

令和6年度  
訪問看護ステーションに関する  
実態調査結果概要

公益社団法人 奈良県看護協会

# ■ 令和6年度訪問看護ステーションに関する実態調査

## 1. 調査の目的

奈良県内の訪問看護ステーションの事業所運営の実態を把握し、今後の支援事業を効果的に実施するための基礎資料とする。

## 2. 調査の対象

県内訪問看護ステーション185事業所(令和5年4月1日までの開設事業所)

## 3. 調査の期間

令和6年9月17日～10月18日

## 4. 調査方法等

記名式調査票の郵送配布、返信封筒による調査票の回収。Webフォームによる回答。

未返送事業者へのFAXによる催促2回。

## 5. 調査事項

### I. 事業所に関すること

- ・開設主体、併設施設について
- ・管理者について
- ・資格認定を有する看護師や、特定行為研修修了者、実習指導者講習会修了者の状況について
- ・事業所の運営について

### II. 職員に関すること

- ・職員の在職状況について
- ・看護職員の採用、退職状況について

### III. 訪問看護利用者の状況に関すること

- ・死亡によるサービス終了者について
- ・小児(0～19歳)の受け入れ体制について
- ・対応可能な医療管理について

### IV. 看護職員等への暴力・ハラスメント被害に関すること

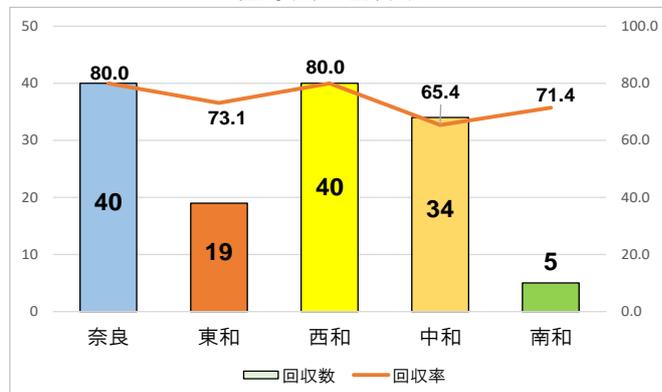
### V. 訪問診療等の依頼状況

- ・訪問看護利用者の状況について
  - ・患者や家族の働きかけにより医師が新たに訪問診療を開始したケース
  - ・在宅医を決める際の積極的な関与の有無
  - ・別の在宅医へ変更が必要になった場合の積極的な関与の有無
  - ・在宅医の調整が必要となった場合の対応、手配において重視している点
  - ・在宅医の情報を得る方法
  - ・患者に伝えている急変時の連絡先
  - ・患者の在宅療養を支える際の多職種との連携状況
- ### VI. 意見や要望、管理者としての悩みについて

## 6. 有効回答数及び回答率

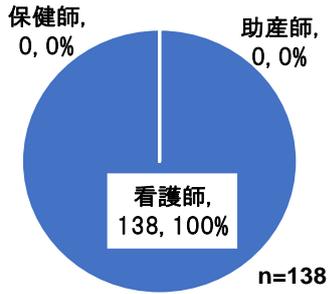
回収数 138 回収率 74.6%

医療圏別回答数

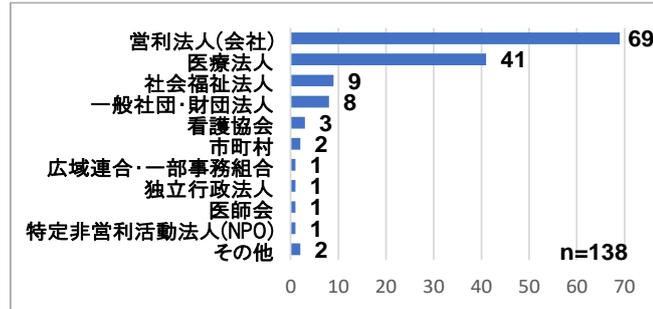


# I. 事業所に関すること

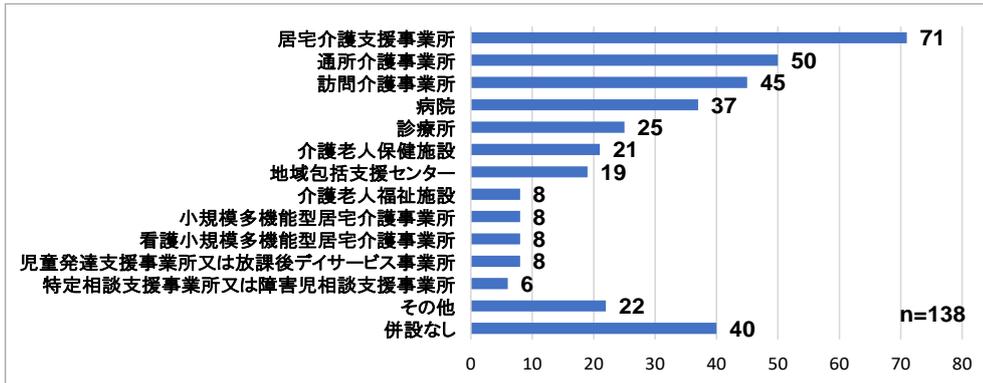
## 1-1. 管理者の職種について



## 1-2. 開設主体について

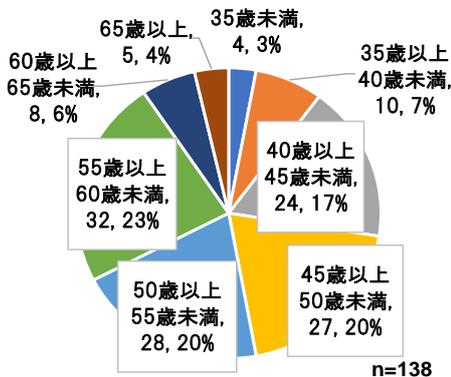


## 1-3. 併設施設について(複数回答)

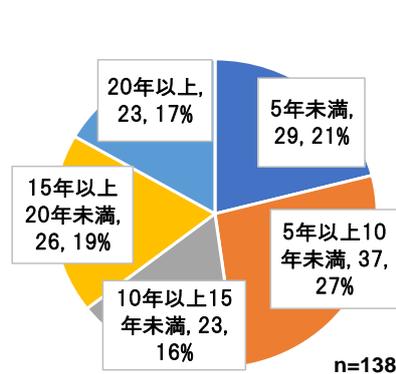


## 2. 管理者について

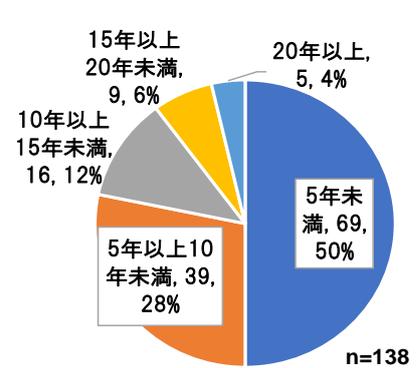
### ① 訪問看護管理者の年代



### ② 訪問看護の経験年数

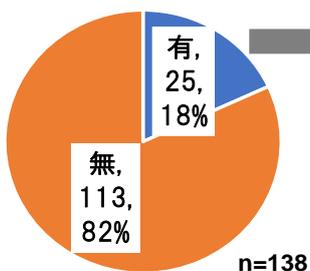


### ③ 訪問看護管理者としての経験年数



## 3. 資格認定を有している看護師や研修修了している看護師について

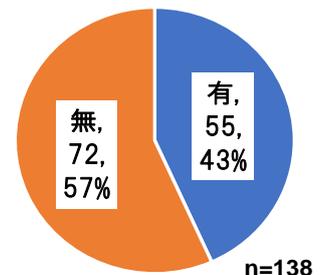
### ◆ 専門の研修を受けた看護師



### ※ 専門の研修を受けた看護師(内訳)

① 専門看護師	計10名
・ 精神	10名
② 認定看護師	計18名
・ 訪問看護	7名
・ 緩和ケア	3名
・ がん性疼痛看護	3名
・ がん化学療法看護	2名
・ 脳卒中リハビリテーション看護	1名
・ 在宅ケア	1名
・ 脳卒中看護	1名
③ 特定行為研修修了者	計13名
・ 在宅：在宅・慢性期領域パッケージ	13名

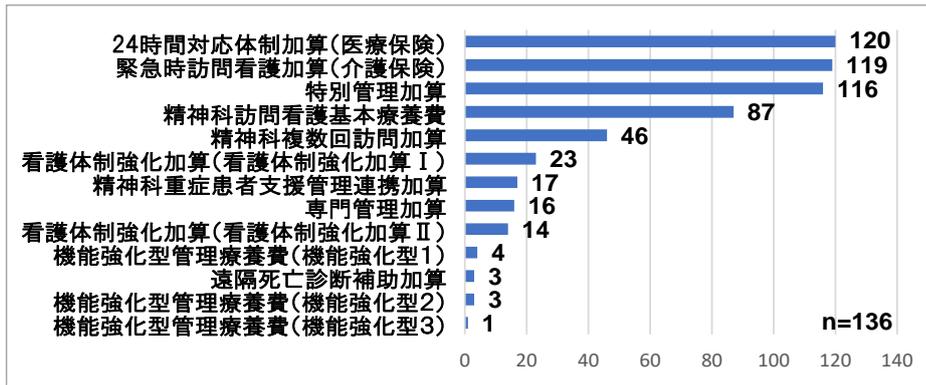
### ◆ 実習指導者講習会修了者



有の場合：修了者数129名

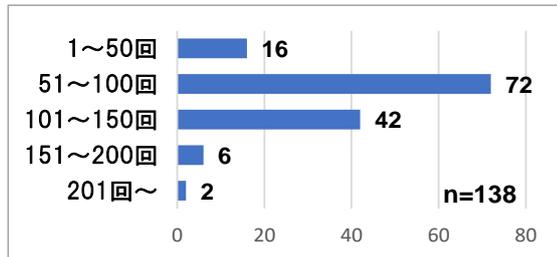
#### 4. 事業所の運営について

##### 1) 加算の届出状況(複数回答)

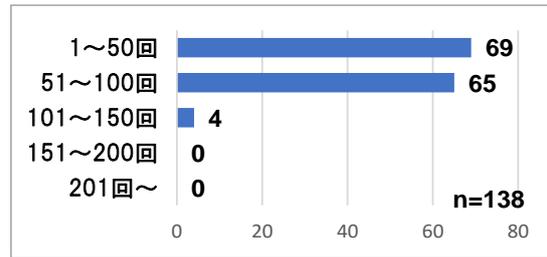


##### 2) フルタイム勤務(非常勤者を含む)看護職員の1か月の訪問件数について

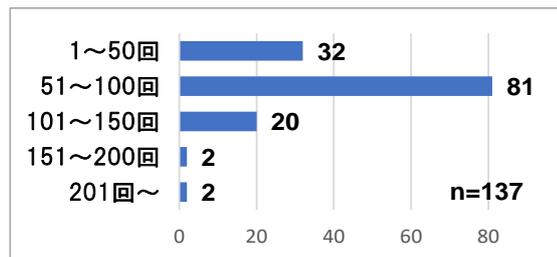
###### ① 訪問件数が最大の看護職員



###### ② 訪問件数が最少の看護職員



###### ③ 訪問件数の平均



###### ④ 最大と最少件数の差が大きい場合の理由(複数回答)

・管理業務兼任	42
・常勤・非常勤の違い(勤務形態)	15
・有給・育児休暇・病欠等	12
・職員の能力、経験年数の差、新卒	10
・出勤日数・時間の違い	5
・オンコール回数・緊急対応・休日出勤	4
・職員の希望	4
・訪問キャンセル、入院等	3
・訪問以外の対応(電話対応等)	3
・研修中のため	1
・新任職員の同行訪問のため	1
・ターミナル利用者や特別訪問指示書が多い	1
・その他	10

