医療処置等

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月に実施した「病状観察・医療処置等」のことをきいたところ、最も多くの利用者がうけているのは「病状観察」67.8%（173 人）であった。次いで「褥瘡の予防」31.8%（81 人）である。「その他」の中で多かったのは「皮膚のケア」であった。

実施回数では、「褥瘡以外の創傷部の処置」が平均 19.7 回と、ほかの医療処置等が 10 回前後であるのに比べると高かった。ちなみに、「病状観察」は平均 9.0 回、「褥瘡の予防」は 9.6 回であった。

図 2.44 病状観察・医療処置等

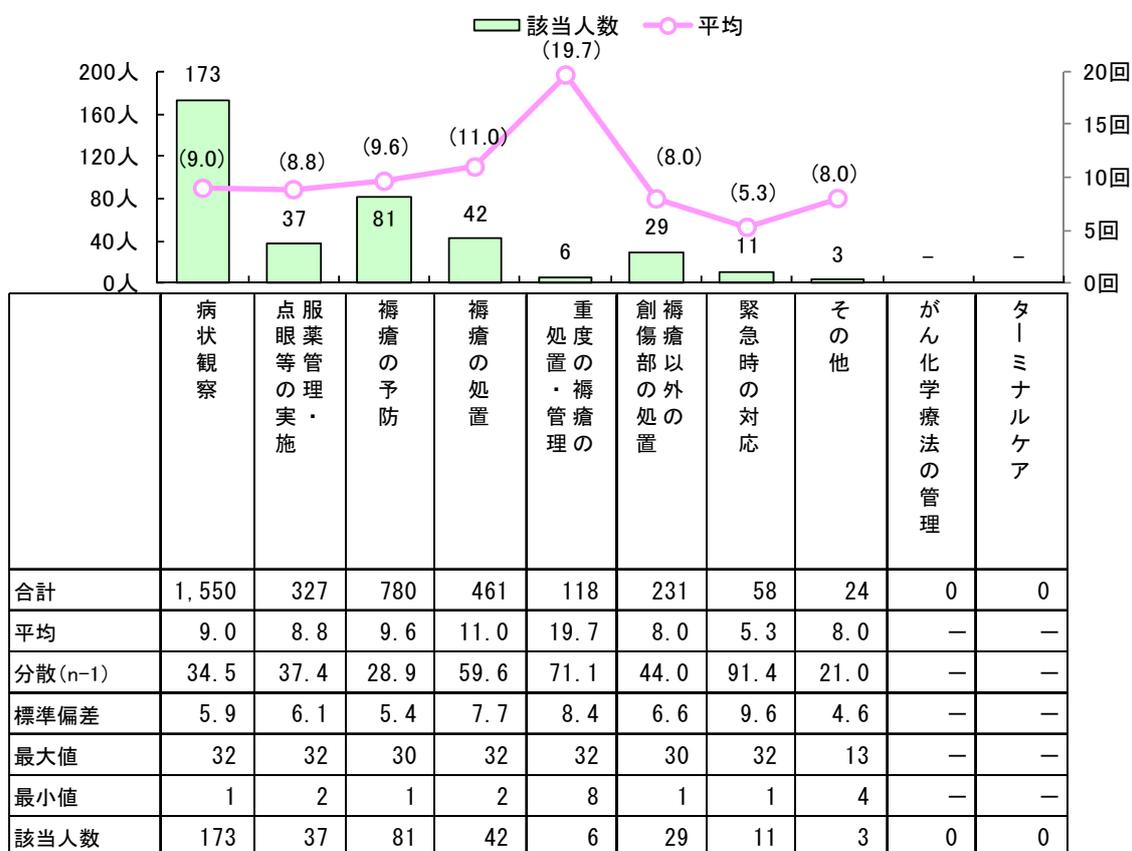
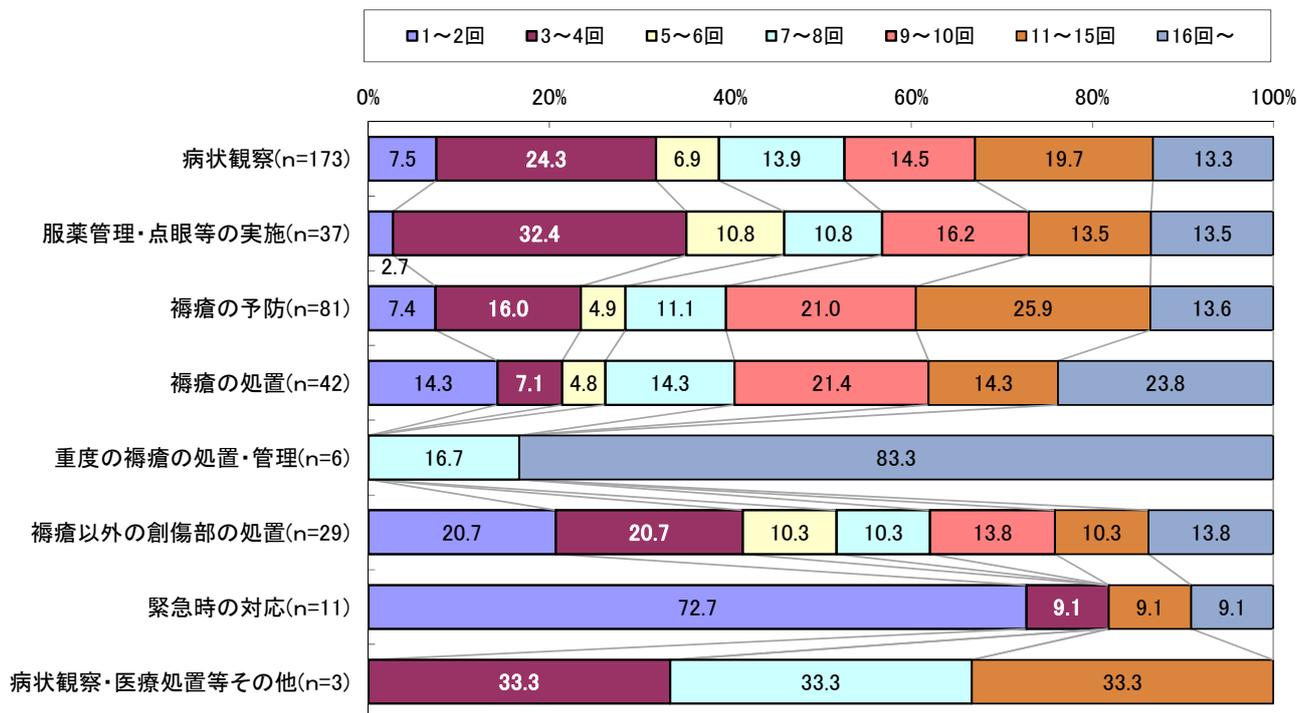


図 2.45 病状観察・医療処置等/月間実施回数分布



### 2.5.4 創傷以外の医療処置

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月に実施した「創傷以外の医療処置」のことをきいたところ、「浣腸・摘便」32.5%（83 人）、「膀胱留置カテーテルの交換・管理」27.8%（71 人）の 2 つの実施率が高かった。

また、平均実施回数では「酸素吸入」14.0 回がもっとも多いものの、該当人数が 2 人と少なく、参考値である。「浣腸・摘便」は 9.4 回、「膀胱留置カテーテルの交換・管理」は 8.8 回である。

図 2.46 創傷以外の医療処置の内容

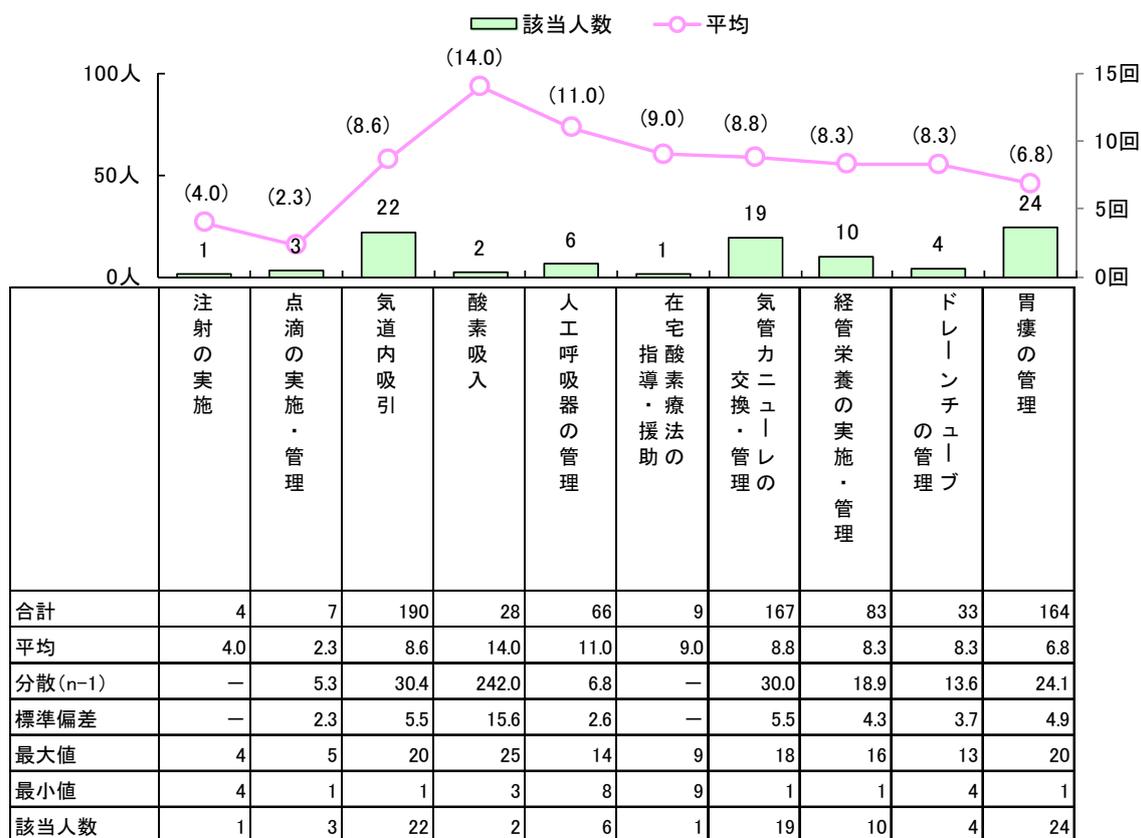


図 2.46 創傷以外の医療処置の内容（続き）

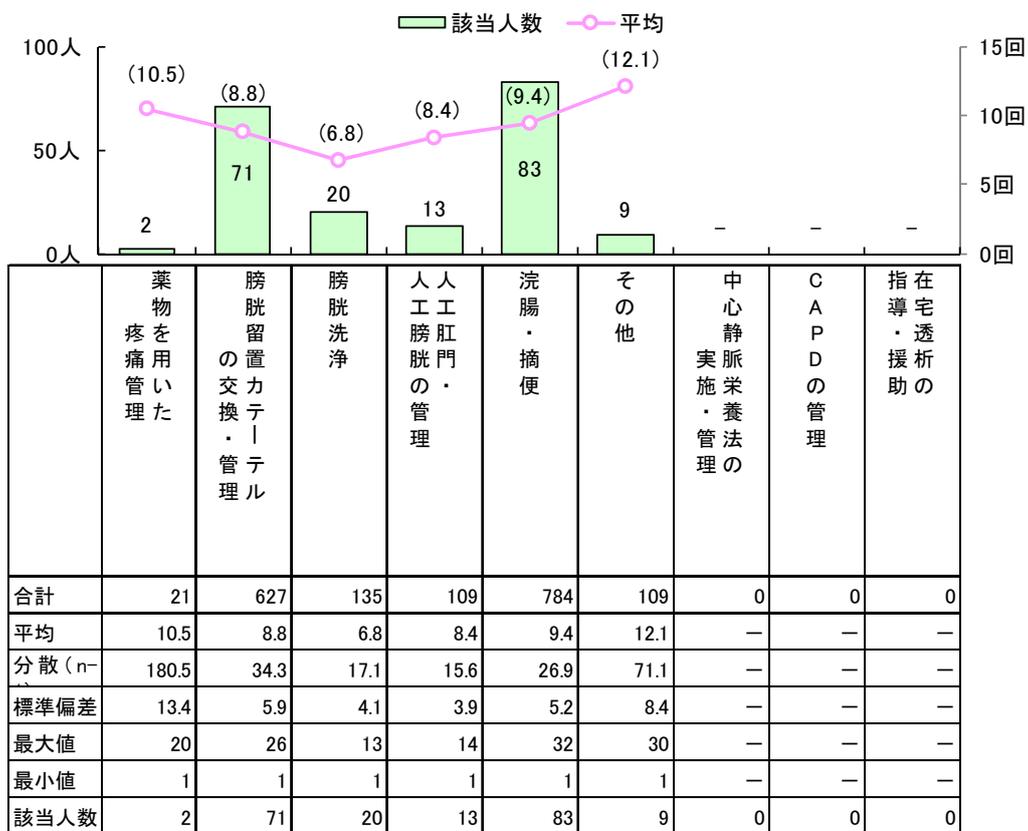
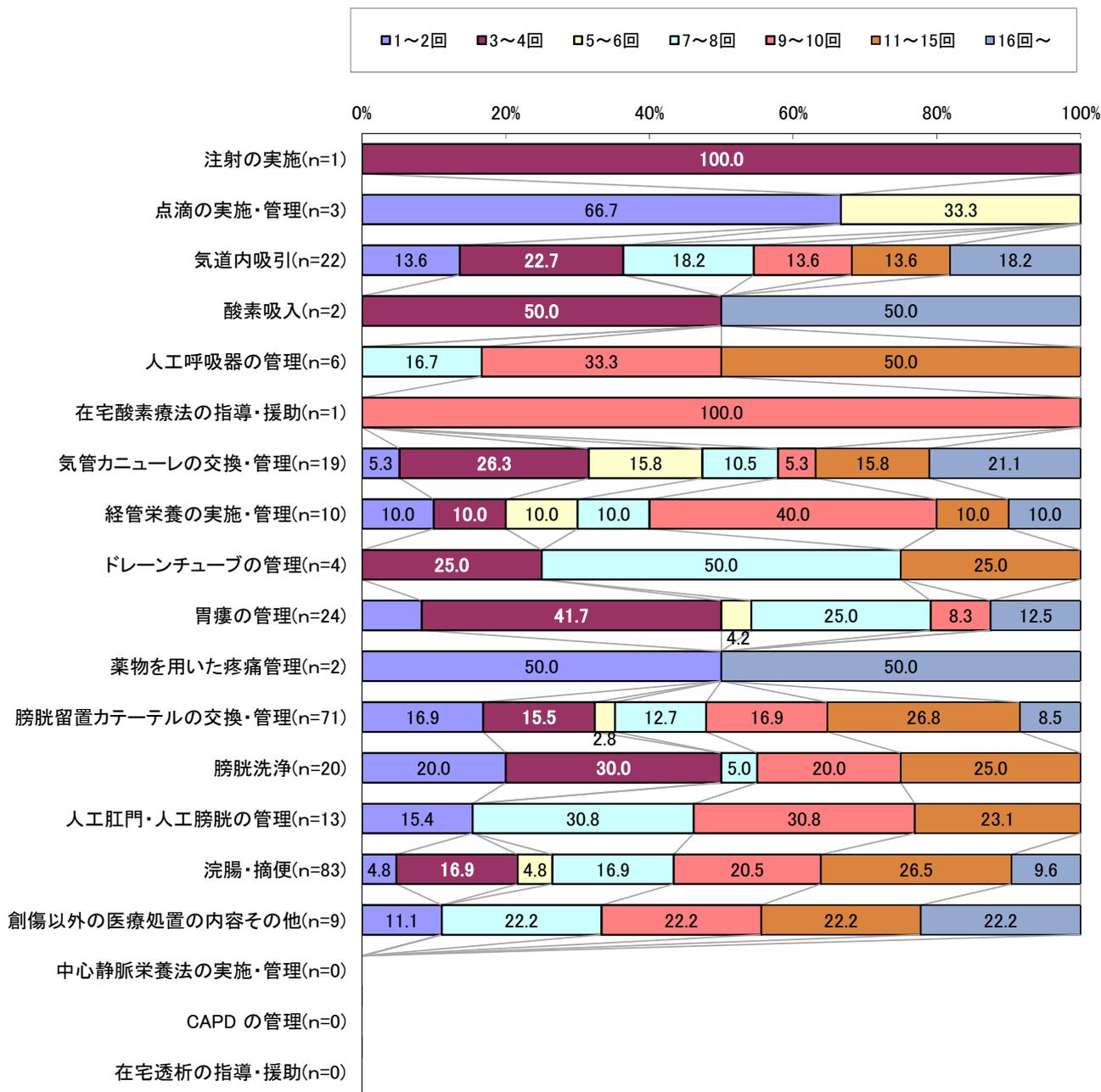


図 2.47 創傷以外の医療処置の内容/月間実施回数分布



### 2.5.5 機能訓練及び指導

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月に実施した「機能訓練及び指導」では、最も多かったのは「その他リハビリテーション」49.4%（126 人）であった。

そのほか、「嚥下訓練」7.5%（19 人）、「呼吸ケア・肺理学療法」と「コミュニケーションのリハビリ」各 9.8%（25 人）と続いている。

図 2.48 機能訓練及び指導

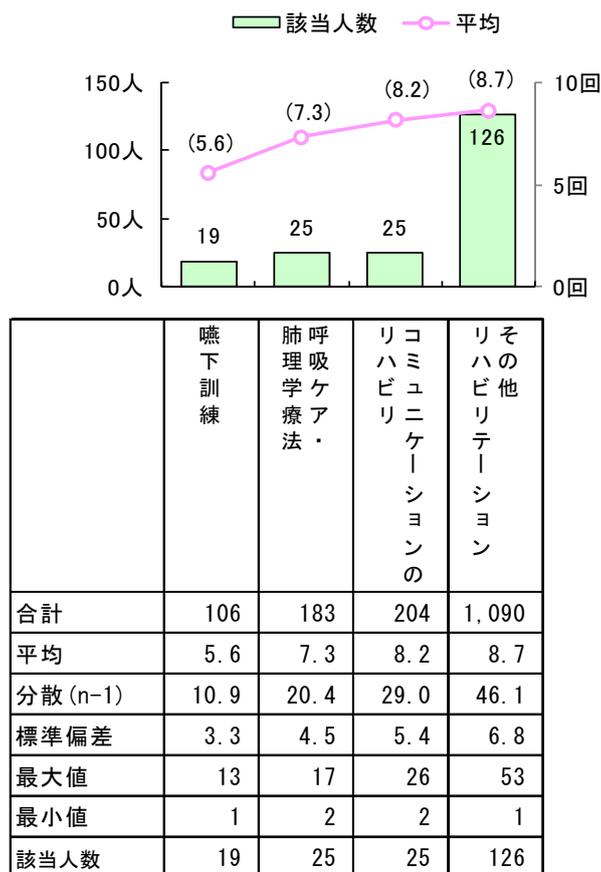
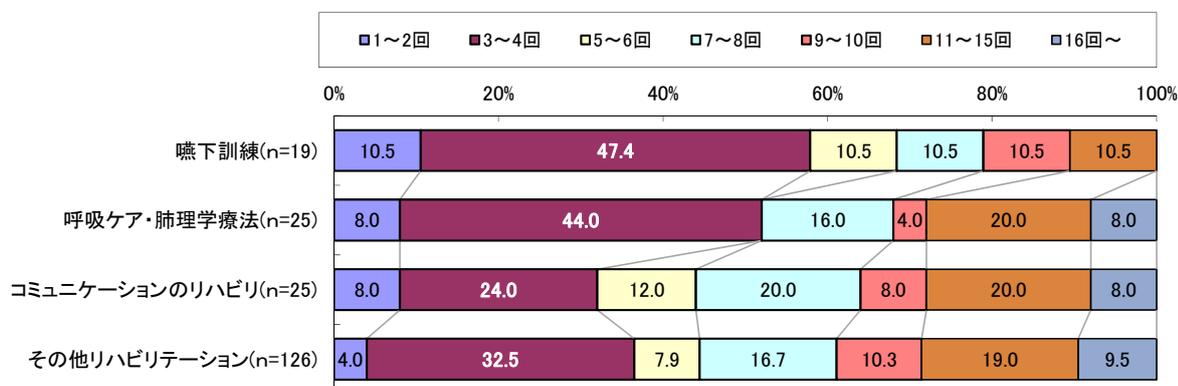


図 2.49 機能訓練及び指導/月間実施回数分布



### 2.5.6 嚥下訓練

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月に実施した「機能訓練及び指導」のうち、「嚥下訓練」を受けた 19 人（全体の 7.5%）の内容では、最も多くの利用者が行ったケアは「口唇、頬、舌の筋刺激訓練」94.7%であり、次いで「舌の運動」78.9%、「経口食訓練」42.1%であった。

図 2.50 嚥下訓練

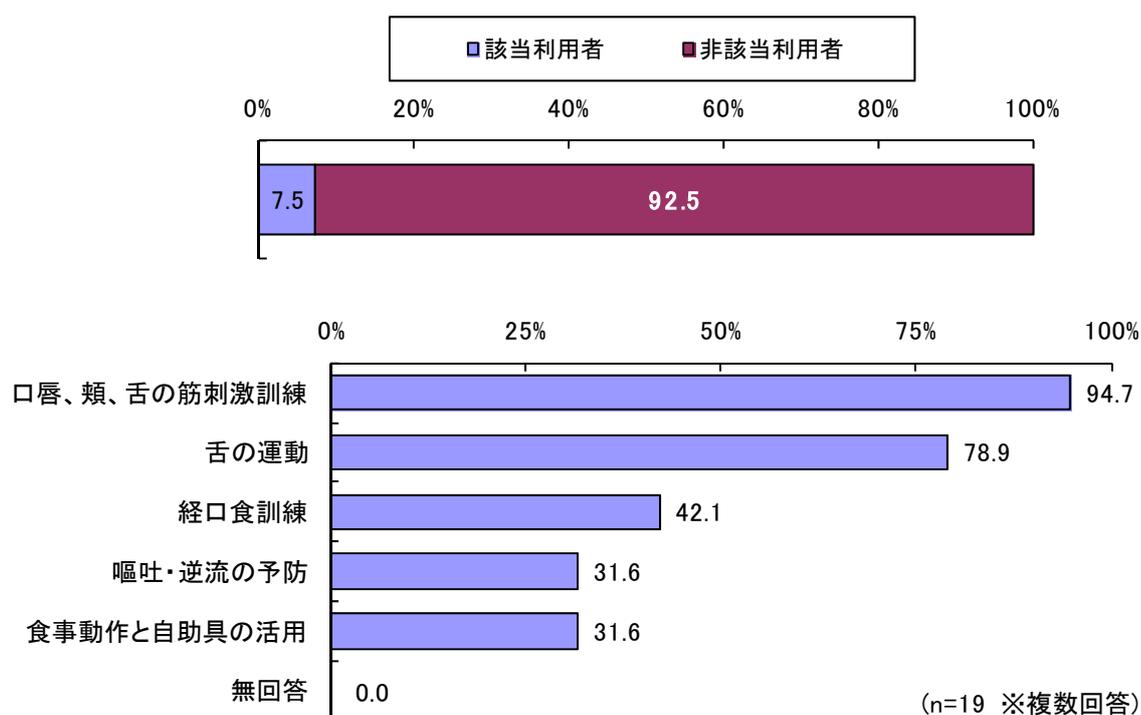


図 2.51 「嚥下訓練」内訳

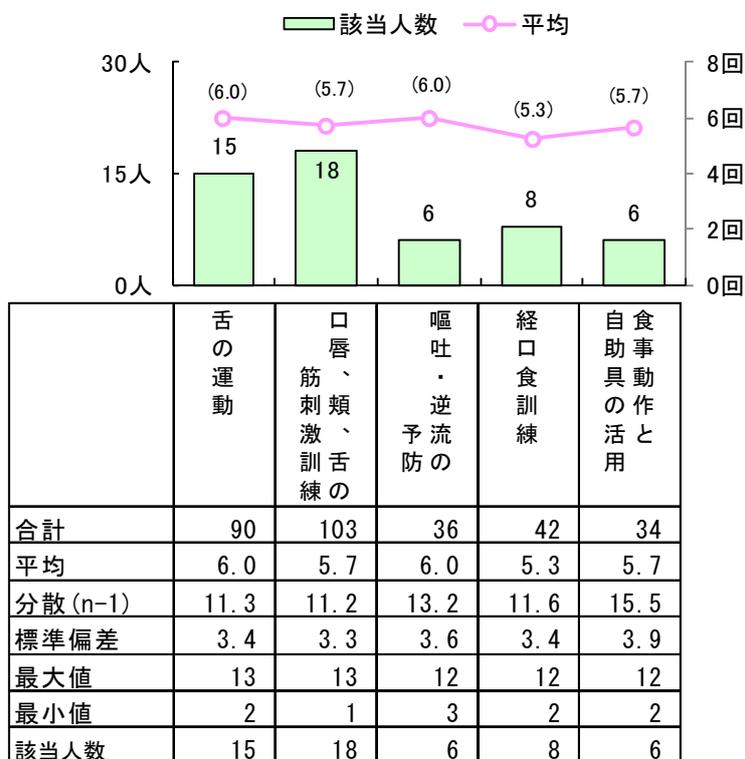


図 2.52 「嚥下訓練」内訳/月間実施回数分布



### 2.5.7 呼吸ケア・肺理学療法

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月に実施した「機能訓練及び指導」のうち「呼吸ケア・肺理学療法」のケアを受けた 25 人（全体の 9.8%）の、ケア内容についてきいたところ、最も多くの利用者が受けたのは「呼吸訓練」で 56.0%、次いで「喀痰排出訓練」44.0%であるが、1 人当たりの平均実施回数が最も多かった実施内容は実施人数が 3 位の「気道の浄化」であり、実施回数は平均 11.0 回であった。

図 2.53 呼吸ケア・肺理学療法

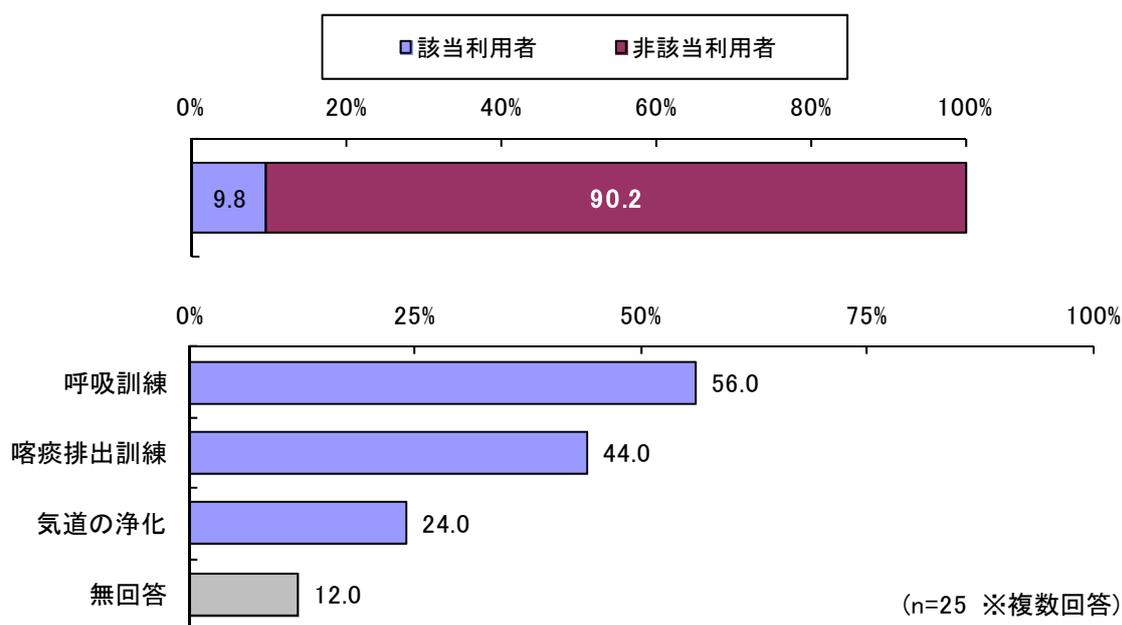


図 2.54 「呼吸ケア・肺理学療法」内訳

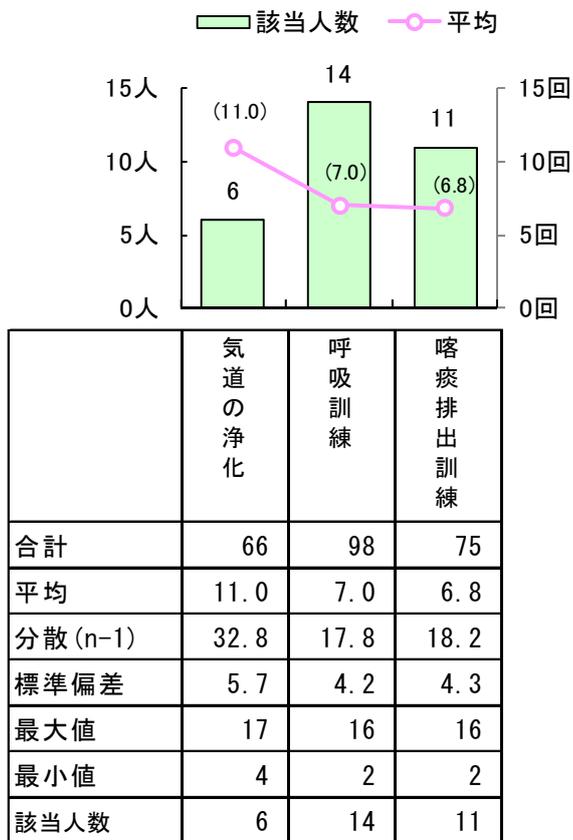
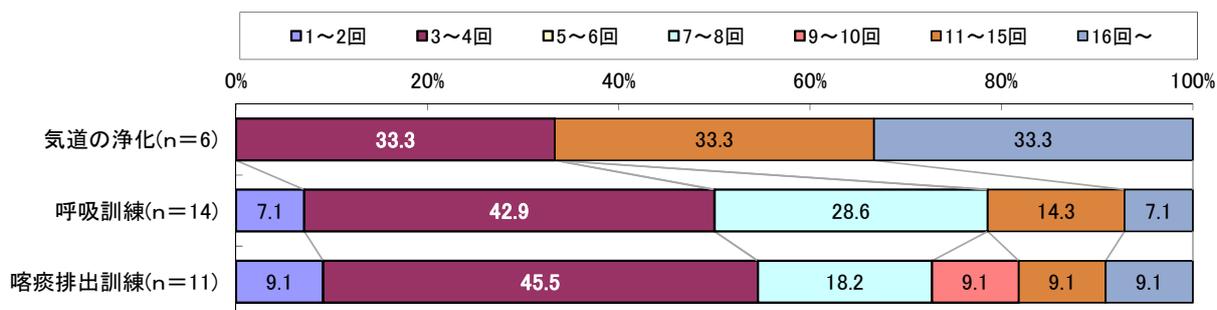


図 2.55 「呼吸ケア・肺理学療法」内訳/月間実施回数分布



### 2.5.8 その他リハビリテーション

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月に実施した「機能訓練及び指導」のうち「その他のリハビリテーション」を受けた 126 人（全体の 49.4%）に、「その他のリハビリテーション」の内容についてきいたところ、最も多くの利用者がうけたケアは「関節可動域訓練」の 79.4%、次いで「良肢位の保持」44.4%であった。

