

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

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。しかし、高齢化の進展による在宅療養者の増加、在院日数の短縮による医療依存度の高い在宅療養者の増加に加え、72000人の社会的入院解消を受けた在宅精神障害者の増加、そしてノーマライゼーション思想の普及等による障害を持った在宅療養者の顕在化、そして介護予防に向けた予防的なケアの重要性など、訪問看護の需要はますます質・量ともに多岐にわたり伸びることが予想される。在宅療養を支援するチーム員のひとつとして、訪問看護ステーションの現状は看過できず、できるところから改善していく必要があると考えられる。

ステーション数の横這いの原因として、利用者数に影響する訪問介護との業務区分の不明瞭さ、利用者数の制限につながる訪問看護師の不足と訪問看護業務の忙しさ、ステーションの経営に直結する経営感覚の不足などさまざまな要因が挙げられている。

平成15年度に行なった訪問看護ステーションの休止・廃止にかかわる調査によれば、安定的経営・拡大が困難な要因として、採算がとれない、利用者不足、人材不足があげられ、今後の課題として①現行の介護報酬体系の見直し、②訪問看護ステーション管理者機能の強化、③訪問看護ステーション従事者の質の向上、④地域の他機関との連携等の4点があげられた。また、平成14年～15年にかけて行なった訪問看護業務と介護報酬に関する調査から、①介護保険「30分未満」利用者、医療保険利用者の報酬の妥当性等検討、②訪問看護による60～90分訪問、「30分未満」の意義・効率性の検討が必要という結果を得た。これらの結果は、訪問看護サービス内容と報酬との関係において更なる検討が必要なことを示唆している。

このことから、この調査研究においては、訪問看護業務と介護報酬との関係を、再度いくつかの観点から分析することを一つの目的とした。これについては、平成14年度～15年度の膨大な調査データを有効に活用して、様々な仮説のもとに分析を行なった。

次に、もう一つの目的として、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掲げた。これは、近年取りざたされている支援費制度等の動きとあわせ、現状では十分に対応できていない障害児・者への訪問看護サービスをどのように準備したらよいかの資料を得るためのものである。

以上の2点を目的とした調査研究によって、訪問看護ステーションが時代のニーズに適合したサービスを質的、量的に提供することを推進することの一助となることを望んでいる。忙しい時間を割いて調査にご協力くださった訪問看護ステーションには心から感謝申し上げたい。

平成17年3月

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
主任研究者 石垣和子

調査の実施体制

調査研究は社団法人全国訪問看護事業協会が実施した。実施にあたっては、訪問看護の現場経験者、学識経験者で構成される検討委員会を組織し、分析の方針の決定、分析結果の検討を行った。

【委員会名簿】

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 聖隷福祉事業団在宅サービス部 部長

委員 窪川眞佐美 梅の園訪問看護ステーション 管理者

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. 分析担当者

中野夕香里

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

濱本百合子、木全真理 全国訪問看護事業協会

目 次

1. 背景と目的	6
2. 方法	6
3. 結果	8
1) 平成 14 年度および 15 年度の研究成果のレビュー	8
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	10
3) 基礎集計	11
4) 滞在時間による評価方法の評価	23
5) 利用者像を反映した評価方法の検討	30
4. 考察	39
1) 滞在時間による評価の課題とあり方について	39
2) 患者の状態による評価について	40
5. まとめ	40

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、インテンシティにも差があると推測され、回数・時間による評価では、実際の看護業務・サービス提供を十分には反映できないと可能性がある。

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を収集・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

今回使用するデータは、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」における、利用者宅に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%

また、調査内容(6)訪問当日の行為内容および所要時間の調査にあたっては、あらかじめ設定した 49 のケア項目(表2)に分けて調査が行われた。

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 洗腸、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、爪ぎり、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○○をする:家事、娯楽、散歩、○○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・その他ケアを除き、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。内訳は表 1 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

・)性・年齢

利用者の基本属性は表 2 のとおりである。性別には男性 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。

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	**

**: $p < 0.01$

・)保険サービスの利用状況

タイムスタディの対象となった訪問看護区分(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 3)。訪問看護 1 区分では女性が多く、訪問看護 3 では若年者が多い。

調査月の支払方法については、介護保険利用者が 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 3 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%)

訪問看護ステーションの継続利用期間は、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 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	

・)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、同居家族が介護を行う上で「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ることになる。

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

・)傷病等の状況

頻度の高い主傷病名を表4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
: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%)、当月に訪問診療・往診を受けた利用者は1127人(53.6%)であった。また、当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。もっとも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 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

・)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%程度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。「認知床症状なし」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 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 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・痴呆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	

・)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、算定する利用者は「留置カテゴリーを使用」、「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」に集中しており、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

④サービスの利用状況

・)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 17 および表 18 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 回の訪問を行っており、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 380 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	

・)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20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

⑤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 21 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 項目の実施率をもっとも高く、「A1 パイタル測定」は概ね全ての利用者を実施されている。「B 処置等」では、「B3 服薬管理」が利用者の約半数、「B17 洗腸・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されるケア内容は「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○○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)

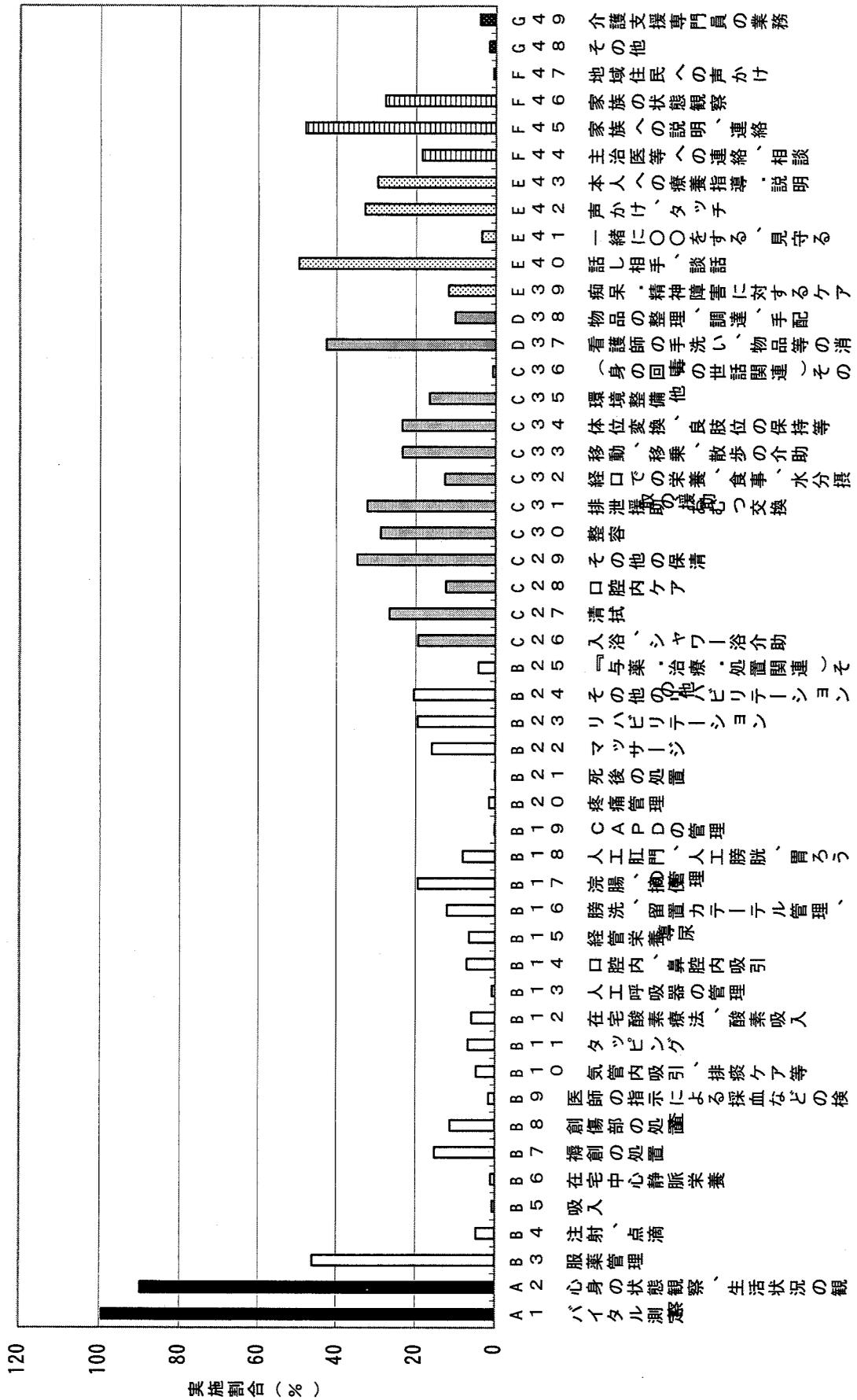
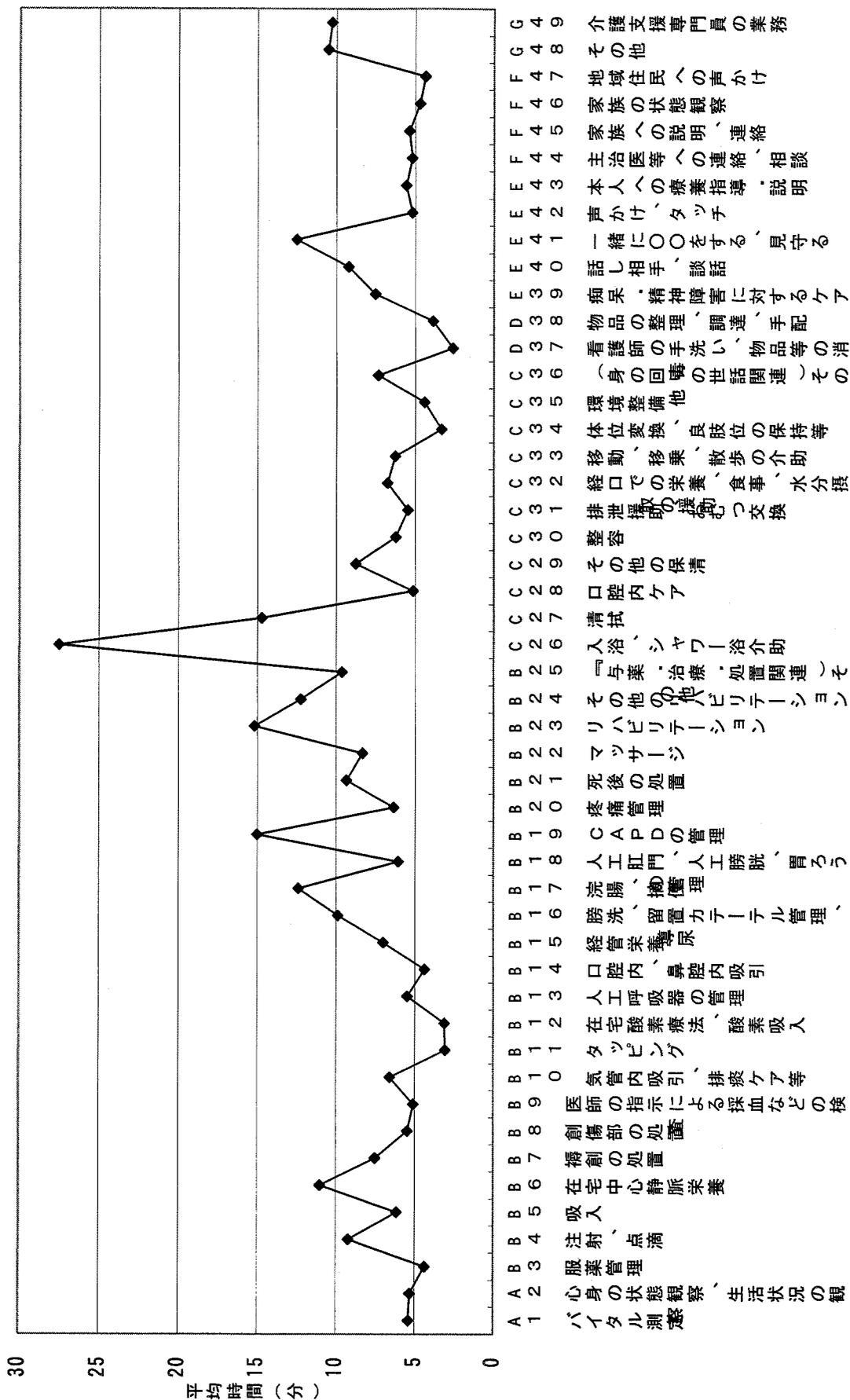