## Ⅱ. 職員に関すること

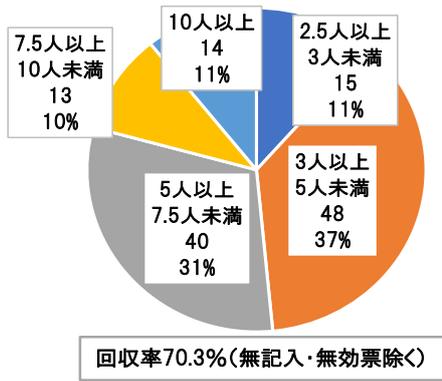
### 1. 事業所職員の在職状況について(令和5年4月1日~令和6年3月31日の期間)

#### 1) 看護職員の在職状況について

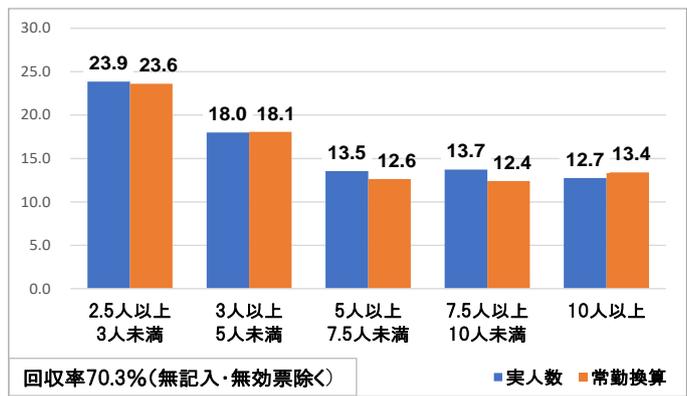
設問	実人数	常勤換算	
㉑ 令和5年度中の新卒看護職員の採用数	3	2.5	
㉒ 令和5年4月1日時点の看護職員数(同日付け新規採用者を除く)	915	714.8	n=130
㉓ 令和5年度中の看護職員採用数(※離職から6ヶ月以内で就職した者)	128	92.3	
㉔ 令和5年度中の復職による看護職員採用数(※離職から6ヶ月以上経過して就職した者)	6	3.7	
㉕ 令和5年度中の看護職員退職者数	140	105.5	
㉖ 令和6年3月31日時点の看護職員数(同日付け退職者を含む)	933	725.8	n=130
離職率	実人数	15.2	常勤換算 14.6

[離職率算出方法] 看護職員退職者数/平均看護職員数×100

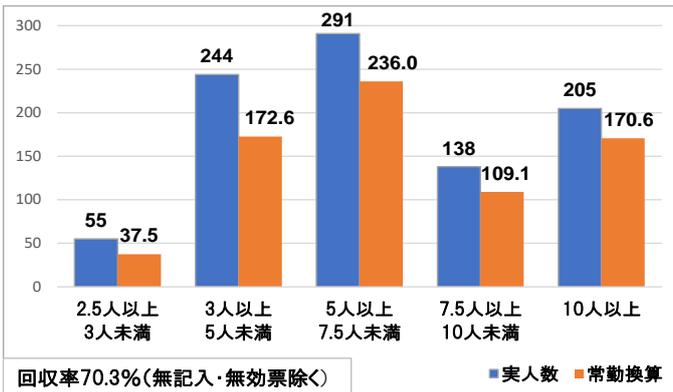
※規模別事業所数



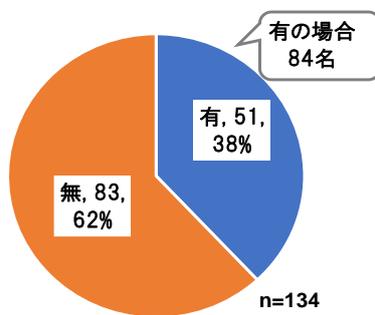
※事業所規模別離職率(%)



※事業所規模別年度末看護職員数



2) 新採用者(新卒・既卒を含めて)で訪問看護が初めての看護職員について

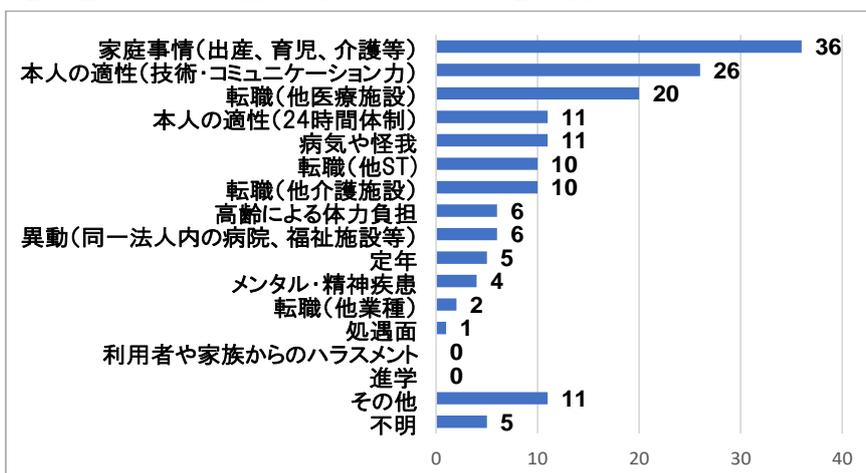


3) 看護職員以外の在職状況について(回答数138)  
(令和5年4月1日時点:同日付け新採用者を除く)

理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
129	98	53	45	12	20
看護補助者		事務員		看護補助者兼事務員	
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
5	3	58	64	2	2

## 2. 看護職員の退職状況について(令和5年4月1日~令和6年3月31日の期間)

1) 退職理由について(複数回答のため、合計は退職者数と一致しない)



※年齢別 退職理由(上段は回答数、下段は割合(%)(総計における割合を上回るものに着色))

複数回答

	児、家庭事情(出産、育児、介護等)	本人の適性(技術・コミュニケーション)	転職(他医療施設)	本人の適性(24時間体制)	病気や怪我	転職(他ST)	転職(他介護施設)	高齢による体力負担	異動(同一法人内の病院、福祉施設等)	定年	メンタル・精神疾患	転職(他業種)	処遇面	その他	不明	総計
25歳未満									1 (100.0)							1
25～29歳	3 (60.0)	1 (20.0)	1 (20.0)													5
30～34歳	6 (35.3)	4 (23.5)	3 (17.6)	1 (5.9)		1 (5.9)	1 (5.9)							1 (5.9)		17
35～39歳	3 (27.3)	3 (27.3)	2 (18.2)			1 (9.1)					2 (18.2)					11
40～44歳	6 (23.1)	2 (7.7)	6 (23.1)	4 (15.4)	1 (3.8)	1 (3.8)	1 (3.8)					1 (3.8)		4 (15.4)		26
45～49歳	8 (23.5)	7 (20.6)	4 (11.8)	3 (8.8)	2 (5.9)	2 (5.9)	2 (5.9)						1 (2.9)	2 (5.9)	2 (5.9)	34
50～54歳	5 (16.7)	6 (20.0)	1 (3.3)	1 (3.3)	3 (10.0)	3 (10.0)	3 (10.0)	2 (6.7)	1 (3.3)		1 (3.3)	1 (3.3)		2 (6.7)	1 (3.3)	30
55～59歳	2 (10.0)	1 (5.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	4 (20.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	1 (10.0)		1 (5.0)			1 (5.0)	2 (10.0)	20
60～64歳	1 (6.7)	2 (13.3)		1 (6.7)			1 (6.7)	3 (20.0)	2 (13.3)	4 (26.7)				1 (6.7)		15
65～69歳	1 (25.0)				1 (25.0)		1 (25.0)			1 (25.0)						4
70歳以上	1 (100.0)															1
総計	36 (22.0)	26 (15.9)	20 (12.2)	11 (6.7)	11 (6.7)	10 (6.1)	10 (6.1)	6 (3.7)	6 (3.7)	5 (3.0)	4 (2.4)	2 (1.2)	1 (0.6)	11 (6.7)	5 (3.0)	164 (100.0)

※在職年数別 退職理由(上段は回答数、下段は割合(%)(総計における割合を上回るものに着色))

複数回答

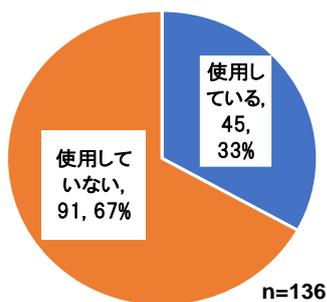
	児、家庭事情(出産、育児、介護等)	本人の適性(技術・コミュニケーション)	転職(他医療施設)	本人の適性(24時間体制)	病気や怪我	転職(他ST)	転職(他介護施設)	高齢による体力負担	異動(同一法人内の病院、福祉施設等)	定年	メンタル・精神疾患	転職(他業種)	処遇面	その他	不明	総計
1年未満	13 (22.8)	16 (28.1)	4 (7.0)	6 (10.5)	2 (3.5)	1 (1.8)	3 (5.3)				4 (7.0)	1 (1.8)	1 (1.8)	3 (5.3)	3 (5.3)	57
1年以上3年未満	9 (22.0)	6 (14.6)	8 (19.5)	1 (2.4)	3 (7.3)	5 (12.2)	2 (4.9)	1 (2.4)	1 (2.4)			1 (2.4)		4 (9.8)		41
3年以上5年未満	4 (18.2)	2 (9.1)	4 (18.2)	3 (13.6)	3 (13.6)			2 (9.1)	1 (4.5)	1 (4.5)				2 (9.1)		22
5年以上10年未満	6 (24.0)	1 (4.0)	4 (16.0)	1 (4.0)	1 (4.0)	4 (16.0)	3 (12.0)	1 (4.0)	2 (8.0)					1 (4.0)	1 (4.0)	25
10年以上15年未満	2 (20.0)				2 (20.0)		2 (20.0)	1 (10.0)	1 (10.0)					1 (10.0)	1 (10.0)	10
15年以上20年未満										2 (100.0)						2
20年以上25年未満	1 (33.3)							1 (33.3)	1 (33.3)							3
25年以上	1 (33.3)							1 (33.3)		1 (33.3)						3
不明		1 (100.0)														1
総計	36 (22.0)	26 (15.9)	20 (12.2)	11 (6.7)	11 (6.7)	10 (6.1)	10 (6.1)	6 (3.7)	6 (3.7)	5 (3.0)	4 (2.4)	2 (1.2)	1 (0.6)	11 (6.7)	5 (3.0)	164 (100.0)

