

平成 16 年度厚生労働省老人保健事業
推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

訪問看護ステーションにおけるサービス改善
に関する調査研究事業

報 告 書

平成 17 年 3 月

主任研究者 石垣和子

社団法人 全国訪問看護事業協会

平成 16 年度厚生労働省老人保健事業
推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

訪問看護ステーションにおけるサービス改善
に関する調査研究事業

報 告 書

平成 17 年 3 月

主任研究者 石垣和子

社団法人 全国訪問看護事業協会

はじめに

医療技術の進歩や在院日数の減少施策に伴って、在宅療養者の抱える疾病・障害は多様になり、またその重症度も広がりを見せている。在宅療養者の数自体も増加の一途をたどっている。このような状況において、在宅療養に安全や安心を与え、また危機にも対応できることを保証する人材として、訪問看護師にかかる期待は膨らんでいる。

一方で、訪問看護をめぐる環境は、訪問看護ステーションの増加速度の鈍化に端的に現れているように、介護保険発足以降は課題が生じている。国は予算を割いて訪問看護振興を図っており、徐々にその効果が出てくるものと思われるが、訪問看護実践現場はなかなかその期待に応えられない状況である。

平成14年度、15年度には訪問看護のサービス提供の在り方についての調査や、休廃止に至る訪問看護ステーションの実態把握、訪問看護ステーション管理者の労働環境に関する調査を行ない、訪問看護の実践現場の抱える課題について明らかにしてきた。その中で、訪問看護ステーションの経営的観点から、訪問看護に対する報酬のあり方を検討する資料も提供した。

今年度は、それらの資料を基に、滞在時間を基準とした現在の訪問看護の報酬体系と比較して、より妥当な報酬体系に結びつく基準が見つかるかどうかを探索した。見つければすぐに訪問看護の振興に直結するとまでは言えないと思われるが、それを元に吟味し、報酬体系の施策として結実すれば、何らかのインセンティブが働くことが期待される。

また今年度は新たに、障害児・者への訪問看護の提供実態を把握することを行なう。ここ1年、支援費制度と介護保険制度との一体化が国会で議論になるなど、障害児・者の在宅療養や在宅福祉が注目され始めた。訪問看護ステーションの利用者の多数を占めるのは要介護度の高い高齢者であり、その他については頻度が下がる。そのような中で、重症身障児や成人した障害者がどの程度訪問看護を利用し、どのような看護を提供されているのかについては十分に知られていない。障害児・者といってもその原因は多様であるが、この調査では精神障害者については含めなかった。決して軽視しているわけではなく、かえって大変重要だと考えているため、一緒に調査することによって調査量が増えすぎ、回答者に負担をかけることを懸念したためである。72000人の精神障害者が施設療養から在宅療養へ移行することが叫ばれていることから、早晚、訪問看護がもっと精神障害者へのサービス提供を求められるときがくると考えている。

この調査研究が、より妥当な報酬体系や、今後の障害児・者への訪問看護提供に役立つ資料となることを願っている。

主任研究者 石垣和子（千葉大学看護学部）

研究組織

1. 全体統括委員会

主任研究者	石垣和子	千葉大学看護学部訪問看護学教育研究分野	教授
委員	上野桂子	聖隷福祉事業団 理事・在宅サービス部	部長
委員	山本則子	千葉大学看護学部訪問看護学教育研究分野	助教授
委員	鈴木育子	千葉大学看護学部訪問看護学教育研究分野	助手

2. 訪問看護業務内容に即した報酬体系の提案のための資料作成委員会

主任研究者	石垣和子	千葉大学看護学部訪問看護学教育研究分野	教授
委員	上野桂子	聖隷福祉事業団 理事・在宅サービス部	部長
委員	北池 正	千葉大学看護学部保健学教育研究分野	教授
委員	緒方泰子	千葉大学看護学部保健学教育研究分野	講師
委員	上野まり	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科	講師
委員	相原鶴代	さつき台訪問看護ステーション	管理者

3. ステーションのサービス提供実態把握による障害児・者に対するサービス充実の基礎資料作成委員会

主任研究者	石垣和子	千葉大学看護学部訪問看護学教育研究分野	教授
委員	上野桂子	聖隷福祉事業団 理事・在宅サービス部	部長
委員	藤原泰子	済生会三田訪問看護ステーション	管理者
委員	上野まり	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科	講師
委員	本田彰子	千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター	教授
委員	浜詰幸子	看護協会ちば訪問看護ステーション	管理者
委員	相原鶴代	さつき台訪問看護ステーション	管理者

4. 研究委託先（調査のデザイン、分析、とりまとめ）

中野夕香里 有限会社 Yukari & Co. 取締役社長

5. 協力者

千葉大学大学院看護学研究科 博士後期課程 岡本有子、伊藤隆子
博士前期課程 藤田淳子、園田芳美

6. 事務局

全国訪問看護事業協会 担当者 濱本百合子、木全真理

第 I 部

訪問看護業務内容に即した報酬体系の提案のための資料作成

第 I 部 訪問看護業務内容に即した報酬体系の提案のための資料作成

目 次

1. 背景と目的.....	1
2. 方法	1
3. 結果	3
1) 平成14年度および15年度の研究成果のレビュー	3
2) 平成14年度および15年度の訪問時タイムスタディデータの統合	5
3) 基礎集計	6
4) 滞在時間による評価方法の評価.....	18
5) 利用者像を反映した評価方法の検討	27
4. 考察	35
1) 滞在時間による評価の課題とあり方について	35
2) 患者の状態による評価について	36
5. まとめ	36

1. 背景と目的

現在、訪問看護に対する保険制度からの支払いは、訪問看護業務を行った時間(利用者居宅における滞在時間)に応じてなされている。しかし、滞在時間が同等であっても、利用者の病態・状態が異なればそこで実施される看護業務・サービスは種類、量、インテンシティに差があると推測され、回数・時間による評価だけでは、実際の看護業務・サービス提供を十分には反映できない可能性がある。

このような問題意識の下、平成 14・15 年度「訪問看護ステーションにおけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業」では、介護保険利用者に対する訪問看護業務・サービス提供の実態に関するデータの収集・分析を行ってきた。その結果、同等時間の訪問であっても提供される業務・サービスに相違があることが示された。

しかし、時間以外にどのような評価軸が適当であるのか、また、その評価軸についてどのような方法で評価を行うのか等については明らかではなく、報酬体系の見直しを具体的に進めるためには、これらの点を明示する研究成果が蓄積されることが急務である。

そこで、本研究では既存のデータを訪問看護業務内容に即した報酬体系の検討のための資料として整理するとともに、報酬体系の見直しを適切に進めるために必要な研究課題を明確にする目的で再分析を行った。

2. 方法

平成 14・15 年度「訪問看護ステーションにおけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業」において収集した訪問時タイムスタディのデータを用いて以下の手順で分析を行った。

1) 平成 14 年度および 15 年度の研究成果のレビュー

平成 14・15 年度報告書をレビューし、研究方法および成果を整理した。これらに基づき、本年度の分析の視点を検討した。

2) 平成 14 年度および 15 年度の訪問時タイムスタディデータの統合

平成 14・15 年度の訪問時タイムスタディ(平成 14 年度研究における「訪問時業務調査」、平成 15 年度研究における「利用者調査」)のデータにつき、調査内容の一致・不一致の整合をはかり、統合データとして整理した。

3) 基礎集計

統合データを用いて、調査対象となった利用者の属性、訪問の状況等の基礎集計を行った。

4) 滞在時間による評価方法の評価

滞在時間による評価の特性・課題を明らかにするために、現行の報酬体系上の時間区分の適切性、および滞在時間と実施したケア内容との関連を分析・検討した。

5)利用者像を反映した評価方法の検討

利用者の状態とサービス内容・実施時間の関連を分析し、利用者の状態(要介護度、ADL、傷病、医療依存度等)による評価方法について検討した。

3. 結果

1) 平成 14 年度および 15 年度の研究成果のレビュー

①調査の概要

本研究で使用するデータは、平成 14・15 年度「訪問看護ステーションにおけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業」において利用者宅訪問時の看護ケア内容および時間に関するタイムスタディにより収集されたデータである。

両年のタイムスタディの概要を表1に示す。

表1 タイムスタディの概要

	平成 14 年度	平成 15 年度
調査の目的	訪問時間区分別のサービス提供内容や提供時間の差などを把握し、サービス提供実態を明らかにする	
調査名称	訪問時業務調査	利用者調査
対象事業所	(社)全国訪問看護事業協会会員のうち協力の得られた訪問看護ステーション 359 箇所	同会員より無作為抽出した訪問看護ステーション 2,000 箇所
対象事業所における利用者の選出方法	次回訪問予定が看護師による「30 分未満」、「60 分未満」、「90 分未満」訪問である利用者から誕生日日付により各 1 名、計 3 名を選出	
調査内容	(1) 利用者の属性等：性別、年齢、ステーション利用開始時期、支払方法、同居家族の状況、経済状態 等 (2) 心身の状況：要介護度、傷病名、認知症性老人の日常生活自立度、障害老人の日常生活自立度、心身状態の総合的安定性、直近 6 ヶ月以内の入院歴、医療処置等の状況 等 (3) 主治医と連携：指示書の種類、主治医の所属、訪問診療・往診の有無 等 (4) サービスの利用状況：訪問回数、滞在時間、介護保険サービスの利用状況 等 (5) 介護給付費算定状況：訪問看護(介護給付費)利用総単位数、加算算定状況 (6) 訪問当日の行為内容および所要時間	
データ収集方法	訪問看護師による自記式調査	
実施時期	平成 14 年 11～12 月	平成 15 年 12 月
回収状況	訪問看護ステーション：237 箇所 利用者：668 人 回収率：66.0%	訪問看護ステーション：547 箇所 利用者：1,494 人 回収率：27.4%

なお、調査内容(6)「訪問当日の行為内容および所要時間」の調査は、あらかじめ設定した 49 のケア項目(表2)について調査を行ったものである。

表2 看護ケア項目一覧

A 状態観察		1 バイタル測定(体温、脈拍、血圧、呼吸、血糖値等のチェック)	
		2 心身の状態観察、生活状況の観察	
B 処置等	与薬	3 服薬管理(点眼薬、軟膏、座薬等を含む)	
		4 注射、点滴	
		5 吸入	
		6 在宅中心静脈栄養	
		処置	7 褥創の処置
			8 創傷部の処置
	9 医師の指示による採血などの検査		
	10 気管内吸引、排痰ケア、気管カニューレの管理		
	11 タッピング		
	12 在宅酸素療法、酸素吸入		
	13 人工呼吸器の管理		
	14 口腔内、鼻腔内吸引		
	15 経管栄養(鼻、口、胃ろうなどからの栄養注入)		
	16 膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理、導尿の実施、介助		
	17 浣腸、摘便		
	18 人工肛門、人工膀胱、胃ろうの管理		
	19 CAPDの管理(使用物品の確認、機器の点検を含む)		
	20 疼痛管理		
	21 死後の処置		
	その他	22 マッサージ	
		23 リハビリテーション	
		24 その他のリハビリテーション	
		25 『与薬・治療・処置関連』その他	
	C 身の回りの世話		26 入浴、シャワー浴介助(保湿剤の塗布等のスキンケアを含む)
			27 清拭(保湿剤の塗布等のスキンケアを含む)
		28 口腔内ケア、歯磨き、歯磨き準備、歯磨き介助、うがい等	
		29 その他の保清:洗髪、手浴、足浴、陰部洗浄	
		30 整容:髭剃り、散髪、整髪、爪きり、更衣	
		31 排泄援助、おむつ交換	
		32 経口での栄養、食事、水分摂取に関わる援助	
		33 移動、移乗、散歩の介助	
		34 体位変換、良肢位の保持等褥創予防のための処置	
		35 環境整備	
		36 (身の回りの世話関連)その他	
D A~C 関連		37 看護師の手洗い、物品等の消毒	
		38 物品の定期的、臨時の整理、調達、手配	
E 本人とのコミュニケーション		39 痴呆・精神障害に対するケア	
		40 話し相手、談話	
		41 一緒に〇〇をする:家事、娯楽、散歩、〇〇するのを見守る	
		42 声かけ、タッチ	
		43 本人への療養指導・説明	
F 本人以外へ働きかけ		44 主治医、他機関、他専門職等への連絡、相談	
		45 家族への説明、連絡	
		46 家族の状態観察	
		47 地域住民への声かけ	
G その他		48 その他	
		49 介護支援専門員の業務	

②調査結果の概要

2 ヶ年の調査により、以下の点が結論付けられている(表 3)。滞在時間に基づいた報酬体系については、滞在時間が同等であっても実施しているケアの内容が異なっており、時間による評価がケア内容を十分には反映していないため、例えば、利用者像や実施しているケアの内容に基づいた評価を加味することを検討すべきであると結論された。

表3 平成 14・15 年度調査結果の概要

- 訪問時間区分別に利用者像が異なる(長時間訪問の利用者は ADL・病態いずれの点からもニーズ大)
 - 30 分未満訪問では実際のケアに費やす時間は 10 分程度。注射・在宅酸素療法・マッサージ・その他リハを除き、与薬・処置、身の回りの世話の実施率は低い。
 - 治療に関わる業務・身の回りの世話業務ともにその合計時間は訪問看護区分(時間区分)と整合する。
 - 滞在時間が同等でもケア内容が異なる。
- ↓
- #3 巡回型訪問のあり方
 - #4 訪問時間による報酬体系の限界
- 利用者像・実施内容による評価が必要

2) 平成 14 年度および 15 年度の訪問時タイムスタディデータの統合

平成 14・15 年度の訪問時タイムスタディ(平成 14 年度研究における「訪問時業務調査」、平成 15 年度における「利用者調査」)のデータにつき、調査内容の一致・不一致の整合をはかり、計 2,162 名の利用者分の統合データとした。調査年度別の内訳は表 4 のとおりである。

表4 調査年度の内訳

平成 14 年度調査分	668 人
平成 15 年度調査分	1,494 人
計	2,162 人

3) 基礎集計

統合データを用いて、調査対象となった利用者の属性、訪問の状況等の基礎集計を行った。

①利用者の属性等

i) 性・年齢

利用者の基本属性は表 5 のとおりである。性別は男性 871 名、女性 1,283 名、不明 8 名、年齢は 79.9 ± 10.1 歳で 40 歳から 104 歳に分布した。女性において男性よりも有意に年齢が高かった。

表5 利用者の性・年齢

性別	男性 871 名 女性 1,283 名 不明 8 名	
年齢	79.9 ± 10.1 歳 (40~104 歳)	
	男性 77.6 ± 9.7 歳 女性 81.4 ± 10.0 歳	**

** : $p < 0.01$

ii) 保険サービスの利用状況

タイムスタディの対象者の訪問看護区分(ケアプラン上の滞在予定時間)別の人数は概ね 30% ずつである(表 6)。訪問看護 1 区分(滞在予定時間 30 分未満)では女性が多く、訪問看護 3 区分(同 60~90 分未満)では若年者が多い。

調査月の支払方法については、介護保険法が 2,041 人(94.4%)と最も多く、以下、老人保健法(86 人、4.0%)、生活保護法(84 人、3.9%)、健康保険法等(62 人、2.9%)と続く(併給含む)。支払い方法を、「介護保険法のみ」、「老人保健法または健康保険法等のみ」、「介護保険法かつ(老人保健法または健康保険法等)」に再区分するとそれぞれに該当する利用者数は表 6 のとおりである。介護保険法のみから支払を受けた利用者は全体の 85%であり、急性増悪等の理由により調査月に医療保険を利用した利用者は 5%弱みられた。

表6 サービス利用の状況

訪問看護区分	訪問看護1:30分未満 訪問看護2:30~60分未満 訪問看護3:60~90分未満	749名(34.6%) 778名(36.0%) 635名(29.4%)
支払方法	介護保険法のみ 老人保健法または健康保険法のみ 介護保険法かつ(老人保健法または健康保険法)	1,844名(85.3%) 16名(0.7%) 88名(4.0%)

調査月に利用している訪問看護ステーションの利用について、その継続利用期間は、 8.1 ± 3.3 年で分布し、最も短い利用者で2年、長い利用者で16年であった(表7)。

表7 利用期間(年)

	人数	%
2年	42	2.0
2～5年	559	26.2
5～10年	901	42.3
10年以上	626	29.3
合計	2128	100.0
不明	34	
計	2162	

iii)介護環境

「同居家族の状況」については、「同居者あり」が1,845人(85.3%)、「同居者なし」が311人(14.4%)であった。85%の利用者で家族と同居しているが、同居家族が介護行う上で「特に問題ない」とされる利用者はその約4分の1程度であり、その他の利用者では、同居家族がいるものの、介護を行うという意味では何らかの問題を有していた(表8)。

表8 同居家族の状況:介護上の問題点

	人数	%
要支援・要介護状態	169	9.2
病弱等心身の問題	482	26.1
就業	383	20.8
その他	287	15.6
特に問題なし	517	28.0
不明	7	0.4

n=1,845

「世帯の経済状態」については、全体では、「普通」以上が約83%である(表9)が、訪問看護区分間で比較をすると、訪問時間が短い群のほうが、「大変苦しい」「苦しい」と回答する割合が高く、また、訪問時間が長い群で「ややゆとりがある」「ゆとりがある」と回答する割合が高くなっている。

表9 世帯の経済状態

	人数	%
大変苦しい	91	4.4
やや苦しい	268	12.8
普通	1117	53.5
ややゆとりがある	311	14.9
ゆとりがある	299	14.3
不明	76	
計	2162	

②心身の状況等

i) 傷病等の状況

頻度の高い主傷病名を表 10 に示す。脳神経系疾患を主傷病とする利用者が最も多くみられた。なお、主傷病に「糖尿病」はみられなかったが、副傷病を「糖尿病」とする利用者が 41 人みられた。

表10 主な主傷病

主傷病名	人数	%
脳卒中後遺症	477	22.1
脊柱(椎)管狭窄(脊髄狭窄)	141	6.5
子宮癌	124	5.7
脳出血後遺症	113	5.2
廃用症候群	111	5.1
脳梗塞後遺症	107	4.9
脳動脈硬化症	99	4.6
胆石症	86	4.0
脳出血	77	3.6
片麻痺	59	2.7
リウマチ(慢性)	58	2.7
脳梗塞性痴呆	43	2.0
虚血性心疾患	41	1.9
関節炎	24	1.1
脊髄損傷	20	.9
肝硬変	17	.8
慢性胃炎	17	.8
老人性認知症	16	.7
腰痛症	15	.7
悪性関節リウマチ	12	.6
(変形性)関節症	11	.5
脳挫傷後遺症	10	.5
肺繊維症	8	.4

直近6ヶ月の入院歴のある利用者は590人(27.7%)、調査月に訪問診療・往診を受けた利用者は1127人(53.6%)であった。また、調査月に特別指示書の交付を受けた利用者は28人(1.3%)であった。

調査月において何らかの医療ニーズのあった利用者は1,754人(85.2%)、1人の利用者に平均して2種類の医療処置が実施されていた。もともと実施頻度の高い医療処置は「服薬管理」で、904人(全利用者の42%)に対して実施されていた(表11・12)。

表11 医療処置の実施状況

	人数	%	各訪問時間区分における実施割合(%)			
			訪問看護1	訪問看護2	訪問看護3	
服薬管理	904	41.8	40.4	45.8	54.9	***
浣腸・摘便	550	25.4	10.9	31.6	44.7	***
褥創の予防・処置	491	22.7	13.6	28.3	35.4	***
創傷部の処置	292	13.5	9.0	15.2	21.8	***
膀胱洗浄、留置カテーテル管理	288	13.3	7.4	16.4	21.7	***
喀痰および気道内吸引・吸入	217	10.0	2.9	12.4	19.4	***
経管栄養	199	9.2	4.1	12.8	14.4	***
人工肛門・人工膀胱、胃ろうの管理	170	7.9	5.0	8.5	13.5	***
注射・点滴の管理	130	6.0	9.2	4.7	6.2	\$\$\$
在宅酸素療法の指導・援助	130	6.0	6.0	8.5	5.4	\$
検査のための採血・採尿	126	5.8	5.4	7.9	6.1	
疼痛管理	65	3.0	3.2	2.6	4.5	
気管切開の処置	43	2.0	0.6	2.2	4.2	***
在宅中心静脈栄養	26	1.2	0.9	1.4	1.7	
人工呼吸器の管理	15	0.7	0.3	0.9	1.2	
CAPDの管理	4	0.2	0.0	0.6	0.0	\$\$
その他	364	16.8	17.9	16.5	22.5	**

訪問時間が長いほど実施率が高く、統計的に有意な差が認められたもの *:p<0.1 **:p<0.05 ***:p<0.01
 訪問時間とは相関しないが、統計的に有意な差が認められたもの \$:p<0.1 \$\$:p<0.05 \$\$\$:p<0.01

表12 調査月に実施した医療処置の種類

医療処置の種類(数)	人数	%
1	798	45.5
2	358	20.4
3	242	13.8
4	177	10.1
5	79	4.5
6	53	3.0
7	26	1.5
8	8	.5
9	8	.5
10	1	.1
12	1	.1
13	1	.1
合計	1752	100.0

ii)介護ニーズ

対象者のうち要介護度の明らかな 2,108 名の要介護度分布は表 13 のとおりである。「要支援(70人、3.3%)」が少なく、「要介護5(782人、37.1%)」が多いが、その他の区分は概ね15%前後の構成比率であった。

表13 要介護認定の状況

	人数	%
要支援	70	3.3
要介護1	324	15.4
要介護2	286	13.6
要介護3	287	13.6
要介護4	359	17.0
要介護5	782	37.1
合計	2108	100.0
不明	54	

「認知症老人の日常生活自立度」を用いて判定した利用者の認知の状況を表14に示す。「認知症症状なし」および「ランクI」で全体の50%弱を占める。強い認知症状を示す「ランクM」は5%と少ない。

表14 認知の状況:「認知症老人の日常生活自立度」によるスコア分布

	度数	%
認知症状なし	588	27.8
ランクI	451	21.3
ランクII	385	18.2
ランクIII	285	13.5
ランクIV	298	14.1
ランクM	106	5.0
合計	2113	100.0
不明	49	

「障害老人の日常生活自立度」尺度を用いて判定した利用者の障害の程度については、「障害なし」および「ランクJ」といった自立度の高い(障害の程度の低い)利用者は13%程度に留まり、もっとも障害の程度が高い(寝たきりに相当する)「ランクC」と判定された利用者が37%みられた(表15)。

表15 障害の状況:「障害老人の日常生活自立度」によるスコア分布

	人数	%
障害なし	43	2.1
ランクJ	222	10.7
ランクA	527	25.3
ランクB	527	25.3
ランクC	765	36.7
合計	2084	100.0
不明	78	

心身状態の総合的な安定性については、「おおむね安定」していると判定された利用者が半数であるが、残りの半数の利用者については、ADL・認知症等が不安定または病状悪化の可能性がある」と判断された(表16)。

表16 心身状態の総合的な安定性

	度数	%
おおむね安定している	1051	49.4
病状・ADL・認知症などが不安定になりやすい	521	24.5
病状が急変・再発または病状悪化の可能性	556	26.1
合計	2128	100.0
不明	34	

iii) 管理の状況

報酬制度上の各加算項目の算定状況を表17に示す。「特別管理加算」を算定する利用者が約31%見られるが、平成15年度分データからその内訳を確認すると、算定内容は「留置カテーテルを使用」、「在宅成分栄養経管栄養法指導管理」、「在宅酸素療法指導管理」の3項目に分散し、その他の項目の算定割合は非常に低い。「ターミナルケア加算」を算定する利用者は11人(0.6%)に留まった。

表17 加算算定状況

	度数	%*1
緊急時訪問看護加算	993	48.6
特別管理加算	631	30.9
(内訳)在宅自己腹膜灌流指導管理*2	4	0.9
(内訳)在宅血液透析指導管理*2	1	0.2
(内訳)在宅酸素療法指導管理*2	78	17.2
(内訳)在宅中心静脈栄養法指導管理*2	20	4.4
(内訳)在宅成分栄養経管栄養法指導管理*2	151	33.3
(内訳)在宅自己導尿指導管理*2	16	3.5
(内訳)在宅持続陽圧呼吸療法指導管理*2	8	1.8
(内訳)在宅悪性腫瘍患者指導管理*2	2	0.4
(内訳)在宅自己疼痛管理指導管理*2	1	0.2
(内訳)在宅肺高血圧症患者指導管理*2	0	0.0
(内訳)気管カニューレを使用*2	33	7.3
(内訳)ドレーンチューブを使用*2	22	4.9
(内訳)留置カテーテルを使用*2	201	44.4
(内訳)人工肛門を設置*2	33	.3
(内訳)人工膀胱を設置*2	14	3.1
ターミナルケア加算	11	0.6

*1:介護保険利用者2,041人に占める割合

*2:特別管理加算の内訳については、平成15年度調査の対象者のうち、当該加算の算定ありの利用者453人中の割合

③サービスの利用状況

i) 訪問看護の利用の状況

訪問看護の利用について、調査月の訪問回数および訪問時間の分布を表18～表20に示す。調査月における訪問回数の平均は6.8回(週1～2回程度)であり、4回以内(週1回以内)の利用者で約50%を占める。その一方で17回以上(週4回以上)の訪問を行った利用者も約5%おり、最も頻回の訪問を行った利用者では60回の訪問を行っていた。これは、毎日2回ずつ訪問するのと同程度の利用状況である。

滞在時間については、調査月中の合計時間の平均は約400分、1回あたりの滞在時間は、55.9±21.7分であった。1回あたりの滞在時間は、30分～60分未満が最も多く、636人(42.3%)を占める。1回あたりの滞在時間が90分を超える利用者も39名(2.6%)みられた。

表18 サービスの利用状況

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
調査月中の訪問回数	1523	1	60	6.8	5.6
調査月中の訪問滞在時間合計(分)	2127	15	6390	397.2	375.5
調査月の1回あたり平均滞在時間(分)	1503	10	127.8	55.9	21.7
調査日の滞在時間(分)	2107	6	150	59.7	25.0

表19 訪問回数

	人数	%
1～4回	748	49.1
～8回	423	27.8
～16回	273	17.9
17回以上	79	5.2
不明	639	
計	2162	

表20 1回あたり平均滞在時間の分布

	度数	%
30分未満	372	24.8
～60分未満	636	42.3
～90分未満	456	30.3
90分超	39	2.6
不明	659	
計	2162	

ii) 介護サービスの利用の状況

調査月におけるその他の介護サービスの利用状況を表21に示す。「訪問介護」を利用する者が1,185人(54.8%)と最も多く、「訪問入浴介護(476人、22.0%)」、「通所介護(473人、21.9%)」がこれに続く。

表21 介護サービスの利用状況

	度数	%
訪問介護	1185	54.8
訪問入浴介護	476	22.0
他の訪問看護	103	4.8
訪問リハビリテーション	161	7.4
居宅療養管理指導	363	16.8
通所介護	473	21.9
通所リハビリテーション	282	13.0
短期入所生活介護	189	8.7
短期入所療養介護	83	3.8
福祉用具貸与	1129	52.2
その他	15	0.7
なし	119	5.5

④調査日におけるケア内容および所要時間

調査日における看護ケアの実施状況を表 22 に示す。

看護ケア項目別の実施率については、「A 状態観察」の 2 項目の実施率も最も高く、「A1 バイタル測定」は概ね全ての利用者に実施されている。「B 処置等」では、「B3 服薬管理」が利用者の約半数、「B17 浣腸・摘便」および「B23 リハビリテーション」「B24 その他のリハビリテーション」が約四分の一の利用者に対して実施されているが、それ以外の実施率は高くはなく、項目により 0～15%程度の実施率である。「C 身の回りの世話」は、「C29 その他の保清:洗髪、手浴、足浴、陰部洗浄(35%)」、「C31 排泄援助、おむつ交換(32%)」実施率が高く、項目により 15～35%の実施率である。「E 本人とのコミュニケーション」では、「E40 話し相手・談話」が利用者の半数に対して実施され、また「E42 声かけ、タッチ」も実施率が 33%と高い。「F 本人以外へのはたらきかけ」については、「F45 家族への説明・連絡(48%)」、「F46 家族の状態観察(28%)」の実施率が他項目に比し高い。

