

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

令和8年3月

公益財団法人 日本訪問看護財団



## 目次

<b>I. 事業の概要</b> .....	1
1. 目的.....	2
2. 事業の概要.....	3
3. 調査概要.....	5
4. 実施体制.....	7
<b>II. アンケート調査 結果</b> .....	11
<b>II-1. 事業所調査結果</b> .....	12
1. 調査対象及び回収状況.....	12
2. 訪問看護事業所の属性.....	13
3. 2025年7月の利用者状況.....	27
4. 訪問距離・移動範囲状況.....	35
5. 専門の研修を受けた看護師の従事及び連携.....	45
6. ICTツールの導入・活用状況.....	49
7. オンライン診療補助状況.....	53
8. 利用者への薬剤提供状況.....	59
9. 事業運営状況.....	62
10. ベースアップ評価料.....	70
<b>II-2. 市町村調査結果</b> .....	73
1. 調査対象及び回収状況.....	73
2. 市町村の状況.....	73
3. 医療ニーズ・在宅療養支援に関する状況について.....	75
4. 訪問看護サービス制度活用状況.....	77
5. 今後の展望について.....	81
6. 制度の課題について.....	83
7. 当該市町村内の施設等について.....	84
<b>II-3. 調査のまとめ</b> .....	88
1. 人材確保・人材の定着の視点.....	88
2. 医療機関・在宅医療、介護資源との連携の視点.....	95
3. 自治体や関係組織の支援の視点.....	102
4. 事業継続・経営の視点.....	104
5. 訪問看護事業所・看護師間の連携の視点.....	111
<b>II-4. 実態調査を通じた現状と課題の整理</b> .....	114
1. 人材の確保と定着.....	114
2. 医療機関・在宅医療資源との連携・調整.....	114
3. 自治体や関係組織の支援.....	115
4. 事業運営・経営の現状.....	115
5. 訪問看護事業所・看護師間の連携状況.....	116
<b>III. ヒアリング調査 結果</b> .....	117
<b>III-1. ヒアリング調査</b> .....	118
1. 調査の目的.....	118
2. 方法.....	118

<b>Ⅲ-2. 事業所ヒアリング結果</b> .....	124
1. エマオ訪問看護ステーション（北海道浦河町）.....	124
2. さど訪問看護ステーション（新潟県佐渡市）.....	131
3. 川根本町訪問看護ステーション（静岡県川根本町）.....	136
4. のかみ訪問看護ステーション（和歌山県紀美野町）.....	141
5. 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）.....	147
6. ついき訪問看護ステーション（福岡県築上郡築上町）.....	153
7. 訪問看護ステーション青藍（大分県日田市）.....	158
8. 高千穂訪問看護ステーション（宮崎県西臼杵郡高千穂町）.....	163
<b>Ⅲ-3. 市町村ヒアリング結果</b> .....	168
1. 島根県邑智郡美郷町.....	168
2. 長崎県北松浦郡小値賀町.....	173
<b>Ⅲ-4. ヒアリングまとめ</b> .....	178
1. 所在地域で事業運営することの意義.....	178
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.....	178
3. 24時間・緊急時対応における現状・工夫.....	179
4. 関係機関との連携状況.....	179
5. ICT活用によるメリットと課題.....	180
6. 専門の研修を受けた看護師との連携状況.....	181
7. オンライン診療補助（D to P with N）.....	181
8. 今後の展望.....	182
<b>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</b> .....	185
<b>Ⅳ-1. 提言に向けた検討委員会・ワーキング委員会の主な意見</b> .....	186
1. 検討委員会.....	188
2. ワーキング委員会.....	194
<b>Ⅳ-2. 訪問看護サービス提供体制の維持・強化に向けた方策について</b> .....	202
1. 人材の確保と定着に向けた方策.....	202
2. 医療機関・在宅医療資源との連携・調整の在り方.....	202
3. 自治体や関係組織の支援の在り方.....	203
4. 事業継続のための経営基盤安定化の方策.....	203
5. 訪問看護事業所・看護師間の連携体制の構築.....	204
<b>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</b> ....	205
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..	208
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.....	210
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.....	213
<b>Ⅵ. 参考資料</b> .....	217
<b>Ⅵ-1. デスク調査及び既存資料の整理等について</b> .....	218
<b>Ⅵ-2. プレヒアリング調査結果</b> .....	234
<b>Ⅵ-3. 離島等相当サービスについて</b> .....	238
<b>Ⅵ-4. 訪問看護事業所アンケート調査票</b> .....	241
<b>Ⅵ-5. 市町村アンケート調査票</b> .....	247

# **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%<sup>1</sup>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<sup>2</sup>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。

---

<sup>1</sup> 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

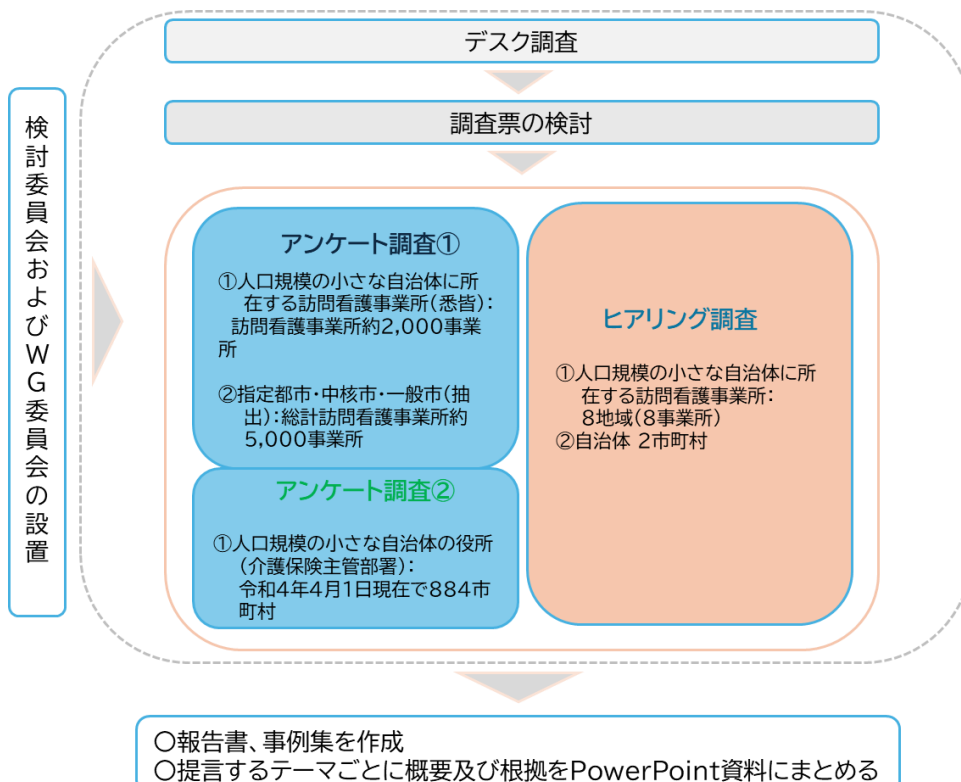
<sup>2</sup> 厚生労働省 令和 6 年度 老人保健健康増進等事業「訪問看護の持続可能なサービス提供のあり方と役割に関する調査研究事業」（実施主体：一般社団法人 全国訪問看護事業協会）

## 2. 事業の概要

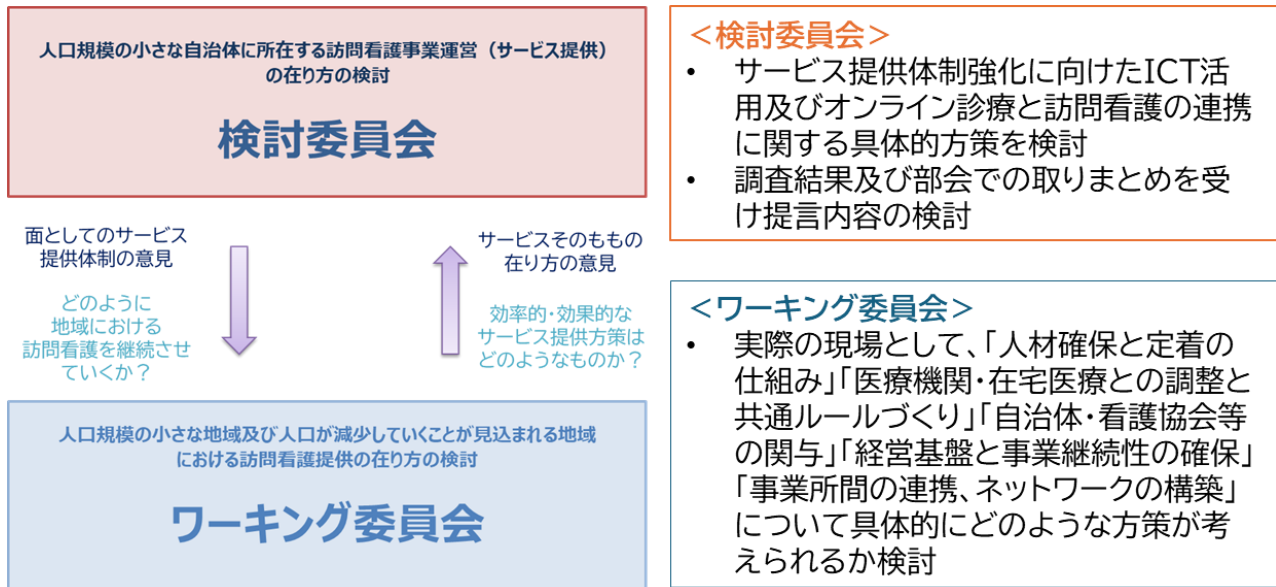
本事業では以下の内容を実施した。

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】

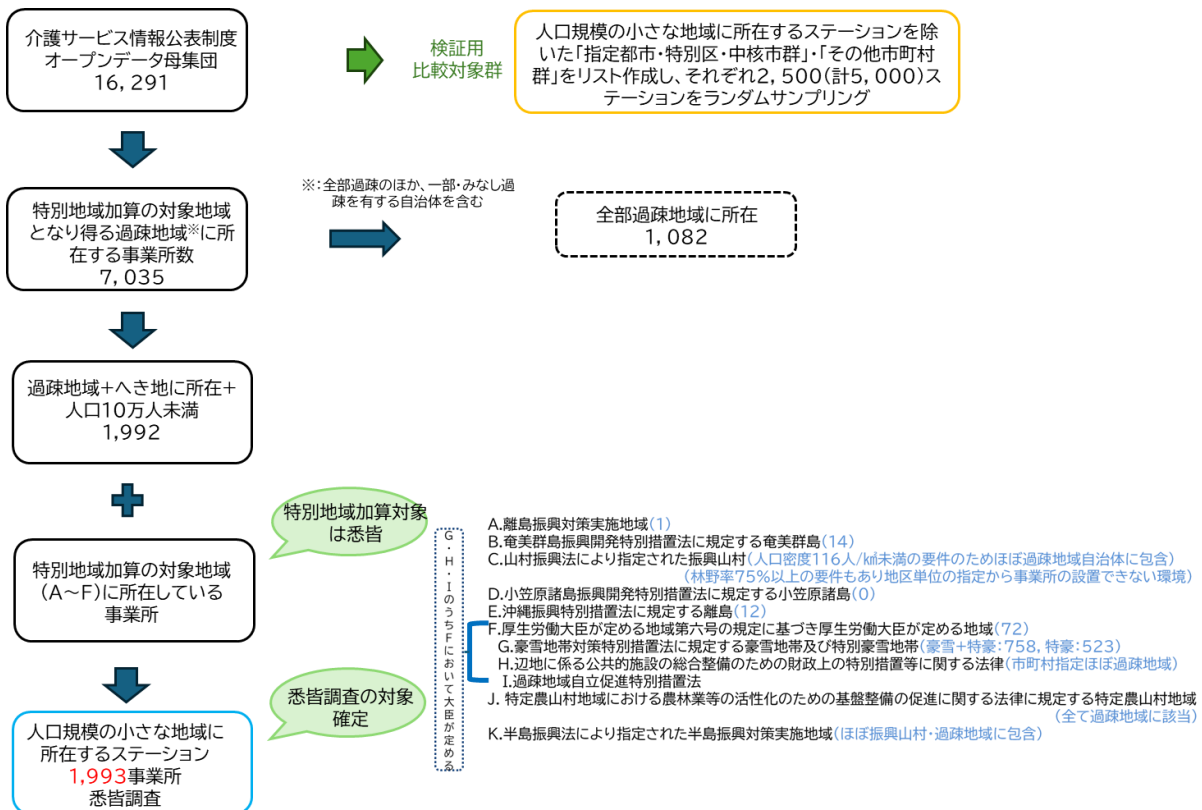


### 3. 調査概要

#### (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
------------------

## (2) 検討委員会及びワーキング委員会の開催

開催した検討委員会(計4回)、ワーキング委員会(計3回)の開催日時及び主な議題は以下の通りである。

### 【 検討委員会の開催 】

	開催日時	主な議題
第1回	2025年 7月31日(木) 10:00~12:00	1. 事業概要について 2. 人口規模の小さな地域における訪問看護事業所の状況等 3. 訪問看護提供の実態や課題 4. アンケート調査・ヒアリング調査について
第2回	2025年 8月18日(月) 16:00~18:00	1. 第1回議論の振り返り 2. アンケート調査について 3. ヒアリング調査について
第3回	2025年 12月24日(水) 16:00~18:00	1. 第1・2回ワーキング委員会の報告 2. アンケート調査結果 3. 意見交換 ・提言の方向性について
第4回	2026年 2月27日(金) 13:00~15:00	1. アンケート・ヒアリング調査報告 2. 提言の方向性について

### 【 ワーキング委員会の開催 】

	開催日時	主な議題
第1回	2025年 10月14日(火) 18:00~20:00	1. 事業概要について 2. プレヒアリングの内容について 3. 意見交換 ・人材確保と育成の仕組み ・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
第2回	2025年 11月25日(火) 18:00~20:00	1. アンケート結果速報 2. 意見交換 ・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 3. ヒアリング調査候補
第3回	2026年 2月5日(木) 18:00~20:00	1. アンケート結果 2. ヒアリング中間報告 3. 報告書の考察および提言に関する検討



## Ⅱ. アンケート調査 結果

- 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。
  - ・ 小さな自治体群のうち人口規模別は、全体と比較して10ポイント以上の差がある場合を主として記述している。
- 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

## Ⅱ-1. 事業所調査結果

### 1. 調査対象及び回収状況

回答率は、訪問看護事業所合計で 32.3%、小さな自治体群で 41.0%、政令市群で 28.0%、その他で 29.7%であった。

#### 【訪問看護事業所】

訪問看護事業所	対象数	回答数	回答率
小さな自治体群 ※6 ページ参照	1,993	816	41.0%
政令市群 (政令市・中核市)	2,504	700	28.0%
その他 (上記以外の市町村)	2,503	743	29.7%
訪問看護事業所合計	7,000	2,259	32.3%

## 2. 訪問看護事業所の属性

### (1) 開設年 (設問 1)

開設年は、全体では「2020年～」が30.3%と最も高く、次いで「2015～2019年」が22.2%であった。

小さな自治体群では、「2020年～」が26.9%と最も高く、次いで「～1999年」が23.5%であった。

#### 【開設年】

単位:%

		合計	～1999年	2000～ 2004年	2005～ 2009年	2010～ 2014年	2015～ 2019年	2020年～
全体		2137	19.5	10.7	6.3	11.0	22.2	30.3
類型	小さな自治体群	769	23.5	12.4	7.9	10.3	19.0	26.9
	2万人未満	185	22.2	13.0	9.7	7.6	22.2	25.4
	2万人以上5万人未満	305	23.9	15.4	7.5	10.2	17.7	25.2
	5万人以上	279	24.0	8.6	7.2	12.2	18.3	29.7
	政令市群	664	16.3	8.4	6.2	9.6	27.1	32.4
	その他	704	18.0	11.1	4.5	13.1	21.2	32.1

### (2) 貴法人の開設主体 (設問 2)

開設主体は、全体では「営利法人(株式会社等)」が46.7%と最も高く、次いで「医療法人」が26.6%であった。

小さな自治体群では、「営利法人(株式会社等)」が34.4%と最も高く、次いで「医療法人」が26.3%であった。小さな自治体群のうち、人口2万人未満では「地方公共団体」が23.8%で全体と比べて高かった。

#### 【開設主体】

単位:%

		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)						
			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					

その他には、日本赤十字社、独立行政法人、学校法人等がみられた。

(3) 当てはまる類型 (設問 3)

当てはまる類型は、全体では「訪問看護ステーション」が 95.6%と最も高く、次いで「病院(みなし訪問看護)」が 2.7%であった。

小さな自治体群では、「訪問看護ステーション」が 92.9%と最も高く、次いで「病院(みなし訪問看護)」が 4.4%であった。

【当てはまる類型】

単位:%

	合計	Q3.当てはまる類型			
		訪問看護ステーション	病院(みなし訪問看護)	診療所(みなし訪問看護)	
全体	2231	95.6	2.7	1.7	
自治体類型	小さな自治体群	803	92.9	4.4	2.7
	2万人未満	192	90.1	6.8	3.1
	2万人以上5万人未満	325	93.8	3.4	2.8
	5万人以上	286	93.7	3.8	2.4
	政令市群	691	98.1	1.0	0.9
	その他	737	96.1	2.6	1.4

(4) 当てはまる事業開設型 (設問 4)

当てはまる事業開設型は、全体では「母体組織開業型」が 73.9%、「個人開業型」が 26.1%であった。

小さな自治体群では、「母体組織開業型」が 76.8%、「個人開業型」が 23.2%であった。

【当てはまる事業開設型】

単位:%

	合計	Q4.当てはまる事業開設型		
		個人開業型	母体組織開業型	
全体	2190	26.1	73.9	
自治体類型	小さな自治体群	786	23.2	76.8
	2万人未満	187	21.4	78.6
	2万人以上5万人未満	316	27.5	72.5
	5万人以上	283	19.4	80.6
	政令市群	680	27.5	72.5
	その他	724	28.0	72.0

(5) サテライト数 (設問 5)

サテライト数は、全体では平均が 0.2、中央値が 0 であった。  
 小さな自治体群でも全体と同程度であった。

【サテライト数】

単位:サテライト数

	件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体	2218	0.2	1.1	43.0	0.0	0
自治体類型						
小さな自治体群	802	0.1	0.6	12.0	0.0	0
2万人未満	193	0.1	0.5	5.0	0.0	0
2万人以上5万人未満	321	0.1	0.4	3.0	0.0	0
5万人以上	288	0.2	0.9	12.0	0.0	0
政令市群	686	0.2	0.8	14.0	0.0	0
その他	730	0.2	1.6	43.0	0.0	0

(6) 管理者として受講した管理者研修 (設問 6) (複数回答可)

管理者として受講した管理者研修は、全体では「看護協会が実施する訪問看護管理者研修」が 36.5%と最も高く、次いで「ステーション協会(連絡会・協議会含む)が実施する訪問看護管理者研修」が 26.8%であった。

小さな自治体群では、「看護協会が実施する訪問看護管理者研修」が 44.5%と最も高く、次いで「ステーション協会(連絡会・協議会含む)が実施する訪問看護管理者研修」が 25.6%であった。  
 小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「看護協会が実施する訪問看護管理者研修」が 48.1%で全体と比べて高かった。

【管理者として受講した管理者研修】

単位:%

	合計	Q6.管理者として受講した管理者研修						
		看護協会が実施する訪問看護管理者研修	ステーション協会(連絡会・協議会を含む)が実施する訪問看護管理者研修	全国訪問看護事業協会が実施する訪問看護管理者研修	日本訪問看護財団が実施する訪問看護管理者研修	自治体(指定権者)が実施する訪問看護管理者研修	所属する法人が実施する管理者研修	民間企業が提供する管理者または経営セミナー
全体	2189	36.5	26.8	13.3	7.9	3.7	13.8	12.5
自治体類型								
小さな自治体群	789	44.5	25.6	10.6	6.8	2.7	12.7	11.3
2万人未満	189	48.1	22.8	10.1	6.3	2.1	11.1	11.6
2万人以上5万人未満	318	43.7	27.4	11.6	8.8	2.2	11.9	10.7
5万人以上	282	42.9	25.5	9.9	5.0	3.5	14.5	11.7
政令市群	678	30.4	28.6	13.9	9.3	5.6	15.2	14.6
その他	722	33.4	26.3	15.8	7.8	3.0	13.7	11.9
	合計	Webで公開されている無料の研修動画	その他	特になし				
全体	2189	21.1	4.2	21.9				
自治体類型								
小さな自治体群	789	19.6	4.6	23.1				
2万人未満	189	22.8	5.8	20.6				
2万人以上5万人未満	318	19.5	5.3	23.6				
5万人以上	282	17.7	2.8	24.1				
政令市群	678	24.2	4.6	19.5				
その他	722	19.7	3.3	23.0				

その他には、e-ラーニング、大学等がみられた。

(7-1) 併設している施設・事業所（介護） （設問 7-1）（複数回答可）

併設している施設・事業所は、全体では「居宅介護支援」が 64.9%と最も高く、次いで「訪問介護」が 33.9%であった。

小さな自治体群では、「居宅介護支援」が 64.1%と最も高く、次いで「訪問介護」が 33.0%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「居宅介護支援」が 54.8%で全体と比べて低かった。

【併設している施設・事業所(介護)】

単位:%

		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	
	全体	1386	5.1	15.7	5.5	33.9	4.8	8.0	1.7	
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	2.9	
	2万人未満	126	11.1	20.6	4.0	27.8	1.6	2.4	3.2	
	2万人以上5万人未満	200	10.0	24.5	5.5	33.5	2.5	5.5	2.5	
	5万人以上	192	4.2	18.2	6.3	35.9	6.8	7.8	3.1	
	政令市群	411	2.9	10.7	5.4	32.6	4.6	9.0	1.2	
	その他	457	3.5	14.0	5.7	36.1	6.1	9.8	0.9	
		合計	Q7_2.併設している施設・事業所_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	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	26.1	23.9	0.8	28.2	6.6	3.9	6.8	
	2万人未満	126	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	27.5	25.0	1.0	33.5	8.5	5.0	7.0	
	5万人以上	192	21.9	27.1	1.0	22.9	6.8	4.2	8.3	
	政令市群	411	17.8	21.2	1.5	20.0	6.6	0.5	6.6	
	その他	457	19.9	22.3	2.2	19.3	6.6	5.0	8.1	
		合計	Q7_3.併設している施設・事業所_介護							
			居宅介護支援	地域包括支援センター						
	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						

(7-2) 併設している施設・事業所（住まい） （設問 7-2）（複数回答可）

併設している施設・事業所(住まい)は、全体では「有料老人ホーム」が 40.7%と最も高く、次いで「サービス付き高齢者向け住宅」が 33.1%であった。

小さな自治体群では、「有料老人ホーム」が 36.6%と最も高く、次いで「認知症対応型グループホーム」が 31.7%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人以上 5 万人未満では「認知症対応型グループホーム」が 41.4%で全体と比べて高かった。

【併設している施設・事業所(住まい)】

単位:%

	合計	Q7_2.併設している施設・事業所_住まい			
		サービス付き 高齢者向け 住宅	有料老人 ホーム	認知症対応 型グループ ホーム	その他
全体	405	33.1	40.7	26.2	15.1
自治体類型	小さな自治体群	28.6	36.6	31.7	18.6
	2万人未満	33.3	40.0	26.7	23.3
	2万人以上5万人未満	25.7	35.7	41.4	14.3
	5万人以上	29.5	36.1	23.0	21.3
	政令市群	38.1	43.8	17.1	12.4
	その他	34.5	43.2	26.6	12.9

その他には、グループホーム、軽費老人ホーム、賃貸物件等がみられた。

(7-3) 併設している施設・事業所（医療） （設問 7-3）（複数回答可）

併設している施設・事業所(医療)は、全体では「1～3次救急受入可能医療機関」が 48.3%と最も高く、次いで「24 時間対応の訪問診療」が 22.3%であった。

小さな自治体群では、「1～3次救急受入可能医療機関」が 56.3%と最も高く、次いで「24 時間対応の訪問診療」が 19.0%であった。

【併設している施設・事業所(医療)】

単位:%

	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	56.3	18.7	19.0	17.2	9.3	7.2
	2万人未満	55.6	22.2	16.7	23.3	6.7	4.4
	2万人以上5万人未満	56.2	18.5	16.2	13.8	11.5	6.9
	5万人以上	57.1	16.1	24.1	16.1	8.9	9.8
	政令市群	40.8	12.4	24.9	21.3	9.5	11.2
	その他	42.5	11.3	25.0	19.2	14.2	11.7

その他には、病院、薬局等がみられた。

(8-1) 事業所の所在 (特別地域加算の対象地域) (設問 8-1)

事業所の所在(特別地域加算の対象地域)は、全体では「はい」が 7.6%、「いいえ」が 91.0%であった。

小さな自治体群では、「はい」が 16.9%、「いいえ」が 81.2%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「はい」が 34.7%で全体と比べて高かった。

【事業所の所在(特別地域加算の対象地域)】

単位:%

	合計	Q8_1.事業所の所在_特別地域加算の対象地域			
		はい	いいえ	わからない	
全体	2229	7.6	91.0	1.4	
自治体類型	小さな自治体群	805	16.9	81.2	1.9
	2万人未満	193	34.7	63.2	2.1
	2万人以上5万人未満	325	15.1	82.2	2.8
	5万人以上	287	7.0	92.3	0.7
	政令市群	692	2.3	97.0	0.7
	その他	732	2.3	96.2	1.5

(8-2) 事業所の所在 (中山間地域等加算(小規模・提供加算)の対象地域) (設問 8-2)

事業所の所在(中山間地域等加算(小規模・提供加算)の対象地域)は、全体では「はい」が 6.4%、「いいえ」が 92.7%であった。

小さな自治体群では、「はい」が 14.3%、「いいえ」が 84.0%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「はい」が 22.3%で全体と比べて高かった。

【事業所の所在(中山間地域等加算(小規模・提供加算)の対象地域)】

単位:%

	合計	Q8_2.事業所の所在_中山間地域等加算(小規模・提供加算)の対象地域			
		はい	いいえ	わからない	
全体	2231	6.4	92.7	0.9	
自治体類型	小さな自治体群	802	14.3	84.0	1.6
	2万人未満	193	22.3	75.1	2.6
	2万人以上5万人未満	324	13.6	84.6	1.9
	5万人以上	285	9.8	89.5	0.7
	政令市群	695	1.0	98.7	0.3
	その他	734	2.9	96.6	0.5

(8-3) 利用者の属性（特別地域加算の対象地域の居住者） （設問 8-3）

利用者の属性(特別地域加算の対象地域の居住者)は、全体では「はい」が 8.9%、「いいえ」が 89.1%であった。

小さな自治体群では、「はい」が 20.3%、「いいえ」が 76.1%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「はい」が 37.8%で全体と比べて高かった。

【利用者の属性(特別地域加算の対象地域の居住者)】

		合計	Q8_3.利用者の属性_特別地域加算の対象地域の居住者		
			はい	いいえ	把握していない
全体		2221	8.9	89.1	2.1
自治体類型	小さな自治体群	799	20.3	76.1	3.6
	2万人未満	193	37.8	58.0	4.1
	2万人以上5万人未満	321	17.4	78.5	4.0
	5万人以上	285	11.6	85.6	2.8
	政令市群	692	2.2	97.3	0.6
	その他	730	2.7	95.5	1.8

単位:%

(8-4) 利用者の属性（中山間地域等加算（提供加算）の対象地域の居住者） （設問 8-4）

利用者の属性(中山間地域等加算(提供加算)の対象地域の居住者)は、全体では「はい」が 9.7%、「いいえ」が 88.2%であった。

小さな自治体群では、「はい」が 19.3%、「いいえ」が 76.3%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満、2 万人以上 5 万人未満では「はい」が、それぞれ 20.1%、22.4%で全体と比べて高かった。

【利用者の属性(中山間地域等加算(提供加算)の対象地域の居住者)】

		合計	Q8_4.利用者の属性_中山間地域等加算(提供加算)の対象地域の居住者		
			はい	いいえ	把握していない
全体		2219	9.7	88.2	2.1
自治体類型	小さな自治体群	793	19.3	76.3	4.4
	2万人未満	189	20.1	74.1	5.8
	2万人以上5万人未満	321	22.4	73.2	4.4
	5万人以上	283	15.2	81.3	3.5
	政令市群	695	3.3	96.3	0.4
	その他	731	5.3	93.4	1.2

単位:%

(9-1) 2025年8月時点での実績(介護保険) (設問9-1) (複数回答可)

2025年8月時点での実績(介護保険)は、全体では「特別管理加算」が94.5%と最も高く、次いで「ターミナルケア加算」が77.2%であった。

小さな自治体群では、「特別管理加算」が93.7%と最も高く、次いで「ターミナルケア加算」が76.3%であった。小さな自治体群のうち、人口2万人未満では「ターミナルケア加算」が67.0%で全体と比べて低かった。

【2025年8月時点での実績(介護保険)】

単位:%

		合計	Q9_1.2025年8月時点での実績_介護保険						
			緊急時訪問 看護加算 (I)	緊急時訪問 看護加算 (II)	特別管理加 算	ターミナルケ ア加算	看護体制強 化加算 (I)	看護体制強 化加算 (II)	専門管理加 算
全体		2137	63.3	35.2	94.5	77.2	9.2	12.1	7.4
自治体類型	小さな自治体群	772	56.9	39.1	93.7	76.3	10.9	14.8	6.9
	2万人未満	185	52.4	37.3	91.4	67.0	5.9	12.4	5.4
	2万人以上5万人未満	313	56.5	39.9	94.2	76.7	12.5	13.4	6.7
	5万人以上	274	60.2	39.4	94.5	82.1	12.4	17.9	8.0
	政令市群	664	68.7	32.1	94.9	77.0	8.1	9.6	7.2
	その他	701	65.3	34.0	95.1	78.3	8.4	11.6	8.1
		合計	遠隔死亡診 断補助加算	サービス提供 体制強化加 算(I)	サービス提供 体制強化加 算(II)	特別地域訪 問看護加算	中山間地域 等における 小規模事業 所加算	中山間地域 等提供加算	
全体			2137	2.6	37.5	14.6	6.0	1.6	4.6
自治体類型	小さな自治体群	772	4.3	45.5	14.2	14.9	4.0	8.7	
	2万人未満	185	4.9	47.0	9.7	32.4	6.5	7.6	
	2万人以上5万人未満	313	3.5	44.4	16.0	13.1	3.8	10.5	
	5万人以上	274	4.7	45.6	15.3	5.1	2.6	7.3	
	政令市群	664	1.1	32.2	14.3	0.8	0.2	1.8	
	その他	701	2.1	33.7	15.1	1.3	0.3	2.9	

(9-2) 2025年8月時点での実績（医療保険） （設問9-2）（複数回答可）

2025年8月時点での実績(医療保険)は、全体では「特別管理加算」が90.8%と最も高く、次いで「訪問看護ターミナルケア療養費1」が66.4%であった。

小さな自治体群では、「特別管理加算」が90.4%と最も高く、次いで「訪問看護ターミナルケア療養費1」が65.3%であった。

【 2025年8月時点での実績(医療保険) 】

単位:%

		合計	Q9 2.2025年8月時点での実績 医療保険							
			24時間対応体制加算イ(業務負担軽減取り組みあり)	24時間対応体制加算ロ(業務負担軽減取り組みなし)	特別管理加算	訪問看護ターミナルケア療養費1	訪問看護ターミナルケア療養費2	精神科訪問看護基本療養費	特別地域訪問看護加算	
全体		2160	61.9	34.0	90.8	66.4	10.9	49.5	1.9	
自治体類型	小さな自治体群	759	56.8	37.8	90.4	65.3	10.1	42.0	4.7	
	2万人未満	176	55.7	34.1	86.4	63.1	10.2	44.3	11.4	
	2万人以上5万人未満	306	56.5	40.5	92.2	63.4	11.1	41.2	4.2	
	5万人以上	277	57.8	37.2	91.0	69.0	9.0	41.5	1.1	
	政令市群	682	66.6	30.8	90.8	67.0	11.6	54.4	0.4	
	その他	719	62.9	33.0	91.4	66.9	11.1	52.9	0.3	
		合計	専門管理加算	遠隔死亡診断補助加算	機能強化型訪問看護管理療養費1	機能強化型訪問看護管理療養費2	機能強化型訪問看護管理療養費3	訪問看護管理療養費1	訪問看護管理療養費2	
全体			2160	8.1	2.6	4.5	3.2	2.4	58.4	16.1
自治体類型	小さな自治体群	759	8.2	4.9	2.8	2.6	1.6	57.3	18.8	
	2万人未満	176	8.0	5.7	0.0	1.1	1.1	54.5	19.9	
	2万人以上5万人未満	306	7.8	3.6	3.9	2.0	1.3	56.2	21.2	
	5万人以上	277	8.7	5.8	3.2	4.3	2.2	60.3	15.5	
	政令市群	682	8.1	0.7	5.6	3.1	2.8	59.2	14.5	
	その他	719	8.1	2.1	5.4	4.0	2.9	58.8	14.7	
		合計	訪問看護医療DX情報活用加算	訪問看護ベースアップ評価料(I)	訪問看護ベースアップ評価料(II)					
全体			2160	41.1	50.5	5.0				
自治体類型	小さな自治体群	759	38.1	49.7	5.5					
	2万人未満	176	36.9	47.2	4.0					
	2万人以上5万人未満	306	37.9	51.6	5.9					
	5万人以上	277	39.0	49.1	6.1					
	政令市群	682	44.6	50.1	5.6					
	その他	719	41.0	51.6	4.0					

(10) 「緊急時訪問看護加算」「24時間対応体制加算」を届け出していない理由  
(設問10) (複数回答可)

「緊急時訪問看護加算」「24時間対応体制加算」を届け出していない理由は、全体では「対応の外部委託ができず、事業所内で対応が可能な人材が不足している」が63.8%と最も高く、次いで「24時間対応が必要な利用者が少ない又はいない」が24.3%であった。

小さな自治体群では、「対応の外部委託ができず、事業所内で対応が可能な人材が不足している」が66.2%と最も高く、次いで「24時間対応が必要な利用者が少ない又はいない」が26.5%であった。小さな自治体群のうち、人口2万人未満では「対応の外部委託ができず、事業所内で対応が可能な人材が不足している」が77.8%、人口2万人以上5万人未満では「24時間対応が必要な利用者が少ない又はいない」が36.0%で全体と比べて高かった。

【「緊急時訪問看護加算」「24時間対応体制加算」を届け出していない理由】 単位:%

		合計	Q10.「緊急時訪問看護加算」「24時間対応体制加算」を届け出していない理由					
			対応の外部委託ができず、事業所内で対応が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

その他には、人員不足、利用者が望まない等がみられた。

(11) 「緊急時訪問看護加算」「24時間対応体制加算」を届け出ている事業所の現状  
(設問 11) (複数回答可)

「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は、全体では「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」が 86.6%と最も高く、次いで「新たな人材の確保ができなければ体制維持は難しい」が 22.1%であった。

小さな自治体群では、「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」が 87.4%と最も高く、次いで「新たな人材の確保ができなければ体制維持は難しい」が 24.6%であった。

【「緊急時訪問看護加算」「24時間対応体制加算」を届け出ている事業所の現状】

単位:%

		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
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

(12) 過去1年間で「ターミナルケア加算(療養費)」を算定した利用者の有無  
(設問 12)

過去1年間で「ターミナルケア加算(療養費)」を算定した利用者の有無は、全体では「はい」が 90.1%、「いいえ」が 9.9%であった。

小さな自治体群では、「はい」が 88.5%、「いいえ」が 11.5%であった。

【過去1年間で「ターミナルケア加算(療養費)」を算定した利用者の有無】

単位:%

		合計	Q12.過去1年間で「ターミナルケア加算(療養費)」を算定した利用者の有無	
			はい	いいえ
全体		1783	90.1	9.9
自治体類型	小さな自治体群	637	88.5	11.5
	2万人未満	141	88.7	11.3
	2万人以上5万人未満	258	86.8	13.2
	5万人以上	238	90.3	9.7
	政令市群	555	90.6	9.4
	その他	591	91.2	8.8

(13) 在宅での看取りができた理由 (設問 13) (複数回答可)

在宅での看取りができた理由は、全体では「利用者・家族の意向が明確であった」が 97.7%と最も高く、次いで「緊急時の対応について利用者・家族と共有していた」が 93.5%であった。

小さな自治体群では、「利用者・家族の意向が明確であった」が 97.7%と最も高く、次いで「緊急時の対応について利用者・家族と共有していた」が 93.9%であった。

【在宅での看取りができた理由】

単位:%

		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
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	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			

その他には、訪問診療の体制がある、医師との関係性が良い等がみられた。

(14) 在宅看取り支援での課題 (設問 14) (複数回答可)

在宅看取り支援での課題は、全体では「家族介護力の確保」が 78.3%と最も高く、次いで「訪問看護を行う看護師の確保」が 73.3%であった。

小さな自治体群では、「訪問診療を行う医師の確保」が 81.5%と最も高く、次いで「家族介護力の確保」が 80.3%であった。

【在宅看取り支援での課題】

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	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		

その他には、病院・勤務医の理解、ACP・意思決定支援等がみられた。

(15) 遠隔死亡診断補助加算の届出をしていない理由 (設問 15) (複数回答可)

遠隔死亡診断補助加算の届出をしていない理由は、全体では「研修受講の要件を満たす看護師がいない」46.7%と最も高く、次いで「看護職員(管理者含め)が制度を知らない」が 15.3%であった。

小さな自治体群では、「研修受講の要件を満たす看護師がいない」が 48.7%と最も高く、次いで「看護職員(管理者含め)が制度を知らない」が 13.5%であった。

【遠隔死亡診断補助加算の届出をしていない理由】

単位:%

		合計	Q15.遠隔死亡診断補助加算の届出をしていない理由						
			看護職員(管理者含め)が制度を知らない	研修受講の要件を満たす看護師がいない	要件を満たす看護師はいるが主治医が制度を知らず協力が得られない	研修受講要件の医師の同意が得られない	研修希望を出しても定員に達していない	加算の評価が低い	その他
全体		1933	15.3	46.7	6.1	7.2	4.7	8.3	33.4
自治体類型	小さな自治体群	675	13.5	48.7	7.1	9.2	4.3	8.6	32.7
	2万人未満	162	15.4	49.4	9.3	14.2	4.9	10.5	28.4
	2万人以上5万人未満	274	12.4	45.6	5.1	9.1	5.5	9.5	38.3
	5万人以上	239	13.4	51.9	7.9	5.9	2.5	6.3	29.3
	政令市群	615	16.9	47.0	4.7	5.7	5.4	8.1	34.8
	その他	643	15.6	44.3	6.2	6.7	4.5	8.1	32.8

その他には、必要性(ニーズ)がない、研修受講が難しい等がみられた。

(16) 遠隔死亡診断補助加算を算定した実績の有無 (設問 16)

遠隔死亡診断補助加算を算定した実績の有無は、全体では「ない」が 94.9%、「ある」が 5.1%であった。

小さな自治体群では、「ない」が 97.3%、「ある」が 2.7%であった。

【遠隔死亡診断補助加算を算定した実績の有無】

単位:%

		合計	Q16.遠隔死亡診断補助加算を算定した実績の有	
			ある	ない
	全体	59	5.1	94.9
自治体類型	小さな自治体群	37	2.7	97.3
	2万人未満	10	0.0	100.0
	2万人以上5万人未満	11	0.0	100.0
	5万人以上	16	6.3	93.8
	政令市群	7	28.6	71.4
	その他	15	0.0	100.0

(17) 加算の届出をしていない理由 (設問 17) (複数回答可)

加算の届出をしていない理由は、全体では「その他」が 52.8%と最も高く、次いで「加算算定の手間に得られる報酬が見合わないから」が 23.4%であった。

小さな自治体群では、「その他」が 44.9%と最も高く、次いで「加算算定の手間に得られる報酬が見合わないから」が 24.1%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「利用者の負担が増えるから」が 36.4%で全体と比べて高かった。

【加算の届出をしていない理由】

単位:%

		合計	Q17.加算の届出をしていない理由				
			加算算定に係る届出が面倒だから	加算算定の手間に得られる報酬が見合わないから	利用者の負担が増えるから	返戻や査定のリスクを避けたいから	その他
	全体	487	13.1	23.4	21.8	10.5	52.8
自治体類型	小さな自治体群	187	18.2	24.1	31.6	13.4	44.9
	2万人未満	33	12.1	18.2	36.4	9.1	42.4
	2万人以上5万人未満	85	18.8	27.1	29.4	16.5	43.5
	5万人以上	69	20.3	23.2	31.9	11.6	47.8
	政令市群	144	11.1	20.1	12.5	5.6	51.8
	その他	156	9.0	25.6	18.6	11.5	53.8

その他には、対象者がいない、地域要件に該当しない等がみられた。

### 3. 2025年7月の利用者状況

#### (18-1) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 介護保険の利用者\_訪問対象者数 (設問 18)

訪問対象者数は、全体では平均 55.4 人、中央値は 44 人であった。  
 小さな自治体群では、平均 46.8 人、中央値は 37.5 人であった。

【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	2069	55.4	48.0	341.0	0.0	44
自治体類型	小さな自治体群	748	46.8	39.6	326.0	0.0	37.5
	2万人未満	184	46.3	43.5	326.0	0.0	33
	2万人以上5万人未満	308	45.2	38.2	273.0	0.0	34
	5万人以上	256	49.0	38.3	273.0	0.0	43
	政令市群	638	65.5	54.5	335.0	0.0	54
	その他	683	55.4	48.3	341.0	0.0	45

※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 1 人あたりの訪問看護対象者数は、全体では平均 10.8 人、中央値は 9.7 人であった。

小さな自治体群では、平均 10.2 人、中央値は 9.0 人であった。

【常勤換算 1人あたり 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	1981	10.8	7.3	72.1	0.1	9.7
自治体類型	小さな自治体群	713	10.2	6.6	67.9	0.1	9.0
	2万人未満	175	10.7	7.6	67.9	1.0	8.6
	2万人以上5万人未満	297	9.6	6.4	49.6	0.1	8.6
	5万人以上	241	10.5	6.1	45.8	0.1	9.8
	政令市群	615	11.7	8.5	72.1	0.2	10.3
	その他	653	10.5	6.6	50.0	0.2	10.0

※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。

#### (18-2) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 特別訪問看護指示書に基づく訪問\_訪問対象者数 (設問 18)

特別訪問看護指示書に基づく訪問対象者数は、全体では平均 1.5 人、中央値は 1 人であった。

小さな自治体群では、平均 1.1 人、中央値は 0 人であった。

【特別訪問看護指示書に基づく訪問\_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	1896	1.5	2.7	24.0	0.0	1
自治体類型	小さな自治体群	683	1.1	2.5	24.0	0.0	0
	2万人未満	167	0.7	1.8	17.0	0.0	0
	2万人以上5万人未満	281	1.1	2.3	18.0	0.0	0
	5万人以上	235	1.5	3.0	24.0	0.0	0
	政令市群	587	2.0	2.7	23.0	0.0	1
	その他	626	1.6	2.8	22.0	0.0	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。

(18-3) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 介護保険の利用者\_延べ訪問回数  
(設問 18)

延べ訪問回数は、全体では平均 323.8 回、中央値は 256 回であった。  
小さな自治体群では、平均 268.5 回、中央値は 213.5 回であった。

【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	1924	323.8	270.1	1393.0	0.0	256
自治体類型	小さな自治体群	710	268.5	218.5	1373.0	0.0	213.5
	2万人未満	170	244.9	209.5	1150.0	0.0	183
	2万人以上5万人未満	298	267.0	216.8	1294.0	0.0	202
	5万人以上	242	287.1	225.8	1373.0	0.0	242
	政令市群	583	389.8	309.2	1373.0	0.0	317
	その他	631	325.1	270.6	1393.0	0.0	254

※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 1 人あたりの延べ訪問回数は、全体では平均 61.8 回、中央値は 54.0 回であった。  
小さな自治体群では、平均 56.4 回、中央値は 49.5 回であった。

【常勤換算 1人あたり 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	1843	61.8	39.6	215.9	0.1	54.0
自治体類型	小さな自治体群	677	56.4	35.5	204.2	0.1	49.5
	2万人未満	164	54.8	35.0	176.7	2.7	46.6
	2万人以上5万人未満	284	54.8	34.3	204.2	0.1	49.2
	5万人以上	229	59.6	37.1	200.2	1.5	52.9
	政令市群	563	68.9	44.7	215.9	0.4	61.9
	その他	603	61.2	37.9	199.3	0.3	54.8

※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。

(18-4) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 医療保険の利用者\_訪問対象者数  
(設問 18)

訪問対象者数は、全体では平均 25.3 人、中央値は 18 人であった。  
小さな自治体群では、平均 19.1 人、中央値は 14 人であった。

【医療保険の利用者\_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	2046	25.3	25.2	162.0	0.0	18
自治体類型	小さな自治体群	746	19.1	19.3	146.0	0.0	14
	2万人未満	181	16.1	14.5	94.0	0.0	13
	2万人以上5万人未満	307	19.5	19.8	145.0	0.0	13
	5万人以上	258	20.7	21.4	146.0	0.0	15
	政令市群	629	30.0	27.7	151.0	0.0	20
	その他	671	27.9	27.1	162.0	0.0	19

※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 1 人あたりの訪問看護対象者数は、全体では平均 4.8 人、中央値は 3.7 人であった。

小さな自治体群では、平均 4.0 人、中央値は 3.3 人であった。

【常勤換算 1人あたり 医療保険の利用者\_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	1976	4.8	4.3	33.2	0.0	3.7
自治体類型	小さな自治体群	701	4.0	3.2	30.5	0.1	3.3
	2万人未満	172	3.7	2.3	16.0	0.3	3.3
	2万人以上5万人未満	292	4.1	3.6	30.5	0.2	3.2
	5万人以上	237	4.0	3.1	23.9	0.1	3.5
	政令市群	614	5.2	4.7	32.1	0.1	3.8
	その他	661	5.3	4.8	33.2	0.0	4.0

※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。

(18-5) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 精神科訪問看護基本療養費を算定\_訪問対象者数  
(設問 18)

精神科訪問看護基本療養費を算定する訪問対象者数は、全体では平均 5.6 人、中央値は 1 人であった。

小さな自治体群では、平均 3.7 人、中央値は 0 人であった。

【精神科訪問看護基本療養費を算定\_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	1928	5.6	11.7	75.0	0.0	1
自治体類型	小さな自治体群	714	3.7	8.4	74.0	0.0	0
	2万人未満	176	3.0	6.3	62.0	0.0	0
	2万人以上5万人未満	291	3.7	8.0	52.0	0.0	0
	5万人以上	247	4.1	9.9	74.0	0.0	0
	政令市群	592	7.6	14.0	75.0	0.0	2
	その他	622	6.0	12.1	72.0	0.0	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。

(18-6) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 小児の利用\_訪問対象者数 (設問 18)

小児の訪問対象者数は、全体では平均 1.1 人、中央値は 0 人であった。  
 小さな自治体群では、平均 0.8 人、中央値は 0 人であった。

【小児の利用\_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	1928	1.1	2.6	20.0	0.0	0
自治体類型	小さな自治体群	716	0.8	1.9	15.0	0.0	0
	2万人未満	177	0.5	1.3	11.0	0.0	0
	2万人以上5万人未満	294	0.8	1.6	11.0	0.0	0
	5万人以上	245	1.1	2.3	15.0	0.0	0
	政令市群	583	1.1	3.0	19.0	0.0	0
	その他	629	1.3	2.9	20.0	0.0	0

※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。

(18-7) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 医療保険の利用者\_延べ訪問回数 (設問 18)

延べ訪問回数は、全体では平均 221.3 回、中央値は 157 回であった。  
 小さな自治体群では、平均 161.6 回、中央値は 110 回であった。

【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	1760	221.3	213.7	1369.0	0.0	157
自治体類型	小さな自治体群	656	161.6	169.2	1369.0	0.0	110
	2万人未満	155	129.4	140.5	948.0	0.0	81
	2万人以上5万人未満	275	165.8	163.6	1369.0	0.0	112
	5万人以上	226	178.5	190.4	1292.0	0.0	122
	政令市群	539	265.5	221.3	1331.0	0.0	206
	その他	565	248.6	235.9	1327.0	0.0	179

※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 1 人あたりの延べ訪問回数は、全体では平均 41.4 回、中央値は 31.8 回であった。  
 小さな自治体群では、平均 31.8 回、中央値は 24.4 回であった。

【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。

(18-8) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 介護・医療保険の利用者\_訪問対象者数(常勤1人あたり) (設問18)

常勤換算1人あたりの訪問対象者数は、全体では平均15.2人、中央値は13.7人であった。  
 小さな自治体群では、平均13.9人、中央値は12.6人であった。

【常勤換算 1人あたり 介護保険・医療保険の利用者\_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。

(18-9) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 介護・医療保険の利用者\_延べ訪問回数(常勤1人あたり) (設問18)

常勤換算1人あたりの延べ訪問回数は、全体では平均99.4回、中央値は88.0回であった。  
 小さな自治体群では、平均86.4回、中央値は78.5回であった。

【常勤換算 1人あたり 介護保険・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	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。

(18-10) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 (別表7)の利用者\_訪問対象者数  
(設問18)

(別表7)の利用者の訪問対象者数は、全体では平均8.8人、中央値は6人であった。  
小さな自治体群では、平均7.4人、中央値は5人であった。

【(別表7)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	1952	8.8	8.9	54.0	0.0	6
自治体類型	小さな自治体群	716	7.4	7.5	53.0	0.0	5
	2万人未満	175	6.5	5.8	29.0	0.0	5
	2万人以上5万人未満	291	7.3	7.7	53.0	0.0	5
	5万人以上	250	8.1	8.2	48.0	0.0	6
	政令市群	598	10.2	10.1	54.0	0.0	8
	その他	638	9.1	9.0	54.0	0.0	6

※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。

(18-11) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 (別表7)の利用者\_延べ訪問回数  
(設問18)

(別表7)の利用者の延べ訪問回数は、全体では平均96.6回、中央値は59回であった。  
小さな自治体群では、平均73.8回、中央値は44回であった。

【(別表7)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	1255	96.6	117.8	902.0	0.0	59
自治体類型	小さな自治体群	473	73.8	91.4	694.0	0.0	44
	2万人未満	107	54.2	62.5	329.0	0.0	31
	2万人以上5万人未満	194	72.9	95.0	694.0	0.0	42.5
	5万人以上	172	86.8	100.3	675.0	0.0	54.5
	政令市群	399	120.2	133.5	902.0	0.0	82
	その他	383	100.2	124.0	815.0	0.0	61

※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。

(18-12) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 特別管理の状態の利用者(別表8)\_訪問対象者数 (設問18)

特別管理の状態の利用者数は、全体では平均10.5人、中央値は7人であった。  
 小さな自治体群では、平均9.1人、中央値は6人であった。

【特別管理の状態の利用者(別表8)\_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	1984	10.5	12.9	122.0	0.0	7
自治体類型	小さな自治体群	715	9.1	10.9	96.0	0.0	6
	2万人未満	179	7.3	9.6	78.0	0.0	4
	2万人以上5万人未満	295	9.5	11.6	96.0	0.0	6
	5万人以上	241	10.0	10.7	63.0	0.0	7
	政令市群	618	12.2	15.1	122.0	0.0	8
	その他	651	10.5	12.4	99.0	0.0	6

※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。

(18-13) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 中山間地域等に居住する利用者\_訪問対象者数 (設問18)

中山間地域等に居住する利用者の訪問対象者数は、全体では平均0.5人、中央値は0人であった。

小さな自治体群では、平均1.1人、中央値は0人であった。

【中山間地域等に居住する利用者\_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	1972	0.5	2.5	30.0	0.0	0
自治体類型	小さな自治体群	708	1.1	3.9	30.0	0.0	0
	2万人未満	174	1.6	4.8	23.0	0.0	0
	2万人以上5万人未満	282	1.1	3.7	30.0	0.0	0
	5万人以上	252	0.8	3.3	27.0	0.0	0
	政令市群	611	0.1	1.0	22.0	0.0	0
	その他	653	0.1	1.0	16.0	0.0	0

※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。

(18-14) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 中山間地域等に居住する利用者\_延べ訪問回数 (設問18)

中山間地域等に居住する利用者の延べ訪問回数は、全体では平均2.9回、中央値は0回であった。

小さな自治体群では、平均6.4回、中央値は0回であった。

【中山間地域等に居住する利用者\_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	1400	2.9	15.3	157.0	0.0	0
自治体類型	小さな自治体群	514	6.4	22.7	157.0	0.0	0
	2万人未満	122	10.2	29.9	148.0	0.0	0
	2万人以上5万人未満	209	6.1	21.2	157.0	0.0	0
	5万人以上	183	4.2	18.1	154.0	0.0	0
	政令市群	444	0.6	5.7	107.0	0.0	0
	その他	442	1.2	9.3	152.0	0.0	0

※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。

(18-15) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 緊急に訪問した利用者\_訪問対象者数  
(設問 18)

緊急に訪問した利用者の訪問対象者数は、全体では平均 4.5 人、中央値は 3 人であった。  
小さな自治体群では、平均 4.0 人、中央値は 2 人であった。

【緊急に訪問した利用者\_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	1912	4.5	5.2	28.0	0.0	3
自治体類型	小さな自治体群	697	4.0	4.7	27.0	0.0	2
	2万人未満	165	3.4	4.4	21.0	0.0	2
	2万人以上5万人未満	286	3.9	4.6	27.0	0.0	2
	5万人以上	246	4.4	5.0	26.0	0.0	3
	政令市群	594	5.0	5.5	28.0	0.0	3
	その他	621	4.6	5.4	28.0	0.0	3

※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。

(18-16) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 緊急に訪問した利用者\_延べ訪問回数  
(設問 18)

緊急に訪問した利用者の延べ訪問回数は、全体では平均 8.3 回、中央値は 5 回であった。  
小さな自治体群では、平均 7.0 回、中央値は 4 回であった。

【緊急に訪問した利用者\_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	1657	8.3	10.7	71.0	0.0	5
自治体類型	小さな自治体群	600	7.0	9.5	61.0	0.0	4
	2万人未満	137	6.5	9.3	48.0	0.0	4
	2万人以上5万人未満	256	7.0	10.2	61.0	0.0	3
	5万人以上	207	7.4	8.7	52.0	0.0	4
	政令市群	520	8.7	10.3	67.0	0.0	5
	その他	537	9.2	12.2	71.0	0.0	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。

(18-17) 訪問看護対象者(実人数)の利用状況 在宅看取り者数\_人数 (設問 18)

(2024年4月～2025年3月の間の在宅看取り者数(入院・入所後 24 時間以内の死亡の場合を含む))

在宅看取りの人数は、全体では平均 9.1 人、中央値は 5 人であった。  
小さな自治体群では、平均 8.0 人、中央値は 5 人であった。

【在宅看取り者数】

単位:人

		件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
	全体	1866	9.1	11.0	86.0	0.0	5
自治体類型	小さな自治体群	693	8.0	10.2	86.0	0.0	5
	2万人未満	170	6.3	8.4	59.0	0.0	4
	2万人以上5万人未満	281	8.3	9.8	63.0	0.0	5
	5万人以上	242	8.8	11.6	86.0	0.0	5
	政令市群	572	9.5	11.4	76.0	0.0	6
	その他	601	9.8	11.4	70.0	0.0	6

※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。

#### 4. 訪問距離・移動範囲状況

##### (19-1) 1回の訪問看護提供に係る平均移動所要時間（2025年2月）（設問19-1）

1回の訪問看護提供に係る平均移動所要時間(2025年2月)は、全体では「10分以上20分未満」が45.8%と最も高く、次いで「20分以上30分未満」が29.8%であった。

