

平成 17 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業
(老人保健健康増進等事業)

地域特性に応じた訪問看護ステーションの機能・役割に関する検討

報 告 書

平成 18(2006)年 3 月

主任研究者 村嶋幸代

社団法人 全国訪問看護事業協会

はじめに

地域における社会資源のひとつである訪問看護ステーションの機能や役割は、その地域の医療・介護サービス拠点の整備状況によって異なってくる。このため、人口が少ない過疎地と都市部とでは、訪問看護ステーションに求められる機能や役割は大きく異なると予測される。

しかし、このようなへき地における訪問看護ステーションへのニーズや持つべき機能、役割は明らかにされていない。

そこで、本研究事業では、人口が少ない「へき地」における訪問看護ステーションが、どのような機能を果たしているのか、それは、その地域の保健医療福祉サービス体系の上で、どのような機能として位置づけられているのか、また、逆に、人口が少なく、自然条件の厳しい土地で、ステーションの経営・維持には、どのような困難点が伴うのか、更に、その様な困難点に対して、実際にどの様にステーションが対処しているのか、行政を含む地域側からはどのような応援がなされているか、を調査によって明らかにした。同時に、平成18年4月からの新しい報酬体系の下、ステーションが地域特性に応じて、どのようなサービスを提供出来るのか、組み合わせることによって何が可能になるかといったモデルについても検討した。

具体的には、①へき地の医療と看護について法律や通知・制度の概略を押さえ、②へき地の訪問看護ステーションの分布を明確にし、その分布に影響を及ぼす要因を把握すること、③へき地を含む計9県にある計24所の訪問看護ステーションとそこを管轄する保健所・市町村（保健センター等）を対象に、地域のサービス整備状況、サービス提供体制、提供状況、利用者の状況等をヒアリング調査した。また、以上の結果を基に、④地域の拠点として求められる、地域特性に応じたへき地型訪問看護ステーションの機能と役割を明確にした。

少子高齢化に伴い、へき地の過疎化は著しい。訪問看護のようなサービスがなければ、そこで生を全うできなくなり、益々土地が荒れて、過疎化が更に進む。訪問看護は、へき地に於いても人々が生活し、年を重ねていくために不可欠の資源である。へき地の看護の問題を考えることは、取りも直さず、日本がどのような国、地域で有ることを望むかと言う問題でもある。

本研究事業では、各地の訪問看護ステーションだけでなく、その地域の保健所・保健センターの保健師にも意見を聞かせていただいた。一つの機関だけでなく、複数の機関の多くの方々からのご意見を得たことにより、その地域の健康問題を幅広く見ることが出来たと考えられる。心から、御礼申し上げます。

住み慣れた地域や環境の下で、一人でも多くの方が永く安心して暮らすことが出来るように願っている。本研究事業がその一つの契機となれば幸いである。

平成18年3月

主任研究者 村嶋幸代

(東京大学大学院医学系研究科地域看護学、教授)

平成17年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
地域特性に応じた訪問看護ステーションの機能・役割に関する検討 研究事業
—報告書素案—

要旨..... 1

第1編 人口の少ない地域における訪問看護ステーションの特徴と課題

I へき地の定義..... 7

II 日本におけるへき地の 訪問看護ステーションの 分布..... 15

III 調査..... 67

1. 目的..... 67

2. 方法..... 67

3. 結果..... 74

 A 北海道..... 74

 B 青森県..... 78

 BI. 下北地域の訪問看護ステーション (B-1、B-2) 78

 BII. 公立の2つの訪問看護ステーション (B-3、B-4) 81

 C 新潟県..... 89

 D 栃木県..... 95

 E 山梨県..... 101

 F 長野県..... 105

 F-1..... 105

 F-2..... 108

 F-3..... 110

 G 長崎県..... 116

 G-1..... 116

 G-2..... 119

 G-3..... 121

 H 鹿児島県..... 127

 H-1..... 127

 H-2..... 132

 I 沖縄県..... 137

4. 結果のまとめ.....	142
IV 結論と提言.....	151
V 付録.....	155
第2編 介護報酬改定をふまえた訪問看護ビジネスモデルの検討	
1. 目的.....	171
2. 実施内容及び方法.....	171
3. グループワーク実施結果.....	184
4. 結果のまとめ.....	201
研究体制.....	205

要旨

— 要旨 —

1. 目的

地域特性のうち、人口過疎地（以下、へき地）の訪問看護ステーション（以下、ST）が果たしている役割・機能、および、ST 運営上の困難と、ST を成立させていくための工夫や支援体制などについて調査し、へき地の人々に訪問看護サービスを提供するための ST のあり方について示唆を得ることを目的として、ST の分布調査、ヒアリング調査を行った。

また、平成 18 年度の介護報酬改定により、ST が地域の他機関（特別養護老人ホーム、グループホーム、特定施設入居者生活介護等）と連携した場合の報酬が設定された。今後、地域特性に応じた ST のあり方への示唆を得るため、この介護報酬改定に伴う ST のビジネスモデルのあり方を検討した。

2. 方法と結果

<① 訪問看護ステーションの分布調査>

全国の訪問看護ステーションの所在地データをWAMネットから抽出し、その住所と郵便番号データによって得られる位置情報を地図にマッピングした。

一部の県に関しては、ST の訪問エリアや、周辺の医療機関、介護保険事業所、施設等を表示したところ、へき地でサービスを提供する ST の訪問エリアが広範囲に渡ることが明らかになった。また、訪問看護ステーションやその地域資源は、都市部や主要道路付近に集中する傾向があることもわかった。へき地で交通網も十分に整備されていない地域には、訪問看護ステーションばかりでなく、医療機関や他の介護保険サービス事業所・施設も不足しているという状況にあり、そのような地域で暮らす人々をどう支えていくかが課題と考えられる。

<② ヒアリング調査>

離島型へき地、山間地型へき地、豪雪地型へき地、広大地型へき地の類型を参考に、9 都道府県を選出し、それぞれへき地に該当する地区に存在する ST を 2～3 ヶ所、任意に抽出し、目的に沿ってヒアリング調査を行った。また、その地区を管轄する保健所または保健センター（あるいは隣接する地区の保健所・保健センター）にも協力を依頼した。ヒアリングの結果、以下の点が明らかになった。

1) へき地における ST の困難点

へき地では、自然条件が厳しいことや、スタッフの数が少ないことにより、「利

用者が必要なときに利用できる保証」がないという状況がみられた。また、厳しい自然環境は、「看護師の労働環境」にも影響を与えていた。

加えて、地域の中で看護師免許を持っている人材自体が少ないため「訪問看護師の確保」も困難であった。また、勤務体制に余裕がないこと、地理的条件から往復に時間がかかることから、研修に参加できる機会が少なく、「ケアの質の確保」も困難であった。

さらに、訪問看護の役割やメリットが理解されにくく、医師との連携が難しいなどの「他職種との連携」の困難もあった。またこのことは、地域の人口が少ないこと、低所得や世間体の問題などとあいまって、「訪問看護利用者の確保」の困難も引き起こしていた。利用者確保が難しい現状は、すなわち訪問収入が少ないことを意味し、「経営を成り立たせること」自体が難しい現状であった。

2) へき地における ST の工夫

関係機関との連携や住民との信頼関係を構築し、ST への理解を促していた。また、口コミも重要な PR 方法であるため、日々のケアの質の向上にも力を入れていた。そのため、厳しい労働条件や環境にあっても、研修への参加や勉強会の開催を積極的に行うよう努力していた。

3) ST を支えるもの

行政は、市町村の建物内に事務所を家賃や光熱費を無料で提供することや、利用者の交通費の一部を負担すること等を支援していた。行政保健師は、利用者や看護職の発掘・紹介や、訪問看護の利用促進に向けた普及・啓発等の支援を行っていた。また、経営母体は、へき地の ST の赤字を補填する仕組みや、スタッフの研修参加への支援を、教育機関や看護協会等は、研修会や勉強会の支援や経営的なアドバイスをしていた。

4) 訪問看護を提供できていない地域の存在が明らかになった。

距離や自然環境的な問題から訪問できない地域がやむを得ず発生していた。訪問看護師はその地域の存在を気にかけており、訪問できていない地域は、訪問看護可能な地域と比較すると、要介護者や家族の状況が変化することで、即座に施設利用に至るケースが多い印象を持っていた。

5) へき地は医療機関が少ないため、医療的な判断や処置においては、ST の役割は大きかった。

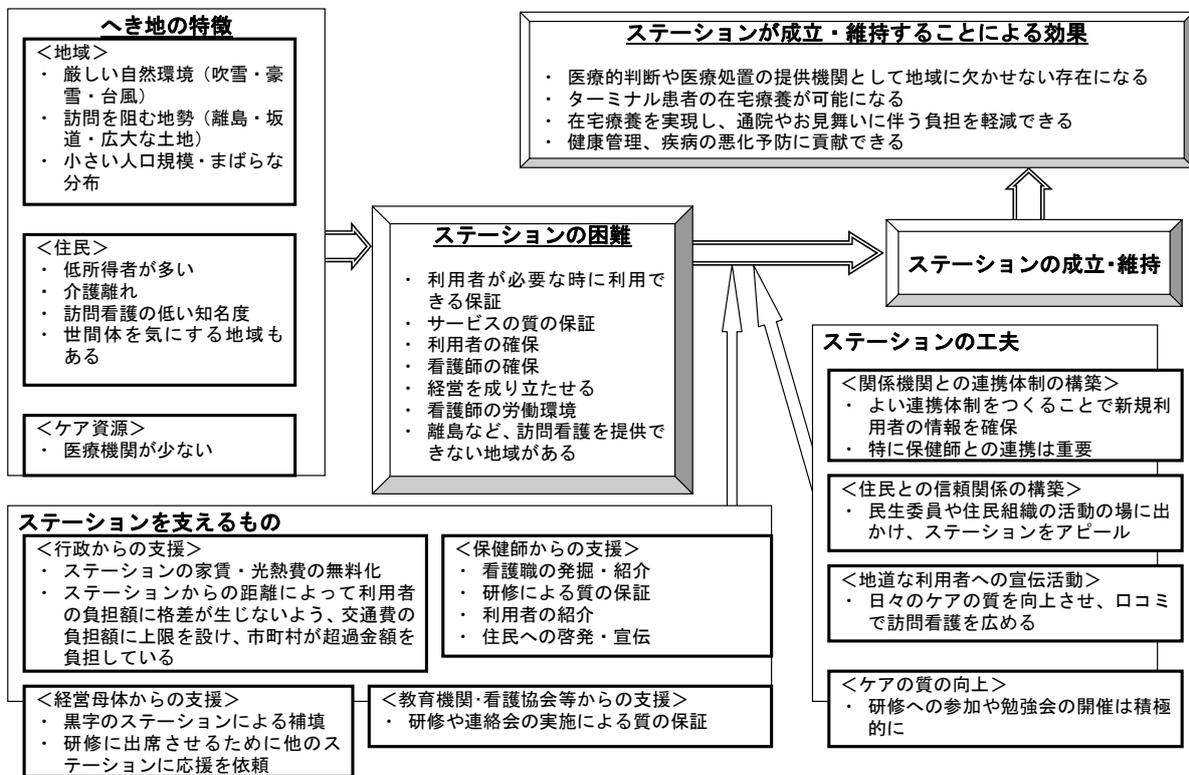
へき地における ST は、その地域の在宅療養の継続やターミナルケアを支える上で不可欠な存在となっていた。また、ST からの訪問があることによって、病院から帰

宅できると共に、通院やお見舞いに伴う困難を軽減し得ていた。

6) まとめ

へき地は医療資源やケア資源が少なく、訪問看護は医療的な判断や在宅療養の継続に大きな役割を担っていた。へき地の ST は経営面やケアの質の保証等に様々な困難を抱え、工夫しながらサービスの提供を行っていた。一方、現在、訪問看護が提供できていない地域も存在することが明らかになった。誰もが訪問看護を利用できるよう、へき地でも ST が無理なく成立・維持できる仕組みづくりが必要であり、ST の経営に関わる制度の改善が必要だと考えられた。

図表 i へき地における ST の特徴



<③ ビジネスモデルの検討>

ST の管理者を対象に、平成 18 年度介護報酬改定における ST に係る改定内容についての説明、及び今後の訪問看護ビジネスモデルの検討を、SWOT 分析の手法に従い、グループワーク形式（参加者 30 名弱、1 グループ 6 名程度）で 2 回実施した。

これまで在宅療養者の「訪問」に特化してサービスを行ってきたことから、地域のグループホームや特別養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護等についての情

報を保有しておらず、訪問看護ステーションの近隣にどのような施設があるのか、どのような利用者が入所しているのかなどの情報が必要といった意見も多く出された。今後、地域の他施設との情報交換を行い、施設側のニーズと訪問看護ステーション側の対応体制・方法等を具体的に検討していく必要があると考えられる。

今回の介護報酬改定では、中重度者への支援強化が基本的な視点の一つとして掲げられ、この中で、訪問看護ステーションは「居宅」だけでなく、地域において施設等との連携機能を果たすことが求められるようになる。このような新しいサービス提供に向けて、訪問看護ステーション側が積極的に対応することが必要であり、現状の体制・機能にとどまることなく、柔軟に検討していくことが望まれる。

3. 提言

へき地における訪問看護ステーションは、その地域の在宅療養の継続やターミナルケアを支える上で不可欠な存在となっていた。しかし、経営面や質の確保等に困難を抱えていた。よって、以下が必要と考えられる

1) 行政と連携して住民に訪問看護を提供できる地域ケアシステムづくり

へき地の訪問看護ステーションが成り立つために、行政からの支援が有効であった。特に、訪問看護ステーションに勤務する看護師の人材確保、利用者の紹介、研修による質の向上など、行政保健師の役割は大きかった。しかし、訪問看護ステーションへの理解・支援は行政担当者が変わると異なってくるという側面があり、地域医療計画において地域ケアシステムの中に位置づける等、政策的な取り組みが必要だと考えられる。政策的な取り組みを推進する際の後ろ盾としては、看護協会の支援も必要となる。

そのように明確にして地域ケアシステムに位置づけた上で、利用者確保に向けたアピールや、交通費の補助等、地域特性に応じた支援策を講じる必要がある。

2) 他機関との連携や多機能化等、ステーションの経営安定に向けた新たな取り組み

一方で、へき地の訪問看護ステーションは、現在の訪問形態では収入にも限界がある。採算の面でも人材確保の面でも、個人の熱意だけで運営、維持するのは難しく、小規模単独の訪問看護ステーションは継続的に運営することが困難であった。看護協会、在宅ケア事業団のような組織としての取り組みがなされている県があり、その場合には都市部の訪問看護ステーションがへき地の訪問看護ステーションを支える仕組みがあった。

平成 18 年度の介護報酬改定により、訪問看護ステーションが地域の特別養護老人

ホーム、グループホーム等に訪問した場合の報酬が設定された。訪問看護として地域を面で支えるためには、今後、他機関への訪問や、多機能化に向けた新たな展開が必要だと考えられる。

第1編

人口の少ない地域における 訪問看護ステーションの特 徴と課題

I へき地の定義

1) へき地保健医療対策

厚生労働省ではへき地保健医療対策について年次計画を策定し、推進してきた。また、その目的は「へき地における医療供給体制の整備が他の地域に比較して遅れている実情に鑑み、へき地の住民が医学技術の進歩発展及び社会的、経済的条件の変化に即応して、治療、健康の増進及び疾病の予防のための措置並びにリハビリテーションを一体とした適切な医療を受けるための施策を体系的かつ計画的に推進することによって、へき地における医療水準の向上を図ること」である¹⁾。これまで、へき地における医療の確保及び医療水準や保健の向上を図るため、無医地区の調査結果に基づき、昭和 31 年度から 9 次にわたる年次計画をたて、それぞれの地区の実情により、各種の施策を講じてきている。

第 9 次計画は平成 17 年度末で終了するため、厚生労働省では改めて「へき地保健医療対策検討委員会」を開催し、今後のへき地保健医療対策のあり方を検討して、H17 年 7 月に報告書をまとめている。この報告の中で、へき地・離島の保健医療サービスについては、住民・患者が、診療機能の向上と救急医療体制の構築、並びに、遠方の医療機関に通院することの困難さに対する理解に基づいた対応を要望していること、住民・患者の視点に立った保健医療サービスの提供に関する取り組みを進めるために、地域の保健医療関係者の機能や、各医療機関間の連携の状況などについて住民にわかりやすく提示される必要性が述べられている。

また、へき地・離島の保健医療サービスの確保が必要な市町村に対し、「保健医療福祉などの対策でもっとも充実する必要があるもの」を尋ねたところ、「病気にならないための保健対策」が過半数を占め、保健医療関係者と共に、疾病予防のためのいっそうの取り組みを行うことが市町村に期待されると述べられている。さらに、今後の具体的支援方策としては、へき地・離島においては住民の高齢化等による慢性疾患の管理などの保健医療サービスの提供、他の医療機関へのアクセスが制限されていることから救急医療への対応、医師が常駐せず、看護師が常時対応することとなるへき地診療所においては情報通信技術（IT）を用いた医師による遠隔診療による看護師への支援、医師と看護師との協働や役割分担等が挙げられている。この報告を踏まえ、平成 18 年度から 5 年にわたる第 10 次へき地保健医療計画が策定されている。

2) へき地とは

へき地保健医療対策において「へき地」とは、交通条件及び自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち医療の確保が困難であって、「無医地区」及び「無医地区に準じる地区」の要件に該当するものをいう、とされている¹⁾。「無医地区」とは、医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として、概ね半径 4 km の区域内に人口 50 人以上が居住している地域であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区、と定義されている（表 1）。平成 16

年12月末現在、無医地区は日本全国で786ヶ所であり、無医地区人口は164,680人で、16万人以上の国民が容易に医療機関を利用できない状況にあるといえる。無医地区を有する市町村は409市町村で、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府を除く道府県すべてに存在し、最も多いのは北海道、次いで大分県、高知県の順となっている。「無医地区に準じる地区」とは、無医地区には該当しないが、無医地区に準じた医療の確保が必要な地区と各都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区と定義されている（表2）。

また、「へき地診療所」とは、へき地保健医療対策実施要綱²⁾で定められた設置基準によって設置された診療所をいう（表3）。さらに、医師の地域保健・医療分野の臨床研修制度において、「へき地に所在する」とは表4のいずれかに該当する場合とされている³⁾。

以上のように、日本における「へき地」に関連する定義は、医療へのアクセスの実際、つまり医療機関までの距離・時間、定期交通機関の有無などと、かつ、当該地域の人口に基づいているものが多い。また、交通条件及び自然的、経済的、社会的条件

表1 無医地区

<p>1. 無医地区の定義でいう、「医療機関」とは、病院及び一般診療所をいい、へき地診療所等で定期的の開診されている場合を含む。</p> <p>1) 診療日の多少にかかわらず、定期的の開診していれば無医地区とはならない。</p> <p>2) 診療所はあるが、医師の不在等の理由から、「休止届」がなされている場合は無医地区として取り扱う。</p> <p>2. 無医地区の定義でいう、「概ね半径4kmの区域」のとり方は地図上の空間距離を原則とするが、その圏域に存在する集落間が、山、谷、海などにより断絶されている場合は分割して差し支えない。</p> <p>3. 無医地区の定義でいう、「容易に医療機関を利用することができない」場合とは、夏期における交通事情が次の状況にある場合をいう。</p> <p>1) 地区の住民が医療機関まで行くために利用することができる定期交通機関がない場合。</p> <p>2) 地区の住民が医療機関まで行くために利用することができる定期交通機関はあるが、1日3往復以下であるか、または4往復以上であるが、これを利用して医療機関まで行くために必要な時間（徒歩が必要な場合は徒歩に必要な時間を含む。）が1時間をこえる場合。</p> <p>3) ただし、上記1)または2)に該当する場合であっても、タクシー、自家用車（船）の普及状況、医師の往診の状況等により、受診することが容易であると認められる場合を除く。</p>

表2 無医地区に準じる地区

<p>無医地区に準じる地区の定義でいう、「各都道府県知事が判断し」とは、無医地区の定義には該当しないが、無医地区として取り扱うべき特殊事情として次に掲げる要件いずれかに該当する場合に、無医地区に準じる地区として適当と認められる地区であるか判断する。</p> <p>1) 半径4kmの地区内の人口が50人未満で、かつ、山、谷、海などで断絶されていて、容易に医療機関を利用することができないため、巡回診療が必要である。</p> <p>2) 半径4kmの地区内に医療機関はあるが診療日数が少ないか（概ね3日以下）、又は診療時間が短い（概ね4時間以下）ため、巡回診療等が必要である。</p> <p>3) 半径4kmの地区内に医療機関はあるが眼科、耳鼻いんこう科などの特定の診療科目がないため、特定診療科についての巡回診療等が必要である。</p> <p>4) 地区の住民が医療機関まで行くために利用することができる定期交通機関があり、かつ、1日4往復以上あり、また、所要時間が1時間未満であるが、運行している時間帯が朝夕に集中していて、住民が医療機関を利用することに不便なため、巡回診療等が必要である。</p> <p>5) 豪雪地帯等において冬期間は定期交通機関が運行されない、又は極端に運行数が少なくなり、住民が不安感を持つため、巡回診療等が必要である。</p> <p>*なお、厚生労働省では、交付申請があった場合に上記1)~5)の要件を考慮し、個別に判断することとする。</p>
--

表3 へき地診療所設置基準

<p>1. へき地診療所を設置しようとする場所を中心としておおむね半径4kmの区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口1,000人以上であり、かつ、診療所の設置予定地から最寄医療機関まで通常の交通機関を利用して（通常の交通機関を利用できない場合は徒歩で）30分以上要するものであること。</p> <p>2. 次に掲げる地域で、かつ、医療機関のない離島（以下「無医島」という。）のうち、人口が原則として300人以上、1,000人未満の離島に設置するものであること。</p> <p>1) 離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定に基づく指定地域</p> <p>2) 沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第3条第3項の規定に基づく指定地域</p> <p>3) 奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第1条に規定する地域</p> <p>4) 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第2条第1項に規定する地域</p> <p>3. 上記のほか、これらに準じてへき地診療所の設置が必要と都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区に設置する。</p>
--

表4 「へき地に所在する」とは

<p>「へき地に所在する」とは次のいずれかに該当する場合である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・山村振興法第7条第1項の規定に基づく指定地域 ・過疎地域自立促進特別措置法第2条第1項の規定に基づく指定地域 ・離島振興法第2条第1項の規定に基づく指定地域 ・沖縄振興特別措置法第3条第3項の規定に基づく指定地域 ・奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する地域 ・小笠原諸島振興開発特別措置法第2条第1項に規定する地域 ・半島振興法第2条第1項の規定に基づく指定地域 ・豪雪地帯対策特別措置法第2条第2項の規定に基づく指定地域

臨床研修制度：地域医療について、第2回へき地保健医療対策検討会（H17.2.28）資料より

に恵まれないために国が法律を定めて地域振興を図っている指定地域が「へき地」として取り上げられている。しかし、未だ「へき地」の定義はないとも言われており⁴⁾、日本においては「へき地」の定義が明確になっているとは言えない状況である。

アメリカ合衆国においては⁵⁾、国勢調査局（Bureau of the Census）、行政管理予算局（OMB；Office of Management and the Budget）、保健社会福祉省（DHHS；Department of Health and Human Services）、米国農務省（USDA；U. S. Department of Agriculture）といった政府機関によるへき地(rural)や都市(urban)についてのいくつかの定義があるが、これらは同じではない。前者3機関に共通することは人口密度が一つの基準になっていることである。USDAの定義は、地域の主要な産業に基づいて、へき地を6つのタイプに分けている。米国保健社会福祉省は、1980年代に、保健医療計画において地域の人口密度を考慮した異なるアプローチの必要性を認識し、rural、urbanに加えてfrontier areaを定義している（表5）。これらの定義は、人口密度、保健医療施設や病院までの運転時間、当該地域にある病院の規模（病床数）に基づいているが、様々なへき地の特色は考慮していない。このように米国連邦政府機関の定義は多様であるが、これらの定義は看護職にとって、ターゲット集団の健康リスクのアセスメントやヘルス・プロモーション及びプライマリ・ヘルスケアの効果的な実施、アウトカムの測定、へき地で事業を企画する時期を見極めることに役立つ、といわれている。

また、医療サービスが行き届いていない地域（a medically underserved area：

MUA)、並びに、保健医療専門職が不足している地域 (a health professional shortage area : HPSA) と州によって指定されている地域をへき地と定義している先行研究もある⁶⁾。

さらに、rural から urban を連続体とみる、という考え方もある⁷⁾。歴史的に、rural と urban は二分法的に捉えられてきたが、都市部 (urban) やへき地 (rural) といっても、それぞれ非常に様々である。よって、極度の辺鄙な農村地域からその反対に非常に都市化された大都市にまで及ぶ連続体として地域をみるのが良さそうであり、連続体として捉えることによって研究者や人口統計学者、政策決定者が、連邦政府機関の様々な定義では認識できないようなへき地の特徴に注目できるようになるとも言われている。

カナダでは⁸⁾、国土の 95% がへき地 (rural) とみなされ、人口の約 31% がこのような地域に住んでいる。農業や鉱業、林業、漁業などの第一次産業が主で、農業や石油や天然ガスなどの天然資源産業で急成長している地域もある。65 歳以上と 20 歳以下の人口が多くなっている。へき地には、約 70 万人の先住民が住み、これら先住民の中には学校教育を受けている者が少なく、このことが慢性的な失業や貧困、不適切な住居へ住んでいることにつながり、彼らの健康問題を大きくしている。へき地の健康問題としては、様々ながんの発病率の高さ、アルコールや喫煙の問題、肥満、ドメスティック・バイオレンス、小児喘息、子どもたちの受動喫煙の問題、飲料水の安全性、適切なヘルスケア提供者へのアクセスの問題などが挙げられる。

カナダのアルバータ州にある 3 つの看護大学が取り組んでいるへき地看護の教育についての報告⁹⁾では、へき地の定義はされていないが、へき地の特徴が述べられている。その特徴として、農業、牧場経営、石油、ガス、観光が主な産業であること、ヘルスケアサービスへのアクセスが悪いこと、地域の大部分は医療に恵まれない地域 (medically underserved) であることが挙げられており、人口密度についての米国保健社会福祉省による基準と同様の基準で、rural と frontier を述べている。

3) へき地看護とは

Weinert & Long¹⁰⁾は、へき地看護を「人々がまばらに暮らす地域において、そこに住む人々への専門職である看護師によるヘルスケアの提供」と定義している。そして、

表 5 USDHHS Criteria : Urban, Rural, Frontier

Criteria	Frontier	Rural	Urban
人口密度 (人/mile ²)	6 人以下	7 ~ 99 人	100 人以上
病院と病床数	病院がない、又は 25 床以下の病院が 1 つ	25 ~ 100 床の小さい病院、ベッドを回転させている	100 床以上の大施設、又はサテライト
施設までの運転時間 (分)	60 分以上、又はきびしい地理・季節・気候による状況	30 ~ 59 分	30 分未満

資料 : USDHHS (1997)

へき地のヘルスニーズと看護実践を理解するための主要概念として、「仕事観と健康観」「孤立と隔たり」「自己信頼感と自立」「プライバシーの欠如」「外部者と内部者」「新住民と旧住民」を挙げている。へき地においては「仕事観と健康観」が非常に密接に語られることが特徴的であり、都市部の住民とは異なっている。へき地の人々にとって仕事は基本的に重要なことであり、健康は労働の役割や活動と密接に関連して判断され、仕事の二の次になることも少なくない。「孤立と隔たり」は、へき地の人々の保健行動を理解する助けとなる。Weinert & Long の調査結果によれば、へき地の人々はヘルスサービスから非常に離れているにもかかわらず、アクセス可能であり、自分たちを孤立しているとは考えていない、という。「自己信頼感と自立」もへき地の人々に関する主要概念である。自分で何とかしたい、という考え方は、へき地の人々の中に根強くあり、ヘルスケアの供給に関連して重要な効果をもたらしている。「プライバシーの欠如」はへき地の印のようなものであり、へき地に住む人々にとって、生活の中に個人の領域を守ることには限界があるということである。へき地の看護師は、ほとんどの患者に顔が知られていると言ひ、看護師も患者をいくつもの社会関係や人間関係を通して知っており、通常の看護師患者関係以上の関係になっている。「外部者と内部者」「新住民と旧住民」という考え方は、へき地における看護師や他のヘルスケアサービスの受け入れと関係してくる。

オーストラリアでは、へき地看護 (rural nursing) の実践が都市部における実践と違いがあるにもかかわらず、看護の向上や改善のための研究会がないことから、オーストラリア ルーラルナーシング協会 (AARN) がへき地看護の権威であるデズリー・ヘグニー (Hegney D.) 教授の先導のもとに 1991 年に設立された。へき地看護の定義をみると¹¹⁾、Kreger (1991) は「医学的支援が受けられないような環境で実践される看護」と定義しており、Thornton (1992) は「人口 500 から 10,000 の地域で少なくとも 1 名の医師にいつでも連絡が取れるような状況で行う看護実践」と定義している。Anderson & Kimber (1991) は「まばらに人々が住むコミュニティの物理的・文化社会的な背景の中で実践される専門的な看護」と定義している。様々なへき地看護の定義があるが、Francis ら (2002) は「遠隔地・都市部分類 (the Remote and Metropolitan Areas Classification : RRMAC) でへき地 (rural) 環境と定義された地区で看護師免許を有するものによって、医師やコメディカルの人々とともに、もしくは看護師だけで行う看護実践」と定義しており、オーストラリアのへき地看護を表現する最も適切な定義としている。遠隔地・都市部の分類システム (RRMAC) では、へき地 (rural area) は人口 5,000~99,999、遠隔地 (remote area) は人口 5,000 未満とされている (Australian Government 2005)。

オーストラリアのへき地 (rural community) は、原住民、非原住民、移民といった様々な背景をもつ人々によって構成されている。へき地から都市部へ移動する住民も少なくなく、へき地に存在するコミュニティは減少しつつある。公的医療サービスの

提供は、人口を基準に定められているため、人口密度の高い都市の中心部から離れれば離れるほど、サービスは行き届かないということになる。84%の国民が国土面積の1%にすぎない海岸に面した地域に集中して住んでいるが、海岸に面した地域の中にも、都市部とそれ以外の地域が存在している。国民の1/3は、都市部以外の地区に散在しており、これらの人々は高度な医療サービスが受けられない状況にある。へき地の医療従事者の定数は、へき地の程度によって決められている。へき地は、都市部に比べ、医師の数は少なく、また、理学療法士や作業療法士などの支援を受ける機会も少なく、その不足する専門職の領域をカバーしているのは看護師である。よって、看護職には高い自立性と、スペシャリストよりも高度な知識と実践技術をもつジェネラリストとしての実践が求められる。へき地や遠隔地の住民のヘルスニーズを都市部同様に充足できるか否かは、配置された少ない医療職個々の能力に左右される。へき地で働く医療職の65%以上は看護師であるため、へき地看護師は一人で何役もこなさなければならない。このような状況に対して、医師不足を補うための役割として、慢性疾患の定期処方や在宅患者の術後の処置などを実施できるナースプラクティショナーの雇用が始められた。へき地看護は、現在、不足する医療専門職の領域をカバーしながらも看護の価値を活かせる看護専門領域として認められている。その実践領域は、外傷処置・ケア、出産、労働災害対応、外科処置、緩和ケア、終末期看護、健康教育、健康増進活動に及ぶ。「ゆりかごから墓場まで」の医療支援を期待される場合がほとんどであり、あらゆるライフステージに必要な専門的スキルを持っていること、そしてどんな状況であっても有効な支援ができるための能力が求められる。さらに、資源の乏しい環境のなかで働かなければならないことが多く、そのような環境にあっても適切な医療支援を判断できる力を併せ持つ必要がある。

以上、日本およびいくつかの国におけるへき地保健医療対策、へき地、へき地看護について述べてきた。Hewitt は、へき地についての不明確な定義がへき地看護に関する理論的發展を妨げ、へき地の人々に焦点を当てた研究成果の信頼性と一般化を制限している¹²⁾、と述べている。日本においてはへき地保健医療対策やへき地保健医療対策実施要綱に示されているへき地やへき地診療所の定義が、焦点を当てるべきへき地を明確にする際に参考になるであろう。しかし、へき地といってもその状況は様々であり、地域資源の整備状況、並びに、医療機関（医療サービス）へのアクセスのみならず看護サービスを含む保健医療福祉サービスへのアクセスを把握し、焦点を当てるべきへき地の明確化や分類を行っていく必要がある。また、地域診断はどの地域においても必要ではあるが、へき地において特に注意して把握すべき視点に着目して、地域診断をしていくことも、焦点を当てるべきへき地の保健医療の明確化、その前提としてのへき地の分類に役立つと考えられる。その際には、前述した Weinert & Long が述べているへき地のヘルスニーズと看護実践を理解するための主要概念等を参考

にすることが勧められる。

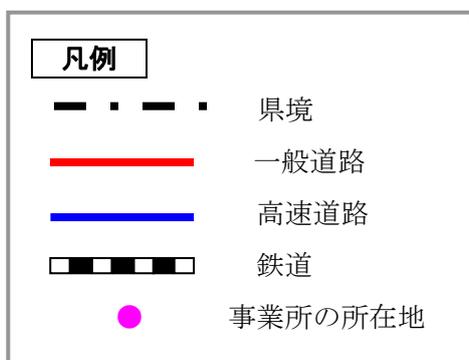
- 1) 第9次へき地保健医療計画の取り組み等、第1回へき地保健医療対策検討会 (H17.1.24) 資料、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/s0124-11b.html>.
- 2) へき地保健医療対策実施要綱、医政発第692号(平成13年5月16日)、一部改正医政発第0830003号(平成16年8月30日)、一部改正医政発第0328016号(平成17年3月28日)
- 3) 臨床研修制度：地域医療について、第2回へき地保健医療対策検討会 (H17.2.28) 資料、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/s0228-7a.html>.
- 4) 第1回へき地保健医療対策検討会議事録(平成17年1月24日)、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/txt/s0124-1.txt>.
- 5) Bushy, A. (2000) : Part I Foundations of Rural Nursing, 2. Definitions of Rural and Their Implications, *Orientation to nursing in the rural community*, 17-30, Sage.
- 6) Krothe, J. S., Flynn, B., Ray, D., Goodwin, S. (2000) : Community Development Through Faculty Practice in a Rural Nurse-Managed Clinic, *Public Health Nursing*, 17(4), 264-272.
- 7) 前掲書5)、29.
- 8) Crooks, K. (2006) : Rural Nursing is More Than Just Learning Tasks: A Canadian Perspective, 日本ルーラルナーシング学会誌, 第1巻, 8-17.
- 9) Baird-Crooks, K., Graham, B., Bushy, A. (1998) : Implementing a Rural Nursing Course, *Nurse Educator*, 23(6), 33-37.
- 10) Long, K. A., Weinert, C. (1998) : Rural Nursing: Developing the Theory Base, In H. J. Lee (Ed.), *Conceptual basis for rural nursing*, 3-18, Springer Publishing Company.
- 11) Francis, K. (2006) : Rural Nursing Practice in Australia, 日本ルーラルナーシング学会誌, 第1巻, 46-52.
- 12) Hewitt, M. (1992) : Defining rural areas In W. Gesler & T. Ricketts (Eds.), *Health in rural North America*, 25-54, New Brunswick, NJ : Rutgers University Press.

Ⅱ 日本におけるへき地の 訪問看護ステーションの 分布

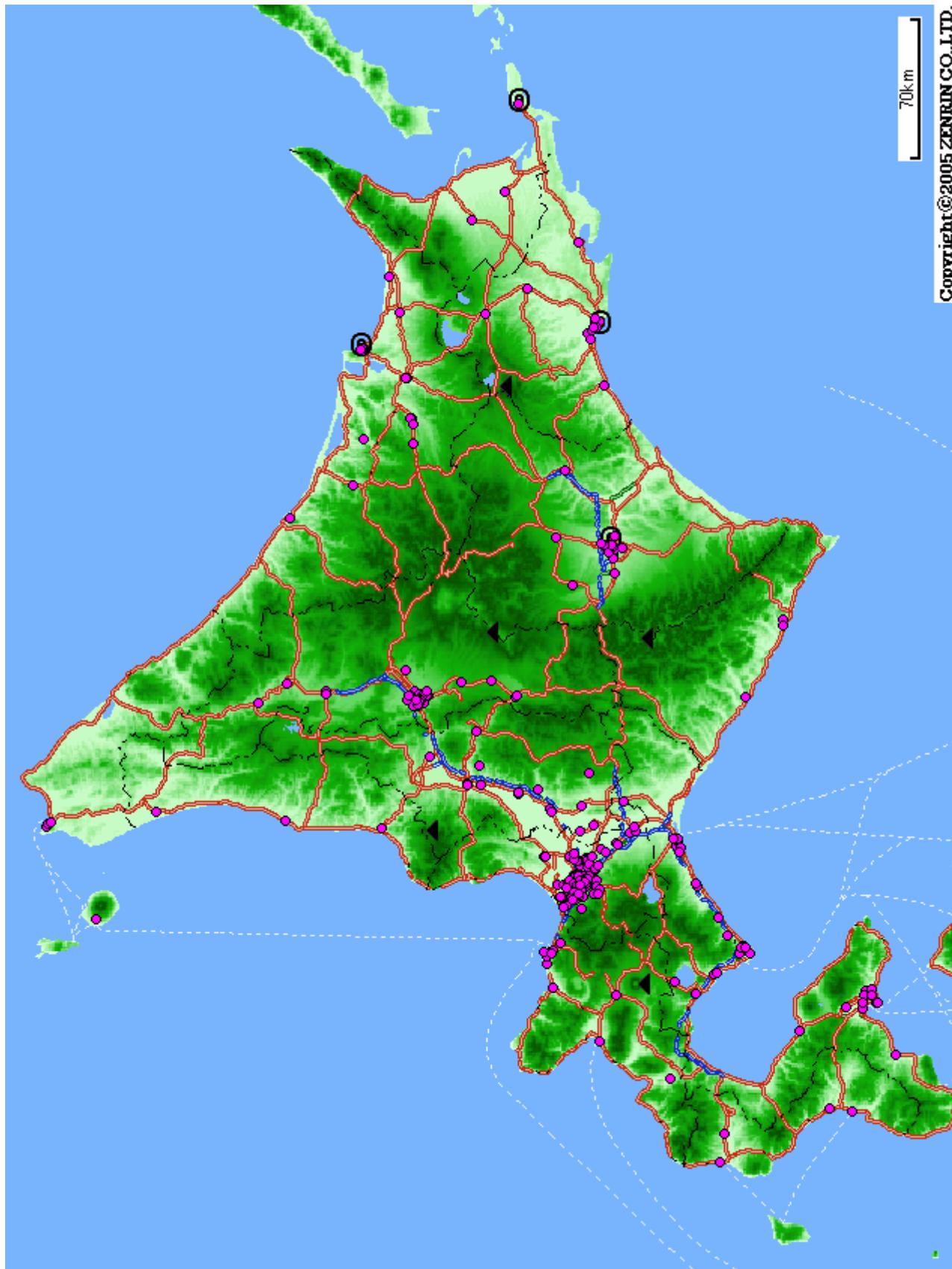
日本の全都道府県に所在する訪問看護ステーションの所在地データをWAMネットから抽出し、その住所と郵便番号データによって得られる位置情報を地図にマッピングした。WAM ネットから抽出した事業所数は全国で計 5643 事業所、うち位置参照情報と突合・マッピングできたのは 5538 事業所であった。以下にWAMネットから抽出したステーション数、マッピングできたステーション数（都道府県別）を記載した。

【マッピングに用いた訪問看護ステーション数】

都道府県コード	都道府県	データ件数	マッピング件数	割合	都道府県コード	都道府県	データ件数	マッピング件数	割合
1	北海道	252	251	99.6%	25	滋賀県	59	59	100.0%
2	青森県	86	86	100.0%	26	京都府	124	123	99.2%
3	岩手県	56	56	100.0%	27	大阪府	436	436	100.0%
4	宮城県	90	86	95.6%	28	兵庫県	317	305	96.2%
5	秋田県	47	47	100.0%	29	奈良県	72	72	100.0%
6	山形県	42	41	97.6%	30	和歌山県	91	78	85.7%
7	福島県	110	110	100.0%	31	鳥取県	41	40	97.6%
8	茨城県	97	97	100.0%	32	島根県	57	56	98.2%
9	栃木県	63	61	96.8%	33	岡山県	116	115	99.1%
10	群馬県	88	87	98.9%	34	広島県	165	165	100.0%
11	埼玉県	220	215	97.7%	35	山口県	79	79	100.0%
12	千葉県	181	180	99.4%	36	徳島県	57	57	100.0%
13	東京都	546	546	100.0%	37	香川県	38	35	92.1%
14	神奈川県	312	312	100.0%	38	愛媛県	25	25	100.0%
15	新潟県	107	106	99.1%	39	高知県	50	50	100.0%
16	富山県	32	30	93.8%	40	福岡県	242	241	99.6%
17	石川県	46	45	97.8%	41	佐賀県	42	40	95.2%
18	福井県	51	44	86.3%	42	長崎県	61	58	95.1%
19	山梨県	43	40	93.0%	43	熊本県	114	113	99.1%
20	長野県	140	129	92.1%	44	大分県	79	78	98.7%
21	岐阜県	85	83	97.6%	45	宮崎県	64	64	100.0%
22	静岡県	132	126	95.5%	46	鹿児島県	106	95	89.6%
23	愛知県	253	252	99.6%	47	沖縄県	56	52	92.9%
24	三重県	73	72	98.6%					

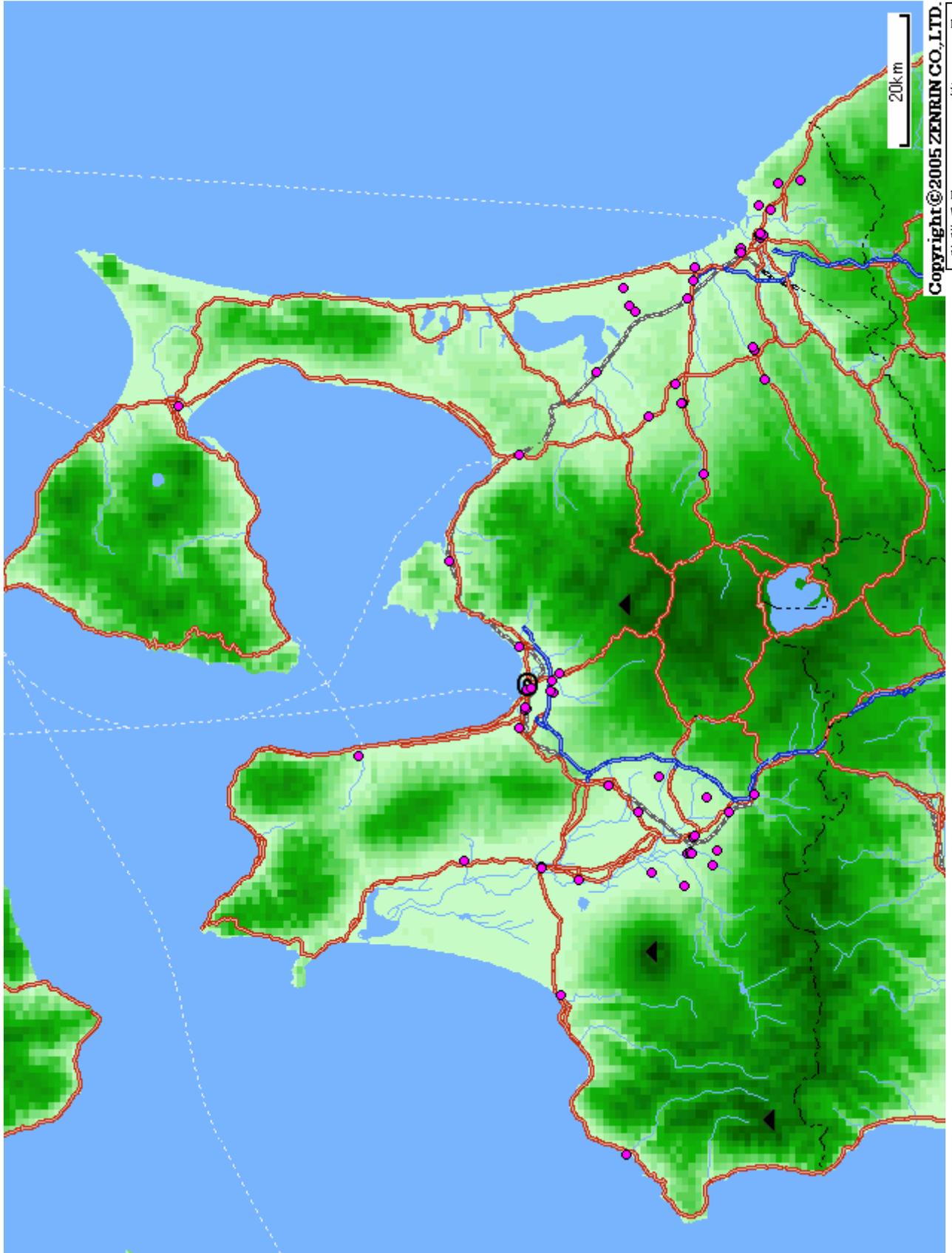


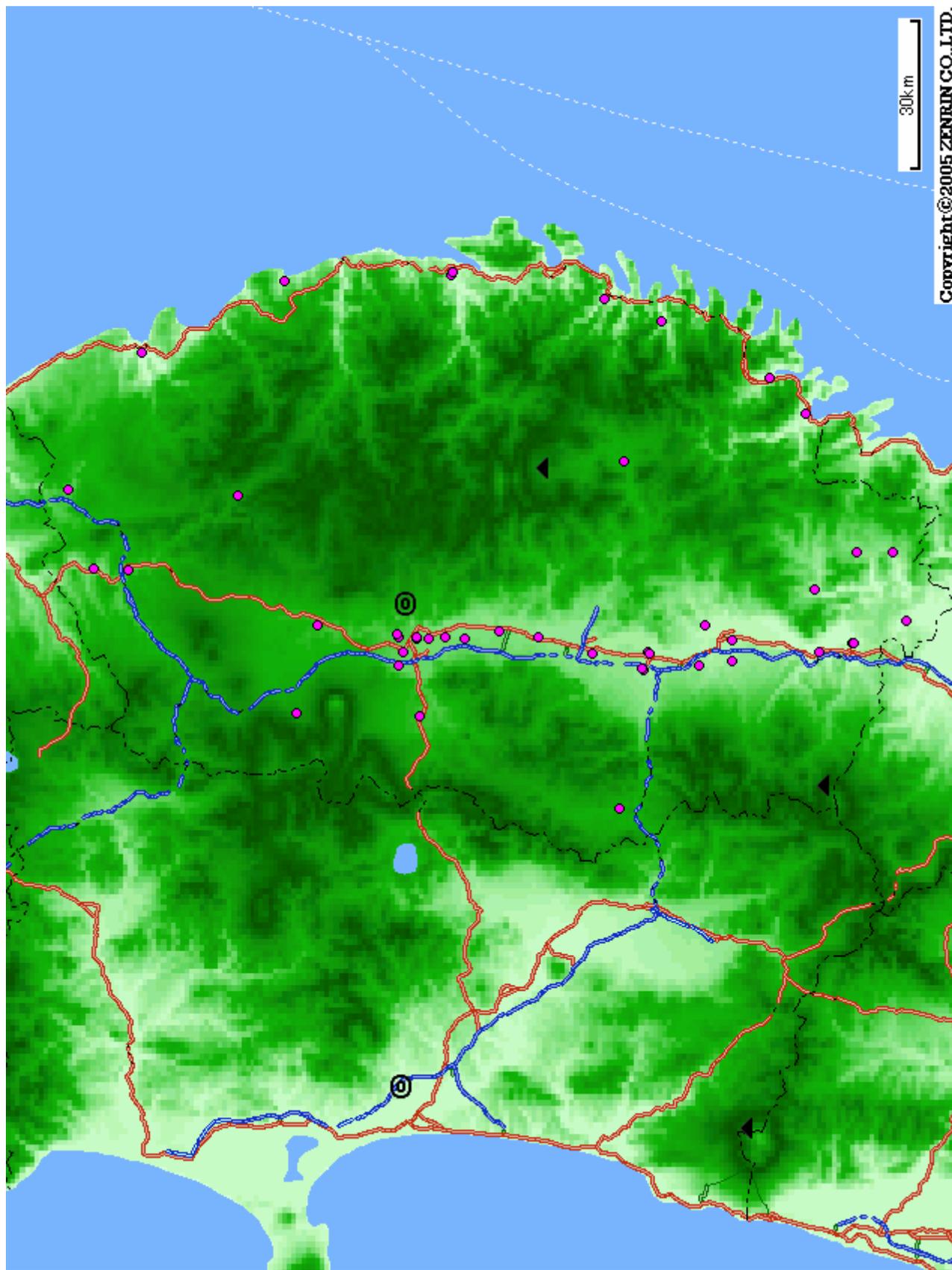
1 北海道



Copyright ©2005 ZENRIN CO., LTD.

許諾番号：Z.06B-第2330号

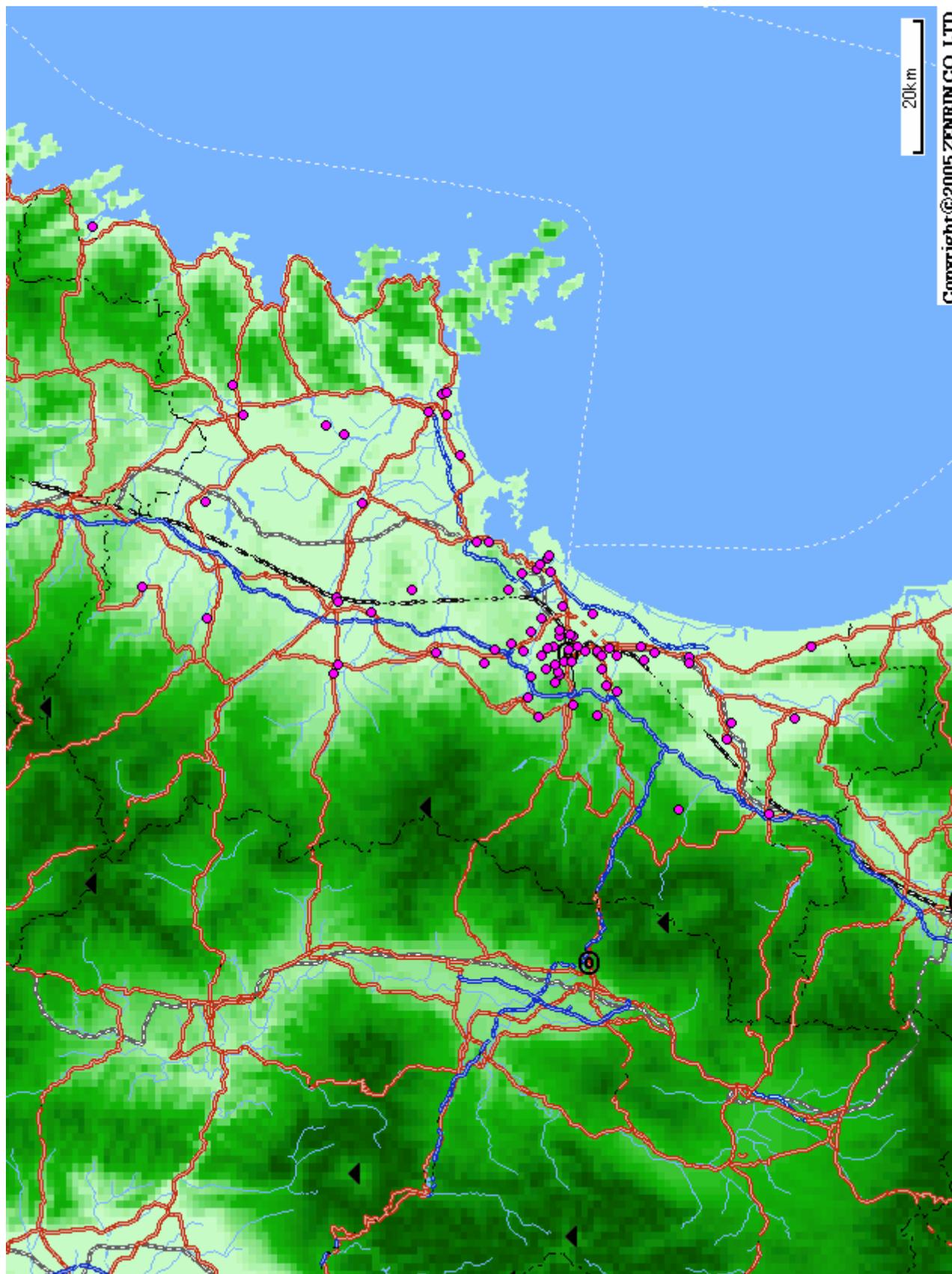


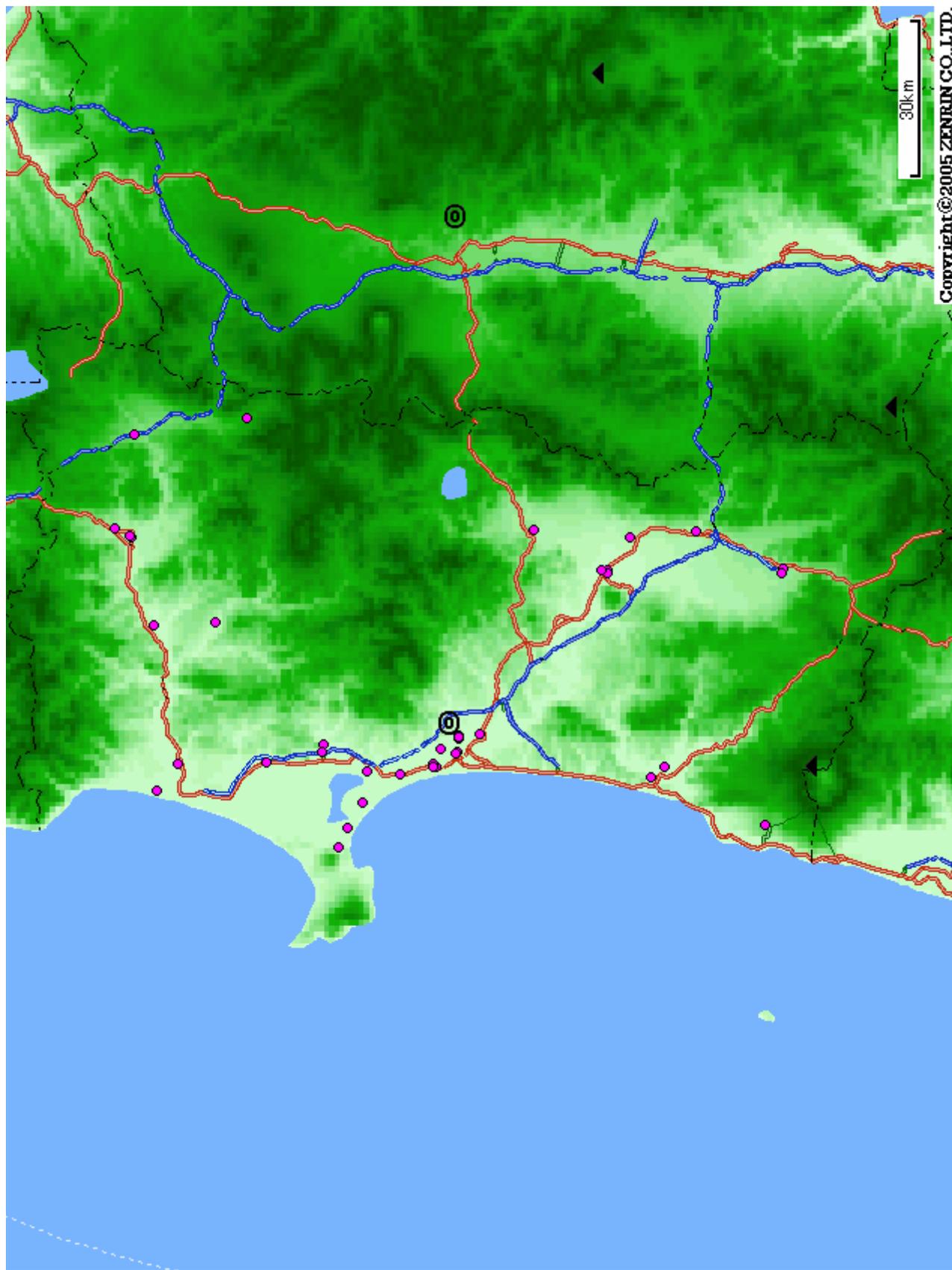


30km

Copyright © 2005 ZENRIN CO., LTD.

