

病日	1	2	3	4	5	6	7	9	10	
A 気道	挿管	→	→	→	気管切開	→	→	→	→	→
B 呼吸	自発呼吸なく人工呼吸	→	→	→	→	機械換気終了、酸素投与のみへ	酸素化がやや悪く肺炎疑い	→	酸素化が改善して室内気でOK	→
C 循環	腎機能が悪い、元々抗凝固剤内服、降圧要する	持続点滴による降圧要する	降圧を内服への切り替え図る	→	→	降圧は内服に切り替え済み	→	→	→	→
D 神経	JCS300→挿管で鎮静、SAHには手術適用なし	脳幹反射は残存している	→	対光反射(+)	水頭症、鎮静終了すると自発呼吸(+)	JCS200	→	→	→	→
I 炎症感染	炎症所見なし	嘔吐誤嚥による軽度炎症	→	→	→	→	肺炎と尿路感染を疑う	CRPが15まで上昇、尿路感染対策	→	発熱なし
N 栄養	なし	経管栄養を開始	経管栄養をup	→	→	→	→	→	→	→
R 安静リハビリ	床上安静、頭側30度、体交可	→	→	→	→	→	→	→	→	→
F 家族本人	夫に病状説明	気管切開の説明と同意	→	→	→	→	→	→	→	→
T 退院転院転床	入院治療	→	→	→	→	→	→	→	→	→

図 10-3 くも膜下出血症例に対する解析例（救命救急センター滞在 33 日）

10	11	12	13	14	19	22	23	33
→	→	→	→	→	→	→	→	→
改内 →	→	→	→	→	→	→	→	→
→	→	→	→	→	→	→	→	→
→	→	未治療脳動脈瘤の治療計画開始	→	カテーテルによる脳動脈瘤治療終了	→	→	→	→
発熱しなくなった	抗菌剤終了	炎症所見なし	→	→	→	→	→	→
→	インスリンによる血糖コントロールを要する	→	インスリンは持続→定時うちへ	→	→	→	→	→
→	→	→	→	→	床上リハビリ	→	→	→
→	→	未治療脳動脈瘤に対する治療希望	→	V-Pシャントの希望については家族で話し合いたい	V-Pシャントの希望→転院先再調整	→	→	→
→	→	脳動脈瘤治療後の転院の調整開始	→	→	11日後であればシャント手術つきで転院可能と	→	→	民間救急車で転院

病日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
A 気道	挿管	→	→	気管切開	→	→	→	→	→	
B 呼吸	酸素化良好、 自発呼吸なく 人工呼吸	→	→	→	自発呼吸弱 く人工呼吸	→	→	→	自発呼吸↑ で呼吸器離 脱	
C 循環	持続点滴に よる降圧を 要する	→	降圧剤は内 服への切り 替えを図る	→	→	循環は安定 している	→	降圧は内服 のみ	→	
D 神経	JSC300、挿 管につき鎮 静中	→	→	JCS200、脳 幹反射、自 発呼吸あり	→	→	→	→	→	
I 炎症感染	誤嚥あり、 肺炎リスク	感染兆候な し	発熱、尿混濁 あり、肺炎と 尿路感染治療 開始	→	→	→	→	→	→	
N 栄養	禁食	→	経管栄養開 始、REE 740 kcalと抑制さ れている	経管栄養を 増量した	→	→	→	→	→	
R 安静リ ハビリ	床上安静	→	→	→	→	→	床上フリー	→	→	
F 家族本 人	息子が面会	→	気管切開説 明と同意	家族来てく れず	→	→	転院の話 をした	→	→	MS した
T 退院転 院転床	入院治療	→	転院候補病 院へ紹介状	→	→	→	→	→	→	MS の め

図 10-4 脳出血症例に対する解析例（救命救急センター滞在 31 日）

9	10	11	14	15	17	22	23	28	31
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
↑ 離	→	→	→	酸素化が改善し、酸素off	→	→	→	→	→
→	→	→	→	→	→	降圧薬内服終了	→	→	→
→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
→	改善傾向にあるので抗菌薬治療終了	→	→	→	炎症所見なし	→	→	→	→
→	経管栄養が目標カロリーに達成した	→	→	→	→	→	→	→	→
→	→	床上リハビリ	→	→	→	→	→	→	全介助
MSWと面談した	→	→	→	→	→	→	→	家族が転院先病院に面談	→
MSWと転院の話をはじめた	人工呼吸を離脱した状態で紹介状を更新	→	→	→	→	→	転院先病院が受諾	転院日程が3日後に決まる	転院

## 連携における救命救急センターのあり方の提言に関する研究

研究分担者 行岡 哲男 東京医科大学 救急医学講座 主任教授

### 研究要旨

救命救急センターの地域でのより有効な活動のための地域救急医療の情報管理の在り方に検討を加えた。奈良県・佐賀県のシステム (e-MATCH・99さがネット) は、これまでの救急情報システムと決定的にことなることは、救急隊、救急の指令部署、医療機関がリアルタイムに病院前救護の情報を共有していることである。これは地域救急医療の「見える化」を実現するものであり、脳卒中や心筋梗塞等の重症救急患者への病院前救護から院内での急性期治療の連携強化に資すると思われる。この情報を、亜急性期から慢性期の医療・福祉の担当者に分かりやすい形式で情報提供することは、救急医療とその後の医療・福祉との連携構築の極めて重要な情報である。

### A. 研究目的

脳卒中や心筋梗塞等の医療連携の現状把握を救命救急センターの視点から検討を加えること。救命救急センターの有効な活動の在り方を検討すべく、病院前のデータと病院データをリンクし救急医療施設間の連携の質向上を念頭に、今年度は救急医療施設間の連携体制の進捗状況の調査を行った。

### B. 研究方法

奈良県および佐賀県で行われている、病院前救護および搬送先選定に関わる情報共有システムの調査を聞き取りならび情報提供要請により行った。

### C. 結果

奈良県のシステム (e-MATCH) および佐賀県・救急医療情報システム (99さがネット) はシステム開発段階での交流はなく、それぞれ独自に開発し極めて近いシステムに至ったことは注目に値する。

e-MATCH は救急車搭載 GPS データも参照しており、搬送経路等のより詳細な分析が可能でありその意味では99さがネットよりスペックは高い。しかし、以下に述べるもっとも重要な仕様が重なっている。いずれのシステムでも、救急隊員は救急車に搭載された iPad 端末から、患者情報や必要と思わ

れる診療科を入力する。搬送した病院や傷病区分を入力し、また、病院への電話での連絡で受入不可であった場合の情報入力もする。一方、病院側は、受入可能な診療科等の情報を入力する。この情報内容は、これまでも消防機関 (消防指令センター等) が把握していたものと大きな隔たりがあるわけではない。

奈良県のシステム (e-MATCH) および佐賀県・救急医療情報システム (99さがネット) がこれまでのシステムと決定的にことなる点は、救急隊員および病院の入力情報がリアルタイムに関係者で共有されることである。すなわち、これまでの消防の指令センターが把握していた情報が、現場の救急隊員だけでなく救命救急センターを含む病院職員 (救急医) にも即時的に共有可能な点にある。若干のタイムラグはあるとして、ほぼ即時的にどの救急隊が、どの病院に、どのような傷病者を搬送しているかが他の救急隊や、救命救急センターだけでなく地域の救急医療機関でも常に見ることができる。これは画期的な情報共有で、地域の救急医療の全体状況が、その関与施設 (消防指定センター、救急隊、救急医療機関) の勤務者により、即時的「可視化」(見える化) を可能にしている点で独創的である。脳卒中や心筋梗塞等の患者を、その地域の救命救急センターがどの程度受け入れているかを鳥瞰図的に関係者が共有



