

# 間違いだらけの 訪問看護ステーション経営

つばうち のりこ  
おんびつと(株) 代表取締役 坪内 紀子

訪問看護ステーションは、2000年の介護保険制度開始以前から存在する制度施設であるが、制度開始後も、訪問看護事業の拡大という点で、他の介護保険サービスに比べて、伸び悩みが懸念されている。2025年には現状の約2倍の数の確保が急務といわれて久しいが、伸び率は緩やかなカーブを描いているという状況である。訪問看護ステーションが国の指定事業としてスタートしたのは1992年。今年で22年目だが、まだまだ日の浅い事業だということがいえる。

その後、1994年にはそれまで対象が老人（当時の呼称）に限定されていたものが、老人保険法などの一部改正に伴い、訪問看護の対象が老人以外にも拡大された。その結果、老人以外の若い患者を訪問することが可能となった。若くしてがんに侵された末期患者や、小児、神経難病の患者、障害者と多岐にわたる人々が訪問看護の対象となったことは画期的なことであった。

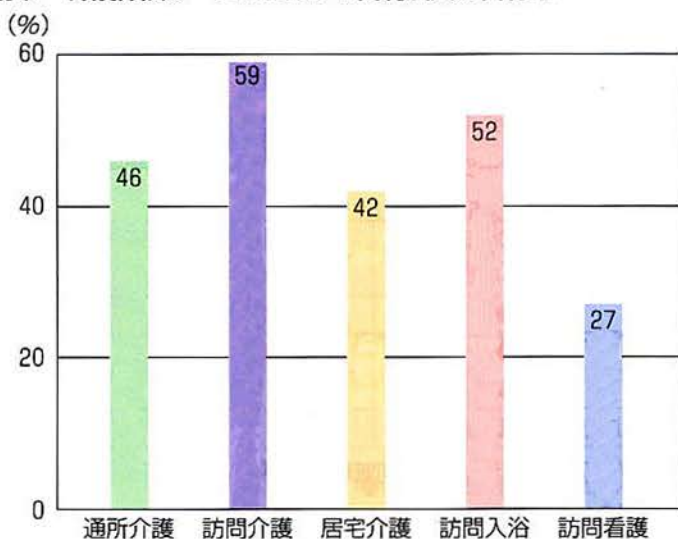
また、当初は設置主体が医療法人や特殊法人に限定されていたが、1999年からは、翌年に控えた介護保険制度を見据えて、営利法人などの参入が可能になった。

訪問看護の伸び悩みの原因の一つは、介護保険と医療保険の両方を使用するという他に類を見ない複雑な環境下にあることだろう。そして、医療従事者である看護職（一部はリハビリ職）を介しての事業ということが、伸び悩みの要因だと考えている。

図表1のグラフは、介護保険サービスにおける営利法人の占有率を2011年のデータを元に作成したものである。訪問看護の民間参入が極端に少ないことがご理解いただけると思う。

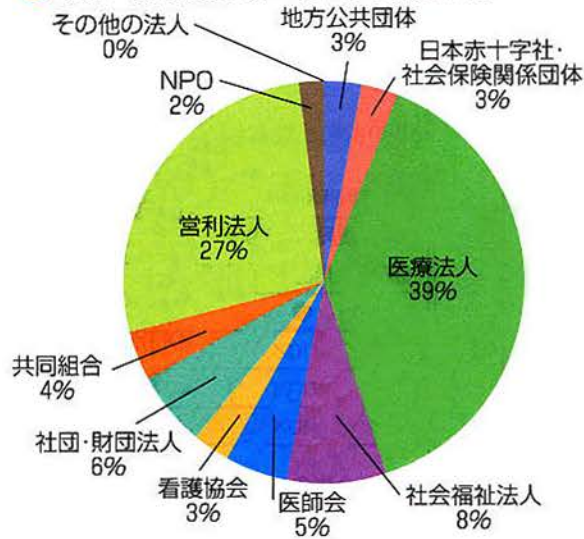
図表2は、2011年訪問看護ステーションの設置主体ごとの内訳であるが、1999年に民間参入が可能になった事業とはいえ、70%強がそれ以前からの設置主体である。

