

健師も共に町内会や病院等に出向き、STのPR活動を行なった。このようなPR活動は、現在でも継続している。また、利用者確保の助力として、町立病院師長・行政保健師・ST所長が2ヶ月に1回定期的に集まり、情報交換を行なっている。

・利用者に対して

STから10km以上遠方に住んでいる住民がSTを利用する場合には、自治体が利用者の交通費を補助している。

【ST設立による自治体への影響に関する調査】

1) 対象と方法

(1) 要介護認定者の実態に関する調査

調査対象は枝幸町の要介護1～5認定者324名とした。

レセプトデータセットの作成は、2007年7月分の1ヶ月分とし、在宅療養者と町外の施設療養者に関しては、介護給付費請求書と診療報酬明細書を役場でID化した後に研究者に渡してもらい、研究者が介護給付費請求書と診療報酬明細書を結合した。同様に、町内施設療養者に関しては、介護給付費請求書と診療報酬明細書の内容を電子媒体に変換しているものを、ID化した後に研究者に渡してもらった。また、診療報酬請求明細書から、年齢、性別、医療費(総額・保険者負担額・利用者負担額)等について把握した。介護給付費請求書からは、利用している介護サービス、要介護度、介護費(費用額・給付額・利用者負担額)等について把握した。

分析は、介護度や療養場所ごとの比較には記述統計、t検定、 χ^2 検定、一元配置分散分析を行った。また、医療費・介護費・医療費と介護費の合計をそれぞれ従属変数として重回帰分析を行なった。説明変数には、個人属性(年齢、性別)、要介護度、療養場所(居宅・介護保健施設・介護型療養病床・認知症対応型共同生活介護・特別養護老人ホーム・特定施設入居者生活介護・医療型療養病床)、入院経験、医療保険種別を使用した。性別(男性を1とした)、要介護度、療養場所、入院経験(1ヶ月以内に入院したことがあれば1とした)、医療保険種別(国保被保険者は1とした)はダミー変数として扱い、年齢は連続値として使用した。

調査期間は2007年7月～11月であった。

(2) 現在のST利用者と療養病床再編成後のST利用者の推計に関する調査

①現在のST利用者

ST設立から2007年7月の間のST利用者を対象に、ST利用者の中で「STを利

用することにより、病院、或いは、介護保険施設から在宅へ移行できた」人数を、S T職員へのヒアリングから把握した。

また、調査対象2007年7月1日時点でS Tを利用していた利用者のうち、調査に同意の得られた者についてカルテとS T職員から情報収集した。

調査期間は2007年7月～9月であった。

②療養病床再編成後のS T利用者

療養病床再編成後のS T利用者に関しては、2007年7月1日時点で町内の医療型療養病床・介護型療養病床・特別養護老人ホームで療養していた139名とし、2007年7月中の基礎情報、及び、身体状況を尋ねた質問紙を各施設スタッフに記入してもらった。記入もれは、後日研究者がスタッフへの面接、又は電話で尋ねた。また、質問紙と(1)で調査した医療費・介護費を同一のIDにした後、研究者に渡してもらい研究者が結合した。

調査票の作成に当っては、老人保健福祉局老人福祉計画課長通知や患者調査、現地のケアマネジャーが使用しているアセスメントシート、要介護認定の調査項目、訪問看護指示書、先行文献¹⁾を参考に作成した。また、調査票を作成する段階で、現地のケアマネジャーや訪問看護師、保健師、病棟看護師長、在宅療養を専門とする研究者らにスーパーバイズを受けた。

調査票の結果から、在宅療養が可能と想定される者の人数と、その中で医療処置のある者をS T利用者になりえる者と想定し、療養病床再編成後に「S Tを利用することによって、病院、或いは、介護保険施設から在宅へ移行できると想定される者」の人数を推計して記述した。

調査期間は2007年7月～9月であった。

(3) S T設立による自治体の医療費・介護費への影響に関する調査

S Tの基礎情報は、「S Tの稼動状況」「事業団報告書」を参照にした。枝幸町の医療費・介護費は、2006年3月～2007年9月までの「介護給付月報」、「国民健康保険毎月事業報告書」を使用した。

分析方法は、S T設立前を2006年4～6月、設立後を2007年4～6月として、S T設立前後の枝幸町の医療費・介護費、及び同時期の全国の値とを比較した。

調査期間は2007年7月～11月であった。

2) 結果

(1) 要介護認定者の実態に関する調査

①要介護1～5 認定者の分布 (表B-3-3)

2007年7月時点で枝幸町の要介護1～5認定者は324名であった。そのうち、要介護認定を受けているが、介護サービスを受給していない者は78名であった。介護サービス受給有の者246名の療養場所としては、在宅123名（50.0%）と特別養護老人ホーム99名（40.2%）であった。

②要介護1～5認定者の概況（表B-3-4）

在宅療養者のうち約8割が要介護1～5の者であった。反対に、介護保険施設、医療型療養者では、約8割が要介護3～5の者であった。

医療費は、医療型療養病床、居宅、介護保険施設の順に高かった。また、介護費は、介護保険施設、居宅、医療型療養病床の順に高かった。

③自治体負担の医療費・介護費・医療費と介護費の合計に関連する要因の探索（表B-3-5）

解析対象者は、個人属性のデータが揃った244名であった。

医療費は、居宅療養者に比べて医療型療養病床療養者であるほど高く、また、入院経験があると医療費は高いという結果が得られた。また、居宅療養者に比べて介護型療養病床療養者であるほど医療費が低くなっているのは、介護型療養病床では医療に該当する部分も介護費として包括されているため、実質医療費が発生する介護型療養病床療養者はいなかったためである。

介護費は、年齢が高いほど高く、要介護1の者に比べて要介護3～5であるほど高かった。また、居宅に比べて介護保険施設・介護型療養病床・認知症対応型共同生活介護・特別養護老人ホーム・特定施設入居者生活介護であるほど介護費は高く、医療型療養病床や入院経験があるほど低かった。

