

表5 認知症リハビリテーションの4つの要約指標に対する効果（社会参加を除く）

	認短リハの有無	N	平均値	有意確率
移動/ADL	なし	3436	-0.98	0.21
	あり	94	-0.56	
セルフケア/食事	なし	3436	-1.63	0.18
	あり	94	-0.98	
認知機能	なし	3436	-0.89	0.037
	あり	97	-0.26	
周辺症状	なし	3436	0.52	0.033
	あり	89	1.41	

次に在宅復帰した利用者について、入所中の変化および在宅復帰後の機能変化を5つのICF-stagingを用いて検討した。対象は入所後在宅復帰をした高齢者115名で、平均在所日数は85日であった。施設入所中はすべての指標で改善を認めたが、在宅復帰後は、移動およびADL、食事およびセルフケア、認知機能はいずれも悪化傾向を示した。これは入所期間中は頻繁にリハビリテーションを受けられるが、在宅復帰後はリハの頻度が下がるためと考えた。一方社会参加は在宅復帰後も改善を続ける。これは社会参加の機会が入所中より在宅復帰後増えるためと考えた。これらのことより、入所中の老人保健施設のリハビリテーションは、利用者の機能改善に効果があり、かつ在宅復帰を行うことで、利用者の社会参加、すなわち自己実現への効果が期待できることが明らかとなった。

考察

今回の研究では二つの問題点が浮き彫りになった。一つは本邦でのアセスメントの開発時の問題として、項目群の内容的次元性の確認や、変化に対する敏感度の検討がなされないうまま指標として用いられている傾向があることである。今回の研究では、変化の敏感度の測定手法を用いて評価した。さらに在宅復帰例の機能変化を検討することで新しい指標の妥当性が明らかになった。

ICF-stagingとそれを用いた要約指標を用いれば、利用者の身体機能、認知機能だけではなく、社会参加を含めた変化を捉えることが可能となる。しかも14という少ないアセスメント項目で、介入や在宅復帰の効果を測定できることが特徴である。

もう一つは、高齢者の在宅復帰とその後の問題について、新たな知見がえられたことである。要介護高齢者は老人保健施設入所中、さまざまなリハビリテーションを受けることが可能であるため機能は改善傾向を示すが、在宅復帰後は身体機能の低下があるため、継

続的なリハビリテーションが必要となる。しかし、高齢者の社会参加機会は増えると考えられるため、在宅復帰を行った上で、リハビリテーションを継続することが望ましいと考えられた。

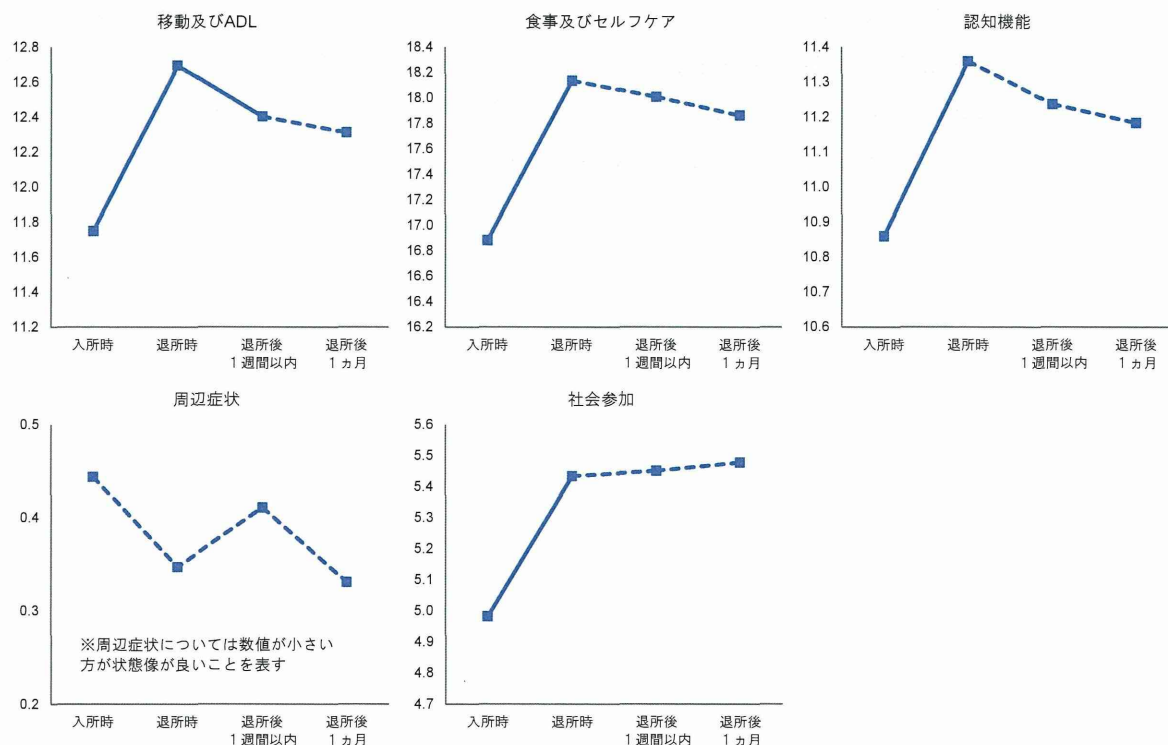


図4 在宅復帰者 (n=115) における5つの要約指標を用いた機能変化の把握 (入所時、退所時、退所後1週間以内、退所後1か月の状態の変化)

周辺症状は、値が小さい方がより、問題が少ない。その他の指標は値が大きい方が状態がよいことを示す。

追記

本研究はスイス Nottwil にあるスイス国立障害研究所の ICF センターからアドバイスを頂き国際生活機能分類を応用した研究として共同で研究を行っている。またデータの一部は「健康増進等事業」により収集したものを再分析し報告したものである。

参考文献

1. 全国老人保健施設協会, 全老健版ケアマネジメント方式R4システム, ed. 全国老人保健施設協会. 2014: 社会保険研究所.

2. 大河内二郎, et al., 要介護高齢者における余暇および社会交流ステージ分類の開発. 日本老年医学雑誌, 2014. 51(5).
3. 鳥羽研二, 認知症短期集中リハビリテーションプログラムガイド, ed. 全国老人保健施設協会. 2010, 東京: リベルタス・クレオ.
4. Toba, K., et al., *Intensive rehabilitation for dementia improved cognitive function and reduced behavioral disturbance in geriatric health service facilities in Japan*. Geriatr Gerontol Int, 2014. 14(1): p. 206-11.
5. 東憲太郎, 介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーション (特集 認知症のリハビリテーション: 笑顔が生まれる実践的アプローチ). Monthly book medical rehabilitation, 2013(164): p. 66-71.

2-5-4)

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

在宅医療支援病棟

研究分担者 三浦久幸 独立行政法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長

研究要旨

2009年より当センターでは入院患者をシームレスに受け入れる病棟を開棟した。開棟後4年までの当病棟の退院患者の追跡調査により、自宅退院率、死亡率はトータルでそれぞれ91.2%、33.8%と継続し、高いことが明らかとなった。一方施設入所、施設死亡は増加傾向を示した。また、悪性腫瘍、骨関節疾患、循環器疾患では自宅死亡率が30%以下と低い一方、認知症、消化器疾患は自宅死亡率が40%以上と比較的高い状況であった。悪性腫瘍の自宅死亡率については診療所間でばらつきが認められた。総じて、在宅医療支援病棟の存在により、自宅死亡率が継続し、高く維持されており、病院による在宅医療支援モデルについては、一定の効果が得られたと考える。一方、悪性腫瘍患者の病院死が多く、この自宅死亡率については診療所間でばらつきが認められ、継続して看取りまでの在宅療養が継続できるような地域へのさらなる介入（体制作り）が必要であることが明らかであった。