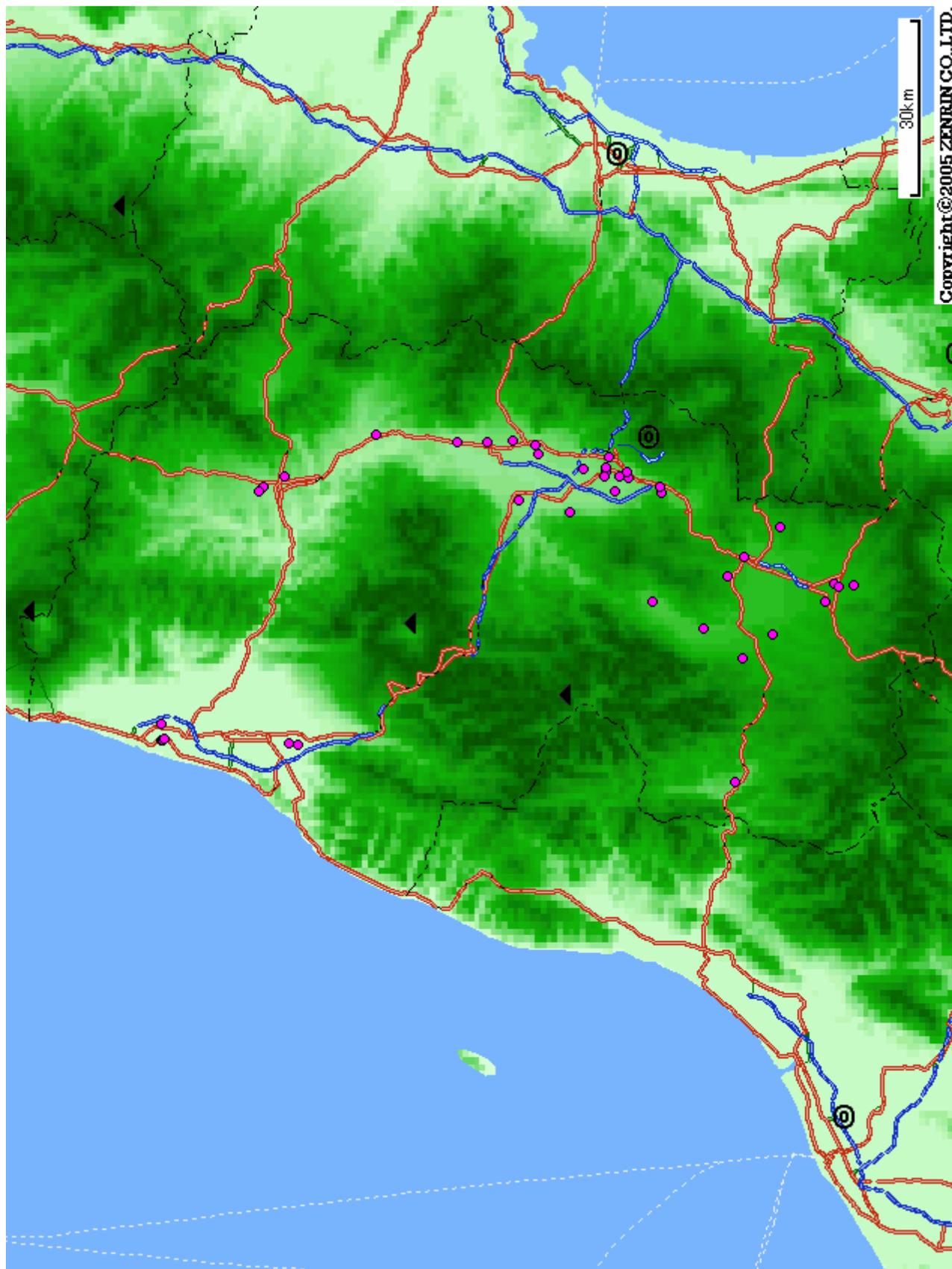
許諾番号：Z 06 B 一第 2330 号





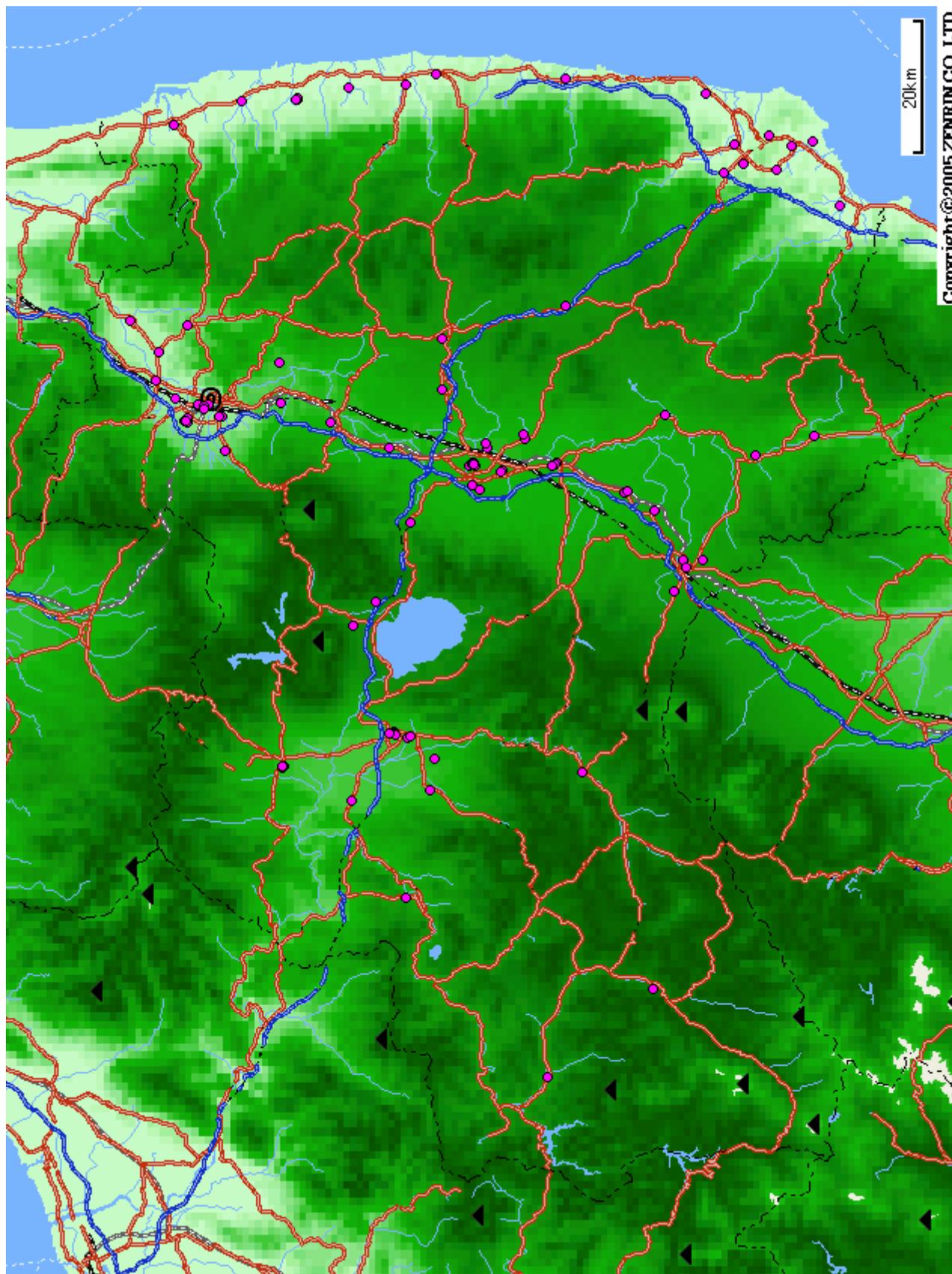
Copyright © 2005 ZENRIN CO., LTD.

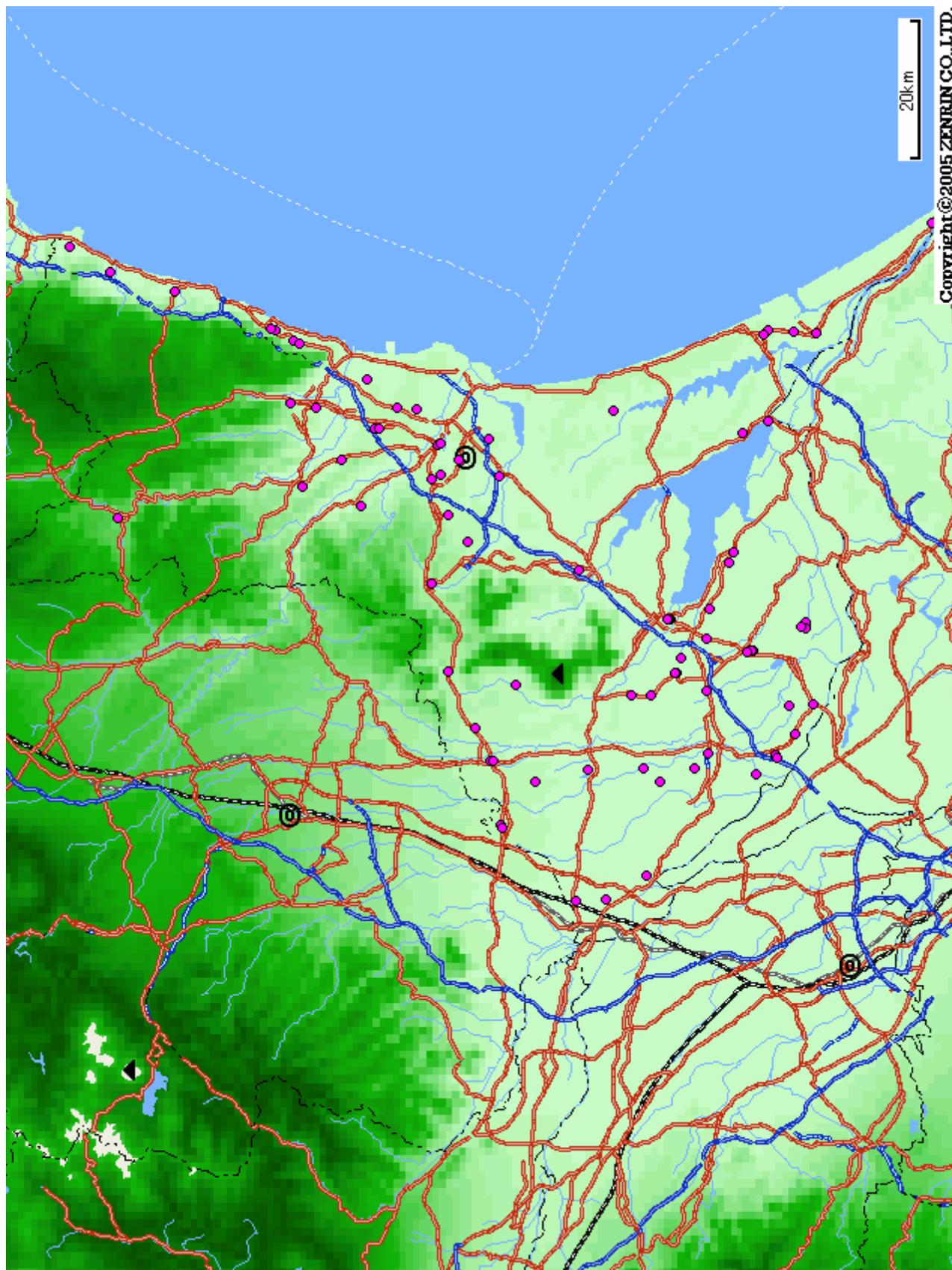
許諾番号：Z 06B - 第 2330 号



Copyright © 2005 ZENRIN CO., LTD.

許諾番号：Z 06 B - 第 2330 号

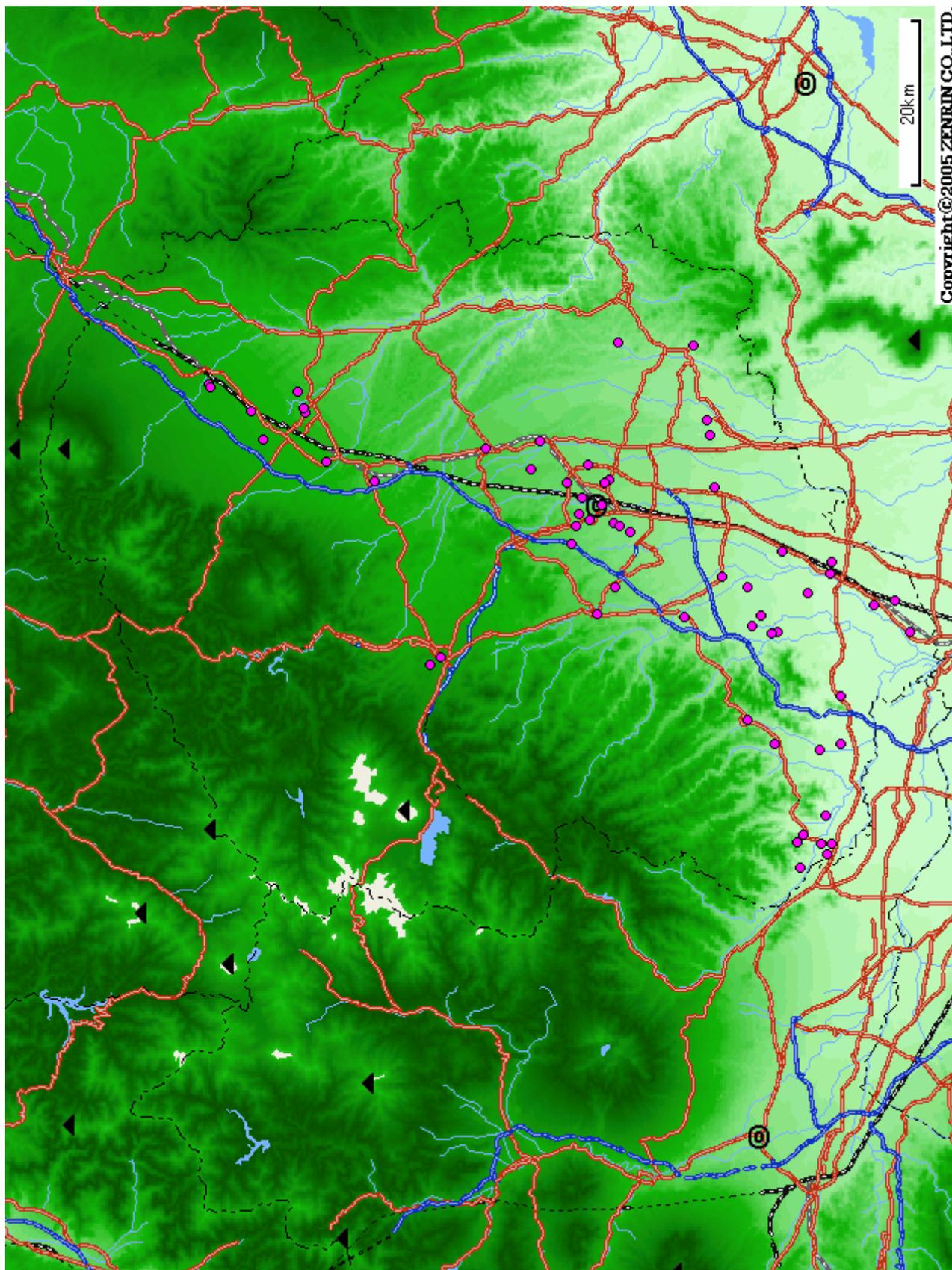


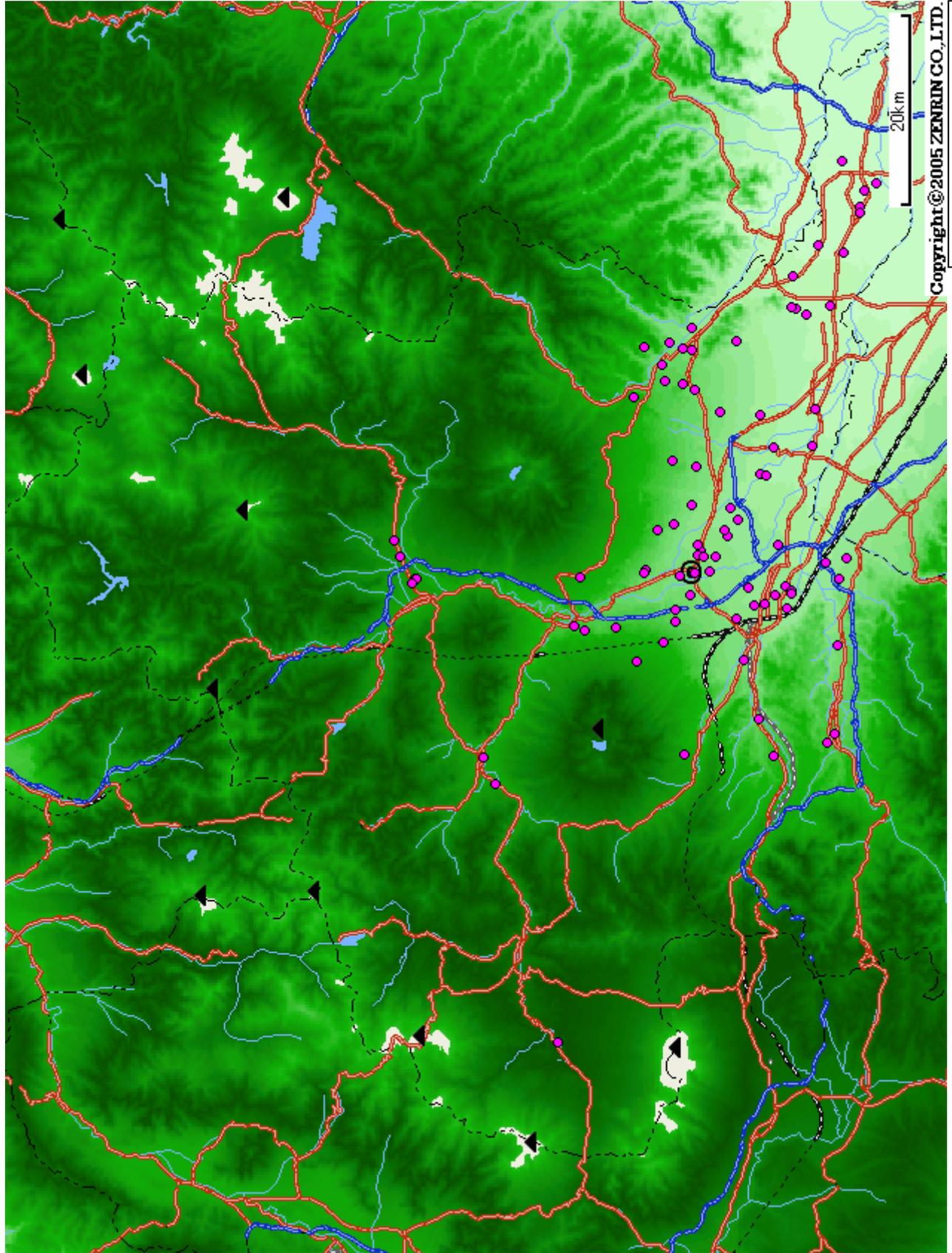


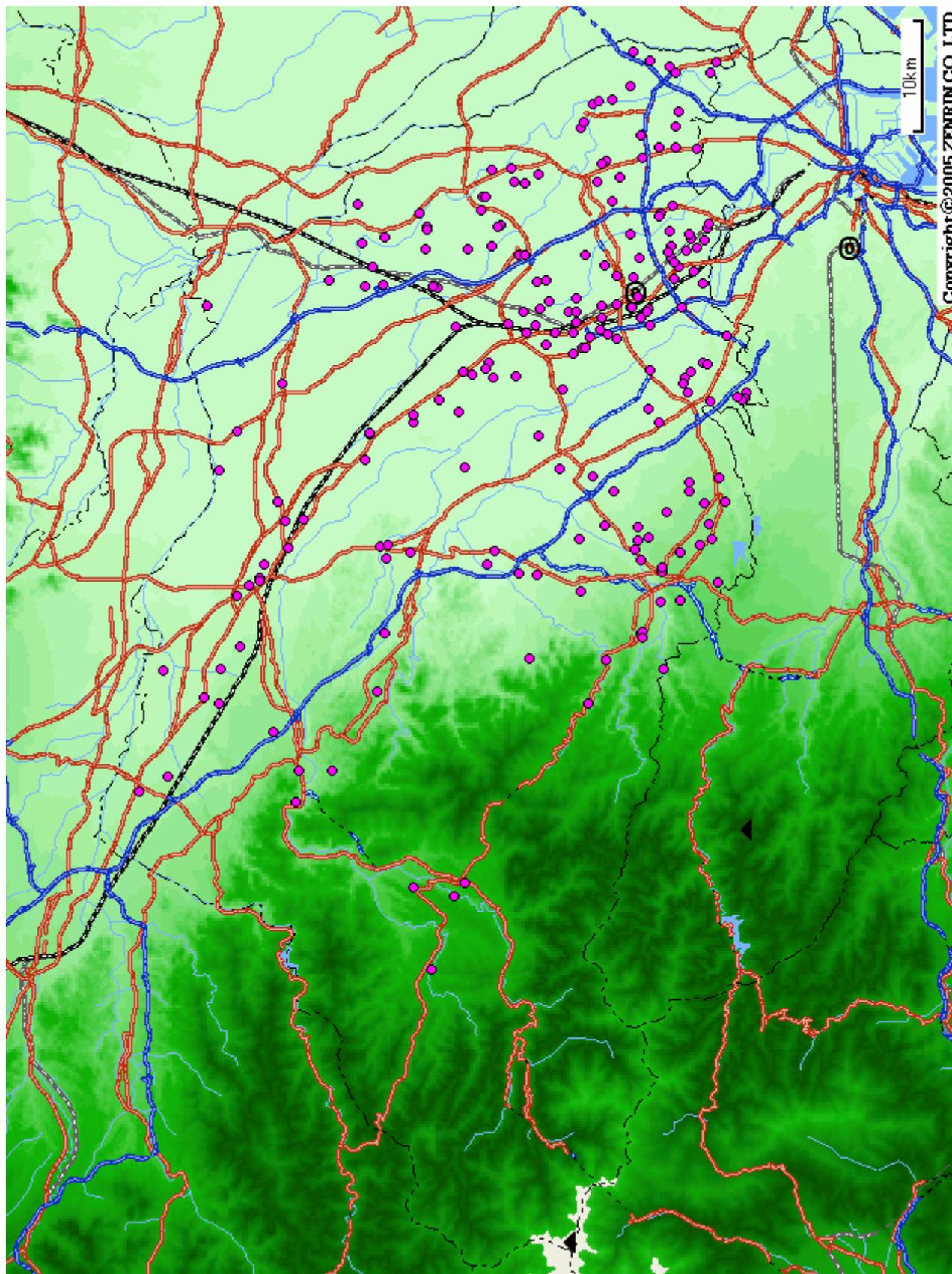
20km

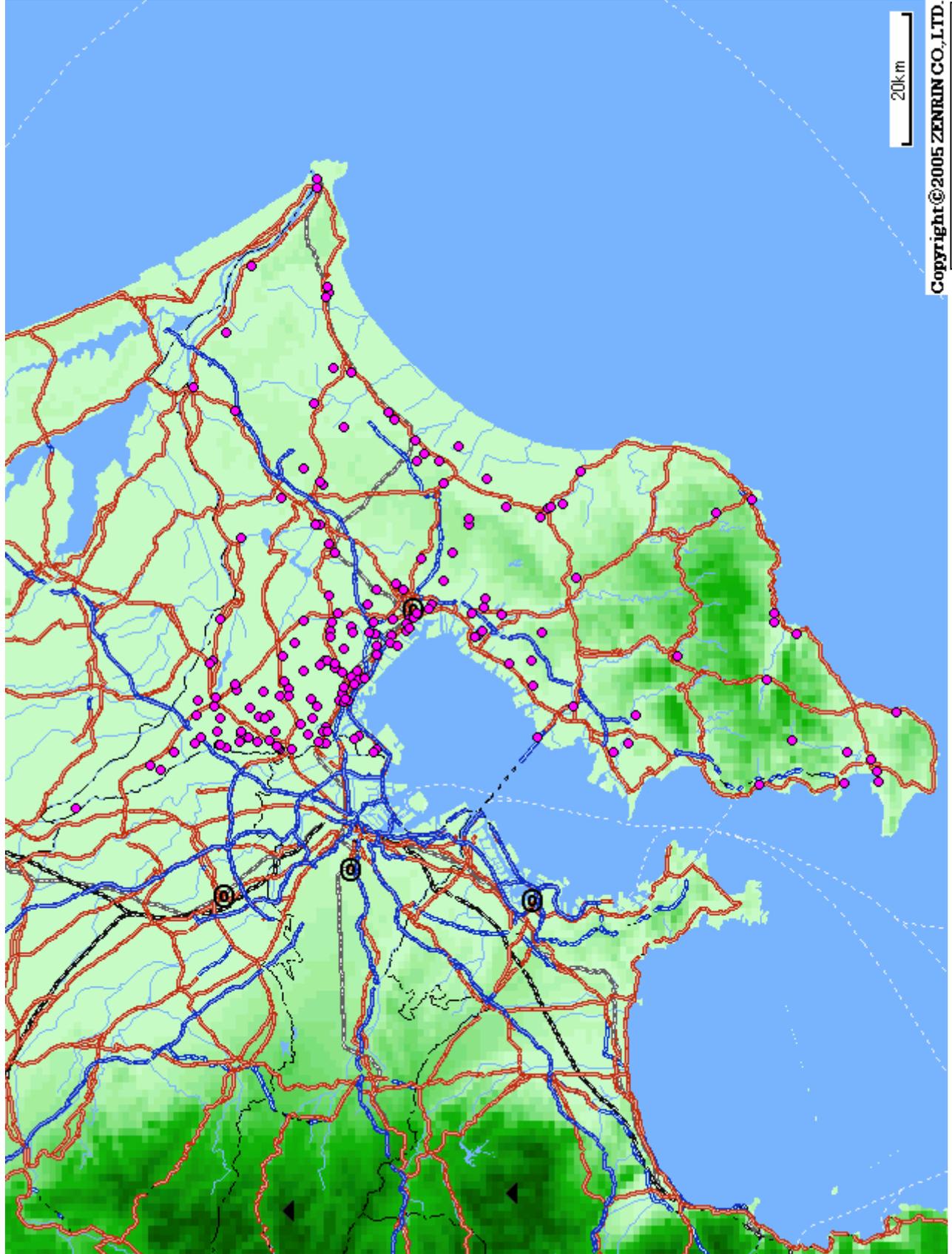
Copyright ©2005 ZENRIN CO., LTD.

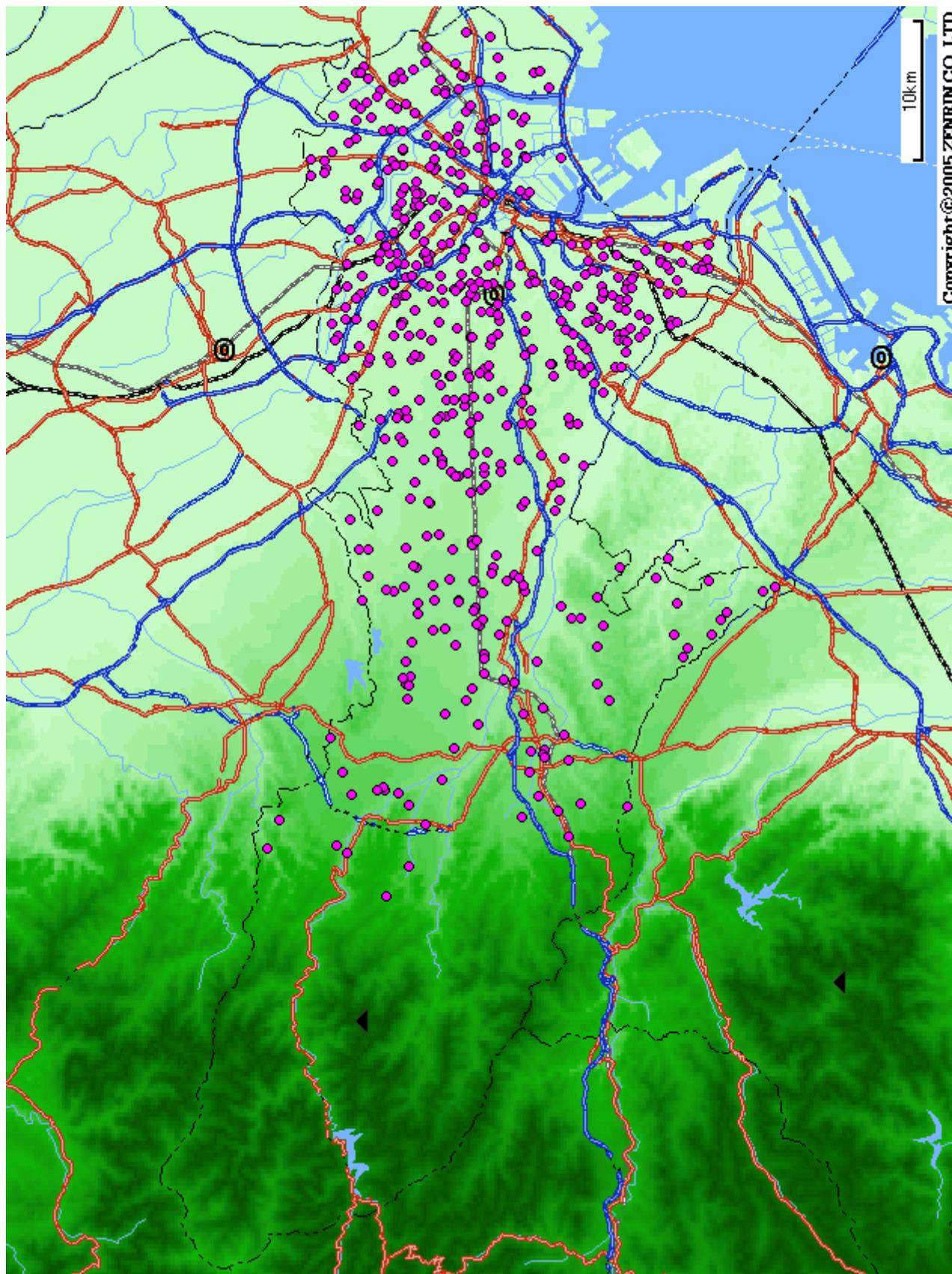
許諾番号：Z 06 B 一第 2330 号

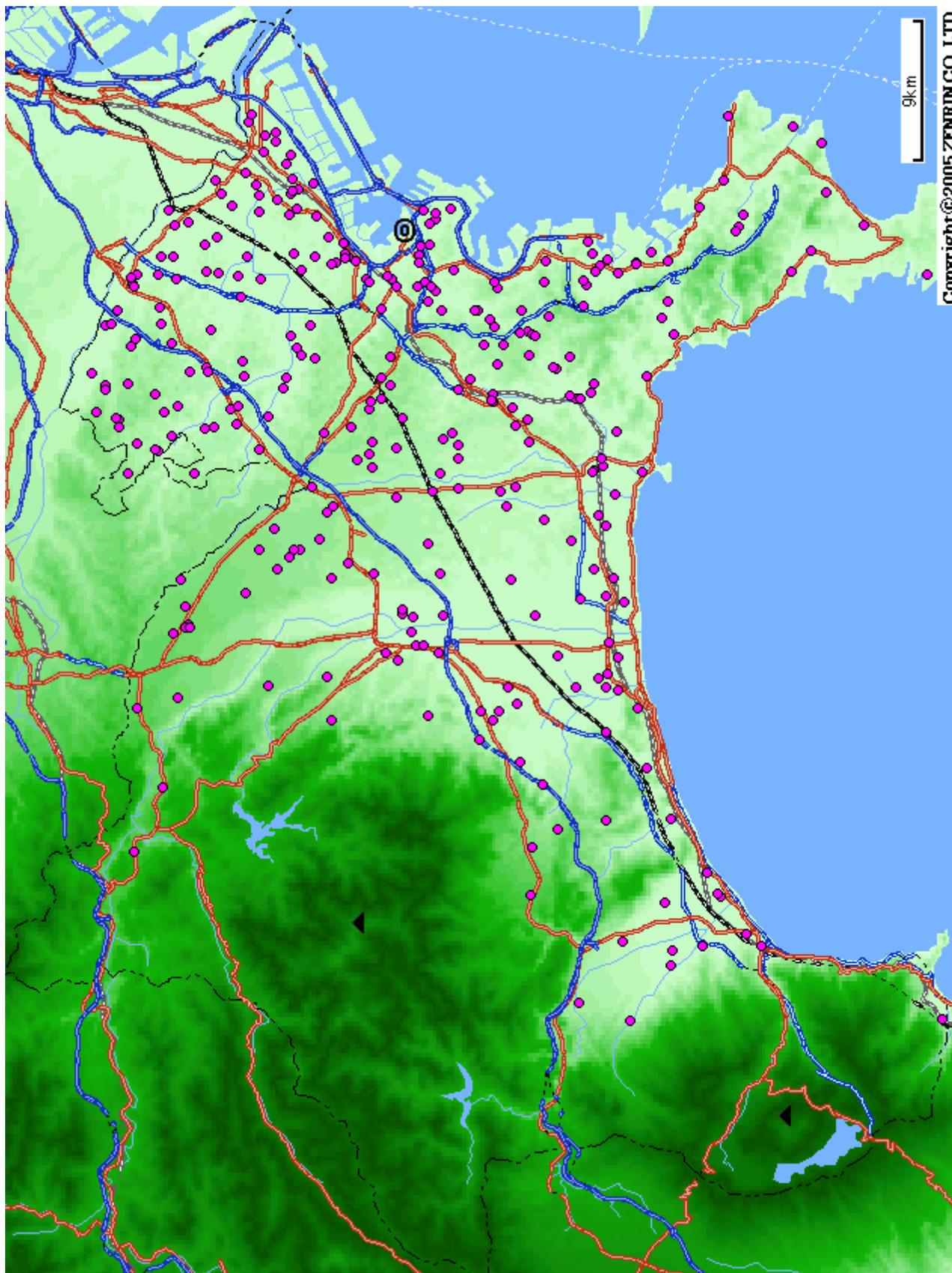






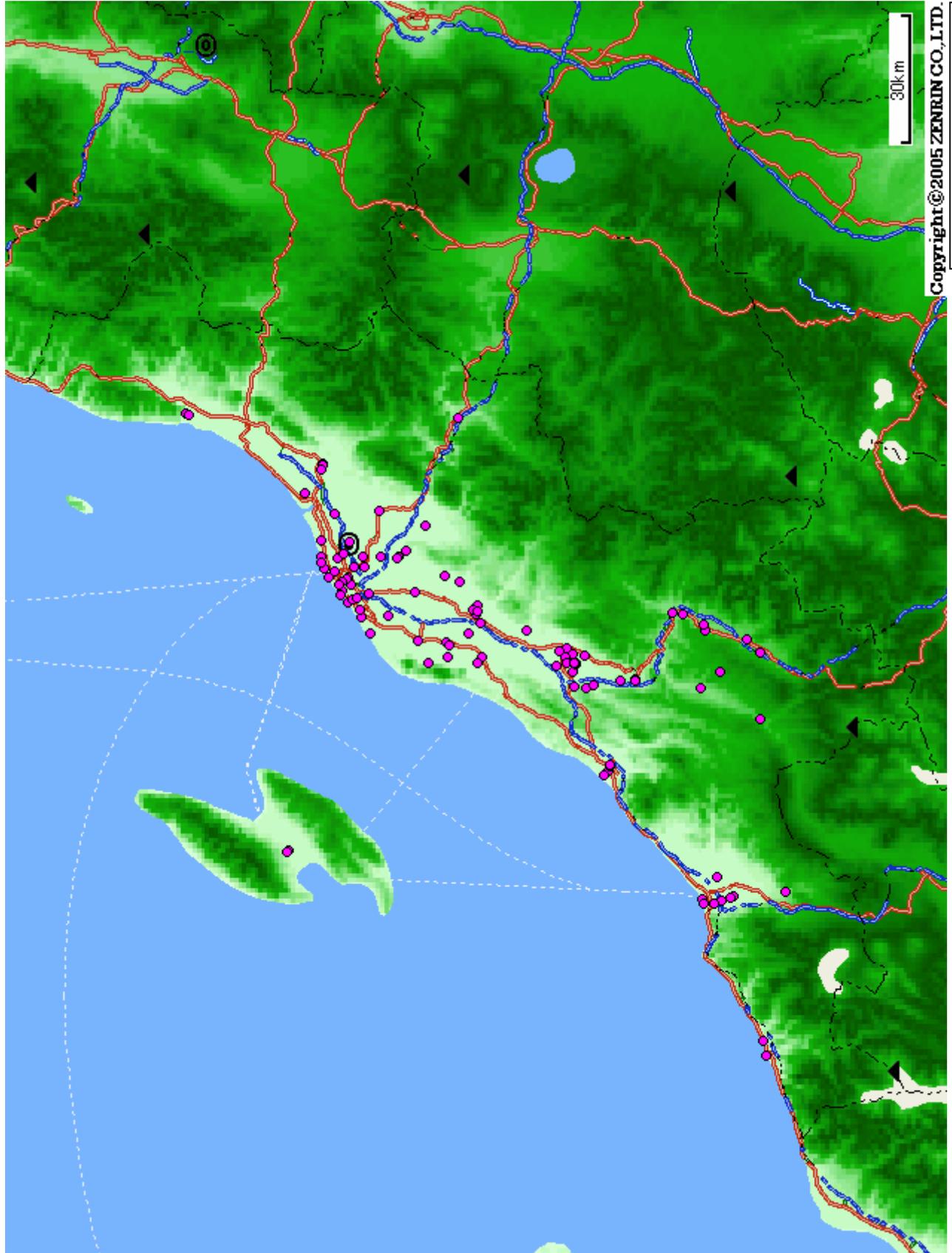


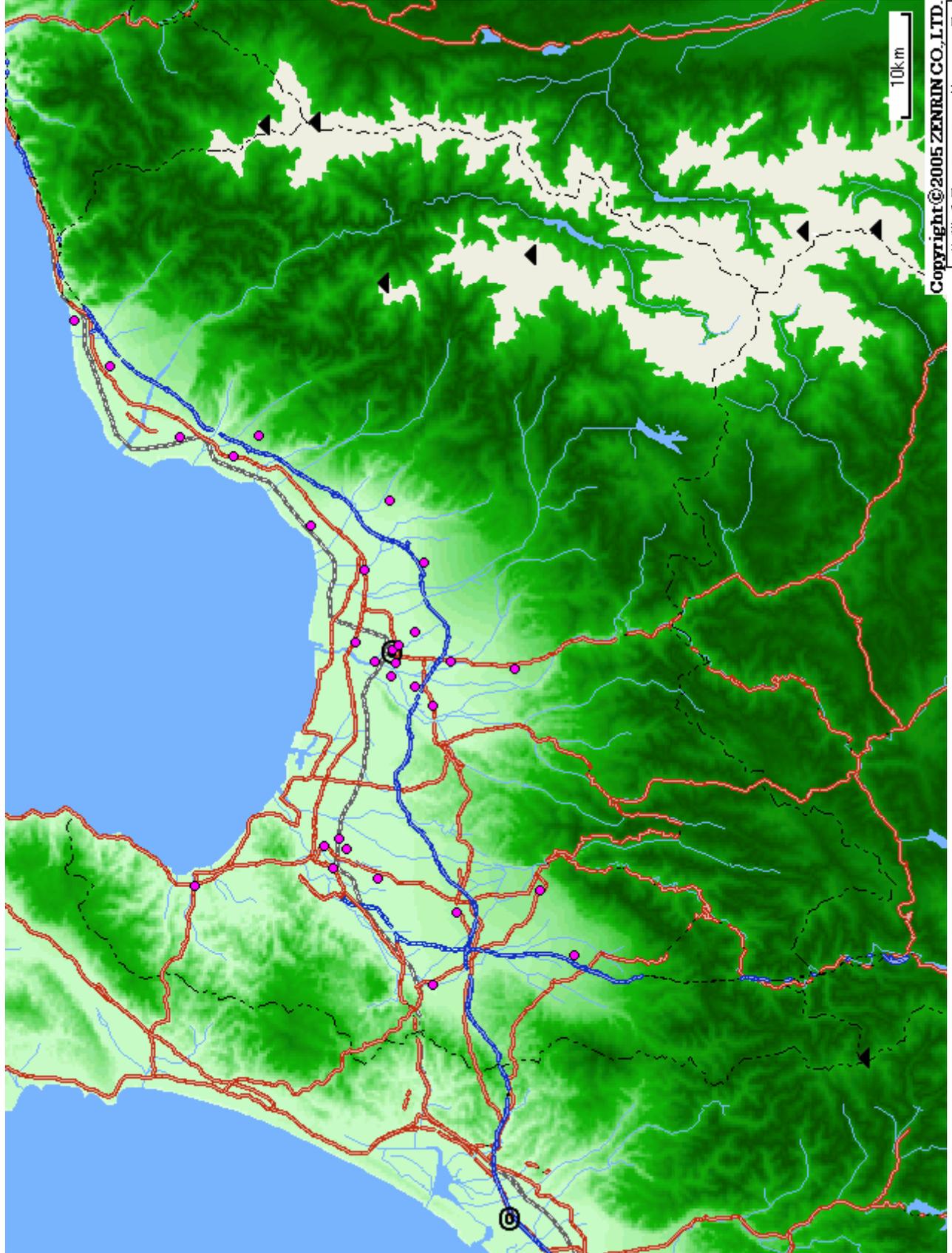


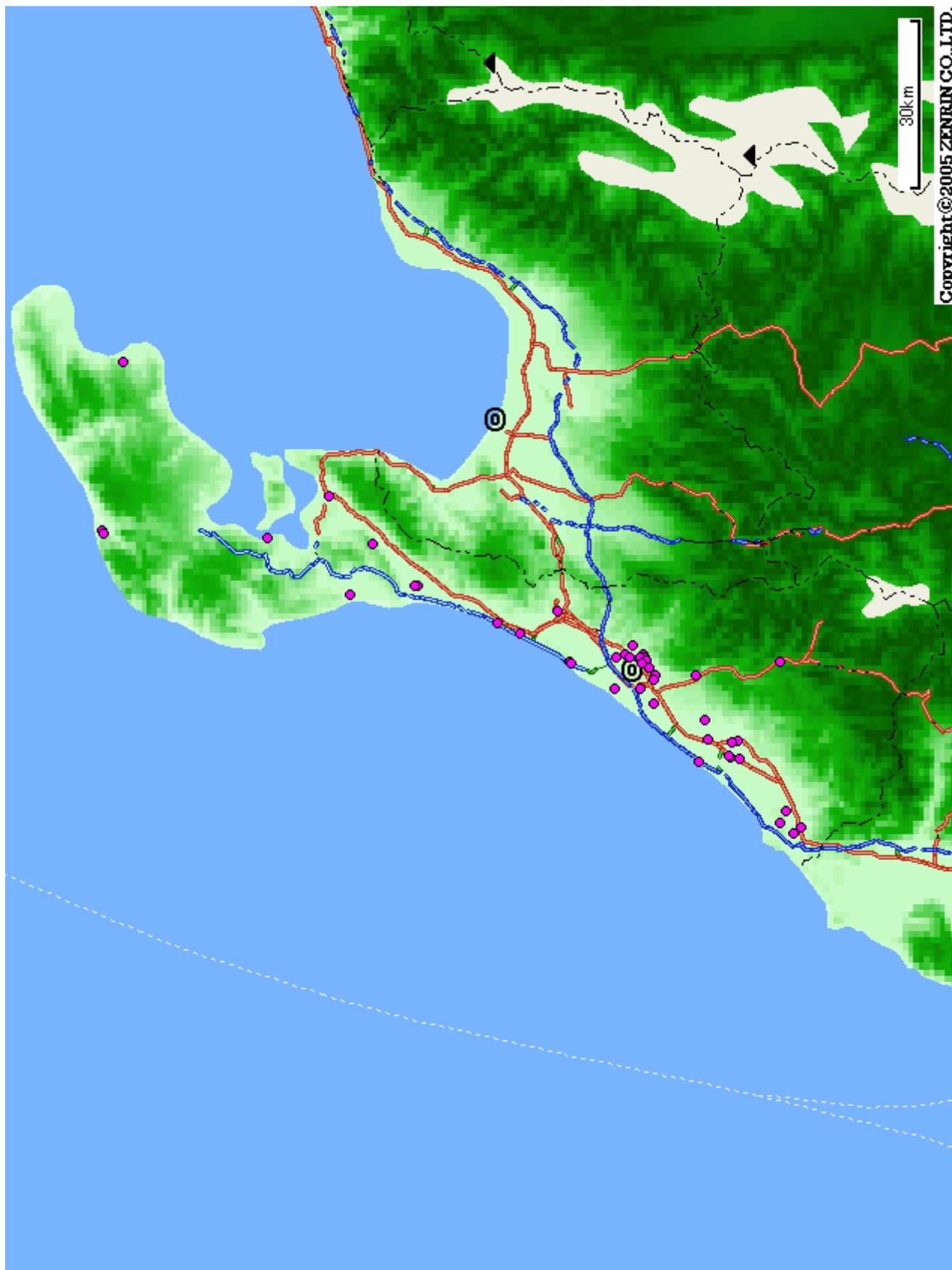


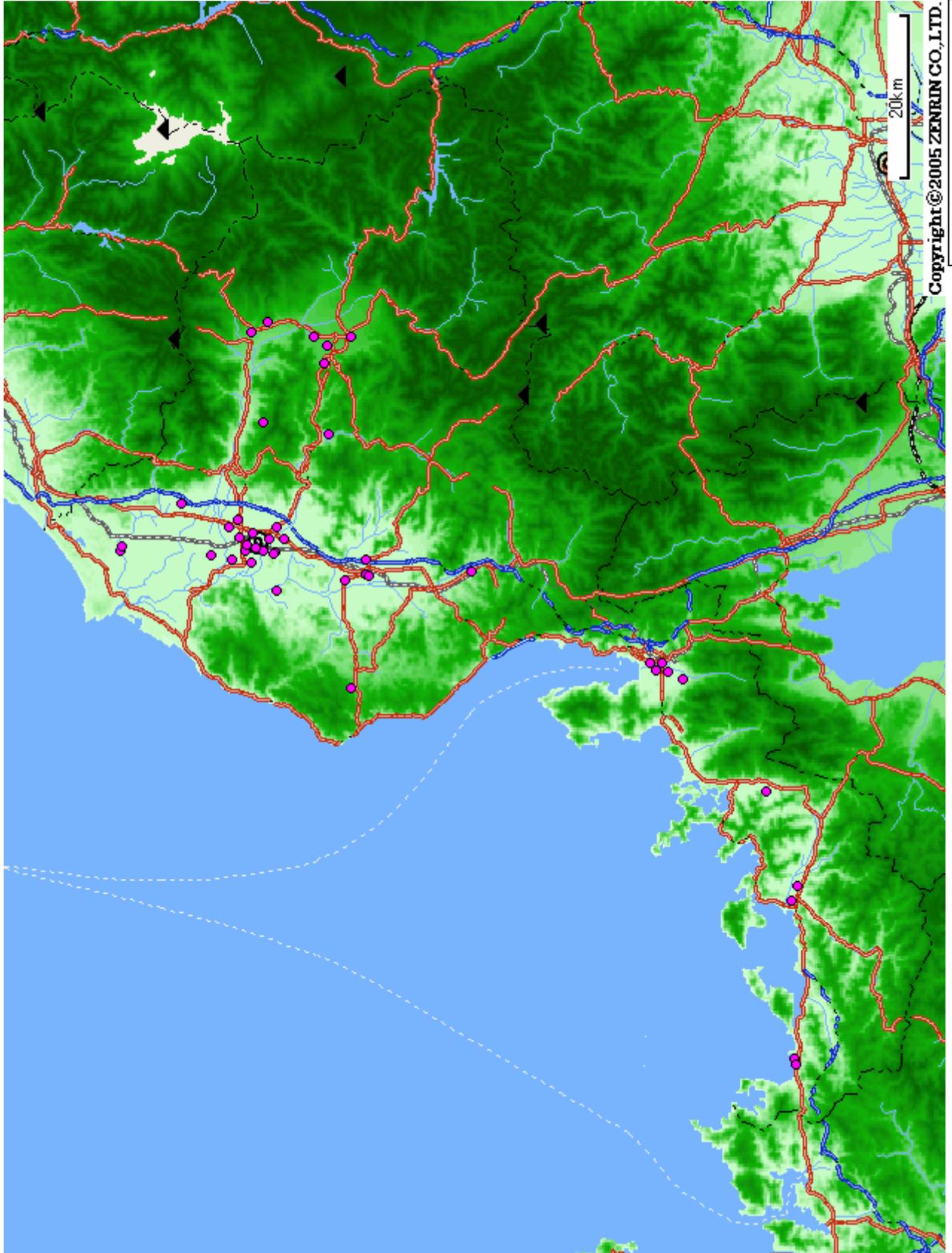
Copyright © 2005 ZENRIN CO., LTD.

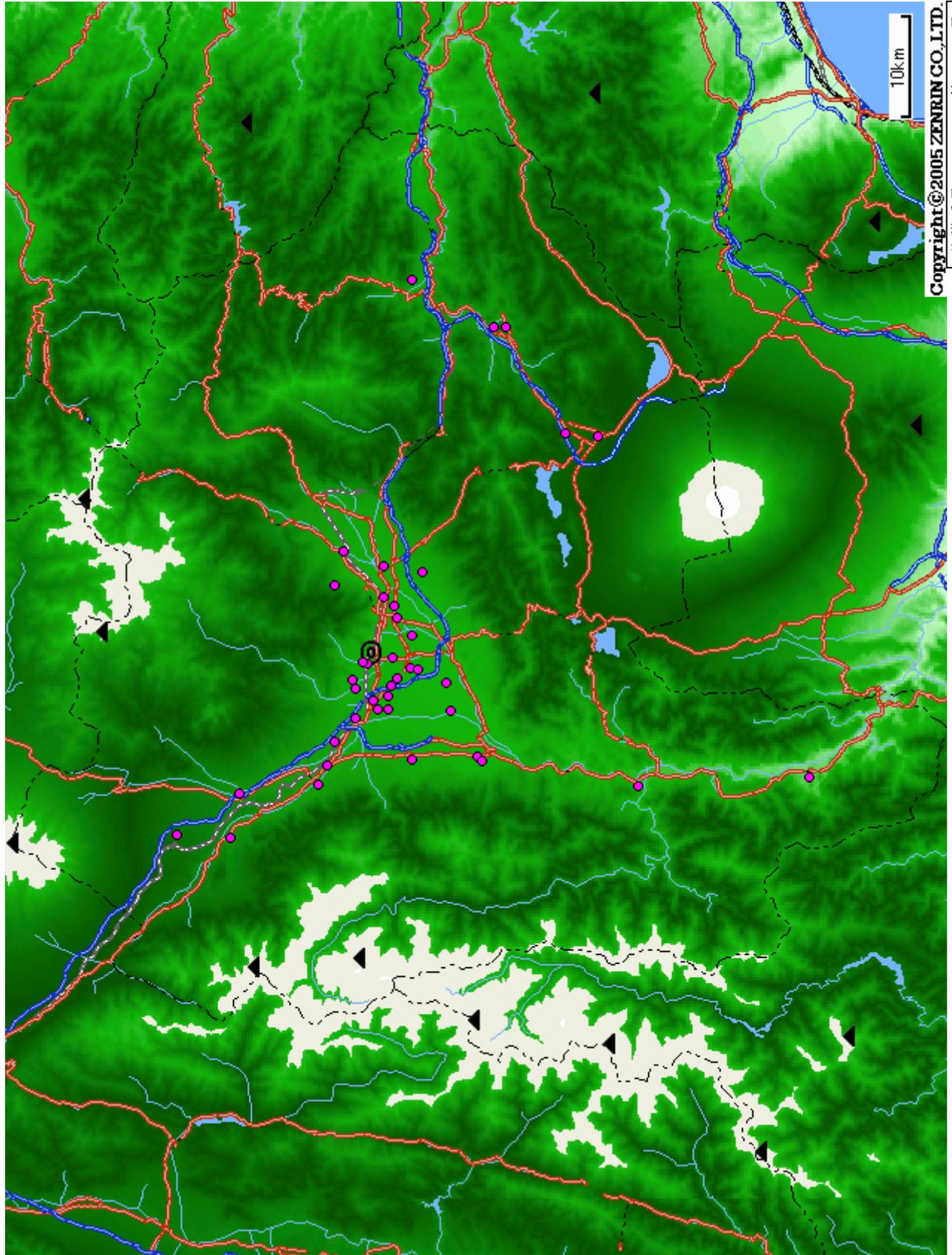
許諾番号：Z06B-第2330号





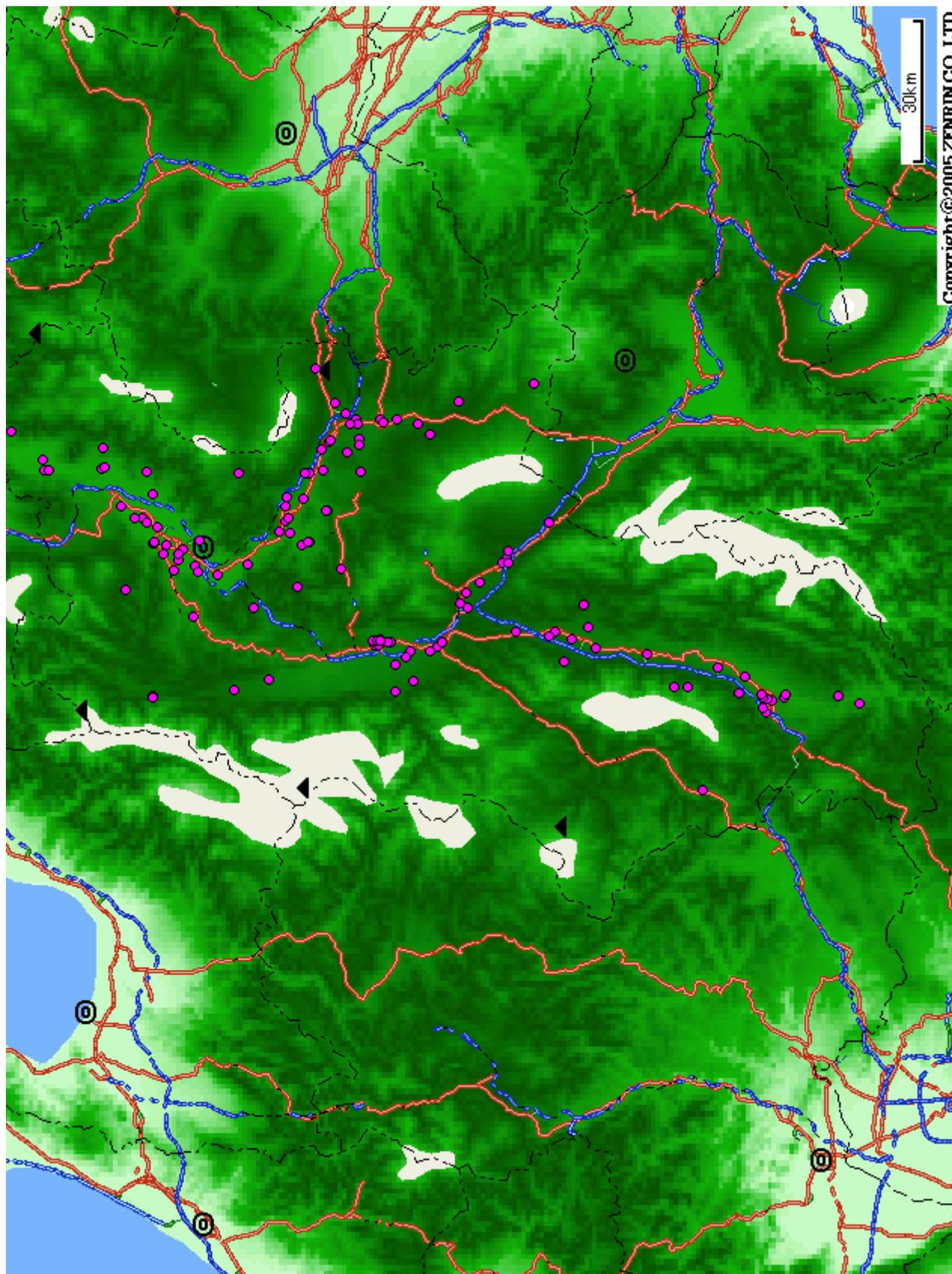






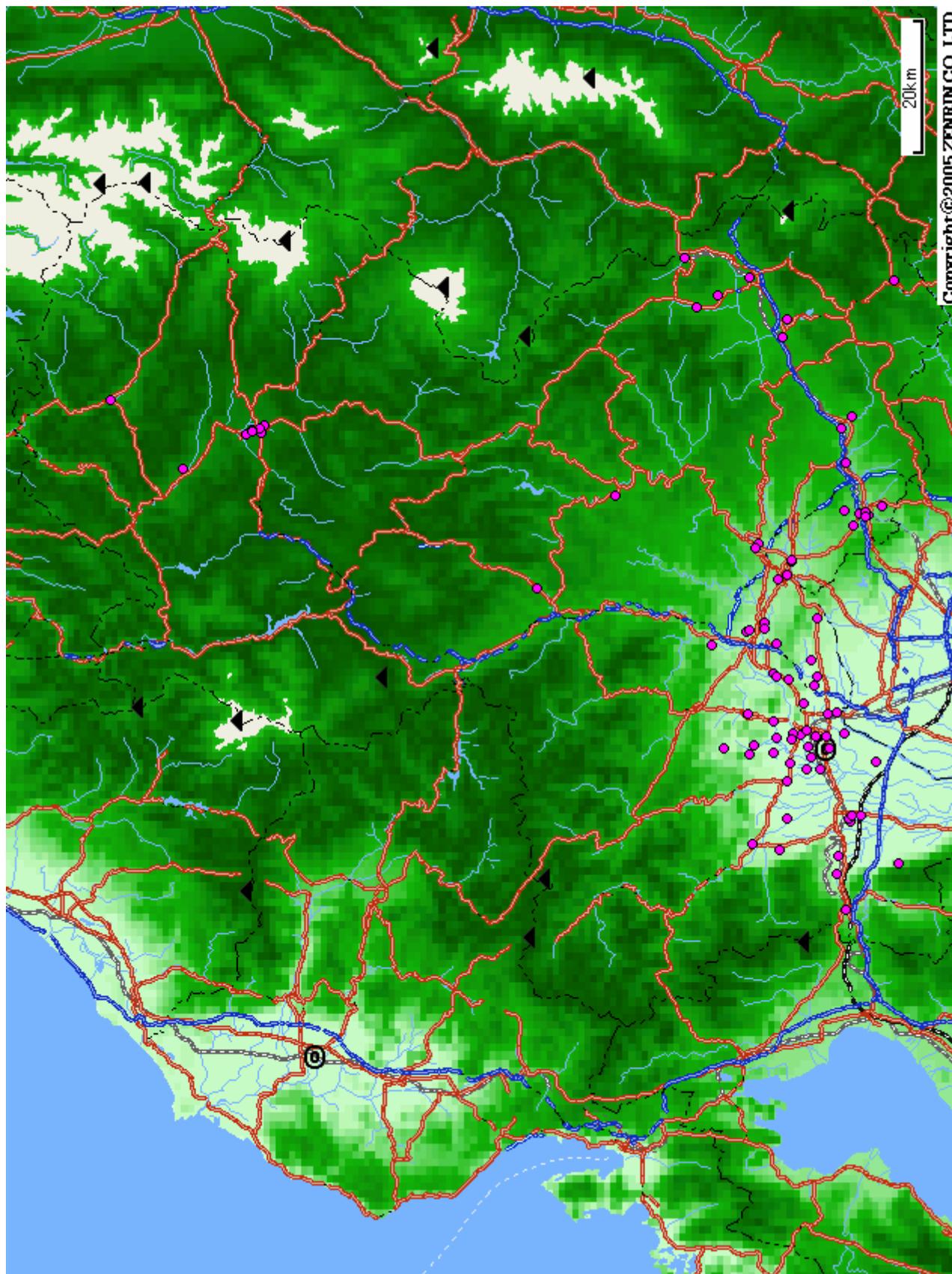
Copyright © 2005 ZENRIN CO., LTD.

許諾番号：Z 06 B - 第 2330 号



Copyright ©2005 ZENRIN CO., LTD.

