

平成25年度

# 訪問看護管理者養成研修会

～体系的に学ぶ管理者の役割～

< 大阪会場 >

## 第1期 資料集

日 時：平成25年 9月12日(木)10:00～19:15  
平成25年 9月13日(金) 9:00～17:00  
9月14日(土) 9:00～16:25

会 場：大阪府看護協会桃谷センター

一般社団法人全国訪問看護事業協会



## 訪問看護管理者養成研修会について

本研修会は平成17、18年全国訪問看護事業協会の研究事業「訪問看護ステーション管理者養成プログラムの開発」で開発した研修プログラムをもとに開催するものです。

この研究では、有識者と現場のステーション管理者からのヒヤリング、およびこれまでの調査研究等の文献検討から、訪問看護ステーション管理者に求められる能力を「6つの機能」(表1)と「12のスキル」(表2)に整理しました。

さらにこれらの管理者としてのコンペテンシーを獲得し、健全なステーション運営を担えるスキルを獲得すべく、具体的な研修プログラムを開発しました。

3期9日間の本研修科目のそれぞれの講義ごとに、シラバスを作成、受講生の到達目標(表3)を設定しています。

本研修会の全過程を通じて、管理者に必要な能力を取得できることを本研修会のねらいとしています。

表1

管理者の機能
訪問看護に関わる最新情報や知識の取得(制度の動向や訪問看護の最新知識・技術)
経営の基本的な知識・ノウハウ
実践的経営能力
人材育成
人材管理
組織の運営管理

表2

管理者に求められるスキル
論理的思考(ロジカルシンキング)の技量
判断力
経済的思考力
先見性
哲学的思考
柔軟性・対応力
交渉・折衝力
行動力
責任感・責任遂行能力
支援力・支援的姿勢
バランス感覚
プレゼンテーション力



表3

## 平成25年度訪問看護管理者養成研修会シラバス

分類	科目	到達目標	講義内容
(1)訪問看護制度論	①訪問看護を取り巻く制度と政策	訪問看護関連の施策・制度と動向を理解しコンプライアンスに基づいた事業運営が出来る。	訪問看護が位置づけられている。老人保健法・健康保険法・介護保険法・改正介護保険法・医療制度改革等制度の概要（診療報酬・介護報酬等含む）、事業展開において準備すべき法制度内容とそれの対応/情報開示/情報公表(制度)
	①経営状態の把握・評価(経営に関する基本的技術)	1. ステーションの適正な経営の実態、事業収入と支出額の把握と採算性を評価できる。 2. 経営状態を把握し、今後の戦略を考えることができる。	<1>経営分析の基礎知識－帳簿類のデータをどう加工し、経営分析に役立てるか？ <2>訪問看護ステーションの採算性と経営効率化の考え方
	②経理・財務の実態(経営に関する基本的技術)	1. 毎月の訪問看護の実績と保険請求額の把握と帳簿記載等の管理が出来る。 2. 利用料金及び未集金含む財務の管理ができる。	<1>収入管理と支出管理の基礎知識－日々・月次の帳簿記載のあり方 <2>訪問看護ステーションの経理課題－未収金管理はどう行うか？
(2)訪問看護経営・経済論	①管理者の制度的な位置づけと役割・機能	管理者の制度的な位置づけと役割・機能ができ、実践モデルにできる。	制度における管理者の位置づけ/管理者の役割と機能/人事と経営のリスクマネジメント/コンプライアンス/個人情報保護の確保/倫理関連
	②看護管理概論(看護管理に必要な知識体系、看護管理者の役割と活動)	看護管理者に必要な知識体系を学び、看護管理者への活用を理解する。看護管理者の役割と活動を理解し、看護管理者のあり方を考察できる。	看護管理の概要/看護管理に必要な基礎知識/看護管理者の役割と活動
	③リーダーシップ論	リーダーシップが何かを理解できる。ステーションの状況に合わせたリーダーシップ論が考察できる。	リーダーシップに関する基礎知識や問題解決に不可欠なツールを習得。実践的な問題解決能力を磨養する
(4)実践的経営論	①マーケティング初級編	管理者に求められる経営力として、マーケティング・マネジメント・ストラテジのあり方を理解し、実践できる。	マーケティング:地域(市場)の分析/利用者確保/地域のネットワーク/マーケティング/連携 等
	②ストラテジ初級編		ストラテジ:訪問看護成功の手段/計画/分析/将来展望
	③経営マネジメント		マネジメント:マネジメントとは/ポリシー/利用者とサービスのマッチング/目標管理/変化への対応 等
(5)訪問看護マネジメント論/情報管理論	①効率的運営のためのマネジメントシステム	システムづくりに必要な視点から理解でき、計画できる。(地域情報・資源のコーディネートを含む)	職員体制/文書化/人員配置/会議運営/職務管理/人事管理/運営基準の遵守/利用者マネジメント/ など
	②サービスの質を評価する指標や質評価の多様な方法が理解でき、活用できる。	サービスの質を評価する指標や質評価の多様な方法が理解でき、活用できる。	サービス評価の視点と方法/自己評価/第三者評価/評価をどう使うか
	③リスクマネジメント1	訪問看護と組織におけるリスクの分析ができ、リスクへの対応ができる。	ステーションにおけるリスクとその分析/リスクマネジメントの手法/判例等からの学び
	④リスクマネジメント2(訪問看護ステーションのリスクマネジメントの実態)	訪問看護と組織におけるリスクマネジメントが理解でき、実際に活用できる。	訪問看護と訪問看護ステーションにおけるリスクマネジメントの実態
	⑤退院支援・退院調整	円滑な退院支援・退院調整について理解でき、実際に活用できる。	退院調整と診療報酬/院内の退院調整/ステーションの事業としての退院支援
	⑥グループワーク～課題の整理・分析～	自訪問看護ステーションの分析と課題を抽出し、次のステップに進む事ができる	課題の整理分析/情報/情報の整理を行い、問題を明確化できる
(6)人材管理・育成論	①人材の確保	ステーションの管理者に必要な人材確保のための方策と留意点に関して具体的に学ぶ。	人員の確保/個々の能力の有効活用・適正配置
	②職場環境づくりとモチベーション管理	スタッフのモチベーションを高めるための取り組みに関して事例を通して学び、実践できる。	働きやすさ/体制/人間関係の調整/ストレスマネジメント/モチベーション管理/健康管理(身体的・精神的)/支援
	③人材の育成	人材育成と人的資源を行かした組織づくりが実際にできる	個々の能力の評価と育成/組織への組み込み
	④労務管理の基礎知識	訪問看護ステーションの管理者に必要な労務管理の基本を具体的に学び理解できる。	労働関係法令について/労務管理の基本(雇用契約、雇用形態、勤務時間、勤務体制、労働時間管理、健康管理(メンタルヘルス含む)、賃金体系、ワークライフバランス等)/労務管理他業種の仕組/人材育成のシステム/顧客との関係のとおり方/他のサービスの調整/経営方法/サービスの質の維持
	⑤他業種から学ぶ人材管理	他業種の管理者が果たしている役割(人材育成、経理管理、プロデュースなど)の実態を理解し、訪問看護ステーションの管理に活用できる。	
(7)訪問看護管理技術論	①管理者の意思決定・マネジメントスキルのケースメソッド	ステーション管理者のスキルとして重要な、経営や人事管理、業務連携、利用者への看護提供等、様々な場面で求められる意思決定を具体的なケースを通して学び、管理者として成長できる。	当面している課題の分析、論理的思考力、意思決定、およびプレゼンテーション等を通じて必要なスキルを学び、実践できる。



— プログラム —

月日	時間	内容	講師	頁
9月12日 (木)	10:00~10:10	開講式	聖隷福祉事業団監事/全国訪問看護事業協会常務理事 上野 桂子 氏	—
	10:10~12:10	「訪問看護制度論① 訪問看護を取り巻く制度と政策」	厚生労働省高齢老人保健課 介護予防対策専門官看護専門官 猿渡 央子 氏	6
	12:10~13:10	昼食休憩		
	13:10~15:00	「訪問看護マネジメント論/情報管理論⑥ グループワーク~課題の整理・分析~」	聖隷福祉事業団監事/全国訪問看護事業協会常務理事 上野 桂子 氏	78
	15:10~17:10	「運営管理総論① 管理者の制度的な位置づけと役割・機能」	岐阜県看護協会立訪問看護ステーション統括所長 野崎 加世子 氏	89
	17:15~19:15	「交流会」		
9月13日 (金)	9:00~12:00	「運営管理総論② 看護管理概論(看護管理に必要な知識体系、看護管理者の役割と活動)」	聖隷浜松病院副院長兼看護部長 勝原 裕美子 氏	111
	12:00~13:00	昼食休憩		
	13:00~17:00	「運営管理総論③ リーダーシップ論」	R&D Nursingヘルスケア・マネジメント研究所代表 深澤 慶子 氏	119
9月14日 (土)	9:00~12:00	「訪問看護経営・経済論① 経営・財務の実際(経営に関する基本的技術)」	株式会社川原経営総合センター常務取締役 薄井 照人 氏 税理士法人川原経営会計業務6部課長 小林 明 氏	149
	12:00~13:00	昼食休憩		
	13:00~16:00	「訪問看護経営・経済論② 経営状態の把握・評価(経営に関する基本的技術)」	株式会社川原経営総合センター常務取締役 薄井 照人 氏 税理士法人川原経営会計業務6部課長 小林 明 氏	177
16:05~16:25	「1期講義まとめ」	聖隷福祉事業団監事/全国訪問看護事業協会常務理事 上野 桂子 氏	—	

	月日	時間	内容	講師
Ⅱ期	10月17日(木)	10:00~13:00	「訪問看護マネジメント論/情報管理論⑤ 退院支援・退院調整」	在宅ケア移行支援研究所宇都宮宏子オフィス 宇都宮 宏子 氏
		13:00~14:00	昼食休憩	
		14:00~18:30	「実践的経営論① マーケティング初級編」「実践的経営論② ストラテジ初級編」「実践的経営論③ 経営マネジメント」	兵庫県立大学大学院経営研究科医療マネジメント専攻教授 小山 秀夫 氏
	10月18日(金)	9:00~11:30	「訪問看護マネジメント論/情報管理論② サービスの品質管理」	ケア・コーディネーション研究所所長 新津 心み子 氏
		11:30~12:30	昼食休憩	
		12:30~17:30	「訪問看護マネジメント論/情報管理論③ リスクマネジメントー1」	高村浩法律事務所弁護士 高村 浩 氏
	10月19日(土)	9:00~11:30	「訪問看護マネジメント論/情報管理論④ リスクマネジメントー2 (訪問看護ステーションのリスクマネジメントの実際)」	訪問看護ステーションけやき 佐々木 静枝 氏
		11:30~12:30	昼食休憩	
		12:30~15:30	「訪問看護マネジメント論/情報管理論① 効率的運営のためのマネジメントシステム」	南区医師会訪問看護ステーション管理者 高砂 裕子 氏
		15:35~15:50	「Ⅱ期講義まとめ」	

Ⅲ期	11月14日(木)	10:00~17:45 (含、昼食休憩60分)	「訪問看護管理技術論① 管理者の意思決定・マネジメントスキルのケースメソッド」	聖路加看護大学教授 山田 雅子 氏
	11月15日(金)	9:00~11:00	「人材管理・育成論⑤ 他業種から学ぶ人材管理」	京都女子大学現代社会学部現代社会学科准教授 西尾 久美子 氏
		1:00~13:00	昼食会	
		13:00~15:00	「人材管理・育成論③ 労務管理の基礎知識」	藤巻社会保険労務士事務所代表 藤巻 玲子 氏
	11月16日(土)	15:15~17:15	「人材管理・育成論④ 人材の育成」	聖路加看護大学看護実践開発研究センターキャリア開発支援室長 山田 雅子 氏
		9:00~15:00 (含、昼食休憩60分)	「人材管理・育成論① 人材の確保」「人材管理・育成論② 職場環境づくりとモチベーション管理」	元熊本県立大学総合管理学部総合管理学科教授 横山 利枝 氏
		15:05~15:25	「Ⅲ期講義まとめ」	南区医師会訪問看護ステーション管理者 高砂 裕子 氏
		15:30~16:00	閉講式	聖隷福祉事業団監事/全国訪問看護事業協会常務理事 上野 桂子 氏

---

---

訪問看護制度論①

訪問看護を取り巻く制度と政策

厚生労働省老健局老人保健課 介護予防対策専門官看護専門官

猿渡 央子 氏

---

---



## 訪問看護を取り巻く制度と政策



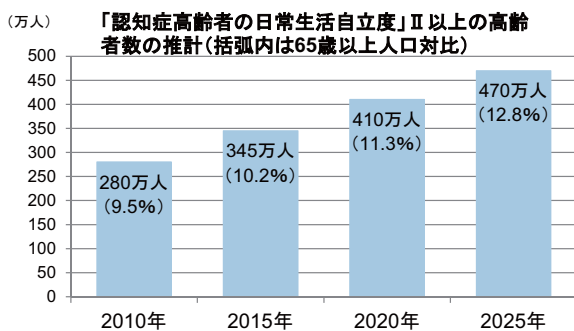
厚生労働省 老健局 老人保健課

### 今後の介護保険をとりまく状況

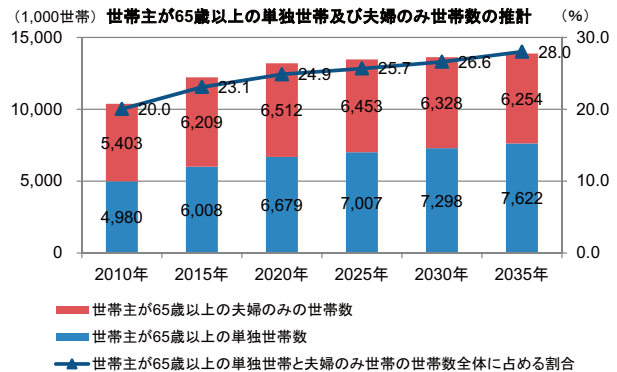
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく

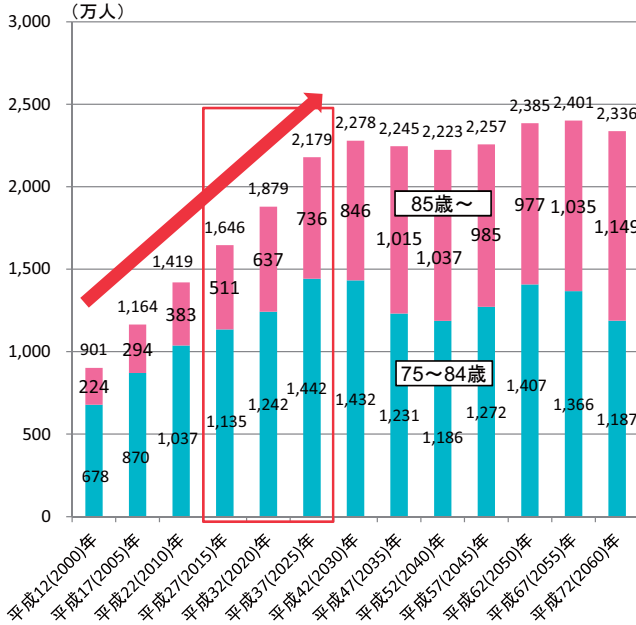


④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ( )は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

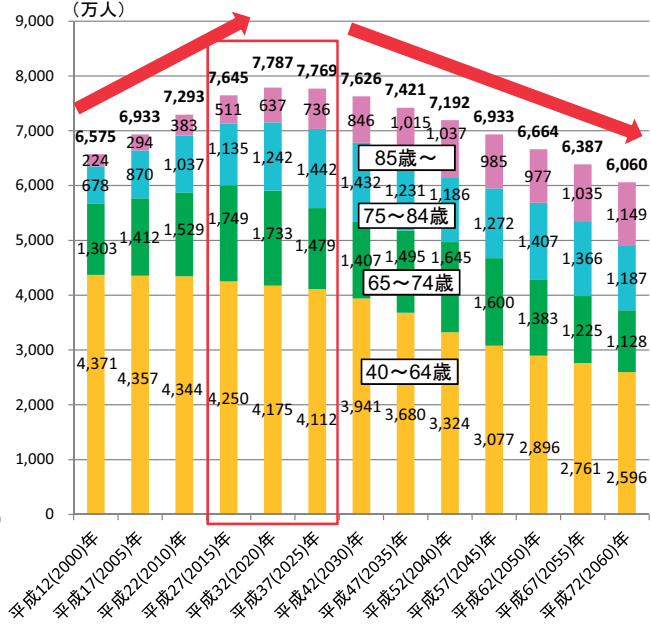
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。  
 ○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



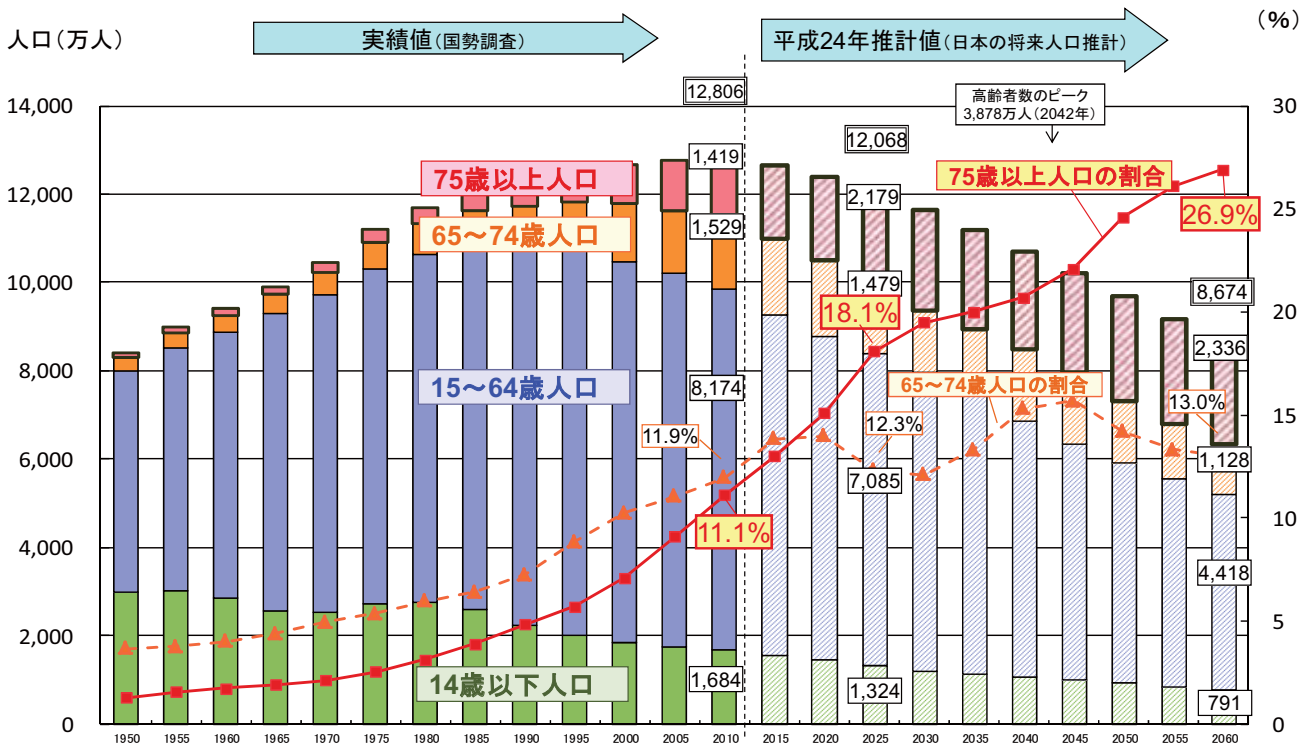
⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計) 出生中位(死亡中位)推計  
 実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

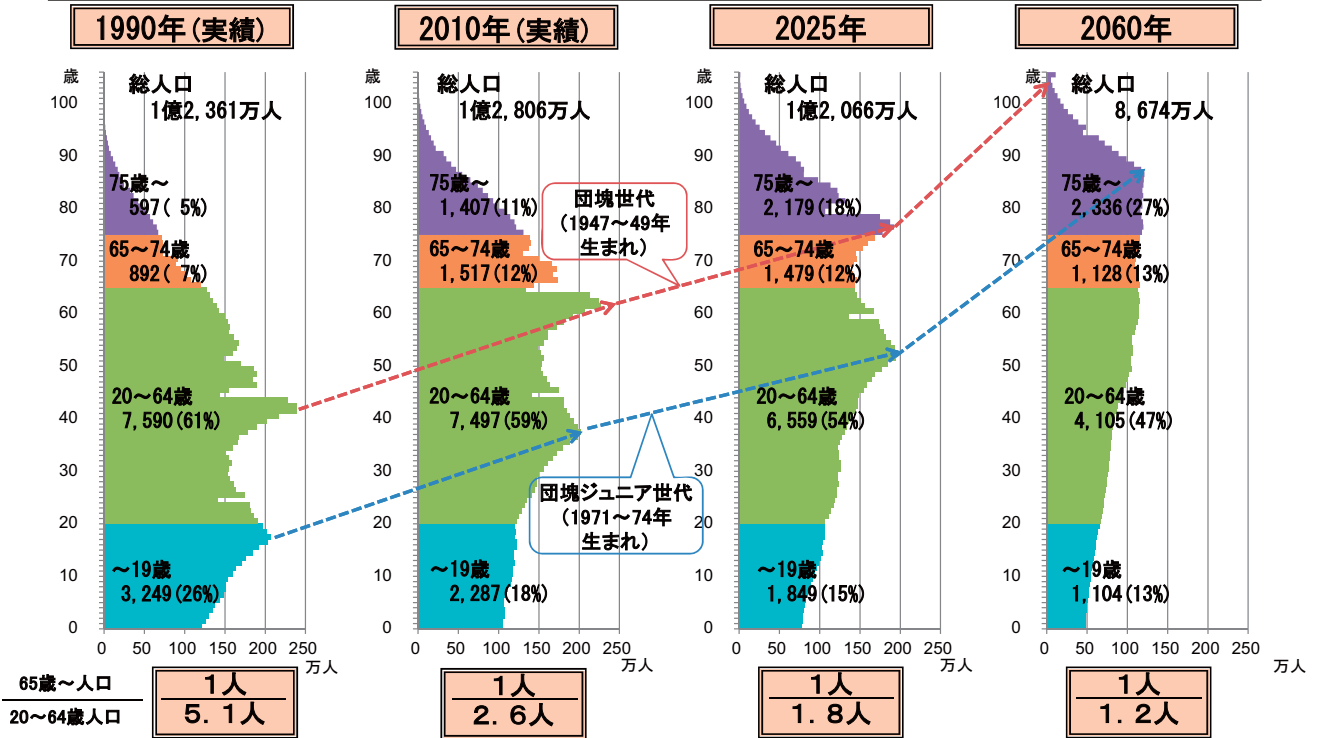
(参考) 75歳以上の高齢者数の急速な増加



(資料) 総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計) 出生中位(死亡中位)推計  
 2010年の値は総務省統計局「平成22年国勢調査による基準人口」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)による。

## (参考) 人口ピラミッドの変化 (1990~2060年)

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

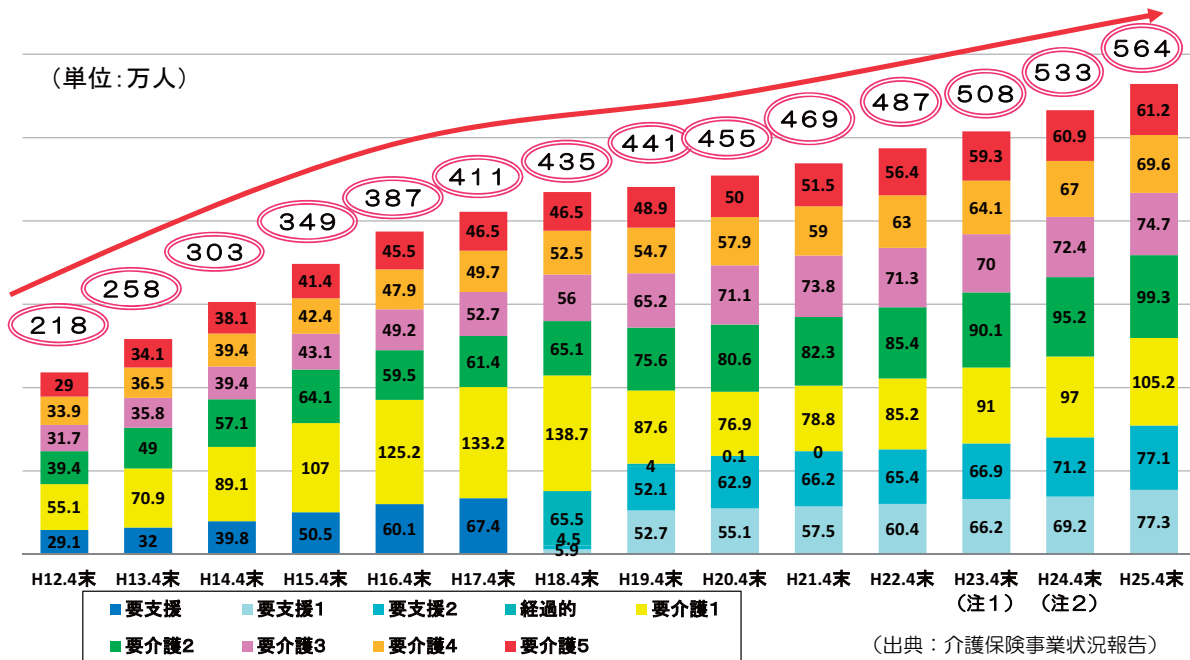


(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

4

## 要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成25年4月現在564万人で、この13年間で約2.59倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



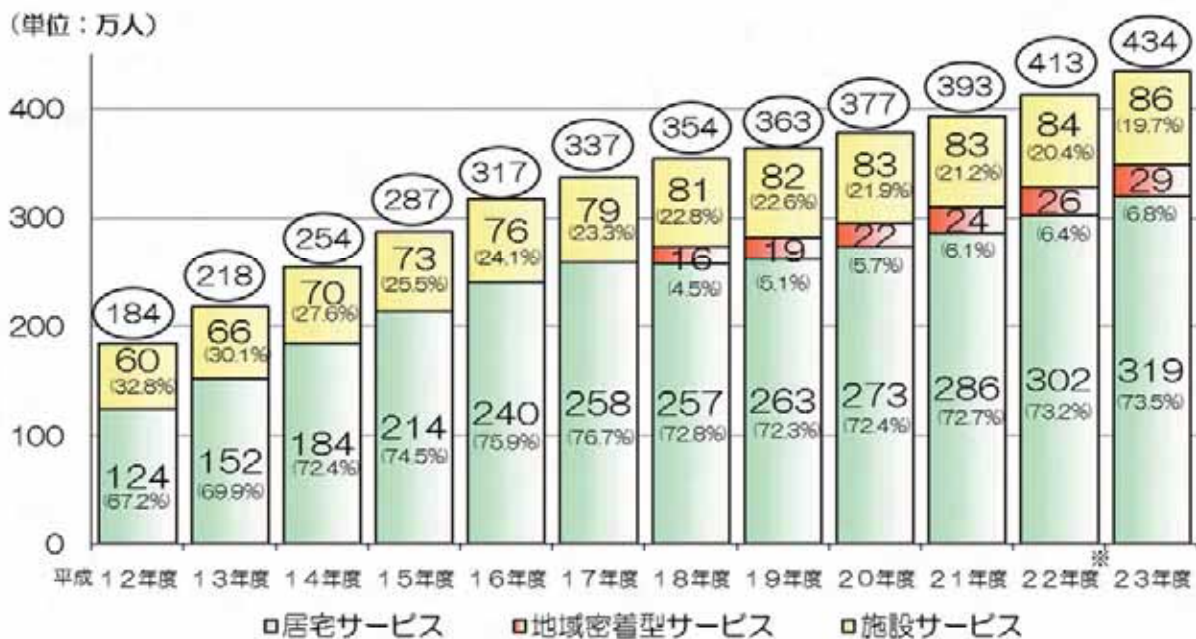
(出典: 介護保険事業状況報告)

注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注2) 楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

5

## 介護保険サービス利用者の推移 (種類別平均受給者 (件) 数 (年度平均)) ~平成23年度は434万人で、11年間で約2.4倍に~

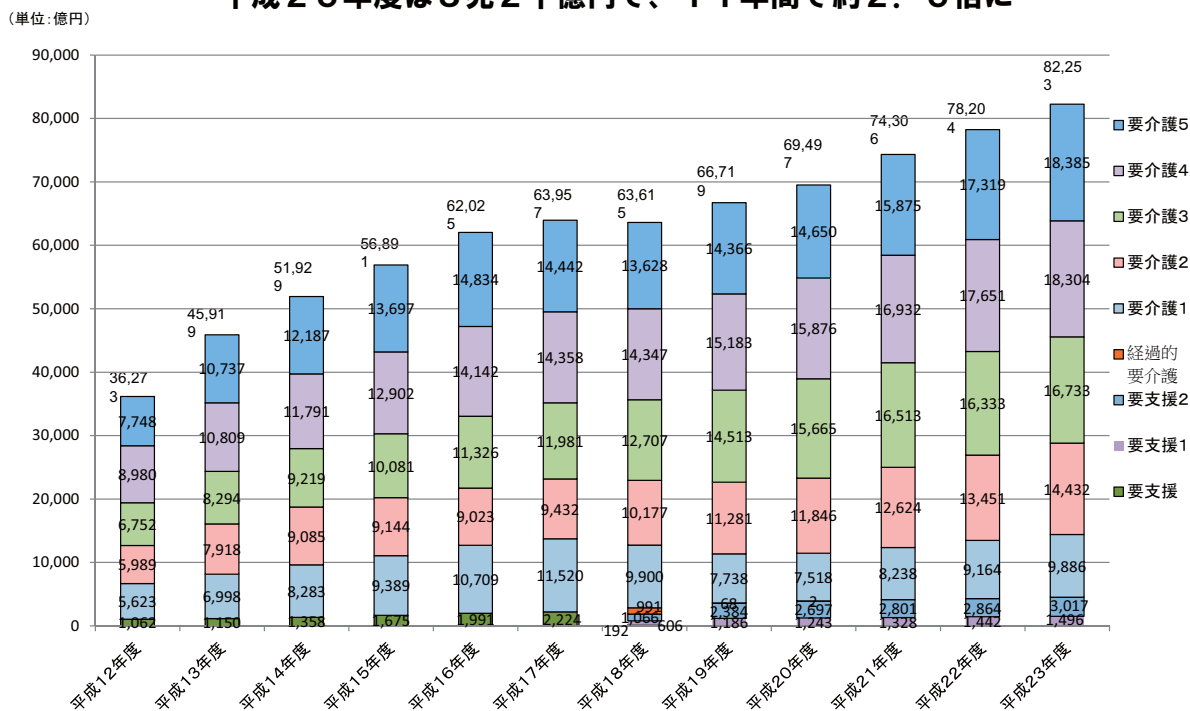


(注1) ( ) は各年度の構成比。  
 (注2) 各年度とも3月から2月サービス分の平均 (但し、平成12年度については、4月から2月サービス分の平均)。  
 (注3) 平成18年度の地域密着型サービスについては、4月から2月サービス分の平均。  
 (注4) 受給者数は、居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス随の重複利用がある。  
 ※東日本大震災の影響により、22年度の数値には福島県内5町1村の数値が含まれていない。  
 対前年度の数値は、福島県内5町1村を除いて比較している。

6

## 介護費用の推移

~平成23年度は8兆2千億円で、11年間で約2.3倍に~



(注意) 各年度は3月~翌年2月サービス実施月。特定入所者介護 (介護予防) サービス費を含む。平成18年度について要支援は3月分、経過的要介護は4月以降分  
 平成12年度には未区分、平成12~17年度には非該当、平成18年度以降には経過的要介護が精算分も含めて存在するため合計が合わない。  
 (資料) 介護保険事業状況報告年報。

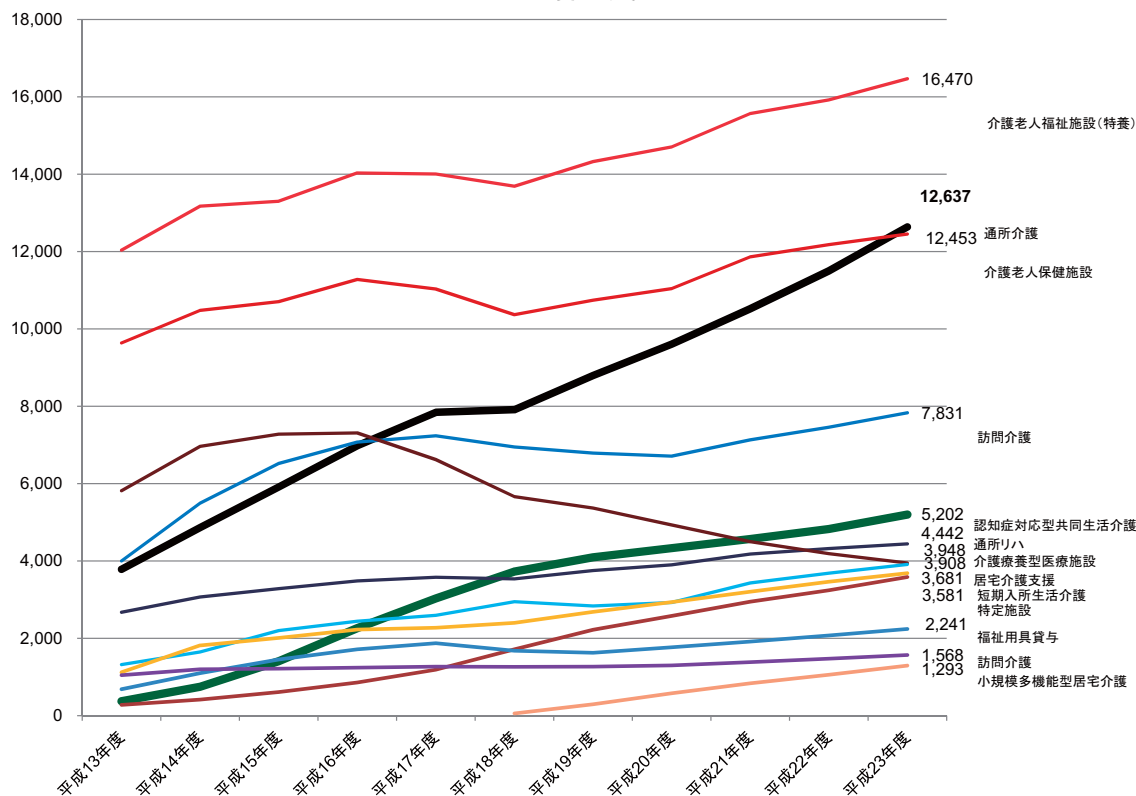
7



# サービス種類別介護費用額推移

～通所介護の費用が急増している～

(単位: 億円)



(注)  
 ・特定入所介護サービス費及び予防給付を含む。  
 ・平成23年度において1000億円以上を表示  
 ・介護老人福祉施設に地域密着型介護老人福祉施設は含まれていない。  
 ・平成23年4月審査分においては、東日本大震災の影響により、介護給付費明細書等を各都道府県国民健康保険団体連合会に提出できない介護サービス事業所等や介護給付費明細書に不十分な概要請求・支払いがあったものと考えられる。  
 (資料) 介護保険給付費実態報告年報(平成12年度年報はないため、表示していない。)

## 介護給付と保険料の推移

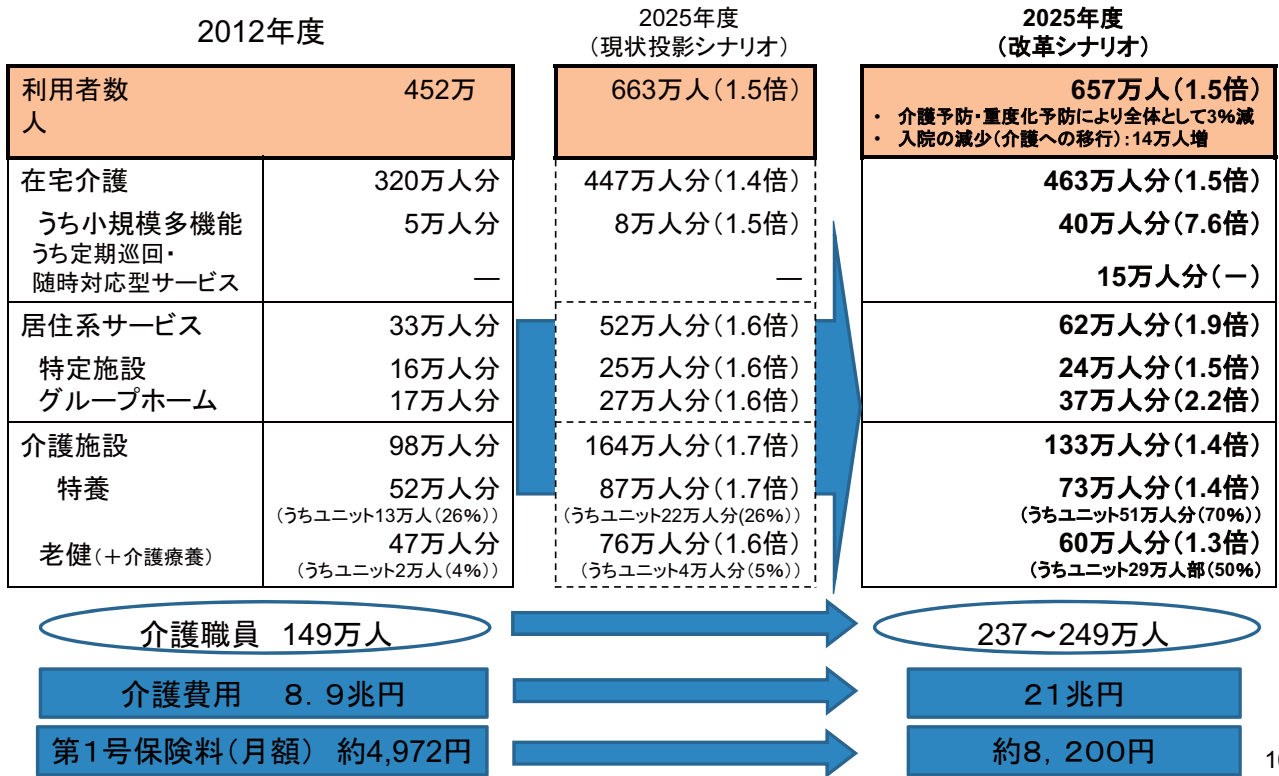
- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
- 保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定される。(3年度を通じた同一の保険料)

事業運営期間	事業計画	給付(総費用額)	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度		4.6兆円		
2002年度		5.2兆円		
2003年度	第二期	5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度		6.2兆円		
2005年度		6.4兆円		
2006年度	第三期	6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H18年度改定 ▲0.5%
2007年度		6.7兆円		
2008年度		6.9兆円		
2009年度	第四期	7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H21年度改定 +3.0%
2010年度		7.8兆円		
2011年度		8.3兆円		
2012年度	第五期	8.9兆円	4,972円 (全国平均)	H24年度改定 +1.2%
2013年度		9.4兆円		
2014年度		?		
2025年度		21兆円程度(改革シナリオ)	8,200円程度	

※2010年度までは実績であり、2011～2012年は当初予算、2013年は当初予算(案)である。  
 ※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(平成24年3月) ※2012年度の賃金水準に換算した値

# 介護サービス量と給付費の将来見通し

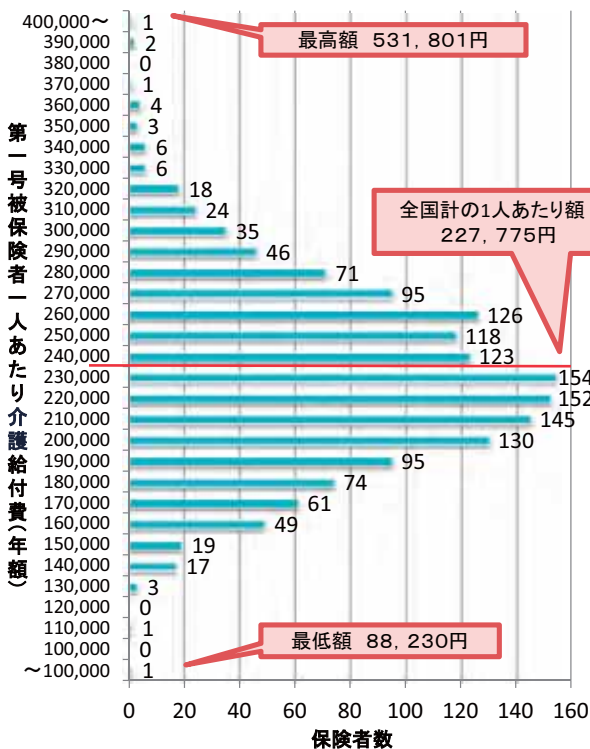
○ 現状の年齢階級別のサービス利用状況が続いたと仮定した場合（現状投影シナリオ）に比べ、改革シナリオでは在宅・居住系サービスを拡充。  
 ※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について（平成24年3月）



10

## 第1号被保険者1人あたり給付費(年額)の保険者分布

【第1号被保険者1人あたり介護給付費(年額)の保険者分布】



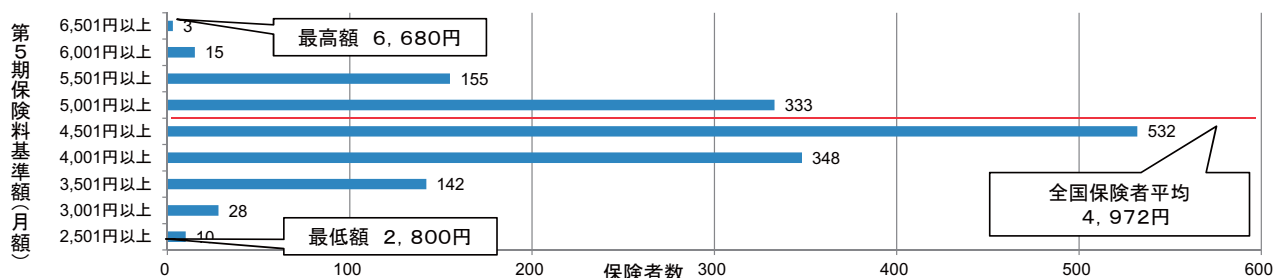
【第1号被保険者1人あたり予防給付費(年額)の保険者分布】



1) 第1号被保険者1人あたり予防[介護]給付費(年額) = 予防[介護]給付費(平成23年度累計) / 第1号被保険者数(平成23年度末現在)  
 2) 出典:「平成23年度 介護保険事業状況報告年報」

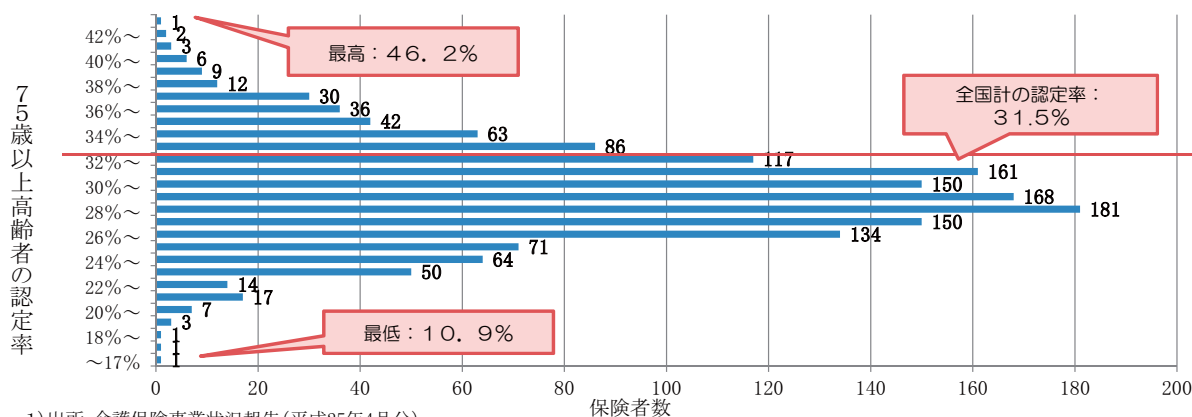
11

## 第5期保険料基準額(月額)の保険者分布



※東日本大震災の影響により、暫定的に第4期と同額の保険料基準額に据え置いた保険者等(14保険者)を除く。

## 75歳以上高齢者の認定率の保険者分布

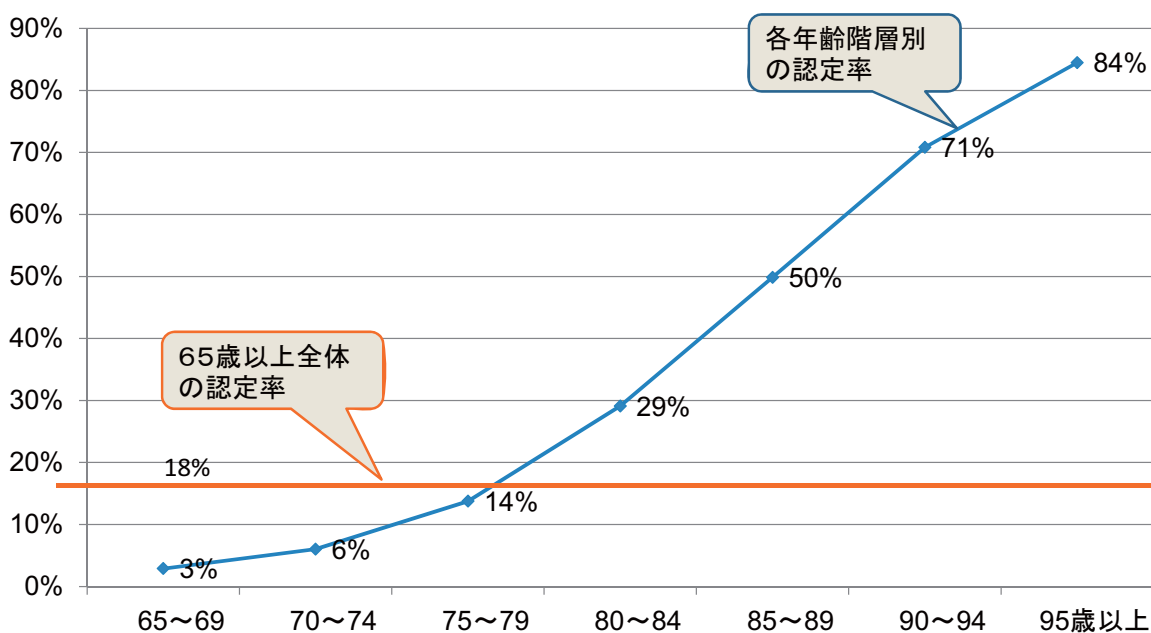


1) 出所：介護保険事業状況報告(平成25年4月分)

2) 75歳以上高齢者の認定率=要介護(要支援)認定者数(75歳以上)/第1号被保険者数(75歳以上)

12

## 年齢階層別の要介護(要支援)認定率



出典：社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査(平成24年11月審査分)

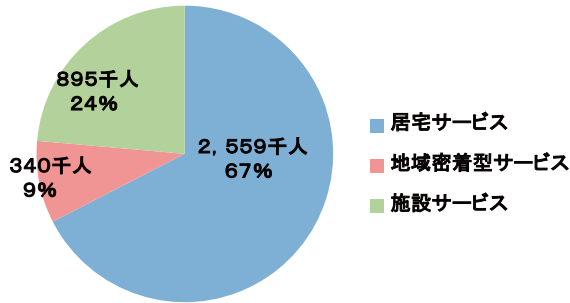
13

# サービス類型ごとの要介護利用者数／総費用内訳等

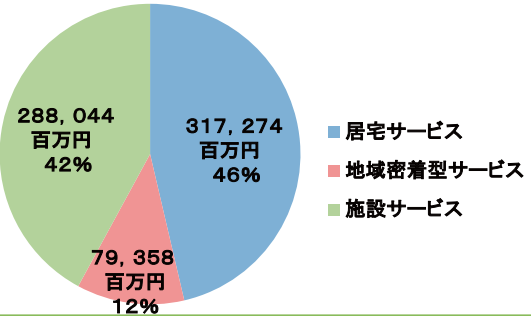
要介護のサービス利用者のうち、居宅・地域密着サービスは76%、施設サービスは24%であるが、総費用においては、居宅・地域密着サービスは58%、施設サービスは42%となっている。

## 要介護利用者・総費用内訳

○要介護利用者内訳

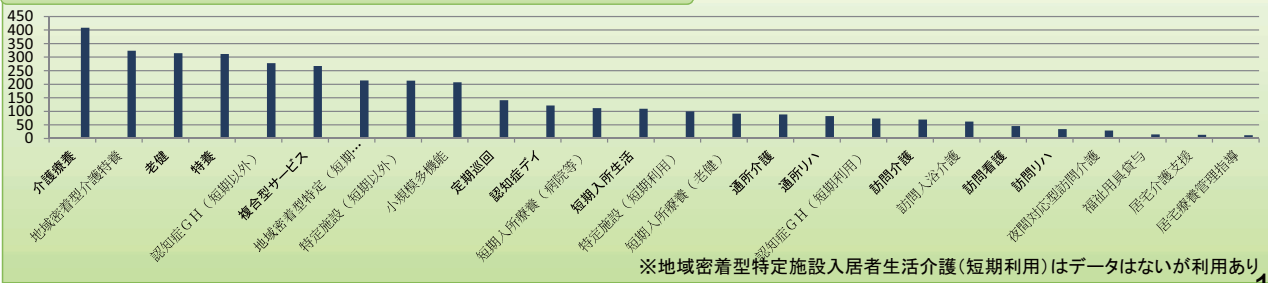


○総費用内訳 (補足給付含む)



## サービスごとの1人当たり総費用(補足給付含む)

(単位:千円/人)



※地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用)はデータはないが利用あり

出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成25年4月審査分)

# サービス種類別費用額と請求事業所数

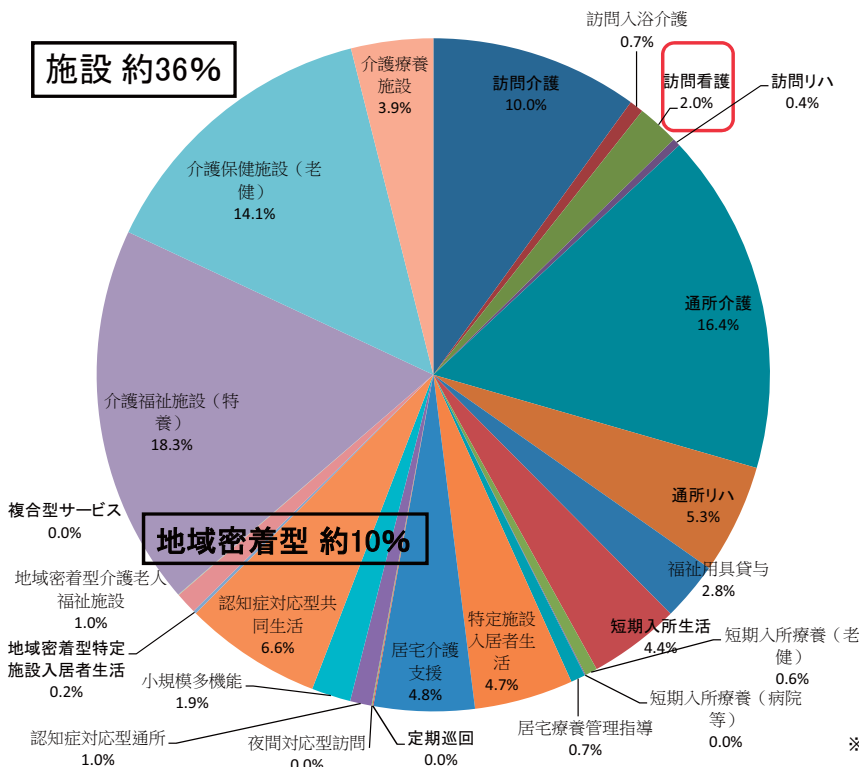
## サービス種類別費用額

(出典)介護給付費実態調査(平成25年4月審査分)

在宅 約48%

## サービス種類別事業所数

(出典)介護給付費実態調査(平成25年4月審査分)

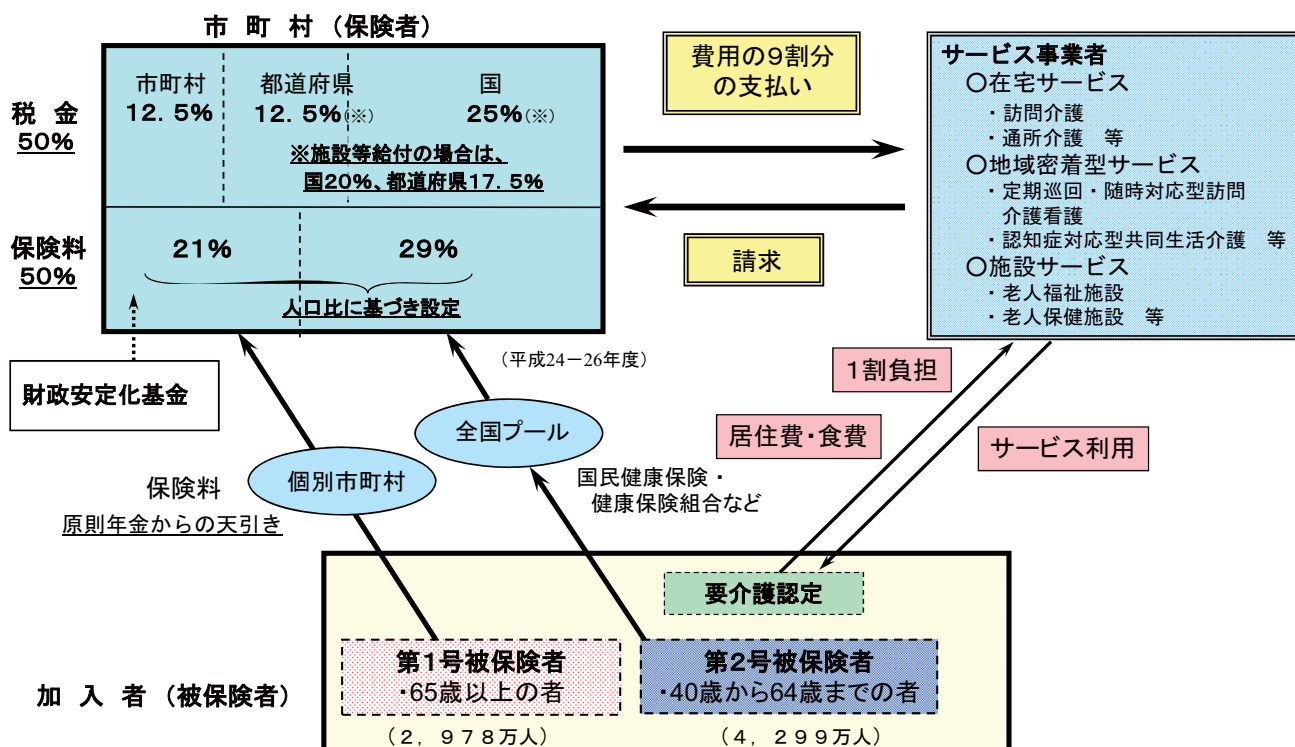


訪問介護	56 792
訪問入浴介護	2 677
訪問看護	14 244
訪問リハビリテーション	5 684
通所介護	66 287
通所リハビリテーション	13 801
福祉用具貸与	12 854
短期入所生活介護	13 196
短期入所療養介護	4 574
居宅療養管理指導	28 125
特定施設入居者生活介護	7 397
計	225 631
居宅介護支援・介護予防支援	40 022
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	176
夜間対応型訪問介護	163
認知症対応型通所介護	4 280
小規模多機能型居宅介護	6 442
認知症対応型共同生活介護	12 613
地域密着型特定施設入居者生活介護	251
地域密着型介護老人福祉施設サービス	10 226
複合型サービス	38
計	24 989
介護老人福祉施設	6 640
介護老人保健施設	3 963
介護療養型医療施設	16 300
計	12 233
合計	302 875

