

- 在宅をイメージして日々関わっているつもりだった。新しい発見を今後の退院調整に活かして行きたい。
- 地域看護の希望を感じた。
- 病院もマンパワー不足があり限度がある。地域で見ていければ患者本人が一番喜ぶと思う。
- 在宅診療を支える医師の獲得について、もう少し意見がほしい。
- 病院医師も在宅を訪問するローテーションや医師会の協力などお願いしたい。
- 先生のお話をさらに具体的に方法論として考えていく必要がある。
- 「病気は治る時代である。従って一生に何度も」という言葉に感銘を受けた。

(2) シンポジウムの感想

具体的でわかりやすかった、次の活動につなげたい

- プレゼン形式はとてもよかった。成功体験を共有し、議論する事は刺激的で面白かった。
- 事例から、具体的に他職種の連携がどのようにされたのかがよくわかった。
- 終末期にいる人に出会えてよかったと言っていただけのように、連携構築、知識、技術の習得に努力し、職場の同僚にも伝えたい。
- 自分のStの体制を振り返り、今後は担当ナースの思いを聞いていく事にしようと思った。
- 事例を通じて他職種の必要性を感じた。薬剤師が在宅看取りに必要な事を改めて感じた。
- 連携の必要性を再認識。ステーション内でのカンファで看護の充実をはかり、ケアマネジャーや医師との連携をとりたい。
- 病院の継続看護がここまで動いて頂けるのかと有難かった。長く続けて頂きたい。
- 改めて看護を振り返ることができた。学ぶ事、反省する事が多く、次に活かしていきたい。
- 具体的な事例だったので、今後現場で何をすべきなのか見えてきた。
- 多職種の関わりが分かり、多くのことを学べたと同時に医療の大変さがわかった。具体的事例を学ぶ事は有意義。今後も継続して行くべきと思う。
- 在宅生活をイメージしたカンファ、本人の望む暮らしができるカンファが大切。
- ケアマネジャーが福祉職の場合、医療職と連携する時はチームの中で役割を明確にして変化させていく事が大切。
- 地域連携の流れと実際が分かった。
- 支援やシステム化に向けて、うまくいった事例を参考にさせてもらいたい。
- 在宅支援の連携、患者・家族の考えを傾聴し、関わっていく事が大切だと感じた。
- 病院と地域のつながりが上手にいったケースで、大変さもあると思ったが、このようになるように病院も努力したいし、家人へも伝えていきたい。

活動の励みになった

- 他のステーションも頑張っている事を知り、元気をもらった。

- 丁寧な発表でそれぞれの方の熱意が伝わり、勇気を頂いた。
- 第一線の現状を教えていただき、貴重だった。
- ターミナルケースは大変だったと思う。一緒に支えましょう。

連携、カンファレンスは重要

- 色々な職種の問題点や連携の様子が分かった。Ns としてできることをやっていかないといけない。
- 1 つの事例を多様な職種からの目線で学び、他職種との連携、よりよい生活環境をチームで整えていけるよう努めていく事が必要。
- 療養の場が病院と在宅を移動する場合、ケアマネは訪問看護 St と病院の継続看護室間の連絡は重要。
- 病院と地域の垣根を低くする事で地域連携室の働きは大きいと思う。また、末期がんのケースでは本人・家族が告知を受け、十分に理解された事は大きい。

改善点

- 時間の関係でシンポジスト同士のやりとりがなかったのが残念。
- ケースに対し、それぞれがどう関わり、他職種とどう連携したのか、わかりづらかった。

(3) 今後の活動に活かしていきたいこと・研修に関する希望

今後の活動に活かしていきたいこと

- 健康づくり、healthy people, 健康文化の創造を目指してほしい。癌が死因の 50% になってほしくない。
- 在宅介護は大変だという家族のイメージが軽減できるよう、地域との連携や情報提供を行っていききたい。
- 入院時からの連携を持つべきである。
- 自分も在宅で暮らせると有難いと思うし、支援者を知ること、情報を得ることが大切。
- 積極的に病棟の看護師に本人・家族・在宅の情報を伝えていく事。
- 対象の違う私にとって、地域での連携がすこしずつ分かってきた。
- もっと他職種と情報を共有しあい、利用者が過ごしやすい在宅環境を作って行きたい。
- 他職種と意見を交換して、お互いを理解したい。

