

③南筑後保健福祉環境事務所の取り組み

－退院支援部署をキーに病院と在宅をつなぐ－

管内に退院支援を積極的に行う病院があった。住民が在宅を希望しているのか、この地域でどのようにすれば在宅療養が可能になるのか等を検討するには、退院支援部署の実態把握が必要と考え、ヒアリングや事例提供を依頼し、課題を共有することから始めている。医師会との協働にも力を入れ、研修会に医師会の生涯学習ポイントをつけてもらう等の連携を図った。

④京築保健福祉環境事務所の取り組み

－既存のネットワークを活かし事例をきっかけに推進－

管内では、保健所がこれまで構築してきた難病のネットワークが有機的に機能していた。そのため、難病のネットワークを活かすことが効果的・効率的と考え、協議会メンバーも難病のネットワークをベースに構成を考えた。事業を周知した結果、そのネットワークを通じて住民だけでなく関係職種からも、緩和ケアに関する相談が増えた。住民ニーズや地域の課題を具体的に把握することにつながると考え、ひとつひとつの事例に丁寧にかかわった。関係職種との連携体制も、事例を通じて課題を共有し、手探りで協働する過程を経ることによって構築していった。

図表Ⅳ-2-5 各地域の強みを中心とした地域特性

	①住民・療養者	②サービス提供機関	③ネットワーク
宗像・遠賀	・住民組織活動が活発	・在宅の看取りに熱心な ST がある	・薬剤師会が在宅医療に積極的
嘉穂・鞍手		・緩和ケアチームを持つ病院がある	
南筑後		・相談件数が多い病院退院支援部署がある ・在宅の看取りに熱心な ST がある	
京築		・在宅の看取りに熱心な診療所・ST がある	・難病ネットワークがある

(3) モデル事業の実施プロセスを基にしたてびきの作成 (付録参照)

4 箇所保健所の実施プロセスを基に、在宅医療推進マニュアル (福岡県在宅医療

推進事業てびき)を作成した。てびき作成の基になったデータは、2年間の担当者会議の資料や議事録、年に2回のヒアリングの逐語録であった。それを基に共通となる実施内容を抜き出し、体系的に整理した。実施内容の相違性については、地域の活動特性として、まとめた。

体系的に整理したたたき台を基に、事業担当者および研究者で集まって話し合い、過不足を補い、洗練を重ね完成させた（(全2回、1回につき3-4時間程度、人数1回目：6名、2回目：7名)）。

このてびきを基に、平成22年度より、まだ本事業を実施していない福岡県の他の全保健所5箇所でも事業を開始する。

3. 訪問看護ステーションのモデル事業

3.1 医療依存度の高い在宅療養者に対する訪問看護・訪問介護の

一体型サービス提供事業（訪問看護と訪問介護の一体型サービス事業）

1) 事業の背景・目的

医療依存度の高い在宅療養者へのケアは、看護師 1 名ではケアの効率が悪い場合や看護師の負担が大きいことがある。家族介護者の手を借りてケアを行うことも多いが、その場合、介護者の休養を確保できないという問題が生じる。一方で、現在、訪問看護師は全国的に不足し、さらに小規模な事業所が多い。そのため、必要を感じても訪問看護師 2 名が日常的に訪問することは難しい。訪問場面で看護師以外の人手を補う方法として、訪問看護と訪問介護サービスを同じ時間に併用することが制度上可能であるが、事前の情報、手技の共有や緊急訪問への対応が難しく、その連携の仕組みは十分整備されていないのが実情である。

このため、本研究では介護福祉士もしくはヘルパー（以後、介護職員）を訪問看護ステーションが直接雇用し、同行して訪問を行うこと（以後、同行訪問）により、訪問看護師 1 名ではケアの効率が悪い利用者への訪問看護の負担を軽減し、さらにケアの効率化を進めていくためのサービス提供のあり方について、モデル事業を通して実証的に研究することを目的とした。

2) 事業の概要

(1) 実施主体

福岡県 保健医療介護部 医療指導課

(2) モデル事業参加事業所

図表Ⅳ-3-1 モデル事業参加ステーション

福岡市	株式会社マイケア アムナス訪問看護ステーション
みやま市	訪問看護ステーションすいせん
宗像市	宗像医師会訪問看護ステーション
行橋市	ひと息の村訪問看護ステーション
久留米市	訪問看護ステーションくるめ
北九州市	北九州小倉医師会 小倉医師会訪問看護ステーション（9月より参加）

(3) モデル事業担当者会議

平成 21 年 6 月 17 日 第一回担当者会議

平成 21 年 11 月 29 日 第二回担当者会議

平成 22 年 2 月 17 日 第三回担当者会議

3) モデル事業の実施方法

(1) モデル事業の内容

対象事例への訪問看護に、ステーション管理者の判断に応じて介護職員が同行し、訪問看護業務の補助を行う。訪問看護業務の補助とは、訪問看護ケアの補助および周辺業務とし、単独の家事援助等は含まない。