できるところにある。

これまで救急医療機関に勤務する救急医は、自施設の状況しか把握できず、その時点での地域の他施設の状況を知る手立てはなかった。すなわち、過去24時間に脳梗塞例、脳出血例、心筋梗塞が、どの救急隊によりどの救命救急センターや他の3次救急施設や専門病院に搬送されたかを常に全ての関与者（救急指令センター、救急隊員、救急医）が共有しつつ地域の救急医療に関わることを可能にする。同様のシステムは群馬県にも導入され、今後、埼玉県、神奈川県にも導入されるとのことである。

現時点では、奈良県・佐賀県においてもそれぞれのシステムでは未だ病院内医療データと病院前のデータをリンクすることに関しては整備が進んでいない。このデータリンクは、救急医療施設間の連携の質向上に資するものと思われる。

#### D. 考察

まず、今年度に検討した奈良県・佐賀県のシステム（e-MATCH・99さがネット）が、救急医療体制に与える影響について考察する。救急隊は、救急出場→現場での対応→搬送先選定→搬送、という流れで業務を行う。この際、脳卒中や心筋梗塞等に代表される重症と思われる例では、各救急隊は情報を指揮所に報告し、そこで情報を集約的に管理し、搬送先の決定に指示・指導するという形式をとることが多い。これは指揮・統制（control and command）という観点からは、特別な治療を要する傷病者への対応には、医療資源の最適化を図るための集中指揮を目指していることの反映と思われる。

この集中指揮は、搬送先の多様化（搬送先選定時点での脳卒中や心筋梗塞等の専門治療可否の判断を含む）により高度化し、搬送例の増加により組合せが増大し、指揮所の負荷は著しく増大する。また、そのミスマッチは病院前救護を混乱させる。

一方、救急隊が選定基準に従い現場で傷病者が軽症と判断できる場合、独自に搬送先を選定するのが大勢を占める。搬送先等の情報は指令センターも把握するが、救急隊による分散指揮の実施である。集中指揮と分散指揮は、そのバランスは動的に変動するものと思われる。この際に、救急隊、指令センター加えて医療機関の間での情報共有（「見える化」）は、地域の救急医療状況の即時的な共有に他ならず、各ユニット（救急隊・指令センター・医療機関）のその時点での地域内の立ち位置を示すものである。こ

れが分散指揮の高度化だとすれば、それは地域における各ユニットの連携に基づく機能強化の結果ではないだろうか。これまで、このような観点から奈良県・佐賀県のシステムを把握した見解はない。しかし、世界における指揮・統制における分散指揮重視の潮流（米国政府の「指揮・統制 研究プログラム」（Command and Control Research Program）の電子刊行物 Power to the Edge 参照）に鑑みれば、今後の我が国の救急情報システムの在り方に大きな示唆を与え、また大事な一歩とも理解される。今後、病院前のデータと病院データをリンクが加わることで、それぞれの地域に即した救急医療のデザインが視野に入ると思われる。

この理解を踏まえて、およそ連携構築において、見える相手との連携は可能であるが、見えない相手や状況との連携は極めて困難である。脳卒中や心筋梗塞等に関わる地域の医療連携構築も例外ではない。この場合、地域内という軸での「見える化」に加え、時間進行に合わせた軸も必要と思われる。この「時間進行に合わせた軸」での「見える化」とは、患者自身が経験する時間軸のことで、急性期（救命救急センター等が担当）→亜急性期→リハビリテーション→社会復帰へのプロセス、また高齢者であれば介護施設や在宅医療への移行という時間の流れを示す軸である。

脳卒中や心筋梗塞等に関わる地域医療連携の端緒となる救急医療は、その後のリハビリテーションや社会復帰への取り組み、また高齢者であれば介護施設や在宅医療の関与者からの「見える化」が必要である。なぜなら、前述したように、連携構築には「見える化」が大事な要素であることに起因する。このデータは過去の固まったものではなく、現在起こりつつあるもので、やがて亜急性期から慢性期へと（「時間進行に合わせた軸」にそって）に伝わり来るものでなければ、亜急性期から慢性期の担当者に現実感をともなう情報ではない。地域の医療連携という文脈からは、この情報提示は「地域内という軸」に沿うように展開され示される必要があると思われる。これらは、今後の連携構築のための情報デザインという意味で重要である。

奈良県・佐賀県が先鞭をつけた救急医療の「見える化」は、地域医療連携構築のための「時間進行に合わせた軸」の最初に位置づけられるべきものである。そして「時間進行に合わせた軸」にそって、より後段の立場の関与者から見やすい形式への書き換

えが必要であり、これが今後の課題となろう。

## E. 結論

奈良県・佐賀県のシステム（e-MATCH・99さがネット）は、救命救急センターを含む救急医療の地域連携の鳥瞰図的情報を即時的に提示できる。この即時性は、やがて亜急性期から慢性期へと繋がる端緒としての動的な意味を持ち、亜急性期や慢性期の医療機関、福祉機関との連携構築の基本的なデータになると思われる。

## F. 研究発表

### 論文発表

- ・ 行岡哲男：救急医療 最近の動向. 今日の治療指針 2014, 第1版第1刷, 医学書院, 東京, 2014, pp7-10.
- ・ 行岡哲男: 論点 救急情報と地域医療. 読売新聞, 朝刊 12版, 読売新聞社, 東京, 2014, pp11.

### 学会発表

- ・ 織田順、行岡哲男ほか. 当院の小児救急専門病床を例にした院内リソース活用の考察. 第16回日本臨床救急医学会. 東京. 2013年7月
- ・ 佐藤綾乃、田牧洋平、織田順、行岡哲男ほか. 救命救急センターにICUにおけるせん妄に対するラメルテオンの効果. 第16回日本臨床救急医学会. 東京. 2013年7月
- ・ Nomura O, Tsurukiri J, Inoue N, Arai T, Ohta S, Yukioka T., The combined emergency physicians and pediatric emergency physicians training at the tertiary adult emergency center -the role of PEM for pediatric trauma care-. 7th Asian Conference on Emergency Medicine. 東京. 2013年10月

## 在宅療養を判断するために介護者と支援者が共有認識できる介護量評価票の開発研究

研究分担者	高橋 眞冬	青梅市立総合病院神経内科 部長
研究分担者	織田 順	東京医科大学救急医学講座 准教授
研究協力者	新井 絹子	羽村三慶病院 看護部
研究協力者	小机 敏昭	小机クリニック 院長
研究協力者	今瀬 律子	公立福生病院 医療連携室
研究協力者	柚木 祐子	大久野訪問看護ステーション
研究協力者	中野 美由起	青梅市立総合病院 地域医療連携室
研究協力者	草野 華世	青梅市立総合病院 地域医療連携室