「関節可動域訓練」と、2 位以下の「良肢位の保持」の間には 35 ポイント以上の差がある。

また、1 人当たりの実施回数でみると、最も回数が多かったのは「体位変換」11.1 回であり、次いで「清潔と整容」の 10.4 回であった。

図 2.56 その他リハビリテーション

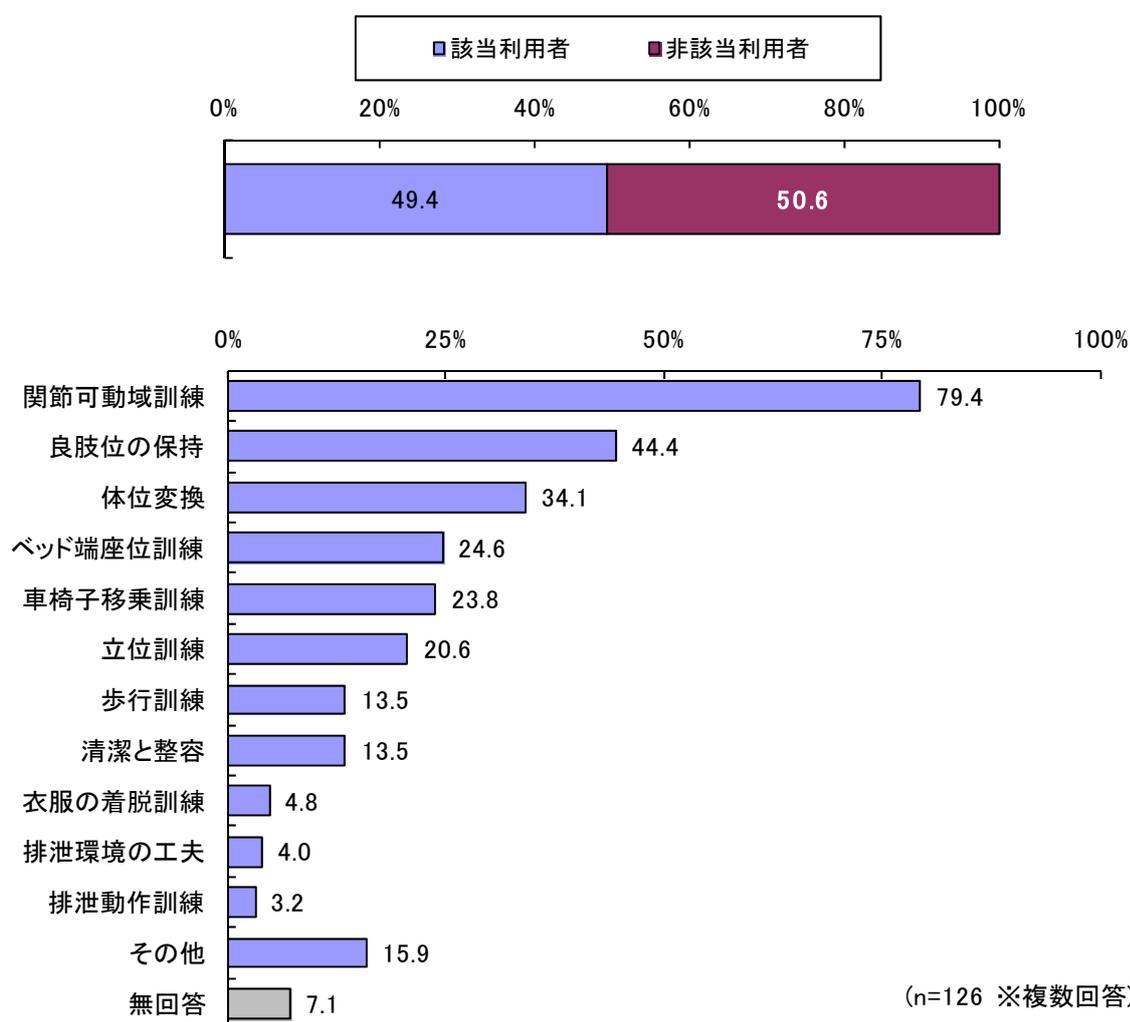


図 2.57 「その他リハビリテーション」内訳

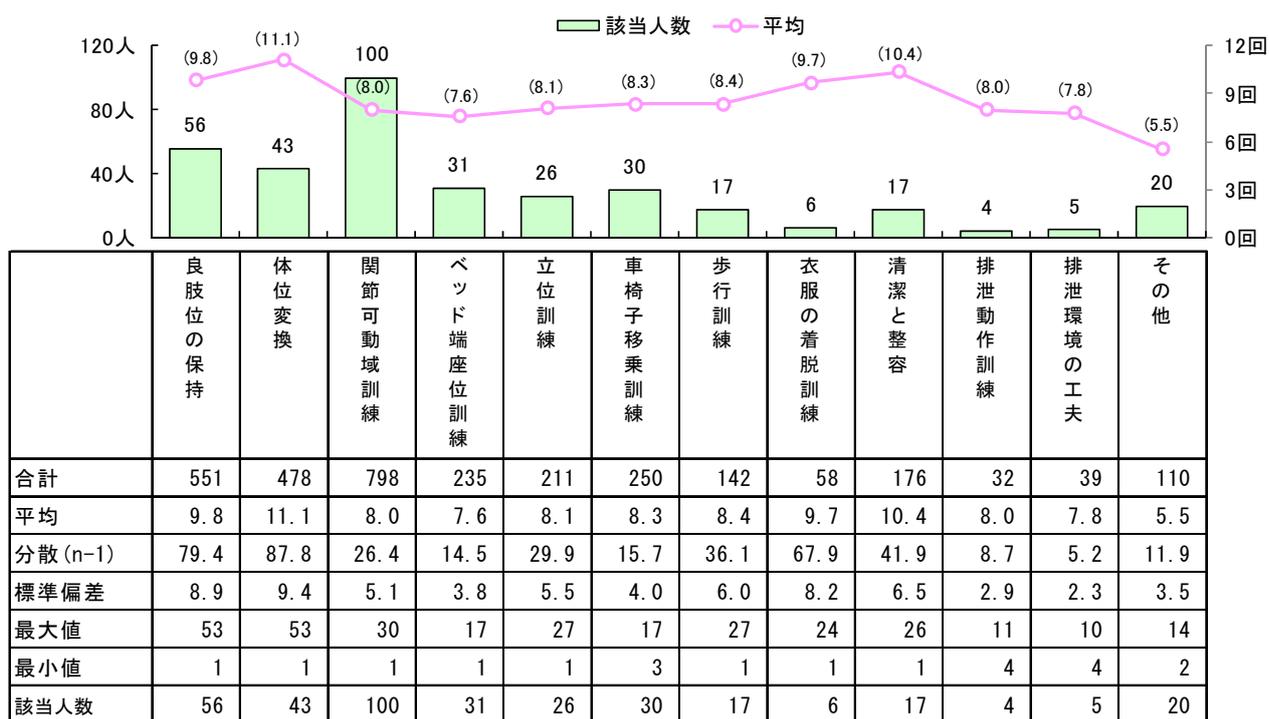
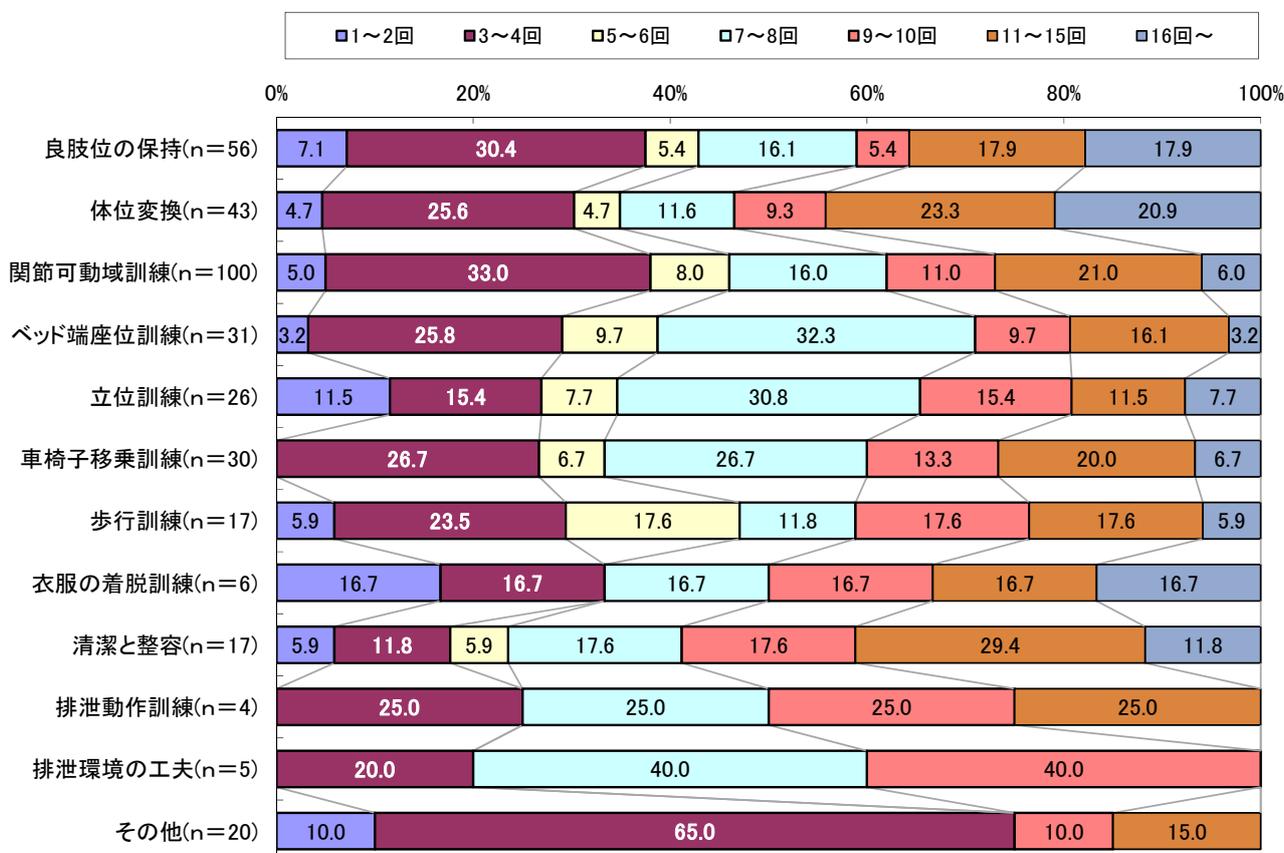


図 2.58 「その他リハビリテーション」内訳/月間実施回数分布



### 2.5.9 本人・家族指導

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月に実施した「本人・家族指導」のことをきいたところ、最も多くの利用者が受けたのは「家族等の介護指導・支援」33.7%（86 人）、次いで「本人の療養指導」32.5%（83 人）であり、そのほかの「緊急時の対応指導」5.4%（14 人）、「認知症・精神障害に対するケア」1.2%（3 人）との間には、実施率に大きな差がみられる。

図 2.59 本人・家族指導

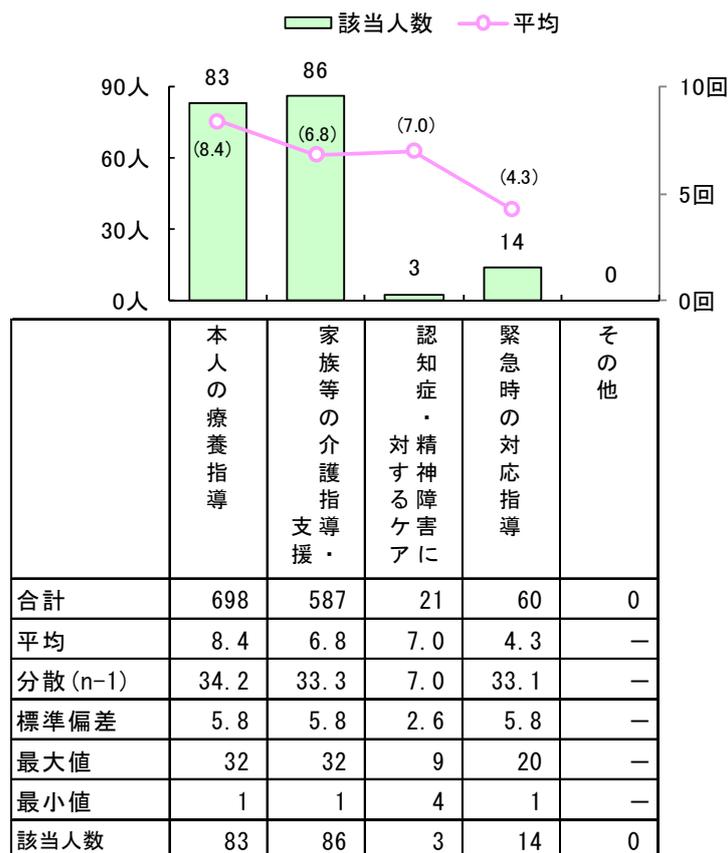
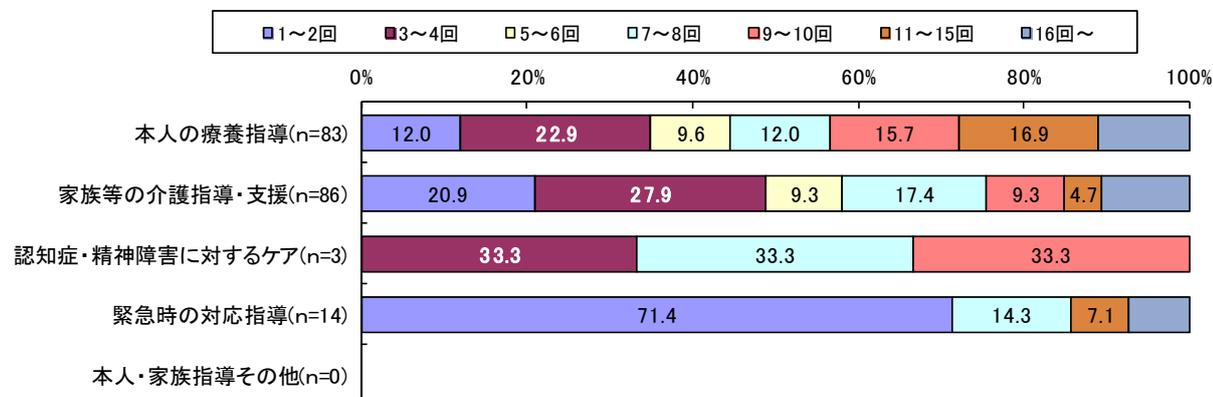


図 2.60 本人・家族指導/月間実施回数分布



### 2.5.10 連絡調整・その他

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月に実施した「連絡調整・その他」のことをきいたところ、最も多くの利用者が受けたのは「訪問記録の記載」59.6% (152 人)、次いで「報酬請求の事務」「社会資源の活用の支援」が各々 29.8% (76 人) であった。

また、月間実施回数でみると「精神的支援（精神障がいへの支援除く）」がもっとも高く 10.1 回、次いで「訪問看護の記録」9.7 回であり、これ以外の項目の実施回数は相対的に低い。

なお、「報酬請求の事務」「施設・事務所内外での会議」「社会資源の活用の支援」「家屋改造・環境整備の支援」などの実施回数をみると、「1～2回」の占める割合が 50.0%を超えている。

図 2.61 連絡調整・その他

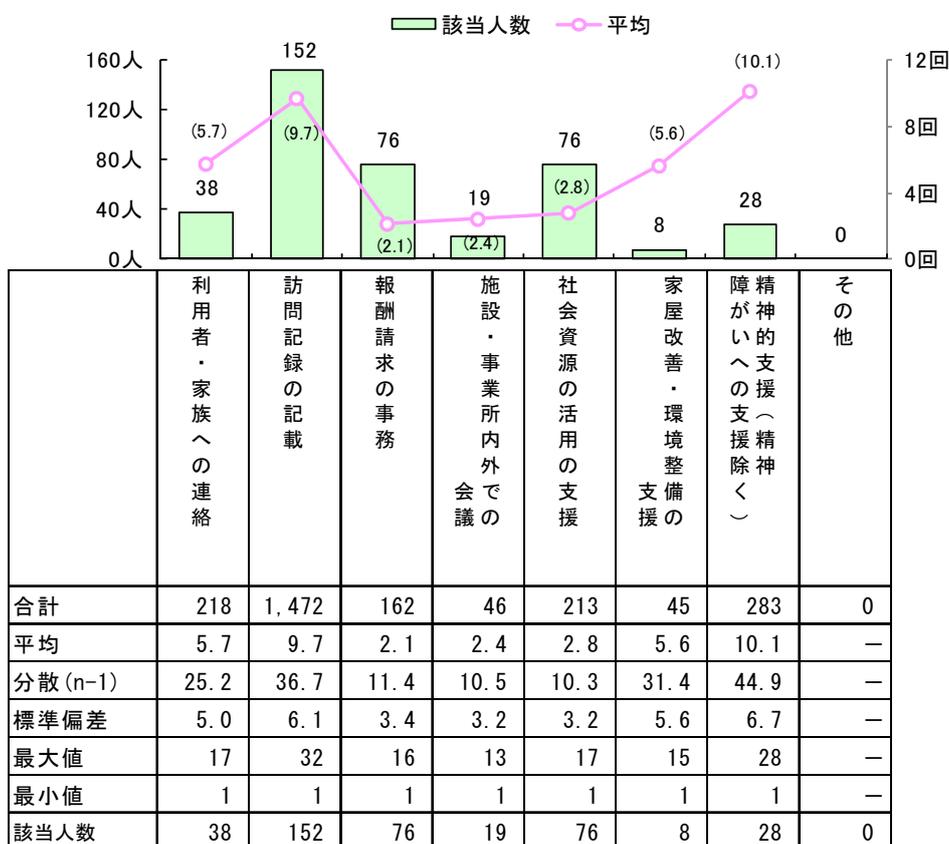
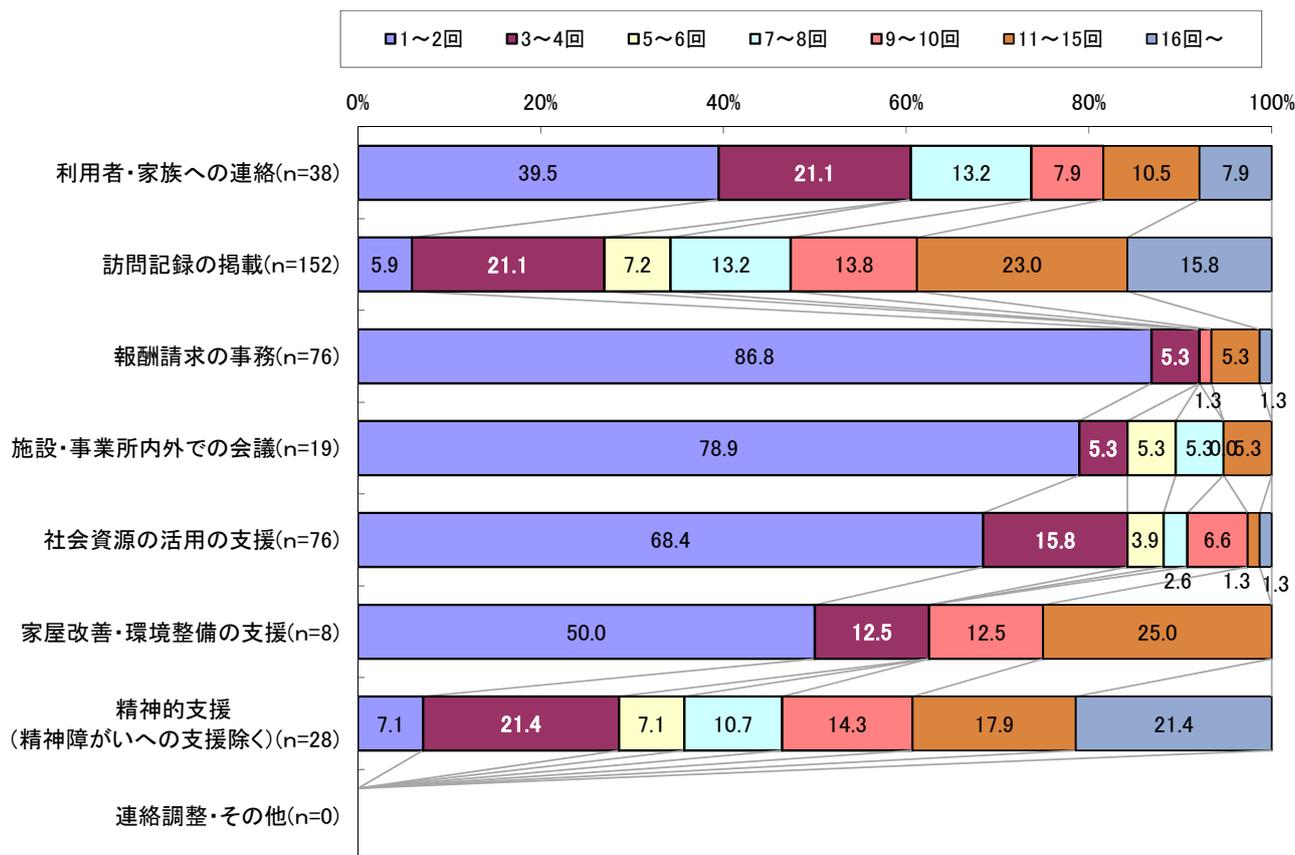


図 2.62 連絡調整・その他/月間実施回数分布



### 2.5.11 社会資源の活用の支援

回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月に実施した「連絡調整・その他」のうち「社会資源の活用の支援」を受けた 76 (全体の 29.8%) 人の、「社会資源の活用の支援」内容についてきた。

「医師への連絡と訪問」65.8%、「その他の職員との連携・訪問」64.5%の 2 項目が主な内容であった。

また、月間の実施回数は、「医師への連絡と訪問」1.8 回、「その他の職員との連携・訪問」3.0 回と、後者で多かった。

図 2.63 社会資源の活用の支援

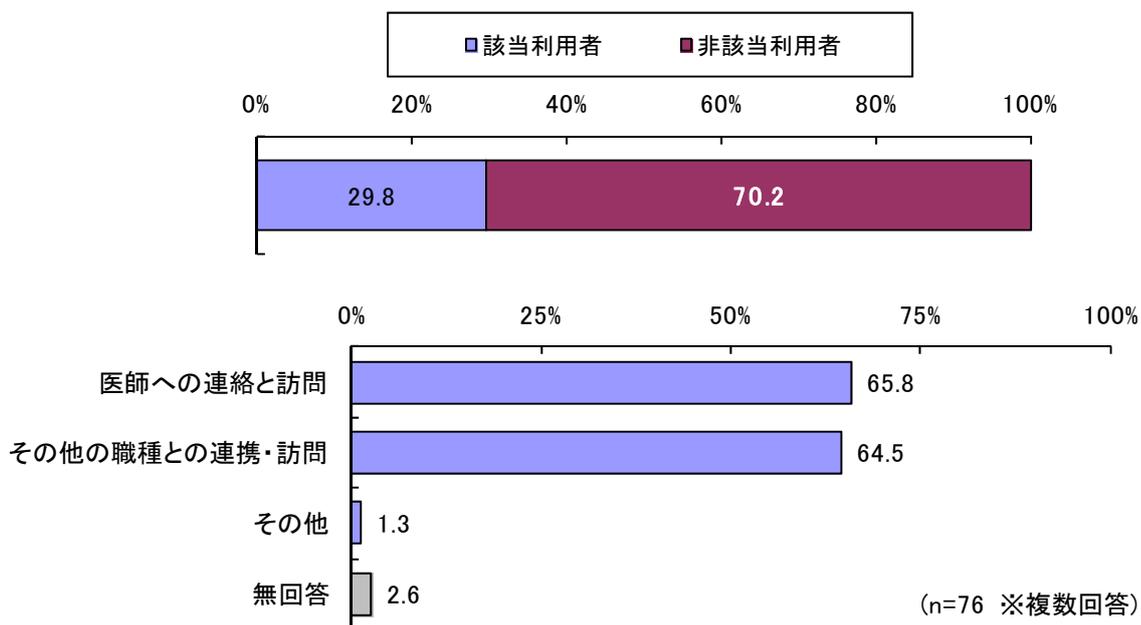


図 2.64 「社会資源の活用の支援」内訳

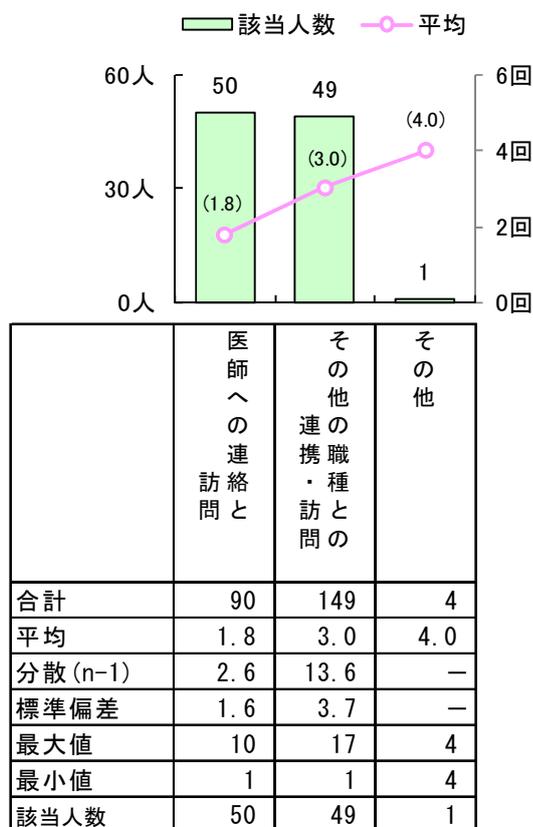
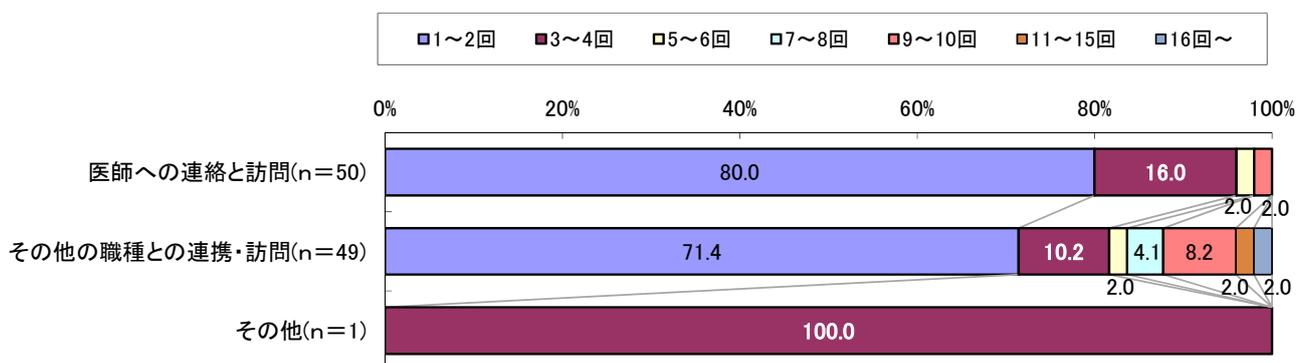


図 2.65 「社会資源の活用の支援」内訳/月間実施回数分布



## 2. 6 利用者の支払い方法

### 2.6.1 利用者の支払い方法

回答者 255 人について、利用者の支払い方法をきいたところ、最も多かったのが「健康保険（船員保険含む）／国民健康保険」の 38.8%、次いで、「公費負担医療費制度」33.3%と上位の 2 つで全体の 3 分の 2 を占めた。

また、「公費負担医療制度」を使用していると回答した 85 人（全体の 33.3%）の「併用状況」をきいたところ、「併用」が 48.2%と、全体の約半数を占めており、「単独」の 35.3%を上廻った。

図 2.66 利用者の支払い方法

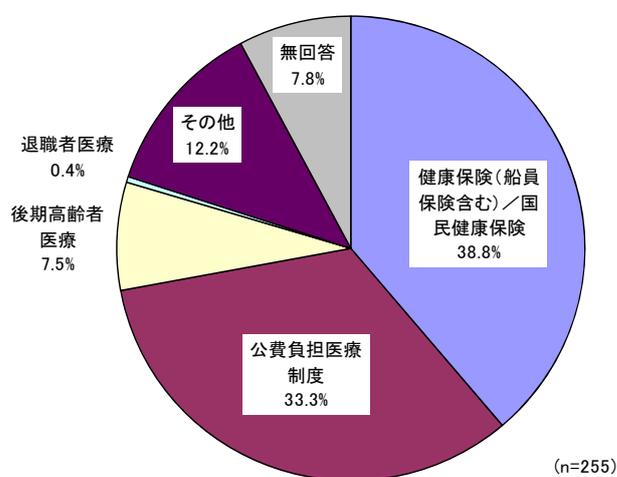
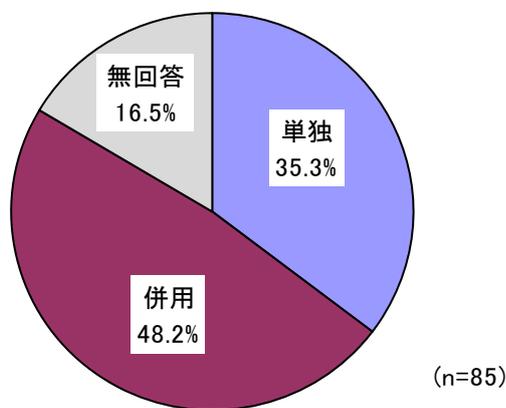
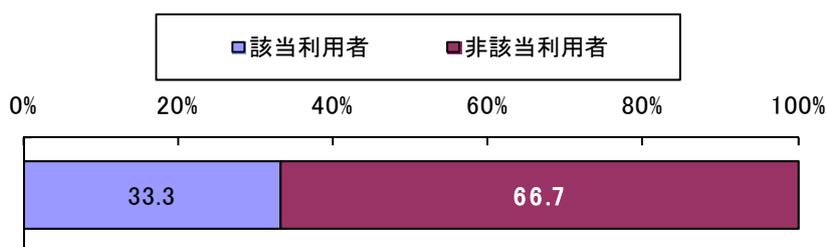


図 2.67 併用状況

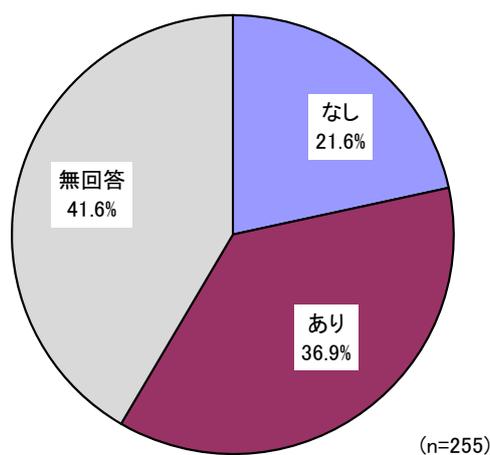


### 2.6.2 自動車損害賠償責任保険による支払い

回答者 255 人について、「自動車損害賠償責任保険による支払い」のことをきいたところ、「あり」が 36.9%で、全体の 3分の1 以上を占めた。

また、「なし」の割合は 21.6%であり、支払いがない理由としては、「回答者が把握していない」「示談が成立したため」「自損事故などにより自動車損害賠償責任保険の対象外であったため」などが挙げられている。

