

博士論文

日本の訪問看護ステーションの質の確保と

事業継続に関する研究

2019 年度

筑波大学大学院人間総合科学研究科

ヒューマン・ケア科学専攻

齋藤 訓子

研究要旨

目的

地域医療構想の策定にあたって、政府の社会保障改革推進本部が出した第一次報告によれば 2025 年に向けて在宅医療の需要が自然増に加えて約 30 万人増加することが見込まれているため、地域における在宅医療の提供体制の整備および充実は急務である。

在宅医療の要となる訪問看護は、制度創設以降、訪問看護ステーション数の量的整備が課題であった。しかし、2012 年の診療報酬・介護報酬の同時改定以降、訪問看護ステーションの新規開設が急速に進み、年間 400～700 か所増加している一方で休止・廃止数も増加している。そのため事業の参入・撤退が進む中で訪問看護ステーションの質への影響が懸念されている。

訪問看護ステーションの質を評価・公表する仕組みとしては、介護保険法に基づく介護サービスの情報公表制度、都道府県等指定権限者による指導・監査がある。しかし、介護サービス情報公表制度で公表されている情報は単年度の情報であり、経年変化を把握することが難しい。指導・監査はその結果が公表されていない。そのため、訪問看護ステーション数の急増が、訪問看護ステーションの質にどのような影響を及ぼすのかの実態把握は難しい。

さらに、訪問看護ステーションの質を評価する指標として、訪問看護関係団体や研究者らによって開発されたものが存在するが横断調査の報告にとどまっており、経年的に評価した研究報告は見当たらない。その理由として、看護職員数 5 人未満の小規模事業所が大半を占める訪問看護ス

テーションにとって評価にかかる負担が大きい等の理由があげられる。よって、既存の指標を用いて訪問看護ステーションの質の変化を把握することは難しい現状にある。しかしながら、近年、特に人口規模が大きい都道府県や政令市を中心に訪問看護ステーションの新規開設の増加と休止・廃止数の増加が同時に生じており、このことが訪問看護ステーションの質にどのような影響を及ぼしているのかについては検証していく必要がある。

さらに、高齢化の進展により訪問看護サービスの需要は今後も伸びることが推計されており、供給量を確保するためにはサービス提供の軸を担う訪問看護ステーションが長期にわたって事業を継続していくことが求められる。しかし、東京都の報告によると、2017年3月～2018年3月に閉鎖の届け出があった訪問看護ステーションのうち、37%が2015年以降に開設した訪問看護ステーションであり、開設後2～3年でステーションを閉鎖しているという実態がある。こうした現状を考えると、開設した訪問看護ステーションが休止・廃止に至ることなく、いかに長く事業を継続できるかが重要な課題となる。しかし、これまで訪問看護ステーションの事業継続期間に着目した研究は国内外ともにみあたらず、事業継続期間に関連する要因も明らかになっていない。

そこで、本研究では、近年、訪問看護ステーション数の伸び率の高い自治体の介護保険事業の整備や指導を担当している職員の訪問看護ステーションの質に関する現状認識や質的評価の視点を明らかにすること（研究1）、全国規模のデータベースを用い、訪問看護ステーションの事業継続期間の実態および関連する要因を明らかにすること（研究2）を目的とした。

研究方法

研究 1 では、訪問看護ステーションが急増している自治体（2011 年～2015 年の都道府県、政令指定都市の訪問看護ステーションの伸び率を算出し、平均 67.8%を上回っている自治体）の介護保険法に基づく実地指導を担当する部署に配属されている職員（以下、指導監督担当者）を対象に半構造化インタビューを実施し、質的記述的分析を行った。

研究 2 では、「介護サービス情報公表システム」に掲載されていた訪問看護を提供する事業所情報をデータとして使用した。具体的には 2014 年度実績を示した 2015 年度に公表されていた 7,354 の訪問看護事業所のうち、病院又は診療所である指定訪問看護事業所、事業所区分コードが保険医療機関と老人保健施設を除外し、さらに事業開始年月日が未記入のステーション、2015 年 3 月 31 日時点で事業開始から 1 年未満の訪問看護ステーションおよび看護職員常勤換算数が 2.5 人未満もしくは欠損であった訪問看護ステーションを除外し、5,761 の訪問看護ステーションを分析対象とした。分析に使用した変数は、1) 事業継続年数（訪問看護ステーションの「事業開始年月日」から 2015 年 3 月 31 日までの年数を算出）、2) 訪問看護ステーションの所在地域の特性 7 項目、3) 訪問看護ステーションの運営に関する特性 7 項目、4) 訪問看護ステーションの従事者特性 5 項目、5) 訪問看護利用者特性 6 項目、6) 質向上のための取り組み 11 項目であった。記述統計量を算出後、事業継続年数を従属変数として、前述の 2) ～6) の変数との関連について、ウィルコクソンの順位和検定により検討した。有意水準は 5%とした。次に、対数変換した事業継続年数を従属変数とし、単変量解析において統計的に有意な関連を示した変数および事業所が所在する市区町村特性に関する変数を投入し、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。

結果

研究 1 では、研究協力の承諾を得られたのは 6 名（保健師 3 名、事務職 3 名）で、全て自治体の本庁に配属された職員であり、政令指定都市が 5 か所、県が 1 か所であった。配属部署での経験年数は 0.5 年～10 年で、訪問看護ステーションの実地指導経験者は 4 名、未経験の 2 名はいずれも保健師資格をもつ管理職であり、訪問看護ステーションの実地指導での指摘事項内容等を含め介護保険事業全体を把握できている者であった。以下、急増する訪問看護ステーションに対する指導監督担当者の現状認識、および訪問看護ステーションの質的評価の視点の категория は【 】で記した。

近年、急増する訪問看護ステーションの質に対する指導監督担当者の現状認識は、【営利か非営利かによって事業所の質に違いを感じない】、訪問看護ステーションは【貴重な資源】であった。

質的評価の視点としては 381 のコード、55 のサブカテゴリーから構成される以下の 11 のカテゴリーが抽出された。【24 時間 365 日安定的に訪問看護が提供できる体制の確保】【地域包括ケアシステム推進の役割認識がある】【ケアマネジメント機能を果たしている】【関係職種と対等な立場で協働している】【サービス提供責任者としての能力を有している】、【法令を遵守し、運用している】【利用者権利擁護への取り組み】【利用者への説明責任（アカウントビリティ）を果たしている】【情報開示や証拠に耐えうる記録が整備されている】【人材育成のための環境づくりを行っている】【他者に良い印象を与える職員の態度や姿勢】であった。

研究 2 では、訪問看護ステーションの事業年数の中央値は 12.4 年であり、事業継続年数別の分布は 15 年以上が 2,525 か所（43.9%）、10 年～15 年未満は 800 か所（13.9%）、5 年以上 10 年未満が 1,032 か所（17.9%）、

5年未満が1,401か所（14.3%）であった。多変量解析の結果、「高齢化率が高い」「指示書発行医療機関数が多い」「居宅介護支援サービスを併設している」「生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定を受けている」「土曜日の営業を行っている」「看護職員常勤換算数が多い」「訪問看護経験年数10年以上の看護職員割合が大きい」「管理者が他の業務と兼務していない」「事務職員が従事している」「要介護4以上の利用者割合が大きい」「人工呼吸療法を必要とする利用者の受け入れを行っている」「第三者評価を実施している」「訪問看護記録に利用者等の希望、健康状態等が記載されている」「倫理規定がある」「すべての現任の従事者を対象とする研修の実施記録がある」ことと事業継続年数との間には正の関連があることが示された。一方、「営利法人である」「日曜の営業を行っている」「キャンセル料を徴取している」「事業計画及び財務内容を閲覧できることが確認できる」ことと事業継続年数との間には負の関連が示された。

考察

研究1によると急増している営利法人の訪問看護ステーションについて、指導監督担当者は他の法人との違いは感じておらず、訪問看護に対する苦情の数は他のサービスに比べると多くはないとの認識であったことから、訪問看護ステーションの量的拡大による質への影響は限定的である可能性が示唆された。

指導監督担当者は、実地指導マニュアルにある書類やヒアリングだけでなく、職員の態度や姿勢や苦情など利用者や家族、関係職種から自治体に寄せられた情報などを踏まえた多面的な視点で評価していることが本結果で示された。質の評価の視点としては、安定的なサービス提供ができる事業規模、管理者のサービス提供責任者としての能力、地域包括ケアシ

システム推進の役割認識の保持、利用者権利擁護等の法令順守などが見出された。新規参入の事業所が増える中、自治体の指導・監査には、これまでの定期的な集団指導と、本研究の結果で示された11の視点のうち、訪問看護への期待でもある【24時間365日安定的に訪問看護が提供できる体制の確保】【訪問看護師がケアマネジメント機能を果たしている】管理者に求められる【サービス責任者として能力を有している】【関係職種等との対等な立場で協働する】【他者に良い印象を与える職員の態度や姿勢】という視点を含んだ実地指導の実施、そして事業者には継続的な質確保の取り組みが必要であろう。

2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定を機に訪問看護ステーション数が急増しているが、研究2の結果における事業継続年数別の分布をみると、1年以上3年未満の事業所が占める割合は全体の12.9%（744事業所）にすぎなかった。2015年3月31日で存続する事業所は事業継続年数が15年以上、つまり介護保険制度施行前に参入したステーションが2,525事業所と最も多く、全体の43.9%を占めていることが本研究から明らかになった。また、事業継続期間の長さには、居宅介護支援事業所の併設や指示書発行医療機関数が多いこと、第三者評価の実施や倫理規定の整備、従業者を対象とした研修を実施していることなど質の向上に取り組んでいることが関連していた。このことから、今後、新たに参入する訪問看護ステーションについては、地域資源である医療機関や居宅介護支援事業所等との関係性の構築とともに質の向上に取り組む事業展開が必要になることが示唆された。

結論

近年、営利企業の参入により訪問看護ステーションが急増しているが、ステーション数の伸び率の高い自治体の訪問看護ステーションの質

の変化を指導監督担当者は認識されていないことが明らかになった。また、自治体の指導監督担当者は、安定的なサービス提供ができる事業規模、管理者のサービス提供責任者としての能力、地域包括ケアシステム推進の役割認識の保持、利用者の権利擁護等の法令遵守がされている訪問看護ステーションを質が高いと認識していることがわかった。

訪問看護ステーションの事業継続期間の長さには、指示書発行医療機関数が多いことや第三者評価の実施や倫理規定の整備、従業者を対象とした研修を実施していることなど地域連携が進んでいることや質の向上に取り組んでいることが関連していることが分かった。したがって今後、新たに市場に参入する訪問看護ステーションについては、地域の医療機関や居宅介護支援事業所等との関係性の構築とともに質の向上に取り組む事業展開が必要になる。さらに既存の訪問看護ステーションについては、安定的なサービス提供ができるための事業規模や利用者確保できる体制を持ち、訪問看護に専念できる、管理業務に専念できる体制の構築と訪問看護を取り巻く介護保険制度等の変化など外部環境要因の変化を常に意識した事業運営が求められることが明らかになった。

目次

第1章 序論	1
第1節 研究の背景	1
第2節 訪問看護の制度概要	10
1. 訪問看護制度の創設経緯	10
2. 訪問看護の仕組み	11
3. 訪問看護ステーションの指定基準	12
4. 訪問看護ステーションの報酬	14
5. 訪問看護の事業実施事業所の現状	15
第3節 研究目的	15
第4節 本論文の構成	16
第5節 論文構成	17
注一覧	19
第2章 文献検討	20
第1節 介護保険における居宅サービス事業所の市場の競争が及ぼす事業への影響と 事業継続に関連する研究動向	20
1. 目的	20
2. 方法	20
3. 結果	25
4. 考察	41
注一覧	60
第3章 研究1 自治体の指導監督担当者による訪問看護ステーションの質に関する現 状認識と質的評価の視点	65
第1節 緒言	65
第2節 方法	67
1. 対象	67

2. データ収集.....	67
3. 分析方法.....	68
4. 倫理的配慮.....	68
第3節 結果.....	69
1. 急増する訪問看護ステーションの質に対する現状認識.....	70
2. 訪問看護ステーションの質的評価の視点.....	71
第4節 考察.....	80
第5節 結論.....	83
第4章 研究2 訪問看護ステーションの事業継続期間とその関連要因.....	92
第1節 緒言.....	92
第2節 研究方法.....	95
1. データソース.....	95
2. 変数.....	98
3. 分析方法.....	100
4. 倫理的配慮.....	101
第3節 結果.....	102
1. 分析対象の属性.....	102
2. 訪問看護ステーションの事業継続期間.....	107
3. 訪問看護ステーションの事業継続期間に関連する要因.....	108
第4節 考察.....	113
第5節 結論.....	119
第5章 総合考察.....	121
第1節 本研究において得られた知見と提言.....	121
1. 文献レビュー及び研究1・2で得られた知見.....	121
2. 訪問看護の安定的なサービス供給に向けた提言.....	123
第2節 本研究の限界と今後の課題.....	130
注一覧.....	132
第6章 結論.....	133

謝辭	134
引用文獻.....	135
參考資料.....	151
參考論文.....	154

図表目次

図 1	訪問看護ステーションの新規開設・休止・廃止状況	4
図 2	分析対象文献選定のフロー図	24
図 3	分析対象のフロー図	97
図 4	訪問看護ステーションの事業継続期間	107
表 1	訪問介護事業所を対象とした研究	49
表 2	訪問看護を含む在宅医療機関を対象とした研究	55
表 3	認知症対応型共同生活介護事業（GH）を対象とした研究	58
表 4	その他 制度論など	59
表 5	インタビュー対象者一覧	69
表 6	指導監督担当者の訪問看護ステーションの質的評価の視点	84
表 7	訪問看護ステーションの属性(N=5,764):開設法人、併設サービス、従事者の状況等	103
表 8	訪問看護ステーションの属性(N=5,764)看護職員の状況、訪問看護の利用者等	105
表 9	訪問看護ステーションの属性(N=5,764)サービスの質の確保等の取り組み	106
表 10	訪問看護ステーションの事業継続に関連する要因（単変量解析）	109
表 11	訪問看護ステーションの事業継続年数に関連する要因（重回帰分析：ステップワイズ法） (N=5,311)	112

第 1 章 序論

第 1 節 研究の背景

日本の高齢化率は 2017 年に 27% を超え、2025 年には 30% に達することが予測されている。内閣府（2018）の平成 30 年度版高齢社会白書によれば、先進諸国の中でも日本の高齢化の速度はもっとも速く、高齢化率 7% から 14% へ要した時間を比較すると、フランスは 115 年、スウェーデンは 85 年、アメリカは 72 年、ドイツが 40 年、イギリスが 46 年であったのに対し、日本はわずか 24 年である。こうした世界に類をみない急速な高齢化に対応すべく、日本は 2000 年に高齢者の自立支援を基本理念においた公的介護保険制度を導入した。この制度では、サービス供給量の確保を目的に居宅サービスへの営利組織の事業参入が一部のサービスを除いて認められた（大森 2014）。その結果、訪問介護事業所および通所介護事業所は制度導入から急増し、訪問介護事業所は 2005 年に、通所介護事業所は 2007 年に 2 万か所を超えた（厚生労働省統計情報部 2006, 2008）

一方、訪問看護サービスの主たる提供事業所である訪問看護ステーションは、1992 年に老人保健法改正で創設され、以降、1994 年には健康保険に、2000 年には介護保険として位置づけられたが、その数は大きく増加しなかった。1999 年に厚生省、大蔵省、自治省の合意で策定された今後 5 か年間の高齢者保健福祉施策の方向－ゴールドプラン 21 では 2004 年までに 9,900 か所の設置を目標とされてきたが（厚生省 1999）、開設が進まず、2011 年まで約 5,000～6,000 か所で推移していた。

訪問看護ステーションの開設が進む転機となったのは、2012年の診療報酬・介護報酬の同時改定である。この改定に先立って、2011年6月30日に政府・与党社会保障改革検討本部が決定した「社会保障と税の一体改革成案」が出され、社会保障の機能強化と持続可能性の確保を掲げ、医療と介護の分野では、地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図るとされた。具体的には、病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実等があげられている（政府・与党社会保障改革検討本部2011）。その実現への第一歩であった2012年の改定では、早期の在宅療養への移行や地域生活を支える在宅医療の充実を図ることが重点的に行われた。さらに2014年の通常国会で成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を図るための関係法律の整備等に関する法律」では、医療法や介護保険法改正による効率的で質の高い、地域完結型の医療提供と地域包括ケアシステムの構築を目指し、在宅医療の拡充が進められてきた（厚生労働省保険局2014）。2012年以降の診療報酬・介護報酬の改定でも訪問看護にさまざまなプラスの評価がなされたことで、訪問看護ステーションの新規開設が進み、全国訪問看護事業協会の調査によれば、2015年までは年間400～700か所、2016年以降は年間1,000～1,200か所の訪問看護ステーションが新規開設し、2019年4月の届出数は11,645か所（稼働は11,161か所）に達している（全国訪問看護事業協会2019）。

近年は特に、営利法人を開設主体とした訪問看護ステーションの新規開設が進んでいる。介護保険制度導入から15年間は医療法人が開設主体である訪問看護ステーションが約50%を占めていたが、2016年には営利法人が47.2%、医療法人28.4%となり、営利法人による訪問看護ステーションが全体の約半数を占めるようになった（厚生労働省社会統計室2017）。

このように、2012年以降、営利法人の訪問看護ステーションの新規開設が進み、訪問看護ステーション数は増加したものの、一方で休止・廃止するステーション数も増加しているという新たな問題が生じている。全国訪問看護事業協会が毎年行っている訪問看護ステーション数の調査によれば、2013年以降、200～500か所/年の訪問看護ステーションが休止・廃止し、2018年4月～2019年3月では790か所が休止・廃止をしている（図1）。特に、東京、大阪など人口規模が大きい都道府県では、新規開設数が多いが、同時に休止・廃止数も多い傾向がみられる。東京都では、2017年3月1日～2018年3月30日に休止・廃止した訪問看護ステーション（114か所）のうち、2015年以降に開設した事業者が約37%であった（東京都福祉保健局 2018）。

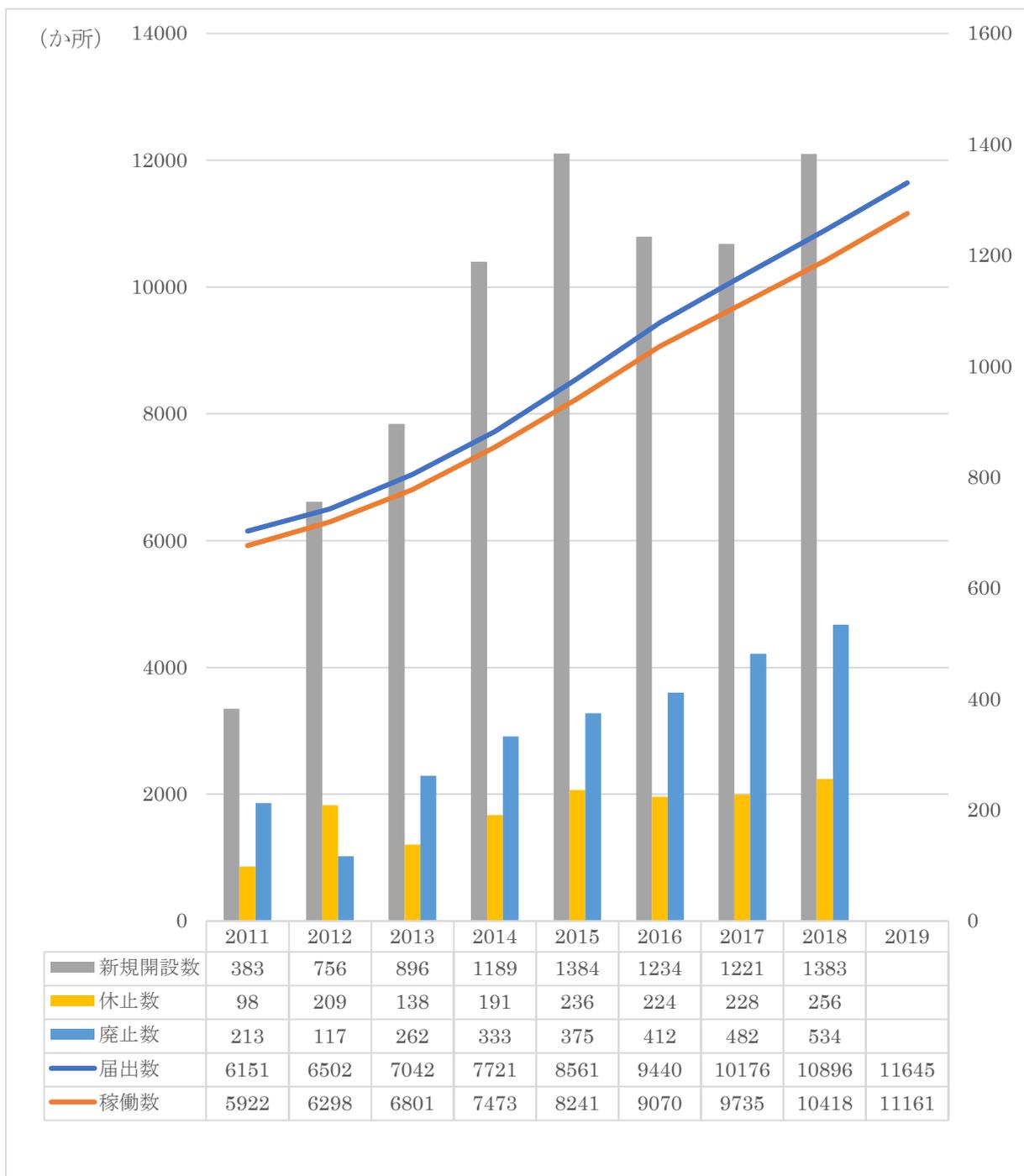


図 1 訪問看護ステーションの新規開設・休止・廃止状況

※新規数、休止数、廃止数は各年度（4月～翌3月）の合計値。

届出数、稼働数は各年4月1日時点の数値。

全国訪問看護事業協会平成24年～令和元年訪問看護ステーション数調査結果より作成

訪問看護は、健康保険法と介護保険法それぞれに基づくサービスであり、利用者の状態や疾患等によってどちらの公的保険でサービスを使うのかが決まる。したがって、訪問看護の事業経営には、各制度の熟知と利用者の確保が極めて重要になる。しかし、厚生労働省の平成 29 年度介護事業経営実態調査では、収支差率¹⁾がマイナスである事業所が約 39%を占めている。なかでも人員規模の小さな訪問看護ステーションの経営が困難であり（酒井 2009）、赤字が多い（清水他 2011; Fukui et al 2014; 藤井他 2011）という研究結果も示されている。現在も 5 人未満の小規模な訪問看護ステーションが約半数を占めている実態を考えると、訪問看護ステーションの休止・廃止は今後も高水準で続くことが予測される。

このように安定経営が難しい中でも、訪問看護は今後、さらなる利用者数増加が見込まれている。現在、わが国の訪問看護の利用者は 2017 年では約 70 万人（内訳：医療保険利用者約 22.2 万人、介護保険利用者約 48 万人）（厚生労働省保険局，2017a；厚生労働省老健局，2018a）であるが、第 7 期の介護保険事業計画では 2025 年に介護保険の訪問看護の利用者は 71 万人と見込まれている（厚生労働省老健局 2018a）。また効率的な医療提供体制の構築を意図して都道府県で策定する地域医療構想²⁾のガイドラインに示された必要病床の推計方法によれば、病床の機能分化に伴い、2025 年には在宅医療の需要が追加的に約 30 万人増加するという推計も出されている（社会保障制度改革推進本部 2015）。

こうした在宅医療の需要増加に伴う訪問看護の利用者数の増加に対応していくためには、訪問看護の供給量の確保は不可欠である。よって、今後、訪問看護の供給量の確保を検討していく上で、開設した訪問看護ステーションが長期にわたって事業をいかに継続させるかは重要な課題であり、訪問看護ステーションの事業継続期間に関連する要因を明らかにする必要がある。

また、前述のとおり人口規模の多い都道府県において訪問看護ステーションの新規開設数と休止・廃止数の増加が同時に起きており、今後、市場の競争³⁾が起きてくる可能性がある。市場経済での競争は、財やサービスの取引が自由に行われ、その価格や品質が影響を受け、例えば商品の低価格やサービスの充実、機能の改良などのメリットが生まれる（公正取引委員会 2010）。Gaynor（2006）は、ヘルスケアの市場の競争と質に関する文献レビューにおいて、事業所が品質と価格の両方を設定している場合、競争の激化に伴い品質が増減する可能性があることを指摘している。日本の介護保険は、サービスの供給力の確保のために施設サービスを除き、営利企業の参入を認め、競争原理を働かせてサービスの質の向上を図ることを目的の一つとしたが、介護サービスの価格は介護報酬として国によって決められるため、準市場となっている。公的保険によってサービスを提供する場合は、企業が価格を自由に設定することができないので、本結果をそのまま日本に適用することは難しい。

周、鈴木（2004）は、介護保険サービスの中でもとりわけ介護保険制度導入後に急増した訪問介護を対象に、市場の競争が及ぼすサービスの質への影響を検討し、集中度が高い（65歳以上の高齢者人口に占める事業所数が多い）とサービスの質を改善する可能性はあるものの、明確な関係が見られないこと、集中度が高いと訪問介護費用（総費用）が低いこと、サービスの質が高いと費用も高まるという結果を示している。

また、訪問介護事業所の営利法人と非営利法人との比較においては、提供されるサービスの質には差はないとの報告もあり（Shimizutani & Suzuki 2007；鈴木 2002；Noguchi & Shimizutani 2007）、日本における訪問介護事業の新規参入に伴う市場の競争とサービスの質への影響は関連がないという見解が出されている。

訪問看護ステーションの質を評価・公表する仕組みとしては、介護保険法に基づく介護サービスの情報公表制度、都道府県等指定権限者による指導・監査そして社会福祉法による福祉サービス第三者評価事業がある（柏木 2012）。

介護保険法に基づく介護サービス情報公表制度は、2006年にスタートした制度で、利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を都道府県が公表する仕組みである。介護サービス事業所は年一回直近の介護サービス情報を都道府県に報告し、都道府県は事業所から報告された内容についてインターネットで公表を行う。また、都道府県は報告内容に対する調査が必要と認める場合、事業所に対して訪問調査を行うことができる（厚生労働省老健局 2019）。

介護サービス情報には基本情報と運営情報、さらには、都道府県が任意で独自に定める追加情報がある。基本情報は、事業所概要（事業所の所在地や事業開始年月日、連絡先、営業日時、主たるエリア）、利用料（キャンセル料の取り扱いや交通費の取り扱い）、14項目にわたるサービス内容（例えば、在宅酸素療法あり・なしなど）、従業者情報（従業員数や職種別員数、経験年数ごとの職員の割合）、利用者数、介護報酬の加算状況、その他（相談窓口、第三者評価の実施等）で構成されている。運営情報は、10の中項目、80の小項目で構成され、中項目「利用者の権利擁護」であれば、小項目7項目で構成され、その内容は、利用者等の希望、健康状態等が訪問看護記録書に記載されている、サービス提供内容が記載された明細書があるなどとなっている。中項目はほかに利用者本位のサービスの提供（23項目で構成、例えば、認知症のケア等に関するマニュアルがあるなど）、相談、苦情等の対応のための措置（4項目で構成、相談。苦情等に対応するマニュアルがあるなど）、サービスの内容の評価や改善等（4項目で構成、サービス計画の評価を行った記録があるなど）、サービスの質の確保、外部機関等との連携（6項目で構成、例えば、サービス担当者会議に出席した記録があるなど）、適切な事業運営の確保（5項目で構成、例えば、倫理規定の明文化など）、事業所の運営管理、業務分担、情報の

共有等（6項目で構成、事業所内で利用者に関する情報を共有するための仕組みがあるなど）、安全管理及び衛生管理（12項目で構成、例えば事故発生予防に関するマニュアルがあるなど）、情報管理、個人情報保護等（4項目で構成、例えば、個人情報保護に関する事業所の方針を掲示しているなど）、その他、質の確保のために行っていること（9項目で構成、例えば、すべての現任の従業者を対象とする研修計画があるなど）となっている。

なお、情報を公表するサービス事業者については、介護報酬の支払いを受けた事業者であり、病院・診療所で実施するみなし事業の場合は、指定があったものとみなされた日から起算して1年を経過していないと公表の対象とならない。

都道府県等指定権限者による指導には、集団指導、実地指導があり、集団指導は、制度管理の適正化を図る事を目的に、指導内容として介護保険法の趣旨・目的の周知及び理解の促進等の制度理解に関する指導のほか、実地指導で把握された注意喚起が必要な事項や好事例等の紹介等が含まれ、1回/年以上の実施が義務付けられている。また実地指導は、一連のケアマネジメントプロセスの重要性について理解を求めるためのヒアリングを行い、個別ケアの推進について運営上の指導や不適切な報酬請求防止のため、特に加算・減算についての解釈、さらには政策的に課題となった高齢者虐待防止、身体拘束防止等に関する運営上の指導を随時、実施している。しかし、自治体によってその内容のばらつき、指導側の同質性の担保が課題となり、2007年以降、介護保険施設等実地指導マニュアルの改訂、指導監督職員向け初任者職員研修、指導・監査の中核を担う職員研修、自治体間の情報共有等が随時行われている。

監査は、地域包括支援センター等へ寄せられる苦情や市町村に寄せられる通報情報、介護給付費適正化システムの分析から特異傾向を示す事業者や介護サービス情報の公表制度に係る報告の拒否等に関する情報に

よって人員、設備及び運営基準等の指定基準違反や不正請求が認められる場合、又はその疑いがあると認められる場合に実施される。

福祉サービス第三者評価事業は、2001年から始まっているが、そもそも受審は任意であり、都道府県によって対象事業所に違いがある。この事業は普及率が低いことが課題として挙げられ、その原因は受審料にあると指摘されている（野田 2015）。

介護サービスの情報公表制度は、訪問看護ステーションから提出された最新情報の公表ではあるものの、その内容については経年的変化をみることができない。また、指導・監査は、その内容や結果が公表されていない。さらに、訪問看護ステーションの質を評価する指標については、日本訪問看護財団（2010）や全国訪問看護事業協会（2017）が、また訪問看護サービスの質の評価については研究者ら（池上他 2017；ジョン・N・モリス他 2011；島内他 2002；田高他 2007；山本 2008a,2008b；荒井他 2005；柿沼他 2015）によって開発されたものが存在する。また、訪問看護サービスに対する利用者や家族の満足度（緒方他 2014；徳永他 2001；小川他 2001）や訪問看護ステーションの在宅看取り率によって訪問看護サービスの質を検証した研究報告（Kashiwagi et al 2013）は散見されるものの、訪問看護ステーションの質の評価もサービスの質の評価も評価にかかる負担が大きいこと（柏木 2012）等の理由により、経年的に評価した報告はみあたらず、既存の指標を用いて質の変化を把握することは現状においては難しい。

しかし、訪問看護ステーションやサービスの質の評価、またその変化の把握が難しい状況ではあるものの、訪問看護ステーション数は、人口規模が大きい都道府県や政令市を中心に増加し、同時に休止・廃止数の増加も生じている。さらに営利法人の参入が多いことから、訪問介護事業所と同様に訪問看護ステーションの集中度や法人の違いが訪問看護ステーショ

ンの質にどのような影響を及ぼしているのかについては検証していく必要がある。

加えて、さらなるニーズ拡大が予測される訪問看護の供給量を確保するためには、開設した訪問看護ステーションが休止・廃止せず、いかに長く事業継続できるかが重要になる。しかし、これまで訪問看護ステーションの事業継続期間に着目した研究は国内外ともに見当たらず、事業継続期間に関連する要因も明らかになっていない。

第 2 節 訪問看護の制度概要

1. 訪問看護制度の創設経緯

訪問看護は、1891 年に東京で創設された慈善看護婦会の事業が出発点と言われている（松田 2007；看護史研究会 1983）。「医師又は患家より依頼あるとき看護婦並びに産婆を派出する」事業であり、その後、全国的な広がりを見るが、中には教育を受けていない見習の派出や派出看護婦の志望者の激減、そして GHQ の看護改革により制度上、存続が出来なくなった（山下 2017）。

その後、市町村や保健所が実施する保健事業の中で訪問看護は行われ、公衆衛生の意味合いが大きかった。しかし、1982 年の老人保健法の制定により、老後における健康の保持と適切な医療の確保のため疾病の予防、治療、機能訓練などの保健事業の実施について定められ、この保健事業の一つに保健師等が寝たきり老人宅へ訪問して、保健指導や家庭看護指導を行うものがあつた（齋藤 2018）。

一方、医療機関からの訪問看護は、戦後まもなく聖路加国際病院で行われ（山田 2016）、その活動は徐々に広がっていくものの、経費は病院負担であったため、後に「退院患者継続看護・指導料」を報酬上に位置付けた。しかし、医療機関からの訪問看護も老人保健事業での訪問看護も必要な人に十分に届けられる状況になかったため（野村 2015；大熊 2010）、訪問看護の量的確保を目的に「病院や診療所が訪問看護を専門に行う看護婦に患者の訪問看護を委託し、病院や診療所の主治医との連携の下で継続的な訪問看護サービスが提供できるような」新しい訪問看護の提供方法が提案され、1988年度から訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業が始められた（厚生省 1988）。このモデル事業の成果を踏まえ、1991年に老人保健法の一部改正において「老人訪問看護ステーション」が創設された（齋藤 2018）

2. 訪問看護の仕組み

訪問看護ステーションからの訪問看護は、1994年には健康保険法の改正により、老人以外のがん患者や神経難病等、訪問看護の対象者の拡大が行われ、老人訪問看護ステーションから訪問看護ステーションへとその名称も変更になった。そして2000年の介護保険法においても訪問看護は、居宅サービスの一端を担っている。それぞれの法律に記されている訪問看護の定義は以下である（山田 2018）。

健康保険法第八十八条

疾病または負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話または必要な診療の補助をいう

介護保険法第八条四項

居宅要介護者についてその者の居宅において看護師等により行われる療養上の世話または必要な診療の補助をいう

医療保険での訪問看護は、主治の医師から出される訪問看護指示書に基づき、看護師が居宅に出向いて看護サービスを提供する。患者一人につき、日単位で、原則、3日/週までとなっている。ただし、悪性腫瘍の末期、神経難病等厚生労働大臣が定める疾病、急性増悪、あるいはターミナル期、人工呼吸器等医療機器の装着等、厚生労働大臣の定める状態にある場合は、特別指示書が出され、前述の原則が外れ、4日/週の訪問看護サービスの提供が可能になる。ただし、この特別指示書は利用者の状態によって1回/月までの場合と2回/月までの場合がある。

介護保険での訪問看護サービスは、当然、居宅介護支援専門員によるケアプランの中に位置づき、かつ、主治の医師からの訪問看護指示書が必要になる。医療保険のように回数制限はないものの、滞在時間によって報酬が異なっている。さらに要介護被保険者への介護保険の給付は医療保険の給付に優先されるものの、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。つまり訪問看護サービスは利用者の健康状態によって使い分けていくことになる(齋藤 2018)。

3. 訪問看護ステーションの指定基準

訪問看護ステーションの指定は、介護保険法に基づく都道府県知事または政令市・中核市市長による居宅介護サービス事業者および介護予防

サービス事業者としての指定と、健康保険法に基づく地方厚生（支）局長による訪問看護事業者としての指定がある。介護保険法に基づく指定を受けると健康保険法による指定を受けたとみなされるため、改めて指定申請は不要となる。また病院・診療所の訪問看護事業は、介護保険の場合は指定訪問看護事業所とみなされるが、医療保険においては保険医療機関の診療報酬としてすでに「在宅患者訪問看護・指導」等の算定が可能であり、改めて訪問看護事業所としての指定は不要である。つまり、訪問看護事業には、病院・診療所が行う訪問看護と訪問看護ステーションが行う訪問看護があり、病院・診療所からの訪問看護の提供は特段の手続きは不要であるが、訪問看護ステーションから提供される場合は、介護保険の指定を受けないとサービスの提供ができない。