(2) モデル事業の実施期間

平成 21 年 8 月 1 日～平成 22 年 2 月 28 日とした。

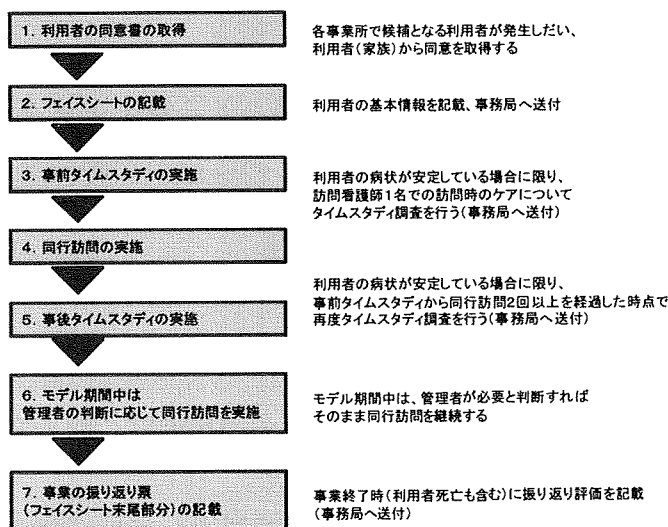
(3) モデル事業参加介護職員の事前研修会

モデル事業開始前に、同行する介護職員に対して訪問看護の内容やケアに関する事前研修会を行った。「訪問看護に同行する際に介護職員に知っていて欲しいこと、技術」をテーマに担当者会議で内容を決定し、研修会ではステーション管理者による講義、および実習を行った。

平成 21 年 7 月 16 日に、九州大学 医学部保健学科看護学専攻地域看護学実習室にて行った。

(4) モデル事業の実施方法

モデル事業の実施フローは次の通りである。



図表Ⅳ-3-2 モデル事業の実施フロー

4) モデル事業の実施結果

(1) 対象ステーションの概要

6ステーションの概要は下表の通りである。訪問介護を併設している事業所が2か所あった。

図表Ⅳ-3-3 モデル事業対象ステーションの概要

	開設主体	訪問看護師数 (常勤換算)	実利用者数 (9月実績)	訪問介護 ステーションの併設
事業所 A	医療法人	11.1名	95名	あり(同一敷地内)
事業所 B	医師会	9.2名	104名	なし
事業所 C	医療法人	7.0名	79名	なし
事業所 D	看護協会	9.5名	93名	なし
事業所 E	営利法人	6.0名	18名	なし
事業所 F	医師会	11.5名	158名	あり(同一敷地内)

(2) 対象利用者

本モデルでは、以下の条件にあてはまるとステーション管理者が判断した者をモデル事業対象者として選定した。条件1、2は「複数名訪問加算(介護保険制度)」をそのまま転用した。条件3、4はより具体的な条件として、担当者会議において決定した。

条件1：利用者の身体的理由により1人での訪問看護が困難と認められる場合

条件2：暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合

条件3：利用者が、処置時の適切な体位が自力で保持できない場合

条件4：日常的に介護者の協力を得て訪問看護を行っており、補助者が別途必要と認められる場合

モデル事業終了時までの全利用者は72名であった。このうち、タイムスタディ調査を行ったものは48名、ターミナルで病状が不安定なために行わなかったものは24名であった。

(3) 対象者(72名)、および主介護者の基本属性

①対象者の基本属性

対象者の平均年齢は67.6歳で、小児(20歳未満)が5名(6.9%)、成人が16名(22.2%)、高齢者(65歳以上)が67名(60.9%)だった。

男性が41名(56.9%)とやや多く、訪問看護は医療保険で利用している者が41名(56.9%)と多かった。独居者は8名(11.1%)だった。

本人の ADL を Katz index で判定したところ、入浴、更衣、トイレ動作、移乗についてはほぼ全ての対象者で介助が必要であり、身体介助の必要性の高い対象者がほとんどであった。

②主介護者の基本属性

主介護者が不在の者は3名のみであった。主介護者は配偶者が38名(52.8%)と最も多く、次いで息子・娘が19名(26.4%)、母親が9名(12.5%)であった。対象者の63名(87.5%)が、主介護者と同居していた。

n=72		n=72	
年齢	67.6±22.5	年代	
20歳未満	5 (6.9)	50歳未満	13 (18.1)
21～64歳	16 (22.2)	50～64歳	26 (36.1)
65～84歳	39 (54.2)	65～74歳	12 (16.7)
85歳以上	12 (16.7)	75歳以上	17 (23.6)
性別		続柄	
男性	41 (56.9)	配偶者	38 (52.8)
女性	31 (43.1)	息子・娘	19 (26.4)
訪問看護の利用制度		息子の妻	2 (2.8)
医療保険のみ	41 (56.9)	母親	9 (12.5)
介護保険のみ	23 (31.9)	不在	3 (4.2)
その他	8 (11.1)	本人との同居	
同居者		同居	63 (87.5)
なし(独居)	8 (11.1)		
ADL (Katz index)による			表中の値は n(%)
入浴 要介助	70 (97.2)		
更衣 要介助	70 (97.2)		
トイレ動作 要介助	69 (95.8)		
移乗 要介助	68 (94.4)		
排便コントロール 要介助	63 (87.5)		
食事 要介助	51 (70.8)		

図表Ⅳ-3-4 対象者および主介護者の基本属性

③対象者の年代・疾患による分類

小児では5名中先天性神経難病が4名と多かった。

成人・高齢者では、67名中ターミナル期にあるものが24名(35.8%)、ターミナル期でないものが43名(64.2%)いた。

ターミナル期でないもののうち、主疾患にがんを含むものが7名(10.4%)いた。がんではなく、神経難病が主疾患の者が11名(16.4%)、がん、神経難病のどちらも含まず、脳梗塞後遺症のものが11名(16.4%)いた。

ターミナル期にあるものでは、主疾患にがんを含むものが17名(25.4%)いた。がんではなく、神経難病が主疾患の者が2名(3.0%)、がん、神経難病のどちらも含まず、脳梗塞後遺症のものが3名(4.5%)いた。