研修に関する評価

- 連携が必要であり、重要だということは誰もが実感し、前向きに動いている。お互いの役割を知り、利用者の支援になるよう、今後も参加したい。
- 連携・ネットワークが重要と改めて思った。

- 色んな職種の人と意見交換ができてよかった。
- グループワークが入ると色んな人の意見が聞けて参考になる。多職種でのグループワークも事例を検討するとおもしろいと思う。

研修に関する改善点

- 成功事例、失敗事例などを前に、ディスカッションする場が持てればよいのではないか。
- 時間を守ってお話していただきたい。
- グループワークでもう少し時間が取ればいい
- 成功例だけでなく、失敗例もあげて、一緒に検討していきたい。
- こういう会の継続が大切である。ケアマネジャーと病院との連絡ツール、訪看のサマリーの共通化について評価して、次回には報告してほしい。
- 上手くいかなかった例も聞きたい。

Ⅲ. 行政が取り組む 24 時間体制の訪問看護
ステーションの整備・拡充(福岡県)
—在宅医療推進事業を通して—

1. 福岡県在宅医療推進事業の背景とこれまでの経緯

本事業は、24 時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充を目指し、福岡県保健医療介護部医療指導課が「福岡県在宅医療推進事業」と名を打って平成 20 年度から事業化された。平成 20 年度は、先行して 4 箇所の保健所が医療指導課と協働しモデル的に事業を開始した。平成 22 年度からは、5 箇所で新たに開始し、県下全保健所で実施されることとなった。

事業化の発端は、以前より在宅療養者が安心して生活するための受け皿が整っていないことを地域の課題と感じていた保健師が、医療制度改革という大きな国の流れをきっかけに、その整備に取り組むことを考案したことから始まっている。特に訪問看護ステーションは経営が厳しく、近年、閉鎖するステーションが後を絶たない。訪問看護ステーションの質も様々である。在宅療養者の生活を支える訪問看護が十分に提供されない状況は、さらなる在宅医療の脆弱化を招く。そこで、訪問看護ステーションの整備・拡充には行政支援が必要不可欠であるという考えの基、本事業は企画・立案された。

今年度は事業開始後 3 年目を向かえ、本事業の評価指標の検討を行った。また、訪問看護ステーションにおいても、平成 20 年度から行ってきたモデル事業の一つである「訪問看護と訪問介護の一体型サービス事業」の評価を行った。

2 保健所の事業実施のてびきの作成—事業の標準化に向けた取り組み— 事業評価の検討

2.1 方法

1) 先行地域4箇所の実施プロセスを基にしたてびきの作成

4箇所の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（以下、てびきとする））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、新たに5箇所の保健所が加わり、県下全域で事業を開始した（付録：てびき参照）。

2) 事業評価の検討

昨年度に作成したてびきの中には本事業の目的や目標は定めてきたが、全保健所共通の評価指標や方法については、未検討であった。また、一度定めた目的・目標も事業が進むにつれて、修正が必要なものが出てきた。今年度は現実的なものにするために、事業担当者と大学関係者とで話し合い修正を図った。

2.2 結果

1) 担当者会議での検討

全保健所共通の評価枠組みや評価方法、調査票等を担当者会議で検討した。その結果、評価枠組みは、活動評価、結果評価、成果評価の3分類を採用し、事業内容を整理した（図表Ⅲ-2-1参照）。評価方法は、訪問看護ステーションの調査はどの保健所も共通して実施することを決定した。その他にも、事業の各場面で使用可能なアンケート票を作成し、可能な限り共通の様式で実施することとなった（付録：てびき参照）。

