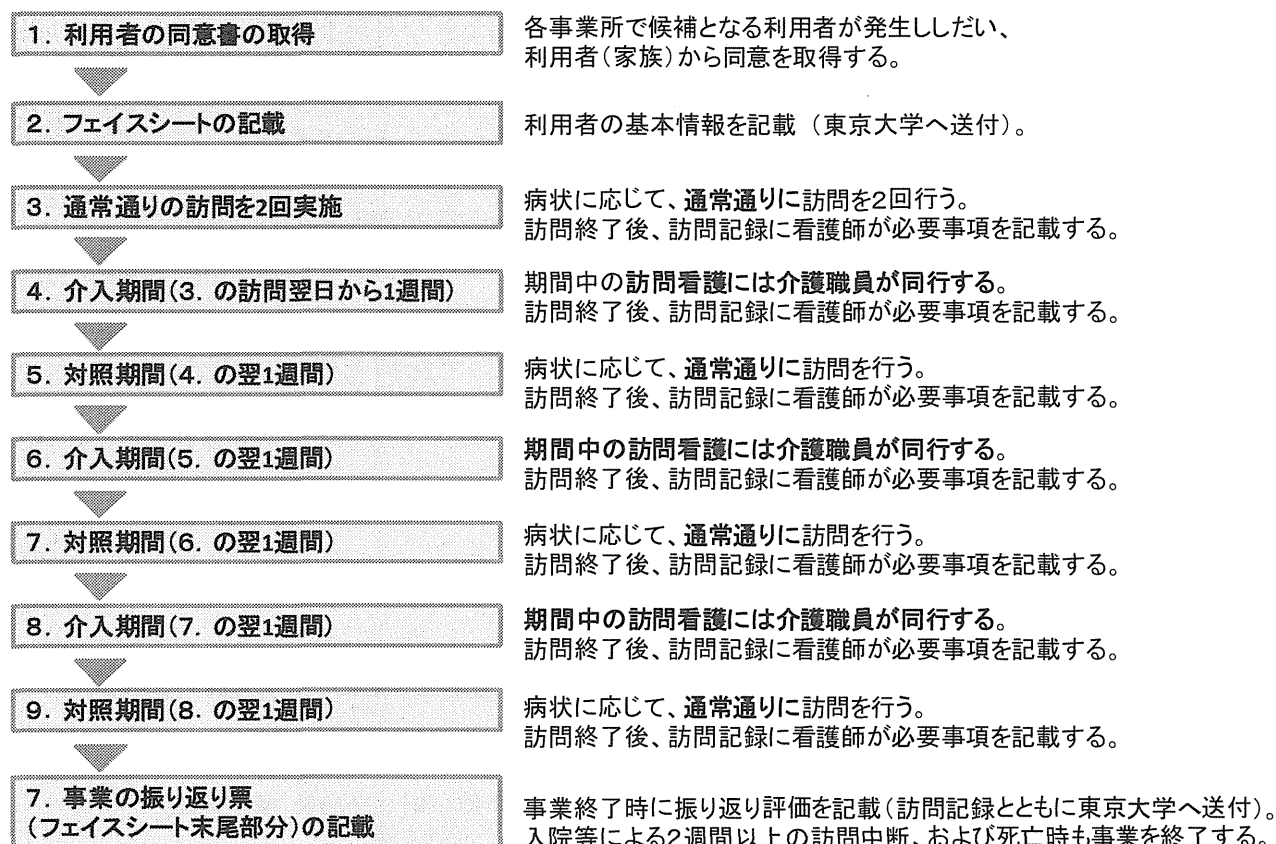


(5) モデル事業による同行訪問の提供、および訪問記録の記載方法

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Ⅱ-4-3 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Ⅱ-4-4 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

図表Ⅱ-4-5 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)

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%)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Ⅱ-4-6 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)								
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

### (1) 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「2人訪問が必須で、看護師と介護職員の訪問で十分であるが、介護保険の訪問介護と同行することができていない」訪問であり、訪問看護ステーションの看護師2名が訪問していた。「2人訪問が望ましい」訪問(16.1%)とあわせて、平均すると全訪問の26.2%に同行訪問のニーズがあることが明らかとなった。

図表Ⅱ-4-7 同行訪問のニーズ

	件数	%
平均訪問件数	783	100.0%
1人で十分ケアできる	505	64.5%
1人では十分ケアが行えない	278	35.5%
2人訪問が望ましい	126	16.1%
2人訪問が必須	152	19.4%
看護師2名が必須	34	4.4%
看護師と介護職員で対応可能	117	15.0%
介護保険の訪問介護と同行できている	34	4.4%
介護保険の訪問介護と同行できていない	79	10.1%

### (2) 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

48名全員に対して、通常の訪問時と同行訪問時の内容を比較するため、訪問時の延長時間分数、ケア内容に対する看護師の満足度等の評価を、通常通りの訪問を行った時(看護師単独時)、同行時のそれぞれで行った。

単独時(看護師1名で訪問)と同行時(看護師1名と介護職員1名で訪問)の記録が1部以上入手できた32名について、単独訪問122件と同行訪問168件の訪問記録内容を比較した。

グループA～Cごとに、単独時と同行時を単純に比較した結果を以下の表に示す。全てのグループで、延長時間が5分程度短くなり、行ったケア・記

録に対する看護師の満足度が高く、看護師の身体的負担、看護師がケア中に感じる焦りが軽減していた。各訪問は各利用者に属したデータであり、階層的構造を取っていることから、訪問を第一水準、利用者を第二水準とした一般化推定方程式を用いて確認したところ、全てのグループで、同行時は単独時に比べて有意に延長時間が短かった。

2009 年度に行ったタイムスタディ調査では、ターミナル事例では介護職員同行の効果を検証することができなかったが、以上の結果から、介護職員の同行は、どのような対象者においても延長時間の短縮、および看護師の満足度上昇、負担軽減に効果があることを確認できた。