※事業所施設別 退職理由(上段は回答数、下段は割合(%)(総計における割合を上回るものに着色)) 複数回答

	児、家庭事情(出産、育児等)	本人の適性(技術・コミュニケーション力)	転職(他医療施設)	本人の適性(24時間体制)	病気や怪我	転職(他ST)	転職(他介護施設)	高齢による体力負担	異動(同一法人内の病院、福祉施設等)	定年	メンタル・精神疾患	転職(他業種)	処遇面	その他	不明	総計
2.5人以上 3人未満	2 (15.4)	1 (7.7)			2 (15.4)	3 (23.1)	1 (7.7)				1 (7.7)			2 (15.4)	1 (7.7)	13
3人以上 5人未満	11 (20.4)	9 (16.7)	9 (16.7)	3 (5.6)	3 (5.6)	1 (1.9)	6 (11.1)	1 (1.9)	1 (1.9)		3 (5.6)	1 (1.9)		4 (7.4)	2 (3.7)	54
5人以上 7.5人未満	12 (24.5)	7 (14.3)	3 (6.1)	5 (10.2)	5 (10.2)	3 (6.1)	3 (6.1)	2 (4.1)	4 (8.2)	2 (4.1)		1 (2.0)		2 (4.1)		49
7.5人以上 10人未満	8 (32.0)	5 (20.0)	3 (12.0)	3 (12.0)	1 (4.0)	1 (4.0)		2 (8.0)	1 (4.0)				1 (4.0)			25
10人以上	3 (13.6)	3 (13.6)	5 (22.7)			2 (9.1)		1 (4.5)		3 (13.6)				3 (13.6)	2 (9.1)	22
不明		1 (100.0)														1
総計	36 (22.0)	26 (15.9)	20 (12.2)	11 (6.7)	11 (6.7)	10 (6.1)	10 (6.1)	6 (3.7)	6 (3.7)	5 (3.0)	4 (2.4)	2 (1.2)	1 (0.6)	11 (6.7)	5 (3.0)	164 (100.0)

### 3. 看護職員の教育について

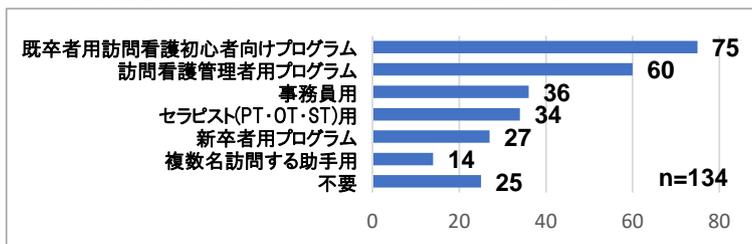
1) 奈良県版訪問看護用クリニカルラダーの活用状況について



※使用していない理由(一部言い換えあり)

・事業所独自の教育プログラム、評価基準がある(20)
・時間的余裕が無い(16) ・認識・理解が不十分な為(5)
・現在導入準備中・検討中(5) ・使用方法が分からない(3)
・みていない(2) ・活用する環境が整っていない(2) ・会社の規定にない(2)
・長年勤務している看護師が多い(2) ・非常勤が多い為(1)
・本人の経験や能力に合わせて指導している(1) ・新卒者を採用していない(1)
・細かすぎて使用していない(1) ・看護師も介護が仕事の大半を占めている(1)
・個人評価が難しい。勤務上、同行訪問の機会を定期的に設定しにくい(1)
・参考に閲覧するが事業所によって教育内容も異なると思うので(1)
・母子保健のアセスメント項目がない(1) ・その他(5)

2) 今後必要な教育プログラムについて(複数回答)



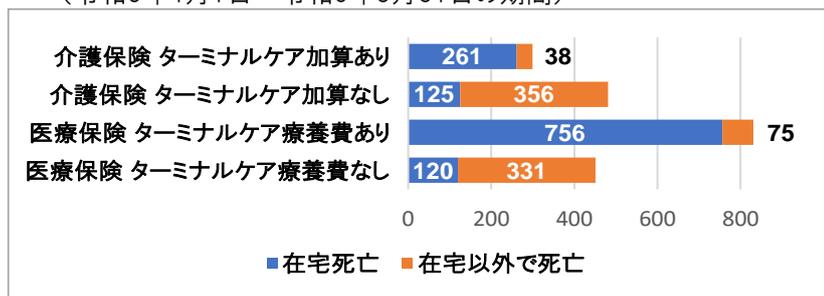
3) すでに使っているプログラム

・既卒者用訪問看護初心者向けプログラム
・訪問看護管理者用プログラム・奈良県ラダー
・訪問看護OJTマニュアル ・既卒者用教育プログラム
・法人独自のもの(事業所職員・全職種対応のもの)
・弊社教育監査部が作成している資料 ・S-QUE

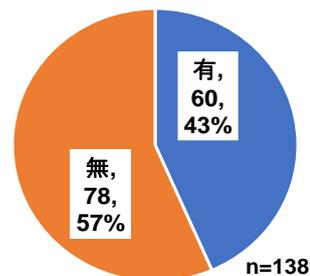
## Ⅲ. 訪問看護利用者の状況に関すること

1. 死亡によるサービス終了者について

(令和5年4月1日～令和6年3月31日の期間)



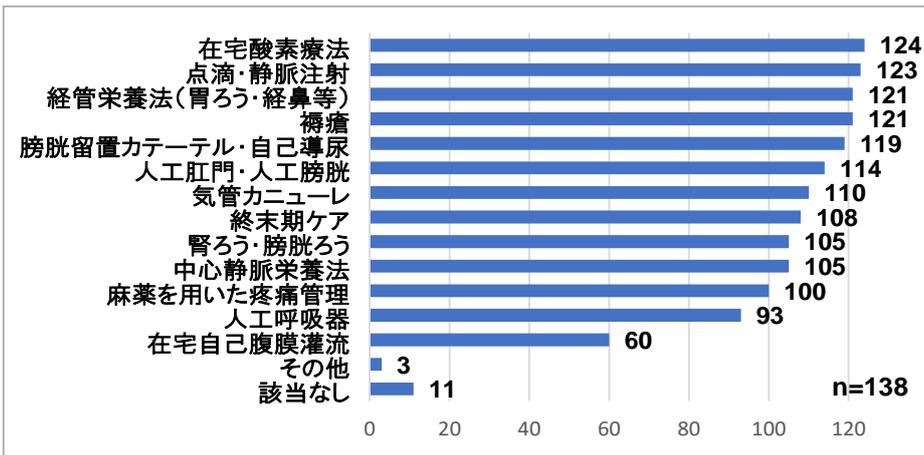
2. 小児(0～19歳)の受け入れ体制について



※有の場合、受け入れ状況について(令和6年7月1カ月間の訪問実績)

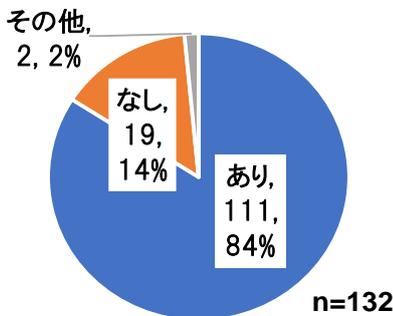
超重症児86人、準重症児110人

### 3. 対応可能な医療管理について(複数回答)



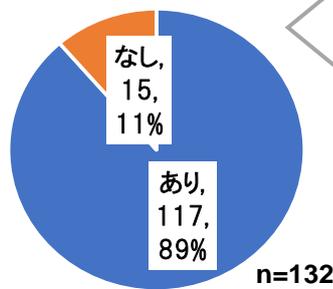
## IV. 利用者・家族から看護職員等への暴力・ハラスメント被害に関すること

### 1. 暴力・ハラスメント被害を受けた時の対応マニュアルについて



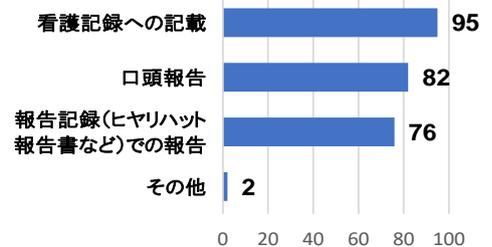
◆その他: 法人にてあり、作成中

### 2. 暴力・ハラスメント被害時の報告方法の有無



※報告方法ありの場合

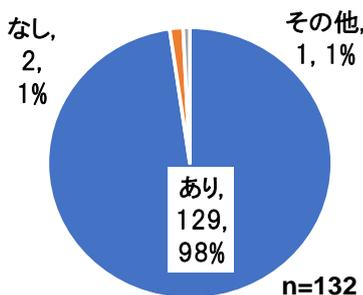
暴力・ハラスメント被害時の報告方法(複数回答)