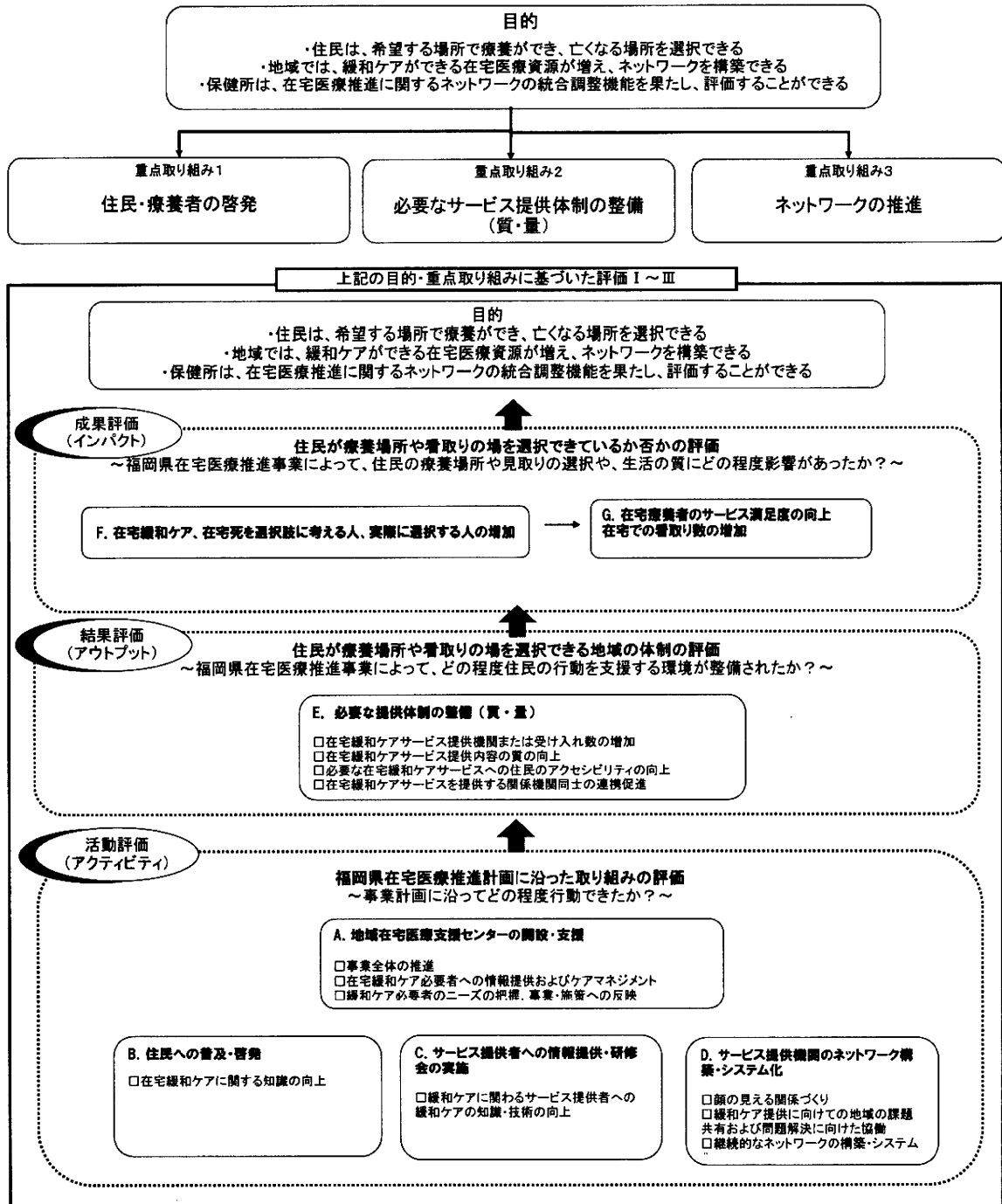
2) 評価担当者会議での検討

1)の担当者会議では不十分な部分（特に具体的な指標作成とてびきの加筆・修正）について、少人数で検討会を立ち上げ、評価指標等を作成した（全3回の会議の実施、1回につき5-6時間程度、人数4名~6名）（図表Ⅲ-2-2、Ⅲ-2-3参照）。

