

令和 7 年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業)

**訪問看護サービス提供体制強化に向けた
調査研究事業 報告書
概要版**

令和 8 年 3 月

公益財団法人 日本訪問看護財団

目次

I. 事業の概要	1
1. 目的	1
2. 事業の概要	2
3. 調査概要	4
4. 実施体制	6
II. アンケート調査 結果	8
II-1. アンケート調査	8
1. 人材確保・人材の定着の視点	8
2. 医療機関・在宅医療、介護資源との連携の視点	15
3. 自治体や関係組織の支援の視点	22
4. 事業継続・経営の視点	24
5. 訪問看護事業所・看護師間の連携の視点	31
II-2. 実態調査を通じた現状と課題の整理	34
1. 人材の確保と定着	34
2. 医療機関・在宅医療資源との連携・調整	34
3. 自治体や関係組織の支援	35
4. 事業運営・経営の現状	35
5. 訪問看護事業所・看護師間の連携状況	36
III. ヒアリング調査 結果	37
III-1. ヒアリング調査	37
1. 調査の目的	37
2. 方法	37
III-2. ヒアリングまとめ	39
1. 所在地域で事業運営することの意義	39
2. 人口規模が小さな地域における事業運営の現状・工夫について	39
3. 24時間・緊急時対応における現状・工夫	40
4. 関係機関との連携状況	40
5. ICT活用によるメリットと課題	41
6. 専門の研修を受けた看護師との連携状況	42
7. オンライン診療補助 (D to P with N)	42
8. 今後の展望	43
IV. 人口規模の小さな自治体に所在する訪問看護事業所におけるサービス提供に係る課題及び解決策に向けて	45
1. 人材の確保と定着に向けた方策	47
2. 医療機関・在宅医療資源との連携・調整の在り方 エラー! ブックマークが定義されていません。	
3. 自治体や関係組織の支援の在り方	エラー! ブックマークが定義されていません。
4. 事業継続のための経営基盤安定化の方策	エラー! ブックマークが定義されていません。
5. 訪問看護事業所・看護師間の連携体制の構築 エラー! ブックマークが定義されていません。	
V. 人口規模の小さな自治体に所在する訪問看護事業所におけるサービス提供に係る提言	50

1. 人口規模の小さな自治体への必要な訪問看護人材の流れを創出する仕組みを構築する.. 52
2. テクノロジーも駆使し効果的かつ効率的な訪問看護の提供体制を構築する..... 54
3. 地域のインフラとして存続させるため体制整備及び支援に取り組む 57

● 図表掲載方法について

- ・ 回答は各質問の回答者数(n)を基数とした百分率(%)で示している。また、小数点以下第2位を四捨五入しているため、内訳の合計が100.0%にならない場合がある。
- ・ 複数回答が可能な設問の場合、回答者が全体に対してどのくらいの比率であるかという見方になるため、回答比率の合計が100.0%を超える場合がある。
- ・ クロス集計の場合、無回答を排除しているため、クロス集計の有効回答数の合計と単純集計(全体)の有効回答数が合致しないことがある。なお、クロス集計とは、複数項目の組み合わせで分類した集計のことで、複数の質問項目を交差して並べ、表やグラフを作成することにより、その相互の関係を明らかにするための集計方法のことである。
- ・ 事業所調査について、特徴を明らかにするため無回答は除いて集計をした。

- 本報告書に記載されている会社名・商品名は、事例紹介のためのものであり、当財団が特定の製品を推奨するものではない

I. 事業の概要

1. 目的

在宅療養や在宅看取りの増加等に伴い、訪問看護には、地域の実情に応じた医療ニーズへの対応が求められているが、特に人口規模の小さな自治体に所在する訪問看護事業所（以下、病院・診療所及び訪問看護ステーションから指定訪問看護を提供する事業所を指す）において、夜間及び休日の訪問看護サービス、ICTを活用した訪問看護サービスや専門性の高い看護師による訪問看護サービスの提供に困難が生じている実態がある。実際に、過疎地域型として現存する人口規模 20 万人未満の自治体に所在する訪問看護事業所は全体の 7.6%¹であり、連携できるステーションの絶対数が相対的に少ない。また、過去の調査研究事業の結果²では、人口規模の小さな自治体に所在するステーションの経営は利用者の絶対数が相対的に少ないことから、隣接市町への訪問看護提供も行わないと採算が取れないことも指摘されており、訪問看護サービス提供体制強化が急務である。

本事業では、地域の実情に応じた、24 時間対応可能な訪問看護サービスの提供を実現するため、特に、人口規模の小さな自治体に所在する訪問看護事業所におけるサービス提供に係る課題及び解決策に関する調査研究を行う。夜間及び休日を含む 24 時間対応可能な訪問看護サービス、看護職員の業務の効率化に資する ICT の活用、専門性の高い看護師による訪問看護サービスの提供を可能にする方策を実態調査等から検討・整理し、方策を提言することを目的とする。

¹ 厚生労働省 第 9 回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料 2

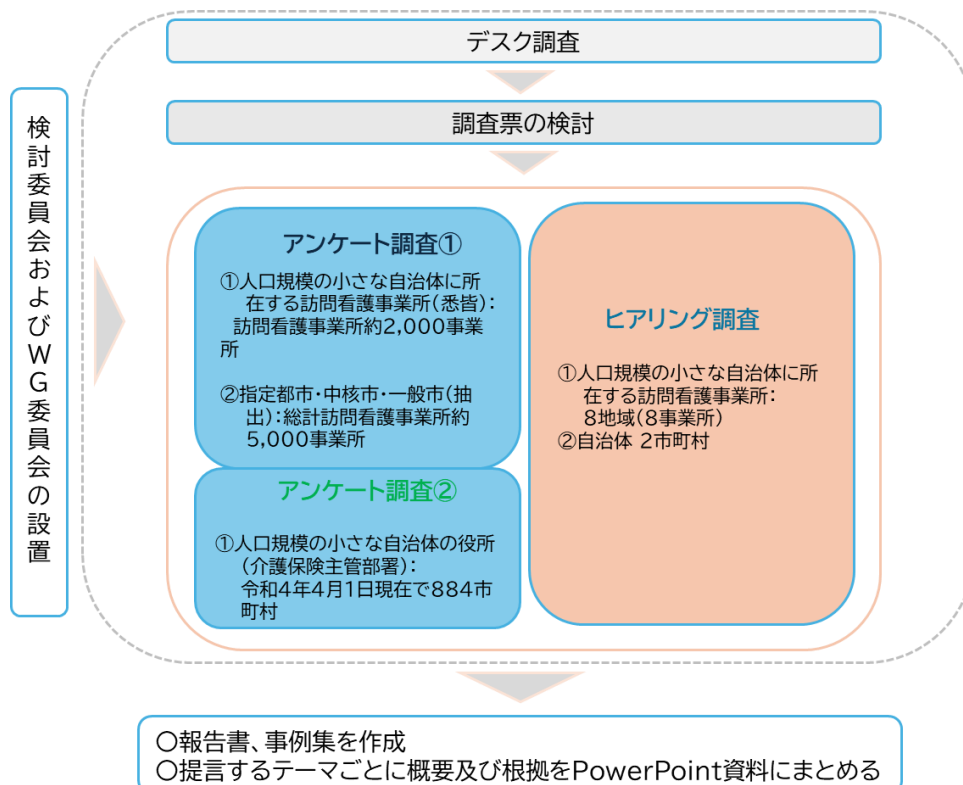
² 厚生労働省 令和 6 年度 老人保健健康増進等事業「訪問看護の持続可能なサービス提供のあり方と役割に関する調査研究事業」（実施主体：一般社団法人 全国訪問看護事業協会）

2. 事業の概要

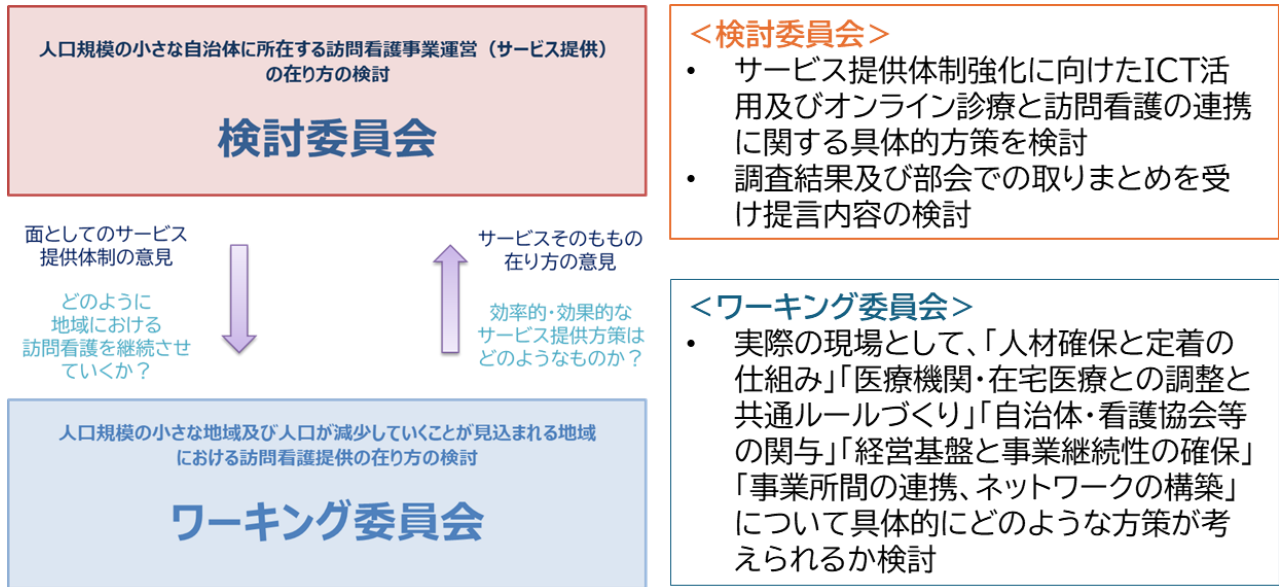
本事業では以下の内容を実施した。

1.検討委員会の設置・開催	検討委員会では、現状について意見交換を行い、調査の対象を明らかにするために収集すべき項目を検討した。 また、得られたデータ等の分析や報告の視点について助言を得た。 検討委員会は、学識者、職能団体、訪問看護事業所、団体等からなる8名で構成し、4回開催した。
2.ワーキング委員会の設置・開催	実践者を中心にワーキング委員会を設置し、効率的・効果的かつ具体的な方策の示唆が得られる体制とした。 ワーキング委員会は、訪問看護の現場で働く実践者、医師や学識者からなる6名で構成し、3回開催した。
3.アンケート調査の実施	①事業所調査 人口規模の小さな自治体に所在する訪問看護事業所を中心に、サービス提供の現状等を明らかにするため量的調査を行い、解決方策検討のための基礎資料とした。 ②市町村調査 既存の介護報酬の他に、自治体からの補助等、その他の財源を活用した取組等の有無を把握するため、同地域の行政機関に対しても同様にアンケート調査を行った。
4.ヒアリング調査	アンケート調査結果から得られた取組内容から、地域の多様な実情に応じた取組を収集するため、訪問看護事業所及び市町村に対してヒアリング調査を実施した。
5.事例集の作成	アンケート調査結果、ヒアリング調査結果から、事例集を作成した。
6.報告書の作成	本調査研究事業の報告書を作成した。

【事業フロー】



【検討委員会とワーキングの関係】

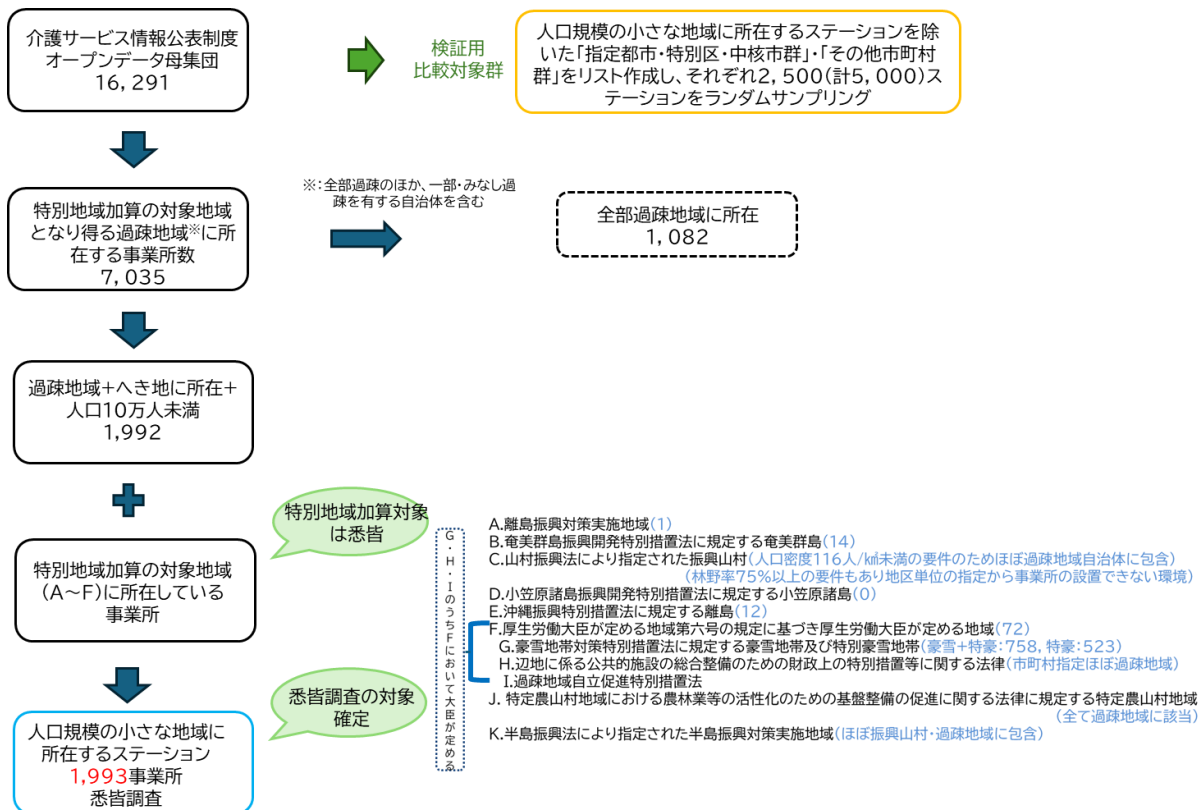


3. 調査概要

(1) アンケート調査

①事業所調査

調査対象	訪問看護事業所
調査対象抽出方法	層化抽出 (小さな自治体群に所在する事業所は悉皆調査。政令市・中核市(特別区含む)、その他の市町村に所在する事業所は無作為抽出。)
調査対象数	7,000 票 ①小さな自治体群 : 1,993 事業所 (悉皆) ②政令市群 : 2,504 事業所 (無作為抽出) ③その他 : 2,503 事業所 (無作為抽出)
調査方法	郵送法 (郵送依頼、郵送回収)
調査期間	発送 2025 年 9 月 10 日 (投函) ~ 10 月 24 日
回答数	2,259 票 (回収率 32.3%) ①小さな自治体群 : 816 事業所 (回収率 : 41.0%) ②政令市群 : 700 事業所 (回収率 : 28.0%) ③その他 : 743 事業所 (回収率 : 29.7%)
その他	当初回収締切 10 月 17 日 → 10 月 24 日まで回収締切延期 (11 月 30 日到着分まで集計) 督促 10 月 8 日 はがき発送



②市町村調査

調査対象	人口規模の小さな地域の市町村
調査対象抽出方法	悉皆 (へき地該当又は過疎地域であり、人口 10 万人未満)
調査対象数	884 自治体
調査方法	厚生労働省より調査依頼、エクセル回収
調査期間	発送 2025 年 9 月 5 日 (依頼) ~10 月 31 日
回答数	468 票 (回収率 52.9%)
その他	当初回収締切 10 月 17 日→10 月 31 日まで回収締切延期 督促 10 月 6 日厚生労働省よりメール送信

(2) ヒアリング調査

調査対象	訪問看護事業所及び自治体
調査対象抽出方法	アンケート結果等から抽出
調査対象数	8 事業所 2 自治体
調査方法	オンラインまたは対面によるヒアリング
調査期間	2025 年 12 月 19 日~2026 年 2 月 20 日

(3) 倫理的配慮

対象者へは、本事業の目的、内容、日程・方法の他、情報の取り扱いおよび倫理的配慮として本事業の参加に同意した後にも辞退できること、調査内容は研究期間終了後 5 年間の保存期間を経て復元不可能な状態にして消去又は廃棄すること、外部に漏洩しないように厳重な管理をすること等を文章および口頭にて説明し、署名にて同意を得た。また、対象者の希望に応じ、オンラインまたは現地での調査とした。

ヒアリング調査時は個室を確保し、対象者の声が他者に聞こえない環境にて実施した。

4. 実施体制

(1) 実施体制

①検討委員会

(以下、敬称略)

氏名	所属・役職
岩澤 由子	日本看護協会医療政策部 部長
小泉 圭吾	鳥羽市立神島診療所 所長
小谷 和彦	自治医科大学 地域医療学センター地域医療学部門 教授
齋藤 貴美子	益田市医師会訪問看護ステーション 管理者
齋藤 訓子	全国訪問看護事業協会 参与
高槻 史明	栃木県保健福祉部 医療政策課 在宅医療・介護連携担当課長補佐
◎平原 優美	日本訪問看護財団 常務理事
山岸 暁美	慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室 一般社団法人 コミュニティヘルス研究機構 機構長・理事長

◎委員長

②ワーキング委員会

氏名	所属・役職
加藤 由美	訪問看護ステーションベルカナ 管理者
川上 京	訪問看護ステーションはまなす 管理者
小泉 圭吾	鳥羽市立神島診療所 所長
齋藤 奈緒	宮城大学 看護学群 成人看護学 教授
貞方 初美	在宅看護センター だんわ 管理者
◎山岸 暁美	慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室 一般社団法人 コミュニティヘルス研究機構 機構長・理事長

◎委員長

③ オブザーバー

氏名	所属・役職
関根 小乃枝	厚生労働省 老健局 老人保健課 介護予防対策専門官
澤村 有香	厚生労働省 老健局 老人保健課 介護技術係長
松田 咲野	厚生労働省 老健局 老人保健課 主査

④ 事務局

氏名	所属・役職
大竹 尊典	日本訪問看護財団 事務局次長
山辺 智子	日本訪問看護財団 事業部
戸田 亜希子	日本訪問看護財団 事業部

⑤ 事務局業務支援

株式会社 日本能率協会総合研究所

Ⅱ. アンケート調査 結果

Ⅱ-1. アンケート調査

1. 人材確保・人材の定着の視点

(1) 事業運営上の課題、必要な支援 (設問 59、60)

事業運営上の課題においては、「職員の確保」が自治体類型に関わらず課題認識として最も高く、次いで「ガソリン代などの物価高騰」と続いていた。

一方で、必要な支援においては、全体平均でみると看護職員の採用支援が最も高いものの、小さな自治体群では「ガソリン代や車両維持費の補助」に関するニーズが高く、事業運営に係る間接経費への支援ニーズが一定確認できた。

【Q59. 事業運営上の課題(複数回答)】

単位:%

		Q59.事業運営上の課題						
合計		職員の確保	利用者の減少	支援機関(診療所等)との連携	計画した訪問回数を確保出来ない	ガソリン代などの物価高騰	職員の働き方改革	収益率が低い
全体	2128	77.9	38.1	14.1	13.1	52.6	40.2	32.4
自治体類型								
小さな自治体群	776	76.7	41.1	16.1	11.1	57.7	38.0	34.4
2万人未満	186	78.0	43.5	18.3	7.5	58.6	33.3	37.1
2万人以上5万人未満	311	75.2	44.4	13.8	13.5	59.2	41.8	32.8
5万人以上	279	77.4	35.8	17.2	10.8	55.6	36.9	34.4
政令市群	658	82.5	35.7	14.0	15.2	47.1	44.5	30.9
その他	694	74.8	36.9	12.0	13.4	52.2	38.5	31.7
合計		訪問に要する時間が長い利用者の増加	その他					
全体	2128	12.3	4.2					
自治体類型								
小さな自治体群	776	13.1	2.6					
2万人未満	186	14.0	1.6					
2万人以上5万人未満	311	13.2	3.2					
5万人以上	279	12.5	2.5					
政令市群	658	12.3	4.6					
その他	694	11.4	5.8					

【Q60. 事業運営継続に必要な支援(複数回答)】

単位:%

		Q60.事業運営継続に必要な支援								
合計		看護職員の採用支援	看護職員以外の採用支援	夜間・緊急対応できる人材の確保	潜在看護師の活用	ガソリン代や車両維持費の補助	悪天候時の安全運行支援(スノータイヤ等の補助)	交通インフラの整備(道・除雪)	遠隔診療やICTでの対応支援	
全体	2104	66.7	17.3	60.4	20.5	59.9	26.5	11.5	10.3	
自治体類型										
小さな自治体群	760	63.2	17.5	59.2	23.0	65.5	33.0	15.9	13.9	
2万人未満	182	60.4	16.5	61.9	20.3	67.0	37.4	22.0	14.8	
2万人以上5万人未満	305	64.6	16.7	56.7	25.2	64.3	32.5	13.4	12.5	
5万人以上	273	63.4	19.0	60.4	22.3	65.9	30.8	14.7	15.0	
政令市群	656	72.6	18.4	62.3	19.4	55.5	22.9	8.8	8.8	
その他	688	65.1	16.0	59.7	18.9	58.0	22.7	9.2	7.6	
合計		ICT機器の導入費補助	専門性の高い研修機会の提供	事業運営・経営に関する研修機会の提供	事業運営・経営に関する伴走支援の提供	事業運営・経営に関する相談窓口の提供	小規模事業者への経営安定基金の充実	その他		
全体	2104	27.2	18.3	13.4	11.6	11.4	21.6	3.3		
自治体類型										
小さな自治体群	760	27.8	15.5	12.2	12.4	10.3	23.6	3.2		
2万人未満	182	21.4	15.9	11.5	12.6	9.3	23.6	3.8		
2万人以上5万人未満	305	29.2	15.4	9.5	12.8	9.8	26.2	2.6		
5万人以上	273	30.4	15.4	15.8	11.7	11.4	20.5	3.3		
政令市群	656	26.7	22.0	16.2	10.8	13.7	18.8	3.5		
その他	688	27.0	17.9	11.9	11.5	10.5	22.1	3.3		