◆その他: 経過記録へ記載

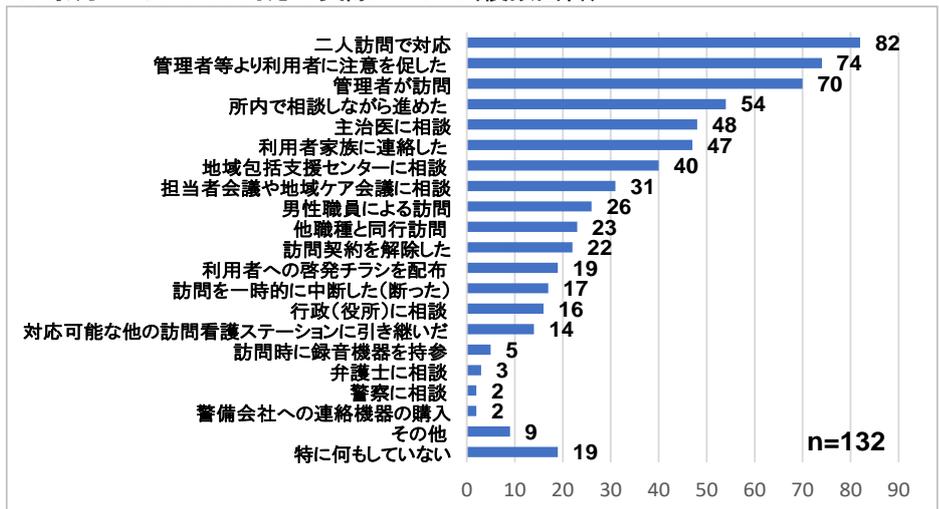
マニュアル内にヒアリングシート有

### 3. 暴力・ハラスメント被害を受けた時の対策について検討や情報共有の場



◆その他: 報告のみ

### 4. 暴力・ハラスメント対応の実際について(複数回答)

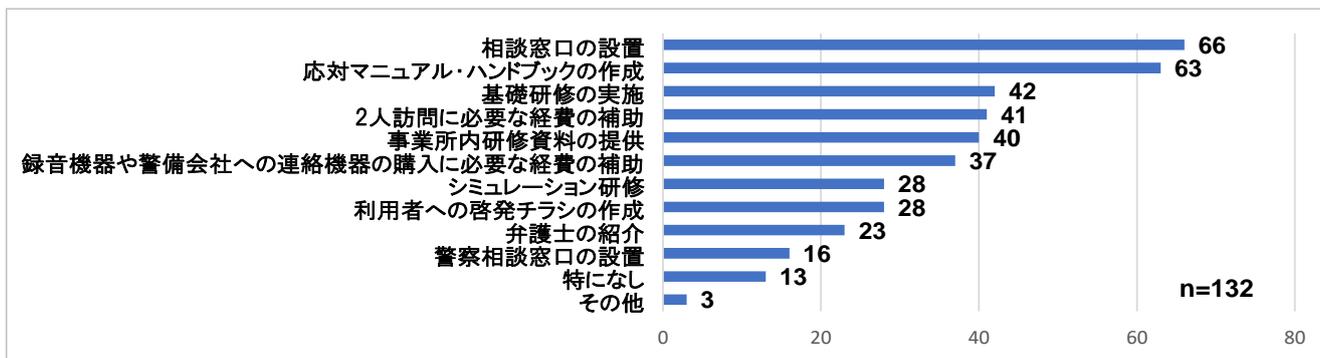


◆その他

- ・今の所、暴力・ハラスメントの発生が無い(2件) ・契約時にアナウンスの実施 ・訪問者を変更する
- ・本部へ相談 ・防犯ブザーアプリをダウンロードしたスマホを各スタッフ携帯している
- ・主治医よりハラスメントが続けば中止すると説明した ・施設長と共に訪問した(男性職員)

### 5. 直近1年以内の暴力・ハラスメントの事例について ※1参照

## 6. 看護協会や行政に求める支援について(複数回答)



◆その他:複数訪問の要件の緩和(利用者の同意を問わない等)、消耗品等の支給、人材確保

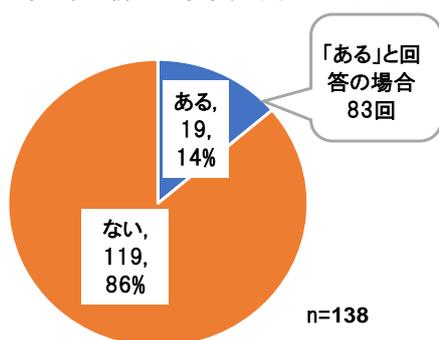
## V. 事業所の対象地域における、訪問診療等の依頼状況等について

### 1. 訪問看護利用者の状況について(令和6年7月1日時点の状況)

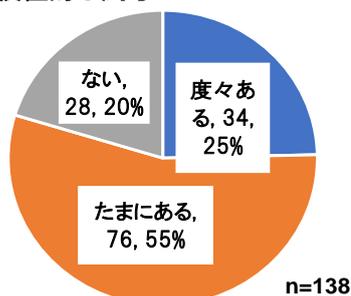
質問事項	患者数
訪問看護を受けている利用者数	9655
(A)訪問診療を受けている人の数	3352
(C)うち時間外の往診に対応可能な医療機関から訪問診療を受けている人の数	2863
(D)うち時間外の往診に対応していない医療機関から訪問診療を受けている人の数	489
(B)訪問診療を受けていない人の数	6303
(E)うち訪問診療が必要だと考えるが訪問診療を受けていない人の数	816
訪問診療が必要だと考えるが受けていない人の数について、主な理由別の内訳を可能な範囲で記載してください。 利用者1人につき1つの理由としてください。	
1.在宅医療を実施している医師又は医療機関を見つけることができなかった	117
2.24時間対応をしている医師又は医療機関を見つけることができなかった	19
3.利用者宅と医療機関所在地が離れており、訪問可能な距離の範囲外だった	4
4.疾患に対応できる医師又は医療機関を見つけることができなかった	13
5.利用者に必要な医療管理に対応できる医師又は医療機関を見つけることができなかった	13
6.利用者が医師の訪問を希望しなかった	374
7.家族が医師の訪問を希望しなかった	78
8.その他(具体的な理由)	198
・病院主治医が外来受診を予約し、家族も希望する。・定期的な受診に行かれている。・段取り中	
・外来通院が可能のため(2)・訪問診療をしていない大きな病院やクリニックが主治医	
・かかりつけ医に申し訳ないと医師を変更出来なかった。・病院の主治医が訪問診療の許可を出さなかった。	
・かかりつけ医が大きい病院の為に24時間対応していない。精神で介入している為	
・本人に訪問診療を受けられるという認識、理解がない	

●以下の設問(2~9)は、令和5年1月1日~令和5年12月31日の1年間の状況について

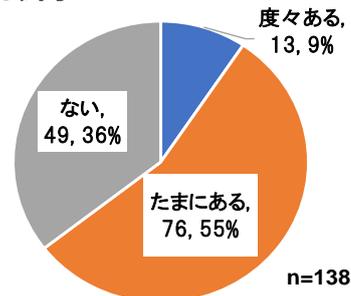
### 2. 医師の新たな参画に関わったこと



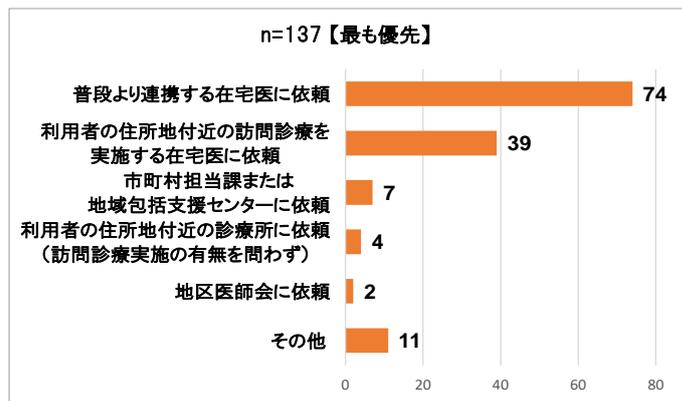
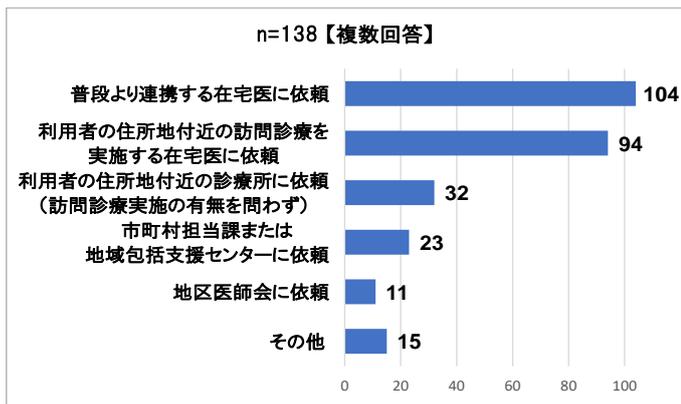
### 3. 在宅医を新たに決める際の積極的な関与



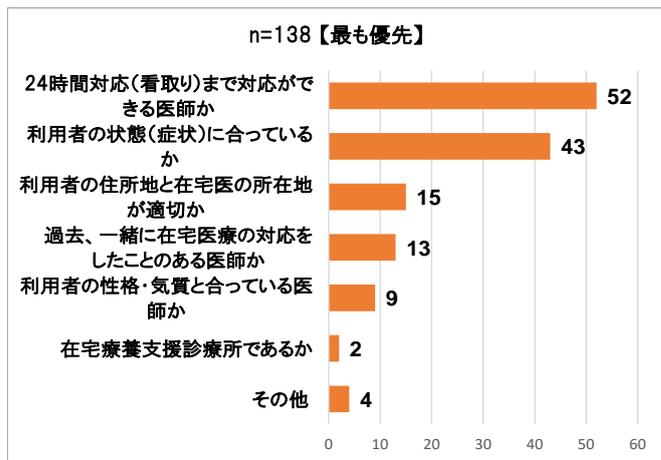
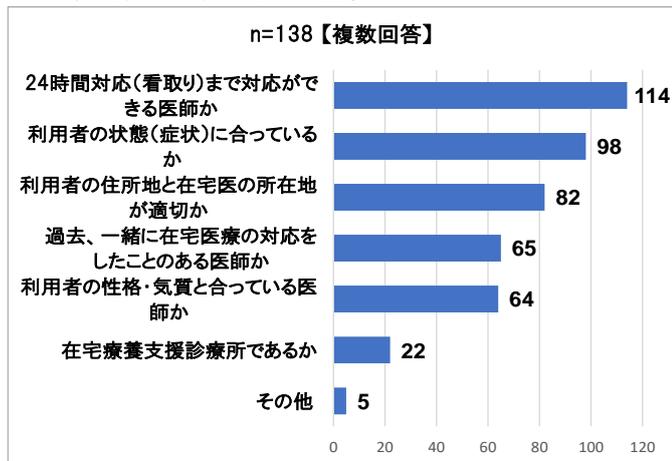
### 4. 在宅医を変更する際の積極的な関与