小さな自治体群では、「10分以上20分未満」が40.5%と最も高く、次いで「20分以上30分未満」が31.0%であった。

【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	
全体		1943	4.6	45.8	29.8	14.5	3.0	0.3	2.1	
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	
	2万人未満	162	4.9	39.5	29.6	21.0	1.9	0.0	3.1	
	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	
	5万人以上	240	5.8	40.4	33.3	14.2	3.8	0.4	2.1	
	政令市群	608	3.9	46.1	32.1	15.1	1.8	0.3	0.7	
	その他	658	4.4	50.9	26.4	12.5	3.6	0.3	1.8	
		合計		平均						
全体		1943		20.0						
自治体類型	小さな自治体群	677		21.5						
	2万人未満	162		21.6						
	2万人以上5万人未満	275		22.3						
	5万人以上	240		20.6						
	政令市群	608		19.1						
	その他	658		19.4						

(19-2) 1回の訪問看護提供に係る平均移動所要時間 (2025年7月) (設問 19-2)

1回の訪問看護提供に係る平均移動所要時間(2025年7月)は、全体では「10分以上20分未満」が48.0%と最も高く、次いで「20分以上30分未満」が29.6%であった。

小さな自治体群では、「10分以上20分未満」が44.5%と最も高く、次いで「20分以上30分未満」が31.9%であった。

【1回の訪問看護提供に係る平均移動所要時間(2025年7月)】

単位:%

		合計	■Q19_2.1 回の訪問看護提供に係る平均移動所要時間 2025年7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
全体		1952	4.6	48.0	29.6	12.6	2.9	0.5	1.9
自治体類型	小さな自治体群	683	5.4	44.5	31.9	11.9	2.8	0.4	3.1
	2万人未満	166	4.8	44.6	30.1	15.1	2.4	1.2	1.8
	2万人以上5万人未満	274	5.1	43.8	32.8	10.2	3.3	0.0	4.7
	5万人以上	243	6.2	45.3	32.1	11.5	2.5	0.4	2.1
	政令市群	609	3.6	47.8	31.0	13.5	2.8	0.3	1.0
	その他	660	4.5	51.8	25.8	12.4	3.2	0.8	1.5
		合計	平均						
全体		1952	19.7						
自治体類型	小さな自治体群	683	20.7						
	2万人未満	166	20.8						
	2万人以上5万人未満	274	21.5						
	5万人以上	243	19.8						
	政令市群	609	19.1						
	その他	660	19.2						

(20) 最も使用する訪問の移動手段 (設問 20)

最も使用する訪問の移動手段は、全体では「車」が87.3%と最も高く、次いで「自転車」が7.1%であった。

小さな自治体群では、「車」が97.2%と最も高く、次いで「徒歩」が2.2%であった。小さな自治体群のうち、人口2万人未満では「車」が98.9%と高かった。

【最も使用する訪問の移動手段】

単位:%

		合計	Q20.最も使用する訪問の移動手段					
			車	バイク(原 付含)	自転車	徒歩	船	その他
全体		2110	87.3	2.0	7.1	3.1	0.0	0.4
自治体類型	小さな自治体群	780	97.2	0.1	0.3	2.2	0.0	0.3
	2万人未満	188	98.9	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0
	2万人以上5万人未満	319	97.2	0.3	0.3	2.2	0.0	0.0
	5万人以上	273	96.0	0.0	0.4	2.9	0.0	0.7
	政令市群	632	73.6	4.3	17.6	3.5	0.0	1.1
	その他	698	88.8	2.1	5.3	3.7	0.0	0.0

(21-1-1) 事務所から一番近い利用者宅に移動する際の所要時間 (2025年2月)  
(設問 21-1-1)

事務所から一番近い利用者宅に移動する際の所要時間(2025年2月)は、全体では「5分未満」が59.5%と最も高く、次いで「5分以上10分未満」が31.7%であった。

小さな自治体群では、「5分未満」が57.6%と最も高く、次いで「5分以上10分未満」が34.3%であった。

【事務所から一番近い利用者宅に移動する際の所要時間(2025年2月)】 単位:%

		合計	■Q21_1.事務所から一番近い利用者宅に移動する際の所要時間_2025年2月					平均
			5分未満	5分以上10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満	30分以上	
全体		2055	59.5	31.7	6.2	1.3	1.3	4.4
自治体類型	小さな自治体群	750	57.6	34.3	5.6	0.9	1.6	4.6
	2万人未満	184	56.0	36.4	4.3	1.1	2.2	4.7
	2万人以上5万人未満	306	61.1	31.7	5.6	0.0	1.6	4.5
	5万人以上	260	54.6	35.8	6.5	1.9	1.2	4.5
	政令市群	631	59.4	31.2	6.7	1.6	1.1	4.3
	その他	674	61.7	29.2	6.4	1.5	1.2	4.3

(21-1-2) 事務所から一番近い利用者宅に移動する際の移動距離 (2025年2月)  
(設問 21-1-2)

事務所から一番近い利用者宅に移動する際の移動距離(2025年2月)は、全体では「1キロ未満」が57.5%と最も高く、次いで「1キロ以上3キロ未満」が32.8%であった。

小さな自治体群では、「1キロ未満」が46.4%と最も高く、次いで「1キロ以上3キロ未満」が41.1%であった。小さな自治体群のうち、人口5万人以上では「1キロ未満」が43.7%と全体と比べて低かった。

【事務所から一番近い利用者宅に移動する際の移動距離(2025年2月)】 単位:%

		合計	■Q21_1.事務所から一番近い利用者宅に移動する際の移動距離_2025年2月						平均
			1キロ未満	1キロ以上3キロ未満	3キロ以上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	
全体		1973	57.5	32.8	5.6	2.1	1.1	0.8	1.4
自治体類型	小さな自治体群	722	46.4	41.1	8.2	2.2	0.8	1.2	1.7
	2万人未満	178	47.8	39.3	9.0	1.7	0.6	1.7	1.7
	2万人以上5万人未満	297	47.8	41.4	6.7	2.0	0.7	1.3	1.8
	5万人以上	247	43.7	42.1	9.3	2.8	1.2	0.8	1.5
	政令市群	595	68.4	23.7	4.7	1.8	0.7	0.7	1.1
	その他	656	59.9	32.0	3.7	2.3	1.8	0.3	1.3

(21-2-1) 事務所から一番近い利用者宅に移動する際の所要時間 (2025年7月)  
(設問 21-2-1)

事務所から一番近い利用者宅に移動する際の所要時間(2025年7月)は、全体では「5分未満」が61.3%と最も高く、次いで「5分以上10分未満」が30.4%であった。

小さな自治体群では、「5分未満」が60.0%と最も高く、次いで「5分以上10分未満」が32.6%であった。

【事務所から一番近い利用者宅に移動する際の所要時間(2025年7月)】 単位:%

		合計	■Q21_2.事務所から一番近い利用者宅に移動する際の所要時間_2025年7月					
			5分未満	5分以上10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満	30分以上	平均
全体		2068	61.3	30.4	5.7	1.2	1.5	4.3
自治体類型	小さな自治体群	758	60.0	32.6	5.0	0.8	1.6	4.4
	2万人未満	185	62.2	29.7	5.4	0.5	2.2	4.4
	2万人以上5万人未満	308	62.0	31.5	4.2	0.6	1.6	4.5
	5万人以上	265	56.2	35.8	5.7	1.1	1.1	4.2
	政令市群	633	60.7	30.3	6.3	1.1	1.6	4.3
	その他	677	63.4	28.1	5.8	1.6	1.2	4.2

(21-2-2) 事務所から一番近い利用者宅に移動する際の移動距離 (2025年7月)  
(設問 21-2-2)

事務所から一番近い利用者宅に移動する際の移動距離(2025年7月)は、全体では「1キロ未満」が59.1%と最も高く、次いで「1キロ以上3キロ未満」が31.3%であった。

小さな自治体群では、「1キロ未満」が48.7%と最も高く、次いで「1キロ以上3キロ未満」が39.3%であった。小さな自治体群のうち、人口2万人以上5万人未満では「1キロ以上3キロ未満」が42.3%で全体と比べて高かった。

【事務所から一番近い利用者宅に移動する際の移動距離(2025年7月)】 単位:%

		合計	■Q21_2.事務所から一番近い利用者宅に移動する際の移動距離_2025年7月						
			1キロ未満	1キロ以上3キロ未満	3キロ以上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	平均
全体		1992	59.1	31.3	5.2	2.2	1.2	1.0	2.3
自治体類型	小さな自治体群	733	48.7	39.3	7.4	2.2	0.8	1.6	3.5
	2万人未満	180	51.7	37.2	6.7	1.1	1.1	2.2	5.5
	2万人以上5万人未満	300	47.0	42.3	6.3	2.3	0.7	1.3	1.8
	5万人以上	253	48.6	37.2	9.1	2.8	0.8	1.6	4.2
	政令市群	597	68.8	23.3	4.4	1.7	1.0	0.8	1.1
	その他	662	61.9	29.6	3.6	2.6	1.8	0.5	2.1

(22) 事業所から一番近い利用者宅までの最も使用する訪問の移動手段 (設問 22)

事業所から一番近い利用者宅までの最も使用する訪問の移動手段は、全体では「車」が 60.5%と最も高く、次いで「徒歩」が 30.3%であった。

小さな自治体群では、「車」が 78.4%と最も高く、次いで「徒歩」が 20.9%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「車」が 75.7%、人口 2 万人以上 5 万人未満では「車」が 80.1%、人口 5 万人以上では「車」が 78.3%で全体と比べて高かった。

【事業所から一番近い利用者宅までの最も使用する訪問の移動手段】 単位:%

	合計	Q22.Q21で使用する移動手段					
		車	バイク(原付含)	自転車	徒歩	船	その他
全体	2010	60.5	1.3	7.5	30.3	0.0	0.3
自治体類型							
小さな自治体群	736	78.4	0.1	0.3	20.9	0.0	0.3
2万人未満	181	75.7	0.0	1.1	23.2	0.0	0.0
2万人以上5万人未満	302	80.1	0.3	0.0	19.5	0.0	0.0
5万人以上	253	78.3	0.0	0.0	20.9	0.0	0.8
政令市群	601	41.4	2.7	16.8	38.4	0.0	0.7
その他	673	57.9	1.5	7.1	33.3	0.1	0.0

(23-1-1) 事務所から一番遠い利用者宅に移動する際の所要時間 (2025 年 2 月)

(設問 23-1-1)

事務所から一番遠い利用者宅に移動する際の所要時間(2025 年 2 月)は、全体では「20 分以上 30 分未満」が 30.1%と最も高く、次いで「30 分以上 40 分未満」が 30.0%であった。

小さな自治体群では、「30 分以上 40 分未満」が 27.1%と最も高く、次いで「20 分以上 30 分未満」が 24.3%であった。

【事務所から一番遠い利用者宅に移動する際の所要時間(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の所要時間_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
全体	2049	2.7	9.4	30.1	30.0	17.2	4.6	6.1
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
2万人未満	183	2.7	9.8	24.6	24.6	24.0	5.5	8.7
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
5万人以上	260	1.9	7.3	24.6	29.6	20.4	7.3	8.8
政令市群	627	2.7	9.9	31.3	32.9	16.4	3.3	3.5
その他	674	2.8	10.1	35.3	30.4	13.2	3.4	4.7
	合計		平均					
全体	2049		31.3					
自治体類型								
小さな自治体群	748		34.6					
2万人未満	183		34.7					
2万人以上5万人未満	305		34.7					
5万人以上	260		34.5					
政令市群	627		29.5					
その他	674		29.3					

(23-1-2) 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)  
(設問 23-1-2)

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)は、全体では「10キロ以上20キロ未満」が37.3%と最も高く、次いで「5キロ以上10キロ未満」が22.5%であった。

小さな自治体群では、「10キロ以上20キロ未満」が36.5%と最も高く、次いで「20キロ以上30キロ未満」が31.0%であった。小さな自治体群のうち、人口2万人未満では「30キロ以上50キロ未満」が25.7%、人口2万人以上5万人未満では「20キロ以上30キロ未満」が35.2%と全体と比べて高かった。

【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						
			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 50キロ未満	50キロ以上	平均
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

(23-2-1) 事務所から一番遠い利用者宅に移動する際の所要時間 (2025年7月)  
(設問 23-2-1)

事務所から一番遠い利用者宅に移動する際の所要時間(2025年7月)は、全体では「30分以上40分未満」が30.9%と最も高く、次いで「20分以上30分未満」が29.9%であった。

小さな自治体群では、「30分以上40分未満」が28.6%と最も高く、次いで「20分以上30分未満」が25.6%であった。

【事務所から一番遠い利用者宅に移動する際の所要時間(2025年7月)】 単位:%

		合計	■ Q23_2.事務所から一番遠い利用者宅に移動する際の所要時間_2025年7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
全体		2057	2.6	9.5	29.9	30.9	17.4	4.3	5.4
自治体類型	小さな自治体群	749	2.5	7.7	25.6	28.6	22.4	5.7	7.3
	2万人未満	181	2.2	8.3	25.4	27.6	23.8	5.5	7.2
	2万人以上5万人未満	305	2.6	7.5	26.2	26.6	22.0	6.9	8.2
	5万人以上	263	2.7	7.6	25.1	31.6	22.1	4.6	6.5
	政令市群	628	2.4	10.2	30.3	34.2	15.8	3.7	3.5
	その他	680	2.8	10.7	34.4	30.4	13.2	3.4	5.0
		合計	平均						
全体		2057	31.2						
自治体類型	小さな自治体群	749	33.8						
	2万人未満	181	34.2						
	2万人以上5万人未満	305	34.1						
	5万人以上	263	33.2						
	政令市群	628	29.8						
	その他	680	29.5						

(23-2-2) 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7月)  
(設問 23-2-2)

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7月)は、全体では「10キロ以上 20キロ未満」が37.7%と最も高く、次いで「5キロ以上 10キロ未満」が21.8%であった。

小さな自治体群では、「10キロ以上 20キロ未満」が35.9%と最も高く、次いで「20キロ以上 30キロ未満」が32.2%であった。小さな自治体群のうち、人口2万人以上5万人未満では「20キロ以上 30キロ未満」が35.5%と全体と比べて高かった。

【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7月)】 単位:%

		合計	■Q23 2.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7月						平均
			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 50キロ未満	50キロ以上	
全体		1968	8.5	21.8	37.7	19.3	10.9	1.7	16.4
自治体類型	小さな自治体群	724	2.8	6.4	35.9	32.2	19.6	3.2	22.1
	2万人未満	174	2.3	6.3	32.8	27.6	27.0	4.0	23.9
	2万人以上5万人未満	299	2.0	5.7	34.8	35.5	18.7	3.3	22.6
	5万人以上	251	4.0	7.2	39.4	31.5	15.5	2.4	20.4
	政令市群	589	16.0	32.3	36.0	10.4	4.9	0.5	12.1
	その他	655	8.2	29.6	41.2	13.0	6.7	1.2	14.0

(24) 事業所から一番遠い利用者宅までの最も使用する訪問の移動手段 (設問 24)

事業所から一番遠い利用者宅までの最も使用する訪問の移動手段は、全体では「車」が90.3%と最も高く、次いで「自転車」が4.9%であった。

小さな自治体群では、「車」が97.8%と最も高く、次いで「徒歩」が1.3%であった。

【事業所から一番遠い利用者宅までの最も使用する訪問の移動手段】 単位:%

		合計	Q24.Q23で使用する移動手段					
			車	バイク(原 付含)	自転車	徒歩	船	その他
全体		2085	90.3	2.4	4.9	1.7	0.3	0.3
自治体類型	小さな自治体群	760	97.8	0.0	0.1	1.3	0.7	0.1
	2万人未満	185	98.4	0.0	0.0	1.1	0.5	0.0
	2万人以上5万人未満	305	97.4	0.0	0.3	1.3	1.0	0.0
	5万人以上	270	97.8	0.0	0.0	1.5	0.4	0.4
	政令市群	633	77.9	5.5	13.4	2.2	0.0	0.9
	その他	692	93.5	2.2	2.5	1.7	0.1	0.0

(25) 1週間の訪問において、片道の移動時間が60分以上の利用者数 (設問 25)

1週間の訪問において、片道の移動時間が60分以上の利用者数は、全体では「0人」が93.9%と最も高く、次いで「1人～5人」が4.7%であった。

小さな自治体群では、「0人」が91.5%と最も高く、次いで「1人～5人」が6.6%であった。

【1週間の訪問において、片道の移動時間が60分以上の利用者数】

単位:%

		合計	■Q25.1週間の訪問において、片道の移動時間が60分以上の利用者数				
			0人	1人～5人	6人～10人	11人以上	平均
全体		2063	93.9	4.7	0.9	0.5	0.3
自治体類型	小さな自治体群	743	91.5	6.6	1.2	0.7	0.3
	2万人未満	175	90.9	6.9	1.1	1.1	0.4
	2万人以上5万人未満	310	91.0	6.8	1.3	1.0	0.4
	5万人以上	258	92.6	6.2	1.2	0.0	0.2
	政令市群	630	96.3	2.9	0.5	0.3	0.2
	その他	690	94.3	4.3	0.9	0.4	0.3

(26) 移動に関する苦労や負担 (設問 26) (複数回答可)

移動に関する苦労や負担の状況は、全体では「ガソリン代・車両維持費が負担」が66.5%と最も高く、次いで「冬季の積雪・凍結など天候による影響が大きい」が52.2%であった。

小さな自治体群では、「ガソリン代・車両維持費が負担」が71.9%と最も高く、次いで「冬季の積雪・凍結など天候による影響が大きい」が69.6%であった。小さな自治体群のうち、人口2万人未満では「冬季の積雪・凍結など天候による影響が大きい」が73.3%、「道路状況が悪く安全に不安がある」が35.3%、「移動に際し野生動物への配慮が必要」が43.9%と全体と比べて高かった。

【移動に関する苦労や負担】

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 に遠方に対 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
全体		2154	49.4	52.2	66.5	44.7	19.6	15.3	7.2
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
	2万人未満	187	58.3	73.3	69.0	52.4	35.3	43.9	3.7
	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
	5万人以上	271	62.7	69.4	73.1	57.2	28.4	24.7	3.3
	政令市群	660	42.4	40.3	60.2	40.6	14.1	4.4	8.5
	その他	714	43.8	44.3	66.4	38.5	13.7	8.3	9.1
		合計	特になし						
全体		2154	7.6						
自治体類型	小さな自治体群	780	4.7						
	2万人未満	187	4.3						
	2万人以上5万人未満	322	5.3						
	5万人以上	271	4.4						
	政令市群	660	10.5						
	その他	714	8.1						

その他には、駐車場が確保できない、猛暑等がみられた。

(27) 訪問する範囲の設定 (設問 27) (複数回答可)

訪問する範囲の設定は、全体では「市町村の単位で設定している」が 61.7%と最も高く、次いで「概ね片道( )分で訪問できる範囲に設定している」が 24.2%であった。

小さな自治体群では、「市町村の単位で設定している」が 71.5%と最も高く、次いで「訪問できる範囲距離は設定していない」が 18.7%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「市町村の単位で設定している」が 73.2%と全体と比べて高かった。

訪問する範囲を距離で設定している場合は、小さな自治体群の平均が 17.0km で、全体の 10.8km と比べて広がった。一方、訪問する範囲を時間で設定している場合は、小さな自治体群の平均が 30.4 分と全体の 28.5 分と比べてやや長かった。

【訪問する範囲の設定】

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

その他には、行政単位でエリア設定、施設内・同一建物内が基本である等がみられた。

【訪問する範囲(距離)】

単位:km

		件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体		282	10.8	7.1	50.0	0.5	10
自治体類型							
小さな自治体群		57	17.0	7.1	50.0	2.0	16
2万人未満		12	22.8	9.6	50.0	15.0	20
2万人以上5万人未満		23	16.1	6.3	30.0	2.0	16
5万人以上		22	14.9	4.4	20.0	5.0	16
政令市群		128	8.1	6.3	50.0	0.5	5
その他		97	10.6	5.6	30.0	1.0	10

	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

【訪問する範囲(時間)】

単位:分

	件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値	
全体	525	28.5	7.8	60.0	2.0	30	
自治体類型	小さな自治体群	127	30.4	8.0	60.0	2.0	30
	2万人未満	26	29.5	8.3	50.0	2.0	30
	2万人以上5万人未満	57	31.5	7.4	60.0	20.0	30
	5万人以上	44	29.7	8.4	60.0	10.0	30
	政令市群	227	26.6	6.8	60.0	10.0	30
	その他	171	29.6	8.5	60.0	15.0	30

	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

## 5. 専門の研修（※）を受けた看護師の従事及び連携

- ※① 日本看護協会の認定看護師教育課程
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の専門看護師教育課程
- ③ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修

### (28-1) 専門の研修を受けた看護師の従事状況（専門看護師）（設問 28-1）

専門の研修を受けた看護師が従事しているか(専門看護師)は、全体では「従事していない」が 97.4%、「従事している」が 2.6%であった。

小さな自治体群では、「従事していない」が 98.6%、「従事している」が 1.4%であった。

【専門の研修を受けた看護師の従事状況（専門看護師）】

単位:%

		合計	Q28_1.専門の研修を受けた看護師が従事しているか_専門看護師	
			従事している	従事していない
全体		2133	2.6	97.4
自治体類型	小さな自治体群	766	1.4	98.6
	2万人未満	182	2.2	97.8
	2万人以上5万人未満	313	0.6	99.4
	5万人以上	271	1.8	98.2
	政令市群	664	4.1	95.9
	その他	703	2.6	97.4

### (28-2) 専門の研修を受けた看護師の従事状況（認定看護師）（設問 28-2）

専門の研修を受けた看護師が従事しているか(認定看護師)は、全体では「従事していない」が 88.5%、「従事している」が 11.5%であった。

小さな自治体群では、「従事していない」が 90.3%、「従事している」が 9.7%であった。

【専門の研修を受けた看護師の従事状況（認定看護師）】

単位:%

		合計	Q28_2.専門の研修を受けた看護師が従事しているか_認定看護師	
			従事している	従事していない
全体		2145	11.5	88.5
自治体類型	小さな自治体群	770	9.7	90.3
	2万人未満	183	6.6	93.4
	2万人以上5万人未満	313	10.9	89.1
	5万人以上	274	10.6	89.4
	政令市群	669	13.3	86.7
	その他	706	11.8	88.2

(28-3) 専門の研修を受けた看護師の従事状況（特定行為研修修了者） （設問 28-3）

専門の研修を受けた看護師が従事しているか(特定行為研修修了者)は、全体では「従事していない」が 90.6%、「従事している」が 9.4%であった。

小さな自治体群では、「従事していない」が 91.3%、「従事している」が 8.7%であった。

【専門の研修を受けた看護師の従事状況(特定行為研修修了者)】

単位:%

		合計	Q28_3.専門の研修を受けた看護師が従事しているか_特定行為研修修了者	
			従事している	従事していない
	全体	2139	9.4	90.6
自治体類型	小さな自治体群	767	8.7	91.3
	2万人未満	183	11.5	88.5
	2万人以上5万人未満	311	6.4	93.6
	5万人以上	273	9.5	90.5
	政令市群	665	9.3	90.7
	その他	707	10.2	89.8

(29-1) 従事者以外の専門の研修を受けた看護師との連携状況（専門看護師）

(設問 29)

従事者以外の専門の研修を受けた看護師との連携の有無(専門看護師)は、全体では「連携していない」が 91.6%、「連携している」が 8.4%であった。

小さな自治体群では、「連携していない」が 91.6%、「連携している」が 8.4%であった。

【従事者以外の専門の研修を受けた看護師との連携状況(専門看護師)】

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

(29-2) 従事者以外の専門の研修を受けた看護師との連携状況（認定看護師）  
（設問 29）

従事者以外の専門の研修を受けた看護師との連携の有無（認定看護師）は、全体では「連携していない」が 69.5%、「連携している」が 30.5%であった。

小さな自治体群では、「連携していない」が 62.8%、「連携している」が 37.2%であった。小さな自治体群のうち、人口 5 万人以上では「連携している」が 40.9%と全体と比べて高かった。

【従事者以外の専門の研修を受けた看護師との連携状況（認定看護師）】 単位:%

	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

(29-3) 従事者以外の専門の研修を受けた看護師との連携状況（特定行為研修修了者）  
（設問 29）

従事者以外の専門の研修を受けた看護師との連携の有無（特定行為研修修了者）は、全体では「連携していない」が 90.0%、「連携している」が 10.0%であった。

小さな自治体群では、「連携していない」が 86.9%、「連携している」が 13.1%であった。

【従事者以外の専門の研修を受けた看護師との連携状況（特定行為研修修了者）】 単位:%

	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

(30) 従事者以外の「専門の研修を受けた看護師」との連携 (設問 30) (複数回答可)

従事者以外の「専門の研修を受けた看護師」との連携は、全体では「ケア方法や手技の実践に関する助言」が 80.2%と最も高く、次いで「困難事例について対応方法について相談」が 58.7%であった。

小さな自治体群では、「ケア方法や手技の実践に関する助言」が 83.3%と最も高く、次いで「困難事例について対応方法について相談」が 59.9%であった。

【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	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	294	83.3	59.9	21.8	27.9	2.7	23.5	1.0
小さな自治体群	68	83.8	61.8	23.5	19.1	4.4	26.5	2.9
2万人未満	113	81.4	57.5	23.0	32.7	2.7	21.2	0.0
2万人以上5万人未満	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

その他には、専門職へ相談できる体制等がみられた。

## 6. ICT ツールの導入・活用状況

### (31) 活用している ICT 機器 (設問 31) (複数回答可)

活用している ICT 機器は、全体では「カルテ及び請求業務が一体化したソフト」が 76.3%と最も高く、次いで「オンライン研修・eラーニングの受講」が 62.5%であった。

小さな自治体群では、「カルテ及び請求業務が一体化したソフト」が 70.3%と最も高く、次いで「オンライン研修・eラーニングの受講」が 66.7%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「カルテ及び請求業務が一体化したソフト」が 64.0%、「利用者情報共有のための連携ツール(職員間)」46.0%、「主治医・医療機関との情報共有のための連携ツール」が 42.3%で全体と比べて低かった。

【活用している ICT 機器】

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	

その他には、オンライン請求・オンライン資格確認・マイナンバー関連、多職種間の情報共有ツール等がみられた。

(32) 活用している ICT 機器により得られた効果 (設問 32) (複数回答可)

活用している ICT 機器により得られた効果は、全体では「記録時間が短縮した」が 47.6%と最も高く、次いで「研修の受講が容易になった」が 45.4%であった。

小さな自治体群では、「研修の受講が容易になった」が 49.7%と最も高く、次いで「記録時間が短縮した」が 44.7%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「主治医や関係職種と情報共有する機会が増えた」が 28.8%、「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」が 20.9%で全体と比べて低かった。

【活用している ICT 機器により得られた効果】

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	
		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	

その他には、導入前を知らず比較できない、情報共有がしやすくなった等がみられた。

(33) 活用している ICT 機器による効果が得られた理由やポイント (設問 33)  
(複数回答可)

活用している ICT 機器による効果が得られた理由やポイントは、全体では「機器やネット環境が整っていた」が 62.5%と最も高く、次いで「職員全員が使い方を理解していた」が 61.4%であった。

小さな自治体群では、「機器やネット環境が整っていた」が 62.8%と最も高く、次いで「職員全員が使い方を理解していた」が 60.1%であった。

【活用している ICT 機器による効果が得られた理由やポイント】

単位:%

		合計	Q33.効果が得られた理由やポイント						
			職員全員が 使い方を理 解していた	機器やネット 環境が整っ ていた	外部のサ ポートがあっ た(バンダー や行政な ど)	上司や管理 者の理解が あった	導入のため の専任者が いた	利用者・家 族の理解が あった	医師や関係 職種の理解 があった
	全体	1932	61.4	62.5	17.6	27.4	12.5	10.2	24.5
自治体類型	小さな自治体群	682	60.1	62.8	20.4	25.1	13.0	9.1	22.9
	2万人未満	157	58.0	61.8	21.7	25.5	13.4	9.6	22.9
	2万人以上5万人未満	272	60.3	62.5	19.5	26.8	11.8	11.8	25.0
	5万人以上	253	61.3	63.6	20.6	22.9	14.2	5.9	20.6
	政令市群	605	63.3	63.8	16.4	29.6	11.6	12.1	27.6
	その他	645	60.9	60.9	15.8	27.8	12.7	9.6	23.3
		合計	その他						
	全体	1932	2.1						
自治体類型	小さな自治体群	682	2.3						
	2万人未満	157	1.9						
	2万人以上5万人未満	272	3.3						
	5万人以上	253	1.6						
	政令市群	605	2.1						
	その他	645	1.9						

その他には、比較できない、特になし等がみられた。

(34) 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 (設問 34)

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は、全体では「はい」が 51.5%と最も高く、次いで「いいえ」が 40.3%であった。

小さな自治体群では、「はい」が 51.0%と最も高く、次いで「いいえ」が 41.9%であった。

【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:%

		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		
			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

(35) ICT 機器を導入する際の困りごと (設問 35)

ICT 機器を導入する際の困りごとは、全体では「はい」が 60.2%と最も高く、次いで「いいえ」が 39.8%であった。

小さな自治体群では、「はい」が 64.2%と最も高く、次いで「いいえ」が 35.8%であった。

【 ICT 機器を導入する際に困ったこと】

単位:%

		合計	Q35.ICT機器を導入する際に困ったこと	
			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

(36) ICT 機器を導入する際に困った内容 (設問 36) (複数回答可)

ICT 機器を導入する際に困った内容は、全体では「機器やソフトが高額で導入が難しい」が 43.2%と最も高く、次いで「訪問先では圏外になることがある」が 34.1%であった。

小さな自治体群では、「訪問先では圏外になることがある」が 47.6%と最も高く、次いで「機器やソフトが高額で導入が難しい」が 42.7%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「訪問先では圏外になることがある」が 48.5%、人口 2 万人以上 5 万人未満では「訪問先では圏外になることがある」が 50.0%で全体と比べて高かった。

【 ICT 機器を導入する際に困った内容】

単位:%

		合計	Q36.ICT機器を導入する際に困った内容							
			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リテラシーが不十分である	操作研修やサポートが不足している	個人情報保護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

その他には、導入・初期設定・ルール整備の負担、品質・サポートに不満等がみられた。

## 7. オンライン診療補助状況

### (37) D to P with N<sup>3</sup>の実践経験 (2025年1月～6月) (設問 37)

D to P with Nの実践経験は、全体では「はい」が7.3%、「いいえ」が92.7であった。  
 小さな自治体群では、「はい」が6.2%、「いいえ」が93.8であった。

【 D to P with Nの実践経験】

単位:%

	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

### (38) D to P with Nを実践した患者数 (2025年6月) (設問 38)

D to P with Nを実践した患者数は、全体では平均1.7人、中央値は1人であった。  
 小さな自治体群では、平均1.0人、中央値は1人であった。

【 D to P with Nを実践した患者数】

単位:人

	件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値	
全体	141	1.7	4.5	45.0	0.0	1	
自治体類型	小さな自治体群	45	1.0	1.4	5.0	0.0	1
	2万人未満	8	1.5	1.7	5.0	0.0	1
	2万人以上5万人未満	21	0.4	0.5	1.0	0.0	0
	5万人以上	16	1.4	1.8	5.0	0.0	1
	政令市群	46	3.2	7.6	45.0	0.0	1
	その他	50	1.0	1.2	5.0	0.0	1

### (39) D to P with Nを実践した患者数のうち訪問看護利用者数 (2025年6月) (設問 39)

D to P with Nを実践した患者数のうち訪問看護利用者数は、全体では平均1.8人、中央値は1人であった。

小さな自治体群では、平均0.9人、中央値は1人であった。

【 D to P with Nを実践した患者数のうち訪問看護利用者数】

単位:人

	件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値	
全体	130	1.8	4.7	45.0	0.0	1	
自治体類型	小さな自治体群	40	0.9	1.1	5.0	0.0	1
	2万人未満	8	0.9	1.0	3.0	0.0	1
	2万人以上5万人未満	17	0.5	0.5	1.0	0.0	1
	5万人以上	15	1.2	1.6	5.0	0.0	1
	政令市群	41	3.6	8.0	45.0	0.0	1
	その他	49	1.1	1.2	5.0	0.0	1

<sup>3</sup> 訪問看護師がオンラインで医師と繋ぎ、遠隔診療をすること。利用者のみならず、利用者以外の患者に対して訪問看護師がオンライン診療補助をした場合も含む。

(40) D to P with N を実践した患者数のうち介護保険利用者数 (2025年6月)  
(設問 40)

D to P with N を実践した患者数のうち介護保険利用者数は、全体では平均 1.0 人、中央値は 0 人であった。

小さな自治体群では、平均 0.5 人、中央値は 0 人であった。

【 D to P with N を実践した患者数のうち介護保険利用者数】

単位:人

		件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体		131	1.0	2.4	19.0	0.0	0
自治体類型	小さな自治体群	42	0.5	1.0	4.0	0.0	0
	2万人未満	8	0.5	1.1	3.0	0.0	0
	2万人以上5万人未満	18	0.1	0.3	1.0	0.0	0
	5万人以上	16	0.9	1.4	4.0	0.0	0
	政令市群	41	2.0	3.9	19.0	0.0	1
	その他	48	0.5	0.9	4.0	0.0	0

(41) D to P with N の実践場所 (設問 41) (複数回答可)

D to P with N の実践場所は、全体では「利用者宅」が 99.0%と最も高く、次いで「地域の公民館や集会場」が 1.0%であった。

小さな自治体群では、「利用者宅」が 100.0%と最も高く、次いで「地域の公民館や集会場」が 3.1%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「地域の公民会や集会場」が全体に比べて 12.5%と高かった。

【 D to P with N の実践場所】

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

その他は、有料老人ホームであった。

(42) D to P with N を実践した患者の主たる病名と人数 (設問 42)  
(2025 年 6 月のひと月の間)

D to P with N を実践した患者の主たる病名と人数は、次のとおりであった。

【 D to P with N の実践した患者の主たる病名と人数(平均値)】

単位:人

	全体	小さな自治体群				政令市群	その他
		2万人未満	2万人以上 5万人未満	5万人以上			
調査数	161	50	10	24	16	54	57
1. 介護保険利用者	3.2	1.8	0.4	2.6	1.6	5.8	2.0
2. 特別訪問看護指示書が交付された者	0.4	0.3	0.3	0.1	0.6	0.6	0.1
3. がん末期(終末期)	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	0.4	0.3
4. 神経難病	0.3	0.2	0.0	0.3	0.1	0.4	0.2
5. 認知症	0.7	0.5	0.2	0.8	0.1	1.0	0.6
6. 脳梗塞後遺症	0.6	0.3	0.0	0.7	0.0	1.1	0.3
7. 慢性心不全	0.4	0.3	0.3	0.4	0.1	0.7	0.3
8. 糖尿病	0.4	0.3	0.0	0.5	0.1	0.7	0.3
9. 高血圧	1.0	0.5	0.4	0.8	0.2	2.1	0.6
10. 精神科訪問看護を算定している者	0.9	0.1	0.0	0.1	0.0	2.2	0.3
11. 人工呼吸器を使用している者	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0
12. 創傷管理が必要な者	0.3	0.3	0.2	0.5	0.1	0.3	0.2
13. 疼痛コントロールが必要な者	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.2	0.2
14. 医療的ケア児	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
15. 通院が難しい(移動困難、付き添い家族の負担が大きい)	1.1	0.4	0.6	0.3	0.3	2.5	0.4
16. 定期的な診察や薬の処方が必要	1.8	1.2	0.8	1.6	0.9	3.0	1.2
17. 在宅での緩和ケアや看取りを希望	0.3	0.2	0.4	0.2	0.0	0.4	0.2
18. 急変時に医師の判断が必要だが、すぐの訪問が困難	0.4	0.6	0.7	0.3	1.0	0.5	0.2
19. 家族や職員が不安を感じる場面が多い	0.4	0.3	0.7	0.2	0.1	0.2	0.8
20. その他	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

(43 - 1) D to P with N に係る所要時間 診察前の情報収集・アセスメント (設問 43)

D to P with N に係る所要時間のうち診察前の情報収集・アセスメントは、全体では平均 11.2 分、中央値は 10 分であった。

小さな自治体群では、平均 11.7 分、中央値は 10 分であった。

【D to P with N に係る所要時間 診察前の情報収集・アセスメント】

単位:分

		件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体		78	11.2	8.0	40.0	0.0	10
自治体類型	小さな自治体群	27	11.7	7.9	30.0	0.0	10
	2万人未満	6	10.3	3.3	15.0	5.0	10
	2万人以上5万人未満	12	14.3	10.9	30.0	0.0	10
	5万人以上	9	9.3	3.7	15.0	5.0	10
	政令市群	26	12.4	9.2	40.0	0.0	10
	その他	25	9.5	6.9	30.0	0.0	10

(43 - 2) D to P with N に係る所要時間 通信環境の設置・確認 (設問 43)

D to P with N に係る所要時間のうち通信環境の設置・確認は、全体では平均 5.9 分、中央値は 5 分であった。

小さな自治体群では、平均 7.1 分、中央値は 5 分であった。

【D to P with N に係る所要時間 通信環境の設置・確認】

単位:分

		件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体		75	5.9	7.4	50.0	0.0	5
自治体類型	小さな自治体群	27	7.1	7.4	35.0	0.0	5
	2万人未満	6	4.0	3.0	8.0	0.0	5
	2万人以上5万人未満	12	7.9	6.3	20.0	0.0	5
	5万人以上	9	8.1	10.5	35.0	0.0	5
	政令市群	25	6.5	9.5	50.0	0.0	5
	その他	23	3.8	3.7	15.0	0.0	3

(43 - 3) D to P with Nに係る所要時間 医師の診察・診療の補助 (設問 43)

D to P with Nに係る所要時間のうち医師の診察・診療の補助は、全体では平均 9.7 分、中央値は 7 分であった。

小さな自治体群では、平均 10.7 分、中央値は 5.5 分であった。

【D to P with Nに係る所要時間 医師の診察・診療の補助】

単位:分

		件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
	全体	82	9.7	10.4	77.0	0.0	7
自治体類型	小さな自治体群	26	10.7	15.0	77.0	0.0	5.5
	2万人未満	6	9.3	4.8	15.0	5.0	8
	2万人以上5万人未満	11	7.5	5.8	20.0	0.0	10
	5万人以上	9	15.7	24.5	77.0	3.0	5
	政令市群	30	10.5	8.7	40.0	0.0	10
	その他	26	7.8	5.5	30.0	0.0	5

(43 - 4) D to P with Nに係る所要時間 医師の診察後の看護師の療養支援、フォロー (設問 43)

D to P with Nに係る所要時間のうち医師の診察後の看護師の療養支援、フォローは、全体では平均 9.1 分、中央値は 10 分であった。

小さな自治体群では、平均 9.4 分、中央値は 10 分であった。

【D to P with Nに係る所要時間 医師の診察後の看護師の療養支援、フォロー】

単位:分

		件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
	全体	69	9.1	6.7	30.0	0.0	10
自治体類型	小さな自治体群	24	9.4	6.8	30.0	0.0	10
	2万人未満	6	9.2	3.8	15.0	5.0	10
	2万人以上5万人未満	10	9.6	7.1	20.0	0.0	10
	5万人以上	8	9.4	8.8	30.0	2.0	6.5
	政令市群	24	9.8	7.6	30.0	1.0	7.5
	その他	21	8.0	5.4	20.0	0.0	5

(43 - 5) D to P with Nに係る所要時間 服薬指導 (設問 43)

D to P with Nに係る所要時間のうち服薬指導は、全体では平均 7.2 分、中央値は 5 分であった。

小さな自治体群では、平均 5.3 分、中央値は 5 分であった。

【D to P with Nに係る所要時間 服薬指導】

単位:分

		件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
	全体	39	7.2	7.1	30.0	0.0	5
自治体類型	小さな自治体群	12	5.3	5.0	15.0	0.0	5
	2万人未満	2	9.0	8.5	15.0	3.0	9
	2万人以上5万人未満	3	5.0	5.0	10.0	0.0	5
	5万人以上	7	4.3	4.5	10.0	0.0	5
	政令市群	14	8.9	8.1	30.0	0.0	5
	その他	13	7.2	7.6	30.0	0.0	5

その他には、医師の指示待機時間がみられた。

(43 - 6) D to P with Nに係る所要時間 その他 (設問 43)

D to P with Nに係る所要時間のうちその他は、1件 10分との記載があったが、内容の記述はなかった。

(44) D to P with Nの頻度 (設問 44)

D to P with Nの頻度は、全体では「医師が必要と判断した時のみ」が74.5%と最も高く、次いで「月数回」が14.3%であった。

小さな自治体群では、「医師が必要と判断した時のみ」が62.5%と最も高く、次いで「月数回」が25.0%であった。小さな自治体群のうち、人口2万人未満では「週1回以上」が14.3%、人口5万人以上では「月数回」が33.3%で全体と比べて高かった。

【 D to P with N の利用頻度】

単位:%

		合計	Q44.D to P with Nの頻度				
			看護師の訪問のたびに実施	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

その他には、月1回、患者・家族の要望時等がみられた。

(45) D to P with Nについて、患者のためにオンライン診療の補助はスムーズに行えたか (設問 45)

D to P with Nについて、患者のためにオンライン診療の補助はスムーズに行えたかは、全体では「はい(スムーズに行えた)」が83.2%と最も高く、次いで「わからない」が9.9%であった。

小さな自治体群では、「はい」が87.5%と最も高く、次いで「わからない」が9.4%であった。小さな自治体群のうち、人口2万人未満では「はい」が100.0%で全体と比べて高かった。

【 D to P with N について、患者のためにオンライン診療の補助はスムーズに行えたか】

単位:%

		合計	Q45.D to P with Nについて、患者のためにオンライン診療の補助はスムーズに行えたか		
			はい	いいえ	わからない
全体		101	83.2	6.9	9.9
自治体類型	小さな自治体群	32	87.5	3.1	9.4
	2万人未満	7	100.0	0.0	0.0
	2万人以上5万人未満	13	76.9	7.7	15.4
	5万人以上	12	91.7	0.0	8.3
	政令市群	36	83.3	2.8	13.9
その他		33	78.8	15.2	6.1

(46) D to P with Nが利用者にもたらす効果 (設問 46) (複数回答可)

D to P with Nが利用者にもたらす効果は、全体では「タイムリーな診療を受けることができる」が75.5%と最も高く、次いで「利用者・家族等の通院の負担が減らせる」が73.5%であった。

小さな自治体群では、「利用者・家族等の通院の負担が減らせる」が90.5%と最も高く、次いで「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」が78.1%であった。小さな自治体群のうち、人口2万人未満では「利用者・家族等の通院の負担が減らせる」が85.7%、「移動が軽減する分、診療(診てもら)回数が増える」が42.9%、「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」が71.4%で全体と比べて高かった。人口2万人以上5万人未満では「利用者・家族等の通院の負担が減らせる」が92.3%、「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」が84.6%で全体と比べて高かった。人口5万人以上では「利用者・家族等の通院の負担が減らせる」が91.7%、「移動が軽減する分、診療(診てもら)回数が増える」が41.7%、「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」が75.0%で全体と比べて高かった。

【 D to P with Nが利用者にもたらす効果】

単位:%

		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)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	90.5	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

## 8. 利用者への薬剤提供状況

(47) 2024年8月～2025年7月の期間において、手元（利用者宅）に薬剤がないために、訪問看護利用者に円滑に薬物治療が提供できなかったことで、症状が悪化した事例の有無（設問 47）

手元に薬剤がないため、訪問看護利用者に円滑に薬物治療が提供できなかったことで、症状が悪化した事例の有無は、全体では「なし」が71.2%と最も高く、次いで「あり」が20.5%であった。  
 小さな自治体群では、「なし」が71.7%と最も高く、次いで「あり」が20.5%であった。

【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:%

	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		
		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

(48) 医師の指示はあっても、手元（利用者宅）になかった薬剤（設問 48）  
（複数回答可）

医師の指示はあっても、手元になかった薬剤は、全体では「解熱鎮痛剤」が 49.9%と最も高く、次いで「被覆材」が 48.7%であった。

小さな自治体群では、「解熱鎮痛剤」が 55.5%と最も高く、次いで「被覆材」が 45.8%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「被覆材」が 57.6%で全体と比べて高かった。人口 2 万人以上 5 万人未満では「解熱鎮痛剤」が 66.2%、「脱水症状および予防のための輸液」が 43.1%で全体と比べて高かった。

【医師の指示はあっても、手元になかった薬剤】

単位:%

		合計	Q48.医師の指示はあっても、手元になかった薬剤						
			被覆材	解熱鎮痛剤	ステロイド以外の軟こう	ステロイド軟こう	浣腸液	抗生剤	麻薬の鎮痛剤
全体		427	48.7	49.9	29.0	22.0	32.6	30.0	26.9
自治体類型	小さな自治体群	155	45.8	55.5	27.7	20.0	31.6	32.3	29.0
	2万人未満	33	57.6	45.5	27.3	27.3	24.2	30.3	27.3
	2万人以上5万人未満	65	43.1	66.2	26.2	23.1	40.0	38.5	29.2
	5万人以上	57	42.1	49.1	29.8	12.3	26.3	26.3	29.8
	政令市群	135	53.3	51.9	30.4	25.2	36.3	31.9	24.4
	その他	137	47.4	41.6	29.2	21.2	29.9	25.5	27.0
		合計	Q48.医師の指示はあっても、手元になかった薬剤						
			脱水症状および予防のための輸液	湿布	下剤	止痢剤	感冒薬	その他	
全体		427	31.1	5.4	18.7	6.1	7.0	9.4	
自治体類型	小さな自治体群	155	36.1	5.8	21.3	7.7	5.8	7.7	
	2万人未満	33	21.2	9.1	21.2	9.1	6.1	3.0	
	2万人以上5万人未満	65	43.1	4.6	24.6	7.7	4.6	6.2	
	5万人以上	57	36.8	5.3	17.5	7.0	7.0	12.3	
	政令市群	135	35.6	6.7	22.2	6.7	8.9	12.6	
	その他	137	21.2	3.6	12.4	3.6	6.6	8.0	

その他には、精神科系薬剤、制吐剤等がみられた。

(49) 臨時で使用する薬品を確保したルート (設問 49) (複数回答可)

臨時で使用する薬品を確保したルートは、全体では「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」が 65.1%と最も高く、次いで「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」が 54.4%であった。

小さな自治体群では、「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」が 71.5%と最も高く、次いで「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」が 64.6%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「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」が 71.9%、「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」が 78.1%で全体と比べて高かった。

【臨時で使用する薬品を確保したルート】

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

その他には、薬局対応、市販薬で代用等がみられた。

## 9. 事業運営状況

### (50-1) 従業員の賃上げ（ベースアップ）の実施状況（令和5年度）（設問50-1）

※ここでの賃上げは給与ベースを上昇させ、年収が上がった（または予定）のことを指し、年齢や職能給等の給与テーブルに基づく通常の給与の増額は該当しない

従業員の賃上げの実施の有無（令和5年度）は、全体では「実施していない」が60.1%、「実施した」が39.9%であった。

小さな自治体群では、「実施していない」が60.7%、「実施した」が39.3%であった。

【従業員の賃上げの実施の有無（令和5年度）】

単位:%

		合計	Q50_1.従業員の賃上げの実施の有無_令和5年度	
			実施した	実施していない
全体		1965	39.9	60.1
自治体類型	小さな自治体群	697	39.3	60.7
	2万人未満	168	39.3	60.7
	2万人以上5万人未満	284	39.8	60.2
	5万人以上	245	38.8	61.2
	政令市群	620	40.5	59.5
	その他	648	40.1	59.9

### (50-2) 従業員の賃上げの実施の有無（令和6年度）（設問50-2）

従業員の賃上げの実施の有無（令和6年度）は、全体では「実施した」が65.7%、「実施していない」が34.3%であった。

小さな自治体群では、「実施した」が65.4%、「実施していない」が34.6%であった。

【従業員の賃上げの実施の有無（令和6年度）】

単位:%

		合計	Q50_2.従業員の賃上げの実施の有無_令和6年度	
			実施した	実施していない
全体		2068	65.7	34.3
自治体類型	小さな自治体群	735	65.4	34.6
	2万人未満	177	61.6	38.4
	2万人以上5万人未満	291	66.7	33.3
	5万人以上	267	66.7	33.3
	政令市群	651	65.1	34.9
	その他	682	66.4	33.6

(50-3) 従業員の賃上げの実施の有無 (令和7年度) (設問 50-3)

従業員の賃上げの実施の有無(令和5年度)は、全体では「実施した」が66.1%、「実施していない」が33.9%であった。

小さな自治体群では、「実施した」が65.8%、「実施していない」が34.2%であった。

【従業員の賃上げの実施の有無(令和7年度)】

単位:%

		合計	Q50_3.従業員の賃上げの実施の有無_令和7年度	
			実施した	実施していない
全体		2050	66.1	33.9
自治体類型	小さな自治体群	730	65.8	34.2
	2万人未満	177	62.7	37.3
	2万人以上5万人未満	294	66.3	33.7
	5万人以上	259	67.2	32.8
	政令市群	641	66.5	33.5
その他		679	66.3	33.7

(51) 従業員の賃上げの実施方法 (設問 51)

従業員の賃上げの実施方法は、全体では「基本給の引き上げ」が49.2%と最も高く、次いで「処遇改善の手当による引き上げ」が38.3%であった。

小さな自治体群では、「基本給の引き上げ」が52.1%と最も高く、次いで「処遇改善の手当による引き上げ」が37.8%であった。

【従業員の賃上げの実施方法】

単位:%

		合計	Q51.従業員の賃上げの実施方法			
			基本給の引き上げ	処遇改善の手当による引き上げ	処遇改善以外の手当による引き上げ	その他
全体		1294	49.2	38.3	8.8	3.7
自治体類型	小さな自治体群	455	52.1	37.8	7.5	2.6
	2万人未満	102	57.8	27.5	10.8	3.9
	2万人以上5万人未満	195	51.3	39.5	7.2	2.1
	5万人以上	158	49.4	42.4	5.7	2.5
	政令市群	404	47.0	39.6	9.9	3.5
その他		435	48.3	37.5	9.2	5.1

その他には、ベースアップ評価料・加算による引き上げ、賞与・ボーナスの増額等がみられた。

(52) 2024年度の決算状況 (設問 52)

※本調査における収支差率は、補助金を除外して算出

2024年度の決算状況は、全体では「0～5%未満」が27.3%と最も高く、次いで「5～10%未満」が18.9%であった。

小さな自治体群では、「0～5%未満」が24.6%と最も高く、次いで「5～10%未満」が17.9%であった。

【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					

(53) 事業運営に際して受けている補助金の有無 (設問 53)

事業運営に際して受けている補助金の有無は、全体では「ない」が51.3%と最も高く、次いで「わからない」が25.0%であった。

小さな自治体群では、「ない」が54.8%と最も高く、次いで「ある」が23.8%であった。

【受けている補助金の有無】

単位:%

		合計	Q53.受けている補助金の有無		
			ある	ない	わからない
全体		2008	23.7	51.3	25.0
自治体類型	小さな自治体群	726	23.8	54.8	21.3
	2万人未満	173	29.5	52.6	17.9
	2万人以上5万人未満	287	23.0	55.7	21.3
	5万人以上	266	21.1	55.3	23.7
	政令市群	621	22.2	48.8	29.0
	その他	661	25.0	49.9	25.1

(54) 過去3年以内で受けた補助金（コロナ関係の補助金を除く）の種類（設問54）  
（複数回答可）

過去3年以内で受けた補助金の種類は、全体では「ICTツール導入に対する補助」が70.1%と最も高く、次いで「その他」が20.6%であった。

小さな自治体群では、「ICTツール導入に対する補助」が66.1%と最も高く、次いで「その他」が27.0%であった。小さな自治体群のうち、人口2万人未満では「その他」が38.3%で全体と比べて高かった。

【過去3年以内で受けた補助金の種類】

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	訪問看護師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

その他には、光熱費・燃料費高騰への支援金、マイナ保険証関連の導入補助等がみられた。

(55) 今後3年以内の事業規模の方針（設問55）

今後3年以内の事業規模の方針は、全体では「現状維持」が63.4%と最も高く、次いで「規模拡大予定（職員を増やし利用者を拡大）」が23.2%であった。

小さな自治体群では、「現状維持」が72.2%と最も高く、次いで「規模拡大予定（職員を増やし利用者を拡大）」が14.6%であった。小さな自治体群のうち、人口2万人未満では「現状維持」が78.0%で全体と比べて高かった。

【今後3年以内の事業計画】

単位:%

	合計	Q55.今後3年以内の事業計画							
		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
全体	1915	2.5	4.2	23.2	63.4	2.3	1.6	0.6	0.3
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
2万人未満	173	2.3	2.3	11.0	78.0	1.7	2.3	0.0	0.6
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
5万人以上	252	2.8	3.2	18.7	65.9	2.0	2.8	0.4	0.4
政令市群	578	2.6	5.2	29.6	57.3	1.6	1.4	0.5	0.3
その他	636	3.1	4.6	26.9	59.4	2.7	0.9	0.6	0.0
	合計		その他						
全体	1915		1.9						
自治体類型									
小さな自治体群	701		2.4						
2万人未満	173		1.7						
2万人以上5万人未満	276		1.4						
5万人以上	252		4.0						
政令市群	578		1.6						
その他	636		1.7						

その他には特になし、わからない等がみられた

(56) 今後3年以内の訪問エリアの方針（拡大・維持・縮小） （設問56）（複数回答可）

今後3年以内の訪問エリアの方針は、全体では「現状維持」が84.2%と最も高く、次いで「隣接する市町村まで訪問エリアを拡大予定」が8.6%であった。

小さな自治体群では、「現状維持」が89.2%と最も高く、次いで「隣接する市町村まで訪問エリアを拡大予定」が5.7%であった。

【今後3年以内の訪問エリアの計画】

単位:%

	合計	Q56.今後3年以内の訪問エリアの計画					その他
		隣接する市町村まで訪問エリアを拡大予定	所在自治体内で訪問エリアを拡大予定	現状維持	訪問エリアは縮小し多機能型事業を実施予定	訪問エリアは縮小し利用者規模は維持する予定	
全体	1738	8.6	6.2	84.2	0.3	1.5	0.6
自治体類型							
小さな自治体群	629	5.7	4.9	89.2	0.2	0.6	0.5
2万人未満	157	7.0	3.8	88.5	0.0	0.6	0.6
2万人以上5万人未満	248	2.8	3.6	92.7	0.0	0.4	0.8
5万人以上	224	8.0	7.1	85.7	0.4	0.9	0.0
政令市群	529	8.3	8.3	81.1	0.4	2.5	0.4
その他	580	12.1	5.5	81.6	0.5	1.6	1.0

その他には、エリア拡大の検討、利用者規模の拡大等がみられた。

(57) サテライト設置の意向 （設問57）

サテライト設置の意向は、全体では「なし」が89.9%、「あり」が10.1%であった。

小さな自治体群では、「なし」が93.1%、「あり」が6.9%であった。

【サテライト設置の意向】

単位:%

	合計	Q57.サテライト設置の意向	
		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

(58) 事業規模の縮小予定、休止・廃止予定の理由 (設問 58)

事業規模の縮小予定、休止・廃止予定の理由は、全体では「看護職員の人材確保が難しい」が75.7%と最も高く、次いで「運営法人等の方針である」が28.4%であった。

小さな自治体群では、「看護職員の人材確保が難しい」が82.4%と最も高く、次いで「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」「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」が26.5%であった。小さな自治体群のうち、人口2万人未満では「看護職員の人材確保が難しい」が100.0%、「看護職員以外の人材確保が難しい」が28.6%、「運営法人等の方針である」が42.9%と全体と比べて高かった。人口2万人以上5万人未満では「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」が33.3%、「看護職員以外の人材確保が難しい」が33.3%、「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」が33.3%と全体と比べて高かった。

【事業規模の縮小予定・休止・廃止予定の理由】

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	その他	特にな					
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					

その他には、経営悪化・採算性の問題、処遇の問題等がみられた。

(59) 事業運営上の課題 (設問 59) (複数回答可)