医療費と介護費の合計額は、要介護1の者に比べて要介護4・5であるほど高く、居宅に比べて介護型療養病床・認知症対応型共同生活介護・特別養護老人ホーム・特定施設入居者生活介護・医療型療養病床であるほど高かった。また、入院経験があるほど、医療費と介護費の合計額は高かった。

表B-3-3 枝幸町の要介護1～5認定者の分布 (n=324)

| 介護サービス受給の有無 | 療養場所 | |
|--------------|------------|----|
| | 受給有 246 | 在宅 |
| 認知症対応型共同生活介護 | | 4 |
| 特定施設入居者生活介護 | | 3 |
| 老人保健施設 | | 6 |
| 介護型療養病床 | | 9 |
| 特別養護老人ホーム | | 99 |
| 医療型療養病床と在宅 | | 2 |
| 受給無 78 | 医療型療養病床と在宅 | 33 |
| | 在宅 | 7 |
| | 不明 | 38 |

注) 2007年7月中に医療型療養病床に15日以上入院し、退院後在宅にて介護サービスを利用した者

表B-3-4 療養場所別要介護1～5認定者の概況

| | 療養場所 | | | P値 |
|-------------------------|------------------------|----------------------------|----------------------------|--------|
| | 居宅 mean±SD n=102 | 介護保険施設 mean±SD n=107 | 医療型療養病床 mean±SD n=35 | |
| 個人属性 | | | | |
| 年齢 ^a | 81.91±7.9 | 86.1±7.5 | 83.2±7.2 | 0.0004 |
| 性別 男性 n(%) ^b | 34(33.3) | 24(22.4) | 73(29.9) | 0.0451 |
| 要介護度 n(%) ^b | n=137 | n=114 | n=35 | |
| 要介護1 | 64(46.7) | 2(1.8) | 3(8.6) | |
| 要介護2 | 42(30.7) | 18(15.8) | 3(8.6) | |
| 要介護3 | 18(13.1) | 29(25.4) | 5(14.3) | <.0001 |
| 要介護4 | 8(5.8) | 25(21.9) | 7(20.0) | |
| 要介護5 | 4(3.7) | 40(35.1) | 17(48.6) | |
| 医療費(千円/人/月) | | | | |
| 総額 ^a | 45.7±81.6 | 27.3±25.9 | 237.2±182.4 | <.0001 |
| 保険者負担額 ^a | 33.7±62.9 | 24.6±22.4 | 211.1±163.1 | <.0001 |
| 利用者負担額 ^a | 4.6±7.2 | 2.7±4.9 | 33.2±31.3 | <.0001 |
| 介護費(千円/人/月) | | | | |
| 費用額 ^a | 79.7±68.3 | 321.2±54.7 | 6.8±28.1 | <.0001 |
| 給付額 ^a | 72.5±60.8 | 270.3±50.4 | 5.8±23.7 | <.0001 |
| 利用者負担額 ^a | 6.8±7.9 | 50.6±19.6 | 1.5±4.4 | <.0001 |

注1) a: χ^2 検定, b: 一元配置分散分析

注2)「居宅」は「在宅」「認知症対応型共同生活介護」「特定施設入居者生活介護」を含む。

注3)「介護保険施設」は「老人保健施設」「介護型療養病床」「特別養護老人ホーム」を含む。

表B-3-5 自治体負担の医療費・介護費・医療費と介護費の合計 (n=244)

| | 医療費 | | 介護費 | | 医療費と介護費の合計 | |
|--------------|----------|--------|----------|--------|------------|--------|
| | 推定値 | p値 | 推定値 | p値 | 推定値 | p値 |
| 切片 | 59242.4 | 0.3602 | 465124.3 | <.0001 | 524366.8 | <.0001 |
| 個人属性 | | | | | | |
| 性別(男性) | 7390.7 | 0.1053 | -3278.5 | 0.2671 | 4112.2 | 0.4453 |
| 年齢 | -11.7 | 0.9825 | 797.5 | 0.0215 | 785.8 | 0.2126 |
| 要介護度 注1) | | | | | | |
| 要介護2 | 2462.3 | 0.6962 | 3085.2 | 0.4507 | 5547.5 | 0.4573 |
| 要介護3 | -4135.5 | 0.5626 | 20173.3 | <.0001 | 16037.8 | 0.0586 |
| 要介護4 | -366.5 | 0.9624 | 27634.3 | <.0001 | 27267.8 | 0.0033 |
| 要介護5 | -102.6 | 0.9890 | 24607.0 | <.0001 | 24504.4 | 0.0059 |
| 療養場所 注2) | | | | | | |
| 介護保健施設 | -4082.4 | 0.8963 | 72634.7 | 0.0004 | 68552.3 | 0.0654 |
| 介護型療養病床 | -32439.0 | 0.0279 | 154303.2 | <.0001 | 121864.2 | <.0001 |
| 認知症対応型共同生活介護 | 9782.9 | 0.5402 | 86684.8 | <.0001 | 96467.7 | <.0001 |
| 特別養護老人ホーム | 5841.7 | 0.3025 | 79658.7 | <.0001 | 85500.4 | <.0001 |
| 特定施設入居者生活介護 | 6606.2 | 0.7630 | 50937.4 | 0.0004 | 57543.6 | 0.0272 |
| 医療型療養病床 | 64370.2 | <.0001 | -18696.5 | 0.0033 | 45673.7 | <.0001 |
| 入院経験 注3) | 50899.5 | <.0001 | -28928.5 | <.0001 | 21971.1 | 0.0177 |
| 医療保険種別 注4) | 73930.1 | <.0001 | -180.6 | 0.9689 | 73749.4 | <.0001 |
| 自由度調整済みR2乗 | | 0.62 | | 0.89 | | 0.64 |

(単位:円/月)