介護保険での訪問看護ステーションの指定を申請する際には、指定基準を満たすことが必要で、その基準は、法人格があること、人員に関する事、設備に関する事、運営に関する事がある。人員については、保健師、看護師又は准看護師（看護職員）が常勤換算で2.5以上となる員数で、うち1名は常勤である事とされている。また理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、指定訪問看護ステーションの実情に応じた適当数とされているので、ステーションの判断に任されている。管理者については、専従かつ常勤の保健師又は看護師であって、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者とされているが、指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能とは何かは具体的に明示されていない。しかし、2016年の診療報酬改定の際に出された通知『「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」の一部改正について』では、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」の中で訪問看護ステーション管理者には、医療機関における看護、訪問看護、保険指導のいずれかの経験が求められ、また、管理者としての資質確保のため、関連機

関が提供する研修等を受講していることが望ましいとされている(厚生労働省保険局 老健局 2016)。

設備及び備品は、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の事務室を設けるほか、指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならないとされており、省令には細かく記載はされていないため訪問看護ステーションの開設者が検討することになる(清崎 2018)。

運営の基準については、サービス提供困難時の対応や居宅介護支援事業者等との連携、訪問看護の具体的取り扱い方針、記録に関する事など 12 項目にわたる運営基準があり、その基準に沿った運営規定が求められる(厚生労働省保険局 老健局 2016)。

さらに、2011 年には、「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」による、介護保険法のサービス事業所・施設等の指定基準の条例(都道府県・市町村)委任が定められ、都道府県によっては訪問看護ステーションの書類保存年限を 5 年に設定したり(省令基準では 2 年)、職員に対する研修計画の策定を求めたり(省令基準では研修受講の機会の確保という規定のみ)など、独自の指定基準を設けているところがある。なお、事業者指定については、2006 年の介護保険法改正にて 6 年ごとの更新制が設けられている。

4. 訪問看護ステーションの報酬

訪問看護サービスの報酬は、介護保険法における介護報酬と健康保険法における診療報酬があり、介護報酬では、サービス内容と時間に応じた基本サービス費と、利用者の状態に応じたサービス提供や事業やステーションの体制に対する加算・減算がある。基本サービス費は、20 分未満、30 分未満、60 分未満、90 分未満という時間数によって報酬額が違って

おり、それぞれ、311 単位、467 単位、816 単位、1118 単位に設定されている。体制評価としては、訪問看護体制強化加算（Ⅰ）（Ⅱ）、24 時間対応体制加算（緊急時訪問看護加算）、各種加算は、退院時共同指導加算、ターミナルケア加算、複数名訪問看護加算等がある。診療報酬では、訪問看護基本療養費 5,550 円/1 日、訪問看護管理療養費（7,400 円～12,400 円の 3 段階）、訪問看護情報提供療養費、訪問看護ターミナルケア療養費のほか、24 時間対応体制加算、特別管理加算等がある（堀川 2018）。

5. 訪問看護の事業実施事業所の現状

厚生労働省保険局（2017a）によれば、医療保険の訪問看護を提供するステーションは、2016 年で 8,163 か所、介護保険の訪問看護を提供するステーションは 8,484 か所、病院・診療所からの訪問看護は医療保険で 4,284 か所、介護保険での訪問看護は 1,629 か所となっており、圧倒的に訪問看護ステーションからのサービス提供が多い。

第 3 節 研究目的

本研究では、2012 年以降、訪問看護ステーションの増加率が高い地域において、訪問看護提供体制整備を担う自治体の訪問看護ステーションの質に関する現状認識と訪問看護ステーションの質的評価の視点を明らかにすること、そして訪問看護ステーションの事業継続期間に関連する要因を明らかにすることを目的とする。

本研究によって、今後の訪問看護の需要の増大に対応しうる供給力の確保を目指し、訪問看護ステーションが質を担保しつつ短期間で休止・廃

止に至ることなく、事業を継続していくための方策に関する重要な示唆を提示するとともに、今後、介護政策の議論において、訪問看護ステーションの設置基準等の検討の一助になると考える。

第 4 節 本論文の構成

本章序論では、本研究の背景で訪問看護ステーションが急速に増加している実態、特に人口の多い都市部において、営利組織の参入が大きい一方で、新規参入数の約半数となる数の休止・廃止が生じている実態を示した。また訪問看護ステーション数の集中度や法人の違いは、訪問看護ステーションの質にも影響が及ぶ可能性があり、現状を明らかにする必要があること、今後、利用者の増加がさらに見込まれる訪問看護においては、そのサービス提供の圧倒的な数を占めている訪問看護ステーションの事業継続が求められ、事業継続期間に関連する要因を明らかにする必要があることを述べた。

第 2 章の文献検討においては、国内外の訪問看護ステーションの事業継続に着目した研究、介護事業、特に居宅サービスの継続や閉鎖に着目した研究動向を把握する。

その上で第 3 章、第 4 章では、2 つの研究について述べる。まず、第 3 章では、研究 1 として、訪問看護ステーション数の増加率の高い自治体において、訪問看護ステーションの質をどう捉えているかを把握するため、自治体に所属している訪問看護ステーション事業の実地指導担当者・監督者（以下、指導監督担当者とする）に対するインタビュー調査を行い、訪問看護ステーションの質に対する現状認識および質的評価の視点を明らかにした。なお、研究 1 について筑波大学医学医療系医の倫理委員会の

承認（通知番号第 127 号）を得て実施した。次に第 4 章では、研究 2 として、介護保険施設・事業所の情報公表を目的に厚生労働省が運営・公表している「介護サービス情報公表システム」に掲載の全国の訪問看護ステーションの 2014 年のデータを使って、訪問看護ステーションの事業継続期間の実態および事業継続期間の長さに影響する要因を明らかにした。

第 5 章の総合考察においては、文献検討、研究 1 と研究 2 の結果をもとに、総合考察として訪問看護ステーションの質の担保と長期的な事業の運営への提案と今後の制度改正への提言を行う。

第 5 節 論文構成

第 1 章 序論

研究の背景

第 2 章 文献検討

介護保険における訪問看護ステーションを含む居宅サービス事業所の市場競争が及ぼす事業運営への影響と事業継続に関する研究の動向

第 3 章 研究 1

自治体の指導監督担当者による訪問看護ステーションの質に関する認識と質的評価の視点

第 4 章 研究 2

訪問看護ステーションの事業継続期間とその関連要因

第 5 章 総合考察

第 6 章 結論

注一覽

1) 厚生労働省の介護経営実態調査では収支差率は以下のように算出している。

$$\text{収支差率} = (\text{介護サービスの収益額} - \text{介護サービスの費用額}) / \text{介護サービスの収益額}$$

介護サービスの収益額は、介護事業収益と借入金利息互助金収益の合計額

介護事業収益は、介護報酬による収入（1割負担分含む）、保険外利用料収入、補助金収入（運営費に係るものに限る）の合計額

介護サービスの費用額は、介護事業費用、借入金利息及び本部費繰入（本部経費）の合計額

2) 地域医療構想は、2014年の医療法改正において医療計画に位置づけられた。都道府県ごとに構想区域を設定し、2025年時点の人口構造や受療率の変化に鑑みて高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療機能をもつ必要病床数を算出している。慢性期の医療機能は、一部、介護保険施設等を含む在宅医療で代替することとされている。厚生労働省(2015). 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会報告

3) 市場の競争とは、財（商品やものなど）やサービスを供給する市場へ自由に参入し、消費者を獲得するため、価格や品質面などで他の企業と競い合うこと。競争が正しく機能すれば、政府による規制がある場合や市場が一社に独占されている場合などと比較して、価格が抑えられ、供給が増えるため、消費者と企業の双方に望ましい効率的な状態になるとされる。泉田成美, 柳川隆(2008). 「第2章 産業組織分析の基礎」. 『プラティカル産業組織論』. 有斐閣アルマ. 東京. 22 - 23

第 2 章 文献検討

第 1 節 介護保険における居宅サービス事業所の市場の競争が及ぼす事業への影響と事業継続に関連する研究動向

1. 目的

国内外における先行研究から、訪問看護ステーションを含む居宅サービス事業所の市場の競争が及ぼす事業運営への影響と事業継続に関連する要因に関する研究動向を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

1) 対象文献の抽出法

対象文献は、2000 年 4 月から 2018 年 12 月までに日本語もしくは英語で発表された文献のうち、訪問看護や訪問介護などの居宅サービス事業所を対象とし、市場の競争が及ぼす事業への影響と事業継続および事業継続に関連する要因について明らかにした文献とした。

日本語文献は、医学中央雑誌（医中誌）Web 版を用い、キーワードに、“訪問看護ステーション”、“訪問看護事業所”、“訪問介護事業所”、“在宅支援サービス”、“介護事業”、“事業継続”、“市場”、“閉鎖”を用いた。ただし、“市場”と“閉鎖”は不要文献が多くなるため、シソーラスで“保険医療産業”、“マーケティング”、“保険医療施設閉鎖”を使用した。検索式は、（“訪問看護ステーション” or “訪問看護事業所” or “在宅支援サービス” or 介護事業）AND（“事業継続” or “保険医療産業” or “マーケティング” or “保険医療施設閉鎖”）とし、

検索条件に原著論文と定めて検索を行った。その結果、69件が該当した。さらに CiNii で“訪問看護”、“訪問介護”、“介護事業”、“事業継続”、“市場”を用い、検索式を(“訪問看護”)AND (“事業継続”)、(“訪問看護”)AND (“市場”)、(“訪問介護”)AND (“事業継続”)、(“訪問介護”)AND (“市場”)、(“介護事業”)AND (“継続”)、(“介護事業”)AND (“市場”)として行い 150 件が該当した。そして補足的に社会老年学文献データベースにおいても(“介護事業”)で 62 件、(“市場”)で 43 件が該当した。

英語文献は、PubMed を用い、キーワードに、“home care agency”、“home healthcare agency”、“home health care agency”、“visiting nursing agency”、“visiting nurse agency”、“home care provider”、“home healthcare provider”、“home health care provider”、“visiting nurse provider”、“visiting nursing provider”、“nursing care company”、“nursing enterprise”、“survival”、“closure”、“continue”、“market”、“competition”、“entry”、“exit”、“bankruptcy”とし、検索式は、 (“home care agency”) or (“home healthcare agency”) or (“home health care agency”) or (“visiting nursing agency”) or (“visiting nurse agency”) or (“home care provider”) or (“home healthcare provider”) or (“home health care provider”) or (“visiting nurse provider”) or (“visiting nursing provider”) or (“nursing care company”) or (“nursing enterprise”) and (“survival”) or (“closure”) or (“continue”) or (“market”) or (“competition”) or (“entry”) or (“exit”) or (“bankruptcy”)とし、検索条件に English と定めて検索を行った。その結果、145 件が該当した。

さらにデータソースを Business Source Complete(EBSCOhost)にして同様の検索ワードと検索式で検索し、15 件が該当した。

2) 対象文献の選択基準および除外基準

研究で実施した文献選定のフローを図 2 に示す。まず、文献検索により抽出された論文について、以下の包含基準および除外基準に沿ってタイトル・要旨から文献の選定を行った。

包含基準

- ① 居宅サービスを研究対象としている
- ② 介護サービスの市場や効率性、質に言及している

除外基準

- ① 研究対象が病院である
- ② 研究対象が居宅サービス以外である
- ③ 研究対象が治療・薬剤である
- ④ 研究対象が具体的なケアの内容である
- ⑤ 研究対象が基礎教育や実習に関するものである

検索された国内文献 324 件、海外文献 160 件を重複論文や原著論文以外を除き、包含基準・除外基準に基づいて選定した結果、最終的に日本語文献 16 件、英語文献 5 件、計 21 件が抽出された。うち入手が可能で

あったもの 20 件に追加して、関連文献中の引用の頻度が高い文献や手
検索で探した 7 文献を加えた 27 件を分析対象とした。

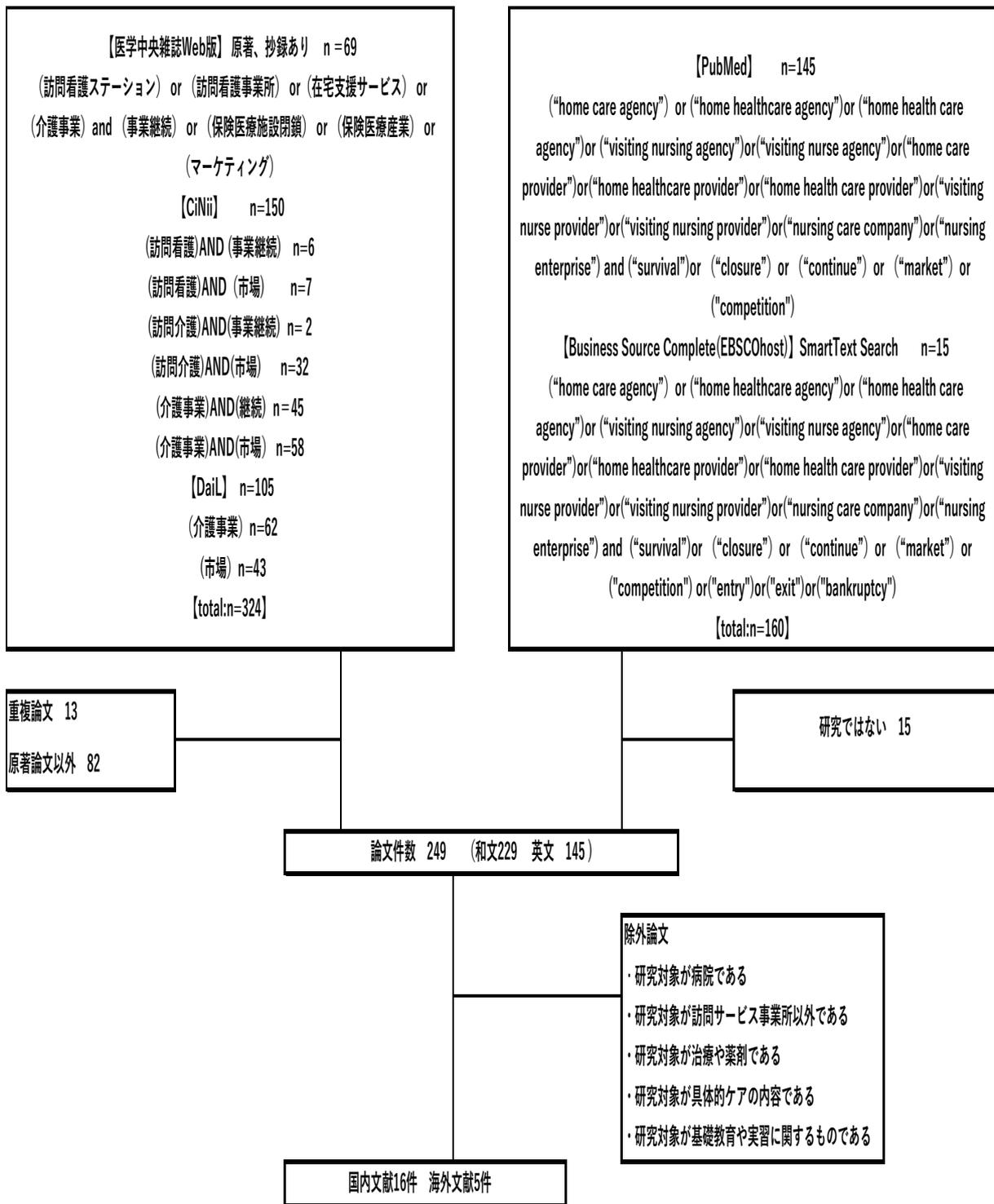


図 2 分析対象文献選定のフロー図

3) 分析方法

抽出された文献から、市場の特性、市場の競争が居宅サービス事業にどのような影響を及ぼしているのかを整理した。特に経営や収益、サービスの質に着目した。

3. 結果

分析対象となった 27 件の詳細を表 1～4 に示す。分析対象となった文献で研究対象であった居宅サービス事業所の種類は、訪問介護事業所が 17 件、居宅介護支援事業所 1 件、訪問看護ステーションが 1 件、グループホームが 1 件、在宅医療機関 6 件であった。分析対象データとして全国的な大規模データを使用している文献は 14 件であり、日本は 9 件、オランダが 1 件と米国が 4 件であった。また日本国内で特定地域の事業所など限られたデータを使用している文献は 8 件であった。研究方法は、量的研究が 21 件で、すべて横断研究であった。その他、質的研究が 1 件、事例研究が 3 件、文献検討が 1 件であった。なお、事業継続を従属変数として分析している文献は見当たらなかった。

1) 介護サービスの市場の特性

佐橋（2002）は、英国における準市場の制度的枠組み（生産性効率、応答性、選択性、公平性）と成功条件（供給者間の競争、情報提供、不測の事態・損害等不確実性への対応、利潤追求動機および福祉追求動機、クリーム・スキミング¹⁾の防止）を用いて日本の介護保険制度の特質を以下のように考察している。日本の介護保険制度は、準市場の原理を基礎とし

ながらも、その成功条件に照らすと、①同一サービスでもコスト削減が指向されやすいこと、②情報については、モラルハザード・逆選択²⁾の防止策が不足しており、利用者の自己決定が行使されにくいこと、③不測の事態への対応策としてサービス供給者がリスク対応のための保険に加入の義務がないこと、④動機づけでは、施設系サービスにおいて、生産性効率よりコストの削減の達成が重視されている、利用者の動機づけについては、介護支援専門員の中立性の如何によって利用者の意向が歪められる可能性があること、⑤保険給付対象の設定についてグループホームのホテルコスト³⁾等に見られるように設定に齟齬があるなどのクリーム・スキミングの存在を挙げており、介護保険制度創設は、サービスの提供に供給主体間の競争原理の導入、公定価格の設定、応益負担化をもたらしたものの、公平性と両立しないところがあり、利用者への影響の実証的な検討をしながら制度の理念等を再検討する必要性を述べている。

宣（2009）は、平成17年介護保険事業状況調査、平成18年介護事業所・施設調査、総務省統計局の平成16年事業所・企業統計調査等の二次データを用い、各介護保険サービス事業所数の変化、損益率等の実態を参入障壁、採算性、将来性、競合度の4つの側面で整理し、今後、市場の拡大が起こるか否かを検討している。その結果、訪問介護事業は事業者数が増えているものの、1か所当たりの月間売上高が減少しており供給過剰状態であると指摘している。さらに市場拡大は大きくないが事業者間の競合性が高い状況があり撤退事業者も増えていること、市場性の低い事業分野と高い分野があり、制度改正に翻弄される余地もあるため、完全自由市場で取引される保険外サービス等（例えば、配食サービス、外出・旅行等の同行、家事代行、庭掃除、除雪等）⁴⁾の展開も併せて実施することで安定的経営が可能となることを指摘している。

2) 営利・非営利など事業主体の相違によるサービスの質や効率性への影響

赤城ら（2001）は、2025年までの要介護者数、必要サービス量についてコーホート変化率法を用いて推計し、仙台市と東京23区、大阪市、名古屋市の三大都市圏の在宅サービス整備状況の比較を行い、営利企業の参入の効果検証を行っている。その結果、4都市すべてに介護サービス基盤整備の遅れがあるものの、仙台市では在宅介護サービスの営利企業の参入を積極的に行ったことで、他の都市に比較して、その整備が進んでいることが確認された。人口密度が高く、採算がとりやすい大都市における介護サービス整備のためには、営利企業の参入を促すことは一つの方法であるといえらるとし、一方でサービスの質や経営の安定性などの問題を突き詰める必要があると指摘している。

Shimizutani&Suzuki（2007）は、日本の介護サービス市場における営利事業者の参入が介護の質と効率性を高めたのかを検討することを目的に、2001年に実施された内閣府の「介護サービス市場の一層の効率化のために 介護サービス価格に関する研究会報告書」の調査データと東京を含む関東地方の訪問介護事業者への調査データを用いて分析を行っている。まず、質の違いは、営利法人、非営利法人、公立事業所を従属変数、48項目からなる12の指標（経営管理、スタッフ管理、職員研修、スタッフの資格・経験、サービスの利便性、顧客志向のポリシーからなる営利業者、非営利業者、公的事業者でのサービスの質、情報提供および苦情対応システムの有無、プライバシーの保護、緊急事態への対応体制、感染対策、事業計画の透明性、契約手続きの明確さ）を独立変数として分析した結果、内閣府の調査と同様にサービス提供の主体の相違によってサービスの質に大きな違いはないことが報告された。また介護保険制定前1999年以降に参入した事業者を新たな事業者として、それ以前から事業を行ってい

る事業者との比較では、新たな事業者は古い事業者よりもサービスの質が優れている可能性を指摘した。また、効率性の比較では、従属変数を事業者の総支出（対数）、説明変数には、サービスの合計使用時間、従業員の賃金（人件費/総労働時間）、パートのヘルパー人数、事業運用期間、支店の有無などとし、回帰分析を行った結果、事業運用期間で係数がマイナスで有意であり、これらのことから、事業の経験が長いほど事業者はより効率的であると報告している。さらに非営利法人は質が高く経験豊富なスタッフでサービスの提供が出来るが、コストの面から効率性がよくないと報告しており、競争メカニズムが介護保険の市場において効果的に機能し、自由化市場政策が在宅介護の質と効率性の向上に貢献していると言及している。

鈴木,堀田(2010)は、平成18年度介護労働実態調査・事業書調査のデータを用いて訪問介護事業所の経営主体別のサービスの質の相違を分析している。サービスの質については、内閣府(2002)、鈴木(2002)の先行研究を参考にそれぞれ2つの項目から構成される8つの指標(①サービス内容の維持・管理、②職員管理、③従業員の属性、④能力開発、⑤コミュニケーション管理、⑥事業の安定性、⑦利用者本位の姿勢、⑧安全・衛生管理)を作成し、その2つの項目の得点の合計を指標の得点として、8つの指標の得点を同じウエイトで単純に合計したものを総得点とした。また主成分分析によって第一主成分を取り出して総得点化を行った「主成分得点」も作成して、民間企業、社会福祉協議会、非営利主体を比較している。その結果、内閣府(2002)の研究同様に民間主体の事業所の方が公的主体に比較して殆どの指標で優れており、総得点においてもサービスの質が高いという結果を示していた。

Cabin. et al(2014)は、2011年の Medicare Home Health Compare database⁵⁾と2010年の Medicare Home Health cost reports⁶⁾を使って5,808の在宅医

療機関のオーナーシップの違いによるコストやサービスの質を比較している。コストは、患者一人あたりの総コスト（年間総コストを患者数で割ったもの）、総費用に占める管理職の給与および福利厚生費、収益性（純収益を総費用で割った値）の 3 つの変数とし、質については、CMS（Centers for Medicare & Medicaid Services）が示している 5 つの総合指標（全体的な質：22 の個別の質指標⁷⁾の平均、ケアのプロセス：13 の個々のケアのプロセス指標⁸⁾の平均、アウトカム：機能向上（7 つのアウトカム指標⁹⁾の平均）、入院しない患者割合、サービス終了までの褥瘡が発生しない患者割合）として、コストとサービス指標の相関を比較している。その結果、全体的な質については非営利機関がわずかに有意に高く、またすべての在宅ケア機関の間で、患者 1 人当たりの総費用は、ケアのプロセス以外の指標（総合的な品質、機能向上、入院の回避、褥瘡予防）と負の相関があった。また、オーナーシップの相違では、入院の回避については非営利事業者のほうが高いこと、民間の方が利用者一人当たりの費用が高く、より収益性や管理コストが高いことを報告している。

Valdmainis.et al（2007）は、在宅医療の効率性を評価するために、米国の 48 州とコロンビア特別区にあるメディケアの認証を受けた 3,913 の在宅医療機関の 2010 年の年間収益、支出、患者、サービスの量が把握できるコストレポートと、OASIS（The Outcome and Assessment Information Set）¹⁰⁾のデータを使って 3 つの効率性（全体的、技術的、スケール）の尺度を導き出し、各尺度のスコアを従属変数とし、営利か非営利、チェーン会員、投資家が所有する在宅医療機関、ホームエイド契約、作業療法契約、理学療法契約、熟練した看護契約、言語療法契約、メディケア認定年数、米国各州を独立変数としてその関連を検討した。その結果、在宅医療は総費用、入院患者数、治療を受けた患者数等を平均的に 28%（全体効率）、23%（技術効率）、6%（スケール効率）だけ削減できると報告している。

また、Esslinger et al (2014) は、米国における 2010 年の在宅医療品質改善全国キャンペーンに集中的に取り組んでいる在宅医療機関において、取り組みの少ない機関よりも急性期医療機関への入院率が減少する可能性について探索的研究を行っている。介入前の期間（2009 年 3 月 1 日～11 月 30 日）における急性期医療機関への入院率と平均サービス期間を OASIS（The Outcome and Assessment Information Set）を使って算出し、その後、キャンペーン期間の早期にベストプラクティスインターベンションパッケージに関する資料にアクセスした 1,077 事業所の 2010 年の同時期の急性期医療機関への入院率を比較している。その減少率を従属変数として、急性期医療機関への入院率と平均サービス期間、さらにその事業所のスタッフへのアンケート調査で得られた内容の分析（アイテム応用理論の使用）から算出したキャンペーンへのエンゲージメントスコアを独立変数として、探索的パス解析で分析している。その結果、急性期医療機関への入院率の改善に対するエンゲージメントスコアには統計的に有意な正の関連が認められたと報告している。

3) 事業者主体の相違による介護市場への参入や経営行動の特徴

Tokunaga & Hashimoto は、2002 年～2010 年の全国パネルデータを用い、65 歳以上 1000 人当たりの営利企業者数を従属変数とし、65 歳以上の要介護度割合（要介護 1、要介護 2-3、要介護 4-5 の 3 段階）、人口密度、65 歳以上の人口割合、その地域の最低賃金、課税所得、女性の労働者割合等を独立変数として、営利事業者の市場参入に影響を与える要因を分析した。その結果、需要要因（要介護度 2-3 の割合）で係数が大きくなり、プラスの相関が認められた。コスト要因（人口密度と最低賃金）では、人口密度で正の相関を認め、最低賃金では負の相関を認める結果となり、これらの要因が営利事業者の市場参入への決定に大きく影響していることか

ら、営利事業者は利益を最大化するために戦略的に市場の選択をしていると報告している。そしてすべての地域で長期ケアの効率的な提供への平等なアクセスを確保するためには、価格設定にケアの質と市場の状況を反映するように再設計する必要があると指摘している。

金谷（2016）は、営利、非営利事業者のクリーム・スキミング¹¹⁾行動の差異とその行動が事業所の総報酬に与える影響を明らかにすることを目的に、介護サービス情報公表システムの個票データを使って広島県内の経営主体別の事業者の経営実態（事業規模・内容および雇用者・利用者の特性など）の比較を通して、実証分析している。クリーム・スキミングの指標としては、利用者総数に占める訪問介護利用者の割合、訪問介護提供時間に占める身体介護の割合、訪問介護利用者に占める重介護者数の割合等とし、介護報酬総額を従属変数として分析した結果、営利法人と医療法人にクリーム・スキミング志向があり、介護報酬総額を拡大している傾向が部分的に見られると報告している。

Kim & Norton（2014）は、PPS（Prospective Payment System：包括支払い方式）¹²⁾によって、在宅医療費用が増大した理由を在宅医療機関が利益を生むための戦略的行動（訪問診療・治療の回数の調整と患者の再認証¹³⁾）にあると指摘し、さらに低参入コストと PPS による利益へのインセンティブによって営利企業の参入が増えている実態を示した。そのうえで 2001 年～2007 年の米国連邦政府機関である Centers for Medicare & Medicaid Services（CMS）が提供しているデータを使って、PPS（包括支払い方式）下における在宅医療機関の新規参入者と既存事業者の行動パターンの相違と、参加者との競争に直面している現職者の行動パターンの変化を調査した。①新規参入者は、現職者よりも利益志向の行動パターンをとる可能性が高く、その行動は、参加者のオーナーシップによって違っている、②新規参入者の行動は現職者の行動にも影響を及ぼす

という 2 つの仮説を立て、従属変数を 10-13 回の訪問診療回数、再認証、独立変数を事業所のオーナーシップ、新規参入事業者、既存事業者として回帰分析した結果、10-13 回の訪問診療の実施可能性について、既存事業者と比較して営利目的の新規参入者の訪問が 6.7% 高くなると報告している。また、再認証の可能性も 2.9% 高くなると報告している。既存事業者への影響は、非営利事業者がいないエリアに限定すると、営利の既存事業者の 10-13 回訪問治療は、前年度の営利新規参入事業者の行動の変化と正の相関がある事を報告している。これらの結果より、メディケアの在宅医療への支出増大は事業者の利益志向の行動パターンと、そのパターンが間接的に他の事業者の行動に影響していることで起きていることが説明できるとした。

4) 訪問介護事業の収益性に関連する要因

金谷（2003）は、全国の訪問介護事業所へ質問紙調査を行い、2000 年度と 2001 年度の介護事業収入や収益、1 人あたりの利用単位等の実態、行政からの委託事業の受託の有無等から、収益のプラス・マイナスなど経営状況に関連する要因や行政との関係性を検討した。2001 年度の 1 事業所当たりの収益率（介護事業利益/介護事業収入）は、社会福祉法人は 9.1%、NPO 法人で 6.6%、医療法人では -1.8%、株式会社は 0.9%、有限会社で 1.7% であった。また、事業対象となる人口が増加するにつれて、事業規模が大きくなっているが、収益率には一定の傾向が見えず、また、事業収入が最も多いのは、高齢化率が 15% 以上 20% 未満の地域で、2001 年では高齢化率が高い地域ほど収益率が低くなる傾向がみられた。さらに収益率を従属変数とし、人口、高齢化率、介護料収入額、事業所の経過年数、行政事情の受託実績、利用者とのトラブルの有無、職員の専門資格の有無や経験年数などを説明変数にして、回帰分析を行った結果、収益率は事業

所設置地域の人口や高齢化率で有意にマイナスとなっており、事業所の経過年数や事業の受託実績額（対数）の影響は認められないこと、またほかの変数でも収益率にはほとんど影響していないことを報告している。

横山、横井（2005）は、豊田市の介護保険サービス事業（施設系を含む）者への質問紙調査で事業所の自己評価の実施状況と評価による収益等への影響を4つの仮説を立てて分析している。4つの仮説は、①自己評価の実施は売上げ、もしくは損益の改善を図る、②自己評価や第三者評価の実施事業所は増加傾向にある、③サービス種別に実施状況の特徴的な傾向がある、④自己評価の評価基準はサービス種別により異なる、である。その結果、事業所の自己評価頻度が高い事業者ほど目標通りの売上げを上げている事業所が多いものの、損益と自己評価実施状況との間には統計的に有意な関連がないことを明らかにしている。仮説②は、有意差がなかったものの半年に1回以上自己評価を実施する事業所が増加していた。仮説③も実施状況に有意差はなく、仮説④では、訪問系は従業者の技術レベルや事業所運営方針、通所系では家族に対する報告、相談、情報提供、クレーム対応で自己評価チェックリストが作成されている実態が報告された。介護保険サービス事業が自己評価に取り組まない理由として、準備できない、時間がない、評価方法がわからない等が挙げられている。また、自己評価をすでに実施しているところはその評価結果を事業の改善に取り入れている状況がうかがえる一方で、約4割の事業所が自己評価を取り入っていないことから、実施するところ、しないところの二極化が進んでいると報告している。

宣（2007）は、埼玉県内の訪問介護事業者への質問紙調査により、訪問介護事業者の収益性に影響を及ぼす要因を検討している。事業の収益性に関わる従属変数として1か月あたりの実利用者数、延べサービス提供時間数とし、独立変数に事業継続年数、サービス提供の市区町村数、居宅

介護支援事業の有無、施設居住系のサービス提供の有無、事業所の訪問介護員数、10年以上の経験のある訪問介護員数として回帰分析を行った。その結果、訪問介護事業所の収益性に関連する要因として有意差を認められたのは、訪問介護員数、有料老人ホームなど施設居住系サービス事業の併設、事業継続年数、居宅介護支援事業併設であったことを報告している。

5) 市場の集中度とサービス費用・質への影響

周，鈴木（2004）は、関東地域（1都6県）の訪問介護事業所へ、兼業の有無（訪問入浴サービスや居宅介護支援事業など）、総費用（サービス費、賃金等を含む）や収入などの財務データ、サービスの利用状況、操業年数、従業員の構成、労働時間、サービスの質指標等の詳細なアンケート調査から市場の集中度がサービスの質と効率性に与える影響について分析している。集中度は市区町村の65歳以上の高齢者人口に占める事業所数とし、サービスの質は、シルバーマーク¹⁴⁾、ISO¹⁵⁾等認定マークの取得の有無、カンファレンスの実施、夜間・早朝サービス提供の有無、定期的なヘルパー研修実施の有無、苦情処理窓口の有無、雇用者に占める有資格者の割合等、14の指標を定義し、4つのサービス指標（質の管理、サービス利用の利便性、情報公開サービス、ホームヘルパーの能力）を作成して、従属変数を集中度の高低、独立変数を4つのサービス指標として、回帰分析を行った。その結果、市場の集中度とサービスの質との関係性は明確には見出せないこと、集中度が高く、競争が激しいほど訪問介護事業者の費用が低く、効率性が高かったことを報告している。

山内（2004）は、訪問介護費用と事業者密度との関連において、介護サービス需要やその費用に与える影響として供給者誘発需要の可能性を検討している。2001年6月～2003年3月までの22か月間のデータで、国

民健康保険中央会の「介護給付費の状況」から訪問介護費用や件数、日数、「認定者・受給者状況」から居宅サービス受給者数、要介護度割合、独立行政法人福祉医療機能が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイトである WAMNET (Welfare And Medical Service NETwork System) に掲載された都道府県別サービス登録者数から算出した事業者密度等を使って訪問介護市場の競争度が高くなるとサービス利用が誘発され、訪問介護給付費が増大するという仮説を検証した。従属変数に一人当たりの訪問介護費用、千人当たりの件数と日数、説明変数は居宅サービス受給者千人当たりの事業者数（訪問介護のほかに訪問看護、通所介護、グループホーム、福祉用具貸与介護支援事業者数）、要介護度割合、自己負担額、1人当たり年金受給額（2000年度、社会保険事業概況事業年報から年金受給者の都道府県別年金総額を都道府県別65歳以上で除した値）として、二元配置分散分析を行った。その結果、訪問介護サービスでは、市場の競争度が高くなるとサービス利用が誘発され、給付費が増大すること、その誘発は利用頻度の増大によって引き起こされる可能性が否定できないと報告している。

一方、湯田（2005）は、介護サービスの供給者誘発需要を要介護者の自発的需要と介護事業者（この調査では訪問介護や通所介護、介護保険3施設等を含む13のサービス事業を対象としている）の誘発需要に分けて検証している。山内（2004）と同様のデータソースを使って、都道府県ごとのパネルデータを作成し、分析方法は要介護認定者当たりの介護費用と受給率、1件当たりの介護費用を対数化したものをそれぞれ関数と定義し、それを従属変数にして、説明変数（事業者密度、各要介護度割合等）と回帰分析を実施した。その結果、訪問入浴介護、訪問看護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同介護¹⁶⁾以外のサービスで事業者密度と介護費用関数が統計的に有意な正の関連があることが認められたものの、1件当たりの費用関数と正の有意な関連が出たのは、通所介護、福祉用具貸与、介護老

人福祉施設であった。しかし係数の値が小さいため、誘発需要が生じているのは通所介護のみと結論付けている。その理由として挙げているのは、市場への参入や退出は医療機関に比較して容易であり、競争激化によって経営に苦しい状況に直面すると市場からの撤退で損失を最小限に抑える行動をとる可能性を指摘している。