(2) 補助金の種類、規模縮小予定、休止・廃止予定の理由 (設問 54、58)

事業規模の縮小予定、休止・廃止予定の理由として人材確保が課題と認識しつつも、「訪問看護人材確保に対する」補助を受けた実績は1割程度であり、特に小さな自治体群で少なかった。

また、今後の事業展望において、縮小・休廃止と回答した事業所のうち、看護職員確保困難が理由として最も高く、支援が希薄である、あるいは人材確保が困難である現状から支援に対する期待感が低いことなどが考えられた。

【Q54.過去3年以内で受けた補助金の種類(複数回答)】

単位:%

		合計	Q54.過去3年以内で受けた補助金の種類				
			訪問看護師の研修受講に対する補助	ICTツール導入に対する補助	ステーションの大規模化又はサテライト設置に対する補助	訪問看護人材確保に対する補助	その他
全体		1182	11.9	70.1	1.6	14.0	20.6
自治体類型	小さな自治体群	422	11.6	66.1	1.4	11.4	27.0
	2万人未満	94	11.7	58.5	2.1	11.7	38.3
	2万人以上5万人未満	173	15.6	66.5	0.6	14.5	24.3
	5万人以上	155	7.1	70.3	1.9	7.7	23.2
	政令市群	364	14.8	70.9	0.8	17.3	16.2
その他		396	9.6	73.5	2.5	13.6	17.9

【Q58.規模縮小予定、休止・廃止予定の理由(複数回答)】

単位:%

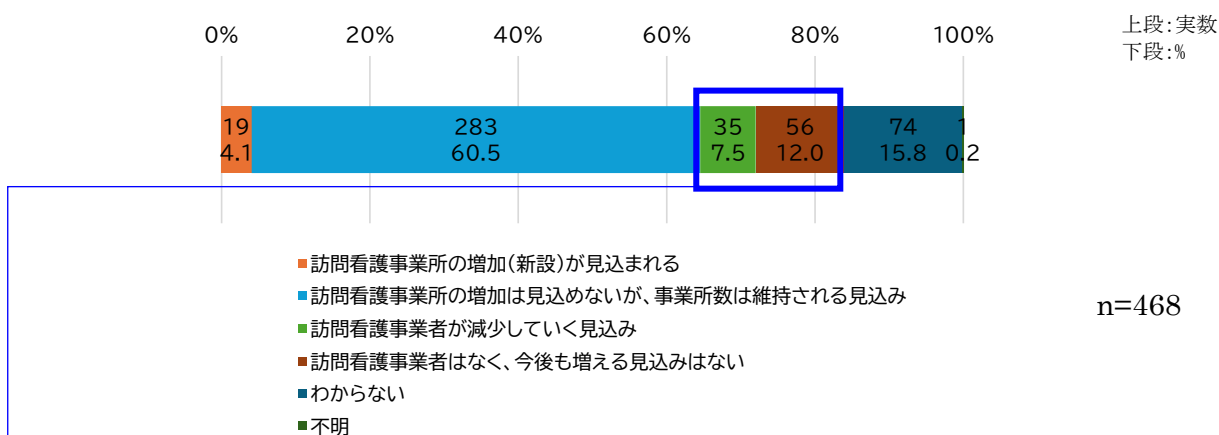
		合計	Q58.規模縮小予定、休止・廃止予定の理由							
			地域の人口が減少しており利用者の確保が困難となっている	地域における訪問看護のニーズの減少が見込まれる	競合する訪問看護事業所がありシェア拡大が難しい	看護職員の確保が難しい	看護職員以外の人材確保が難しい	事業所規模の維持・拡大による管理業務の増大に対応できない	現管理職・経営者が退職を予定(または退職間近)で代替要員が見つからない	運営法人等の方針である
全体		74	17.6	6.8	23.0	75.7	14.9	18.9	21.6	28.4
自治体類型	小さな自治体群	34	26.5	8.8	14.7	82.4	23.5	8.8	26.5	23.5
	2万人未満	7	14.3	14.3	0.0	100.0	28.6	0.0	28.6	42.9
	2万人以上5万人未満	15	33.3	6.7	20.0	80.0	33.3	13.3	33.3	13.3
	5万人以上	12	25.0	8.3	16.7	75.0	8.3	8.3	16.7	25.0
	政令市群	17	0.0	0.0	35.3	64.7	11.8	17.6	17.6	41.2
その他		23	17.4	8.7	26.1	73.9	4.3	34.8	17.4	26.1
		合計	大規模化に関して職員の理解が得られない							
			大規模化に関して職員の理解が得られない	その他	特になし					
全体		74	1.4	6.8	0.0					
自治体類型	小さな自治体群	34	0.0	2.9	0.0					
	2万人未満	7	0.0	14.3	0.0					
	2万人以上5万人未満	15	0.0	0.0	0.0					
	5万人以上	12	0.0	0.0	0.0					
	政令市群	17	5.9	5.9	0.0					
その他		23	0.0	13.0	0.0					

(3) 訪問看護サービス提供体制の展望 (設問 8) 市町村票)

人口規模の小さな自治体においても、人材不足・経営面における課題から事業所の増加が見込めないことや減少していく見込みという結果であった。

一方で、参入促進や人材確保支援の取組割合は低く、対応ができていない自治体もみられた。訪問看護事業所の指定権者が都道府県・政令市・中核市であることや、広域連合に属していることなどから、訪問看護資源の在り方の検討に結び付いていないことも考えられた。

【Q8.今後、訪問看護サービス提供体制についてどのような展望をお持ちですか【市町村票】】



▶ 【Q8-1.減少への対策、訪問看護事業所がないことに対してとしてどのような対応をされていますか。(自由記載)】

項目	実数	割合 (%)
近隣自治体の事業所を利用	32	45.1
参入促進・人材確保支援	6	8.5
医療機関(診療所・病院)の往診・訪問診療で代替	6	8.5
訪問介護・インフォーマル支援など他サービスで代替	6	8.5
人材不足により困難	4	5.6
施設・入院で対応	4	5.6
行政直営・公的主体で維持	3	4.2
みなし指定(保険医療機関など)で提供体制を確保	2	2.8
利用者の確保	2	2.8
運営費・移動費の補助	1	1.4
特になし、未定、対応できていない	22	31.0

※71自治体から回答を得た。
※1自治体で複数の要因を記載している場合があるため、合計は71を超える。

▶ 【Q8-2.人口規模が小さい中での訪問看護サービス提供に関して、特に課題と感じていることや改善が必要だと考える点があればご記入ください。(自由記載)】

項目	実数	割合 (%)
人材不足	43	46.7
供給体制の脆弱性(事業所の存続危機、撤退、閉所)	42	45.7
収入安定が難しい	18	19.6
移動距離・移動時間が長く、効率が悪い	14	15.2
自治体間での提供体制づくり	14	15.2
緊急時・夜間休日・24時間対応が難しい	10	10.9
移動コスト(ガソリン代・人件費)への補助	9	9.8
国・県による財政支援	8	8.7
連携不足・サービスの質のばらつき	8	8.7
天気・地理的条件の不利益	8	8.7
特になし	6	6.5

※92自治体から回答を得た。
※1自治体で複数の要因を記載している場合があるため、合計は92を超える。
※限定設問であるが、回答があったものを全て集計対象とした。

(4) 加算状況と ICT 機器により得られた効果 (設問 10、11、32)

24 時間対応体制に係る加算について、届出していない事業所では「事業所内で対応が可能な人材が不足している」ことによる理由が最も多く、人口2万人未満では特に高い結果であった。

一方、届出をおこなっている事業所においては、いずれの自治体群においても「限られた職員」での対応がほとんどであり、新たな人材確保ができなければ現行の体制維持が難しいことを挙げていた。

ICT 機器を活用している事業所においては、「24 時間対応や緊急時に情報が迅速に把握できストレスが軽減」との効果も感じており、人材の定着の観点からも十分に ICT 活用できていないことも考えられた。

【Q10.「緊急時訪問看護加算」「24 時間対応体制加算」を届出していない理由(複数回答)】

		Q10.「緊急時訪問看護加算」「24 時間対応体制加算」を届出していない理由							単位:%
合計		対応の外部委託ができず、事業所内で対応可能な人材が不足している	24時間対応が必要な利用者が少ない又はいない	他の訪問看護事業所が24時間対応を担っている	併設する医療機関(病院・診療所)が24時間対応を担っている	他の医療機関(病院・診療所)が24時間対応を担っている	その他		
全体	152	63.8	24.3	17.1	15.1	6.6	14.5		
自治体類型									
小さな自治体群	68	66.2	26.5	16.2	16.2	7.4	16.2		
2万人未満	27	77.8	25.9	18.5	22.2	11.1	14.8		
2万人以上5万人未満	25	60.0	36.0	8.0	8.0	8.0	8.0		
5万人以上	16	56.3	12.5	25.0	18.8	0.0	31.3		
政令市群	37	52.2	13.5	27.0	16.2	5.4	16.2		
その他	47	61.7	29.8	10.6	12.8	6.4	10.6		

【Q11.「緊急時訪問看護加算」「24 時間対応体制加算」を届け出した事業所現体制における状況(複数回答)】

		Q11.「緊急時訪問看護加算」「24 時間対応体制加算」を届け出した事業所の現状の状況							単位:%
合計		限られた職員(管理者含む)でのオンコール当番をしている	新たな人材の確保ができなければ体制維持は難しい	新たな利用者の確保ができなければ体制維持は難しい	他の訪問看護事業所と負担を分散している	医療機関と負担を分散している	電話対応を看護職員以外でも担っている	特に当てはまるものはない	
全体	2004	86.6	22.1	4.8	2.5	1.4	9.7	8.9	
自治体類型									
小さな自治体群	707	87.4	24.6	5.7	1.6	2.1	10.3	7.6	
2万人未満	154	88.3	22.1	3.2	1.3	5.2	9.7	5.8	
2万人以上5万人未満	294	87.4	25.5	6.1	1.0	1.7	9.9	6.5	
5万人以上	259	86.9	25.1	6.6	2.3	0.8	11.2	10.0	
政令市群	631	85.7	19.5	4.0	3.6	1.3	10.5	10.1	
その他	666	86.6	21.9	4.7	2.6	0.9	8.3	9.2	

【Q32.活用している ICT 機器により得られた効果(複数回答)】

		Q32.活用しているICT機器により得られた効果								単位:%
合計		記録時間が短縮した	請求業務時間が短縮した	利用者の状態確認にかかる時間が減った	利用者・家族との情報共有にかかる時間が減った	主治医や関係職種との情報共有にかかる時間が減った	利用者・家族との情報共有をする機会が増えた	主治医や関係職種と情報共有する機会が増えた	その他	効果は感じられない
全体	2131	47.6	43.7	36.8	10.3	32.0	11.3	39.0		
自治体類型										
小さな自治体群	759	44.7	43.2	32.1	7.6	25.3	7.2	31.8		
2万人未満	177	43.5	40.7	33.3	8.5	24.3	5.6	28.8		
2万人以上5万人未満	307	40.4	44.0	30.6	7.8	26.1	9.4	34.5		
5万人以上	275	50.2	44.0	33.1	6.9	25.1	5.8	30.5		
政令市群	664	50.3	45.0	42.0	13.4	38.0	14.6	46.4		
その他	708	48.3	42.9	37.0	10.3	33.6	12.4	39.8		
利用者・家族との情報共有をする機会が増えた	16.7	13.1	45.4	5.1	16.8	34.2	3.8	4.6		
主治医や関係職種と情報共有する機会が増えた	14.9	10.4	49.7	5.9	16.1	27.8	4.6	5.4		
その他	11.9	9.6	51.4	4.5	11.9	20.9	4.0	6.8		
利用者・家族との情報共有をする機会が増えた	16.9	11.1	51.8	7.2	17.6	30.6	5.9	6.2		
主治医や関係職種と情報共有する機会が増えた	14.5	10.2	46.2	5.5	17.1	29.1	3.6	3.6		
その他	19.7	15.7	44.6	5.3	17.6	38.3	3.6	2.7		
利用者・家族との情報共有をする機会が増えた	15.8	13.7	41.5	4.0	16.7	37.3	3.1	5.5		

(5) 活用している ICT 機器と得られた効果 (設問 31、32)

ICT の活用については、小さな自治体群で「オンライン研修・eラーニングの受講」が記録・請求ソフトに次いで高く、活用により得られた効果として「研修の受講が容易になった」が最も高かった。

研修ニーズも一定割合存在したところ、専門性の高い看護の提供に関連する研修や経営に関する研修など、教育機会の担保とともに人材の定着に係る効果も期待されると考えられた。

【Q31.活用している ICT 機器(複数回答)】

単位:%

		合計	Q31.活用しているICT機器						
			カルテ及び請求業務が一体化したソフト	利用者の遠隔モニタリング	利用者情報共有のための連携ツール(職員間)	主治医・医療機関との情報共有のための連携ツール	オンラインカンファレンス	訪問前後の事務作業(請求・スケジュール管理)	ポータブルエコー等の医療デバイス
	全体	2208	76.3	1.1	59.3	57.6	32.8	39.3	4.1
自治体類型	小さな自治体群	792	70.3	1.0	50.6	48.2	30.9	35.0	4.5
	2万人未満	189	64.0	1.1	46.0	42.3	35.4	39.2	7.4
	2万人以上5万人未満	321	69.5	0.9	51.7	51.1	30.8	33.0	5.3
	5万人以上	282	75.5	1.1	52.5	48.9	28.0	34.4	1.8
	政令市群	688	81.3	1.3	67.9	67.3	33.9	42.6	4.9
	その他	728	78.0	1.0	60.6	58.7	33.9	40.8	2.7
		合計	請求ソフト	家族とのオンライン面談	オンライン研修・eラーニングの受講	訪問ルート自動作成などのツール	その他	特になし	
	全体		2208	53.0	2.4	62.5	5.5	1.4	2.2
自治体類型	小さな自治体群	792	53.2	2.3	66.7	3.7	1.5	2.7	
	2万人未満	189	50.8	2.6	65.6	3.7	2.6	4.2	
	2万人以上5万人未満	321	56.1	2.2	68.8	3.7	1.9	2.8	
	5万人以上	282	51.4	2.1	64.9	3.5	0.4	1.4	
	政令市群	688	51.0	2.8	60.8	7.1	1.3	2.2	
	その他	728	54.7	2.3	59.5	6.0	1.2	1.8	

【Q32.活用している ICT 機器により得られた効果(複数回答)】

単位:%

		合計	Q32.活用しているICT機器により得られた効果							
			記録時間が短縮した	請求業務時間が短縮した	利用者の状態確認にかかる時間が減った	利用者・家族との情報共有にかかる時間が減った	主治医や関係職種との情報共有にかかる時間が減った	利用者・家族との情報共有をする機会が増えた	主治医や関係職種と情報共有する機会が増えた	
	全体	2131	47.6	43.7	36.8	10.3	32.0	11.3	39.0	
自治体類型	小さな自治体群	759	44.7	43.2	32.1	7.6	25.3	7.2	31.8	
	2万人未満	177	43.5	40.7	33.3	8.5	24.3	5.6	28.8	
	2万人以上5万人未満	307	40.4	44.0	30.6	7.8	26.1	9.4	34.5	
	5万人以上	275	50.2	44.0	33.1	6.9	25.1	5.8	30.5	
	政令市群	664	50.3	45.0	42.0	13.4	38.0	14.6	46.4	
	その他	708	48.3	42.9	37.0	10.3	33.6	12.4	39.8	
		合計	利用者の状態をより詳細にアセスメントできるようになった	訪問スケジュールの調整にかかる時間が減った	研修の受講が容易になった	移動にかかる時間が減った	職員の超過勤務が減った	24時間対応や緊急時に情報が迅速に把握できストレスが軽減した	その他	効果は感じられない
	全体		2131	16.7	13.1	45.4	5.1	16.8	34.2	3.8
自治体類型	小さな自治体群	759	14.9	10.4	49.7	5.9	16.1	27.8	4.6	5.4
	2万人未満	177	11.9	9.6	51.4	4.5	11.9	20.9	4.0	6.8
	2万人以上5万人未満	307	16.9	11.1	51.8	7.2	17.6	30.6	5.9	6.2
	5万人以上	275	14.5	10.2	46.2	5.5	17.1	29.1	3.6	3.6
	政令市群	664	19.7	15.7	44.6	5.3	17.6	38.3	3.6	2.7
	その他	708	15.8	13.7	41.5	4.0	16.7	37.3	3.1	5.5

(6) 専門の研修を受けた看護師との連携 (設問 29、30)

前頁のとおり、研修に係るニーズも確認できたところ、専門性の高い看護師との連携状況は、総じて小さな自治体群が高い状況にあった

連携内容は「ケア方法や手技の実践に関する助言」が高くなっており、技術的な相談ニーズが高いことがうかがえた。

小さな自治体群に所在する事業所においては、利用者への質が担保されたサービス提供、またスタッフが不安なくサービス提供に臨めるようにするため、医師も不足する当該地域において、日常的なケアの相談がしやすい専門の研修を修了した看護師へと相談している実態が確認できた。

【Q29.従事者以外の専門の研修を受けた看護師との連携】

単位:%

	合計	Q29_1.専門看護師	
		連携している	連携していない
全体	2106	8.4	91.6
自治体類型			
小さな自治体群	750	8.4	91.6
2万人未満	178	8.4	91.6
2万人以上5万人未満	304	8.2	91.8
5万人以上	268	8.6	91.4
政令市群	662	6.9	93.1
その他	694	9.8	90.2

	合計	Q29_2.認定看護師	
		連携している	連携していない
全体	2137	30.5	69.5
自治体類型			
小さな自治体群	767	37.2	62.8
2万人未満	182	36.3	63.7
2万人以上5万人未満	311	34.4	65.6
5万人以上	274	40.9	59.1
政令市群	667	22.5	77.5
その他	703	30.7	69.3

	合計	Q29_3.特定行為研修修了者	
		連携している	連携していない
全体	2108	10.0	90.0
自治体類型			
小さな自治体群	758	13.1	86.9
2万人未満	179	16.2	83.8
2万人以上5万人未満	309	11.0	89.0
5万人以上	270	13.3	86.7
政令市群	658	6.2	93.8
その他	692	10.3	89.7

【Q30.「専門の研修を受けた看護師」との連携内容(複数回答)】

単位:%

	合計	Q30.「専門の研修を受けた看護師」との連携						
		ケア方法や手技の実践に関する助言	困難事例について対応方法について相談	ケース検討やカンファレンスへの参加	訪問同行・同行支援	事業所の体制整備に関する助言	専門領域の研修会の開催	その他
全体	686	80.2	58.7	21.4	29.0	3.9	22.0	1.2
自治体類型								
小さな自治体群	294	83.3	59.9	21.8	27.9	2.7	23.5	1.0
2万人未満	68	83.8	61.8	23.5	19.1	4.4	26.5	2.9
2万人以上5万人未満	113	81.4	57.5	23.0	32.7	2.7	21.2	0.0
5万人以上	113	85.0	61.1	19.5	28.3	1.8	23.9	0.9
政令市群	159	80.5	52.2	21.4	24.5	5.7	23.9	1.9
その他	233	76.0	61.8	21.0	33.5	4.3	18.9	0.9

(7) 定期昇給 (設問 62、64)

人材確保の観点からは処遇も重要なところ、「定期昇給の仕組み」が「ある」割合は小さな自治体群においてやや高めであったが、年額では人口2万人未満では他の自治体群と2倍の開きがあった(明確に回答が得られた有効回答における平均値)。

※基本給与等については本調査では収集していないため、給与支給総額が明らかでないことに留意が必要である。

【Q62.定期昇給の仕組みの有無】

		合計	Q62.定期昇給の仕組みの有無		
			ある	ない	収益貢献など歩合制
全体		1892	68.7	19.0	12.4
自治体類型	小さな自治体群	687	71.9	17.6	10.5
	2万人未満	166	71.1	18.7	10.2
	2万人以上5万人未満	272	72.4	15.4	12.1
	5万人以上	249	71.9	19.3	8.8
	政令市群	606	64.7	20.3	15.0
その他		599	68.9	19.2	11.9

単位:%

【Q64.定期昇給の昇給額(年)】

単位:%

		合計	■Q64.定期昇給の昇給額(年)							平均(円)
			1000円未満	1000円以上5000円未満	5000円以上1万円未満	1万円以上3万円未満	3万円以上5万円未満	5万円以上10万円未満	10万円以上	
全体		824	5.0	60.7	20.1	8.1	2.8	1.6	1.7	10103.8
自治体類型	小さな自治体群	297	6.1	59.3	22.9	7.1	2.4	1.7	0.7	6664.2
	2万人未満	68	10.3	57.4	20.6	10.3	0.0	1.5	0.0	5065.5
	2万人以上5万人未満	121	4.1	56.2	26.4	7.4	2.5	2.5	0.8	7759.1
	5万人以上	108	5.6	63.9	20.4	4.6	3.7	0.9	0.9	6444.2
	政令市群	255	5.5	63.1	16.9	7.5	3.1	1.6	2.4	11068.8
その他		272	3.3	59.9	20.2	9.9	2.9	1.5	2.2	12954.9

2. 医療機関・在宅医療、介護資源との連携の視点

(1) 併設施設の状況 (設問 7)

小さな自治体群では、医療機関併設型の事業所が多く、人口2万人未満では特に「一般診療所」との併設が多い状況であり、24時間対応の訪問診療の併設がその他の自治体群が多い状況であった。

また、他の自治体群と比較しても併設型の事業所割合が小さな自治体群では高い状況にあった。

そして、併設している介護事業所としては、「居宅介護支援」・「訪問介護」の順に多く、生活支援・調整が一体的に展開されるよう機能が集約していることがうかがえた。

さらに、小さな自治体群では「訪問リハビリテーション」や「通所リハビリテーション」の併設が多く、病院・診療所、または老人保健施設と一体的に事業展開されている状況がうかがえた。

【Q7_3.併設している施設・事業所_医療(複数回答)】

	合計	Q7_3.併設している施設・事業所_医療						
		1~3次救急受入可能医療機関	在宅療養支援病院	24時間対応の訪問診療	一般の診療所	在宅療養支援診療所	その他	
全体	741	48.3	14.8	22.3	18.8	10.9	9.6	
自治体類型	小さな自治体群	332	56.3	18.7	19.0	17.2	9.3	7.2
	2万人未満	90	55.6	22.2	16.7	23.3	6.7	4.4
	2万人以上5万人未満	130	56.2	18.5	16.2	13.8	11.5	6.9
	5万人以上	112	57.1	16.1	24.1	16.1	8.9	9.8
	政令市群	169	40.8	12.4	24.9	21.3	9.5	11.2
	その他	240	42.5	11.3	25.0	19.2	14.2	11.7