在宅医療支援病棟開棟に至る背景

在宅医療の充実が叫ばれているが、2013年8月に提出された社会保障制度改革国民会議報告書でも、「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への転換と「地域包括ケア」の充実が打ち出されている¹⁾。しかしながら、国内の在宅医療は、訪問看護師の不足等、従事する人材の不足等によりなかなか進んでいないのが現状である。特に、在宅医療の充実のためには、在宅の医療・介護チームと病院医療チームとのシームレスな連携が必要とされている。この一方で、これまでの急性期医療を中心とした病院の医療体制では、疾患を治し、とにかく入院患者を早く退院させるのに精一杯で、退院後の患者本人や家族の療養生活を考えて、十分な精神的、技術的サポートを行うという体制がとれていないのが現状である。このため在宅医療にかかわるサイドからは、「病院スタッフは、在宅のことを何も知らない」という厳しい評価すら受けている。これからは病院が「はっきりとし意図を持って」在宅療養を重視した、診療・看護体制を組み、実践して行かないと、在宅医療の将来の道は開かれないということがいえる。

在宅医療支援病棟開棟と運用法の構築²⁾

このような状況の中、国立長寿医療研究センターでは、厚生労働省の地域ケア体制の整備事業の一環（図1）で、2009年4月に在宅医療チームと病院スタッフのシームレスな連携を目指すモデル病棟（在宅医療支援病棟）を開設し、具体的な地域の在宅医療活性化に向けての活動を開始した。「私たちは、高齢者の尊厳を大切にし、最期まで安心して生活が

できる在宅医療を推進します」を理念に掲げ、病棟の運営においては、近隣の訪問診療を行っている診療所の医師を「登録医」、登録医の訪問診療を受けている方の中で当センター入院・通院歴のある人を「登録患者」とした登録制で、病棟運営を行なっている(図2)。登録患者であれば、どのような状態、疾患であれ、登録医の入院適応の判断に従い、入院を受け入れる。当病棟は登録患者の入院を要する際の受け皿の役割(継続支援)、当院入院中の方で初めて(もしくは近日中に)訪問診療に移行する患者への在宅医療チームへの橋渡し介護指導などを行う役割(復帰支援)を担っている。病棟のベッド数は個室8室(有料)、2人床6室の計20床からなる。看護体制は16名、7:1看護で、診療体制は登録医と入院中の病院主治医の二人主治医体制だが、総合病院の中の病棟という利点から、臓器別の専門的治療は必要に応じ受けられる。また、救急から看取り、レスパイト等、入院対応が必要とされる全ての事態に対応するため、対象疾患・入院目的に制限は設けていません。入院後は退院前カンファレンスや必要時の退院前の自宅訪問等、多職種協働による在宅への復帰支援を行っている。

このような在宅医療を支える一つのモデル病棟を作り、運営をしているが、病棟開設後4年まで経過した時点での実績・活動をまとめ報告する。

在宅医療支援病棟でのナースの役割³⁾

病棟運営の最大の特徴は完全プライマリー、サブプライマリー制の看護で、再入院しても担当看護師は原則、変わらない体制をとっている。プライマリーナースは入院中(場合によっては入院前)に自宅へ訪問し、入院中の早い段階から退院後の療養を想定した看護を提供する(図3)。入院中家族へは、経管栄養や痰の吸引などの技術指導のみではなく、自宅で療養することや看取りについての精神的な支援を行う。自宅訪問では、病院での患者さんの様子では計り知れない、たくさんの情報が得られる。ベッドやトイレの位置や階段、上がり框の高さなどのチェックだけでなく、その患者さんの大事にしている写真、好きな花、動物など、生活、人生を支える貴重な情報を得ることができる。このように、病棟では患者さんの生活を見ずに、退院指導をしないように努めている。訪問時にはできるだけ、担当のケアマネジャーが同行し、医療と介護の情報共有を図るようにしている。また、退院後1週間程度を目安に患者宅へ電話連絡を行い、自ら行った入院中の看護の見直しも行っている。

また、在宅医療支援病棟は患者本人、家族の思いを叶えるという意味でも重要な役割を持っている。一般の病棟では、がん患者に関しては病院側の主治医が決まっていることが多く、入院となっても病院主治医、入院する病棟はある程度固定される傾向はあるが、通常では、非がん患者の場合は、病態によって毎回、病院担当医、入院病棟などが変わる傾向が認められます。その場合、終末期における希望などの情報が入院するごとに毎回確認される、ということもありえる。この病棟では、非がん患者の場合、担当医は病態によって変更になる可能性はあるが、入院病棟は変わらず、担当看護師も変わらない。このため、

本人、家族の希望に沿った医療提供の継続性が担保され、一度話し合われた内容は在宅側にも病院側にもしっかりと申し送られるために、虚弱が徐々に進行し人生の最終段階を見越した準備を病院側、在宅側双方で協働して行うことができる。このような活動を続けることで、いずれ、地域における看取りの文化を醸成することにつながると思われる。

開棟後の経過状況（2009年度～2012年度まで4年間の実績）（図4～6、表1～4）^{4）、5）}
病棟開設後2009～2012年度の4年間に、地域の在宅医（診療所）と病院の連携が開設時の登録医12人から82人に広がり、登録患者も開棟時72人から190人前後と増加した（図4）。この病棟への入院患者は延べ1008人（22-104歳；平均78.0歳±12.2歳、男：女=57:43）であり、平均入院日数は20.5日であった（表1）。入院患者の基礎疾患としては神経・筋疾患（24.7%）が最も多く、悪性腫瘍（24.5%）、脳血管疾患（17.7%）、認知症（10.7%）、呼吸器疾患（8.7%）が続いた（図5）。入院形態は時間外・休日の救急入院16.8%、時間内救急32.3%、復帰支援（他病棟からの転棟）11.2%、予約入院37.7%と、救急入院はほぼ半数であった（図6）。また再入院率は高く、2回以上入院している人は51.8%と半数を超えていた。また、死亡退院患者を除く在宅復帰率は約91%で、自宅への復帰がスムーズに行われていた。4年間の病棟利用患者の退院後の在宅死亡率は平均34.5%であった（表3、4）。この入院患者の在宅死亡率は愛知県平均（約12%）の約3倍高い割合であった。この病棟は在宅死亡率の上昇をその目的としているわけではないが、シームレスな病診連携が結果として在宅死亡率を上昇させる可能性があることが示された。一方で、表4に示したように、悪性腫瘍に対する各診療所の在宅死亡率は異なり、在宅における在宅医の緩和ケアのスキルのばらつきが影響していると考えられた。

また、死亡退院を除くとレスパイト入院患者の約94%が自宅に退院しており、在宅療養継続のためのレスパイト入院の必要性を裏付けていた。このように病院側が入院適応を判断するのではなく、在宅医が入院適応を判断するという入院のハードルを低く設定して病棟運営を行った結果、再入院率は高い状況だったが、専門病棟により看護師の退院支援のスキルが高まったことで、自宅退院率は高いままで推移した。再入院を許容することで、「いつでも入院できる安心感があるから在宅療養を継続できる」という気持ちとなり、自宅退院率が高い確率を維持できていると思われた。退院後の在宅死亡率も高い状態であるが、「本人の医療・ケアについての希望を叶える」という病棟の基本姿勢が、地域の看取りの文化を醸成する効果も持っていると考えられる。

在宅医療支援病棟と地域連携

病棟では在宅医療チームと病院チームとの医療スタッフの協働の一環として、退院時カンファレンスや退院前の自宅訪問を積極的に行っている。さらに、多職種連携の促進のため、当センターでは地域の訪問介護員に対して、在宅医療スタッフとの連携研修を行うとともに、センターと在宅医、在宅患者、訪問看護ステーション間のICTを用いた医療・介護ス

スタッフの情報の共有化にむけての事業・研究を並行し行っている。このように在宅医、訪問看護師、包括支援センター、介護、行政のスタッフが集まり、地域活性化に向けての活動を行うに当たり、病棟の活動のみでなく、地域の在宅医療・介護を総合的に推進する病院の役割は重要であると考えられる。このような病棟活動により、また、患者さんとのやりとりを通じ、病院スタッフ、地域スタッフとの顔の見える関係が構築されつつある。この流れの中、登録医同士の懇話会の開催、地域の訪問看護ステーションとの定期的な交流会の開催、訪問栄養士との交流を通じた研究会の発足、地域の拠点薬局からの訪問薬剤指導へのアプローチなど地域での地に足のついた連携が促進されつつある。