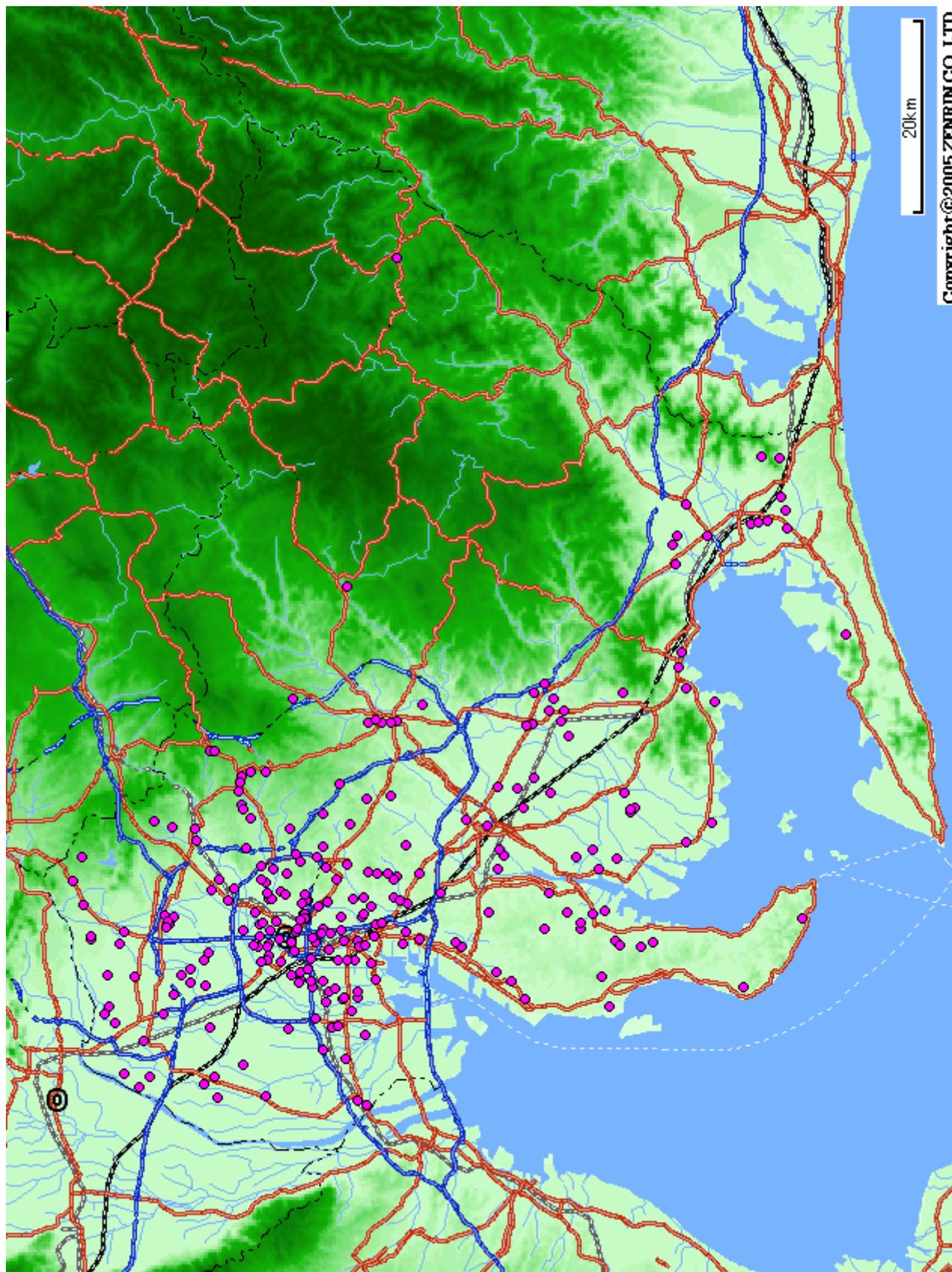
許諾番号：Z06B-第2330号

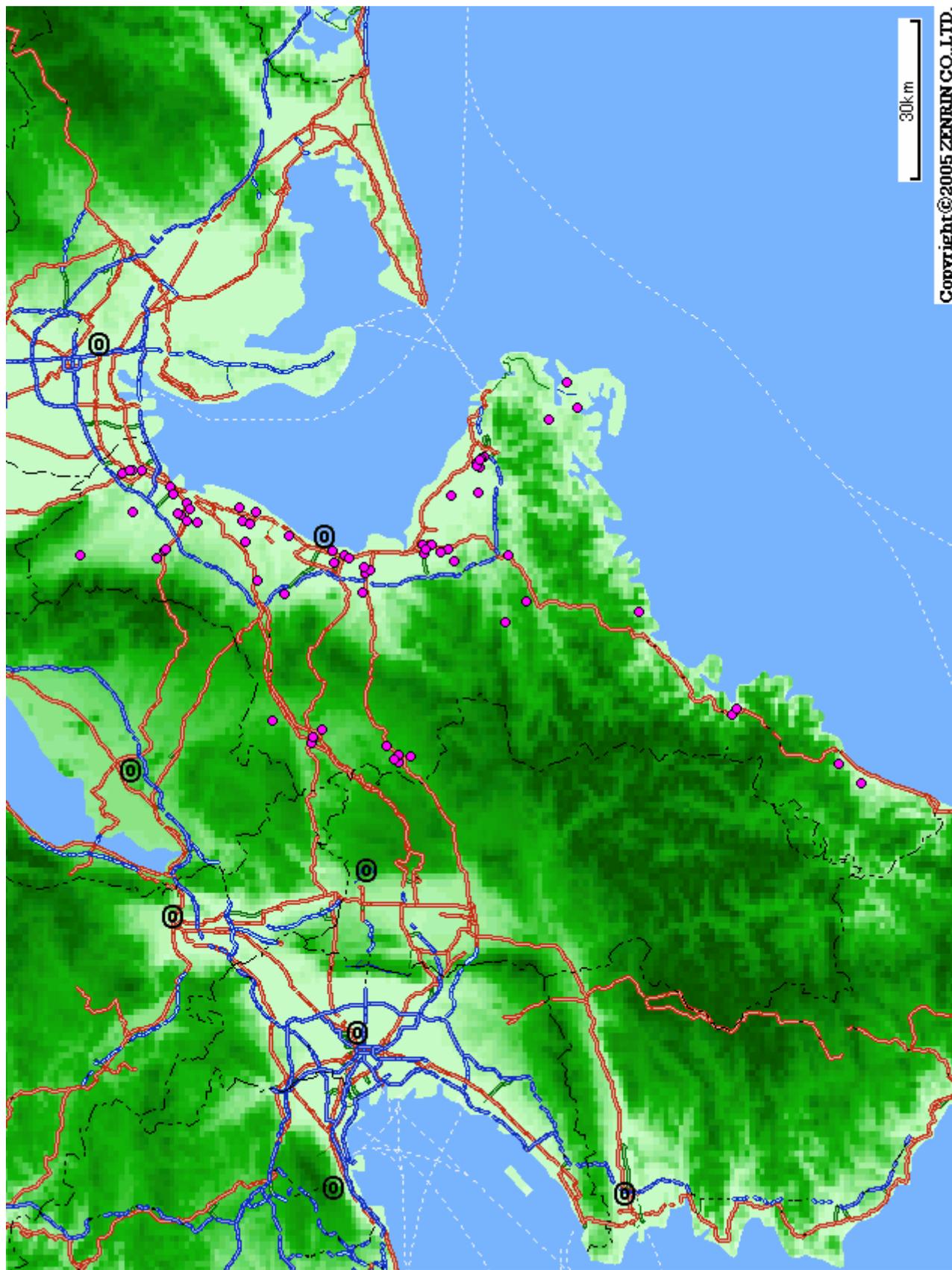


Copyright ©2005 ZENRIN CO., LTD.

許諾番号：Z 06B - 第 2330 号







30km

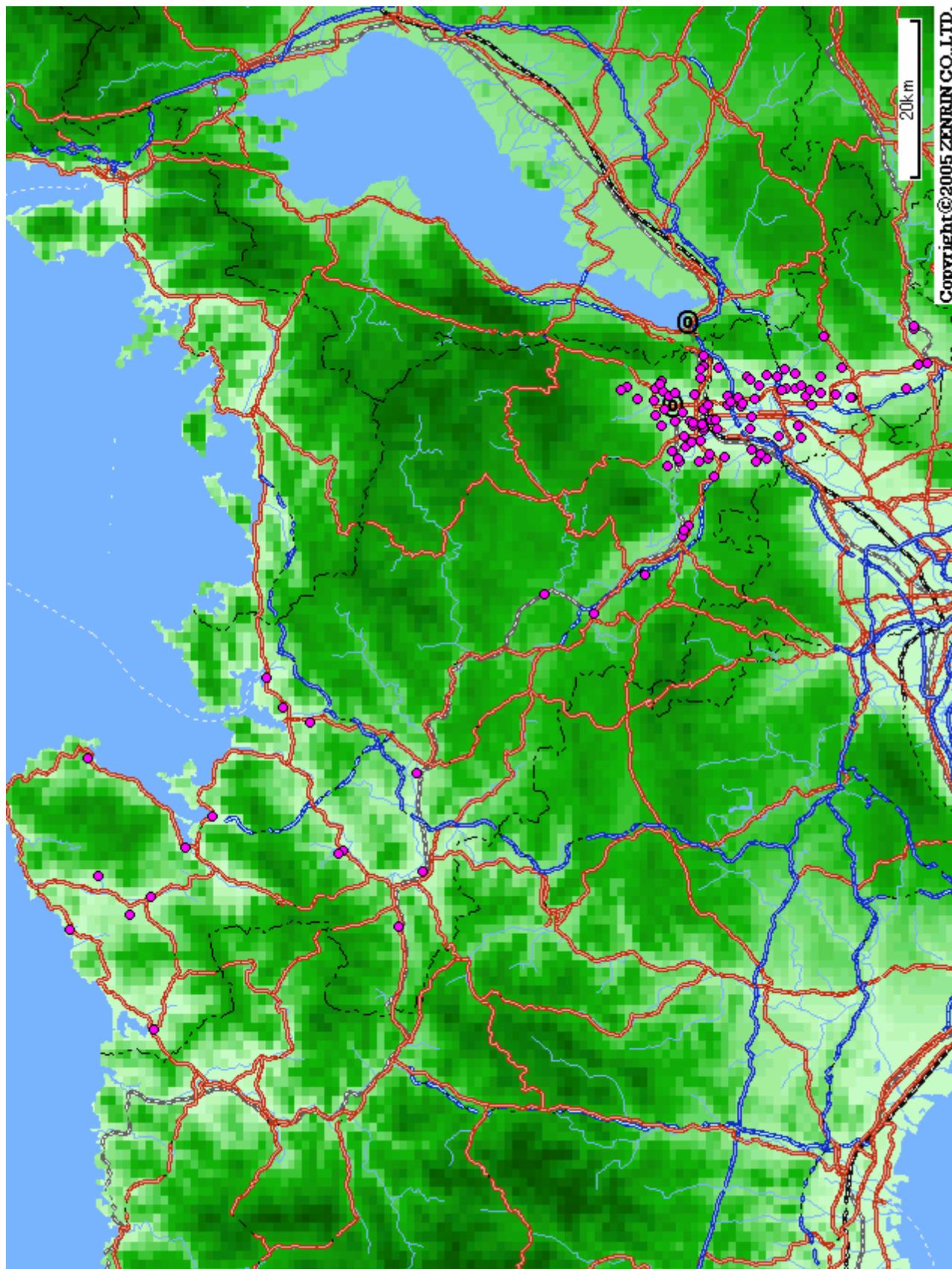
Copyright © 2005 ZENRIN CO., LTD.

許諾番号：Z 06B - 第 2330 号



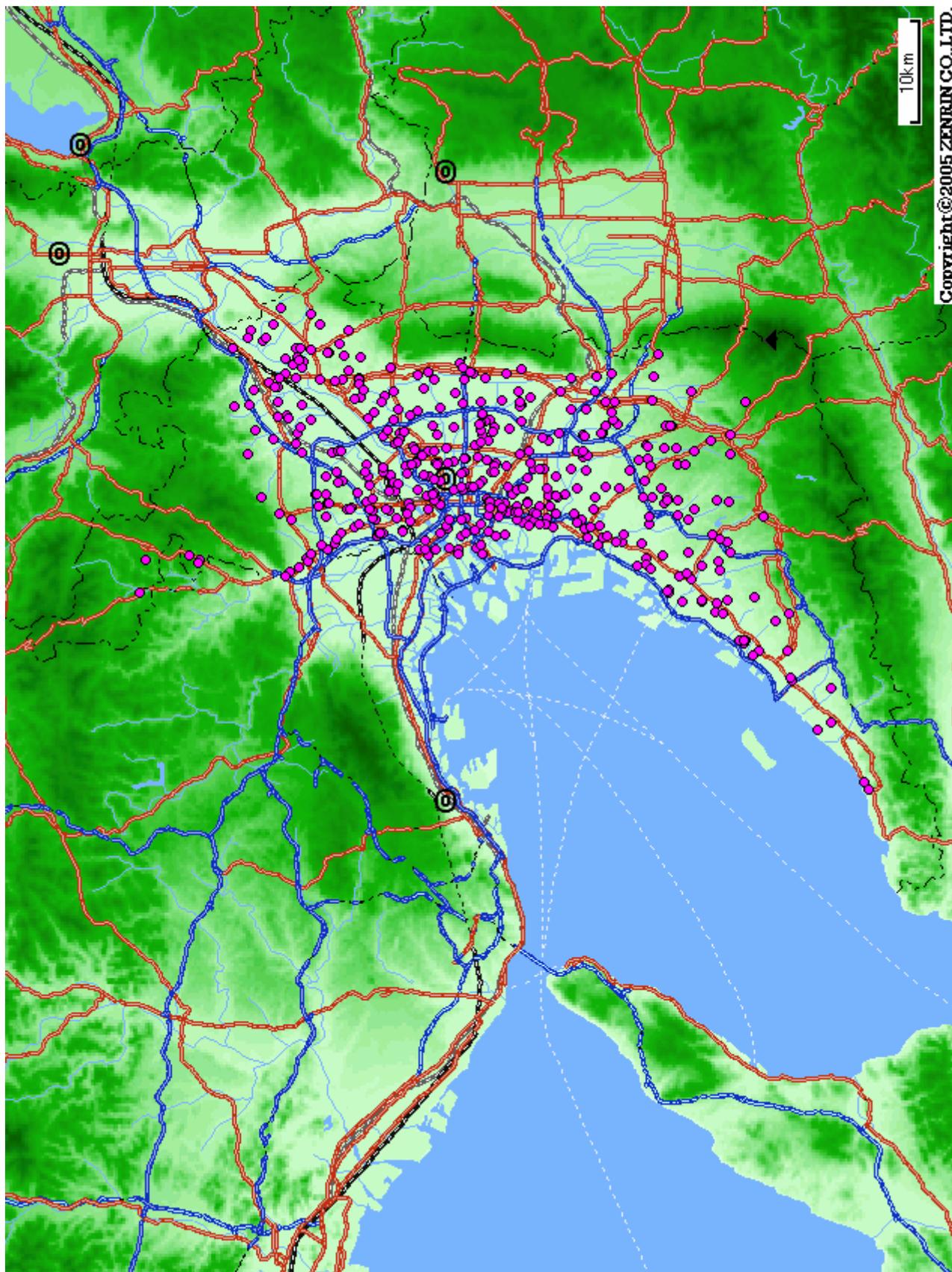
Copyright ©2005 ZENRIN CO., LTD.

許諾番号：Z 06B - 第 2330 号



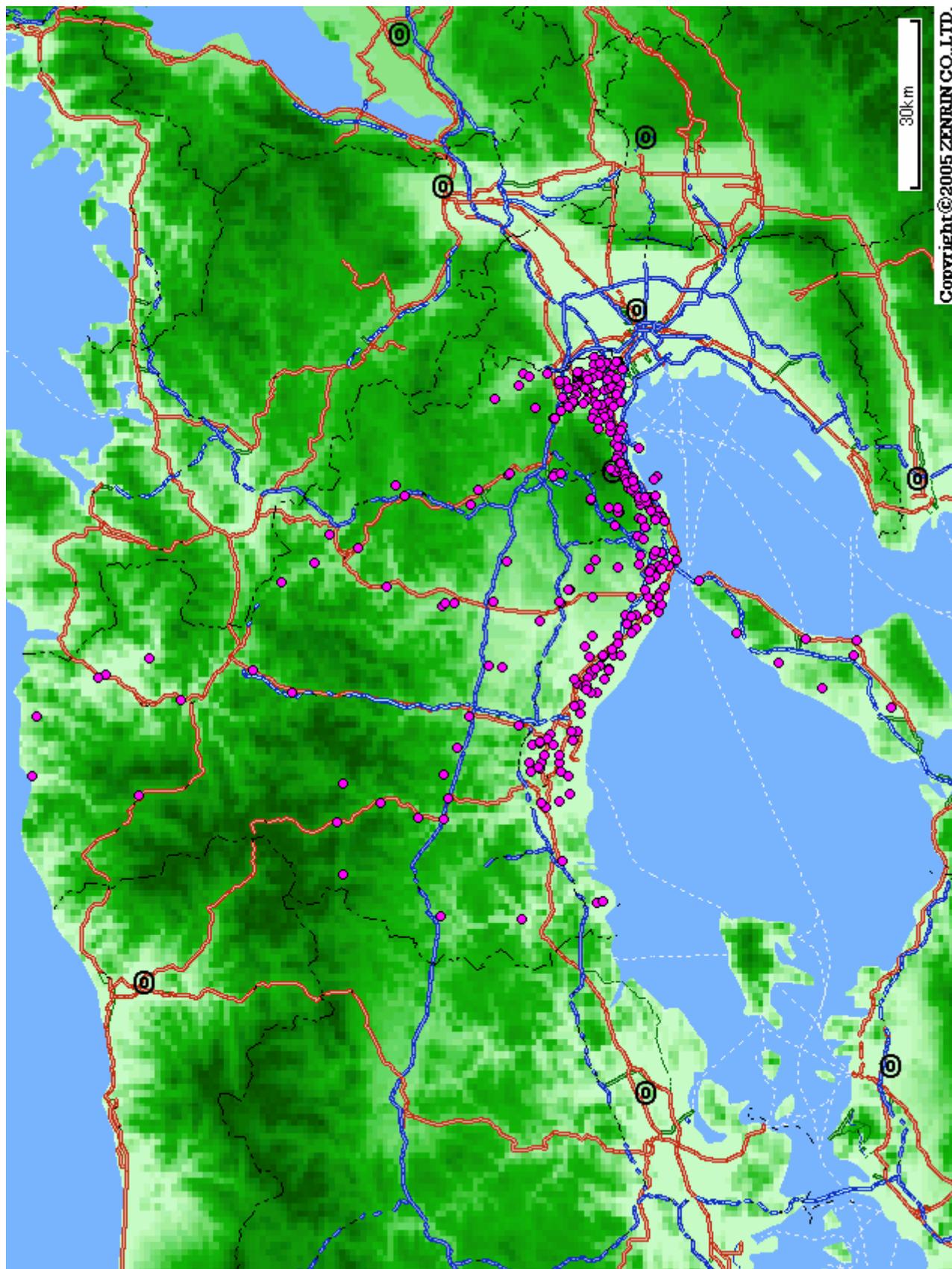
Copyright ©2005 ZENRIN CO., LTD.

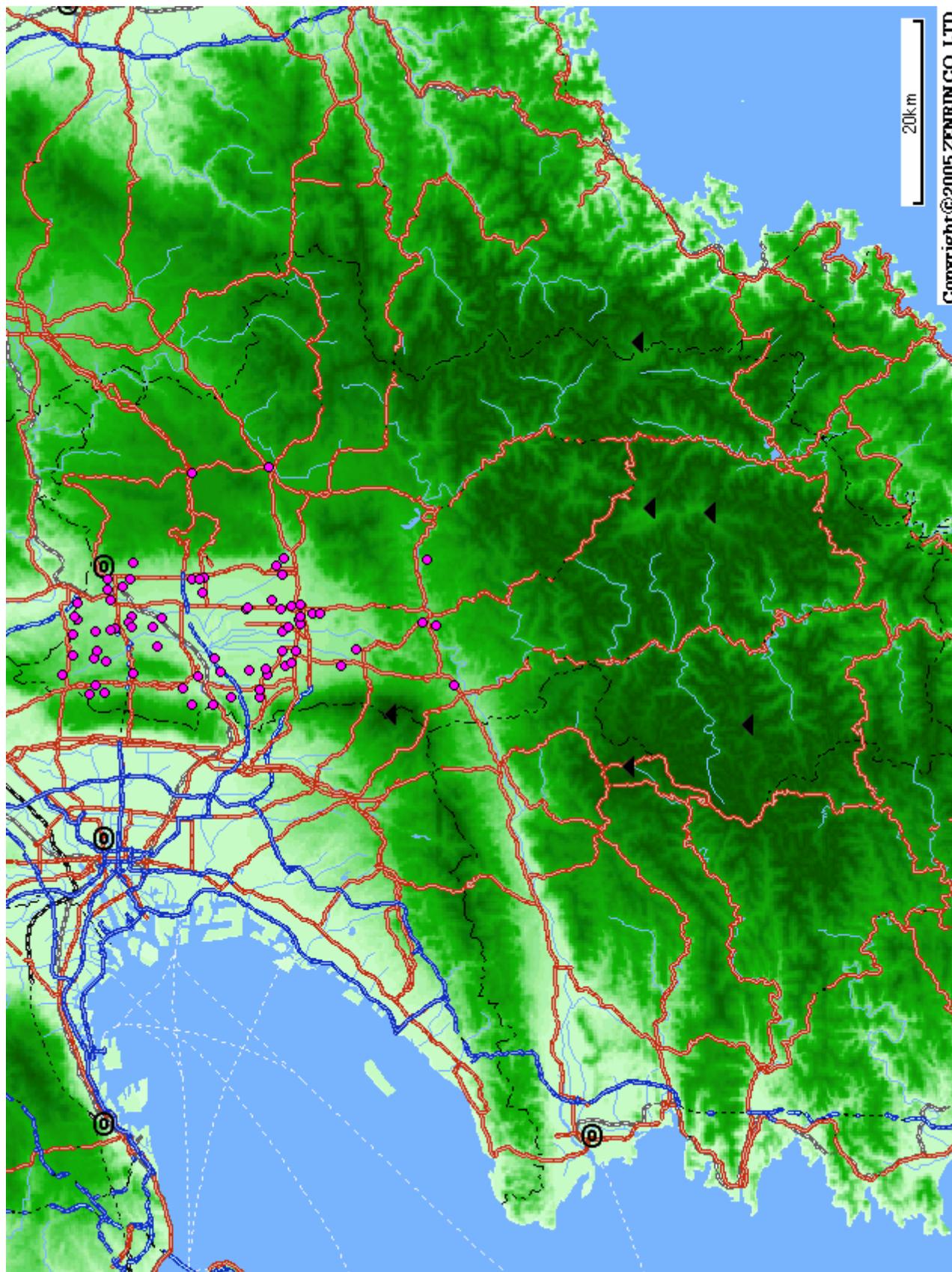
許諾番号：Z06B-第2330号



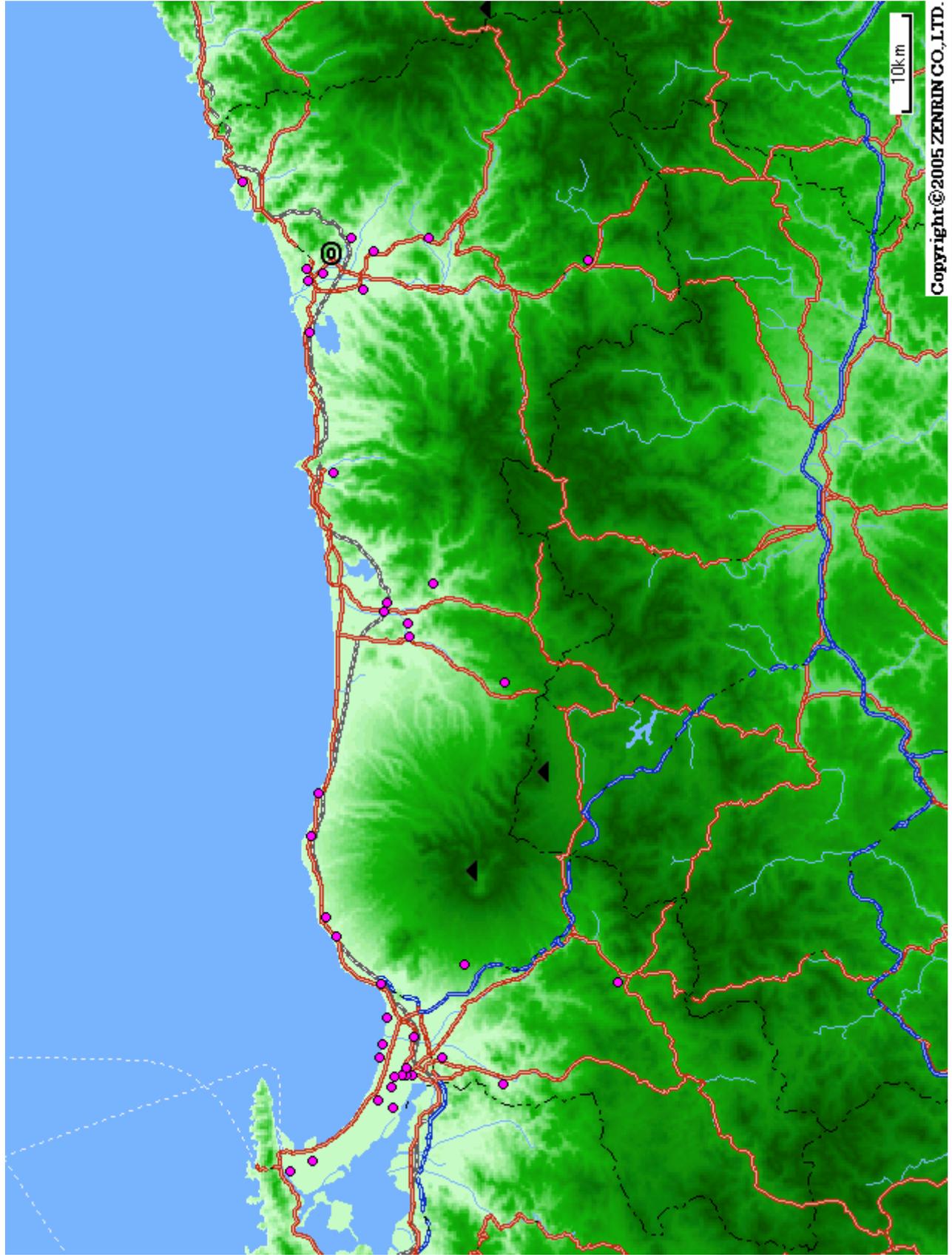
Copyright ©2005 ZENRIN CO., LTD.

許諾番号：Z06B-第2330号



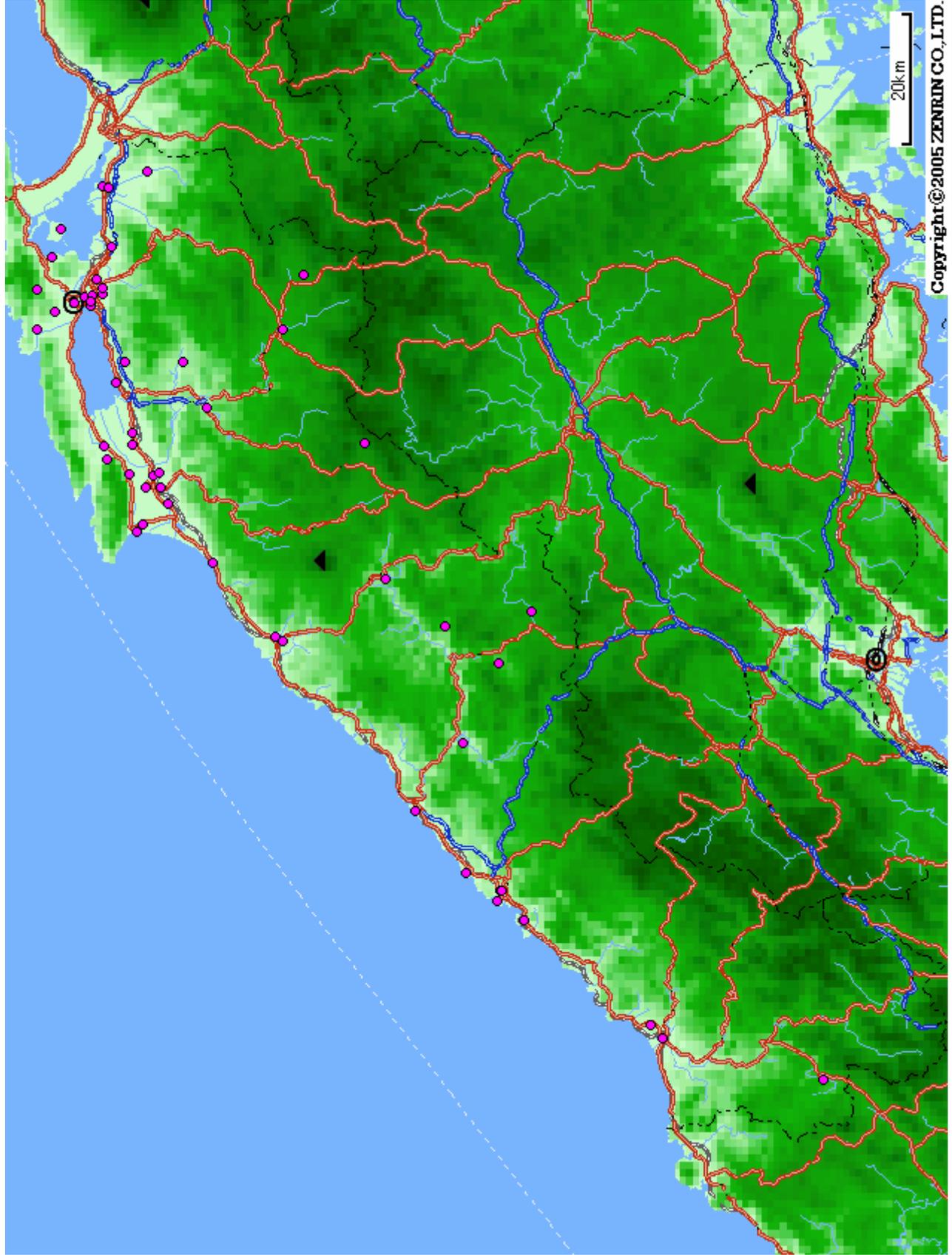


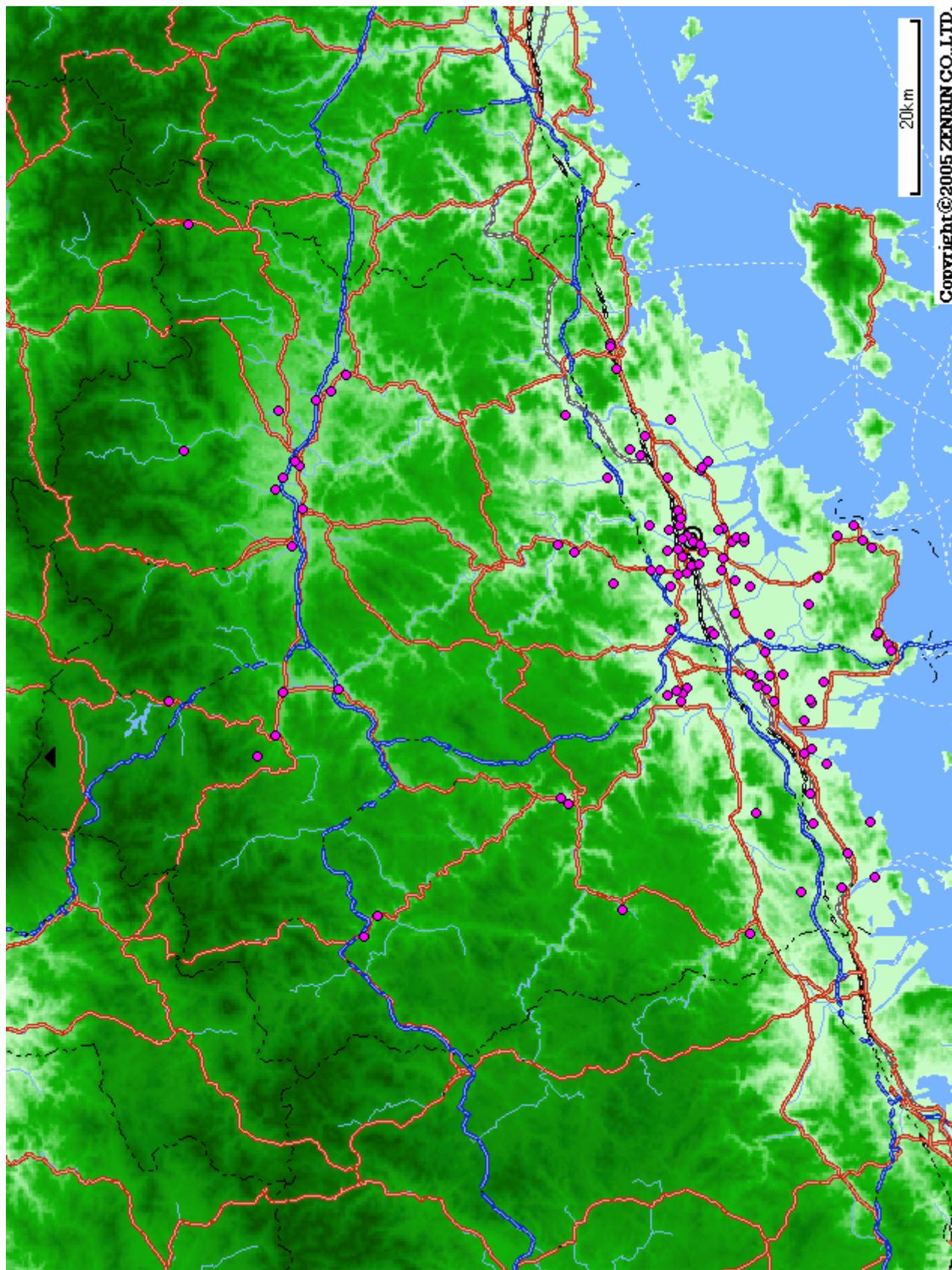




Copyright © 2005 ZENRIN CO., LTD.

許諾番号: Z 06B - 第 2330 号





20km

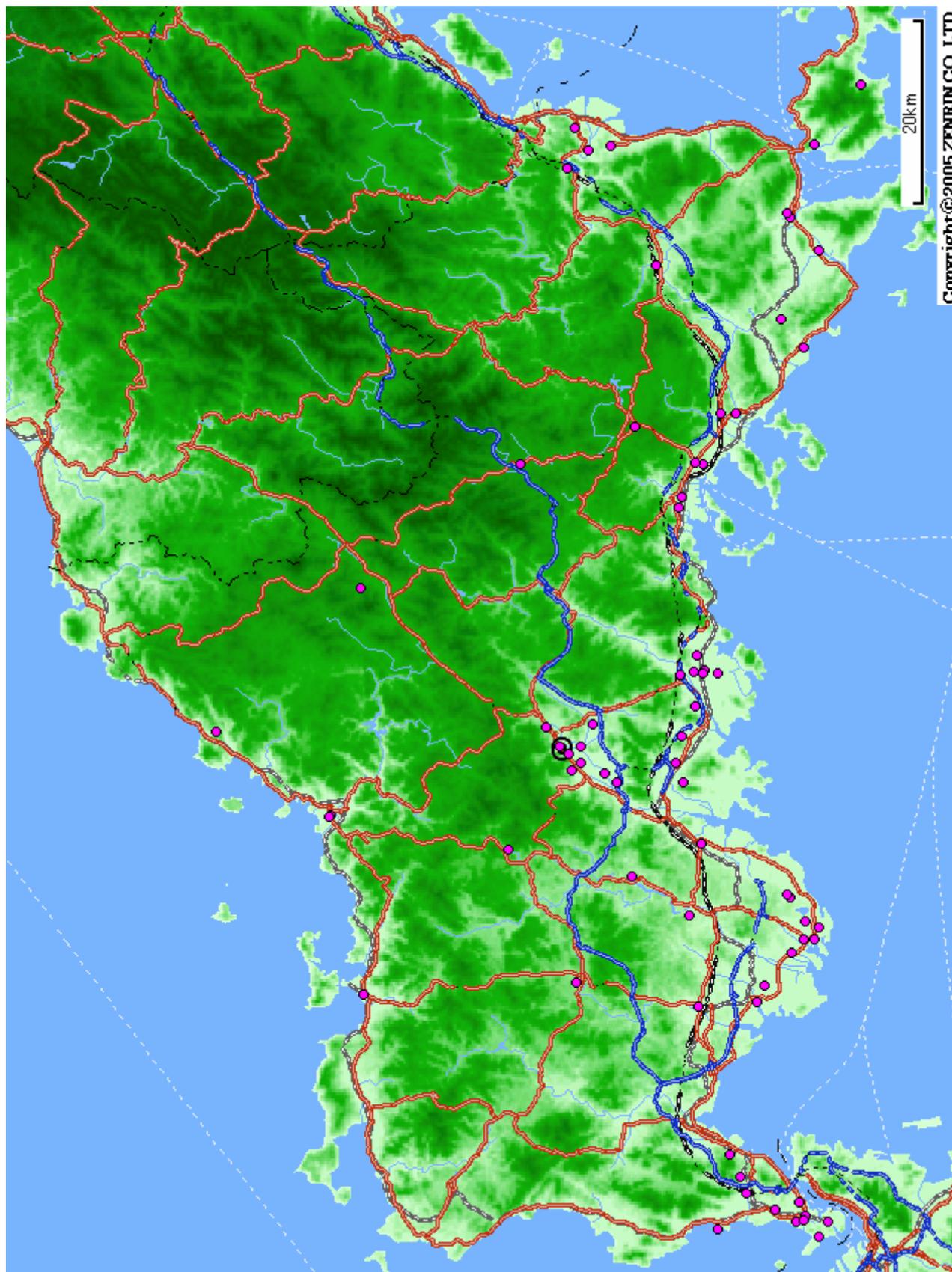
Copyright © 2005 ZENRIN CO., LTD.

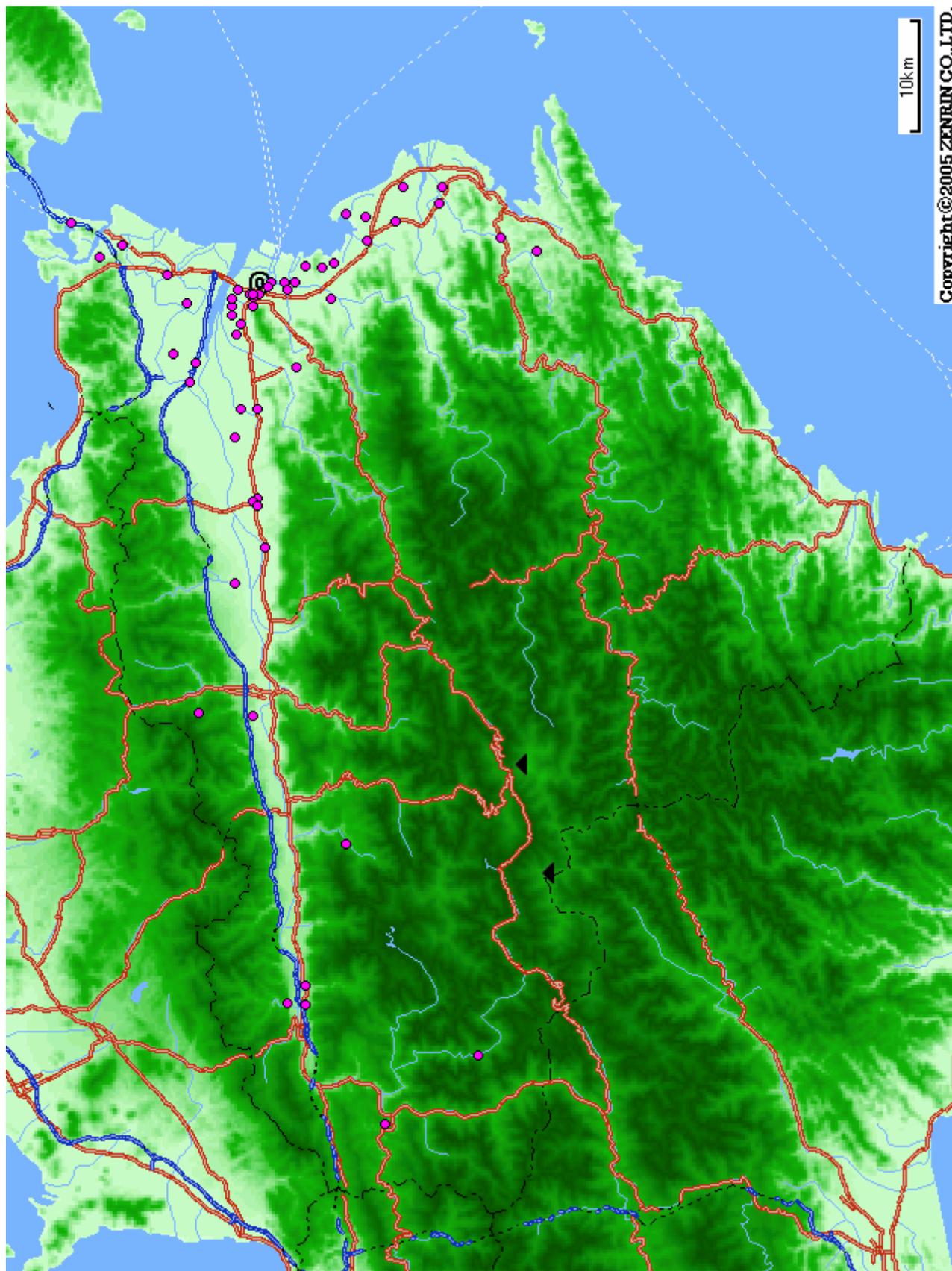
許諾番号：Z06B-第2330号

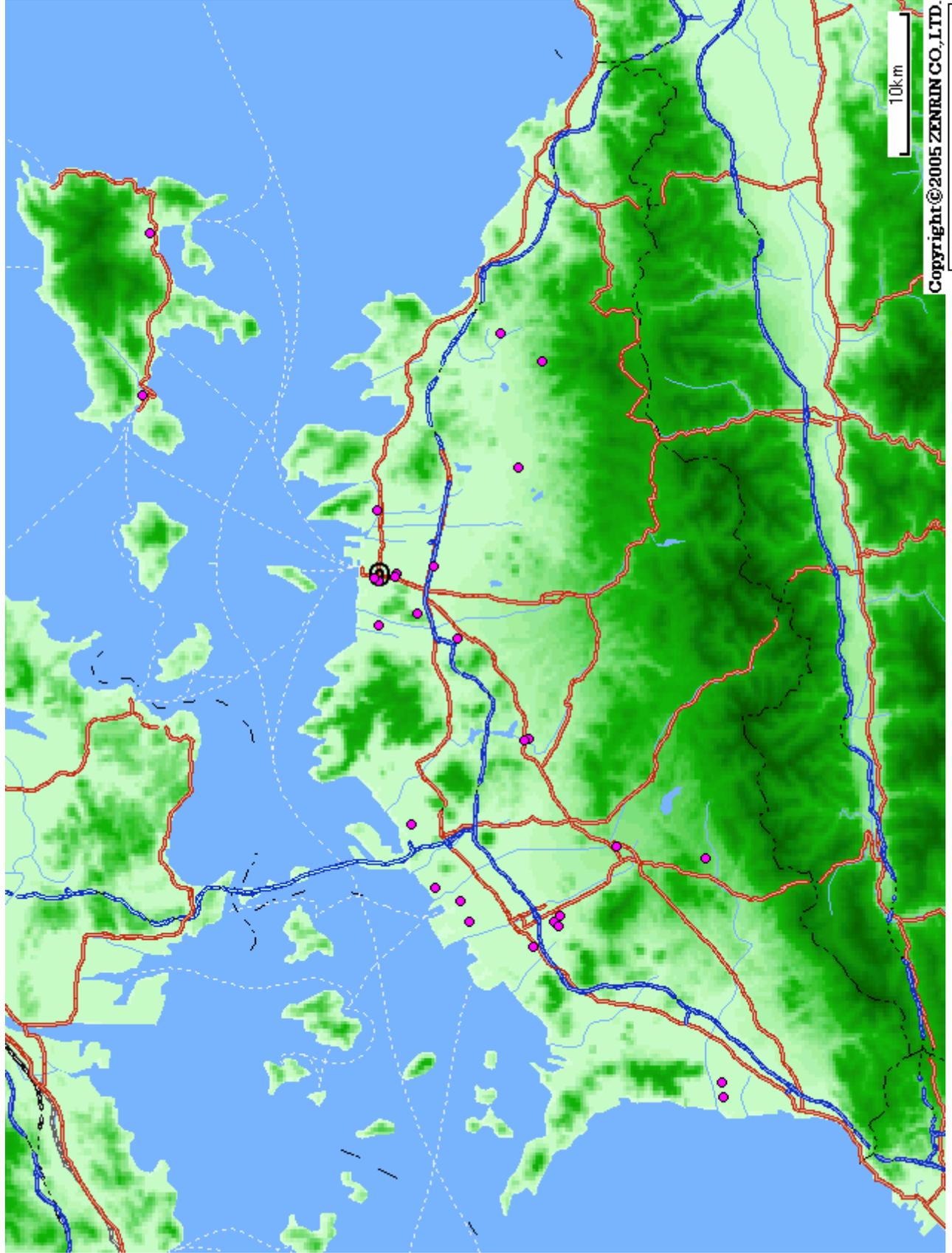


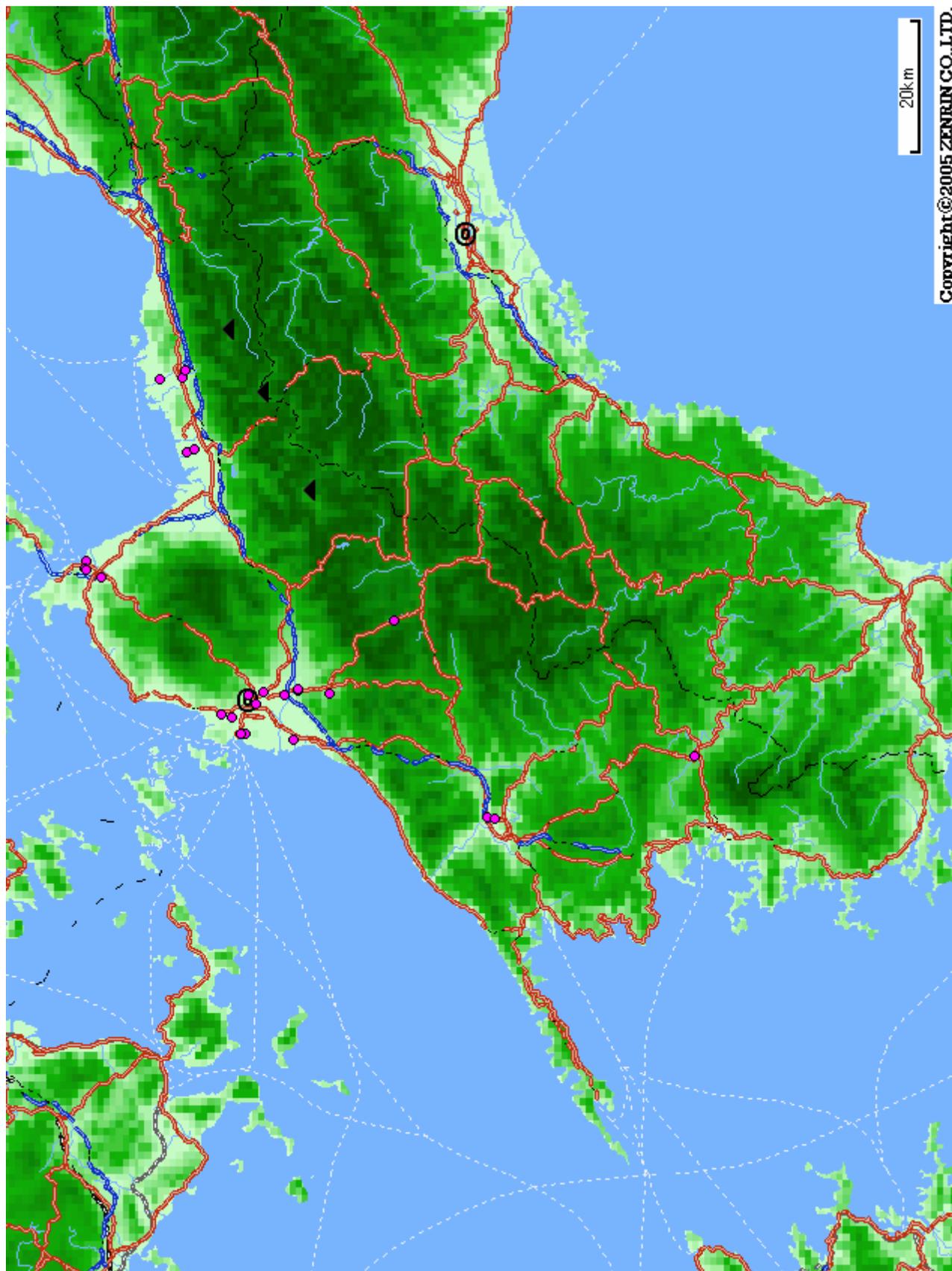
Copyright © 2005 ZENRIN CO., LTD.

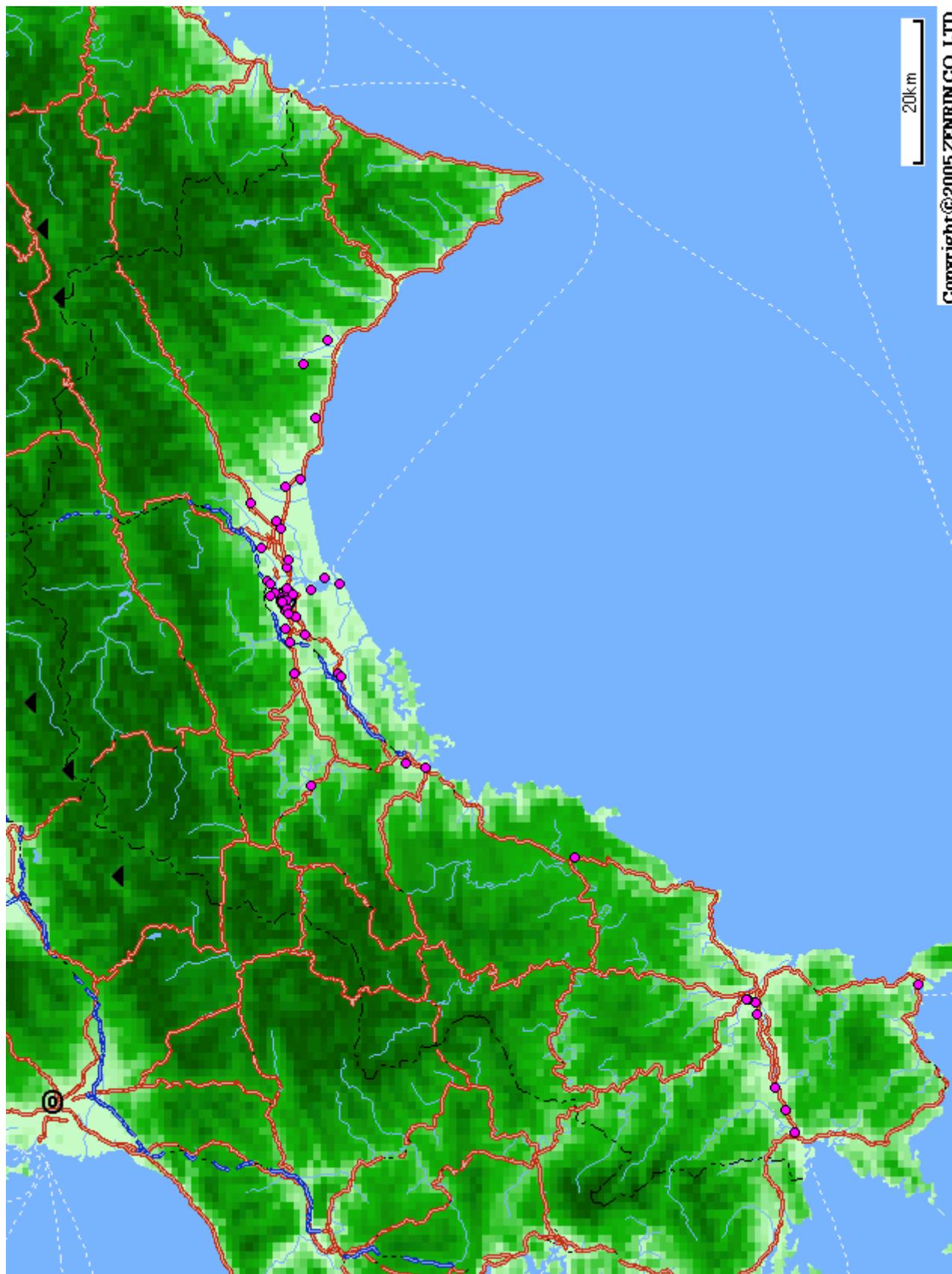
許諾番号：Z 06B - 第 2330 号







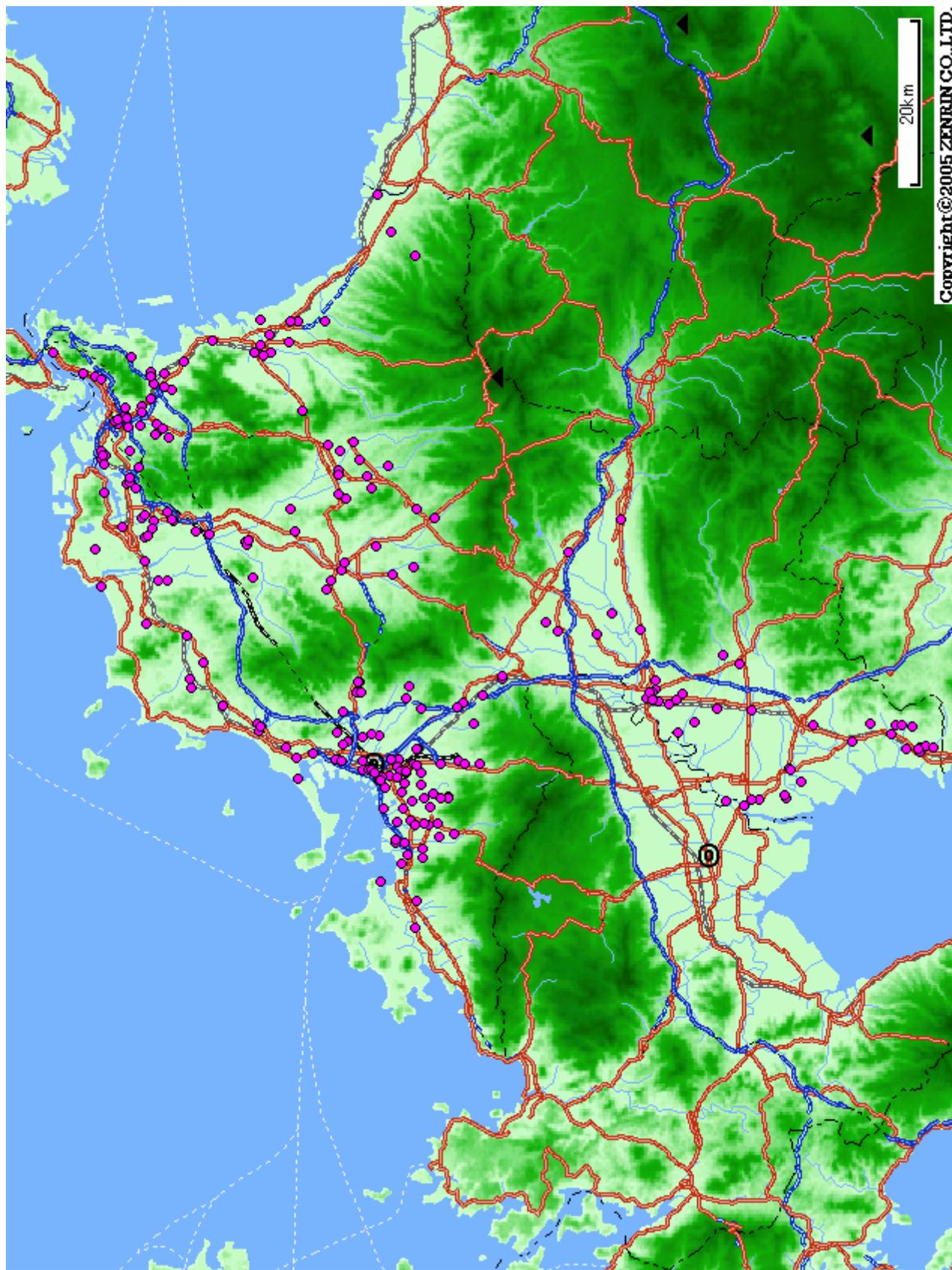




20km

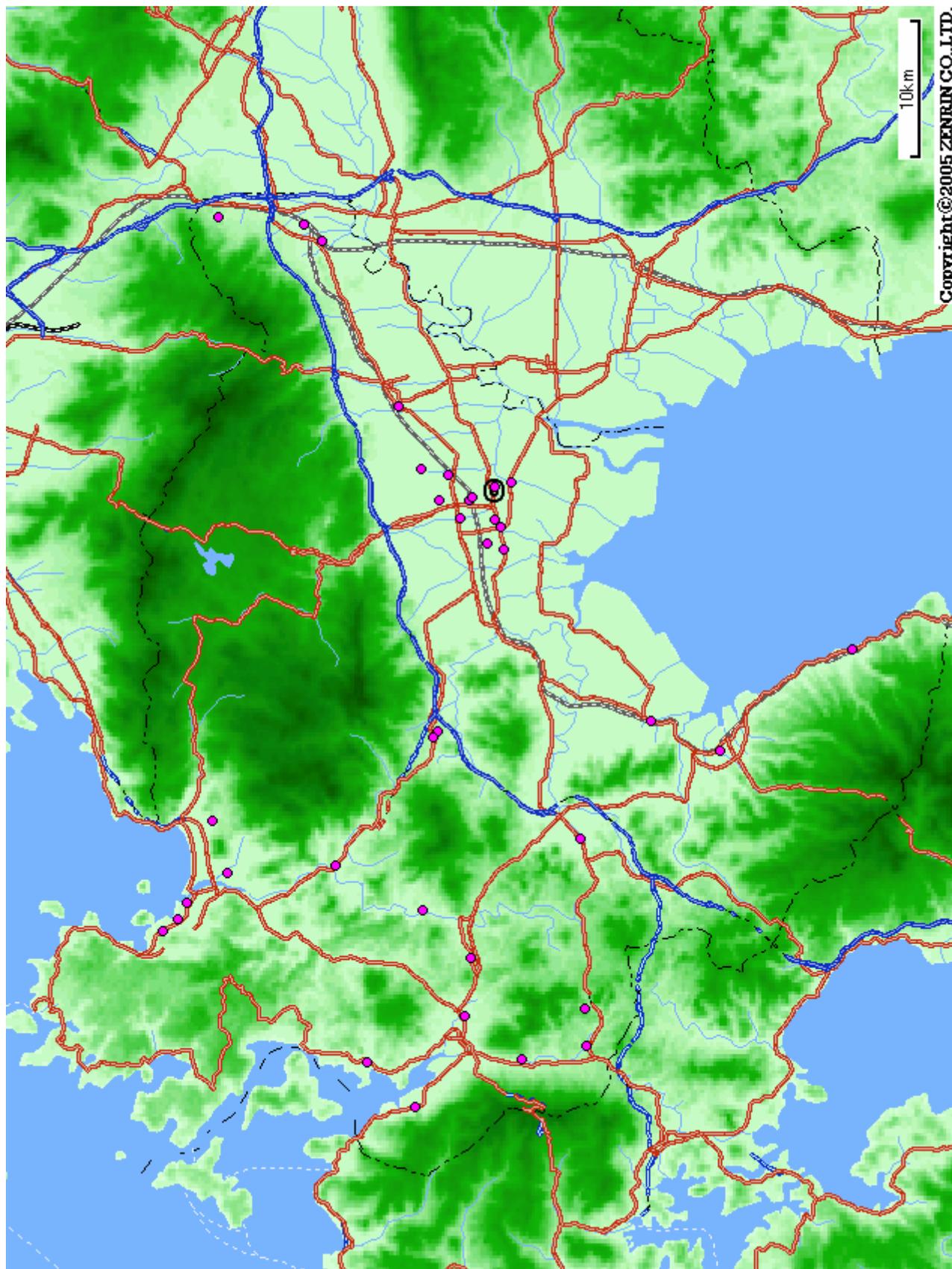
Copyright ©2005 ZENRIN CO., LTD.

許諾番号：Z 06B - 第 2330 号

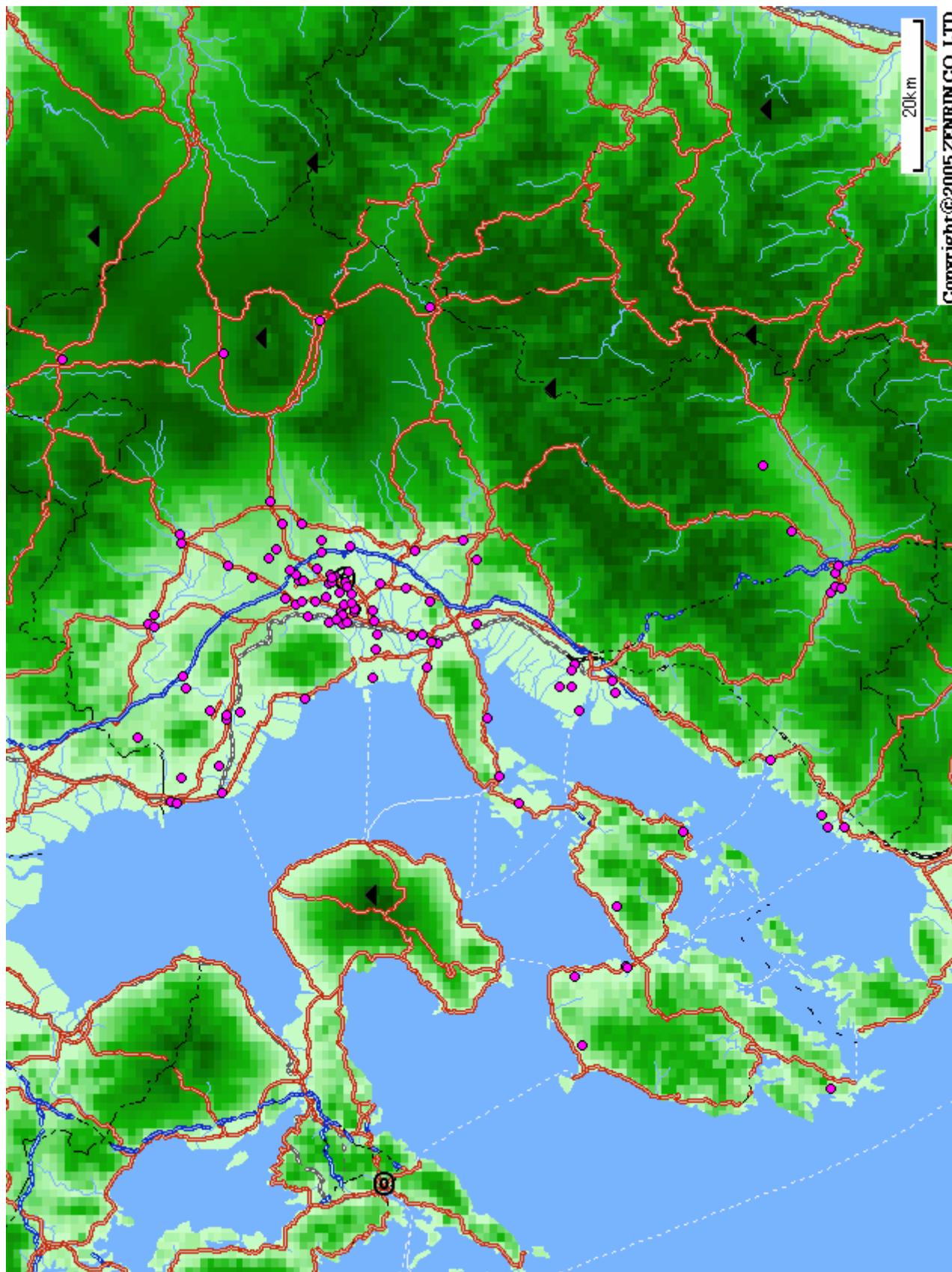


Copyright © 2005 ZENRIN CO., LTD.