### 研究要旨

脳血管障害などで身体に障害が残存し、急性期病院を退院する前に在宅療養を検討する場合、必要な介護項目を挙げるだけでなく、介助に必要な時間とその頻度に注目して家族が介護の負担を実感しやすい介護量の測定方法について検討する。ここでは全面的に介助が必要な患者（発語の障害・認知の機能等が重度に障害された患者）を想定し、療養のために必要な介助をセルフケア関連行為群（基本的日常生活動作および関連する医療行為）・生活関連行為群（家事およびそれに関連する医療行為）および生活に直接関係のない医療単独群にわけて65項目を作成し、病棟で勤務する看護師に主観的に介助に必要な時間と1日あたりにその患者が要する回数を記述し、統計的に解析した。その結果有効回答28件のうち多くの項目で結果は一樣で、全65項目のうち1日当たり平均2回未満のものが28項目とほぼ4割で、2～4回のが18項目で全体の4分の1あった。一方、吸引や体位変換などは、一回の所要時間は2～4分だが1日あたり10回程度必要になるものもあった。また異常行動への対応や家事、訪問サービスの際の家族の同席などは頻度が低いものの長い時間束縛される可能性があった。家族が介護する場合1回の介助が短時間でも頻度が高くなると束縛される時間が多くなり、介護が継続できなくなる。このように退院前に具体的な介助内容とその所要時間・頻度を用いて介護量を評価することで、家族は介護を理解し、支援者は家族の負担を減ずる対策を立てることができる。このように介護量を具体的に評価することで家族は介護を現実的に理解したうえで在宅療養を受け入れることができる意思表示をすることができ、速やかな退院を支援することができ、さらに支援者が変わっても同様な評価を継続すれば、地域全体で在宅療養を些細得ることができると考えられた。

### A. 研究目的

脳血管障害などで身体に障害が残存した場合、どの程度介護が必要になるかわからないと、家族は要介護者を受け入れることができるか判断できない。そこで病棟で勤務する看護師に、介助に必要な時間とその患者が一日に必要と経験的に予測される回数について一般的と考えるものを記述してもらい、その結果を用いて家族が介護の負担を実感できる評価票を作成する。

### B. 研究方法

1. 病棟に勤務する看護師への調査

以下の3つに分けて測定項目を抽出：

- ① セルフケア関連行為群：日常生活行為及びそれに関連する医療行為
- ② 家事関連行為群：生活関連行為及びそれに関連する医療行為
- ③ 医療行為単独群：直接生活には関連しない在宅で可能と考えられる非侵襲的な医療行為に分けて病徴業務で比較的頻度の高いものに



ついて挙げる。

2. 調査内容：各項目に対して以下について主観的に記述する

- ① 一回あたりの介護に必要な時間（分）
- ② 一日当たりの介助回数

3. 解析方法：所要時間と頻度の平均値（AVE）と標準偏差（SD）を算出し、一日当たりの総介護実施時間と最大介護頻度を示す。

（倫理面への配慮）本研究は青梅市立総合病院倫理委員会の承認を得て実施した。

## C. 研究結果

（1）調査に協力した看護師は30名で、有効回答を28名から得た

（2）セルフケア関連の行為が24項目で、それに関連した医療行為が10。

家事に関連した行為が11項目で医療関連行為が2つ

日常生活動作等にかかわらない医療行為が18項目抽出された

（3）抽出された項目について介助の時間と頻度をみると、

1回に要する介助時間は10分以下のものが全体の60.0%にあたる39項目で、また、一日当たりの同じ介助回数が平均2回以下のものは全体の4割にあたる28項目、4回以上は18項目でセルフケアに関連したものが多かった（排尿・飲水・起居動作・点滴の管理等）。

（4）本評価票を電子化した。セルフケア・家事関連および医療処置に関連する該当項目を選定すると介助に必要な時間と介助回数が示され、総介助時間、最大介助時間、最大介助回数で介護量を示すことができる。

## D. 考察

（1）介護を検討する前の前提：

各介助項目は全面的に介助が必要で、発語の障害・認知の機能等が重度に障害された患者を想定する。

（2）在宅療養と施設療養の違い：

施設療養する場合は疾病管理が中心となるために、生活が制限されることになる。要介護者は在宅療養を望むが、在宅での療養は（施設での療養と異なり）介護のために自身の生活にも影響が出ることがある。

（3）介護に影響するもの：

介護者は種々の行為についての判断をしていくことが必要で、また介護には家族関係や介護観などのプライベートな部分が多く関与する為、家族が介護を行う意思を表示することが重要になる。

（4）介護の意思を尊重した療養支援の組み立て：

これまで提示されてきた種々の介護量・介護力の評価票の多くは、支援者が介護計画を作成するために用いられることが多く、家族の介護する意思は別に評価する必要があった。この評価票では、具体的に介護内容を数量化し、具体的な医療処置項目も示すことができるため、家族にも理解しやすく、家族の意思を反映させることができる。

（5）家族介護者の心配と理解：

家族は、複雑な背景の中で、介護者の受け入れの可否について意思表示をしなくてはならないが、簡単には理解ができず、時間をかけることが必要になる。そのためにも家族が意思表示できるようにわかりやすい評価が必要であり、さらにこうした家族の判断を優先するような評価票を提示することで、転院等で支援者が変更しても評価を一定に保つことができ、支援が継続できる。

（6）介護の頻度：

介護の継続を中断するものの多くは、介護者自らの生活時間が束縛されることにあるが、それを頻度でとらえると、家族は自身の生活の仕方を想像することができるため、介護が可能となるか判断をすることができる。

（7）結果のばらつき：

この評価票では看護師が自らの経験をまとめたためにばらつきが生じるが、個々の要介護者の状態や家族の理解は一様でないことから、正確に要介護者の状況を示さなくとも、介助の概略の把握は可能で、看護師による家族への介護指導も標準化することができる。

（8）本評価票の特徴

本評価票は看護師の主観的に介助項目毎に1回の所要時間と一日の介助回数を記述したが、項目の選定はあいまいな点も多いため整合性に欠ける部分がある。またその数値も正確とはいいがたいが、家族が実際に行った場合はそれ以上に負担がかかることが予測される。すなわち、数値や項目が曖昧であっても家族が理解するには十分であると考えられる。またこの評価票を電子化することで施設あるいは病棟全体での介護者の負荷を測定することも可能となる。

一方で、数値や項目を地域ごとに変更することなどが必要な場合や、複数の要介護者を比較することが必要な場合にはさらに検討が必要と考えられた。

## E. 結論

- ① 病棟看護師にアンケートを実施し主観的に介助の時間と頻度による介護量の評価票を作成した。
- ② 在宅療養を検討する際に、介助項目を具体的に示すことで家族は介護を理解し、実働時間と頻度で負担を想像できる。
- ③ 本評価票は評価が簡単で、家族を中心とする支援ができる。
- ④ 本評価票は、説明・指導を標準化し、在宅でも施設でも継続した指導を可能にする。
- ⑤ 複数の要介護者の場合も介護者の負担を集計することが可能で、さらに病棟間あるいは施設全体の業務負荷の計測も可能になる。
- ⑥ 今後、療養調整日数・在宅支援者への調査等で本評価票の有効性の検証が必要である。

