

平成18年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康推進等事業)

訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける
看護提供体制のあり方に関する研究：
訪問看護サービスの需要と供給に関する研究
報 告 書

平成19(2007)年3月

社団法人 全国訪問看護事業協会

訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制の
あり方に関する研究：訪問看護サービスの需要と供給に関する研究

—目 次—

要旨.....	1
本研究の全体構成.....	5
 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 訪問看護ステーションの設置状況の分析.....	7
II 訪問範囲調査.....	15
1. 目的.....	15
2. 方法.....	15
3. 結果.....	17
4. 考察.....	49
III Phone GPS を用いた訪問経路調査.....	52

第2編 人口の少ない地域における在宅療養場所移行及び住民ニーズの特徴と課題

I 療養場所移行の実態と特徴に関する調査.....	67
1. 目的.....	67
2. 方法及び結果.....	68
長崎県.....	68
長野県.....	76
群馬県.....	81
青森県.....	90
3. 全体の考察.....	96
II 在宅療養に関する住民ニーズ調査.....	99
1. 目的.....	99
2. 方法.....	99
3. 結果.....	101
沖縄県.....	101
長野県.....	106
4. 全体の考察.....	111
III 人口密度の低い地域における訪問看護ステーションの設立と効果 ..	112
付録.....	123
研究体制.....	133

平成18年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康推進等事業）
訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制の
あり方に関する研究：訪問看護サービスの需要と供給に関する研究

— 要 旨 —

1. 背景および目的

在院日数の短縮等により医療依存度の高い在宅療養患者が増加し、訪問看護サービスの必要性はますます高まってきている。訪問看護ステーション（以下、ST とする）は、自宅での安定した療養生活を支援するサービスの一つとして、平成4年に制度化され、現在では全国に約 5,000 事業所が存在する。しかしながら、ST の需要と供給のバランスについては十分には検討されていないのが実情である。

そこで、本研究では、①全国の ST の需要と供給のバランスを検討すること、特に需要規模が少ないため供給体制が整備することが困難な②へき地における訪問看護サービスの提供状況、および訪問看護ニーズを明らかにし、在宅療養者に適切な看護サービスの提供体制を検討するための基礎資料とすることを目的とした。

2. 全国の訪問看護ステーションの需要と供給

全国の ST の需要と供給のバランスを検討するために、国や都道府県のデータベース、WAM-NET を基に、市町村別に ST の設置状況の分析を行った。

全国の市町村のうち ST が設置されていない市町村は 47.1%と、約半数の市町村に ST は設置されておらず、これらの市町村の人口は総人口の 7.1%、要介護者数は 8.9%であった。

全国の市町村における ST の設置状況と需要との関連をみると、ST が1ヶ所成立するためには、人口約 2 万人、訪問看護給付件数（介護保険）は1ヶ月約 42 件（実利用者数）、訪問看護給付額（介護保険）は年間約 2,000 万円が必要であることが示された。

人口規模が小さく訪問看護給付の少ない市町村では、訪問看護への需要量が少ないため、ST が経営的に成立困難と考えられる。

3. へき地における訪問看護サービスの提供状況

1) 訪問範囲調査

多くの ST は「通常の事業実施地域」¹を訪問看護ステーションの所在する市町村

¹ 訪問看護ステーションの指定の届出の際に、「通常の事業実施地域」として届け出ている地域。以下同様。

内としていることが多いと推察されるが、実際には市町村合併等の影響により、市町村内でも訪問できていない地域が出てきていることや、山間部等のために訪問できない地域があることが指摘されている。このため、全国のうち8道県の全ST（北海道のみ道北地域）を対象として、訪問範囲調査を実施した。

「通常の事業実施地域」をみると、8道県で概ね市街地全体をカバーしていたが、「通常訪問している地域」²はこれに比較して狭く、また山間部等では、「訪問依頼があれば訪問するが、困難が伴う地域」が存在している実態が明らかとなった。

「通常の事業実施地域」を超えた地域への訪問は26.3%のSTで実施しており、その場合には69.2%のSTで利用者本人から交通費を徴収していた。

「訪問できていない地域」があるSTは14.6%、「訪問に困難が伴う地域」があるSTは46.6%と、半数のSTで訪問に困難な地域がある実態が明らかとなった。

以上のことから、「通常の事業実施地域」が広域に設定している場合の財政的な支援、あるいは移動距離に応じた報酬の検討など、利用者負担の軽減と事業者の経営支援策が求められる。

2) Phone GPSを用いた訪問経路調査

STにおける移動時間や移動距離を把握することにより、STから遠距離に居住する利用者へのサービス提供のあり方を検討するために、都市部とへき地を含む地域の7STにおいて、訪問看護師の利用者宅への訪問状況をPhone GPSを用いて計測した。

都市部では、訪問片道距離5km以上の訪問、片道時間1時間以上の訪問はなかったが、へき地を含む地域では、最長で14km、最大1時間28分の訪問が見られた。

このように、へき地を含む地域を訪問範囲としているSTでは、移動に時間・コストがかかり、訪問効率が悪いことから、移動距離に応じた介護報酬の設定などを検討する必要がある。

4. 訪問看護ステーションのない地域における訪問看護ニーズ

1) 療養場所移行の実態と特徴に関する調査

STによる訪問看護サービスが提供されない地域において、療養場所移行状況を調査したところ、社会的入院や不十分な介護による入院が認められた。一方、医療機関や自治体の保健師・看護師による訪問看護、福祉サービス等により、在宅療養が可能になっている実態も明らかになった。STのない地域では、その他の社会資源も限られていることから、病気や障害を抱えた高齢者が住みなれた地域で生活を継続するに

² 当該訪問看護ステーションで現在、通常訪問している地域。以下同様。

は、適切な療養場所やサービス利用をコーディネートする専門職が必要であると考えられた。

2) 在宅療養に関する住民ニーズ調査

へき地では、高齢者世帯が多く介護力が弱いことや、病院がないことから、住み慣れた地域で最期まで看ることはできない状況があった。また、訪問看護サービスが提供されれば、介護負担の軽減や在宅療養を継続できる可能性のある者が存在した。しかし、へき地では訪問看護のニーズはあるものの、都市型の訪問看護サービスの提供方法では経営が成り立たない。ST を、訪問看護サービスの提供だけでなく、診療所、老人共同生活施設、予防事業等も併せ持つ複合施設として経営を成り立たせる必要性が示唆された。

3) 訪問看護ステーションの設立と効果

地域の専門職が訪問看護 ST の必要性を感じたことが発端となり、ST が設立された。設立後、ST は、地域住民から支援されていることや、利用者の確保も順調であることから、経営は安定していた。さらに、通院患者や退院患者が ST を利用して在宅療養を継続させていることや、病院の看護師が在宅療養を意識して退院調整にかかわるようになったこと等、ST の設立による効果も見られた。ST が地域に設立されたことにより、病院や施設への社会的入院が減り、住民が在宅療養を継続できる可能性が高まったと考えられた。

5. まとめ

訪問看護ステーションがない市町村は、人口規模が小さく、人口密度の低い地域が多いことが分かった。同時に、今回の調査で、訪問看護ステーションがない地域でも、訪問看護ニーズがあることが明らかとなった。訪問看護ステーションの機能があれば、現在、やむを得ず島や村を離れたり、入院生活や施設入所を強いられている住民が、在宅生活を継続できる可能性が示唆された。へき地で訪問看護サービスを提供することは住民が住みなれた地域で暮らすことができるようにする、即ち、住民の生活を守ることでもある。しかし、へき地では、訪問看護のニーズはあるものの、都市型の訪問看護サービスの提供方法・報酬体系では経営が成り立たない。このため、へき地の訪問看護ステーションを多機能化し、様々な看護ケアを提供できる、総合看護ステーションとなる事が、将来の方策の一つとして提言できる。一方、これらの市町村においても訪問看護ステーションの経営が成り立つようにするためには、「通常の事業実施地域」を広範囲に設定した場合の財政的な支援、あるいは移動距離に応じた介護報

酬の検討など、利用者負担の軽減と訪問看護ステーションの経営支援策などが必要と考えられる。へき地の訪問看護がその地域での住民の暮らしを守るものであることを考慮すれば、公的な仕組みとして支えることが必要であろう。自治体の規模にも夜が、離島などでは保健師の訪問サービスの役割が大きく、その機能を拡充することも今後の方向性の一つだと考えられた。

本研究の全体構成

1. 背景および目的

在院日数の短縮により医療依存度の高い在宅療養患者が増加し、益々、訪問看護の必要性が高まっている。訪問看護ステーションは、自宅での安定した療養生活を支援するサービスの一つとして、平成4年から設立され、現在では全国に約5,000か所存在する。しかし、訪問看護ステーションの需要と供給のバランスは十分に検討されていない。平成17年度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」では、全国の訪問看護ステーションの所在地を視覚的に把握したところ、訪問看護ステーションは都市部や主要道路付近に集中する傾向があることがわかった。そのため、へき地の訪問看護ステーションの訪問エリアが広範囲にわたることが予測された。しかし、人口密度や他の資源との関連を明らかにするまでには至らなかった。また、特に人口の少ない地域では、医療やサービスが不足するため訪問看護への期待が大きいと考え、へき地における訪問看護ステーションの機能・役割を検討した。その結果、へき地では、経営が成り立ちにくいことや交通が不便である等の要因によって訪問看護が提供されていないエリアが存在することが明らかとなった。しかし、その地域住民の訪問看護ニーズを明らかにすることまでには至らなかった。

そこで、平成18年度の本研究では、①全国の訪問看護ステーションの需要と供給のバランスを検討すること、②へき地における訪問看護サービスの提供状況および訪問看護ニーズを明らかにすることによって、在宅療養者に必要な看護サービスの提供体制について検討することを目的とする。

2. 調査方法

本研究は、以下の6つの調査から成る。

調査1) 訪問看護ステーションの設置状況の分析

調査2) 訪問範囲調査（マッピング調査）

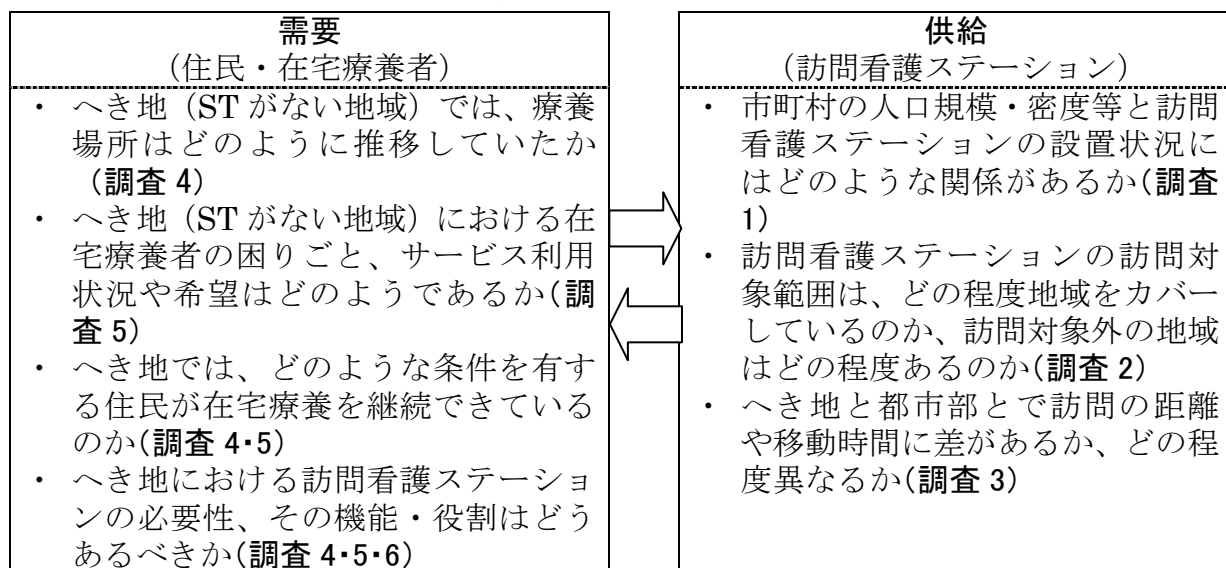
調査3) Phone GPSを用いた訪問経路調査

調査4) 療養場所移行の実態と特徴に関する調査

調査5) 在宅療養に関する住民ニーズ調査

調査6) 人口密度の低い地域における訪問看護ステーションの設立と効果

本研究事業で明らかにすることと調査との関係



3. 調査実施都道府県

	調査1 設置状況の 分析	調査2 訪問範囲 調査	調査3 GPS 調査	調査4 療養場所移行 調査	調査5 住民ニーズ 調査	調査6 ST設置と 効果
北海道	全市町村 を 対象	○	○			○
青 森		○		○		
新 潟		○	○			
群 馬				○		
東 京			○			
神奈川			○			
山 梨		○	○			
長 野		○		○	○	
和歌山		○				
長 崎		○	○	○		
熊 本		○				
沖 縄					○	

4. 倫理的配慮

本研究事業は、社団法人全国訪問看護事業協会の倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

I 訪問看護ステーションの設置状況の分析

1. 目的

訪問看護ステーションは、全国的に人口の多い都市部に多く、山間・へき地などには少ない傾向にある。市町村の中には、訪問看護ステーションが1ヶ所もないところもあり、地域的に偏在していることが分かっている。

介護保険制度改正における「施設から在宅」への流れの中で、今後益々、医療ニーズを持ちながら在宅で生活する高齢者が増えることが予想される。このため、実際にどの程度の市町村で、訪問看護ステーションが設置されていないのかといった基礎的データが必要である。そこで、本研究では、訪問看護ステーションの全国的な設置数等について実態を把握し、分析することとした。

2. 方法

(1) 分析に用いたデータ

市町村における訪問看護ステーションの設置状況等を把握するため、市町村及び訪問看護ステーションに関するデータのうち、以下を活用した。

- | | |
|--------------|---|
| ■ 市町村別人口 | : 平成 17 年国勢調査 (平成 17 年 10 月 1 日時点) |
| ■ 市町村別面積 | : 平成 17 年全国都道府県市区町村別面積調 (平成 17 年 10 月 1 日時点) |
| ■ 市町村別保険給付件数 | : 平成 16 年度 介護保険事業状況報告
(平成 16 年 3 月～平成 17 年 2 月サービス分まで) |
| ■ 市町村別保険給付額 | : 平成 16 年度 介護保険事業状況報告
(平成 16 年 3 月～平成 17 年 2 月サービス分まで) |
| ■ 市町村別介護事業所数 | : WAM - N E T |

3. 集計結果

(1) 全国の訪問看護ステーション設置状況（平成 17 年 10 月 1 日現在）

全国の市町村数（2217 市町村）のうち、平成 17 年 10 月 1 日時点で、市町村内に訪問看護ステーションがある市町村は 52.9%と約半数であり、訪問看護ステーションがない市町村は 47.1%であった。

訪問看護ステーションがない市町村の人口を合計すると、全国の総人口の 7.1%となっており、これらの市町村における要介護者の人数は、全国の要介護者の人数の 8.9%であった。

図表 I-1 市町村別 訪問看護ステーションの設置状況（平成 17 年 10 月 1 日現在）

	ステーションあり	ステーションなし	総計
市町村数	1173	1044	2217
%	52.9%	47.1%	100.0%

注) 平成 17 年 10 月以降の市町村合併などにより、住所地データがマッチングできなかった訪問看護ステーションが 150 カ所程度ある

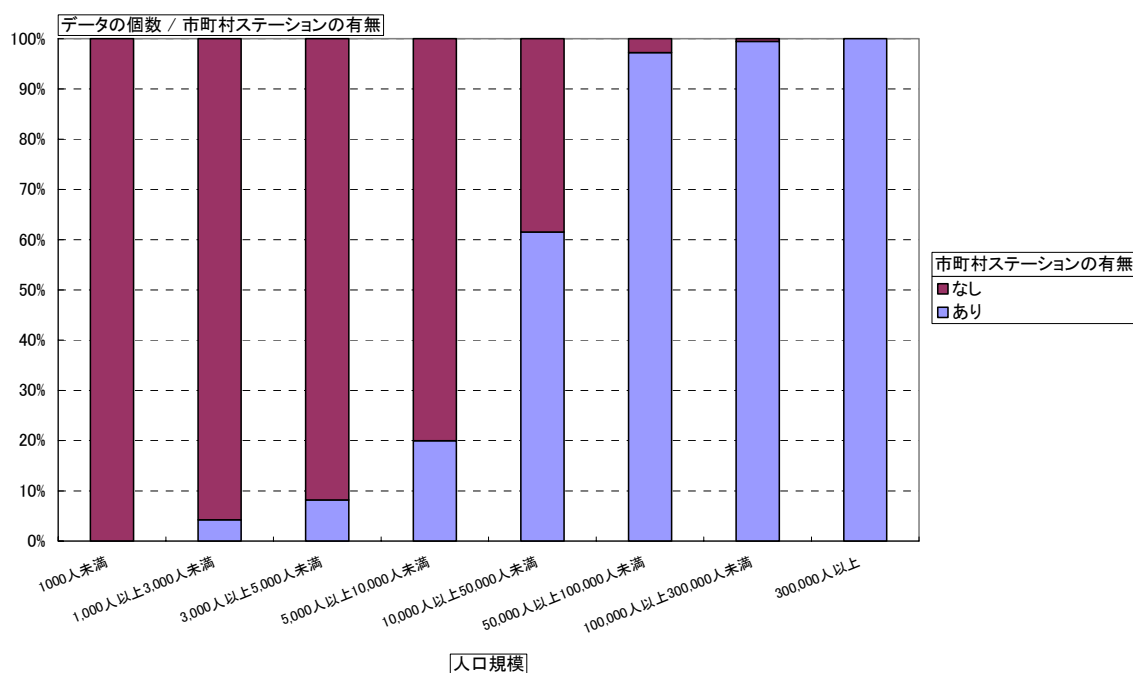
(2) 市町村の人口規模別訪問看護ステーションの設置状況（平成 17 年 10 月 1 日現在）

市町村の人口規模別に訪問看護ステーションの設置状況をみると、人口規模が大きい市町村では、訪問看護ステーションが設置されている割合が高くなる。人口が 1 万人を超える市町村では、訪問看護ステーションの設置率が 6 割を超えるが、1 万人未満の市町村では、設置率が低くなる。訪問看護ステーションがない市町村のうち、90.1%は人口 2 万人未満の規模の市町村であった。

図表 I-2 人口規模別 訪問看護ステーションの設置状況（平成 17 年 10 月 1 日現在）

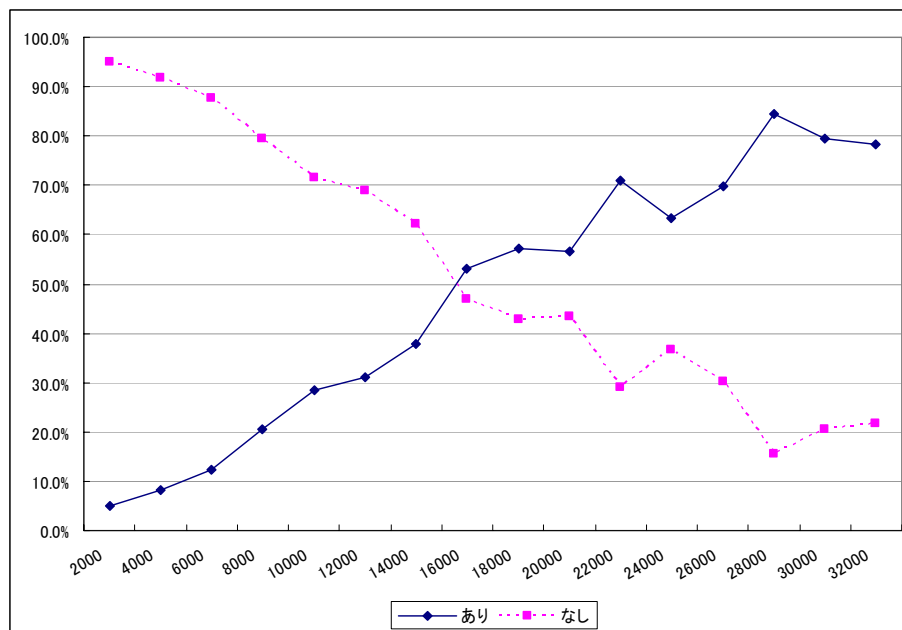
人口規模	市 町 村 数 (A)	ステーション設 置市町村数 (B)	ステーション設 置割合 (B/A)	ステーショ ン数合計
1000 人未満	25	0	0%	0
1,000 人以上 3,000 人未満	141	6	4%	7
3,000 人以上 5,000 人未満	195	16	8%	16
5,000 人以上 10,000 人未満	426	85	20%	90
10,000 人以上 50,000 人未満	925	569	62%	936
50,000 人以上 100,000 人未満	253	246	97%	813
100,000 人以上 300,000 人未満	181	180	99%	1308
300,000 人以上	71	71	100%	2508
総計	2217	1173	53%	5678

注) 平成 17 年 10 月以降の市町村合併などにより、住所地データがマッチングできなかった訪問看護ステーションが 150 カ所程度ある



図表 I-3 人口規模別 訪問看護ステーションの設置割合

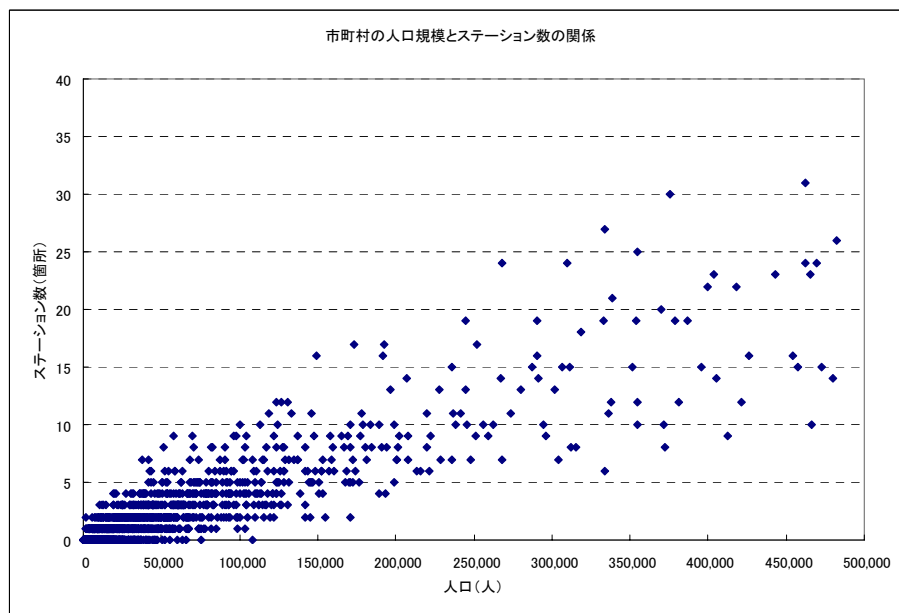
市町村の人口規模別（2000 人毎）に訪問看護ステーション設置の有無の別に市町村数の割合をみると、下図のようになっており、人口 16000 人を越えると、訪問看護ステーションが「あり」の市町村割合が「なし」を上回っている。



図表 I -4 人口規模と訪問看護ステーション有無割合の関係

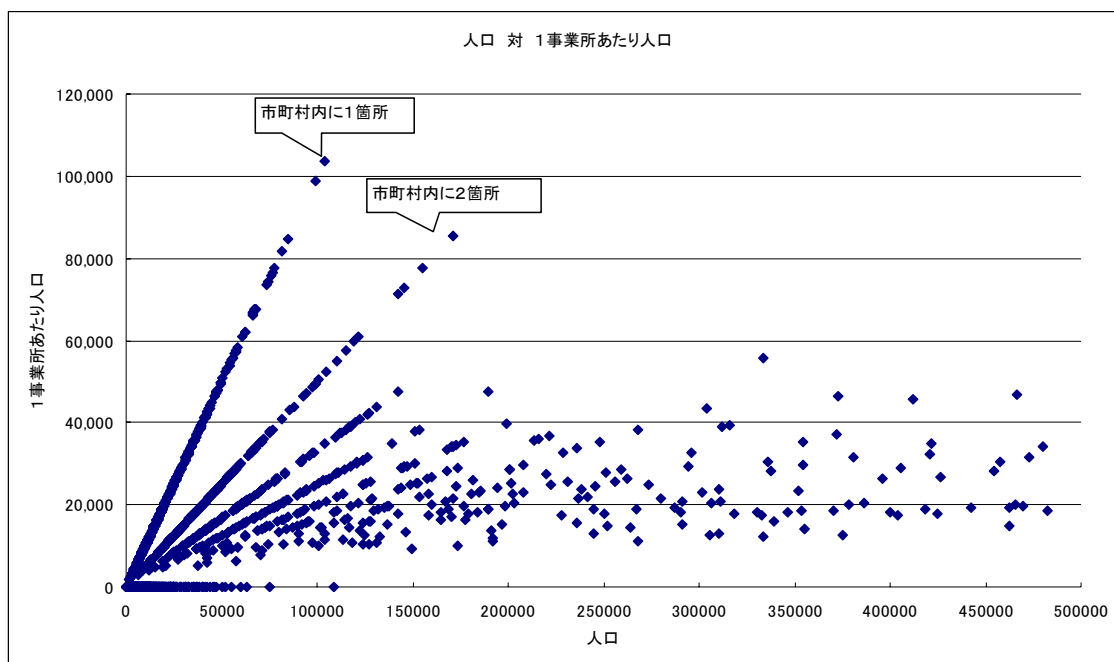
(3) 市町村の人口規模と訪問看護ステーション数の関係

市町村の人口規模と市町村内にある訪問看護ステーション数の関係をみると、人口規模が大きくなるにつれて、訪問看護ステーションの設置数が多くなる傾向がみられる。一方で、人口が同規模の市町村でも訪問看護ステーションの設置数には開きがある。



図表 I-5 市町村の人口規模と訪問看護ステーション数の関係

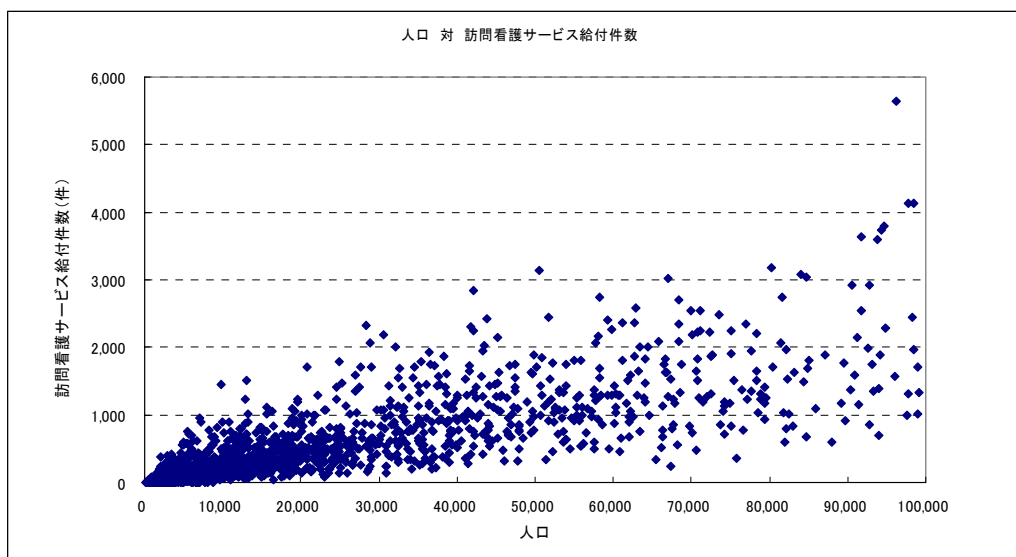
訪問看護ステーション1事業所あたりの人口（市町村人口÷市町村内の訪問看護ステーション数）をみると、人口規模が10万人以上の市町村では、1事業所あたり人口は約20,000人となっている。