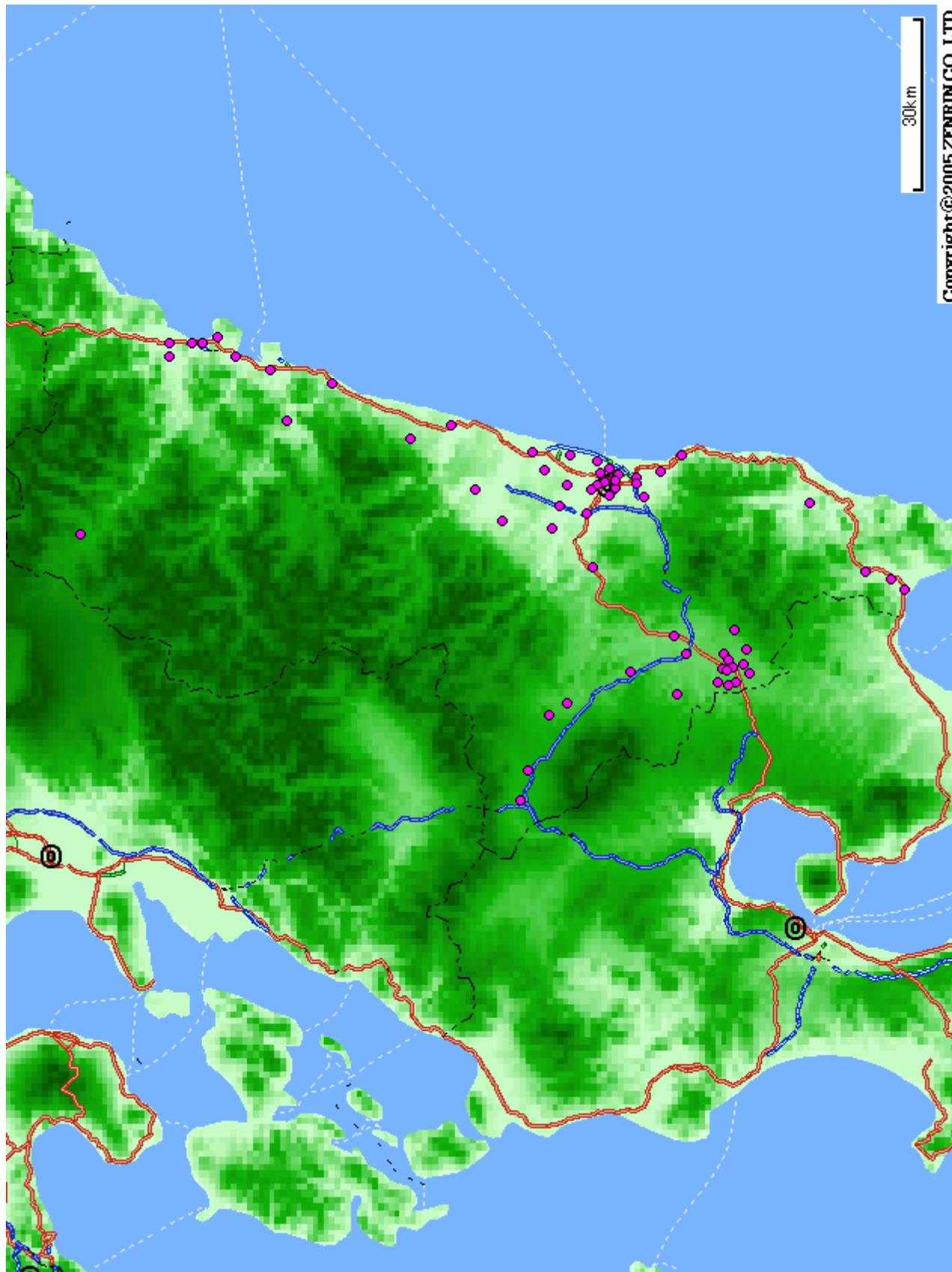
許諾番号：Z06B-第2330号

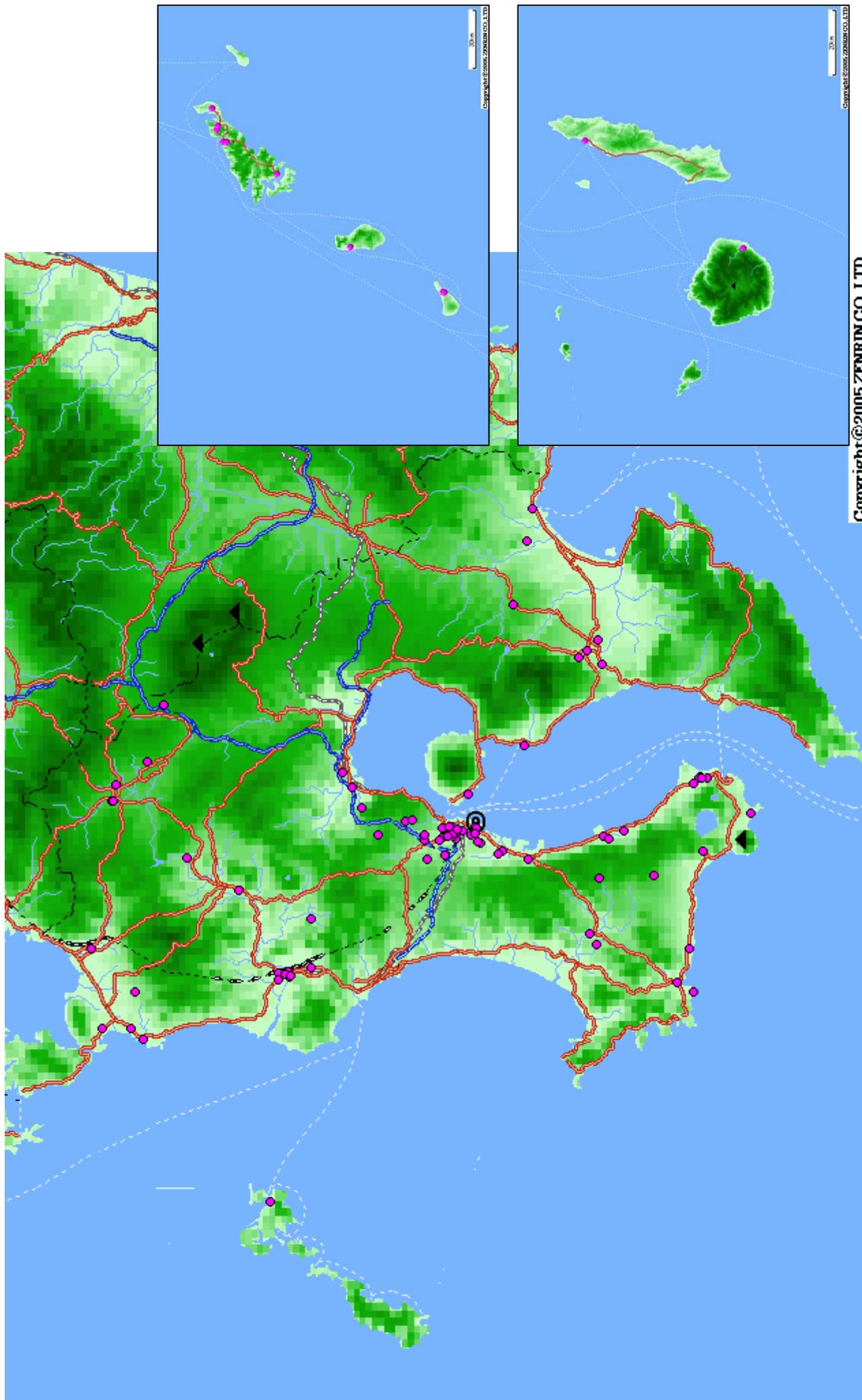






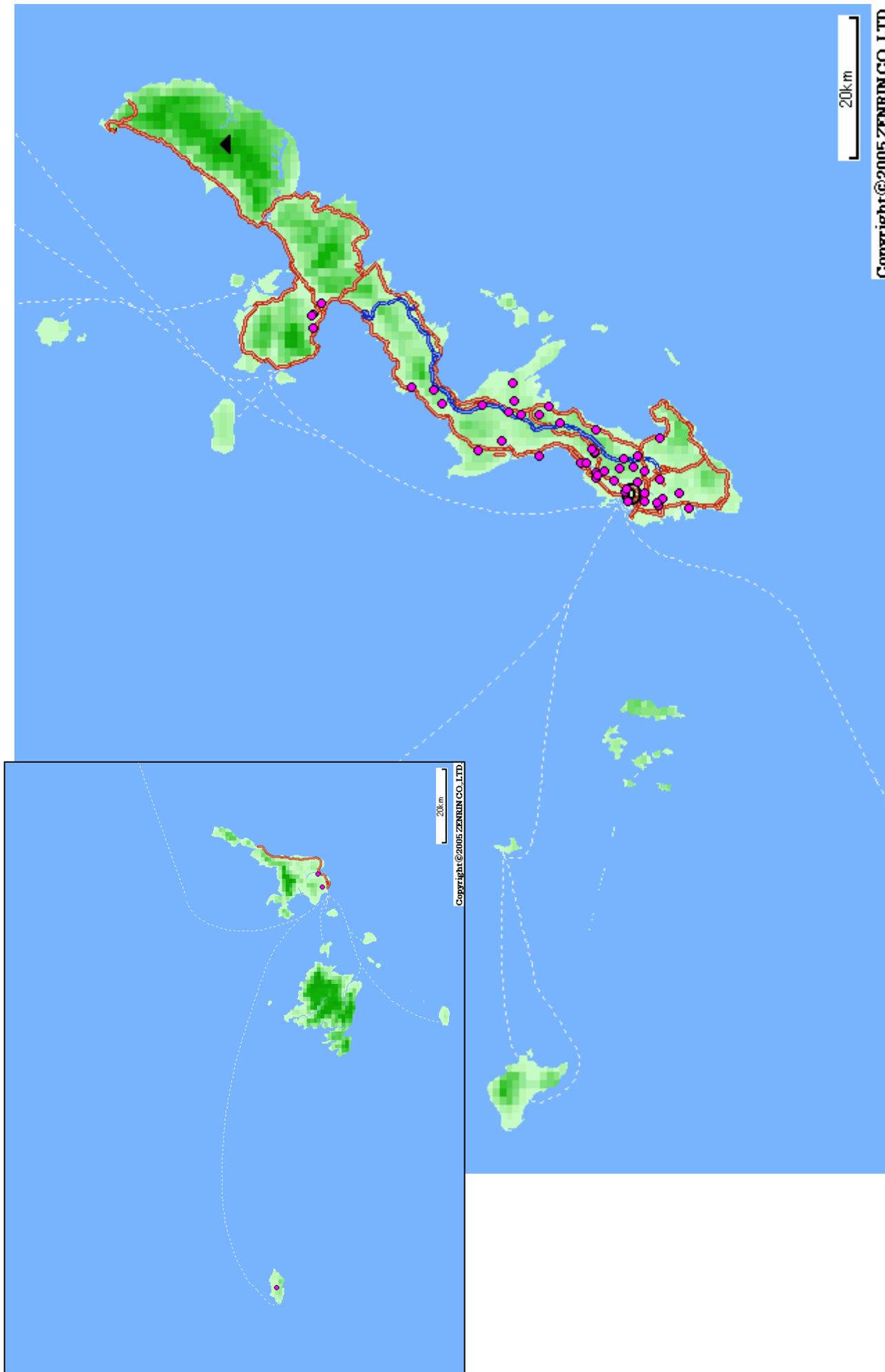






Copyright © 2005 ZENRIN CO., LTD.

許諾番号：Z 06B - 第 2330 号



Copyright © 2005 ZENRIN CO., LTD.

許諾番号：Z 06 B - 第 2330 号

【今後の課題】

今回のマッピングでは、地形と交通機関（鉄道、道路）を表示した地図上に訪問看護ステーションの事業所所在地を表示するにとどまった。

ヒアリングを実施した一部の県に関しては、ヒアリング先訪問看護ステーションの訪問エリアや、周辺の医療機関、介護保険事業所、施設等を表示したところ、へき地でサービスを提供する訪問看護ステーションの訪問エリアが広範囲に渡ることが明らかになった。また、訪問看護ステーションやその地域資源は、都市部や主要道路付近に集中する傾向があることもわかった。へき地で交通網も十分に整備されていない地域には、訪問看護ステーションばかりでなく、医療機関や他の介護保険サービス事業所・施設も不足しているという状況にあり、そのような地域で暮らす人々をどう支えていくかが課題と考えられる。

今回のマッピングでは、各事業所からの訪問範囲（時間・距離）のデータがなく、事業所所在地を表示しただけであるが、「訪問看護が利用できるか」といった利用者の視点からみると、その訪問距離や時間等を加味したマッピングを行う必要性がある。

例えば、

- ・町村区分別メッシュ人口と訪問看護ステーション分布【参考：イメージ図①】
- ・集落の分布と訪問看護ステーション分布
- ・訪問看護ステーション分布からの訪問可能範囲（事業所で訪問可能と考えている範囲等）
- ・時間で見た場合の訪問可能範囲（例：片道 30 分で訪問できる範囲 など）

【参考：イメージ図②③】

などの情報を加えて、今後マッピングをしていく必要性が高いと考えられる。

なお、道路の整備状況や地形によって、地図上のユークリッド距離と、道のり距離は大きく異なるため、訪問看護ステーションからの訪問時間が 30 分以内となる範囲も地域によって異なる。また、豪雪地帯では積雪の為に通行止めとなる道路もあるため、地図上では距離は短くとも、訪問が不可能となってしまう地域も少なからず存在する。そのような道のり距離や道路事情も考慮した資源配置の分析も必要である。

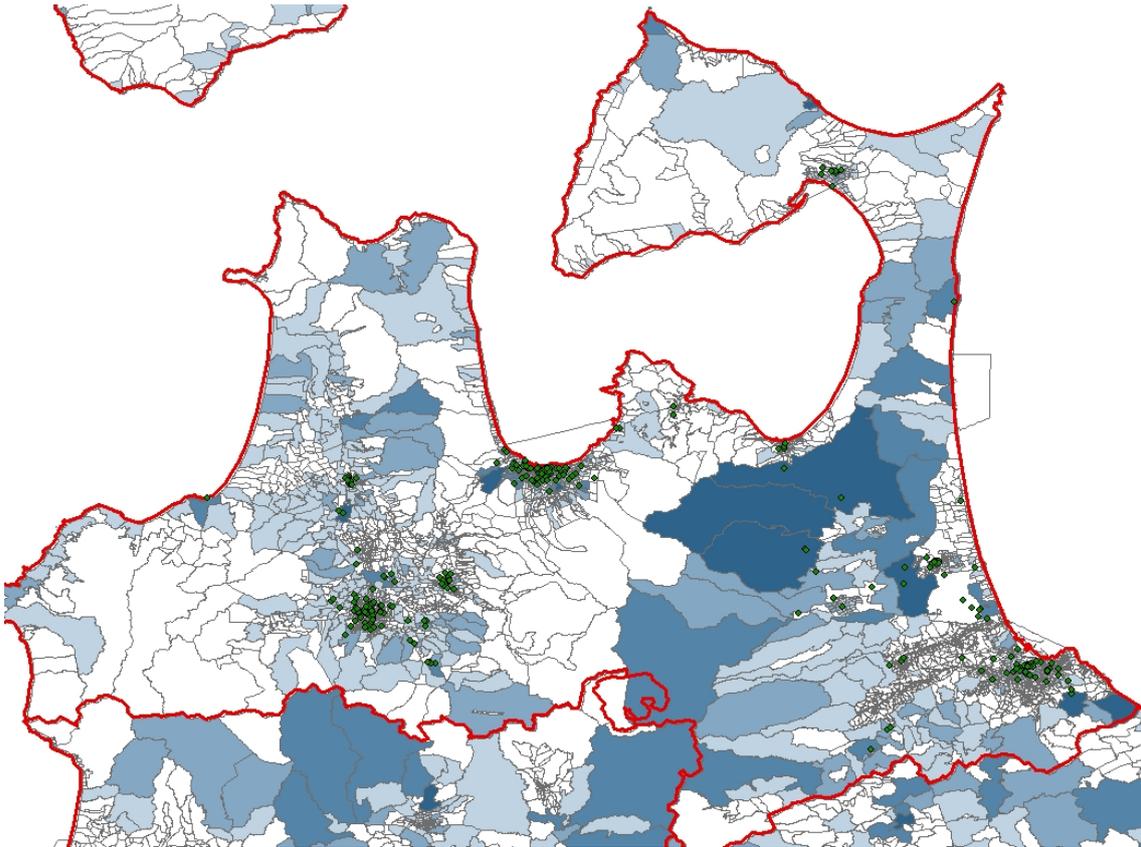
イメージ図① 【市町村人口規模を考慮したマッピング】

【各種記号の説明】

- 県境
- 事業所の所在地

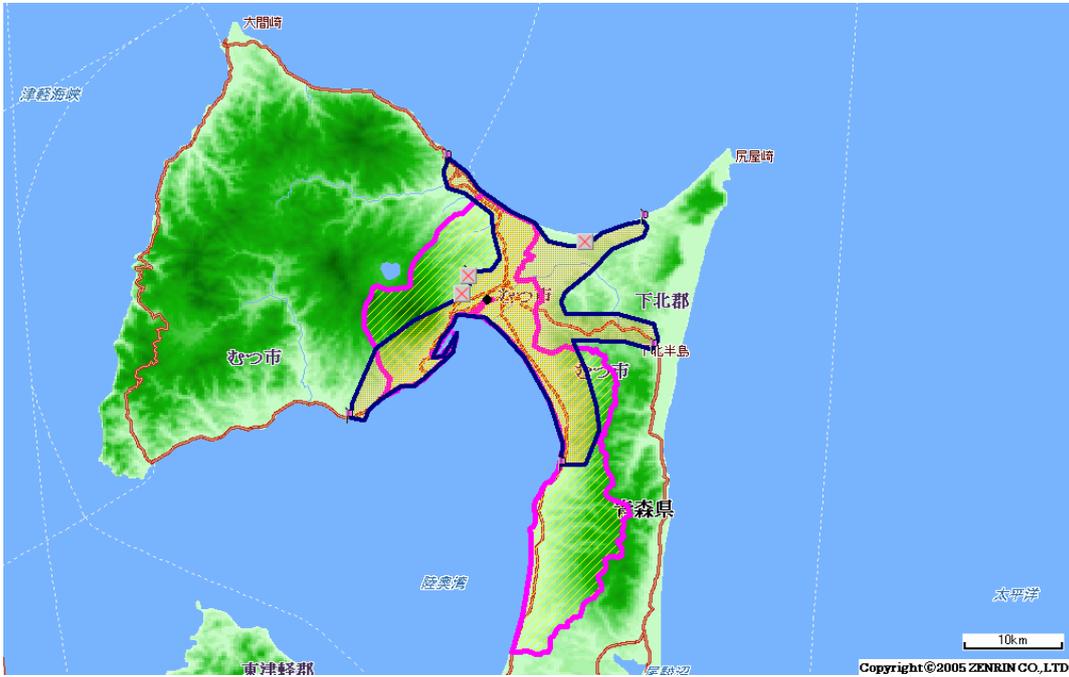
【市町村人口規模】

- 0～3,000 人
- 3,001～5,000 人
- 5,001～10,000 人
- 10,001～50,000 人
- 50,000 人～



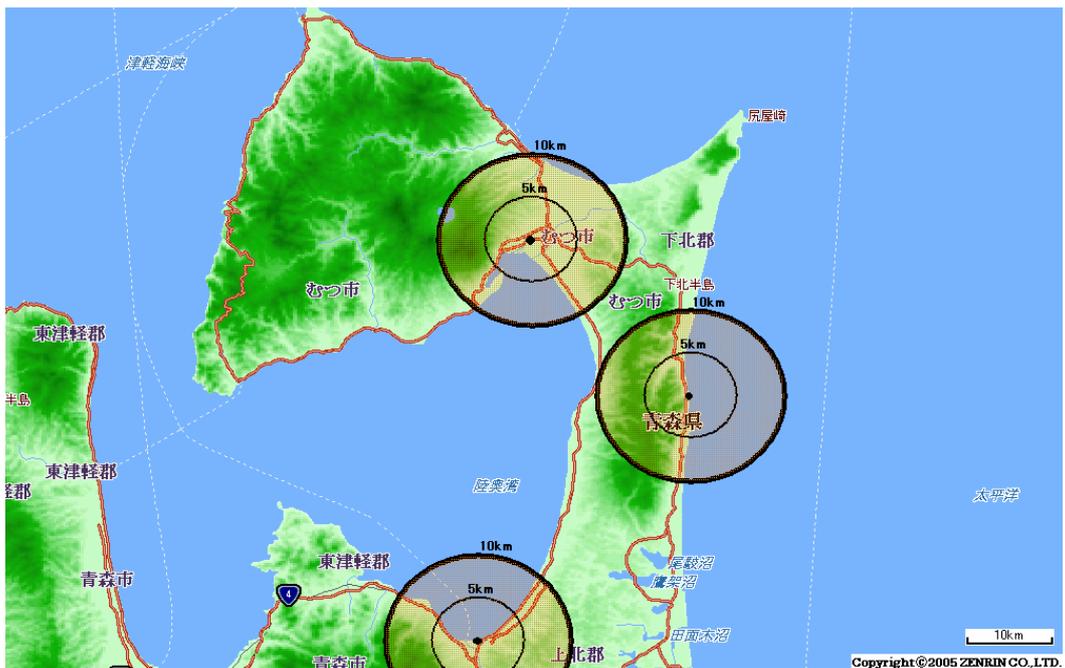
イメージ図② 【訪問にかかる所要時間を考慮したマッピング】

- 訪問看護ステーション
- ▨ 訪問範囲
- ▨ 片道 30 分（時速 40 km で移動の場合）の範囲
- ☒ 冬期通行止め



イメージ図③ 【訪問看護ステーションからの地図上の距離】

- 訪問看護ステーション
- 訪問看護ステーションから半径 5km 円、10km 円



Ⅲ 調査

1. 目的

地域における社会資源のひとつである訪問看護ステーション（以下、ST）の機能や役割は、その地域の医療・介護サービスと、その拠点となる事務所の整備状況によって異なってくる。特に、人口の少ない地域（以下、へき地とする）と都市部では、STに求められる機能や役割は大きく異なると予測される。

へき地では保健医療福祉の社会資源が乏しいことから、へき地にあるSTは、幅広い健康レベルのニーズに対応し、包括的なサービスを提供することが求められよう。また、地域特性や地域文化（生活習慣等）を考慮した機能や役割もあると考えられる。しかし、このようなへき地におけるSTへのニーズや、それが持つべき機能、役割は明らかにはされていない。

また、へき地は人口密度が低く、対象者の確保や訪問にかかる時間・費用などの面で、様々な困難を有していると予測される。こうした条件下でSTを成立させていくためには、運営上の工夫、行政・関係機関からの協力などが必要と考えられるが、その具体的な内容については、これまで検討されていない。

これらの状況をふまえ、へき地におけるSTが果たしている役割・機能、および、ST運営上の困難と、STを成立させていくための工夫や支援体制などについて調査し、へき地の人々に訪問看護を届けるためのSTのあり方について示唆を得ることを目的とした。

さらに、STを有していない地域における保健医療福祉サービスの現状と課題についても調査を行い、へき地における今後の看護サービスの基盤整備のあり方についても検討した。

2. 方法

1) 対象地域の選定

「へき地」の定義は、施策によって、適用される法律が必ずしも一定ではないため、暫定的にならざるを得ない。ここでは、先行文献（宗像の類型¹および「都道府県

¹ 宗像恒次：へき地における保健医療需給問題。昭和53年度日本看護協会調査研究報告 No.9
へき地における保健医療ニーズとサービスⅡ、(社)日本看護協会、243-285、1979.

におけるへき地保健医療計画の策定について」で示された類型分類²の類型を参考とし、対象地域の選定を行った。宗像は、へき地の具体的地域を規定する法律等を参考に4つ、つまり

- ① 離島型へき地
- ② 山間地型へき地
- ③ 豪雪地型へき地
- ④ 広大地型へき地

に類型化している。

「都道府県におけるへき地保健医療計画の策定について」で示された類型分類」では、①離島、②中山間地域等、③広域地域等の3つに大別し、離島の分類をⅠ 外海離島型（沿海域以遠の離島）、Ⅱ 内海離島型（沿海域の離島）に、中山間地域等をⅢ 比較的交通手段の確保が容易な山村型、Ⅳ 陸の孤島山村型（例えば冬場は雪により道路が閉ざされる地区）、Ⅴ 広域遠距離型に、広域地域等を同じくⅤ 広域遠距離型（北海道のような広大な地域）と類型モデルのイメージを解説している。

離島類型に関しては、離島振興対策では、内海本土近接型離島、外海本土近接型離島、群島型主島、群島型属島、孤立大型離島、孤立小型離島の6つに類型区分している。

よって本研究では、離島・山間・豪雪地・広大地などに当てはまる地区を有する都道府県を選定した。その結果、北海道、青森、長野、山梨、新潟、栃木、長崎、鹿児島、沖縄の9都道府県が抽出された。

2) 調査対象の選定

以上の類型を参考に、上記の道県内で、へき地に該当する地区に存在するSTを2～3ヶ所、任意に抽出した（図表Ⅲ-1）。

離島型へき地に関しては、長崎では、外海本土近接型離島の事例を、鹿児島では、群島型主島、群島型属島の事例を、沖縄では群島型主島の事例を、新潟では孤立大型離島の事例を選択した。

新潟では、さらに陸の孤島山村型の事例を選択した。広大地型へき地の事例としては、北海道での事例が該当する。

事例選択にあたっては、へき地類型入らないものの、観光地や急峻な坂という地域特性の顕著な事例も積極的に選択するようにし、へき地型という「地域特性」を代表する事例を選ぶように努めた。

選定した対象者に調査の説明を行い、同意が得られたところを調査対象とした。また、その地区を管轄する保健所または保健センター（あるいは隣接する地区の保健

² 医政発 0516001 号、第 10 次へき地保健医療計画等の策定について（平成 18 年 5 月 16 日） <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/05/dl/tp0516-1a.pdf>（最終アクセス：2006 年 5 月 30 日）

所・保健センター)にも協力を依頼し、調査対象とした。

3) 調査方法

半構造化インタビューによる聞き取り調査を行った。各機関および地域の基礎情報については、調査票を用いて情報収集を行った。

4) 調査内容 (添付資料: 基礎情報・ヒアリングフォーマット)

① 訪問看護ステーション

STの基礎情報として、属性(開設主体、同一法人内にある施設、職員数、利用者数など)、STの事業実施地域の概要(利用者宅までの移動時間、事業実施地域、対象地域の特徴、周辺の社会資源、地域での看護職の連携状況)などについて、質問紙を用いて尋ねた。

また、訪問看護サービスを提供する上での困難と工夫、ST経営上での困難と工夫、地域にある他の社会資源との役割分担、地域で求められているSTの役割、訪問看護サービス以外に提供しているサービスの有無、この地域で住民が在宅療養生活を継続するために必要な資源、この地域でSTを維持するのに必要な社会資源や制度および支援、スタッフの教育や技術向上の方策、STの経営を継続させるためのアイデアについて、半構造化インタビューによる調査を行った。

さらに、サービス提供上のコスト、利用者負担軽減のための工夫、STの経営状況と補助などについて、追加の情報収集を行った。

② 保健所・保健センター

管轄地域の概要として、人口などのデータ、地域の特徴、社会資源、STとの連携状況などを、質問紙を用いて尋ねた。

また、管轄地域内にSTがカバーしている地域とカバーできていない地域があるかどうかを尋ね、カバーできていない地域がある場合には、その地域での問題点やニーズへの対応などについて尋ねた。また、カバーできている地域とカバーできていない地域での健康問題や資源の違いがあるかどうかを尋ねた。

さらに、STが住民から求められている役割、住民が在宅療養生活を継続するために必要な資源、STを維持するのに必要な社会制度や支援、行政保健師とSTとの連携状況、訪問看護の充実により施設から在宅へ移行できるケースの有無などについて尋ねた。

5) 調査時期

平成17年12月～平成18年3月

6) 分析方法

ヒアリングの内容を、大きく「STの属性（看護師数、経営母体など）」「STがカバーする地域の要素（人口分布、自然環境上の困難、地域住民の特徴、他のサービス状況など）」「STに関する要素（顧客宅までの移動状況、顧客確保、看護師の確保、看護師の質保証など）」に分けて、地区（ST）ごとの一覧表にし、共通点と相違点を抽出した。

なお、Bushy³や Leipert & Reutter⁴を元にまとめた Diem の論考⁵で、へき地の看護実践の阻害要因、促進要因とされる以下の5つの仮説を、分析枠組みの背景とした。

- (1) あらゆる年齢、広い範囲の健康状態のクライアントに対して多種多様な経験でジェネラリストとしての技術を用いることが出来る一方で、専門職や地域の資源が乏しいことで専門技術を維持することが困難である。
- (2) あらゆる領域の実践を、創造的で、臨機応変に、しかも自律的に行う機会がある一方で、自ら専門職として望ましいケア体制をつくり、運営していくことに多大の苦労がある。
- (3) 地域での地位、専門職としての役割モデルが他の領域でも活用できるが、本人の役割期待と一致しない住民の過剰な期待があり、専門職として、個人として孤立することがある。
- (4) 他の医療専門職やクライアントと公式にも非公式にも関係をもてるので、ケアの継続性が保たれる一方で、匿名性が欠如しやすい。
- (5) 地域から受容され、信頼されれば、住民参加や非公式な健康教育の機会がある一方で、地域に受容され、信頼されるには、「身内／よそ者」と「新入り／古株」にみられる排他性を克服しなければならない。

7) 倫理的配慮

最初に、電話で調査の主旨等を説明して協力を依頼した。調査協力への承諾が得られた場合、訪問調査時に書面によって、調査の主旨、方法、および、個人名が特定されないこと、結果を他に流用しないことなどを説明し、書面による同意を得た。

なお、本調査は全国訪問看護事業協会の研究倫理審査委員会による承認を得た。

³ Bushy,A.(Ed.):Orientation to Nursing in the rural community. Thousand Oaks, CA: Sage,2000.

⁴ Leipert, B., & Reutter, I. : Women's health and community health nursing practice in geographically isolated settings: A Canadian perspective. Health Care for Women International, 19(6),575-588,1998.

⁵ Diem, E.: Community Capacity Building In Diem,E.,& Moyer, A.(Ed.),Community health nursing projects-making a difference,264-296,Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2005.

図表Ⅲ-1 ヒアリング対象となった訪問看護ステーションの基本情報

ステーション	D-1 (栃木)	D-2 (栃木)	E-1 (山梨)	E-2 (山梨)	E-3 (山梨)	F-1 (長野)	F-2 (長野)	F-3 (長野)
経営母体	社団法人	医療法人	社団法人	社団法人	社団法人	共同組合連合会	町立	社団法人
同一法人内にある施設		介護老人保健施設		病院 無床診療所 歯科診療所 在宅介護支援センター		病院 無床診療所 在宅介護支援センター 訪問看護ステーション(2)	病院 在宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所
サテライト事業所	なし	なし	あり	なし	なし	なし	なし	なし
届出営業日	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金 (日は緊急時)	月・火・水・木・金 (土・日・不定)	月・火・水・木・金 (土・日・不定)
診療報酬 診療報酬 介護報酬 報酬上の加算 の届出	特別管理加算	特別管理加算	特別管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	特別管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	特別管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	特別管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	特別管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	特別管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算
常勤	1人	3人	5人	2人	2人	1人	1人	2人
非常勤(常勤 換算数)	3.7人	0人	7.5人	1.6人	3.5人	5.0人	4.1人	5.5人
合計	4.7人	3人	12.5人	3.6人	3.5人	6.0人	5.4人	8人
1ヶ月の実利用者数(人) (H17.11)	18	5	24	8	3	5	7	2
1ヶ月の訪問回数(回) (H17.11)	95	17	146	95	27	48	68	19
介護保険 (H17.11)	164	97	694	132	141	242	282	372
事業実施地域	d-1市、d-2市、d-3町、 d-4村、d-5町、d-6市、 d-7町	d-8市(旧d-9町、旧d-10町)、 d-11町(旧d-12町、旧d-13 町)	e-1市、e-2町、e-3村、 e-4町、e-5村、e-6村(サテラ イト)、e-8村(サテライト)	e-9市、e-10市(実施地 域)、e-11市	e-12町	f-1村 f-2村	f-3町、f-4村、f-5市、f-6 市	f-7町、f-8町、f-9村、f-10村、 f-11村、f-12市(旧f-13村)
最も近い利用 者宅までの時 間	50分	30分	30分	20分	35分	春～秋50分、冬70分 交通量少なく同じ	20分	40分
夜間	なし		20分	20分			20分	40分
人口	d-1市02,427人、d-2市 15,515人、d-3町11,237 人、d-4村2,039人	d-8市(旧d-9町)13,065人、旧 d-10町18,805人、d-11町(旧 d-12町)13,349人、旧d-13町 6,925人)	約100,000人(1市2町7 村)	4,219人	10,331人	13,077人(f-1村+f-2村)	3,131人(f-6市の一部地 区のみ)	39,244人
地域の特徴	d-1市 256人 d-2市 508人 d-3町 40.5人 d-4村 4.8人	旧d-12町 88人	e-1町 431.52人 e-2町 256.62人 e-3町 319.50人 e-4村 102.97人 e-5村 337.50人 e-6村 33.03人 e-7村 25.78人 e-8村 17.95人	e-9市 235.16人 e-10市 74.01人 e-11市 180.33人	e-12町 51.11人	f-1村 52.14人 f-2村 14.64人	f-3町 251.01人 f-4村 329.43人 f-11村 23.93人 f-7町 f-12市(旧f-13村) 算出不可	f-8町 34.23人 f-9村 19.01人 f-10村 3.53人 f-11村 23.93人 f-7町 f-12市(旧f-13村) 算出不可
高齢化率	d-1市20.8% d-2市 28.7% d-3町25.7% d-4村32.3% (16年10 月現在)	d-8市(旧d-9町)23.5%、旧d- 10町26.8%、d-11町(旧d-12 町)28.2%、旧d-13町24.9%の % (H16年10現在)	e-1市19.7%(H17年現 在)	27.6%	30.2%	24	29.50%	30.80%
地域の特徴	・起床に富んだ猿轍な地 形であり、山間・豪雪地帯 である	・農村地帯、山林に囲まれたの どかな環境	・山間地で広範な面積を誇つ た山に囲まれ、特に富士山を 中心に、ゴルフ場や別荘な どの観光資源が多い地 域。	・降雪はあるが豪雪地帯ほど 大量の雪は降らない ・台風などの影響で通行止め の時もある	・降雪はあるが豪雪地帯ほど 大量の雪は降らない ・台風などの影響で通行止め の時もある	・2,500m以上の高い山岳に抱か れた盆地で、寒冷、豪雪地帯で ある	・冬季は道路の凍結・積雪 があるが、幹線道路は除 雪される	・冬季は凍結・積雪などにより、交 通が大変、また幹線道路の国道 は自己の多発地帯でありしばし は通行不能となる。
ステーションがカバーする 地域の社会資源	総合病院(2) 診療所もしくは小規模病院 (46) 在宅介護支援センター(7) 特別介護老人ホーム・老人保 健施設(10) サードピア(6) 訪問介護事業所(8) 訪問看護ステーション(2)(訪問 看護を実施している病院が8ヶ 所)	総合病院(1) 診療所もしくは小規模病院 (15) 在宅介護支援センター(2) 特別介護老人ホーム・老人保 健施設(4) サードピア(5) 訪問介護事業所(4)	総合病院(2) 診療所もしくは小規模病院(46) 在宅介護支援センター(8) 特別介護老人ホーム・老人保 健施設(10) サードピア(20) 訪問介護事業所(10) 認知症グループホーム(2)	総合病院(3) 診療所もしくは小規模病院(5) 在宅介護支援センター(6) 特別介護老人ホーム・老人保 健施設(3) サードピア(4) 訪問介護事業所(5)	総合病院(2) 診療所もしくは小規模病院(6) 在宅介護支援センター(2) 特別介護老人ホーム・老人保 健施設(3) サードピア(4) 訪問看護ステーション(5)	総合病院(1) 診療所(3) 在宅介護支援センター(2) 特別介護老人ホーム・老人保 健施設(2) 訪問介護事業所(3) 訪問看護ステーション(3)	総合病院(1) 診療所(3) 在宅介護支援センター(2) 特別介護老人ホーム・老人保 健施設(2) 訪問介護事業所(2) 訪問看護ステーション(1)	総合病院(1) 診療所もしくは小規模病院(12) 在宅介護支援センター(7) 特別介護老人ホーム・老人保 健施設(9) サードピア(10) 訪問介護事業所(11) 訪問看護ステーション(1) 認知症グループホーム(1) 訪問入浴(2)
利用者確保	冬季と農繁期は減少	あまり増加していない	確保できている	冬季は減少	確保できている	現在は確保できているが、夏 動あり	冬季は減少	十分ではない
看護師確保	困難		困難	困難	確保できている	確保できない	困難ではない	困難である
行政からの 支援	運賃補助金		なし	あり	あり	なし	なし	なし
その他	設備支援		なし	事務所建物	事務所建物	なし	なし	なし
母体からの 支援	赤字補填		なし	なし	なし	なし	なし	なし
その他	その他		事務所建物	事務所建物	事務所建物	事務所建物	事務所建物	事務所建物

図表Ⅲ-1 ヒアリング対象となった訪問看護ステーションの基本情報

ステーション	G-1(長崎)	G-2(長崎)	G-3(長崎)	H-1(鹿児島)	H-2(鹿児島)	I-1(沖縄)	I-2(沖縄)
経営母体	医療法人	医療法人	有限会社	社会福祉法人	生活共同組合	社団法人	医療法人
同一法人内にある施設	有床診療所 居宅介護支援事業所 訪問介護ステーション デイケアセンター グループホーム	病院 介護老人保健施設 特別養護老人ホーム 在宅介護支援センター 介護老人保健施設 ケアハウス ヘルパーステーション 居宅支援事業所	グループホーム 居宅支援事業所	在宅介護支援センター	病院 有床診療所 介護老人保健施設 在宅介護支援センター	居宅介護支援事業所	介護老人保健施設
サテライト事業所	なし	なし	なし	なし	あり(休止中)	なし	なし
届出営業日	月・火・水・木・金・土	月・火・水・木・金・土 (土は要請あれば対応)	月・火・水・木・金・土	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金・土 (日は必要に応じて対応)	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金・土
診療報酬・介護報酬上の加算の届出	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 特別管理加算	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算
常勤	2.5人	3人	4人	1人	2.8人	2人	6人
非常勤(特勤 換算数)	1.4人	1.4人	4人	1.5人	2.0人	3人	0人
合計	2.5人	4.4人	4人	3人	4.8人	5人	6人
1ヶ月の実利用者数(人) (H17.11)	2	2	7	3	9	7	15
1ヶ月の訪問回数(回) (H17.11)	3	41	30	8	46	30	21
介護保険	142	184	182	79	329	209	112
事業実施地域	g-1市	g-2市、g-3市	g-1市、g-4町、g-5町、g-6市	h-1市h-2地区、h-3地区 (これらはいずれも準無医地区)	h-4町(無医地区・準無医地区) h-5地区、h-6地区、h-7村、h-8村	i-1市、i-2町	i-3市、i-4村、i-5町、i-6村
最も近い利用者宅までの時間	日中 30分 夜間 60分	60分 60分	30~40分	15分 なし	90分 10分	60分 60分	40分 30分
人口	457,140人	59957	113068	104,197人	11,003人	50,066人	85,732人
地域のデータ	g-1市 1306,75人	g-2市 162,96人 g-3市 221,30人	算出不可	h-1市 149,77人	h-4町 44,93人 h-7村 19,87人 h-8村 14,88人	88.9人	233.2人
高齢化率	22.3%	28.6%	18.5%	h-2地区:38.8%(564人) h-3地区:49.6%	32.4%	16.6%	18.4%
地域の特徴	・急勾配の坂や階段が多い ・道幅も狭いところが多い ・船便で行く離島を訪問エリアに持つ	・船便で行く離島を訪問エリアに持つ	・ペントタウン的な地域である。	台風、季節風で船便が欠航する。船便で行く離島を訪問エリアに持つが、未実施である。	台風が多く、台風時は停電も多い	・離島を訪問エリアに持つ ・農業、漁業が盛ん、観光産業が主	・山海に囲まれ広大な面積を持つ ・台風が多い
ステーションがカバーする地域の社会資源	総合病院(2) 診療所もしくは小規模病院(12) 在宅介護支援センター(4) 特別養護老人ホーム・老人保健施設(3) グループホーム(10) デイケア(5) 訪問介護事業所(18) 訪問看護ステーション(5) 短期入所介護(6) 短期入所介護(11) グループホーム(9)	総合病院(4) 診療所もしくは小規模病院(12) 在宅介護支援センター(4) 特別養護老人ホーム・老人保健施設(3) グループホーム(10) デイケア(5) 訪問介護事業所(10) 訪問看護ステーション(4) ケアハウス(1) グループホーム(6) ケアハウス(1) グループホーム(2) ショートステイ(5)	総合病院(4) 診療所もしくは小規模病院(12) 在宅介護支援センター(8) 特別養護老人ホーム・老人保健施設(2) グループホーム(12) グループホーム(12) 訪問介護事業所(8) 訪問看護ステーション(3) ケアハウス(1) グループホーム(9) グループホーム(1)	総合病院(1) 診療所もしくは小規模病院(3) 特別養護老人ホーム・老人保健施設(3) 訪問介護事業所(2) 訪問看護ステーション(1) 生活支援ハウス(1)	総合病院(1) 診療所もしくは小規模病院(38) 在宅介護支援センター(9) 特別養護老人ホーム・老人保健施設(4) グループホーム(16) グループホーム(16) 訪問介護事業所(15) 訪問看護ステーション(2) 在宅介護支援事業所(9) 養護老人ホーム(1) 介護老人保健施設(1)	総合病院(1) 診療所もしくは小規模病院(17) 在宅介護支援センター(3) 特別養護老人ホーム・老人保健施設(4) グループホーム(7) 訪問介護事業所(2) 訪問看護ステーション(9) 在宅介護支援事業所(9) 養護老人ホーム(1) 介護老人保健施設(1)	総合病院(1) 診療所もしくは小規模病院(38) 在宅介護支援センター(9) 特別養護老人ホーム・老人保健施設(4) グループホーム(16) グループホーム(16) 訪問介護事業所(15) 訪問看護ステーション(2) 在宅介護支援事業所(9) 養護老人ホーム(1) 介護老人保健施設(1)
利用者確保	困難	困難	困難	新たなケースの確保が困難	重症のケースが少ない	減少傾向	困難
看護師確保	困難	困難	困難	供給・需要面で困難	看護師不足は深刻	困難	確保できている
行政からの支援	設備支援	なし	なし	なし	なし	なし	なし
母体からの支援	赤字補填	土地賃与	黒字のことが多い	なし	なし	あり	あり
その他	その他	その他	その他	その他	その他	その他	その他

3. 結果

A 北海道

1. 訪問看護ステーションの概要

北海道の南東に位置し、気象は、冬の最低温度は-20度以下まで冷え込み、夏でも25度を超えない程度の冷涼な気候である。年間降水量は、1,000mm前後と少雨である。標茶町は人口9,118人(高齢化率24.8%)、浜中町は人口7,391人(高齢化率20.8%)である。

両STの母体は、社団法人北海道総合在宅ケア事業団である。この事業団は、北海道にメインST58ヶ所、サブST(サテライト)36ヶ所、計94ヶ所のSTを設置(H18.3現在)している。

A-1は、職員は常勤換算3.4人であり、1か月の利用者は健康保険10人、介護保険17人である。

A-2は、別STのサテライトであり、職員は常勤換算0.4人であり、1か月の利用者は健康保険2人、介護保険21人である。

2. 訪問看護ステーションの特徴

1) 環境による特徴

人々は広大な土地の中で、海岸沿いや山間部に小さな集落を形成して暮らしている。訪問は、STから最も遠い集落まで車で40~45分かかるため、集落内や近くの集落の利用者を組み合わせて効率よく訪問するようにしている。しかし、訪問件数を増やすためには、昼休みの時間を移動時間に充てることもあり、休憩時間もままならない。

また、山間部では携帯が繋がらない地域があるため、緊急時の利用者からの連絡や、スタッフからの連絡が取れない時があり、安全管理の面で問題が大きい。気候の影響として、冬は時折吹雪があり、年間3日程度訪問できない日がある以外は、スタットレスタイヤで訪問できている。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

終戦後間もなく、本土から新たな出発への夢を農業や漁業に託して移り住んできた開拓者の健康や生活レベルの向上を支援した開拓保健師の活躍により、地域住民は看護師に対してよいイメージを持っている。そのため、訪問看護サービスへの受け入れはよい。

3) 訪問看護ステーションの役割

(1) 医療的な判断や処置で大きな役割を果たしている

町内に総合病院がないため、受診が必要な場合は隣町まで行くことになる。受診は1日がかかりであり、患者や家族にとっては大きな負担であるため、訪問看護師への期待は大きい。特に、患者や家族が受診するべきかどうか迷った場合には、その判断についてSTが相談を受けることが多く、頼りにされている。

(2) 在宅の看取りを支えている

また、STが開設してから、在宅で患者を看取ることが可能になってきたことは町にとって大きな変化であった。開設前は、患者に点滴等の定期的な医療処置が必要になると、往診できる医師や看護師もいないため、入院するのが通常であった。STが開設してからは、STが中心となって在宅で看取る経験に関係機関と積み重ねてきた。経験が積み重なるごとに、各々の自信が高まり、在宅生活を希望される利用者を支える志気が高まってきた。それに伴い、現在では地域で生活することを希望する住民も増えてきている。

(3) 夜間帯も必要時には対応している

24時間連絡体制加算、緊急時訪問看護加算については、現在のスタッフ数では体制を整えることが困難であるという理由から、両STとも取っていない。しかし、A-1では、夜間帯に変化がありそうな利用者には、やむを得ず管理者の携帯番号を教えることもあるため、夜間帯に訪問することが年間10回程度ある。日常のケアにおいて、訪問看護師は休日・夜間の訪問看護の必要性が生じないように、あらゆることを想定し予防的なケアを行っている。A-2では、土日に訪問の必要性が生じそうな場合は、診療所の医師と連絡を密にすることで、体制づくりをしている。

4) 他職種との連携

管理者は、現在、STが地域で活動しやすいのは、関係機関との連携がうまくいっているためだと思っている。資源の少ない地域であるからこそ、限られた資源の中でどのように住民を支えていくかを保健師、ヘルパー、ケアマネジャー、医師等の関係機関と共に考える必要性を感じており、連携に力を入れている。元々、STが町から必要とされて設置に至ったという経緯もあり関係機関の受け入れはよかったが、関係機関とのケアカンファレンスや細やかな連絡により、訪問看護師の役割を理解してもらおうよう意識的に働きかけてきた。

A-2では、サテライトであるため訪問看護師は週2回しか来ないため、他職種からの情報がなければ、利用者の変化への対応や、新規利用者の確保が難しい状況である。しかし、保健師とヘルパーがSTと同じ建物にいるため、情報交換がしやすく、STに来る日が少なくても他職種からの情報を得やすい環境である。同様にA-1のSTにおいても、保健師と同じフロアであった。

5) 利用者の確保

利用者は、A-2 では年々増加している。

新規の利用者のほとんどはケアマネジャーや病院からの紹介であるため、関係機関との連携を大事にしている。ST の役割を理解してもらうことが利用者確保につながると考えているため、関係機関とのケアカンファレンスに参加することや、利用者の状況を随時関係機関に報告することは欠かさないようにしている。また、訪問看護を必要としてくださる方には、断らずにどこにでも訪問する姿勢である。

口コミでの評判が利用者確保につながっていると実感しているため、一つ一つ丁寧に関わっていくことが重要だと思っている。

6) スタッフの確保

看護師の確保は、極めて困難な状況である。看護師免許を持つ者自体が少ない。転入者が新たな人材発掘の重要なターゲットである。転入に詳しい情報を持つ保健師から、雇用の可能性のある者について情報を入手し、看護師免許を持つ人を見つけた場合は、直接声をかけて誘っている。

なお、管理者は、できるだけ長くスタッフに働いてもらうため、スタッフ間でケースへの対応方法や悩みについて相談しやすい職場の雰囲気をつくることも意識してきた。担当看護師がケースについて抱え込むことがないように複数担当制にし、困ったときには相談できる体制を作っている。

7) ケアの質の保証

管理者は、研修は利用者への還元だけでなく、スタッフのモチベーションの維持・向上のためにも重要であると考えている。研修にはスタッフをできる限り参加させる方針だが、小さな ST であるため、勤務時間の中に組み込むことは大変難しい。数年前、研修に出る余裕をつくるために常勤スタッフを1人増やした時もあったが、採算が合わなかったためその体制は続かなかった。現在は、長期の研修期間中のみ、事業団の他の ST から看護師に来てもらっている。

研修以外の方法としては、スタッフ間で定期的なカンファレンスを行い、よりよいサービス提供方法について検討するようにしている。

8) 経済的なサポートと収支

ST は、母体である北海道総合在宅ケア事業団が行政と契約して開設している。毎年、行政から一定の金額が事業団に支払われている。その他にも、両者の ST は、行政の建物の中に事務所を構えており、家賃、水道、光熱費は無料である。

また、利用者に対する行政の支援もある。ST から最も遠い訪問先は、車で40～45

分程度かかる。ST から遠い利用者とそうでない利用者で、交通費の負担額に差が生じることがないように、200 円を超える場合には、自治体はその残額を負担している。

自治体からの支援を受けても赤字になることもあり、経営は厳しい。赤字の場合は、事業団が補填をしてくれている。即ち、都市部にある黒字の ST が、採算の合わないへき地の ST を支える仕組みができています。このような仕組みがなければ、A-1、A-2 等の ST やサテライトの経営は成り立っていかない。

B 青森県

青森県の市町村数は合併によって現在 40 である。そのうち山村振興法に基づく振興山村は 12 であり、一部山村を加えると 23 と県内の半数以上が山村を含んだ市町村といえる。一方、ST の設置は約 80 であるが、その殆どが市部に集中している。中でも下北地域は 5 市町村のうち振興山村 3、一部山村 1 であるが、1414Km²という東京都 23 区と市部を合わせたのと同じ位の広大な面積に人口 9 万人余りが暮らしている。それに対して ST は旧むつ市内にある 2 ヶ所のみであり、これは青森県の 6 医療圏の中でも最も少ない。また、振興山村 12 町村のうち ST を有するのは 4 町村のみである。そのうち 3 ヶ所は公立（市町村）である。

以上の青森県の状況から、ST の機能役割について設置機関による違いもあわせて地域的状況を把握したいと考え、下北地域の 2 ヶ所と公立 2 ヶ所を選定し、ヒアリング調査を実施した。

B I . 下北地域の訪問看護ステーション（B-1、B-2）

1. 訪問看護ステーションの概要

下北地域は青森県の北東部に位置し、南は陸奥湾、北は津軽海峡、東は太平洋に面し、3 つの海に囲まれた地形になっている。また、2 つの ST のあるむつ市は市としては本州最北端に位置し、2005 年 3 月、川内町・大畑町・脇野沢村を編入し、人口 64,000 人（高齢化率 18.1%）、面積 862.7Km²となり、県内でもっとも広い面積をもつ市となった。気候は日本海式気候で、冷涼な気候であり、12 月上旬から 3 月下旬まで雪に覆われる。

2 つの ST は、社会福祉法人とその他の法人を母体とする。非常勤を含む職員はどちらも 7、8 人であり、1 か月の利用者は健康保険と介護保険合わせて約 40 人と、同じ法人内にある施設の有無以外は比較的似ている。

2. 訪問看護ステーションの特徴

1) 環境による特徴

2 つの ST のあるむつ市は面積 862.7Km²と非常に広いが、ST のカバーする地域はどちらも「車で 30 分以内」と規定している。したがって、旧むつ市を中心に川内地区の一部と横浜町の一部ということになり、活動エリアはへき地を含まず比較的平坦な地域である。しかし、海岸に面している地区も多いことから冬期間は訪問に時間がかかり、困難な状況もあるため距離的な条件を設けている。また、この条件は合併に

よって活動エリアが拡大することはなかった。この点が後述する公立 ST との大きな違いがある。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

最近の利用者からの口コミで申し込みがあるなど住民の受け入れは悪くない。しかし、利用者が増えていないことやとくに医療処置のない人の利用が少ないことから、住民の ST に対する理解や認識はまだ十分とはいえない。住民の経済的な要因もあるが、医療機関からの紹介が少なく、在宅化が進んでいるにもかかわらず利用者は増えていない。また、ST の活動エリアに入らない地域の住民に対しては保健師やヘルパーが訪問看護の役割・機能をカバーしているため、訪問看護サービスがないことについての不満は聞かれない。半面、家族や要介護者の状況が変化することが直接的に施設入所に結びつくことが多い。つまり、ST の活動エリア外の地域では在宅療養が可能な対象は限られてくる。その意味で訪問看護は在宅療養の対象を広げること、少なくとも在宅療養の期間延長に寄与しているといえる。

3) 訪問看護ステーションの役割

(1) 緊急時の利用者・家族サポート

電話で状態を聞き、受診が必要なのか、少し様子を見ても良いのか判断できることから家族から頼りにされている。今までは緊急時に病院へ電話すると、何でも「病院に来なさい」といわれることが多く、遠くの病院まで受診しなければならなかった。それが ST が入ることによって在宅で処置できることが多く、受診せずに済むようになった。下北地域は、病院や診療所の 8 割近くがむつ市に集中している。よって、受診は利用者や家族にとって 1 日がかかりであり、大きな負担となっている。このため、この受診判断の役割は決して小さくはない。

(2) 安心して在宅生活できるためのサポート

訪問看護師はいろいろなサービスや職種とつながっているため、サービス機関、家族間、主治医などとの調整役を果たすことが多い。地域的には社会資源や情報も限られることから、家族にとっても貴重である。また、料金はとれないが、場合によっては、薬や指示書をもらったり、病状を報告したりと、受診の援助も行っている。(1)と同様に、病院が遠いために薬をうけとるだけでも長時間かかることから、利用者や家族からとても喜ばれている。なお、物品などについても療養者に合ったものを看護師が作成し、持っていくようにして、家族の負担の軽減に配慮している。

4) 他職種との連携

ST にとって他職種とりわけ医療機関との連携は欠かせないことから地域包括ケア会議や病院とのケース連絡会議など、機会あるごとに足を運んでいる。しかし、病院

や診療所からは紹介が殆どなく、利用者の確保には結びついていない。ALS など難病療養者や重症患者には病院の看護職が対応しているが、ST との連携によってより質のよいケアが提供できると思われる。ST を必要と思ってもらえないことが悩みである。看護職同士の連携システムにも期待したが状況は以前と変わらない。しかも、状態が悪くなってから紹介されることも多く、もっと早く訪問できていたらと、利用者や家族のためにもきめ細かな連携が必要だと考えている。

5) 利用者の確保

介護保険が導入されてから 5 年になるが利用者は増えていない。特に医療処置のない人の利用が少ない。医療処置のない人は利用できないと思われているようだ。費用の問題なのかどうかわからないが、患者が退院するときになかなか ST を紹介してもらえない状況がある。半面、一度ケアマネジャーに利用してもらえると、その後つながっていくことがある。また、家族から直接相談が持ち込まれるケースもある。その場合は ST から離れた地域だと利益にならないが訪問経路など工夫して訪問に行っている。

また、若年の在宅療養者に対応する機関がないため、家族が介護を離れた時間をつくりたい時など、できるだけ対応するようにしている。

訪問時には時間内に濃厚なケアを提供するようにしており、口コミで利用者の確保につながることも増えてきた。

6) スタッフの確保

これ以上 ST が増えると経営面だけでなくスタッフの確保についても困難な状況になると思うが、現在は 2 ヶ所だけなので、病院を退職した看護師などで確保できている。

7) ケアの質の保証

職員数が少ないため、市内で行われる研修や中央研修には交代で参加している。研修で学んだことはスタッフ間で共有している。また、訪問時に疑問に思ったことなどはその都度カンファレンスや意見交換を実施し、よりよいサービスを提供できるように努めている。

8) 経済的なサポートと収支

母体がある ST でも基本的には独立採算制で赤字にならないように努力が求められる。現在は母体からの利用者の紹介などにより、どうにか赤字にならない程度で余裕はない。また、各々の ST で医療ニーズのより高い利用者と福祉ニーズのより高い利用者として分けあっているところがある。よって、今後 ST が増えると経営は困難にな

るのではないかと考えている。

B II. 公立の 2 つの訪問看護ステーション (B-3、B-4)

1. 訪問看護ステーションの概要

深浦町は、青森県の西南部に位置し、西は日本海に面し、南は秋田県、東は世界遺産に登録された「白神山地」に連なっている。年平均気温は 10 度前後、夏は 22 度前後、冬は 0 度前後で温帯性気候である。海岸美を誇る景勝地で、縄文時代の遺跡が数多く発見され、数千年の昔から人々がこの地で生活していた、ロマンと伝説の多い港町である。平成 17 年には隣接の岩崎村と合併し新深浦町が誕生した。総面積 488.7km²、人口 11,372 人、4,101 世帯、高齢化率は 32.77% (平成 17 年 4 月 1 日現在) である。

一方、田子町は青森県の最南端に位置し、南は岩手県、西は秋田県に隣接する県境の町である。人口 7,426 人、世帯 2,253 戸、高齢化率は 30.0% (平成 17 年 7 月 1 日現在) である。総面積 242.1km² のうち、80%を山林が占める農山村で、星空日本一、水源の森 100 選「大黒森」など自然環境に恵まれた町である。また、「にんにくの町」として有名である。町の西部一帯に山岳が連なり、そこを源とする 4 河川に沿った平地に水田に集落が点在している。

こうした地域での 2 つの ST には、常勤の看護師あるいは保健師の計 3 人 (非常勤なし) で活動している。非常勤が含まれていない点は民間とちがう点である。田子町は 1995 年、深浦町は 2000 年の介護保険法施行に伴って設立された。

2. 訪問看護ステーションの特徴

1) 環境による特徴

2 つの公立 ST はどちらも山岳地帯を含む広大な面積をかかえているが、要望があればどこでも応じている。冬期間は車で 30~50 分はかかるので食事や休憩なども車のなかでとることが多い。しかし、時間より凍結や十分整備されていない道路事情による負担の方が大きい。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

利用者は月あたり、深浦町は 30 人、田子町は 17 人である。利用者数の差は母集団の差もあるが、田子町は国保系小規模病院 1、有床内科系診療所 2、また、隣町には総合病院を有し、深浦町は無床の診療所が 3 ヶ所のみという違いのせいと思われる。特別養護老人ホームや老人保健施設など他の社会資源の数には殆ど差がないことか

ら小規模病院、有床の診療所が訪問看護の機能の一部を担っていると考えられる。

深浦町は合併によって対応する地域が広がったが、10 ヶ月たった今のところ旧村地域からの申し込みはない。そうした状況は下北地域における、ST がカバーしていない地域と同様に、ST を利用できる資源とっていないように思われる。よって、利用できる他の資源で対応してきているために、利用には結びつかないのではないかと推測される。このため、ST が住民に利用できる資源としてまず認知されることが必要なのではないかとと思われる。