地域在宅医療支援拠点としての役割(図7)

このように在宅医療支援病棟は、在宅患者の受け入れや、在宅復帰への支援に留まらず、在宅看取りの支援、家族支援、医療機関間の連携支援、モニター機能・研究、多職種協働の促進在宅研修・養成、ソーシャルキャピタル醸成など地域の医療、介護、福祉の連携を促進し、在宅医療全体を支援する、いわゆる在宅医療支援拠点としての役割を担っている。急激に高齢化が進み社会構造が変化する中で「生活を支える」在宅医療への需要がさらに増加すると予想される。この状況に対し、住まいをベースに医療、介護、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制(地域包括ケアシステム)の構築が求められている。現在、多くの地域でこの包括ケアシステムの構築を目指した活動が行われている。システム構築に関わる各地域の実施主体、理念、方法は様々であり、システムの中での在宅医療の位置づけもそれぞれ異なる。いずれにしても在宅医療の充実がなければ、地域包括ケアシステムの構築はできないため、中心となる事業体がどこになるかも含め、地域の実情に合わせて、柔軟に適切な在宅医療の形を形成する必要がある。在宅医療支援病棟はこの地域包括ケアシステムにおける、特に地域の医療機関や医療と介護福祉の連携促進に今後、重要な役割を果たすことができると考えられる。

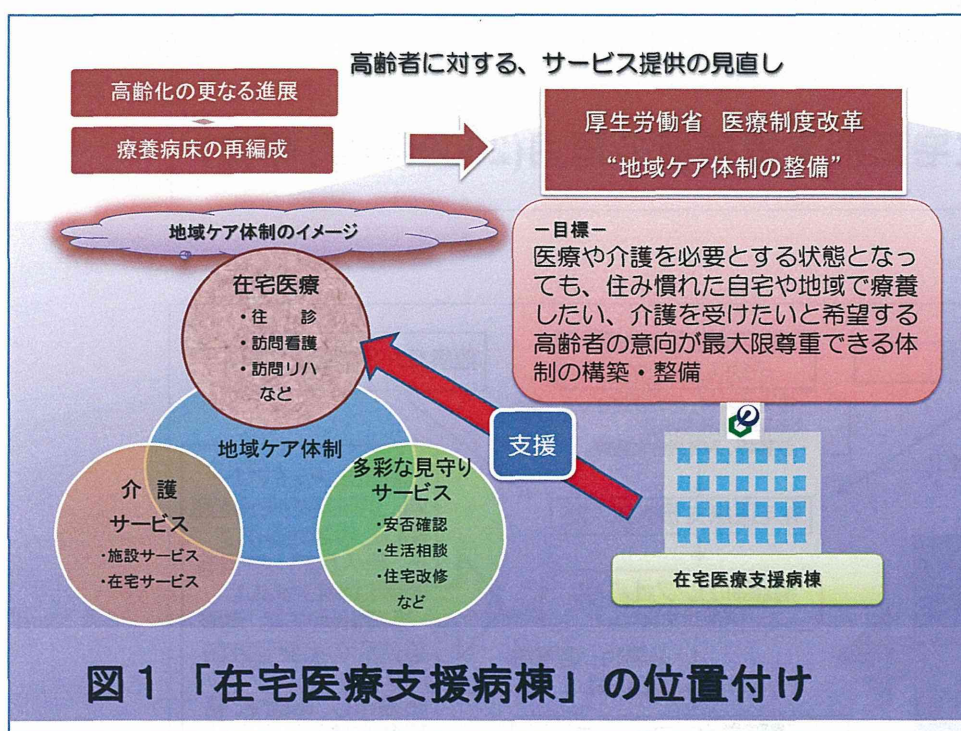
結論

社会保障国民会議で「地域完結型医療」の推進について報告され、さらに今年度の診療報酬では、在宅療養後方支援病院加算や地域包括ケア病棟の新設など、病院が地域在宅医療を支援する体制をいかに構築するかに焦点があたり始めている。当センターの在宅医療支援病棟のこれまでの課題やその解決に向けた活動内容は、これから新たに地域在宅医療支援に乗り出す医療機関の参考データとして有用であると考えられる。

文献：

- 1) 首相官邸 政策会議 社会保障改革国民会議
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/>

- 2) 三浦久幸 特集 “在宅医療支援病棟”でのナースの役割 在宅と病院をつなぐ継続した医療を支える “在宅医療支援病棟”看護 2013, 65(12), 66-69.
- 3) 洪英在、三浦久幸 在宅医療支援病棟の活動と将来像 日本在宅医学会雑誌 2013, 15(1), 63, 64.
- 4) 三浦久幸 特集 在宅医療の現状と今後の展望 10. 在宅医療支援病棟の試みと今後の展望 医薬ジャーナル 2013, 49(4):125-129.
- 5) 後藤友子、洪英在、三浦久幸 特集 高齢者医療における在宅医療の新しい展開 Seminar 7. 地域の在宅医療を支える後方支援病床、病棟の役割と今後の展開 Geriat. Med. 2013, 51(5):509-513.



—在宅ケアチームと病院チームによる切れ目のない医療・ケアの実践をめざして—

1. 登録制を用いた新しい在宅医療支援モデル
 - 診療所医師→登録医
 - 在宅患者→登録患者
 - 登録医の判断により入院
‘継続支援’
2. 全ての在宅医療・ケアへの対応
 - 救急から看取りまで
3. 多職種協働による在宅への退院支援
 - 退院前カンファレンス
‘復帰支援’



図2 在宅医療支援病棟の運用(2009年4月開棟)