図表 I-6 市町村の人口規模と訪問看護ステーション1事業所あたり人口の関係

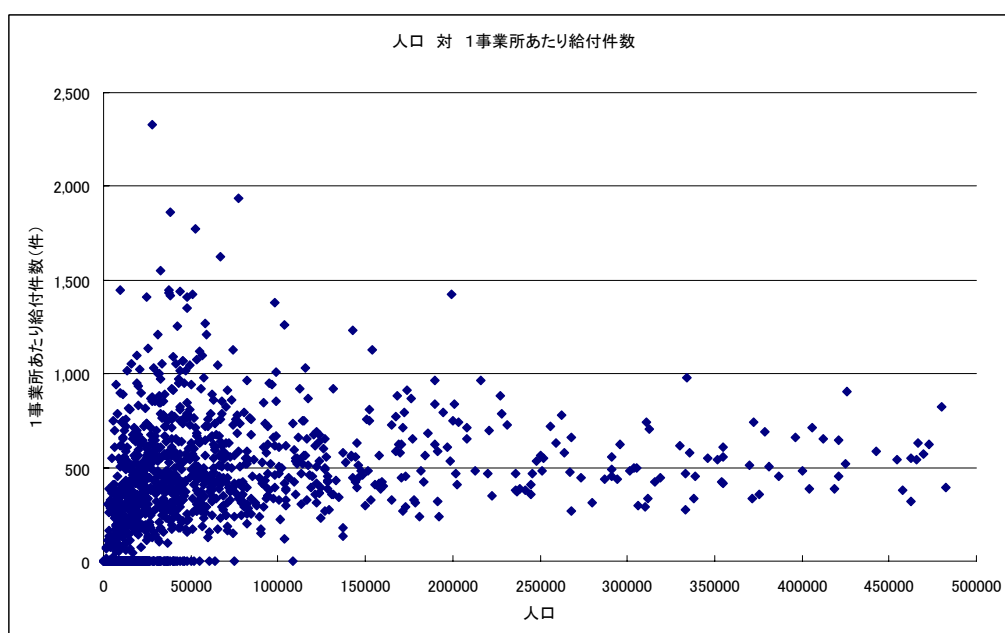
(4) 市町村の人口規模と訪問看護給付件数の関係

市町村の人口規模と介護保険による訪問看護サービス給付件数の関係をみると、人口規模が大きくなると、訪問看護の給付件数も多くなるが、同一の人口規模の市町村でも、訪問看護給付件数には開きがある。



図表 I-7 市町村の人口規模と訪問看護給付件数の関係

訪問看護ステーション1事業所あたりの訪問看護給付件数(年間)³をみると、人口10万人以上の市町村では、訪問看護ステーション1事業所あたり年間約500件(1ヶ月の実利用者約42件)となっている。

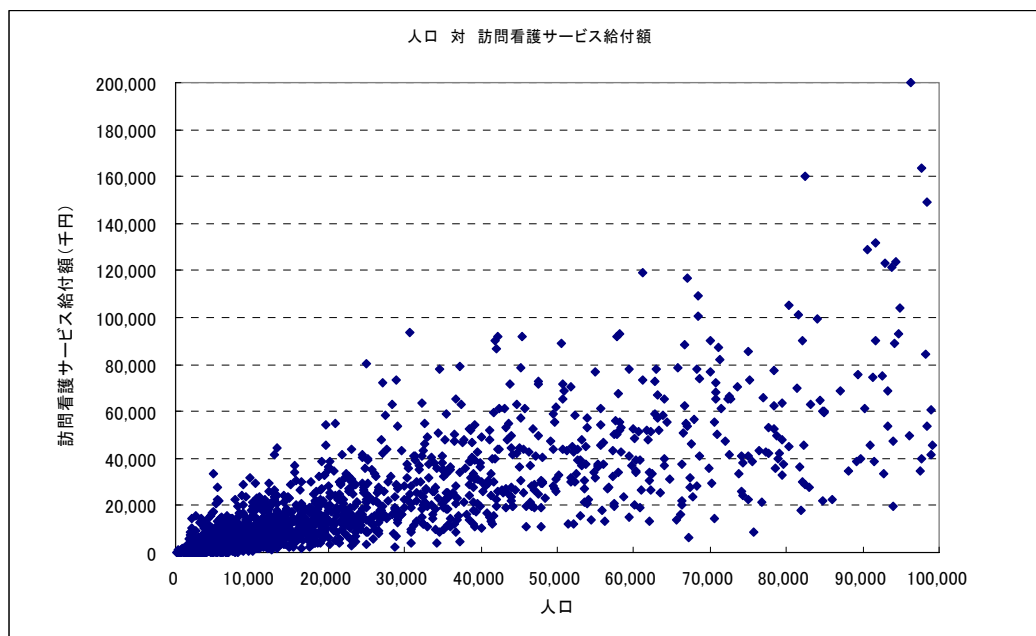


図表 I-8 市町村の人口規模と訪問看護ステーション1事業所あたり給付件数の関係

³ 算出式；当該市町村の平成16年度給付件数÷当該市町村に所在する訪問看護ステーション数

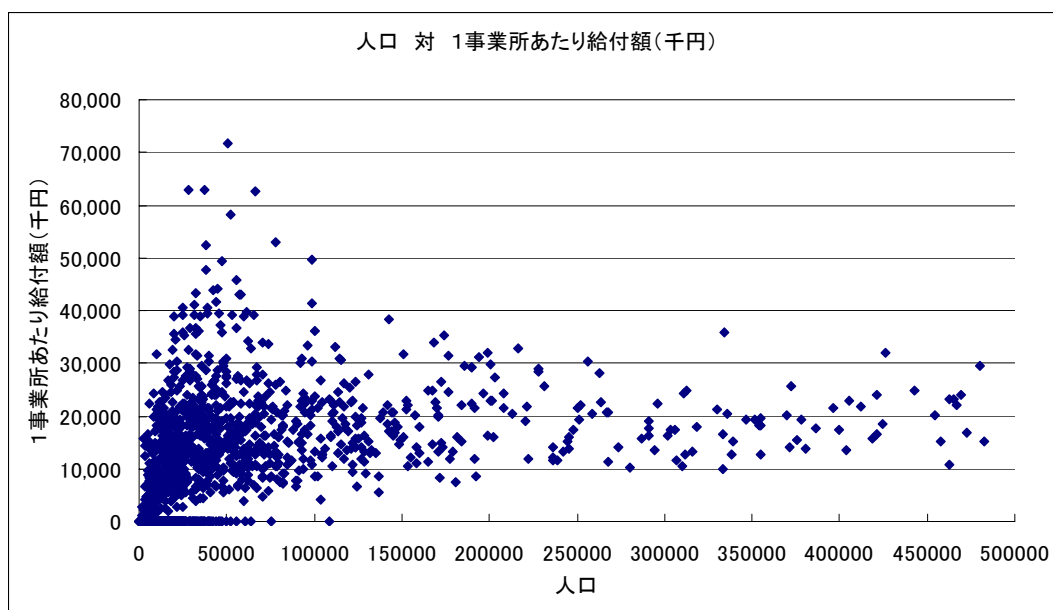
(5) 市町村の人口規模と訪問看護給付件数の関係

市町村の人口規模と介護保険による訪問看護サービス給付額（千円）の関係をみると、人口規模が大きくなると、訪問看護の給付額も多くなるが、同一の人口規模の市町村でも、訪問看護給付額には開きがある。



図表 I-9 市町村の人口規模と訪問看護給付額の関係

訪問看護ステーション1事業所あたりの介護保険による給付額（年間）⁴をみると、人口10万人以上の市町村では、1事業所あたり年間約2000万円となっている。

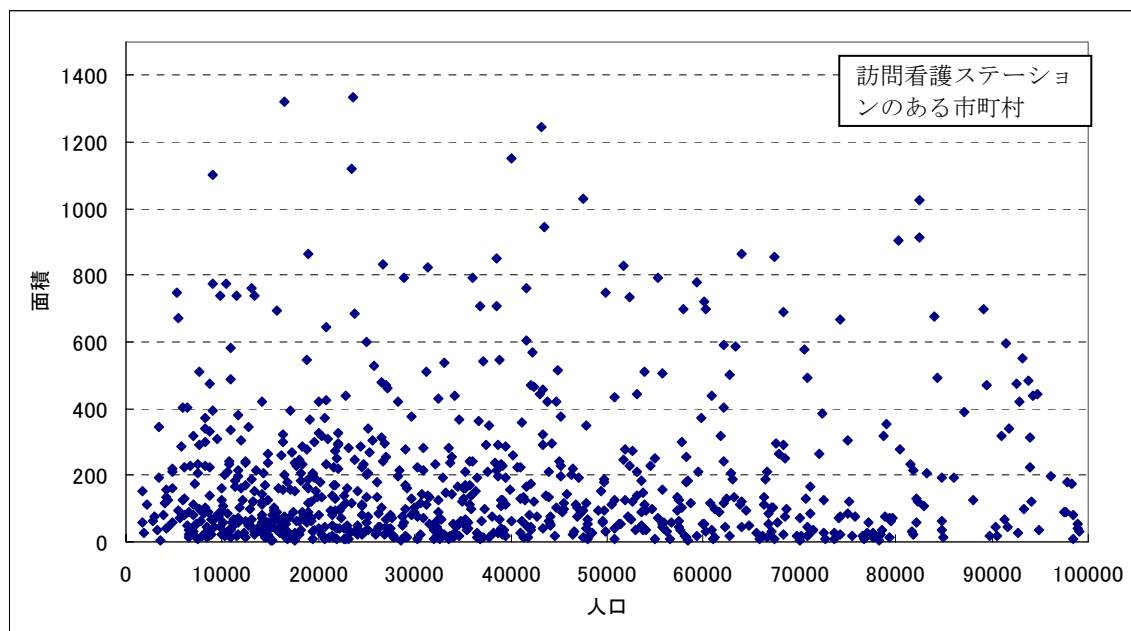


図表 I-10 市町村の人口規模と訪問看護ステーション1事業所あたり給付額の関係

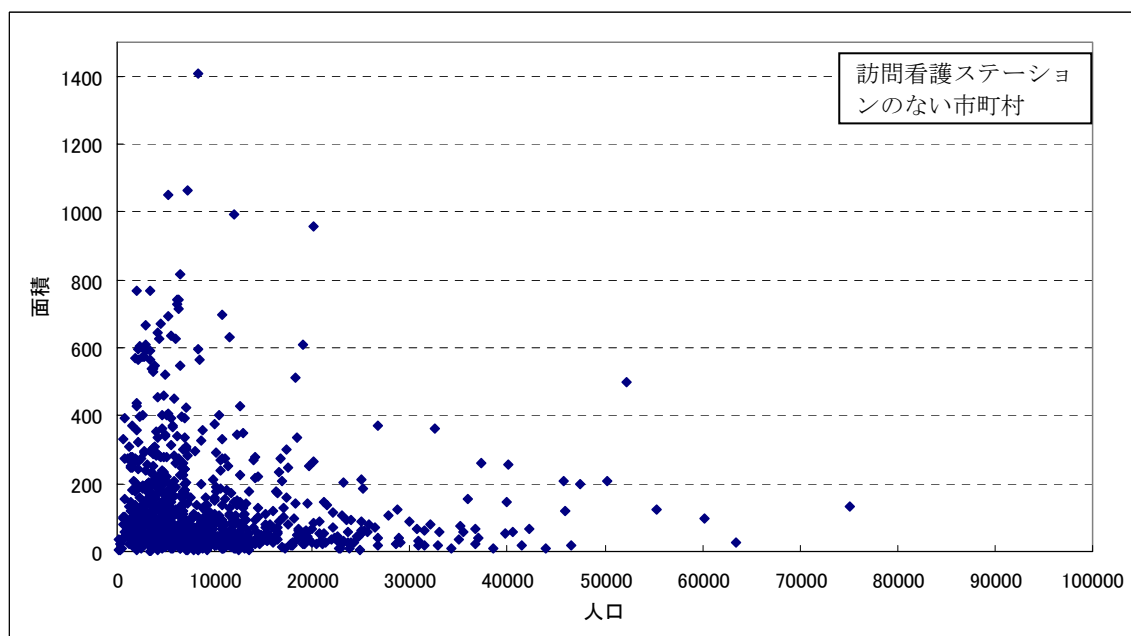
⁴ 算出式；当該市町村の平成16年度給付額（千円）÷当該市町村に所在する訪問看護ステーション数

(5) 訪問看護ステーションの有無と市町村の人口・面積の関係

訪問看護ステーションのある市町村（図表Ⅰ－11）と訪問看護ステーションのない市町村（図表Ⅰ－12）を比較すると、訪問看護ステーションのない市町村は、人口規模 20,000 人以下で比較的面積の広い市町村に多く分布している傾向がみられる。



図表Ⅰ－11 訪問看護ステーションのある市町村の人口と面積の関係



図表Ⅰ－12 訪問看護ステーションのない市町村の人口と面積の関係

Ⅱ 訪問範囲調査

1. 目的

平成 17 年度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」において、全国の訪問看護ステーションの所在地を地図上にマッピングしたところ、都市部に偏在している傾向がみられ、訪問看護ステーションのない地域も多くあることが分かった。一方で、訪問看護ステーションの所在地情報だけでは、実際の訪問範囲が分からないため、どの程度の地域を訪問看護ステーションがカバーできているのかが分からないという限界があった。

そこで、平成 18 年度は、全国の 8 都道府県において、基本的に都道府県内の全訪問看護ステーションの協力を得て、実際に訪問している範囲を地図上に回答してもらうことにより、それらの都道府県全体の訪問範囲マップを作成し、訪問看護ステーションがカバーできていない地域の実態を把握することを目的とした。

2. 方法

調査対象は、以下の 8 つの都道府県にある訪問看護ステーションとし、回収率は以下の通りであった。

図表Ⅱ-1 訪問範囲調査回収状況

《協力都道府県》

(以下、表中「St」は訪問看護ステーション)

		地区	調査対象 St 数 (休廃止・宛 先不明除く)	回 収 数 (調査票)	(率)	回 収 数 (地図)	(率)
①	北海道	道北	43	43	(100%)	43	(100%)
②	青森	全県	81	42	(52%)	42	(52%)
③	新潟	全県	100	69	(69%)	67	(67%)
④	長野	全県	128	118	(92%)	119	(93%)
⑤	山梨	全県	44	38	(86%)	38	(86%)
⑥	和歌山	全県	90	79	(88%)	80	(89%)
⑦	長崎	全県	59	47	(80%)	47	(80%)
⑧	熊本	全県	107	67	(63%)	64	(60%)
		合計	652	503	(77%)	500	(77%)

調査の実施・記入方法は以下の通りとした。

- ① 委員会及びワーキング委員、各都道府県の訪問看護連絡協議会及び全国訪問看護事業協会等を通じて、数都道府県の全訪問看護ステーションに協力を依頼した（調査票は事務局から各訪問看護ステーションに郵送）
- ② 各訪問看護ステーションにて、調査票及び地図に記入の上、事務局に返送。

－訪問範囲調査（地図）記入要領－

- ①訪問看護ステーションの所在地：印

※サテライトの訪問看護ステーションがある場合は、その所在地に⊗印をつけてください

- ②訪問範囲を3種類のペンで囲んでください

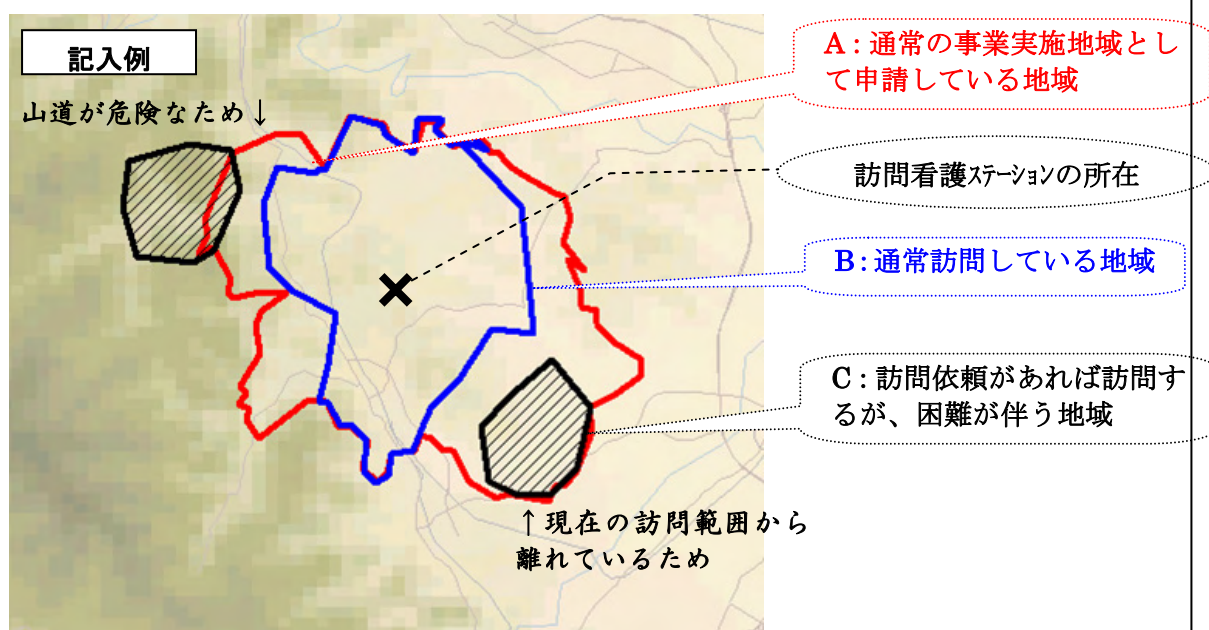
（※サテライトの訪問看護ステーションの訪問範囲も同様の方法で囲んでください）

A：通常の事業実施地域として申請している地域 →赤ペン

B：通常訪問している地域 →青ペン

C：訪問依頼があれば訪問するが、困難が伴う地域 →黒の斜線

※できれば、訪問困難な理由を書き添えてください。



A：通常の事業実施地域として申請している地域

訪問看護ステーションの指定を受ける際に「通常の事業実施地域」として申請した地域を赤ペンで囲んで下さい。

B：通常訪問している地域

主に訪問している地域を青ペンで囲んでください。実際に訪問している利用者宅をすべて線で結ぶ必要はありません。「通常の事業実施地域」として申請した地域と一致する場合は、Aの線（赤）とBの線（青）が重なっても構いません。

C：訪問依頼があれば訪問するが、困難が伴う地域

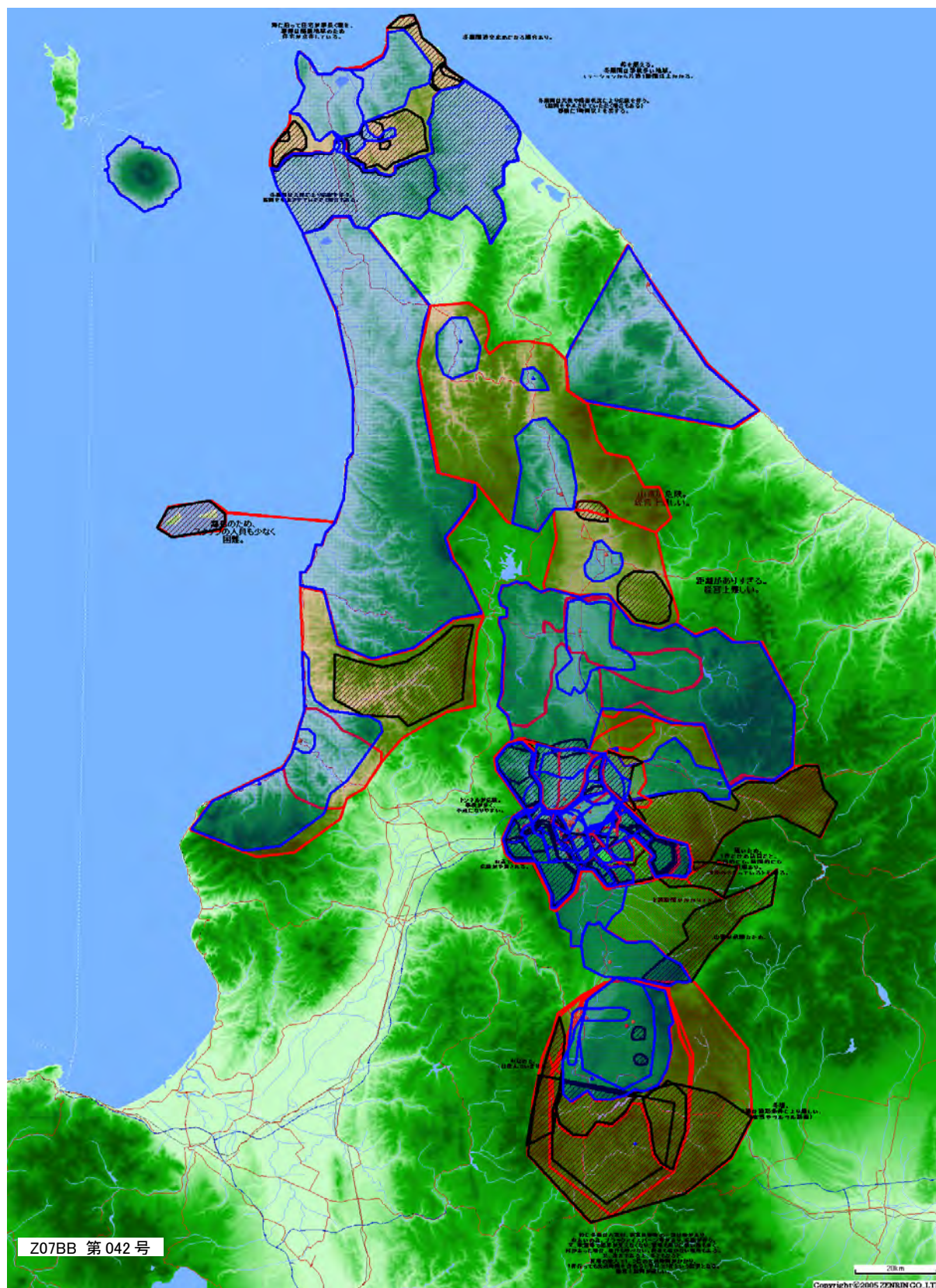
訪問依頼があれば訪問するが、訪問には困難が伴う地域を黒の斜線で囲んで下さい。実際の訪問経験は問いません。（「困難が伴う」とは、訪問に危険が伴う、遠方のため経営上訪問が難しい、交通事情上等により安定した訪問が難しい、など訪問に何らかの障害がある場合をさします。）

3. 結果

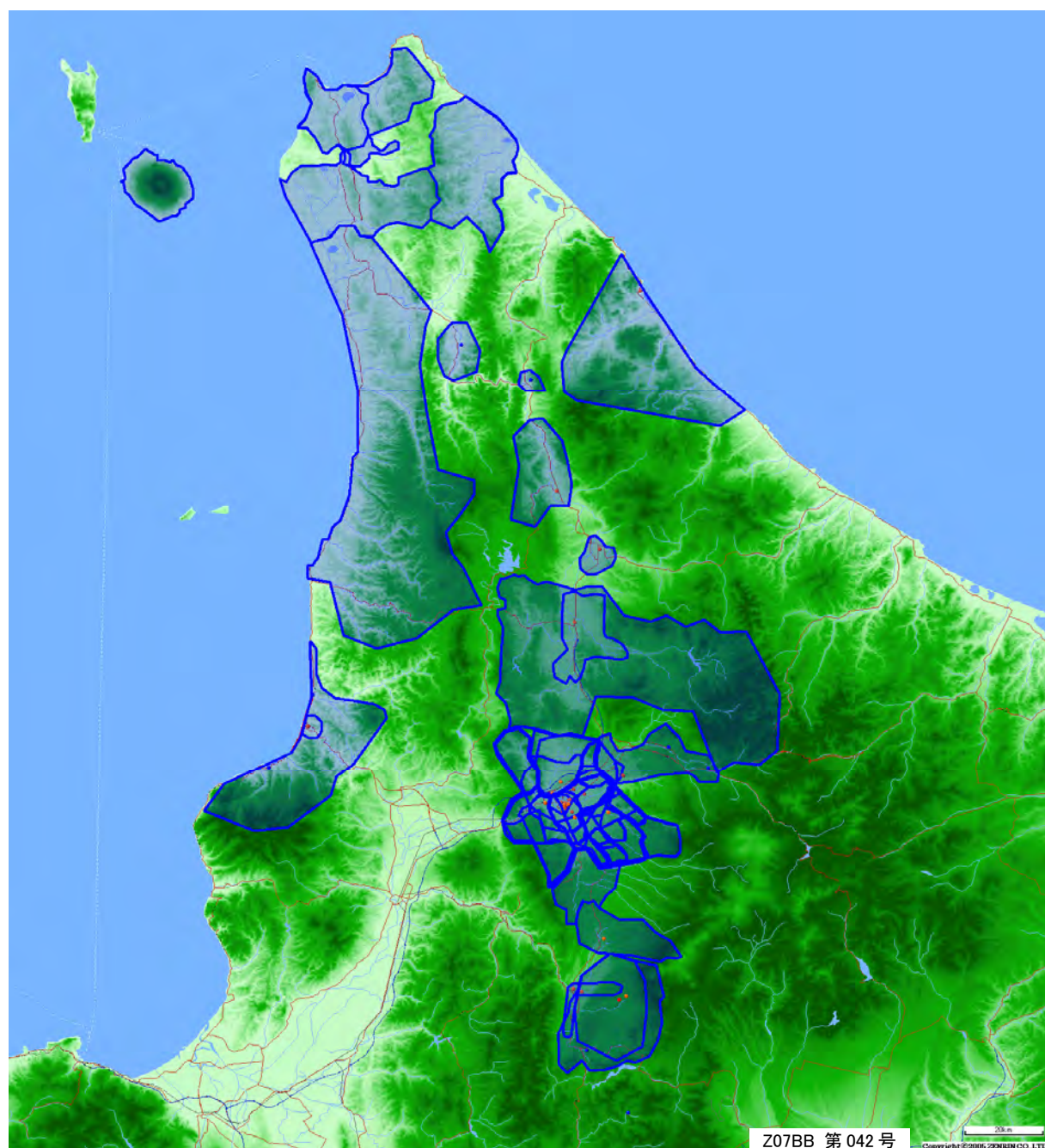
1) 都道府県別の訪問範囲

① 北海道（道北地区）

調査対象 St.数 (休廃止・宛先不明除く)	回収数 (調査票)	(率)	回収数 (地図)	(率)
43	43	(100%)	43	(100%)