Noguchi & Shimizutani (2009) は、2001～2003年の各年に実施した世帯および介護利用者調査から、在宅介護サービス事業者の増加と介護の費用に支出する確率を分析している。事業者の増加には都道府県ごとの事業者密度とし（訪問介護、訪問看護、訪問入浴サービス、通所介護事業所数/サービス受給者数）1人当たりの介護支出額/月を従属変数、事業者密度、受給者の特性（要介護度、有している疾患）、1か月あたりの自己負担医療費（対数）、世帯収入等を独立変数として回帰分析した結果、事業者の増加と費用には、弱い正の相関あり、また営利目的の事業者の増加と在宅介護サービスの需要には関連性が認められていないことから事業者の需要誘発は起きていないと結論付けている。

岸田（2015）は、14の政令指定都市（札幌、仙台、埼玉、千葉、横浜、川崎、名古屋、京都、大阪、堺、神戸、広島、北九州、福岡）に存在する居宅介護支援事業所を対象に調査を実施し、併設サービスのある居宅介護支援事業所でケアプランを作成された受給者と併設サービスのない居宅介護支援事業所でケアプランを作成された受給者のサービス利用状況（介護サービスの種類、事業者選択の余地の有無）の比較から介護サービスの誘発需要の存在を検証している。従属変数を訪問介護の利用および通所介護の利用とし、説明変数を、設置主体別の併設の有無、利用者・世帯の属性（要介護度、医療処置管理数、家族介護の有無、経済状態）として、回帰分析の結果、訪問介護を併設した居宅介護支援事業所の利用者は、併設していない居宅介護支援事業所の利用者よりも訪問介護の利用率が

営利主体の場合、13.1%、非営利主体でも8%高く、通所介護の併設においても、利用率が営利主体では20.8%、非営利主体では11.7%有意に高くなる結果が出されている。

Moscaら(2010)はオランダで2004年～2006年の在宅介護事業者に関するデータを使用し、事業者の契約価格¹⁷⁾と市場のシェア、サービスの質の関連について実証研究を行っている。従属変数に契約価格の変化、説明変数には、事業者の市場シェア(圏域ごとの保険者が圏域内のサービス供給者と契約したサービスの総生産量における各事業者の生産量の割合および集中度)、事業者の特性、サービスの質として回帰分析を行った。その結果、事業者の市場シェアと価格には正の相関が認められ、市場シェアが1%増加すると、価格が0.134%増加すると報告している。また、集中度の指数にはHHI(Herfindahl-Hirschman Index)¹⁸⁾を使用した。価格への影響は極めて小さく、重要な要素ではないとしている。さらに価格と質との関連では、正の係数が出ているものの、有意ではなく、明確な結果が得られていない。これらの結果から、契約価格は市場のシェアに影響を受けており、現段階では、サービスの質の高さが価格に影響するという説明ができないと報告している。

Jung&Polsky(2014)は、2001年～2006年のホームヘルスサービスを利用したメディケア受給者のOASIS(The Outcome and Assessment Information Set)¹⁹⁾データを使って市場の集中度が及ぼすサービスの質への影響を推計している。従属変数にサービスの質(機能改善、入院しない在宅療養の継続、訪問回数)、説明変数に1(競争が弱い)～10(競争が激しい)段階のHHI(Herfindahl-Hirschman Index)²⁰⁾とした。回帰分析の結果、機能改善では、市場の集中度が一定程度ある場合(5段階と7段階)に係数が大きくなるが、競争が最も激しい市場(9段階と10段階)では急激に小さくなる結果が示された。競争と入院回避では、4段階から

有意に負の相関となり、最後の 2 段階（競争が強い）で最も大きな負の影響をもたらす。訪問回数では、ほとんどの段階で有意に正の相関関係が認められるものの、競争が激化すると負の相関となる。競争が強い 9 段階と 10 段階での機能改善の確率は、他の段階と比較すると 0.43～0.81 ポイント減少し、入院回避の確率においても 0.63～0.97 ポイントの減少を認めた。さらに訪問回数については、他の競争段階と比較すると回数が 0.3 回少なくなるという結果が出された。3 つの質の指標と競争との関連で共通しているのは、競争が激化すると負の相関になる事である。この結果が出された理由として、在宅ヘルスサービス事業は市場への参入と撤退が比較的容易であることを挙げている。今後、競争が品質を促進するための有用な政策手段であるかどうかを評価する際には、市場の特徴（例えば、独占や寡占の状況、病床数、参入規制の有無や撤退の制限の有無など）を考慮する必要があるとしている。

6) 市場からの撤退要因

Jung & Feldman (2012) は、2003 年に開始されたメディケアによるホームヘルス事業者の報告制度 (Home Health Compare=HHC) ²¹⁾ の導入以後、事業者が市場から退出したのか、社会経済的に不利な立場にある人々へのサービスを選択的に中止するかどうかを研究している。2002 年～2004 年の OASIS (The Outcome and Assessment Information Set) ²²⁾ から、5,911 の事業所と市場エリア 22,269 か所を特定し、退出率と報告率の実態把握と地域の特徴（低所得および低学歴）との関連を分析している。退出率は平均 5.3%、報告率は平均 85% であり、また、従属変数を市場からの退出とし、独立変数を報告率と地域の特徴（低所得、低学歴、事業者規模、設置主体など）として回帰分析を行った結果、報告率と低学歴間の相互作用と退出率に正の有意な相関があった。報告数が少ない事業者との比較に

において報告数が多い事業者は教育を受けていない人々の多い地域から退出する可能性が高くなることを意味すると報告している。しかし、その係数は 0.0003 と非常に小さく、平均退出率と事業者がサービス提供する市場エリアの平均数から考えても実質的な意味はないとして、公的な報告制度は市場からの退出に影響を及ぼしておらず、在宅医療へのアクセスにも混乱はないと結論付けている。

7) 介護サービス事業所の運営課題と質を高める手法

廣瀬（2011）は、夜間対応型訪問介護サービス事業の運営課題に対する具体的な取り組み方策を見出すため事業管理者 20 名に半構造化インタビューを実施し、その内容を質的に分析している。結果として、運営上の課題は事業者確保、人材育成、他サービスとの連携が挙げられ、具体的対策として広報活動、人材の質の確保と業務上の安全確保、労働条件整備、緊急時の連携体制の構築を挙げている。

また角谷（2011）も、介護事業者自身がサービスの質を高めるための最も効果的な手段が何かを見出すために関東地方のグループホームの外部評価結果を用いて、サービスの質を向上させるメカニズムを分析している。従属変数にケアサービス 40 項目の達成率、説明変数に運営理念、生活空間づくり、運営体制として、重回帰分析を行った。その結果、ケアサービスの達成率は、すべての変数が有意な影響を及ぼしており、とりわけ運営体制の影響が大きいことが分かった。さらに運営体制を従属変数として運営理念、生活空間づくりを独立変数として重回帰分析を行ったところ、運営理念からの影響が強いことがわかり、サービスの質を向上させるメカニズムを最も効率的に動かすのは、運営理念を明示し、関係者間でしっかり共有することであると結論付けている。

山田（2011）は、2007年に起きた「コムスン事件」の事例検討を通して、サービスの継続的かつ安定的な提供が可能であれば、提供主体が営利・非営利を問わないという仮定の下、介護サービスに市場機能を導入することの妥当性と提供主体の多様化が利用者にとって有効に機能するための条件を先行研究から論証している。その結果、介護サービスの提供主体の多様化が機能していくための条件について、前述した準市場の5つの条件（佐橋 2002）に加えて、①継続的安定的サービス提供という性質を介護サービスの公共性に加えること、②公的責任に基づく不正防止・処罰の法制度設計、③介護報酬の適正な設定による提供主体の安定した経営と経営者育成が重要であると指摘している。

Tamara& Rachel（2010）は、長期ケアにおける市場ベースの改革を「消費者の意思決定に資する情報を提供し、品質や効率、またはその両方を改善するためのインセンティブを事業者を提供することにより、事業者間が品質を競うように設計すること」と定義し、これまでの制度改革を振りかえり、現状の課題と改革の方向性を示唆した。品質評価指標について、生活のクオリティ評価がまだ弱いこと、現在の支払いシステム（Pay-For-Performance）²³⁾は、特定のメディケア、メディケイド、民間保険会社などの特定の支払者向けに設計されており、事業者の費用対効果の高いケア提供に対するインセンティブはほとんどないこと、これら2つの仕組みは、在宅医療機関や養護施設などの従来の事業者にのみ存在し、消費者は、利用可能なコミュニティベースのケアやオプションについて評価する手段を持っていないことを指摘している。そのうえで、現在の報告制度と支払いの仕組み（Pay-For-Performance）は、臨床の質評価に加えて生活のクオリティに焦点を当てていくべきと提案し、その対策として指標に加えるべき項目に顧客満足度、健康に関連する生活のクオリティ²⁴⁾を挙げている。さらに入院の回避、養護施設でのホスピスの利用など生活の質

とより広く相関する臨床的な対策を組み込むこと、そして品質改善へのコミットメントなどの組織の特性にも焦点を当てることを提案している。

訪問看護ステーションが対象となっている研究では、山口ら（2011）が訪問看護ステーションの安定的経営の実現のために訪問看護ステーションの管理者の行動の現状と課題を2005年～2010年の発表論文をもとに検討している。マーケティングや人的資源管理、サービス品質管理についての経営管理行動の報告があるものの、リスク管理や財務管理、またそれらを統合し安定した経営を実現するための行動に関する報告が少なく、今後の検討課題となることを報告している。

4. 考察

都市部における訪問看護ステーションの急増、併せて休止・廃止数の増加という実態及び今後の訪問看護サービスの需要の増加を背景に訪問看護ステーションには、長期的にかつ安定したサービス提供ができる運営が求められる。そのため、国内外における先行研究から訪問看護ステーションを含む日本の居宅サービス事業所の市場の競争が及ぼす事業運営等への影響と事業継続の実態、事業継続に関連する要因を明らかにすることを目的として文献検討を行った。その結果、訪問看護ステーションの事業継続期間に着目した直接的な研究報告は現段階では見当たらなかった。このことから、わが国では、訪問看護ステーションの事業継続期間や事業の長期的継続に関連する要因について、現時点では研究がなされておらず、実態はつかめていない現状にあるといえる。加えて介護保険サービスの居宅サービスに位置づく訪問介護を対象とした研究でも事業継続期間を従属変数として分析した研究は見当たらず、日本の介護保険の居宅サ

ービス事業所の事業継続期間の実態やその関連要因は未だ明らかになっていない状況にあるといえる。

しかし、訪問介護事業所については、事業継続について検討した研究ではないものの、全国規模のデータベース等を用いて、経営的、経済的視点を交えた研究がなされていることが明らかになった。具体的には、事業主体の市場への参入要因（金谷 2003,2016；Tokunaga&Hashimoto 2013）、経営主体の相違によるサービスの質や効率性の違い（Cabin et al 2014；金谷 2003,2016；Shimizutani&Suzuki 2007；鈴木，堀田 2010；Tokunaga&Hashimoto 2013；Valdmanis&Rosko 2007；横山,横井 2005）、都市部の市場の競争によるサービスの質への影響（Jung&Polsky 2014；Mosca et al, 2010；周,鈴木 2004）、供給者需要喚起の検証（山内 2004；湯田 2005；Noguchi&Shimizutani 2009；岸田 2015）、収益やコストの分析（金谷 2003；宣 2007；周,鈴木 2004）、支払いのシステムや報告制度の影響（Jung&Feldam 2012；Kim&Norton 2015）等があげられる。これらの研究から、訪問看護ステーションの事業継続に関連する要因を探索していくに当たり、日本の訪問介護事業所や米国の在宅医療機関を対象とした研究から、以下に示す示唆を得た。

1) 介護保険サービス事業所の事業運営に影響を与える要素

(1) 事業集中度を含む事業所が所在する地域特性

まず、事業所が所在する人口密度や65歳以上の人口割合を含む地域特性の視点を持つ必要がある。先行研究では、収益性の要因にも市場参入においても独立変数に65歳以上人口や要介護認定者数等が使われている（赤城ら 2001；Tokunaga&Hashimoto 2013；金谷 2003, 2016；周,鈴木 2004）。また、事業運営の課題においても利用者確保は重要な要件といえ

る（廣瀬 2011）。さらに市場の競合や集中度をみる視点として先行研究（Kim&Norton 2015；Mosca et al 2010；Jung&Polisky 2014）では、ハーフィンダール指数（Herfindahl-Hirschman Index: HHI）²⁵⁾が変数として取り入れられている。特定地域内における同様の事業所数や各事業者の地域での市場占有率²⁶⁾の高低によって事業の撤退や費用にも影響があることは先行研究（Jung&Feldam 2012；Jung&Polisky 2014；Mosca et al 2010；Noguchi&Shimizutani 2009；周,鈴木 2004；山内 2004；湯田 2005）で指摘されており、事業所が所在する地域特性の中でも事業集中度は事業継続に関連する要因を検討する上で外せない指標といえよう。ただし、HHIについては、日本の介護保険制度の場合、二次データからは事業所のシェアを把握することが出来ず、仮に指数を使うとすれば、地域を限定し、その地域に所在している事業所のサービス利用者数やコスト、その取り上げた地域に関するデータ、および介護給付費等のデータが必要になる。したがって、訪問看護ステーションを対象とした場合、訪問介護事業を研究対象とした先行研究（Noguchi&Shimizutani 2009；周,鈴木 2004；山内 2004；湯田 2005）のように事業者密度を使うのか、他の方法があるのかは検討が必要である。

(2) 経営主体の相違や事業所の運営体制

先行研究では経営主体の相違によって介護保険サービスの提供頻度や費用に関する分析、経営行動を比較検討している。営利事業者は利用者選択などのクリーム・スキミング志向がある事（金谷 2016）や居宅介護支援事業所の併設でのサービス利用には供給者誘発需要が存在しており、営利事業者の方がその存在が大きいこと（岸田 2015）、米国においては民間営利事業者のほうが1人当たりの費用が高くなっていること（Cabin

et al 2014) や利益最大化へ向かう経営行動をとる傾向がある (Kim & Norton 2015)ことが報告されていた。

訪問看護ステーションを対象とした研究では、事業主体の相違を変数にした研究は見当たらないが、前述したように現在、営利法人が開設主体となっている訪問看護ステーションは 47.2%を占めており、事業継続に関連する要因の検討において、経営主体の相違は考慮すべき要素と考える。

また、事業所規模や運営体制に関する視点も必要である。先行研究 (Cabin et al 2014 ; 金谷 2016 ; Shimizutani&Suzuki 2007 ; 鈴木, 堀田 2010; 周,鈴木 2004; 宣 2007; Valdmanis&Rosko 2007; 横山, 横井 2005) では、訪問介護事業の収益性や質との関連で、事業所規模、スタッフの特徴、特に経験 10 年以上のスタッフ人数を独立変数として設定した分析が行われている。事業所の人員が多いところは収益性が高く (宣 2007) 、またサービスの質指標の一つとして正社員比率や介護福祉士資格割合 (鈴木, 堀田 2010) や、従業員の能力として理学療養士等の専門職有資格者割合やヘルパーの経験年数を入れて分析が行われている (Shimizutani&Suzuki 2007 ; 周,鈴木 2004) 。結果は、有意差の有無は分かれるものの、訪問看護ステーションを対象にした場合、人員が 5 人未満の訪問看護ステーションが約半数を占めている現状があり、人員規模や経験年数、居宅介護支援事業所の併設の有無は分析の視点として必要になる。

(3) 利用者特性

先行研究においては、収益性やサービスの質との関連の検討において事業所の人員規模やスタッフの特性等を独立変数に設定した分析が行わ

れていたが、同時に利用者の特性も変数として扱われていた(金谷 2003; Tokunaga&Hashimoto 2013)。訪問看護サービスの場合、利用者数の多少とともに利用者の一人当たりの報酬単価の高低も事業経営に直結する。訪問看護サービスの利用者は、介護保険の利用者の場合、中重度と言われる要介護 3~5 の利用者が 55%を占めている(厚生労働省社会統計室 2019)。また利用者特性と訪問看護ステーションの事業経営との関連をみた先行研究(清水他 2011; Fukui, et al 2014)では、医療保険の利用者数や医療保険、介護保険の報酬における各種加算を変数として分析を行っている。したがって、本研究において事業継続期間を従属変数とした場合には、どのような報酬上の加算の取得がなされているか等、利用者特性に関することも分析の視点として必要になるといえる。

(4) 事業所におけるサービスの質の確保

また、事業所におけるサービスの質の確保に着目し、変数として入れることも重要である。先行研究(Jung&Polsky 2014; Mosca et al 2010; Noguchi&Shimizutani 2009; 周,鈴木 2004; 宣 2007; 山内 2004; 湯田 2005; 横山,横井 2005)では集中度とサービスの質、効率性、給付費用との関係性を分析している。事業所の自己評価頻度が高いほど売り上げは伸びているが損益には有意差がないことや(横山,横井 2005)、営利法人がコストの面で効率性が高く、質は非営利法人と比較しても差がないこと(Shimizutani&Suzuki 2007; 鈴木,堀田 2010; 山内 2004)、米国やオランダの研究では営利法人はサービスの質は、特に入院回避において低いものの、収益性や一人当たりの費用は高いこと(Cabin et al 2014)、質への影響は明確ではないこと(Mosca et al 2010)、集中度の程度によっては、機能改善や入院回避等質の指標の低下が起きてくることなどの報告があった(Jung&Polsky 2014)。質の指標についてはこれまでに報告さ

れている外部評価項目の得点や過去の行政調査等を参考に独自で開発したものなどを取り入れており、サービス内容の維持や管理として事業所内の情報共有機会の有無や従業員属性、人材育成の取り組みなどが挙げられていた（Cabin et al 2014；Jung&Polsky 2014；Mosca et al 2010；Shimizutani&Suzuki 2007；周,鈴木 2004；鈴木,堀田 2010）。

訪問看護ステーションの事業についても質の確保は重要である。しかし、序論で述べたようにその指標については事業所評価もサービスの質評価も開発段階であり、ステーション自身が指標を使って測定ができる状況には至っていない。しかし、訪問看護は介護保険法に基づくサービスでもあり、「介護サービス情報公表システム」において事業所の情報公表が求められ、さらに自治体による指導を定期的に受けている。そのため、訪問看護ステーションにおける質の確保の取り組みについては、公表されている情報と介護保険のサービス指定権限者である自治体からの情報を得て検討することも可能ではないかと考える。

2) 今後の国内研究の必要性と課題

先にも述べたように今後、訪問看護サービスの需要は増加することが見込まれており、その需要に応える体制を地域で構築していく必要がある。訪問看護サービス提供を主に担う訪問看護ステーション数は2012年以降、急激に増加している一方で、その事業主体は営利法人が4割を超えてきた。今後、訪問看護のさらなる需要増加を見込んで、営利法人の参入は継続することが推察されるが、急増している営利法人の訪問看護ステーションの質に対する懸念が生じていることや（厚生労働省保険局 2017b）2000年～2013年に介護事業の指定取り消しとなった訪問看護ステーションでは営利法人の割合が高い実態がある（厚生労働省老健局

2015)。しかしながら我が国においては、営利法人の参入について訪問介護事業ではサービスの質に着目した研究報告はあるものの、訪問看護に関して事業主体の相違による研究報告はない。

さらに現行制度では、訪問介護や通所介護と違って訪問看護の場合、自治体には指定拒否権限はないため、訪問看護ステーションの指定申請があり、指定基準を満たしていれば認めざるを得ない状況がある。一方で、人口が集中する都市部では、開設した訪問看護ステーションの早期撤退も現実には起こっており、訪問看護のサービス提供の不安定さが懸念される。現行制度下では、撤退した訪問看護ステーションの把握ができないため、撤退理由の探索は困難である。だからこそ今後の需要の増加に対応するためには、短期間で市場から撤退しない事業運営が求められていく。すなわち長期的に事業が継続でき、地域において安定的に継続的にサービスの供給ができるステーションが増えていくことが必要になる。さらにそのサービスは当然に質が問われる。そのことは先行研究でも事業主体の多様化が機能する上での必要不可欠な条件であることは指摘されている。

訪問看護ステーションの質の評価指標については、開発段階にあり、活用の段階に至っていないことはすでに述べた。また病院の機能評価のように日本医療機能評価機構や国際的な医療機能評価 **Joint Commission International (JCI)** といった第三者評価の仕組みもなく、また医療の質の評価・好評推進事業²⁷⁾ といったアウトカム指標の情報公表も訪問看護ステーションには日本全体としては存在していない。

今後も営利法人の訪問看護ステーションの参入が予測されること、訪問看護ステーションの質の評価指標が開発途上にあること、また開発された評価指標が活用しきれていないこと、現段階で客観的かつ公平な立場で訪問看護ステーションの評価の実施や質に関連すると思われる情報

が集まるのが自治体にしかない状況に鑑みれば、訪問看護ステーションがサービスの質を担保しながら長期的な事業継続をしていくための要因について研究することは、地域における安定的なサービス提供の整備を任され、かつ介護保険の保険者でもある自治体や訪問看護ステーションの運営者にとって非常に重要な示唆をもたらし得る。

これまでの文献レビューにより得られた知見を生かし、本研究では、2つの研究を実施した。研究1は訪問看護ステーションの指定権限者である自治体の職員に対するインタビュー調査を行い、急増する訪問看護ステーションの質に対する現状認識と訪問看護ステーションの質的評価の視点を明らかにした。研究2では、2015年に公表された「介護サービス情報公表システム」を使って、訪問看護ステーションの事業継続期間の実態と長期継続の要因について明らかにすることを目的とした。

表 1 訪問介護事業所を対象とした研究

No	著者	発表年	研究目的	研究デザイン	研究方法	主な結果
1	赤城ら	2001	営利企業参入政策の効果を検証する。		2025 年までの要介護者数、サービス量などを推計し、三大都市圏別に在宅サービスの充足率と介護保険料水準を比較検討した。	4 都市すべてに介護基盤整備の遅れが計測されたが、営利企業の参入を積極的に行った仙台市では在宅介護サービスの整備が他の都市に比較して進んでいることが確認された。
2	金谷	2003	訪問介護事業における社会福祉法人、協同組合、営利法人の経営状況の相違を分析する。	横断研究	全国の訪問介護事業所 1,300 の回答から介護事業の収益率を従属変数として市町村人口（対数）、高齢化率、介護料収入額（対数）、行政の受託事業実績額（対数）経験 5 年以上のヘルパー割合等を説明変数として回帰分析を行い、経営状況の要因を分析した。	訪問介護事業において収益率は人口（対数）、高齢化率でマイナス、それ以外の関係は明確ではない。高齢化率の高いところは過疎地域や地方であり、利用者確保や移動時間の問題で採算が取れにくいことを示唆した可能性がある。
3	山内	2004	訪問介護の供給者誘発需要を検証する。	横断研究	2001 年～2003 年の 22 か月間の介護給付状況、認定者・受給者の状況、介護事業者情報のデータと月別・都道府県別のパネルデータを使用。費用、千人当たりの件数・日数を従属変数、在宅療養者当たりの訪問介護事業所数、要介護度割合、自己負担額等を説明変数として二元配置分散分析を行った。	競争度が高くなるとサービス利用が誘発され、給付費が増大する可能性、またその誘発は利用頻度の増大によって引き起こされる可能性がある。

4	周・鈴木	2004	訪問介護市場の条件とサービスの質、効率性の関係を検証し、在宅介護の市場化が望ましい方向にあるかを検討する。	横断研究	関東地域 1 都 6 県の訪問介護事業者へのアンケート調査から市場の集中度（65歳以上の人口に占める事業所数）を従属変数にと、事業者へ費用や収入の財務バランス、操業年数、サービス利用状況、従業員の構成・労働時間、サービスの質指標などとの関連について検討した。	市町村の65歳以上高齢者人口に占める事業者数とサービスの質（質管理、サービス利用の利便性、情報公開サービス、ホームヘルパー能力）では、市場の集中度が激しいほどサービスの質が高くなるかは統計的な有意差はないが、情報公開サービスは、弱い正の相関関係がある。また市場の集中度が激しいほど訪問介護事業者の費用が低く、公的業者に比較して営利業者の費用が低いことが分かった。
5	横山・横井	2005	事業所評価の実施状況、評価が経営に及ぼす影響、提供される介護保険サービスと評価の関係を明らかにする。	横断研究	豊田市の介護保険サービス事業所へ介護サービス実施の現状、事業所運営状況、情報公開、自己評価、第三者評価の現状等の3年間のデータを使用。事業所における自己評価の実施状況を従属変数とし、売り上げ、損益、サービス種類等との関連についてカイ二乗検定で検討した。	自己評価頻度が高い事業者ほど目標通りの売り上げをあげているが、損益に有意差が見られない。自己評価の実施事業所は増えたものの、その実施と損益には有意差なし。サービス種別と自己評価実施状況には有意差なし。サービス種別ごとに自己評価基準は考慮されていた。自己評価実施していない理由として、「準備ができていない」「自己評価方法がわからない」「時間がない」の理由が多い。
6	湯田	2005	介護サービスの供給者誘発需要を要介護者の自発的需要と事業者の誘発需要に分けて検証する。	横断研究	2001年7月～2002年10月の16か月間で介護給付費の状況、要介護認定者数、居宅サービス受給者数、施設サービス受給者数、厚生年金受給者数、基礎年金受給者数、国民年金受給者数、各介護サービス事業者数の都道府県ごとのパネルデータを作成し、認定者当たりの介護費用と受給率、1件当たりの介護費用を対数化したものを各関数と定義し、それを従属変数として事業者密度等と回帰した。	通所系サービス、福祉用具貸与、居宅支援、施設系サービスは事業者密度とその介護費用で正の相関があり、特に施設系ではその相関は強い。1件当たりの介護費用との間に正の関連が確認されたのは通所介護、福祉用具貸与、老人福祉施設の3サービスのみであった。事業者密度と1件当たりの介護費用では通所介護のみであった。医師誘発需要のフレームワーク下での分析では通所介護のみ誘発需要が認められた。

7	Shimizutani ら	2007	日本の介護サービス市場における営利参入が介護の質と効率性を高めたのかを検討するために非営利と営利事業者の提供しているサービスを比較する。	横断研究	東京を含む関東地区の訪問介護サービス事業者 442 事業者の財政状況、サービス利用状況、スタッフの特徴、質指標、属性について調査。事業者の総支出（対数）を従属変数とし、事業者特性との関連を検討した。	営利事業者と非営利事業者間でサービス品質に大きな違いはない。非営利はスタッフの資格、経験、研修は優位だがサービスの質は営利より悪い。品質調整後のコスト関数の見積もりでは、新しい事業者の管理が古い事業者の管理よりも効率的であること、事業期間が長いほど効率的であったことが実証された。
8	Noguchi ら	2009	在宅介護サービス事業者の増加と介護支出との関連の有無を明らかにする。	横断研究	2001 年～2003 年の介護サービス利用者に関する調査データを活用し、3 つのモデルを使って事業者の誘発需要が起きていないかを検討した。	在宅介護市場における事業者の密度がケアへ支出する確率と弱い正の相関がある。営利目的の提供者と在宅介護サービス需要には関連性を認められなかった。
9	宣	2009	訪問介護、通所介護、グループホーム、有料老人ホーム事業の市場性を検討する。	横断研究	平成 17 年介護保険事業状況調査と平成 18 年介護サービス施設・事業所調査等の二次データを使用。事業所数の変化と損益率等の実態から参入障壁、採算性、将来性、競合度の側面から市場の拡大が起こるか否かを検討した。	訪問介護事業者数は増えているものの、1 か月あたりの月間売上高が減少しており、供給過剰状態にある。市場拡大は大きくないが事業者間の競合性が高い状況があり、撤退事業者も増えている。市場性の低い事業分野と高い分野があり、制度改正に翻弄される余地もあるため保険外サービス事業の展開も併せて実施することで安定的経営が可能である。

10	MOSCA ら	2010	在宅介護事業の価格の相違を市場シェアとサービス品質の側面から分析し、関係性を明らかにする。	横断研究	2004年～2006年の在宅介護事業者のデータからサービス契約価格を従属変数、圏域ごとのサービス総生産量における各事業者の契約生産量の割合、事業所の集中度、事業者特性、サービスの質を独立変数として回帰分析を行った。	市場シェアと価格には弱い正の相関関係があり、集中度の影響は少ない。質への影響は2005年の別の調査からのデータを使って分析しているが、質の影響については明確な結果が得られていない。すなわち価格が高くなるのは市場の支配力が影響しており、質が高いから価格が上がることについては説明ができない。
11	鈴木・堀田	2010	経営主体別のサービスの質と賃金コストの比較分析からパブリックプライベートパートナーシップ ²⁸⁾ によるサービスの質や効率性の改善について一定の知見を得る。	横断研究	平成18年度介護労働実態調査より、事業所設置主体の相違による賃金の相違およびサービスの質の相違をミンサー型賃金関数で分析した。サービスの質については2つの項目からなるサービス内容の維持・管理、職員管理、従業員の属性、能力開発など8つの指標を作成し2項目の得点の合計を各指標の得点として8つの合計を総得点とした。主成分分析による第一成分を取り出して総得点化を行って民間企業、社会福祉協議会、非営利主体を比較した。	民間主体は能力開発、コミュニケーション管理、利用者主体の姿勢、安全・衛生管理など、ほとんどの質の指標で優れており、総得点でも社会福祉協議会より質が高い。
12	廣瀬	2011	夜間対応型訪問介護サービス事業の運営課題に対する取り組みを整理し、効果的かつ具体的な方策を見出す。	質的研究	事業管理者20名への半構造化インタビューを実施した。質的分析手法によりカテゴリー化した。	運営上の課題は、利用者確保、スタッフ人材確保、他サービスとの連携、対策は広報活動とニーズに適したサービス提供、人材の質の確保と業務上の安全確保、労働条件整備、緊急時の連携構築であった。

13	山田	2011	介護サービスの提供主体は営利・非営利を問わないことを論証し、多様化が機能するための条件を提示する。	事例研究	イコール・フィッティング論 ²⁹⁾ と準市場に関する議論から事例が示す提供主体の多様化が機能する条件を検討した。	継続的安定的サービス提供が不可欠であり、提供主体がその性質を持つために多様化の機能の条件として公的責任に基づく不正防止・処罰の法制度設計、事業者の不正防止と経営者育成があげられた。
14	Tokunaga ら	2013	非営利事業者との競合の中で営利企業の介護市場参入に影響を与えている要因を明らかにする。	横断研究	2002年～2010年の全国基礎自治体のパネルデータを用い、65歳以上人口1,000人あたりの営利目的の事業者数を従属変数とし、65歳以上の者一人当たりの要介護1～3までの割合、65歳以上人口割合、平均課税所得、女性の労働参加割合、時給等の変数を用いて重回帰分析を行った。	要介護者数および人口密度、最低賃金が営利企業の市場参入の選択に大きく影響する。
15	岸田	2016	在宅介護サービスの誘発需要の存在を検証する。	横断研究	14の政令都市の居宅介護サービス事業所に併設された居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャーを対象に併設サービスのある事業所でケアプランを作成された需給者と非併設の事業所でケアプランを作成された受給者のサービス利用の比較をおこなった。併設事業の有無を独立変数、サービス利用を従属変数として関連を検討した。	訪問介護、通所介護では併設されていることがサービスの利用率を上げている。誘発需要の大きさは営利主体のほうが大きく、公的事業者の誘発は認められない。

16	金谷	2016	営利・非営利事業者の クリーム・スキミング 志向行動の差異とその 行動が事業所の介護総 報酬、利用者総数に与 える影響を明らかにす る。	横断研究	2014 年の介護サービス情報公表シ ステム上の個票のうち広島県内の訪問 介護事業所 6,615 事業所のデータ を使用。従属変数を介護報酬総額、独立 変数をクリーム・スキミングの志向 (利用者・介護の割合、実績時間・身 体介護の割合、利用者・重介護の割合、 身体介護利用時間/介護サービス利用 者人数、生活援助利用時間/介護サー ビス利用者人数)、訪問介護職員数、 サービス利便性、サービスの質、事業 所の特色、法人格等として、5つの推 定式で重回帰分析により検討した。	営利法人は非営利法人に比べ、身体介護 割合や身体介護利用時間が有意に大き く、経営上有利な利用者を選別している 傾向が見られる。またその行動により介 護報酬総額が増加している可能性が確 認された。居宅介護支援の併設、訪問介 護職員に占める介護福祉士割合は有意 に正となっている。事業所の経過年数も 有意に正であった。
17	宣	2007	訪問介護事業者の 収益性に影響を及ぼす 要因を探索する。	横断研究	埼玉県の訪問介護事業者 239 か所の 調査回答データを使用。収益性を従属 変数とし、利用者数、1 か月あたりの 延べサービス時間、独立変数は事業継 続年数、居宅支援事業の有無、訪問介 護員数、経験 10 年以上の訪問介護員 数等の独立変数との関連について、重 回帰分析により検討した。	収益性に影響を及ぼす要因は、訪問介護 員数、施設型・在宅型サービスの有無、 事業継続年数、居宅介護支援事業の有無 が示唆された。

表 2 訪問看護を含む在宅医療機関を対象とした研究

No	著者	発表年	研究目的	研究デザイン	研究方法	主な結果
1	山口ら	2011	訪問看護ステーション管理者の経営管理行動の現状と課題について、看護管理および経営管理の観点から、看護学・経営学の文献をもとに検討する	文献レビュー	【経営戦略】【マーケティング】【人的資源管理】等の検索語を用い、2005年～2010年まで発表された文献128件を抽出した。知見を集約するための概念枠組みとして、経営・管理・作業の包摂的階層関係を用いて整理した。	マーケティングや人的資源管理、サービス品質管理に関しては、有効な経営管理行動が報告されていたが、リスク管理、財務や情報管理、さらにそれらを統合して安定した経営を実現するための行動に関する報告は少なく、検討課題と考えられた。
2	Jungら	2012	ホームヘルス事業者の報告制度が社会経済的に不利な立場にある人々へのサービスを選択的に中止するかどうかを明らかにする。	横断研究	2002年～2004年のOASISのデータセットから、5,911の事業所と市場22269を特定し、撤退率と報告率の実態把握と地域の特徴(低所得および低学歴)による相違について検討した。	公的報告制度によってサービス市場から撤退する影響はわずかであり、また報告率は10%上昇しているが、低教育エリアからの撤退は0.3%である可能性がある。
3	Cabinら	2014	営利・非営利の違いによるケアの質とコストの違いを明らかにする。	横断研究	2011年メディケア・ホーム・ヘルス比較品質データベースと2010年メディケアホームヘルスコストレポートから費用と品質のデータ入手が可能で5,808機関のデータを使用。営利・非営利別に、品質、利用者1人あたりの費用、収益性、管理費等と比較検討。	営利団体は、非営利団体と比較して、総合的な品質指標ではわずかに悪いスコアであり、入院の回避も低い。営利団体は一人当たりの費用が高く、収益性があり、管理費も高かった。

4	Jung ら	2014	在宅医療機関の市場における競争が在宅療養者の健康の質に影響を及ぼしているのかを明らかにする。	横断研究	2001年～2006年の間に在宅医療サービスを利用した高齢者メディケア加入者の OASIS データセットからケアの品質指標（機能改善、入院回避、訪問回数）を従属変数、競争指標を説明変数として、競争が品質指標にどのように影響するかについて、回帰分析を行った。	競争が激しくなると機能回復や訪問回数、入院回避対策が低下しており、市場からの撤退が容易であるがゆえに、ケアの質の向上を制限している可能性がある。また競争が激化するに伴い、訪問回数は増加し、入院が減少した。
5	Valdmainis ら	2017	在宅医療の効率性を評価する。	横断研究	米国の 48 州とコロンビア特別区にあるメディケアの認証を受けた 3,913 の在宅医療機関の 2010 年のコストレポートを包絡分析法で効率性を分析する。3つの効率性（全体的、技術的、スケール）の尺度を導き出し、各尺度のスコアを従属変数とし、営利か非営利、チェーン会員、投資家が所有する在宅医療機関、ホームエイド契約、作業療法契約、理学療法契約、熟練した看護契約、言語療法契約、メディケア認定年数、米国各州を独立変数としてその関連を検討した。	在宅医療は総費用、入院患者数、治療を受けた患者数等を平均的に 28%（全体効率）、23%（技術効率）、6%（スケール効率）だけ削減できる。