※事業者数は延べ数である。

※サービス種類別費用額、サービス種類別事業所数ともに予防サービスを含む。

# 介護保険制度の仕組み



(注) 第1号被保険者の数は、「平成23年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成23年度末現在の数である。  
 第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成23年度内の月平均値である。

# 介護保険制度の被保険者

- 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者（第1号被保険者）、②40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）となっている。
- 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人数	2,978万人 (65～74歳:1,505万人 75歳以上:1,472万人) ※1万人未満の端数は切り捨て	4,299万人
受給要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護状態 (寝たきり、認知症等で介護が必要な状態)</li> <li>・要支援状態 (日常生活に支援が必要な状態)</li> </ul>	要介護、要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病(特定疾病)による場合に限定
要介護(要支援)認定者数と被保険者に占める割合	515万人(17.2%) 65～74歳: 65万人(4.3%) 75歳以上: 450万人(30.5%)	16万人(0.4%)
保険料負担	市町村が徴収 (原則、年金から特別徴収)	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収

(注) 第1号被保険者及び要介護(要支援)認定者の数は、「平成23年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成23年度末現在の数である。  
 第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成23年度内の月平均値である。



# 地域包括ケアシステムの構築に向けて

1. 地域包括ケアシステムの構築について . . .	19
2. 介護保険事業計画について . . .	26
3. 在宅医療・介護連携について . . .	37
4. 地域ケア会議について . . .	45
5. ケアマネジメントについて . . .	50
6. 訪問看護について . . .	61
7. 定期巡回・随時対応サービスについて . . .	74
8. 複合型サービスについて . . .	99

## 1. 地域包括ケアシステムの構築について

### 現状と課題

- 65歳以上の高齢者数は、2025年には3657万人となり、高齢化がますます進むうえ、認知症高齢者や、世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯はさらに増加していくと見込まれている。  
また、75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。
- こういった中で、団塊の世代が75歳以上となる2025年に、各地域で、それぞれの地域の実情にあった地域包括ケアシステム（医療・介護・予防・住まい・生活支援が確保される体制）の構築を目指す必要がある。
- 平成24年4月に施行された介護保険法改正で「地域包括ケア」に係る規定の創設や24時間対応の定期巡回・随時対応サービス、複合型サービスの導入等を行ったほか、日常生活圏域ニーズ調査や地域ケア会議の実施、医療・介護情報の「見える化」等を推進している。また、「認知症施策推進5カ年計画」を策定し、今後の認知症施策の方向性を示してきた。

### 論点

- 今後は、地域包括ケアシステムの構築・推進に向け、さらに、中長期的な視点に立った介護保険事業計画の策定、在宅医療・介護連携の強化、地域ケア会議の推進、ケアマネジメントの見直し、総合的な認知症施策の推進、生活支援・介護予防の基盤整備等が必要ではないか。

第1部 社会保障制度改革国民会議の使命 3 社会保障制度改革の方向性

(6) 地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て

今後、大都市では、75歳以上の高齢者が急増する一方、地方圏では、75歳以上の高齢者数の伸びは緩やかになり、減少に転じる地域も少なくない。一方、過疎化が進む地域では、人口が急速に減少し、基礎的な生活関連サービスの確保が困難になる自治体も増加する。このように地域ごとに高齢化の状況が異なり、また、地域の有する社会資源も異なることから、各地域において地域の事情を客観的なデータに基づいて分析し、それを踏まえて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など医療・介護の提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要となる。

高齢化に伴い患者が急増することによって、医療需要が量的に増加するだけでなく、疾病構造も変化し、求められる医療もそれに合わせた形で変化する中で、医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制を実現するため、医療機能の分化・連携を強力に進めていくことが必須であるが、その改革の実現のためには、在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠である。

過度な病院頼みから抜け出し、QOLの維持・向上を目標として、住み慣れた地域で人生の最後まで、自分らしい暮らしを続けることができる仕組みとするためには、病院・病床や施設の持っている機能を、地域の生活の中で確保することが必要となる。すなわち、医療サービスや介護サービスだけでなく、住まいや移動、食事、見守りなど生活全般にわたる支援を併せて考える必要があり、このためには、コンパクトシティ化を図るなど住まいや移動等のハード面の整備や、サービスの有機的な連携といったソフト面の整備を含めた、人口減少社会における新しいまちづくりの問題として、医療・介護のサービス提供体制を考えていくことが不可欠である。

また、地域内には、制度としての医療・介護保険サービスだけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした家族・親族、地域の人々等とのインフォーマルな助け合いを「互助」と位置づけ、人生と生活の質を豊かにする「互助」の重要性を確認し、これらの取組を積極的に進めるべきである。

さらに、(5)で述べたように、今後、比較的低所得の単身高齢者の大幅な増加が予測されており、都市部を中心に、独居高齢者等に対する地域での支え合いが課題となっている。地域の「互助」や、社会福祉法人、NPO等が連携し、支援ネットワークを構築して、こうした高齢者が安心して生活できる環境整備に取り組むことも重要である。

このような地域包括ケアシステム等の構築は、地域の持つ生活支援機能を高めるという意味において「21世紀型のコミュニティの再生」といえる。

病床機能の分化・連携や、地域包括ケアシステムの構築は、団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025(平成37)年に向けて速やかに取り組むべき課題であり、その実現に向けて早急に着手し、全国から先駆的实践事例等を収集するなど、地域の特性に応じて実現可能な体制を見出す努力を促すための取組を早急に開始すべきである。

第2部 社会保障4分野の改革 II 医療・介護分野の改革 2 医療・介護サービスの提供体制改革

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようすれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に進められるべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に進められるべきものである。

20

今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことを踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。

この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならない。かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかが重要となる。確かに、地域ケア会議や医療・介護連携協議会などのネットワークづくりの場は多くの市町村や広域圏でできているが、今のところ、医療・介護サービスの提供者が現場レベルで「顔の見える」関係を構築し、サービスの高度化につなげている地域は極めて少ない。成功しているところでは、地域の医師等民間の熱意ある者がとりまとめ役、市町村等の行政がその良き協力者となってマネージしている例が見られることを指摘しておきたい。

こうした地域包括ケアシステムの構築に向けて、まずは、2015(平成27)年度からの第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ、各種の取組を進めていくべきである。

具体的には、高齢者の地域での生活を支えるために、介護サービスについて、24時間の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型サービスの普及を図るほか、各地域において、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や生活支援サービスの充実を図ることが必要である。これと併せて、介護保険給付と地域支援事業の在り方を見直すべきである。地域支援事業については、地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業(地域包括推進事業(仮称))として再構築するとともに、要支援者に対する介護予防給付について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組等を積極的に活用しながら柔軟かつ効率的にサービスを提供できるよう、受け皿を確保しながら新たな地域包括推進事業(仮称)に段階的に移行させていくべきである。

また、地域包括ケアの実現のためには地域包括支援センターの役割が大きい。かかりつけ医機能を担う地域医師会等の協力を得つつ、在宅医療と介護の連携を推進することも重要である。これまで取り組んできた在宅医療連携拠点事業について、地域包括推進事業として制度化し、地域包括支援センターや委託を受けた地域医師会等が業務を実施することとすべきである。

さらに、中低所得層の高齢者が地域において安心して暮らせるようするため、規制改革等を進めつつ、地域の実情に応じ、介護施設等をもとより、空家等の有効活用により、新たな住まいの確保を図ることも重要である。

なお、地域医療ビジョン同様に、地域の介護需要のピーク時を視野に入れながら2025(平成37)年度までの中長期的な目標の設定を市町村に求める必要があるほか、計画策定のために地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理していく仕組みを整える必要がある。また、上記(1)で述べた都道府県が策定する地域医療ビジョンや医療計画は、市町村が策定する地域包括ケア計画を踏まえた内容にするなど、医療提供体制の改革と介護サービスの提供体制の改革が一体的・整合的に進むようにすべきである。

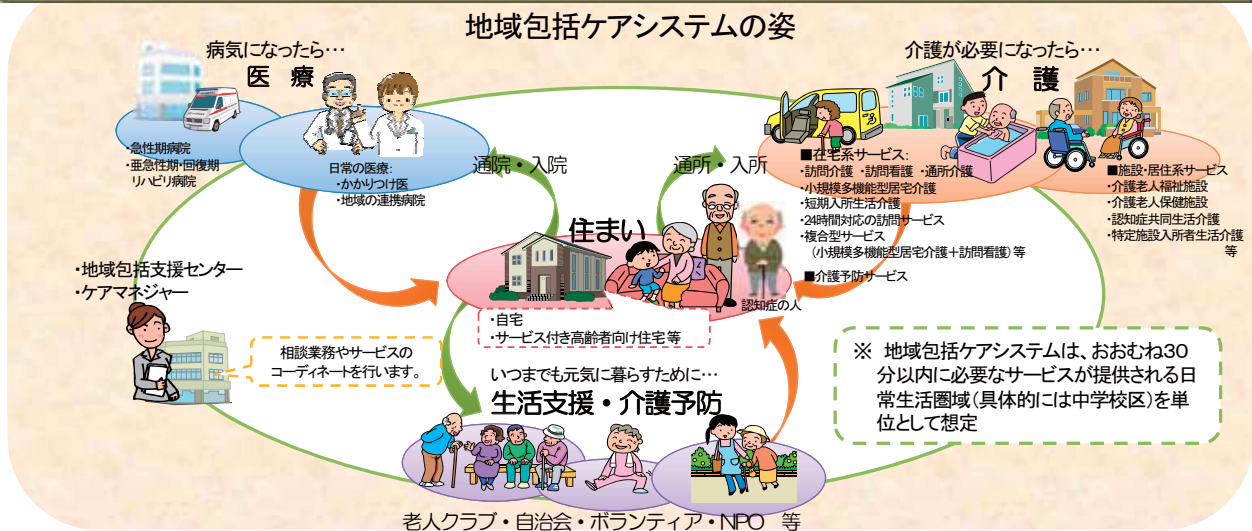
いずれにせよ、地域包括ケアシステムの確立は医療・介護サービスの一体改革によって実現するという認識が基本となる。こうした観点に立てば、将来的には、介護保険事業計画と医療計画とが、市町村と都道府県が共同して策定する一体的な「地域医療・包括ケア計画」とも言い得るほどに連携の密度を高めていくべきである。

なお、地域包括ケアシステムを支えるサービスを確保していくためには、介護職員等の人材確保が必要であり、処遇の改善やキャリアパスの確立などを進めていく必要がある。また、地域医師会等の協力を得ながら、複数の疾患を抱える高齢者が自分の健康状態をよく把握している身近な医師を受診することを促す体制を構築していくことも必要である。

21

## 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



4

## 介護保険法における「地域包括ケア」に係る理念規定の創設

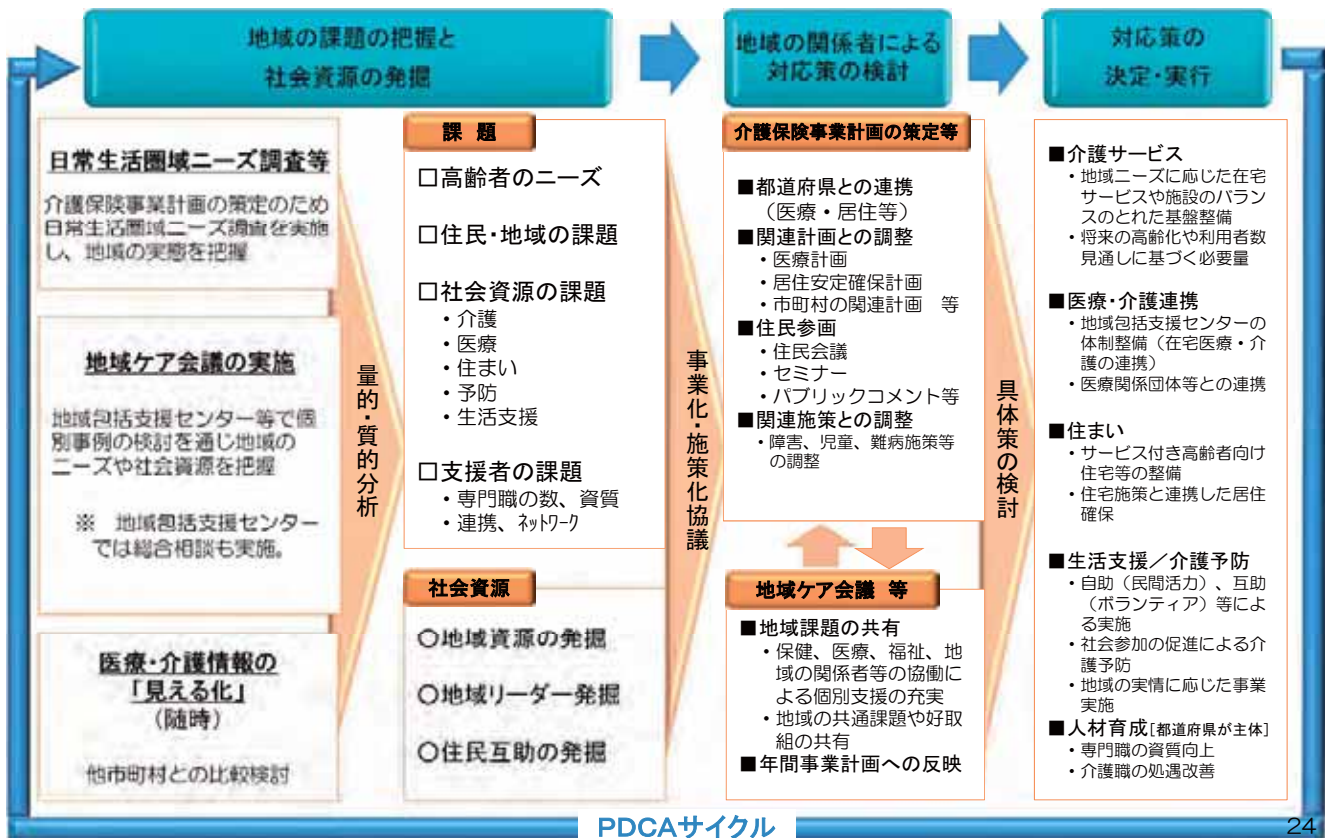
### 介護保険法 第5条第3項 (平成23年6月改正、24年4月施行)

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

23

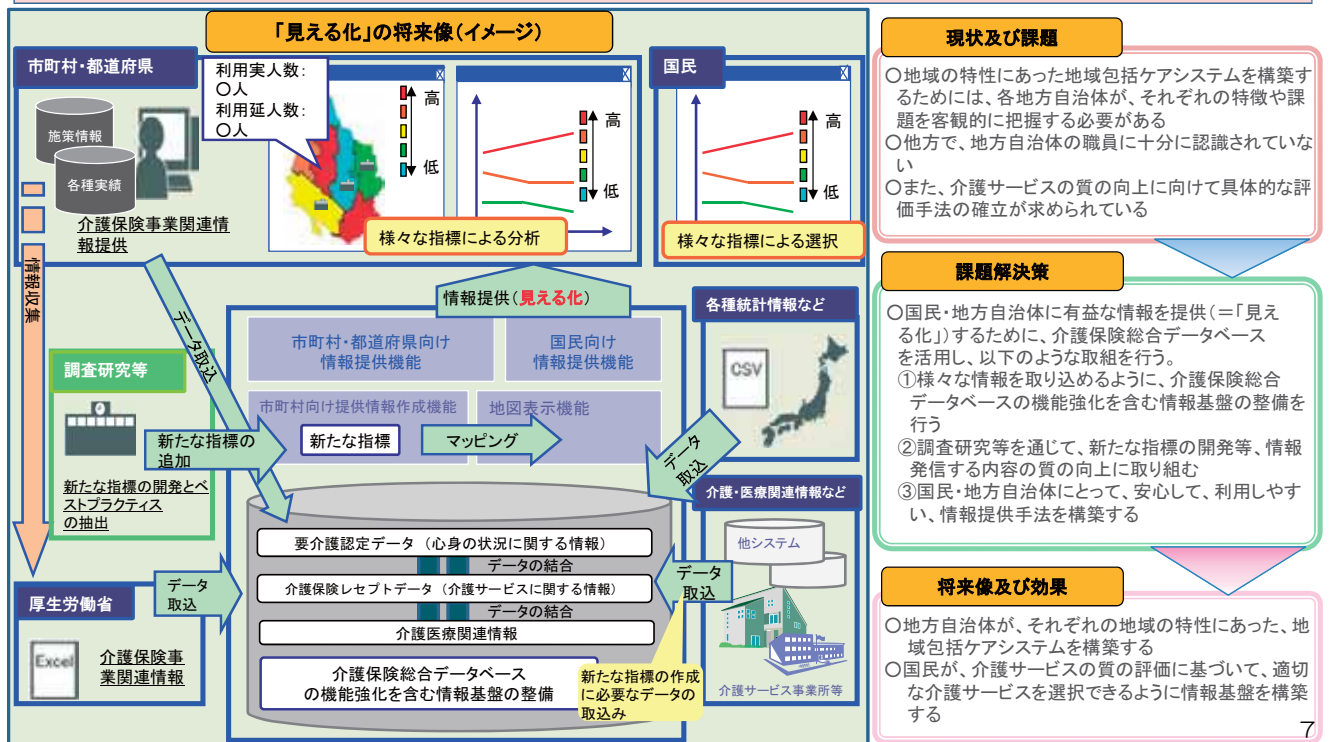


# 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）



## 介護・医療関連情報の「見える化」の推進

地域包括ケアシステムの構築に向けて、国民・地方自治体にとって有益な情報を活用しやすいように、介護・医療関連情報の「見える化」を推進



## 2. 介護保険事業計画について

### 現状と課題

- 平成24年度（2012年度）からの第5期の介護保険事業計画では、以下のような新しい取組を開始している。
  - ① 日常生活圏域ニーズ調査の実施による地域の課題・ニーズの的確な把握。
  - ② 地域の実情を踏まえ、認知症支援策の充実、医療との連携、高齢者の居住に係る施策との連携、見守りや配食などの多様な生活支援サービスといった地域包括ケアシステムの実現に必要な要素の記載。
- 第5期では、約8割の保険者が日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域包括ケアシステムの実現に必要な要素の記載の取組もされているが、今後の地域包括ケアシステムの実現のためには、保険者が地域の課題により対応した介護保険事業計画を作成していく必要がある。  
（地域包括ケアシステムの実現に必要な要素の記載）（出典：第5期市町村介護保険事業計画の策定過程に係るアンケート調査）  
認知症支援策の充実 87.4%、医療との連携 73.0%、高齢者の居住に係る施策との連携 63.2%、生活支援サービス 77.0%
- その際、各地域によって今後の高齢化の進展の度合いが大きく異なることに留意が必要。

### 論点

- 平成27年度（2015年度）からの第6期介護保険事業計画は、第5期で取組を開始した地域包括ケアシステム構築のための取組を承継発展させ、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けた取組を本格化させる「地域包括ケア計画」としていくべきではないか。
- 2025年を見据えた対応を進めるために、各保険者が計画期間中の給付費を推計して保険料を設定するだけでなく、2025年のサービス水準、給付費や保険料水準も推計して記載することとしてはどうか。
- 在宅医療連携拠点の機能や認知症への早期対応など地域包括ケアシステムを構成する各要素について、当面の方策と段階的な充実のための施策をより具体的に記載することを求めることとしてはどうか。  
また、介護サービスを担う人材確保のための記載も充実させていくべきではないか。
- 第5期から実施した日常生活圏域ニーズ調査については、より積極的な活用を促すべきではないか。
- 市町村が具体的な取組を開始できるよう、好事例の把握・情報提供など、市町村への支援を行うべきではないか。

26

### 社会保障制度改革国民会議 報告書(抄)

#### 第2部 社会保障4分野の改革

##### II 医療・介護分野の改革

##### 2 医療・介護サービスの提供体制改革

##### (4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

(略)

こうした地域包括ケアシステムの構築に向けて、まずは、2015（平成27）年度からの第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ、各種の取組を進めていくべきである。

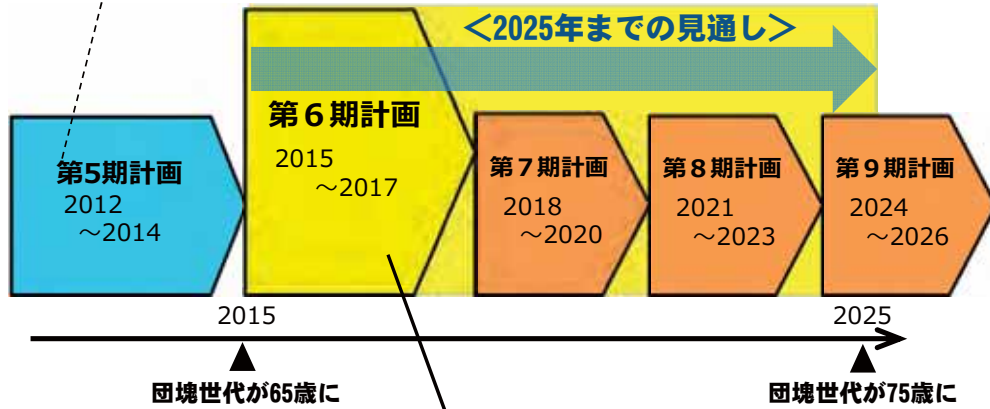
(略)

なお、地域医療ビジョン同様に、地域の介護需要のピーク時を視野に入れながら2025（平成37）年度までの中長期的な目標の設定を市町村に求める必要があるほか、計画策定のために地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理していく仕組みを整える必要がある。また、上記（1）で述べた都道府県が策定する地域医療ビジョンや医療計画は、市町村が策定する地域包括ケア計画を踏まえた内容にするなど、医療提供体制の改革と介護サービスの提供体制の改革が一体的・統合的に進むようにすべきである。

27

# 2025年を見据えた第6期介護保険事業計画の位置づけ

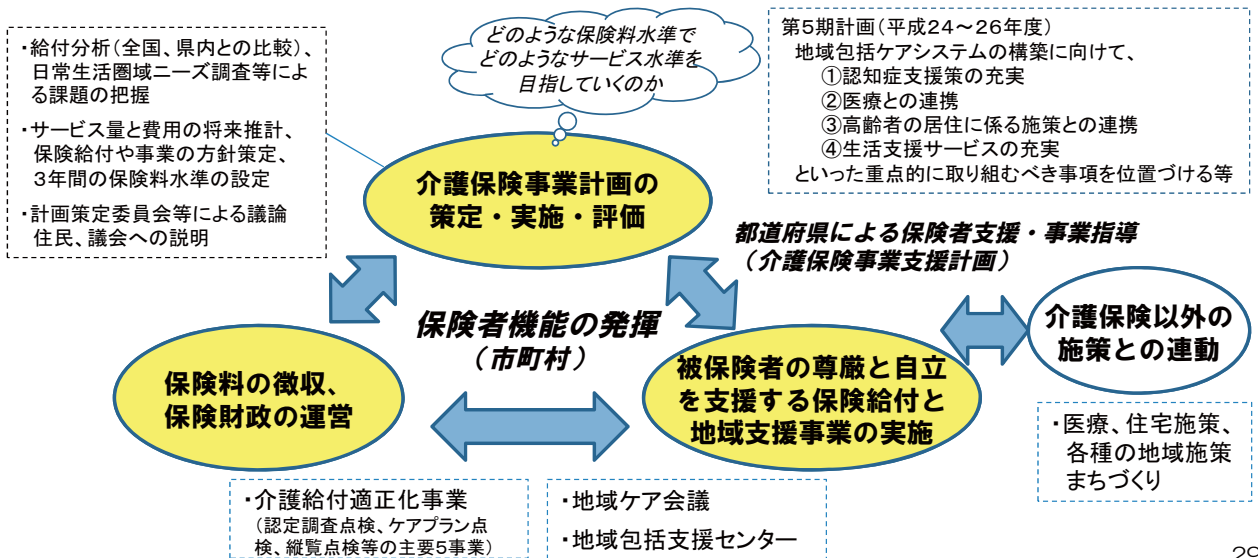
第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる 地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート



- 第6期計画は、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、取組を一層強化する「地域包括ケア計画」と位置づける。
- このため、2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を求めることとしてはどうか。
- また、地域包括ケアシステムを構成する各要素に関する取組について、新たに実施する事業も含め、地域の将来を見据えたより具体的な記載を求めることとしてはどうか。

## (参考)介護保険事業(支援)計画と保険者機能

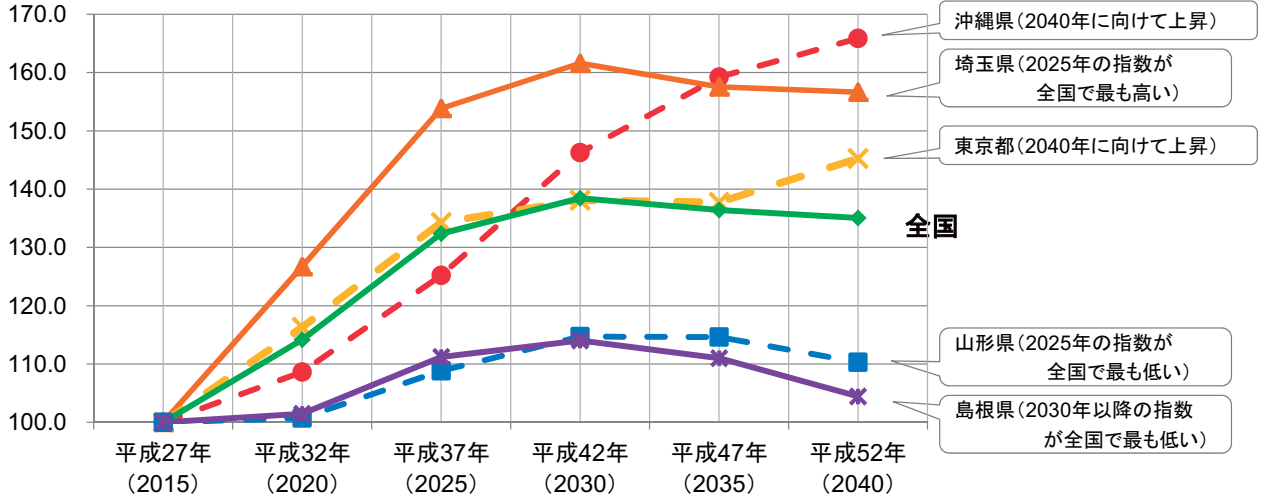
- 介護保険は、各保険者の給付する介護サービスの量や種類等が、それぞれの保険者の保険料水準に反映される制度。
- 保険者の役割は、介護保険法の目的に沿って、共同連帯の仕組みである介護保険を運営すること。  
 どのような保険料水準でどのようなサービス水準を目指していくのか、保険者機能の発揮が求められている。
- このため、保険者は、給付分析やニーズ調査などにより課題を把握し、住民や関係者の意見を踏まえて、3年ごとの「介護保険事業計画」を策定・実施する。



## (参考) 2025年までの各地域の高齢化の状況

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。  
 ※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県  
 ※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇
- 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

- 75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)

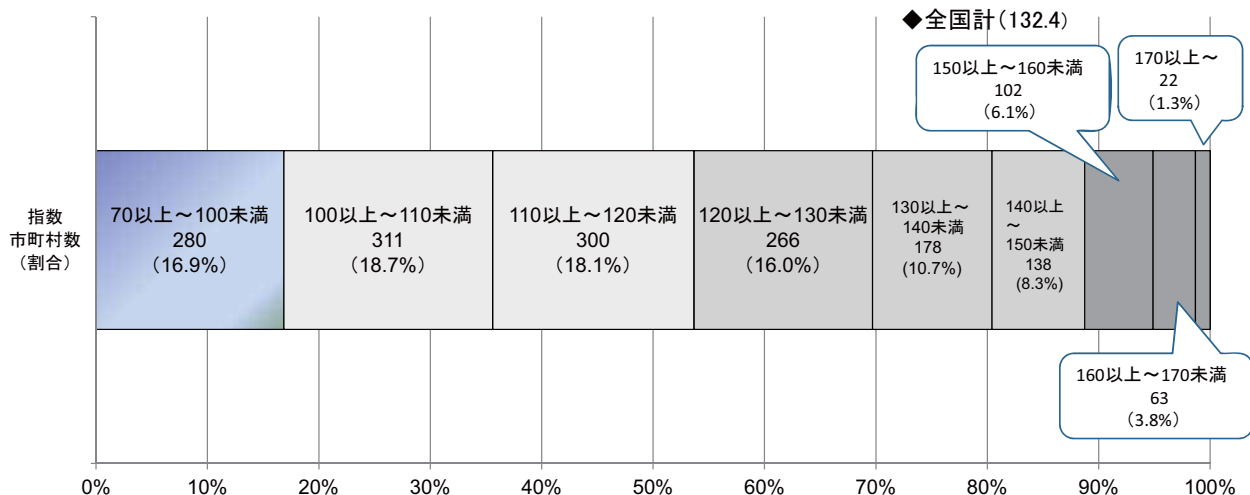


国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

30

75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある。

75歳以上人口について、平成27(2015)年を100としたときの平成37(2025)年の指数



注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

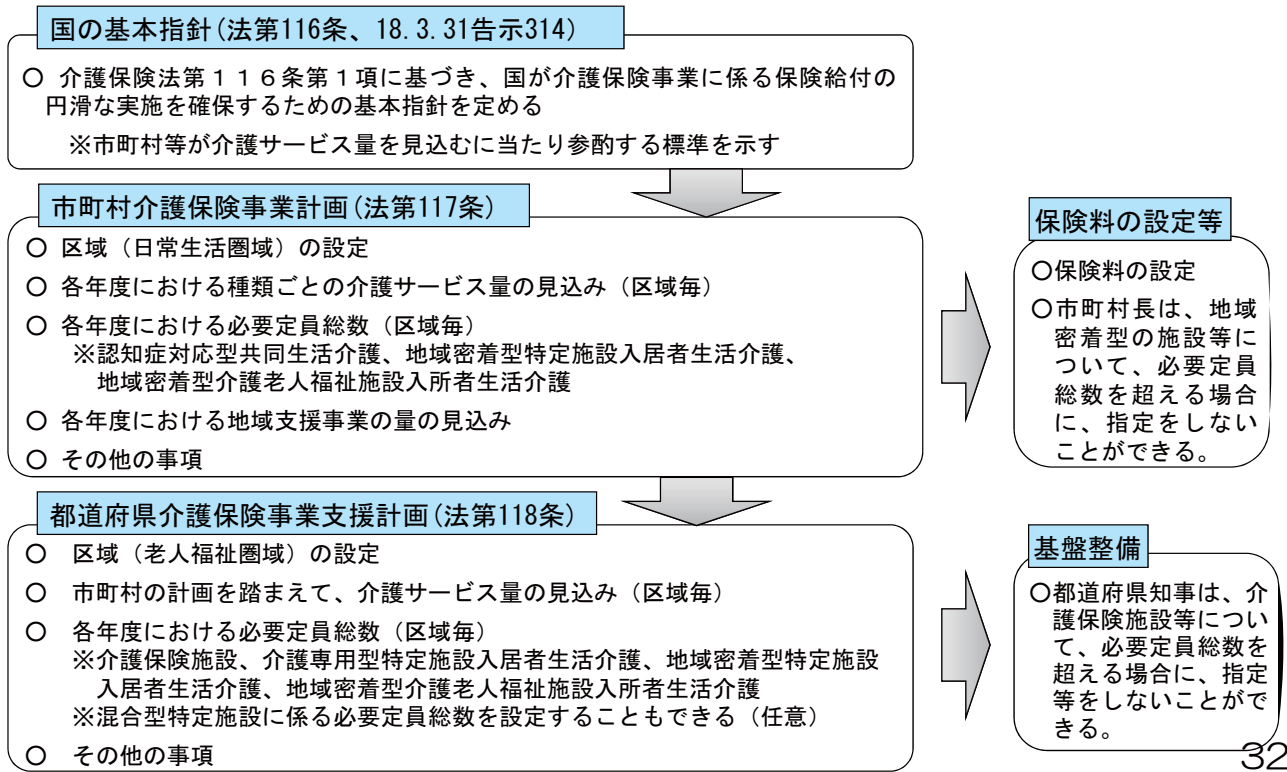
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

31



## (参考) 介護保険事業(支援)計画について

保険給付の円滑な実施のため、3年間で1期とする介護保険事業(支援)計画を策定している。



32

## (参考) 第5期介護保険事業(支援)計画の主な内容

介護保険事業計画(市町村)	介護保険事業支援計画(都道府県)
○ 市町村介護保険事業計画の基本的理念等	○ 都道府県介護保険事業支援計画の基本的理念等
● 日常生活圏域の設定	● 老人福祉圏域の設定
○ 介護給付等対象サービスの現状等	○ 介護給付等対象サービスの現状等
● 各年度(平成24~26年度)の介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量	● 各年度(平成24~26年度)の介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量 (市町村介護保険事業計画におけるサービス見込量を積上げる)
○ 【参酌標準】平成26年度目標値の設定(任意記載事項) ・入所施設利用者全体に対する要介護4、5の割合は、70%以上	○ 【参酌標準】平成26年度目標値の設定(任意記載事項) ・3施設の個室・ユニット化割合 50%以上 ・特養の個室・ユニット化割合 70%以上
● 各年度の日常生活圏域ごとの必要利用定員総数の設定 ・認知症グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設	● 各年度の老人福祉圏域ごとの必要入所(利用)定員総数の設定 ・介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護専用型特定施設、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設(介護専用型以外の特定施設(混合型特定施設)についても、必要利用定員総数の設定は可)
● 各年度の地域支援事業に要する見込量	○ 施設の生活環境の改善に関する事項
○ 各年度の地域支援事業に要する費用の額	○ 介護給付等対象サービス及び地域支援事業に従事する者の確保又は資質の向上に関する事項
○ 認知症被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項	○ 介護給付等に要する費用の適正化に関する事項
○ 医療との連携に関する事項	○ 計画の達成状況の点検・評価
○ 高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項	
○ 被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事項	
○ 介護給付等に要する費用の適正化に関する事項	
○ 計画の達成状況の点検・評価	

※ ●は必須記載事項(基本的記載事項)である。 ※アンダーラインは、平成24年度法律改正で追加  
 ※ 保健、医療、福祉又は居住に関する事項を定める計画(医療計画、地域福祉計画、高齢者居住安定確保計画等)との調和規定がある。

33

## (参考) 第5期介護保険事業計画と日常生活圏域ニーズ調査

○ 地域の課題・ニーズを的確に把握するため、第5期計画(平成24～26年度)からは、計画策定に当たり、各市町村が「日常生活圏域ニーズ調査」を実施し、地域の課題・ニーズを把握することとした。

### 【目的】

- ・どの圏域に
  - ・どのようなニーズをもった高齢者が
  - ・どの程度生活しているのか
- を把握する。

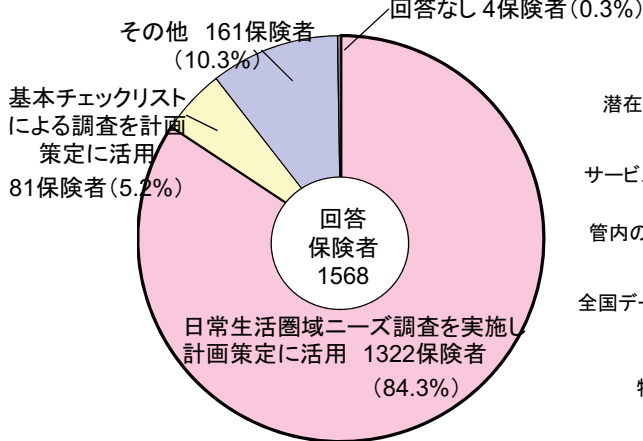
### 【調査項目(例)】

- 身体機能・日常生活機能 (ADL・IADL)
- 住まいの状況
- 認知症状
- 社会参加の状況
- 疾病状況

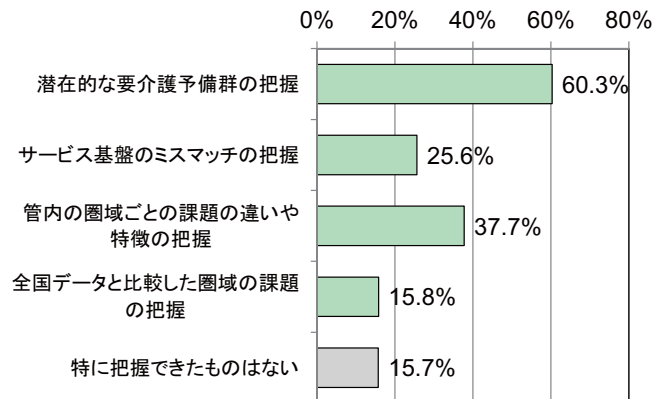
### 【調査方法】

- ・郵送+未回収者への訪問による調査

### 【保険者の実施状況】



### 【把握できた課題】



※ 日常生活圏域ニーズ調査を実施した1322保険者に対する割合(複数回答)

出典: 第5期市町村介護保険事業計画の策定結果等に係るアンケート調査結果(厚生労働省老健局)

## (参考) 日常生活圏域ニーズ調査及び重点記載事項に係る規定

### 介護保険法(抄)

(市町村介護保険事業計画)

第117条 市町村は、基本指針に即して、3年を1期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画(以下「市町村介護保険事業計画」という。)を定めるものとする。

2 市町村介護保険事業計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 当該市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める区域ごとの当該区域における各年度の認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る必要利用定員総数その他の介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み

二 各年度における地域支援事業の量の見込み(略)

3 市町村介護保険事業計画においては、前項各号に掲げる事項のほか、次に掲げる事項について定めるよう努めるものとする。

一～四 (略)

五 認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項、医療との連携に関する事項、高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項その他の被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事項

4 (略)

5 市町村は、第2項第1号の規定により当該市町村が定める区域ごとにおける被保険者の心身の状況、その置かれている環境その他の事情を正確に把握した上で、これらの事情を勘案して、市町村介護保険事業計画を作成するよう努めるものとする。

## (参考) ニーズ調査の活用方法の例

保険者名	取組の概要
北海道小樽市	要介護認定者数の推計に反映 二次予防事業への参加勧誘などハイリスク高齢者へのアプローチに活用
栃木県日光市	日常生活圏域の見直し、地域密着型サービスの充実に活用
埼玉県和光市	高齢者個人の状態像と地域の課題を把握するための材料として活用し、要介護認定者数やサービス見込量の推計に反映 保険者の事業運営方針決定の基礎資料とした
千葉県松戸市	要介護認定者数及びサービス見込量の推計に反映
東京都中野区	要介護認定者数の推計に反映
東京都荒川区	地域密着型サービスの充実、相談窓口体制の充実に活用 給付の現状に着目し、地域ケア会議、介護予防、医療との連携体制の強化
新潟県長岡市	日常生活圏域ごとの課題分析による介護予防事業の企画への活用
福井県南越前町	ハイリスク高齢者への個別訪問の充実、介護予防事業の充実に活用
福岡県行橋市	地域包括支援センターを再構築し、介護予防事業などの充実に活用
福岡県介護保険広域連合	要介護認定者数の推計に反映
長崎県長崎市	地域支援事業等に反映

36

## 3. 在宅医療・介護連携の推進について

### 現状と課題

- 団塊の世代が75歳となる2025年には、75歳以上人口が2,000万人を超える。医療提供体制の見直しと連動し、今後、在宅で医療・介護を必要とする人が増加する。特に、単身高齢者、認知症高齢者が増加し、地域包括ケアシステムの実現のためには、医療と介護の連携がますます重要であり、在宅医療・介護の提供体制の充実と医療・介護連携の推進が必要。
- 在宅医療と介護の連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等様々な局面で求められる。特に、今後増加する退院による在宅復帰の際に円滑に適切な在宅サービスにつなげることや、再入院をできる限り防ぎ在宅生活を継続するため、在宅医療・介護の連携強化が求められている。さらに、重度な高齢者に対しては自宅での看取りも視野に入れつつ、連携することが必要。
- その中で、介護支援専門員や介護支援専門員を支援する機能をもつ地域包括支援センターが果たす役割は大きい。医師との連携に困難を感じる介護支援専門員が約5割、地域包括支援センターが約2割という現状。このため医療側からも取組の強化が求められている。あわせて地域包括支援センターでも、医療面での対応強化や認知症高齢者への対応強化など体制の充実が求められるとともに、在宅医療に関する拠点機能との連携の強化が必要。
- これまでの医療行政は、都道府県が二次医療圏を中心に考えてきたが、今後、在宅医療についてはより日常生活圏域に近いエリア等の市町村レベルで体制を整える必要がある。
- 在宅医療と介護を一体的に提供できる体制整備を図るには、地域の医師会等と連携しつつ、都道府県の支援のもと、市町村が積極的に関与することが必要。

### 論点

- 在宅医療・介護連携拠点の機能について、現在の地域包括支援センターによる包括的支援事業や地域ケア会議と役割分担や連携方法に留意しつつ、介護保険法の中で制度化してはどうか。
- これまで在宅医療の提供体制等への関与が少なかった市町村の取組を推進するために、都道府県が積極的に支援することが必要ではないか。
- 小規模市町村での取組を円滑に進めるため、複数の市町村による共同での事業を認める等の措置が必要ではないか。
- 介護保険事業（支援）計画と医療計画等の計画面でも連動することが必要ではないか。

37

第2部 社会保障4分野の改革

II 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

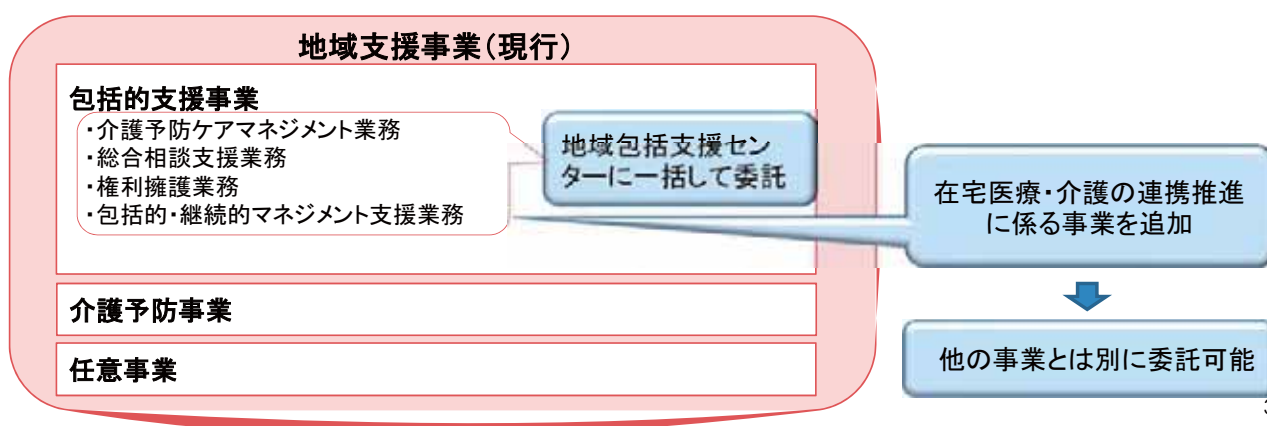
(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

(略)

また、地域包括ケアの実現のためには地域包括支援センターの役割が大きい。かかりつけ医機能を担う地域医師会等の協力を得つつ、在宅医療と介護の連携を推進することも重要である。これまで取り組んできた在宅医療連携拠点事業について、地域包括推進事業として制度化し、地域包括支援センターや委託を受けた地域医師会等が業務を実施することとすべきである。

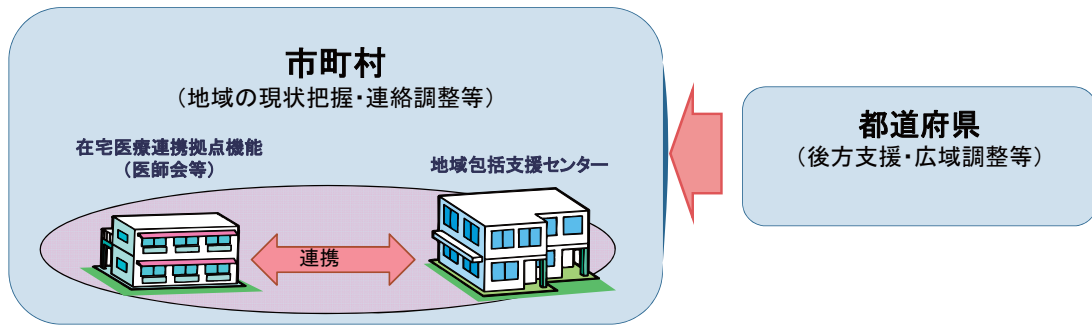
## 在宅医療・介護の連携推進の制度的な位置づけ(イメージ)

- 在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）の成果を踏まえ、在宅医療・介護の連携推進について、介護保険法の中で恒久的な制度として位置づけ、全国的に取り組むこととしてはどうか。
- 具体的には、医療に係る専門的な知識及び経験を活用した地域における医療と介護の連携の推進について介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、取り組むこととしてはどうか。
- その際、現行制度では包括的支援事業を委託する場合、事業の全てにつき一括して行うことと規定されているが、医療に係る専門的な知識及び経験が必要である業務の趣旨に鑑み、在宅医療・介護の連携推進に係る事業については、これらを適切に実施できる事業体に、他の事業とは別に委託できる仕組みが必要ではないか。





## 在宅医療・介護の連携推進について(イメージ)



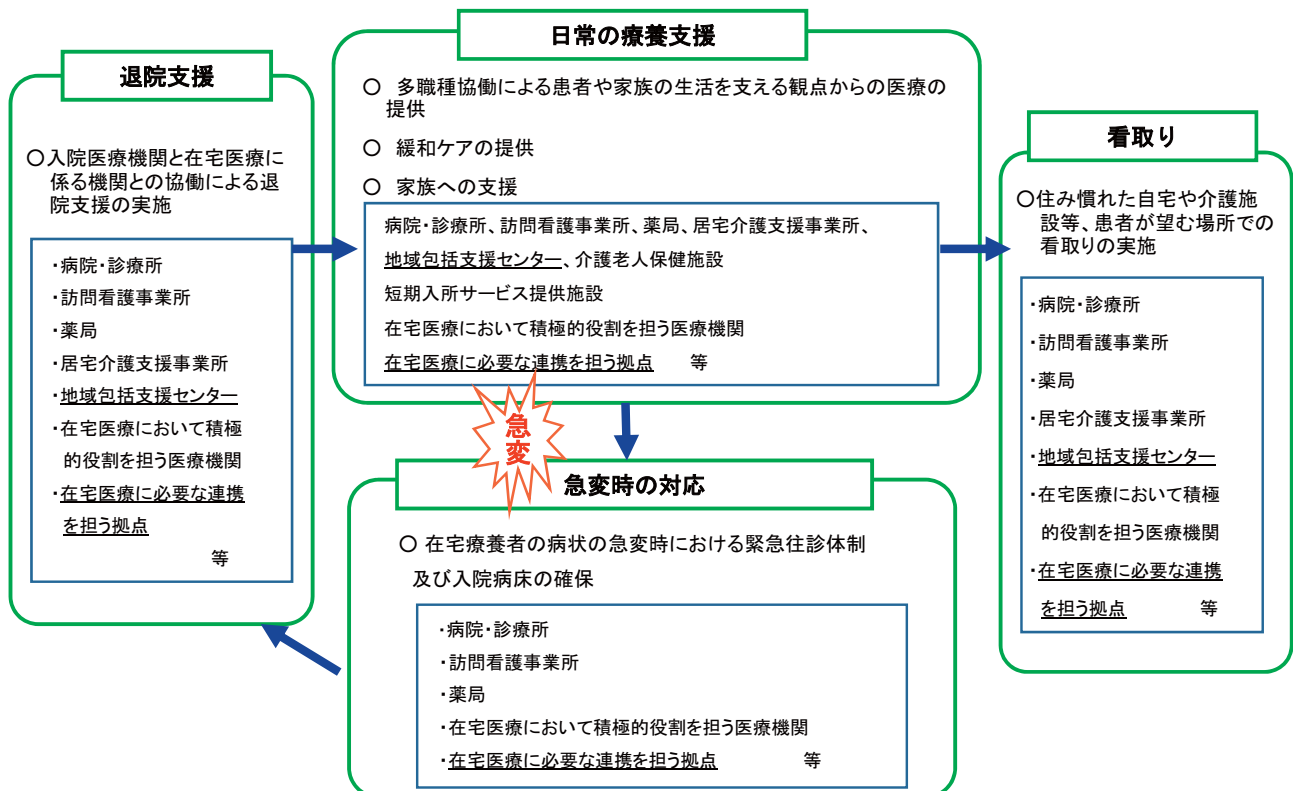
### (参考) 想定される取組の例

- ① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
  - ・地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布
- ② 在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
  - ・関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討
- ③ 在宅医療・介護連携に関する研修の実施
  - ・グループワーク等の多職種参加型の研修の実施
- ④ 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
  - ・主治医・副主治医制等のコーディネート
- ⑤ 地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業者等への支援
  - ・介護支援専門員からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応

等

40

## 在宅医療の体制



41

# (参考) 平成24年度在宅医療連携拠点事業

## 実施主体

実施主体	箇所数	実施主体	箇所数
自治体	14	医師会等医療関係団体	16
病院	32	訪問看護ステーション	10
うち在宅療養支援病院	14	薬局	1
診療所	29	その他(NPO法人等)	3
うち在宅療養支援診療所	28	合計	105

## (1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
- ◆ 更に連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)も調査し、関係者に配布、ネット上に公表等

### 【効果】

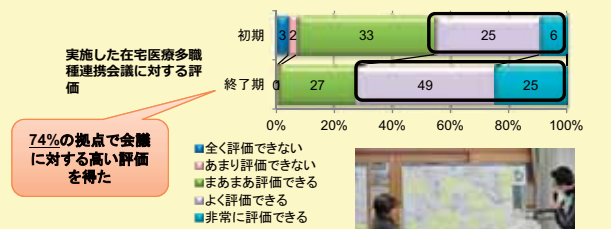
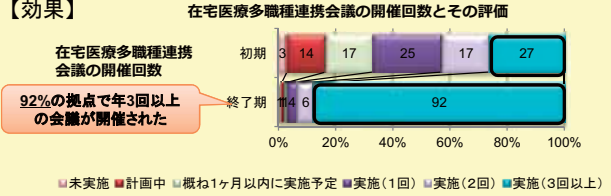
- ◆ 照会先や協力依頼先を適切に選べるようになった。
- ◆ 医療機関への連絡方法や時間帯、担当者が明確になり、連携がとりやすくなった。



## (2) 会議の開催

- ◆ 関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討

### 【効果】



## (3) 研修の実施

- ◆ グループワーク等の多職種参加型研修の実施
- ◆ 訪問診療同行研修の実施
- ◆ 医療機器に係る研修等の座学
- ◆ 介護職種を対象とした医療教育に関する研修等

### 【効果】

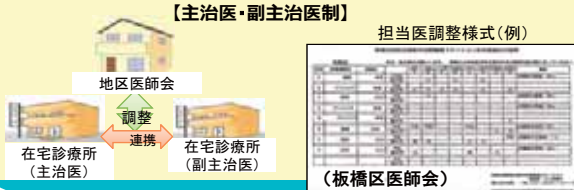
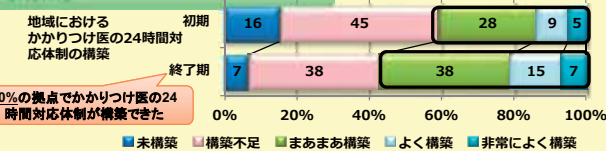
- ◆ 介護職、医療職間の理解が促進され、研修に参加した事業所、医療機関等による新たな連携体制が構築できた。
- ◆ 専門医療機関との勉強会等で各職種のスキルアップができた。

42

## (4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

- ◆ 緊急入院受け入れ窓口の設置
- ◆ 主治医・副主治医制のコーディネート等

### 24時間対応の在宅医療提供体制



## (5) 患者・家族や地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした相談窓口の設置

- ◆ 患者・家族、地域包括支援センターやケアマネからの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応

### 【効果】

- ◆ ケアプランに必要な医療的支援を位置づけられ、より適切なケアマネジメントが行われるようになった。
- ◆ 医療・介護ニーズが高い方について、各関連施設への連絡・調整が円滑になった。

## (6) 効率的な情報共有のための取組

- ◆ 地域の在宅医療・介護関係者の連絡のための様式・方法の統一
- ◆ 地域連携クリティカルパスの作成
- ◆ ショートステイの空き情報等のネット上のリアルタイム情報の発信

### 【効果】

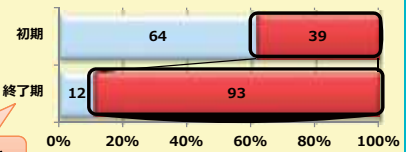
- ◆ 多職種の専門性を生かした質の高いサービスの提供ができた。
- ◆ ICTやメーリングリストを活用することにより、タイムリーな情報共有が可能となった。

## (7) 地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
- ◆ 地域住民に対する在宅医療相談窓口の設置(市の施設への設置、病院への設置)
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、ホームページ等を活用



### 【効果】 フォーラム・講演会等の開催



効果データの出典)平成24年度 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究「在宅拠点の質の向上のための介入に資する活動性の客観的評価に関する研究」

43

## 中間まとめ

- 平成23年度の10ヶ所、平成24年度は105ヶ所の地域において、都道府県、市町村、医師会、在宅療養支援診療所(病院)、訪問看護ステーション等が連携拠点となり、在宅医療において、医療側から介護への連携を図る取組を実施。
- 各拠点においては、平成23年度の在宅医療連携拠点事業で得られた知見を活かし市町村と地域医師会が連携を図りつつ取組が進められた。
- 拠点事業の効果としては、在宅医療提供機関間のネットワークの構築により在宅医療提供機関数が増加するとともに、重症例への対応機能の強化につながり、在宅医療の充実と在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの構築に寄与したと考えられる。
- また、顔の見える関係性が構築されたことで介護関係者側にとっては医療関係者へのアプローチが容易になり、医療者側の介護への理解も深まった。さらに研修会等で介護関係者の医療分野の知識の充実が図られる等を通じてケアマネジメントの質が向上していると考えられる。
- 地域包括ケアシステムの実現のためには、地域において面的に在宅医療・介護連携を展開していくことが不可欠であるが、その推進体制としては地域全体を見渡せ、中立的な立場で関係者間の調整を行うことができる市町村が中心となり、医療側から他職種も含めて地域全体に働きかけやすい医師会等の理解と協力を得て取り組むことが重要であることが改めて確認された。またその前提として都道府県レベルでの関係団体等への働きかけや調整など、都道府県が市町村を支援する体制を整えることも重要である。