以上より、利用者間でニーズの差が少なく、共通して実施され则认为られるケア内容は「A 状態観察」に含まれる 2 項目のみで、その他の項目については利用者のニーズに応じてケア内容の選択がなされていることが確認された。

表 22 右側には、各ケア内容項目について、実施した利用者における実施時間を示した。平均値では、「C26 入浴、シャワー浴介助」が 28 分ともっとも長い。また、いずれの項目でもばらつきが大きい。

表22 看護行為の実施状況

		実施利用者数		実施時間*			
		人数	%	平均	標準偏差		
A 状態観察		1 バイタル測定	2137	99.4	5.4	2.6	
		2 心身の状態観察、生活状況の観察	1931	89.8	5.3	3.7	
B 処置等	与薬	3 服薬管理	987	45.9	4.4	3.6	
		4 注射、点滴	100	4.7	9.2	9.6	
		5 吸入	16	0.7	6.1	2.5	
		6 在宅中心静脈栄養	23	1.1	11.0	5.4	
		処置	7 褥創の処置	326	15.2	7.5	5.8
			8 創傷部の処置	342	11.3	5.5	4.5
	9 医師の指示による採血などの検査		35	1.6	5.1	2.8	
	10 気管内吸引、排痰ケア、気管カニューレの管理		102	4.7	6.6	3.8	
	11 タッピング		147	6.8	3.1	2.4	
	12 在宅酸素療法、酸素吸入		126	5.9	3.1	2.0	
	13 人工呼吸器の管理		18	0.8	5.5	4.6	
	14 口腔内、鼻腔内吸引		153	7.1	4.4	3.3	
	15 経管栄養		140	6.5	7.0	9.6	
	16 膀胱洗浄、膀胱留置カテの管理、導尿の実施、介助		260	12.1	9.9	5.8	
	17 浣腸、排便		418	19.4	12.4	8.2	
	18 人工肛門、人工膀胱、胃ろうの管理		174	8.1	6.1	5.3	
	19 CAPDの管理		5	0.2	15.0	16.8	
	20 疼痛管理		35	1.6	6.3	7.2	
	21 死後の処置	3	0.1	9.3	9.3		
	その他	22 マッサージ	341	15.9	8.3	5.2	
		23 リハビリテーション	420	19.5	15.2	9.9	
		24 その他のリハビリテーション	438	20.4	12.2	8.4	
		25 (与薬・治療・処置関連)その他	91	4.2	9.6	8.9	
	C 身の回りの世話		26 入浴、シャワー浴介助	418	19.4	27.5	11.1
			27 清拭	572	26.6	14.7	8.4
		28 口腔内ケア、歯磨き(準備、介助含む)、うがい等	269	12.5	5.1	2.7	
		29 その他の保清:洗髪、手浴、足浴、陰部洗浄	746	34.7	8.7	6.1	
		30 整容:髭剃り、散髪、整髪、爪きり、更衣	620	28.8	6.2	4.0	
		31 排泄援助、おむつ交換	692	32.2	5.5	3.7	
		32 経口での栄養、食事、水分摂取に関わる援助	272	12.7	6.7	6.6	
		33 移動、移乗、散歩の介助	501	23.3	6.3	6.4	
		34 体位変換、良肢位の保持等褥創予防のための処置	503	23.4	3.3	2.2	
		35 環境整備	356	16.6	4.4	5.0	
		36 (身の回りの世話関連)その他	18	0.8	7.3	5.1	
D A~C 関連		37 看護師の手洗い、物品等の消毒	913	42.5	2.6	1.6	
		38 物品の定期的、臨時の整理、調達、手配	220	10.2	3.9	3.9	
E 本人とのコミュニケーション		39 痴呆・精神障害に対するケア	253	11.8	7.5	9.3	
		40 話し相手、談話	1064	49.5	9.2	8.3	
		41 一緒に〇〇をする	75	3.5	12.5	13.7	
		42 声かけ、タッチ	708	32.9	5.2	6.4	
		43 本人への療養指導・説明	636	29.6	5.6	4.6	
F 本人以外へ働きかけ		44 主治医、他機関、他専門職等への連絡、相談	398	18.5	5.2	4.6	
		45 家族への説明、連絡	1028	47.8	5.4	4.0	
		46 家族の状態観察	596	27.7	4.7	3.5	
		47 地域住民への声かけ	12	0.6	4.4	3.4	
G その他		48 その他	37	1.7	10.5	15.2	
		49 介護支援専門員の業務	87	4.0	10.3	15.4	

*:実施した利用者における実施時間の平均値および標準偏差を示す

図1 調査日における看護の実施状況(対象者における実施割合)

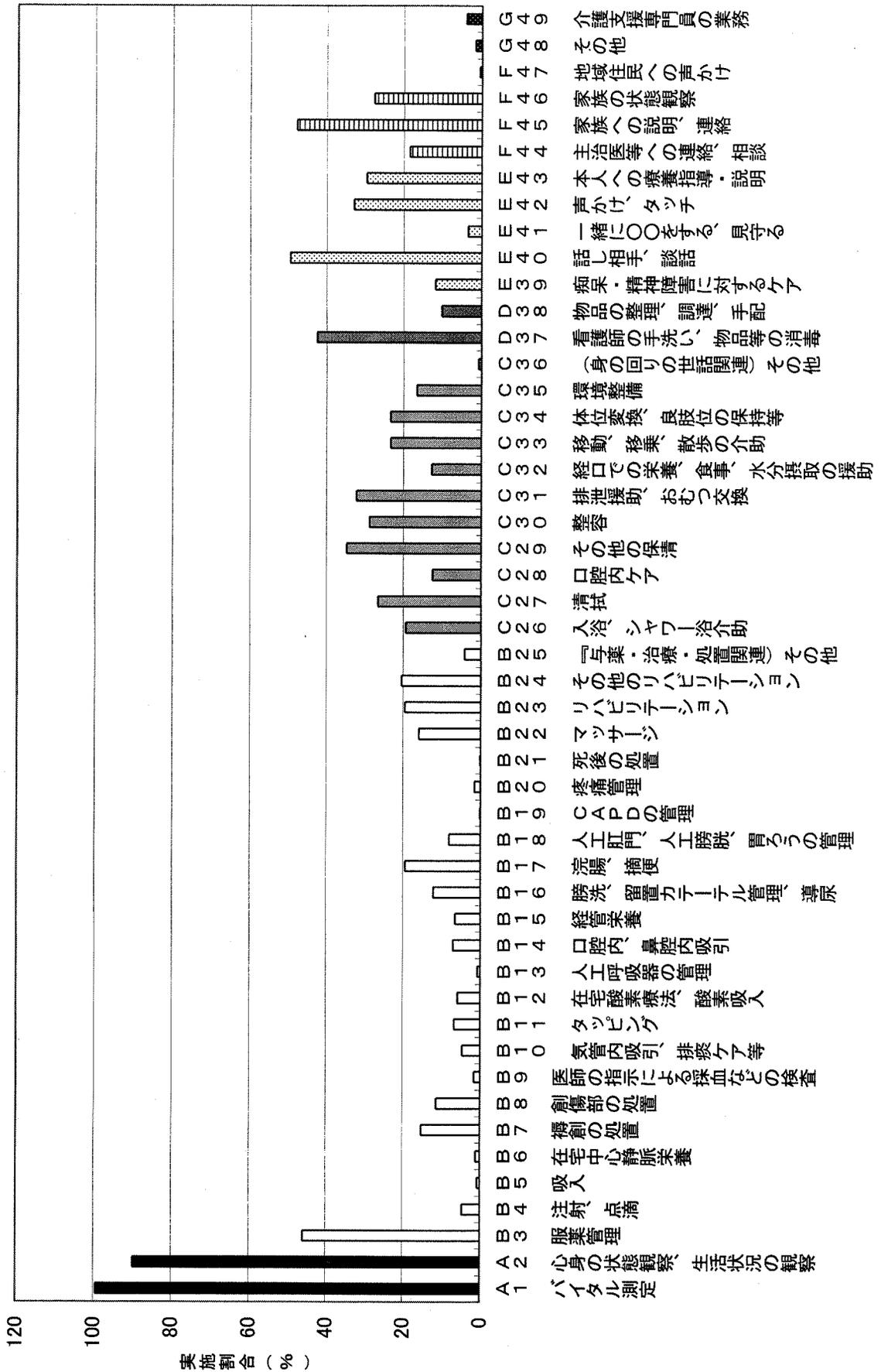
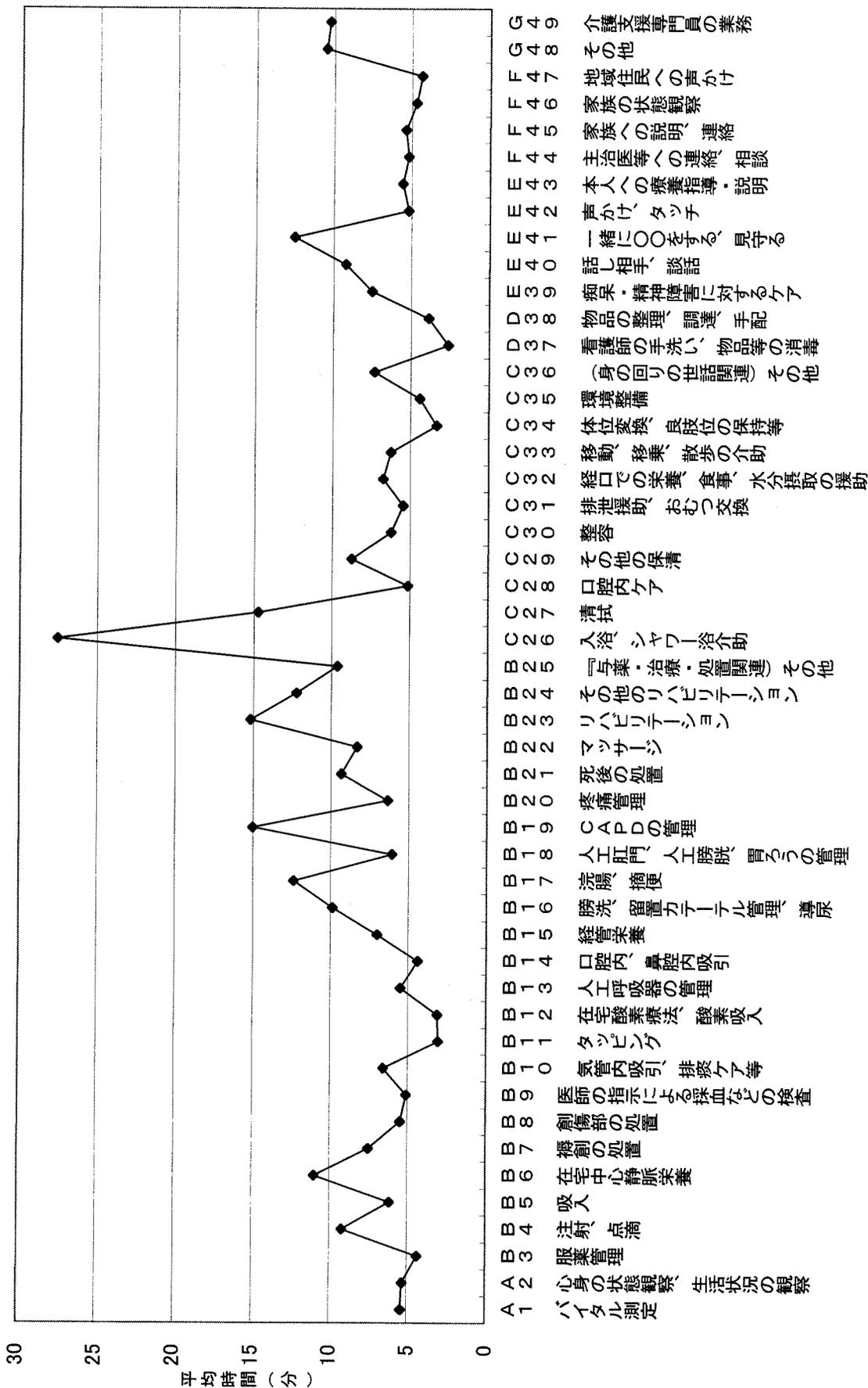


図2 調査日における看護の実施状況(看護ケア項目ごとの実施時間:実施した利用者における平均値)



4) 滞在時間による評価方法の評価

滞在時間による評価の特性・課題を明らかにするために、現行の報酬体系上の時間区分の適切性、および滞在時間と実施したケア内容との関連を分析・検討した。

①看護ケア項目別の実施時間の検討

表 23 には、訪問看護区分別に、調査日における各看護ケア項目の実施時間を示す。報酬体系において時間をその評価尺度として用いる際には、その「時間」にはケアの実施の有無(ニーズの有無)も加味されている。そのため、本表では、未実施の場合は時間を「0分」として集計、分析に加えている。

訪問看護区分を説明変数とする分散分析を行い、有意差の認められた項目につき、時間の分布を確認した。その結果、

- 「A 状態観察」はその実施割合、実施時間は訪問看護区分間で差が認められるが、状態観察に費やす時間は訪問時間および他の看護行為の実施時間と比して小さいため、訪問看護区分によらずほぼ一定であるとみなしてよいと考えられ、その時間は概ね 10 分程度である。
- 「B 与薬・治療・処置に直接関係する行動」に含まれるケア項目は、訪問看護区分間の差よりも利用者間の差の方が大きい、もしくは、区分間の差が認められるものについても滞在時間と整合する関連ではない。そのため、滞在時間は「B 与薬・治療・処置に直接関係する行動」のニーズを十分に反映しているとはいえない。
- 「C 身の回りの世話に関連する行動」、「D ABCに関連する行動」、「E 利用者本人とのコミュニケーション」、「F 利用者以外へのはたらきかけ」、「G その他および介護支援専門員の業務」に含まれる看護ケア項目の実施時間は、概ね滞在時間と正相関する。

であった。

表23 看護ケア項目別の実施時間(訪問看護区分別)

	実施時間(分) ^{#1}						変化率 ^{#2}		実施率	
	訪問看護1		訪問看護2		訪問看護3		(1→2)	(1→3)		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差				
A1 バイタル測定	4.96	2.64	5.23	2.74	5.53	2.88	***	0.05	0.11	99.4
A2 心身状態・生活状況の観察	4.34	3.32	4.37	3.42	4.89	4.94	**	0.01	0.13	89.8
B3 服薬管理	1.93	3.30	1.54	2.73	2.16	3.46	\$\$\$			45.9
B4 注射、点滴	0.44	1.95	0.27	1.88	0.52	4.11				4.7
B5 吸入	0.03	0.43	0.05	0.56	0.04	0.59				0.7
B6 在宅中心静脈栄養	0.08	0.97	0.09	1.14	0.20	1.62				1.1
B7 褥創の処置	0.52	2.20	1.18	3.41	1.68	4.50	***	1.27	2.23	15.2
B8 創傷部の処置	0.33	1.66	0.55	2.17	0.91	2.75	***	0.64	1.75	11.3
B9 医師の指示による採血などの検査	0.08	0.66	0.05	0.46	0.10	0.92				1.6
B10 気管内吸引、排痰ケア等	0.07	0.89	0.25	1.25	0.63	2.37	***	2.56	7.94	4.7
B11 タッピング	0.04	0.38	0.24	1.17	0.32	1.14	***	4.58	6.42	6.8
B12 在宅酸素療法、酸素吸入	0.17	0.92	0.20	0.86	0.12	0.71				5.9
B13 人工呼吸器の管理	0.01	0.20	0.03	0.38	0.10	1.09	**	2.51	10.12	0.8
B14 口腔内、鼻腔内吸引	0.06	0.66	0.27	1.19	0.58	2.04	***	3.18	7.94	7.1
B15 経管栄養	0.07	0.67	0.47	2.56	0.79	4.42	***	5.22	9.51	6.5
B16 膀胱洗、留置カテーテル管理、導尿	0.61	2.79	1.17	3.83	1.78	4.46	***	0.93	1.92	12.1
B17 浣腸、排便	0.53	2.51	2.20	5.33	4.58	8.47	***	3.13	7.60	19.4
B18 人工肛門、人工膀胱、胃ろうの管理	0.23	1.38	0.50	2.25	0.72	2.78	***	1.12	2.07	8.1
B19 CAPDの管理	0.01	0.18	0.07	1.49	0.00	0.00				0.2
B20 疼痛管理	0.05	0.70	0.07	0.77	0.15	1.72				1.6
B21 死後の処置	0.00	0.11	0.00	0.00	0.04	0.82				0.1
B22 マッサージ	0.55	2.02	1.60	4.18	1.59	4.06	***	1.91	1.88	15.9
B23 リハビリテーション	0.94	3.38	3.97	8.98	3.61	7.87	\$\$\$			19.5
B24 その他のリハビリテーション	1.44	4.07	3.04	7.32	2.69	6.28	\$\$\$			20.4
B25 『与薬・治療・処置関連』その他	0.32	1.66	0.27	2.29	0.63	3.65	\$\$			4.2
C26 入浴、シャワー浴介助	0.18	1.80	4.87	10.42	11.59	16.40	***	26.04	63.31	19.4
C27 清拭	0.45	2.10	4.41	7.66	6.72	10.03	***	8.88	14.05	26.6
C28 口腔内ケア	0.09	0.63	0.57	1.83	1.27	2.66	***	5.35	13.20	12.5
C29 その他の保清	0.78	2.63	3.24	4.93	4.97	7.20	***	3.13	5.34	34.7
C30 整容	0.70	2.20	1.73	3.32	2.84	4.43	***	1.47	3.04	28.8
C31 排泄援助、おむつ交換	0.67	1.93	1.73	3.16	2.72	4.10	***	1.59	3.07	32.2
C32 経口での栄養、水分摂取の援助	0.29	1.45	0.74	2.97	1.44	4.37	***	1.57	4.01	12.7
C33 移動、移乗、散歩の介助	0.38	1.85	1.36	3.84	2.56	5.36	***	2.57	5.71	23.3
C34 体位変換、良肢位の保持等	0.24	0.84	0.71	1.56	1.35	2.38	***	2.00	4.72	23.4
C35 環境整備	0.24	1.02	0.63	1.86	1.25	3.93	***	1.61	4.17	16.6
C36 (身の回りの世話関連)その他	0.05	0.72	0.03	0.60	0.09	1.01				0.8
D37 看護師の手洗い、物品等の消毒	0.54	1.09	1.11	1.67	1.51	1.94	***	1.08	1.81	42.5
D38 物品の整理、調達、手配	0.17	0.93	0.31	1.32	0.62	2.36	***	0.83	2.74	10.2
E39 痴呆・精神障害に対するケア	0.67	2.31	0.75	3.12	1.01	5.59				11.8
E40 話し相手、談話	4.08	6.27	4.06	6.77	4.71	8.80				49.5
E41 一緒に○○をする、見守る	0.21	1.64	0.36	2.59	0.55	4.68				3.5
E42 声かけ、タッチ	1.04	2.71	1.56	3.99	2.16	5.72	***	0.50	1.08	32.9
E43 本人への療養指導・説明	1.76	3.69	1.39	3.52	1.40	3.09	\$			29.6
F44 主治医等への連絡、相談	0.66	2.18	0.80	2.73	1.09	3.02	**	0.20	0.64	18.5
F45 家族への説明、連絡	1.49	2.74	2.62	3.62	3.34	4.72	***	0.76	1.25	47.8
F46 家族の状態観察	0.68	1.91	1.34	2.84	1.76	3.28	***	0.97	1.58	27.7
F47 地域住民への声かけ	0.01	0.22	0.02	0.40	0.03	0.45				0.6
G48 その他	0.07	0.68	0.06	0.73	0.43	4.13	\$\$\$			1.7
G49 介護支援専門員の業務	0.26	1.75	0.32	3.22	0.60	5.10				4.0

訪問時間が長いほど実施率が高く有意な差が認められたもの *: $p<0.1$ **: $p<0.05$ ***: $p<0.01$ 訪問時間とは相関しないが、有意な差が認められたもの \$: $p<0.1$ \$\$: $p<0.05$ \$\$\$: $p<0.01$ #1:未実施者についても0分で計上。 #2:変化率($n1 \rightarrow n2$)=(平均値 $n2$ -平均値 $n1$)/ $n1$

②AID 分析による滞在時間の説明因子の抽出

「滞在時間」を目的変数、「利用者の状態」を説明変数として、AID (Automatic Interaction Detection)を行った。AID 分析は、目的変数の差が出来るだけ大きくなるように説明変数により対象者をグループ分けする分析手法である。従って、目的変数とした「滞在時間」の差により強く影響する「利用者の状態」因子を探索するてがかりとなる。

表24 AID 分析のモデル

	モデルⅠ	モデルⅡ
目的変数	調査日における 1 回の訪問の滞在時間 (分)	調査月の全ての訪問の滞在時間の合計 (分)
説明変数	性別 年齢 入院暦 認知の程度 障害の程度 心身状態 介護者の状況 加算の有無 医療処置の有無 介護サービスの利用状況	

分析結果を図 3・4 に示す。

「1 回滞在時間」を目的変数とするモデルⅠにおいては、調査月における「医療処置：浣腸・排便」の有無により、時間の分散が最もよく説明された。次いで、「要介護度」、「医療処置：褥創の有無」「年齢」、「認知症症状」、「障害の状況」、「医療処置：創傷部の処置」が説明因子として抽出された。「要介護度」の低い群では、褥創や創傷部の処置等の医療ニーズ、「要介護度」の高い群では「認知症症状」や「障害の状況」等の ADL 関連因子が説明因子として選ばれている。

「1 ヶ月の滞在時間」を目的変数とするモデルⅡにおいては、モデルⅠと同様に、時間の分散を最もよく説明する因子として「医療処置：浣腸・排便」が抽出された。次いで、「医療処置：喀痰・気道内吸引」、「要介護度」、「医療処置：織創の有無」、「医療処置：膀胱洗浄・膀胱留置カテーテルの有無」、「通所リハビリ」、「短期入所」等、他の介護サービスの利用の有無が抽出された。モデルⅠに比し、医療ニーズの有無を示す因子が強く影響しており、また、他の介護サービスの利用状況を示す変数が選択されていることが特徴的である。

以上より、次の点が指摘される。

- 滞在時間を最も強く影響する因子として、「医療処置：浣腸・排便」の有無が抽出された。本因子は 1 回滞在時間および 1 ヶ月滞在時間の双方に強く影響しており、このニーズがあることにより、1 回の滞在時間も長く、また訪問頻度も高くなることが示唆される。
- 要介護度の高い群では ADL が、低い群では、医療ニーズが 1 回の滞在時間により強く影響する。

- 1ヶ月の訪問滞在時間は吸引・膀胱留置カテーテル管理等の医療ニーズにより説明される。1回の滞在時間がこれらの因子により説明されないことを含めて考えると、これらの医療ニーズは、1回の滞在時間よりも訪問頻度に影響していると推測される。
- 1ヶ月の滞在時間には、通所リハビリ、短期入所等の他の介護サービスの利用にも影響される。これは他サービスの代替利用あるいは入所による在宅期間の短縮により、訪問看護の利用回数が少なくなるためと考えられる。

図3 AID 分析により抽出された「利用者の状態」因子：モデル I
 「1 回滞在時間」を目的変数とした分析

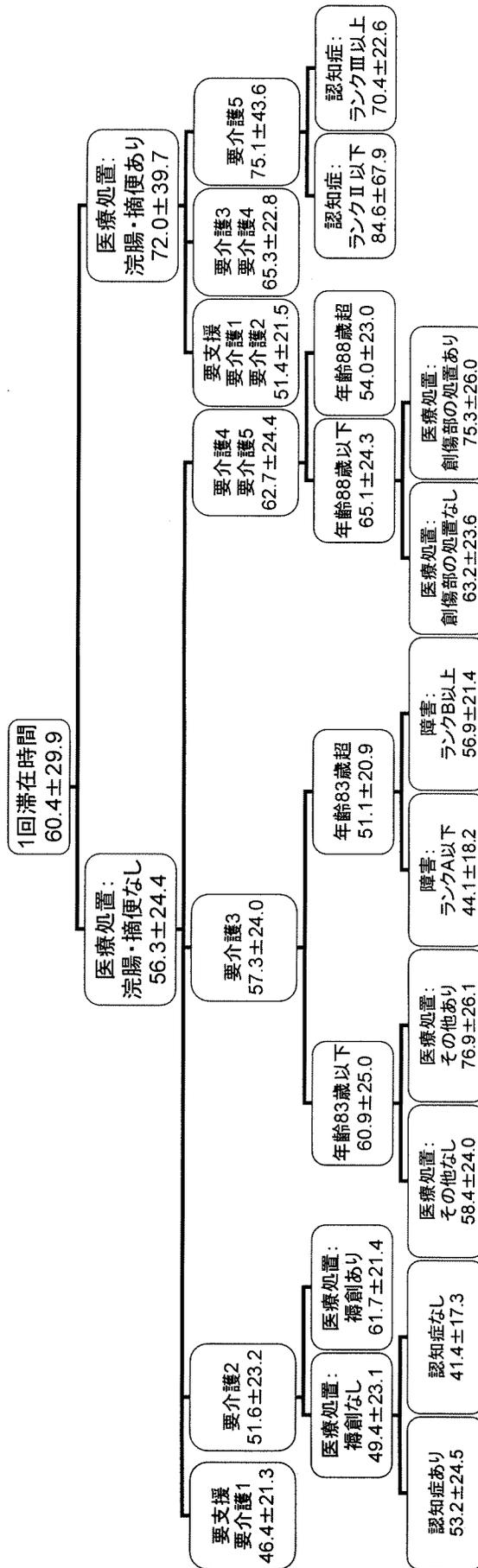
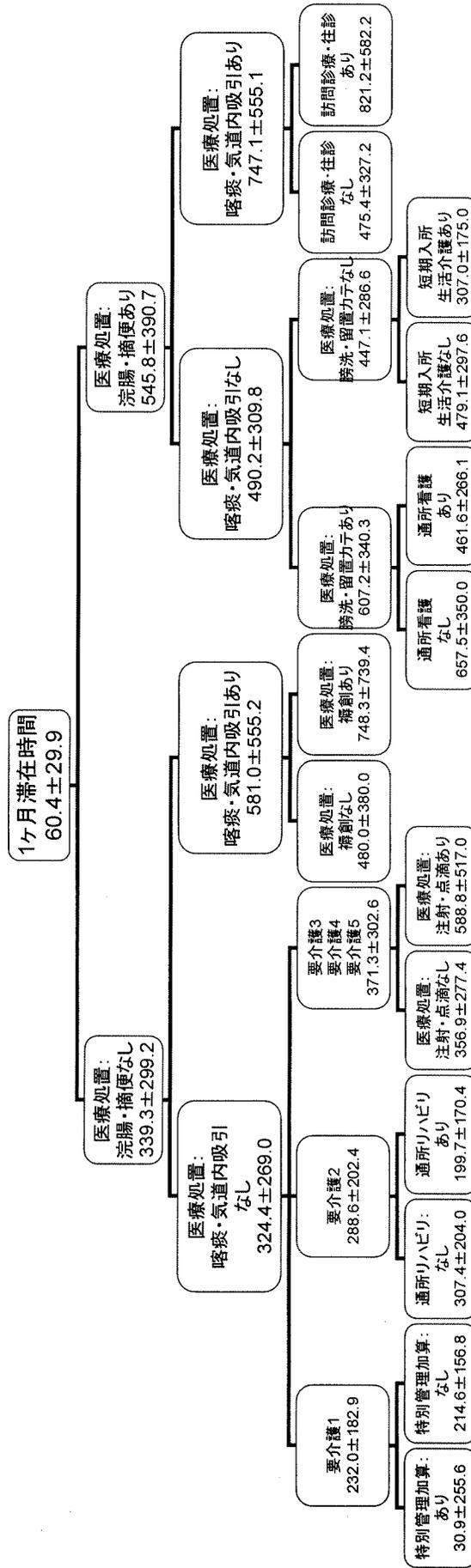