事業運営上の課題は、全体では「職員の確保」が 77.9%と最も高く、次いで「ガソリン代などの物価高騰」が 52.6%であった。

小さな自治体群では、「職員の確保」が 76.7%と最も高く、次いで「ガソリン代などの物価高騰」が 57.7%であった。

【事業運営上の課題】

単位:%

	合計	Q59.事業運営上の課題						
		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				

その他には、職員の高齢化・後継者不足などの人材確保問題、競合増加による利用者の減少、報酬・加算制度への不満等がみられた。

(60) 事業運営を継続する上で必要な支援 (設問 60) (複数回答可)

事業運営を継続する上で必要な支援は、全体では「看護職員の採用支援」が 66.7%と最も高く、次いで「夜間・緊急対応できる人材の確保」が 60.4%であった。

小さな自治体群では、「ガソリン代や車両維持費の補助」が 65.5%と最も高く、次いで「看護職員の採用支援」が 63.2%であった。小さな自治体群のうち、人口 2 万人未満では「悪天候時の安全運行支援(スノータイヤ等の補助)」が 37.4%、「交通インフラの整備(道路・除雪)」22.0%で全体と比べて高かった。

【事業運営継続に必要な支援】

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	65.5	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	Q61.事業運営継続に必要な支援							その他
			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		
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	

その他には、診療報酬・介護報酬の引き上げや加算制度の抜本見直し、人材確保・育成支援等がみられた。

## 10. ベースアップ評価料

### (61) ベースアップ評価料を算定（届出）しない理由 （設問 61）（複数回答可）

ベースアップ評価料を算定（届出）しない理由は、全体では「届出・実績報告のための計算が手間である」が 59.1%と最も高く、次いで「要件が複雑で理解できない」が 30.8%であった。

小さな自治体群では、「届出・実績報告のための計算が手間である」が 53.0%と最も高く、次いで「毎月得られる金額が異なり、安定した賃上げが不安である」が 27.6%であった。

#### 【ベースアップ評価料を算定（届出）しない理由】

単位:%

		合計	Q61.ベースアップ評価料を算定（届出）しない理由						
			届出・実績報告のための計算が手間である	毎月得られる金額が異なり、安定した賃上げが不安である	賃上げに伴う社会保険料の支払いが不安である	要件が複雑で理解できない	届出の際の事務作業外注費用が高いため	給与規則などがなく手当としての支給の仕方が分からない	収支の状況から賃上げができない
	全体	766	59.1	28.7	14.1	30.8	5.9	4.3	21.0
自治体類型	小さな自治体群	279	53.0	27.6	12.5	27.2	4.3	4.3	20.8
	2万人未満	69	55.1	29.0	15.9	26.1	7.2	5.8	20.3
	2万人以上5万人未満	115	53.0	27.8	10.4	27.0	3.5	3.5	22.6
	5万人以上	95	51.6	26.3	12.6	28.4	3.2	4.2	18.9
	政令市群	241	62.2	29.0	11.6	29.5	5.4	5.8	20.7
	その他	246	63.0	29.7	18.3	36.2	8.1	2.8	21.5
		合計	Q62.定期昇給の仕組みの有無						
			患者（自己負担）への説明が難しいため	事業所単位で賃金改善を行わないといけないため 法人内の公	一定の賃金改善をしない と事務職員に充当することができない	届出をしなくても、十分な賃上げが可能のため	時限的な報酬だと認識し ていて手間・収入の観点から算定	総収入に占める介護報酬収入割合が高く、ベースアップ評価	その他
	全体	766	20.1	11.7	5.9	5.1	13.6	13.8	10.8
自治体類型	小さな自治体群	279	17.6	12.9	4.7	3.6	12.2	12.9	14.7
	2万人未満	69	17.4	14.5	5.8	1.4	15.9	17.4	18.8
	2万人以上5万人未満	115	17.4	16.5	5.2	6.1	11.3	11.3	15.7
	5万人以上	95	17.9	7.4	3.2	2.1	10.5	11.6	10.5
	政令市群	241	22.0	12.9	7.9	5.4	13.3	16.6	7.5
	その他	246	21.1	9.3	5.3	6.5	15.4	12.2	9.8

その他には、法人・母体の方針で決定、公立・自治体規定による制約等がみられた。

### (62) 定期昇給の仕組みの有無 （設問 62）

定期昇給体の仕組みの有無は、全体では「ある」が 68.7%と最も高く、次いで「ない」が 19.0%であった。

小さな自治体群では、「ある」が 71.9%と最も高く、次いで「ない」が 17.6%であった。

#### 【定期昇給の仕組みの有無】

単位:%

		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

(63) 賞与支給の仕組みの有無 (設問 63)

賞与支給の仕組みの有無は、全体では「ある」が 78.6%と最も高く、次いで「業績連動による支給」が 13.7%であった。

小さな自治体群では、「ある」が 82.0%と最も高く、次いで「業績連動による支給」が 11.3%であった。

【賞与支給の仕組みの有無】

単位:%

	合計	Q63.賞与支給の仕組みの有無		
		ある	ない	業績連動による支給
全体	1908	78.6	7.7	13.7
自治体類型				
小さな自治体群	688	82.0	6.7	11.3
2万人未満	163	79.8	8.0	12.3
2万人以上5万人未満	275	83.6	3.3	13.1
5万人以上	250	81.6	9.6	8.8
政令市群	615	74.3	9.3	16.4
その他	605	79.2	7.1	13.7

(64) 年度単位での昇給額のおよその金額 (設問 64)

年度単位での昇給額のおよその金額は、全体では平均 10,103.8 円、中央値が 3,000 円であった。

小さな自治体群では、平均 6,664.2 円、中央値が 3,000 円であった。

【年度単位での昇給額のおよその金額/年】

単位:円

	件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
						中央値
全体	824	10103.8	44839.5	800000.0	1.0	3000
自治体類型						
小さな自治体群	297	6664.2	14356.0	140000.0	1.0	3000
2万人未満	68	5065.5	7733.6	57600.0	1.0	3000
2万人以上5万人未満	121	7759.1	15738.7	120000.0	1.0	3000
5万人以上	108	6444.2	15869.9	140000.0	20.0	3000
政令市群	255	11068.8	43644.6	500000.0	10.0	3000
その他	272	12954.9	63823.8	800000.0	100.0	3000

	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

(65) 所定労働時間 (設問 65)

所定労働時間は、全体では平均 39.1 時間、中央値が 40 時間であった。

小さな自治体群では、平均 39.2 時間、中央値が 40 時間であった。

【所定労働時間／週】

単位:時間

		件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
	全体	1784	39.1	2.1	50.0	8.0	40
自治体類型	小さな自治体群	644	39.2	1.8	50.0	20.0	40
	2万人未満	153	39.2	1.6	50.0	32.0	40
	2万人以上5万人未満	254	39.0	2.0	43.8	20.0	40
	5万人以上	237	39.4	1.6	48.5	32.0	40
	政令市群	571	38.9	1.9	45.0	30.0	40
	その他	569	39.1	2.4	50.0	8.0	40

## Ⅱ-2. 市町村調査結果

### 1. 調査対象及び回収状況

回答率は、市町村で 52.9%であった。

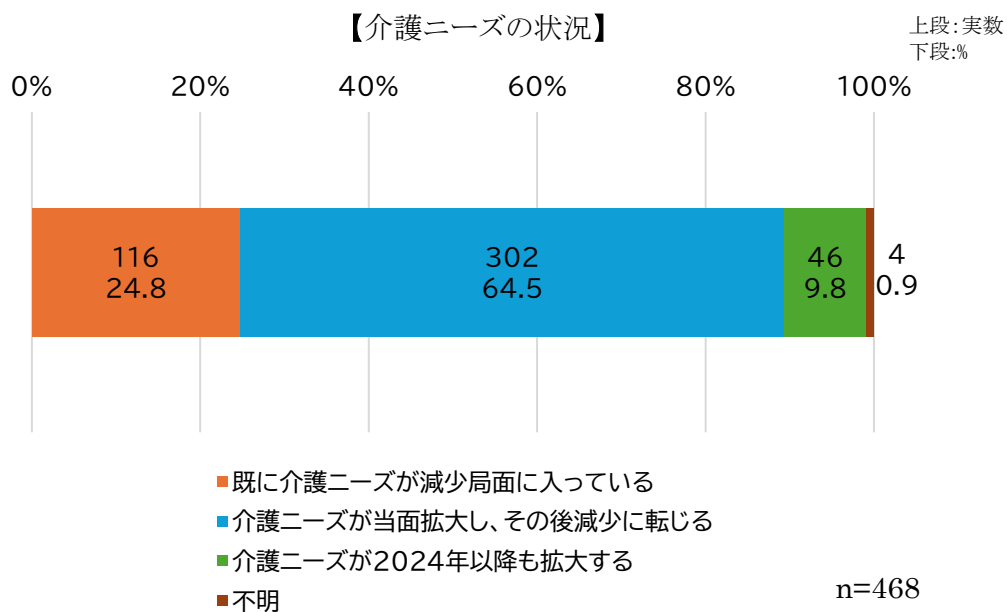
【市町村】

市町村	対象数	回答数	回答率
市町村	884	468	52.9%

### 2. 市町村の状況

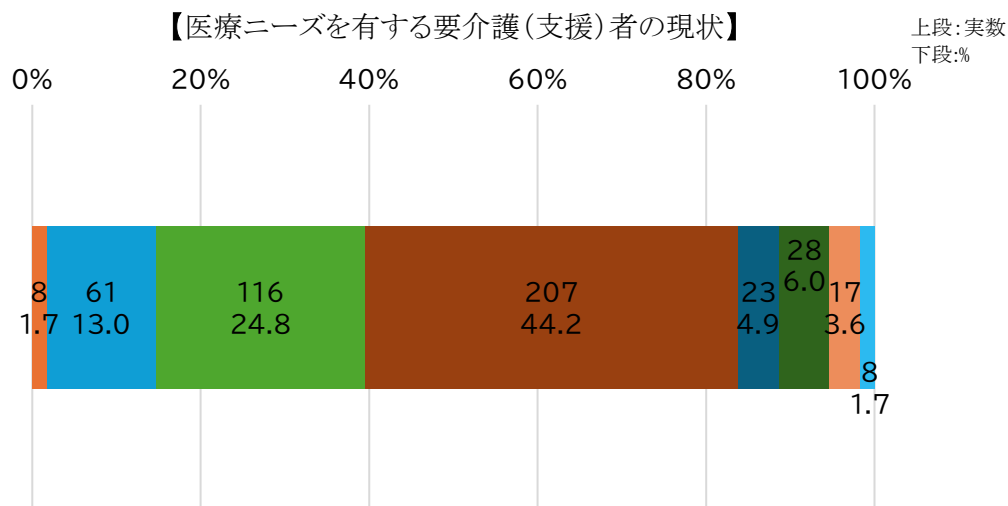
#### (1) 介護ニーズの状況 (設問 1)

介護ニーズの状況は、「介護ニーズが当面拡大し、その後減少に転じる」が 64.5%と最も高く、次いで「既に介護ニーズが減少局面に入っている」が 24.8%であった。



(2) 医療ニーズを有する要介護（支援）者の現状 （設問 2）

医療ニーズを有する要介護（支援）者の現状は、「住宅で対応できる医療ケアのうちは、在宅で生活しているが、在宅で対応できない場合は施設へ入所している（すぐには入所できない）」が 44.2%と最も高く、次いで「在宅で対応できる医療ケアのうちは、在宅で生活しているが、在宅で対応できない場合は施設へ入所している（すぐに入所できる）」が 24.8%であった。



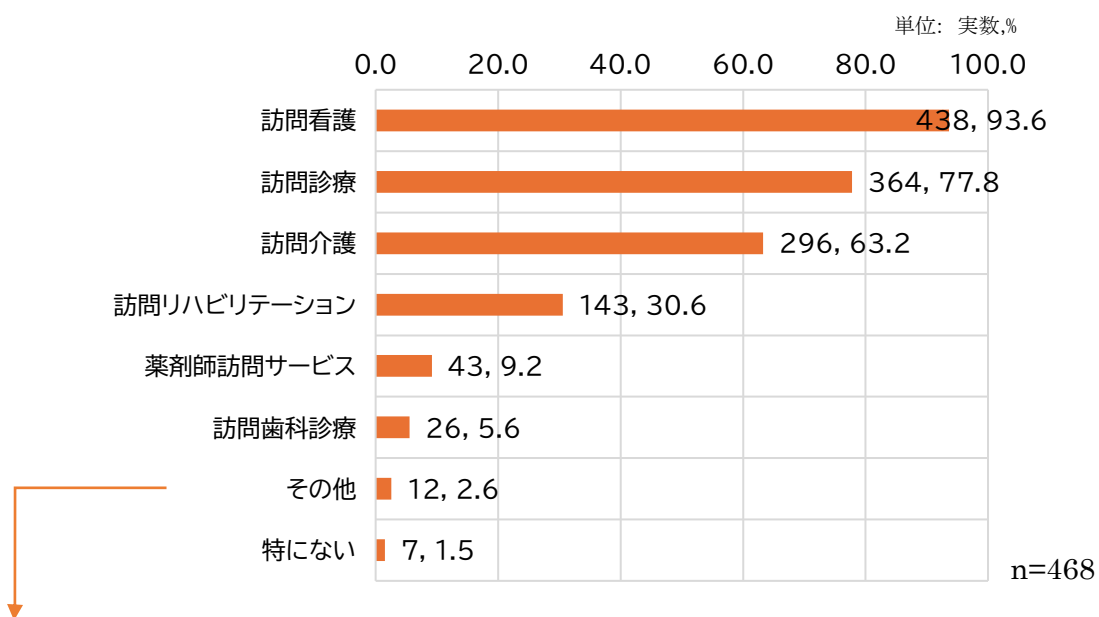
- 在宅で看取られている
  - 看取り期になると介護施設へ入所(医療機関への入院)もするが、出来る限り在宅で生活している
  - 在宅で対応できる医療ケアのうちは、在宅で生活しているが、在宅で対応できない場合は施設へ入所している(すぐに入所できる)
  - 在宅で対応できる医療ケアのうちは、在宅で生活しているが、在宅で対応できない場合は施設へ入所している(すぐに入所できない)
  - 医療ニーズを有した段階で介護施設へ入所を検討し、入所している(すぐ入所できる)
  - 医療ニーズを有した段階で介護施設へ入所を検討し、入所している(すぐ入所できない)
  - その他
  - 不明
- n=468

### 3. 医療ニーズ・在宅療養支援に関する状況について

#### (3) 医療ニーズを有する要介護（要支援）者の在宅療養支援で期待するサービス （設問3）（複数回答）

医療ニーズを有する要介護（要支援）者の在宅療養支援で期待するサービスは、「訪問看護」が93.6%と最も高く、次いで「訪問診療」が77.8%であった。

【医療ニーズを有する要介護（要支援）者の在宅療養支援で期待するサービス】



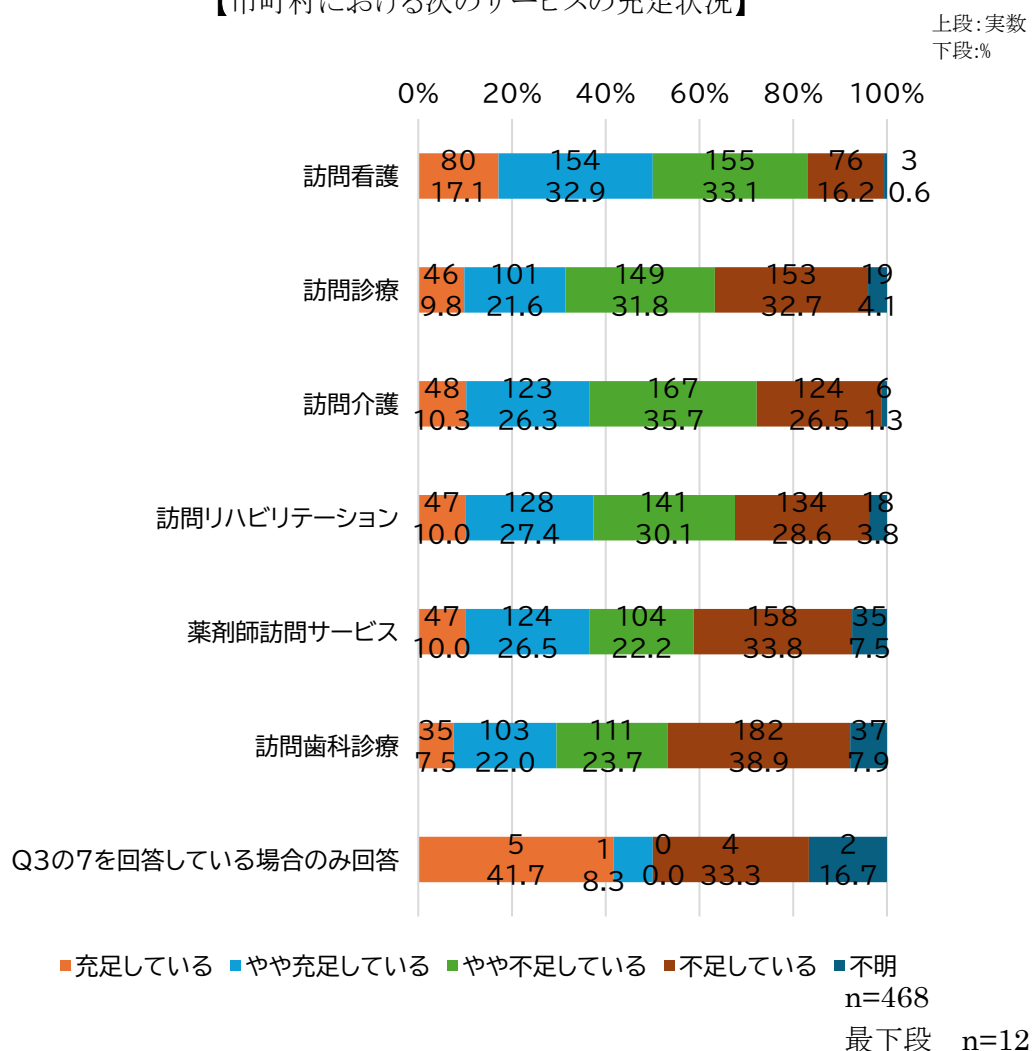
#### 「その他」の内容

- ・看護小規模多機能型居宅介護 (5)
- ・移動介護サービス (2)
- ・訪問入浴介護 (2)
- ・居宅療養管理指導 (1)
- ・家族等が疲れた際に、レスパイトできる環境、サービス(短期入所、地域ケア病棟等) (1)
- ・定期巡回随時対応型訪問介護看護 (1)
- ・医療との連携が困難 (1)

(4) 市町村におけるサービスの充足状況 (設問 4)

市町村におけるサービスの充足状況は、訪問看護では「やや不足している」が 33.1%と最も高く、次いで「やや充足している」が 32.9%であった。

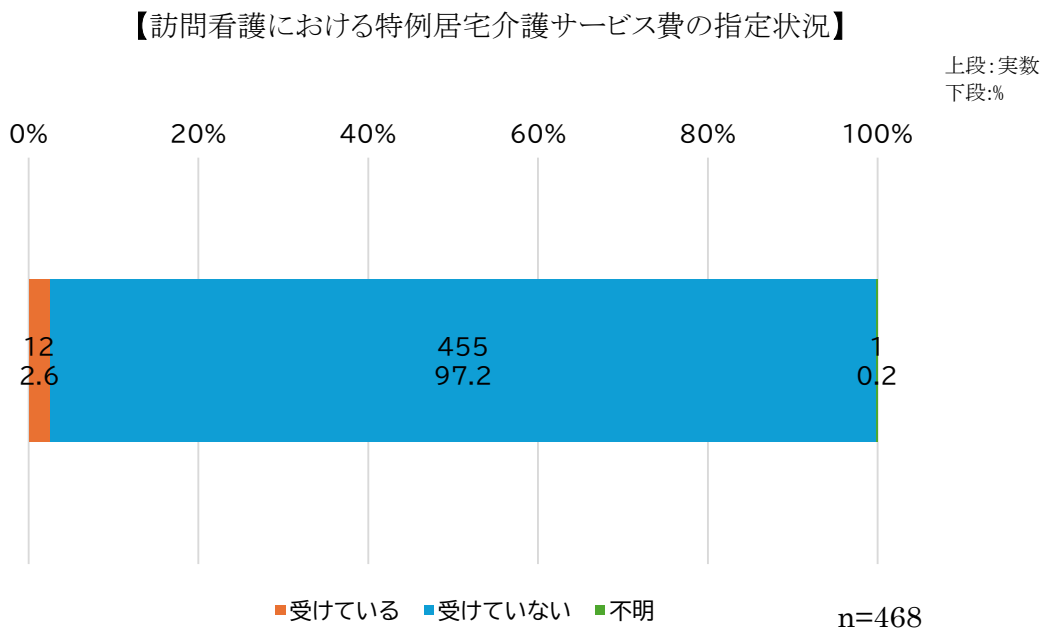
【市町村における次のサービスの充足状況】



#### 4. 訪問看護サービス制度活用状況

##### (5) 訪問看護における特例居宅介護サービス費の指定状況 (設問 5)

訪問看護における特例居宅介護サービス費の指定状況は、「受けていない」が 97.2%、「受けている」が 2.6%であった。



##### (5-1) 訪問看護における特例居宅介護サービス費の指定内容 (設問 5-1)

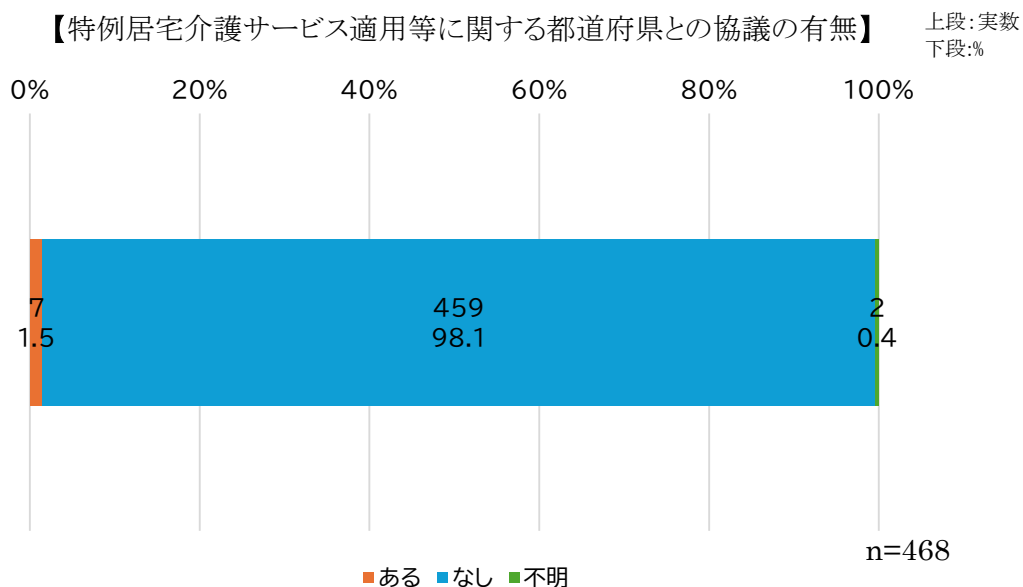
特例居宅介護サービス費の指定内容は次のとおりであった。

- ・ 町が中山間地域として指定を受けている。また、町の一部が特別地域として指定を受けている。
- ・ 振興山村法で一部地域が指定を受けているが、人員基準の緩和は行っていない。
- ・ 特別地域・中山間地域へのサービス提供等に係る加算の算定を可としている。
- ・ 過疎地域特別地域加算の適用及び、利用者負担に対する補助の実施。
- ・ 該当事業所が特別地域加算の算定に係る届出を提出している。

※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に該当地域に該当する自治体は1自治体であった。

(6) 特例居宅介護サービス適用等に関する都道府県との協議の有無 (設問 6)

特例居宅介護サービス適用等に関する都道府県との協議の有無は、「なし」が 98.1%、「ある」が 1.5%であった。



(6-1) 特例居宅介護サービス適用等に関する都道府県との協議内容 (設問 6-1)

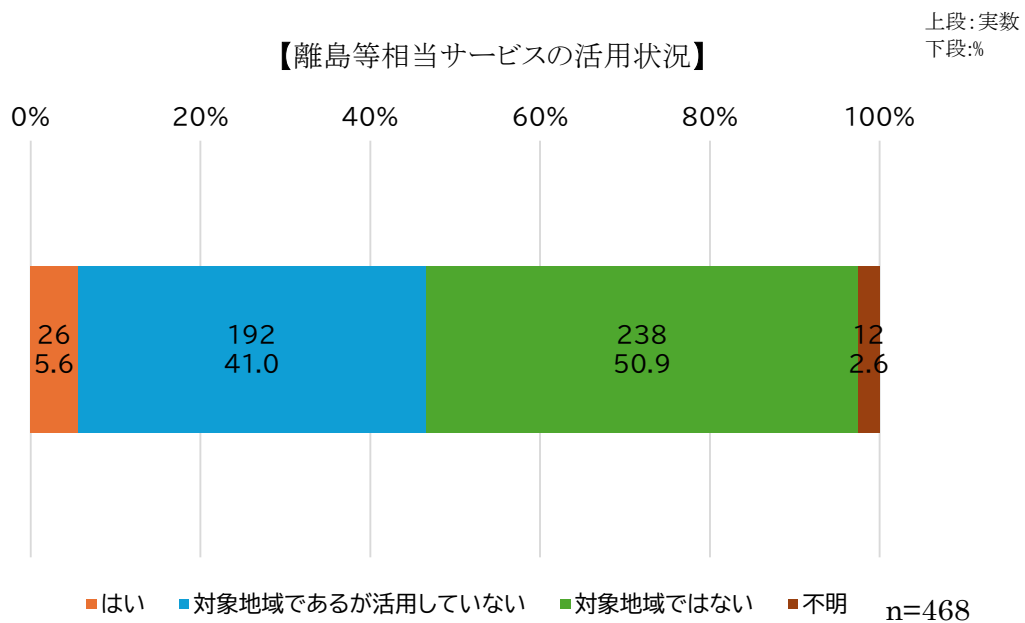
特例居宅介護サービス適用等に関する都道府県との協議内容は次のとおりであった。

- ・ 介護・医療等人材不足における取組について。
- ・ 基準該当サービス又は相当サービスの検討を行う際に、県と協議を行ったと伺っている。
- ・ 「経過的小規模介護福祉施設サービス費」が基本報酬との統合が行われようとしていた R4・R5 において、県と何度も協議を行い、このサービス費が継続されるよう国に要望を行った経緯がある。
- ・ 基準該当サービスの指定について(訪問入浴)。

※4 自治体から回答を得た。

(7) 離島等相当サービスの活用状況 (設問 7)

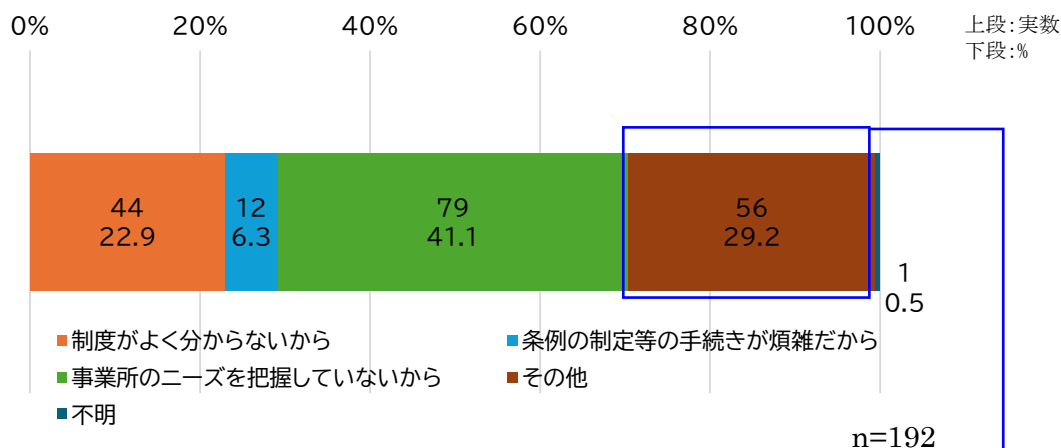
離島等相当サービスの活用状況は、「対象地域ではない」が 50.9%と最も高く、次いで「対象地域であるが活用していない」が 41.0%であった。



(7-1) 離島等相当サービスを活用していない理由 (設問 7-1)

離島等相当サービスを活用していない理由は、「事業所のニーズを把握していないから」が41.1%と最も高く、次いで「制度がよく分からないから」が22.9%であった。

【離島等相当サービスを活用していない理由】



「その他」の内容

項目	実数	割合 (%)
既存の介護サービス体制で対応できている	20	37.0
対象地域に事業所が存在しない	15	27.8
必要性がない	10	18.5
対象地域が一部に限られているため活用に至らない	6	11.1
事業所側からの申請・参入がない	5	9.3
その他	8	14.8

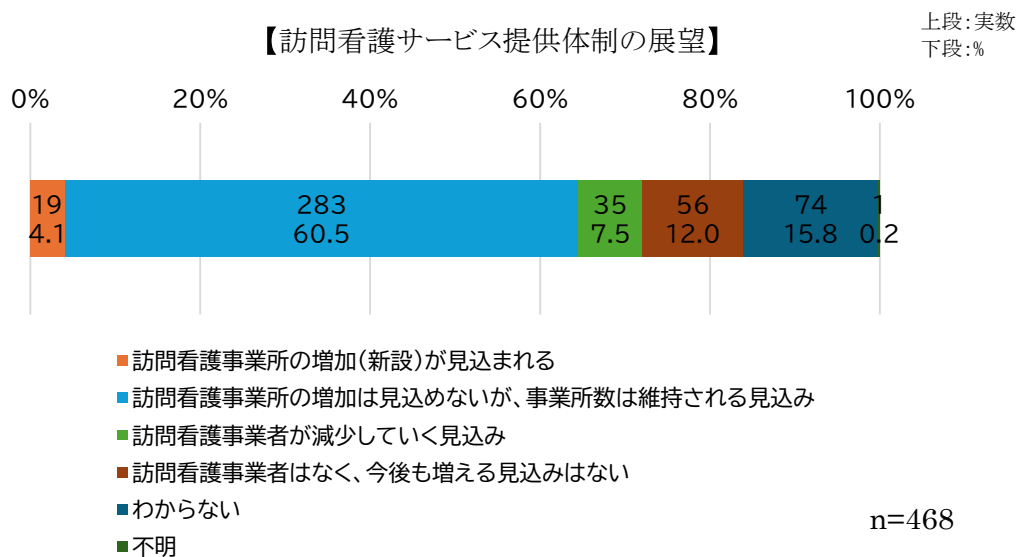
※54 自治体から回答を得た。

※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。

## 5. 今後の展望について

### (8) 訪問看護サービス提供体制の展望 (設問 8)

訪問看護サービス提供体制の展望は、「訪問介護事業所の増加は見込めないが、事業所数は維持される見込み」が 60.5%と最も高く、次いで「わからない」が 15.8%であった。



(8-1) 訪問看護事業所の減少・未整備地域への対応 (設問 8-1) (自由回答)

訪問看護事業所の減少・未整備地域への対応としては、近隣自治体の事業所を利用が最も多く、次いで参入促進・人材確保支援であった。特になし、未定、対応できていないも一定数回答があった。

【訪問看護事業所の減少・未整備地域への対応】

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。

(8-2) 人口規模の小さな自治体における訪問看護サービス提供の課題・改善点 (設問 8-2) (自由回答)

人口規模の小さな自治体における訪問看護サービス提供の課題・改善点は、人材不足、供給体制の脆弱性、収入安定が上位となっており、経営の根幹に関する課題・改善の意見が多かった。

【人口規模の小さな自治体における訪問看護サービス提供の課題・改善点】

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	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。

## 6. 制度の課題について

### (9) 医療ニーズを有する要介護（要支援）者の在宅療養支援に関する制度上の課題 （設問 9）（自由回答）

医療ニーズを有する要介護（要支援）者の在宅療養支援に関する制度上の課題は、人材不足によるサービスの持続不能等の経営に関する事、医療機関が少ない等の地理的条件に関する事、報酬加算設計が実態に合わない等の介護保険制度に関する事の見が多かった。

#### 【医療ニーズのある要介護（要支援）者の在宅療養支援に関する制度上の課題】

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
往診・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。

## 7. 当該市町村内の施設等について

### (10-1) 当該市町村における医療機関の実態 (設問 10-1)

当該市町村における医療機関の実態は、一次救急医療機関では「1-4 施設」が 42.9%と最も高く、次いで「0 施設」が 25.2%であった。二次救急医療機関では「1-4 施設」が 50.9%と最も高く、次いで「0 施設」が 40.0%であった。三次救急医療機関では「0 施設」が 81.8%と最も高く、次いで「1-4 施設」が 6.6%であった。

#### 【医療機関の実態】

上段:実数

下段:%

調査数	Q10_1.医療機関の実態_一次救急医療機関								平均(医療機関数)
	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	
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_2.医療機関の実態_二次救急医療機関								平均(医療機関数)
	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	
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_3.医療機関の実態_三次救急医療機関								平均(医療機関数)
	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	
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	

(10-2) 最寄りの医療機関までの移動時間 (設問 10-2)

10-1 で各医療機関が市町村内にないと回答した場合、最寄りの医療機関までの移動時間は、一次救急医療機関では「30-60分未満」が34.7%と最も高く、次いで「10-30分未満」が30.5%であった。二次救急医療機関では「30-60分未満」が38.0%と最も高く、次いで「10-30分未満」が35.8%であった。三次救急医療機関では「60分以上」が36.8%と最も高く、次いで「30-60分未満」が31.6%であった。

【最寄りの医療機関までの移動時間】

上段:実数  
下段:%

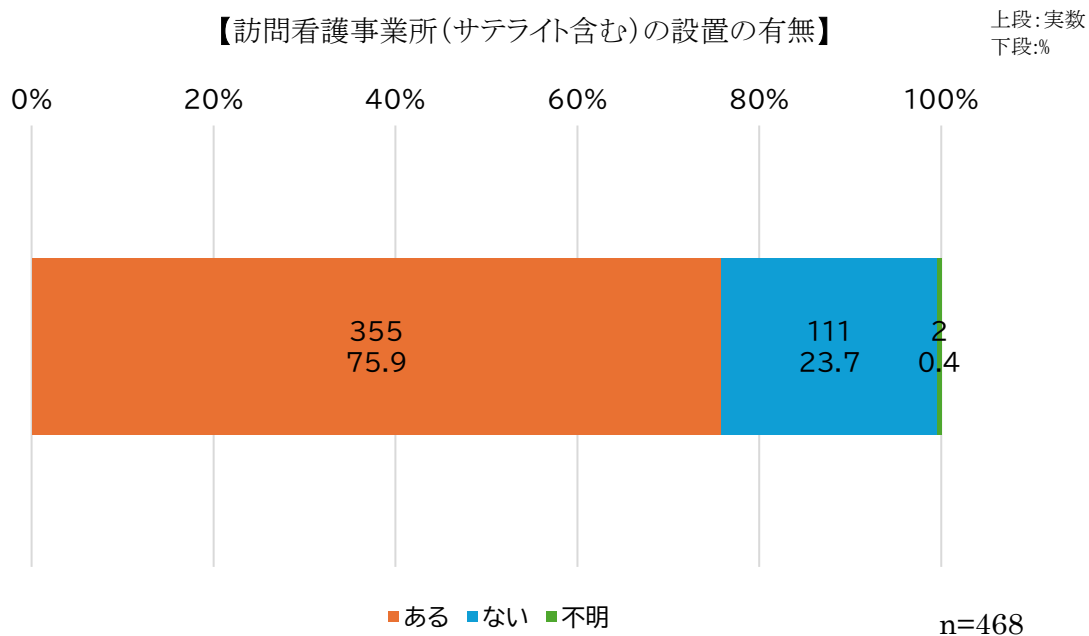
調査数	Q10_1(2).最寄りの医療機関までの移動時間_一次救急医療機関					平均(分)
	10分未満	10-30分未満	30-60分未満	60分以上	不明	
118	2	36	41	10	29	31.82
100.0	1.7	30.5	34.7	8.5	24.6	

調査数	Q10_2(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(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	

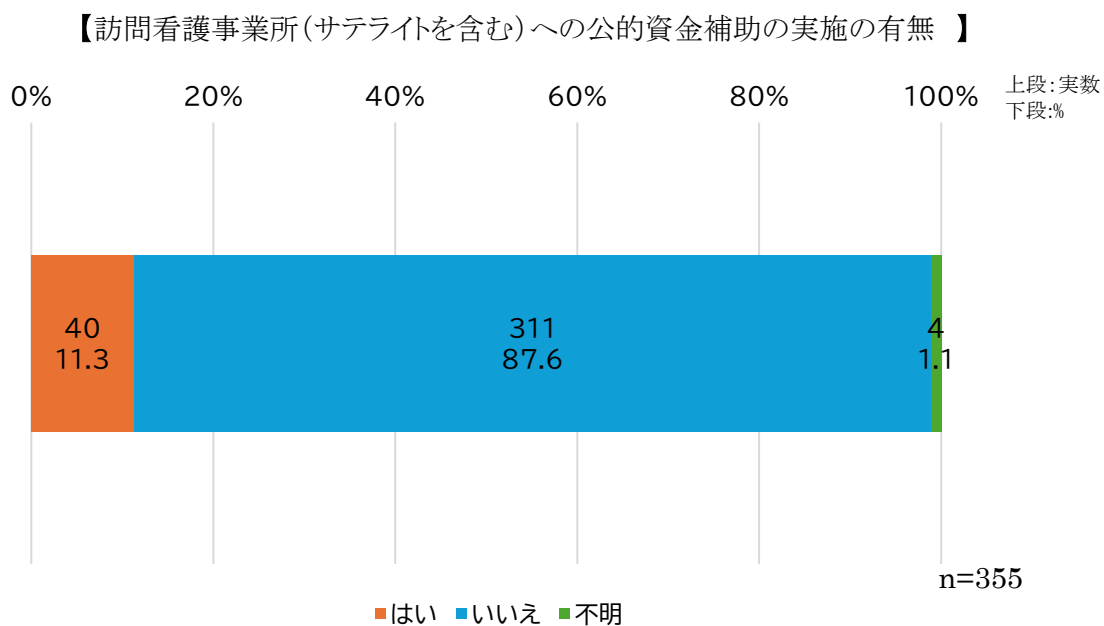
(11) 当該市町村における訪問看護事業所（サテライト含む）の設置の有無 （設問 11）

当該市町村における訪問看護事業所(サテライト含む)の設置の有無は、「ある」が 75.9%、「ない」が 23.7%であった。



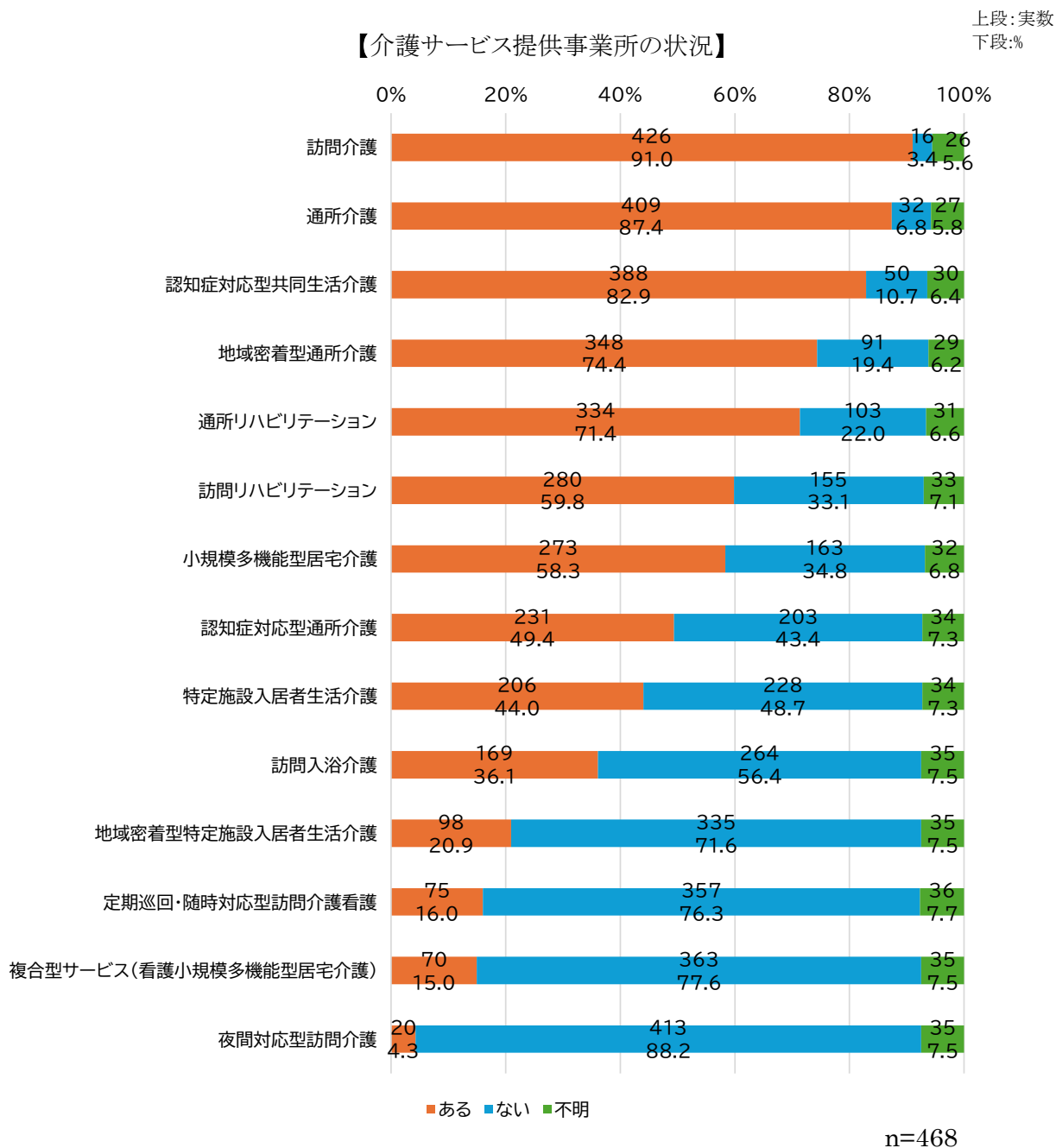
(11-1) 訪問看護事業所（サテライトを含む）への公的資金補助の実施の有無  
（設問 11-1）

訪問看護事業所(サテライトを含む)への公的資金補助の実施の有無は、「はい(補助あり)」が 11.3%、「いいえ(補助なし)」が 87.6%であった。



(12) 当該市町村における各介護サービス提供事業所の有無 (設問 12)

当該市町村における各介護サービス提供事業所の有無では、訪問介護で「ある」が 91.0%と最も高く、次いで通所介護が 87.4%であった。



## II-3. 調査のまとめ

### 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	75.7	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	65.5	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		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	小規模ステーション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:%

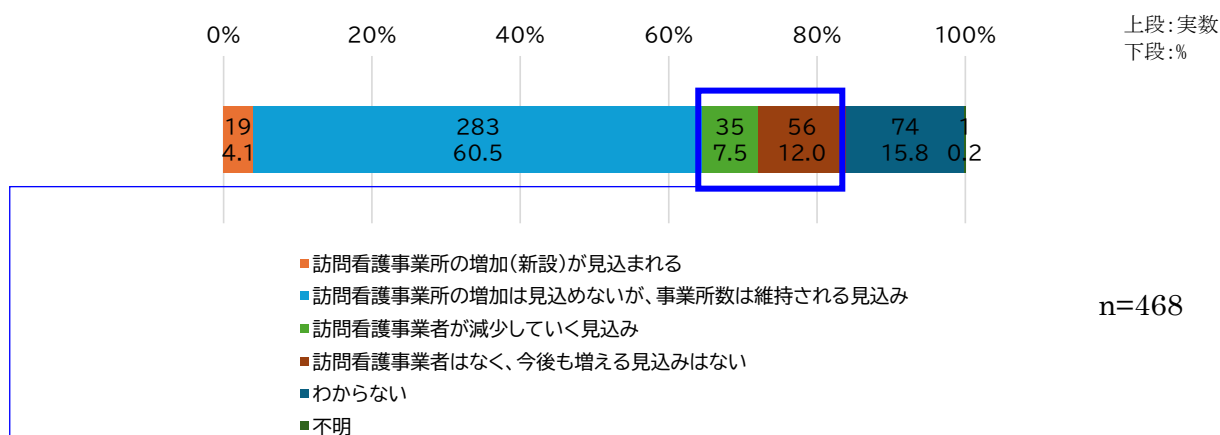
		合計	Q58.規模縮小予定、休止・廃止予定の理由							
			地域の人口が減少しており利用者の確保が困難となっている	地域における訪問看護のニーズの減少が見込まれる	競合する訪問看護事業所がありシェア拡大が難しい	看護職員の確保が難しい	看護職員以外の人材確保が難しい	事業所規模の維持・拡大による管理業務の増大に対応できない	現管理職・経営者が退職を予定(または退職間近)で代替要員が見つからない	運営法人等の方針である
全体		74	17.6	6.8	23.0	75.7	14.9	18.9	21.6	28.4
自治体類型	小さな自治体群	34	26.5	8.8	14.7	82.4	23.5	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					
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)】

	合計	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:%
		対応の外部委託ができず、事業所内で対応が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はない	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)】

	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							単位:%
		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)】

	合計	Q32.活用しているICT機器により得られた効果							単位:%
		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	
		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	

(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なった	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						64.9	8.8					
自治体類型	小さな自治体群	518	64.1	8.3					64.1	8.3					
	2万人未満	126	54.8	14.3					54.8	14.3					
	2万人以上5万人未満	200	68.0	6.5					68.0	6.5					
	5万人以上	192	66.1	6.3					66.1	6.3					
	政令市群	411	66.7	8.8					66.7	8.8					
	その他	457	64.3	9.4					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	個人情報保護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)】

	合計	Q14.在宅看取り支援での課題							利用者・家族がケア内容を相談する機会や窓口	単位:%
		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			
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

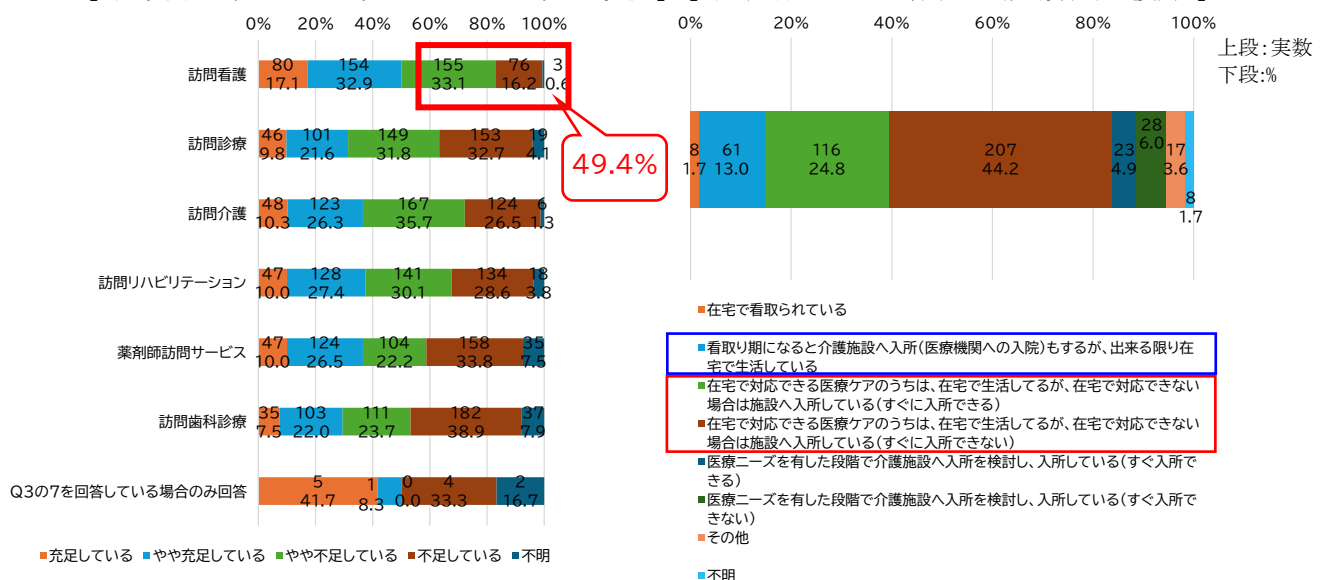
#### (1) 介護支援等の充足状況等 (設問 2、4、9) (市町村調査)

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こと(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

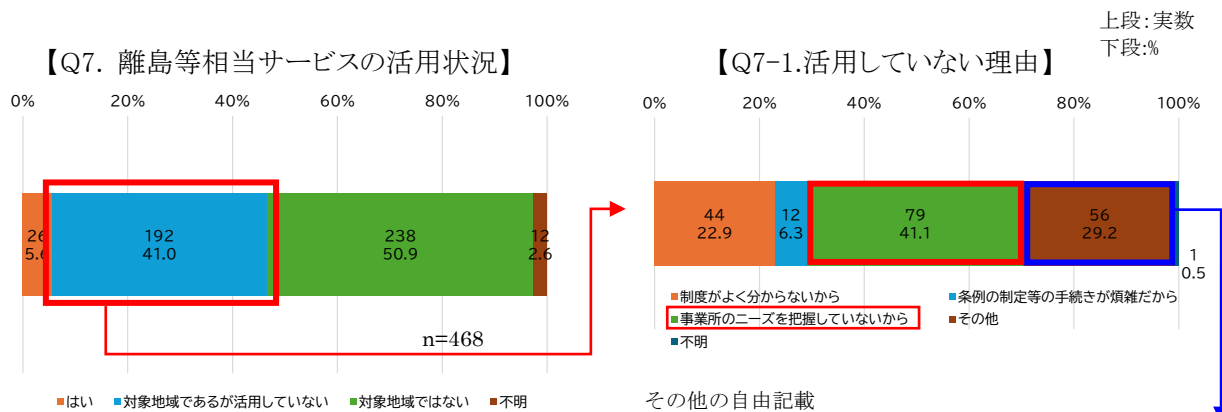
※133 自治体から回答を得た。  
 ※1 自治体で複数の要因を記載している場合があるため、合計は 133 を超える。

(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。

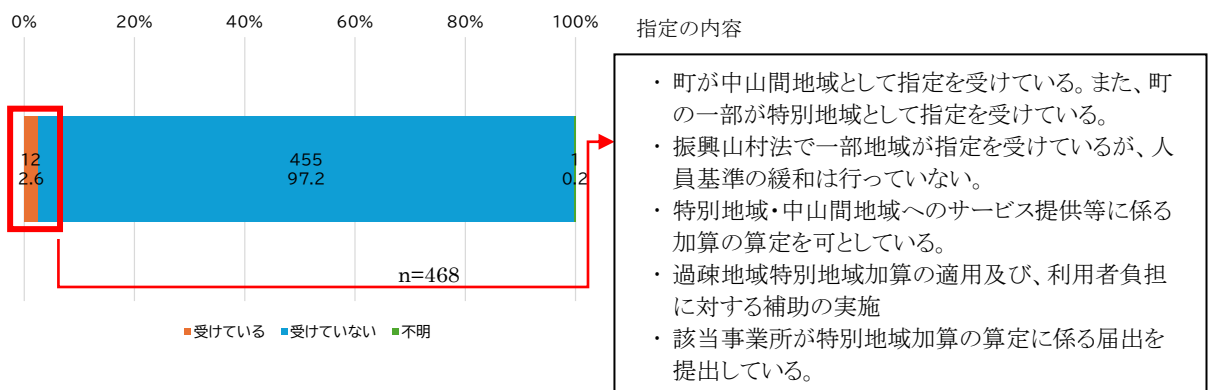
また、制度自体がよく分からないとの回答も約2割あり、医療ニーズを有する要介護者等の在宅療養を支援する訪問看護事業所の状況について、自治体が十分に把握できていない可能性が考えられた。

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

単位:%

	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 片道の分數							
		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

(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	特になし	
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(112 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)	電子カルテ等の医療デバイス
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	

(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:%

	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れば体制維持は難しい	新たな利用者の確保ができ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
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

【Q13.在宅で看取りができた理由(複数回答)】

単位:%

	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
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								
		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			
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			

【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

(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	その他
		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			
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-4. 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・課題に対する解決方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 ・DtoPwithN	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 ・DtoPwithN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	つき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"> <li>・人口4,355人</li> <li>・訪問看護サービス「やや不足している」</li> <li>・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</li> <li>・三次救急医療機関までの移動が90分かかかる</li> <li>・人口減少率が高い</li> </ul>
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"> <li>・期待しているサービスに「訪問看護」が入っている</li> <li>・実際に市町村内に訪問看護事業所が存在する</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・人口減少率が高い</li> </ul>

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 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"> <li>・離島における訪問看護師の魅力を取材</li> <li>・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</li> </ul>

## (2) ヒアリング調査内容

訪問看護事業所、市町村のヒアリング調査内容は次のとおりである。

### 【訪問看護事業所】

#### ○所在地域で事業運営することの意義(共通項目)

- ・訪問看護事業を行う中での地域の課題及び所在地域での事業実施の意義・背景

#### ○所在地域における事業運営の現状・工夫・課題(共通項目)

- ・現行の従事者数で運営を維持するための(苦労や)工夫
- ・看護師を含めたスタッフの採用・定着に向けた(苦労や)工夫
- ・広い訪問エリアを効率的に移動、またはスタッフの負担を減らすための工夫
- ・訪問看護事業の経営において課題となる事柄とその対処法・収益を安定させるための工夫

#### ○24 時間対応における現状・工夫・課題(共通項目)

- ・スタッフの負担軽減のための工夫やアイデア
- ・医師の確保も困難な地域で、24 時間対応を継続する工夫
- ・限られた人員の中での緊急対応の実際と困難事例など

#### ○関係機関との連携状況(共通項目)

- ・訪問看護事業所同士での連携の状況など(連携の方法、頻度、内容)
- ・介護サービスの担い手も少ない所在地域における他職種連携の特徴など
- ・看護業務以外のエクストラ業務(調理、買い物等)を訪問看護に依頼された経験の有無

#### ○ICT 活用によるメリットと課題(共通項目)(個別項目(ICT))

- ・ICT やオンラインツールの導入状況やその効果
- ・ICT 導入後に生じた負担や課題の有無、生じた課題への対応方法
- ・ICT 導入支援(補助)金を活用していなかった場合、その理由
- ・所在地域で訪問看護提供体制を維持する上で、今後必要と思う ICT やデジタル技術

#### ○人口規模が小さな地域で訪問看護を行い易くするための、現行制度における改善点や要望(共通項目)

#### ○今後の貴所における訪問看護事業の展望(共通項目)

#### ○専門の研修を受けた看護師との連携状況(個別項目:連携有の場合)

- ・連携の具体例
- ・連携により得られた効果やメリット
- ・所在地域における専門性の高い看護師との連携における課題

#### ○大規模・多機能型事業を行っている事業所(個別項目:事業所規模・サテライト有の場合)

- ・訪問看護事業の大規模化、訪問看護事業を含めた多機能型の事業展開に至った経緯
- ・所在地域で多事業を展開される貴事業所の役割や意義
- ・所在地域で大規模(多機能型)ゆえに難しいと感じる課題とその対応

○オンライン診療補助(D to P with N)を実施している場合(個別項目:D to P with N 実施有の場合)

- ・オンライン診療補助のメリットや効果、実施中での課題(制度上の注意点含む)とその対応
- ・オンライン診療の場面での訪問看護師の具体の活動(行動)状況
- ・オンライン診療補助を実施するにあたって派生する機材準備やその後の対応の具体例
- ・他の人口が少ない地域でオンライン診療補助を実施・継続するうえで、必要だと思う支援(研修、制度、費用補助など)
- ・医師との連携の実際

【市町村】

○地域の実態・ニーズとその支援

- ・地域における人口動態と地域特性
- ・在宅で対応できない場合は施設へ入所の状況
- ・特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院等の施設にすぐに入所できない場合の活用資源
- ・医療機関への入院、有料老人ホームへの入所・在宅ケアを提供・維持する上での課題