しかしまた、1995年に設立され、STの役割が住民にも十分利用できる資源として行き渡っているはずの田子町では、介護保険施行以降も利用者が増えていない。よって、STの資源としての価値より住民や家族にとって経済的な事情や介護など負担軽減の方が優先されているのではないかと考えられる。また、従来STで対応していたものでも、介護保険の導入後、利用料の安い訪問介護に移行した例も少なくない。

3) 訪問看護ステーションの役割

第一には医療依存度の高い療養者に対するの看護である。病状の急変時に病院と連携して即時的な対応ができるのは訪問看護ならではのことである。また、ターミナル期の療養者の看護も重要である。24時間体制で緊急時の対応していることで、住民から安心できる、助かっている、と反響がある。さらに、家族への介護方法の指導や援助も地域から求められている役割だと感じている。特に退院直後は介護方法について戸惑っていることが多いので、できるだけ事前に病棟訪問し、家族の介護方法の習得状況について確認するようにしている。

しかし、住民は経済的な負担を少なくしたいという理由により、訪問看護を1回利用するより、ヘルパーを数回利用することを希望することも多い。よって、家族の経済的負担や介護力なども含めて、よりよい方法を家族とともに考えていくことも役割の1つと考えている。

4) 他職種との連携

公立STの場合は民間と違って、関連機関や職種が同じ組織であるため常時情報交換をし、連携した活動ができる利点がある。訪問看護サービスをSTから提供する際も、町在宅介護支援センターの介護支援専門員が担当している。深浦町では在宅重視を方針とする国保診療所と一体となって連携し住民サービスを担っている。また、隣の病院や診療所とも定期的に連絡会を持っている他、町内でも介護支援専門員、保健師、ST看護師、介護関連施設職員の参加のもとに月2回のケアプラン検討会を実施している。また、国保診療所だけでなく他の診療所も含め、かかりつけ医の7、8割を担っている。そのためかターミナル期にある療養者の紹介など増えてきた。一方の田子町では町立病院以外の診療所からの紹介は少ない。STに対する認識の差とい

えるのではないか。したがって、ST の機能役割を発揮するためには関連職種とりわけ医師との連携は欠かせない要因であることは民間も公立にも共通しているといえよう。

5) 利用者の確保

利用者の確保については連携とも深く関連する。連携が密であることが紹介につながり、利用者の確保につながることは民間と共通している。そして、その基盤になるのは紹介された利用者の満足度であり、信頼であることも同様である。したがって、公立でも、利用者との信頼関係づくりに努力していることがうかがえた。

6) スタッフの確保

今のところ良い人材が確保できている。しかし、状況が変わった場合、例えば利用者が増えたので看護師を増員したいと思っても、市街地とちがって看護職の潜在数がとても少ないため確保が困難な状況にある。

7) ケアの質の保証

訪問看護師は非常に幅広い知識と技術や専門性が求められるので常に自己研鑽が求められる。そのため、近くの市で行われる研修にはできるだけ参加するようにしている。また、必要なときには利用者の了解を得て病院に行き、情報を得て、必要な技術を習得した上で訪問するようにしている。しかし、看護師の人数が少ないので長期研修や中央研修への参加は困難な状況である。

8) 経済的なサポートと収支

公立の場合には住民サービスの一環としてSTは運営されているので赤字は町から補填される。一定の利用者数があれば必ずしも赤字にはならない状況である。また、介護保険が導入されてから訪問看護利用料は他のサービスに比べて高額になったために利用者負担が重くなるなど、公立ゆえに抵抗を感じることもある。

民間STを比べると、公立STは当然のことながら地域全体を視野に入れて必要な人に求められているサービスを提供するといった公的な役割をもって活動しているといえる。こうした公的な役割は収支に左右されなくてもいいというだけではなく、町の保健福祉サービスの一環として保健師などの行政と一体となった活動がもたらしていると考えられる。したがって、保健師など行政からSTに求められるものも高い。例えば、糖尿病、高血圧等の慢性疾患患者や精神障害者への訪問看護なども役割として期待されている。また、在宅療養者だけでなく介護予防的な訪問や福祉的訪問なども求められることが予測される。いずれにしてもこうした公的な視点をもってこ

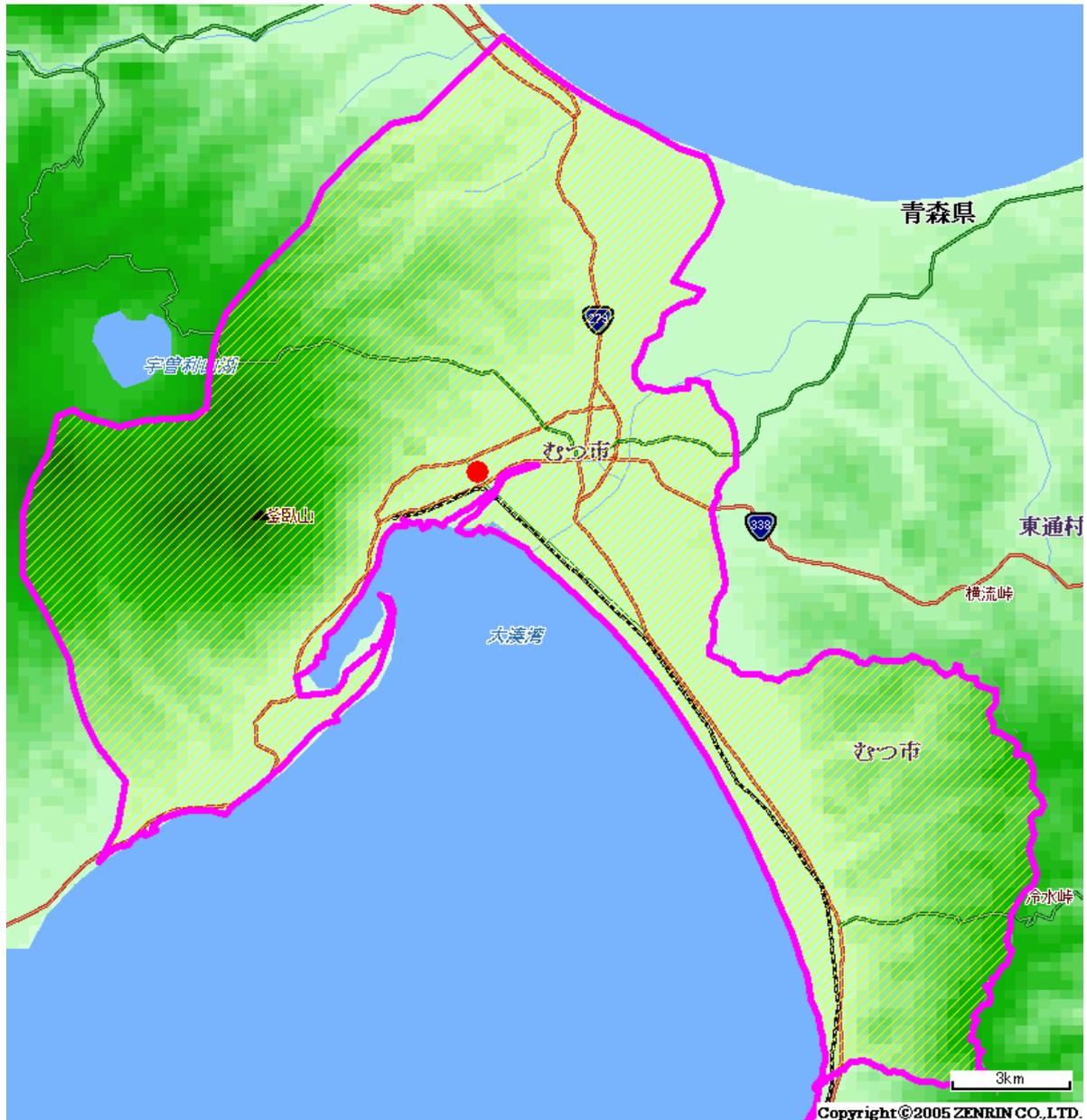
れからの訪問看護 ST の役割を考えることが ST の機能拡大につながっていくのではないかと考えられた。

青森県

【凡例】

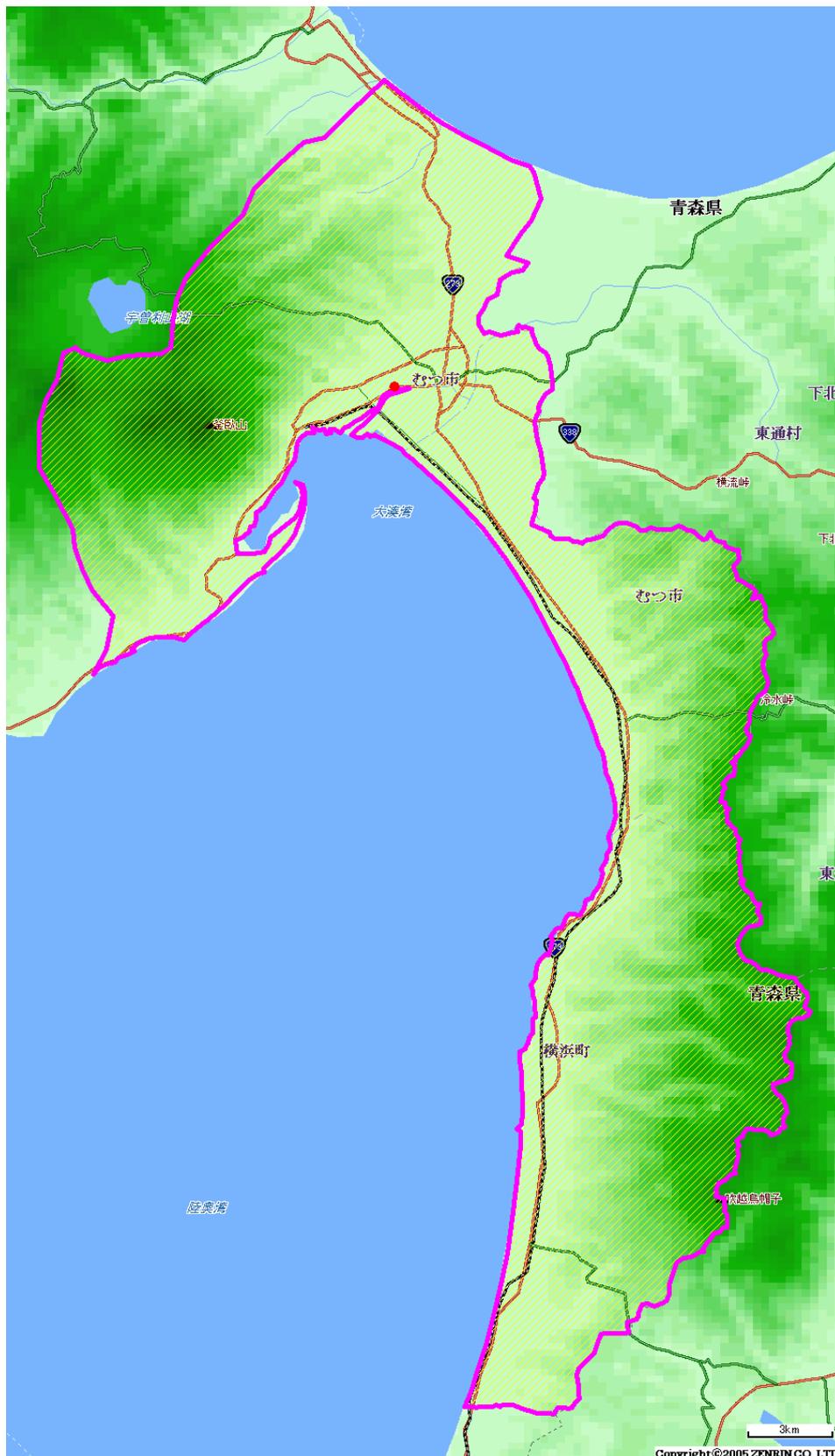
- : ヒアリング先の訪問看護ステーション
- (斜線) : ヒアリング先の訪問看護ステーションの訪問エリア

図Ⅲ-1 B-1



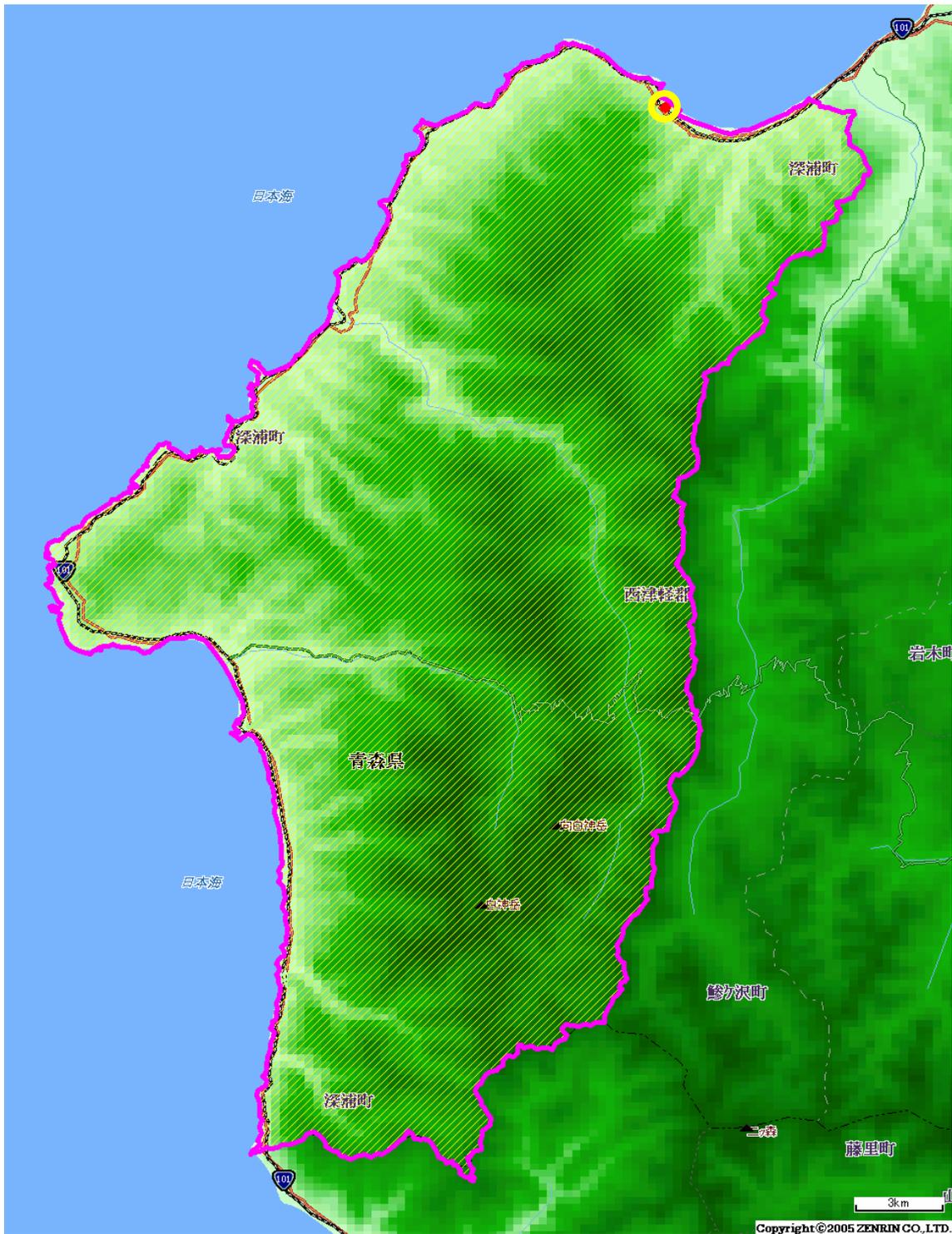
Copyright©2005 ZENRIN CO.,LTD.
許諾番号：Z 06B - 第 2330 号

図Ⅲ-2 B-2



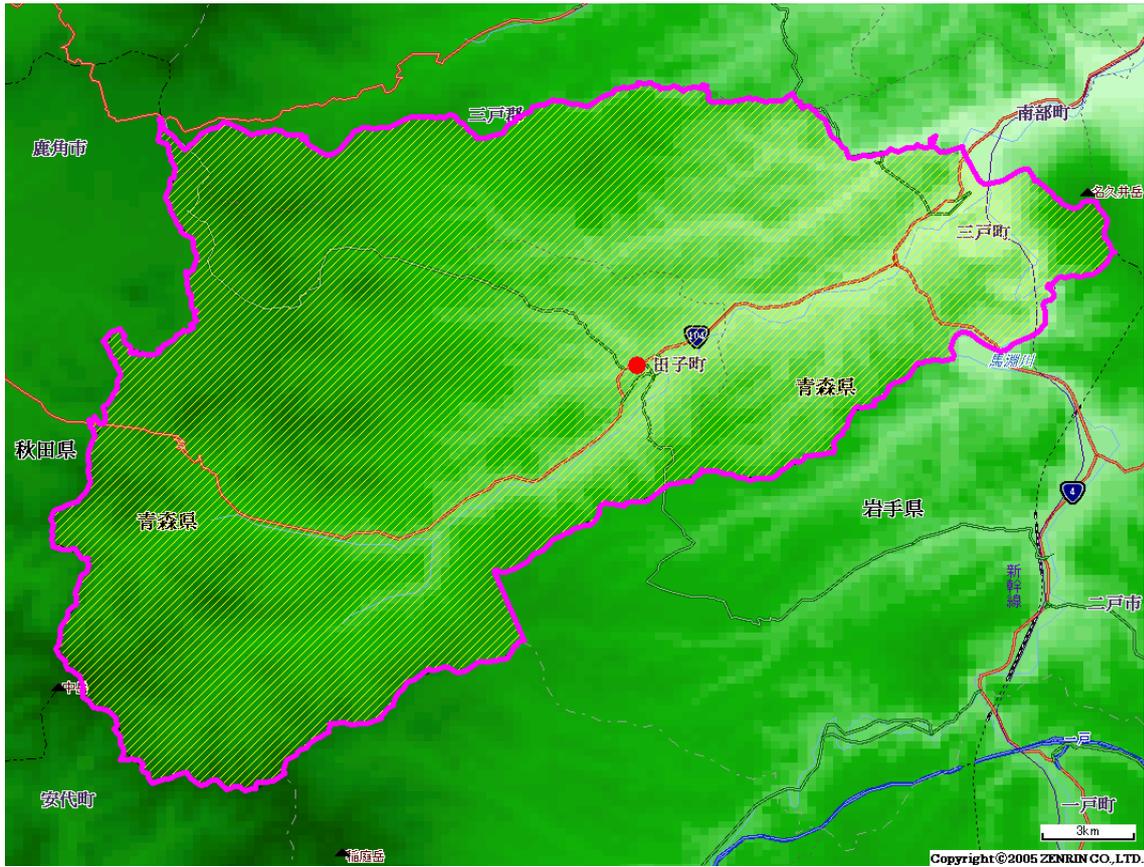
許諾番号：Z06B-第2330号

図Ⅲ-3 B-3



許諾番号：Z 06B - 第 2330 号

図Ⅲ-4 B-4



許諾番号：Z06B-第2330号

C 新潟県

1. 地域とステーションの概要

1) C-1・C-2

C-1、C-2のSTは、平成16年3月に1市7町2村が合併した佐渡市にある。（人口約7万人、高齢化率34.4%）北に大佐渡山地、南に佐渡丘陵が平行して走り、中央部に国中平野が広がっており、海、山、平野と自然に恵まれた新潟県内では温暖な気候の土地である。

佐渡島は流島としての歴史があり、能、工芸等の文化が地域の中に根付いているが、地理的な拘束の中で、島内でもそれぞれの地域文化が創られてきた。主な産業は、農業、漁業、観光だが雇用の場が少なく、若年層の島外流出が続いている。また、過疎地とされる佐渡市内にも中心部の“島内人口密集地”と島の周辺部の“島内へき地”が存在し、医療施設・介護福祉施設の偏在がみられる。佐渡市の中でも、C-1は“島内へき地”を主な訪問対象地域とし、公立病院が母体である。C-2は、“島内人口密集地”を主な訪問対象地域とし、医療法人（無床診療所）が母体である。

2) C-3

STは、平成17年4月1日に、2町2村が合併したc-2町にある。c-2町は、東側は福島県境に接し、中央を阿賀野川とその支流が流れている。中心部はその沿岸に開け比較的平坦で生活の幹線道路の国道が走っている。周辺は急峻な山岳地帯に囲まれている山間地域で、山林原野の占める割合が大きく、豪雪地域が多い。STは、幹線道路沿いの中心部にあり、医療法人が母体である。

2. ステーションの特徴

1) 環境による特徴

（1）距離の問題

C-1の訪問対象地域は、海岸沿いの細長い地形のため、遠方の訪問先へは、片道50分を要する。また、利用者宅間の距離も大きい。開設当初、重症で頻回な訪問が必要な利用者から、交通費の負担が大きいため、苦情がよせられた経緯がある。

C-3は、他の訪問看護がいかない遠方の訪問ニーズをカバーしているため、移動距離が長く、経営に影響している。

（2）季節的な問題

C-3は、豪雪地にあるため、冬季間は、雪のため移動に通常1.5倍の時間がかかる。新潟県内は幹線道路の除雪体制がよくできており、豪雪でも通行止めになることはめったにないが、走行速度はかなりおちる。また、脇道にはいると除雪状況が悪く

なり、さらに積雪状況によっては、途中で車を降り歩いて訪問先まで歩かなければならない。

C-2の対象地域では、夏に、エアコンはもったいないからと使わない家が多く、体調を崩す高齢者ができるため、その分訪問件数が増加し、冬は風邪予防のため入所する高齢者ができるため訪問件数が減少する。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

佐渡市では、明治、大正生まれの高齢者の多くが自宅での生活を望むため、家族は（老老世帯が多い）ぎりぎりまで自宅で面倒をみて限界になってから施設入所を目的として、総合病院で意見書を書いてもらい介護認定を申請する傾向がある。特に“島内へき地”は、無医村状態に近く、在宅サービス自体も少ないことから、訪問看護の認知度も低く、そうしたサービスを早期から利用して在宅療養を継続してゆくというイメージがもてない高齢者が多い。また、家族がいながら他人の世話になることへの抵抗感や近所の目も、サービス利用の受け入れに影響している。しかし、在宅サービスが比較的多い“島内人口密集地”では、状況は異なり、早期に在宅サービスを利用する人が増えている。

S Tの認知度が低い状況は、C-3のある地域でも同様で、へき地では依然として、指示書を出す医師と住民（特に高齢者）への周知に力を入れることが重要であることがわかった。しかし、訪問看護の合間を縫って個々のステーションが周知活動に時間を割くことは、将来への投資としても、その分収入が減ることは経営的に痛手である。へき地においては、行政が積極的に周知活動を支援する必要があると思われる。

3) 訪問看護ステーションの役割

以下のような機能によって、療養生活の安心とゆとりを支えている。

- (1) 訪問看護師は、利用者から、医療的なケアの提供者として認識されており、訪問看護ステーションの利用は、医療とつながっているという安心感を与えている。

医師の往診に対しては、利用者は「わざわざ来てもらって」という感じを持つことが多いが、訪問看護師はその医師との仲介をしてくれているという認識がある。また、病気そのものの相談は、医師へ、しかし、ちょっと気になっていること、ちょっとした異変、受診すべきか否か、どこを受診すべきかといった相談と介護技術の相談は訪問看護師に行っている。訪問看護師は、利用者にとって身体のことも含めて知っている話し相手ともなっている。

- (2) 家族の介護が大変な場合、訪問看護の直接ケアによって、結果的に家族に“ゆとり”も提供している。
- (3) 利用者の近くに病院がない場合、S Tには、緊急時対応が期待されている。

4) 他職種との連携

C-1の地域では、ヘルパーとの連絡が取りにくく連携がしにくい状況がある。また、デイやショートステイ利用時のケアの継続性に必要な情報の共有化が円滑にいていない。担当者会議への積極的な参加や連絡ノート・サマリーの活用でこうした状況を打開するよう現在検討中である。

C-2の地域では老老介護、日中独居が多いため、ヘルパーサービスは不可欠であり、民間のヘルパーはこまめに連絡をしてくれるため、連携がしやすい。また、ヘルパーが医療ニーズの第1発見者で連絡してくる場合もある。

C-3では、行政保健師がS Tの開設初期から積極的に連携をすすめてきた経緯があり、平成16年までは、行政保健師とS Tの代表者による代表者会議を開催し、現在は、基幹型在宅介護支援センターから呼びかけて、ケア検討会が定期的に行われている。これによって、S Tのケアマネジャーのサービス担当者会議の運営方法の向上や、ケアプランの質向上も同時に図られている。また、難病の在宅療養者の支援に関しては、保健所の難病患者療養支援事業とS Tが連携している。

なお、この地域の老人には、麻痺などで身体が不自由になるとそんな格好で人前に出られないみっともないという思いが多くあるため、地域の予防事業には参加しなくなる。そのため、要援護者は介護予防事業の中で保健師が担当し、要介護者は、S Tや介護サービスが担当し、対象者が重複することはほとんどないという状況になっている。

3つのS Tで共通してだされた事柄は、連携する開業医の在宅療養への考え方が消極的である場合、また家族の意向とのずれがある場合は家族のニーズを満たすことが困難になる。しかし、こうした医師の認識を変えることは容易ではない。

5) 利用者の確保

C-1では、まず、訪問看護に対する認知度が低い状況を改善することを目標に、母体市立病院の病棟・外来医師及び地域の開業医に対して、訪問看護の利用説明活動を行っている。また病棟・外来の医師・看護部との連携により、訪問看護が必要な患者さんの情報を得て、訪問看護や在宅サービスの利用で在宅療養が可能であることを説明しに出向いている。

さらに、市の保健師、ケアマネジャーから訪問看護を必要とする住民を知らせてもらうようにしている。

C-2では、認知症高齢者のグループホームからの要請に応え、訪問看護の契約を結び、新たな利用者を得ている。しかし、グループホーム側の経営事情、地域事情への配慮から、継続的な利用を可能とする契約料の設定に課題を残している。また、長期間のリハビリが医療保険適応外となったため、介護保険でのリハビリのサービス提供

者として訪問看護にも病院からの期待が寄せられており、対応できればそうした利用者の増加も考えられる。

C-3では、現在、スタッフに余裕がないため、訪問看護だけで精一杯の状況で、初代管理者が行っていたような利用促進の活動は行っていない。

6) スタッフの確保

C-1では、地元での新規の人材確保は困難なため、母体の公立病院看護部との兼務によりスタッフの定数を確保しているが、現在の母体病院の経営状態からは、改善は見込めない。

C-2では、ステーションの開設地が市の人口密集地にあるため、地域在住のスタッフを確保できている。母体医療法人の医師の在宅医療・訪問看護へ積極的な姿勢等の条件も整っているため就業状況も安定している。

C-3では、地元での新規の人材確保は困難のため、母体医療法人内部での人事異動でスタッフを確保している。また、経営的にパートの事務職員の確保も困難なため、看護師が経理を担当し、月末の事務繁忙期には、訪問にいけなくなるという問題が生じている。

7) ケアの質の保証

C-1では、母体病院との連携による院内教育に参加しているが、訪問看護の知識と経験が十分な講師がいないため、外部研修への参加で質向上を図っている。

C-2では、開設母体が協力的なため、島外の長期の外部研修にも比較的参加しやすい。外部研修で質の向上を図り、新しい情報に敏感に対応するように努力している。今後の目標に、就業3年を経たスタッフの経営研修受講をあげている。また、このステーションでは、重症の利用者が多いため、スタッフの精神的負担の軽減を目的に、担当制をしかず全員で利用者を見るようにしている。この方法により、一人の利用者に関するスタッフ各自のケア情報が交換され、よい勉強の機会になっている。

C-3では、スタッフが少ないため外部研修への参加は困難だが、参加できた場合は伝達講習を行い、看護技術に関する勉強会により質向上を図っている。また、原則担当制にすることで、担当ケースのケアの質向上に責任をもつようにしている。

8) 経済的なサポートと収支

C-1・C-3は、利用者数が少なく、収支は赤字のことが多いが、設置母体が、赤字部分を自動的に補填しているため、人件費等に影響はない。C-1は、母体市立病院の建物内にステーションを開設しており、事務所貸与、光熱費補助、自動車の貸与で市からの支援を受けている。

C-2は、訪問看護振興財団の経営研修に参加したことを契機に、経営感覚に目覚め、

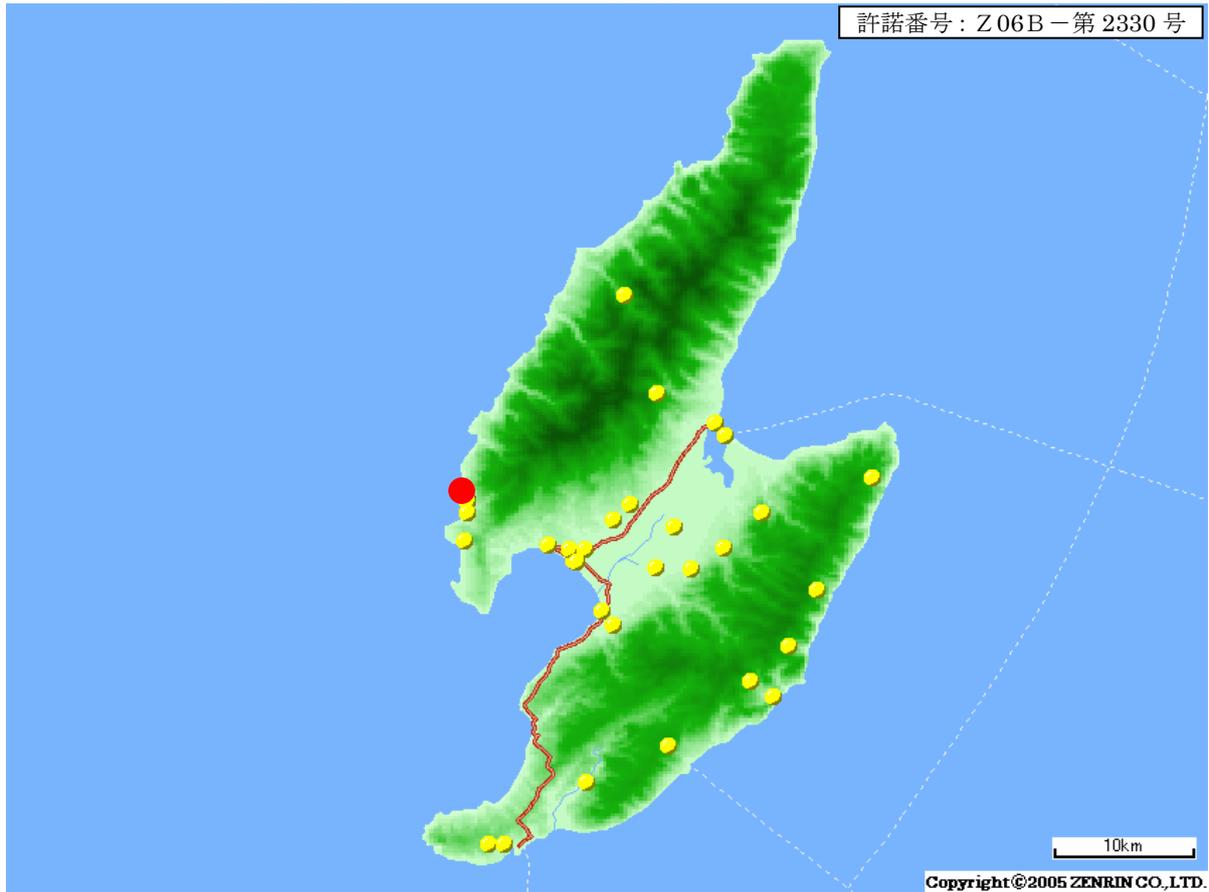
サービス時間どおりの請求を行うようになった。それまでは、「こんなに高い利用料なら不要」といわれるのではないかという不安から、訪問時間が 60 分でも 90 分でも 30 分未満の料金でサービスを提供していた。さらに、休日加算もとることによって、黒字に転化した。なお、赤字であった時期は、設置母体が自動的に補填していた。

経営面での問題点として、3つのSTに共通していた事項は、交通費を徴収していないことであった。へき地では、移動距離が長いこと交通費が高額になり、高齢の利用者にとっては負担が大きい。医療の公平性を目指したへき地医療の中では交通費の徴収など考えられない歴史的な経緯があるため、医療ケアとして認識されている訪問看護の交通費徴収は、利用者にとっては違和感があり、ST側・設立母体側にもためらいが残っている。サービス対価として当然と考える都市部とは異なるこうした心情が、経営に影響を与えている。

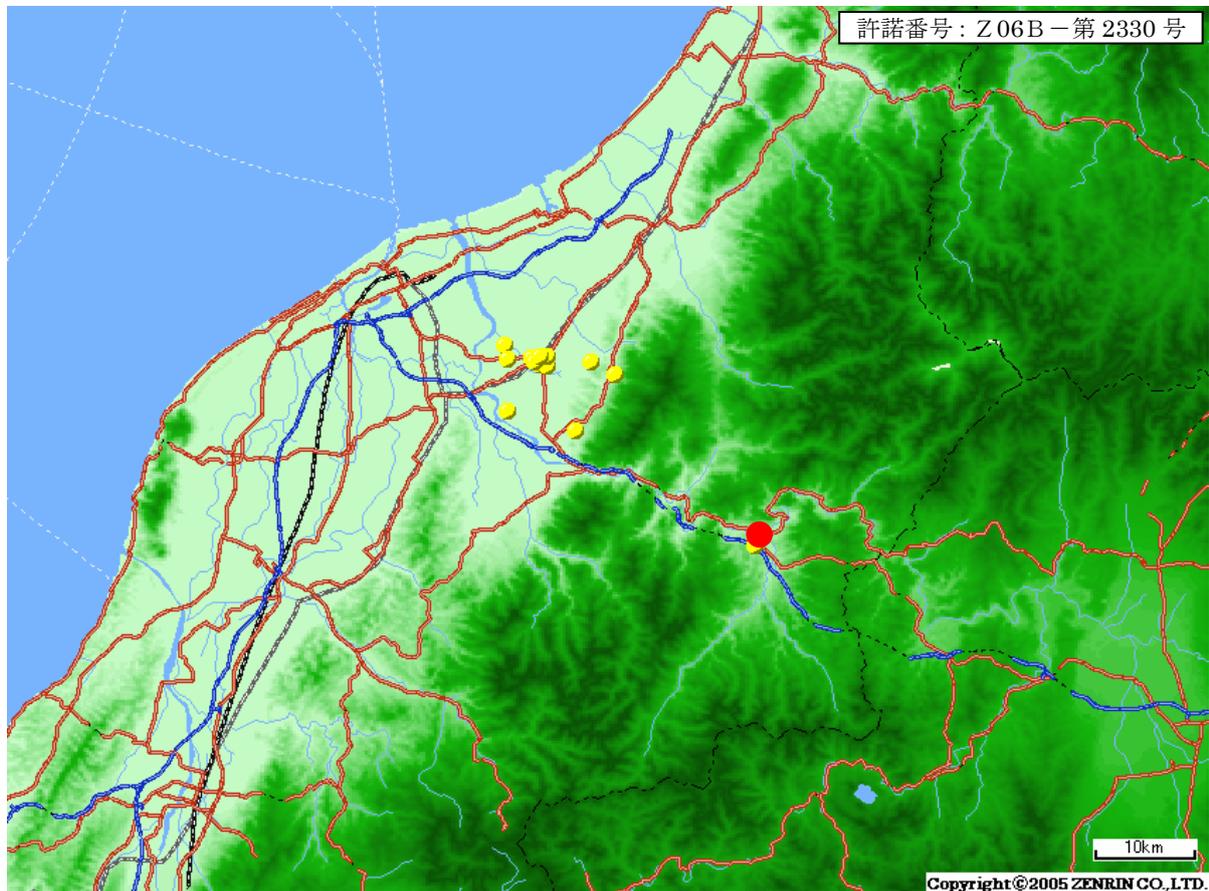
9) その他

佐渡市では、親戚の範囲が広く何代も前の身内まで入るため、その冠婚葬祭、手伝いなどの義理を欠かさずに生きてきた習慣が高齢者には根強くある。こうした風土の同じ地域に比べ訪問看護師は、親戚から訪問依頼があっても親戚としてきてほしいのか、仕事として依頼されたのか迷うことがある。親戚なら利用料を取るわけにはいかないことになる。また、職業倫理から利用者の状況は他の親戚には教えられないが、親戚としてなんで教えてくれなかったといわれることがあり困ることがある。このように、その地域の広範な親戚関係の一員でもある訪問看護師ならではの問題もあることがわかった。

図III-5 C-1 ●訪問看護ステーション ●医療機関



図III-6 C-3



D 栃木県

1. 訪問看護ステーションの概要

D-1がカバーしている地域は、今市市、日光市、藤原町、栗山村等である（マップ参照）。栗山村の利用者は現在いない。D-1の所在する今市市、並びに、日光市は、栃木県の北西部に位置する。日光市は、山間・豪雪地帯であるが、日光東照宮や中禅寺湖を抱える観光都市として有名であり、また「日光の社寺」は世界遺産に登録されている。藤原町は栃木県北部に位置し、急傾斜地が多く、起伏に富んだ狭隘な地形であり、面積の96%が山岳地帯であり、山間・豪雪地帯である。栗山村は日光市の北部、今市市の北西部、藤原町の西部に位置し、栃木県内の自治体としては最大の面積を持つ、県内唯一の村である。周囲を急峻な山々に囲まれており、過疎・山間・豪雪地帯である。

平成16年10月現在、今市市は人口62,427人（高齢化率20.8%）、日光市は人口15,515人（高齢化率28.7%）、藤原町は人口11,237人（高齢化率25.7%）で、栗山村は平成18年3月現在、人口2,039人（高齢化率33.2%）である。平成18年3月20日に今市市、日光市、藤原町、栗山村、足尾町が合併し、人口約10万人の日光市となった。そして、全国第三位の面積をもつ市となった。

D-1の母体は、栃木県看護協会である。職員は常勤換算4.7人であり、1か月の利用者は健康保険18人、介護保険30人である。

D-2がカバーしている地域は、那須烏山市（旧南那須町、旧烏山町）、那珂川町（旧馬頭町、旧小川町）である（マップ参照）。D-2の所在する那須烏山市は栃木県の東部にある。那珂川町は栃木県の北東部にある。旧馬頭町は茨城県と隣接し、過疎・山間地域である。旧小川町は、東に那珂川、八溝山系、西は喜連川丘陵に囲まれており、肥沃で平坦な地形である。

平成16年10月現在、旧南那須町は人口13,065人（高齢化率23.5%）、旧烏山町は人口18,805人（高齢化率26.8%）、旧小川町は人口6,925人（高齢化率24.9%）、平成17年9月現在、旧馬頭町は人口13,349人（高齢化率28.2%）である。那須烏山市は、平成17年10月1日に南那須町と烏山町が合併してできた。那珂川町は同年月日に馬頭町と小川町が合併してできた。

D-2の母体は、医療法人であり、同一法人内に介護老人保健施設がある。職員は常勤換算3人であり、1か月の利用者は健康保険5人、介護保険19人である。

2. 訪問看護ステーションの特徴

1) 環境による特徴

D-1 がカバーしている地域の人口密度は、今市市は 256.0 人/km²、日光市は 50.8

人/km²、藤原町は 40.5 人/km²で、栗山村は 4.8 人/km²である。藤原町では1時間半（片道約 50km）、日光市では 45～50 分かかかる利用者宅もある。藤原町の利用者の中には主治医が隣県の福島県の医師ということもあった。地理的な面で効率が悪いので、日光市・中禅寺湖方面等といった同じ地域の利用者を、残業手当をつけて1日で訪問するようにしている。年2回、多い時は 10 回ぐらい、豪雪のため中禅寺湖（日光市）付近の利用者宅まで行けないことがある。雪かきが一仕事である。

D-2 がカバーしている地域の中で旧馬頭町は山村が面積の約 6 割を占め、人口密度は昭和 40 年には 121.6 人/km²であったが、年々減っており、現在は 88 人/km²である。利用者宅まで平均移動時間は約 20 分であるが、距離がある利用者宅もあり負担が大きい。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

D-1 がカバーしている地域では、介護保険制度ができて利用者が増えてきているが、費用がかかるということに関して訪問看護利用の意識が低い。住民にとって、健康管理など訪問看護の役割や、看護と介護の違いは理解しにくく、訪問看護は費用が高いと思っている人が多いようである。

D-2 がカバーしている地域では、働く女性が増え、家で親を介護することが困難と感じているためか施設志向であり、訪問看護の利用者は年々減っている。家庭の状況によるが、一度施設入所をすると施設と同じような介護を家族が実施しなければならないと考えているため、サービス利用を勧めても在宅介護の決断には至らない。70 代の嫁が 90 代の親を介護することはあっても、その下の世代の嫁は自宅で介護をしようと思わないと思われる。また、近所の目が気になるという理由で、公的なサービス利用に抵抗を感じている住民もいる。さらに、高齢者世帯では、子供や孫に迷惑をかけられないと別居し、年金のみで生活している者もあり、訪問看護の利用料 1 割の負担が大きくなかなか利用に結びつかない実情がある。住民が訪問看護を理解していないということも訪問看護の利用を妨げている。

3) 訪問看護ステーションの役割

(1) 家族の介護に伴う不安を軽減し、在宅介護を支えること

介護の意識や技術といった面で介護力が低い家族が多く、家族の介護に伴う不安に細かに対応し、在宅介護が継続できるように支えるという面で、大きな役割を果たしている。

(2) 必要時、時間外であっても病状の変化等緊急時の対応を保障し、家族に安心を与えること

D-1、D-2 共に 24 時間連絡体制をとっていなかった。その理由には、マンパワー不足、地理的な面で効率が悪く対応が難しいこと、経営状況などがあった。しかし、利

利用者の希望に応じた対応や緊急時の対応の必要性を管理者は感じており、(1) で述べた役割を果たすためにも、必要時、時間外であっても病状の変化等緊急時の対応を保障し、家族に安心を与えることが求められている。実際、D-1 では、24 時間体制をとっていなくても、年 2～3 件のターミナル期にある利用者に対応しており、必要時、夜間に訪問することもある。

(3) 健康状態の把握と医療処置や健康管理

定期的な訪問により、ヘルパーや家族が実施できない医療処置を実施することや、健康状態を的確にアセスメントし、利用者の健康の維持や異常の早期発見・早期対応のために必要なケア・支援を判断するなど健康管理の面で役割が求められている。

4) 他職種との連携

他職種との連携強化の契機として、第一に個々の利用者への支援を通じたケアマネジャーやヘルパー、保健師等との関わりがあげられる。第二には、市町村の介護保険課等が情報交換等を目的に主催する介護サービス事業所連絡会議や担当者会議があげられる。第三には、地域においてヘルパー講習会の講師を引き受けたり、市町村の介護保険認定審査会の委員を引き受けたりすることがあげられる。その他、D-1 では ST が保健所と同じ建物内にあるため、特定疾患の患者等について必要時に密な連携がとりやすい状況であった。D-2 では管理者が当該地域の保健師として長年働いていたことから、積極的に地域の自治会長や民生委員、在宅介護支援センター等と連絡を取り合い、また要介護者について情報交換を行っていた。

他職種との連携は、利用者への支援の質を高めることはもちろんであるが、ST にとっては当該 ST を周知し利用者確保につながっていたり、訪問看護の役割について関係者の理解を得たりする機会ともなっていた。

5) 利用者の確保

D-1 のカバーする地域においては、訪問看護を利用するという意識が低いですが、週 1 回でも訪問看護を利用してみると訪問看護利用の良さがわかり、利用者から頻度を増やしたいという希望が段々にでてくるようである。管理者は、質の高い看護を提供して、口コミで広がっていくことが一番良いと考えている。冬季は入院や入所、短期入所者が増え、利用者が減る。農村地帯であり、6 月も農繁期で同様に利用者が減る状況がある。新規利用者のほとんどはケアマネジャーからの紹介であり、時折、ヘルパーからの紹介もあるので、それらの職種との連携は大事にしている。また、管理者が地域内の住民による様々な勉強会グループに参加して訪問看護についての PR に努めており、徐々に利用者確保につながっている。利用者確保のために、人とのつながりを作ることやそのようなつながりを大事にしている。

D-2 では、訪問介護の利用や施設入所が増加する一方で、訪問看護の利用者数は伸

びていない。管理者は、利用者を増やしたいと考えているが、今後はむしろ利用者が減っていくのではないかと心配している。前述したように保健師経験のある管理者が積極的に地域の自治会長や民生委員と連絡を取り合い、現在は利用していないが介護保険サービスの利用が必要だと思われる者を把握し、介護保険制度や介護保険サービスの必要性を民生委員や在宅介護支援センターに働きかけて説明し、その結果、訪問看護の利用に至るように務めている。

6) スタッフの確保

D-1 では、訪問看護師としてターゲットになる人が、ちょうど育児期にあったり、家族に要介護者を抱えていたりすることが多く、常勤が確保しにくい状況があった。D-2 では、併設施設からの異動により人員は確保できるが、地域の中で看護師免許をもつ者自体が少なく、正看護師を雇用することは難しい状況であった。

7) ケアの質の保証

管理者は、質の高い看護を提供するために、強制ではないがスタッフへ研修への参加を促している。D-1 では、県看護協会や県訪問看護ステーション協議会による県内の研修、全国訪問看護事業協会主催の研修への参加を勧めており、これらの研修への参加は勤務時間として位置づけ、給与を保障している。D-2 では、関連病院の協力により新しい医療やケアについて勉強する機会をもったり、訪問看護の経験のない看護師に対しては、管理者が初期の段階では訪問に同行し、ケアを共に実施したり、確認したり、指導している。

研修以外には、日々のミーティングを行ったり、定期的にカンファレンスを実施し、スタッフが抱えている問題を検討したり、ケア提供方法を検討したりしている。

8) 経済的なサポートと収支

D-1 は、開設主体は県看護協会であるが、経済的なサポートはない。赤字ではないが、それは常勤が管理者一人であるためであり、常勤を増やせば赤字になる可能性が高い。寒冷地手当や昇級によりスタッフのモチベーションをあげたいと考えているが、独立採算で赤字を出さないためには難しい。ST の所在する市内は交通費無料となっているが、隣接する市町村付近に住む市内利用者へ訪問すれば ST の持ち出しが多くなる。合併により、ST が所在する市の面積が非常に大きくなり、交通費の負担はさらに大きくなるので、困っている。

D-2 も、経営母体や自治体からの経済的なサポートはない。やや赤字である。

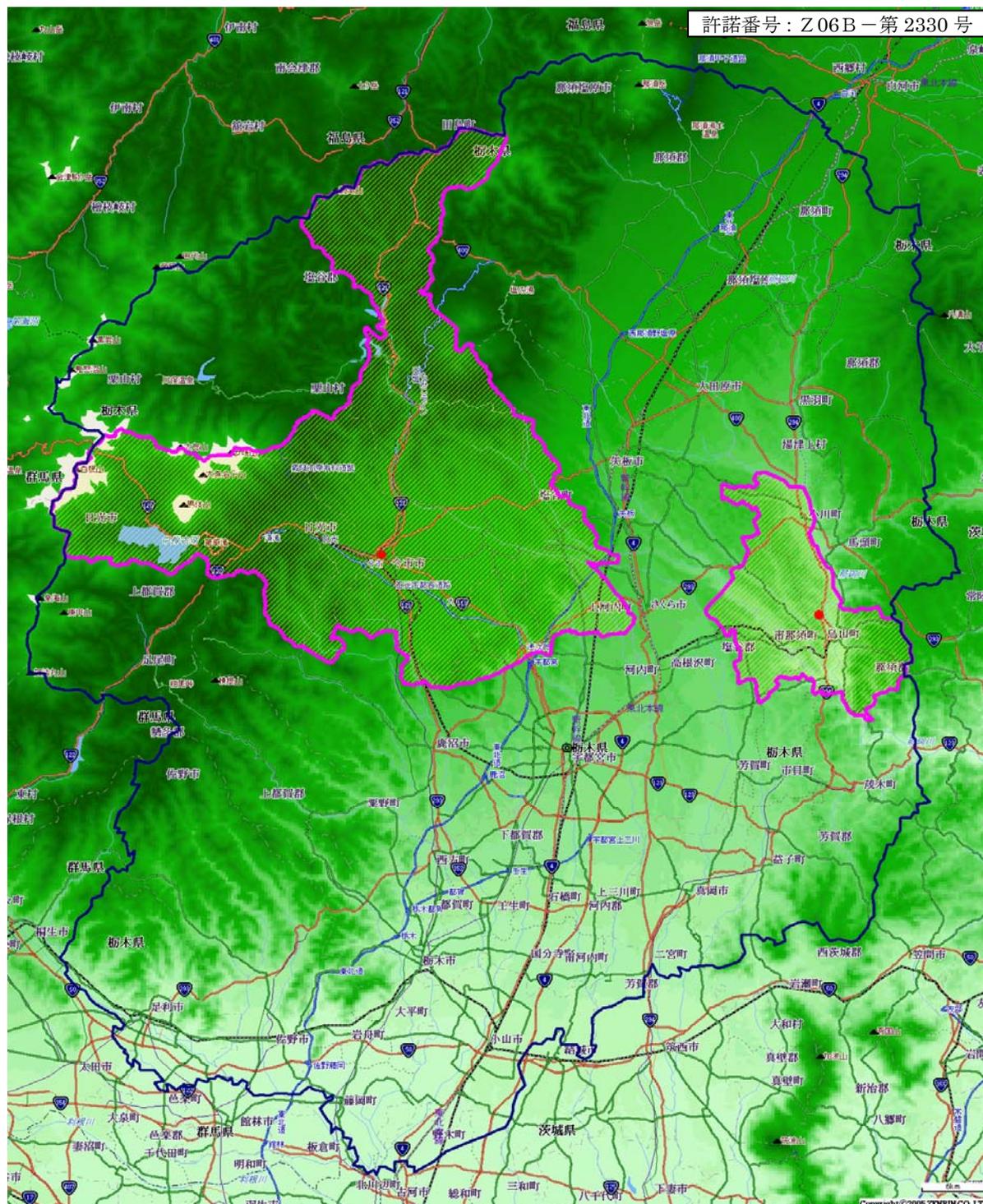
24 時間連絡体制をとらないと、重症者管理加算や緊急時訪問看護加算などつかないが、両 ST 共にマンパワーや経営上の問題で困難がある。しかし、実際には必要時対応しており、地理的な面で効率が悪い地域をカバーしている ST の場合の対策を考

えていく必要がある。

【凡例】

- : ヒアリング先の訪問看護ステーション
- (斜線) : 訪問範囲
- (青線) : 県境

図Ⅲ-7 栃木県



E 山梨県

1. 地域と訪問看護ステーションの概要

1) E-1

1市2町5村を含む広い地域をカバーし、大部分が国立公園の区域以内である。(面積 592.32km、世帯数 34390 世帯、人口 104461 人(平成 17 年度現在)) 南の富士山を筆頭に四面を山に囲まれた地勢である。各自治体の健康福祉課との話し合いにより医師会のバックアップを受けて設立され、市所有の建物で活動している。対象 ST は看護協会立である。

2) E-2

2004 年 11 月に合併し、現在の大きな市(面積 569.75 平方 km、人口約 4 万 8 千人)となった地域である。美しい山岳の景観を誇る山間地で、対象地域の旧村は米どころでもある。住民は小さな集落を作って生活している。高原性の気候で、冬は寒い、夏は避暑地としての需要があり、別荘なども多い。

対象 ST には設立母体と同じ診療所が隣接しており、密接に連携・協力している。

3) E-3

対象地域は面積 200.63km、人口約 1 万人の町である。県庁所在地より 60km 離れており、隣県に接しているため、生活圏はむしろ隣県寄りである。森林地帯の割合が 80%を超える山間地であり、林業が盛ん。山あいの河川に沿って集落が点在している。

対象 ST は、町が誘致したものであり、看護協会立である。

2. 訪問看護ステーションの特徴

1) 環境による特徴

(1) 距離の問題

ST がカバーする地域が広い、集落間の距離が遠い、などの理由で、ST から利用者宅、利用者宅から別の利用者宅までの移動時間がかかることがある。この解決のため、E-1 では、職員に直行直帰を許していた。ただし、記録・入力などで ST に立ち寄ってもらう工夫もあった。ST が街中にあるため、職員にとっては ST に立ち寄ったついでに買い物などができるという利点もあった。

(2) 季節的な問題

この地域では、台風の際に一部の道路が通行止めになってしまう。その時、看護師は、山の傍など危険性が高い道を通って訪問することもある。

避暑地に近い E-2 では、夏になると渋滞し、訪問に時間がかかる。冬は寒いため、

リハや入浴などは日中 2 時までには実施するなど、利用者の視点にたった工夫をしていたが、これにより訪問件数が限られてしまうことがあった。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

住民同士の助け合いはあるものの、介護に対する暗いイメージが多少残っている。

訪問看護師の役割はあまり認識されていない。E-2 は往診が一般的な地域であり、これも原因の一つと思われる。E-3 では、看護師が訪問しても、「〇〇のお嫁さんが来た」という扱いで、訪問は家の看板を背負っていくという現状がある。

3) 訪問看護ステーションの役割

病院までが遠い、交通手段が少ない、などの理由で、山間地では在宅療養を望む人が多い。特に介護者も高齢である場合にはこの傾向が強いようである。医療処置が必要な場合には、ST がなければ自宅に戻れなかったケースなどもあり、ST は医療処置の提供者としての役割を持っている。また、24 時間 365 日の対応により、利用者が「安心できる」ということが求められているというアンケートの集計結果もある。

さらに、ST の看護師が高齢の介護者に技術指導することにより、胃ろうの処置が可能になった例もあり、訪問看護師は家族のサポートにも重要な役割を担っていた。

また、ST の介入によって在宅でターミナルケアを実施できている例があった。ST がなければ入院になっていたところであり、家族から感謝されている。

4) 他職種との連携

地域の中では専門職同士が顔見知りであり、ケースについての相談・連絡やサービスの調整がしやすいことが利点である。看護協会の地区支部組織の研修会や委員会で顔を合わせるなど、日頃から顔を合わせて良好な関係を保っていく努力が見られた。

E-2 では市内が広いため、ST から遠い利用者を病院から紹介されることもあるが、この場合は、利用者や他の ST と連絡・相談して調整している。ただ、合併後も旧町村単位でのサービス提供の習慣が残っており、近くても、旧町村が別なら往診しない、などの問題がみられている。

5) 利用者の確保

E-1 は、「いつでもどこでも誰でも」を信念として活動しており、また、看護が相手に見えるようにしてヘルパーなどの他職種との差別化を図り、看護の専門性を大切にすることが訪問「看護」の利用者の確保につながると考えている。利用者はほぼ安定しており、経営上問題ない。

E-2 では、利用者の確保が一つの問題であった。医療処置の依頼から、清潔援助の

ための継続した訪問につながることもあるため、訪問看護にできることをアピールしていくことが必要だと考えている。

E-3 では、他の ST が周囲にないということもあり、依頼のあったケースは断らないことを原則としている。利用者確保のために、開業医や在宅介護支援センターにチラシを配布したこともあるが、利用者が増えて対応しきれず、現在は中止している。一時的に利用者が増えても、冬は入院・入所が増えて訪問看護の利用者が少なくなるなど、利用者数が安定しないことは、スタッフの確保と関連して、問題点の一つとなっている。

6) スタッフの確保

そもそも地域に看護職が少なく、地元の行事や近所づきあいが重要視されているため、責任の重い訪問看護師の仕事は、パートでも家族から嫌がられる。また、看護師自身も一人で遠くまで行ってケアする不安があり、訪問看護のスタッフ確保は非常に困難である。

(1) 保健師による看護職の発掘とプール

E-2 では、併設の診療所の看護師に、ST にも非常勤として勤務してもらうなどの方策をとっていた。

他の地域では、保健師が小児健診の時などに、転入してきた母親の前職等を訊ねるなどして、看護職を発掘し、人材として育てていた。ST は貴重なケア資源として認識されており、行政や専門職同士などが、町全体でケア資源を大切にし、護っていく姿勢が見られる。

(2) スタッフの定着

訪問看護師は責任が重く、特にターミナルの時などは精神的負担が大きい。そのため、スタッフのコミュニケーションを大切にし、抱え込まないよう、管理者が配慮している。また、スタッフの家族背景まで考慮して仕事量を考慮するなど、無理なく仕事が続けられるように工夫している。

7) ケアの質の保証

ST は在宅療養を支える重要な役割を果たしており、また、口コミで訪問看護の評判が広がる現状もあることから、常に良いケアを提供していくことが重要である。このため、ST ではローテーションで訪問したり、ミーティングを開いて手技の統一を図っている。また、E-2 では、一年ごとに利用者の満足度調査を実施し、フィードバックを行っている。E-1 ではスタッフ一人一人の得意分野を育て、育成が不十分な者に関しては病院内教育に入れたり所長が同行訪問を行ったりすることで、専門分野を作ることにより、一人一人では全分野をカバーしきれなくても ST 全体でカバーできるような体制を作るようにしている。看護協会の地区支部による夜間看護の研修が年

に4回程度開催されており、毎回多くのスタッフが参加している。

外部の研修もあるが、交通の便が悪いため、2時間の研修に半日を費やさねばならないなど、研修会への出席には困難が伴う。移動の少ない地元でのケース検討会や保健所主催の研修会等が期待されるが、E-3では個人情報保護法の施行に伴い、それまでさまざまな所属の多職種で実施していたケース検討会が無くなってしまった。これまでの地域での支え合いの仕組みが崩れつつあり、新たな方策が必要と思われる。

8) 経済的なサポートと収支

これらSTは、地域において重要な存在であるにもかかわらず、さまざまな困難により、経営を黒字にするのが難しい。このため、以下のようにさまざまなサポートを受けたり、工夫をしたりして、STを維持していた。

(1) 母体や行政からのサポート

E-1の建物は市の所有となっているため、管理費は市が負担しており、水光熱費は自費だが家賃や税金（固定資産税）を払う必要がないという点が今の経営上大きなプラスとなっている。しかし、今後設立時の話し合いに参加した当事者らが引退していくと、当時の取り決めが引き継がれず、経済的負担が増える恐れがある。

E-2は設立母体の職員住宅を改造して利用しており、家賃、駐車場代は無料、または極めて低廉である。また、赤字になった場合は、設立母体からの補填があるなど、設立母体に依るところが大きい。

E-3は、町が誘致した当初から赤字が見込まれていたという経緯があり、STがカバーする3町村から補助金を受けていた。しかし、合併後に別の町となった所からの補助がなくなってしまったため、対応を検討中である。

(2) 経営上の工夫

STでも、効率的な訪問のために、なるべくケアをまとめて短時間の訪問を減らすよう努力していた。E-3では移動時間でコストがかさむため、非常勤の報酬は出来高制にするなどしていた。E-2では、緊急訪問をしなくて済むよう、定期訪問時に家族指導に力を入れ、緊急時の対応を指示するなど、工夫をしていた。

E-1では、設立時の各自治体との話し合いにより、ある程度のサポートを受けている点があるが、他の事業所や他職種ともよい関係を保つように気を遣っていることが、経営上プラスになっている。

F 長野県

長野県は 3,000m 級の山岳地帯を含む山間地域の多い南北に 200km 以上と細長い県であり、人口約 220 万人、平均世帯人員 2.8 人と 3 世代の世帯も都市部に比べて多く存在する。

今回対象とした地域は県中央部の中で、地理・生活圏・交通などにより大北地域、松本地域、木曾地域から山間へき地を訪問エリアとする各 1 ヶ所の ST を選定した。

F-1

1. 訪問看護ステーションの概要

北安曇郡白馬村に 2 つある ST のひとつである。総合病院を母体とする医療法人立であり、診療所が併設されている。職員は訪問看護師が常勤 1 人と非常勤 2 人、および非常勤理学療法士 3 人で計 6 人である。2000 年 1 月の利用者数は介護保険 41 人、健康保険 5 人計 45 人であり、述べ訪問件数は介護保険が 242 回、健康保険は 48 回であった。訪問看護師 1 人当たりの平均訪問件数は約 3 件である。24 時間連絡体制・緊急時訪問看護加算を取っており交代で担当している。訪問エリアは白馬村を中心に小谷村と大町市北部、大町市美麻である。大町市北部と大町市美麻は母体病院からの依頼等により常時利用者がいるわけではない。訪問の移動時間で最も遠い地域で春から秋は 50 分程度であるが、積雪時には約 70 分を要する。