## F. 健康危険情報

## G. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
1) 高橋眞冬, 岡部百合子, 田尾修, 持田裕子, 西野三枝子, 草野華世, 中野美由起: 家族が実感できる所要時間と頻度による介護量評価: 第52回全国自治体病院学会(京都市)平成25年10月18日

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## 在宅療養を判断するために介護者と支援者が共有認識できる介護量評価票の開発研究

研究分担者	高橋 眞冬	青梅市立総合病院神経内科 部長
研究分担者	織田 順	東京医科大学救急医学講座 准教授
研究協力者	新井 絹子	羽村三慶病院 看護部
研究協力者	小机 敏昭	小机クリニック 院長
研究協力者	今瀬 律子	公立福生病院 医療連携室
研究協力者	柚木 祐子	大久野訪問看護ステーション
研究協力者	中野 美由起	青梅市立総合病院 地域医療連携室
研究協力者	草野 華世	青梅市立総合病院 地域医療連携室

### A. 本研究の目的

急性期病院では新たな救急患者を受け入れるため、入院中の患者の早期退院をはかろうとする。ところが脳血管障害をはじめとする神経疾患や骨折等の運動器疾患を発症すると回復に時間がかかったり後遺障害を残したりすることも多く、急性期病院を退院して生活を再開するには介助が必要になる。後遺障害が軽い場合は在宅療養が可能なが多いが、重度の障害を残した場合、家族による介護が困難になり、施設で療養せざるをえなくなることが多い。ここでは家族は介護の負担があっても在宅療養を受け入れるか、介護の負担が大きくなるために家族が十分に介護できないとして施設で療養をするかの判断をどのようにするのか検討する。そのために家族が在宅療養を受け入れることができるかを判断するための一助として、家族が介護の負担を実感しやすい介護量の評価票を開発し、介護にかかる負担を具体的に示すことで在宅療養が可能になるかの評価手順について標準化を検討する。

### B. 本研究の方法

(1) 療養のために必要な介助項目の抽出：

介護保険認定調査項目、看護必要度、国際生活機能分類等（文献1, 2, 3, 4, 5, 6）を参考にして病棟の看護師が必要と考えられる項目を挙げ

1. セルフケア関連行為群：日常生活行為及びそれに関連する医療行為
2. 家事関連行為群：生活関連行為及びそれに関連する医療行為
3. 医療行為単独群：直接生活には関連しない在宅で可能と考えられる非侵襲的な医療行為に分けて病棟業務で比較的頻度の高いものについて挙げる。

(2) 調査対象：病棟に勤務する看護師

(3) 調査内容：

不特定の入院中の患者の介助項目について、今までの看護経験から介助する際に一回あたりにどの程度時間（分）を要するのか、またその介助が1日におよそ何回必要になるか（介助回数）調査する。（資料1：調査用紙）

(4) 解析方法：

所要時間と頻度の平均値（AVE）と標準偏差（SD）を算出し、目安となる時間・頻度とそれぞれのバラつきを算出し、1日当たりの総介護実働時間と最大介護頻度を提示する。

(5) 倫理的配慮：

本研究は青梅市立総合病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

## C. 結果

(1) 看護師 30 名の経験年数は 1 年から 30 年で、有効回答数は 28 件  
調査に協力した看護師は 30 名で、有効回答を 28 名から得た

(2) 必要とされた介助項目：

セルフケア関連の行為が 24 項目で、それに関連した医療行為が 10 項目、家事に関連した行為が 11 項目で医療関連行為が 2 項目、日常生活行為等にかかわらない医療行為が 18 項目で、全 65 項目の介助項目を選定された。医療処置項目は関連した医療行為を含めると 30 項目であった。表 1 に看護師が挙げた介助項目の一覧を示す。

表 1：病棟の看護師が挙げた介助関連項目

項目		項目数
セルフケア関連行為群：		34
基本的日常生活行為	ポータブルトイレ介助・排便介助・オムツ交換（大便）・オムツ交換（小便）・排尿介助・入浴・清拭・食事介助・飲水介助・上着の交換・更衣全般・下着の交換・ズボン/パンツ等の着脱・靴を履く・口腔清潔（歯磨き等）・整髪・洗顔・清潔全般（清拭以外）・つめ切り・見守り（独歩）・移乗・起居動作・体位変換	24
関連した医療行為	ストマ管理・ストマ器具交換・ハルンバッグ交換・訪問入浴介護・経管栄養・栄養チューブの管理・中心静脈栄養（準備）・点滴・輸液ポンプの管理・装具の装着	10
家事関連行為群：		13
家事に関連した行為	買い物・調理・ゴミ出し・洗濯・清掃・家庭用品の管理・金銭管理・電話の利用・来客対応・留守番（訪問以外）・交通機関や手段を利用しての移動	11
関連した医療行為	訪問診療と準備・訪問リハビリテーションとその他の準備	2
医療行為単独群：日常生活行為に関わらない医療行為		18
不眠・徘徊・譫妄管理・血糖測定・インスリン注射・HOT 管理・吸引行為一式・気管切開管理・人工呼吸器管理・褥瘡管理・体温測定・血圧測定・Sat 測定・疼痛管理・腹膜透析・特殊薬剤（OTC の使用）・服薬一連・服薬（一包化）・通院		18

表 2-1 選定されたセルフケア関連行為群の項目ごとの一度に要する時間（分）と 1 日で行われる回数

大項目	具体的な行為	一度に要する時間（分）		1 日で行われる回数	
		平均値（分）	標準偏差	平均値（回数）	標準偏差
排泄	ポータブルトイレ使用	6.22	3.40	4.38	2.52
排泄	ハルンバッグ交換	3.80	3.50	1.94	1.14
排泄	排尿介助	5.43	3.67	5.75	2.10
排泄	ストマ管理	5.65	3.79	1.65	0.96
排泄	オムツ交換（大便）	7.67	3.95	3.42	3.53
排泄	排便介助	8.14	4.32	3.78	3.68
排泄	ストマ器具交換	10.54	5.22	0.91	0.91
排泄	オムツ交換（小便）	4.20	2.64	7.52	2.86
入浴（更衣を含む）	訪問入浴介護	30.39	14.96	19.04	77.11
入浴（更衣を含む）	入浴介助	28.92	13.27	0.69	0.65
入浴（更衣を含む）	清拭	18.15	9.21	15.26	68.09
食事	食事介助	22.13	11.53	2.67	0.65
食事	飲水介助	4.19	3.04	5.88	4.18

		一度に要する時間 (分)		1日で行われる回数	
食事	経管栄養	5.28	4.60	3.80	2.13
食事	栄養チューブの管理	5.11	4.27	3.58	1.99
点滴管理	中心静脈栄養準備	7.17	4.71	3.42	7.71
点滴管理	点滴	12.23	23.72	4.15	4.97
点滴管理	輸液ポンプの管理	5.38	3.63	6.16	8.94
更衣	上着の交換	5.98	4.78	15.25	66.63
更衣	更衣全般	9.64	7.25	1.73	1.67
更衣	下着の交換	4.74	3.77	1.38	1.35
更衣	ズボン・パンツ等の着脱	4.15	2.98	2.74	4.01
更衣	装具の装着	4.68	3.32	2.09	1.37
更衣	靴を履く	4.21	2.93	2.35	1.41
整容	口腔清潔 (歯磨き等)	7.11	4.20	3.31	2.18
整容	整髪	4.98	6.13	1.32	0.92
整容	洗顔	5.30	6.31	2.80	2.80
整容	清潔全般 (清拭以外)	13.67	11.62	1.55	1.38
整容	洗髪	17.55	10.27	0.61	0.48
整容	つめ切り	8.54	4.76	0.55	0.54
移動 (室内)	見守り (独歩)	6.74	4.09	4.25	2.80
移動 (室内)	移乗できる	3.94	2.73	4.08	3.23
移動 (室内)	起居動作	3.17	1.66	4.81	4.33
移動 (室内)	車椅子移乗を含む	6.00	4.68	4.16	3.60