図表 II-4-8 単独訪問時と同行訪問時の比較

	寝たきり・吸引群			交代きり・吸引なし群			非寝たきり群		
	看護師 1名 n = 36	看護師+ 介護職員 n = 39		看護師 1名 n = 47	看護師+ 介護職員 n = 81		看護師 1名 n = 39	看護師+ 介護職員 n = 48	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
延長時間(分), mean(SD)	7.6 (6.5)	2.2 (4.7)	<0.001 <sup>a)</sup>	7.8 (7.6)	2.4 (6.0)	<0.001 <sup>a)</sup>	7.7 (7.6)	2.3 (4.1)	0.001 <sup>a)</sup>
看護師のケアに対する満足感									
総合的評価									
とても満足・満足	12 (33.3)	37 (94.9)	<0.001 <sup>b)</sup>	22 (46.8)	73 (90.1)	<0.001 <sup>b)</sup>	15 (38.5)	24 (50.0)	<0.001 <sup>b)</sup>
どちらでもない	11 (30.6)	2 (5.1)		8 (17.0)	7 (8.6)		14 (35.9)	24 (50.0)	
不満・やや不満	13 (36.1)	0 (0.0)		17 (36.2)	1 (1.2)		9 (23.1)	0 (0.0)	
リハビリテーション									
十分・どちらかというところできた	9 (25.0)	20 (51.3)	0.004 <sup>c)</sup>	9 (19.1)	20 (24.7)	0.018 <sup>b)</sup>	6 (15.4)	22 (45.8)	0.004 <sup>c)</sup>
ほとんど・どちらかというところできなかった	19 (52.8)	11 (28.2)		24 (51.1)	16 (19.8)		21 (53.8)	18 (37.5)	
直接ケア(リハビリ以外)									
十分・どちらかというところできた	27 (75.0)	34 (87.2)	0.001 <sup>b)</sup>	31 (66.0)	75 (92.6)	<0.001 <sup>b)</sup>	23 (59.0)	35 (72.9)	<0.001 <sup>c)</sup>
ほとんど・どちらかというところできなかった	8 (22.2)	4 (10.3)		13 (27.7)	4 (4.9)		9 (23.1)	12 (25.0)	
安全・安楽への配慮									
十分・どちらかというところできた	20 (55.6)	37 (94.9)	<0.001 <sup>b)</sup>	32 (68.1)	77 (95.1)	<0.001 <sup>b)</sup>	1 (2.6)	19 (39.6)	<0.001 <sup>b)</sup>
ほとんど・どちらかというところできなかった	16 (44.4)	2 (5.1)		14 (29.8)	4 (4.9)		37 (94.9)	29 (60.4)	
指導・コミュニケーション									
十分・どちらかというところできた	15 (41.7)	30 (76.9)	<0.001 <sup>b)</sup>	2 (4.3)	22 (27.2)	<0.001 <sup>b)</sup>	17 (43.6)	42 (87.5)	<0.001 <sup>b)</sup>
ほとんど・どちらかというところできなかった	15 (41.7)	3 (7.7)		43 (91.5)	56 (69.1)		18 (46.2)	4 (8.3)	
記録・連絡									
十分・どちらかというところできた	21 (58.3)	37 (94.9)	<0.001 <sup>b)</sup>	37 (78.7)	77 (95.1)	0.001 <sup>b)</sup>	29 (74.4)	43 (89.6)	0.011 <sup>b)</sup>
ほとんど・どちらかというところできなかった	14 (38.9)	1 (2.6)		7 (14.9)	2 (2.5)		10 (25.6)	5 (10.4)	
看護師の身体的負担									
とても・まあ負担	27 (75.0)	12 (30.8)	<0.001 <sup>b)</sup>	36 (76.6)	12 (14.8)	<0.001 <sup>b)</sup>	26 (66.7)	6 (12.5)	<0.001 <sup>b)</sup>
どちらでもない	9 (25.0)	9 (23.1)		4 (8.5)	15 (18.5)		10 (25.6)	15 (31.3)	
ほとんど・あまりない	0 (0.0)	18 (46.2)		7 (14.9)	54 (66.7)		2 (5.1)	27 (56.3)	
看護師のケア中の焦り									
余裕があった・少し余裕があった	4 (11.1)	34 (87.2)	<0.001 <sup>b)</sup>	13 (27.7)	65 (80.2)	<0.001 <sup>b)</sup>	5 (12.8)	36 (75.0)	<0.001 <sup>b)</sup>
どちらでもない	14 (38.9)	3 (7.7)		14 (29.8)	12 (14.8)		12 (30.8)	7 (14.6)	
とても・やや焦りがあった	18 (50.0)	2 (5.1)		20 (42.6)	4 (4.9)		21 (53.8)	6 (12.5)	

表中の値はN(%)もしくは平均値(標準偏差)

a) 一元配置の分散分析

b) Wilcoxonの順位和検定

### (3) 看護師の仕事意識に対する一体型訪問事業導入の効果

一体型訪問事業実施前後の訪問看護師の仕事に対する意識の変化を明らか

にするため、自記式質問紙を用いた縦断調査を行った。

一体型訪問事業開始前の 2010 年 7 月に事前調査、事業終了直前の 2011 年 1 月に事後調査を行った。

介入群として、事業実施 3St の全訪問看護師 44 名に調査票を配布した。対照群として、対象 St と同じ市町村に所属する訪問看護ステーション 24St、および 2009 年度に一体型訪問事業を実施した 4St に所属する全訪問看護師 164 名に調査票を配布した。

調査項目には、基本属性、および仕事に対する意識を測定する尺度として日本語版バーンアウト尺度（以下、バーンアウト尺度）、日本語版ワークエンゲージメント尺度（以下、ワークエンゲージメント尺度）を用いた。