6	Esslinger ら	2014	2010 年の在宅医療品質改善全国キャンペーンへの取り組み状況による急性期病院への入院率 (ACH) の低下の可能性の有無を判断する	横断研究	キャンペーンの最初の月と 2 か月後にキャンペーンリソースへアクセスしたメディケア認定機関 1,077 機関の 2009 年と 2010 年の 10 人以上/月の退院患者の再入院率 (ACH) の差を従属変数とし、2009 年の平均サービス提供期間 (ALOS) と急性期医療機関への再入院率、事業所スタッフへのリソースの使用に関するアンケート調査から算出したキャンペーンへのエンゲージメントスコアを独立変数にして探索的パス分析を行って検討した。	2009 年の ACH と ALOS のレートを一定に保った探索的経路分析では、ACH レートの低下に対するエンゲージメントの総効果は正であり、統計的に有意であるが、ALOS の低下によって部分的に媒介されていた。米国の在宅医療機関が品質改善プログラムに登録するよう説得が可能なことを実証した。
7	Kim ら	2014	包括支払い方式 (PPS) による在宅医療機関の新規参入事業者と現職者の経営行動の違いを比較する。	横断研究	2001 年から 2007 年の CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services) が提供しているデータを使用し、従属変数に 10-13 回の訪問診療回数と再認証、独立変数に新規参入事業者と現職事業者として回帰分析を行った。	10-13 回の訪問診療を行う可能性は営利目的の新規参入者が 6.7% 高くなり、再認証する可能性も高くなる。また、非営利事業者がないエリアに限定すると、営利の既存事業者の 10-13 回の訪問診療の回数変化は、前年度の営利新規参入事業者の行動の変化と正の相関がある。

表 3 認知症対応型共同生活介護事業（GH）を対象とした研究

No	著者	発表年	研究目的	研究デザイン	研究方法	主な結果
1	角谷	2011	介護サービス事業者がサービスの質を高めるためにどのような手段を用いることが最も効果的であるかを明らかにする。	横断研究	関東地方の 1,093 か所のグループホームの 2006 年の外部評価結果を用い、ケアサービス 40 項目の達成率を従属変数とし、運営理念、生活空間づくり、運営体制を独立変数として重回帰分析により検討した。	サービスの質の向上は、運営理念、生活空間づくり、運営体制にプラスの影響を受けており、とりわけ運営体制の係数が大きい。その運営体制に従属変数、運営理念、生活空間づくりを独立変数にしての回帰分析では、双方から有意にプラスの影響を受けているが運営理念の係数のほうが大きい。

表 4 その他 制度論など

No	著者	発表年	研究目的	研究デザイン	研究方法	主な結果
1	Tamara ら	2010	米国の長期ケアシステムにおける市場ベース改革の役割について考察する。	—	米国の在宅介護サービスの市場ベース改革の歴史を振り返り、現状の課題の指摘、今後の改革を考察した。	品質評価指標について、生活の質の評価がまだ弱いこと、現在の支払いシステムは、特定のメディケア、メディケイド、民間保険会社などの特定の支払者向けに設計されており、事業者の費用対効果の高いケア提供に対するインセンティブはほとんどないこと、これら 2 つの仕組みは、在宅医療機関や養護施設などの従来の事業者にのみ存在し、消費者は、利用可能なコミュニティベースのケアやオプションについて評価する手段を持っていないと指摘。公的報告および成果報酬の評価指標として臨床の質に加えて顧客満足度、利用者の健康に影響する生活の質指標 ²⁴⁾ をあげている。
2	佐橋	2001	イギリスの社会サービスに導入された市場化原理と日本の介護保険制度の類似性に着目し日本の介護保険制度における準市場化的要素の抽出とその成功条件、特異性を考察する。	—	準市場原理の制度枠組みから日本の介護保険制度における準市場的要素を抽出し、考察した。	日本の介護保険制度における準市場化の特質として、①コスト削減が志向されやすい。②モラルハザード・逆選択の防止策が不足しており、利用者の自己決定が行使されにくい。③不測の事態への対応策としてサービス供給者の保険加入の義務がない。④施設系サービスで生産性効率よりコスト削減の達成が重視されている、介護支援員の中立性如何によって利用者の意向が歪められる可能性がある。④クリーム・スキミングの存在等が挙げられた。

注一覧

1) クリーム・スキミングとは、需要のうち儲かる部分にのみ商品・サービスを提供すること（大辞林 第3版）で、介護保険では、事業者が利益を追求するために儲かりそうな利用者だけを選択する行為で、準市場の課題として示されている。金谷信子（2018）．介護保険サービス市場における経営主体別事業者のパフォーマンスの相違とクリーム・スキミングに関する分析一．The Nonprofit review. Vol.18,No.1, p1-13

2) 佐橋（2008）の文献による準市場における情報提供に関するモラルハザード・逆選択は、英国の例を挙げている。臨時的なサービス供給の際にサービス投入量を抑制したり、供給者（事業者）が提供者を選別したり、情報開示の不徹底を例示している。日本の介護保険におけるモラルハザードについては、例えば利用者や介護者が自立への努力を怠る、保険は使わないと損という思考意図が働き、要介護認定の必要のない人も認定を受けて受益しようとする、あるいはサービス供給者では、利益志向となり不必要な介護サービスをケアプランに組み込むなどが挙げられる。吉田初恵（2007）介護保険制度とモラルハザード 関西福祉科学大学紀要 11号. p95-105

3) 介護保険におけるホテルコストとは、介護サービスにかかる費用以外の居住費や食費、日用品のこと。

4) 保険外サービスについては、参考事例がだされている。厚生労働省，農林水産省，経済産業省：地域包括ケアシステム構築に向けた介護保険外サービスの参考事例集：保険外サービス活用ガイドブック。

31 Mar 2016. [not revised ; cited 13 Nov 2017] . Available from : <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/guidebook-zentai.pdf>

5) Medicare Home Health Compare database は、米国のメディケアが認定した在宅医療機関が提供するケアの質に関する情報（例えば、日々の活動状、疼痛緩和・コントロール、褥瘡発生頻度、転倒予防等リスク管理、緊急受診の頻度など）で在宅医療機関の比較が可能となっており、利用者が在宅医療機関の選択の際の情報提供を行っている。

Medicare.gov Home Health Compare

<https://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/Data/List-Quality-Measures.html>
(accessed 2019 -07-30)

6) Medicare Home Health cost reports は、メディケアが認定しているサービス事業者の年間の費用報告であり、メディケアの管理者（a Medicare Administrative Contractor (MAC)）には、年間の費用報告の提出が義務付けられている。その内容は、施設の特性、利用率、財務諸表、決済データなどがある

CMS.gov Centers for Medicare & Medicaid Services Cost Reports

<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Downloadable-Public-Use-Files/Cost-Reports/index.html> (accessed 2019 -07-30)

7) OASIS (The Outcome and Assessment Information Set) をリソースとしてプロセスを測定する指標、アウトカムを測定する指標、そして各在宅医療機関のメディケアの支出額の 22 項目が質の指標としてリストに挙げられている。

CMS.gov Centers for Medicare & Medicaid Services

<https://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/Data/List-Quality-Measures.html> (accessed 2019 -07-30)

8) 例えば、現在のインフルエンザシーズンに受けたインフルエンザ予防接種や肺炎予防接種、糖尿病患者へのフットケアの実施と教育、うつ病評価、薬剤に関する教育などがある。

9) アウトカム指標としては、経口での服用、ADL の状況、入浴、活動の際の痛みの程度などが挙げられている。

11) OASIS (The Outcome and Assessment Information Set) は、Shaughnessy らによって開発されたアセスメントツールであり、米国では 1999 年より OASIS を用いた在宅ケアサービスのアウトカム評価がメディケア、メディケイドのサービス利用者を対象に義務付けられている。1995 年の初期版が OASIS-A、1997 年に OASIS-B、その後も改定がなされ、現在、2019 年に改定された OASIS-D1 がリリースされている。

Patient Tracking Sheet、Clinical Record items、Patient history And Diagnoses、Living Arrangements、ADL/IADLs、Medication 等の領域で構成されており、例えば、ADL/IADLs なら、洗面や歯のケア、衣服の着脱、トイレへの移動などがアセスメントでき、2 つの time point (ケアの開始、入院および施設滞在後のケアの再開、更新期間 60 日間の最後の 5 日以内の再更新・在宅療養中のフォローアップ、入院・施設への転送、在宅死亡、在宅ケアの中止) で測定される。柏木聖代 (2012) . 在宅サービスのアウトカム評価と質改善. 季刊・社会保障研究. 48 (2) , p152-164.

CMS.gov Centers for Medicare & Medicaid Services OASIS User manuals

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HomeHealthQualityInits/Downloads/OASIS-D-Guidance-Manual-final.pdf>
(accessed 2019 -07-30)

11) 前掲 1)

12) 包括支払い方式 (Prospective Payment System) は、実際に提供した医療サービスの量に関わらず、様々な医療サービスを包括して支払う方式で、米国では、1983年に導入された。

13) 米国のメディケアの在宅医療のガイドラインでは、60日間が支払いの包括期間であり、その後に治療を新たに始める場合は再認証となる。

14) シルバーマークは、高齢者が安心してサービスを選択できるように、シルバーサービス業界が自主的なサービス評価制度として安全性、倫理性、快適性の観点からサービスごとに品質の基準を定め、この基準を満たす事業所にシルバーマークを交付するもので1987年に発足した。現在の対象サービスは訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与、福祉用具販売、在宅配食サービスの5種類。

シルバーサービス振興会

<http://www.espa.or.jp/silvermark/what.html> (accessed 2019-08-01)

15) ISO (International Organization for Standardization) (国際標準化機構) が制定した規格で、そもそもは国際的な取引をスムーズにするために製品やサービスに関して同じ品質、同じレベルのものが提供できるようにするための国際的な基準である。その規格は製品のみならず、組織の品質活動や環境活動を管理するための仕組みにも制定されており、「マネジメントシステム規格」と言われ、ISO 9001、ISO 14001 などがある。

一般社団法人 日本品質保証機構

https://www.jqa.jp/service_list/management/management_system/ (accessed 2019-08-01)

16) 痴呆対応型共同生活介護は現在でいう認知症対応型共同生活介護であり、痴呆が認知症と名称変更されたのは、2004年の用語検討会後の2005年以降である。

17) オランダでは、長期にわたり医療や介護を必要とする人々を過度の費用負担から保護することを目的として1968年より特別医療費保険が医療保険制度の一環として整備されており、サービス提供(事業)者との契約・サービス購入、保険料の徴収、

被保険者の相談対応といった実務については、国の事務代行者として国内 32 の圏域ごとに当該圏域でマーケットシェアが高い民間保険会社がケアオフィスとなり、その役割を担っている。堀田聡子（2012）．オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策－我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向けて－JILPT Discussion Paper Series 12-07 p16-22

18) HHI (Herfindahl-Hirschman Index) とは、市場の集中度を測定する指標で、業界各社のシェア（市場占有率）を二乗した合計で求められ、この数値が大きいほど、また増加幅が大きいほど市場の寡占が進んでいると判断される。泉田成美・柳川隆（2008）産業組織論 第9章 市場支配力、集中度と市場画定 p.178 有斐閣アルマ

19) 前掲 10)

20) 前掲 18)

21) 前掲 5)

22) 前掲 10)

23) Pay-For-Performance は、2009 年からメディケアに導入された支払い方式のことで、医療機関等がガイドラインの準拠率、死亡率、合併症率等の指標を使って最低限の基準値をクリアしているのか、改善の度合い等を測定し、その結果に基づいて診療報酬が支払われる。長谷川友紀（2012）．医療の質の測定と改善：諸外国の現状 日本内科学会誌 第 101 巻 12 号. p3448-3454

24) Tamara&Rachel（2010）の報告の中では具体的に quality of life の定義や健康に関連する quality of life の指標は挙げられていない。しかし、引用されていた文献では、コロラドやオハイオ等の州でナーシングホームに Pay-For-Performance を導入しており、Quality Indicators 24 項目および Quality Measures 19 項目が使われるが、その項目は骨折の発生や感染の有無、ADL の状況の変化等身体変化と薬物に関する事であり、趣味や社会参加等、IADL の部分が指標にはあがっていない。

25) 前掲 18)

26) 市場占有率とは、ある特定の市場（地域）全体の中で、ある企業の商品やサービスがどれくらいの割合を占めているかを示す比率。

経済ビジネス用語辞典 1997 春秋社 p883

27) この事業は、国民の関心の高い特定の医療分野について、医療の質の評価・公表等を実施し、その結果を踏まえた、分析・改善策の検討を行うことで、医療の質の向

上及び質の情報の公表を推進することを目的としており、2010年より開始されている。指標には、満足度のほか、死亡退院患者率や転倒・転落発生率、退院後6週間以内の緊急再入院率等、11の指標があり測定がはじめられた。「医療の質の評価・公表等推進事業について」（平成22年3月24日付医政発0324第22号厚生労働省医政局長通知）。

28) パブリックプライベートパートナーシップ (PPP) とは、官と民がパートナーを組んで事業を行うという、新しい官民協力の形態であり、鈴木, 堀田 (2010) は「民間にできることは民間にゆだねる」という原則に基づく公共サービス等の民間開放のことであり、介護保険制度の仕組み自体が PPP であるととらえることも可能としている。

29) イコール・フィッティング論は、社会福祉サービスにおいて伝統的供給主体である社会福祉法人と新しい供給主体である営利法人・NPO 法人との間の競争条件平等化を求める議論である。狭間直樹 (2008) . 社会保障の行政管理と準市場の課題 季刊・社会保障研究. No44.vol.1, p70-81.

第 3 章 研究 1 自治体の指導監督担当者による訪問看護ステーションの質に関する現状認識と質的評価の視点

第 1 節 緒言

2014 年に成立した「地域における医療および介護の総合的な確保を図るための関係法律の整備に関する法律」において、医療法に都道府県による地域医療構想の策定を、介護保険法には市町村が取り組む地域支援事業の拡充が明記された。社会保障制度改革推進本部（医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会）は、都道府県の策定に先立って地域医療構想の策定ガイドラインを使用した 2025 年における各医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数の全国推計を公表したが、その中では、在宅医療（自宅や高齢者住宅、介護施設等も含む）の需要は自然増に追加して約 30 万人増加すると見込まれている。

また近年の平均在院日数の短縮や要介護認定者数の増加に伴い、訪問看護の利用者は、年々増加しており、2001 年の利用者は医療保険で 48,830 人であったが、2017 年では 222,588 人となっており 60 歳以上の患者で約 65%を占める（厚生労働省保険局 2017a）。介護保険での利用者は約 48 万人で要介護 3～5 が 54%を占めている（厚生労働省老健局 2018a）。

日本の高齢化は今後も進展が見込まれており、在宅療養の需要はより一層大きくなることは予測される。2016 年度中に都道府県は地域医療構想の策定を終えたが、地域における在宅医療の提供体制の整備および充実は急務である。

在宅医療の要となる訪問看護サービス提供の主軸を担う訪問看護ステーションは、制度創設以降、訪問看護ステーション数の量的整備が課題で

あった。しかし、2012年の2度目の診療報酬・介護報酬同時改定以降、訪問看護ステーションは年間400～700か所の増加となり、全国訪問看護事業協会の調査では2019年4月の届出数は全国で11,645か所（稼働は11,161か所）となっている（全国訪問看護事業協会 2019）。その開設主体は、2014年に営利法人が占める割合が医療法人を上回り（厚生労働省統計情報部 2015）、2016年では営利法人が47.2%、医療法人は28.4%と報告されている（厚生労働省社会統計室 2017）。

このように営利法人の参入によって訪問看護ステーション数は増加し、供給力も確保できつつあるが、一方で、廃止・休止が相次いでいる。全国訪問看護事業協会の調査では、2018年度の新規開設は1,383ヶ所で、893か所が廃止・休止しており、特に東京、大阪など人口規模の大きく、訪問看護ステーション数の伸び率が高い都道府県での休止・廃止数が多い（全国訪問看護事業協会 2019）。また、2000年～2013年までに介護事業の指定取り消しとなった訪問看護ステーションは営利法人の割合が高く（厚生労働省老健局 2015）、営利法人の訪問看護事業の質を懸念する声も聞かれ（厚生労働省保険局 2017b）、さらに日本看護協会の調査によれば、訪問看護ステーションの管理者の約30%が仕事に関する研修を受けていない実態や教育体制が未熟であることも明らかになっている（日本看護協会 2015）。このように、わが国では訪問看護ステーションの量的拡大が急速に進む中、訪問看護ステーションの質が重要な課題となっている。

そこで本研究では、介護保険法に基づき、都道府県または市町村の職員が介護サービス事業所へ出向き、適正な事業運営が行われているかを定期的に確認する「実地指導」に着目し、訪問看護ステーション数の伸び率が高い自治体において、介護保険事業の推進や指導監督を担当する自治体職員に対するインタビュー調査を実施し、急増している訪問看護ステーションの質に対する現状認識および訪問看護ステーションの質的評価の視点を明らかにすることを目的とした。

第 2 節 方法

1. 対象

対象は、自治体の介護保険事業の推進や指導監督を担当する部署に配属されている職員とした（以下、指導監督担当者とする）。予定対象数は、等質な研究対象の場合には 6～8 名のデータ単位が必要である（ホロウェイ&ウェイラー 2000）を根拠に 6～8 名とした。自治体の選択は、厚生労働省が公表している 2012 年および 2015 年介護サービス施設・事業所調査により訪問看護ステーション数の伸び率を算出し、全国平均 67.8%を上回っている都道府県および政令指定都市から順に協力依頼を行った。協力依頼は、まず、選定した自治体の介護保険事業を担当する部署の責任者に電話および郵便で研究協力、承諾の有無、および配属職員の中から介護保険事業の推進や指導監督の業務を担っている職員（指導監督担当者）の推薦を依頼した。推薦された指導監督担当者にも改めて、研究の趣旨の説明と協力の依頼を行い、承諾を得た。

2. データ収集

本研究への参加に同意が得られた対象者に対し、事前にインタビューガイドを送り、半構造化インタビューによりデータ収集を行った。インタビューを行った期間は、2017 年 1 月～3 月であった。

インタビュー内容は、急増している訪問看護ステーションに対する現状の認識、質が高い・低いと思われる訪問看護ステーションの特徴、地域住民に使ってほしいと思う訪問看護ステーションの特徴、実地指導における指摘事項の内容、自治体に届いている訪問看護に関する苦情の有無やその内容であった。インタビュー内容は対象者の許可を事前に得て I C レコー

ダーに録音し、必要に応じてメモを取った。収取したデータから逐語録を作成した。

3. 分析方法

質的記述的分析を行った。最初に作成した逐語録の文章の中から単独で意味が読み取れる最小単位の言葉や文章を取り出し、コード化を行った。次に文脈に注意しつつ、特徴を明確にしながら読み取れる単位でコードを抽出し、サブカテゴリー化を行った。そしてサブカテゴリーの類似性・相違性を検討しながら、最終的に、カテゴリー化を行った。分析過程においては質的研究に精通する研究者の助言を得るとともに、訪問看護の質の評価に関する知見を持つ研究者の参加も得て、研究者間で繰り返し検討することで妥当性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

本研究は、筑波大学医の倫理委員会の承認（通知番号第 127 号）を得て実施した。対象者に対して、研究の趣旨、研究の参加および途中辞退の自由とそれに伴う不利益がないこと、匿名性とプライバシーの確保、論文の公表等について文書と口頭にて説明を行い、同意書を得て実施した。

インタビュー内容の録音に関して、録音媒体は無記名で取り扱い、インタビューデータは調査者によって厳重に管理された。逐語録作成時に、個人を特定できる恐れのある固有名詞は記号に変換した。

第 3 節 結果

協力の承諾を得られた対象者は 6 名（保健師 3 名、事務職 3 名）であった（表 5）。すべて自治体の本庁に配属された職員であり、政令指定都市が 5 か所、県が 1 か所であった。所属地域は北海道・東北ブロック、関東ブロック、東海ブロック、近畿ブロックであった。配属部署での経験年数は 0.5 年～10 年で、経験の浅い対象者には前職者が同席していた。訪問看護ステーションの実地指導経験者は 4 名で、実地指導経験のない 2 名はいずれも保健師資格をもつ管理職であり、訪問看護ステーションの実地指導での指摘事項内容等を含め介護保険事業全体を把握できている者であった。インタビュー時間は 36～82 分で、平均 53.3 分だった。

表 5 インタビュー対象者一覧

	職種	役職	配属経験年数	実地指導経験の有無
A	保健師	職員	3 年	なし
B	保健師	管理職	3 年	あり
C	事務職	職員	1 年	あり
D	事務職	職員	0.5	あり
E	事務職	職員	10 年	あり
F	保健師	管理職	2 年	施設系のみ

以下、急増する訪問看護ステーションに対する指導監督担当者の現状認識、および訪問看護ステーションの質的評価の視点について、コードは「 」、

サブカテゴリーは< >、カテゴリーは【 】で示す。また〔イタリック〕での記述はデータからの引用を表し、データがわかりにくいと思われる文脈には単語や文を括弧書きで追加し分析を説明する。

1. 急増する訪問看護ステーションの質に対する現状認識

16のコード、3のサブカテゴリーから構成される2のカテゴリーとなった。近年、急増している営利法人の訪問看護ステーションについて、「設置主体による（質に）明らかな優劣は感じない」人員不足の問題が大きくて「質に関して困っているとは受け止めていない」「営利法人とその他の法人の間に違いや特徴は感じない」ことから<法人の相違による質の違いを感じない>ので、【営利・非営利法人の違いによる事業所の質に違いはない】であった。

また、「（自治体に届く）苦情の事案は営利法人の数が多し」「水増し請求もある」ので<営利は非営利に比較して苦情が多い>が、「訪問看護に対する（利用者・家族や他職種などからの）苦情は訪問介護等の他のサービスに比べると数としては多くない」と他の介護サービスとの比較や「地域でサロンを開設したのは営利法人」といった営利法人でも先駆的な事業への取り組み例を挙げて、営利法人の参入による地域への影響を考慮していた。

さらに指導監督担当者は〔毎年、何か所か指定をうけているけど、何か所かは休止とか廃止の届け出を受けているので、全体の数としては、（いわれるほど）多くないんだよね〕と語り、訪問看護ステーションは、「（新規の）指定もあるが休止・廃止もある」から「事業の伸び率は高くはない」ので<事業者数は多くはない>ことや「小規模であっても新規開設であっても（地域にとっては）重要な資源」であり、「自然

淘汰ではなく保険者（自治体）としてはエンパワーメントしたい」であり、指導監督担当者にとって法人の違いにかかわらずすべての訪問看護ステーションは【貴重な資源】であった。

2. 訪問看護ステーションの質的評価の視点

55 のサブカテゴリーから構成される 11 のカテゴリーとなった。（表 6）

1) 【24 時間 365 日安定的に訪問看護が提供できる体制の確保】

指導監督担当者は、「24 時間体制は必要」「夜のニーズがないから 24 時間体制が不要ということではない」と認識していた。また「土日と夜は（訪問）できないとは住民に言いづらい」「訪問看護に至らない理由に土日の対応ができない」という訪問看護の利用を勧められない理由をあげていた。さらに「住民からヘルパーさんは人員も多く、困ったときにすぐ来てくれるが看護師は来ないという苦情があった」と語り、「突発的な対応ができる」ことを期待し、届出だけでなく、実質的に＜24 時間対応体制＞や＜夜間・休日での訪問看護体制＞の確保と＜困ったときの緊急時対応ができる体制＞がある訪問看護ステーションは質が高いと評価していた。

さらには「変化の予測ができて」「（悪い）変化が起きない介入ができる」「変化を予測して関係者に繋ぐことができる」といった＜今後起こり得る変化の予測と予防的対応＞ができる訪問看護ステーションは質が高いと評価していた。

そして「訪問看護の需要は自治体によって大きく違う」「訪問看護の需要は施設整備状況によって違う」ことから、訪問看護ステーションが＜地域における訪問看護ニーズの把握＞をしていることが重要と認識していた。また、「小規模なステーションはつぶれてしまう可能性がある」〔小

さなところは利用者も少なく、給与も上げられず、研修も受けられず、そして人員確保ができない悪い連鎖を起こしている」と語り、そのため、＜最低基準の人員では、質の担保が難しい＞と捉えており、だからこそ＜質・量ともに訪問看護を安定的に提供するための事業規模を確保している＞ことが必要であると認識していた。さらに訪問看護は、「医療ニーズの高い人が在宅療養する際のなくてはならないサービス」であるが、「利用者が増えていかないと成り立たない」ので＜事業経営が安定している＞ことが重要であると考えていた。

また訪問看護ステーションの「看護職員確保が安定しないところは質の確保が難しい」「看護師が寄り付かないところはスキルアップが不安」であり、提供体制を構築するためには＜訪問看護師の定着・確保＞が必要と認識していた。さらに「若い経験の少ない看護師では現場を仕切っていくのは難しいと思う」と語り、＜経験豊富な訪問看護師がいる＞ことや＜訪問看護経験が長い看護師がいる＞訪問看護ステーションの経営が安定していることを評価していた。

2) 【地域包括ケアシステム推進の役割認識がある】

指導監督担当者は、「サービスを使ってない人もいったんはお問い合わせさせていただいて結構ですよっていう扉の開け方とか、あるいは町内会の集まりのときに出かけていくとか、こういうステーションがありますよってことを言うただけだけでも大分違うと思うんです」と語り、訪問看護ステーションの活動としていろいろな機会を捉えて「訪問看護の周知活動」や「地域住民やケアマネジャー等に訪問看護の理解を進める努力」といった＜訪問看護の普及・啓発に取り組んでいる＞ことや「いつでも住民の相談にのれる」「在宅療養生活の継続のために何が必要かを（住民と）共に考える」といった＜地域住民等からの相談対応＞ができるステーションを評価していた。

また、「サービス担当者会議に出席できないとケアマネジャーや家族からの信用を失う」現状があり、「関係職種との勉強会を企画・開催している」ことや「地域ケア会議に参加してもらいたい」といった期待もあり、
＜地域での会議・研修・勉強会など外部活動に参加している＞ことを重要視していた。

さらに、「最近、訪問看護ステーションからリハビリ職が訪問看護に行くことが多くなっていて、それだけになってしまっているところもあるのは、ちょっと（訪問看護とは）違いますよね。地域の中の訪問リハや通所リハと組み合わせて訪問看護をいれているところは看護としてのサービスが行われていることが多いのではないか（という印象がある）」と語り、「サービス間の横の連携が取れている」「多様な職種と連携が取れている」ステーションは、＜他の事業所との十分な連絡・調整ができる＞＜他職種との連携ができる＞ステーションであり、「地域の中で利用者をどう支援するか」の視点がある」「地域貢献の活動を行っている」など、利用者個々のサービスのみならず、＜地域包括ケアシステムを意識して活動している＞ことが重要と認識していた。

3) 【訪問看護師がケアマネジメント機能を果たしている】

指導監督担当者は、訪問看護師に対して「（利用者の）アセスメント目標の設定をケアマネジャーと共同で設定する」ことや「ケアマネジャーの相談にのる」ことを期待しており、＜ケアプラン作成にあたりケアマネジャーと意見調整ができていく＞というように、ケアマネジャーにまかせきりにせず、訪問看護師がケアマネジメント機能を果たしている訪問看護ステーションを高く評価していた。特に医療保険利用の患者では訪問看護師はケアマネジメントの要であり、「医療と介護の間に立っているという認識がある」ことや「病気等に関する情報を他のサービス事業所に提供でき

る」といったく医療と介護をつなぐ看護機能を認識している>ことを訪問看護ステーションに求めている。

また、〔この事業所からのサービスはこの（同一法人内の）先生とセットというのは望ましくない〕と語り、医師との調整については、同一法人内の医師だけでなく、「どのような医師とも関係性が構築できる」というくどの医師とも適切な連携が図れている>こと、病院との調整においてはく利用者の退院支援に随時対応している>訪問看護ステーションを高く評価していた。

4) 【関係職種と対等な立場で協働している】

指導監督担当者は、〔介護職は訪問看護師のことを敷居が高く、いつも怒っているとか怖いと思っている〕〔ケアマネジャーから（看護師は）上から目線というクレームがある〕と語り、「ケアマネジャーと（訪問看護師と）の関係がフラットである」ことや「地域の介護事業所との顔の見える関係性の構築」を求め、く介護職と対等なパートナーシップが取れている>ことや介護職等に「脅威を感じさせない調整力」があるく他者への態度が高圧的・指示的ではない>訪問看護ステーションを高く評価していた。

5) 【管理者がサービス提供責任者としての能力を有している】

指導監督担当者は訪問看護ステーションの管理者に対し、「運営基準に関する理解がある」ことや「医療保険だけではなく介護保険にも精通している」「介護保険のみならず老人福祉法、社会福祉法の知識も持っている」といったく事業所の運営基準を理解している>やく関係法制度に精通している>ことを期待していた。さらに「運営基準等を読み込み細かな解釈を尋ねてくる」ステーションは「運営基準に沿って適正な運営に努めてい

る」と認識し、＜行政への問い合わせが的確＞であるステーションを評価していた。

また、「管理者の思いや理念が職員に浸透している」「情熱をもって開設する事業所は理念がしっかりしている」といった＜事業所の理念を明確にしている＞ことや「重症化して他に（サービスを）依頼するところは信用をなくす」「最期まで自ステーションでケアが提供できる」という＜安定的な看護提供への責任がとれる＞ことが求められていた。

また「良いステーションの質は管理者の能力による」「管理者のリーダーシップが（ステーションの質に）影響する」という＜管理者としてリーダーシップを発揮している＞ことが指導監督担当者に感じられる訪問看護ステーションを高く評価していた。そして、「人員がぎりぎり、管理者もスタッフと同じように訪問に回っているところは、いつ連絡をしてもいないので、そういう訪問看護ステーションは本来の役割を果たしているとは思えないですね」と語り、「管理者がスタッフを兼ねているところは質が良くない」「スタッフ業務を兼ねていると他の事業所との関係が作れない」といった認識もあり、＜管理者としての役割を発揮できる体制がある＞を重要視していた。

6) 【法令を遵守し運用している】

指導監督担当者は、訪問看護ステーションに対して「事業所運営なので最低限の基準の遵守」を第一に求め、＜事業所の運営基準を遵守している＞ことを確認していた。さらに「要件を満たさずに加算を請求する」などの＜不正請求＞がないかも確認していた。

また、訪問看護ステーションが「有料老人ホームに併設し利用者の囲い込みを行っている」「併設の施設にしか訪問看護が入っていない」ところもあり、指導監督担当者は、有料老人ホームに併設された訪問看護ステー

ションに対し、実地指導で＜利用者の囲い込みを行っていない＞か、＜過剰な訪問を行っていない＞かを確認していた。さらに「事故報告・インシデント記録が整っていないと後から苦情が出る」ことや「看護職員の退職後に内部告発がある」など＜行政窓口に対する苦情や内部告発＞があることにより実態が把握されることがあった。また、「居宅は個人情報の塊であり取り扱いには特に留意が必要」「世間話で他の利用者の個人情報が漏洩する」といった具体の事例をあげて＜個人情報保護、守秘義務の遵守＞が徹底されている訪問看護ステーションを高く評価していた。

7) 【利用者の権利擁護に取り組んでいる】

指導監督担当者は、「やっぱりね、ケアマネさんたちが医師に何か尋ねたりすることがなかなか難しいという声は聞こえてきますし、病気のことはやっぱり看護師さんたちがよくわかっていますしね、うまく伝えてくれるとねえ・・・」と語り、訪問看護師に対して、利用者や家族の療養生活上の不安や思いを医師に伝える、あるいはケアマネジャー等他職種からの意見を伝える「医師とのパイプ役」になる事を期待していた。また利用者や家族に対し、「難しいことはかみ砕いてわかりやすく説明する」ことを訪問看護師の役割として認識しており、＜アドボケートとしての役割を果たしている＞ことを重要視していた。

また、実地指導の際に指導監督担当者の質問に対して管理者が「高齢者虐待防止、身体拘束、認知症等の国の重点施策について自信をもって答えることができる」、またこれらのことを「管理者だけでなく、スタッフとも共有できている」ことを重要視しており、＜高齢者虐待防止、身体拘束禁止の周知徹底が図られている＞訪問看護ステーションを高く評価していた。

8) 【利用者への説明責任を果たしている】

訪問看護においては、「利用者・家族へのケア提供に関する説明不足はクレームになる」「看護師自身の価値観を押し付けているケアの実践はクレームになりやすい」のでサービス提供にあたっては、当然に利用者や家族への説明と同意が求められる。指導監督担当者は、「住民からケアの後の結果の説明がないので何をしていったのかわからないと行政に質問が来ることがある」と語り、実地指導の際に見る訪問看護記録の中に「先々の変化の予測について説明が出来ている」ことや「利用者・家族が記録を見ても何をしたのかがわかる」ことが記載されていることを確認し、＜ケアに関する説明と同意が得られている＞＜説明と同意の記録がなされている＞ことを重要視していた。

また指導監督担当者は、「利用者さんから同意を頂くような書類にしても我々でも理解できない専門用語が並んでいることがあって、（利用者さんが）分かっているだろうかと……」と語り、「訪問看護計画書は素人でもわかる内容で利用者に交付されるべき」「専門職の独りよがりな内容になっていないことが大事」であり、＜訪問看護計画書が利用者に理解できる＞ように作成されていることや、ケアの内容について「利用者が納得して訪問看護を使っている」ことが出来るように＜対象に合わせ訪問看護についてわかりやすく説明できる＞ことが重要であると認識していた。そのためには「相手の反応をみながら説明内容の軌道修正ができる」という＜高いコミュニケーションスキルを持っている＞ことや「利用者の個別具体的な希望等の把握ができています」「利用者・家族の療養意欲を引き出せる」という＜利用者・家族との信頼関係が構築されている＞ことを重要視していた。

9) 【情報開示や証拠に耐える記録が整備されている】

「ケアプランと看護計画が同じである」「看護計画書が作成できていない」という<自分たちで訪問看護計画を立案していない>訪問看護ステーションや「計画書が毎月同じ」「計画は作成されているが内容が変化していない」という<計画書の更新がない>訪問看護ステーションが存在していることが語られている。

一方で、実地指導に入ってよいと思った訪問看護ステーションは、「訪問看護計画が検証できる形で残されている」「計画書を見れば利用者の顔がわかる」「利用者が見える計画書に基づいた訪問看護は良い」など<訪問看護計画に明確な目標が記載されている><ケア計画から利用者のイメージができる>ことを高く評価していた。

また、「記録の不備があるステーションは後に過誤につながるが多い」「記録が整っていないところはステーション内の情報共有ができていない」現状を指摘していた。「利用者の全体像が把握できているかを記録で判断する」ように、<ケア計画から利用者のイメージができる>ことを手掛かりに、「アセスメント、モニタリングの記録があるときちゃんとやっている」「記録から看護の経過や意図がわかる」ように<ケアの目的、ケアの内容、結果が適切に記録されている>ことから提供された訪問看護が適切であったのかを判断していた。

また「関係者との連携が記録から見える」ことや「主治医との連携の記録がある」ことが重要で<関係職との連携が記載されている>記録から連携状況を判断しており、そのような記録が整備されている訪問看護ステーションを高く評価していた。

10) 【人材育成のための環境づくりを行っている】

指導監督担当者は、「定期的な研修を行っている」「年間計画がありそれに基づいた研修の実施」がなされているところは、質がよいと認識しており、「看取り等の研修を受講し、対応ができること」を期待し、＜OJT以外にも定期的に教育・研修の機会を提供している＞ことを求めている。