注1)要介護1を基準とする。

注2)療養場所「居宅」を基準とする。

注3)1ヶ月以内に入院したことがあれば1とした。

注4)医療保険が国保被保険者である者を1とした。

(2) 現在のS T利用者と療養病床再編成後のS T利用者の推計に関する調査

①現在のS T利用者のうちS Tを利用することで施設から在宅へ移行できた人数

2006年10月のS T設立から2007年7月の間に、S T利用者の中で「S Tを利用することで、病院、或いは、介護保険施設から在宅へ移行できた」人数は、1名であった。

S T利用者33名中25名から調査に対する同意が得られた。25名中6名が医療処置を必要としているものの、6名のうち3名は自立しており、残りの3名は家族介助で対応されていた。

②療養病床再編成後にS Tを利用することで施設から在宅へ移行が可能と想定された人数

・調査対象者のうち在宅療養が可能と想定された者の概要 (表B-3-6)

医療型・介護型療養病床、特別養護老人ホーム療養者139名のうち、ケアマネジャーや訪問看護師から「1人でいることが危険」であるため在宅療養に適さないとされた、ぼやを出す可能性のある者、転倒・転落の危険性のある者、入院加療の必要な者等52名を除外し、84名を在宅療養が可能な者と想定した。

84名の概要としては、要介護5の割合が高く、それに伴い寝たきり度ランクCの者が約半数を占めた。全員、買物、炊事に介助が必要であり、更衣、保清(自宅浴が不可能)、排泄に介助が必要な者は全体の8割強であった。また、食事摂取に介助が必要な

者も4割を占めた。

医療処置がある者（インスリン注射、経管栄養等）は医療型7名、介護型1名、特別養護老人ホーム10名の計18名であり、全員医療処置に介助が必要であったが、日勤帯のみの訪問で対応可能と想定された。

・療養病床再編成後にS Tを利用することで施設から在宅へ移行が可能と想定された人数

医療処置に介助が必要な人をS Tの利用者と仮定すると、療養病床再編成後にS Tを利用することによって、施設から在宅への移行が可能であると想定された者は、18名であった。

③S T設立による自治体の医療費・介護費への影響に関する調査（表B-3-7）

枝幸町の要介護1～5認定者において、老人医療では、入院件数は0.3%増であるが、1件当り費用額は減っていた。介護保険では、S T設置前と設置後の月間平均認定者数は前年度対で14.5%減であるが、1人当り介護費用額は12.9%増であった。同様の傾向が全国でも見られた。居宅サービスでは、枝幸町の1人当り介護費用額の増加率は7.3%増、全国では25.1%増と、枝幸町は全国よりも増加率は小さかった。S Tが設立されたことにより、1人当り介護費用額は増加することが見込まれたが、その影響は、5.1%増に留まっていた（居宅サービスの増加率7.3%－居宅サービスから訪問看護を除いた増加率2.2%）。

表B-3-6 調査対象者のうち在宅療養が可能と想定した者の概要

| | | 療養場所 | | | | | |
|-------|----------|-----------------|------|----------------|------|-------------------|-----------|
| | | 医療型療養病床 n=17 | | 介護型療養病床 n=5 | | 特別養護老人ホーム n=65 | |
| | | n | % | n | % | n | % |
| 性別 | 男性 | 5 | 29.4 | 0 | 0 | 17 | 26.2 |
| 年齢 | 平均(SD) | 82.9(7.9) | | 83.4(1.5) | | 85.4(7.7) | |
| 同居者 | 無 | 5 | 29.4 | 1 | 16.7 | 12 | 18.461538 |
| 退所予定 | 未定 | 16 | 94.1 | 5 | 100 | 65 | 100 |
| 入所/入院 | 年数平均(SD) | 1.3(1.6) | | 1.5(1.2) | | 3.1(3.0) | |
| 要介護度 | 要介護1 | 1 | 5.9 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 要介護2 | 1 | 5.9 | 1 | 20.0 | 9 | 13.9 |
| | 要介護3 | 3 | 17.7 | 0 | 0 | 16 | 24.6 |
| | 要介護4 | 2 | 11.8 | 0 | 0 | 17 | 26.2 |
| | 要介護5 | 10 | 58.8 | 4 | 80.0 | 23 | 35.4 |
| 寝たきり度 | 自立 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | A | 1 | 5.9 | 0 | 0 | 10 | 15.4 |
| | B | 7 | 41.2 | 2 | 40.0 | 32 | 49.2 |
| | C | 9 | 52.9 | 3 | 60.0 | 23 | 35.4 |
| 認知度 | 自立 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 9.2 |
| | I | 2 | 11.8 | 0 | 0 | 4 | 6.2 |
| | II | 5 | 29.4 | 1 | 20.0 | 10 | 15.4 |
| | III | 7 | 41.2 | 4 | 80.0 | 28 | 43.1 |
| | IV | 3 | 17.6 | 0 | 0 | 17 | 26.2 |
| 医療処置 | 要介助 | 7 | 41.2 | 1 | 20.0 | 10 | 15.4 |

表B-3-7 ST設立による自治体の医療費・介護費への影響に関する調査

| | | ST設置前 | ST設置後 | 枝幸町 増加率(%) | 全国 増加率(%) |
|------------|--------------------|-------------------|------------------|---------------|--------------|
| 老人保健 総数 | 月間平均被保険数 (人/月) | 1158.7 | 1115.3 | ▲3.7 | ▲4.2 |
| | 1人当り医療費用額 (円/人/月) | 83.9 | 78.8 | ▲6.1 | 4.3 |
| | 入院件数 | 63.3 | 70.3 | 11.1 | - |
| | 1件当り費用額 (円/人/月) | 468.4 | 418.7 | ▲10.6 | - |
| 介護保険 総数 | 月間平均認定者数 (人/月) | 400.3 | 342.3 | ▲14.5 | ▲15.4 |
| | 1人当り介護費用額 (円/人/月) | 111.2 | 125.5 | 12.9 | 19.1 |
| | 居宅サービス | 185 ^a | 143 ^b | ▲22.7 | ▲21.7 |
| | 1人当り介護費用額 (円/人/月) | 60.3 | 64.7 | 7.3 | 25.1 |
| | 訪問看護 | 5.0 | 21.3 | 326.0 | ▲8.4 |
| | 1件当り介護費用額 (円/件/月) | 0.3 | 3.3 | 900.0 | 21.1 |
| | 居宅サービスから訪問看護を除いた場合 | 1人当り介護費用額 (円/人/月) | 60.0 | 61.3 | 2.2 |