バーンアウト尺度は、日本語版バーンアウト尺度（久保, 1998）を用いた。「情緒的消耗感」、「脱人格化」、「個人的達成感の低下」の 3 概念から構成されている。得点が高いほど、バーンアウト徴候があり、疲弊した状態を示す。

ワークエンゲージメントとは、仕事に関連するポジティブで充実した心理状態で、「活力」、「熱意」、「没頭」により特徴づけられる。調査では、日本語版 Utrecht Work Engagement Scale (Shimazu et. al, 2008) を用いた。得点が高いほど、エンゲージしており充実した状態を示す。

事前・事後の両方で回答が得られた 132 名（介入群 36 名、対照群 96 名、有効回答率 63.5%）について、事前・事後の各尺度得点と、事後調査の得点を従属変数、介入の有無を固定効果変数、事前調査の得点を共変量、とした共分散分析の結果を表に示す。全ての尺度で介入群と対照群の間に有意差は見られなかったが、ワークエンゲージメントの「没頭」では、介入群で尺度得点の上昇傾向が見られた ( $p = 0.090$ )。

図表Ⅱ-4-9 一体型訪問事業導入前後の看護師の仕事に対する意識の変化

	一体型事業を行ったStの 看護師 (36名)		一体型事業を行っていないStの 看護師 (96名)		<i>F</i> <sup>a)</sup>	<i>p</i> <sup>a)</sup>
	事前(7月)	事後(1月)	事前(7月)	事後(1月)		
バーンアウト						
情緒的消耗感	2.98 (0.71)	2.74 (0.76)	2.36 (0.76)	2.35 (0.76)	0.008	.930
脱人格化	1.75 (0.56)	1.79 (0.61)	1.45 (0.41)	1.48 (0.47)	2.162	.144
個人的達成感の低下	3.42 (0.53)	3.48 (0.62)	3.32 (0.62)	3.33 (0.60)	1.024	.314
ワークエンゲージメント						
活力	2.62 (0.87)	2.56 (0.77)	2.94 (0.89)	2.78 (0.91)	0.002	.960
熱意	3.32 (0.68)	3.26 (0.63)	3.57 (0.84)	3.52 (0.91)	0.651	.421
没頭	2.56 (0.80)	2.71 (0.64)	2.68 (0.96)	2.53 (0.94)	2.925	.090

表中の値は平均値(標準偏差)  
a) 共分散分析(ANCOVA)による統計量

2009年度事業終了後に管理者に行ったヒアリングでは、一体型訪問事業の導入によって看護師の仕事に対する疲弊感が減り、やる気が高まったという意見が多かったが、バーンアウト得点、ワークエンゲージメント得点に有意な改善はみられなかった。その理由として、同行訪問実施件数が少なく、事業の暴露量が不足していたことが考えられる。モデルを実施した3Stの実績から、①同行訪問が必要な件数が1事業所あたり200件程度/月であるのに対し、モデル期間中に介護職員1名の雇用で対応できた件数は1事業所あたり40件/月と少なかったことが明らかになっている。また、介入・観察期間が6カ月と短かったために、介入の効果が十分に反映されていない可能性も考えられる。

しかし、有意な差はないが、バーンアウト、ワークエンゲージメントの全尺度得点において、介入群では改善した、もしくは悪化が予防されたという傾向があった。このことから、介入によってなんらかの肯定的効果があることも推測される。今後、より多くの介護職員の投入によって同行訪問件数を増加すること、および長期的な観察を行うことで、事業効果をよりの確に検証できる可能性がある。

#### (4) 介護保険(ケアプラン)で行う「訪問介護との同時訪問」と、「一体型訪問での同行訪問」の違い

ケアプランで行う訪問介護との同時訪問と、一体型訪問事業で行う同行訪問の違いについて、管理者3名にヒアリングを行った。

最も大きな点は、ケアプラン通りに訪問することが不適切なことに訪問看

看護師が気づいた場合、管理者の判断ですぐに適切な訪問者に変更することができる、という点であった。特に医療依存度が高い利用者の場合、当日の様子から、急に同行が必要、もしくは不要になることがある。その際、介護保険で行う訪問介護との同時訪問では、急にサービスを追加することは難しい。その日の利用者の状態に応じて訪問看護師のみ、もしくは同時訪問を行う方法として、予めケアプランに訪問介護の同時訪問を組み込んでおき、必要がなければ当日に訪問看護師が同時訪問のキャンセル手配をするという方法は可能だが、プラン作成時の利用者負担が利用者やケアマネジャーに大きく見えてしまうことに加えて、頻繁なキャンセルによって訪問介護事業所に迷惑がかかってしまうため、現実的ではない。

ケアマネジャーに連絡を取り、プラン変更手続きをするのにどの程度手間がかかるのか、3St に併設する居宅介護支援専門事業所のケアマネジャー10名に調査を行った。訪問看護師から調整依頼が来たらプランに反映されるまでにかかってしまう日数を尋ねたところ、平均4~5日間であった。また、プランの変更にかかるケアマネジャーの調整時間は平均5時間30分であった。利用者の日々の状態にあわせて頻繁にプランを変更することは、即座の対応が難しく、ケアマネジャーの仕事負担を増やしてしまうため、現制度下では困難である。状態が不安定で、介護職員との同時訪問が必要になるような訪問看護利用者に関しては、一体型訪問事業を適応することで、ケアマネジャーに手間をかけることなく、日々の変動や必要性に応じて適切な訪問者を派遣することが適切である。

#### (5) 利用者の支払い意思調査

一体型訪問事業を終了した後、全ての事業利用者48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、37名（回収率77.1%）の回答を得た。その結果、37名全員が、介護職員が同行して良かったと回答していた。そのうち35名（94.6%）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。

支払いが必要だとしても、同行訪問を希望している35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23名（62.2%）、2回に1回程度同行してほしいというものが13名（35.1%）が多かった。