また、〔（自治体主催の）研修等を行っている（その参加者である）スタッフに管理者の認識や知識が伝達されていると肌で感じるステーションがある〕と語り、どのような雇用形態のスタッフにも「研修内容の共有」を期待していた。さらに「受け持ちケース以外のケースもわかっている」「日々のことが情報共有されている」「情報共有の会議が活発である」ことも重要視し、＜常勤・非常勤にかかわらず事業所内で情報の共有が図られている＞ことを質が高いと評価していた。

11) 【他者に良い印象を与える職員の態度や姿勢】

「在宅の医師はやる気のあるステーションに依頼をしている」ことや「正義感や使命感を持ってきちんと業務にあたっている」ことから＜訪問看護に対するモチベーションが高い＞と感じるステーションは高く評価していた。

また、訪問看護ステーションを訪問した際に「挨拶や返事がないところは家族が来た時にも同じようにしていると思う」、訪問したときに「雰囲気がいいステーションはステーション自体が安定している」「円滑に業務がなされているという印象がある」ので、指導監督担当者は、＜職員全員がステーションの訪問者にきちんと挨拶ができる＞ことや＜訪問した時に雰囲気が良いと感じる＞訪問看護ステーションは、利用者に対しても同じ対応をしていると認識していた。

第 4 節 考察

在宅では、評価者が個人の家庭に入り、実際にケアのプロセスを確認することに限界があるため評価が難しいといわれるが（須賀 2013）、指導監督担当者は、実地指導マニュアルにある書類やヒアリングに加え、職員の態度や姿勢や苦情など利用者や家族、関係職種から自治体に寄せられた情報などを踏まえた多面的な視点で評価していることが本結果で示された。

急増している営利法人の訪問看護ステーションについて、指導監督担当者は他の法人との違いは感じておらず、訪問看護に対する苦情の数は他のサービスに比べると多くはないとの認識であったことから、訪問看護ステーションの量的拡大による質への影響は、限定的である可能性が示唆された。

今後、さらなる高齢化の進展による自然増に加え、地域医療構想で振り分けられる約 30 万人分の在宅医療のニーズ（厚生労働統計協会 2015）への対応から、訪問看護の需要はさらに拡大することが予測される。特に高齢者人口が増大する人口規模の大きい都市部での需要が増加することが見込まれ、現存する訪問看護ステーションが質を担保した上で事業を継続していくことが重要となる。そのため、本研究の対象となった自治体は、小規模であっても新規開設であっても個々の訪問看護ステーションについて重要な資源と捉え、事業所同士の競争による自然淘汰を求めている可能性が示唆された。

都道府県等による指導は、2007 年の介護保険改正や高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律の成立を踏まえ、集団指導では、主に介護保険制度や提供サービスに関する制度的な理解を促す制度管理の適正化を目指した指導、実地指導では主に運営指導、報酬請求指導に重きを置き、より良いケアの実現が目指されている（厚生労働省老健局

2006)。特に運営指導では、利用者の尊厳に関わる高齢者虐待防止等に係る知識の確認や、ケアのプロセス、アセスメントの適切性を問うようになっている。本研究結果が示した【利用者への説明責任を果たしている】や【情報開示や証拠に耐えうる記録が整備されている】という視点の中で訪問看護計画や訪問看護記録に求める記載内容について、第三者や素人にも理解ができるような記載を求めているのは、制度改革の影響とその記録等から適切性を判断していると考ええる。

さらに【サービス提供責任者としての能力を有している】【ケアマネジメント機能を果たしている】というカテゴリーは、指導監督者が実地指導等を通して訪問看護ステーションの運営状況の確認とともに管理者の能力や訪問看護師のケアマネジメント機能をみており、このカテゴリーは、現在の実地指導マニュアルの内容には見当たらない。またこの能力や機能は地域包括ケアの中で管理者やスタッフである看護職員に当然に求められる能力でもあり、期待されている役割とも考えられる。

訪問看護ステーションの設置基準における管理者要件には、「適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者でなければならない」（厚生労働省保険局 老健局 2016）とされているが、必要な知識と技能の具体的内容は明示されておらず、指定の際にこの知識と技能を確認することもない。また藤井ら（2011）の報告でも訪問看護ステーションの管理者は経営管理や看護管理の学習経験が少ないことが報告されている。したがって管理者およびスタッフの学習する機会が重要であり、【人材育成のための環境づくりを行っている】ことは質的評価の視点に上がるのは当然のことであろう。

さらに指導監督担当者は、利用者や関係職種の立場に立って訪問看護ステーションを評価していることも明らかになった。【他者に良い印象を与える職員の態度や姿勢】は、利用者や家族、他の関係職種に対するそれと同様であると捉えており、また、【関係職種と対等な立場で協働している】

については、特に介護職等の非医療専門職種との対等な立場での協働の必要性を本結果だけでなく先行研究（井上 2007；原田ら 2006）でも指摘されている。さらに要介護認定者への介護保険サービスの選択の際に訪問看護の導入を妨げる一因になっているとの報告（下吹ら 2016）もある。こうした接遇や他者からの印象については自己点検では気付かないことも多い。

以上のことから、訪問看護の質を担保しながら事業継続するためには、まずは、厚生労働省令で定める基準等の熟知と、その基準に基づく適切な運営が最低限求められる。そのうえで、これまでの定期的な集団指導に加えて、新たに本研究で示された 11 の視点のうち、訪問看護への期待でもある【24 時間 365 日安定的に訪問看護が提供できる体制の確保】という事業規模や職員の安定状況、看護職員の【ケアマネジメント機能を果たしている】視点、管理者に求められる能力【サービス責任者としての能力を有している】および【関係職種と対等な立場で協働している】【他者に良い印象を与える職員の態度や姿勢】を含んだ視点での実地指導と継続的な質確保の取り組みが必要であろう。

本研究は訪問看護ステーションが急増している自治体に限定しての調査であることに加え、今回、研究協力の承諾を得られた介護保険事業の推進や指導監督にあたる自治体職員の職種や経験等が一律ではなく、訪問看護ステーションの実地指導未経験者も含まれている。そうした対象者特性が結果に影響を及ぼす可能性が考えられるため、他の自治体に本研究結果を適用するには留意が必要である。

さらに今回のインタビューにおいて看護計画がない、計画の更新がないといった適正な運営ができていない訪問看護ステーションの存在が語られたが、そのようなステーションに対する対策についても自治体の指導・監督のみで十分とは言い切れないと考えるが今回は検討できていない。こうした限界はあるものの、本研究は急増する訪問看護ステーションに対す

る介護保険事業の推進や事業所の指導監督にあたる自治体職員の現状認識および質的評価の視点を明らかにした初めての研究であり、訪問看護ステーションが質を保ちながら事業継続するための重要な知見を見出すことができたと考える。

第 5 節 結論

自治体の指導監督担当者は、急増する営利法人の訪問看護ステーションについて他の法人との違いを感じておらず、訪問看護に対する苦情は他のサービスに比べて少ないとの認識であった。また、訪問看護ステーションの質的評価の視点として 11 のカテゴリーが見出された。訪問看護は今後さらなる需要拡大が見込まれており、これまで行われている自治体による集団指導と実地指導に加えて、本研究によって抽出された視点を踏まえた訪問看護ステーションの質確保の取り組みが必要である。

表 6 指導監督担当者の訪問看護ステーションの質的評価の視点

カテゴリー	サブカテゴリー	コード (抜粋)
(1) 24時間365日安定的に訪問看護が提供できる体制の確保	24時間体制である	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間体制は必要 ・24時間体制をとれていないと訪問看護を住民に勧められない ・夜のニーズがないから24時間が不要ということではない
	夜間土日の対応ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護が土日に対応できると、退院直後は医療保険の訪問看護を利用できる ・訪問看護に至らない理由に土日に訪問できないことがある
	利用者が困ったときの緊急対応ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・突発的な対応がきちんとできている ・困った時にも来てくれないという利用者からの声がある
	質・量ともに訪問看護を安定的に提供するための事業規模の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・小さい規模のステーションは人材育成やローテーションは厳しい ・人員がギリギリだと地域連携の要請は困難 ・事業所が安定していないと教育の発展性がなく質が向上しない
	今後起こりうる変化の予測と予防的対応	<ul style="list-style-type: none"> ・変化の予測ができている ・(悪い) 変化が起きない介入ができる ・変化を予測して早めに必要な関係者に繋ぐことができる
	地域の訪問看護ニーズを把握している	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の社会資源(訪問介護や通所事業等)の理解が必要 ・訪問看護の需要は自治体の特徴によって大きく違う ・訪問看護の需要は施設整備状況によって違う
	事業経営が安定している	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が増えていかないとステーションは成り立たない
	看護職員の定着・確保ができている	<ul style="list-style-type: none"> ・職員確保が安定しないところは質の確保が難しい ・看護師の入れ替わりが激しいところは事業所の信頼が浸透しない ・看護師が寄り付かないステーションはスキルが不安
	最低基準の人員では質の担保が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・余力や余裕がないと医師や家族からの求めに応じられない ・2.5人を満たしていないのに事業を行っている
	経験豊富な訪問看護師がいる	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護経験が長い看護職員がいる ・経験豊富な看護師がいる ・勤続年数が長い看護職員がいるステーションは安定している

(2) 地域包括ケアシステム 推進の役割認識がある	訪問看護の普及や啓発に取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民やケアマネジャー、介護職に訪問看護の理解を進める努力をしている ・訪問看護の周知が必要
	地域住民等からの相談対応	<ul style="list-style-type: none"> ・いつでも住民の相談に乗れる ・家で生活を継続するために何が必要かを共に考えていけるステーション
	地域での会議や研修、勉強会など外部活動に参加している	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議に出席できないと家族やケアマネージャからの信用を失う ・多職種勉強会等を企画し開催をしている ・町内会の会合に参加する ・地域ケア会議の参加
	他の事業所と十分な連絡や調整ができている	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス間の横の連携をとっている ・医師、ケアマネジャー、訪問介護事業所とのコミュニケーションが取れている
	他職種と連携ができている	<ul style="list-style-type: none"> ・多様な職種と連携が取れている ・歯科医等との連携が深まるとよい
	地域包括ケアシステムを意識して活動している	<ul style="list-style-type: none"> ・家族等を対象とした訪問看護以外の活動をしている ・実地指導では地域への展開・連携を重視している ・地域の中で利用者をどう支援するのかの視点がある ・地域貢献の活動を行っている

(3) 訪問看護師が ケアマネジメント機能を 果たしている	ケアプラン作成にあたりケアマネジャーと意見調整ができています	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントして目標の設定を看護師と共同で設定する ・ケアマネジャーの相談にのる
	ケアプランに沿った訪問看護計画が立案されている	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランに沿った訪問看護計画になっていないことが多い
	医療と介護をつなぐ看護機能を認識している	<ul style="list-style-type: none"> ・病気等に関する情報を他のサービス事業者に提供ができる ・医療と介護の間に立っているという認識がある ・訪問看護は医療情報のキーマンである
	利用者の退院支援に随時対応している	<ul style="list-style-type: none"> ・退院調整のため夜間、土日にケアマネジャーに連絡しても動けない ・退院調整がうまくいかないケースにケアマネジャーは困っている
	自宅での療養生活を可能にするためのケアを優先している	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者と家族の力を最大限、引き出して希望のある在宅療養の目標設定ができる ・家族の力、利用者の力という主体性のアセスメントが大事
	ケアの主体は利用者や家族であることを認識している	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアの主体が誰か、常に意識している ・看護師の思いが全面に出ると利用者・家族の思いが見えなくなる ・言葉使い一つとっても主体が誰かを意識しないと結果が違ってくる
	どの医師とも適切な連携ができています	<ul style="list-style-type: none"> ・どこにいる医師ともコミュニケーションが取れ責任感がある ・どのような医師とも関係性の構築
(4) 関係職種と対等な 立場で協働している	介護職とのパートナーシップが取れている	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーと訪問看護師との関係がフラットである ・地域の訪問介護事業所と顔の見える関係性を構築できる
	他者への態度が高圧的・指示的ではない	<ul style="list-style-type: none"> ・他職種に脅威を感じさせない調整力がある ・良くないステーションは高圧的・指示的である ・訪問看護ステーションに声をかけにくいという声がある

(5) サービス責任者としての能力を有している	ステーションの運営基準を遵守している	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者に基準に関する理解がある ・事業をやるためには経営のノウハウや様々な通知の解釈は必要
	関係法制度に精通している	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険だけではなく介護保険にも精通している ・介護保険のみならず老人福祉法、社会福祉法の知識も持っている
	訪問看護事業の経験が豊富である	<ul style="list-style-type: none"> ・ある程度長く経営し、地域で活動している ・事業運営の経験があり、学習している ・訪問看護事業の経験の違いが質にも影響を及ぼしている
	ステーションの理念を明確にしている	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者の思いや理念が職員に浸透している ・情熱をもって開設する事業所は理念がしっかりしている
	訪問看護の価値、役割を認識している	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護は何を売るのがかを説明できる ・介護との役割分担ができる ・訪問看護が何をするのかを伝えられる
	管理者としてのリーダーシップを発揮している	<ul style="list-style-type: none"> ・ステーションの理念が職員に浸透している ・管理者のリーダーシップがステーションの質に影響する ・良いステーションは管理者の能力による ・管理者の目が行き届いていないところは指摘事項が多い
	安定的な訪問看護提供への責任が取れる	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の最期まで自ステーションでケアが影響できる ・重度化して他にお願ひするところは信用をなくす
	行政への問い合わせが的確である	<ul style="list-style-type: none"> ・基準等を読み込み細かな解釈等を尋ねてくる ・最初から何も確認せずに質問してくるところは良いとは言えない
	管理者としての役割を発揮できる体制がある	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者が管理に専念できる体制づくりをしている ・管理者がスタッフを兼ねているところは質が良くない ・スタッフ業務を兼ねていると他の事業所との関係が作れない

(6) 法令を遵守し運用している	運営基準を遵守している	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所運営は最低限の基準遵守は必要
	個人情報保護、守秘義務を遵守している	<ul style="list-style-type: none"> ・世間話で他の利用者の個人情報が漏洩し、苦情が来た ・家族から自分も同じように言われてるかもと相談がある ・個人情報の使用に関する同意や守秘義務の徹底が指摘事項で上がってくる ・居宅は個人情報の塊なので取り扱いには留意が必要
	不正請求がない	<ul style="list-style-type: none"> ・要件を満たさずに加算を請求しているところがある ・不正や虐待は何らかの形で調査にはいる
	利用者の囲い込みがない	<ul style="list-style-type: none"> ・有料老人ホーム併設のステーションでは利用者囲い込みを行っている ・併設のホームにしか訪問看護が入っていない
	過剰（不必要な）訪問看護を行っている	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護サービスの給付の適正化の視点が必要
	行政に苦情や内部告発がくる	<ul style="list-style-type: none"> ・事故報告やインシデント記録が整っていないところは後から苦情が出てくる ・内部告発が職員の退職後に上がってくる
(7) 利用者権利擁護への取り組み	高齢者の虐待防止や身体拘束の周知と徹底が図られている	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者虐待防止や身体拘束防止等、国の重点施策について自信をもって答えている ・高齢者虐待防止や身体拘束防止等、国の重点施策についてスタッフとも共有している
	アドボケーターとしての役割をはたしている	<ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族等と医師とのつなぎ役になる ・ケアマネージャー等の意見を医師に伝えパイプ役になる ・難しいことはかみ砕いて伝える

<p>(8) 利用者への説明責任 (アカウントビリティ)を 果たしている</p>	<p>ケアに関する説明と同意が得られている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族へケア提供に関する説明不足はクレームになる ・看護師自身の価値を押し付けるケアはクレームになりやすい ・利用者や家族の望まないことまで勝手にいきクレームが来た
	<p>利用者、家族への説明と同意が記録されている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族が読んでも何をしたかがわかる記録 ・先々の変化の予測についても説明ができています
	<p>対象に合わせ、訪問看護について分りやすく説明できる</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が納得して訪問看護を利用している ・家族への説明を専門用語で行っているステーションはクレームで上がってくる ・看護師の説明が専門用語で分かりにくい ・説明内容がしっかり伝わらないと利用者・家族に不満・不信を持たれる ・ケアの後の結果の説明がない ・訪問看護師が何をしていたのかわからない
	<p>訪問看護計画書が利用者に理解できるように記載されている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護計画は素人でも分かる内容で交付すべき ・専門職の独りよがりな内容になっていないことが大事
	<p>利用者、家族との信頼関係が構築されている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個別具体的などころまで理解している ・利用者の希望通りにできないことに対しても家族との信頼が形成できる ・利用者や家族の療養意欲を引き出す演出ができる
	<p>高いコミュニケーションスキルを持っている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・かみ砕いてケアの目的を説明できるスキルがある ・対象の認識に合わせた説明方法の工夫ができる ・相手の反応で軌道修正できるスキルが備わっている

(9) 情報開示や証拠に耐えうる記録が整備されている	記録に不備がない	<ul style="list-style-type: none"> ・記録の不備があるところは後に過誤につながる事が多い ・記録が整っていないところはステーション内の情報共有ができていない ・記録不備のところは利用者ケアも不備
	訪問看護指示書に必要なことが記載されている	<ul style="list-style-type: none"> ・指示書に必要なことが記載されているかの確認が必要 ・指示に対して訪問看護の動きが不明瞭なことがある
	自分たちで訪問看護計画を立案していない	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護計画書を立案していないステーションがある ・ケアプランと訪問看護計画書が一緒はおかしい ・訪問看護計画がなくて何をしているのかわからない
	訪問看護の目標が明確である	<ul style="list-style-type: none"> ・何を指すのか療養目標が設定されている ・目標が明確だと関係者と共通認識が可能になる ・目標設定に関しては弱い
	ケア計画を見ただけで利用者をイメージできる	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の姿が見えない計画や記録がある ・計画を見ただけで利用者の顔がわかる ・顔が見える計画書に基づいて実践しているところは良いと感じる ・利用者を理解していると言われるが記録から確認できない ・利用者の全体像が把握できているかを判断する
	訪問看護計画が定期的に更新されている	<ul style="list-style-type: none"> ・計画書の作成はしているが内容が変化していない ・計画書が毎月一言一句変わっていない
	目的・実施日時・内容・結果が適切に記録されている	<ul style="list-style-type: none"> ・計画に基づいた記録がされていると納得する ・目的は何で実践し、結果がどうだったのかわからない ・行ったサービス内容を個々に具体的に記載している ・記録から看護の経過や意図がわかる
	関係者との連携が記載されている	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者との連携が記録から見える ・主治医との連携の記録がある

(10) 人材育成の 環境づくりを行っている	OJT以外にも定期的に教育や研修の機会を提供している	<ul style="list-style-type: none"> ・よいステーションは定期的な研修を行っている ・看取り等の研修を受講し、対応ができています ・研修の年間計画がありそれに基づいて行っている
	研修内容等、情報共有している	<ul style="list-style-type: none"> ・受け持ちケース以外のケースも皆がわかっている ・ステーション内の情報共有は（良し悪しをみるうえでの）ポイント ・家族の些細な相談内容が記録にあると情報共有されていると感じる
	常勤、非常勤に関わらず情報共有ができています	<ul style="list-style-type: none"> ・雇用形態に関わらず日々のことが情報共有ができています ・情報共有のための会議が活発
	新人、新任訪問看護師の教育を丁寧に行っている	<ul style="list-style-type: none"> ・新人や新任の同行訪問やその後の評価など教育が丁寧である
	ワークライフバランスを重視している	<ul style="list-style-type: none"> ・ワークライフバランスを意識したキャリア形成の仕組みがある ・雇用形態に関わらず会議や研修の機会がある
(11) 他者に良い印象を 与える職員の態度や姿勢	訪問看護に対するモチベーションが高い	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医はやる気のあるステーションに依頼をしている ・正義感と使命感をもって業務にあたっている
	職員全員がステーションの訪問者に挨拶ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・挨拶しても職員が返答しないところがある ・挨拶がないところは家族が来た時も同じようにしていると思う ・役職員以外の人も挨拶や話ができる
	訪問した時に雰囲気が良いと感じる	<ul style="list-style-type: none"> ・雰囲気が良いところはステーション自体が安定してると感じる

第4章 研究2 訪問看護ステーションの事業継続期間とその関連要因

第1節 緒言

人口の高齢化とこれに伴う長期介護の需要の増加は、世界において重要な政策課題として認識されている。日本は人口に占める65歳以上の高齢者の割合が世界で最も速いスピードで進んでいる国であり、高齢者の長期介護への対応を世界中が注目している。2000年に公的介護保険制度が施行されてから20年を迎えようとしているが、訪問看護サービスの供給量の確保は依然として大きな課題の1つとなっている。

介護系の居宅サービスについて、大日（2000）は、介護保険制度創設当初は、家庭内生産能力との強い代替性が確認され、調査当時の提供体制では需要の1/5も満たせないことを指摘していた。しかし、営利組織の参入が認められ、1999年に厚生省（省庁再編前の名称）が策定したゴールドプラン21では、介護保険事業計画等の状況を踏まえ、要介護高齢者の需要に応じた良質な介護サービス基盤の計画的な整備、特に可能な限り在宅で自立した日常生活が営めるよう、在宅サービスを重視するとともに、必要な施設整備に努めるとされた。その結果、2004年には、訪問介護事業所は17,274か所、サービス利用者は約97万人、通所介護事業所は、14,725か所、サービス利用者は、約99万人（厚生労働省統計情報部 2005）と著しく増加した。

訪問看護サービスを提供する訪問看護ステーションも介護系の居宅サービスと同様に営利組織の参入が認められたが、訪問看護ステーション数はゴールドプラン21の目標数9,900か所（厚生省1999）を大幅に下回り、2004年には5,224か所であり（厚生労働省統計情報部2005）、その後も2012年まで大幅な伸びはみられなかった（厚生労働省統計情報部2013）。しかし、2012年の診療報酬・介護報酬の同時改定で訪問看護サ

サービスの報酬が高く評価されたのを機に、訪問看護ステーションの新規開設が急速に進んだ。全国訪問看護事業協会の調査によれば、全国で年間約 1,000 か所の訪問看護ステーションの開設があり、2019 年 4 月には 11,161 か所となった。一方で、休止・廃止する訪問看護ステーションも増え、2017 年では 710 か所（全国訪問看護事業協会 2018）、2018 年では 590 か所が休止・廃止したことが報告されている（全国訪問看護事業協会 2019）。

今後、日本は要介護者を含む高齢者数のさらなる増加が見込まれており、訪問看護サービスの需要はさらに高まることが予測されているが（厚生労働省老健局 2018a）、訪問看護サービスを提供する事業所が長期的な運営を行なえずに短期で市場から退出する状態が続くと、市場化を図り、サービスの安定的な供給の維持という介護保険制度導入の当初の目的達成が困難になりかねない。さらに、赤字により厳しい運営状態の事業所もあり（厚生労働省老健局 2018b）。必要な供給量を確保するためには、開設した訪問看護ステーションをいかに存続させるかが重要になる。しかしながら、訪問看護ステーションの事業継続期間に影響を与える要因を調べた研究報告は見当たらない。

訪問介護では、遠藤（2011）が 1 県の訪問介護事業所を対象に事業継続期間の関連要因を分析している。開設法人が営利・非営利の別による事業継続期間の違いは認められなかったことや、介護保険制度施行後に参入した事業所の休止・廃止の確率は高いが、人口が中規模以下の市町村に限定すると有意な関連はみられないこと、市町村レベルの事業所密度が小さいと有意に事業継続期間が長くなるが、事業所密度がかなり大きくなると、事業継続期間が短くなる可能性があること、大都市では、先発事業所も市場から退出する傾向があることを報告している。ただし、この事業所密度は事業所間の物理的距離と所在行政区域の面積から作成された指標を使っており、これまでの先行研究（周,鈴木 2004；山内 2004；

Tokunaga&Hashimoto,et.al 2013) で使われた対人口での事業所密度ではない。

訪問看護サービスも訪問介護と同様に利用者宅を訪問して行うサービスであるため、各事業所のサービス供給は地理的に限られた範囲となる。そのため、市町村レベルでの事業所密度のように事業所が所在する地域特性が訪問看護ステーションの事業継続期間に関連する可能性があり、分析にあたっては考慮する必要がある。

さらに事業継続期間の長期化に関連する可能性がある訪問看護ステーションの効率性について、Kuwahara,Nagata,et al (2013) は、開設法人の種別や医療機関との併設の有無とは有意な関連はみられないが、スタッフの中で経験豊富な訪問看護師の割合が少なくとも 30%を占めていることが効率的であるとの結果を示した。また厚生労働省の平成 29 年度の介護保険経営実態調査では、人員規模が大きいステーションの方が黒字傾向であり、先行研究からも、訪問看護ステーションの黒字経営に影響を及ぼす要因として、「常勤換算看護職員数が多い」や「リハビリテーション職員数が多い」「常勤換算看護職員の一人当たりの訪問回数が多い」「非常勤職員の比率が高い」ことが報告されており（清水ら 2011；日本看護協会 2009）、事業継続期間の関連要因の検討にあたっては、ステーションの従事者の状況についても検討する必要がある。

また広瀬 (2007) は、開設してからの期間が短い訪問看護ステーションにおいては、提供するサービスの質の低さが懸念されること、さらに、杉本ら (2018)、永田ら (2011) は、地域他機関との連携が行われず、地域への貢献よりも自事業所の利潤を追求する傾向があることを指摘している。今後の訪問看護サービスの需要拡大への対応には、単に事業継続期間が長いだけでなく、当然にサービスの質の確保やその取り組みが必要である。したがって研究 1 の結果で出された事項（訪問看護ステーシ

ョンの指定権限者でもある自治体の指導監督担当者に対するインタビュー結果から見出された訪問看護ステーションの質的評価の11の視点)が事業継続期間へ影響しているのかにも着目する必要がある。

そこで本研究では、これらの先行研究を踏まえた上で、全国レベルのデータベースを用い、訪問看護ステーションの事業継続期間の実態およびその関連する要因を明らかにすることを目的とした。

第2節 研究方法

1. データソース

本研究では、全国の介護サービス事業所のサービス内容などの詳細情報を自由に検索・閲覧できるよう厚生労働省がウェブ上で公表している「介護サービス情報公表システム」に掲載されていた訪問看護を提供する事業所の情報を使用した。

「介護サービスの情報公表」制度は、研究1で述べたように介護保険法の規定に基づき、介護サービスを利用する人たちへの事業所選択の支援を目的として作られたシステムであり、介護サービス事業所は、当該サービスに関する情報を定期的(1回/年)に都道府県に報告することが義務付けられている。当該サービスに関する情報は、職員体制やサービス提供地域、利用料金などの基本情報とサービスの内容、運営等に関する取組みの状況等の運営情報で構成されており、訪問看護の運営情報に関しては、介護報酬上の加算の取得状況、特別な医療処置を必要とする利用者の受け入れ状況、24時間対応の有無など9項目がある。

分析対象フローは図 3 のとおりである。まず、2014 年度実績を示した 2015 年度に公表されていた 7,354 の訪問看護事業所のうち、病院又は診療所である指定訪問看護事業所 (N=732)、指定訪問看護ステーションにチェックがあるが事業所番号の事業所区分コードが「1: 保険医療機関 (医科)」 (N=7) もしくは「5: 老人保健施設」 (N=2) の事業所を除外し、介護保険法に基づく指定居宅サービスの指定を受けた訪問看護ステーション (N=6,613) を抽出した。

次に、「介護情報公表システム」は事業開始予定の事業所も情報を掲載することが可能であることから、事業開始年月日が未記入の事業所 (N=1)、2015 年 3 月 31 日時点で事業開始から 1 年未満の事業所 (N=711) を除外した。

さらに、訪問看護事業所の人員基準を満たして看護職員常勤換算数が 2.5 人未満 (N=51) もしくは欠損であった (N=29) 事業所を除外した。最終分析対象となった訪問看護ステーション事業所は 5,761 であった。

なお、2014 年に介護保険の訪問看護を行う病院・診療所は 1,687 か所、介護保険の訪問看護費を算定している訪問看護ステーションは 7,092 か所であり (厚生労働省保険局 2017a)、2015 年に情報公表されていた事業所 7,354 か所は訪問看護を実施する事業所の 83.7% を占める。

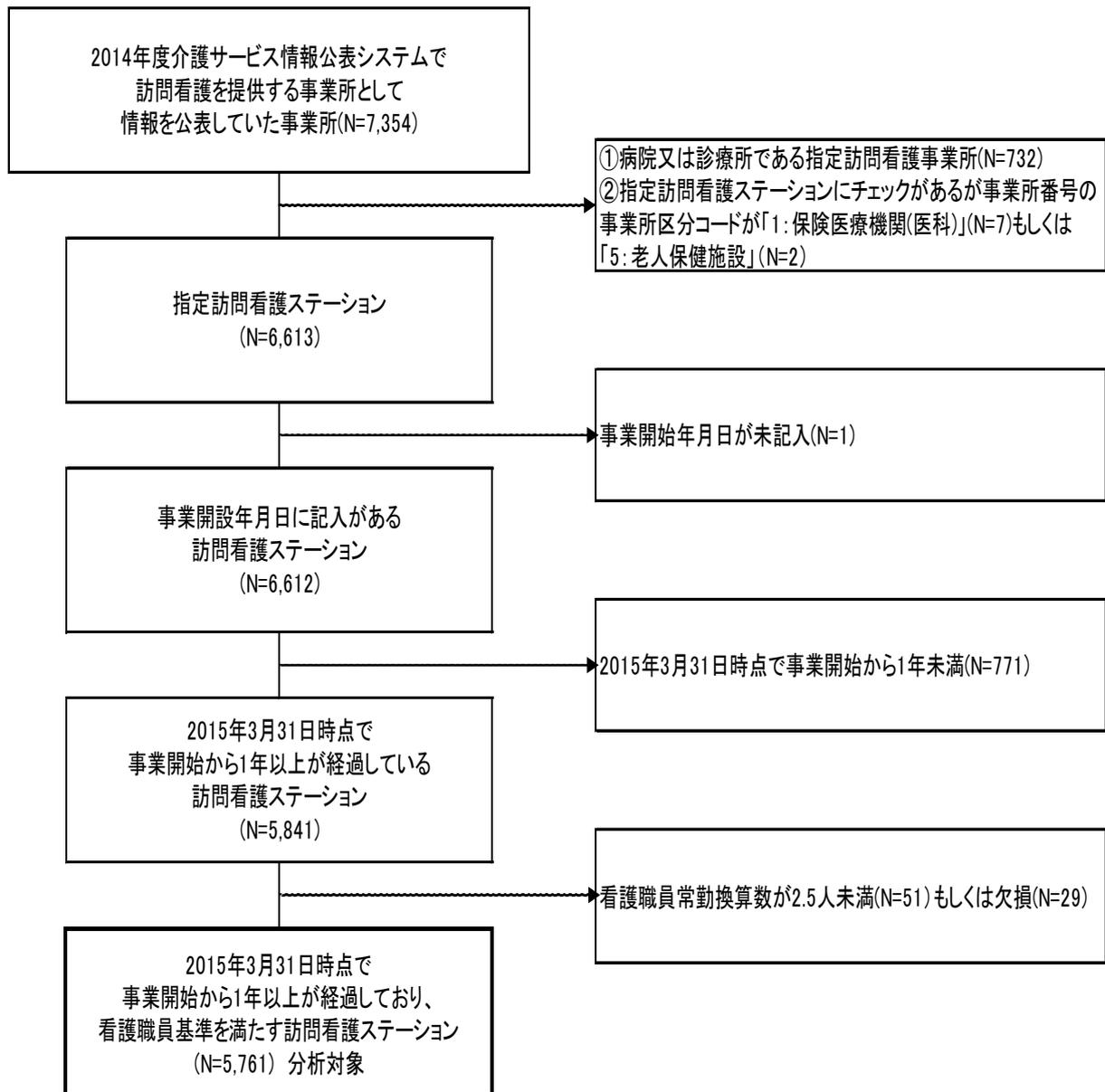


図 3 分析対象のフロー図

2. 変数

1) 事業継続期間

訪問看護ステーションの「事業開始年月日」から2015年3月31日までの年数を算出し、「事業継続年数」とした。

2) 事業所属性等の変数

(1) 訪問看護ステーションが所在する市区町村の特性

遠藤(2011)の報告では、訪問看護事業所の集中度を事業所間の物理的距離と所在行政区域の面積から作成された指標を使っているが、本研究では、全国の訪問看護ステーションを対象とした事業継続期間の実態の把握を目的としている。したがって、限定された地域の地理的な指標ではなく、訪問看護ステーションが所在する市区町村の特性として、これまでの訪問介護事業所を対象とした研究(赤城ら2001; Tokunaga&Hashimoto 2013; 金谷 2016,2003; 周,鈴木 2004; Noguchi & shimizutani 2009; 山内 2004; 湯田 2005)で使われてきた事業所密度を用いる。「人口10万人あたりの訪問看護ステーション数」として、「介護情報公表システム」の訪問看護のデータベースから抽出した市区町村別の訪問看護ステーション数と総務省統計局の「人口総数」から算出し、分析に用いた。

さらにその他の特性の指標として、総務省統計局の統計でみる都道府県・市区町村の姿(社会・人口統計体系)より、「人口総数」「可住地面積1km²あたりの人口密度」、訪問看護サービスの利用者確保の観点から、「総人口に占める65歳以上の高齢者割合(高齢化率)」「高齢夫婦のみの世帯の割合」「高齢単身世帯の割合」のほか、「人口10万人あたりの一般病院数」「人口10万人あたりの一般診療所数」を分析に用いた。

(2) 訪問看護ステーションの運営に関する特性

訪問看護ステーションの運営に関する特性として、「開設法人（営利法人か否か）」「訪問看護事業所がホームページを開設しているか否か」「指示書発行医療機関数」「同一法人内に居宅介護支援を併設しているか否か」「生活保護法第 54 条の 2 に規定する介護機関の指定の有無」「土曜日の営業の有無」「日曜日の営業の有無」「利用者の都合により介護サービスを提供できなかった場合のキャンセル料の徴収の有無」を用いた。

(3) 訪問看護ステーションの従事者特性

鈴木,堀田 (2010)、Valdmainis, et al (2007)、宣 (2007)、Kuwahara, et al (2013)の報告でも従事者特性については、職員数や経験年数が用いられており、本研究においても訪問看護ステーションの従事者の特性として、「看護職員常勤換算数」「訪問看護経験 10 年以上の看護職員の割合」「管理者の他の職務との兼務の有無」「リハビリテーション職員（理学療法士/作業療法士/言語聴覚士）従事の有無」「事務職員の従事の有無」を用いた。

(4) 訪問看護利用者特性

訪問介護事業を対象とした金谷 (2003)、Tokunaga&Hashimoto (2013)の報告では利用者の特性について要介護度が使われている。さらに清水他 (2011)、Fukui, et al (2014)においても介護保険の各種加算を用いた分析をされている。本研究においても介護保険における訪問看護の利用者の特性を示す変数を用いることとし、「要介護度 4 以上の利用者の割合」

「特別管理加算（Ⅰ）算定の有無」「特別管理加算（Ⅱ）算定の有無」「在宅での看取り（ターミナルケア）の実施の有無」「人工呼吸療法を必要とする利用者の受け入れの有無」「麻薬を用いた疼痛管理を必要とする利用者の受け入れの有無」を用いた。

(5) 質向上のための取り組み

研究 1 の結果をもとに、訪問看護ステーションにおける質向上の取り組みとして、「第三者による評価の実施の有無」「利用者等の希望、健康状態等が訪問看護記録書に記載されているか否か」「同意を得るための文書に、利用者等の署名等があるか否か」「重要事項を記した文書等に、相談、苦情等対応窓口等が明記されているか否か」「サービス計画の評価を行った記録があるか否か」「サービス担当者会議に出席した記録があるか否か」「倫理規程があるか否か」「倫理及び法令遵守にかかる研修の実施記録があるか否か」「毎年度の経営、運営方針が記載されている事業計画等があるか否か」「事業計画及び財務内容を閲覧できることが確認できるか否か」「全ての「現任」の従業者を対象とする研修の実施記録があるか否か」を用いることとした。