注1)ST設置前は、2006年4月～6月を、ST設置後2007年4月～6月とした。

注2)▲は減少を示す。

注3)全国の介護費は、厚生労働省「介護給付費実態」を、A町は「介護給付費月報」を用いた。

注4)全国の医療費は、国保中央会「国保医療費の動向」を、A町は「国保毎月事業状況報告書」を用いた。

注5)居宅サービスの介護費－訪問看護の介護費/a又はb

【今後の展望】

平成12年を境にST数は漸増傾向になっている。一方、24時間連絡対応加算を届け出数は増加している。

ST数の伸び悩みの要因としては、人口密度の小さい地域ではSTの経営が成り立ちにくく、民間企業の参入が見込めないことや、枝幸町のようにもともとその地域に施設傾向が強く、在宅療養者数自体が伸び悩んでいることが考えられる。

枝幸町ST経営の特徴としては、北海道総合在宅ケア事業団のように第三セクターを母体とするSTを誘致していることや、自治体からST(或いは、STの経営母体)に対してインセンティブを与えていることが明らかになった。

療養病床の再編成を想定した場合の本調査の結果では、施設(医療型・介護型療養病床・特別養護老人ホーム)から在宅への移行が可能な人数は139名中84名であり、84名中12名がSTの利用者と想定された。療養病床の再編成という社会システムの大きな変革によって、在宅療養者の伸び悩みが解消され、STの利用者数も増加することが示唆された。

ST利用者の特徴としては、現在は医療処置があっても自分でできる者が半数であったが、再編成後には、医療処置がある者の中で、自分でできる者はいなかった。よって、現在のST利用者と、再編成後に施設から在宅へ移行する者の患者像は、大きく異なると考えられる。また、医療処置がある者18名は夜間・早朝に介助が必要な者はいなかったが、緊急時の対応等のため、24時間緊急時加算の対象となりえる

ことが想定される。

S T設立による自治体の医療費・介護費への影響については、S T設立前後の医療費・介護費の増加率と同時期の全国増加率は大差なかった。S T利用によって、施設から在宅へ移行できた人数も1名ということで、S T設立によって自治体の医療費・介護費の軽減までは結びついていないと言える。

最後に、S T設立による自治体への影響に関する調査に関して、S Tの需要人数を施設療養者の全数調査で明らかにした。本調査の限界としては、S Tの利用者を医療処置のある者と限っているため、S T利用者数を少なく見積もっている可能性がある。今後は、S T利用目的を医療処置と限定するのではなく、多目的に捉えてS T利用者数を定量する必要がある。また、S T設立による自治体の医療費・介護費への影響については、枝幸町S Tは開設1年と間もなく、利用者数は伸びきっていない可能性がある。今後、長期間での観察が必要である。

**B 訪問看護対象把握方法の開発と推計
研究体制**

【分担研究者】

| | |
|--------|---------------|
| 村嶋 幸代 | 東京大学大学院医学系研究科 |
| 山田 雅子 | 聖路加看護大学 |
| 福田 敬 | 東京大学大学院医学系研究科 |
| 田上 豊 | 三菱総合研究所 |
| 竹内 美知枝 | 滋賀県健康福祉部 |
| 田口 敦子 | 東京大学大学院医学系研究科 |
| 永田 智子 | 東京大学大学院医学系研究科 |
| 有本 梓 | 東京大学大学院医学系研究科 |
| 臺 由佳 | 東京大学大学院医学系研究科 |

【ワーキンググループ】

| | |
|-------|---------------|
| 野尻 直美 | 東京大学大学院医学系研究科 |
| 成瀬 昂 | 東京大学大学院医学系研究科 |

(以上、順不同)

C.

**特別養護老人ホーム入所者への
訪問看護の提供効果に関する研究**

I. モデル事業研究の目的と実施方法

1. 研究目的

特別養護老人ホーム（以下、特養と表記）では看護職の設置は義務付けられているが、現状では常勤の看護職員の配置数が少なく、また入所者の重症化・介護度が年々重度化しているため、入所者の看護ニーズへの対応が不十分な状況が生じている。このため、特養の入所者の安全確保と療養生活の質的向上のために、健康管理や病状の変化への対応、日常の看護ニーズへの対応など看護供給体制とその看護の質を向上することが必要であると考えられる。

そこで、本研究は、特養に適切な看護供給体制を構築するため、特養に訪問看護ステーションから訪問看護師が訪問し、個別の入所者に対して訪問看護を提供するモデル事業を実施する。モデル事業を通じて、特養における訪問看護サービスの必要性や連携のあり方、訪問看護の提供効果等について明確化することを目的とする。

○ 事業実施のポイント

- ・ 現在特養の介護報酬にある「重度化対応加算」による施設全体に対する看護の提供ではなく、個別の入所者を対象とした訪問看護サービスを念頭に置くものとする。
- ・ 実際に特別養護老人ホームと訪問看護ステーションが連携するモデル事業を実施し、「特別養護老人ホームと訪問看護ステーションとの連携イメージ」「特養側のニーズ」「訪問看護が必要な入所者の特性」等を明らかにする。
- ・ 実施後にヒアリングを行うことで、特養職員・入所者への効果を明らかにする。
- ・ 連携に関わる工夫、問題点等を把握し、今後の他施設での連携の取組みに資する基礎資料を作成する。