以上より、今回の対象者は、小児では神経難病が、ターミナル期にある成人ではがん患者が、ターミナル期にないものでは神経難病、および脳梗塞後遺症の者が多かったと言える。

n=5	
小児	
先天性神経難病	4 (80.0)
n=67	
成人・高齢者	
ターミナル期でない	43 (64.2)
がん	7(10.4)
神経難病	11(16.4)
脳梗塞・脳出血後遺症	11(16.4)
その他	14(20.9)
ターミナル期	24 (35.8)
がん	17(25.4)
神経難病	2(3.0)
脳梗塞・脳出血後遺症	3(4.5)
その他	2(3.0)

表中の値は n(%)

図表Ⅳ-3-5 対象者の疾患

④年代・疾患による分類と、同行訪問の目的

訪問看護師が同行訪問を導入する目的を、各対象者について複数回答で求めた。その結果、小児の対象者ではその全員に「介護者の休養、休息」が目的とされていた。

成人・高齢者では、ほぼ全ての対象者（84.6～95.7%）に「安全・安楽の確保」が導入目的として挙げられた。さらに疾患による分類では、脳梗塞等の者で「看護師の負担軽減」が12名（92.9%）と多かった。また、「介護者の休養、休息」が神経難病の者では69.2%であった。「滞在時間の短縮」を目的としたものはがん（70.7%）、および脳梗塞等（78.6%）の者で多かった。

成人・高齢者では、ほぼ全ての対象者（84.6～95.7%）に「安全・安楽の確保」が目的として該当した。さらに疾患による分類では、脳梗塞等の者で「看護師の負担軽減」が12名（92.9%）と多かった。また、神経難病の者では「介護者の休養、休息」が（69.2%）、がん（70.7%）、および脳梗塞等（78.6%）の者では「滞在時間の短縮」を目的としたものが多かった。

	n=72				
	小児	成人・高齢者			
		がん ^{注2)}	神経難病	脳梗塞等	その他
	5 (100.0)	24 (100.0)	13 (100.0)	14 (100.0)	16 (100.0)
安全・安楽の確保	3 (60.0)	23 (95.8)	11 (84.6)	13 (93.0)	15 (93.8)
ケアの充実、追加	2 (40.0)	4 (16.7)	7 (53.8)	7 (50.0)	4 (25.0)
介護者の休養、休息	5 (100.0)	10 (41.7)	9 (69.2)	6 (42.9)	5 (31.3)
看護師の負担軽減	0 (0.0)	8 (33.3)	7 (53.8)	13 (92.9)	12 (75.0)
滞在時間の短縮	2 (40.0)	17 (70.8)	5 (38.5)	11 (78.6)	13 (81.3)

表中の値は n(%)

図表Ⅳ-3-6 年代・疾患による分類別、同行訪問の目的

(4) タイムスタディ対象者（48名）の分析

ターミナル期の成人・高齢者 24名（33.3%）を除いた 48名（66.7%）については、通常の訪問時と同行訪問時の内容を比較するため、訪問時のケア内容に関するタイムスタディ、およびアンケート調査を事前、事後のそれぞれで行った。以後、この 48名について調査結果を報告する。

①通常の訪問時と同行訪問時のケア状況の変化による分類

介護職員が同行する前と、同行したときの状況の変化から、同行訪問によるケア状況の変化を大きく 4つに分類した。そのうち、介護職員が同行することによってケア提供者が増えたものが最も多く 34名（70.8%）であった。

さらに、介護職員が同行することによって、普段ケアに同席していた家族介護者がケアに参加せずその場を離れることができたものが 10名（20.8%）いた。そのうち神経難病のものが 4名、脳梗塞等のものが 3名と、小児やがんのものと比較して家族がケアを離れたものの割合が高かった。また、普段訪問看護師 2名で訪問していたが、看護師が同行せずに済んだものが 2名（4.2%）いた。

n=48					
	小児	成人・高齢者			
		がん ^{注2)}	神経難病	脳梗塞等	その他
	5 (100.0)	7 (100.0)	11 (100.0)	11 (100.0)	14 (100.0)
A ケア提供者が増えたもの 34名 (70.8%)					
看護師のみ → 看護師と介護職員	0 (0.0)	5 (71.4)	4 (36.4)	6 (54.5)	10 (71.4)
看護師と家族 → 看護師と介護職員と家族	4 (80.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	2 (18.2)	2 (14.3)
B 家族がケアを離れることができたもの 10名 (20.8%)					
看護師と家族 → 看護師と介護職員	0 (0.0)	1 (14.3)	4 (36.4)	3 (27.3)	2 (14.3)
C 看護師2名が訪問せずに済んだもの 2名 (4.2%)					
看護師2名 → 看護師と介護職員	1 (20.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
D その他 2名 (4.2%)					
その他	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)

表中の値は n(%)

図表Ⅳ-3-7 年代・疾患による分類別、ケア状況の変化

②状況の変化による分類と、滞在時間の変化

(i) A ケア提供者が増えたもの 34名 (70.8%)

介護職員の同行によって、滞在時間は約 12分短縮した。特に、準備・片付けの時間が約 9分短縮し、一方で看護師と本人・家族の会話時間が長くなっていた。

また、看護師による訪問ケアの全体的な評価では、自身の行ったケアに満足、もしくはまあ満足と回答したものが9名(26.5%)から30名(88.2%)に増加していた。さらに、看護師自身にとって訪問が負担である、とても負担であると回答したものは25名(73.5%)から3名(8.8%)に減少していた。