○医療ニーズ・在宅療養支援に関する状況

- ・「訪問看護」への期待、課題
- ・訪問看護事業所のニーズを把握するために行っていること、把握したニーズ

○訪問看護サービス確保・提供に関する課題と支援の確認

- ・訪問看護の提供に影響を及ぼす地理的状況への支援、対策
- ・人材確保の課題があるなか、住民のニーズを満たしていくため、訪問看護資源をどのように維持すべきか

○地域における医療・介護人材確保・支援体制について確認

- ・医師、看護師といった地域の医療人材確保の課題
- ・医療・介護人材の確保に関して、都道府県からどのような支援(補助金・研修・人材派遣など)を受けているか
- ・看護・介護職員に対する研修や支援制度
- ・看護介護職員に対して独自の報酬等の整備状況

○訪問看護提供体制を強化する手段として拠点化することへの意見

- ・訪問看護事業所は、医療機関や近隣の介護事業所等、近隣施設とのネットワークを作り相互に機能を補完する、あるいは訪問看護事業所の拠点化ができないと事業の継続は難しいという意見についてどう考えるか

○訪問看護サービスに係る特例居宅介護サービス費の活用状況

- ・特例居宅介護サービス費(離島等相当サービス)が活用されていない(された)背景
- ・制度の活用を検討するなど都道府県と協議内容

○その他の制度について

- ・訪問看護の介護報酬・加算、制度上の課題で、地域の現状に合っていないと感じる点

- ・地域の訪問看護提供体制の強化のため、過疎地域に特に有効と思われる仕組み

#### ○今後の展望について

- ・今後も地域の訪問看護サービス提供体制が維持されるために、自治体として訪問看護事業所に期待している点
- ・訪問看護事業所の地域における役割の変化
- ・人材確保対策
- ・訪問看護事業所と自治体間の連携や支援

出典について

・市町村の状況は次の出典に基づく。

市町村名	人口 (R7.1.1)①	高齢化率(%)	面積②	人口密度(人 /km <sup>2</sup> )	訪問看護ステーション数 (R5.10.1)	人口1万人 対訪問看護ステーション数 (R5.10.1)	訪問看護ステーションの 看護職員数 (常勤換算) (R5.10.1)	訪問看護ステーション平 均常勤換算数 (R5.10.1)	病院総数 (R5.10.1)
	住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(総務省) R7.1.1	住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(総務省) R7.1.1から算出	各市町村ホームページ	人口/面積(①/②)	在宅医療にかかる地域別データ集(厚生労働省)				

・訪問看護事業所の情報は「介護サービス情報公表システム」に基づく。

事業所名	都道府県・市区町村									
開設年	法人種別									
併設サービス										
利用者数										
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	10歳未満	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳以上
指示書を受けている医療機関及び医師の数										
	医療機関の数					医師の人数				
職員の体制										
	看護師 (保健師含む)	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	事務職員				
	常勤換算									
	常勤									
	非常勤									
算定加算										
介護保険										
医療保険										

・人口推計は「日本の地域別将来推計人口 令和5(2023)年推計」(国立社会保障・人口問題研究所)に基づく。

総人口(人)						
令和2(2020)年の総人口を100としたときの総人口の指数						
2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年

## Ⅲ-2. 事業所ヒアリング結果

### 1. エマオ訪問看護ステーション（北海道浦河町）

本事業所は、管理者が NP(診療看護師:Nurse Practitioner)であり、D to P with N を実施している事業所である。所在地域での実践状況や課題に対する解決策を把握したく選出した。

#### ◇基礎情報

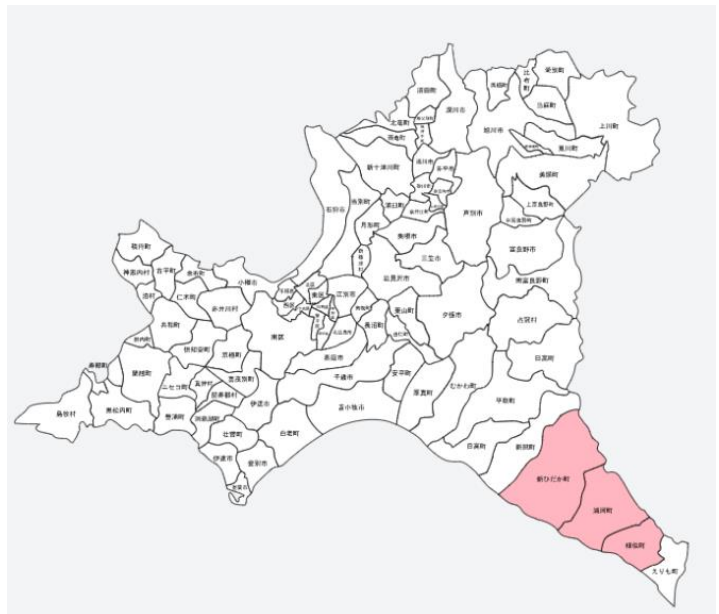
	人口 (R7.1.1)	高齢化率(%)	面積	人口密度(人 /km <sup>2</sup> )	訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	人口1万人 対訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	訪問看護ス テーションの 看護職員数 (常勤換算) (R5.10.1)	訪問看護ス テーション平 均常勤換算数 (R5.10.1)	病院総数 (R5.10.1)
北海道浦河町	11,231	34.4	694.3	16.2	5	4.5	25.9	5.2	1

事業所名	エマオ訪問看護ステーション		都道府県・市区町村	北海道浦河町						
開設年	2018年			法人種別	医療法人					
併設 サービス (同一法人サ ービス含む)	うらかわエマオ診療所、放課後等デイサービス									
利用者数										
68人	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	2	7	16	13	5	2	1	22		
	10歳 未満	10歳 代	20歳 代	30歳 代	40歳 代	50歳 代	60歳 代	70歳 代	80歳 代	90歳 以上
	0	0	1	0	1	1	2	14	31	18
指示書を受けている医療機関及び医師の数										
	医療機関の数		7			医師の人数		11		
職員の体制										
	看護師 (保健師含む)	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	事務職員				
常勤換算	5.1人	0.1人	0人	0.3人	0人					
常勤	1人	0人	0人	0人	0人	0人				
非常勤	9人	1人	0人	1人	0人	0人				
算定加算										
介護 保 険	緊急時訪問看護加算(Ⅰ)				専門管理加算					
	特別管理加算(Ⅰ)									
	特別管理加算(Ⅱ)									
	ターミナルケア加算									
	退院時共同指導加算									
看護体制強化加算										

◇総人口の推移・2020年の総人口を100としたときの総人口の指数

総人口（人）						
令和2（2020）年の総人口を100としたときの総人口の指数						
2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
12,074	11,049	10,067	9,136	8,232	7,354	6,515
100.0	91.5	83.4	75.7	68.2	60.9	54.0

訪問エリア



写真提供：エマオ訪問看護ステーション・浦河町商工観光課

## ○所在地域で事業運営することの意義

地域の実態・地域課題・事業運営の意義
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自事業所は医療法人を母体としており、訪問系サービスは医療法人によるみなし訪問看護から始まった。その後、職員数の増加および医師の意向を踏まえ、訪問看護ステーションとして開設した</li> <li>・当該地域内で 24 時間対応可能な事業所は精神科訪問看護を主としたステーションを除き自事業所のみである。近隣の訪問看護ステーションの縮小に伴い、利用者の受け入れ調整が行われた。その結果、自事業所への依頼件数が増加している</li> <li>・利用者増加に伴い、状態が落ち着いている利用者は訪問回数を減らし、他の訪問看護を必要とする利用者を受け入れる体制としている</li> <li>・自事業所は医療依存度の高い方への対応も可能であることが特徴であり、これまで輸血や PCA ポンプ等も対応している</li> <li>・地域住民の終末期の希望は、自宅で最期まで過ごしたいと考える人と、最終的に施設入所を希望する人が概ね半数ずつの印象を受けている</li> <li>・介護事業所は職員不足に伴い閉所となっており、訪問入浴サービスについてもニーズが少なく、設備維持が困難等の理由により事業が中止されている</li> </ul>

## ○所在地域における事業運営の現状・工夫・課題

運営を維持するための(苦労や)工夫
<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間対応した場合は、次の日は半休、待機手当をつけることで持続可能な体制をとっている</li> </ul>
職員の採用・定着に向けた(苦労や)工夫
<ul style="list-style-type: none"> <li>・人材確保に向けて母校の大学等を訪問し、インターンシップや見学参加の呼びかけを行っている。また、看護協会のナースバンクへ登録しているが、これまで最も効果的であったのは職員からの紹介による採用であり、現職員の声かけを通じて入職に至るケースが多い</li> </ul>
訪問エリアを効率的に移動、または職員の負担を減らすための工夫
<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問の効率化を図るため、訪問エリアを集約し、移動時間のロスを最小限とするよう調整している</li> <li>・当該地域はホワイトアウト等の気象条件の影響を受けることがあるため、悪天候時には利用者および家族へ事前に連絡をとり、状態の変化がない場合は訪問日を翌日または翌週へ変更するなど柔軟に対応している</li> <li>・また、冬季には山間部で気温が-10℃程度まで低下し路面凍結の危険性が高く、実際に交通事故も発生している。このため、安全面の懸念から遠方訪問に対して慎重な姿勢を示す職員もみられる</li> <li>・緊急時の不安軽減のため、必要時には管理者へ電話連絡をするよう伝えているが、地域によっては通信環境が不安定で電波が届かない場所もあり、職員の心理的負担は大きい状況にある。そのため、車両内には閉じ込めや災害発生時に備え、非常食、防寒具、携帯電話の充電機器等を常備している</li> </ul>

#### 収益を安定させるための工夫

- ・過去には周囲に訪問看護事業所が複数あり依頼が減ったことがあった。その時期に、総合病院、各地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、近隣クリニックへ営業に回り、医療依存の高い人や 24 時間対応が可能であることを PR した。この結果、徐々に依頼が増えた経験がある
- ・限られた人員で多くの件数を担う中、それでも仲間と継続できたのは、立ち上げ時に『利用者 と家族と地域住民、スタッフ全ての人々が笑顔に』という理念を共有してきたことが大きいと思っている
- ・母体で医療機関を有しており、訪問看護と外来業務を兼任する一体的な運営体制が、収益の安定化につながっていると言える

### ○24 時間対応における現状・工夫・課題

#### 職員の負担軽減のための工夫やアイデア

- ・人工呼吸器を使用し連日の訪問が必要であった利用者については、自事業所単独での対応体制確保は困難であったため、退院調整の段階から関係事業所と協議を行い、自事業所が週 4 回の訪問および 24 時間対応を担い、残りの訪問を他事業所が担当するという連携体制を築いた
- ・また、ターミナル期の利用者においては、双方の事業所が 24 時間対応体制を有する場合には、曜日ごとに担当を分担し、週 1 回を他事業所、それ以外を自事業所が訪問する体制とするなど、相互に補完しながら支援を実施した

#### 24 時間対応を継続する工夫

- ・看護師が遠方で呼ばれていた場合において、他の利用者から電話が入った場合、利用者宅までに 2 時間程度要することがある。緊急でない場合は訪問に時間がかかる旨を契約時に伝えている
- ・緊急性があり他利用者の対応によってすぐ看護師が動けない場合は訪問診療に連絡し、医師が動ける場合は医師に訪問してもらおう事例もある
- ・緊急時に医師と即時連絡が取れない場合でも、多くは 30 分以内に折り返し連絡がある。その際、看護師は実施した初期対応の内容を報告し、今後の対応方針について確認している。状況により電話対応のみで終了する場合もあれば、必要に応じて訪問診療へ移行することもある

### ○関係機関との連携状況

#### 看護職同士・多職種連携の実際

- ・新型コロナウイルス感染症流行下において相互に支援し合った経験を通じ、事業所間の横の連携は強化されたと認識している。利用者対応について会議等で協議を重ねたことにより、看護師間の結束も深まった
- ・また、保健所が訪問看護ステーション管理者を対象とした連携会議を年 2 回(オンラインおよび集合形式)開催しており、継続的な情報共有の場が確保されていることから、管理者間の信頼関係の構築につながっている

## ○ICT 活用によるメリットと課題

ICT やオンラインツールの導入状況とその効果
<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携ツールとして「バイタルリンク」を活用しており、訪問看護ステーション間の看護師同士の連携に加え、多職種間の情報共有が円滑に進むようになった</li> <li>・「バイタルリンク」のランニングコストは法人負担としている</li> <li>・ICT 連携では、薬局薬剤師、ヘルパー、デイケア、デイサービス、訪問リハビリ、ケアマネジャー、医師および病院と情報共有を行っている</li> <li>・ICT を使用しない場合は電話連絡を中心に、必要に応じて FAX を併用している</li> <li>・ポータブルエコーを導入し、膀胱残尿量測定や慢性心不全利用者における下大静脈(IVC)評価等に活用している。エコーは侵襲性が低く、画像を用いた説明により利用者の理解促進につながるるとともに、医師の判断材料になる客観的指標としても寄与している</li> <li>・管理者は NP 資格を有しているが、個人で対応できる範囲には限界があるため、得られた知識や判断をチーム内で共有し組織として活用することを重視している</li> </ul>
ICT 導入後に生じた負担や課題・対応
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ICT 導入にあたっては、従来の方法で支障がないことを理由に新規導入に慎重な事業所もみられたため、導入目的や必要性について説明を行い、活用方法を具体的に示す動画を作成するなど理解促進に努めた。その結果、徐々に前向きに検討する事業所が増加した</li> <li>・ICT 活用に際しては、多機能化による負担を避けるため、運用ルールを簡素化し、現場で継続可能な体制を整備した</li> <li>・画像添付機能を活用し、褥瘡処置方法や服薬管理(お薬カレンダー)を多職種間で共有することで具体的な活用イメージが広がり理解が促進された</li> <li>・また、同一法人の医師と連携し、普及の鍵となる関係者へ重点的に働きかけを行ったことで、ICT 連絡ツールの導入が速やかに拡大した</li> <li>・さらに、設定作業を担当者が一括して実施し、トラブル時も電話対応を行うことで利用開始のハードルを下げ、円滑な導入につながった</li> </ul>
訪問看護提供体制を維持する上で、今後必要と思う ICT やデジタル技術
<ul style="list-style-type: none"> <li>・マイナンバーカードが普及してきている中で、介護情報基盤ポータルも構築されて、必要な情報をタイムリーに収集し利用者のために使えるとよいと思う</li> </ul>

## ○専門の研修を受けた看護師との連携状況

専門の研修を受けた看護師との連携
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自身は専門看護師と特定行為研修修了、診療看護師の資格を取得している。医師の偏在、看護師不足という課題があるところ、訪問看護の質の向上に貢献できるのではないかと思う</li> <li>・専門的な研修を受けた看護師については、各市町村に 1 名ずつ配置することは現実的に困難である場合も多いが、例えば 3 市町村に 1 名程度の広域かつ点在的な配置とすることで、地域全体を俯瞰した支援体制の構築が可能になると考えられる</li> <li>・このような配置により、看護師が地域課題を把握・分析し、その解決に向けた取り組みを関係機関と連携しながら推進するなど、専門性を生かした役割を発揮できる可能性がある</li> </ul>

## ○オンライン診療補助(D to P with N)を実施している場合

オンライン診療の場面での訪問看護師の具体的な活動(行動)状況
<ul style="list-style-type: none"><li>・D to P with Nにおいては、iPhone の FaceTime を活用して医師と連携している。看護師が利用者の状態をアセスメントしたうえで、状況を端的に医師へ報告し、迅速な判断につなげている。また、治療方針に関する意思決定支援においても看護師の役割は大きいと認識している</li></ul>
オンライン診療補助を実施・継続するうえで、必要だと思う支援
<ul style="list-style-type: none"><li>・D to P with N の普及においては、操作が簡便なデバイスの活用が重要であり、iPhone の FaceTime のように通常の通話から容易に切り替えられる仕組みが有効であると考え</li><li>・また、実際に導入効果を利用者や家族の反応を通じて実感することが多く、実施場面の見学やモデルケースの体験を通じた理解促進が有効である</li><li>・さらに、D to P with N の実施には看護師の的確なアセスメント能力が求められることから、その能力を育成するためには、特定行為における手順書に類似した標準的な指針の整備が必要であると考え</li></ul>
タスクシフトシェアの実際
<ul style="list-style-type: none"><li>・NP として同一法人の医療機関において難病患者を担当し、診察に同席し、検査内容や治療計画を医師と協働で立案している。診断および処方医師の最終承認を得て実施し、その後の経過評価や異常発生時の治療方針の検討にも継続的に関与している</li><li>・また、ACP を含めた治療計画の調整に関わる場面において、在宅領域における NP の役割は大きいと認識している</li><li>・医師からは、治療方針を共に検討できる存在として精神的・実務的な支えとなっており、相談できるパートナーが増えたとの評価を得ているなど、協働による診療体制の強化につながっている</li><li>・訪問看護師は単独訪問の中で医師等との調整を担っており、高いコミュニケーション能力を有している。今後は臨床推論を体系的に学び、実践を通じて習得する仕組みを整えることで、さらなる専門性向上が期待される</li></ul>

## ○人口規模が小さな地域で訪問看護を行い易くするための現行制度における改善点や要望

<ul style="list-style-type: none"><li>・訪問看護ステーションにおける「適正な人員」については課題として認識している。機能強化型加算を算定していない中で職員数が増加しており、チーム制の導入も選択肢として検討している</li><li>・過疎地域においても訪問看護ニーズは一定数存在しており、看護師数の増加そのものを懸念しているわけではなく、チームとして無理なく管理・運営していくために、質を担保しながら適切な看護師数や組織規模をどのように考えるかが課題である</li></ul>
--

### ○今後の貴所における訪問看護事業の展望

- これまでの取組を踏まえ、今後は ACP のさらなる普及を通じて、地域住民が自身の価値観や人生観に基づいた療養選択を行い、最期まで安心して生活できる地域づくりを推進していきたいと考えている。そのためには、医療・介護関係者のみならず、地域全体において ACP の理解を深めていくことが重要であると考え
- また、在宅医療の高度化・多様化が進む中、質の高いアセスメント能力や臨床推論力、多職種連携力を備えた看護師の育成が不可欠である。訪問看護の実践を通じて専門性を高めるとともに、学びや経験を共有し合える仲間を地域に増やしていくことで、持続可能な体制につなげていきたい

## 2. さど訪問看護ステーション（新潟県佐渡市）

本事業所は、佐渡島にある訪問看護ステーションである。専門の研修を受けた看護師との連携の実情、ならびに島ならではの実践と課題に対する方策を把握したく選出した。

### ◇基礎情報

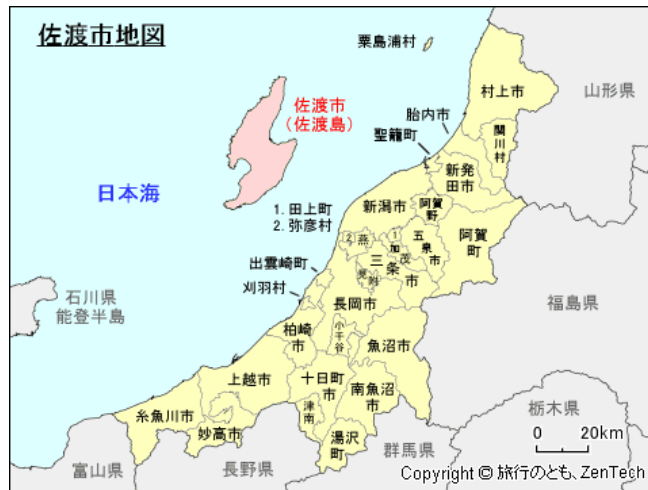
	人口 (R7.1.1)	高齢化率(%)	要介護認定率	面積	人口密度(人 /km <sup>2</sup> )	訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	人口1万人 対訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	訪問看護ス テーションの 看護職員数 (常勤換算) (R5.10.1)	訪問看護ス テーション平 均常勤換算数 (R5.10.1)	病院総数 (R5.10.1)
新潟県佐渡市	48,103	42.9	9.0	855.7	56.2	2	0.4	9.0	4.5	2

事業所名	さど訪問看護ステーション		都道府県・市区町村	新潟県佐渡市						
開設年	1999年			法人種別	新潟県厚生農業協同組合連合会					
併設 サービス (同一法人サ ービス含む)	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所リハビリテーション 短期入所療養介護 居宅介護支援 介護老人保健施設 介護医療院									
利用者数										
144人	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	4	3	2	7	7	8	14	99		
	10歳 未満	10歳 代	20歳 代	30歳 代	40歳 代	50歳 代	60歳 代	70歳 代	80歳 代	90歳 以上
	0	1	0	2	13	18	35	40	26	9
指示書を受けている医療機関及び医師の数										
	医療機関の数		7			医師の人数		37		
職員の体制										
	看護師 (保健師含む)	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	事務職員				
常勤換算	8.2人	0人	0人	0人	0人					
常勤	8人	0人	0人	0人	0人	1人				
非常勤	1人	0人	0人	0人	0人	1人				
算定加算										
介護保 険	夜間・早朝加算	特別管理加算(Ⅱ)								
	深夜加算	ターミナルケア加算(予防を除く)								
	複数名訪問加算(Ⅰ)	退院時共同指導加算								
	特別地域訪問看護加算	看護体制強化加算(Ⅱ)(予防を除く)								
	中山間地域等に居住する者へのサービス提 供加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)								
	緊急時訪問看護加算(Ⅰ)	専門管理加算								
	特別管理加算(Ⅰ)	口腔連携強化加算								

※R7年11月より看護体制強化加算(Ⅰ)

◇総人口の推移・2020年の総人口を100としたときの総人口の指数

総人口（人）						
令和2（2020）年の総人口を100としたときの総人口の指数						
2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
51,492	45,785	41,095	36,822	32,955	29,324	25,968
100.0	88.9	79.8	71.5	64.0	56.9	50.4



写真提供：さど訪問看護ステーション

## ○所在地域で事業運営することの意義

地域の実態・地域課題・事業運営の意義
<ul style="list-style-type: none"><li>・訪問看護は、病状の把握、状態悪化の早期発見、予防活動が望まれ、安心した療養生活が続くことができるという観点から重要な役割だと思っている</li><li>・母体病院があり、医師との連携も密に図りながら運営できている</li><li>・島内に訪問看護事業所は2カ所ある。今まで10キロ圏内を主に運営していたが、訪問地域を拡大し対応している。島の端から端まで訪問することから、移動に時間がかかり、範囲が広がることで緊急時の対応が困難な状況</li></ul>

## ○所在地域における事業運営の現状・工夫・課題

運営を維持するための(苦労や)工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・自事業所では精神科訪問看護にも対応しており、全職員が精神科訪問看護基本療養費の届出要件を満たしている。しかしながら、精神科訪問看護においては利用者との継続的な関係性が重要であることから、地域ごとに担当エリアを明確に区分する運用は難しい状況にある</li><li>・精神科訪問看護の利用者については、月1~2回の利用が中心となる利用者が多く、週1回程度の定期的な訪問を必要とするケースも存在する。そのため、利用者数は一定数存在するものの、1人当たりの訪問頻度が低く、結果として訪問回数は相対的に少ない傾向にある</li></ul>
職員の採用・定着に向けた(苦労や)工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・職員募集は母体病院が主体となって実施しているが、収益の関係上、人員を柔軟に増員できる状況にはない。また、市の会議においても今後の人材確保策について検討が行われたものの、若年層が地域外へ流出する傾向が強く、安定的な人材確保が困難な状況にある</li><li>・精神科訪問看護では対応内容の特性上、女性職員のみでの訪問が困難なケースもあるため、非常勤の男性職員を確保し体制を補完している。また、利用者の状況に応じて複数の職員による訪問を実施し、職員の安全確保を考慮した支援体制を整備している</li></ul>
訪問エリアを効率的に移動、または職員の負担を減らすための工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・車移動中心で休憩場所やトイレ確保が困難(猛暑・冬季閉鎖等)な課題があるため、病院事務長名で依頼文を発行し、市役所の支所・郵便局・デイサービス等に協力を求め、トイレや昼休憩場所を提供してもらっている</li><li>・同じエリアを効率的に訪問できるように考えているものの、他サービスとの兼ね合いや利用者の予定などで調整が難しいこともある</li></ul>
収益を安定させるための工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・がん性疼痛看護の認定看護師が入職したことでがん末期の利用者が増え、指導を受けながら疼痛管理をしている。認定看護師を有効活用し加算の算定につなげているのは収益的にも大きい</li></ul>

## ○24 時間対応における現状・工夫・課題

職員の負担軽減のための工夫やアイデア
<ul style="list-style-type: none"><li>・病状が不安定な利用者については、急変リスクを低減するため可能な限り日中帯に訪問し、早期対応に努めている。また、訪問時に発熱や疼痛等の症状を認めた場合には速やかに医師へ連絡し、事前に指示を受けることで夜間急変の予防につなげている</li><li>・利用者数およびターミナル期利用者の増加に伴い夜間緊急出動が増加していることから、職員の精神的負担軽減を目的にオンコール担当者数を増員し、対応体制の強化を図っている</li><li>・オンコール当番については連日の担当を避けるとともに、休日担当回数が均等となるよう調整し、職員間の負担偏在を防ぐ勤務管理を行っている</li><li>・担当看護師へ随時連絡・相談が可能な体制を整備し、支援の継続性を確保している。また、遠方利用者については事前に病状を確認し、必要時には救急要請を依頼するなど、地域特性を踏まえた安全確保の対応を行っている</li></ul>

## ○関係機関との連携状況

訪問看護同士・多職種連携の実際
<ul style="list-style-type: none"><li>・島内には自事業所を含め2か所の事業所があり、もう一方の事業所とは2~3か月ごとに定期的な会議を開催し、連携体制を構築している。職員の病欠等により訪問対応が困難となった場合には、相互に訪問を依頼するなど協力体制が確立されている</li><li>・また、災害時においても継続的な支援が可能となるよう、双方の利用者情報を共有し、相互訪問が可能な体制整備を行っている</li><li>・さらに、行政・医療・介護・福祉関係者が参画する「佐渡地域医療介護福祉提供体制協議会」の在宅医療部会へ参加し、ケアマネジャー、ヘルパー、開業医等との顔の見える関係構築を進めている。こうした協議会での関係づくりを通じて、訪問看護が医療処置にとどまらず、介護相談や在宅看取りにも対応可能であることを地域関係者へ周知している</li></ul>
看護業務以外のエクストラ業務を訪問看護に依頼された経験の有無
<ul style="list-style-type: none"><li>・訪問時は看護ケアに専念することを基本とし、ヘルパー業務については可能な限り実施しない方針としている</li><li>・一方で、医療処置に必要な物品の購入先が不明な場合や、母体病院から内服薬を受け取る必要がある場合など、利用者・家族のみでの対応が困難な場面においては、看護師が必要に応じて対応している</li></ul>

## ○ICT 活用によるメリットと課題

### ICT やオンラインツールの導入状況やその効果

- ・へき地医療推進事業により訪問看護業務へ iPad が導入され、訪問先において記録入力が可能となったことで、事務所に戻ることなく移動時間の削減ができ、業務時間の有効活用につながっている
- ・また、ヘルスケアナビ「りんくる」を昨年度導入したが、病院情報については電子カルテからの情報収集が可能であることから、現時点では活用頻度は限定的となっている
- ・オンラインカンファレンスについては、新潟市内の医療機関からの紹介時や退院前カンファレンスにおいて実施し、関係機関との情報共有および連携強化に活用している
- ・訪問エリアが広範囲なため、直行直帰する職員とはオンラインミーティングを行い情報共有している
- ・地域によっては通信圏外となり ICT が使用できないエリアが存在する。このため、事前に訪問先の通信状況を把握し、必要な情報はあらかじめ準備したうえで訪問対応を行っている。また、急な訪問等で事前確認が困難な場合には、自事業所に電話し情報を確認するなど、代替手段を活用しながら実施している

## ○専門の研修を受けた看護師との連携状況

### 専門の研修を受けた看護師との連携

- ・がん末期等で麻薬による症状コントロールを行っている利用者については、緊急訪問時に複数の看護師が対応できる体制を整備している。具体的には、事前に認定看護師と同行訪問をし、利用者の状態やケア内容を共有することで、誰でも適切に対応可能な体制づくりを行っている
- ・母体病院所属の皮膚・排泄ケア認定看護師には、装具の使用方法や皮膚状態の観察・管理について相談し、感染症認定看護師には消毒方法等について電話相談や外来で助言を受けている。母体病院の職員であることから連携が円滑であり、専門的知見を在宅ケアへ迅速に反映できる体制となっている

## ○人口規模が小さな地域で訪問看護を行い易くするための制度における改善点や要望

- ・遠隔死亡診断に関する研修を受講した職員は配置されているが、現状では医師が現地へ駆けつけ可能な体制が維持されており、遠隔死亡診断の実施要件（12 時間以内に医師が訪問困難）に合致する場面は生じていない

## ○今後の展望

- ・職員確保が困難な状況は継続しているものの、地域における在宅療養ニーズは高まっており、可能な限り利用者への支援を継続していくことが重要であると考えている
- ・特に在宅看取り件数は増加傾向にあり、昨年度と比較して約 5 倍に増加するなど、地域における役割は一層拡大している。こうした実績を踏まえ、重症者や終末期利用者への対応体制をさらに強化し、質の高い在宅医療の提供と安定した事業運営の両立を目指したい

### 3. 川根本町訪問看護ステーション（静岡県川根本町）

本事業所は、地方公共団体の訪問看護ステーションとして展開している。地方公共団体における役割や所在地域における実践を把握したく選出した。

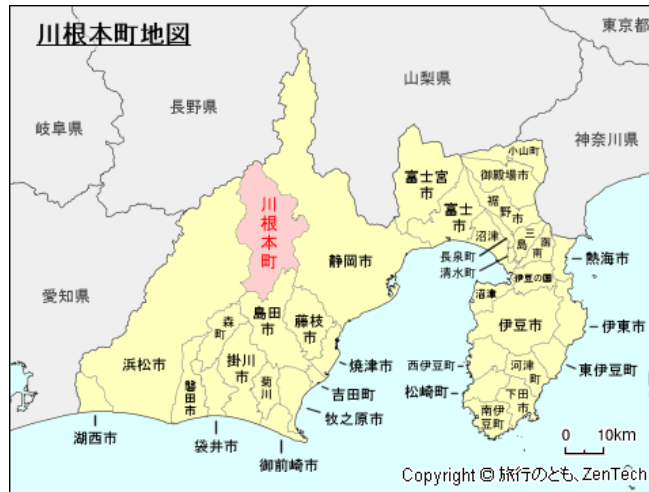
#### ◇基礎情報

	人口 (R7.1.1)	高齢化率(%)	面積	人口密度(人 /km <sup>2</sup> )	訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	人口1万人 対訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	訪問看護ス テーションの 看護職員数 (常勤換算) (R5.10.1)	訪問看護ス テーション平 均常勤換算数 (R5.10.1)	病院総数 (R5.10.1)
静岡県川根本町	5,700	51.9	496.7	11.5	1	1.8	2.8	2.8	0

事業所名	川根本町訪問看護ステーション		都道府県・市区町村	静岡県川根本町						
開設年	2018年			法人種別	市区町村					
併設 サービス (同一法人サ ービス含む)	なし									
利用者数										
32人	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	0	3	2	5	6	2	4	10		
	10歳 未満	10歳 代	20歳 代	30歳 代	40歳 代	50歳 代	60歳 代	70歳 代	80歳 代	90歳 以上
	0	0	0	0	1	3	7	8	13	
指示書を受けている医療機関及び医師の数										
	医療機関の数		9			医師の人数		13		
職員の体制										
	看護師 (保健師含む)	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	事務職員				
常勤換算	3.0人	0人	0人	0人	0人					
常勤	3人	0人	0人	0人	0人	0人				
非常勤	0人	0人	0人	0人	0人	0人				
算定加算										
介護 保険	夜間・早朝加算 特別地域訪問看護加算 緊急時訪問看護加算(Ⅱ) 特別管理加算(Ⅰ)			特別管理加算(Ⅱ) ターミナルケア加算(予防を除く) 退院時共同指導加算						

◇総人口の推移・2020年の総人口を100としたときの総人口の指数

総人口（人）						
令和2（2020）年の総人口を100としたときの総人口の指数						
2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
6,206	5,344	4,595	3,940	3,369	2,854	2,392
100.0	86.1	74.0	63.5	54.3	46.0	38.5



写真提供：川根本町訪問看護ステーション

## ○所在地域で事業運営することの意義

地域の実態・地域課題・事業運営の意義
<ul style="list-style-type: none"><li>・隣接する島田市の民間の訪問看護ステーションの閉鎖を機に、訪問看護がなかった川根本町で緊急的な措置として訪問看護を自治体立として立ち上げるようになった。将来的には民間移行を目標としているが、人口減少により経営面で移行は困難な状況である</li><li>・特別養護老人ホームは 1 施設のみで待機者が約 60 人と多いことなど、様々な事情により在宅療養を継続しなければならない高齢者に加え、在宅療養を希望する対象への在宅看取りの支援の必要があり、訪問看護ステーションの存在が不可欠な状況である</li><li>・介護事業所の閉鎖や資源不足により入所待ちが生じる中、子世代が不在で認知症を抱える高齢者のみの世帯が増えており、「介護保険のサービスが何とかしてくれる」という子世代の認識もあるなかで、ケアマネジャーと訪問看護に加えて訪問介護の意見も参考にして在宅生活の継続を模索しているのが現状</li><li>・移住者が増える一方、介護が必要になると頼れる身寄りがなく、死亡後の身元確認対応や費用負担の問題、サービス利用料の滞納などが生じており、移住高齢者支援が新たな地域の課題となっている</li><li>・「最期までこの町で」と願う人が不利なく在宅で過ごせるよう、先進的な技術と知識をもって支えることを理念としている</li></ul>

## ○所在地域における事業運営の現状・工夫・課題

職員の採用・定着に向けた(苦労や)工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・当訪問看護ステーションは役場直営なので人材確保については同じく直営の地域包括支援センターからのヘルプや町役場の健康福祉課からの異動等があり困ったことはない</li><li>・看護師の入職には予算編成が必要になるためタイムリーに得られない現状がある</li><li>・新規の採用者は、新任の研修として「訪問看護提供体制充実事業補助金」の制度で同行訪問の期間は助成金の対象となるので利用している</li><li>・訪問看護の経験者でも、山道で分かりにくいため 3 カ月間は同行訪問をしている</li></ul>
訪問エリアを効率的に移動、または職員の負担を減らすための工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・遠い利用者宅では 50 分前後かかる。訪問エリアは基本的に川根本町に限定しているが、町以外のところに行く場合は交通費を頂き訪問している(今のところ町外の依頼はない)</li><li>・訪問エリアをまとめたいと思うが他のサービスとの兼ね合いがあり効率的にできない現状がある</li><li>・訪問車が不足し公用車を借用していたが、車両の大きさや緊急対応の課題から 1 台追加され、現在は近距離訪問用に電気自動車(リース)を活用している</li><li>・遠方利用者は状態が安定している時は訪問回数を抑え、緊急時対応を希望する意向が多いため、それに従って調整している</li><li>・役場の建設課から道路・土砂災害情報を得ている。道路状況が悪い際は訪問日を調整している。電波不良や停電も想定して早めの連絡を行うようにしている</li><li>・野生動物は日常的にたくさん出没するが、何かをしなければ向かってくることはないので車の中や訪問先でやり過ごすこともある</li></ul>

## ○24 時間対応における現状・工夫・課題

急変時の対応
・夜間の急変時は、訪問看護師が到着してから救急車を呼ぶと時間のロスになることから、電話があった時点で状況に応じてはその場で救急車を呼んでもらう状況も多い
医師との連携
・初回訪問診療や状態変化時には往診に同行し、状態の共有と今後についてその場で相談や提案をしている ・この 10 年で在宅看取りに前向きな医師へ世代交代が進み、シリンジポンプによる麻薬管理などが可能となったことで、家族の不安が軽減し在宅での看取りがより安心して行える体制となったと思う

## ○関係機関との連携状況

看護師同士・多職種連携の実際
・在宅療養は、訪問ヘルパーの人たちが一番近くで支えてくれているため、一番初めに変化に気づくことも多いです。お互いに連絡を取り合うように心がけ、いざという時に連絡をしやすい関係に心がけている ・また、独居や高齢者世帯の利用者も自宅での最期を希望される方が多く、ヘルパーや配食サービスの方が訪問した時に急変や亡くなっている状況を見つけた場合の連絡方法を共有している ・利用者の状況によって不足していることがある場合は、ケアマネジャー等につなげて、支援を追加してもらうように連携を取っている ・ヘルパーとは、多様な家庭に対応する中で密に連携し、親身な対応とこまめな連絡により一体感を感じているほどになっている ・自身(管理者)は主に地域包括支援センターへ相談し、必要に応じて訪問看護連絡協議会や隣接市の関係者にも相談している ・訪問看護師が現場で察知した気温上昇による熱中症リスクや、食品の常温放置による食中毒の懸念など役場の課内へ情報共有することもある

## ○ICT 活用によるメリットと課題

ICT やオンラインツールの導入状況
・ICT を活用した遠隔死亡診断に関する研修を受講している。医師は町内に常駐しており、週末には浜松市および静岡市へ帰省する体制ではあるものの、24 時間対応で現地へ訪問可能な体制が確保されている。このため、現時点では遠隔死亡診断を活用する場面は想定されていない状況である ・理学療法士との情報共有手段として LINE を活用した連携体制の構築を検討したが、個人情報保護の観点から、現在は別の方法による連携を行っている ・一部地域では電波状況が不安定な住宅があり、携帯通信が利用できず固定電話による連絡が必要となる場合がある。このため、すべての場面において ICT を活用した対応が可能な状況には至っていない

## ○専門の研修を受けた看護師との連携状況

### 専門の研修を受けた看護師との連携

- ・自事業所の利用者は、医療センターからの退院患者が多いため密に連絡を取り、前職での人脈を活かして緩和ケア認定看護師と直接連携している。受診時の同席や思いの共有、医師への報告も協力してもらうなど連携体制を築いており、病院側からも在宅ケアを安心して任せられると信頼を得ている
- ・褥瘡とストーマに関しては、皮膚・排泄ケア認定看護師に写真を送り、ストーマ製品などの相談をしている

## ○人口規模が小さな地域で訪問看護を行い易くするための現行制度における改善点や要望

- ・県や医師会ごとに ICT ネットワークがあり、それぞれに年会費(月約 1,500 円、年間 1~2 万円)がかかるため、小規模ステーションにとっては複数加入すると大きな負担になっている
- ・マイナカードの普及も踏まえ、国保などが中心となって一本化・集約された仕組みを整えて欲しいと感じる
- ・医療は日々進歩しており、在宅分野に長くいると最新動向から取り残される感覚がある。財団や協議会の研修は受けているが、新しい情報を学べる教育システムが必要ではないかと感じている。新任者だけでなく、経験者もストーマケアやリンパマッサージなどの技術研修を受けられる体制が必要ではないか

## ○今後の展望

- ・訪問看護事業を継続するためには、今後10年の人材確保が課題であると考えている。当初は民間への移行も念頭にあったが、過疎地域では民間の訪問看護ステーション運営は難しい現状がある
- ・この地域で自由に訪問看護を展開できるなら、包括的に支えられる「看多機(看護小規模多機能型居宅介護)」を中心にしたいと考えている。訪問看護を組み込めば、高齢者のみ世帯の緊急時の宿泊対応や、毎日同じヘルパーが関わる継続的支援が可能になると考える

#### 4. のかみ訪問看護ステーション（和歌山県紀美野町）

母体が広域連合の医療機関である本事業所は、町に唯一存在する訪問看護ステーション。ポケットエコーを活用していることから所在地域における ICT の活用について把握したく選出した。

##### ◇基礎情報

	人口 (R7.1.1)	高齢化率(%)	面積	人口密度(人 /km <sup>2</sup> )	訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	人口1万人 対訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	訪問看護ス テーションの 看護職員数 (常勤換算) (R5.10.1)	訪問看護ス テーション平 均常勤換算数 (R5.10.1)	病院総数 (R5.10.1)
和歌山県紀美野町	7,711	48.8	128.3	60.1	2	2.6	10.0	5	1

事業所名	のかみ訪問看護ステーション		都道府県・市区町村	和歌山県紀美野町						
開設年	1999年			法人種別	国保直診					
併設 サービス (同一法人サ ービス含む)	訪問リハビリテーション 居宅介護支援 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション									
利用者数										
85人	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	4	6	17	20	10	12	7	9		
	10歳 未満	10歳 代	20歳 代	30歳 代	40歳 代	50歳 代	60歳 代	70歳 代	80歳 代	90歳 以上
	0	0	0	0	1	1	4	11	44	24
指示書を受けている医療機関及び医師の数										
	医療機関の数		16			医師の人数		36		
職員の体制										
	看護師 (保健師含む)	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	事務職員				
常勤換算	7.0人	0人	0人	0人	0人					
常勤	7人	0人	0人	0人	0人	0人				
非常勤	0人	0人	0人	0人	0人	0人				
算定加算										
介護 保険	緊急時訪問看護加算（Ⅰ）			退院時共同指導加算						
	特別管理加算（Ⅰ）			看護体制強化加算（Ⅱ）（予防を除く）						
	特別管理加算（Ⅱ）			看護体制強化加算（予防のみ）						
	ターミナルケア加算（予防を除く）			サービス提供体制強化加算（Ⅰ）						

◇総人口の推移・2020年の総人口を100としたときの総人口の指数

総人口（人）						
令和2（2020）年の総人口を100としたときの総人口の指数						
2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
8,256	7,270	6,355	5,510	4,723	4,002	3,368
100.0	88.1	77.0	66.7	57.2	48.5	40.8



写真提供：のかみ訪問看護ステーション

## ○所在地域で事業運営することの意義

事業実施・地域課題・事業運営の意義
<ul style="list-style-type: none"><li>・総合病院は母体病院1カ所であり、クリニックが数カ所ある。病院やクリニックと連携しながら地域の人たちを支えることが事業所の役割と思っている</li><li>・訪問看護ステーションは自事業所の1カ所だけであり、今後どれぐらい地域の方を支えられるか懸念している</li><li>・訪問エリアは、紀美野町に限らず隣接する海南市の一部と紀の川市の一部も訪問している</li><li>・要介護4、5の利用者が中心ではあるが、最近では介護度の低い方への定期訪問や、緊急相談対応のための訪問依頼も増えている</li></ul>

## ○所在地域における事業運営の現状・工夫・課題

運営を維持するための(苦労や)工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・山間部に位置する利用者宅への訪問や、土砂崩れ発生後の移動に不安を感じることもあり、移動負担が生じている。職員が安心して気持ちや考えを共有・相談できる雰囲気づくりを重視し、相互に支え合える職場環境の形成に努めている</li></ul>
職員の採用・定着に向けた(苦労)や工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・自事業所の人材確保は、主に母体病院からの人事異動により行われている。また、併設する看護学校の卒学生が自事業所への就職を希望した事例もあったが、病院側の人員不足により、まず病棟で経験を積む方針が優先され、配属には至らなかったことがある</li><li>・給与体系については、母体病院の看護師と同等の基準を採用しており、他の訪問看護ステーションと比較しても比較的高い給与水準であると思う</li></ul>
訪問エリアを効率的に移動、または職員の負担を減らすための工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・訪問エリアが広範囲にわたるため、これまではエリアごとにまとめて訪問スケジュールを調整していたが、他のサービスが増加しスケジュール管理が難しい</li><li>・また、冬季には道路凍結の影響を受けることがあり、安全確保の観点から訪問時間を午後へ変更するほか、電話による状態確認を行った上で訪問を延期または中止するなど、柔軟な対応を行っている</li><li>・山間部では地図情報に掲載されていない場所もあり、車両のUターンが困難な場所や未整備の道路を徒歩で移動し、山道を登って訪問するケースもある</li><li>・さらに、野生動物の出没が日常的にみられる地域特性から、訪問時の安全確保が課題となっている</li><li>・このため、野生動物対策としてヘビ・マムシへの対策として、傘を携行して歩行するほか、熊対策として職員全員へ熊鈴を配布している。また、暗所での安全確保のためヘッドライトを全職員へ支給している</li></ul>

#### 収益を安定させるための工夫

- ・終末期の利用者や重度の褥瘡処置を要する利用者を積極的に受け入れ、特別指示書による訪問看護の実施件数を確保している
- ・また、夜間の緊急訪問や土日・祝日の対応を行うなど、利用者の状態変化に応じた柔軟な訪問体制を整備している
- ・さらに、年末年始には通所サービスの冬期休暇に伴い、入浴を希望する利用者に対して訪問看護で可能な範囲の対応を行い、継続的なサービス提供と利用者ニーズへの対応を図っている

### ○24 時間対応における現状・工夫・課題

#### 職員の負担軽減のための工夫やアイデア

- ・オンコール対応は限られた職員で担当しているため、担当回数が特定の職員に偏らないよう配慮し、公平性を意識したシフト調整を行っている
- ・また、夜間や土日・祝日に緊急訪問を行った職員については、代休または午後半休を取得できる体制を整備し、職員の負担軽減に努めている
- ・職員には、不安や判断に迷いが生じた際には管理者へ速やかに相談するよう伝えており、必要に応じて管理者による同行訪問を実施している
- ・さらに、利用者の緊急時対応において職員が判断に迷うことのないよう、想定される状態変化について事前に医師へ確認し、包括的な指示を受ける体制を構築している
- ・加えて、休日前や夜間に連絡が入る可能性のある利用者については、あらかじめ職員間で情報共有を行い、円滑な緊急対応につなげている

### ○関係機関との連携状況

#### 母体病院との連携・多職種連携の実際

- ・母体病院には連携室が設置されており、退院前カンファレンス開催時には自事業所へ声かけを依頼してもらうなど、入退院支援における連携強化を図っている
- ・また、訪問入浴、訪問リハビリテーション、福祉用具事業所等と定期的にデスカンファレンスを実施している。参加メンバーは一定程度固定化しているものの、継続的な協働により関係性が深化し、リアルタイムで日常的に相談が可能な連携体制が構築されている
- ・情報共有には MCS を活用しているが、日常的な迅速な連絡手段としては LINE を用いる場面も多い
- ・さらに、ケアマネジャーは日常的な見守りに加え、災害前の対応調整や配食サービスの手配などを担い、生活支援と安否確認を包括的に実施する役割を果たしている
- ・管理者(自身)の相談先としては、連絡協議会の会議へ参加することで他事業所との横のつながりを維持し、情報交換や意見交換を行っている。また、日常的な運営や判断に関する事項については、自部署の訪問看護経験の多い副師長や役職定年したサポートナース、母体病院の事務方や地域連携室副センター長へ相談している

#### 看護業務以外のエクストラ業務を訪問看護に依頼された経験の有無

- ・利用者の生活状況により、調理や買い物支援が必要となるケースが少なくない。中には調理が困難であるにもかかわらず、訪問介護の利用頻度が週1回程度に限られている利用者もあり、冷蔵庫に食材がなく米のみが残されている場合には、生活維持の観点から、ご飯やおかゆを炊くなど最低限の生活支援を行うことがある
- ・また、火傷等により毎日の処置が必要な利用者であっても、外来受診後に処置物品が十分に提供されないまま帰宅する事例があり、山間部という地域特性から物品調達が困難な場合がある。そのため、やむを得ず看護師がガーゼ等を代行して購入し、後日実費を受領する対応を行うことがあるが、本来業務外であることから可能な限りご自身・ご家族にお願いする方針としている

### ○ICT 活用によるメリットと課題

#### ICT やオンラインツールの導入状況やその効果

- ・診療所の医師が訪問看護の質を上げるという趣旨の研究を機に、ポケットエコーを導入し指導を受けた。経年劣化後も有用性が高かったことから母体病院と交渉し、AI 機能付きエコーを新たに導入した
- ・エコーの活用により、導尿前に膀胱内尿量を確認して不要な処置を回避できたほか、便秘時も腸内状況を評価し、浣腸や下剤の使用を安易に行わず経過観察とするなど、安全で適切な判断につながっている
- ・中には、不安の強い利用者で、エコーを当てるだけでも安心感につながるケースがあった
- ・エコーは観察目的よりもアセスメントやその後の判断の補助として使用することが多い

#### ICT 導入後に生じた負担や課題・対応

- ・利用者宅で電波が届かない状況や PC 同時使用制限により情報確認が困難な場合があり、緊急時には屋外へ移動して電話対応を行うことがある

#### 訪問看護提供体制を維持する上で、今後必要と思う ICT やデジタル技術

- ・医療処置において、点滴挿入時に血管の確認が困難な利用者も多く、血管確保を補助する機器等の開発が望まれる
- ・また、医師へ迅速に相談できる体制の整備が課題となっている。現在はメールによる相談を行う場合もあるが、即時の回答が得られないことや、夜間に電話連絡が困難な場合があり、判断に迷う場面が生じている
- ・このため、オンラインで医師と顔を合わせて相談できる仕組みなど、リアルタイムでの意思疎通が可能な相談体制の構築が必要と考える

### ○看取りについて

#### 看取りの状況

- ・自事業所では年間約 20 件の在宅看取りを実施しており、利用者の主な疾患は老衰および末期がんが半数を占めている。本人の在宅療養を望む強い意思により、家族が退院受け入れを決断するケースも多い
- ・在宅看取りの実現には医療機関からの後押しが重要であるが、退院時に在宅療養の選択肢が十分に共有されていない場合もある。このため、在宅での看取り事例については最期の経過も含め主治医へ情報共有を行い、在宅療養および在宅看取りへの理解促進に努めている

## ○専門の研修を受けた看護師との連携状況

専門の研修を受けた看護師との連携
<ul style="list-style-type: none"><li>・大学病院を退院した利用者を受け入れた際、皮膚・排泄ケア認定看護師の連絡先を共有されたことを機に連携が開始された。以降、ケア方法や手技について電話連絡や創部写真の共有等を通じて相談を行い、ストーマパウチの選択や貼付方法などについて具体的な助言を受け、ケアの質向上を図っている</li></ul>
連携により得られた効果やメリット
<ul style="list-style-type: none"><li>・ストーマ管理において毎日の漏れが生じ、対応方法が不明確な状況があったが、皮膚・排泄ケア認定看護師から皮膚状態や体型に応じた適切な装具・物品の提案を受けたことで症状の改善につながった</li><li>・また、専門的な助言にとどまらず、「その後はどうなっている？大丈夫？」と、その後の経過を気遣う継続的な連絡やフォローがあり、対応にあたる職員にとって精神的な支えとなり、安心してケアを継続できる体制づくりにも寄与している</li></ul>

## ○今後の展望

<ul style="list-style-type: none"><li>・今後は、事業所の拡充を図り、サテライト設置も視野に入れた体制整備を検討している</li><li>・また、単独訪問に不安がある場合や判断に迷う可能性があるケースについては、2人体制での訪問を導入するなど、職員の安心感を高める運営を目指している</li><li>・さらに、病棟との連携を一層強化し、退院後の在宅生活における経過を医療機関へフィードバックすることで、切れ目のない医療提供体制の構築を図りたいと考えている</li><li>・加えて、経験年数に関わらず基礎知識の振り返りや新しい医療機器に関する継続的な学習機会を確保し、職員の専門性向上と人材育成につながる教育環境の整備を目指している</li></ul>
--

## 5. 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）

本事業所は、中山間地域における訪問看護ステーションとして大規模展開している。広範囲の訪問を実践されていることから地域課題および運営上の工夫点について把握するために選出した。

### ◇基礎情報

	人口 (R7.1.1)	高齢化率(%)	面積	人口密度(人 /km <sup>2</sup> )	訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	人口1万人 対訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	訪問看護ス テーションの 看護職員数 (常勤換算) (R5.10.1)	訪問看護ス テーション平 均常勤換算数 (R5.10.1)	病院総数 (R5.10.1)
徳島県阿南市	67,946	34.5	279.4	243.2	9	1.3	44.0	4.9	6

事業所名	訪問看護ステーション阿南		都道府県・市区町村	徳島県阿南市												
開設年	1999年			法人種別	公社（徳島県看護協会）											
併設 サービス (同一法人サ ービス含む)	看護小規模多機能型居宅介護 居宅介護支援															
利用者数																
176人	要支援1		要支援2		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		その他	
	8		7		26		7		10		9		4		105	
	10歳 未満	10歳 代	20歳 代	30歳 代	40歳 代	50歳 代	60歳 代	70歳 代	80歳 代	90歳 以上						
	10	1	3	7	7	18	21	41	47	21						
指示書を受けている医療機関及び医師の数																
医療機関の数			658				医師の人数			103						
職員の体制																
	看護師 (保健師含む)		准看護師		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		事務職員					
常勤換算	17.8人		0人		3.6人		3人		0人							
常勤	12人		0人		3人		3人		0人		1人					
非常勤	11人		0人		1人		0人		0人		1人					
算定加算																
介護 保険	緊急時訪問看護加算（Ⅰ）				口腔連携機能加算											
	特別管理加算（Ⅰ）															
	特別管理加算（Ⅱ）															
	退院時共同指導加算															
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 専門管理加算															

◇総人口の推移・2020年の総人口を100としたときの総人口の指数

総人口（人）						
令和2（2020）年の総人口を100としたときの総人口の指数						
2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
69,470	64,779	60,577	56,330	52,127	48,008	44,094
100.0	93.2	87.2	81.1	75.0	69.1	63.5



写真提供：徳島県看護協会訪問看護ステーション阿南

## ○所在地域で事業運営することの意義

地域の実態・地域課題・事業運営の意義
<ul style="list-style-type: none"><li>・徳島県看護協会立の事業所としては、訪問看護ステーション徳島が最初に開設された。その後、県南部における拠点整備の必要性を踏まえ、当事業所が開設した</li><li>・自事業所は、山間地域にサテライトを設置しているが、人材確保が困難となり十分な機能が果たせていない。一方で、同サテライトが管轄していたエリアの利用者は継続しているため、結果として広範囲をカバーする体制となっている</li><li>・自事業所の訪問エリアは広範囲および複数地域にまたがっているため、地域ごとに課題や行政方針が異なる点が特徴と言える。具体的には、ギリギリまで在宅療養し、その後、施設入所へ移行する傾向が強い地域、在宅看取り連携プロジェクト※が構築され在宅看取りが多い地域、地域包括支援センターの関与が中心となっている地域などがあり、地域特性に応じて取り組み内容が異なる。地域ニーズの把握は容易ではないが、それぞれの特性に応じた訪問看護の提供に努めている</li></ul> <p>※海部郡全域で看取り連携プロジェクト:徳島県看護協会と海部郡の医師会、海部病院が協定を結んだプロジェクト。看取りの際に医師不在が課題とし、普段はかかりつけ医が診ているが、事前に連携をとり、月1回情報共有をして看取りの際にかかりつけ医がいない場合はバックアップで病院から訪問診療や訪問看護が入り看取り支援を行う</p>

## ○所在地域における事業運営の現状・工夫・課題

運営を維持するための(苦労や)工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・利用者の変更や職員の急な欠勤等による対応漏れを防ぐため、勤務表の管理には専用ソフトを活用している</li></ul>
職員の採用・定着に向けた(苦労や)工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・徳島県中心部では訪問看護ステーション数が多く、新規事業所も増加している。一方、県南部および西部では事業所数が減少傾向にあり、人材確保が大きな課題となっている</li><li>・人材確保に向けた取組として、求人はハローワークおよびナースセンターを活用するとともに、ホームページに動画を掲載するなど広報活動を行っている。以前は徳島県看護協会ナースセンター内に配置されたエリアマネージャーを通じて人材紹介を受けていたが、近年は訪問看護を希望する人材自体が減少しており、確保は困難な状況にある</li><li>・また、人材確保について行政と具体的に検討する機会はなく、県内には複数の看護大学があるため実習生の受け入れは行っているものの、卒業後は大阪・神戸など都市部へ就職するケースが多い。訪問看護の魅力発信を目的に出前授業を実施しているが、新卒で訪問看護へ就職する人材は少なく、多くが病院へ就職しているのが現状である</li><li>・医師の人材確保においては、地域の特色であるサーフィン環境を活かし、サーフィンと仕事を両立しながら移住を促進する「サーフホスピタルワーケーション」などの取組が行われている</li><li>・地域における各種会議には参加しているものの、人材不足に関する議題が取り上げられることは少ない</li></ul>