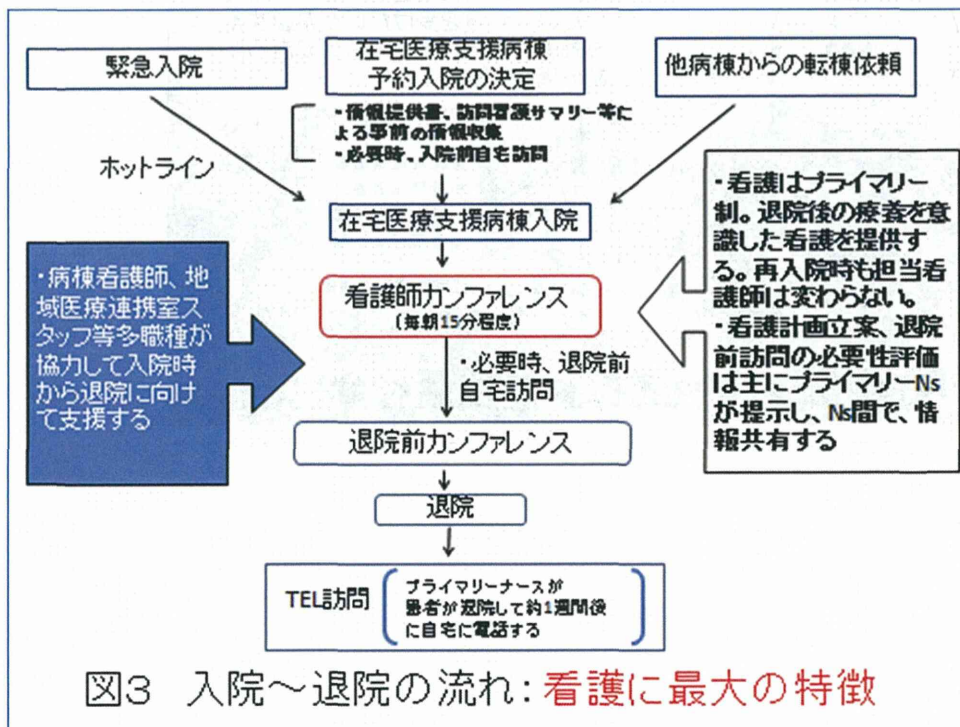


図3 入院～退院の流れ: 看護に最大の特徴

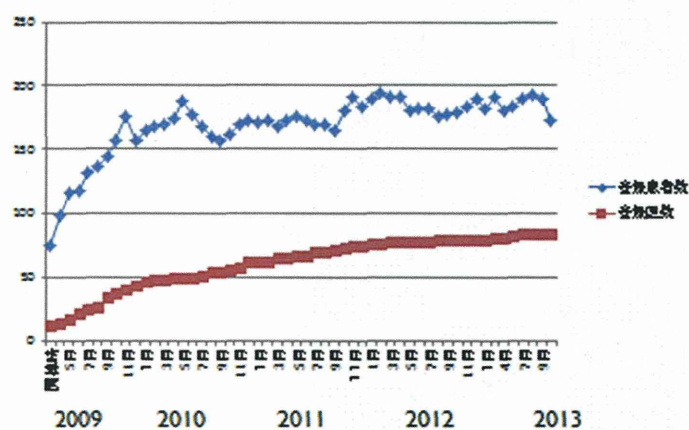


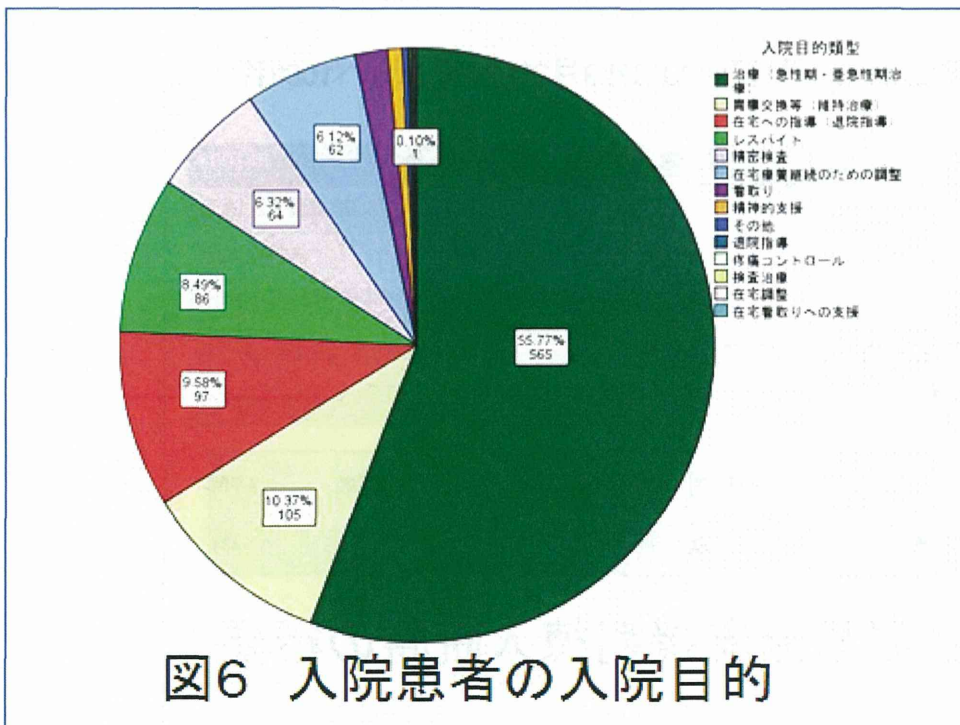
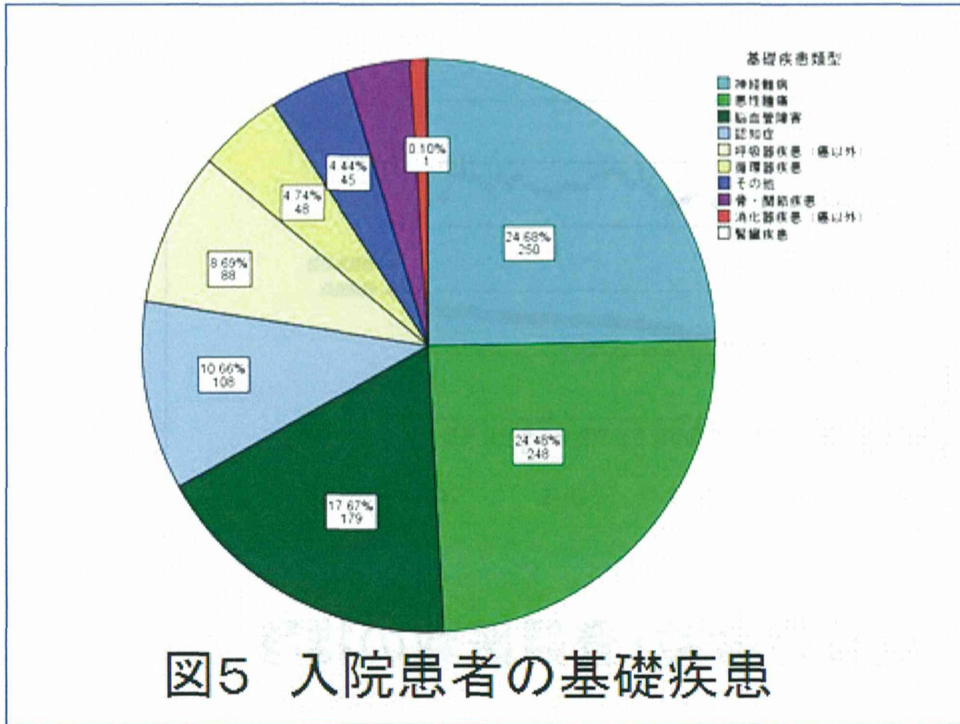
図4 登録患者数・登録医数の推移

入院数:2009年4月1日～2013年3月31日までに延べ1008件

	n=1008
年齢(歳)	78.0歳 (± 12.2)
性別(男性:女性)	57% : 43%
平均在院日数(日)	20.5日 (± 17.60)
入院形態(時間外・休日:時間内救急:復帰:予約)	16.8% : 32.3% : 11.2% : 37.7%
再入院患者率	51.8%

	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	4年間
初回入院数	163	120	112	65	460

表1 在宅医療支援病棟入院時の概要



	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2009-2012 年度
施設入所	2	5	11	9	27
死亡退院	49	35	38	26	148
自宅退院	199	220	191	177	787
転院	4	17	12	7	40
総数(死亡退院含める)	254	277	252	219	1002
総数(死亡退院含めず)	205	242	214	193	854
自宅退院率(死亡退院 を総数に含める)	78.3	79.4	75.8	80.8	78.5
自宅退院率(死亡退院 を総数に含めず)	97.1	90.9	89.3	91.7	92.2

表2 入院患者の予後調査結果

	病院死(他院 での死亡含 む)	自宅死	施設死亡	死亡場所 不明	疾患別総 数	自宅死亡 率(%)
悪性腫瘍	100	42	2	2	146	28.8
脳血管障害	19	19	1	0	39	48.7
呼吸器疾患	25	12	0	0	37	32.4
神経難病	23	12	0	1	36	33.3
認知症	14	15	3	1	33	45.5
骨・関節疾患	9	1	0	1	11	9.1
循環器	10	3	0	0	13	23.1
消化器	3	3	0	0	6	50.0
腎疾患	0	0	0	0	0	-
その他	3	5	0	2	10	50.0
合計	206	112	6	7	331	33.8

	病院死(他院 での死亡含 む)	自宅死	施設死亡	死亡場所不 明	疾患別総 数	自宅死亡 率(%)
悪性腫瘍	100	42	2	2	146	28.8
非悪性腫瘍	106	70	4	5	185	37.8

表4 疾患別の死亡場所調査結果

診療所	病院死	自宅死	施設死	総数	自宅死亡率
A	33	8	0	41	19.5
B	14	11	0	25	44.0
C	9	1	0	10	10.0
D	3	6	1	10	60.0
E	6	3	0	9	33.3
F	5	0	0	5	0.0
G	5	0	0	5	0.0
H	4	0	0	4	0.0
I	4	0	0	4	0.0
J	2	1	0	3	33.3
K	2	1	0	3	33.3
L	1	2	0	3	66.7
M	2	1	0	3	33.3
N	0	2	0	2	100.0
O	2	0	0	2	0.0
P	1	1	0	2	50.0
Q	0	0	1	1	0.0
病院死1人×7ヵ所	7	0	0	7	0
自宅死1人×4ヵ所	0	4	0	4	100