図2 調査日における看護の実施状況(看護ケア項目ごとの実施時間:実施した利用者における平均値)



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

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。

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、分析をに加えている。

訪問看護区分を独立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、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カテゴリ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	

分析結果を次頁に示す。

「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 II 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、以下の点が指摘される。

- 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

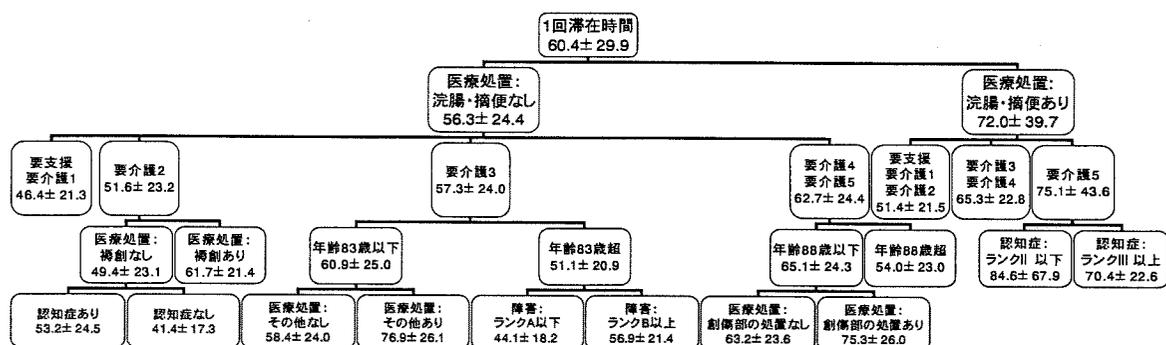
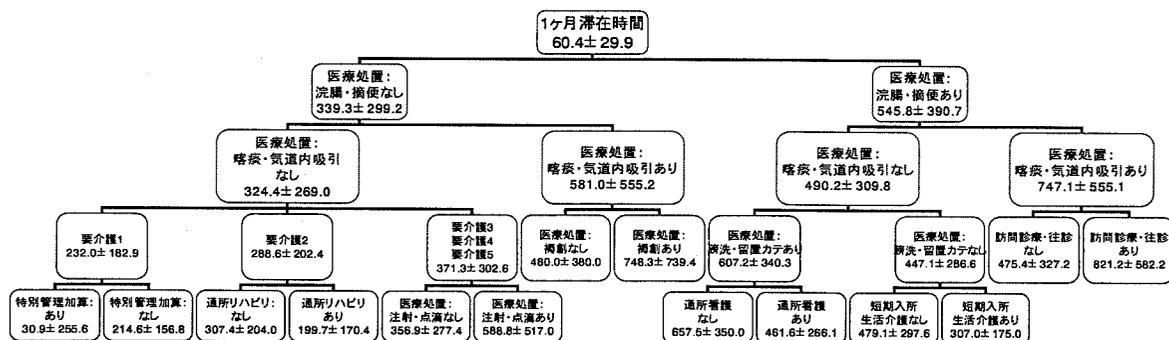


図4 AID 分析により抽出された「利用者の状態」因子:モデルII

「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(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。本分析では、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。その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 要介護度の分布

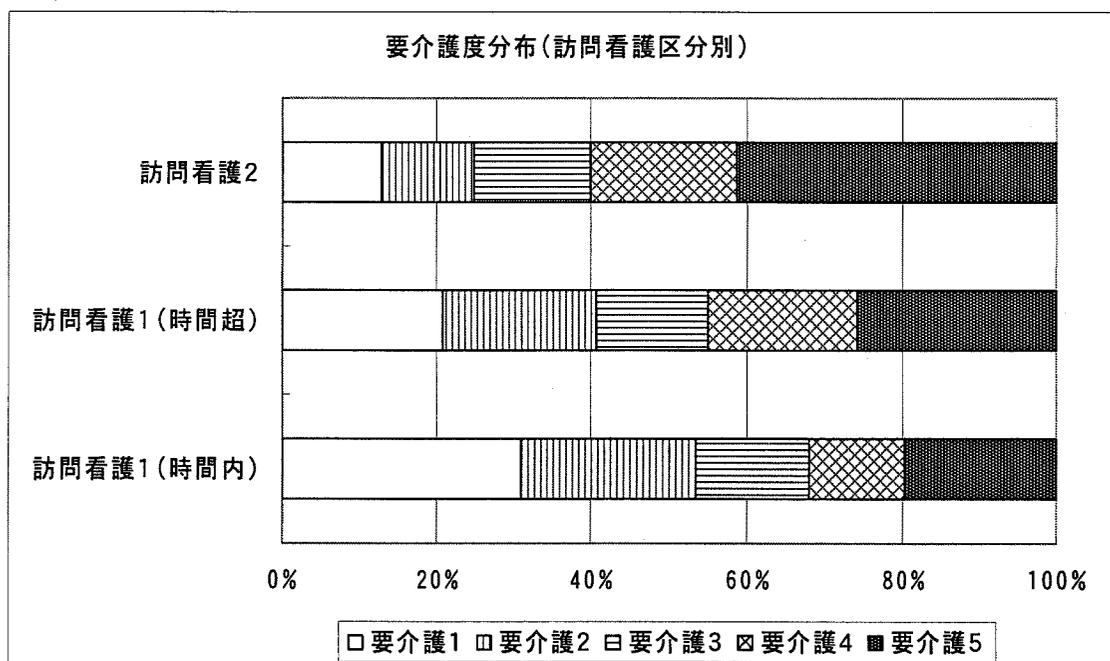
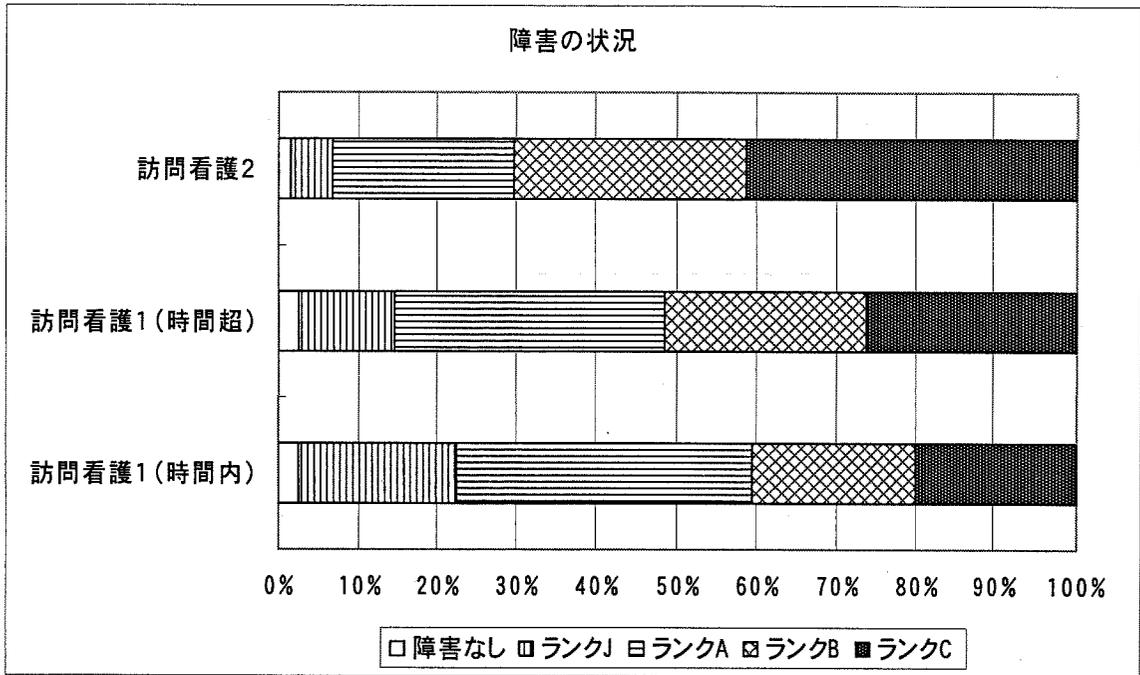