訪問エリアを効率的に移動、または職員の負担を減らすための工夫
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自事業所では、最も遠方の利用者宅までの移動に約 120 分を要している。山間部での訪問は緊急時の支援が困難であることから、車両故障等のリスクを考慮し、走行距離の少ない車両を優先的に使用するよう職員へ周知している</li> <li>・山間地域では移動距離が長いことに加え、目印が少なく進路を誤る可能性があるほか、山道や時にはガードレールのない道路を走行する必要があり、訪問看護師の運転負担および安全面における課題が大きい</li> <li>・運転の負担については、療養通所介護を運営していた際(現在は閉所)から開催していた運営推進会議において課題を共有したのをきっかけに、サテライトの運営推進委員として就いていた町が検討してくれた。また、地域住民から「訪問看護に来てほしい」との要望を背景に、町役場担当者との継続的な意見交換を行った結果、現在では訪問時の送迎や山道での運転を当該町のドライバーが代行する体制が整備されている</li> <li>・さらに、訪問効率の向上を目的として、ケアマネジャーの協力を得ながら曜日ごとに訪問エリア(山域)を分けるなど、訪問地域を集約する工夫を行っている</li> </ul>
収益を安定させるための工夫
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ニーズに的確に応えるとともに労務管理の観点からも、他の訪問看護事業所が対応しているエリアへの過度な参入を控えるため、情報収集と状況把握に努めている</li> <li>・介護保険に限らず、難病や精神疾患、医療的ケア児など医療保険の利用者にも訪問するよう心掛けている</li> <li>・レセプト業務は事務職員が担当しているが、算定漏れを防ぐため、最終確認は管理者が行っている</li> <li>・補助金の案内等の事務連絡は、徳島県訪問看護支援センターから連絡がくるため所長や事務員と相談しながら必要時は申請している</li> </ul>

## ○24 時間対応における現状・工夫・課題

職員の負担軽減のための工夫やアイデア
<ul style="list-style-type: none"> <li>・遠方への訪問は、労務管理や経営、継続性や職員の安全性確保の観点からも難しい。特に緊急時対応については、移動に 1 時間以上かかる地域の 24 時間対応を担うのは実質的に難しく、オンコール体制でも看護師の居住地が分散しているため迅速な対応には限界がある</li> <li>・特別地域訪問看護加算により、特別地域への訪問に行った時に手当てが付くようになり、管理者として気持ちが楽になった</li> </ul>
24 時間対応を継続する工夫
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の症状で気になることは事前に包括的に指示をもらうようにしている</li> <li>・悪天候等で訪問看護が行けない時を想定し、薬の説明を紙に書き本人や家族に事前に伝えている</li> </ul>
緊急対応の実際と対応
<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時に誰でも訪問ができるよう、当初はルート検索を活用していたが、山間部では Google マップに表示されない地域もあり十分に活用できなかった。そのため、カーブミラー等の目印を基準に写真を撮り、オリジナルの訪問マップを作成し職員間で共有している</li> </ul>

## ○関係機関との連携状況

看護師同士・多職種連携の実際
<ul style="list-style-type: none"><li>・徳島県南部圏域には総合病院が複数所在していることから、連携先医療機関は多岐にわたっている。また、訪問エリアが広域であることから複数の地域包括支援センターとの連携も必要となっている</li><li>・日常的な連携においては、ケアマネジャーや相談支援専門員等と、些細な事項であっても電話による情報共有を行うことを心がけ、円滑な支援調整に努めている</li><li>・介護サービスの中では訪問入浴事業所が少なく、ケアプランは訪問入浴が優先される傾向にある。一方で、訪問看護は人員に限りがあるため、訪問効率を高める観点から、訪問ルートを考慮したケアプランについてケアマネジャーへ協力を依頼している</li><li>・また、悪天候時には職員の安全確保を優先し訪問を中止する場合があります、その際は事前に利用者へ連絡し日程調整を行っている</li><li>・訪問看護ステーション間の連携については、法人の違い等により構築が容易ではない現状があり、比較的連携しやすいのは個人開業型ステーションであると認識している</li><li>・さらに、南海トラフ地震による被害が想定される地域であることから、ステーション間で連携し地域 BCP を作成した。しかし、地域ごとに災害への認識や体制の差があるため、実際の相互支援には課題が残ると考えられる</li></ul>

## ○ICT 活用によるメリットと課題

ICT やオンラインツールの導入状況やその効果
<ul style="list-style-type: none"><li>・職員は遠方まで訪問しているため、事業所内会議は時間を決めて Zoom で実施している。タブレットは全員に配布している</li></ul>
ICT 導入後に生じた負担や課題・対応
<ul style="list-style-type: none"><li>・ICT リテラシー向上のため、事業所内に記録委員を設置し ICT の活用方法等を共有している</li><li>・電波が届かない利用者宅もあるので、自宅の外に出て電波が届くところまで移動して電話することがある</li></ul>
訪問看護提供体制を維持する上で、今後必要と思う ICT やデジタル技術
<ul style="list-style-type: none"><li>・遠方の利用者宅の訪問を 2 週間に 1 回程度にしつつ、訪問日以外や訪問が困難な場合は ICT を活用し遠隔で利用者の状態観察や残薬確認、生活環境の把握ができる仕組みがあると良いと思う。これにより、遠距離訪問の負担軽減と継続的な見守りの両立ができるのではないかと</li><li>・また、ICT 機器の貸し出し体制の整備と、その取り組みが評価される仕組みが必要だと考える</li></ul>

## ○専門の研修を受けた看護師との連携状況

### 専門の研修を受けた看護師との連携

- ・特定行為研修修了者の配置により気管カニューレ交換を実施している。これにより医師の負担軽減につながっており、現在は医師と看護師が交互に交換を行う体制をとっている
- ・医師も協力的で医師による手順書の整備が進んでいる(医師会主催の特定行為に係る地域標準手順書活用促進シンポジウムで公表予定)

## ○人口規模が小さな地域で訪問看護を行い易くするための現行制度における改善点や要望

- ・大規模事業所は広範囲をカバーできるというメリットがある一方で、遠方への迅速な訪問や密な情報収集が難しい場合もあるため、メリット・デメリットの両面がある。国は大規模化を推進し、加算も設けているが、利用者の声を聞くと、必ずしも一概に良いとは言えず、疑問を感じることもある
- ・訪問看護の効率性を優先している事業所は遠方の訪問を実施していない。遠方に訪問することでのメリットがあれば、もう少し増えるのではないかと思う
- ・地域を十分に理解している看護師が訪問看護師として活動することは、利用者の安心感につながると考えられる。そのため、病院勤務経験を有する看護師が退職後一定期間(約5年程度)、訪問看護師として地域で活躍できる仕組みを構築することで、看護師の専門性を活かしつつ、地域住民が安心して在宅療養を継続できる体制強化につながると考える
- ・また、看護学生が訪問看護に関心を持っていても、「経験を積んでから就職する分野」と指導されるケースがあり、新卒での参入が進みにくい現状がある。近年は新卒向け育成カリキュラムも整備されつつあることから、教育機関に対して訪問看護の教育体制への理解促進が必要であると考え

## ○今後の展望

- ・当該地域でも、医療的ケア児が増え、学校への訪問看護も行政と契約のうえ介入している。今後も需要が高まる見込みであることから、地域から要望があれば訪問看護ステーションから看護師が派遣できるような体制があっても良いと思う
- ・世代交代により管理者となっても、年月の経過とともに次の担い手を育成する必要性が生じる。しかし、その際に看護師が不足している場合、どのように円滑な引き継ぎを行っていくべきか不安になる

## 6. ついき訪問看護ステーション（福岡県築上郡築上町）

本事業所は、2023年に個人開業型で開設した訪問看護ステーションである。人口減少や人手不足が進む中で開設した背景や開設時の工夫や人材確保のヒントを得るため選出した。

### ◇基礎情報

	人口 (R7.1.1)	高齢化率(%)	面積	人口密度(人 /km <sup>2</sup> )	訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	人口1万人 対訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	訪問看護ス テーションの 看護職員数 (常勤換算) (R5.10.1)	訪問看護ス テーション平 均常勤換算数 (R5.10.1)	病院総数 (R5.10.1)
福岡県築上町	16,434	39	119.4	137.6	2	1.2	7.5	3.75	1

事業所名	ついき訪問看護ステーション				都道府県・市区町村	福岡県築上町				
開設年	2023年				法人種別	営利法人（合同会社）				
併設 サービス (同一法人サ ービス含む)	なし									
利用者数										
29人	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	1	4	11	2	1	3	3	4		
	10歳 未満	10歳 代	20歳 代	30歳 代	40歳 代	50歳 代	60歳 代	70歳 代	80歳 代	90歳 以上
	0	0	0	0	2	1	7	10	9	
指示書を受けている医療機関及び医師の数										
医療機関の数			29			医師の人数			25	
職員の体制										
	看護師 (保健師含む)	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	事務職員				
常勤換算	2.5人	0.1人	0人	0人	0人					
常勤	2人	0人	0人	0人	0人	0人				
非常勤	2人	1人	0人	0人	0人	0人				
算定加算										
介護 保 険	夜間・早朝加算 深夜加算 複数名訪問加算（I） 緊急時訪問看護加算（I） 特別管理加算（I）									

◇総人口の推移・2020年の総人口を100としたときの総人口の指数

総人口（人）						
令和2（2020）年の総人口を100としたときの総人口の指数						
2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
17,189	15,717	14,522	13,282	12,060	10,907	9,865
100.0	91.4	84.5	77.3	70.2	63.5	57.4



写真提供：ついき訪問看護ステーション

## ○所在地域で事業運営することの意義

地域の実態・地域課題・事業運営の意義
<ul style="list-style-type: none"> <li>・築上町には訪問看護ステーションが存在せず、高齢化の進行に伴い在宅医療ニーズの増加が見込まれることから、地域住民への支援・貢献を目的として事業所を立ち上げた</li> <li>・開設当初は訪問看護に対する地域での認知度が低く、ケアマネジャーや医療機関から相談があっても、「現時点では必要ない」「自宅に他者が入ることへの抵抗感がある」といった理由により利用につながらないケースが多く、利用者確保に苦慮した経過がある</li> <li>・一方で、経済的理由から施設入所を希望しない、または年金収入の範囲内で入所可能な施設が限られていることから、可能な限り在宅で生活を継続したいという住民の声も多く聞かれており、在宅サービスへの潜在的ニーズが存在している</li> </ul>

## ○所在地域における事業運営の現状・工夫・課題

職員の採用・定着に向けた(苦労や)工夫
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自事業所は、常勤職員 2 名と非常勤職員 1 名の体制で立ち上げた。常勤 2 名はいずれも訪問看護管理者としての経験が豊富であり、人材確保については友人・知人等のネットワークを通じて職員を確保してきた</li> <li>・新規採用職員に対しては、約 1 か月間の同行訪問期間を設け、訪問ルートの把握やケア技術の習得を行っている。独り立ちにあたっては、本人の不安の有無を確認したうえで段階的に移行している</li> <li>・また、対応が難しいケースについては管理者が訪問し、ケアの工夫点を共有するとともに、必要に応じて同行訪問による直接指導を実施している</li> <li>・同行訪問は常時同席するのではなく、必要な場面で確認を行い、確認ができた時点で退室するなど、職員の主体性を尊重した支援方法としている</li> <li>・人材確保の面では、病院を定年退職後に訪問看護へ関心を持ち、常勤勤務を希望する看護師からの応募が比較的多い。また、築上町は行橋市・豊前市から車で約 20 分程度と通勤可能な立地にあり、就業環境としての利便性も人材確保につながっていると考えられる</li> </ul>
訪問エリアを効率的に移動、または職員の負担を減らすための工夫
<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問件数を安定的に確保するため、遠方に住む利用者の増加による移動負担を考慮し、訪問範囲は事業所から片道 30 分以内を目安として設定している</li> <li>・また、職員の移動負担軽減および効率性の観点から、エリアを集約したスケジュール調整を行っている</li> <li>・さらに、通常ルートでは移動距離が長くなる訪問先については、山間部の中腹ルートを活用するなど移動時間の短縮を図り、効率的な訪問体制の構築に努めている</li> </ul>
収益を安定させるための工夫
<ul style="list-style-type: none"> <li>・開設後約 1 年半は利用者数の確保に時間を要し、収支は赤字で推移していたが、現在は一定の利用者数の確保によりわずかながら黒字を維持している状況である</li> <li>・ただし、利用者の入院等により収益が変動しやすく、経営の安定化が継続的な課題となっている</li> <li>・また、通信環境や各種システムの更新やバージョンアップの提案を受ける機会があるものの、経費削減の観点から必要性を慎重に検討し、コスト抑制を優先した運用を行っている</li> </ul>

## ○24 時間対応における現状・工夫・課題

### 24 時間対応における現状

- ・開設当初は終末期利用者が複数名いたことから、夜間や早朝のオンコール対応が多い状況であったが、現在は状態が安定している利用者が増えており、オンコール対応は月 1～2 件程度の電話相談が中心となっている。多くは電話対応のみで解決し、実際の緊急訪問に至るケースは少ない
- ・医師の 24 時間対応体制については、夜間でも連絡可能な医師は 1 名に限られており、当該医師が主治医の場合は夜間の看取り対応も可能である
- ・一方、それ以外の医師が主治医の場合には、夜間対応が困難となり緊急搬送となるケースもみられる。
- ・なお、在宅看取りの対象はがん末期の利用者が多い傾向にある

## ○関係機関との連携状況

### 看護師同士・多職種連携の実際

- ・地域包括支援センターおよび地域のケアマネジャーと日常的に連携を図っている。地域包括支援センターにおいては事例発表を含む定期的な会議が月 1 回程度開催されており、顔の見える関係性が構築されていることから、円滑な情報共有および連携体制の維持につながっている
- ・また、近年は若手医師が地域に戻ってきている傾向から、今後は夜間対応体制の充実や ICT を活用した多職種連携のさらなる推進が期待される

## ○ICT 活用によるメリットと課題

### ICT 導入支援(補助)金を活用していなかった場合、その理由

- ・活用可能な補助金に関する情報は、関係団体等からメール等で情報提供されているものの、日常業務の多忙さから十分に検討する時間を確保できず、活用には至っていない状況である
- ・また、申請にあたっては書類作成や制度内容の理解が必要となるが、手続きに関する不明点や負担感があることも、申請に至っていない要因の一つとなっている

## ○専門の研修を受けた看護師との連携状況

### 専門の研修を受けた看護師との連携

- ・皮膚・排泄ケア認定看護師と連携した経験がある。ストーマケアにおいて装具からの漏れが頻発し、夜間や早朝を含めパOUCH 交換のための訪問が繰り返し必要となった事例があったが、皮膚・排泄ケア認定看護師よりケア方法の指導を受けたことで漏れなく生活できる期間が延長するなど、効果的な支援につながった
- ・病院においてストーマ装具関連企業主催の講習会に参加した際、名刺交換を行ったことが連携の契機で、これをきっかけに相談・連携が可能となった

## ○今後の展望

- 地域における訪問看護の推進には、地域連携が重要な鍵であると考えている。そのため、地域包括支援センターやケアマネジャー等の関係機関との連携を密にし、今後も地域全体で訪問看護を活用しやすい体制づくりを進めていきたい
- 訪問看護の利用促進に向けた周知方法についても関係機関とともに検討し、地域住民および支援者双方への理解促進を図りながら、サービスの普及・拡大につなげていきたいと考えている

## 7. 訪問看護ステーション青藍（大分県日田市）

本事業所は、中山間地域における医療法人を母体とする訪問看護ステーションである。看多機を併設し、遠方の利用者宅へ訪問している事業所として、実践状況や課題を把握したく選出した。

### ◇基礎情報

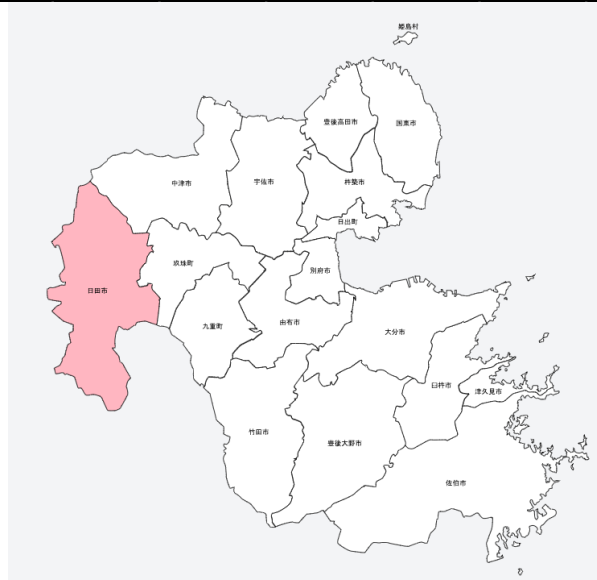
	人口 (R7.1.1)	高齢化率(%)	要介護認定率	面積	人口密度(人 /km <sup>2</sup> )	訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	人口1万人 対訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	訪問看護ス テーションの 看護職員数 (常勤換算) (R5.10.1)	訪問看護ス テーション平 均常勤換算数 (R5.10.1)	病院総数 (R5.10.1)
大分県日田市	60,207	37.0	7.0	666	90.4	11	1.8	41.0	3.7	17

(ヒアリング時の看護常勤換算 3.7)

事業所名	訪問看護ステーション 青藍		都道府県・市区町村	大分県日田市							
開設年	2019年			法人種別	医療法人						
併設 サービス (同一法人サ ービス含む)	訪問看護 居宅療養管理指導 通所リハビリテーション 特定施設入居者生活介護 地域密着型通所介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) 居宅介護支援 介護予防訪問看護 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所リハビリテーション 介護予防特定施設入居者生活介護										
利用者数											
87人	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他			
	8	24	13	16	12	7	7	0			
	10歳 未満	10歳 代	20歳 代	30歳 代	40歳 代	50歳 代	60歳 代	70歳 代	80歳 代	90歳 以上	
	0	0	0	0	0	0	1	13	48	26	
指示書を受けている医療機関及び医師の数											
	医療機関の数			20			医師の人数			48	
職員の体制											
	看護師 (保健師含む)	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	事務職員					
常勤換算	5.7人	1.0人	2人	0人	0人						
常勤	5人	1人	2人	0人	0人	0人					
非常勤	1人	0人	0人	0人	0人	0人					
算定加算											
介護保 険	夜間・早朝加算			特別管理加算(Ⅰ)							
	深夜加算			特別管理加算(Ⅱ)							
	長時間訪問看護加算			ターミナルケア加算(予防を除く)							
	複数名訪問加算(Ⅰ)			退院時共同指導加算							
	複数名訪問加算(Ⅱ)										
緊急時訪問看護加算(Ⅰ)											

◇総人口の推移・2020年の総人口を100としたときの総人口の指数

総人口（人）						
令和2（2020）年の総人口を100としたときの総人口の指数						
2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
62,657	58,000	53,844	49,908	46,086	42,395	38,839
100.0	92.6	85.9	79.7	73.6	67.7	62.0



写真提供：日田市観光課

## ○所在地域で事業運営することの意義

地域の実態・地域課題・事業運営の意義
<ul style="list-style-type: none"><li>・住み慣れた土地で最期まで生活したいという住民の思いが強い特徴がある。一方で、独居高齢者が多く、買い物や通院が困難な状況にある住民も少なくないことから、気軽に医療機関を受診できないケースが多く見られる</li><li>・そのような中、訪問看護は医療面および生活面の双方から利用者を支援し、健康状態の変化を踏まえた助言や適切な受診タイミングを伝えるなど、医療機関と地域生活をつなぐ役割を担っている</li><li>・また、母体病院は将来的な地域貢献を理念に掲げており、地域における在宅医療ニーズの高まりを踏まえ、訪問看護事業に注力している。訪問範囲についても、地域の需要に応じて柔軟に拡大していく方針としている</li></ul>

## ○所在地域における事業運営の現状・工夫・課題

職員の採用・定着に向けた（苦労や）工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・職員採用においては、経験の有無にかかわらず、意欲や新たなことに挑戦したいという姿勢を重視している。未経験者に対しては、全面的なサポート体制を整えていることを明確に伝え、常に相談できる環境づくりに努めている</li><li>・また、家庭生活を大切にしながら働ける職場環境の整備を重視している。必ずしも全ての希望に対応できるわけではないものの、家族の体調不良など緊急時には職員同士が互いに支え合う体制を構築している。その結果、日頃から各職員が責任を持って業務に取り組む意識が醸成されており、休暇取得や遅刻・早退も必要時に限られ、相互協力のもと円滑な業務運営が図られている</li></ul>
広い訪問エリアを効率的に移動、または職員の負担を減らすための工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・訪問業務においては効率性を考慮し、訪問エリアをまとめてスケジュールを組むことで移動負担の軽減と業務効率の向上を図っている。また、遠方地域の利用者については他サービスの介入が少ない場合が多く、訪問時間の調整が比較的柔軟に行えることから、状況に応じた対応が可能となっている</li></ul>
訪問看護事業の経営における課題・収益を安定させるための工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・急な退院やターミナル期の利用者への迅速な対応が可能となるよう、あらかじめ訪問枠に余裕を持たせたスケジュール管理を行っている。また、予防的リハビリテーションのニーズが多く、事業所運営における安定的な収入確保につながっている。</li><li>・一方で、移動時間が片道 30 分を超える場合は緊急対応が困難となる可能性があるため、緊急対応も含めた提供依頼であった場合には、無理に依頼を受けてはおらず、必要に応じて対応可能な他事業所を紹介する体制としている</li><li>・請求業務は事務職員が担当しているが、算定漏れ等を防止するため、管理者によるダブルチェックを実施し、適正な請求管理に努めている</li></ul>

## ○24 時間対応における現状・工夫・課題

職員の負担軽減のための工夫やアイデア
<ul style="list-style-type: none"><li>・職員が訪問時の判断に迷う場面において迅速に支援できるよう、管理者は常時連絡を受けられる体制を整備している。職員が安心して業務に取り組める環境づくりと、安全性の確保に努めている</li></ul>
24 時間対応を継続する工夫
<ul style="list-style-type: none"><li>・一部の医療機関においては在宅医療への対応体制が十分とはいえず、電話相談を行っても具体的な指示が得られにくい場合がある。このため、各医療機関・施設・診療所の特性や傾向について職員間で情報共有を行い、適切な対応ができるよう体制を整えている</li><li>・一方で、日頃から連携している医師とは訪問看護への信頼関係が構築されており、的確な指示を受けながら対応できるため、重症度の高い利用者の受け入れにもつながっている</li><li>・また、医師との連携には MCS を活用し、創部の状態を写真で共有するとともに電話で状況報告を行い、遠隔で助言を受けながら適切なケアの実施に努めている</li></ul>

## ○関係機関との連携状況

看護師同士・多職種連携の状況
<ul style="list-style-type: none"><li>・地域内の事業所間連携は、定期的に会議を開催し情報共有と連携強化を図っている。市内には小規模事業所が多いことから、重症度の高い利用者については複数の事業所が協働で介入するなど、事例に応じた体制を構築している</li><li>・また、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</li><li>・ケアマネジャーとは対面での関係づくりを重視し、顔の見える関係性を基盤として最新の受け入れ状況等の情報共有を円滑にしている</li><li>・こうした看護師同士およびケアマネジャーとの日常的な連携により、他医療機関の医師・看護師や施設からの信頼獲得にもつながっている</li><li>・さらに、看取り未経験であった施設に対して訪問看護が継続的に関与し、介護スタッフへの相談支援や助言を実施した。当初は頻回な電話相談があったものの、段階的な支援を通じて職員の対応力が向上し、現在では当該施設において看取り対応が可能となるなど、地域全体のケア力向上にもつながっている</li><li>・未経験の事例についても積極的に受け入れ、課題を解決していく過程を通じて職員および事業所全体のスキル向上につなげている。また、対応に困難を感じるケースにおいては、連携している医師や他の訪問看護ステーションへ相談しながら対応方法を検討し、多職種連携を通じた課題解決を行うようにしている</li></ul>
訪問看護が行うエクストラ業務について
<ul style="list-style-type: none"><li>・やむを得ない状況において生活支援を行う場合はあるものの、原則としてヘルパー業務は訪問看護の役割外として位置付けている。対応を行った際には、事後にケアマネジャーおよび家族へ報告し、必要に応じて訪問介護サービスの導入など適切な支援体制の整備につなげている</li></ul>

## ○ICT 活用によるメリットと課題

ICT やオンラインツールの導入状況やその効果
<ul style="list-style-type: none"><li>・関係する病院や施設等とは MCS を活用した情報共有体制を構築している。医師とのやり取りの内容を関係事業所間で共有することで、日中のフォロー体制が強化され、結果として受診や入院回数の減少につながっている</li><li>・また、ケアマネジャーも MCS を活用して利用者の状況を把握できるため、電話による問い合わせが減少し、効率的な情報連携が実現している</li></ul>
ICT 導入後に生じた負担や課題の有無・生じた課題への対応方法
<ul style="list-style-type: none"><li>・定期訪問時には適宜 MCS へ情報を入力していたが、電子カルテと二重に記録を行う必要があり、職員の負担となっていた。そのため運用を見直し、利用者の状態変化があった場合のみ MCS へ記録する方法へ変更することで、記録業務の負担軽減を図った</li></ul>

## ○人口規模が小さな地域で訪問看護を行い易くするための、現行制度における改善点や要望

<ul style="list-style-type: none"><li>・訪問看護指示書については、高齢の利用者が複数の医療機関を受診している場合、主治医の専門外の症状が生じた際にも、まず指示書発行医へ報告したうえで他医療機関と連携する必要があり、対応に時間と手間を要している。このため、単一の指示書で複数医療機関との円滑な連携が可能となる体制整備が望まれる</li><li>・また、実際の利用者の状態判断は訪問現場の看護師が担う場面が多いことから、訪問看護師からの報告・相談をもとに医師が迅速に処方できるなど、看護師側にもう少し権限があると良いと考える</li><li>・さらに、急な退院、ターミナル期への移行、急変後の利用開始等では、契約や各種書類手続きが多く、利用者・家族への説明や手続きに時間を要することが課題となっている。迅速にサービス導入が可能となるよう、手続きの簡素化や運用改善が必要ではないか</li></ul>
--

## ○今後の展望

<ul style="list-style-type: none"><li>・将来的には、NP を活用し、訪問診療医からのタスクシフトにも対応可能な訪問看護ステーションへ発展させ、通院が困難な地域においても在宅で医療が完結できる体制の構築を目指している</li><li>・また、NP の活動領域を拡大するとともに、機能強化型訪問看護管理療養費を算定できる事業所を目指している</li><li>・さらに、山間部へのサテライト展開を進めることで機動力を高め、地域特性に応じた迅速な訪問体制の整備を図る方針である</li></ul>
---

## 8. 高千穂訪問看護ステーション（宮崎県西臼杵郡高千穂町）

母体が公立病院の事業所である本事業所は高千穂町だけではなく近隣市町村まで訪問している。地方公共団体としての役割や所在地域での実践状況や課題に対する解決方を把握したく選出した。

### ◇基礎情報

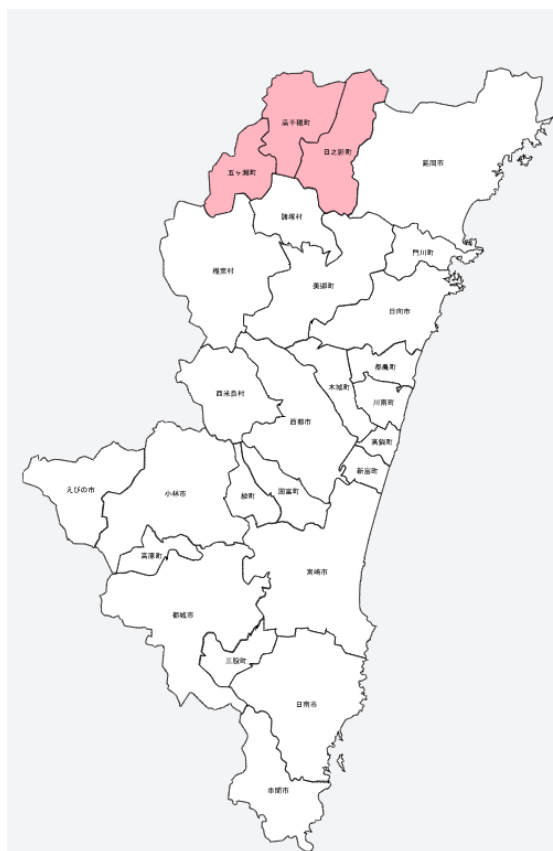
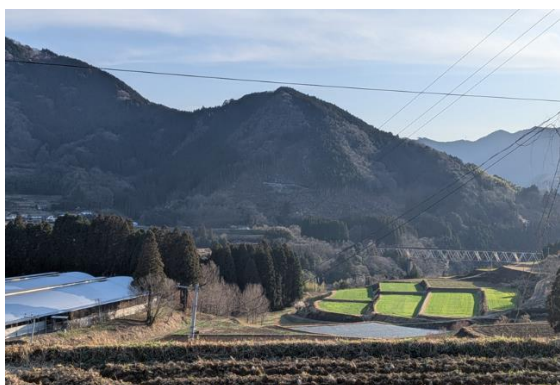
	人口 (R7.1.1)	高齢化率(%)	面積	人口密度(人 /km <sup>2</sup> )	訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	人口1万人 対訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	訪問看護ス テーションの 看護職員数 (常勤換算) (R5.10.1)	訪問看護ス テーション平 均常勤換算数 (R5.10.1)	病院総数 (R5.10.1)
宮崎県高千穂町	10,805	45.1	237.3	45.5	1	0.9	3.0	3	2

事業所名	高千穂町訪問看護ステーション		都道府県・市区町村	宮崎県高千穂町						
開設年	1999年			法人種別	地方公共団体（高千穂町）					
併設 サービス (同一法人サ ービス含む)	なし									
利用者数										
56人	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	3	2	8	6	9	7	6	15		
	10歳 未満	10歳 代	20歳 代	30歳 代	40歳 代	50歳 代	60歳 代	70歳 代	80歳 代	90歳 以上
	0	0	0	1	0	0	4	11	23	17
指示書を受けている医療機関及び医師の数										
	医療機関の数			6		医師の人数			18	
職員の体制										
	看護師 (保健師含む)	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	事務職員				
常勤換算	3.0人	0人	1人	0人	0人					
常勤	3人	0人	1人	0人	0人	0人				
非常勤	0人	0人	0人	0人	0人	0人				
算定加算										
介護保 険	特別管理加算（Ⅰ） 特別管理加算（Ⅱ） 退院時共同指導加算 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）									

◇総人口の推移・2020年の総人口を100としたときの総人口の指数

総人口（人）						
令和2（2020）年の総人口を100としたときの総人口の指数						
2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
11,642	10,302	9,231	8,291	7,436	6,610	5,833
100.0	88.5	79.3	71.2	63.9	56.8	50.1

訪問エリア



写真提供：高千穂町訪問看護ステーション

## ○所在地域で事業運営することの意義

地域の実態・地域課題・事業運営の意義
<ul style="list-style-type: none"> <li>・2024年に地域内の公立病院3施設が経営統合されたが、現時点において訪問看護事業の運営体制に大きな変化は生じていない</li> <li>・一方で、地域住民における訪問看護の認知度は十分とはいえず、今後の周知が課題となっている</li> <li>・利用者像としては、認知症により定期受診が困難な方や独居高齢者の状態観察など、要支援段階からの関わりを必要とするケースが多い</li> <li>・地域は住民同士のつながりが強く、独居でゴミ出し等の日常生活が困難な場合には近隣住民が自然に支援を行うなど、地域全体での見守り機能が働いている</li> <li>・体調不良が疑われる際には、近隣住民から事業所へ連絡が入ることもあり、地域ぐるみの支援体制が形成されている</li> <li>・看取りの場については、近年は特別養護老人ホームでの看取りも増加している。また、郡・市・県を越えて熊本市内の医療機関を受診する利用者もいるが、在宅生活の継続が困難となった場合には母体病院へ紹介のうえ地域へ戻るケースもあり、地域内で医療・療養が完結する事例もみられている</li> </ul>

## ○所在地域における事業運営の現状・工夫・課題

職員の採用・定着に向けた(苦労や)工夫
<ul style="list-style-type: none"> <li>・人材確保については母体病院が中心となって行っており、訪問看護において職員募集が必要な場合は、母体病院の看護部長と相談のうえ調整している。しかし、母体病院自体も人材確保が困難な状況にあることから、協議は行っているものの、職員数の増加にはつながらない現状がある</li> </ul>
訪問エリアを効率的に移動、または職員の負担を減らすための工夫
<ul style="list-style-type: none"> <li>・移動距離の負担軽減と業務効率化を図るため、訪問エリアを可能な限り集約し、計画的に実施している</li> <li>・また、訪問前には毎回利用者へ電話連絡を行い、状況確認を行ったうえで訪問している。降雪予報等により訪問が困難と判断される場合には、事前にスケジュールを調整するなど、安全面に配慮した運営を行っている</li> </ul>
収益を安定させるための工夫
<ul style="list-style-type: none"> <li>・交通費については、高千穂町内の利用者に対しては訪問距離にかかわらず徴収していない。一方で、町外となる日之影町および五ヶ瀬町の利用者については、移動距離を考慮し交通費を徴収する運用としている</li> </ul>

## ○24 時間対応における現状・工夫・課題

職員の負担軽減のための工夫やアイデア
<ul style="list-style-type: none"><li>・オンコール対応は 3 名で、1 週間ごとに交代する体制で行っている。夜間対応が特定の職員に続けて負担にならないよう工夫している</li><li>・また、3 名のうち 1 名は訪問看護経験が浅いため、状況判断に不安があるケースでは可能な限り同行訪問を実施している</li><li>・加えて、管理者と常時連絡が取れる体制を整え、LINE を活用して随時相談・情報共有を行うことで、職員の安心感の確保と対応力の向上を図っている</li></ul>

## ○関係機関との連携状況

訪問看護師同士・多職種との連携の状況
<ul style="list-style-type: none"><li>・自事業所で勤務していた看護師が母体病院の地域連携室へ異動したことを機に、在宅療養が可能と判断される患者の選定がより円滑に行われるようになり、訪問看護の利用者増加につながっている</li><li>・利用依頼の多くは母体病院からの紹介であるため、病棟および地域連携室と密に連携し、早期から退院前カンファレンスを実施している</li><li>・退院時カンファレンスは、訪問看護師、病棟看護師、ケアマネジャー、地域連携室職員が同行訪問の形で実施し、在宅療養生活を具体的にイメージしながら支援内容を検討している</li><li>・また、日常的な連携においては、小さな変化や情報であっても電話で共有することを心がけ、関係職種間の情報連携強化に努めている</li><li>・管理者自身が過去に内科外来勤務の経験を有し、ケアマネジャーとの関係性が構築されていることも円滑な連携につながっている</li><li>・なお、利用者から買い物等の生活支援を依頼されることもあるが、訪問看護の役割範囲を説明したうえで、ケアマネジャーへ情報共有し、必要に応じて訪問介護サービス導入を検討するなど、適切なサービス調整を行っている</li></ul>
看取りに関する医師との連携
<ul style="list-style-type: none"><li>・在宅看取りにおいては、母体病院の医師と協議のうえ、事前指示書を共同で作成し、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作成している</li><li>・本取組は、訪問看護管理者研修への参加を機に、他事業所における夜間対応時の事前指示運用を知ったことから導入を検討し、その内容を医師へ提案・相談したことにより開始されたものである</li><li>・なお、在宅看取りの主な対象は、心不全およびがん末期の利用者が中心となっている</li></ul>
母体病院との連携
<ul style="list-style-type: none"><li>・母体病院には一般急性期病棟および地域包括ケア病棟が設置されており、地域包括ケア病棟へ転棟後、自宅退院となるケースが多い</li><li>・訪問看護ステーションは地域包括ケア病棟と密に連携しながら、退院後の在宅療養支援を行っている</li><li>・また、補助人工心臓(VAD)を装着している利用者を受け入れている。訪問開始前に指示書をもらい病院と連携し、必要な知識・技術の習得を目的とした研修会を実施し、状態変化時にはメールなどで情報共有している</li></ul>

#### 研修を通じた管理者同士のつながり

- ・訪問看護管理者研修において半日の同行訪問研修に参加し、他事業所の管理者との関係構築につながった。これを契機に、これまで地理的条件により参加が困難であった訪問看護連絡協議会の研修について、高千穂町での開催が企画され、前年には共同で研修会を実施した
- ・本取組により、宮崎県北部地域の訪問看護管理者と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。
- ・現在は MCS を活用し、宮崎県北部地域の訪問看護連絡協議会内で随時相談が可能な環境が整備されており、同システムは訪問看護連絡協議会支部長が管理を担っている

#### ○ICT 活用によるメリットと課題

##### ICT やオンラインツールの導入状況

- ・遠方利用者への対応負担軽減を目的として、ICT を活用した医師との連携体制について相談を行ったが、現時点では具体的な導入には至っていない
- ・一方で、母体病院の電子カルテを訪問看護ステーションから閲覧可能な体制が整備されており、利用者の入院状況や診療情報を随時確認できるなど、情報共有の円滑化が図られている

#### ○今後の展望

- ・訪問看護という地域資源の存在を広く周知し、必ずしも病院や施設に入らなくても在宅での療養生活を継続できる選択肢があることを地域住民に理解してもらうことを目指している

### Ⅲ-3. 市町村ヒアリング結果

#### 1. 島根県邑智郡美郷町

本町は、訪問看護ステーションが閉鎖の危機となったことをきっかけに、関係機関が協議・連携し、町立診療所にみなし訪問看護を開設した背景や実態を把握するために選定した。

#### ◇基礎情報

	人口 (R7.1.1)	高齢化率(%)	面積	人口密度(人 /km <sup>2</sup> )	訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	人口1万人 対訪問看護ス テーション数 (R5.10.1)	訪問看護ス テーションの 看護職員数 (常勤換算) (R5.10.1)	訪問看護ス テーション平 均常勤換算数 (R5.10.1)	病院総数 (R5.10.1)
島根県美里町	4,034	47.9	282.9	14.3	1	2.5	2.6	2.6	0

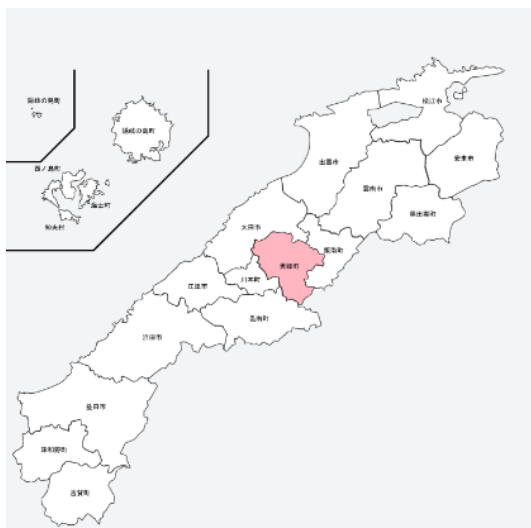
#### ◇在宅医療にかかる地域別データ

年	人口		病院総数	一般診療所 総数	在宅療養支 援病院			在宅療養支 援診療所			病院総数	
	うち65歳以 上				うち 機能強化型 (単独)	うち機能強 化型(連携)	うち従来型	うち機能強 化型(単独)	うち機能強 化型(連携)	うち従来型		
R5	4199	1996	0	8	0	0	0	0	0	0	0	
R4	4336	2072			0	0	0	0	0	0	0	
R3	4482	2127			0	0	0	0	0	0	0	
R2	4563	2160	0	8	0	0	0	0	0	0	0	
R1	4693	2190			0	0	0	0	0	0	0	
年	訪問診療											
	訪問診療を実施する病院 数				うち、在宅療養 支援病院				うち、在宅療養 支援病院以外			
	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数
R5	0	0	0	0	0	0	3	12	0	0	3	12
R4												
R3												
R2	0	0	0	0	0	0	2	22	0	0	2	22
R1												
年	往診											
	病院						診療所					
	うち、在宅療養 支援病院		うち、在宅療養 支援病院以外		うち、在宅療養 支援診療所		うち、在宅療養 支援診療所以外					
R5	0	0	0	0	0	2	6	0	0	2	6	
R4												
R3												
R2	0	0	0	0	0	2	4	0	0	2	4	
R1												
年	看取り											
	病院						診療所					
	うち、在宅療養 支援病院		うち、在宅療養 支援病院以外		うち、在宅療養 支援診療所		うち、在宅療養 支援診療所以外					
R5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
R4												
R3												
R2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
R1												
年	歯科診療所 総数	歯科訪問診療(診療所)				在宅患者訪問看護・指導		訪問看護 (介護予防サービスを含む)		訪問看護ス テーション	訪問看護ス テーション の看護職員 数 (常勤換算)	うち24時間対 応のSTの看 護職員数 (常勤換算)
		居宅		施設		病院	診療所	病院	診療所			
		施設数	実施件数	施設数	実施件数							
R5	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2.6	0.0	
R4									1	2.6	2.6	
R3									1	2.6	0.0	
R2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3.0	0.0	
R1									1	3.0	0.0	
年	介護療養型 医療施設病 床数	介護老人保 健施設定員	介護老人福 祉施設定員	小規模多機 能型居宅介 護事業所	複合型サー ビス(看護 小規模多機 能型居宅介 護)事業所	自宅死の割 合	老人ホーム 死の割合					
								R5	0	0	80	1
R4	0	0	80	1	0	7.0	14.8					
R3	0	0	80	1	0	16.0	4.0					
R2	0	0	80	1	0	8.8	6.6					
R1	0	0	80	1	0	6.6	5.7					

出典:在宅医療に係る地域別データ集  
(厚生労働省)

◇総人口の推移・2020年の総人口を100としたときの総人口の指数

総人口（人）						
令和2（2020）年の総人口を100としたときの総人口の指数						
2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
4,355	3,854	3,430	3,083	2,780	2,506	2,253
100.0	88.5	78.8	70.8	63.8	57.5	51.7



写真提供：美郷町

## ○地域の実態・ニーズとその支援

人口動態や地域特性
<ul style="list-style-type: none"><li>・旧邑智町と大和村が合併し面積は広いが林野率が88%であり、居住区は11%程度</li><li>・医療機関は町内(旧大和村)には町立診療所が1カ所、旧邑智町側に開業診療所1カ所、歯科診療所1件と医療機関が少ない</li><li>・町内の診療所は、いずれも診療日・診療時間が限られ、町内で受けられる医療は初期対応など限定的なものに留まっている。専門的な治療や入院が必要な際は町外の医療機関に依存している</li><li>・町外の医療機関までは近い地域でも約30分、遠方では1時間半程度を要し、住民の通院負担が大きい</li><li>・町内の介護保険施設は特別養護老人ホーム2カ所、養護老人ホーム1カ所、小規模多機能1カ所、グループホーム1カ所</li><li>・在宅で過ごしたいと希望があっても、医療的ケアが必要になった場合、特養では受け入れ困難なことから遠方の施設へ入所するケースが多い</li><li>・本町は面積が広いことから複数の市町に隣接している。医療機関に近い地域では訪問診療・訪問看護が提供されている一方、町の中央部は距離の問題により、医療的ケアや24時間対応が十分に行き届いていない</li></ul>
医療的ケアに関する現状
<ul style="list-style-type: none"><li>・閉所を検討していた訪問看護ステーションは人工呼吸器以外は受け入れ可能としていた</li><li>・がん末期で麻薬を使用している場合、麻薬管理ができる訪問診療医がいないと在宅療養は難しい</li><li>・緊急時は救急搬送で総合病院へ入院となる。在宅療養を希望されて可能な限り自宅で過ごしても、最期は救急搬送され病院で迎えるケースが多い</li></ul>

## ○医療ニーズ・在宅療養支援に関する状況

町立診療所における訪問看護事業設置に向けた動き
<ul style="list-style-type: none"><li>・訪問看護ステーションより、職員の退職に伴い人員基準を下回ることから事業継続について相談があり、県や広域保険者、事業所、町役場の担当者が一同に集まり情報共有した</li><li>・離島等相当サービスの活用および町立診療所にてみなし訪問看護の開設を検討した</li><li>・町立診療所の医師、看護師とも、みなし訪問看護の開設に前向きであったことから準備を進めた</li><li>・訪問看護ステーションは、看護師を採用することができた。また町立診療所のみなし訪問看護も開始したことで、訪問看護事業所は2カ所となった</li><li>・診療所看護師は、訪問看護師と同行訪問を重ねて訪問看護に関する指導を受け準備した</li><li>・訪問車両は、役場事務所が診療所と隣接していることから、訪問時は公用車を活用している</li></ul>

訪問看護への期待
・訪問看護ならではの仕事(単独での訪問、夜間対応が必要)の負担から、人材確保が難しいと考えるが、地域のことを考えると24時間対応が可能となればと思う

訪問看護事業所のニーズ把握のための取り組み
・市内の介護保険サービス事業所とは2カ月に1回、連絡会を開催している。事務局は地域包括支援センター(町直営)が担っている
・事業所とは日頃から密に情報交換を行っている。小さな町で多方面から寄せられる声を共有・フィードバックするとともに、困難事例についても情報共有している

### ○訪問看護サービス確保・提供

訪問看護の提供に影響を及ぼす地理的状況に関する自治体の支援や対策
・県では自動車による移動時間が片道30分以上要する患者宅への訪問に対し、訪問看護は1,500円、訪問診療は4,000円を補助する支援制度を実施しており、町も申請している(島根県医療介護総合確保促進基金市町村支援事業)
住民ニーズを満たすため、訪問看護資源をどう維持すべきか
・町立診療所は看護師の採用も役場が担うため継続は可能だと思うが、民間事業所については今後の継続は難しいので、どのような方策で支援・維持すればいいのか分からないのが正直な印象

### ○地域における医療・介護人材確保・支援体制

地域の医療人材確保に関する課題
・離島等相当サービスを検討する際、仮に1.5人として運営した場合、1人は管理者兼看護師になる。これにより、訪問看護の質が維持できるのか懸念された
・広域保険者のため、離島等相当サービスを1カ所開設すると、他の町でも開設が検討されることが予想されるため、質の担保の観点から慎重になっている
看護・介護職員に対する独自の研修や支援制度の実施
・有資格者(看護師・ケアマネジャー・介護福祉士)が町内の事業所で働いた場合、町内で活用できるポイントが1年間で20万ポイント(20万円)支給され、定住した場合は5年間で100万円支給(20万円×5年)される定住ポイント制度を実施している

### ○訪問看護サービスに係る特例居宅介護サービス(離島等相当サービス)制度活用状況

特例居宅介護サービス(離島等相当サービス)が活用しやすくなる方策
・前例がない中での書類作成が難しいことから、他自治体の例が公表されていると実施しやすいのではないかと

## ○その他の制度について

訪問看護の介護報酬・加算、制度上の課題で、地域の現状に合っていないと感じる点
<ul style="list-style-type: none"><li>・要支援や要介護高齢者ではリハビリの需要が高いものの、介護保険の限度額の制約により十分に利用できないケースがある。このため、訪問看護におけるリハビリ職の訪問について、利用可能な範囲や柔軟な活用が広がることが望まれる</li><li>・人口減少により、訪問看護の利用者が減ることは確か。経営難から事業所を閉鎖することも増えてくると予想される。訪問看護は地域にとって欠かせない大切な資源であるので、県や国レベルでの支援が必要と考える</li></ul>

自治体の立場から地域の訪問看護提供体制を強化するための方策に係る意見
<ul style="list-style-type: none"><li>・医療ニーズの高い方は在宅生活の継続が難しく、入院や遠方施設への入所となるケースが多いため、医療提供体制が整った病院併設の訪問看護事業所に依存せざるを得ない状況にある。現実的にも、病院併設であれば24時間対応がしやすいという利点がある</li></ul>
地域の医療提供体制を整備するために行った支援
<ul style="list-style-type: none"><li>・町は町内全域に光ファイバーを敷設し、通信・放送サービスを提供できるよう全戸にIP告知端末を配置した。そのIP告知端末を活用して自宅でオンライン診療ができるよう整備している。対面で診察する必要のある住民が多いことから、利用者は少ない。</li></ul>

## ○今後の展望について

訪問看護事業所の地域における役割
<ul style="list-style-type: none"><li>・独居や高齢者世帯が半数以上を占め、家族が遠方においても施設入所を選ばない人が多い。このため、在宅に医療サービスが入る意義は大きく、有資格者には積極的に地域に出て活躍して欲しい</li><li>・リハビリ提供体制が十分でなく、本来は訪問リハビリが担う部分を訪問看護が補完している状況にあり、今後もこの傾向は続くと思込まれる</li></ul>
今後、訪問看護事業所と自治体の間で必要な支援
<ul style="list-style-type: none"><li>・課題は相互に共有しなければ把握できないため、情報交換を密に行い、関係者が一体となって支援できる体制づくりを今後も継続していきたい</li></ul>

## 2. 長崎県北松浦郡小値賀町

本事業の結果では離島等相当サービスを活用する自治体は極僅かであった。当該サービスの活用状況、および離島における医療ニーズ・在宅療養に関する実態を把握するために選定した。

### ◇基礎情報

	人口 (R7.1.1)	高齢化率(%)	要介護認定率	面積	人口密度(人 /km <sup>2</sup> )	訪問看護ステーション数 (R5.10.1)	人口1万人 対訪問看護ステーション数 (R5.10.1)	訪問看護ステーションの 看護職員数 (常勤換算) (R5.10.1)	訪問看護ステーション平均 常勤換算数 (R5.10.1)	病院総数 (R5.10.1)
長崎県小値賀町	2115	52.1	9.3	25.5	83.1	0	0	0		0

### ◇在宅医療にかかる地域別データ

年	人口		病院総数	一般診療所 総数	在宅療養支 援病院			在宅療養支 援診療所								
	うち65歳以 上				うち 機能強化型 (単独)	うち機能強 化型(連携)	うち従来型	うち機能強 化型(単独)	うち機能強 化型(連携)	うち従来型						
R5	2232	1165	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
R4	2274	1164			0	0	0	0	0	0	0	0	0			
R3	2330	1175			0	0	0	0	0	0	0	0	0			
R2	2365	1167	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
R1	2447	1177			0	0	0	0	0	0	0	0	0			
年	訪問診療															
	訪問診療を実施する病院 数				うち、在宅療養 支援病院				うち、在宅療養 支援病院以外				診療所			
	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数		
R5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
R4																
R3																
R2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
R1																
年	往診															
	病院						診療所									
	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数		
R5	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0	1		6			
R4																
R3																
R2	0	0	0	0	0	0	1	40	0	0	1		40			
R1																
年	看取り															
	病院						診療所									
	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数		
R5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
R4																
R3																
R2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
R1																
年	歯科診療所 総数	歯科訪問診療(診療所)				在宅患者訪問看護・指導		訪問看護 (介護予防サービスを含む)		訪問看護ステーション	訪問看護ステーションの 看護職員数 (常勤換算)	うち24時間対 応のSTの看護 職員数 (常勤換算)				
		居宅		施設		病院	診療所	病院	診療所							
		施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	施設数	施設数	施設数							
R5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0					
R4										0.0	0.0					
R3										0.0	0.0					
R2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0					
R1										0.0	0.0					
年	介護療養型 医療施設病 床数	介護老人保 健施設定員	介護老人福 祉施設定員	小規模多機 能型居宅介 護事業所	複合型サー ビス(看護 小規模多機 能型居宅介 護)事業所	自宅死の割 合	老人ホーム 死の割合									
R5	0	0	60	0	0	10.9	10.9									
R4	0	0	60	0	0	12.2	30.6									
R3	0	0	60	-	-	11.7	25.0									
R2	0	0	60	0	0	5.3	26.3									
R1	0	0	60	0	0	6.1	19.7									

出典:在宅医療に係る地域別データ集  
(厚生労働省)

◇総人口の推移・2020年の総人口を100としたときの総人口の指数

総人口（人）						
令和2（2020）年の総人口を100としたときの総人口の指数						
2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
2,288	1,993	1,732	1,504	1,300	1,117	963
100.0	87.1	75.7	65.7	56.8	48.8	42.1



写真提供：小値賀町

## ○地域の実態・ニーズとその支援

人口動態・地域特性
<ul style="list-style-type: none"><li>・当町は約 25 平方キロメートルの島で、有人二次離島が 4 カ所、全部で大小 17 の島で構成されている</li><li>・医療は町内唯一の医師常駐医療機関である町立診療所が中核を担っている</li><li>・有人二次離島は、海上タクシーや町営船で診療所に通院する必要がある ※離島往診(月 1 回)</li><li>・要介護度認定率は 18%前後と、比較的元気な高齢者が多い</li><li>・緊急搬送が必要な場合、ヘリコプターまたは旅客船により搬送することがある。脳血管疾患等はヘリコプターで救急搬送されるケースが多い</li></ul>
施設への入所状況
<ul style="list-style-type: none"><li>・町内の介護保険サービスは、訪問介護 1カ所、訪問看護 1カ所、特別養護老人ホーム(特養)、グループホーム、小規模デイサービスが各 1カ所であり、医療ニーズの高い方は診療所へ入院(8床)せざるを得ない状況</li><li>・一定程度の医療的ケアへの対応は特養に頼らざるを得ない現状がある。満床ではないものの、医療処置への対応可否や人材不足のため入所調整に時間を要し、結果として受け入れを断っているケースも生じている</li></ul>

## ○医療ニーズ・在宅療養支援に関する状況

訪問看護への期待
<ul style="list-style-type: none"><li>・医療ニーズが高く自宅での対応が難しいケースについても、訪問看護が積極的に介入し可能な限り在宅での生活が続けられるように期待している</li><li>・現状は開設間もないことから対応可能な医療処置が限定的なため、今後は対応できる医療処置の幅を広げていくことが望まれる</li></ul>
訪問看護事業所のニーズ把握のための取り組み
<ul style="list-style-type: none"><li>・月に一度、訪問看護事業所、福祉事務所、行政の担当課が集まり、地域の健康管理に関して情報交換をしている</li></ul>

## ○訪問看護サービス確保・提供

訪問看護資源を確保するうえでの支援
<ul style="list-style-type: none"><li>・行政側の専門職不足を補うため、事業を一部委託するなど協働での地域づくりに参画している</li><li>・行政がケアマネジャーを通じて家族と連絡を取り、生活・金銭面の課題を把握したうえで健康管理等の観点から、必要に応じて訪問看護事業所と情報共有し同行訪問等の支援を行うこともある</li><li>・介護予防に関する健康教育やアンケートのフィードバックをし地域の健康課題を共有している</li></ul>

## ○地域における医療・介護人材確保・支援体制

地域の医療人材確保に関する課題と対策
<ul style="list-style-type: none"><li>・有資格者は慢性的に不足している</li><li>・町独自の医療・福祉・介護人材就職支援金制度があり、1年以上の勤務見込みを条件に、資格保有者には20万円、その他の者には5万円を支給しており、年間3~4人の利用がある</li></ul>

## ○拠点化

訪問看護提供体制を強化する手段として拠点化することへの意見
<ul style="list-style-type: none"><li>・医療は診療所、介護は社会福祉協議会が設置する事業所のケアマネジャーが中心的な役割を担っていることから、各事業所がその周囲に配置し、連携する体制がこの町に適していると考え</li></ul>

## ○訪問看護サービスに係る特例居宅介護サービス(離島等相当サービス)制度活用状況

特例居宅介護サービス(離島等相当サービス)の状況
<ul style="list-style-type: none"><li>・地域には訪問系サービスはヘルパー1名のみであり、医療系の訪問サービスが不足しているという地域課題が背景にあった</li><li>・訪問看護の必要性がある中で、実際に担い手となる看護師の上げをきっかけに、「どうすれば事業所を立ち上げられるか」という観点から検討が始まった</li><li>・町立診療所は、入院設備もあり看護師数の状況からみなし訪問看護は難しいと判断した</li><li>・行政は他自治体の事例を参考に制度設計を行うことが多いが、離島では前例が少なく、規則の作成や申請書類の整備なども行う必要があり、参考となる事例が不足している</li></ul>
特例居宅介護サービス(離島等相当サービス)が活用しやすくなる方策
<ul style="list-style-type: none"><li>・保険者を含めた開設・運営に関する連携をし、実績や事例を蓄積・発信することで、他自治体が参考にできるのではないか</li></ul>