2.2 考察およびまとめ

本事業の評価指標および評価方法について今年度は明確にすることができた。9箇所の保健所が共通認識を持ち、評価することにより、在宅医療のネットワーク構築という目に即座に見えにくい成果を、可視化できると考える。それは、市民への説明責任を果たすだけでなく、各担当者や在宅医療にかかわる地域のサービス提供者のモチベーションを高めることにもつながると考える。今後は、今年度決定した評価方法が各保健所で実施されていくよう、担当者会議での確認等を引き続き行っていく必要がある。

図表Ⅲ－２－１ 福岡県在宅医療推進事業の評価枠組み



図表Ⅲ-2-2 評価指標の整理、および「事業実施てびき」の見直しの手順

1. 評価指標の整理
(会議 1 回目・2 回目)
 - ・「評価の枠組み」A～G に添って望ましい像（場合によっては望ましい数値）を話し合う
 - ・目標像や目標値を時系列に並べる（達成時期を決める）
 - ・毎年行う評価の実施方法を整理し、てびきに加えられるように記述する
- ↓
2. てびきの見直し
(会議 2 回目・3 回目)
 - ・評価指標に添って、何を何年目までに実施するかを対応させる
 - ・全体を大まかに見直し、加筆・修正する部分を明確にする
 - ・効率的な修正手順を考える
 - ・加筆・修正を行う
- ↓

3. 各保健所への確認

4. 完成

図表Ⅲ-2-3 「評価の枠組み（A～G）」に沿った指標および実施内容（案）：

評価枠組み	目標	具体的な達成指標	指標に向けた実施内容
A. 地域在宅医療支援センターの開設・支援	<input type="checkbox"/> 事業全体の推進 <input type="checkbox"/> 在宅緩和ケア必要者への情報提供およびケアマネジメント <input type="checkbox"/> 緩和ケア必要者のニーズの把握、事業・施策への反映		
B. 住民への普及・啓発	<input type="checkbox"/> 在宅緩和ケアに関する知識の向上	<p>【住民】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所が在宅医療推進事業を行っている目的・内容が理解できる ・支援センターという相談できる場所を知る ・在宅が療養場所の選択肢にあることを理解できる ・自分のこととして「死」について考えられる ・かかりつけ医を持つことの重要性が分かる ・利用できるサービスと内容（コストも含む）を知る ・（施設での看取りも進んでいることを示す） 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域のリーダを対象に普及啓発を行う ・市民講演会の実施 ・ちらしやリーフレットの配布 ・既存の配布物に掲載する <p>【1年目】 民生委員の代表に啓発に行く（どれだけ広く伝えられたか、要所が押さえられたか）</p> <p>【2年目】 市民公開講座を開催する（当事者を含めた話が入るとよい） ボランティアの育成・支援を行う</p> <p>【3年目】 医療・福祉部署以外（教育・商工等）への啓発を行い、そこを通しての住民啓発を推進する</p> <p>【4年目】 様々な場で繰り返し住民啓発を実施</p>