図 2.68 自動車損害賠償責任保険による支払い



### 3. 自由記載

#### 3.1 訪問看護ステーション

##### ①訪問看護指示書や特別訪問看護指示書について

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 急性期で状態悪化した場合、特別訪問看護指示書を書いてもらいますが、医療機関側から指示料だけで訪問看護師に渡す医療材料のお金がかさむ、何も利益にならない。赤字になると言われます。報酬の仕組みがなんとかならないのでしょうか？これでは在宅で点滴もできません。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特別指示期間が月1回14日を限度（もしくは月2回）と、限度を無くして欲しい。点滴や処置等、病状により長期化するケースが多い為。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特別指示書の交付を月に1回と決めないで欲しい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 大病院であると指示書発行して頂き、手元に書類が来るまでかなり時間がかかっている。又、特別指示の意味を理解して頂けない医師があり、説明をその都度行っている（労力を要する）。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護指示書、特別指示書について、感染症の有無の記載や24h対応出来る医師の連絡先を必ず記載して欲しい（感染症→不明なら不明とか、ope歴があるか？輸血歴があるか？など、あると良いと思う）。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師が訪問看護の必要性、重要性を理解していないので、指示書の依頼（本来はDrが必要と認め指示書作成するのだが…）がスムーズに行かず、訪看や家族が困る事がある。<br/>[例]<br/>・こんな書類私は書きません！というDr。<br/>・指示書依頼に受診同行必須！同行する時間が取れません。<br/>・指示書依頼（文章書類）の流れがその病院により複雑で依頼出すまで大変。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特別訪問看護指示書<br/>[例]<br/>真皮を超える褥瘡の処置。要介護者は2週間毎の指示書を必要とし、医療保険の対象者は交付がなくても行ける（4日以上）ことになっています。おおかた医療保険で訪問していると思うが、30分位で処置して来てもいい人もいますので、介護保険でも特別指示書がなくても対応して良いようにすれば良いと思う。</li> </ul>                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者様の状況が変わっていても指示書の変更は記載されず、従来通りになっている事が多い。特に総合病院では、クラークにより記載される為、医師の目が届きにくいと思われる。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 吸引や褥瘡以外にも難治性の皮膚疾患の方がおり、医師の指示により特別指示書が2週間以上利用できる様にして頂きたい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特指の褥瘡ptは期間を1ヶ月とか、若しくは、Ⅲ度以上は難病と同レベルにして欲しい。</li> </ul>  |

|  |
|--|
| ● 医師から指示書、返信用の切手を貼付した封筒を要求される。訪問看護ステーションで準備する必要があるのか疑問。  |
| ● 精神科訪問看護指示書の場合、医療保険の訪問看護に変わる事について、行政、各訪問看護ステーションに周知徹底されていない。  |
| ● 訪問看護指示書が訪問を開始して1ヶ月近くなるのに届かない。  |
| ● 特別指示書によるグループホーム入所者の利用が制限されてしまう。  |
| ● 退院時に訪問看護の指示書を頂く事が多いですが、その際、指示書を頂いた主治医と外来での主治医と違う事が多く、誰に報告書を送ったら良いのか混乱しています。  |
| ● 訪問看護の指示書の依頼が難しい。   |
| ● 特別指示書の期間制限を無くして欲しい (Dr 判断で14日以上必要であれば認めて欲しい)。  |
| ● 主治医が訪問看護の実状を知らない為、連携が取れないことが多い。特に訪問看護指示書については患者の状態や内服が変更になっても初回の指示書がコピーされている様子。指示書の内容では訪問看護の主旨がわからない。主治医によっては指示書に鉛筆書きで下書きを依頼する医師もいる。                                 |
| ● 変わらない指示書を毎月(1ヶ月毎)記入し、報酬を取っている医師もいる。<br>在宅へ移行の必要性は理解できるが、病院側が見放すために在宅へ移行されていることも多い。   |
| ● 特別訪問看護指示書を発行して貰うのが大変で、土・日、時間外、回数等、訪問しているが、殆どサービスになっている。  |
| ● Dr の指示による吸引、若しくは吸引が常時必要な方に特別管理加算があった方が良い。  |
| ● 訪問看護指示書を記入して貰う場合、ステーション側からの返信用封筒や切手を同封しているが、そうしなければならないのか。   |
| ● 訪問看護指示書の内容についての見直しはないのでしょうか。   |
| ● 訪問看護指示書が遅いことで直ぐに対応が出来ないケースがある。   |
| ● 指示書の病名について、医療保険の集団指導で、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる名称の疾病等の利用者となっているが、指示書を出す医療機関にその件を指導していないので、書類整備がとても大変(書き直してもらったり、連絡を入れたり)。関連する制度については訪問看護だけではなく(その他のことも)医療機関にも指導をきちんとして欲しい。 |
| ● 指示書は書いて下さっても、いざという時、入院の受入体制をとって頂けない病院もあり、必要に応じ早めの連携をとり、その様な体制をお願いしている。利用者の方・家族にとって必要な事に関わる医療者が一緒に考えていくことが望ましいと感じています。  |
| ● 訪問看護指示書の記入がタイムリーにされず、すぐに開始したい場合に間に合わない事がある。  |
| ● ご家族やケアマネが訪看事業所を希望しても、主治医が「連携をいつもしている他のSTに変更する」と勝手に変更して指示書を出してしまう事がある。本来の目的と違うのではないかと思う。  |

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 何ヶ所も受診されている方で、指示書をどの医師にするか書けない、書かないと言われてしまうことがあり、大変なことがある。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Drが必要と思うケース、家人が必要と思うケース、ケアマネ等が必要と思うケースにより、指示書の取扱い色々難しい（依頼、費用、Drの協力等）→何故お金を取られるのか？とか。同じ病状にあっても、期間6ヶ月の人、1ヶ月の人で結果的に6倍費用請求。Drにより差があるとか。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師の訪問看護についての知識不足（指示書の発行についてなども）。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● グループホームでのターミナル期は特別訪問看護指示書が月1回しか公布出来ない為、点滴を必要とする場合、訪問が難しくなっている。月2回交付できるよう改善して欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 癌末期の方は点滴内容が月々変わり、その都度指示書を書くのは非常に困難である（Drは訪問診療末期対応で日々忙しい）。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護は介護保険と医療保険があり複雑でわかりづらい。指示書についてももう少し簡単にまとめて欲しい。点滴注射の指示期間が1週間というのはあまりに短すぎる。中心静脈栄養（IVH、ポートなど）や末梢ルートなど輸液管理の方も増えており、書類を少なくして頂きたいです。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 指示書の記入内容を細かくDrへ伝達して欲しい。<br/>記入方法を知らないDrが多いです。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 指示書、計画書、報告書について<br/>看護とリハビリで同じ書式、形式では難しい点が多くある。また期間についても短期間である為、書類作成に時間を割くことが多くなっている。もう少し期間を考える事や簡素化する事を検討して欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 書類が多く、指示書は書いて下さっても、特別指示書の書式を知られてない（先生に認識して欲しい）。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護指示書：毎月1ヶ月毎に主治医から出されていますが、指示内容は全く同じもので、ひどいものは2年前から疾患名に肺炎と記載されたままのものも。訪問看護の報告書は決して毎月、同じ内容のものを主治医へ送ることもなく、コストも取れません。医師は指示書を出すのに保険報酬が取れます。しかし、記載内容は毎月でなくても変わらないのであれば患者自己負担を考えると半年で記載してくれても良いだろうに。しかし、指示期間中は訪看指示料を診療費として算定し、患者さんの負担は軽くないです。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護師不足の為、ニーズがあっても対応困難な時がある。介護保険では限度額がある為、必要であっても訪問回数を増やす事は出来ない場合がある。特別訪問看護指示書を医師が必要と認めた期間にしてはどうか。経済的な問題を抱える人が多いが、負担軽減などであればサービスを充分受けられると思う。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 指示書発行時の郵送代金は主治医が負担する仕組みを作って欲しい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院から紹介される時、感染症に対する情報が無い事が多い。指示書へ感染症に対する記載をしてもらいたい（HB、HCV、HIB、梅毒など）。</li> </ul>  |

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特別管理加算対象外の利用者には退院日の訪問が出来ない（医療では可）。介護保険では特別指示書による訪問になり、利用者負担があることや週4日の訪問の必要性がない場合が多い為、特別指示書に該当しない。独居の場合、退院日から内服管理が必要でも訪問出来ない。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特別指示書で真皮を超える褥瘡処置に毎日入った場合、1ヶ月の内の3日間は医療で入れず、請求が大変です（医療保険と介護保険）。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 非癌の末期状態の利用者も特指示を2回もしくは癌末期同様に医療保険優先にして欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 指示書の記入が遅れがちな Dr への対応の難しさ等</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護指示書について<br/>指示書の交付にあたり、指示を出している認識のない医師がいる。指示期間や指示書の管理が出来ておらず、訪問看護ステーションが管理を行わなければならない病院がある。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護指示書、特別訪問看護指示書について…<br/>書いて頂かなければ訪問看護の提供は出来ないのだが、書いて頂くに当たって指示書様式、返信用封筒同封でないと言われ HP、クリニックが殆どである。指示書交付にあたり、報酬がある訳で、それで賄うべきところである事を徹底させて頂きたい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護指示書と特別訪問看護指示書の中に在宅患者訪問点滴注射指示書が両方に記載されており、いつもどちらで指示を受けたら良いか困惑しています。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 指示書記載ルールを Dr に周知して貰いたい（期間・内容など）。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 注射指示書（点滴）の有効期間を長くして欲しい（変更時に再交付として欲しい）。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 外泊時訪問看護を利用するケースについて。<br/>病院からの訪問看護指示書が交付されるが、退院後は在宅医から訪問看護指示書を受けた方が望ましいケースは指示書は2枚交付できないので、不都合である。点滴や麻薬の継続、カテーテル留置の場合、ST は在宅医の指示のもと訪問する方が望ましい。在宅医の口頭の指示で動く事が現状だが、医師の指示のもと訪問する為には制度を検討して貰いたい。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 2回/月、特別訪問看護指示書、要件緩和（インスリンの自己管理が困難、非癌の看取り、抗生剤点滴、対応困難な認知症など）</li> </ul>  |

## ②ケアマネジャーとの連携について

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 私は独立型で訪問看護ステーションを経営していますが、ケアマネジャーは施設や病院に付属しており、訪問看護の提供時間や回数は少なく、施設サービスよりのプランとなっているところが多いです。自己選択、公平平等の介護保険とは言いますが、かけ離れていると思います。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネ、基礎資格によっては、病状の説明や意図が理解されるまでに説明が必要。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネジャーへの情報提供について、こちらからはもちろん、ケアマネからの利用者家族の変化、利用サービスの提示など、詳しく知りたい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 福祉系ケアマネジャーと医療系ケアマネジャーのケアプラン料の差額を付けて欲しい。</li> </ul>  |

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 重度の障害のある小児や、小児から大人になった利用者の訪問看護を実施しているが、医療依存度の高い在宅療養の子供達のケアマネジメントをする人材が不足している。行政でも担当している人はいるが、医療依存度が高い方には充分とは言えず、専門の職種や、看護職が担当する等必要と考えます。介護保険の利用者にはケアマネジャーが担当となるが、小児一人一人の担当者はいない状況となっています。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネジャーの訪問看護に対する理解が充分ではない。<br/>医療処置が必要な利用しか訪問看護を利用出来ないと勘違いしている人が多い。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネジャーへの情報提供や、担当者会議等の手当についてもご検討頂きたい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネジャーが訪問看護が理解できない。繋げる能力がない。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネジャーの訪問看護に対する理解が乏しい。情報を発信する場を多く市町村単位での活動を促したい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネに報告書を出しているが、出す必要はあり??<br/>地域のステーションが出してるので中止する勇気はない。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 看取りに対するケアマネジャーの関わりが希薄。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域包括支援センターからの依頼がほとんどない。訪問看護は使いにくいと言われる。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 最近のケアマネジャーは医療保険での対応の場合、どのような人が対象となるのか、1単位あたりの利用料（特リ理学療法士）について質問されるなど、何処まで調整してくれるのか、こちら任せなところもあり、役割をなされていないことも感じます。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 監査等に当たり、主治医との指示書、報告書、計画書等の提示を求められるケアマネがいるが、いかがか?</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネジャーへの情報提供について。<br/>ケアマネジャーからの情報提供が事業所より、個人情報保護法との関係で提供出来ない(文書では)と言われるところがある。私達の中での問題と思いますが、どう認識すればいいか...??</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネへの情報提供は、本人・家族の同意を得て提供しているが、担当者会議、その都度変化時は報告しているので、必要ないと思うが、欲しいと言う要望が多い。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネジャーへ毎月、サービス報告書を送らなければならないが、Dr への報告を兼用しているが、果たして毎月必要か?</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 単位が不足している方に対し、訪問看護の入る曜日はヘルパーを入れず、看護師にヘルパー業務をさせようとするプランをよく組まれ、延長をサービスで行うしかない時があり困っている。ケアマネジャーに伝えても、そういうプランを組む方には通じない。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネジャー一人一人の力に差がありすぎ、困る事があります。個人の力量によって利用者の幸・不幸が決まってしまう場合もありますが、改善は難しいと考えられます。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護は医療行為をしないとイケないと考えられているケアマネさんもいらっしゃる様に思います。訪問看護の利用の仕方をケアマネが理解しておられない様に思うことが時々あります。</li> </ul>   |

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネジャーの力量の差を感じる。重症化しての訪問依頼や、30分の訪問依頼で、ケア内容と不適な時がある。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 家族の希望を優先するケアマネジャーが多い。<br/>本人が在宅療養を希望しても介護者（家族）が施設入所を希望するとケアマネジャーは必ず入所先を探しだし入所させるケースが多い。この地域では施設に（特に社会福祉法人系）はりつけのケアマネジャーを置き、外部のケアマネジャー、訪問看護、訪問医は入る事が不可能である。施設の医師は名前のみ、看護師も夜間対応なし。急変時全て救急車で病院搬送というのが現状である。この急変時対応を何とかしたく、施設に働きかけるが、どこも門前払いである。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 家族や利用者様から訪看を利用したいと言っても、ケアマネさんがまだ必要ないと言う事があります。ケアプランは、ケアマネさんだけが決めるのではなく、利用者様の意見を積極的に取り入れて欲しいです（要支援だから必要ないと言われますが、要介護にならない為にも訪看を上手く利用してほしいと思います）。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 点滴指示が医療保険でなくても可能になったが、ケアマネとの調整が難しくなったと感じる（医療機関は指示してくるだけなので、結果的に看護がケアマネと連携して調整することになってしまう）。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険の利用者様が年々減っている原因として、2つ考えられる。1つ、担当ケアマネジャーが自社のサービスを優先的に使う傾向、点数がない為、利用をしない。2つ、通所サービスの利用が増え点数が減って使えない。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 褥瘡が悪化したり、終末期で状態が悪化してもデイサービスで看護師がいますからと自施設のサービス優先するケアマネジャーに訪看の役割を伝えるのに苦勞する。介護保険では指示書が届いても、開始出来ないケースがあります（ケアマネジャーが必要ないと判断した場合）。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネジャーやヘルパーさんの質の向上が必要で連携を取りたくてもできない事がある→利用者本位になっていない→看護を介護保険から切り離して欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネジャーより訪問指示書、サマリーのコピーを渡されること。原本が要求してもらえない場合がある。病院サイドがケアマネ宛で発行することが多い為。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 要介護度と医療的なニーズは一致しない。ケアマネジャーの主たる元職は介護職員が占めており、独居、認知症などにより生活支援の必要性が高まる中においては、訪問看護は切り捨てられがちである。医療的な視点やケアが入る事で安定する事は明か。しかし、特別指示書が必要なほどではなく、定期的、長期的支援が望ましいという対象者に訪問出来ていないのが現状である。訪問看護はあくまで医療であり、介護保険と切り離してサービス提供出来る（医療保険で）仕組みが望まれる。</li> </ul>                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険、医療保険の利用の判別について良く知られておらず、特にケアマネジャーの方が使い分けが出来ていない。</li> </ul>  |

### ③医師・医療機関との連携について

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● かかりつけ医であっても救急時にかかりつけ医ではなく救急 HP へ搬送してと言われる事がある。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅医の教育を国を上げてしい欲しい。自宅で死を迎える事が出来る環境を作らなければ在宅療養は進みません。今後、高齢化は益々進み、施設は満床、そして少子化で皆さんご自宅で1人で亡くなることとなるでしょう。そんな時、地域や社会が高齢者や在宅で介護を必要とする人達が安全に安心して人らしく最後の時を迎えられるよう、支える事の出来る社会にして欲しいと感じます。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 開業医との連携。訪問看護は不要と言う Dr もまだいる。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● まだまだ在宅診療の少ない地域で、在宅対応出来る医師が少ない。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 国保連合会より医師の指示に基づいて、訪問看護時に看護師が血液採取を行い血糖検査を行った場合、保助看法上認められず、保険請求は出来ない。医師の監督のもとに行うもので、医師同行訪問し、診察が伴っていなければならないと疑義照会があった。解釈が変更され、皮下・筋注・点滴・採血も認められ、単独訪問時に実施して来ました。医師の診察が伴っていなければ、緊急訪問し、低血糖状態にもかかわらず、血糖測定は出来ないこととなります。訪問看護師の医行為について、再検討して頂き、明記して欲しい。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 国は在宅在宅と言いますが、地域により温度差があると思う。病院の Dr の在宅の捉え方にも違いがある。訪問看護ステーションを機能強化型へとおしていますが、大型になればなったように問題はあると考えます。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 十分な在宅支援をせず、施設入所を勧めるなどが多くあり、医師や SW、ケアマネジャーの資質向上をお願いしたい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅医が少ない為、ターミナルの利用者を担当しても情報の共有がなかなかスムーズにいかない（医師が担当する患者が多い為、報告をしてもすぐに指示がこないこともある）。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 個人病院はある程度、融通が利くが、総合病院は特別指示で点滴の指示が出た時に点滴は処方してくれるが、点滴のライン、エクステンションチューブ、サーフロ針、アルコール綿、テープ等は自費で準備して欲しいと言う状況。夕方指示の場合は、準備することが難しい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師との連携が取りにくい。訪問診療に同行したいが、時間が定かでなく待っている時間が長い。病院等外来に同行するが、実際の診療まで待つ時間が長い。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ●●市は往診医が少ない。病院の医師、看護師は訪問看護等、在宅での社会資源のことを理解していない人が多い。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師が訪問看護師を必要としていない。尿カテーテル挿入、点滴、ターミナル等、医療依存度が多く名つてからの依頼が増えた。医療保険対象は増えているが、介護保険対象利用者はかなり減っている。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ご自宅で看とりたい、看取ってもらいたいと希望されても、この地域には24時間支援診療所の届け出を行っている医師がなく、一部の地域までしか可能とならない。最後を病院で過ごさざるを得ない。</li> </ul>  |

|   |
|---|
| ● 医師との連携  |
| ● 病院との連携  |
| ● 開業医（主治医）の場合、訪看 ST に対する認識が薄い。連携をスムーズに行える為に、Dr の意識改善を図れる様にして欲しい。Dr は上から目線で指示する。                     |
| ● 在宅療養を国策として推進されているが、訪問看護を活用するという選択肢について Dr や HP 職員があまりに知らなさすぎる。医師の卒後研修として、在宅療養の現場を研修することが必須であるとする。 |
| ● 中小～大学病院がかかりつけの場合の連携の取り方   |
| ● 主治医にすぐ連絡が取れない。  |
| ● 医師の負担も大きい為か、協力的な医師が少なく、指示書の依頼もし難い方も中にはおられます。もっともっと利用者様の周囲が温かい世の中にならないものかと念じます。                    |
| ● 医療連携の難しい病院もあり、どの様に連携したら良いのか悩むことがある。   |

#### ④介護職員の喀痰吸引、経管栄養の実施について

|  |
|--|
| ● 介護員の喀痰吸引の研修をもっと多く機会を持って家族が出来る位の吸引をする事を認めて欲しい。  |
| ● 胃瘻の終了後の取り外しなど、介護員でも可能な研修をして貰う機会を多くして、出来るようにして欲しい。  |
| ● 経管栄養が実施される様になったことは良いが、薬の注入が出来ない為、施設での入居継続は困難である。   |
| ● 介護職員に喀痰吸引、経管栄養を実施してもらえると、介護負担が軽減すると思うが、異常の発見、正常の理解、手技など、勉強の場を繰り返し持つことが必要と感じる。介護職員の出来ると判断出来るとは違うと感じます。  |
| ● 介護職員の喀痰吸引、経管栄養対応事業所が少ない  |
| ● 介護職員の吸引：自立支援が入っている事業所との連携方法が分からない。又、諸事情で連携したくない場合は拒否ができるのか？  |
| ● 介護職員の喀痰吸引、経管栄養の指導は、大切と思いますが、手間がかかり、少人数のステーションにとっては負担が大きいと思います。また、その報酬も少ないと思います。  |
| ● ヘルパーさんの吸引指導を看護師にさせない方法を考えて貰いたい。  |
| ● 在宅での看取りを行っていますが、日中独居や独居の方へのヘルパーさんの介入について。<br>吸引や座薬挿入など現在では困難であります。対象となった時に（急に具合が悪くなる為、ヘルパーの研修をしている間に亡くなってしまう）。もう少し速く対応出来る策を考えて頂きたい。ヘルパーの医療行為はダメだと断られてしまいますが、定期的や苦しい時、痛い時など、座薬が入られると（訪問時に）大変助かります。条件を整えて行える方法が出来たら条件が難しい方でも在宅での看取りがスムーズになるのではと思います。 |

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 吸引の指導はとても時間がかかるため、訪問調整がとても大変。指導料と時間的労力を考えてもらいたい（ヘルパーによって理解の程度がまちまちでとても大変）。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 痰の吸引などの実地指導を訪問として認めて欲しい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護職員の喀痰吸引、経管栄養の実施について<br/>介護士研修の日程が少なく、必要とする利用者さんがいてもタイムリーに研修が無い為、すぐに対応出来ない事がある。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 利用者に急な痰吸引介助が必要になった場合において、介護職員への指導、連携の時間・段取りが難しい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 近隣に吸引が可能なヘルパーステーションの事業所がなく、家族による吸引が難しい場合に、なかなか在宅療養に踏み切れない時がある。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護職員の吸引対応は介護技術のスキルが高い方であれば…とも思うが、介護職員研修そのものも内容、日数的にもバラツキがあり、個々の技術差が大きすぎて医療的対応にまで手が廻らない現状もある。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護職員で吸引を実施する事業所が少ない。研修、書類の用意に時間がかかる。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護職による痰の吸引、胃瘻からの注入については事例がなく、在宅においてはすすんでいない様に感じます。せめて、胃瘻からの注入に関してだけでも可となれば希望される家族はおられるのですが…、現時点では受け入れ可能な事業所がありません。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 事業所によって技術の差が大きい。同じ研修を受けているはずなのに何故差が出るのかわからない。介護事業所にももっと利用者が安心出来る様な技術を習得出来る様な場が必要だと思う。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 経管栄養について。<br/>独居、寝たきりの利用者がいますが、一日2回の胃瘻注入があり、介護保険だけでは点数的に無理です。終了まで見届けると、1時間半にも及びます。月～日曜まで訪問看護を使うと、他のヘルパー業務が出来なくなります。たまたまこの利用者さんは障がいと併用ですが、ヘルパーの可能な範囲の枠を広げるか、例外（医療で係われるようにするか）を作る必要があるかと思います。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 看護師の指導者の研修を受ける機会はよくあるのですが、介護職員が特定の対象の指導を受ける前段階の研修が行けなくて、吸引が必要な利用者を事前に何もできないとヘルパーから言われた事があります。介護職の研修の機会を増やして欲しいと思います。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 研修の仕組みが複雑で、なかなか吸引できるヘルパーが育たず、看護師がサービスで居残り、吸引をしているASLの利用者がいる。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● アンビュー操作、カフエア確認の指導も加えて貰いたい。現場研修はもう数回必要。にわかに仕立てた技術では不安が伴う。</li> </ul>  |

## ⑤ターミナルケアについて

|   |
|---|
| ● ADL を低下させない為の機能訓練、ターミナルケアについて。  |
| ● 医療保険自己負担額3割負担の方への請求の方法。ターミナルケアのあり方、主治医との食い違い、在宅ターミナル～死への報酬のあり方、公費の割合多くして欲しい。  |
| ● 国は在宅での看取りを推進していますが、在宅の介護力が弱くなっていることと、看取りたくても開業医の協力が得られないことで難しい現状にあります。医師が協力出来る様な体制を構築して欲しいと願います。  |
| ● 訪問看護の依頼が増えていると感じる。特に癌末期、医療依存度の高い方等。必要性があれば断らずに訪問したいが、枠が無くて断らざるを得ないことある（月に2～3件）。人員も増やしたいと思うが、看護部としては、7：1看護を取る為、看護に中々スタッフを回して貰えない。しかし、直接雇用は病院併設の訪看の為難しい。人材確保、育成、中々難しいと感じる。                  |
| ● 癌末期の人で自己負担割合が3割の人や交通費の算定について、介護保険での利用にならないかとケアマネジャーから言われる事がある（国への要望ではありませんが…時々あります）。  |
| ● 若い人の癌末期の訪問では医療費が高額になってしまい、大変。   |
| ● 医療保険対応の方の同一法人からの訪問診療、同日算定不可ですが、特に末期のがんの場合に、医師が訪問しても看護師が行う事とは別なので、非常に困っています。例えば、こんな声がありました。<br>末期のがんの方が、日中、往診があり、夜に転倒し、家族対応困難で訪問看護師が訪問。更にその後、状態急変し、再訪したがそのまま永眠されました。2回とも訪問看護の方で算定できませんでした。 |
| ● 先日、定期訪問で行っている方に電話をして、出て頂けなかった為、午後の訪問を午前にしました。自宅を訪問すると死亡していました。その後、救急車とケアマネを呼んで死亡確認しました。介護保険で請求すると、死亡していたため、請求出来ませんでした。市町村によっては、看護師の役割を説明しても理解して頂けない場合があるため、介護保険の覚書に入れて欲しいと思いました。          |
| ● 当事業所は訪問診療も併設しているので、ターミナルが多い。依頼は基本断らない方針だが、余命数日という依頼があり、初回面談、計画書の作成、初回訪問し1回で亡くなる場合が何度かある。ターミナルの面談は緊急時、急変の説明、訪看の役割、医師との連携等、初期設定に時間を労する割に、費用的には割が合わない。                                       |

|   |
|---|
| <p>● 当ステーションの訪問内には、癌の末期を看取っていこうとする在宅ホスピス的な施設があり、連携を行い訪問看護を実施している。ゆえに当ステーションにおいては同一建物内に癌のターミナルや褥瘡の処置で医療による訪問看護に入る機会が多い。利用者様が重症ゆえ、1回の訪問が1時間を超える事が多い。同一建物3人以上の医療における訪問看護減算制度は当ステーションには大きな痛手であり、月約20~30万円の減算があり、この減算はステーションの存立にも繋がり、在宅で癌ターミナルを看取っていこうとする現状に逆行する。良心的に訪問看護を行っている事業者と心ない利益追随型の事業者を同一視して欲しく無い。</p> <p>癌ターミナル、難病、褥瘡当の医療による訪問看護は同一建物減算より除外して欲しいと強く希望する。</p> |
| <p>● ターミナル加算の評価基準のハードルが高すぎる為、病院で亡くなる利用者様のほとんどが24時間過ぎてのケースでした。ターミナルケアの支援体制をきちんととってサービスを提供させて頂いていたにもかかわらず、亡くなった場所と最後の訪問からの時間によって加算が取れないのは大変残念な結果だと思います。是非再検討して頂きたいです。</p>   |
| <p>● ターミナルの利用者の方で、家に帰って自分がやりたい事ができる状態でなく帰られる方が増えている。訪問が“家で亡くなるため”の様な短期間で終了するケースが多くなっていると感じる。せっかく退院されても十分な準備が（体制が）とられないままに帰って来られる方も多く。数日で病院へ戻らなければならない事も多い。どの様な状況であっても、その方中心のネットワークや必要な援助を提供出来る事を第1に考えるべきと思う。改めて連携の大切さを日々感じています。</p>   |
| <p>● 強化型訪問看護ステーションを目指しているが、看取りの数に手が届かない。同法人が往診体制を整えており、在医総で請求する事が多く、訪問看護でのターミナル加算としての請求が少なくなっている。</p> <p>行っている事は同じことでも請求にはつながらず、カウントできないのはおかしいと思う。在医総請求での看取りの数もカウント出来る様にして欲しい。</p>  |
| <p>● 在宅ターミナル期の方の介護保険の認定について。</p> <p>状態が進行する中、調査のタイミングにより介護度が低く出ることがあります。特にすぐに介保でのサービスを入れたい時に暫定でプランを組むのに躊躇します。変更申請をしてもすぐ結果が出ません。「認知症」のようにターミナル期の方は少なくとも介護1以上になる課別枠でサービスが使える用にして欲しいと思います。</p>   |
| <p>● 癌末期の方の訪問看護</p> <p>①Aステーション（24時間連絡・対応体制なし）</p> <p>②Bステーション（24時間対応体制あり）</p> <p>本人・家族の希望はBステーションだが、毎日訪問不可。Aステーションは毎日訪問可。2つのステーションが交互に訪問する案もあったが、Aステーションの訪問日にBステーションが緊急訪問しても算定出来ない。</p> <p>今回はAステーションのみの訪問で申請はしていないが、携帯で連絡の取れる状況を提供し、訪問させて頂いた。今後もこの様なケースがあると思いますが、他のステーションはどの様に対応されているのでしょうか。</p>  |

|  |
|--|
| ● 死亡時連絡を受け訪問しても、同時にドクターも呼ばれていることが多く、利用料を貰えない。明け方等、業務外の時間帯が殆どのため、残業代が出るだけになる。                 |
| ● 在宅でのターミナルケアが増えて来ている中、看取りまで希望されるが、介護者が一人であり、介護負担が増大し、在宅看取りが困難な場合がある。マンパワーの面で制度改革が出来たら良いと思う。 |
| ● 看取り後の処置を保険適応へ  |

## ⑥自費による訪問看護について

|   |
|---|
| ● 自費の訪問について、訪問看護指示は、今後必要であると思われる。グループホームなど入院は困難であるが、施設であれば過ごせる方（一時的な点滴や経口困難時の補液、特別指示書を超えた時の訪問→グループホームの負担であれば入院になってしまうケース）がある。 |
| ● 自費による訪問看護について、お手頃価格で提供し、訪問看護を利用しやすいものにしたい。  |
| ● 自費設定を考えたいが、地域的に行われておらず、ボランティアになる場合がある。  |
| ● 訪問回数について限りがあり、また、夜間は訪問の費用がかさむ為、「お金が無いと死ねないんだね」などと利用者から声が上がっています。自費による訪問看護の幅などが法的に広がれば救われる高齢者は増えると思います。                      |

## ⑦その他、制度や報酬について

|   |
|---|
| ● 管理者の業務が多く、ステーション運営についてのマネジメントが難しいと思います。   |
| ● 訪問看護の提供時間にあつた料金を設定して欲しい。[例：浣腸の場合等 20 分では不可能]  |
| ● 医療の利用者です。神経難病の人の所に行っていますが、重度の介護を要する人です。2 名で訪問看護に行っていますが、手引きでは、週に 1 回しか複数名がとれない状況となっております。現実にそぐわない報酬に矛盾を感じます。  |
| ● 介護保険の利用者です。夜間、深夜、早朝に緊急で対応して場合、特別管理加算の人であっても 1 回目は加算が付きません。時間外に行っている訪問看護が報われません。私は経営者ですが、加算が無ければ時間外手当の保障ができません。自分が行くよりほかありません。   |
| ● 退院時支援指導加算について。9 月は 2 名の退院後、特別訪看指示書が発行されケアした。1 名は胃瘻、HOT、サクション、Ba-T カテーテル留置で、とても在宅は難しそうな症例。介護者も後期高齢者。自宅に戻った直後に入り、ケアの確認をしたが、不安が残り 19 時～再訪問している。2 回までコスト取れる様にして欲しい。もう 1 名は ENT した日に点滴指示があり、この方も 2 回訪問している。1 回 6,000 円しか取れないが、特別管理がある利用者は 2 回まで請求出来る様にして欲しい。 |
| ● グループホームへの訪問看護   |