## ○その他の制度について

自治体の立場から地域の訪問看護提供体制を強化するための方策に係る意見
<ul style="list-style-type: none"><li>・県から訪問看護の実技指導や経験者等による同行訪問等の支援があれば、看護提供体制は強化され、在宅で対応できる内容も広がると思う</li><li>・オンライン研修(eラーニング等)は通信環境が整っているため活用可能だが、研修に時間を割くことで訪問看護事業所の収入減につながる課題がある。このため、自治体として研修参加に伴う財政的支援も検討する必要があると考える</li></ul>
地域の訪問看護提供体制の強化のため、過疎地域で有効と思われる仕組み
<ul style="list-style-type: none"><li>・自治体・事業所ともに小規模化が進む中で、事業所ごとの運営ではなく診療所を拠点に医療・看護機能を集約し連携させることが現実的ではないか。これにより、さまざまな職種やスキルを持つ人材が連携し、個々のスキルの補完や経験の共有にもつながると考える</li><li>・訪問看護が介入することで生活環境が整ってきたと感じる町民もいる。このような変化が少しずつ共有され、「看護師が関わることで在宅生活が整う」という理解につながると考える。小さな自治体の特徴として口コミは重要な広報手段の一つであると考え</li></ul>

## ○今後の展望について

訪問看護サービス提供体制が維持されるために自治体として事業所に期待している点
<ul style="list-style-type: none"><li>・事業所は開設から間もなく認知度が高いとは言えない。今後は、町民と訪問看護師の顔を合わせる機会を増やすなど、顔の見える活動を通じて認知を高めていく必要がある</li><li>・将来的には、ケアマネジャー経由に限らず、気軽に訪問看護ステーションへ相談できる関係づくりを期待している</li></ul>
人材確保対策など検討している内容
<ul style="list-style-type: none"><li>・離島という特性を強みに捉え、本島では経験しにくい医療・介護を「魅力」として発信するアプローチが必要だと考える</li><li>・離島という小規模コミュニティだからこそ、専門職一人ひとりの役割や影響が大きく、専門性を活かした実践ができる点を訴求ポイントとしたい</li><li>・今後は、在宅での看取りの実績を積み重ね、その過程を外部に発信することで、長期的な人材確保や関心集めにつなげていきたい</li></ul>
訪問看護事業所と自治体の間で必要な連携
<ul style="list-style-type: none"><li>・町の事業や国・広域連合の事業を適切に活用しつつ、事業所と連携し支援につなげていくことが重要と考える</li></ul>

## Ⅲ-4. 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**

## IV-1. 提言に向けた検討委員会・ワーキング委員会の主な意見

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は出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】

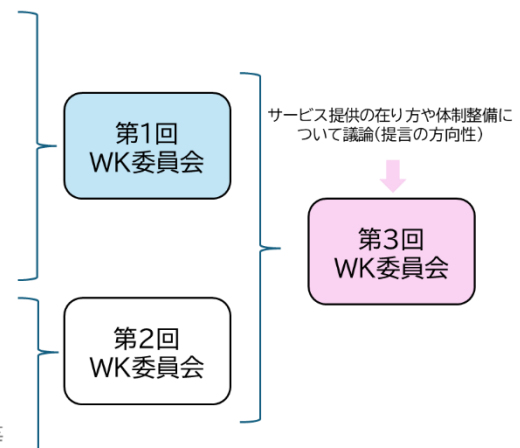
検討委員会	ワーキング委員会
第1回 <ul style="list-style-type: none"> <li>事業概要説明</li> <li>人口規模の小さな地域における訪問看護事業の運営、サービス提供体制を検討する上で把握すべき実態について検討</li> </ul>	第1回 <ul style="list-style-type: none"> <li>事業概要説明</li> <li>プレヒアリング結果の共有</li> <li>当該地域での訪問看護提供を検討する上で重要な視点に基づきサービス提供・提供体制を議論</li> </ul>
第2回 <ul style="list-style-type: none"> <li>実態把握すべき内容の検討(調査票の決定)</li> </ul>	第2回 <ul style="list-style-type: none"> <li>第1回で提示した重要な視点について引き続き議論</li> <li>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</li> </ul>
第3回 <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	第3回 <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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)</li> </ul>
第4回 <ul style="list-style-type: none"> <li>実態・議論の整理と提言案について</li> </ul>	

【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. 検討委員会

### (1) 第1回検討委員会の主な意見

デスク調査結果からは、次の点が明らかとなった。

- ・ 他の介護サービスと比較して相対的に人材確保に係る困難感は低いものの、離職数が少なく長期間就業している訪問看護師の存在が伺えた
- ・ 今後を見据えては、中山間・離島等における訪問看護師の高年齢化が進み、途端に訪問看護提供体制を維持できなくなることも懸念される
- ・ 有限な医療機関や介護保険施設等の資源の状況から、地域に点在して居住される利用者に対しては、訪問看護の活躍も期待され、特に広域連合の保険者では課題認識が高かった

このような現状を踏まえ、これからの見据えて現時点で明らかにすべき中山間・離島等における訪問看護の提供実態や課題について、どのようなことが考えられるかについて議論した。

【論点】現時点で明らかにすべき中山間・離島等における訪問看護の提供実態や課題について、どのようなことが考えられるか

項目	内容
経営面	人もいない、看護師の確保も難しい場合、今後どうしていくのかという観点、またこの先もっと利用者が減少し、どこから行くのかという距離的な問題も起こりうる。ステーションの維持という経営的な問題が出てくる。
中長期的な視点	D to P with N の場合であっても、結局はナースが行かなければならない。少し先を見た場合どうしていくのかなど、この調査の中でデータを基に議論ができるとよい。 将来像は重要。現場において将来像を問われても言葉が出てこないことがあると思うが、それでも現場と話し合い、医療も介護もつながるような近接性をどのようにつくっていくのか、今の時代だからみんなで将来像を描きながらやっていかなければならない。 実際に訪問看護事業所の間で連携を取ろう、拠点化しようという動きがどの程度あるのか、将来像を描く中で現場の人がどう思っているのかという点はぜひ聞いてみたい。
多職種連携	薬剤師とICT でつながることで新しい視点が入ってきて、ケアのクオリティが変わったりする経験もある。提供体制について、多様な職種と組めるような形をどのように描いていくのが明らかになるといい。
人口減少	デスク調査により、課題が見えてきている。今回の調査は人口 10 万人のラインを出しているが、現場では人口の減少率の話が出る。自治体が分かれば人口の減少率も分かると思うので、その差が訪問看護にどのように影響するのかなど、現場でヒアリングすると良い。
調査の視点	人口の減少率や情報化時代の情報の取り方など、そのような空間や時間軸のモーメントをよく見ながら詳しく調査して見ていく必要がある。

## (2) 第2回検討委員会の主な意見

第2回では主に、アンケート調査及びヒアリング調査について、議論した。

項目	内容
アンケート・ヒアリングで確認すべき事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門の研修を受けた看護師が働いているかどうか、連携しているかどうか</li> <li>・ オンライン診療の補助の実際について確認できると良い。実際にできるのかどうかを明らかにすることは大事</li> <li>・ ICT、看取り、看護教育の話などにしっかりと取り組んでいる事業所に将来像を把握する</li> <li>・ 継承、人材確保、経営について思わぬ答えが出てくることを狙っていくと良い</li> <li>・ D to P with N をする上で困ったことや工夫したところが分かると他の所でもすごく参考になる</li> <li>・ 機材を入れるのにどこからその費用を持ってきたのか確認が必要</li> <li>・ 2040年に向けてどのように思い描いているのかも聞いていただきたい</li> </ul>
ヒアリング調査にて確認すべき事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ エクストラ業務について確認できるとよい</li> <li>・ ステーションの人数も必要だが、地域で連携できる医師のことで、その苦労や工夫しているところもぜひ聞いていただきたい。本当に人がいないので、そこをどうしているのか把握したい</li> <li>・ 看護協会が運営する訪問看護事業所、公的な色を持った所が役割を担うのか、そのあたりどういうふう考えているのか人口の少ない所で医療との連携について、どうあるべきかを少し練っていく必要があるそう</li> </ul>

第2回までの議論を踏まえ、次の3つの視点が得られた。

### 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」

(3) 第3回検討委員会の主な意見

第1回、第2回ワーキングでの意見及びアンケート調査結果を示した上で、議論した。

【論点】アンケート調査結果の解釈について

項目	内容
回答者属性について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ アンケートに答えた事業所がどの程度だったのか</li> <li>・ へき地、過疎地域に分類されている中でも回答している機関と回答していない機関に偏りがどうか分析しているか</li> </ul>
属性、移動時間について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小さな自治体ではステーションの開設主体が地方公共団体という例があり、逆に政令市ではないという状況が大きな特徴</li> <li>・ 小さな自治体の移動手段自体は 92.9%が車を使っており、他の自治体で車を使っている場合は 66%や 83%で、自転車などが移動手段になっている。車での 20 分と自転車の 20 分では時間的には変わりはないが、(車を移動手段としている場合には)物価が上がっている中でガソリン代が負担になり、非常に厳しい状況にあるだろうと解釈できる。そのように読んでいくとやはり地方の厳しい状況が一定見えてくる</li> </ul>
連携、今後の見込みについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小さな自治体でも看護職同士であれば連携が行われている実態があり、小さな自治体だと連携はやりやすいのかと思った。今後の事業の拡大については、小さな自治体では現状維持で、政令市では大規模化に向かっていく状況になっていると感じた</li> </ul>
工夫について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 結果について、人口規模の小さな自治体ではできることをやり尽くしていて、工夫が標準になっているため政令市等と比較し大きな差が見られないのではないか</li> </ul>

【論点】更なる分析の視点について

項目	内容
全体について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 違和感がある項目に関して、現場の意見を聞くことで、量的データを解釈する上での補助になるのではないか</li> <li>・ 人口規模などについてもクロスをかけ、差を確認する</li> <li>・ 経費に対する割合などの質問ができれば、過疎地域と都市部の差が少しは見えるのか</li> </ul>

【論点】ヒアリングに向けて

項目	内容
全体について	<ul style="list-style-type: none"> <li>違和感がある項目に関して、現場の意見を聞くことで、量的データを解釈する上での補助になるのではないか</li> <li>介護度が高くなると施設に流れている傾向が強くなっている。10年前と違って、介護度が高い人は、見る人がいないので、家にいない。特に山間部になると要介護3以上の人は施設に流れている現状がある。全国的にも施設と在宅の介護度によるバランスがどうなっているのか知りたい</li> <li>要支援でも看護が必要な人はいる。予防がとても大事だと思っているが、看護が入れないために悩んでいる事例や相談はないだろうか。予防的にもっと看護が入れるといいと思うので、医療保険と介護保険の制度的な現状、また在宅と施設が地域の中でどのような振り分けになっているのかも聞きたい</li> <li>それぞれの場所で閉鎖を本気で検討した瞬間があったかどうか、崩壊しかけた瞬間はなかったかなどを聞いたら、他の地域に転用できる知見になるのではないか</li> <li>地方公共団体が開設する事例が増えていくのではないかと思うが、どういう経緯でそうなったのかという情報があれば非常に参考になる</li> <li>天候の具合、地震の影響による土砂崩れなどの問題もあり、長距離移動の苦労のみならず安全性の問題もある</li> </ul>

(4) 第4回検討委員会の主な意見

第3回ワーキングでの意見、これまでの検討委員会の意見を踏まえ、提言案の項目、提言先・具体的方策について議論した。

【論点】提言案の妥当性・整理方法について

項目	内容
全体について	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在すでに関係団体に取り組んでいる施策と、今後新たに踏み込むべきチャレンジを区別してはどうか</li> <li>新規性はテレナーシング。必ずしも毎回現地訪問しなくても対応可能なケースでは遠隔支援を組み合わせることで重症化予防につながるのではないか。研究的視点も含め導入方法を検討すべきではないか</li> <li>よりインパクトのある提言をめざすために「地域のインフラとしての位置づけ」となっていることを強調することが重要ではないか</li> </ul>

【つづき】

項目	内容
全体について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問先のネット環境、課題があり、うまく接続できないという結果については良く見聞きする。その中で、D to P with N について 2 万人未満では公民館での実施が多い。オンライン診療は医療法の改正もあったので、訪問看護に期待されることとして注目した書き方にしてもよいのではないか</li> <li>・ 既に人口減少している地域があり、それらは他市町村の資源を使うとの結果。ステーションからみると距離の課題があるため、ガソリン代の支援が必要。または地方公共団体立、社団財団立が高いことも考えられる医療機関併設も多くなっており、単独ではなく多機能化、集約や拠点化が必要</li> </ul>
人材確保について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ オンライン診療は毎日ではなく週1回、月1回等となっており、短時間勤務者の雇用といったことが考えられるのではないか。さらにそのうち何回かはテレナーシングということもあるのではないか</li> <li>・ 人材確保ではツアー等を催し、他業種と組む等して、地域と一体化するようなインターンシップを検討するといった視点も盛り込んでみてはどうか</li> </ul>

【論点】提言先・具体の方策について

項目	内容
人材循環の仕組みについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 循環という言葉が病棟、外来、訪看といった趣旨にもとらえかねず、過酷なイメージに繋がらない表現が良い</li> <li>・ インターンやバスツアー、学生へのアプローチは、種まきという意味では息長く継続が必要</li> </ul>
効率的な提供体制の構築(ICT)位置づけの整理について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ テレナーシングには、テレメディシンのみならず、テレナースエディケーションも入るだろう。ICT の活用を目的とせず、取組を進めることが重要</li> <li>・ ICT が「限りある人的資源の中で質が担保された効率的な提供体制を構築する」ためだけの手段として読み取れなくもない。テレナーシングや D to P with N は、業務効率化というよりは、患者さん自身の負担軽減、安心・安全、利便性の向上もあるので、このような意図が出る表現が良い</li> <li>・ 訪問看護事業所の管理者は、現場業務と管理業務を兼ねるプレイングマネージャーであることが多く、補助金申請などの事務手続きまで十分に対応できない場合が少なくない。そのため、関係団体等による後方支援の体制整備が求められることを盛り込んでみるのはどうか</li> </ul>

<p>広域での提供体制の検討について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の社会的インフラとしての訪問看護をどうするかをテーマ土台とし、人の確保や提供体制等の手法があるという形式での整理、関係性がわかると良い</li> </ul>
<p>24 時間対応体制</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>24 時間対応体制は利用者の安心につながり、また、経営面でも大きく貢献してくれるが、スタッフの負担が大きく、体制維持には課題がある。実際に、これまで届出・算定してきた事業所が、算定は可能ではあるものの、負担・持続可能性の観点から法人の運営方針により取り下げたケースもある。結果、経営的に赤字へ転落するケースもあり、特に過疎地域では維持が難しいという現状がある</li> </ul>

## 2. ワーキング委員会

### (1) 第1回ワーキング委員会の主な意見

#### 【論点】人材確保と定着に係る意見

項目	内容
<p>&lt;人材確保&gt; 訪問看護の第一歩を後押しするオンライン学習や体験学習</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護師の育成はオンライン学習が浸透してきたので、訪問看護師の基礎について、網羅的に学習すれば訪問に行けますというような学習プランがあると興味を持つ看護師が増えるのではないかと</li> <li>・ eラーニングで学習し、短期間の実習でさまざまな経験ができるようなプランがあれば、へき地の看護師もある程度のことのできるようになると思う</li> <li>・ 学生が離島で実習したいと言っていたので、実習を通して離島での働くやりがい等を理解してくれる人が増えると良い</li> </ul>
<p>&lt;人材確保&gt; 多様な働き方を受け入れられる柔軟な運用</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ コロナワクチンのバイトで時給 3000 円の時はこんなに潜在看護師がいたのかと思うほどの人材が活動した。訪問看護に関してもうまくリンクできないだろうか</li> <li>・ 訪問看護は誰でも行ける仕事ではないが業務を整理して、看護師でもタイミー(隙間時間を活用した即時マッチング型の求人サービス)など、人材確保のための多様な働き方を受け入れられる柔軟な運用が必要なのではないか</li> </ul>
<p>&lt;人材定着&gt; 日頃から相談しやすい環境の整備</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護の実践で悩むことが多いので、訪問看護未経験者は、経験者に対応方法等についてタイムリーに相談できると助かる</li> <li>・ 訪問看護事業所を開設した時は、地域の管理者に繰り返し何度も相談していた</li> <li>・ 地域の方への対応方法について相談したい際に、同じ地域で活動する事業所への相談窓口があると望ましい</li> <li>・ 事業所間でのつながりを通して互いに学び合うことも必要ではないか</li> </ul>

【つづき】

項目	内容
<p>&lt;人材定着&gt; 看取りや24時間 対応体制の工夫</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>24 時間対応に対しては質の高い看護を日中に提供していれば、夜に呼ばれることは少ない。事前に想定できることを伝え、想定外のことには電話で対応したり、自分で救急車を呼ぶなど、自己で解決できるよう日頃から関わっている</li> <li>24 時間対応は、介護・医療保険それぞれの利用者が何割か、看取りの近い方が何人いるかなど、利用者層で状況は大きく変わってくる</li> <li>看取り期の利用者について、人員不足から事業所での対応が難しい時は、2つの事業所で一緒に係る体制にすれば負担なく対応できるのではないか</li> <li>僻地や諸島の広域の連携で、例えば夜間の電話を持ち回りでいくつものステーションで行えば負担が減るのではないか</li> <li>本当に訪問行かなければならないときは、地元の訪問看護師が行くとしても、1 回の電話を挟むだけで負担が減るのではないか</li> </ul>
<p>&lt;人材定着&gt; 関係団体や教育 機関との連携による 実践的スキル育成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>団体との協力も必要だが、大学には学べる場や知識を提供したり技術をトレーニングできる教育スキルを持った者がいるので、団体と大学が連携できれば良いと思う</li> <li>大学では遠隔診療・遠隔看護を担う看護職の育成プログラムを開始している</li> </ul>

【論点】医療機関・在宅医療との調整と共通ルールづくりに係る意見

項目	内容
<p>事業継続するための 工夫</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>片道 40 分程の訪問を毎日介護保険で行ってくださいとケアマネジャーに言われた。訪問看護で内容を見極め、毎日行かなくても良いという方向性になった</li> <li>常勤職員は 2 人だった際に 0.5 人足りないことで閉鎖するわけにもいかないのでサテライト化してもよいか、北海道側に二次医療圏を超えて参入できないか相談した</li> </ul>
<p>拠点化の必要性</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>拠点づくりが必要で、看護職が看護を提供できるような運営体制を築くために専門職ではない人員を配置することも必要ではないか</li> <li>近隣施設とのネットワークを作り、拠点、組織化ができないと、1 診療所、1 訪問看護事業所だけでは限界</li> </ul>

【つづき】

項目	内容
ICT 活用や指示の簡略化など過疎・離島等における提供体制の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在僻地で働いており 40 年間僻地医療対策はされてきた中、僻地の医師は増えなかった現状がある。訪問診療医の減少は確実なことから、オンラインやペーパーレス、医師から指示をもらうことの簡略化が必要になる</li> <li>・ 医師は訪問看護師が現場で実施していることに、チェックを入れるだけのような仕組み作りが必要ではないか</li> <li>・ 今までは主が医者で従が看護師という形だったが、これからは主が看護師で従が医者という形になっていかないと、地域の医療は守っていけない</li> <li>・ 海外の訪問看護は基本的にナースがマネジメントをし、診断と処方と侵襲的処置が必要な時に医師にコンサルをかけることが多い。全国一律は難しいが僻地や諸島に関しては、地域要件やナースの要件を設けることも一案なのかもしれない</li> </ul>
管理業務を削減する運営体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 加算の計算が追いつかず管理者の残業につながっているため、管理者の業務の精査や削減も大事</li> <li>・ 管理業務を少なくするために、代替の事務職が必要であり、または IT 等で工夫する必要があるのではないか</li> </ul>

【論点】自治体・看護協会等の関与に係る意見

項目	内容
補助金の充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ある町では、医師確保に時間や労力をかけていたが確保ができないことから、看護に切り替えることになった。特に訪問看護や保健師との連携による予防・未病に関して補助金を整備した</li> <li>・ 医療機器について 50%の補助金が出て準備することができた。特定行為研修も補助金を活用し職員を研修に出せたので、補助金の活用は必至</li> <li>・ オンライン診療の活用は今後、必須になってくる。しかしながらランニングコストもかかるので国や自治体からの補助金は必要</li> </ul>
自治体を中心とした運営	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問入浴サービスが廃業となりなくなった際、自治体が自ら代替サービスを運営した実例がある。訪問看護事業所の看護師を火曜日と木曜日の午後を空け、社協の介護士と共に訪問入浴サービスを一定期間手伝った経験がある</li> <li>・ 山奥の温泉地の病院に高齢者が通って来られない冬の時期には、公民館にオンライン診療所を置き医療機関とつなぐ等、県が動いてくれた実例がある</li> </ul>

【つづき】

項目	内容
自治体による事業所間の調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看取りの利用者を2事業所で支援する案について、看護師レベルで「一緒にやりましょう」と言っても、なかなか難しい現状がある。このような調整は行政で行うのが望ましいのではないかと</li> </ul>
既存制度の活用・周知の必要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 離島等サービスの、特例居宅介護サービス地域はこの間の財団からのヒアリングの時にも教えてもらった。開業して間もなくの時にも市に相談に行った</li> <li>・ 管理者になる時やその他の研修・管理者研修にも出ているが、離島等サービスの、特例居宅介護サービスの話は出てこなかったため認知度が低いかもしれない</li> <li>・ 福江島や長崎の離島も、離島等相当サービスを利用し常勤換算1.5人で運営している実例がある。本来はそこを先に利用する、あるいは利用が低いとすると、その制度設計に問題があるので、そこを改善して使いやすくすることも一案</li> </ul>

【その他の課題に係る意見】

項目	内容
訪問看護業務以外のエクストラ業務	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人口4800人の町に関わっているが、各職能が職能だけの業務をしていても成り立たず、お互い補完し合って生活を守ることしないと難しいのが現状</li> </ul>
制度・法人格の違いによる連携の難しさ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所の統廃合は、法人が異なるため容易ではない</li> <li>・ 地域医療連携推進法人は医療機関が入っていなければならないので、社会福祉連携推進法人は社福が入っていなければならないので、訪問看護が参入するのは難しいのが現状</li> </ul>
過疎地域と都市部との基準や加算の棲み分け	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員が少なかったら利用者をセーブするなど工夫している。例えば、常勤換算2.5人を切ったから利用者40人全員に行けなくなるのではなく、2人で35人行けるように工夫するというのも可能。人員基準も柔軟に対応ができると良い</li> <li>・ 加算を見ると大規模でなければ取れない加算が目立つ。開業してから3年、5年経たないと取れないような加算が多い。少人数でやっと立ち上げたステーションには基本報酬しか取れない。過疎地域と都市部との加算の棲み分け、考え方そのものを分けていかないと自治体が運営しなければならない時が来るのではないかと</li> </ul>

## (2) 第2回ワーキング委員会の主な意見

### 【論点】経営基盤と事業継続性の確保に係る意見

項目	内容
物理的な移動距離の工夫	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 移動の負担軽減のために利用者宅と自宅が近いスタッフを当て、直行直帰可能な体制にした</li> </ul>
ICTの活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ICTを活用することで残業や記録にかかる時間が削減できた</li> <li>・ 記録と請求業務が一体的になっているソフトを活用し管理業務の負担を減らした</li> <li>・ ICTの活用を特化したコールセンターのような部署を作る等、機能分化をしながらネットワークを構築するような仕組みも必要なのではないか</li> </ul>
事務作業の効率化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事務作業は、効率化できそうなものもあれば、訪問看護側だけの問題でなく、医療機関など受け取り手の問題もある</li> <li>・ 業務負担量の軽減の観点からバックオフィス機能を複数のステーションで持ち外出してできる機能も必要ではないか</li> <li>・ 事務作業にかかる人件費を複数事業所で負担できるのも、効率化に資するのではないか</li> <li>・ 過去の調査で法人格の違うところが事務作業を一緒に行うことはうまくいかなかったが、時代は変わり、生き残りをかけて折り合いをつけていかなければならない側面もあるのではないか</li> </ul>
訪問記録の標準化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢看護師のリテラシーが低く、記録の入力も困難である状況があるため、職業訓練的な研修があると良いのではないか</li> <li>・ リテラシーが低い職員への対策として、報告内容を録音し自動文字起こしをして記録に反映させている</li> <li>・ 一方で、若いスタッフは記録を書きすぎる傾向があり残業につながっている。チェックだけで済むような記録にすれば退職につながるような負担も軽減するのではないか</li> <li>・ 訪問看護における標準的な記録について検討する必要があるのではないか</li> </ul>
経営基盤を安定させるための工夫	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護単独の経営では事業継続は難しかったことから、サテライトや看多機などプラスの事業所を開設した方が経営は安定するのではないか</li> </ul>

【つづき】

項目	内容
事業の継続性	<ul style="list-style-type: none"> <li>豪雪などで訪問が途絶する地域では、看護を継続するためテレナーシングの活用が不可欠だが、現在の保険適用 COPD に限定されている。地域の実情に合わせ、適用範囲の見直しが必要ではないか</li> <li>糖尿病や心不全は、補完的にテレナーシングを導入してもよいのではないか</li> </ul>
制度の理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>法改定があった場合、管理者向けセミナー等を受講しないと理解が難しい。団体等に任せるのではなく、国が主体的に勉強会をすることで適切な加算算定が可能になるのではないか</li> <li>連携型 BCP(自ステーションから訪問が難しい場合、一定期間の代行訪問をし看護を途切れさせない)に取り組んでいる事業所が増えてきている。複数のステーションが連携して体制を確保した場合の加算もあるので活用されるとよい</li> <li>「過疎地域における 24 時間対応体制」など、要件が細かく加算を把握されていない事業所もあることから、団体が翻訳し周知することも必要なのではないか</li> </ul>

【論点】事業所間の連携、ネットワークの構築に係る意見

項目	内容
連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>連絡協議会に加入している事業所は多いので、この中で話し合いをしているのが実情</li> <li>不正請求につながらないためには、事業所の管理者が同じレベルで管理ができるようにすることが大事</li> <li>同じレベルで管理ができるようにするために、なるべく連絡協議会に加入してもらい、学習会をしながら横のつながりを作るようにしている</li> <li>異なる法人の連携体制については、自治体が仲介役で介入する必要があるのではないか</li> </ul>
地域 BCP の取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>災害時の地域 BCP では、代行訪問の報酬額を巡って協議することがあるため、国や自治体が事前に基準を定めておくことで現場対応が円滑化すると考える</li> <li>地域 BCP を進めるために、「自分たちに何かあったとき最も困るのは誰か」という視点に立つことで利用者をどう支えるかを共有し、各事業所が連携できるよう工夫している</li> </ul>

【つづき】

項目	内容
今後の D to P with N の展望	<ul style="list-style-type: none"> <li>新しい取り組みとしては、神島と他の離島で、ロボットで高齢者を見守っている。ロボットの後ろ盾があり、ロボットと会話をしながら、何かあった時は事業者や医師・看護師にメールを流して対応する。看護師も常に近くにいるわけではないため、見守りをロボットに任せ、何かあった時にみんなで駆けつける形にしている。この先、D to P with N の N すらできなくなることを考えると D to P with ロボットでできないだろうか考える</li> </ul>

【その他の課題に係る意見】

項目	内容
連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>看看連携をしたくてもしにくい事業所がある(連携しなくても自事業所でできる、新参者が来ると何をされるかわからないという不安があるためか?)</li> </ul>
移動	<ul style="list-style-type: none"> <li>遠いエリアを1つの曜日に固めたくても、他のサービス(デイサービス、訪問介護の訪問日等)との兼ね合いがあるため、移動距離を経営・効率を考えるのは難しい実情</li> </ul>
電波	<ul style="list-style-type: none"> <li>キャリアによっては電波が脆弱なエリアがある。訪問看護は24時間絶対に繋がらなくてはいけないサービスであるため、どこのキャリアでもいいということではない</li> </ul>
ICT 活用を持続させるには継続的な補助金が必至	<ul style="list-style-type: none"> <li>5年前に購入したスマートフォンの経年劣化によりバッテリーの持ちが低下。買い替えが必要だが20万円近いことから、毎年コンスタントに補助金がないと厳しい</li> <li>生産性向上・職場環境整備等支援事業の補助金(18万円)を申請し人件費に補填したいが、パソコンやスマートフォンも購入できない</li> </ul>

(3) 第3回ワーキング委員会の主な意見

【論点】提言の方向性について

項目	内容
全体について	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。一方で、提供体制を維持・強化する上では、拠点化・機能の集約であったり、看看連携、相談体制が必要であるもののお金やものがつく仕組みではない。大きな方向性、ビジョンを示さないと新しい提言にはならないのではないか</li> </ul>

【つづき】

項目	内容
全体について	<ul style="list-style-type: none"> <li>これから人口が益々減少し、気候によっては訪問がそもそもできない。そのような状況を見据える中では、看護の提供の仕方、訪問しかダメなのか。テレナーシングなど特定の慢性疾患のモニタリング等に関する評価も存在する。今後はこういった観点での検討も必要ではないか</li> </ul>
事業運営維持について	<ul style="list-style-type: none"> <li>(離島等相当サービスに関連して) 人員基準が柔軟に設定できることによつて、2.5人の基準を下回った場合に質の低下も懸念されるが、訪問看護資源がなくなることとの天秤において悩ましい</li> <li>「事業運営を維持する上で必要な費用(ガソリン代や車両維持費、ICT活用のランニングコスト等)」については強く提言いただきたい。何かを取り入れたとしても必ずランニングコストが生じ、続けることができなくなることが多い。特に小さな自治体の場合、自治体からの補助も(財政的に)なかなか難しく、補助が十分でないことでなかなか離島に来ていただけないということがあったりもする</li> </ul>
魅力発信について	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護の魅力を発信する中で、実際に経験された中では「思っていたのと異なる」といった意向を表出された経験もある。病院と異なりすぐに相談できる体制にはないため、外部で不安や疑問点を傾聴し、経験談などから対応方法を指南するなどの取組があると定着にも繋がるのではないか</li> </ul>

## IV-2. 訪問看護サービス提供体制の維持・強化に向けた方策について

これまでのワーキング委員会およびプレヒアリング結果を元に、人材確保・人材の定着、医療機関・在宅医療資源との連携等、訪問看護サービス提供体制の維持・強化に向けた方策について以下のとおり再整理した。

### 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験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・中山間地域に短期就労や一定期間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〕

- ・字バる、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輪・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らを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・過疎地域等に則した加算の見直し
- ・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 を活用してもらえる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><b>国・地方公共団体</b> 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><b>関係団体</b> 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><b>事業所</b> 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><b>関係団体</b> 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</p> <p><b>国・地方公共団体</b> 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) 看護職員が多様な働き方の活用</p> <p><b>事業所</b> 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><b>国・地方公共団体</b> 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><b>先進的な事例</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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（<b>地方公共団体</b>）</li> <li>・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）（<b>関係団体</b>）</li> <li>・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（<b>事業所</b>）</li> </ul>	<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"> <li>・<b>訪問看護事業所</b>：指定訪問看護事業所（指定訪問看護ステーションを含む）</li> <li>・<b>関係団体</b>：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</li> <li>・<b>市町村</b>：市町村単位の基礎自治体</li> <li>・<b>地方公共団体</b>：市町村及び都道府県（保健所も含む）</li> <li>・<b>国</b>：制度所管省庁</li> </ul>
---	---

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><b>事業所</b> 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、新たに必要な医療が利用者に届けられるよう積極的に関与する</p> <p><b>関係団体</b> 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><b>学術団体</b> 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><b>国・地方公共団体</b> 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><b>事業所</b> 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><b>関係団体</b> 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><b>国・地方公共団体</b> 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><b>事業所</b> 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><b>地方公共団体</b> 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><b>先進的な事例</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ICT導入支援事業費補助金の交付など（<b>地方公共団体</b>）</li> <li>・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が整備（<b>関係団体</b>）</li> <li>・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（<b>事業所</b>）</li> </ul>
---

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
----------------------------	------------------	--------------------------

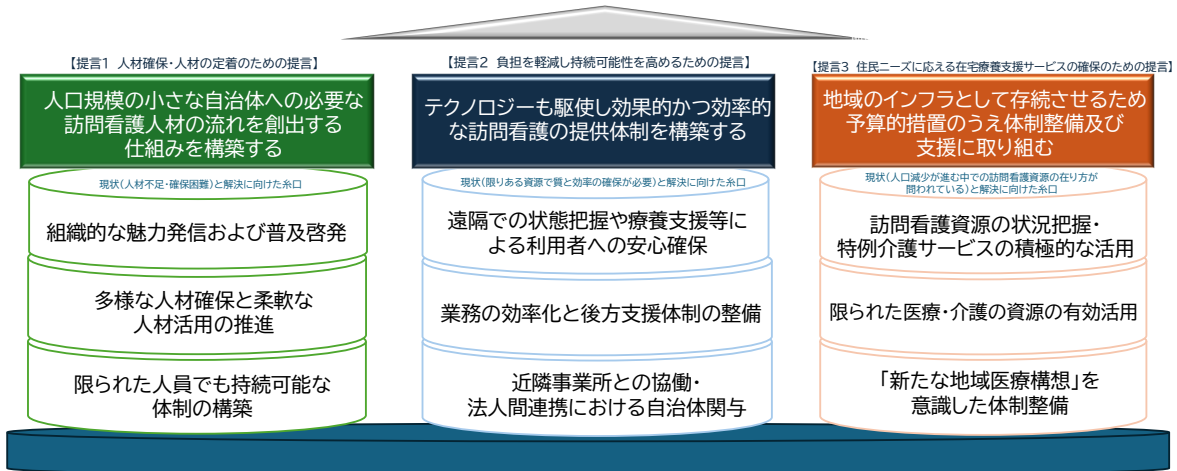
提言3

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		
<p><b>(1) 訪問看護提供体制の在り方の検討</b></p> <p><b>事業所</b> 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><b>関係団体</b> 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><b>市町村・地方公共団体</b> 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><b>(2) 機能集約・拠点化</b></p> <p><b>事業所</b> 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><b>市町村</b> 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><b>(3) 広域での連携・支援の創出</b></p> <p><b>国</b> 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>
<p><b>先進的な事例</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> <li>・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)</li> <li>・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)</li> </ul>		
<p><b>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</b></p>		
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

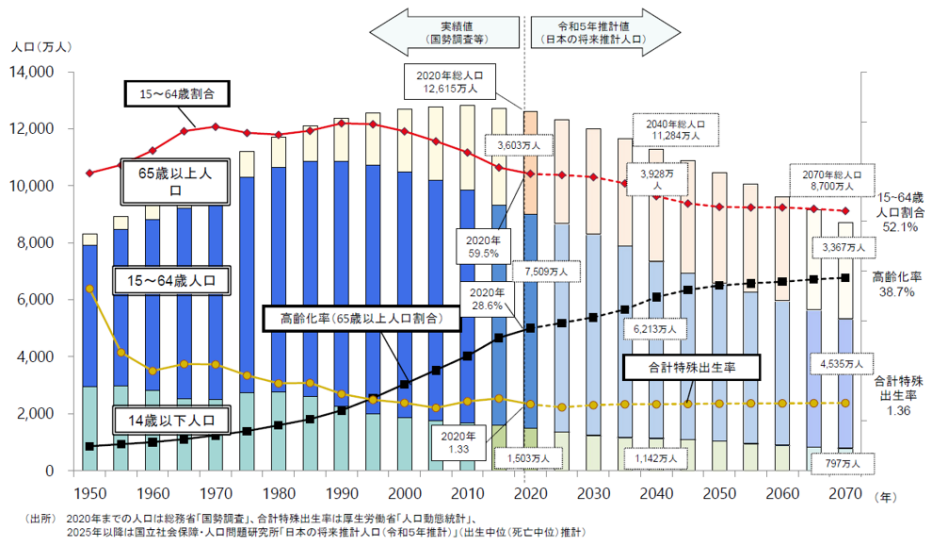
## VI. 參考資料

## VI-1. デスク調査及び既存資料の整理等について

本事業を進めるにあたっては、事前のデスク調査を及び既存資料の確認を行い、人口規模の小さな地域における訪問看護事業所の状況等を次のように整理した。

### 日本の人口の推移

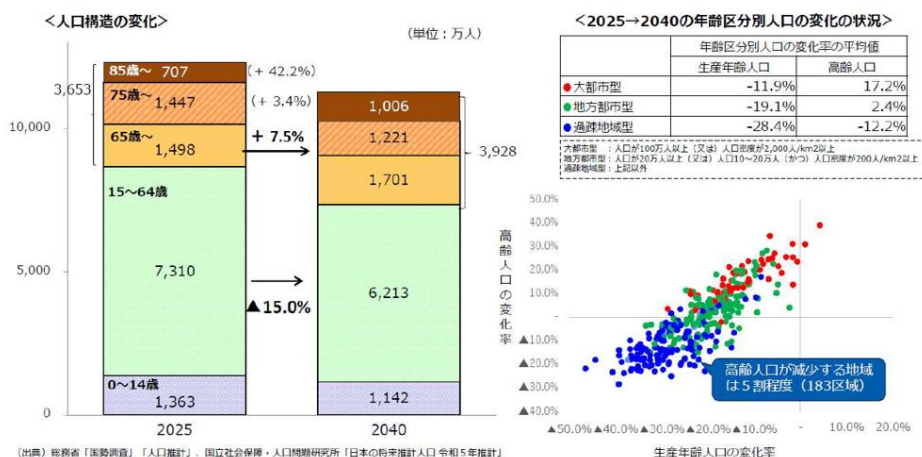
○日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み高齢化率は39%の水準になると推計



12

### 2040年の人口構成

○2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる  
○地域ごとに見ると、ほぼ全ての地域で生産年齢人口は減少し、都市部では高齢人口が増加、過疎地域では高齢人口は減少する

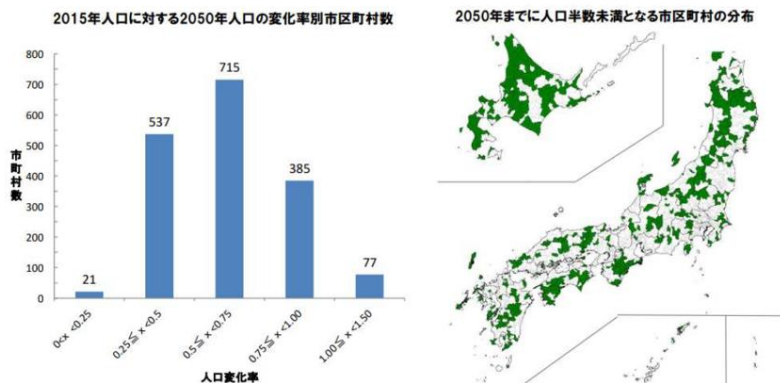


(資料出所) 第7回 新たな地域医療構想等に関する検討会(令和6年8月)

13

## 人口減少の地域差

○市区村別にみると、558市町村(前市区町村の約3割)が人口半数未満になり、そのうち21市町村が25%未満となる  
 ○特に人口が半減する市町村は中山間地域等に多く見られる



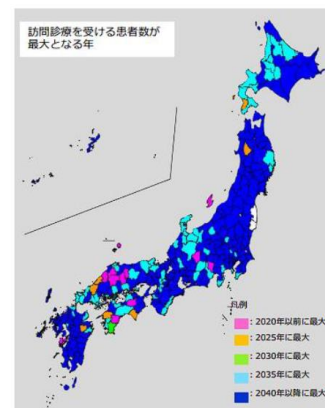
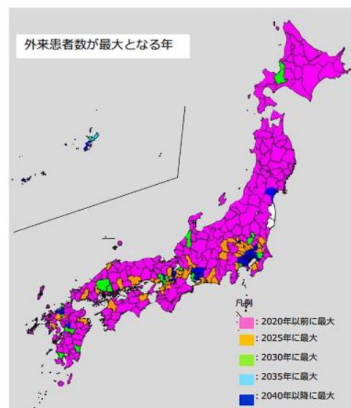
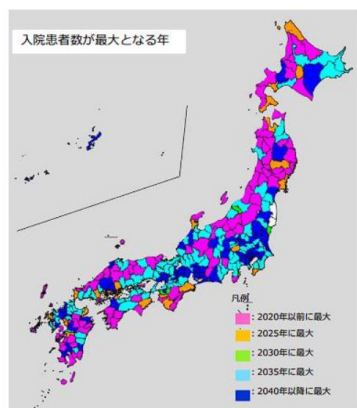
14

## 医療受療者の需要推移

全国での入院患者数：2040年にピーク  
 65歳以上が占める割合：継続的に上昇 2050年には約8割  
 2次医療圏単位：2020年までに98の医療圏、2035年までには236の医療圏がピークを迎える

全国での外来患者数：2025年にピークを  
 65歳以上が占める割合：継続的に上昇 2050年には約6割  
 2次医療圏単位：2020年までに218の医療圏でピーク

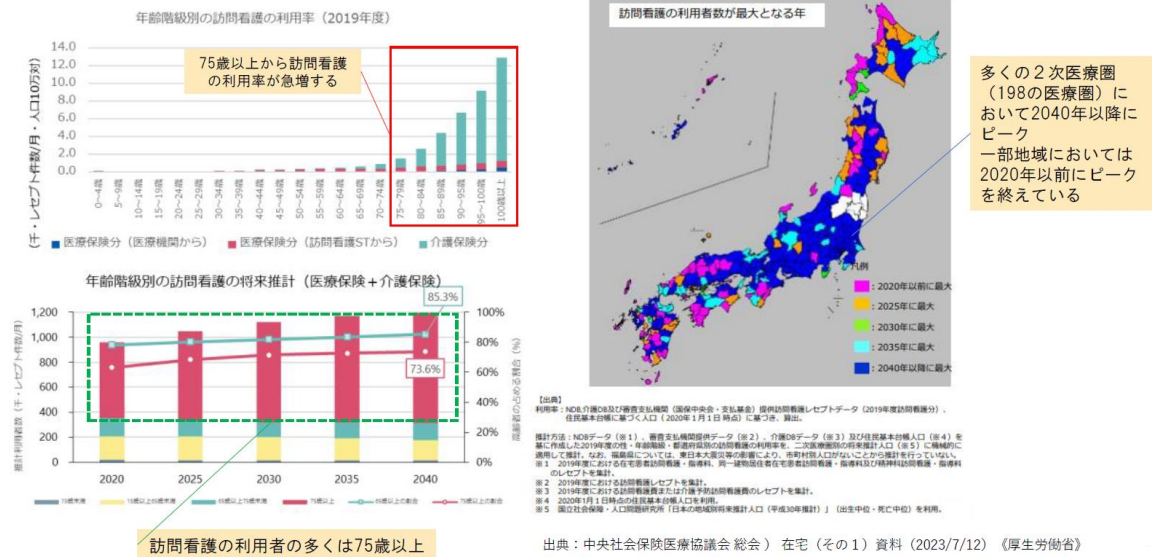
全国での在宅患者数：2040年以降にピーク  
 多くの地域で今後増加  
 2次医療圏単位：2040年以降に237の医療圏でピーク



出典：第1回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2「新たな地域医療構想に関する検討の進め方について」より各種抜粋(2024/03/29)厚生労働省

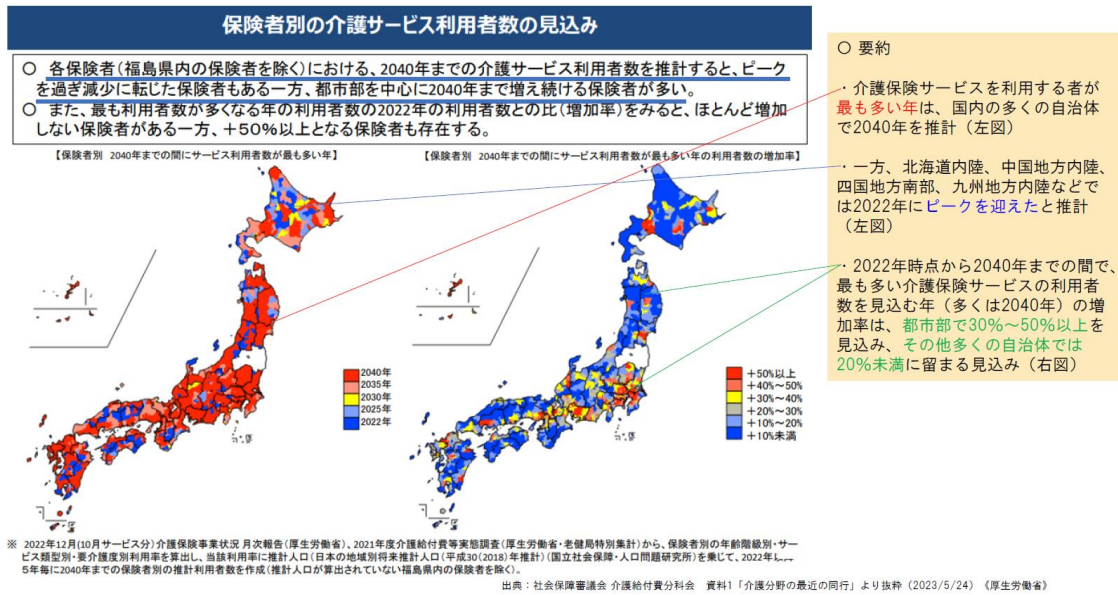
15

## 訪問看護利用者の需要推計



16

## 介護保険サービス利用者数の見込み



17

# 新たな地域医療構想(これからの在宅医療)

## 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

### 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅・介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

### 新たな地域医療構想

#### (1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅・介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始(25年度に前年度でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

#### (2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
  - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告(医療機関から都道府県への報告)
  - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
  - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議(議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

#### (3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

#### (4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保(実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
  - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
  - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

#### (5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化(目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

#### (6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

出典:「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」より抜粋(2024/12/18)《厚生労働省》

18

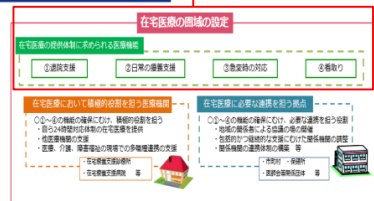
# 第8次医療計画における在宅医療体制 見直しのポイント

## 在宅医療の体制(第8次医療計画の見直しのポイント)

### 概要

- ・今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- ・在宅医療患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- ・医師・歯科医師の定期的な診療と適切な評価に基づく指示による、在宅医療患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

### 在宅医療の提供体制



- ◆ 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- ◆ 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- ◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

### 急変時・看取り、災害時等における整備体制

- ◆ 在宅医療における急変時対応に際しては、防犯機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- ◆ 災害時には、各関係機関との連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。

### 在宅医療における各職種の関わり

- ◆ 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- ◆ 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や歯科医師連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- ◆ 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる業務の質向上を図り、麻薬や無痛剤等の調剤、小児在宅、24時間対応可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- ◆ 在宅医療患者が自宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- ◆ 在宅医療患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅医療支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

出典:中央社会保険医療協議会 総会 在宅について(その1)より抜粋(2023/7/12)《厚生労働省》

### 在宅医療の提供体制に求められる医療機能

- ①退院支援
- ②日常の療養支援
- ③急変時の対応
- ④看取り

新興感染症発生・まん延時の自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への医療の提供を行う協定締結医療機関として訪問看護ステーションが明記

### 訪問看護について

- ・退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備
  - ・事業所間の連携、業務効率化の取組を進める
- ことと方針が打ち出された

19

## 2040年に向けた介護サービス提供体制等の在り方の検討

2040年に向けた課題	基本的な考え方
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 人口減少、85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加</li> <li>○ サービス需要の地域差。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供</li> <li>○ 介護人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 「地域包括ケアシステム」を2040年に向け深化</li> <li>② 地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保</li> <li>③ 介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援</li> <li>④ 地域の共通課題と地方創生</li> </ol> <p>※ 介護は、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要なインフラ。人手不足、移動、生産性向上など他分野との共通課題の解決に向け、関係者が連携して地域共生社会を構築し、地方創生を実現</p>
方向性	
※サービス需要変化の地域差に応じて3分類	
<p><b>(1) サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等</b></p> <p>【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討</li> <li>・配置基準等の弾力化、包括的な評価の仕組み、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化、市町村事業によるサービス提供 等</li> <li>・地域の介護を支える法人への支援</li> <li>・社会福祉連携推進法人の活用促進</li> </ul>	<p>【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重度の要介護者や独居高齢者等に、ICT技術等を用いた24時間対応・包括的在宅サービスの検討</li> </ul> <p>【一般市等】サービスを過不足なく提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・既存の介護資源等を有効活用し、サービスを過不足なく確保。将来の需要減少に備えた準備と対応</li> </ul>
<p><b>(2) 人材確保・生産性向上・経営支援 等</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域における人材確保のプラットフォーム機能の充実等</li> <li>・テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上</li> <li>※ 2040年に先駆けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発</li> <li>・都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築</li> <li>・大規模化によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携（間接業務効率化）の推進</li> </ul>	<p><b>(3) 地域包括ケアシステム、医療介護連携 等</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）</li> <li>・介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ</li> <li>※ 地リハ、介護予防、一体的実施、「通いの場」、サービス・活動C等の組み合わせ</li> <li>・認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進</li> </ul>

出典：「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会 中間とりまとめ概要より抜粋（2025/4/10）《厚生労働省》

20

## 令和6年度介護報酬改定 審議報告 抜粋(今後の課題)

### 【訪問看護と他の介護保険サービス等との連携強化】

- 訪問介護等における看取りや医療ニーズの高まりに対応するために、訪問看護は他の介護保険サービス等と幅広く連携することが求められており、引き続き、効果的かつ効率的な連携の在り方を検討していくべきである。

### 【訪問看護における持続可能な 24 時間対応体制の確保】

- 今回の介護報酬改定では、訪問看護の 24 時間対応体制について一定の見直しが見られたが、在宅における医療ニーズの高まりに伴い、引き続き、持続可能な 24時間対応体制の構築に資する取組を検討していくべきである。

21

## 訪問看護ステーションの設置状況

- 訪問看護療養費を算定する訪問看護ステーション数は全体で15,135であり、そのうち常勤7人以上の体制等を有する機能強化型訪問看護管理療養費の届出のある訪問看護ステーション数は、855 (5.6%) である。

訪問看護療養費を算定する訪問看護ステーション数

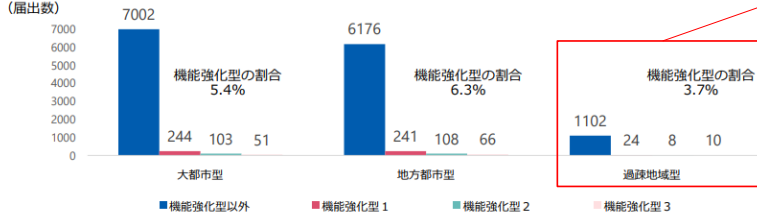
機能強化型以外	14,280施設
機能強化型 1	509施設
機能強化型 2	219施設
機能強化型 3	127施設
合計	15,135施設

機能強化型 855施設、5.6%

機能強化型を含め 1,144ステーション

(参考)ウエルネス医療・介護データベース  
「2次医療圏基礎データ プロ版」  
過疎地域型の医療圏は131医療圏  
このうち介護保険適用の事業所は1,326事業所  
=元データ:R5.5月介護サービス情報公表システム

機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況 (構想区域の人口規模別)



大都市型 : 人口が100万人以上 (又は) 人口密度が2,000人/km2以上  
地方都市型 : 人口が20万人以上 (又は) 人口10~20万人 (かつ) 人口密度が200人/km2以上  
過疎地域型 : 上記以外

資料出所: 7月1日(令和5年)の届出状況より厚生労働省医政局地域医療計画課にて作成

出典: 第9回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2「新たな地域医療構想について(入院医療、在宅医療、構想区域等)」より各種抜粋 (2024/09/30) 厚生労働省

22

## 2024年度住民基本台帳を基にした人口規模別訪問看護ステーション数の状況 (2014年と2024年の比較)

### 事務局デスク調査結果

【2024年度住民基本台帳】

2014年時点:事務局が毎年定期的に事業所リストを更新しており当該データに住民基本台帳データを突合して集計(各厚生支局届出一覧を確認)  
2024年時点:介護サービス情報オープンデータに住民基本台帳データを突合して集計

ラベル	市町村数	2024年時点でStが存在する市町村数		2014年時点		2024年時点		2014~2024の10年間のST数の増減		1自治体あたりのST数	最大人口あたりのST数	中央値	最小数	最大数
		市町村数	市町村数 (%)	ST数	ST数	ST数の増減	増減率							
a	5000人未満	306	66	21.8%	32	72	40	2.3	0.24	0.014	0	0	0	2
b	5000人以上10000人未満	233	141	60.5%	107	198	91	1.9	0.85	0.020	1	0	0	4
c	10000人以上20000人未満	295	249	84.4%	283	477	194	1.7	1.62	0.024	1	0	0	7
d	20000人以上30000人未満	160	151	94.4%	252	437	185	1.7	2.75	0.015	2	0	0	9
e	30000人以上40000人未満	133	130	97.7%	279	541	262	1.9	4.07	0.014	4	0	0	12
f	40000人以上50000人未満	106	105	99.1%	275	572	297	2.1	5.40	0.011	5	0	0	24
g	50000人以上70000人未満	120	120	100.0%	410	871	461	2.1	7.26	0.012	6.5	1	1	18
h	70000人以上100000人未満	117	117	100.0%	518	1101	583	2.1	9.41	0.011	9	2	2	25
i	100000人以上200000人未満	148	148	100.0%	1087	2585	1498	2.4	17.47	0.013	17	6	6	45
j	200000人以上500000人未満	97	97	100.0%	1737	4158	2421	2.4	42.87	0.008	38	16	100	100
k	500000人以上	35	35	100.0%	2108	5277	3169	2.5	150.77	0.011	98	41	588	588
		<b>1359</b>			<b>7088</b>	<b>16289</b>								

- 訪問看護ステーションが存在する市町村は1359であり、78.1%
- 5000人未満の自治体に訪問看護ステーションは2割強存在
- 5000人以上10000人未満の自治体では約6割、10000人を超えると8割以上にステーションが存在
- 2014年と2024年の比較では、人口規模が大きい自治体でステーション数が増加。増減率は1.7倍~2.5倍
- 1自治体あたりの訪問看護ステーション数は5000人以上で1に近づき、10000人規模では1~2つのステーションが存在しており  
試算)人口1万人のうち高齢化率35%=3,500人の高齢者  
  - このうち、要介護認定率全国平均値(19.1%※1)を適用すると約668.5人の要介護高齢者
  - さらに、要介護(支援含)認定高齢者のうち、(介護予防)訪問看護の利用率平均(全国)21.3%※2を適用すると142.4人の利用者

人口規模1万人に1ステーションは経営面からも合理的な数字と分析

※1:社会保険審議会 第116回介護保険部会(2024/12/23) 資料3「介護保険制度をめぐる状況について」P13の認定率を引用  
※2:介護給付費等実態統計 月報2024年9月審査分の(介護予防)訪問看護利用者数/(介護予防)居宅介護受援の利用者数×100%で算出

23

## 人口規模別ステーション数の変化(2014年と2024年の比較)

	事業所が 1~2減った市町村	事業所数変化なしの市町村	1~10未満の増加	10以上~20 未満の増加	20以上~100未満の 増加	100以上の 増加
a. 5000人未満	9 2.9%	245 80.1%	46 15.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
b. 5000人以上10000人未満	21 6.8%	121 39.5%	90 29.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
c. 10000人以上20000人未満	30 9.8%	125 40.8%	139 45.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
d. 20000人以上30000人未満	15 4.9%	40 13.1%	103 33.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
e. 30000人以上40000人未満	13 4.2%	14 4.6%	105 34.3%	1 0.3%	0 0.0%	0 0.0%
f. 40000人以上50000人未満	5 1.6%	11 3.6%	88 28.8%	2 0.7%	0 0.0%	0 0.0%
g. 50000人以上70000人未満	8 2.7%	7 2.3%	98 32.0%	7 2.3%	0 0.0%	0 0.0%
h. 70000人以上100000人未満	3 1.0%	2 0.7%	99 32.4%	13 4.2%	0 0.0%	0 0.0%
i. 100000人以上200000人未満	2 0.7%	2 0.7%	72 23.5%	64 20.9%	8 16.7%	0 0.0%
j. 200000人以上500000人未満	0 0.0%	0 0.0%	6 2.0%	40 13.1%	51 14.1%	0 0.0%
k. 500000人以上	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	26 8.5%	9 2.9%