<p>C. サービス提供者のスキルアップ</p>	<p>□緩和ケアに関わるサービスの提供への緩和ケアの知識・技術の向上</p>	<p>【1年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所が在宅医療推進事業を行っている目的・内容が理解できる ・在宅医療に関する相談場所が分かる ・在宅医療に取り組みモチベーションが上がる ・在宅で可能な麻薬・NH・在宅での看取り・胃ろう・人工肛門の管理・レスピータ管理のイメージができる ・自主的な研修会に保健所が話す機会を依頼される ・各組織が行う研修会に在宅医療推進に関わる内容を取り入れてもらえる <p>【2年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療に不足するスキルを高められる ・医療依存度の高い利用者への不安が解消でき、自信をもって関わられる <p>【3年目・4年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅に関わる医師・看取り経験の多い訪問看護事業所が増える ・看取り経験がある職員が増える 	<p>【1年目】</p> <p>在宅医療に関する普及啓発を行う。地域の専門職に不足するスキルに関する課題を明らかにする</p> <p>【2年目】</p> <p>1年目で明らかになったスキルアップが必要な内容について研修を実施する</p> <p>【3・4年目】</p> <p>研修を繰り返し行う。事例検討会が増える</p> <p>*実施方法：事例検討、研修会、</p>	<p>する</p> <p>→継続して意識啓発する</p>
<p>D. サービス提供機関のネットワーク構築・システム化</p>	<p>□顔の見える関係づくり □緩和ケア提供に向けての地域の課題共有および問題解決</p>	<p>【1年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・協議会の立ち上げ ・事業の必要性の共有 	<p>【1年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・協議会の立ち上げ ・事業の必要性の共有 	

<p>【ネットワークの評価シート（開発中）】</p>	<p>に向けた協働 <input type="checkbox"/> 継続的なネットワークの構築・システム化</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療で分からないことがあった時に尋ねる相手がいる ・困った時に手を貸してくれる人がある ・お互いの役割（できること・できないこと）が分かる <p><ネットワークの種類></p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療所・訪問看護・薬局の物品のネットワーク ・入院（主治医・病棟看護師・訪問看護師）のネットワーク ・ケアマネジャーと訪問看護の連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・小さな事例検討会から始める（一つの職種、多職種） <p>【2年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・協議会主体で企画できる、組織に持ち帰り、取り組んでみる <p>【3年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・課題の見直し・具体化と課題解決に向けた行動 <p>【4年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・課題の見直し・具体化と課題解決に向けた行動
----------------------------	---	---	---

<p>E. 必要な提供体制の整備（質・量）</p>	<p>□在宅緩和ケアサービス提供機関または受け入れ数の増加 □在宅緩和ケアサービス提供内容の質の向上 □必要な在宅緩和ケアサービスの向上 □在宅緩和ケアサービスの提供に関する関係機関同士の連携促進</p>	<p>【診療所】 →社会資源調査と合わせて診療所の下記の状況を把握する ・在宅療養支援診療所が機能する（24時間往診が受けられる、） ・麻薬等による痛みの管理・IVH・在宅での看取り・胃ろうの管理・人工肛門の管理・レスピレータの管理・在宅酸素、が可能な診療所数の増加 ・薬剤師への「要訪問」の指示 ・在宅の患者を●人増やせる（全県下） ・診療所医師数</p> <p>【訪問看護事業所】 →共通の調査票を使用して以下を把握する ・看取り、レスピレータが可能なステーション数の増加 ・24時間連絡体制加算増加、24時間対応体制加算有の増加 ・がん末期、神経難病、小児、精神に対応できるステーション数の増加 ・訪問看護利用率の増加 ・訪問看護師数 ・病院（がん拠点病院）から紹介を受けた件数</p> <p>【薬局】 →社会資源調査と合わせて以下を把握する ・訪問できる薬局の増加 ・麻薬が扱える薬局の増加（割合）</p>
---------------------------	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> ・ 衛生材料が扱える薬局の増加 ・ 一包化調剤の可否 ・ 居宅管理指導、残薬の整理・処分を実施する薬局 ・ 退院調整会議への参加の可否 <p>【歯科】</p> <p>→社会資源調査と合わせて以下を把握する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問できる歯科（訪問診療歯科）の増加 ・ 訪問治療が可能な歯科 ・ 歯科衛生士の派遣が可能な歯科 <p>【病院・がん拠点病院】（要再考）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ がん拠点病院の相談室の相談件数の増加 ・ 退院指導加算の数、退院調整加算の件数の増加 ・ 訪問看護の指示書件数の増加 ・ 医療連携室が直接家族・本人からの相談した人数の増加 <p>【地域包括支援センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ がんの相談件数の増加 <p>【居宅介護支援事業所】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護の利用率の増加 	
--	--	--	--