表 2-2 選定された家事関連行為群の項目ごとの一度に要する時間 (分) と 1日で行われる回数

大項目	具体的な行為	一度に要する時間 (分)		1日で行われる回数	
		平均値 (分)	標準偏差	平均値 (回数)	標準偏差
家庭生活	買い物	38.86	34.26	0.85	0.40
家庭生活	調理	46.69	25.21	2.56	1.00
家庭生活	ゴミ出し	7.08	4.27	1.45	1.27
家庭生活	洗濯	36.92	18.32	1.30	1.82
家庭生活	清掃	38.85	21.90	4.99	12.09
家庭生活	家庭用品の管理	16.92	16.70	1.47	1.85
家庭生活	金銭管理	12.30	9.37	0.94	0.18
家庭生活	電話の利用について	7.44	8.86	1.29	0.79
家庭生活	来客対応・留守番 (訪問以外)	8.50	10.00	1.13	0.77
外出	通院	109.80	74.77	0.71	0.44
外出	交通機関や手段を利用した移動	91.67	47.70	6.67	18.75
訪問	訪問診療と準備	27.43	42.00	0.93	0.19
訪問	訪問リハビリと準備	32.43	41.76	0.93	0.19

表 2-3 選定された医療行為単独群の項目ごとの一度に要する時間 (分) と 1日で行われる回数

大項目	具体的な行為	一度に要する時間 (分)		1日で行われる回数	
		平均値 (分)	標準偏差	平均値 (回数)	標準偏差
異常行動	不眠	38.23	35.15	1.46	0.84
異常行動	徘徊	64.17	46.36	1.40	0.96
異常行動	譫妄管理	58.75	53.77	1.48	1.60

		一度に要する時間 (分)		1日で行われる回数	
呼吸器系	HOT 管理	10.25	10.15	1.47	1.11
呼吸器系	吸引行為一式	5.48	3.23	9.06	4.68
呼吸器系	気管切開管理	7.16	4.28	2.65	2.90
呼吸器系	人工呼吸器	7.78	6.88	3.39	3.42
バイタルサイン	体温測定	3.03	2.08	3.42	2.73
バイタルサイン	血圧測定	2.80	1.98	3.40	2.73
バイタルサイン	Sat 測定	2.17	1.69	3.46	2.71
体位変換	体位変換	10.50	4.64	4.52	3.29
褥瘡	褥瘡管理	14.88	9.92	1.70	2.87
薬剤	特殊薬剤・OTC の使用	5.71	3.56	1.19	0.60
薬剤	服薬一連	6.44	4.92	3.55	2.24
薬剤	服薬 (一包化されている)	5.06	3.90	3.43	2.37
血糖	血糖測定・インスリン注射	7.57	5.15	3.48	1.50
疼痛管理	疼痛管理	16.90	13.14	3.10	2.92
腹膜透析	腹膜透析	59.64	107.88	0.93	0.64
輸血	輸血や血液製剤の使用	25.63	35.98	0.82	0.45

### (3) 評価票の電子化

表計算用のアプリケーションソフトを用いて各(項目)行為を選択し、項目(行為)毎の平均時間と平均頻度を表示しその合計の時間と最大の頻度を要介護者毎に示した。ただし、その行為が自立しているときは、介助時間は0分であり、介助回数は0回として、介助項目に加えている。介助が必要となる項目を選択すると、各項目の一回当たりの介助時間と1日の頻度が示され、さらに実働時間の総和と介助頻度のうちで最大のもの、およびその標準偏差SDが示され、要介護者に必要と考えられる介護を介護者に提示する。図1にその電子画面の一部を提示する。

図1 アプリケーションソフトで電子化した介護量の評価票の一部を示す。画面の右上に総介助時間、最大介助時間、最大介助回数を示し家族の介護の負担の指標にした。

Total Workload of the MGHP Patient

## 介護量評価票

記載者 \_\_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_

氏名  様

総介助時間	368.7	分
	6.1	時間
最大介助時間	27.4	分
最大介助回数	9.1	回

	介助項目	平均所要時間(分)		一日当たりの平均介助回数	
		平均値(AVE)	標準偏差(SD)	平均値(AVE)	標準偏差(SD)
排 池	ハルンバッグ交換	3.8	3.5	1.9	1.1
	オムツ交換(大便)	7.7	3.9	2.2	1.4
清 食	オムツ交換(大便)	18.1	9.2	1.6	1.7
	オムツ交換(小便)	5.3	4.6	3.8	2.1
	...	0.0	0.0	0.0	0.0
	...	0.0	0.0	0.0	0.0
更 衣	更衣全般	9.6	7.3	1.7	1.7
	...	0.0	0.0	0.0	0.0
	...	0.0	0.0	0.0	0.0
整 容	清潔全般(清拭以外)	13.7	11.6	1.5	1.4
	つめ切り	8.5	4.8	0.6	0.5



## D. 考察

### (1) 介護を検討するための前提

家族が在宅療養を受け入れることができるか、あるいは施設療養を選択するか判断をしないといけないが、在宅療養を成立させる要素は複雑で、見方によって評価が異なる可能性がある。その際に環境要因以外の次の事項を本評価票の作成のための前提とした。すなわち、

- ① 家族による介護が必要で、介護者が同居している。  
わが国ではヘルパーを24時間公的に用意する制度はなく、常時身体状況を見守って異常を発見しなくてはならず、あくまでも家族の介助を主として、不足分を支援者が補うと考える。
- ② 介護者が一人で、かつキーパーソンである。
- ③ 要介護者が一人である。
- ④ 全面介助である。  
障害の程度にもよるが、具体的な介助行為は個人個人で異なるため、ここでは、軽介助あるいは半介助でなく、介助の必要なものはすべて全面介助として評価する。
- ⑤ 装具等を装着していない。
- ⑥ 夜間の介護行為については触れない。
- ⑦ 地域の公的な支援がまだ入っていない。

### (2) 在宅療養と施設療養の違い

施設で療養する場合は、専門職者によるため安全性や疾病管理が中心になり、プライバシーを保つことが難しく、外出・飲酒等も制限されるため、要介護者は重度の障害が残存しても自由がきかない施設での療養を拒否する場合がある。一方の在宅での療養の場合は自由がきくが、(施設での療養と異なり)家族が種々の行為について判断をし、介助しなくてはならず、介護者に負担を強いることになる(表3)。つまりここに介護者と要介護者のどちらの希望を優先するのか、判断に困ることがある。さらに急性期病院に入院中に看護師が行っている介助行為すべてについて在宅で行わなくてはならないことを十分に把握できないまま、要介護者を受け入れることができるか判断しなくてはならない。