図6 障害の状況の分布



また、看護ケアの実施状況について図おおび表 27 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。

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

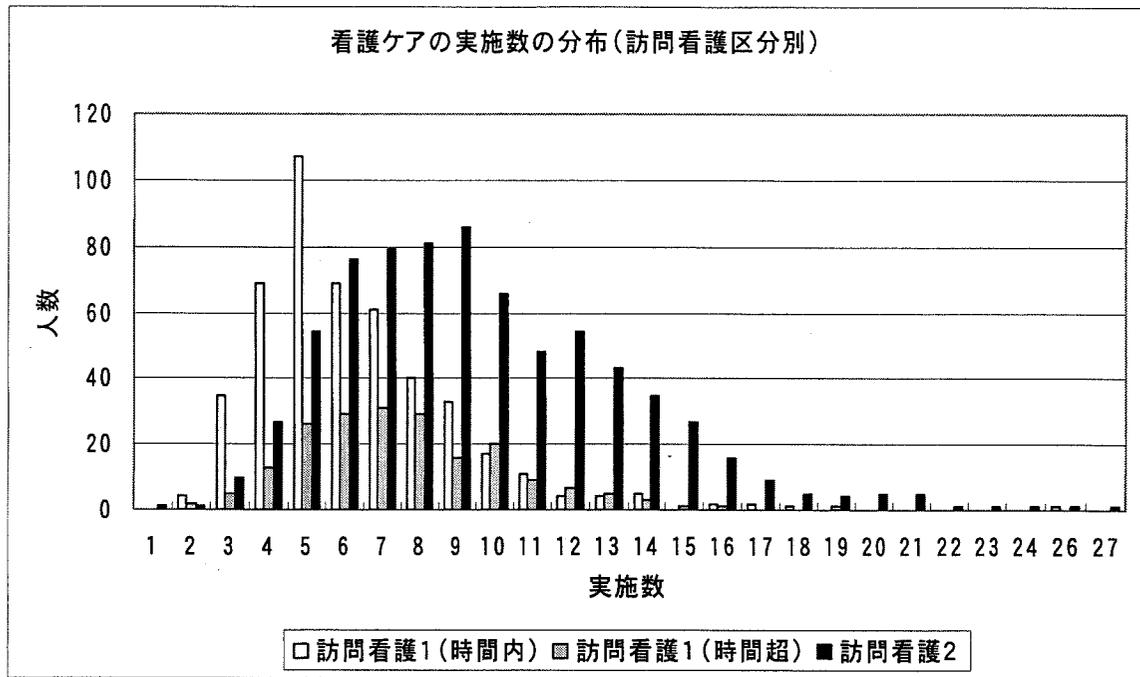


表26 実施率に差が認められた看護ケア項目

		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、爪ぎり、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

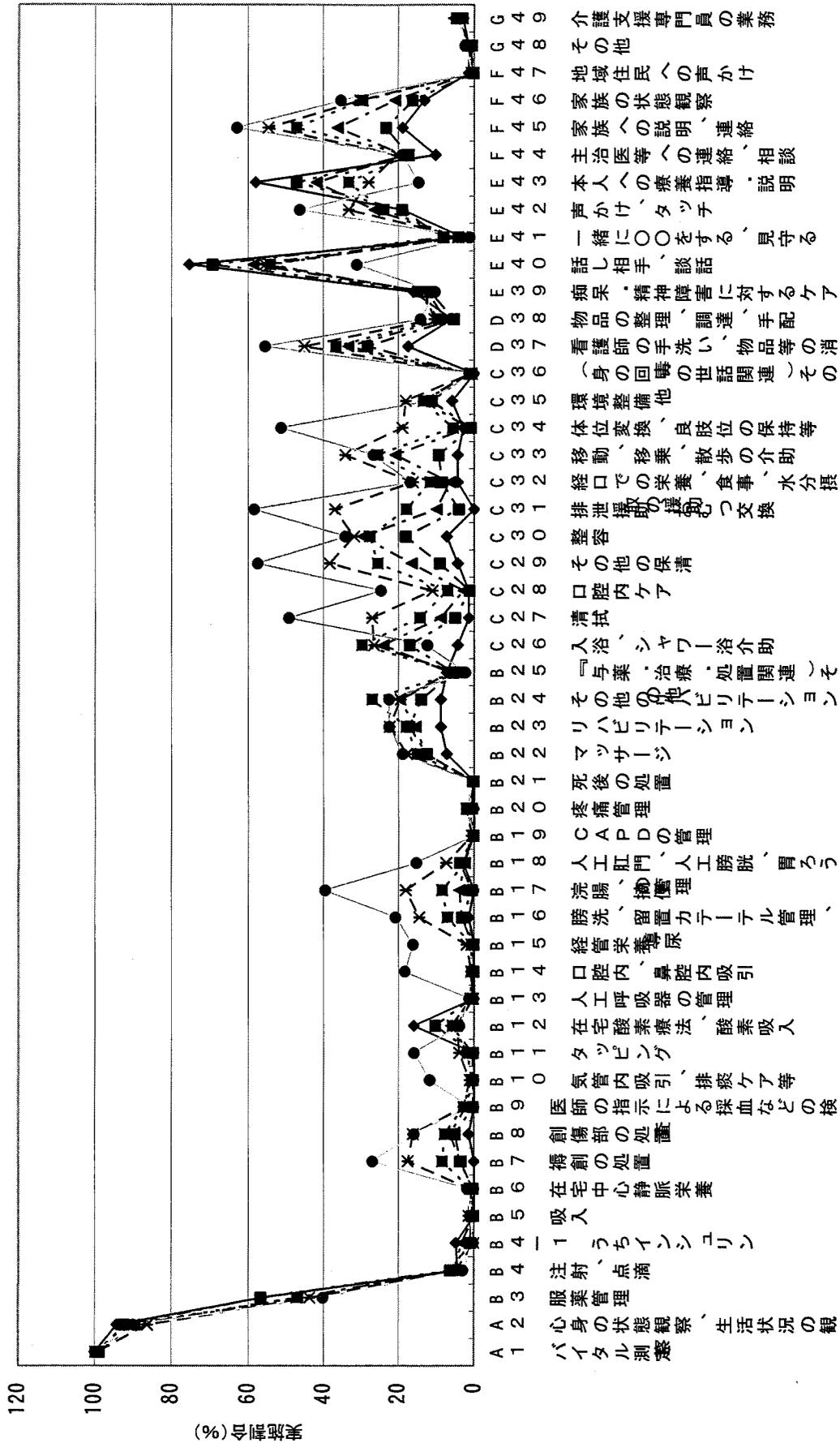
まず、現行の介護報酬制度において、必要なサービスの量を判定基準とされている「要介護度」について、看護ケアの実施状況との関連を各看護ケア項目の実施率および実施時間の分布から確認した。その結果、

- 「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。

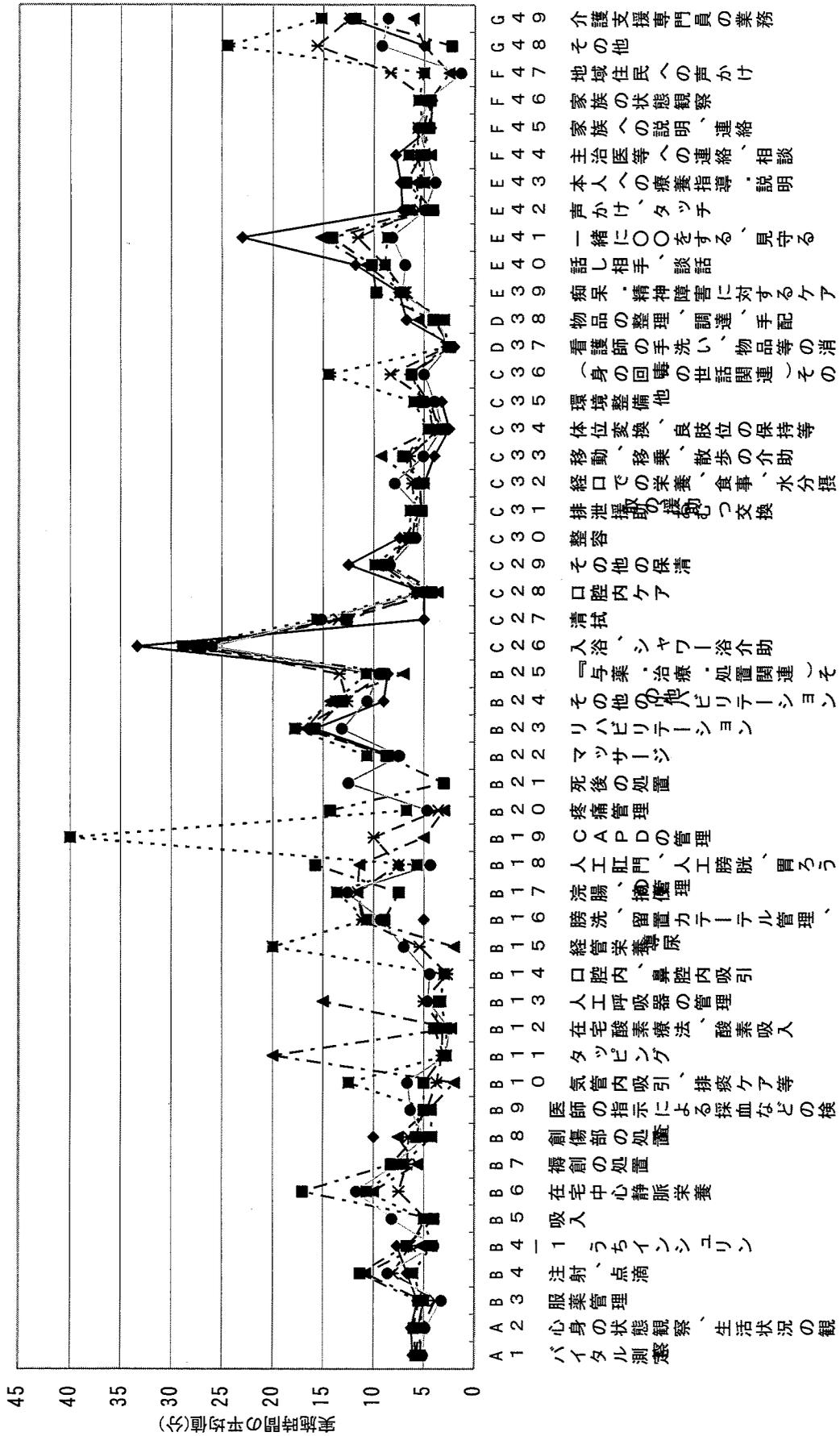
したがって、時間も含めた看護ケアの実施状況は「要介護度」だけでは十分説明できないと言える。