図4 AID 分析により抽出された「利用者の状態」因子：モデルII

「1ヶ月滞在時間」を目的変数とした分析



③現行の時間区分についての検討:訪問看護区分と実滞在時間の比較

訪問看護1(滞在予定時間30分未満)の利用者のうち、実滞在時間が30分以内であった利用者と30分を超えた利用者について、その利用者像およびサービス利用状況を分析した。ここでは、要介護度1～5の利用者でかつ特別指示書の交付がない利用者 666 人のみを抽出して分析を行った。

対象となった利用者のうち、実際の滞在時間が30分以内であった利用者は70%であり、30%では、滞在時間が30分を超えていた。30分を超えた利用者における滞在時間の平均は約45分であった。

表25 訪問看護区分1における実滞在時間の分布

	利用者数(%)	実滞在時間の分布(分)
実滞在時間30分以内群	455(69.7)	29.0±2.7
実滞在時間30分超群	198(30.3)	44.8±14.9
計	653	33.8±11.2
不明	13	

利用者の状態を表す変数について、2群間で比較をすると、「要介護度」および「障害の状況」についてその分布に統計的に有意な差が認められ、30分を超える群で、より要介護度の高い利用者の割合が高く、また、障害の程度の重い利用者が多いことが確認された(図5・6)。

図5 要介護度の分布

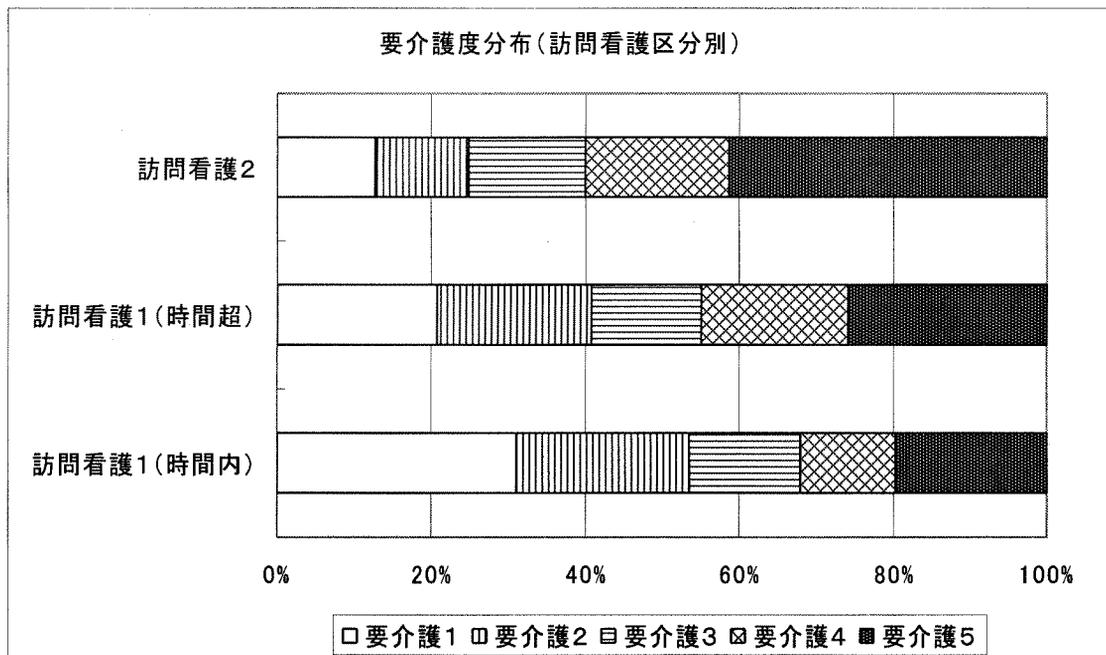
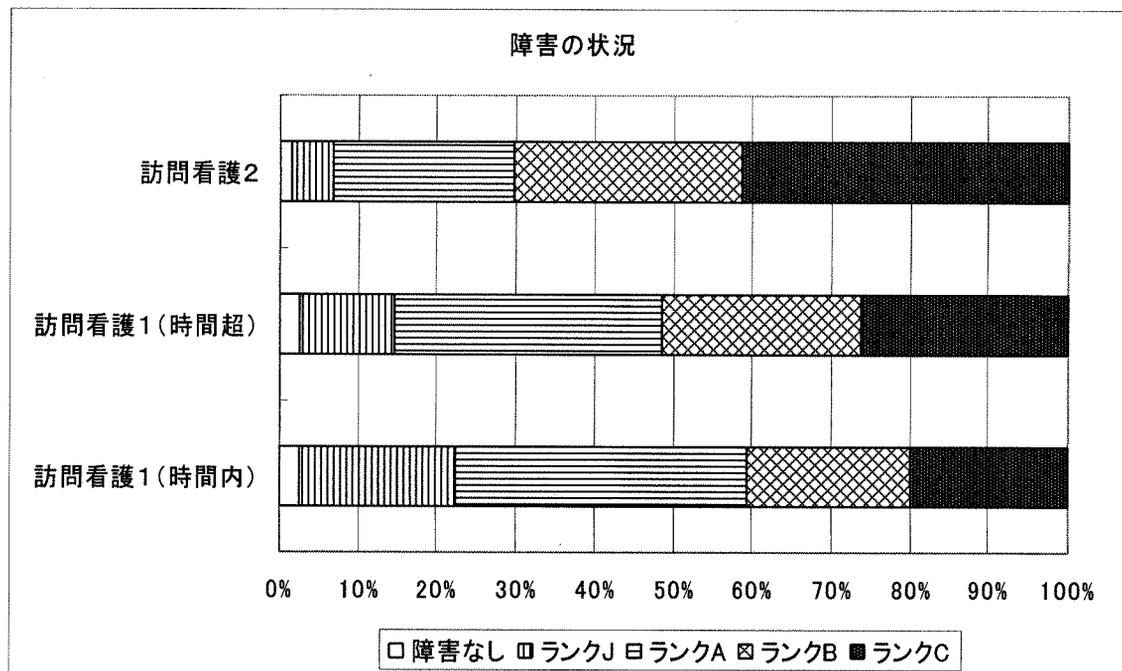


図6 障害の状況の分布



また、看護ケアの実施状況について図7に示す。滞在時間が30分を超えた利用者では、その間に実施された看護ケアの種類が多い利用者の割合が増えている。

「経管栄養」、「リハビリテーション」等の一部の処置関連のケアは2群間で実施割合に差が認められ、いずれも30分を超える利用者で高かった。身の回りの世話関連のケア項目では、11項目のうち、7項目で同様の差が認められた(表26)。

したがって、同じ訪問看護1区分の訪問を行った利用者であっても、実際の滞在時間が所定時間を超える利用者に対しては、より多岐に渡るケアが実施され、また、特に、身の回りの世話と行うことにより時間が延長している可能性があることが示唆された。

図7 実施した看護ケア項目数の分布

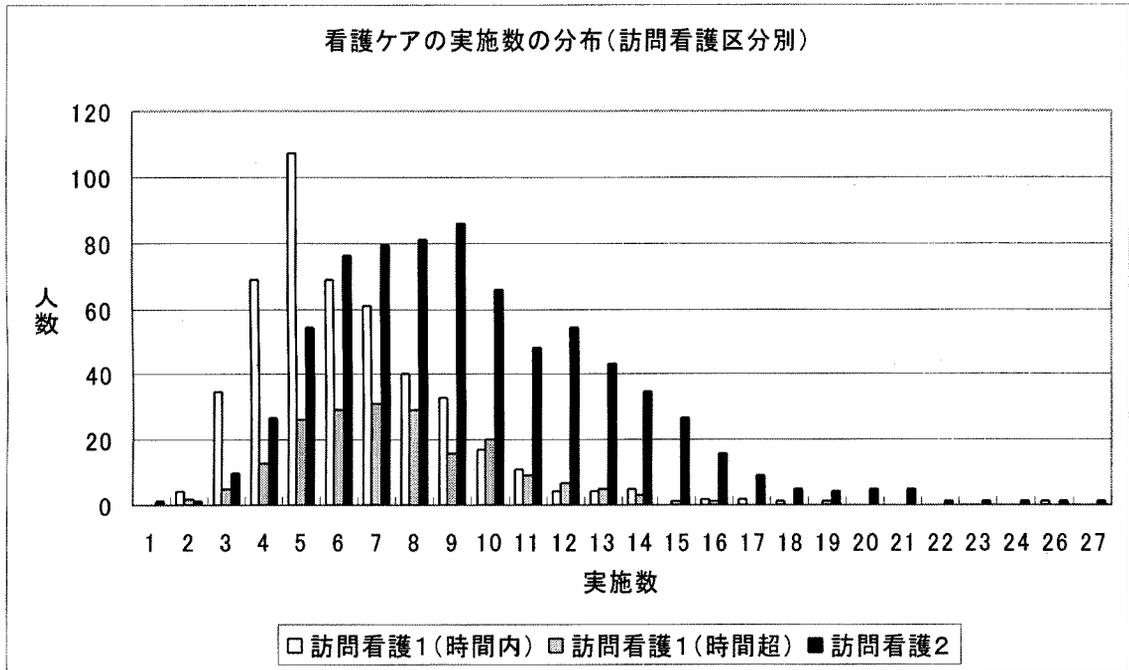


表26 実施率に差が認められた看護ケア項目

		実施率(%)			
		30分内群	30分超群		
B 処置等	処置	7 褥創の処置	5.5	9.1	*
		15 経管栄養	4.4	10.6	***
		16 膀胱洗浄、膀胱留置カテの管理、導尿の実施、介助	5.4	8.6	*
	その他	22 マッサージ	8.8	12.6	*
		23 リハビリテーション	10.3	16.7	**
C 身の回りの世話	26 入浴、シャワー浴介助	4.4	10.1	***	
	28 口腔内ケア、歯磨き(準備、介助含む)、うがい等	7.5	14.6	***	
	30 整容: 髭剃り、散髪、整髪、爪きり、更衣	11.9	28.3	***	
	31 排泄援助、おむつ交換	8.6	15.2	**	
	32 経口での栄養、食事、水分摂取に関わる援助	5.5	10.1	**	
	33 移動、移乗、散歩の介助	7.9	17.7	***	
	34 体位変換、良肢位の保持等褥創予防のための処置	7.3	15.7	***	
E 本人とのコミュニケーション	42 声かけ、タッチ	31.9	39.4	**	
G その他	48 その他	1.5	5.1	**	
	49 介護支援専門員の業務	3.1	13.2	***	

*:p<0.1 ** :p<0.05 *** :p<0.01

5) 利用者像を反映した評価方法の検討

利用者の状態とサービス内容・実施時間の関連を分析し、利用者の状態(要介護度、ADL、傷病、医療依存度等)による評価方法について検討した。

①要介護度別の看護ケアの実施状況

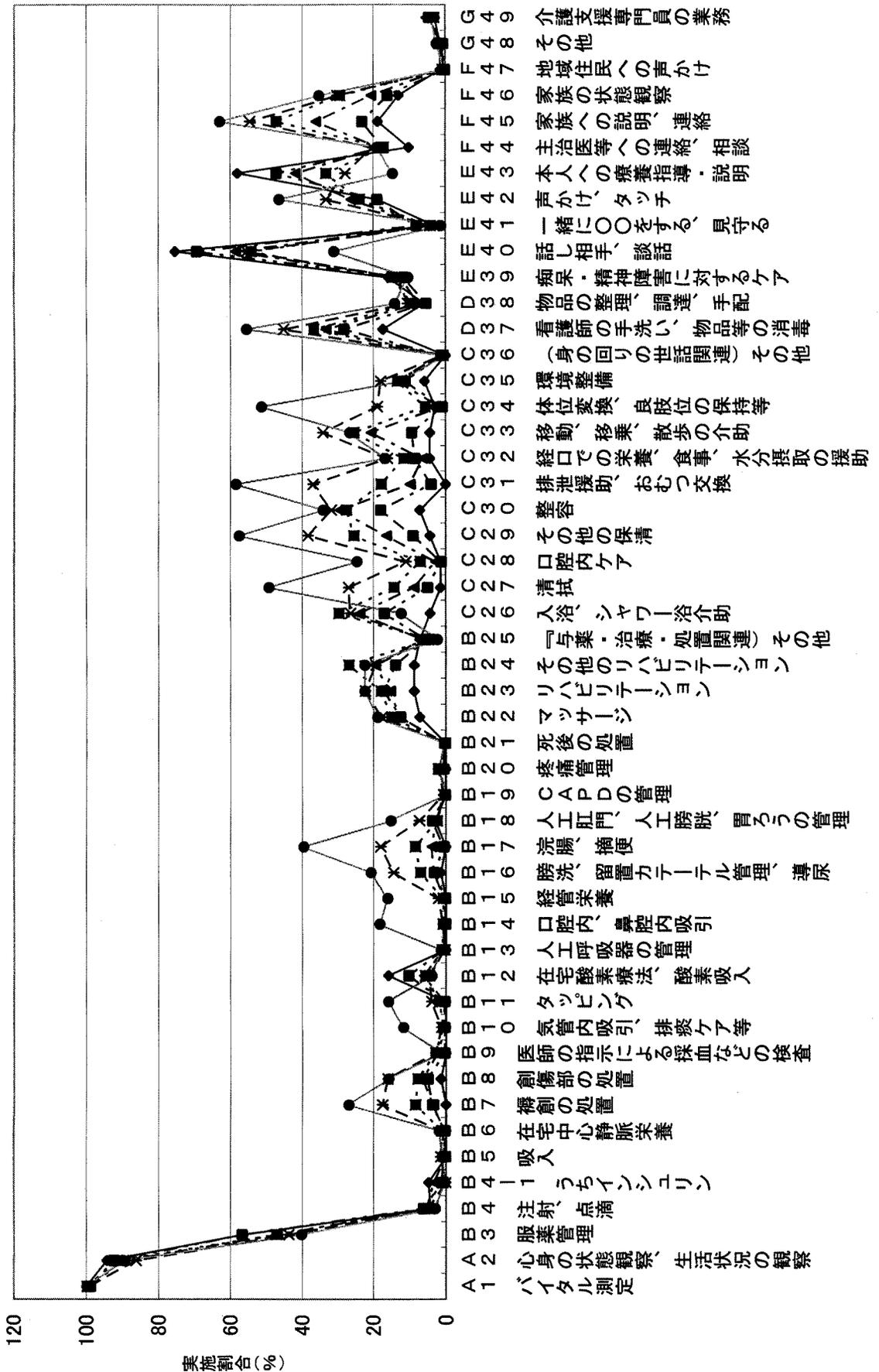
まず、現行の介護報酬制度において、必要なサービスの量を判定基準とされている「要介護度」について、看護ケアの実施状況との関連を各看護ケア項目の実施率および実施時間の分布から確認した(図8・9)。その結果、

- 「A 状態観察」については、実施割合、提供時間ともに要介護度によらず一定である。
- その他については、全般的に、実施割合は要介護5で高いが、「E40 話し相手・談話」については、要介護度が低い方が実施割合が高い。
- 実施時間については要介護度別の傾向が認められにくい。

であることが確認された。

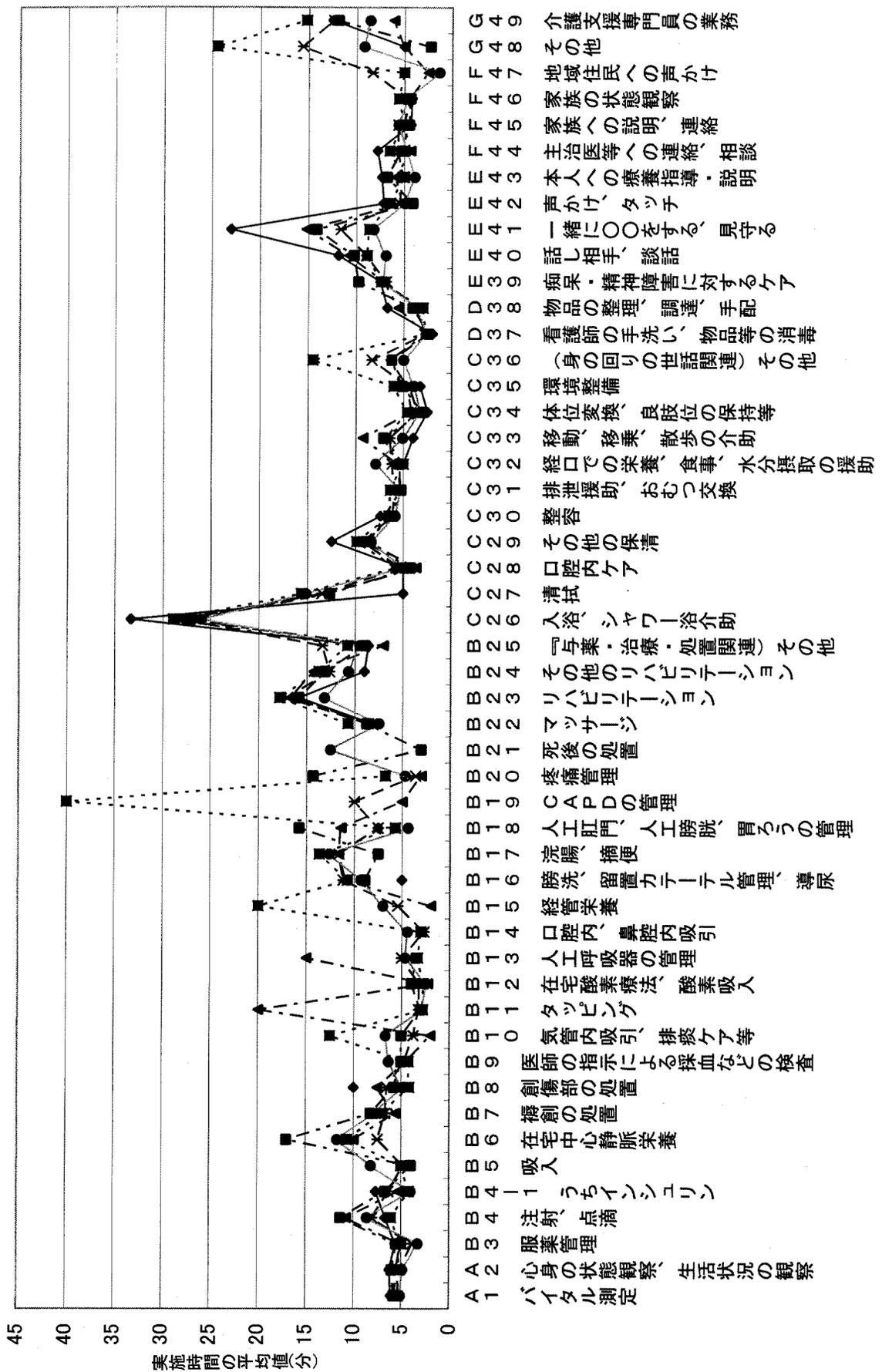
したがって、時間も含めた看護ケアの実施状況は「要介護度」だけでは十分説明できないと言える。

図8 要介護度別の看護行為の実施状況（実施割合）



—●— 要支援 —■— 要介護1 —▲— 要介護2 —■— 要介護3 —*— 要介護4 —●— 要介護5

図9 要介護度別の看護行為の実施状況(実施時間)



②看護ケア内容の再区分

利用者の状態と看護ケアの実施状況との関連の分析を行うにあたり、利用者への実施実績に基づき49の看護ケア項目を区分した。

具体的には、各看護ケア項目の実施時間を用いて因子分析を行い、抽出された因子に対し、割り当てられたケア項目の内容に応じたグループ名を付した。その結果、表27に示す20の看護ケアグループが抽出された。

表27 サービスグループの作成

因子1(排泄援助)	27(清拭) 29(その他保清) 31(排泄援助 おむつ交換) 34(体位変換等)	因子9(モニタリング)	1(バイタル測定) 2(心身の状態観察)
因子2(精神的ケア・援助)	39(痴呆・精神障害に対するケア) 40(話し相手) 42(声かけ、タッチ)	因子10(栄養管理)	14(口・鼻腔内吸引) 15(経管栄養) 21(死後の処理) 28(口腔内ケア等)
因子3(特別な排泄援助)	7(褥創の処置) 16(膀胱洗浄等) 17(浣腸等) 34(体位変換等) 37(看護師の手洗い、物品等消毒)	因子11(特別の呼吸管理)	13(人工呼吸器の管理)
因子4(呼吸ケア・管理)	5(吸入) 10(気管内吸引等) 11(在宅酸素療法等)	因子12(リハビリテーション)	22(マッサージ) 23(リハビリ)
因子5(指導・管理)	3(服薬管理) 41(一緒に〇〇をする) 43(本人への療養指導・説明) 44(主治医等への連絡・相談)	因子13(検査)	9(医師の指示による採血等) 32(経口での栄養等)
因子6(家族ケア・支援)	45(家族への説明・連絡) 46(家族の状態観察)	因子14(注射・点滴)	4(注射・点滴) 4-1(インシュリン自己注射)
因子7(疼痛管理)	20(疼痛管理) 49(介護支援専門員業務)	因子15(WOC)	8(創傷部の処置) 18(人工肛門等の管理) 24(その他のリハビリ)
因子8(清潔管理)	26(入浴等) 28(口腔内ケア等) 30(整容) 33(移動等)	因子16(環境整備)	35(環境整備) 36(その他)
		因子17(高度医療関連)	6(在宅中心静脈栄養) 12(在宅酸素療法等)
		因子18(CAPD)	19(CAPDの管理) 33(移動等)
		因子19(その他)	25(その他) 48(その他)
		因子20(地域住民)	25(その他) 47(地域住民への声かけ)

③利用者の状況を示す変数間の関係

次に、看護ケアの実施状況との関係を考察する前段として、利用者の状態を示す変数の間にどのような相互関係があるかについて、現行の報酬制度において必要なサービスの量の判定に用いられている要介護度との関連性を確認した。その結果、

- 「年齢」・「性別」と要介護度の間には一定の関係が認められない
- 「特別指示書の有無」および「直近の入院歴」については、統計上、有意差が認められるが、要介護度の高低を反映するものではない。
- 「認知症状の状況」、「障害の状況」と「要介護度」との間には統計的に有意な関連があり、要介護度が高いほど、認知症状・障害の状況の重い利用者の割合が高い(図10・11)。

ことが確認された。

図10 要介護度と認知症状の関連

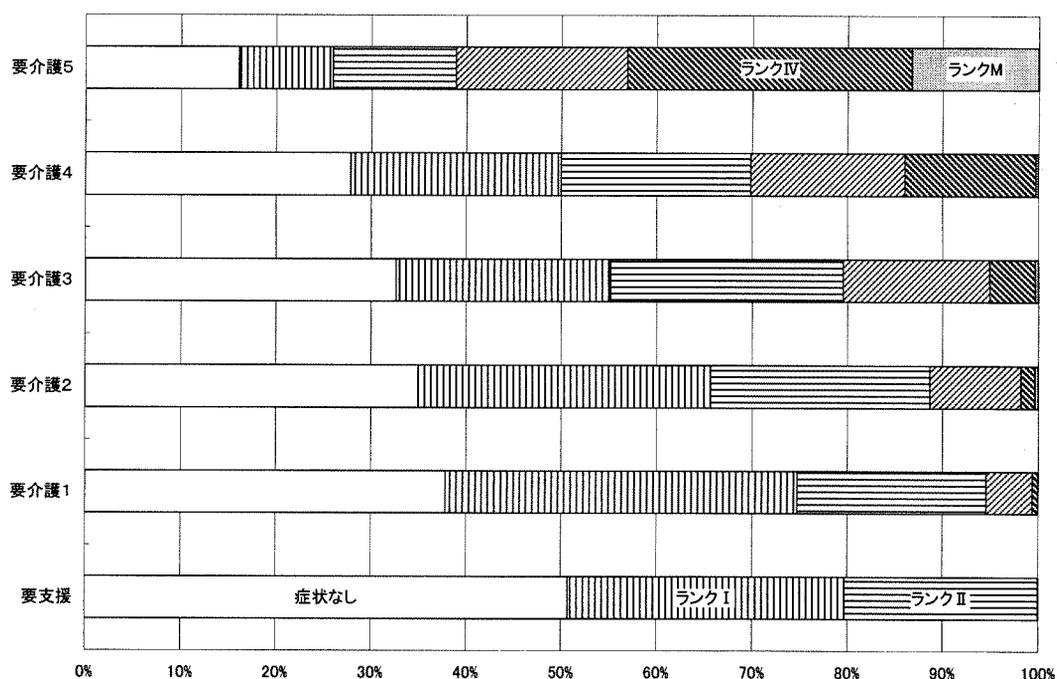
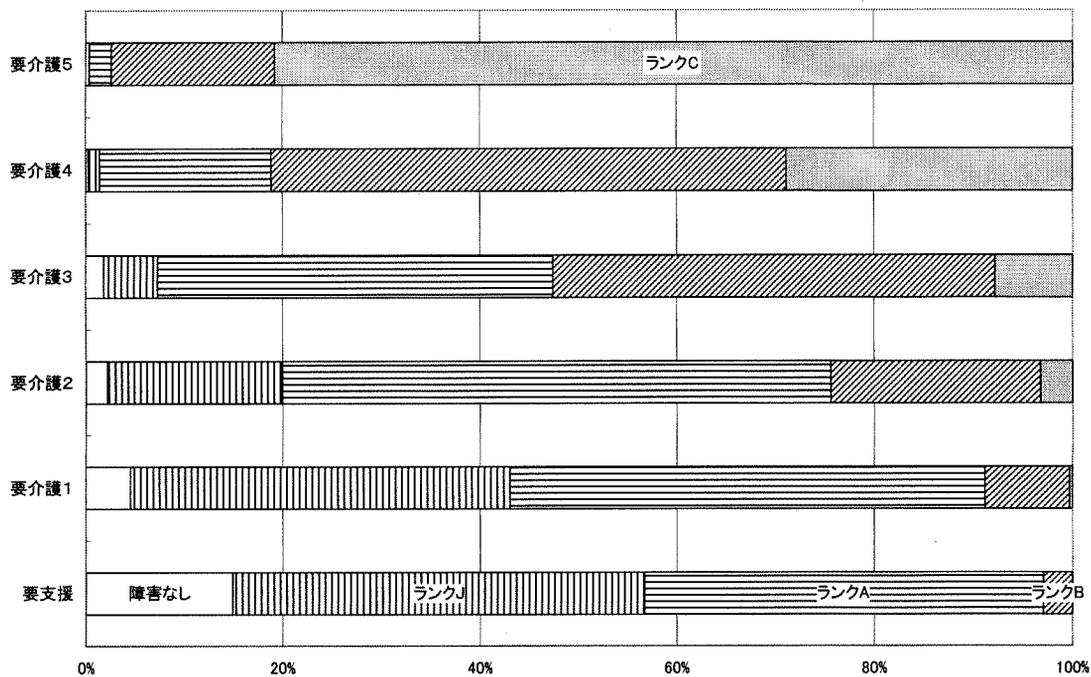


図11 要介護度と障害の状況の関連



④利用者の状態と看護ケアの実施状況

以上の利用者の状況を示す変数間の関連性を踏まえたうえで、②でグルーピングした看護ケアの各因子を従属変数、性別・年齢・特別指示書の有無・直近の入院歴・要介護度・認知症状の状況・障害の状況を独立変数とする重回帰分析を行い、各グループのサービスの実施に影響する利用者の状態因子について検討した(表 28)。