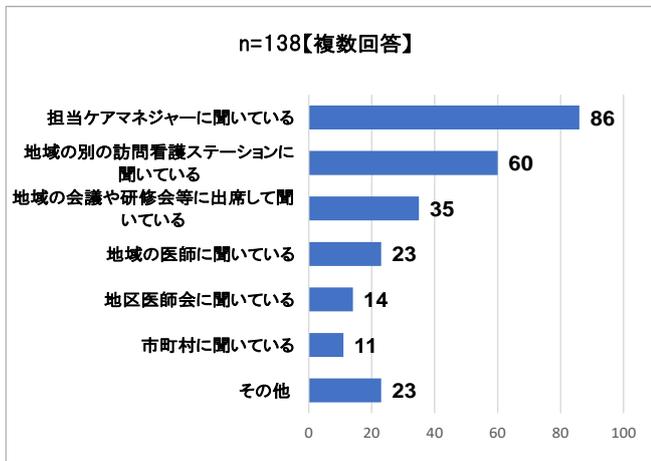
### 5. 在宅医の調整が必要となった場合の対応について



### 6. 在宅医の手配・選定で重視していることについて



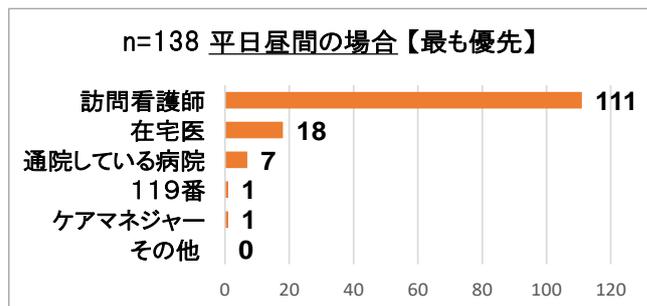
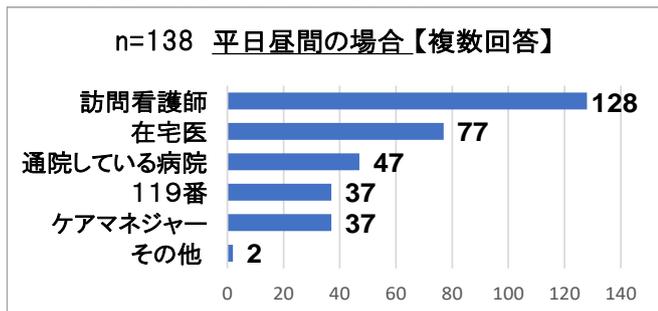
### 7. 在宅医の情報を得る方法について



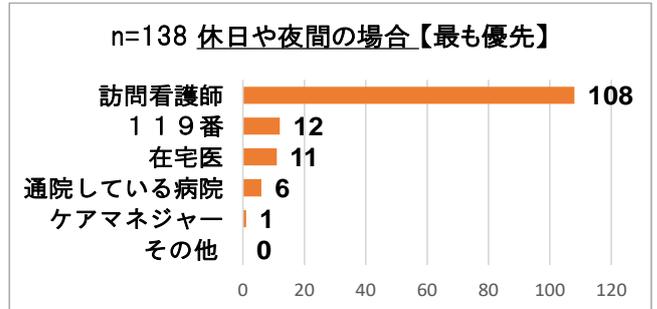
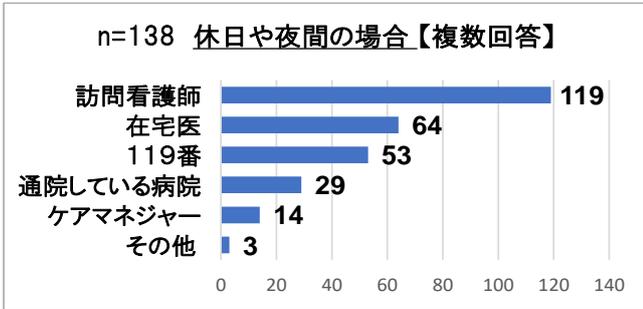
#### ◆その他理由（一部言い換えあり）

・直接、医師に確認する（4件）
・病院の地域連携室（3件）
・インターネット（2件）
・直接、医療機関にたずねた
・併設の在宅医療支援センターと情報共有する
・今までの関係性から直接聞いている
・看護師からの情報
・地域の薬剤師
・退院される病院からの情報
・施設内訪問看護業務なので、基本施設が決定する
・過去の経験から選択
・実際連携している中で確認
・施設確認、施設等の情報
・管理者になったばかりでどこ聞いて良いか分からない

### 8. 利用者や家族に緊急時の連絡先について



※その他：サ高住での訪問であり施設職員が連絡、家族

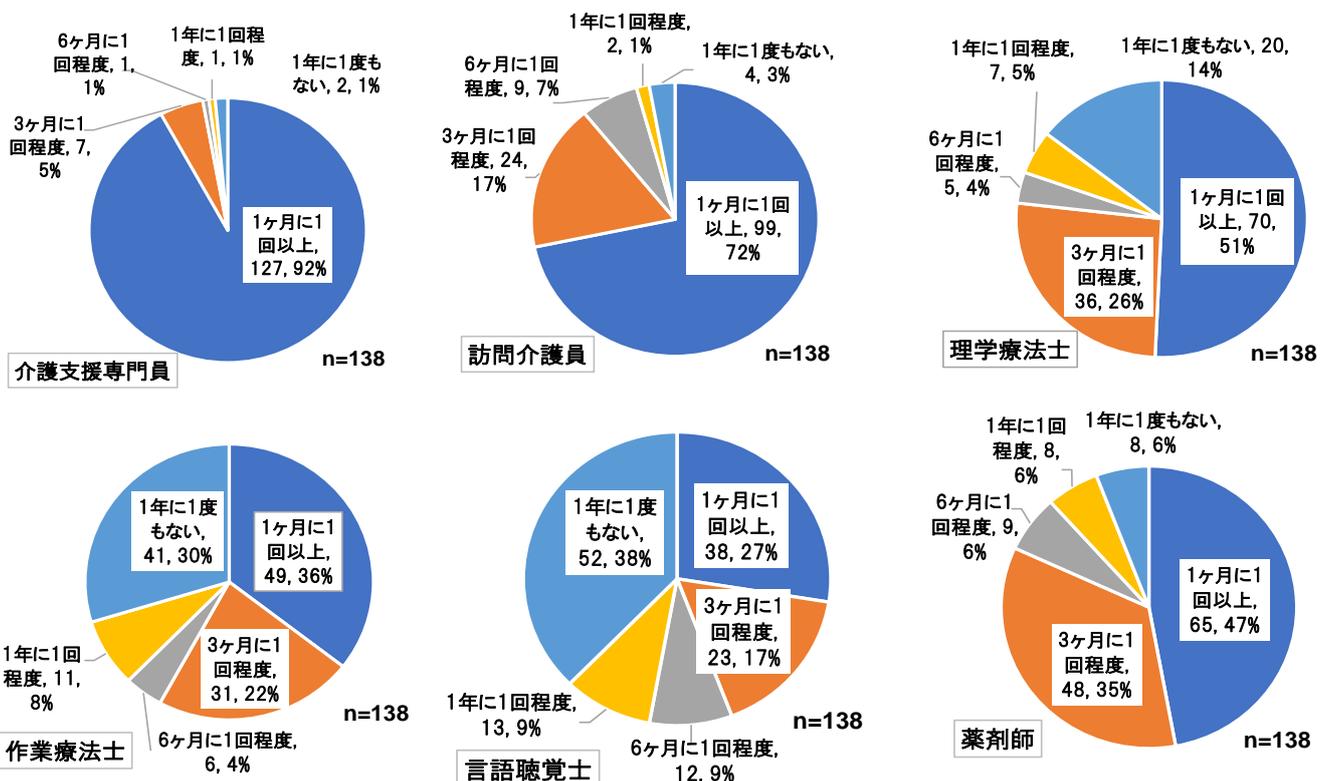


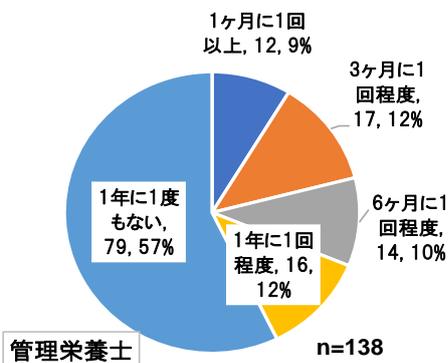
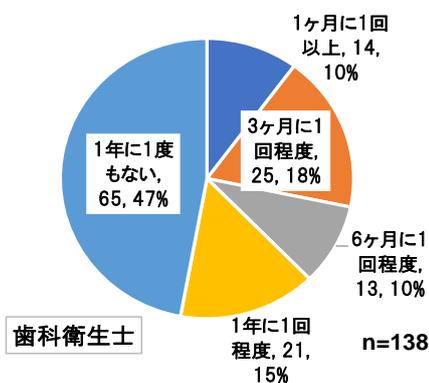
※その他: 輪番病院、サ高住での訪問であり施設職員が連絡、家族

◆最も優先する項目で、119番を選択した場合の主な理由(一部言い換えあり)