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険ヘルパーと医療保険の訪看の協働、同じ時間帯に支援すること。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 当ステーションの人事は、病院看護部が決定している。病院自体の看護師不足のため、前年度より1人減の状態運営している。又、病院の救急外来の当直・夜勤も担っているため、日々の人員不足がある。その為、利用者の人数調整をしている状況。黒字を目指す為に訪問件数を増やしたいが、日々の訪問の保証が出来ず、困難を要している。病院の看護師不足が改善されなければ現状は変わらない。現状のまま、経営を安定させる方法を考えて行く事が、今の課題である。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 障害児・者へ、訪問看護としての支援方法の1つとして、障害児・者の中でも医療的ケアの必要な方は通所サービスや短期入所等の福祉サービスを十分に（量的・質的に）利用したくとも利用出来ないケースも多い。特に地方や過疎地ではただでさえ社会資源が乏しい中で生活されている現状である。そのため、看護師配置が難しい。福祉サービス事業所へ訪問看護のスタッフが介入できる様なシステムを創設し、医療的ケアのある方々が安心してサービスを利用できるようになると良いと思う。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療の場合、保険の自己負担限度額（高額療養費制度）が患者様により違う（←所得に応じて）ため、事前に実際の請求する額を聞かれた時にすぐに返答出来ない。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療で難病等、複数回加算で1日必要で2回、3回と訪問しても該当にならない為、算定出来ない事が多い。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 交通事故後遺症（胸部の骨折、ショックによる認知悪化）に対して、スムーズに訪看開始出来なかった。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 緊急時看護加算、24時間対応体制加算を算定しているが費用の割に負担が大きい。夜間訪問も、癌末期、老衰末期の方は多くなり、増えている。休日や自分の時間を拘束される上、夜間出勤しても翌日休める程の人数もない為、精神的にも肉体的にも負担が大きい。ケアマネやDrも看護師がいつでもすぐ来てくれる様な説明をする為、訪問せざる得ない状況になっている。夜間対応、休日対応については、今の加算に事業所に一律の加算をし、Nsの雇用など、余裕のある人員配置が出来る様にして欲しい。安定した経営を維持する為にも、考えて欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地方では訪問看護師の給料が安すぎます。改善出来たらと思います。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 有料老人ホームの経営者が高齢者の財産を食い物にしている現状を気付いていますか？（訪問看護ステーションではその様な事は一切行っていません。）他の有料老人ホームでは（ここも含めて）高齢者の介護度に合わせていっぱいまで利用していないサービスを利用したかの様に請求しています。ケアマネとサービス提供責任者が結託して行っています。家族がいなく、認知症やお金を事務に預けている為、いくらでもお金が自由になっているという事をご存知ですか？このために保険も生活保護の財政も破綻してきていると思います。今や、高齢者はこの様な悪徳経営者の金づるになっています。この様な現状をどうにかして欲しいと思います。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 看護師等の定着率について。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険夜間・早朝・深夜の加算について（特別管理加算算定+2回目以降）</li> </ul>  |

|   |
|---|
| ● 他ステーション同一日の訪問の算定（医療保険）  |
| ● 介護保険での退院日の請求が出来ないこと   |
| ● 癌ではなく老衰では医療に移行しにくい<br>→ヘルパーとの単位調整   |
| ● 病院より退院時、何の連絡もなく、ターミナルの利用者が戻りケアマネジャーより新規の依頼があった。退院後もサマリーや情報提供はない。  |
| ● 現在、介護保険が優先される中、負担額が1割から2割に増額されるのではないかと心配されています。必要な人に必要なサービスが提供されることは重要ですが、訪問看護の利用が減少するのではないかと心配しています。それだけの必要性和看護の質の向上がどれだけ認められるかという事だと思いますので、看護師の自己研鑽を今後も継続することが重要と感じています。各行政への関わりから、地域性の捉え方は具体的なものとなっていると感じています。小規模ステーションということもあり、体制的な課題はありますが、現在要望できる内容としてはありません。医療保険での利用者様の定期訪問看護が併設している医療機関の訪問診療と同日の場合、予定通りの訪問が出来ずにいます。特別な関係についてご検討頂きたいと思います。 |
| ● 当ステーションは開設して6ヶ月になりました。8月前に5人の利用者迄到達しましたが、諸事情で9月は2人でした。利用者を増やすために努力中ですが、地域に訪問看護より介護の要求が強いことと（特にケアマネ）、医療機関への知名度がまだの理由が多い様に思います。抜本的な対策は「時を待つ」のみなのでしょうか。行政の方の援助はないのでしょうか。   |
| ● 2ヶ所の訪問看護ステーションの同一日訪問した場合の両ステーションの訪問看護基本療養費の策定が出来る様にして欲しい。   |
| ● 医療系のサービスが手薄になる傾向が強い。  |
| ● ギリギリの状況での訪問看護科用となってしまう。   |
| ● 利益優先となる傾向が強い。   |
| ● 移動距離に対する交通費が出ない   |
| ● 労働内容（看取り等）に対する加算が少ない  |
| ● 施設入所者への訪看の加算が少ない（人数による減算はあるが）   |
| ● 現状で手一杯、他の企画への着手まで行き届いていない。やっと3年で一区切り。今後諸々検討する所。   |
| ● 報酬に関して寒冷地（雪国）加算あっても良いのでは？   |
| ● 居宅支援の方ですが、退院等指導（カンファレンス等）に出席しても、初回加算とダブリは出来ない為、大部の時間を費やすが、報酬の見返りが無い。両方算定出来れば良いと思っている。   |
| ● 訪問看護ステーションの管理者の育成   |
| ● 人材育成、認定看護師の育成   |
| ● 訪問看護の質向上の為の人材育成   |

|   |
|---|
| ● 血糖測定の針やチップをステーションから持出し測定をしています。主治医に依頼して貰う事が出来るでしょうか。  |
| ● 同一建物の3人以上の訪問看護費の減算による経営の問題。   |
| ● 過疎地域、方道1時間を要する仮設住宅にALSの方がいる。一人のケアに3～4時間（ケア+移動時間）を要する集合地域であれば二人は訪問可能だが、格差を感じる。その様な場合の助成があると良いと思う。過疎地域でも訪問看護の経営が成り立つ様検討して頂きたい。              |
| ● 訪看の居宅療養管理指導の算定要件が強すぎて利用者がいない。   |
| ● 難病、特に人工呼吸器の方は長時間訪問を希望される事が多く、遠方の方はソウセざるを得ない状況になっているが、2時間を1回/週しかとれないというのが残念。また複数STが関わっている場合、1ヶ所しかとれないというのも困る。複数回入るよりも、長時間というのが現在希望が多い事。    |
| ● 医療器具が入っていないと訪問看護の利用が無い。また、介護予防の支給限度額が低いせいか、予防的な訪問看護の依頼が少ない。   |
| ● 医療保険の複数名訪問と、長時間訪問は週1回しか請求出来ない。難病や終末期で医療依存度の高い方は、毎日でも2人で訪問したり、時間はオーバーする。介護保険との差ができてしまう。  |
| ● 当ステーションは機能強化型やサービス提供体制加算を頂いているステーションで、看護の質の向上に努めていて、当然の頂ける報酬と思うが、利用者側からすると負担が多い。  |
| ● 地域的に訪問先から次の訪問までに距離があり、数をこなせない。  |
| ● 医療と介護報酬が一致する様に  |
| ● 介護保険対象  |
| ● 介護認定の基準を見直して頂きたい。   |
| ● サービスが受けたくても、介護度が低く受けられない。   |
| ● 医療保険、介護保険と分けなくて、訪問看護はどちらか1本にして欲しい。  |
| ● 報酬が上がった反面、金銭的に負担が多くなり、看護師よりもヘルパーへの依頼度が高くなった。状態観察をするなら受診（ヘルパーによる）を…、具合が悪くなれば救急車で病院に行けばよいと言う考えになる。病気を診てもらいより、生活していく為に食事・保清など、ヘルパーが必須となっている。 |
| ● 定期巡回の月額低額報酬の為、頻回の訪問が出来ず、回数を制限してしまう体制ではケアが不十分になってしまう。  |
| ● 病院から在宅へ帰る時など、訪問看護の利用を知らない事が多い（ソーシャルワーカーも利用を拒むことある）。メリットをもっと知ってもらい。看一看連携   |
| ● 地域で訪問看護ニーズあってもスタッフが増えない。  |
| ● 複合型の訪問看護の算定が良く分からない。  |
| ● 制度が変わりすぎる。  |
| ● 介護保険の緊急時訪問に対して、夜間・早朝・深夜の加算を月1回からつける。  |

|  |
|--|
| ● 看護師による居宅療養管理指導を更新しましたが、実績は全くなく、制度として効果がある様に思えず。  |
| ● 相変わらず衛生材料が実費な事が多く、ご利用様様の自己負担となっているケースが存在している。  |
| ● 介護保険、医療保険の加算の違いや、考え方の違い。介護か医療のどちらかにして欲しい。訪問看護のリハビリテーションの訪問回数の緩和。   |
| ● 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の連携による訪問看護について、定期の訪問と比べると報酬料に違いがありすぎる。   |
| ● 介護保険単位数限度枠から訪問看護は外して欲しい。<br>→必要があるのに入れない。  |
| ● サービス担当社会が多くなり、時間がかかる。その分の報酬を見直してもらいたい。   |
| ● 夜間の訪問時の交通費を当社で負担しているが、介護保険でも負担してもらいたい。   |
| ● 24時間体制なので、携帯当番のスタッフの精神的負担が大きい。その為、常勤になるスタッフ確保が困難（当ステーションは今年ようやく事務スタッフが確保できたが、それまで所長一人で携帯当番を担当していた）。  |
| ● 理学療法士や作業療法士による単独での訪問が依頼されるケースが多い。訪問看護ステーションからの訪問である為、看護師の関わり方や介入の仕方をどうするのか考えている。<br>現在、契約時に看護師が訪問したり、タイミングを見て同行訪問したりしている。看護師も他の訪問と重なった場合、同行訪問できなこともある。月1回30分なり、サービスとしてケアプランや提供表に盛り込んでくれると有り難いと考えている。しかし、ケアマネさんも理解している方とそうではない方もいるので説明して、理解して頂く事が難航することもある。行政から市やケアマネさんにも周知して頂けると助かると考えている。 |
| ● (課題) 職員数不足で見なし訪問看護のままであること。その為、指定が受けられず、又、利用者人数も増やせないでいること。  |
| ● 訪問看護師を育てる研修を充実させて欲しい。特に、24時間の訪問看護ステーションでの実習等が出来る様に連携して欲しい。   |
| ● 退院支援カンファレンス参加について<br>時間調整し、複数職員と参加しても金額が(6,000円)安い。1回の訪問より安いのは納得がいかない(都心の大学病院への参加は半日かかる)。  |
| ● 介護保険・医療保険どちらを使っても、担当者会議に参加しても何も請求する事が出来ない。   |
| ● リハビリを積極的に取り入れたいとご本人が考えていても、介護保険→週2時間(20分×6回)まで、医療保険→週3回までの訪問という制度がある為に、リハビリを積極的に取り入れる事が出来ない。   |
| ● 精神科のみの訪問看護であるが、訪問時間30分以上、1時間30分の区分になっているが、殆ど1時間は必要である。不安等の話を聞くので30分程度では終わらない。1時間区分があると良い。  |

|   |
|---|
| <p>30～40代の利用者さんの場合、親の不安が強く、家族相談を含めての診療報酬が認められるようになったことは良かった。</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療保険での訪問の際、同法人の医師と同日に訪問すると算定が出来ない。ステーションは1つの独立した事業所と考えられており、訪問内容としてやるべき事はきちんと行っている。同じ法人内と言うだけで、算定が不可なのはおかしいと思う。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療保険で1人の利用者に複数のステーションが入る際に、同日に入れるのは1つの訪問看護ステーションであるので（Aステーションが月曜訪問をしていて、月曜の23:00にコールが来た際、24h体制を取っているBステーションが入れない）訪問に支障がでている。制度を現場の状況に近づけて欲しい。</li> </ul>                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特別管理加算について、トリプル加算を検討して欲しい（褥瘡、バルンカテーテル、胃瘻、人工呼吸器等3種以上に）。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 緊急加算1/日、長時間加算1/Wの制限は止めて欲しい。<br/>介護保険でも、看護師と介護士の複数名訪問の加算があると良いと思う（訪看の人材不足の為、補助があると可動件数が増えると思います）。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 困難ケースに対して相談出来る場があると良いと思う（中立的な立場に立ってくれる機関）。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 同一法人の場合の訪問に制限があるが（同一日の訪問診療と看護が不可）、訪問日が利用者の都合で行ける曜日が制限される場合等、訪問にいけない事で利用者に迷惑がかかっている。<br/>例えば、浣腸摘便が必要でも訪問診療が優先され、先生が行っても、摘便や浣腸まではしてくれず、看護が行っても料金が取れないので誰が実施しようかと困ってしまいます(医療保険)。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険制度において、ヘルパーが訪問している際に訪問看護が緊急で呼ばれた場合（他サービス提供時間中の緊急訪問）両者が保険請求（算定）出来る様にして欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 24h体制をとっていない為、利用者の紹介が少ない。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅支援診療所の医師から敬遠されることが多い。又、ケアマネジャーからも。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療保険、介護保険それぞれ違いもあるが、加算対象など条件があり、計算がややこしい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域包括ケアの具体的な流れや、実際は（現場）どうなるのだろうか？いろいろなシステム導入等の負担が大きい場合、地域でどの様に参入していったらいいのか。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● PT、OT、ST、訪問看護の回数制限を無くして欲しい。制限されている事により、利用者様の希望が叶わず自費負担増に手の対応となります。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療保険の自己負担が介護に比べ多い為取り難い。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 小児の訪問看護の活用。時間の制限、ケアマネジャー役の不在、学校への訪問が出来ない。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 当STは24hではないが、体制や報酬が不明瞭で病院での夜勤体制、報酬のように確立され大変ではあるが納得のできる労働条件にして欲しい。24h、365日と言っているが全てに納得出来ない。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 国への請求等伝送にして欲しい。</li> </ul>   |

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療保険と介護保険の制度により内容が違う事。<br/>例) ①緊急訪問（夜間等の場合）医療は1回目から夜朝の加算が取れる。介護は2回目から特別管理加算対象の人が取れる。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅医の介入は、診断、処方が主。訪問看護は看取り支援（準備～説明、精神的支援含め）、DIV、CV ポート管理、服薬管理、創、褥瘡処置、排便コントロール（浣腸・摘便）入浴支援、胃瘻管理、気切、吸引、吸入、Ba 管理、福祉用具の必要状況のアセスメント導入支援、各サービスとの情報交換、サマリー作成、診療報告書等、膨大な仕事内容で在宅医を支え、助けている。しかし、制度、報酬は全くNsが不利で、Drとの賃金報酬の差に納得がいかない。在宅の充実を考えていくのであれば、報酬を高くしなければ、機能型強化システムは選択するステーションはなく、在宅医療の限界が見えてしまうと思います。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院との連携が難しいです（併設病院・施設がないので）。大きな病院ですと、医師とコンタクトを取ることが不可能に近かったりします。皆さんはどの様にいらっしゃるのでしょうか。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護ステーションからナースサマリーを提供する場合の加算を設けて欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 定期巡回、随時対応型介護看護の連携型／一体型共に訪問看護単位を引き上げて貰いたい。<br/>⇒訪問回数が増えれば増える程事業所の経営を圧迫しています。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問外業務（他機関連携＝訪問報告やTEL・メール・FAXなどや、サマリー作成、看護計画書・報告書作成など）に報酬が付いている為、本来、必要な業務であるのに、お金になる訪問優先となって来ている。少しでも“連携加算”として報酬をつけて頂きたい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護認定看護師がいるステーションに加算を着けて頂きたい。質の高いサービス提供、地域（他ST）への相談や指導もしているか無報酬。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 新規利用者依頼は多くあるが、実際利用に繋がるのは半分強。具合が悪く入院が長引いたり、死亡に至るケースも多く、利用開始時期のタイミングが合わないケースが多く感じます。まだまだ、在宅介護、在宅看取りの壁は高く思います。もう少しリラックスした状態で在宅に持って行く方法はないかと思えます。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在院日数が短縮されているので、退院後の医療的管理や生活指導、薬剤管理、リハビリなど必要な患者は退院後3～6か月は訪問看護を利用することを病院主治医・看護師から推奨して欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 血糖測定やインスリン注射をしている糖尿病利用者も特別管理加算を算定できないか。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 認知症グループホームと委託契約で訪問しているが、ステーションに介護報酬が入る様な仕組みにして欲しい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 診療所や介護施設（デイサービスやショートステイなど）の看護師が研修に参加する機会が少ない。</li> </ul>   |

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 看護師不足が続いている状況であるにもかかわらず、デイサービスや小規模等に看護師配置の義務づけがあり、デイサービス等を継続する為に看護師が移動してゆく現実には、訪問看護の経営安定に大きな弊害となる事があります（組織の中に訪看もデイサービスも多角的に経営している施設であるために仕方の無い事です…。本当にそこに看護師が常勤が必要であるか…再検討して欲しい。</li> </ul>                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療保険で             <ul style="list-style-type: none"> <li>・特別な関係同士の訪問が重なった場合、実施する内容が各々違うのに算定出来ないのは困る（往診の後、何かトラブルがあつて行かなければいけない時など）。</li> <li>・ショートステイから帰宅後、算定出来ないのは困る（ショート後、チューブトラブルとか発熱とか）。</li> </ul> </li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 最も重要で深刻な問題は、人材の不足です。退職者の補充が出来ず、スタッフの不足は年々、深刻度を増している。原因はわからないが、看護職が在宅に対する関心が薄いのか、ハードルが高いと感じているのか？</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ポートからの点滴の場合、主治医が材料費（輸液も含む）を算定出来ず、負担が大きいと話していました。その為なかなか在宅へ移行しようと思っても、難しくなっていきそうです。そうなってくると私達訪問看護の方にも利用者の増加が難しくなりそうで（訪問看護にオーダーをして下さらない様になりそうで）、今後を考えると不安があります。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険、医療保険で細かい制限があり、わかりにくい。どちらか一方に統一して欲しい。在宅でのカンファレンスについて報酬があれば良い。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険での訪問回数の制限はないが、医療保険での制限があり、必要時に特別指示書が必要となり、医療処置が前になり指示書が遅くなることが多い為、大変なことがある。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護認定看護師の在籍するステーションへの報酬。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● サマリ等の情報提供に対する加算。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 機能強化型の条件、看取り件数だけでなく、取組姿勢への評価をして欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療保険での複数回訪問の加算が少ない</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 定期巡回・随時訪問対応型訪問介護看護の料金の見直し</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定疾患の医療券の利用において、もう少し利用出来る範囲の拡大。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 生活習慣病の糖尿病の利用者の血糖コントロール、インシュリンの管理等頻回に必要な方への訪問看護の加算。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 認知症患者への訪問看護の拡大（内服や自己注射（インシュリン）など）。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅で過ごす利用者（要支援要介護）の訪問看護の拡大と家族の負担減への制度など。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師の指示で訪問看護導入して頂いても、ご本人、ご家族は必要性を感じていず、訪問に繋がらないケースも少しずつ増えている。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 大病院の連携室の担当の方が訪問看護を理解されていないと感じる事もあります。顔の見える連携を目指したい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 緊急時、訪問看護加算を頂いている患者の実際の呼び出し頻度に波がある為。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護師の確保。</li> </ul>   |

|   |
|---|
| ● 産休・育休・介護休暇の職員が続く、欠員状態が続くため、利用者増へケアマネへの働きかけや、回数増に不安を抱えつつも、対応している。  |
| ● 患者受診時、同行する事が多々あるので、算定出来る様にして欲しい。<br>→機会がありましたら是非国へお伝え下さい。   |
| ● 職員確保が難しい。   |
| ● 24 時間体制のできる職員確保と手当の設定が難しい。  |
| ● 衛生材料を病院が出さないことが多い。また病院としては点数を取る仕組みが複雑で出せない。   |
| ● 小児の場合、訪問滞在時間を長く希望される事があります。加算がもう少し加わると助かります。  |
| ● 難病の方は医療依存度が高い上、同日、一ヶ所の ST しか加算出来ない。訪看 Ns、リハと同日訪問を余儀なくされる上、複数回訪問をして点数が減らされるのはおかしい…。                            |
| ● 訪問しても算定出来ない要件がない様にして欲しい。<br>・ 退院日の訪問（複数の訪問）<br>・ ターミナルケア加算<br>・ 介護保険でも夜間の加算<br>・ 特別な関係<br>・ 呼吸停止や急変時に訪問した場合など |
| ● 訪問リハビリと訪問看護で別々の訪問看護ステーション利用の方の場合、同日に2つのステーションからサービスを受けられない。どちらかはサービス自費扱いとなる。どちらのステーションが関わっても保険適応になるとありがたいです。  |
| ● 小規模の事業所では、なかなか色々なケースに対応し難い。特に緊急時の対応。なかなか当番に入ってくれる職員が増えない。   |
| ● 40 歳未満の障害者の方が利用出来る預かりサービス（デイやショートステイなど）や入居施設がないこと。  |
| ● ナース不足について。  |
| ● 時間外加算について。<br>営業時間と加算可能な時間帯の間に空白の時間があり、報酬がない（営業時間 8:30～17:30、加算可能までの 30 分が空白時間）。                              |
| ● 介護保険、医療保険共制度の改革が多すぎて対応が非常に大変。   |

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「現場で課題となっていること」 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネとサービス事業所の不適切な関係性がある。<br/>生活介護で散歩を毎日行い、利用者の自費が1ヶ月に10万円を超えている。</li> <li>・ 身体障害者手帳取得者に交通事故後10年経過した寝たきり患者に訪問マッサージを導入。一部の開業医から「(本人の) お金がかからないから導入してもいいよね」と家族に説明し延々と医療費の請求が行われている。最近市内にマッサージ業者が多数開所している。</li> <li>・ 通所生活介護の利用時間中の診察が行われている。さらには、近隣の他科の開業に職員が引率し、サービス利用時間中にもかかわらず受診を行っている。</li> <li>・ 訪問看護での指定でありながら、通院が十分可能な利用者への訪問やリハビリテーション専門職のみ(実態はマッサージのみ)の訪問が蔓延している。</li> </ul> </li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「国への要望」 <p>平成26年度より制度化されました、機能強化型訪問看護ステーション加算についてですが、看取り件数や難病患者件数、常勤人数が算定要件となる事は理解出来ます。しかし、居宅介護支援事業所の併設を条件とすることで、利用者の抱え込みとなり、他の居宅介護支援事業所からの重傷者の受入が難しくなる可能性を感じております(実際に居宅介護支援事業所が無い状態ですが、当事業所は24時間対応体制となっており、年間の看取り件数26件、難病患者は月に20人以上訪問があり、看護学生を受入や研修の実施、看護師の5人常勤も必要時は変更可能であり、居宅介護支援事業所以外の条件は十分満たしております)。介護支援専門員の収益安定化を図る目的の不要な訪問看護の提供を引き起こさない為にも、居宅介護支援事業所の併設のない算定要件についてもご検討頂きたいと存じます。</p> </li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 事業の適正化の為、職員増員を2年前から計画していましたが、実現しません。サテライトの本格実施やその他事業計画を展開したくとも人材不足が問題となっています。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療保険・介護保険と2本立ての仕組みとなっており、その上制度改正毎、煩雑になっていくため、現場もその理解に苦慮する上、利用者への説明が困難に感じる場合がある。もっとスリムにならないのか。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅末期医療総合診療料に訪問看護も含まれるというのがステーションについてはデメリットの方が大きいと思われるが…。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 衛生材料については、主治医が管理料を算定していないとの理由で提供されない場合が多い。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 24時間365日の対応であるが、夜の当番を確保するのが難しい。医療依存度が高い人を抱えるステーションは夜の出動も多く、当番をする人が限られ、一部の人に負担が多くかかっている。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● サ担当者会議への参加を評価して頂きたい。<br/>機能強化STの介護保険での報酬を上げて欲しい。できれば限度額外で自己負担無しで!</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ショートステイや入院で訪問が出来なくなる</li> </ul>   |

|  |
|--|
| ● データ等の医療情報が入手出来ない   |
| ● 精神疾患患者の訪問で、外泊中の訪問は医療保険で請求は出来る。しかし、現実には経済面が厳しいケースが多いので、自立支援医療を持っている人は外泊時の訪問看護も自立支援医療の中に入れて貰いたい。外泊時訪問看護を利用することが大きいメリットになるので。 |
| ● 今後、自己負担が1割→2割に増えた場合、利用者が必要とする訪問回数に制限がかかってくると思われる。  |
| ● 訪問看護師の募集をかけても来てくれる人がいない。報酬を上げて貰える事で待遇改善も出来ると思われる。  |
| ● 緊急訪問時（朝・夕・深夜）特別加算がない方に対しては、加算がつかないのは辛い。改善して欲しい。  |
| ● 介護保険で支給限度額を超える利用者に対する費用の補助があれば助かる。   |
| ● 医療レセプトが記入例が少なく、わかりにくい。   |
| ● 障害サービスを利用している（医療保険）利用者の訪問入浴の回数制限をなくして欲しい。  |
| ● 18才未満の小児が訪問入浴サービスを利用できる様にして欲しい。  |
| ● 訪問看護宛に入院サマリーが発行されているはずなのに、原本を CM が持って行ってしまい、コピーが送られて来る。  |
| ● 医療から福祉への転換をとありながら受け入れ態勢が出来ていない現状がある。   |
| ● 内服管理等、行っている場合、祝日に訪問日が重なる場合の対処で臨時で訪問もコスト的に負担がかかる為（点数制限）全部が請求できない。   |
| ● 介護保険で利用出来る介護、身体、生活での内容が決められており、サービス内容だけでは生活出来る援助に限界がある。  |
| ● 24時間対応加算をとっている場合、夜間等の訪問に夜間、早朝等の加算が取れない、制限がある等の制限を無くして欲しい。24時間対応希望する必要な利用者は、夜間訪問が十分に考えられると思われます。                            |
| ● 精神訪問看護で理学療法士の訪問が出来ないので、制度の見直しをして欲しい。   |
| ● サービス担当者会議や事前訪問時にサービスを調整した場合の報酬を考慮して欲しい。  |
| ● 緊急携帯待機手当が妥当なのか、他のステーションと比べるだけの情報がなく、上層部へ交渉が難しい（旧1,000円の手当、土日も同じ）。  |
| ● 精神訪問看護の届出後、訪問出来るスタッフが限られたこと。1日2回訪問出来ない点。   |
| ● 入院、入所時の看護サマリーの発行は有効であると感じます。医療機関や施設への移行時の。   |
| ● 連携上のメリットを感じているので、報酬加算の対象にならない事に不満を感じる（行政への情報提供内容は欄も限られ、受け手も読んでいいのか分からず、充分機能しているとは思えない）。                                    |
| ● 医療保険下での（特定患者様）への訪問で、複数事業所が関わる時、3ヶ所の訪看STが入る場合、毎日でなければいけないので、事業所が無理をしなければならない。   |
| ● 加算の条件について、曖昧な文章がある為、はっきりと記載して欲しい。  |

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪看の基本報酬単価を上げて欲しい。<br/>⇒現場は精神的・肉体的負担が大きい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護師不足について <ul style="list-style-type: none"> <li>・採用募集をかけても集まらない。夜間オンコール体制をとるにも人員不足。</li> <li>・24H体制や緊急時の加算が無いと手当が少なすぎてなり手が無い。</li> </ul> </li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ●●県の訪問看護は身障手帳では利用出来ず、3割負担の方がいる(医療保険)。人工呼吸器を装着している方でも、自己負担が多く、利用出来ず、家族の介護負担が大きい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険料が上がり、30分訪問や訪問回数を減らされたりということが多くなっている。実際に必要の無い人には、当然のことであるが、絶対30分では難しい訪問もあり、毎回、30分の料金でサービスで60分訪問をしているケースもある。小規模の事業所は、小規模なりに経営努力し、大規模事業所にはない特色や役割をもちながら訪問看護に精進している。小規模事業所の特色を生かし、守る制度も欲しいと思う。(時代に逆行した要望で申し訳ありません。)</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 精神自立支援医療をもっておられる方、1ケースだけでしたが、脳性マヒでてんかんの診療で精神科医が主治医でした。訪問看護より作業療法士は可でしたが、理学療法士の訪問は不可でした。どちらにも行けるようにはならないものかと感じました(脳性マヒ、重度障害でリハビリ希望でした)。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅移行は理解できるが、訪問看護師不足を根本的に考える必要あり。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険の現行制度において、緊急時対応体制加算をとっている場合にも夜間、早朝や深夜に訪問した場合、すべての訪問で加算が取れる様にして欲しい。緊急時対応体制加算の評価はいつでも相談を受け、訪問出来る体制の評価であるべき。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 上限があり、必要な方に必要なサービス提供が難しくなって来ている。各市町村によって、介護度の審査レベルが異なり、利用者のみへの負担が大きくなっている。利用者が使いやすい制度であるべきなのに、報酬や保険請求が大きくなる事から、制度が変更になっているようにしか思えない。制度そのものをもう少し充実させるように検討して欲しい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 加算の項目は増えると、利用者負担も増えてしまう。利用者様の負担が増えない制度の見直しを今後はして欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● スタッフ不足はどこもあるので、病院との連携をしっかりとできれば、在宅の良さをもっとアピール出来ると思います。そうして、在宅へ職場希望も増えるのでは…。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険での訪問看護について<br/>利用者の状況により限度額をオーバーしてしまう。<br/>例) 独居、生活保護、肝性脳症を繰り返す事例。要介護3、点滴毎日必要、服薬管理1日3回必要、訪問診療、訪問看護、ヘルパーで支えているが難しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 定期巡回・随時対応型訪問介護看護について<br/>介護事業所、訪問看護ステーションの持出分が大きい重度者にはそぐわない制度である。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 事務員が常勤ではなく、実績管理、請求業務は管理者がしなければならず、訪問もしている為、業務内容の見直しをしていきたいと思っている。そこに、医師によって、こちらが</li> </ul>   |

|  |
|--|
| 指示書用紙を持って行かなければ出してもらえない場合が多く、その書類管理にも困っている。  |
| ● 介護報酬・診療報酬制度の改定がある度、理解乏しくその改定毎に研修を行って頂きたい。流すのではなく、時間をかけて教えて頂きたい。  |
| ● 緊急呼び出し加算で管理料がついてない方は加算が取れないのはおかしい。   |
| ● 介護保険要支援でのご利用者の中には、医療（看護師）の介入が必要あるいは望ましい方もあるが、限度額の問題から医療が後回しにされやすい（生活支援が優先される為）。  |
| ● 癌末期で医療保険の対象となる方（特に若い年代）の経済的負担が大きい（夜間や休日など営業時間以外での対応多く、自費負担がある為）。   |
| ● 山間地域であり、一件一件の訪問の移動時間が長く、1日の訪問件数が限られているが、報酬が反映されていない。   |
| ● （医療）、休日換算が保険報酬に乗せて欲しいです。   |
| ● （介護）、深夜加算や時間外加算のない夜中に看護師は緊急で訪問します。行く道中でヒヤッ！とこわい目に合うこともあるんです。   |
| ● 訪問看護ステーションの人員不足が大きな問題です。<br>求人を出しても、なかなか見つかりません。その為、新規の依頼が来ても、断らないといけないという現状です。訪問看護のPRをもっと行って欲しいと思います。実際に病院に勤めているNsも訪問看護の事を知らない人が多く、知ってもらおう事で、働いて見たいと思うようになってもらえると幸いです。                      |
| ● 在宅で過ごすことに対し、積極的な医師が少ない様に感じる。   |
| ● 機能強化型算定要件の、看取り数（ターミナルケア加算算定数）の条件が厳しすぎる。「1年間」の考え方を、4月～3月のように「年度」として欲しい。   |
| ● 入院・入所時に情報提供書を出しているが、コストに反映されない。  |
| ● 医療保険で退院時共同指導加算算定が、同法人では取れない。同法人であっても労力は同じ（介護保険では算定可能）。   |
| ● 医療保険で医師の往診と重なる時が避けられない場合の報酬は取れないのは何とかありませんか。   |
| ● 施設での吸引や経管栄養や定期薬剤を注入できるスタッフがいないことで、希望の施設のショート利用に無理があったり、本人の生活リズムが変わり負担が大きい。<br>⇒介護者の介護負担の軽減が図りにくい。介護スタッフの吸引、経管栄養の対応や、通所系サービスでのNsができる医療的処置の内容について、検討して頂きたい。介護負担が多い人ほど通所サービスが使いにくい状況がある様に感じている。 |
| ● 機能強化型がとれる様にと人員を増やしても条件をクリアする事が困難（ターミナルケア、在宅での看取りの件数が少ない）。  |
| ● 付近に施設が増え、入所者が多く、在宅での介護利用者が減っている傾向にある。介護力がない為、自宅療養が困難なケースが増えている。  |

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 制度が変化し、加算も認められ、ステーションの収入がアップしても、給料が上がらない。医師会立という組織の難しさについても悩んでいる。訪問看護師が病院の中の看護師とは仕事の内容も質も違うという事を理解してくれる世の中であって欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● グループホームへの訪問について<br/>病状の急性増悪など、医師からの特別訪問看護指示書が発行されれば、医療保険での訪問看護が可能となる。その指示期間が終了した後の訪問が出来ないケースが多く、グループホームのスタッフや利用者様に対して不安を抱えたままとなっている。厚生労働大臣が定める疾病等に該当すれば、医療保険での介入が可能だが、それ以外では非該当となるので介入が不可能となる。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 交通費の扱いなど、介護保険と医療保険での差をなくして欲しい。緊急時の対応は初回から、朝・夜・深夜加算が取れる様にして欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特別の関係にある場合の加算算定ができない事。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 私達は特別地域加算の付く僻地へ訪問させて貰っている。<br/>現在、中央で考えられている制度は我々が訪問する僻地には当てはまらないことが多い。僻地を訪問する我々が声を上げていかなければならないのは勿論だが、人口の多い中央中心の制度だけでなく、僻地にも目を向けてもらいたいと思うことがある。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 自立支援医療（精神通院）の自己負担金が高すぎる。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 〈訪問看護の職員〉を求人を出しても来ない。病院勤務を希望するNsが多く、在宅希望者がいない。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険の利用者で週に1～2回点滴の必要のある場合、主治医が請求出来ない。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医の持出</li> <li>・点滴指示の中止</li> </ul> </li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療材料が使いにくい。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医が確保していない（使用頻度が少ない為）。</li> <li>・点滴の加算が低い（管理が大変な割に）。</li> </ul> </li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 9/15に開設したばかりで、全く実績がありませんので、参考にならず済みません。今後、利用者を増やせるように営業等引き続き頑張ります。ご指導宜しくお願い致します。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 入院施設、デイサービス、訪問看護、高齢者住宅、グループホームを併設してる事業所が利用者を抱えており、いびつな経営をしている事業所が多い。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療の営業日以外の訪問は、各ステーションで決める様になっているが、きちんと保険での適応として決めて欲しい。同地区にとっていないステーションがあると、取り難く、自費請求しにくい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 人材確保の為に介護報酬を上げて欲しい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護ステーションから行くPTによるリハビリだけを希望している利用者の場合、契約時に24時間対応を説明しているが、実際に電話連絡を受けても看護師が訪問することはなく、緊急時訪問看護加算も算定していない。</li> </ul>   |