44

## 4. 地域ケア会議について

### 現状と課題

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるためには、医療との連携、自助・互助・共助・公助の適切なコーディネート、サービス資源の開発など、包括的なケアシステムの構築が必要であり、地域ケア会議はその実現のための重要な手段。
- 地域ケア会議は多職種により個別事例の検討を行うが、それを積み重ねることを通じて以下の実現が期待できる。
  - ・高齢者の課題解決の支援と介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント能力の向上
  - ・高齢者の実態把握や課題解決を図ることを可能とする地域の関係機関等の相互の連携による地域包括支援ネットワークの構築
  - ・個別の課題を解決する中で浮かび上がってくる地域の資源不足やサービス量の課題などについて、地域で必要な取組を明確化し、それを政策へ反映させること
- このため、地域包括支援センターの設置運営通知（平成24年4月改正）に「地域ケア会議」を明記し、センター長等を対象とした研修に取り組んでいる。
  - ※「地域ケア会議」の5つの機能
    - ①個別課題の解決、②ネットワーク構築、③地域課題の発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策形成
- 個別事例の検討にあたっては、介護支援専門員の協力を得ることや、守秘義務の取り扱いなど、円滑な検討のための環境整備が必要。また、個別事例の検討によって明らかになった地域課題の解決に向けては、保険者による政策形成につなげること等が必要。

### 論点

- これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法に制度的位置づけを行うべきではないか。
- その際、以下の点に留意すべきではないか。
  - ① 個別事例の検討を通じ、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、地域ケア会議が実効性あるものとして定着するよう普及すること。その際、介護支援専門員の協力を得ることが必要。
  - ② 地域ケア会議で取り扱われる個人情報の守秘義務について取り決めること。
  - ③ 地域ケア会議で行政側に提案された政策課題等については、着実にその実現に取り組むこと。
  - ④ 保険者たる市町村は、在宅医療連携拠点事業等の関連事業や多様な機関等の連携を通じて、地域のニーズに合った政策形成を行うこと。

45

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

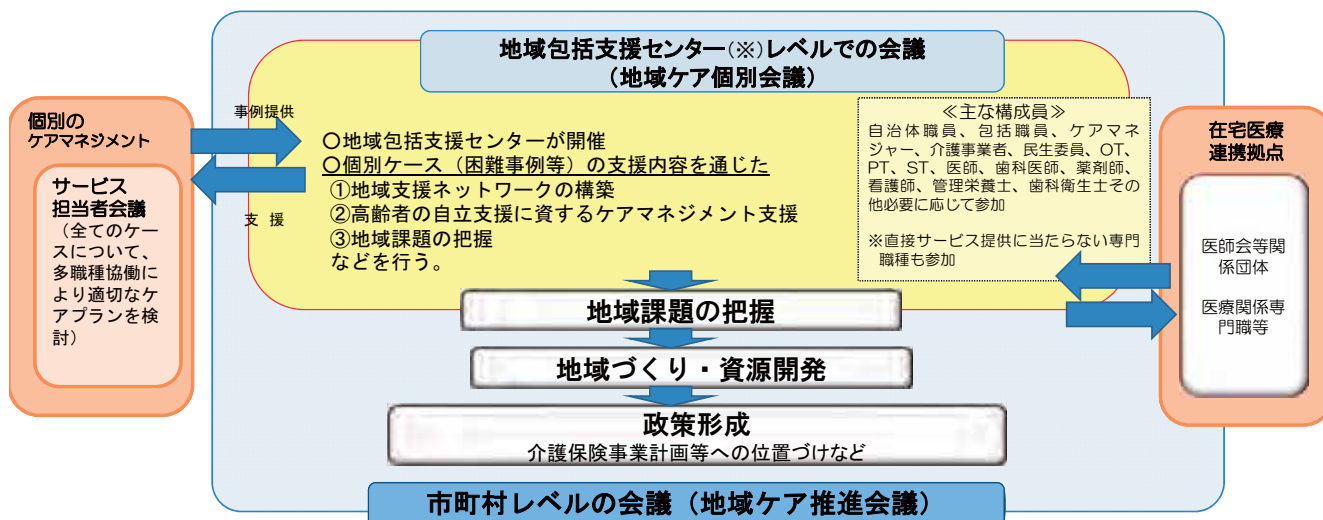
(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

(略) 医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。確かに、地域ケア会議や医療・介護連携協議会などのネットワークづくりの場は多くの市町村や広域圏できているが、今のところ、医療・介護サービスの提供者が現場レベルで「顔の見える」関係を構築し、サービスの高度化につなげている地域は極めて少ない。成功しているところでは、地域の医師等民間の熱意ある者がとりまとめ役、市町村等の行政がその良き協力者となってマネージしている例が見られることを指摘しておきたい。

## 地域ケア会議

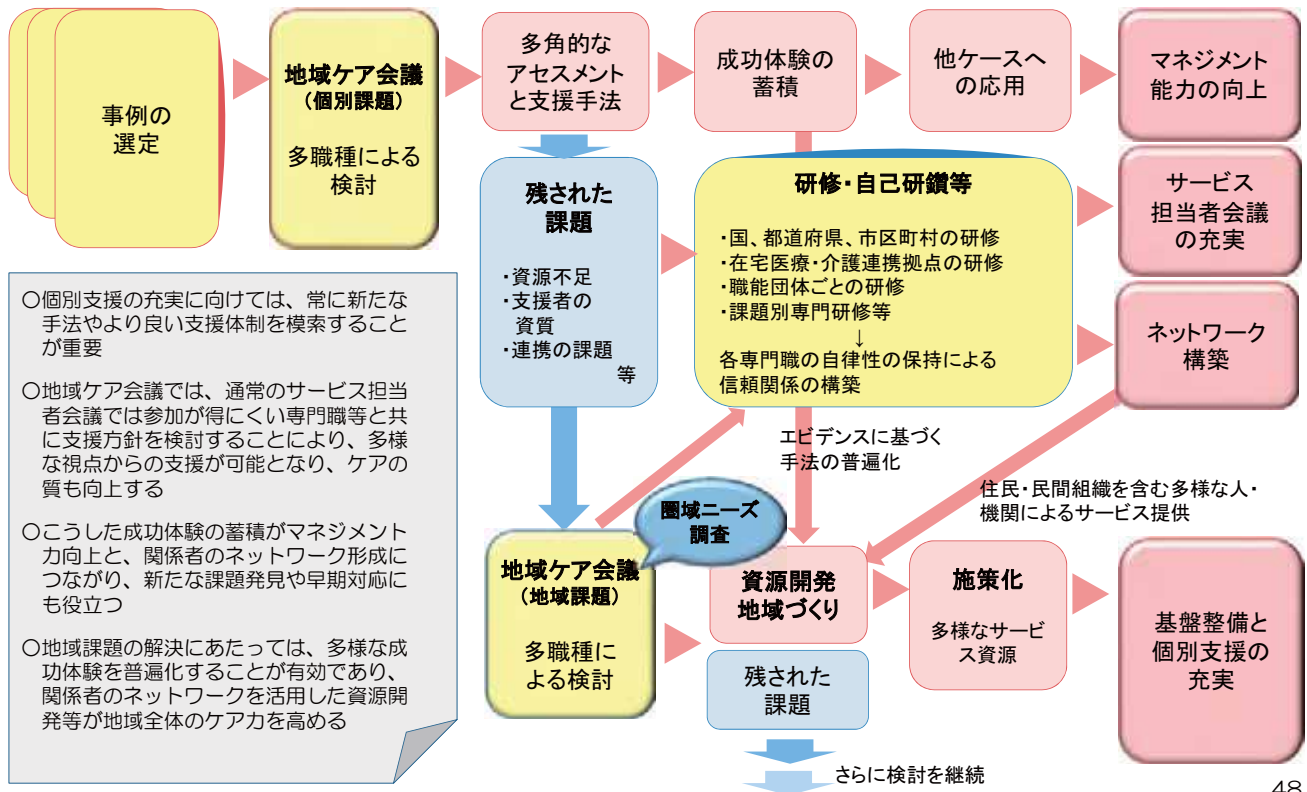
- 地域ケア会議は、
  - ・多職種の第三者による専門的視点を交えて、ケアマネジメントの質の向上を図り、
  - ・また、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域課題を発見し、
  - ・地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる、地域包括ケアシステムの実現に向けたツール。
- 個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は、市町村内の圏域単位での地域包括支援センターが開催。一方、地域づくりや政策形成等につなげる「地域ケア推進会議」は市町村レベルで開催
- 平成24年度から本格的に推進を開始。
- 平成24年6月現在、1,202保険者で実施されているが、その主催者、介護の内容、参加者等は様々であり、個別ケースの検討を基本としている会議は多くない現状にある。

※平成24年4月末現在の地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所)





## (参考) 地域ケア会議とその他の取組の関連性



48

## (参考) 地域ケア会議に関する取組状況

### 取組状況

- 地域ケア会議への広域支援員・専門職派遣事業(都道府県事業)  
(H24年度～)
- 地域ケア会議運営マニュアルの作成  
(H24年度老人保健健康増進等事業)
- 地域ケア会議活動推進等事業(H25年度～)
  - ・全国会議の開催による好取組の紹介と市町村への普及啓発
  - ・地域ケア会議活用マニュアル(事例集)の作成
  - ・地域ケア会議コーディネーターの育成
  - ・広域支援員・専門職の派遣(都道府県事業)
  - ・地域ケア会議立ち上げ支援にかかる事業(市町村事業)

49

## 5. ケアマネジメントについて

### 現状と課題

- ケアマネジメントについては、介護保険部会等において様々な課題が指摘され、ケアマネジメントを担う介護支援専門員について、別途の検討の場を設けて議論を進めるとされたことから、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」を開催し、平成25年1月7日に中間的な整理がまとめられた。
- 当該検討会では、自立支援に資するケアマネジメントを推進するとともに、地域包括ケアシステムを構築していく中で、多職種協働や医療との連携を推進していくため、①介護支援専門員自身の資質向上、②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備、という視点で対応の方向性がまとめられた。
- これを受け、提言された項目ごとに、具体化に向けて取り組んでいる。

### 論点

#### (1) 居宅介護支援事業者の指定権限の委譲について

- 高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営めるようにするには、地域包括ケアシステムの構築とともに、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントが必要となってくることから、地域において、ケアマネジメントの役割を担っている介護支援専門員の育成や支援などに市町村が積極的に関わっていくよう、保険者機能の強化という観点から、居宅介護支援事業者の指定権限を市町村に委譲すべきではないか。
- なお、指定権限を委譲した場合でも、市町村の体制面を考慮し、都道府県が市町村を支援する仕組みが必要ではないか。  
※介護保険法では、要介護認定等について、福祉事務所や保健所による協力・援助に関する規定や地方自治法に基づく審査会業務の委託に関する規定を設けている。

#### (2) 地域ケア会議について

#### (3) 介護支援専門員実務研修受講試験の受験要件の見直し

- 介護支援専門員の専門性の確保及び向上を図っていくため、受験要件を見直し、法定資格保有者、または生活相談員等で、必要な実務経験が5年以上ある者を受験対象者としてはどうか。

#### (4) 介護支援専門員の研修制度の見直し

- 介護支援専門員の資質向上を図り、ケアマネジメントの質を向上させるため、研修カリキュラム等の具体的な見直しを進めてはどうか。

#### (5) 主任介護支援専門員による現場での実務研修等の実施

- 主任介護支援専門員の資質向上を図るため、更新制を導入（更新時に研修実施）するとともに、主任介護支援専門員の具体的な役割として、地域の介護支援専門員に対する現場での実務研修の実施などを位置付けてはどうか。

50

## 介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】

### 【検討の背景】

- 地域包括ケアシステムの構築  
⇒ 多職種協働、医療との連携の推進等
- 自立支援に資するケアマネジメントの推進



### 【見直しの視点】

- ① 介護支援専門員自身の資質の向上に係る見直しの視点
- ② 自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備に係る見直しの視点

### 【具体的な改善策】

#### (1) ケアマネジメントの質の向上

- ① ケアマネジメントの質の向上に向けた取組
  - ・ 自立支援に資するケアマネジメントに向け、適切な課題抽出や評価のための新たな様式の活用を推進
  - ・ 多職種協働によるサービス担当者会議の重要性の共有と環境づくり

- ② 介護支援専門員実務研修受講試験の見直し
  - ・ 試験の受験要件を法定資格保有者等に限定する見直しを検討

- ③ 介護支援専門員に係る研修制度の見直し
  - ・ 演習に重点を置いた研修制度への見直しや研修終了時の修了評価の実施について検討
  - ・ 実務研修の充実や基礎研修の必修化について検討
  - ・ 更新研修の実施方法や研修カリキュラムについて見直しを検討
  - ・ 研修指導者のためのガイドライン策定を推進
  - ・ 都道府県の圏域を超えた研修等の実施を検討

- ④ 主任介護支援専門員についての見直し
  - ・ 研修終了時の修了評価や更新制の導入について検討
  - ・ 主任介護支援専門員による初任段階の介護支援専門員に対する現場での実務研修の導入について検討
  - ・ 地域の介護支援専門員のネットワーク構築の推進

- ⑤ ケアマネジメントの質の評価に向けた取組
  - ・ ケアマネジメントプロセスの評価やアウトカム指標について調査研究を推進
  - ・ ケアマネジメントの向上に向けた事例収集及び情報発信

#### (2) 保険者機能の強化等

- ① 地域ケア会議の機能強化（多職種協働による個別ケースの支援内容の検討を通じ、自立支援に資するケアマネジメント支援、ネットワーク構築、地域課題の把握、資源開発等を推進）
  - ・ 制度的な位置付けの強化
  - ・ モデル事例の収集など地域ケア会議の普及・促進のための基盤整備
  - ・ コーディネーター養成のための研修の取組

- ② 居宅介護支援事業者の指定等のあり方
  - ・ 居宅介護支援事業者の指定権限の委譲を検討

- ③ 介護予防支援のあり方
  - ・ 地域包括支援センターへの介護予防支援を行う介護支援専門員の配置を推進
  - ・ 要支援者の状況に応じた支援のあり方について検討

- ④ ケアマネジメントの評価の見直し
  - ・ インフォーマルサービスに係るケアマネジメント評価の検討
  - ・ 簡素なケースについて、ケアマネジメントの効率化を検討

#### (3) 医療との連携の促進

- ・ 医療に関する研修カリキュラムの充実
- ・ 在宅医療・介護の連携を担う機能の整備の推進
- ・ 主治医意見書の活用を促進する取組の推進

#### (4) 介護保険施設の介護支援専門員

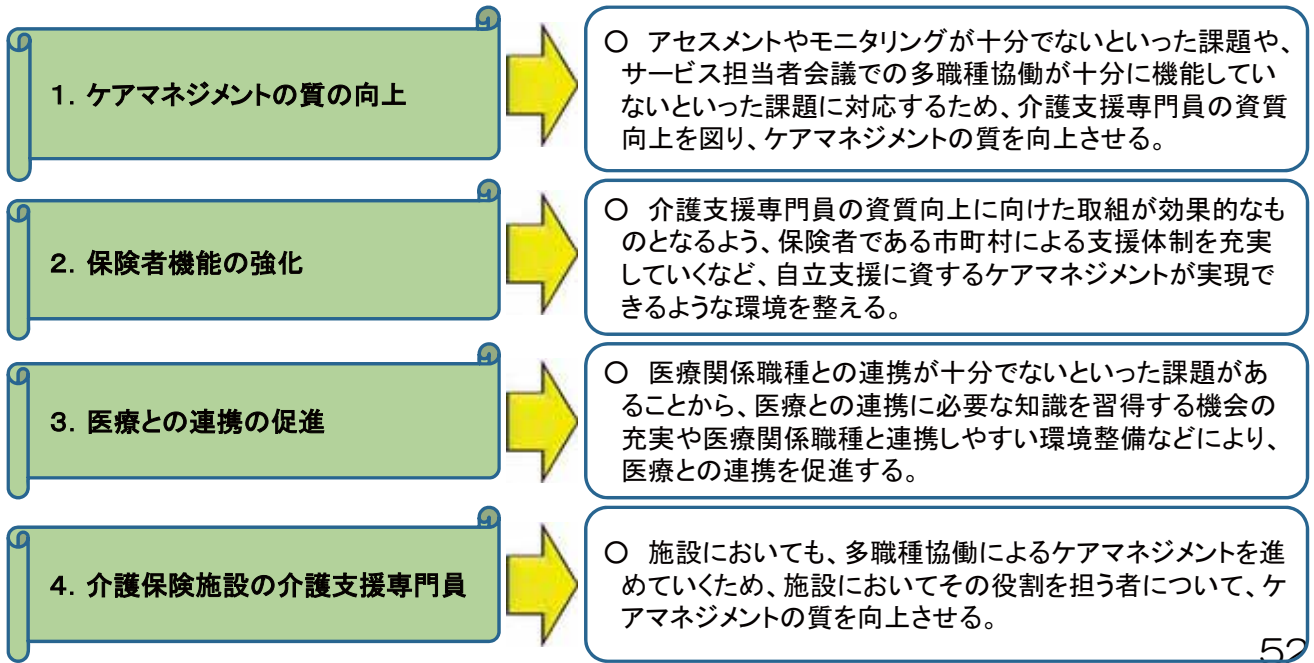
- ・ 相談員に対して介護支援専門員等の資格取得を推進

今後、制度的な見直しに係るものについては介護保険部会、報酬改定に係るものについては給付費分科会で議論を進める

51

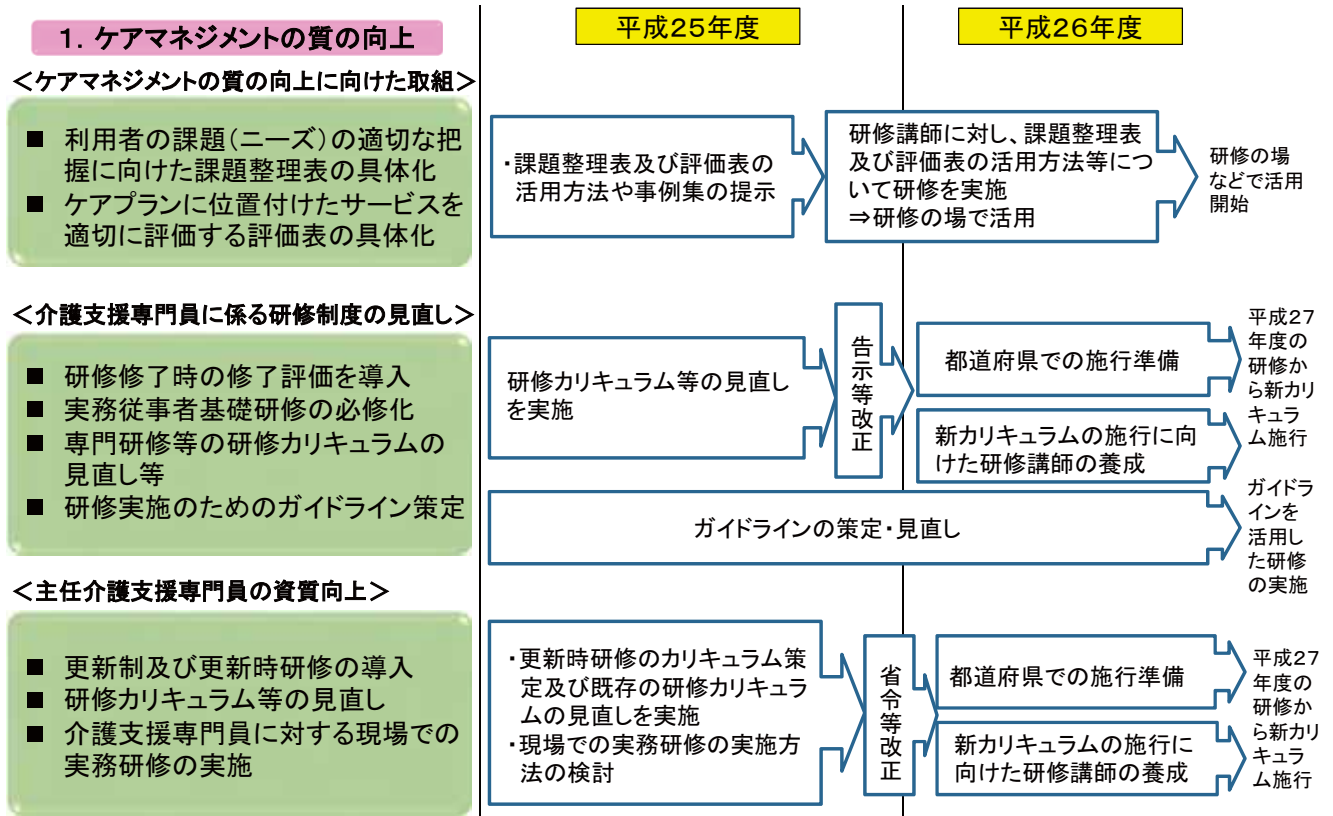
## 検討会における議論の中間的な整理のポイント

○ 介護支援専門員自身の資質向上と自立支援に資するケアマネジメントのための環境整備を図ることにより、ケアマネジメントの機能強化を図る。



52

## 介護支援専門員に関する制度見直しについて①



53

## 介護支援専門員に関する制度見直しについて②

### <実務研修受講試験に係る見直し>

- 原則、国家資格保有者に受験要件を限定
- 試験における解答免除の廃止

### 2. 保険者機能の強化等

#### <保険者機能の強化に向けた取組>

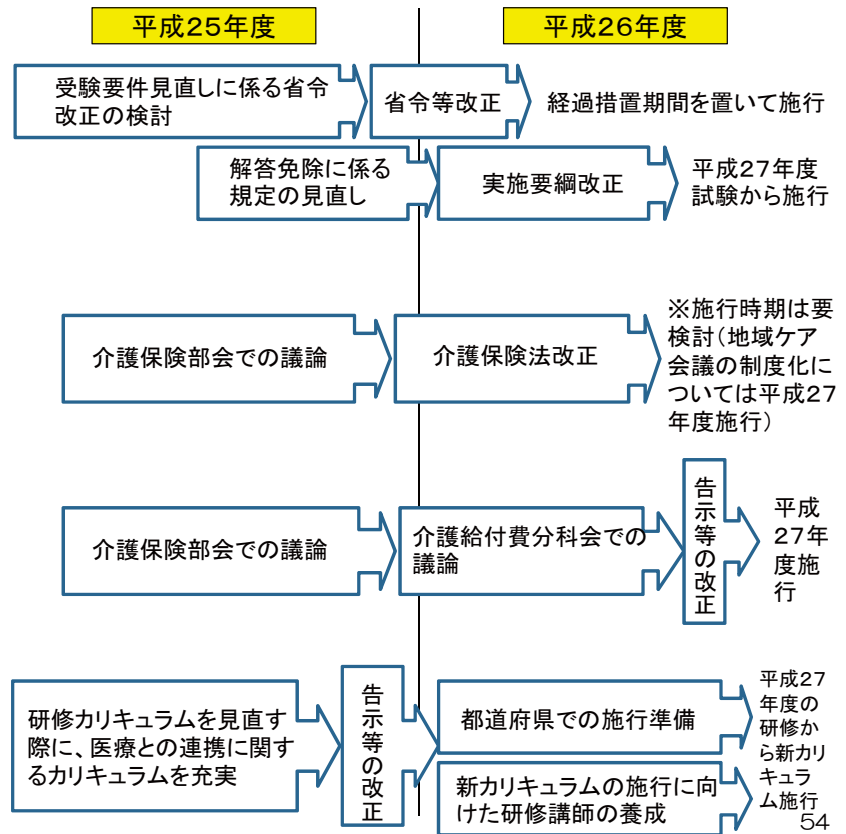
- 居宅介護支援事業者の指定権限の委譲
- 地域ケア会議の制度化

#### <ケアマネジメントの評価の見直し>

- 給付管理が発生しない場合のケアマネジメントの評価
- 福祉用具貸与のみのケースについてケアマネジメントの効率化

### 3. 医療との連携に向けた取組

- 医療との連携に関する研修カリキュラムの充実

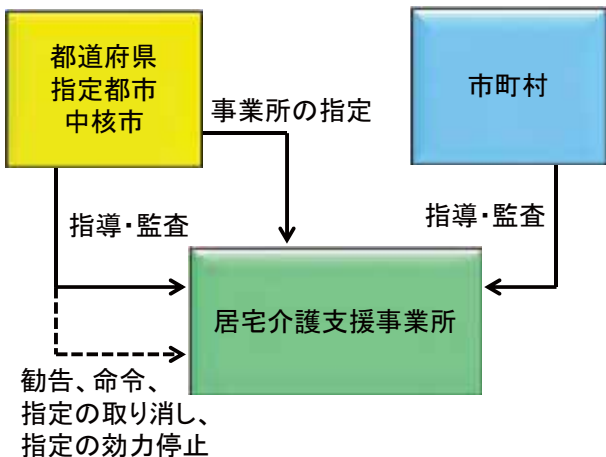


## 居宅介護支援事業者の指定権限の委譲について（案）（法律改正）

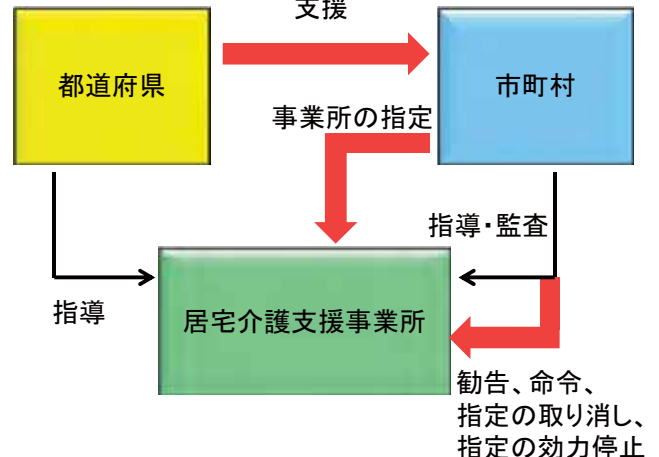
○ 現在、居宅介護支援事業者の指定は、事業所からの申請により、都道府県が行うこととなっているが、指定都市・中核市以外の市町村にも指定権限を委譲してはどうか。

- ※ 大都市等の特例により、指定都市及び中核市については、居宅介護支援事業者の指定権限が委譲されている。
- ※ 事業者の指導・監査については、現行制度においても保険者である市町村においても実施することが可能となっている（勧告や命令といった権限は有していない）。

### <現行>



### <改正案>





## 居宅介護支援事業者の指定権限に関する指摘等

### 介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理（平成25年1月7日）

#### ○居宅介護支援事業者の指定等のあり方

居宅介護支援事業者の指定は、都道府県によって居宅介護支援を行う事業所ごとに行われているが、地域ケア会議の強化等、市町村による介護支援専門員の支援を充実していくに当たり、居宅介護支援事業者に対する市町村の関わりを強めていくことも重要である。

そこで、保険者機能の強化の一環として、居宅介護支援事業者の指定を市町村が行うことができるよう、見直しを検討すべきである。この場合、町村をはじめとした体制面での課題などを考慮し、都道府県等との役割分担や連携の在り方を検討すべきである。

### 地域主権戦略大綱（平成22年6月22日閣議決定）

#### ○基礎自治体への権限移譲

都道府県と市町村の間の事務配分を「補完性の原則」に基づいて見直しを行い、可能な限り多くの行政事務を住民に最も身近な基礎自治体が広く担うこととする。

※ 今後、権限委譲を行う事務として、必要な法制上その他の措置を講じることとされているものの中に、指定居宅サービス事業者等の指定等（介護保険法第41条第1項等）があげられている。

## 介護支援専門員実務研修受講試験の受験要件の見直し（案）（省令、通知改正）

**現行** 受験対象者は、下記の1、2、3の実務経験を単独で、または通算して5年あるいは10年の期間が必要

#### 1. 法定資格

保健・医療・福祉に関する以下の法定資格に基づく業務に従事した期間が5年以上

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士

#### 2. 相談援助業務

介護老人福祉施設や障害者支援施設等において、要介護者等の日常生活の自立に関する相談援助業務に従事した期間が5年以上

#### 3. 介護等業務

介護保険施設や障害者支援施設等において、要介護者等の介護等の業務に従事した期間が、  
①社会福祉主事任用資格や訪問介護2級研修修了者であれば5年以上  
②それ以外であれば10年以上

### 見直し後

受験対象者は、法定資格保有者、または生活相談員等で、必要な実務経験が5年以上ある者とする

#### 1. 法定資格保有者

法定資格

①②③の期間が通算して5年以上

①保健・医療・福祉に関する以下の法定資格に基づく業務に従事した期間

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士

②介護老人福祉施設や障害者支援施設等において、要介護者等の日常生活の自立に関する相談援助業務に従事した期間

③介護保険施設や障害者支援施設等において、要介護者等の介護等の業務に従事した期間

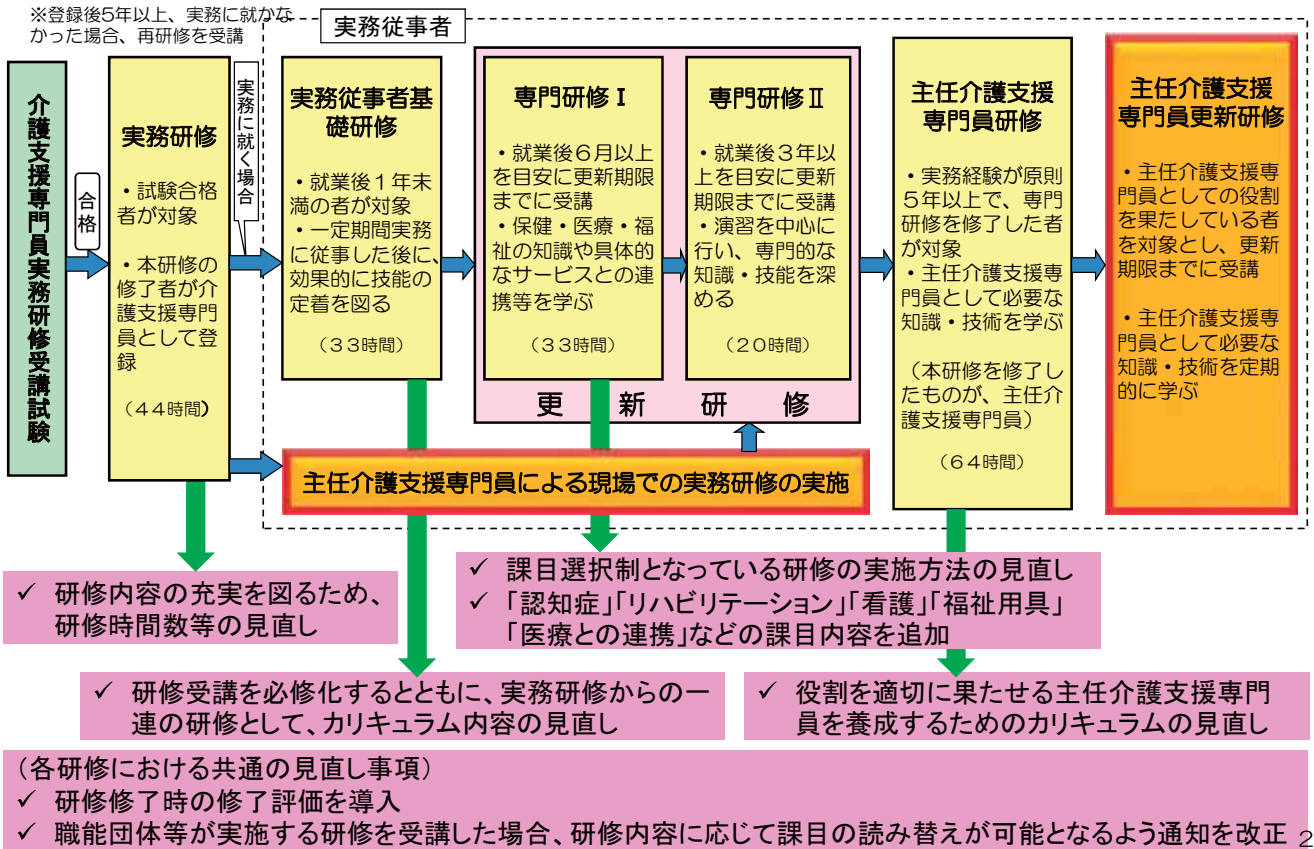
#### 2. 生活相談員・支援相談員・相談支援専門員

① 介護老人福祉施設等において、生活相談員または支援相談員として、要介護者等の日常生活の自立に関する相談援助業務に従事した期間が5年以上

② 相談支援専門員である者が、要介護者等の日常生活の自立に関する相談援助業務等に従事した期間が5年以上

# 介護支援専門員の研修制度の見直し（案）（省令、告示、通知改正）

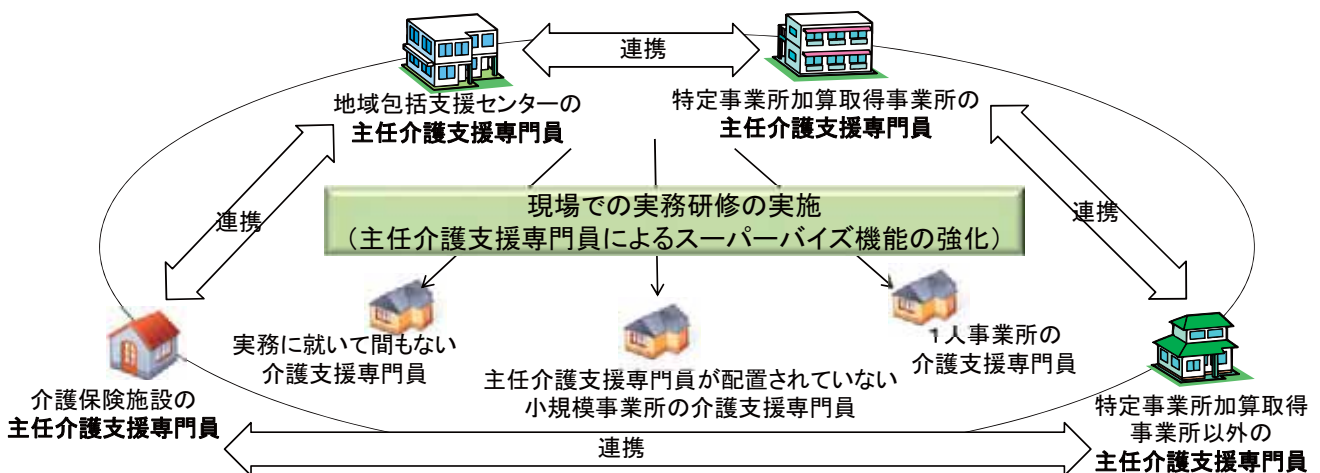
※登録後5年以上、実務に就かなかった場合、再研修を受講



## 主任介護支援専門員による現場での実務研修等の実施（案）（省令改正）

現在、主任介護支援専門員が配置されることとなっているのは、①地域包括支援センター、②特定事業所加算を取得している居宅介護支援事業所であるが、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員役割については明確でない。

⇒ 主任介護支援専門員に更新制を導入し、更新時に研修を実施することで主任介護支援専門員の資質向上を図るとともに、地域の介護支援専門員に対する現場での実務研修の実施や介護支援専門員のネットワークの構築といった役割を担うこととする。



主任介護支援専門員が連携することにより、地域の介護支援専門員のネットワークの構築、地域包括ケアシステム実現に必要な情報の収集・発信、インフォーマルサービス等の質・量の確保といったことに取り組む

## 6. 訪問看護について

### 現状・課題

- 訪問看護のサービス内容は、医療処置等、療養上の世話（整容・更衣、清潔保持等）を行っているが、近年、医療ニーズの高い利用者数が増加している。
- 訪問看護の利用者数、訪問看護ステーション数ともに増加傾向にある（ステーション数については近年の増加が著しい）。
- 訪問看護ステーションの就業者は、看護職員の就業場所別にみると全看護職員の2%（約3万人）である。
- 訪問看護ステーションの1事業所あたりの看護職員数は4.7人で、規模が大きいほどサービス内容は在宅における看取りに対応でき、収支の状況が黒字の傾向にある。

### 社会保障制度改革国民会議 報告書(抄)

- 2 医療・介護サービスの提供体制改革  
 (4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。

4

## 訪問看護の仕組み

### 「訪問看護」とは

- 居宅において、看護師等（保健師・看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）により行われる療養上の世話又は診療の補助（医師の指示が必要）

### 「訪問看護ステーション」とは

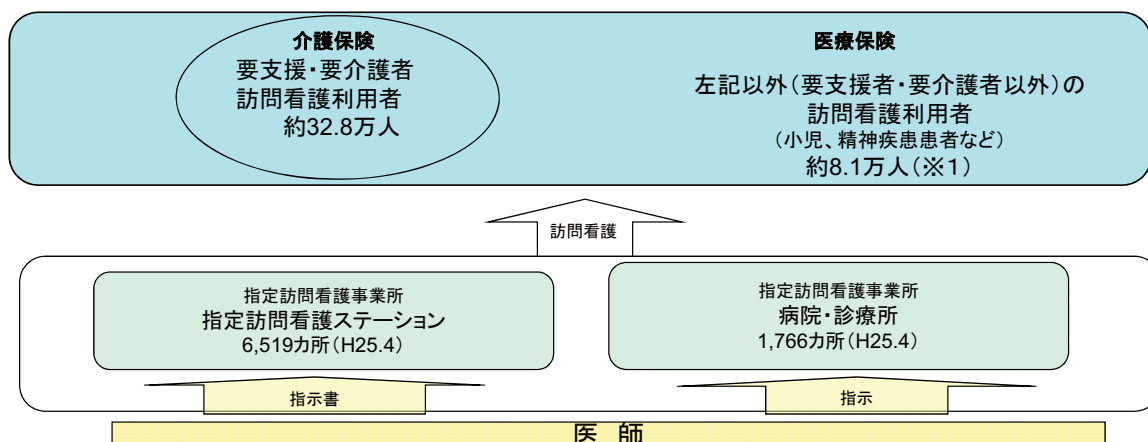
- 訪問看護を行う事業所であり、医療法上の届出や許可は不要、名称利用についての規定はない
- 公的保険を適用する場合は介護保険法又は健康保険法上の指定（指定訪問看護ステーションの事業所指定）が必要であり、その場合には、人員及び運営等の基準に基づきサービスが提供される。

### 【指定訪問看護ステーションの要件】

- ・人員配置基準：看護職員（保健師・看護師・准看護師）は常勤換算で2.5人以上
- ・管理者：常勤・専従の保健師又は看護師1名
- ・設備・備品：必要な広さを有する事務室、指定訪問看護に必要な備品

### 【訪問看護の対象者】

- ・介護保険法：居宅要支援、要介護者
- ・健康保険法：上記以外の者で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ある患者



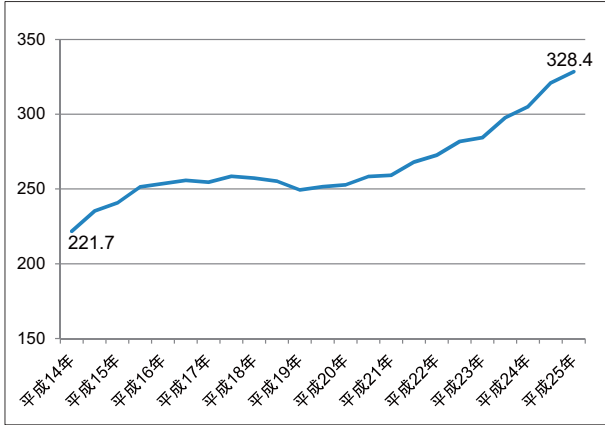
(※1) 平成23年介護サービス施設・事業所調査（病院・診療所からの訪問看護利用者数は含まない）

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（平成25年4月審査分）

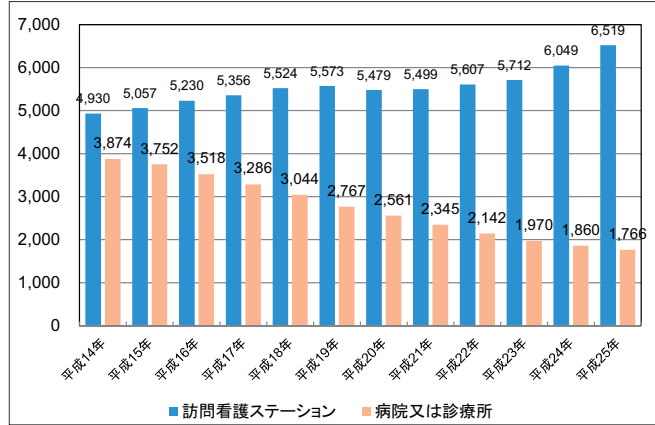
## 訪問看護サービスの状況①(利用者数及び事業所数の推移)

- 訪問看護(予防含む)の利用者数は約328.4千人、訪問看護ステーション数は6,519ヶ所(平成25年4月審査分)。ともに増加傾向にあり、ステーション数については近年の増加が著しい。
- 訪問看護利用者の半数以上は、要介護3以上の中重度者である。

【訪問看護利用者数の年次推移(千人)】



【訪問看護事業所数の年次推移】



出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年4月審査分)

- 訪問看護利用者数(千人)

総数※	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
328.4	10.3	23.2	51.7	67.9	51.7	55.4	68.2
(%)	(3.1%)	(7.1%)	(15.7%)	(20.7%)	(15.7%)	(16.9%)	(20.8%)

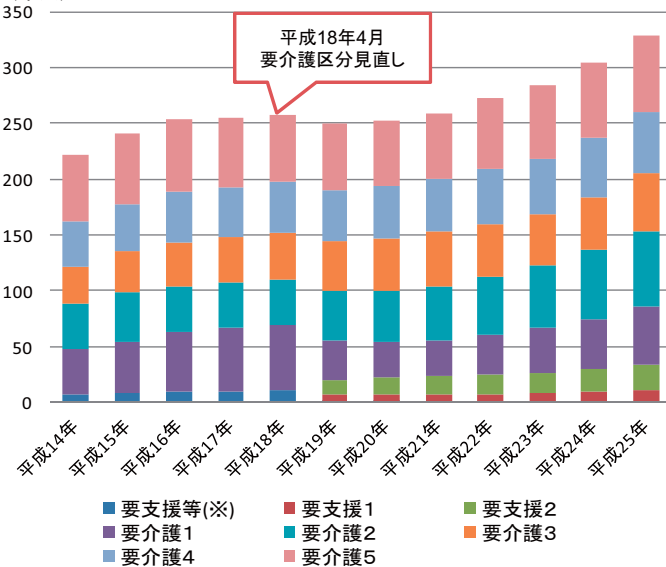
※総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者、月の途中で要介護から要支援に変更となった者及び平成21年2月サービス提供分以前の経過的要介護の者を含む。

出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成25年4月審査分)

## 訪問看護サービスの状況②(要介護度別利用者数及び訪問回数)

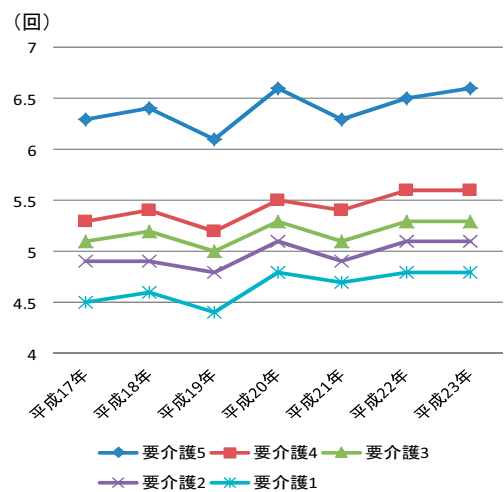
- 訪問看護の要介護度別利用者数は、平成20年以降、要介護1及び要介護2の利用者の増加が著しい。
- 訪問看護の要介護度別利用回数は、要介護度が重度になるほど回数が増え、要介護5では月6.6回である。

【訪問看護ステーションの要介護度別にみた利用者数の推移】(千人)



出典:介護給付費実態調査月報 各年4月審査分

【訪問看護ステーションの要介護度別にみた利用者1人当たり訪問回数の推移】



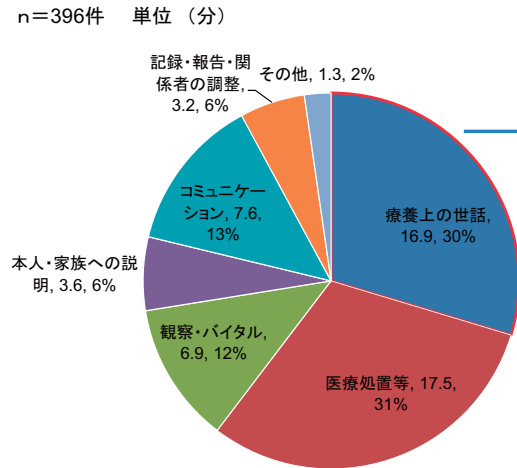
出典:介護サービス施設・事業所調査(各年9月)

(※)平成18年までは「要支援」を、平成19年及び平成20年においては「経過的要介護」を指す。

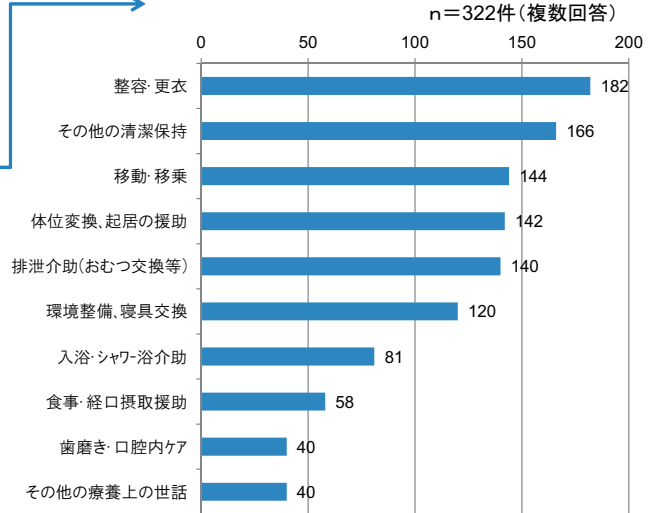
## 訪問看護サービスの状況③(実施サービス内容)

- 訪問1回あたりの平均業務時間は、医療処置等が31%(17.5分)、療養上の世話が30%(16.9分)である。
- 療養上の世話では、整容・更衣、清潔保持などが多い。

### 【訪問1回あたりの平均業務時間】



### 【療養上の世話の内容】



出典:平成22年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金24時間訪問看護サービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書  
社団法人全国訪問看護事業協会、平成23年3月

## 訪問看護サービスの状況④(介護保険における医療処置)

- 医療処置にかかる看護内容が必要な利用者数は増加している。
- 個々の医療処置については、必要な利用者数が増加し、医療ニーズの高い利用者が増加していると考えられる。

	平成13年		平成19年		平成22年	
	利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合
<b>総数</b>	<b>180,696</b>		<b>229,203</b>		<b>243,933</b>	
9月中の医療処置にかかる看護内容	121,755	67.4%	152,338	66.5%	161,355	66.1%
気道内吸引	10,849	6.0%	10,944	4.8%	11,767	4.8%
喀痰および気道内吸引・吸入						
じょく瘡の予防			41,014	17.9%	59,405	24.4%
じょく瘡の処置	34,171	18.9%	19,356	8.4%	18,139	7.4%
重度のじょく瘡の処置・管理					1,538	0.6%
じょく瘡以外の創傷部の処置	19,834	11.0%	20,560	9.0%	16,784	6.9%
中心静脈栄養の実施・管理			989	0.4%	1,199	0.5%
経管栄養の実施・管理	4,573	2.5%	7,003	3.1%	7,350	3.0%
胃瘻の管理			16,190	7.1%	18,279	7.5%
人工肛門・人工膀胱の管理	8,440	4.7%	5,271	2.3%	6,446	2.6%
注射の実施			4,283	1.9%	4,218	1.7%
点滴の実施・管理	6,943	3.8%	7,420	3.2%	7,646	3.1%
がんの在宅(緩和)ケア	1,257	0.7%				
ターミナルケア	1,259	0.7%	1,662	0.7%	1,629	0.7%
がん化学療法の管理			390	0.2%	511	0.2%
薬物を用いた疼痛管理			2,678	1.2%	2,426	1.0%
在宅酸素療法の指導・援助	8,469	4.7%	11,652	5.1%	12,326	5.1%
膀胱留置カテーテルの交換・管理	13,856	7.7%	16,435	7.2%	16,848	6.9%
気管カニューレの交換・管理	2,349	1.3%	2,253	1.0%	1,994	0.8%
緊急時の対応	12,337	6.8%	20,149	8.8%	20,273	8.3%
服薬管理・点眼等の実施	67,455	37.3%	74,078	32.3%	79,490	32.6%
洗腸・摘便	29,168	16.1%	40,058	17.5%	42,161	17.3%
在宅透析の指導・援助	135	0.07%			707	0.3%
検査補助(採血・採尿・血糖値測定等)	13,849	7.7%				
感染症予防・処置	11,995	6.6%				
自己導尿の指導・管理					1,786	0.7%
ドレーンチューブの管理					1,622	0.7%
その他	9,375	5.2%	23,337	10.2%	23,429	9.6%

各年9月中の看護内容別訪問看護ステーションの利用者数(複数回答)。年次によって設問が一部異なるため「-」で表記している。  
出典:厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成13年、平成19年、平成22年)

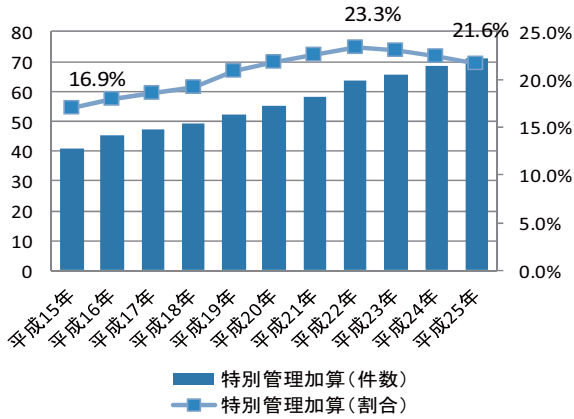


## 訪問看護サービスの状況⑤(特別管理加算・ターミナルケア加算)

○ 特別管理加算やターミナルケア加算の算定件数は増加している(利用者に占める算定割合は横ばいである)。

【特別管理加算(注1)の算定件数及び訪問看護利用者に占める特別管理加算算定割合の推移】

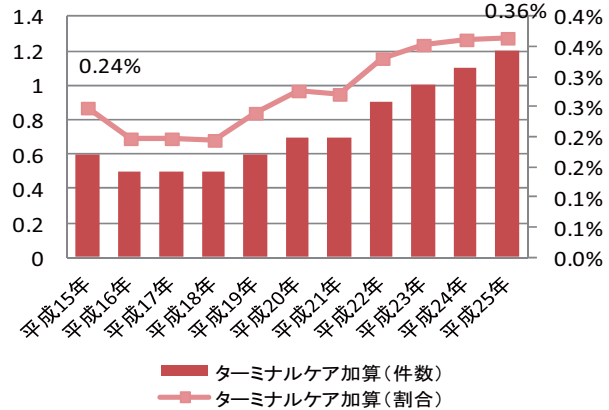
(件数:千回)



(注1) 特別管理加算とは、特別な管理を必要とする利用者(気管カニューレ、留置カテーテル、在宅血液透析、人工肛門を使用している状態の利用者など告示で定める状態にある者)に対し、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に評価。

【ターミナルケア加算(注2)の算定件数及び訪問看護利用者に占めるターミナルケア加算算定割合の推移】

(件数:千回)



(注2) ターミナルケア加算とは、在宅で死亡した利用者(告示で定める状態にある者に限る。)に対し、死亡日及び死亡前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合に評価。

## 訪問看護サービスの状況⑥(訪問看護ステーション就業者数)

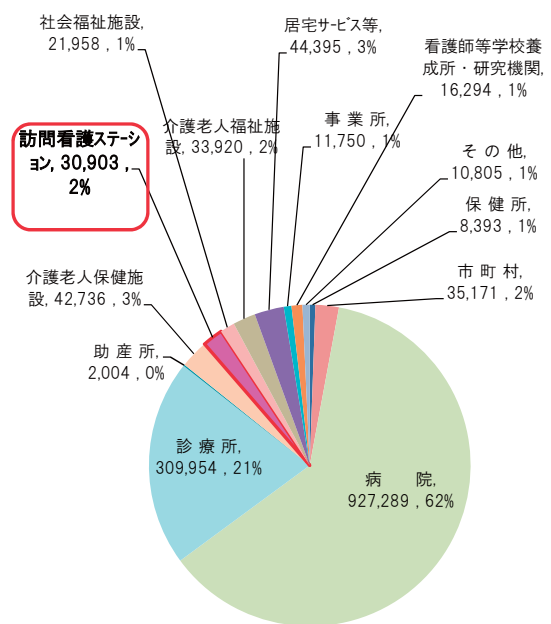
- 訪問看護ステーションに就業している看護職員は約3万人である(平成23年)。
- 看護職員の就業場所別にみると、訪問看護ステーション就業者は全看護職員の2%である。

看護職員就業者数(年次別、就業場所別)

(単位:人)

年次	数	保健所	市町村	病 院	診療所	助産所	介護老人保健施設	訪問看護ステーション	社会福祉施設	介護老人福祉施設	居宅サービス等	事業所	看護師等学校養成所・研究機関	その他
18年	1,333,045	8,534	32,702	831,921	290,929	1,646	35,963	27,307	15,641	25,505	33,923	7,613	13,637	7,724
19年	1,370,264	8,381	33,311	851,912	297,040	1,636	37,995	28,494	16,354	27,348	37,895	8,294	13,859	7,945
20年	1,397,333	8,108	33,480	869,648	299,468	1,742	38,741	27,662	18,541	28,806	35,826	10,857	14,792	9,662
21年	1,433,772	7,932	34,393	892,003	304,247	1,720	39,796	28,082	19,502	30,179	38,866	11,411	15,228	10,413
22年	1,470,421	8,502	34,723	911,400	309,296	1,926	41,367	30,301	20,590	32,231	42,946	11,251	15,943	9,945
23年	1,495,572	8,393	35,171	927,289	309,954	2,004	42,736	30,903	21,958	33,920	44,395	11,750	16,294	10,805