- 2014年から2024年の訪問看護ステーションの推移では、5000人未満の自治体で訪問看護ステーションが約3%の割合で減っている
- 事業所数に変化のない市町村が5000人未満だと80%程度、人口が増える程訪問看護ステーション数も増えている

- 本事業で我々が着目すべき地域とは、今後、人口減少とともに高齢者の減少も見込まれ、かつ担い手も減少していく地域
- 現に訪問看護事業所数が減少している地域及び事業所数に変化のない地域の実態と今後の展望を明らかにすることは、人口規模の小さな地域における訪問看護サービス提供体制に係る示唆が得られる
- また、既にサービス利用の見込みがピークを終えたと推定される中山間地域等におけるサービス提供の実態は、今後類似の状況が到来する可能性のある地域の先行事例かつ好事例となると想定

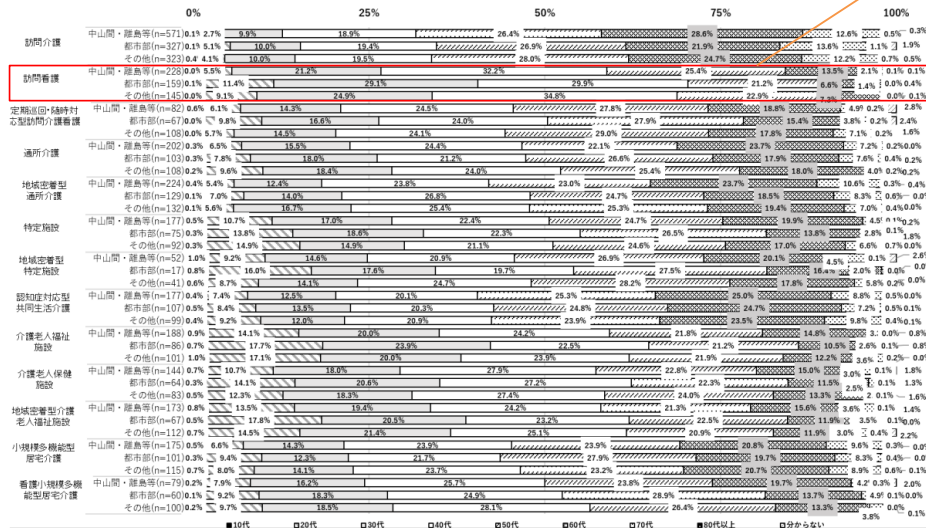
- 以上から、2万人未満の自治体に所在する訪問看護事業所に対する調査は必須(報酬上、地域加算等の算定が可能な地域)とし、今後人口減少が見込まれる中でステーション数が顕著に増加していない自治体層(人口10万人未満)を調査対象としていくことが「人口規模の小さな地域」における訪問看護ステーション

参考 1)高齢化率:29.3%(65歳以上人口は、3,624万人) 出典  
 2)要支援要介護認定者数:7,207,487人 1)内閣府:令和6年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況  
 3)訪問看護利用者:799,318人(介護保険) 2)厚生労働省:介護保険事業状況報告令和7年3月分 第2-1表  
 ②訪問看護利用者:161,442人(医療保険) 3)厚生労働省:介護保険事業状況報告令和7年3月分 第3-1表  
 ②訪問看護療養費実態調査2023年

## 近年の人口規模の小さな地域に所在する訪問看護ステーションの調査報告

図表 7 年齢別職員の割合 (サービス別・地域別) (グラフ)

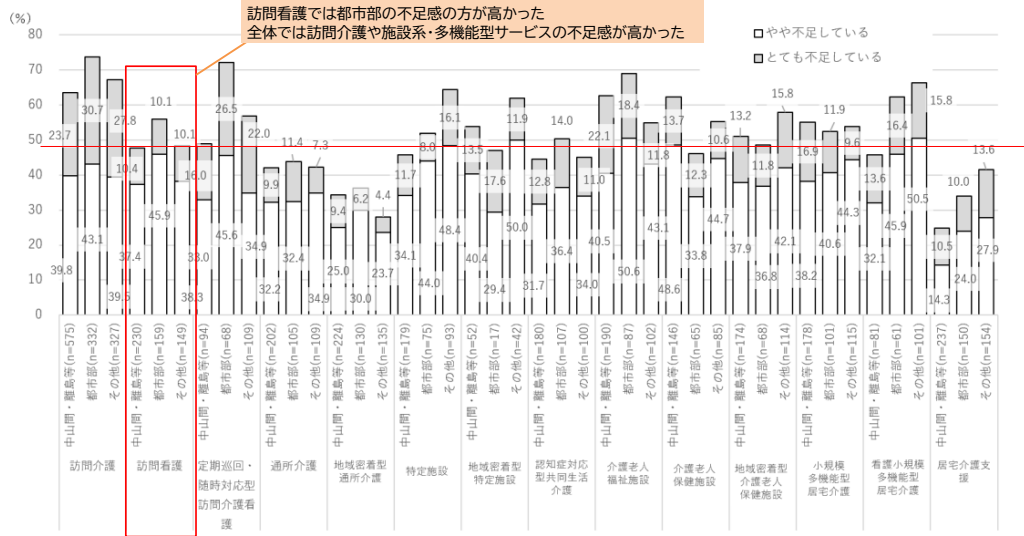
中山間・離島等では50~60歳代のスタッフが占める割合が高い



出典: 令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和6年度調査)地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的なサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書

# 近年の人口規模の小さな地域に所在する訪問看護ステーションの調査報告

図表 13 職員の充足状況（サービス別・地域別）（グラフ）

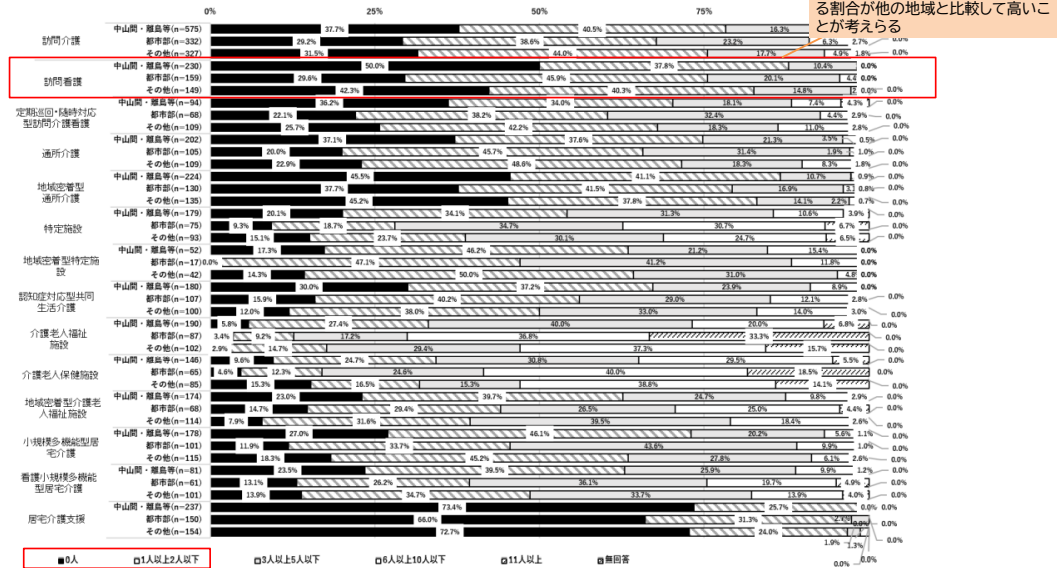


出典：令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和6年度調査）地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的なサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書

26

# 近年の人口規模の小さな地域に所在する訪問看護ステーションの調査報告

図表 9 離職者数（サービス別・地域別）

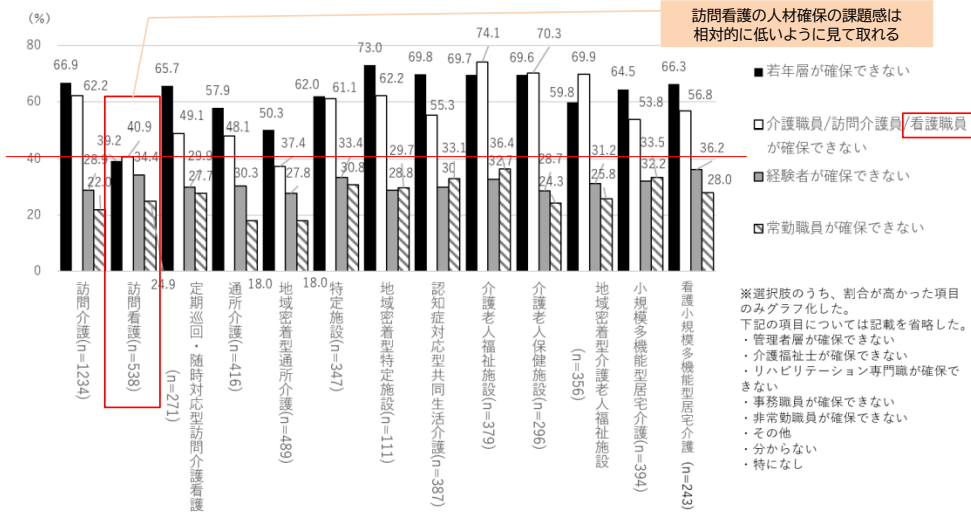


出典：令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和6年度調査）地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的なサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書

27

## 近年の人口規模の小さな地域に所在する訪問看護ステーションの調査報告

図表 15 人材確保について感じている課題（サービス別）（グラフ）

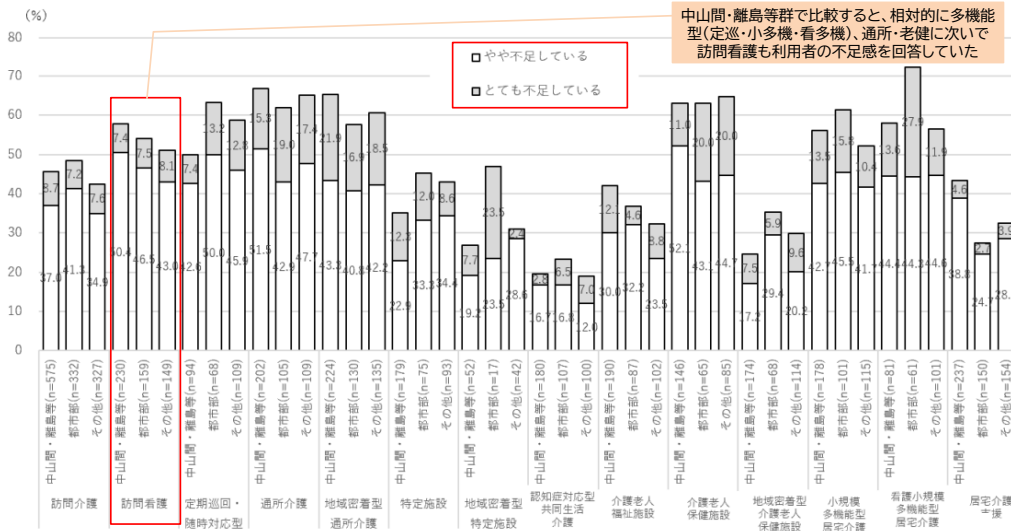


出典：令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和6年度調査)地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的なサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書

28

## 近年の人口規模の小さな地域に所在する訪問看護ステーションの調査報告

図表 19 利用者の状況（サービス別・地域別）

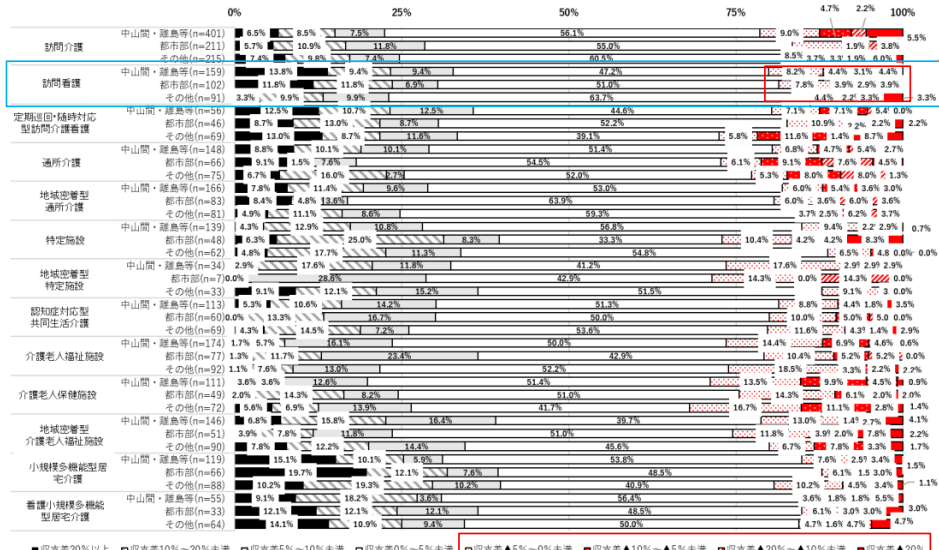


出典：令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和6年度調査)地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的なサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書

29

# 近年の人口規模の小さな地域に所在する訪問看護ステーションの調査報告

図表 23 収支差率（令和5年度決算）（サービス別・地域別）（グラフ）



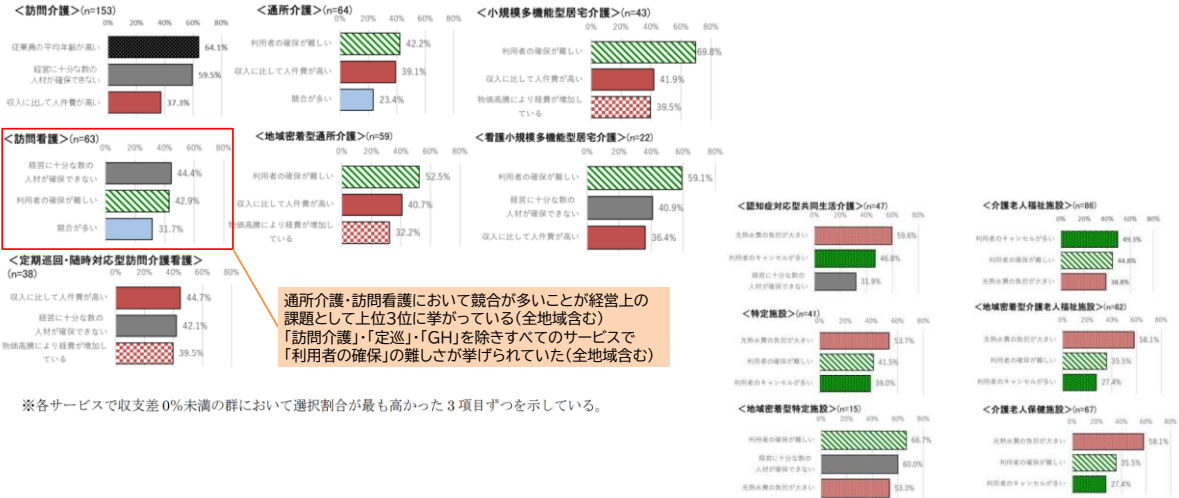
中山間・離島等においては収支差率が高い又は低い事業所の割合が相対的に高い。中山間地・離島どちらに所在するのかわかる特性も考えられる

出典：令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和6年度調査）地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的なサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書

# 近年の人口規模の小さな地域に所在する訪問看護ステーションの調査報告

図表 29 経営について感じている課題（サービス別） 収支差0%未満（令和5年度決算）

図表14 経営について感じている課題（サービス別） 収支差0%未満（令和5年度決算） 訪問系・通所系・多機能系サービス



※各サービスで収支差0%未満の群において選択割合が最も高かった3項目ずつを示している。

出典：令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和6年度調査）地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的なサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書

# 近年の人口規模の小さな地域に所在する訪問看護ステーションの調査報告

図表 155 訪問に要する移動時間（地域別）（訪問看護）

	件数	5分未満	5分～15分未満	15分～30分未満	30分～45分未満	45分～60分未満	60分以上	無回答
合計	538	17	7	176	155	11	27	78
中山間・離島等	230	7	3	68	68	6	13	34
都市部	159	3	4	29	29	2	7	24
その他	149	7	0	54	54	3	7	20

※1回の移動時間が2時間以上（同一建物減算算定事業所では1時間以上）の事業所については外れ値として除外した。

本調査では、訪問に要する移動時間は各地域群で大きな差はなく、最小値・最大値の収集はされていない。また、本調査では1回当たりの平均移動時間を収集。集合住宅が併設している場合には相対的に移動時間が少ないことが確認できる。

図表 157 訪問に要する移動時間（地域別・集合住宅の併設状況別）（訪問看護）

	件数	5分未満	5分～15分未満	15分～30分未満	30分～45分未満	45分～60分未満	60分以上	無回答
合計	538	17	7	176	155	11	27	78
中山間・離島等・併設あり	100	0	0	19	19	0	0	17
中山間・離島等・併設なし	130	7	3	49	49	6	13	34
都市部・併設あり	112	3	4	20	20	2	7	23
都市部・併設なし	36	0	0	9	9	0	0	14
その他・併設あり	109	7	0	54	54	3	7	20
その他・併設なし	36	0	0	9	9	0	0	14

※1回の移動時間が2時間以上（同一建物減算算定事業所では1時間以上）の事業所については外れ値として除外した。

ICTを導入している事業所では「記録ソフト」・「情報連携ツール」が多数導入されている事業所では「コスト」・「効果や媒体が不明」・「必要性・不安」などの認識に集約されていた。

図表 171 テクノロジーの導入状況（地域別）（訪問看護）

	件数	導入済	導入予定	導入しない	無回答
合計	538	187	20	168	25
中山間・離島等	230	71	14	65	11
都市部	159	49	3	30	7
その他	149	67	7	42	7

図表 172 導入しているテクノロジーの種類（地域別）（訪問看護）

	件数	導入済	導入予定	導入しない	無回答
合計	538	187	20	168	25
中山間・離島等	230	71	14	65	11
都市部	159	49	3	30	7
その他	149	67	7	42	7

図表 173 テクノロジーを導入していない理由（訪問看護）

	件数	割合
導入済	187	34.76%
導入予定	20	3.72%
導入しない	168	31.23%
無回答	25	4.65%

出典：令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和6年度調査）地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的なサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書

# 近年の人口規模の小さな地域に所在する訪問看護ステーションの調査報告

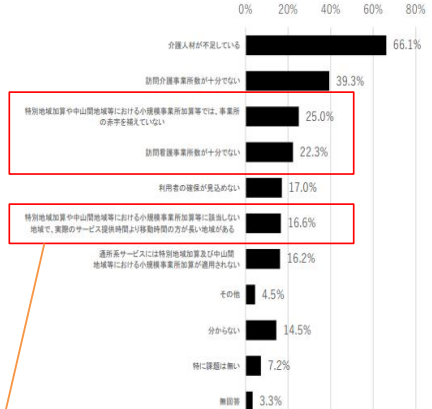
## 介護保険者（自治体）への調査結果

図表 582 中山間・離島等でのサービス提供について感じている課題

	件数	特別地域・中山間・離島等でのサービス提供について感じている課題	割合
合計	511	介護人材が不足している	66.1%
都道府県	47	訪問介護事業所数が十分でない	39.3%
中核市・政令市	59	訪問介護事業所数が十分でない	22.3%
上記以外の市町村	388	訪問介護事業所数が十分でない	16.6%
広域連合	26	訪問介護事業所数が十分でない	16.2%

介護人材・訪問介護事業所不足に次いで、訪問看護事業所の不足も挙げられていた。特に、広域連合においては回答割合が高く（左表）、特別地域加算等もサービス提供のための移動時間も含めて対価として十分ではないとの指摘もあった。

図表 583 中山間・離島等でのサービス提供について感じている課題（グラフ）



出典：令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和6年度調査）地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的なサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書

# 近年の人口規模の小さな地域に所在する訪問看護ステーションの調査報告

## 岩手県 中山間地(加算対象地域)に所在する訪問看護事業所の運営事例

開設年	2019年	法人種別	医師会立・看護協会立以外の社団・財団法人
併設サービス	無		
利用者数			
	訪問対象者数(実人数)	延べ訪問回数	
A. 介護保険の利用者	41人	112回	
(Aのうち)特別訪問看護指示書に基づく訪問	0人	0回	
B. 医療保険の利用者	16人	95回	
(Bのうち)精神科訪問看護基本療養費を算定者	4人	14回	
(Bのうち)小児の利用者(15歳未満)	1人	8回	
C. 厚生労働大臣が定める疾病等(別表7)の利用者	7人	54回	
D. 特別管理の状態の利用者	12人	69回	
E. 中山間地域等に居住する利用者	57人	207回	
2023年度の介護報酬、診療報酬、それ以外の収入(売上高)のおおよその割合	介護報酬	5割	
	診療報酬	4割	
	上記以外	1割	
職員の体制			
	看護師(専任師含む)	准看護師	理学療法士
常勤換算	3人	0人	0人
常勤	3人	0人	0人
非常勤	0.1人	0人	0人
実人数	精神保健福祉士	0人	社会福祉士
		0人	0人
職員の特性			
<ul style="list-style-type: none"> <li>2019年開業、町に初めて設立された訪問看護事業所。</li> <li>平均勤続年数は3.6年。常勤は40~60代各年代1人、非常勤は65歳以上。専門看護師1人(がん看護)。</li> <li>令和3年度から地域住民に対して「がん看護相談」を実施(公表システムあり)</li> </ul>			

出典：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)

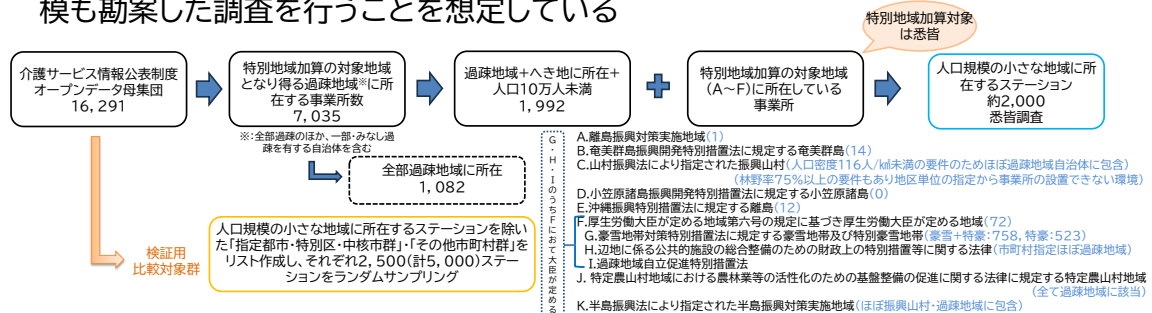
## 2) 事業所が所在する地域の状況

高齢化率	47.6 %	特別地域所在	1.事業所が所在している
地域の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・振興山村地域に唯一の訪問看護ステーションとして運営している。町内に1箇所の県立診療センター(無床)はあるが、平日のみ(8:30~17:15)の開院であり、内科医が常勤していないため、訪問看護師が町民の在宅療養を支えている状況である。</li> </ul>		

- ◇事業運営のバックグラウンド
  - ・当事業所が開所する以前は、周辺市の訪問看護事業所からサービス提供していたが件数は少なかった。在宅での療養が厳しくなった場合、施設への入所を勧められており、隣接市で開業しているクリニック(在宅療養支援診療所ではない)が、家族の介護力があれば、在宅看取りをしていた。
  - ・当事業所が開所する前の町の在宅看取り件数は年間1~2件だったが、他の市の訪問診療・応診に対応してくれる医師に依頼して現在は年間6~9件程度に増えた。
  - ・町は高齢化率が高く救急搬送が多い中、在宅看取りを進めたいと考えていたが、町内のクリニックが閉院し、県立病院付属診療センターのみとなった(診療時間は月~金 9:00~12:00)。夜間、診療体制がなく、1件ある薬局も18時に閉まることから、医療資源がないことに危機感を感じた町長が看護師に支えてほしいと、町の補助金で運営することを考え、保健介護連携構築事業を立ち上げた。
  - ・在宅看取り件数はもう少し増えてほしいと思うが、医師の確保が難しく伸びない。町の方針を踏まえ、遠隔死亡診断の研修も受けて修了したもの、医療機関が往診をしないことや医師の理解が乏しいため、ICTを活用した遠隔死亡診断は進まず、看取りの場合救急搬送になることが多い。
  - ・町は3つの市と隣接している。1つの市は終末期搬送の仕組みが構築されているものの消防署の圏域が異なるため、DNRの承諾をとっていてもCPAで搬送になる。他2市も同様。
- ◇事業者の特徴と夜間対応の状況
  - ・医療保険対象者が少ない。終末期の場合、1日に3~4回、一晩で3回ぐらいの夜間対応があるが、終末期利用者がいなければ、月5回ぐらいで10件未満程度。コール内容は「発熱した」「吐いている」等突発の症状が多い。高齢者の2人暮らしが多く、薬を買いに行けない、息子・娘もいないので、ステーションに連絡が入ることが月5~6件ある。そこに医療の終末期の利用者や老衰の方の看取りがあると、一晩で5~6回の夜間対応がある。
- ◇利用者が減少している
  - ・65歳以上の高齢者が減少しており、毎年利用者が減少傾向にある。独居の方は、24時間訪問介護も定期巡回介護もないので、1人暮らしが限界となると、町外の施設、又は、内陸や隣の市の老健が特長が空いていければ入所してしまう。
- ◇職員の負担が増加している
  - ・黒字化に向け常勤換算2.5人で延べ訪問看護回数200回超えを目標にしているが、常勤3人で職員の負担が増えてしまう。依頼された利用者は断らないようにして、一人当たりの訪問看護回数を減らしてサービス提供をしている。
  - ・利用者の確保を目指し、去年の7月に隣接市にサテライトを開院。医療保険、がん末期の方の紹介により単価は上がるが、移動距離(平均距離数10km超え)が長くなり、職員の負担が増えている。

## 状況の整理

- ・訪問看護事業所が所在する地域を人口規模や場所(中山間地なのか離島なのか)で分類し、課題となる24時間対応、看取り支援、周囲の医療機関や介護保険施設の状況を踏まえたサービス提供、事業運営などに関する詳細な実態報告はされていない
- ・また、事例を通じてみても医療機関や介護保険施設等、地域に併存する資源によって提供実態が大きく異なると想定している
- ・そこで、本事業では上記を把握するため、以下のサンプルを対象として、人口規模も勘案した調査を行うことを想定している



また、特別地域加算の対象地域のいずれかに所在している事業所に向けて、「離島・中山間地域等における訪問看護に関する実態調査」の結果についても参考とした。

## 離島・中山間地域等における訪問看護に関する 実態調査

～結果報告～

2025年9月29日（月）

### 北海道羽幌町）一般社団法人北海道総合在宅ケア事業団 羽幌地域訪問看護ステーション

- ・1993年開設
  - ・道立羽幌病院3階に所在
  - ・看護師常勤換算6.3人
  - ・全部過疎+人口5万未満+特別豪雪地帯+特定農山村
- <http://haboro@hghi.or.jp/>

	訪問対象者数(実人数) (2025年7月1カ月間)	延べ訪問回数 (2025年7月1カ月間)
全利用者	135人	
介護保険の利用者	111人	514回
医療保険の利用者	24人	111回
介護保険の特別地域訪問看護加算 算定者	111人	
介護保険の特別地域訪問看護加算を算定していないが対象の利用者	0人	
中山間地域等における小規模事業所加算算定者	0人	
中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算の算定者	0人	
医療保険の特別地域訪問看護加算 算定者	0人	

一番遠いお宅は羽幌STから1時間30分かかかるが、サテライトからは片道45分と1時間以内なので算定できず。利用者さんにはサテライトからの距離で説明している。時々サテライトのNsもヘルプで訪問しているが、メインは羽幌STからの訪問。

※平均的な片道の移動時間は30～40分(冬季は+10～15分)

特別地域訪問看護加算算定可能利用者数と算定利用者数が異なる(特別地域訪問看護加算が算定可能な利用者があるが、あえて算定していない利用者がある場合)、算定していない理由

特別地域訪問看護加算は全員対象です

特別地域訪問看護加算の算定に関して、どのような課題があると考えているか

5単位端数は四捨五入なので利用回数で差が出る

特別地域等の過疎地域における訪問看護の課題について

介護保険では、交通時間が長い割に30分訪問が約3割ほどの割合が合わないと感じることもある  
※酪農業の地域であり、経済的に厳しいお宅が多い。ご本人、CMからの依頼からも30分となる関係性ができてくると訪問回数を増やしたり時間を少し伸ばすこともある。片道30～40分かけて訪問に行き、滞在時間が30分だと割合が合わないと思っている。

その他、貴事業所が所在する地域において医療保険に関する課題について

6町村稼働地域であるが、交通費助成の有無が行政により異なる。  
重度心身障害者受給者証の扱いの障初、老初の扱いが医療機関と一緒にできれば良い

鹿児島県徳之島町)公益財団法人慈愛会 訪問看護ステーションわたりどり

- ・2023年開設
- ・常勤換算4.0人
- ・公益財団法人慈愛会 徳之島病院が母体
- ・精神科専門の訪問看護事業所(徳之島第1号)
- ・全部過疎+人口5万人未満、奄美群島振興開発特別措置法

<https://www.jiaikai.or.jp/tokunoshima/>

	訪問対象者数(実人数) (2025年7月1カ月間)	延べ訪問回数 (2025年7月1カ月間)
全利用者	94人	
介護保険の利用者	0人	0回
医療保険の利用者	94人	242回
介護保険の特別地域訪問看護加算 算定者	0人	
介護保険の特別地域訪問看護加算を算定していないが対象の利用者	0人	
中山間地域等における小規模事業所加算算定者	0人	
中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算の算定者	0人	
医療保険の特別地域訪問看護加算 算定者	17人	

該当者は31人いるが、天候や体調等でキャンセルがあると減るので変動がある徳之島内であれば移動は30~40分程度なので、1時間以上かかる利用者はいない

特別地域訪問看護加算算定可能利用者数と算定利用者数が異なる(特別地域訪問看護加算が算定可能な利用者があるが、あえて算定していない利用者がある場合)、算定していない理由

無し

特別地域訪問看護加算の算定に関して、どのような課題があると考えるか

対象の御自宅に訪問するのに船舶を利用して行くため、天候によっては船舶が欠航になる。その場合は訪問スケジュールを組み直す時間と労力を要する。また、対象の利用者宅からの帰りに船舶が欠航になると、延泊したり船ではなくて飛行機で帰る事もあるので、加算の割には旅費がかかる

特別地域等の過疎地域における訪問看護の課題について

当ステーションの人員が確保できれば、月に何度でも訪問できるが人手不足

その他、貴事業所が所在する地域において医療保険に関する課題について

特になし

3

新潟県阿賀町)阿賀町訪問看護ステーション

- ・2006年事業開始
- ・全部過疎+人口5万人未満+特別豪雪地帯+特定農山村
- ・常勤換算3人(町立診療所に月2~3回AMのみ訪問看護ステーションからヘルプに行くので実際には3人いないこともある。以前は診療所からヘルプに来てもらい複数名で訪問していたが、行政より指導を受けそれもなくなった)
- ・24時間対応はしていないが、何かあれば利用者から電話がくることもたまにある(精神の方や熟発した際の対応について)
- ・主治医は基本的に往診しないので、緊急時は救急搬送や家族が連れて行くのが現状。看取りをする際も同様
- ・町立であるので一般会計から補填され事業は継続できているが、民間であれば事業の継続は難しいと思う
- ・遠い利用者宅でも、通過するルートに利用者宅が他にもあれば効率が良いが、ほほないためAM1件のみということも多い

	訪問対象者数(実人数) (2025年7月1カ月間)	延べ訪問回数 (2025年7月1カ月間)
全利用者	42人	
介護保険の利用者	20人	48回
医療保険の利用者	22人	76回
介護保険の特別地域訪問看護加算 算定者	20人	
介護保険の特別地域訪問看護加算を算定していないが対象の利用者	0人	
中山間地域等における小規模事業所加算算定者	0人	
中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算の算定者	0人	
医療保険の特別地域訪問看護加算 算定者	0人	

山道、獣道を通るが、どんなに遠くても45分程度なので算定できない

特別地域訪問看護加算算定可能利用者数と算定利用者数が異なる(特別地域訪問看護加算が算定可能な利用者があるが、あえて算定していない利用者がある場合)、算定していない理由

いない

特別地域訪問看護加算の算定に関して、どのような課題があると考えるか

介護保険と同様に医療保険の特別地域訪問看護加算が算定できるとよい

特別地域等の過疎地域における訪問看護の課題について

雪がない時期でも移動に時間がかかるが、積雪時にはさらに移動に時間がかかる

その他、貴事業所が所在する地域において医療保険に関する課題について

精神科訪問看護件数が増えてきている。他に訪看事業所がないため引き受けているが、対応が難しいと感じる事例がある

4

## 沖縄県 石垣市) 有限会社ゆいケアサービス 訪問看護ステーションゆいケアサービス

- ・2006年事業開始
- ・常勤換算3.8人
- ・へき地+過疎(全部、一部、みなし)+人口5万人未満+沖縄振興特別措置法に規定する離島

<http://www.yuikea.com/>

	訪問対象者数(実人数) (2025年7月1カ月間)	延べ訪問回数 (2025年7月1カ月間)
全利用者	41人	
介護保険の利用者	30人	191回
医療保険の利用者	11人	88回
介護保険の特別地域訪問看護加算 算定者	30人	
介護保険の特別地域訪問看護加算を算定していないが対象の利用者	0人	
中山間地域等における小規模事業所加算 算定者	0人	
中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算の算定者	0人	
医療保険の特別地域訪問看護加算 算定者	0人	

他の離島には訪問に行っていない。離島ではければ片道15分程度で訪問可能。1時間以上はしない。  
以前は1時間以上かかる利用者もいたが加算を算定していなかった気がする。加算の認識がなかったかもしれない。

特別地域訪問看護加算算定可能利用者数と算定利用者数が異なる(特別地域訪問看護加算が算定可能な利用者があるが、あえて算定していない利用者がある場合)、算定していない理由

算定していない方はいなかった

特別地域訪問看護加算の算定に関して、どのような課題があると考えているか

わからない

特別地域等の過疎地域における訪問看護の課題について

訪問するための往復に時間がとられる

その他、貴事業所が所在する地域において医療保険に関する課題について

わからない

5

## 福井県勝山市) 社会福祉法人勝山幸寿会 さつき苑訪問看護ステーション

- ・1997年開設
- ・特別養護老人ホームさつき苑(従来型)(ユニット型)、介護予防短期入所生活介護、訪問入浴等併設
- ・全部過疎+人口5万未満+特別豪雪地帯+特定農山村

<http://www.satsuki.or.jp/>

	訪問対象者数(実人数) (2025年7月1カ月間)	延べ訪問回数 (2025年7月1カ月間)
全利用者	33人	
介護保険の利用者	32人	166回
医療保険の利用者	1人	13回
介護保険の特別地域訪問看護加算 算定者	32人	
介護保険の特別地域訪問看護加算を算定していないが対象の利用者	0人	
中山間地域等における小規模事業所加算 算定者	0人	
中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算の算定者	0人	
医療保険の特別地域訪問看護加算 算定者	0人	

特別地域訪問看護加算算定可能利用者数と算定利用者数が異なる(特別地域訪問看護加算が算定可能な利用者があるが、あえて算定していない利用者がある場合)、算定していない理由

特になし

特別地域訪問看護加算の算定に関して、どのような課題があると考えているか

特になし

特別地域等の過疎地域における訪問看護の課題について

人材不足

その他、貴事業所が所在する地域において医療保険に関する課題について

特になし

6

## 高知県 四万十町) 医療法人川村会くぼかわ病院 訪問看護ステーション くぼかわ

- ・1994年事業開始
- ・全部過疎+人口5万未満+特定農山村

<https://hokan.kawamurakai.com/>

	訪問対象者数(実人数) (2025年7月1カ月間)	延べ訪問回数 (2025年7月1カ月間)
全利用者	22人	/
介護保険の利用者	8人	回
医療保険の利用者	14人	回
介護保険の特別地域訪問看護加算 算定者	8人	/
介護保険の特別地域訪問看護加算を算定していないが対象の利用者	0人	/
中山間地域等における小規模事業所加算算定者	0人	/
中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算の算定者	0人	/
医療保険の特別地域訪問看護加算 算定者	14人	/

特別地域訪問看護加算算定可能利用者数と算定利用者数が異なる(特別地域訪問看護加算が算定可能な利用者があるが、あえて算定していない利用者がある場合)、算定していない理由

全員算定している

特別地域訪問看護加算の算定に関して、どのような課題があると考えているか

特になし

特別地域等の過疎地域における訪問看護の課題について

人口減少が著しく、利用者の獲得に繋げにくい。移動距離が長い。

その他、貴事業所が所在する地域において医療保険に関する課題について

金銭的余裕がない方は訪看を利用したくてもできないケースがある。

7

## 和歌山県那智勝浦町) 合同会社ネオ 訪問看護ステーションフレッタ

- ・2017年事業開始
- ・特定非営利活動法人ネオの医療部門として運営。障害福祉事業も行っている
- ・和歌山県から『和歌山県精神障害者受療促進体制整備(アウトリーチ)事業』を受託されている
- ・全部過疎+人口5万未満+特定農山村

<https://lcneo.webnode.jp/>

	訪問対象者数(実人数) (2025年7月1カ月間)	延べ訪問回数 (2025年7月1カ月間)
全利用者	68人	/
介護保険の利用者	10人	87回
医療保険の利用者	58人	363回
介護保険の特別地域訪問看護加算 算定者	0人	/
介護保険の特別地域訪問看護加算を算定していないが対象の利用者	0人	/
中山間地域等における小規模事業所加算算定者	0人	/
中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算の算定者	0人	/
医療保険の特別地域訪問看護加算 算定者	0人	/

特別地域訪問看護加算算定可能利用者数と算定利用者数が異なる(特別地域訪問看護加算が算定可能な利用者があるが、あえて算定していない利用者がある場合)、算定していない理由

特別地域訪問看護加算の算定に関して、どのような課題があると考えているか

特別地域等の過疎地域における訪問看護の課題について

その他、貴事業所が所在する地域において医療保険に関する課題について

FAXのみ返信ありGoogleアンケート未回答

8

## VI-2. プレヒアリング調査結果

### 訪問看護ステーションはまなす @北海道釧路市

市区町村	総人口 (人)					令和2 (2020) 年の総人口を100としたときの総人口の指数						
	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
釧路市	165,077	152,475	141,611	130,685	119,698	100.0	92.4	85.8	79.2	72.5	65.9	59.7
根室市	24,636	22,317	20,149	18,046	16,022	100.0	90.6	81.8	73.3	65.0	57.3	50.1

開設年	1996年		法人種別	社会医療法人						
併設サービス	老人保健施設、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、居宅介護支援、認知症対応型グループホーム、1〜3次救急受入可能医療機関									
利用者数	57人									
利用形態	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	3	1	11	13	7	3	12	7		
	10歳未満	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳以上
	0	1	0	1	0	7	15	19	14	
指示書を受けている医療機関及び医師の数	医療機関の数		18		医師の人数		47			
職員の体制	看護師 (看護師)		准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	事務職員			
	常勤	5.5人	0人	0人	0人	0人	0人			
	非常勤	1人	0人	0人	0人	0人	1人			
算定加算	緊急時訪問看護加算(1)		特別管理加算		ターミナルケア加算		看護体制強化加算(1)			
	遠隔死亡診断補助加算		サービス提供体制強化加算(1)		特別管理加算		特別管理加算			
	24時間対応体制加算(業務負担軽減取組あり)		特別管理加算		特別管理加算		特別管理加算			
	特別管理加算		特別管理加算		特別管理加算		特別管理加算			
	訪問看護管理費1		訪問看護管理費1		訪問看護管理費1		訪問看護管理費1			

釧路市:152,367人 112人/歳  
 根室市:22,107人 44人/歳  
 ※令和7年1月1日住民基本台帳データに基づく数値  
 ※上表は社人研による令和2年国勢調査を基にした2050年までの人口推計結果

#### 所在地域で事業運営することの理念

<地域課題について感じる(た)こと>  
 根室市では病院で亡くなるのが一般化。根室市民も在宅看取りができることは知らない  
 訪問診療医が一人しかおらず、週末は札幌に戻るため在宅看取りは難しい  
 <地域の人々とうまく関わりたいか、続けられる理由>  
 根室地域での活動経験から、釧路を20年後の根室の姿と捉え、地域崩壊を防ぎ、過疎化が進む地域を支える必要性を強く認識  
 「サービスエリアを拡大するよりも、地域全体の訪問看護資源を安定的に維持すること」を重視しており、社会医療法人として担うべき役割があるとの信念を持っている

#### 人口規模が小さい地域における事業運営の現状

<将来も地域で訪問看護を続けるため必要なこと>  
 ・人材確保。訪問看護ステーションも増えており人材の取り合いになっている  
 <広い訪問エリアでの移動負担を減らすための工夫>  
 ・2月まで約130キロ離れた利用者宅に訪問していた。夏で一時間半、冬だと2時間かかる。国道は1本、電車は一時間に1本、バスは1日2本なので車が最短であった  
 <看護師やスタッフの採用のために工夫していること>  
 ・常に見学や体験を受け入れている。採用目的ではなく、将来的に訪問看護に興味を持って欲しいという感覚で、年中体験を受け入れるようにしている  
 ・同一法人に専門学校があり、興味を持った学生の採用も視野に入れている。2年生時も講義、3年生の実習を訪問看護ステーションで受け入れ、そのまま新卒で就職した人がいる  
 <ICTや機器を活用して業務効率化>  
 ・サテライトの請求をオンラインにて一元化することで、サテライトに事務員を配置しなくても運営が可能  
 ・ICTツールを苦手とする職員をどのように説得するかが課題であった。職員がICTに触れ、出来たことを励まし、利用できるようになっていった  
 <運営を維持するために工夫していること>  
 ・北海道の連絡協議会の会長と連携をとり、補助金等の情報を得ている。釧路は連絡協議会があるので互いに情報交換をしている。

#### ◇ステーション概要

- 2025年2月まで釧路市に所在するステーションがおおよそ130km離れた根室市にサテライトを設置し、労務管理や請求事務を一元化して、ステーションを維持した事例。
- 二次医療圏を超えたサテライト設置について行政と交渉し、実現させた。
- 2025年に利用者の逝去や根室市内の看護師がステーションを発足させたことにより、現在は釧路市のステーションにて訪問看護を継続している。

## 訪問看護ステーションはまなす

## @北海道釧路市

#### 24時間対応

##### <緊急連絡・訪問の対応体制>

- 当番制となっている。職員6名中5名が当番に入ることができ、月に平均6回であり、負担に感じないギリギリの回数である
- <24時間対応の負担を軽減するための工夫>  
 ・夜間遅い時間の訪問だった場合、次の日は時差出勤や早く帰れるように対応している
- <今後、24時間対応を継続する上で一番の課題>  
 ・当番できる人は最低5人はいないと一人あたりの当番回数が増える。今のところ人数の確保ができているので回せているがいつまでできるか心配である

#### オンライン診療の補助

##### <オンライン診療の場面で訪問看護師の役割>

- 診療後に利用者や家族が医師の説明を理解できなかったら確認をしたり、説明を補足している
- <オンライン診療の補助を実施するメリットや効果>  
 利用者はテレビ通話だとしても医師に診てもらえた安心感を得る。それを見て看護師は利用者が安心してよかった、橋渡しできて良かったと実感できる
- <D to P with Nを継続するうえで医師との連携>  
 日ごとの連携がないとできない。お互いに使い慣れていることが重要

#### ICT活用によるメリットと課題

##### <ICTを通じて、医師やケアマネジャーなど多職種との連携がしやすくなったと感じるか>

- 同一法人内であれば、すぐ看護師と連絡がつき相談ができることから安心感があると介護職からは言われる。訪問介護や訪問リハビリ、通所も併設しているので同一利用者についての情報共有がしやすい
- <ICTを使った連携で不十分に感じる点>  
 ・基幹型病院は個人情報の観点でICTを活用しておらず、医師に状態を報告するまでに時間がかかる(法人内の病院利用者は4割、残り6割は基幹病院など外部医師)
- <ICTの活用にあたり、地域特性(通信環境、リテラシーなど)から生じる課題への対応>  
 ・地域によっては電波が届かない所があるので携帯会社を限定して購入するようにしている。繋がらないのは利用者にとっては致命的なことになる
- <ICTを活用したことで、スタッフの働き方や利用者支援の変化>  
 ・記録の時間は圧倒的に減ったことで残業が減った。支出が減ったのは大きい(年間720万強減)。また、看取りの経験が少ないナースもICTを活用して看取りが可能になった

#### 今後の展望

##### <現在のサービスを維持・拡充するうえで必要だと感じていることは何か>

- 人材確保。法人内で次年度の予算を立てる際に、5か年計画も検討するが人材が欲しいと言っても叶わないのが現状。人員を増やして休日の当番を楽にあげたい。本来なら平日に代休を丸1日取らせてあげたいがそれができていない
- <ステーションを持続させるために、特に重要だと感じる運営面の課題>  
 ・サテライトができない場合は閉じるしかない。つぎはこれは利用者を取り出すことによる。介護、医療が必要な人にサービスが行き届かなくなる
- 根室は人口が2万人近くで、釧路市の20年後を見ているような感じであり、釧路の事業所を維持していきたい
- 小規模でかつ経験のない事業所は開設してはすぐに潰れている。結局は地域の利用者が困ることになっているので、事業所を立ち上げる際はフォローしたいし安定して経営できるようにサポートしていきたい。根室と釧路の協力STをやっており、地域の訪問看護ステーションが残るためにどのようにすべきか、地域の5年、10年先を考えている
- <今後の運営や地域貢献を続けるために、行政や制度の課題>  
 ・特別地域加算は自治体職員が知らないのではないか。強化加算もそうだが、20%切るか切らないかのギリギリで運営している。返還請求や自主返還もあるので、最初から加算を取らない方がいいのではないかということもある。サービス提供加算等も新設は取れず、経営を逼迫させていることにもなっている。加算は医療も介護もわかりづらく、取りづらいのが課題
- <今後の運営を続けるために、行政や制度に期待する支援>  
 ・北海道は車の移動が基本になるので、ガソリン代の補助は必要。さらに、家賃補助があると事業所を維持しやすい

在宅看護センターだんわ  
@長崎県五島市

市区町村	総人口 (人)					令和2 (2020) 年の総人口を100としたときの総人口の指数						
	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
五島市	34,391	31,415	28,487	25,648	22,882	100.0	91.3	82.8	74.6	66.5	58.7	51.3

所在地域で事業運営することの理念

<所在地域で事業運営することの理念>  
在宅介護とケアで五島がますます思いやりの島になる。病を抱えても過ごしたい場所で安心して過ごせるように  
<訪問看護を続ける上で大切にしていること>  
不便な所に住んでいる人ほど家にいたいという思いが強い。できるだけ依頼があったら断らないようにしている  
<地域課題について感じること>  
島の人たちは「何も無い」というのが前提にあり、あっても気づかない。家族全員が疲弊して限界の状況になってからサービスを利用している。サービスを使うことに遠慮がないようにしたい  
<訪問看護を提供し続ける上で苦労>  
人手不足。訪問看護はハードルが高く感じる傾向があり人が集まらない。病院と異なり相談したいときに近くに相談できる人がいるわけではないのでプレッシャーで辞めた人もいる  
<続けられる理由>  
利用者さんがいてくれるのでやめられない  
<今後の人口動態、地域の医療体制を考えた時に、どのようなステーションが望まれていると考えるか>  
2.5人の常勤換算を減らす必要がなくなり、事業所継続がなくなると思う。人員基準のハードルがなくなると思う  
<公的医療機関の多機能化や県看護協会等ある程度公的な機関における役割>  
お金はいらぬので人が欲しい。看護協会等で訪問看護師を育成してもらえると有難い。診療所ではドクターが他の病院から研修など行っている。このような仕組みが訪問看護もできないか

人口規模が小さい地域における事業運営の現状

<運営を維持するための工夫>  
事業所は常勤換算2.8、利用者41人、中抜けや時短等スタッフの希望を取り入れて柔軟に対応。ON,OFFの切り替えのため、スタッフへの時間外の連絡はしない。研修に出席した場合は、代休や早めの退社に努めている  
<スタッフの採用・定着のための工夫>  
今まで関わった人たちは看護師がいたら声をかけている。またSNSを活用している  
<訪問エリアと加算の算定>  
・遠い訪問は車で約50分かつた。ルートをもとめ、動線を短く、CMにも同一エリアで他に利用者がいれば依頼をお願いすることもある  
・ターミナル期に毎日1時間程度かかる場所に訪問、夜間の緊急もあったので大変だった。移動だけはどうやっても解決できない  
・特別訪問看護加算(医療保険)はGoogleマップで概観を聞かれるかもしれないので算定していない  
<利用者について>  
現在は依頼が非常に多く、どの訪問看護ステーションも手一杯。特に看取りの依頼が多い事業所が増えている

開設年	2019年																													
法人種別	非営利法人																													
サービス	—																													
利用者数	41人																													
要介護1	3	2																												
要介護2	10	8																												
要介護3	1	5																												
要介護4	2	10																												
その他	10歳未満	10歳代																												
	1	0																												
	0	0																												
	0	0																												
	0	1																												
	6	9																												
	12	12																												
指示書を受けている医療機関及び医師の数	医療機関の数 8 医師の人数 20																													
職員の体制	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>看護師 (登録認定)</th> <th>准看護師</th> <th>理学療法士</th> <th>作業療法士</th> <th>言語聴覚士</th> <th>事務職員</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>常勤換算</td> <td>2.8人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> </tr> <tr> <td>常勤</td> <td>2人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> </tr> <tr> <td>非常勤</td> <td>2人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> </tr> </tbody> </table>			看護師 (登録認定)	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	事務職員	常勤換算	2.8人	0人	0人	0人	0人	0人	常勤	2人	0人	0人	0人	0人	0人	非常勤	2人	0人	0人	0人	0人	0人
	看護師 (登録認定)	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	事務職員																								
常勤換算	2.8人	0人	0人	0人	0人	0人																								
常勤	2人	0人	0人	0人	0人	0人																								
非常勤	2人	0人	0人	0人	0人	0人																								
算定加算	<table border="1"> <thead> <tr> <th>緊急時対応看護加算 (I)</th> <th>退院時間短縮加算</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特別管理加算 I、II</td> <td>専門管理加算</td> </tr> <tr> <td>ターミナルケア加算</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		緊急時対応看護加算 (I)	退院時間短縮加算	特別管理加算 I、II	専門管理加算	ターミナルケア加算																							
緊急時対応看護加算 (I)	退院時間短縮加算																													
特別管理加算 I、II	専門管理加算																													
ターミナルケア加算																														
医療保険																														

- 銅路市:31,340人 74.6人/㎢  
※令和7年1月1日住民基本台帳データに基づく数値  
※上表は社人研による令和2年国勢調査を基にした2050年までの人口推計結果
- ◇ステーション概要
    - 九州・長崎から西に100kmの海上に浮かぶ大小152の島々からなる五島列島。五島市は、五島列島の南西部にある列島最大の島・福江島を含む、久賀島、奈留島とその周辺の島々で構成
    - 事業所は福江島に位置し、人口約3万1千人、五島市内に7ステーションあるうちの1ステーションとして事業を展開している事例
    - 島民の「家にいたい」を実現するため「断らない姿勢」で安心して生活できる環境づくりに貢献
    - ステーションが独自に継続運営できるよう、時短等のスタッフの希望にそった勤務形態を工夫し、スタッフ数の増加を検討している

在宅看護センターだんわ @長崎県五島市

24時間対応

<24時間対応の課題と工夫>複数のステーションが連携して体制を確保した場合の加算の認知  
オンコールは2人体制、24時間365日対応している。電話対応のみで利用者は落ち着くことが多く、実際に訪問するのは看取りの時くらい。過疎地域の24時間対応体制で、複数のステーションが連携して体制を確保した時の加算については認識していなかった  
<負担を軽減するためにどのような支援が必要か>  
・ボランティアや地域の民生委員のような連絡先があれば助かるが、地域全体が高齢化し、誰もが自分のことで手一杯というのが現実  
・電波が届かない地域や固定電話のみの世帯もあるのでICTを活用するのは現実的ではない  
・50分かけて訪問してケアに2時間近くかかり、また50分かけて帰ってきたら4時間になる。それに見合う報酬はない。介護保険で月の1回目の緊急訪問の場合、夜間や早朝加算、深夜加算が算定できないので取れると有難い  
・医療資源の少ない地域では、特別居宅介護サービス費等を知らない人が多い  
<24時間対応を行う上での負担>  
・スタッフが悩むと管理者に電話があるので、管理者は24時間365日対応になっている  
・スタッフがどの程度の状況を経験すれば立ち止まると判断できるのか、その基準の設定に悩む  
・体調不良ではない緊急について葛藤がある。独居で車いす生活、ボイラーを消し忘れていたので消してほしい等の依頼があった。加算も取れず、移動に50分かかる場所に住んでいる利用者であった場合には同じことができない可能性がある。不平等をどうしたらいいか事務所だけでなく、CMや他のサービスとも話し合った。利用者に近所に頼める人はいないかお願いするが、それができないから頼んできたということもあり訪問看護が行ったという事例があった

緊急時対応の医療機関や他の介護サービスとの連携状況

訪問診療が入っていても、医療機関によっては常態的に訪問看護師が採血を依頼される。指示された場所に器材を取りに行き、採血し、検体を持って行く。その交通費や時間の調整も全てステーションが担っていることが疑問  
<専門の研修を受けたナースとの連携>  
・褥瘡は処置の方法等について認定看護師に相談することができる  
<家族や地域住民の協力が助かっていること>  
・近所の人にはこまめに様子を見てくれる人が多い。また、「最近様子がおかしい」など気になったことは役所に連絡をする傾向がある(訪看に連絡が来ることは稀)その後、役所から訪看に依頼が来ることもある

緊急搬送に至ることなく在宅療養が継続できた事例

・エコーを看護師が行い肺炎や胆嚢炎を見つけたケースがあった  
・オンラインで診察し、抗生剤、点滴の処方が出たことで受診を助けたケースがあった  
・電波の問題があり胆嚢炎かと思うがはっきりせず医師を受診した事例がある  
<今後も受診や搬送を減らすために必要と思うこと>  
・エコーに関しては都内の大学から依頼があり、研究費で2日間研修を受けエコーが実施できるようになった。実施して肺炎がわかるのがよいと思った。受診せずに自宅療養が継続できると、本人もご家族も安心。明らかに病が減る等受診せずに改善できたのは良かったと思う  
・呼吸状態や喘息、気道狭窄など、言葉で伝わりにくい時にテレド電話を活用している  
・エコーは研究の貸し出しで事業所に1台あったが研究が終了したので現在は無い

緊急時対応の医療機関や他の介護サービスとの連携状況

<緊急時対応で最も困ること>  
・薬がない時(痛み止め、解熱剤があれば受診しなくてもよい)に思うことはある  
・薬局が近いときは訪看が取りに行くことがある(ボランティア)  
・薬剤を訪看に持たせるとよいと思う(抗生剤、鎮痛剤など、パターン化しているもの)  
・診療所の医師は休日や夜間でも点滴を出してくれることがあるが、規模の大きな病院では対応が難しい。「様子を見てくだい」と言われ対応に苦慮することもある  
<医師との連携で工夫している点や苦労している点>  
・医師の負担にならないように急がないことはメール、急ぐときだけ電話にしている  
・診療所には開業前に挨拶にいき、独居看取りもできると伝えた。開業前に挨拶に行ったことで顔の見える関係ができた