利用者の状態を、基本属性、介護ニーズ、医療ニーズの 3 つに分けてみると、それぞれと関連の強いケア内容には特徴がみられる(表 29)。

表28 利用者の状況とケアの実施状況

	因子1:排泄援助	因子2:精神的ケア・援助	因子3:特別な排泄ケア	因子4:呼吸ケア・管理	因子5:指導・管理	因子6:家族ケア・支援
	β	β	β	β	β	β
性別	-0.37*	0.052*	-0.026	-0.097***	0.004	-0.110***
年齢	0.53**	0.001	0.023	-0.107***	-0.036	0.000
特別指示書	-0.16	-0.06	0.113***	0.019	0.048**	-0.022
直近の入院歴	-0.07	0.048**	-0.041	-0.046**	-0.026	0.016
要介護度	0.125***	-0.036	0.170***	0.032	-0.092**	0.159***
認知の状況	0.121***	0.072***	-0.05	0.064**	-0.049*	0.079***
障害の状況	0.179***	-0.076**	0.192***	0.112***	-0.114***	0.079**
重相関係数	0.137	0.016	0.136	0.056	0.054	0.087

	因子7:疼痛管理	因子8:清潔管理	因子9:モニタリング	因子10:栄養管理	因子11:特別な呼吸管理	因子12:リハビリテーション
	β	β	β	β	β	β
性別	0.010	-0.019	-0.022	-0.014	-0.036	-0.045**
年齢	0.011	-0.071***	0.019	-0.062***	-0.071***	-0.062***
特別指示書	-0.019	-0.006	0.046**	0.035	0.018	0.002
直近の入院歴	0.014	0.082***	0.005	-0.059***	-0.024	0.068***
要介護度	0.037	0.098***	-0.100***	0.056	0.061	0.043
認知の状況	0.001	-0.039	-0.014	0.111***	-0.113***	-0.033
障害の状況	0.005	0.052	-0.068	0.028	-0.001	0.044
重相関係数	0.003	0.029	0.030	0.035	0.023	0.017

	因子13:検査	因子14:注射・点滴	因子15:WOC	因子16:環境整備	因子17:高度医療関連	因子18:CAPD
	β	β	β	β	β	β
性別	0.054**	0.053**	0.005	0.066***	-0.055**	-0.020
年齢	0.030	-0.005	0.005	-0.034	0.043*	-0.055**
特別指示書	0.010	0.116***	0.008	-0.001	0.007	-0.030
直近の入院歴	0.018	0.017	-0.059***	-0.003	-0.089***	-0.028
要介護度	0.088**	-0.059	-0.010	-0.040	-0.055	-0.004
認知の状況	0.083***	0.066**	0.038	-0.072***	-0.038	-0.105***
障害の状況	-0.005	-0.031	-0.008	0.077	0.015	0.049
重相関係数	0.027	0.023	0.005	0.010	0.016	0.017

	因子19:その他	因子20:地域住民への働きかけ
	β	β
性別	0.014	-0.008
年齢	0.010	-0.015
特別指示書	-0.009	0.043*
直近の入院歴	0.025	0.002
要介護度	0.080**	-0.040
認知の状況	0.005	-0.056**
障害の状況	-0.035	-0.001
重相関係数	0.004	0.009

表29 利用者の状況と看護ケアの実施状況の関係

総括:関連のあるものに○

	基本属性	介護ニーズ	医療ニーズ
因子1(排泄援助)	○	○	
因子2(精神的ケア・援助)		○	○
因子3(特別な排泄援助)		○	
因子4(呼吸ケア・管理)	○	○	○
因子5(指導・管理)		○	
因子6(家族ケア・支援)	○	○	
因子7(疼痛管理)			
因子8(清潔管理)	○		○
因子9(モニタリング)			
因子10(栄養管理)	○		○
因子11(特別の呼吸管理)	○		
因子12(リハビリテーション)	○		○
因子13(検査)			
因子14(注射・点滴)			
因子15(WOC)			○
因子16(環境整備)	○		
因子17(高度医療関連)			○
因子18(CAPD)			
因子19(その他)			
因子20(地域住民)			

4. 考察

1) 滞在時間による評価の課題とあり方について

本研究では、過去 2 年の訪問時タイムスタディ調査の結果を統合し、利用者宅での滞在時間と業務内容の関連について、①介護報酬制度で用いられている訪問時間区分と実施された看護ケア内容の関連、②AID 分析による実際の滞在時間に影響する因子の抽出、③同一訪問時間区分における実滞在時間および看護ケア内容の差異の分析、の 3 つの視点から検討した。

訪問時間区分と看護ケア内容の関連を分析した結果、「A 状態観察」は利用者利用者に共通して実施され、その実施時間は 10 分程度で訪問看護区分によらずほぼ一定であった。「B 与薬・治療・処置に直接関係する行動」に含まれるケア項目は、訪問看護区分間の差よりも利用者間の差の方が大きい、もしくは、区分間の差が認められるものについても滞在時間と整合する関連ではなかった。その一方で、「C 身の回りの世話に関連する行動」、「D ABC に関連する行動」、「E 利用者本人とのコミュニケーション」、「F 利用者以外へのはたらきかけ」、「G その他および介護支援専門員の業務」に含まれる看護ケア項目の実施時間は、概ね滞在時間と正相関していた。以上より、「C 身の回りの世話に関連する行動」、「E 利用者本人とのコミュニケーション」、「F 利用者以外へのはたらきかけ」、「G その他および介護支援専門員の業務」の実施時間が、所定の訪問時間内に滞在時間を収めるための調整項になっていると推測される。

AID 分析を行った結果からは、1 回の滞在時間および訪問頻度の双方に強く影響する因子として「浣腸・排便」のニーズの有無が重要であることが確認された。抽出されたその他の因子の検討から、1 回の滞在時間は利用者の状態、訪問頻度は医療ニーズ、他の介護サービスの利用により強く影響されると考えられた。また、要介護度の高い群では ADL が、低い群では、医療ニーズが 1 回の滞在時間により強く影響するといった特徴も明らかとなった。

さらに、訪問時間区分 1 (滞在予定時間 30 分未満)の利用者について、実滞在時間と実施された看護ケアの内容について検討した。実滞在時間の長い利用者では、要介護度が高く、障害の程度が重くなる傾向があることが確認され、また、より多岐に渡るケアが実施され、特に、身の回りの世話を行うことにより時間が延長している可能性があることが示唆された。

以上より、報酬制度において、滞在時間を区分して評価を行っていることが、訪問時に実施する看護ケア内容および時間に影響を与えている可能性があることがまず指摘される。より詳細な実態が把握されることが必要であるとともに、そのことが訪問看護の効果にどのように影響するかという点についての検証もあわせて必要であろう。

また、同一の訪問時間区分であっても利用者の状態により、実施されているケアの内容に差異が認められ、その結果、実際の滞在時間にも長短が認められる。従って、時間区分に応じた報酬体系は、時間という点からも内容という点からも、業務を適切に反映したものとは言えない。時間の区分点を再考することも一策ではあるが、あわせて、時間による評価に、別の因子を加味することによる是正の方策を検討すべきであろう。その際、今回の AID 分析等で抽出された因子が参考となると考える。

2) 患者の状態による評価について

患者の状態による報酬体系の可能性を検討するため、患者の状態を表す変数と看護ケアの実施状況との関連を分析した。

まず、現行の介護報酬制度において、必要なサービスの量の判定基準とされている「要介護度」について、看護ケアの実施状況との関連を各看護ケア項目の実施率および実施時間の分布から確認した。その結果、時間も含めた看護ケアの実施状況は「要介護度」だけでは十分説明できないことが示唆された。したがって、要介護度のみにより評価を行うことは十分に適切ではないと考えられた。

次に、タイムスタディで使用した 49 項目の看護ケア項目をその実施時間を用いた因子分析により 20 のグループに分類し、これらの実施状況と利用者の状態を示す変数の関連を分析した。利用者の状態を、基本属性、介護ニーズ、医療ニーズの 3 つに分けてみると、それぞれと関連の強いケア内容には特徴がみられ、要介護度・障害の程度・認知症症状の程度を組み合わせた ADL 指標により評価される一般的な看護ケアグループと、退院直後や急性増悪時にニーズの高まる医療対応看護ケアグループを検討することにより、患者の状態に特異的なサービス群(サービスパッケージ)を特定できる可能性があると考えられた。

5. まとめ

訪問時の業務内容について、過去 2 年間のタイムスタディ・データを統合、再分析した結果以下の点が明らかとなった。今後はさらに、これらの点に関する実証的な検討が進められることが必要である。

1) 現行の報酬制度上の時間区分では、同じ区分に業務構造の異なる利用者が振分られており、業務内容を十分に反映しているとは言えない。

2) 所定の時間内に収めるために、身の回りの世話、コミュニケーション等にかかる時間が影響を受けている。これらの業務について、利用者のニーズとの関係、効果等を実証的に検討する必要がある。

3) 業務内容に見合った報酬体系を検討するに際しては、利用者の状態(介護ニーズ、医療ニーズ)が業務に与える影響を考慮する必要がある。両者の関係を整理することにより、利用者の状態によるサービスパッケージの特定することができる可能性がある。

第Ⅱ部

サービス提供実態把握による障害児・者に対するサービス充実の基礎資料作成

第Ⅱ部 サービス提供実態把握による障害児・者に対するサービス充実の基礎資料作成

目 次

1. 背景と目的.....	41
2. 方法.....	41
3. 有識者会議及びその結果による調査票の作成.....	42
1) 有識者会議による検討.....	42
2) 調査票の作成.....	43
4. 調査の実施.....	44
1) 調査対象.....	44
2) 調査期間.....	44
3) 調査方法.....	44
4) 回収状況.....	44
5. 事業所票調査の結果.....	45
1) 事業所の概要.....	45
2) サービス提供の状況.....	51
3) 障害者の受入れ状況.....	51

6. 利用者票調査の結果..... 61

1) 障害者である利用者の状況.....61

2) 訪問看護の状況.....71

7. 障害者への訪問看護サービス提供に関する意見..... 77

1) 介護者のレスパイトを目的としたサービスの充実に関する課題への意見78

2) ケアマネジメント機能の必要性及びそのあり方に関して.....82

3) 障害者への訪問看護サービスに関する現状の問題点、サービス提供の困難な点.....87

4) その他の心身障害児・者の在宅療養推進の課題.....90

5) その他、自由意見.....92

8. 考察..... 94

1) 障害児・者の受入れの現状について.....94

2) 訪問看護ステーションの受容力について.....94

3) 適切な訪問看護利用促進のためのケアマネジメントのあり方について.....95

4) 他機能との連携・協力体制について.....95

5) 介護者のレスパイトについて.....96

6) 障害児・者へのサービス提供について.....96

7) 制度的な対応.....96

9. まとめ..... 97

1. 背景と目的

介護保険発足後に生じた訪問看護ステーション数の伸びの鈍化は依然として継続している。その一方で、介護保険制度のあり方の再検討の場においては、保険対象者の拡大についての議論がなされており、具体的には、現行の支援費制度において対応されている障害者・障害児へのサービス提供を介護保険の中で行う方向での議論が進んでいる。介護保険制度がシステムとして取り入れた申請からケアプラン作成までの一連の過程は、障害児・者への社会的サービス提供にも活用される可能性を十分に秘めているものと思われる。また、サービスを提供する側の訪問看護ステーションにおいては、制度が整って障害者・障害児へのサービス提供の機会が拡大した際に、ニーズに応えられるようなサービス提供を適切に行うための体制を整えることが必要である。

一方で、障害児・者への施策に関しては、従前は福祉領域で議論されてきており、2003年に発足した支援費制度の在宅サービスの選択肢は、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ、グループホームとなっており、訪問看護は含まれていない。訪問看護制度の側も、発足当初、老人訪問看護制度と65歳以上を対象としたものであり、2年後の年齢制限撤廃以降は多様な疾病・障害に門戸を広げることが可能となったものの、2000年以降は介護保険制度のサービスの一つとして定着したことにも関連して、要介護高齢者が利用者の大部分を占めるという現状が報告されている。

このような状況下で、若年者が多く含まれる障害児・者への在宅サービス制度がシステム化された場合を想定して検討・議論を行うための資料は整備されておらず、また訪問看護ステーションにおいて、現在、障害者・障害児に対してどのようなサービス提供がなされているかについては、質的にも量的にも十分には把握されていない。

そこで、本研究では、現在の訪問看護ステーションが障害児・者へ提供しているサービス内容について現状把握を行い、今後に向けた課題を探索することを目的とした。

2. 方法

以下の手順で実態調査および資料としての整備、課題の整理を行った。

- (1) 有識者により構成された委員会において討議を行い、実態把握にあたって重視すべき視点を明確にする。
- (2) (1)に基づき実態を把握するための調査票を作成し、郵送によるアンケート調査を行う。
- (3) 調査結果を集計し、(1)で明示された論点に添ってまとめる。

3. 有識者会議及びその結果による調査票の作成

1) 有識者会議による検討

訪問看護ステーションの管理者および有識者から構成される検討委員会を組織し、障害者・障害児に対する訪問看護サービス提供の現状およびサービス提供を困難にする要因等について検討した。

表1 検討委員会

相原鶴代	さつき台訪問看護ステーション管理者
上野桂子	全国訪問看護事業協会理事
上野まり	神奈川県立保健福祉大学講師
浜詰幸子	千葉県看護協会訪問看護ステーション管理者
藤原泰子	三田済生会訪問看護ステーション管理者
本田彰子	千葉大学看護学部教授

検討を通じて、調査において明らかにすべき点を以下の5点に整理した。

1. 障害者の受入の可否には訪問看護ステーションの質的・量的キャパシティが影響する。これらにつき、個別事例の把握はなされているが、調査でより多くの情報を得て全体的な把握をする。
2. 障害者が訪問看護サービスを受けるかどうかは、訪問看護ステーションのキャパシティのみならず、ケアマネジメントを行う者の立場や考え方によっても影響を受ける。
3. 訪問看護ステーションにキャパシティがあっても他職種・他機能の協力体制がないと利用にはつながらない。たとえば、主治医が見つからなければ利用は実現しない。
4. 障害者福祉と保健・医療サービスとの実務的な隔たりがあり、たとえば、先天的な障害者の場合、障害者福祉の領域でマネジメントが完結し、医療との接点を持たない限りニーズがあったとしても訪問看護の利用にはつながりにくい。
5. 障害者である利用者に対して、具体的にどのような訪問看護ニーズがあるかを確認しておくことが必要である。

なお、本研究における障害者の範囲について、検討会において、受入れ条件やサービス内容の特性を考慮し、精神障害者については今回の調査から除外する方がよいという進言があり、それに従って除外することにした。

2) 調査票の作成

1)に基づき、実態調査の調査票を作成した。

調査票は、訪問看護ステーションの概要および障害児・障害者へのサービス提供のキャパシティについて調査する「事業所票」および、障害者手帳を有す利用者についてその属性およびサービス利用の状況を調査する「利用者票」の2部構成とした。

調査の内容は表2に示すとおりである（調査票は巻末資料を参照）。

表2 実態調査の内容

「事業所票」	事業所の基本属性	所在地、開設年月、開設者、併設施設、従事者数等
	看護職員の属性	資格、年齢、性別、経験年数（領域別の経験年数）等
	研修の状況	障害児・者へのサービス提供に関連する研修の受講状況
	サービスの提供状況	利用者数、訪問回数
	障害者の受入状況	（重度）心身障害児・者の受入実績等
	障害者への訪問看護サービス提供についての意見	介護者のレスパイトの充実、ケアマネジメント機能のあり方、現状における問題点その他についての意見
「利用者票」	利用者の基本属性	性、年齢、利用開始年月
	利用者の状態	指示書の種類、訪問診療・外来診療の有無、傷病名、障害の程度、要介護度
	介護環境	介護者の状況、経済状態
	サービス利用状況	介護サービスの利用状況、支援費制度の利用状況
	ケアマネジメント	マネジメント担当者
	支払い方法	支払い方法、報酬上の加算の有無
	訪問看護の状況	調査月における訪問の状況（回数・訪問者・訪問時間・訪問場所・サービス内容等）、調査日におけるサービス内容

4. 調査の実施

1) 調査対象

全国訪問看護事業協会の会員（2004. 12.8 現在、3,269 件）から、系統抽出法（等間隔抽出法）により抽出した訪問看護ステーション 1,000 ヶ所を対象に調査を実施した。

2) 調査期間

平成 17 年 2 月 17 日に発送し、3 月 15 日までに回収された調査票を分析対象とした。

3) 調査方法

上述の「事業所票」および「利用者票」を対象訪問看護ステーションの管理者に送付し、記入の後、郵送にて回収した。

「事業所票」への記入は、平成 17 年 1 月末現在の状況に基づいて行うよう依頼した。「利用者票」は、平成 17 年 1 月に訪問をおこなった利用者のうち、「身体障害者手帳」または「療育手帳」をもつ利用者全員について、1 月末現在の状況および 1 月におけるサービス利用状況の記入を依頼した。

4) 回収状況

回収数は、事業所票 207 票（回収率 20.7%）、利用者票 1966 票であった。

5. 事業所票調査の結果

1) 事業所の概要

(1) 事業所の基本属性

回答事業所の所在地域別の分布を表3に示す。関東に所在する事業所が約1/4を占め、四国、北海道の事業所の割合が少ない。

表3 回答事業所の所在地域

	事業所数	%
北海道	6	2.9
東北	20	9.7
関東	54	26.1
中部	30	14.5
近畿	40	19.3
中国	19	9.2
四国	10	4.8
九州・沖縄	28	13.5
合計	207	100.0

開設からの期間は 6.5 ± 3.4 年で分布した。5～10年を経た事業所が全体の半数を占める。10年以上を経た事業所も約10%みられた。

表4 開設からの期間

	事業所数	%
1年未満	25	12.1
1～5年	50	24.2
5～10年	106	51.2
10年以上	26	12.6
合計	207	100.0

開設者を表5に示す。「医療法人」立がもっとも多く、40%を占める。以下、「医師会」、「営利法人」が約10%でこれに続く。

表5 事業所の開設者

		事業所数	%
公立・公的	都道府県	1	.5
	市区町村	7	3.4
	日赤・社保関係団体	2	1.0
医療法人		85	41.5
医師会		22	10.7
看護協会		12	5.9
その他の社団・財団		21	10.2
	社会福祉協議会	5	2.4
	社会福祉法人	15	7.3
営利法人		22	10.7
その他法人	農協および連合会	4	2.0
	生協および連合会	3	1.5
	その他法人	6	2.9
不明		2	

訪問看護ステーションが併設する施設は、「居宅介護支援事業所」がもっとも多く、3/4のステーションで併設する。「介護療養型医療施設」を含めた医療施設併設のステーションは45%であった。その他、「ヘルパーステーション」、「介護老人保健施設」の併設が、それぞれ25%、20%とこれに続く。

表6 訪問看護ステーションに併設する施設

	事業所数	%
1 介護老人福祉施設	9	4.3
2 介護老人保健施設	43	20.8
3 介護療養型医療施設	25	12.1
4 3以外の医療施設	67	32.4
5 訪問看護ステーション	24	11.6
6 居宅介護支援事業所	153	73.9
7 ヘルパーステーション	52	25.1
8 上記以外の居宅介護サービス事業所	24	11.6
9 その他	21	10.1

表6に示す併設施設のうち、「5 訪問看護ステーション」および「6 居宅介護支援事業所」以外の施設を併設する事業所を「併設型ステーション」、5、6以外の施設を併設しないものを「単独型ステーション」と定義すると、併設状況については、表7のとおりとなった。

表7 他機能の併設状況

	事業所数	%
単独	79	38.2
併設	128	61.8
合計	207	100.0

報酬上の加算の届出については、介護報酬における「特別管理加算」がもっとも高く、90%弱のステーションで届出を行っていた。その他の加算項目については75~78%にとどまった。

表8 加算の届出状況

		事業所数	%
介護報酬	緊急時訪問看護加算の届出	163	78.7
	特別管理加算の届出	185	89.4
診療報酬	24時間連絡体制加算の届出	160	77.3
	重症者管理加算の届出	155	74.9

従事者数は、 4.9 ± 2.0 人、内、看護職員のみ平均値は、 4.7 ± 1.8 人であった。職種別の値を表9に示す。

表9 従事者数

	平均値	標準偏差
保健師	0.03	0.20
助産師	0.00	0.00
看護師	4.53	1.78
准看護師	0.11	0.49
理学療法士	0.18	0.59
作業療法士	0.01	0.08
その他	0.06	0.40

(2) 看護職員の属性

看護職員の属性について表 10 に示す。いずれの項目においてもステーション間の差が大きい。

「訪問看護」の経験年数の平均は 4.2 年で、5 年未満のステーションで約 70%、10 年未満で 95%以上を占める。

障害児・者に対する訪問看護提供に関連する領域として取り上げた「小児科」、「脳神経外科」、「リハビリテーション科」における経験年数は短い。また、所属する看護職員全員がその経験をもたないステーションの割合が、前 2 者では約 20%、後者では約 50%と高値であり、いずれの項目でも経験年数 5 年未満のステーションで 90%以上を占めた。

表10 看護職員の属性:各ステーションにおける平均値の分布

	平均値±標準偏差	最小値	最大値
看護職員平均年齢	41.2±4.3	30.25	60.25
訪問看護の経験年数	4.2±2.2	.25	17.67
看護の経験年数	15.5±4.7	4.50	34.00
小児科の経験年数	1.6±3.2	.00	28.00
脳神経外科の経験年数	1.5±1.6	.00	6.50
リハビリ科の経験年数	1.1±2.2	.00	17.00

図1 看護職員の属性:各ステーションにおける平均値の分布

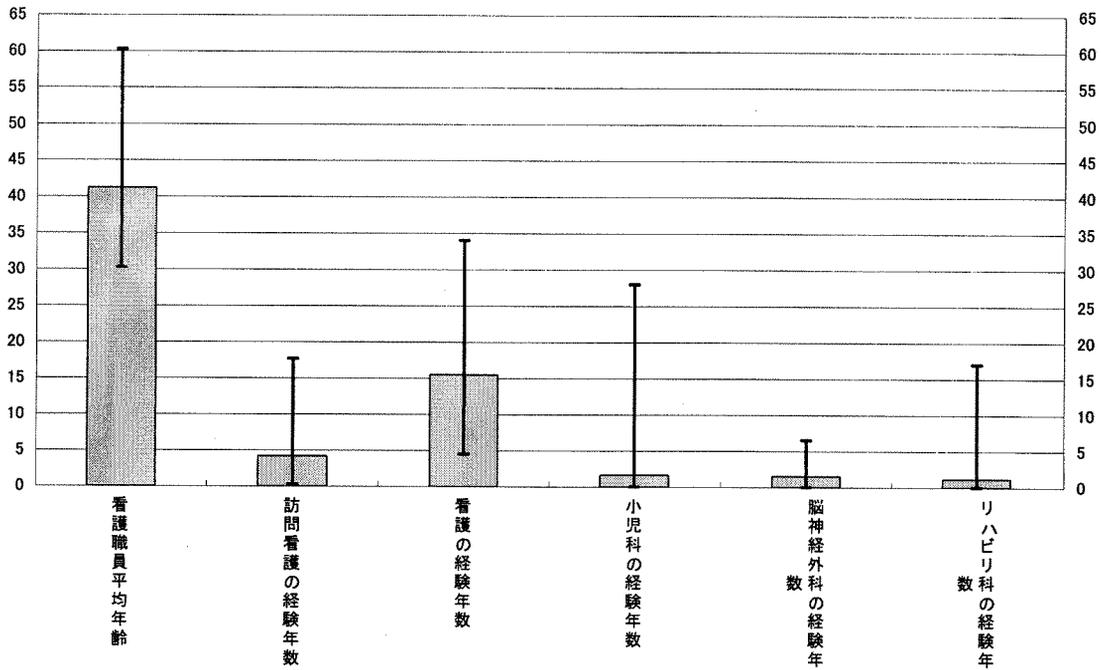


図2 ステーション毎の看護職員の平均年齢

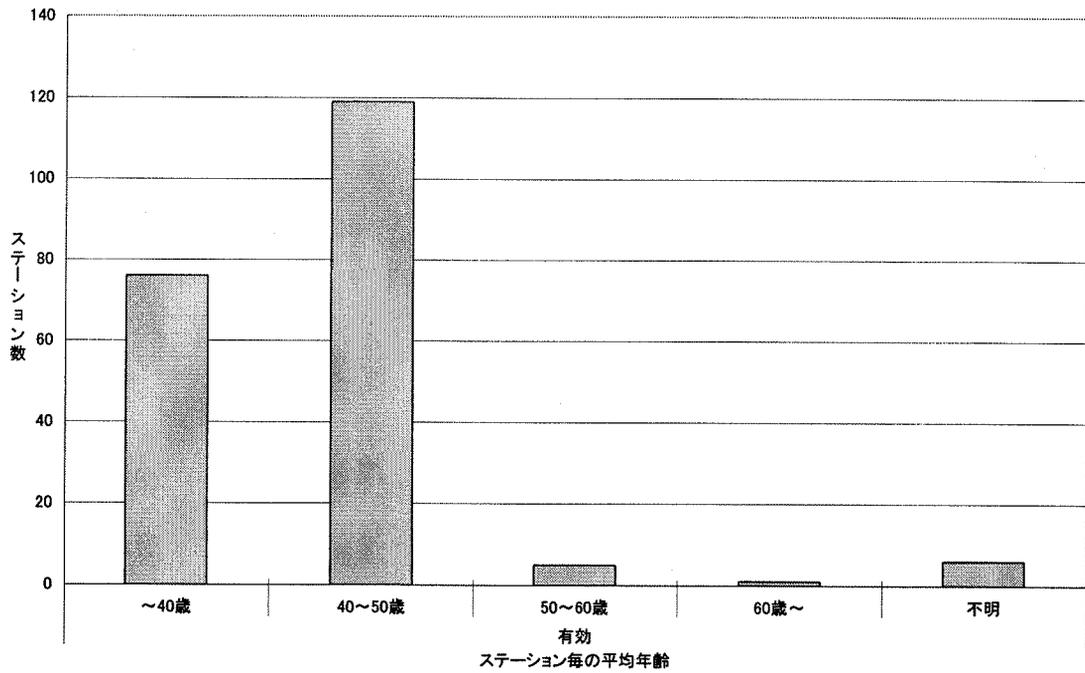
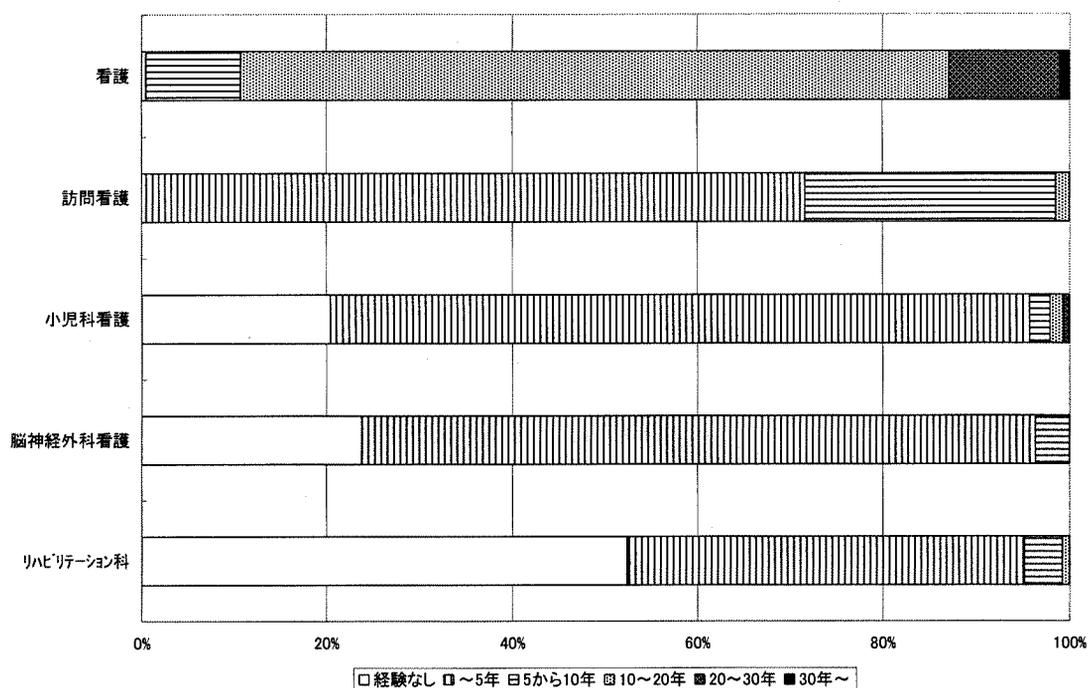