訪問中の行為別分數	n=34		
	単独時	同行時	変化量
合計 滞在時間(分)	82.9 ±19.0	70.6 ±16.1	▼12.3
看護師の直接ケア時間(分)	50.6 ±14.7	45.2 ±17.1	▼5.4
医療処置の時間(分)	16.3 ±14.2	14.8 ±10.5	▼1.5
身体介護の時間(分)	34.3 ±13.3	30.5 ±15.6	▼3.8
看護師の準備・片付けの時間(分)	16.0 ±7.0	7.1 ±5.6	▼8.9
看護師の観察・情報収集の時間(分)	8.8 ±2.8	7.4 ±2.7	▼1.4
看護師の会話・意思疎通の時間(分)	2.0 ±2.9	5.1 ±7.2	△3.1
介護職員との協働ケア時間(分)	—	22.2 ±11.7	—
看護師の評価			
自身が行ったケアについて			
満足、まあ満足	9 (26.5)	30 (88.2)	—
不満、やや不満、どちらでもない	25 (73.5)	4 (11.8)	—
自身への身体的負担について			
負担はない、どちらでもない	8 (23.5)	31 (91.1)	—
とても負担、まあ負担	26 (76.5)	3 (8.8)	—

表中の値は平均値±標準偏差もしくはn(%)

図表IV-3-8 タイムスタディ結果(ケア提供者が増えたもの)

さらに、「同行訪問の効果」として事業終了後の看護師の評価(自由記載)を、以下に示す。

n=34	
本人にとっての効果、ケアの変化	
ゆっくり食事介助が行えるので、食事摂取量が多くなった	
安楽な体位で処置を受けることができた(体位変換時などの苦痛が軽減した)	
処置時間が短くなったことで、処置による身体的負担が軽減した	
ケアがスムーズに行えたことにより、普段できなかったケアができるようになった	
リハビリを行う時間が増えた	
常にだれかが側にいることで、不安がかなり軽減した	
家族介護者にとっての効果	
訪問にあわせて外出ができた(普段は手伝わないが別の部屋で待機していた)	
落ち着いて休養をとることができた	
看護師にとっての効果	
腰の負担が大変軽くなった	
利用者からの暴力がなくなり、身体的にも精神的にも楽になった	
常に側を離れずに済むので、急変に対する不安が軽減しゆとりをもってケアできた	
本人の反応をゆくり確かめ余裕ができたことで、自分のケアに達成感ももてた	
事業所にとっての効果	
急きよ担当看護師が訪問できなくなって、別の看護師に変更になった場合、介護職員が本人に慣れているので、引き継ぎがスムーズだった	

図表IV-3-9 看護師の振り返り評価(ケア提供者が増えたもの)

以上のことより、A ケア提供者が増えたもの(34名)では、同行訪問によって滞在時間が短縮され、看護師のケアに対する自己評価が高くなり、負担も軽減していた。それは、介護職員が「準備・片付けを担当すること」に加え、「処置中の体位の支持」により作業が効率化されたためと考えられる。また、人手が増えたことにより「処置中も顔を見ながら声かけをしてもらえる」、「適切に体位変換

が行える」ことによってケア内容が向上し、さらに「時間に余裕ができたので必要なケアが十分行える」ことで、看護師自身のケアに対する満足度も高くなっていった。

(ii)B 家族がケアを離れることができたもの 10名 (20.8%)

介護職員の同行によって、滞在時間は約10分短縮した。特に、準備・片付けの時間が約6分短縮し、一方で医療処置の時間が長くなっていた。また、看護師自身にとって訪問が負担である、とても負担であると回答したものは9名(90.0%)から1名(10.0%)に減少していた。

	n=10		
	単独時	同行時	変化量
訪問中の行為別分數			
合計 滞在時間(分)	82.1 ±14.1	72.2 ±15.1	▼9.9
看護師の直接ケア時間(分)	45.5 ±10.9	49.3 ±15.4	▼3.8
医療処置の時間(分)	18.9 ±11.2	25.9 ±18.8	△7.0
身体介護の時間(分)	26.6 ±11.6	23.4 ±9.8	▼3.2
看護師の準備・片付けの時間(分)	16.3 ±9.1	9.8 ±6.2	▼6.5
看護師の観察・情報収集の時間(分)	10.2 ±3.9	8.9 ±4.8	▼1.3
看護師の会話・意思疎通の時間(分)	5.3 ±9.6	4.7 ±5.5	▼0.6
介護職員との協働ケア時間(分)	—	34.1 ±12.7	—
看護師の評価			
自身が行ったケアについて			
満足、まあ満足	7 (70.0)	9 (90.0)	—
不満、やや不満、どちらでもない	3 (30.0)	1 (10.0)	—
自身への身体的負担について			
負担はない、どちらでもない	1 (10.0)	9 (90.0)	—
とても負担、まあ負担	9 (90.0)	1 (10.0)	—

表中の値は平均値±標準偏差もしくはn(%)

図表IV-3-10 タイムスタディ結果 (家族がケアを離れることができたもの)

さらに、「同行訪問の効果」として事業終了後の看護師の評価(自由記載)を、以下に示す。

	n=10
本人にとっての効果、ケアの変化	
体位変換時の苦痛が軽減した	
家族と行う場合より、適切な体位で処置を行うことができた	
「気持ちいい」という言葉がよく聞かれるようになった	
ケアがより丁寧に行えるようになった	
家族介護者にとっての効果	
外出することができた	
別の部屋でゆっくり休みがとれた	
看護師にとっての効果	
家族と行うよりも身体的な負担が軽くなった	
時間が短縮され、他のケアができたので満足である	
余裕をもって家族介護者への相談・援助ができた	
事業所にとっての効果	
家族が、訪問介護の受け入れに肯定的になった(それまでは拒否的だった)	