表4 悪性腫瘍に対する各診療所の自宅死亡率

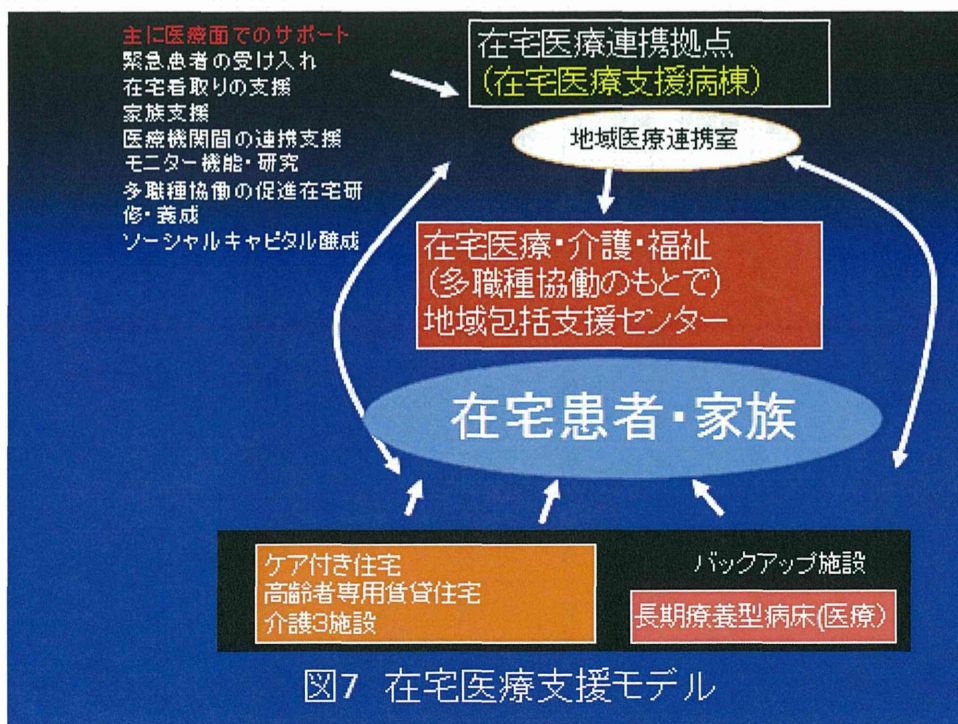


図7 在宅医療支援モデル

2-6) 阻害要因；医療サービス

2-6-1)

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

在宅療養を阻害する要因と機能強化に向けた教育ニーズの検討

－訪問看護師の視点から－

研究分担者 百瀬 由美子 愛知県立大学看護学部老年看護学教授
研究協力者 藤野 あゆみ 愛知県立大学看護学部老年看護学講師
天木 伸子 愛知県立大学看護学部老年看護学助教
山本 さやか 愛知県立大学看護学部老年看護学実習指導員

研究要旨

要介護高齢者の在宅療養への移行や継続を阻害する要因、それらへの対応力を高めるための訪問看護師への教育ニーズおよび訪問看護ステーションの機能強化を困難にしている課題について訪問看護師の視点から把握することを目的として、訪問看護師を対象とした全国調査を実施した。2,393名（回収率18.9%）から回収され、在宅療養継続の阻害要因に関する自由記述から、【本人の体調等の悪化、変化】、【家族・介護者の負担・不安・調整困難】、【専門職の力量不足、連携の問題】、【制度や環境等に関する問題】が抽出され、その内容は多岐に渡った。また、在宅療養の継続を支える上で、訪問看護の機能を強化することが求められているが、その実践には人材の確保、人材育成に困難を感じていた。人材育成のための教育・研修の機会は保障されつつあるものの、教育ニーズを反映した内容の検討の必要性が示唆された。

はじめに

日本は他の諸外国が体験することのない速さで超高齢社会をむかえ、今後も人口の高齢化に伴い複合的な医療保健ニーズを有する高齢者や認知症高齢者の増加が見込まれている。これに伴い、医療機関に入院する患者における高齢者のしめる割合は増加し、平均在院日数が延長し、医療費も高騰しており、特に後期高齢者ではその傾向が著しい¹⁾。高齢者の医療費の高騰が及ぼす医療財政への圧迫の軽減策として、在院期間の短縮化が推し進められている。しかし、高齢者は複合的な疾患を有し、回復にも時間がかかり、また世帯構成が変化し、独居や高齢者のみの世帯が増加し家族介護力が脆弱化している状況が見受けられ、複雑で多様な医療・介護ニーズをもつ高齢者が短期間の入院治療で生活機能の再構築が十分でないままに退院を迫られることへの不安や不満が増加している。高齢者や家族が安心して満足した退院へと支援するには様々な困難が存在し²⁾、自宅での療養環境が整備されなままでの退院が高齢者特有の慢性疾患の増悪因子となり、再入院の比率を高めている状況も推察される。また、高度な医療ニーズはないが在宅での療養が困難な要介護高齢者の生活の場は多様化している。特に、病院から介護老人保健施設や特別養護老人ホームへ生活

の場を移行するものの数は増加している。2025年以降の将来を見据え、持続可能で安定的な介護保険制度の運用にむけて、厚生労働省は在宅ケアをさらに推進するために、地域包括ケアシステムの構築を目指している。また、多死社会となり医療機関・介護施設などの病床数や在宅死の割合が2007年時点のままで推移すると、2040年には約49万人の看取りの場所が不足すると予測されている。そのため、2014年度の診療報酬の改正では、病床の機能分化を促進し、病院や施設から在宅への移行をより積極的に推進する医療やケアを高く評価する内容となっている。今後は、看取りの場の確保も含め、病院や施設から地域に戻ってきた高齢者の在宅での生活の質の向上と最期まで支えるための仕組みづくりが急務である。そのためには、地域包括ケアシステムを効果的に運用することが重要であり、各機関で相互に円滑な連携を推進することと、調整を図る機能を担う専門職として、訪問看護の役割は大きく、機能強化が求められているといえる。このような社会のニーズに対して2012年の介護保険法改正により、小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせてサービスを提供する「複合型サービス事業所」が創設された³⁾。これにより利用者は、ニーズに応じて柔軟に、医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられるようになり、事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能になり、ケアの体制が構築しやすくなったとされる。さらに、2014年度の診療報酬改定では、新たに「機能強化型訪問看護ステーション」が評価される内容が盛り込まれた。重症者や看取りを希望する在宅療養者への24時間対応や、多機関・多職種との調整・連携など、訪問看護には地域包括ケアシステムにおける医療・介護の中核的役割が求められている。こうした状況を踏まえ、訪問看護ステーションがその機能を強化し、質の高いケアの実現可能性を検討するために、「訪問看護ステーションの多機能化モデル事業」が実施され、全国訪問看護事業協会はモデル事業に参加した8つの訪問看護ステーションの取り組みの成果をまとめた。その中で、薬剤師や栄養士、歯科衛生士等の多職種と連携する上での時間調整や情報共有の問題や、教育、研修を実施する費用や時間の確保の問題等の課題が明らかにされている⁴⁾。

そこで、要介護高齢者や医療依存度が高い療養者等が在宅療養を継続するために、それを支援する訪問看護ステーションには従来型からの転換が求められている状況において、在宅療養への移行や継続を阻害する要因、それらへの対応力を高めるための訪問看護師への教育ニーズおよび訪問看護ステーションの機能強化を困難にしている課題等を全国的規模で把握する必要があると考えた。

研究目的

本研究では要介護高齢者の在宅療養への移行や継続を阻害する要因、それらへの対応力を高めるための訪問看護師への教育ニーズおよび訪問看護ステーションの機能強化を困難にしている課題について訪問看護師の視点から把握することを目的とした。