3. 分析方法

記述統計量を算出後、事業継続年数を従属変数とし、前述の事業所属性等の変数との関連について、ウィルコクソンの順位和検定により検討した。

次に、対数変換した事業継続年数を従属変数とし、多重共線性がないことを確認した上で訪問看護ステーションが所在する市区町村特性等の訪

問看護ステーション属性に関する変数を投入し、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。

なお、「介護サービス情報公表システム」で公表されているサービス内容と介護報酬の加算算定に関する情報項目で、事業所属性に関する変数のうち、「24時間の電話相談対応体制の有無」「緊急時訪問の実施の有無」と「特別管理加算(I)算定の有無」「特別管理加算(II)算定の有無」「在宅での看取り(ターミナルケア)の実施の有無」「人工呼吸療法を必要とする利用者の受け入れの有無」「麻薬を用いた疼痛管理を必要とする利用者の受け入れの有無」との間には強い相関があるため、重回帰分析のモデルには、「24時間の電話相談対応の有無」「緊急時訪問の実施の有無」は投入せず、「特別管理加算(I)算定の有無」「特別管理加算(II)算定の有無」「在宅での看取り(ターミナルケア)の実施の有無」「人工呼吸療法を必要とする利用者の受け入れの有無」「麻薬を用いた疼痛管理を必要とする利用者の受け入れの有無」を投入した。統計的有意水準は5%とし、解析には統計パッケージ SAS ver9.4 を使用した。

4. 倫理的配慮

本研究では、個人を直接の対象としておらず、既に公表された資料を用いていることから疫学研究における倫理指針の対象外である。本研究の実施にあたっては、個別の訪問看護ステーションが特定されないように配慮した。

第 3 節 結果

1. 分析対象の属性

全国の訪問看護ステーション 5,761 か所が分析対象となった。本研究の対象は、介護サービス情報公表システムに収載された訪問看護事業所のうち、包含基準を満たすすべてを対象とした全数調査である。使用したデータベースの実績と同年である 2014 年の介護サービス施設・事業所調査における訪問看護ステーション数は 8,745 か所であり（厚生労働省統計情報部 2015）、分析対象となった訪問看護ステーションのカバー率は 65.9%であった。都道府県別の訪問看護事業所数におけるカバー率は、山梨県（3.9%）と茨城県（15.6%）で低く、その理由については、訪問看護ステーションが当該年度に当該県の訪問看護事業所の調査結果が登録されていないためであるが、なぜ登録されていなかったのかは不明である。

しかし全体のカバー率が 65.9%である事、山梨県と茨城県の訪問看護事業所の伸び率は全国平均以下だったことから、サンプリングバイアスによる結果への影響は大きくないと思われる。

分析対象となった訪問看護ステーションの属性は、表 7、8、9 のとおりであった。

表 7 訪問看護ステーションの属性(N=5,764):開設法人、併設サービス、従事者の状況等

	n	%
開設法人		
地方公共団体	166	2.9
独立行政法人	15	0.3
日本赤十字社・社会保険関係	44	0.8
医療法人	1961	34.1
医師会	273	4.7
看護協会	128	2.2
公益社団・財団法人・一般社団法人（医師会・看護協会以外）	264	4.6
社会福祉協議会	56	1.0
社会福祉法人（社協以外）	402	7.0
農業協同組合及び連合会	97	1.7
消費生活協同組合及び連合会	184	3.2
営利法人	2066	35.9
特定非営利活動法人	84	1.5
学校法人	6	0.1
国家公務員共済組合連合会	11	0.2
その他	3	0.1
法人内に併設している介護保険サービス（複数回答）		
居宅介護支援	4287	74.4
介護老人福祉施設	407	7.1
介護老人保健施設	1459	25.3
介護療養型医療施設	510	8.9
訪問看護ステーションがホームページを開設しているか		
開設している	3699	64.2
介護保険法第 71 条に規定する訪問看護のみ指定（みなし）の有無		
あり	1883	32.7
生活保護法第 5 4 条の 2 に規定する介護機関の指定の有無		
あり	5585	96.9
管理者の他の職務との兼務の有無		
あり	3632	63.0
理学療法士の有無		
あり	2820	49.0
作業療法士の有無		
あり	1835	31.9
言語聴覚士の有無		
あり	658	11.4
（再掲）リハビリ職員の有無		
あり	3139	54.5
事務職員の有無		
あり	3274	56.8
事業所の営業：土曜日		
営業している	3030	52.9
事業所の営業：日曜日		
営業している	484	8.5
24 時間の電話相談の対応状況		

対応あり	5253	91.2
急な病状の変化があった場合の訪問看護の対応状況		
対応あり	5248	91.1
介護報酬の加算算定状況（複数回答）		
緊急時訪問看護の実施	5006	86.9
特別管理加算（Ⅰ）	5194	90.2
特別管理加算（Ⅱ）	5163	89.6
在宅での看取り（ターミナルケア）の対応	4840	84.0
サービス提供体制強化加算	3106	53.9
退院時共同指導加算	4467	77.5
看護・介護職員連携強化加算	824	14.3
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携	489	8.5
特別な医療処置等を必要とする利用者の受入れ状況（複数回答）		
経管栄養法（胃ろうを含む）	5456	94.7
在宅中心静脈栄養法（IVH）	4734	82.2
点滴・静脈注射	5431	94.3
膀胱留置カテーテル	5488	95.3
腎ろう・膀胱ろう	4754	82.5
在宅酸素療法（HOT）	5471	95.0
人工呼吸療法（レスピレーター、ベンチレーター）	4128	71.7
在宅自己腹膜灌流（CAPD）	2682	46.6
人工肛門（ストマ）	5246	91.1
人工膀胱	4004	69.5
気管カニューレ	4782	83.0
吸引	5466	94.9
麻薬を用いた疼痛管理	4826	83.8
利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況		
対応	5757	100.0
損害賠償保険の加入状況		
加入	5684	98.7
利用者の意見等を把握する取組		
取り組んでいる	2153	37.4
第三者による評価の実施状況		
実施	1964	71.5
キャンセル料の徴収状況		
徴収している	2039	35.4

表 8 訪問看護ステーションの属性(N=5,764)看護職員の状況、訪問看護の利用者等

	n	median	25-75percentail
看護職員数			
看護職員実人数	5761	6	(4 - 8)
看護職員常勤者割合(%)	5761	66.7	(42.9 - 83.3)
看護職員常勤換算数	5761	4.1	(3 - 5.9)
看護職員の訪問看護経験			
訪問看護経験 10 年以上の看護職員の割合(%)	5761	20.0	(0 - 45.5)
利用者の特性			
2014 年度実績：要介護 4 以上の利用者割合(%)	5722	34.6	(25.6 - 45.5)
男性の利用者割合	5738	41.8	(36.3 - 47.4)
70 歳以上の利用者割合	5738	82.0	(73.9 - 88.7)
指示書を受けている医療機関及び医師数			
医療機関数	5761	21	(11 - 34)
医師数	5761	30	(17 - 50)

表 9 訪問看護ステーションの属性(N=5,764)サービスの質の確保等の取り組み

	n	%
利用者等の希望、健康状態等が訪問看護記録書に記載されている。	5627	97.7
同意を得るための文書に、利用者等の署名等がある。	5616	97.5
重要事項を記した文書等に、相談、苦情等対応窓口等が明記されている。	5619	97.5
サービス計画の評価を行った記録がある。	5409	93.9
サービス担当者会議に出席した記録がある。	5619	97.5
倫理規程がある。	5423	94.1
倫理及び法令遵守にかかる研修の実施記録がある。	3666	63.6
毎年度の経営、運営方針が記載されている事業計画等がある。	4722	82.0
事業計画及び財務内容を閲覧できることが確認できる。	2974	51.6
現場の従業者と幹部が参加する業務改善会議等の記録がある。	4572	79.4
全ての「現任」の従業者を対象とする研修の実施記録がある。	4956	86.0

2. 訪問看護ステーションの事業継続期間

訪問看護事業所の事業継続年数の中央値は 12.4 年（四分位値：11.5）であった。事業継続年数別の分布は、図 4 のとおりで、1 年以上 3 年未満が 744 事業所（12.9%）、3 年以上 5 年未満が 657 事業所（11.4%）、5 年以上 10 年未満が 1032 事業所（17.9%）、10 年以上 15 年未満が 800 事業所（13.9%）、15 年以上が 2,525 事業所（43.9%）であった。

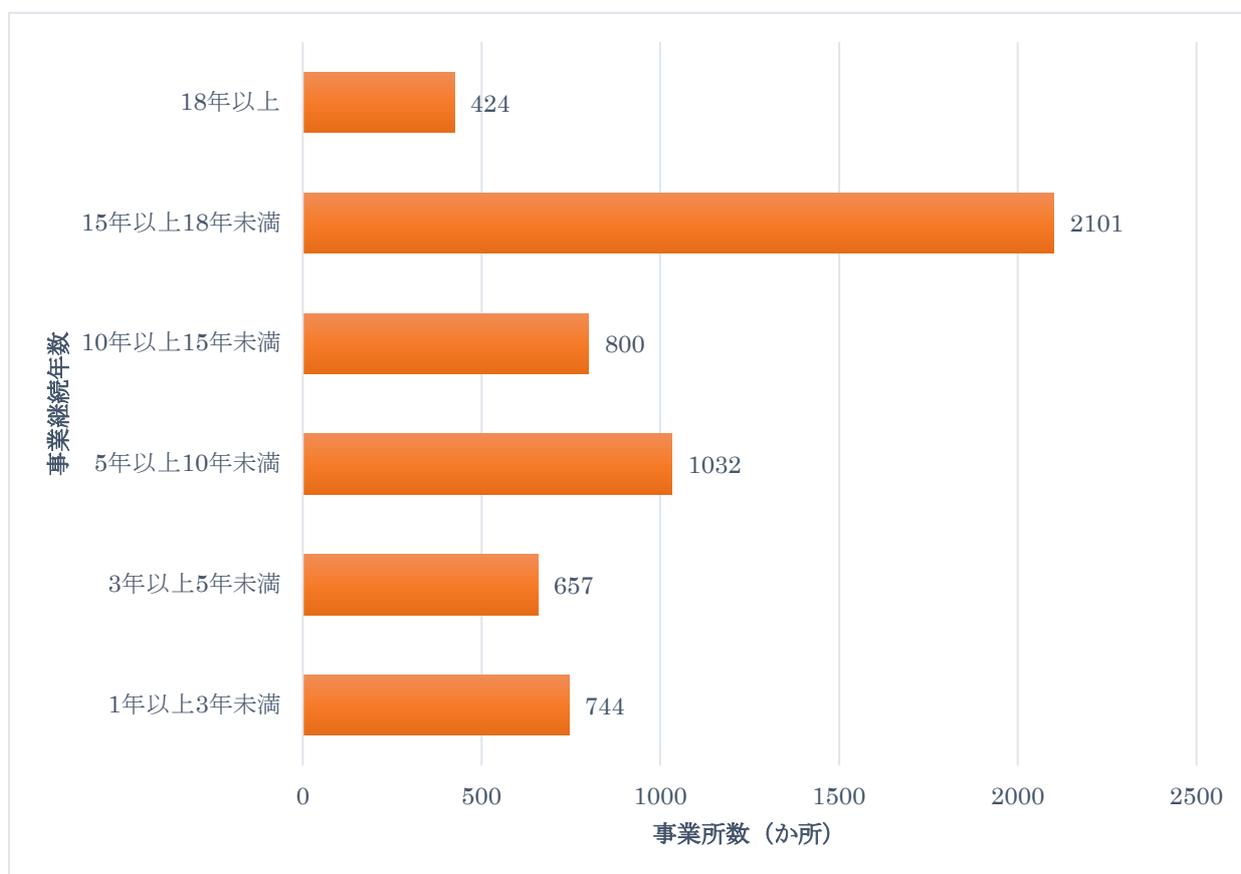


図 4 訪問看護ステーションの事業継続期間

3. 訪問看護ステーションの事業継続期間に関連する要因

単変量解析の結果、いずれの変数も事業継続期間と有意に関連した（表 10）。次に、対数変換した事業継続年数を従属変数とし、事業所が所在する市区町村特性等の事業所属性に関する変数を投入し、多変量解析を行った（表 11）。その結果、事業継続期間と有意に正の関連を示したのは、「高齢化率」が高い地域に所在していること、「指示書発行医療機関数」が多いこと、「同法人内に居宅介護支援事業所が併設」されていること、「生活保護法第 54 条の 2 に既定する介護機関の指定」を受けていること、「土曜日の営業」を行なっていること、「看護職常勤換算数」が多いこと、「訪問看護経験年数 10 年以上の看護職員割合」が多いこと、「事務職員が従事」していること、「要介護 4 以上の利用者割合」が高いこと、「人工呼吸療法を必要とする利用者の受け入れ」があることであった。さらに、質向上の取り組みにおいて、「第三者評価」を実施していること、「利用者の希望や健康上の看護記録への記載」があること、「倫理規定」があること、「現任就業者への研修の実施記録」があることと有意な関連がみられた。

一方、ステーションの事業継続期間と有意に負の関連を示したのは、「営利法人」であること、「日曜日の営業」を行っていること、「利用者の都合により介護サービスを提供できなかった場合にキャンセル料の徴収」をしていること、「管理者が他の職務と兼務」していることであった。また、質向上の取り組みでは、「事業計画及び財務内容を閲覧できることが確認できること」と有意な関連がみられた。

表 10 訪問看護ステーションの事業継続に関連する要因（単変量解析）

	N	Median	25-75percentail	p-value†
事業所特性				
開設法人				
営利法人	2066	5.1 (2.9 - 9.0)	<.0001	
上記以外	3694	15.2 (11.1 - 18.0)		
訪問看護事業所がホームページを開設しているか				
開設していない	2062	9.6 (4.0 - 15.3)	<.0001	
開設している	3699	14.6 (6.0 - 17.0)		
法人内に居宅介護支援を併設しているか				
併設なし	1474	5.9 (3.0 - 11.5)	<.0001	
併設あり	4287	15.0 (7.3 - 17.2)		
事業所の営業：土曜日				
営業していない	2700	10.5 (4.1 - 15.8)	<.0001	
営業している	3030	14.8 (6.3 - 17.0)		
事業所の営業：日曜日				
営業していない	5233	13.3 (5.6 - 16.7)	<.0001	
営業している	484	7.5 (3.1 - 15.0)		
24時間の電話相談の対応状況				
対応していない	508	10.5 (3.9 - 15.4)	<.0001	
対応している	5253	12.9 (5.3 - 16.5)		
キャンセル料の徴収状況				
未徴収	3722	14.8 (6.3 - 16.9)	<.0001	
徴収	2039	9.0 (3.7 - 15.3)		
指示書を受けている医療機関の数				
20施設未満	2721	11.2 (4.0 - 15.9)	<.0001	
20施設以上	3040	13.3 (6.0 - 17.0)		
事業所の従事者特性				
看護職員常勤換算数				
4.1人未満	2826	9.8 (3.6 - 15.1)	<.0001	
4.1人以上	2935	15.0 (7.3 - 17.8)		
訪問看護経験10年以上の看護職員の割合				
30%未満	3045	8.4 (3.6 - 15.0)	<.0001	
30%以上	2377	15.0 (10.5 - 18.1)		
管理者の他の職務との兼務の有無				
なし	2129	14.9 (6.0 - 17.1)	<.0001	
あり	3632	11.3 (4.6 - 16.0)		
リハビリ職員従事の有無				
なし	2622	11.3 (4.2 - 16.0)	<.0001	
あり	3139	13.5 (6.0 - 16.8)		
事務職員従事の有無				

なし	2487	10.8 (4.0 - 15.6)	<.0001
あり	3274	14.0 (6.0 - 17.0)	
利用者特性			
要介護4以上の利用者割合 (2014年度実績)			
35%未満	2909	11.2 (4.4 - 16.0)	<.0001
35%以上	2813	14.2 (6.0 - 16.9)	
70歳以上の利用者割合			
80%未満	2411	13.3 (5.7 - 17.0)	<.0001
80%以上	3327	11.9 (4.8 - 16.0)	
サービス内容			
緊急時訪問看護の実施			
未実施	755	10.5 (3.9 - 15.2)	<.0001
実施	5006	13.0 (5.5 - 16.6)	
特別管理加算 (I)			
未算定	567	6.4 (3.0 - 14.5)	<.0001
算定	5194	13.5 (5.8 - 16.7)	
特別管理加算 (II)			
未算定	598	6.2 (3.0 - 14.0)	<.0001
算定	5163	13.7 (5.8 - 16.8)	
在宅での看取り (ターミナルケア) の実施			
未実施	921	9.2 (3.4 - 15.0)	<.0001
実施	4840	13.5 (5.8 - 16.8)	
退院時共同指導加算			
未算定	1294	9.6 (3.8 - 15.1)	<.0001
算定	4467	13.7 (5.8 - 16.8)	
人工呼吸療法を必要とする利用者の受け入れ			
なし	1633	9.9 (3.8 - 15.3)	<.0001
あり	4128	13.8 (6.0 - 16.9)	
麻薬を用いた疼痛管理を必要とする利用者の受け入れ			
なし	935	9.0 (3.4 - 15.0)	<.0001
あり	4826	13.5 (5.8 - 16.8)	
運営状況			
第三者による評価の実施状況			
未実施	5376	11.9 (4.8 - 16.3)	<.0001
実施	385	15.2 (11.1 - 17.9)	
利用者等の希望、健康状態等が訪問看護記録書に記載			
ない	134	2.0 (1.5 - 3.9)	<.0001
ある	5627	12.9 (5.5 - 16.5)	
同意を得るための文書に、利用者等の署名等がある			

ない	145	2.2 (1.6 - 6.0)	<.0001
ある	5616	12.9 (5.5 - 16.5)	
重要事項を記した文書等に相談、苦情等対応窓口等が明記			
ない	142	2.0 (1.5 - 3.8)	<.0001
ある	5619	13.0 (5.6 - 16.5)	
サービス計画の評価を行った記録がある			
ない	352	4.0 (2.0 - 11.0)	<.0001
ある	5409	13.3 (5.8 - 16.6)	
サービス担当者会議に出席した記録がある			
ない	142	2.0 (1.5 - 3.3)	<.0001
ある	5619	13.0 (5.6 - 16.5)	
倫理規程がある			
ない	338	3.0 (1.9 - 6.0)	<.0001
ある	5423	13.5 (5.9 - 16.7)	
倫理及び法令遵守にかかる研修の実施記録がある			
ない	2095	10.1 (3.8 - 15.8)	<.0001
ある	3666	14.2 (6.0 - 16.9)	
毎年度の経営、運営方針が記載されている事業計画等がある			
ない	1039	6.2 (2.8 - 14.6)	<.0001
ある	4722	14.5 (6.3 - 17.0)	
事業計画及び財務内容を閲覧できることが確認できる			
ない	2787	10.9 (4.3 - 15.8)	<.0001
ある	2974	14.2 (6.0 - 17.0)	
全ての「現任」の従業者を対象とする研修の実施記録がある			
ない	805	4.6 (2.5 - 11.0)	<.0001
ある	4956	14.4 (6.4 - 16.9)	

† Wilcoxon 順位和検定による p -value

表 11 訪問看護ステーションの事業継続年数に関連する要因（重回帰分析：ステップワイズ法）（N=5,311）

	標準偏回 帰係数	p-value
地域特性		
総人口	-0.0193	0.0758
高齢化率	0.0400	0.0002*
訪問看護ステーション数（人口 10 万人当たり）	-0.0149	0.1516
事業所特性		
開設法人（1=営利法人）	-0.4315	<.0001*
指示書発行医療機関数	0.0612	<.0001*
同一法人内に居宅介護支援を併設（1=併設）	0.1126	<.0001*
生活保護法第 54 条の 2 に規定する介護機関の指定（1=指定）	0.0565	<.0001*
土曜日の営業	0.0635	<.0001*
日曜日の営業	-0.0692	<.0001*
キャンセル料の徴収（1=徴収）	-0.0875	<.0001*
事業所の従事者特性		
看護職員常勤換算数	0.0713	<.0001*
訪問看護経験 10 年以上の看護職員の割合	0.0617	<.0001*
管理者の他の職務との兼務の有無（1=兼務）	-0.0329	0.0016*
事務職員の従事（1=従事）	0.0594	<.0001*
利用者特性		
要介護 4 以上の利用者の割合	0.0427	<.0001*
サービス内容		
人工呼吸療法を必要とする利用者の受け入れ（1=あり）	0.0310	0.0042*
運営状況		
第三者による評価の実施状況（1=実施）	0.0568	<.0001*
利用者等の希望、健康状態等が訪問看護記録書に記載されている（1=有）	0.0548	<.0001*
重要事項を記した文書等に相談、苦情等対応窓口等が明記されている（1=有）	0.0279	0.1008
サービス担当者会議に出席した記録がある（1=有）	0.0256	0.1348
倫理規程がある（1=有）	0.0808	<.0001*
毎年度の経営、運営方針が記載されている事業計画等がある（1=有）	0.0201	0.1103
事業計画及び財務内容を閲覧できることが確認できる（1=有）	-0.0324	0.0044*
全ての「現任」の従業者を対象とする研修の実施記録がある（1=有）	0.0725	<.0001*

* p<0.05

第 4 節 考察

2012 年度の診療報酬・介護報酬同時改定を機に訪問看護ステーションが急増しているが、本研究結果における事業継続期間別の分布をみると、1 年以上 3 年未満の訪問看護ステーションは 744 ヶ所（12.9%）にすぎなかった。これらの訪問看護ステーションは 2011 年～2013 年に市場に参入していることになるが、全国訪問看護事業協会の調査によれば、同年の新規開設は 2011 年で 383 か所、2012 年は 756 か所、2013 年は 896 か所であり（p 4 の図 1 参照）、744 か所はその中から事業継続できた訪問看護ステーションと考えることができる。本研究は、2015 年 3 月 31 日までに事業休止・廃止した訪問看護ステーションは分析対象になっていないことから、本結果は、2012 年以降、事業所の開設が進む一方で、3 年未満で休止・廃止した事業所が多く存在することを示唆すると考える。そして 2015 年 3 月 31 日で存続する訪問看護ステーションは事業継続期間 15 年以上が 2,525 事業所と最も多く、全体の 43.9%を占めていることが本研究から明らかになった。

本研究の事業継続期間は、訪問看護ステーションの事業開始年月日から起算しているので、事業継続期間 15 年以上は、2000 年の介護保険制度施行以前に参入したステーションであることがわかる。訪問看護は、1991 年に老人保健法、その後、1994 年に健康保険法に位置づいたサービスであり、当時の訪問看護ステーション数は 516 か所、約半数が医療法人であった（厚生省統計情報部 1996）。本研究で明らかになった事業継続期間 15 年以上の 2,525 事業所は、医療保険制度の中で事業を運営し、そのノウハウを培ってきていること、また当時は、ステーション数が非常に少なく、設置のない市町村もあり、競争が発生する状況にはなかったことも事業継続に影響した環境であったと考える。

一方、事業継続期間 5 年未満は、1,401 か所で 26% を占めた。5 年未満とは、介護保険制度施行 10 年が経過し、さらに医療政策においても在宅医療を推進する方向性が出され、訪問看護を取りまく外部環境が大きく変化した時期と重なる。介護保険制度は準市場であり、サービス価格は国による介護報酬で決められ事業者の価格設定への裁量はない。2000 年当時の訪問看護の報酬は、30 分以上 60 分未満で 830 単位（地域区分により異なっている）に設定されたが、その後の改定においては、介護経営実態調査等の結果を踏まえ、訪問看護の加算の種類や報酬 1 単位当たりの単価の見直しが行われている。その見直しは、訪問看護サービスを利用する場合の自己負担の増額に直結するが、事業継続期間 5 年未満の 1,401 か所の訪問看護ステーションは、介護保険制度施行前の市場の状況とは大きく異なった状況、つまり利用者の自己負担が増え、かつ、同業者が増えているにもかかわらず事業が継続できているステーションであるとも考えられる。

このように訪問看護ステーションを取り巻く保険制度上の大きな変化にも留意して事業継続の要因について考察を進める。

まず、高齢化率が高い地域に所在する訪問看護ステーションほど事業継続年数が長いという結果が示された。高齢化率が高く、介護保険制度施行前から訪問看護の需要増大が見込まれた地域では、訪問看護ステーションの開設が進み、介護保険制度導入後も需要に対応し訪問看護事業を継続していることがうかがわれた。

一方、訪問介護事業所とは異なり、事業所密度と事業継続年数との間に関連がみられなかったことについては、介護保険制度導入直後から事業所が急増した訪問介護事業所とは異なり、訪問看護ステーションは事業所数が増加しない停滞期間が 10 年以上続いていた（厚生労働省保険局 2017a）ことが背景にあると考えられる。

事業所特性では、「非営利法人である」「指示書発行医療機関数が多い」、「同一法人内に居宅介護支援事業所を併設」「生活保護法第 54 条の 2 に規定する介護機関の指定を受けている」ステーションは有意に事業継続期間年数が長いことが示された。

訪問介護事業所を対象とした遠藤（2011）の報告では、開設法人が営利か非営利か別による事業継続期間の違いは認めなかったが、本研究では、非営利法人は営利法人に比べ事業継続年数が長いという結果が示された。先にも述べたが、今回、分析対象とした訪問看護ステーションの中では介護保険制度施行前から医療保険で訪問看護事業を行っているステーションが最も多かった。介護保険施行前の訪問看護ステーションの開設では営利法人の参入は認められていないため、そのことが結果に反映されたと考える。ただし、遠藤（2011）の報告における事業継続期間の設定が本研究での設定とは異なることに留意が必要であるものの、この報告では、介護保険制度施行後に参入した事業所で休止・廃止率が高いことが示され、その数は営利法人が多いことも報告されている。

また、「指示書発行医療機関数が多い」、「同一法人内に居宅介護支援事業所を併設」「生活保護法第 54 条の 2 に規定する介護機関の指定を受けている」ステーションほど有意に事業継続年数が長いという結果が示された。本結果は、新規利用者の継続的な獲得や自己負担額による利用抑制が生じない利用者確保するための手段を持っていることを意味しており、このことは継続的な利益の確保にもつながり、結果として事業継続につながっている可能性が考えられた。

一方、「土曜日に営業している」事業所では有意に事業継続年数が長かったが、「日曜日に営業している」「利用者の都合により介護サービスを提供できなかった場合のキャンセル料を徴収している」ステーションでは、有意に事業継続年数が短いという結果が示された。事業継続年数が短

い訪問看護ステーションは、多様な利用者へのニーズに対応すべく 24 時間 365 日対応しているステーションが多い可能性が示された。また、訪問看護は労働集約型産業であり、報酬は、訪問サービスでの対価であるため、利用者の急なキャンセルは、経営への影響が大きい。そのため、経営が安定していない事業継続年数が短い事業所は、キャンセル料を徴収することにより、キャンセルによる損失を最小限にする対策をとっている可能性が考えられた。「事業計画及び財務内容を閲覧できることが確認できること」については、介護サービス情報公表制度の開始が 2006 年であるため、それ以降に開設したステーションが事業計画及び財務内容の開示ができるよう書類等を整えていると考える。

訪問看護ステーションの従事者特性では、「看護職員常勤換算数が多い」「訪問看護経験年数 10 年以上の看護職員の割合が多い」ステーションは有意に事業継続年数が長いという結果が示された。厚生労働省の平成 29 年介護保険事業経営実態調査では、看護職員の常勤換算数や職員一人当たりの訪問回数が多い訪問看護事業所の収支差率が高いことを報告しており、また、清水ら（2011）の研究でも常勤換算看護職員数が多い事業所が黒字経営を継続しているという結果が示されている。したがって職員数が多く、事業所規模が大きいほど経営基盤が安定し、事業継続年数が長くなったといえる。また、常勤換算数看護職員数が多いほど事業継続年数が長いという結果は、常勤換算数看護職員数が多くなると訪問回数も多く、収支差率も上がっている実態があり（厚生労働省 2018b）、ステーションの経営安定に寄与していることが考えられる。

訪問看護経験年数 10 年以上の看護職員の割合が多いステーションほど事業継続年数が長いという結果は、事業継続年数が長いステーションには開設当時の看護職員が多く勤務している実態を示す結果であると考えられる。また Kuwahara, Nagata et al（2013）の報告では全職員の中で経験豊富な看護職員を少なくとも 30% 占めていることが訪問看護ステーショ

ンの効率性と長期化に寄与しているとされ、本研究の結果もその報告を支持したと考える。

また「事務職員が従事している」ステーションも有意に事業継続年数が長いが、一方で「管理者が他の職務と兼務をしている」ステーションは有意に事業継続年数が短いという結果が示された。管理者が経営管理に専念できて、事務管理業務を行う人材を確保できていることは、スタッフが本来の業務に専念できる環境を構築することとなり、このことが事業継続につながった可能性が考えられた。

訪問看護利用者特性では、「要介護4以上の利用者の割合が高い」「人工呼吸療法を必要とする利用者を受け入れている」ステーションほど、有意に事業継続年数が長いという結果が示された。訪問看護の報酬は、基本療養費と管理費であり、利用者の重症度や健康状態、あるいは訪問看護師の滞在時間によって加算がつき、その単価は変化する。したがって収入を上げていくためには、単価の高い利用者を確保していること、訪問看護回数を増やすことが必要になる。清水ら（2011）の報告では、長時間訪問看護加算や重症者管理加算の算定を行っている訪問看護ステーションは黒字へ変化し、かつ、黒字継続の傾向が見られている。本研究で見出された利用者特性もその加算の対象となっており、こうした利用者を確保していることが安定的な収益となり、長期的な訪問看護ステーションの事業継続につながっていると考える。

訪問看護ステーションの質向上への取り組みでは、「第三者による評価を実施している」「利用者等の希望、健康状態等の訪問看護記録への記載がある」「倫理規定がある」「従業者を対象とする研修の実施記録がある」訪問看護ステーションの事業継続年数が有意に長いという結果となった。本結果は、研究1で示された介護保険の指導監督担当者が認識する訪問看護ステーションの質的評価の視点【情報開示や証拠に耐えうる記録が

整備されている】【利用者の権利擁護】【法令の遵守】を支持する結果であった。こうした質向上に取り組んでいる訪問看護ステーションが長期的に事業を継続できていることが確認された。

以下は、本研究の限界と課題である。

まず、訪問看護ステーションの収益については、先行研究では、管理者の経営に関する研修受講の有無が関連要因として挙げられており（日本看護協会 2009）、長期間の事業継続の要因に管理者特性が関わっている可能性もあるが、今回の研究では明らかになっていない。

本研究は、2015年3月の時点で営業実績のある訪問看護ステーションを対象として事業継続期間の実態とその関連要因を探索した横断研究であるが、それまでに休止・廃止となったステーションについては考慮されていない。本研究で示された事業継続年数に関連する要因は、休止・廃止をした訪問看護ステーションの事業継続期間との比較分析によって、より説得性が増す。しかしながら、本研究の分析対象に含まれなかった訪問看護ステーションの事業継続期間についてはデータがなく、このことについては本研究の結果への影響を検討することが出来ない。

また今後は、休止・廃止の要因の探索も今後の訪問看護ステーションの運営において重要である。現行制度上、休止・廃止するステーションは、事前に自治体へその届け出を行うことになっているものの、その公表については自治体の取り扱いの相違や、公表する場合においても公表までの時間に差があるため、実質的な把握が極めて困難な状況になっている。

本研究での事業継続期間はステーションの開設年度から起算しており、開設年度が早期、つまり介護保険制度施行前に参入した訪問看護ステーションが長期的に事業を継続していることや、営利法人の訪問看護ステ

ーションの事業継続年数が短いことが明らかになったが、これらの結果には以下の留意が必要である。

まず、これらのステーションが事業参入当初から事業継続期間に関連する要因を備えていたか否かは不明であり、事業継続のための経営のノウハウについて時間をかけて習得してきた結果であるとも考えられる。さらに 2013 年以降、訪問看護ステーションの開設主体は営利法人が医療法人を上回っている実態がある（厚生労働省統計情報部 2014）。このため、新規開設した訪問看護ステーションの開設主体は営利法人が多いことが研究結果に反映されたと考えられる。

しかしながら、本研究は、全国の訪問看護ステーションのデータベースを用い、我が国の訪問看護ステーションの事業継続年数の実態とその関連要因を明らかにした初めての研究であり、今後の訪問看護のさらなる需要拡大への応需体制整備にむけ、供給量の確保を議論する上での貴重な資料となると考える。

第 5 節 結論

本研究において、2014 年に営業実績のあった 5,761 の訪問看護ステーションのうち、約 43% が介護保険制度施行前に参入している実態が明らかになった。そして長期的事業継続の予測因子として、地域特性では、ステーションの立地地域の高齢化率、事業特性では非営利法人であること、指示書発行医療機関数が多いこと、同一法人内に居宅介護支援事業所が設置されていること、生活保護法第 54 条の 2 に規定する介護機関の認定を受けていること、土曜日営業をしていること、利用者特性では、要介護

度 4 以上割合、人工呼吸器療法を必要としている利用者受け入れが可能であること、従事者特性では、看護職員常勤換算数、訪問看護経験 10 年以上の看護職割合数、事務職員の従事、サービスの質向上の取り組みでは、第三者評価の実施、訪問看護記録の充実、倫理規定の有無、研修実施の記録があることが見出された。これらの因子は、訪問看護ステーションが安定的に経営していく要件ともいえる。高齢者が多い地域、また多くの指示書発行医療機関との連携、居宅介護支援事業所の設置は常に顧客獲得ができやすいという要件でもある。また要介護度が重く、在宅での人工呼吸療法の受け入れの可能は、訪問看護の報酬において利用者単価が高くなることが考えられ、さらにそういった方々が入院したり、亡くなったりした場合でも利用者獲得が容易であれば経営に大きな問題は起こらない。また重症者への在宅療養支援は、生活上、身体上のリスクの予見とリスクの回避対策が必須であり、ある程度の看護経験が必要になる。顧客獲得の容易さ、事務職員の配置による看護師が看護に専念できる環境、重傷者に対応できる人員体制、併せて質の確保の取り組みが長期的な事業運営に繋がっていると考える。

第5章 総合考察

第1節 本研究において得られた知見と提言

1. 文献レビュー及び研究1・2で得られた知見

我が国が迎えた超高齢社会の中では、社会保障の持続可能性を高めるために、効率的で質の高い医療提供体制の構築を図るべく医療の機能分化と連携強化、そして在宅医療・介護の連携と推進がより一層進められていく。このことから訪問看護の需要は拡大すると考え、本研究では、訪問看護サービスの需要の増加に対応できる安定的なサービス供給を目指し、国内外の文献から介護保険における居宅サービスの市場の競争が及ぼす事業運営への影響を整理した。そして訪問看護ステーションの伸び率が高い自治体における訪問看護ステーションの質に関する自治体職員の現状認識と質的評価の視点の明確化および訪問看護ステーションの事業継続期間の実態と関連要因の探索を行った。

我が国の介護保険サービスは、施設サービスを除いて営利法人が参入できるものの、サービスの価格をサービス提供者が決定するのではなく、国で定めた公定価格、すなわち介護報酬で決められるという準市場の性格をもち、かつ、サービスの質を問う競争原理が導入された。先行研究では特に訪問介護事業所の市場への参入が急激に伸びており、訪問介護事業所を研究対象とした市場の競争の影響が報告されている。それはサービスの効率性や質、費用、事業主体の違いによる参入行動の相違等の報告であり、多くは効率性を高め、サービスの質の低下は起きていないことを実証しており、営利企業の参入という自由化政策の推進を評価している結果であった。

また先行研究では、訪問看護ステーションを研究対象とした市場の競争の影響に関する報告は見当たらなかったものの、訪問看護サービスの利用者は更なる増加が見込まれている。したがって今後も地域によって