単位:%

【Q7_1.併設している施設・事業所_介護(複数回答)】

	合計	Q7_1.併設している施設・事業所_介護													
		介護医療院	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	訪問介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	訪問看護サテライト	訪問入浴介護	訪問リハビリテーション	通所介護	療養通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護
全体	1386	5.1	15.7	5.5	33.9	4.8	8.0	1.7	21.6	22.6	1.4	22.8	6.6	3.2	7.1
自治体類型	小さな自治体群	518	8.1	21.2	5.4	33.0	3.9	5.6	26.1	23.9	0.8	28.2	6.6	3.9	6.8
	2万人未満	126	11.1	20.6	4.0	27.8	1.6	2.4	30.2	17.5	0.0	27.8	3.2	1.6	4.0
	2万人以上5万人未満	200	10.0	24.5	5.5	33.5	2.5	5.5	27.5	25.0	1.0	33.5	8.5	5.0	7.0
	5万人以上	192	4.2	18.2	6.3	35.9	6.8	7.8	21.9	27.1	1.0	22.9	6.8	4.2	8.3
	政令市群	411	2.9	10.7	5.4	32.6	4.6	9.0	17.8	21.2	1.5	20.0	6.6	0.5	6.6
	その他	457	3.5	14.0	5.7	36.1	6.1	9.8	19.9	22.3	2.2	19.3	6.6	5.0	8.1
全体	1386	64.9	8.8												
自治体類型	小さな自治体群	518	64.1	8.3											
	2万人未満	126	54.8	14.3											
	2万人以上5万人未満	200	68.0	6.5											
	5万人以上	192	66.1	6.3											
	政令市群	411	66.7	8.8											
	その他	457	64.3	9.4											

単位:%

(2) ICT ツール (設問 31、32)

ICT ツールの利用の中で、医療機関と連携が図れるツールを確認したところ、政令市群やその他よりも利用率は低く、また活用にあたっての効果における「主治医や関係職と情報共有する機会が増えた」の割合も低かった。

小さな自治体群においては、併設型による当該ツールの必要性が高くない場合があること、または、在宅医療を担う医療機関の不在により、複数の医療機関の主治医等と連携する上で当該ツールの有効性が乏しいことなどが考えられた。総じて、小さな自治体群に所在する事業所においては、ICT を活用した情報連携基盤の導入途上にあると言える。

【Q31.活用している ICT 機器(複数回答)】

単位:%

		Q31.活用しているICT機器						
合計		カルテ及び請求業務が一体化したソフト	利用者の遠隔モニタリング	利用者情報の共有のための連携ツール(職員間)	主治医・医療機関との情報共有のための連携ツール	オンラインカンファレンス	訪問前後の事務作業(請求・スケジュール管理)	ポータルワーク等の医療デバイス
全体	2208	76.3	1.1	59.3	57.6	32.8	39.3	4.1
自治体類型								
小さな自治体群	792	70.3	1.0	50.6	48.2	30.9	35.0	4.5
2万人未満	189	64.0	1.1	46.0	42.3	35.4	39.2	7.4
2万人以上5万人未満	321	69.5	0.9	51.7	51.1	30.8	33.0	5.3
5万人以上	282	75.5	1.1	52.5	48.9	28.0	34.4	1.8
政令市群	688	81.3	1.3	67.9	67.3	33.9	42.6	4.9
その他	728	78.0	1.0	60.6	58.7	33.9	40.8	2.7
合計		請求ソフト	家族とのオンライン面談	オンライン研修・eラーニングの受講	訪問ルート自動作成などのツール	その他	特になし	
全体	2208	53.0	2.4	62.5	5.5	1.4	2.2	
自治体類型								
小さな自治体群	792	53.2	2.3	66.7	3.7	1.5	2.7	
2万人未満	189	50.8	2.6	65.6	3.7	2.6	4.2	
2万人以上5万人未満	321	56.1	2.2	68.8	3.7	1.9	2.8	
5万人以上	282	51.4	2.1	64.9	3.5	0.4	1.4	
政令市群	688	51.0	2.8	60.8	7.1	1.3	2.2	
その他	728	54.7	2.3	59.5	6.0	1.2	1.8	

【Q32.活用している ICT 機器により得られた効果(複数回答)】

単位:%

		Q32.活用しているICT機器により得られた効果							
合計		記録時間が短縮した	請求業務時間が短縮した	利用者の状態確認にかかる時間が減った	利用者・家族との情報共有にかかる時間が減った	主治医や関係職種との情報共有にかかる時間が減った	利用者・家族との情報共有する機会が増えた	主治医や関係職種と情報共有する機会が増えた	
全体	2131	47.6	43.7	36.8	10.3	32.0	11.3	39.0	
自治体類型									
小さな自治体群	759	44.7	43.2	32.1	7.6	25.3	7.2	31.8	
2万人未満	177	43.5	40.7	33.3	8.5	24.3	5.6	28.8	
2万人以上5万人未満	307	40.4	44.0	30.6	7.8	26.1	9.4	34.5	
5万人以上	275	50.2	44.0	33.1	6.9	25.1	5.8	30.5	
政令市群	664	50.3	45.0	42.0	13.4	38.0	14.6	46.4	
その他	708	48.3	42.9	37.0	10.3	33.6	12.4	39.8	
合計		利用者の状態をより詳細にアセスメントできるようになった	訪問スケジュールの調整にかかる時間が減った	研修の受講が容易になった	移動にかかる時間が減った	職員の超過勤務が減った	24時間対応や緊急時に情報が迅速に把握できストレスが軽減した	その他	効果は感じられない
全体	16.7	13.1	45.4	5.1	16.8	34.2	3.8	4.6	
自治体類型									
小さな自治体群	14.9	10.4	49.7	5.9	16.1	27.8	4.6	5.4	
2万人未満	11.9	9.6	51.4	4.5	11.9	20.9	4.0	6.8	
2万人以上5万人未満	16.9	11.1	51.8	7.2	17.6	30.6	5.9	6.2	
5万人以上	14.5	10.2	46.2	5.5	17.1	29.1	3.6	3.6	
政令市群	19.7	15.7	44.6	5.3	17.6	38.3	3.6	2.7	
その他	15.8	13.7	41.5	4.0	16.7	37.3	3.1	5.5	

(3) ICT 機器導入 (設問 34、35、36)

ICT 機器導入に際しては、人口2万人未満で補助金活用の割合が低かった。一方、ICT 機器導入時の困りごととして、小さな自治体群では「訪問先では圏外になることがある」事業所が約半数を占め、ICT 導入に積極的になれない要因とも考えられた。

また、導入時に「機器やソフトが高額で導入が難しい」と感じた事業所がいずれの自治体群でも4割強存在したことから、補助金の認知が進んでいないことも考えられた。

【Q34. ICT 機器を導入するうえでの公的機関からの補助金の活用状況】

		合計	Q34. ICT機器を導入するうえでの公的機関からの補助金の活用状況			単位:%
			はい	いいえ	補助金があることを知らなかった	
全体		2010	51.5	40.3	8.2	
自治体類型	小さな自治体群	719	51.0	41.9	7.1	
	2万人未満	164	42.7	48.8	8.5	
	2万人以上5万人未満	295	53.6	39.7	6.8	
	5万人以上	260	53.5	40.0	6.5	
	政令市群	628	49.8	40.0	10.2	
	その他	663	53.5	39.1	7.4	

【Q35. ICT 機器を導入する際の困りごと】

		合計	Q35. ICT機器を導入する際に困ったこと		単位:%
			はい	いいえ	
全体		2041	60.2	39.8	
自治体類型	小さな自治体群	727	64.2	35.8	
	2万人未満	171	60.2	39.8	
	2万人以上5万人未満	295	63.4	36.6	
	5万人以上	261	67.8	32.2	
	政令市群	642	55.9	44.1	
	その他	672	60.0	40.0	

【Q36. ICT 機器を導入する際に困った内容(複数回答)】

		合計	Q36. ICT機器を導入する際に困った内容								単位:%
			通信環境が不安定なことが多い	訪問先では圏外になることがある	機器やソフトが高額で導入が難しい	職員のITリテラシーが十分である	操作研修やサポートが不足している	個人情報の取り扱いに不安がある	医師・多職種とのデータ連携が難しい	その他	
全体		1225	30.4	34.1	43.2	26.1	32.7	26.5	19.6	5.1	
自治体類型	小さな自治体群	466	31.1	47.6	42.7	26.2	34.1	27.9	21.0	3.9	
	2万人未満	103	35.0	48.5	44.7	22.3	30.1	27.2	18.4	4.9	
	2万人以上5万人未満	186	30.6	50.0	44.6	28.5	32.3	31.7	25.3	3.2	
	5万人以上	177	29.4	44.6	39.5	26.0	38.4	24.3	18.1	4.0	
	政令市群	358	32.1	24.6	43.0	25.7	31.0	26.3	17.6	6.7	
	その他	401	28.2	26.9	43.9	26.4	32.4	25.2	19.7	5.0	

(4)D to P with N (設問 37、41、44、46)

今後、医師の確保も難しい状況が懸念され、オンライン診療にも期待が寄せられる中、オンライン診療補助の実施経験がある事業所は全体的に少ない状況であった。

その中でも、人口2万人未満の地域では、既にオンライン診療の受診施設として公民館や集会場が活用されており、オンライン診療補助の頻度も小さな自治体群で週1回以上から月数回の利用者が既に存在していた。

また、利用者にもたらす効果としては、小さな自治体群で「利用者・家族等の通院の負担が減らせる」が最も高く、「療養生活を支援してくれる者(看護師や介護職)も同席が可能で情報共有がスムーズになる」については他の自治体群との認識に大きな差があった。日常業務がある中で、主治医との情報連携や受診同行の困難さが背景要因に考えられた。

【Q37.D to P with N の実施経験】

	合計	Q37.D to P with Nの実践経験	
		はい	いいえ
全体	2216	7.3	92.7
自治体類型			
小さな自治体群	801	6.2	93.8
2万人未満	193	5.2	94.8
2万人以上5万人未満	323	7.4	92.6
5万人以上	285	5.6	94.4
政令市群	682	7.9	92.1
その他	733	7.8	92.2

【Q41.D to P with N の実施場所(複数回答)】 単位:%

	合計	Q41.D to P with Nの利用場所		
		利用者宅	地域の公民館や集会場	その他
全体	99	99.0	1.0	2.0
自治体類型				
小さな自治体群	32	100.0	3.1	0.0
2万人未満	8	100.0	12.5	0.0
2万人以上5万人未満	13	100.0	0.0	0.0
5万人以上	11	100.0	0.0	0.0
政令市群	34	97.1	0.0	5.9
その他	33	100.0	0.0	0.0

【Q44.D to P with N の頻度】

	合計	Q44.D to P with Nの頻度				
		看護師の訪問のために実施	週1回以上	月数回	医師が必要と判断した時のみ	その他
全体	98	0.0	2.0	14.3	74.5	9.2
自治体類型						
小さな自治体群	32	0.0	3.1	25.0	62.5	9.4
2万人未満	7	0.0	14.3	14.3	57.1	14.3
2万人以上5万人未満	13	0.0	0.0	23.1	61.5	15.4
5万人以上	12	0.0	0.0	33.3	66.7	0.0
政令市群	33	0.0	3.0	6.1	81.8	9.1
その他	33	0.0	0.0	12.1	78.8	9.1

単位:%

【Q46.D to P with N が利用者にもたらす効果(複数回答)】

	合計	Q46.D to P with Nが利用者にもたらす効果				
		利用者・家族等の通院の負担が減らせる	タイムリーな診療を受けることができる	移動が軽減する分、診療(診てもらった)回数が増える	療養生活を支援してくれる者(看護師や介護職)も同席が可能で情報共有がスムーズになる	その他
全体	98	73.5	75.5	29.6	56.1	0.0
自治体類型						
小さな自治体群	32	90.6	65.6	34.4	78.1	0.0
2万人未満	7	85.7	57.1	42.9	71.4	0.0
2万人以上5万人未満	13	92.3	69.2	23.1	84.6	0.0
5万人以上	12	91.7	66.7	41.7	75.0	0.0
政令市群	33	63.6	81.8	30.3	57.6	0.0
その他	33	66.7	78.8	24.2	33.3	0.0

単位:%

(5) 在宅看取り (設問 13、14)

ICT ツールの利用の中で、医療機関と連携が図れるツールを確認したところ、政令市群やその他よりも利用率は低く、また活用にあたっての効果における「主治医や関係職と情報共有する機会が増えた」の割合も低かった。

小さな自治体群においては、併設型による当該ツールの必要性が高くない場合があること、または、在宅医療を担う医療機関の不在により、複数の医療機関の主治医等と連携する上で当該ツールの有効性が乏しいことなどが考えられた。総じて、小さな自治体群に所在する事業所においては、ICT を活用した情報連携基盤の導入途上にあると言える。

【Q13.在宅で看取りができた理由(複数回答)31.活用している ICT 機器(複数回答)】

	合計	Q13.在宅で看取りができた理由							複数の機関による連携体制が構築されていた	単位:%
		利用者・家族の意向が明確であった	受診可能な医療機関が近くなかった	医師・訪問看護師等に意思決定支援が効果的であった	看取りに向かうまでの見立てを利用者または家族に説明していた	緊急時の対応について利用者・家族と共有していた	生活支援が整っていた			
全体	1597	97.7	6.1	73.5	88.0	93.5	53.5	45.8		
自治体類型										
小さな自治体群	559	97.7	9.7	71.7	86.2	93.9	52.2	38.1		
2万人未満	123	99.2	12.2	71.5	82.1	95.1	55.3	35.8		
2万人以上5万人未満	223	97.8	9.0	72.6	87.0	96.0	51.1	40.4		
5万人以上	213	96.7	8.9	70.9	87.8	91.1	51.6	37.1		
政令市群	501	98.2	3.8	75.0	89.0	93.8	56.9	52.7		
その他	537	97.4	4.5	73.7	88.8	92.7	51.6	47.5		
	合計	Q14.在宅看取り支援での課題								
		遠隔で状態が確認できる環境があった	小まめに電話等により状態を確認していた	在宅酸素療法に関する機器の搬入が可能であった	その他					
全体	1597	1.1	33.0	47.6	2.9					
自治体類型										
小さな自治体群	559	1.1	33.8	43.3	4.1					
2万人未満	123	1.6	29.3	40.7	3.3					
2万人以上5万人未満	223	0.9	39.5	47.5	5.4					
5万人以上	213	0.9	30.5	40.4	3.3					
政令市群	501	1.6	32.9	49.9	1.8					
その他	537	0.7	32.2	49.9	2.6					

【Q14.在宅看取り支援での課題(複数回答)】

単位:%

	合計	Q14.在宅看取り支援での課題						
		家族介護力の確保	訪問診療を行う医師の確保	訪問看護を行う看護師の確保	介護サービスの確保	地域住民の協力の確保	訪問看護師自身がスキルアップする機会	利用者・家族がケア内容を相談する機会や窓口
全体	1596	78.3	72.7	73.3	59.6	9.6	51.0	37.8
自治体類型								
小さな自治体群	558	80.3	81.5	75.4	58.6	11.5	51.6	37.8
2万人未満	123	81.3	81.3	78.9	62.6	15.4	47.2	41.5
2万人以上5万人未満	224	81.7	80.4	73.7	60.7	12.1	54.9	38.4
5万人以上	211	78.2	82.9	75.4	54.0	8.5	50.7	35.1
政令市群	502	77.9	62.7	72.9	62.5	8.2	53.8	37.6
その他	536	76.7	72.9	71.5	58.0	9.1	47.8	38.1
	合計	Q14.在宅看取り支援での課題						
		医療機関への通院に要する時間	迅速な救急搬送の可否	訪問看護側の利用者宅訪問に要する時間	その他	特になし		
全体	1596	6.1	19.7	29.4	4.1	0.9		
自治体類型								
小さな自治体群	558	6.1	20.1	31.4	4.1	0.5		
2万人未満	123	7.3	19.5	31.7	3.3	1.6		
2万人以上5万人未満	224	8.0	20.5	31.3	3.1	0.4		
5万人以上	211	3.3	19.9	31.3	5.7	0.0		
政令市群	502	6.6	20.5	31.5	3.4	1.2		
その他	536	5.8	18.5	25.4	4.9	0.9		

(6) 薬剤の確保 (設問 47、49)

在宅療養支援においては臨時で薬剤が必要な場面も発生するところ、「手元に薬剤がないことで、症状が悪化した経験」はいずれの自治体群においても5事業所のうち1事業所は経験していた。

その際の薬剤の確保においては「薬局で調剤されたものが利用者に届く」ケースは小さな自治体群において低く、訪問看護師が取りに行く場合や利用者または家族が取りに行く場合が高くなっていた。

特に、人口2万人未満では、薬剤が確保できなかったことで緊急で医療機関を受診してもらったケースが4割となっており、一部の地域においては、在宅療養支援として必要な薬剤の確保のため訪問看護師自らが動いている現状もあった。

【Q47.手元に薬剤がないことで、症状が悪化した経験の有無】

		合計	Q47.手元に薬剤がないことで、症状が悪化した経験の有無			単位:%
			あり	なし	わからない	
全体		2199	20.5	71.2	8.3	
自治体類型	小さな自治体群	789	20.5	71.7	7.7	
	2万人未満	190	18.4	74.2	7.4	
	2万人以上5万人未満	316	21.2	72.8	6.0	
	5万人以上	283	21.2	68.9	9.9	
	政令市群	685	21.3	70.7	8.0	
その他		725	19.6	71.2	9.2	

【Q49.臨時で使用する薬品を確保したルート(複数回答)】

単位:%

		合計	Q49.臨時で使用する薬品を確保したルート					
			医療機関(主治医)から直接処方してもらい、利用者宅に届く	薬局で調剤されたものが利用者宅に届く	医療機関または薬局で処方・調剤されたものを訪問看護師が取りに行き、利用者宅に届く	医療機関または薬局で処方・調剤されたものを本人または家族が取りに行き、利用者宅に届く	確保できなかったため、緊急で医療機関を受診してもらった	その他
全体		439	54.4	42.6	54.2	65.1	32.1	5.5
自治体類型	小さな自治体群	158	49.4	31.0	64.6	71.5	34.8	1.9
	2万人未満	32	71.9	25.0	59.4	78.1	40.6	3.1
	2万人以上5万人未満	67	41.8	26.9	70.1	67.2	29.9	0.0
	5万人以上	59	45.8	39.0	61.0	72.9	37.3	3.4
	政令市群	143	60.1	51.7	51.7	64.3	32.9	8.4
その他		138	54.3	46.4	44.9	58.7	28.3	6.5

(7) 薬剤の確保 (設問 10) (市町村調査)

人口規模の小さな自治体への調査結果からは、一次救急医療機関、二次救急医療機関が1～4施設所在している自治体が多く、三次救急医療機関は0施設が最も高かった。

一次救急医療機関がない自治体では隣接する自治体の1次救急医療機関に30分かけて受診する必要があり、回答自治体の1/4を占めていた。また、二次救急医療機関がない自治体での平均移動時間も30分程度であり、医療機関がない自治体での医療機関へのアクセスは概ね30分程度の移動時間であることがうかがえる。ただし、二次救急以降は、救急車による搬送が想定され、本調査では厳密に救急車での移動に要する時間を収集していないため、実際には移動に要する時間は早くなる可能性がある。

上段:実数
下段:%

【Q10.貴市町村の医療機関について、お答えください。【市町村調査】

調査数	Q10_1.医療機関の実態_一次救急医療機関								
	0施設	1-4施設	5-9施設	10-19施設	20-29施設	30-39施設	40施設以上	不明	平均(医療機関数)
468	118	201	39	39	22	8	13	28	5.98
100.0	25.2	42.9	8.3	8.3	4.7	1.7	2.8	6.0	

調査数	Q10_1(2).最寄りの医療機関までの移動時間_一次救急医療機関					平均(分)
	10分未満	10-30分未満	30-60分未満	60分以上	不明	
118	2	36	41	10	29	31.82
100.0	1.7	30.5	34.7	8.5	24.6	

調査数	Q10_2.医療機関の実態_二次救急医療機関								
	0施設	1-4施設	5-9施設	10-19施設	20-29施設	30-39施設	40施設以上	不明	平均(医療機関数)
468	187	238	12	1	1	0	0	29	1.07
100.0	40.0	50.9	2.6	0.2	0.2	0.0	0.0	6.2	

調査数	Q10_2(2).最寄りの医療機関までの移動時間_二次救急医療機関					平均(分)
	10分未満	10-30分未満	30-60分未満	60分以上	不明	
187	1	67	71	18	30	31.54
100.0	0.5	35.8	38.0	9.6	16.0	

調査数	Q10_3.医療機関の実態_三次救急医療機関								
	0施設	1-4施設	5-9施設	10-19施設	20-29施設	30-39施設	40施設以上	不明	平均(医療機関数)
468	383	31	0	2	1	0	1	50	0.30
100.0	81.8	6.6	0.0	0.4	0.2	0.0	0.2	10.7	

調査数	Q10_3(2).最寄りの医療機関までの移動時間_三次救急医療機関					平均(分)
	10分未満	10-30分未満	30-60分未満	60分以上	不明	
383	0	31	121	141	90	57.77
100.0	0.0	8.1	31.6	36.8	23.5	