研究方法

1. 調査対象：全国の訪問看護ステーションに勤務している訪問看護師。
2. 調査内容：対象者の属性、勤務形態、訪問看護ステーションの概要、ステーション内外の研修会への参加状況、教育ニーズ、訪問看護の機能強化を困難にする要因等については、選択的的回答を求め（ほとんど困難に感じない：1～とても困難に感じる：4の4段階評定）、在宅療養への移行および継続の阻害要因等については自由記述による回答を求めた。
3. データ収集および分析方法：データ収集は郵送による無記名自記式質問紙法により行った。全国訪問看護事業協会に正会員登録している4,225箇所すべてに調査票を配布し、各ステーション3名に調査協力を依頼した（ $4,225 \times 3 = 12,675$ 名）。回収は個別の返信用封筒を用いて返送を依頼した。分析は、主要な変数の基本統計量を算出し、研修会への参加状況、教育ニーズ、訪問看護の機能強化を困難にする要因等の現状を把握し、在宅療養への移行の困難および継続の阻害要因については、自由記述を質的に分析した。

倫理的の配慮

本研究は、質問紙調査であることから身体への侵襲は伴わない。また、教育ニーズや研修会への参加状況等を問うものであり、心理的負担を伴うものではなく、研究に伴う危険は極めて少ないといえる。研究者は訪問看護ステーションの責任者およびスタッフとの間に利害関係はなく、また対象者が強制力を感じることなく自由意思によって研究に協力できるよう調査用紙の回収は郵送とした。また、無記名による調査であるため、回答者個人が特定されることはない。調査への同意は、質問紙への回答、返送をもって得られたものとする旨、依頼文書に記載した。

結果

質問紙は2,393名より回収され（回収率18.9%）、病院責任者等の回答を除き2,391名を有効回答とし、分析に用いた。

1. 対象者の基本属性（表1）

性別では、97.6%が女性であり、平均年齢は 46.7 ± 8.1 歳、看護実務経験年数は平均 21.3 ± 8.5 年であった。所有免許、教育歴および現在の職位は表1に示すとおりである。

訪問看護ステーションにおける勤務経験年数は、図1示すとおり、全体では10年以上が819名（34.3%）と最も多く、次いで0～2年が588名（24.6%）であった。

勤務形態は、正規職員が2,023名（84.6%）、非正規職員が349名（14.6%）であった。

1週間の平均勤務時間は、平均 34.6 ± 13.3 時間、のべ訪問件数は 18.8 ± 14.6 件であり、日曜・祭日勤務については、有りが1,401名（58.6%）で平均回数は 1.8 ± 1.1 回/月であった。夜勤待機は、1,668名（69.8%）がしており、頻度は月平均 9.5 ± 6.6 回であった。

表1 対象者の基本属性

	総計 N=2391	北海道 n=143	東北 n=213	関東 n=661	東海・北陸 n=452	関西 n=471	中国・四国 n=217	九州・沖縄 n=234
性別								
女性	2334 (97.6%)	139 (97.2%)	211 (99.1%)	647 (97.9%)	449 (99.3%)	454 (96.4%)	208 (95.9%)	226 (96.6%)
男性	57 (2.4%)	4 (2.8%)	2 (0.9%)	14 (2.1%)	3 (0.7%)	17 (3.6%)	9 (4.1%)	8 (3.4%)
年齢(歳)								
平均値±標準偏差 (最小値～最大値)	46.7 ±8.1 (23～74)	47.3 ±7.1 (28～65)	47.9 ±8.1 (24～67)	46.7 ±8.4 (25～72)	46.7 ±8.3 (23～74)	46.4 ±8.0 (27～73)	46.4 ±8.4 (24～66)	46.2 ±7.5 (30～66)
看護実務経験年数(年)								
平均値±標準偏差 (最小値～最大値)	21.3 ±8.5 (0.17～50)	21.9 ±7.8 (2.42～41)	23.6 ±9.1 (1～44)	20.8 ±8.6 (0.58～50)	21.4 ±8.6 (0.17～45.5)	20.7 ±8.4 (0.75～44)	21.2 ±9.1 (1.83～45.75)	21.2 ±7.8 (0.75～41.9)
所有免許								
看護師	2295 (96.0%)	139 (97.2%)	199 (93.4%)	638 (96.5%)	430 (95.1%)	455 (96.6%)	207 (95.4%)	227 (97.0%)
准看護師	411 (17.2%)	32 (22.4%)	65 (30.5%)	85 (12.9%)	74 (16.4%)	82 (17.4%)	30 (13.8%)	43 (18.4%)
保健師	109 (4.6%)	13 (9.1%)	8 (3.8%)	48 (7.3%)	14 (3.1%)	15 (3.2%)	7 (3.2%)	4 (1.7%)
助産師	23 (1.0%)	2 (1.4%)	2 (0.9%)	5 (0.8%)	4 (0.9%)	5 (1.1%)	2 (0.9%)	3 (1.3%)
最終看護専門教育歴								
養成所(看護師2年課程)	518 (21.7%)	35 (24.5%)	53 (24.9%)	139 (21.0%)	101 (22.3%)	97 (20.6%)	41 (18.9%)	52 (22.2%)
養成所(看護師3年課程)	1355 (56.7%)	68 (47.6%)	113 (53.1%)	365 (55.2%)	249 (55.1%)	284 (60.3%)	140 (64.5%)	136 (58.1%)
養成所(保健師課程)	19 (0.8%)	5 (3.5%)	5 (2.3%)	3 (0.5%)	2 (0.4%)	1 (0.2%)	2 (0.9%)	1 (0.4%)
養成所(助産師課程)	12 (0.5%)	2 (1.4%)	-	2 (0.3%)	2 (0.4%)	4 (0.8%)	1 (0.5%)	1 (0.4%)
短期大学(看護師2年課程)	58 (2.4%)	1 (0.7%)	1 (0.5%)	15 (2.3%)	14 (3.1%)	13 (2.8%)	6 (2.8%)	8 (3.4%)
短期大学(看護師3年課程)	188 (7.9%)	12 (8.4%)	12 (5.6%)	59 (8.9%)	49 (10.8%)	31 (6.6%)	10 (4.6%)	15 (6.4%)
短期大学(保健師専攻科)	5 (0.2%)	-	1 (0.5%)	3 (0.5%)	-	1 (0.2%)	-	-
短期大学(助産師専攻科)	4 (0.2%)	-	1 (0.5%)	2 (0.3%)	-	-	-	1 (0.4%)
大学	81 (3.4%)	4 (2.8%)	2 (0.9%)	39 (5.9%)	14 (3.1%)	9 (1.9%)	8 (3.7%)	5 (2.1%)
大学院修士課程・博士前期課程	16 (0.7%)	3 (2.1%)	-	9 (1.4%)	-	4 (0.8%)	-	-
その他	90 (3.8%)	10 (7.0%)	17 (8.0%)	13 (2.0%)	16 (3.5%)	14 (3.0%)	8 (3.7%)	12 (5.1%)
無記入	45 (1.9%)	3 (2.1%)	8 (3.8%)	12 (1.8%)	5 (1.1%)	13 (2.8%)	1 (0.5%)	3 (1.3%)
現在の職位								
統括所長	38 (1.6%)	4 (2.8%)	3 (1.4%)	12 (1.8%)	4 (0.9%)	10 (2.1%)	2 (0.9%)	3 (1.3%)
所長	579 (24.2%)	45 (31.5%)	54 (25.4%)	166 (25.1%)	102 (22.6%)	111 (23.6%)	48 (22.1%)	53 (22.6%)
副所長	35 (1.5%)	3 (2.1%)	5 (2.3%)	12 (1.8%)	5 (1.1%)	7 (1.5%)	1 (0.5%)	2 (0.9%)
主任	175 (7.3%)	7 (4.9%)	14 (6.6%)	40 (6.1%)	34 (7.5%)	37 (7.9%)	19 (8.8%)	24 (10.3%)
スタッフ	1457 (60.9%)	83 (58.0%)	128 (60.1%)	408 (61.7%)	288 (63.7%)	279 (59.2%)	133 (61.3%)	138 (59.0%)
その他	95 (4.0%)	1 (0.7%)	9 (4.2%)	18 (2.7%)	17 (3.8%)	23 (4.9%)	14 (6.5%)	13 (5.6%)
無記入	12 (0.5%)	-	-	5 (0.8%)	2 (0.4%)	4 (0.8%)	-	1 (0.4%)