●図表1 介護保険サービスにおける営利法人の占有率



筆者作成

●図表2 訪問看護ステーションの設置主体



筆者作成

直近の訪問看護の現状を、2013年の中医協資料から抜粋してみよう（図表3）。

今回の2014年診療報酬改定において、機能強化型の導入は必至のようであるが、機能強化型の訪問看護ステーションには、ケアマネジャーの雇用が必須条件となるなど、「該当事業所がどれほどあるのか」「また介護保険との絡みを来年の2015年の介護報酬改定にどのように関連づけていくのか」とまだ課題は山積である。

厚生労働省は一つの見解として、看護職員5名以下の事業所では訪問看護ステーションとして機能していくのは難しい、との仮説の下で邁進していく感が拭えない。それはオペレーションやマネジメントといった内部体制の構築が未熟であったり、統一性がないものであるが、せっかく見つけ出した糸口なので、大変恐縮ではあるが、人力的（しかも換算ではなく、常勤にこだわっているあたりは特に）な規模だけで語っていったいいいものか、と危惧している。

少し視点を変えて見ていこう。訪問看護の先進国である米国では、政府が主導で作成したオアシス（Oasis）という、（アセスメント）ツ

ルを無視して訪問看護事業は成り立たない仕組みになっている。一人ひとりの定期的なアセスメントを政府に報告し、訪問看護の効果をインターネットを介してすべての国民に公表している。また、訪問看護のスタートに関しても、主治医（ホームドクター、日本とは異なる）がその必要性を判断しなければスタートはあり得ない。残念ながら、日本はまだまだその域にも達していない。アセスメントは、看護師各個人に委ねられているし、訪問看護のスタートに関しては、その判断は今やケアマネジャーが担っているといっても過言ではない。

先に述べたように、訪問看護は2000年の介護保険制度の開始から、介護保険と医療保険という両制度のなかで運用されているが、現在の両制度の利用者内訳は図表4のように報告されている。

●図表4 介護保険と健康保険等の訪問看護利用者内訳

介護保険法	健康保険法等
76.3%	23.7%

※健康保険法等には「特別訪問看護指示書」による訪問は含まれていない。  
出所：厚生労働省「訪問看護の利用者状況」2010年9月

●図表3 訪問看護ステーション数および利用者数は近年増加傾向

【ステーション数=6,519カ所・利用者数=328,400人（2013年推計）】

- 1訪問看護ステーションでの看護職従事者数平均は4.6人（2011年度）
- 看護職従事者5人未満の訪問看護ステーションは全体の66%
- 看護職従事者5人以上（=規模の大きなステーション）の特徴。
  - ①収支が黒字傾向（全体平均=43.4%に対し、54.9%以上）
  - ②24時間対応体制加算の届け出が80%超（小規模は53.8~68%）
  - ③看取りの割合が高い
  - ④特別指示書の交付や重症者が多く、要介護度が高い傾向
  - ⑤緊急訪問の割合が多い
  - ⑥介護支援専門員との兼務2名以上の割合が高い
  - ⑦サテライトを有している割合が高い（サテライトは特別管理加算が多い）
  - ⑧地域連携に取り組んでいる割合が高い

出所：2013.10.23 中医協資料



この数字から、医療ニーズ（がん末期や神経難病や小児）が比較的高い健康保険法（医療保険による訪問看護サービス）の利用者（この基準は厚生労働大臣が定めている）に対して、訪問看護が適切に提供されていないと言わざるを得ない。大学院の地域看護学の教授をしている知人に、介護保険の利用者しか訪問していない訪問看護ステーションが、全国的に予想以上に多数あるということを知った。本来医療者側には選択権はないはずなのであるが、残念ながら実際はこのような状況のようである。

訪問看護ステーションの経営の決め手となる指標として次の3点が考えられる。

#### ①人事に関する事

特に、管理者となる看護師の人選ミスや教育不足が経営状況を左右する。まず、管理者は十分な経験を積んだ人が最適と考えることに落とし穴がある。臨床の場における主任や師長経験者であったり、訪問看護ステーションでの管理者だった人を採用さえすれば大丈夫と考える経

営者は少なくない。しかし、数字の理解が不十分であったり、専門的な用語を連発してみたり、時には医療者の特権のごとく「命にかかわることですから」を引き合いにして経営者の理解を超える理屈でねじ伏せてしまう看護師も時々見受けられる。その結果、正社員1人の8時間就業時間に対して、実質の稼働（利用者宅への訪問件数）が3件だったり4件だったり、最悪な時には、利用者の急な入院やショートステイで、すっぱりと空きがある状況下でも、埋めていこうとしないという事態などに陥る。