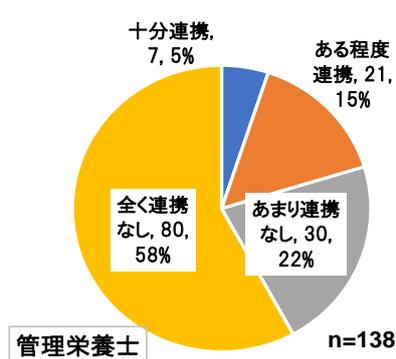
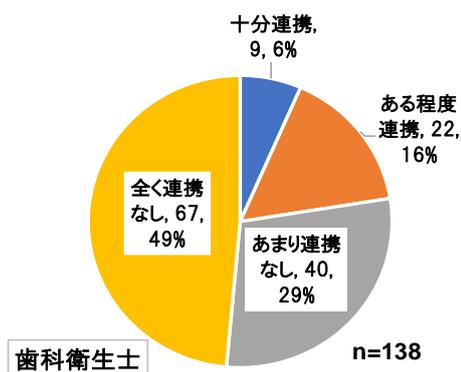
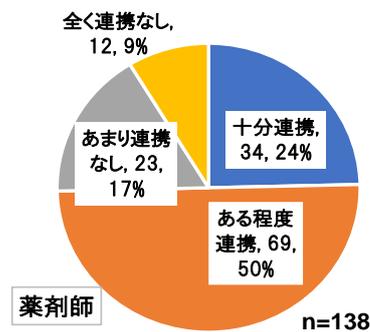
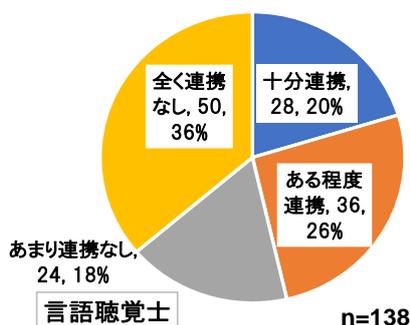
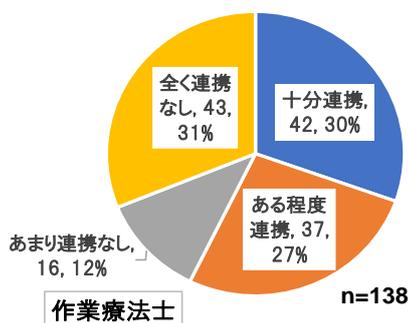
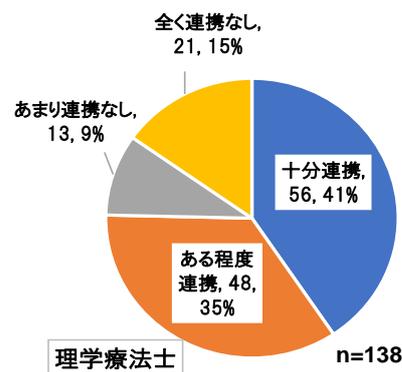
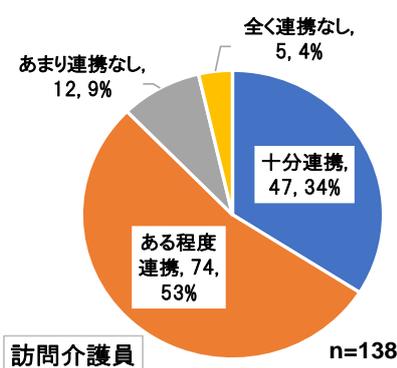
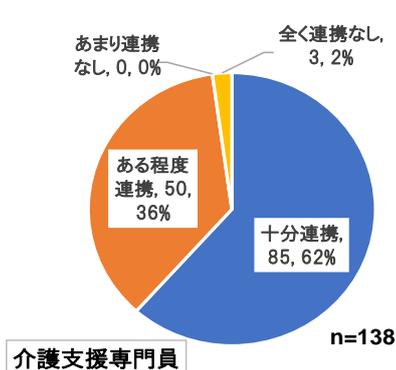
- ・24時間対応していないため。緊急時は看護師の到着より救急対応の方が望ましいため。
- ・本人及び家族が救命を第一に選択される場合は、看護師では訪問に時間を要し、初期対応が遅れるため。訪問看護師では患者搬送を行うことができず、またかかりつけ病院に受け入れてもらえない場合は別の病院の受け入れも含め、救急隊にお願いするようにしている。
- ・緊急時は救急に連絡するよう指示を受けているため。
- ・主治医より急変時は救急搬送の指示あり。かかりつけ医(在宅医)をもたない、自宅での看取りを希望しない場合や訪問看護の到着が間に合わない時など。
- ・在宅医がない場合は119優先。在宅医がおられる場合は在宅医にまず相談し、救急搬送と指示あれば呼ぶ。
- ・看護師の到着を待てる状態でないで電話で確認した時や、契約時に1, 2を争う様な時はすぐに119へと説明。
- ・救急搬送する状態を事前に医師に聞いておく。事前カンファレンスで統一事項を作成しておく。
- ・24時間オンコール体制でないため。夜間・休日はすぐに連絡をとれないことがあるため。またケアマネも通院病院とりにくい。
- ・病状によって緊急性の有無。
- ・状況によって緊急時は(例も説明して)、訪問看護師に連絡するより119番に連絡する様伝える事もある。
- ・緊急時の受入先が決まっている場合。看取りでない方が在宅での処置では間に合わないと考えられる場合。
- ・人工呼吸器の患者や在宅酸素を使用している患者の場合(在宅医がない場合は訪問看護ステーションへの緊急連絡をしてもすぐにつながらず、状態が良くない時は救急車を選択肢として使用する事を説明。
- ・緊急時契約をしていない場合、在宅医による往診を受ける事が出来ない場合。看護師の訪問を待つ事が出来ない状況の時。
- ・休日夜間は連絡を取れない事業所が多い。連絡を取れても対応できない事も多く、緊急性が高い場合は119が確実。

9-1. 利用者の在宅療養を支える際に、医師以外の多職種との連携が求められる状況について





9-2. 利用者の在宅療養を支える際に、医師以外の多職種との実際の連携状況について



◆その他連携している職種

- ・精神保健福祉士(PSW) (3件) ・相談支援員(3件) ・保健師(2件) ・福祉用具専門員
- ・学校、養護学校の看護師、教員 ・司法書士 ・医療ソーシャルワーカー (MSW)
- ・デイサービス相談員、ショートステイ先の施設職員 ・独居、高齢者の場合はキーパーソン
- ・介護事業所 (デイサービス等)、就労支援事務所 ・児童発達支援機関リハビリテーションセンター
- ・障がい者支援センターの相談員 ・民生委員児童委員 ・地域の商店主

## ※1 利用者・家族から看護職員等への暴力・ハラスメント被害に関することの事例

- ・利用者の状態不安定時、スタッフを突き飛ばす行為。高齢男性利用者が処置中にスタッフの足などを触る行為。
- ・料金を勝手に引き落とされた。もう来るなど暴言、杖を振り回して突かれそうになった。
- ・男性Nsの受け入れ拒否があり、介入そのものができなかった。訪問しているNs(男性女性を問わず)卑猥発言がある。
  - 女性Ns訪問の際に、VS測定時に不必要な接触をしてくる。
- ・主に認知症のある利用者において、大声で怒鳴る、叩く、不適切なタイミングや場面で体に触れてくるなど。
- ・訪問看護師1名に対して利用者の父より20分間の恫喝あり。往診医の契約終了とともに訪問看護の契約も終了となる。
- ・男性利用者が女性職員の身体へ触れる、AVを見せる等。
- ・利用者が特定のスタッフに対し暴言、罵ることがある。
- ・認知機能低下により、セクハラ行為が出現、内服薬の調整をもらった。
- ・訪問時に利用者家族が飲酒されており、その者からの時間的拘束、威圧的な態度をとられた。
- ・性的な発言が特定の職員に対して行われていたため注意した。その後は行われなくなった。元兄元嫁さんが利用者さんから性的なハラスメントに合ってしまったと報告があったため、二人きりにならないよう対策をしている。
- ・高齢男性からのタッチ、言葉によるセクハラ。
- ・精神症状悪化での口調のキツさや粗暴さが見受けられた。
- ・男性利用者より、訪問時看護師に対し「私には3人の妻(訪問している看護師)がいる」と言われる。後日、地域のネットワークに登録してもらうために、訪問時に利用者の携帯電話を使用していると、女性の裸の画像が携帯画面に出た(看護師も見てしまった)利用者よりすぐに謝罪があったが、次に訪問した時に「嘘をつきたくないから」と言って、女性の裸の画像を一瞬だけ見せられた。後日所長と担当看護師二人で訪問、上記の内容はセクハラにあたりと注意。その後上記のような行動はなし。
- ・訪問する看護師に対して好き嫌いを示し、気に入らない看護師の言葉かけには無視したり「黙ってケアしろ」と言う。
- ・ある男性利用者に30代のスタッフが訪問すると無意味にスタッフに触れてくるので、そのスタッフは訪問しないようにした。
- ・性的発言。暴力叩かれた。
- ・特に大きなハラスメントは無かったが、細かい内容のケア方法や後片付け方法を強く要求された為、管理者からの注意と2人訪問でしばらく対応した。
- ・利用者や家族による言葉の暴力、利用者からの帰れなどの言葉の暴力、机を蹴る等。
- ・利用者の言葉にスタッフが委縮した。
- ・特定のナースに対するセクシャルハラスメント(性的な発言)。
- ・認知症のある利用者より、バイタル測定中、処置中等に頭を拳で殴られたり、腕をつねる、叩かれる等。また酷い暴言もあり。
- ・高齢男性利用者への訪問を女性職員にて行っていたところ、性的な発言などがあり複数名訪問にて対応。
- ・訪問時間変更をお伝えしていたが夫が認知力低下しており、聞いていないと机をたたきながら大きな声で怒鳴り、携帯電話やTVのリモコンを投げられた。・認知力低下した男性の利用者の行動を制止した際腹部を殴られた。
- ・20代の若いスタッフが訪問すると、個人的な内容の質問やラブホテルなどのセクシャル的な質問などがあり、管理者より注意したが、改善なく、病状が落ち着いていたので、主治医に相談して訪問終了となったケース。
- ・訪問時の暴言等。
  - 認知症の男性から手を握られた後いきなり陰部を出された。居室で本人と看護師だけの時に刃物をだされた。清潔ケアをしているときに叩く、つねるがある。自宅にそなえている監視カメラで看護の対応について細かく注意があるが、内容に悪意があると感じるものであった。気に入らないことがあるとケアマネに言うところの圧力がかかる。大きな声で怒鳴る。お金目当てで訪問に来ていられると言われるなど。
- ・対応困難(指示のない医療行為)なことに対して対応してくれないと恫喝された・訪問処置終了しているが、家族の話が長く(30分～1時間以上)軟禁状態で帰してもらえない。また、何度もクレーム(スタッフの言動に対するもの)があり、謝罪に行くが毎回3時間以上軟禁状態で帰してもらえない・認知力低下されている利用者であるが、便処置の間中叩かれる・訪問時のおもてなしに関しては契約時にも説明し、その場でお断りもしているが、断ると機嫌が悪くなり食べるまで帰してくれない。
- ・認知面低下がある方の創処置・便処置時、つば吐き・叩く・つねる等の行為あり。家人にも協力得ながら、複数名で対応。
- ・利用者から、訪問の度に職員の身体を触る他セクハラ言動あり。息子さんに報告し、本人に注意してもらった。息子さんより「その際

は訪問無しで」との了承を得る。その後時々息子さんより様子確認有、今は収まっている。

- ・利用者のご主人が大声で罵声を発した。
- ・看護師の身体に必要以上に触れる。看護師の胸をタッチする。
- ・利用者から看護師への暴言、セクハラ言動、ボディタッチ。
- ・精神疾患の利用者が新型コロナウイルス感染した際不安が強く頻回に電話があり対応していたが、対応が悪いとクレームとなつていき「今から行ってコロナをまきちらしてやる!」、「包丁を持って行ってやる!」等脅迫めいた電話となつていつてしまった。退院時、訪問開始となり認知機能低下のある高齢者夫婦であったため息子さんと契約を行ったが、息子さんが年金を使い込み支払いをしてくれない。
- ・家族による大きな声での罵倒。サービスの過剰請求。
- ・利用者からの過度なボディタッチやセクハラ発言あり。