【通常訪問している地域】

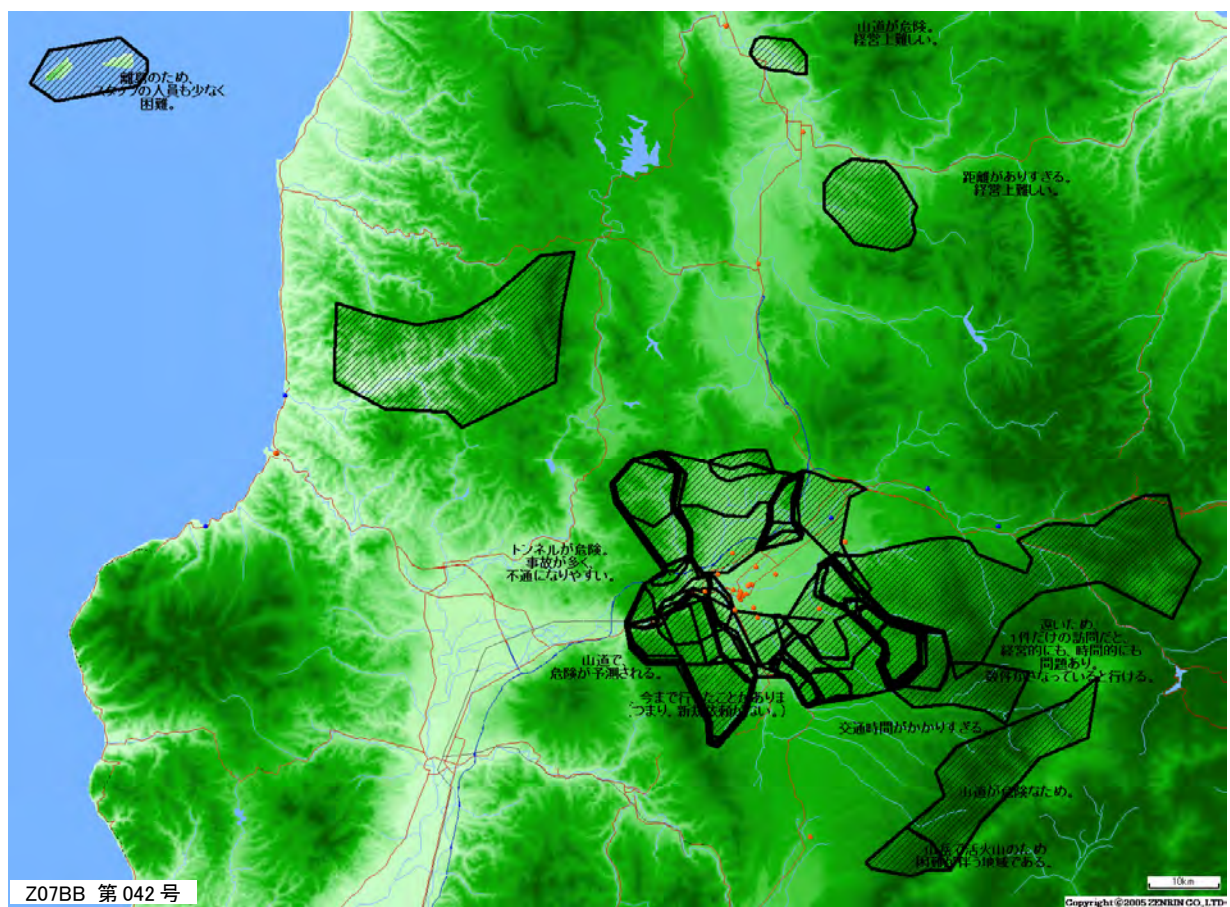


【訪問依頼があれば訪問するが、困難が伴う地域】

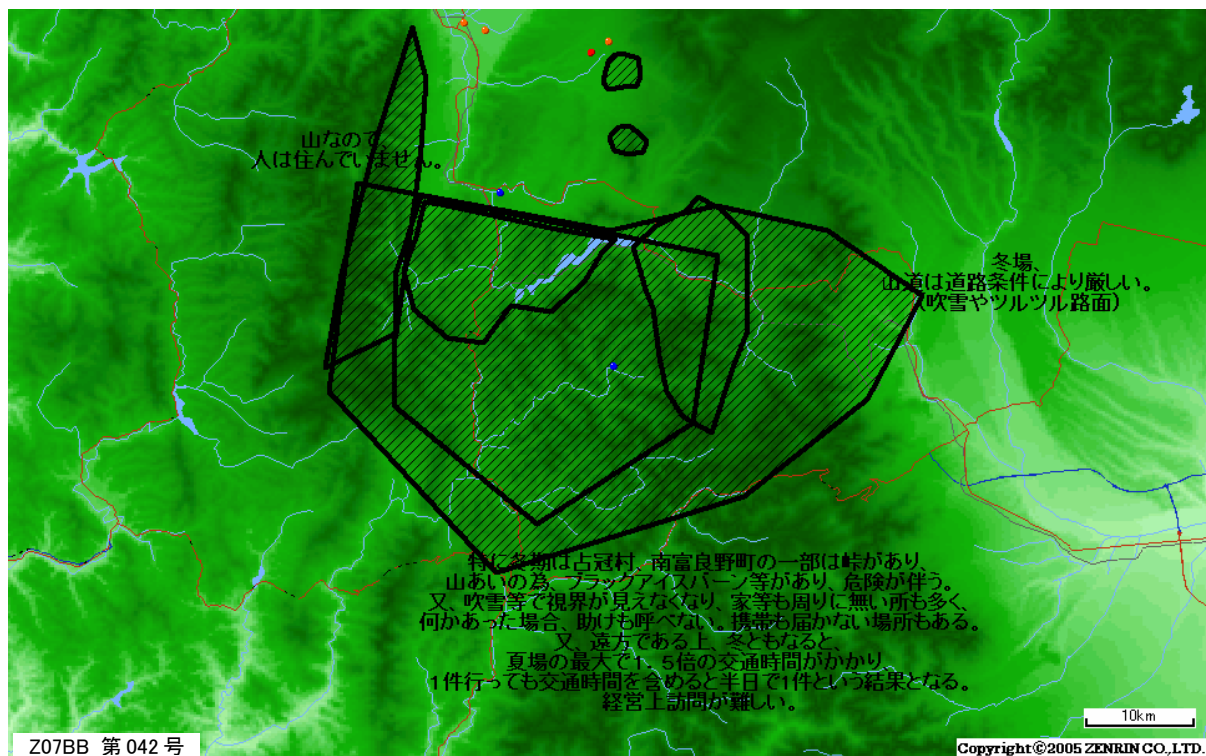
北海道稚内地域



北海道道北地域（北部）



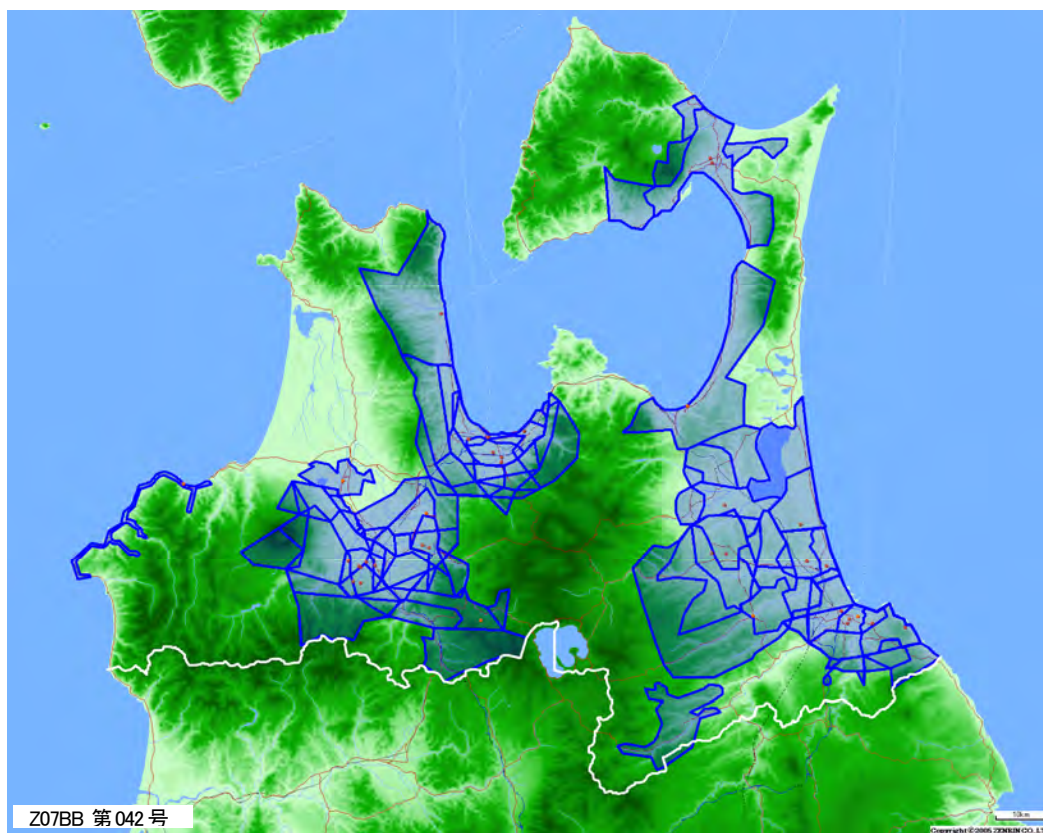
北海道道北地域（南部）



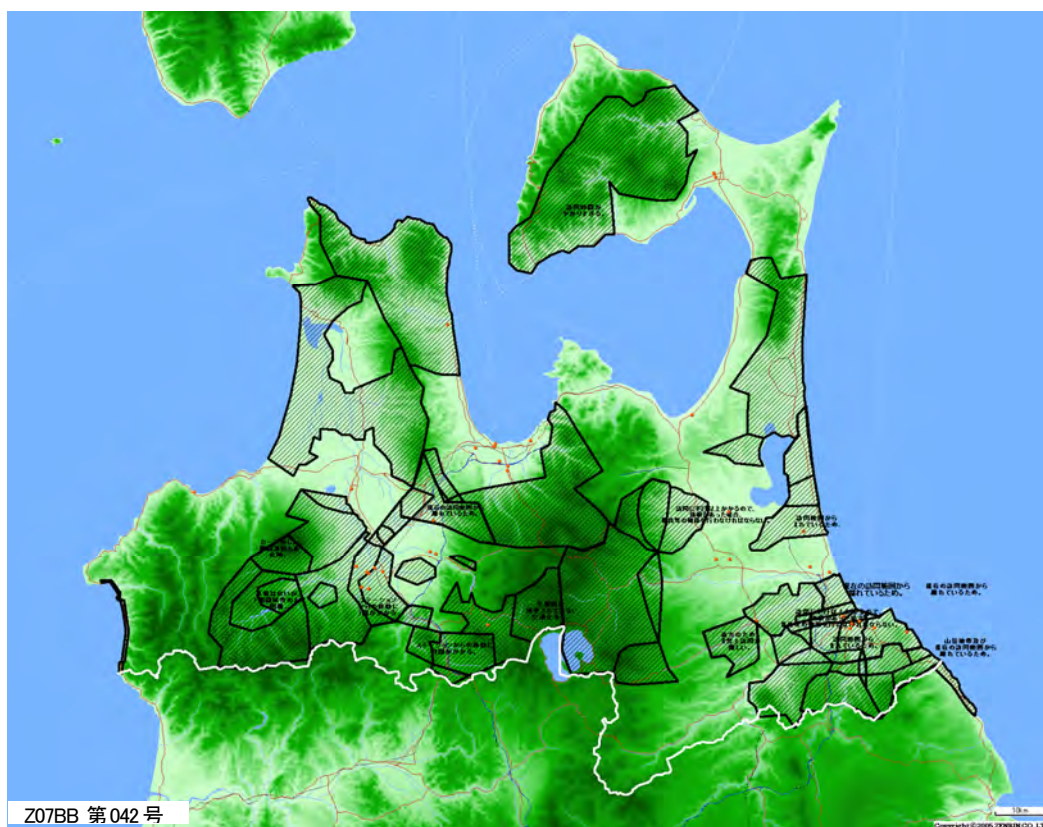
②青森県

調査対象 St.数 (休廃止・宛先不明除く)	回収数 (調査票)	(率)	回収数 (地図)	(率)
81	42	(52%)	42	(52%)

【通常訪問している地域】



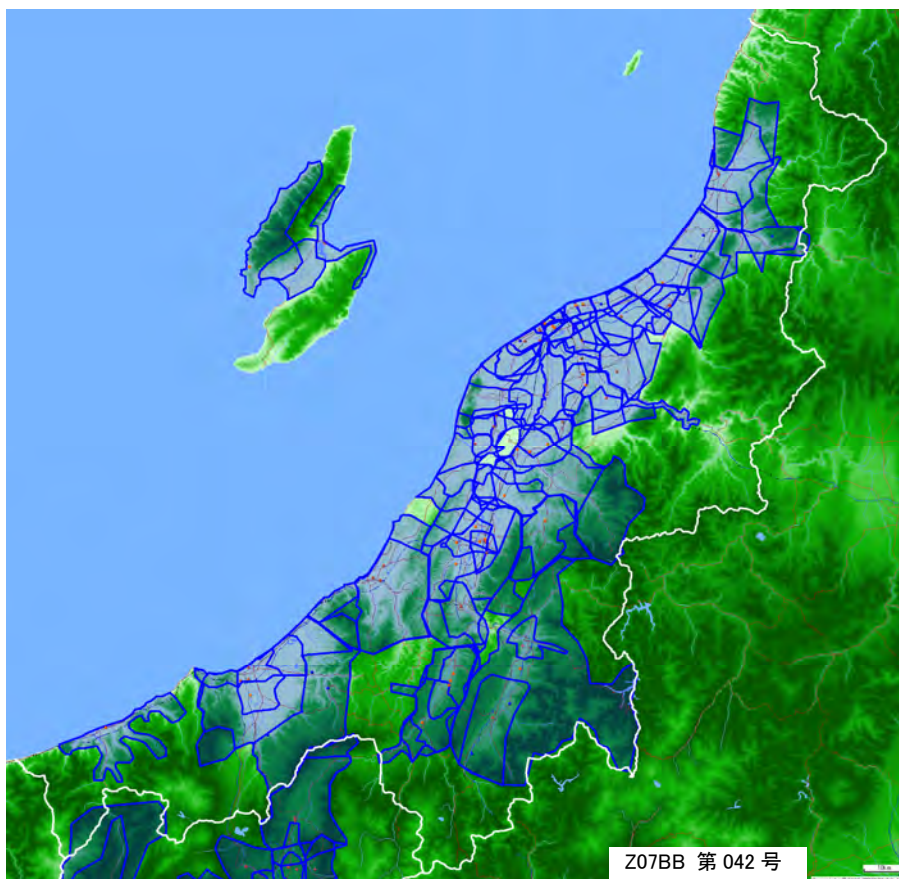
【訪問依頼があれば訪問するが、困難が伴う地域】



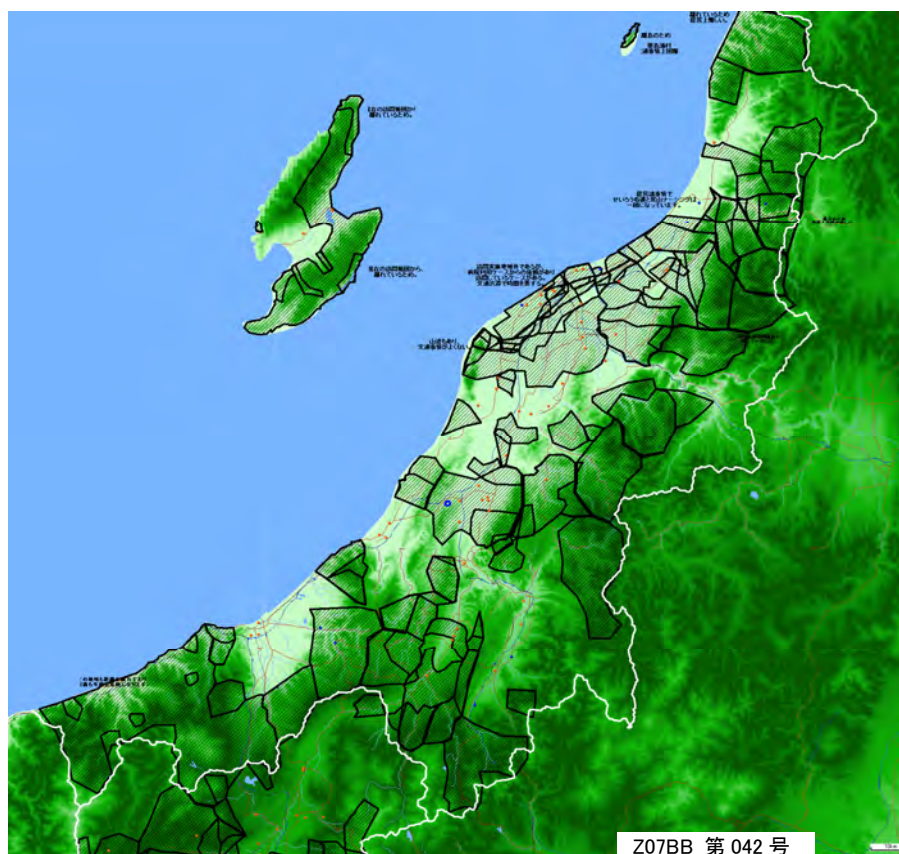
③新潟県

【通常訪問している地域】

調査対象 St.数 (休廃止・宛先不明除く)	回収数 (調査票)	(率)	回収数 (地図)	(率)
100	69	(69%)	67	(67%)



【訪問依頼があれば訪問するが、困難が伴う地域】

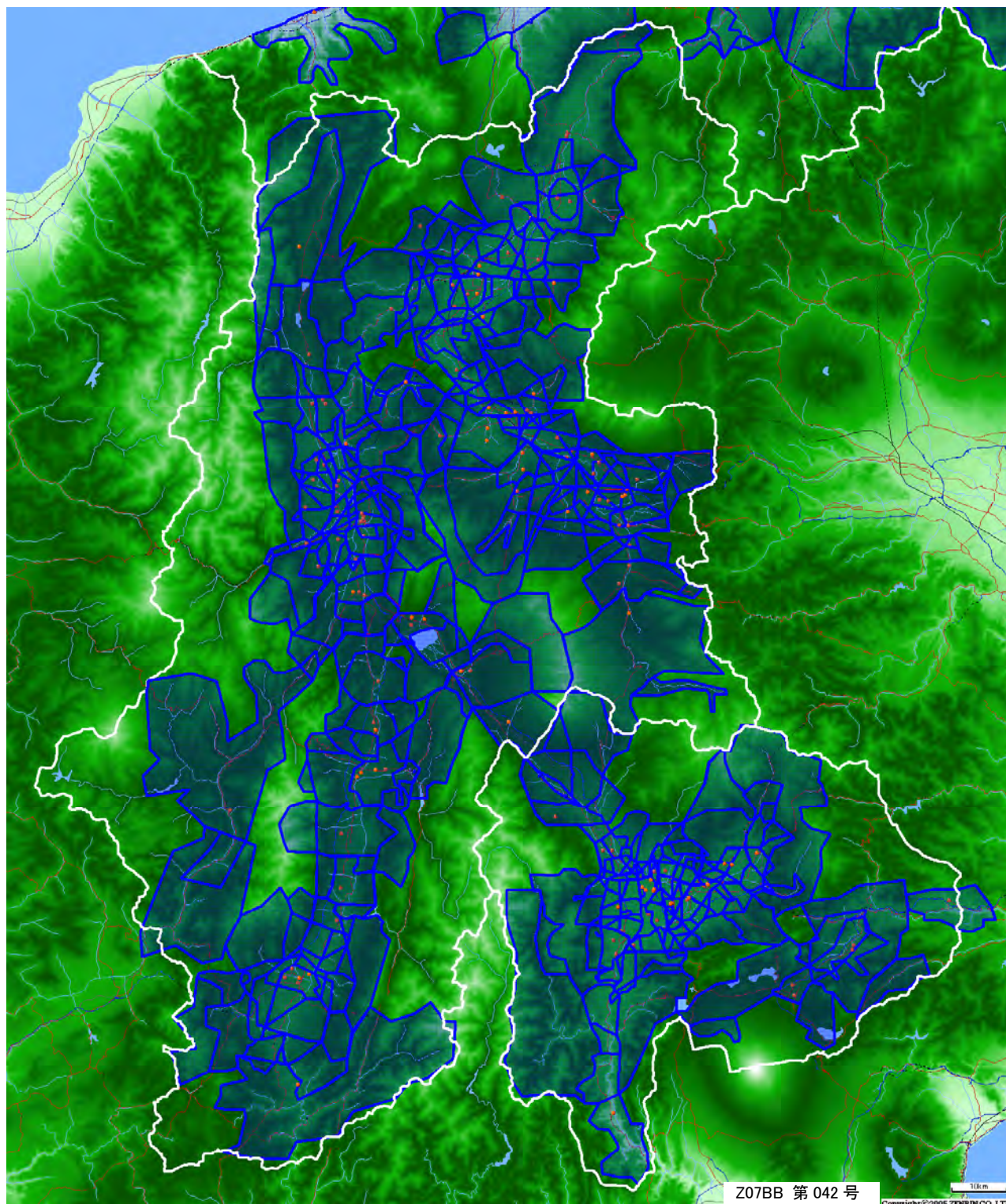


④長野県

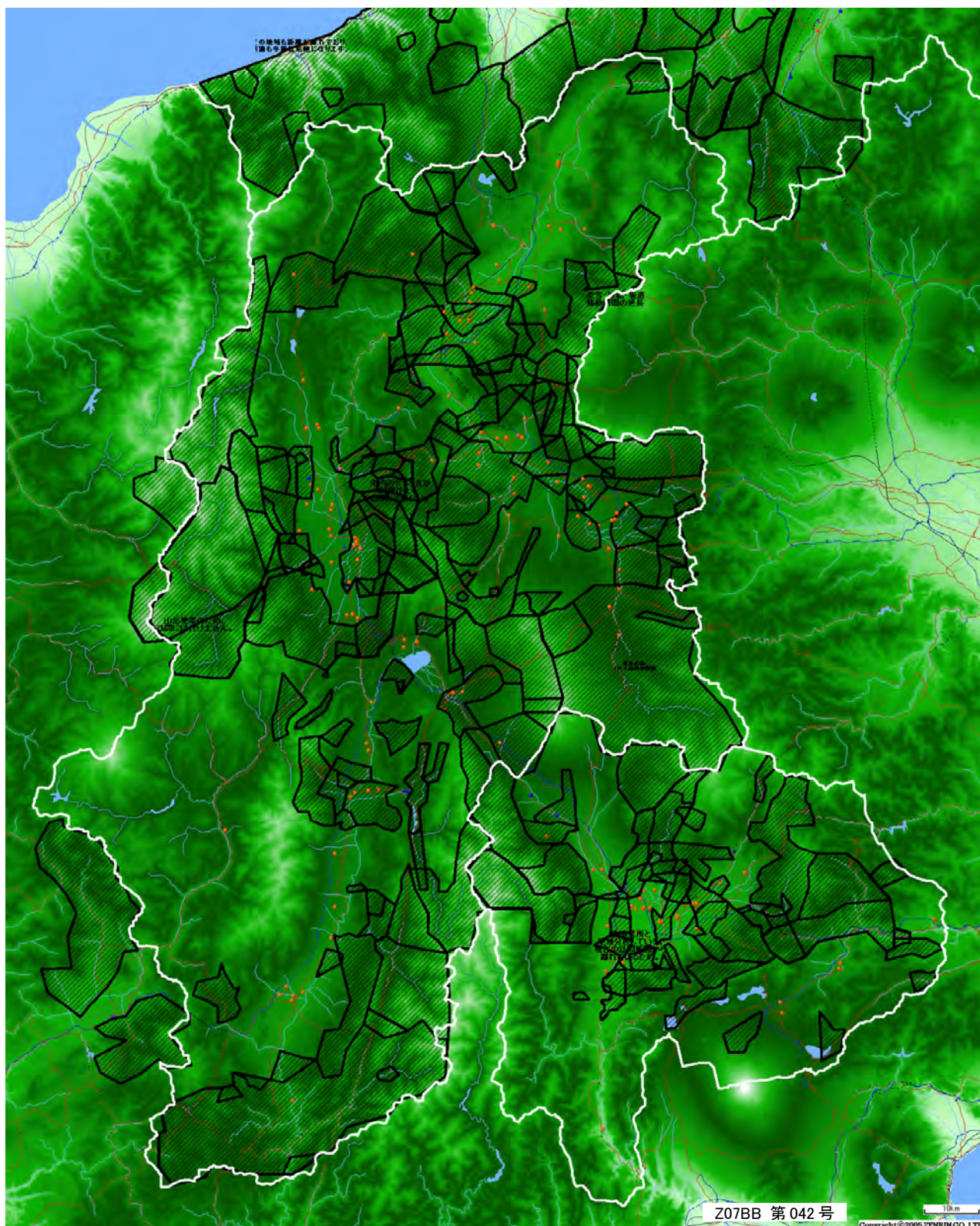
⑤山梨県

【通常訪問している地域】

調査対象 St.数 (休廃止・宛先不明除く)	回収数 (調査票)	(率)	回収数 (地図)	(率)
128	118	(92%)	119	(93%)
調査対象 St.数 (休廃止・宛先不明除く)	回収数 (調査票)	(率)	回収数 (地図)	(率)
44	38	(86%)	38	(86%)