○ 期待される効果

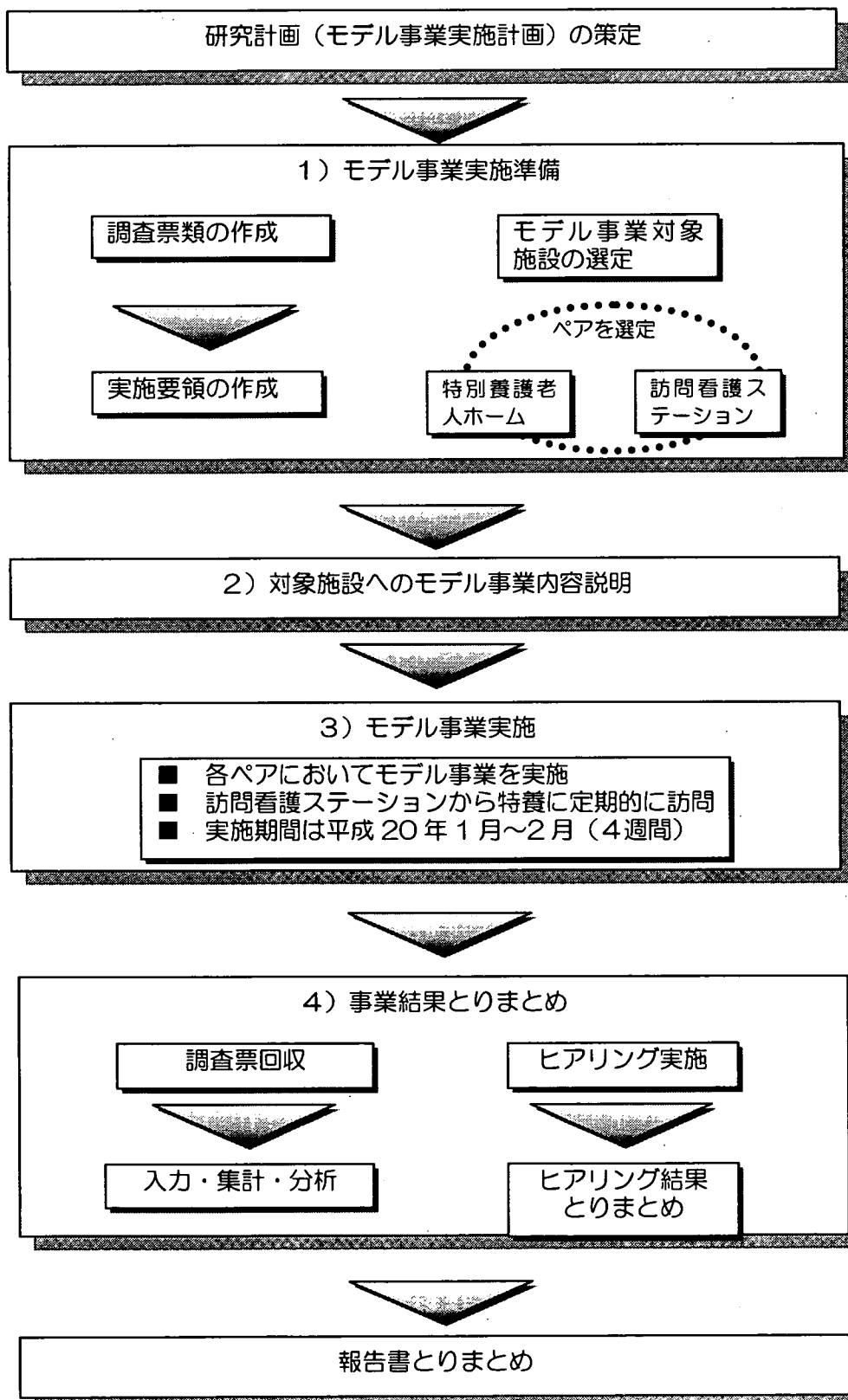
1. 特別養護老人ホーム入所者が抱える個別看護ニーズへの対応が可能になる。
2. 特別養護老人ホームにおける看護と介護の協働活動が向上する。
3. 訪問看護ステーションからの訪問により、特別養護老人ホームの活性化につながる。
4. 訪問看護ステーションの役割拡大。

2. 研究方法

1) 研究実施フロー

本研究は、以下のフローに基づいて実施した。

図表 C-I-1 研究実施フロー



2) モデル事業実施方法

(1) 調査項目

モデル事業の実施体制・実施内容・効果等を分析するため、以下の帳票類を作成した。

調査票の構成および調査項目は以下のとおりとした。

図表 C-I-2 モデル事業帳票類

| NO. | 帳票名 | 記入者 | 主な項目内容 |
|------|--------------------|------|--|
| 調査票① | 特別養護老人ホーム体制調査票 | 特養 | <ul style="list-style-type: none"> 併設施設、入所定員、協力医療機関、ユニットケア、加算の届出 職員数、看護職員の勤務時間 要介護度別入所者数、医療処置提供状況 |
| 調査票② | 訪問看護対象者（モデル対象者）調査票 | 特養 | <ul style="list-style-type: none"> 診断名、病歴、受療状況 身体症状、全身症状、日常生活の状況 家族の状況 施設の看護職員が実施している看護内容 |
| 調査票③ | 連携に関する打合せ記録 | 特養 | <ul style="list-style-type: none"> 特養・ステーション間での打合せ記録、連携状況等（主にモデル事業開始前の調整について） |
| 調査票④ | 訪問看護ステーション体制調査票 | 訪問看護 | <ul style="list-style-type: none"> 併設施設、加算の届出、営業日 職員数、夜間・早朝の看護勤務体制 利用者数（医療保険・介護保険） 医療処置の実施状況 |
| 調査票⑤ | 訪問看護記録票 A | 訪問看護 | <ul style="list-style-type: none"> 訪問看護師が実施した看護内容・所要時間 |
| | 訪問看護記録票 B | 訪問看護 | <ul style="list-style-type: none"> 訪問日・時間 ケア以外の内容・所要時間 訪問対象者についての変化 |
| 調査票⑥ | 夜間・早朝相談票 | 特養 | <ul style="list-style-type: none"> 夜間・早朝に特養介護職⇒特養看護職 or 訪問看護ステーションに連絡した内容・回数 |
| 調査票⑦ | モデル事業評価表 | 特養 | <ul style="list-style-type: none"> 1ヶ月の受診者数、入院者数、特養看護職へのオンコール回数等（モデル前/後） 訪問看護サービスが入ることの利点 モデル事業による効果・評価 特養と訪問看護ステーションの連携上の課題 |
| 調査票⑧ | 訪問看護計画記録票 | 訪問看護 | <ul style="list-style-type: none"> 訪問看護対象者のアセスメント・計画・実施・評価 |
| 調査票⑨ | 特養看護職員タイムスタディ票 | 特養 | <ul style="list-style-type: none"> 特養看護職員の業務内容・業務時間（訪問看護ステーションの訪問ある日/ない日） |