ICT活用によるメリットと課題

<ICTの活用と効果>  
・音声入力は記録の時短になっている。車中で座席において話して入力していることが多い  
・MCSで連携している。電話の場合、かけてよい時間がわからないので便利  
<ICT活用の困りごと>  
・医療機関によってはチャットやメールが未対応のため、電話やFAXを利用しているが混雑等により円滑な連携ができないときもある  
<ICT活用を進めるうえでの課題>  
・常勤希望で就職した50代の職員は記録の入力ができず辞めた人がいる。島内では紙カルテが多く、電子カルテの経験がない人もいるのでICTがハードルになっていることもある。  
・ICT活用に関する研修があると良いかもしれない

## 在宅看護センターだんわ @長崎県五島市

### ICT活用によるメリットと課題

#### <オンライン診療の補助について>

- ・電波がうまくつながれば、スマホとエコーで対応できるが、電波が悪い場所ではエコーが映ってスマホの画面を別のスマホで映して確認してもらったことがある。電波が課題
- ・携帯のスマホはドコモ、電子カルテのiPadはソフトバンク、検索のGoogleはAUが強くなっていると聞いているので、複数社のキャリアを持つことも必要なかもしれない

#### <オンライン診療を通してのやりがい>

- ・利用者の受診負担が軽減し、家族のケア、病状の理解度にも時間をかけられる。関係者全員の不安を軽減できるという点で訪問看護師として大きなやりがいを感じる

#### <看護師の採用・確保に関して、現行制度で不足している支援>

- ・看護師にかかる役割が多く、訪問看護をやりたいくないという看護師もいる
- ・研修も休みの日は行きたくないという人もいる。研修は行きたくない場合はいなくてよいと言っているが、事業所の減算対象になる等が辛い

### 訪問看護業務以外のエクストラ業務

- ・必要なものや食品がない時、買い物に行っている。近所に買い物に行ける場所もない時は訪問看護がやらないといけない時がある

### 今後の展望

#### <体制について>

- ・常勤をあと1~2人増やし、皆が休みたいときに休めるように、事業が継続できるようにしたい
- ・島内事業所との連携
- ・コロナ禍中に看護協会立STからの声かけがあり事業所5つ中4つは情報共有したり、率直な意見を語り合える仲になっている
- ・保健所長が地域BCPを推進しており、事業所間で災害時連携をしている
- ・医療機関からの指示書について、電子送付の仕組みが導入されると良い
- ・事業所規模は人が欲しいが大規模化は考えていない。目が行き届かなくなり理念の共有ができなくなってしまう

### 今後の展望

#### <今後の運営や地域貢献を続けるために、行政や制度に期待すること>

- ・島内の医療・介護の事業所は看護師の人材不足で困っている
- ・母体が訪問看護事業単独の会社は自事業所のみ。他は老健施設や看護協会等でバックがある。公的な機関が訪問看護ステーションを作るなどの取組も必要ではないか

#### <看護師の確保について>

- ・離島は移住するハードルがあるので、なかなか人が集まらず事業所単位でどうにかできているのではないので、島内全体で協議し、自治体がけん引する形で対策してもらえると安心感がある

#### 自治体主導で対策して欲しい

#### <エコー以外でオンライン活用が効果的だと思えること>

- ・不整脈のときに受診すべきか悩むことがある。波形をみてもらえるとありがたい
- ・医師とつながって一緒に判断できると安心(オンライン診療の延長がありがたい)
- ・看護師が判断しなければならぬことも多いが言葉では限界がある

#### <事業所間の連携の可能性について>

- ・複数STで島全体を見ることは実現可能性はあると思う
- ・地域BCPでも回れる人が回れるようにするといったことを決めているのでやれると思うので、取り決めになればできる可能性がある

鳥羽市立神島診療所  
@三重県鳥羽市

市区町村	総人口（人）						令和2（2020）年の総人口を100としたときの総人口の指数						
	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
鳥羽市	17,525	15,513	13,869	12,311	10,816	9,409	100.0	88.5	79.1	70.2	61.7	53.7	46.3

- ・三重県鳥羽市人口:16,424人/㎢、高齢化率:39.6%
- ・鳥羽市立神島診療所は三重県鳥羽市の伊勢湾口に位置する離島、神島にある

○三重県鳥羽市の現状と課題

- ・以前は訪問看護が実施されていたが、神島は船便が限られており、午前中に来島すると夕方まで帰船できない。そのため利用者が少ない場合は一人のために長時間の訪問対応となり、効率面の課題から現在は実施されていない離島もある。
- ・そのため現在は診療所の看護師が時間を調整しながら訪問を行っており、三重県内の訪問看護師に相談しながら対応している。
- ・人口減少が進む中、単一のへき地のみで医療体制を維持することは困難であり、広域的にへき地医療を支える仕組みが必要である。
- ・まばらに居住する少人数の住民を少数の医療従事者で診療する必要があるため、オンライン診療を活用したグループ診療体制の構築が重要と考えている。
- ・各離島診療所には看護師が常駐しており、少数の医師が複数の診療所を担当している。医師・看護師はいずれも市職員として配置されている。

○連携

- ・患者、家族、看護師、医師の関係性が密であり、初期の段階から「在宅で看取することを基本とし、原則として救急搬送は行わない」という方針を家族と共有している。
- ・離島では救急搬送の際に船で本土へ移送する必要があり、物理的な負担が大きい。このため、在宅での看取りを前提とした医療体制が比較的構築しやすい環境でもある。
- ・医療者と在宅介護に関わる関係者との連携は良好であり、神島では医師や看護師へ気軽に連絡できる関係性が築かれている。
- ・夜間も電話相談に対応しているが、人口が約200人と少ないため負担は大きくない。診療が必要な場合には、夜間や休日でも看護師がいる離島ではオンライン診療を実施できる体制が整っている。

○ICT

- ・MCS（メディカルゲステーション）を導入したことで、多職種間のコミュニケーションが円滑になり、必要な情報をタイムリーに共有・確認できるようになった。これにより、関係者間の連携が強化され、業務負担の軽減にもつながっている。

○オンライン診療

- ・D to P with Nの形で対応している。悪天候により船が欠航し医師が来島できない場合や、夜間・休日など医師が離島に不在の際には、診療所または患者宅でオンライン診療を実施している。
- ・神島にいながら他離島や本土側の診療所の診療を支援することもあり、在宅での診療を希望する患者については、看護師が訪問しオンライン診療を行う体制をとっている。
- オンライン診療の場面で訪問看護師に期待する役割
  - ・その場にいなくて分からない患者の様子や生活状況、身体所見などを適切にアセスメントし、医師へ正確に伝えてもらうことが重要である。
- オンライン診療を今後広げる上で必要なこと
  - ・看護師からは「一人で判断することへの不安」が挙げられることが多い。いつでもオンラインで医師や専門的な研修を受けた看護師（NP等）とつながり、助言や確認ができる体制の整備が必要である。
  - ・特に訪問看護の経験が少ない看護師にとっては、オンラインで指導や支援を受けられる仕組みが有効と考えられる。
  - ・令和6年度診療報酬改定では、へき地におけるD to P with NIに加算が新設された。さらに令和8年度改定では、看護師等遠隔診療検査実施料、処置実施料、注射実施料が新設され、オンライン診療における看護師の役割はさらに拡大している。
  - ・三重県では「へき地シネラルオース研修会」を開催しており、対象はへき地で勤務する訪問看護師や診療所看護師である。年2回の対面研修と年2回のオンライン症例発表会を実施している。へき地で働く看護師は「相談できる相手が少ない」「スキル向上の機会が限られる」といった共通の課題を抱えており、NP等を講師として研修を行っている。

○多職種連携

- ・ケアマネジャーや薬剤師とは日頃から連携しており、顔の見える関係が構築されている。MCS（メディカルゲステーション）を活用することで情報共有が容易となり、気軽に相談や連携ができる体制となっている。
- ・薬剤については定期船で島に届けられるため大きな支障はない。院外処方が必要な場合には、本土の薬剤師と連携してオンライン服薬指導を行い、薬剤を患者の自宅まで届けることも可能である。

鳥羽市立神島診療所 @三重県鳥羽市

○オンライン診療の今後の展望

- ・人口減少が進むへき地では、医師のみで診療を担う体制から、看護師を中心としたチーム医療への転換が重要になると考えている。医師の思考過程や診療の基本を理解し、共通の医学的言語で所見を評価・共有できる看護師がいれば、オンライン診療でも十分に対応可能である。
- ・オンライン診療は地理的距離を完全に解消するものではないが、情報の距離を大きく縮めることができるため、へき地医療において有効な手段である。
- ・高精細カメラにより患部所見をリアルタイムで共有でき、バイタルサインも即座に医師側のデバイスへ送信される。遠隔聴診器も実用的な性能となっており、エコー画像の共有も可能となっている。
- ・鳥羽市では令和2年度の国土交通省スマートアイランド推進実証調査に採択され、クラウド型電子カルテと遠隔診療支援システムを導入した。
- ・一方で、システムの運用には月額約4万円程度のランニングコストが発生しており、安定的な財源確保が課題となっている。
- ・現在の体制はクラウド型電子カルテとオンライン診療システムによって成り立っており、鳥羽市の地域医療を維持していくためには、予算を確保しこの体制を継続していく必要がある。

○看護師のエクストラ業務について

- ・へき地では看護師が患者の買い物支援など生活面のサポートを担うこともあり、医療提供を維持するうえで重要な役割となっている。このような業務については何らかの評価の仕組みが必要である。
- ・へき地の看護師は看護業務に加え、患者の生活支援、院内処方に関する調剤補助、診療所の会計業務など多様な業務を担っている。業務内容に比して給与水準が高いとは言えず、意欲の低下を招く可能性がある。
- ・D to P with Nのオンライン診療を開始したことで、患者のそばで看護業務を行う時間は増加した。やりがいにつながっている一方で、業務量は確実に増えており、負担の増大には十分配慮する必要がある。
- ・現在の看護師がいなくなれば鳥羽市のへき地医療は成り立たなくなる可能性があるため、人材確保と処遇改善の重要性について行政にも伝えている。
- ・へき地においてオンライン診療が普及し、地域で一定の医療が受けられる環境が整えば患者の地域定着につながり、結果として訪問看護が継続的に成り立つだけの利用者確保につながる可能性がある。

○公的資金の補助による訪問看護体制の維持していくことについて

- ・看護体制の維持には給与面の課題が大きい。責任ある業務に見合った処遇が必要であるが、市職員としての採用枠には限りがあり、必要な人員を十分に確保できず、人事運用は常に不安定な状況にある。
- ・今後は県や大学病院などから人材をプールし、一定期間へき地へ派遣する仕組みの構築が必要である。また、短期間であればへき地医療に従事したいと考える看護師も一定数いると考えられるため、月単位など柔軟な期間で受け入れ可能な自治体側の体制整備も求められる。
- ・このような広域的な人材確保の仕組みを整備し、医師と看護師が地域を越えて相互に支え合いながら医療を提供できる運用体制を構築していきたい。

○緊急対応

- ・突発的な受診や緊急搬送に至る可能性があるケースでも、看護師と連携することで在宅で対応できた事例が多数ある。
- ・軽微な外傷や休日・夜間の相談についても、D to P with NIにより患者の状態をリアルタイムで確認できるため、不要な受診や搬送の予防につながっている。電話のみではなく、画面を通して患者の状態を直接確認できる点は大きな利点である。
- ・最近では、濃霧により医師が診療所に到着できなかった際には、看護師が患者対応を行い、オンラインで指示を受けながらエコーを実施した。尿管結石による腎盂腎炎が疑われ、適切な初期対応につながることができた。

○地域での医療を継続するために訪問看護に期待すること

- ・患者の生活状況や体調の変化を最も把握しやすいのは看護師であると考えている。そこに医療的知識と判断力をさらに高め、医師と連携しながら患者を継続的に診ていく体制を構築することが重要であり、看護師のスキル向上を期待している。
- ・へき地での看護は地域住民の生活を支える重要な役割を担う、やりがいのある仕事である。その価値を実感できるような働きやすい環境づくりを進めていきたい。
- ・一方で、へき地で働く看護師の中には、自身の仕事に十分な価値を見出せず自己肯定感が低くなっている場合もある。へき地医療は地域医療を支える重要な役割であることを共有し、自らの仕事に誇りを持てる環境づくりを進めていきたい。

○鳥島の医療を継続するために必要なこと・展望

- ・広大な範囲に広がる、少数の患者さんを、限られた医療関係者で支えられるような連携体制を整えていきたい

## VI-3. 離島等相当サービスについて

<b>離島等における介護サービス</b>	社会保障審議会介護保険部会（第120回） 令和7年5月19日	資料 2
----------------------	-----------------------------------	------

- 介護保険制度では、厚生労働省令で定める人員・設備・運営基準を満たした場合に、**指定サービス**としてサービスの提供を可能としている。
- また、厚生労働省令で定める人員・設備・運営基準の一部を満たしていない場合においても、一定の基準を満たした場合に**基準該当サービス**としてサービスの提供を可能としている。
- さらに、指定サービスや基準該当サービスの確保が著しく困難な離島等の地域においても、市町村等が必要と認める場合、これらのサービスに相当するサービス（**離島等相当サービス**）として柔軟なサービスの提供を可能としている。

名称	提供する事業者	指定の効力等	保険給付
市町村サービス	<b>指定居宅サービス</b> 指定居宅サービス事業者 ⇒ 指定基準を満たす事業者	全国	居宅介護サービス費
	<b>基準該当居宅サービス</b> 基準該当サービス事業者 ⇒ 指定基準の一部を満たしていないが、指定基準をふまえ、都道府県等が条例で定める基準に該当している事業者	市町村等 (訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所介護、福祉用具貸与、居宅介護支援)	特例 居宅介護サービス費
	<b>離島等相当サービス</b> 離島等相当サービス事業者 ⇒ 市町村等の判断により、一定の質を持つ居宅サービスに相当するサービスを提供する事業者	離島等 (市町村の一部の場合あり)	
地域密着型サービス	<b>指定地域密着型サービス</b> 指定地域密着型サービス事業者 ⇒ 指定基準（又は市町村等の基準）を満たす事業者	原則として市町村等 (利用者の経過措置あり)	地域密着型 介護サービス費
	<b>離島等の相当サービス</b> 離島等相当サービス事業者 ⇒ 市町村等の判断により、一定の質を持つ地域密着型サービスに相当するサービスを提供する事業者	離島等 (市町村の一部の場合あり) (地域密着型介護老人福祉施設生活介護を除く)	特例地域密着型 介護サービス費

<b>離島等相当サービスの実施状況</b>	社会保障審議会介護保険部会（第126回） 令和7年10月9日	資料 1
-----------------------	-----------------------------------	------

- 指定居宅サービス・基準該当居宅サービスともに確保が著しく困難な離島等の地域では、人員基準、設備・運営基準を定めず、一定の質を持つ居宅サービスに相当するサービスを、市町村等が「**離島等相当サービス**」として保険給付の対象とすることができるとしている。
- 離島等相当サービスの提供の流れや対象地域は以下のとおりで、実施保険者は、以下17都道県・27保険者（全保険1.7%）。

<p style="text-align: center;"><b>離島等相当サービスの提供までの流れ</b></p> <p>① 市町村等(保険者)が地域独自の基準として、指定要件の内容を定める。</p> <p style="text-align: center;"><b>【離島等相当サービスにより緩和された指定基準の例】</b></p> <table border="1"> <tr> <td>訪問介護</td> <td>・訪問介護員の配置基準を「任意」とする。</td> </tr> <tr> <td>訪問看護</td> <td>・看護職員の配置基準(常勤換算2.5人以上)を「常勤換算1.5人以上」とする。</td> </tr> <tr> <td>短期入所生活介護</td> <td>・医師、機能訓練指導員の配置基準を「任意」とする。 ・医務室の配置を「任意」とし、その他の設備は通所介護事業所の設備を活用することとする。</td> </tr> </table> <p>② 規則等に従い、希望する事業所からの申請・登録等を経て、離島等相当サービスの提供を開始</p>	訪問介護	・訪問介護員の配置基準を「任意」とする。	訪問看護	・看護職員の配置基準(常勤換算2.5人以上)を「常勤換算1.5人以上」とする。	短期入所生活介護	・医師、機能訓練指導員の配置基準を「任意」とする。 ・医務室の配置を「任意」とし、その他の設備は通所介護事業所の設備を活用することとする。	<p style="text-align: center;"><b>離島等相当サービスの実施保険者数、実施保険者</b></p> <p>離島等相当サービスとして保険給付の対象となる事業者があると保険者が回答したもの</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>実施保険者数</b></td> <td style="text-align: center;"><b>27 (1.7%)</b></td> </tr> <tr> <td>うち、ホームヘルプサービス</td> <td></td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>うち、デイサービス</td> <td></td> <td style="text-align: center;">20</td> </tr> <tr> <td>うち、ショートステイ</td> <td></td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">北海道</td> <td>奥尻町</td> <td rowspan="2">香川県</td> <td>高松市</td> </tr> <tr> <td>西興部村</td> <td>高知県</td> <td>いの町</td> </tr> <tr> <td>秋田県</td> <td>上小阿仁村</td> <td rowspan="4">長崎県</td> <td>長崎市</td> </tr> <tr> <td>山形県</td> <td>酒田市</td> <td>平戸市</td> </tr> <tr> <td>福島県</td> <td>鮫川村</td> <td>五島市</td> </tr> <tr> <td>東京都</td> <td>檜原村</td> <td>西海市</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">新潟県</td> <td>小笠原村</td> <td>熊本県</td> <td>天草市</td> </tr> <tr> <td>粟島浦村</td> <td rowspan="2">鹿児島県</td> <td>十島村</td> </tr> <tr> <td>滋賀県</td> <td>近江八幡市</td> <td>多良間村</td> </tr> <tr> <td>奈良県</td> <td>下北山村</td> <td rowspan="4">沖縄県</td> <td>竹富町</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">岡山県</td> <td>笠岡市</td> <td>与那国町</td> </tr> <tr> <td>西粟倉村</td> <td>沖縄県介護保険 広域連合</td> </tr> <tr> <td>広島県</td> <td>三原市</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">山口県</td> <td>秋市</td> <td></td> </tr> <tr> <td>岩国市</td> <td></td> </tr> </table>	<b>実施保険者数</b>		<b>27 (1.7%)</b>	うち、ホームヘルプサービス		10	うち、デイサービス		20	うち、ショートステイ		8	その他		3	北海道	奥尻町	香川県	高松市	西興部村	高知県	いの町	秋田県	上小阿仁村	長崎県	長崎市	山形県	酒田市	平戸市	福島県	鮫川村	五島市	東京都	檜原村	西海市	新潟県	小笠原村	熊本県	天草市	粟島浦村	鹿児島県	十島村	滋賀県	近江八幡市	多良間村	奈良県	下北山村	沖縄県	竹富町	岡山県	笠岡市	与那国町	西粟倉村	沖縄県介護保険 広域連合	広島県	三原市		山口県	秋市		岩国市	
訪問介護	・訪問介護員の配置基準を「任意」とする。																																																																				
訪問看護	・看護職員の配置基準(常勤換算2.5人以上)を「常勤換算1.5人以上」とする。																																																																				
短期入所生活介護	・医師、機能訓練指導員の配置基準を「任意」とする。 ・医務室の配置を「任意」とし、その他の設備は通所介護事業所の設備を活用することとする。																																																																				
<b>実施保険者数</b>		<b>27 (1.7%)</b>																																																																			
うち、ホームヘルプサービス		10																																																																			
うち、デイサービス		20																																																																			
うち、ショートステイ		8																																																																			
その他		3																																																																			
北海道	奥尻町	香川県	高松市																																																																		
	西興部村		高知県	いの町																																																																	
秋田県	上小阿仁村	長崎県	長崎市																																																																		
山形県	酒田市		平戸市																																																																		
福島県	鮫川村		五島市																																																																		
東京都	檜原村		西海市																																																																		
新潟県	小笠原村	熊本県	天草市																																																																		
	粟島浦村	鹿児島県	十島村																																																																		
滋賀県	近江八幡市		多良間村																																																																		
奈良県	下北山村	沖縄県	竹富町																																																																		
岡山県	笠岡市		与那国町																																																																		
	西粟倉村		沖縄県介護保険 広域連合																																																																		
広島県	三原市																																																																				
山口県	秋市																																																																				
	岩国市																																																																				

\*1 豪雪地帯対策特別措置法 \*2 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律  
\*3 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法

(出典) 令和2年度老人保健健康増進等事業「離島等における介護サービス確保に向けた人材育成や自治体による支援方策に関する調査研究事業」報告書及び令和5年度介護保険事務調査（厚生労働省介護保険計画課調べ）

# 離島・中山間地域等における介護サービス提供体制の確保に関する周知等

これまで及び今後の取組

社会保障審議会介護保険部会（第124回）  
令和7年9月8日

資料1

- 基準該当サービスや離島等相当サービスなど介護サービス事業所の運営に当たって課される基準の緩和措置のほか、介護報酬上の加算による評価、サービス提供体制確保等に係る支援等を行うとともに、**毎年度、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議の場等を活用して、その周知を図っている。**
- 加えて、厚生労働省の補助事業（老人保健健康増進等事業）を活用し、**離島、中山間地域等において活用が可能な施策や介護サービスの提供体制確保に積極的に取り組む自治体の事例をまとめた手引やヒント集、ガイドブックの作成・周知を行っているところ、令和7年度においては、全国の自治体の離島等相当サービスの運用実態や活用意向等を調査し、活用の妨げとなり得る要因を分析するとともに、活用を促進する方策を検討及び離島等相当サービスの導入手順等をまとめた資料を作成予定である。**

（参考）老健保健健康増進等事業の主な成果物

<p><b>調査研究事業報告書</b></p> <p>離島等における介護サービスの提供体制の確保方策のあり方と既存施策のあり方に関する調査研究事業報告書</p>	<p><b>手引き</b></p> <p>離島等における介護サービスの提供体制の確保方策のあり方と既存施策に関する手引き</p>	<p><b>役立つヒント集</b></p> <p>介護人材確保にお悩みの離島や中山間地域～役立つヒント集～</p>	<p><b>ガイドブック</b></p> <p>介護サービス受給に関するガイドブック～離島・中山間地域編～</p>

実施主体：公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

## 基準該当・離島等相当サービス実施市町村における実際の運用状況①

社会保障審議会介護保険部会（第124回）  
令和7年9月8日

資料1

- 基準該当・離島等相当サービスにおける導入のきっかけは、**職員の人員配置基準を満たさない**という理由が多い。
- 当該サービスに切り替えることで、中山間地域等においても必要なサービスが適切に提供できるようになり、更に、離島等相当サービスにおいては、導入に係る課題はあるものの、**地域の実情に合わせた運用ができてきているケースもあると考えられる。**

	基準該当サービス	離島等相当サービス
<b>導入のきっかけ・理由</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指定居宅介護サービスだと職員の人員配置基準を満たさなかったため。</li> <li>・既に指定を受けていた事業所が、人員配置基準を満たすことが困難となったため。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域密着型通所介護を提供していたが、基準を満たす人員の確保が難しくなったため。</li> <li>・指定基準では配置が必要である看護師及び機能訓練指導員の確保が困難となったため。</li> </ul>
<b>配置基準の緩和例</b>	<p>【訪問介護】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護員：常勤換算2.5以上→職員3人以上（勤務時間に関する要件なし）</li> <li>・管理者以外は全て非常勤</li> </ul> <p>【通所介護】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者：常勤→常勤でなくて良い</li> <li>・生活相談員、介護職員：生活相談員及び介護職員のうち1人以上は常勤でなくて良い</li> </ul>	<p>【訪問介護】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護員：常勤換算2.5以上→常勤換算1.0以上</li> <li>・サービス提供責任者：通所に配置する生活相談員を配置（条件として介護初任者研修の資格の者かつ、3年以上実務経験している者）</li> <li>・サービス提供責任者：介護福祉士その他厚生労働大臣が定める者又は別に市町村長が認める者を含む</li> </ul> <p>【通所介護】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員：単位ごとに専従1以上→配置を任意/専従でなくて良い</li> <li>・機能訓練指導員：1以上→配置を任意</li> </ul> <p>※こうした内容について、要綱上規定しているケースも存在。</p>
<b>市町村における導入（条例等策定）における課題</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県の条例はあるものの、介護保険設立時から改定されていないため市の要綱作成や審査請求について検討することの負担感があり、また、他自治体ごとに規則、要綱など位置づけの形や内容が様々なため参考にしづらく、市町村内の決裁に時間を要した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・条例や規定等を策定する際には、参考にする資料がなかったため地域の実情に鑑みて細かい点（人員基準等）を策定することに時間を要した。</li> <li>・県や国保連合会に相談しても前例がない中、緩和要件の設定や審査請求の調整などを市町村で検討しなければならない負担感があった。</li> <li>・他自治体の前例など情報がなく進め方に不透明点が多かった。</li> </ul>

（出典）第123回介護保険部会（令和7年7月28日）における関係者ヒアリング及び令和7年度老人保健健康増進等事業「中山間地域等における安定的な介護サービス提供に資するための方策に関する調査研究事業」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）のヒアリング資料を基に老健局認知症施策・地域介護推進課において作成

## 基準該当・離島等相当サービス実施市町村における実際の運用状況②(改)

社会保障審議会介護保険部会  
(第124回)  
令和7年9月8日

資料1  
(一部改)

- 基準該当・離島等相当サービスを実施している自治体において、サービスの質の確保として以下の取組がみられる。
- ・ 常勤・非常勤の縛りを緩和したのみで必要な職員数は確保していること
  - ・ 人員配置以外の基準は、通常の指定基準と同様にしていること
  - ・ 常に連携がとれる状況で事業所に対して指導を実施すること
  - ・ 他方、介護支援専門員や包括との連絡を密にし、利用者の情報や介護記録を居宅介護支援事業所と共有できる介護ソフトを導入する等、生産性を向上し少ない人員でもサービス需要に対応し質を確保する取組を行っている自治体も存在。
- これらの取組により、中山間・人口減少地域に居住する高齢者に対して適切にサービスが利用できるよう対応している。
- 中山間・人口減少地域において抱える現状の課題としては利用者不足や居宅介護サービス費と同等の報酬で設定しているが、経営が厳しいという声が多くある。

	基準該当サービス	離島等相当サービス
サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 常勤の人数は減ったが、職員自体に変更はないため、利用者との信頼関係に基づき丁寧なサービス提供を継続出来ている。</li> <li>・ 人員配置以外の基準は、通常の指定基準に準じて実施。</li> <li>・ 月1回、地域ケア会議を実施。</li> <li>※地域ケア会議：村内の全介護事業所、包括支援センター、村の保健福祉課、保健師、障害担当、栄養士が参加して、介護事業所における困難事例や地域課題について、意見交換する場を設け、解決に向けて共通認識を図った。</li> <li>・ 少ない人員でもサービス需要に対応できるよう、利用者の情報や介護記録を居宅介護支援事業所と共有できる介護ソフトを導入し、生産性の向上にも努めている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師1名、看護師1名配置の診療所が近隣(200m)に所在しており、利用者に異変があった場合には医療対応が可能な体制が整えられている。</li> <li>・ 社協が運営している事業所であるため、普段から村役場と常に連携し、必要時指導を実施している。</li> </ul>
給付額の設定	・ 居宅介護サービス費と同様の基準額(90/100)	・ 居宅介護サービス費と同様の基準額(90/100)
支払いの仕組み等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国保連絡由で受領委任払い。</li> <li>・ 居宅介護サービス費と同様の額で設定。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国保連絡由で受領委任払い。受領委任払いだが、離島等相当サービスのみ、別途異動管理表で自治体が直接対応。</li> <li>・ 居宅介護サービス費と同様の額で設定。</li> </ul>
導入後のメリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員不足でも一定の質を保ちサービスの提供ができる。</li> <li>・ 事業継続が可能となり、空き時間を別サービスの人員に当てることができ、シフトを組みやすくなった。</li> </ul>	・ 市町村で基準を変えられるので、地域の実情に合わせた運用ができる。
現状の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者数不足。</li> <li>・ 居宅介護サービス費と同等の報酬で設定しているがそれでも経営は厳しい。</li> <li>・ 人材確保(特に有資格者)が難しく若者の確保が難しい。離島へ移住しても定住はしない。</li> <li>・ 職員が高齢であること、採算性が悪く市からの補助が必要なことから、事業存続が危ぶまれている。</li> </ul>	

(出典) 第123回介護保険部会(令和7年7月28日)における関係者ヒアリング及び令和7年度老人保健健康増進等事業「中山間地域等における安定的な介護サービス提供に資するための方策に関する調査研究事業」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)のヒアリング資料を基に老健局認知症施策・地域介護推進課において作成

## 離島・中山間地域でのサービス維持(基準該当サービス・離島等相当サービスの基準)

社会保障審議会介護保険部会  
(第123回)  
令和7年7月28日

資料3-1  
(長崎県提供)

### ② 離島等相当サービス

基準該当サービスの確保も著しく困難な地域(離島その他の地域であって厚生労働大臣が定める基準に該当する地域)において、市町村(保険者)が必要と認める場合には、人員基準、設備・運営基準を定めず、一定の質を持つ居宅サービスに相当するサービスを、市町村が「離島等相当サービス」として保険給付の対象とすることができる。(介護保険法第42条、47条、54条、59条)

#### ●対象となるサービス

指定サービス・基準該当サービス以外の居宅サービス・介護予防サービス

#### ●サービスを提供する事業所の要件

市町村(保険者)が定める

〈実施市町〉

市町名	離島名	サービス種類	緩和した指定基準
平戸市	度島	地域密着型通所介護	機能訓練指導員の配置、設備基準を任意
五島市	久賀島、花島	地域密着型通所介護	機能訓練指導員の配置を任意
西海市	江島、平島、松島	通所介護	看護職員、機能訓練指導員の配置を任意
小値賀町	小値賀島	訪問看護	人員基準を緩和

# VI-4. 訪問看護事業所アンケート調査票

7) 貴事業所に併設している施設、事業所について該当するものに○をつけてください。(複数回答可)  
 注)併設とは同一建物内に併設しているほか、隣に立地(隣接)もしくは道路を挟んだ向かいに立地しているなどを指す

介護	1. 介護医療院 2. 介護老人保健施設 3. 特別養護老人ホーム 4. 訪問介護 5. 要介護・要介護訪問看護 6. 訪問看護・サテライト 7. 訪問入浴介護 8. 訪問リハビリテーション 9. 通所介護 10. 療養通所介護 11. 通所リハビリテーション 12. 短期入所生活介護 13. 小規模多機能型居宅介護 14. 看護小規模多機能型居宅介護 15. 居宅介護支援 16. 地域包括支援センター
住まい	1. サービス付き高齢者向け住宅 2. 有料老人ホーム 3. 認知症対応型グループホーム 4. その他 ( )
医療	1. 1~3次救急受入可能医療機関 2. 在宅療養支援診療所 3. 24時間対応の訪問診療 4. 一般の診療所 5. 在宅療養支援診療所 6. その他 ( )

8) 貴事業所の所在地や利用者についてうかがいます

貴事業所は、特別地域加算の対象地域に所在していますか	1.はい 2.いいえ 3.わからない
貴事業所は、中山間地域等加算(小規模・提供加算)の対象地域に所在していますか	1.はい 2.いいえ 3.わからない
利用者に、特別地域加算の対象地域の居住者はいませんか	1.はい 2.いいえ 3.把握していない
利用者に、中山間地域等加算(提供加算)の対象地域の居住者はいませんか	1.はい 2.いいえ 3.把握していない

9) 貴事業所が2025年8月時点で届出もしくは算定している加算等を教えてください(複数回答可)  
 注)算定しているとは、2025年7月の実績でご回答ください(複数回答可)

介護医療院	1. 緊急時訪問看護加算(Ⅰ) 2. 緊急時訪問看護加算(Ⅱ) 3. 特別管理加算 4. ターミナルケア加算 5. 看護体制強化加算(Ⅰ) 6. 看護体制強化加算(Ⅱ) 7. 専門管理加算 8. 遠隔死亡診断補助加算 9. サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 10. サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 11. 特別地域訪問看護加算 12. 中山間地域等提供加算 13. 中山間地域等提供加算
医療医療院	1. 24時間対応体制加算 2. 24時間対応体制加算 ロ(業務負担軽減取組みなし) 3. 特別管理加算 4. 訪問看護ターミナルケア療養費1 5. 訪問看護ターミナルケア療養費2 6. 精神科訪問看護基本療養費 7. 特別地域訪問看護加算 8. 専門管理加算 9. 遠隔死亡診断補助加算 10. 機能強化型訪問看護管理療養費1 11. 機能強化型訪問看護管理療養費2 12. 機能強化型訪問看護管理療養費3 13. 訪問看護管理療養費1 14. 訪問看護管理療養費2 15. 訪問看護医療 DX 情報活用加算 16. 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ) 17. 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)

令和7年度 厚生労働省 老人保健医療推進等事業  
 訪問看護サービス提供体制強化に向けた調査研究事業  
**訪問看護事業所調査票**

※本調査票は、訪問看護事業所の管理者の方にご入力ください。  
 ※調査票内の「貴事業所」は訪問看護事業所のことを指し、併設する他サービスの事業所は含みません。  
 ※回答の際は、あてはまる番号や記号を選択してください。選択肢は原則1つですが、複数回答の場合は、質問文に記載しています。  
 ※具体的な数値等をご記入いただく箇所もあります。該当がない場合は「0」とご記入ください。  
 ※調査期間は、2025年8月1日(7月1ヶ月の実績)または、質問に記載している期間とします。  
 ※回答所要時間はおよそ30分です。実績を確認いただく設問は5個程度です。  
 ※地域の状況等を特定し、集計・分析を行うことがあります。

1. 貴事業所の基本情報をおうかがいします。

1) 開設年	西暦 ( ) 年
2) 貴法人の開設主体	1. 医療法人 2. 営利法人(株式会社等) 3. 社会福祉法人 4. 医師会 5. 社団法人・財団法人 6. 協同組合 7. 地方公共団体 8. 特定非営利活動法人(NPO) 9. その他( )
3) 貴事業所に当てる主要な類型	1. 訪問看護ステーション 2. 病院(みなし訪問看護※) 3. 診療所(みなし訪問看護※) <small>※病院医療機関としての指定を受け、介護保険法上の訪問看護事業所としてのみなし指定を受けている場合</small>
4) 貴事業所に当てる主要な事業開設型	1. 個人開業型(回答者と法人代表者が同じ) 2. 母体組織開業型(回答者が母体法人に雇用され管理職に従事している)
5) サテライト数(ない場合は0と記載してください)	箇所
6) あなたが管理者として従事するにあたり受講した訪問看護の管理者研修などについて当てはまるものをすべて選んでください(複数回答可)	

1. 看護協会が実施する訪問看護管理者研修  
 2. ステーション協会(連絡会・協議会を含む)が実施する訪問看護管理者研修  
 3. 全国訪問看護事業協会が実施する訪問看護管理者研修  
 4. 日本訪問看護財団が実施する訪問看護管理者研修  
 5. 自治体(指定権者)が実施する訪問看護管理者研修  
 6. 所属する法人が実施する管理者研修  
 7. 民間企業が提供する管理者または経営セミナー  
 8. Webで公開されている資料の研修動画  
 9. その他 ( )  
 10. 特になし

10) 9) で「【介護保険】1. 又は2. 緊急時訪問看護加算または【医療保険】1. 又は2. 24時間対応体制加算」に〇をつけていない(届出をしていない)方 (複数回答可)

その理由について当てはまるもの全てお選びください (複数回答可)

1. 対応の外部委託ができず、事業所内で対応が可能な人材が不足している
2. 24時間対応が必要な利用者が少ない又はいない
3. 他の訪問看護事業所が24時間対応を担っている
4. 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
5. 他の医療機関(病院・診療所)が24時間対応を担っている
6. その他( )

11) 9) で「【介護保険】1. 又は2. 緊急時訪問看護加算または【医療保険】1. または2. 24時間対応体制加算」に〇をつけた(届出をしている)方 (複数回答可)

12) 9) で「【介護保険】1. 又は2. 緊急時訪問看護加算または【医療保険】1. または2. 24時間対応体制加算」に〇をつけた(届出をしていない)方 (複数回答可)

1. 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
2. 新たな人材の確保ができなければ体制維持は難しい
3. 新たな利用者の確保ができなければ体制維持は難しい
4. 他の訪問看護事業所と負担を分散している
5. 医療機関と負担を分散している
6. 電話対応を看護職員以外でも担っている
7. 特に当てはまるものはない

12) 9) で「【介護保険】4. ターミナルケア加算または【医療保険】4. 又は5. 訪問看護ターミナルケア療養費」に〇をつけた(届出をしている)方 (複数回答可)

過去1年間で「ターミナルケア加算(療養費)」を算定した利用者はいましたか

1. はい
2. いいえ

13) 12) で「1. はい」に〇をつけた方 (複数回答可)

在宅での看取りができた理由として当てはまるものすべて選択してください (複数回答可)

1. 利用者・家族の意向が明確であった
2. 受診可能な医療機関が近くになかった
3. 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
4. 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
5. 緊急時の対応について利用者・家族と共有していた
6. 生活支援が整っていた
7. 複数の機関による連携体制が構築されていた
8. 遠隔で状態が確認できる環境にあった
9. 小まめに電話等により状態を確認していた
10. 在宅酸素療法に関する機器の購入が可能であった
11. その他( )

14) 12) で「1. はい」に〇をつけた方 (複数回答可)

これからの在宅看取りを支援していく上の課題について、当てはまるものすべて選択してください (複数回答可)

1. 家族介護力の確保
2. 訪問診療を行う医師の確保
3. 訪問看護を行う看護師の確保
4. 介護サービスの確保
5. 地域住民の協力の確保
6. 訪問看護師自身がスキルアップする機会
7. 利用者・家族がケア内容を相談する機会や窓口
8. 医療機関への通院に要する時間
9. 迅速な救急搬送の可否
10. 訪問看護側の利用者宅訪問に要する時間
11. その他( )
12. 特になし

15) 9) で「【介護保険】8. 遠隔死亡診断補助加算または【医療保険】9. 遠隔死亡診断補助加算」に〇をつけていない(届出をしていない)方 (複数回答可)

16) 9) で「【介護保険】8. 遠隔死亡診断補助加算または【医療保険】9. 遠隔死亡診断補助加算」に〇をつけた(届出をした)方 (複数回答可)

17) 9) で「【介護保険】11. 特別地域訪問看護加算、12. 中山間地域等における小規模事業所加算、13. 中山間地域等提供加算、【医療保険】7. 特別地域訪問看護加算」の要件に該当しているもの、〇をつけていない(届出をしていない)方 (複数回答可)

加算の届出をしていない理由を教えてください (複数回答可)

1. 加算算定に係る届出が面倒だから
2. 加算算定の届出に得られる報酬が見合わないから
3. 利用者の負担が増えるから
4. 返戻や算定のリスクを避けたいから
5. その他( )

2. 2025年7月の利用者についておうかがいします。

18) 訪問看護の2025年7月1カ月間の訪問看護対象者(実人数)、延べ訪問回数を教えてください

※訪問対象者数は1回の訪問毎に1人と数えます。同一月に介護保険と医療保険の訪問看護サービス利用をした利用者についても、それぞれ1回の訪問毎に1人として計上してください

※「D. 中山間地域等に居住する利用者」がいない場合は、「0」と記入してください

	訪問対象者数(実人数) (2025年7月1カ月間)	延べ訪問回数 (2025年7月1カ月間)
A. 介護保険の利用者	人	回
(Aのうち特別訪問看護指示書に基づく訪問)	人	回
B. 医療保険の利用者	人	回
(Bのうち精神科訪問看護基本療養費を算定)	人	回
(Bのうち小児の利用(15歳未満))	人	回
(Bのうち厚生労働大臣が定める疾病等(別表7)の利用者)	人	回
C. 特別管理の状態の利用者(別表8)	人	回
D. 中山間地域等に居住する利用者	人	回
E. 緊急に訪問した利用者	人	回
F. 2024年4月～2025年3月の間の在宅看取り算数(入院・入所後24時間以内の死亡の場合を含む)	人	人

3. 訪問距離・移動範囲の状況についてお答えください。

19) 1回の訪問看護提供に係る平均移動所要時間を教えてください	2025年2月	分
	2025年7月	分
20) 最も使用する訪問の移動手段を選んでください	1. 車 2. バイク (原付含) 3. 自転車 4. 徒歩 5. 船 6. その他	
21) 利用者の中で、事業所から一番近い利用者宅まで最も使用する移動手段は何分かりますか そこは事務所からおおよそ何キロ離れていますか	2025年2月	分
	2025年7月	分
22) 21)の移動手段を選んでください	1. 車 2. バイク (原付含) 3. 自転車 4. 徒歩 5. 船 6. その他	
	2025年2月	分
23) 利用者の中で、事業所から一番近い利用者宅まで最も使用する移動手段は何分かりますか そこは事務所からおおよそ何キロ離れていますか ※最も使用する移動手段は車だが、この利用者宅まで訪問するに船を利用する場合は、船による所要時間を回答してください。	2025年2月	分
	2025年7月	分
24) 23)の移動手段を選んでください	1. 車 2. バイク (原付含) 3. 自転車 4. 徒歩 5. 船 6. その他	
25) 1週間の訪問スケジュールにおいて、片道の移動時間に60分以上を要する利用者はいくらいますか	何人	
26) 移動に関する苦勞や負担で当てはまるものを教えてください。(複数回答可)	1. 移動時間が長く訪問件数を増やしていく 2. 冬の積雪・凍結など天候による影響が大きい 3. ガソリン代・車両維持費が負担 4. 緊急訪問時に遠方へ対応していく 5. 道路状況が悪く安全に不安がある 6. 移動に際し野生動物への配慮が必要 7. その他 ( ) 8. 特になし	
27) 訪問する範囲を設定していますか (複数回答可)	1. 訪問できる範囲距離は設定していない 2. 市町村の単位で設定している 3. 概ね半径 ( ) kmに設定している 4. 概ね片道 ( ) 分で訪問できる範囲に設定している 5. その他 ( )	

4. 専門の研修 (※) を受けた看護師の従事及び連携に関してお答えください。

※① 日本看護協会認定看護師教育課程  
※② 日本看護協会が認定している看護系大学の専門看護師教育課程  
※③ 特定看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修

28) 貴事業所には専門の研修 (※) を受けた看護師が従事していますか	1. 従事している	2. 従事していない
専門看護師	1. 従事している	2. 従事していない
認定看護師	1. 従事している	2. 従事していない
特定行為研修修了者	1. 従事している	2. 従事していない
29) 貴事業所は従事者以外の専門の研修 (※) を受けた看護師と連携していますか	1. 連携している	2. 連携していない
専門看護師	1. 連携している	2. 連携していない
認定看護師	1. 連携している	2. 連携していない
特定行為研修修了者	1. 連携している	2. 連携していない
30) 29)で「連携している」に○をつけた方「専門の研修 (※) を受けた看護師」などのような連携を行っていますか (複数回答可)	1. ケア方法や手技の実践に関する助言 2. 困難事例について対応方法について相談 3. ケース検討やカンファレンスへの参加 4. 訪問同行・同行支援 5. 事業所の体制整備に関する助言 6. 専門領域の研修会の開催 7. その他 ( )	

5. ICTツールの導入・活用状況についてお答えください。

31) 貴事業所で活用しているICT機器として該当するものすべて選んでください (複数回答可)	1. カルア及び請求業務が一体化したソフト 2. 利用者の遠隔モニタリング 3. 利用者情報共有のための連携ツール (職員間) 4. 主治医・医師機関との情報共有のための連携ツール 5. オンラインカンファレンス 6. 訪問後の事務作業 (請求・スケジュール管理) 7. ポータブル電子機器等の医療デバイス 8. 請求ソフト 9. 家族とのオンライン面談 10. オンライン研修・eラーニングの受講 11. 訪問ルート自動作成などのツール 12. その他 ( ) 13. 特になし
32) 31)で1~12のいずれかに○をつけた方「活用している」ICT機器により導入前後と比較して得られた効果として該当するものすべて選んでください (複数回答可)	1. 記録時間が短縮した 2. 請求業務時間が短縮した 3. 利用者の状態確認にかかる時間が減った 4. 利用者・家族との情報共有にかかる時間が減った 5. 主治医や関係職種との情報共有にかかる時間が減った 6. 利用者・家族との情報共有する機会が増えた 7. 主治医や関係職種との情報共有する機会が増えた 8. 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 9. 訪問スケジュールの調整にかかる時間が減った 10. 研修の受講が容易になった 11. 移動にかかる時間が減った 12. 職員の超過勤務が減った 13. 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 14. その他 ( ) 15. 効果は感じられない

33) 32) で1～14のいずれかに○をつけた方 効果を得られた理由やポイントとして該当するものすべて選択してください。(複数回答可)	
1. 職員全員が使い方を理解していた 2. 機器やネット環境が整っていた 3. 外部のサポートがあった(ベンダーや行政など) 4. 上司や管理者の理解があった 5. 導入のための専任者がいた 6. 利用者・家族の理解があった 7. 医師や関係職種との理解があった 8. その他( )	
34) 31) で1～12のいずれかに○をつけた方 ICT機器を導入する上で自治体や中小企業庁など、公的機関からの補助金を活用しましたか	1. はい 2. いいえ 3. 補助金があることを知らなかった
35) 31) で1～12のいずれかに○をつけた方 ICTを導入する際に困ったことはありますか	1. はい 2. いいえ
36) 35) で「1. はい」に○をつけた方 困った内容を教えてください	1. 通信環境が不安定なことが多い 2. 訪問先では圏外になることがある 3. 機器やソフトが常備で導入が難しい 4. 職員のITリテラシーが不十分である 5. 操作研修やサポートが不足している 6. 個人情報保護の取り扱いに不安がある 7. 医師・多職種とのデータ連携が難しい 8. その他( )
6. オンライン診療補助についておうかがいします。 37) D to P with N (訪問看護師がオンラインで医師と繋ぎ、遠隔診療をすること)を2025年1月から6月までの間で実践した経験はありますか(利用者のみならず、利用者以外の患者に対して訪問看護師がオンライン診療補助した場合も含みます)	1. はい 2. いいえ
38) 37) で「1. はい」に○をつけた方 2025年6月のひと月間で何人の患者にD to P with Nをおこないましたか	人
39) 38)のD to P with Nを行った患者のうち、訪問看護の利用者は何人ですか	人
40) 38)のD to P with Nを行った患者のうち、介護保険利用者は何人ですか	人
41) 37)で「1. はい」に○をつけた方 どこで実施していますか(複数回答可)	
1. 利用者宅 2. 地域の公民館や集会所 3. その他( )	

42) 37)で「1. はい」に○をつけた方 2025年6月のひと月間でD to P with Nを行った患者の主たる病名や状態ごとに人数を教えてください(該当する場合は人数を記入してください。空白は0人として集計します)	
1. 介護保険利用者	人
2. 特別訪問看護指示書が交付された者	人
3. がん末期(終末期)	人
4. 神経難病	人
5. 認知症	人
6. 脳梗塞後遺症	人
7. 優性心不全	人
8. 糖尿病	人
9. 高血圧	人
10. 精神科訪問看護を算定している者	人
11. 人工呼吸器を使用している者	人
12. 創傷管理が必要な者	人
13. 疼痛コントロールが必要な者	人
14. 医療的ケア児	人
15. 通院が難しい(移動困難、付き添い家族の負担が大きい)	人
16. 定期的な診察や薬の処方が必要	人
17. 在宅での緩和ケアや看取りを希望	人
18. 急変時に医師の判断が必要だが、すぐの訪問が困難	人
19. 家族や職員が不安を感じる場面が多い	人
20. その他( )	人
43) 37)で「1. はい」に○をつけた方 D to P with Nに係る時間について教えてください	
診察前の情報収集・アセスメント	分
通信環境の設置・確認	分
医師の診察・診療の補助	分
医師の診察後の看護師の薬業支援、フォロー	分
服薬指導(実施した場合のみ記入してください)	分
その他	分
その他の内容	

44) 37) で「1. はい」に○をつけた方 D to P with Nの頻度について教えてください(もっとも多いパターンで回答してください)	1. 看護師の訪問のたびに実施 2. 週1回以上 3. 月数回 4. 医師が必要と判断した時のみ 5. その他( )
45) 37) で「1. はい」に○をつけた方 D to P with Nを要際に行ってみて患者のためにオンライン診療の補助はスムーズに行えたと感じますか	1. はい 2. いいえ 3. わからない
46) 37) で「1. はい」に○をつけた方 実際にD to P with Nを実施する中で、利用者にもたらす効果として当てはまるものを全て選んでください (複数回答可)	1. 利用者・家族等の通院の負担が減らせる 2. タイムリーな診療を受けることができる 3. 移動が軽減する分、診療(診てもらった)回数が増える 4. 療養生活を支援してくれる者(看護師や介護職)も回数が可能で情報共有がスムーズになる 5. その他( )

7. 利用者への薬剤提供についてお聞きいたします。  
47) 2024年8月～2025年7月の期間において薬剤が手元(利用者宅)にないために、訪問看護の利用者に院内に薬物治療が提供できず症状が悪化した事例はありますか

48) 47) で「1. あり」に○をつけた方 医師の指示はあっても手元(利用者宅)になかった薬剤は何ですか(複数回答可)	1. 被覆材 2. 解熱鎮痛剤 3. ステロイド以外の軟こう 4. ステロイド軟こう 5. 洗眼液 6. 抗生剤 7. 麻薬の鎮痛剤 8. 脱水症および予防のための輸液 9. 湿布 10. 下剤 11. 止痢剤 12. 感冒薬 13. その他( )
--	--

49) 47) で「1. あり」に○をつけた方 医師の指示のもと、訪問看護の際に臨時で使用する薬品をどのように確保しましたか(複数回答可)	1. 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 2. 薬局で調剤されたものが利用者宅に届く 3. 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 4. 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 5. 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 6. その他( )
--	---

8. 事業運営についてお聞きいたします。  
50) 貴事業所では従業員の賃上げ(ボーナスアップ)※を実施しましたか  
※ここでの賃上げは給与ベースを上昇させ、年取上がった(または予定)のことを指し、年齢や職階格等の給与テーブルに基づく運営の給与の増額は該当しません

令和5年度	1. 実施した 2. 実施していない
令和6年度	1. 実施した 2. 実施していない
令和7年度(予定)	1. 実施した 2. 実施していない

51) 50) で1つでも「1. 実施した」と回答した方 どのように実施したか教えてください	1. 基本給の引き上げ 2. 処遇改善の手当による引き上げ 3. 処遇改善以外の手当による引き上げ 4. その他( )
52) 貴事業所の2024年度決算の状況(収支差率=(昨年度収入-支出)÷昨年度収入×100)を教えてください ※収支差率を計算する際、補助金は除いて計算してください	1. 20%以上 2. 10～20%未満 3. 5～10%未満 4. 0～5%未満 5. 0～▲5%未満 6. ▲5～▲10%未満 7. ▲10～▲20%未満 8. ▲20%以上

53) 事業運営に際して受けている補助金はありますか	1. ある 2. ない 3. わからない
54) 貴事業所で過去3年で受けた補助金等(コロナ関係の補助金を除く)について教えてください (複数回答可) ※公的資金を受けている場合は、その他に内容を記載してください(市費等による運営費の負担等)	1. 訪問看護師の研修受講に対する補助 2. ICTツール導入に対する補助 3. ステーションの大規模化又はサテライト設置に 4. 訪問看護人材確保に対する補助 5. その他( )

55) 今後3年以内の事業規模の拡大・維持・縮小の意向について、最も当てはまるものを教えてください	1. 規模拡大予定(訪問エリアを拡大) 2. 規模拡大予定(別事業を新規立ち上げ) 3. 規模拡大予定(職員を増やし利用者数を拡大) 4. 現状維持 5. 規模縮小予定 6. 休止・廃止予定 7. 他事業所との合併統合予定 8. 他事業所との合併を希望 9. その他( )
---	--

56) 55) で1～4に○をつけた方 今後3年以内の訪問エリアの拡大・維持・縮小の意向について教えてください(複数回答可)	1. 隣接する市町村まで訪問エリアを拡大予定 2. 所在自治体内で訪問エリアを拡大予定 3. 現状維持 4. 訪問エリアは縮小し多機能型事業を実施予定 5. 訪問エリアは縮小し利用者規模は維持する予定 6. その他( )
57) サテライト設置の意向	1. あり 2. なし

58) 55)で「5. 規模縮小予定」「6. 休止・廃止予定」に○をつけた方（複数回答可）  
その理由を教えてください

1. 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
2. 地域における訪問看護のニーズの減少が見込まれる
3. 統合する訪問看護事業所がありシニア拡大が難しい
4. 看護職員の人材確保が難しい
5. 看護職員以外の人材確保が難しい
6. 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
7. 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
8. 運営法人等の方針である
9. 大規模化に関して職員の理解が得られない
10. その他（ ）
11. 特になし

59) 事業運営上の課題があれば教えてください（複数回答可）

1. 職員の確保
2. 利用者の減少
3. 支援機関（診療所等）との連携
4. 計画した訪問回数を確約出来ない
5. ガソリン代などの物価高騰
6. 職員の働き方改革
7. 収益率が低い
8. 訪問に要する時間が長い利用者の増加
9. その他（ ）

60) 事業運営を継続する上で必要な支援はどのようなことですか（複数回答可）

1. 看護職員の採用支援
2. 看護職員以外の採用支援
3. 夜間・緊急対応できる人材の確保
4. 潜在看護師の活用
5. ガソリン代や車両維持費の補助
6. 悪天候時の安全運行支援（スノータイヤ等の準備）
7. 交通インフラの整備（道路・除雪）
8. 遠隔診療やICTでの対応支援
9. ICT機器の導入費補助
10. 専門性の高い研修機会の提供
11. 事業運営・経営に関する研修機会の提供
12. 事業運営・経営に関する伴走支援の提供
13. 事業運営・経営に関する相談窓口の提供
14. 小規模ステーションへの経営安定基金の充実
15. その他（ ）

9. ベースアップ評価料についておかがいします。  
貴事業所でベースアップ評価料を算定されていない場合にお答えください（複数回答）

61) ベースアップ評価料を算定（届出）しない理由として該当するものすべて選んでください（複数回答）

1. 届出・実績報告のための計算が手間である
2. 毎月得られる金額が異なり、安定した賃上げが不安である
3. 賃上げに伴う社会保険料の支払いが不安である
4. 要件が複雑で理解できない
5. 届出の際の事務作業外注費用が高いため
6. 給与規則などがなく手当としての支給の仕方が分からない
7. 収支の状況から賃上げができない
8. 患者（自己負担）への説明が難しいため
9. 事業所単位で賃金改善を行わないといけないため法人内の公平性が保てない
10. 一定の賃金改善をしないと事務職員に充当することができないため事業所内の公平性が保てない
11. 届出をしなくても、十分な賃上げが可能のため
12. 時限的な報酬だと認識していて手間・収入の観点から算定（届出）していない
13. 総収入に占める介護報酬収入割合が高く、ベースアップ評価料分の収入だけでは事務負担に比して十分な賃上げ原資が得られないため
14. その他（ ）

62) 貴事業所では定期昇給の仕組みがありますか

1. ある
2. ない
3. 収益貢献など歩合制

63) 貴事業所では賞与支給の仕組みがありますか

1. ある
2. ない
3. 業績連動による支給

64) 62)で定期昇給が「1. ある」場合、年度単位での昇給額のおよその金額をお答えください  
( ) 円 / 年 昇給

65) 貴事業所の所定労働時間について教えてください  
( ) 時間 / 週 ※時短勤務の方は除く就業規則に定める時間数 7.5時間/日=37.5時間/週

10. ヒアリング調査にご協力いただけただけの場合は、ご連絡先をご記載ください。

事業所名	
ご担当者名	
お電話	
メールアドレス	

調査お疲れ様でした。ご協力に感謝いたします。





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