2. 訪問看護ステーションの特徴

1) 環境による特徴

白馬村は北アルプスのふもとにある標高 700m 以上の夏は涼冷、冬季は氷点下 10℃ 以下の寒冷な気候であり、積雪も 2~3m に及ぶ豪雪地帯である。幹線道路は除雪されるが、高齢者宅の道路から玄関は除雪できていないこともある。小谷村は更に北部に位置しており、気候・道路事情ともに一層厳しい状況にある。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

住民の意向として医療処置などがある場合に在宅療養への移行に抵抗感があり、入院には抵抗感が少ない傾向がある。この地域では夜間・休日の緊急体制が十分に整わず、訪問看護のみが夜間や緊急対応を担う場合もあることから、訪問看護の受け入れに多くの場合問題はない。しかし山間へき地では社会資源の利用を拒否する家庭もある。

農村地域では、在宅で看取られ自然に亡くなっていく文化が残っている。診療所のかかりつけ医師と家族に最近では訪問看護も加わってそれを実現している。一方、観光地・別荘地では都市部からの移住者が多く、年齢的に遠方の親を引き取ることも増えているが、施設志向が強くそのための主張や取り組みも積極的であり、在宅でぎりぎりまで頑張っ入院・入所の申し込みをするときには、施設が埋まっていたりかなえられないという事態も生じている。

また住民の多くが観光産業に従事しており、観光シーズンには在宅介護は困難になり、施設利用が増加するという特徴もある。

3) 訪問看護ステーションの役割

(1) 退院後の在宅療養者・家族への継続ケア

母体病院のケースワーカーと診療所からの訪問依頼が大半を占めることから、退院後の継続ケアを中心に担っている。退院前からの連絡や病状変化、緊急時など継続した連携が可能であり、患者・家族の安心につながっている。医療依存度の高い場合やターミナルケアなどについては、訪問看護の実施で在宅療養が可能となる事例が増加してきた。しかし、地域の主治医による差があり、積極的に対応してもらえる医師がいる地域では、ターミナル期の訪問が多くなっている。

(2) 緊急時への対応

前述のように、休日や24時間の対応は白馬地域では訪問看護が重要な役割を果たしている。特に医療法人との関係で緊急時の入院なども可能であり、療養者・家族の安心した在宅療養には欠かせない資源となっている。しかし、夜間・緊急時の医療体制の不足は早急に解決が必要な課題である。

4) 他職種との連携

ST所在地である白馬村とは介護支援センターを中心としてデイサービスや居宅介護等の保健師、介護支援専門員、ケアマネジャー、ホームヘルパーと密接な連携が取れている。方法は月1回の地域ケア会議、退院時の連絡調整、訪問看護報告書からの情報収集による連携（*訪問看護報告書が有効に活用されている例）などである。この村では保健師が住民のケアニーズをよく把握しており、連絡も密接に行われていた。別の村では保健師との連絡はあまりないが、介護支援センター職員と診療所医師との連絡が密に行われていた。

一方主治医との連携は主治医によって異なり、訪問依頼が全くない主治医もある。その地域では病院からの退院患者とロコミなどの依頼によって訪問看護を開始することが多い。

5) 利用者の確保

医療法人からの紹介を中心に、診療所医師、介護支援専門員など地域の関係者からの紹介による訪問開始が多い。再入院や死亡が重なったり、積雪と寒冷で在宅生活自体が維持困難となる冬季および家族が多忙となる観光シーズンの利用者数の減少、逆に訪問依頼の増加やターミナル期など訪問回数の多い利用者が重なった場合には、非常勤の勤務時間で調整している。

6) スタッフの確保

常勤職員は医療法人内の人事で移動する。たまたま今回の調査時期に ST 内で 1 人だけの常勤職員である管理者が病院への移動が決まった。訪問看護の質の維持と継続性を考慮すると、常勤が 1 人という配置、および訪問看護の専門性や地域の中で展開されるという特殊性を考えると訪問看護師の人事も課題のひとつと考えられる。

非常勤の訪問看護師の確保に関しては、知名度の高いこの地域には現在も転入希望者がおり、その中には看護師もいて、訪問看護を希望する人が応募してくるのでそれほど困難はない。

しかし、地域によっては道路が狭く急傾斜で積雪や凍結により大変危険な場所へ訪問する必要もあり、訪問看護師の安全が危惧される。ストレスや疲労度が高いにもかかわらず、その点への補償や対応は何もない現状である。

7) ケアの質の保証

訪問看護師は県主催の訪問看護講習を受けることとしている。また、法人内も含む研修会・学習会に積極的に参加し、報告して職員全体に伝達する。

ST 内で利用者個々のアセスメントとプランを検討して、看護の質向上をはかっている。

8) 経済的なサポートと収支

ST 組織は、医療法人とは独立しているので、独立採算であり人件費削減のための努力をするよう指示がある。非常勤の勤務時間を調整して賄い、採算上黒字を維持している。

介護保険からは特別地域加算が支払われている。健康保険の利用者についても、個人負担増を回避するために交通費は全く徴収していない。

F-2

北アルプスの乗鞍岳・穂高岳・槍ヶ岳など 3,000m 級の山々とその中腹に位置する上高地などの観光地のある地域である。2005 年 4 月に合併して松本市となったが、それ以前は 2 つの村であり、市中心部からはもっとも近い集落まで車で 45 分、遠い集落は山道を 1.5 時間という距離にある。2 地域（以前の 2 村）のうち 1 地域の松本市に近い集落は ST からの訪問が可能であるが、遠い集落と 1 地域は遠距離であるために ST は訪問していない。

F-3 はこの地域に最も近く、設定距離の範囲内で訪問を行っている。

1. 訪問看護ステーションの概要

町立病院に併設された ST であり、訪問看護師は常勤の管理者 1 人と嘱託と非常勤看護師 2.8 人、非常勤理学療法士 0.5 人で訪問を行っている。2005 年 11 月の利用者数は介護保険 74 人、健康保険 7 人の計 81 人であり、のべ訪問件数は介護保険 282 件、健康保険 68 件である。24 時間連絡体制加算や重症者加算を受けており、常時何人かはその対象となっている。1 日 1 人当りの訪問件数は 3.6 件であり、利用者宅までの所要時間は平均 10～15 分である。

訪問範囲は設置主体である町内を中心に松本市街西部地区と周辺の 4 つの村に及ぶが、ST からおよそ 12km の範囲内に限定している。

2. 訪問看護ステーションの特徴

1) 環境による特徴

当該地域は県内屈指の観光地に通じる幹線道路沿いに点在しているため、観光シーズンは渋滞が顕著であり、交通時間が不規則となり、緊急時の訪問には困難が生じている。また、救急車の通行にも影響することから、住民は早めに受診や入院をしたり、地域内の車を活用して搬送時間を短縮するなどの対応をしている。積雪はそれほど多くはなく、幹線道路は除雪されるので訪問に支障をきたすことはほとんどない。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

母体である町立病院はこの地域からもっとも近い総合病院であり、住民は身近に利用してきたので、病院からのサービスの受け入れに問題はなく、安心感につながっている。

集落によっては高齢化率 50%に達しており、高齢世帯では従来からぎりぎりまで家族内ではがらばって介護し、できなくなったら病院や施設へという傾向が続いている。また、経済的負担は避けたいという希望もあり、介護負担を軽減できるようなサービ

スが導入できないということもある。

観光産業に従事する住民が多く、シーズン中には施設利用が増加する。

3) 訪問看護ステーションの役割

病院からの退院患者については退院時カンファレンスにも参加し、継続ケアのコーディネートをMSWなどと協力して行い、安心した在宅療養を維持する役割を担っている。また、地域のケア会議に参加し、地域の療養者・家族の生活支援の質向上と連携の強化をはかっている。医療依存度の高い場合やターミナル期などは、本人が在宅療養を希望しても、家族の意向や就業などで退院できないのが現状であり、訪問看護がどのように関わって在宅ケアを実現していくかも重要な役割だと考える。また介護者の健康管理は個別の対応にとどまっており、家族全体の健康維持に関わっていくこともこれからの課題である。

4) 他職種との連携

当該地域については、退院後の訪問や依頼があった場合に介護支援専門員、診療所医師、保健師などと連携できている。

5) 利用者の確保

この地域では退院事例や依頼があったときの訪問に限られており、年間3~4人程度である。また、冬季は入院・入所とショートステイが増加して利用者が減少する。

6) スタッフの確保

常勤職員は病院内の人事異動、嘱託と非常勤はSTで採用している。今は問題は生じていない。

7) ケアの質の保証

積極的な研修と学習会への参加をすすめ、予算も確保している。

8) 経済的なサポートと収支

母体病院からはさまざまな支援を受けているが、財政的には独立採算であり、常勤を1人にして黒字を維持している。また、利用者からの交通費は徴収していない。

9) STが訪問しない地域の訪問看護

2地域ともに診療所があり、みなしの訪問看護を行っている。しかし往診時に看護を提供することが多く、定期的な訪問看護は少数である。多くの療養者は2地域ともに週5日まで利用できるデイサービスを利用している。そこでは看護師による健康チ

エックと医療処置（褥創処置など）も行っている。

F-3

1. 訪問看護ステーションの概要

長野県看護協会が設立した6ヶ所のSTのひとつであり、木曾谷の中心地である木曾福島駅と市街地に近い場所に民家を借り、居宅介護支援センターを併設している。遠隔地の訪問看護を担うことを設立理念としており、依頼された訪問は全て受け入れている。訪問看護師は常勤2人と非常勤7人の計9人であり、2005年11月現在の利用者は介護保険68人、健康保険2人の計70人であり、のべ訪問件数は介護保険372回、健康保険19回であり、訪問看護師1人当たりの1日平均訪問件数は3～4件である。

2. 訪問看護ステーションの特徴

1) 環境による特徴

訪問エリアは2005年9月の合併後で2町3村1市の一部にわたり南45km北45kmにわたり、木曾御嶽山の中腹まで車で30分から60分登った村落に1件のみの訪問という例も珍しくない。そのため訪問看護師の自宅から近い訪問先へは直行や直帰を取り入れ、同じ方面の利用者を組み合わせるなどして効率化をはかっている。さらに、冬季は凍結や積雪による交通閉鎖や渋滞が生じて移動時間が長引きがちであり、国道は交通事故の多発地帯でもあり危険度も高い。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

訪問エリアの多くが山村でまだまだ閉鎖的で福祉サービスが入りにくい地域であり、経済的に厳しいという事情もあって、ぎりぎりまで家族内で対処し、限界となつてから支援を求めるといった状況も見られる。また、病院からの距離が遠いため、早めに受診や入院となることも多い。

3) 訪問看護ステーションの役割

在宅療養者・家族を医療、看護、教育、緊急時対応などで支えることであり、そのためには質の高い訪問看護サービスの提供が前提となり、それを利用者、関係者が認識できるように働きかけることも重要と考える。

4) 他職種との連携

訪問事例を通じた連携は行われているが、訪問エリアが広く、連携が必要な市町村数も多いことから介護支援専門員を除くと密接な連携には至っていないのが現状である。特に住民の情報が最も届きやすい行政保健師などの積極的な働きかけが必要と考えるが、介護保険と予防との役割分担や、合併に伴う行政の変化などにより、連絡先や連携内容に地域差も生じている。

また、往診可能な在宅医療に意欲的に取り組む医師が十分とはいえない状況であり、医療との連携は今後の課題である。

5) 利用者の確保

紹介に頼っている現状であるが、現在の体制では利用者数 70～80 人が限界である。依頼された訪問は断らないこと、初回訪問はできるだけ早く行い早期に安心できるケア体制を構築するよう努力している。また、地域の健康教室の講師などにも積極的に取り組み、住民や関係者に訪問看護の理解を広めるよう活動している。

6) スタッフの確保

地域に在住する人材を確保できており現在は問題ない。

7) ケアの質の保証

ST 内のカンファレンスを定期的を開催してケアの質向上をはかったり、研修には積極的に参加している。

8) 経済的なサポートと収支

長野県看護協会が運営する ST 全体の中で赤字の補填はできる仕組みであるが、経営状態は黒字を維持できている。

介護保険から特別地域による加算がある。しかし費用負担がかさむと訪問看護自体が受けられなくなるという配慮から健康保険の対象者からも交通費は徴収していない。

まとめ

長野県の山間僻地を訪問範囲に持つ訪問看護ステーションの今後の取り組みとして、次のようなことが重要と考える。①山間地では訪問看護の利用者が少なく住民・関係者の認知が低いため、訪問看護の認知を広め利用者確保に積極的に取り組むこと、②山間地において不足するリハビリテーションや口腔ケアなどのサービスを訪問看護に取り入れて提供すること、③通所介護が地域住民によく受け入れられており、療養通所介護への取り組みを開始して療養者のニーズに対応すること、④地域によって

は肥満、糖尿病、高血圧等の増加が顕著な地域もあるため、行政と連携して健康教育に取り組むこと、などである。

また、特に冬季の積雪や凍結に伴う安全の確保や長い訪問距離に対する経済的な支援など、山間僻地特有の課題への対応は、政策的な検討も必要と考える。

【凡例】

● : ヒアリング先の訪問看護ステーション

〰️ : 訪問可能範囲

黄色のピン : 病院、診療所

青のピン : 介護保険サービス事業所

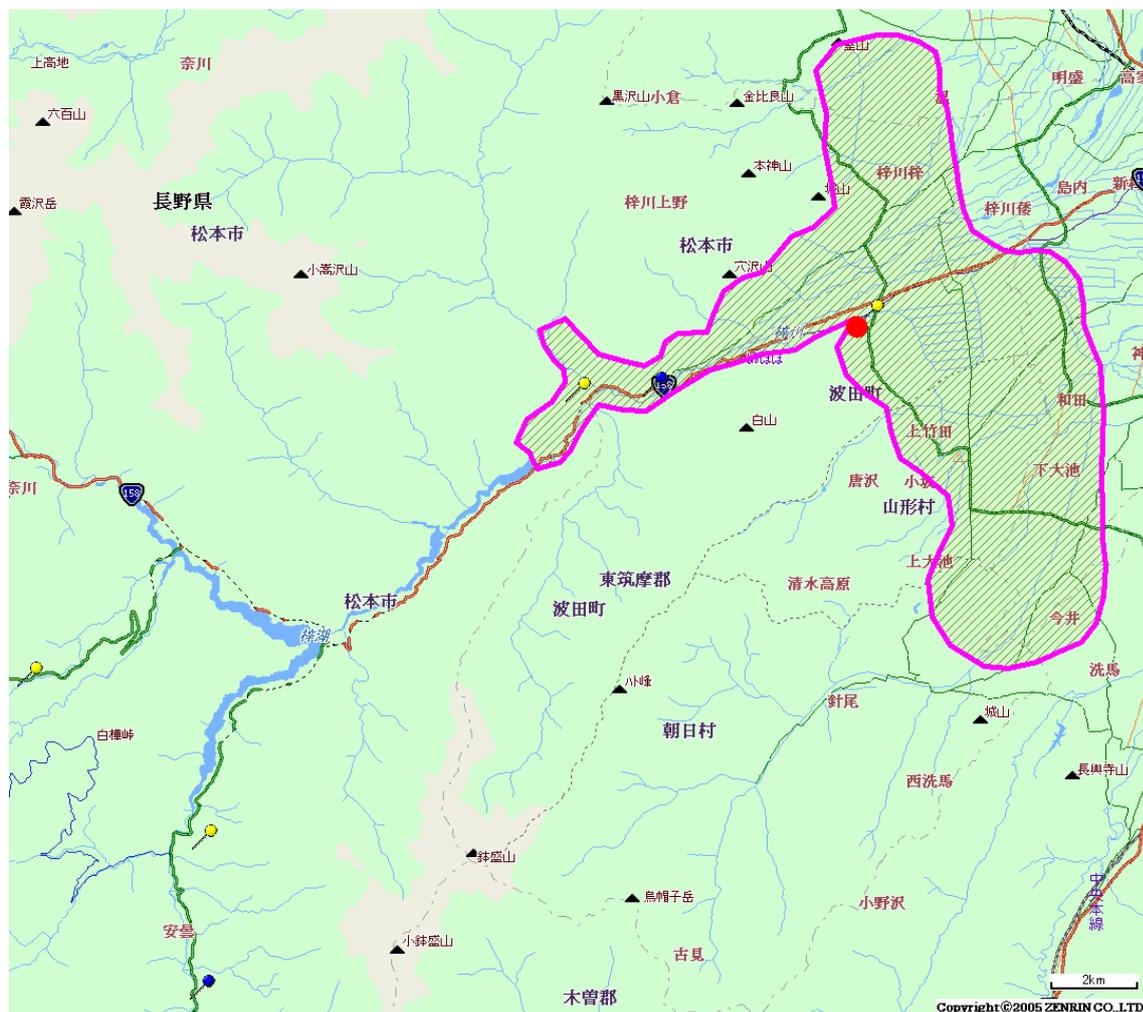
緑のピン : 介護保険サービス施設（特養、老健など）

図Ⅲ-8 F-1



許諾番号 : Z 06B - 第 2330 号

図Ⅲ-9 F-2 - (大野川診療所、奈川診療所、奈川デイサービス・居宅 含む)



許諾番号：Z06B-第2330号

G 長崎県

長崎県は、平成 15 年 8 月 8 日に 79（8 市 71 町村）あった市町村が、平成 18 年 3 月 31 日には、23 市町と全国でも市町村減少率が高い自治体である。長崎は、坂が多いことと島嶼が多いのが大きな特徴である。県内には 594 の島があり、有人島の人口は、県人口の 14%を占めている。

これまでは、多くの島が 1 つの自治体であったが、本土の自治体との合併により、本土の自治体の離島になった島が増えている。本県のこれらの特徴を踏まえ、本研究の調査対象を選定した。

県内には、65 の ST があり、うち 8ヶ所は島（1 つの自治体）に所在している。調査対象 ST は、坂の多い地域の ST である G-1、合併により離島をもつようになった自治体で、地域に 1ヶ所のみ ST である G-2、また、全く ST のない地域については、その地域に最も近い ST である G-3 とした。

G-1

1. 訪問看護ステーションの概要

九州の西端部長崎県本土の南部に位置する長崎市の南部地域にある。長崎半島から西彼半島の一部を占め、周囲を山々に囲まれた丘陵地帯で、リアス式の長く複雑な海岸線もある。気候は、西海型気候区で温暖多雨であり、沿岸部では対馬海流（暖流）の影響により冬は暖かく、夏は比較的涼しい。

年間降水量は、1,600mm 前後である。平成 18 年 1 月現在の長崎市の人口は、457,140 人（高齢化率 22.3%）である。長崎市は、平成 17 年 1 月 4 日に近隣の 6 町と合併（離島を 3 つ保有）し、平成 18 年 1 月 4 日にさらに 1 町と合併した。合併した旧 7 町は、地区となり、高齢化率も格差があるため、地区別に示す。外海地区（池島という離島あり）37.4%、琴海地区 21.3%、香焼地区 23.3%、野母崎地区 36.2%、三和地区 22.6%、高島地区（離島①）44.6%、伊王島地区（離島②）45.7%で、旧長崎市では 22.3%である。

ST の母体は、医療法人社団春秋会で、クリニック、訪問介護、デイケア、グループホーム、ショートステイなど各所の施設（サービス）を保有している。職員は、常勤換算 2.5 人であり、1 か月の利用者は健康保険 2 人、介護保険 29 人である。

2. 訪問看護ステーションの特徴

1) 環境による特徴

坂（階段）が多く、しかも急勾配や幅が狭く、また、道が全体的に狭く入り組んでいる。そのため、車が横付けできない利用者宅が約半数あり、階段の上り下りや徒歩が多い特徴がある。山の中腹に家が建ち並び、利用者の家がすぐ目の前でもグルッと廻らなければならない。ST から最も遠い利用者宅までは、車で約 30 分であるが、そこから徒歩の場合も少なくない。スタッフは、裏道や抜け道を見つけたり、観光名所の斜行エレベーターなどを利用していった。ST の近辺は、長崎市内でも繁華街で、「グラバー園」「大浦天主堂」「オランダ坂」など観光名所の地域でもある。大通りは人がたくさん行き交う一方で、山の中腹に家があることや石畳の道路など、高齢者は自宅から出にくいいためひっそりと暮らしているような地域がある。本 ST は長崎市全体が対象とはなっているが、離島は、交通費や時間がかかるため訪問はされていない。また、これまで離島からの依頼はなかった。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

長崎市の高齢者の大半は、原爆手帳をもっており、利用者もそうであることから自己負担がない。そのため、訪問看護に限らず各種サービスの利用は多く、訪問看護の受け入れはよい。管理者は、“訪問看護”とは何をするのか分からない人も少なくないので、初回時に必ず訪問し、サービス内容や料金等について説明している

離島で利用依頼がないのは、訪問看護サービスがないのが通常のことであるため、住民がその存在自体を知らないあるいは期待しても無理と思っているからだと考えられる。離島に住んでいる高齢者は、総じて元気だが、それは元気な人しか残れないということでもある。管理者は、離島について経営的に訪問できないとしながらも気にしており、これは、どこの ST の管理者もそうであると思われる。この解決策として、1 つは、離島の看護職者を本土の ST のスタッフとして雇い、島に常在させる。もう 1 つは、複数の ST が担当曜日を決め島の担当になる（例えば 3 ST で週 2 日ずつ担当し、1 人の看護師が 1 泊 2 日島に滞在し、訪問看護をする。）が考えられている。

3) 訪問看護ステーションの役割

(1) 日常生活での健康管理

街の中であるため、医療施設や福祉施設等は充実しているが、坂や階段が多いため、下までおりてくることが困難な人が少なくない。そのため受診も控え気味で、そうした高齢者にとって看護師が定期的に訪問し、健康全般に関しての助言や指導することは、安心して暮らせる大きな要因となっている。また、通所施設の送迎バスも坂の下までであるため、その利用も出来ないため、街にいながらも外出が出来ないために孤独に暮らす高齢者がいるのが特徴でもある。こうした高齢者にとって定期的に訪問してくれる人の存在は、重要である。

(2) 医療依存度の高い人の在宅療養を可能にする

これまでは、点滴や人工呼吸器など定期的に医療処置が必要な人は、入院をせざるを得なかったが、STがあることで、在宅療養が可能となっている。

医療制度改革により入院できにくい状況にあるためか在宅療養希望者が多いのか、理由は不明であるが、長崎市では、年々訪問看護の利用者は増加している。この傾向は、今後も増加すると思われ、訪問看護の果たす役割は大きい。

4) 他職種との連携

管理者は、STと同じ法人に、訪問介護や通所リハビリ、訪問リハビリ、ショートステイ、クリニックなどがあることで、連携がとりやすいと思っている。また、STのスタッフは、全員、保健師であり訪問看護従事に先立ち、クリニックの外来や病棟での研修を行ったことで他の職員とも顔なじみであり、仕事がしやすいと分析していた。法人以外の施設や人の場合にも法人の施設や職員のつながりから連携しやすくなっており、管理者は、さまざまな施設を持っていることで助けられていると思っている。

5) 利用者の確保

スタッフが3人と少ないため、依頼があっても対応ができずに断る場合がある。断ったあとで利用者の入院等で、対応が可能になることもあり、安定した利用者の確保が難しい。断わる理由は、移動時間が1時間以上・希望曜日が空いていない・空きがないなどである。市内に複数のSTがあるので、どこも同じような悩みを持っていると考えられる。この悩みを解消するためには、市内のSTの利用者充足状況を把握する拠点があれば、そこで調整を行い、利用希望者の割り振りが可能になると考える。それは住民にとっては断られることがなく、STにとっても一定の利用者確保ができ、両者にとって有益だと思われる。

6) スタッフの確保

これまで、3人体制でやってきたが、利用者の確保のために1人増員をすることにしたが、なかなか確保できない。街の中であるため有資格者は多いが、働く場所もそれなりにあるためと思われる。(他のSTでは、スタッフ採用に際し、臨床経験や生活経験などの条件を設けているが、スタッフの確保はできている。)

7) ケアの質の保証

STのスタッフは3人だけであるが、法人全体では職員数も多いため、定期的な研修が企画されている。STのスタッフもそれに参加し、看護協会や県主催の研修会等にも参加している。また、スタッフの人数が少ないため、連絡等がとりやすく毎日必

ず全員でミーティングを持ち、事例検討等も行っている。

8) 経済的なサポートと収支

ST は、母体である法人の建物の中に事務所を構えており、家賃、水道、光熱費は無料である。その年によって収支はばらつきがある。管理者は、スタッフのスケジュールで収支がおおよそ把握できるので、空き状態が続くと気になる。あるいは、赤字の時に法人から苦言されたことはないが、赤字だけは避けたいと思っている。そういながらも特段、それに対する対策を講じていないことから、法人がさまざまな施設を持っていることが良くも悪くも管理者やスタッフの意識に影響していると思われる。

G-2

1. 訪問看護ステーションの概要

九州本土の西北端に位置する旧田平町と橋で繋がれた平戸島・生月島、離島である的山大島・度島よりなる平戸市の旧田平町にある。正面が海・背後は山の立地で海洋性気候は温暖であるが、どこに行くにも交通時間がかかる。2005年10月1日に平戸市③・生月町④・田平町⑤・大島村⑥が合併し、現在の平戸市になった。平戸市の人口は39,930人、高齢化率は29%であるが地域によって異なる。

STの母体は医療法人青洲会で、同法人の青洲会病院が隣接している。

職員は、看護師2人・准看護師1人が常勤し、非常勤で理学療法士と事務職員がおり、常勤換算で44人となっている。

1ヶ月の利用者(2005年11月例)は、介護保険30人、健康保険2人で、健康保険利用者は2人共に24時間体制・重症者管理加算の対象である。

2. 訪問看護ステーションの特徴

1) 環境による特徴

STは旧田平町にあり、平戸市役所のある市の中心部は平戸島北部で、橋によって往来する。平戸瀬戸に架かる橋は有料で、強風時は交通止めとなる。海岸線はリアス式で、交通に要する距離が長く、一山越えて訪問先に行く例もある。

平戸島北部には開業医療機関が多く、受診患者を対象とした訪問看護が行われている。STの母体が医療法人のため、他の医療機関からの利用は少なく、同法人の病院の患者が主となっている。

常時訪問している遠い利用者宅は1時間を要し、訪問看護の効率が極めて悪い。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

同法人の設立翌年（昭和 60 年）から病院の訪問看護が行われてきた経緯があり、地域住民の病院および ST のサービス利用の受け入れはよい。

3) 訪問看護ステーションの役割

(1) 難病患者への支援を行う。

24 時間体制で対応できる看護が必要であり、現在も行っているが訪問看護師への期待が大きい。

(2) 要請があれば遠隔地でも受け入れる。

高齢化が進んだ地域であり、交通の便が悪いため、高齢者の支援に訪問看護は重要である。原則として、要請があれば遠隔地でも受け入れる必要がある。

(3) 利用者や家族の相談に乗る。

病気や症状の判断、検査結果の理解、介護方法などの相談の他、日常的な生活に関わる種々の相談を受け止めている。

(4) 病院・施設・在宅サービスの連携でサービスを提供する。

特に当 ST では、病院との連携が大きい効果を上げている。訪問リハビリテーションの機能を持ち、この点では他の医療機関からの依頼もあり、病院との連携の結果である。

(5) 重症患者やターミナル患者等の在宅生活を可能にする。

ST がいない地域では、医療機関が訪問できる範囲により重度や終末のケアは受けられず、離島部などでは前例が乏しいため、自治体のシステムの中で課題として取り上げられることも少ない。地域のシステムを育てる上でも、在宅生活が可能となる事例を広げていくことが重要である。

(6) サービスがいつでも受けられる体制をつくる。

在宅生活には不安が付きものである。必要時 24 時間連絡が取れることは重要である。営業日は月～金だが、その他の日でも要請があれば対応している。

24 時間連絡体制加算、重症者管理加算、緊急時訪問看護加算、特別管理加算を取っている。

4) 他職種との連携

平戸市のケアマネジャー会議において、他の機関、他の職種との情報交換等が行われている。同一法人の病院の看護職とは学習会を定期的に行っている。前述のように、病院の理学療法士・作業療法士と連携して訪問リハビリを展開している。

ただ、医師との連携については個人差があり、同法人の病院医師であっても難しい場合もある。

今後、複数の ST 間での連携を検討したい。

5) 利用者の確保

利用者のほとんどは同法人の病院受診者であるが、訪問リハビリにより他の医療機関の患者の利用が増加した。

離島や過疎地が主であるため、訪問看護のみでなく、健康相談やデイケアなどと組み合わせて、複数対象者を確保し、交通時間を使っても採算に合う状況を作る必要がある。また、他の ST と連携して、一人の利用者に複数の ST が関わり、きめ細かいケアが行えるような状況を作る必要がある。

6) スタッフの確保

法人が複数の施設を持っているため、スタッフの転勤がある。ST の看護師は長く勤務しているベテランもおり、目下は特に人材確保に悩む状態ではない。

7) ケアの質の保証

個々のスタッフが、土日に行われる会議や研修等の情報を事前に把握し、自分の目標を立て、さらに法人全体で年間教育スケジュールを立てて、計画的に参加している。

また、法人内の看護職で勉強会を作り、ST から年 1 回は症例研究を報告している。

8) 経済的なサポートと収支

市町村からの支援はない。

収支はわずかに黒字であるが、新たな収益をあげるためには、利用者数の増加、重度の在宅利用者の開拓が必要である。

G-3

1. 訪問看護ステーションの概要

- ・ 地理：事務所所在地は長崎市中心より 1 時間以内の場所。長崎市近郊の住宅地から西彼杵半島まで。
- ・ 自然環境：大村湾沿い～西彼杵半島の山々と自然環境に恵まれ、農海産物も豊か。海は波が穏やかでマリレジャーの穴場となっている。また、長崎県民の森周辺ではキャンプや野山のウォーキング等、アウトドアをされる方が増えてきている。対象地域の高齢化率は：長崎市琴海地区⑦ 21.6% 長崎市三重中地区 14.1%

西海市西彼地区⑧ 26% 長与町 15.6% 時津町⑨ 15.0% (平成17年12月現在)

独立採算を条件にSTを経営してきたが今後の運営方針もあり有限会社に変更した。

職員は常勤3人、介護支援専門員1人であり、1か月の利用者は健康保険7人、介護保険22人である。

2. 訪問看護ステーションの特徴

1) 環境による特徴

対象地域のうち長与町(人口42,921人)、や時津町(人口29,727人)は長崎市からバスで30~40分の所に位置し、大きな団地も多く人口増加の傾向にある。

訪問は、STから最も遠い集落まで車で30~40分かかり訪問先への移動時間が長く、訪問件数も限られてくる。また緊急時の指示を受けてから、必要な処置を施すまでの往復時間など、一人の利用者に半日以上の時間を費やすこともある。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

STへの認知度は低い傾向にあるが利用後は評価されている。対象地域のうち西海市西彼地区の所在する西海市には総合病院や小児科等の専門医療機関がないため住民は必要に応じ車で30~40分の長崎市内や佐世保市の総合病院や専門機関を利用している。また、西海市には、STがないが西海市内の医療機関等の訪問看護や往診等が、それをカバーしている。地域担当の保健師の話では住民からSTの設置を求める声はきかれないとのことである。住民の介護保険等の利用率も高い。

3) 訪問看護ステーションの役割

自立支援のためのサービスであり、まず病状が安定することでその人の自立度は維持されるわけで、当たり前だが悪化させないということが基本になる。また、平日昼間は誰でもどこでも(家族や事業所など)対応できる。ただ、休日や夜間は利用者や介護者家族にとって不安。そういったとき気軽に連絡でき、必要な対応をしてくれる安心を提供できる事業所でありたい。

悪化させないということは当たり前のようだが、元々医療職ではないケアマネが多い中で、何か事態が起きてからの訪問看護の依頼が多い。安心して安定して在宅生活を送るためには、予防的な視点、早期発見早期対応が大切。そういった対応につながるよう、医療の知識と経験に乏しいケアマネの相談窓口としても機能していきたい。

まだまだ認知度が低い状況にあるが、利用者の声をまとめると、求められているのは安定と安心ではないかと思われる。様々な変化への判断や早期対応、夜間や休日の相談や緊急時の対応など気軽に相談できること。また、末期の方などの予測される経過や事態など、予備知識の説明による介護者の精神的な支援などがあり、「こういう

サービスをもっと早く知っていたら…」 「ヘルパーさんと違う所がはじめて分かった」という声をよく聞く。

4) 他職種との連携

(1) 主治医との連携

意見を共有し、問題解決に協力的に関わってくれる医師が殆どであるが、中には訪問看護に否定的で連携が困難なケースもある。例えば精神疾患や認知症などの場合は、内服薬の調整のためのアセスメントを訪問看護師が担う場合もあるが、連携が困難であるために、スムーズな対応がなされない場合がある。

医療依存の高いケースで市内の大きな病院から在宅（地域）に戻られる場合、その後の通院が困難で、利用者にも負担がかかる。介護タクシーや時には救急車をタクシー代わりに利用させていただいたケースもあるが、病院と地域の医療機関（ホームドクター）が直接連携を取り合う支援体制が必要。

(2) ケアマネ他関係機関との連携

行政主体で福祉事業を運営してきた経緯があり、民間サービスに対し閉鎖的な面がある。また、事例検討会等で感じるのだが、全体的にケアマネは介護職が多く、医療的なニーズの把握能力が乏しい傾向がある。限度額の計算に追われたり、作業内容のみを見るだけではなく、身体、精神、社会面など、もう少し全体の状況に見合ったサービスの選択があるべきではないかと感じるが多々ある。ST 立ち上げ当初は、連携をとって行く中でかなり冷たい雰囲気を感じたが、6年が経過し、雰囲気も随分よくなってきた。地道な交流を継続し本当の意味での連携が取れるようにしていきたい。

5) 利用者の確保

地域の関係機関との検討会等の参加を積極的に行い、ST の PR 活動。単独事業では経営的に厳しいため、認知症対応型の通所介護事業や短期入所事業を整備中。別法人で認知症高齢者グループホームも行っており、小規模多機能的な機能を持った事業を目指している。経費（主に人件費）がかかる訪問看護事業をある程度フォローできるように整備中。

6) スタッフの確保

看護師の確保については、困難な状況である。西海市には総合病院もなく、看護師は大病院志向で地域的に看護職の確保は困難である。

7) ケアの質の保証

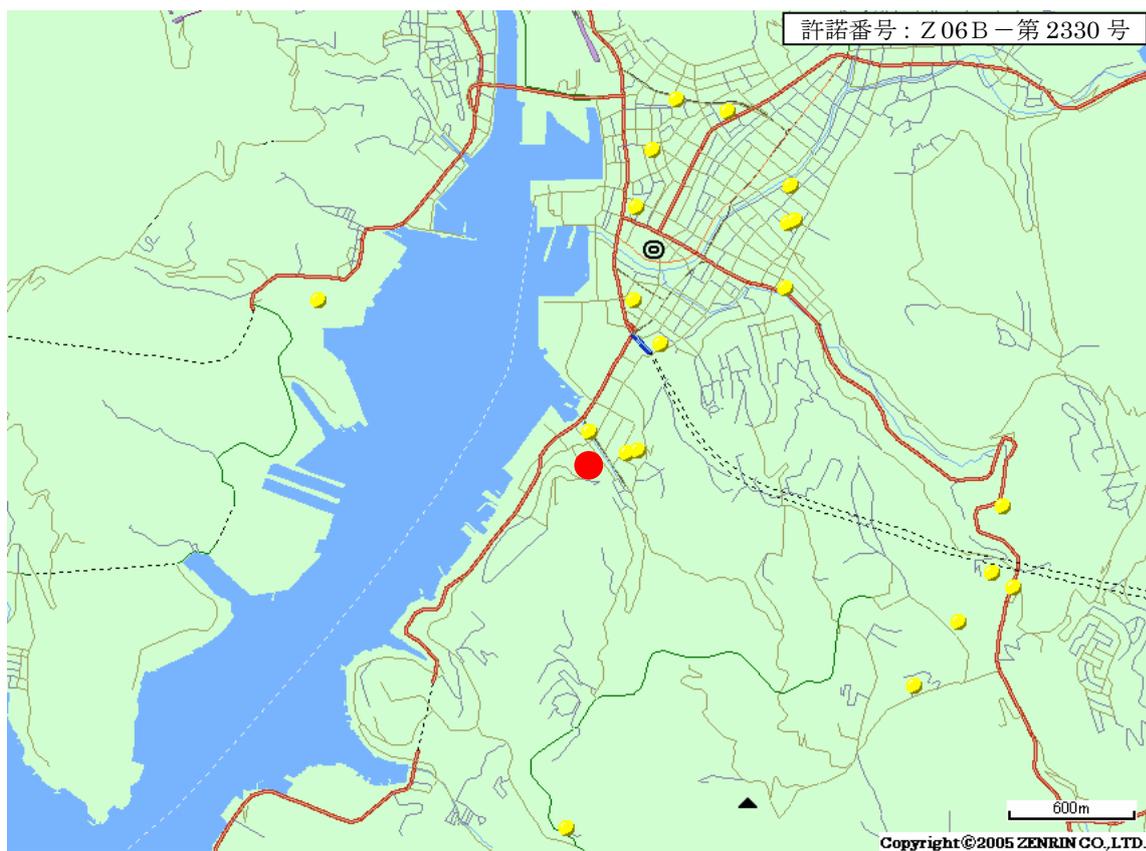
事業所内での研修は時間を決めてはないが、昼食時や夕方など比較的人数がそろ

時間帯に事例について話し合ったりする。そのほかは研修等には積極的に参加するようになっている。

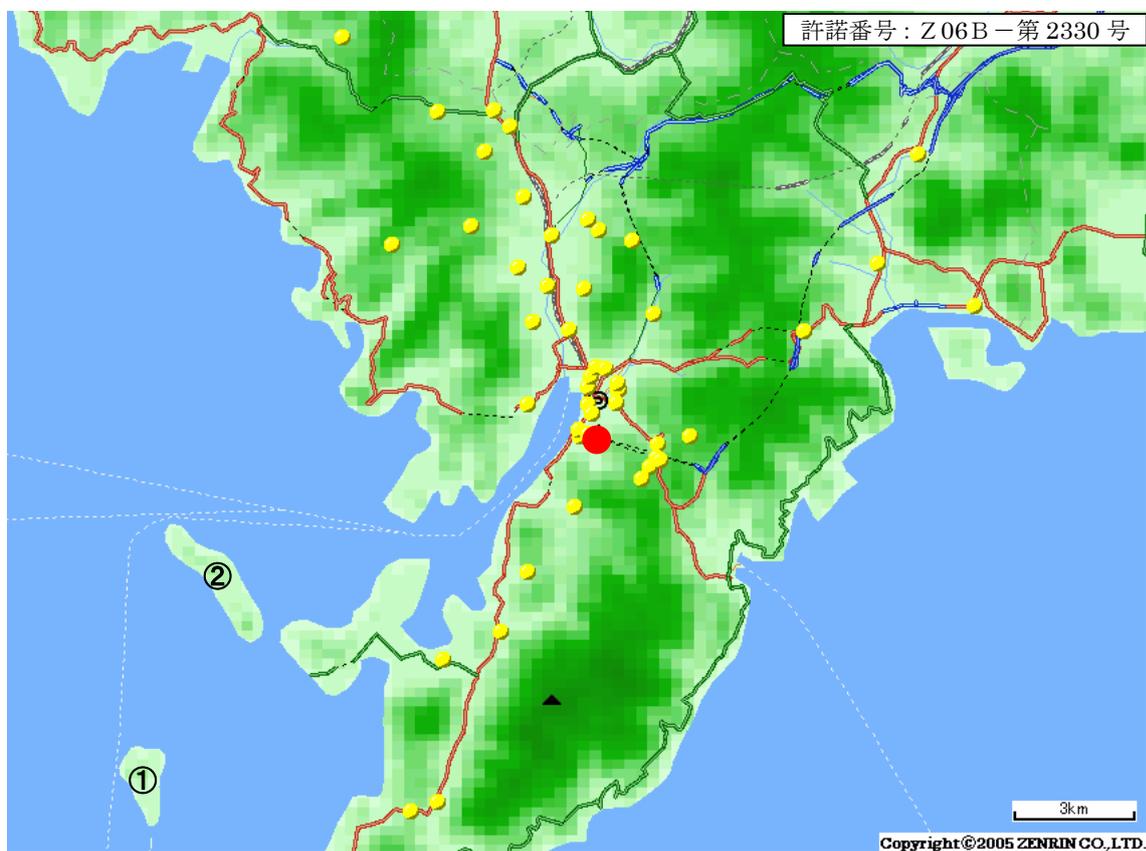
8) 経済的なサポートと収支

独立採算を条件に ST を経営してきたが今後の運営方針もあり有限会社に変更した。訪問対象は緊急時対応の点から片道 30 分～40 分前後のエリアで依頼を受けるようになっている。

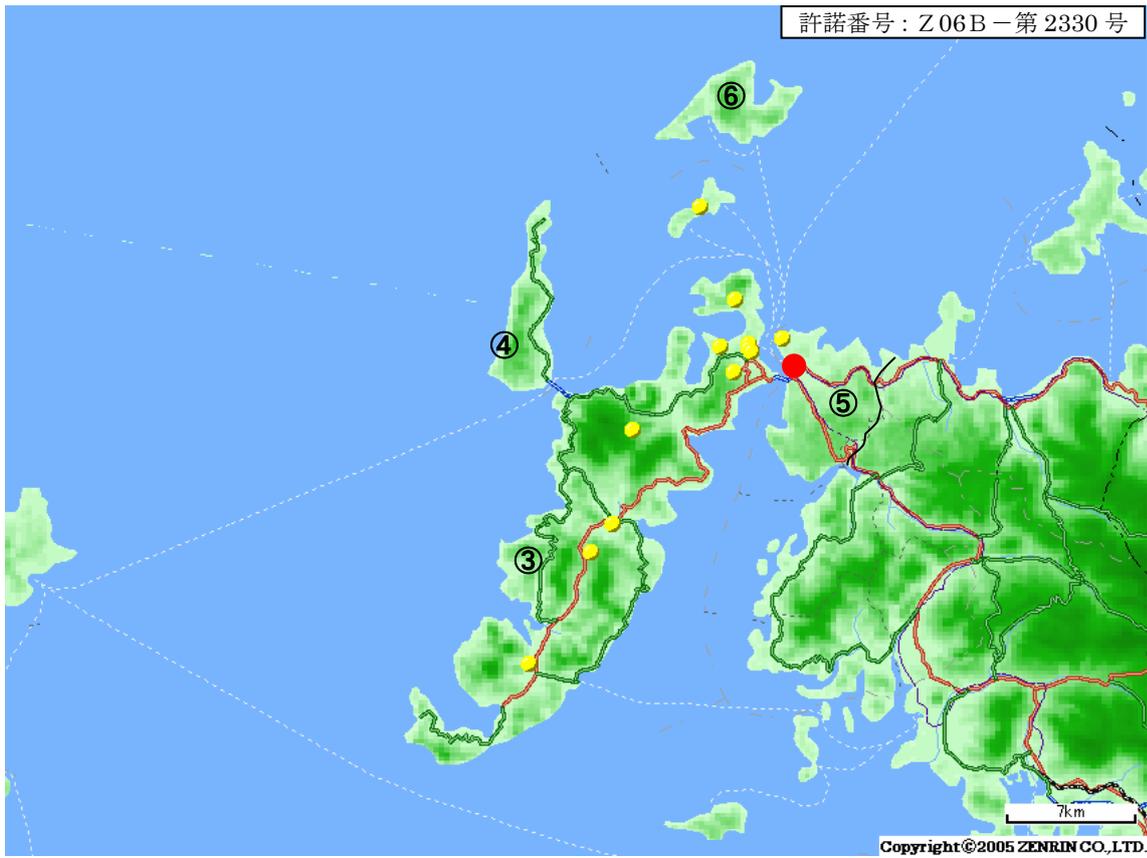
図Ⅲ-11 G-1 ●訪問看護ステーション ●医療機関



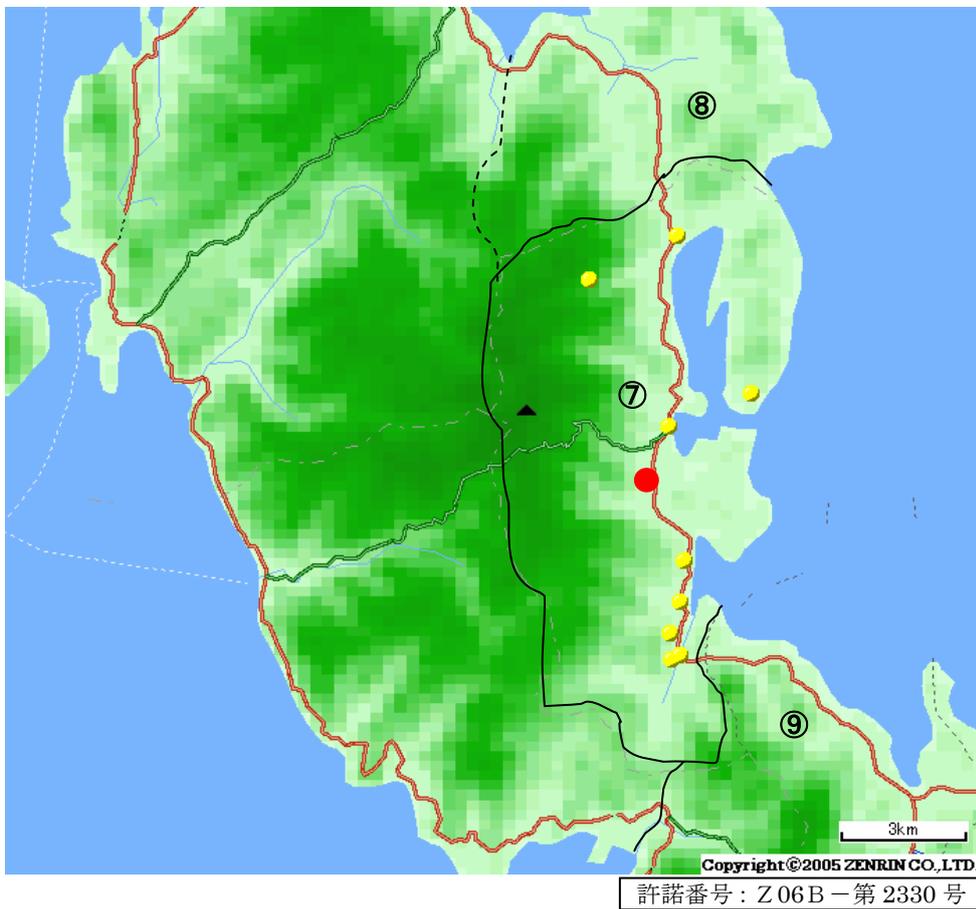
図Ⅲ-12 G-1 (縮尺変更) .



図III-13 G-2



図III-14 G-3



H 鹿児島県

2ST は、鹿児島県の離島における ST の事例として取り上げた。離島の事例の中でも、特に離島類型では離島の離島と言われる、群島属島型、孤立小型の島を事業対象地域とする ST の事例として取り上げたものである。鹿児島県は総じて高齢化率が高く、離島部はとりわけ高齢化率が高い。65 歳以上の高齢者に占める要介護認定率は 2002 年では全国一高かった。平均保険料、1 人当り給付額も、全国平均に比べ、高値という特徴がある。デイケアの利用が突出するのも、介護サービスの環境として鹿児島県の特徴である。

H-1

1. 訪問看護ステーションの概要

ST が所在する薩摩川内市里地区は鹿児島県薩摩半島の西方海上、約 26Km の北東から南西に連なる甑列島のうち、上甑島北東部に位置する。上甑島は甑列島の中で本土に最も近い距離にある。H-1 は、旧里村（現在、薩摩川内市里地区）を活動エリアとしていたが、市町村合併後は上甑地区（上甑島・中甑島）も対象地域としている。現在のところ、鹿島地区・下甑地区（下甑島）は対象地域としていない。気候は海洋性温帯気候に属し、過ごしやすい気候である。夏から秋にかけての台風、冬季に強い北西の季節風がある。上甑島の地形はなだらかで美しく女性的である。里地区は集落が 1ヶ所に集中している。本土と甑島を結ぶ交通機関としてフェリーと高速船が串木野新港（薩摩川内市ではない）を 1日 2往復している。

特にこの地区は県内でもトップレベルの高齢化率 44.7%（里地区 38.8%、上甑地区 49.6%、人口 3,162 人）である。

ST の母体は社会福祉法人である。この地区には、H-1 の ST 以外には、診療所が 3、養護特別老人ホームが 2、在宅介護支援センターが 2、デイサービスが 2、訪問介護事業所が 2、生活支援ハウスが 1、ある。H-1 には、職員が常勤換算で 3 人（常勤 1 人（看護師 1）、非常勤 2 人（看護師 1、准看護師 1））、1 か月の利用者は健康保険 3 人、介護保険 8 人である。生活支援ハウス『もや一ど（共同で支え合うの意）里』に、H-1 の ST、在介支援センター、訪問介護事業所が併設されている。

2. 訪問看護ステーションの特徴

1) 環境による特徴

対象地域は、スタート時は里地区のみ、現在では、上甑地区が加わった。里地区は

特に集落が1ヶ所に集中しているのので、訪問までの移動に時間をとられない。上甕地区でも、車で15分程度の移動時間である。急変時に、医師も看護師もすぐにいける体制がある。

台風や季節風で、海が荒れると定期船が欠航すると、全ての島民の生活に大きな影響を及ぼす。島内で処置に限界がある場合や、救急の場合は救急車が港まで搬送し、定時以外のときは漁船をチャーターすることになる。島内に医師は内科・外科・歯科医師が勤務している。その他の専門医への受療には、島外へ行かなくてはならない。

H-1の活動開始後、里地区では、民間の参入が検討されたが、実現しなかった。その後、上甕地区、里地区に特養ができ、介護環境は大きく変わった。

高齢化率が高いことから、高血圧症・高脂血症・心臓病・糖尿病等のいわゆる生活習慣病のほかに変形性膝関節や神経痛などの筋骨格系等の疾患が多く見られる。独居及び高齢者夫婦のみの世帯が多く、介護予備軍も多い。最近では認知症も増えつつあるが、認知症の診断には島外への受診となるので、診断が遅れることが多々ある。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

里地区は、介護保険施行前の1995年には、高齢者一人当たりホームヘルパー派遣回数数が全国一多かった村と注目された。介護保険開始時点では、H-1-STは稼ぎ頭であった。また、担当者会議やケアプランの作成も介護保険開始以前から実行していた。

在宅サービス全体では、サービス提供側からみれば、受け入れがよいとの感触があるが、訪問看護については、すんなり受け入れてもらえない点もある。訪問介護との違いがわかりにくい、訪問看護は割高で安価なサービスの訪問介護の方がいい、ヘルパーの方がなんでもしてくれる、といった理解を住民はしているようだ。

甕島の高齢者の中には、経済的理由からサービス利用を制限していることもあるようだ。特に、付き合いを大事にするので交際費（冠婚葬祭）は欠かすことが出来ず、その分自分のために使うお金が残らないことがサービス利用に影響しているとの解釈が聞かれた。島外の施設利用の場合は、家族への経済的負担以外、精神的な負担も大きく、負担が少なくなるように、緊急時に、付き添い、給食等の心配がなく、入院あるいは通院のできる中心的施設を欲するとのことである。

島内施設の利用にも問題がない訳ではない。隣地区同士で、つまり旧村単位で、集団としての凝集性が高いことは利点であるが、自分の地区だけで完結しようとするような、なわばり意識が強いという欠点もある。里地区に特養が出来る前は、上甕地区にあった特養に、里地区の人が入れる枠があったが、入りたがらず、受け入れが悪いという側面があった。合併の効果として、少ない資源を共有するようになればいいのだが、という意見も聞かれた。

生まれ育ったところに終の棲家を、という終身介護を目指す地元の医師の働きかけもあって、島の人間は、在宅でターミナルまで、その人らしく生きるための援助を欲

している。在宅志向、地元施設志向を表す言葉に、『ぢかた（おそらく地方のこと）』がある。本土（特に鹿児島市、いちき串木野市を指す）の人の事を、『ぢかたの人』という。つまり、中心地はあくまで、自分達が住む地区であり、島である。決して離島＝中心から離れた島、ではない。島こそ中心という考え方であろう。

甕島 4 地区に特養ができ、そのため在宅の寝たきり者は少なくなった。それでも、島外の介護療養型医療施設等に入所する場合も多く、在宅が可能な状況とは言えない。

認知症については、家族が他人に隠す傾向もあり、認知症が表面化するときには症状がかなり進んでいることが多い。認知症に対するサービスをつくる際の課題である。

3) 訪問看護ステーションの役割

リハビリに関しての資源が島内にゼロであるなど、サービス基盤が脆弱なので、その確立が急務である。島内に特養ができ、ST の役割は特に量的に変化した。少ない資源故、認知症の対応まで、リスクを背負って特養で対応している。そこで、専門性のある小規模多機能な施設・サービスが求められていると言えよう。

老老介護が多く、キーパーソンの娘や息子は大阪などの島外にいることから、住み慣れたところにいたいのは勿論だが、介護度が上がると島におれない。特養に入れればまだよく、家に帰ることも可能である。しかし、手術ともなれば、島の家をたたんで出て行くケースも多く、元気になっても島に帰れないことになる。離島苦である。

H-1 の考える役割は以下の通りである。

(1) 在宅でターミナルも含め。その人らしく生きることを可能にするケアの提供

H-1 の立ち上げにも協力された里地区の元医師の『生まれ育ったところに終の棲家を』との考えもあり、H-1 は当初より終身介護を目指してきた。

骨折、インシュリン管理、腹膜透析、等の事例に対して在宅療養を可能にするケアを提供してきた。特養がどの地区にもでき、重度の方は特養に入るようになった。在宅に戻ってくる人は、本人が家に帰りたというケース、家族などが介護を希望するケース等であるが、多くは障害の程度が軽い人である。終末期で最後を家で迎いたいケースなどは診療所、訪問看護、家族が一体となりケアしている。

(2) 専門性をうりにした、質の高いケアの提供

限られた資源であるので、質の高いケアの提供が求められている。本 ST では持続点滴、カテーテルや胃ろうが入ったケース、継続酸素吸入ケースのレベルまでで、重症のケースはない。そこで、リハビリ、入浴、清潔等の専門性をうりにしたいと考えている。さらには今後増えそうな精神のケースもその一つにできればとのことであった。

(3) 地域密着型のサービス

ケアを必要としているときにすぐ受けられるように、すぐに提供できる体制が欲しいと住民は希望している。特に里地区内であれば、5分でもどこでも行き来が出来、目

が届きやすいので、H-1では地域密着型のサービスを提供したいと考えている。認知症も増えているので、今後、巡回型が入ってきたら、グループホームなどへ関わればと考えているとのことであった。

(4) 疾病や介護に関する適切な相談・アドバイス

介護力を高めるような、制度の勉強会もできるような介護教室が求められていると考える。介護予防として、将来的に利用する場合のことを想定し、説明してもらえれば、という要望がある。医療・福祉・保健との連携の上で、訪問看護では医療面、福祉面の相談ができ、ゆっくり話を聞き、相談しやすい家族看護の提供を考えている。

4) 他職種との連携

本STでは単独経営は無理だが、他の施設と併設されているので、なんとか維持・継続できている状況であり、他の社会資源との連携が一番大事だという認識がある。

今でこそ、担当者会議、ケアプラン等で連携の重要性が言われるが、ここでは介護保険実施の10年前から行なっていたという自負が聞かれた。さらに自己評価として、島内（特に上甕島里地区内）の連携はよく、特に個人連携は極めて良いが、甕島全体や島外のネットワークは弱く、点と線のみという感じは否めないとのことであった。

訪問介護（同施設内）とは、病状の重たい方の場合は、同行訪問をしている。通所介護（同施設内）とは、朝、日常業務に入る前にケア会議をして、情報交換をしている。社協・支援センター（同施設内）とは、利用者の紹介、特別障害者手当、介護手当等の相談、ベッド等福祉用具貸し出しの相談等を実施している。

診療所とは一体となってこまめに動いている。ケースの主治医の大半が診療所の医師であり、月1回30分（3～5人）のカンファレンスを実施し、看護計画の内容を検討している。車で10分くらいの地区なので、急変時に医師も看護師も直ぐに行ける体制がある。他所から嫁に来ている人も自分の親を里に連れてきたら良さそうと話している、とのことであった。

保健センターとは、診療所とも一緒に月1回のカンファレンスをしていた時期もあったが、今は必要時ケース検討会を実施している。介護保険で分かれてしまったので、行政との連携は少なくなった。市町村保健事業で理学療法士の派遣を行なっており、市町村合併前までは、訪問看護師に対する指導までしてもらっていた。

島外とのネットワークの構築以外に、アドバイザーが必要であるとのことであった。

訪問看護を続けていくため、分からないときに指摘してくれるような、第三者の立場から「こういうやり方もあるのでは」と教えてくれる存在がほしいとのことであった。

5) 利用者の確保

他部門（通所介護、宅配給食など）との協力体制でやっているし、診療所医師など、

他機関の理解もあるので、その点は恵まれた環境である。難病のケースで、併設施設での入浴サービス利用で関わるようになり、訪問看護に結びついたケースなどがある。

新たな利用者の確保が困難で、特養ができてガクンと減った。利用者が広がらない。

新たな利用者獲得には、在宅介護支援センターの情報を得るようにし、30分の訪問ケースでも大事にし、30分を超えてもリハビリなど、内容のあるサービスを、ゆとりを持って行い、将来1時間に移せるようになど、その後の利用を誘発するようにしている。また、最後まで自宅で介護したいと考える方をみつけ、早い時期から継続的にサービスを行なうようにしている。

今まで広報は特にしてこなかった。甑島全体をサービスエリアとして、訪問看護でできることが求められており、そのために、広報誌を発行し、在宅介護支援センターが年4回全戸配布している。

6) スタッフの確保

人材の確保は2重の意味で困難である。まず供給面を考えた時、当地区では看護師を探すのが難しいし、他所から来てくれるほど、待遇（給与）がよくない。

一方、需要面でも、STを維持できるぎりぎりの利用者しか確保できていないので、常勤で複数雇えるほどの仕事量ではなく、通所介護やケアマネジメントを手伝ったり、となってしまうので、優秀な看護師獲得を躊躇する側面もある。

現在、ヘルパーの実習は受け入れているが、看護師の実習受け入れはしてない。最近では医師の研修も受け入れがされるようになってきているので、看護師の実習ができるようにし、人材確保のきっかけとしたいとの考えである。

7) ケアの質の保証

ケアの質の保証として研修・学習を心がけている。現在研修は、次のようである。

- (1) 採用時研修を3ヶ月間実施する。
- (2) 看護協会、医師会主催の研修会に年1回以上は参加するようにしている。
- (3) 月1回のステーション協議会の集まり

以前は、PT、OTが派遣されてきた時にリハビリに関する指導を受けていたが、市町村合併で日帰りとなったため、以前ほど気軽に指導を受ける時間はなくなった。

また、研修場所は大半が島外なので、一泊となるなど時間的制約が多い。

従って、遠隔教育などの活用を大学等に要望したいとの意向であった。

精神科のフォロー（服薬管理、日常の生活管理のチェック）を依頼され、地域の行政保健師にサポートしてもらっているが、看護内容や患者との関わり方に困難があり、学習の場をもつように計画している。そうした時に、研修の組織的サポートがほしいとのことであった。

8) 経済的なサポートと収支

通常訪問している利用者宅までの平均的な移動時間は里地区では5分で、上甌地区では15分である。一日平均7件を訪問している。夜間訪問はしていない。移動時間に係るコスト削減の方策として、里地区以外は、同じ日にまとめたいが、今のところ、利用者の要望を優先している。直行直帰など特にしていない。

利用延べ数は大幅に減少したが、黒字のことが多いとの回答であった。市町村から、利用者への交通費、利用料等への補助はないが、STへの財政的な援助として、土地の貸与がある。市町村合併後は、上甌地区でも同じ市内となったので、交通費加算がなくなった。下甌地区にサービスエリアを広げる時、特に課題となる点である。