図3 看護の経験年数:ステーション毎の平均値の分布



(3) 研修の状況

障害児・者への訪問看護サービス提供にかかわりの強いと思われる5つの項目につき、過去2年間における職員の研修受講状況を表11に示す。「障害者福祉・制度」および「小児看護」については受講割合が低かった。

表11 研修の状況:平成15~16年度における職員の受講実績

	事業所数	%
1 障害者福祉・制度	79	38.2
2 人工呼吸器管理・呼吸リハビリテーション	161	77.8
3 ALSの看護	130	62.8
4 認知症の看護	126	60.9
5 小児看護	37	17.9

2) サービス提供の状況

調査月における職員あたりの訪問回数および利用者数を表 12 に示す。看護職員 1 人あたりの利用者数の平均は 13 人、訪問回数の平均は 66 回であり、後者はステーション間でばらつきが大きい。

表12 利用者数および訪問回数の状況:職員 1 人当たりの人数、回数

	平均値	標準偏差
職員あたり利用者数	12.4	9.6
看護職員あたり利用者数	13.3	10.5
職員あたり訪問回数	62.3	47.8
看護職員あたり訪問回数	65.9	49.6

利用者あたりの訪問回数を表 13 に示す。身体障害者および障害児において、その他の利用者よりも訪問頻度が高い傾向がみられる。

表13 利用者あたりの訪問回数

	平均値	標準偏差
利用者あたり訪問回数	5.5	2.1
利用者あたり訪問回数(身体障害者)	6.7	3.5
利用者あたり訪問回数(知的障害者)	4.0	2.1
利用者あたり訪問回数(障害児)	5.6	3.5

3) 障害者の受入れ状況

(1) 障害者の受入れの実績

障害者および障害児の受入状況について、過去 3 年間の実績を調査した。心身障害者、重度心身障害者については、申し込みを受けたことのあるステーションでは 90%以上で申し込みを断らず、サービス提供を行うことができたとしていた。心身障害児、重度心身障害児については若干実施率が低く、85%弱のステーションでサービス提供がなされていた。一方、障害児については、50%のステーションで、「利用申し込みを受けたことがない」と回答していた(表 14)。

表14 障害児・者の受入状況 ()内は%

	申し込みを受けたことがある		申し込みをうけたことがない	不明
	断ったことがない	断ったことがある		
心身障害者	160(92.0)	14(8.0)	26(12.6)	7
重度心身障害者	133(91.1)	13(8.9)	54(26.1)	7
心身障害児	77(84.6)	14(15.4)	105(50.7)	11
重度心身障害児	78(83.9)	15(16.1)	105(50.7)	9

断ったことがあるステーションにつき、その理由を表15にまとめた。

(重度)心身障害児の受け入れに関しては、①小児看護への技術的対応可能性や経験の不足(例:学童なら対応できるが乳幼児では自信がない、児のからだが大きくなると体重が重くなるので看護師一人では対応できない)、②利用者が目一杯であることや訪問看護ステーションの職員不足、③地域外・遠距離にある家への訪問には対応できない、長時間の訪問は出来ない、学校へ訪問しても制度上保険請求ができないなどの採算性の問題、などが挙げられていた。①からは、訪問看護ステーションが、障害を持つ児に対する看護を常時備えていることの難しさが窺われ、②③は、その表現からは心身障害児への訪問看護サービスをシステムを改善してでも是非提供したいなどの積極的な姿勢はあまり表れておらず、訪問看護側の取り組み姿勢に逡巡が潜在していることが窺える。また、障害があろうともなかろうとも児童の権利である学業を維持継続することへの保障が整えられていないことによる弊害が現れていた。また、障害という個別性の高い療養状況への臨機応変な訪問看護が、現状の制度では行いにくい面があることも窺われた。

(重度)心身障害者の場合は、①実施地域外であることや遠方では緊急対応がむずかしいこと。②マンパワー不足、③長時間滞在や時間外の対応が難しいなどの理由であった。児の場合と同様、一回の訪問時間が長いケースや、緊急対応が予測されるケース、また入浴などのケアに複数の訪問看護師が必要なケース等、障害特有のケアニーズに応じにくい現行の制度、多くの定型的な訪問看護に心身障害者への訪問看護が混じることへの訪問看護ステーションの対応性に課題があることが窺われた。

以上、「(重度)心身障害者」、「(重度)心身障害児」に共通の理由として、看護職員数が十分でない、長時間滞在や訪問時間帯等の希望への対応ができないといったステーションの量的なキャパシティ、利用者の負担の増大、の2点が挙げられる。障害に関連する知識や経験等、ステーションの質的なキャパシティは、「(重度)心身障害児」の利用を受け入れられなかった理由としてあげるステーションが多くみられた。

表15 障害児・者の受入を断った理由

○(重度)心身障害者の受入を断った理由

- ・精神科の経験をもったNSがない
- ・勤務体制が整わなかったため
- ・体制上受ける事ができなかった
- ・申し込み時障害者なのかの確認をしていないが、体制上の理由で断ったことがある
- ・17時以降の訪問を依頼されたため。
- ・利用者が一杯で受け入れられなかった
- ・人員の調整ができていなかった。
- ・スタッフ不足により、訪問枠がなかった。
- ・職員不足
- ・毎日2時間以上の訪問との事で、スタッフ不足と実費発生の計算上困難。
- ・会社を終えてから入浴介助をすることで訪問していたが、帰宅時間が守られず看護師の残業での介助となったこと。ADLの低下により看護師1人での入浴介助が困難となり、複数で訪問できる体制のサービスへ変更した。
- ・なるべく負担金が少ない方がよいと言われ、居住地域では「43」の番号を持っていても訪看に適應されないのので3割負担は大きく断ざるを得なかった。
- ・医療保険での訪問になり、遠方で交通費がかかる旨伝えた。近くのステーションを利用者に紹介すると、そちらにお願いする事となった。
- ・実施地域以外であったことと緊急対応が予測されるケースだったため、地域外でも受け入れすることがあるが、それでも遠方すぎたこと。
- ・事務所から遠距離であり、対応が困難と判断した(緊急訪問対応困難)。
- ・件数的に受入れ困難であった。
- ・24時間体制をとっていないため、他ステーションを紹介

○(重度)心身障害児の受入を断った理由

- ・小児のプロフェッショナルがないこと。病院(併設)に小児科がなく当ステーションで受けるメリットが利用者様に少ないと考えた
- ・依頼を受けた時に、小児科の経験のある看護師が一人もいなかったため。
- ・小児にかかわったことがない
- ・小児患者の訪問を行ったことがないため
- ・スタッフの小児経験者がいないこと、人数(スタッフの)的にも重症児を受ける体制が整わない。
- ・小児看護の経験者が居なかった為
- ・障害児に対してのスタッフのスキル不足
- ・人員の調整ができていなかった。管理リスクが大きいと判断された。
- ・受け入れ体制が整っていないかった
- ・勤務体制、距離などに問題があったため
- ・職員不足
- ・利用者が一杯で受け入れられなかった
- ・4才位で訪問開始し入浴介助 行っていたが、4年目位で体重が重く、NSでの対応がむずかしくなった為
- ・24時間対応希望であるが、当ステーションでは加算体制をとっていない為。
- ・学校で吸引が必要になった時に訪問希望であった。予測できず臨機応変には対応できない為
- ・学校への訪問を依頼され、制度的に不可能であったため(1件)
- ・学校通学中や施設での吸引や経管栄養の対応については保険請求ができないとうたわれている為又、長時間看護に対するマンパワー不足
- ・実施地域以外であったことと緊急対応が予測されるケースだったため、地域外でも受け入れすることがあるが、それでも遠方すぎたこと。
- ・長時間の訪問を希望されたため基本的訪問時間をはるかに越えるため、ステーションとしては自費での請求ができない。
- ・訪問時間3時間以上や買い物の時等の不規則な訪問時間設定を希望されたため、対応できなかった。
- ・学童については受け入れ実績があるが、乳幼児については申し込みを受けたことがない。その際、受け入れられるかは不明。

(2) 受入れの実績とステーションの属性

次に、受入れの実績とステーションの属性との関連を検討した。

受入れ実績別に、ステーションの属性各項目の分布を確認した。

ステーションの属性として、①基本属性、②受入れのための量的なキャパシティ、③受入れのための質的なキャパシティの観点から、調査票に盛り込んだ7つの項目を取り上げ、それぞれ、受入れ実績との関連を確認した。

①ステーションの基本属性

ステーションの基本属性のうち、開設者による受入れ実績の差は認められなかった。開設からの期間については、受入れを断ったことのないステーション（以下、受入れステーション）の方が、断ったことのあるステーションよりも長い傾向が見られたが有意差は認められなかった。所属地域については、そもそもの地域別のステーション数に偏りがあったので、本分析からは除外した。

表16 障害者受入れ実績とステーションの基本属性

<開設者>

		公立・公的	医療法人	医師会	看護協会	社団・財団	社会福祉法人 社会福祉協議会	営利法人	その他	全体
心身障害者	断ったことがある	0 .0%	6 42.9%	2 14.3%	0 .0%	1 7.1%	1 7.1%	2 14.3%	2 14.3%	14 100.0%
	断ったことがない	10 6.3%	67 42.4%	17 10.8%	11 7.0%	13 8.2%	15 9.5%	15 9.5%	10 6.3%	158 100.0%
	全体	10 5.8%	73 42.4%	19 11.0%	11 6.4%	14 8.1%	16 9.3%	17 9.9%	12 7.0%	172 100.0%

心身障害児	断ったことがある	1 7.1%	6 42.9%	2 14.3%	0 .0%	1 7.1%	1 7.1%	1 7.1%	2 14.3%	14 100.0%
	断ったことがない	5 6.5%	25 32.5%	12 15.6%	8 10.4%	5 6.5%	8 10.4%	8 10.4%	6 7.8%	77 100.0%
	全体	6 6.6%	31 34.1%	14 15.4%	8 8.8%	6 6.6%	9 9.9%	9 9.9%	8 8.8%	91 100.0%

<開設からの期間>

		統計量	～1年	1～5年	5～10年	10年～	全体
心身障害者	断ったことがある	5.4±3.2 (0～10年)	3 21.4%	2 14.3%	9 64.3%	0 .0%	14 100.0%
	断ったことがない	6.9±3.4 (0～14年)	15 9.4%	36 22.5%	83 51.9%	26 16.3%	160 100.0%
	全体		18 10.3%	38 21.8%	92 52.9%	26 14.9%	174 100.0%

		統計量	1年未満	1～5年	5～10年	10年以上	全体
心身障害児	断ったことがある	6.6±2.7 (1～10年)	1 7.1%	2 14.3%	11 78.6%	0 .0%	14 100.0%
	断ったことがない	7.0±3.5 (0～14年)	7 9.1%	18 23.4%	39 50.6%	13 16.9%	77 100.0%
	全体		8 8.8%	20 22.0%	50 54.9%	13 14.3%	91 100.0%

②受入れの量的キャパシティ

障害者（児）受入れの量的なキャパシティを表す指標として、（看護）職員あたりの利用者数、訪問回数、利用者あたりの訪問回数を取り上げたが、いずれの指標についても、障害児・者の受入れ実績との間に関連は認められなかった。

表17 障害者受入れ実績と量的キャパシティ

心身障害者		看護職員あたり 利用者数	看護職員あたり 訪問回数	利用者あたり 訪問回数
断ったことがある	平均±標準偏差	15.3±9.7	74.2427	5.2775
	事業所数	12	12	13
	(最小値～最大値)	4.3～40.8	27.7～168.3	4.0～7.3
断ったことがない	平均±標準偏差	15.4±11.2	81.9±63.6	5.7±2.2
	事業所数	122	117	142
	(最小値～最大値)	1.0～61.8	4.1～358.8	0.43～24.2
合計	平均±標準偏差	15.4±11.1	81.2±61.6	5.64±2.2
	事業所数	134	129	155
	(最小値～最大値)	1.0～61.8	4.1～358.8	0.43～24.2

心身障害児		看護職員あたり 利用者数	看護職員あたり 訪問回数	利用者あたり 訪問回数
断ったことがある	平均±標準偏差	15.1±8.8	73.5±36.2	5.0±1.0
	事業所数	12	12	12
	(最小値～最大値)	6.4～40.8	32.5～168.3	3.3～7.3
断ったことがない	平均±標準偏差	16.7±13.6	79.7±58.8	5.9±2.9
	事業所数	58	53	66
	(最小値～最大値)	0.91～82.3	3.4～358.8	0.43～24.2
合計	平均±標準偏差	16.5±12.9	78.6±55.1	5.8±2.7
	事業所数	70	65	78
	(最小値～最大値)	0.9～82.3	3.4～358.8	0.43～24.2

※訪問回数データに大幅な外れ値があったため、職員あたりの1月の訪問回数の上限を160回(30分未満訪問を8回/日)として、ここから外れるステーションについては、表中3つの全ての値を欠損値とした

③受入れの質的キャパシティ

質的なキャパシティについては、併設施設の有無および障害児・者関連の研修の受講状況、看護職員の属性(年齢、領域別の看護経験年数)を指標とした。

併設施設の有無では、受入れステーションにおいて、併設型ステーションの割合が単独型より高い。併設施設の種類別には、受入れステーションにおいて、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション、その他居宅介護サービス事業所の併設割合が高い。

研修の受講状況については、一定の関連が認められない。

ステーションの看護職員の年齢、領域別の看護の経験年数では、年齢が、受入れステーションにおいて有意に高かった。経験年数についてはいずれの項目でも関連は認められなかった。

表18 障害児・者受入れ実績と量的キャパシティ i : 併設施設)

<併設種類の有無:種類別> ()内は、併設あり、併設なしそれぞれの群における受入れ実績別割合(%)

		心身障害者の受入れ実績		心身障害児の受入れ実績	
		断ったことがある	断ったことがない	断ったことがある	断ったことがない
介護老人福祉施設	なし	14 (100.0)	154 (96.3)	14 (100.0)	74 (96.1)
	あり	0 (0.0)	6 (3.7)	0 (0.0)	3 (3.9)
介護老人保健施設	なし	12 (85.7)	128 (80.0)	11 (78.6)	65 (84.4)
	あり	2 (14.3)	32 (20.0)	3 (21.4)	12 ()
介護療養型医療施設	なし	14 (100.0)	139 (86.9)	11 (78.6)	71 (92.2)
	あり	0 (0.0)	21 (13.1)	3 (21.4)	6 (7.8)
それ以外の病院・診療所	なし	9 (64.3)	108 (67.5)	9 (64.3)	57 (74.0)
	あり	5 (35.7)	52 (32.5)	5 (35.7)	20 (26.0)
訪問看護事業所	なし	13 (92.9)	142 (88.8)	13 (92.9)	71 (92.2)
	あり	1 (7.1)	18 (11.2)	1 (7.1)	6 (7.8)
居宅介護支援事業所	なし	5 (35.7)	43 (26.9)	4 (28.6)	20 (26.0)
	あり	9 (64.3)	117 (73.1)	10 (71.4)	57 (74.0)
ヘルパーステーション	なし	11 (78.6)	121 (75.6)	13 (92.9)	59 (76.6)
	あり	3 (21.4)	39 (24.4)	1 (7.1)	18 (23.4)
その他の居宅介護サービス事業所	なし	13 (92.9)	141 (88.1)	13 (92.9)	67 (87.0)
	あり	1 (7.1)	19 (11.9)	1 (7.1)	10 (13.0)
その他	なし	11 (78.6)	143 (89.4)	12 (85.7)	71 (92.2)
	あり	3 (21.4)	17 (10.6)	2 (14.3)	6 (7.8)

<併設種類の有無:単独型/併設型>

()内は、単独・併設それぞれの群における受入れ実績別割合(%)

		単独	併設	全体
心身障害者	断ったことがある	6 (42.9)	8 (57.1)	14 (100.0)
	断ったことがない	61 (38.1)	99 (61.9)	160 (100.0)
	全体	67 (38.5)	107 (61.5)	174 (100.0)

		単独	併設	全体
心身障害児	断ったことがある	8 (57.1)	6 (42.9)	14 (100.0)
	断ったことがない	36 (46.8)	41 (53.2)	77 (100.0)
	全体	44 (48.4)	47 (51.6)	91 (100.0)

表19 障害児・者受入れ実績と量的キャパシティii：研修の受講状況

()内は、受講あり、受講なしそれぞれの群における受入れ実績別割合(%)

		心身障害者の受入れ実績		合計	心身障害児の受入れ実績		合計
		断ったことがある	断ったことがない		断ったことがある	断ったことがない	
障害者福祉・制度	なし	3(4.2)	68(95.8)	71(100.0)	4(10.0)	36(90.0)	40(100.0)
	あり	8(9.0)	81(91.0)	89(100.0)	8(18.2)	36(81.8)	44(100.0)
人工呼吸器管理・呼吸リハ	なし	11(7.9)	128(92.1)	139(100.0)	14(17.5)	66(82.5)	80(100.0)
	あり	2(6.7)	28(93.3)	30(100.0)	0(0.0)	10(100.0)	10(100.0)
ALSの看護	なし	8(7.3)	102(92.7)	110(100.0)	12(18.8)	52(81.3)	64(100.0)
	あり	5(8.5)	54(91.5)	59(100.0)	2(7.7)	24(92.3)	26(100.0)
認知症の看護	なし	9(8.2)	101(91.8)	110(100.0)	9(15.5)	49(84.5)	58(100.0)
	あり	4(7.1)	52(92.9)	56(100.0)	5(17.2)	24(82.8)	29(100.0)
小児看護	なし				6(22.2)	21(77.8)	27(100.0)
	あり				7(12.7)	48(87.3)	55(100.0)

表20 障害児・者受入れ実績と量的キャパシティiii：看護師の属性

心身障害者の受入れ実績		看護職員平均年齢 **	訪問看護の 経験年数	看護の経 験年数	小児科の 経験年数	脳神経外科 の経験年数	リハビリ科の 経験年数
断ったことがある	平均±標準偏差	39.0±3.9	4.0±1.7	14.7±4.5	2.5±5.8	1.4±2.1	1.1±2.2
	事業所数	14	14	14	11	12	11
	(最小値～最大値)	31.3～45.4	1.7～7.8	9.0～26.8	0.0～20.0	0.0～6.3	0.0～6.5
断ったことがない	平均±標準偏差	41.5±4.2	4.3±2.1	15.6±4.9	1.6±3.2	1.5±1.6	1.3±2.3
	事業所数	155	155	152	105	103	93
	(最小値～最大値)	30.3～60.3	0.9～17.7	4.5～34.0	0.0～28.0	0.0～6.5	0.0～17.0
合計	平均±標準偏差	41.3±4.2	4.3±2.1	15.5±4.8	1.7±3.5	1.5±1.6	1.2±2.3
	事業所数	169	169	166	116	115	104
	(最小値～最大値)	30.3～60.2	0.9～17.7	4.5～34.0	0.0～28.0	0.0～6.5	0.0～17.0
心身障害者の受入れ実績		看護職員平均年齢 *	訪問看護の 経験年数	看護の経 験年数	小児科の 経験年数	脳神経外科 の経験年数	リハビリ科の 経験年数
断ったことがある	平均±標準偏差	39.1±3.8	4.7±1.8	14±2.7	2.5±5.8	1.9±2.2	1.4±2.4
	事業所数	14	14	14	11	10	9
	(最小値～最大値)	31.3～44.0	1.7～7.8	9.0～19.7	0.0～20.0	0.0～6.3	0.0～6.5
断ったことがない	平均±標準偏差	41.3±4.4	4.5±2.1	15.3±4.7	1.4±1.3	1.7±1.5	1.2±1.7
	事業所数	74	74	72	51	52	48
	(最小値～最大値)	31.1～52.0	0.9～12.0	4.5～30.0	0.0～5.4	0.0～6.5	0.0～6.5
合計	平均±標準偏差	40.9±4.4	4.5±2.1	15.1±4.4	1.6±2.7	1.8±1.7	1.2±1.8
	事業所数	88	88	86	62	62	57
	(最小値～最大値)	31.1～52.0	0.90～12.0	4.5～30.0	0.0～20.0	0.0～6.5	0.0～6.5

：p<0.05 *：p<0.01

以上の結果をまとめて以下の表 21 に示す。

表21 障害児・者の受入れ実績とステーションの属性: 総括表

ステーションの属性		関連性
基本属性	開設者	関連が認められない
	開設からの期間	受入れステーションで長い傾向があるが、有意差は認められない
量的キャパシティ	職員あたり利用者数	関連が認められない。受入れステーションでばらつきが大きい
	職員あたり訪問回数	関連が認められない。受入れステーションでばらつきが大きい
	利用者あたり訪問回数	関連が認められない。受入れステーションでばらつきが大きい
質的キャパシティ	併設機能	受入れステーションにおいて併設型が多いが、有意差は認められない。種類別には、受入れステーションにおいて、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション、その他居宅介護サービス事業所の併設割合が高い
	看護職員の研修	関連が認められない
	看護職員の属性	受入れステーションにおいて、看護師の年齢が高い（有意差あり）。 経験年数については関連が認められない。

6. 利用者票調査の結果

1) 障害者である利用者の状況

1,966 人分の利用者票が回収されたが、「障害者手帳」をもつ利用者の範囲は広く、介護保険の対象拡大に備える、という事業目的を踏まえ、利用者の年齢および疾患のデータを用いて、介護保険の対象とならない障害者である利用者（以下、「障害者」と傷害者手帳を有しているが、実際には既に介護保険の対象となっている利用者（以下、「障害者以外」）を区分した。

その結果、1,966 名中、「障害者」は 550 名、「障害者以外」は、1,394 名であった。

以下の分析では、区分した「障害者」について、「障害者以外」と比較を行うことにより検討を進めることとする。

利用者の傷病について、頻度の高い「主傷病」を表 22 示す。「障害者」の利用者では 1 位「その他の神経系疾患」、2 位「脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群」、3 位「その他の損傷及びその他の外因の影響」であるが、「障害者以外」の利用者では「脳梗塞」、「脳内出血」、「その他の神経系疾患」の順であり、疾患構成に差があることが示唆される。

表22 頻度の高い主傷病名

	障害者		障害者以外		
	人数	%	人数	%	
その他の神経系の疾患	108	19.6	脳梗塞	338	24.2
脳性麻痺およびその他の麻痺性症候群	88	16.0	脳内出血	182	13.1
その他の損傷およびその他の外因の影響	55	10.0	その他の神経系の疾患	111	8.0
背椎障害	42	7.6	パーキンソン病	99	7.1
その他の先天奇形、変形および染色体異常	24	4.4	慢性閉塞性肺疾患	67	4.8
その他の筋骨格系および結合組織の疾患	24	4.4	糖尿病	54	3.9
頭蓋内損傷および内臓の損傷	19	3.5	背椎障害	50	3.6
パーキンソン病	15	2.7	腎不全	41	2.9
糖尿病	14	2.5	炎症性多発性関節障害	39	2.8
てんかん	10	1.8	直腸(移行部含む)の悪性新生物	21	1.5
その他の悪性新生物	9	1.6	その他の悪性新生物	21	1.5
知的障害(精神遅滞)	9	1.6	その他の呼吸器系の疾患	21	1.5
炎症性多発性関節障害	9	1.6			

障害の状況を表 23 に示す。「障害者以外」に比べ「障害者」において、障害の程度の重い「ランク C」の割合が高い。

表23 障害の状況(「障害老人の日常生活自立度」尺度による障害レベル)

()内は%

	障害の状況					合計
	障害なし	ランクJ	ランクA	ランクB	ランクC	
障害者以外	7 (0.5)	93 (6.8)	336 (24.6)	399 (29.2)	532 (38.9)	1367 (100.0)
障害者	5 (1.1)	39 (8.9)	77 (17.6)	84 (19.2)	232 (53.1)	437 (100.0)

p<0.01

(1) 基本属性

利用者の性別は、男性 989 人、女性 965 人であり、ほぼ半数ずつであった。「障害者」において、男性比率が高い(表 24)。

表24 利用者の性別

()内は%

	性別		合計
	男性	女性	
障害者以外	673 (48.7)	710 (51.3)	1383 (100.0)
障害者	307 (55.8)	243 (44.2)	550 (100.0)

p<0.01

利用者の平均年齢は、64.9±21.2 歳であった。「障害者」では 38.9±19.6 歳、「障害者以外」では 75.2±10.0 歳で分布し、「障害者」が有意に若い(p<0.01)。「障害者以外」の利用者が介護保険により訪問看護を利用するものであることから、明示的である(表 25)。

表25 利用者の年齢

()内は%

		年齢階級			合計
		～40歳	40～65歳	65歳以上	
障害者区分	障害者以外	0 (0.0)	163 (11.7)	1231 (88.3)	1394 (100.0)
	障害者	249 (45.3)	301 (54.7)	0 (0.0)	550 (100.0)

p<0.01

対象訪問看護ステーションの利用継続期間は 3.5±2.7 年であった。もっとも長い利用者では 16 年であった。「障害者」の方が利用継続期間が長い傾向がある (p<0.05) (表 26)。

表26 当該訪問看護ステーションの利用継続期間 (年)

障害者区分	平均値±標準偏差	最大値	最小値
障害者以外	3.0±2.6	16年(192月)	1月未満
障害者	3.1±2.8	13.8年(165月)	1月未満

P<0.05

(2) 利用者の状態

利用者の主治医は、ステーション併設の医療施設以外に所属する医師である場合が、約 72% である。「障害者」においてその割合が、有意に高い (表 27)。

表27 主治医の所属 ()内は%

お	主治医の所属		合計
	併設する医療施設	それ以外の医療施設	
障害者以外	406 (29.6)	966 (70.4)	1372 (100.0)
障害者	118 (21.6)	429 (78.4)	547 (100.0)

P<0.01

調査月における医療の利用状況を調べた。「訪問診療・往診」は「障害者以外」で利用率が高く、「外来受診」は「障害者」において利用率が高い。いずれも統計的に有意な差が認められる（表 28）。

表28 訪問診療・往診および外来受診の状況 ()内は%

	訪問診療	外来受診
障害者以外	597(46.6)	667(54.6)
障害者	183(35.8)	328(67.6)

p<0.01

(3) 介護環境

利用者の 91%において同居者がいる。独居者は、「障害者」で 52 人 (9.5%)、「障害者以外」で 121 人 (8.7%) であった(表 29)。主たる介護者については、概ね 90%の利用者で「同居する家族等」であるが、「障害者」においては、「その他」の割合が 8.1%であり、この値は、全利用者におけるその割合 6.0%を上回る（表 30）。

表29 同居・独居の状況 ()内は%

	同居者		合計
	あり	なし	
障害者以外	1273 (91.3)	121 (8.7)	1394 (100.0)
障害者	496 (90.5)	52 (9.5)	548 (100.0)

表30 主たる介護者 ()内は%

	主たる介護者			合計
	同居する家族等	別居する家族等	その他	
障害者以外	1214 (88.9)	77 (5.6)	74 (5.4)	1365 (100.0)
障害者	464 (87.5)	23 (4.3)	43 (8.1)	530 (100.0)
全体	1698 (88.6)	101 (5.3)	117 (6.1)	1916 (100.0)

p<0.01

介護者の介護上の問題点の有無については、1,191人（60.6%）が「ある」とし、具体的には、「病弱等心身の問題（481人、24.5%）」、「就業（346人、17.6%）」との回答が多い。これを「障害者」とそれ以外で分けてみると、「障害者以外」で「要介護・要支援状態である」が9.2%と「障害者」における割合4.8%を大きく上回っている（表31）。

これを「障害者」の主傷病別に示すと、「特に問題なし」が脳性麻痺及びその他の麻痺性疾患、その他の神経系疾患、その他の筋骨格系及び結合組織の疾患において有意差は見られなかったが少ない傾向であった（表32）。