3. 自治体や関係組織の支援の視点

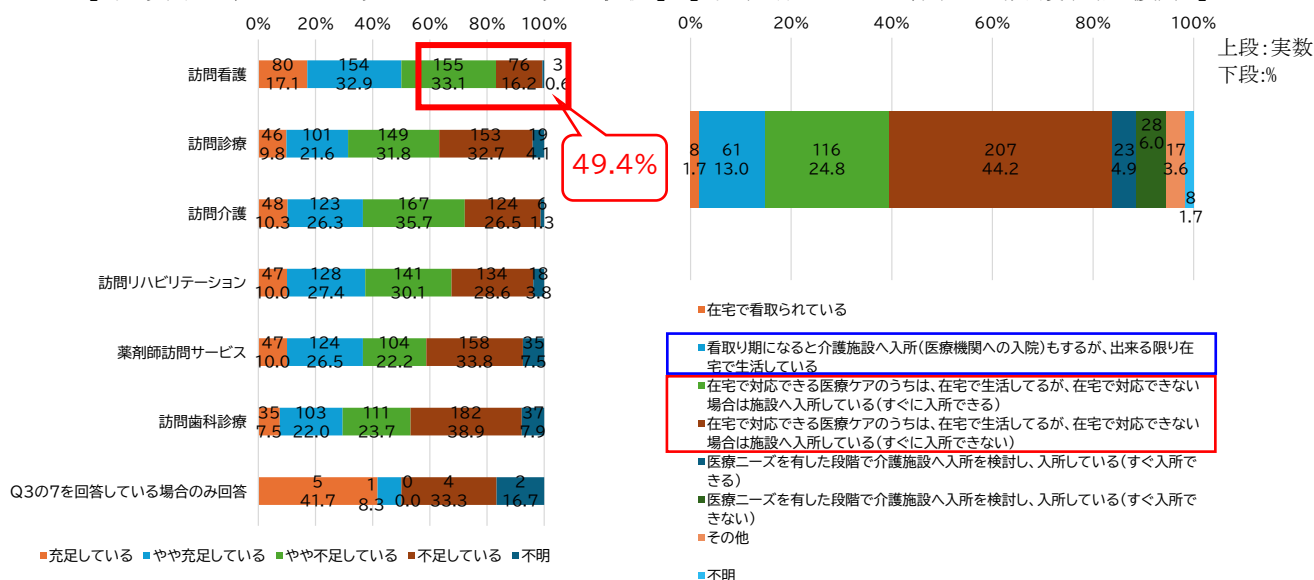
(1) 介護支援等の充足状況等 (設問 2、4、9) (市町村調査)

訪問看護サービスの充足状況は、充足している自治体と不足している自治体が半々の状況であったが、不足している状況下においても、92 ページの結果のとおり、「近隣自治体の事業所を利用」することや特段の支援をしていない状況があった。

また、在宅で対応できる医療ケアのうちは在宅で対応し、その後は施設入所している状況にある自治体が約7割を占める結果であったが、制度上の課題においては、「人材不足」・「往診・訪問診療を担う医療機関が少ない」ことが上位にあり、在宅で対応可能な程度も、存在する医療・介護資源によって異なることが推察された。

特に、家族介護力の低下、支援者不在、24 時間体制確保困難といった回答もみられ、介護力によって在宅療養の限界点が上下している可能性も考えられた。

【Q4. 貴市町村における次のサービスの充足状況】 【Q2. 医療ニーズを有する要介護(要支援)者】



【Q9. 医療ニーズを有する要介護(支援)者への在宅療養支援について、制度上の課題として感じる事(自由記載)】

項目	実数	割合 (%)
医療・介護の人材不足 (医師・看護師・介護職・ケアマネ) で持続不能	41	30.8
往信・訪問診療を担う医療機関が少ない	33	24.8
過疎・中山間・離島など地理条件による課題	28	21.1
報酬・加算設計が実態に合わず、事業所経営が成り立たない	21	15.8
医療保険と介護保険の線引きが分かりにくい	17	12.8
家族介護力の低下・支援者不在で在宅継続が難しい	17	12.8
医療・介護の連携が不十分で、調整役 (ケアマネ等) に過度依存・負担集中	16	12.0
退院調整・在宅移行が間に合わない	16	12.0
通院・移送手段の不足	12	9.0
24時間365日対応 (オンコール) の体制確保が難しい	10	7.5
介護保険の支給限度額 (提供したいサービスが提供できない)	9	6.8
急変時の後方支援の確保が困難	8	6.0
要介護認定やケアプランの手続きにより、緊急性の高いケースで間に合わない	4	3.0
特になし、わからない	26	19.5

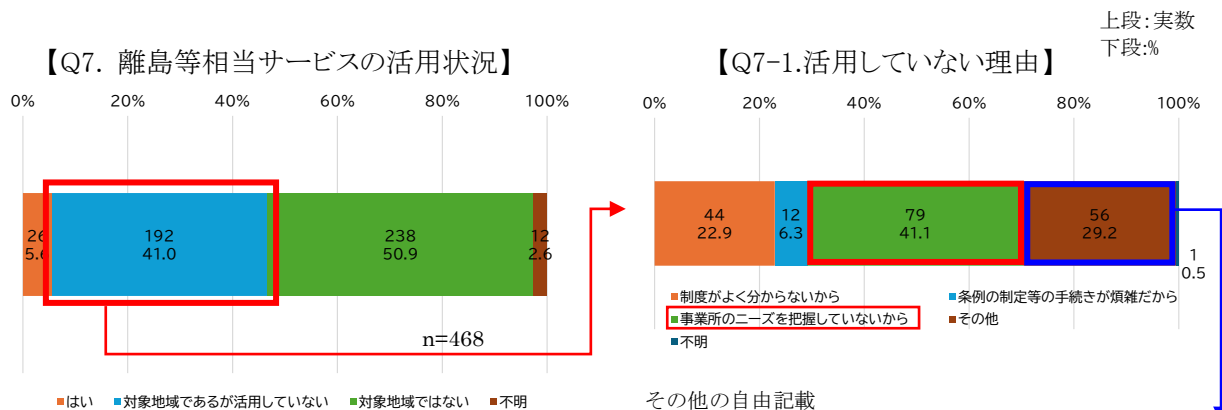
※133 自治体から回答を得た。
 ※1 自治体で複数の要因を記載している場合があるため、合計は 133 を超える。

(2) 離島等相当サービスの活用状況 (設問 5、7) (市町村調査)

離島等相当サービスの活用状況については、活用していないケースが多く、事業所のニーズが分からないことによるものが多かった。

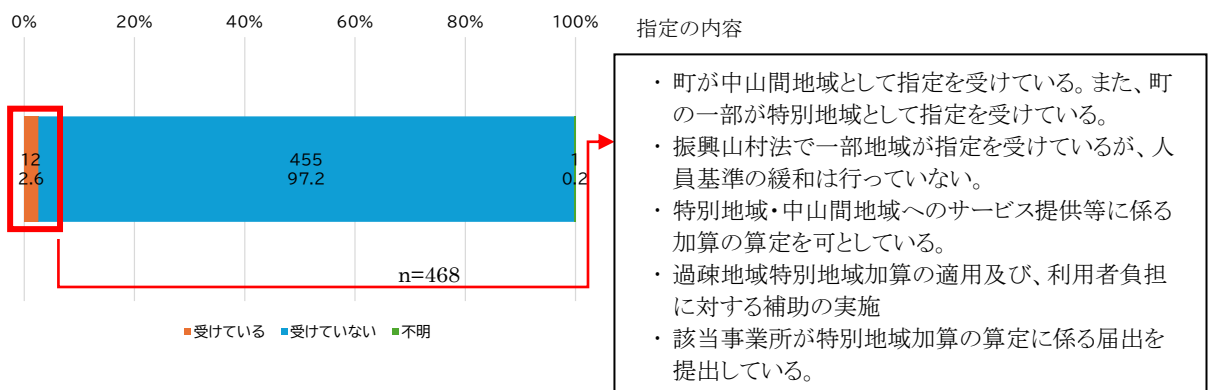
また、制度自体がよく分からないとの回答も約2割あり、医療ニーズを有する要介護者等の在宅療養を支援する訪問看護事業所の状況について、自治体が十分に把握できていない可能性が考えられた。

訪問看護における活用状況は制度の認知も定かでないところ、ほとんどの自治体で離島相当サービスとして基準緩和を行った上で指定を行い、特例居宅介護サービス費として訪問看護の介護報酬を定めていない状況である結果と解釈できる。



※54 自治体から回答を得た。
 ※1 自治体で複数の要因を記載している場合があるため、合計は 54 を超える。

【Q5. 訪問看護における特例居宅介護サービス費の指定状況】



※5 自治体から回答を得た。なお事務局にて確認を行ったところ、自由記載を得た 5 自治体のうち、特定居宅介護サービス費の該当地域に該当する自治体は 1 自治体であった。

4. 事業継続・経営の視点

(1) 訪問看護提供に係る移動について① (設問 19-1、26)

1回の訪問あたりの平均移動所要時間を見ると大きな差はみられないものの、人口2万人未満では30分以上を要する事業所が1/4を占めていた。

移動に関する苦労や負担感では、小さな自治体群では移動時間長さ、天候に左右され悪路となること、燃料費に関すること、野生動物への配慮、そして緊急訪問時の対応しづらさがいずれも高い。総じて、運転による負荷が大きいと推察された。

政令市群等における燃料費負担に関する結果については、現下の物価上昇、訪問看護事業において人件費、事務所費のほか移動に係るコストが大きな支出項目であることから、負担として表出されたとも考えられた。

【Q19_1.1回の訪問看護提供に係る平均移動所要時間_2025年2月】

単位:%

		合計	■Q19_1.1回の訪問看護提供に係る平均移動所要時間_2025年2月							
			10分未満	10分以上 20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 40分未満	40分以上 50分未満	50分以上 60分未満	60分以上	平均
全体		1943	4.6	45.8	29.8	14.5	3.0	0.3	2.1	20.0
自治体類型	小さな自治体群	677	5.5	40.5	31.0	15.8	3.5	0.1	3.5	21.5
	2万人未満	162	4.9	39.5	29.6	21.0	1.9	0.0	3.1	21.6
	2万人以上5万人未満	275	5.5	41.1	29.8	14.2	4.4	0.0	5.1	22.3
	5万人以上	240	5.8	40.4	33.3	14.2	3.8	0.4	2.1	20.6
	政令市群	608	3.9	46.1	32.1	15.1	1.8	0.3	0.7	19.1
その他		658	4.4	50.9	26.4	12.5	3.6	0.3	1.8	19.4

【Q26.移動に関する苦労や負担(複数回答)】

単位:%

		合計	Q26.移動に関する苦労や負担							
			移動時間が 長く訪問件 数を増やし にくい	冬季の積 雪・凍結な ど天候による 影響が大き い	ガソリン代・ 車両維持 費が負担	緊急訪問 時に遠方で 対応しにくい	道路状況が 悪く安全に 不安がある	移動に際し 野生動物へ の配慮が必要	その他	特になし
全体		2154	49.4	52.2	66.5	44.7	19.6	15.3	7.2	7.6
自治体類型	小さな自治体群	780	60.5	69.6	71.9	53.8	29.6	30.9	4.5	4.7
	2万人未満	187	58.3	73.3	69.0	52.4	35.3	43.9	3.7	4.3
	2万人以上5万人未満	322	59.9	67.7	72.7	51.9	27.3	28.6	5.9	5.3
	5万人以上	271	62.7	69.4	73.1	57.2	28.4	24.7	3.3	4.4
	政令市群	660	42.4	40.3	60.2	40.6	14.1	4.4	8.5	10.5
その他		714	43.8	44.3	66.4	38.5	13.7	8.3	9.1	8.1

(2) 訪問看護提供に係る移動について② (設問 23-1)

一番遠い利用者宅への訪問をみると、小さな自治体群は平均で5分程時間を要する結果であったが、40分以上を要すると回答した事業所が約3割5分であり、距離においても20km以上を要する場合が半数以上であった。

1回あたりの訪問に要する時間では顕著な差はみられないものの、訪問で対応しなければならない物理的な距離・範囲から移動に係る負担感、カバーしなければならない範囲へのプレッシャーが小さな自治体群では大きいことがうかがえた。

2月のほかに7月時点の同様の設問においては、2月の方がやや移動に要する時間が長かったが、顕著な差ではなかったことから、雪などの影響もありつつも変わりなく訪問看護を提供できるよう対処していることも考えられた。

【Q23_1.事務所から一番遠い利用者宅に移動する際に所要時間_2025年2月】 単位:%

		合計	■Q23_1.事務所から一番遠い利用者宅に移動する際に所要時間_2025年2月							平均
			10分未満	10分以上 20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 40分未満	40分以上 50分未満	50分以上 60分未満	60分以上	
全体		2049	2.7	9.4	30.1	30.0	17.2	4.6	6.1	31.3
自治体類型	小さな自治体群	748	2.5	8.3	24.3	27.1	21.5	6.7	9.5	34.6
	2万人未満	183	2.7	9.8	24.6	24.6	24.0	5.5	8.7	34.7
	2万人以上5万人未満	305	3.0	8.2	23.9	26.6	21.0	6.9	10.5	34.7
	5万人以上	260	1.9	7.3	24.6	29.6	20.4	7.3	8.8	34.5
	政令市群	627	2.7	9.9	31.3	32.9	16.4	3.3	3.5	29.5
その他		674	2.8	10.1	35.3	30.4	13.2	3.4	4.7	29.3

【Q23_1.事務所から一番遠い利用者宅に移動する際に移動距離_2025年2月】 単位:%

		合計	■Q23_1.事務所から一番遠い利用者宅に移動する際の移動距離_2025年2月						平均
			5km未満	5km以上 10km未満	10km以上 20km未満	20km以上 30km未満	30km以上 50km未満	50km以上	
全体		1954	9.2	22.5	37.3	19.0	10.4	1.6	16.1
自治体類型	小さな自治体群	720	3.1	7.1	36.5	31.0	19.4	2.9	21.9
	2万人未満	175	2.9	6.9	34.3	26.3	25.7	4.0	23.4
	2万人以上5万人未満	298	2.3	5.7	36.2	35.2	17.8	2.7	22.1
	5万人以上	247	4.0	8.9	38.5	29.1	17.0	2.4	20.5
	政令市群	587	17.5	32.4	35.6	9.7	4.3	0.5	11.5
その他		647	8.5	30.6	39.7	14.1	6.0	1.1	13.8

政令市群においては一番遠い利用者宅への移動距離が10km未満である事業所が49.9%、その他群では39.1%の事業所が該当

③ 訪問看護提供に係る移動について③ (設問 27)

訪問の範囲については、市町村単位で設定している事業所が多くを占めている状況にあるが、小さな自治体群では隣接する市町村への訪問を設定している場合もあり、このような回答も含まれている可能性が高い。

距離設定をしている場合には、小さな自治体群・その他群で 10～20km が半数を占めていたが、小さな自治体分では 20km 以上で設定している事業所も割合としては多く、小さな自治体群では他の自治体群と比較し相対的に一回あたりの移動距離が長くなり、燃料費のコストも多くなることが考えられた。

訪問する範囲(半径)の平均値を基準に比較すると、小さな自治体群は政令市群・その他群よりも 1.4～2 倍の移動距離を設定しており、移動コストも同様に大きいと考えられる。

【Q27.訪問する範囲の設定(複数回答)】

単位:%

	合計	Q27.訪問する範囲の設定				
		訪問できる範囲距離は設定していない	市町村の単位で設定している	概ね半径() kmに設定している	概ね片道()分まで訪問できる範囲に設定している	その他
全体	2174	15.5	61.7	13.2	24.2	6.4
自治体類型						
小さな自治体群	787	18.7	71.5	7.2	16.1	5.7
2万人未満	190	21.6	73.2	6.3	13.7	4.7
2万人以上5万人未満	323	18.6	72.4	7.1	17.6	5.6
5万人以上	274	16.8	69.3	8.0	16.1	6.6
政令市群	664	13.0	46.7	19.7	34.5	8.7
その他	723	14.4	64.9	13.7	23.7	5.0

	合計	■ Q27.訪問する範囲の設定 半径km					
		5キロ未満	5キロ以上10キロ未満	10キロ以上20キロ未満	20キロ以上30キロ未満	30キロ以上	平均
全体	282	17.4	23.0	45.7	12.1	1.8	10.8
自治体類型							
小さな自治体群	57	1.8	5.3	54.4	33.3	5.3	17.0
2万人未満	12	0.0	0.0	33.3	50.0	16.7	22.8
2万人以上5万人未満	23	4.3	0.0	56.5	34.8	4.3	16.1
5万人以上	22	0.0	13.6	63.6	22.7	0.0	14.9
政令市群	128	31.3	25.8	37.5	4.7	0.8	8.1
その他	97	8.2	29.9	51.5	9.3	1.0	10.6

単位:%

	合計	■ Q27.訪問する範囲の設定 片道の分数							
		10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満	30分以上40分未満	40分以上50分未満	50分以上60分未満	60分以上	平均
全体	525	0.2	5.7	19.8	66.7	4.8	0.4	2.5	28.5
自治体類型									
小さな自治体群	127	0.8	3.1	7.1	78.7	5.5	1.6	3.1	30.4
2万人未満	26	3.8	3.8	3.8	76.9	7.7	3.8	0.0	29.5
2万人以上5万人未満	57	0.0	0.0	5.3	86.0	3.5	0.0	5.3	31.5
5万人以上	44	0.0	6.8	11.4	70.5	6.8	2.3	2.3	29.7
政令市群	227	0.0	7.5	30.0	58.6	3.1	0.0	0.9	26.6
その他	171	0.0	5.3	15.8	68.4	6.4	0.0	4.1	29.6

単位:%

(4) 経営状況 (設問 2、52)

経営状況をみると人口2未満人未満では他の自治体群と比較して赤字事業所の割合が高かった。これについては、当該地域においては地方公共団体立や社団、財団法人立の占める割合が高く、公益目的事業として実施していることから赤字の割合が高めに出ていることが考えられた。

一方で、事業継続をするためにはその他法人格においては一定の収支状況でなければ存続はできず、厳しい経営状況の中でも黒字を維持していると考えられた。

しかしながら、収支差率10%以上の事業所の割合は、他の自治体群と比べて少なく、当該地域における収益性は、前述の移動距離や遠方利用者が発生しやすいことなども勘案すれば、他の地域と比較して高いとは言えない状況であった。

【Q52.2024年度の決算状況】

単位:%

		合計	Q52.2024年度の決算状況							
			20%以上	10~20%未満	5~10%未満	0~5%未満	0~▲5%未満	▲5~▲10%未満	▲10~▲20%未満	▲20%以上
全体		1283	6.2	12.9	18.9	27.3	11.1	9.2	5.5	8.9
自治体類型	小さな自治体群	447	5.1	9.8	17.9	24.6	12.1	10.5	5.4	14.5
	2万人未満	109	3.7	6.4	12.8	25.7	16.5	8.3	4.6	22.0
	2万人以上5万人未満	171	7.0	11.1	18.7	24.6	9.4	11.1	6.4	11.7
	5万人以上	167	4.2	10.8	20.4	24.0	12.0	11.4	4.8	12.6
	政令市群	400	6.3	14.8	19.3	28.8	10.8	8.8	6.0	5.5
その他		436	7.1	14.2	19.7	28.7	10.6	8.3	5.3	6.2
		合計	黒字	赤字						
全体		1283	65.2	34.8						
自治体類型	小さな自治体群	447	57.5	42.5						
	2万人未満	109	48.6	51.4						
	2万人以上5万人未満	171	61.4	38.6						
	5万人以上	167	59.3	40.7						
	政令市群	400	69.0	31.0						
その他		436	69.7	30.3						

【Q2.開設主体】

		合計	Q2.貴法人の開設主体						
			医療法人	営利法人 (株式会社等)	社会福祉法人	医師会	社団法人・ 財団法人	協同組合	地方公共団体
全体		2237	26.6	46.7	6.2	2.1	6.8	2.3	5.2
自治体類型	小さな自治体群	805	26.3	34.4	6.2	2.7	9.3	3.4	11.9
	2万人未満	193	21.2	26.4	5.2	1.0	13.5	1.0	23.8
	2万人以上5万人未満	326	28.8	33.7	7.1	3.4	7.7	5.2	9.8
	5万人以上	286	26.9	40.6	5.9	3.1	8.4	2.8	6.3
	政令市群	696	26.3	56.5	6.0	1.1	5.7	1.4	0.0
その他		736	27.3	50.8	6.4	2.2	4.9	2.0	2.7
		合計	特定非営利 活動法人 (NPO)	その他					
全体		2237	1.0	3.1					
自治体類型	小さな自治体群	805	0.7	5.0					
	2万人未満	193	1.6	6.2					
	2万人以上5万人未満	326	0.3	4.0					
	5万人以上	286	0.7	5.2					
	政令市群	696	1.0	1.9					
その他		736	1.4	2.3					

(5) 常勤換算① (設問 18)

事業所の絶対数をみると、人口5万人未満では人口1万人あたりの事業所数が1ヶ所未満である割合が高かった。

また、1事業所あたりの常勤換算職員数の規模は、人口規模が大きくなるにつれて多くなっていた。

一方、常勤換算職員1人あたりの利用者数は、政令市群・その他群よりも中央値では2人程少ない状況であった。

【人口1万人対訪問看護事業所数】

単位:%

		合計	■人口1万人対訪問看護ST数					
			0.5未満	0.5以上1	1以上1.5	1.5以上2	2以上2.5	2.5以上
全体		2258	1.8	12.2	35.5	22.5	16.5	11.6
自治体類型	小さな自治体群	816	3.9	19.9	34.7	20.7	10.8	10.0
	2万人未満	195	5.6	17.9	24.1	20.5	13.3	18.5
	2万人以上5万人未満	331	6.3	22.1	29.0	22.4	7.9	12.4
	5万人以上	290	0.0	18.6	48.3	19.0	12.4	1.7
	政令市群	700	0.0	2.7	35.7	15.9	28.3	17.4
	その他	742	1.1	12.8	36.1	30.7	11.6	7.7

【人口規模別の1事業所あたり常勤換算職員数】

単位:人

		件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体		2214	5.6	3.9	60.7	0.4	4.5
自治体類型	小さな自治体群	783	4.9	2.7	27.0	0.4	4
	2万人未満	187	4.4	2.1	12.9	0.4	4
	2万人以上5万人未満	319	4.9	2.5	21.4	1.0	4
	5万人以上	277	5.2	3.0	27.0	1.0	4.4
	政令市群	693	6.3	4.9	60.7	0.8	5
	その他	738	5.6	3.7	45.7	1.0	4.5

【Q18-8.常勤換算 1人あたり 医療保険・介護保険の利用者_訪問対象者数】

単位:人

		件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体		2037	15.2	9.0	104.0	0.1	13.7
自治体類型	小さな自治体群	724	13.9	8.2	96.3	0.1	12.6
	2万人未満	176	14.3	9.5	96.3	0.5	12.5
	2万人以上5万人未満	302	13.4	7.8	80.2	0.1	12.2
	5万人以上	246	14.3	7.6	81.8	1.7	13.2
	政令市群	635	16.7	10.7	104.0	0.3	14.8
	その他	678	15.2	7.8	67.7	0.2	14.1

※平均から大きく離れた、上位 0.15%は異常値として集計から除いた。

※常勤換算については、オープンデータと回答事業所を事業所番号により突き合わせた。

(6) 常勤換算② (設問 18)