対象者分類別にみると、グループB（寝たきり・吸引不要群）では、500円以上支払ってでも同行訪問の利用を希望するという者が13名（61.9%）と



多い一方、グループ C（非寝たきり群）では 2 名（20.0%）にとどまっていた。

#### 6) まとめと提言：同行訪問体制の構築

平成 21・22 年度の評価結果を統合した結果、以下の条件を満たすような看護と介護を複合した施設（複合施設）を基幹とする地域単位の訪問看護体制の構築が考えられた。

- 
- 条件 1. 複合施設は訪問看護と訪問介護の両サービスを日常的に提供する  
(おなじ管理者の下に、介護職員と看護師が勤務している)
  - 条件 2. 複合施設では、管理者の判断で訪問看護に介護職員が同行できる
  - 条件 3. 複合施設の管理者は訪問看護師である
  - 条件 4. 複合施設が行う「同行訪問」は、訪問看護の上乗せサービスとして  
位置づけ、利用者から利用料金を徴収しない
  - 条件 5. 複合施設は、一体型訪問の必要性が高い者への訪問看護を主に担う
- 

条件 1 は、一体型訪問事業で行う同行訪問の必要性がある者が主に医療依存度が高い者や寝たきり者であることに由来する。平成 21 年度ヒアリングから、同行訪問に参加することは、介護職員が、医療依存度が高く、寝たきりの者への身体介護（人工呼吸器をつけた神経難病者に対する保清、がんターミナル者に対する入浴介助等）を学ぶよい機会であるため、「常に同じ介護職員が同行訪問を行う体制はもったいない、複数の介護職員が同行訪問を経験すると訪問介護を行う事業所にとっても効果がある」という意見が聞かれた。同一法人内で、訪問介護と訪問看護を提供している複合施設であれば、同行する介護職員の配置を交換しやすく、看護師との同行訪問を介護職員のスキルアップに活用しやすいと考えられる。

条件 2・3 は、一体型訪問事業で行う同行訪問の必要性が利用者内で日々変化することに由来する。同行訪問は、日々の利用者の状態の変化にあわせて行われることが適切である。そのため、利用者の状態からその日の訪問看護内容と必要な訪問者構成を判断できる管理者が、職員配置の裁量を持つことが望ましいと考えられる。

条件 1～3 を満たす複合施設であれば、必要に応じて訪問職員を確保することは可能である。しかし、介護保険のケアプランのように、利用者の支払い意向を前提とすると、管理者が必要だと判断した時に、必要な利用者に直ちに介護職員を同行させることは難しい。対策として、「介護職員の同行」

を、「訪問看護サービスに対する St 独自の上乗せサービス」としてとらえる（条件 4）ことによって、管理者の裁量権で同行訪問が可能となる。

同行訪問を行う介護職員の人件費は複合施設の持ち出しとなるが、一方で、「介護職員が同行すれば足りる利用者のところに、現状では St の裁量で訪問できるような介護職員を確保する仕組みがないために、看護師 2 名（内、1 名は無料）が訪問している。このような看護師のボランティア訪問が減り、収入につながる訪問看護件数が増加することで、介護職の雇用費をまかなうことができる」と推測される。もしくは、同行訪問を実施するような訪問看護 St があることによって、地域の訪問看護事業所の効率性向上、訪問看護師の離職予防、介護職員のスキルアップが見込めると捉え、「同行訪問の必要性が高い、寝たきりの利用者」が多い St に対して、自治体などが介護職員の人件費相当の金額を補助する、という方法も現実的である。このような複合施設を、地域の基幹型 St と位置づけることも可能であろう。

条件 1～4、および主な同行訪問必要者が「医療依存度が高い者や寝たきり者」であることから、条件 5 の「地域単位の協働体制」を提案する。同行訪問が必要な訪問は、モデル実施事業所では平均 200 件／月程度である。これに対応するためには、「1 事業所に 2 名以上の介護職員が必要」と考えられた一方、管理者からは「同じ時間帯に同行の必要性が生じることや、必要者が少ない月もある。介護職員の足りない時間・期間と空いている時間・期間があるため、常に 2 名が同行訪問専属の介護職員として出勤している必要性はない。状況に応じて管理者が調整できる体制がよい」という意見が聞かれた。複合施設が訪問介護と訪問看護をどちらも提供する体制であれば、管理者の判断に基づき、同行訪問体制の人員を調整できると考えられる。しかし、訪問看護利用者の多くは一体型訪問事業が必ずしも必要ではなく、全ての訪問看護 St が一体型訪問事業を行う必要はないと考えられる。より効率的に訪問看護、同行訪問を提供するには、個々の St が地域の中で役割を分担し、「一体型訪問事業の必要性が高い者」が優先的に利用する St と、そうでない St の間を利用者が自由に往来できるようなシステムが望ましい。地域単位での協働体制の構築が今後の課題である。

平成 21 年、22 年度は介護職員を「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、訪問看護と訪問介護が互恵的に協働できるような体制を提案することも必要である。

## 5. 大分県:在宅医療推進事業に向けた取り組み

### 1) 背景

大分県は九州の東側に位置し、平成 23 年 10 月時点での人口が 1,191,488 人、面積約 6340km<sup>2</sup>、18 市町村と 6 つの二次医療圏からなる。同県は、平成 23 年度の高齢化率が 26.8%で、全国で 10 位であり、平成 47 年には高齢化率 35.2%にも上がることが予測される高齢化が進行している県である。また、要介護認定者数も年々増加し、平成 23 年時点での認定率は 19.7%である。一方で、医療資源の約 75%が中部医療圏と東部医療圏に集中し、それ以外の県土のほとんどがへき地保健医療計画の対象になるなど、地域包括ケアを推進することが急務となっている。このような背景を受けて、平成 23 年度より県主導で地域包括システムの構築に着手し、平成 24 年度にはモデル市による地域ケア会議等の取り組みを開始し、これから本格的に地域包括ケアシステムの構築を推進していくところである。