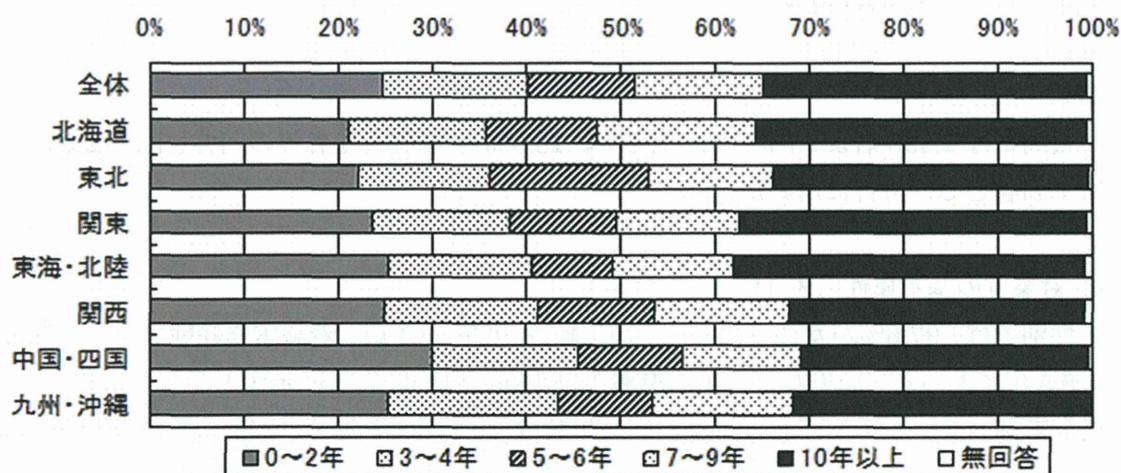


図1 訪問看護ステーションにおける勤務経験年数

2. 事業所の状況

開設からの年数は、平均 13.4 ± 7.0 年、経営主体は、医療法人が 911 (38.1%) と最も多く、次いで営利法人 504 (21.1%) で、医療機関と併設していたのはほぼ半数であった。また、居宅介護支援事業所は 1,579 (66.0%) が併設しており、介護支援専門員の背景としては、看護職が 46.3% であった。訪問看護ステーションの活動状況としては、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供しているとは回答したのは、260 (10.9%) で、その内訳は一体型 26 (10.0%)、連携型 146 (56.2%)、両方 31 (11.9%) であった。複合型サービスについては、提供しているが 108 (4.5%) とわずかであった。また、機能強化型訪問看護管理費を申請、取得していたのは、216 (9.0%) であった。平成 26 年 1 月～12 月までの看取り件数は、0～100 件と幅があり、平均 8.7 ± 10.1 回であった。

スタッフの配置と職種については、表 2 に、常勤看護職員数については図 2 のとおりである。

表 2 スタッフの配置と職種

	総計 N=2391	北海道 n=143	東北 n=213	関東 n=661	東海・北陸 n=452	関西 n=471	中国・四国 n=217	九州・沖縄 n=234
看護職者数平均(人)								
常勤								
平均値±標準偏差 (最小値～最大値)	4.2 ±2.3 (0～24)	3.5 ±1.7 (1～9)	4.7 ±3.1 (1～24)	4.1 ±2.0 (0～20)	4.2 ±2.2 (1～17)	4.2 ±2.4 (1～13)	4.0 ±2.1 (1～15)	4.8 ±2.4 (1～15)
非常勤								
平均値±標準偏差 (最小値～最大値)	3.3 ±2.9 (0～30)	4.0 ±3.0 (0～13)	2.5 ±2.1 (0～9)	3.5 ±3.0 (0～30)	3.2 ±2.8 (0～20)	3.3 ±3.0 (0～21)	3.3 ±3.1 (0～15)	3.2 ±2.4 (0～11)
その他								
平均値±標準偏差 (最小値～最大値)	1.6 ±2.3 (0～17)	1.3 ±1.4 (0～6)	0.8 ±0.8 (0～3)	2.2 ±3.3 (0～17)	1.2 ±1.1 (0～5)	1.5 ±1.8 (0～8)	1.4 ±1.5 (0～6)	2.2 ±2.6 (0～10)
他職種の就業(複数回答)								
理学療法士	1197 (50.1%)	64 (44.8%)	90 (42.3%)	378 (57.2%)	222 (49.1%)	233 (49.5%)	105 (48.4%)	105 (44.8%)
作業療法士	733 (30.7%)	40 (28.0%)	69 (32.4%)	204 (30.9%)	135 (29.9%)	135 (28.7%)	84 (38.7%)	66 (28.2%)
言語聴覚士	267 (11.2%)	10 (7.0%)	18 (8.5%)	83 (12.6%)	52 (11.5%)	52 (11.0%)	23 (10.6%)	29 (12.4%)
歯科衛生士	8 (0.3%)	1 (0.7%)	—	2 (0.3%)	—	3 (0.6%)	2 (0.9%)	—
その他	333 (13.9%)	16 (11.2%)	36 (16.9%)	115 (17.4%)	43 (9.5%)	71 (15.1%)	25 (11.5%)	27 (11.5%)
なし	795 (33.2%)	57 (39.9%)	84 (39.4%)	171 (25.9%)	162 (35.8%)	143 (30.4%)	75 (34.6%)	103 (44.0%)
専門看護師・認定看護師								
いる	251 (10.5%)	14 (9.8%)	9 (4.2%)	94 (14.2%)	31 (6.9%)	76 (16.1%)	6 (2.8%)	21 (9.0%)
いない	2083 (87.1%)	126 (88.1%)	201 (94.4%)	550 (83.2%)	413 (91.4%)	377 (80.0%)	206 (94.9%)	210 (89.7%)
無回答	57 (2.4%)	3 (2.1%)	3 (1.4%)	17 (2.6%)	8 (1.8%)	18 (3.8%)	5 (2.3%)	3 (1.3%)

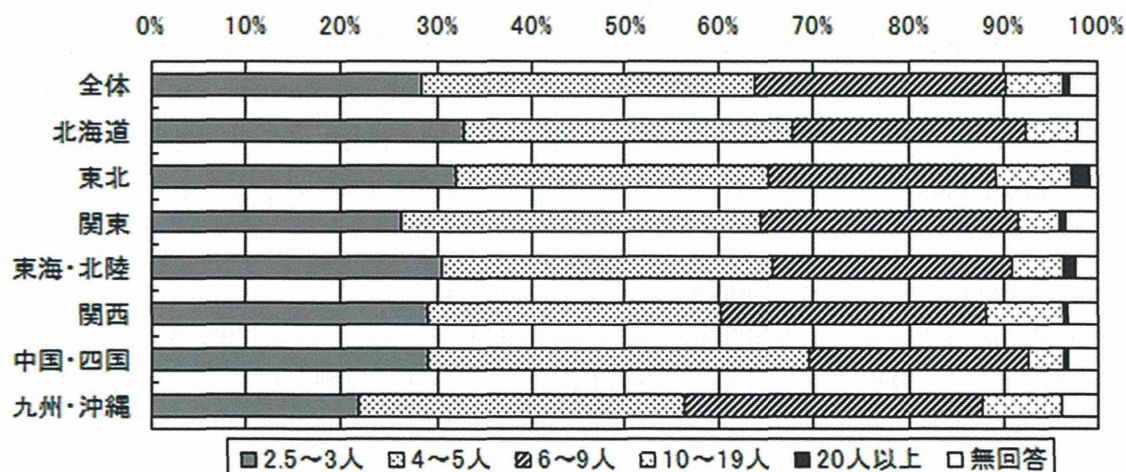


図 2 常勤換算看護職員数

3. 学習の機会と参加状況

勤務するステーション独自で研修を開催していると回答したのは 1,576 (65.9%)、解しあの頻度は月平均 1.4±1.0 回であり、参加状況は、参加しているが 86.8%であった。外部の研修については、参加しているが 91.8%で、研修の参加費の負担は、ステーションによる全額負担が 48.6%、一部自己負担が 27.3%、全額自己負担が 19.0%であった。