図表IV-3-11 看護師の振り返り評価 (家族がケアを離れることができたもの)

以上のことより、B 家族がケアを離れることができたもの（10名）では、同行訪問によって滞在時間が短縮され、看護師のケアに対する評価が高まり、特に負担が軽減していた。それは、訪問看護師と一緒にケアを行うものが家族介護者から介護職員に変わることで、「看護師から指示を出しやすい、家族よりも介護職員の方が助言を申し出やすい」ことに加え、「処置中の体位の支持」、「準備・片付け」について事前に打ち合わせができており、作業が効率的に行えたことによると考えられる。また、利用者宅に看護師が1名でいく場合と比べ、スタッフ2名で訪問することで看護師は緊張感が和らぎ、会話やケアがスムーズに行えると感じていた。さらに、家族介護者が訪問看護ケアに同席していた19名のうち、10名の利用者で家族介護者が離れることができたことで、介護職員の同行訪問は「家族介護者の休養確保」につながっていた。

(iii)C 看護師2名が訪問せずに済んだもの 2名 (4.2%)

介護職員の同行によって、滞在時間やケアの内容、看護師からの評価にほとんど変化はなかった。

「同行訪問の効果」として事業終了後の看護師の評価（自由記載）を以下に示す。

	n=2
本人にとっての効果、ケアの変化	
実施したケアの内容、安全性等は変わらない 準備・片付けまで介護職員が行うことで、訪問前後の家族の負担が減り、本人も満足した。	
家族介護者にとっての効果	
準備・片付けまで介護職員にまかせることができ、ゆっくり休養をとることができた	
看護師にとっての効果	
介護職員の同行によって母の手が空いたことで、母からの情報収集が十分できた 安心してケアできた	
事業所にとっての効果	
それまで同行していた看護師の手が空いたため、他の業務にあたることができた	

図表Ⅳ-3-12 看護師の振り返り評価（看護師2名が訪問せずに済んだもの）

以上より、C 看護師2名が訪問せずに済んだもの（2名）では、訪問看護師に同行するスタッフが看護師から介護職員に変わることで、ケア内容、ケアの評価、看護師の負担に変化はなかった。このことから、看護師2名で訪問が行われている対象者でも、介護職員で代替可能な場合があることが明らかになった。今回はそうした事例が2例のみであったため、さらに事例を蓄積し、同行するスタッフが看護師である場合と介護職員である場合の役割の明確化を進めていく必要がある。

(5) 同行訪問のステーション全体にとっての効果（管理者調査・ヒアリング）

同行訪問に取り組んだことで、事業所全体としてどのような変化があったと考

えるか、6ステーションの管理者6名にアンケート調査およびヒアリングを行った。その結果を以下に示す。

	n=6
看護師の残業時間が減ったと感じる	3 (50.0)
看護師の負担が減ったと感じる	6 (100.0)
ケアの質が高まったと感じる	6 (100.0)
看護師のやる気が高まったと感じる	5 (83.3)
利用者を増やせる余裕が生まれたと感じる	6 (100.0)

表中の値は n(%)

図表Ⅳ-3-13 訪問看護ステーション全体にとっての評価

ステーション全体の看護師の負担が軽減し、ケアの質が高まったこと、および利用者を増やせる余裕が生まれたことを全ての管理者が感じていた。ヒアリングでは、ステーション内で特に負担が強い事例に介護職員が同行することで、個々の負担が軽減した結果、ステーション内の看護師全員の仕事に対する負担感が軽減していた。また、個々の事例の滞在時間が短縮されることで、訪問の移動の間にケアの記録や報告ができ、帰所後に行う事務作業が少なくなったことで残業時間が短くなっていた。看護師の負担が軽減し、時間にも余裕ができたことで、利用者を増やす余裕も生まれていた。

看護師の業務に余裕ができたことで、これまでできなかった医療機関への退院前訪問や自己研鑽の時間が確保できたというステーションもあった。さらに個々の事例で看護師のケア満足度が高くなったこともあり、ステーション全体の看護師の業務に対するやる気が高まったと感じている管理者が5名(83.3%)いた。

また、訪問看護師の負担感が軽減し、やる気が高まったことで、新規利用者の導入や緊急対応の際に個々の看護師に対して指示が出しやすくなったという管理者もいた。

以上より、同行訪問が行われることで、ステーション全体にとっても良い効果があることが明らかとなった。この結果は管理者からみた主観的評価のみであり、今後はさらに客観的な指標による評価や訪問看護師からみた評価を行い、同行訪問事業のステーションにとっての効果をさらに明確に記述していく必要がある。

(6) 同行した介護職員の感想

介護職員7名に、同行訪問の感想についてヒアリング調査を行った。その結果、7名全員が医療依存度の高い療養者に対する身体介護の技術を学ぶことができ、ケアの不安が軽減していた。また、医療依存度が高いものに対して、介護職員でも十分介護できるという自信がついたことにより、今後の介護の仕事(訪問介護等)でも積極的に受け入れたいという意見が多かった。

特に、ターミナル期の療養者に対する身体介護の技術、ケア時の声かけ、家族

への配慮について、看護師のケアを継続的にみることができたことが良かったという意見が多かった。それまで訪問看護について良く知らなかったというものが5名いたが、本事業終了後も訪問看護師と積極的にかかわり、一緒に仕事をしたいという意見が7名全員から聞かれた。