<p>F. 在宅緩和ケア、在宅死を選択肢に考える人、実際に選択する人の増加</p>		<p>・在宅療養・在宅看取りを選択する人の増加</p>	<p>・住民啓発後のアンケート結果 ・健康づくり推進協議会の人をモニターにする ・市の定点調査に入れてもらう？ 特定健診・がん検診の場所にアンケートを置く</p>
<p>G. 在宅療養者のサービス満足度の向上 在宅での看取り数の増加</p>		<p>・満足度の向上（保健所がかかわった事例をまとめる） ・在宅看取り率の増加（具体的な数値は今後決定） ・施設看取り率の増加（具体的な数値は今後決定）</p>	

3. 訪問看護ステーションのモデル事業

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。

そこで研究者らは、2009 年度、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を検討する目的で、福岡県内の 6 か所の訪問看護ステーション（以後、St）でモデル事業を実施した。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ということが明らかとなった。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るという、管理者の印象もあった。

2010 年度は、一体型訪問体制を実践的に活用していくことを目標として、福岡県の 3St でモデル事業を実施し、以下の 5 点について実証研究を行った。さらに、ア)～オ)の結果から、一体型訪問体制が実践の場で活用されるのに適切な事業体制を検討した。

ア) 同行訪問のニーズ評価

イ) 訪問時のケア、看護師の感じる負担等に対する介護職員同行の効果

ウ) 看護師の仕事意識に対する一体型訪問事業導入の効果

エ) 介護保険（ケアプラン）で行う訪問介護との同時訪問と、同行訪問の違い

オ) 利用者の支払い意思調査

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Ⅲ-3-1 モデル事業参加 St

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

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 22 年 8 月 1 日～平成 23 年 1 月 31 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、各 St 管理者が介護職員に対し、訪問看護の内容やケアに関する事前研修を行った。研修は、2009 年度モデル事業で行った事前研修「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」の資料に基づいて行った。