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療保険での対応について<br/>中山間部の郡部にある訪問看護ステーションからの長時間移動する場合の加算措置はあるが、市内から郡部への長時間をかけての訪問には加算措置がない。移動が長くなれば、収入運営への影響もあり、断るケースあるため、長時間の移動を要する場合の加算条件の緩和が必要。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護ステーションが近隣にない地域において、重症な小児や終末期患者が在宅移行し希望する生活が送れるためには医療保険を対象とする訪問看護により高い加算を設けて欲しい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● レスパイト訪問に対する評価を診療報酬に反映させて欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護を介護保険の別枠にて報酬にしてはどうか。限度額が決まっており、十分なサービスを提供出来ない。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険を持っていても、医療保険でのサービスを可能にすることが重要。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 癌以外のターミナルでも医療で入れる様にして欲しい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域医療で夜間帯などの待遇をもう少しよくしてあげたいと考えます。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 若年層の癌末期など、医療費の個人負担が大きいので、何らかの援助を市町村により、自立支援の負担金が違う。例えば、北九州は訪看のみ1割負担。郡部の町は500円限度と、大きく差があるのを是正して欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 認知症の訪問看護が多いのですが、地域の人が騒ぎ立てる事が多くあります。本人は困っていない様な事を連絡して来られたり、近所は心配してます等と、どうにかして下さいと訴えられる事もあります。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅での生活を進める為にも、訪問看護の推進に努めることがスムーズに出来る様に願いたい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護の保険制度が介護・医療の2つで行っている為、混乱する。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 緊急時の訪問について…<br/>老々介護等の場合、歩行時等で座り込んでしまい、ベッドに戻れないや、便・尿失禁でのオムツ交換・褥瘡交換等、夜間・休日等に予定外の訪問を余儀なくされる事が多々あるが、主治医の指示がなければ緊急時の加算を算定出来ない事になっている。ターミナル期の方で、家族の不安や本人の訴え等で訪問し、Drへ状態報告はするが、加算を算定する為にはその都度、訪問の指示が必要となっているが、現実的には深夜帯の時間等、その時にDr報告して、訪問する等（転倒があったので訪問する）ナンセンスな事である。実際に予定外の訪問で家族の要請がある(+)訪問の必要性がある場合に加算の算定が出来る様にする事が必要である。ステーションの経営上、緊急の訪問や夜間帯等、職員にはそれなりの手当を支給することが必要である。介護保険では特別管理加算対象者や、2回目以降しか加算算定が出来ない等あり、条件緩和が必要であると考える。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 報酬や看護師の確保について十分対応して貰わないと小さな事業所では業務経営が難しいです。</li> </ul>  |

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● グループホーム入所者が状態の変化で点滴が必要となった場合、特別訪問看護指示書で2週間は訪問出来るが、それ以上の訪問が出来ず、自費や施設側の負担などで対応している。又、最悪なケースは「点滴しない」等、グループホーム入所中の場合、訪問看護がスムーズに行ける様にして欲しい。医療連携加算にて住み慣れた所で…と話されるが、制度的なことで自由に治療を受けられない現状をもっとみて欲しいと思います。このことは、在宅に於いても同様の事があります。</li> </ul>                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 要望というより…Q20について。<br/>老々介護や1人暮らし（子供は都市部）の為、帰省も年1回帰られれば良い方で、TEL連絡や必要な物（印など大事なもの）を郵送だったり、中々こちらの思いも通じない事が多いのが現状。子どもさん達の子育てや学資金など、帰省できない理由（相手の方の親を介護中…）も様々ですが、本来は顔の見える関係が一番なので、こまめに報告のTEL等入れる努力をしていますが、現状はこの様なものです。特に地方のためでしょうか？帰省の折は連絡頂きお会いする様にはしていますが…。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 時間外（介護）の加算は1回目から算定出来る様に。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 受診支援に対しての報酬が認められたらと思います。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 施設併設のステーションが多く、8割以上。施設を持たないステーションの件数が減少傾向にある。自宅退院ではなく、施設入所（有料老人ホーム）への退院先が増えているのが現状です。かなり厳しい状況です。<br/>交通事故によるショートステイや入院（レスパイトケア）では、NASVA 制度を利用して助かっていると家族から言われています。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 定期巡回随時対応型、訪問介護、看護の連携において、訪問看護が介入点数がなく、入っていない現状がある。インシュリン注射やバルン留置者、認知症の方等、相談は多い。Nsが介入できるような体制が望ましい。又、訪問看護の単価が低すぎる。見直して欲しいと思います。グループケアや事前面談においても報酬として認めて欲しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 常勤ナースが少ない為、夜間対応等の精神的負担が大きい。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● インシュリン注射（介護度は低く一人暮らし）…介護保険の限度額の中でプランを立てるのが困難な場合がある。毎日必要な医療的ケアを介護保険の中に組み込むのは？</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 機能強化型の訪問看護ステーションが制度として新設されましたが、要件のハードルが高く取組が困難な状況です。小・中規模で地域を支えるステーションとしては生き残れるような制度や報酬の改定が望まれる所です。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 神経難病等、2～3ヶ所の訪問看護ステーションで担当している24時間緊急時対応加算は1つのステーションしか取れません。現実に担当しているステーションは1日単位で24時間の拘束を受けているので算定出来るようにして欲しいです。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 独居老人が多い現在、介護申請もままならず、申請した所で何とか自力で生活が出来ている為に、介護度も軽く、なかなか係わる事が訪看には出来ず、外から見守る事しか出来ない自分達に憤りを感じているのが現状です。もっと利用者様が頼りやすく、負担も安くないものかと常々思っています。</li> </ul>   |

|   |
|---|
| ● 利用者様や家族からNsが病院受診に付き添って欲しいと多く希望があります。現状ではヘルパーさんの付き添いしかできない為、状態把握の為にもNsが病院受診に同行できる様になって欲しいです。 |
| ● 訪問看護師による薬剤静脈注射の評価<br>上記の指示書点数化（医療機関側の）  |
| ● 複数ナースの回数制限撤廃  |
| ● 機能強化要件の看取り件数ではなくターミナル期患者数への変更   |
| ● 連携加算（入院時・他事業所との連携）  |
| ● 複合型の小児預かり点数化  |
| ● 複合型の小児加算を枠外へ算定  |
| ● サテライトを●●県では作れません。●●県北部の地域でステーションの訪問エリアが広いのでサテライトが必要です。アンケートが集中する時期ですので出来れば時期をずらしてほしいです。     |
| ● ●●島と言う事で、都会と比較すると看護師不足が問題と、訪問看護は興味があると言いつつも、実際に働く看護師がいない！                                   |
| ● もっと自由に訪問看護をスタートしたり、終了できるような制度にしてほしい。  |
| ● 全国同じ制度ではなく、過疎地等は常勤換算2.5は難しい時もあり、訪問看護が必要であれば検討して欲しい。   |
| ● 特別管理加算は、ⅠとⅡに分けずにⅠに統一して欲しい。  |

### 3. 2 利用者

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 毎日自力排便ができず訪看で腹部マッサージ、浣腸を行っています。夜間腹部が張り、臨時訪問することもあります。今のところ検査上腹部の状態は問題ないが、心疾患もあり注意が必要です。ご本人自身も自力排便ができず、ストレス・苦痛です。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 現在同マンションの娘さんが介護者となっています。転倒など危険のないように娘さんもご本人に注意しているが、認知もあり、昨年転倒したこともあります。どこまで在宅でみることができるか。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 排便処置から膀胱まで時間が 9:30~12:00 までかかることも。それでも長時間加算が週 1 回しかとれず。AM に 2 件行けるはずの訪問が 1 件となり、非常に薄利。でも、午後からの就労の前にすべての処置を終わらせなければならず、非常にNs も疲弊する。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 65 才を超え介護認定されるとサービスが減られ、そのしわ寄せは医療保険対応の訪看にくる。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 本人が「どうして自分が…」という思いがあると（現在はあまり言わないが、以前ボソッと言うことがあった）思われ、今後年を重ね、今までできていたことができなくなってきた時に、再燃するのでは？精神的なフォローを考えたい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 交通事故に特徴的ではありませんが、年齢を重ねるための筋力体力低下による行動制限や、転倒等の危険リスク、持病でのうつ悪化。現在就業しているため、仕事の継続や退職後には新たなライフサイクルの変化による影響が出てくると思われます。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● いずれにしてもご本人、ご家族の置かれている立場考えるときに、様々な点で思うに、ああもしてあげたい、こうもしてあげたいとの思いが、限られた時間の中で、してあげられることは目一杯。単調な毎日の時の流れの中で、もっとゆったりと色々な話も傾聴して差し上げたら、またはお話をして差し上げてコミュニケーションを図り乍ら心のなぐさめにでもなれたらと考えるときがよくあります。私情かもしれませんが、この先のご本人の事も思えば、ご両親が亡くなった時点でどうなるのか、他の社会資源が良いものになっていくことを祈るばかりです。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 利用者の介護はほとんどが介護者の夫にかかっている。現在夫は健康にて介護支障はないが、夫に何らかの介護不可能となった時点で、速やかに対応できるサービスの導入への難しさ。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護する両親の高齢化</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 本人が被害者意識が強く介護サービスを使いすぎる傾向がある<br/>利用者が年齢が若いと介護を続けていく人が高齢となりできなくなる<br/>自己中心的な考えになりやすい</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 子供が障害者になってしまったということを世間にはあまり知られたくないという方は、まだまだいると思います。そういった方が、サービスを利用するまでが難しいと感じました。</li> </ul>   |

|  |
|--|
| ● 長期間の膀胱瘻の使用で瘻孔ができ、人工膀胱も造設。管理が大変になっている。  |
| ● 主介護者が高齢の母なので介護負担が大きい。  |
| ● 夜間、睡眠時無呼吸のため人工呼吸器を使用。  |
| ● 下半身麻痺のため排便困難があり、訪問時摘便が必要。  |
| ● 排便コントロールがうまくいかない   |
| ● 特に親2人が65歳になるため、介護負担の軽減が必要。   |
| ● 障害の受け入れる短期入所施設が少ない。<br>(市役所の生活福祉課からマネジメントを他の事業所に委託されてから、色々相談されているので、安心されていると思います。)   |
| ● 介護者も年齢が増して来る   |
| ● 徐々に悪化の傾向にある  |
| ● 37年前の事故。その後リハビリを経て頸損者と2人で共同生活をしている。車イスへの移乗は自立、不全マヒなので日常生活はある程度自立。排便コントロールのみ週1回の訪問看護で行い、生活援助、家事援助にヘルパーを利用。  |
| ● 体力が落ちて自力での移乗が困難になった時の施設はありますか？と聞かれる。50代で障害者、理解力がある方が暮らせる、ケアハウス的な施設を希望されている。  |
| ● 50代であり、自力で移乗ができています。体力・筋力の低下でADLが低下した時に受け入れ先はあるのか。   |
| ● 精神障害があり、時折不安定となるため精神ケアが必要  |
| ● 24h 介護サービス事業所が少ない。年末年始等のヘルパー利用がとても厳しい。今後のことがとても不安。   |
| ● 事故後自動車(車イス)免許取得し、日に数回の仕事もできている。排尿は自己導尿で自立されているが、排便はGE、摘便等、全介助が必要な状況。(妻も排便介助できているが、介護負担感ありで訪問看護利用されている)   |
| ● ご本人が認知症状もなく電話でのやり取りや連絡もできており、事故も10年以上前のことであるため、自動車保険の事や障害者手帳の確認はしておりません。   |
| ● 腸にガスがたまりやすく、全く自分では排泄できないので、連日排便ケアが必要。ステーション3回、奥様4回。奥さん高齢、病気もあり、今後のケア課題。  |
| ● 社会との繋がりが希薄になりやすいと思います。アンケートの対象者は週に3～4日程度、福祉系障害者支援事務所で活動され、趣味や仲間会うなど、自身の楽しみを充たす努力をされています。ただ車イス座位を長時間続けると、褥瘡形成などリスクがあり、外出には注意を払っています。24時間介助が必要な状況ですので、ご本人のQOLを維持することは難しいと思います。 |

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 問題点           <ul style="list-style-type: none"> <li>①対麻痺により身体の感覚脱失があることで、褥瘡・外傷を悪化させる可能性がある。</li> <li>②独居のため、転落、緊急時の対応の遅れ、緊急で受診した場合、戻られるための手段の手配など。</li> </ul> </li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 労災での訪問看護から65歳になり、介護保険の訪問看護に変更になりました。1割の自己負担分に関し、一部労災で補填されるという話がありました。ケアマネが労働局や介護保険課等、複数ヶ所に足を運んでくださり、ようやく解決できました。活用する制度の移行があるときに、双方に詳しい方がいない状況では、支援者のうちの誰かが（今回の場合ケアマネと事務職員）相当な時間と労力を費やして調べることになります。関連する複数の制度やその移行に関しての相談窓口が明確になっていると良いと思いました。<br/>交通事故では突然に収入が途絶し、介護・医療費が必要となるため、社会的な支援が必須です。</li> </ul>                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 長期療養により家族の関わりが減少している</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 妻との二人暮らしであり（今後老々介護にて）、介護負担増になった場合の生活をどうするか。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 交通事故障害者の特徴的な課題というわけではないが、この場合母親の思いが強く、薬の使い方、処置方法等のアドバイス提案など受け入れず、無理なことも意見を押し通すところがあり、レスパイト入院の受け入れ先がない。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 家族のレスパイトするための施設や、年齢の若い（60歳以下）利用者が通えるデイサービスがない。知的障害のある方が通えるデイサービスを利用しているが合わずに続かず、活動範囲も狭くなっている人もいる。また、リハビリを継続したくても適応外になりリハビリを中断、そのため自立度が低くなり介助量も増えてしまう（集団の中で行うリハビリの方が合っている人もいます）。ヘルパーの利用も事業所が限られ利用できない。施設から在宅への方向にはなっているが、現実には利用できるサービスが大変少なく、結局家族の負担が重い。またその利用者が高齢になり介護者も介護できるのが難しくなった時、入所できる施設もなく、将来に不安を抱えている家族も多い。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 様々なストレスが多く、本人・家族への精神的支援が重要である。<br/>要因として           <ul style="list-style-type: none"> <li>・突然の発症でショックが大きい</li> <li>・後遺症が残ると生活を変えなくてはいけない</li> <li>・本人だけでなく、家族の生活も変わる</li> <li>・若い世代が多く、将来の生活設計も変わる</li> <li>・相手がいると、裁判や保障問題など長期になる</li> </ul> </li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 交通事故の後遺症と加齢により、サービス利用期間が長い。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 最近の事故による事例でないためよくわかりません。</li> </ul>  |

|   |
|---|
| ● 退院後から生活拡大期に関わっているが、車イスを時期に応じて変更することは難しいようで、その辺りが体制が整うと良い。   |
| ● 在宅で継続して通える通所のリハビリ施設が乏しい（特に若い年代から利用できる施設）。   |
| ● 身体障害者センターが、関東・関西・中部など各地にできると良い。   |
| ● 30代の利用者を長年父母が熱心に介護されている。15年の長期にわたり介護者の介護疲労が大きくなっている。レスパイト入院予約ができ、最近月10日程入院となっている。今後父母の介護力が低下したときの不安が大きいと話されている。       |
| ● 加齢とともに様々な症状・状態が発生している。脊髄損傷の方をトータル的に見てくれる病院または良き指導者がまわりにいない。個々の症状に対処療法、各々の科へ受診するしかない。対応にその都度苦慮、不安を感じている。               |
| ● 家族（妻）の協力、理解力が不足   |
| ● 受傷に伴う障害で医療的ケアが多くなり、通所サービスの受け入れ窓口が少ない。   |
| ● 肺炎併発のリスクが高い。人工呼吸器24時間利用中にて家族の介護負担多い。  |
| ● 介護保険ではケアマネジャーがいますが、調整役の方がいないので、全てご家族が申請～調整を行わないとならない（現在は調整する方がいますが、まだまだ行き渡っていないと思います）。                                |
| ● 事故加害者との折り合いが合わず裁判になってしまうと、経済的にも更に負担が大きくなってしまふ。精神的にも負担大きい。被害者が若ければ若い程、介護しなければならぬ期間が延びるので、体力的にも負担大きい。                   |
| ● 主介護者（夫）の加齢に伴い（今は何とか行えているが）今後在宅療養を継続できるか、本人もまだ漠然としているが、近い将来へ不安を持っている。  |
| ● 頸椎損傷等の場合、排便処理の方法が受けた病院のやり方によって異なるため、対応に苦労しています。精神的にもかなり問題の方も多く、コミュニケーションをとる事もためらう人も多くいます。一日の半分以上排便について悩んでいる様です。       |
| ● 緊急時のショートステイや入院などの預かっていただけの施設がない   |
| ● 定期的な日中の生活介護サービス（デイサービス）も制限があり、利用回数が増やせない  |
| ● 介護量や介護負担を考慮した支援区分の評価をしていただきたい   |
| ● 動作遂行時に恐怖心強く、動作不安定性の一因となっている。  |
| ● 家族が介護にあたっておられますが、その家族がたとえば病気、入院、手術などになった際、介護保険の利用にも当たらない（若年者）ため、ショート受け入れ先がない。   |
| ● この利用者は家族が前向きであり、協力体制がしっかりしているのですが、もし1人で介護にあたっていらっしゃる方は。自宅に閉じこもりになってしまうのではないかと？生活全体をコーディネートする方（例えばケアマネ的存在の人）が少ないと思われる。 |
| ● 家族会など、横の繋がりが少ない。  |

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 主介護者である母親が病気がちで、体調がいつもすぐれない。突然の便失禁には何とか対応できているが、毎日の入浴はヘルパー、排便コントロールは週2の訪看（尿道カテーテル管理含む）、月1回の訪問診療は必須。就労に対しても、母親が現状以上の負担を拒否しており、なかなか前向きになれない。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 同居している両親とも癌既往あり。両親亡くなったあと、介護できなくなったあとどうするのか。<br/>現時の問題：本人のこだわりが強い</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● この方の場合、頸損で一度出産されているので、二人目を妊娠・出産の場合、一人目のお子様への支援などが問題となります。ご本人はあまりないです。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 四肢緊張の高さと記憶障害による学習内容再現困難。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 家人の年齢。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 頸椎損傷のため、自力でできない事が多い</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 外国人で独居で身寄りがない。事故に起因するCRPSのため帰国することもできない。帰国すると治療の継続ができないため、仕方なく日本にいる。難治性だが現状のまま対症療法を続けるしかなく、ゴールが見えない。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護する家族の身体的、精神的負担が増大する恐れ。訪問看護、介護サービスでできることを更に増やすこと提案をしても、家族にやってもらった方が気を遣わなくて良い等の理由で、家族が日常生活援助、浣腸、導尿等を一人で行っている状態。</li> </ul>                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護者（特に母親）の高齢化による介護不足が問題。ご本人もその事が気になり不安な状態です。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 利用者は在宅療養中、二人暮らし、夫がキーパーソンで介護されている。他身内では介護者はなく、介護サービスを受けながら介護されているが、不在の時は見守りなく、仕事中（代行や介護タクシー運転手）自宅に戻りながら行っている。ご主人留守中の利用者の状態変化時の対応が不明確である。</li> </ul>     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険を利用していないケースでは、介護保険下で行われているサービス担当者会議等のように、話し合いの場がないように思う。全体のサービスのマネジメントを誰が、どこが主になって行っていくのか？定期的な話し合いの場が必要であると考えます。</li> </ul>                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 継続的なりハビリを行う施設が少ない</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 親が介護を行う際、体の負担、将来の不安が大きく、相談・支援を統一して行う公的な場所が利用できれば…。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 今年度障害支援から介護保険へと移行となり、かなりのサービス見直しが行われました。他の介護保険利用者とは比べ、サービス内容が（今までの支援を引き継いだため）行き届いているとというか、かなりの不公平を感じます（外出支援、利用時間数）。<br/>両方に関わっていると違和感を覚えます。</li> </ul> |

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ご本人のリハビリが制度上受けられなくなる事への不安が大きい。現在は病院で1時間程度のリハビリを週1日受けておられます。以前は週3日だったそうですが、回数が減ったとの事。リハビリが減る事によるADL低下への影響をとて心配されています。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 排便処置後のもれがあった場合、どうしても介護者の母への負担が↑。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢となってくると中々負担が大きくなり、今後の支援の充実をはかるのが大変。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 高次脳機能障害の影響が強く、思考や記憶、注意などの障害が目立ちます。注意や集中力の低下もあり、新しい事が覚えられず、感情や行動の抑制がきかなくなるなどの精神症状（心理的）が出現します。そのため周囲の状況にあった適切な行動・判断ができなくなり、生活に支障を来す事があります。<br/>       身体面では脳の損傷から右上・下肢にマヒが残り、ADLは監視から介助（軽）が必要な状態です。動作を工夫したくても思考や記憶の問題から指導内容が覚えられず、反復練習やメモ等の代償手段にて対応するしか方法がない状況です。<br/>       介護者である母親が韓国出身という事もあり、日本語の理解・表出が難しく、複雑な内容の会話ができない事が多いです。現状ではヘルパーを利用する事で様々な面を補っており、母親がヘルパーに依存傾向となっています。ヘルパー利用にて外出や外来リハビリができ、気分転換となっているため必要な状況ですが、本人、家族、ヘルパーの関わり方は今後の問題となる点です。<br/>       医療制度のみであるためレンタル・購入など高額になることが多く、金銭的な負担も大きくなっています。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 交通事故をおこしてから数年が経過しており、以降臥床傾向。ここ1年程度での関わりで、廃用症候群？調子良ければADL可能、悪ければ寝返りもできない。妻が介護しており、失禁交換もできない。食事も全介助の状態。内服も妻が管理しているが忘れがちである。体調不良時は点滴や創（褥瘡初期）の処置のため、訪問看護介入している。<br/>       （やる気のある時とない時での差が大きい）</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● レスパイトを年4回、各々2W利用しているが、その都度体調をくずして帰ってくる。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 家族会にも参加しない患者様は、サービスなどの情報が入りにくい。家族様だけで介護されていた期間も長い為、状態に応じた介護を受け入れにくい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 外出行為などはサービスが少なく、機会が得られにくい。患者様・家族も閉じこもりがちになり、交流の参加などに消極的である。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 現在訪問看護サービスのみ利用数年待ちますが、家に引きこもり、入浴をすすめているのですが、外出支援が難しいです。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 一人暮らしであり、生活全般の支援が必要（家族の支援を望まない）<br/>       四肢麻痺であり、一人暮らしのため、緊急支援が不可欠<br/>       排便コントロールが困難</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 現在移動、車イス移乗は自力で行われているが、今後年を重ねる毎に筋力低下が懸念される。</li> </ul>   |

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 現在は上肢の筋力があり車椅子移乗は自力で行えているが、今後年齢とともに筋力低下が予想され、移乗時介助が必要となってくる。現在家族の介護は必要ないが、今後は協力が必要となってくると予測される。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 主介護者の急用、急病時に即対処施設がない</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 経済的な問題でオムツ代などの支給がない</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 両親が高齢になってきたため、今後将来的に在宅療養が継続できるのか心配される。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 嚥下困難等の進行があり、病状悪化による在宅療養の継続が難しい。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 頭部外傷後遺症により重度の片麻痺や高次脳機能障害、右上肢の不随意運動がある。日常生活は全介助、気管切開や痙縮、拘縮も合併している。身体症状の観察はもちろんのこと、ボトックス治療が始まり、関節の可動域拡大を目標にリハビリを多く取り入れている。日常生活が全介助を要するため、様々な事業所がケアに関わっているが、それでも家族の介護負担は大きい。そのため本人の身体機能の改善・維持に努め、家族ケアにも重点を置き、関わっていく必要がある。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 悲嘆を体験し、喪失による症状が長期化し、引きこもってしまっている。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 往診医を希望していないが、父母（介護者）の負担を考えると、往診医をお願いするのも今後必要になるかと思えます。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 脊損センターでのリハビリを行っての退院でした。在宅に戻り、身体レベル（能力）の低下が脊損センター時に比べ維持が難しい点。大柄で寝返りも介助が必要な身体状況で、本人様の充実した生活を送るためにつながるサービスが行えているのか。<br/>                 ベッドから車イスに移乗する事も家族では行えず、身体面中心のリハビリになってしまい、日常生活の活動限界が見えにくい点（wlcの持久力など…）（食器の選択など）。</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 母一人介護で長期化しており、介護者体調不良時預けられる施設がない（経管栄養でOE法のため、施設側しらない）。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険非該当者のため、利用できるサービスが限られている。病態や（後遺）障害の異なる利用者と通所サービスを利用されており、本人は違和感を感じられている様子（周りは精神発達遅滞、本人は高次脳機能障害（失語、短期記憶障害、前向き健忘など）と片麻痺）。<br/>                 利用料金も医療保険で3割負担されている（経済的負担が大きい）。<br/>                 家族の精神的負担（将来への不安）。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 自宅内での生活は問題はないが、外出に関しては脊髄反射が頻繁に起こる事で車の運転をやめてしまい、外出する際には家族の手助けが必要になっている。</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 障害福祉サービスでのデイサービスも見学に行っているが、自分と同じ脊損の利用者がおらず、利用する気にならない。また障害者でのスポーツクラブ等のグループもなく、楽しみを見いだせない。</li> </ul>   |

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 車の助成制度について<br/>必要があつて車を購入し、現在受診や気分転換などに活用しているが、月に1回の受診ができていないため、助成制度が利用できていない（受診もできるが、受診すれば他の病気をもらうので、現在往診してもらっている）。本当に必要な方なので、助成してもらえると良いのだが…。</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 介護保険適用外であるため、デイサービスやショートステイの利用施設が限られるため、最良のサービスが受けられない。また日数に制限があるため、家族のレスパイトが図りづらい。</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 頸髄損傷→リハビリにて上半身回復し、自己導尿、排便コントロールも自己にて管理できている。しかし、今後加齢により、支援が必要になる時の生活状況の変化や生計に不安が生じてくる。</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● レスパイト入院施設が不足しているので、緊急時（介護者が体調不良時の利用等）の対応が難しかった。介護者への負担が大きい。</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 利用できる制度が難病等より整っていない。</li></ul>  |

## 4. ヒアリング調査

### 4.1 調査目的

アンケート調査では、訪問看護ステーションにおける交通事故を起因とする障害児・者の訪問看護の実態を明らかにした。しかし、アンケート調査だけでは、地域連携における課題や入院患者が在宅移行する際の具体的な訪問看護へのニーズを把握することは難しい。そこで、利用者を「地域へ送り出す」医療機関側の視点から見た地域連携の課題等を明らかにするため、ヒアリング調査を実施した。

### 4.2 調査対象

#### 4.2.1 調査対象

交通事故による障害を負った人々の入院先として、交通事故による重度後遺症のある患者の入院に特化した医療機関である療護センターを選定し、調査承諾が得られた2ヶ所をヒアリング対象機関とした。

(※) 療護センターとは

独立行政法人 自動車事故対策機構 (NASVA) が設置・運営している自動車事故による脳損傷によって重度の後遺症が残り、治療と常時の介護を必要とする者のうち、一定の要件に該当する者に対し、社会復帰の可能性を追求しながら手厚い治療と看護並びにリハビリテーションを行う重度後遺症患者 (遷延性意識障害者) 専門の医療機関である。全国に4か所 (230床) が設置されており、その他、委託病床を持つ病院が3か所 (48床) ある。(独立行政法人自動車事故対策機構・療護センターの概要 <http://www.nasva.go.jp/sasaeru/ryougo.html> より)

昭和59年の設置当初は、介護負担の軽減を主な目標としていたこともあり、入院期間の上限は設定されていなかった。しかし、手厚い治療・看護等により状態に改善が見られる患者が増加したこと、入院期間が長期に渡ることによって新規入院が難しくなってきたこと、公平性の確保などの理由により、平成19年度からは、入院期間の上限が3年に定められている。

療護センターでは、在宅移行にあたっての地域との連携業務を主に医療ソーシャルワーカーが担っているが、看護師もプライマリーナースを中心に介護者への介護指導や訪問看護師との連携を実施しているため、両者をヒアリング対象者とした。

なお、事例の匿名性を確保するため、療護センターの名称は明確にせず、事例についても概要の記載に留めることとする。また、データについても2か所の合計値で示す。

| ヒアリング対象者の背景   |      |            |
|---------------|------|------------|
| 職種・職位         | 経験年数 | 療護センター勤務年数 |
| 病棟看護師長1名      | 20年  | 3年         |
| プライマリー看護師3名   | 30年  | 6年         |
|               | 20年  | 20年        |
|               | 12年  | 8年         |
| 医療ソーシャルワーカー1名 | 1年   | 1年         |

#### 4.2.2 方法

##### (1) 療護センター概要（事前調査）

ヒアリングを実施する1週間前までに、以下の項目についてFAXによる事前調査を実施した。

##### ①療護センターの基本情報

- ・入退院の状況
- ・相談業務の状況
- ・短期入院
- ・現在の入院患者の状況

##### ②直近3年間に在宅移行した患者の状況

- ・患者の状態
- ・家族・介護者の状況

##### ③多職種連携

- ・連携した施設・機関の状況

##### (2) 在宅移行事例および地域連携への課題・要望等のヒアリング

ヒアリング対象の療護センターに、ヒアリング調査の付近で在宅移行したケースのうち、生活する上での課題に着目し、問題点や課題、在宅移行が上手くいった事例、上手くいかなかった事例の選定を依頼した。

本調査担当者（本財団職員：看護職2名）が療護センターを訪問し、以下の項目についてヒアリングを実施した。

- ①事例概要
- ②実施した看護等
- ③地域連携への課題・要望等

なお、ヒアリング調査は事前にインタビューガイドを用いて、内容・方法等を説明し、同意を得た上で実施した。実施日は、平成26年11月10、30日であった。

### 4.3 結果

#### 4.3.1 療護センターの概要（事前調査）

##### （1）療護センターの基本情報

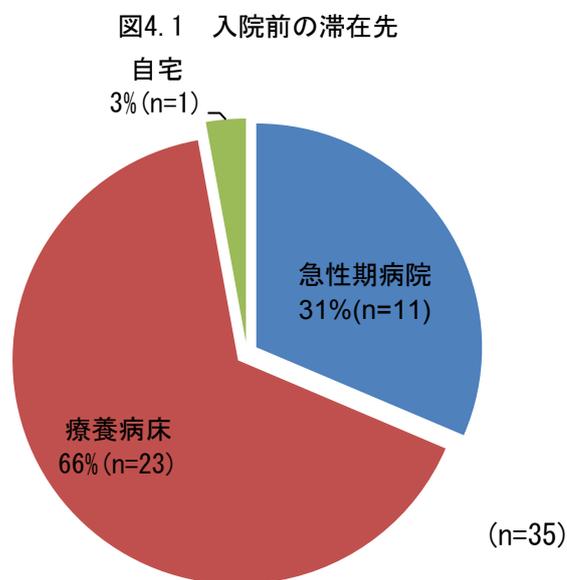
①平成25年度の新規入院患者数および入院前の滞在先について（表4.1及び図4.1）

平成25年度の新規入院患者数は、35人であり、自宅の1人を除き、34人が医療機関からの転院であった。療養病床からの転院が多いが、これは事故後の慢性期になっても状態の改善を期待する家族の思いを反映している、とのことであった。