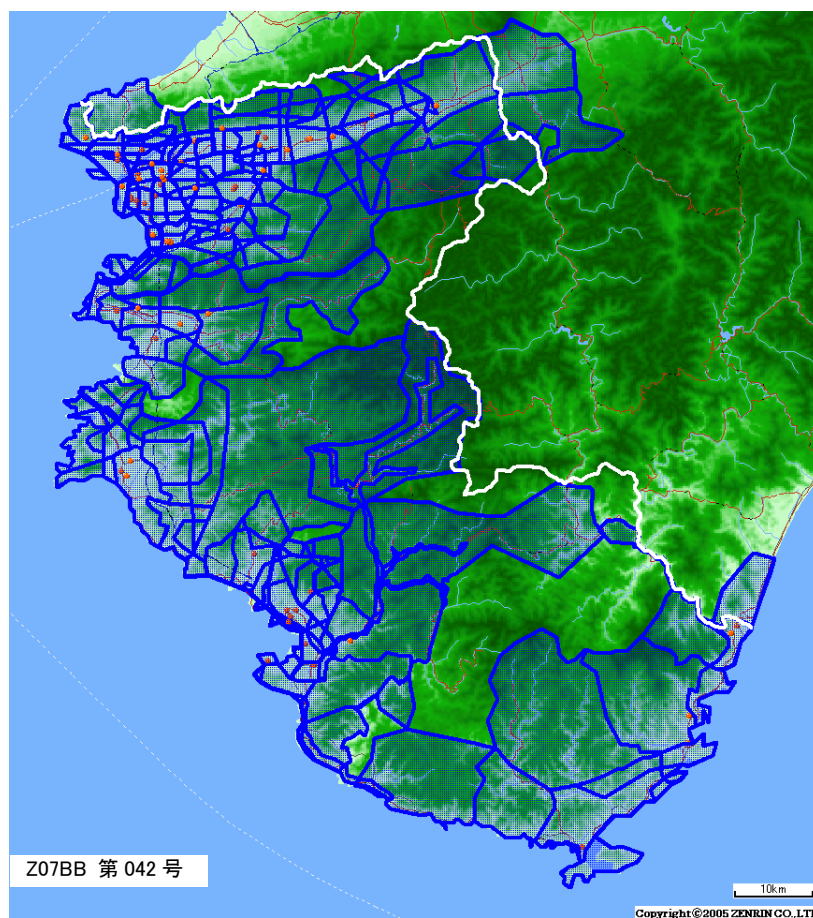
【訪問依頼があれば訪問するが、困難が伴う地域】



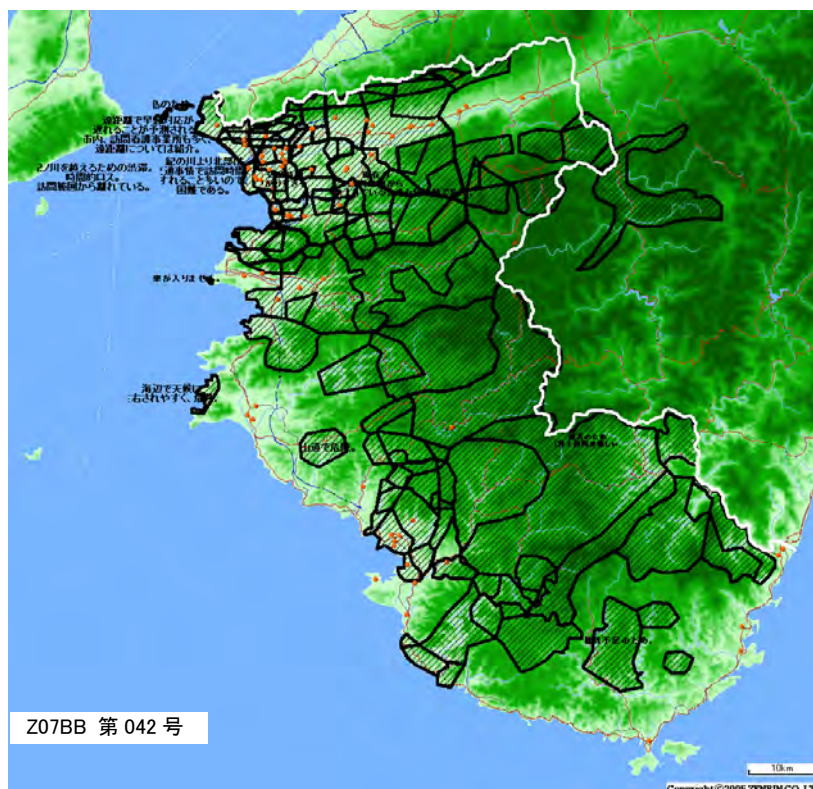
⑥和歌山県

【通常訪問している地域】

調査対象 St.数 (休廃止・宛先不明除く)	回収数 (調査票)	(率)	回収数 (地図)	(率)
90	79	(88%)	80	(89%)



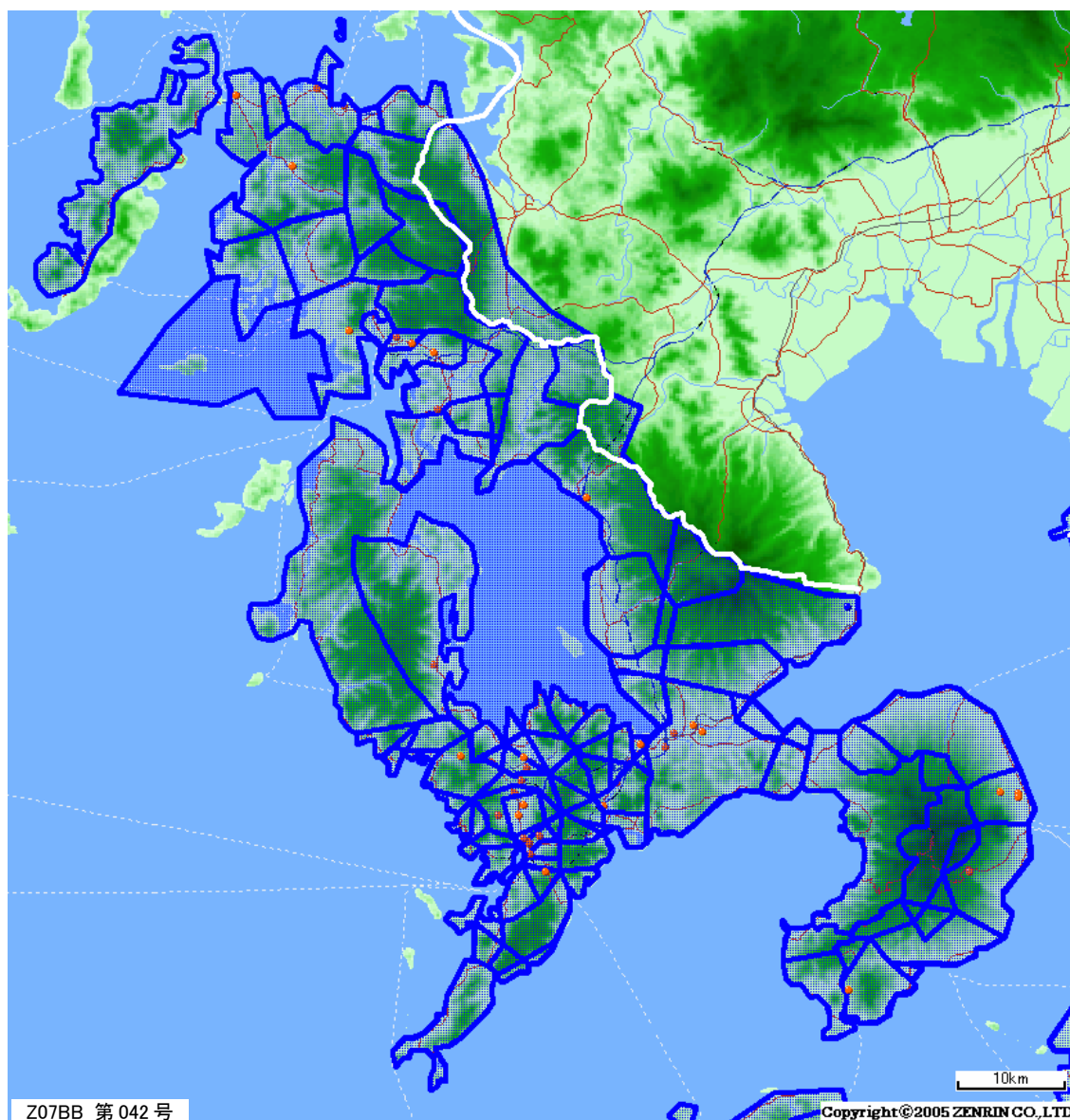
【訪問依頼があれば訪問するが、困難が伴う地域】



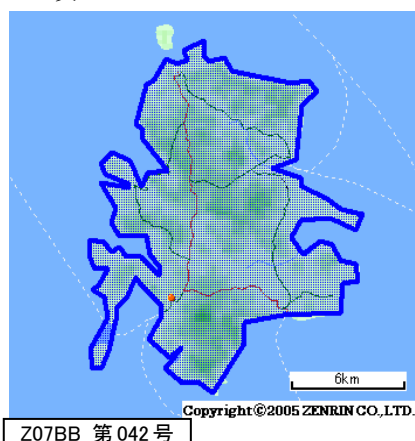
⑦長崎県

【通常訪問している地域】

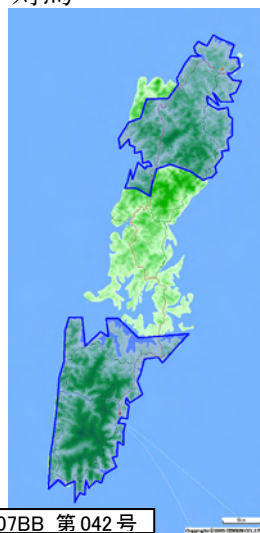
調査対象 St.数 (休廃止・宛先不明除く)	回収数 (調査票)	(率)	回収数 (地図)	(率)
59	47	(80%)	47	(80%)



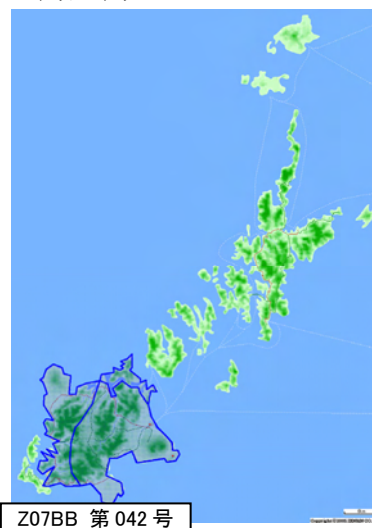
壱岐



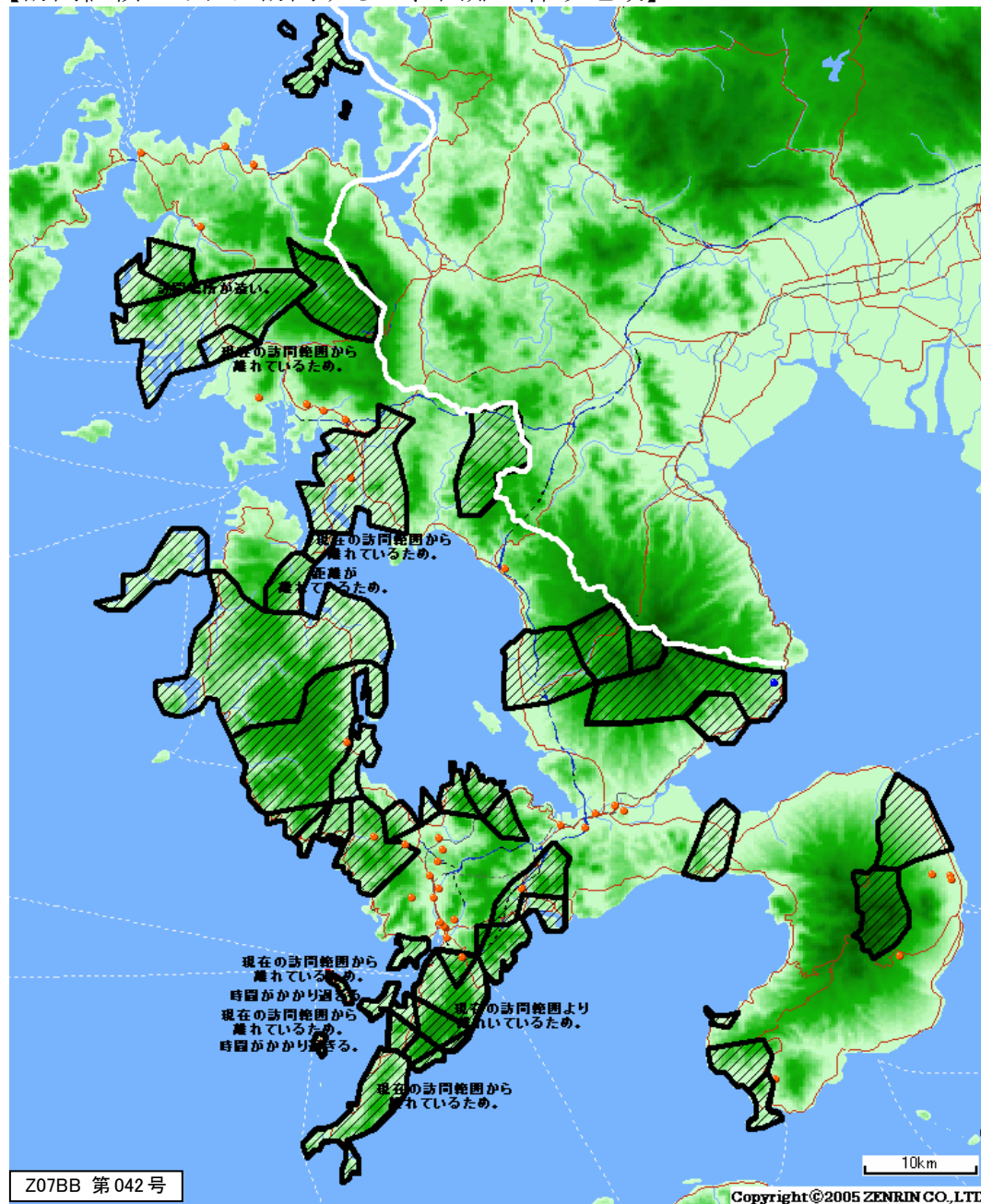
対馬



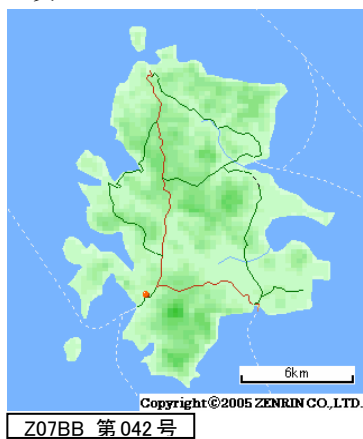
五島列島



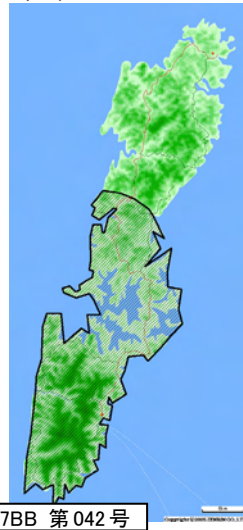
【訪問依頼があれば訪問するが、困難が伴う地域】



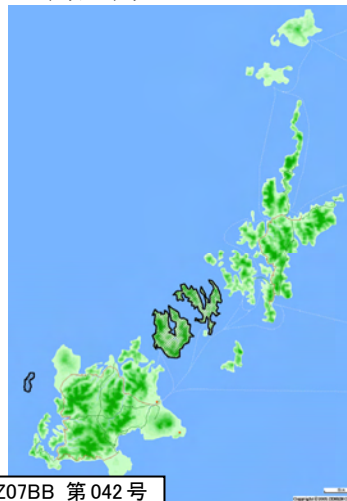
壱岐



対馬



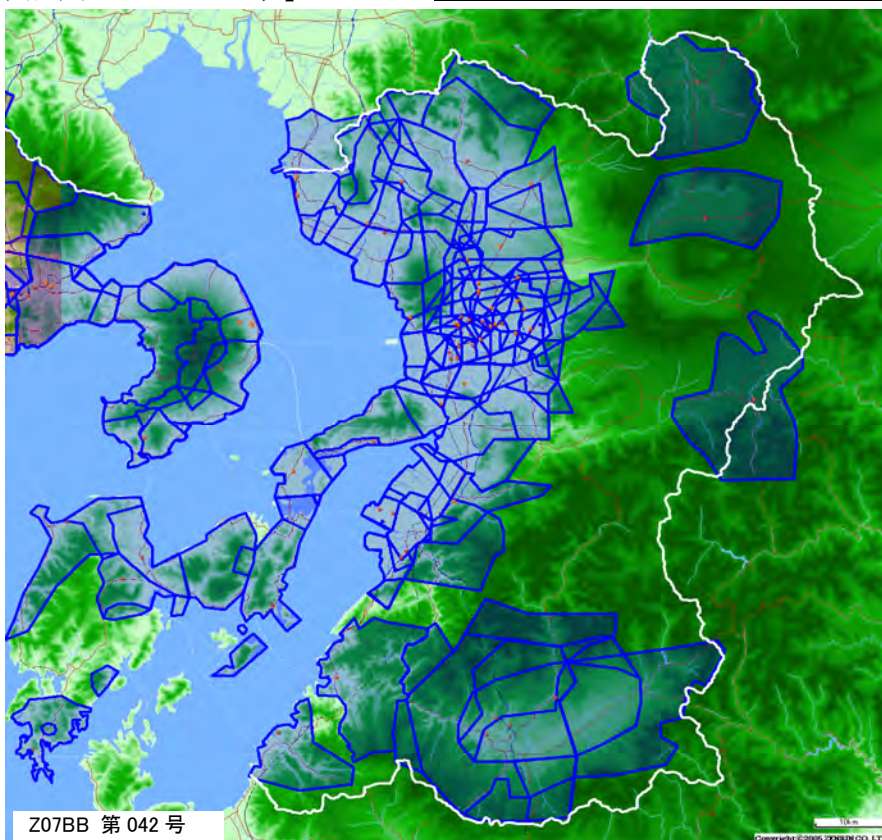
五島列島



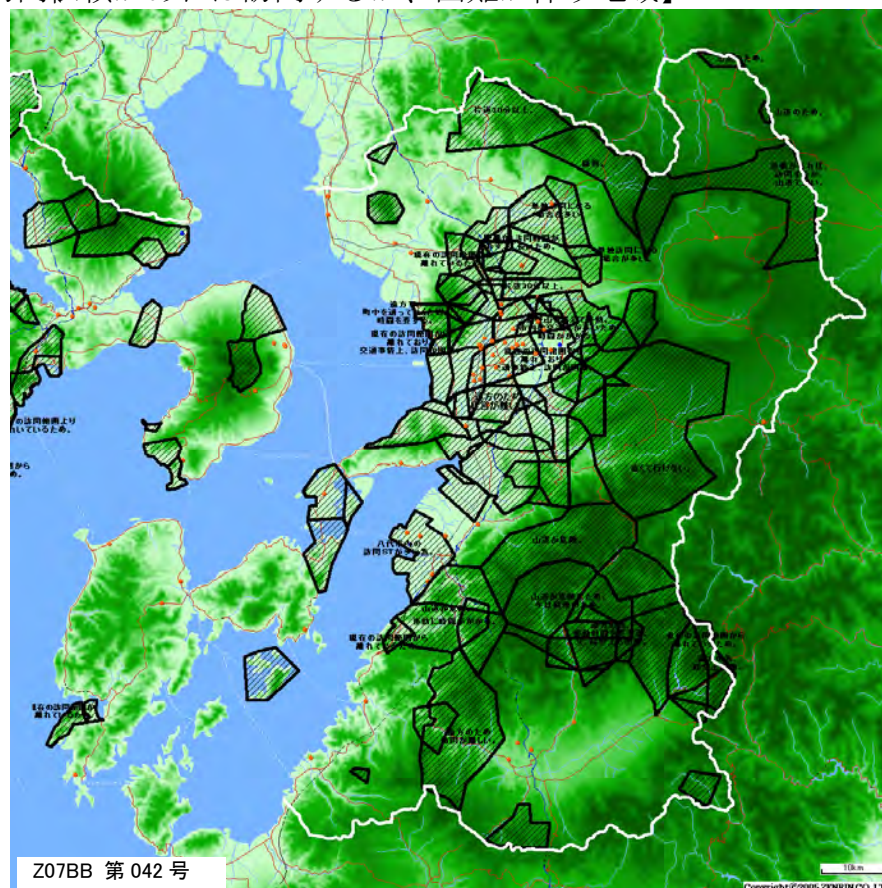
⑧熊本県

【通常訪問している地域】

調査対象 St. 数 (休廃止・宛先不明除く)	回収数 (調査票)	(率)	回収数 (地図)	(率)
107	67	(63%)	64	(60%)



【訪問依頼があれば訪問するが、困難が伴う地域】

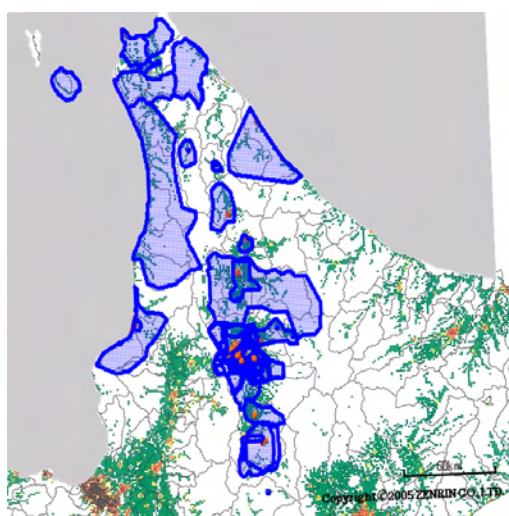


なお、回収率の高かった北海道、長野県、山梨県、和歌山県の「通常訪問している地域」と平成 12 年国勢調査に関する地域メッシュ統計地図（総務省統計局）とを重ね合わせてみると、通常訪問している地域は人口の多い地区に集中していることがわかる。

凡例 メッシュは 1km 四方

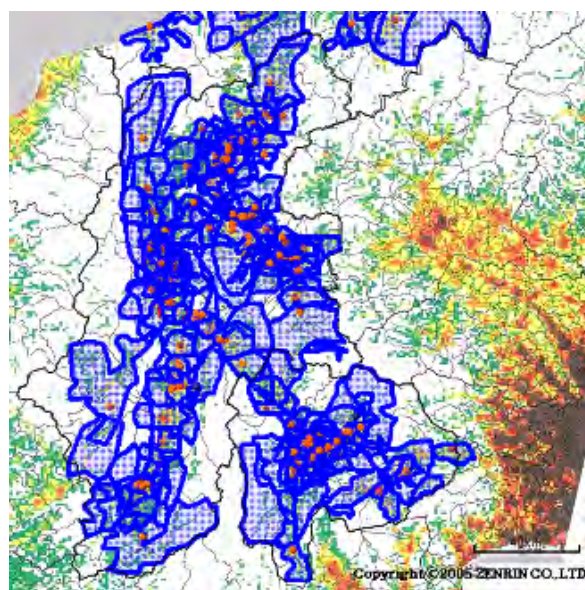
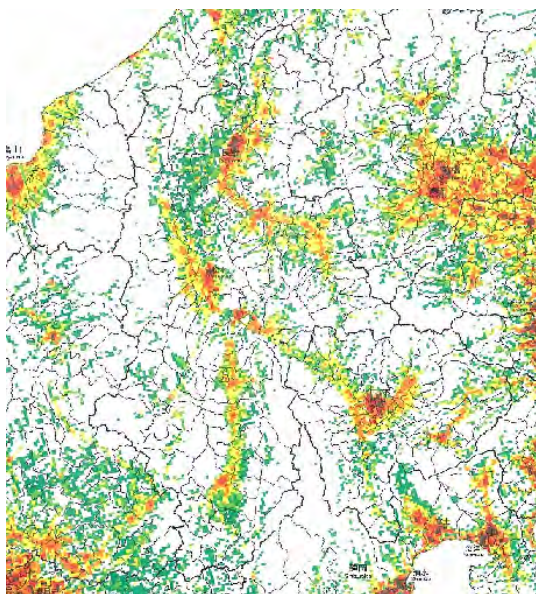
人口 □0 人 ■1～99 人 ■100～299 人 ■300～999 人
■1000～2999 人 ■3000～4999 人 ■5000 人以上

北海道



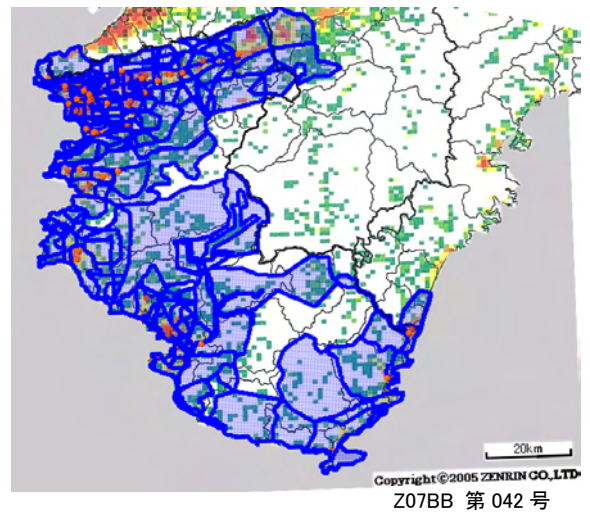
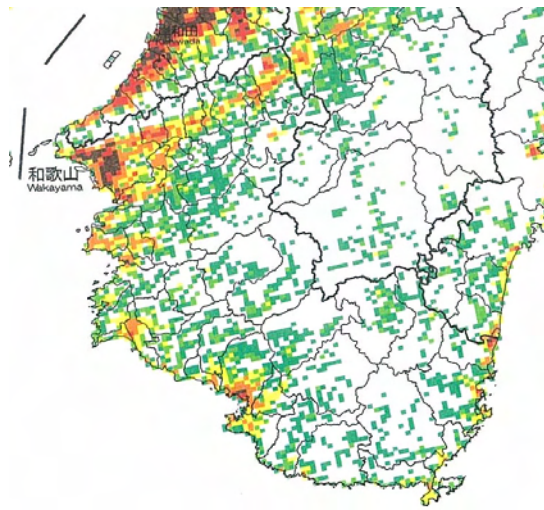
Z07BB 第 042 号

長野県、山梨県



Z07BB 第 042 号

和歌山県



2) 都道府県別の調査対象ステーションの基本情報

(1) 事業開始年月

介護保険制度開始後に開設した事業所が 52.5%と約半数を占めている。

図表Ⅱ-2 事業開始年月

	サンプル数	1995年 3月以前	1995年 4月～ 2000年 3月	2000年 4月～ 2005年 3月	2005年 4月以降	無回答
合 計	506	60 (11.9%)	180 (35.6%)	107 (21.1%)	159 (31.4%)	0 (0.0%)
北海道(道北地区)	43	6 (14.0%)	10 (23.3%)	13 (30.2%)	14 (32.6%)	0 (0.0%)
青森	43	4 (9.3%)	19 (44.2%)	7 (16.3%)	13 (30.2%)	0 (0.0%)
長野	118	10 (8.5%)	51 (43.2%)	22 (18.6%)	35 (29.7%)	0 (0.0%)
新潟	69	9 (13.0%)	23 (33.3%)	17 (24.6%)	20 (29.0%)	0 (0.0%)
山梨	39	2 (5.1%)	11 (28.2%)	7 (17.9%)	19 (48.7%)	0 (0.0%)
和歌山	80	11 (13.8%)	26 (32.5%)	21 (26.3%)	22 (27.5%)	0 (0.0%)
長崎	47	4 (8.5%)	16 (34.0%)	10 (21.3%)	17 (36.2%)	0 (0.0%)
熊本	67	14 (20.9%)	24 (35.8%)	10 (14.9%)	19 (28.4%)	0 (0.0%)