### 2) 目的

今回の研究では、大分県における地域包括ケアシステムの構築方法を検証することを目的とし、「大分県における地域特性に応じた 24 時間の効果的・効率的な訪問看護・訪問介護体制の構築事業」を新たに開始した。初年度である平成 24 年度は、現状の地域包括ケアシステムの推進要因と阻害要因を整理し、行政保健師が地域で地域包括ケアシステムを新たに構築する際に必要となる視点・資源・情報、および留意点を整理することとした。

なお大分県を選定した理由は、主任研究者である村嶋が大分に赴任し、地域包括ケアシステムの構築を推進している大分県関係者とのかかわりができたためである。

### 3) 方法

下記の日程で、県関係者と研究者らが一同に会し、県関係者の説明により、現状と課題を抽出した。

#### (1) 研究会日時

平成 25 年 1 月 31 日(木)10 時～16 時

#### (2) 場所

大分県立看護科学大学 中会議室

### (3) 研究会出席者

#### a) 大分県関係者(研究会開催当時、敬称略)

- ・福祉保健企画課 河野潔参事監、佐藤元治課長補佐、内田弘子副主幹
- ・医療政策課 西永和夫課長補佐、甲斐優子主幹
- ・高齢者福祉課 前田耕作参事
- ・健康対策課 中野洋子参事
- ・大分県豊肥保健所 大神貴史所長、藤本紀代美地域保健課長
- ・大分県国民健康保険団体連合会 大塚英治課長、大島敦子主幹
- ・大分県看護協会 河野智美地域看護研修部長
- ・大分県立看護科学大学 看護研究交流センター 佐藤弥生主任教員、  
地域看護学研究室 赤星琴美 講師、岡元愛 助手

#### b) 研究班関係者

- ・大分県立看護科学大学 学長 村嶋幸代
- ・三菱総合研究所 田上豊 主席研究員
- ・産業医科大学 林田賢史 教授
- ・東北大学大学院 田口敦子 助教
- ・東京大学大学院 成瀬昂 助教

## 4) 結果

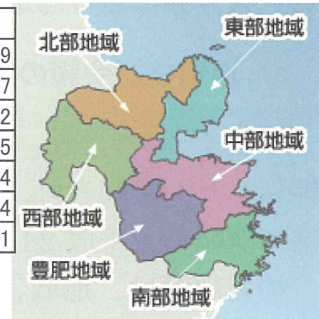
### (1) 地域特性

大分県は、東部・中部・南部・豊肥・西部・北部の6つの二次医療圏に分かれているが、それぞれの医療圏で人口・高齢化率・医療資源の分布に大きな差がある。県庁所在地である大分市がある中部医療圏や、豊富な源泉を有して第三次産業が栄えている東部医療圏の一部市町では高齢化率が低く、要介護認定率も高くはない。さらに、県内の医療資源の約75%がこの2つの二次医療圏に集中しており、人口10万対の医師数も全国平均値を上回り、医療資源が豊富にある。

一方で、それ以外の南部・豊肥・西部・北部医療圏は高齢化率が高く、豊肥医療圏では40%を超えている市もある。しかも医療資源が非常に少ない。このように大分県内では、医療圏毎で特徴が多様化しており、地域特性に応じた地域包括ケアシステムを構築することが求められる。

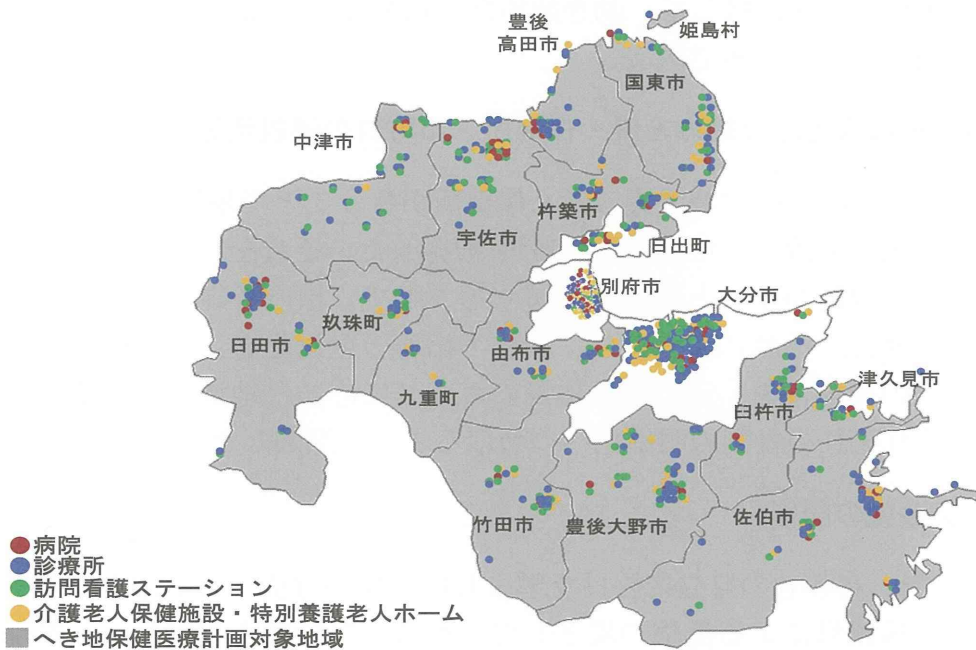
図表Ⅱ-5-1 大分県の二次医療圏

二次医療圏名	構成市町村	人口(人)	面積(km <sup>2</sup> )
東部医療圏	別府市、杵築市、国東市、姫島村、日出町	217,704	803.19
中部医療圏	大分市、臼杵市、津久見市、由布市	570,673	1,191.07
南部医療圏	佐伯市	76,038	903.52
豊肥医療圏	竹田市、豊後大野市	62,950	1,080.95
西部医療圏	日田市、九重町、玖珠町	97,263	1,224.04
北部医療圏	中津市、豊後高田市、宇佐市	166,860	1,136.94
計(6圏域)	14市3町1村	1,191,488	6,339.71