## VI. 意見・要望・管理者としての悩み等

### ◆収益

人件費が年々上がる中で、訪問件数を増やすことの難しさがある。サービスの質を落とさずにできる方法として、ICTにすることで改善できるか？模索中。
人件費の高騰に対しベースアップ加算という一時的な収益増加では、長期的な視点で対応が難しい。また、診療報酬改定で求められる緊急対応に備えられる収益化が困難。地域によっては遠方であり、ガソリン代や車両維持費の高騰による支出が増えている。また、パーキング料金等もかなりの額になっており、利用者は医療費の支払いのみで精一杯の方も多く、請求できないため、事業所負担が増えている。
介護保険利用人数、回数、時間の減少により収入の減少、雇用に関して法に抵触しないように調整する方法がわからない。
地域特性や利用者の希望や状況により30分訪問が多いため、移動コストがかかるばかりで収益につながらないことがある。病院併設ステーションであり、一般病棟への入院やホスピスへつなぐこともあるため訪問看護利用の中断や終了にむらがある。
リハ職の訪問が減算したため減収となっている。またアルコール検知器やオンライン機器の導入・それに係るランニングコスト、ガソリンなどの高騰などの費用がつかう状況。
在宅を希望される方は増えているように思うが、利用者確保にはまだまだ苦労している状況。同時に一つの事業所で複数の事業を行っているため、なんとか事業を継続していているが、単体の事業であれば厳しい状況もあるかと思う。
利用者が減ってきているため、今後の安定した収益の保証がないので心配である。
経営者が看護や医療をどこまで分かっているか分からず、私は必要な配置をしたり、残業や負担のない勤務にしているが、これで良いのか日々悩む。
利用者数が安定しないこと。
居宅事業所は設立されているが、利用者様が増えない。赤字となっている。
24hとっていないので赤字と言われるが、併設してずっと赤字、24hをとっていた時期も人件費がかかり黒字にならなかった。2011年から訪問開始しているが同状態につき、今年度で閉鎖の方向も検討されている。外来に吸収して存続する場合はどうしたらいいのか、教えていただくと有難い。
管理者も1スタッフとして換算されて訪問に回っているため、管理ができていいのか不安な中、収益を気にしないといけないのが辛い。
収益を増やそうとするがなかなか難しい。人員を充実してもそれに見合った契約ができるとも限らない。
利用者数獲得に困る時がある。
訪問相談、依頼の減少。
今回の改定による減収幅が増大した。(リハスタッフ数は多いが、オンコール可能な看護師採用が非常にむずかしい。採用が最も課題。)
新規の獲得が難しい。
利用者さんの紹介が増えるようケアマネージャーや医療機関の方など積極的に顔を合わせていきたい
収益がなかなか上がらない。
現在施設内訪問のみを行っている。車の運転が出来ない看護師2名と運転可能な看護師(管理者)1名。外部への訪問に行くには不可能と判断しているが、病院の方針とのくい違いにより困っているので奈良県訪問看護総合支援センターに相談した。
ケアマネがいれば、機能強化型がとれる状況であるが、求人悩む。
新規訪問が開始となつても、すぐに入院したり終了になるケースが多く中々収益に結びつかない。
十分ではないが、比較的安定している。
収益は伸びず困っている。
スタッフの給与、報酬が上がらない。
人件費やガソリン代、物価等が高騰しているが、小規模な訪問看護ステーションでは、利益を増やし、給与に還元することが難しい。

オンライン請求での工事が未定で進んでいない。請求業務に少し不安がある。医療保険での請求業務について、相談窓口はあるか。また、そのような相談を受けてもらえるのか。
他の項目とも重複すると思うが、ハラスメント、虐待、安全管理に加えてBCP策定と次々と義務化にするのは行政の判断であるが、業務ばかり増え取り組む時間がない。大規模ステーションや公立運営のステーションは良いかもしれないが、小規模ステーションの事も考えてほしい。BCPだけでも災害時備品の購入にどれだけの経費が掛かるのか、人件費がかかるのか、小規模ステーションに補助金もない中でどこまでの対応ができるのか、考えているのかと疑問に感じる。現場の負担は増える一方で、厚生局は新しい業務が増えたら以前の業務は省力したりしている。理不尽に感じてしまう。
母子支援特化であるが故の悩みはある。ロールモデルがないので。
少ない人員で収支資金差額を出すために稼働率を意識して業務しているが毎月の請求に恐怖を感じています。感染の蔓延や、職員の欠席などが長引くと維持できなくなることも不安要素である。
利用者の獲得については日々努力しているが波がある。材料費、ゴミの破棄なども比較的費用がかかり、黒字で経営していくには大変な部分がある。
利用者の入所や入院、死亡が立て続けに起きることがあった時、スタッフの仕事を作る事が大変な事がある。そんな時は、売り上げが上がり、固定のスタッフへの補償もあり、年間を通して中々収益が伸びない。人材を募集したいが、新人への教育のスタッフの負担や2人分の対価で1人分の収益しかなく事業所の負担がある。
保険点数のわりには人件費が出てこない。
ターミナルの利用者が多く、利用者の入れ替わりが激しいため仕事量は増えているが収益は安定しない。
平均した利用者の確保が困難と思われる月がある。
法人から求められる利権を出すためには負担が大きいこと。

#### ◆人材育成

24時間対応行うスタッフの確保が難しい状況。現場の看護師の高齢化が気になり、後継の育成が課題。
独り立ちまでの期間、長ければ半年程度無収益になるため、経営を逼迫するため、経験者の採用が中心になってしまう。経験や能力に差が大きく、ラダー等マニュアル化の判断が難しい。
管理者はこの4月からの病棟からの異動で訪問看護は未経験である。病院内のクリニカルラダーおよび訪問看護のクリニカルラダーに沿って目標管理を行っているが、なかなか評価を行うことに自信がない。人事権は病院組合にあり、病棟経験のみで訪問看護の経験がないものが異動で配属されることもある。9月から訪問看護未経験の者が1名採用となったが、プリセプター配置支援事業の利用もまだできていない状況である。
日々の業務に追われ、指導の時間や面談の時間の確保が十分にできていない。
法人独自の中途採用者研修や訪問看護研修を行い、各事業所別で手引きシートを用いて行ってる。新卒入職は今ところいないが、法人から看護師資格の取得補助制度が開始したこともあり、今後は新卒が在宅が看れる看護師の育成にも力を入れていきたい。
予算が付かないので、私物や個人資料の提供、勉強会を行っているが、スタッフのニーズに合っているか悩む。あまり勉強と言われても、ワークバランス的にスタッフは困っていそう…。
できるだけ自身を持って訪問に行けるように配慮したいが、訪問件数が多いとなかなか長い期間マンツーマンで回れない。
利用者が少ない為、人材の増員をしてもらえない。
育成したいが、小規模のため人員に限界がある。リスクがあることにもややもやることもある。
年齢問わず現場の医療現場の経験がある程度ある人を育成することはできる。又高齢者への対応ができる、介護職員への指導やコミュニケーションが取れる、プライドの高くない人を採用してる。
若い世代、中間層スタッフが居ない。育成できない。
オンライン研修を増やしてほしい。(交通費削減)
クリニカルラダーの活用を検討したいと思う。
人材育成の前に人手不足である。管理者はプレイングマネージャーだが、連絡がなかなかとれずに、相談をタイムリーに受けられないこともあるので、半日はステーションで従事したい。スタッフの不安は、定着にも影響する。
ゆっくりと育成する体制や時間がない。
個々の能力に差があり、統一したケアができていないように思う。時代なのか、自分の意見ばかり主張してくる。
時間が欲しい。
自己研鑽、研修、OJT等で経験値を上げ、人材育成しても、離職してしまうことが多い。離職理由は、スタッフの高齢化、転職、本人の適正、待遇等による理由が多い。人を育てても、転職してしまう現状に、心が折れる。当事業所では、認定看護師の教育課程、特定行為の教育課程にスタッフを送り出し、バックアップはしているが、給与面やスタッフのやりくり等、負担が多い。
新卒者の採用希望しているが採用に至ってない。
次期管理者候補の育成に取り組んでいる。管理者は嫌だ、荷が重い、プライベートがなくなる等の声も聞く。他事業所も管理者候補はいらぬと思うので、この方々を対象とした研修を開催し、それぞれの胸の内を分かち合い、自分の思うステーションにモチベーションが上がったり、いつか管理者になった時に相談し合えるような関係にも繋がると、引き継ぐものも安心する。話し合った内容などは、管理者研修でフィードバックしてもらえると、育成の時の注意点などにもつながるのでと感じる。
訪客の勤務年数に差があり同じレベルまでひきあげることが課題。

<p>ひとり立ちするまでに時間がかかる。特に様々な判断を行えるようになるには時間がかかる。</p>
<p>訪問業務、管理業務に追われて研修等は個人任せになりがち。協力したい。</p>
<p>経験豊かな看護師が、ゆっくり新人看護師と関わり1～2カ月の同行訪問を行っている。</p>
<p>特定行為研修をうける体制がなかなかとれないことが悩み。研修費用やその間の人材など考えると希望するスタッフがないのが現状。</p>
<p>管理者も訪問に目一杯回中、人材育成のために余裕のあるスケジュールが組めない。</p>

#### ◆職員の定着

<p>常勤看護師の確保が難しい。</p>
<p>24時間対応となると、訪問看護に対する苦手意識や子育て世代の若い人員確保が難しい。</p>
<p>ステーション職員5名のうち2名が定年後再雇用となっており、体力的な負担が生じている。病院組合の雇用形態により、定年後雇用の給与の減少や常勤継続が難しい状況を踏まえると、今後のステーションの運営に支障が生じる可能性あり。</p>
<p>退職者がでないような職場環境を作りたい。</p>
<p>看護師の退職は少ない状況。セラピストが安定しない事が悩み。体調を崩しやすい職員や、小さい子供がいる方が多いこともあり、日々のシフトの組み換えに苦労する部分はあるが、楽しく仕事してくれていると思う。</p>
<p>求人募集しても来ない。休みの多い職場だが、オンコール給与面で難しいと言われる。</p>
<p>4人定員で、3人は定着するが4人目が定着しにくく、確保に苦労する。</p>
<p>管理者以外は、直ぐに離職する。安定していないからと思う。</p>
<p>スタッフは常勤2名とパート1名で本当にカツカツ状態。ここ3・4年、同じスタッフが頑張っている。</p>
<p>精神科看護は経験値が重要と思われるが、定着率が低く、経験年数が短いスタッフが多い中での訪問となっているため、資質含め不安である。</p>
<p>定着できている。何でも話しやすい環境を作ってます。現在は良い人に恵まれています。</p>
<p>入れ代わりがあっても、思っていた看護でない、できないなどで長続きしないことがある。</p>
<p>新採用したいが、なかなかいい人材が見つからない。</p>
<p>訪問看護の仕事は24時間対応で当番があったり、訪問以外の時間でも記録などする事が多く、身体的にも精神的にもきつくなってしまい、慣れてきたころに辞めちゃう職員がいるのは大変辛い。新しい職員が来ても、また一から指導開始しないといけない。</p>
<p>定着はしてくれているが、子育てが一段落すると、親の介護になる年代のスタッフもいるため、気軽に休める体制にしたい。</p>
<p>R2年開設以降、従業員は変わらず定着してる。</p>
<p>特に現在は不足はない。</p>
<p>若い看護師は定着が難しい</p>
<p>離職率が高いのは、管理者の責任であると感じている。どうすればスタッフが定着し、質の高い看護を提供できるのか？悩みは尽きない。</p>
<p>看護師の募集をしても来ない。入職された方で呼吸器や小児をしているからという理由で退職されたケースがある。どのように指導していけばやりがいを感じ、また定着して仕事をもらえるのかが課題。</p>
<p>非常勤の採用はあるが常勤採用がない。</p>
<p>職員の定着に関しては課題が多い。忙しさや緊急対応での疲弊が一番の原因であると思われるため、マネジメントの強化が必要である。</p>
<p>パートの勤務者が多く、利用者様の変動も多いことから、収入が安定しないため辞めていってしまう。</p>
<p>管理業務を引き継いでもらうスタッフが定着しない、またその立場を委ねる新規採用も、困難な状況が慢性化している。</p>
<p>看護レベルが似合っておらず、職員定着せず離職していく。</p>
<p>現状の看護師の定着はみられるが、新たに採用することが難しい。</p>