利用者の年齢化気球別では、40歳未満より40-65歳の方がいずれの介護問題も多い傾向が見られた（表33）。

表31 介護を行う上での問題点 ()内は%

	介護上の問題点					合計
	要介護・要支援状態である	病弱等心身の問題がある	就業している	その他	特に問題なし	
障害者以外	117 (9.2)	356 (28.1)	251 (19.8)	138 (10.9)	404 (31.9)	1266 (100.0)
障害者	23 (4.8)	123 (25.6)	92 (19.2)	85 (17.7)	157 (32.7)	480 (100.0)

P<0.01

表32 介護上の問題点(障害者・主傷病別) ()内は%

	介護上の問題点					合計
	要介護・要支援状態	病弱等心身の問題	就業	その他	特に問題なし	
その他の神経系の疾患	5 (5.0)	30 (30.0)	21 (21.0)	18 (18.0)	26 (26.0)	100 (100.0)
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	7 (9.1)	18 (23.4)	14 (18.2)	16 (20.8)	22 (28.6)	77 (100.0)
その他の損傷及びその他の外因の影響	0 (0.0)	14 (33.3)	8 (19.0)	5 (11.9)	15 (35.7)	42 (100.0)
脊椎障害	1 (2.6)	6 (15.8)	5 (13.2)	7 (18.4)	19 (50.0)	38 (100.0)
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	5 (23.8)	4 (19.0)	4 (19.0)	3 (14.3)	5 (23.8)	21 (100.0)

表33 介護上の問題点(障害者・利用者の年齢階級別) ()内は%

	介護上の問題点					合計
	要介護・要支援状態	病弱等心身の問題	就業	その他	特に問題なし	
～40歳	9 (4.1)	51 (23.0)	33 (14.9)	39 (17.6)	90 (40.5)	222 (100.0)
40～65歳	14 (5.4)	72 (27.9)	59 (22.9)	46 (17.8)	67 (26.0)	258 (100.0)

P<0.05

経済状態については、「障害者以外」で「ゆとりがある」の割合がより高く、「障害者」で「大変苦しい」、「やや苦しい」の割合が高くなっている(表34)。また同居の有無別に障害者についてみると、同居者のいない者は一層【大変苦しい】【苦しい】の割合が高くなっている。またさらに障害者について障害の程度別、主傷病別、年齢階級別の回とを示した(表36,37,38)。

表34 経済状態 ()内は%

	経済状態					合計
	大変苦しい	やや苦しい	普通	ややゆとり	ゆとりがある	
障害者以外	45 (3.3)	197 (14.5)	816 (60.1)	165 (12.2)	135 (9.9)	1358 (100.0)
障害者	39 (7.3)	111 (20.9)	296 (55.6)	59 (11.1)	27 (5.1)	532 (100.0)

P<0.01

表35 経済状態(障害者・同居の有無別) ()内は%

		経済状態					合計
		大変苦しい	やや苦しい	普通	ややゆとりがある	ゆとりがある	
同居者	あり	27 (5.6)	95 (19.8)	277 (57.6)	57 (11.9)	25 (5.2)	481 (100.0)
	なし	12 (24.0)	16 (32.0)	18 (36.0)	2 (4.0)	2 (4.0)	50 (100.0)

P<0.01

表36 経済状態(障害者・障害の程度別) ()内は%

		経済状態					合計
		大変苦しい	やや苦しい	普通	ややゆとりがある	ゆとりがある	
障害の状況	ランクJ	4 (10.8)	7 (18.9)	19 (51.4)	6 (16.2)	1 (2.7)	37 (100.0)
	ランクA	4 (5.4)	14 (18.9)	47 (63.5)	6 (8.1)	3 (4.1)	74 (100.0)
	ランクB	6 (7.3)	12 (14.6)	57 (69.5)	5 (6.1)	2 (2.4)	82 (100.0)
	ランクC	12 (5.3)	50 (21.9)	124 (54.4)	28 (12.3)	14 (6.1)	228 (100.0)
	障害なし	3 (60.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (100.0)

P<0.01

表37 経済状態(障害者・主傷病別) ()内は%

	経済状態					合計
	大変苦しい	やや苦しい	普通	ややゆとりがある	ゆとりがある	
その他の神経系の疾患	6 (5.7)	26 (24.5)	57 (53.8)	14 (13.2)	3 (2.8)	106 (100.0)
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	3 (3.7)	19 (23.2)	50 (61.0)	8 (9.8)	2 (2.4)	82 (100.0)
その他の損傷及びその他の外因の影響	2 (3.8)	12 (23.1)	26 (50.0)	5 (9.6)	7 (13.5)	52 (100.0)
脊椎障害	1 (2.4)	11 (26.2)	25 (59.5)	5 (11.9)	0 (0.0)	42 (100.0)
その他の先天奇形、変形及び染色体異常	3 (12.5)	4 (16.7)	13 (54.2)	2 (8.3)	2 (8.3)	24 (100.0)

表38 経済状態(障害者・年齢階級別) ()内は%

	経済状態					合計
	大変苦しい	やや苦しい	普通	ややゆとりがある	ゆとりがある	
～40歳	13 (5.4)	47 (19.5)	137 (56.8)	28 (11.6)	16 (6.6)	241 (100.0)
40～65歳	26 (8.9)	64 (22.0)	159 (54.6)	31 (10.7)	11 (3.8)	291 (100.0)

(4) サービスの利用状況

「他の訪問看護」の利用が、利用者全体でみると約4%と少ない。「障害者」においては、「他の訪問看護」利用割合が若干高く、統計的に有意差がみとめられるが、それでも5%弱である。

介護サービスの利用状況を表39に示す。いずれのサービスについても、「障害者」で利用割合が低い。今回、「障害者」とそれ以外を区分する際に、介護保険の被保険者の要件を用いていることから自明である。

表39 介護サービスの利用状況 ()内は%

	障害者以外		障害者		
訪問介護	703	(50.4)	109	(19.8)	***
訪問入浴	316	(22.7)	49	(8.9)	***
訪問リハビリ	164	(11.8)	46	(8.4)	**
居宅療養管理指導	239	(17.1)	14	(2.5)	***
通所介護	310	(22.2)	28	(5.1)	***
通所リハビリ	216	(15.5)	13	(2.4)	***
短期入所生活介護	106	(7.6)	10	(1.8)	***
短期入所療養介護	60	(4.3)	8	(1.5)	***
福祉用具貸与	780	(56.0)	72	(13.1)	***
その他	29	(2.1)	13	(2.4)	

：p<0.5 *：p<0.01

その一方で、支援費制度の利用状況をみると、ホームヘルプサービス、デイ・サービスにおいて「障害者」の利用率が高く、有意差が認められる。ショート・ステイおよびグループ・ホームについては、両群で共通して利用率が低い(表40)。

表40 支援費サービスの利用状況 ()内は%

	障害者以外		障害者		
ホーム・ヘルプ	76	(5.5)	106	(19.3)	***
デイ・サービス	49	(3.5)	46	(8.4)	***
ショート・ステイ	14	(1.0)	10	(1.8)	
グループ・ホーム	0	(0.0)	1	(0.2)	

***:p<0.01

(5) ケアマネジメント

ケアマネジメントの担当者は、「介護支援専門員」が1,380(70.2%)と最も多く、これに続く「訪問看護ステーションの看護師(232人、11.8%)」、「自治体(149人、7.6%)」を大きく上回る(複数回答含む)。

「障害者」だけでみると、「自治体(33.2%)」と「訪問看護ステーションの看護師(27.8%)」、「介護支援専門員(25.2%)」にばらついている(表41)。「その他」には、利用者の家族(親または子)という回答が多くみられた。

ケアマネジメントの担当者が一人定まっているか、複数であるかに分けた結果もあわせてみると、「障害者以外」のいわば介護保険利用者では、ケアマネジメント機能は概ね、「介護支援専門員」に集約されているが、「障害者」では、その所在が様々であり、また「家族」がそれを行っているとするケースも少なくないことが推測される(表42)。

表41 ケアマネジメントの担当者(複数回答) ()内は%

	障害者以外		障害者		
介護支援専門員	1259	(93.3)	104	(25.2)	***
ステーションの看護師	116	(8.6)	115	(27.8)	***
主治医	12	(0.9)	27	(6.5)	***
自治体	9	(0.7)	137	(33.2)	***
その他	9	(0.7)	65	(15.7)	***

p<0.01

表42 ケアマネジメントの担当者数 ()内は%

	担当者は一人	担当者が複数	合計
障害者以外	1186	47	1233
	(96.2)	(3.9)	(100.0)
障害者	343	31	374
	(91.7)	(8.3)	(100.0)

p<0.01

報酬制度上の加算については、緊急時対応体制および重症者管理の2者につき、「障害者」でその利用率が高い(表43)。

表43 加算の利用状況 ()内は%

	障害者以外		障害者		
緊急時訪問看護加算 24時間連絡体制加算	661	(49.8)	337	(66.3)	***
特別管理加算 重症者管理加算	465	(36.2)	188	(40.8)	**
ターミナルケア加算 老人訪問看護ターミナルケア療養費	19	(1.7)	4	(1.0)	

** : p<0.5 *** : p<0.01

支払い方法は、「障害者」では「健康保険法等（52.7%）」と「身体障害者福祉法（43.0%）」が多い。「障害者以外」では「介護保険法（76.1%）」が多く、「老人保健法（12.2%）」、「特定疾患研究事業（10.8%）」がこれに続く。後者はALSの研究事業等が該当する（表44）。

表44 支払い方法(平成17年1月実績) ()内は%

	障害者以外		障害者		
介護保険法	1058	(76.1)	49	(9.0)	***
老人保健法	170	(12.2)	3	(0.5)	***
健康保険法等	121	(8.7)	288	(52.7)	***
身体障害者福祉法	114	(8.2)	235	(43.0)	***
生活保護法	47	(3.4)	31	(5.7)	**
結核予防法	0	(0.0)	0	(0.0)	
精神保健および精神障害者福祉に関する法律	4	(0.3)	10	(1.8)	***
(小児慢性)特定疾患研究事業	150	(10.8)	77	(14.1)	**
労災保険	2	(0.1)	6	(1.1)	***
自費	16	(1.2)	1	(0.2)	**
その他	40	(2.9)	16	(2.9)	

** :p<0.5 ***:p<0.01

2) 訪問看護の状況

平成17年1月のすべての訪問につき、訪問者、訪問時間（訪問看護業務の開始時刻と終了時刻）、訪問場所等について調査した結果を以下に示す。

(1) 訪問頻度

1月の訪問回数の合計は6.7±4.8回であり、最少が0回、最多が39回であった。訪問回数が0回であった利用者に対しては、入院・入所等の理由により、調査月に訪問看護が行われなかった。障害者区分により訪問回数の分布には差がみられない（表45）。

表45 平成17年1月における1ヶ月の訪問回数 ()内は%

	障害者以外		障害者		全体	
0回	3	(0.2)	0	(0.0)	3	(0.2)
~4回	642	(46.2)	248	(45.3)	890	(45.9)
4~8回	398	(28.6)	150	(27.4)	548	(28.3)
8~16回	298	(21.4)	128	(23.4)	426	(22.0)
17回以上	49	(3.5)	22	(4.0)	71	(3.7)

(2) 訪問者

訪問者の内訳を表 46 に示す。「看護職のみ」による訪問が全体の 84%を占める一方で、OT、PT、ヘルパーが単独で訪問する割合も 12%程度みられている。調査依頼時に、他職種のみによる訪問を調査対象とするか否かについて明示していなかったため、他職種のみによる訪問についての回答状況には、ステーション間で差があると考えられる。したがって、OT、PT、ヘルパーのみによる訪問割合は、実態よりも低く見積もられている可能性が高い。調査月の全訪問における看護職による訪問（他職種と同行訪問も含む）の有無を区分し、障害者区分別に分布を確認した（表 47）。調査月 1 ヶ月間に、訪問看護ステーションからの訪問サービスを利用しているが、看護職による訪問は 1 回も受けなかった利用者は、全体の約 7%存在するが、障害者区分別には差が認められない。

表46 訪問職種の内訳(調査月における全利用者への全訪問に占める割合)

	人数	%	
看護職のみ	10,373	84.2	82.0%
看護職+OT/PT	35	0.3	
看護職+ヘルパー	426	3.2	
看護職+OT/PT +ヘルパー	1	0.0	
OT/Pのみ	1198	9.1	12.1%
ヘルパーのみ	407	3.2	
不明	774	5.9	5.9%
合計	13,214	100.0	

表47 看護職による訪問の有無 ()内は%

	看護職による訪問なし	看護職による訪問あり
障害者以外	95 (7.3)	1200 (92.7)
障害者	37 (7.3)	473 (92.7)
全体	132 (7.3)	1673 (92.7)

(3) 訪問時間

調査月の全訪問の訪問時間の1回あたりの平均時間を算出した。上述の訪問職種の実態を考慮し、1回ごとの訪問の開始時間および終了時間、訪問職種のデータを用いて、1)訪問職種によらず、同じ利用者に対する調査月内のすべての訪問の滞在時間の平均、2)1)のうち、看護職が同行する訪問の滞在時間の平均、3)同、看護職のみによる訪問の滞在時間の平均の3段階で時間を算出した。1)に関しては、各訪問の開始・終了時間について回答されていること、2)、3)に関してはあわせて、各訪問の訪問職種について回答されていることが算出の条件となる。

その結果、1)~3)の分布に大きな差は認められなかった。

平均滞在時間が「60~90分未満」である利用者が57~58%と半数以上を占めた。「30~60分未満(27~28%)」がこれに続く。平均訪問時間が120分を超える利用者も29名(1.6%)見られた(表48)。

表48 平均滞在時間の分布 ()内は%

	1)全訪問 (n=1,817)	2)看護職が同行する訪問 (n=1,675)	3)看護職のみによる訪問 (n=1,637)
~30分	25(1.4)	27(1.6)	27(1.6)
30~60分	508(28.0)	457(27.3)	455(27.8)
60~90分	1,046(57.6)	947(56.5)	929(56.8)
90~120分	209(11.5)	215(12.8)	201(12.3)
120分~	29(1.6)	29(1.5)	25(1.5)

看護職のみによる訪問の平均滞在時間と障害者区分の関連をみると、「障害者」で訪問時間が長い方に分布が偏っており、統計的に有意な差が認められる(表49)。

表49 平均滞在時間と障害者区分の関連:看護職のみによる訪問 ()内は%

	～30分	30～60分	60～90分	90～120分	120分～
障害者以外	93 (7.9)	383 (32.5)	589 (50.0)	104 (8.8)	8 (0.7)
障害者	22 (5.0)	120 (27.0)	208 (46.8)	74 (16.7)	20 (4.5)
全体	115 (7.1)	503 (31.0)	797 (49.2)	178 (11.0)	28 (1.7)

p<0.01

(4) サービス内容

調査月の最終訪問の際に実施したサービス内容について、そのサービス項目別実施率を障害者区分により比較した。ここでは訪問職種によるサービスの相違の影響を考慮し、当該訪問が看護職のみにより行われた利用者についての回答のみ集計した(表51)。

各項目の実施率について、障害者区分別に差が認められたものを表50に示す。

表50 障害者区分により差が認められたサービス項目

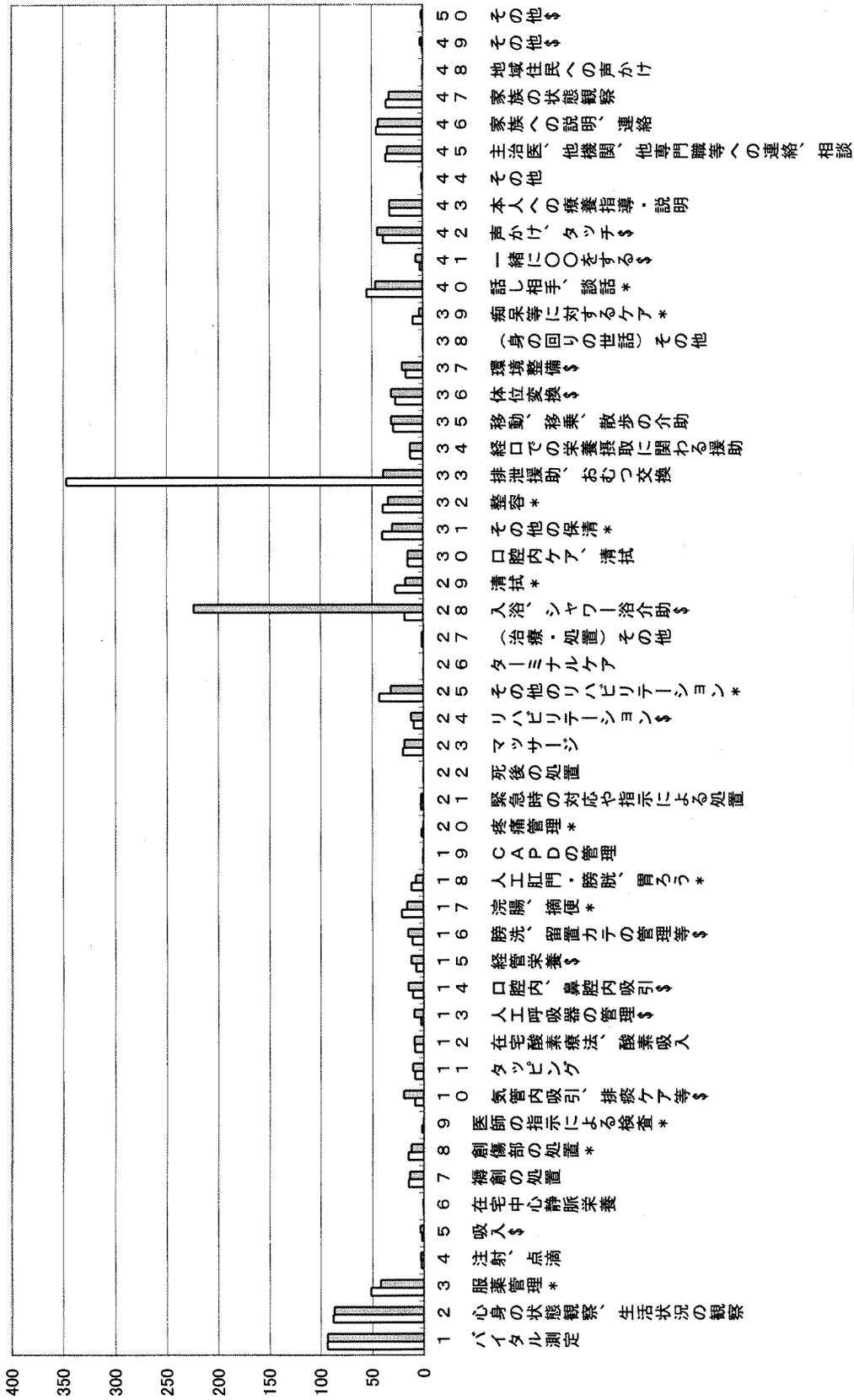
「障害者以外」で実施率の高いもの	「障害者」で実施率の高いもの
服薬管理	吸入
創傷部の処置	気管内吸引、排痰ケア等
医師の指示による検査	人工呼吸器管理
浣腸・摘便	口・鼻腔内吸引
人工肛門、人工膀胱、胃ろうの管理	経管栄養
疼痛管理	膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理、導尿
その他のリハビリテーション	リハビリテーション
清拭	入浴、シャワー介助
その他の保清	体位変換
整容	環境整備
痴呆・精神障害に対するケア	一緒に〇〇する
話し相手、談話	声かけ、タッチ
	その他

表51 サービス項目別実施率

		障害者以外		障害者					
		人数	%	人数	%				
A 状態観察	1	パイタル測定	936	94.0	367	93.6			
	2	心身の状態観察、生活状況の観察	877	88.1	342	87.2			
B 処置等	与薬等	3	服薬管理	511	51.3	165	42.1	***	
		4	注射、点滴	26	2.6	12	3.1		
		5	吸入	18	1.8	13	3.3	\$	
		6	在宅中心静脈栄養	5	0.5	3	0.8		
		処置	7	褥創の処置	145	14.6	53	13.5	
			8	創傷部の処置	150	15.1	47	12.0	*
	9		医師の指示による採血などの検査	20	2.0	2	0.5	**	
	10		気管内吸引、排痰ケア、気管カニューレの管理	87	8.7	76	19.4	\$\$\$	
	11		タッピング	85	8.5	42	10.7		
	12		在宅酸素療法、酸素吸入	88	8.8	35	8.9		
	13		人工呼吸器の管理	28	2.8	36	9.2	\$\$\$	
	14		口腔内、鼻腔内吸引	106	10.6	59	15.1	\$\$	
	15		経管栄養	78	7.8	47	12.0	\$\$	
	16		膀胱洗浄、膀胱留置カテの管理、導尿	109	10.9	58	14.8	\$\$	
	17		浣腸、摘便	211	21.2	63	16.1	**	
	18		人工肛門、人工膀胱、胃ろうの管理	117	11.8	29	7.4	***	
	19		CAPDの管理	7	0.7	2	0.5		
	20		疼痛管理	22	2.2	2	0.5	**	
	その他	21	緊急時の対応や指示による処置	28	2.8	9	2.3		
		22	死後の処置	3	0.3	1	0.3		
23		マッサージ	200	20.1	73	18.6			
24		リハビリテーション	93	9.3	47	12.0	\$		
25		その他のリハビリテーション	430	43.2	126	32.1	***		
26		ターミナルケア	5	0.5	0	0.0			
27		(与薬・治療・処置関連) その他	15	1.5	6	1.5			
C 身の回りの世話	28	入浴、シャワー浴介助	183	18.4	88	22.4	\$		
	29	清拭	271	27.2	67	17.1	***		
	30	口腔内ケア、歯磨き、うがい、口腔清拭	149	15.0	59	15.1			
	31	その他の保清：洗髪、手浴、足浴、陰部洗浄	399	40.1	119	30.4	***		
	32	整容：髭剃り、散髪、整髪、爪きり、更衣	394	39.6	134	34.2	**		
	33	排泄援助、おむつ交換	370	37.1	152	38.8			
	34	経口での栄養、食事、水分摂取に関わる援助	122	12.2	50	12.8			
	35	移動、移乗、散歩の介助	288	28.9	122	31.1			
	36	体位変換	268	26.9	122	31.1	\$		
	37	環境整備	166	16.7	81	20.7	\$\$		
D 本人とのコミュニケーション	38	(身の回りの世話関連) その他	2	0.2	2	0.5			
	39	痴呆・精神障害に対するケア	99	9.9	15	3.8	***		
	40	話し相手、談話	547	54.9	183	46.7	***		
	41	一緒に〇〇をする	31	3.1	27	6.9	\$\$\$		
	42	声かけ、タッチ	385	38.7	175	44.6	\$\$		
	43	本人への療養指導・説明	325	32.6	127	32.4			
	44	その他	7	0.7	6	1.5			
F 本人以外へ働きかけ	45	主治医、他機関、他専門職等への連絡、相談	360	36.2	135	34.4			
	46	家族への説明、連絡	450	45.2	171	43.6			
	47	家族の状態観察	357	35.8	129	32.9			
	48	地域住民への声かけ	4	0.4	1	0.3			
	49	その他	6	0.6	10	2.6	\$\$\$		
G その他	50	その他	7	0.7	7	1.8	\$		

(「障害者以外」で実施率の高いもの) *** : p<0.01 ** : p<0.05 * : p<0.1
(「障害者」で実施率の高いもの) \$\$\$: p<0.01 \$\$: p<0.05 \$: p<0.1

図4 サービス項目別実施率(%) \$:障害者で実施率の高い項目 *:障害者以外で実施率の高い項目



□障害者以外 ○障害者

7. 障害者への訪問看護サービス提供に関する意見

障害児・者への訪問看護の提供に関連して、制度のあり方、(対象、サービス内容、費用の負担等)、地域の体制、訪問看護ステーションの在り方についての意見を自由回答で求めた。意見は、介護者のレスパイト、ケアマネジメント、その他の現状および問題点・課題、その他に分類して質問した。

収集された意見は以下のとおりである。

1) 介護者のレスパイトに関して

「気管切開、人工呼吸器装着などの医療依存度の高い利用者のショートステイやデイサービスの絶対数の不足」や、「介護保険に該当しない障害者に対応できるレスパイト施設の不足により介護者のレスパイトができない」、「施設を探すのに訪問看護師が苦勞している」など、障害者を介護する者へのレスパイト施設が介護保険非該当者や人工呼吸器装着者で不足しており、訪問看護師が何とか見つけようと努力している様子が窺われる。施設が不足する分を訪問看護が幾分かでも担うため、滞在時間延長や24時間巡回型訪問看護、ステーション間の連携をしようと模索したり、一方で訪問看護ではレスパイトの目的は果たしにくいので施設を準備するべきと突き放す意見があった。議論されている通所看護がそれを担える部分があるのではないかという期待も複数あった。

2) ケアマネジメントに関して

障害者や障害児へのケアマネジメントが不十分であることは多数書かれていた。そのためにサービスからもれたり、事業者との調整がうまく行っていないケースの存在が危惧されていた。現状で誰がケアマネジメントを担えるかについて、行政担当者に期待する声と現状の行政では個別的な対応は困難とする意見があり、また保健師に積極性を求める意見もあった。訪問看護師がその役割を担える立場であるという意見も出されていた。また、支援費制度と訪問看護の連携がうまく行っておらず、利用しているサービスの全容がつかみにくいという意見もあった。

ケアマネジメントの留意点として、抱え込みがちになる障害児の親などの気持ちに親身になる必要性、自立も考慮したケアマネジメントの必要性、医療や福祉チームの連携・協働の必要性などが述べられていた。

3) 障害者への訪問看護の現状の問題点について

現状のステーションの多くでは障害児や重度の障害者への訪問看護の準備性が整っていない状況が述べられ、小児看護経験者の不足や研修の必要性が提案されていた。そうは言っても、マンパワー不足により研修に出すことの難しさも述べられていた。

また現状の制度下で障害児や障害者の訪問看護を行なうことの困難性が示されており、ニーズに添ったケアを行なおうとすると訪問回数や滞在時間制限がネックになり、

それでも必要に応じてケアをすると、長時間滞在や複数看護師による訪問などで自費負担が出てしまうことの不合理性が述べられていた。幼稚園や学校への訪問看護ができないことも課題としてあげられていた。障害者・障害児の訪問看護ニーズは定常的なものだけではなく、臨時のものが求められるが、現状では臨機応変な対応が難しいこともあげられていた。

障害児の場合の母子密着性が高いケースが多いことが述べられ、外部支援者としての訪問看護が十分な役割を果たしにくい状況であることが述べられていた。

医療機関との関係では、訪問看護の周知が不十分である施設があること、遠方である場合など連携がとりにくいことなどが指摘されていた。

以下に、自由記載で書かれた意見を内容ごとに整理してそのまま示す。

1) 介護者のレスパイトを目的としたサービスの充実に関する課題への意見

1) -a 介護者のレスパイトの必要性に関する意見

- 介護負担を考えると、必要であり重要なサービスである
- 訪問看護は数時間の利用となるためレスパイト目的ではショートステイを利用する方が良い。
- 滞在時間にも限界があり、訪問看護だけでは十分なレスパイトは難しい。医療面のフォローできる施設利用となるがケア内容の充実が課題となる。
- 小さな規模のステーションのみで対応するのは現実的に困難を感じる。入所・入院中もサービスが使えるなどの制度を変更する必要がある。

1) -b レスパイト受け入れ施設に関する意見

(1) レスパイト受け入れ施設探しに苦労している

- 家族の負担は大だが受け入れる病院、施設探しが大変。
- 緊急時受け入れ体制(病院等)がむずかしい。

(2) 医療依存度の高い利用者の受け入れ先がない・不足している

- 特に気管切開、人工呼吸器装着患者に対しては受け入れてくれる施設が、例えば、デイサービスであっても存在しない。そのため、在宅療養するが、ヘルパー吸引の問題などもあり、十分なレスパイトはできない。もっといろいろな選択肢を利用者や家族が選べるようになるとうい。
- レスピレータ等の医療依存度の高い利用者が利用できる、ショートステイやデイサービスが充実すると家族の負担が軽くなると思う。
- 介護負担が大きく、一人に集中する傾向が大きいにもかかわらず医療処置が必要な方にはショートステイの機能をもつ受け皿が絶体的に不足している。
- 医療ニーズの高い利用者の受け入れが出来る施設を増設してほしい
- 医療機器装着中の利用者は地域サービスをうけることが困難