常勤換算職員1人あたりの利用者数の差は概ね2人程度であったのに対し、1月の訪問回数では小さな自治体群では平均値を基準に15~30回程差があった。

人口2万人未満では、1月の訪問回数79.5回のところ、その他群とは約20回、政令市群とは約30回と差があり、1回あたりの訪問看護提供に要する時間が長いことがうかがえる。

また、人口2万人未満では在支診がない自治体が約4割であり、医療保険利用者への1月の訪問回数も約20回程差があった。1事業所が抱える利用者数にも20人以上の差があった。

これらの状況から、特に人口2万人未満の小規模自治体では、限られた資源の中で訪問看護が孤軍奮闘しつつ、移動の負担から頻回な訪問看護提供が困難な状況、所在地域に現存する医療・介護資源の状況に左右されながら在宅限界点を模索し、事業収益性も他の自治体群に劣る中での経営を余儀なくされていることがうかがえる。

【Q18-9.常勤換算 1人あたり 医療保険・介護保険の利用者_延べ訪問回数】 単位:回

		件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
	全体	1921	99.4	57.2	354.8	0.1	88.0
自治体類型	小さな自治体群	693	86.4	49.5	346.8	0.1	78.5
	2万人未満	165	79.5	44.2	231.5	2.7	70.6
	2万人以上5万人未満	291	86.3	46.7	299.0	0.1	79.7
	5万人以上	237	91.3	55.6	346.8	4.0	81.0
	政令市群	595	112.9	63.3	354.8	0.4	100.8
	その他	633	100.9	56.0	354.3	0.4	91.5

※平均から大きく離れた、上位0.15%は異常値として集計から除いた。

【Q18-7.常勤換算 1人あたり 医療保険の利用者_延べ訪問回数】 単位:回

		件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
	全体	1718	41.4	34.3	258.4	0.0	31.8
自治体類型	小さな自治体群	624	31.8	25.2	183.2	0.4	24.4
	2万人未満	150	26.0	18.6	87.3	0.8	21.1
	2万人以上5万人未満	264	33.6	26.8	140.4	0.4	24.9
	5万人以上	210	33.6	26.7	183.2	0.6	24.9
	政令市群	534	49.1	40.1	258.4	0.5	37.8
	その他	560	44.7	34.5	189.4	0.0	34.4

※平均から大きく離れた、上位0.15%は異常値として集計から除いた。

【Q18.1事業所あたりの介護保険利用者数】

	件数	平均	中央値
	2069	55.4	44
	748	46.8	37.5
	184	46.3	33
	308	45.2	34
	256	49.0	43
	638	65.5	54
	683	55.4	45

【Q18.1事業所あたりの医療保険利用者数】

	件数	平均	中央値
	2046	25.3	18
	746	19.1	14
	181	16.1	13
	307	19.5	13
	258	20.7	15
	629	30.0	20
	671	27.9	19

【人口規模別の所在地域における在宅療養支援診療所の有無】

	合計	在宅療養支援診療所		
		あり	なし	
全体	2258	94.3	5.7	
自治体類型	小さな自治体群	816	86.5	13.5
	2万人未満	195	58.5	41.5
	2万人以上5万人未満	331	93.4	6.6
	5万人以上	290	97.6	2.4
	政令市群	700	100.0	0.0
その他	742	97.6	2.4	

参考) 医療・介護保険利用者合算の1回あたり訪問単価約9000円

・訪問回数20回=約180,000万円の収入差

・訪問回数30回=約270,000万円の収入差

・小さな自治体群1人あたり平均訪問回数86.4回 × 9,000円 × (1.15 特別地域加算+1.05 居住提供加算) = 933,876円

過疎地域該当地域に所在する事業所は7000超 特別地域加算算定事業所は327

・政令市群1人あたり平均訪問回数112.9回 × 9,000円 = 1,016,100円 地域区分による単価上昇も加わる

(7) 今後の方針 (設問 55、57、58)

今後3年以内の事業計画では、「現状維持」の割合が小さな自治体群では高く、一部「規模縮小」・「休廃止予定」がみられた。

その理由としては、職員の確保のほかに、小さな自治体群では「地域の人口が減少しており利用者の確保が困難となっている」ことも挙げられていた。

効率的な訪問の観点からサテライト設置も考えられるが、多くはその意向はなく、事業者側の維持費や人材確保の懸念も考えられた。

【Q55. 今後3年以内の事業計画】

単位:%

		Q55. 今後3年以内の事業計画									
合計		規模拡大 予定(訪 問エリアを 拡大)	規模拡大 予定(別 事業を新規 立ち上げ)	規模拡大 予定(職 員を増やし 利用者を 拡大)	現状維持	規模縮小 予定	休止・廃止 予定	他事業所と の合併統合 予定	他事業所と の合併を希 望	その他	
全体	1915	2.5	4.2	23.2	63.4	2.3	1.6	0.6	0.3	1.9	
自治体類型											
小さな自治体群	701	1.9	3.1	14.6	72.2	2.6	2.3	0.6	0.4	2.4	
2万人未満	173	2.3	2.3	11.0	78.0	1.7	2.3	0.0	0.6	1.7	
2万人以上5万人未満	276	0.7	3.6	13.0	74.3	3.6	1.8	1.1	0.4	1.4	
5万人以上	252	2.8	3.2	18.7	65.9	2.0	2.8	0.4	0.4	4.0	
政令市群	578	2.6	5.2	29.6	57.3	1.6	1.4	0.5	0.3	1.6	
その他	636	3.1	4.6	26.9	59.4	2.7	0.9	0.6	0.0	1.7	

【Q57. サテライト設置の意向】

単位:%

		Q57. サテライト設置の意向	
合計		あり	なし
全体	1926	10.1	89.9
自治体類型			
小さな自治体群	684	6.9	93.1
2万人未満	171	7.6	92.4
2万人以上5万人未満	273	5.5	94.5
5万人以上	240	7.9	92.1
政令市群	595	13.4	86.6
その他	647	10.5	89.5

【Q58. 規模縮小予定、休止・廃止予定の理由(複数回答)】

単位:%

		Q58. 規模縮小予定、休止・廃止予定の理由										
合計		地域の人口 が減少して おり利用者 の確保が困 難となっている	地域におけ る訪問看護 のニーズの 減少が見込 まれる	競合する訪 問看護事 業所があり シェア拡大 が難しい	看護職員の 人材確保が 難しい	看護職員 以外の人材 確保が難し い	事業所規 模の維持・ 拡大による 管理業務の 増大に対応 できない	現管理職・ 経営者が退 職を予定 (または退 職間近)で 代替要員が みつからない	運営法人 等の方針で ある	大規模化に 関して職員 の理解が得 られない	その他	特にない
全体	74	17.6	6.8	23.0	75.7	14.9	18.9	21.6	28.4	1.4	6.8	0.0
自治体類型												
小さな自治体群	34	26.5	8.8	14.7	82.4	23.5	8.8	26.5	23.5	0.0	2.9	0.0
2万人未満	7	14.3	14.3	0.0	100.0	28.6	0.0	28.6	42.9	0.0	14.3	0.0
2万人以上5万人未満	15	33.3	6.7	20.0	80.0	33.3	13.3	33.3	13.3	0.0	0.0	0.0
5万人以上	12	25.0	8.3	16.7	75.0	8.3	8.3	16.7	25.0	0.0	0.0	0.0
政令市群	17	0.0	0.0	35.3	64.7	11.8	17.6	17.6	41.2	5.9	5.9	0.0
その他	23	17.4	8.7	26.1	73.9	4.3	34.8	17.4	26.1	0.0	13.0	0.0

5. 訪問看護事業所・看護師間の連携の視点

(1) ICT (設問 31、32)

事業所間、他機関との連携においては情報共有のための ICT を活用した連携ツールが、情報共有に係る時間の短縮・機会の確保、24 時間対応における速やかな情報収集に寄与していることが一定割合の事業所において確認できている。

小さな自治体群においては、他の自治体群に比べて導入状況・得られた効果共に割合はやや低い結果であり、特に人口2万人未満では情報連携に係る導入状況等がいずれの回答においても低く、これらの地域は人口1万人に対して1事業所未満の自治体が約 25%を占めている(32 ページ参照)ことから、関連する他事業も少ないことが想定される。

【Q31.活用している ICT 機器(複数回答)】

単位:%

	合計	Q31.活用しているICT機器						
		カルテ及び請求業務が一体化したソフト	利用者の遠隔モニタリング	利用者情報共有のための連携ツール(職員間)	主治医・医療機関との情報共有のための連携ツール	オンラインカンファレンス	訪問前後の事務作業(請求・スケジュール管理)	在宅医療等の医療デバイス
全体	2208	76.3	1.1	59.3	57.6	32.8	39.3	4.1
自治体類型								
小さな自治体群	792	70.3	1.0	50.6	48.2	30.9	35.0	4.5
2万人未満	189	64.0	1.1	46.0	42.3	35.4	39.2	7.4
2万人以上5万人未満	321	69.5	0.9	51.7	51.1	30.8	33.0	5.3
5万人以上	282	75.5	1.1	52.5	48.9	28.0	34.4	1.8
政令市群	688	81.3	1.3	67.9	67.3	33.9	42.6	4.9
その他	728	78.0	1.0	60.6	58.7	33.9	40.8	2.7
	合計	請求ソフト	家族とのオンライン面談	オンライン研修・eラーニングの受講	訪問ルート自動作成などのツール	その他	特になし	
全体	2208	53.0	2.4	62.5	5.5	1.4	2.2	
自治体類型								
小さな自治体群	792	53.2	2.3	66.7	3.7	1.5	2.7	
2万人未満	189	50.8	2.6	65.6	3.7	2.6	4.2	
2万人以上5万人未満	321	56.1	2.2	68.8	3.7	1.9	2.8	
5万人以上	282	51.4	2.1	64.9	3.5	0.4	1.4	
政令市群	688	51.0	2.8	60.8	7.1	1.3	2.2	
その他	728	54.7	2.3	59.5	6.0	1.2	1.8	

【Q32.活用している ICT 機器により得られた効果(複数回答)】

	合計	Q32.活用しているICT機器により得られた効果							
		記録時間が短縮した	請求業務時間が短縮した	利用者の状態確認にかかる時間が減った	利用者・家族との情報共有にかかる時間が減った	主治医や関係職種との情報共有にかかる時間が減った	利用者・家族との情報共有を促す機会が増えた	主治医や関係職種と情報共有する機会が増えた	
全体	2131	47.6	43.7	36.8	10.3	32.0	11.3	39.0	
自治体類型									
小さな自治体群	759	44.7	43.2	32.1	7.6	25.3	7.2	31.8	
2万人未満	177	43.5	40.7	33.3	8.5	24.3	5.6	28.8	
2万人以上5万人未満	307	40.4	44.0	30.6	7.8	26.1	9.4	34.5	
5万人以上	275	50.2	44.0	33.1	6.9	25.1	5.8	30.5	
政令市群	664	50.3	45.0	42.0	13.4	38.0	14.6	46.4	
その他	708	48.3	42.9	37.0	10.3	33.6	12.4	39.8	
	合計	利用者の状態をより詳細にアセスメントできるようになった	訪問スケジュールの調整にかかる時間が減った	研修の受講が容易になった	移動にかかる時間が減った	職員の超過勤務が減った	24時間対応や緊急時に情報が迅速に把握できストレスが軽減した	その他	効果は感じられない
全体	16.7	13.1	45.4	5.1	16.8	34.2	3.8	4.6	
自治体類型									
小さな自治体群	14.9	10.4	49.7	5.9	16.1	27.8	4.6	5.4	
2万人未満	11.9	9.6	51.4	4.5	11.9	20.9	4.0	6.8	
2万人以上5万人未満	16.9	11.1	51.8	7.2	17.6	30.6	5.9	6.2	
5万人以上	14.5	10.2	46.2	5.5	17.1	29.1	3.6	3.6	
政令市群	19.7	15.7	44.6	5.3	17.6	38.3	3.6	2.7	
その他	15.8	13.7	41.5	4.0	16.7	37.3	3.1	5.5	

(2) 加算、看取り (設問 11、13)

24 時間対応については、現行制度において介護保険の場合には加算による収入を費用按分することでの複数事業所の介入、医療保険の場合には医療資源の乏しい地域に所在し地域医療情報連携ネットワークの使用による連携体制が確保されている場合には、2事業所が加算算定の上介入が可能であるが、小さな自治体群においても負担軽減に関する取組は非常に低かった。

在宅看取りできた理由においても、複数の機関との連携体制について小さな自治体群の回答割合が低いことなどから、周囲の連携事業所の有無に影響されている可能性が高かった。

人口5万人未満では、人口1万人に対して1事業所の自治体が約 25%を占めており、相談・協力体制の構築が難しいことが予想される。

【Q11.「緊急時訪問看護加算」「24 時間対応体制加算」を届け出した事業所現体制における状況(複数回答)】

単位:%

自治体類型	合計	Q11.「緊急時訪問看護加算」「24時間対応体制加算」を届け出した事業所の現状の状況						
		限られた職員(管理者含む)のみでオンコール当番をしている	新たな人材の確保ができていない	新たな利用者の確保ができていない	他の訪問看護事業所と負担を分散している	医療機関と負担を分散している	電話応対を看護職員以外でも担っている	特に当てはまるものはない
全体	2004	86.6	22.1	4.8	2.5	1.4	9.7	8.9
小さな自治体群	707	87.4	24.6	5.7	1.6	2.1	10.3	7.6
2万人未満	154	88.3	22.1	3.2	1.3	5.2	9.7	5.8
2万人以上5万人未満	294	87.4	25.5	6.1	1.0	1.7	9.9	6.5
5万人以上	259	86.9	25.1	6.6	2.3	0.8	11.2	10.0
政令市群	631	85.7	19.5	4.0	3.6	1.3	10.5	10.1
その他	666	86.6	21.9	4.7	2.6	0.9	8.3	9.2

【Q13.在宅で看取りができた理由(複数回答)】

単位:%

自治体類型	合計	Q13.在宅で看取りができた理由						
		利用者・家族の意向が明確であった	受診可能な医療機関が近くになかった	医師・訪問看護師等による意思決定支援が効果的であった	看取りに向かうまでの見立てを利用者または家族に説明していた	緊急時の対応について利用者・家族と共有していた	生活支援が整っていた	複数の機関による連携体制が構築されていた
全体	1597	97.7	6.1	73.5	88.0	93.5	53.5	45.8
小さな自治体群	559	97.7	9.7	71.7	86.2	93.9	52.2	38.1
2万人未満	123	99.2	12.2	71.5	82.1	95.1	55.3	35.8
2万人以上5万人未満	223	97.8	9.0	72.6	87.0	96.0	51.1	40.4
5万人以上	213	96.7	8.9	70.9	87.8	91.1	51.6	37.1
政令市群	501	98.2	3.8	75.0	89.0	93.8	56.9	52.7
その他	537	97.4	4.5	73.7	88.8	92.7	51.6	47.5

自治体類型	合計	遠隔で状態が確認できる環境にあった			
		小まめに電話等により状態を確認していた	在宅薬療法に関する機器の搬入が可能であった	その他	
全体	1597	1.1	33.0	47.6	2.9
小さな自治体群	559	1.1	33.8	43.3	4.1
2万人未満	123	1.6	29.3	40.7	3.3
2万人以上5万人未満	223	0.9	39.5	47.5	5.4
5万人以上	213	0.9	30.5	40.4	3.3
政令市群	501	1.6	32.9	49.9	1.8
その他	537	0.7	32.2	49.9	2.6

【人口1万人対訪問看護事業所数】

単位:%

自治体類型	合計	人口1万人対訪問看護事業所数					
		0.5未満	0.5以上1	1以上1.5	1.5以上2	2以上2.5	2.5以上
全体	2258	1.8	12.2	35.5	22.5	16.5	11.6
小さな自治体群	816	3.9	19.9	34.7	20.7	10.8	10.0
2万人未満	195	5.6	17.9	24.1	20.5	13.3	18.5
2万人以上5万人未満	331	6.3	22.1	29.0	22.4	7.9	12.4
5万人以上	290	0.0	18.6	48.3	19.0	12.4	1.7
政令市群	700	0.0	2.7	35.7	15.9	28.3	17.4
その他	742	1.1	12.8	36.1	30.7	11.6	7.7

(3) 連携 (設問 60、29)

事業運営継続に必要な支援として、一定割合の研修機会や相談支援のニーズもあり、小さな自治体群では専門性の高い看護師との連携も他の自治体群と比較して高かったことから、日頃の事業運営や看護の提供に係る相談体制のニーズがうかがえる。

【Q60. 事業運営継続に必要な支援(複数回答)】

単位:%

	合計	Q60. 事業運営継続に必要な支援							
		看護職員の採用支援	看護職員以外の採用支援	夜間・緊急対応できる人材の確保	潜在看護師の活用	ガソリン代や車両維持費の補助	悪天候時の安全運行支援(スノータイヤ等の補助)	交通インフラの整備(道路・除雪)	遠隔診療やICTでの対応支援
全体	2104	66.7	17.3	60.4	20.5	59.9	26.5	11.5	10.3
自治体類型									
小さな自治体群	760	63.2	17.5	59.2	23.0	55.5	33.0	15.9	13.9
2万人未満	182	60.4	16.5	61.5	20.3	67.0	37.4	22.0	14.8
2万人以上5万人未満	305	64.6	16.7	56.7	25.2	64.3	32.5	13.4	12.5
5万人以上	273	63.4	19.0	60.4	22.3	65.9	30.8	14.7	15.0
政令市群	656	72.6	18.4	62.3	19.4	55.5	22.9	8.8	8.8
その他	688	65.1	16.0	59.7	18.9	58.0	22.7	9.2	7.6
	合計	Q60. 事業運営継続に必要な支援							
		ICT機器の導入費補助	専門性の高い研修機会の提供	事業運営・経営に関する研修機会の提供	事業運営・経営に関する伴走支援の提供	事業運営・経営に関する相談窓口の提供	小規模事業者への経営安定基金の充実	その他	
全体	2104	27.2	18.3	13.4	11.6	11.4	21.6	3.3	
自治体類型									
小さな自治体群	760	27.8	15.5	12.2	12.4	10.3	23.6	3.2	
2万人未満	182	21.4	15.9	11.5	12.6	9.3	23.6	3.8	
2万人以上5万人未満	305	29.2	15.4	9.5	12.8	9.8	26.2	2.6	
5万人以上	273	30.4	15.4	15.8	11.7	11.4	20.5	3.3	
政令市群	656	26.7	22.0	16.2	10.8	13.7	18.8	3.5	
その他	688	27.0	17.9	11.9	11.5	10.5	22.1	3.3	

【Q29. 従事者以外の専門の研修を受けた看護師との連携】

単位:%

	合計	Q29_1. 専門看護師	
		連携している	連携していない
全体	2106	8.4	91.6
自治体類型			
小さな自治体群	750	8.4	91.6
2万人未満	178	8.4	91.6
2万人以上5万人未満	304	8.2	91.8
5万人以上	268	8.6	91.4
政令市群	662	6.9	93.1
その他	694	9.8	90.2

	合計	Q29_2. 認定看護師	
		連携している	連携していない
全体	2137	30.5	69.5
自治体類型			
小さな自治体群	767	37.2	62.8
2万人未満	182	36.3	63.7
2万人以上5万人未満	311	34.4	65.6
5万人以上	274	40.9	59.1
政令市群	667	22.5	77.5
その他	703	30.7	69.3

	合計	Q29_3. 特定行為研修修了者	
		連携している	連携していない
全体	2108	10.0	90.0
自治体類型			
小さな自治体群	758	13.1	86.9
2万人未満	179	16.2	83.8
2万人以上5万人未満	309	11.0	89.0
5万人以上	270	13.3	86.7
政令市群	658	6.2	93.8
その他	692	10.3	89.7

II-2. 実態調査を通じた現状と課題の整理

1. 人材の確保と定着

- ・ 人材確保が大きな課題となっているものの、地域に限定したものではなく全国的な課題となっている。
- ・ 人口規模の小さな自治体群では、人材確保のための補助金の活用がやや低く、事業運営継続のために必要な支援においても看護職員の採用支援ニーズは低い結果であり、支援への期待感が高くない可能性が示唆された。
- ・ 人口減少が更に進むことが推計される現状において、更なる人員の拡充は現実的ではなく、現状維持のための人材確保に重きが置かれていた。
- ・ オンコール対応も限られた職員のみで対応している状況は都市部等と同様でありつつも、事業所の人員規模は相対的に小さい状況にあることから、1職員あたりの負担が大きい状況にあった。
- ・ 多くの市町村では、訪問看護事業所の増加は見込めないが現状維持の見通しでありつつも、減少していく見込みの場合には、近隣自治体の事業所の利用で対応している自治体もあれば特段の対応を行っていない自治体も存在していた。
- ・ 訪問看護サービス提供に関する課題として人材確保が困難な中での教習体制の脆弱性を指摘する自治体もあり、一部では自治体間での提供体制づくりが必要との結果であった。
- ・ 新たな人材の確保の視点では小さな自治体群の定昇給額が低い状況にあり処遇面での魅力が乏しい状況であった。
- ・ 定着に関連してはオンライン研修等の発達により ICT 導入による効果として研修受講が容易になったことを実感していた。

2. 医療機関・在宅医療資源との連携・調整

- ・ 小さな自治体群では在宅医療を担う資源が不足している。
- ・ 医療機関や介護サービスが併設する形での事業運営が小さな自治体群では多かった一方で、人口 2 万人未満自治体では所在地域内に在宅療養支援診療所がない、他の訪問看護事業所がないケースも一定割合、確認された。
- ・ 医療機関が所在地域にない場合には、近隣市町村に所在する医療機関から訪問看護指示書が交付されていることが容易に想像され、連携が多岐に渡る実態がある。
- ・ 同一法人内での事業体である場合には、共通した記録システムを採用していることにより情報連携はスムーズであることが結果から推察された。
- ・ 多様な資源との連携が求められる事業所においては、ICTを活用した情報連携ツールの利用は、他の自治体群に比べて低く、その効果の体感も低い結果であった。
- ・ 在宅医療を担う医療機関がないことなどから、オンライン診療の実践経験がある事業所が一定数確認され、その効果と有用性も確認できた。
- ・ 特に小さな自治体群では、定期的な診察の手段として行われていることがうかがえ、D to P with N による補助を行うことで利用者・介護者・提供者の共通理解が図れることなど特徴的な結果も得られていた。