今回、看護師の補助として訪問したことに対しては、「役割分担が明確で、指示がもらえるのでやりやすい」という意見が多かった。また、「違う職種ということもあり、対等に扱ってもらえたことでやりやすかった」、「看護師が頼りにしてくれているのを感じて、励みになった」など、看護師との関わりを肯定的に評価していた。

(7) 同行訪問の実施体制

①同行訪問 1 件あたりの介護職員勤務時間

同行訪問 1 件あたりの介護職員勤務時間をステーションごとに以下に示す。介護職員の 1 カ月の勤務時間は、同行訪問件数の多いステーション E、F、および常勤で介護職員を雇用しているステーション B、A の順に長かった。同行訪問 1 件を行うのに必要な介護職員の勤務時間は 1.5 時間から 2.9 時間で、平均 2.4 時間であった。

全ての介護職員が非常勤、平均時給 1,142 円（平成 20 年介護労働実態調査 介護職員訪問系 平均時給）とすると、同行訪問 1 件にかかる人件費は 2,741 円となる。今後は、この費用をだれがどのように負担していくか、検討していく必要がある。

	介護職員の 雇用人数	介護職員の 勤務時間(時間)	同行訪問 件数(件)	勤務時間(時間)／ 同行訪問(件)
ステーションA	常勤1名	110.1	39.6	2.9
ステーションB	常勤1名	139.5	57.6	2.4
ステーションC	非常勤2名	18.1	11.9	1.5
ステーションD	常勤1名、非常勤2名	258.7	115.4	2.3
ステーションE	非常勤1名	216.7	85.9	2.5
ステーションF	非常勤1名	95.9	36.2	2.7
平均値		140.0	57.7	2.4

図表Ⅳ-3-1 4 同行訪問の実施体制

②利用者の支払い意思調査

全ての事業終了後に、全対象者 72 名の主介護者（不在で本人が意思疎通可能な場合は本人）に対し、同行訪問に対する評価、および支払い意思に関する調査を行い、42 名（回収率 58.3%）の回答を得た。その結果、介護職員が同行して良かったというものが 36 名（76.2%）おり、そのうち 32 名（76.2%）は支払いが必要だとしても、同行訪問の利用を希望していた。

n=42	
介護職が同行して良かった	36(85.7)
支払いが必要だとしても、同行訪問を希望する	32(76.2)
支払いが必要だとすれば、訪問看護師一人で良い	4(9.5)
支払いが必要だとすれば、訪問看護師一人で良い	4(9.5)
介護職が同行しても、あまり変わらない、よくわからなかった	6(14.3)

図表Ⅳ-3-15 同行訪問に対する利用者の評価

支払いが必要だとしても、同行訪問を希望している 32 名について、その希望頻度と支払い可能金額を尋ねた。訪問看護の利用をもとにして、毎回介護職が同行してほしいというものが 18 名、2 回に 1 回程度同行してほしいというものが 11 名で多かった。また、毎回、もしくは 2 回に 1 回程度の同行を希望するものは、介護職の同行に対して訪問看護の利用料金に追加して平均約 500 円程度の支払い意思を示した。

以上より、返信のあった同行訪問対象者 42 名のうち、29 名 (69.0%) は平均 500 円の追加費用を払ってでも、毎回、もしくは 2 回に 1 回程度の同行訪問を希望していることがわかった。

n=32			
訪問看護に同行訪問を希望する頻度		支払い金額	
毎回	18 (56.3)	507.5±631.7	(50-3000)
2回に1回程度	11 (34.4)	516.7±251.7	(300-1,000)
4回に1回まで	2 (6.3)	250.0±353.6	(100-500)

図表Ⅳ-3-16 訪問看護に同行訪問を希望する頻度

③同行訪問の実施体制に対する管理者調査

望ましい同行訪問の実施体制について、6 ステーションの管理者 6 名に質問紙調査およびヒアリングを行った。その結果を以下に示す。

n=6	
同行する介護職員の雇用状況	
完全にステーションが雇用しているが良い	5 (83.3)
対象者に応じて、外部の職員とも連携するのが良い	1 (16.6)
完全に外部の職員との連携で行うが良い	0 (0.0)
同行する介護職員の同行方法	
看護師がいる間は基本的にずっと同席するのが良い	1 (16.6)
必要な時間のみ滞在するのが良い	5 (83.3)
同行訪問にかかる介護職員の費用負担	
完全に利用者が支払いによってまかなうが良い	3 (50.0)
主に利用者の支払いによってまかなうがよい	1 (16.7)
主にステーション運営費によってまかなうが良い	2 (33.3)

図表Ⅳ-3-17 同行訪問の実施体制に対する管理者の考え

同行する介護職員の雇用状況については、5名の管理者がステーション雇用を支持していた。その理由としては、介護職員の管理がしやすいことが最も大きかった。「介護職員の管理のしやすさ」には、「事業所の理念や手技を共有できる」、「同じ事業所スタッフとしての仲間意識を持って仕事に臨める」といった介護職員の教育、所属意識に関するものと、「看護師との同行のタイミングを調整しやすい」、「急変や突然のエンゼルケア等に、自由に対応できる」などのスタッフ配置に関するものの両面が含まれていた。

同行する介護職員の同行方法は、5名の管理者が必要な時間のみ滞在するのが良いと回答しており、訪問看護ケアの中でもより介護職員との協働の必要性が高い部分と低い部分を明確にし、効率的なスタッフ配置方法の検討が必要と考えられた。