(2) 開設主体

8都道府県とも「医療法人」が多いが、北海道（道北地区）では「社団・財団法人」が25.6%、長野県では「農業協同組合」が16.1%と比較的多い。

図表Ⅱ-3 開設主体

	サンプル数	都道府県	市区町村	広域連合・ 一部事務組合	社会保険関係団体 日本赤十字社・	医療法人	医師会	看護協会	(医師会・看護協会 社団・財団法人 以外)	社会福祉協議会	(社会福祉協議会 社会福祉法人 以外)	農業協同組合 及び連合会	消費生活協同組合 及び連合会	営利法人(会社)	特定非営利活動法人 (NPO)	その他の法人	無回答
合 計	506	2 (0.4%)	29 (5.7%)	7 (1.4%)	7 (1.4%)	214 (42.3%)	17 (3.4%)	23 (4.5%)	35 (6.9%)	13 (2.6%)	49 (9.7%)	29 (5.7%)	11 (2.2%)	57 (11.3%)	3 (0.6%)	7 (1.4%)	3 (0.6%)
北海道 (道北地区)	43	1 (2.3%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	1 (2.3%)	19 (44.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11 (25.6%)	0 (0.0%)	1 (2.3%)	2 (4.7%)	0 (0.0%)	5 (11.6%)	1 (2.3%)	1 (2.3%)	0 (0.0%)
青森	43	0 (0.0%)	4 (9.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	13 (30.2%)	1 (2.3%)	1 (2.3%)	5 (11.6%)	2 (4.7%)	9 (20.9%)	0 (0.0%)	5 (11.6%)	2 (4.7%)	0 (0.0%)	1 (2.3%)	0 (0.0%)
長野	118	0 (0.0%)	12 (10.2%)	1 (1.0%)	6 (5.1%)	44 (37.3%)	2 (1.7%)	6 (5.1%)	2 (1.7%)	8 (6.8%)	7 (5.9%)	19 (16.1%)	2 (1.7%)	6 (5.1%)	0 (0.0%)	2 (1.7%)	1 (0.8%)
新潟	69	0 (0.0%)	4 (5.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	29 (42.0%)	2 (2.9%)	4 (5.8%)	3 (4.3%)	0 (0.0%)	12 (17.4%)	8 (11.6%)	2 (2.9%)	5 (7.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
山梨	39	0 (0.0%)	3 (7.7%)	1 (3.0%)	0 (0.0%)	14 (35.9%)	0 (0.0%)	8 (20.5%)	9 (23.1%)	0 (0.0%)	1 (2.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (7.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
和歌山	80	0 (0.0%)	3 (3.8%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	33 (41.3%)	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (1.3%)	2 (2.5%)	13 (16.3%)	0 (0.0%)	2 (2.5%)	21 (26.3%)	1 (1.3%)	1 (1.3%)	1 (1.3%)
長崎	47	1 (2.1%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	22 (46.8%)	5 (10.6%)	3 (6.4%)	1 (2.1%)	0 (0.0%)	3 (6.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (14.9%)	1 (2.1%)	2 (4.3%)	1 (2.1%)
熊本	67	0 (0.0%)	3 (4.5%)	2 (3.0%)	0 (0.0%)	40 (59.7%)	7 (10.4%)	0 (0.0%)	3 (4.5%)	1 (1.5%)	3 (4.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (11.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

(3) 地域区分

図表Ⅱ-4 地域区分

	サンプル数	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他	無回答
合 計	506	7 (1.4%)	0 (0.0%)	16 (3.2%)	44 (8.7%)	292 (57.7%)	147 (29.1%)
北海道(道北地区)	43	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.3%)	1 (2.3%)	24 (55.8%)	17 (39.5%)
青森	43	1 (2.3%)	0 (0.0%)	3 (7.0%)	0 (0.0%)	28 (65.1%)	11 (25.6%)
長野	118	4 (3.4%)	0 (0.0%)	4 (3.4%)	4 (3.4%)	61 (51.7%)	45 (38.1%)
新潟	69	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	51 (73.9%)	18 (26.1%)
山梨	39	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.6%)	0 (0.0%)	27 (69.2%)	11 (28.2%)
和歌山	80	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (8.8%)	22 (27.5%)	38 (47.5%)	13 (16.3%)
長崎	47	1 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	16 (34.0%)	22 (46.8%)	8 (17.0%)
熊本	67	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.5%)	41 (61.2%)	24 (35.8%)

(4) サテライト事業所の有無

サテライト事業所のあるステーションが 8.1%となっており、「有」の割合が最も高かったのは北海道（道北地区）の 20.9%であった。

図表Ⅱ-5 サテライト事業所の有無

	サンプル数	有	無	無回答
合 計	506	41 (8.1%)	463 (91.5%)	2 (0.4%)
北海道(道北地区)	43	9 (20.9%)	34 (79.1%)	0 (0.0%)
青森	43	1 (2.3%)	42 (97.7%)	0 (0.0%)
長野	118	11 (9.3%)	106 (89.8%)	1 (0.8%)
新潟	69	7 (10.1%)	62 (89.9%)	0 (0.0%)
山梨	39	6 (15.4%)	33 (84.6%)	0 (0.0%)
和歌山	80	0 (0.0%)	79 (98.8%)	1 (1.3%)
長崎	47	3 (6.4%)	44 (93.6%)	0 (0.0%)
熊本	67	4 (6.0%)	63 (94.0%)	0 (0.0%)

(5) 特別地域加算届出の有無

特別地域加算届出の有無で「有り」と回答した割合は 10.3%であり、長崎県が 17.0%、北海道が 16.3%、長野県が 14.4%の順に多い。

図表Ⅱ-6 特別地域加算届出の有無

	サンプル数	有	無	無回答
合 計	506	52 (10.3%)	445 (87.9%)	9 (1.8%)
北海道(道北地区)	43	7 (16.3%)	36 (83.7%)	0 (0.0%)
青森	43	4 (9.3%)	38 (88.4%)	1 (2.3%)
長野	118	17 (14.4%)	101 (85.6%)	0 (0.0%)
新潟	69	5 (7.2%)	64 (92.8%)	0 (0.0%)
山梨	39	3 (7.7%)	35 (89.7%)	1 (2.6%)
和歌山	80	4 (5.0%)	74 (92.5%)	2 (2.5%)
長崎	47	8 (17.0%)	38 (80.9%)	1 (2.1%)
熊本	67	4 (6.0%)	59 (88.1%)	4 (6.0%)

(6) 従事者数・実人員の合計（サテライト除く）

1 事業所あたり平均従業員数は 6.86 人であった。

図表Ⅱ-7 従業者数・実人員の合計（サテライト除く）

	サンプル数	平均(人)
合 計	505	6.86
北海道(道北地区)	43	5.86
青森	43	5.47
長野	118	7.33
新潟	69	6.41
山梨	39	7.77
和歌山	79	6.87
長崎	47	8.30
熊本	67	6.43

(7) 利用者実人員数

1年を通して、実人員数の平均は大きな変化は見られない。

図表Ⅱ-8 利用者実人員数

(人)

	サ ン プ ル 数	2005 年 10 月	2005 年 11 月	2005 年 12 月	2006 年 1 月	2006 年 2 月	2006 年 3 月	2006 年 4 月	2006 年 5 月	2006 年 6 月	2006 年 7 月	2006 年 8 月	2006 年 9 月
合 計	485	56.6	56.5	56.2	55.1	54.4	55.6	54.9	55.0	55.1	55.7	55.4	55.1
北海道(道北地区)	42	46.9	47.0	47.1	47.1	46.5	46.6	45.8	46.1	46.8	47.5	47.2	46.8
青森	43	39.6	38.6	38.6	37.9	38.0	38.7	38.2	38.6	39.7	40.0	40.3	39.9
長野	112	77.3	77.7	76.5	74.9	74.5	76.9	75.2	75.3	75.3	76.2	76.4	76.3
新潟	66	64.6	64.0	64.3	63.6	63.2	64.6	65.0	65.0	66.0	66.4	66.4	66.3
山梨	39	57.0	56.7	56.5	54.9	55.3	54.5	52.5	52.1	52.6	53.2	52.8	52.2
和歌山	73	42.5	42.8	43.0	41.6	41.9	42.2	41.5	41.7	41.4	42.0	42.4	41.9
長崎	45	58.2	58.7	57.8	57.3	51.9	55.4	54.6	54.1	53.6	54.1	54.3	54.5
熊本	65	42.9	42.4	42.2	41.4	40.7	41.2	41.9	42.4	41.8	41.9	39.9	40.0

3) 都道府県別の訪問状況

(1) 延べ訪問回数

1月、2月、4月は8都道府県とも延べ訪問回数が減少する傾向が見られる。また、1年を通して1月または2月が最も訪問回数が少ない月となっている。

図表Ⅱ-9 延べ訪問回数

	サンプル数	2005年10月	2005年11月	2005年12月	2006年1月	2006年2月	2006年3月	2006年4月	2006年5月	2006年6月	2006年7月	2006年8月	2006年9月
合 計	486	302.7	306.0	305.4	286.8	286.3	318.8	291.9	304.1	317.2	305.3	318.3	303.8
北海道(道北地区)	42	235.9	241.7	251.8	227.0	237.8	261.6	232.5	233.2	255.2	245.2	264.4	248.9
青森	43	240.9	234.4	237.6	225.0	228.7	249.8	225.9	240.2	248.4	239.9	257.2	243.4
長野	112	345.9	351.7	346.1	330.4	332.0	370.6	333.1	346.2	364.6	349.0	361.5	348.4
新潟	67	312.5	316.6	318.9	299.9	299.8	336.8	307.3	320.9	336.6	317.8	340.3	324.3
山梨	39	302.9	313.2	314.0	289.4	279.7	313.7	286.7	295.6	310.9	300.7	314.3	297.3
和歌山	73	298.0	301.4	301.9	279.2	283.0	310.2	290.6	304.8	314.4	306.5	320.4	302.7
長崎	45	344.7	346.2	342.8	327.5	309.8	350.6	326.6	343.1	348.4	334.8	349.3	344.2
熊本	65	277.9	279.3	274.3	256.5	252.2	282.7	265.4	276.6	283.3	276.9	274.1	258.8

(2) 移動手段

8都道府県とも自動車の割合が最も多く、訪問件数の90%以上を占めている。

図表Ⅱ-10 移動手段の割合

	サンプル数	電車	自動車	バイク	自転車	徒歩	その他
合 計	495	0.5	94.8	0.8	1.8	1.9	0.2
北海道(道北地区)	43	0.0	94.7	0.0	2.5	2.9	0.0
青森	41	0.0	92.7	0.0	2.4	4.9	0.0
長野	116	1.7	94.2	0.0	1.8	2.3	0.0
新潟	69	0.0	99.0	0.0	0.6	0.4	0.0
山梨	39	0.0	99.5	0.0	0.3	0.3	0.0
和歌山	76	0.0	92.5	4.5	2.0	1.0	0.0
長崎	46	0.8	93.7	0.4	0.0	3.3	1.7
熊本	65	0.0	93.4	0.5	4.5	1.5	0.2

(3) 利用者宅への移動距離（片道）

利用者宅への移動距離（片道）は、「3 km 以内」が 37.9%、「3 km 超－5 km 以内」が 24.9%、「5 km 超－10 km 以内」が 23.1%となっている。「20 km 超」も 3.2%あった。

図表Ⅱ-11 1事業所あたり利用者宅への移動距離（片道）

（上段：訪問件数、下段：％）

	サンプル数	3 km 以内	3 km 超－5 km 以内	5 km 超－10 km 以内	10 km 超－20 km 以内	20 km 超	合計
合 計	455	20.7 (37.9%)	13.6 (24.9%)	12.6 (23.1%)	5.9 (10.9%)	1.7 (3.2%)	54.5 (100.0%)
北海道(道北地区)	40	17.8 (38.3%)	10.5 (22.6%)	10.5 (22.5%)	5.6 (12.0%)	2.2 (4.6%)	46.4 (100.0%)
青森	42	13.5 (34.1%)	11.1 (28.0%)	9.2 (23.2%)	4.5 (11.5%)	1.3 (3.4%)	39.7 (100.0%)
長野	107	30.3 (39.6%)	20.5 (26.9%)	17.3 (22.6%)	6.8 (9.0%)	1.5 (1.9%)	76.4 (100.0%)
新潟	59	22.8 (35.0%)	15.5 (23.8%)	16.5 (25.3%)	8.5 (13.1%)	1.8 (2.7%)	65.0 (100.0%)
山梨	38	21.4 (41.5%)	13.9 (26.9%)	11.0 (21.3%)	4.3 (8.4%)	0.9 (1.8%)	51.6 (100.0%)
和歌山	70	18.1 (42.3%)	10.5 (24.4%)	8.4 (19.6%)	4.0 (9.4%)	1.8 (4.3%)	42.8 (100.0%)
長崎	38	18.4 (34.4%)	11.7 (21.9%)	12.5 (23.4%)	7.4 (13.9%)	3.4 (6.4%)	53.5 (100.0%)
熊本	61	12.5 (33.4%)	7.9 (21.1%)	10.1 (27.1%)	5.2 (14.0%)	1.6 (4.4%)	37.3 (100.0%)

(4) 利用者宅への移動時間（片道）夏季・冬季平均

利用者宅への移動距離（片道）を夏季・冬季で比較すると、「15 分以内」が夏季は 60.1%であるのに対し、冬季は 55.8%と少なくなっており、冬季の方が移動時間がかかっている傾向がみられる。特に、北海道、青森、新潟では冬季の移動時間が長くなる傾向にある。

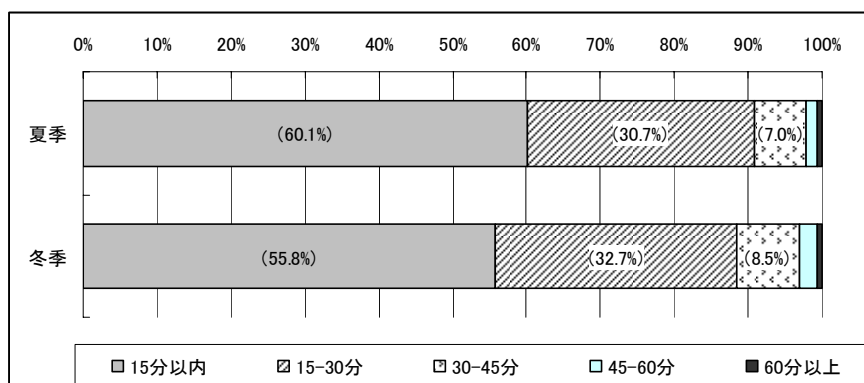
図表Ⅱ-12 利用者宅への移動時間（片道）夏季・冬季の比較

(%)

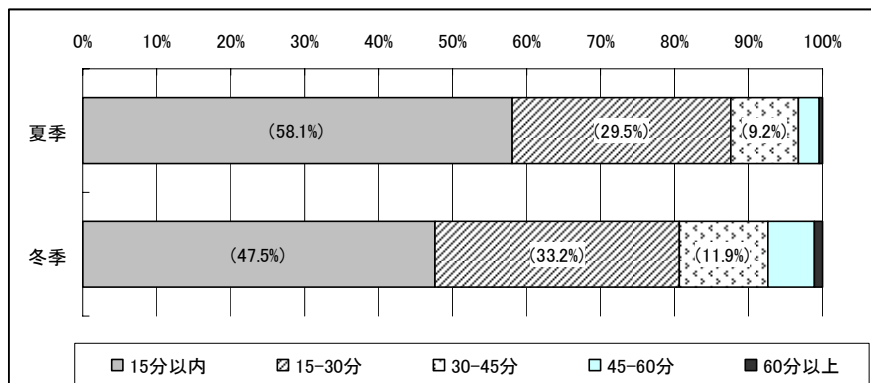
	サンプル数	15分以内	15分超 30分以内	30分超 45分以内	45分超 60分以内	60分超
合 計	397	(60.1%) (55.8%)	(30.7%) (32.7%)	(7.0%) (8.5%)	(1.5%) (2.3%)	(0.7%) (0.8%)
北海道(道北地区) (夏季4月～9月) (冬季10月～3月)	33	(58.1%) (47.5%)	(29.5%) (33.2%)	(9.2%) (11.9%)	(2.6%) (6.3%)	(0.5%) (1.0%)
青森 (夏季4月～9月) (冬季10月～3月)	42	(55.4%) (42.4%)	(37.1%) (42.8%)	(6.5%) (12.0%)	(0.5%) (1.7%)	(0.6%) (1.1%)
長野 (夏季4月～9月) (冬季10月～3月)	97	(65.5%) (62.8%)	(27.8%) (29.4%)	(5.4%) (6.3%)	(1.0%) (1.2%)	(0.3%) (0.3%)
新潟 (夏季4月～9月) (冬季10月～3月)	59	(60.5%) (50.9%)	(32.2%) (38.2%)	(6.4%) (9.2%)	(0.9%) (1.5%)	(0.1%) (0.1%)
山梨 (夏季4月～9月) (冬季10月～3月)	30	(58.1%) (58.4%)	(28.1%) (25.9%)	(12.2%) (12.5%)	(1.4%) (3.0%)	(0.3%) (0.3%)
和歌山 (夏季4月～9月) (冬季10月～3月)	59	(59.6%) (59.6%)	(28.1%) (27.7%)	(7.2%) (7.5%)	(3.0%) (3.3%)	(2.1%) (1.9%)
長崎 (夏季4月～9月) (冬季10月～3月)	31	(49.4%) (49.4%)	(34.7%) (34.9%)	(10.6%) (10.3%)	(2.4%) (2.4%)	(2.8%) (2.9%)
熊本 (夏季4月～9月) (冬季10月～3月)	46	(55.8%) (55.0%)	(36.5%) (35.8%)	(5.3%) (6.2%)	(2.3%) (2.8%)	(0.2%) (0.2%)

図表Ⅱ-13 利用者宅への移動時間（片道）夏季・冬季の比較

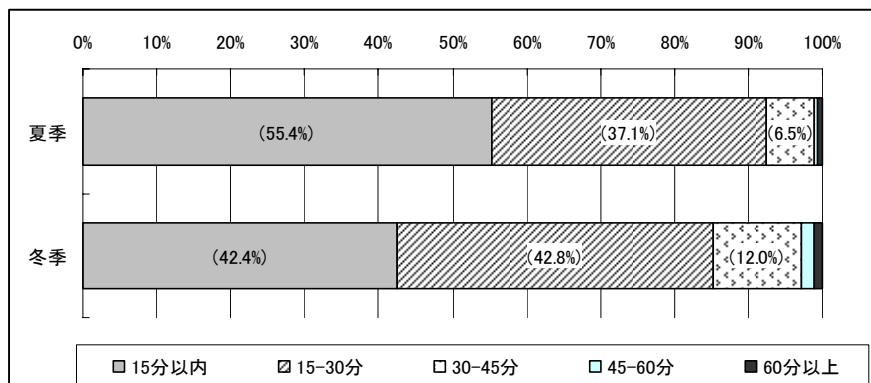
(全国)



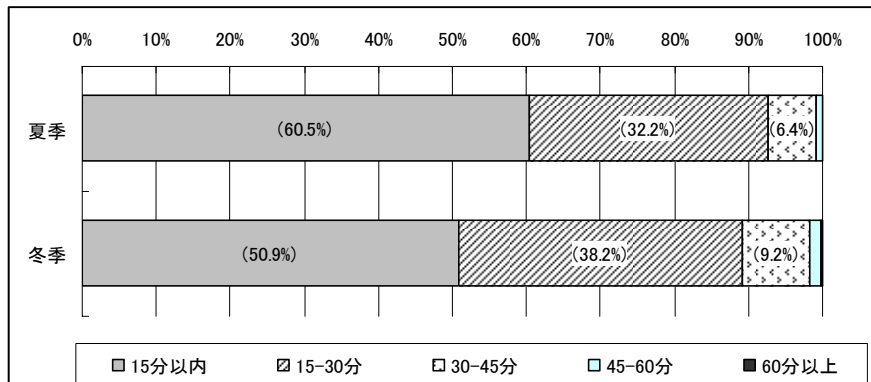
(北海道)



(青森)



(新潟)



(5) ステーション開設時の届出上の『通常の事業の実施地域』の設定方法（主な自由回答）

- ・ステーション所在市町村（回答多数）。
- ・近隣市町村（回答多数）。
- ・ステーションより10km以内。
- ・ステーションから30分以内で訪問できる範囲。
- ・車で片道30分以内。
- ・母体病院の診療圏。
- ・医師会のエリアをそのまま設定。
- ・組合立を形成している4つの町村。
- ・近隣でステーションがない所を含めて考えた。

(6) 通常の事業の実施地域を超えた地域への訪問

通常の事業の実施地域を超えた地域に訪問している事業所は 26.3%であり、山梨県は 53.8%と多い。

図表Ⅱ-14 通常の事業の実施地域を超えた地域への訪問の有無

	サンプル数	有	無	無回答
合 計	506	133 (26.3%)	358 (70.8%)	15 (3.0%)
北海道(道北地区)	43	6 (14.0%)	34 (79.1%)	3 (7.0%)
青森	43	9 (20.9%)	34 (79.1%)	0 (0.0%)
長野	118	32 (27.1%)	83 (70.3%)	3 (2.5%)
新潟	69	13 (18.8%)	56 (81.2%)	0 (0.0%)
山梨	39	21 (53.8%)	18 (46.2%)	0 (0.0%)
和歌山	80	22 (27.5%)	55 (68.8%)	3 (3.8%)
長崎	47	13 (27.7%)	32 (68.1%)	2 (4.3%)
熊本	67	17 (25.4%)	46 (68.7%)	4 (6.0%)

通常の事業の実施地域を超えた地域に訪問している事業所のうち、本人からの交通費徴収があると回答した事業所は 69.2%、本人からの徴収なしと回答した事業所は 49.6%であった（複数回答）。本人からの徴収なしと回答した事業所 66 ヶ所のうち、行政からの交通費の補助がある事業所が 36 ヶ所となっている。

図表Ⅱ-15 通常の事業の実施地域を超えた地域への訪問に対する本人からの交通費徴収

	サンプル数	本人からの交通費徴収あり	本人からの交通費徴収なし	うち
				行政からの交通費補助に関する
合 計	133	92 (69.2%)	66 (49.6%)	36 (27.1%)
北海道(道北地区)	6	5 (83.3%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)
青森	9	6 (66.7%)	7 (77.8%)	5 (55.6%)
長野	32	24 (75.0%)	11 (34.4%)	4 (12.5%)
新潟	13	10 (76.9%)	8 (61.5%)	5 (38.5%)
山梨	21	18 (85.7%)	7 (33.3%)	5 (23.8%)
和歌山	22	9 (40.9%)	16 (72.7%)	8 (36.4%)
長崎	13	7 (53.8%)	7 (53.8%)	4 (30.8%)
熊本	17	13 (76.5%)	9 (52.9%)	5 (29.4%)

(7) 訪問範囲への市町村合併による影響

訪問範囲に市町村合併による影響があったかどうかについて、「有」との回答は13.0%であった。

図表Ⅱ-16 訪問範囲へ市町村合併による影響の有無

	サンプル数	有	無	無回答
合 計	506	66 (13.0%)	426 (84.2%)	14 (2.8%)
北海道(道北地区)	43	0 (0.0%)	40 (93.0%)	3 (7.0%)
青森	43	8 (18.6%)	34 (79.1%)	1 (2.3%)
長野	118	16 (13.6%)	99 (83.9%)	3 (2.5%)
新潟	69	14 (20.3%)	54 (78.3%)	1 (1.4%)
山梨	39	8 (20.5%)	30 (76.9%)	1 (2.6%)
和歌山	80	7 (8.8%)	72 (90%)	1 (1.3%)
長崎	47	8 (17.0%)	37 (78.7%)	2 (4.3%)
熊本	67	5 (7.5%)	60 (89.6%)	2 (3.0%)

(8) 市町村合併による影響内容（主な自由回答）

- ・エリアが広くなり、訪問困難。
- ・以前通りの市内にすると範囲が広すぎるため地域を限定した。
- ・移動時間が長くなりすぎてしまう。訪問場所が点在してしまう。
- ・遠方から依頼がくるようになった。
- ・範囲が広がっているため、依頼がくると断りにくい。
- ・今まで交通費が徴収できていたところから、できなくなった。
- ・同町内で訪問可否の場所がある。
- ・隣接する地域としての交流（勉強会など）など関わりがあり、連携もとれていたが、薄くなった印象がある。

(9) 訪問できていない地域の有無

訪問困難（豪雪、山道、離島等）なため、訪問できない地域の有無については、「有」が14.6%であった。新潟県が16件（23.2%）と多い。

図表Ⅱ-17 訪問できていない地域の有無

	サンプル数	有	無	無回答
合 計	506	74 (14.6%)	398 (78.7%)	34 (6.7%)
北海道(道北地区)	43	6 (14.0%)	30 (69.8%)	7 (16.3%)
青森	43	5 (11.6%)	37 (86.0%)	1 (2.3%)
長野	118	14 (11.9%)	94 (79.7%)	10 (8.5%)
新潟	69	16 (23.2%)	49 (71.0%)	4 (5.8%)
山梨	39	6 (15.4%)	33 (84.6%)	0 (0.0%)
和歌山	80	10 (12.5%)	68 (85.0%)	2 (2.5%)
長崎	47	7 (14.9%)	36 (76.6%)	4 (8.5%)
熊本	67	10 (14.9%)	51 (76.1%)	6 (9.0%)

訪問できていない地域が「有」と回答した事業所において、その理由をみると、「山道など危険なため」が54.1%、「豪雪のため」が33.8%、「離島のため」が13.5%となっている。新潟県は「豪雪のため」が62.5%と多く、山梨県は「山道などが危険なため」が83.3%と多く、長崎県は「離島のため」が85.7%となっている。

図表Ⅱ-18 訪問できていない地域の理由

	サンプル数	豪雪 ため 地域の	危険な ため 山道など	坂道・階段 が多いため	離島のため	その他	無回答
合 計	74	25 (33.8%)	40 (54.1%)	3 (4.1%)	10 (13.5%)	28 (37.8%)	1 (1.4%)
北海道(道北地区)	6	3 (50.0%)	4 (66.7%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)
青森	5	2 (40.0%)	2 (40.0%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)
長野	14	4 (28.6%)	10 (71.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (28.6%)	0 (0.0%)
新潟	16	10 (62.5%)	11 (68.8%)	0 (0.0%)	2 (12.5%)	5 (31.3%)	0 (0.0%)
山梨	6	1 (16.7%)	5 (83.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (33.3%)	1 (16.7%)
和歌山	10	3 (30.0%)	4 (40.0%)	2 (20.0%)	0 (0.0%)	6 (60.0%)	0 (0.0%)
長崎	7	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (85.7%)	4 (57.1%)	0 (0.0%)
熊本	10	2 (20.0%)	4 (40.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	5 (50.0%)	0 (0.0%)