【看護職員就業場所別の就業者数(平成23年)】

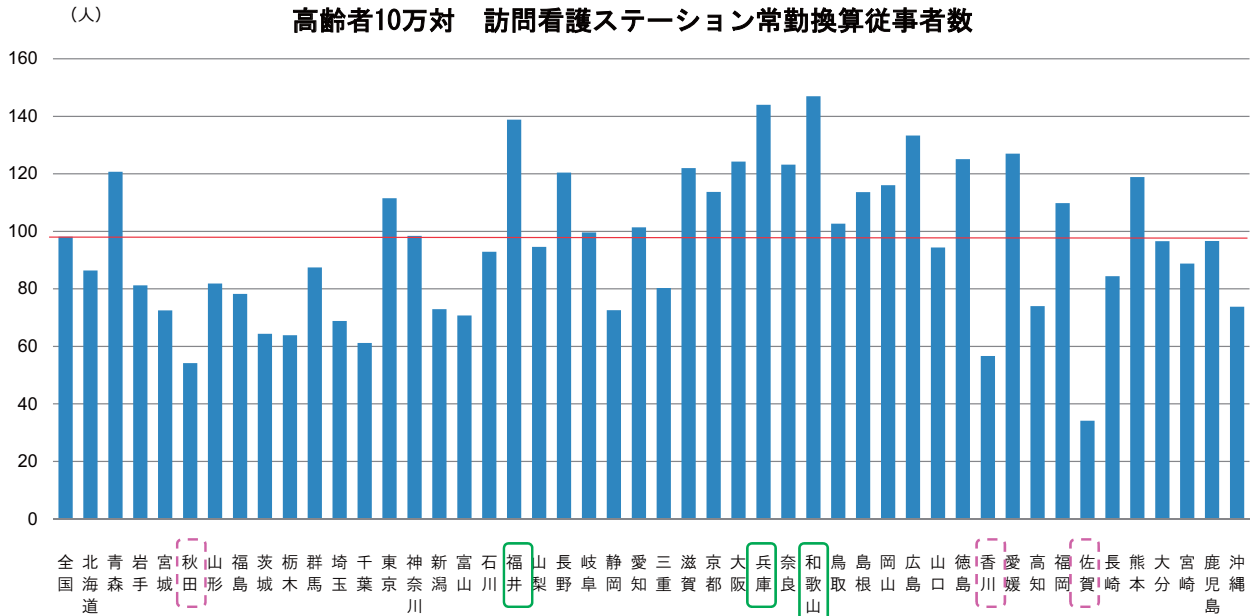


厚生労働省政策局看護課調べ

## 訪問看護サービスの状況⑦(都道府県別常勤換算従事者数)

- 65才以上高齢者10万対の訪問看護ステーション常勤換算従事者数(※)は全国平均で98.1人であり、都道府県によって最大約4倍の差がある。
- 最多は和歌山県の147.0人、次いで兵庫県144.0人、福井県138.9人。
- 最少は佐賀県で34.2人、次いで秋田県54.2人、香川県56.7人。

※訪問看護ステーションにおける、看護師(保健師及び助産師を含む)、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士



出典:厚生労働省「平成23年度介護サービス施設・事業所調査」

## 第七次看護職員需給見通し

- 需給見通しに基づいた看護職員の確保を図るため、看護職員確保に資する基本的資料として、平成23年から平成27年までの5年間の看護職員需給見通しを平成22年12月に策定。
- 看護職員需給見通しを着実に実施していくため、「定着促進」、「再就業支援」、「養成促進」などの看護職員確保等について一層の推進を図ることが必要不可欠。

(単位:人、常勤換算)

区分	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
需要見通し	1,404,300	1,430,900	1,454,800	1,477,700	1,500,900
① 病院	899,800	919,500	936,600	951,500	965,700
② 診療所	232,000	234,500	237,000	239,400	242,200
③ 助産所	2,300	2,300	2,400	2,400	2,400
④ 訪問看護ステーション	28,400	29,700	30,900	32,000	33,200
⑤ 介護保険関係	153,300	155,100	157,300	160,900	164,700
⑥ 社会福祉施設、在宅サービス(⑤を除く)	19,700	20,400	20,900	21,500	22,100
⑦ 看護師等 学校養成所	17,600	17,700	17,700	17,800	17,900
⑧ 保健所・市町村	37,500	37,600	37,800	38,000	38,200
⑨ 事業所、研究機関等	13,800	14,000	14,100	14,300	14,500
供給見通し	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300	1,486,000
① 年当初就業者数	1,320,500	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300
② 新卒就業者数	49,400	50,500	51,300	52,400	52,700
③ 再就業者数	123,000	126,400	129,600	133,400	137,100
④ 退職等による減少数	144,600	145,900	147,900	149,900	152,100
需要見通しと供給見通しの差	56,000	51,500	42,400	29,500	14,900
(供給見通し/需要見通し)	96.0%	96.4%	97.1%	98.0%	99.0%

注) 四捨五入のため、各項目の数値の合計等は一致しない。

# 第5期介護保険事業計画におけるサービス量の見込み等について(確定値)

2011年度(実績)※1      2014年度 サービス量見込み(確定値)※2      (参考)2015年度 改革シナリオ※3      (参考)2025年度 改革シナリオ※3

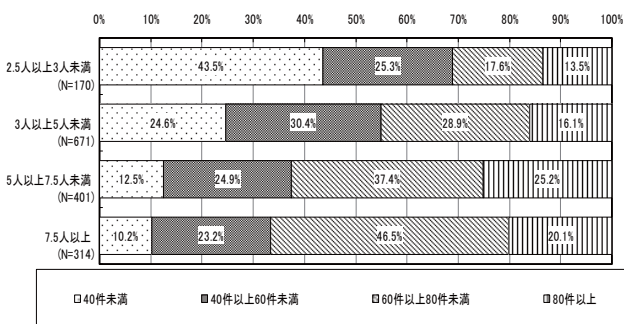
サービス種別	2011年度(実績)※1	2014年度 サービス量見込み(確定値)※2	(参考)2015年度 改革シナリオ※3	(参考)2025年度 改革シナリオ※3
<b>在宅介護</b>	314 万人/日	348 万人/日 (11%増)	361 万人/日 (15%増)	463 万人/日 (47%増)
うちホームヘルプ	130 万人/日	148 万人/日 (14%増)	- 万人/日 -	- 万人/日 -
うちデイサービス	205 万人/日	234 万人/日 (14%増)	- 万人/日 -	- 万人/日 -
うちショートステイ	38 万人/日	43 万人/日 (13%増)	- 万人/日 -	- 万人/日 -
うち訪問看護	30 万人/日	34 万人/日 (13%増)	37 万人/日 (23%増)	51 万人/日 (70%増)
うち小規模多機能	6 万人/日	9 万人/日 (50%増)	10 万人/日 (67%増)	40 万人/日 (567%増)
うち定期巡回・随時対応型サービス	- 万人/日	2 万人/日 -	1 万人/日 -	15 万人/日 -
うち複合型サービス	- 万人/日	1 万人/日 -	- 万人/日 -	- 万人/日 -
<b>居住系サービス</b>	32 万人/日	41 万人/日 (28%増)	38 万人/日 (19%増)	62 万人/日 (94%増)
特定施設	16 万人/日	21 万人/日 (31%増)	18 万人/日 (13%増)	24 万人/日 (50%増)
認知症高齢者グループホーム	16 万人/日	20 万人/日 (25%増)	20 万人/日 (25%増)	37 万人/日 (131%増)
<b>介護施設</b>	89 万人/日	99 万人/日 (11%増)	106 万人/日 (19%増)	133 万人/日 (49%増)
特養	47 万人/日	56 万人/日 (19%増)	57 万人/日 (21%増)	73 万人/日 (55%増)
老健(+介護療養)	42 万人/日	43 万人/日 (2%増)	49 万人/日 (17%増)	60 万人/日 (43%増)

※1)2011年度の数値は介護給付費実態調査月報(平成23年11月審査分)による数値であり、福祉用具販売(予防含む。)及び住宅改修(予防含む。)の数値は未計上。  
 なお、ホームヘルプは訪問介護(予防含む。)、夜間対応型訪問介護の合計値。デイサービスは通所介護(予防含む。)、通所リハ(予防含む。)、認知症対応型通所介護(予防含む。)の合計値。ショートステイは、短期入所生活介護(予防含む。)、短期入所療養介護(予防含む。)の合計値。  
 ※2)2014年度の数値は、第5期介護保険事業計画の最終年度における介護サービス量の見込みについて、本年4月18日現在で集計した数値であり、未報告の14保険者の数値は未計上。  
 なお、在宅介護の総数については、便宜上、2009年度の実績率を用いて算出した推計値。また、在宅介護の再掲サービスについては、年間延べ人数(月単位)を12で除した算出した推計値。  
 ※3)2025年度の数値は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」(平成24年3月)による(2015年度も左記と同様の方法で算出したもの)。

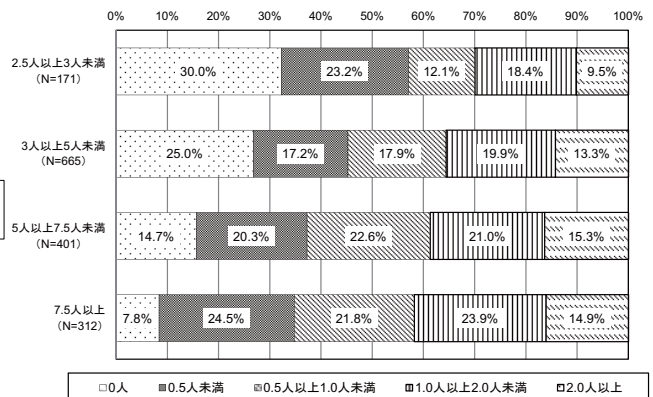
## 訪問看護サービスの状況⑧(事業所規模毎のサービス提供状況等)

○ 事業所の規模が大きくなるほど、看護師1人あたりの訪問件数・在宅における看取り件数、夜間・深夜・早朝訪問件数が多い。

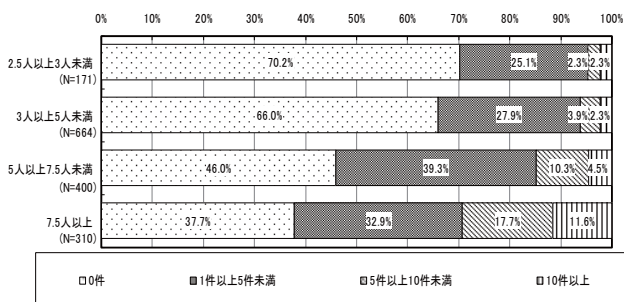
【①訪問看護ステーション規模別 看護職員1人当たり訪問件数/月】



【②訪問看護ステーション規模別 看護職員1人あたり在宅看取り数/年】



【③訪問看護ステーション規模別 夜間・深夜・早朝訪問件数/月】

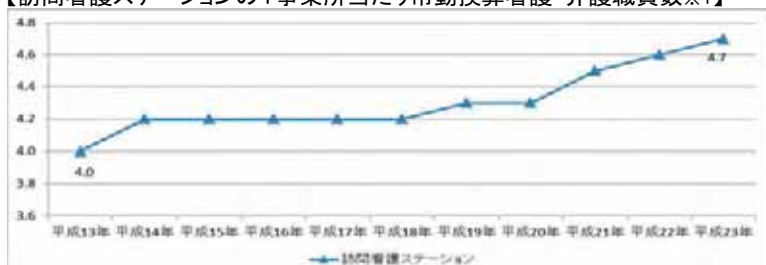


出典: ①～③平成20年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」(社)日本看護協会

## 訪問看護サービスの状況⑨(事業所規模)

- 訪問看護ステーションの1事業所当たりの従事者数は近年微増傾向で、1事業所当たりの常勤換算看護・介護職員数※1は4.7人である。
- 常勤換算看護職員数※2が5人未満の訪問看護ステーションは全体の約70%で、事業所の規模が大きくなるほど収支の状況が黒字になる傾向がある。

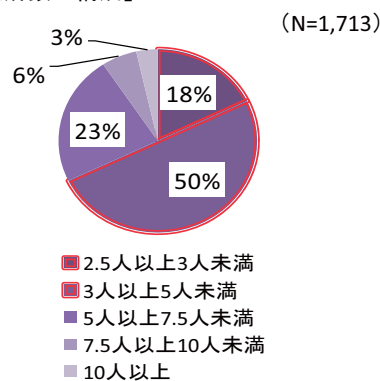
【訪問看護ステーションの1事業所当たり常勤換算看護・介護職員数※1】



※1 保健師、助産師、看護師、准看護師、介護職員

出典:介護サービス施設・事業所調査

【常勤換算看護職員数※2の規模別にみた事業所数の構成】 ※2 看護師、准看護師



【看護職員数の規模別にみた収支の状況】 (N=880)



出典:平成20年度 厚生労働省老人保健事業推進費補助金、訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業研究報告書、社団法人日本看護協会、平成21年3月

## 訪問看護に関する論点

- 今後、訪問看護職員の需要が増大し確保が困難との指摘もあることから、安定的な看護サービスの提供体制を確保するため、訪問看護サービスや複合型サービス等に従事する看護職員を確保する新たな施策の展開が必要ではないか。
  - ・ 訪問看護の普及啓発による新卒看護師等の就職支援、ICTを活用した情報共有や業務の効率化による現職訪問看護職員の定着支援等
  - ・ 訪問看護ステーションにおいて、そのサービスの向上に資する職員研修の充実を図るため、地域における困難事例の共有や解決に向けた技術支援や訪問看護職員育成のための実地研修機能を持ち、小規模な訪問看護ステーションを支援する等の機能を持つ拠点としての訪問看護ステーションの整備等
- 都道府県が地域の実情を踏まえた訪問看護職員の確保計画を策定し、その内容を介護保険事業支援計画に盛り込む等の対策が必要ではないか。



## 7. 定期巡回・随時対応サービスについて

### 現 状

#### 【実施状況】

- 平成25年5月末日現在、150保険者で292の事業所が指定を受け、2,885人が利用しており、徐々に普及が進んでいる。  
※社会保障・税一体改革の将来推計では、平成37年度（2025年度）に15万人分のサービス確保を前提として推計。  
※市町村の第5期介護保険事業計画では、平成26年度に329保険者で1.7万人分のサービス確保を想定。
- 大都市だけではなく、地方の小規模な市町村でも事業所が立ち上がっている。
- 事業者の法人種別は、営利法人が半数を占めている。
- 業務の一部を他の訪問介護事業所等に委託している事業所もある。

#### 【サービス提供状況】

- 平均要介護度は2.7、1人当たりの訪問回数は1日3.0回となっており、訪問介護（平均要介護度1.9、訪問回数0.7回）と比較すると、要介護度の高い高齢者の在宅生活を支える役割を担っている。
- 世帯の状況では、独居又は高齢者のみの世帯が73.1%となっている。
- 認知症の利用者が多く、認知症自立度Ⅱ以上の利用者が、70.3%となっている。
- 軽度の高齢者に対しても、生活リズムに合わせた訪問による食事の提供や服薬確認等を行うことにより、生活が安定するという効果が認められている。
- 頻回の複数訪問で、要介護者の生活全体を見るサービスとなっている。
- サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅の居住者に対して事業を実施している事業所とそれ以外の事業所とでは、訪問回数やコール件数等について大きな差がある。

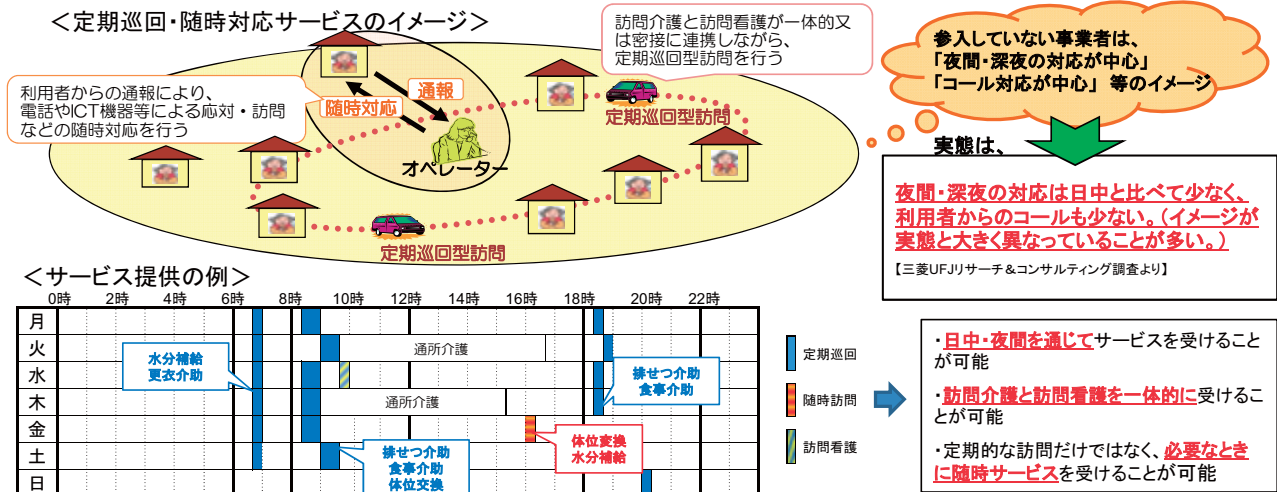
#### 【事業所の意識】

- 定期巡回・随時対応サービスに未参入の事業者については、「夜間、深夜の対応が中心」「利用者からのコール対応が中心」「訪問時間が短くなることで利用者の生活実態が把握しにくい」等の認識があるが、参入済みの事業者とは大きく認識が異なっており、参入上の課題の1つとなっていると考えられる。
- 既に定期巡回・随時対応サービスに参入している事業所であっても、訪問看護事業所との連携やケアマネジャーへの理解について、課題であると認識しているところが多く、こちらも参入上の課題の1つとなっていると考えられる。



## 24時間対応の定期巡回・随時対応サービスについて

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足**していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して**医療と介護との連携が不足**しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**」を創設(2012年4月)。



### <サービス提供の例>

	0時	2時	4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時
月												
火												
水												
木												
金												
土												
日												

水分補給  
更衣介助

通所介護

排せつ介助  
食事介助

体位変換  
水分補給

排せつ介助  
食事介助  
体位交換

定期巡回

随時訪問

訪問看護

### <参考>

#### 1. 第5期介護保険事業計画での実施見込み

平成24年度	平成25年度	平成26年度
189保険者 (0.6万人/日)	283保険者 (1.2万人/日)	329保険者 (1.7万人/日)

#### 2. 社会保障・税の一体改革での今後の利用見込み

平成27年度	平成37年度
1万人/日	15万人/日

## 定期巡回・随時対応サービスの実施状況①

(平成25年5月末現在 振興課調べ)

### ①実施保険者数及び事業所数

実施保険者数及び事業所数	150保険者	292事業所
--------------	--------	--------

### ②実施事業者の法人種別

法人種別	事業所数	割合
営利法人	141	48.3%
社会福祉法人	88	30.1%
医療法人	41	14.0%
特定非営利活動法人	11	3.8%
協同組合	6	2.1%
社団法人	2	0.7%
財団法人	3	1.0%
合計	292	100.0%

### ③実施形態別事業所数

実施形態	事業所数	割合
一体型	93	31.8%
連携型	200	68.5%

※一体型と連携型の両方を実施している事業所があるため、事業所数の合計が②と一致しない。

### ④利用者数

利用者数	2,885
------	-------

## 定期巡回・随時対応サービスの実施状況②

### ⑤事業実施自治体一覧（150保険者）

（平成25年5月末現在 振興課調べ）

都道府県名	保険者名	事業所数	都道府県名	保険者名	事業所数	都道府県名	保険者名	事業所数	都道府県名	保険者名	事業所数
北海道	札幌市	17	東京都	中央区	2	山梨県	甲府市	1	兵庫県	たつの市	1
	小樽市	1		港区	3		岐阜市	4		尼崎市	1
	帯広市	1		新宿区	2		大垣市	1		明石市	1
	夕張市	1		墨田区	2		もとす広域連合	1	奈良市	2	
	函館市	3		江東区	3		静岡市	5	大和郡山市	1	
岩手県	盛岡市	1		品川区	1	静岡県	浜松市	3	和歌山県	和歌山市	1
	北上市	1		世田谷区	2		伊東市	1		米子市	5
	奥州市	1		中野区	1		名古屋市	7	鳥取県	鳥取市	1
山形県	山形市	1		杉並区	4	愛知県	北名古屋	1		岡山県	境港市
	鶴岡市	1		豊島区	3		岡崎市	1	岡山市		4
福島県	福島市	4	練馬区	4	稲沢市		1	広島県	広島市	2	
	伊達市	1	足立区	5	清須市		(1)		福山市	4	
	会津若松市	1	江戸川区	2	豊橋市		1		尾道市	(1)	
茨城県	土浦市	1	目黒区	5	西尾市	2	三原市		1		
	鹿嶋市	1	荒川区	1	高浜市	1	三次市		1		
埼玉県	さいたま市	(1)	武蔵野市	1	三重県	津市	1	山口県	下関市	1	
	和光市	3	稲城市	1		津市	1		香川県	坂出市	2
	朝霞市	(2)	小金井市	1	滋賀県	栗東市	1	愛媛県	新居浜市	2	
	志木市	1	調布市	1		草津市	(1)		福岡県	北九州市	1
	久喜市	1	八王子市	1	守山市	2	福岡市	1			
	富代町	(1)	立川市	2	京都市	2	久留米市	3			
	白岡市	(1)	三鷹市	1	福知山市	1	小郡市	1			
	幸手市	(1)	川崎市	7	京都府	向日市	1	佐賀県	唐津市	1	
	杉戸町	(1)	横浜市	18		長岡京市	1		長崎県	長崎市	2
	上尾市	1	小田原市	1		大阪市	4	壱岐市		1	
	大田区	1	平塚市	1	堺市	2	熊本県	熊本市	2		
	春日部市	1	伊勢原市	1(1)	藤井寺市	1		大村市	1		
千葉県	千葉市	2	鎌倉市	1	八尾市	1	熊本市	山鹿市	1		
	船橋市	4	秦野市	(1)	富田林市	(1)		山鹿市	1		
	君津市	1	新潟市	1	松原市	(1)	人吉市	1			
	柏市	2	上越市	4	河内長野市	(1)	大分県	中津市	1		
	習志野市	(1)	長岡市	2	岸和田市	2		豊後大野市	1		
	佐倉市	1	富山県	富山市	2	東大阪市	2	鹿児島県	鹿児島市	9	
	富津市	(1)	石川県	加賀市	1	交野市	(1)		指宿市	1	
市川市	1	津幡町		1	くすのき広域連合	1	鹿屋市		1		
流山市	1	福井県	福井市	3	茨木市	2	沖縄県	うるま市	1		
千代田区	2		坂井地区広域連合	1	大東市	(1)					
板橋区	1	鯖江市	1	兵庫県	神戸市	5					

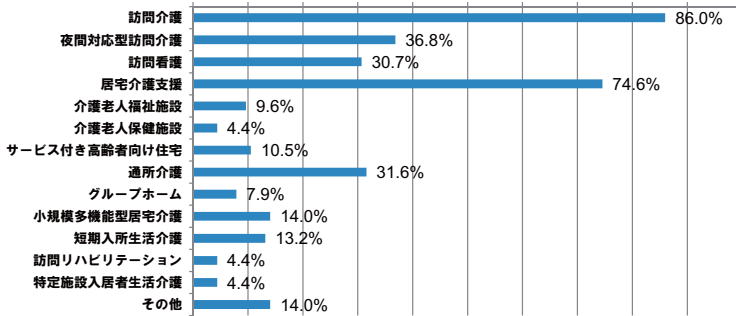
注1) 他の市町村(保険者)に所在する事業所を指定している場合は(1)としている。  
注2) ※は公募指定を行っている保険者。

## 定期巡回・随時対応サービスの実施状況③

（平成24年10月末現在 振興課調べ）

- 事業を実施した104事業所で895名が利用。（1事業所当たり8.6人）
- 利用者のうち、独居又は高齢者のみの世帯が73.1%。

### ①実施事業所の



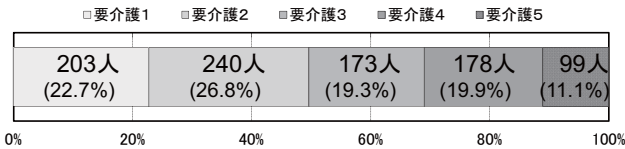
### ②事業の

定期巡回サービスを委託	9事業所
随時訪問サービスを委託	7事業所
オペレーター業務を委託	10事業所

### ③

テレビ電話型	20事業所
その他のケアコール端末	76事業所
利用者の携帯電話など	30事業所
その他	15事業所

### ④ 別の利用者数



平均要介護度 2.7

### 利用者の

独居	465人 (52.0%)
高齢者のみ世帯	189人 (21.1%)

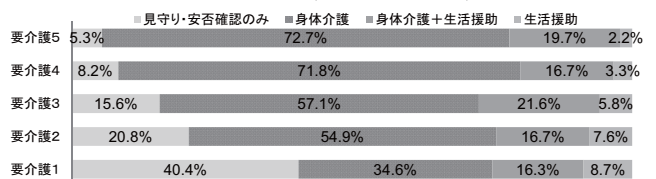
独居・高齢者のみ世帯 73.1%

### ⑤ 自 別の利用者数 ( 者 )

自立	I	II	III	IV	M
96人 (11.5%)	151人 (18.1%)	322人 (38.7%)	200人 (24.0%)	54人 (6.5%)	10人 (1.2%)

II以上 70.3%

### の ( 数 )



## 定期巡回・随時対応サービスの実施状況④

(平成24年10月末現在 振興課調べ)

- 1日あたりの定期巡回訪問回数は1人平均3.0回。
- 1事業所あたりのコール件数は1日平均4.1回。うち訪問を行ったケースは60.5%となっているが、集合住宅に併設している事業所では訪問回数が多くなっていると考えられる。

### ① 1日あたりの定期巡回訪問回数 (1人あたり)

	平均訪問回数
全体	3.0回
要介護1	2.2回
要介護2	2.8回
要介護3	2.9回
要介護4	3.5回
要介護5	4.8回

### ② サービス提供時間別定期巡回訪問回数

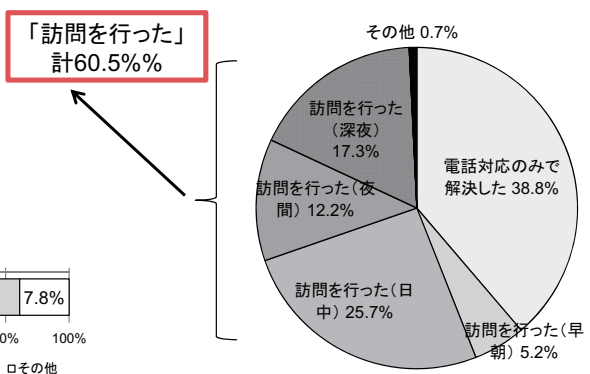
	訪問回数	割合
全体	75,217回	100.0%
20分未満	48,681回	64.7%
20分以上30分未満	13,450回	17.9%
30分以上1時間未満	10,721回	14.3%
1時間以上	2,365回	3.1%

### ③ 時間帯別のコール件数

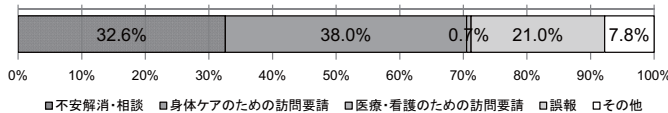
	コール件数	割合
合計	13,349回	100.0%
早朝	1,454回	10.9%
日中	6,024回	45.1%
夜間	2,467回	18.5%
深夜	3,404回	25.5%

1事業所あたりのコール件数(1日)	4.1回
-------------------	------

### ⑤ コールを受けての対応



### ④ コールの内容

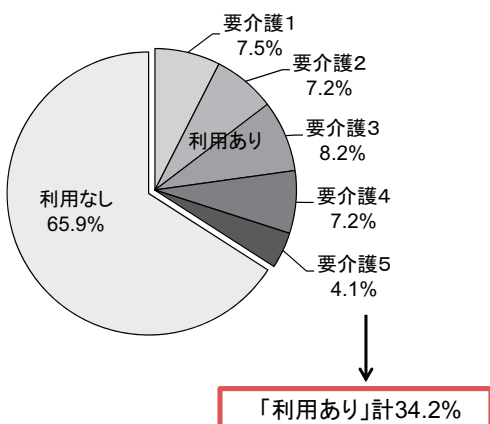


## 定期巡回・随時対応サービスの実施状況⑤

(平成24年10月末現在 振興課調べ)

- 利用者の34.1%が訪問看護を利用している。
- 訪問看護は20分未満の提供が77.5%。
- オペレーターのうち、77.8%は介護福祉士。

### ① 訪問看護利用者の割合



### ② 1月あたりの訪問看護平均利用回数

	平均訪問回数
全体	3.2回
要介護1	2.4回
要介護2	3.0回
要介護3	3.2回
要介護4	3.9回
要介護5	4.4回

### ③ サービス提供時間別訪問看護回数

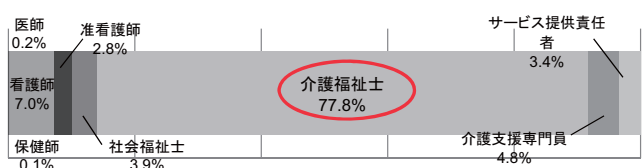
	訪問回数	割合
20分未満	2,470回	77.5%
20分以上30分未満	431回	13.5%
30分以上1時間未満	222回	7.0%
1時間以上	66回	2.1%
全体	3,189回	100.0%
(うち随時訪問)	316回	9.9%

### ④ 人員配置状況 (1事業所当たり平均)

	常勤(兼務者割合)	非常勤	常勤換算
介護職員	7.0人(59%)	14.1人	6.6人
看護職員	1.1人(24%)	0.4人	1.1人
オペレーター	6.8人(61%)	2.4人	4.0人

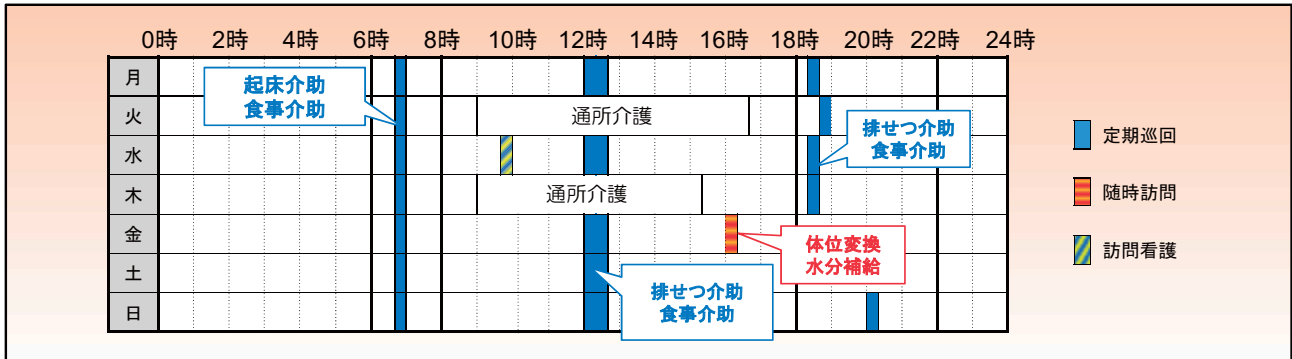
※連携先、委託先の職員は含まない。

### ⑤ オペレーターの保有資格



## 定期巡回・随時対応サービスのイメージ

### <サービス提供の例>



### <サービスイメージのギャップ> 【三菱UFJリサーチ&コンサルティング調査より】

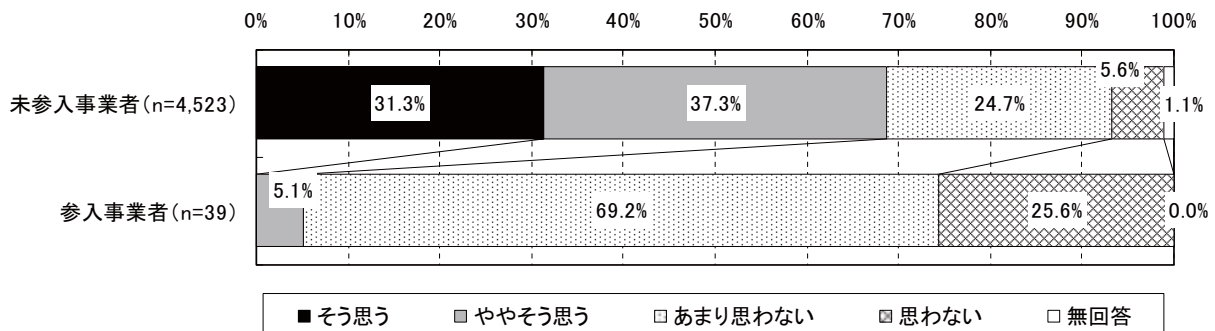


(参加前のイメージが実態と大きく異なっていることが多い。)

三菱UFJリサーチ&コンサルティング「アンケート結果から見る「定期巡回・随時対応サービス」より

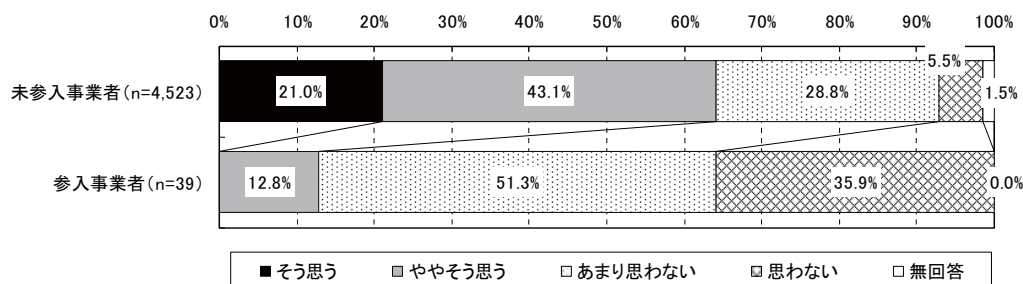
## イメージ：「夜間、深夜の対応が中心」

- 未参加事業者の7割近くが、本サービスを「夜間、深夜の対応が中心」のサービスと認識している一方で、ほとんどの参加事業所が、本サービスを夜間、深夜の対応が中心とは考えていない。

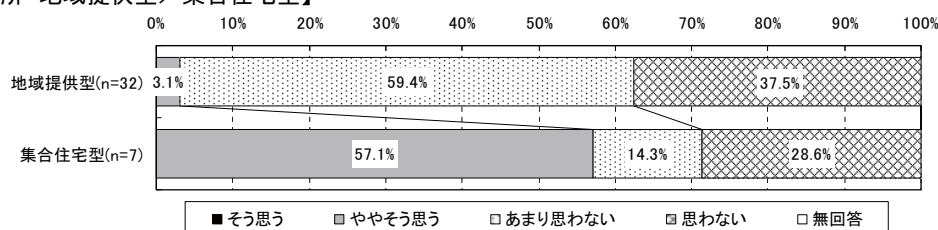


## イメージ：「利用者からのコール対応が中心」

- 基本的に、アセスメントに基づく「定期巡回」が中心のサービスであるが、未参入事業所のイメージは、コール対応が中心のイメージが中心。
- 集合住宅型と地域提供型ではイメージが異なるのは、サービス提供のパターンが異なるため。



### 【参入事業所 地域提供型／集合住宅型】



## コールの回数と対応

- コールは、週単位で数回程度であり、実際の訪問に至るケースは、地域提供型では1回程度。
- コール頻度も、コールに対する訪問対応の割合も、集合住宅型の方が高いが、「地域提供型」と「集合住宅型」では「コール」の持つ意味が異なる点に留意が必要である。

※調査段階において、当該事業所における本サービスのすべての利用者が特定の集合住宅に住居している場合に、「集合住宅型」とし、それ以外の事業所を「地域提供型」と整理している。

	地域提供型 n=204		集合住宅型 n=184	
	一人当たりの コール件数／月 (うち、訪問対応件数)	コールに対する 訪問対応の割合	一人当たりの コール件数／月 (うち、訪問対応件数)	コールに対する 訪問対応の割合
早朝	0.9回／月 (0.2回)	24.7%	1.1回／月 (0.8回)	77.3%
日中	4.1回／月 (0.8回)	19.7%	8.7回／月 (8.3回)	95.6%
夜間	0.6回／月 (0.3回)	44.0%	2.3回／月 (2.1回)	92.1%
深夜	1.3回／月 (0.4回)	30.8%	3.9回／月 (3.6回)	93.7%
全体	6.9回／月 (1.7回)	24.5%	15.9回／月 (14.8回)	93.4%



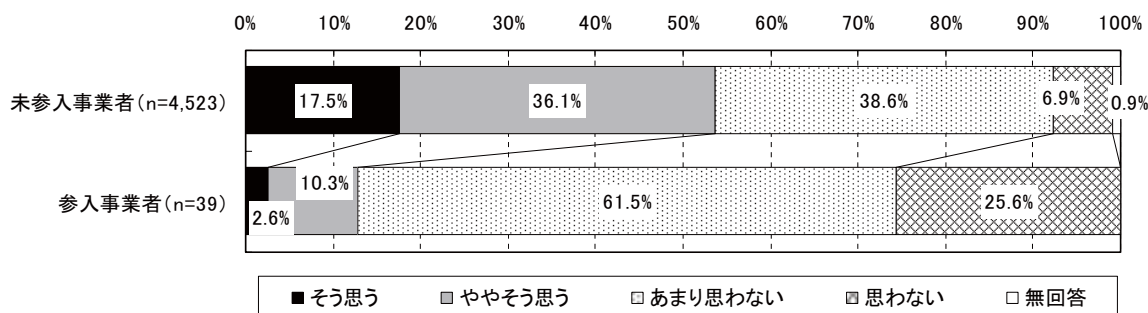
## 訪問の状況

- 全体として、地域提供型の事業所に比べ、集合住宅型の事業所の訪問回数がより頻回である。
- おおむね、要介護度が高くなるほど、訪問回数が増える傾向にある。(単身世帯の比率など留意する必要がある)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
全体	3.2回	4.0回	3.8回	5.6回	4.4回
地域提供型の事業所 (32事業所)	2.3回	2.8回	3.5回	4.4回	3.2回
集合住宅型の事業所 (7事業所)	6.3回	7.7回	4.8回	10.5回	11.3回

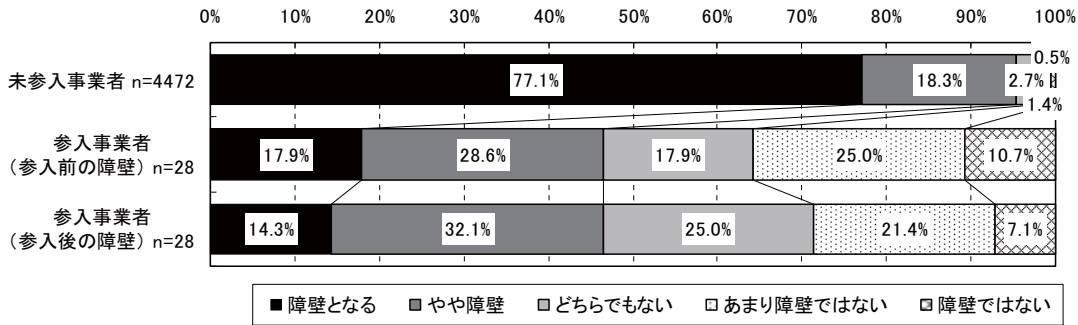
## イメージ：「訪問時間が短くなることで利用者の生活実態が把握しにくい」

- 半数以上の未参入事業者が「利用者の生活実態が把握しにくい」と回答している一方で、参入事業者では、1割程度である。
- 本サービスは、定額制に基づき、1回あたりの訪問時間に制約がないため、短時間で複数回の訪問となることが多い。したがって、時間が短くなる代わりに、一日を通して生活全体を見ることが可能になる側面もある。



## 「夜間、深夜の訪問体制構築」

- 未参入事業者の95%以上が「夜間、深夜の訪問体制構築」を参入障壁と回答。
- 一方、参入事業者では、46.5%が参入障壁と回答。



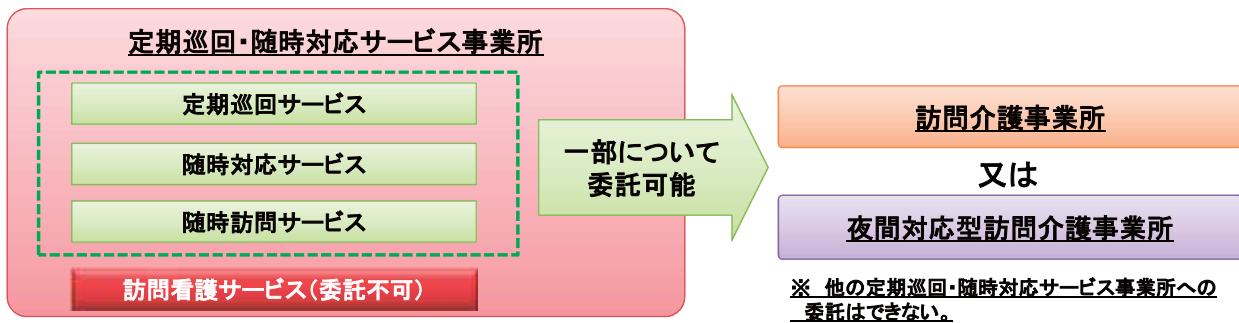
※参入事業者の「参入前」の障壁、及び「参入後」の障壁について、いずれも回答のあった事業所を集計対象としている  
 ※未参入事業者の無回答は除いている

## 定期巡回・随時対応サービスの人員配置例



⇒ 事業の実施 に 応 た な 人 配置が

## 定期巡回・随時対応サービスの一部委託について



### 【一部委託の際の制限】

- ①すべての利用者に対する、②すべてのサービス（定期巡回サービス・随時対応サービス・随時訪問サービス）を、③同一の時間帯において委託すること（定期巡回・随時対応サービス事業所の業務が一切ない状態）は認められない。

### 【具体的な委託の例】

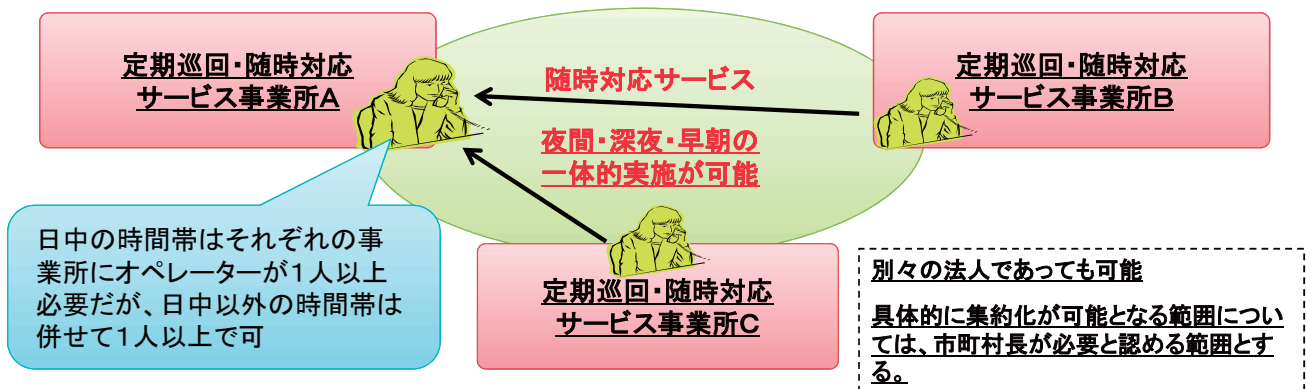
- ① 利用者50人の定期巡回・随時対応サービス事業所が、事業所の所在地と一定以上の距離を有する地域に居住する利用者10人に係る定期巡回サービス・随時対応サービス・随時訪問サービスを当該利用者が居住する地域に所在する指定訪問介護事業所に委託
- ② 特定の時間帯（例：深夜）における随時対応サービスを、指定夜間対応型訪問介護事業所に委託

（※）具体的な範囲については市町村長が必要と認める範囲に限られる。

34

## 定期巡回・随時対応サービスの集約化について

- 日中はそれぞれの事業所においてオペレーターの配置が必要となるが、深夜帯についてはそのニーズが極小化することに鑑み、複数の定期巡回・随時対応サービス事業所が、随時対応サービスを一体的に実施することを認める。



### 【深夜帯における随時対応サービスの集約化の考え方】

- 随時対応サービスについてA事業所が実施する日、B事業所が実施する日をあらかじめ定め、利用者に対する説明を十分に行った上で、複数の定期巡回・随時対応サービスの共同実施を行う。
- オペレーターについては、いずれかの事業所の職員が配置されていれば基準を満たす。
- 随時対応サービスを行わない事業所であっても、日中以外の時間帯における定期巡回サービス、随時訪問サービス、訪問看護サービスについては実施しなければならない。

## 自治体の取り組み事例①

### < 埼玉県事例 >

地域性の異なる2地域でモデル的に事業を実施

→ 県内全市町村でのサービス実施を目指す。

【検討会の開催】…全10回



- ・モデル市、指定予定事業所、県で構成
- ・スケジュール、課題整理、地域性の分析、事業展開の手法、広報計画・広報資料の内容等を検討

【検討会から見てきた課題】



○ **正確なサービスの実態を伝えることの重要性**

- ・イメージが先行し、正確なサービス実態が知られていない。

○ **地域包括支援センター職員やケアマネジャーへ実例を伝えることの重要性**

- ・導入例が少なく、ケアマネジャーをはじめ関係者が利用のメリットや実態を知らない。

【課題解決のために行った取組】

★ 説明会・意見交換会の集中的な実施 … 全28回

- ・地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、メディカルソーシャルワーカー、自治会役員、民生委員等を対象
- ・改善事例などに沿った説明や意見交換
- ・深い意見交換とするため、極力少人数で実施

【行政の役割】…利用者、ケアマネジャー、事業者をつなぐ。

○ キーパーソンへサービスを周知（説明会や意見交換会の実施）

- ・ケアマネジャー、地域包括支援センター職員（実際にサービス利用の提案を行う。）
- ・メディカルソーシャルワーカー（介護サービス利用前から利用者し関係性がある。利用のきっかけづくり）

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業と埼玉県モデル事業

### Aさん 要介護 4のケース

#### ■ 生活環境

- 転倒時の怪我が原因で寝たきり状態
- 同居家族はいるが日中独居
- 認知症の初期症状有り、ベッドからの転倒も度々有り

#### ■ サービスの提供内容

- 1日3回（日中）の定期的な訪問介護
- 服薬管理、食事の用意、パッド交換、就寝介助、安否確認

介護度の高さや利用者の状態から不安感、転倒で複数回の随時コールがあると予想

定期的な訪問により生活が安定  
不安感の払拭により転倒もなし

随時コールゼロ  
開始から現在の36日間

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業と埼玉県モデル事業

### Bさん 要介護 2のケース

#### ■ 生活環境

- 独居生活（近所に家族有り、家族が交代で介護）
- 食事、服薬がきちんとできていない
- 時々、転倒も有り

#### ■ サービスの提供内容

- 1日3回（日中）の定期的な訪問介護
- 食事の用意・確認、服薬管理

食事、服薬ともに安定  
転倒などもしものときの安心感を得て高い満足度

### 随時コールゼロ 開始から現在の7日間

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業と埼玉県モデル事業

### このサービスの利用で改善した例 ①

Dさん(男性) 要介護4(歩行困難)

#### サービス導入前の状況

- 高齢者夫婦のみ世帯
- デイサービスの利用をときどき断る
- 介護拒否があり訪問介護が難しい
- 妻が要介護1(認知症の初期)
- 福祉用具を入れたいが妻が断ってしまう
- 妻が認知症の服薬ができていないため不安定
- Dさんの痙攣が起きると妻が 救急車を何回も呼ぶ
- 片づけができず室内は足の踏み場もない状態



## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業と埼玉県モデル事業

### サービス導入後の改善状況

随時訪問：1回／1日 随時コール：60回／62日間

- 1日3回の訪問でヘルパーに慣れてきた→介護が可能に  
→室内の片付けも少しずつ可能に
- デイサービスの送り出し→確実にデイサービスへ通所
- 特殊ベッドと褥瘡予防マットの使用→痛みの緩和
- 緊急通報装置の設置、複数回訪問、随時対応→安心感  
→救急車を呼ばなくなった
- 台所掃除でヘルパーの調理が可能に→栄養面の改善

信頼・安心を提供

ヘルパーがやりがいを感じている

### 自治体の取り組み事例②

#### <横浜市の事例>

市による積極的な関与 → **18区全区での実施を目指す。**

- ①ケアマネジャー連絡会で制度説明 → ケアマネ側の受け入れ態勢を後押し
- ②市内の利用者データの提示 → 利用者確保の懸念の解消
- ③全事業者を直接訪問 → 市の熱意を示す
- ④事業者連絡会を発足 → 事業者の横の連携の強化や研鑽の場の提供
- ⑤メディアの活用 → 積極的な事業のPR
- ⑥事例発表会の開催 → 職員のスキルアップ、利用者へのPR

- **市と事業者との信頼関係の構築**
- **整備計画の目標達成**

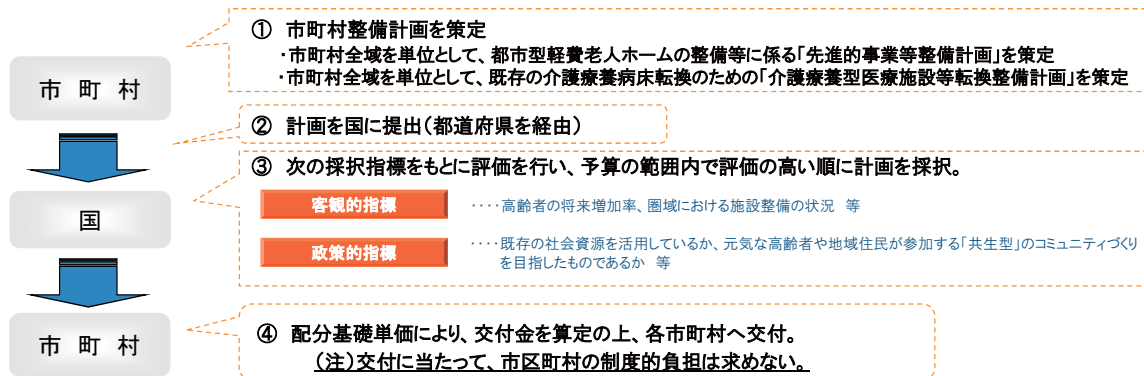
地域密着型サービス等の導入や先進的事業支援特別交付金による先進的事業の実施のため、特に必要と認められる場合、設備やシステムに要する経費を助成するために交付金を交付。

【交付対象】次に掲げる事業に必要な設備の整備等に要する経費

- ・ 定期巡回・随時対応サービスの実施のために必要な事業
- ・ 高齢者と障害者や子どもとの共生型サービスを行う事業
- ・ 「高齢者活力創造」地域再生プロジェクトの推進のための、地域における包括的なサービスを推進する事業
- ・ 地域のサービス資源と高齢者の住まいとの連携を推進する事業
- ・ その他高齢者が居宅において自立した生活を営むことができるよう支援する事業
- ・ 都市型軽費老人ホーム等の開設のために必要な事業
- ・ 介護療養型医療施設の改修等による老人保健施設等への転換整備に必要な事業
- ・ 訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型事業所の設置に要する事業

整備区分	単位	配分基礎単価
● 定期巡回・随時対応サービスの実施のために必要な事業	施設数	10,000千円
● 高齢者と障害者や子どもとの共生型サービスを行う事業	施設数	3,000千円
● 「高齢者活力創造」地域再生プロジェクトの推進のための、地域における包括的なサービスを推進する事業	施設数	3,000千円
● 地域のサービス資源と高齢者の住まいとの連携を推進する事業	施設数	3,000千円
● その他高齢者が居宅において自立した生活を営むことができるよう支援する事業	施設数	3,000千円
● 都市型軽費老人ホーム等の開設のために必要な事業	整備床数	300千円
● 介護療養型医療施設の改修等による老人保健施設等への転換整備に必要な事業	整備床数	150千円
● 訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型事業所の設置に要する事業	施設数	3,000千円

(参考)交付金の交付の流れ



## 8. 複合型サービスについて

### 現状・課題

- 複合型サービス利用者の約7割は要介護3以上の中重度者である。
- 参入事業所からみた複合型サービス開始後の効果としては、看護職が事業所内にいることで医療ニーズの高い利用者に対しても看護が提供でき、介護職員との連携が促進されたことなどが挙げられている。
- 複合型サービス利用者の医療ニーズへの対応状況については、「浣腸・摘便」が最も多く、次いで「胃ろう、腸ろうによる栄養管理」、「吸入・吸引」「じょく瘡の処置」が実施されている。
- 複合型サービスへの参入理由は「従来から医療ニーズの高い利用者が増加していたため」が最も多く、参入時に困難であったことは、「看護職員の新規確保が困難である」が最も多い。

○複合型サービスの指定状況について(平成25年6月末日)

※老健局老人保健課調べ

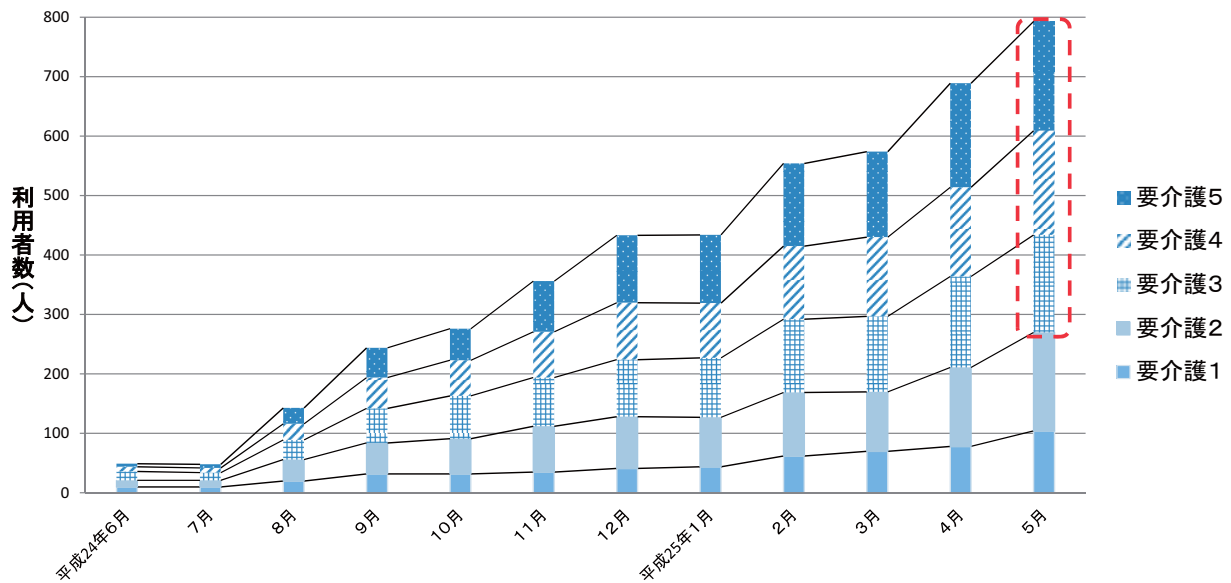
都道府県名	市町村名	事業所数	都道府県名	市町村名	事業所数
北海道	札幌市	7	新潟県	新潟市	2
	北見市	1	福井県	坂井地区広域連合	2
	函館市	1	山梨県	甲府市	1
青森県	南部町	1	静岡県	静岡市	1
秋田県	大曲仙北広域市町村圏組合	1	愛知県	名古屋市	3
山形県	山形市	2	大阪府	大阪市	1
	米沢市	1	茨木市	2	
福島県	会津若松市	2	兵庫県	伊丹市	1
	白河市	1	神戸市	1	
	石川町	(1)	和歌山県	和歌山市	1
	浅川町	(1)	鳥取県	米子市	1
	棚倉町	(1)	島根県	浜田地区広域行政組合	1
	田村市	1	岡山県	笠岡市	(1)
	浪江町	(1)	広島県	福山市	4
	葛尾村	(1)	尾道市	(2)	
茨城県	水戸市	1	徳島県	徳島市	1
福島県	南相馬市	(1)	香川県	高松市	1
栃木県	佐野市	(1)	愛媛県	今治市	1
群馬県	館林市	1	福岡県	北九州市	1
	板倉町	(1)	久留米市	4	
	大泉町	(1)	行橋市	1	
	邑楽町	(1)	福岡県介護保険広域組合	1	
東京都	杉並区	(1)	佐賀県	佐賀中部広域連合	1
埼玉県	三郷市	1	唐津市	1	
千葉県	千葉市	2	佐世保市	1	
	足立区	2	長崎県	長崎市	1
東京都	墨田区	1	大村市	1	
	青梅市	1	熊本県	熊本市	1
	横浜市	4	宮崎県	延岡市	1
神奈川県	藤沢市	1	鹿児島県	鹿児島市	1
	川崎市	1	沖縄県	宮古島市	1
<b>合計</b>			<b>62保険者</b>	<b>73事業所</b>	