- 医療依存度が高い方ほどレスパイト先を探すのが困難
- 医療機関においてのショートステイ対策を進めるべきである。障害児・者の医療依存度が高いケースは、入所利用が困難。
- 気管切開された難病の方のバックベッドが無く、地域の医療機関(1ヶ所)に発病後ずっと入院できている方と退院させられる方のサービスのあり様が理解できない。
- 気切、挿管、人工呼吸器装着等医療依存度の高い方の短期入所サービス利用がなかなかできず
- 人工呼吸器、気切をしても意識がある方の家族のレスパイト確保が困難
- 人工呼吸器装着の利用者さんは施設利用出来ない。しばらく入院するにしても移動などで本人の負担がある。24時間吸痰の心配があり不眠不休。
- ALSの患者等受け入れ先がない。又、胃癌、吸引等処置があるとレスパイト出来る施設が少ない。

(3) 医療依存度の高い利用者受け入れ側のケアの質が課題である

- 受け入れ施設が増えても、介護、看護の教育ができていないのが現状でレベルアップの為の対策が不可欠。
- 病院側の受け入れが不十分である。

(4) 重度障害者の受入施設が限られている

- 重度障害児・者の場合、対応できる施設がかぎられていてタイムリーに利用できない。
- 本人・家族の要望に沿った施設が少なく、受け入れてもらえない。
- 介護者のレスパイトを目的とするのであれば、障害者が利用できる通所系サービス、短期入所施設の充実が必要
- 特に重度であればことわられ、児であれば「行っていない」との理由でサービスに結びつかない。
- 重度心身障害児・者を受け入れてもらえる施設が少ない。
- 特に乳幼児に関しては緊急ショートなどに対応する施設がない。
- 定期的に、受け入れて下さる、ショートステイ先の充実が第1の課題

(5) 介護保険に該当しない利用者の施設が少ない

- 介護保険に該当しない障害者を受け入れる施設が少ない。
- 介護保険の導入により、年令の高い人は、ショートステイが取りやすくなった。ALSなどのショートステイの調整はとても大変であり、様々な所へ連絡調整をしながら行ってきた。
- 頰椎損傷など、介護保険の年令にあてはまらなくても同様なサービスが受けられるようなシステム作りが必要だと思います。介護保険の特定疾患の内容も検討していただきたい。
- 障害者対応のディサービス、ショートステイは介護保険サービスに比べ非常に供給量が少なく、

選択の余地がない。

- 専門のデイサービス、デイケア、ショートステイをもっと多く利用できないと在宅療養が困難であると考えます。介護保険利用者と一緒に利用しにくいという声もあります。

(6) 併設施設を利用したレスパイトを行なっている

- ショートステイ、短期入院などで、家族支援をしたいが定期的に利用できる施設が少なく、併設している当病院の空床をみながら依頼することが多い。

(7) その他

- ある期間入院することについて本人の納得をえることが難しい。
- 地域に小児の診られる医師がほとんどいない。
- 主治医の医療機関との相談が重要となる。

1) -c 訪問看護充実によるレスパイト

(1) 長時間訪問看護の拡充

- 長時間訪問看護のサービスの拡充(ケアの質を落とさずに)が必要である
- 長時間看護に対するマンパワー不足と、保険外サービスのオプションのとり決めができていないことで、家族のレスパイトを目的とする十分な対応が現在できていない現状である。定期的なものであるとむづかしいが保険外サービスのオプションを決めることで特別な場合の対応を考えていきたいとは思っている。

(2) 延長料金設定

- 訪問時間延長料金の見直し(家人外出時の見守りなど)

(3) ステーション間の連携体制整備

- 訪問看護ステーション間の連携を行いやすい制度の確立が必要である。

(4) 巡回型・滞在型訪問看護の導入

- 24時間巡回型訪問看護活動の確立。
- 訪問看護も滞在型をつくるべきだと思います。現行の時間ではレスパイトにはならないと思います。

(5) 人員確保

- サービス量と知識の不足。
- 一時入院、通所看護、夜間訪問等の支援体制、人員の確保が困難。
- マンパワーの充実。

(6) 訪問看護体制整備が必要

- 長時間滞在、複数人数、複数回訪問を可能にすること。

(7) 訪問看護充実に関するその他意見

- 家族が安心してあずけられる信頼関係が前提。訪問看護で対応するには、教育、経験（特に小児の障害児）が必須。
- 児が母親に対する依存が強く又、母は離れる事は考えた事がない程の密着性で、訪問看護師の介入に多くの時間を要した事例です。
- 通所看護など大切だが、施設の・人的な問題が多くとても受け入れはできそうにない。
- 家族のレスパイト目的のサービスの必要性は強く感じるが、スタッフ、設備、制度等の条件が整っていない。
- 訪問滞在時間に制限がある。長時間になると延長料金（実費）が発生する。ヘルパーでは、見守りに不安がある。結果的に、家族のレスパイトにはつながりにくい。

1) -d その他の方策

(1) 訪問看護以外の資源

- 日常的にも緊急時にも対応でき、医学的知識、技術も提供できる家庭的な所が各地に必要。
(宅幼老所的な所)
- 社会資源の活用。
- ボランティア等の整備不足
- 専門的な相談先がない事で抱え込み傾向がみられる。相談機関の充実とその周知活動に力を入れてほしい
- 滞在時間にも限界があり、訪問看護だけでは十分なレスパイトは難しい。医療面のフォローできる施設利用となるがケア内容の充実が課題となる。
- 小児の障害児（重度）を訪問しているが、やはり、キーパンソンである母親にかなり負担がかかる。その為にも障害児・者を対象としたヘルパーの育成などに力を入れてほしい。
- 訪問系のサービスでは家族のレスパイトを目的としたサービスはむずかしいと思います。
- 訪問時間が1～1.5時間／回程度と短いために十分なレスパイトができるとは言えない。
- 集合的に場所、時間等を設定して地域の自治体で企画してはどうか。

(2) 通所看護・介護

- 通所看護制度に期待しています。
- 通所看護が言われているが、急変時の対応一つとっても主治医が不在時の代替体制が必要。本当に障害者について理解している人が行うべきですが、難しいところである。その事についての補助等あれば運営しやすいのではないかと。
- 通所看護の取組が始まっているが、今後新たな家族のレスパイトとしてかなりの成果を上げる

のではないかと思う。

- 通所看護の必要性は感じております。スタッフ人数の問題あります。
- 通所看護系のサービスを充実させる必要があると思われる。
- 利用者の医療依存度が高く、また要介護度も高いため、介護者の介護疲労がみられても、ショートなど活用施設に限られる。通所介護など訪問介護の多機能化が必要とみている。

1) -e 介護者のレスパイトに関するその他意見

- 常々、カンファレンスを開き、関わるものの協働が必要。
- 市町村間のサービスに対する取り組みの格差が大きいように感じる。特に家族が高齢であったり又、家族との同居ができず、一人暮らしであったりした時に、家族のためのレスパイトだけではなく本人自身の精神面のリフレッシュができるためのサービスの充実を期待したいと考える。
- 障害者(児)が活動できる場の確保。
- 支援費制度の規制も厳しくなっている中でサービスの充実は今以上に難しくなってくると思われます。
- 退院前の試験外泊の時地域にあるサービス全体を可能な限り使用し、シュミレーション出来るシステムやその時の費用負担が必要。
- 主治医が、神経内科でなかった事でのリスクが高く家族負担が高かった。主治医だけでは補えない事が多い。
- 特に配慮したいのは、家族はサービスを受けているという負い目がありサービスに関する苦情を表出できにくい。

2) ケアマネジメント機能の必要性及びそのあり方に関して

2) -a 担当者の明確化・システム化

(1) 障害児・者のケアマネジメントの必要性とシステム化

- 家族は介護に専念しており、ケアマネジメント担当者が別に必要であると考えます。
- 家族や本人がマネジメントできる方ばかりではないので細かく制度やサービスなどについてマネジメントできる方が必要と考えます。
- 介護保険の対象にならない障害者、障害児は現在本人や家族が市の窓口に出かけ申請手続やサービスの調整を行っていますが、サービス事業所との交渉等介護保険のように、第三者がマネジメントの支援をする必要性を感じます。
- 介護保険の対象にならない場合、ケアマネジメントをする人がはっきりしていないため、利用できるサービスを受けていない可能性がある。システム化が必要と思う。
- 介護保険対象者でない場合、ケアマネジャーがいないので、新しいサービスや福祉用具を利用したいと考えてもスムーズにいかなかったり、また、他事業者との連絡調整が困難な場合があり、ケアマネジメントする存在が必要であると思う。

- 公的なサービスを知らない事が多くその為に色々な問題が生じている。介護者のケアも含めてケアマネジメントが必要
- 高齢者であれば、介護保険によるケアマネジャーが中心となって在宅生活の継続のためのマネジメントがなされるが、介護保険対応に入らない難病や若年層にあつては本人、家族のマネジメント能力には限界があるとする。在宅生活が継続維持していくためのケアマネジャー的存在の公的機能をもつ人が必要とする。
- 若年層、子供の場合コーディネーターは誰がするか、課題だと思います。
- 支援費制度への理解や情報の量が利用者家族によりまちまちであり、ケアマネの情報提供者は必要。
- 制度の周知、本当に必要なサービス等、制度を知らない障害者、家族にすれば、ケアマネジメント機能は必要
- 専門職のケアマネジメント必要、病気の理解がなされないため混乱することが多い。
- 特に重度の障害のことを良く理解してケアマネジメントのできる人を育成していく必要があると思う。ケアマネジメント機能は絶対に必要。障害者より介護している人が高齢の場合がよくあるのでその後の対応等様々な部分で絶対必要と思う。
- 以前は基幹型支援センターがコーディネーターとして、チームを組んでいたが、現在、コーディネーター役は、不明な状態で、ケアマネジメント機能の体制を整える必要あり。
- 煩雑になりがちな業務をケアマネジメントで明確にしていく必要がある。
- ケアマネジャーがいる場合はケアマネジメントができるが介護保険の対象でない場合は包括的なマネジメントができにくい。
- 介護保険と違いケアマネがはっきりしないのでサービスの調整役がいらない
- 高齢者に関しては、ケアマネジャーが位置づけされているが、障害者の方に位置づけされている人がおらず、範囲ごとで相談相手が変わり、家族が行動をおこなえば、実施するまでに至りにくい。
- ケアマネジメントを担うのが誰なのかははっきりしない。
- ケアマネジャーの職業歴によつての質の差がありすぎる

(2) 福祉コーディネーター

- 福祉コーディネーターがはっきりしていると関わりは比較的スムーズに行くことが多いがコーディネーターの存在がはっきりしていない方もある

(3) 保健師

- ケアマネジャーがいらない場合(介護保険をつかってない方)、地域の保健婦へ相談することもあるが、実質ケアマネジメントをしてくれるわけではないので訪問看護師がそれに近いことを行っている。しかし、ケアマネとして関わっているわけではないので不十分ではあると思う。
- ケアマネジャーも重要だが、地域の保健師活動を重点的にする必要があると思う。

- 現状では保健師がケアマネの機能を行うべきであると思うが、介護保険におけるケアマネのようなきめ細やかさに欠けている。
- 障害児に関しては地域の保健師が中心となっているが、情報交換、連携への取組みは訪問看護ステーションからの一方的的に感じる。
- 制度のしくみ、サービスの種類や内容を熟知した者がコーディネートすべき、ケアマネジャーに加え市町村の保健師も積極的にかかわってほしい。
- 町村保健師が地域担当でケースを受け持っているので行政サービスの導入はスムーズである。
- 保健師の働きがうすくなっており、もっとチームでみていくという姿勢が欲しい。

(4) 訪問看護師

- より適切な地域のサービスを円滑に行う為には医療的立場からのケアマネジメントは非常に必要と思われる為(訪問看護師が)キーパーソンになる必要がある。
- 病状を含め生活環境を把握している看護師が行うとスムーズであると思われる。
- 訪問看護が必要な方の場合には 医療との連携の必要性が増すが、看護師等でないケアマネジャーの場合、必要性の理解が出来ないことがあり、支障となるケースが多い。看護本来のマネージメント(関係職種の要的役割)を中心にすすめた方がスムーズで利用者のリスクが減ると思う。看護こそ予防的アプローチであるのに、その役割から理解されていないことが多く、ただ金額が高いから使わないという選択をされてしまう場合もあるので。

2) -b 地域・行政のかかわり

(1) 行政・自治体のかかわり・積極性が必要

- ケアマネジャーだけに一任するのではなく、地域で一丸となって考えていく必要がある。受け入れ施設が少なく、サービス事業所の少ない所では特に必要である。
- 神経難病者には、行政の積極的関わりを望むところです。
- 医療保険適応者についてはキーパーソンになる介護者がいない場合、行政の担当者がもう少し係りをもって欲しいと思う。サービスの量が、障害者への支援費が制限なく支出されているように思う。
- 役所は、家族が聞きに行かない限りサービスについて教えてくれないので、何かマニュアルがあると私たち看護師も、より適切なアドバイスができてよいと思う(都道府県によってちがうとは思いますが)。

(2) 行政ではむずかしい

- 介護保険のように、ケアマネジメント機能が求められる。行政担当では個別的な対応がむずかしい。
- 行政が行っているが土・日の対応ができない

- 行政の方が、ケアマネジメントされると、家族の声を本当の意味で拾えない
- 障害者は行政が行っているため担当者が変わり知識、認識においてもムラが出る。適任者かどうか不明。

(3) 自治体のかかわりが曖昧である

- 障害児・者に関して、自治体の関わりが少なく、どちらが主としてマネジメントをするのかいつも不明

2) -c マネジメントのあり方

(1) 訪問看護師、ケアマネジャー、保健師、医師、看護師などの連携・協働の必要性

- 症例を生かしながら検討することで、ケースから学び実力・質の向上につなげる。
- ケアマネジャーだけでなく、退院時から保健師、訪問看護師を含めたマネジメント必要。
- 今現在、市の保健師によるものが中心であるが訪問回数は少なく、電話での調整が多い。家族が積極的な方は連絡をとるが、そうでない方は何ヶ月も連絡が無い方もいる為、定期的に家族をまじえて会議が行えればと思います。
- ケアマネジャーに対する連携を中心にQOL向上を考慮していくこと。又、定期的にカンファレンスが必要で調整連携が要。
- 医師との連携が密にとれることが重要と考えます。
- 入院中の連携室のあり方と院内との連携、サービス側との連携が大切であり、病院の看護師にも在宅サービスの理解が必要。
- ケアマネジャーとの協働、連携を強化し継続的ケアマネジメントが重要。
- ケアマネジメントする方が、依頼時のみの関わりのことがあり、その後の関わりが少ないことが多い。
- ケアマネジャーとの連携はむずかしい。どの程度までの情報交換が必要か、迷う。
- サービスが開始されると、コーディネーターのかかわりが薄くなってしまうので、定期的なモニタリングが必要と思われる

(2) マネジメントの視点

- その人に何が必要かを適切に分析しなければならないと思う。過剰なサービス利用になっていないか。その人を自立に向けるためのサービスを選定していかなければいけないと思う。
- 家族だけでかかえ込んでいるケースが多々あるのではないかとと思われるので、皆でささえ合える機能が必要。
- 患者退院前にケアマネジメントをすべきであるが現状は退院をしてしまっ問題になるケースも少なからずある。
- 親が主体となり、自分たちでマネジメントしていることも多い。支える機能があればと思う。しかし、充分教育を受けたものでなければかえって本人や家族への負担となることが考えられる。

- 相手が”人”であることを忘れず何を求め、何が必要であるのかを判断出来るような人材を育てていく、あるいは学んでいく。体験を通して情報を共有化し、協働していけるようなサポート体制。行政側へも自分たちが病気になった時、障害をもって社会で生きていく時に、受けたサービスなのか？という視点を忘れずに構築していき現場の意見を取り入れてもらいたい。
- 中心になる家族をサポートする人が大きな鍵をにぎっていると思います。それが誰かにより特に小児では大きな差が出ているように思います。

2) -d ケアマネジメントに関するその他意見

(1) ケアプランへの訪問看護の採用について

- ケアマネの質の向上が必要(看護師以外の資格のケアマネジャーの中には訪問看護のサービスをケアプランに組み込んでいない人が多く感じる)。
- 主に介護保険利用の方ですが 看護師でもヘルパーさんでも出来ることは利用料の関係からヘルパーさんにゆだねられる事が多いのですが病状管理等の問題もあり まず主治医に相談して頂くスタイルを取って頂けたら訪問看護利用者が増えると思います。

(2) 支援費制度との関係について

- スタッフも家族も集まって検討する余裕がない。
- 支援費制度においては情報交換は行なうがどちらがリーダーシップをとってケアマネジメントするか決めにくい面がある。家族によっては支援費にてヘルパー利用していることを話して下さらないことがあり、情報交換が不十分なことがある。
- 支援費の場合、ケアマネジメントが充分でないケースが多い、又、明確でない。
- 支援費制度が適応されているが、家族の負担は大きなものがあると思う。医療費も全般的に高額であり、十分な看護が受けられないのではないかと思う。

(3) ケアマネジメント力について

- 業職間の調整役として非常に重要な立場である為ケアマネジャーにかかる負担が大きく、またバックアップの形態が出来ていない為燃えつきてしまうケアマネジャーが多いのが現状ではないでしょうか。
- 個人差がある(マネジメント能力に)
- 在宅ケアの要となるケアマネジャーの力量が大きく影響する。研修などの体制が必要では。
- 質の高い看護を提供するために、高いアセスメント能力と関係職種との連携
- 介護保険利用者の場合、ケアマネジャーの負担が大きい(介護保険、障害者福祉の両方でケアマネジメントする必要がある)

3) 障害者への訪問看護サービスに関する現状の問題点、サービス提供の困難な点

3) -a 看護師の量的・質的確保

(1) 訪問看護師の専門的な知識・経験の不足

- (経験不足から来る)不安を持つスタッフの教育が必要。特定のスタッフのみが関与するようになってしまう。
- 看護師の力量不足、経験が少ない、人員不足。
- 現在、小児を対象とした訪問をしているが、小児看護の経験者が少なく、看護師自身がやはり勉強しなくてはいけない事が多い。又、福祉制度についても、今後は勉強し、確実な情報を提供していかななくてはならない。
- 重度の障害になると専門的な知識が必要となり、専門科の経験のある看護師が必要。特に「NICU」「精神科」領域。
- 重度心障者や心身障害児の利用申し込みがまだないので何とも言えないが小児に関しては小児科の経験がないので不安である。
- 小児の場合は経験が必要ではないでしょうか(小児病棟勤務など)
- 障害児に対しては、今後人的な事、研修の必要性等考えていきたいと思います。
- 人員不足、経験者が少ない
- 必要性は大きいと思うかが、人員体制(夜勤体制)や受け入れ施設がととのっているのか?看護職員の教育(育児等の体験、小児看護の体験が必要と思う)
- 精神障害者や重度心身障害児については現在のところ依頼はないが受け入れるに当たっては必要な研修や指導を受ける必要がある
- 高齢者看護はみんな経験しているが、小児看護の経験ほとんどない。小児科の主治医いない。

(2) スタッフ教育・研修の現状について

- 特にALS等難病に対して、ステーションの営業でいそがしく、スタッフに研修に出せない事が一つの問題である。(質の向上が困難になりやすい)
- スタッフ全員のレベルをアップしようと思っても研修に出す余裕(時間的)がない。
- サービスを提供する側の教育制度をわかりやすく。
- マンパワー不足の現状である。
- 介護保険の開始により年々スタッフが忙しくなっている。学習する機会に参加できない現状。
- 現在、リハビリ部門において小児の受け入れをしつつ勉強している。マンパワー不足もある為、あせらずゆっくりと対応し、受け入れ体制を作っていきたい。
- 連日又は複数回訪問の希望があっても、スタッフ不足の為、希望にそえない事がある。(他のSTをお願いをして2ヶ所の訪看STから訪問する事で何とか解決していますが……)

3) -b サービス提供に関する課題

(1) 制度的な限界

①料金体系

- 介護保険を使つてのサービスであればどうしても家族の介護負担軽減のためヘルパー導入を多くとり入れる形となり訪問看護の時間数をけずられる事になり、その事を家族に理解してもらうのがむずかしい。
- 介護保険の限度額にしばられて、十分なサービスが提供できない。・医療保険の場合も週 3 回以上の訪問ができない為、自費請求か、サービス訪問をするしかない時がある。(緊急訪問時ですでに週 3 回訪問してしまった場合)
- 利用可能な費用、回数など制限がある。
- 看護師 2 人体制のケアが必要なケースもあるが、報酬上認めてもらいたい。
- 利用可能な費用、回数など制限がある。
- 医療保険での訪問の場合、2 時間を超えない限り自費が発生できないが、医療ニーズ等の程度により 2 時間弱要してしまう人でも支払い金額が同じというのは如何なものか?と思う。
- 介護保険利用者について、特別指示書による医療保険による訪問時は、障害手帳により利用者負担はなくなり整合性がとれていない為利用者負担額にさがありすぎる。
- 今年になってから吸引を必要とする 6 才児や導尿を必要とする 4 才児の幼稚園、養護学級への訪問看護の依頼があり、現在、市と調整中。訪問看護が可能となっても有料となり負担が大きいため、早く制度化になってほしい。
- 在宅ターミナルで前月からの利用でなく、利用機関が短いケースも多く、そのような時ターミナル加算がとれない。
- 医療保険の場合、1 回の訪問で一律の保険点数のため 1 時間半～2 時間滞在しても、介護保険の 1 時間分しか収入にならない。
- 通常の訪問看護サービスに問題はありませんが、制度の枠を超えた所での対応が必要な場合、採算面での問題も出てきます。
- 同日、複数訪問看護ステーションの算定や頻回訪問対象者の報酬単価の保障
- 費用負担が高い為頻回な訪問看護は実施出来ず、週 1～2 回のみでの訪問であった。
- 病院に行けば月額 1000 円で見てもらえるが、ステーションに来てもらうと助成を使っても 1 割の負担がある。
- 負担金大きい(3 割)
- 料金をもっと安ければもっと良いサービス提供が受け入れられると思います。

②利用者のニーズに沿ったサービス提供

- 訪問看護においては週 3 回までの訪問しか出来ないため、病状の悪化やじよく創の発生が生じた時に困難がおこる。
- 医療依存度の高い利用者、独居生活を送る利用者等が増えてきている中で 24 時間対応可

能なことは、利用者本人、家族にとって安心して療養生活を送る条件となると思う。

- 通院の付き添い(病院側の体制作づくり)

③サービスのための社会資源

- 中山間地にて民間サービス事業所が少ない。病院、療養型病床群も常に満床で入るスペースが少ない。
- 医療ニーズが高い利用者へ 24 時間体制で支える在宅医療、訪問看護が十分に整備されていない。

④障害児・者向けのサービス提供体制について

- 現行では障害者のヘルパー利用に時間的制約があり、利用者の要求に充分応えられていない状況である。
- 幼稚園や学校に行きだすとサービスに困難性が出て来ます。施設への訪問看護ができない為、導尿や吸引等の点で母親に負担がかかる点です。
- 重度障害者は短期入所(入院)を引き受けてくれる施設が少ない。健康保険で訪問する場合は3/wまでしか訪問できない。それ以上になると自費となり負担が大きい。
- ヘルパー支援費での動ける所が決まっていたり、時間帯やサービス内容によるひとの「手」不足。
- 制度が確立していない
- 理学療法士が専門的に勉強してステーションからディサービスなどに指導、援助に出むいている。これは町の仕事であってステーションの収益にはつながらない。

(2) 他サービスとの連携

- 医療との連携(緊急時往診、入院受入など)が十分でない。
- リハビリテーションの必要があっても、理学療法士の手配が困難
- 訪問看護の必要性がケアマネージャー、医師、医療機関(病院、医院)に理解されておらず、そのために利用が少ない
- サービス業務間の連けいが難しい。
- 事業所から遠方の病院などは、連携がとりにくいこと。
- 市町村との連携、医療機関(受け入れ困難が多い)、ボランティア等の整備不足
- 病棟の看護師が在宅のあり方が分かっていない
- 医療保険での訪問看護について、知らない方も多いためアピールした方が良いと思う。

4) その他の心身障害児・者の在宅療養推進の課題

(1) 在宅準備としての外泊について

- 在宅に移行する準備としての外泊時のフォロー体制が不備。
- 入院中の外泊や退院準備のための外泊時の費用負担の問題があるのでは。

(2) 家族の就業との関係

- 家族が就業している場合、長時間の介護を必要とし、結局費用面で必要量のサービスを利用することが困難となり、施設へという結果も多い。

(3) ステーション利用料の支払方法について

- ステーション利用料が償還払いになったが、一度料金を支払わなければいけないことによる負担はあるようである。医療機関などでは支払いが殆んどない中でステーション利用額を一度負担する形になるので……。

(4) ケアマネジメントについて

- ケアマネジメント機能があまりなく、複数の病院に受診されている場合、連携の図り方が困難であると感じる。現在は、担当訪問看護師がマネジメントを兼ねて行っているが、本来は依頼元の方が行うものであるため、その方々の連絡にも困難を感じることもある。
- 介護保険適応の年齢層はケアマネがいるが、それ以外で障害者はマネジメントする人がおらず、サービスをどのように使ったらいいのかわからなかったり、使ってもお互いの事業所間のやりとりがうまくいかなかったりと問題が多い。

(5) サービス導入必要性についての本人・家族への説明が困難

- 本人、家族にサービス提供が必要であるということがわかっていただけない。
- 家族が訪問看護の必要性が理解できず、家人の都合で訪問を断られるケースがある。(病状や緊急性が理解、判断できない。)
- 訪問看護事業の理解が不十分で受けいれがスムーズでないケースもあり、地域での受けいれ、認識を深める働きが必要と思われる。

(6) 行政の縦割り業務の弊害

- ボランティア、保育、就学、卒後のうけ皿と発達の状況に合わせての関わりが必要だが、行政の縦割業務の中には、敷居が高いところがある。

(7) 医療依存度の高いケースのレスパイト体制

- まだ、必要な時に支援費の活用が出来るが、レスパイトケアの行える所が、ALSなど負担の高い人にはないのが現状。医局所管でなければ利用出来ないシステムには無理を感じる。そ

れならば、診断した医師がきちんと責任をもってフォローすべきである。

(8) 介護保険利用者との質的な差を考慮したサービスの必要性

- 介護保険が優先とされるが、重症等との理由でサービスを拒否される場合がある。又、利用者も”老人のサービス”になじめない
- 介護保険対応に入らない障害者にとって経済面の負担は大きいのではないか。

(9) 行政職員の質

- 障害福祉を担当する市の職員はフットワークを良くする事を期待する。
- 行政職員のステーションに対する理解が低い事。本人のニーズをつかんでいない事。
- 支援費制度も市が担当というが、決定してしまうと、あとは状況確認さえしてくれない。連絡しても行政はすぐに動いてくれない。訪問看護師が代わりに申請することもできない。
- 重症の方の場合毎日訪問するケースもある。一定期間の入院や入所になった場合、在宅へ戻ってこられることがわかっているため、他のPtの訪問予定が組めず収入減が大きい。
- 小規模ステーションでは頻回、複数回の訪問は対応困難。