その他（28 件）の理由としては、「遠距離のため訪問困難」など、訪問看護ステーションから利用者宅への距離が遠いために訪問困難な地域があるという回答などが見られた。

訪問できていない理由（その他の主な自由回答）

- ・遠距離のため訪問困難。
- ・遠方のため経営上困難。
- ・移動時間が長いため、訪問困難。
- ・冬場は道路が凍結するため、訪問困難。
- ・橋が渋滞し、移動時間が予測できず、他の訪問への影響が大きい。

(10) 訪問に困難が伴う地域の有無

訪問依頼があれば訪問するが、訪問に困難が伴う地域については、「有」と回答した事業所が 46.6%であった。青森県、新潟県、山梨県においては過半数の事業所が「有」と回答していた。

図表Ⅱ-19 訪問に困難が伴う地域の有無

	サンプル数	有	無	無回答
合 計	506	236 (46.6%)	228 (45.1%)	42 (8.3%)
北海道(道北地区)	43	18 (41.9%)	20 (46.5%)	5 (11.6%)
青森	43	23 (53.5%)	20 (46.5%)	0 (0.0%)
長野	118	47 (39.8%)	60 (50.8%)	11 (9.3%)
新潟	69	39 (56.5%)	25 (36.2%)	5 (7.2%)
山梨	39	22 (56.4%)	15 (38.5%)	2 (5.1%)
和歌山	80	39 (48.8%)	34 (42.5%)	7 (8.8%)
長崎	47	20 (42.6%)	21 (44.7%)	6 (12.8%)
熊本	67	28 (41.8%)	33 (49.3%)	6 (9.0%)

訪問依頼があれば訪問するが、訪問に困難が伴う地域の理由（主な自由回答）

- ・ 山道の為、危険を伴う。
- ・ 豪雪にて危険なため。
- ・ 冬期交通事情により安定した訪問が困難。
- ・ 山奥で道路が山道で狭く一部は舗装されていない所もある。
- ・ 山奥の為携帯が通じない地域がある。
- ・ 豪雪地域のため、冬期間は車両通行止めとなり、片道30分以上歩いて訪問する所がある。
- ・ 移動に時間がかかる。緊急時の対応ができない。
- ・ 移動に時間がかかり、一件行くのに半日つぶしてしまう
- ・ 移動に時間を要する。経営上の観点から。
- ・ 遠方のため人員確保が必要となるため。
- ・ 吹雪や豪雪で除排雪されていない日は訪問中止する場合がある。
- ・ 土砂くずれ頻発地域。
- ・ 車が入れない山間部。
- ・ 船便が少ない。
- ・ 離島の為、距離・移動時間が長い。

(11) 訪問していない地域からの訪問依頼

現在、訪問していない地域の介護者・ケアマネジャー・病院等からの訪問看護の依頼については、「有」が21.1%となっている。山梨県（30.8%）や新潟県（29.0%）などが多い。

図表Ⅱ-20 訪問していない地域からの訪問依頼の有無

	サンプル数	有	無	無回答
合 計	506	107 (21.1%)	368 (72.7%)	31 (6.1%)
北海道(道北地区)	43	8 (18.6%)	33 (76.7%)	2 (4.7%)
青森	43	8 (18.6%)	31 (72.1%)	4 (9.3%)
長野	118	21 (17.8%)	94 (79.7%)	3 (2.5%)
新潟	69	20 (29.0%)	42 (60.9%)	7 (10.1%)
山梨	39	12 (30.8%)	26 (66.7%)	1 (2.6%)
和歌山	80	16 (20.0%)	60 (75.0%)	4 (5.0%)
長崎	47	9 (19.1%)	33 (70.2%)	5 (10.6%)
熊本	67	13 (19.4%)	49 (73.1%)	5 (7.5%)

現在、訪問していない地域からの訪問依頼のあった事業所において、訪問依頼の件数は2005.10～2006.9の1年間の平均で1事業所あたり2.3件であった。訪問していない地域からの訪問依頼は、ケアマネジャーからが最も多く1.2件、次いで病院0.8件、介護者0.2件の順であった。

(12) 訪問依頼を断った経験

2005.10～2006.9の1年間に、訪問依頼を断ったことがある事業所は、26.1%であった。新潟県、長崎県、熊本県では30%以上を占めている。断った件数は、1事業所あたり平均3.2件であった。

図表Ⅱ-21 訪問依頼を断った経験の有無

	サンプル数	有	無	無回答
合 計	506	132 (26.1%)	321 (63.4%)	53 (10.5%)
北海道(道北地区)	43	6 (14.0%)	31 (72.1%)	6 (14.0%)
青森	43	8 (18.6%)	32 (74.4%)	3 (7.0%)
長野	118	23 (19.5%)	85 (72.0%)	10 (8.5%)
新潟	69	26 (37.7%)	36 (52.2%)	7 (10.1%)
山梨	39	10 (25.6%)	27 (69.2%)	2 (5.1%)
和歌山	80	21 (26.3%)	51 (63.8%)	8 (10.0%)
長崎	47	16 (34.0%)	25 (53.2%)	6 (12.8%)
熊本	67	22 (32.8%)	34 (50.7%)	11 (16.4%)

訪問依頼を断った理由としては「職員不足」が 57.6%と最も多く、次いで「距離・移動時間が長い」が 44.7%となっている。

図表Ⅱ-22 訪問依頼を断った理由

	サンプル数	距離・移動時間が長い	職員不足	ターミナルなど24時間体制の整備不足	その他	無回答
合 計	132	59 (44.7%)	76 (57.6%)	20 (15.2%)	30 (22.7%)	0 (0.0%)
北海道(道北地区)	6	3 (50.0%)	3 (50.0%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	0 (0.0%)
青森	8	4 (50.0%)	5 (62.5%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)
長野	23	9 (39.1%)	11 (47.8%)	5 (21.7%)	3 (13.0%)	0 (0.0%)
新潟	26	12 (46.2%)	14 (53.8%)	5 (19.2%)	8 (30.8%)	0 (0.0%)
山梨	10	2 (20.0%)	4 (40.0%)	1 (10.0%)	4 (40.0%)	0 (0.0%)
和歌山	21	8 (38.1%)	15 (71.4%)	3 (14.3%)	3 (14.3%)	0 (0.0%)
長崎	16	9 (56.3%)	12 (75.0%)	2 (12.5%)	3 (18.8%)	0 (0.0%)
熊本	22	12 (54.5%)	12 (54.5%)	2 (9.1%)	6 (27.3%)	0 (0.0%)

「その他」(30 件)の内容としては、「訪問する曜日・時間指定のため調整できない」といった利用者側の希望との調整がつかないことや、「営業時間外の訪問だったため」「高度な医療技術に対して職員の知識不足」など、訪問看護ステーションの職員の知識の問題などがあげられた。

訪問依頼を断ったその他の理由（主な自由回答）

- ・ 訪問する曜日、時間指定のため調整できない。
- ・ 訪問看護の希望があった曜日は訪問が一杯で訪問できない。
- ・ 営業時間外の訪問だった為。
- ・ ターミナルの患者が多く、新規の訪問ができないため。
- ・ 高度な医療技術に対して職員の知識不足。
- ・ 手話通訳の体制とれず。
- ・ 通常の事業実施地域（訪問看護事業所の指定申請の際に届出る事業実施地域）外のため。

(13) 季節等による訪問件数への影響

季節等による訪問件数への影響については、「有」と回答した事業所が 43.5%であった。青森、新潟、山梨では、「有」と回答した事業所が過半数を超えている。

図表Ⅱ-23 季節等による訪問件数への影響の有無

	サンプル数	有	無	無回答
合 計	506	220 (43.5%)	275 (54.3%)	11 (2.2%)
北海道(道北地区)	43	20 (46.5%)	21 (48.8%)	2 (4.7%)
青森	43	25 (58.1%)	18 (41.9%)	0 (0.0%)
長野	118	54 (45.8%)	61 (51.7%)	3 (2.5%)
新潟	69	35 (50.7%)	34 (49.3%)	0 (0.0%)
山梨	39	21 (53.8%)	18 (46.2%)	0 (0.0%)
和歌山	80	18 (22.5%)	61 (76.3%)	1 (1.3%)
長崎	47	15 (31.9%)	30 (63.8%)	2 (4.3%)
熊本	67	32 (47.8%)	32 (47.8%)	3 (4.5%)

特定の時期や季節等による訪問件数への影響（主な自由回答）

○夏季

- ・梅雨時の土砂崩れでの交通規制。
- ・台風による降雨量が多くなり道路が通行止めになる。
- ・脱水による体調不良で入院が多くなる。
- ・3～4月、8月～10月、人工呼吸器装着の方で、台風の時期、レスパイトケアで入院となる。

○冬季

- ・12月～2月路面の凍結。
- ・11月～2月頃は、入院が多くなり、訪問件数が減る傾向にある。
- ・11月～3月、7月～9月施設への入所が増える。
- ・みかん収穫時には、入院される事がある。
- ・冬期の吹雪や路面状況の悪化。
- ・冬期の肺炎等による入院のため。
- ・積雪、幹線道路の除雪不良。
- ・冬場、寒い為、独居・老夫婦等、越冬目的の施設入所があり、訪問件数減の傾向がある。

○その他

- ・渋滞で訪問時間に遅れることがある。
- ・季節の変わり目に、精神症状が悪化する利用者が多い。
- ・観光地のため介護者の事業が忙しくなる間ショートや入所利用する人が多く件数が減じる。
- ・雪の影響で、移動時間が倍になる。
- ・病院の入退院の多い時期や季節の変わり目等の8月、12月、3月に多いことがある。

(14) 現在の訪問範囲・距離に関して施策への要望等（主な自由回答）

- ・訪問車の維持に関する補助制度
- ・遠方や危険を伴う場所は、移動時間も長くなり、経営的に訪問を断らざるを得ないことがある。報酬上の配慮がほしい。
- ・介護保険で交通費が加算ないため20km以上は加算を希望する（ガソリン代）。
- ・冬期間の豪雪地区加算をつけて欲しい。
- ・離島や過疎地などは、ステーションの経営が成り立つような方策を、国や県が立てる必要がある。（支援が必要）
- ・遠方の利用者が多いが、利用料をとると高齢者に負担がかかってしまう。
- ・エリアが広範囲で、しかも山深い地域のため移動にかかる時間、人件費、ガソリン代、身体的な影響等様々な負担が深刻である。距離又は、移動にかかる時間が一定以上かかるのに、特別地域加算がとれない場合には、なんらかの施策がないと、事業所として存続することができない。
- ・医療保険の交通費負担は、ケースによっては、本人負担が重く、回数を制限される場合もある。タクシー券助成のような交通費の助成制度があるとよい。
- ・地域内の訪問看護ステーション同士が連携し、どのステーションが対応するかなどを調整して対応している。
- ・船便利用の小離島への訪問は、人数により便待期の時間があるので、離島加算が+αできれば助かる。
- ・へき地・豪雪地帯は公費にしてほしい。

4. 考察

1) 通常訪問している地域について

○「通常訪問している地域」（当該ステーションで現在、通常訪問している地域）をみると、市街地の多くの部分をカバーしており、特に人口集積地域では、訪問看護ステーションの訪問範囲が重なっている部分も多いことが分かった。

○一方で、「訪問に困難が伴う地域」があるステーションは46.6%と、半数のステーションで訪問に困難が伴う地域（山間部、豪雪地域、離島等）を抱えている実態が明らかとなった。山間や離島については、以下のような訪問の困難さがあげられた。

山間・・・「通常訪問している地域」に含まれていても、「山間部で冬場豪雪のため訪問困難」「山道で崩落の危険がある。ガードレールがない」「山間で導線が長い。冬は雪が降りいつまでも凍っている」「山道、冬の除雪ができていない」「山奥で道路が山道で狭く一部は舗装されていない所がある」「大雨、大雪、落石等の為に通行止めとなる事がある」「山道で道幅も狭く危険。雪時は、除雪車はもちろん、雪かきが出来ない」など、様々なリスクがあげられた。

離島・・・「通常訪問している地域」にも含まれていない離島も多く、また訪問範囲に含まれていても、事業所側からみると経営上訪問困難な地域という認識が高い（訪問看護ステーションが当該離島にない場合）。

○実際の居住地域（メッシュ人口）と訪問看護ステーションの訪問範囲をみると、人口集積地域では、訪問看護ステーションの訪問範囲が重なっている部分も多いが、人口過疎地域では、訪問看護ステーションの訪問範囲に入っていない地域もあることが分かった。

○また、「通常訪問している地域」をみると、市街地では複数の訪問看護ステーションの訪問範囲が重なっている部分が多く、比較的狭い地域が訪問の対象となっているが、市街地からはずれると、「通常訪問している地域」が広

範囲になっている現状が明らかになった（特に、北海道道北地区、和歌山県）。このように、事業所によって「通常訪問している地域」の差が大きく、「通常訪問している地域」が大きい事業所はその分、移動コスト（人件費、車両費等）がかかるため、経営が悪化することが推察される。訪問看護ステーションの経営面から考えると、市街地からはずれた地域での事業実施メリットが少ない状況である。

- 現在の訪問看護の介護報酬単価は、利用者宅での「滞在時間」ごとの設定となっているが、このように市街地とその他の地域にある訪問看護ステーションでは、「通常訪問している地域」が大きく異なる現状を踏まえ、移動距離に応じた報酬の検討などが必要と考えられる。

2) 「通常の事業実施地域」について

- 多くの訪問看護ステーションでは、「通常の事業実施地域」（訪問看護ステーションの指定の届出の際に、「通常の事業実施地域」として届け出ている地域）をその訪問看護ステーションが所在する市町村内、あるいは近隣市町村として届け出ていることが分かった。この他、「ステーションから 10 km 以内」「ステーションから 30 分以内で行ける範囲」など、距離や時間を加味した設定方法をしている事業所もあった。

- 「通常の事業実施地域」と通常訪問している地域については、ほぼ同範囲の事業所もあれば、届出しているうち、通常訪問している地域の方が狭い事業所もあった。

- 指定訪問看護事業者は、「正当な理由なく指定訪問看護の提供を拒んではない」という規定があり、その「正当な理由」としては、①「事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合」、②「通常の事業の実施地域外である場合」などがあげられている。つまり、「通常の事業実施地域」として設定した地域に在住する対象者は、訪問看護の提供を拒んではないことになっている。さらに、「通常の事業実施地域」では、交通費の実費徴収をできない規定になっている。

- このことから考えると、訪問看護ステーション側としては、「通常の事業実施地域」を実際に訪問可能な狭い地域に限定した方が経営上のメリットが出ることになる。一方で、行政側・住民側からみると、訪問範囲が大きい方が訪問看護サービスを受けやすくなるため、通常の事業実施地域を広い範囲で

設定することを望むと考えられる。このような行政・住民ニーズに対応して、通常の事業実施地域を広範囲に設定した場合に対して、今のところ特に財政的な支援があるわけではない。今後、通常の事業実施地域を広範囲に設定した場合、あるいは実際に遠方に訪問した場合の移動距離に応じた報酬など、利用者負担の軽減と訪問看護ステーションの経営支援策が求められる。

○また、「通常の事業実施地域」については、市町村合併の影響も大きいことが分かった。例えば、合併前に「〇〇市内」と届け出ていた場合には、当該市が周辺町村と合併した場合は、単純に訪問範囲が広がることになる。このため、合併時点で「訪問範囲を旧市内に限定変更」した事業所や、そのまま拡大した事業所などがあった。合併に伴い訪問範囲が広がった事業所からは、「遠方で訪問困難な地域が出てきた」「今まで徴収していた交通費がとれなくなった」などという回答も見られた。訪問看護ステーションについては、未設置市町村もまだ多く、隣接市町村にステーションがない場合などでは、合併した際にその市町村も含めて通常の事業実施地域に含めなくてはならなくなる場合も考えられることから、合併による影響とその対応について検討していく必要があると考えられる。

3) 課題

○今回の調査では、各都道府県の全訪問看護ステーションへの協力を依頼し、100%を目指したが、一部未回収の事業所があったため、北海道（道北地域）以外の都道府県では、全数の状況を反映することができなかった。

○このため、メッシュ人口と訪問範囲調査結果については、回収率が高かった北海道（道北地域）、長野県、山梨県、和歌山県についてのみ掲載した。

○今後、人口のみならず、高齢者人口、住民の健康ニーズ（例えば、要介護者の分布）などとの関係を分析する必要がある。

○特に市街地では、訪問看護ステーションの「通常訪問している地域」が重なっている地域が多く、また市街地からはずれた地域の訪問看護ステーションの訪問範囲が広大であったことから、訪問看護ステーションが訪問できていない地域は一見すると少なく見える。しかしながら、これらの地図は、あくまでも訪問している利用者がいる地域を「面」として捉えた結果であり、実際には遠方の利用者が1人いるために、その手前の地域が訪問範囲に含まれている可能性もあることから、利用者宅の位置などを勘案すると、より詳細な訪問範囲の把握が可能になると考えられる。

Ⅲ Phone GPS を用いた訪問経路調査

1. 目的

訪問範囲調査により、へき地を含む地域にある訪問看護ステーションは、訪問している地域が広範囲に亘ることが示唆された。そこで、へき地を含む地域にある訪問看護ステーションにおいて、実際に利用者宅までの移動時間や移動距離を Phone GPS（常時位置情報を把握できる携帯電話）を用いて計測し、その結果を都市部にある訪問看護ステーションと比較することにより、移動時間・距離における地域差を明らかにすることを目的として実施した。

2. 方法

（1）調査対象

へき地（山間地、離島など）を含む地域を対象としている4事業所と、都市部（市部、東京23区内）にある2事業所を対象として Phone GPS によるデータ収集を行った。へき地を含む地域を対象としている4事業所については、山梨、長崎、北海道、新潟（各1ヶ所）で実施し、都市部の2事業所については、東京、神奈川（各1ヶ所）で実施した。

○都市部(2事業所)

訪問看護ステーション名	所在地	開設主体	職員数	備考
浅草医師会立 訪問看護ステーション	東京都・台東区	社団法人	常勤7、非常勤0	自転車のみ で訪問
せいれい訪問看護ステーション 横浜	神奈川県・横浜市	社会福祉法人	常勤5、非常勤2	

○へき地を含む地域(4事業所)

訪問看護ステーション名	所在地	開設主体	職員数	備考
富士北麓訪問看護ステーション	山梨県・富士吉田市	看護協会	常勤4、非常勤14	山間地
医療法人玄州会 ひかり訪問 看護ステーション	長崎県・壱岐市	医療法人	常勤6、非常勤4	離島（壱岐 の3つの小 離島には、 在住看護師 が訪問）
Aステーション ----- Aステーション[サテライト]	北海道・旭川市	—	常勤2、非常勤1 常勤0、非常勤1	豪雪地域
訪問看護ステーションけいなん	新潟県・妙高市	厚生農業協同 組合連合会	常勤2、非常勤1	豪雪地域

(2) 調査実施スケジュール

○都市部(2事業所)

訪問看護ステーション名	Phone GPS 台数	実施期間	実施日数
浅草医師会立 訪問看護ステーション	5 台	11 月 21 日～11 月 28 日	(5 日間)
せいれい訪問看護ステーション 横浜	7 台	11 月 27 日～12 月 1 日	(5 日間)

○へき地を含む地域(4事業所)

訪問看護ステーション名	Phone GPS 台数	実施期間	実施日数
富士北麓訪問看護ステーション	18 台	12 月 11 日～12 月 17 日	(7 日間)
医療法人玄州会 ひかり訪問 看護ステーション	10 台	12 月 17 日～12 月 23 日	(7 日間)
A ステーション A ステーション[サテライト]	4 台	1 月 16 日～1 月 22 日	(5 日間)
訪問看護ステーションけいなん	3 台	1 月 29 日～2 月 2 日	(5 日間)

(3) 調査実施方法

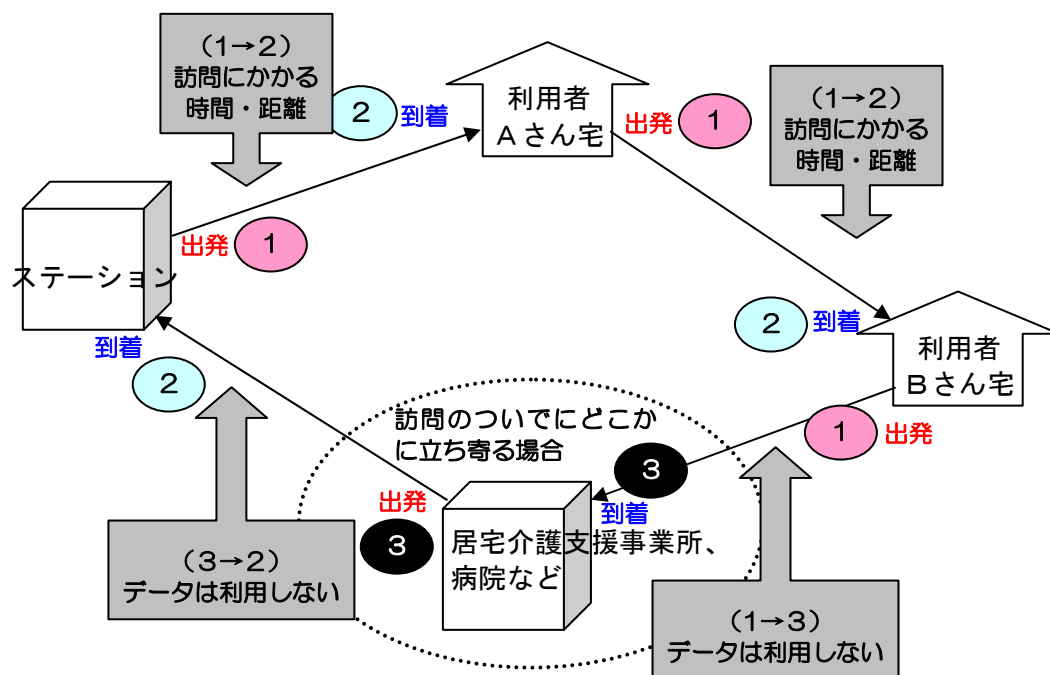
- ①説明用紙を各訪問看護ステーション配布し、必要に応じて訪問して説明。
- ②各事業所にて、都合のつく1週間程度を予め設定してもらい、GPS 調査を実施。
- ③GPS データについては、実施期間中定時・自動的に吸い上げてデータとして保存。
- ④訪問に要する時間・移動距離を以下のように計測した。
利用者宅への訪問時間・距離を計測するため、利用者宅以外の立ち寄りデータを削除して計測。

利用するデータ例

1:出発 2:到着 3:立ち寄り 4:押し

(ID) , (行為) , (日時) , (座標情報)

nurse003,2,2006-11-21 12:57:17,35.7170623540878,139.794845581055
nurse003,1,2006-11-21 13:36:12,35.7171911001205,139.794786572456
nurse003,2,2006-11-21 13:46:08,35.7119929790497,139.787469506264
nurse003,1,2006-11-21 14:54:44,35.7121592760086,139.787651896477
nurse003,3,2006-11-21 16:20:04,"NA","NA"
nurse003,2,2006-11-21 16:20:42,35.7102924585342,139.792608618736



3. 結果

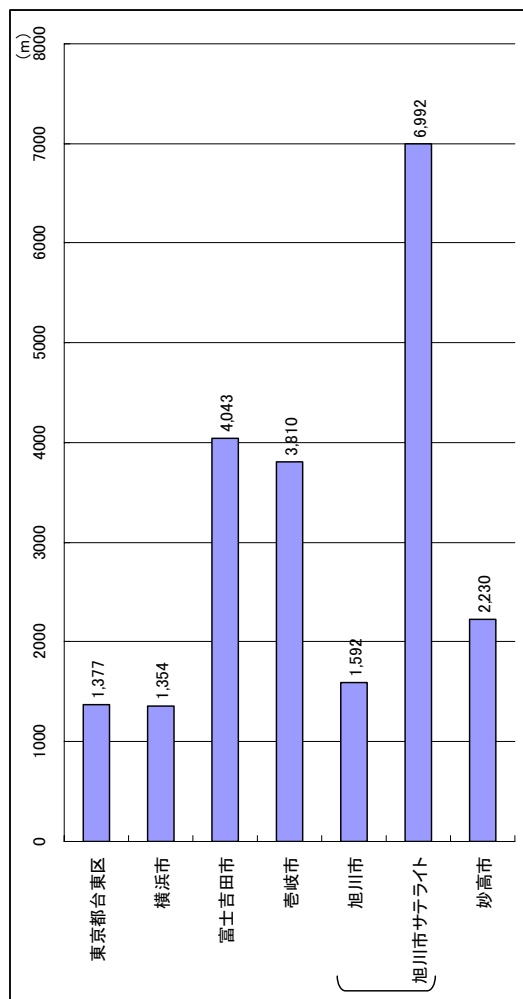
1) 各事業所における訪問に要する片道時間・移動距離

	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目	合計
浅草区立訪問看護ステーション 医師会	訪問職員数(=台数) 訪問片道件数	4 人 11 件	4 人 23 件	3 人 11 件	3 人 17 件			18 人 79 件
	訪問合計移動時間	1 時間 34 分	4 時間 46 分	2 時間 01 分	3 時間 06 分			15 時間 48 分
	訪問片道 1 件あたり平均時間 最長時間	08 分 37 秒 15 分 15 秒	11 分 18 秒 31 分 19 秒	16 分 52 秒 38 分 01 秒	10 分 57 秒 32 分 16 秒			12 分 01 秒 38 分 01 秒
	訪問合計移動距離	8692.5m	18788.4m	7536.4m	9438.0m			61941.0m
	訪問片道 1 件あたり平均距離 最長距離	1241.8m 1766.8m	1105.2m 2063.9m	1256.1m 1775.9m	1573.0m 2770.5m			1376.5m 3548.7m
	訪問職員数(=台数) 訪問片道件数	7 人 26 件	6 人 25 件	4 人 24 件	2 人 11 件			25 人 123 件
	訪問合計移動時間 訪問片道 1 件あたり平均時間 最長時間	4 時間 51 分 11 分 13 秒 22 分 45 秒	7 時間 09 分 17 分 10 秒 58 分 26 秒	6 時間 42 分 10 分 52 秒 23 分 59 秒	2 時間 10 分 11 分 52 秒 29 分 09 秒			25 時間 50 分 12 分 36 秒 58 分 26 秒
浅草区立訪問看護ステーション 医師会	訪問合計移動距離	22173.9m	19203.9m	17918.2m	13658.9m			101517.1m
	訪問片道 1 件あたり平均距離 最長距離	1167.0m 2376.6m	1745.8m 3258.8m	1279.9m 3256.8m	1517.7m 2974.6m			1353.6m 3258.8m
	訪問職員数(=台数) 訪問片道件数	21 人 49 件	14 人 50 件	14 人 42 件	13 人 48 件	4 人 9 件	2 人 11 件	82 人 248 件
	訪問合計移動時間	10 時間 52 分	12 時間 09 分	9 時間 40 分	12 時間 38 分	1 時間 47 分	3 時間 00 分	61 時間 02 分
	訪問片道 1 件あたり平均時間 最長時間	13 分 19 秒 47 分 35 秒	14 分 36 秒 36 分 44 秒	14 分 53 秒 1 時 24 分 32 秒	15 分 48 秒 46 分 43 秒	11 分 57 秒 24 分 15 秒	16 分 26 秒 28 分 56 秒	14 分 46 秒 1 時間 24 分 32 秒
	訪問合計移動距離	56887.2m	69078.6m	51349.6m	87792.1m	27596.3m	3001.1m	343684.2m
	訪問片道 1 件あたり平均距離 最長距離	3792.5m 9544.4m	3635.7m 6684.0m	4279.1m 9996.4m	3990.6m 13916.0m	5519.3m 9729.6m	1500.6m 2604.0m	4043.3m 14175.9m