注1)他の市町村(保険者)に所在する事業所を指定している場合は()とし、所在地を太字にしている。  
注2)※は公募指定を行っている保険者。

複合型サービスの実施状況① 要介護度別利用者数

○ 複合型サービスの利用者数は約800人、利用者の約65%は要介護3以上の中重度者である(平成25年5月審査分)。

複合型サービス利用者数の推移(要介護度別)



出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」各月審査分

## 複合型サービスの実施状況②サービス開始後の効果

- 複合型サービス事業所24ヶ所(平成24年12月末日時点)のうち回答の得られた15ヶ所について、開設前の事業実施状況は、「小規模多機能型居宅介護事業所のみを実施していた」73.3%が最も多かった。

### ■ 複合型サービス事業所の開設前の事業実施状況

(n=15)

	件数	割合
小規模多機能型居宅介護事業所のみを実施していた	11件	73.3%
訪問看護ステーションと小規模多機能型居宅介護事業所を実施していた	2件	13.3%
実施していた事業はない	1件	6.7%
無回答	1件	6.7%

- 15事業所の複合型サービス開始後の効果に関しては、「医療ニーズの高い利用者に対して看護職による訪問を十分に実施できるようになった」66.7%が最も多く、看護職が事業所内にいることで医療ニーズの高い利用者に対しても看護が提供でき、介護職員との連携が促進されたこと等があげられている。

### ■ 複合型サービス開始後の効果として考えられるもの(選択肢・複数回答)

(n=15)

	件数	割合
医療ニーズの高い利用者に対して、看護職による訪問を十分に実施できるようになった	10件	66.7%
従来まで断っていた医療ニーズの高い利用者を登録できるようになった	7件	46.7%
看護と介護のバランスのとれたサービス計画を作成できるようになった	4件	26.7%
利用者の状態が安定するようになった	4件	26.7%
夜間に発生する医療ニーズへの対応がとりやすくなった	3件	20.0%
医療ニーズの高い利用者に対するケア方法について、スタッフ間での共有が図られるようになった	3件	20.0%
利用者が医療機関に入院するケースが減少した	2件	13.3%
利用者のADLが向上した	2件	13.3%
家族の介護負担が軽減した	2件	13.3%

出典:平成24年度 老人保健健康増進等事業 複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業

## 複合型サービスの実施状況③医療ニーズへの対応状況

- 15事業所の登録利用者298名の医療ニーズについては、「浣腸・摘便」13.1%が最も多く、次いで「胃ろう、腸ろうによる栄養管理」9.4%、「吸入・吸引」7.7%、「じよく瘡の処置」7.4%が多い。
- 居住系施設の併設の有無別にみると、「インスリン注射」「看取り期のケア」「人工肛門・人工膀胱の管理」を除く、ほぼ全ての医療ニーズについて、居住系施設を併設する事業所の利用者で割合が高い。

### ■ 複合型サービス事業所における医療ニーズの状況(居住系施設併設の有無別)

	人数			割合		
	全体	併設有	併設無	全体	併設有	併設無
浣腸・摘便	39人	26人	13人	13.1%	13.7%	12.0%
胃ろう、腸ろうによる栄養管理	28人	23人	5人	9.4%	12.1%	4.6%
吸入・吸引	23人	17人	6人	7.7%	8.9%	5.6%
じよく瘡の処置	22人	17人	5人	7.4%	8.9%	4.6%
創傷処置	18人	14人	4人	6.0%	7.4%	3.7%
膀胱(留置)カテーテルの管理	14人	10人	4人	4.7%	5.3%	3.7%
インスリン注射	10人	6人	4人	3.4%	3.2%	3.7%
点滴・中心静脈栄養・注射	9人	8人	1人	3.0%	4.2%	0.9%
看取り期のケア	6人	2人	4人	2.0%	1.1%	3.7%
人工呼吸器の管理・気管切開の管理	6人	4人	2人	2.0%	2.1%	1.9%
経鼻経管栄養	5人	4人	1人	1.7%	2.1%	0.9%
酸素療法管理(在宅酸素・酸素吸入)	4人	4人	0人	1.3%	2.1%	0.0%
人工肛門・人工膀胱の管理	2人	1人	1人	0.7%	0.5%	0.9%
その他	61人	41人	20人	20.5%	21.6%	18.5%
総数	298人	190人	108人			

出典:平成24年度 老人保健健康増進等事業 複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業

## (参考) 小規模多機能型居宅介護事業所における医療ニーズへの対応状況

○ 487事業所の登録利用者9,154名の医療ニーズについては、「浣腸・摘便」5.0%が最も多く、次いで「創傷処置」2.3%、「じょく瘡の処置」2.0%、「インスリン注射」1.8%が多い。

### ■ 小規模多機能型居宅介護事業所における医療ニーズの状況(医療機関等の併設別)

	人 数			割 合		
	全 体	医療機関併設	ステーション併設	全 体	医療機関併設	ステーション併設
登録利用者数	9,154人	454人	314人			
浣腸・摘便	457人	16人	36人	5.0%	3.5%	11.5%
創傷処置	212人	7人	5人	2.3%	1.5%	1.6%
じょく瘡の処置	182人	7人	10人	2.0%	1.5%	3.2%
インスリン注射	163人	6人	2人	1.8%	1.3%	0.6%
膀胱(留置)カテーテルの管理	112人	4人	10人	1.2%	0.9%	3.2%
胃ろう、腸ろうによる栄養管理	107人	10人	7人	1.2%	2.2%	2.2%
吸入・吸引	104人	7人	7人	1.1%	1.5%	2.2%
看取り期のケア	83人	5人	2人	0.9%	1.1%	0.6%
酸素療法管理(在宅酸素・酸素吸入)	82人	1人	3人	0.9%	0.2%	1.0%
人工肛門・人工膀胱の管理	54人	5人	4人	0.6%	1.1%	1.3%
点滴・中心静脈栄養・注射(インスリン注射以外)	34人	10人	2人	0.4%	2.2%	0.6%
経鼻経管栄養	20人	4人	6人	0.2%	0.9%	1.9%
人工呼吸器の管理・気管切開の処置	6人	0人	0人	0.1%	0.0%	0.0%
腎ろう、膀胱ろうの管理	5人	0人	0人	0.1%	0.0%	0.0%
在宅自己腹膜灌流の管理	3人	1人	1人	0.0%	0.2%	0.3%
その他	23人	1人	0人	0.3%	0.2%	0.0%
上記の医療ニーズに該当する実人数	1,383人	73人	84人	15.1%	16.1%	26.8%
事業所数	487件	23件	17件			

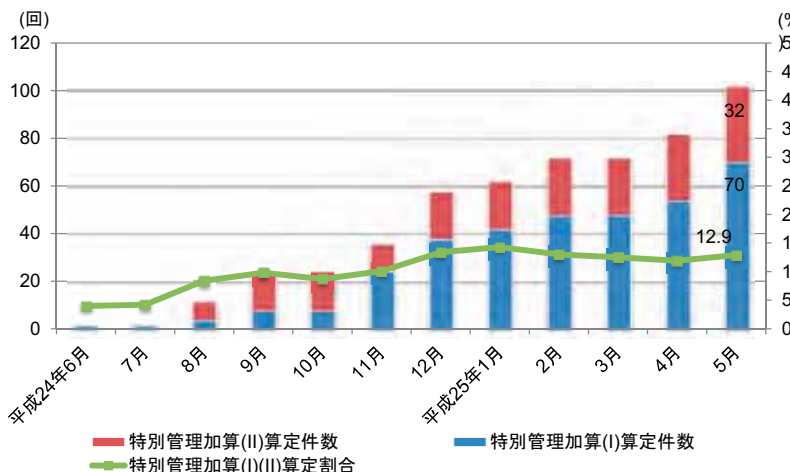
出典:平成24年度 老人保健健康増進等事業 複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業

## 複合型サービスの実施状況④特別管理加算の算定状況

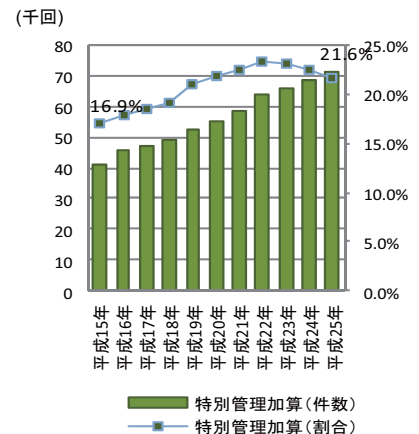
○ 複合型サービスの利用者に占める特別管理加算(※)算定件数は増加しており、その割合は1割強で推移している。

(参考)訪問看護サービス利用者に占める特別管理加算算定割合は平成25年4月時点で21.6%

特別管理加算算定件数及び複合型サービス利用者に占める当該加算算定割合の推移



【参考】特別管理加算の算定件数及び訪問看護サービス利用者に占める特別管理加算算定割合の推移



出典:介護給付費実態調査」月報 各月審査分

出典:介護給付費実態調査月報 各年4月審査分

※ 特別管理加算とは、特別な管理を必要とする利用者に対し、訪問看護の実施に関する計画的な管理の評価

(I)在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態、気管カニューレ・留置カテーテルを使用している状態  
 (II)在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態、人工肛門、膀胱を設置している状態、真皮を越える褥瘡の状態、点滴注射を3日以上行う必要があると認められる状態



## 複合型サービスの実施状況⑤ サービス参入の理由と障壁

○ 15事業所の複合型サービスへ参入した理由としては、「従来から医療ニーズの高い利用者が増加していたため」86.7%が最も多く、一方、サービス参入時の障壁であったことについては、職員の新規確保が困難であるとの回答が多かった。

### ■ 複合型サービスに参入した理由（選択肢・複数回答）

(n=15)

	件数	割合
従来から医療ニーズの高い利用者が増加していたため	13件	86.7%
今後、医療ニーズの高い利用者が増加する見込みがあったため	8件	53.3%
同じ法人で小規模多機能型居宅介護事業所を運営していたので活用しなかったため	4件	26.7%
同じ法人で訪問看護事業所を運営していたので活用しなかったため	3件	20.0%
支給限度額により訪問看護の利用が十分にできない利用者がいたため	3件	20.0%
その他	3件	20.0%

### ■ 複合型サービスへの参入時に困難であったこと（選択肢・複数回答）

(n=15)

	件数	割合
看護職員の新規確保が困難	9件	60.0%
看護職員の夜間の対応が困難	4件	26.7%
介護職員の新規確保が困難	3件	20.0%
利用者の確保が困難	2件	13.3%
急変時に連携できる医療機関の確保が困難だった	2件	13.3%
既存のサービスからの切り替えが困難だった	2件	13.3%
利用者の負担増が生じることへの理解が得にくかった	2件	13.3%
安定的な経営の見通しが困難だった	1件	6.7%
開設資金の調達が困難	0件	0.0%
開設場所及び物件の確保が困難	0件	0.0%
主治医との連携が困難だった	0件	0.0%
行政が整備計画を立てていなかった	0件	0.0%
地域の理解がなく反対された	0件	0.0%
その他	2件	13.3%
無回答	2件	13.3%

出典：平成24年度 老人保健健康増進等事業 複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業

## 複合型サービスの実施状況⑥ 自治体における整備意向

○ 自治体が複合型サービス事業所を指定する際の課題として感じていることとしては、「開設を希望する事業者がない」69.8%が最も多く、次いで「複合型サービスのニーズが見込めない」45.2%、「新サービスのため制度の理解が難しい」36.5%などとなっている

### ■ 自治体における複合型サービス事業所の整備意向（選択肢・複数回答）

(n=841)

	件数	割合
開設を希望する事業者がない	587件	69.8%
複合型サービスのニーズが見込めない	380件	45.2%
新サービスのため制度の理解が難しい	307件	36.5%
指定に係る事務手続きが大変である	59件	7.0%
補助金の申請手続きが大変である	33件	3.9%
介護保険事業計画の修正が困難である	27件	3.2%
その他	73件	8.7%
総数	841件	

出典：平成24年度 老人保健健康増進等事業 複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業

## 複合型サービスを利用することによって実現できること

### ①退院直後の在宅生活へのスムーズな移行

⇒ インスリン注射やじよく瘡処置等の医療ニーズがある場合は、退院直後の利用者・家族ともに不安が強く病状も不安定な時期のため「泊まり」サービスを利用し、地域へ移行。その後、利用者・家族の状況に合わせて「訪問看護」サービスを利用し、在宅生活へ移行。状況が安定するとともに「通い」サービスを利用する、というような利用者と家族の状況に合わせたサービスの利用によって、地域での在宅生活へ円滑な移行が可能となる。

### ②病状不安定時にも、地域における生活の継続

⇒ 「通い」を利用していた者の病状が不安定となった場合、入院することなく地域で「泊まり」や「訪問看護」のサービスを利用することで地域での生活を継続できる。

### ③家族のレスパイトケア、不安の軽減・解消

⇒ 「訪問看護」サービスを利用している者について、「泊まり」のサービスを適宜利用することにより、家族の介護負担が軽減する。

### ④在宅生活の継続の後方支援

⇒ 利用者・家族ともに不安が強い看取り期(がん・老衰等)に、何かあれば「泊まり」のサービスを利用することで安心感が得られる。

# 社会保障制度改革国民会議 報告書（概要）

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

平成 25 年 8 月 6 日  
社会保障制度改革国民会議

## 第 1 部 社会保障制度改革の全体像

### 1 社会保障制度改革国民会議の使命

- 福田・麻生政権時の社会保障国民会議以来の社会保障制度改革の流れを踏まえつつ、改革推進法に規定する基本的な考え方等にのっとりて制度改革を検討。

### 2 社会保障制度改革推進法の基本的な考え方

#### (1) 自助・共助・公助の最適な組合せ

- 日本の社会保障は、「自助を基本としつつ、自助の共同化としての共助（＝社会保険制度）が自助を支え、自助・共助で対応できない場合に公的扶助等の公助が補完する仕組み」が基本。

#### (2) 社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制

- 社会保障の安定財源の確保と機能の充実の必要性や経済成長を上回る給付費の伸びを踏まえれば、国民負担の増加は不可避。国民負担について納得を得るためには、同様の政策効果を最小の費用で実施できるよう、同時に徹底した給付の重点化、効率化が必要。
- 現在の世代に必要な給付は、現在の世代で賄うことが必要であり、「自助努力を支えることにより、公的制度への依存を減らす」、「負担可能な者は応分の負担を行う」ことにより、将来の社会を支える世代の負担が過大にならないようにすることが必要。

#### (3) 社会保険方式の意義、税と社会保険料の役割分担

- 日本の社会保障は、社会保険方式が基本。その上で、負担能力に応じた保険料や免除制度などにより、無職者等を含めたすべての者が加入できるように工夫した仕組み。しかし、非正規労働者などの増加により、保険料が未納の者が増し、社会保険のセーフティネット機能(防貧機能)が低下。被用者保険の適用拡大等や安定した雇用が課題。
- 日本の社会保険には多くの公費が投入されているが、公費の投入は低所得者の負担軽減等に充てるべき。一方、保険者の制度間の負担の調整は基本的には保険者間で行うべきであり、原則としては公費投入に頼るべきでなく、公費投入は保険者間で調整できないやむを得ない事情がある場合とすべき。

#### (4) 給付と負担の両面にわたる世代間の公平

- 子育て中の若い人々などが納得して制度に積極的に参加できるように、すべての世代に安心感と納得感の得られる全世代型の社会保障に転換することを目指す。
- 将来世代への負担の先送りを速やかに解消して、将来の世代の負担ができるだけ少なくなるようにすることが必要。
- 一方、いわゆる「世代間の損得論」については、払った保険料と受給額のみを見るのは不適切。社会保障が充実することは、本来負っている親の扶養や介護の負担が軽減されるという意味で、子どもや孫の世代にもメリットがあることに留意が必要。他方、世代間の不公平論が広まる土壌にも目配りが必要。

### 3 社会保障制度改革の方向性

#### (1) 「1970年代モデル」から「21世紀（2025年）日本モデル」へ

- 高度経済成長期に確立した「1970年代モデル」の社会保障から、超高齢化の進行、家族・地域の変容、非正規労働者の増加など雇用の環境の変化などに対応した全世代型の「21世紀（2025年）日本モデル」の制度へ改革することが喫緊の課題。

#### (2) すべての世代を対象とし、すべての世代が相互に支え合う仕組み

- 「21世紀日本モデル」の社会保障は、すべての世代を給付やサービスの対象とし、すべての世代が年齢ではなく、負担能力に応じて負担し、支え合う仕組み。

#### (3) 女性、若者、高齢者、障害者などすべての人々が働き続けられる社会

- 従来の支えられる側、支える側という考え方を乗り越えて、女性、若者、高齢者、障害者等働く意欲のあるすべての人が働ける社会を目指し、支える側を増やすことが必要。

#### (4) すべての世代の夢や希望につながる子ども・子育て支援の充実

- 少子化問題は社会保障全体にかかわる問題。子ども・子育て支援は、親子や家族のためだけでなく、社会保障の持続可能性（担い手の確保）や経済成長にも資するものであり、すべての世代に夢や希望を与える「未来への投資」として取り組むべき。

#### (5) 低所得者・不安定雇用の労働者への対応

- 雇用の不安定化が、格差・貧困問題の拡大につながらないように、非正規雇用の労働者の雇用の安定や処遇の改善、被用者保険の適用拡大が必要。また、格差・貧困問題の解決を図るには、所得再分配の強化を図りつつ、経済政策、雇用政策、教育政策、地域政策、税制など様々な政策を連携させていくことが必要。また、年金税制等の問題を検討し、低所得者を把握する仕組みが必要。

#### (6) 地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て

- 住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしく暮らせるよう、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築について、コンパクトシティ化などハード面の整備やサービスのネットワーク化などソフト面のまちづくりとして実施し、「21世紀型のコミュニティの再生」を図る。

#### (7) 国と地方が協働して支える社会保障制度改革

- 子育て・医療・介護など社会保障の多くが地方公共団体を通じて国民に提供されていることを踏まえ、制度改革は、地方公共団体に理解が得られるものとし、国と地方がそれぞれ責任を果たしていくことが必要。

#### (8) 成熟社会の構築へのチャレンジ

- 人口構成の変化や高齢化等をネガティブに考えるのではなく、様々な課題に正面から向き合い、一つ一つ解決を図っていくことを通じて、世界の先頭を歩む高齢化最先進国として、「成熟社会の構築」へチャレンジすべき。

### 4 社会保障制度改革の道筋 ～時間軸で考える～

- 上記のような考え方に沿った制度の改革については、短期と中長期に分けて実現すべきである。
  - ① 短期：消費増税という国民負担を社会保障制度改革の実施という形で速やかに国民に還元するため、今般の一体改革による消費税の増収が段階的に生じる期間内に集中的に実施すべき改革。
  - ② 中長期：いわゆる団塊の世代がすべて75歳以上となる2025(平成37)年を念頭において段階的に実施すべき改革。
- 改革については、定期的に改革の方向やその推進状況をフォローアップしていくことが必要であり、政府の下で必要な体制を確保すべき。



## 第2部 社会保障4分野の改革

### I 少子化対策分野の改革

#### 1 少子化対策の意義と推進の必要性

- 子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながるもの。社会保障制度改革の基本。
- 少子化傾向に歯止めがかかっていない背景として、子どもと子育てをめぐる厳しい実態があることを直視すべき。危機感をもって集中的な施策を講じるべき。
- 子育て支援が社会保障の1つと位置づけられ、子ども・子育て支援新制度により、恒久財源が確保されたことは、歴史的に大きな一歩。
- 若い世代の希望を実現することが社会の責務。妊娠・出産・子育ての切れ目ない支援、出産・子育てと就労継続の二者択一状況の解決が必要。
- 女性の活躍は成長戦略の中核。新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪として進める必要がある。
- 国・都道府県・市町村・企業が一体となって施策を推進すべき。市町村の主体的・積極的な取組が求められる。人材の安定的確保と経済成長の意義を考慮すれば、少子化対策の重要性は企業にも大きく、拠出への協力が必要。

#### 2 子ども・子育て支援新制度等に基づいた施策の着実な実施と更なる課題

- 新制度は、すべての子どもたちの健やかな成長を保障することを主眼とし、幼児教育・保育の量的拡大や質の向上、地域の子ども・子育て支援の充実などを進めるもの。
- 近年、子どもの貧困、特に母子家庭や父子家庭などのひとり親家庭の貧困は看過できない。子どもの貧困は、教育や学習等の機会の格差となり、大人になってからの貧困につながる。障害のある子どもや、虐待の増加も一因となって、社会的養護の必要な子どもも増えており、一層の取組が求められている。

##### (1) 子どもの発達初期の環境整備と地域の子育て支援の推進

- 就学前の発達環境は、子どもの生涯にわたる人間形成の基礎となるもの。  
OECD教育委員会は既に1998年にプロジェクトを発足し、“Starting Strong”を実施しており、日本においても、幼児教育・保育の質・量の充実が必要。発達初期の環境整備への投資は、その後の発達に大きく影響し、子どもの貧困を解決する等、未来への投資となることに留意する必要。

- 幼稚園、保育所に加え、子育て世代の生活環境の変化や働き方の多様化に十分に対応するため、認定こども園の普及推進が必要。また、地域の子育て支援施策の一層の推進が不可欠。
- 子育て支援は、地域の実情に合わせた施策の立案、実行が必要。質を確保しつつ、小規模保育や家庭的保育の充実など、地域の実態に即して柔軟に対応できる制度への移行が必要。

## (2) 両立支援の観点からの待機児童対策と放課後児童対策の充実

- 新制度のスタートを待たず、「待機児童解消加速化プラン」を推進。地方公共団体の理解と事業の裏付けとなる財源確保が必須であり、消費税増収分などを活用すべき。
- 学童期の放課後対策がまだ手薄。小学校と放課後児童クラブの連携による教育と福祉の連続性の担保とともに、指導員の研修の整備、地域の人々が積極的にかかわり、支援していく体制の構築などが必要。

## (3) 妊娠・出産・子育てへの連続的支援

- 妊娠期から子育て期にかけての支援を有機的に束ねた上での対策の強化が必要。市町村を中心として、様々な機関の関係者が連携し、妊娠期からの総合的相談や支援をワンストップで行えるよう、拠点の設置・活用を含めた対応を検討することが必要。

## (4) ワーク・ライフ・バランス

- 企業の子育て支援に向けた行動変容を促すためにも、企業における仕事と子育ての両立支援について、より一層の取組の推進が必要。
- 育児休業の取得促進など様々な取組を通じて、男女ともに仕事と子育ての両立支援を進めていくことが必要。「次世代育成支援対策推進法」について、今後の10年間を更なる取組期間として位置づけ、その延長・見直しを積極的に検討すべき。
- なお、育児休業取得に関しては、中小企業・非正規に加え、取得率の低い男性の取得促進に注力すべき。また、育児休業を取得しやすくするために、育児休業期間中の経済的支援を強化することも含めた検討を進めるべき。
- 企業における両立支援の取組と子育て支援の充実は車の両輪であり、両者のバランスと連動を担保する視点から引き続き検討を進めるべき。

### 3 次世代育成支援を核とした新たな全世代での支え合いを

#### (1) 取組の着実な推進のための財源確保と人材確保

- 子ども・子育て支援は未来社会への投資であり、量的な拡充のみならず質の改善が不可欠。今般の消費税引上げによる財源（0.7兆円）では足りず、附帯決議された0.3兆円超の確保を今後図っていく必要。
- 子ども・子育て支援の理念を理解し、適切な知識と技術を蓄えた人材の確保、養成及び就労環境の整備が必要。また、例えば、中高年世代が地域の子ども・子育て支援に活躍し、若い世代を支える機会を増やすことも必要。

#### (2) 子育て支援を含む社会保障のすべてが支える未来の社会

- 子ども・子育て支援新制度に向けた財源確保の重要性は言うまでもなく、少子化対策について、子ども・子育て支援新制度の施行状況を踏まえつつ、幅広い観点から更に財源確保と取組強化について検討すべき。
- 子育てをめぐる厳しい実態を踏まえ、すべての世代が多様な環境にあるすべての子どもたちや若い世代を支えていくことが大切。こうした取組や努力を世代間対立の問題にしてはならない。
- 人生の各段階のリスクをともに支え合い、子育てはもとより社会保障すべての分野において、若い世代の将来への不安を安心と希望に変えることが社会保障の役割・本質である。社会保障はいずれの世代にとっても負担ではなく、今の困難を分かち合い、未来の社会に協力しあうためにある、という哲学を広く共有することが大切。

## II 医療・介護分野の改革

### 1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

#### (1) 改革が求められる背景

- 高齢化の進展により、疾病構造の変化を通じ、必要とされる医療の内容は、「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」に変わらざるを得ない。
- 一方、医療システムについては、そうした姿に変わっておらず、福田・麻生政権時の社会保障国民会議で示された医療・介護サービスの提供体制改革の実現が課題。

## (2) 医療問題の日本的特徴

- 日本の医療機関は、西欧等と異なり、私的所有が中心。政府が強制力をもって改革できない。市場の力でもなく、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を要請する声が上がっている点にも留意しなければならない。
- 日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきたが、多額の公的債務があることを踏まえれば、必要なサービスを将来にわたって確実に確保していくためには、医療・介護資源をより患者のニーズに適合した効率的な利用を図り、国民の負担を適正な範囲に抑えていく努力が必要。
- 日本の皆保険制度の良さを変えずに守り通すためには、医療そのものが変わらなければならない。

## (3) 改革の方向性

- 提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべき。医療機関の体系を法的に定め直し、相応の努力をすれば円滑な運営ができる見通しを明らかにする必要。
- 医療改革は、提供側と利用者側が一体となって実現されるもの。「必要となときに必要な医療にアクセスできる」という意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須。
- 医療を利用するすべての国民の協力と国民の意識の変化が求められる。
- 急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までの提供者間のネットワーク化は必要不可欠。
- 医療・介護の在り方を地域毎に考えていく「ご当地医療」が必要。
- QOLを高め、社会の支え手を増やす観点から、健康の維持増進・疾病の予防に取り組むべき。ICTを活用してレセプト等データを分析し、疾病予防を促進。
- 国民会議の最大の使命は、前回の社会保障国民会議で示された医療・介護提供体制改革に魂を入れ、改革の実現に向けて実効性と加速度を加えること。



## 2 医療・介護サービスの提供体制改革

### (1) 病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

- 医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（病床機能報告制度）を早急に導入。
- 次いで、報告制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえ、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定。
- 地域医療ビジョンの実現に向けては、病床の適切な区分を始めとする実効的な手法が必要。
- 地域医療ビジョンは、次期医療計画の策定期間である 2018（平成 30）年度を待たずに速やかに策定し、直ちに実行することが望ましい。その具体的な在り方については、国と都道府県とが十分協議する必要がある。

### (2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

- 地域の医療提供体制に係る責任を積極的かつ主体的に果たすことができるよう、都道府県の役割の拡大を具体的に検討。
- 医療提供体制の整備については、医療保険者の意見を聞きながら進めていくことが望ましい。
- 国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県としつつ、国民健康保険の運営に関する業務について、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、保険料収納や医療費適正化のインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべき。具体的な在り方は地方団体と協議。
- 知事会が、構造的な問題が解決されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟がある旨を表明しており、時機を逸することなくその道筋をつけることが国民会議の責務であり、次期医療計画の策定前に実現すべき。

### (3) 医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し

- 医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、競争よりも協調が必要であり、医療法人等が容易に再編・統合できるような制度の見直しを行うことが重要。
- 機能の分化・連携の推進に資するよう、法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くよう制度改正を検討する必要。



#### (4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

- 「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」の観点から、医療の見直しと介護の見直しは一体となって行う必要。
- 地域包括ケアシステムづくりを推進していく必要があり、平成 27 年度からの介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ。
- 地域支援事業について、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの充実等を行いつつ、新たな効率的な事業として再構築。要支援者に対する介護予防給付について、市町村が地域の实情に応じ、住民主体の取組等を積極的に活用し、柔軟かつ効率的にサービスを提供できるよう、受け皿を確保しながら、段階的に新たな事業に移行。

#### (5) 医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援

- 医療・介護サービスの提供体制改革の推進のために必要な財源については消費税増収分の活用が検討されるべき。
- 消費税増収分は、具体的には、病院・病床機能の分化・連携への支援、急性期医療を中心とする人的・物的資源の集中投入、在宅医療・在宅介護の推進、更には地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携、生活支援・介護予防の基盤整備、認知症施策、人材確保などに活用。
- 診療報酬・介護報酬の活用については、「地域完結型」の医療・介護サービスに資するよう、診療報酬・介護報酬の体系的見直しを進める必要。
- 地域ごとの様々な实情に応じた医療・介護サービスの提供体制の再構築を図る観点から、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法（基金方式）が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせることで改革を実現。
- この財政支援については、病院等の施設や設備の整備に限らず、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化及び連携等に伴う介護サービスの充実なども対象とする柔軟なものとする必要。

#### (6) 医療の在り方

- 高齢化に伴い、多様な問題を抱える患者にとっては、総合診療医による診療の方が適切な場合が多く、その養成と国民への周知を図ることが重要。
- 医療職種の職務の見直し、チーム医療の確立を図ることが重要。
- 医療機関の勤務環境を改善する支援体制の構築等、医療従事者の定着・離職防止を図るとともに、特に看護職員については、養成拡大や登録義務化等の推進が必要。

- 死生観・価値観の多様化も進む中、医療の在り方は、医療提供者の側だけでなく、医療を受ける国民の側がどう考え、何を求めるかが大きな要素。死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れたQODも射程に入れて、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要。
- 医療行為による予後の改善や費用対効果を検証すべく、継続的にデータ収集し、常に再評価される仕組みを構築することを検討すべき。

### (7) 改革の推進体制の整備

- 改革を実現するエンジンとして、主として医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための体制を設け、厚生労働省、都道府県、市町村における改革の実行と連動させるべき。

## 3 医療保険制度改革

### (1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

- 現在の市町村国保の赤字の原因や運営上の課題を現場の実態を踏まえつつ分析した上で、国民健康保険が抱える財政的な構造問題や保険者の在り方に関する課題を解決していかなければならない。
- 国保の保険者の都道府県への移行は、国保の財政の構造問題の解決が図られることが前提条件。その財源には、後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬割にすることにより生ずる財源をも考慮に入れるべき。
- 国保の運営について、都道府県・市町村・被用者保険の関係者が協議する仕組みを構築しておくことも必要。
- 低所得者が多く加入する国保への財政支援の拡充措置と併せて、国保の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべき。
- 国保の保険料の賦課限度額、被用者保険の標準報酬月額上限を上げるべき。
- 後期高齢者支援金の負担について、平成27年度から全面的に総報酬割とすべき。これにより、被用者保険者間の保険料格差が相当縮小。これにより生じた財源は、将来世代の負担の抑制に充てるのでなければ、社会保障の機能強化策全体の財源として有効に活用。この財源面での貢献は、国保の保険者の都道府県移行の実現に不可欠。
- 協会けんぽの国庫補助率については、健保法改正法附則にのっとり、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方も含め検討。被用者保険における共同事業の拡大に取り組むことも検討が必要。
- 所得の高い国保組合に対する定率補助について、廃止に向けた取組を進める必要。

- 後期高齢者医療制度については、現在では十分定着しており、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、必要な改善を行うことが適当。

## (2) 医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

- 紹介状のない大病院の外来受診について、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべき。
- 入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、在宅医療との公平の観点から見直しを検討。
- 70～74歳の医療費自己負担について、法律上は2割負担となっており、世代間の公平を図る観点から1割負担となっている特例措置を止めるべき。その際、既に特例措置の対象となっている高齢者の自己負担割合は変わることがないように、段階的に進めることが適当。
- 高額療養費の所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となるよう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直し。
- 後発医薬品の使用促進に加え、中長期的に医療保険制度の持続可能性を高める観点から、引き続き給付の重点化・効率化に取り組む必要。

## (3) 難病対策等の改革

- 難病対策等の改革に総合的かつ一体的に取り組む必要。医療費助成を制度として位置づけ、対象疾患の拡大や都道府県の超過負担の解消を図るべき。

## 4 介護保険制度改革

- 一定以上の所得のある利用者の負担は引き上げるべき。
- 食費や居住費についての補足給付の支給には資産を勘案すべき。
- 特養は中重度者に重点化を図るとともに、デイサービスは重度化予防に効果がある給付への重点化を図るべき。
- 低所得者の1号保険料について、軽減措置を拡充すべき。
- 介護納付金について、負担の公平化の観点から、総報酬額に応じたものとすべきだが、後期高齢者支援金の状況も踏まえつつ検討。
- 引き続き、介護サービスの効率化・重点化に取り組む必要。

### Ⅲ 年金分野の改革

#### 1 社会保障・税一体改革までの道のりと到達点、残された課題

(1) 社会保障国民会議による定量的シミュレーションの実施とその含意

(2) 2012年社会保障・税一体改革による年金関連四法の成立による到達点

○ 2008年の社会保障国民会議以来、政権交代をはさんだ検討を経て、2012年の社会保障・税一体改革により年金関連四法が成立。

・ 基礎年金の国庫負担割合2分の1の恒久化や年金特例水準の解消等。

→ 長期的な給付と負担を均衡させるための2004年改革による年金財政フレームが完成。

・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大や低所得・低年金高齢者等への福祉的給付の創設。

→ 社会経済状況の変化に対応したセーフティネット強化の取組にも着手。

(3) 今後の年金制度改革の検討の視点

○ 2004年改革の年金財政フレームにより、対GDP比での年金給付や保険料負担は一定の水準にとどまる。適時適切な改革は必要だが、基本的に年金財政の長期的な持続可能性は確保されていく仕組みとなっている。改善すべき課題は残されているが、現行の制度が破綻していないという認識を、一体改革関連法案の審議の過程で、当時の総理大臣も答弁。

○ 年金関連四法による到達点を踏まえると、残された課題は「長期的な持続可能性をより強固なものとする」、「社会経済状況の変化に対応したセーフティネット機能を強化する」という2つの要請からの課題と整理可能。

#### 2 年金制度体系に関する議論の整理

(1) 年金制度の本来の性格と制度体系選択に当たっての現実的な制約

○ 負担も給付も所得に応じた形の年金制度は、「一つの理想形」。しかしながら、正確で公平な所得捕捉や、事業所得と給与所得の保険料賦課ベースの統一等の前提条件は整っていない。現時点での政策選択としては、現実的な制約下で実行可能な制度構築を図る観点から行う必要。

(2) 具体的な改革へのアプローチ

○ 議論を総括すると、負担も給付も現役時代の所得に応じた形の制度は、一つの理想形としてとらえることはできるものの、そのための条件成就のフィージビリティや被用者と自営業者との違いを踏まえた年金制度の一元化をどう考えるかについては委員間で認識の違いが存在。



- 一方、条件が満たされた際に初めて可能となる将来の議論で対立して改革が進まないことは、国民にとって望ましいものではないとの認識は共有。
- 国民年金の被保険者像の変化に対応し、被用者としての保障が必要な者に対する被用者保険の適用拡大や、低所得者層が制度保障の網からこぼれ落ちないようにする多段階免除の積極活用等の対応が必要。
- これは、所得比例年金に一元化していく立場からも通らなければいけないステップ。年金制度については、どのような制度体系を目指そうとも必要となる課題の解決を進め、将来の制度体系については引き続き議論するという二段階のアプローチを採ることが必要。

### 3 長期的な持続可能性を強固にし、セーフティネット機能（防貧機能）を強化する改革に向けて

#### (1) マクロ経済スライドの見直し

- デフレ経済からの脱却を果たした後においても、実際の物価や賃金の変動度合いによっては、マクロ経済スライドによる調整が十分に機能しないことが短期的に生じ得る。他方で、早期に年金水準の調整を進めた方が、将来の受給者の給付水準は相対的に高く維持。
- 仮に、将来再びデフレの状況が生じたとしても、年金水準の調整を計画的に進める観点から、マクロ経済スライドの在り方について検討を行うことが必要。
- 基礎年金の調整期間が長期化し水準が低下する懸念に対し、基礎年金と報酬比例部分のバランスに関する検討や、公的年金の給付水準の調整を補う私的年金での対応への支援も合わせた検討が求められる。

#### (2) 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

- 被用者保険の適用拡大を進めていくことは、制度体系の選択の如何にかかわらず必要。適用拡大の努力を重ねることは三党の協議の中でも共有されており、適用拡大の検討を引き続き継続していくことが重要。

#### (3) 高齢期の就労と年金受給の在り方

- 2009年の財政検証で年金制度の持続可能性が確認。また、2025年までかけて厚生年金の支給開始年齢を引き上げている途上。直ちに具体的な見直しを行う環境にはなく、中長期的な課題。
- この際には、雇用との接続や他の社会保障制度との整合性など、幅広い観点からの検討が必要となることから、検討作業については速やかに開始しておく必要。



- 高齢化の進行や平均寿命の伸長に伴って、就労期間を伸ばし、より長く保険料を拠出してもらうことを通じて年金水準の確保を図る改革が、多くの先進諸国で実施。日本の将来を展望しても、65歳平均余命は更に4年程度伸長し、高齢者の労働力率の上昇も必要。
- 2004年改革によって、将来の保険料率を固定し、固定された保険料率による資金投入額に給付総額が規定されているため、支給開始年齢を変えても、長期的な年金給付総額は変わらない。
- したがって、今後、支給開始年齢の問題は、年金財政上の観点というよりは、一人一人の人生や社会全体の就労と非就労（引退）のバランスの問題として検討されるべき。生涯現役社会の実現を展望しつつ、高齢者の働き方と年金受給との組合せについて、他の先進諸国で取り組まれている改革のねらいや具体的な内容も考慮して議論を進めていくことが必要。

#### (4) 高所得者の年金給付の見直し

- 世代内の再分配機能を強化する検討については、年金制度だけではなく、税制での対応、各種社会保障制度における保険料負担、自己負担や標準報酬上限の在り方など、様々な方法を検討すべき。また、公的年金等控除を始めとした年金課税の在り方について見直しを行っていくべき。

### 4 世代間の連帯に向けて

#### (1) 国際的な年金議論の動向

- 「就労期間の長期化」などの課題は、先進諸国の年金改革に共通。また、「積立方式と賦課方式は、単に、将来の生産物に対する請求権を制度化するための財政的な仕組みが異なるに過ぎず、積立方式は、人口構造の変化の問題を自動的に解決するわけではない」（本年1月のIMF会合におけるプレゼンテーション）などの国際的な年金議論の到達点に立脚した改革議論を進めるべき。

#### (2) 世代間の公平論に関して

- 公的年金の、私的扶養の代替という年金制度が持つ本来機能を踏まえた議論や、生涯を通じた所得喪失への対応といった「保険」としての機能の再認識が必要。
- 一方で、世代間の不公平の主張の背景には、給付は高齢世代中心で負担は現役世代中心という社会保障の構造や、必要な給付の見直しに対する抵抗感の強さなどがあるとの指摘もあり、「全世代対応型」への転換や、持続可能性と将来の給付の確保に必要な措置を着実に進めるメカニズムを制度に組み込んでいくことも求められる。

### (3) 将来の生産の拡大こそが重要

- 年金制度の持続可能性を高めるためには、経済成長や雇用拡大、人口減少の緩和が重要。このため、高齢者や女性、若者の雇用を促進する対策や、仕事と子育ての両立支援の強化に取り組むとともに、年金制度においても、働き方に中立的な制度設計、働いて保険料を納付したことが給付に反映する形で透明感、納得感を高める改革が必要。

### (4) 財政検証と制度改正の議論

- 来年実施される財政検証は、単に財政の現況と見通しを示すだけでなく、課題の検討に資するような検証作業を行い、その結果を踏まえ、遅滞なくその後の制度改正につなげていくべき。

---

---

訪問看護マネジメント論／情報管理論⑥

グループワーク～課題の整理・分析～

全国訪問看護事業協会 常務理事

上野 桂子 氏

---

---

# 上野 桂子(うえの けいこ)先生 略歴

## 略歴

1971年 聖隷学園浜松衛生短期大学卒業  
1971年 4月 社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷浜松病院勤務。  
1980年 4月 同病院管理婦長  
1991年 4月 同事業団在宅部門たち上げ  
1993年 訪問看護ステーション住吉開設、訪問看護ステーション・介護事業所等の立ち上げ等在宅事業に関わる  
1994年 社会福祉法人聖隷福祉事業団本部在宅サービス部部長  
2000年 社会福祉法人聖隷福祉事業団理事・顧問  
2012年 社会福祉法人聖隷福祉事業団監事

現在 社会福祉法人聖隷福祉事業団監事  
一般社団法人全国訪問看護事業協会常務理事  
財団法人日本老人福祉財団評議員

## 直近の活動歴

厚生労働省 訪問看護支援事業に係る検討委員や静岡県訪問看護推進協議会、静岡県看護師需給対策検討委員委員、浜松市中区協議会委員、浜松市介護保険認定審査会委員、等  
静岡県訪問看護ステーション協議会副会長  
聖隷クリストファー大学看護学部・大学院 非常勤講師  
浜松医科大学看護学部非常勤講師、等

## 賞罰

平成一七年度秋 叙勲 瑞宝単光章 受章  
社団法人静岡県看護協会会長表彰  
公益社団法人日本看護協会会長表彰

## 研究・書籍

省略

*-MEMO-*



*-MEMO-*

*-MEMO-*

-MEMO-

*-MEMO-*

-MEMO-



*-MEMO-*

-MEMO-

*-MEMO-*

---

---

運営管理総論①

管理者の制度的な位置づけと役割・機能

岐阜県看護協会立訪問看護ステーション統括所長

野崎 加世子 氏

---

---

# 野崎 加世子(のざき かよこ)先生 略歴

## 略歴

1979年 3月 岐阜市立看護専門学校卒業

1979年 4月 岐阜市民病院入職

1994年 4月 岐阜県看護協会訪問看護ステーション入職

2002年 8月 介護支援専門員 取得

2004年10月 日本看護協会認定・訪問看護認定看護師教育課程入学

2005年 7月 訪問看護認定看護師免許取得

現在 7ステーション・サテライトの統括管理者

高山訪問看護ステーション

高山第二訪問看護ステーション

各務原訪問看護ステーション

下呂訪問看護ステーション

下呂訪問看護ステーション 金山サテライト

古川訪問看護ステーション

上宝訪問看護ステーション

公益財団法人 日本訪問看護財団 理事、専門委員会委員

全国訪問看護認定看護師協議会 会長

岐阜県がん対策基本法 検討委員会委員

岐阜県訪問看護ステーション連絡会 会長

岐阜県福祉事業団評議員

岐阜大学医学部看護学科・県立看護専門学校非常勤講師

飛騨市介護認定審査会委員

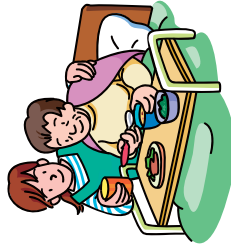
高山市社会福祉協議会理事

高山市、医療・福祉アドバイザー



## 「管理者の制度的位置づけと 役割・機能」

～訪問看護における法令順守と倫理とは～



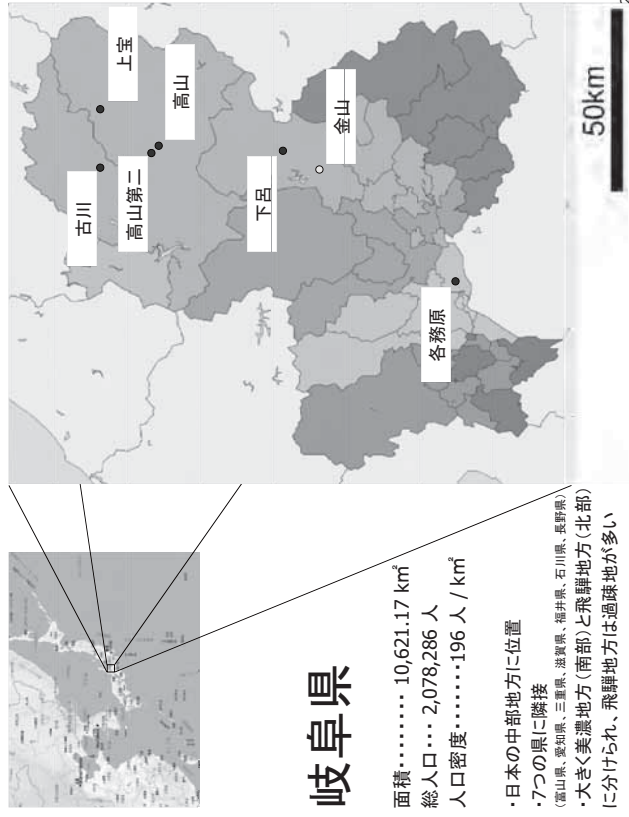
公益社団法人 岐阜県看護協会  
訪問看護ステーション  
統括管理者 野崎 加世子  
(訪問看護認定看護師)

1

## 本日の内容

- 全国の訪問看護を取り巻く状況
- 訪問看護制度について
- 管理者に求められる役割・機能
- 管理者の業務と質の管理への取り組み
- 訪問看護における倫理
- 本日のまとめ

3



## 全国の訪問看護を取り巻く状況

4

## 平成24年度 診療報酬・介護報酬ダブル改定

平成24年度改定による訪問看護への影響

改定後の分析

改定における収入増

全国的に平均3%～5%の収入増



特に病院、施設との連携に加算がついたのが大きい

退院時共同指導加算、外泊時の評価

加算項目の取り方や新設されたサービスへの

取り組みに苦慮しているところも多い？

## 医療保険の高評価

- ① 訪問看護療養費算定日数の緩和
- ② 看護補助者との同行訪問
- ③ 外泊時、退院時の訪問看護の評価

## 介護保険の高評価

- ① 退院時共同指導加算・・・初回加算の新設
- ② 介護保険利用者・・・退院後2週間は医療保険対応可
- ③ 新サービスの設立・・・複合型・定期巡回・随時対応サービス

## 在宅医療にかかると課題

(平成24年中医協資料より抜粋)

### 現状

- 75歳以上の人口の増加と若年世代の減少
- 高齢者の単独世帯の増加
- 低い在宅死亡率
- 医師数・看護師数の重要ギャップ

### 課題

- 増加する在宅医療の需要への対応
- 効率的な在宅医療の提供
- 急変時対応等、利用者のニーズにあった在宅医療の在り方

## 高齢者の世帯形態の将来推計

(万世帯)

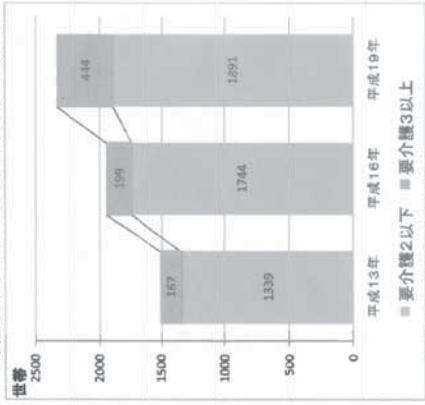
	2005年	2001年	2015年	2020年	2025年
一般世帯	4,904	5,014	5,048	5,027	4,964
世帯主が65歳以上	1,338	1,541	1,762	1,847	1,843
単独 (比率)	386	471	566	635	680
	28.9%	30.6%	32.2%	34.4%	36.9%
夫婦のみ (比率)	470	542	614	631	609
	35.1%	35.2%	34.8%	34.2%	33.1%

(注) 比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合  
出典：国立社会保険・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計—平成15年10月推計—」

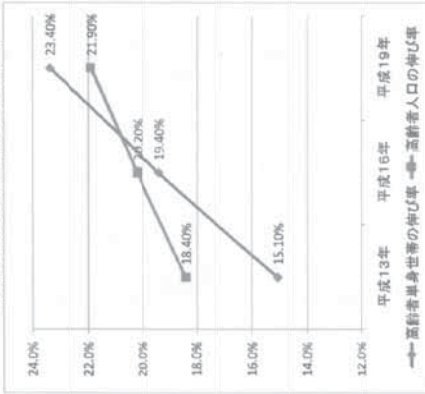
「家族同居」モデル → 「同居＋独居」モデル

## 高齢者単身世帯の増加

高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移



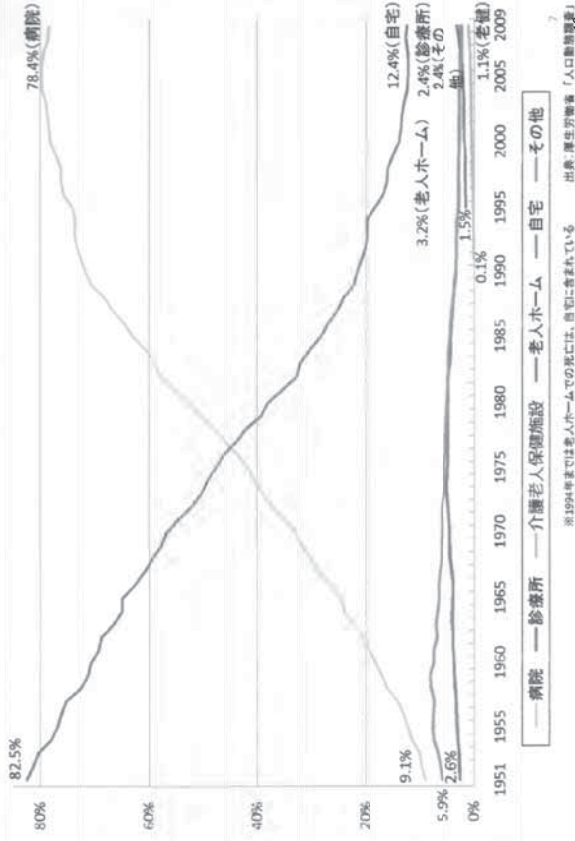
高齢者単身世帯と高齢者人口の伸び率



(※)介護を要する者のいる世帯数:17万2千

(出典)国民生活基礎調査から作成

## 死亡場所の推移



※1994年までは老人ホームでの死因は、当初に占められている

出典:厚生労働省「人口動態調査」

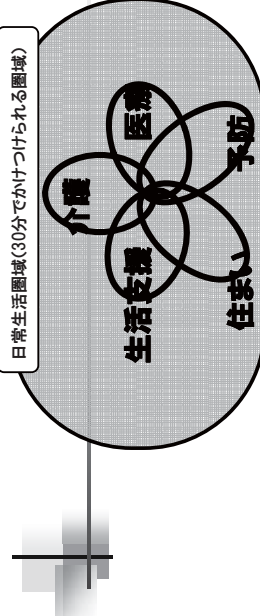
## 重点課題1

### 地域包括ケアシステムの実現に向けた取り組み

- ① 医療と介護の連携の強化
- ② 介護サービスの充実強化
- ③ 予防の推進
- ④ 多様な生活支援サービスの確保(認知症対策)
- ⑤ 高齢者の住まいの整備

## 地域包括ケアシステムについて

※医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実施するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス連携、継続的(人脈、通院、在宅継続を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが望ましい。

- ① 医療との連携強化
  - ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。
- ② 介護サービスの充実強化
  - ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
  - ・24時間対応の在宅サービスの強化
- ③ 予防の推進
  - ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進
- ④ 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や認知症対策など
  - ・一人暮らし、高齢失職のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。
- ⑤ 高齢期になっても住み続けられることのできる/リアルな高齢者住まいの整備(国定省)
  - ・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、持ち家のバリアフリー化の推進

※「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内」に駆けつけられる圏域を理論的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。(「地域包括ケア研究会報告書」より)

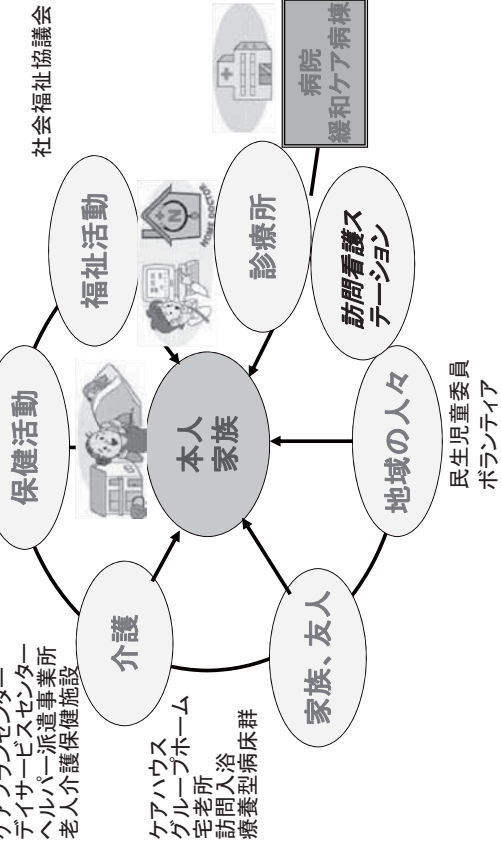
## 地域包括ケア

特別養護老人ホーム  
ケアプランセンター  
デイサービスセンター  
ヘルパー派遣事業所  
老人介護保健施設

保健所、行政

チームアプローチ

社会福祉協議会



13

## 在宅医療の連携

- 在宅療養支援診療所・病院との連携  
機能を強化した在宅診療・在宅病とは（複数の医療機関の連携可）  
在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること  
緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること  
などの要件緩和（平成24年4月1日より改正）  
…いまままで躊躇していた診療所が申請に
- 重度の利用者ほど、医療ニーズが高まるため、  
医療機関との連携が必要…今回の改定で評価
- 医療機関から退院する方の情報交換が重要  
医師、看護師、ケアマネジャー、PT、OT、介護福祉士

14

## 訪問看護の定義…訪問看護とは

- 対象者が在宅で主体性を持って健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることをめざし、訪問看護従事者によって健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、健康の保持、増進、回復を図り、あるいは疾病や障がいによる影響を最小限に留める。
- また、安らかな終末をすごす事が出来るよう支援する。そのために具体的な看護を提供したり指導をして、健康や療養生活上のいろいろな相談にも応じ、必要な資源の導入・調整をする。

（日本看護協会・日本訪問看護検討委員会、1990年）

16

## 訪問看護制度について

15

## 訪問看護の歴史

訪問看護のはじまり

- クリミア戦争でのナイチンゲールの活動
- 日本…明治17年ごろにはじまった派出看護  
1884年東京慈恵医科大学から  
上流階級家庭を対象に看護婦派遣  
明治～戦前まで…自宅が医療提供の場  
↓ 医師の往診も一般的
- 戦後……………国民皆保険制度 制定  
病院・診療所の増加し病院が医療提供の場となる  
1970年頃より病院・診療所からの継続看護開始  
東京…柳原病院、武蔵野日赤、済生会 九州…水俣

17

## 訪問看護制度の変遷とその役割

寝たきり高齢者の増加社会的入院の問題を受け

- \* 1982年老人保健法制定  
保健事業としての機能訓練・保健指導
- \* 1992年老人訪問看護制度スタート
- \* 1994年指定訪問看護制度の創設  
訪問看護を老人以外に拡大
- \* 2000年介護保険法の施行  
訪問看護は、医療保険、介護保険両方の適応  
他職種との連携の増加