(10) 心身障害児の母子密着に関する問題

- 小児の訪問看護は、母親(家族)の協力が必要であるが、母親のストレス等でコミュニケーションがとれない場合もあつたりで特別意識が非常に強い。
- 障害児の場合、母子との関係が非常に強く、その関わり方を覚えていく為に時間がかかる。受け持ち制にしていることが多い。親の都合でのキャンセルが多く定着していかない。
- 障害児・者をみておられる家族は閉じこもり傾向が強い方が多い為、色々な情報を入手出来ない。その為に長年に渡り一人が家族でみている為他者に対しての受け入れが悪くなる傾向がある様に思う。
- 障害者の場合、行政(保健所)での問題点の発掘が重要であると思います。
- 母親の介護負担軽減としてヘルパーの導入が不十分。

(11) 進行性難病の特徴から派生する問題

- 障害者、特に難病のケースは、病状進行と共にケアも濃厚となり人手、時間に多くを要する割には収益性が低い。
- 人工呼吸器装着の患者様の吸痰が一番問題です。主介護者が倒れた時どなたもいない。緊急電話で何とかして下さいと言われるがとても大きな問題です。
- サービス提供期間がどうしてもながくなると加齢に伴う変化やADLの低下がおきてくる。当事業所のみでは対応が困難になってくるが、次事業所もみつからず費用のもちだしをし事業所内でケースの抱え込みをしないとといけなくなってくる。

(12) 訪問看護へのニーズが一定でないことから派生する問題

- 訪問看護サービス提供時間を変更されることが多い。当日キャンセルも多い。職員はその都度対応に困る。
- 訪問看護の制度においては、障害者手帳をもっておられても、特にメリットもなく医療機関とのギャップがあり、利用者の方にご理解いただく苦労がある
- 訪問時間延長や家族の都合にての訪問日の希望等、訪問看護ステーションとしての役割より便利屋的に利用される。

5) その他、自由意見

- 病院に併設していることもあり、地域での災害活動での体制が十分に確立できていないことが心配。
- 今後、行政、各サービス事業所と話し合い、地域全体での取り組みを考えている。
- 13回以上の訪問に対して請求ができない。
- 訪問看護提供場所の拡大
- 各サービス事務所は独自のスタイルのところもあって、連携が困難。
- 医療依存度の高い利用者の場合、機器の準備や持ち運び移送の問題もある
- 医療機関からの訪問リハビリ・訪問看護は、障害者手帳 1 級等あれば自己負担がないが、訪問看護ステーションからでは 1 割負担となる。費用負担も検討していただきたい。
- 介護保険では障害者の生活がみきれない場合が多く、障害者制度を介護保険へ近づけるのではなく、介護を障害者へ近づける運動を
- 介護保険対象者ではなく、在宅ターミナルで訪問に行く際利用者の負担が大きい。夜間の緊急訪問時、計画訪問ではないため夜、朝の訪問とすることができない。
- 介護保険優先される場合障害者手帳の効力がないため、自己負担が発生することに疑問を感じる。
- 京都は「43」が訪看では使えません。重症老人もそうです。この都道府県によって「使える」「使えない」というのはなくして欲しいです。
- 個人情報保護の問題があるのか、ステーションへの紹介経路が、市の身体障害者福祉の担当看護婦だったり健康福祉センターの保健婦だったりシステム化されていない。
- 在宅移行時の病院と在宅の連携、特に退院時が鍵になると考えます。
- 在宅療養に対して理解がない主治医がいる。そのためケアマネジャー、訪問看護師も困ることが多い。
- 支援費制度による障害者へのデイ・サービス等に看護師がかかわらないので、医療処置の必要な利用者は利用出来ない
- 障害児を受け入れたことが無い為、深く考えたことが無かった。要請があれば勉強し、受け入れるつもりである。

- 縦割りでサービス提供は、前と比較して、スムーズに行なえるようになってきているのではないかとと思うが、横の連携が手薄ではないか。
- 重度者への訪問をするについての加算など。
- 重度障害者の制度が良く判らないところがあり、費用負担のある方、償還される方など
- 障害児に関して、乳児の依頼は今までないが、NICUの経験している看護師がいないため、依頼があった場合、受け入れが困難に思われる。
- 障害者年金の見直しが図られ、1 級から 2 級になった(これからなる)人が多くなり、それに伴って支給額減、自己負担が発生するケースが増加。2 級になったからといっても、仕事(作業所を含む)ができるわけではなく、生活が困難となり、金額面からやむなく訪問看護を終了したり、場合によっては生活保護の申請に至ることもある。又、お金が不足したことで精神症状が悪化、入院したケースもある。傷害年金は級の格下げがあっても支援額の格下げは充実した福祉制度からかけ離れていくような気がする。
- 制度に対しての勉強不足がある。地域の支援体制がよくわからない。小児看護や認知症等、研修の機会が少ない。スタッフの経験も乏しく対応が困難。
- 訪問看護ステーションにおける利用料、費用負担の対象者が、医療保険、介護保険にまたがり複雑な請求です。

8. 考察

1) 障害児・者の受入れの現状について

本調査では、障害児・者の訪問看護利用の申込みは 85～90%程度受入れられていることが示された。ただし、利用申込みを受けたことのないステーションが、障害者については 20%程度、障害児については約 50%あり、利用申込み自体が潜在的ニーズを下回っている可能性があることが示唆された。

事前の検討により、受入れ状況には、ステーションの受容力や他機能との連携体制が影響するのではないかと仮説を立てたが、分析の結果、これらの指標と受入れ状況との間には関連が認められなかった。

利用申込みが少ないことについては、自由回答の内容等から、ケアマネジメント機能の所在が不明確であること、ケアマネジメント担当者の知識や能力、医療機関や他施設の訪問看護に対する理解が不十分、利用者の訪問看護に対する理解・認知が不十分、等の要因が示された。

2) 訪問看護ステーションの受容力について

本調査の結果、上述のように、障害児・者の受入れ状況とステーションの量的・質的受容力（キャパシティ）との関連は示されなかった。しかし、そもそも障害児・者からの訪問看護の利用申込みが多いとは言えない現状を鑑みる必要がある。さらに、利用申込みを受けるか否かというところから、実際に十分なサービス提供が行えたか、適切なサービス提供が行えたか、というところまで進めて、受入れ状況について検討すると、アンケートへの自由記載欄等からこの点に関して以下のようないくつかの課題が提示される。

(1) 質的充足

ステーション管理者の回答からは、障害児・者への訪問看護提供にあたって、ステーションの経験不足、訪問看護師の経験や知識が十分でないことに対する不安感が強いことが伺えた。

看護職員の障害児・者関連の専門領域における経験年数の平均はいずれも1年程度と短く、障害児・者である訪問看護利用者の数が必ずしも多くないことを考えると、OJTによる経験の蓄積にもまた多くを期待できない状況である。また、障害児・者への訪問看護提供に必要な知識・技術については、追加的に教育や研修を受けることが必要であることは十分に理解されているが、ステーションの職員が必ずしも充足されていないこと、そのため、職員の教育・研修の機会が得られにくい現状があることも確認された。

したがって、障害児・者への訪問看護提供に関連して、ステーションの質的な充足を進めるためには、まず、具体的な教育ニーズを明らかにするとともに、効率的な研修体制を整えることが急務である。

(2) 量的充足

障害児・者への訪問看護の特徴として、長時間・頻回の訪問のニーズが強いことがあげられる。本調査でも、受入を断った理由の大きなものとして、これらのニーズに対応するための人人体制を組むことができないことあげたステーションが多く見られた。しかし、訪問看護ステーションにおける人材確保の困難性については、これまでも幾多の議論がなされてきたところであり、短期的な改善を期待することは難しい。

一方、障害児・者への訪問看護の量的なニーズは、総体としては、現段階ではさほど多くない。したがって、障害児・者の訪問看護ニーズに対して量的・質的な充足をすべてのステーションが同じように行うことは非効率である。介護保険の対象拡大を見込んだニーズの量と分布の推計を行い、複数ステーションが連携して対応することを前提に、体制作りに向けた具体的な資料を作成することが現実的な策であろう。

3) 適切な訪問看護利用促進のためのケアマネジメントのあり方について

障害児・者がサービスを利用するにあたってのマネジメント機能の実態は、マネジメントの所在が定まらず、家族によるマネジメントや複数の専門職によるマネジメントが行われることも少なくない。そのため、マネジメントを行う職種、人により、利用するサービスが影響されている可能性がある。

実際、障害児・者(特に障害児)については、訪問看護利用の申し込み自体が必ずしも多くない現状があるが、その一要因として、ケアマネジメント機能が適切に機能していないことを上げた管理者も少なくない。

一方、利用者へ提供されたサービス内容を調べると、障害者では、医療処置関連の看護サービスの実施率が高く、医療ニーズを的確に充足できることが重要であることが確認された。この点からも訪問看護の適切な利用が喚起されるべきであると言える。

適切な利用の喚起と供給の保証のためには、マネジメント機能のあり方をまず明確にすることと、あわせて、その運用について制度の中等でもある程度明示していくことが求められる。その際、障害児・者へのサービス提供に際して、訪問看護ステーションの看護師によるマネジメントが高い割合で実施されていることをかんがみ、その実態について詳細に把握し、議論に供する資料を作成しておくことが必要である。

4) 他機能との連携・協力体制について

本調査では、併設施設の有無(支援機能の有無)による、障害児・者の利用の受入れ状況の差は認められなかった。障害児・者へのサービス提供の支援施設には、施設機能の面でも、職員の経験や資質の面でも、高い専門性が求められており、そのため、併設施設として、医療機能や療養機能を備えていても、この点で対応が不可能であれば活用できない。むしろ、量的ニーズも考慮すれば、各ステーションがそれぞれ支援機能をもつより、地域単位で専門的な機能を有した受け皿を

準備する方が効率的であり、現実的であると言える。

5) 介護者のレスパイトについて

障害児・者の介護者には、長期的・継続的な負担が大きい。そのため、介護者のレスパイト機能が適切に確保されることが不可欠である。そのためには、長時間、代替的な介護がなされることが必要である。また、障害児・者は医療的なニーズも大きいため、これに対応するという点で、訪問看護の役割は当然大きい。しかし、ステーションが単独で長時間の代替機能を果たすには制度的な制約もあり、また、人員体制の面でも困難な点が多い。そのため、介護者のレスパイト機能を議論する際の第一選択肢としては、病院や施設への短期入院、短期入所等が挙げられることが多い。しかし、医療機器を装着する等医療依存度の高い障害児・者の場合、受入れ可能な施設は限られているのが現状である。また、一時的であれ、入院・入所することへの利用者の抵抗感もあるとのことであり、在宅療養を継続しながら、介護者のレスパイトが実現するという意味で、訪問看護ステーションにおいてこの機能が拡充されることが望まれる。上述のステーションのキャパシティを鑑みれば、具体的には、複数ステーションでの連携体制や現在議論が進んでいる通所看護の活用等が現実的な方策であろう。

6) 障害児・者へのサービス提供について

本調査では、障害児・者への訪問看護提供の実態について介護保険利用者との比較を通じて検討した。サービス内容については、障害者において医療処置関連のサービスの実施率が高いこと、介護保険利用者に適用してきたサービス項目を用いた場合、「その他」に該当するサービスの実施割合が相対的に高いことが示された。障害児・者へのサービス提供について実態をより詳細に把握し、また、その適切性について評価するためには、これらの障害児・者に対するサービス提供の特徴に対してより感度の高いサービス体系を準備することが必要である。

一方、訪問回数・滞在時間については、障害者と介護保険利用者との間で差は認められなかったが、本結果は、現行制度等の所与の条件下で得られたものであるため、サービスのあり方を検討する際には、別の枠組みでのニーズ推計もあわせて行うことが必要である。

7) 制度的な対応

本調査への回答の中で、現行の報酬制度や自治体の役割に関する多くの意見が収集された。前者については、訪問場所や滞在時間、訪問回数等の支払い要件を実態やニーズを反映するものに再考すること、自己負担額等の制度間の不均衡を是正することが求められている。これらは、いずれも、利用者の社会生活の便宜をはかる、早期にマネジメントを開始しサービス調整を効率的

に行う、等の効果を見込んだものであり、早い時期に具体的な検討がなされることが望まれる。また、障害児・者へのサービス提供においては、マネジメント機能が定義されていないこともあり、自治体の負う役割が大きい。しかし、現状では、自治体間の体制や対応の格差が大きく、そのことが、利用者のサービス利用に直接影響していることが指摘されている。自治体の役割・機能についても改めて、議論、明示することが求められる。

まとめ

調査結果を基礎資料として整備した。また、以下の課題が確認された。

1) 訪問看護ステーションの受容力の拡充

- 職員充足・ステーション間連携による量的拡充とレスパイト機能の推進
- 必要な能力・経験の明確化、研修体制の整備による質的拡充)

2) 制度環境等の整備

- 適切な訪問看護利用促進のためのケアマネジメント
- 長時間・高頻度利用ニーズへの対応、訪問場所についての検討等
- 自治体の役割・あり方の再考

3) 以上を検討する枠組みとして、障害児・者への看護提供内容についての再考

- 障害児・者への訪問看護サービスの体系の検討(ニーズ推計のための枠組みの作成)
- 障害児・者の訪問看護ニーズの推計

資 料

障害児・者^{*1}に対する訪問看護サービス提供実態に関する調査【事業所票】

※ 貴事業所の状況について、管理者の方がご記入ください。平成17年1月末日現在の状況をご記入ください。

※ *印を付した項目につきましては頁末の説明に従ってご記入ください。

都道府県名		事業所名	
-------	--	------	--

(1)事業開始年月	昭和・平成 _____ 年 _____ 月										
(2)開設主体	1 都道府県 2 市区町村 3 広域連合・一部事務組合 4 日本赤十字社・社会保険関係団体 5 医療法人 6 医師会 7 看護協会 8 社団・財団法人(医師会・看護協会以外)					9 社会福祉協議会 10 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 11 農業協同組合及び連合会 12 消費生活協同組合及び連合会 13 営利法人(株式・合名・合資・有限会社) 14 特定非営利活動法人(NPO) 15 その他法人					
(3)貴事業所に併設している施設 (当てはまるもの全てに○)	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 3以外の病院・診療所 5 訪問看護ステーション → (_____ カ所)					6 居宅介護支援事業所 7 ヘルパーステーション 8 上記以外の居宅介護サービス事業所 9 その他(_____)					
(4)加算等の届出状況	介護保険法	緊急時訪問看護加算の届出				1 あり		2 なし			
		特別管理加算の届出				1 あり		2 なし			
	診療報酬	24時間連絡体制加算の届出				1 あり		2 なし			
		重症者管理加算の届出				1 あり		2 なし			
(5)従事者数 ^{*2}	常勤者		非常勤者		常勤者		非常勤者				
	換算数		換算数		換算数		換算数				
	1 保健師	人	人	人	人	5 理学療法士	人	人	人	人	
	2 助産師	人	人	人	人	6 作業療法士	人	人	人	人	
	3 看護師	人	人	人	人	7 その他職員	人	人	人	人	
4 准看護師	人	人	人	人							
(6)看護職員の属性 ^{*3}	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
	資格(1 保健師 2 助産師 3 看護師 4 准看護師)										
	年齢										
	性別(1 女 2 男)										
	訪問看護の経験年数										
	看護の経験年数										
	(再掲)小児科の経験年数										
	(再掲)脳神経外科の経験年数										
(再掲)リハビリテーション科の経験年数											

*1 障害者:障害者手帳・療育手帳をもっている身体障害者、知的障害者、障害児を指します。精神障害者は含みません。

*2 従事者数:有給・無給を問わず平成16年12月1日現在に貴ステーションに在籍する職員数を職種別に計上してください(12月1日現在休暇中の者、欠勤者、育児休業の代替要員を含みます)。出張所等のあるステーションにおいては、その従業者数も含めて計上してください。常勤者には、併設施設・事業所の勤務を兼ねる者(兼務)も含めて計上してください。兼務および非常勤者については、貴ステーションでの勤務時間を、貴ステーションの通常の勤務時間で除した数値を、四捨五入し小数点第1位まで計上してください。

*3 看護職員の属性:貴ステーションに在籍する全ての看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)について、12月1日現在の状況をご記入ください。記入欄が不足する場合は、お手数ですが、コピーしてご記入ください。「看護の経験年数」には、「訪問看護の経験年数」を含みます。

(7)研修の状況*4 過去2年間 (平成15～16年度)	1 障害者福祉・制度		1 受講した	2 受講しない						
	2 人工呼吸管理・呼吸リハビリテーション		1 受講した	2 受講しない						
	3 ALSの看護		1 受講した	2 受講しない						
	4 認知症の看護		1 受講した	2 受講しない						
	4 小児看護		1 受講した	2 受講しない						
(8)サービスの提供状況*5 (平成17年1月の実績)	①介護保険法の利用者								②健康保険法等	③その他
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	A.利用実人員数 (人)									
	(再掲) 身体障害者									
	(再掲) 知的障害者									
	(再掲) 障害児									
	B.訪問回数 (回)									
	(再掲) 身体障害者									
	(再掲) 知的障害者*6									
	(再掲) 障害児									

*4 研修の状況:平成15～16年度の職員研修内容についてご記入ください。平成17年度2～3月に実施予定があるものについては、「1 受講した」に○をつけてください。施設内研修、施設外研修ともに含みます。

*5 サービスの提供状況:平成17年1月中の利用者実人数および訪問回数の合計を、介護保険による訪問、健康保険等による訪問、その他に分けて計上してください。

A.利用実人員数:介護保険法による訪問看護を受けている利用者が何らかの事由により健康保険法等や自費による訪問看護を受けた場合、その利用者は「介護保険」欄に計上してください。「健康保険等」には、介護保険法による訪問看護を1度も利用せず健康保険法等のみを利用する者について計上してください。「健康保険法等」とは、老人保健、健康保険、国民健康保険等の医療保険及び公費負担医療をいいます。「その他」には、介護保険および医療保険の給付を受けていない利用者で、11月中の全ての訪問看護を自費により受けた者および市町村事業による者を計上してください。

B.訪問回数:11月中の全ての訪問について、介護保険、健康保険等、その他に分けて計上してください。介護保険法による訪問を受けている利用者について、保険適用外の訪問看護を自費により行ったり、急性憎悪により医療保険による訪問看護を行った場合には、それぞれ該当する欄に計上してください。

知的障害者:認知症である利用者は含まれません。

介護保険法の利用者 その他:要介護認定を申請中の利用者を計上してください。

(9)障害者の受入状況*6

過去3年間

*6 障害者の受入

状況:平成14年～

16年の3年間にお

いて、障害児・者か

らのサービス利用申

込みがあったが、何

らかの状況・理由に

よりサービスの提供

を断った事例の有

無についてご記入く

ださい。14年に受入

を断った状況・理由

について15年以降

に改善され、受入が

可能になった場合

でも、14年の断った

事例についてご回

答ください。

①心身障害者の受入れについて

1 利用申し込みを断ったことがない

2 利用申し込みを断ったことがある

⇒ 断らなければならなかった理由・状況についておきかせください

[

3 利用申し込みを受けたことがない

⇒ 今後申し込みがあった場合 (ア 受け入れる イ 受け入れられない ウ わからない)

②重度心身障害者の受入れについて

1 利用申し込みを断ったことがない

2 利用申し込みを断ったことがある

⇒ 断らなければならなかった理由・状況についておきかせください

[

3 利用申し込みを受けたことがない

⇒ 今後申し込みがあった場合 (ア 受け入れる イ 受け入れられない ウ わからない)

③心身障害児の受入れについて

1 利用申し込みを断ったことがない

2 利用申し込みを断ったことがある

⇒ 断らなければならなかった理由・状況についておきかせください

[

3 利用申し込みを受けたことがない

⇒ 今後申し込みがあった場合 (ア 受け入れる イ 受け入れられない ウ わからない)

④重度心身障害児の受入れについて

1 利用申し込みを断ったことがない

2 利用申し込みを断ったことがある

⇒ 断らなければならなかった理由・状況についておきかせください

[

3 利用申し込みを受けたことがない

⇒ 今後申し込みがあった場合 (ア 受け入れる イ 受け入れられない ウ わからない)

(10)障害者への訪問看護サービス提供に関して、制度のあり方(対象、サービス内容、費用負担等)、地域の体制、訪問看護ステーションのあり方等について、ご意見をご自由にお書きください。

①家族のレスパイトを目的としたサービスの充実に関する課題

②ケアマネジメント機能の必要性およびそのあり方

③現状における問題点、サービス提供の困難な点

④その他

障害児・者に対する訪問看護サービス提供実態に関する調査【利用者票】

- ※ 平成 17 年 1 月中に訪問を行った利用者のうち、「身体障害者手帳」または「療育手帳」を持つ利用者全員について、1 人 1 枚記入してください。
- ※ 出張所のある場合はその利用者も含まれます。
- ※ 用紙が不足する場合は、お手数ですがコピーしてご記入ください。

都道府県名				事業所名			
(1)性別	1 男	2 女	(2)年齢 (1月31日現在)	() 歳			
(2)貴ステーション利用開始時期	昭和・平成 () 年 () 月						
(3)主治医の所属	1 貴ステーションに併設する病院・診療所			2 それ以外の病院・診療所			
(4)指示書の種類 (全てに○)	1 訪問看護指示書 2 特別訪問看護指示書 → 主な理由()						
(5)訪問診療・往診の有無 (1月中)	1 あり() 回 2 なし		(6)外来受診の有無 (1月中)	1 あり() 回 2 なし			
(7)傷病名*1	主傷病 番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (番号がない場合は傷病名を記入) 傷病名	副傷病 番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (番号がない場合は傷病名を記入) 傷病名	副傷病 番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (番号がない場合は傷病名を記入) 傷病名				
(8)障害の等級*2	身体障害者	肢体不自由	(1・2・3・4・5・6・7) 級	・ 障害があるが程度は不明			
		視覚・聴覚	(1・2・3・4・5・6) 級	・ 障害があるが程度は不明			
		内臓器官	(1・2・3・4・5・6) 級	・ 障害があるが程度は不明			
	知的障害者	(A・B) 判定	・ 障害があるが程度は不明				
	障害児	(A1・A2・B1・B2) 判定	・ 障害があるが程度は不明				
(9)要介護度*3	要介護 (1 2 3 4 5)			6 要支援	7 その他		
(10)障害老人の日常生活自立度*4	1 ランクJ	2 ランクA	3 ランクB	4 ランクC	5 障害なし		

- *1 傷病名:平成17年1月中の最後の訪問日における傷病について別添傷病一覧から選んで番号を書いてください。該当する傷病がない場合は傷病名を記入してください。副傷病は主なもの2つまで記入してください。
- *2 障害の等級:1月中の最後の利用日における利用者の障害程度について記入してください。利用者の持っている「身体障害者手帳」または「療育手帳」における記載に従って記入してください。
- *3 要介護度:1月中の最後の利用日における利用者の要介護度について記入してください。「7 その他」には、要介護認定を受けて自立と判定された者、要介護認定を申請中の者、要介護認定を受けていない者、健康保険法等を利用している者が該当します。
- *4 障害老人の日常生活自立度:1月中の最後の利用日における利用者の日常生活自立度(寝たきり度)について、下表「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」により、該当する番号を○で囲んでください。小児・若年者である利用者についても、本尺度に当てはめて評価してください。障害のない場合は、「5 障害なし」を選んでください。

表 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

生活自立	ランクJ	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1 車椅子に移乗に、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもつたない

(11)介護者の状況	同居者	1.あり 2.なし
	主たる介護者	1.同居する家族等 2.別居する家族等 3.その他
	介護を行う上での問題点	(主たる介護者について、最も当てはまるものひとつに○) ア 要支援・要介護状態である イ 病弱等心身の問題がある ウ 就業している エ その他() オ 特に問題なし
(12)経済状態	1 大変苦しい 2 やや苦しい 3 普通 4 ややゆとりがある 5 ゆとりがある	
(13)他の訪問看護の利用 (1月中)	1 利用している 2 利用していない 3 不明	
	↳ 利用している訪問看護の種類及び利用日数(全てに○) ア 他の訪問看護ステーション (1月中の利用日数 _____ 日) イ 医療機関の訪問看護 (1月中の利用日数 _____ 日) ウ その他 エ 不明	
(14)介護保険サービスの利用状況 (1月中)	1.訪問介護 2.訪問入浴介護 3. 貴ステーション以外からの訪問看護 4.訪問リハビリテーション 5.居宅療養管理指導	6.通所介護 7.通所リハビリテーション 8.短期入所生活介護 9.短期入所療養介護 10.福祉用具貸与
(15)支援費制度によるサービスの利用状況 (1月中)	1 居宅介護等事業(ホームヘルプサービス) 2 デイサービス事業 3 短期入所事業(ショートステイ) 4 グループホーム	延 _____ 時間 _____ 回 延 _____ 時間 _____ 回 延 _____ 時間 _____ 回 延 _____ 時間 _____ 回
(16)ケアマネジメントの担当者	1 介護支援専門員 2 訪問看護ステーションの看護師 3 主治医 4 自治体の保健師または福祉担当者 5 その他()	
(17)加算の利用	緊急時訪問看護加算 または 24時間連絡体制加算	1 算定あり 2 算定なし
	特別管理加算 または 重症者管理加算	1 算定あり 2 算定なし
	ターミナルケア加算 または 老人訪問看護ターミナルケア療養費	1 算定あり 2 算定なし
(18)主な支払方法	1 介護保険法 7 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 2 老人保健法 8 特定疾患研究事業・小児慢性特定疾患研究事業 3 健康保険法等 9 労災保険 4 身体障害者福祉法 10.自費 5 生活保護法 11.その他() 6 結核予防法	

(21)看護の実施状況：1月の最後の訪問日に実施した看護内容全ての番号に○をしてください。「その他」を選んだ時には具体的な内容を記入してください。

A 状態観察		1 バイタル測定(体温、脈拍、血圧、呼吸、血糖値、酸素飽和度等のチェック)	C 身の回りの世話	28 入浴、シャワー浴介助		
		2 心身の状態観察、生活状況の観察		29 清拭		
B 与薬・治療・処置関連	与薬	3 服薬管理(点眼薬、軟膏、坐薬等を含む)	清潔整容	30 口腔内ケア、歯磨き、うがい、口腔清拭		
		4 注射・点滴		31 その他の保清:洗髪、手浴、足浴、陰部洗浄		
5 吸入		32 整容:髭剃り、散髪、つめきり、更衣				
6 在宅中心静脈栄養		排泄		33 排泄援助、オムツ交換		
処置		7 褥創の処置		D コミュニケーション	食事	34 経口での栄養、食事、水分摂取に関わる援助
		8 創傷部の処置			移動	35 移動、移乗、散歩の介助
	9 医師の指示による採血などの検査	体位	36 体位変換			
	10 気管内吸引、排痰ケア(タッピングを除く)、気管カニューレの管理	環境	37 環境整備			
	11 タッピング	38 その他()				
	12 在宅酸素療法、酸素吸入	39 痴呆・精神障害に対するケア				
	13 人工呼吸器の管理	40 話し相手、談話				
	14 口腔内、鼻腔内吸引	41 一緒に○○をする、○○をするのを見守る:家事、娯楽、散歩、買い物など				
	15 経管栄養(鼻・口・胃ろうなどからの栄養注入)	42 声かけ、タッチ				
	16 膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理、導尿の実施、介助	43 本人への療養指導・説明				
	17 浣腸、排便	44 その他				
	18 人工肛門、人工膀胱、胃ろうの管理	E 利用者本人以外への働きかけ	45 主治医、他機関、他専門職等への連絡、相談			
	19 CAPDの管理		46 家族への説明・連絡			
20 疼痛管理	47 家族の状態観察					
21 緊急時の対応や指示による処置	48 地域住民への声かけ					
22 死後の処置	49 その他()					
23 マッサージ	50 その他()					
24 リハビリテーション(OT・PT の指導のもとで行う)						
25 その他のリハビリテーション(看護師の判断で行う)						
26 ターミナルケア						
27 その他()						

平成 16 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

訪問看護ステーションにおけるサービス改善に関する調査研究事業
報 告 書

平成 17 年 3 月

発行・編集 社団法人 全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壺丁目参番館 302

TEL. 03-3351-5898 FAX. 03-3351-5938

本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になります
のでご注意ください。