は訪問看護ステーション数が伸び続け、市場の競争が起こる可能性は否定できない。研究1において行った訪問看護ステーション数の伸び率が高い自治体の介護保険事業の指導監督者へのインタビュー調査では、供給主体の相違によって質の違いはないと認識されており、また、ほかの介護保険サービスと比較すると、苦情も少ないことから営利企業の参入による質への影響は、きわめて限定的である事が推察されたこと、質の評価の視点として「安定的なサービス提供ができる事業規模」「管理者のサービス提供責任者としての能力」「地域包括ケアシステム推進の役割認識の保持」「利用者権利擁護等法令遵守」などが整理された。

研究2で行った事業継続期間の実態とその関連要因の探索では、事業継続期間は15年以上である訪問看護ステーションが約43.9%を占める実態が明らかになった。さらに事業継続期間の関連要因として訪問看護ステーションが立地する地域の高齢化率や非営利法人であること、指示書発行医療機関数が多いこと、居宅介護支援事業併設等の事業者特性が見いだされた。

これらの研究結果より、訪問看護の市場における営利企業の参入増加は、訪問看護ステーションの質へ大きな影響は及ぼしていないこと、しかしながら事業継続期間の長さには、居宅介護支援事業所の併設や指示書発行医療機関数が多いこと、第三者評価の実施や倫理規定の整備、従業者を対象とした研修を実施していることなど質の向上に取り組んでいることが大きく影響していることから、今後、新たに市場に参入する訪問看護ステーションについては、顧客獲得の容易さにつながる居宅介護支援事業所や指示書を発行する医療機関との関係性の構築とともに倫理規定の整備や従事者の研修の受講等、質の向上に取り組む事業展開が必要になる。

2. 訪問看護の安定的なサービス供給に向けた提言

1) 新規参入した訪問看護ステーションの育成について

今後の訪問看護サービスの需要の高まりを見据えて、訪問看護事業運営に求められることは、継続的、安定的にサービスの提供ができること、そのサービスは質が担保されていることは言うまでもない。本研究において行った、訪問看護ステーション数が急激に増加した自治体職員へのインタビュー調査の結果からは、訪問看護ステーションの急増が及ぼす質への影響は確認されていない。しかしながら質確保への取り組みについては、新たに参入したステーションには未整備な点があることは否めない。研究1での自治体職員の語りにあったように、小さな訪問看護ステーションであっても、それは在宅医療サービスの貴重な資源とみなせることから、開設したばかりの訪問看護ステーションが安定的に経営できるようになるための育成の仕組みが必要であろう。例えば経営のノウハウ等の伝授や応援体制の構築などによって、開設した訪問看護ステーションが短期間で閉鎖せず、長期的に事業が継続できるステーションになりえる。

研究2において、事業継続期間が長いステーションは、地域の高齢化率や指示書発行医療機関数の多さや居宅介護支援事業所の併設、あるいは生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定を受けていることが要因であった。また先行研究で、山口ら(2015)は、訪問看護ステーションの管理者の経営管理行動指標として大項目7項目「管理業務ができる条件を整える」、「事業所の環境変化を予測し事業計画を立案・実施し、経営状況を正確に把握して対応する」、「自事業所に必要な人材を確保する」、「ケアの質を保証する」、「スタッフの仕事へのモチベーションの維持・向上に努める」、「利用者数を確保・維持する、日々の活動の効率を上げ、利用者数とスタッフ数の急な変動に対処する」を挙げている。

訪問看護ステーションを開設し、市場へ新規参入する場合、地域分析やマーケティングの実施はもちろんのこと、ステーションが所在する地域の自治体、在宅医療機関や病院、居宅介護支援事業所といった関係機関とのつながりを構築し、信用を獲得して、開設したステーションにおける利用者数の急激な変動が起こらないよう、常に顧客獲得が容易である運営が求められる。しかし、杉本ら（2018）は、新規に開設した訪問看護ステーションにおいては、訪問看護連絡協議会への参加など関係機関との連携には取り組んでいるものの、地域ニーズの把握や地域貢献への取り組みは大きくはないことを報告している。その要因は管理者の年齢が高いこと、訪問看護経験のある職員数が多いこと、営利法人であることが挙げられており、背景には職員の経験に頼った運営や利益重視の運営方針がある可能性について考察している。

本研究 1 でも訪問看護ステーションには地域包括ケアシステムの推進が期待されていることが明らかになっている。地域包括ケアシステムの理念は、2011年の介護保険法改正で取り入れられているため、2012年以降に新規参入した訪問看護ステーションにも当然、その視点は求められる。一定程度、利用者数が維持でき、そして地域貢献や地域包括ケアシステムに参画する、あるいは推進することの視点を持つ新規訪問看護ステーションの育成の仕組みが、訪問看護の事業者団体や職能団体の協力を得て行政が地域で展開できれば、ひいては閉鎖に至る訪問看護ステーションを減少させることができるとも考えられる。

さらに研究 2 では従事者特性として訪問看護経験 10 年以上の看護職員の割合が多いことも事業継続年数に関連する要因として明らかになった。訪問看護ステーションに勤務する看護職員の中で訪問看護経験 10 年以上の看護職員は 92.3% を占めている（日本看護協会 2015）。この調査の対象はあくまで日本看護協会員に限定されているため留意が必要であるが、

新規参入した訪問看護ステーションの育成においてこの経験 10 年以上の看護職員を有効に活用していくことができるのではないかと考える。

例えば、経験 10 年以上の訪問看護職員を複数抱えている訪問看護ステーションと経験の浅い訪問看護ステーションが出向契約を結び、経験 10 年以上の訪問看護職員が一定期間、経験の浅い訪問看護ステーションに所属して、質の取り組みへの活動を共にを行い、経営のノウハウの伝授をそのステーション内で直接的に実施することも検討できるのではないかと考える。それによって新規開設した訪問看護ステーションの閉鎖を回避し、質の確保への取り組みが早期に確立することになる。

おりしも、日本看護協会（2016,2017,2018a,2018b）が、病院で働く看護職員の在宅療養支援能力の向上と訪問看護の人材確保を目的として、病院と訪問看護ステーション間での出向システムを検討し、全国 8 か所 10 の病院と訪問看護ステーションのペアでの試行事業を経て、すでにガイドラインを出している。この試行事業は 3～6 か月間という限定された期間であるが、一時的にでも訪問看護ステーションの人員が増え、収益につながるケースや、病院に勤務する看護職員が認識する在宅療養可能な患者像の広がりという効果があると報告している。さらにその仕組みを活用した取り組みが地域医療介護総合確保基金の事業で実施している都道府県が出てきている¹⁾。したがって、このような取り組みを訪問看護ステーション間で行えるように広げていくことも検討できるのではないかと考える。

2) 長期事業継続への関連要因を備えた訪問看護ステーションに近づく 対策

研究2で事業継続期間に関連する要因のうち質確保の取り組みとして、第三者評価の実施や倫理規定の整備が明らかになった。ここでいう第三者評価は、2001年に創設された福祉サービス第三者評価事業を前提とするが、この評価を受ける場合、受審料が発生する。その金額は評価機関によって相違もあり、また東京都のように評価機関と受審機関との双方の契約に基づいて金額が決定される場合もある。その価格は野田(2015)によれば、全国平均で20~30万円と決して安価とは言えないことから、第三者評価の進まない理由として受審料の価格の高さも挙げられている。

収益の大きくない訪問看護ステーションでは、第三者評価の意義は理解できていても受審には至らないことは推察されるので、なるべく支出を最小限にした質確保のための取り組みを推奨していくことが望まれる。現在、全国訪問看護事業協会(2017)が進めている訪問看護ステーションの自己評価のガイドラインの活用を進めていくことも長期の事業継続につながる一つの方法であろう。さらに関係機関との連携も重要なファクターであり、同一法人内の居宅介護支援事業所の併設や指示書発行機関の多さが事業継続に関連していることから、ステーションの立地地域の郡市医師会や居宅介護支援事業所との連携構築は必須であろう。

また事業継続期間と事業所特性に関する要因では、看護職員常勤換算数、訪問看護経験10年以上の看護職員割合、管理者の兼務がない、事務職員の従事が明らかになった。すなわちステーションに勤務する看護職員数が多く、しかも訪問看護経験年数10年以上の看護職員が一定程度雇用されており、看護職員が訪問看護に専念できる、また管理者が管理業務に専念できる体制の構築が求められると言えよう。研究1の自治体職員

へのインタビューでも最低基準（常勤換算 2.5 人）の人員で運営しているステーションについては、緊急時や夜間・休日での応需体制への懸念があげられていた。また経験豊富な訪問看護師がいること、定期的な研修機会の提供等で看護職員がスキルアップしていける体制を高く評価していたことから、このような体制に近づける仕組みを検討する必要があると考える。しかしながら、序論で述べたように現在の訪問看護ステーションは人員が 5 人未満の規模が約半数を占めており、人材確保が厳しい状況にある（村嶋，田口ほか 2013；李,山本ほか 2016）。樽原ら（2014）は、病院勤務の看護師の訪問看護への就労意思がないことと関連する要因として「単独での訪問への負担」、「教育体制の未整備」を挙げている。新入職者や訪問看護未経験者への教育について、丸山ら（2017）の訪問看護ステーションにおける現任教育の実態に関する調査では、訪問看護ステーションの中で何らかの教育プログラムを備えているのは 54.4%であることが報告されている。また日本看護協会（2015）の報告では、新任者への教育として、同行訪問の実施は人員体制にかかわらず実施しているが、人員規模が大きくなるにつれて計画的な教育プログラムを組む、外部研修を受講させる割合が高くなり、特に 10 人前後でその割合が違っている。さらに 2014 年に診療報酬で新設された機能強化型訪問看護ステーションは常勤 7 名以上の看護職員をおき、人材育成機能や地域住民の療養相談に応じることを望ましい要件にしている。

このような状況から考えると、訪問看護ステーションの教育体制整備については、一つのステーションですべてを整えるのではなく、同じ地域に立地しているのであれば、複数のステーションで事故対応や感染対策、ハラスメント対策などのマニュアル整備と共有化が可能と考える。また、実際の教育活動においても、ステーション同士で協定を結びながら、お互いの強みを生かした教育活動の展開が可能ではないかと考える。さらに、事務職員の雇用についても一つのステーションで雇用するのは経営状態

にも左右されるため、雇用が厳しいと考えられるが、複数ステーションで活用できる仕組みも検討できるのではないかと考える。つまり地域に点在する訪問看護ステーションが自組織を超えて連携して運営していく仕組みが必要になるのではないかと考える。

おりしも 2015 年の医療法改正において複数の医療法人同士が連携して新法人となる「地域医療連携推進法人」が創設されている。新法人は、一般社団法人をベースとし、①病院を開設する法人などを社員とし、②病院、診療所、又は介護保険施設の業務連携を推進する方針を定め、③医療連携を進めることを目的とする法人が都道府県知事の認定を受け、定款で定めた医療連携推進区域に限ってその活動を行なうことができる²⁾。現在のところ、その法人に参加できるのは地域包括ケアシステム構築に資する事業を行なう非営利法人に限定されてはいるものの、営利法人が多い訪問看護ステーションでもそのような法人の立ち上げが可能になれば、先に述べた人員の有効活用が可能になるかと考える。

3) 訪問看護ステーションの質の評価の導入と介護サービス情報公表制度の見直し

研究 2 において、2015 年 3 月 31 日までに営業実績のあった訪問看護ステーションは、43.9%が介護保険制度施行前に参入したステーションであることと、事業継続期間が短いステーションも参入時期の外部環境変化、すなわち介護保険制度施行 10 年が経過し、訪問看護サービスの報酬上の評価が大きくなり、その結果、営利法人が多く参入し、利用者の自己負担が上がっているという中で事業を継続してきたステーションであることを考察で述べた。介護保険制度は 3 年ごとに見直されるが、これからの日本の人口構造の変化を考えると潤沢に介護保険の財源確保が望めるわけではないことから、保険料の増額やサービス利用負担が大

きくなることが予測される。したがって長期的に事業を継続してきた訪問看護ステーションにとってもこれからの外部環境変化を見据えた運営が必要になるといえる。さらに、訪問看護ステーションの質の評価がシステムとして整っていないことや、第三者評価も進んでいない中では、利用者にとっては、訪問看護ステーションの良し悪しが見えず判断ができない状況と言える。そのうえで利用負担が大きくなれば、訪問看護サービスを選択しない可能性が出てくる。

準市場が適応された介護保険サービスにおいては、利用者への影響として保険料と利用料の二重負担による利用控えの傾向があり、介護報酬単価は慎重に設定する必要があること、サービス提供者への影響として競争の発生と選択されるサービス提供者でなければ淘汰されるため、利用者のニーズに対応する情報を正しく伝える必要性が指摘されている（佐橋 2008）。しかし、保険料は介護保険改正のたびに上昇しており、また、介護サービスの給付費用も上昇しているため、保険料の負担が大きくなることでサービス利用控えが起こるのかは詳細な検証が必要と考える。また、利用料負担については、2014年の介護保険法改正で平成27年より所得が一定程度ある者は2割負担となったが、サービスの利用を少なくしたのは2.5%程度であると報告されている（三菱UFJ&リサーチコンサルティング 2018）。これは制度改正まもなくの調査であり、長期的な変化の影響の評価の必要があるものの、利用控えはわずかに起きたといえよう。

訪問看護の場合、介護保険は介護支援専門員のケアプランに位置づけること、医療保険は医師の指示書がないと訪問看護サービスが始まらず、訪問看護の必要性の判断は仕組み上、訪問看護師ではない。だからこそ地域にある関係機関や他職種、そして住民等に訪問看護の提供によって何が可能になるのか、効果は何かを発信していく必要がある。その上で訪問看護の利用が決定しても、どの訪問看護ステーションを使うのかと

いう利用者の選択がなされて然るべきである。このような競争原理が働いていくためには、早期に訪問看護ステーションの質の評価の仕組みを導入し、利用者がその情報を活用した選択ができることが望まれる。現在、介護サービス情報公表システムによって、一部その機能を担っている部分はあるが、項目数が多く、利用者からの活用に関する評価はなされていない。介護サービス情報公表制度の内容の見直しも含めた質の評価に関する検討が必要である。

第 2 節 本研究の限界と今後の課題

本研究は訪問看護ステーションの質を評価する視点と事業継続の実態およびその要因を明らかにした研究である。自治体職員へのインタビューや事業継続期間に着目した研究はこれまでにはないことから、今後、訪問看護ステーションの事業運営において質を高める取り組みと長期的な事業継続に寄与すると考える。質評価の視点においては、訪問看護ステーションの体制にかかわることのほかに管理者の能力に関わる視点も見いだされたが、本研究では、その能力と事業継続期間との関連は明らかになっていない。このことは今後の研究課題でもあり、また管理者に求められる能力を備えるための環境整備の必要性も指摘できると考える。

また、事業の長期的継続の要因については、分析対象となった訪問看護ステーションが 2015 年 3 月 31 日までに営業実績があると思われるステーション 5,761 か所であるが、2015 年 4 月の稼働ステーション 8,561 の 67% であり、我が国のすべての訪問看護ステーションとは言い切れない。

さらに、訪問看護事業の長期的継続のためには、本来であれば、休止・廃止の原因となる要因を把握し、その回避を目指した事業運営が重要と

なる。しかし、現行の介護保険制度では、自治体が休止・廃止の届け出を受理する際に、その理由について把握する・しないは自治体の裁量であり、取扱いが違っている。したがって、訪問看護ステーションの全国的な休止・廃止の要因把握ができる状況にはなく、研究 2 で述べたように休止・廃止した訪問看護ステーションの考慮はされていない。今回は 2015 年 3 月 31 日時点で営業実績のある訪問看護ステーションを対象とした分析となっているが、今後、2015 年以降の介護サービス情報公表制度のデータを活用して廃止した訪問看護ステーションを抽出し、事業継続期間に関連する要因の比較検討が可能になると考える。

介護保険サービスの市場の競争は訪問介護に限らず、グループホームやサービス付き高齢者住宅等にも起こる可能性があり、市場からの撤退、すなわちサービスの休止・廃止についての届け出については、その理由を記述し、サービス指定を行った自治体が把握できるようにしておくことが今後の介護保険事業計画や各サービスの事業運営への支援、サービス評価において必要になるのではないかと考える。

注一覧

1) 山形県、鹿児島県などで 2017 年より取り組みが始まっている

山形県 Hp. 平成 29 年度山形県訪問看護サービス提供体制整備事業（担
い手創設等事業）. 6 Feb 2019. [not revised ; cited 27 Mar 2019].

Availablefrom ; <https://www.pref.yamagata.jp/ou/.../01ninaite-sousyutsu-bosyu-hon.pdf>

鹿児島県Hp. 平成30 年度医療介護総合確保促進法に基づく県計画. p76

6 Feb 2019. [not revised ; cited 27 Mar 2019]. Availablefrom ;
https://www.pref.kagoshima.jp/ae01/kenko-fukushi/kenko-iryo/gaiyo/documents/43102_20190328193143-1.pdf

2) 厚生労働省 地域医療連携推進法人制度について 医政発 0330 第
33 号 平成 30 年 3 月 30 日

第 6 章 結論

本研究は、2012 年以降、訪問看護ステーションの急激な増加が生じている地域における訪問看護ステーションの質に関する現状認識や質的評価の視点を明らかにするとともに、訪問看護ステーションの事業継続期間に関連する要因を明らかにすることを目的に行ったものである。

その結果、介護保険の市場において、訪問看護ステーションには営利法人の参入が進んでいるが、質への影響は大きくなく、質の低下が起きているとは言い難い状況であること、事業継続期間の長さには、指示書発行医療機関数が多いことや第三者評価の実施や倫理規定の整備、従業者を対象とした研修を実施していることなど地域連携が進んでいることや質の向上に取り組んでいることが大きく影響していることが明らかになった。

今後、新たに市場に参入する訪問看護ステーションについては、地域の関係機関、他職種等との関係性の構築とともに質の向上に取り組む事業展開が必要になる事、さらに既存の訪問看護ステーションについては、介護保険制度や所在地域の医療提供体制の変化など、訪問看護を取り巻く外部環境の変化を常に認識しながら、安定的なサービス提供ができるための事業規模を持ち、本来の職務である訪問看護や管理業務に専念できる体制の構築が求められることが明確になった。

謝辞

修士課程修了から10年以上を経て、博士課程にチャレンジをした私が、本研究の遂行と学位論文を作成するにあたっては、多くの方にご支援を賜りました。

まず、指導教官である保健医療政策学分野の近藤正英教授には、本論文指導において医療経済の観点からの確かなアドバイスをいただきましたこと、そして、執筆の遅い私を少しでも進むように励まして下さいましたこと、深く感謝申し上げます。また暖かく見守って下さいました大久保一郎名誉教授、本田靖教授にも感謝を申し上げます。

橋爪祐美准教授、伊藤智子助教、日高紀久江教授には、審査にあたって多岐にわたる貴重なご助言をいただきました。ありがとうございます。また文献検索や文献の迅速な手配などご支援いただいた日本看護協会研修学校図書館長の今泉千代様、調査にご協力を下さいました自治体職員の皆さまにも感謝申し上げます。

そして最後に、本論文作成において、細部にわたり丁寧にわかりやすくご指導、ご助言くださり、そしていつでも前向きになれるよう励ましをいただき、支えて下さいました東京医科歯科大学保健衛生学研究科の柏木聖代教授に深く感謝を申し上げます。

今後も在宅医療と訪問看護の発展のために矜持を正して尽力していくことを誓って謝辞といたします。

2019年12月

引用文献

- Cabin.W,Himmelstein.D,Siman.M,Woolhandler,S.(2014). For-Profit Medicare Home Health Agencies' Costs Appear Higher And Quality Appears Lower Compared To Nonprofit Agencies. *Health Affairs*, 6(8),1460-1465.
- Esslinger E,Schsde C,Sun C.et.al(2014).Exploratory analysis of the relationship between home health agency engagement in a national campaign and reduction in acute care hospitalization in US home care patients.*Journal of Evaluation in Clinical Practice* 20 664-670.
- Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, Ikezaki S.(2014). Determinants of financial performance of home-visit nursing agencies in Japan. *BMC Health Services Research*,Jan 11-14.
- Gaynor M.(2006). What do we know about competition and quality health care markets? *Working paper* 12301,June.1-40.
- Jung K,Polsky D.(2014). COMPETITION AND QUALITY IN HOME HEALTH CARE MARKETS. *HEALTH ECONOMICS*,23.298-313.
- Jung K,Feldman R.(2012). Public Reporting and Market Area Exit Decisions by Home Hemongalth Agencies. *Medicare & Medicaid Research Review*, 2(4).1-18.
- Kashiwagi M, Tamiya N, Murata M.(2013). Characteristics of visiting nurse agencies with high home death rates: A prefecture-wide study in Japan. *Home Health Care Management & Practice*,25(6).256-263.

- Kim H, Noton E C.(2015). Practice patterns among enterants and incumbents in the home health market after the prospective payment system was implemented. *HEALTH ECONOMICS*, 24.118-131.
- Kuwahara Y, Nagata S, Taguchi A.et.al.(2013). Measuring the efficiencies of visiting nurse service agencies using data envelopment analysis. *Health Care Management Science*. 16(3).228-235.
- Mosca I, Pomp M, Shestalova V.(2010). MARKET SHARE AND PRICE IN DUTCH HOME CARE: MARKET POWER OR QUALITY?. *De Economist*, 158(1).61-79.
- Noguchi H, Shimizutani S.(2007). Nonprofit/for-profit status and earning differentials in the Japanese at-home elderly care industry: Evidence from micro-level data on home helpers and staff nurses. *J.Japanese Int. Economies*, 21.106-120.
- Noguchi H, Shimizutani S.(2009). Supplier density and at-home care use in Japan: Evidence from a micro-level survey on long-term care receivers. *Japan and the World Economy*, 21.365–372.
- Shimizutani S, Suzuki W.(2007). Quality and efficiency of home help elderly care in Japan: Evidence from micro-level data. *J.Japanese Int. Economies*, 21:287-301.
- Tamara R, Rachel K, Werner M.(2010). Applying Market-Based Reforms To long-term care. *Health Affairs*, 29(1).74-80.

Tokunaga M, Hashimoto H.(2013). Factors affecting the entry of for-profit providers into a price regulated market for formal long-term care services: A case study from Japan. *Social Science & Medicine*,**76**.143-149.

Valdmanis V, Rosko M, Leleu H and Mukamel D.(2007). Assessing overall,technical,and scale efficiency among home health care agencies. *Health Care Management Science*,**20**.265-275.

赤城博文，稲垣秀夫，鎌田繁則，森徹（2001）. 介護基盤整備における仙台市の取り組みと三大都市圏との比較－在宅介護サービス市場への営利企業参入の視点から－. 生活経済研究 **16**,31-45.

荒井由美子，熊本圭吾，杉浦ミドリ，ほか(2005). 在宅ケアの質評価法（Home Care Quality Assessmet Index:HCQAI）の開発. 日本老年医学学会誌 **42**, 432-443.

井上千津子(2007). 生活支援のための看護と介護の連携. 京都女子大学生活福祉学科紀要 **3**,1-6.

池上直己，高野龍昭，早尾弘子，ほか(2017). インターライ方式ガイドブック:ケアプラン作成・質の管理・看護での活用. 医学書院，東京，279

遠藤秀紀(2011). 訪問介護事業所の存続期間と地理的集中. 日本福祉大学 Discussion Paper Series **01**,1-26.

大熊由紀子(2010). 「第14話 訪問看護誕生」,『物語 介護保険（上）命の尊厳のための70のドラマ』,岩波書店,東京. 97-99.

大日康史(2000). 介護保険の市場分析. 季刊・社会保障研究 **36**(3),338-352.

大森彌(2014). 介護保険制度史（4）基本構想の検討－1994－介護保険制度史研究. 社会保障旬報 **2557**,31-39.

- 緒方泰子, 湯本淑江, 佐藤可奈, ほか(2014). 訪問看護を利用する立場から見た訪問看護サービスに関する“経験”頻度と質評価の関連. 日本看護評価学会誌 **4**(1),1-11.
- 小川恵子, 島内節, 河野あゆみ(2001). 在宅ターミナル期における癌患者の死別後の家族と看護職による訪問看護の評価. 日本看護科学学会 **21**(1),18-28.
- 柿沼直美, 飯田苗恵, 大澤真奈美, ほか(2015). 訪問看護ステーションにおける安定的な経営管理のための自己評価尺度の開発. 日本看護科学学会誌 **35**,1-9.
- 柏木聖代(2012). 在宅サービスのアウトカム評価と質改善. 季刊社会保障研究 **48**(2),152-164.
- 角谷快彦(2011). 介護サービスの質改善のメカニズムー介護事業者の視点からー. 社会福祉学 **51**(4),128-138.
- 金谷信子(2016). 準市場・訪問介護サービスにおける非営利・営利事業者の行動比較. 老年社会科学 **38**(3),297-307.
- 金谷信子(2003). 訪問介護市場はイコールドフィッティングか? 格差の存在とその影響. ノンプロフィット・レビュー **3**(1),1-23.
- 看護師研究会(1983). 『派出看護婦の歴史』. 勁草書房, 東京. 57.
- 岸田研作(2015). 在宅介護サービスにおける需要誘発仮説の検証. 医療経済研究 **27**(2),117-134.
- 清崎由美子(2018). 「訪問看護ステーションの開設・運営の基礎」, 柏木聖代, 沼田美幸, 清崎由美子他編『訪問看護基本テキスト』. 日本看護協会出版会, 東京. 46-68.
- 厚生省(1988). 「適正な国民医療の確保」, 『昭和 63 年版厚生白書』. 東京: 厚生労働省. 15 Mar 1988.[not revised;cited 27 Sep 2019]. Available

from:https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1988/dl/06.pdf

厚生省(1999). 今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向～ゴールドプラン21～. 東京：厚生労働省. 30 Sep 2016. [not revised ; cited 27 Mar 2019]. Available from:
https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1112/h1221-2_17.html

公正取引員会(2010). 私たちの暮らしと独占禁止法の関わり. 私たちが安くてよい商品を変えるワケ. ～市場における競争の必要性～. 東京：公正取引員会. 2010. [not revised ; cited 10 Jan 2020]. Available from:
<https://www.jftc.go.jp/ippan/part1/market.html>

厚生労働省大臣官房統計情報部(2006). 平成17年介護サービス施設・事業所調査. 東京：厚生労働省. 30 Sep 2016. [not revised;cited 27 Mar 2019]. Available from:
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service05/index.html>

厚生労働省大臣官房統計情報部(2008). 平成19年介護サービス施設・事業所調査. 東京：厚生労働省. 30 Sep 2016.[not revised;cited 27 Mar 2019]. Available from:
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/index.html>

厚生労働省保険局医療介護連携政策課(2014). 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針. 東京：厚生労働省. 30 Sep 2016. [not revised ; cited 27 Mar 2019]. Available from :
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000057828.pdf>

厚生労働省老健局老人保健課(2018a). 第74回社会保障審議会介護保険部会資料1. 東京：厚生労働省. 25 Nov 2018. [not revised ; cited 27

Mar 2019]. Available from:

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000338521.pdf>

厚生労働省老健局老人保健課(2018b). 平成 29 年度介護事業経営実態調査. 東京: 厚生労働省. 5 Jan 2018 [not revised ; cited 27 Mar 2019].

Available from:

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jittai17/dl/h29_soukatu.pdf

厚生労働省保険局医療課(2017a). 第 370 回中央社会保険医療協議会総会資料. 東京: 厚生労働省. 25 Nov 2017 [not revised ; cited 27 Mar 2019] Available from : <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000186845.pdf>

厚生労働省保険局医療課(2017b). 医療と介護の連携に関する懇談会 2017 年 3 月 22 日第 1 回議事録. 東京: 厚生労働省. 22 Mar 2017.

[not revised ; cited 13 Nov 2017] . Available from :

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000164258.html>

厚生労働省政策統括官付参事官付社会統計室(2019). 介護給付費等実態統計月報 平成 30 年 12 月審査分. 東京: 厚生労働省. 12 A 2019

[not revised;cited 12 Apr 2019]. Available from :

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2018/12.html>

厚生労働省大臣官房統計情報部(2015).平成 26 年介護サービス施設・事業所調査.東京: 厚生労働省. 22 Oct 2015. [not revised ; cited 13 Nov

2017] . Available from :

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service14/dl/kekka-gaiyou_01.pdf

厚生労働省政策統括官付参事官付社会統計室(2017). 平成 28 年介護サービス施設・事業所調査. 東京：厚生労働省. 28 Sep 2017. [not revised ; cited 13 Nov 2017] . Availablefrom : https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001192203&requestSender=dsearch

厚生労働省老健局総務課(2015). (2) 平成 12 年度～25 年度までの指定取り消しの状況. 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料より 東京：厚生労働省. 2 Mar 2015. [not revised ; cited 13 Nov 2017] . Availablefrom : <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000076387.pdf>

厚生労働省老健局振興課(2019). 「介護サービス情報公表」制度の施行について. 老振発 0521 第 1 号令和元年 5 月 21 日.

厚生労働統計協会(2015). 在宅医療と介護の連携で築く 2025 年の地域医療, ビジョン (地域の将来像) の共有とデータに基づく議論 : 一般財団法人厚生労働統計協会「都道府県における地域医療ビジョン及び医療計画の策定にかかる課題に関する研究会」報告書. 東京：厚生労働統計協会. 31 Mar 2016. [not revised ; cited 13 Nov 2017] . Availablefrom : <http://www.hws-kyokai.or.jp/images/top/shinchaku/chiikihou-honbun.pdf>

厚生労働省老健局総務課(2006). 介護保険施設等の指導監督について. 平成 18 年 10 月 23 日付け 老発第 1023001 号老健局長通知

厚生労働省大臣官房統計情報部(2013). 平成 24 年介護サービス施設・事業所調査. 東京：厚生労働省. 28 Nov 2014. [not revised ; cited 3

Mar 2019] . Available from:

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service12/dl/kekka-gaiyou.pdf>

厚生労働省大臣官房統計情報部(2005). 平成 16 年介護サービス施設・事業所調査. 東京:厚生労働省. 28 Nov 2005. [not revised ;cited 3 Mar 2019] . Available from:

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service12/dl/kekka-gaiyou.pdf>

厚生省大臣官房統計情報部(1996). 平成 7 年度訪問看護統計調査. 東京:厚生労働省.28 Aug 2019. [not revised ;cited 3 Sep 2019] . Available from: <https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/0806/1.html>

厚生労働省大臣官房統計情報部(2014). 平成 25 年度介護サービス施設・事業所調査. 東京:厚生労働省.28 Aug 2019. [not revised ;cited 3 Sep 2019] . Available from:

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/dl/kekka-gaiyou_01.pdf

厚生労働省保険局 老健局(2016). 指定訪問看護の事業の人員および運営に関する基準について. 保発0304第14号 老発0304第1号. 平成28年3月4日. 5-13

齋藤訓子(2018). 「保健医療福祉をめぐる社会的動向と訪問看護の変遷」, 柏木聖代・沼田美幸・清崎由美子他編『訪問看護基本テキスト』, 日本看護協会出版会, 東京. 2-10.

酒井和行, 富沢治(2009). 訪問看護ステーションの経営課題—小規模ステーションを中心に—2009 情報メディア学会技術報告 ITE Technical Report VGI. 33(19),7-11.

佐橋克彦(2002). 我が国の介護サービスにおける準市場の形成とその特性. 社会福祉学 42(2),139-149.

佐橋克彦(2008). 「準市場」の介護・障害者福祉サービスへの適応. 季刊・社会保障研究 44(1),30-40.

社会保障制度改革推進本部(2015). 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第1次報告 ～医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって～21.

ジョン・N.モリス, ベルビル・P.タイラー他著(2011).山田ゆかり,石橋智明翻訳, 池上直己監訳. インターライ方式. ケアアセスメント:居宅・施設・高齢者住宅. 医学書院, 東京. 総ページ数 368.

周 燕飛, 鈴木亘(2004). 日本の訪問介護市場における事業集中度と効率性、質の関係. 日本経済研究 49,173 -187.

清水準一, 池崎澄江, 津野陽子, ほか(2011). 安定した「黒字」経営を継続するには. 事業収支の安定した黒字化に関連する要因. 訪問看護と介護 16(10),862-866.

島内節, 友安直子, 内田陽子(2002). 「アウトカム評価の指標と測定方法」, 『在宅ケアアウトカム評価と質改善の方法』. 医学書院, 東京. 125-131.

下吹越直子, 八代利香(2016). 介護職ケアマネジャーの訪問看護導入を判断する根拠. 日本職業・災害医学会会誌 64(1),46-53.

- 須賀美明(2013). 「訪問介護の評価」, 『訪問介護の評価と専門性』.
日本評論社, 東京. 1-34.
- 鈴木亘, 堀田聡子(2010). 訪問介護サービスにおける ppp の評価. 学習
院大学経済論集 46,63-70.
- 鈴木亘(2002). 非営利訪問介護事業者は有利か?. 季刊・社会保障研究
38(1),74-88.
- 杉本健太郎, 柏木聖代, 齋藤訓子(2018). 新規開設した訪問看護事業所に
おける地域に対する取り組みの実態とその関連要因. 日本在宅看護学
会誌 7(1),196-205.
- 政府・与党社会保障改革検討本部(2011). 社会保障と税の一体改革成案.
東京: 政府・与党社会保障改革検討本部.30 Sep 2016. [not revised ;
cited 27 Mar 2019] Available
from:<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/pdf/230701houkoku.pdf>
- 宣賢奎(2009). 介護保険サービス事業の市場性. 共栄大学研究論集 7,
65-87.
- 宣賢奎(2007). 訪問介護事業者の収益性決定要因分析. 日本保健福祉学
会誌 23(2),13-21.
- 全国訪問看護事業協会(2019).令和元年訪問看護ステーション数調査.
東京: 全国訪問看護事業協会.30 Jun 2019 [not revised ; cited 27 Aug
2019].Available from: <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/r1-research.pdf>
- 全国訪問看護事業協会(2018).平成 30 年訪問看護ステーション数調査.
東京: 全国訪問看護事業協会.30 Jun 2019 [not revised ; cited 27 Aug

2019]. Available from: <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h30-research.pdf>

全国訪問看護事業協会(2017).「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン」：医療ニーズの高い療養者の在宅生活を支援する訪問看護ステーションの在り方に関するシステム開発及び調査研究事業．平成 27 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金事業 老人保健健康増進等事業．東京：全国訪問看護事業協会.13 Sep 2017 [not revised ; cited 27 Mar 2019] Available from: <https://www.zenhokan.or.jp/pdf/guideline/guide09.pdf>

田高悦子，川越博美，宮本有紀，ほか(2007)．認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションにおけるサービスの質の評価基準の開発．老年看護学 11(2),64-73.

樽原理恵，真継和子(2014)．病院看護師の訪問看護ステーションへの就労意思に関する実態と関連要因．大阪医科大学看護研究雑誌 4,60-67.

東京都福祉保健局(2018)．廃止事業所一覧．平成 27 年 8 月 1 日～平成 30 年 8 月 31 日受付．東京：東京都福祉保健局.5 Jan 2019 [not revised ; cited 27 Mar 2019] Available from:http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/jigyo/haishi.html

徳永淳也，今中雄一，波多野浩道,ほか(2001)．訪問看護における職務満足と顧客満足が多軸的な関連．医療経済研究 9,41-51.

内閣府(2002).介護サービス市場の一層の効率化のために-介護サービス
価格に関する研究会報告書. 東京：内閣府.31 Mar 2002. [not
revised ; cited 13 Nov 2017] . Available from :
[https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_1167210_po_c1.pdf?contentNo
=16&alternativeNo=](https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_1167210_po_c1.pdf?contentNo=16&alternativeNo=)
[https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_1167210_po_c2.pdf?contentNo
=17&alternativeNo=](https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_1167210_po_c2.pdf?contentNo=17&alternativeNo=)

内閣府(2018). 高齢化の状況.平成 30 年版高齢社会白書(内閣府編),日経
印刷,東京,2018,p6.

永田 智子, 田口 敦子, 戸村 ひかり, ほか(2011). 全国の訪問看護ステ
ーションにおける病院との連携に関する調査：患者の円滑な退院に向
けた取り組みに焦点を当てて 日本地域看護学会誌 **14**(1),40-48.