#### ②マネジメントに関する事

スケジュールリングと稼働状況によって経営が左右される。経営者と管理者間で共通認識があるか否かがカギとなる。

#### ③オペレーションに関する事

業務内容のすり合わせも重要だ。経営者と管理者間でずれが生じてしまうと、自ずと結果が決まってくる。管理者がコンプライアンス上必要のない帳票類を、必死に作成したりしている

●図表5 訪問看護の対象者(制度別)



この家族で考えてみます

	介護認定を受けている	末期がんにかかっている	神経難病などに罹患している	その他の病気で継続的に受診している
祖父母	● or ●	●	●	●
父	● or ●	●	●	X or ●
母	X	●	●	X or ●
子どもたち	X	●	●	X or ●

●介護保険での利用 ●医療保険での利用 X利用できない

この場合の●は3回/日(最大93回/月)の利用が可能

ただし、この場合の●は週3回までの利用

筆者作成

場面をよく目にするが、コンプライアンス上必要な最低帳票類の理解が共有できていれば、業務の効率化が図れる。また、備品に関する共通見解も必要となってくる。どうも、先述した管理職経験のある看護師の中には、何でもかんでも揃えておこうとする方もいるようである。山のような衛生材料の保管庫の存在や、死亡した利用者から譲り受けた備品などによるスペースの占拠も非効率化の一因となってしまう。さらには、日々の看護記録を記述式に頼ろうとする傾向もある。

まず、看護師の記述も医師のそれと同様に読みづらいことがあるが、その内容がわかりづらければ、コミュニケーションを阻害することになりかねない。

そもそも、介護保険の創設基本理念である自立を支えていくことをないがしろにして、何でも看護師が手を出す仕組みに傾きがちなことも一因であるが、これらを踏まえたうえで、業務内容を共通理解して事業運営にあたるのが肝心である。

公的機関の研修では、管理者の養成に通常180時間のカリキュラムを編成し運用しているようだが、180時間はざっと1ヵ月半に及ぶ。その間の給与も保証しながら研修費も捻出するという事態はいかがなものか。また、この研修では、訪問看護は基本的に黒字は困難との考えで進められているようなので、自ずと結果が想像できるのも非常に残念である。まして、医療や介護保険サービスは周知のように、サービス提供月の2ヵ月後が支払いという特殊な事業構造なので、開設前後の余計な出費を抑えたいところでの研修費用は頭の痛い話だ。

訪問看護は介護保険と医療保険両者の利用者が必然的に存在するから、請求業務にも煩雑さ



坪内 紀子(つぼみ のりこ)

#### プロフィール

看護師免許取得後、1984～89年に東京女子医科大学病院、その後、日本医科大学多摩永山病院でERに従事後、個人の総合病院や老人保健施設、有料老人ホーム、日本赤十字社(献血)などの多岐にわたる臨床現場を経験。1998年から訪問看護に携わり、管理者業務などを経験。医療法人が設置主体の訪問看護では訪問頻度の適正化および見直しを行い、その後、営利法人で、訪問看護の立ち上げと運営・教育に携わる。(新規開設事業所数13ヵ所以上)  
その他、講師活動や執筆活動も多数。

が伴う。請求自体が何とかクリアできても、回収業務に至る売り掛け管理がきちんとなされていない事業所が非常に多い。介護保険の返戻対応などは非常にわかりやすく表示されて返送されてくるので理解は容易であるが、片や医療保険は書式自体が非常に簡素化されていたり、保険者の担当者によって見解に差異が生じているケースが見受けられ、複雑なものになっている。この煩雑な売り掛け管理をどこまで確実にできるかも経営を左右する要因の一つとなる。

最後に、訪問看護師と病院などで働く看護師の違いは諸説あると思われるが、あえて言うならば、本来の看護活動に使命感を持つ看護師でないと訪問看護は難しいのではないかと考えている。また、医師のそばにいて仕事をするのが好きな看護師にとっても訪問看護は難しいようだ。最近では新卒看護師を受け入れる訪問看護ステーションを見かける。「臨床経験が最低5年はないと訪問看護は難しい」とよく言われている。訪問看護のスキルを現場で醸成する道もあるはずである。