図8 要介護度別の看護行為の実施状況（実施割合）



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

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、実績に基づき区分した。

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31尾示す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。

ことが確認された。

図10 要介護度と認知症状の関連

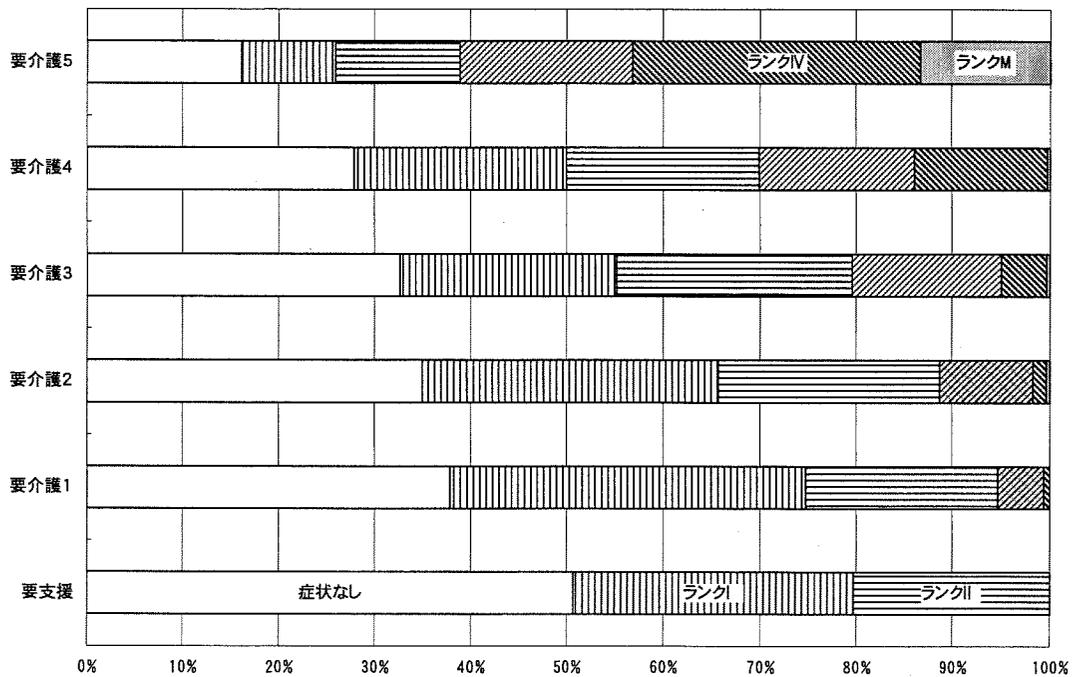
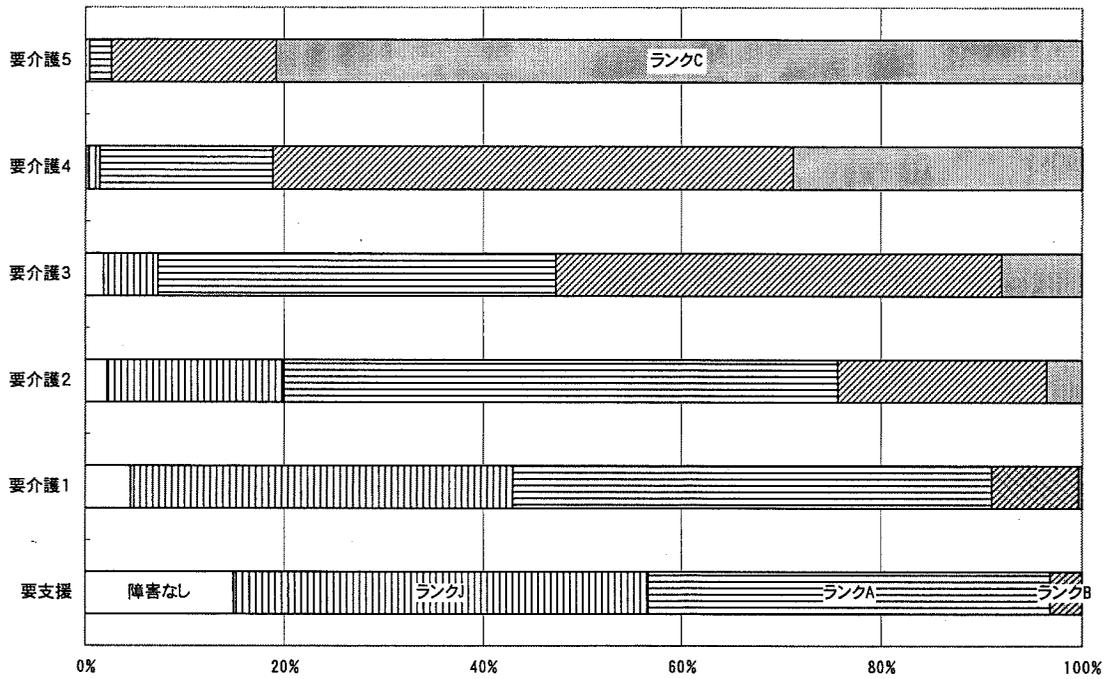


図11 要介護度と障害の状況の関連



④利用者の状態と看護ケアの実施状況

以上の利用者の状態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。

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」は利用者により共通して実施され、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 回の滞在時間は上述の利用者の状態、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 (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ていた。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。

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。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適切ではない。

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、要介護度に ADL、医療ニーズ等の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。

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。

目 次

1. 背景と目的	2
2. 方法	2
3. 結果	3
(1) 実態把握において重視すべき事項	3
(2) 調査票の作成	3
(3) 調査の実施と分析	4
4. 考察	エラー! ブックマークが定義されていません。
5. まとめ	35

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。平成17年度の改定では対象者の拡大は見送られたが、次期改定では必至と考えられる。そのため、訪問看護ステーションにおいても、対象者が拡大された際に、適切にサービス提供を行うための体制を整えることが必要である。

しかし、これらについて検討・議論を行うための資料は整備されておらず、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. 結果

(1) 実態把握において重視すべき事項

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、調査において明らかにすべき点を表 1 の 5 点に整理した。

1. 障害者の受入の可否にはステーションの質的・量的キャパシティが影響する。個別事例については把握しているが、調査でより多くの情報を得て整理したらどうか。
2. 障害者が訪問看護サービスを受けるかどうかは、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によっても影響を受けるのではないか。
3. 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。

(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 1 に示すとおりである（調査票は巻末資料を参照）。

表1 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	障害者・児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）心身障害者・児の受入実績等
	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

(3) 調査の実施と分析

①調査の実施

・) 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 ケ所を対象に調査を実施した。

・) 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。

・) 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。

・) 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。

②調査結果

・) 事業所の概要

ア) 事業所の基本属性

回答事業所の所在地域別の分布を表2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2 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 であった。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3 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4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4 事業所の開設者

	事業所数	%
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
農協および連合会	4	2.0
生協および連合会	3	1.5
営利法人	22	10.7
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5 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

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6 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、 3.7 ± 2.9 人、内、看護職員のみ平均値は、 3.2 ± 2.5 人であった。職種別の値を表7に示す。

表7 従事者数

	平均値	標準偏差
従事者数:保健師	.0662	.26239
従事者数:助産師	.0043	.04653
従事者数:看護師	2.9559	2.45547
従事者数:准看護師	.1607	.44035
従事者数:PT	.2184	.57763
従事者数:OT	.1155	.46049
従事者数:その他	.1714	.40988

イ) 看護職員の属性

看護職員の属性について表8に示す。

表8 看護職員の属性:各ステーションにおける平均値の分布

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
看護職員平均年齢	201	30.25	60.25	41.2159	4.33516
訪問看護の経験年数	201	.25	17.67	4.2229	2.16967
看護の経験年数	196	4.50	34.00	15.5491	4.72333
小児科の経験年数	142	.00	28.00	1.5961	3.22225
脳神経外科の経験年数	139	.00	6.50	1.4595	1.60447
リハビリ科の経験年数	126	.00	17.00	1.1322	2.16753
有効なケースの数 (リストごと)	106				

ウ) 研修の状況

障害者・児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受講状況を表8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9 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

エ) サービス提供の状況

職員あたりの訪問回数および利用者数を示す。看護職員 1 人あたりの利用者数の平均は 19 人、訪問回数の平均は 93 回であり、いずれもステーション間ではばらつきが大きい。

表10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
職員あたり訪問回数	100.6189	245.08997
看護職員あたり訪問回数	93.4669	124.73868
職員あたり利用者数	20.6764	59.88002
看護職員あたり利用者数	18.6012	23.48244

利用者あたりの訪問回数を示す。全体では、 5.3 ± 2.3 回であるが、障害者のみでみると 6.2 ± 4.4 回となり、障害者への訪問回数が他の利用者への訪問回数より多い傾向があることが示唆された。

表11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	5.3020	2.30093
利用者あたり訪問回数(障害者)	6.2027	4.41931

オ) 障害者の受入れ状況

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12 障害者・児の受入状況

	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、その理由をまとめた（表12）。

表13 障害者・児の受入を断った理由

<p>○(重度)心身障害者の受入を断った理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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(介護保険、特定疾患、医療)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2h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、京都府では「43」の番号を持っていても訪看に適應されないので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ることがあるが、それでも遠方すぎたこと。 ・事務所から遠キヨリ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 <p>○(重度)心身障害児の受入を断った理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児のプロフェッショナルが少ないこと。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Nrs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つたわれている為又、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3h以上や買い物の時等の不規則な訪問設定の希望にて。
- ・訪問時間設定
- ・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。