表3 在宅支援と施設内での療養の違い

	介護施設・病院	在宅
支援のかたち	連続	断続的
主な支援者	(業務として)看護師・介護士	家族として
医療行為者	医師・看護師	家族・意思・訪問看護
療養の規則	主に施設の規則	本人・家族の自由がきく
介護者の視点	障害が中心	生活が中心
プライバシーの保持	不十分	充分
食事(飲酒)	施設で準備	家族が準備
	決められた食事(飲酒は不可)	好みの食事(飲酒制限なし)

### (3) 介護に影響するもの

家族で介護をするには自らの生活に加えて、介護者の日常生活を援助する能力も必要になる。つまり介護者は、要介護者の日常生活行為(身体介護)家事関連行為(生活介護)に加えて医療行為(身体介護)を援助できる精神的、身体的能力も必要になる。また介護者自身の時間の確保や経済力、家庭内の人間関係やストレス、地勢・家屋構造、さらに介護をすることが当然という考え方、社会資源に頼ればよいなどといった介護観が影響してくる。

春日井は介護にかかわる生活資源として、人的資源・社会的資源・能力資源・経済的資源・時間的資源・身体的資源・空間的資源の7つに分けて提示しているが、そのうち社会的資源・経済的資源・時間的資源・空間的資源の4項目が介護者に直接かかわらないものとした(文献7)。これらは入院当初からある程度分かるために、入院早期から退院調整関連部門が関わる必要があると考えられ入院時より退院を意識して社会基盤の不安定な患者をスクリーニングするためのツールが開発され、退院支援スクリーニング表としてとして検討されるものにあたる(文献8-12)。これらを介護にかかわる資源として表4に示す。こうした資源が満たされないと、介護が困難になり、施設での療養が勧められる。ところがこうした内容はプライバシーにかかわる部分も多いために、支援者は家族のこうした内容についての判断を尊重して療養を計画していかななくてはならない。

表4 介護にかかわる生活資源

資源の種類	項目	内容
人的資源	家族、親族、近隣、友人による援助ネットワーク	
社会的資源	介護の社会的サービス（公的、ボランティア、民営）	地域の支援体制地域介護力地域差 介護者の判断・支援者の判断、そして介護者及び支援者の判断基準は医療施設の配置、医療制度によっても地域で異なる。
能力資源	知識、技術、情報の入手、パーソナリティー	
経済的資源	収入、資産、住宅設備など	経済的な問題：介護費用（必要経済力）介護保険を利用しないで算定療養に必要な経済力（費用）
時間的資源	就労状況、育児との競合など	他の要介護者の存在（必要介護量の評価）他の療養しているものが同居している場合 この評価票を用いて他の療養しているものが同居している場合は別途測定が必要
身体的資源	体力、健康、エネルギーなど	
空間的資源	要介護者との地理的近接性、資源へのアクセスなど	地勢上の問題：家屋の問題居住環境：家屋内、地勢、敷地・家屋構造等、環境の問題、交通手段の問題

春日井典子著「介護ライフスタイルの社会学」世界思想社 2004 年参照を改編（文献8）

表5：介護が可能となる要素

職業として要求される機能	介護者の身体状態	介護者自身の身体的制約	持病（腰痛・白内障など） 聴覚障害・視覚障害・その他の障害
		精神的な安定	
	介護行為が理解できる	基本的日常生活行為 家事関連行為	身体状態の理解と判断
		医療行為	医療行為の判断
	意思表示できる		
介護者の介護する意思	介護者の考え方	家庭内の人間関係	介護観・病気観・信仰
	介護のストレス	精神的制約	精神的な優しさ
	生活の成立生活の保障	介護者自身のための時間の確保	介護の頻度・必要時間・睡眠時間の確保・生活様式（外出パターン）職業
		経済力	

（4）介護する意思の尊重した支援療養支援の組み立て

家族が介護する意思があるか否かを判断する時、今後の支援の内容で家族が介護する意思を表明する場合と、介護する意思が優先して支援を組み立てる場合で支援内容が異なることがある。また家族が意思表明をしないと、あるいは意思表明ができないと支援内容が変化することがある。支援者は家族の介護負担を軽減することを検討しなくてはならないが、そのためには、支援者はまず問題点を選定して負担を家族に提示し、次に具体的に可能な支援内容を提示し、介護量がどのように変化するかを示した上で介護の意思を確認することが必要になり、家族にわかりやすい評価が必要になる。そして家族は要介護者の在宅療養を受け入れるか判断することができ、最終的に支援計画が介護者の希望に沿ったものに修正されることが望まれる。

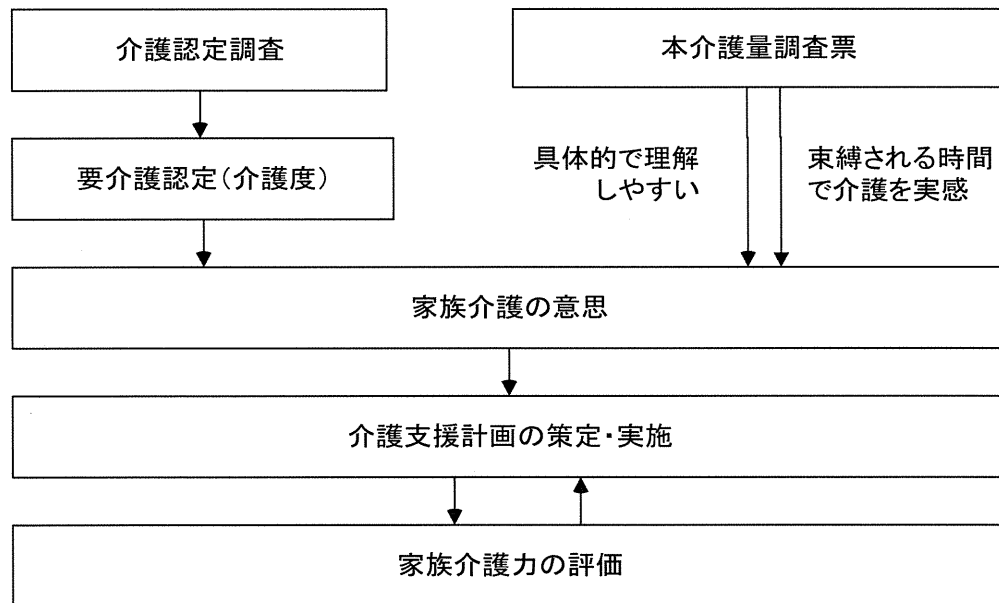
表6：他の介護力評価票との比較：本評価票では個人同士の比較がしにくい

	介護認定調査（文献3）	在宅介護スコア（文献11）	本介護力評価票
頻度の評価	×	×	○
評価の数量化	介護度による認定	点数化による判断	時間と頻度で数量化
評価の段階	段階的	2段階で重み付け	2段階
評価票の利用者	支援者	支援者	介護者・支援者
支援計画	介護度で再度具体的な内容を検討	一部具体的	具体的
介護者への支援	不明瞭	不明瞭	明瞭
医療処置項目		16項目中1つ	65項目中30項目