18

## 訪問看護の利用

- 主治医(かかりつけ医)の診療により、訪問看護が必要と認められたものに限る。
- 介護保険・医療保険両方に訪問看護指示書の発行が必要である。

介護保険・医療保険訪問看護業務の手引きより抜粋

19

## 訪問看護の利用者

- ① 介護保険利用者…訪問看護の定義

介護保険法、第8条の4位置づけ

65才以上の人(第1号被保険者)と、40才以上65才未満(第2号被保険者)の人の中で16種類の特定疾病に該当する人であり、要介護認定を受け、主治医が訪問看護サービスの必要性を認めた介護保険給付サービス利用者である。



特定疾病とは？

20



## 特定疾病

第2号被保険者の特定疾病・・・下線は、訪問看護は医療保険で行う

① がん(医師が回復の見込みがないと判断した場合(がん末期))

② 関節リウマチ

③ 筋萎縮性側索硬化症

④ 後縦韌帯骨化症

⑤ 骨折を伴う骨粗しょう症

⑥ 初老期における認知症(アルツハイマー病等)

⑦ パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺など)

⑧ 脊髄小脳変性症

⑨ 脊柱管狭窄症

⑩ 早老症

⑪ 多系統萎縮症

⑫ 糖尿病性神経障害(腎症・網膜症)

⑬ 脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)

⑭ 閉塞性動脈硬化症

⑮ 慢性閉塞性肺疾患

⑯ 両側の膝関節又は、股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

21

② 医療保険利用者・・・健康保険法により定義  
訪問看護療養費・・・第88条位置づけ

介護保険制度の適応にならない人で、疾病、障害により居宅で、継続して療養を受ける状態にある者(乳幼児から高齢者まで)

■ 要介護者のうち、急性増悪等により、訪問看護サービスが頻回に必要な利用者に対しては、主治医が指示する期間・・・月1回2週間迄(気管切開、褥瘡は月に2回)(特別指示書)

■ 要介護者であっても、厚生労働大臣が定める疾病に該当する人

22

## 厚生労働大臣が定める疾病等

- ① 末期の悪性腫瘍
- ② 多発性硬化症
- ③ 重症筋無力症
- ④ スモン
- ⑤ 筋萎縮性側索硬化症(ALS)
- ⑥ 脊髄小脳変性症
- ⑦ ハンチントン病
- ⑧ 進行性筋ジストロフィー
- ⑨ パーキンソン病関連疾患(ヤールのステージ3以上等)
- ⑩ 多系統萎縮症(シャイ・ドレーガー疾病等)
- ⑪ プリオン病
- ⑫ 亜急性硬化性全脳炎
- ⑬ ライゾーーム病
- ⑭ 副腎白質ジストロフィー
- ⑮ 脊髄性筋萎縮症
- ⑯ 球脊髄性筋萎縮症
- ⑰ 慢性炎症性脱髄性多発性筋炎
- ⑱ 後天性免疫不全症候群
- ⑲ 頰頰損傷 ⑳ 人工呼吸器を装着している患者

平成24年度改定で⑬～⑰が追加された

23

## 訪問看護の従事者

- 保健師・助産師・看護師・准看護師
- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士  
(H, 18, 4より)

24

## 訪問看護の内容

- 病状・障害の観察と看護
- 療養生活上必要な看護援助と指導
  - ・ 清拭・洗髪・入浴介助・陰部洗浄等の清潔ケア
  - ・ 内服管理・食事・水分・栄養摂取の管理とケア
- 医療機器の管理・操作援助・指導  
(HOT機器・人工呼吸器・カテーテル類・吸引・ストーマ・気管カニューレ等の管理と緊急時の対応)
- 褥瘡や創傷の処置・予防
- リハビリテーション(呼吸リハビリ含む)
- 多職種との連携
- 在宅緩和ケア・家族への支援

25

## さまざまな訪問看護の利用

26

## 特別養護老人ホームとの連携

- がん末期の入所者に限り、医療保険による訪問看護可能
- 委託契約により、ショートステイの際に、訪問看護が出向いて健康管理、医療処置(褥瘡の処置等)を行うことができる

27

## グループホーム等に入居している場合

- グループホームと訪問看護ステーションが委託契約し、訪問看護師が健康管理を担当
- がん末期や神経難病などの厚生労働大臣が定める疾病等、また病状悪化による特別訪問看護指示期間(1か月に2週間)は医療保険による訪問看護が可能  
(他に有料老人ホーム、ケアハウス等)

28

## 管理者に求められる役割・機能

29

## 管理者としての業務

- ・経営・運営の責任者
- ・訪問看護サービスの責任者
- ・人材育成の責任者
- ・働きやすい職場作りの責任者
- ・地域や関係機関への広報活動の責任者

(いわゆる人・物・金・時間・情報管理をする人)

30

## 介護保険法運営基準・・・第61条)

### 管理者の役割

- 1、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専ら職務に従事する常勤の管理者を置かねばならない。ただし、管理上支障がない場合は、ステーションの他の業務、同一敷地内にある他の事業所等の職務に従事することができるものとする。
- 2、指定訪問看護ステーションの管理者は、保健師、看護師でなければならぬ。ただし、やむを得ない理由がある場合は、この限りではない。
- 3、指定訪問看護ステーションの管理者は、適切な指定管理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ぬ。

31

## 健康保険法運営基準・・・ 第20条

### 管理者の責務

- 1、指定訪問看護ステーションの管理者は、指定訪問看護ステーションの従業者の管理及び指定訪問看護の利用の申し込みにかかる調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うものとする。
- 2、指定訪問看護ステーションの管理者は、当該指定訪問看護ステーションの従業者に規程を順守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

32

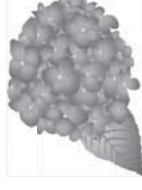
## 管理者の責務

職員の管理	(介護)運営基準第61条 (予防)運営基準第64条 (健康)運営基準第20条
衛生管理	(介護)運営基準第31条 (予防)運営基準第29条 (健康)運営基準第23条
適切な訪問看護の実施 に対する必要な管理	(介護)運営基準第61条 (予防)運営基準第64条 (健康)運営基準第3条
訪問看護計画書 報告書の管理	(介護)運営基準第70条 (予防)運営基準第76条 (健康)運営基準第17条

33

## 信頼される管理者は

- 違法行為をしない
- 状況を判断する
- 決断をする
- 実行させる
- 責任をとる



決断は1人だと迷う・・・情報分析  
合意制だと責任が不明確

34

しかし、

良い管理者になるなんて

自分には無理！

皆さん、そう思っていますか？  
私もそうです。でも・・・

管理者がいないと組織はどうなるのでしょうか？

35

## 管理者はなぜ必要か

- 1人企業
  - ☆メリット
    - ・個性が活かせる
    - ・匠になれる
    - ・気楽
  - ☆デメリット
    - ・営業、生産、販売全部1人
    - ・生産性が少ない
    - ・成長がない
- 多人数企業・・・組織化が必要
  - ☆メリット
    - ・作業分担・生産向上
    - ・多視点で改善・成長可能
  - ☆デメリット
    - ・多くの人が多くの意見
    - ・サボる、忙しいふりをする

36

## 組織が2人以上になると 管理が必要となる

管理するものと管理されるものが出てくる

- ・人事管理、生産管理、予算管理、品質管理
- ・管理者経験のない者は、手探り状態

つまり

管理は必要だが、新たな問題も・・・

37

## 管理者の業務と質の管理への取り組み

38

## 訪問看護師になって20年・・・ 管理者となって19年

働きがいのある豊かな職場風土を育むために取り組んできたが・・・

スタッフが少くないなら少ないなりに、スタッフが多くなると多くなりに、悩みながらの19年

所長にはついて行けないと怒って辞めた人が・・・

手当てが少ないと訴えた人が・・・

訪問看護に疲れてしまった人が・・・

利用者から殴られ落ち込んだ人が・・・

様々な対応に迫られる

39

## ではどうするか？ 働きやすい職場づくりへの試み

1. 訪問看護に対する理念・方針がステーション内で統一されているか
2. 職場は話しやすい雰囲気か
3. 待遇全般に満足しているか
4. 研修・教育制度は充実しているか
5. 相談できる上司・同僚はいるか

40

## 訪問看護に対する理念・方針が ステーション内で統一されているか

- 訪問看護ステーションの理念について、全員の理解がなされているか確認する
- 毎年、今年度のステーション方針、目標をカンファレンスで検討する

対応

ステーションの方針検討に対して皆の協力が少なく、なぜ理念、方針を持つことが必要なのか、話し合いを重ねることで意識の向上があった

41

## 職場は話しやすい雰囲気か

- カンファレンスでは、みんなが自分の意見を言えるアサ一ティブな話し合いを
- わからないこと等を先輩や同僚に聞きやすい
- 上司への報告・連絡・相談がきちんとできる
- 対応
- カンファレンスでは何もいわず終わってから文句を言う
- 自分の意見を強調し、他のスタッフの意見を否定する

↓

カンファレンスの持ち方を皆で検討

問題のあるスタッフの面接を行い、本人の思いを聞くことで、少しずつ変化が見られ雰囲気が変わっていった

42

## 訪問看護に対する理念・方針が ステーション内で統一されているか

- 訪問看護ステーションの理念について、全員の理解がなされているか確認する
- 毎年、今年度のステーション方針、目標をカンファレンスで検討する

対応

ステーションの方針検討に対して皆の協力が少なく、なぜ理念、方針を持つことが必要なのか、話し合いを重ねることで意識の向上があった

41

## 待遇全般に満足しているか

- よくでる不満
- 休みがとりにくい・・・子供の病気のとき等休みみたい
- 給料が安い（時間給の値上げ）
- 緊急時対応などの手当をもっと評価してほしい
- スタッフ間での仕事内容の格差

対応

契約時の給料や手当てについての説明がきちんと行い、納得してもらう

スタッフとの面接を繰り返し、考えをよく聞く  
決して頭から否定した意見を言わない

43

## 研修・教育制度は充実しているか

新人教育

- 新採用者3ヶ月は試用期間、同行訪問を行い、新人研修プログラムに沿って教育
- 現任教育（管理者・統括管理者講義）・・・評価表導入
- 毎年、職員の意見を聞きながら研修計画を立案
- 個人によって研修を指示（合同研修）

カンファレンスの充実

- 職場内のカンファレンスにて事例検討
- 対応

教育の見直しで、職員が伸びることは管理者としての幸せ  
→ 成長が実感できる



## 相談できる上司・同僚はいるか

- 一人で訪問する事への不安
- 仕事量の多さや煩雑さからくるストレス
- 人間関係からのストレス
- 利用者に対する自分の未熟さからくる自己嫌悪

対応

メンタルヘルスケアの必要性

スタッフの心が病んでしまっは良い訪問看護は無理  
面接し、表情や会話から一人一人の状況を把握  
不満は小さなうちに対処

45

## 信頼される仕組みづくり

スタッフの比率

管理者：信頼できる部下

1人：5人～10人

これ位がベスト

46

## 一層信頼される為に

- 誠実である
- 知識・技術がある
- 失敗はするが嘘をつかない
- 部下のことを信頼してお願ひしてくれる
- 部下を見守ってくれる
- 話がわかりやすく納得できる
- 判断・自己決定が迅速
- 視野が広い
- 軸がぶれない ……でもなかなか難しい！

47



管理をする場合、自分の判断が、  
正解かどうかの判断はいつでも難しい。  
(管理者はその時の判断で進むしかない)

その時に必要なのは、自分の  
ぶれない倫理観や高い志である

48

## 倫理とは

集団や集団に属する1人ひとりがもつ  
物事の善し悪しを判断する共通の基準

- 内的規定……「道徳」(モラル)、「倫理」
- 外的規定……「法」、「法制度」

50

## 訪問看護における倫理

49

### 職能団体や各事業所による倫理規定整備

- 介護支援専門員倫理綱領 (日本介護支援専門員協会)
- 日本介護福祉士会倫理綱領 (日本介護福祉士会)
- 介護サービス事業者倫理綱領 (日本介護サービス事業者協会)
- 日本社会福祉士倫理綱領 (日本社会福祉士会)
- 老人福祉施設協議会倫理綱領 (全国老人福祉施設協議会)

\* グループホームや関連施設ごとに倫理綱領を設置

51

### 倫理綱領に共通した視点

- 人間の尊厳・人権の尊重を基本
- 利用者本位・自立支援
- 法令遵守
- 秘密保持(プライバシー保護)
- 従業者の資質・専門性の向上
- 福祉・医療・保健他の専門職との連携
- 地域福祉の推進

52

## 看護における倫理規定

### 前文

- 看護は、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最後まで、その人らしく生をまっとうできるように、援助を行なうことを目的としている。



53

## 条文

1. 私達は、人間の生命、人間としての尊厳および権利を尊重する。
2. 私達は、国籍、人種、民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状态、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。



54

3. 私達は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。

4. 私達は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。

5. 私達は、守秘義務を遵守し、個人情報の保護に努めると共に、これを他者と共有する場合は、適切な判断の基に行なう。

(プライバシー保護に努める)



55

## 個人情報保護法

### 目的

高度情報通信社会の進展に伴い個人情報の利用が著しく拡大



個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利利益を保護(プライバシー保護)

### 基本理念

個人情報、個人の人格尊重の理念のもとに慎重に取り扱われるべきものであり、その適正な取り扱いがはからなければならない。…本人の同意が必要

56

6. 私達は、対象となる人々の看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する。

7. 私達は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任を持つ。

8. 私達は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める。



57

9. 私達は、他の看護者及び保健・医療・福祉関係者とともに協働して看護を提供する。

10. 私達は、より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し、実施する。

11. 私達は、研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する。



58

12. 私達は、より質の高い看護を行うために、看護者自身の心身の健康の保持増進に努める。

13. 私達は、社会の人々の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する。

14. 私達は、人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する。



59

## ■ 倫理に照らし合わせてどうか

■ 倫理綱領・・・私達が守らなければならないモラル

■ 法令を守ることの意味を考える

■ (法令遵守の徹底)

■ 事業者に必要な事項



60

## 介護保険制度における法令遵守について

介護保険制度は以下の3つにより介護を社会的に支える仕組み

- 自 助 (利用者の1割負担)
- 共 助 (40歳以上の被保険者が払う保険料)
- 公 助 (税金)

制度の中で事業を適正に行う事が私達の使命

不正請求や人員不足等問題がある事業所は、指導の対象となり、事業が継続できない事に！

指定取り消し処分

61

## 本日のまとめ

62

## 明日からの目標

働きやすい職場作りの為に、管理者として

明日からできること2つを挙げてください。

- \* 自分から、挨拶しよう
- \* 職員との面接を計画しよう……など…



63

## 最後に……

管理者は、常に孤独だと言われています。職員のためと思っても、誠意が伝わらず辛い思いをすることもあります。しかし、職員は管理者である**あなたが頼り**なのです。

いろいろ、相談したいこともあるし、褒めて欲しいこともあります。何時も、**職員に目をかけてあげて下さい**。そしてあなた自身も自分で頑張っているよと**自分を褒めてあげて下さい**。

たまには、仕事から離れてリフレッシュして下さい。そして、自信がもてるように……



64

*-MEMO-*



*-MEMO-*

-MEMO-

-MEMO-

---

---

運営管理総論②  
看護管理概論（看護管理に必要な知識体系、看護管理  
者の役割と活動）

聖隷浜松病院副院長兼総看護部長  
勝原 裕美子 氏

---

---

# 勝原 裕美子（かつはら ゆみこ）先生 略歴

## 学歴

1985年	3月	同志社大学文学部英文学科卒業	文学士
1993年	3月	聖路加看護大学卒業	学士（看護学）
1997年	3月	神戸大学経営学研究科博士課程前期終了	経営学修士
2003年	3月	神戸大学経営学研究科博士後期課程修了	博士（経営学）

## 職歴

1985年	4月	株式会社 京阪百貨店入社	
1993年	4月	国立循環器病センター看護部	勤務
1994年	4月	兵庫県立看護大学	教育・管理看護学 助手
1999年	4月	〃	講師
2003年	4月	〃	助教授
2004年	4月	兵庫県立大学看護学部	看護基礎領域看護システム学 助教授
2007年	4月	聖隷浜松病院	副院長兼総看護部長

## 主な研究テーマ

医療機関における倫理  
看護師のキャリア発達  
医療の質向上・ベンチマーク

## 著書

「看護師のキャリア論」(ライフサポート社)、「語りと騙り間」(共著:ナカニシヤ出版)、「看護師になるには」(共著:ペリかん社)、「看護サービス管理」(共著:医学書院)、「社会の中の看護」(共著:日本看護協会出版会)、「ライフサポート」(共訳:日本看護協会出版会)、「臨地実習のストラテジー」(監訳:訳 医学書院)、「困難に立ち向かう看護」(監修:エグゼビア・ジャパン)、「ピー・アサーティブ」(医学書院)、「コード・グリーン:利益重視の病院と看護の崩壊劇」(翻訳:日本看護協会出版会)、「看護理論の臨床活用」(編集:日本看護協会出版会)、「看護管理学習テキスト:看護管理基本資料集」(編集:日本看護協会出版会)、「看護管理学習テキスト看護組織論」(編集:共著 日本看護協会出版会)、「看護管理学習テキスト看護における人的資源活用論」(共著:日本看護協会出版会)など その他、論文は多数

## その他

日本看護倫理学会理事、日本看護科学学会評議員、日本医療・病院管理学会評議員、聖隷クリストファー大学臨床教授、浜松医科大学臨床教授 他

【講義内容】

組織の理解

看護管理とは (資源、マネジメントサイクル)

看護管理の実際

看護を社会に役立てるための管理 (可視化、ベンチマーク、診療報酬・介護報酬)

行政や他団体、他機関との関係性を考慮した管理 (政治への関心、情報、パワー)

1. 組織とは

二人またはそれ以上の人間の意識的に調整された行動または諸力のシステムである。

By バーナード

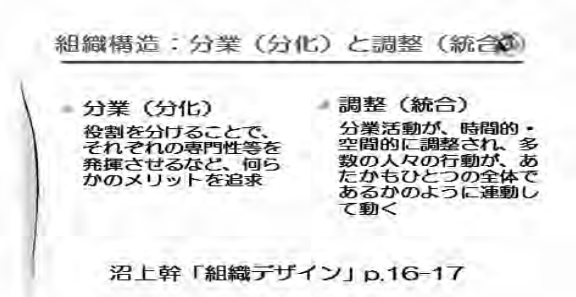
1) 多様な組織観と人間観

参考資料：金井壽宏「経営管理」p.14-15

2) 組織の基本要素

- 共通の目的
- 協働の意思
- コミュニケーション

3) 分業と調整 (分化と統合)



2. 管理 (マネジメント) とは

組織目標に到達するために、資源を使って計画、組織化、方向づけ、統制を行う継続的な取り組み

1) 目標設定

どのように設定しているのか

いつ設定しているのか

目標が正しい方向に向いていることを説明できるか

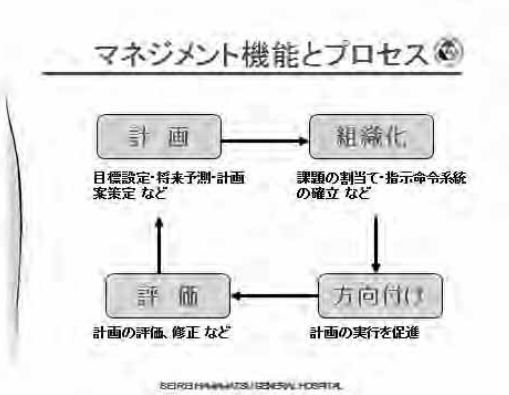


- 目標はみんなが知っているのか
- 目標管理が有名無実化していないか
- 目標は修正されるか
- 早くに目標達成できたときはどうするのか
- その次の目標をどのように設定するのか      など

2) 資源

- 人 もの 金 技術 文化 時間 . . .
- 資源の分析を行っているか

3) 計画、組織化、方向付け、評価 (統制)



4) 継続的な取り組みは質評価が必要

1) なぜ、質評価が必要か

継続的な取り組みは質評価が必要

なぜ質評価が必要なのか?

<p>質を高めるといっても、どこに向かえばよいのかわからない。</p> <p>・専門職としての水準の維持・向上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・客観性</li> <li>・妥当性</li> <li>・継続性 など</li> </ul>	<p>質が高いといっても、何をさしているのかわからない</p> <p>・サービスの受け手への質保証</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・明確</li> <li>・理解のしやすさ</li> <li>・一般的 など</li> </ul>
---	--

・医療環境の変化、技術の進歩、研究に基づエビデンス  
 ・免許を持つ者・団体としての責任  
 ・医療界、看護界全体の質の底上げ(高い水準での均一化)

2) 「看護サービスの質評価」の論点

- 看護サービスとは何か?
- 何を評価すれば質評価になるのか?
- 誰が、いつ、どのように評価するのか?
- 評価の妥当性はどのように判断するのか?

### 3) ドナベディアン の 枠組み と 質 の サイクル

- 構造指標 看護サービスが提供される条件を構成する因子
- 過程指標 具体的看護実践のプロセスを構成する因子
- 結果指標 看護サービスに起因する患者・家族の変化を構成する因子

### 4) 質改善の方法

- 質改善・・・日常業務中での気づきを改善
- EBN・・・基準とされていることを実施
- 看護研究・・・新たなケアの開発

#### 【まとめ】

- 皆が同じ目標を持っている
- ルールがある
- 時間や資源は限られている
- 誰もができることもあれば、得意な人に任せることもある
- 相手によってフォーメーションが変わる
- 監督のマネジメントとリーダーシップが影響する

-MEMO-

*-MEMO-*

*-MEMO-*

---

---

運営管理総論③  
リーダーシップ論

R&D Nursing ヘルスケア・マネジメント研究所代表  
深澤 優子 氏

---

---



# 深澤 優子（ふかざわ ゆうこ）先生 略歴

## 略歴

北海道立室蘭栄高等学校卒業、弘前大学教育学部特別教科(看護)教員養成課程に入学し、同大学を卒業後、日本医科大学付属病院の小児病棟で看護師として勤務。

神奈川県立衛生短期大学(現神奈川県立保健福祉大学)で小児看護学助手として勤務した後、夫の海外留学に伴い、アメリカのボストンに3年間滞在。その間、ボストンの日本人学校で非常勤教員として勤務。

帰国後、日本大学大学院グローバル・ビジネス研究科に入学し、経営学修士(MBA)所得。大学院在学中に看護師の人材紹介・派遣、医療機関向けの研修等を行う、株式会社MedicalCUBICを設立し、2011年3月まで代表取締役として経営に従事。

現在は、R&D Nursing ヘルス・ケアマネジメント研究所代表として、コンサルティング・研修(認定看護管理者研修、看護部研修、看護管理者研修等)・講演・執筆等を行っている。

## 論文・学会発表

『看護学生の“病気の子ども”に対する認識の変化』平成8年,神奈川県立衛生短期大学紀要(第28巻),共著 / 『女性のキャリア支援としての両立支援のあり方 キャリア認識との関係から』平成15年3月 / 『先天性心疾患児の両親のコーピングに関する考察』,日本小児循環器学会,平成5年7月,共著 / 『ビジネスをつくる アイデアから実践への鍵を握るもの』平成16年5月,日本看護技術学会誌(第5巻第1号),単著 / 『医療バランスト・スコアカード導入のすべて』平成20年,生産性出版,共著 / 『医療バランスト・スコアカード研究「実務編」』平成23年3月,生産性出版,共著 他、多数

## 著書

『新人ナース採用活動のポイント』平成23年11月,日本看護協会出版会,看護(第63巻13号),単著 / 『看護管理者のためのブックセレクション』平成23年8月,医学書院,看護管理(第21巻9号),単著 / 『評価の基礎知識と評価をスムーズに進めるための準備』平成22年4月,日総研出版,看護人材教育(第6巻第6号),単著 / 『短時間正職員制度の現状と今後の展望』平成22年3月,日本看護協会出版会,看護学雑誌(第74巻第3号),単著 / 『新人看護師がやってきた時に師長として何をするか』平成22年2月,日総研出版,ナースマネジャー(第11巻第11号),単著 他、多数

## その他

- ・日本医療バランスト・スコアカード研究学会企画研修委員
- ・東京都高齢者福祉健康財団福祉経営塾講師
- ・川崎市産業振興財団 かわさき起業家オーディション審査員

2013.9.13(金) 全国訪問看護事業協会

### リーダーシップ論

R&D Nursing ヘルスケア・マネジメント研究所 代表 深澤優子  
ykfukazawa@gmail.com

▶ 1

R&D Nursing All Rights Reserved

### スケジュール

- ▶ 13:00～15:00  
【講義】リーダーシップ論  
フレームワークの上手な活用
- ▶ 15:00～16:30  
【ワーク】SWOTクロス分析を使って  
自分の課題を明確にする
- ▶ 16:30～17:00  
発表とまとめ

▶ 2

R&D Nursing All Rights Reserved



▶ 3

R&D Nursing All Rights Reserved

### 自分と組織の関係を二つの○で表してみる

- ▶ ○を二つ書いて、自分とステーション・病院など(組織)はどのような関係にあるのかを自由に書いてみてください。

▶ 4

R&D Nursing All Rights Reserved

## 人にはいろいろあるらしい・・・。

- ▶ **自然型人間**：正しい方向(大義)に向かって事を起こすという意欲や気概に満ち溢れた人。誰の指示を受けなくても何かを成し遂げようと自ら行動する人。
- ▶ **可燃型人間**：自ら燃えることはないが、誰かが近くでマッチを擦ってくれば燃える人。圧倒的多数がこのタイプに属する。
- ▶ **不燃型人間**：自ら燃えることもないしとえ誰かがマッチを擦ってくれども金輪際燃えないという人。今までもこれからは絶対に燃えないという確信的な不燃型と燃え尽きてしまった燃えているのは灰だけという不燃型。
- ▶ **消火型人間**：全員が盛り上がりつつもどうせうちなんかじゃ無理だよ、など水を差したり、冷たい言葉を投げかけたりする、何かにつけてネガティブな発言をする人。
- ▶ **点火型人間**：可燃型人間の心に火をつけられる人。マッチの擦り方を知っている人。目指していきたいのはこの型。

新祥命：働き方の教科書、ダイヤモンド社2011。

▶ 5

R&D Nursing All Rights Reserved

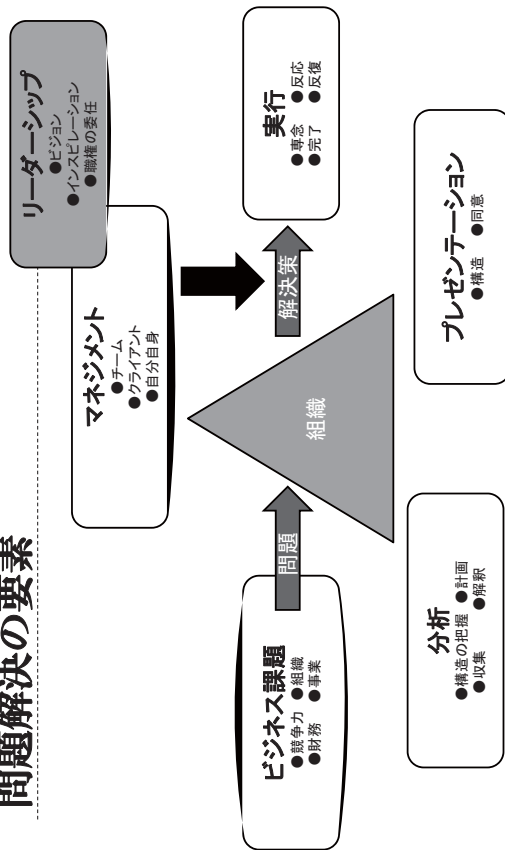
## 一般管理職に求められる能力

求められる能力	係長クラス	課長クラス	部長クラス
経営感覚/起業家意識	5.3	7.7	68.7
戦略的思考	2.6	20.0	72.5
リーダーシップ	49.1	77.7	69.5
ビジョン/政策立案力	2.6	23.1	74.8
チャレンジ/変革力	51.8	39.2	25.2
論理的思考	38.6	28.5	16.8
問題形成/解決能力	52.6	65.4	22.1
創造/企画力	37.7	30.0	14.5
意思決定力/判断力	22.8	53.8	66.4
情報収集/分析力	43.0	27.7	16.8
業務の遂行能力/専門知識	77.2	34.6	10.7
グローバル志向	1.8	3.8	17.6
語学力	6.1	5.4	3.8
部下の育成/管理能力	44.7	84.6	48.9
コミュニケーション力	64.9	38.5	19.1
プレゼンテーション能力	25.4	10.0	3.1
会計/財務	12.3	16.2	17.6

..... 管理者の育成: 研修に関する調査(企業と人材, 2008年1月5日-20日号, 産労総合研究所)より  
R&D Nursing All Rights Reserved

▶ 6

## 問題解決の要素



▶ 7

R&D Nursing All Rights Reserved

リーダーシップとは  
リーダーシップとパワーの違い

8

R&D Nursing All Rights Reserved

## リーダーシップとは

- ▶ 集団に目標達成を促すよう影響を与える能力
- ▶ その集団の目標を達成するために、その時の状況において最も効果的な方法で、集団の成員が自主的に最大の努力をするよう働きかけるリーダーの影響力
- ▶ リーダーシップは、階級属性ではなく、地位や役職や権限などの要素に頼らず発揮するもの

▶ 9

R&D Nursing All Rights Reserved

## リーダーシップとパワー

### リーダーシップ パワー

- ▶ リーダーの目標と部下の目標の一定の適合性を必要とする
- ▶ リーダーはどの程度援助的であるべきか、意思決定を部下とどの程度共有すべきか、といった疑問に応えようとするもの

▶ 10

R&D Nursing All Rights Reserved

## リーダーシップとは

- ▶ 集団に目標達成を促すよう影響を与える能力
- ▶ その集団の目標を達成するために、その時の状況において最も効果的な方法で、集団の成員が自主的に最大の努力をするよう働きかけるリーダーの影響力
- ▶ リーダーシップは、階級属性ではなく、地位や役職や権限などの要素に頼らず発揮するもの

▶ 9

R&D Nursing All Rights Reserved

## パワー ①公式の力

- ▶ 組織における個人の地位に基づき、強制する能力や報酬を与える能力、公式の権限、情報のコントロールから生じる力
- ▶ **強制力**  
恐怖心に依存する。身体的拘束や心理学上の基本的欲求や安全欲求の制限を課すこと、あるいは脅すこと等によって成立している。組織的レベルでは解雇・停職・降格・いやがる業務活動の命令・不当な扱いなど。
- ▶ **報酬力**  
強制力の逆。従うことがプラスメリットをもたらすような場合。金銭的報酬・非金銭的報酬(認知・昇進・興味のある仕事に割り当て・親切・優遇された勤務時間など)。他者が価値を見出すものならば何でも報酬になりうる。
- ▶ **正当権力**  
組織の公式の階層における地位の結果として得られる権力。権威ある地位は強制力も報酬力も有しているが、正当権力はさらに範囲が広い。
- ▶ **情報力**  
情報へのアクセスと情報のコントロールから生じる力。組織において他人が必要とするデータや知識を有する人は他人を自分から依存させることができる。

▶ 11

R&D Nursing All Rights Reserved

## パワー ②個人的な力

- ▶ 力を手にするためには必ずしも公式の地位を必要としない。個人の持つ独自の特性から生じる力という。
- ▶ **専門力**  
専門技術、特殊なスキル、知識を有する結果として行使される影響力。世界的に技術志向が高まる中で専門技術は最も強力な影響力となり、仕事に専門化することによって人々は目標達成のために一層「専門家」に依存するようになってきた
- ▶ **同一化による力**  
好ましい資質や個性を備えた人物との同一化(アイデンティフィケーション)である。同一化による力は、他人への称賛やその人のようになりたいという欲求から生じる。
- ▶ **カリスマ性**  
個人のパーソナリティや対人スタイルから生じる同一化のよる力の延長線上にある。組織には、公式のリーダーとしての地位にないものの英雄的な資質を強みとして他人に影響力を及ぼしている人がいる。

▶ 12

R&D Nursing All Rights Reserved

## リーダーシップと管理

- Leadership=Lead 先頭に立って道案内をする、導く
- Leader=指導者

- Manage=Handling thing・・・取扱や処理
- 生産力の改良や安定性、指示の設定など物事を円滑に運ぶことが管理の本質

リーダーは必ずしも管理者でなく、  
管理者が必ずしもリーダーとは限らない

## しかし、管理場面でのリーダーシップは必須!

▶ 13

R&D Nursing All Rights Reserved

## リーダー・チェックリスト

- 皆が力を合わせれば、状況を変えることができる
- 今まで存在しなかった価値のあるものを創りあげる
- 前向きなエネルギーを発している
- 夢を実現する
- 変化を歓迎する

- 部下に仕事の指示を与える
- 社員の採用・教育・指導の責任がある
- 部下に安全な職場環境、顧客には最高の品質を保証する
- 部下と経営陣をつなぐ役割を果たす
- 部下のやる気を引き出し、目標達成を大切にする組織風土を作り上げる

▶ 14

R&D Nursing All Rights Reserved

## 管理者の役割

- ▶ 上位者の方針に基づいて自分が所管する組織の業務目標を定めること。
- ▶ 業務目標や具体的な課題を達成すること。
- ▶ 部下を育成すること。
- ▶ 上司に現場の情報を伝え、意見具申し、補佐をすること。
- ▶ 問題解決能力を高め、組織風土の改革のリーダーとなること。
- ▶ 他の部署と円滑や関係を維持し、連携を図ること。

▶ 15

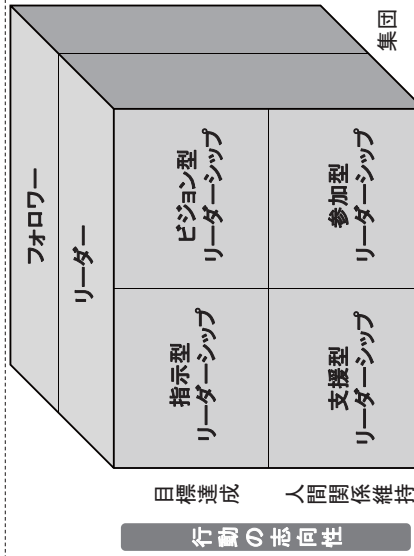
R&D Nursing All Rights Reserved

## 代表的なリーダーシップ理論

16

R&D Nursing All Rights Reserved

## リーダーシップ・ユニバース



平時 状況 有事

▶ 17

R&D Nursing All Rights Reserved  
小野亜生:リーダーシップ・ユニバース・モデル, 2007より

## リーダーシップ理論研究の変遷

- ▶ 普遍的なパーソナリティ特性を見出そうとするもの
- ▶ リーダーはどのような行動をするのかになるリーダーシップ解明
- ▶ 条件適合(コンティンジェンシー)理論による説明
- ▶ 特性説への回帰に新たなひねりの追加、カリスマ的リーダーの備える特質あるいは特性を見出そうとするもの

▶ 18

R&D Nursing All Rights Reserved

## (1)特性理論

- ▶ 1940年代以前・・・リーダーと非リーダーを区別する特徴・特性

- ① 動機と意欲
- ② 他者を導き影響を与えようとする欲求
- ③ 正直さと誠実さ
- ④ 自信
- ⑤ 知性
- ⑥ 責任分野に関する深い専門知識

【限界】状況要因を無視しているため、特性を備えているだけでは有能なリーダーになる可能性が高まるに過ぎない。ある状況において適切な行動が別の状況で必ずしも適切であるとは限らない。

▶ 19

R&D Nursing All Rights Reserved

## (2)行動理論

- ▶ 1940年代後半～1960年代・・・リーダーが好んで示す行動スタイルを重視。
- ▶ 特性理論は「生まれながらにしてリーダーはリーダー」でリーダーシップは生まれつき決まっている・・・育成が難しい。
- ▶ 特定行動が解明されれば、「教えること」が可能である。リーダーが増やせる。

▶ 20

R&D Nursing All Rights Reserved

## (2)行動理論 ①オハイオ州立大学の研究

「構造作り」と「配慮」のいずれも高い程度を示すリーダーの下で部下の業績と満足度が高まる可能性が高い。

構造作りとは：リーダーが目標達成を目指す中で自分と部下の役割を定義し構築すること

配慮とは：ある人物が相互信頼・部下のアイデアの尊重・部下の感情への気配りの特徴とするような職務上の関係を持つ程度のこと

必ずしも良い結果ばかりではない

- ◆構造作り「高」:不平や常習的欠勤、離職率の上昇、仕事への満足度低下。
- ◆配慮「高」:上司によるリーダーの業績評価と反比例。

【限界】「高-高」スタイルは一般的に好結果を生むものの例外も多く、状況要因を組み込む必要性あり。

▶ 21

R&D Nursing All Rights Reserved

## (2)行動理論 ②ミシガン大学の研究

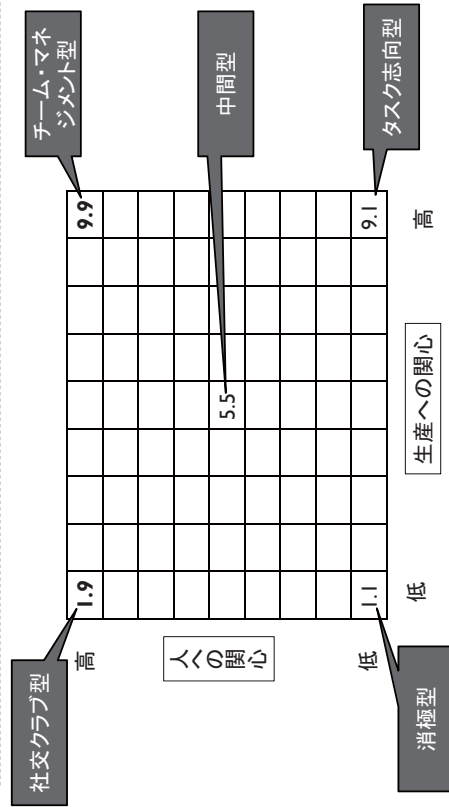
- ▶ 「従業員志向型」と「生産志向型」
- ▶ 従業員志向型の行動をとるリーダーの方がはるかに好ましい。
- ▶ 生産志向型リーダーでは、生産性や労働者の満足度の低さと関連付けられる傾向がみられた。

【限界】いずれも行動パターンと集団業績との間に一貫した関係を見出すには至らず。状況要因の考慮が足りない。

▶ 22

R&D Nursing All Rights Reserved

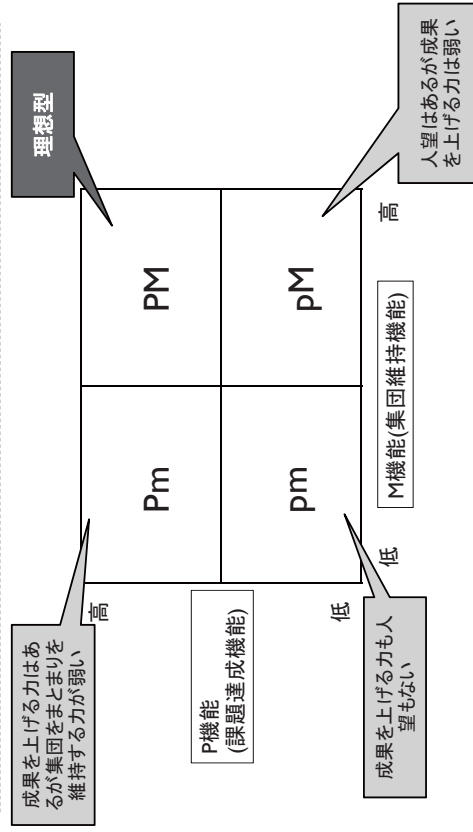
## (2)行動理論 ③マネジリアル・グリッド



▶ 23

スティーブン・P・ロビンズ、組織行動のマネジメント P262、ダイヤモンド社、2011より  
R&D Nursing All Rights Reserved

## (2)行動理論 ④PM理論



▶ 24

R&D Nursing All Rights Reserved



### (3)条件適合理論

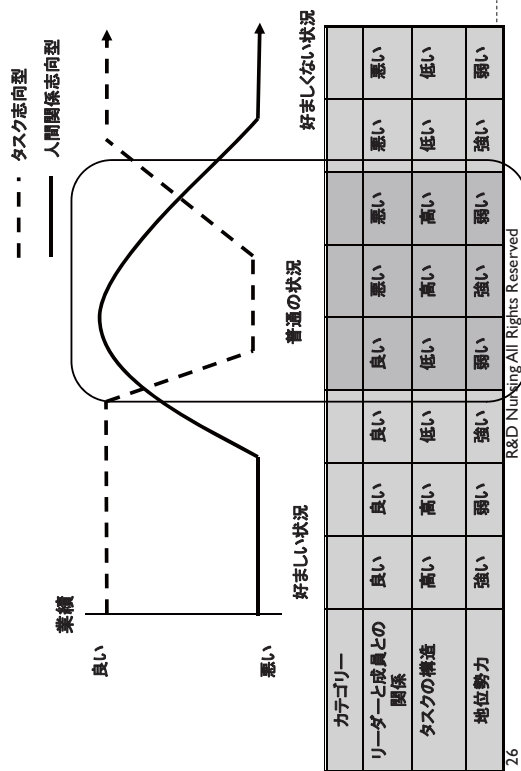
▶ 状況によってどのようなリーダーシップが有効なのか。  
状況要因を特定しようとするもの

- ①フィドラー理論
- ② SL理論
- ③パス・ゴール理論

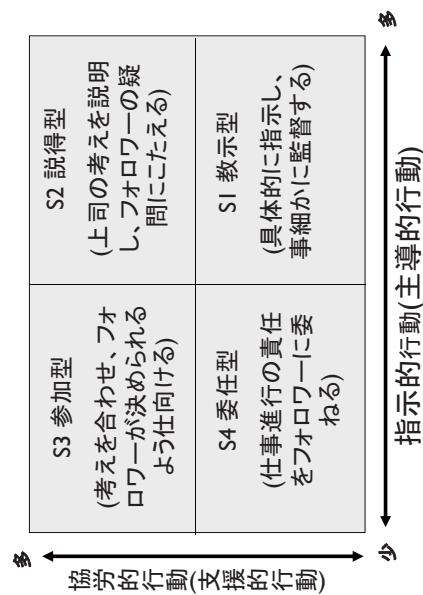
▶ 25

R&D Nursing All Rights Reserved

### (3)条件適合理論 ①フィドラー理論



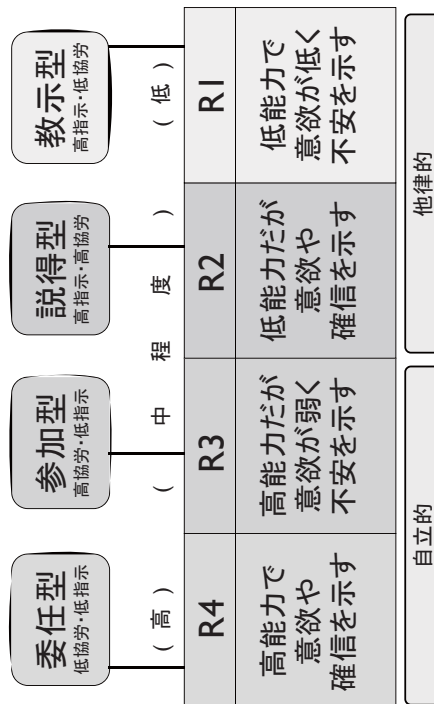
### (3)条件適合理論 ②SL理論(リーダー行動)



▶ 27

R&D Nursing All Rights Reserved

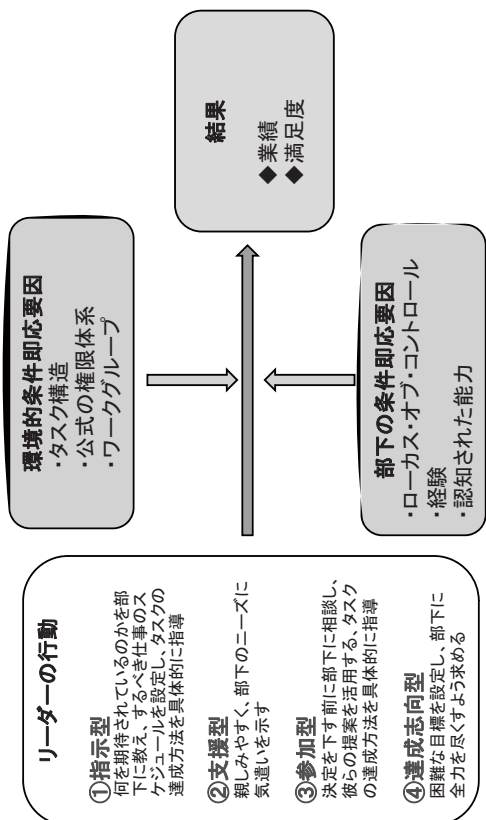
### (3)条件適合理論 ②SL理論(フォロワーのレディネスに適したリーダー行動)



▶ 28

R&D Nursing All Rights Reserved

### (3)条件適合理論 ③パス・ゴール理論(1)



▶ 29

R&D Nursing All Rights Reserved

### (3)条件適合理論 ③パス・ゴール理論(2)

- ◎ 指示型リーダーシップ
  - 【○】タスクが高度に構築され上手く配分されている時よりもあまいでストレスの多い時ワークグループ内に相当なコンフリクトが存在する時
  - ローカス・オブ・コントロール(行動決定権の所在)が外部にある部下
  - 【×】高い能力や豊富な経験を持つ従業員に対してはくどすぎることが多い
  - 公式の権限関係が明確かつ官僚的であるほど、指示型は控えた方がよい
- ◎ 支援型リーダーシップ
  - 【○】部下が明確化されたタスクを遂行している時に高い業績と高い満足度をもたらす
  - 公式の権限関係が明確かつ官僚的であるほど支援型が望ましい
- ◎ 参加型リーダーシップ
  - 【○】ローカス・オブ・コントロール(行動決定権の所在)が自分の内部にある部下(自分の命運は自分がコントロールすると信じている人々)は最も満足する
- ◎ 達成志向型リーダーシップ
  - 【○】タスクの構築があまい時に、努力すれば高い業績につながるという部下の期待を増加させる

▶ 30

R&D Nursing All Rights Reserved

### (4)カリスマ的リーダーシップ理論

組織のために自己利益を超越するよう部下を啓発し、根深く絶大な影響を与えようとするタイプのことを変革型リーダー、カリスマ的リーダーという。

- ▶ ビジョンと明確な表現
  - 現状よりも良い未来を示す理想化された目標としてのビジョンを有し、部下が理解できるようビジョンの重要性を明確に表現することができる。
- ▶ 個人的リスク
  - ビジョンを達成するために、個人的な高いリスクを冒すこと、高い代償を背負うこと、また自己を犠牲にすることとわかない。
- ▶ 環境に対する配慮
  - 環境的制約と変革をもたらすために必要なリソースについて、現実的な評価することができる。
- ▶ フォロワーのニーズに対する配慮
  - 部下の能力をよく理解し、部下のニーズや感情に敏感に対応する。
- ▶ 並ばずれた行動力
  - 奇抜で、規範に反するとみられる行動をとる。

▶ 31

R&D Nursing All Rights Reserved

### (5)サーバント・リーダーシップ

項目	従来のリーダーシップ	サーバント・リーダーシップ
モチベーション	最も大きな権力の座に就きたいという欲求	地位に関わらず他者に奉仕したいという欲求
マインドセット	競争を勝ち抜き、達成に対して自分が称賛されることを重視	皆が協力して目標を達成では、皆がウィン・ウィンになることを重視
影響力の根拠	目標達成のために自分の権力を使い部下を畏怖させて動かす	部下と信頼関係を築き、部下の自主性を尊重することで組織を動かす
コミュニケーション	部下に対して命令することが中心	部下の話を傾聴することが中心
業務遂行能力	自分自身の能力を磨くことで得られた自信をベースに部下に指示する	部下へのコーチング、メンタリングをする
成長についての考え方	社内のポリティクスを活用することで自分の地位を高めることが成長	他者のやる気を大切に考え、個人と組織の成長の調和を図る
責任についての考え方	責任とは失敗した時にその人を罰するためにある	責任を明確にすることで失敗からも学ぶ環境をつくる

▶ 32

R&D Nursing All Rights Reserved

## リーダーシップに関する現代の問題

### ▶ 情動知能(EQ)とリーダーの有効性

IQや技術的スキルはリーダーにとっての最低条件だが、十分な要件とはならない。ある人物がスタープレイヤーになるには、自己認識・自己統制・モチベーション・共感・社会的スキルが必要。最近EQがリーダーシップの有効性において必要不可欠な要素とされている。

### ▶ 倫理的リーダーシップ

リーダーが有能かどうかを判断する前に、リーダーの目標達成手段と目標の内容を倫理的な観点から検証する必要がある。

### ▶ 異文化間リーダーシップ

自分のリーダーシップを国民文化に合わせなければならない。条件適合理論に基づき、リーダーは自分のリーダーシップスタイルをその国の独自の文化的特徴に合わせて調整しなければならない。

▶ 33

R&D Nursing All Rights Reserved

## こんな時どうするか?

- ▶ 今の職について半年になる部下が、自分でも解決できそうな問題について、あなたに解決策を聞きに来ました。あなたならどうしますか?
- ▶ あなたの部下は、仕事がこなせるようになっていますが、まだ頻繁にフィードバックを与える必要があります。彼女は近頃、仕事が遅れ気味でミスも多くなっています。こんな時あなたならどうしますか?

▶ 34

R&D Nursing All Rights Reserved

## フォロワーシップの5つのタイプ

<b>順応型フォロワー</b> リーダーに服従し、順応することが義務であると考える。組織に対して積極的に関与するが、独自の批判的思考方法がける俗に言う「ごますりタイプ」。	<b>模範的フォロワー</b> 独自の批判的思考方法によって自主的に行動する。組織の非能率的な壁にぶつかっても才能をいかに発揮して積極的に取り組んでいく優等生タイプ。
<b>消極的フォロワー</b> リーダーに頼り、仕事に対する熱意はゼロ。積極性と責任感に欠け、与えられた仕事も指示がなければできない。自分の分担当を超えるような危険は言えない、無気力タイプ。	<b>実務型フォロワー</b> いい仕事はしたが、自らを進んで危険に身をさらすことはなく、失敗を選けたがるタイプ。俗にいう現実主義のタイプ。
<b>孤立的フォロワー</b> 元々は模範的フォロワーだったが、何かの拍子に自分は不当な扱いを受けた犠牲者であると考へており、そのエネルギーは、仕事ではなく組織の課題に対する部分に対する挑戦として表れる。独自の批判的思考方法があるが、組織に対して積極的に役割を果たそうとしない「匹狼タイプ」。	

高

積極的関与

批判的思考

高

35

R&D Nursing All Rights Reserved

R&D Nursing All Rights Reserved

## フォロワーのリーダーシップ認識プロセスと フィードバックのチェック

	認識プロセス	フォロワーからの フィードバックのチェック
第1段階 直接知ることのできな い段階	フォロワーの中に暗黙のリーダーシップに関する知識(リーダーシップの理想像)が仮定として存在している	フォロワーの反応はどうか? たか?
第2段階 観察	実際にリーダーの行動とその結果を観察する	あなたのリーダーシップ行動がよい結果をもたらしたか?
第3段階 証拠ある行動の受容	実際の行動をリーダーシップの証拠として受容するか否かを決定する	リーダーとしての行動の証拠が伝わったか?
第4段階 情報の評価	証拠となる行動の結果を暗黙のリーダーシップに関する知識と比較して最適な決定を行う	リーダーシップ行動の証拠の評価がネガティブかポジティブか?
第5段階 先入観	リーダーに対して個人的に有している先入観と照らし合わせて最終的な判断を行う	あなたに対する第一印象がどう変化したか?
第6段階 リーダーシップ帰属	リーダーの行動に対してリーダーシップを發揮しているかと認識する	フォロワーはあなたについて来ているか?