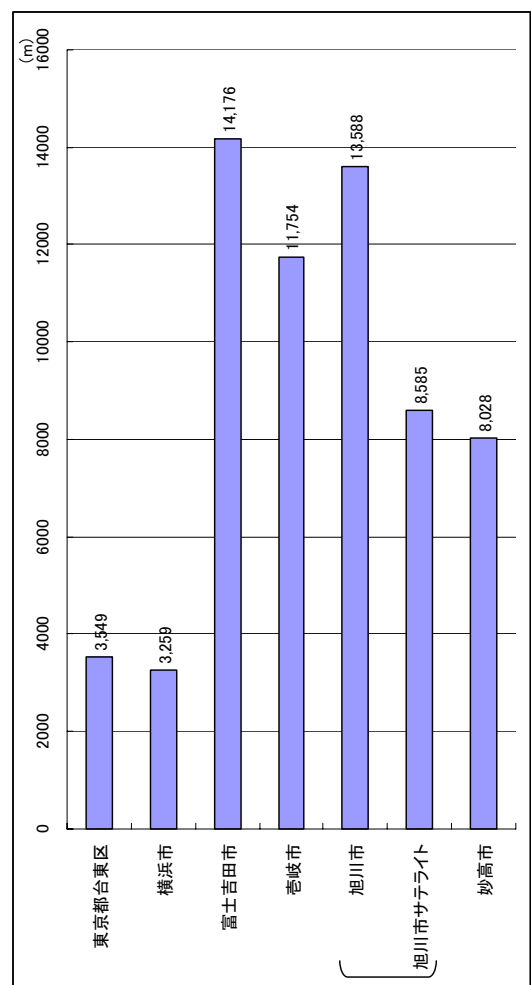
	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目	合計
ひかり法 訪問看護 会 アステーション	訪問職員数(=台数)	1 人	8 人	8 人	7 人	6 人	5 人	2 人
	訪問片道件数	7 件	30 件	29 件	27 件	31 件	24 件	9 件
	訪問合計移動時間	1 時間 43 分	9 時間 13 分	9 時間 37 分	7 時間 59 分	8 時間 16 分	7 時間 08 分	2 時間 05 分
	訪問片道 1 件あたり平均時間	14 分	18 分	19 分	17 分	16 分	17 分	13 分
	最長時間	24 分	46 分	1 時間 28 分	47 分	28 分	1 時間 15 分	26 分
	訪問合計移動距離	3001.1m	26357.2m	31635.5m	49907.7m	41514.7m	60565.2m	27065.5m
	訪問片道 1 件あたり平均距離	1500.6m	2928.6m	2636.3m	4537.1m	4151.5m	5047.1m	3866.5m
	最長距離	2604.0m	6130.0m	10287.3m	9159.9m	10340.8m	11753.8m	7834.3m
	訪問職員数(=台数)	2 人	4 人	2 人	3 人	2 人		13 人
	訪問片道件数	3 件	3 件	3 件	3 件	7 件		19 件
アステーション	訪問合計移動時間	3 時間 45 分	2 時間 50 分	1 時間 14 分	1 時間 10 分	1 時間 42 分		10 時間 43 分
	訪問片道 1 件あたり平均時間	0 時間 25 分	0 時間 13 分	0 時間 10 分	0 時間 06 分	0 時間 09 分		0 時間 12 分
	最長時間	1 時間 18 分	1 時間 22 分	0 時間 23 分	0 時間 09 分	0 時間 29 分		1 時間 22 分
	訪問合計移動距離	1713.7m	495.9m	15474.5m	4161.7m	5225.1m		27070.8m
	訪問片道 1 件あたり平均距離	571.2m	248.0m	5158.2m	832.3m	1306.3m		1592.4m
	最長距離	735.5m	278.8m	13588.1m	1855.9m	3049.3m		13588.1m
	訪問職員数(=台数)	0 人	1 人	1 人	0 人	1 人		1 人
	訪問片道件数	0 件	3 件	4 件	0 件	2 件		9 件
	訪問合計移動時間	0 時間 00 分	0 時間 30 分	0 時間 33 分	0 時間 00 分	0 時間 27 分		1 時間 32 分
	訪問片道 1 件あたり平均時間	0 時間 00 分	0 時間 10 分	0 時間 08 分	0 時間 00 分	0 時間 13 分		0 時間 10 分
アステーション「サテライト」	最長時間	0 時間 00 分	0 時間 14 分	0 時間 13 分	0 時間 00 分	0 時間 14 分		0 時間 14 分
	訪問合計移動距離	0.0m	5399.5m	8585.0m	0.0m	—m		13984.5m
	訪問片道 1 件あたり平均距離	0.0m	5399.5m	8585.0m	0.0m	—m		6992.3m
	最長距離	0.0m	5399.5m	8585.0m	0.0m	—m		8585.0m
	訪問職員数(=台数)	2 人	2 人	2 人	1 人	2 人		9 人
	訪問片道件数	11 件	10 件	11 件	5 件	13 件		50 件
	訪問合計移動時間	1 時間 49 分	2 時間 08 分	0 時間 57 分	1 時間 07 分	1 時間 48 分		7 時間 51 分
	訪問片道 1 件あたり平均時間	0 時間 09 分	0 時間 12 分	0 時間 05 分	0 時間 13 分	0 時間 08 分		0 時間 09 分
	最長時間	0 時間 21 分	0 時間 49 分	0 時間 08 分	0 時間 22 分	0 時間 16 分		0 時間 49 分
	訪問合計移動距離	11457.6m	5084.2m	2669.9m	5022.7m	15904.7m		40139.1m
訪問看護ステーションけいな	訪問片道 1 件あたり平均距離	2864.4m	5084.2m	534.0m	2511.4m	2650.8m		2230.0m
	最長距離	8027.6m	5084.2m	925.9m	3900.8m	4845.8m		8027.6m

※所要時間、距離に関しては、移動速度に換算した場合に時速 1.0km 以下となるデータは異常値として除外した。
※距離データに関しては、出発地・到着地ともに位置情報が得られたデータのみの扱いとした。

訪問片道 1 件あたり平均距離 (m)



訪問片道 1 件あたり最長距離 (m)



【 訪問片道 1 件あたりの時間分布 】 上段は件数、下段は割合

	15 分以内	15 分超－30 分以内	30 分超－45 分以内	45 分超－60 分以内	60 分超	計
浅草医師会立訪問看護ステーション	55 (69.6%)	21 (26.6%)	3 (3.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	79 (100.0%)
せいれい 訪問看護ステーション横浜	90 (73.2%)	29 (23.6%)	3 (2.4%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	123 (100.0%)
富士北麓訪問看護ステーション	150 (60.5%)	81 (32.7%)	10 (4.0%)	6 (2.4%)	1 (0.4%)	248 (100.0%)
医療法人 玄州会ひかり訪問看護ステーション	80 (51.6%)	61 (39.4%)	9 (5.8%)	3 (1.9%)	2 (1.3%)	155 (100.0%)
A ステーション	43 (86.0%)	4 (8.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	50 (100.0%)
A ステーション[サテライト]	9 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (100.0%)
訪問看護ステーションけいなん	44 (88.0%)	5 (10.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	50 (100.0%)

【 訪問 1 件あたりの利用者宅到着から出発までの時間分布 】 上段は件数、下段は割合

	30 分以内	30 分超－60 分以内	60 分超－90 分以内	90 分超	計
浅草医師会立訪問看護ステーション	7 (25.0%)	8 (28.6%)	11 (39.3%)	2 (7.1%)	28 (100.0%)
せいれい 訪問看護ステーション横浜	6 (13.6%)	17 (38.6%)	18 (40.9%)	3 (6.8%)	44 (100.0%)
富士北麓訪問看護ステーション	10 (11.4%)	32 (36.4%)	27 (30.7%)	19 (21.6%)	88 (100.0%)
医療法人 玄州会ひかり訪問看護ステーション	13 (20.0%)	30 (46.2%)	18 (27.7%)	4 (6.2%)	65 (100.0%)
A ステーション	3 (18.8%)	8 (50.0%)	4 (25.0%)	1 (6.3%)	16 (100.0%)
A ステーション[サテライト]	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)
訪問看護ステーションけいなん	3 (20.0%)	6 (40.0%)	5 (33.3%)	1 (6.7%)	15 (100.0%)

※利用者宅到着から出発までの時間を計測したものであり、利用者宅滞在時間（ケア提供時間）とは異なる。

【訪問片道1件あたりの距離分布】 上段は件数、下段は割合

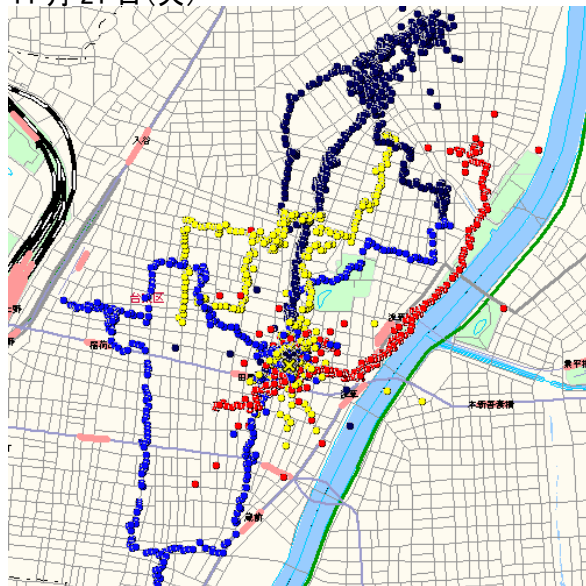
	3km 以内	3km 超－5km 以内	5km 超－10km 以内	10km 超－20km 以内	20km 超	計
浅草医師会立訪問看護ステーション	46 (97.9%)	1 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	47 (100.0%)
せいれい訪問看護ステーション横浜	71 (94.7%)	4 (5.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	75 (100.0%)
富士北麓訪問看護ステーション	37 (43.5%)	27 (31.8%)	19 (22.4%)	2 (2.4%)	0 (0.0%)	85 (100.0%)
医療法人玄州会ひかり訪問看護ステーション	27 (44.3%)	15 (24.6%)	15 (24.6%)	4 (6.6%)	0 (0.0%)	61 (100.0%)
Aステーション	14 (87.5%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)	16 (100.0%)
Aステーション[サテライト]	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (100.0%)
訪問看護ステーションけいなん	12 (66.7%)	4 (22.2%)	2 (11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	18 (100.0%)

※出発地・到着地ともに位置情報が得られたデータの数である

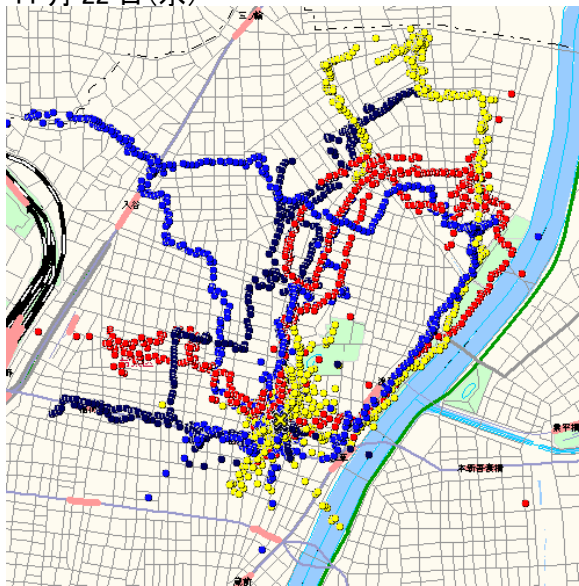
2) 訪問経路プロット結果

東京都台東区

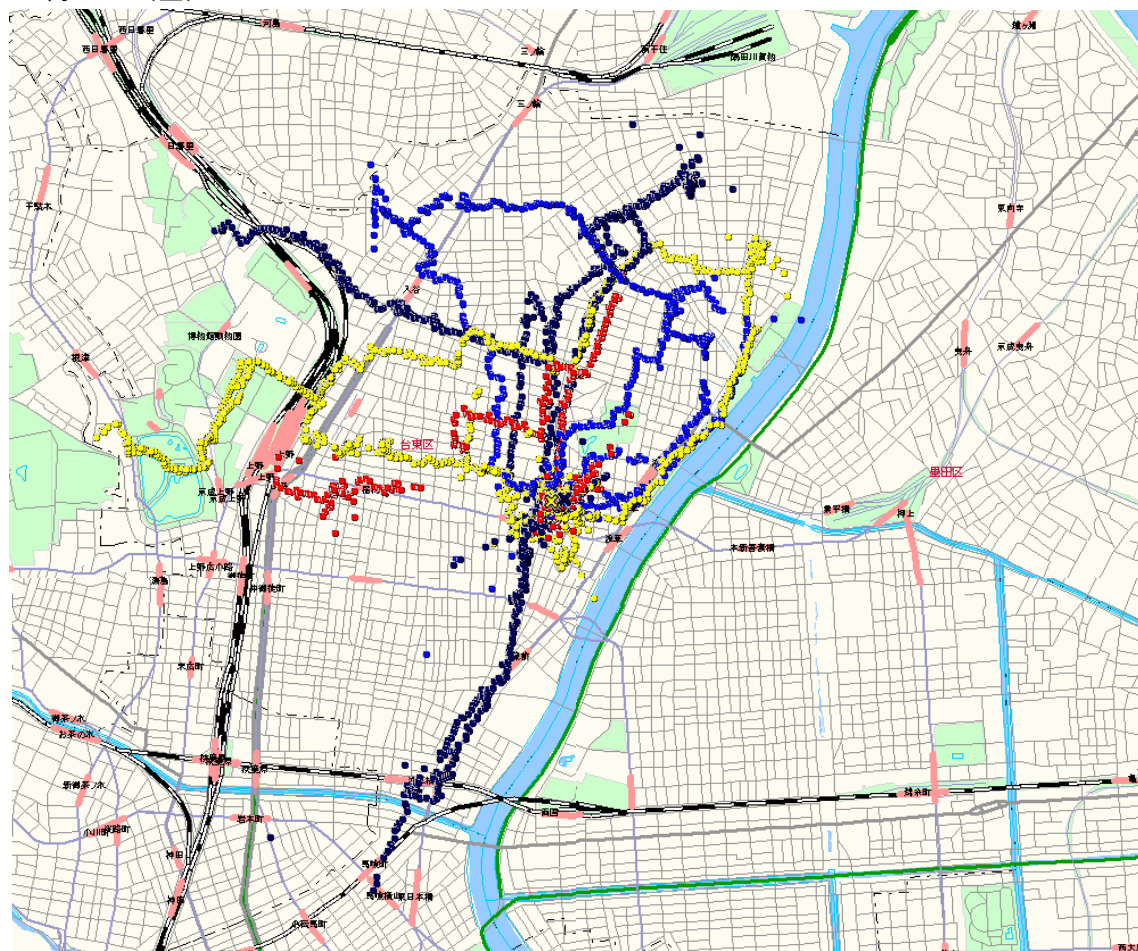
11月21日(火)



11月22日(水)



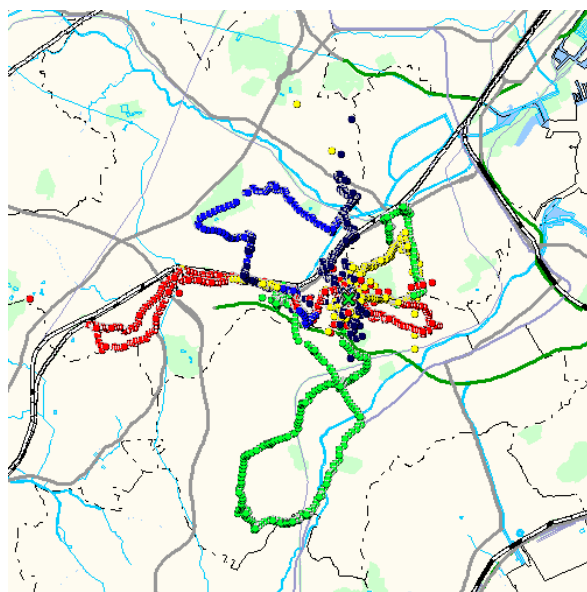
11月24日(金)



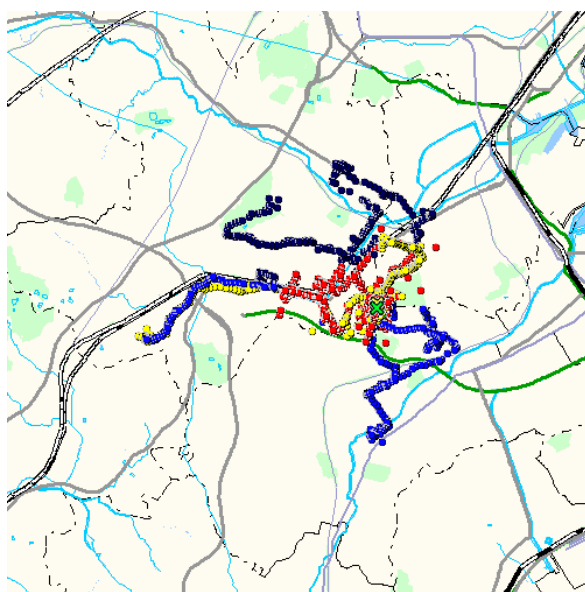
※以下、横浜市・富士吉田市・壱岐市・旭川市・妙高市は標準的な日のデータをプロット

横浜市

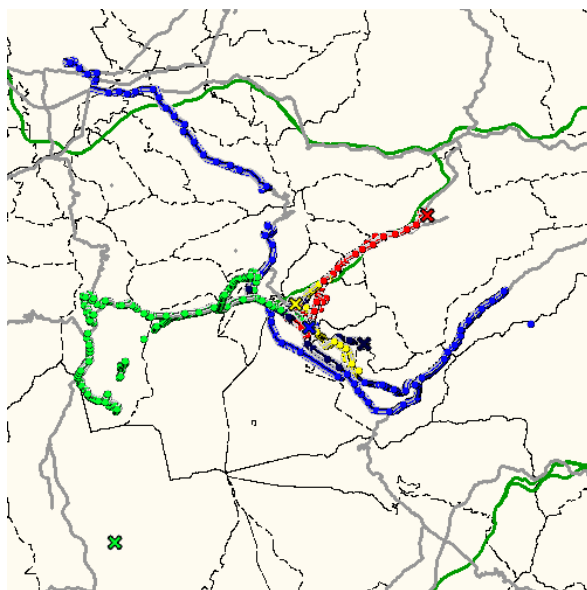
11月29日(水)



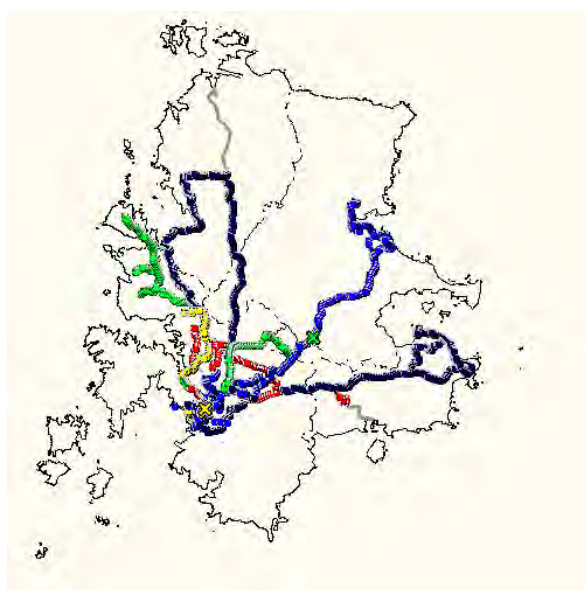
11月30日(木)



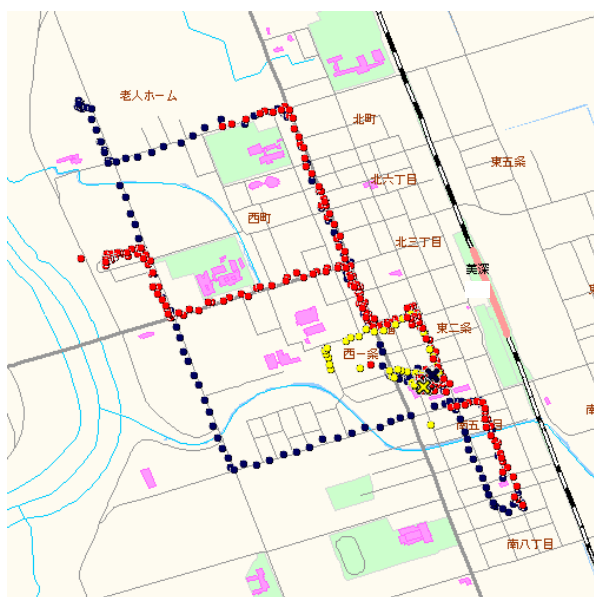
富士吉田市 12月12日(火)



壱岐市 12月20日(水)

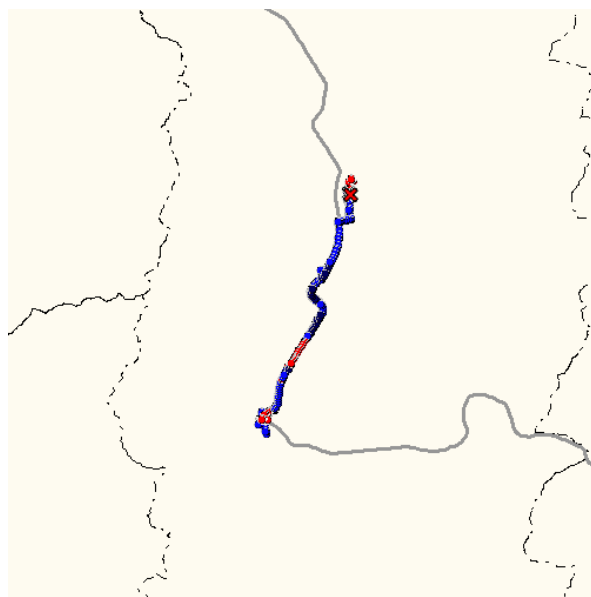


旭川市 1月19日(金)



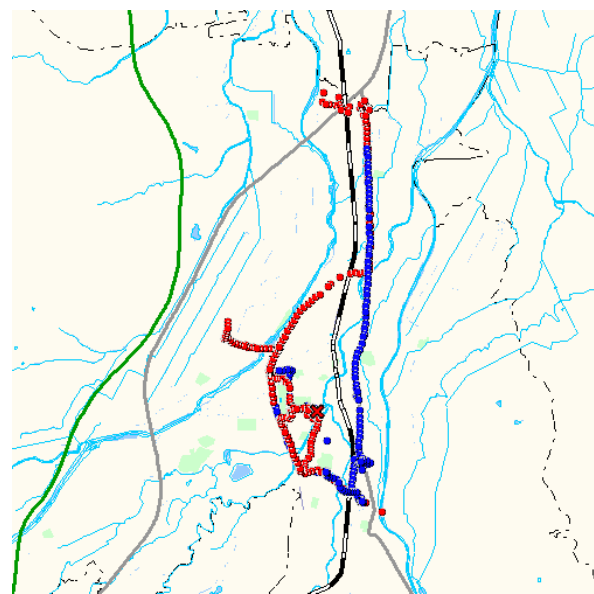
1km

旭川市[サテライト] 1月17日(水)～22日(月)



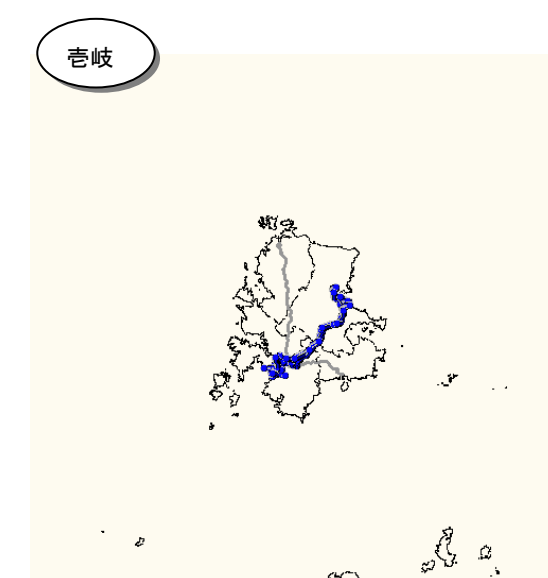
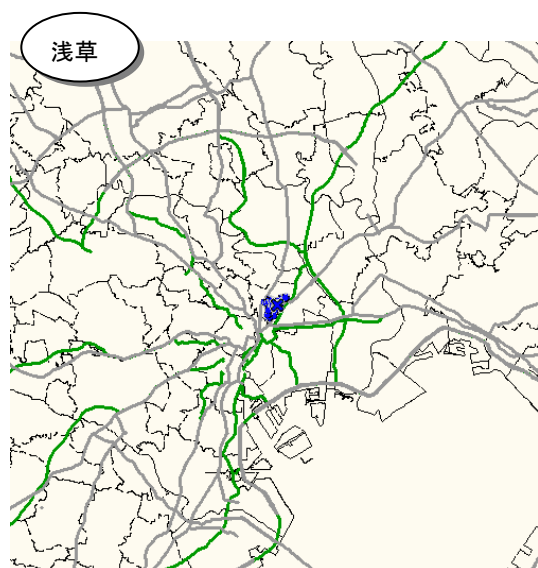
10.5km

妙高市 2月2日(金)



4km

浅草、横浜、富士吉田、彦岐、旭川、妙高の青いプロットを同じ縮尺(48km 四方)にて比較





4. 考察

[都市部のデータより]

- 1週間における訪問片道1件あたり平均時間は、東京都台東区にあるステーションが12分01秒、横浜市にあるステーションが12分36秒、1週間における訪問片道1件あたり平均距離は、東京都台東区にあるステーションが1376.5m、横浜市にあるステーションが1353.6mと、都市部のデータでは片道1~2kmの距離の訪問を行っていた。
- また、訪問片道1件あたり3km以内の件数が東京都台東区にあるステーションで97.9%、横浜市にあるステーションで94.7%と、ほぼ大半が3km以内の距離にあった。