H-2

1. 訪問看護ステーションの概要

STが所在する瀬戸内町は、鹿児島県本土の中心地から、南へ450キロの海上にあり、奄美大島の南端部と加計呂麻島・請島・与路島からなっている。亜熱帯海洋性の気候で過ごしやすいが、台風の通過が多い。

瀬戸内町は人口11,003人、高齢化率32.4%である。

STの母体はP医療生活協同組合である。1953年の日本復帰後直ぐに、『地理的離島はあっても、人の命に離島があってはならない』を合言葉に、診療所での活動がスタートした。現在、1病院、2有床診療所があり、H-2以外に4ヶ所のST・サテライト型STがある。同一母体内には、介護老人保健施設、在宅介護支援センター、訪問介護事業所もある。

H-2には、職員が常勤換算で4.8人（常勤2.8人（看護師1.8、准看護師1）、非常勤1人（看護師1））、1か月の利用者は健康保険9人、介護保険46人である。

2. 訪問看護ステーションの特徴

1) 環境による特徴

主たる事業対象地域である瀬戸内町は群島本島である奄美大島側と、加計呂麻島・請島・与路島の属島側があるが、台風の通過が多く、本島と属島間の交通が遮断されることがある。台風は交通の遮断のみならず、停電も起こすので、人工呼吸器の利用者等には深刻な問題を発生させる。台風時は入院した方が安心だという、施設サービスを選択せざるを得ない事情を発生させる。本島側では道路が整備されているが、集落が広く点在し、町の中心地より1時間以上を要する地域がある。小規模集落の点在は、保健福祉サービス実施には非効率な地理的状況である。

瀬戸内町 64 地区のうち無医地区、準無医地区が本島側、属島側合わせて 27 地区あり、H-2 はそのうち、本島側のみの 2 地区で訪問を実施している。加計呂麻島にある医療法人立診療所および、へき地診療所が属島 3 島の訪問看護を実施している。現在、ST の対象地域は、本島側の隣接村の宇検村、住用村にまで拡大している。

利用者との連絡は電話かファックスでおこなっており、インターネットは使っていない。加計呂麻島は今もアナログ回線で、ブロードバンド化の予定はない。

瀬戸内町の高齢化率は、本島側が 28.6%で、属島 3 島では 50.5%となっている。鹿児島県は高齢者夫婦のみの世帯、独居世帯が多いが、この地域は中でも多くなっている。しかし、地域にいる高齢者の情報はその地域の民生委員や嘱託員、あるいは地域の見守りをボランティアとする『ともしびグループ』がよく把握しているので、人口も少なく集落がまばらに点在するとはいえ、高齢者のことがよく見える地域といえる。

島唄や島踊り、島料理等、個性的な独特の文化が集落ごとにあり、誇りにしている。集落の集団凝集性は高く、資源は少ないものの、人的ネットワークは充実している。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

離島に限らず、多く的人是は訪問看護について知らない。全国的には福祉系施設が多いが、鹿児島県は医療系の施設が多く、通所系サービスの利用が多い。医師の訪問看護に対する理解が低いので、訪問看護の認知度を改善できないという意見もみられた。

加計呂麻島で通所サービスを実施する事業所では、住民の訪問看護に対するニーズが、加計呂麻島では被介護者からはないが、家族介護者からはあると捉えていた。

在宅サービス全体の利用では、要介護認定率の高さ、利用率も 19.1%となっている。保健所が管轄する地域全体では、軽度な介護度の利用者がサービスを過剰に利用しているという指摘もあった。少なくとも、受け入れは悪くないと考えられる。

できれば在宅でという人はいる。独居世帯や老夫婦のみの老人世帯が多いので、家族介護者が得られず、在宅で介護できる条件を整えば可能だが、サービス資源が限られるので、在宅をあきらめることになる場合も多いようである。特に、台風時の停電の不安により、在宅サービスを選択したくてもできないのが現状であるといえる。家族介護者が得られにくいのは、島外に出た人が呼び寄せる場合は行きたがらないこと、島外に出た人が島に戻り面倒を見ようとしても職がないことに、さらに、戻ってきても、島出身者と島外者との夫婦の場合、島外出身者が島文化に馴染めない場合もある。

サービス利用の受け入れについて、訪問看護に特化した意見では、訪問介護との区別がつかず、訪問看護は料金が割高と感じ、やすいサービスの方がいいからと利用者は考え、訪問看護を利用者にすんなり受け入れてもらえないと、ST では考えていた。このことは、利用者側の認識不足ばかりでなく、ST が提供するサービス内容が訪問介護のそれと明確に異なるとはいえないという側面、つまり専門性に欠けるという側

面もあるのではないかという指摘が複数聞かれた。

3) 訪問看護ステーションの役割

通所サービスが、閉じこもり予防や入浴のサービスを提供している。デイサービスは楽しみが少ない離島で、交流の場ともなっている。訪問リハビリテーションについては、人材が少なく充分ではない。訪問介護は、遠方で、訪問看護サービスが提供されていない地区については、服薬の管理等についても対応している。訪問看護は、医療機関から遠い地区では特に安心感をもたらしている。H-2の利用者の要介護度は1、2の人が多く、2005年11月30日現在では、介護度1のみで、半数を超えていた。

H-2自身が捉える役割、あるいは行政等から期待される役割は次のようであった。

(1) 在宅療養生活に安心感を与える看護の提供

介護保険施行以前のように、集落に看護師がいない現状では、看護師の訪問は安心感がある。緊急時の安心感を与える、24時間連絡体制加算、緊急時訪問看護加算をとっている。要介護度1には、糖尿病、高血圧症等の慢性疾患患者が多い。薬を隠しているのを発見しても何もしていないケースがあるなど、単に血圧測定や薬物を届ける等のケア提供に留まっているという評価も聞かれた。H-2では、今後は予防的ケアや精神的ケアを充実したいと考えている。虐待事例の経験から、虐待が訪問看護の介入により防げれば、と期待する声もあった。

(2) 専門性の高い看護の提供

在宅酸素療法のケースなどを担当しているが、今後はそうした医療依存度の高いケースを在宅で管理できるようにする役割がSTには求められて来るので、訪問看護の専門性を高める必要があると考えている。その前提として、在宅を維持できる環境整備(STに一時的に預かれるベッドの設置等)が必要だという意見があった。

(3) 福祉サービスと連携したサービスの提供および情報提供

訪問看護師の場合、医療からの流れでくるから入りやすい立場にあるので、その優位性を利用し、医療との連携だけではなく、福祉サービスとの連携した介護予防やリハビリの視点を持つこと、さらに在宅での生活のための社会資源に関する情報を流すことが有効である。そのため、STが他の機関とうまく連携をとっていける能力が必要であるという指摘もあった。

(4) 精神障害者看護、ターミナルケア

現在も、アルコール依存症のケースなどを担当しており、統合失調症の寛解時など、今後増えることが考えられる。ターミナルのケースはなかったが、群島属島ではターミナルを在宅でという希望が聞かれた。

H-2の母体では小規模多機能をめざしているとのことであったが、第三者からは、現状では多機能よりは医療面におけるケアの質の向上、専門性を高めることが求められているとの声があった。

4) 他職種との連携

他の ST との連絡会・事例検討会、市町村保健師・保健センターとの連携・事例検討会ともに、実施していない。H-2 の ST は同一母体の事業所だけで、ケアプランを組立てることが可能であり、同一組織故、相互に「分かっているだろう」となってしまう、かえって事業所間の連携がうまくいかないのではないかという指摘があった。H-2 の自己評価としては、特に他の事業所との交流は少なく、担当者会議での意見交換が主であるが、利用者にとっては問題解決できているとしていた。ただ、医師との連携については、同一母体の医師とは月 1 回カンファレンスをしているが、「後で」と言われそのままになり、状態が更に悪化することもあったとのことである。

行政保健師は ST との関わり自体がほとんどない。福祉サイドを通しての関わりはあるが、ケアマネジャーの方が必要になった時の動きが速いとの認識である。

介護保険サービスが実施される前から瀬戸内町の福祉は連携がよい傾向にあった。介護保険が始まって、情報を皆に気軽に相談できるよい関係が残っているため連携はしやすい。瀬戸内町全体では、社協が訪問看護を刺激しながらやっている、との認識もあった。

5) 利用者の確保

月に 1 人程度新規の利用者が増えている。特に、同一母体の病院の患者が多い。そこで、まず医療機関との連携を保ち、医師の信頼を保つことを心がけている。

利用者に対しては、遠方からの依頼も拒まず、実施することで、利用者の満足感や安心感をそぐわないようにしている。利用の中断理由は死亡、入院、入所など、急変や増悪の例が多く、拒否等のトラブルは無いとのことであった。

H-2 では、利用者の負担を考慮して、設立時から交通費はもらっていない。

新規の利用者獲得としては、ケアマネジャーやヘルパーからのサービス利用状況や、悪化ケースがないかを確認し、訪問看護が必要な人がいないかを把握している。

6) スタッフの確保

全体としては奄美群島は看護師不足である。瀬戸内町では、元来看護師は少なく、准看護師が多い。H-2 の ST より看護の質が高いと考えられる、同一母体の他の ST では、看護師を新規募集しても、要求する看護のレベルを満たす者が得られにくい。群島本島に看護学校があるが、卒業後は一端島外で経験をつんでから戻る場合が多い。H-2 の ST の同一母体の病院が従来持っていた人材育成の役割も減少した。

一方、I ターンによる島外からの人材流入は、数はまだ少ないが増えてきている。

離職防止対策としては、経験の長いスタッフが多いので、モラルを維持することに腐心し、管理者としては、働きやすい環境を作り、スタッフが楽しい雰囲気の中で働け

るようにしていくように心がけている。

7) ケアの質の保証

日々、その日の訪問後ディスカッションを実施、問題解決・情報共有を行なっている。ケースの主治医である同一母体の診療所の医師とは毎月1回カンファランスを実施している。ケアの質向上の意図がある。状況を見逃しての状態悪化や悪化の発見の遅れなどについてヒヤリハットを書く様式もある。しかし、ほとんど書かれていない。

同一母体内で、誰でも1年に1回は集団研修をうけることにしており、法人の制度教育でえたものを全体で共有したり、市町村や看護協会の研修に出た後に共有したりしている。資料やマスコミなどによる最新の技術の勉強や、医師からの指示の共有なども行っている。学会形式の活動報告などに参加し、技術交流等をしている。

8) 経済的なサポートと収支

利用延べ数の減少や入院・入所への移行などで、赤字のことが多いとの回答であった。市町村から、STへの財政的な援助はない。母体からの支援もないという回答であった。ST開設時以来、利用者の負担を考えて、交通費はもらっていないが、市町村からの補助もない。群島属島3島のうち、より遠隔の2島については、訪問看護で行く時、船のチャーター料を町が負担しているが、本STは属島2島への訪問はない。現状では陸路のみの移動だが、群島属島への訪問を実現するとなると、通常の介護報酬では極めて厳しいといえよう。

I 沖縄県

1. 訪問看護ステーションの概要

I-1 は、沖縄県看護協会が設置する 4ST（本島 2、離島 2）の一つで、沖縄本島から 410 km 離れた i-1 島にある。事業実施地域は、i-1 市と i-2 町の人口約 5 万人が在住する i-1 島と i-2 島などの計 9 島である。ST は民間事業所が雑居するビルの一角にあり、併設の居宅介護支援事業所長は ST 所長が兼務している。

利用者は公立病院からの経路によるものが多く、月間の平均利用者 40 人弱（介護保険 80%）、訪問回数約 250 回（介護保険 84%）を、常勤 2 人、非常勤 3 人の職員で対応している。ST から訪問先までの最大片道時間は日中 60 分、夜間 60 分である。

I-2 は、医療法人設置で、沖縄本島北部の i-3 市と周辺の 1 町 2 村の人口約 8.6 万人が在住する約 367 k m²の地域で事業を実施している。ST は母体の医療法人が運営する介護老人保健施設、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション等の施設がある広い敷地内の独立プレハブ棟にあり、ST 所長は訪問看護事業の責任者である。近接地に同医療法人内科・リハビリ科病院がある。

利用者は母体医療法人や公立病院からの経路によるものが多く、月間の平均利用者 40 人弱（介護保険 58%）、訪問回数約 270 回（介護保険 41%）を、常勤 6 人の職員で対応している。ST から訪問先までの最大片道時間は日中 40 分、夜間 30 分である。

I-1 は、沖縄県内でもへき地条件がより厳しい離島へき地である。医療法人が多角的に在宅支援施設を設置するに至らない地域のため、在宅ケアニーズに応えることが期待されている ST の代表例である。医療法人が設置する I-2 に比して事業の安定した運営と発展を図るためには設置母体の県看護協会の財政力や経営戦略支援で課題が大きいと考えられる。

2. 訪問看護ステーションの特徴

1) 環境による特徴

両 ST は、人口が密集する市街地中心部にあるが ST が事業を展開している地域には、海岸沿い、山間部などの市外地及び離島が含まれており小さな集落が散在し高齢化率が高い。また、医療機関など市内に集中し病院受診時のアクセスが悪い。6 月～10 月の台風が襲来する時期は、船の欠航、バスの運休、停電などで生活に支障をきたすことが多い。

訪問は、両 ST とともに利用者のニーズに合わせて訪問日を設定しているが、ST から最も遠い利用者の訪問に片道 30～60 分かかるため、同一日に近隣地域の利用者をまとめて訪問している。特に i-1 島の I-1 は、看護師の担当地域を決め移動に要するコストを削減している。また、離島への訪問は、船の運航が天気に左右され離島内の

バスの運行時間の制約、利用者が少ないなどの理由で、現在、訪問を行っていない。両 ST の看護師は報告、看護記録等のため自宅からの直行直帰は行ってない。

また、夏場は台風で訪問が中止されることが多く、人工呼吸器、在宅酸素利用者は台風による停電があり、その際、人工呼吸器装着者へはレスパイト入院の手配を行い、在宅酸素利用者へは充電時間の長い機械の使用を勧めている。

2) 住民のサービス利用に対する受け入れ

I-1 の地域では、介護保険制度開始後、高齢者の入院や施設入所が増え、訪問看護利用者は減少傾向にあり利用者の確保が困難である。その要因として地域に訪問看護サービス以外の在宅ケア資源が少ない、家族の本島・市内への転居による高齢者世帯化、共働きで日中の介護ができない世帯の増が考えられる。在宅介護ができるか否かは介護する家族の居住地や勤務先の条件に左右され、中には病院、施設を転々とせざるを得ない高齢者も多い。また、家族は、在宅で介護することで家族員個々のライフスタイルが乱れることを懸念し、施設入所を選択する傾向もみられる。

I-2 の地域でも同様に利用者の確保に困難を来している。また、低所得者が多く 1 割負担が支払えず訪問看護サービスから介護サービスの利用へ移行している。また、利用者や家族が看護サービスと介護サービスの違いを知らないことも一要因である。

3) 訪問看護ステーションの役割

(1) 医療的な判断や処置で大きな役割を果たしている

両地域とも市中心部には総合病院、診療所、訪問介護などの通所サービス事業が充実している。しかし、市外地においては上記の資源が乏しいため、医療依存度の高い利用者で退院後、家族が在宅療養を希望している場合に訪問看護を利用する。訪問看護を利用した家族からは、集中してケアや処置を受けることができた、症状にあったケアの提供を受けることができた、利用者や家族の健康面、療養環境まで看護の視点から助言や相談ができたなどのプラスの評価を得ている。

(2) 在宅の看取りを支えている

ここ数年県立病院地域連携室の PR により、ターミナル期を在宅で希望する利用者、家族が増えてきた。特に、I-1 においてはグリーフケア時、利用者や家族から「最後までしっかり見てくれ満足している」との声があり、それを訪問看護の評価や PR に活用している。しかし、I-2 においては、利用者、家族が在宅での看取りを希望しても医師の協力(死亡確認)が得られないためにターミナルケアに至らない課題もある。

(3) 夜間帯も必要時には対応している

24 時間連絡体制加算、緊急時訪問看護加算は、両 ST とも実施している。I-1 は、月間で 24 時間連絡体制加算は 7 人、緊急時訪問看護加算は 23 人である。I-2 では、24 時間連絡体制加算は 13 人、緊急時訪問看護加算は 11 人である。24 時間体制のた

め利用者の急変時の対応、家族の介護負担の軽減、不安の軽減ができたと感謝され、「訪問看護サービスがないと困る人が多い」との声もある。

(4) 今後の役割

両地域共通に地域住民、一部の医療・福祉関係者の訪問看護に対する認知度が低く、訪問看護サービスよりも訪問介護サービスを選択することが多い。今後、看護と介護の違い、STの役割について広報活動を行い意識啓発の必要がある。

1-2の住民より「STは医療依存度の高い利用者が地域に戻る際は、在宅医療チームの中核になってほしい」との要望もある。1-1は、介護予防教室などの健康教育は、在宅支援センターなどで実施されているが今後は行う必要がある。また、補助金と住民の要望があれば健康診断も可能と考えている。

4) 他職種との連携

両STは、地域内の他のST、市町村保健センターとの連携や事例検討会、中核病院、各サービス事業所との地域医療連携協議会に参加している。そこで、利用者の支援の方向性の検討及び共有を図ることや病院や地域からSTへの利用者の紹介を行うなど連携・調整を行っている。また、他の関係者へ訪問看護の理解を深めるよい機会となっている。今後は、開業医、ケアマネジャーなど訪問看護サービスに認識の低い関係者と連携を密に取ることが課題である。

5) 利用者の確保

両STの利用者の紹介は、主に母体病院や公立病院、居宅介護支援センター、市町村（保健師）からであるが、利用者は減少傾向にある。在宅療養者で訪問看護サービスが必要な潜在ケースは多いが、STにつながっていない。今後、利用者拡大のために潜在的なニーズの掘りおこしやSTの認知度を高める必要がある。また、開業医、看護職及び医療関係者、福祉分野や地域住民に対してSTについて啓発活動の必要性を感じている。I-1においては、行政機関、公民館、病院、コンビニなどへSTのポスター掲示、婦人会で健康相談の実施、ヘルパーステーションの巡回を行うなど広報活動を行っている。また、I-2では、訪問リハビリの新たなサービスを立ち上げニーズへの対応及び利用者の拡大に努めている。

6) スタッフの確保

看護師の確保については、I-2は特に問題はないが、I-1のSTにおいては、県外からの就労希望者が多く途中で帰郷するなど短期間の雇用となり定着しないことが課題である。そのため、島内の医療関係者からの口コミやハローワーク、ナースバンクを活用し看護師の確保を行っている。

7) ケアの質の保証

在宅看護に必要な新しい情報を日々のスタッフミーティングや勉強会の場で提供し共有している。また、定期的に事例検討会を開催しケアの質評価や今後の支援の方向性を導いている。また、県看護協会、訪問看護ステーション連絡協議会、医師会主催の研修会等へ定期的に参加し疾患、ターミナル、呼吸器疾患のリハビリテーションなどに関して研鑽を積んでいる。しかし、研修参加時、他のスタッフの負担が大きいため研修派遣のバランスを考慮して参加させている。また、I-2 においては、関連病院から新たな褥創ケアの方法など最新医療に関する情報を常時得るように心がけている。

8) 経済的なサポートと収支

I-1 の母体は県看護協会である。協会立の各 ST と同様に独立採算経営で、県看護協会からは経営面でのアドバイスを受けている。近年、利用者の確保困難で赤字経営が多い。母体の看護協会から事業費を借り入れて経営している。特に市町村の補助や利用者負担金の軽減対策はない。

I-2 も同様に赤字のことが多い。その理由は、1時間の訪問看護の単価が一律で低い、人件費の占める割合が大きい、訪問時使用する薬品や用具の費用は ST からの持ち出しである、利用者の確保が困難であることを挙げている。経営母体から赤字補填があり成りたっている。利用者負担の軽減についても特に市町村から補助はない。

3. 沖縄県の ST の特徴と役割及び課題

- 看護活動は、対象の尊厳を守り、利用者の自己決定を助けてQOLを高める事である。その中で、訪問看護師は利用者・家族の生活者としての問題を拾い上げて政策に反映させるアドボケイトの役割を積極的に果たすことが求められている。
- 車で片道 30～60 分の遠隔地域に訪問を行い、在宅療養者へケアの提供、看取りを行い提供したケアに高い評価を得ている。しかし、離島は地理的条件、台風など気象条件で交通手段に影響を受けやすい。また、利用者が少ないなど経営面で訪問看護の中止を余儀なくされている。
- 経営母体は、県看護協会と医療法人で関連施設の有無により経営面に差があると考えたが、共に赤字で、その要因として利用者確保の困難性がある。
- 離島においては、在宅ケアシステムの確立が遅れており診療所、ST の役割を明確にして地域のホームヘルパー、地区組織などと連携を行う必要がある。
- 住民の訪問看護サービス利用の阻害要因として、在宅ケア、訪問看護への認知度の低さ、家族介護力の低下、経済的負担などがある。今後は、地域住民、福祉関係者へ ST の役割について啓発すると共に、入院中から在宅療養に向けて家族・地域の支援体制の構築が望まれる。

- 県看護協会内に沖縄県訪問看護ステーション連絡協議会に設置し年間活動計画を立案し実務者研修、研修会、地域活動、協議会誌の発行など活動を行っている。看護協会は研修のバックアップを行っているが今後も教育機能を高めより質の高い看護提供できるように図って頂きたい。
- 事業発展に向けては国、県、市町村関係者の有機的連携システムの構築と機能強化を図る必要がある。

4. 結果のまとめ

各訪問看護ステーション（以下、ST）の置かれた地域特性（へき地の特徴）が影響したと考えられた項目について、各STのヒアリング内容を分類し、へき地におけるSTの「現状・困難」とそれへの「工夫・対策」を都道府県ごとに示した（図表III-2）。

その結果を、以下に示す。

1) へき地の特徴

へき地は、豪雪地帯、離島、山間部等、ほとんどの地域が何らかの厳しい自然環境を抱えていた。また、坂が多いという地域特性も高齢者の生活及び行動を束縛していた。

酪農や観光業を主産業とする地域では繁忙期の影響で、家族が介護できる時期とそうでない時期が生じていた。へき地では都市部に比べて雇用が少なく、若者は職を求めて都市部に出て行くため、高齢者を介護できる者が少ないことや、低所得者が多いことも特徴として挙げられた。

療養場所として住民が施設を希望する者が多い地域もあったが、医療機関の不足や介護者がいないという地域性を考慮すると、施設入所を選択せざるを得ない状況にあることも示唆された。

地域資源については、「医療機関が少ない」と答えた地域が多く、総合病院に行くとなると1日がかかりであるため、通院やお見舞いに伴う本人や家族の負担が大きいことが困難点として挙げられた。

2) へき地におけるSTの困難と工夫

(1) 利用者が必要な時に利用できる保証

台風や吹雪により訪問を中止せざるを得ない地域もあった。行きたくても利用者に訪問看護が提供できない訳である。台風等の際には、停電により機器が停止することのないよう、人工呼吸器装着者や在宅酸素利用者には、訪問看護師は早めに入院手続きを行うことや、充電時間の長い機器の使用を勧めることで対応していた。

スタッフが少ないため、24時間体制をとることが難しいSTもあったが、訪問看護師は、夜間帯の訪問を生じさせないよう予防的なケアを日中に行うことや、診療所と

の連携により夜間にカバーし合う等の工夫を行っていた。

（２）ケアの質の確保

STは、看護の質を確保するための研修には、なるべく参加したいと考えているが、スタッフの人数が少ないこと、交通の便が悪いことなどから、困難であるという回答が多かった。それに対しては、多少無理をしても調整して参加してもらっている、同一母体の他のSTから応援を頼んでいる、近くで開催されるものを中心に参加する、参加者による伝達講習やミーティングによって知識を共有するなどの工夫が行われていた。

また、母体病院や法人における教育・研修・勉強会の活用、所内での定期的なカンファレンスや事例検討、同行訪問などにより、質の確保・向上に努めているという回答が得られた。中には、地域での多職種によるケース検討会を行っていたが、個人情報保護法施行に伴い終了してしまったというところもあった。

（３）他職種との連携

STが他の関係職種と円滑に連携することは、サービスの質の確保、利用者や看護師の確保等の点で、STを成り立たせるためには欠かせない要素であった。しかし、中には関係職種との連携が難しいと回答したSTもあり、特に医師との連携に困難を感じているSTが多かった。医師との連携は、STが訪問看護を行うためには欠かせない条件であるため、早急に解決すべき課題として挙げられた。

訪問看護師は、訪問看護師の役割や連携するメリットが他職種に理解されるよう、他機関から紹介された利用者については、STの関わりや利用者の変化について報告することを心がけていた。

（４）利用者の確保

多くのSTが利用者の確保に困難を抱えていた。その理由として、低所得者が多いためコストの高い訪問看護の利用を望まない者が多い、世間体が気になる等があった。山間のリゾート地で観光業に携わる者が多い地域では、観光シーズンになると家族が介護できなくなるため施設入所が増えるといった、利用者確保に季節変動があった。へき地に特徴的というわけではないが、「訪問看護と訪問介護の違いが理解されにくい」、「訪問看護の認知度が低い」ことも挙げられていた。

その対応策として共通して多かったのは、利用者の多くが関係機関からの紹介であるため、医師、保健師、介護支援専門員、ヘルパーと連携をとることによって、利用者確保していることであった。訪問看護の認知度向上については、保健師がST活用に関する知識を住民に普及するなど、STと保健師と連携した活動も行っていた。

また、住民とのつながりも重視しており、民生委員や住民の組織活動の場に出かけ

て行き、STをアピールすることによって、口コミによる利用者拡大を図っていた。

（５）看護師の確保

看護師の確保が困難というSTが多かった。その理由としては、人口が少ないため看護師の有資格者自体が少ないことが多く挙げられていた。また、訪問看護の仕事が嫌がられる、ターゲットとなる層が育児や介護で多忙である、待遇がよくないため他の地域から人を呼べないといった理由もあった。一方、沖縄では、県外からの就労希望者が多いが、長くは居つかずに帰郷するため定着しないということであった。看護職だけでなく、事務職の確保も困難で、看護師が事務仕事のために訪問に行けないことがあるという実態も聞かれた。

対応策としては、母体の病院や併設施設がある場合は、兼務や人事異動などによって対応していた。非常勤の看護師を行政と共有しているところもあった。また、転入者・病院を退職した看護師などをターゲットとして、人材を発掘していた。行政の保健師との連携も重要である。実際、乳児健診時に保健師が転入した母親に面接した際、看護職であることがわかり、地域になじめるような配慮をするとともに、後日有資格者としてSTにつなげたという事例もあった。定着率を高めるために、スタッフの健康や安全を優先する、困り事を相談しやすい体制を作るなど、働きやすい環境づくりを心がけているという回答もあった。

（６）経営を成り立たせる

経営を困難にする要因として、移動時間が長く、1日の訪問件数が少ないことが最も大きかった。また、利用者の確保が困難なこと、利用者数に季節変動があることが挙げられた。利用者への負担を減らすために交通費を徴収していないSTも多かった。

対応策としては、まず行政からの支援が挙げられた。市町村から、交通費としての補助金のほか、事務所や土地の提供・貸与、光熱費の負担・補助、自動車の貸与などが行われていた。また、利用者宅への交通費については、一定額を超える場合に自治体が残額を負担しているところもあった。その他には、経営母体からの補填、県の看護協会からの経営面のアドバイスを受けているところがあった。しかし、近年の市町村合併により行政からの補助が減ったというところもあった。その結果、赤字運営になる、手当てや昇給が困難、常勤を増やせないなどの状況に陥っていた。

（７）訪問看護師の労働環境

訪問エリアが広範囲なため、移動に時間がかかり訪問効率が悪いと答えたSTがほとんどであった。少しでも訪問件数を増やすために昼休みを移動時間に充てているSTもあった。また、吹雪や台風といった危険な状況の中で訪問しても、それに対する補償や対応策がないというSTが多かった。

多くの訪問看護師は自分の生活圏で訪問看護を行うことになり、「〇〇のお嫁さんが来た」等、仕事との切り分けが難しい環境で働かなくてはならないという困難もあった。

3) 訪問看護を提供できていない地域について

距離や自然環境の問題のために訪問できない地域が発生していた。訪問看護師はその地域の存在を気にかけており、訪問できていない地域では、訪問看護可能な地域と比較すると、要介護者や家族の状況が変化することによって、即座に施設利用に至るケースが多いという印象を持っていた。離島では、医療機関や若者も少ないため、元気な人しか残れない現状があった。

4) 地域の健康課題と ST の機能・役割

(1) 医療処置の提供による在宅療養の継続支援

ST の開設前は、点滴等の定期的な医療処置が必要になると入院するのが通例であったが、ST 開設後は、看護師が医師と連携しながら、在宅で患者を看取することも可能になってきた。また、医療機関に気軽にアクセスすることが難しい環境にあるへき地の住民の健康管理や疾病の悪化予防にも貢献していた。

(2) 医療的な判断の提供による利用者の負担軽減

へき地からは総合病院まで遠く、受診は本人や家族の負担が大きい場合が多い(受診1日ばかりなど)。そのため、本人や家族が受診するべきかどうか迷った場合には、ST がその判断について相談を持ちかけられることが多かった。ST は受診を必要最低限に留めることができるようにアドバイスし、本人や家族の通院の負担を軽減していた。

図表Ⅲ-2 へき地におけるSTの困難と工夫（都道府県別のヒアリング結果のまとめ）

	北海道	青森	新潟	栃木	山梨
1) へき地の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・土地面積が広大で、寒冷地帯。訪問看護の受け入れは良い。 ・市内に総合病院がないため、受診が必要な場合は1日がかかりで隣町まで行くことになる。 ・STがない時はターミナルは病院で過ごすのが通常であった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・土地面積が広大で、山村が多い地域。1STは水田地域で集落が点在している。 ・市内に総合病院がないため、受診が必要な場合は1日がかかりで隣町まで行くことになる。 ・STがない時はターミナルは病院で過ごすのが通常であった。 ・老年の在宅療養者に対応するサービス提供機関がない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・2つのSTは同じ島にある。島の中にも人口の疎密がある。もう1つのSTは中心部は平坦だが、周辺が山岳地帯で、豪雪地帯が多い。 ・麻痺などで身体が不自由になった住民は、地域の予防事業に参加しなくなる。 ・他人の世話になる抵抗感、近所の目を気にする等がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・山間・豪雪地帯が多い。また、訪問エリアに観光地を含むSTがある。 ・近所の目が気になる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・山間地で集落が点在している。台風の影響がある。冬は寒い。夏は涼しく、避暑・観光地がある。山間部では在宅療養希望者が多い。 ・病院まで遠く、交通手段が少ないため、山間部では在宅療養を望む人が多い。
2)-(1) 利用者が必要な時に利用できる保証	<ul style="list-style-type: none"> ・降雪で訪問できないことがある。 ・STのスタッフが少ないため、24時間体制をとつていない。夜間帯に変化がありそうな利用者には、やむを得ず管理者の携帯番号を教えることがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間・早朝の訪問看護が必要な状態が起らないよう、あらゆることを想定し、予防的なケアを日中に行っている。 ・診療所に夜間対応の可能性がある利用者について申し送りをして、対応してもらっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間・早朝の訪問看護が必要な状態が起らないよう、あらゆることを想定し、予防的なケアを日中に行っている。 ・診療所に夜間対応の可能性がある利用者について申し送りをして、対応してもらっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・豪雪で訪問できないことがある。 ・人手不足や地理的に初率が悪く対応が難しいため、24時間連絡体制がとれない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・避暑地があるため、夏は滞滞して訪問に時間がかかる。
2)-(2) ケアの質の保証	<ul style="list-style-type: none"> ・研修はなるべく参加する方針だが、スタッフが少なくなため困難。 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修はなるべく参加する方針だが、スタッフが少なくなため困難。 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修はなるべく参加する方針だが、スタッフが少なくなため困難。 	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急訪問が必要な時は一時的に夜間に訪問する等して、年2~3件のターミナルケースに対応している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急訪問に至らないよう、家族指導に力をいれ、緊急時の対応を指示しておく。
2)-(3) 他職種との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・少し無理をしても、調整して研修には参加してもらおう。 ・長期の研修期間中には、その代替として同一母体の他のSTの看護師に来てもらう。 ・定期的なカンファレンスを行い、よりよいサービス提供方法について検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修に参加したら、参加していないスタッフにも伝達する。 ・看護技術との連携による教育体制をとっている。 ・母体病院との連携による教育体制をとっている。 ・担当者が会議への参加や連絡ノート、サマリーを活用する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修に参加したら、参加していないスタッフにも伝達する。 ・看護技術との連携による教育体制をとっている。 ・母体病院との連携による教育体制をとっている。 ・担当者が会議への参加や連絡ノート、サマリーを活用する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・交通の便が悪く、研修出席に時間がかかる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・同一法人の病院内教育の活用、所長の同行訪問。 ・ミーティングでケアの手法の統一を図る。 ・各々の専門分野を育て、ST全体でカバーする。 ・地域の様々な職種でケース検討会をしていったが、個人情報保護法に伴い終了してしまつた。
2)-(4) 利用者の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が増えない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が増えない。 ・診療所からのSTへの利用者の紹介は少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護の利用が少ない。認知度が低くイメージがもてない。他人の世話になる抵抗感、近所の目を気にする等のため。 ・季節的な利用者数の変動(夏は体調悪化で利用者が増え、冬は入所が増えるため、利用者が減る)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が減少傾向である。 ・医療処置ではない健康管理等の訪問看護の役割や、介護との違いが利用者や関係職種に理解されにくい。 ・利用者への訪問看護の費用は高いと思われる。 ・冬季や農繁期には入院・入所等で利用者が減る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師の役割があまり認識されておらず、利用者が少ない。
2)-(4) 利用者の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関と常に情報交換を行う。 ・STの関わり方を関係機関に報告することや、関係機関同士が利用者の情報を共有することにより、STの役割や働き方に理解が得られ、それが新規利用者の確保につながっている。 ・利用希望があるなら断らずどこでも訪問する姿勢をもっている。 ・口コミでの評判が大きく影響しているため一人一人の医療者に丁寧に関わっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関と常に情報交換を行う。 ・医師との連携を重視し、病院や診療所と定期的に連絡会を持っている。 ・利用者の満足度や信頼が高まるよう、信頼関係づくりに努力している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の医師、地域の開業医に訪問看護の利用を説明する。 ・病院との連携で、訪問看護の必要者に説明に向く。 ・グループホームと契約する。 ・市の保健師、ケアマネジャーから訪問看護が必要な住民を知らせてもらう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・他職種との連携を強化する(利用者への支援を通じたかわり、会議への出席、地域の講習会の講師を引き受ける、同じ建物で密に連絡を取る)。 ・自治会長や民生委員と連携し、介護の必要者を掘り起こす。 ・質の高い看護の提供、地域住民の勉強会グループに参加して訪問看護のPR。 ・ケアマネジャー、ヘルパーからの新規利用者紹介。 	<ul style="list-style-type: none"> ・依頼のあったケースは断らない。 ・医療処置ではない健康管理等の訪問看護の役割をアピールする。 ・日頃から他職種と顔を合わせ、良好な関係を保つ。

2)-(5) 看護師の確保	<p>・看護師の確保は極めて困難、看護師免許を持つ人自体が町に少ない</p> <p>・転入者は重要なターゲッとしており、看護師免許を保持している人、直接声をかけて誘う可能性が高い</p> <p>・地域の住民を良く知る保健師から、雇用の可能性が高い人について情報をもらっている</p> <p>・なるべくスタッフに長く働いてもらうために、スタッフの健康や安全を優先する</p>	<p>・看護師の確保は極めて困難、看護師免許を持つ人自体が町に少ない</p> <p>・病院を退職した看護師をターゲットにしている</p> <p>・カバリーする地域が非常に広い、移動にも時間がかかり訪問効率が悪い</p> <p>・赤字運営になる時がある</p>	<p>・地元での新規のスタッフ確保が困難</p> <p>・事務員の確保も困難で、看護師が事務の仕事で訪問にいけないうことがあ</p> <p>・経営母体の病院との兼務、人事異動などで確保</p>	<p>・地域に看護職が少ないため確保が困難</p> <p>・地元の行事や近所づきあいが重要視される地域であり、それが全うできない可能性がある責任の重い訪問看護師の仕事は、家族から依頼される</p> <p>・併設診療所の看護師が兼任する</p> <p>・保健師が小児健診等に看護職を兼担し、連携する</p>			
2)-(6) 経営を成り立たせる	<p>・経営母体から補填がある(都市部にある黒字のSTが、採算の合わないへき地のSTを支える仕組みができています)</p> <p>・自治体から毎年STに一定額が支払われている</p> <p>・自治体の建物の中に事務所を構えているため、家賃、水道、光熱費は無料</p> <p>・STから遠い利用者としてでない利用者として、交通費の負担額に差が生じないよう、一定額を超える場合は自治体が残額を負担している</p> <p>・集落内や近くの集落を組み合わせて効率よく訪問する</p>	<p>・公立であるため、赤字は自治体から補填される</p> <p>・訪問エリアを30分以内で行ける範囲に限定している</p> <p>・母体からの赤字補填がある</p> <p>・市からの事務所賃与、光熱費補助、自動車賃与がある</p>	<p>・地域に看護職が少ないため確保が困難</p> <p>・地元の行事や近所づきあいが重要視される地域であり、それが全うできない可能性がある責任の重い訪問看護師の仕事は、家族から依頼される</p> <p>・併設診療所の看護師が兼任する</p> <p>・保健師が小児健診等に看護職を兼担し、連携する</p>				
2)-(7) 訪問看護師の労働環境	<p>・訪問看護師が訪問する地域は、山間部や僻地であるため、交通手段が限られる</p> <p>・山間部や僻地では、緊急時に利用者やスタッフからの連絡が取れないことがあるため、安全管理の面で問題が大きい</p> <p>・吹雪の日の運転は大変危険である</p> <p>・集落内や近くの集落を組み合わせて効率よく訪問する</p>	<p>・細長い地形で、利用者宅間の距離もあるため、移動距離が長く、経営に影響</p> <p>・冬は雪で移動に要する時間が増加</p> <p>・親戚の範囲が広く、仕事との切り分けが困難</p>	<p>・地域に看護職が少ないため確保が困難</p> <p>・地元の行事や近所づきあいが重要視される地域であり、それが全うできない可能性がある責任の重い訪問看護師の仕事は、家族から依頼される</p> <p>・併設診療所の看護師が兼任する</p> <p>・保健師が小児健診等に看護職を兼担し、連携する</p>				
3) 訪問できない地域について	<p>・訪問看護師が訪問する地域は、山間部や僻地であるため、交通手段が限られる</p> <p>・山間部や僻地では、緊急時に利用者やスタッフからの連絡が取れないことがあるため、安全管理の面で問題が大きい</p> <p>・吹雪の日の運転は大変危険である</p> <p>・集落内や近くの集落を組み合わせて効率よく訪問する</p>	<p>・在宅における医療的ケア提供が可能になる</p> <p>・利用者に医療と繋がっている安心感を与えられる</p> <p>・住民が受診や介護技術等について相談できる</p> <p>・直接ケアにより、結果的に家族に“ゆとり”ができる</p> <p>・地域の予防事業に参加しなくなった要介護者のフォローができる</p> <p>・介護保険のリハビリサービス提供</p> <p>・近くに病院がない場合の緊急時対応</p>	<p>・地域に看護職が少ないため確保が困難</p> <p>・地元の行事や近所づきあいが重要視される地域であり、それが全うできない可能性がある責任の重い訪問看護師の仕事は、家族から依頼される</p> <p>・併設診療所の看護師が兼任する</p> <p>・保健師が小児健診等に看護職を兼担し、連携する</p>				
4) STの機能・役割	<p>・大きな医療機関がないため、隣町まで行く必要があるため、受診の必要性の判断をSTが受けることで、隣町の医療機関の受診が軽減された</p> <p>・訪問看護STを設置したお陰で、在宅で働くことが可能になり、ターミナルを在宅で過ごすことを希望する利用者が増えてきた</p>	<p>・在宅における医療的ケア提供が可能になる</p> <p>・利用者に医療と繋がっている安心感を与えられる</p> <p>・住民が受診や介護技術等について相談できる</p> <p>・直接ケアにより、結果的に家族に“ゆとり”ができる</p> <p>・地域の予防事業に参加しなくなった要介護者のフォローができる</p> <p>・介護保険のリハビリサービス提供</p> <p>・近くに病院がない場合の緊急時対応</p>	<p>・地域に看護職が少ないため確保が困難</p> <p>・地元の行事や近所づきあいが重要視される地域であり、それが全うできない可能性がある責任の重い訪問看護師の仕事は、家族から依頼される</p> <p>・併設診療所の看護師が兼任する</p> <p>・保健師が小児健診等に看護職を兼担し、連携する</p>				

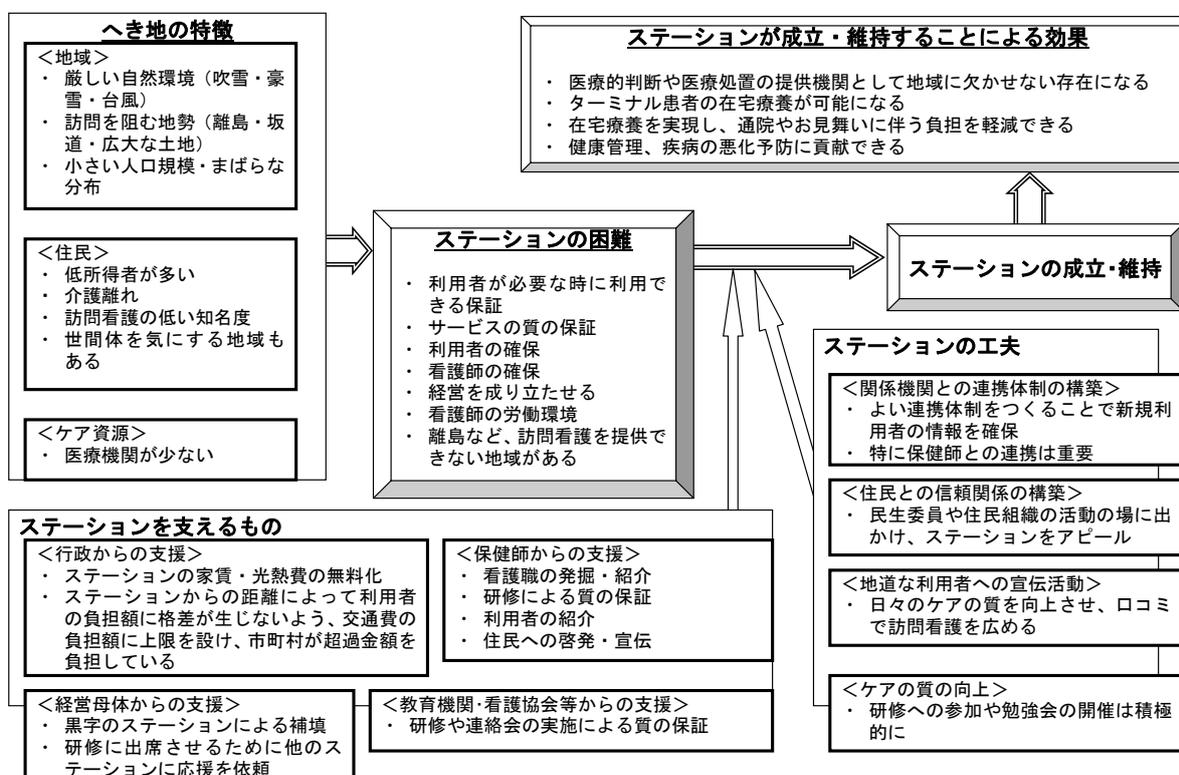
	長野	長崎	鹿児島	沖縄
1)へき地の特徴	<ul style="list-style-type: none"> 山間地域が多く、集落間が遠い、冬は寒く豪雪地帯。観光・別荘地がある。在宅で看取る文化がある 夜間・緊急時の医療体制の不足 別荘地に移住してきた人が早期に施設に申し込み、ぎりぎりまで家族内で介護してきた地元住民が入院・入所できないこともある 山間へき地では社会資源の利用を拒否する家族もある 	<ul style="list-style-type: none"> 丘陵地帯で坂が多い、高齢者の大半が原爆手帳を持ち、サービス利用が多い地域と、STの認知度が低い地域がある。1STは島しょに存在する 坂や階段が多いため、高齢者は外出が困難。受診も控えてしまう 	<ul style="list-style-type: none"> 難島。夏から秋に台風、冬に強い季節風がある 島民は在宅療養を志向している 島にはリハビリ施設がないなど、サービス基盤が脆弱・手術などは島の家をたたくんで出て行くこともあり、元氣になっても帰れない 島外の施設利用は経済的負担以外にも言葉が異なるため精神的負担が大きい 	<ul style="list-style-type: none"> 1つのSTは離島にある。小さな集落が散在し高齢化率が高い。台風の時期は交通手段に支障をきたしたり、停電したりする
2)-(1) 利用者が必要な時に利用できる保証	<ul style="list-style-type: none"> 観光シーズンには渋滞により、緊急時の対応が困難 病院まで遠いため、早めに入院となることも多い 	<ul style="list-style-type: none"> STと街は橋で往来するが、強風時は通行止めとなる 緊急時の指示を受けてから必要な処置を施すまでの往復時間など、一人の利用者に半日以上を費やすこともある 緊急時対応を考えると、片道30～40分前後のエリアで依頼を受けるようにする 	<ul style="list-style-type: none"> 台風の時は島の間の交通が遮断されたり、停電になったりする 	<ul style="list-style-type: none"> 夏は台風で訪問が中止になることが多い 台風時は停電することもある
2)-(2) ケアの質の保証		<ul style="list-style-type: none"> 緊急時対応を考えると、片道30～40分前後のエリアで依頼を受けるようにする 		<ul style="list-style-type: none"> 台風時は、人工呼吸器装着者はレスパイト入院の手配を行う 在宅酸素利用者には充電時間の長い機械の使用を進めている
2)-(3) 他職種との連携	<ul style="list-style-type: none"> 連携が必要な市町村数が多い、合併に伴う行政の変化もあり、密接に他職種と連携できない 在宅医療に意欲的な、医師が少ない 住診可能な医師が十分に存在しない 退院患者とロコミなどの依頼で訪問看護を開始する 	<ul style="list-style-type: none"> 法人内の看護職の勉強会、法人全体での年間教育スケジュールに参加 スタッフの人数が少ないので、連絡が録りやすい。毎日全員でミーティングを持ち、事例検討なども行う 	<ul style="list-style-type: none"> 研修場所は大半が島外なので、一泊になるなど、時間的制約が大きい 以前PTOTが派遣された際に指導を受けていたが、市町村合併でその時間がなくなった 採用時研修を3ヶ月間実施 年1回は看護協会や医師会主催の研修会を受講 月1回はST協議会の会議に参加 訪問後ディスカッション診療所医師と月1回カンファレンス 研修で得たものをスタッフ全体で共有 資料やマスコムで技術の勉強 学会形式の活動報告会での技術交流 	<ul style="list-style-type: none"> 研修参加時、他のスタッフの負担が大きい 研修派遣のバランスを考慮して参加させる 新しい情報はミーティングで共有、研修会へ定期的に参加 関連病院から最新医療に関する情報を常時得る
2)-(4) 利用者の確保	<ul style="list-style-type: none"> 訪問件数が不安定(冬季や観光シーズンは施設入所が増え、ターミナルケアがある場合は多くなくなるなど) 訪問件数が少ないため、対応できる利用者数が限られている。よって利用者の入院など影響が大きく、安定した利用者数の確保が難しい 	<ul style="list-style-type: none"> 行政主体で福祉事業を運営してきた地域であり、民間サービスに対して閉鎖的な面があるため、連携が困難 スタッフが少ないため、対応できる利用者数が限られている。よって利用者の入院など影響が大きく、安定した利用者数の確保が難しい 	<ul style="list-style-type: none"> 町内に特養が出来たことで、利用者が減り、訪問看護が広がらない 医師の訪問看護に対する理解度が低いので、訪問看護の認知度を改善できない 訪問看護と訪問介護の違いが理解されにくい 訪問看護を割高と感じている 	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険開始後、入院・入所が増え、利用者が減少している 訪問看護が必要な在宅療養者は多いがSTに繋がっていない 低所得者が多く、訪問看護から訪問介護に移行している 訪問看護と訪問介護の違いが理解されにくい 一部の医療・福祉関係者の訪問看護に対する認知度が低く、訪問看護より訪問介護を優先することが多い 病院の地域連携室にPRしている 行政機関、公民館、病院、コンビニなどにSTのポスターを掲示 婦人会で健康相談の実施や、ヘルパーSTの巡回を行う等による広報活動 訪問リハビリの新たなサービスを立ち上げ、利用者の拡大に努めている

2)-(5) 看護師の確保	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院からの人材サポート 	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>				
2)-(6) 経営を成り立たせる	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>
2)-(7) 訪問看護師の労働環境	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>
3) 訪問できていない地域について	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>
4) STの機能・役割	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>	<p>現状・困難</p> <p>工夫・対応策</p>

IV 結論と提言

人口の少ない地域における訪問看護ステーション（以下、ST）の特徴を以下に述べる（図表Ⅲ-3）。

図表Ⅲ-3 へき地における ST の特徴



1. へき地の特徴

豪雪地帯、離島、山間部、坂が多い等、ほとんどの地域が何らかの厳しい自然環境を抱えていた。地域資源は、医療機関が少ない地域が多く、総合病院に行くとなると1日がかかりであった。

2. へき地における ST の困難点が明らかになった。

へき地では、自然条件が厳しいことや、スタッフの数が少ないことにより、「利用者が必要なときに利用できる保証」がないという状況がみられた。また、厳しい自然環境は、「看護師の労働環境」にも影響を与えていた。

加えて、地域の中で看護師免許を持っている人材自体が少ないため「訪問看護師の確保」も困難であった。また、勤務体制に余裕がないこと、地理的条件から往復に時

間がかかることから、研修に参加できる機会が少なく、「ケアの質の確保」も困難であった。

さらに、訪問看護の役割やメリットが理解されにくく、医師との連携が難しいなどの「他職種との連携」の困難もあった。またこのことは、地域の人口が少ないこと、低所得や世間体の問題などとあいまって、「訪問看護利用者の確保」の困難も引き起こしていた。利用者確保が難しい現状は、すなわち訪問収入が少ないことを意味し、「経営を成り立たせること」自体が難しい現状であった。

3. へき地における ST の工夫が明らかになった。

1) ST の工夫

関係機関との連携や住民との信頼関係を構築し、ST への理解を促していた。また、口コミも重要な PR 方法であるため、日々のケアの質の向上にも力を入れていた。そのため、厳しい労働条件や環境にあっても、研修への参加や勉強会の開催を積極的に行うよう、努力していた。

2) ST を支えるもの

行政は、市町村の建物内に事務所を家賃や光熱費を無料で提供することや、利用者の交通費の一部を負担すること等を支援していた。行政保健師は、利用者や看護職の発掘・紹介や、訪問看護の利用促進に向けた普及・啓発等の支援を行っていた。また、経営母体は、へき地の ST の赤字を補填する仕組みやスタッフの研修参加への支援を、教育機関や看護協会等は研修会や勉強会の支援や経営的なアドバイスをしていた。

4. 訪問看護を提供できていない地域の存在が明らかになった。

距離や自然環境的な問題から訪問できない地域が止むを得ず発生していた。訪問看護師はその地域の存在を気にかけており、訪問できていない地域は、訪問看護可能な地域と比較すると、要介護者や家族の状況が変化することによって、即座に施設利用に至るケースが多いという印象を持っていた。

5. へき地は医療機関が少ないため、医療的な判断や処置においては、STの役割は大きかった。

へき地におけるSTは、その地域の在宅療養の継続やターミナルケアを支える上で不可欠な存在となっていた。また、STからの訪問があることによって、病院から帰宅できると共に、通院やお見舞いに伴う困難を軽減し得ていた。

6. まとめ

へき地は医療資源やケア資源が少なく、訪問看護は医療的な判断や在宅療養の継続に大きな役割を担っていた。へき地のSTは経営面やケアの質の保証等に様々な困難を抱え、工夫しながらサービスの提供を行っていた。一方、現在、訪問看護が提供できていない地域も存在することが明らかになった。誰もが訪問看護を利用できるよう、へき地でもSTが無理なく成立・維持できる仕組みづくりが必要であり、STの経営に関わる制度の改善が必要だと考えられた。

提言

へき地における訪問看護ステーションは、その地域の在宅療養の継続やターミナルケアを支える上で不可欠な存在となっていた。しかし、経営面や質の確保等に困難を抱えていることが明らかになった。



行政と連携して住民に訪問看護を提供できる 地域ケアシステムづくり

へき地の訪問看護ステーションが成り立つために、行政からの支援が有効であった。特に、訪問看護ステーションに勤務する看護師の人材確保、利用者の紹介、研修による質の向上など、行政保健師の役割は大きかった。しかし、訪問看護ステーションへの理解・支援は行政担当者が変わると異なってくるという側面があり、地域医療計画において地域ケアシステムの中に位置づける等、政策的な取り組みが必要だと考えられる。政策的な取り組みを推進する際の後ろ盾としては、看護協会の支援も必要となる。

そのように明確にして地域ケアシステムに位置づけた上で、利用者確保に向けたアピールや、交通費の補助等、地域特性に応じた支援策を講じる必要がある。



他機関との連携や多機能化等、 ステーションの経営安定に向けた新たな取り組み

一方で、へき地の訪問看護ステーションは、現在の訪問形態では収入にも限界がある。採算の面でも人材確保の面でも、個人の熱意だけで運営、維持するのは難しく、小規模単独の訪問看護ステーションは継続的に運営することが困難であった。看護協会、在宅ケア事業団のような組織としての取り組みがなされている県があり、その場合には都市部の訪問看護ステーションがへき地の訪問看護ステーションを支える仕組みがあった。

平成18年度の介護報酬改定により、訪問看護ステーションが地域の特別養護老人ホーム、グループホーム等に訪問して報酬を得ることが可能になった。訪問看護として地域を面で支えるためには、今後、他機関への訪問や、多機能化に向けた新たな展開が必要だと考えられる。

V 付録

- ・ 研究説明書 . . . 付録-1
- ・ 同意書 . . . 付録-2
- ・ ステーションの基本情報調査票 . . . 付録-3
- ・ 訪問看護ステーションヒアリング用紙 . . . 付録-6
- ・ 保健センターの基本情報調査票 . . . 付録-11
- ・ 保健センターヒアリング用紙 . . . 付録-13

第2編

介護報酬改定をふまえた 訪問看護ビジネスモデルの 検討

1. 目的

平成 18 年度の介護報酬改定により、訪問看護ステーションが地域の他機関（特別養護老人ホーム、グループホーム、特定施設入居者生活介護等）と連携した際の報酬が設定された。この制度改定に伴い、訪問看護ステーションのビジネスモデルのあり方を検討し、4 月以降の改定に向けた準備を行うことが課題となっている。

このため本研究では、訪問看護ステーション管理者等を対象にグループワークを開催し、訪問看護及び他のサービスにおける介護報酬改定のうち訪問看護ステーションに係る内容について、解説を行い、今後のビジネスモデルについて検討を行うことを目的として実施したものである。

2. 実施内容及び方法

(1) 介護報酬改定内容に基づくグループワークの実施

本研究では、以下に示す 2 回のグループワークを開催し、平成 18 年度介護報酬改定における訪問看護ステーションに係る改定内容についての説明及び今後の訪問看護ビジネスモデルの検討をグループワーク形式で行った。

○第 1 回グループワーク

日時；2006 年 3 月 18 日（土） 16：30～18：30

主催；全国訪問看護事業協会

場所；東京（会場；フォーラムエイト）

参加者数；27 人

方法；グループワーク（1 グループ 5～6 人程度）

○第 2 回グループワーク

日時；2006 年 3 月 25 日（土） 16：15～18：15

主催；全国訪問看護事業協会

場所；大阪（会場；新梅田研修センター）

参加者数；29 人

方法；グループワーク（1 グループ 5～6 人程度）

グループワークでは、2回とも以下のような時間配分で行った。なお、いずれのグループワークにおいても、全国訪問看護事業協会が別途開催した介護報酬・診療報酬改定研修会の受講を参加要件とし、介護報酬改定内容について理解した上で、グループワークに参加してもらうこととした。

①解説		(30分)
②グループワーク	各自記入	(15分)
	グループ内討議	(45分)
③グループ代表者による発表・質疑		(20分)
④総括		(10分)

(2) グループワークの解説内容及び検討内容

①訪問看護ステーションに係る介護保険報酬改定について

今回の介護報酬改定では、以下のような基本的視点に基づき、各サービスの報酬・基準について見直しが行われる。訪問看護については、特に「中重度者への支援強化」の観点から、地域の他機関との契約によりサービスを提供できる可能性が広がることが特徴と考えられる。

<介護報酬改定の基本的な視点>

ア. 中重度者への支援強化

- サービスの充実が求められている中重度者、とりわけ、在宅中重度者について、各サービスの充実と在宅生活継続のための支援の強化を図る。また、施設や居住系サービスにおける重度化対応や終末期ケアへの対応を強化する。
- さらに、難病やがん末期の患者の在宅介護ニーズへの対応など、専門的ケアの充実を図る。

イ. 介護予防、リハビリテーションの推進

- 予防給付として提供される介護予防サービスについては、軽度者の状態を踏まえつつ、自立支援の観点に立った効果的・効率的なサービス提供体制を構築し、目標指向型のサービス提供を徹底する観点から報酬・基準の設定を行う。
- また、リハビリテーションについては、在宅復帰・在宅生活支援の観点を重視した短期・集中的なサービス提供や、サービス提供過程（プロセス）重視の視点に立った評価を行う。

ウ. 地域包括ケア、認知症ケアの確立

- 今後重要性を増す認知症ケアの充実や、施設から在宅へという基本的方向の中で、在宅生活の継続を支える環境づくりを進める。このため、地域包括支援センターを中心とした地域包括ケアのネットワークを活用するとともに、新たに創設される地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護等の推進、早めの住み替えに対応した居住系サービスの多様化などの見直しを行う。
- さらに、認知症ケアについては、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の質・機能の向上や認知症対応型通所介護、若年性認知症ケアなどの充実を図る。

エ. サービスの質の向上

- 利用者にとって自立支援のための最適なサービスの組合せを多職種協働で総合的に設計し、提供するケアマネジメントの仕組みが公正中立に機能し得るよう、プロセス重視の視点に立った見直しを行う。
- また、研修体系の見直し等を行い、サービス担当者の専門性の向上を図るとともに、施設等における利用者の生活・療養環境の改善を図る。さらに、利用者との十分な意思疎通に基づく適切なケアマネジメントの実施を前提とし、サービスの質、機能などに応じ、プロセス、成果を積極的に評価する。
- 制度改定により情報公表の仕組みの導入や事業者規制の見直しが行われることを踏まえ、利用者の視点に立ったサービス情報の提供を推進するとともに、不適正な事業者を適切に排除する観点から、基準の明確化、指導・監査の徹底を図る

オ. 医療と介護の機能分担・連携の明確化

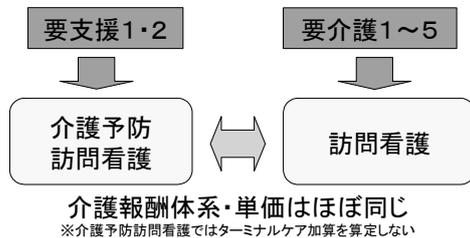
- 今回の介護報酬改定が、診療報酬との同時改定であることも踏まえ、在宅及び施設における医療と介護の機能分担・連携の明確化を図る。このため、医療との連携が必要な要介護者への対応を強化する観点から、ケアマネジメントにおける主治医等との連携や在宅サービス提供体制の整備を進める。
- また、介護療養型医療施設については、療養病床の在り方とこれに対する介護保険と医療保険の機能分担の明確化、さらに、介護保険施設の将来像を踏まえ、一定の期限を定めて、利用者の実態にも留意しつつ、「在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設」や「生活重視型の施設」などへの移行等を図る。

(厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会資料より作成)