表 4.1 平成25年度新規入院患者数及び入院前の滞在先

単位：人

|         |         |    |
|---------|---------|----|
| 新規入院患者数 |         | 35 |
| 入院前の滞在先 | 急性期病院   | 11 |
|         | 療養病床    | 23 |
|         | 病院以外の施設 | 0  |
|         | 自宅      | 1  |
|         | その他     | 0  |



②平成 25 年度の退院患者数および退院先について（表 4.2 及び図 4.2～4.4）

平成 25 年度の退院患者数は 44 人であった。退院先の内訳は療養病床が 23 人と最も多く、次いで、自宅と病院以外の施設が共に 8 名であった。また、療護センターにおいて状態回復の指標とされる脱却※状態での退院は 11 名であった。

※脱却：自力で体位変換が可能、不十分ながらも自力でスプーンで食べる、簡単な問いかけに言葉で応じることができる、呼びかけに常に迅速で正確な反応が得られる、など一定以上に回復した状態。（平成 25 年版 交通安全白書 P. 91 NASVA 療護施設の設置・運営事業についてより）

表 4.2 平成 25 年度退院患者数及び退院先

単位：人

|                            |         |    |                   |
|----------------------------|---------|----|-------------------|
| 退院患者総数（人）                  |         | 44 | 退院患者の内、<br>脱却の退院数 |
|                            |         |    | 11                |
| 退<br>院<br>先<br>の<br>場<br>所 | 急性期病院   | 0  | 0                 |
|                            | 療養病床    | 23 | 5                 |
|                            | 病院以外の施設 | 8  | 5                 |
|                            | 自宅      | 8  | 1                 |
|                            | その他     | 0  | 0                 |
|                            | 死亡      | 5  |                   |

図4.2 退院先の場所

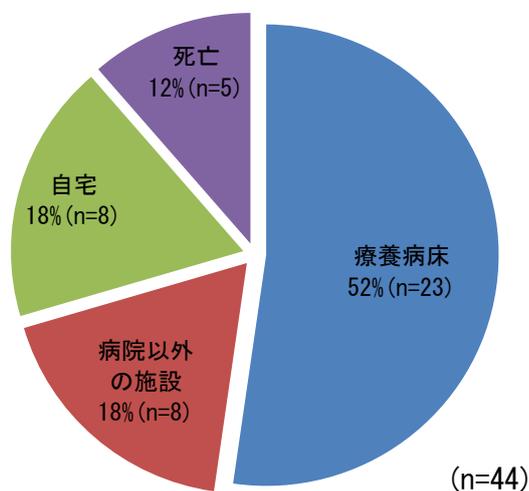


図4.3 脱却退院の人数

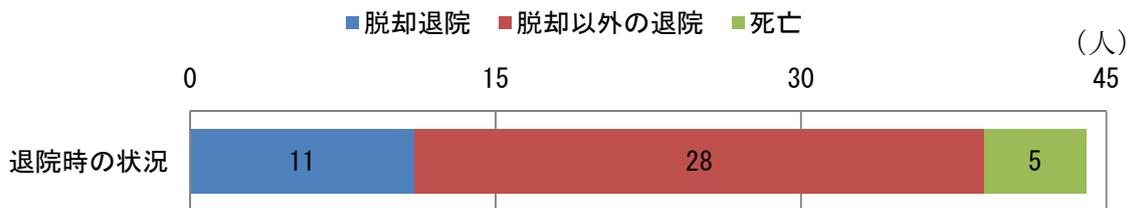
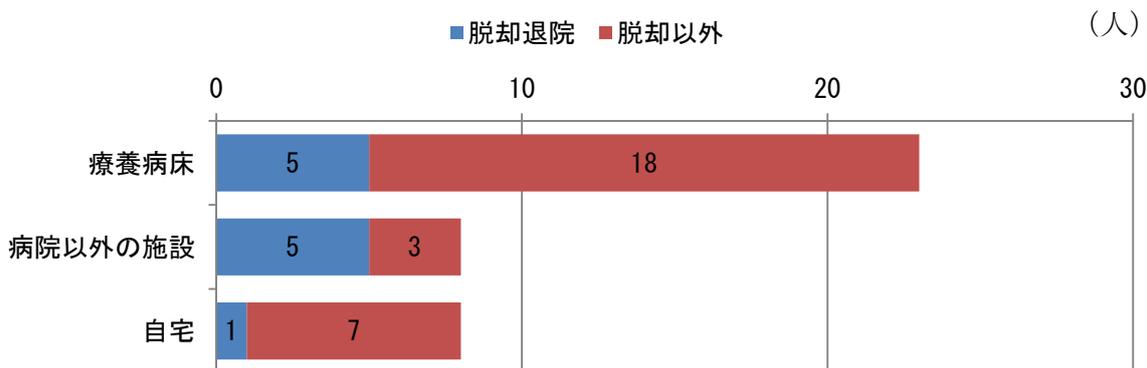


図4.4 退院先別・脱却退院の人数



③平成 25 年度の相談業務について (表 4.3、4.4 及び図 4.5、4.6)

平成 25 年度の相談業務は、5,674 件であった。

相談内容は、入退院の相談が多かった。また、入院理由を交通事故に特化していることもあり、補償や裁判に関する相談も見られていた。

介護者の精神的支援の件数が少ないが、これは他の相談内容に付随して対応している場合が多く、あえて精神的支援としてカウントできる相談件数を明確にすることは困難であった。

相談経路で最も多いのは、家族からであり、次いで院外の関係者 (入院前や転院後の医療機関、施設関係者、地域の福祉担当者など) が多かった。

表 4.3 相談業務の内容 (複数回答)

単位：件

|      |                     |       |
|------|---------------------|-------|
| 相談内容 | 入院について              | 1,019 |
|      | 自宅退院について (制度の利用を含む) | 771   |
|      | 転院・施設入所について         | 1,807 |
|      | 補償・裁判について           | 239   |
|      | 介護者の精神的支援           | 103   |
|      | その他                 | 1,735 |
|      | 合計                  | 5,674 |

表 4.4 相談経路 (複数回答)

単位：件

|       |     |       |
|-------|-----|-------|
| (誰から) | 家族  | 2,437 |
|       | 院内  | 917   |
|       | 院外  | 2,216 |
|       | その他 | 101   |
|       | 合計  | 5,671 |

図4.5 相談業務の内容

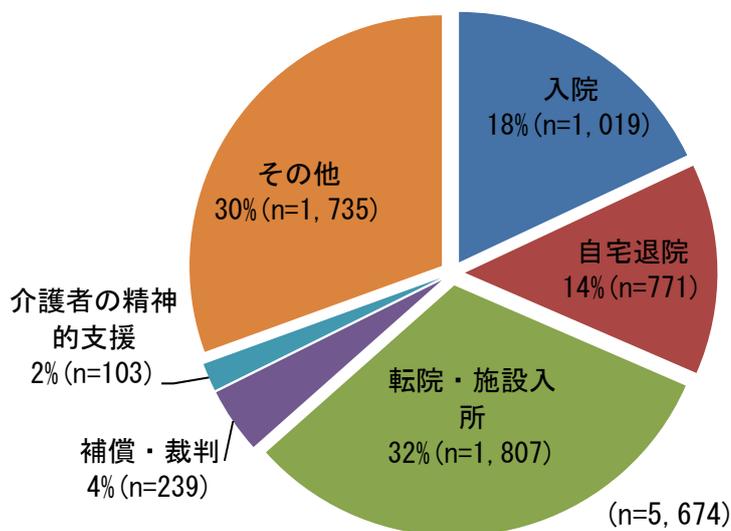
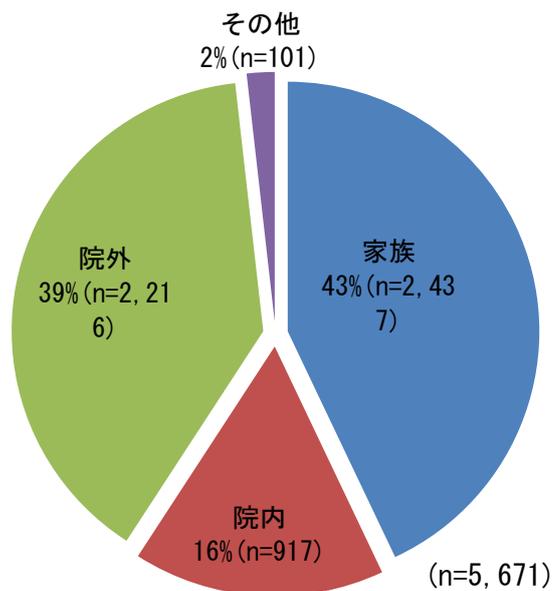


図4.6 相談経路



④平成 25 年度の短期入院利用者について

平成 25 年度の短期入院利用者は 55 人であった。短期入院の目的は診察・検査、経過観察及び在宅看護技術の指導やアドバイスであり、遠方からも利用する事例があるとのことであった。

⑤平成 26 年 10 月 1 日現在の入院患者の状況（表 4.5、4.6 及び図 4.7～4.9）

平成 26 年 10 月 1 日現在の入院患者数は、98 人であった。入院患者の居住地は 18 都道府県に及び、入院地域は広範囲にわたっていた。

性別では男性が 73 人、女性が 25 人と男性の方が、約 3 倍多かった。

年齢では、40 歳代が 29 人と最も多く、次いで 50 歳代の 18 人、20 歳代の 15 人であった。10 歳代～50 歳代で 77 人（78.5%）を占め、若い世代が多いことがわかった。

交通事故の状況では、歩行中が 26 人と最も多く、次いで自動二輪の運転中が 23 名であった。また、原動機付き自転車および自転車も多く、二輪車事故の重症化が推測できた。

表 4.5 入院患者数（平成 26 年 10 月 1 日現在）

|       |      | 単位：人 |
|-------|------|------|
| 入院患者数 |      | 98   |
| 性別    | 男    | 73   |
|       | 女    | 25   |
| 年齢    | ～9歳  | 0    |
|       | 10歳代 | 4    |
|       | 20歳代 | 15   |
|       | 30歳代 | 11   |
|       | 40歳代 | 29   |
|       | 50歳代 | 18   |
|       | 60歳代 | 14   |
|       | 70歳代 | 6    |
|       | 80歳代 | 1    |

図4.7 入院患者の性別

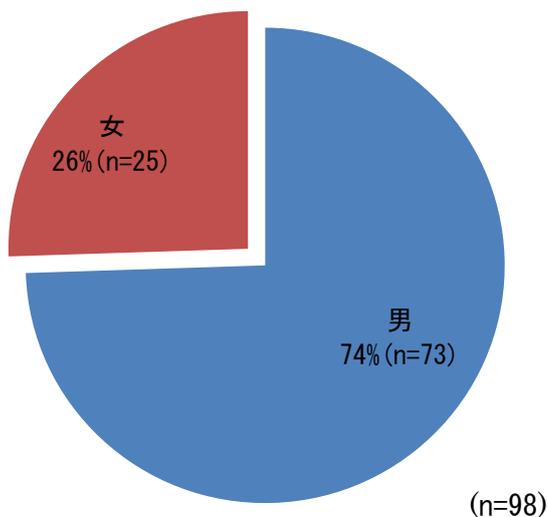


図4.8 入院患者の年齢（人）

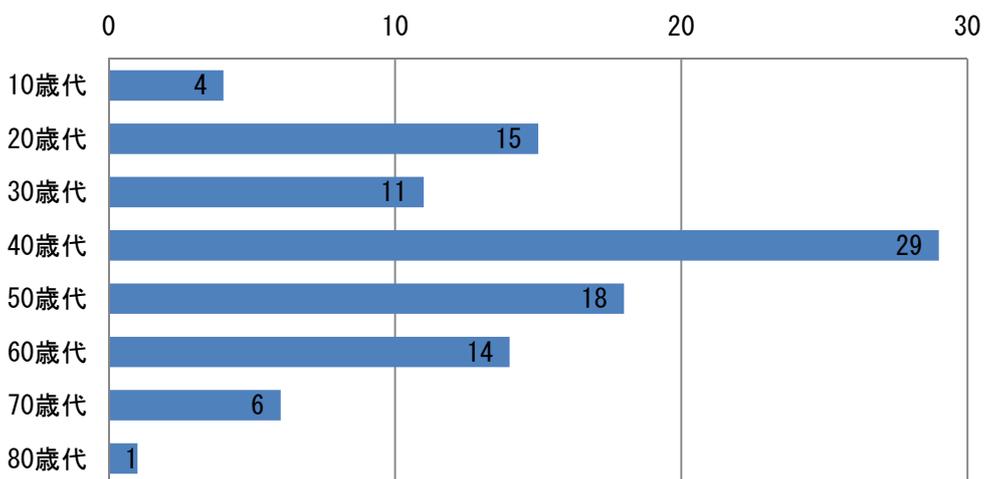
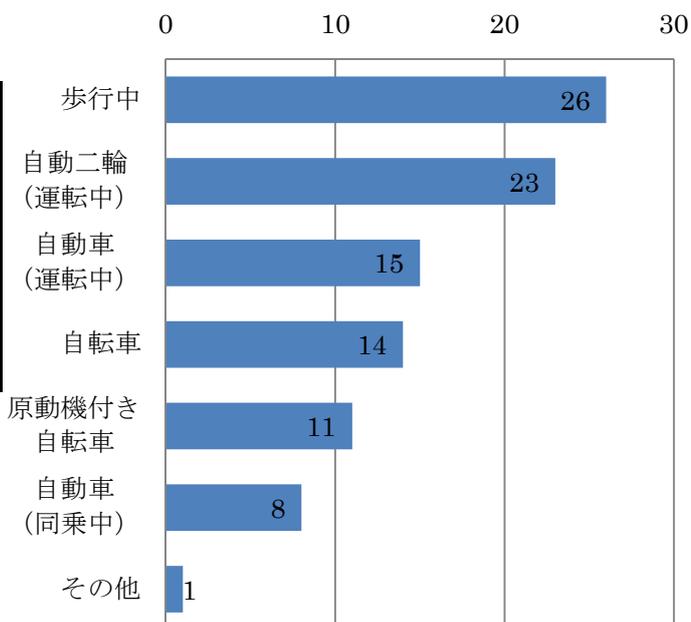


表 4.6 交通事故の状況

|         |           | 単位：人 |
|---------|-----------|------|
| 交通事故状態別 | 自動車（運転中）  | 15   |
|         | 自動車（同乗中）  | 8    |
|         | 原動機付き自転車  | 11   |
|         | 自動二輪（運転中） | 23   |
|         | 自動二輪（同乗中） | 0    |
|         | 自転車       | 14   |
|         | 歩行中       | 26   |
|         | その他       | 1    |

図4.9 交通事故の状況（人）



(2) 平成23～25年度に在宅移行した患者の状況

①本人の状況 (表4.7及び図4.10)

平成23～25年度に在宅移行した患者数は、20人であった。このうち、脱却4人、不変9人で、悪化はなかった。なお、その他には脱却までには至らなかったものの、改善が見られた患者を示す。

表4.7 退院時の改善状況

単位：人

|         |     |   |
|---------|-----|---|
| 状態の改善状況 | 脱却  | 4 |
|         | 不変  | 9 |
|         | 悪化  | 0 |
|         | その他 | 7 |

図4.10 退院時の改善状況



②家族、介護者の状況 (表4.8及び図4.11)

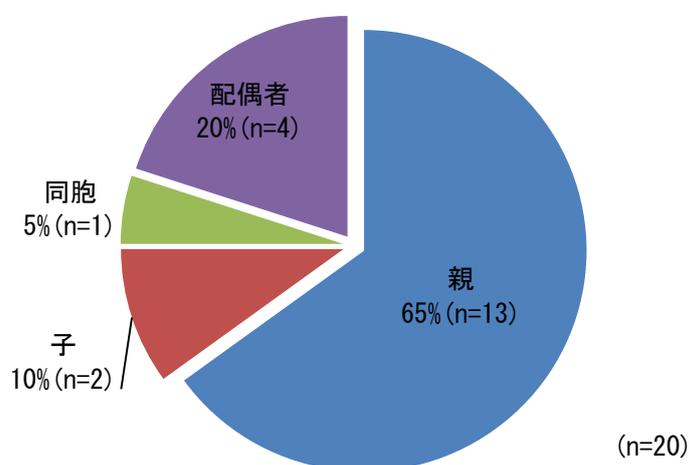
独居はなく、全員が介護者と同居していた。介護者との続柄では、親が13人と最も多く、次いで、配偶者が4人であった。

表4.8 家族、介護者の状況

単位：人

|            |     |    |
|------------|-----|----|
| 独居         |     | 0  |
| 同居<br>主介護者 | 親   | 13 |
|            | 子   | 2  |
|            | 同胞  | 1  |
|            | 配偶者 | 4  |

図4.11 家族・介護者の状況



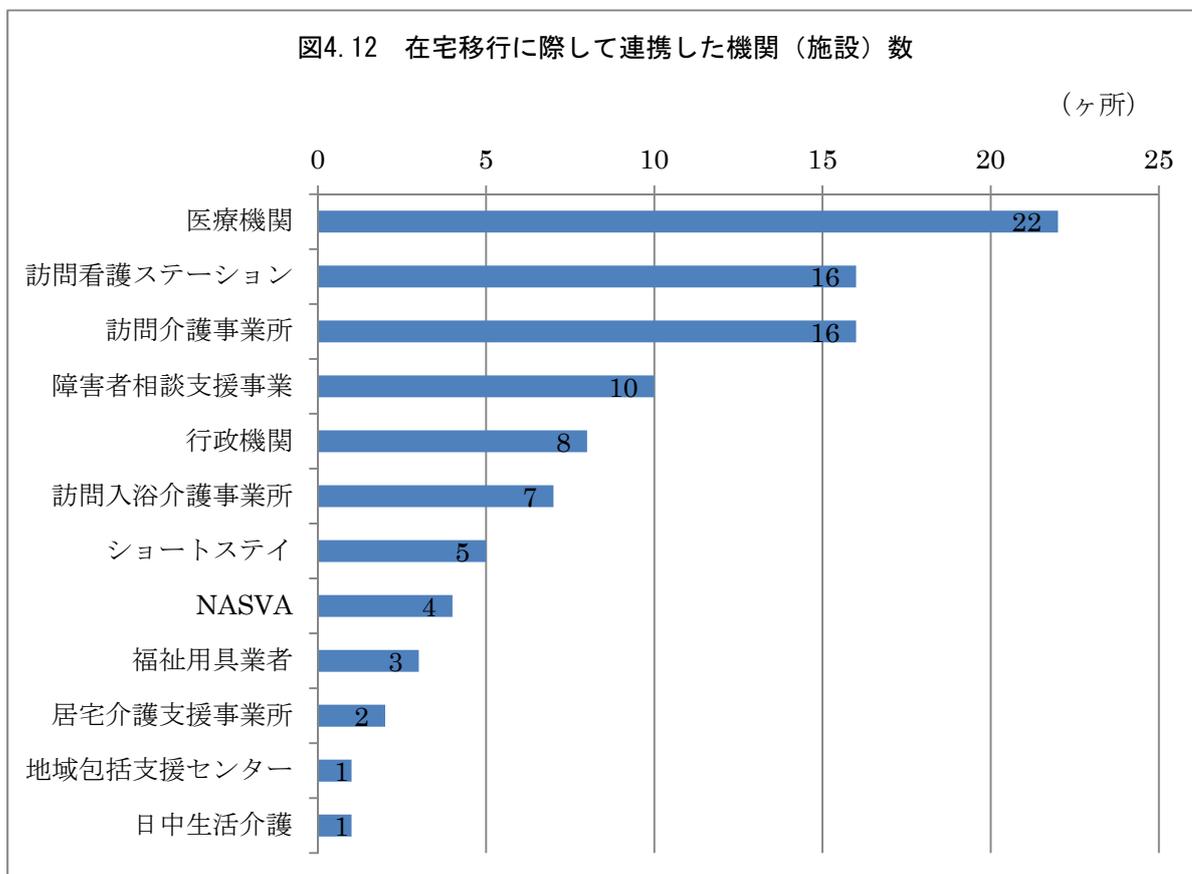
(3) 多職種との連携に関する事項 (表 4.9 及び図 4.12)

在宅移行にあたり、療護センターが連携した機関(施設)は医療機関が22か所と最も多く、次いで訪問看護ステーションが16か所であった。また、訪問介護事業所、障害者相談支援事業所との連携も多く見られた。

表 4.9 在宅移行に際して連携した機関(施設)数(複数回答)

単位：ヶ所

|            |    |
|------------|----|
| 訪問看護ステーション | 16 |
| 医療機関       | 22 |
| 行政機関       | 8  |
| 地域包括支援センター | 1  |
| 居宅介護支援事業所  | 2  |
| 障害者相談支援事業  | 10 |
| 訪問介護事業所    | 16 |
| 日中生活介護     | 1  |
| ショートステイ    | 5  |
| 訪問入浴介護事業所  | 7  |
| 福祉用具業者     | 3  |
| NASVA      | 4  |



### 4.3.2 事例

ヒアリング対象の療護センターに、ヒアリング調査の近い時期に在宅移行したケースのうち、生活する上での課題に着目し、問題点や課題、在宅移行が上手くいった事例、上手くいかなかった事例の選定を依頼した。しかし、このうち、在宅移行が上手くいかなかった事例については、患者の匿名性が担保できない、との理由で選択されず、上手くいった事例が4事例紹介された。

#### (1) 事例の概要 (表 4.10)

4例中、3例が20～30歳代の若い患者であった。受傷から入院までの期間は3か月～1年と幅が見られた。入院期間は、4例ともほぼ入院期間の上限の3年間であった。また、3例が療護センターの設置県内在住であった。

20～30歳代の若い患者では、3例とも入院時より状態が改善して退院していた。70歳代の事例でも、状態は不変であり、入院時の状態を維持できている。

4例中、主介護者は親3人、実子1人であり、3例に副介護者があった。

#### (2) 在宅移行への動き (表 4.11)

在宅移行への準備期間は3例が1年、1例が1か月であった。この3か月の事例も急に在宅移行が決まった訳ではなく、在宅移行も視野に入れながら転院（施設入所）を検討していたとのことであり、在宅移行が最終決定してからの期間が3か月とのことであった。

在宅移行にあたっては、介護負担を軽減しながら、日常生活におけるケアを実施できるよう全例に介護指導を実施していた。

また、全事例において訪問看護、訪問診療、訪問介護、訪問入浴、福祉用具を導入していた。その他も訪問系のサービスが中心で、通所系のサービスは少なかった。

退院前後の地域の社会資源と療護センターの連携の実際では、退院時カンファレンスへの参加が3例であった。療護センターからのアウトリーチについては、2例が退院後の訪問を行っていた。

訪問看護師との連携については、退院時カンファレンスでの連携以外は、書面（退院時サマリー）での連携に留まっており、退院後の訪問看護師からのフィードバックはほとんどない状況であった。

在宅移行が上手くいった要因については、本人の状態が安定していたこと、主介護者の「連れて帰る」という思いが強かったことなどがあげられた。

表 4.10 事例の概要

|                  | A氏   | B氏  | C氏   | D氏   |
|------------------|--|---|--|--|
| 受傷時の年齢           | 70歳代   | 30歳代  | 20歳代   | 20歳代   |
| 入院時の年齢           | 80歳代   | 30歳代  | 20歳代   | 20歳代   |
| 受傷から入院までの期間      | 7か月  | 1年未満  | 4か月  | 6か月  |
| 退院からヒアリングまでの期間   | 11か月   | 1年4か月   | 3か月  | 5か月  |
| 入院前の滞在先          | 急性期病院：1か所  | 医療機関：2か所  | 医療機関：1か所   | 医療機関：2か所   |
| 療養センター設置<br>県内・外 | 県外   | 県内  | 県内   | 県内   |
| 入院期間             | 3年   | 2年9か月   | 3年   | 3年   |
| 入院時の状態           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・開眼はあるが、意思疎通は困難</li> <li>・四肢麻痺、状態</li> <li>・寝たきり状態</li> <li>・胃瘻による経管栄養</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤による抑制のため、意思疎通および自動運動はほぼ不可能</li> <li>・寝たきり状態</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーション不可</li> <li>・経鼻経管栄養</li> <li>・膀胱留置カテーテル</li> <li>・寝たきり状態</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・泣く等の感情表出はあるが、意思疎通は困難</li> <li>・膀胱留置カテーテル</li> <li>・気管切開</li> <li>・不随意運動がややあり</li> <li>・胃瘻（経口摂取はわずかながら可）</li> </ul> |
| 退院時の状態           | 入院時と不変   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・泣き笑いななどの表情あり</li> <li>・車いす乗車可能</li> <li>・2名介助で立位可</li> <li>・左上肢以外は自動運動可能</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・笑う、泣く、怒る等の感情表出あり</li> <li>・3食経口摂取可</li> <li>・寝たきり状態</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・膀胱留置カテーテル除去</li> <li>・嚥下訓練にて間食程度は経口可</li> <li>・手の動きで合図</li> <li>・まばたき、舌打ち等表情が増加</li> </ul>                         |
| 介護者の状況           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・主介護者：実子1名</li> <li>・副介護者：同胞1名</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・主介護者：親1名</li> <li>・副介護者：同胞2名</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・主介護者：親1名</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・主介護者：親1名</li> <li>・副介護者：親1名<br/>同胞1名</li> </ul>  |

表 4.11 在宅移行への動き

|                               | A氏  | B氏   | C氏  | D氏  |
|-------------------------------|---|--|---|---|
| 在宅移行までの準備期間                   | 1年<br>(在宅移行は入院直後に決定していた)                          | 1年   | 1年  | 3か月<br>(当初は入院を検討していたが、希望に合った転院先が決まらず、在宅移行となる)   |
| 在宅移行にあたって実施した看護               | ・療養センターで作成したパンフレットに基づき介護指導を実施                     | ・主介護者に対し、一通りの日常生活のケアができるよう介護指導を実施<br>・医療者が不在の状況で家族と本人の時間を過ごすことと家族が自分で対応できるように外出支援を実施 | ・主介護者に対し、一通りの日常生活のケアができるよう介護指導を実施<br>・最初の自宅外出時に同行し、家屋調査を実施(リハビリテーションスタッフ) | ・転院先を検討しながら、介護指導も並行して実施<br>・介護負担を軽減するために夜間の水分補給を中止、夜間のおむつ交換を最低限で済むように工夫<br>・在宅では療養センターのようにいかないことも多いので、訪問看護師に相談するように指導 |
| 在宅移行にあたって導入した居宅サービス           | 訪問看護<br>訪問診療<br>訪問介護<br>訪問入浴<br>福祉用具<br>居宅介護支援事業所 | 訪問看護<br>訪問診療<br>訪問介護<br>訪問入浴<br>訪問リハビリテーション<br>福祉用具                                  | 訪問看護<br>訪問診療<br>訪問介護<br>訪問入浴<br>通所サービス(日中生活介護)<br>福祉用具                    | 訪問看護<br>訪問診療<br>訪問介護<br>訪問入浴<br>訪問リハビリテーション<br>福祉用具   |
| 退院前後の訪問看護師や地域の担当者との連携及びアウトリーチ |   | ・コデーネーター役の身体障害者施設の職員が来院  | ・退院時カンファレンスに訪問看護師も出席<br>・退院後、療養センター職員が訪問                                  | ・退院前に訪問看護師が2回来院<br>・外泊時、療養センターから自宅に訪問し、訪問看護師と連携<br>・外泊時のカンファレンスには他のサービ担当者も参加  |
| 訪問看護との連携における課題                | ・訪問看護師と退院前に会って相談等をすることが出来ない                       | ・退院時サマリーに対する返事がなく、実際の在宅での生活がわからない  | ・退院時サマリーに対する返事がなく、実際の在宅での生活がわからない   | ・退院時サマリーに対する返事がなく、実際の在宅での生活がわからない   |
| 在宅移行が上手くいった要因                 | ・本人の状態が安定していたこと                                   | ・主介護者の「連れて帰る」という思いが強かったこと  | ・主介護者の介護力とサービス調整がスムーズにできたこと   | ・本人の状態改善、特に経口摂取可能となったことが介護者の励みにもなり、好循環が生まれた   |

### 4.3.3 在宅移行への方針や工夫など

・入院した時点で、在宅移行か施設入所・入院か方針決定することが多い。入院2年目の最初で再度、方針を確認するが、ほとんど変わることはないため、在宅移行準備には1年程度の時間を十分にかけることができる。

・押し付けない介護指導に留意している。

・在宅移行を予定していたが、叶わなかった事例もわずかにある。家族の変化ではなく、本人の状態変化が理由であった。

・十分な指導を受けて、退院していくことが多い。

・親が健在の若い世代は在宅移行になることが多い。経済的な理由などで壮年期の方の在宅移行が難しい。

・療護センターの看護そのままでは、介護用品など、自宅で困ることもあるので、自宅で応用できるような指導を心がけている。

### 4.3.4 訪問看護や在宅ケアへの要望・意見など

・自宅に帰るにあたって、家族があちこちの窓口は何度もいかなければならない。相談窓口が1か所になると家族の負担が減るのではないか。

・ヒアリング事例だけでなく、他の在宅移行の事例でも訪問看護師が来院したり、自宅に戻った後の様子の報告等がない。退院前の来院や事後報告があると療護センターでの指導を、よりよく工夫できる可能性もあるため、できれば来院や在宅の様子を教えてほしい。

・連携はほとんど電話である。本当は顔の見える連携が望ましいと思う。

・社会資源の導入調整は医療ソーシャルワーカーが行っているが、実際に在宅でどのように活用しているかわからない。実態がわかると療護センターの病棟で看護師が行う看護ケアなどの指導がしやすいと思う。

・夜間の吸引などの医療ケアへの体制が不十分だと感じる。

・障害者枠で利用できる通所系サービスが不十分である。

・医療ケアがある人を在宅につなぐときは、訪問看護師が主導権を持っていると連携が取りやすい。

・外泊時の訪問看護（訪問看護ステーション）に報酬がついたのはいいが、訪問看護だけではなく、訪問介護などにも外泊時の報酬を認めてもらい、実際の在宅療養に近い形の療養体験ができるような制度になることを望む。

### 第三章 考察



## 1. 訪問看護ステーションについて

事業所の開設期間をみると、5年以内に開設した訪問看護ステーションが約3割を占めており、「～10年」15.7%、「～15年」17.3%、「～20年」29.4%、「20年超」5.3%と、新旧が混合した分布となっていた。

事業開設年数の平均を開設主体別にみると、最も短い（新しい）のは「営利法人（会社）」で5.2年、これに対して最も長い（古い）のは「社団・財団法人」の16.3年と、様々な開設期間を持つ事業所より回答を得た。

また、訪問看護ステーションの開設主体は「医療法人」と「営利法人（法人）」がそれぞれ3割強を占めている。サテライトについては「ある」との回答が5.8%と少なかった。

併設施設では、約半数に併設施設があり、併設施設が多かったのは「病院」「老人介護保険施設」「診療所」であった。医療法人が開設主体の場合は「病院」「診療所」「介護老人保健施設」の割合が高く、社会福祉法人の場合は「介護老人福祉施設」の割合が高かった。また、開設主体が「営利法人（会社）」の場合は、約8割が併設なしであり、開設主体の特徴を反映していると考えられた。

併設の在宅サービスについては「該当なし」が約3分の1であった。併設の在宅サービスのうち、最も多かったのは「居宅介護支援事業」で「あり」の回答のうちの半数を占めている。次いで、「訪問介護」「通所サービス」が多く、訪問看護との関連が強いサービスであることがわかった。

他施設との連携では連携「あり」が82.7%とほとんどの訪問看護ステーションが他施設と連携していた。連携先として、最も多かったのが「病院」で、次いで「診療所」「地域包括支援センター」であった。

「他の訪問看護事業所」との回答も43.1%あり、同じ利用者に2か所以上の訪問看護ステーションで関わっているなど、近隣地域の訪問看護ステーションでの交流があることが考えられた。

看護師に限って、常勤換算の従事者数を算出すると、「常勤専従」2.86人、「常勤兼務」0.53人、「非常勤」1.07人であり、あわせて4.46人であった。

また、利用者数が多いほど、看護師の数が多いのはもちろんのこと、理学療法師や作業療法士、言語聴覚士、事務職員の従事者が多い傾向にあった。

これは、大規模な訪問看護ステーションが、小規模な訪問看護ステーションより専門的な訪問看護サービスの提供が可能になること、看護師が訪問看

護業務に専念できることを示唆していると考えられた。

1ヶ月間の平均利用者数（実数）は68.3人であり、そのうち保険種別では「介護保険」利用者が7割強（48.7人）を占め、「医療保険」利用者は3割弱（19.3人）であった。