(4) モデル事業所内の訪問実績の記録内容

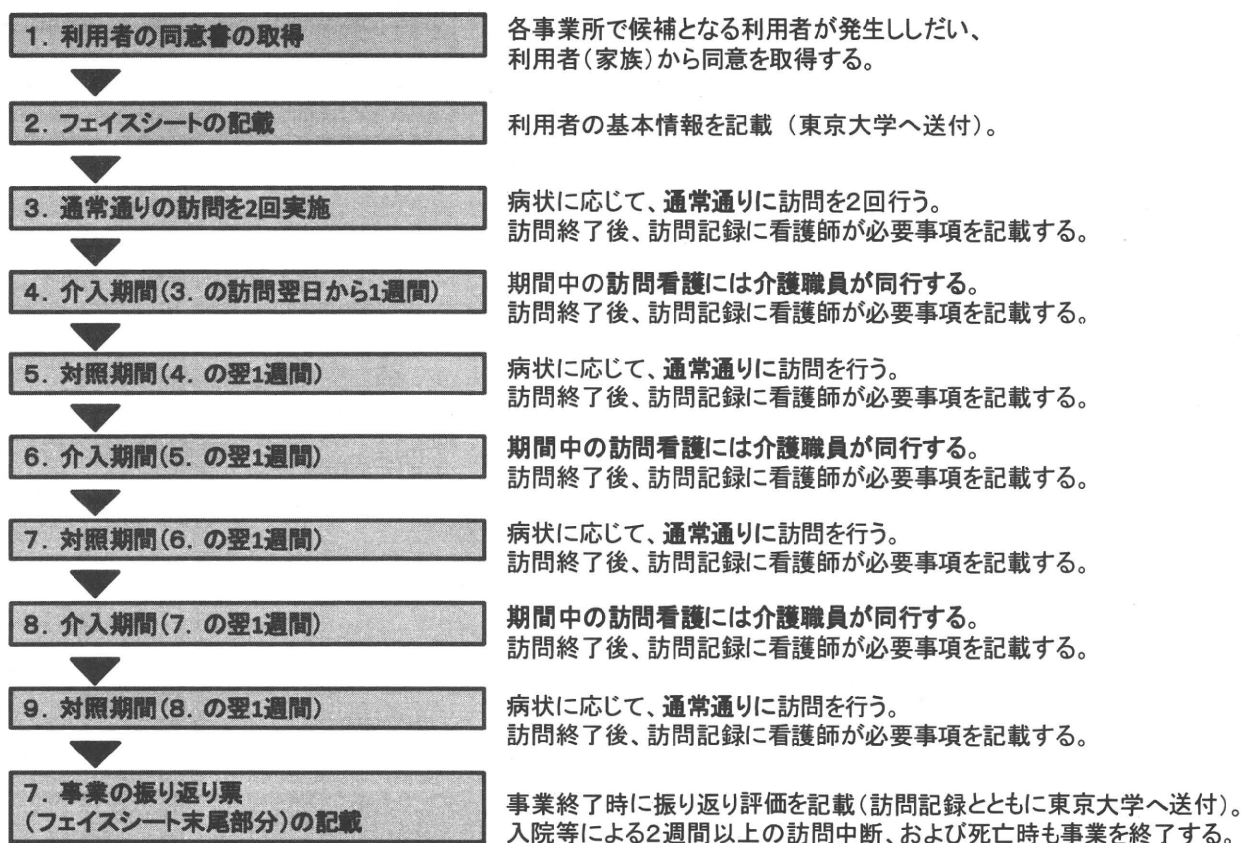
期間中、モデル実施 St では、以下の項目について保険種類・月ごとに記録した。

図表Ⅲ-3-2 モデル事業対象ステーションの訪問実績

その月の利用者（実数）（名）
その月の訪問件数（実数）（件）
うち、1人で十分なケアができる訪問（件）
うち、1人では十分なケアができない訪問（件）
うち、2人訪問が望ましい（あると良い）訪問（件）
うち、2人訪問が必須（ないと危険）な訪問（件）
うち、看護師2名が必須な訪問（件）
うち、看護師と介護職員で対応可能な訪問（件）
うち、介護保険の訪問介護と同行している訪問（件）

(5) モデル事業による同行訪問の提供、および訪問記録の記載方法

利用者に対する同行訪問の提供、訪問記録の記載フローは次の通りである。



図表Ⅲ-3-3 モデル事業 同行訪問実施フロー

4) モデル事業の実施結果

(1) 対象ステーションの概要

3St 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1か所あった。

図表Ⅲ-3-4 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)	併設施設	一体型事業介護職員の 雇用者数/形態
A	医療法人	11.1名	訪問介護事業所 居宅介護支援事業所	2名/非常勤(併設訪問介護 事業所からの時間雇用)
B	医師会	9.2名	居宅介護支援事業所	1名/常勤
C	看護協会	9.5名	居宅介護支援事業所	1名/常勤

(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。モデル事業終了時までの全利用者は48名であった。

- 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

(3) 対象者（48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73.9歳で、小児（20歳未満）は1名（2.1%）、成人が11名（22.9%）、高齢者（65歳以上）が36名（75.0%）だった。

男性が28名（58.3%）、訪問看護は医療保険で利用している者が33名（68.8%）と多かった。独居者は4名（8.3%）だった。

対象者の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1名のみであった。主介護者は配偶者が31名（66.0%）と最も多く、次いで娘・息子が8名（17.0%）であった。対象者の44名（93.6%）が、主介護者と同居していた。