同行訪問にかかる介護職員の費用負担は、主に利用者に負担してもらうべきであるという管理者が4名、ステーション運営費がよいという管理者が2名だった。利用者負担がない場合、同じ訪問看護料金で同行訪問を行うものと行わないものの不平等が起きてしまうため、全く利用者の負担をなしにするという意見はなかった。しかし、利用者に同行訪問の必要性を認識してもらう手間や、理解してもらえなかった場合には看護師が1名で訪問しなければならないという問題が発生するため、看護師にとってもメリットが大きい事業であるという観点から、ステーション運営費でも負担するのが良いという意見があった。

前述の結果より、同行訪問1件あたり2,741円の人件費がかかり、利用者の7割からは500円程度の収入が見込まれる。利用者に不平等が起こることなく、看護師の必要性判断に準じて同行訪問を実施できるようにするには、差額の2,200円をだれがどのように負担すべきか、保険制度への導入も含めて今後さらに詳細な検討が必要である。

5) 平成21年度のまとめと提言

本年は、主に一体型事業の効果について詳細に記述した。その結果、個別の事例では滞在時間の短縮、看護師の満足度の向上、負担の軽減につながる事が明らかとなった。また、ステーション全体でも、看護師の負担軽減ややる気の向上につながり、管理者が管理しやすくなることがわかった。今後は、本事業をなんらかの形で制度化し、全国の訪問看護ステーションで利用できるようにする必要がある。そのためには、①同行訪問（介護職との協働）が必要なケアの場面や利用者の状態像の明確な設定、②同行訪問のニーズ把握、③実現可能な実施体制の検討、が必要である。

また、今回は介護職員を「訪問看護業務の補助」という位置づけに限定した。これは、本モデル事業が訪問看護業務の改善を目的としていたことに加え、事業

評価の視点を一定に保つために設定したものである。今後は、介護職員を訪問看護の補助という立場に限らず、看護と介護がより効率的に協働し、利用者、ケア提供者双方にとって負担が少なく、ケアの質も向上し、社会の看護・介護資格、即ち、医療・福祉資源を効果的、効率的に活用していくようなサービス体系を構築していく必要がある。

3. 2-1 医療型多機能サービスの展開に向けた訪問看護充実の検討事業 (デイホスピス事業)

1) 事業の背景・目的

がんのターミナルなど、医療依存度の高い在宅療養者のうち、ADLが高い者は要介護認定が適用されず、利用できる通所サービスがない。そうした在宅療養者に対して、現在の療養通所介護にならない、訪問看護ステーションに通所機能をモデル的に追加し、その効果とサービス提供の在り方について検討する。

2) 事業の概要

(1) 実施主体

福岡県 保健医療介護部 医療指導課

(2) モデル事業参加事業所

図表Ⅳ-3-18 モデル事業参加ステーション

みやま市	訪問看護ステーションすいせん
行橋市	ひと息の村訪問看護ステーション

3) モデル事業の実施方法

(1) モデル事業の内容

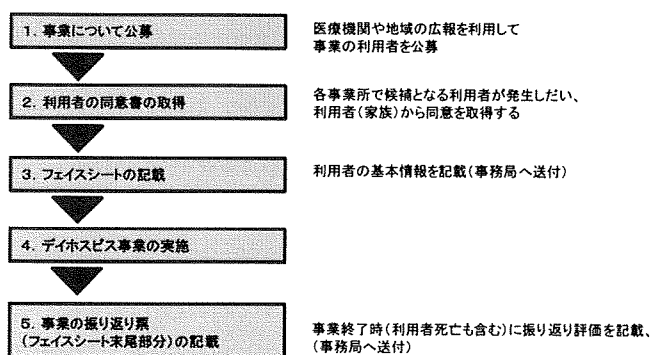
介護保険、もしくは療養通所介護の対象外の者で、医療依存度が高い者に対する通所サービスを訪問看護ステーションで提供し、その効果と遂行上の留意点を把握する。なお、事業の利用において、利用者に費用負担は設けなかった。

(2) モデル事業の実施期間

平成21年8月1日～平成22年2月28日とした。

(3) モデル事業の実施方法

モデル事業の実施フローは次の通りである。



図表Ⅳ-3-19 モデル事業の実施フロー

4) モデル事業の実施結果

(1) 対象ステーションの概要

2ステーションのうち1か所は、既に療養通所介護を行っていた。

図表Ⅳ-3-20 モデル事業対象ステーションの概要

	開設主体	訪問看護師 (常勤換算)	利用者数 (9月実績)	実施場所 (賃貸料)
事業所 a	医療機関	11.1 名	95 名	併設する療養通所介護施設 (20,000 円/月)
事業所 b	医療機関	7.0 名	79 名	同一法人のデイケア室 (1,280 円/回)

(2) 対象利用者

本モデルでは、介護保険、もしくは療養通所介護の対象外で、医療依存度が高いとステーション管理者が判断した者をモデル事業対象者として選定した。

モデル事業終了時までの全利用者は11名であった。3名が病状の悪化により入所(入院)、2名が状態悪化により利用を中断し、在宅で訪問看護を利用して1名は在宅で死亡、1名は急変による救急搬送の半日後に死亡した。事業期間の終了によって利用を中断した3名はその後在宅療養を継続した。