1) 厚生労働省：要介護認定 認定調査員テキスト 2009 改訂版 2012

介護認定は主治医意見書や介護認定調査表を用いて、介護度を判断し、それに基づいて介護支援が決定される。また家族ごとに介護力は異なるため、介護力を評価するスコアが各種開発されてきたが、これまで提示されてきた種々の介護量・介護力の評価票の多くは点数化して、支援者が介護計画を作成するために用いられることが多く、家族が現実味をもって理解することが容易でなく、家族が介護する意思については別に評価することが必要があった（図1）。（文献12, 13）

図2 介護認定と急性期病棟での介護量評価の使用法の違い。介護認定調査では、介護判定まで家族の意思が入らないが、本評価票は家族の意思に直結する。



(5) 家族介護者の心配と理解

家族が要介護者の身体状態を十分に理解することは支援者が考えるほど簡単ではない。支援者が大丈夫と書いていても、何がどのように大丈夫かわからない。生活に直結したものについてはある程度判断できても、どんな状態を具合が悪いと判断するか、今後何が生じるのかわからないので対処の方法もわからない。今処置が必要か否か専門的な知識で判断する必要があるのかどうか、緊急事態であるのかなどの判断をするには体系だった知識がない。また要介護者を支援する地域の医療福祉資源にどのようなものがあるか、また支援を受けるにしてもどの程度まで可能か、などの知識もない。このように支援者が家族にわかりやすく説明したつもりでも、家族は担当者が考えるほどに説明が理解できず、家族は曖昧に返事することさえある。平成24年10月に西多摩医療連携検討会で実施された西多摩地域の施設事業所調査では、救急病院を退院した後の施設・事業所で担当者から、前施設での説明不足があることが指摘された（文献14）が、これは家族

が十分に理解する時間がないまま退院をしたり、支援者が主導で転院をしたりしている可能性があると考えられる。家族は理解しようとするが家族が理解できるような説明がされていないかもしれない。説明不足もあるが、そのため説明を受けていない＝十分に理解することが難しい、自信がない、十分に説明されていないと表現されかねない。家族の意思は、種々の支援者の話を総合して徐々に固まってくるのであろう（文献15）。しかし急性期の病院では、家族が介護を理解して要介護者を受け入れることができるか判断できるまで入院していることは難しい。そのため、介護者自身の生活がどの程度制約を受け、介護者がどの程度介護に時間を割くことができるかをわかりやすく提示することで、大まかな方針をたてて次の施設や事業所に引き継ぐことができれば、患者家族が中心となって療養環境について検討することができるようになる。

#### （6）介助項目

家族が介護できるかを決定する要素について表5で示す。一つには介護者の身体的能力であるが、介護についてはすぐにすべてが理解できないこと、習熟が必要なことなど、時間をかける必要がある。そして家族が介護する意思をどの程度明確にすることができるか問題になる。こうした中にはプライバシーにかかわることが多く含まれると考えられる。そのためここでは支援者がプライバシーにかかわるものは評価せず、介護者自身のための時間の確保という観点から、介護負担を時間的な問題として評価することとした。すなわち家族が介護するうえで、プライバシーにかかわる部分については支援者による評価から除き、家族の意思表示の中にも含めることとした。村松らは療養病床の看護師の退院支援の内容と、「患者・家族の意思決定を支える援助」「患者・家族の生活に合わせた在宅医療チームによる援助」「家族を支える援助関係形成への援助」「患者の自立を目指した生活機能向上への援助」の四つの因子に分類し29項目の援助内容を明らかにし、基本的日常生活動作の選定方法や日常生活動作の一部としての医療行為について検討しているが、ここで選定された65項目は看護必要度、その他の療養の際に介助が必要となる可能性のある項目から看護師が主観的に日常業務の中で対応しているものを挙げている（文献16）。したがって項目ごとの関係はここでは取り上げず、生活の中の一連の行為として病棟の看護師が理解しやすいと感じたもの、すなわちあくまでも家族にわかりやすく、介護内容を容易に理解できるようなものを評価項目とし、生活に関連した行為のうち自分の身の回りの行為についてはセルフケア関連行為として移動・整容・入浴・食事・着脱衣・排泄に関連した医療行為とし、またセルフケア以外の自宅での生活をするために必要な関連行為として、対応する必要がある来客・外出・通信・清掃等に関連したしたものとしてここでは家事関連行為群と分けて考えた。

またこれまで在宅介護の中での医療行為は、一般には医療依存度と表現され、体系的に指標として介護評価の対象になりにくかったが、訪問看護師の訪問頻度は医療処置を有し、身体症状があり、寝たきりの場合、装着器具の種類が影響を受ける（文献17）ことから、在宅での医療行為ごとの量的評価が介護負担を考える上で必要と考え、生活行為に関連しないが在宅療養をする際に家族が行える医療処置について医療行為単独群として比較的頻度が高いと考えられるものを挙げて、介護量の評価に加えた。但し日常使用している医学用語のままとした。

#### （7）頻度

要介護者毎に違いはあるものの、介助の頻度が高くなるほど介護者の生活を束縛し、家族が自由にできる時間が減じると考え、介護のための時間を計算するだけでなく、介助の頻度により時間が束縛されるととらえれば、全65項目のうち1日当たり平均2回未満のものが28項目と約4割をしめ、2-4回のものが18項目で全体の4分の1であった。一方、吸引や体位変換などは、所要時間は2-4分であったが1日10回程度必要になることが想定された。また異常行動への対応や生活関連行為は頻度が低いものの長い時間のものが多かった。項目ごとに介護に対する負担は一様でないが、介護負担感は介護者自身の生活の時間（気晴らしの時間）を確保することで軽減されると考えられる（文献18）（文献19）（文献20）。つまり介護時間と介護の頻度を示すことで介護者が束縛される時間を示すことができれば、在宅療養を受け入れられるか判断するのに充分であると考えられた。

#### （8）ばらつき

本評価票では介助にかかる時間や頻度を看護師の主観によって記述しているが、今回提示した介護量の評価表に示した介助項目はあくまで一般的なもの、病棟に勤務する看護師の経験的な数値を統計的に処理したものである。ところが今回病棟の看護師は多くの入院中の患者を観察し、経験的にその頻度を想像することができ、介助の項目のほとんどが数分で可能で、病棟の看護師が自らの経験で介助時間と介助回数を記述したが、介助に必要な時間のほとんどは短時間に行われ、大きなばらつき（標準偏差（SD）/平均値（AVE））がなく、看護師によってもその時間的な負担感に大きな違いはなかった。看護師による退院指導で標準化さ

れている項目ともいえる。一方で、大きな差が出たのは直接の業務に関係しない訪問診療や清掃、腹膜透析や点滴管理、褥瘡管理等でこれらは看護師が家族に退院指導を行う際にも標準化されない部分となる可能性がある（表7）。介護項目を一様に数量化しようとしても、要介護者自身の状態はそれぞれ異なり、また不慣れな家族介護者にはさらに時間や技術が必要でその習熟にも個人差が想定される。また介護行為の頻度も要介護者が同一であってもその時々で変化し、家族の理解の程度も一様とはいえないため、家族に提示した数値が主観的なものであっても家族は介護の概略を把握することができ、病棟での退院計画の立案の際にも家族の希望を取り入れやすくなると考えられる。