- ・ また、小さな自治体群では、公民館等の地域の拠り所で D to P with N が行われる等、地域の利便性が考慮されている実態がうかがえた。
- ・ 訪問看護事業所と連携する医療資源の絶対数も少ない小さな自治体群では、在宅看取りを支援する中で連携体制の構築が難しい地域も一定数確認できた。
- ・ 薬局や夜間対応可能な医療機関・薬局がない、自治体を跨ぐことから訪問看護師が他職種の役割を担うといった実態も確認できた。

3. 自治体や関係組織の支援

- ・ 人口規模が小さな自治体における訪問看護サービスの充足状況は、充足と不足が半々の状況であった。
- ・ 医療ニーズを有する要介護者等の在宅療養支援の状況としては、出来る限り在宅で生活している状況である自治体は1割超であり、地域の医療・介護資源の状況もありつつ在宅での生活が困難な場合には施設入所している状況である自治体が約7割であった。
- ・ 在宅療養支援における課題は人材不足の他、在宅医療資源が乏しいこと、支援者不在による介護力の問題が挙げられ、地域の実情に応じた柔軟な事業運営を可能とする離島等相当サービスの活用例は極めて少ない状況であった。
- ・ 活用に至っていない理由としては、事業所のニーズを把握できていないことや現存する他のサービスで代替が可能との見解であった。
- ・ 補助金など財政的な支援では、ICT 導入の補助金が多く、人材確保・研修受講などに対する市町村支援は少ない状況であった。

4. 事業運営・経営の現状

- ・ 各自治体群における訪問に要する平均的な移動時間には顕著な差はみられなかったものの、小さな自治体群では移動距離が長い利用者が存在していること、訪問の移動距離が他の自治体群より長いこと、走行距離が長いことでの移動経費が大きいことが推察された。
- ・ 移動に関する負担として、気候に伴い移動経路が悪路となることや野生動物への配慮があり、訪問の範囲が広いことで緊急時には遠方への訪問が対応しづらい状況がみてとれる。
- ・ 自治体においても「移動コストの補助」が課題・改善点であるとの回答も一定数あり財政的支援の必要性を認識していた。
- ・ 上記の地理的特性がありながら人口減少も進む中では、小さな自治体群では従事者規模・利用者規模が他の自治体群より下回っているほか、常勤換算従事者 1 人あたりの利用者数・1 月訪問回数も下回る状況であり、地理的特性も勘案すると 1 回あたりの訪問に要する時間が他の自治体群よりも長いことが推察された。
- ・ 事業として継続する観点では収支は 0 以上である必要があるところ、人口 2 万人未満の自治体群では赤字事業所の割合が高く、自治体立の事業所においては人件費率が高くなるため収支の状況に影響している可能性が考えられた。
- ・ 移動距離を物理的に減らすことは不可能な状況において、小さな自治体群では総じて訪問回数を増やす方策ではなく現状維持を展望しており、現状の訪問回数を基準に事業収益性をみると、移動に係るコストが相対的に高くなること、収益向上性に乏しい(訪問エリアの拡大=移

動距離を更に延長させる)ことから、特別地域加算を仮に算定したとしても従事者 1 人あたりが生産する収益は他の自治体群よりも低くなることが明らかであり、厳しい経営環境に置かれている。

5. 訪問看護事業所・看護師間の連携状況

- ・ 小さな自治体、特に人口5万人未満においては所在地域内で連携ができる訪問看護事業所がない場合が推察された。
- ・ 医療機関との連携においても所在地域に隣接する市町の複数の医療機関との連携が想定されること、小さな自治体群に所在する訪問看護事業所においては医療機関併設型も一定数存在すること等から、医師や他職種との ICT を活用した情報連携ツールの導入が他の自治体群と比較して低かった。
- ・ 24 時間対応も制度的には複数事業所が介入する枠組みはあるものの取り組みは少なく、連携できる事業所の不在、制度の要件のハードル、情報共有の課題など様々な要因が考えられた。
- ・ 一方で、研修機会や相談支援のニーズも一定割合存在し、気軽に相談ができる、知識や経験を共有できるネットワークが不足している可能性が考えられた。

Ⅲ. ヒアリング調査 結果

Ⅲ-1. ヒアリング調査

1. 調査の目的

アンケート調査では収集できない人口減少地域における訪問看護提供を続ける根源、事業運営方針や人口減少地域特有の24時間・緊急時対応の工夫、さらには負担感等の実態・課題に対する解決策を明らかにすることを目的に実施した。

対象者は、小さな自治体に所在する事業所の管理者を中心とし、様々な運営主体が対象となるよう配慮した。また、市町村が実施している支援等も把握するため、市町村にもヒアリング調査を行った。

2. 方法

(1) 方法

訪問看護事業所、市町村は、アンケート調査においてヒアリング調査協力可能と回答した機関とした。

訪問看護事業所は、①移動時間の工夫がみられる、②専門看護師との連携をしている、③ICTの利活用がみられる等の項目から開設主体や開設年も考慮し、選定した。

市町村は、訪問看護による特例居宅介護サービス費による地域の実情に応じたサービス提供確保や公的資金補助の実施の状況を考慮し、選定した。

ヒアリング調査はオンラインと対面を併用し、1件につき60～90分とした。ヒアリング対象と選定理由は以下の通りである。

【訪問看護事業所】

分類	ヒアリング対象	上段:所在地 下段:実施日	選定理由
・専門 ・DtpWithN	エマオ訪問看護ステーション	北海道浦河町 2026年1月26日(月)	・医療法人 ・訪問診療、在宅療養支援診療所 ・専門、特定(管理者がNP) ・ICT 連携ツール、エコー ・DtpWithN実施経験有
・専門 ・距離	さど訪問看護ステーション	新潟県佐渡市 2025年12月22日(月)	・協同組合(JA新潟県厚生連) ・救急受入可能医療機関 ・移動距離60分以上 7人 ・認定看護師 ・カルテ及び請求業務が一体化したソフト、連携ソフト ・佐渡看護専門学校あり
・地方公共団体	川根本町訪問看護ステーション	静岡県川根本町 2026年1月15日(木)	・地方公共団体 ・地域包括支援センター ・請求ソフト
・ICT ・地方公共団体	のかみ訪問看護ステーション	和歌山県紀美野町 2026年1月9日(金)	・母体は国保野上厚生総合病院 ・居宅介護支援、救急受入可能医療機関 ・ICT カルテ及び請求業務が一体化したソフト、エコー
・看護協会 ・大規模 ・多機能化 ・サテライト ・専門 ・距離	徳島県看護協会 訪問看護ステーション阿南	徳島県阿南市 2026年2月6日(金)	・看護協会系 ・大規模 ・多機能化 ・サテライト2か所 ・認定看護師 1人(在宅ケア) ・距離
・開設年が最近 ・営利法人 ・専門 ・ICT	ついき訪問看護ステーション	福岡県築上郡築上町 2026年2月10日(火)	・開設年が2023年 ・営利法人(個人開業型) ・専門 ・ICT カルテ及び請求業務が一体化したソフト
・多機能化 ・専門 ・距離 ・ICT	訪問看護ステーション青藍	大分県日田市 2025年12月19日(金)	・医療法人(若宮病院) ・看多機、居宅介護支援 ・移動距離60分以上 1人 ・特定行為 ・ICT カルテ及び請求業務が一体化したソフト、エコー
・地方公共団体	高千穂町訪問看護ステーション	宮崎県西臼杵郡高千穂町 2026年1月23日(金)	・地方公共団体 ・ICT カルテ及び請求業務が一体化したソフト

【自治体】

自治体名	実施日	特徴
長崎県北松浦郡小値賀町 小値賀町 福祉事務所	2026年2月3日(火)	<ul style="list-style-type: none"> ・人口4,355人 ・訪問看護サービス「やや不足している」 ・訪問看護サービス提供体制について、町直営国保診療所での訪問看護事業設置に向けて協議を始めている ・三次救急医療機関までの移動が90分かかる ・人口減少率が高い
島根県邑智郡美郷町 美郷町 健康福祉課	2025年12月19日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ・期待しているサービスに「訪問看護」が入っている ・実際に市町村内に訪問看護事業所が存在する ・訪問看護による特例居宅介護サービス費による地域の実情に応じたサービス提供確保の指定あり ・三次救急医療機関なしあるいは三次医療機関まで45分以上かかる ・人口減少率が高い

また、委員会における離島や中山間地域における訪問看護の魅力を知り、周知する方策が必要との意見を踏まえ、当該地域で活躍する訪問看護師の魅力を知り、PR するための冊子等を作成した。

冊子等作成のために、現地にて次の内容を把握した。

- ・ 訪問看護の就業に至った経緯(きっかけとなった体験、どこで情報を得たか等)、今の仕事に必要な知識やスキル(未経験者でも可能か、必須の手技はあるか等)
- ・ 就業条件等

取材先は次のとおりである。

【魅力 PR のための取材先】

対象	上段:所在地 下段:実施日	取材内容等
徳島県看護協会 訪問看護ステーション阿南	徳島県阿南市 2026年2月6日(金)	・中山間地域における訪問看護の魅力を知り、取材
訪問看護ステーション暖	長崎県小値賀町 2026年2月20日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ・離島における訪問看護師の魅力を知り、取材 ・元小値賀町役場で保健師として勤務、地域課題を実感し2025年同町に訪問看護ステーションを開設

Ⅲ-2. ヒアリングまとめ

ヒアリング調査は、人口規模が小さな地域における訪問看護提供の実態を探索的に把握し、地域の実情に応じた取り組みを収集することを目的として実施した。本調査の結果について総括し、以下のとおり整理した。

1. 所在地域で事業運営することの意義

今回のヒアリング調査の対象事業所は、母体が医療機関、地方公共団体、営利法人(個人事業型)など多様であった。地域の状況としては、これまで訪問看護事業所が全くなかった地域や、介護施設の待機者問題、経済的理由により在宅での看取りのニーズが高い地域などがみられた。こうした背景のもと、医療資源が限られる地域であっても、住み慣れた場所で最期まで過ごすことができる体制の構築を使命として運営されている事業所が多く確認された。

2. 人口規模が小さな地域における事業運営の現状・工夫について

人口規模が小さな地域を対象としたヒアリング調査の結果、訪問提供に伴う移動負担が多くのある事業所に共通する課題として挙げられた。長距離移動に加え、冬季の積雪や路面凍結、台風・豪雨後の土砂崩れ、野生動物との遭遇といった自然環境による影響が大きく、さらに山間部ではデジタル地図や通信電波が届かない地域も存在するなど、訪問活動における職員の身体的・精神的負担が挙げられた。

これに対し各事業所では、安全確保の観点から、天候状況によっては訪問に影響が生じることを踏まえ、事前に利用者へ電話連絡を行い状態確認した上で、訪問の延期や中止など柔軟な対応を行っていた。また、リスク管理の一環として、車内への非常食や防災用品の備蓄、鈴やヘッドライトの支給、自作地図の共有といった対策が講じられていた。さらに、休憩所やトイレの確保が困難な地域もあり、行政や郵便局等と連携して利用可能な場所を確保するなど、安全かつ効率的な訪問移動を行うための体制整備が図られている実態が確認された。

人材確保の面では、若年層の都市部流出や条件の良い施設への転職等の影響により、慢性的な人材不足が共通して挙げられた。各事業所では未経験者の積極的採用や非常勤職員の活用、同行訪問による育成など多様な取り組みが行われているものの、人材確保の状況は依然として厳しいことが明らかとなった。その中で、職員からの紹介によるリファラル採用や、週1回勤務など柔軟な働き方の受け入れが、人口規模の小さな地域における人材確保の手段として一定の効果を上げていることが示唆された。

自治体の取り組みとしては、訪問看護事業所が存在しない地域や、職員の退職等により事業継続が困難となった地域において、離島等相当サービスを活用し、人員基準の弾力化を図りながら訪問看護を提供している事例が確認された。しかしながら、制度活用に関する参考事例の蓄積が十分でないことから、制度検討や手続きに一定の負担が生じていることが浮き彫りとなった。このため、制度活用事例の共有や横展開の必要性が示された。また、定住ポイント制度や人材就職支援金制度など、自治体独自の人材確保策に取り組む事例もみられた。

経営面では、広域にわたる訪問に伴う移動の非効率性が収益面に影響を及ぼしていることが課題として挙げられた一方、訪問エリアの集約による移動時間の短縮、病状が安定している利用者に対する訪問回数の調整、専門の研修を受けた看護師との連携によるがん末期や重症度の高い利用者の積極的な受け入れと加算算定などの工夫により、経営の安定化に取り組んでいる事業所もみられた。

3. 24 時間・緊急時対応における現状・工夫

訪問看護においては、利用者の生活を支えるため、緊急時対応や 24 時間対応が求められる場面が多い。これらの体制は、利用者や家族にとって大きな安心につながる一方で、事業所における人員配置や体制整備の面では一定の負担が生じることが指摘されている。

今回のヒアリング調査においても、限られた職員数の中で、管理者を含む少人数の職員でオンコール当番を担っている事業所が多くみられた。そのような状況の中で、24 時間・緊急時対応を維持するため、各事業所では体制の構築と職員の負担軽減の両立に向けた取り組みが行われている実態が確認された。

体制面では、重症度の高い利用者への対応や 24 時間対応など、自事業所のみでの対応が困難な場合、近隣の事業所と協働する体制を構築している地域がみられた。また、夜間出勤後の代休取得やオンコール当番の公平な割り振りなど、早朝・深夜の訪問に伴う移動リスクへの配慮と職場環境の整備が共通して挙げられていた。

さらに、管理者が 24 時間相談に応じ、必要に応じて同行訪問を行う相談支援体制は、経験の浅いスタッフにとって安心して対応できる重要な支援体制となっていた。一方で、多くの事業所において管理者自身が管理業務と訪問業務の双方を担っており、管理者への負担集中が懸念される状況もみられた。

24 時間・緊急時における医師との連携については、訪問診療を行う医師が不在の地域や夜間に連絡が取りにくい地域も存在していた。このため、医師の特性に応じた情報提供や報告方法を工夫するとともに、緊急時に備えて事前に具体的な対応方針を確認しておくことや、夜間対応を想定した包括的な指示書を作成してもらうなど、事前の備えを重視した連携が行われていることが共通して確認された。

4. 関係機関との連携状況

人口減少地域における関係機関との連携は、医療機関、地域内外の訪問看護ステーション、地域包括支援センター、介護サービス事業者など多岐にわたっていた。

訪問看護ステーション間の連携については、小規模事業所が多い地域特性を踏まえ、定期的な管理者会議を通じて利用者の受け入れ可否を事前に調整するほか、職員の病欠時や災害時における相互支援など、地域全体で訪問看護サービスを維持する取り組みが行われていることが浮き彫りとなった。また、地域内に訪問看護事業所が存在しない場合においては、協議会等への参加や近隣市町の事業所との連携により、情報交換や意見交換を行っている実態も見いだされた。

多職種との連携については、地域包括支援センターやケアマネジャーと日常的な相談や定期的な会議を通じて顔の見える関係が構築されていた。さらに、ヘルパー、訪問リハビリ、訪問入浴など地域内の事業所数が限られる中でも、近隣市町の関係機関と連携し、MCS や LINE 等の ICT ツールを活用した情報共有が行われていることが確認された。

また、同一法人が運営する地域密着型サービスの運営推進会議など行政との情報交換の場を通じて地域課題を共有し、課題解決に向けた体制整備が図られている地域もみられた。

医師との連携においては、病院側から把握しにくい在宅での生活状況について、訪問看護師が具体的に情報提供するなどの工夫が行われていた。特に母体が医療機関である事業所では、退院前カンファレンスへの参加や地域連携室との密な情報共有を通じて、円滑な在宅移行を支援している事例が挙げられた。

さらに、母体が地方公共団体立である場合では、訪問看護師が把握した地域の健康課題(熱中症予防や食中毒への注意等)を地域包括支援センターや行政へフィードバックするなど、自治体職員として訪問看護の実務にあたる中で得られた知見が地域に反映されている実態が浮き彫りとなった。

買い物や調理など看護業務以外のエクストラ業務についても、利用者の生活を支える観点からやむを得ず対応する場面があることが多く確認された。その一方で、ケアマネジャーや家族と状況を共有し、訪問介護サービスの導入を促すなど、関係職種間で適切な役割分担を図る取り組みが行われていた。

5. ICT 活用によるメリットと課題

ICT の活用状況については、多くの事業所において専用ソフトを導入し、電子的な記録方法を採用していることが共通して確認された。また、職員の訪問スケジュール管理や請求業務に関するソフトを導入することで、間接業務の省力化を図っている事業所も多かった。

医療機器と ICT を組み合わせた活用事例としては、ポータブルエコーの導入が効果的であった。具体的には、膀胱残尿量の測定や慢性心不全利用者に対する下大静脈の評価を行い、その結果を医師と共有するなどが挙げられた。

また、画像を利用者に提示することで不安の軽減につながるなど、心理的ケアの観点からも有効である事例が報告された。さらに、褥瘡の画像を皮膚・排泄ケア認定看護師(WOC)と共有し、ケア方法の助言を受けるなど、ICT および医療機器を活用した情報共有・連携の実態が浮き彫りとなった。

広範囲への訪問を行う地域特性を踏まえ、事業所内会議にオンライン会議システムを活用している事業所もみられた。また、母体が医療機関である場合には、病院の電子カルテを共有することで入院時の情報把握を円滑に行うなど、医療機関との情報連携を効率化している実態も確認された。

一方で、ICT 活用における課題も指摘された。中山間地域では通信環境が不安定な場合があり、ICT 機器の活用に支障を来す場面があることが挙げられた。また、各種ネットワークツールの維持費や機器の価格上昇によるコスト増が、小規模な訪問看護事業所の運営にとって負担となっていると

の意見も挙がった。さらに、日常業務の多忙さから補助金申請などの事務手続きに十分な時間を確保できない実態も確認された。

今後必要とされる ICT・デジタル技術としては、訪問日以外や悪天候時でも利用者の状態を把握できる「遠隔モニタリング」の導入を求める意見が挙げられた。具体的には、画像を用いて浮腫の状況や薬剤の残量、療養環境の安全性などを確認することで、より適切かつ効果的な指導や支援につなげることが期待されている。

以上のことから、人口規模の小さな地域における訪問看護の提供体制を維持するうえで、看護職員不足に伴う業務負担の軽減や効率化を図るための ICT 活用は、重要な要素であることが示唆された。

6. 専門の研修を受けた看護師との連携状況

今回のヒアリング調査では、ほぼすべての事業所において、専門の研修を受けた看護師との連携が行われていることが確認された。

具体的には、がん性疼痛看護の認定看護師が在籍する事業所では、がん末期患者の受け入れや適切な疼痛管理が可能となっており、麻薬を使用する利用者への同行訪問など、質の高い終末期ケアが実施されている事例が挙げられた。また、皮膚・排泄ケア領域では、病院に所属する WOC とメール等を通じて褥瘡やストーマ周囲皮膚の画像情報を共有し、専門的な助言を受けながらケアを実施することで、ストーマ装具の漏れや皮膚トラブルの改善につながった事例が報告された。これらの連携は、訪問看護師にとって専門的判断を行う際の精神的支えとしても機能していることが示された。

さらに、特定行為研修修了者が在籍する事業所では、胃ろう(PEG)交換や気管カニューレ交換などの医療行為を医師と役割分担しながら実施することで、処置の迅速化や医療提供体制の円滑化に寄与している事例が確認された。また、ICT を活用した遠隔死亡診断に関する研修を受けたスタッフが在籍する事業所もみられ、地域の在宅医療体制に応じた運用が模索されていた。

看護師不足が課題となる地域においては、限られた人的資源の中で一人ひとりの看護師が高度な判断を求められる場面が多い。こうした状況の中で、専門の研修を受けた看護師との連携は、ケアの質および安全性の向上に寄与するとともに、現場の孤立感や心理的負担の軽減にもつながる重要な取り組みであり、訪問看護事業の持続可能性を支える要素であることが示唆された。

7. オンライン診療補助 (D to P with N)

今回のヒアリング調査において、D to P with N を実施していた事業所は 1 事業所のみであった。

当該事業所では、看護師が iPhone の FaceTime を活用し、医師とリアルタイムで連携を行っていた。訪問先の現場において看護師が実施したアセスメント結果を簡潔に報告することで、医師による迅速な判断につなげている実態が確認された。また、こうした遠隔での連携は、利用者や家族に対する治療方針の意思決定支援の場面においても、重要な役割を果たす可能性が示唆された。

一方で、D to P with N の普及に向けては、操作が容易なデバイスの活用や、具体的なモデル事例の共有を通じた理解促進が必要であるとの意見が挙げられた。さらに、看護師が適切に状況判断

を行い医師へ情報提供するための判断能力を高めるとともに、実践を支える標準的な指針の整備が求められることが示唆された。

8. 今後の展望

人員不足や広域にわたる訪問移動などにより業務負担が大きい状況ではあるものの、新任者が入職した際には数か月間の同行訪問を実施するなど、訪問看護の質を担保しつつ安心して業務に従事できるよう体制を整備している事業所がみられた。また、医療資源が限られる地域であることを理由に住民が不利益を被ることのないよう、研修への参加を通じて先進的な知識や技術を習得し、サービスの質の向上に努めたいという意見も聞かれた。

今後の展望としては、サテライトを設置しより広域の地域へ訪問看護を提供したい、あるいは看護小規模多機能型居宅介護への展開や ACP の普及に取り組むことで地域包括ケアの質を高めていきたいといった意見が挙げられた。一方で、管理者自身の年齢や人材確保の困難さを踏まえ、事業の継続や運営形態の見直しを含めた今後の在り方の検討が必要との声もあり、事業運営の持続可能性に対する懸念が示される事例もみられた。