#### ◆資質向上

<p>スタッフの確保と計画的に研修等に出たいと思うが、長期を見据えた働き方を考えられているのか？確認できずにいる現状。</p>
<p>外部研修参加の風土作りをしているが、子育て世代に参加してもらうのが難しく、OJTが中心になってしまう。</p>
<p>在宅に関わる資格取得者が評価してもらえるようなシステム(加算等)ができると質があがると思う。検討してもらいたい。ケースカンファレンスやデスカンファレンス等の時間が確保できていない。</p>
<p>少数ステーションなので、質の維持も考えないといけない。質の高い外部との連携で、スタッフ一人一人みると、よく利用者さんの為に学んでくれている。私自身も良い情報を発信できるよう、勉強会など利用したい。</p>
<p>それぞれが意識を持って、自発的に行きたい研修に行ってもらい、興味ある分野を深めてもらいたい。</p>
<p>資質向上の勉強会に参加する時間がない。</p>
<p>若い人の気づきを発信できるような関りし、新しい事を取り入れ実践できるよう心がけてる。人員ギリギリなので、なかなか研修に参加できない。</p>

研修を受けていないので今後参加したいと思う。
毎月の所内カンファレンスや運営会議 伝達講習等を行っている。利用者に良いことは積極的にケア提供している。
積極的に勉強会、研修に参加し、資質向上に努めている。
自分から進んで研修に行きたいとの話が多い。
新しい医療機器を理解するのが難しく、困っている
看護協会からの研修の案内は大変ありがたく、業務の合間に参加している。
訪問看護師の確保が難しく、訪問件数が詰まってきてしまうとクオリティが下がってしまうので、そうならないように注意はしているが、病院や地域からの依頼相談を断るわけにも行かず、受けている。収益とのバランスが難しいところです。
研修会の参加について業務にすると、他の日が休みになり少ない人数でカバーするのが難しい、研修を受けてもらう事で他のスタッフも負担感があるなど、うまく調整が取れていない状況。
認定看護師の派遣や、訪問に特化した研修もたくさんあり、充実していると思う。個人でも活用できるようこちらも働きかけていきたい。
研修等の声掛けはしているが参加するものが少ないため 業務がマンネリ化気味で新しい取り組みがほとんどない。
仕事だけではなく家庭での役割も多い世代が多いため認定看護師や、特定行為研修を受けることが難しい。

#### ◆安全対策

予算の確保が難しい。
交通事故やハラスメントの教育、注意喚起は都度必要。
BCP 災害時のヘルメットや電気(バッテリー含む)、ガウン、マスク、手袋、長靴等の備品の準備と置き場所。
ハラスメント講習や、災害時の練習など毎年行っている。針刺し事故などの対応などもマニュアル化されている。
予算がないので、考えられる範囲、できる事をする程度である。
人対人の仕事なので、合わないところから、事故にもつながりやすいので、無理せず相談してもらうよう常日頃からスタッフに声をかけている。
災害対策を立て、物品購入などしていきたいが、予算の都合で難しいことが多く、どこまですればいいか悩む。
慌てず、確認すること。職員の健康管理。
BCP自然災害マニュアルは作成しているが、具体的なイメージ・トレーニングまで出来ていないので、日々の業務を優先しているが、取り組む時間を設けていこうと考えている。
ハラスメント対策で暴力をふるわれそうになった時の対応(防犯ブザーなど)の必要性。
必要物品等の確保が難しい。
情報共有を行い安全に業務ができるようにしている。
毎月のリスクレポートの発表から、原因究明や対策を話し合うことを励行している。ハラスメントも報告できるように体制は整えている。
不安である。
勉強会をする時間が少ない。
管理者1年目。安全に医療を提供できる様に職員の体調やメンタル不調が無いが観察しながら、訪問に無理が無いように調整している。それ以外にした方が良い対策があれば教えてほしい。
交通事故や駐車場の確保が難しい場合の対応
在宅、密室、地域性いろんな安全対策考えられるが、ハラスメントについては、身を守るための安全なグッズは高価で維持費もかかるため法人で準備してもらえない状況。事故があつてからでは遅いが、自分の身は自分で守るに訪問看護なのかと考えざる得ない状況。災害については法人の考えもあり災害用品、食品、水分などは事業所に置かれないという状況で、ポータブル電源もなく、数キロ離れた先の法人での管理である。災害時の対応が事業所でできない中、職員、利用者の安全対策に不安がある。
ハラスメントや虐待事例等難しいケースが増えていることや、様々な事件もあることから効果的な安全対策を行いたいが、資金の調達に難しい。
BCP対策をしているものの、何回か災害訓練もしている。実際想定している。
・夜間訪問に出て睡眠が取れなくても、翌日通常勤務し、車の運転をしなければならない。・身体が大きい等、二人体制で訪問したくても、人員に余裕がない。

#### ◆多職種連携

顔の見える関係作りが課題。
電話やFAXが中心であり、不在時など情報共有が困難。LINEワークス等、安全かつ容易に情報や書類をデータ化し対応していければと考えている。
ICTを用いてお互いが連携しやすいシステムを統一できれば、もっと連携が図れると思う。
事業所内に居宅事業所があることもあり、ケアマネジャーとの連携は密に取れている。一定の薬局や歯科との連携はあるが、固定された事業所との関わりなので、もう少し広い繋がりがもてればと思っている。

多職種連携では多くの刺激や学びがあるが、連携がコストに繋がらないのが残念。看護師の働きが反映されるしくみが多い。
些細な事でも、ケアマネに連絡し報告するようにしている。情報共有を大切にしている。
ケアマネ、往診医との連携は行えている。
しっかりコミュニケーションを取る。気づいたことは適切な時間に連絡相談するように、日頃から連携している
病院やクリニックからの積極的な情報共有がない。ほぼ、こちらからの報告や相談となる事が多い。
訪問介護、薬剤師、栄養士、セラピストとの連携は密である。最近、ターミナル患者のケアマネの事業所に訪問看護の予定を送っているが、一度も同行のないままでケアプランが作成できるのか。愛が必要な仕事を私たちはしているという意識を持ってほしいと伝えた。4日で永眠されたが、連携とはと考えるケースであった。
同法人内での多職種の連携は有効で、協力体制は整っている。
割とできるようになってきているが、さらに深めていきたい。
連携をしやすい制度がない。
他職と連携をする事でより良いサービスが提供できると日々実感しており、医師やPT、ケアマネとは丁寧な連携を心掛けている。しかし、歯科衛生士や薬剤部との連携の習慣がなく連携方法が解りません。
一番連携が取りにくいのはクリニックや医院の医師だと思う。
地域や事業所には足を運び、顔の見える関係作りに努めている。
各スタッフが、関連部署との連携業務に積極的に関わる体制を構築したいが、都度伝えなければ行動に移れない現状があり、打開したいと思っている。

#### ◆その他

連携するためのツールやICTは必要だとは思いますが、事業所それぞれの課題があり、なかなか統一するのが難しい現状があると思う。
パーキングがない地域も多く、支援車両の路上駐車への対応の改善を検討をしていただきたい。
このような実態調査関連の報告がこの時期に複数重なることが多く、かなり時間的な負担を感じる。一つにまとめるなど検討をお願いしたい。
・人材確保・1人での訪問となる為、接遇面や質の確保 ・医師との報連相を上手くする技術 ・加算や医療保険か介護保険かどちらでいくべきか等、迷う時のフォローがあれば嬉しい。
実態調査の内容に関して、集計を行うことが非常に時間を要し、業務時間内に終えることはほぼ不可能。今後も実態調査を行われると思うが、厚生省や県と時期や調査日を合わせ、かつ内容に関しては各介護ソフトシステムで集計可能なデータもしくは集計可能なように介護ソフトメーカーに要請していただきたいと思う。
事業主が、訪問看護の本質を理解していない。
中間管理職としての立場に困る。
訪問看護師は指示書でできることを行っていますが、デイサービスで勤務している看護師は医療的行為ができないが、それが分からない人が多く、説明するのが難しい。特にインスリンについてはかかりつけ医も看護師がいるからできると思われているので、医師の理解度を高めて欲しいです。
難しいのかもしれないが、行政からの相談がなく、必要な方に支援が行き届いていないのではないかと考えるところがある。
看護学校で、訪問看護師になるには病院で働く期間が必要と言っている状況では、新卒ナースが訪問看護師になることは当然少ない。考え方をもっと柔軟に考えてもらいたい。新卒ナースが一人前の訪問看護師になるには簡単ではないが、研修やサポート体制をしっかりしていれば、素敵な訪問看護師になれると思っている。訪問看護に若い力を望みます。
・訪問業務他、マニュアル作成や事務業務に、時間を費やしている。DXやAIなどの用語の意味がわからず、パソコン操作が、進まない事がある。
訪問看護ステーションが、全国的にもどんどん増え、奈良県も増加している。質は担保できているのか？最近疑問に思う。後継者不足、人材不足で廃業になる訪問看護ステーションも多い。また、小規模な訪問看護ステーションが増えているが、頑張れば頑張るほど、24時間対応等の負担が大きい。小規模な訪問看護ステーションが、合併して大規模化することも一つの方法だと考える。大規模化する際の、マネージャーや費用の負担を支援してもらいたいと願っている。
今年の夏の酷暑における労働環境改善が必要と感じている。
管理者として2年目で自分自身でも訪問看護師として一人前ではないと思っている。その中で管理を任されていることの不安はあるが、みんなの力を借りながらやっている。研修でも交流できることもあるので活用したい。
中間層の勤務者がいない子育て世代の者は休む場合が多い。
企業努力を実施して創意工夫をしている。
数年前と比べ利用者像、家族像が変化してきている。家族・サービスの介護力が不足してきているなか、看取りメインではなく健康寿命を延ばすような訪問看護をもっと積極的に行えるようアピールしていかなければならないと感じている。
精神科に特化した事業所で、精神的ケアをメインに介入している。医療連携が「医療ケア」にならないことが納得しがたい。身体的ケアだけが医療ケアではないと強く思っている。
管理業務の引継ぎが十分に行われず、どのように何を管理者として進めていけば良いのか分からないことが多い。