③対象者の分類

2009年度の一体型訪問事業で行ったニーズ調査の結果に基づいて、以下の手順で一体型訪問事業対象者の分類を行った。

2009年7月、事業の実施主体である6事業所の管理者に対し、自記式質問紙調査を行った。これは、2009年7月1～31日の間に自身のステーションの訪問看護を利用した全ての利用者について、基本属性および一体型訪問の必要性の有無を回答するものである。

利用者495名分の回答のうち、一体型訪問が必要と判断されのは78名（15.8%）

図表Ⅲ-3-5 対象者の基本属性

		n = 48	
		n	(%)
年齢(歳), 平均値(標準偏差)		73.9	(14.4)
50歳未満		1	(2.1)
50～64歳		11	(22.9)
65～74歳		8	(16.7)
75歳以上		27	(56.3)
性別			
女性		20	(41.7)
ADL評価(Katz index)			
入浴 介助を要する		46	(95.8)
更衣 介助を要する		46	(95.8)
トイレ動作 介助を要する		43	(89.6)
移乗 介助を要する		43	(89.6)
排泄 自制できない		42	(87.5)
食事 介助を要する		40	(83.3)
同居家族			
独居		4	(8.3)
疾患(複数回答)			
癌		25	(52.1)
神経難病		8	(16.7)
脳梗塞・脳出血		7	(14.6)

表中の値はN(%)もしくは平均値(標準偏差)

であった。一体型訪問必要者の対象像を利用者の特性を用いて記述するため、対象者の基本属性を独立変数、同行訪問必要性の有無を従属変数として Chi-squared Automatic Interaction Detection (以後、CHAID) による要因探索を実施した。その結果、対象者は一体型訪問の必要性の高さに応じて以下の3群に分類された。

グループ A: 寝たきり・吸引群

グループ B: 寝たきり・吸引不要群

グループ C: 非寝たきり群

2010年度事業利用者48名は、グループA(寝たきり・吸引群)が9名(18.8%)、グループB(寝たきり・吸引不要群)が26名(54.2%)、グループC(非寝たきり群)が13名(27.1%)であった。

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結果、ほぼ全ての対象者(95.8%)に「安全・安楽の確保」が挙げられた。さらに対象者特性による分類では、「ケアの充実」が6割程度(61.5~69.2%)、「看護師の負担軽減」が9割程度(84.6~92.3%)、「滞在時間の短縮」が6割程度(53.8~77.8%)とその傾向に大きな違いは見られなかった。「介護者の休養、休息」のみ、グループA、Bでは6割以上の者が該当するのに対し、グループC(非寝たきり群)では該当者が38.5%と少なかった。

図表Ⅲ-3-6 同行訪問導入の目的

	合計		寝たきり・吸引群		寝たきり・吸引なし群		非寝たきり群	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
同行訪問導入の目的(複数回答)	n = 48							
安全・安楽の確保	46	(95.8)	9	(100.0)	25	(96.2)	12	(92.3)
ケアの充実	31	(64.6)	6	(66.7)	16	(61.5)	9	(69.2)
介護者の休養確保	33	(68.8)	7	(77.8)	21	(80.8)	5	(38.5)
看護師の身体的負担の軽減	42	(87.5)	8	(88.9)	22	(84.6)	12	(92.3)
滞在延長時間の短縮	30	(62.5)	7	(77.8)	16	(61.5)	7	(53.8)

表中の値はN(%)

5) モデル事業の評価

ア) 同行訪問のニーズ評価

モデル期間中、モデル実施 St の訪問実績から、同行訪問の必要件数を把握した。毎月の全訪問件数のうち、「1人では十分ケアが行えない」に該当するものは、35.5%であった。そのうち、16.1%は「2人訪問が望ましい」訪問、19.4%は「2人訪問が必須」な訪問であった。

「2人訪問が必須」である19.4%の訪問は、「看護師2名が必須」である者は4.4%で、15.0%は「看護師と介護職員で対応可能」であった。全訪問のうち、10.1%は