ステーションの看護職員の属性のうち、年齢、領域別の看護の経験年数と、受入状況との関連を確認した。「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」、「リハビリテーション科の経験年数」との関連をみたが、「年齢」については、「断ったことのない」ステーションにおいて、有意に高かった。他の項目については、一定の関連は認められなかった。

・) 障害者である利用者の状況

1966 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、傷患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から、介護保険の対象とならない障害者である利用者を区分した。

その結果、1966 名中、「障害者」は 550 名、「障害者以外」は、
名、不明 名であった。

今後の分析では、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。

ア) 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14 利用者の性別

		性別		合計
		男	女	
障害者区分	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%)
合計		980 (50.7%)	953 (49.3%)	1933 (100.0%)

p<0.01

利用者の年齢は、64.9±21.2 歳であった。女性の方が平均年齢が高い。また、「障害者」ではその平均値が 38.9 歳であり、「障害者以外」の 75.2 歳より有意に若い。「障害者以外」の利用者が介護保険により方も看護を利用するものであることから、明示的である。

表15 年齢（利用者の性別）

性別	平均値	度数	標準偏差
男	62.690	980	21.2511
女	67.080	953	20.9113
合計	64.854	1933	21.1928

表16 年齢（利用者の障害者区分別）

障害者区分	平均値	度数	標準偏差
障害者以外	75.192	1394	10.0363
障害者	38.891	550	19.5564
合計	64.922	1944	21.1604

p<0.01

対象訪問看護ステーションの利用継続期間の平均は3.5年、標準偏差は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」であるか否かにより、利用継続期間に差は認められなかった。

表17 当該訪問看護ステーションの利用継続期間

障害者区分	平均値	度数	標準偏差	最大値	最小値
障害者以外	3.4694	1391	2.62397	16.00	.00
障害者	3.6085	544	2.78962	14.00	.00
合計	3.5085	1935	2.67158	16.00	.00

イ) 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70%である。「障害者」においてその割合が、有意に高い。

表18 主治医の所属

	主治医の所属	
	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%)
障害者	118 (21.6%)	429 (78.4%)

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19 訪問診療・往診および外来受診の状況

	訪問診療		外来受診	
	あり	なし	あり	なし
障害者以外	597 (46.6%)	684 (53.4%)	667 (54.6%)	555 (45.4%)
障害者	183 (35.8%)	328 (64.2%)	328 (67.6%)	157 (32.4%)

p<0.01

傷病について、頻度の高い「主傷病」を表 18 に示す。「障害者」と「それ以外」の利用者では、基礎疾患が異なる。

表20 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
脊椎障害	42	7.6	パーキンソン病	99	7.1
その他の筋骨格系および結合組織の疾患	24	4.4	慢性閉塞性肺疾患	67	4.8
その他の先天奇形、変形および染色体異常	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	脊椎障害	50	3.6
パーキンソン病	15	2.7	くも膜下出血	44	3.2
糖尿病	14	2.5	腎不全	41	2.9
てんかん	10	1.8	炎症性多発性関節障害	39	2.8

障害の状況を表 19 に示す。「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21 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)

		障害の状況					合計
		ランクJ	ランクA	ランクB	ランクC	障害なし	
分 障 害 者 区	障害者以外	93 (6.8%)	336 (24.6%)	399 (29.2%)	532 (38.9%)	7 (0.5%)	1367 (100.0%)
	障害者	39 (8.9%)	77 (17.6%)	84 (19.2%)	232 (53.1%)	5 (1.1%)	437 (100.0%)
合計		132 (7.3%)	413 (22.9%)	483 (26.8%)	764 (42.4%)	12 (0.7%)	1804 (100.0%)

p<0.01

ウ) 介護環境

利用者の約 90%において、同居者がいる。独居者は、「障害者」で 9.5%、「障害者以外」で 8.7%であった。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%と他より高い。

表22 主たる介護者

		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	
障害者区分	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%)
合計		1678 (88.5%)	100 (5.3%)	117 (6.2%)	1895 (100.0%)

P<0.1

介護者の介護上の問題点の有無については、1185人（60.3%）が「ある」とし、全体では「病弱等心身の問題」を27%の利用者が挙げている。「障害者以外」では、「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が、利用者の年齢の差を考慮すると当然であると考えられる。

表23 介護を行う上での問題点

		介護上の問題点			
		要介護・要支援状態	病弱等心身の問題	就業	その他
障害者区分	障害者以外	117 (9.2%)	356 (28.1%)	251 (19.8%)	138 (10.9%)
	障害者	23 (4.8%)	123 (25.6%)	92 (19.2%)	85 (17.7%)
合計		140 (8.0%)	479 (27.4%)	343 (19.6%)	223 (12.8%)

P<0.01

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24 経済状態

		経済状態				
		大変苦しい	やや苦しい	普通	ややゆとり	ゆとりがある
障害者区分	障害者以外	45 (3.3%)	197 (14.5%)	816 (60.1%)	165 (12.2%)	135 (9.9%)
	障害者	39 (7.3%)	111 (20.9%)	296 (55.6%)	59 (11.1%)	27 (5.1%)
合計		84 (4.4%)	308 (16.3%)	1112 (58.8%)	224 (11.9%)	162 (8.6%)

P<0.01

エ) 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%程度である。

表25 他の訪問看護の利用状況

		他の訪問看護の利用			合計
		利用している	利用していない	わからない	
障害者区分	障害者以外	49 (3.7%)	1293 (96.3%)	0 (0.0%)	1342 (100.0%)
	障害者	27 (5.1%)	503 (94.5%)	1 (0.2%)	532 (100.0%)
合計		76 (4.1%)	1796 (95.8%)	1 (0.1%)	1874 (100.0%)

P<0.1

介護サービスの利用状況を表24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。

表26 介護サービスの利用状況(利用率)

	障害者以外	障害者	全体	
訪問介護	703(50.4)	1009(19.8)	812(41.8)	***
訪問入浴	316(22.7)	49(8.9)	365(18.8)	***
訪問リハビリ	164(11.8)	46(8.4)	210(10.8)	**
居宅療養管理指導	239(17.1)	14(2.5)	253(13.0)	***
通所介護	310(22.2)	28(5.1)	338(17.4)	***
通所リハビリ	216(15.5)	13(2.4)	229(11.8)	***
短期入所生活介護	106(7.6)	10(1.8)	116(6.0)	***
短期入所療養介護	60(4.3)	8(1.5)	68(3.5)	***
福祉用具貸与	780(56.0)	72(13.1)	852(43.8)	***
その他	29(2.1)	13(2.4)	42(2.2)	

*** : p<0.01、 ** : p<0.05

オ) ケアマネジメント

ケアマネジメントの担当者については、全体では、「介護支援専門員」が77%と最も多いが、「障害者」だけでみると、「介護支援専門員(25.2%)」と「訪問看護ステーションの看護師(27.8%)」、「自治体(33.2%)」にばらついている。また、「その他」が16%みられが、これは概ね「家族(親・子)」であった。

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ケースも少なくない。

表27 ケアマネジメントの担当者(複数回答)

	障害者以外	障害者	全体	
介護支援専門員	1259(93.3)	104(25.2)	1363(77.4)	***
ステーションの看護師	116(8.6)	115(27.8)	231(13.1)	***
主治医	12(0.9)	27(6.5)	39(2.2)	***
自治体	9(0.7)	137(33.2)	146(8.3)	***
その他	9(0.7)	65(15.7)	74(4.2)	***

表28 ケアマネジメントの担当者の種類

		担当者は一人	担当者が複数	合計
障害者区分	障害者以外	1299 (96.3)	50 (3.7)	1349
	障害者	380 (92.0)	33 (8.0)	413
合計		1679 (95.3)	83 (4.7)	1762

p<0.01

支払い方法が、「障害者以外」では「介護保険法（76%）」が多く、「老人保健法（12%）」、「特定疾患研究事業（11%）」がこれに続く。後者は ALS の研究事業等が該当する。「障害者」では「健康保険法等（53%）」と「身体障害者福祉法（43%）」が多い。

表29 支払い方法(平成17年1月実績)

	障害者以外	障害者	全体	
介護保険法	1058(76.1)	49(9.0)	1107(57.2)	***
老人保健法	170(12.2)	3(0.5)	173(8.9)	***
健康保険法等	121(8.7)	288(52.7)	409(21.1)	***
身体障害者福祉法	114(8.2)	235(43.0)	349(18.0)	***
生活保護法	47(3.4)	31(5.7)	78(4.0)	**
結核予防法	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)	14(0.7)	***
(小児慢性)特定疾患研究事業	150(10.8)	77(14.1)	227(11.7)	**
労災保険	2(0.1)	6(1.1)	8(0.4)	***
自費	16(1.2)	1(0.2)	17(0.9)	**
その他	40(2.9)	16(2.9)	56(2.9)	

・) 訪問看護の状況

平成17年1月のすべての訪問について、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、実施内容等について調査した。

ア) 訪問頻度

1月の訪問回数の合計は6.7±4.8回（1～39回）であった。障害者区分により訪問回数の平均値には差がみられない。

表30 訪問頻度

	人数	%
～4回	904	46.2
4～8回	553	28.3
8～16回	428	21.9
17回以上	70	3.6
不明	10	

イ) 訪問者

訪問1回あたりの訪問者数は1.08±0.27人であった。「複数」による訪問の有無でみると、「障害者」において、複数訪問の割合が高い。

表31 複数の担当者による訪問の状況

		訪問者人数区分		合計
		1人	複数	
障害者区分	障害者以外	1130 (87.7%)	158 (12.3%)	1288 (100.0%)
	障害者	421 (82.7%)	88 (17.3%)	509 (100.0%)
合計		1551 (86.3%)	246 (13.7%)	1797 (100.0%)

P<0.01

訪問者の内訳を表30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、障害者区分との関連をみると、看護職による訪問がまったくない利用者の割合は、「障害者以外」で高い。

表32 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	11093	84.2
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	1199	9.1
ヘルパーのみ	422	3.2
合計	13176	100.0

表33 看護職による訪問の有無

		看護職による訪問の有無		合計
		看護職による訪問なし	看護職による訪問あり	
障害者区分	障害者以外	260 (18.8%)	1124 (81.2%)	1384 (100.0%)
	障害者	88 (16.1%)	460 (83.9%)	548 (100.0%)
合計		348 (18.0%)	1584 (82.0%)	1932 (100.0%)