日本看護協会(2015). 2014 年訪問看護職員実態調査報告書. 東京：日本
看護協会.31 Mar 2015. [not revised ; cited 13 Nov 2017] .
Availablefrom:[https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2015/homonj
ittai-2014.pdf](https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2015/homonjittai-2014.pdf)

日本看護協会(2009). 訪問看護事業所数の減少要因の分析および対応策の
あり方に関する調査研究事業報告書. 平成 20 年度厚生労働省老人保健
事業推進費等補助金事業. 78-84.

日本看護協会(2016). 地域における訪問看護人材の確保・育成・活用に
関する調査研究事業報告書. 平成27年度厚生労働省老人保健事業推進
費等補助金事業. 72-161.

日本看護協会(2017). 訪問看護実践を通じた病院看護師の在宅療養支援

能力向上に関する調査研究事業報告書. 平成28年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業. 10-19.

日本看護協会(2018a). 地域包括ケアシステムにおける訪問看護のあらたな人材確保・活用に関する調査研究事業報告書. 平成29年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業. 6-11.

日本看護協会(2018b). 訪問看護出向事業ガイドライン. 東京:日本看護協会. 6 Feb 2019. [not revised ; cited 27 Mar 2019]. Available from : https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/homonkango_shukko.pdf

日本訪問看護財団(2010). 訪問看護サービス質評価のためのガイドライン. 平成14年度社会福祉・医療事業団助成「訪問看護サービスのための質向上のためのガイドライン作成事業」.

野田秀考(2015). 福祉サービス第三者評価事業の現状と課題. とやま発達福祉学年報,6,13-20.

野村陽子(2015). 「第4章訪問看護制度の政策過程」. 『看護制度と政策』,法政大学出版会, 東京. 224-225.

原田春美, 小西美智子, 寺岡佐和(2006). 同一事例にケアを提供する訪問看護師とホームヘルパーの相互関係に関する研究. 日本地域看護学会誌. 9(1),40-49.

廣瀬圭子(2011). 夜間対応型訪問介護サービス事業の運営課題に対応する事業所の具体的方策. 介護福祉学 8(2),136-144.

広瀬聖子, 飯島純夫(2007). 訪問看護ステーションにおける訪問看護サービスの質の評価の実態に関する研究. 山梨大学看護学会誌 5(2),61-66.

藤井千里, 赤間明子, 大竹まりこ, ほか(2011). 訪問看護ステーション管理者の営業を含めた経営能力と収益との関連. 日本看護研究学会雑誌 34(1),117-130

堀川尚子(2018). 「地域包括ケアの実現に向けて-在宅療養を支える入退院支援・連携の評価と訪問看護、介護サービス」, 福井トシ子・齋藤訓子編, 『診療報酬・介護報酬の仕組みと考え方』第4版, 日本看護協会出版会, 東京. 172-234.

ホロウェイ+ウィラー著(2000), 野口美和子監訳. 「第8章対象選択」『第2版 ナースのための質的研究入門』, 医学書院, 東京. 81.

松田誠(2007). 慈恵病院排出看護婦考. 東京慈恵会医科大学雑誌 120,109.

丸山幸恵, 後藤順子, 叶谷由佳(2017). 訪問看護ステーションにおける訪問看護師の現任教育の実態と課題. 千葉科学大学紀要 10,101-108.

三菱 UFJ&リサーチコンサルティング(2018). 介護保険における2割負担の導入による影響に関する調査研究報告書. 平成29年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業. 38-45.

村嶋幸代, 田口敦子, 永田智子, 成瀬昂ほか4名(2003). 訪問看護ステーションにおける夜間・早朝サービス提供体制の変化: 2003年と2009

- 年の全国調査から.厚生指標 **60(2)**,1-9.
- 山内康弘(2004). 訪問介護と事業者密度. 医療と社会 **14(2)**,103-118.
- 山口絹代, 吉本照子, 緒方泰子(2011). 訪問看護ステーションにおける
管理者の行動の現状と課題: 経営学および看護学の文献検討から. 目白
大学健康科学研究 **4**,37-43.
- 山口絹代, 吉本照子, 杉田由香(2015). 訪問看護ステーション管理者の
経営管理行動指標案の作成: 安定的経営に基づく地域の在宅ケアニー
ズの量的・質的充足に向けて 千葉大学大学院看護研究科紀要
38,47-55.
- 山下麻衣(2017). 『看護婦の歴史: 寄り添う専門性の誕生』. 吉川弘文
館,東京. 86-90.
- 山田雅子(2016). 訪問看護 これまでとこれから. 聖路加看護学会誌
20(1), 3-8.
- 山田雅子(2018). 「訪問看護の役割・機能・特性」, 柏木聖代・沼田美
幸・清崎由美子他編『訪問看護基本テキスト』,日本看護協会出版会,
東京. 11-12.
- 山田雅穂(2011). 介護サービス提供主体の多様化の機能および継続性に
求められる条件整備:コムスン事件の事例検討を通して. 社会福祉学
51(4),139-152.
- 山本則子編,石垣和子,金川克子監修(2008a). 高齢者訪問看護の質指標:
ベストプラクティスを目指して. 日本看護協会出版会, 東京.総ページ
数 173.

山本則子，岡本有子，辻村真由子，ほか(2008b). 高齢者訪問看護の質指標の検討：全国の訪問看護ステーションで働く看護死による自己評価．看護科学学会誌 28(2),37-45.

湯田道生(2005). 介護事業者密度が介護サービス需要に与える影響．季刊社会保障研究 40(4),373-386.

横山淳一，横井仁史(2005). 質向上を目指した介護保険サービスの評価に関する考察．日本経営診断学会論集 5,140-153.

李 錦純，山本大祐，牛尾裕子，森 菊子ほか 2 名(2016). 過疎・高齢化が進む中山間地域の訪問看護ステーション管理者が求める支援ニーズ．兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要 23,89-103.

参考資料

1. 研究1 インタビューガイド
2. 倫理委員会審査結通知書

参考資料1

インタビューガイド

説明文書を用いて研究について説明し、研究ご協力いただける場合は、同意書にサインを頂きます。また、インタビュー内容の録音につきましてご了解をいただきましたら、ICレコーダーの録音を開始いたします。

1. これまで訪問看護ステーションの实地調査をされてきて、質がいいと思う訪問看護ステーションはどのようなステーションですか。
2. 質がいいと思う訪問看護ステーションにはどのような特徴がありますか。
3. 質が悪いと思う訪問看護ステーションはどのようなステーションですか。
4. 質が悪いと思う訪問看護ステーションにはどのような特徴がありますか。
5. 住民に使ってほしいと思う訪問看護ステーションはどのようなステーションでしょうか。
6. 实地指導で指摘する主な内容を教えてください。
7. 訪問看護に関するクレーム（苦情）が届いていますか。届いている場合、それはどのような内容ですか。
8. 最後にご自身のことについてお聞かせください。
 - 1) 行政職の経験年数
 - 2) 实地指導経験の有無と回数
 - 3) 現在の担当部署での経験年数

以上でインタビューは終わりです。ご協力ありがとうございました。

参考資料 2 倫理委員会審査結通知書

様式3 (第12条関係)

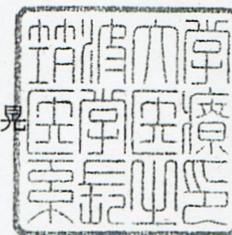
医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 1127 号
平成 28 年 11 月 30 日

申請者 (研究責任者)

大久保 一郎 殿

医学医療系長
原



平成28年11月10日付けで審査申請 (新規) のありました研究の実施について、
審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

- 1 研究題目 「自治体における訪問看護ステーションの質に対する認識に関する調査研究」
- 2 判定
 - 承認
 - 条件付承認
 - 変更の勧告
 - 不承認
 - 中止
 - 非該当
- 3 理由 (判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等
- 4 その他

参考論文

齋藤訓子, 柏木聖代 : 自治体の指導監督担当者による訪問看護ステーションの現状認識と質的評価の視点. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2018 ; 41(3) : 118-124.

原著(研究)

自治体の指導監督担当者による訪問看護ステーションの現状認識と質的評価の視点

Quality Evaluation of Agencies for Visiting Nurses: Perspectives by Quality Surveyors Employed by the Local Government

齋藤 訓子¹⁾ 柏木 聖代²⁾

Noriko Saito¹⁾, Masayo Kashiwagi²⁾

要 旨

目的: 近年、訪問看護ステーション数の急増と同時に休廃止が相次ぎ、質への影響が懸念されている。急増する訪問看護ステーションに対する指導監督担当者の現状認識および訪問看護ステーションの質的評価の視点を明らかにする。

方法: 自治体の指導監督担当者計6名に半構造化面接でデータを収集し、質的記述的に分析した。

結果: 指導担当者、営利法人について【営利か非営利かによる事業所の質の違いを感じない】と認識していた。訪問看護ステーションの質的評価の視点として【24時間365日安定的に訪問看護が提供できる体制】がある、【情報開示や証拠に耐えうる記録が整備されている】、管理者に【地域包括ケアシステム推進の役割認識がある】等が抽出された。

結論: 訪問看護ステーションの質的評価の視点として11のカテゴリーが見出された。訪問看護のさらなる需要拡大が見込まれており、本結果の視点を踏まえた取り組みが必要である。

Abstract

Introduction: This study examined the perspectives of quality surveyors employed by the local government regarding the quality evaluation of agencies for visiting nurses.

Methods: The participants were six surveyors. We carried out semi-structured interviews concerning the quality of agencies for visiting nurses. We conducted a qualitative analysis and derived several categories inductively.

Results: The surveyors found little difference in the quality between for-profit and non-profit agencies for visiting nurses. In addition, they considered the following characteristics to represent good quality agencies: "availability of home-visit nursing 24 hours per day", "information disclosure and maintenance of quality records", and "the nurse manager understands and promotes an integrated community care system".

Conclusion: Eleven categories were identified for the qualitative evaluation of agencies for visiting nurses. The present findings may be used useful for maintaining the quality of agencies for visiting nurses.

Keywords: 訪問看護ステーション (visiting nurse agency), 訪問看護 (home-visit nursing care), 質的評価 (quality evaluation), 実地指導 (quality inspection)

はじめに

2016年度に策定された地域医療構想では在宅医療の需要増加が見込まれており、地域における在宅医療

の提供体制の整備および充実が急務である。

在宅医療の要となる訪問看護は、制度創設以降、訪問看護ステーション数の量的整備が課題であったが、

1) 筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻保健医療政策学分野

2) 横浜市立大学医学部看護学科

著者連絡先: 齋藤訓子 筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻保健医療政策学分野 [〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1]

email: noriko.saito@nurse.or.jp

(受付日: 2017年11月22日, 採用日: 2018年3月27日)

©2018 日本プライマリ・ケア連合学会

2012年の診療報酬改定以降、年間400~700か所の増加となり、2017年4月の届出数は全国で10,176か所(稼働は9,735か所)となっている¹⁾。開設主体は、2014年に営利法人が占める割合が医療法人を上回り、2016年では営利法人が47.2%、医療法人は28.4%と報告されている²⁾。このように訪問看護ステーション数は増加する一方、廃止・休止も相次いでいる。全国訪問看護事業協会の調査では、2016年度は1,234ヶ所の新規開設があり、686か所が廃止・休止し、東京、大阪など人口規模の大きく、訪問看護ステーション数の伸び率が高い都道府県での休止・廃止数が多いとの報告がある³⁾。さらに、2000年から2013年までに介護事業の指定取り消しとなった訪問看護ステーションは営利法人の割合が高いとの報告⁴⁾もあり、営利法人か否かによる訪問看護ステーションの質への影響が懸念される。わが国で訪問看護ステーションの量的拡大が急速に進む中、事業所の休廃止や事業指定取り消しの問題、さらには管理者の約30%が管理者になる際に管理者研修を受講していない実態⁵⁾や訪問看護ステーションの質の担保について課題があるとの指摘⁶⁾があるが、訪問看護ステーションの質の現状について報告したものは見当たらない。

訪問看護ステーションは、介護保険法に基づき「介護サービス情報公表システム」において各事業所情報を公表し⁶⁾、自治体により集団指導や実地指導を定期的に受けている。しかし、第三者評価については、一部の都道府県で取り組みがあるものの⁷⁾、全国的な取り組みはされていない。また、訪問看護ステーションの評価基準や評価指標が日本訪問看護財団⁸⁾や全国訪問看護事業協会⁹⁾、研究者ら¹⁰⁻¹⁶⁾によって開発されてきた。さらに、訪問看護サービスに対する利用者満足度^{17,18)}、遺族の満足度¹⁹⁾、訪問看護ステーションの在宅看取り率²⁰⁾や事業所の収支²¹⁾によって訪問看護の質を検証した研究が報告されているが、経年的に質を評価した報告はなく、訪問看護ステーションの量的拡大による質への影響を把握することは難しい。

そこで、本研究では、訪問看護ステーション数の伸び率が高い自治体において指導監督を担当する部署に配属された職員に対するインタビュー調査から、急増する訪問看護ステーションに対する現状認識および訪問看護ステーションの質の評価の視点を明らかにすることを目的とした。

方法

1. 対象

対象は、訪問看護ステーション数の伸び率が高い自治体で訪問看護ステーションの指導監督を担当する部署に配属されている職員とした(以下、指導監督担当者とする)。予定対象数はKuzelらの文献²²⁾を根拠に6~8名とし、2012年および2015年介護サービス施設・事業所調査²⁾により算出した訪問看護ステーション数の伸び率が高い都道府県及び政令指定都市から順に協力依頼を行った。

2. データ収集

半構造化インタビューによりデータ収集を行った。インタビューを行った期間は、2017年1月から3月であった。

インタビュー内容は、急増する訪問看護ステーションの質に対する現状の認識、質が高い・低いと思われる訪問看護ステーションの特徴、地域住民に使用してほしいと思う訪問看護ステーションの特徴、実地指導における指摘事項の内容、自治体への苦情内容であった。インタビュー内容は対象者の許可を得て録音し、逐語録を作成した。

3. 分析方法

質的記述的分析を行った。作成した逐語録の文章の中から単独で意味が読み取れる最小単位の言葉や文章を取り出し、コード化を行い、文脈に注意しつつ、特徴を明確にしながら読み取れる単位で抽出し、サブカテゴリー化を行った。次に、サブカテゴリーの類似性・相違性を検討しながら、最終的に、カテゴリー化を行った。分析過程においては質的研究に精通する研究者の助言を得るとともに、研究者間で繰り返し検討することで妥当性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

本研究は、筑波大学医の倫理委員会の承認(通知番号第127号)を得て実施した。対象者に対して、研究の趣旨、研究の参加および途中辞退の自由とそれに伴う不利益がないこと、匿名性とプライバシーの確保、論文の公表等について文書と口頭にて説明を行い、同意書を得て実施した。

インタビュー内容の録音に関して、録音媒体は無記名で取り扱い、インタビューデータは調査者によって厳重に管理された。逐語録作成時に、個人を特定できる恐れのある固有名詞は記号に変換した。

結果

協力の承諾を得られた対象者は6名(保健師3名、

事務職3名)であった。全て自治体の本庁に配属された職員であり、政令指定都市が5か所、県が1か所であった。所属地域は北海道・東北ブロック、関東ブロック、東海ブロック、近畿ブロックであった。配属部署での経験年数は0.5年～10年で、訪問看護ステーションの実地指導経験者は4名、実地指導未経験の2名はいずれも保健師資格をもつ管理職であり、訪問看護ステーションの実地指導での指摘事項内容等を含め介護保険事業全体を把握できている者であった。インタビュー時間は36～82分で、平均53.3分だった。

以下、急増する訪問看護ステーションに対する指導監督担当者の現状認識、および訪問看護ステーションの質の評価の視点について、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは、<>、コードは「」で示す。

1. 急増する訪問看護ステーションの質に対する現状認識

16のコード、4のサブカテゴリーから構成される2のカテゴリーとなった。近年、急増している営利法人の訪問看護ステーションについて、「営利か非営利かによって事業所の質に違いを感じない」と認識していた。「訪問看護に対する苦情は訪問介護等の他のサービスに比べると数としては多くない」「地域でサロンを開設したのは営利法人」と語り、他の介護サービスとの比較や先駆的な事業への取り組み例を挙げていた。

また訪問看護ステーションは【貴重な資源】と認識しており、「事業の伸び率は高くはない」とことや「訪問看護ステーションは小規模でも新規開設でも重要な資源なので、自然淘汰ではなく保険者としてはエンパワメントしたい」とことが語られた。

2. 訪問看護ステーションの質の評価の視点

395のコード、62のサブカテゴリーから構成される11のカテゴリーとなった。(表1)

1) 【24時間365日安定的に訪問看護が提供できる体制の確保】

住民から「ヘルパーは困ったときにすぐ来てくれるが看護師は来ないという苦情があった」とことや訪問看護は「土日と夜はできないとは住民に言いづらい」とことが語られ、届出だけでなく、実質的に<24時間対応体制>や<夜間・休日での訪問看護体制>を確保し、<困ったときの緊急時対応ができる体制>がある、さらには<今後起こり得る変化を予測し、関係者に情報提供>を行うとともに、<予防的対策がとれている>訪問看護ステーションを高く評価していた。

「訪問看護の需要は自治体によって大きく違う」とことから、訪問看護ステーションが<地域における訪問看護

ニーズの把握>し、<事業経営の安定>が重要であると考えていた。そのため、<最低基準の人員で運営している事業所は質の担保が難しい>と捉えており、<質・量ともに訪問看護を安定的に提供するための事業規模を確保している>ことが必要であると認識していた。

2) 【ケアマネジメント機能を果たしている】

<医療と介護をつなぐ看護機能を認識している><ケアプラン作成にあたりケアマネジャーと意見調整ができていく>というように、ケアマネジャーにまかせきりにせず、訪問看護師がケアマネジメント機能を果たしている訪問看護ステーションを高く評価していた。さらに、特に医療保険利用の患者では訪問看護師はケアマネジメントの要であり、<医療と介護をつなぐ看護機能を認識している>ことを訪問看護ステーションに求めている。

3) 【関係職種と対等な立場で協働している】

「介護職は訪問看護師のことを敷居が高く、怖いと思っている」とことや「ケアマネジャーから(看護師は)上から目線というクレームがある」という意見がある一方で、介護職等に「脅威を感じさせない調整力」をもつ訪問看護ステーションがあることが語られ、<介護職と対等なパートナーシップが取れている><他者への態度が高圧的・指示的ではない>訪問看護ステーションを高く評価していた。

4) 【地域包括ケアシステム推進の役割認識がある】

「サービス担当者会議に出席できないとケアマネジャーや家族からの信用を失う」「町内会の会合に出かけて訪問看護は何ができるか説明している」などの現状が語られ、訪問看護ステーションが<地域住民や関係職種に対し訪問看護の理解を深める活動をしている><地域住民等からの相談にいつでも応じている><地域の住民や関係職種との会議や研修・勉強会など外部活動に参加している>ことを重要視していた。

さらに、「地域連携がしっかりしている事業所は、居宅での医療行為だけではなく地域の中でどう利用者・高齢者の方を見守っていくかという視点を持っている」「訪問看護だけでなく地域のために貢献しているステーションは意識が高い」とことが語られ、利用者個々のサービスのみならず、<地域包括ケアシステムを意識して活動している>ことが重要であると認識していた。

5) 【法令を遵守し運用している】

<事業所の運営基準を遵守している><個人情報保護、守秘義務を遵守している>こと、「要件を満たさず

表 1 指導監督担当者が認識している訪問看護ステーションの質的評価の視点

カテゴリー	サブカテゴリー数・サブカテゴリー名	コード数
24時間365日安定的に訪問看護が提供している体制の確保	24時間体制である/夜間・土日の訪問看護に対応できている/利用者が困ったときにすぐに対応できる体制がある/今後起こりうる変化を予測し、予防的対応がとれている/質・量ともに訪問看護を安定的に提供するための事業規模を確保している/地域における訪問看護ニーズを把握している/看護職員が定着している/経験豊富な訪問看護師がいる/高いコミュニケーションスキルを持っている/地域住民や関係職種に対し訪問看護の理解を深める活動をしている/他	105
地域包括ケアシステム推進の役割認識がある	地域へ訪問看護の普及・啓発に取り組んでいる/地域住民等からの相談にいつでも応じている/地域の住民や関係職種との会議や研修・勉強会などの外部活動に参加している/他の事業所と十分な連絡・調整ができている/他職種・他事業所と連携している/地域包括ケアシステムを意識して活動している/他	49
ケアマネジメント機能を果たしている	ケアプラン作成にあたりケアマネジャーと意見調整ができている/ケアプランに沿った訪問看護計画が立案されている/医療と介護をつなぐ看護機能を認識している/利用者の退院支援に随時対応している/他	39
関係職種と対等な立場で協働している	介護職と対等なパートナーシップが取れている/他者への態度が高圧的・指示的ではない	10
サービス提供責任者としての能力を有している	事業所の運営基準を理解している/関係法制度に精通している/訪問看護事業の経験が豊富である/事業所の理念を明確にしている/訪問看護の価値・役割を共通認識している/管理者としてリーダーシップを発揮している/他	50
法令を遵守し、運用している	事業所の運営基準を遵守している/個人情報保護、守秘義務を遵守している	8
利用者の権利擁護に取り組んでいる	高齢者の虐待防止、身体拘束禁止の周知徹底が図られている/アドボケーターとしての役割を果たしている	9
利用者への説明責任（アカウンタビリティ）を果たしている	ケアに関する説明と同意が得られている/利用者・家族への説明と同意が記録されている/対象に合わせ、訪問看護について分かりやすく説明できる/他	21
情報開示や証拠に耐えうる記録が整備されている	記録に不備がない/ケア計画をみただけで、利用者をイメージできる/ケアの訪問看護計画が定期的に更新されている/目的、実施日時・内容、結果が適切に記録されている/どの職種と連携しているかを記録から判断できる/他	71
人材育成のための環境づくりを行っている	OJT以外にも定期的に教育・研修の機会を提供し、情報共有している/常勤・非常勤に関わらず事業所内で情報共有が図れている/事業所内で新人訪問看護師の教育を丁寧に行っている/ワークライフバランスを重視している	8
他者に良い印象を与える職員の態度や姿勢	訪問看護に対するモチベーションが高いと感じる/職員全員が事業所の訪問者にきちんと挨拶ができる/訪問したときに雰囲気がよく感じる	11

に加算を請求する」などの不正請求がないかを確認していた。

また「気になるのは有料老人ホームに訪問看護事業所を併設し利用者の囲い込みを行っていること」が語られ、有料老人ホームに併設された訪問看護ステーションに対し、実地指導で過剰な訪問を行っていないか、利用者への囲い込みを行っていないかを確認していた。看護職員数や事故など、後から行政窓口にく苦情や内部告発が届くことにより実態が把握されることがあった。

6) 【利用者の権利擁護に取り組んでいる】

利用者「医師とのつなぎ役になること」「難しいことはかみ砕いてわかりやすく説明する」ことを訪問看護

師の役割として認識しており、＜アドボケーターとしての役割を果たしている＞ことを重要視していた。

また、「管理者が高齢者虐待防止、身体拘束、認知症等の国の重点施策の対応について自信をもって答えることができる」「管理者だけでなく、スタッフとも共有できている」ことを重要視していることが語られ、＜高齢者虐待防止、身体拘束禁止の周知徹底が図られている＞訪問看護ステーションを高く評価していた。

7) 【利用者への説明責任を果たしている】

「利用者・家族へのケア提供に関する十分な説明がなされていないとクレームとなって行政に質問が来る」「画一的に看護師自身の価値観を押し付けているケアの実践はクレームになりやすい」「利用者や家族が見

でも何をしていただのかかわかる説明と記録が重要」と語られ、<ケアに関する説明と同意が得られ、その記録がなされている>ことを重要視していた。

「看護師の説明が専門用語でわかりにくく、内容がしっかり伝わらないと家族に不満・不信を持たれる」「住民からケアの後の結果の説明がないので何をしていったのかと質問が来る」ことが語られ、訪問看護の提供にあっては、利用者への説明と同意が求められるため<訪問看護計画書が利用者に理解できる>ように作成されていること、その計画書を用い、<対象に合わせ訪問看護についてわかりやすく説明できる>ことが重要であると認識していた。

8) 【情報開示や証拠に耐えうる記録が整備されている】

<訪問看護計画を立案していない>訪問看護ステーションも存在し、「記録の不備があるステーションは後に過誤につながることが多い」「記録が整っていないところはステーション内の情報共有ができていないと感じる」現状が語られた。これに対し、実地指導に入ってよいと思った訪問看護ステーションは、「訪問看護計画が検証できる形で残されている」ことが語られ、<訪問看護計画に明確な目標が記載されている>ことを高く評価していた。

「計画書を見ただけで利用者の顔がわかる、そういう計画に基づいて訪問看護をしているところは良いと感じる」「利用者の全体像が把握できているかを記録で判断する」ように、<ケア計画から利用者のイメージができる>ことを手掛かりに提供された訪問看護が適切であったのかを判断していた。そして、<計画が定期的に更新されている><ケアの目的、ケアの内容、結果が適切に記録されている><どの職種と連携しているかがわかる>記録が整備されている訪問看護ステーションを高く評価していた。

9) 【他者に良い印象を与える職員の態度や姿勢】

<訪問看護に対するモチベーションが高いと感じる>訪問看護ステーションは、「在宅の医師はやる気のあるステーションに依頼をしている」「正義感や使命感を持ってきちんと業務にあたっている」と考えていることが語られた。

訪問看護ステーションを訪問した際に「挨拶や返事がないステーションは家族が事業所に来た時にも同じように対応していることが推察される」、訪問したときに「雰囲気がいいステーションはステーション自体が安定しており円滑に業務がなされているという印象がある」ことが語られ、<職員全員がステーションの訪

問者にきちんと挨拶ができる>ことや<訪問した時に雰囲気が良いと感じる>訪問看護ステーションは、利用者に対しても同じ対応をしていると認識していた。

考 察

在宅では、評価者が個人の家庭に入り、実際にケアのプロセスを確認することに限界があるため評価が難しいといわれるが²³⁾、指導監督担当者は、実地指導マニュアルにある書類やヒアリングだけでなく、職員の態度や姿勢や苦情など利用者や家族、関係職種から自治体に寄せられた情報などを踏まえた多面的な評価の視点が本結果で示された。

急増している営利法人の訪問看護ステーションについて、指導監督担当者は他の法人との違いは感じておらず、訪問看護に対する苦情の数は他のサービスに比べると多くはないとの認識であったことから、訪問看護ステーションの量的拡大による現時点での質への影響は生じていない可能性が示唆された。

今後、更なる高齢化の進展による自然増に加え、地域医療構想で振り分けられる約30万人分の在宅医療のニーズへの対応から、訪問看護の需要はさらに拡大することが予測されている²⁴⁾。特に人口規模が大きい都市部での需要が増加することが見込まれ、現存する訪問看護ステーションが質を担保した上で事業を継続していくことが重要となる。そのため、本研究の対象となった自治体は、小規模であっても新規開設であっても重要な資源と捉え、事業所同士の競争による自然淘汰を求めている可能性が示唆された。

しかし、新規参入の事業所が増える中、一部に質の伴わないサービスを提供する事業所があると訪問看護の評判を落とすことになりかねない。それは市場の成長が阻害される懸念につながる。したがって、本研究の結果で示されたように、厚生労働省令で定める基準に基づく事業所の適正な運営を図るとともに、看護職員の確保・育成・定着、地域の中での関係職種との協働を図り、提供するサービスについて一定の質を担保し、利用者だけでなく地域住民に分かりやすく伝え、訪問看護の価値を広めていくことが重要であろう。

指導監督担当者は、利用者や関係職種の立場に立って訪問看護ステーションを評価していることも本結果から明らかになった。実施指導で観察される職員の態度や姿勢は、利用者や家族、他の関係職種に対するそれと同様であると捉えており、一部の職員による未熟な態度が訪問看護ステーション全体の評価を下げることが本結果で示された。自費負担となる保険外のサー

ビスを提供する事業者は、自社のサービスの付加価値・魅力を高めるために、スタッフ教育に注力し、高くても満足してもらえることを目指しているとの報告²⁵⁾からも日常的なスタッフ教育の重要性や全職員の職務満足が高い職場環境づくりが必要と考える。また、介護職等の非医療専門職種との対等な立場での協働の必要性は、本結果だけでなく先行研究^{26, 27)}でも指摘されており、訪問看護の導入を妨げる一因になっているとの報告²⁸⁾もある。こうした接遇や他者からの印象については自己点検では気付かないことも多い。

以上のことから、訪問看護の質を担保しながら事業継続するためには、本研究で示された視点での訪問看護ステーションに対する定期的な他者評価と継続的な質確保の取り組みが必要であろう。

本研究の限界

本研究は訪問看護ステーションが急増している自治体に限定しての調査である。加えて今回、研究協力の承諾を得られた介護保険事業の推進や指導監督にあたる自治体職員の職種等が一律ではなく、訪問看護ステーションの実地指導未経験者も含まれる。そのため、他の自治体に本研究結果を適用する際はこのような対象者特性を考慮する必要がある。こうした限界はあるものの、本研究は急増する訪問看護ステーションの指導監督を担当する自治体職員の現状認識および質的評価の視点を明らかにした初めての研究であり、訪問看護ステーションが質を保ちながら事業継続するための重要な知見を見出すことができたと考えられる。

結論

自治体の指導監督担当者は、急増する営利法人の訪問看護ステーションについて他の法人との違いを感じておらず、訪問看護に対する苦情は他のサービスに比べて少ないとの認識であった。また、訪問看護ステーションの質的評価の視点として11のカテゴリーが見出された。訪問看護は今後さらなる需要拡大が見込まれており、定期的な他者評価と本研究によって抽出された要素を踏まえた訪問看護ステーションの質確保の取り組みが必要である。

謝辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力をくださいました自治体職員の皆様、ご指導くださいました筑波大学医学医療系大久保一郎前教授、近藤正英教授に感謝申し上げます。本研究は、平成28-29年度科学研究費補

助金基盤研究(C)にて得られた研究成果の一部である。

利益相反

本研究で開示すべきCOIはない。

文献

- 1) 全国訪問看護事業協会. 平成29年訪問看護ステーション数調査結果(訪問看護ステーション). 東京: 全国訪問看護事業協会; 31 August 2017. [not revised; cited 13 September 2017]. Available from: <https://zenhokan.or.jp/pdf/new/h29-research.pdf>
- 2) 厚生労働省. 介護サービス施設・事業所調査. 東京: 厚生労働省; 28 September 2017. [revised; cited 13 November 2017]. Available from: https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_listID=000001192203&requestSender=dsearch
- 3) 厚生労働省. (2)平成12年度~25年度までの指定取り消しの状況. 東京: 厚生労働省; 2 March 2015. [not revised; cited 13 November 2017]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000076387.pdf>
- 4) 日本看護協会. 2014年訪問看護職員実態調査報告書. 東京: 日本看護協会医療政策部; 31 March 2015. [not revised; cited 13 November 2017]. Available from: <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2015/homonjittai-2014.pdf>
- 5) 厚生労働省. 医療と介護の連携に関する懇談会2017年3月22日第1回議事録. 東京: 厚生労働省; 22 March 2017. [not revised; cited 13 November 2017]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000164258.html>
- 6) 厚生労働省. 介護サービス情報公表システム. 東京: 厚生労働省; [not revised; cited 13 November 2017]. Available from: <http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>
- 7) 柏木聖代. 在宅サービスのアウトカム評価と質改善. 季刊社会保障研究. 2012; 48 (2): 152-164.
- 8) 日本訪問看護財団. 訪問看護サービス質評価のためのガイドライン. 東京: 日本訪問看護財団; 1999.
- 9) 全国訪問看護事業協会. 平成27年度老人保健健康増進等事業. 医療ニーズの高い療養者の在宅生活を支援する訪問看護ステーションの在り方に関するシステム開発及び調査研究事業「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン」. 東京: 全国訪問看護事業協会; 31 March 2017. [not revised; cited 13 November 2017]. Available from: <https://www.zenhokan.or.jp/pdf/guideline/guide09.pdf>
- 10) 島内節, 友安直子, 内田陽子. 在宅ケアアウトカム評価と質改善の方法. 医学書院: 東京; 2002.
- 11) 田高悦子, 川越博美, 宮本有紀, 他. 認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションにおけるサービスの質の評価基準の開発. 老年看護学. 2007; 11 (2): 64-73.
- 12) 高齢者訪問看護の質指標. 東京: 日本看護協会出版会; 2008. (山本則子編. ベストプラクティスを目指して.)

- 13) Morris JM, Belleville-Taylor P, Berg K, et al. インターライ方式. 東京: 医学書院: 2011. (池上直己監訳. ケアアセスメント: 居宅・施設・高齢者住宅.)
- 14) インターライ・ケア研究会. [not revised; cited 13 November 2017]. Available from: <http://www.mds-j.com/index.html>
- 15) 柿沼直美, 飯田苗恵, 大澤真奈美, 他. 「訪問看護ステーションにおける安定的な経営管理のための自己評価尺度」の開発. 日本看護科学会誌. 2015; 35: 1-9.
- 16) 山口絹世, 吉本照子, 杉田由加里. 訪問看護ステーション管理者の経営管理行動指標試案の作成: 安定的経営に基づく地域の在宅ケアニーズの量的・質的充足に向けて. 千葉大学大学院看護学研究科紀要. 2016; 38: 47-55.
- 17) 緒方泰子, 湯本淑江, 佐藤可奈, 他. 訪問看護を利用する立場から見た訪問看護サービスに関する“経験”頻度と質評価の関連. 日本看護評価学会誌. 2014; 4 (1): 1-11.
- 18) 徳永淳也, 今中雄一, 波多野浩道, 他. 訪問看護における職務満足と顧客満足との多軸的な関連. 医療経済研究. 2001; 9: 41-51.
- 19) 小川恵子, 島内節, 河野あゆみ. 在宅ターミナル期における癌患者の死別後の家族と看護職による訪問看護の評価. 日本看護科学学会. 2001; 21 (1): 18-28.
- 20) Kashiwagi M, Tamiya N, Murata M. Characteristics of visiting nurse agencies with high home death rates: A prefecture-wide study in Japan. Home Health Care Management & Practice. 2013; 25(6): 256-263.
- 21) Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, et al. Determinants of financial performance of home-visit nursing agencies in Japan. BMC Health Services Research. 2014; 14: 11.
- 22) Kuzel, A.J. Sampling in qualitative inquiry. Sage: Thousand Oaks; 1999. 33-45. (In: In Doing Qualitative Research.)
- 23) 須加美明. 訪問介護の評価と専門性. 東京: 日本評論社: 2013.
- 24) 厚生労働統計協会. 在宅医療と介護の連携で築く2025年の地域医療: ビジョン(地域の将来像)の共有とデータに基づく議論. 一般財団法人厚生労働統計協会「都道府県における地域医療ビジョン及び医療計画の策定にかかる課題に関する研究会」報告書. 東京: 厚生労働統計協会; 31 March 2016. [not revised; cited 13 November 2017]. Available from: <http://www.hws-kyokai.or.jp/images/top/shinchaku/chiikihou-honbun.pdf>
- 25) 厚生労働省, 農林水産省, 経済産業省. 地域包括ケアシステム構築に向けた介護保険外サービスの参考事例集: 保険外サービス活用ガイドブック. 31 March 2016. [not revised; cited 13 November 2017]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/guidebook-zentai.pdf>
- 26) 井上千津子. 生活支援のための看護と介護の連携. 京都女子大学生生活福祉学科紀要. 2007; 3: 1-6.
- 27) 原田春美, 小西美智子, 寺岡佐和. 同一事例にケアを提供する訪問看護師とホームヘルパーの相互関係に関する研究. 日本地域看護学会誌. 2006; 9 (1): 40-49.
- 28) 下吹越直子, 八代利香. 介護職ケアマネジャーの訪問看護導入を判断する根拠. 日本職業・災害医学会会誌. 2016; 64 (1): 46-53.