▶ 37

R&D Nursing All Rights Reserved

## 信頼の3つのタイプ

- ▶ **抑止に基づく信頼**  
罰を与えることが可能であり、結果が明確であり、信頼が裏切られた場合には実際に罰を与えるといった場合にのみ成立する。こうした関係が継続するには、相手との将来的関係を失うデメリットが信頼を裏切ることにより得られるメリットを上回ることが条件。最も壊れやすい関係。
- ▶ **よく知ることに基づく信頼**  
組織における関係の大半は「よく知ることに基づく信頼」にある。これまでのお互いのやり取りから相手かどのような行動をとるかを予測できる(予測可能性)に基づいた信頼。一貫性のない行動があったとしても必ずしも壊れるとは限らない。きちんと説明でき、理解すねることができると自分が納得すれば、両者の関係性は継続する。
- ▶ **同一化に基づく信頼**  
当事者間に感情的なつながりがある場合、信頼関係は最高レベルに達する。相手の欲求や希望を認識することによって信頼関係が成立し、こうした相互理解が高まることによりお互いがお互いの代わりを務めることができるようになる。この段階では相手を管理することは最低限にとどまる。

▶ 39

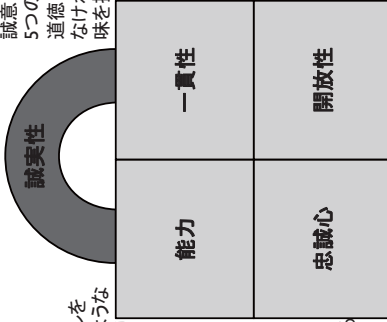
R&D Nursing All Rights Reserved

## リーダーシップと信頼

- ▶ **信頼とは：相手が言葉や行動、あるいは決断を通して、日和見的な行動をしないであろうという前向きな期待を指す。**

誠意があり信用するに足ることを指す。5つの要因の中で最も重要性が高い。道徳的人格や基本的誠意が感じられなければ信頼のその他の要因は意味を持たない。

技術的・対人的知識とスキルを含む。能力を尊重できないような相手に耳を傾けたり頼ったりすることはできない。



頼りがいい・確実さ・状況処理における判断力に關係している。行動と行動が一致していないければ信頼は低下する。部下は何より矛盾に即座に気づくもの。

相手を守り、その顔を立てる意欲のこと。信頼とは、相手が日和見的な行動をとらないと信じることができると関係である。

信頼における最後の要因。自室の全容を伝えてくれる相手であれば、人は頼りにする。

▶ 38

R&D Nursing All Rights Reserved

コンフリクト  
変革への圧力・変化への抵抗

40

R&D Nursing All Rights Reserved

## コンフリクト(葛藤)とは

- ▶ 伝統的見解：  
コンフリクトは避けるべきもの。コンフリクトは悪であるという否定的なもの
  - ▶ 人間関係論的見解：  
あらゆる集団・組織に自然発生的に生じるの、受け入れられるべきもの
- 現在はこちら
- ▶ **相互作用論的見解：**  
調和的で平穏で協力的な集団は停滞しがちで変化や改革の必要性に対して無関心かつ鈍感になりやすくとされているため、リーダーに対して、集団を活性化し、自己批判的、創造的にするために必要な最小限のコンフリクトを常に維持する必要があるとしている。コンフリクトを奨励。

単純な善悪ではなく、生産的コンフリクトと非生産的コンフリクトを区別しなければならぬ。

▶ 41

R&D Nursing All Rights Reserved

## 生産的コンフリクトと非生産的コンフリクト

- ▶ **タスク・コンフリクト**  
業務の内容や目標と関連したもの
- ▶ **関係コンフリクト**  
対人関係
- ▶ **プロセス・コンフリクト**  
業務の仕方に関連したもの
- ▶ **生産的コンフリクト：**低レベルのプロセスコンフリクト(低レベルに抑えないと誰が何をすべきかの議論はうまく機能しない)や低～中レベルのタスクコンフリクト(業績向上のためのアイデアの議論を活性化させる)
- ▶ **非生産的コンフリクト：**関係コンフリクト

▶ 42

R&D Nursing All Rights Reserved

非生産的行動

## 変化への抵抗 ①個人的抵抗

- ▶ **習慣**  
人間は習慣の生物。複雑さへ対応するためには習慣、プログラム化されたものに依存する。このように慣れで反応する私たちの傾向から抵抗が生じる。
- ▶ **安全**  
安全を強く望む者は変化に抵抗しやすい。
- ▶ **経済的要因**  
変革により収入が減るといふ心配も個人の抵抗が生じる原因。確立している職務や業務のルーチンが変化する場合、新しいタスクやルーチンでは以前ほどの成果を出せないといふ心配で高まる抵抗。給与が生産性と結びついている場合には特に高まる。
- ▶ **未知に対する不安**  
一般的に人は不明確なことを嫌う。新たな知識を使う、習得しなければならぬような場合に生じる。
- ▶ **選択的情報処理**  
自分の認知世界を損なわないために、自分が聞きたいと思うことを聞き、自分が想像した世界を脅かす情報は無視する。

▶ 43

R&D Nursing All Rights Reserved

非生産的行動

## 変化への抵抗 ②組織的抵抗

- ▶ **構造的慣性**  
組織にはもともと安定を生む内在的なメカニズムがある(特定の人の採用と排除、測定役割資格やスキルの強化、従うべきマニュアル等)
- ▶ **変革の限られた焦点**  
独立したサブシステムから構成されている(病棟を変えたいには看護部・診療部・薬剤部、その他の部門すべての変更が必要。逆も同様)
- ▶ **グループの慣性**  
個人がその行動を変えたいと思ってグループの規範がそれを拘束する力として作用することがある
- ▶ **専門性への脅威**  
組織バタニョンの変更は特別なグループの専門性への脅威となる可能性(人事部門の業務の外部委託など)
- ▶ **既存の権力関係に対する脅威**  
決定権限の再配分は組織内に確立された既存の権力関係によって脅威となる
- ▶ **既存の資源配分**  
組織内でかたがたの資源を管理するグループは変革を脅威とみなすことが多い。現状の資源配分で最も利益を受けている者は、将来の配分に影響するかもしれない変革を恐れることが多い

▶ 44

R&D Nursing All Rights Reserved



## 変化への抵抗を克服する

- ▶ **コミュニケーション**  
誤った情報やコミュニケーション不足から抵抗が生じている場合には有効だが、コミュニケーション不足が原因でない時には別のアプローチが必要。コミュニケーション不足で片づけられないこと
- ▶ **参加**  
意思決定に参加していることは通常、参加していない人よりも最終的に結果に向けて最大限の努力を払う。したがって、決定プロセスに参加させることにより抵抗が少なくなる。
- ▶ **支援の提供**  
話を聞く、共感を示す、カウンセリング、新しいスキルに関する研修など提供できる支援はいくらもある。
- ▶ **変革を受け入れることに対する報酬**  
報酬：称賛・感謝の言葉、昇給、昇進まで様々ある
- ▶ **学習する組織の構築**  
学習する組織とは、継続的に適応し変化する能力を意図的に備えた組織のことで、抵抗を受けることが少ない。

▶ 45

R&D Nursing All Rights Reserved

## 学習する組織の5つの特徴

- ▶ すべての人が合意した共有のビジョンが存在する
- ▶ 従来の考え方や問題解決、業務遂行に関わる標準的に決められた方法を放棄する。
- ▶ メンバーがすべての組織内プロセス、活動、機能、環境との関わりを、相互関係システムの一部であると認識している。
- ▶ 批判や罰を恐れることなく、お互いに(縦横の境界線を越えた)オープンなコミュニケーションをはかる。
- ▶ 個人的な自己利益や分断された部門ごとの利益を昇華させ、組織の共有ビジョンを達成させるために協力する。

▶ 46

R&D Nursing All Rights Reserved

## 実践! 備えるべきリーダーの資質

### 資質① 勇気

- ▶ バカにされ猛烈に反対されることの覚悟と最後には受け入れられることへの確信
- ▶ 反対意見に備える準備・・・ABCDプロセス

#### A(Anticipated objective:)

予想される反対に意見に対して説得に向けた準備をすること。

- ①前例、②自分のアイデアや意見の裏づけとなる数字データ、③支持してくれる人

#### B(Benefit)

さまざまな個人やグループが受けるすべての利益をすべて列挙。反対者の利益も示すこと。

#### C(Category)

計画に関わる個人・部署・グループ・スケジュール・予算・広告・場所などすべてについてきちんと考えること。

#### D(Develop your plans)

ABCに十分な時間とエネルギーと労力を注いでからこのステップへ。この段階では下調べを慎重にまず調べる、聞く、話すなどしてプランを完璧にし、実行にはメンバーの適性を員極めて仕事を割り当てること。

47

R&D Nursing All Rights Reserved

▶ 48

R&D Nursing All Rights Reserved

## 資質② プライド

- ▶ 自分の業績を誇るだけでなく、部下たちにも同じ気持ちになれような雰囲気を作り出す。自分の勢力には意味があると感じさせられること。
- ◆ゴールを決める
- ◆部下の期待を高める
- ◆仕事の進捗を把握する
- ◆部下の権限と責任の範囲を決める
- ◆部下が仕事をうまく完了できるように支援する

マネジャー

- 締め切りを決める■ほめる■結果の測定■指示をする■教育する■適性に合わせて仕事を割り当てる■予算を配分する■コーチする■レポートを書く■データの収集■基準を決める■情報共有

▶ 49

R&D Nursing All Rights Reserved

## 資質③ 気遣い

- ▶ 自分のこと以外も真剣に考えていることを周りに伝える必要がある
- ①一回だけで終わらせない。継続する。
- ②心からのものであること
- ③変化のあるものであること(同じことばかりではないこと)  
「見ている」ということがわかるように。

▶ 50

R&D Nursing All Rights Reserved

## 資質④ 柔軟性

- ▶ 相反する視点を持つこと。相反するアイデアを同時に検討することができる。
- ▶ 物事の両面を見ることができなければならない。

▶ 51

R&D Nursing All Rights Reserved

## 資質⑤ 影響力

- ▶ 「権威」ではなく、「影響力」ということ。
- ▶ 自分の地位による権威に頼ってはならない。
- ▶ 権威的になっていないかを自ら振りかえることのできる人。
- ▶ あなたが知っている人の中で最も影響力のある人は誰？  
その人を描写するとしたらどんな言葉を考えようか？  
自分に当てはまるものはあるか？何か？

▶ 52

R&D Nursing All Rights Reserved



## 資質⑥ 専門分野に関する知識

- ▶ 「製品やサービスから発想する言葉」  
管理職ではない一般の従業員によって使われる。
- ▶ 「費用から発想する言葉」  
経営陣によって使われる。

リーダーは両方を話せなくてはならない。

訪問看護であれば、看護独自の知識、法令や保険の知識と同時に、サービスに関わるコスト、運営全般の収支やコストなど

▶ 53

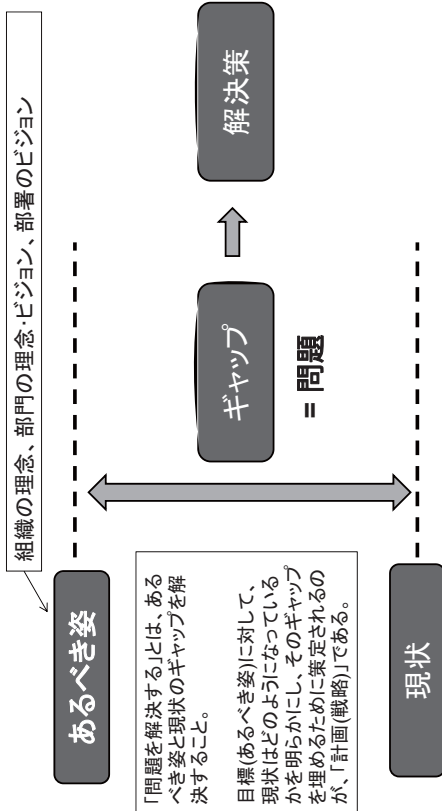
R&D Nursing All Rights Reserved

戦略的思考を訓練する

54

R&D Nursing All Rights Reserved

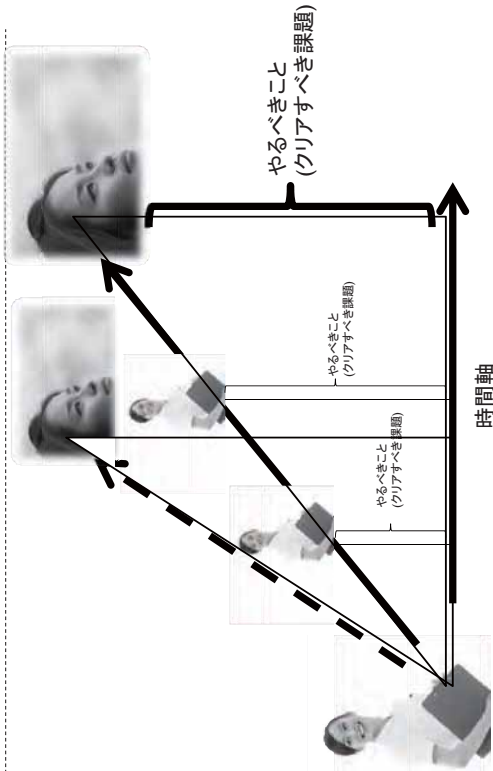
## そもそも問題とは



▶ 55

R&D Nursing All Rights Reserved

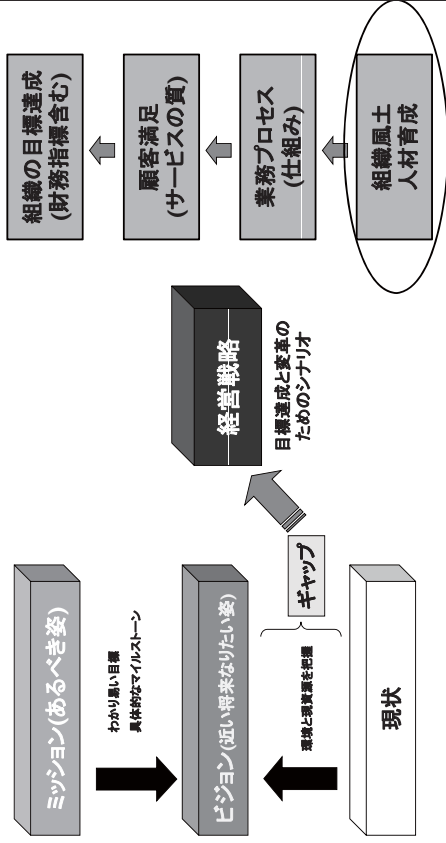
【参考】「問題の構造」を可視化  
ちよっとした工夫でスタッフとの面談でも活用できる



▶ 56

R&D Nursing All Rights Reserved

## 理念・ビジョンと戦略



▶ 57

R&D Nursing All Rights Reserved

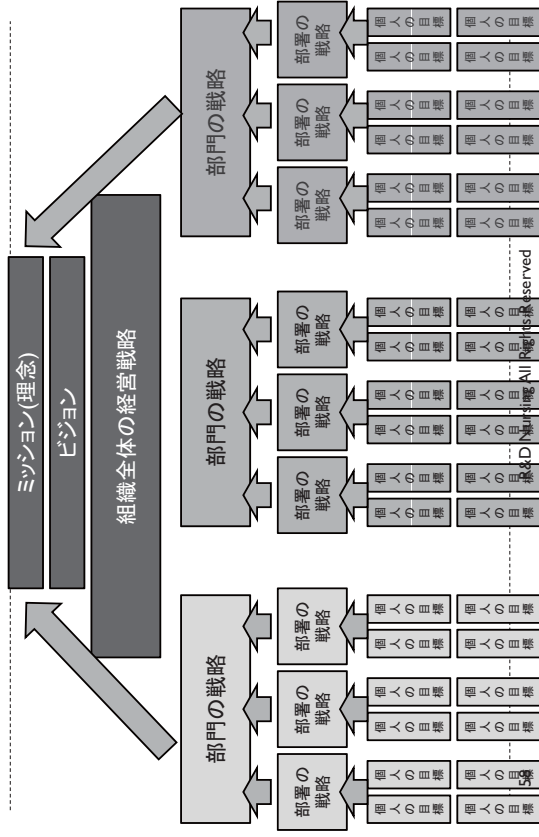
## リーダーシップと組織

- ▶ **理念・ビジョンの提示**  
どうしたいか、何を目指したいのか、魅力ある未来の提案をいかにするか
- ▶ **戦略策定**  
現状からそこへ向かうための方策、現状とのギャップを埋めること
- ▶ **タスクへの落とし込み**  
何をすればよいのかを具体的に提示
- ▶ **実践&チェック**  
実際にやれているのか、続けているのか

▶ 59

R&D Nursing All Rights Reserved

## 経営戦略と部門戦略(部門・部署計画)との連動



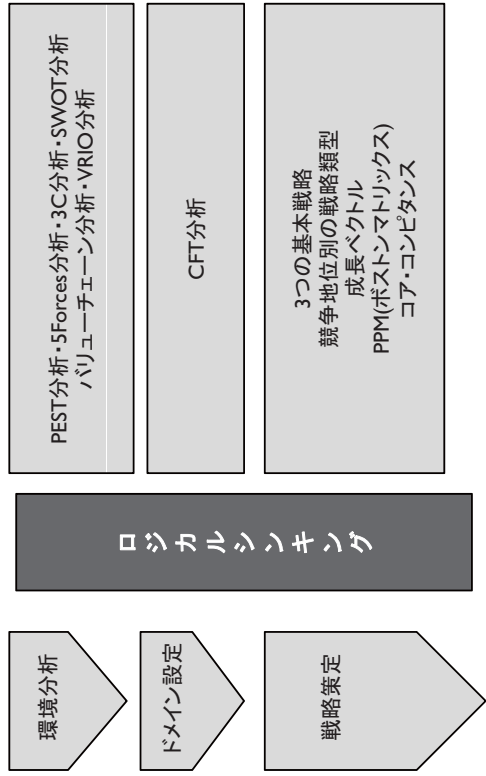
## 戦略はわかりやすく

- ▶ 戦略は立案が目的ではなく、実践していくことに意味がある。
- ▶ 戦略はわかりにくくはダメ。わかりやすく表現されている・誰にでもわかることが重要。
- ▶ 論理的な組み立てになっている。
- ▶ 将来への希望を感じさせる。
- ▶ 見えるようにする。

▶ 60

R&D Nursing All Rights Reserved

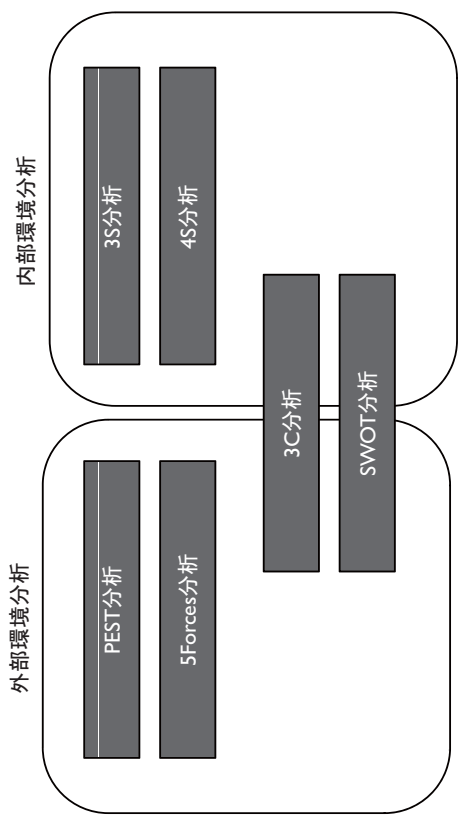
# 戦略策定の流れと必要知識 問題解決にも使える



▶ 61

R&D Nursing All Rights Reserved

# 環境分析



▶ 62

R&D Nursing All Rights Reserved

# 1. 【外部環境分析】PESTと5F

- ▶ **PEST**
- ▶ **政治(Political)**  
政権交代、業界法改正、規制強化・緩和で今までになかったチャンスが生まれ、逆に存続困難になる可能性も。
- ▶ **経済(Economics)**  
景気動向、株価動向、金利、為替、産業の衰退など、様々な経済指標や見通し。個人の消費に大きな変化をもたらす。
- ▶ **社会(Sociological)**  
人口動向、教育制度、価値観、ライフスタイルの変化。団塊世代の大量退職は新しいユーザー開拓のチャンスという見方もできる。
- ▶ **技術(Technical)**  
最新の研究成果、技術の発達および普及、発明、技術投資など。SやPと組み合わせで考えると実際の用途が見えてくる。
- ▶ **5F**
- ▶ **新規参入者**  
新規参入が容易であればあるほど競争は激化する。既存参入者にとってはシェアの縮小や収益の減少を起さかねない。
- ▶ **代替品**  
同じようなサービス、機能を提供する代替品の存在も競争激化の要因。向業他社から出るとは限らず、他業種が浸透してくる場合も。
- ▶ **売り手**  
原材料の仕入(売り手)との力関係は調達コストに直結。仕入先に主導権が劣ると価格交渉で不利になる。
- ▶ **買い手**  
顧客および顧客との力関係。金銭に余裕があるかどうか、価値に対して価値がどうかかがポイントになる。
- ▶ **既存の競合組織**  
競合が多いほど、コスト、スピード、品質管理などでシビアな対応が求められる。

63

R&D Nursing All Rights Reserved

# 2. 【内部環境分析①】3Sと4S

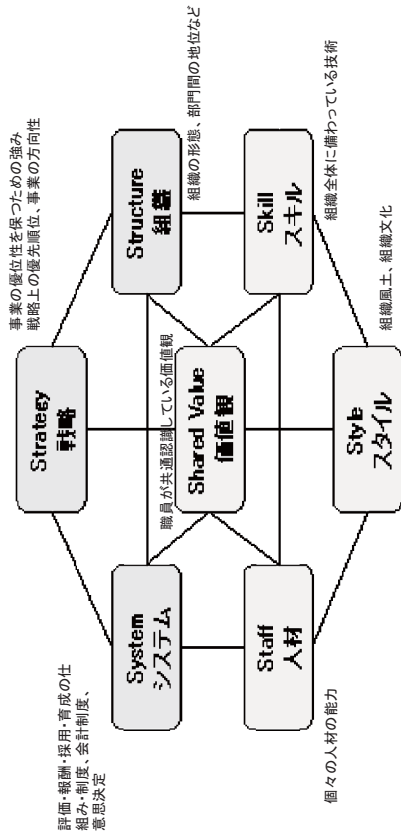
- ▶ **3S**
- ▶ **戦略(Strategy)**  
ある目的を果たすためにどんな戦略をとるのか、事業の方向性、戦略が複数ある場合の優先順位、資源の配分の仕方も含む。
- ▶ **組織(Structure)**  
どのような部署があるのか、それらはどんな関係にあるのか、各部署の役割や権限など病院の組織構造について分析。
- ▶ **システム(System)**  
能力評価、人材育成、給与体系、会計などに関する精度。意思決定フローや組織内の情報共有システムも含まれる。
- ▶ **4S**
- ▶ **共通の価値観(Share Value)**  
社員が共通理解している価値観。社会貢献や謝礼で贈和するような理念、サービス提供時のコンセプトなどが該当する。
- ▶ **スキル(Skill)**  
組織全体として備えている強み、もしくは個々のスタッフが持つ能力。マーケティング力、技術力、販売力、伝達力などが多岐にわたる。
- ▶ **人材(Staff)**  
組織が抱えている人材の能力、ビジネスにおける強み・弱みを分析。各部署への配置状況や人数が適正かどうかも考慮する。
- ▶ **経営スタイル(Style)**  
組織の風土や文化、官僚主義、体育会系、トップダウンといった組織的な話や広告クワイアメント重視、ユーザー重視などの力点の違いも。

▶ 64

R&D Nursing All Rights Reserved

# 7つのS

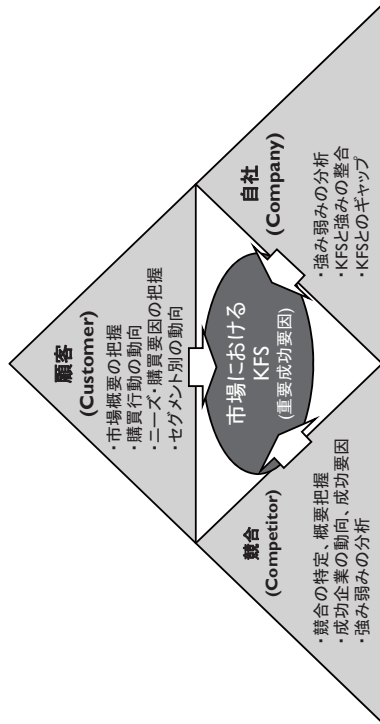
組織の戦略にあった最適な組織運営を考える際に適したツール。  
これらの要素がお互いに補完しあい、強めあいがながら戦略を実行していく。  
ハードの3Sとソフトの4Sともいう。



戦略が組織やシステムの種類につながり、それらが、組織の価値観を生みだし、必要な人材やスキルを決定づけ、組織の価値観を生みだし、必要な人材やスキルを決定づけ、組織特有の文化(スタイル)を醸成する。型にスキルや人材から新たな戦略が生まれることもある。

# 3. 【統合環境分析①】3C分析

事業を整理するフレームではなく、現状分析からアクションにつなげるためのフレームワーク  
組織の事業環境分析や企画立案において定番とされる手法。分析ポイントは、経営資源、戦略、業績



# 3. 【統合環境分析②】SWOT分析

## ▶ 強み・弱み・機会・脅威

	強み(Strength)	弱み(Weakness)
内部環境	★自分たちの組織の優位な点、さらに強化していきたい点。	★自分たちの組織の問題、課題となっている点、強くしたい点。
外部環境	機会(Opportunity) ★自分たちの組織にとって「追い風」になるもの、好ましいもの。	脅威(Threats) ★自分たちの組織にとって「向かい風」になるもの、好ましくないもの。

内部環境分析の3S・4S、外部環境分析のPESTを意識した分析をおこなうと精度が上がる

内部と外部の捉え方には要注意!

## SWOT分析実施準備

主観的なものにとどまらない

### ▶ 事業環境分析の分析軸の一致を図るための資料の準備

- ・既存のミッション(理念)
- ・既存のビジョン・中期計画など

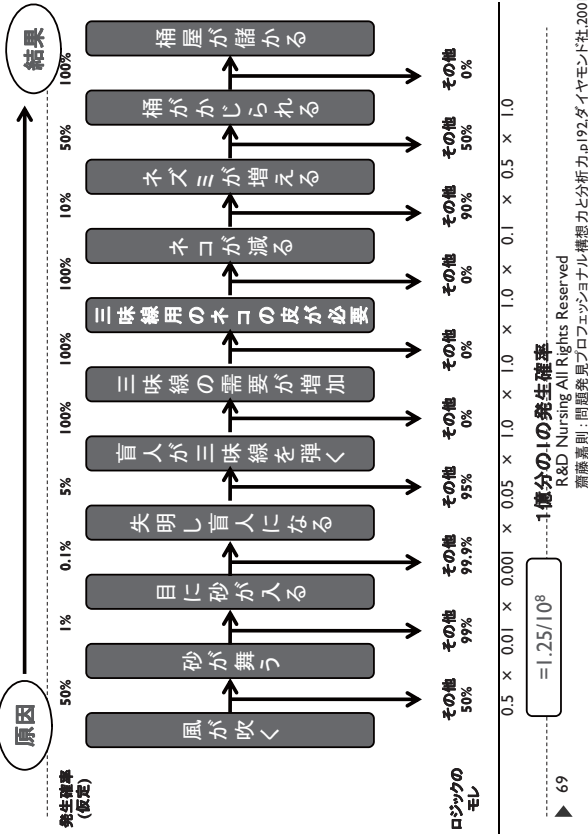
### ▶ 外部環境分析に役立つ各種データの準備

- ・社会情勢、福祉情勢、制度改革、利用者ニーズの変化
- ・地域の福祉需要動向
- ・競合組織の動向

### ▶ 内部環境分析に役立つ各社データの準備

- ・利用者増加余地に関するデータ
- ・人材に関するデータ
- ・物件費用削減に関するデータ
- ・その他の経営指標

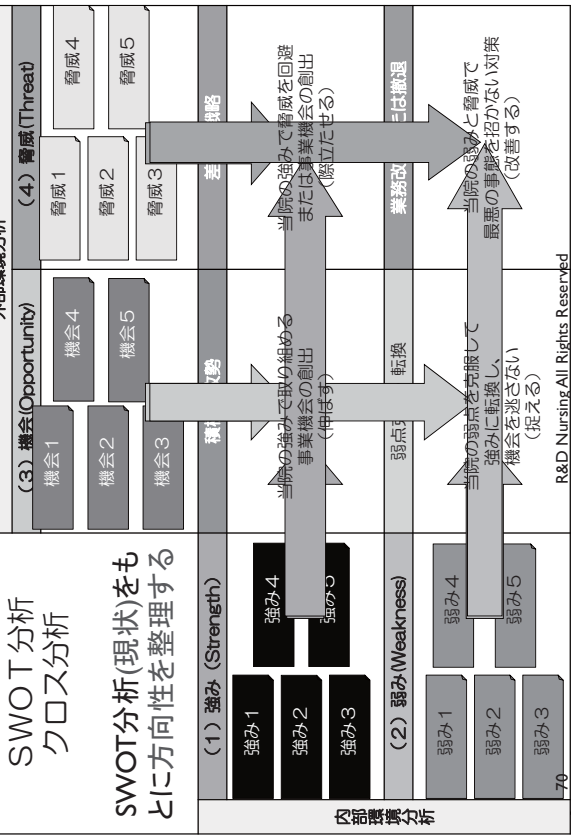
# 「風が吹けば桶屋が儲かる」のロジック



効果的・効率的な問題解決のために

# 優先度

解決すべき問題がたくさんありすぎる。  
何から手をつけたらいいのか...



課題がたくさんある時...

## 二次元展開法で優先度を確認する

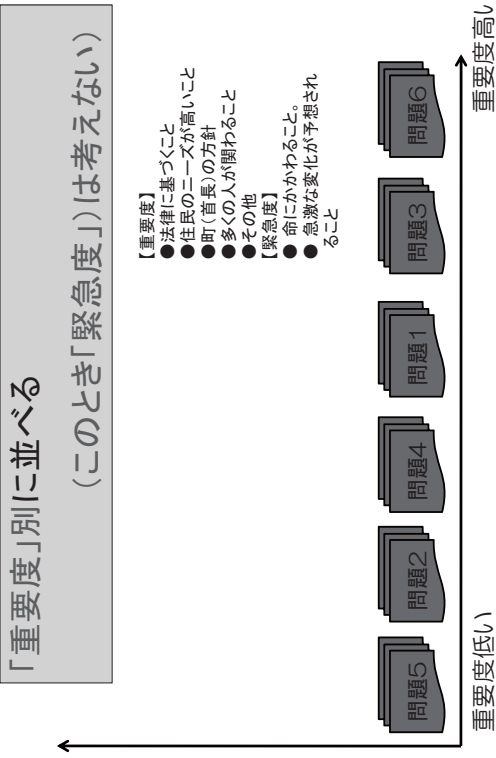
複数の問題点を解決する時、どの問題点から解決するか、その優先度を決定する方法の一つ。

緊急度

二次元

重要度

はじめに、横（重要度）に並べる



▶ 73

R&D Nursing All Rights Reserved

(出所) HBSC学会資料

**緊急かつ重要：  
重要な「目標」として取り組む**

**重要しかし緊急ではない：  
ほどなく取り掛かる目標として捉える**

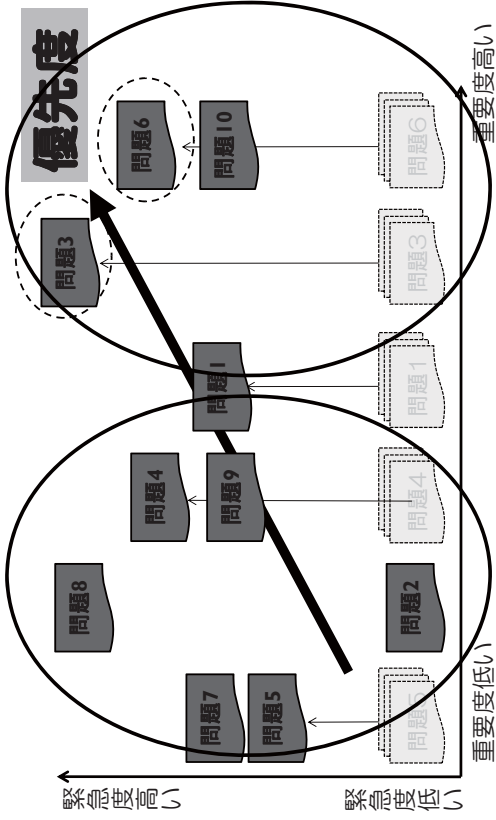
**緊急しかし重要ではない  
日々の業務の中で対応していく  
緊急度が低く、重要度も低い  
時間的余裕ができたから取りかかる**

▶ 75

R&D Nursing All Rights Reserved

(出所) HBSC学会資料

次に、縦（緊急度）に動かす



▶ 74

R&D Nursing All Rights Reserved

(出所) HBSC学会資料

【演習】

76

R&D Nursing All Rights Reserved



## 演習

- ▶ ステーションのSWOT分析を行い、クロス分析により課題を見出し整理してください(SWOTクロス分析シートを使用)。
- ▶ 内部環境  
ステーション内のこと
- ▶ 外部環境  
ステーション外のこと(法人の一部署の場合には他の部署も外部環境)

▶ 77

R&D Nursing All Rights Reserved

## ステップ①(30分) ☆現状分析

- ▶ 内部環境(強みと弱み)、外部環境(機会と脅威)を書き出してください。

【強み】…ステーションの良さ、他と比べて優れている点

【弱み】…ステーションが他と比べて劣っている点、改善が必要と思われる点

【機会】…ステーションにとってプラスとなる外部要因。

【脅威】…ステーションにとってデメリットと考えられる外部要因。

【外部環境要因】ステーション以外のこと全て。例えば、法令、人口、地域特性、競合病院や地域医療機関、法人内の他の部署のことなど

【内部環境要因】ステーションのこと

▶ 78

R&D Nursing All Rights Reserved

## SWOTクロス分析

ワークシート	機会	脅威
SWOTクロス分析	強み	弱み
ステップ	積極的施策	防御的施策
①	機運・リスク回避策	
79		R&D Nursing All Rights Reserved

## ステップ②の前に・・・

- ▶ ステーションの「理念・ビジョン・目標」を明記する

▶ 80

R&D Nursing All Rights Reserved

## ステップ②(50分) ☆この先の方向性の整理

▶ SWOT分析から、クロス分析にて今後のステーションの方向性(課題)を見出して下さい。

▶ あるべき姿=ステーションの理念・ビジョン・目標

- ①機会をとらえて強みをさらに活かすようなもの
- ②機会を捉えて、弱点を補強するようなもの
- ③強みを活かした差別化をもって脅威に対抗するようなもの
- ④弱みと脅威で最悪の事態を避けるためのもの

▶ 81

R&D Nursing All Rights Reserved

ワークシート	SWOTクロス分析	強み	弱み
SWOTクロス分析	SWOTクロス分析	強み	弱み
SWOTクロス分析	SWOTクロス分析	強み	弱み

# ステップ

## 2

R&D Nursing All Rights Reserved

82

## SWOTクロス分析

	(3)機会(Opportunity)	(4)脅威(Threat)
	(1)強み(Strength)	(2)弱み(Weakness)
SWOTクロス分析	強み・脅威・機会	弱み・脅威・機会
SWOTクロス分析	強み・脅威・機会	弱み・脅威・機会

▶ 83

R&D Nursing All Rights Reserved

## リーダーとしてステーションの課題を示す

- ▶ SWOTクロス分析から見出された課題を見て、優先度の高いものを外さずに、課題を簡潔にまとめてください。

▶ 84

R&D Nursing All Rights Reserved

## まとめ

85

R&D Nursing All Rights Reserved

あなたならどうしますか?  
社長だと思って考えて下さい

- 「時間的制約の中で結論を出す」
- しかし、「選択肢」も「正解」もない

▶ 86

R&D Nursing All Rights Reserved

## 【①】月次報告

- ▶ お疲れ様です。先月の報告をさせていただきます。  
売上高 100,000千円
- お客様より、おほめの言葉もいろいろいただいております。中に数件、当社製品に対するクレームのようなものもありましたが、個人的な嗜好によるものと思われましたので、特に問題はございません。
- また、先月は残業時間「0」を達成しました。その他の経費管理も問題ありません。
- その他、順調に推移しておりますので、ご安心ください。

▶ 87

R&D Nursing All Rights Reserved

## 【②】トラブル

- ▶ 緊急事態です。実は昨晚、個人情報記載された書類10,000枚が一般ゴミとして出されてしまいました。電子化済みの書類でしたので、全て個人情報管理規程に基づいて専門業者に破棄してもらったよう昨日、手続きをしていたのですが、いったん取りまとめておいたゴミ袋を別の社員が間違えて通常のゴミと同じように処理してまわったようです。
- ▶ ただ今(土曜日朝)、所用があり出社して気づき報告させていただきました。おそらく、早朝業者が搬出し、処理したものと思われるので、ゴミ置き場にはすでにありませんでした。業者にも搬出の確認をしましたので、おそらく大事には至らないものと思われず。(10,000人に個別に本件の連絡をすとなすと、本日は対応人員が足りませんし、費用も膨大なものになります。現実的に考えて今回は不要かと思えます。)
- ▶ このような事態が発生したことについては、週明けにミーティングを持ち、各部署で対策を考えていきたいと思っております。

▶ 88

R&D Nursing All Rights Reserved

### 【③】退職者

▶ 以下の社員から退職願が出ています。

所属	役職	氏名	勤続年数
営業部	課長	山田 太郎	15年
営業部		中原 恵子	6か月
経営企画部		三田 あかり	3か月
財務部	課長	中村 一宏	12年

上記の社員についての面接は私が行い、理由等も確認済みです。早期退職の2名につきましては、曖昧な理由でしたが、業務的には支障はありません。課長職2名につきましては、優秀な社員でしたので、大変残念ですが、転職先もすでに決まっているようです。

追伸

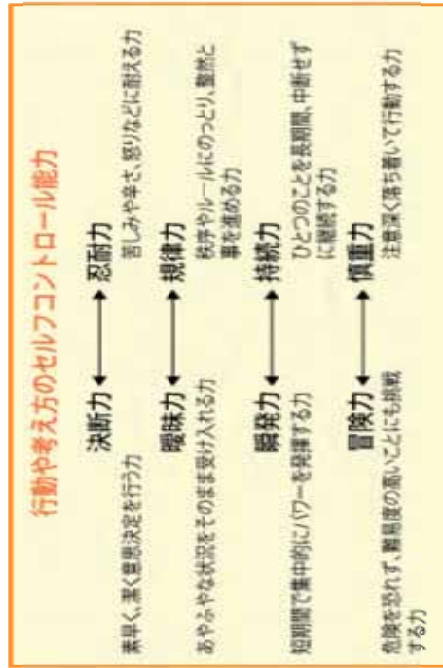
実は、私も今後の進退についてご相談したいことがあり、お時間をいただければ幸いです。

▶ 89

R&D Nursing All Rights Reserved

凹まないためのコツ①

### 相反する考え方・ものの見方を持つ

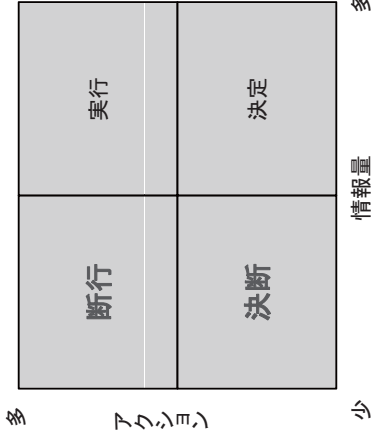


▶ 91

R&D Nursing All Rights Reserved

### 経営マインドに欠かせない 当事者意識=決断することと責任を持つこと

- ▶ 見識=知識 + 自分の考え方
- ▶ 胆識=見識 + 決断力 + 断行力

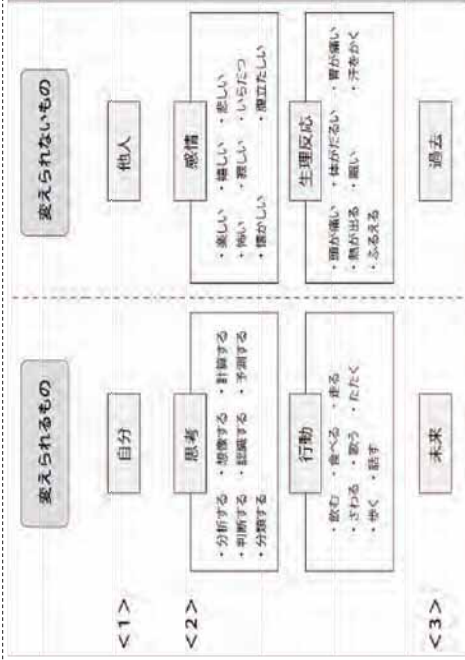


▶ 90

R&D Nursing All Rights Reserved

凹まないためのコツ②

### 変えられるものと変えられないものの区別



▶ 92

R&D Nursing All Rights Reserved

批評家ではなく、  
Go-Getter (活動家・結果を出す人)  
であること

▶ 93

.....  
R&D Nursing All Rights Reserved

-MEMO-



*-MEMO-*

-MEMO-

-MEMO-

---

---

訪問看護経営・経済論②  
経理・財務の実際（経営に関する基本的技術）

株式会社川原経営総合センター常務取締役  
薄井 照人 氏

税理士法人川原経営会計業務6部課長  
小林 明 氏

---

---

# 薄井 照人(うすい てるひと)先生 略歴

昭和36年5月29日生まれ

## 現職

川原経営グループ常務取締役

(株式会社川原経営総合センター・税理士法人川原経営・株式会社医療福祉経営研究所)

川崎医療福祉大学および同大学院非常勤講師

(福祉コンサルティング論 教科担当講師)

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会東京都支部理事

独立行政法人福祉医療機構融資相アドバイザー(医療貸付)

社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会経営体制改善推進委員会委員

社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会事業外部評価委員会副委員長

社会福祉法人・医療法人・学校法人監事・評議員 複数

一般社団法人シルバーサービス振興会運営委員会委員

## 職歴

- |          |   |
|----------|---|
| 1982年    | 東京都内会計事務所入職   |
| 1996年 5月 | 所長代理職をもって退職。15年間に渡り民間企業(株式会社・有限会社)の会計および経営指導業務を行なう。       |
| 1996年 9月 | 株式会社 川原経営総合センター(企画開発部配属)入社。主に医療機関(医療法人等)の会計および経営指導業務を行なう。 |
| 1997年 4月 | 企画開発部 課長を任命。  |
| 1998年10月 | 福祉経営指導部門開設。部長に任命。介護保険制度施行を期に、福祉経営指導部門を立ち上げる。              |
| 2000年 4月 | 取締役就任   |
| 2002年10月 | 取締役 経営コンサルティング部門統括就任。                                     |
| 2003年10月 | 川崎医療福祉大学非常勤講師受任。  |
| 2004年 4月 | 常務取締役就任。現在に到る。  |
| 2005年 4月 | 川崎医療福祉大学大学院非常勤講師受任  |

## 医業・福祉関連資格

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会医業経営コンサルタント、情報化認定コンサルタント、東京都福祉サービス第三者評価評価者

## 専門分野

医療機関の会計指導、福祉施設(社会福祉法人)の会計指導、上記施設の経営指導(経営計画策定指導、人事制度構築・運用指導、経営改善計画策定業務、組織制度構築指導等)、研修講師(公的機関、各種医療機関・福祉施設団体、施設経営者対象、施設管理職・職員対象)月刊誌等の執筆(月刊福祉、月刊介護ビジョン、月刊介護保険等)

## 講演・講師歴

全国社会福祉協議会、全国老人福祉施設協議会、日本福祉施設士会、全国社会福祉事業団、全国福祉医療施設協議会、日本知的障害者協議会、東京都社会福祉協議会、神奈川県社会福祉協議会、神奈川県精神病院協会、千葉県社会福祉協議会、埼玉県社会福祉協議会、山口県社会福祉協議会、熊本県社会福祉協議会、徳島市社会福祉協議会日経BPヘルス、ケアフォーラム、全国個室ユニット型施設推進協議会、東京都社会福祉総合学院 他多数

# 小林 明（こばやし あきら）先生 略歴

## 略歴

1990年9月 川原税務会計事務所 入職以来20年以上に渡り病院・診療所、歯科医院、調剤薬局の担当者として経営指導に従事する。また、医療法人設立業務や経営悪化に陥った医療機関の再建計画を策定し金融機関との折衝した例などがある。近年では介護老人保健施設の設立、訪問看護ステーション、訪問介護サービス、通所介護等の事業所への経営指導にも従事している。

現在では会計業務部に所属し課長職を拝命。部下4名の指導にもあたっている。





訪問看護ステーション  
の  
経営状態の把握と評価

税理士法人 川原経営

TEL03 ( 3289 ) 0871 FAX03 ( 3289 ) 0876

kaieda@kawahara-group.co.jp

## 講義の目的

訪問看護事業における『P-D-C-A』サイクルを理解し、実際の運用に役立てるようにする。

P	=	Plan	計画の立案
D	=	Do	計画の実行
C	=	Check	実行状況の点検
A	=	Action	対応策の実施



Plan 目標を設定して、それを実現するための計画を立てる。

Do 計画を実施し、その成果を測定する。

Check 測定結果を評価し、結果を目標と比較するなど分析を行う。

Action 対応策の実施と改善点の明確化

## 第1章 計画案検討のまえに必要な現状認識

事業計画を立案するにあたっては、正確な現状認識が必要になります。現状認識を行うにあたっては、本来であれば問題点を洗い出し、課題を整理して、計画の中に織り込んでいく必要があるのですが、初めて計画を建てようとする場合には、財務状況及び利用者の状況の認識に留め、計画立案の中で整理していくのが良いでしょう。

ここでは初めて計画を立案するという前提で、現状認識の方法を考えていきましょう。

東京で展開する訪問看護ステーションを実例にして、現状認識からはじめます。

スタッフは、所長のほか8名が常勤で、パートが1名です。週のうち、木曜日と日曜日、祝日が休日です。ここでは、計算を簡単にするために月20日とします。実際の計算では、きちんと日数を数えましょう。

医療保険の利用者が19名で、月平均6.9回の利用となっています。介護保険の利用者は70名で、月平均利用回数が4.3回となっていました。

作成された『損益計算書』と『貸借対照表』は以下の通りです。

そして、今年の目標は建てていませんでした。来年度からは、目標管理を進めていきたいと考えています。

損益計算書(23年7月～24年6月)

借方科目	貸方科目	借方	貸方	対収入比
訪問看護療養費収益				
同上医療保険分		14,546,350		26.7%
同上介護保険分		26,776,870		49.2%
居宅介護支援事業収益		4,773,000		8.8%
訪問看護利用料収益				
同上医療保険分		2,323,300		4.3%
同上介護保険分		3,367,220		6.2%
医療連携収益		2,495,000		4.6%
その他利用料収益		234,160		0.4%
保険等調整増減		-113,670		-0.2%
<b>【収益合計】</b>		54,402,230		100.0%
	給与手当		29,749,051	54.7%
	賞与		6,799,992	12.5%
	法定福利費		4,570,468	8.4%
	退職共済掛金		348,000	0.6%
	<b>【給与費合計】</b>		41,467,511	76.2%
	訪問材料費		6,682	0.0%
	訪問医薬品費		54,072	0.1%
	<b>【材料費合計】</b>		60,754	0.1%
	旅費交通費		972,250	1.8%
	通信費		300,782	0.6%
	事務用品費		43,232	0.1%
	消耗品費		226,299	0.4%
	地代家賃		3,408,000	6.3%
	広告宣伝費		57,730	0.1%
	保険料		46,500	0.1%
	諸会費		22,000	0.0%
	車両費		735,376	1.4%
	リース料		241,494	0.4%
	保守料		332,180	0.6%
	研究研修費		220,055	0.4%
	雑費他		147,076	0.3%
	<b>【経費】</b>		6,752,974	12.4%
	<b>【その他費用】</b>		0	0.0%
	<b>【減価償却費】</b>		1,005,630	1.8%
	<b>【事業利益】</b>		5,115,361	9.4%
	事業外収益	374,847	0	
	<b>【経常利益】</b>		5,490,208	10.1%

## 貸借対照表

平成 24 年 6 月 30 日

### 資産の部

(I) 流動資産		
現金預金	15,332,841	
医業未収金	7,966,524	
未収入金	20,510	
立替金	0	
貸倒引当金	0	
本部	28,000,000	
流動資産合計		51,319,875
(II) 固定資産		
建物付属設備	92,702	
車両運搬具	515,101	
器具備品	78,849	
有形固定資産合計		686,652
電話加入権	149,968	
コンピュータソフト	55,841	
無形固定資産合計		205,809
敷金	22,000	
投資等合計		22,000
固定資産合計		914,461
資産合計		52,234,336

### 負債の部

(I) 流動負債		
未払費用	1,166,170	
流動負債合計		1,166,170
(II) 固定負債		
長期借入金	0	
固定負債合計		0
負債合計		1,166,170

### 資本の部

当期未処分利益	51,068,166	
うち、当期利益	5,490,208	
資本合計		51,068,166
資本負債合計		52,234,336

以上のような訪問看護ステーションですが、この決算書を見て、どのような問題点を見ることが出来たでしょうか。あるいは、この時点での決算書についての疑問点は何でしょうか。解りやすくするために、工夫をしてみます。

前年度との比較をすると、問題点が浮かび上がってきます。他の施設との比較も意義があります。

比較損益計算書

勘定科目	23年6月期	24年6月期	増減
訪問看護療養費収益			
同上医療保険分	13,138,380	14,546,350	1,407,970
同上介護保険分	30,061,290	26,776,870	-3,284,420
居宅介護支援事業収益	5,201,000	4,773,000	-428,000
訪問看護利用料収益			
同上医療保険分	2,045,290	2,323,300	278,010
同上介護保険分	3,773,850	3,367,220	-406,630
医療連携収益	3,460,000	2,495,000	-965,000
その他利用料収益	196,815	234,160	37,345
保険等調整増減	-173,320	-113,670	59,650
<b>【収益合計】</b>	<b>57,703,305</b>	<b>54,402,230</b>	<b>-3,301,075</b>
給与手当	28,348,607	29,749,051	1,400,444
賞与	6,111,873	6,799,992	688,119
法定福利費	4,547,504	4,570,468	22,964
退職金	1,310,608	0	-1,310,608
退職共済掛金	338,000	348,000	10,000
<b>【給与費合計】</b>	<b>40,656,592</b>	<b>41,467,511</b>	<b>810,919</b>
訪問材料費	5,754	6,682	928
訪問医薬品費	54,070	54,072	2
<b>【材料費合計】</b>	<b>59,824</b>	<b>60,754</b>	<b>930</b>
旅費交通費	979,270	972,250	-7,020
通信費	260,121	300,782	40,661
事務用品費	31,391	43,232	11,841
消耗品費	161,500	226,299	64,799
修繕費	0	0	0
地代家賃	3,362,100	3,408,000	45,900
広告宣伝費	50,985	57,730	6,745
保険料	58,980	46,500	-12,480
諸会費	50,000	22,000	-28,000
車両費	609,759	735,376	125,617
リース料	182,561	241,494	58,933
保守料	304,500	332,180	27,680
研究研修費	66,310	220,055	153,745
雑費他	295,667	147,076	-148,591
<b>【経費】</b>	<b>6,413,144</b>	<b>6,752,974</b>	<b>339,830</b>
<b>【その他費用】</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>【減価償却費】</b>	<b>844,689</b>	<b>1,005,630</b>	<b>160,941</b>
<b>【事業利益】</b>	<b>9,729,056</b>	<b>5,115,361</b>	<b>-4,613,695</b>

事業外収入	248,266	374,847	126,581
<b>【経常利益】</b>	<b>9,977,322</b>	<b>5,490,208</b>	<b>-4,487,114</b>

※研究研修費:24年3月に外部研修へ参加

※退職金:平成23年5月に1名退職。

※退職共済掛金:退職金の資金確保のため加入。

貸借対照表の場合は期首と期末の差を見るのが有効です。もちろん、数年間の動きを一覧表にするのも意義があります。

### 貸借対照表

24.06.30

勘定科目	期首	借方	貸方	期末
現金	24,853	120,000	105,235	39,618
普通預金	11,462,583	55,264,386	51,433,746	15,293,223
医業未収金	8,139,979	44,770,742	44,944,197	7,966,524
未収入金	334,364	20,510	334,364	20,510
立替金	0	0		0
貸倒引当金	0			0
本部	25,000,000	3,000,000	0	28,000,000
<b>【流動資産】</b>	<b>44,961,779</b>	<b>103,175,638</b>	<b>96,817,542</b>	<b>51,319,875</b>
建物付属設備	115,876		23,174	92,702
車両運搬具	1,322,984		807,883	515,101
器具備品	157,697		78,848	78,849
電話加入権	149,968			149,968
コンピュータソフト	151,566		95,725	55,841
<b>【固定資産】</b>	<b>1,898,091</b>	<b>0</b>	<b>1,005,630</b>	<b>892,461</b>
敷金	22,000			22,000
<b>【投資等】</b>	<b>22,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>22,000</b>
<b>【借方合計】</b>	<b>46,881,870</b>	<b>103,175,638</b>	<b>97,823,172</b>	<b>52,234,336</b>
未払費用	1,303,912	1,303,912	1,166,170	1,166,170
<b>【流動負債】</b>	<b>1,303,912</b>	<b>1,303,912</b>	<b>1,166,170</b>	<b>1,166,170</b>
長期借入金	0	0	0	0
<b>【固定負債】</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>【負債合計】</b>	<b>1,303,912</b>	<b>1,303,912</b>	<b>1,166,170</b>	<b>1,166,170</b>
当期末処分利益	45,577,958		5,490,208	51,068,166
<b>【資本合計】</b>	<b>45,577,958</b>	<b>0</b>	<b>5,490,208</b>	<b>51,068,166</b>
<b>【負債・資本合計】</b>	<b>46,881,870</b>	<b>1,303,912</b>	<b>6,656,378</b>	<b>52,234,336</b>

しかし、これで問題点をはっきり理解できたでしょうか。利益が幾らであったのかとか、財産状況についてはある程度の理解が出来ても、これだけでは改善計画は出来ないのではないのでしょうか。

まずは、収入の内訳明細を見てみましょう。

収入の内訳

収入内訳	年間合計	月間平均			
		件数	回数	平均単価	平均収益
訪問看護療養費収益					
同上医療保険分	14,546,350	19	131	63,800	1,212,196
同上介護保険分	26,776,870	70	300	31,877	2,231,406
居宅介護支援事業収益	4,773,000	33			397,750
訪問看護利用料収益					
同上医療保険分	2,323,300	19	131	10,190	193,608
同上介護保険分	3,367,220	70	300	4,009	280,602
医療連携収益	2,495,000				207,917
その他利用料収益	234,160				19,513
保険等調整増減	-113,670				-9,473
<b>【収益合計】</b>	54,402,230	89	431		4,533,519

訪問看護収益(合計)

収入内訳	年間合計	件数	回数	平均単価	平均収益
医療保険分	16,869,650	19	131	73,990	1,405,804
介護保険分	30,144,090	70	300	35,886	2,512,008
合計	47,013,740	89	431	44,020	3,917,812

平均データ

項目	算式	医療	介護
1回当り単価	平均収益÷回数	10,731	8,373
延べ訪問回数	回数÷件数	6.9	4.3
居宅介護支援事業単価	平均収益÷件数		12,053



訪問看護ステーションは労働集約型の事業ですから、人件費の分析が必要です。

給与賞与の内訳

氏名	給与内訳			1日勤務時間		資格	備考
	平均月額	年間賞与	年間給与	時間	訪問件数		
常勤職員							
A(主任)	379,572	911,300	5,466,164	8	2.5	看護師	
B	306,747	726,300	3,793,770	8	3.0	看護師	24.4 から産・育休
C	321,242	823,500	4,678,404	8	3.0	看護師	
D	284,799	843,900	4,261,488	8	3.5	看護師	
E	374,894	1,021,812	5,520,540	8	4.0	看護師	
F	241,182	731,745	3,625,929	8	0.0	ケアマネ	
G	292,265	802,250	4,309,430	8	2.8	看護師	24.7 から産休
H	274,694	899,185	3,920,819	8	3.5	看護師	23.7 から勤務
非常勤職員							
I(事務員)	77,705	40,000	972,460	5			時給 870 円
<b>【給与賞与】</b>	2,553,100	6,799,992	36,549,004	69.0	22.3		

休日：日祭日及び週1日

問題点が少しずつ、明らかになってきたのではないのでしょうか。でも、これだけではまだ不十分でしょう。あと、何が必要でしょうか。

非常勤職員の時間給は 870 円です。

訪問看護ステーション利用者の紹介状況は以下の通りです。

訪問先紹介ルート

紹介先	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
当法人の病院から	11	9	6	9	6	5
市役所福祉課から	1	1	0	0	0	1
N 居宅介護支援事業者から	1	0	1	0	0	0
S 居宅介護支援事業者から	0	0	0	0	0	0
R クリニックから	0	0	0	0	0	1
F 介護老人保健施設から	1	0	0	0	0	0
合計	14	10	7	9	6	7

※看護師の確保が困難なため紹介を制限している。

参考までに、資金繰表を示します。

### 資金繰表

項 目	23年6月期	24年6月期	25年6月期
前年繰越	5,665,425	11,487,436	15,332,841
訪問看護利用料(患者)	5,819,140	5,690,520	
訪問利用料(支援含む)	48,227,350	46,156,005	
医療連携入金	3,460,000	2,825,000	
その他入金	196,815	218,014	
入金合計	57,703,305	54,889,539	
給与賞与振込額	28,556,976	30,771,017	
社会保険料支払額	9,095,008	9,140,936	
源泉所得税支払額	894,000	902,300	
特別徴収住民税支払	462,000	443,000	
給与費合計	39,007,984	41,257,253	
訪問材料費支払	5,754	6,682	
訪問医薬品費支払	54,070	54,072	
材料費支払合計	59,824	60,754	
旅費交通費支払	979,270	972,250	
修繕費支払	0	0	
地代家賃支払	3,362,100	3,408,000	
車両費支払	609,759	735,376	
その他の経費支払	3,110,623	1,985,348	
経費支払合計	8,061,752	7,100,974	
その他費用支払	0	0	
利息支払	0	0	
経常的支払合計	47,129,560	48,418,981	
【経常収支差額】	10,573,745	6,470,558	
事業外入金	248,266	374,847	
本部からの資金援助		0	
借入金調達		0	
本部への返済	5,000,000	3,000,000	
借入金返済	0	0	
車両購入		0	
【次期繰越金額】	11,487,436	15,332,841	

以上のデータから、考えられる問題点を列挙してみましょう。(いくつでも)

1.