グループワークでは、訪問看護ステーションに係る平成 18 年度介護報酬改定の主な内容について、以下のようなポイントの解説を行った。

訪問看護に係る改定ポイント 1

- サービス体系は「介護予防訪問看護」と「訪問看護」の2つに分かれる



訪問看護のサービス体系は、「介護予防訪問看護」と「訪問看護」の2つに分かれる。介護報酬体系及び単価はほぼ同一であるが、「介護予防訪問看護」では、ターミナルケア加算が算定できないことが「訪問看護」の報酬体系とは異なっている。

訪問看護に係る改定ポイント 2

- 早朝・夜間、深夜の短時間訪問の創設 (3区分を4区分に)

➡ 気管内吸引、定時の導尿、経管栄養など医療処置等への短時間ケアに適用し、訪問看護の機動性を高める。

<早朝・夜間、深夜> ※()内は病院・診療所の場合

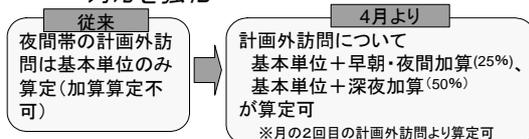
(新)20分未満	285単位	(230単位)
30分未満	425単位	(343単位)
30分～1時間	830単位	(550単位)
1～1時間30分	1,198単位	(845単位)

(全区分で早朝・夜間加算、深夜加算の算定可)

早朝・夜間、深夜に短時間訪問する場合の「20分未満」の区分が新設され、従来の3区分が4区分に変更となる。これにより、気管内吸引、定時の導尿、経管栄養など医療処置等が必要な利用者に短時間に訪問し、訪問看護の機動性を高めることが可能となる。

訪問看護に係る改定ポイント 3

- 緊急時訪問看護加算に係る見直し
…特別管理加算を算定する状態の利用者に対する夜間帯の計画外訪問時に、**早朝・夜間、深夜加算**が算定可能に
➡ 医療ニーズが高いなどの重度者への対応を強化



従来、夜間帯の計画外訪問は、基本単位のみ算定することとなっており、早朝・夜間加算(+25%)、深夜加算(+50%)の算定はできなかった。4月からは特別管理加算を算定する状態の利用者については、夜間帯の計画外訪問時に、早朝・夜間(+25%)、深夜加算(+50%)が算定可能になる(ただし、月2回目の計画外訪問より算定可能)。

訪問看護に係る改定ポイント 4

- 理学療法士等の訪問を時間区分で評価
 - ➡ 理学療法士等が提供するリハビリテーションは「看護」として提供されるもの。看護師等の訪問と同じ考え方で報酬設定。

従来	4月より
理学療法士・作業療法士による訪問 →830単位	理学療法士・作業療法士・ (新)言語聴覚士 による訪問
	30分未満 425単位
	30分～1時間 830単位

従来、理学療法士、作業療法士による訪問の報酬単価は1つであったが、4月からは「30分未満」と「30分～1時間」に報酬単位が分かれる。また、理学療法士・作業療法士に加えて、言語聴覚士による訪問でも算定可能となる。

訪問看護に係る改定ポイント 5

- ターミナルケア加算の「前月訪問」要件を廃止し、プロセス重視の要件に変更
- 同様のプロセスによるターミナルケアを提供後、在宅以外で死亡した場合も評価
- ➡ ターミナルケアへの対応を強化

<ターミナルケア加算の算定要件>
①死亡前24時間以内にターミナルケアを実施
②24時間連絡体制を確保
③利用者、家族の意向の把握、心身状態の把握・対応など、ターミナルケアの提供を記録していること→1,200単位
(※上記の要件を満たし、在宅以外での死亡でも算定可)

従来、ターミナルケア加算を算定する場合には、「前月訪問」が必要であったが、4月からは以下の算定要件を満たせば、ターミナルケア加算の算定が可能になる。

- ①死亡前 24 時間以内にターミナルケアを実施
- ②24 時間連絡体制を確保
- ③利用者、家族の意向の把握、心身状態の把握・対応など、ターミナルケアの提供を記録していること。

また、この要件を満たしていれば、在宅以外の死亡でも算定可能となる。

また、訪問看護ステーションが他サービスと契約をすることにより、サービス提供することができる幅が広がることとなっている。訪問看護ステーション側の視点から、他のサービスの主な改定のポイントを以下の5つにまとめて解説を行った。

1. 通所サービスの展開（療養通所介護について）
2. 短期入所生活介護への展開
3. グループホームへの展開
4. 介護老人福祉施設・特定施設入居者生活介護への展開
5. 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護への展開

1. 通所サービスの展開

訪問看護ステーションの事業展開例

1. 通所サービスの展開

通所介護

療養通所介護(新)

3-6時間:
1,000単位/日
6-8時間:
1,500単位/日

法人が療養通所介護事業所の指定を受けることにより、難病・がん末期等の中重度者に対する通所サービスの提供が可能に

<試算>定員5人で週2回実施した場合
1500単位×5人×8日=約60万円/月

訪問看護ステーションの事業展開例

療養通所介護の展開イメージ

法人が療養通所介護と訪問看護ステーションを設置し、訪問と通所を一体的に運営する。

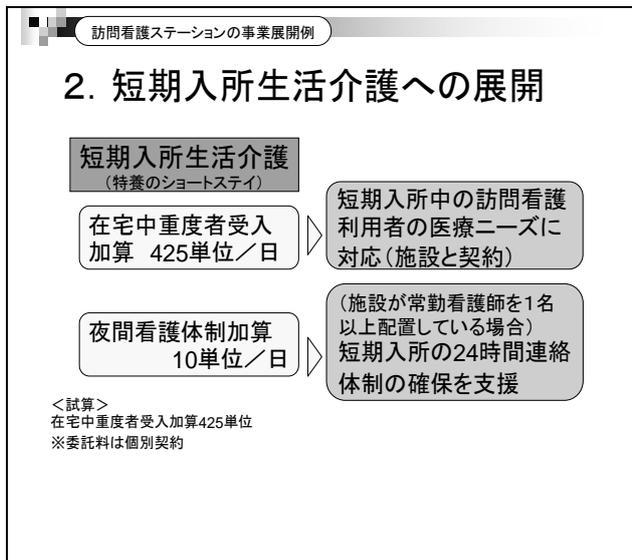
```

    graph TD
      A[A法人] --- B[訪問看護ステーション]
      A --- C[療養通所介護]
      B <--> C
      D[主治医] -- 指示書 --> B
      D -- 診察 --> E[利用者]
      B -- 訪問 --> E
      B -- 通所 --> C
      C -- 通所 --> E
  
```

通所介護の報酬体系の中に「療養通所介護費」が創設される。これは、難病やがん末期の要介護者など、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等の通所ニーズに対応する観点から、医療機関や訪問看護サービス等との連携体制や安全かつ適切なサービス提供のための体制を強化した通所サービスが新たに位置づけられたもの。「療養通所介護事業所」として、従来の通所介護事業所とは、別途指定を受ける必要がある。

訪問看護ステーション側からみると、母体法人が療養通所介護事業所としての指定を受け、訪問看護ステーションと連携しながらサービスを提供する仕組みを構築することが可能。

2. 短期入所生活介護への展開

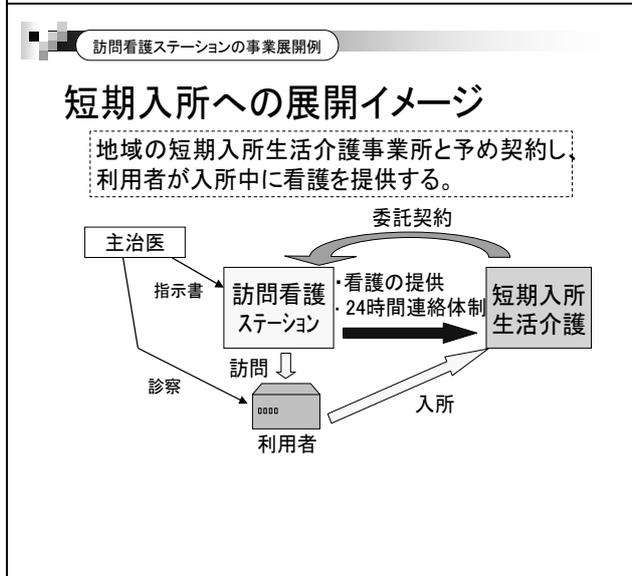


短期入所生活介護の報酬に「在宅中重度者受入加算」と「夜間看護体制加算」が新設される。

「在宅中重度者受入加算」は、短期入所生活介護事業所において、利用者が利用している訪問看護事業所に、短期入所サービスとして健康上の管理等を行わせた場合に算定できるもの。

「夜間看護体制加算」は、短期入所生活介護事業所において、常勤の看護師を1人以上配置し、看護責任者を定めた上で、看護職員により、又は医療機関・訪問看護ステーションとの連携により、24時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保した場合に算定できるもの。

訪問看護ステーション側からみると、予め契約することにより、短期入所生活介護施設に入所中の訪問看護利用者を訪問し、健康上の管理を行うことが可能になる。また、利用者側からみると、短期入所の場においても、なじみの訪問看護師からサービス提供が受けられるといったメリットがあげられる。



3. グループホームへの展開

訪問看護ステーションの事業展開例

3. グループホームへの展開

グループホーム

医療連携体制加算
39単位/日

入居者の健康管理等の実施、24時間連絡体制の連携・支援

<試算>9人入居の場合
39単位×9人×30日=約10万円
※委託料は個別契約

訪問看護ステーションの事業展開例

グループホームへの展開イメージ

地域の認知症対応型共同生活介護と予め契約し、例えば、週に数回程度、グループホームにおいて利用者の健康状態のチェック等を実施するとともに、24時間連絡体制の構築を支援する。

委託契約

訪問看護ステーション

・健康管理等の実施
・24時間連絡体制

グループホーム

看護師

指示

診察

主治医

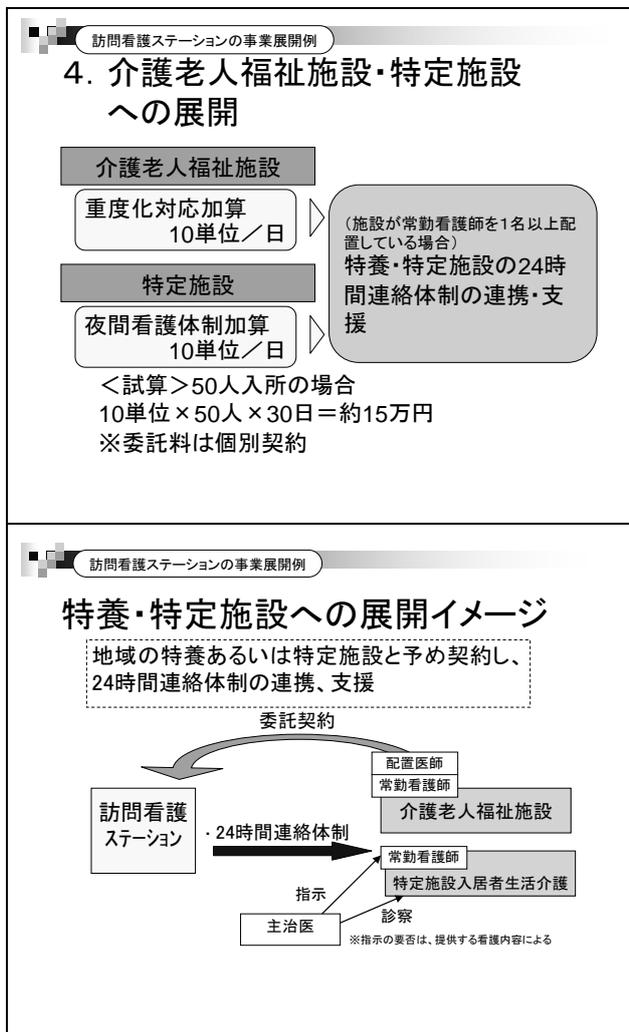
※急性増悪時は、医療保険の訪問看護による訪問が可能

※指示の要否は、提供する看護内容による

グループホームの報酬に「医療連携体制加算」が新設される。これは、グループホームの職員として、又は訪問看護ステーション等との契約により看護師を1名以上確保し、24時間連絡可能な体制としているとともに、入居者が重度化し、看取りの必要が生じた場合等における対応の指針を定めて、入居の際に入居者又は家族等への説明・同意を行っているなど、健康管理・医療連携体制を強化している場合に算定できるもの。

訪問看護ステーション側からみると、地域のグループホームと予め契約し、週に数回程度利用者の健康状態をチェックするとともに、24時間連絡体制の構築を支援することにより、地域のグループホームへの重度化対応支援が可能になる。

4. 介護老人福祉施設・特定施設入居者生活介護への展開



介護老人福祉施設に「重度化対応加算」が新設される。これは、入所者の重度化等に伴う医療ニーズの増大等に対応する観点から、看護師の配置と夜間における24時間連絡体制の確保、看取りに関する指針の策定などの一定の要件を満たす場合に算定できるもの。

また、特定施設入居者生活介護に「夜間看護体制加算」が新設される。これは、医療ニーズへの対応の観点から、夜間における看護体制について、一定の要件を満たす場合に算定できるもの。

訪問看護ステーション側からみると、地域の介護老人福祉施設や特定施設入居者生活介護と予め契約し、24時間連絡体制を支援することにより、地域のこれらの施設における重度化対応支援が可能になる。

5. 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護への展開

訪問看護ステーションの事業展開例

5. 外部サービス利用型特定施設への展開

外部サービス利用型特定施設

通常の訪問看護費の 90/100の単位

外部サービス利用型特定施設に訪問し、入居者の医療ニーズに対応

<試算>1回(1時間)訪問した場合
830単位×90%×1回=約7千円
※委託料は個別契約

訪問看護ステーションの事業展開例

外部サービス利用型特定施設への展開イメージ

地域の外部サービス利用型特定施設と予め契約し、訪問看護サービスを提供

```
graph TD; A[訪問看護ステーション] -- 委託契約 --> B[外部サービス利用型特定施設]; B -- 訪問看護の提供 --> A; C[主治医] -- 指示書 --> A; C -- 診察 --> B;
```

今回の報酬改定で新たに位置づけられた特定施設入居者生活介護費の種類の1つ。

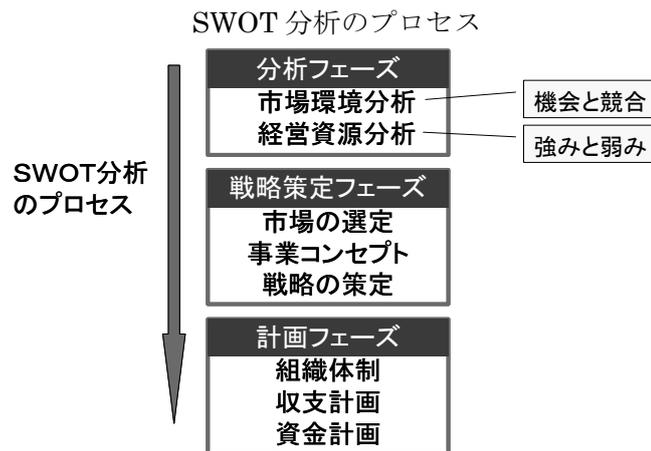
生活相談や介護サービス計画の策定、安否確認の実施は、特定施設の従事者が実施し、介護サービスの提供については、当該特定施設が外部サービス提供事業者と契約することにより提供する。

訪問看護ステーション側からみると、地域にこれらの外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の施設がある場合に、それらの施設と予め契約を結ぶことにより、訪問看護サービスの提供が可能になる。

②グループワークでの分析手法

上記のような介護報酬改定の内容を踏まえ、今後の訪問看護の事業展開の方向性を検討するために、グループワークでは、SWOT分析（※）の手法に従い、グループごとに議論を行った。

※主にマーケティング戦略で使われる分析のフレームワークであり、経営資源の「強み；Strength」と「弱み；Weakness」、市場環境の「機会；Opportunity」と「脅威；Threat」の4つの軸から評価を行う手法のこと。



SWOT分析の目的は、その事業所が持っているビジネス機会や外的脅威などの「市場環境（外部要因）分析」と、コア・コンピタンスや組織体制などの「経営資源（内部要因）分析」から、自事業所の位置付けを総合的に判断することにある。今回のグループワークでは、訪問看護を取り巻く市場環境と各訪問看護ステーションの経営資源から、今後の訪問看護のビジネスモデルについて検討を行うため、主にこの「分析フェーズ」の議論を行った。

「市場環境分析」としては、訪問看護ステーションでは、例えば、

- ①地域特性
- ②利用者特性
- ③競合特性

などの観点から、市場における「機会」と「競合」を検討する。

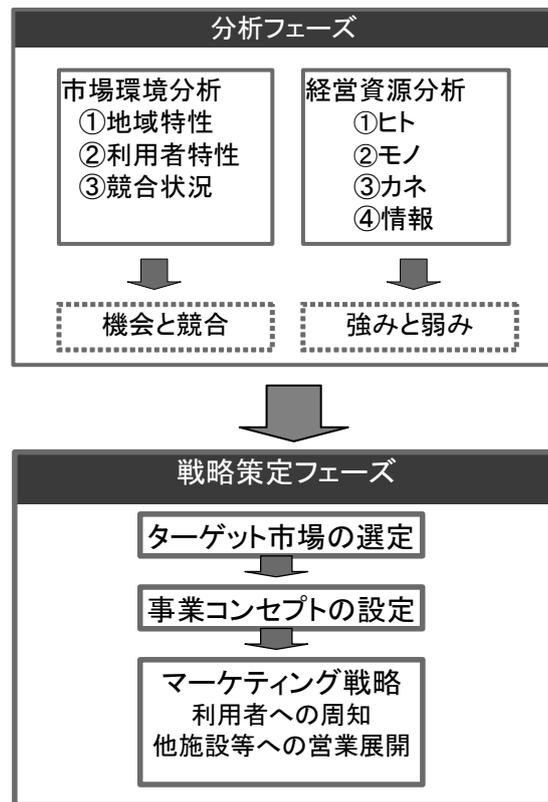
また、「経営資源分析」としては、例えば、

- ①ヒト
- ②モノ
- ③カネ
- ④情報

などの観点から、訪問看護事業所の「強み」と「弱み」を検討する。

SWOT分析では、この「分析フェーズ」を行った上で、「戦略策定フェーズ」として、ターゲット市場の選定や事業コンセプトの選定を行うという手順になるが、今回のグループワークでは、参加事業所の個別の状況が異なることから、具体的な戦略策定フェーズについては、各事業所にて検討してもらうこととし、「分析フェーズ」の検討を行ったものである。

SWOT分析の分析フェーズと戦略策定フェーズ



なお、SWOT分析では、通常、以下のような2×2の軸でマトリクスを作り、想定されるビジネスチャンスにどのように強みを発揮できるか、あるいはどこが弱いのかを特定することで、それに対する対応策の検討を行う。このため、以下の分析については、このマトリクスに従って、今後の訪問看護事業の展開の方向性についてとりまとめた。

		市場環境（外部要因）	
		機会	脅威（競合）
経営資源 （内部要因）	強み	積極的対応	差別化
	弱み	段階的対応	防衛・撤退

なお、今回のグループワークでは、訪問看護及び他のサービスの介護報酬改定ポイントから、以下の3つに予めターゲット（市場）をあてて議論を行った。

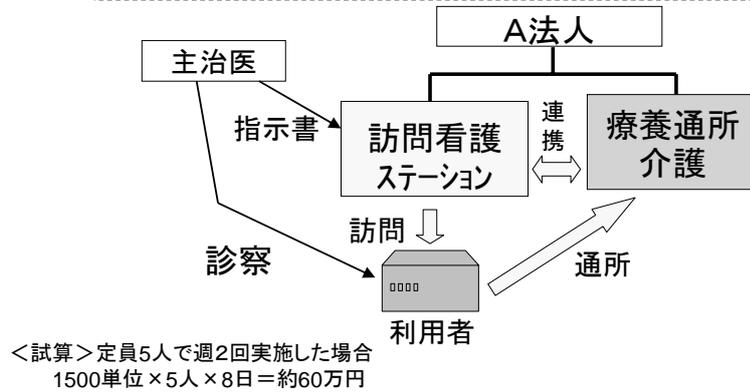
- A. 療養通所介護をターゲットとした場合
- B. 夜間・早朝の訪問看護体制強化をターゲットとした場合
- C. 地域の他施設との連携強化をターゲットとした場合

3. グループワーク実施結果

A. 療養通所介護をターゲットとした場合

A 療養通所介護をターゲットとした場合

法人が療養通所介護と訪問看護ステーションを設置し、訪問と通所を一体的に運営する。



療養通所介護(報酬・基準一部抜粋)

- 療養通所介護(新規) ※療養通所介護事業所の指定が必要
3-6時間:1,000単位/日 6-8時間:1,500単位/日
- 対象者
難病やがん末期など、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等であって、サービス提供に当たって常時看護師による観察が必要な状態の者
- サービス内容
療養通所介護計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う
- 従業者 利用者:看護・介護職員=1.5:1
※専従の看護師を1名以上配置
- 管理者 常勤専従の看護師を1人配置
※併設ステーション等との兼務可
- 設備等 定員 5名以内
専用の部屋の面積は1人あたり8㎡以上
- 緊急時対応医療機関(併設、隣接、近接)を定める
- 安全・サービス提供管理委員会の設置

収入シミュレーション

[利用者5人、週2回通所サービス実施の場合]
1,500単位×5人×週2回=60万円/月

<グループにおける主な討議内容>

「療養通所介護」が戦略ターゲットとなりうるかどうかについて、市場環境、経営資源等の面から、グループごとに各事業所の状況等の話し合いを行った。その結果として、あげられた主な意見を以下に示す。

市場環境（地域特性・利用者特性等）

- 特別管理加算、重症者管理加算の利用者がふえている。
- がん末期の人が通常の通所介護しか地域になく、家族・本人も困っていたケースがあった。
- 医療依存度が高い人の通所介護の受け入れが少ない。
- 重度になると家族のレスパイトが必要になるが、通所サービスを使えないため、入所（入院）を希望するようになる。日中・夜間ともレスパイトが必要。夜間のレスパイトへの対応も必要。
- 老々介護が多い。
- ベッドタウン地域の為高齢化が進んでいない。障害者、小児の数が多い。
- 利用者の確保が困難ではないか。利用者が継続的にサービス提供できれば良いが、不安定である。（利用者が中重度であること、入退院を繰り返す事も考えられる為）

経営資源（体制・人員・設備）

- サービス場所がない。
- 現状の場所での実施は困難であり、実施するには引越が必要である。その場合採算も考える必要がある。
- 地域特性（階段が多いなど）によっては4人で病院受診のため外出介助しているケースもある。人手不足。
- 職員が不足。
- 施設の改装費用が大きい（資金調達が必要）
- 個別送迎のため職員が必要

課題・工夫

- 複数の法人で場所を借りて、曜日によって、交替に利用してはどうか。
- 廃止予定のデイを探す。
- 空きスペース（商店街の空き店舗含む）を探す。
- 福祉タクシーと業務提携する。ボランティアを活用するなど送迎のマンパワーの確保を工夫する。
- 訪問と通所で職員が兼務し、訪問担当者が通所でもサービス提供できるようにローテーションを考える。
- 採算が取れるよう、看護師を確保する。ヘルパー、PT、OT等との職員配置の組み合わせも検討する。
- 複数の法人で共同して立ち上げ、職員が兼務してできないか。
- ヘルパーの雇用。
- 高齢の看護師の雇用。
- 関連医療機関などからの医師の協力を得る事が必要。

訪問看護ステーションへのメリット

- 訪問と一体的に通所サービスを実施していることが、訪問看護利用者の確保にもつながる
- 看護師の技量を通所場で確認できる。新人の教育・研修の場としても利用できる。1人での訪問が抵抗感のある、看護師でも通所からはじめれば人材確保につながる可能性がある。

グループワークでの意見をまとめると、「市場環境」については、特別管理加算を算定する利用者など、医療ニーズの高い利用者が増えてきており、これらの利用者が利用できる通所介護サービスが不足しているといった意見が多くみられた。現在は、重度者になると通所サービスを利用できず、家族の介護負担が大きいため、入所（入院）を希望するようになるといった状況も報告された。このことから、市場環境として、地域の利用者ニーズはあることが想定される。一方で、通所サービスとして成り立つためには、このような医療ニーズの高い利用者を一定数以上確保することが必要になるが、「入退院を繰り返す可能性もあり、安定的に利用者が確保できるか不安」といった意見もみられ、利用者ニーズは認識しているものの、継続的な利用者確保の面についての不安もあげられた。

また、「経営資源」については、療養通所介護サービスを提供するためのスタッフ不足や、通所サービスを行う場所がない、といった意見がみられた。現在、訪問看護ステーションとして事業を行っている事業所には、通所サービスのための余剰人員はおらず、通所を行うためのスペースもないのは当然のことと考えられる。

上記の状況をSWOT分析のマトリクスで考えると、市場環境については概ね「機会」が与えられているものの、経営資源としては「弱み」のある事業所が多いと考えられる。（以下の②の場合に相当）

①市場環境で「機会」が与えられ、経営資源としても「強み」が発揮できる場合

		市場環境（外部要因）	
		機会	脅威（競合）
経営資源 （内部要因）	強み	積極的対応	差別化
	弱み	段階的対応	防衛・撤退

地域に潜在利用者がいるなど、「機会」が確保され、併設施設内に通所サービススペースを確保できるなど「強み」もある場合

市場環境における「機会」とは、例えば、現在の訪問看護ステーションの利用者のうち、特別管理加算を算定しているような状態の利用者が多く、地域内にそれらの利用者を受け入れる通所介護等のサービスがない場合が該当すると考えられる。また、特別管理加算を算定しているような状態の利用者でなくても、例えばがん末期の利用者など、通常に通所介護では十分な個別サービスが提供できない利用者がある場合も該当すると考えられる。

経営資源としての「強み」とは、例えば、訪問看護ステーションの併設施設内に通所サービスとして利用できるスペースが確保できる（場所の確保）、あるいは通所サービスを兼務できる職員がいる（人材の確保）などの場合が考えられる。

このような訪問看護ステーションにおいては、利用者のニーズに対応するためにも、積極的に療養通所介護の展開を検討することが可能と考えられる。

②市場環境で「機会」が与えられ、経営資源には「弱み」がある場合

		市場環境（外部要因）	
		機会	脅威（競合）
経営資源 （内部要因）	強み	積極的対応	差別化
	弱み	段階的対応	防衛・撤退

地域に潜在利用者がいるなど、「機会」はあるが、通所サービススペースがないなど「弱み」がある場合

②では、市場環境としては「機会」が与えられているが、経営資源に「弱み」がある場合を考える。グループワークではこのような事業所が多くみられた。例えば、現在の訪問看護ステーションの利用者のうち、特別管理加算を算定しているような状態の利用者が多く、地域内にそれらの利用者を受け入れる通所介護等のサービスがないなど、市場環境の「機会」は与えられているが、通所サービスを兼務できるだけの余剰人員がいない、あるいは訪問看護ステーションの近くに通所サービスに使えるスペースがない、訪問看護の訪問車はあるが、通所サービス用に利用できる送迎車が不足する、などの状況が考えられる。

現在、訪問看護事業を行っている事業所の多くが②のパターンに該当すると考えられる。通常、②のような場合には、「段階的対応」が望ましいとされ、グループワークでは、これらの「弱み」を克服するための方法として、以下のような工夫があげられた。

○人材確保面の工夫

- ・訪問看護ステーション職員が療養通所介護職員を兼務する。
- ・介護職員、PT、OT等の職員配置の組み合わせを検討する。
- ・介護職員を雇用する。

○通所スペース確保面の工夫

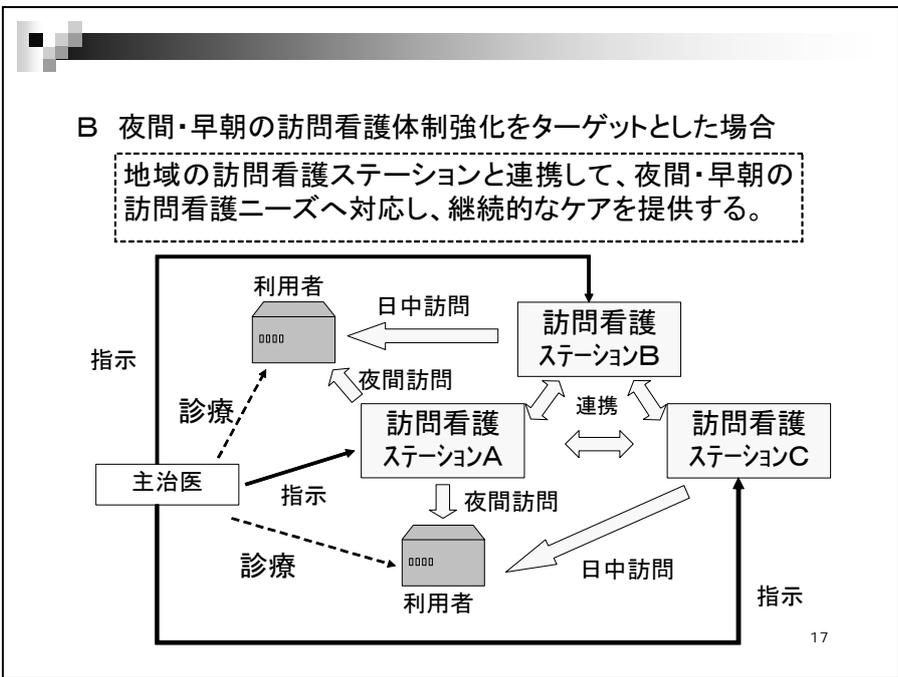
- ・複数の法人で共同で場所を借り、曜日によって交替に利用する。
- ・廃止予定の通所介護を探す。
- ・空き店舗を探す。

○送迎車確保面の工夫

- ・福祉タクシー等と業務提携し、送迎車を確保する。

療養通所介護については、定員が5人と小規模であることから、通所スペースの確保については、訪問看護ステーションの近隣に確保できる可能性が高いと考えられる。グループワークにおいても、事業所同士で「空き店舗はどうか」「廃止予定のデイサービスはどうか」といった活発な議論が行われており、積極的に地域で探すことにより、確保可能な場合も多いと考えられる。

B. 夜間・早朝の訪問看護体制強化をターゲットとした場合



夜間・早朝の訪問看護（報酬・算定要件一部抜粋）

- 早朝・夜間、深夜の短時間訪問（20分未満・285単位）の新規創設
- 夜間の加算算定可
 緊急時訪問看護加算かつ特別管理加算を算定している対象者について、夜間帯の計画外訪問に**早朝・夜間**（25%）、**深夜加算**（50%）が算定可能に
 ※ 月の2回目の計画外訪問より算定可

<グループにおける主な討議内容>

「夜間・早朝の訪問看護体制強化」が戦略ターゲットとなりうるかどうかについて、市場環境、経営資源等の面から、グループごとに各事業所の状況等の話し合いを行った。その結果として、あげられた主な意見を以下に示す。

市場環境（地域特性・利用者特性等）

- 夜間早朝の計画的訪問は、ターミナル、難病ならニーズがあるが、その他は定期的なニーズは低い。
- 日中独居の人が多い場合、夜間の訪問に対しては家族側の受け入れが難しい。
- 退院患者などでは在宅での生活が安定するまで夜間の訪問が必要なケースも多い。
- 医療依存度が高いが、医療機関の受け入れ先が不足しているケースもある。
- 夜間ニーズのある利用者が少ない
- インシュリン注射が朝に必要な人がいる。
(何人くらいのニーズがあればペイできるかのシミュレーションが必要)

経営資源（体制・人員・設備）

- 夜間対応できる職員が少ない。
- 夜間・早朝の対応は、常勤職員が管理者が担当せざるを得ない。
- 在宅だけでなく施設の24時間対応を合わせて受ければどうか。

課題・工夫

- 地域の複数ステーションで連携して、夜間対応すれば可能。
- 他の訪問看護ステーションの利用者の夜間訪問も受ければよい
- ヘルパーの夜間訪問と連携し、隔日に看護師が行けば対応可。
- 夜間は直行・直帰とする。
- 夜間対応するエリアを決める。
- 複数のステーションの統合も考える。
- 職員の時差出勤を行うことで夜間・早朝の人員確保する。
- ケアマネジャーに夜間・早朝の訪問看護ができることをPRし、必要な利用者を紹介してもらう

訪問看護ステーションへのメリット

- 24時間シフト制にすれば、子育て中の人が希望する勤務時間帯のシフトをすることも可能。
- 夜間の利用者の状態を把握することで、日中の訪問看護計画を立てるのにも役立つ。
- 夜間・早朝を他のステーションと連携することで、ステーション同士のネットワークが広がる。
- 他施設（特養等）への訪問・連携等も含めて、夜間・早朝対応をすればよい。

グループワークの議論では、「市場環境」については、地域に夜間・早朝の訪問看護が必要な利用者は一部いるものの、利用者数が少ないという意見があげられた。夜間・早朝訪問が必要な利用者は、例えば退院患者で在宅生活が安定するまでの期間は夜間訪問が必要というケースや、インシュリン注射のために早朝訪問が必要なケースなどがあげられた。

「経営資源」についても、現状では、夜間・早朝に対応可能な職員が不足しているという意見が多く、現在も夜間・早朝の緊急対応等は管理者や常勤職員で行っているという現状が報告された。

これらの状況から、SWOT分析のマトリクスで考えると、夜間・早朝の訪問が必要な利用者が少人数はいるといった「機会」が一部与えられているが、経営資源としては「弱み」のある事業所が多いと考えられる。(以下の②の場合に相当)

①市場環境で「機会」が与えられ、経営資源としても「強み」が発揮できる場合

		市場環境（外部要因）	
		機会	脅威（競合）
経営資源 （内部要因）	強み	積極的対応	差別化
	弱み	段階的対応	防衛・撤退

夜間・早朝訪問が必要な利用者がいて（機会がある）、夜間・早朝訪問が可能な職員がいるなど「強み」もある場合

市場環境における「機会」とは、例えば、現在の訪問看護ステーションの利用者のうち、夜間・早朝の計画的な訪問が必要な利用者の人数が多い場合や、退院患者の受け入れが多く、在宅生活が安定するまでの間、夜間の訪問が必要な利用者が多い場合などが考えられる。また、1か所の訪問看護ステーションでは、夜間・早朝訪問が必要な利用者数が限られているが、地域の他の訪問看護ステーションの利用者も含めると、地域内に一定数以上の夜間・早朝訪問が必要な利用者がある場合なども考えられる。

経営資源としての「強み」とは、例えば、訪問看護ステーションに夜間・早朝に計画的訪問が可能な人材がいる、あるいは夜間・早朝の計画的訪問が可能な非常勤職員を雇用できるなどの場合が考えられる。

このような訪問看護ステーションにおいては、夜間・早朝に算定可能な「20分未満」訪問を活用するなど、積極的な夜間・早朝の計画的訪問体制の強化をすることが可能と考えられる。

②市場環境で「機会」が与えられ、経営資源には「弱み」がある場合

		市場環境（外部要因）	
		機会	脅威（競合）
経営資源 （内部要因）	強み	積極的対応	差別化
	弱み	段階的対応	防衛・撤退

夜間・早朝訪問が必要な利用者があるが（機会がある）、夜間・早朝訪問が可能な職員がいないなど「弱み」がある場合

②は、市場環境としては「機会」が与えられているが、経営資源に「弱み」がある場合であり、グループワークではこのような事業所が多くみられた。例えば、地域内に夜間・早朝の訪問看護が必要な利用者が一定数以上いるが、夜間・早朝に計画的に訪問できる職員がいない、あるいは夜間・早朝の訪問を担当する職員の雇用が困難などが考えられる。

②のような場合には、通常「段階的対応」が望ましいとされ、グループワークでは、これらの「弱み」を克服するための方法として、以下のような工夫があげられた。

○利用者確保面の工夫

- ・地域の複数の訪問看護ステーションと連携して、夜間・早朝の計画的訪問が必要な利用者を確認する。
- ・ケアマネジャーに夜間・早朝訪問が可能であることをPRする。
- ・特別養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護等への24時間対応と併せて実施する。

○人材確保面の工夫

- ・訪問介護の夜間訪問と連携し、隔日に訪問看護が夜間訪問する。
- ・職員の時差出勤を行い、夜間・早朝に計画的訪問をする人員を確認する。

○夜間・早朝訪問の地域エリアの工夫

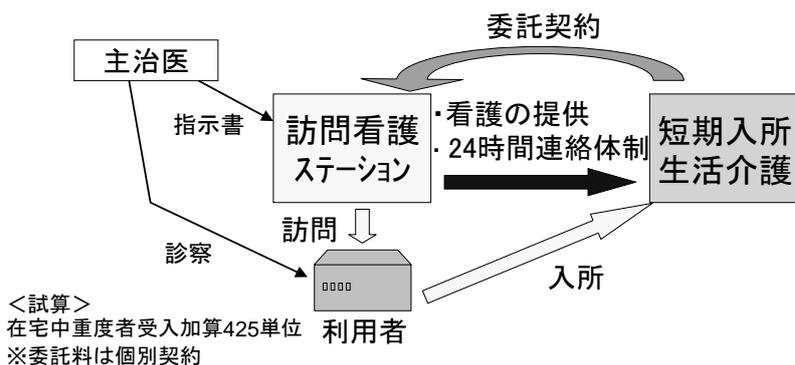
- ・夜間・早朝訪問の対応可能なエリアを決める。
- ・夜間・早朝は直行・直帰とする。

上記のような工夫を行うことにより、段階的に経営資源を整備することが可能と考えられる。特に、今回の介護報酬改定により、特別養護老人ホームや特定施設入居者生活介護と訪問看護ステーションが契約して24時間連絡体制を構築するスキームが新たに創設されたことから、これら地域の施設への夜間・早朝訪問と合わせて対応することを検討することが重要である。

C. 地域のお施設との連携強化をターゲットとした場合

C 短期入所生活介護をターゲットとした場合

地域の短期入所生活介護事業所と予め契約し、利用者が入所中に看護を提供する。

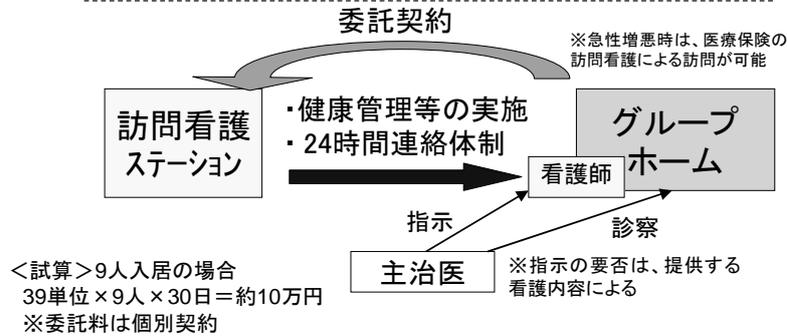


短期入所生活介護(報酬・算定要件一部抜粋)

- 在宅中重度者受入加算(425単位/日)
 利用者が利用している訪問看護事業所に短期入所サービスとして健康上の管理等を行わせた場合に算定可能に
- 夜間看護体制加算(10単位/日)
 以下の要件を満たした場合に算定可能に
 ○常勤の看護師を1名以上配置し、看護責任者がいること
 ○看護職員により、又医療機関・訪問看護ステーションとの連携により、24時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保していること

D グループホームをターゲットとした場合

地域の認知症対応型共同生活介護事業所と予め契約し、例えば、週に数回程度、利用者の健康状態のチェック等を実施するとともに、24時間連絡体制の構築を支援する。



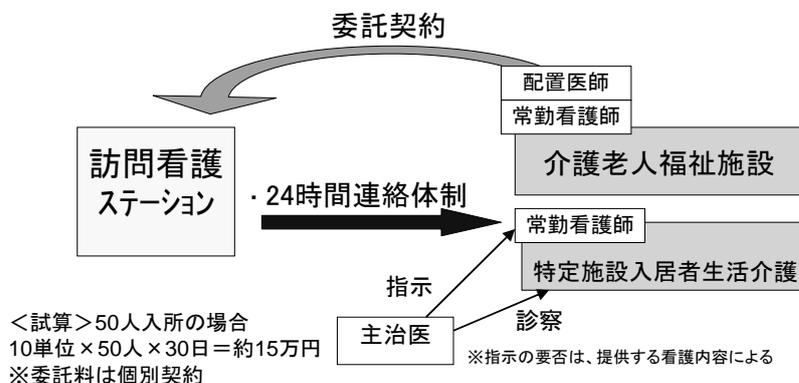
認知症対応型共同生活介護(報酬・算定要件一部抜粋)

■医療連携体制加算(39単位/日)

職員又は訪問看護ステーション等との契約により看護師を1名以上確保し24時間連絡体制可能な体制としているとともに、入居者が重度化し、看取りの必要が生じた場合等における対応の方針を定めて、入居の際に入居者又は家族等への説明・同意を行っているなど、健康管理・医療連携体制を強化している場合に算定。

E 特養・特定施設をターゲットとした場合

地域の特養あるいは特定施設と予め契約し、24時間連絡体制の連携、支援を行う。



介護老人福祉施設(報酬改定一部抜粋)

■重度化対応加算(10単位/日)

- 常勤の看護師を1名以上配置し、看護責任者を定めていること
- 看護職員により、又医療機関・訪問看護ステーションとの連携により、24時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保していること
- 看取りに関する指針を策定し、入所の際に、入所者、家族等への説明を行い、同意を得ていること
- 看取りに関する職員研修を行っていること
- 看取りのための個室を確保していること

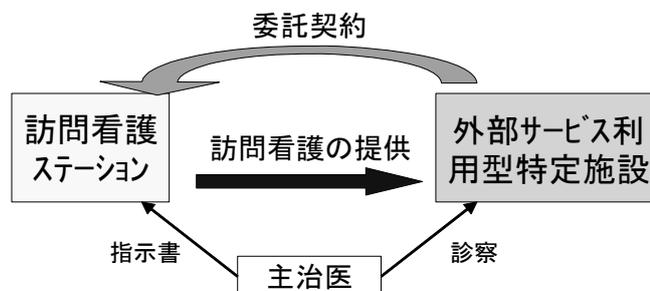
特定施設入居者生活介護(報酬改定一部抜粋)

■夜間看護体制加算(10単位/日)

- 常勤の看護師を1名以上配置し、看護責任者を定めていること
- 看護職員により、又医療機関・訪問看護ステーションとの連携により、24時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保していること
- 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、入居者、その家族等への説明を行い、同意を得ていること

F 外部サービス利用型特定施設をターゲットとした場合

地域の外部サービス利用型特定施設と予め契約し、
訪問看護サービスを提供



<試算> 1回(1時間)訪問した場合
830単位×90%×1回=約7千円
※委託料は個別契約

外部サービス利用型特定施設入居者生活介護(報酬改定一部抜粋)

本サービスは、生活相談や介護サービス経過の策定、安否確認の実施は特定施設の従事者が実施し、介護サービスの提供については、外部サービス提供事業者と契約することにより提供する新たな類型。

- 訪問看護 基本部分の単位の90/100の単位
→ 1回(1時間)訪問した場合 830単位×90%×1回=約7千円

収入シミュレーション(委託料は個別契約)

短期入所生活介護 [ショートに1週間入所し、訪問看護が2回訪問の場合]
425 単位×2 日=約 8 千円
[ショートの定員が10人で、夜間看護体制加算を算定した場合]
10 単位×10 人×30 日=約 3 万円

グループホーム [定員9人の場合]
39 単位×9 人×30 日=約 10 万 5 千円/月

特養・特定施設 [入所者50人の場合]
10 単位×50 人×30 日=約 15 万円/月

<グループにおける主な討議内容>

「地域の他施設との連携強化」が戦略ターゲットとなりうるかどうかについて、市場環境、経営資源等の面から、グループごとに各事業所の状況等の話し合いを行った。その結果として、あげられた主な意見を以下に示す。

市場環境（地域特性・利用者特性等）

特別養護老人ホーム

- 特別養護老人ホームに夜間対応できる看護師がいないため、夜間ニーズはある。
- 看護師が夜間いないため、特養と病院を行き来している人も多い。

グループホーム

- 定期的に看護師による健康管理が必要なグループホームもある。
- インシュリン自己注射の対象者もいるが、看護師が居ない。週1回定期訪問してはどうか
- 認知症の症状で（せんもう、幻覚等）に十分対応できる職員が必要
→訪問看護師にも認知症ケアの専門技術が必要（処置に対応するだけでは足りない。）
- 抗精神薬などを管理できる知識も必要。十分な知識がないと、ワーカーに指導できない。
- 主治医との密接な関係が必要。主治医との関係づくりが必要。
- 環境整備（床暖房など）によるスキントラブルもある。
- 今回の報酬改定で一部減算になっているため、医療連携体制加算分を全て訪問看護に委託料として支払うのは経営的に厳しいのではないか。
- 現在は、最期は病院に入院し、看取りとなる利用者が多く、施設長からグループホームで最期まで看る体制をつくりたいとの希望あり。

特定施設入居者生活介護

- 特定施設は、医療が充実している（看護師が手厚く配置、有床診療所が併設など）ことをセールスポイントにしている所も多いため、訪問看護ステーションとの連携が必要とされていない場合もある。
- 契約の結び方、委託料金、看護内容をどのように設定するかが重要。

経営資源（体制・人員・設備）

グループホーム

- グループホームに週1回定期的に訪問し、24時間連絡対応を行う体制を構築するのは可能。
- グループホーム、特別養護老人ホームに訪問するにはマンパワーが不足している。
- マンパワー確保の為に福利厚生の充実や十分な給与が必要であるが、経営的には苦しい。
- グループホームへの訪問看護の場合、認知症の利用者に対応できるレベルの高い人材が必要である。

課題・工夫

- 新たな雇用、専任又は兼務を検討する。
- 医療機関で定年を迎えた経験豊富な看護師等を本サービス専従に雇用するとよい。
- 契約の結び方、委託料金、看護内容をどのように設定するかが重要。

特別養護老人ホーム

- 特養に主に訪問する職員を決めてもよいのではないか。
- 嘱託医、配置看護師と月2回の情報共有会を実施するなど、24時間対応するための情報共有する仕組みづくりが必要。

グループホーム

- どのくらいの24時間連絡対応ニーズがあるかどうか、3ヶ月程度試してみたら本契約をした方がよい。
- グループホーム訪問担当者を決めた方がよいが、24時間連絡対応もその担当者が常時行うのは困難であり、職員間で情報共有をする必要がある。
- 地域の他の訪問看護ステーションと話し合い、協力して展開していくとよい（特に契約面など）。

訪問看護ステーションへのメリット

グループホーム

- グループホームの場合、症状が悪化した場合は医療保険での訪問看護が可能。
- 医療ニーズのある人でもグループホームに入所を継続できる。
- グループホーム側にも、訪問看護サービスが入る事で利用者の入院を防げる、入院した場合でも戻りが早いなどのメリットがあるため良好な連携を見込む事が出来る。
- 施設に訪問看護が入る事により、介護職員の技術向上にもつながり、施設との人事交流による関連法人相互の職員確保も期待できる。

短期入所生活介護

- 短期入所利用中の訪問看護の空きがなくなり、短期入所側にも訪問看護を連携すれば加算がつくので、両者に経営メリットがある。

グループワークの議論では、「市場環境」については、特別養護老人ホームでは、夜間に対応できる看護師がいないため夜間の看護ニーズがあるという意見や、看護師が夜間配置されていないために、特養と病院を行き来している入所者がいるなどの意見があげられた。またグループホームについても、定期的に看護職員による健康管理が必要な利用者がいる、あるいはグループホームでの看取りケースについての対応を依頼されている、などの意見があげられた。特定施設入居者生活介護については、看護師を手厚く配置している施設もあり、訪問看護ステーションの連携を必要としていない施設もあるのではないかという意見もあった。ただし、地域の特別養護老人ホームやグループホーム、特定施設入居者生活介護の現状について、十分な現状把握をしていないため、まず地域の他施設の状況について現状把握が必要であるといった意見もみられた。

「経営資源」については、現在、訪問看護を行うための人材しか確保していないため、他施設への定期訪問を行うための職員が不足しているといった意見がみられた。また、グループホームへの訪問については、認知症の利用者に対応するための専門的知識のある看護職員が必要といった意見もあげられた。

これらの状況から、SWOT分析のマトリクスで考えると、市場環境としては「機会」が与えられているが、経営資源としては「弱み」のある事業所が多いと考えられる。(以下の②の場合に相当)

①市場環境で「機会」が与えられ、経営資源としても「強み」が発揮できる場合

		市場環境（外部要因）	
		機会	脅威（競合）
経営資源 （内部要因）	強み	積極的対応	差別化
	弱み	段階的対応	防衛・撤退

グループホーム入所者に健康管理ニーズがあり（機会がある）、施設へ訪問可能な職員がいるなど「強み」がある場合

市場環境における「機会」としては、例えば、グループホームに定期的に健康管理が必要な入所者がいる、あるいは特別養護老人ホームや特定施設入居者生活介護において、夜間に看護ニーズがある入所者がいる、短期入所生活介護に入所中も訪問看護の継続利用を希望する利用者がいるなどが考えられる。特にグループホームについては、基準上、看護職員が配置されていないものの、利用者が重度化してきている状況にあり、定期的な健康管理が必要な利用者がいることが想定される。

経営資源の「強み」としては、例えば、グループホームに定期訪問できる職員がいる、あるいは訪問するための職員を雇用できるなどの場合が考えられる。また、母体法人がこれらの施設を運営している場合は、訪問看護ステーションとの連携の必要性に関する判断が行いやすい、あるいは職員の兼務が行いやすいなどの「強み」があると考えられる。

これらの訪問看護ステーションにおいては、地域のグループホーム、特別養護老人ホームや特定施設入居者生活介護等に対して、訪問看護ステーションとの連携意向等の確認を行い、他機関との連携体制を構築していくことが可能と考えられる。

②市場環境で「機会」が与えられ、経営資源には「弱み」がある場合

		市場環境（外部要因）	
		機会	脅威（競合）
経営資源 （内部要因）	強み	積極的対応	差別化
	弱み	段階的対応	防衛・撤退

グループホーム入所者に健康管理ニーズがあるが（機会がある）、施設に訪問可能な職員がいないなど「弱み」がある場合

②は、市場環境としては「機会」が与えられているが、経営資源に「弱み」がある場合である。例えば、グループホームに定期的に健康管理が必要な入所者がいる、あるいは特別養護老人ホームや特定施設入居者生活介護において、夜間に看護ニーズがある入所者がいる、短期入所生活介護に入所中も訪問看護の継続利用を希望する利用者がいるが、他施設に訪問できる訪問看護スタッフがない場合などが考えられる。また、グループホームに定期訪問するためには、認知症ケアの専門知識も必要という意見も出され、人材教育面の配慮も必要と考えられる。

②のような場合には、通常「段階的対応」が望ましいとされ、グループワークでは、これらの「弱み」を克服するための方法として、以下のような工夫があげられた。

○他機関との連携構築上の工夫

- ・（特別養護老人ホームの場合）嘱託医、配置看護師との定期的な情報共有会を開催し、24時間連携体制構築のための情報共有を行う。
- ・地域の他の訪問看護ステーションと協力して展開していく。

○他機関との契約面での工夫

- ・24時間連絡対応ニーズがどの程度発生するのかについて、契約前の試行期間が必要。

○人材確保面の工夫

- ・医療機関での経験豊富な看護師等を雇用する。
- ・施設に訪問する専任の職員を配置する。
- ・施設に訪問する担当職員は決めた方がよいが、24時間連絡体制は複数人で受けるようにする。

上記のような工夫を行うことにより、段階的に経営資源を整備することが可能と考えられる。

4. 結果のまとめ

平成 18 年度の介護報酬改定により、訪問看護ステーションが地域の他機関（特別養護老人ホーム、グループホーム、特定施設入居者生活介護等）と連携した場合の報酬が設定され、訪問看護ステーションの活動の幅が広がることとなる。

今回、2 回のグループワークを開催し、訪問看護ステーションに係る介護報酬改定の説明を踏まえ、今後の訪問看護のビジネスモデルについて話し合いを行った。これまで在宅療養者の「訪問」に特化してサービスを行ってきたことから、地域のグループホームや特別養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護等についての情報を保有しておらず、訪問看護ステーションの近隣にどのような施設があるのか、どのような利用者が入所しているのかなどの情報が必要といった意見も多く出された。今後、地域のこれらの他施設との情報交換を行い、施設側のニーズと訪問看護ステーション側の対応体制・方法等を具体的に検討していく必要があると考えられる。

グループワークでは、今後のターゲット市場として、「A 療養通所介護」「B 夜間・早朝の訪問看護体制強化」「C 地域の他施設との連携強化」の 3 つのターゲットに絞って議論を行った。中でも「A 療養通所介護」と「C 地域の他施設との連携強化」については、新たな取り組みであることから、訪問看護ステーション側の関心度も高く、様々な意見が出された。

「A 療養通所介護」については、訪問看護の対象者で、医療ニーズが高いため通所介護を利用できない人がいるといった現状や、重度になると介護負担が大きく入院を希望する、といった現状が報告された。このため、「療養通所介護」への地域のニーズはあるという意見が多かったが、一方で、「療養通所介護」を法人として立ち上げるためには、通所スペースがなく、マンパワーが不足しているという意見も多かった。訪問看護ステーションは「居宅」へ出向くためのサービスモデルであったために、「通所」のスペースがなく、通所サービスを行えるスタッフが現時点で十分でないのは当然であると考えられる。訪問看護ステーション事業所を改装しなくても、例えば近隣に空き店舗、利用可能な民家などを探すことにより、通所スペースの確保は可能と考えられる。また、通所サービスのスタッフについても、訪問看護ステーションの職員との兼務や、看護職員の他に介護職員を活用することにより、確保可能な場合も多いと考えられる。このような工夫を行うことにより、法人が「訪問看護」と「療養通所介護」を一体的に連携して提供することも可能であり、今後、地域の中重度者のニーズに幅広く対応することが望まれる。

また、「B 夜間・早朝の訪問看護体制強化」については、計画的な夜間・早朝訪問が必要な利用者は少数であるといった意見がみられたが、当該訪問看護ステーションの利用者だけでなく、地域の他の訪問看護ステーションの利用者も含めて考えれば、地域内に一定数以上の利用者を確保できる場合もあると考えられることから、地域のニーズを検討することが必要と考えられる。また、今回の報酬改定により、グループホームや特別養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護と訪問看護ステーションが契約して 24 時間連絡体制を構築するスキームが可能になったことから、これらの地域の施設への夜間・早朝訪問と合わせて検討することが重要と考えられる。

さらに、「C 地域の他施設との連携強化」については、特にグループホームとの連携について、積極的な意見がみられた。グループホームの入所者の中に医療ニーズがある人がいるため、訪問看護との連携を施設側が希望しているとの意見もみられた。看護職員が配置されていないグループホームが多い中で、今後、グループホームの入所者の重度化に伴い、より一層訪問看護ニーズが高まることが予想される。

平成 16 年度に実施された「認知症高齢者グループホームへの訪問看護の拡大研究事業⁶」によれば、グループホーム入居者は認知症を持つ高齢者であり、心身機能低下のリスクが高いこと、また多くの場合は他の疾患も合併していることから、①心身状態の悪化予防・改善のため、生活面に働きかける、②体調不良時の的確な判断と早期対応 などが重要であることが報告されている。グループホームでは、このようなニーズがあることを認識し、訪問看護ステーションからも働きかけを行うことが重要と考えられる。

グループホームの事業者団体と訪問看護ステーションの事業者団体で話し合いを行い、どのような方向性で連携が可能なのかについて検討を行っている地域があることも報告されている。このように、事業者同士がお互いを知ること、お互いのリソースを提示し、どのように連携可能なのかを模索することも重要である。このような取り組みを行うことにより、これまでより一層、訪問看護ステーションが地域にとって不可欠なサービスとなりうると考えられることから、この機会を十分に生かして対応していくことが望まれる。

今回の介護報酬改定では、中重度者への支援強化が基本的な視点の一つとして掲げられ、この中で、訪問看護ステーションは「居宅」だけでなく、地域におい

⁶ 平成 16 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「痴呆性（認知症）高齢者グループホームへの訪問看護の拡大研究事業」全国訪問看護事業協会 主任研究者 村嶋幸代

て施設等との連携機能を果たすことが求められるようになる。このような新しいサービス提供に向けて、訪問看護ステーション側が積極的に対応することが必要であり、現状の体制・機能にとどまることなく、柔軟に検討していくことが望まれる。

研究体制

【主任研究者】

村嶋幸代 東京大学大学院医学系研究科

【本委員会】

委員長 村嶋 幸代 東京大学大学院医学系研究科
委員 野中 博 社団法人日本医師会
小川 忍 社団法人日本看護協会
上野 桂子 社団法人全国訪問看護事業協会
野口 美和子 自治医科大学看護学部
田代 祐基 医療法人 祐基会 帯山中央病院

【研究班】

委員長 村嶋 幸代 東京大学大学院医学系研究科
委員 山本 春江 青森県立保健大学健康科学部看護学科
上原 ます子 信州大学医学部保健学科
波多野 浩道 鹿児島大学医学部保健学科
中川 泉 新潟県立看護大学
春山 早苗 自治医科大学看護学部
川崎 道子 沖縄県立看護大学
井上 弘子 北海道総合在宅ケア事業団訪問看護部
雨宮 きよ子 山梨県看護協会貢川訪問看護ステーション
中尾 八重子 県立長崎シーボルト大学看護栄養学部
永田 智子 東京大学大学院医学系研究科
田口 敦子 東京大学大学院医学系研究科
近藤 由生子 東京大学大学院医学系研究科
調査委託 田上 豊 三菱総合研究所
吉池 由美子 三菱総合研究所
尾崎 杏子 三菱総合研究所
情報提供者 生田 京子 名古屋大学大学院工学研究科
研究協力者 渡邊 るい 東京大学医学部健康科学・看護学科
事務局 全国訪問看護事業協会

【調査協力】

社団法人北海道総合在宅ケア事業団 標茶地域訪問看護ステーション
標茶町住民課健康推進係
社団法人北海道総合在宅ケア事業団 厚岸地域訪問看護ステーション
浜中町役場福祉保健課
社会福祉法人青森社会福祉振興財団 みちのく訪問看護ステーション
むつ市川内庁舎
むつ市脇野沢庁舎
社団法人公済会 公済会訪問看護ステーションやまびこ
深浦町訪問看護ステーション
深浦町福祉課
田子町福祉課訪問看護ステーション
田子町
あいかわ訪問看護ステーション
みなと訪問看護ステーション
東蒲原訪問看護ステーション
社団法人栃木県看護協会 とちぎ訪問看護ステーションいまいち
栗山村保健衛生課
医療法人薫会 富士山苑訪問看護ステーション
那阿川町役場健康福祉課高齢福祉係
社団法人山梨県看護協会 富士北麓訪問看護ステーション
山梨県富士・東部保健福祉事務所健康支援課
社団法人山梨勤労者医療協会 かいこま訪問看護ステーション
北杜市武川総合支所
山梨県看護協会立 訪問看護ステーションぬくもり
南部町福祉保健課
長野県厚生農業協同組合連合会 訪問看護ステーションはくば
白馬村役場保健福祉課
波田町訪問看護ステーション
松本市役所安曇支所健康福祉課
松本市奈川支所
木曾町開田支所
木祖村住民福祉課
王滝村住民課
医療法人社団春秋会 南長崎クリニック訪問看護ステーション
長崎市地域保健課

医療法人清州会 訪問看護ステーション華工房
平戸市保健福祉課
有限会社 訪問看護ステーションきんかい
西海市保健福祉部保健課
甌島指定訪問看護ステーション
薩摩川内市里支所市民福祉課
奄美医療生活協同組合 生協訪問看護ステーションせとうち
奄美医療生活協同組合 生協訪問看護ステーションあまみ
瀬戸内町保健福祉課
名瀬保健所
社団法人沖縄県看護協会 訪問看護ステーションうりずん
石垣市健康福祉センター
医療法人松風会 桃源の郷老人訪問看護ステーション
名護市役所介護長寿課

(順不同、敬称略)

平成 17 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業

地域特性に応じた訪問看護ステーションの機能・役割に関する検討
平成 18 年 3 月

発行

(社) 全国訪問看護事業協会
〒160-0022 東京都新宿区 1-3-12-302
TEL 03 (3351) 5898
FAX 03 (3351) 5938

企画・編集

東京大学大学院 医学系研究科 地域看護学分野
教授 村嶋 幸代
〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
TEL 03 (5841) 3597
FAX 03 (5802) 2043