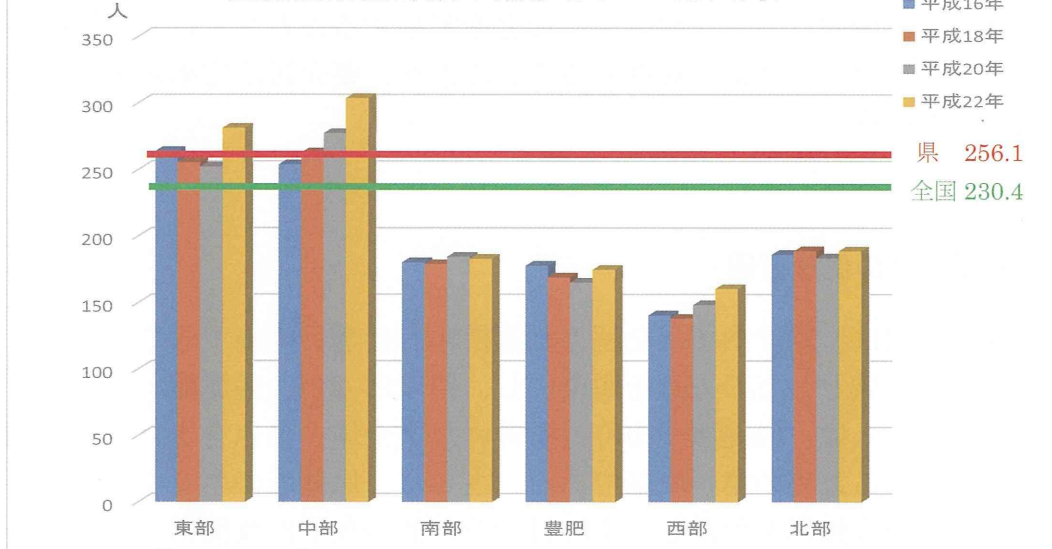
人口は平成23年10月1日現在、面積は平成22年10月1日現在  
 資料：大分県「毎月流動人口調査」  
 国土交通省国土地理院調査「全国都道府県市区町村別面積調」

図表Ⅱ-5-2 大分県における二次医療圏の医療機関の現状



図表Ⅱ-5-3

医療圏別医師数の推移(人口10万人対)



## (2) 大分県における取組の現状

### a) 連携検討会議の設置・開催

平成 23 年度より、福祉保健企画課が事務局となり、県庁内で連携検討会議を開始した。参加者は、福祉保健企画課、高齢者福祉課、健康対策課など 5 課 12 名で開始し、平成 24 年にはそこに医療政策課や薬務室も加わった。

検討課題は、地域包括支援センターと介護予防の強化、在宅医療の推進に向けた医療・介護連携、自立支援を目指した健康づくりなどである。またそれが契機となって、3 つの市でモデル事業の取り組みが始まり、これを推進するために県・保健所・市町村が連携して、動き始めた。なおモデル 3 市は、東部医療圏、豊肥医療圏、北部医療圏である。

### b) モデル 3 市による取り組みと県・保健所・市町村の連携活動

モデル事業では、3 市の地域看護診断を保健所が行うことで地域資源(高齢者が住み慣れた地域で生活するための受け皿)を把握した。それを、圏域連携会議で市と共有し、保健所が中心となって支援することで、市内各課の横断的取り組みへと発展させた。それにより県は、助言・指導・施策化を、保健所は市の地域資源づくりの仕掛けを、市町村は住民のニーズに応じた地域資源づくりをすることと、それぞれの役割の明確化へつなげることを意図した。

### c) 地域ケア会議の開催

モデル 3 市で、高齢者の自立にむけた望ましい支援の方法・方向性を共有するために、多職種協働による協議の場として、地域ケア会議を実施した。参加者は、市職員・地域包括ケアセンター職員・地域リハビリテーション関係者・栄養士・保健所保健師などであった。また、先進市である和光市から関係者を招き、研修や事業所向けトップセミナーなどを実施することで、自立支援の理念を基にしたケアマネジメントを進めることにより、要介護認定率が下がるなどの結果が出ている。

## 5) 検討課題

### (1) 地域包括ケアの促進要因

第一の促進要因は、県庁内で課を超えた連携検討会議が実施できていることである。そこで、県としての方針を明確にし、県庁内での共通認識を持つことができた。このことは、保健所や市町村を含めた県全体の動きをまとめ、地域包括ケアを推進するための第一段階である。さらに、保健所のネットワーク力に長けているという強みを生かし、市町村やその他の在宅医療関係者など一

緒に、地域包括ケアを推進するための仕組みづくりをすることが促進要因になると考えられる。

## (2) 地域包括ケアの推進阻害要因

推進を困難にするものは、「医療資源の偏在により、圏域医療計画を作成することが難しいことから、圏域ごとの評価や成果をアピールできる機会が少ない」「県・保健所・市町村等とは連携が図れつつあるが、医師会を含めた保健医療福祉の共通認識が不十分である」「専門職(ケアマネジャー等)と地域住民の双方に自立支援の風土が不足している可能性がある」ことなどが考えられる。

## (3) 行政保健師が地域で地域包括ケアシステムを新たに構築する際に必要となる視点、資源、情報、および留意点

a) 現在の地域格差を踏まえ、対象者のニーズとサービスの利用状況を正確に把握し、既存の看護ネットなどを利用し、保健所と市町村が協働できる形で行うことが望ましい。

b) 大分県では地域資源だけでなく、マンパワーも決して充足しているとは言えず、多職種が連携して地域ケアシステムを構築していく必要がある。県庁・保健所・市町村それぞれで、横断的な取り組みができるようにするための工夫が必要である。さらに、医療と介護の連携を図っていくためには、医師会関係者にも連携検討会議への参加を促し、保健医療福祉で共通認識をもてるような工夫が必要である。