(3) 対象者(11名)の基本情報

図表Ⅳ-3-21 対象者の基本情報

	性別	年齢	利用 回数	傷病名	主な処置・ケア	事業終了時の 状況と転帰
利用者 a1	男性	65	11	膵臓がん	疼痛コントロール、 血糖コントロール	状態悪化し 入院
利用者 a4	女性	81	1	右腎細胞がん	傾聴、地域の情報提供	状態悪化し、 入所
利用者 b1	男性	66	23	進行性核上性麻痺、 糖尿病	リハビリテーション、 入浴	状態悪化し 入院
利用者 a3	男性	68	4	下顎歯肉腫瘍、	疼痛コントロール、 音楽療法	状態悪化し、 在宅にて死亡
利用者 a6	男性	59	2	悪性黒色腫	音楽療法、 アロママッサージ	状態悪化し、 在宅にて死亡

利用者 a5	女性	51	5	子宮頸がん	疼痛コントロール、 アロママッサージ	在宅で急変、 搬送先で死亡
利用者 a7	女性	39	4	乳がん（再発）	音楽療法、 アロママッサージ	状態悪化し、 在宅を継続
利用者 a2	女性	73	18	肺がん	療養相談	事業期間終了後、 在宅を継続
利用者 a8	男性	81	3	乳がん（再発）	疼痛コントロール、 血糖コントロール	事業期間終了後、 在宅を継続
利用者 b2	女性	72	18	膵臓がん	リハビリテーション、 入浴	事業期間終了後、 在宅を継続

(4) 看護師による対象事例（11名）の振り返り評価

事業終了後、各事例について事業担当看護師（もしくは管理者）による振り返り評価を自由記載で尋ねた。その結果を以下に示す。

デイホスピス利用による効果は、主に「本人の不安、孤独感の軽減」、「ケア内容、ケア提供者にとっての効果」、「家族介護者の負担、不安の軽減」の3つにわけられた。

n=11

本人の不安、孤独感の軽減

- ・ 自宅では話し相手がいなかったが、デイホスピスでは訪問看護師なので病気のことを含めて話がしやすく、ゆとり時間がとれるので気持ちがとても楽になった。
- ・ 家族や友人の前では、心配をかけたくないので元気な振りをしている。自分を偽っているために、孤独を感じていた。しかし、デイホスピスでは遠慮なく話すことができ、気持ちが楽になった。
→本人の不安・孤独感の軽減
- ・ 看護師と信頼関係ができたことで、急変や病状悪化時の不安が軽減した。

ケア提供者（訪問看護師、主治医など関係者）にとっての効果

- ・ 疼痛管理のアドバイスや傾聴をしっかりと行うことができた。
→訪問看護師と利用者の信頼関係の構築につながった
→訪問看護、リハビリ等のサービス導入がスムーズに行えた
- ・ 長時間の連続した関わりを通して、本人の病状や薬剤の効果をより適切に評価できた。
→デイホスピスで得た利用者の不安や病状に関する情報を、訪問看護ステーションや医療機関（主治医など）に提供することができた

家族介護者の負担、不安の軽減

- ・ 日中、デイホスピスを利用している間に安心して自分の時間を持つことができた。
→家族介護者の負担軽減
- ・ 看護師に話を聞いてもらったことで不安がなくなり、気持ちが楽になった。
→家族介護者の不安の軽減
- ・ 看護師と一緒に本人の病状や悩みについて考えることで、本人の病状悪化を受け入れることができた
→はじめは家族介護が困難な状況だったが、受け入れがよくなり在宅看取りにつながった

図表IV-3-22 看護師の振り返りによる事業の評価

以上より、デイホスピスを利用することによって、利用者本人は外出先が確保され、不安や孤独感を軽減することができた。また、看護師が関わることによって、医療に関する相談や指導を受けることができた。また看護師にとっても、連

続した長時間の関わりを通して病状の評価や情報収集が十分に行えたことで、訪問看護ステーションや主治医などの関係する医療機関に、より正確な情報を提供することができた。

今回のモデル事業では、体調の悪化に伴いデイホスピスが利用できなくなった3名のうち、3名ともが訪問看護を利用し在宅療養を継続した。デイホスピスでの関わりを通じて、訪問看護師と利用者との信頼関係がすでに構築されているため、訪問看護師は訪問看護でもケアが行いやすく、その自己評価も高かった。利用者のうち1名は、家族の受け入れが悪く在宅介護が困難と思われていたが、デイホスピスを約1カ月間（利用回数4回）利用し、デイホスピスでの看護師らとの関わりを通じて、在宅看取りまでつなげることができた。

(5) 実施場所、実施体制

2か所のデイホスピス事業の実施体制について、本年度の実施体制、およびそれぞれに対して管理者が行った配慮、および課題についてヒアリングした結果を以下に示す。

①実施場所（施設名、面積、設備）

併設する療養通所介護、もしくはデイケア室を借用（20m²程度の面積／休憩用ベッド設置）した。

管理者が行った配慮、および管理者の考える課題

- ・ 急変可能性が高い利用者が多いことから、急変時の対応設備（ベッド、目隠し用のパーテーション、酸素、吸引など）、および緊急対応ができる医療機関を確保しておく必要がある。
- ・ （レグバッグ装着者がいたため）臭いがこもらないように、換気を頻繁に行った。
- ・ 療養通所介護と場所を共有すると、設備が共有でき効率が良い。
- ・ 同一法人等で場所が借りられない場合、施設の賃貸料がかかる。

②送迎

家族の手が空かない、など必要な場合のみ、ステーションの車で看護師が送迎を行ったが、ほとんどの利用者は自家用車や家族の送迎でステーションまで通所した。

③営業時間（以下に表あり）

- 営業日：1回／週（利用者数が多い時期のみ、2回／週、実施した）
- 営業時間：9時～16時（利用者の都合により、1時間程度は前後した）