アンケート結果及びヒアリング結果から、取組を分類した。

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
		(エマオ訪問看護ステーション (北海道浦河町・医療法人))	(さど訪問看護ステーション (新潟県佐渡市・J A 共同組合))	(川根本町訪問看護ステーション (静岡県川根本町・地方公共団体))	(のかみ訪問看護ステーション (和歌山県紀美野町・広域連合一般事務組合))	(徳島県看護協会 訪問看護ステーション阿南 (徳島県阿南市・社団法人))	(福岡県築上郡築上町・営利法人 ・個人開業型) ついで訪問看護ステーション	(大分県日田市・医療法人) 訪問看護ステーション青監	(高千穂町訪問看護ステーション (宮崎県西臼杵郡高千穂町・地方公共団体))	島根県美郷町	長崎県小値賀町
事例の 取り組み		・専門 ・ICT ・DtoPwithN	・専門 ・距離	・地方公共団体	・ICT ・地方公共団体	・看護協会 ・大規模 ・多機能化 ・サテライト ・専門 ・距離	・開設年が最近 ・営利法人 ・専門 ・ICT	・多機能化 ・専門 ・距離 ・ICT	・地方公共団体		
人材確保	リファラル雇用による人材確保	○				○	○				
	人員基準の弾力化(離島等相当サービスの活用)									△	○
	自治体独自の取組		○			○				○	○
労働制約がある中での 人材の有効活用	間接業務の省力化(請求ソフト等の活用)	○	○	○	○	○	○	○	○		
	多様な働き方の受け入れ	○				○	○				
	専門性の高い人材を配置することでの経営への貢献	○	○		○	○					
効率的・ 効果的な 運営体制 の整備	電子的な記録方法の導入	○	○	○	○	○	○	○	○		
	安全かつ効率的な訪問移動	○	○	○	○	○	○	○	○		
	ICT・医療機器を活用した情報連携・共有	○	○	○	○	○	○	○	○		
持続可能な24時間 対応への取組	事前指示・調整を含む包括的対応体制	○	○	○	○	○	○	○	○		
	相談支援体制	○	○	○	○	○	○	○	○		
	近隣事業所との協働等による夜間・オンコール体制	○	○					○			
	夜間早朝深夜における訪問移動時のリスク管理の構築	○	○	○	○	○	○	○	○		
医療・介護資源との連携 体制の構築	事業所間連携	○	○	○	○	○	○	○	○		
	協議会等の参加		○	○	○	○	○		○		
	近隣市町の関係機関との連携	○	○	○	○	○	○	○	○		
	行政との情報交換の場の設定	○	○	○		○	○			○	○
質の担保・向上	研修参加	○	○	○	○	○	○	○	○		
	新任者との同行訪問	○	○	○	○	○	○				
	専門の研修を受けた看護師との連携	○	○	○	○	○	○	○			

IV. 人口規模の小さな自治体に所在する訪問看護事業所 におけるサービス提供に係る課題及び解決策に向けて

本事業では、事業概要の記述のとおり、今後を見据えたサービス提供体制強化に向けた検討を行うため、当該地域に所在する訪問看護事業所・他の介護サービスを運営する管理者、へき地医療等に明るい有識者、訪問看護推進に携わる団体等の関係者、介護保険施策に携わる自治体職員により構成された検討委員会(計4回実施)、また、現場での連携の実際を具体的に取りまとめるため実践者によるワーキング委員会(計3回実施)を組織開催した。

なお、検討委員会では、サービス提供体制強化に向けたICT活用及びオンライン診療と訪問看護の連携に関する具体的方策を検討、調査結果及びワーキング委員会での取りまとめを受け提言内容の検討を、ワーキング委員会では、実際の現場として、「人材確保と定着の仕組み」「医療機関・在宅医療との調整と共通ルールづくり」「自治体・看護協会等の関与」「経営基盤と事業継続性の確保」「事業所間の連携、ネットワークの構築」について具体的にどのような方策が考えられるか検討することを主な議論とした。

本章では、各検討委員会における意見を論点に沿って取りまとめた。各種調査結果も踏まえたこれら意見に基づき、提言をまとめた。

検討委員会・ワーキング委員会で作された主な意見は次のとおりである。

【検討委員会とワーキング委員会の開催状況】

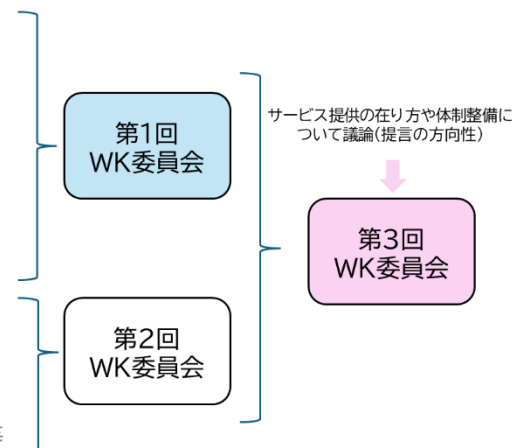
検討委員会	ワーキング委員会
第1回 <ul style="list-style-type: none"> 事業概要説明 人口規模の小さな地域における訪問看護事業の運営、サービス提供体制を検討する上で把握すべき実態について検討 	第1回 <ul style="list-style-type: none"> 事業概要説明 プレヒアリング結果の共有 当該地域での訪問看護提供を検討する上で重要な視点に基づきサービス提供・提供体制を議論
第2回 <ul style="list-style-type: none"> 実態把握すべき内容の検討(調査票の決定) 	第2回 <ul style="list-style-type: none"> 第1回で提示した重要な視点について引き続き議論 アンケート結果の速報値報告とヒアリングで収集すべき内容について
第3回 <ul style="list-style-type: none"> 速報値から実態についてどのように考えるか(解釈)、また、今後強化すべき視点について議論 	第3回 <ul style="list-style-type: none"> 当該地域での訪問看護提供を検討する上で重要な視点に基づき、現状と課題の整理・課題への対応を共有
第4回 <ul style="list-style-type: none"> 実態・議論の整理と提言案について 	第4回 <ul style="list-style-type: none"> サービス提供の在り方や体制整備について議論(提言の方向性)

【第1、2回検討委員会にて示された意見】

- ① 看護師確保が難しい、また人口が減少していく中での事業継続の視点
次のキーワードについてどう考えているのか、実態を把握したい
「人材確保」・「経営(距離の問題含)」・「事業継承」・「事業の将来像や展望」
- ② 現状においても厳しい事業運営状況が予想される中での事業継続性も含めた地域での役割、多様な機関との連携の視点
次のキーワードについてどのように実践しているのか、実態を把握したい
「連携の取り方」・「拠点化の動き」・「公的な色を持った所が担う役割」
- ③ 現状においても厳しい事業運営状況が予想される中で、実際にどのように訪問看護提供を行っているのかという視点
次のキーワードについてどのように実践しているのか、実態を把握したい
「困難をどのように乗り越えたのか」・「ICT活用の実際と可能性」・「エクストラ」
- ④ さらに人口減少が進んでいくことが見込まれる中で、分析を通して得られる知見は何か

【第1、2回検討委員会の意見とワーキングでの議論内容】

- 人材確保と定着の仕組み ① ③
どのような仕組みが必要か、
該当地域での生活・看護にどう魅力を感じてもらうか
- 医療機関・在宅医療との調整と共通ルールづくり ② ③
ドクターの不足への対応、共通ルールの取組
- 自治体・看護協会等の関与 ② ③
補助金等の必要な取組、公的・公益機関との連携
- 経営基盤と事業継続性の確保 ① ② ③
物理的な移動距離をどのように工夫していくか等
- 事業所間の連携、ネットワークの構築 ② ③
事業所間連携、相互補完、介護事業所やケアマネとの連携等



1. 人材の確保と定着に向けた方策

【人材確保】

人材の確保に向けては、全国的に人材確保が難しくなっている中、求職者が希望する就業形態に応じて週1回での勤務やリファラル雇用等も含めた多様な働き方を受け入れることを前提とした訪問看護提供体制の整備が必要である。特に、過疎地域における訪問看護師の業務内容やそのやりがいについては、訪問看護事業所・関係団体・行政が一体的に広く発信し、職業としての魅力を訴求する取組を推進することが求められる。加えて、訪問看護事業所及び関係団体では学生実習やインターンシップを通じて、訪問看護や離島・中山間地域における看護の実際を体験できる機会を確保し、将来的な従事者の確保につなげていくことが重要である。

さらに、個々の事業所単独での人材確保には限界があることから、大学や関係団体等が人材を一定程度プールし、離島・中山間地域における短期就労や一定期間の実働型インターンを斡旋するなど、広域的な人材確保の仕組みを構築する必要がある。その際、訪問看護の就業先としての魅力を高める観点から、医療機関に勤務する看護職と遜色のない処遇を確保することも重要な課題である。また、今後さらに人口減少が進行する地域においては、限られた人材を有効に活用する観点から、国及び地方公共団体は報酬や人員配置基準等の制度について柔軟な運用を図るとともに、サービスの質を適切に担保することが求められる。

【人材の定着】

人材の定着に向けては、看護職が継続的に学び、成長できる機会を確保することが重要である。具体的には、関係団体においてeラーニングを活用した基礎教育の実施や最新技術を学習できる教育モデルの構築など、継続的な能力開発を支援する仕組みの整備が必要である。

また、関係団体及び地方公共団体はオンラインによる相談体制を構築し、管理者のみならず、医師や専門的な研修を受けた看護師に随時相談できる環境を整備することにより、安心して就業できる体制を確保することが重要である。

さらに、24時間対応に伴う負担については、予測的な関わりを通じて緊急コールの発生を未然に防止できる可能性がある。これらのアセスメントを通じて、訪問看護事業所では医師と連携を密にし、事前指示や包括的指示の活用を推進していくことが有効である。

2. 医療機関・在宅医療資源との連携・調整の在り方

人口規模が小さな地域に所在する訪問看護事業所においては、限られた人員の中で安定的にサービスを提供する観点から、事前指示及び包括的指示の活用を一層推進することが重要である。また、医師不足への対応も含め、関係職種間の情報連携やアセスメント機能を強化するため、ICT機器等の積極的な導入・活用を進める必要がある。その際、国及び地方公共団体は、導入や運用に係る財政的支援を併せて講じることが求められる。

加えて、在宅医療資源が乏しい地域においては、必要な医療提供体制を補完する方策として、オンライン診療を必要時活用できるよう、それを担う医師の確保に向けた支援を行うことが重要である。さらに、土日や夜間、緊急時の対応に伴う負担を軽減するためには、訪問看護事業所は近隣の訪問看護事業所との協働を通じて、対応負担を分散できる体制を構築することも考えられる。

また、訪問看護師が本来の看護業務に専念できる環境を整備する観点から、訪問看護事業所では煩雑な管理業務の内容を精査し、その削減を図ることが重要である。そのうえで、事務職の配置、業務のアウトソーシング、ICTの活用等を推進し、業務運営の効率化を図ることが求められる。

3. 自治体や関係組織の支援の在り方

訪問看護資源が乏しい地域において必要な提供体制を確保していくためには、まず市町村及び関係団体が、当該地域の実態を的確に把握することが必要である。そのうえで、住民の在宅生活や療養に係るニーズを踏まえ、地域において求められる訪問看護資源の在り方について検討を行うことが重要である。

また、住民ニーズに基づき必要な人材や資源の確保を図ることが困難な場合には、市町村は地方公共団体による訪問看護事業所の設置も選択肢として視野に入れつつ、対応を検討する必要がある。あわせて、訪問看護における特例居宅介護サービス費等の横展開を図る観点から、先行事例を整理した事例集等を整備し、各地域における取組の参考とすることが求められる。

さらに、訪問看護事業所は事業運営を維持するためには、車両及びICTの活用に係る維持費への支援が不可欠である。具体的には、ガソリン代やタイヤ代といった車両関連経費に加え、ICT機器の運用に伴うランニングコスト等に対する補助を講じる必要がある。

加えて、法人の枠を超えた訪問看護事業所間の連携を実現するためには、自治体が中立的な仲介役として関与することが重要である。とりわけ、市町村域を越えた広域連携による提供体制の構築を進める観点から、自治体による調整・支援機能を強化していく必要がある。

4. 事業継続のための経営基盤安定化の方策

離島・過疎地域等においては、物理的な移動距離そのものを解消することが困難であることから、訪問看護事業所は直行直帰の推進、ICTの活用、他サービスとの調整等を通じて、移動に伴う負担の軽減を図ることが重要である。また、ICT活用の一層の推進に向けては、現場での活用を想定した実践的な研修を実施するとともに、今後の展開を見据え、関係団体はオンライン診療の補助等にも対応可能な継続的な研修体制を構築することが求められる。

さらに、訪問看護事業所は専門的な研修を受けた看護師との連携を通じて看取り体制の強化を図るとともに、関連する加算の算定を進めることにより、事業所収入の安定化につなげていくことが重要である。加えて、離島・過疎地域等の実情に即した訪問看護の提供を支える観点から、国による地域特性を踏まえた加算対象地域の検討も必要と考えられる。

また、限られた医療・看護資源を効果的に活用するためには、訪問看護事業所はサテライトの活用も含めた拠点化を進め、医療・看護機能の集約と連携体制の構築を図ることが重要である。

あわせて、訪問看護師が本来の看護業務に専念できる環境を整備する観点から、訪問看護事業所自らが煩雑な管理業務の内容を精査し、その削減を図ることが重要である。そのうえで、事務職の配置、業務のアウトソーシング、ICTの活用等を推進し、業務運営の効率化を図ることが求められる(再掲)。

5. 地域内における関係機関間の連携体制及び医療機関と訪問看護事業所間の看看連携体制の構築

関係機関間の連携を効率的に進めるためには、訪問看護事業所はオンライン化及びペーパーレス化を推進し、訪問看護事業所に限らず地域全体で ICT の活用を進めていくことが重要である。とりわけ、情報共有や連絡調整に係る負担の軽減、連携の迅速化及び円滑化を図る観点から、業務プロセスのデジタル化を一層推進する必要がある。

また、医療機関と訪問看護事業所がオンラインで円滑に連携できる仕組みを構築し、利用者情報の共有や支援方針の調整を適時適切に行うことが求められる。これにより、地域における継続的かつ一体的な在宅療養支援体制の強化が期待される。

さらに、訪問看護をはじめとした地域の看護人材の業務負担軽減に資する観点から、関係機関が相互に連携し、効率的に役割分担を行うための枠組みを整備することが必要である。こうした連携の枠組みを通じて、限られた看護人材を有効に活用し、地域における持続可能な看護提供体制の構築につなげていくことが重要である。

V. 人口規模の小さな自治体に所在する訪問看護事業所 におけるサービス提供に係る提言

ここまで、人口規模の小さな自治体に所在する訪問看護事業所が夜間及び休日を含む 24 時間対応可能な訪問看護サービス、看護職員の業務の効率化に資する ICT の活用、専門性の高い看護師による訪問看護サービスの提供を可能にする方策について、実態調査による現状把握から有識者による検討、先進的取組から今後、どのようにサービス提供体制を強化していくべきか検討・整理してきた。

前章のまとめのとおり、当該地域に所在する訪問看護サービスの提供体制を強化する上で、重要な各視点において具体の方策が取りまとめられたところであるが、ワーキング委員会の意見では「提言に向けた方策の中には重複するものも多いため整理が必要」との指摘と合わせて、「大きな方向性、ビジョンを示した新たな提言」の必要性についても言及された。これらの意見を踏まえ、次頁図のとおり各種方策が何の目的のために実施されるのかに照らして分類し、検討委員会で協議した結果、大きく以下の3点に提言として集約された。

〈人材確保・人材の定着のための提言〉

1. 人口規模の小さな自治体への必要な訪問看護人材の流れを創出する仕組みを構築する

〈負担を軽減し持続可能性を高めるための提言〉

2. テクノロジーも駆使し効果的かつ効率的な訪問看護の提供体制を構築する

〈住民ニーズに応える在宅療養支援サービスの確保のための提言〉

3. 地域のインフラとして存続させるため予算的措置のうえ体制整備及び支援に取り組む

以降、各提言について、その背景となる現状及び課題、そして提言の実現に向けた具体の取組を提示する。なお、具体の方策の実施主体を以下の提言先の表記の整理とした。

- ・訪問看護事業所：指定訪問看護事業所(指定訪問看護ステーションを含む)
- ・関係団体：地域ごとの訪問看護ステーション連絡会や都道府県看護協会、当財団等の全国規模の団体
- ・市町村：市町村単位の基礎自治体
- ・地方公共団体：市町村及び都道府県(保健所も含む)
- ・国：制度所管省庁

○ 人材の確保と定着に向けた方策

〔人材確保〕

- ・多様な働き方を受け入れることを前提とした訪問看護提供体制の整備
- ・過疎地域における訪問看護師の活動ややりがいを広く発信し、職業の魅力を伝える取り組みを推進
- ・学生実習やインターンを通じて、訪問看護や離島・中山間地域を体験できる仕組みの構築
- ・事業所単独での人材確保には限界があり、大学や団体が人材をプールする、離島・中山間地域の実働型インターンなどを斡旋するなどのシステムの構築
- ・魅力の一つとして医療機関の看護職とも遜色ない処遇の確保が重要
- ・人口がさらに減少していく地域の中で人材を有効活用するための報酬・基準といった制度の柔軟な運用と質の担保

〔人材定着〕

- ・学べる、成長できる機会の確保(eラーニングによる基礎教育や最新技術を学習する教育モデルの構築)
- ・オンラインによる相談体制の構築(安心な就業環境の提供⇨管理者のみならず医師や専門の研修を受けた看護師といつでも相談ができる体制)
- ・24時間対応の負担については予測的な関わりによる緊急コール予防が可能であり、事前指示・包括的指示を推進

○ 医療機関・在宅医療資源との連携・調整の在り方

- ・人口規模が小さな地域に所在する訪問看護事業所における事前指示、包括的指示の推進
- ・医師不足への対応も含めた情報連携、アセスメントをより高めるための積極的なICT機器等の導入と活用(これに対する財政的支援)
- ・在宅医療資源が乏しい地域におけるオンライン診療の積極的な導入と担当医師の確保支援
- ・近隣の訪問看護事業所と協働し、土日や夜間・緊急時の負担を分散できる体制の構築
- ・看護業務に専念するため、煩雑な管理業務を精査・削減し、事務職の配置、業務のアウトソーシングやICTの活用などを推進

○ 自治体や関係組織の支援の在り方

- ・自治体、関係団体による訪問看護資源が乏しい地域の実態把握が必要
- ・住民の在宅での生活や療養に係るニーズに基づく資源の在り方の検討が必要
- ・住民ニーズに基づき新たな人材や資源の確保が難しい場合は地方公共団体の事業所設置も視野に対応を検討することが必要
- ・訪問看護における特例居宅介護サービス費等の横展開に向けた事例集等の整備
- ・事業運営を維持する上で不可欠な車輻・ICT利用の維持費(ガソリン・タイヤ代のほかランニングコスト等)への補助金が必要
- ・法人の枠を超えた連携を実現するため、自治体が中立的な仲介役として関与することが必要(市町村域を越える広域連携による提供体制の構築)

○ 事業継続のための経営基盤安定化の方策

- ・物理的な移動距離への対応は難しいため直行直帰、ICT等の活用や他サービスとの調整など移動負担の軽減を推進
- ・ICT活用推進に向けた実践的研修およびこれからの見据えたオンライン診療補助等に対応可能な継続的研修体制の構築
- ・専門の研修を受けた看護師との連携による看取り体制強化や加算算定を通じた収入の安定化
- ・離島・過疎地域等に即した加算の見直し
- ・サテライトの活用も含めた拠点化による医療・看護機能の集約・連携体制の構築
- ・看護業務に専念するため、煩雑な管理業務を精査・削減し、事務職の配置、業務のアウトソーシングやICTの活用などを推進(再掲)

○ 域内における関係機関間の連携体制及び医療機関と訪問看護事業所間の看連携体制の構築

- ・連携手段の効率化のためオンライン化、ペーパーレス化を推進(訪問看護事業所に限らないICT活用の推進)
- ・医療機関と訪問看護ステーションがオンラインで連携できる仕組みを構築
- ・訪問看護をはじめとした地域の看護人材・業務負担軽減に資する連携の枠組みが必要

人口規模の小さな自治体への必要な訪問看護人材の流れを創出する仕組みを構築する【提言1】

テクノロジーも駆使し効果的かつ効率的な訪問看護の提供体制を構築する【提言2】

地域のインフラとして存続させるため予算的措置のうえ体制整備及び支援に取り組む【提言3】

〈人材確保・人材の定着のための提言〉

1. 人口規模の小さな自治体への必要な訪問看護人材の流れを創出する仕組みを構築する

【提言の背景（現状と課題）】

- ・人材確保は、地域に限定したものではなく我が国における大きな社会的課題となっている
- ・特に人口規模の小さな自治体群では、人材確保のための補助金の活用が十分でないなど、支援施策が届きにくいことや事業所単体での取組にも限界があるところ、看護職員の採用支援への期待感が薄い
- ・人材が当該地域に移動するということは、すなわち移住を意味し、自治体を中心とした「まちづくり」に関連した施策に依るところが大きい
- ・実際に、一部地域では、定住クーポンなどを活用し、医療・介護の専門資格を有する者が当該地域で就業・居住した場合にポイントとして金銭的な特典を付与する仕組みも存在する
- ・また、移住を検討する上では、当該地域での訪問看護のやりがいなど魅力発信も必要との指摘もあり、市町村のみならず都道府県、関係団体も一体的に発信していくことが必要である
- ・例えば、日本看護協会では、特設サイト「離島・へき地等で活躍する看護職」を公開しており、離島・へき地等における看護を知るセミナーも開催し魅力発信を行っている
- ・他方、新たな人材の確保のためには、その人材が移動することが必須であるが、短期的にでも就労してもらうことの意義も大きいとの意見もあった
- ・人材確保の観点からは、インターンやワーキングホリデーの受け入れ、地域の文化・自然・食などの資源と訪問看護を組み合わせた就業機会の創出、さらには他業種との連携等により、地域と一体化した人材確保の仕組みづくりが必要ではないかとの意見も挙げられた
- ・実際に、離島に所在する事業所では離島の暮らしに憧れて移住してきた看護師を短期で雇用し、一時的にも現地就業者の負担を軽減してくれたりするのに有効であったことを報告していた
- ・また、現地就業者の多様な働き方(週に1日だけや3～4時間の短時間勤務等)やリファレル雇用もあわせて受け入れることで、人材に限られた中でも継続してサービス提供ができる体制を確保していた
- ・しかし、小さな自治体群に所在する事業所は総じて他の地域よりも従事者の規模も小さく、オンコール対応も限られた職員のみで対応し、一職員あたりの負担が大きい状況にある。これらの負担軽減をどう図るかも課題である
- ・このため、直ちに人材の移動が生じることは難しく、現状の負担感軽減のための施策も併せて打ち出す必要がある
- ・以上のとおり、人的環境においては苦しい状況におかれつつも事業として継続している根底には、「家にいたい」という住民ニーズに応えることへの理念・方針がいずれの先進事例においても共通していた
- ・こうしたニーズに実行性のある体制で応え、提言の実現に向けた取組を次のとおり提示する