2.

3.

4.

5.

他の人が述べた問題点の指摘を書き留めて、今後の議論の参考にしましょう。

問題点が明らかになったら、次に、改善策を検討しましょう。まず、次の空欄に自分で検討した改善策を記入しましょう。

問題点	改善策
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

他の人の意見を下の空欄に書き込んで参考にしましょう。

## 第2章 経営計画の立案

前章で検討した対策案を経営計画の中に織り込んでいきます。経営計画をどこから検討するかは、いろいろな意見があります。まずは、計画年度の重点目標を定めます。そのうえでマーケティング対策から整理していきましょう。医療の現場でルートの確保は重要なポイントですが、同じように利用者を確保していくには『利用者紹介ルート』の確保が重要なポイントです。

計画年度の重点目標（具体的な経営目標を定めます。）

- 1.
- 2.
- 3.

来期の目標を建てるにあたり、4つの視点から検討を加え、重点目標を定めます。

- (1) 利用者獲得の視点
- (2) 利用者満足の視点
- (3) 従事者満足の視点
- (4) 収入・利益確保の視点

具体的には、

獲得すべき収入目標

獲得すべき利益の目標

収入目標を達成させるべき、具体的な利用者獲得目標

利益確保のための業務効率化目標

利用者満足・従事者満足を追求するための業務改善目標

成長・変革のための教育研修目標





訪問先紹介ルート

紹介先	昨年実績	今期目標	具体的対策
当法人の病院から	5		
市役所福祉課から	1		
N 居宅介護支援事業者から	0		
S 居宅介護支援事業者から	0		
R クリニックから	1		
F 介護老人保健施設から	0		
合計	7		

紹介ルートからの確保が出来ても、それをどのようにサービス提供するのかを検討しなければ、実際の収入に繋げることが出来ません。そこで、次に、人件費を検討します。

給与対策表

氏名	給与内訳		1日勤務時間		
	平均月額	昇給額	時間	訪問件数	備考
常勤職員					
A(主任)	379,572		8		
B	306,747		8		
C	321,242		8		
D	284,799		8		
E	374,894		8		
F	241,182		8		
G	292,265		8		
H	274,694		8		
非常勤職員					
I(事務員)	77,705		5		
【給与賞与】	2,553,100		69.0	0	

ルートの確保とその受け皿の検討をしましたので、次に収入目標の設定をします。

収入目標の内訳

収入内訳	年間合計	月間平均			
		件数	回数	平均単価	平均収益
訪問看護療養費収益					
同上医療保険分					
同上介護保険分					
居宅介護支援事業収益					
訪問看護利用料収益					
同上医療保険分					
同上介護保険分					
医療連携収益					
その他利用料収益					
保険等調整増減					
【収益合計】					

収入目標が出来たので、次に、損益計算書のなかに落とし込んでいきます。損益計算書だけでは、不十分ですが、以下の表に目標損益計算表を書き込んでいきましょう。

目標損益計算書

勘定科目	23年6月期	24年6月期	25年6月期	増減
訪問看護療養費収益				
同上医療保険分	13,138,380	14,546,350		
同上介護保険分	30,061,290	26,776,870		
居宅介護支援事業収益	5,201,000	4,773,000		
訪問看護利用料収益				
同上医療保険分	2,045,290	2,323,300		
同上介護保険分	3,773,850	3,367,220		
医療連携収益	3,460,000	2,495,000		
その他利用料収益	196,815	234,160		
保険等調整増減	-173,320	-113,670		
<b>【収益合計】</b>	<b>57,703,305</b>	<b>54,402,230</b>		
給与手当	28,348,607	29,749,051		
賞与	6,111,873	6,799,992		
法定福利費	4,547,504	4,570,468		
退職金	1,310,608	0		
退職共済掛金	338,000	348,000		
<b>【給与費合計】</b>	<b>40,656,592</b>	<b>41,467,511</b>		
訪問材料費	5,754	6,682		
訪問医薬品費	54,070	54,072		
<b>【材料費合計】</b>	<b>59,824</b>	<b>60,754</b>		
旅費交通費	979,270	972,250		
通信費	260,121	300,782		
事務用品費	31,391	43,232		
消耗品費	161,500	226,299		
修繕費	0	0		
地代家賃	3,362,100	3,408,000		
広告宣伝費	50,985	57,730		
保険料	58,980	46,500		
諸会費	50,000	22,000		
車両費	609,759	735,376		
リース料	182,561	241,494		
保守料	304,500	332,180		
研究研修費	66,310	220,055		
雑費他	295,667	147,076		
<b>【経費】</b>	<b>6,413,144</b>	<b>6,752,974</b>		
<b>【その他費用】</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
<b>【減価償却費】</b>	<b>844,689</b>	<b>1,005,630</b>		
<b>【事業利益】</b>	<b>9,729,056</b>	<b>5,115,361</b>		
事業外収入	248,266	374,847		
<b>【経常利益】</b>	<b>9,977,322</b>	<b>5,490,208</b>		

## 資金計画

項 目	23 年 6 月期	24 年 6 月期	25 年 6 月期
前年繰越	5,665,425	11,487,436	15,332,841
訪問看護利用料(患者)	5,819,140	5,690,520	
訪問利用料(支援含む)	48,227,350	46,156,005	
医療連携入金	3,460,000	2,825,000	
その他入金	196,815	218,014	
<b>入金合計</b>	<b>57,703,305</b>	<b>54,889,539</b>	
給与賞与振込額	28,556,976	30,771,017	
社会保険料支払額	9,095,008	9,140,936	
源泉所得税支払額	894,000	902,300	
特別徴収住民税支払	462,000	443,000	
<b>給与費合計</b>	<b>39,007,984</b>	<b>41,257,253</b>	
訪問材料費支払	5,754	6,682	
訪問医薬品費支払	54,070	54,072	
<b>材料費支払合計</b>	<b>59,824</b>	<b>60,754</b>	
旅費交通費支払	979,270	972,250	
修繕費支払	0	0	
地代家賃支払	3,362,100	3,408,000	
車両費支払	609,759	735,376	
その他の経費支払	3,110,623	1,985,348	
<b>経費支払合計</b>	<b>8,061,752</b>	<b>7,100,974</b>	
その他費用支払	0	0	
利息支払	0	0	
<b>経常的支払合計</b>	<b>47,129,560</b>	<b>48,418,981</b>	
<b>【経常収支差額】</b>	<b>10,573,745</b>	<b>6,470,558</b>	
事業外入金	248,266	374,847	
本部からの資金援助		0	
借入金調達		0	
本部への返済	5,000,000	3,000,000	
借入金返済	0	0	
車両購入		0	
<b>【次期繰越金額】</b>	<b>11,487,436</b>	<b>15,332,841</b>	

## 第3章 経営計画進行チェック

経理とは何か

なぜ、会計報告をするのか

目標設定と昇給との関係は

事業の成功をどこで計るのか。

ステーション全体の目標と個人の目標

-MEMO-

-MEMO-



*-MEMO-*

*-MEMO-*

*-MEMO-*

---

---

訪問看護経営・経済論①  
経営状態の把握・評価（経営に関する基本的技術）

株式会社川原経営総合センター常務取締役  
薄井 照人 氏

税理士法人川原経営会計業務6部課長  
小林 明 氏

---

---



訪問看護ステーションの為の  
会計処理の手引き

税理士法人 川原経営  
電話 03-3289-0871 FAX03-3289-0876  
E-mail:kaieda@kawahara-group.co.jp

## はじめに

経理とは、経営管理の略と言われていています。経営の管理システムとしての経理処理になります。従って、各訪問看護施設で経理システムを導入する前に、資金管理のシステム化をしなければなりません。システム化というと難しそうですが、単に、お金の取扱ルールを定めると言うことで理解されて結構です。

訪問看護ステーションの資金の流れですが、毎月、90%以上が同じような収入と支払の繰り返しではないでしょうか。違うのは金額だけですから、資金取扱のルールを定めてしまえば、経理処理も簡単になります。実は、このことが最も大切なことなのです。

例えば、「先月の給与は、A銀行の通帳から支払ったけれども、今月は手元に支払えるだけの現金があるから、その現金から支払うこととした。」という資金の取り扱いが、経理を煩雑にし、経営を分かりづらいものにするのです。

給与は、いつも同じ日に、同じ通帳から支払う、というルールを徹底してください。通帳を見れば、先月の給与も先々月の給与も見ることが出来、給与支払日前に、その通帳にいくらの残高を残しておかなければならないかが解ります。

幾つもの通帳を使わず、入ってくる資金も出ていく資金も同じ通帳で管理すると、経営成績や資金収支の把握がスピーディになります。昨年と同じ時期の銀行残高と今を比較すれば、増加しているのか、減少しているのかが一目瞭然です。通帳を見れば、経営成績も資金収支もすぐに理解できる仕組み作り、これがすべてのポイントです。

なお、訪問看護ステーションは、入金管理が大変ですので、入金だけの通帳を作成し、毎月20日前後に、メインの通帳に残高を振り替える方法も有効な方法です。振り替える日も決めておくことで、資金の流れがつかめることとなります。

- ポイント
1. 資金取り扱いのルール化
  2. Simple is beauty full

## 訪問看護ステーションの資金取扱ルール

まず、利用者から受け取る利用料及び負担金は必ず、毎日、日報に受取金額を記入し、原則、そのまま、銀行に預けると言うルールです。その日、預かった現金はそのまま銀行に預ける、これが原則です。こうすることで、後から日計表や帳簿を書き換えることが難しくなります。また、お金を取り扱う者は、後から誰が見ても解るようにしておかなければなりません。仮に利

用者から間違っ多く受け取った場合には、間違っまま、日計表に記入し、その間違っ金額を銀行に預け入れます。その上で、返金すべき金額を銀行から引き出し、利用者に返還します。返還の際には受取のサインをもらいます。複雑なようですが、受け取った現金は、仮に間違っいても一旦は銀行に預け入れるという処理をおこなって下さい。これが不正を許さない仕組みにもなります。なお、銀行が遠い等、毎日入金できない場合には、数日分をまとめて入金することも可能です。その際、一日分ごと銀行の袋に入れておいて、それぞれを入金処理すると、通帳には一日分ごとの記帳がなされ、後から見直しても解りやすくなります。

【作成帳簿】 集金日計表  
集金月計表  
普通預金出納帳

なお、利用者負担金をその場で回収するのではなく、市中銀行や郵貯銀行への振込により回収する方法をとっている場合には、請求書を発送した一覧表を作成し、入金された金額の消し込み確認をして、その後、それぞれの通帳からメインの通帳に入金額を振り替えてください。その際、先ほども述べましたが、振替日は一定にしておく良いでしょう。

【作成帳簿】 利用者負担金請求発行控  
利用者未収金管理表  
普通預金出納帳

次に、介護保険や健康保険からの入金ですが、メインの通帳を決めて、その通帳に振り込まれるようにしておきましょう。通帳を国保と社保に分けたり、あるいは介護保険や健康保険からの振込入金を本部の通帳で受け入れたりとすると、処理が複雑になるばかりでなく、訪問看護ステーションの業績を実感できなくなります。今回、説明している内容は、後追いが可能になる、すなわちトレーサビリティを重視し、可能な限り解りやすく、そして通帳を見るだけで、経営成績が実感できるようにするというものです。通帳が一つで、これから説明する支払のルールを守ると、毎月末の預金残高を較べることで成績が伸びているのか、後退しているのかが実感できるようになります。

【作成帳簿】 保険請求管理台帳  
普通預金出納帳

入金のルールは説明しましたので、今度は支払のルールです。毎月、定期的に支払う業者への支払は、例えば、月末締め翌月月末支払などとルールを決め、業者と話し合います。零細な商店などは、月末締め翌月10日払いにして欲しいなどと言う要望もあるようですが、可能な限り一元化(月末締め翌月末払い)をお願いし、月末にまとめて銀行振込での支払にします。家賃や



本部への負担金がある場合には、同じように月末払いのルールに載せてしましましょう。これらの支払を、ここでは便宜的に「大口支払」と呼びます。車両の燃料費もその都度支払うのではなく、掛け払いと言って、まとめて払う方式に替えると、支払処理が楽になるだけでなく、必ず詳細な請求書が届きますので、だれがどの程度、燃料を消費しているかも把握がしやすくなります。事務用品もアスクルなどの業者を利用すると、同じように支払が楽になるばかりか、請求書が来ますので、管理がしやすくなります。書籍も本屋さんと交渉すれば同じシステムが出来ますし、もちろん、アマゾンなどを利用するのも一つの方法です。コーヒーや茶葉も業者と話し合い、可能な限り、この大口支払にします。

【作成帳簿】 買掛帳または支払計画表  
普通預金出納帳

前述の大口支払のルールに乗らない支払いについては「小口支払」として処理します。月初めに銀行から例えば 2 万円を引き出し、そのなかから支払います。2 万円で不足する場合は、都度、2 万円を補充する形で処理します。小口で処理するものとしては、郵便切手の購入や郵便不足料金の支払い、新聞の購読料、パートさんの交通費などが考えられますが、これらを 2 万円のなかでの遣り繰りとすれば、予算管理が可能になります。もちろん、それぞれの訪問看護ステーションの実情にあわせて、当初の準備資金を 2 万円ではなく、10 万円にすることも可能です。要は、月間必要資金を把握できるようにすることです。

【作成帳簿】 小口現金出納帳  
普通預金出納帳

その他の支払としては、25 日の給与の支払い、毎月 10 日までの源泉所得税や特別徴収住民税などの支払い、通帳から自動で引き落とされるリース料や諸会費、定期購読書籍代などが考えられますが、それぞれ、窓口現金を預け入れる預金から引き落とされるよう手配します。

以上で、収支のルールはお終いです。ここまででおわかりのように、訪問看護ステーションの経理処理は、収支のルールを定め、その通りに行うと、毎月の金額は違うものの、パターンは 90%以上、同じものです。このルールさえ守っていただければ、経理処理は簡単です。

【作成帳簿】 給与台帳  
普通預金出納帳

# 1. 現金収入

## 集金日計表

まずは訪問看護の業務を終えられて、ステーションに戻られ利用者の方からいただいた利用料等現金を入金、記録されることになろうかと思えます。利用者の方から受け取る現金は経費の支払い用の現金とはしっかり区分し、受け取る現金からは原則として経費の支払は行わないこととします。これは現金管理を容易にし、また安全性を確保する為です。

利用料（現金）収入は窓口日計表に記載されることとなりますが、介護保険・健康保険の利用者一部負担金、保険外収入、交通費負担等その他収入をそれぞれ区分して記載してゆきます。それぞれの収入を区分することは大きく分けて二つの意味があります。一つは保険収入について利用者負担のあるべき金額が明確化されること。二つ目は保険収入と保険外収入が課税上（消費税、地方税）の取り扱いが異なる為です。

利用料等収入は一日の業務が終了した後、収入区分ごとの集計をします。その際に右欄下にある金種表を利用されると便利です。また右欄上にある本日入金、出金欄に記載されている通り利用者の方から戴いた現金収入はそのまま預金に入金されることとなります。

集金日計表 (平成21年4月7日)

介護保険				医療保険				収益雑合計				
担当	利用者氏名	利用料収益	交通費等	合計	担当	利用者氏名	基本利用料	エンゼル地域	その他利用料	合計		
1	片倉 山田 太郎	7,228	0	7,228	1	相原 原 聖子	0		3,000	3,000	収益雑合計	143,751
2	# 田中 花子	1,402	0	1,402	2	# 矢部洋子	0		1,350	1,350	前日繰越額	32,500
3	# 松田 司	8,314	0	8,314	3	# 野辺太郎	25,680		1,350	27,030	本日入金額	143,751
4	# 井上一郎	4,720	0	4,720	4	# 古瀬次郎	0		4,800	4,800	窓口残高	176,251
5	南野 上屋 正	5,712	0	5,712	5	# 町田三郎	6,025		900	6,925	現金過不足	0
6	# 渡井次郎	3,048	420	3,468	6	橋本 成瀬邦夫	19,315	10,000	3,000	32,315	預金預入	32,500
7	# 小山裕二	2,212	0	2,212	7	中山 津田長一	7,495	10,000	1,200	18,695	翌日繰越額	143,751
8				0	8				0	0	金種別残高	
9				0	9				10,000	90,000	10,000	90,000
10				0	10				5,000	15,000	5,000	15,000
11				0	11				1,000	26,000	1,000	26,000
12				0	12				500	3,500	500	3,500
13				0	13				100	4,600	100	4,600
14				0	14				50	1,350	50	1,350
15				0	15				10	2,790	10	2,790
16				0	16				5	260	5	260
17				0	17					0	1	51
18				0	18					0	18	0
19				0	19					0	19	0
合計		32,636	420	33,056	合計		58,515	20,000	15,600	94,115	合計	143,751

介護保険(全額負担分)				保険外負担金				
担当	利用者氏名	利用料収益	交通費等	合計	担当	利用者氏名	文書料	合計
1	片倉 山田太郎	16,580	0	16,580	1		0	0
2					2			0
3					3			0
4					4			0
5					5			0
計		16,580	0	16,580	計		0	0



## 集金月計表

日々集計される日計表から、次に入金集計表に転記されることとなります。1か月転記が終えたところで、1か月分の利用料収入、保険外収入、その他の収入を集計します。また、預金に預け入れた場合には、その預け入れた日の欄に記入し、手持ちの残高を記載します。

### 窓口入金集計表

( 21年 4 月分)

日 付	介護保険 利用料収益	医療保険 基本利用料	その他収益	収入合計	預金預入	合計
1						
2						
3						
4	15,646	16,014	840	32,500	0	32,500
5				0	0	32,500
6						32,500
7	32,636	58,515	52,600	143,751	32,500	143,751
8		3,000	1,350	4,350	0	148,101
9	59,389	31,705	7,050	98,144	148,101	98,144
10	20,868			20,868	0	119,012
11	1,672			1,672	0	120,684
12				0	0	120,684
13	8,064	27,180	1,350	36,594	0	157,278
14	51,460			51,460	157,278	51,460
15	20,018	26,810	7,550	54,378	0	105,838
16				0	0	105,838
17				0	0	105,838
18				0	0	105,838
19				0	0	105,838
20	29,742			29,742	0	135,580
21	9,825			9,825	135,580	9,825
22	15,884			15,884	0	25,709
23	11,589			11,589	0	37,298
24				0	0	37,298
25	3,344			3,344	0	40,642
26				0	0	40,642
27	2,212			2,212	0	42,854
28				0	42,854	0
29				0	0	0
30				0	0	0
31						
合計	282,349	163,224	70,740	516,313	516,313	

P. 2

## 利用者未収金管理表

これは、利用者負担金を集金によらず、振込をお願いする場合に作成します。利用者に毎月月末に請求書を発行し、その後の振込入金を待ちますが、その際の管理表です。利用者の名前と実際に振り込む方の名前が違う場合が多くありますので、その間違いを防止するためにも必要な管理表です。

月末に請求し、翌月に入金をお願いしますので、月末時点では「未収」となります。また、数ヶ月にわたり未収の方もいますが、その方については、そのページの一番先頭に記載しましょう。

### 利用者未収金管理表

( 21年 4 月分)

請求番号	利用者氏名	介護保険 利用料収益	医療保険 基本利用料	その他収益	請求合計	入金日	入金金額	未収金額
先月未収	町田三郎				36,150			36,150
先月未収	野辺太郎				33,040			33,040
先月未収	川端百合子				68,950			68,950
先月未収	山田太郎				24,050	5月8日	24,050	0
101	山田太郎	7,228	0	16,580	23,808	5月8日	23,808	0
102	田中花子	8,412	0	0	8,412	5月9日	8,412	0
103	松田 司	16,628	0	0	16,628	5月8日	16,628	0
104	矢部洋子		2,250	1,350	3,600			3,600
105	田辺光男		4,800	3,000	7,800			7,800
106					0			0
107					0			0
108					0			0
109								
合計		32,268	7,050	20,930	60,248		48,848	11,400

## 2. 保険請求管理台帳

1ヶ月が終わってから翌月10日まで介護保険、社会保険に対する請求業務を行います。この表はその請求管理の為のものです。

介護保険、社会保険請求の大雑把な流れは、利用者一人ひとりのその月の1日から末日までの単位(点数)を集計、利用者負担分を差し引いた残り(一部公費負担)を、翌月の10日までに国民健康保険連合会(後期高齢者は別途請求)、社会保険支払基金に請求し、請求した翌月の21日以降に入金となります。例えば、今回の表で説明しますと、4月に振込みのあった3,000千円は2月分の請求収入で、4月末日では3月分と4月分の請求分が残ることになります。結果、月末には前月分と当月分(2ヵ月分)の請求収入が常に残ると言う事になります。

なお、査定損益には、請求金額と実際の入金額の差を記入します。そのため、残高は0円となります。この請求と入金の差ですが、これが出る理由は3つあります。一つは、レセプト・請求様式に被保険者の記号番号等単純な記載ミスにより生じるものがあります。これを一般的に「返戻」と呼びます。この返戻分は、間違えた記載を直して再請求します。最近の経済情勢から、子供の被扶養者になっている場合、子供が職を解雇されるなど健康保険の種類が変わったにもかかわらず、親に伝えないために起こる「返戻」が増加しています。

その返戻の他に、「減額通知」により入金との差違があります。減額通知は、後から調べて、支払うことは出来ないとして減額されるものです。この請求を復活させるには、異議の申し立てが必要となります。

3つめの差違の理由は、単純な計算間違いによるものです。最初の集計の段階で間違えるなどが最も多く考えられます。

未収入金管理表を作成する意義ですが、未収入金がどれくらい残り、翌月、翌々月に幾ら入金になるのか等、資金繰りに役立つことと、また「支払基金」の査定欄に記されているとおり、返戻、査定があったかどうかの確認もできることとなります。

後述しますが4月時点での保険請求収入はこちらに示す、当月発生額2,890千円となります。

	繰越	4月発生	振込額		査定	残高
介護保険	② 3,074,742	2,602,196	3,047,292		▲27,450	⑤ 2,826,226
	③ 2,826,226					④ 2,602,196
国保連合会	② 700,850	864,950	700,850		0	⑤ 604,850
	③ 604,850					④ 864,950
支払基金	② 166,050	186,150	166,050		0	⑤ 141,700
	③ 141,700					④ 186,150
合計	7,514,418	3,653,296	3,914,192		▲27,450	7,226,072

	繰越	5月発生	振込額		査定	残高
介護保険						
国保連合会						
支払基金						
合計						

	繰越	6月発生	振込額		査定	残高
介護保険						
国保連合会						
支払基金						
合計						

	繰越	7月発生	振込額		査定	残高
介護保険						
国保連合会						
支払基金						
合計						

### 3. 支払計画書

毎月、支払計画書を作成し、それに基づいて支払を行います。業者などから来る請求書は、この支払計画書の順番に沿って、その月ごとにファイルします。業者ごとにファイルされる方もおられますが、それも間違いではありません。しかし、請求されたその月ごとにファイルしておく、後からの閲覧、振り返りがしやすくなります。

勘定科目	相手先	前期繰越	4月			5月		
			請求書より	月末支払	未払い残高	請求書より	月末支払	未払い残高
地代家賃	本院	84,000	84,000	84,000	84,000		84,000	
地代家賃	田中愛子様駐車場代	72,000	72,000	72,000	72,000		72,000	
交通費	石橋石油	24,552	36,480	24,552	36,480		36,480	
交通費	上川石油	12,232	24,401	12,232	24,401		24,401	
車両費	益子自動車	101,200	0	101,200	0		0	
事務用品費	アスクル	10,500	3,864	10,500	3,864		3,864	
新聞図書費	山本書店	0	12,600	0	12,600		12,600	
訪問業料費	本院	36,400	12,100	36,400	12,100		12,100	
本部長掛金	本院	600,000	600,000	600,000	600,000		600,000	
管理費	総合警備保障	0	11,550	0	11,550		11,550	
合計		940,884	856,995	940,884	856,995	0	856,995	

### 4. 小口現金出納帳

前述の大口支払以外の支出で、その都度、現金でやりとりをする支払などを記載します。この支払のために、毎月2万円を事務に預け、その中から支払ってもらうようにします。領収書は、別途、スクラップブックを購入し、そこに小口現金出納帳と同じ順番で貼り付けていきます。月末には、その小口現金の残高を一旦預金に預け入れ、改めて2万円を引き出す方法をおすすめします。この方法であれば、計算間違いがあってもすぐに判明し、修正することが出来ます。残高を預け入れる代わりに、2万円との差額を預金から引き落とす方法でも可能です。あるいは、毎月2万円、残高が多ければその月は1万円など、解りやすい金額で補充する方法も可能です。

問題は、事故を起こさないこと、資金を預かるスタッフの負担にならないことが大切で、新聞代も自動引き落としに、ティッシュペーパーなどはアス

クルにしてしまうと、現金での支払いは極端に少なくなり、事故の未然防止につながります。

小口現金出納帳 (平成 21 年 4 月分)

日付	入金額	備 要	支払金額	消耗品費	旅費交通費	通 信 費	事務用品費	交際接待費	図書研修費	諸 口		残 高
										科 目	金 額	
1	20,000											28,100
5		片山さん交通費	2,000		2,000							26,100
6		「勤労看護」の本	3,000						3,000			23,100
8		トレットペーパー	1,000	1,000								22,100
14		切手代	800			800						21,200
16		〇〇先生お土産	3,000					3,000				18,300
21		残業夜食代	3,000							福利厚生費	3,000	15,300
22		町田さん交通費	4,000		4,000							11,300
27		ノート5冊	500				500					10,800
	20,000	合 計	17,300	1,000	6,000	800	500	3,000	3,000	0	3,000	10,800

5 . 普通預金出納帳

テキストにあります預金通帳を御覧ください。大概の場合支払いであれば振込み支払い、自動引き落とし共相手先が預金通帳に印字されることとなります。また、振込み入金の場合も同様です。ただしいずれの場合も相手先等のみの印字にて内容についてまでの記録が残りません。

そこで、その内容について「4月1日 企画 5,000 円」ですと、「ホームページ維持費」 通信費と記載し、「4月28日 社 18,000 円」ですと、「廃棄物処理代」 衛生費等、普通預金通帳に記録して（鉛筆で書き込み）しておく为宜しいかと思えます。こうすることによって普通預金通帳がそのまま普通預金出納帳になりますが、初期の段階では別途、普通預金出納帳を作成しましょう。普通預金出納帳は、文房具屋さんで「現金出納帳」を下さいと言って買い求めて下さい。一般に「普通預金出納帳」というと当座普通預金出納帳を指し、小切手の記載欄のあるものが来ます。書きづらいので、「現金出納帳」を転用します。



## (通 帳)

## 普通預金

年 月 日	お取引内容	お支払金額	お預り金額	差引残高
	繰越金額			4,368,000
21 4 1	マルマルキカクカブ	5,210		4,362,790
21 4 1	CD ヒキダシ	20,000		4,342,790
21 4 7	CD		32,500	4,375,290
21 4 9	CD		148,101	4,523,391
21 4 10	〇〇支店 税金支払い	25,070		4,498,321
21 4 10	〇〇支店 税金支払い	16,000		4,482,321
21 4 10	CD		98,144	4,580,465
21 4 13	CD		22,540	4,603,005
21 4 14	CD		36,594	4,639,599
21 4 16	NTT	10,680		4,628,919
21 4 15	GD		51,460	4,680,379
21 4 16	GD		54,378	4,734,757
21 4 17	ゼロックリコー	81,875		4,642,882
21 4 21	社会保険支払基金		166,060	4,808,932
21 4 21	CD		29,742	4,838,674
21 4 23	CD		25,709	4,864,383
21 4 24	CD		11,589	4,875,972
21 4 25	国保連合会		700,850	5,576,822
21 4 25	国保連合会		3,047,292	8,624,114
21 4 25	総合振込	1,002,651		7,621,463
21 4 25	フリコミ イリョウホウジンマルマル	1,200,000		6,421,463
21 4 25	フリコミ マルマルドウサン	105,441		6,316,022
21 4 28	CD		5,556	6,321,578

P. 4

⑤会計処理フロー(演習用)

No. \_\_\_\_\_

普通預金 ○○銀行○○支店(普)No.0123456

21年		摘要	入金	出金	残高
月	日				
4	1				4,368,000
	1	広告宣伝費		5,000	4,363,000
	1	雑費		210	4,362,790
	1	小口現金		20,000	4,342,790
	7	窓口現金	32,500		4,375,290
	9	窓口現金	148,101		4,523,391
	10	預り金		25,070	4,498,321
	10	預り金		16,000	4,482,321
	10	窓口現金	98,144		4,580,465
	13	窓口現金	22,540		4,603,005
	14	窓口現金	36,594		4,639,599
	15	通信費		10,680	4,628,919
	15	窓口現金	51,460		4,680,379
	16	窓口現金	54,378		4,734,757
	17	貸借料		91,875	4,642,882
	21	医療未収金	166,050		4,808,932
	21	窓口現金	29,742		4,838,674
	23	窓口現金	25,709		4,864,383
	24	窓口現金	11,569		4,875,952
	25	医療未収金	700,850		5,576,822
	25	医療未収金	3,047,292		8,624,114
	25	給与手当		1,002,651	7,621,463
	25	給与手当		1,200,000	6,421,463
	25	他代家賃		84,000	6,337,463
	25	水道光熱費		21,441	6,316,022
	28	窓口現金	5,556		6,321,578
	30	車両費		26,874	6,294,704
	30	修繕費		57,750	6,236,954
	30	研究研修費		21,000	6,215,954
	30	事務用品費		38,241	6,177,713
	30	本部費		600,000	5,577,713
	30	雑費		2,625	5,575,088
	30	法定福利費		150,665	5,424,423
	30	預り金		149,079	5,275,344
					5,275,344

勘定科目に馴染みがないと思いますので、以下に添付します。

勘定科目一覧表(訪客用)

大項目	勘定科目	説明	備註
流動資産	現金	利用者から受け取った現金あるいは支払い用に準備された現金について、管理します。必ず、現金出納簿にて管理します。利用者から受け取った小切手なども一旦、現金にて処理します。	現金出納簿
	(小口現金)	上記、現金の内、支払い用現金だけを手元において管理する場合に、利用者から受け取った現金と区別するために、この科目で処理することが出来ます。	小口現金出納簿
	(窓口現金)	上記、現金の内、利用者から利用料として受け取った現金だけを管理する場合に、その他の現金と区別するために利用します。一般に、受け取った現金は、そのまま手つかずで普通預金に入金されます。	窓口現金出納簿
	当座預金	小切手や手形を利用するときには作りますが、事故の原因となりますし、管理が大変ですから、お勧めしません。	当座預金出納簿
	普通預金	訪問看護事業において、資金の入り廻りで、最も基本となるもの。口座ごとに管理するのが望ましいが、訪問看護ステーションでは、可能な限り、一つの普通預金口座のみで管理されたい。	普通預金出納簿
	定期預金	定期性預金を管理するための勘定科目です。将来、一時に支払うことが予想される支出に備えるために作ります。具体的には、賞与の支払い準備、退職金の支払い準備、自動車等部品購入資金準備、事務所移転資金準備などです。	
	商業未収金	支払基金や介護報酬を請求しても、二ヶ月後に入金されます。月末時点で、請求する権利が生じても入金されていない金額を表示します。その際、利用者に請求する利用料等も月末時点で入金になっていない金額を表示します。	未収金管理簿
	棚卸資産	期末段階での、未使用の診察材料、薬品、文具等を实物に棚卸しをして金額を確定します。それぞれの単価は、最終仕入れ時の単価を利用するのが一般的です。	棚卸簿
	仮期貸付金	一年以内に返済が見込まれる貸付金を記載します。	
	未収金	商業以外での未収金。例えば貸付金の未収利息などを表示します。	
	立替金	他の事業等の費用を一時的に立て替えて支払った場合に表示します。	
	仮払金	記録の支出はあったが、内容がまだ確定されていないときに使用します。	
	前払費用	家賃のように翌月分を先払いする時に利用しますが、通常は決算時に、当期の費用ではないがすでに先払いしてしまった費用として表示します。	
貸倒引当金	商業未収金や未収金、貸付金が必要しも全額入金されるとは限りません。そこで、一定の基準を定めて、取り付けが出来ない、すなわち貸倒になる可能性のある金額を、実質的には財産価値がないものになります。その財産価値のない金額について見積もり計上したのがこの貸倒引当金です。		

勘定科目一覧表(訪看用)

大項目	勘定科目	説明	帳簿
固定資産	建物	建物を表示しますが、賃貸物件であっても、建物の壁や柱に直接つながる内装工事も建物として表記します。	固定資産台帳
	建物附属設備	建物に附属する電気・ガス・水道等の配管工事や間仕切りなどが該当します。	
	構築物	建物の外構、塀あるいはポール式の看板などを表記します。	
	車両運搬具	自動車や自転車などを表記します。	
	器具備品	一年以上利用でき、一つもしくは一組10万円以上で、一括償却資産や少額減価償却資産としなかったものについて表記。	
	リース資産	リースで購入した資産について表記します。	
	一括償却資産	取得価格が10万円以上20万円未満のもので少額減価償却資産に該当しないものについて、3年均等償却により償却できるものを表示。	
	少額減価償却資産(参考)	中小企業は、30万円未満の減価償却資産について、年間300万円までは一括償却の経費にしても良い規定があり、それにより一括経費にしたものを表記。ただし、貸借対照表には表示されない。	
	土地	購入した土地について表記	
	電線加入権		
	埋地権		
水道施設利用権			
その他の資産	保険積立金	生命保険料などのうち、積立部分になるもの。	
	保証金	テナントの保証金など。	
	敷金	事務所敷金など。	
繰延資産	長期前払費用	前払費用の内、一年を超えて費用化するもの	
	入会金	支出した費用の効果が1年以上に及ぶため、繰延資産として表記	
流動負債	未払金	業務上の取引において発生する未払金を表記、買掛金と表記する場合もある。	未払金管理簿
	預り金	源泉所得税や特別徴収の住民税、社会保険料など、国等に代わって従業員の給与等から預かり、国等への納付を済ませるまでの間の資金を表示。	
	短期借入金	一年以内に返済義務の来る借入金について表記	
	未払法人税等	未払の法人税等を表記	
固定負債	長期借入金	一年を超えて、返済義務の来る借入金を表記	
	長期未払金	一年を超えて支払義務の来る未払金	
	リース未払金	リースに係る未払リース料を表記	
資本の部	資本金	当初の資本金。(会社形式にのみ)	
	本部会計	本部への支払義務、受取権利などを表記	
	繰越利益金		

勘定科目一覧表(訪着用)

大項目	勘定科目	説明	帰属
収入の部	訪問看護療養費収益	調停適合会や支払基金への請求金額を表記	請求管理台帳
	利用料収益	利用者負担金を表記	日計簿
	その他利用料収益	介護保険や健康保険の適用外収益を表記	
	保険等調整増減	介護保険や健康保険に請求したが査定されて入金にならなかった金額を表記。査定損益とも呼ばれる。なお、減額査定と単調な返戻は区別して管理するのが望ましい。	請求管理台帳
費用の部	役員報酬	役員への報酬を表記。会社系のみ。	給与台帳
	給与手当	毎月の給与を表記します。	
	賞与	賞与を表記します。(給与手当を含めても結構です。)	
	法定福利費	事業所負担の社会保険料や労働保険料を表記します。	
	福利厚生費	従業員の福利厚生にかかる費用を表記しますが、廃棄物等の規程がある場合で、その規程を超えて支払う場合や特定の個人への飲食代、忘年会等の二次会の費用などは実際控除費に表記。	
	旅費交通費	通勤費を「通勤費」として独自の科目表記は可能。	
	通信費	電話、切手等	
	事務用品費		
	消耗品費	10万円未満の消耗品を表記	
	水道光熱費		
	広告宣伝費		
	地代家賃		
	賃借料		
	保守管理料	機械等の保守管理費が含まれる	
	交際接待費	贈答品や手みやげ、打合せ費用で、福利厚生費や会議費に該当しないもの。	
	会費	アルコールが少量の飲食を伴う会費で一人5000円未満のもの若しくは、自費の会場代など。	
	車両費		
	修繕費		
	図書研修費		
	本給費		
雑費			
借入金費用	支払利息		
借入金収益	雑収入		

## 6 . 給与台帳

今回とりあげた給与台帳は皆様の学習用に非常に簡便化された内容にて、社会保険、税金につきましても本来の計算された数値ではなく差し引き計算上、判りやすい数値を仮に掲載しております。サンプルです。

### 【給与計算】

支払額の計算については、月給制、日給制、日給月給制、時間給制、出来高制などがありますが、それぞれの訪問看護ステーションによって、取り決めてください。その取り決めを労働契約書あるいは就業規則にまとめます。

時間外手当は、一日8時間を超えて勤務させた場合に、支給します。変則的な労働時間制を取り入れている場合には、1週間で40時間を超えて勤務させた場合に25%増しの割増賃金を払います。時間外勤務で、午後10時以降翌早朝5時までの間に勤務させた場合には50%増しの給与を支払います。時間外勤務ではなく、交替制勤務の場合には深夜勤務割増し25%増しでの支払となります。休日出勤にかかる割り増しは、35%となりますが、この適用を受けるのは一週間のうちの1日だけで、週休二日などの場合のもう一日は、単純な時間外労働となりますので、25%増しとなります。

### 【社会保険料・雇用保険料】

職員の厚生年金保険料と健康保険料を差し引きます。共済加入の職員と社会保険加入の職員では、その保険料の決定方法が異なりますので、確認をしてください。

### 【所得税】

給与を支払う場合、その給与から所得税を差し引いて本人に支払います。その差し引いた額は、翌月10日までに所轄の税務署に指定された様式で納付します。これを源泉所得税制度と言います。

扶養控除等申告書と言う様式に必要記載事項を記入して給与支払者に提出した場合には、源泉所得税甲欄により差し引く税額を計算します。扶養控除等申告書を出さない場合、乙欄により計算します。一般に、乙欄の税額が甲欄よりも高い金額となっています。

### 【住民税】

給与所得者の場合、住民税は、6月から5月までの12ヶ月間で前年の住民税を給与から差し引いて、各市区町村に給与支払者が納付することとなります。これを特別住民税と言います。源泉所得税と違い、その都度計算するのではなく、前年の給与等により決定された金額が5月に通知され、それにより徴収し、市区町村に納付します。

支給日  
21年4月25日

給料台帳

受領印	受領印	受領印	受領印	受領印	受領印	受領印	受領印
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

受領印	受領印	受領印	受領印	受領印	受領印	受領印	受領印
支給月分	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
氏名	〇〇〇〇殿	〇〇〇〇殿	〇〇〇〇殿	〇〇〇〇殿	〇〇〇〇殿	〇〇〇〇殿	〇〇〇〇殿
勤務状態	出勤	出勤	出勤	出勤	出勤	出勤	出勤
基本給	3,500,000	2,500,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	1,200,000
職務手当							
皆勤手当							
家族手当							
残業手当							
深夜手当							
A 半給							
B 半給							
C 半給							
D 半給							
E 半給							
総支給額	3,500,000	2,500,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	1,200,000
健康保険	16,794	10,660	9,330	9,330	9,330	9,330	55,444
厚生年金保険	27,630	19,955	15,350	15,350	15,350	15,350	93,635
雇用保険	2,100	1,500	1,200	1,200	1,200	1,200	7,200
② 保険料合計	46,524	32,115	25,880	25,880	25,880	25,880	156,279
① - ②	303,476	217,885	174,120	174,120	174,120	174,120	1,043,721
所得税	8,490	5,300	3,760	3,760	3,760	3,760	25,070
市町村民税	6,000	4,000	2,000	2,000	2,000	2,000	16,000
④ 控除額計	14,490	9,300	5,760	5,760	5,760	5,760	41,070
③ - ④ + ⑤	288,986	208,585	168,360	168,360	168,360	168,360	1,002,651

## 7. 仕訳帳

自分たちで貸借対照表や損益計算書を作成される場合には、この仕訳帳を作成しないとなりません。最近までは、伝票会計が主力ですから、入金伝票、出金伝票、振替伝票の三伝票の作成が主力でした。でも、最近はコンピュータの性能も良くなりましたので、定型仕訳登録が出来るようになりました。はじめにお話ししたとおり、訪問看護ステーションの経理システムは90%以上が毎月同じパターンの繰り返しです。そこで、この定型仕訳機能を使うと、なにも苦勞することなく入力が進むこととなります。

本部や、会計事務所が貸借対照表や損益計算書を作成する場合でも、この仕訳帳までは自分たちで作成されては如何でしょう。

この仕訳の意義ですが、貸借対照表や損益計算書を作成するのに、複式簿記を採用して、作成します。

単式簿記は、現金や預金の入出金のみを記録して作成します。家計簿のようなものです。過去、役所ではこの方式で記録していましたが、最近では複式簿記を採用しているようです。単式簿記ですと、まだ支払っていない額は反映されません。つまり、経営が厳しくなって、支払が滞っていても、帳簿に反映されませんので、第三者には解りません。その欠点を補って記録するのが、複式簿記となります。

複式簿記は、一つの取引を二つの側面から記録します。例えば、訪問看護用の軽自動車を現金で支払った場合、軽自動車という資産が増加し、現金という資産が減少したと言うことです。仕訳で書くと以下のようになります。

借方	車両運搬具	円 / 貸方	現金	円	訪看用軽自動車
----	-------	--------	----	---	---------

上記の例で、現金で購入ではなく、自動車ローンで購入の場合はどうなるのでしょうか。

借方	車両運搬具	円 / 貸方	割賦未払金	円	60回払い
借方	割賦未払金	円 / 貸方	普通預金	円	初回支払

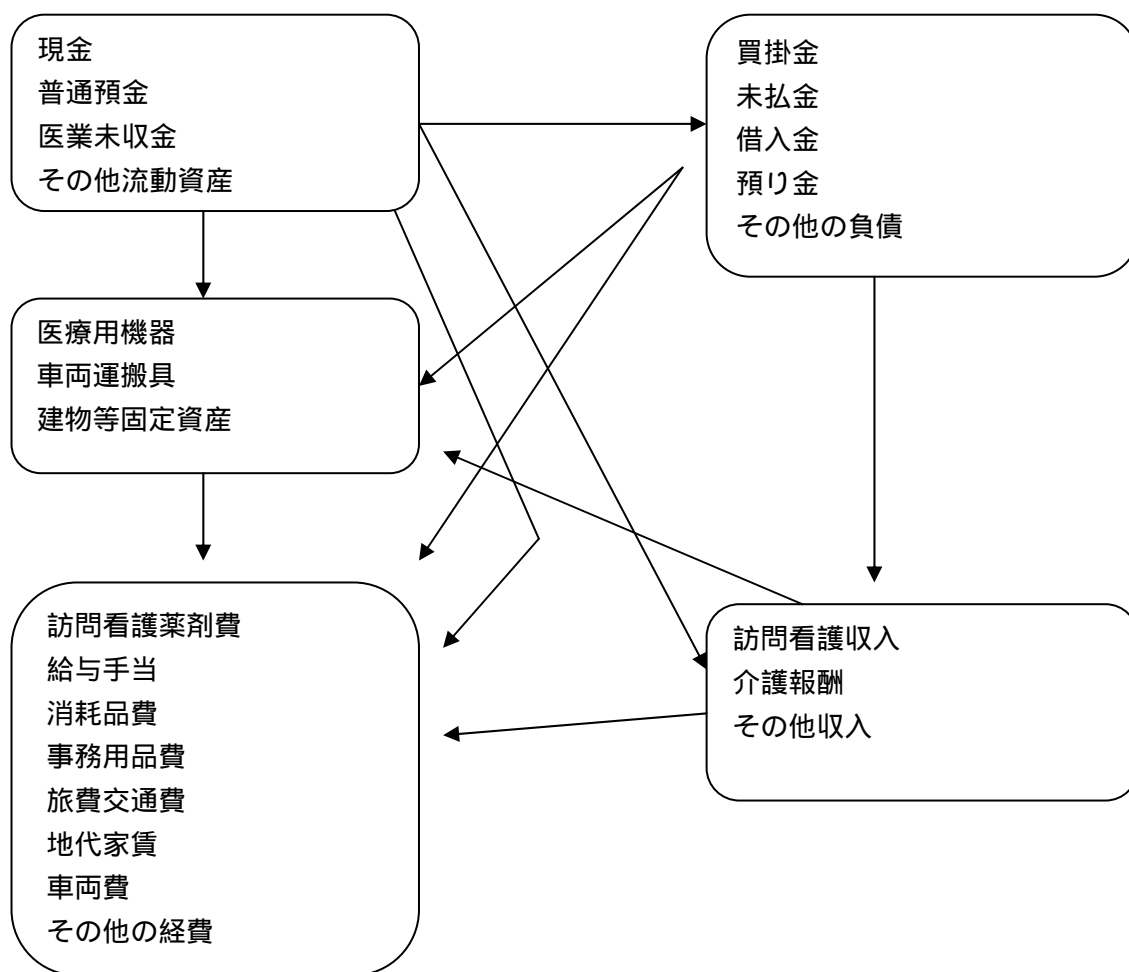
これは、自動車という資産が増加し、割賦の支払義務という負債が増加したことを表しています。

このように、一つの取引を二つの側面から把握して記録するのが複式簿記です。この方法であれば、その収入の増加が現金の増加なのか、それとも未収金の増加なのかなどが解りやすく表示できるようになります。



【借方残高】

【貸方残高】



( 21年 4月分) 振替仕訳

担当

〇〇ステーション

日付	借方	貸方	金額	摘要
30	医 業 主 収 入	訪問看護療養収益	3,602,196	介護保険
	医 業 主 収 入	訪問看護療養収益	864,950	医療保険 国保
	医 業 主 収 入	訪問看護療養収益	186,150	医療保険 社保
	医 業 主 収 入	査 定 損 益	0	
	査 定 損 益	医 業 主 収 入	27,450	
	給 与 手 当	預り金	49,000	源泉 所得税
			27,000	住民税
	給 与 手 当	預り金	56,444	健康保険
			93,635	厚生年金
	給 与 手 当	預り金	7,200	雇用保険
	差 口 現 金	訪問看護利用料収益	282,349	介護保険分
	差 口 現 金	訪問看護利用料収益	163,224	医療保険分
	差 口 現 金	訪問看護利用料収益	70,740	その他収益分
30	消 耗 品 費	小 計 現 金	1,000	小口現金の納帳上げ
	旅 費 交 通 費	"	6,000	
	通 信 費	"	800	
	事務用品費	"	500	
	交 際 接 待 費	"	3,000	
	同 書 研 究 費	"	2,000	
	福利厚生費	"	3000	

( 21年4月分) 振替仕訳

〇〇ステーション

担当

日付	借方	貸方	金額	摘要
30	普通預金	医業未収金	3,047,292	
30	普通預金	医業未収金	700,850	
30	普通預金	医業未収金	166,050	
30	普通預金	窓口現金	516,313	
30	普通預金			
	普通預金	受取利息		
30	小口現金	普通預金	20,000	
30	預り金	普通預金	25,070	
30	預り金	普通預金	16,000	
30	通信費	普通預金	10,680	
30		普通預金		
30	貸借料	普通預金	91,875	
30	給与手当	普通預金	1,002,651	
30	賞与	普通預金		
30	給与手当	普通預金	1,200,000	
30	賞与	普通預金		
30	地代家賃	普通預金	84,000	
30	水光熱費	普通預金	21,441	
30	法定福利費	普通預金	150,665	
30	預り金	普通預金	149,079	
30	雑費	普通預金	2,625	
30	本部費	普通預金	600,000	
30	車両費	普通預金	26,874	
30	修繕費	普通預金	57,750	
30	事務用品費	普通預金	38,241	
30	図書研修費	普通預金	21,000	
30	広告宣伝費	普通預金	5,000	
30	支払手数料	普通預金	210	

## 8 . 貸借対照表

貸借対照表 バランスシート (B/S) と言った方が判りやすいかと思えます。この表を初めて御覧になる方も多くいらっしゃると思いますが、一言で表現しますと「財政状態を表すもの」となります。後述します「損益計算書」と合わせて、企業の経済状態を確認するになくてはならないものです。

(資産の部) 流動資産から順を追って見ていきましょう。先ず「現金」では前述した「小口現金出納帳」と合わせてみてみましょう。前月残高が 8,100 円で当月残高が 10,800 円と一致しています。

その間にあります「借方」「貸方」について解説しますと。「借方」は資産の増加、「貸方」は資産の減少若しくは負債の増加、あるいは資本の増加をそれぞれ意味することになります。

「簿記」独特の表現にて、単純に「左側」と「右側」でも良いのですが、通常の場合、貸借対照表の左側には「資産」を、右側には「負債」もしくは「資本」を記入します。読み方は、左側にある資産を、他人からの借金で調達したのか、自分の資本で調達したのかを見ることとなります。

デビットカードというのがあります。はじめにそのカードのなかに現金を入れておくカードです。それに対し、クレジットカードとは、使ってから後で現金を入れることとなります。デビットカードは、そのカードそのものが資産なのに対し、クレジットカードは借金をするカードです。

英文会計では、「借方」のことをデビット (Debit)、「貸方」のことをクレジット (Credit) と言います。

貸借対照表で、資産よりも負債が多いとバランスが悪くなります。持っており資産をすべて売却しても、返しきれない負債があるということになります。健全ではありません。

できれば、負債の額は、流動資産の範囲内に留めておきたいものです。また、後述する損益計算書に記載された収入の 8 割以下であってほしいものです。収入よりも多ければ返せるものではありません。

つぎに、資産の総額を見ます。この資産の総額が、損益計算書に記載された収入よりも少ない額であってほしいものです。要するに投下した資産の額を有効に利用していないということ。総収入金額を資産の総額で割った金額を総資産回転数と言いますが、訪問看護の場合、2 回転以上は欲しいところです。

貸借対照表  
(平成21年4月30日)

(単位:円)

科目	前月残高	借方	貸方	当月残高
<b>(資産の部)</b>				
流動資産				
現金	8,100	20,000	17,300	10,800
窓口現金	0	516,313	516,313	0
普通預金/日銀行	4,368,000	4,430,505	3,523,161	5,275,544
医業未収入金	7,514,418	3,653,296	3,941,642	7,226,072
固定資産				
車両	4,000,000	0	0	4,000,000
器具備品	1,000,000	0	0	1,000,000
差入保証金	1,000,000			1,000,000
<b>資産合計</b>	<b>17,890,518</b>	<b>8,620,114</b>	<b>7,998,416</b>	<b>18,512,216</b>
<b>(負債の部)</b>				
借入金	0	0	0	0
未払金	0	0	0	0
預り金	227,149	190,149	197,349	234,349
<b>(資本の部)</b>				
当期利益			614,490	614,490
繰越利益金	7,663,369			7,663,369
本部勘定	10,000,000			10,000,000
<b>負債及び資本の部</b>	<b>17,890,518</b>	<b>190,149</b>	<b>811,847</b>	<b>18,512,216</b>

8,810,263

8,810,263

4/26 PL

## 9 . 損益計算書

損益計算書はその名の通り、企業（事業所単位）の損益状態を計る為の表となります。資料中にあります損益計算書は     ステーションの平成 21 年 4 月分の損益計算書であり、これまで御説明して参りました「窓口日計表」「窓口入金集計表」「小口現金出納帳」「預金通帳出納帳」「保険収入管理簿」「給与台帳」「振替仕訳」の全てを合算するとこの損益計算書に一致することになります。

### 【利益計画】

この損益計算書を作成したら、翌期の利益目標を立てます。訪問看護ステーションの利益で何を獲得するのか、それを考えることが大切なことです。皆さんも考えてみましょう。

1 .

2 .

3 .

4 .

利益で獲得するものの中に、職員の退職金の資金準備は含まれていますか。あるいは、後進育成の資金は含まれていますか。後進育成のためには、同行訪問が必要と言われますが、それを担える利益の準備は含まれていますか。さらに、訪問看護の質向上のための教育投資資金は準備されていますか。

利益が出たから、スタッフの給与を引き上げるというだけで良いのでしょうか。給与を上げるというのは、利益を出すのではなく、経費を増やすだけに終わってしまいかねません。

**損益計算書**  
(自平成21年4月1日 至平成21年4月30日)

(単位:円)

	(経常損益の部)	
	(経常損益の部)	
<b>訪問看護収益</b>		
訪問看護療養収益	3,653,298	
訪問看護利用料収益	445,573	
その他利用料収益	70,740	
保険等調整増減(査定損益)	△ 27,450	4,142,159
<hr/>		
<b>一般管理費</b>		
給料手当	2,400,000	
賞与	0	
法定福利費	150,665	
福利厚生費	3,000	
旅費交通費	6,000	
通信費	11,480	
事務用品費	38,741	
消耗品費	1,000	
水道光熱費	21,441	
広告宣伝費	5,000	
地代家賃	84,000	
賃借料	91,875	
交際接待費	3,000	
車両費	28,874	
修繕費	57,750	
図書研修費	24,000	
本部費	800,000	
雑費	2,835	3,527,881
<hr/>		
<b>経常利益</b>		614,498
	(経常外損益の部)	
<b>経常外費用</b>		
支払利息・割引料		0
<hr/>		
<b>経常利益</b>		614,498
<b>当期利益</b>		614,498

## 10. 事業計画

経理の目的は、経営管理です。経営管理のためには、事業計画が必要です。事業計画のないところに、経営管理はありません。いわゆる PDCA サイクルのうち、経理は C、チェックを担います。事業計画が P、プランです。

### 【1】利益計画を立てる。

何のために、いくら利益を確保するのかを検討します。出来れば、目的積立金を作ることも考えてみましょう。例えば、退職金積立金とか、自動車更新計画積立金なども有効です。

この利益計画は、訪問看護ステーションが何をしたいのか、何をすべきなのかを明確にするための作業です。

### 【2】目標収入を設定する。

前年度の収入を分析します。利用者数の増減を把握しながら、その収入を分析します。その分析を受けて、今期の収入目標を設定します。具体的には、利用者数の想定し、増加させなければならぬとすれば、どのようにして増加させるのかを考えます。あるいは、利用者の平均単価を引き上げることを考えます。その手法も考えて、文章化します。同時に、数値目標をはっきりさせます。

### 【3】経費支出計画を作る。

訪問看護ステーションの経費は 90%以上が昨年と一緒ではないでしょうか。でも、自動車の車検費用だとか、研修計画だとか、その年独自の支出がありますので、それらを組み込んで経費支出計画を策定します。

### 【4】人件費計画

最後に人件費計画を出します。いくら昇給額を確保するのか、新人の育成費用を見込むのか、そうしたことを想定し、計画金額を定めます。なお、法定福利費は、人件費の 11%を想定して下さい。

### 【5】計画があるから経理が役に立つ。

経理は、決して税金を計算するためのものではありません。税金が、経理情報を基に課税しようとしているだけです。ここを間違えると、経理が役に立つものとは思えなくなってしまいます。目標として掲げた収入と実績の違いはどこにあるのかを検討するのが経理の役割です。



-MEMO-

-MEMO-

*-MEMO-*

*-MEMO-*

-MEMO-

平成25年度 訪問看護管理者養成研修会  
～体系的に学ぶ管理者の役割～

I期 資料集

< 大阪会場 >  
平成25年9月12日～14日

---

発行・編集 一般社団法人全国訪問看護事業協会  
〒160-0022 東京都新宿区新宿1丁目3番12号 杏丁目参番館 401  
TEL 03 (3351) 5898 FAX 03 (3351) 5938

---