(2) 対象施設へのモデル事業内容説明

モデル事業を実施するにあたり、事業実施対象施設に向けて説明を行い、ペアを構築する特別養護老人ホームと訪問看護ステーションとの間で、訪問看護介入方法・内容・回数等についてコンセンサスを得た。説明会は特養と訪問看護ステーションのペア単位で実施した。

(3) 対象施設へのヒアリング実施

モデル事業の実施結果について、モデル事業実施4週間後に特養・訪問看護ステーションを対象としてヒアリング調査を実施した。ヒアリング対象は特別養護老人ホームの看護職員、介護職員、訪問看護ステーションの看護職員とした。

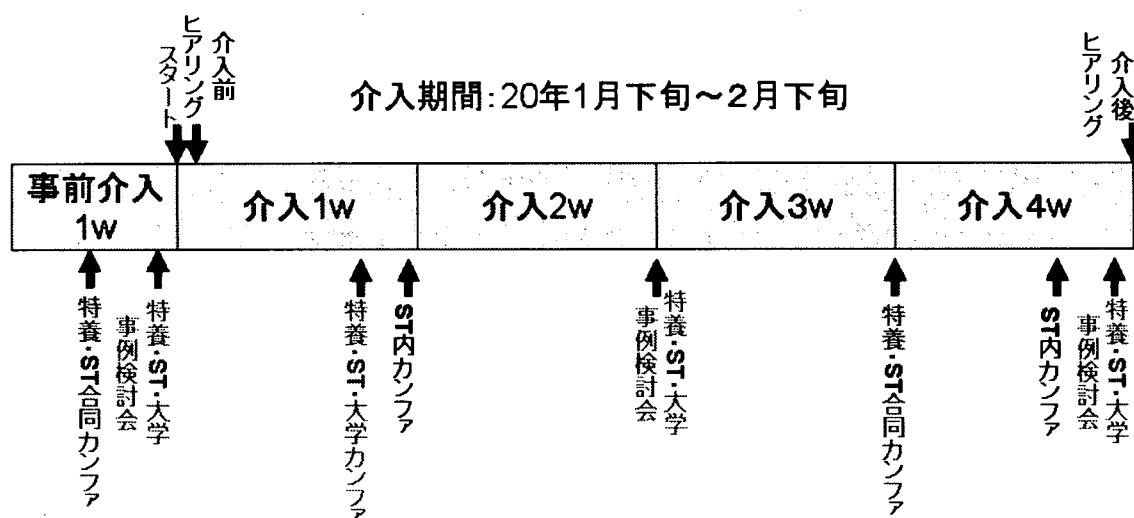
3) モデル事業の実施

モデル事業実施期間は平成20年1月～2月とし、各ペアにおいて、訪問看護ステーションからの訪問を4週間実施した。なお、訪問看護ステーションは、特養の配置医からの指示を受けて訪問看護を行った。

特別養護老人ホームの看護職は通常の看護業務を行い、本モデル事業で訪問看護の対象として抽出した利用者に対して、訪問看護ステーションからの訪問を行った。訪問看護介入方法・内容・回数・時間等については、個別の入所者の状況に基づき、各ペア間での合意に基づき実施した。

また、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーション双方間で適宜カンファレンスを実施し、必要に応じて訪問看護の介入方法・内容・回数・時間等の変更を行った。

図表 C-I-3 モデル事業期間



4) 倫理的配慮

(1) 研究協力依頼

- ①調査対象施設の施設長には、研究者が依頼文を用いて研究目的、意義、内容、方法、対象者の権利、利点とリスクについて面接により説明し、書面にて同意を得る。
- ②対象者（特養の看護師、訪問看護ステーション看護師）にも同様に、研究者が依頼文を用いて研究目的、意義、内容、方法、対象者の権利、利点とリスクについて面接により説明し書面にて同意を得る。
- ④入所対象者にも同様に、研究者が依頼文を用いて研究目的、意義、内容、方法、対象者の権利、利点とリスクについて面接により説明し、書面にて同意を得る。
なお、理解力低下が考えられる対象者には家族（または代理人）に説明と同意を得る。

(2) データの取り扱い

- ①データ分析は、データをすべて匿名化し ID 番号で取り扱う。
- ②施設名の公表や、個人の結果を施設に公表することはなく、匿名性の保護に留意する。

5) モデル事業実施対象施設

本モデル事業開始にあたり、特別養護老人ホーム 4 ヶ所を選定した。特別養護老人ホームの居住者の介護度と医療ニーズの程度を考えた場合、特別養護老人ホームの設置年数が古いほど、入居者の介護度や重症度、医療ニーズが高くなることは予測される。さらに、医療施設と併設されたり、近隣に医療施設がある場合は、特別養護老人ホームの入居者は医療や看護のサービスを受けやすい状況にあり、反面、医療施設が近隣にない場合は、入居者は離れた医療施設へ通院する必要性があり、看護職の必要性が高くなることが考えられる。また、特別養護老人ホームは設置年度によって、入居形態が変わり、最近設置された施設は、入居者は個室で、かつユニット形式の居住形態になっている。3年以上前に設置された特別養護老人ホームは、1室4人の入居者で、かつ、病棟のように大きなフロアから成り立っている。このような入居形態が異なる場合、入居者の安全管理や感染症管理などの状況が異なり、看護職の業務への影響もあると推測される。