P<.1

ウ) 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。平均時間が「60～90分未満」である利用者が44%と半数近くを占め、「30～60分未満(21%)」がこれに続く。平均

訪問時間が120分を超える利用者も24名(1.2%)見られた。

表34 訪問時間

	人数	%
～30分	17	1.2
30～60分	403	27.3
60～90分	864	58.5
90～120分	170	11.5
120分～	24	1.6
不明	489	

平均訪問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35 訪問時間と障害者区分の関連

		訪問時間区分					合計
		～30分	30～60分	60～90分	90～120分	120分～	
障害者区分	障害者以外	15 (1.4%)	302 (29.2%)	609 (58.8%)	100 (9.7%)	9 (0.9%)	1035 (100.0%)
	障害者	2 (0.5%)	99 (23.1%)	243 (56.6%)	70 (16.3%)	15 (3.5%)	429 (100.0%)
合計		17 (1.2%)	401 (27.4%)	852 (58.2%)	170 (1.6%)	24 (1.6%)	1464 (100.0%)

$p < 0.01$

エ) 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。

「障害者以外」で実施率の高い項目として、「服薬管理」、「医師の指示による検査」、「浣腸・摘便」、「人工肛門、人工膀胱、胃ろうの管理」、「疼痛管理」、「その他のリハビリテーション」

ン」、「清拭」、「その他の保清」、「痴呆・精神障害に対するケア」、「話相手、談話」、「本人への療養指導」、「家族への説明」が抽出された。逆に「障害者」で実施率の高いものとしては、「吸入」、「気管内吸引、排痰ケア等」、「タッピング」、「人工呼吸器管理」、「口・鼻腔内吸引」、「経管栄養」、「膀胱洗浄、膀胱留置カテの管理等」、「(OT、PTの指示による)リハビリテーション」、「入浴・シャワー浴介助」、「移動・移乗」、「体位変換」、「一緒に〇〇する」、「声かけ、タッチ」があげられた。

表36 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	バイタル測定	1292	93.8	511	93.8			
	2	心身の状態観察、生活状況の観察	1190	86.4	468	85.9			
B 処置等	与薬等	3	服薬管理	643	46.7	209	38.3	***	
		4	注射、点滴	32	2.3	13	2.4		
		5	吸入	23	1.7	17	3.1	\$\$	
		6	在宅中心静脈栄養	6	0.4	4	0.7		
		処置	7	褥創の処置	172	12.5	69	12.7	
			8	創傷部の処置	176	12.8	60	11.0	
	9		医師の指示による採血などの検査	25	1.8	3	0.6	**	
	10		気管内吸引、排痰ケア、気管カニューレの管理	111	8.1	93	17.1	\$\$\$	
	11		タッピング	108	7.8	54	9.9	\$	
	12		在宅酸素療法、酸素吸入	105	7.6	38	7.0		
	13		人工呼吸器の管理	38	2.8	46	8.4	\$\$\$	
	14		口腔内、鼻腔内吸引	132	9.6	77	14.1	\$\$\$	
	15		経管栄養	94	6.8	56	10.3	\$\$\$	
	16		膀胱洗浄、膀胱留置カテの管理、導尿	133	9.7	74	13.6	\$\$\$	
	17		洗腸、排便	253	18.4	83	15.2	*	
	18		人工肛門、人工膀胱、胃ろうの管理	137	10.0	39	7.2	**	
	19		CAPDの管理	8	0.6	2	0.4		
	20		疼痛管理	34	2.5	5	0.9	**	
	21		緊急時の対応や指示による処置	36	2.6	13	2.4		
	22		死後の処置	4	0.3	1	0.2		
	その他		23	マッサージ	264	19.2	112	20.6	
			24	リハビリテーション	237	17.2	111	20.4	\$
		25	その他のリハビリテーション	512	37.2	163	29.9	***	
		26	ターミナルケア	6	0.4	0	0.0		
		27	(与薬・治療・処置関連)その他	41	3.0	9	1.7	*	
	C 身の回りの世話	28	入浴、シャワー浴介助	234	17.0	121	22.2	\$\$\$	
		29	清拭	333	24.2	85	15.6	***	
30		口腔内ケア、歯磨き、うがい、口腔清拭	183	13.3	72	13.2			
31		その他の保清：洗髪、手浴、足浴、陰部洗浄	479	34.8	151	27.7	***		
32		整容：髭剃り、散髪、整髪、爪きり、更衣	484	35.1	183	33.6			
33		排泄援助、おむつ交換	462	33.5	192	35.2			
34		経口での栄養、食事、水分摂取に関わる援助	154	11.2	60	11.0			
35		移動、移乗、散歩の介助	387	28.1	171	31.4	\$		
36		体位変換	335	24.3	160	29.4	\$\$		
37		環境整備	207	15.0	94	17.2			
38		(身の回りの世話関連)その他	3	0.2	2	0.4			
D 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	118	8.6	18	3.3	***		
	40	話し相手、談話	714	51.8	252	46.2	**		
	41	一緒に〇〇をする	43	3.1	33	6.1	\$\$\$		

	4 2 声かけ、タッチ	536	38.9	245	45.0	\$\$\$
	4 3 本人への療養指導・説明	448	32.5	154	28.3	**
	4 4 その他	10	0.7	7	1.3	
F 本人以外へ働きかけ	4 5 主治医、他機関、他専門職等への連絡、相談	452	32.8	176	32.3	
	4 6 家族への説明、連絡	592	43.0	212	38.9	*
	4 7 家族の状態観察	448	32.5	165	30.3	
	4 8 地域住民への声かけ	4	0.3	1	0.2	
	4 9 その他	8	0.6	12	2.2	\$\$\$
G その他	5 0 その他	27	2.0	20	3.7	\$\$

(「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

・) 障害者・児に対する訪問看護のあり方について：現状の問題点

表37 障害者・児に対する訪問看護提供についての意見(自由記載)

<p>○レスパイトに関して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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お願いすることが多い。 ・医療ニード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 ・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) ・家族の負担は大だが受け入れる病院、施設探しが大変。 ・介護負担を考えると、必要であり重要なサービスである ・病院側の受け入れが不十分である。ST同志の連携がし易い制度の確立が必要。 ・受け入れ病院の理解。・本人の受け入れ(入院することに対する) ・障害者の受け入れ対策の充実 ・訪問時間延長料金の見直し(家人外出時の見守りなど) ・緊急時通報システムの導入 ・2、3年前と比較すると整備されてきているという印象にあるが、まだまだ需要より供給が少ない。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。 ・24時間巡回型訪問看護活動の確立。 ・マンパワーの充実。 ・社会資源の活用。 ・ご本人の希望するリハビリが受けられず、遠方の施設を利用中の方がいます。近くに利用できる施設がなく、施設不足を感じます。訪問看護は数時間の利用となるためレスパイト目的はショートの利用が良いと思います。 ・受け入れ可能な施設の不足 ・受け入れ先が、なかなかない。特に気切、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ない。デイでも不可。けっきょく在宅しかないが、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Pt、Faがえらべるといい。 ・この地域に小児のみれるDr. がほとんどいない。 ・サービスを提供できるSTが少ない。 ・サービス量の不足。 ・ショートステイのように、家族の介護疲れを軽減できる体制が不十分、訪問看護ステーションとして専門的に学んでいないので、依頼がくるとそこから勉強です(看護師) ・デイ SV、ショートステイなど、受け入れ可の施設は存在するが、重度になると対応できる所はかぎられていて、タイムリーに利用できない。看護力のある施設が期待できなければ、訪問看護で長時間対応等(自己負担ではなく保険で)が必要となきがある。 ・なし ・ヘルパー導入しても吸引等あった時結局は家族がしなくてはならない為、家族の休養にはならず、看護師が毎回滞在するわけにも行かず金銭的な負担も大きい。 ・ボランティア等の整備不足 ・レスパイトの為の公的な受け入れ場所が少ない(短期間の受け入れ先、通所施設)専門的相談相手がいない事で抱え込み傾向がみられる為相談機関の充実と広報活動に力を入れてほしい ・レスパイトをできる施設が不足している。病院のレスパイトが少ない。

- ・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。
- ・以前関わっていた利用者様の肉親の急死、母親のレスパイトのために当STの母体HPに社会的入院をしていたのですが、事がスムーズに運んだわけではなく大変でした。
- ・医療キキ装着中の方は地域サービスをうけることが困難
- ・医療ニーズが高い場合は、訪問看護中に親の外出が可能ではあるが訪問時間にも限界があり、訪看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。
- ・医療依存度が高いため、レスパイトにしてもすぐ施設側や病院の対応がむづかしい。一人にいくつもの事業所が関係するが、充実している利用者にかたむく傾向。
- ・医療依存度が高い方ほどレスパイト先を探すのが困難
- ・医療依存度の高い方のショートステイの受け入れ先は、病院であり、利用日数の確保もたいへんである。
- ・医療機関においてのショートステイ対策がすすむべきと思う。障害者・児の医療依存度が高いケースは、入所利用が困難。
- ・医療処置がある場合、介護保険施設は受け入れてくれないことが殆んど。入院、入所先が極少ない。
- ・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。
- ・家族が安心してあずけられる信頼関係が必要、訪問看護が受けるにしても、教育、経験(特に小児の障害児)が必須と考える。
- ・家族のレスパイトの為に通所看護など大切だと考えますが施設面や人的な事からなど問題が多くとても受け入れはできそうにないです。
- ・家族のレスパイト目的のサービスに関しては必要を強く感じていますが、スタッフ、設備、制度等の条件が整っていません。
- ・家族の介護負担軽減。特に医療的処置を必要とする利用者が利用できるショートステイ、デイサービスが少ない。
- ・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。また、常々、カンファレンスを開き、関わるものの協働が必要と考える。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。
- ・過疎の地域があることも理由かもしれませんが、近くに通所できる施設がなくやむおえず家にこもってしまっている、あるいは短期入所にしても遠いためたためらってしまう場合も多いと思います
- ・介護休養のためにも今後、施設数の拡大が望まれる。
- ・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
- ・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昨日をもつ受け皿が絶対的に不足している。
- ・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。主治医が、神経内科でなかった事で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。
- ・開設したばかりで地域の実態もよく把握してほしいが、今までの経験では有志者に対する家族のレスパイトを目的としたサービスは必要と考えます。訪問看護STの通所看護制度に期待しています。
- ・希望する日程、サービス、ケアに対して、対応できるようにしたい。(人不足や教育面の充実をさせたい)
- ・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
- ・居住地の近くにそれを目的としたサービスがない。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。
- ・緊急時受け入れ体制(病院等)がむづかしい。定期的に家族の負担を軽減する必要がある。
- ・頸椎損傷など、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とします。介護保険の特定疾患の内容も検討していただきたい。
- ・現在、整*学園がレスパイト的役目を果たしている。ステーションとしてレスパイト機能があれば、もっと充実したものになると思う。
- ・現状はレスパイトを出来る施設が少なく問題である(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。)
- ・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。
- ・施設の受け入れに余裕がなく家族の希望がなかなか通らない。医療依存度の高いケースに関しては受入れ可能な施設が少ない(ALSの場合、病院に依頼するが、限られている)
- ・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。
- ・主治医の医療機関との相談が重要となる。
- ・受けれる施設が少ない。