また、看護職員の従事者数が多いほど、医療保険の利用者の割合が高い傾向がみられた。

訪問延べ回数では「介護保険」の割合が64.9%、「医療保険」の割合が35.1%であり、利用者一人当たりの訪問回数が「介護保険」利用者で5.7回、「医療保険」利用者で7.7回と後者で多いことがわかった。「医療保険」利用者の方がより訪問看護を必要とする状態であることが示唆された。

利用者の性別は「男性」43.1%、「女性」56.9%であった。これらの数値、割合は平成25年度の『介護サービス施設・事業所調査（厚労省）』と比べて、ほぼ同様の構成となっている。

利用者の年齢構成をみると、65歳以上の高齢者が81.8%と多く、18歳未満の利用者は1.9%と少ない状況であった。また、18歳未満の利用者を開設主体別にみると「非営利法人（NPO）」で、18歳未満の利用者の割合が8.3%と最も高かった。この理由は、今回の調査のみでは明確にできなかったが、地域の障害児を支援する様々な活動との連携等があるのではないかと推測された。

利用者の主たる傷病名では「循環器系」の疾患が最も多く、次いで「精神及び行動の傷害」「神経系の疾患」が多かった。また「悪性新生物」「筋骨格系及び結合組織の疾患」が続き、高齢者に多い疾患があげられた。

新規利用者の導入経路では「居宅介護支援事業所」からの紹介が56%と最も多く、次いで医療機関の「医療ソーシャルワーカー」「退院調整看護師」となっていた。開設主体別にみると「社会福祉法人」では「居宅介護支援事業所」が67.3%と多く、また「日本赤十字社・社会保険関係団体」では「退院調整看護師」が20.4%と多いことが特徴であった。

利用終了者の終了理由では「入院・入所・入居」と「死亡」がそれぞれ40%と拮抗しており、この2つで8割を占める。また、改善による終了は8.9%と少なく、慢性的な経過をたどる利用者が多いことが分かる。

また「入院・入所・入居」先をみると、医療機関が 57.2%と最も多く、次いで「サービス付き高齢者向け住宅」11.9%、「介護老人福祉施設」5.9%、「介護老人保健施設」5.3%などとなっている。「サービス付き高齢者向け住宅」は、国土交通省と厚生労働省の共管で進められている高齢者住宅政策であり、現在 17 万室となっているが、2025 年には 60 万室への増加が予想される。今回は、訪問看護の終了理由として、ここへの入居が挙げられているが、訪問看護との連携先としても、注目すべき施設であると考えられる。

平成 26 年 9 月 1 ヶ月間の、交通事故による障害児・者の利用の有無をたずねたところ、776 施設のうち 16.8% (209 人) が「利用者あり」と答えた。

年齢構成は「18 歳未満」4.3%、「18 歳以上」95.7%となっている。開設主体別には、集計数こそ少ないものの「非営利法人 (NPO)」で「利用者あり」の施設が 33.3%と高かったほか、「社会福祉法人」「社団・財団法人」「共同組合」も 2 割を超えていた。ステーション利用者人数別では、人数が多いほど (施設規模が大きいほど) 「利用者あり」との回答が増加する。

同様に、退院前病棟訪問の実施回数と人数、退院時の合同カンファレンスの参加回数と人数、退院日当日訪問の実施回数と人数などについても、ステーション利用者数が多いほど増加する傾向がみられた。

機能強化型訪問看護ステーションの届け出状況では、届け出が受理されているのは、4.3%と少なく、また「機能強化型訪問看護管理費 1」と「機能強化型訪問看護管理費 2」はほぼ半々で、届け出のハードルが高いことが示唆された。

退院前の病棟訪問や合同カンファレンスへの参加では、共に約 6 割の訪問看護ステーションが実施していた。また共に、利用者数の多い訪問看護ステーションで実施割合が高かった。

退院当日訪問の実施状況では、実施したのは 36%であり、これも利用者数の多い訪問看護ステーションで実施割合が高かった。

外泊時の訪問看護の実施状況では、4.4%しか実施されておらず、まだ実施が少ないことが分かった。しかし、開設主体別では「非営利法人 (NPO)」が 22.2%と高い割合を示した。「非営利法人 (NPO)」で 18 歳未満の訪問が多い傾向にあることが関係するのではないかと推測された。

在宅での看取りに関する体制では約 9 割が「体制あり」と回答したが、実際に調査期間内に「在宅での死亡による利用終了」があったのは 42.1%であった。

これは、利用者数が多い訪問ステーションほど多い傾向にあり、利用者数 30 人未満では 22.2%、利用者数 90 人以上では 66.3%と 3 倍の差がみられている。

また、在宅での死亡による利用終了者の年齢は 65 歳以上の高齢者で 9 割以上を占めた。疾患別では利用者の主傷病名とは異なり、「悪性新生物」が 53.4%と過半数を占めた。在宅での死亡があった訪問ステーションのうち、約 8 割で死亡前 24 時間以内の訪問を実施していた。しかし、利用者数 30 人未満の小規模訪問看護ステーションでは、その実施が 66.7%と低い割合であった。

これらのことから、在宅看取りを支援するには、訪問看護ステーションの大規模化などの体制の充実が必要なことが示唆された。

さらに、在宅終末期ケアを阻害する要因として「家族等の介護負担が大きい」が最も多く、次いで「独居」が挙げられた。この 2 つは矛盾するようだが、在宅看取りを推進するためには、訪問看護をはじめとする家族以外の支援要員が必要なことを示していると考えられた。

また「在宅への移行時期が遅すぎる」「在宅看取りに積極的な医師がいない」という要因もそれぞれ 3 割程度あり、医療機関に対する在宅看取りへの啓発や医療機関とのより強い連携が必要なことが示唆された。

集計した 776 施設のうち、利用者からの「意見があった」とする 251 施設での意見の内容をみると、「利用料が高いので負担に感じる」と「予定通りの時間に来ない・訪問時間を守らない」の 2 つが、それぞれ 4 割弱の利用者から寄せられており、そのほかの意見は 1 割台かそれ以下にとどまっている。

経営努力について、過去 3 年間の収支状況を見ると「黒字が続いている」が 37.2%で、経営が安定している訪問看護ステーションが少ないことが分かった。

「赤字が続いている」という回答も約 2 割あり「黒字と赤字を繰り返している」と合わせると約半数が不安定な経営状態であった。

また「黒字か赤字か分からない」が約 1 割あったが、経営状態を明確に把握できていない管理者がこれだけ存在することは、大きな課題だと考えられる。

近年、営利法人が開設主体の訪問看護ステーションが増加し、看護師ではない経営者が存在することも要因のひとつではないかと推測された。

さらに、利用者数別では、利用者数が多いほど、経営が安定しており、利用者数 30 人未満と 90 人以上ではその割合に 4 倍の差がみられている。

黒字化のための努力では、黒字の訪問看護ステーションでは「利用者の満足度向上のための調査の実施や利用者等への働きかけ」「訪問件数や収支の状況を数字で管理し、経営に反映させる」「定期的に市場調査を行う」「多機能化を図る」「経費削減を徹底する」の割合が、赤字の訪問看護ステーションより有意に高かった。反対に、赤字の訪問看護ステーションでは「利用者の状態に合わせたケア内容を定期的に見直す」「新聞・雑誌・ミニコミ誌等へのPR・広告を行う」「スタッフに訪問件数のノルマを課している」「お祭り・行事・イベントなど地域活動へ積極的に参加する」が黒字の訪問看護ステーションより有意に高かった。つまり、赤字の訪問看護ステーションで経営黒字化のための努力で、実は有効に働いていないものがあることが示唆された。

## 2. 交通事故に起因する障害児・者の利用者について

今回行った調査で、平成26年9月の1ヶ月間に訪問した総数255人の利用者の内訳をみると、まず性別では「男性」73.3%、「女性」は25.5%であった。

年齢構成は「40～65歳未満」が38.8%、「18～40歳未満」が29.8%と、「18～65歳未満」が全体の約7割を占めている。

交通事故発生時の利用者の状態では「自動車」が40.0%と最も多く、「自動二輪」20.4%と合わせると、全体の6割を占めた。該当者の事故発生時の状況は、自動車「運転中」64.7%、自動二輪「運転中」88.5%が多かった。

また、利用者の交通事故による損傷・障害の種別では「頸椎損傷」が51.0%と全体の5割を占めており、次いで「脳の損傷」24.3%、「頭部外傷」18.4%、「高次脳機能障害」14.1%と、「頭部」に関連した損傷及び障害が全体の約6割を占めている。

利用者255人の日常生活自立度（ADL）では、全体の42.4%が「C2：自力では寝返りをうたない」状態であった。

また、ADL介助状況をみると、「食事」「車椅子・ベッド間の移乗」「洗面・整容」の3項目は、「自立」が2割以上を占めた一方、「全介助」の割合が7割以上の占めた項目は、「階段昇降」83.1%、「入浴」76.9%であった。

利用者の認知症の状況についてみると、全体の71.0%は「認知症はない」という結果であり、あわせて要介護度をきいたが、66.2%が「要介護認定は受けていない・その他」と回答した。「その他」の回答の中には、「若年層だから（介護保険非該当）」「医療保険を利用」などが挙げられた。

回答者 255 人の障害状況（複数回答）では、「身体障害児・者」が 92.5% を占めていた。

また、障害者総合支援法に基づく支援区分について、「非該当」と「無回答」を除く、該当者 94 名にきいたところ、「区分 6」が 62.8% と最も多かったほか、「区分 5」16.0%、「区分 1」10.6% などが多かった。

利用者 255 人のうち「非該当（n=19）」を除く 236 名の障害種類（複数回答）をみると、「肢体不自由」が全体の 82.6% と最も高く、障害等級の内訳は「1 級」が 82.1% であった。次いで高い「膀胱または直腸の機能障害」は全体の 19.1% を占め、障害の等級は「1 級」が 40.0% であった。

利用者 255 人のうち、「精神保健福祉手帳」の等級に関して、240 人（94.1%）は「該当しない」と回答した。

平成 26 年 9 月 1 ヶ月間の「訪問日数」についてきいたところ、回答者 255 人のうち「0 日」「無回答」を除く 247 人でみると、平均 8.97 日±5.67 であった。また、「1 ヶ月の訪問回数」を回答した利用者 247 人の平均訪問回数は、9.77 回±6.93 であり、平成 25 年度の『介護サービス施設・事業所調査（厚労省）』における訪問看護利用者の、1 ヶ月平均利用回数 6.2 回と比較すると、やや多い結果となった。

1 ヶ月間の「土日・休日の計画的訪問」を回答した利用者 40 人では、平均 3.15 回±2.85、「緊急訪問」を利用した 12 人では、平均 1.08 回±0.29 であった。緊急訪問の理由として「排便処置・処理」が最も多く挙げられた。

利用者 255 人の生活形態として、「家族と同居」または「一人暮らし（独居）」のどちらであるかをきいたところ、全体の 82.3% が「家族と同居」と回答し、同居家族（複数回答）は、「母親」47.6%、「配偶者」38.6%、「父親」35.7%、「子供」30.5% の順であった。ちなみに、「一人暮らし（独居）」と回答した者は 15.7% であった。

また、利用者 255 人について、家族による介護の状況をきいたところ、「家族が介護をしている」と答えた者が 81.9% を占めており、「介護していない」16.1% を大きく上廻った。主な介護者としては「母親」30.1% が最も多く、次いで「配偶者」29.7% であるが、「母親」と「配偶者」だけで全体のおよそ 6 割を占める結果となった。

利用者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月間の訪問診療の利用状況をきいたところ、「利用している」と回答した者が 50.6%、「利用していない」と回答した者が 47.8% と、ほぼ同数の結果となった。「利用している」と回

答した 129 人の、平均利用回数は 2.17 回±1.91 であった。

一方、ほかの訪問系サービスや機関の利用状況について、全般的に「利用していない」または「参加していない」との回答が多かったが、その割合をみると以下の通りである。

- 「本調査の協力先以外の訪問看護事業者」は全体の約 75%が非利用
- 訪問介護サービスの「身体介護」は全体の約 30%が非利用
- 訪問介護サービスの「生活援助」は全体の約 57%が非利用
- 補装具費支給制度による「補装具」は全体の 40%が非利用
- 「日常生活用具給付等事業」は全体の約 25%が非利用
- 介護保険法による「福祉用具」は全体の約 65%が非利用
- 「患者会・家族会」などへは全体の約 84%が不参加
- 「療護センター」は全体の約 66%が非利用

しかし、今回の調査では、提供されるサービス内容と実際に要望しているサービス内容が乖離しているのか、サービス等の周知不足かなどについて、背景要因を見極めるまでには至らなかった。

さらに、利用者 255 人について、訪問看護を導入した経路をきいたところ、「医療ソーシャルワーカー」「利用者本人・家族」「居宅介護支援事業所」だけで、全体の半数以上を占めている。

同様に、回答者 255 人について、平成 26 年 9 月 1 ヶ月に「実施したケアの種類」をきいたところ、全体の 17.3%は「7～8種類」のケアを受けており、1人当たりにすると、平均 8.0 種類のケアを受けている。

「実施したケア内容」で最も多いのは「病状観察・医療処置等」であり、利用全体の 74.5%に実施している。そのうち最も多くの利用者が受けているのは「病状観察」67.8%であった。実施回数では「重度の褥瘡の処置・管理」が平均 19.7 回と、ほかのケアが 10 回前後であるのに比べて高かった。

次に、「療養上の世話等」を実施した利用者は 70.2%であった。このうち最も多くの利用者が受けているケアは「排泄の援助」50.6%であり、一方、平均実施回数で最も多いのは「体位変換」10.7 回であった。

「創傷以外の医療処置」の内容では、「浣腸・摘便」32.5%、「膀胱留置カテーテルの交換・管理」27.8%の 2 つの実施率が高かった。

「機能訓練及び指導」の内容で最も多かったのは「その他リハビリテーション」49.4%（126 人）であった。また、「機能訓練及び指導」を受けた利用者の実施ケア内容の詳細内訳は次のとおりである。

- 「嚥下訓練」を受けたのは19人で、そのうち最も多くの利用者が受けたケアは「口唇、頬、舌の筋刺激訓練」94.7%であった。
- 「呼吸ケア・肺理学療法」を受けた25人のうち最も多くの利用者が行ったケアは「呼吸訓練」56.0%であった。
- 「その他のリハビリテーション」を受けた126人のうち最も多くの利用者が行ったケアは「関節可動域訓練」の79.4%であった。

「本人・家族指導」の処置内容では、最も多くの利用者が受けたのは「家族等の介護指導・支援」33.7%であった。

「連絡調整・その他」の処置内容では、最も多くの利用者が受けたのは「訪問記録の記載」59.6%であり、月間実施回数でみると「精神的支援（精神障がいへの支援除く）」が最も高く10.1回であった。

また、「社会資源の活用の支援」を受けた76人に実施ケア内容の詳細は次のとおりである。

- 「医師への連絡と訪問」65.8%「その他の職員との連携・訪問」64.5%の2項目が主な内容である。
- 月間の実施回数は「医師への連絡と訪問」1.8回、「その他の職員との連携・訪問」3.0回と、後者で多かった。

利用者255人について、利用者の支払い方法をきいたところ、最も多かったのが「健康保険（船員保険含む）／国民健康保険」、次いで、「公費負担医療費制度」であり、上位の2つで全体の3分の2を占めた。

「公費負担医療制度」を使用していると回答した85人（全体の33.3%）の「併用状況」では、「併用」が48.2%と、全体の約半数を占めており、「単独」の35.3%を上廻った。

「自動車損害賠償責任保険による支払い」についてきいたところ、「あり」が36.9%と、全体の3割強を占めた。「なし」の割合は21.6%であり、支払いがない理由としては、「回答者が把握していない」「示談が成立したため」「自損事故などにより自動車損害賠償責任保険の対象外であったため」などが挙げられている。

### 3. 自由記載について

#### 3. 1 訪問看護ステーション（378 件）

##### ① 訪問看護指示書や特別訪問看護指示書について（52 件）

ここでは「主治医からの訪問看護指示書交付が遅い」と「特別訪問看護指示書交付の指示期間や回数制限撤廃」が 11 件で最も多かった。

また、「治医が指示書の書き方を理解していない」「内容に不備がある」が共に 6 件で次に多かった。また、「主治医に、指示書交付のための郵送料負担を求められて困る」「感染症の情報を記載してほしい」という記載も複数みられた。訪問看護制度について、医師等、関係者への周知がまだ必要と考えられる。

##### ② ケアマネジャーとの連携について（30 件）

ここでは「訪問看護への理解不足」が 8 件と最も多く、訪問看護活用が進まない要因のひとつと考えられた。「ケアマネジャーの力量不足」「ケアマネジャーへの報告について」が 4 件と同数であった。

##### ③ 医師・医療機関との連携について（21 件）

ここでは「在宅医の不足」が 7 件と最も多かった。在宅ケアの推進のためには、医師も含めたチームケアが必須だが、地域によってはまだ在宅医の不足により、十分なサービス提供ができていない可能性が示唆された。

また「連携がとりにくい」6 件、「訪問看護への理解不足」も 4 件あり、在宅医がいてもその連携に課題を感じている訪問看護ステーションがあることが分かった。特に、大規模な医療機関との連携が難しいとの回答も複数あり、病院医療から在宅医療へ進む中、医療機関の地域との連携のあり方が今後、問われてこよう。

##### ④ 介護職員の喀痰吸引、経管栄養の実施について（22 件）

平成 24 年度の「社会福祉士および介護福祉士に関する法律」の改正により、一定の研修を修了した介護職員等による喀痰吸引、経管栄養の実施が合法化された。訪問看護師には、介護職員の手技の指導や確認等で連携が求められているため、その影響等について聞いた。

その結果「介護職員への指導の時間的負担や経済的負担」が 6 件挙げられた。訪問看護師による指導には、都道府県から報酬が支給されるが、都道府県によってその支給額が異なったり、指導や確認のための訪問の調整で時間がかかるなど、それが十分ではない、との意見もあった。

次いで「研修の機会が少なく、実施できる介護職員が足りない」「登録された訪問介護事業が足りない」との回答が多かった。また「研修を終了していても技術が充分でない、技術に差がある」といった不安も複数、回答があった。

今後、基礎教育で喀痰吸引、経管栄養の教育を受けた介護福祉士が、訪問介護に従事することが予想されており、訪問看護師と介護職員等との連携は、ますます重要になってくると考えられる。

#### ⑤ターミナルケアについて（18件）

今後、我が国が多死社会を迎えるにあたり、在宅看取りは重要な課題となっている。自由記載のなかでは全部で18件と件数は多くなかったが、一つ一つはより具体的で、個々のケースで異なった課題を感じている訪問看護ステーションが多かった。

その中でも複数の回答があったのは「医療保険での利用者の3割負担が重い」3件であった。がんによる在宅看取りでは、若い世代も利用者であること、要介護者であっても医療保険の訪問看護となることから、自己負担に関する課題が指摘された。

その他「在宅医不足」「訪問看護師不足」「在宅移行が遅い」などの回答があった。

#### ⑥自費による訪問看護について（4件）

これについては、回答が4件と少なかったが「自費の訪問看護にも主治医の指示が必要ではないか」との回答があった。認知症のグループホームへの契約による訪問看護でも同様の指摘があった。

自費による訪問看護の実態や需要は明確になっていないが、今後、公的保険による訪問看護だけでは需要が満たせなくなる可能性もあり、動向に注目すべきと考える。

#### ⑦その他、制度や報酬について（231件）

これについては、多くの記載があり、複数件同様の記載があった内容についてまとめた。人材確保や人材育成、制度の複雑さ、訪問看護の実態と報酬算定の乖離、多職種連携に関する課題が指摘されており、今後の制度改正・報酬改定への提言とすべきであると考えられる。

【人材確保等について】

- 人員確保が困難：16件
- 人材育成：4件
- 給料が安い：2件

【制度の仕組みについて】

- 制度の変更が多すぎる：3件
- 医療保険と介護保険との1本化：7件
- 制度が複雑すぎる：4件
- 衛生材料等の確保・準備：6件  
(主治医から衛生材料が支給されない等)

【報酬関係について】

- 認知症グループホームへの訪問看護の制度化：5件
- 機能強化型認定の要件緩和：5件
- 定期巡回・随時訪問介護看護の報酬見直し：6件
- 看護師による居宅療養管理指導の要件緩和（利用がない）：2件
- 多職種との連携会議の負担増：5件
- 連携のためのサマリー作成等への報酬算定：6件
- 複数箇所の訪問看護ステーションの訪問看護の条件緩和：8件
- 特別の関係の医療機関との連携：7件
- 夜間、早朝訪問看護の加算：2件
- 複数名、複数回訪問の条件緩和：5件
- 緊急時加算、24時間対応（連絡）加算：14件
- 長時間訪問看護の条件緩和：3件
- 地方や過疎地、寒冷地への加算や交通費請求など：11件  
(移動時間の長さ、山間部への訪問の危険等)
- 小児の訪問看護（学校への訪問等）：4件
- 利用者の外来受診への同行：3件
- 精神科訪問看護PT訪問：2件
- 訪問看護認定看護師への加算：2件
- 利用限度額を越えた訪問看護への助成：2件
- 訪問看護とリハビリテーションのバランス：2件

【その他】

- 他職種の訪問看護に対する理解不足：2件
- 訪問看護報酬が上がったことによる利用減少：3件

### 3. 2 利用者（102 件）

ここで、最も多かったのは「介護者である親の高齢化や親亡き後の在宅療養継続への不安」で 17 件の回答があった。類似した回答として「介護者の状況変化による在宅療養継続への不安」が 5 件あった。また「障害者対象の短期入所や通所サービスが少ない」がそれぞれ 10 件ずつと多く、「入所施設の不足」の回答も 2 件あり、これらも在宅療養継続への不安に繋がっていると考えられた。

家族に関しては「介護者がサービスを利用したがらず、介護を抱え込んでしまう」「子供の障がいを知られたくない」といった回答もあった。逆に「独居」との回答が 3 件あり、その課題も指摘されている。

アンケート調査結果からも明らかになったとおり、比較的若い世代の療養者が多いことで「療養期間が長期に渡り、加齢による変化への対応が必要」4 件、「医療保険から介護保険への変更によるサービスの低下等」3 件、といった課題も指摘された。介護保険の非該当者が多いということでは「相談支援専門員の不足」「サービス担当者の会議がない」という回答も複数みられた。

また「外出支援が少ない」「患者会、家族会が少ない」「就労支援が不十分」「通院リハビリテーションに限度が設けられている」等、利用者の社会参加や QOL の維持に関する課題も指摘されている。

更に「事故の受容ができない」「閉じこもりがちになっている」「補償問題や裁判」「被害者意識が強い」などの精神的課題もみられている。

具体的なケア内容では「排便ケアの困難」を挙げた回答が 9 件、「膀胱瘻から人工膀胱造設」が 1 件あった。その他のケア内容については、回答がなく、排泄ケアに関する課題が大きいことが推測された。

## 4. ヒアリング調査について

今回、交通事故障害児・者の訪問看護実態調査の中で、交通事故による重度後遺症対策に特化した療護センターでのヒアリング調査を実施した。3年間という入院期間の上限はあるものの、その中で手厚いケアを受けることによって、重度の障害があっても、多くの患者に状態の改善が見られ、次のステップへ繋いでいることがわかった。

交通事故の重度後遺症患者に特化した病院ということから「男性が多い」「若い世代が多い」「入院地域が広範囲」「医療機関からの入院が多く、医療機関・施設への退院が多い」といった特徴がみられた。在宅移行の割合は約2割と少なかったが、少しずつ増加しているとのことであり、今回の調査データには入っていないが、今後、在宅移行の予定がすでに数例あるとのことであった。

ヒアリング調査を実施した2か所の療護センターには、退院調整看護師の配置はないが、在宅移行支援には、病棟のプライマリー看護師と医療ソーシャルワーカーが協働して行っていた。将来的には、退院調整看護師の配置も検討しているとのことであった。

在宅移行にあたっては、訪問看護師との連携に課題があることが分かった。入院地域が広範囲にわたるといふ理由もあると考えられるが、いわゆる「顔の見える連携」が出来ていない。訪問看護師は遠方であって実際にセンターまで足を運ぶことが困難であっても、電話やITの活用などで、より密な連携を図る必要がある。それによって、療護センター側も実際の在宅療養の様子が理解でき、介護指導等に活かすことができると考えられる。

今回のヒアリング調査は、2か所での調査結果であり、また交通事故による脳損傷に特化した療護センターへの調査であることから、調査結果が全ての交通事故障害児・者に共通するとは言い難い。しかしながら、介護保険非該当の世代が多く、障害者に対応する相談支援専門員の配置が充分でないこと、医療依存度の高い患者が多いことから、在宅移行が2割弱という実態の改善を図るためには、地域のコーディネーター役として、看護職が期待されていること等多くの示唆が得られた。

## 5. 交通事故に起因する障害児・者への訪問看護の役割

今回の調査では、交通事故に起因する障害児・者への訪問看護を実施している訪問看護ステーションは調査対象の約2割、と少ないことが分かった。

しかし、調査対象を訪問看護ステーションとしたため、在宅で療養している交通事故に起因する障害児・者（以下、利用者）が、実際にどの程度、訪問看護を利用しているかは明確になっていない。

それでも、訪問看護ステーションからの客観的な回答によって、比較的若く、かつ重症度の高い療養者が多いため「療養生活が長期に渡る」「利用出来る在宅サービスが少ない」「家族の介護負担が重い」「精神的課題や将来への不安を抱えながら療養生活を送っている」等、利用者が抱えている課題の一端が明らかになった。

また、全利用者の多い訪問看護ステーションほど、交通事故に起因した障害児・者以外の利用者がある割合が高く、大規模な訪問看護ステーションは、多様な事例に訪問していることが推測された。さらに、訪問看護ステーションの課題としては、やはり多職種連携が挙げられた。特に主治医である医療機関やケアマネジャーとの連携において、未だ連携がスムーズに行われていない現状があることが示唆されている。

地域包括ケアは主に高齢者介護の課題と共に説明されることが多いが、障害児・者施策にとっても重要な施策であり、その要となる訪問看護ステーションの役割は大きいことが改めて示された。

今後は、更に多職種連携を進めながら、訪問看護の利用が出来ていない利用者にはいかにして訪問看護を届けるかを検討していく必要がある。

添付資料



日 訪 財 発 57 号  
平成 26 年 9 月 16 日

訪問看護ステーション  
管理者 各位

(事業実施者) 公益財団法人 日本訪問看護財団  
理 事 長 清水 嘉与子  
(公印省略)

(研究代表者) 公益財団法人 日本訪問看護財団  
常務理事 佐藤 美穂子

平成 26 年度自賠責運用益拋出事業  
「交通事故等に起因する障害児・者の訪問看護実態調査」 ご協力のお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、日本訪問看護財団の事業につきまして、多大なるご協力を賜り深く感謝申し上げます。

さて、本財団では一般社団法人日本損害保険協会より標記助成金を受けて、「交通事故等に起因する障害児・者の訪問看護実態調査（以下「本事業」と略す。）」を実施することになりました。

訪問看護の利用者には、頸髄損傷など交通事故等不慮の事故、脳卒中等疾病の後遺症や難病等により障害のある方が少なからずいらっしゃると思います。

本事業では、そのような障害児・者の訪問看護をどのような看護体制等で実施されているかをまずお聞きします（訪問看護ステーション票）。その上で、特に交通事故障害児・者の訪問看護上の困難や課題、改善の取組みなどをお聞きします（利用者票）。

本事業の結果をとりまとめ、障害児・者の訪問看護体制の充実を図りたいと考えております。

ご多用のところ大変恐縮ですが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。なお、ご協力を賜る場合には以下の点につきまして、十分留意させていただきます。

謹白

<本事業実施における倫理的配慮>

- ・ 本事業へのご協力について、お断りされた場合にも、皆様に対する不利益はありません。
- ・ アンケート項目の中で記入に同意できない内容がある場合は、その項目について記入する必要はありません。

裏面へ

- ・ 調査業務を外部委託する際には、契約時に個人情報の安全管理義務を課すことを契約書に明記致します。なお、アンケートの回答は研究者と業務委託会社の関係者以外は一切取り扱いません。業務委託会社にはアンケート調査票の発送・回収、データ入力及び分析を委託しております。
- ・ 調査の結果は報告書にまとめ、学会や論文等に使用させていただきますが、関係者の個人を特定できる情報は公開しません。
- ・ 報告書は本財団のホームページに公表し、皆様が全文をダウンロード出来るようにいたします。(http://www.jvnf.or.jp/)
- ・ なお、本事業についてご質問がございましたら下記までお問い合わせください。本事業の趣旨をご理解の上、何卒ご協力下さいますようお願い申し上げます。
- ・ 本事業における苦情・ご意見等がございましたら、下記担当までご連絡ください。

**【お問い合わせ先】**

公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部 担当：小沼、山辺  
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F  
TEL：03-5778-7005（平日 9 時～17 時にお願いします） FAX：03-5778-7009

**【その他本事業に関する苦情・ご意見など】**

公益財団法人 日本訪問看護財団 総務部 担当：吉田  
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F  
TEL：03-5778-7001（平日 9 時～17 時にお願いします） FAX：03-5778-7009

平成 26 年度自賠責運用益拋出事業「交通事故等に起因する障害児・者の訪問看護実態調査」

訪問看護ステーション票

公益財団法人 日本訪問看護財団

【記入上の注意】

1. この調査票は訪問看護ステーションの管理者の方がご記入ください。
2. 調査票の記入はボールペン又はペンでお願いします。
3. 調査票は、『平成 26 年 10 月 17 日(金)』までに事業所毎にまとめてご返送ください。
4. 本調査票と同時に送付いたしました、【利用者票】に該当する利用者が在籍していない場合でも、【訪問看護ステーション票】は回答し、ご返送ください。

なお、ご回答いただきました内容は、すべて統計的に処理いたしますので、個人や事業所のお名前はもちろん、回答内容も公表されることはありません。  
調査内容についてご不明な点がありましたら、下記担当者までお問い合わせください。

<調査内容についてのお問い合わせ先>

〒151-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5 階  
公益財団法人 日本訪問看護財団 担当 小沼・山辺  
TEL 03-5778-7005 FAX 03-5778-7009 お問い合わせ受付時間: 月～金 9:00～17:00

I. 貴訪問看護ステーションの概要について

Q1 貴訪問看護ステーションを開設してから平成 26 年 9 月末現在までの期間をご記入ください。

年 月

Q2 貴訪問看護ステーションの開設主体をご記入ください。(○印はひとつ)

- |           |                        |               |
|-----------|------------------------|---------------|
| 1. 医療法人   | 4. 日本赤十字社・社会保険関係団体(※1) | 7. 営利法人(会社)   |
| 2. 社会福祉法人 | 5. 社団・財団法人             | 8. 非営利法人(NPO) |
| 3. 地方公共団体 | 6. 協同組合                | 9. その他( )     |

※1 社会保険関係団体とは、厚生連、健保組合、共済組合、国保組合・連合会をいう。

Q3 貴訪問看護ステーションには、平成 26 年 9 月末現在、サテライト(出張所)はありますか。  
また、「ある」場合は全部でいくつあるか、ご記入ください。

1. ある → ( )ヶ所  
2. な い

Q4 貴訪問看護ステーションに平成 26 年 9 月末現在、併設(※2)する施設をご記入ください。(○印はいくつでも)

- |             |                  |            |
|-------------|------------------|------------|
| 1. 該当なし     |                  |            |
| 2. 病院       | 5. 介護老人福祉施設      | 8. 有料老人ホーム |
| 3. 診療所      | 6. 地域包括支援センター    | 9. その他( )  |
| 4. 介護老人保健施設 | 7. サービス付き高齢者向け住宅 |            |

※2 併設とは、同一敷地・建物内または道路を隔てる距離にある場合で同一法人の施設をいう。

**Q5** 貴訪問看護ステーションに平成26年9月末現在併設する在宅サービスをご記入ください。(○印はいくつでも)また、居宅介護支援事業所がある場合、介護サービス計画書を作成した利用人数をご記入ください。

|                    |             |                      |
|--------------------|-------------|----------------------|
| 1. 該当なし            |             |                      |
| 2. 居宅介護支援事業 → ( )人 |             |                      |
| 3. 訪問診療            | 6. 短期入所サービス | 9. 複合型サービス           |
| 4. 訪問リハビリテーション     | 7. 通所サービス   | 10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 5. 訪問介護            | 8. 食事宅配・配食  | 11. その他( )           |