図表Ⅱ-5-4 大分県研究会(平成25年1月31日)で抽出された地域包括ケアシステム構築における現状・課題・解決提案策

項目	現状	課題	解決提案策
医療計画の目標設定・評価等	・5疾病5事業等の主要事業が定められたことと、医療資源が中部と東部医療圏に約75%集中していることなどにより、単一の二次医療圏では医療計画の策定が難しく、前回から県全体で立てている。現在、地域毎は圏域連携会議で協議・評価、県全体は県で協議会を設けて評価している。	・医療計画の目標設定と評価方法、実施主体を明確化する必要がある。 ・地域の独自性を保つためには、地域毎の医療計画が必要ではないか。	・基本的に地域を作っていく方法は同じであるが、介護レベルや地域特性により、目標と評価方法は変わる。
	・今までの医療計画は、救急・精神疾患・災害・医師の偏在・看護師確保など広域的なことが主であり、在宅医療は主では無かった。地域リハビリテーション事業などが契機となり、今日の地域包括ケアの動きにつながっているが、保健所毎の地域作り、市町村毎の地域作りはまだ十分でない。介護保険が市町村毎につきあげられてきた現状を、27年に向けて今、検討する必要がある。	・保健師活動あるいは地域全体の取り組みがどのように進み、どのように課題が克服されたかについて、地域毎の目標があれば評価しやすいが、ない場合は、その成果を全体に見せる(アピールする)にはどうしたら良いか。	・市町村ごとに評価をしていくということが必要である。  ・介護保険は国のデータがあるが、分かりにくい。→将来的に市へ分かりやすく返していく仕組みを検討している。
自立支援の推進	・有料老人ホームが増加している。希望者がいるのは事実だが、本当にその対象者に必要な支援であるのか、介護支援専門員の判断に任せられている。自立支援の風土が市町村を始め対象者・家族・介護支援専門員・事業者にも十分でないのが問題である。寝たきり、廃用症候群になるのが高齢者の常ではない。自立支援のあるべき姿にもっていくような意識改革が必要である。※1へ しかし、この問題を解決していく上では、政策的な誘導も含めて考えていく必要がある。(※1)特に全体を主導していく立場にある市町村の意識が重要である。	・介護保険の本来の理念である自立支援を進めるためには何から始めて、地域を含めて何を評価していくのか	・竹田市には自立支援の拠点としてサロンがある。デイサービスとおしゃべりサロンの費用を比較するパンフレットを住民に配布し、経済的にも自立支援の面からもサロンが良いということを啓蒙している。サロンの運営には住民がかかわってやっており、それを市の保健師が支援し、市の活動を保健所保健師が支援している。  ・経済評価から考えると、基本的には事前事後の評価が必要である。それと、有料老人ホームが増えている現状から考えると、住まいや生活支援の視点を加えてみてはどうか。  ・介護支援専門員は、介護保険が始まった時から既に自立支援の理念に基づいて行っていたが、今また自立支援の強化と言われ驚いている。自分達がやったことを評価するためにも、目標が必要。
連携	・医療と介護の連携推進を図る取り組みは行っている。しかし、医政局・老健局と、また医療機関においても病院の医師・在宅支援診療所の医師とで、それぞれの考える地域包括ケアは必ずしもすべてが一致している訳ではない。	・保健・医療・福祉それぞれの立場の医師や関係者が共通認識を持ってもらうための戦略が必要である。	・医師会がどう包括ケアをどう考えるのか、もう少し医師会に働きかけてみてはどうか。福岡では医師会とケアマネの連携がある。
資源の確保	・在宅支援診療所の申請数は多数あるが、稼働数は不明確のため、今アンケート調査に取り組んでいる。日中のみ診療、夜間も診療するなど細かい部分の調査は未定であるが、今は総数を調べているところであり、次回の医療計画の巻末に入れる予定である。しかし、在宅医療はどこが推進していくのか決まっていない。本来は市町村だが、まずは保健所で行い、将来的には市町村へ移行することを考えている。郡市医師会単位に在宅医療を推進していく予定である。	・保健所がひと手間かければ発展性はあると思う。在宅医療の取組を充実するのであれば、既存事業の整理、マンパワーの確保などが必要である。	・福岡では在宅支援診療所等を圏域毎に資源マップにまとめた。今後の発展性を考えると、調査は県がやっても、説明は二次医療圏がやっていると広がっていくのではないかと。推進・更新していくのは保健所であるため。  ・既存の看護ネットなどを活用することで、保健所でも実施可能ではないか。  ・保健所できめ細かくやることに意味があるのでは。どう動かすかのキーになる。

ポイント：地域包括ケアの推進における目標・計画をどの機関がどのように設定し、それを誰がどのように実施・評価し、可視化(全体にアピール)していくか

- 解決案① 在宅医療を主になって進めていくのは、将来的には市町村であるが、既存の看護ネットなどを利用し、まずは保健所全体で行うことが発展性がある。  
 解決案② 医療資源の偏在により、医療計画を県全体で策定せざるを得ない状況であるが、目標を設定・評価し、全体にアピールするには圏域計画が必要である。  
 解決案③ 評価は、基本的には経済評価を含めた前後評価、フェルトニーズ評価が必要である。  
 解決案④ 医師会との連携が重要である。現在も医療介護連携には取り組んでいるが、医療・介護・保健分野それぞれが共通認識をもつための戦略が必要である。  
 解決案⑤ ケアマネ(プロ)と地域住民の双方に自立支援の風土を作っていく必要がある。