学部研修に参加できない、あるいはしにくい理由については、図 3 に示すように業務に支障がでる、地理的に開催場所が遠すぎる、平日に開催されるなどが上位を占めた。

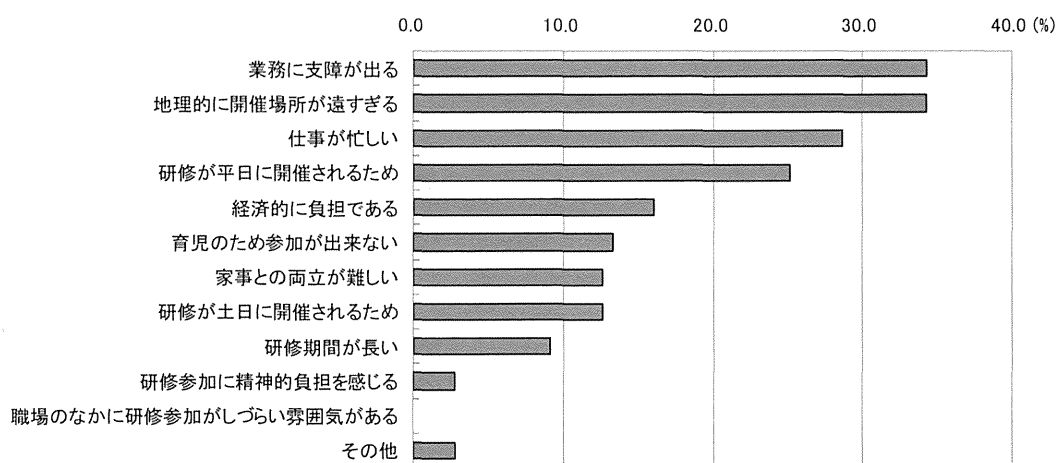


図 3 外部研修への参加困難の理由 (N=2,391 ; 複数回答可)

4. 希望する研修内容

先行研究を参考に、在宅ケアで求められるケア内容を 33 項目列挙し、最も受けたいものを 1 つ、受けたいものを 5 つまで複数回答するよう求めた。その結果、両者をあわせた回答から、受講希望のもっとも多かった項目は、「がん患者の在宅医療 (がん性疼痛ケアを含む)」(38.9%) で、次いで「終末期期の身体的苦痛・疼痛の緩和方法」(38.4%)、「褥瘡に関するアセスメント・創処置」(34.1%)、「認知症症状のアセスメント・対応」(34.0%)、「病態増悪時の身体徴候のアセスメント・救急処置」(31.5%) の順であった。

5. 訪問看護ステーションの機能を強化する上での困難

訪問看護ステーションの機能を強化する上で困難に感じていることを、機能強化型訪問看護管理療養費算定要件を参考に独自に 21 項目を設定し、困難お程度を 4 件法で回答を求めた。その結果、図 4 に示すとおり、人材の確保、人材育成に困難を感じる比率が高かった。

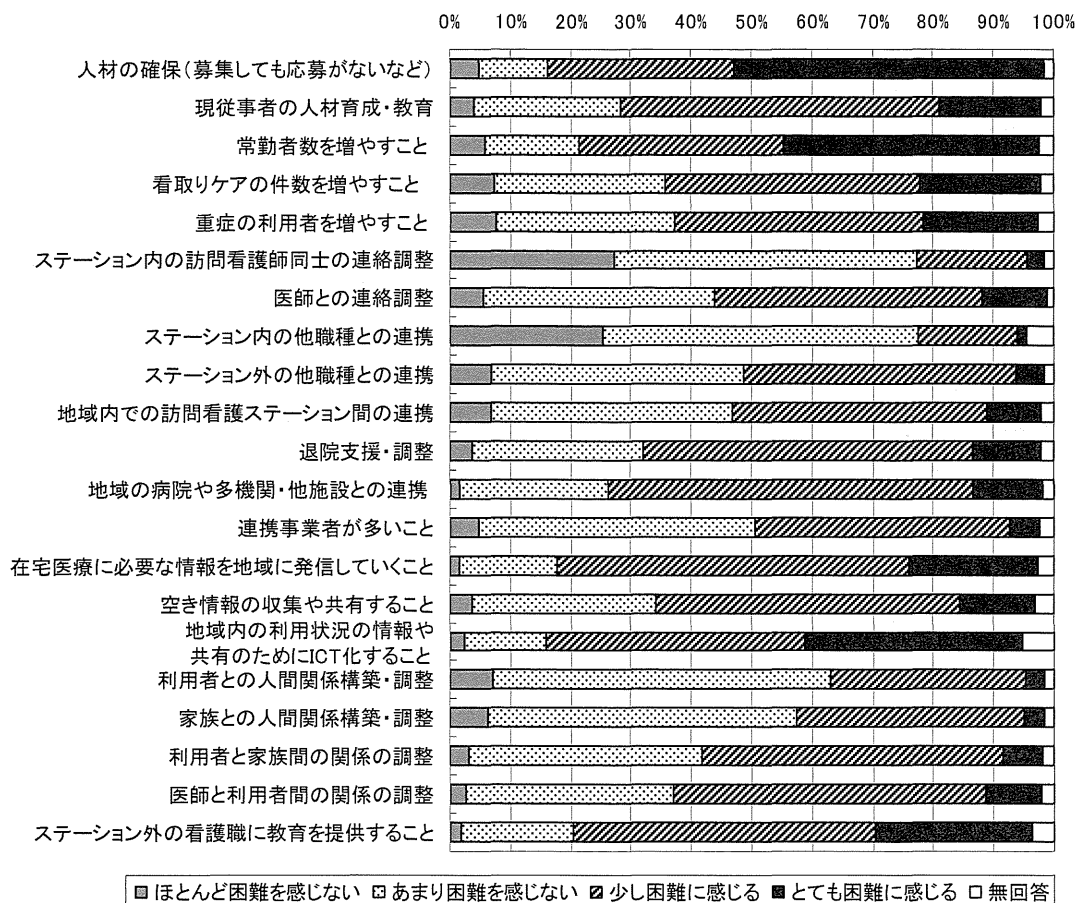


図 4 訪問看護ステーションの機能を強化する上での困難

6. 在宅療養への移行および継続を阻害する状況について

訪問看護師の視点から、在宅療養への移行が困難と感じるケースまたは状況もよび在宅療養の継続を困難にする要因について記述を求め、類似している内容を整理した。

その結果、【本人の体調等の悪化、変化】、【家族・介護者の負担・不安・調整困難】、【専門職の力量不足、連携の問題】、【制度や環境等に関する問題】に分類された。【本人の体調等の悪化、変化】では、病状の増悪、体調の変化、症状コントロールが困難なケース、疼痛などの苦痛、ケア内容が多い、認知症状が重度、服薬管理の継続が難しいなどがあった。【家族・介護者の負担・不安・調整困難】では、老夫婦世帯、老老介護、介護者の高齢化、介護者が持病を抱えている、介護者も認知症、介護者の体調の変化、介護者の入院、介護の担い手不足、介護力不足、介護力低下。認々介護、家族が非協力的といった《介護力不足・低下》に関して多岐にわたる問題が挙げられていた。また、日常生活の世話に対する《負担が大きい》ことや、家族の在宅療養に対するイメージ・知識不足、家族の理解力不足、家族の不安、家族が介護への関心が低い、サービスに対して閉鎖的な考え方など《家族の理解不足・不安》があること、さらには家族・兄弟間の不仲、家族の人間関係や方針の違