【提言の実現に向けた取組】

(1) 事業所・関係団体・行政の一体的な訪問看護の魅力発信

国及び地方公共団体

標記の仕組みの構築と魅力の発信に向け新たに予算的措置を講じる

関係団体

会員等のネットワークを通じ訪問看護体験の普及・広報など魅力発信に努める

事業所

訪問看護体験や魅力発信の一環として体験者等の受入を積極的に行う

(2) 訪問看護への看護職の流れの創出

関係団体

訪問看護体験の仕組みの応用やインターンシップ、ワーキングホリデーのような一定期間の就労もセットとなった人材が流れる仕組みづくりに新たに取り組む

国及び地方公共団体

上記の取組を支援するとともに人材確保策を検討する場を設定する

(3) 看護職員の多様な働き方の活用

事業所

直行直帰や短時間勤務といった柔軟な働き方を受け入れた人材確保に取り組む

事業所

上記の働き方を受け入れるための訪問看護提供方法(チームナーシングや同行訪問など)や記録等の間接業務を遠隔で実施できる体制を整備する

国及び地方公共団体

上記の取組が実行できるよう処遇にも配慮した財政的支援を新たに行う

〈負担を軽減し持続可能性を高めるための提言〉

2. テクノロジーも駆使し効果的かつ効率的な訪問看護の提供体制を構築する

【提言の背景（現状と課題）】

- ・ 本事業で焦点をあてた「人口規模の小さな自治体」においては、訪問看護事業所のみならず在宅医療を担う医療資源も乏しい状況であった
- ・ 訪問看護を提供する過程においては、近隣市町村に所在する医療機関から訪問看護指示書が交付されるなど連携先が多岐に渡る実態があり、情報連携も様々である
- ・ そういった状況の中、ICT 活用による効果では、当該地域に所在する事業所において主治医や医療機関の関係職種との情報連携による効果が十分に感じられていない状況が確認できた反面、医療機関と併設する訪問看護事業所も一定割合存在し、効率的な情報連携がされていた
- ・ また、その他の効果として、24 時間対応や緊急時の迅速な情報把握につながり、結果ストレスが軽減するという効果も一定割合確認できたものの小さな自治体群に所在する事業所では、その認識が低かった
- ・ そして、日々の訪問看護提供の中では、相談相手も乏しく、専門性の高い看護師と訪問看護の連携は、他の地域と比較して取り組まれている状況にあり、利用者にとって適切なケアを提供するための支援ニーズも一定確認され、有機的な連携が望まれる
- ・ さらには、訪問看護管理者研修の同行訪問を機に管理者のネットワークが形成でき、研修会の共同開催やMCSを活用した随時相談が可能な連携体制が整備された事例も確認され、横のつながりを如何に創出していかも重要な視点である
- ・ 他方、訪問に伴う移動の負担の観点では、自然環境の影響を踏まえ、天候状況に応じて訪問前に利用者へ電話連絡し状態確認を行っていることが確認された
- ・ 利用者の安心の確保や充実した療養支援に向けては、訪問日以外や悪天候時でも利用者の状態把握を可能とする遠隔での療養指導の可能性と共に副次的な訪問看護師の負担軽減への効果も期待されていた
- ・ そうした中では、利用者の重症化予防や安心の確保、看護職間の連携の観点から、計画された訪問看護の提供に加え、テレナーシング※の活用についても言及され、活用可能性について検討すべきとの意見もあった
- ・ また、医療資源が乏しい環境においては、オンライン診療も定期的な診療の一環として実施されており、訪問看護事業所がオンライン診療補助を実施し、利用者等の通院負担の軽減や安心につながっていた
- ・ しかし、ICT 機器等の導入・活用における課題として、導入費用とランニングコストが指摘されている
- ・ 導入に係る費用補助は行政により準備されているものの、連携そのものやオンライン診療補助等に係る実務への対価は現行の介護報酬制度（訪問看護費及び介護予防訪問看護費）においてはなく、質・効率性の観点から ICT 機器等は必須のツールである一方、持続可能性への支援が乏しい現状である

- ・ 他方、事業所側の費用補助の活用状況も十分ではなく、支援内容を把握または認知できていないことも課題の一つである
- ・ このため、当該地域の事業所においては従事者の規模も小さく、補助事業等の申請に係る書類の準備まで手が回らないといった声もあり、支援が確実に届くよう関係団体による後方支援の必要性について言及された
- ・ 訪問看護提供の観点では、当該地域において移動に要する時間は政令市・その他市町に所在する事業所と大きな差はないものの、移動距離が長い利用者が点在し、総じて一回あたりの訪問看護提供に要する時間が長いことが確認された
- ・ このため、物理的な移動距離を縮めることは不可能であるが、効率的な訪問ルートや遠隔で記録が実施できる体制の整備など間接業務に要する時間の削減に注力する必要がある
- ・ しかし、地域によっては通信環境が悪くオンライン環境を保てない中山間地等も存在し、ICT 機器等と紙媒体による記録の両方を運用している事例もあった
- ・ そうした中においては、当該地域での活用例の横展開など研修・講習などのニーズもあり、導入・活用に向けた支援の必要性も考えられた
- ・ さらには、こうした間接業務や調整業務は管理者や固定の職員への負担が偏っていることの指摘もあり、看護業務に専念できるよう事務職員の雇用や業務のアウトソーシングの必要性に係る意見もあった
- ・ これらの実務を少ない人員体制でこなしながら、24 時間・緊急時の対応体制を維持する上では、対応が困難な場合、近隣の事業所と協働する体制を構築している地域も確認された
- ・ しかし、法人の違いによる連携の難しさに関する指摘もあり、異なる法人間の連携体制の協議においては自治体の中立的な介入が必要との意見もあった
- ・ さらに、訪問診療医が不在または夜間連絡が困難な地域においては、緊急時に備えた事前の対応方針の確認や包括的指示の確認など、事前準備を重視した医師との連携も行われていた
- ・ こうした現状に対して、提言の実現に向けた取組を次のとおり提示する

※:テレナーシングについては、日本在宅ケア学会では『情報通信技術 (ICT) と遠隔コミュニケーション (Telecommunication) を通じて提供される看護活動』と定義されている。日本看護科学学会の看護学を構成する重要な用語集においても、上記の定義が同様にされており、「看護職とケアの利用者間で行われるものと、看護職間の専門的支援の 2 タイプがある」とされている。前者では、「ICT を利用し、音声、画像、映像、心身情報などをもとに看護職が離れた地点で暮らす利用者とその家族のアセスメントを行い、遠隔コミュニケーションを通じて、情報提供、相談、教育、および保健指導を提供するもの」とされ、後者では、「看護職間の遠隔カンファレンスや教育・指導など」とされている。遠隔コミュニケーション手段には、PC、タブレット端末、スマートフォン、スマートスピーカー、一般電話などの情報通信機器を用いるとされており、本事業では、これら 2 タイプを含めてテレナーシングと定義する。

【提言の実現に向けた取組】

(1) テレナーシング・D to P with N の活用

事業所

医療・介護の複合ニーズを抱える高齢者に対し質の高い訪問看護提供ができるようテレナーシングも活用した看護活動を展開する

事業所

改正医療法に基づくオンライン診療及び D to P with N を理解し新たに必要な医療が利用者に届けられるよう積極的に関与する

関係団体

他機関に所属する専門性の高い看護師と訪問看護の連携が取れるよう機会の創出等に努める

学術団体

利用者に安心してテレナーシングや D to P with N を活用してもらえよう有用性について学術的に検証する

国及び地方公共団体

持続可能な体制整備支援として上記の取組に係る財政的支援や制度上の誘導に取り組む

(2) 負担軽減に資する ICT 活用

事業所

事業所内外での情報確認・連携のため ICT 機器を導入・活用し間接業務の効率化を図る

関係団体

ICT 機器の導入・活用例について事例集や研修等を通じて現場に提供する

関係団体

事業所が所在する地域及び周辺地域の訪問看護師が顔の見える関係性を構築するための機会を確保しネットワーク形成に努める

関係団体

補助金に係る情報提供や活用のための助言など後方支援に取り組む

国及び地方公共団体

上記の取組が実施できるよう財政的支援のほか相談体制構築の支援を行う

(3) 持続可能な 24 時間対応体制

事業所

連携可能な訪問看護事業所がある場合には相互に 24 時間対応を担うなど体制を構築する

事業所

利用者の療養を柔軟に支援できるよう主治医と緊密に連携し事前指示を包括的にもらうなど医師・看護師双方の効率的な連携方法について検討する

地方公共団体

医療機関や他の事業所との連携体制構築に際し、必要に応じて中立的に介入し連携を促進する

〈住民ニーズに応える在宅療養支援サービスの確保のための提言〉

3. 地域のインフラとして存続させるため体制整備及び支援に取り組む

【提言の背景（現状と課題）】

- ・ 人口規模の小さな自治体に所在する事業所においては、人材確保が難しく、一事業所・一看護師あたりが抱える利用者数も他の自治体群と比較し少ない状況にあり、さらには移動に係るコストも高い厳しい経営環境にある
- ・ 現行制度における特別地域加算の対象地域は、過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法等、各法で規定される地域に該当しつつ、人口密度が希薄であること、交通が不便であること等の理由によりサービスの確保が著しく困難である場合に自治体が厚生労働大臣に協議し認められた地域が対象であり、必ずしも人口減少や資源の状況を反映している状況ではない
- ・ 特別地域加算を算定した場合であっても、一看護師の生産性は他の自治体群よりも乏しいことも踏まえれば、利用者を如何に広域的に確保するかという問題も生じる
- ・ また、専門職という新たな人材の確保が難しい中、人口 2 万人未満の自治体では自ら訪問看護事業に取り組んでおりその割合も他の自治体と比較して高い
- ・ そして、人員確保が直ちに難しい場合、訪問看護サービスにおいては特例介護サービス(離島等相当サービス)も存在するが、その活用は極めて少ない状況にあり、今後の看護職員の確保の観点からも離島等相当サービスの積極的な活用が期待される
- ・ 一方、当該制度の活用に関しては、本来の基準を下回る状況での事業運営になるため質の担保に関する懸念する意見もあった
- ・ 厳しい経営環境にある中では、いわゆる民間法人であれば収支差が 0 以上でなければ持続は難しい
- ・ 収支バランスも保ちながら事業運営するという観点では、医療機関や介護事業所との併設型が安定していることも確認でき、効率的な人材活用や一体的な支援が可能となっていた
- ・ こういった実情がある中では、訪問看護事業所が減少または増える見込みがない場合に、近隣市町村の事業所からサービス提供を受けることを考えている自治体が多かった
- ・ そして、訪問看護提供に係る制度上の課題として、供給体制の脆弱性(人材面)や自治体間での提供体制づくりに対して課題認識を持っており、提供体制の維持に向け、近隣自治体との連携や財政的支援の必要性に係る意見があった
- ・ さらには、介護資源も乏しい地域においては、利用者からの生活支援に係るニーズもあり、訪問看護がエクストラ業務を担う現状もあった
- ・ こうした実態からも、一定の機能の集約化・拠点化が必要であると同時に「どこが」担うかとの指摘もあり、必要なインフラとして自治体立の訪問看護事業所が活躍している事例も確認された
- ・ 新たな地域医療構想においては構想区域の広域化、外来・在宅、介護との連携等も対象となり、介護保険制度の見直しに関する意見においても在宅医療・介護との連携の推進のため当該構想との接続の観点が示されている
- ・ 政策の方針に照らしては自治体単位ではなく、広域での検討も必要であり、提言の実現に向

けた取組を次のとおり提示する

【提言の実現に向けた取組】

(1) 訪問看護提供体制の在り方の検討

事業所

周囲の訪問看護事業所を把握しサービス提供範囲や対象の整理を図る

事業所

自事業所の経営状況やサービス提供状況など事業運営の現状や課題について介護保険行政を担う市町村職員と情報共有する

関係団体

2次医療圏単位など広域での顔の見える関係性構築のための機会の確保(再掲)

市町村

地域ケア会議や事業者連絡会等の機会を活用して、住民の在宅療養に係るニーズとともに訪問看護資源の状況も合わせて把握する

市町村

管内の訪問看護提供体制がないまたは厳しい場合は、隣接する訪問看護資源からのサービス提供が可能かの確認とともに新たに自治体立事業所の設置や特例介護サービスの活用可能性について検討する

地方公共団体

現存する訪問看護資源が対応する訪問範囲を踏まえた移動コストに係る財政的支援を行う

(2) 機能集約・拠点化

事業所

所在地域の医療機関や他の介護サービス事業所等との密な連携体制を構築する

事業所

母体組織開業型の事業所においては法人内での多機能化や拠点化について検討する

市町村

医療機関や他の事業所との連携体制構築に際し、必要に応じて中立的に介入し連携を促進する

(3) 広域での連携・支援の創出

国

地域における看護人材の活用を推進するため、法人(医療連携推進法人や社会福祉連携推進法人)や事業所間の連携を促進する仕組みを新たに整備する

提言1 人口規模の小さな自治体への必要な訪問看護人材の流れを創出する仕組みを構築する

提言の実現に向けた取組

<p>(1) 事業所・関係団体・行政の一体的な訪問看護の魅力発信</p> <p>国・地方公共団体 標記仕組みの構築と魅力の発信に向け新たに予算的措置を講じる</p> <p>関係団体 会員等のネットワークを通じ訪問看護体験の普及・広報など魅力の発信に努める</p> <p>事業所 訪問看護体験や魅力発信の一環として体験者等の受入を積極的に行う</p>	<p>(2) 訪問看護への看護職の流れの創出</p> <p>関係団体 訪問看護体験の仕組みの応用やインターンシップ、ワーキングホリデーのような一定期間の就労もセットとなった人材が流れる仕組みづくりに新たに取り組み</p> <p>国・地方公共団体 上記の取組を支援するとともに人材確保策を検討する場を設定する</p>	<p>(3) 看護職員の多様な働き方の活用</p> <p>事業所 柔軟な働き方に対応した人材確保と、それを受け入れるための訪問看護提供方法(チームナーシングや同行訪問など)や間接業務を遠隔で実施できる体制を整備する</p> <p>国・地方公共団体 上記の取組が実行できるよう処遇にも配慮した財政的支援を新たに行う</p>
--	--	---

<p>先進的な事例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定住クーポンなどを活用し、医療・介護の専門資格を有する者が当該地域で就業・居住した場合にポイントとして金銭的な特典を付与する仕組み(地方公共団体) ・離島・へき地等における看護を知るセミナー開催(現地での医療や看護活動について実態や就業にあたっての支援等について紹介)(関係団体) ・タブレットを全職員に配布し事業所に戻らず直行直帰を可能とする体制や、週1回勤務など多様な働き方を受け入れている(事業所) 	<p>○具体的方策の実施主体を以下の提言先の表記の整理(全提言について共通)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護事業所: 指定訪問看護事業所(指定訪問看護ステーションを含む) ・関係団体: 地域ごとの訪問看護ステーション連絡会や都道府県看護協会、当財団等の全国規模の団体 ・市町村: 市町村単位の基礎自治体 ・地方公共団体: 市町村及び都道府県(保健所も含む) ・国: 制度所管省庁
--	---

現状(人材不足・確保困難)と解決に向けた糸口

組織的な魅力発信および普及啓発	多様な人材確保と柔軟な人材活用の推進	限られた人員でも持続可能な体制の構築
-----------------	--------------------	--------------------

提言2 テクノロジーも駆使し効果的かつ効率的な訪問看護の提供体制を構築する

提言の実現に向けた取組

<p>(1) テレナーシング・D to P with Nの活用</p> <p>事業所 医療・介護の複合ニーズを抱える高齢者に対し、質の高い訪問看護提供ができるようテレナーシングを活用する。また、オンライン診療及びD to P with Nを理解し、新たに必要医療が利用者に届けられるよう積極的に関与する</p> <p>関係団体 他機関に所属する専門性の高い看護師と訪問看護の連携が取れるよう機会の創出等に努める</p> <p>学術団体 利用者に安心してテレナーシングやD to P with Nを活用してもらえるよう有用性について学術的に検証する</p> <p>国・地方公共団体 持続可能な体制整備支援として上記の取組に係る財政的支援や制度上の誘導に取り組む</p>	<p>(2) 負担軽減に資するICT活用</p> <p>事業所 事業所内外での情報確認・連携のためICT機器を導入・活用し間接業務の効率化を図る</p> <p>関係団体 ICT機器の導入・活用例を事例集や研修等を通じて現場に提供するとともに、地域および周辺地域の訪問看護師が顔の見える関係性を構築できる機会を確保し、ネットワーク形成に努める。また、補助金に関する情報提供や活用に向けた助言などの後方支援に取り組む</p> <p>国・地方公共団体 上記の取組が実施できるよう財政的支援のほか相談体制構築の支援を行う</p>	<p>(3) 持続可能な24時間対応体制</p> <p>事業所 連携可能な訪問看護事業所がある場合には相互に24時間対応を分担する体制を整えるとともに、主治医と緊密に連携して事前指示を包括的に受けるなど、医師と看護師が効率的に連携できる仕組みを検討する</p> <p>地方公共団体 医療機関や他の事業所との連携体制構築に際し、必要に応じて中立的に介入し連携を促進する</p>
--	--	--

<p>先進的な事例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ICT導入支援事業費補助金の交付など(地方公共団体) ・MCSを活用し、訪問看護連絡協議会内で随時相談が可能な環境を整備(関係団体) ・夜間や緊急時にその都度医師へ確認を行わなくても対応できるよう、包括的な指示内容をあらかじめ設定している(事業所)
--

現状(限りある資源で質と効率の確保が必要)と解決に向けた糸口

遠隔での状態把握や療養支援等による利用者への安心確保	業務の効率化と後方支援体制の整備	近隣事業所との協働・法人間連携における自治体関与
----------------------------	------------------	--------------------------

提言3

地域のインフラとして存続させるため予算的措置のうえ体制整備及び支援に取り組む

提言の実現に向けた取組

(1) 訪問看護提供体制の在り方の検討	(2) 機能集約・拠点化	(3) 広域での連携・支援の創出
<p>事業所 所在地域周囲にある訪問看護事業所を把握し、サービス提供範囲や対象の整理を図る。また、自事業所の経営状況やサービス提供状況など事業運営の現状や課題について介護保険行政を担う市町村職員と情報共有する</p> <p>関係団体 2次医療圏単位など広域での顔の見える関係性構築のための機会の確保(再掲)</p> <p>市町村・地方公共団体 市町村は地域ケア会議や事業者連絡会等を活用し、住民の在宅療養ニーズと訪問看護資源の状況を把握する。その上で体制が不足・困難な場合には、隣接地域からのサービス提供の可否を確認し、新たに自治体立事業所の設置や特例介護サービスの活用も含めて対応を検討する</p> <p>地方公共団体においては、現存する訪問看護資源が対応する訪問範囲を踏まえた移動コストに係る財政的支援を行う</p>	<p>事業所 所在地域の医療機関や他の介護サービス事業所等との密な連携体制を構築する。母体組織開業型の事業所においては法人内での多機能化や拠点化について検討する</p> <p>市町村 医療機関や他の事業所との連携体制構築に際し、必要に応じて中立的に介入し連携を促進する(再掲)</p>	<p>国 地域における看護人材の活用を推進するため、法人(医療連携推進法人や社会福祉連携推進法人)や事業所間の連携を促進する仕組みを新たに整備する</p>

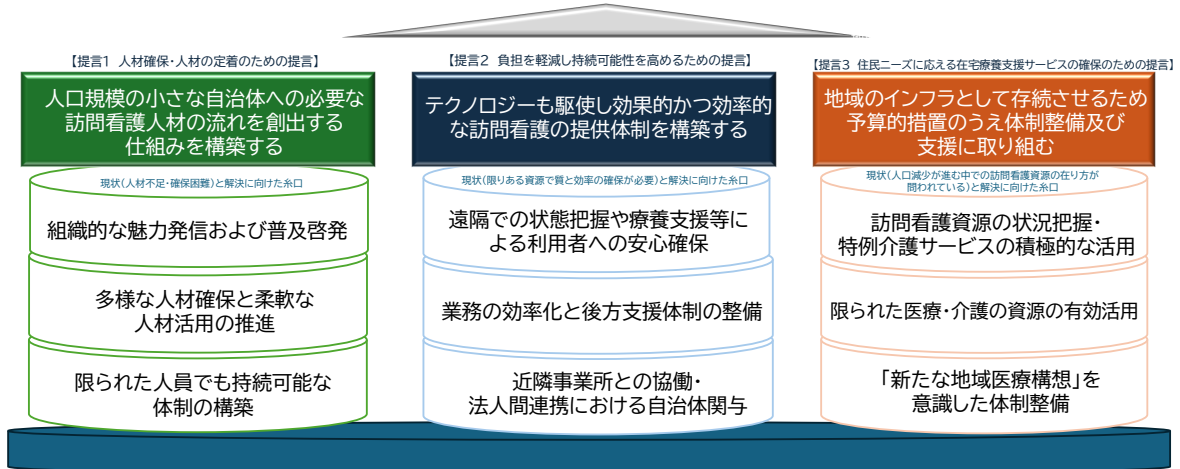
先進的な事例
 ・住民ニーズや地域課題に基づき訪問看護ステーションを開設、月1回の関係機関が集まり情報交換(地方公共団体)
 ・連絡協議会が主体となって訪問看護管理者のネットワークが形成され、地域を越えた連携体制が強化された(関係団体)
 ・訪問看護管理者同士が随時連絡を取り合い、利用者の受け入れ可否を事前に調整することで、地域全体で支援する仕組みづくりを行っている(事業所)

現状(人口減少が進む中での訪問看護資源の在り方が問われている)と解決に向けた糸口

訪問看護資源の状況把握・特例介護サービスの積極的な活用	限られた医療・介護の資源の有効活用	「新たな地域医療構想」を意識した体制整備
-----------------------------	-------------------	----------------------

<現存する事業所が目指す姿>

24時間対応可能で看取りに対応でき、限られた人材・資源で効率的に訪問看護が提供できる体制が整備されている



多様な地域においても利用者・家族等のニーズに応える訪問看護を提供するため強化すべき取組

令和7年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
「訪問看護サービス提供体制強化に向けた調査研究事業」

発行 2026年 3月 31日
発行者 公益財団法人 日本訪問看護財団
〒150-0001 渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
TEL : 03-5778-7001
FAX : 03-5778-7009
URL : <https://www.jvnf.or.jp/>

本書の一部または全部について、営利目的で許可なく複写・転載することを禁じます