### Ⅲ. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の対象者像の明確化

## 1. 定期巡回・随時対応型訪問サービスの背景

『定期巡回・随時対応型訪問介護看護』とは、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に、またはそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う新しいサービスである。平成 24 年度から、介護保険の新しいサービスとして新設される。

提供するサービスは、以下の 4 つである。

- **定期巡回サービス**：訪問介護職員などが、定期的に利用者の居宅を巡回して行う日常生活上の世話
- **随時対応サービス**：あらかじめ利用者の心身の状況、その置かれている環境などを把握した上で、随時、利用者またはその家族などからの通報を受け、通報内容などを基に相談援助、または訪問介護職員の訪問対応の要否を判断するサービス
- **随時訪問サービス**：随時対応サービスにおける訪問の要否の判断に基づき、訪問介護職員か看護師などが利用者の居宅を訪問して行う日常生活上の世話
- **訪問看護サービス**：看護師などが利用者の居宅を訪問して行う療養上の世話または診療の補助

『定期巡回・随時対応型訪問介護看護』は、要介護以上の比較的中・重度者を対象としたサービスであるが、その具体的な利用者像は示されていない。そのため、サービスとして新設されたとしても、居宅介護支援専門員が利用に消極的になる可能性が考えられる。

また、サービスの利用者像が特定されていないと、行政が地域のサービスニーズを把握しにくく、サービスの過不足につながる可能性がある。

そこで本研究では、介護保険制度に新設される『定期巡回・随時対応型訪問介護看護』を必要とする者の対象者像（以後、定期巡回・随時対応訪問必要者）を明確にすることを目的に、調査を行った。

## 2. 方法

### 1) 研究デザイン

自記式質問紙調査による横断研究、および専門家による検討会

### 2) 調査方法（質問紙調査）

#### (1) 調査協力者（居宅介護支援専門員）への依頼

2011 年 7 月に、草津市内、および近隣にある 73 か所の居宅介護支援事業所

に調査協力を依頼し、そこに勤務する居宅介護支援専門員全員を対象に調査票を配布した。

## (2) 調査対象事例

調査協力者が担当する事例のうち、①草津市内に居住、②要介護 1 以上、の両条件を満たす要介護者全員に対して、回答を求めた。

## (3) 調査手順

調査協力者には、7月時点での対象事例の基本属性、サービス利用状況、およびサービス必要性に関する自身の判断を回答してもらった。

## (4) 『定期巡回・随時対応型訪問介護看護』の必要性の有無に関する調査項目

『定期巡回・随時対応型訪問介護看護』の必要性があるかどうか、という問いに対し、調査協力者が判断することは難しいと考えた。そこで、代わりとなる項目として、頻繁な訪問の必要性（一日に 3 回以上、訪問介護もしくは訪問看護師による訪問が定期的に必要かどうか）を尋ねた。

項目の作成にあたっては、2011 年 7 月、滋賀県内、宮崎県内の居宅介護支援事業所に所属する居宅介護支援専門員 5 名の助言を受け、要介護者の状況を反映するよう配慮した。

## 3) 分析方法

介護もしくは看護の頻繁な訪問が必要な者（以後、頻繁な訪問が必要な者）の対象像を明らかにするため、対象者の基本属性を独立変数とし、頻繁な訪問の必要性の有無の従属変数として **Chi-squared Automatic Interaction Detection**（以後、**CHAID**）による要因探索を実施した。

CHAID は、データマイニングに用いられる決定木分析のアルゴリズムの 1 つである。複数の独立変数の中から、従属変数について最もよく説明する変数を  $\chi^2$  値に基づいて決定するもので、線形回帰に比べて複雑な交互作用を理解しやすい。また、医師や看護師が日常用いている診断プロセスと類似しており、分析結果から対象像が把握しやすいという利点がある。本研究では、居宅介護支援専門員が行う頻繁な訪問の必要性判断の複雑なプロセスを医療における診断プロセスと同様のものと考えた。

解析における停止原則は、階層数を 3、親ノードの最少ケース数を 100、子ノードを 50 にした。

### 3. 結果

#### 1) 配布施設、調査に協力した員数および事例数

配布施設数、調査協力員数、協力の得られた居宅介護支援専門員数、事例数は以下の通りである。

図表Ⅲ－3－1 配布施設、調査協力員数および事例数

配布施設数	協力の得られた施設数 (%)	依頼した調査協力員数	協力の得られた調査協力員数 (%)	選定事例数
73	53 (72.6)	123	116 (94.3)	1,448

#### 2) 居宅介護支援専門員の概要

居宅介護支援専門員 116 名の基本属性を表に示す。

図表Ⅲ－3－2 居宅介護支援専門員の概要

		n = 116
		n (%)
性別	女性	97 (83.6)
年齢	40 歳未満	21 (18.1)
	40～59 歳	86 (74.2)
	60 歳以上	7 (6.0)
職位	管理者	39 (33.6)
	管理者でない	75 (64.7)
雇用形態	常勤	77 (81.9)
	非常勤	16 (17.0)
有資格 (複数回答)	看護師	20 (17.2)
	社会福祉士	17 (14.7)
	介護福祉士	66 (56.9)
	ホームヘルパー	17 (14.7)
	PT, OT, ST	0 (0.0)
	その他	21 (18.1)

#### 3) 要介護者の概要

要介護者 1,448 名の基本属性を表に示す。要介護者は平均年齢 81.6 歳、女性が 948 名 (65.5%) であった。要介護度では要介護 1 が最も多く 623 名 (43.0%)、次いで要介護 2 が 399 名 (27.6%) であった。要介護 5 の者は最も少なく、83 名 (5.7%) であった。日常生活自立度は A の者が 734 名 (50.7%) と最も多く、ランク C の者は 116 名 (8.0%) と最も少なかった。認知症自立度がⅢ・Ⅳの者があわせて 456 名 (31.5%) であった。