これらのことを踏まえ、以下の条件の下に、特別養護老人ホームを選定した。

- 1) 特別養護老人ホームの入居者の居住形態が多様であること。
 - ① ユニット型、個室
 - ② 2人から4人が同室となる多床室、大きなフロア形式
- 2) 特別養護老人ホームと医療施設との併設の有無
 - ③ 医療施設が併設されている場合
 - ④ 特別養護老人ホームが独立した施設で医療施設が近隣にない場合
 - ⑤ 特別養護老人ホームは独立型であるが、医療施設が近隣にある場合
- 3) 特別養護老人ホームの設置年数
 - ⑥ 設置年数が10年以上
 - ⑦ 設置年数が5年以上10年未満
 - ⑧ 設置後1～2年

これらの条件を組み合わせると4つの施設が選定された。それぞれの施設の特徴を条件別に示す。

図表 C-I-4 特養別 居住形態、医療施設の併設状況、設置年数

| | 居住形態 | 医療施設の併設、近隣の医療施設の存在 | 設置年数 |
|---------|----------|--------------------|------|
| A | 個室、ユニット型 | 併設なし、医療施設に近い | 2年 |
| B | 多床室、1フロア | 同じ敷地内病院の併設あり、 | 6年 |
| C | 多床室、1フロア | 併設なし、医療施設に遠い | 15年 |
| D(夜間介入) | 多床室、2フロア | 病院の併設あり、隣接している | 41年 |

Ⅱ. 研究結果

1. 特養と訪問看護ステーションの連携（日中の連携パターン）

1) 特別養護老人ホームと訪問看護ステーションの概要

特別養護老人ホームに訪問看護ステーションから日中訪問する形で連携をしたのが、ペア A、B、C である。

図表 C-II-1 モデル事業対象施設

| | | 所在地 | 連携内容 |
|------|----------------------|-----|---|
| ペア A | A 特養 A 訪問看護ステーション | A 県 | ユニット型特養（定員 50 人）と訪問看護ステーション（特養から 10 分）の連携 |
| ペア B | B 特養 B 訪問看護ステーション | B 県 | 従来型特養（定員 50 人）と訪問看護ステーション（特養から 35 分）の連携 |
| ペア C | C 特養 C 訪問看護ステーション | C 県 | 従来型特養（定員 80 人）と訪問看護ステーション（特養から 30 分）の連携 |

(1) 特別養護老人ホームの概要（2007.11 現在）

① A 特別養護老人ホーム

A 特別養護老人ホームは、特養定員 50 人、短期入所定員 10 人の施設であり、ユニットケア（1 ユニット 10 人×6 ユニット）である。独立型の施設で、医療施設や福祉施設との併設はされていない。看護職員は常勤 3 人であり、うち 1 人が夜間・早朝のオンコールに対応しており、看護職員の負担が大きい。市内の中心にあり、入居者がよく利用する医療施設は、車で約 5 分から 10 分で行くことができる。

待機者が 150 人おり、これからは「医療処置が多い」などの理由で入所を断るのが難しくなると考えている。今回のモデル事業においては、特に訪問看護の介入が必要と考えた利用者 4 人（胃瘻管理、吸引（呼吸管理）が必要）を対象としてモデル事業を実施した。特養と訪問看護ステーションとの距離は、車で 10 分（4km）と比較的近い。

A 施設は平成 18 年 5 月に開設した。A 施設がある地域は、A 県 A 市で、人口約 87,000 人の地方都市である。この地方都市は周囲に山間部があり、主な産業は農林業、観光、工業である。A 市の高齢者人口割合は 21.8（平成 17 年）である。A 県の県庁所在地や新幹線が止まる交通の中心地である T 市に、JR で約 30 分の比較的近い立地条件である。

A 施設は A 市内の中心部に位置し、JR の駅から約 1.5km、市の市街地活性化事業の一環として最近設立された。

②B 特別養護老人ホーム

B 特別養護老人ホームは、特養定員 50 人、短期入所定員 10 人の施設であり、病院（120 床）に併設している。看護職員は 2 人であり、うち 1 人が夜間・早朝のオンコールに対応している。夜間のオンコール体制は、看護職への負担は大きいですが、夜間の緊急時は隣接する病院の医師や看護師に相談したり、指示をもらうことができる。

今回のモデル事業においては、特に訪問看護の介入が必要と考えた利用者 4 人（ストマ、意欲低下、暴言、褥瘡等）を対象としてモデル事業を実施した。

特養と訪問看護ステーションとの距離は、車で 35 分（11km）と比較的遠方である。

B 施設は平成 14 年に開設し、B 県 B 市にある。B 施設がある地域は平成 18 年 1 月に B 市に合併したので、B 施設の周囲は畑に囲まれた山間部である。B 市の中心部からは車で 30 分くらいかかる。公共交通機関は 1 日に数本のバスなので、家族は面会には車で来る。B 施設がある地域の高齢者人口割合は 19.8(平成 17 年)で、主な産業は農林業である。B 市は人口 340,000 人で、B 県の交通の中心地であり、商業・工業も盛んな都市である。B 施設がある地域は、B 市のベッドタウンとしての特徴がある。

なお、B 施設は、医療法人としての病院、社会福祉法人としての B 特別養護老人ホームをはじめ、地域に総合的な福祉サービスを展開している。

③C 特別養護老人ホーム

C 特別養護老人ホームは、特養定員 80 人、短期入所定員 20 人の施設であり、ケアハウスを併設している。看護職員は、常勤 3 人であり、うち 1 人が夜間・早朝のオンコールに対応しており、看護職員の負担が大きい。配置医は約 6km はなれたところにおり、入居者がよく利用する医療施設は、車で約 10～30 分かかかる。