- ・受け入れできる施設が増えること
- ・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。
- ・重度心身障害児の場合はレスパイト対応が充実しているがそれ以外は充実していない。
- ・重度心身障害者・児を受け入れてもらえる施設が少ない。介護保険利用者も同様
- ・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ます。入所しながらとか、入院しながら、*ものサービスが使えるなどの制度を変更する必要はあると思います。
- ・障害者(児)が活動できる場の確保。マンパワー不足。訪問看護提供場所の拡大
- ・障害者でも介護保険対象者はショートステイ等の利用はできるが、身障のサービスの人は、医療処置が多い人がいる為、十分な受け入れ体制ができていない。
- ・障害者を受け入れる施設の体制が整っておらず、レスパイトの目的がはたせない。
- ・障害者を受け入れる病院や施設が少ないように思います。また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。
- ・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。
- ・人工呼吸器、気切をしていても意識がある方のFa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。
- ・絶対的に不足していると思われま。
- ・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。介護保険利用者と一緒にでは利用しにくいという声もあります。
- ・対象によってはショートステイの対応が困難という理由でレスパイトできないケースがある。その方は短期入院させていただけの病院があるが、これからは施設側に考えていただきたい。
- ・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と考えま。
- ・地域による利用者間の格差が減少すればよいと考えま。
- ・地域に支援体制がない
- ・地域的に施設が不十分であり、介ゴ者にとって十分なレスパイトになっているかは不明である。
- ・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。
- ・長時間滞在、複数人数、複数回訪問を可能にすること。
- ・通所看護が言われていますが、急変時の対応一つとっても通所中の場合主治医が不在の時にいつでも見られる代わりのDoctor体制学が必要になってくると思いま。本当に障害者やその事について理解している人が行うべきですが、むづかしいところです。利益は余りかんがえられないとある研修でききましたが、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。
- ・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。
- ・定期的な保障体制は急務。一般病棟ではケアの安全、安楽面で本人、家族、消極的又地域支援、施設も同様、医療依頼度が高いと受け入れが難しい状況
- ・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
- ・当ステーションでは小児の障害児(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。
- ・当ステーションは医療依存度が高く、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が限られており、通所介護など訪問介護の多機能化が必要とみている。
- ・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と思いま。(宅幼小所適な所)
- ・入院可能な病院の確保はむづかしい
- ・入所、短期入所、通所等の施設が少なく、地域にないため、利用できないことが多い。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。
- ・費用面、24時間活動できるサービス施設が増える事など
- ・平塚市はレスパイト機能はあるのですが、介護保険利用者は介護保険優先となっており、老人病院では処置等不安多く総合病院受け入れが重度な程望ましい
- ・母体が精神病院の為、主治医からの依頼があれば訪問すると思われるが今のところケースは無い。受けたら、研修等参加し勉強しなければならない。
- ・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。
- ・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づかしいと思いま。
- ・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。

- ・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。
- ・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。
- ・夜間常時吸引を必要とする利用者の家族の休息
- ・利用をおこわりすることはない。
- ・利用出来る施設が少ない
- ・療養型の空床利用になり、呼吸器等の装着があれば受け入れ困難などなかなか家族が休める状況にない。

○ケアマネジメントに関して

ケアマネージャーかマネジメントしている 良好な関係

- ・ケアマネー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。当地域の様に、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。
- ・ケースによって、と思うが、神経難病者には、行政の積極的関わりを望むところです。
- ・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。
- ・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。
- ・ケアマネージャーがいる場合は、問題ないがケアマネージャー(介護保険をつかってない方)がいない場合、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ワケではないので訪看 Nrs 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。
- ・ケアマネー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ていない。
- ・ケアマネージャーだけでなく、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。
- ・ケアマネー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、上記にも書いたが常々(定期的)にカンファレンスが必要で調整連携が
- ・ケアマネージャーも重要だが、地域の保険師活動を重点的にする必要があると思う。
- ・ケアマネージャーとの協働、連携を強化し継続的ケアマネジメントが重要。
- ・ケアマネが中心で動き、その中に医療の対象者でもカンファレンスなど行っており、あまり、自分達のみで動きにはなっていない。
- ・ケアマネジメントする方が、依頼時のみの関わりの方が多くあり、その後の関わりが少ないことが多い。
- ・ケアマネジメントを担うのが誰なのかはっきりしない。
- ・ケアマネー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。
- ・ケアマネージャーの職業歴によっての質の差がありすぎます
- ・ケアマネの質の向上(看護師以外の資格のケアマネー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)
- ・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っているので、定期的なモニタリングが必要と思われる
- ・スタッフも家族も集まって検討する余裕がない。
- ・その人に何が必要かを適切に分析しなければならぬと思う。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。
- ・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キーパーソンになる必要がある。
- ・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。
- ・医師との連携が密にとれることが重要と考えます。
- ・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。
- ・家族とサービスを結ぶケアマネージャーが必要である。介護者の負担は大きいと思われる。
- ・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。
- ・介ゴ保険のケアマネージャーほどこまめな関わりが……薄いような印象があります
- ・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ない
- ・介護保険によるケアマネジメントは大分定着してきたと思うが、障害児のケアマネジメント機能がはっきり理解できていない。また家族だけが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。
- ・介護保険のよう中心で支援のコーディネーターが必要。
- ・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3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、ケアマネー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。
- ・介護保険利用者しか利用者が無かったのでケアマネジメント業務はケアマネが行っており、必要性は特に感じていない。
- ・介保のように、ケアマネジメントがいることが求められる(行政担当では個別的な対応がむずかしい)
- ・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まして問題になるケースも少なからずある。
- ・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ージャーにかかる負担が大きく、またバックアップの系態が出来ていない為燃えつきてしまうCMが多いのが現状ではないでしょうか。
- ・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。
- ・個人差がある(マネジメント能力に)
- ・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
- ・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為、ケアマネジメントについて看護職を指定した方が……?
- ・高齢者であれば、介護保険によるケアマネー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っては本人、家族のマネジメント能力には限界があると考ええる。在宅生活が継続維持していくためのケアマネージャー的存在の公的機能をもつ人が必要と考える。
- ・今現在、市の方が(保健師)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。
- ・在宅ケアの要となるケアマネー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。
- ・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。介護保険利用者の場合、ケアマネー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)
- ・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います。
- ・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。
- ・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
- ・実際業務としては行っておりませんが、必要な事は情報としてケアマネージャーと連携をとるようにしております。
- ・若い知的障害者の方の場合、介護保険も使うことができず、かといって自治体の福祉担当の方も中々中心となってマネジメントできていない状況です。核になってくださる方がいてほしい。
- ・若年者へのサービス提供施設が少なく社会生活の拡大が困難
- ・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。
- ・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が増えると思います。
- ・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、連携が訪看護STからの一方的に感じる。
- ・障害者、児に関して、福祉課(役所)等の関わりが少なくSTから問い合わせたり検討したい事ははっきりせず、どちらが主としてマネジメントをするのかいつも不明(STで動いているが)。
- ・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。
- ・上記のケースの続きですが、S. S.、デイサービスをもっと以前から利用する等していたら……と思いました。母親が子供を見る場合とても視野が狭くなり、他者の助言をなかなか受け入れてもらえず苦勞しました。役所は、ご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N* もよりアドバイスができてよいと思います。(都道府県によってちがうとは思いますが)
- ・職種によるかたよりが感じられる。
- ・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。本来ではあるが、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。
- ・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、ケアマネージャープラス、市町村の保健師も積極的にかかわってほしい。
- ・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。
- ・選べるサービスになり、措置の時代に比べればありがたいことなのだが現実には、なかなか大変である。本人や介護

者も手続きやその他負担が大きい。介護保険ではケアマネがいるが、介護保険対象外の人はまだ自分でかかえなければならぬ現状がある。

- ・全てを家族と直に行うこともあり、負担が大きい。
- ・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、受けたいサービスなのか？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。
- ・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。
- ・特になし
- ・特に医療依存度の高いケースの場合必要はあり、しかし、ケアマネジャーとの連携がむずかしい状況のこともある。
- ・特に重度の障害のことを良く理解してる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。
- ・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、院内のNSにも在宅サービスの理解が必要。
- ・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。
- ・必要
- ・病状を含め生活環境を把握している看護師が行くとスムーズであると思われる。
- ・併設で居宅介護支援事業所があり、現在問題ケースに関してはケアマネジャーと頻回の連絡をとりあっているため、問題は無い。
- ・訪看においては、介保と医保の利用になり、介保利用の場合はケアマネによる調整があるため、各サービス事業間の連携もとやすいが、医保利用になると中心になって調整する者がおらず、訪看が調整役となる事が多い。調整役は必要であると思う。
- ・訪問看護が必要な方の場合は 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多くあり、支障となるケースが多い。看護本来のマネジメント(関係職種のカナメ的役割)を中心にすすめた方がスムーズでご利用者の方のリスクが減ると思います。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ケアマネの方もおられますね。
- ・訪問看護ステーションのみで、色々とマネジメントを行うのは、たいへんなので、ケアマネジメント機能によりたいへん便利に利用させてもらっている。色々と情報交換を行いながら！
- ・訪問看護師が中心となりマネジメント行っていることが多い。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。
- ・末期がん患者のターミナルケアマネジメントの総合的な報酬。
- ・様々なサービスを受ける必要がありサービス業者間のマネジメントが難しい。主となってマネジメントする役割の確立が必要。
- ・力を入れているかどうか地域によって格差がある。現在、主体は本人という考え方、また、必要な人に必要なサービスをという方針でケアプランを立てるサービスを利用しているが、介護保険の対象者には制限が多い。活用出来ていないのが現状、必要な人に使えない。
- ・老人に関しては、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。