表7：各介助時間、介助回数のうちばらつき（SD/AVE）の大きかったもの

	1回の介助時間		介助回数（1日当たり）	
	SD/AVE	項目	SD/AVE	項目
セルフケア関連行為群	1.96	点滴	1.44	ズボン・パンツ等の着脱
	1.16	整髪	1.32	訪問入浴介護
	1.12	洗顔	1.20	点滴
			1.19	輸液ポンプの管理
			1.07	ストマ装具交換
			1.07	清拭
			1.03	つめ切り
			1.01	洗顔
家事関連行為群	1.53	訪問診療と準備	2.73	清掃
	1.29	訪問リハビリと準備	1.26	家庭用品の管理
	1.19	電話の利用について		
	1.18	来客対応・留守番（訪問以外）		
医療処置単独群	1.81	腹膜透析	1.69	褥瘡管理
	1.13	HOT管理	1.09	気管切開管理
			1.08	譫妄管理
			1.01	人工呼吸器管理

これまで提示されてきた種々の介護量・介護力の評価票の多くは、支援者が介護計画を作成するために用いられることが多く、家族が介護する意思は別に評価する必要があった（図2）。ところが家族にとっては、介護のために束縛される時間が測定できることで、生活をどのように変更しなくてはならないか理解して介護の意思を表明することができれば、介護者・要介護者の意思を尊重しながら、病院・施設から在宅療養へ移行していくことができ、介護の頻度を減らして介護者が生活するための時間を確保することで介護負担を軽減するという支援の目標は変わらず、介護者ばかりか要介護者を中心とする支援を継続させることができるため、ここに切れ目のない連携が実現するといっていよう。

### （9）本評価票の特徴

この評価票は

- 共有の言葉として支援者が家族に平均的な介護の負荷を示すことができ退院時の療養上の問題が選定され、療養支援の指標にすることができる。本評価票の数値は厳密でないにしても電子化することで測定が容易になり、具体的な評価が簡単に行われる。そのため急性期病院で退院を支援する際に用いることが可能になる。各項目を選択することで、支援者ばかりでなく、介護を予定している家族にも容易に各項目の介護量を閲覧することができ、支援者と家族が同じ視点で介護負荷を理解できる。家族の希望に沿った療養支援を計画できる
- 家族が介護を理解して介護の意思を表明することができる。
- チームを引き継いで療養計画を再び立てる際にも利用することが可能。
- 医療行為についての項目が具体的で、それぞれの特徴を生かした支援が計画できる。
- 複数の要介護者の場合も介護者の負担を集計することが可能で、さらに病棟間あるいは施設全体の業務負荷の計測も可能になる。
- 同一地域の施設全体や病棟別の総体の評価が可能で、病棟全体、施設全体で集計すれば、施設あるいは病棟の業務の負荷を測定でき、現場の介護者の負荷がわかり、病棟を運営していく目安として病棟業務の負荷を示すことができる。また他の施設と比較することもできる。

7. 構造が簡単なため、項目を施設ごとに変更し地域や施設などにより基準値を変更することが可能であり、同じ概念により他の地域でも使用できる。地域の問題を評価することも可能になる。そして地域で介助の必要な要介護者を受け入れるための指標として項目を選定したり、同一の項目を他の地域と比較したりすることで地域の介護力の分析ができる。

などの特徴が考えられるが、その一方で

1. 基準値を施設ごとに決めなくてはならない。
2. 要介護者間の比較がしにくい。
3. 介護内容の評価が主観的で要介護者の正確な評価でない可能性がある。
4. 医療行為の変化で基準値を測定、項目を選定し直す必要がある。
5. 介護度のような区分ができないため介護者の能力を反映していない。
6. 数値が複雑なため、評価の指標にするにはコンピューターなどを利用しないと難しい。

などの課題が残る。さらに現在のところでは、この評価票が有効であるということの証明は十分とはいえず、今後さらに本評価票の有効性の検証が必要になる。

## E. 結論

病棟看護師にアンケートを実施し主観的に介助の時間と頻度による介護量の評価票を作成した。家族はどのような時に在宅療養を受け入れておくことができるかを検討してきたが、在宅療養を検討する際に、介助項目を具体的に示し、介護に要する時間とその頻度についておおよその数値を表示することができれば、家族はどの程度生活を変更しなくてはならないか対策を検討できる。こうしたことはセルフケア関連行為や生活関連行為ばかりでなく医療関連行為の中にも含まれている。家族が要介護者を受け入れることができるか否かの意思を表示するための参考にすることができ、速やかな退院を支援できる。さらにこの評価票を用いれば容易に患者家族と医療施設の担当者が情報を共有できるために、地域全体で家族を中心に各事業所が切れ目なく支援を継続できると考えられる。

謝辞：本研究に調査協力をして下さった、持田裕子氏ならびに病棟の看護師ならびにあきる台病院大村信行氏にここで改めて深謝します。

参考文献：

- (文献1) 中西純子：日常生活行動の概念分析：愛媛県立医療技術大学紀要：1, 49-56, 2004
- (文献2) 看護必要度第4版 看護サービスの新たな評価基準 2010年 岩澤和子, 筒井孝子：日本看護協会出版会（東京）
- (文献3) 介護保険認定における調査項目：認定調査員テキスト 2009改訂版：厚生労働省
- (文献4) 在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコル第2版：2010年 川村佐和子, 数間恵子, 川越博美編集
- (文献5) ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版 2002年 障害者福祉研究会（編）中央法規（東京）
- (文献6) ADL・IADL・QOL（リハビリテ-ションMOOK）2004年：千野直一 金原出版（東京）
- (文献7) P 112-134 介護の長期化と介護ライフスタイル：「介護ライフスタイルの社会学」世界思想社 2004年春日井典子著
- (文献8) 森鍵祐子, 大竹まり子, 赤間明子ら：急性期病院における早期退院支援を目的としたスクリーニング票の導入：日本在宅ケア学会誌 12:26-34,2008
- (文献9) 乗越千枝, 島内節, 友安直子：一急性期病院におけるディスチャージプランニングの必要性判断のためのスクリーニング票の開発：日本在宅ケア学会誌 4:47-53,2000
- (文献10) 鷺見尚己, 村嶋幸代：高齢患者に対する退院支援スクリーニング票の開発（第一報）：病院管理 42:277-288,2005
- (文献11) 宮森ら：在宅介護スコアの開発：日本プライマリ・ケア学会誌 15:58-64, 1992
- (文献12) 丸山美知子：在宅ケアに必要な看護介護量の数量化に関する研究：昭和医会誌 58:349-365,1998
- (文献13) 柴崎かつみ, 兼子トモ子, 白石久美ら：自宅退院を阻害する家族介護力に関わる要因：日本看護学会論文集地域看護 37:30-32,2006
- (文献14) 西多摩地域脳卒中医療連携検討会：西多摩地域脳卒中医療連携アンケート調査結果報告 2012
- (文献15) 美ノ谷新子, 陣川チヅ子, 佐藤裕子ら：脳卒中退院患者からみた在宅療養生活開始時の現状と課題：順天堂医学 54：73-81,2008
- (文献16) 村松恵子, 中谷久恵：療養病床の患者と家族へ行う退院支援の看護に関する要因：日本在宅ケア