今回のモデル事業においては、特に訪問看護の介入が必要と考えた利用者 10 人（発熱を繰り返し肺炎による入院の既往のある者）を対象としてモデル事業を実施した。

C 施設は平成 5 に開設し、C 県の県庁所在地 G 市に隣接した C 市にあり、総面積の約 80%を森林が占める。C 施設がある地域は平成 17 年 2 月に C 市に合併し、C 施設は山の中腹に位置し、周辺は山林と田畑に囲まれた田園地帯である。C 市の中心部からは車で約 30 分かかかる。市内の公共交通機関は地域によって異なるが 1 日に数本のバスが主であるので、家族は自家用車で面会に来る。C 市の人口は約 94,000 人であり高齢者人口割合は 19.2 である(平成 17 年)。

図表 C-II-2 特別養護老人ホームの概要

| | 特養 A | 特養 B | 特養 C |
|------------|---|--|--|
| 併設施設の状況 | 通所介護、短期入所生活介護 | 病院 (120 床) | 通所介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護 |
| 入所定員 | 特養 50 名 ショート 10 名 | 特養 50 名 ショート 10 名 | 特養 80 名 ショート 20 名 |
| ユニットケア | ユニットケア (10 人×6 ユニット) | なし | なし |
| 看護職員数 | 常勤 3 名 (換算 2.1 名) 非常勤 0 人 | 常勤 3 人 (換算 2.0 名) 非常勤 0 人 | 常勤 3 名 (換算 3.0 名) |
| 看護職員の勤務シフト | 早番 (7:30~16:30) 1 名 遅番 (10:30~19:30) 1 名 ※上記以外の時間はオンコール対応 | 日勤 (8:30~17:30) 2~3 名 (日曜日のみ 1 人) | 早番 (8:00~17:00) 1 名 日勤 (8:30~17:30) 1 名 遅番 (10:00~19:00) 1 名 |
| 夜間・早朝の看護体制 | ・夜間・早朝は定常的に電話 (オンコール) に対応 ・看護職員が 1 人に対応 | ・夜間・早朝は定常的に電話 (オンコール) に対応 ・看護職員が 1 人に対応 | ・夜間・早朝は定常的に電話 (オンコール) に対応 ・看護職員が 3 人に対応 (遅番の人が対応) |
| 往診回数 | 定期的に週 2 回 (火、金) | 定期的に週 1 回 (水) | 定期的に週 2 回 (火、土) |
| 加算 | 重度化対応加算 あり 看取り介護加算 なし | 重度化対応加算 あり 看取り介護加算 あり | 重度化対応加算 あり 看取り介護加算 なし |

(2) 訪問看護ステーションの概要

今回のモデル事業においては、訪問看護ステーションから訪問看護師が定期的に特別養護老人ホームに訪問する必要があるため、近隣の訪問看護ステーションにモデル事業への参加意向を募り、意向のあった訪問看護ステーションにモデル事業への協力を依頼した。

図表 C-II-3 ステーションの概要

| | 訪問看護ステーション A | 訪問看護ステーション B | 訪問看護ステーション C |
|------------|---|--|--|
| 利用者数 | 55 名 (介護保険 40 名、医療保険 15 名) | 43 名 (介護保険 19 名、医療保険 24 名) | 31 名 (介護保険 27 名、医療保険 4 名) |
| 看護職員数 | 常勤 2 名 非常勤 7 名 (換算 5.5 名) | 常勤 3 名 (換算 3 名) 非常勤 6 名 (換算 3.3 名) | 常勤 2 名 (換算 2 名) 非常勤 1 名 (換算 0.8 名) |
| 看護職員の勤務シフト | 9:00～17:00 (月・火・水・木・金) | 9:00～17:00 (月・火・水・木・金) | 8:30～17:15 (月・火・水・木・金) |
| 夜間・早朝の看護体制 | <ul style="list-style-type: none"> ・夜間・早朝は電話 (オンコール) で対応 ・6 人の職員が交代で対応 ・1 ヶ月の対応回数 7 回 (うち、4 回は利用者宅へ訪問) | <ul style="list-style-type: none"> ・夜間・早朝は電話 (オンコール) で対応 ・4 人の職員が交代で対応 ・1 ヶ月の対応回数 9 回 (うち、2 回は利用者宅へ訪問) | <ul style="list-style-type: none"> ・夜間・早朝は電話 (オンコール) で対応 ・2 人の職員が交代で対応 ・1 ヶ月の対応回数 20 回 (うち、20 回は利用者宅へ訪問) |
| 加算 | 【介護保険法】 <ul style="list-style-type: none"> ・緊急時訪問看護加算 あり (33 件) ・特別管理加算 あり (12 件) ・ターミナルケア加算 あり (1 件) | 【介護保険法】 <ul style="list-style-type: none"> ・緊急時訪問看護加算 あり (11 件) ・特別管理加算 あり (3 件) ・ターミナルケア加算 あり (0 件) | 【介護保険法】 <ul style="list-style-type: none"> ・緊急時訪問看護加算 あり (20 件) ・特別管理加算 あり (38 件) ・ターミナルケア加算 あり (0 件) |
| | 【健康保険法等】 <ul style="list-style-type: none"> ・24 時間連絡体制加算 あり (15 件) ・重症者管理加算 あり (9 件) ・ターミナル療養費 あり (1 件) | 【健康保険法等】 <ul style="list-style-type: none"> ・24 時間連絡体制加算 あり (23 件) ・重症者管理加算 あり (13 件) ・ターミナル療養費 あり (0 件) | 【健康保険法等】 <ul style="list-style-type: none"> ・24 時間連絡体制加算 あり (4 件) ・重症者管理加算 あり (4 件) ・ターミナル療養費 あり (0 件) |