○現状の問題点

- ・(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。
- ・(特に退院時の調整は苦勞する事が多い)身障者等で重度の方は、病診連携が、十分できない事が多く、家族の介護にたよりきっている事が多い。特にALS等難病に対して、ST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)
- 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おうのがむずかしい。
- ・介護保険の限度額にしばられて、充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)
- ・在宅に移行する準備としての外泊時のフォロー体整が不備。
- ・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病床で入るスペースが少ない。
- ・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? じょく創の発生が生じた時に困窮がおこる。・医療機関においては公費負担で訪問看護においては 1 割負担が利用者の負担となり回数を増やして欲しくても増やせないのが現状です。

- ・①、②の不足
- ・①②に記入した内容や、入院中の外泊や退院準ビにおける外泊時費用負担の問題があるのでは。
- ・①利用可能な費用、回数など制限がある。 ②医療との連携(緊急時往診、入院受入など。
- ・24時間とまではいかないまでも(家族が就業している場合)介護を必要とする例もあり結局費用面で必要量のサービスを利用することが困難、施設へという結果も多い。
- ・NS、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。
- ・ST利用料が償還払いになったけれども一度料金を支払わなければいけない負担はあるようです。医療機関などでは支払いが殆んどない中でST利用額を一度負担する形になるので……。
- ・ケアマネージャに対する制度に対する教育を充分に行い、必要なサービスの整理(マネジメント)を認識してもらおう。
- ・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Nsを中心に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。
- ・ご本人、ご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点。
- ・サービスを提供する側の教育制度をわかりやすく。
- ・サービス業務間の連けいが難しい。
- ・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。
- ・ほとんどの場合行政でマネジメントを担うことになっているのですが全く機能していないので、サービスがうまくまわらない、連携がとれていないなどがあります。
- ・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。
- ・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* でなければ利用出来ないシステムには無償を感じる。それならば、診断したDrがきちんと責任をもってフォローすべきであると考えます。
- ・まだ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。
- ・マンパワー不足の現状である。
- ・リハビリの必要性があってもPTの要請が困難
- ・レスパイトとして受け入れてくれる施設が少なく、緊急で必要な時等困ってしまうのが現状であると思います。
- ・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。
- ・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。現在、自施設では、スタッフの体制の面からも24時間体制をとることが難しいところですが、今後は、前向きに検討していく必要があると考えています。
- ・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etc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。
- ・医療保険の訪問看護について、知らない方も多いのでアピールした方が良いと思う。事業所から遠方の病院などは、連携がとりにくいこと。
- ・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。)
- ・家族内の介ゴ力が不十分な場合、在宅は困難と思われるが、訪問看護事業の理解が不十分で受け入れがスムーズでないケースもあり、地域での受け入れ、認識を深める働きが必要と思われる。
- ・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。
- ・介護保険制度においては、介護度と本人に必要なサービス程度に合わず困難を要する時がある
- ・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? もっと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。
- ・介護保険内で限度額一杯利用されている方の場合を考えると、訪問看護は医療保険で利用できると思う。
- ・介保にての訪問で、特別指示書により医保にて訪問時は、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りすぎる。
- ・介保対象外(低年令の方)の場合、だれがマネジメント中心か本人の決定能力などが無い場合、特に定まっていなため対応がおくれやすい。
- ・看護師の力量不足、経験が少ない、人員不足。
- ・看護職の不足
- ・急性期病院は入院日数に制限があり、療養型の病院はなかなか満床で入院出来ない現状がある。在宅で療養していて、レスパイトさせたくても出来ず大変である。
- ・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す。
- ・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。
- ・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ことが多い。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。
 - ・行政職員のステーションに対する理解が深い事。本人のニーズをつかんでいない事。
 - ・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。
 - ・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
 - ・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。
 - ・受け皿が少ない為、サービス提供に労を費やす
 - ・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。医療保険の場合、1回の訪問で一律の保険点数のため1h半~2h滞在しても介ゴ保険の1h分しか収入にならない。
 - ・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NSが必要。特に「NICU」「精神」では、一般病棟等の経験だけでは対応が困難に思う。
 - ・重度障害者はショート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。
 - ・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。
 - ・小規模ステーションでは頻回、複数回の訪問は対応困難。
 - ・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)
 - ・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ったり* 別意識が非常に強い。
 - ・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。
 - ・障害児の親、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。
 - ・障害者・児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。
 - ・障害者の場合行政サイド(保健所)での問題点の発掘が重要であると思います。
 - ・障害者特に難病ケースは、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。
 - ・上のようなことです。
 - ・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。
 - ・人員不足、経験者が少ない
 - ・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。
 - ・制度が確立していない
 - ・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
 - ・通院の付き添い(病院側の体制作づくり)
 - ・通常の訪問看護サービスに問題はありますが、①の事項と同様に、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
 - ・特になし
 - ・独居や障害者世帯が今までの利用者の方ではおおかった。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ないといけなくなってくる。
 - ・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。
 - ・必要性は大きいと思うが、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)
 - ・病院に行けば月額1000円で見てもらえるが、STに来てもらうと助成を使っても1割の負担がある。
 - ・病棟のNSが在宅へのあり方が分かっていない
 - ・負担金大きい(3割)
 - ・母の入院等の事態があったら ショート・ステイと考えても、受け入れてくれる施設が現実としてなく受け入れてくれるところがない。
 - ・母親の介護負担軽減としてヘルパーの導入が不十分。
 - ・訪問看護サービス提供時間をへんこうされることが多い。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勞がある

- ・訪問看護の必要性がケアマネージャー、Dr.、医療(病院、医院)に理解されてなく利用が少ない
 - ・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。
 - ・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。
 - ・利用者がなく不明。
 - ・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。
 - ・料金が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。
 - ・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……)
 - ・老人NCはみんな経験しているが、小児NCの経験ほとんどないし主治医も(小児の)いない。
- その他
- ・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。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
 - ・このアンケートの回答集計にはかなりの時間がいました。アンケート内容をもう少し考えていただけるとありがたいです。
 - ・サービス事務所、独自のスタイルのところもあって、連携困難。
 - ・医療依存度の高い者の場合機器の準じ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(看護)は、障害者手帳 1 級等あれば医療費(自己負担)はかからないが、訪問看護ステーションからの看護、リハビリは 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さんだったり健康福祉センターの保健婦さんだったりシステム化されていない。核家族で困っておられる方はおられると思うが
 - ・在宅移行時の病院と在宅の連携、特に退院時がKey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、訪問看護師も困ることが多い。
 - ・支援費制度の障害者のデイサービス等に看護師がいないので、医療処置の必要な利用者は利用出来ない
 - ・私共ステーションは障害者医療対象者が多く今回のアンケートは大変でした。看護大学からステーションへのアンケートがこの時期重なり業務をかかえむずかしい面もあります。
 - ・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。
 - ・縦割りでのサービス提供は、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NS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見られ、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。
 - ・当ステーション自体が設定日数が浅く、マンパワーetc 不足の折、アンケート記入、実績記録をここに記入することすら力不足です。これからの為に協力をし、色々のご指導も受けたいのですが、この度はこの位が限度です。申し訳ございません。
 - ・特にありません。
 - ・特定疾患の方と同じ様な無料も必要かと思えます。
 - ・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。

4. 考察

(1) 訪問看護ステーションの受容力について

① 質的充足

- ・障害者・児への訪問看護提供にあたって、経験や知識の十分でないことに対する不安感が強い。
- ・ステーションの看護職員は、障害者・児への訪問看護を行うに必要な経験を必ずしも十分にはつんでいない。障害者・児である訪問看護利用者数が少ないこともあり、OJT による経験の蓄積は困難である。
- ・したがって、教育ニーズを明らかにし、研修体制を整えることが急務である。

② 量的充足

- ・障害者・児への訪問看護の特徴として、長時間・頻回の訪問が求められていることが挙げられる。
- ・ステーションが利用を断った理由には、物理的に人員体制を組めないというものも多い。
- ・また、障害者・児への訪問看護の量的なニーズは現段階ではさほど多くない。
- ・したがって、①で述べたような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体制作りに向けた具体的な資料を作成することが急務である。

(2) 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

- ・障害者・児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。
- ・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、障害者・児(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。
- ・訪問看護を適切に活用することは障害者・児の福利につながる(はず)。なので、適切な利用を喚起すべきである。
- ・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、(3)に述べるような制度的な対応がなされるべき。
- ・その際、障害者・児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。

(3)制度的な対応

・長時間・高頻度利用ニーズへの対応が可能な報酬体系、訪問場所についての検討は、少なくとも早期に議論することが必要。

(4)障害者・児への看護提供内容についての再考

・実態の適切な把握に供するような、障害者・児へのサービス提供の特徴を踏まえたサービス項目の検討が必要である。

5. 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、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)
- (3) 以上を検討する枠組みとして、障害者・児への看護提供内容についての再考

資 料

障害者・児*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 → (_____ ヵ所) 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		
	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、急性増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、障害者・児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

障害者・児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	副傷病番号	副傷病番号
	(番号がない場合は傷病名を記入)	(番号がない場合は傷病名を記入)	(番号がない場合は傷病名を記入)
(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 自力で寝返りもうたない

(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 6.通所介護 2.訪問入浴介護 7.通所リハビリテーション 3. 貴ステーション以外からの訪問看護 8.短期入所生活介護 4.訪問リハビリテーション 9.短期入所療養介護 5.居宅療養管理指導 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) 延 _____ 時間 _____ 回 2 ディサービス事業 延 _____ 時間 _____ 回 3 短期入所事業(ショートステイ) 延 _____ 時間 _____ 回 4 グループホーム 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	清潔整容	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)	C 身の回りの世話		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	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			D コミュニケーション	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()					