**Q6** 平成26年9月の1ヶ月間に他施設と利用者に関する連携を実施しましたか。(併設施設を除く)実施した場合は、連携先と連携施設数をご記入ください。(○印はいくつでも)

|                       |   |                    |                     |
|-----------------------|---|--------------------|---------------------|
| 1. 実施した<br>2. 実施しなかった | → | 1. 他の訪問看護事業所 ( )ヶ所 | 5. 介護老人福祉施設 ( )ヶ所   |
|                       |   | 2. 病院 ( )ヶ所        | 6. 地域包括支援センター ( )ヶ所 |
|                       |   | 3. 診療所 ( )ヶ所       | 7. 保健所・保健センター ( )ヶ所 |
|                       |   | 4. 介護老人保健施設 ( )ヶ所  | 8. その他 ( )ヶ所        |

**Q7** 貴訪問看護ステーションの従事者の状況をご記入ください。(平成26年9月末現在)

| *お1人につき1資格で数えて下さい | 常勤専従 |      | 常勤兼務 ※3 |      | 非常勤 ※3 |      |
|-------------------|------|------|---------|------|--------|------|
|                   | 人数   | 常勤換算 | 人数      | 常勤換算 | 人数     | 常勤換算 |
| 保健師               | 人    | ( )人 | 人       | ( )人 | 人      | ( )人 |
| 助産師               | 人    | ( )人 | 人       | ( )人 | 人      | ( )人 |
| 看護師               | 人    | ( )人 | 人       | ( )人 | 人      | ( )人 |
| 准看護師              | 人    | ( )人 | 人       | ( )人 | 人      | ( )人 |
| 理学療法士             | 人    | ( )人 | 人       | ( )人 | 人      | ( )人 |
| 作業療法士             | 人    | ( )人 | 人       | ( )人 | 人      | ( )人 |
| 言語療法士             | 人    | ( )人 | 人       | ( )人 | 人      | ( )人 |
| 精神保健福祉士           | 人    | ( )人 | 人       | ( )人 | 人      | ( )人 |
| 看護補助者             | 人    | ( )人 | 人       | ( )人 | 人      | ( )人 |
| 事務職員              | 人    | ( )人 | 人       | ( )人 | 人      | ( )人 |
| その他( )            | 人    | ( )人 | 人       | ( )人 | 人      | ( )人 |

※3 「常勤兼務」「非常勤」の場合、常勤換算数(小数点第一位)を記入ください

非常勤の常勤換算方法: 貴ステーションの非常勤職員の1週間の労働時間合計を週40時間(または、貴ステーションが定める勤務時間、ただし32時間を下限とする)で割った数(小数点第一位まで)

(例)非常勤4人で週に合計80時間 →  $80 \div 40 = 2.0$ 人

## Ⅱ. 利用者について

平成 26 年 9 月の1ヶ月間に訪問した利用者数(実人数)と、訪問延べ回数などについてご記入ください。

**Q8-1** 利用者実人数・訪問回数をご記入ください。

| 平成 26 年 9 月の<br>利用者実人数                  |                           | 介護保険の利用者              |                                     | 医療保険の利用者              |                            |                              |
|---|---------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------|
|   |                           | 通常の<br>介護保険に<br>よる利用者 | 特別指示書に<br>よって医療保<br>険の適用とな<br>った利用者 | 一般(精神以外)の<br>医療保険の利用者 | 精神科訪問看護に<br>よる医療保険の<br>利用者 | (精神科)特別指示<br>書の交付があった<br>利用者 |
|   |                           | 人                     | 人                                   | 人                     | 人                          | 人                            |
| 9<br>月<br>1<br>ヶ<br>月<br>間              | 新規利用者数                    | 人                     | 人                                   | 人                     | 人                          | 人                            |
|   | 利用終了者数                    | 人                     | 人                                   | 人                     | 人                          | 人                            |
|   | 訪問延べ回数                    | 回                     | 回                                   | 回                     | 回                          | 回                            |
|   | うち土日・休日の<br>訪問延べ回数        | 回                     | 回                                   | 回                     | 回                          | 回                            |
|   | うち時間外(夜間・深夜・<br>早朝)の計画的訪問 | 回                     | 回                                   | 回                     | 回                          | 回                            |
|   | 緊急訪問                      | 回                     | 回                                   | 回                     | 回                          | 回                            |
| 緊急訪問の主な理由を 3 つお答えください<br>1.<br>2.<br>3. |                           |                       |                                     |                       |                            |                              |

**Q8-2** 利用者の性別・年齢別人数をご記入ください。

| 性 別 |    | 年 齢 別 |          |           |           |           |        |
|-----|----|-------|----------|-----------|-----------|-----------|--------|
| 男性  | 女性 | 6 歳未満 | 6～18 歳未満 | 18～40 歳未満 | 40～65 歳未満 | 65～75 歳未満 | 75 歳以上 |
| 人   | 人  | 人     | 人        | 人         | 人         | 人         | 人      |

**Q8-3** 利用者の主たる傷病別人数をご記入ください。

|                                    |                        |   |
|------------------------------------|------------------------|---|
| 傷病別                                | 1.感染症及び寄生虫症            | 人 |
|                                    | 2.新生物                  | 人 |
|                                    | 2-1.悪性新生物(再掲)          | 人 |
|                                    | 3.血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 | 人 |
|                                    | 4.内分泌、栄養及び代謝疾患         | 人 |
|                                    | 4-1.糖尿病(再掲)            | 人 |
|                                    | 5.精神及び行動の障害            | 人 |
|                                    | 5-1.認知症(再掲)            | 人 |
|                                    | 5-2.統合失調症(再掲)          | 人 |
|                                    | 6.神経系の疾患               | 人 |
|                                    | 6-1.パーキンソン病(再掲)        | 人 |
|                                    | 6-2.アルツハイマー病(再掲)       | 人 |
|                                    | 7.眼及び付属器の疾患            | 人 |
|                                    | 8.耳及び乳様突起の疾患           | 人 |
|                                    | 9.循環器系の疾患              | 人 |
|                                    | 9-1.高血圧系疾患(再掲)         | 人 |
|                                    | 9-2.心疾患(再掲)            | 人 |
|                                    | 9-3.脳血管疾患(再掲)          | 人 |
|                                    | 10.呼吸器系の疾患             | 人 |
| 11.消化器系の疾患                         | 人                      |   |
| 12.皮膚及び皮下組織の疾患                     | 人                      |   |
| 13.筋骨格系及び結合組織の疾患                   | 人                      |   |
| 13-1.骨粗しょう症(再掲)                    | 人                      |   |
| 14.腎尿路生殖器系の疾患                      | 人                      |   |
| 15.周産期に発生した病態                      | 人                      |   |
| 16.先天奇形、変形及び染色体異常                  | 人                      |   |
| 17.症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの | 人                      |   |
| 18.損傷、中毒及びその他の外因の影響                | 人                      |   |
| 19.健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用        | 人                      |   |

**Q8-4** 新規利用者の導入経路をご記入ください。

平成 26 年 9 月 1 ヶ月間の新規利用者数  人 ※新規利用者数は Q8-1 を参照

| 利用者<br>本人・家族 | 居宅介護<br>支援事業所 | 保険医療機関 |             |                 | 地域包括<br>支援センター | 保健所<br>保健センター | その他<br>( ) |
|--------------|---------------|--------|-------------|-----------------|----------------|---------------|------------|
|              |               | 医師     | 退院調整<br>看護師 | 医療<br>ソーシャルワーカー |                |               |            |
| 人            | 人             | 人      | 人           | 人               | 人              | 人             |            |

**Q8-5** 利用終了者の終了理由別人数をご記入ください。

平成 26 年 9 月 1 ヶ月間の利用終了者数  人 ※利用終了者数は Q8-1 を参照

|               |            |
|---------------|------------|
| 改善            | 人          |
| 転居            | 人          |
| 入院・入所・入居      | 人 (Q8-6 へ) |
| 死亡(在宅・入院等を含む) | 人          |
| その他           | 人 (Q8-6 へ) |

**Q8-6** 入院・入所・入居先をご記入ください。

| 医療機関 | 介護老人<br>保健施設 | 介護老人<br>福祉施設 | サービス付き<br>高齢者向け住宅 | 有料老人ホーム |    |        | その他※ |
|------|--------------|--------------|-------------------|---------|----|--------|------|
|      |              |              |                   | 軽費      | 養護 | その他の有料 |      |
| 人    | 人            | 人            | 人                 | 人       | 人  | 人      | 人    |

※その他をご記入ください

### Ⅲ. 交通事故障害児・者の利用者について

**Q9** 平成 26 年 9 月 1 ヶ月間で交通事故による障害児・者の利用はありましたか。あった場合は、利用人数をご記入ください。

1. あった → 利用人数：18 歳未満 ( ) 人 / 18 歳以上 ( ) 人
2. なかった

### Ⅳ. 訪問看護の実施状況・実施体制

**Q10** 貴訪問看護ステーションは、「機能強化型訪問看護ステーション」の届け出が受理されていますか。また、受理されている場合は、タイプをご記入ください。届け出を出していない場合は、届け出についての予定をご記入ください。

|              |   |                     |
|--------------|---|---------------------|
| 1. 受理されている   | → | 1. 機能強化型訪問看護管理療養費 1 |
| 2. 届け出をしていない | → | 2. 機能強化型訪問看護管理療養費 2 |
|              |   | 1. 今年度内に届け出を予定している  |
|              |   | 2. 届け出を予定していない      |

**Q11** 平成 26 年 9 月 1 ヶ月間で退院前の病棟訪問は実施しましたか。した場合は、回数/利用人数をご記入ください。

1. 実施した → 実施回数 ( ) 回 / 実施人数 ( ) 人
2. 実施しなかった

**Q12** 平成 26 年 9 月 1 ヶ月間で退院時の合同カンファレンスに参加しましたか。した場合は、回数/参加人数をご記入ください。

1. 参加した → 参加回数 ( ) 回 / 参加人数 ( ) 人
2. 参加しなかった

**Q13** 平成 26 年 9 月 1 ヶ月間で退院日当日の訪問を実施しましたか。した場合は、回数/利用人数をご記入ください。

1. 実施した → 実施回数 ( ) 回 / 実施人数 ( ) 人
2. 実施しなかった

**Q14** 平成26年9月1ヶ月間で外泊時の訪問看護は実施しましたか。した場合は、回数/利用人数をご記入ください。

|                                 |
|---------------------------------|
| 1. 実施した → 実施回数 ( )回 / 実施人数 ( )人 |
| 2. 実施しなかった                      |

**Q15** 在宅での看取りが可能な体制がありますか。

|       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

**Q16-1** 平成26年9月1ヶ月間で在宅での死亡による利用終了者はいましたか。いた場合は、人数をご記入ください。

|                   |      |    |      |         |          |          |          |       |
|-------------------|------|----|------|---------|----------|----------|----------|-------|
| 1. いた<br>2. いなかった | → 人数 | 合計 | 6歳未満 | 6~18歳未満 | 18~40歳未満 | 40~65歳未満 | 65~75歳未満 | 75歳以上 |
|                   |      | 人  | 人    | 人       | 人        | 人        | 人        | 人     |

**Q16-2** 平成26年9月1ヶ月間で在宅での死亡による利用終了者の疾患及び、人数をご記入ください。

|               |               |             |
|---------------|---------------|-------------|
| 1. 悪性新生物 ( )人 | 4. 脳血管疾患 ( )人 | 7. その他 ( )人 |
| 2. 心疾患 ( )人   | 5. 老衰 ( )人    |             |
| 3. 肺炎 ( )人    | 6. 不慮の事故 ( )人 |             |

**Q16-3** 平成26年9月1ヶ月間で在宅での死亡前24時間以内に訪問看護を実施しましたか。した場合は、人数をご記入ください。

|                                 |
|---------------------------------|
| 1. 実施した → 実施回数 ( )回 / 実施人数 ( )人 |
| 2. 実施しなかった                      |

**Q17** 在宅終末期ケアの阻害要因として考えているものをご記入ください。(○印はいくつでも)

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| 1. 家族等の介護負担が大きい     | 5. 在宅患者緊急受入病床の確保が困難 |
| 2. 急変時の対応が心配        | 6. 在宅への移行時期が遅すぎる    |
| 3. 終末期に対応できる看護師がいない | 7. 独居               |
| 4. 在宅看取りに積極的な医師がいない | 8. その他( )           |

**Q18** 貴訪問看護ステーションへの利用者からのご意見はありましたか。(○印はいくつでも)

|                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| 1. とくにない                 |                               |
| 2. 予定通りの時間に来ない・訪問時間を守らない | 7. 夜間のサービスが受けられない・不十分(24時間体制) |
| 3. 説明不足のため、十分 納得できない     | 8. 訪問看護師の滞在時間に不満がある           |
| 4. 職員のケア技術に不満がある         | 9. 利用料が高いので負担に感じる             |
| 5. 職員の服装・態度・言葉遣いなどに不満がある | 10. その他( )                    |
| 6. 支払う費用に見合ったサービスと思えない   |                               |





**交通事故に起因する障害児・者利用者票**

公益財団法人 日本訪問看護財団

**【記入上の注意】**

1. 調査対象者は平成 26 年 9 月 1 日(月)～平成 26 年 9 月 30 日(火)の期間で在籍している交通事故を主病名とする利用者の内、訪問看護サービスを提供した全ての利用者です。(調査票はお一人につき一票のため、対象となる利用者が3名以上となる場合は、お手数ですが、本調査票をコピーしてご回答ください)
2. 調査票は訪問担当者の方がご回答ください。
3. 調査票の記入はボールペン又はペンでお願いします。
4. 調査票は、『平成 26 年 10 月 17 日(金)』までに事業所毎にまとめてご返送ください。
5. 調査対象者が在籍していない場合は、『訪問看護ステーション票』のみご回答ください。

なお、ご回答いただきました内容は、すべて統計的に処理いたしますので、個人や事業所のお名前はもちろん、個別の回答内容も公表されることはありません。  
調査内容についてご不明な点がありましたら、下記担当者までお問い合わせください。

**<調査内容についてのお問い合わせ先>**

〒151-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5 階  
 公益財団法人 日本訪問看護財団 担当 小沼・山辺  
 TEL 03-5778-7005 FAX 03-5778-7009 お問い合わせ受付時間:月～金 9:00～17:00

**Q1** 利用者の性別、年齢についてご記入ください。

|    |             |              |              |
|----|-------------|--------------|--------------|
| 性別 | 1. 男性       | 2. 女性        |              |
| 年齢 | 1. 6 歳未満    | 3. 18～40 歳未満 | 5. 65～75 歳未満 |
|    | 2. 6～18 歳未満 | 4. 40～65 歳未満 | 6. 75 歳以上    |

**Q2** 交通事故発生時の利用者の状態についてご記入ください。

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| 1. 自動車 →(1. 運転中 2. 同乗中)  | 4. 自転車    |
| 2. 原動機付き自転車              | 5. 歩行中    |
| 3. 自動二輪 →(1. 運転中 2. 同乗中) | 6. その他( ) |

**Q3** 交通事故による損傷、障害についてご記入ください。(○印はいくつでも)

|             |            |
|-------------|------------|
| 1. 頸髄損傷     | 5. 頭部外傷    |
| 2. 胸髄損傷     | 6. 脳の損傷    |
| 3. 腰髄損傷     | 7. 高次脳機能障害 |
| 4. 骨折(部位: ) | 8. その他( )  |

**Q4** 交通事故による障害以外の疾患名がありましたら、ご記入ください。

**Q5** 日常生活自立度についてご記入ください。(○印はひとつ)

|                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| 1.                            | 正常                           |
| J 障害等があるが、日常生活はほぼ自立し、独力で外出    |                              |
| 2.                            | J1:交通機関等を利用して外出              |
| 3.                            | J2:隣近所へなら外出                  |
| A 屋内生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない   |                              |
| 4.                            | A1:介助により外出、日中はほとんどベッドから離れて生活 |
| 5.                            | A2:外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活   |
| B 屋内生活での介助必要、日中もベッド上が主体、座位は保つ |                              |
| 6.                            | B1:車いすに移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う  |
| 7.                            | B2:介助により車いすに移乗               |
| C 1 日中ベッド上、排泄・食事・着替で介助必要      |                              |
| 8.                            | C1:自力で寝返りをうつ                 |
| 9.                            | C2:自力では寝返りをうたない              |

**Q6** ADL介助の必要な状況についてご記入ください。(○印はひとつ)

|                |       |         |        |
|----------------|-------|---------|--------|
| 1. 食事          | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 |
| 2. 車椅子・ベッド間の移乗 | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 |
| 3. 洗面・整容       | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 |
| 4. トイレ動作       | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 |
| 5. 入浴          | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 |
| 6. 移動          | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 |
| 7. 階段昇降        | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 |
| 8. 更衣          | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 |

**Q7** 認知症の状況についてご記入ください。(○印はひとつ)

|   |   |
|---|---|
| 1.  | 認知症はない  |
| 2.  | ランクⅠ:何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。           |
| ランクⅡ:日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 |   |
| 3.  | Ⅱa:家庭外で上記Ⅱの状態がみられる。                                 |
| 4.  | Ⅱb:家庭内でも上記Ⅱの状態がみられる。                                |
| ランクⅢ:日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さ見られ、介護を必要とする。             |   |
| 5.  | Ⅲa:日中を中心として上記Ⅲの状態がみられる。                             |
| 6.  | Ⅲb:夜間を中心として上記Ⅲの状態がみられる。                             |
| 7.  | ランクⅣ:日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 |
| 8.  | ランクM:著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。        |

**Q8** 要介護度についてご記入ください。(○印はひとつ)

|                        |         |         |         |         |         |         |  |
|------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--|
| 1. 自立                  |         |         |         |         |         |         |  |
| 2. 要支援1                | 3. 要支援2 | 4. 要介護1 | 5. 要介護2 | 6. 要介護3 | 7. 要介護4 | 8. 要介護5 |  |
| 9. 要介護認定は受けていない・その他( ) |         |         |         |         |         |         |  |

Q9 利用者の障害の状況をご記入ください。(○印はいくつでも)

|            |            |          |
|------------|------------|----------|
| 1. 身体障害児・者 | 2. 知的障害児・者 | 3. 精神障害者 |
|------------|------------|----------|

Q10 障害者総合支援法に基づく支援区分について、ご記入ください。

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 1. 非該当 |        |        |
| 2. 区分1 | 4. 区分3 | 6. 区分5 |
| 3. 区分2 | 5. 区分4 | 7. 区分6 |

Q11 利用者の障害の種類・等級についてについて、ご記入ください。

(該当する障害の等級に○印をそれぞれひとつ)

| 障害の種類            | 障害の等級 |       |       |       |       |       |       |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                  | 1. 1級 | 2. 2級 | 3. 3級 | 4. 4級 | 5. 5級 | 6. 6級 | 7. 7級 |
| 1. 肢体不自由         | → 1   | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7     |
| 2. 呼吸器機能障害       | → 1   | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7     |
| 3. ぼうこう又は直腸の機能障害 | → 1   | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7     |
| 4. その他( )        | → 1   | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7     |

Q12 精神保健福祉手帳についてご記入ください。(○印はひとつ)

|  |
|--|
| 1. 該当しない   |
| 2. <1級>:精神障害であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの                               |
| 3. <2級>:精神障害であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの           |
| 4. <3級>:精神障害であって、日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの |

Q13-1 平成26年9月1ヶ月間の利用者への訪問日数および回数・時間についてご記入ください。

|                  |  |     |              |                 |      |
|------------------|--|-----|--------------|-----------------|------|
| ①月間訪問日数          |  | 日   | 月間訪問<br>内訳回数 | 1. 20分未満        | ( )回 |
| ②月間訪問回数          |  | 回 → |              | 2. 30分未満        | ( )回 |
| ③土日・休日の計画的訪問延べ回数 |  | 回   |              | 3. 30分～1時間未満    | ( )回 |
| ④時間外の計画的訪問延べ回数   |  | 回   |              | 4. 1時間～1時間30分未満 | ( )回 |
| ⑤緊急訪問            |  | 回   |              | 5. それ以上         | ( )回 |

Q13-2 緊急訪問の理由をご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

Q14-1 利用者の生活形態は、家族と同居、一人暮らしのどちらですか。

また、同居の場合、同居家族をご記入ください。(○印はいくつでも)

|          |              |         |            |
|----------|--------------|---------|------------|
| 1. 家族と同居 | 2. 一人暮らし(独居) |         |            |
| ↓        |              |         |            |
| 1. 配偶者   | 3. 父親        | 5. 兄弟姉妹 | 7. 兄弟姉妹の家族 |
| 2. 子供    | 4. 母親        | 6. 祖父母  | 8. その他( )  |

**Q14-2** 家族による介護はありますか。

家族が介護している場合、主な介護者をご記入ください。(○印はひとつ)

|               |            |
|---------------|------------|
| 1. 家族が介護をしている | 2. 介護していない |
|---------------|------------|

↓

|        |       |         |            |
|--------|-------|---------|------------|
| 1. 配偶者 | 3. 父親 | 5. 兄弟姉妹 | 7. 兄弟姉妹の家族 |
| 2. 子供  | 4. 母親 | 6. 祖父母  | 8. その他 ( ) |

**Q15** 平成26年9月1ヶ月間の訪問診療の利用状況について、ご記入ください。(○印はひとつ)

|                |            |
|----------------|------------|
| 1. 利用している ( 回) | 2. 利用していない |
|----------------|------------|

**Q16** 平成26年9月1ヶ月間の貴事業所以外の訪問看護事業者の利用状況について、ご記入ください。(○印はひとつ)

|           |            |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

**Q17-1** 平成26年9月1ヶ月間の訪問介護サービスの利用状況・身体介護について、ご記入ください。(○印はいくつでも)

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 1. 利用していない           |                     |
| 2. 食事介助              | 7. 服薬介助             |
| 3. 排泄介助              | 8. 自立生活支援のための見守りの支援 |
| 4. 清拭・入浴、身体整容        | 9. 吸引               |
| 5. 体位変換、移動・移動介助、外出介助 | 10. 経管栄養            |
| 6. 起床・就寝介助           | 11. その他 ( )         |

**Q17-2** 平成26年9月1ヶ月間の訪問介護サービスの利用状況・生活援助について、ご記入ください。(○印はいくつでも)

|                |               |
|----------------|---------------|
| 1. 利用していない     |               |
| 2. 掃除          | 6. 一般的な調理、配下膳 |
| 3. 洗濯          | 7. 買い物・薬の受け取り |
| 4. ベッドメイク      | 8. その他 ( )    |
| 5. 衣服の整理・被服の補修 |               |

**Q18-1** 平成26年9月1ヶ月間の「補装具費支給制度」による補装具使用状況について、ご記入ください。(○印はいくつでも)

|           |        |                          |            |
|-----------|--------|--------------------------|------------|
| 1. 使っていない |        |                          |            |
| 2. 義肢     | 6. 義眼  | 10. 電動車椅子                | 14. 座位保持椅子 |
| 3. 装具     | 7. 眼鏡  | 11. 歩行器                  | 15. 起立保持具  |
| 4. 座位保持装置 | 8. 補聴器 | 12. 歩行補助つえ(T字状・棒状のものを除く) | 16. 頭部保持具  |
| 5. 盲人安全つえ | 9. 車椅子 | 13. 重度障害者用意思伝達装置         | 17. 排便補助具  |

**Q18-2** 平成26年9月1ヶ月間の「日常生活用具給付等事業」による日常生活用具の使用状況について、ご記入ください。(○印はいくつでも)

|                |                     |                              |
|----------------|---------------------|------------------------------|
| 1. 使っていない      |                     |                              |
| 2. 特殊寝台        | 17. 自動消火器           | 32. 視覚障害者用ポータブルレコーダー         |
| 3. 特殊マット       | 18. 電磁調理器           | 33. 視覚障害者用文書読上げ装置            |
| 4. 特殊尿器        | 19. 歩行時間延長信号機用小型送信機 | 34. 視覚障害者用拡大読書器              |
| 5. 入浴担架        | 20. 視覚障害者用屋内信号装置    | 35. 盲人用時計                    |
| 6. 体位変換器       | 21. 透析液加温器          | 36. 聴覚障害者用通信装置               |
| 7. 移動用リフト      | 22. ネブライザー(吸入器)     | 37. 聴覚障害者用情報受信装置             |
| 8. 訓練いす(児のみ)   | 23. 電気式たん吸引器        | 38. 人工咽頭                     |
| 9. 訓練用ベッド(児のみ) | 24. 酸素ボンベ運搬車        | 39. 福祉電話(貸与)                 |
| 10. 入浴補助用具     | 25. 盲人用体温計(音声式)     | 40. ファックス(貸与)                |
| 11. 便器         | 26. 盲人用体重計          | 41. 視覚障害者用ワードプロセッサ(共同利用)     |
| 12. 頭部保護帽      | 27. 携帯用会話補助装置       | 42. 視覚障害者用図書                 |
| 13. T字状・棒状のつえ  | 28. 情報・通信支援用具       | 43. ストーマ器具(ストーマ用品、洗腸用具)      |
| 14. 移動・移乗支援用具  | 29. 点字ディスプレイ        | 44. 紙おむつ等(紙おむつ・サラン・ガーゼ等衛生用品) |
| 15. 特殊便器       | 30. 点字器             | 45. 収尿器                      |
| 16. 火災警報器      | 31. 点字タイプライター       | 46. 住宅改修費                    |

**Q18-3** 平成26年9月1ヶ月間の「介護保険法」による福祉用具の使用状況について、ご記入ください。(○印はいくつでも)

|            |          |                 |            |            |
|------------|----------|-----------------|------------|------------|
| 1. 使っていない  |          |                 |            |            |
| 2. 車いす     | 6. 褥瘡予防具 | 10. 歩行器         | 14. 腰掛便器   | 18. リフト吊り具 |
| 3. 車いす付属品  | 7. 体位変換器 | 11. 歩行補助つえ      | 15. 入浴補助用具 |            |
| 4. 特殊寝台    | 8. 手すり   | 12. 認知症老人徘徊感知機器 | 16. 特殊尿器   |            |
| 5. 特殊寝台付属品 | 9. スロープ  | 13. 移動用リフト      | 17. 簡易浴槽   |            |

**Q19** 患者会・家族会などの参加状況について、ご記入ください。(○印はひとつ)

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| 1. 参加している (            回) | 2. 参加していない |
|---------------------------|------------|

**Q20** 療護センターの利用状況について、ご記入ください。(○印はひとつ)

利用している(したことがある)場合、利用内容をご記入ください。(○印はいくつでも)

|             |                 |            |
|-------------|-----------------|------------|
| 1. 現在利用している | 2. 過去に利用したことがある | 3. 利用していない |
|-------------|-----------------|------------|

↓

|       |         |            |       |        |
|-------|---------|------------|-------|--------|
| 1. 入院 | 2. 短期入院 | 3. ショートステイ | 4. 外来 | 5. その他 |
|-------|---------|------------|-------|--------|

**Q21** 訪問看護の導入経路について、ご記入ください(○印はひとつ)

|              |                |                       |
|--------------|----------------|-----------------------|
| 1. 利用者本人・家族  | 4. 退院調整看護師     | 7. 保健所・保健センター         |
| 2. 居宅介護支援事業所 | 5. 医療ソーシャルワーカー | 8. 療護センター             |
| 3. 医師        | 6. 地域包括支援センター  | 9. その他 (            ) |

Q22 平成26年9月1ヶ月間で当該利用者を実施したケア内容について、実施回数をご記入ください。

|              |                        | 月間回数 |
|--------------|------------------------|------|
| 療養上の世話等の内容   | 1. 入浴介助                |      |
|              | 2. 口腔ケア                |      |
|              | 3. 身体の清潔保持の管理・援助       |      |
|              | 4. 排せつの援助              |      |
|              | 5. 栄養・食事の援助            |      |
|              | 6. 体位変換                |      |
|              | 7. 移乗・歩行介助             |      |
|              | 8. その他( )              |      |
| 病状観察・医療処置等   | 9. 病状観察                |      |
|              | 10. 服薬管理・点眼等の実施        |      |
|              | 11. 褥瘡の予防              |      |
|              | 12. 褥瘡の処置              |      |
|              | 13. 重度の褥瘡の処置・管理        |      |
|              | 14. 褥瘡以外の創傷部の処置        |      |
|              | 15. がん化学療法の管理          |      |
|              | 16. ターミナルケア            |      |
|              | 17. 緊急時の対応             |      |
|              | 18. その他( )             |      |
| 創傷以外の医療処置の内容 | 19. 注射の実施              |      |
|              | 20. 点滴の実施・管理           |      |
|              | 21. 気道内吸引              |      |
|              | 22. 酸素吸入               |      |
|              | 23. 人工呼吸器の管理           |      |
|              | 24. 在宅酸素療法の指導・援助       |      |
|              | 25. 気管カニューレの交換・管理      |      |
|              | 26. 経管栄養の実施・管理         |      |
|              | 27. ドレーンチューブの管理        |      |
|              | 28. 中心静脈栄養法の実施・管理      |      |
|              | 29. 胃瘻の管理              |      |
|              | 30. CAPD の管理           |      |
|              | 31. 在宅透析の指導・援助         |      |
|              | 32. 薬物を用いた疼痛管理         |      |
|              | 33. 膀胱留置カテーテルの交換・管理    |      |
|              | 34. 膀胱洗浄               |      |
|              | 35. 人工肛門・人工膀胱の管理       |      |
|              | 36. 浣腸・排便              |      |
|              | 37. その他( )             |      |
| 及び機能訓練指導     | 38. 嚥下訓練               |      |
|              | 39. 呼吸ケア・肺理学療法         |      |
|              | 40. コミュニケーションのリハビリ     |      |
|              | 41. その他リハビリテーション       |      |
| 本人・家族指導      | 42. 本人の療養指導            |      |
|              | 43. 家族等の介護指導・支援        |      |
|              | 44. 認知症・精神障害に対するケア     |      |
|              | 45. 緊急時の対応指導           |      |
|              | 46. その他( )             |      |
| 連絡調整その他      | 47. 利用者・家族への連絡         |      |
|              | 48. 訪問記録の記載            |      |
|              | 49. 報酬請求の事務            |      |
|              | 50. 施設・事業所内外での会議       |      |
|              | 51. 社会資源の活用支援          |      |
|              | 52. 家屋改善・環境整備の支援       |      |
|              | 53. 精神的支援(精神障がいへの支援除く) |      |
|              | 54. その他( )             |      |

| 「38. 嚥下訓練」内訳    | 月間回数 |
|-----------------|------|
| 1. 舌の運動         |      |
| 2. 口唇、頬、舌の筋刺激訓練 |      |
| 3. 嘔吐・逆流の予防     |      |
| 4. 経口食訓練        |      |
| 5. 食事動作と自助具の活用  |      |

| 「39. 呼吸ケア・肺理学療法」内訳 | 月間回数 |
|--------------------|------|
| 1. 気道の浄化           |      |
| 2. 呼吸訓練            |      |
| 3. 喀痰排出訓練          |      |

| 「41. その他リハビリテーション」内訳 | 月間回数 |
|----------------------|------|
| 1. 良肢位の保持            |      |
| 2. 体位変換              |      |
| 3. 関節可動域訓練           |      |
| 4. ベッド端座位訓練          |      |
| 5. 立位訓練              |      |
| 6. 車椅子移乗訓練           |      |
| 7. 歩行訓練              |      |
| 8. 衣服の着脱訓練           |      |
| 9. 清潔と整容             |      |
| 10. 排泄動作訓練           |      |
| 11. 排泄環境の工夫          |      |
| 12. その他( )           |      |

| 「51. 社会資源の活用支援」内訳 | 月間回数 |
|-------------------|------|
| 1. 医師への連絡と訪問      |      |
| 2. その他の職種との連携・訪問  |      |
| 3. その他( )         |      |



2014（平成26）年度 一般社団法人 日本損害保険協会助成事業

## 2014（平成26）年度 交通事故等に起因する障害児・者の訪問看護実態調査

---

2015（平成27）年 3月 初版発行

調査実施・報告書作成 公益財団法人 日本訪問看護財団  
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2  
日本看護協会ビル 5階  
TEL 03-5778-7001 FAX 03-5778-7009

調査協力 株式会社 医療産業研究所  
〒151-0061 東京都渋谷区初台 1-49-1  
TEL 03-5351-3511 FAX 03-5351-3513

---

【不許複製】