[へき地を含む地域のデータより]

- 富士吉田市にあるステーションは訪問片道平均時間が14分と、都市部と大差ない値が出ているが、片道1件あたり平均距離は4043.3mと全体的に遠距離の訪問が多い。また、最長訪問距離は14kmで、訪問に1時間以上要する訪問もあった。
- 壱岐市にあるステーションは島全体にわたって訪問を行っており、訪問片道平均時間が17分と、都市部と比較すると少し長い結果となっている。また、訪問平均距離が3810.3m、片道5km以上の訪問が全体の30%と全体的に中・長距離の訪問が多い。
- 旭川市にあるステーションは、市街地にステーションが所在し、山間地にサテライトを設置している事業所であるため、母体のステーションは3km以内の近距離の訪問が87.5%と大半を占め、一方サテライト事業所では5~10kmの訪問を行っていた。ただし、遠距離であっても自動車利用のため、訪問の片道移動時間は10分程度にとどまっている。
- 妙高市にあるステーションは、訪問片道平均時間は9分という結果となっている。妙高市は豪雪地帯であり、本調査は冬季に実施したため、越冬入所の利用者のデータは含まれていない。

[課題]

- 今回の調査では、実際に Phone GPS を活用して訪問看護ステーションから利用者宅までの移動距離・移動時間を計測した。へき地を含む地域では、移動距離（特に最長距離）が長い傾向があり、都市部と比較して、移動にかかるコスト（人件費、車両費、ガソリン代等）が大きいことが推察された。
- さらに、へき地を含む地域においては、利用者1人あたりの移動距離・移動時間がかかることにより、その分、他の利用者に訪問できる件数が少なくなり、都市部に比べて介護・医療の報酬収入も相対的に低くなると考えられる。
- このように、へき地を含む地域を訪問範囲としている訪問看護ステーションでは、移動に時間・コストがかかり、訪問効率が悪いことから、移動距離に応じた介護報酬の設定などを検討する必要がある。
- なお、今回の計測では、移動距離・時間を中心に計測したため、職員の利用者宅での滞在時間等の計測は行っていない。今後、都市部とへき地を含む地域の経営面での比較分析を行うために、タイムスタディ調査や経営分析を行うことが必要と考えられる。

I 療養場所移行の実態と特徴に関する調査

1. 目的

へき地では、医療や介護が必要になっても、サービスを受けにくいことから、在宅生活を維持する事が難しく、住み慣れた土地を離れて入院・入所せざるをえない場合がある。また、高齢化が進行し、家族介護者が同居していないことから、介護できる家族がいる地域に転居するというケースも考えられる。一方で、こうした状況を避けようとして、ぎりぎりまで医療やサービスを受けない高齢者がいるという状況もある。

しかし、こうした療養場所移行のパターンは、事例として挙げられてはいるものの、へき地において、患者が実際にどのように療養場所を移行しているのかについて系統的に調べた研究は見当たらない。このような観点から研究を行うことによって、へき地では、どのような条件を有する住民が在宅療養継続可能なのか、どのような条件を整えれば、住民が住みなれた地域に住み続けることが可能なのかを検討することができよう。

そこで、へき地において、医療や介護が必要になった住民の、入院や施設入所の実態、および、特徴について明らかにすることを目的とした。

2. 方法及び結果

長崎県

1. 調査および方法

1) 対象

長崎県A町の65歳以上の高齢者で平成17年4月1日から平成18年3月31日までの期間に療養場所を移行した者

2) データ収集方法

- ① A町の保健師と介護保険担当者および社会福祉協議会のケアマネジャーからの聞き取り
- ② 町営国保診療所の記録から、コード化するなどして個人が特定されないよう配慮し、転記

3) 調査期間

平成19年2月～3月

4) 対象地域の特徴

A町は、長崎県五島列島の北部に位置し、本島を中心に大小17の島からなる町で、本島と3つの小離島が有人島である。平成18年7月末の人口は、3,318名と県内で最も人口の少ない自治体であり、高齢化率39.6%、介護保険認定高齢者181名（介護保険認定者184名）で、介護保険利用率は81.2%である。A町の社会資源は、町営国保診療所（17床うち6床が療養型）、町が民間に委託している特別養護老人ホーム（40床・ショートステイ10床）、社会福祉協議会の運営するデイサービスと訪問看護事業所、町運営の高齢者福祉住宅（20室）である。高齢者福祉住宅は、社会福祉協議会のデイサービスや訪問看護事業所と同一の建物内にあり、ケアハウスのように食事と入浴は共有で、居住スペースが個室になっている。

A町までのアクセスは、長崎県内第2の都市部（特例市）からフェリーで約4時間、高速船で約1時間30分である。A町の生活圏である特例市は、県庁所在地の長崎市からJRで約1時間30分を要する。A町の管轄保健所は、五島列島に所在し、そこには県の離島医療圏組合の総合病院があり、本稿では「隣島の病院」と称す。

A町は、町営診療所と同一の建物の中に、健康管理センターがあり、ここには町の保健師2名と非常勤看護師3名、非常勤の栄養士1名がいる。

2. 結果

1) 対象者の概要（表 1）

A町で、平成 17 年 4 月 1 日から平成 18 年 3 月 31 日の期間に療養場所を移行した高齢者は、男 45 名・女 73 名の計 118 名で、うち 5 名は小離島の在住者であった。平均年齢は 80.8 歳で、男 79.5 歳（66 歳～95 歳）・女 81.6 歳（65 歳～98 歳）だった。対象者の 28.0%（33 名）は一人暮らしで、その約半数（16 名）は島内に子どもや兄弟などもない。また、22.0%（26 名）は夫婦のみ世帯である。配偶者と未婚の子ども、あるいは、未婚の子どもとの同居者は 19.5%（23 名）で、その 7 割は息子との同居であり、家事が期待できない状態であった。子どもの家族と同居していた者は 25.4%であった。

1 回目の入院・入所前の要介護度は、経過的要介護 6 名（5.1%）、要介護 1 が 11 名（9.3%）、要介護 2 が 12 名（10.2%）、要介護 3 が 6 名（5.1%）、要介護 4 が 6 名（5.1%）、要介護 5 が 8 名（6.8%）で、68 名（57.6%）は介護保険非認定者であった。

表 1 対象者の概要

	人数	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上
男	45	5	8	9	12	7	4
女	73	6	5	16	18	20	8
合計	118	11	13	25	30	27	12

2) 療養場所の移行状況

(1) 療養場所移行回数（表 2）

調査期間の 1 年間で療養場所を 1 回のみ移行した者は 18.6%（22 名）で、2 回の者が 39.8%（47 名）、3 回 17.8%（21 名）、4 回 13.6%（16 名）、5 回以上の者は 10.2%（12 名）であった。最多は 10 回であった。5 回以上移行した 12 名の内訳は、5 回 5 名・6 回 3 名・7 回 3 名・10 回 1 名である。

表 2 療養場所の移行状況

	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	10回
男	11	13	5	10	4	0	1	1
女	11	34	16	6	2	2	2	0
合計	22	47	21	16	6	2	3	1

(2) 療養場所の移行状況

対象者が 1 年間に療養場所を移行した回数は、総計 315 回であった。最も多かったのが「自宅から町営診療所（入院）」で 35.6%（112 回）、次いで「町営診療所から自宅」で 24.1%（76 回）、「町営診療所から特例市の病院」4.4%（14 回）、

「特別養護老人ホームから町営診療所」3.5%（11回）の順であった。

対象者 118 名の調査期間の 1 回目移行は、「自宅から町営診療所」が 85 名（72.0%）、「特別養護老人ホームから町営診療所」7 名（5.9%）、「町営診療所から自宅」6 名（5.1%）、「高齢者福祉住宅から町営診療所」と「自宅から特例市の病院」はともに 3 名（2.5%）の順であった。

2 回目の移行をした者は、96 名で、「町営診療所から自宅」57 名（59.4%）、「町営診療所から特例市の病院」13 名（13.5%）、「町営診療所から特別養護老人ホーム」と「町営診療所から福岡県の病院」がともに 4 名（4.2%）の順であった。

3 回目の移行をした者は 49 名で、「自宅から町営診療所」16 名（32.7%）、「特例市の病院から自宅」5 名（10.2%）、「特別養護老人ホームから町営診療所」と「自宅から福岡県の病院」がともに 3 名（6.1%）の順であった。4 回目の移行をした者は 28 名で、多いのは「町営診療所から自宅」8 名（28.6%）、「福岡県の病院から自宅」3 名（10.7%）の順であった。また、5 回目の移行をした者は 12 名で、最も多いのが「自宅から町営診療所」4 名（33.3%）で、6 回目以降の移行した者は、6 名で移行先はさまざまであった。

移行先として最も多かったのは、町営診療所 60.6%で、次いで特例市の病院 11.9%、特別養護老人ホーム 8.3%、福岡県の病院 4.6%、特例市の保健および福祉施設 4.1%であった。

表3 移行回数と場所

移行回数	のべ人数	自宅→								
		町営診療所	特例市の病院	福岡県の病院	特養	特例市の施設	隣島のその他	高齢者福祉住宅	島内の子ども宅	島外の子ども宅
1回目	118	85	3	0	2	1	1	1	0	0
2回目	96	2	1	0	0	0	0	0	0	0
3回目	49	16	1	3	0	2	0	1	1	1
4回目	28	2	1	1	0	0	0	0	0	0
5回目	12	4	1	0	0	1	0	0	0	0
6回目	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0
7回目以上	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0
計	315	112	7	4	2	4	1	2	1	1

移行回数	のべ人数	町営診療所→								
		自宅	特養	隣島の病院	特例市の病院	福岡県の病院	特例市以外の県内の病院	高齢者福祉住宅	島内の子ども宅	島外の子ども宅
1回目	118	6	1	1	0	0	0	0	0	0
2回目	96	57	4	1	13	4	2	1	1	1
3回目	49	2	0	0	0	0	0	1	0	0
4回目	28	8	2	1	1	0	0	0	1	0
5回目	12	1	0	0	0	0	0	1	0	0
6回目	6	0	0	1	0	1	1	0	1	0
7回目以上	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0
計	315	75	7	4	14	5	3	3	3	1

移行回数	のべ人数	特例市の病院→							
		自宅	町営診療所	特例市の病院	県外の病院	福岡県の病院	特養	特例市の施設	島外の子ども宅
1回目	118	1	0	1	0	0	0	1	0
2回目	96	3	0	0	0	0	1	0	0
3回目	49	5	1	2	0	0	1	2	1
4回目	28	0	0	0	0	1	0	2	0
5回目	12	0	0	0	0	0	0	0	0
6回目	6	0	0	0	1	0	0	0	0
7回目以上	6	0	0	0	0	0	0	0	0
計	315	9	1	3	1	1	2	5	1

移行回数	のべ人数	隣島の病院→		福岡県の病院→		特例市以外の県内病院→	その他の地域の病院→
		自宅	特養	自宅	島外の子ども宅	自宅	島外の子ども宅
1回目	118	0	0	0	0	0	0
2回目	96	1	0	0	0	0	0
3回目	49	0	1	1	1	2	0
4回目	28	0	0	3	0	0	0
5回目	12	0	0	1	0	0	0
6回目	6	0	0	0	0	0	0
7回目以上	6	1	0	0	0	1	1
計	315	2	1	5	1	3	1

移行回数	のべ人数	特養→		高齢者福祉住宅→		特例市の施設→		島内の子ども宅→	島外の子ども宅→
		町営診療所	特例市の病院	町営診療所	特例市以外の県内の病院	自宅	特養	町営診療所	自宅
1回目	118	7	1	3	1	0	1	1	0
2回目	96	0	1	1	0	0	2	0	0
3回目	49	3	0	0	0	0	0	1	0
4回目	28	0	0	1	0	1	2	0	1
5回目	12	1	0	0	0	0	1	1	0
6回目	6	0	0	0	0	0	0	0	0
7回目以上	6	0	0	0	0	0	0	0	0
計	315	11	2	5	1	1	6	3	1

(3) 療養場所移行の理由

移行回数に関係なく移行先別にその理由を整理した結果、町営診療所では、「状態の悪化」が 54.5%と最も多く、次いで「現病の悪化や合併症併発」30.3%、脳梗塞の発症 9.1%の順であった。また、特例市の病院への移行理由は、「精査加療および専門的治療」が 65.4%と多く、次が「リハビリ」26.9%であった。

島（町）外の医療機関への移行理由は、「精査加療および専門的治療」が大半を占めた。福岡県の病院へ移行する場合にはその理由が 70.0%を占め、隣島の病院の場合は全員がその理由であった。

特養への移行理由は、「家族の介護力なし」44.4%、「身体の状態による介護量増大から在宅での療養困難」27.8%、「一人暮らし困難」16.7%、「住宅事情により在宅療養困難」11.1%であった。特例市の保健および福祉施設への移行理由は、「リハビリ」66.6%、「転医および入所まち」22.2%であった。

理由別に移行先を整理した結果、理由が「一人暮らし困難」（14 名）の場合では、高齢者福祉住宅 5 名、特別養護老人ホームおよび島内の子ども宅がともに 3 名、町営診療所 2 名、隣島の福祉施設 1 名であった。島内には医療機関が町営診療所のみであるため「精査加療および専門的治療」のために移行した者は 31 名で、移行先は特例市の病院 17 名、福岡県の病院 7 名、隣島の病院 4 名、特例市以外の県内の病院 2 名であった。また、島内にリハビリの施設は全くなく、1 年間で 13 名が「リハビリ」を目的に特例市の病院（7 名）や保健施設（6 名）に移行していた。

この 1 年間で「子どもの近く」を理由に島外に移行した者は 5 名で、移行先は特例市以外の県内の施設 1 名、福岡県の病院 2 名、子ども宅 2 名であった。また、越冬を理由に島外の子ども宅に移行していた者が 1 名いた。

表4 療養場所と移行理由

移行理由	移行先											
	町営診療所	特例市の病院	隣島の病院	特例市以外の県内の病院	県外の病院	特例市の施設	隣島の施設	特例市以外の県内の施設	特別養護老人ホーム	高齢者福祉住宅	島外の子ども宅	島内の子ども宅
状態悪化	72	1			1							
脳梗塞発症	12											
現病悪化・合併症併発	40			1								
精査加療・専門的治療		17	4	2	8							
リハビリ		7				6						
身体状態により在宅療養困難	1					1			5			
転医・入所まち	2					2						
一人暮らし困難	2						1		3	5		3
家族に介護力なし	4								8		2	1
住宅事情		1							2			
子どもの近く					2			1			2	
季節的理由(越冬)											1	
計	133	26	4	3	11	9	1	1	18	5	5	4

数値はのべ移行回数

3. 考察

A町は、社会資源が少ないため、町が民間に委託するなどをして社会資源の確保に努めている。その結果、町内の社会資源すべてに町が関与しており、そこを活用する住民の状況も町が把握できる。また、医療機関も町営診療所1箇所であるため医療を要する場合、ほとんどの住民が、まずは町営診療所を受診することになる。それは、1回目の移行が「自宅から町営診療所」(72.0%)、「特別養護老人ホームから町営診療所」(5.9%)、「町営診療所から自宅」(5.1%)、「高齢者福祉住宅から町営診療所」(2.5%)と、85.5%の者が町営診療所を経由していることからいえる。

A町は平成4年度から13年間の長期間、県の地域リハビリのモデル地域に認定され、町民の健康状態や健康行動に関する把握・活動の取り組みを行ってきた。その経緯の中で、平成12年度から町営診療所が退院患者一覧を町の健康管理センターに提供し、町の保健師と非常勤の看護師が必要に応じて訪問してきた。つまり、町の保健師によって健康上に何かしら問題のある、あるいはそう予測される町民の把握がなされているといっても過言ではない。

A町は、離島であるためコスト的な理由で、訪問看護ステーションからの訪問看護サービスは得られない環境にあるが、自治体の保健師あるいは看護師による看護サービスが提供されている。本調査対象者118名の約7割(83名)を保健師や看護師が訪問しており、両者がともに訪問事例としていた者は41名で、保健師のみの訪問事例は20名、看護師のみの訪問事例は22名であった。また、保健師や看護師は、訪問後、

町営診療所に訪問記録で情報提供をし、在宅療養の状況を主治医や診療所看護師が把握しやすい状況となっていた。自治体からの訪問看護サービスは、無料であるため、町民にとっては、経済的な理由から訪問回数が制限されないことは有益と考える。本調査対象者の中には、火傷や褥そうの悪化のため、訪問看護により毎日創部処置を在宅で受けていた事例もあった。非常勤看護師は、訪問だけではなく、町の保健事業にも従事しているが、訪問が全業務の約6割から7割を占めているということであった。保健師と看護師は、訪問事例の区分を取り決めてはいなかったが、精神疾患患者は保健師が受け持ち、頻繁な看護処置については看護師が行っている傾向であった。

町営診療所への移行理由（即ち、診療所への入院）は、「状態の悪化」54.5%、「現病の悪化や合併症併発」30.3%、脳梗塞の発症 9.1%といわゆる医療機関の本来の機能・役割を目的としたものが約9割強であるが、「転医および入所まち」「一人暮らし困難」「家族に介護力なし」の者も受け入れていた。町営診療所の医師（1名のみ）が、特別養護老人ホームの主治医でもあり、町内の入所施設である特別養護老人ホームと診療所の療養型病棟、高齢者福祉施設、ショートステイを住民の身体や家族状況、生活ぶり、家族関係、本人や家族の希望などから対象者に適した療養場所を選択していた。また、A町では、リハビリに関する社会資源がないため、町の保健事業であるリハビリ教室に、本土と隣島の病院から理学療法士を派遣してもらい、障害を持つ高齢者に参加を勧めていた。また、血压教室にも必要と思われる退院患者を勧奨するなど、保健師や看護師が町の保健事業を社会資源として活用していた。A町は社会資源が限定されているだけではなく、離島であるがゆえに他の地域の社会資源活用が容易ではない。このような地域では、限りある社会資源をそれぞれの対象者の状況に合わせて選択することと、町民全員で分かち合うことが重要と考える。それには、町民の状況をよく把握し、調整できる人材が必須となる。A町においては、それを担っているのが診療所の医師や町の保健師・看護師であるといえよう。

島外への転出は、療養場所としては病院と施設、子ども宅であるが、理由を見ると「精査加療および専門的治療」と「子どもの近く」である。前者は、治療終了後に帰島することを前提としており、後者は完全な転出を意味していた。完全に転出した事例は4名で、うち2名は施設で他の2名は子ども宅に転出しており、要介護1および2が各1名、要介護なし2名である。転出した4名は、脳梗塞の後遺症や腰痛などの状態ではあったが、ほぼ自立した生活をしていた。このようにまだ介護を要さない状況で、転出をすることについて「どうせ（島を）出るなら、子どもの世話になるなら、自分で動けるうちに行った方が良い」という声も聞かれた。これは、新たな環境に適応するためには、重要なことと考える。転出者の1名は老夫婦のみ世帯で、他は一人暮らしであったため、介護が必要となった場合、特養に入らない限りは島内での生活は不可能といえる。特養は、待機している者もあり家族と同居している住民は、ショートステイを長期あるいは頻繁に活用して待っていたが、4名はそれが不可能な事例である。

疾病や障害を持っても住み慣れた地域で生活を継続できるような支援や環境を整え

ることが重要ではある。しかし、いずれは子どもの近くで、あるいは子どものところで希望している人には、移行時期やその後の生活についてご本人や子どもと一緒に考えていくことも重要な支援と考える。

長野県

1. 調査方法

1) 対象

対象地域は長野県最南端に位置する2村である。この2村の65歳以上の高齢者のうち、平成17年4月～18年3月までの1年間に療養場所を移行し継続して支援が必要な方を対象とした。

2. データ収集方法

A村では、村保健師がレセプトに基づき期間中に療養場所を移行した高齢者を抽出し、移行前後の状況を調査票に記入した。

B村では、隣町にあり住民が最も多く利用する県立病院の地域連携担当看護師が、入退院情報に基づき移行した対象を抽出して入院中の情報を記入し、退院後の状況は村保健師が情報を追加した。さらに県立病院以外の病院等への移行については、村保健師が介護保険等に基づき情報を把握し無記名の調査票に記入した。

追跡期間は平成18年12月末までであり、調査内容は、他県と同様であり同一の書式を用いて情報を収集した。

3) 対象地域の特徴（表1）

今回対象とした2村ともに長野県の最南端に位置し、面積の9割以上を山林が占める中山間地である。A村は公共交通がなく、B村はJRが通じており村内に5つの駅がある。

A村は、村中心部からでも基幹病院へは車で40～50分(冬季は60分)と遠く、訪問看護ステーションからの距離が遠いため訪問看護は行われていない。また、村内には入所施設がなく、遠方の施設利用となる。

B村は、村中心部から車で約20分程度の県立病院と老人保健施設を利用でき、病院からの訪問看護・訪問診療、および訪問看護ステーションからの訪問看護が行われている。さらに村内に特別養護老人ホームと養護老人ホームがある。

2. 結果

1) 療養場所の移行状況

平成17年度1年間に、A村では19人、B村では65人の移行状況結果が得られた。両村の移行者ともに女性が60～70%と多く、平均年齢は83歳であった。

療養場所移行について、次の4タイプに分けて表2に示した。

- ① 在宅から入院し在宅に退院：A村8人(42.1%)に比べ、B村は30人(64.6%)と多く、そのうちA村では入院期間1ヶ月以上が1/2であるが、B村では1/4に留まった。B村の3人は数日間在宅で生活し短期入所を繰り返し利用していた。

A村では、在宅への移行後、3人が娘や息子宅に住居を移していた。そのうち1人は

病状が改善後に再び1人暮らしに戻っていた。

- ② 入退院の繰り返し：A・B両村共に短期間の入退院を繰り返しているものが9～10%あり、介護の負担や困難とがんの再発・転移・治療がその理由であった。
- ③ 入院・在宅から施設入所：入院・在宅での療養を経て特別養護老人ホーム・養護老人ホーム等に入所したのは、A村は6人(31.5%)(グループホームへの入所含む)に比べ、B村は13人(20.0%)と10%少なかった。
- ④ 在宅から入院後死亡退院：在宅から入院し死亡退院したものがA村3人(15.8%)、B村は16人(24.6%)であった。B村の移行者のうち1/4がこのタイプであり、そのうち6人は肺炎で入院し、2～15日と短期間で死亡していた。

2) 療養場所を移行した高齢者・家族の状況およびサービス利用

療養場所移行のタイプ別に認知症の有無、同居家族数および要介護認定とサービス利用について表3に示した。

認知症の記述のある高齢者のうちB村では半数が在宅療養であった。また、退院後在宅に移行した場合の同居家族数は、2人家族（大半は老夫婦世帯）がもっとも多く、ついで2世代以上の家族であった。一人暮らしでは、入院・入所が在宅を上回っていた。

介護認定については、A村では要介護3以上の中・重度の介護を要する場合の在宅介護は1人のみであり、軽度の場合に在宅に移行し継続できていた。B村では軽度と中・重度がほぼ同数在宅に移行していた。在宅期間中に利用したサービスについては、A村は訪問介護と通所介護サービスを中心に限られたサービスが利用されていた。B村では短期入所、訪問看護、訪問診療等多種類のサービス利用が行われていた。また、調査期間中に在宅で看取られたのは、A・B村とも各1人であり、A村の1人は診療所医師の往診により、B村の1人は、訪問看護、訪問診療、訪問介護などの在宅サービスに加えて、1ヶ月程度の入院や短期入所を組み合わせることで家族の負担を軽減しながら、チームによるケアを受けていた。

3) 訪問看護利用者の特徴と訪問看護を必要とする人々

B村では11人に訪問看護が提供されていた。11人の状況は、主な疾病は脳血管疾患の3人以外にがんの骨転移、認知症、頸椎損傷、腎不全、神経難病、糖尿病と多様であり、4人が酸素療法等の医療処置を必要とし、2人は終末期であった。また、8人が要介護4と5であり、多くの介護を必要とする対象であった。

一方訪問看護が提供されていないA村では、食事・排泄などの日常生活上の問題、酸素療法などの医療的対応、病状の不安定や終末期、認知症の進行など訪問看護の提供が望まれる対象が1/3程度認められた。

3. 考察

以上の結果により、長野県の山間へき地における療養場所移行の現状と課題について考察した。

- 1) 今回の調査対象の 2 村は、公共交通の状況、基幹となる医療機関との距離、訪問看護・訪問診療の有無、介護保険入所施設に関して、A 村では村内に整備されていないまたはサービス提供範囲に含まれておらず(訪問看護)、B 村は村内またはサービス提供範囲に含まれているという差があった。
- 2) 療養場所の移行は、全事例の半数以上が在宅への退院であり、A 村に比べ B 村で在宅療養への移行が 20%多く、その 2/3 は 1 か月以内という比較的短い入院期間であった。また、B 村では要介護度が重度であったり認知症のある高齢者が在宅療養に移行できる割合が高かった。
- 3) 在宅期間中の利用サービスについて、A・B 村に共通するのは通所介護が最も多く利用されていることであった。B 村では、利用者・家族のニーズに応じて、訪問看護、短期入所など複数のサービスを組み合わせて提供できており、A 村の限られたサービス提供とは異なっていた。また、B 村では重度な要介護者、病状の進行や医療的対応が必要な高齢者に訪問看護が提供されていた。

4) 長野県の中山間地における療養場所移行の課題

以上から、医療・福祉サービスにアクセスしやすい村と距離や施設の関係で利用が困難な村とでは療養場所の移行先に差が認められ、移行する高齢者の重症度や医療依存度にも影響していた。従って、特に A 村のような小規模な村や地域では、サービスの整備に限界があることから、地域で是非必要なサービスについては、既存サービスの機能を拡大したり、広域でサービスを創出することが課題といえる。

また、医療機関との距離が遠い地域では、多くの医療・看護ニーズを有していても日常的な支援が得られ難いことから、居住地域で看護資源の充実を図ることも課題である。

小規模村では、A 村のように居宅介護支援事業・通所介護・訪問介護を社会福祉協議会が一体的に運営しているところを多く見受ける。特に通所介護は住民にもよく受け入れられ利用率も高いことから、この機能に看護を組み入れて在宅療養者への医療・看護の充実をはかることや、複数の村でサテライト型の訪問看護ステーションを設けるなどの検討が必要と考える。

表 1 対象村の概要

	A 村	B 村
人口（高齢化率） 介護保険認定者数	1,231 人(43.3%)(H16 年) 51 人（うち 65 以上 50 人） 要介護出現率 9.4% 介護保険利用率 94.1%	2,046 人(48.5%)（H16 年） 132 人（うち 65 以上 130 人） 要介護出現率 13.6% 介護保険利用率 83.1%
保健・医療・福祉 サービス	診療所（1 か所） 特別養護老人ホーム（0） 養護老人ホーム（0） 在宅介護支援センター（1） デイサービス（1） 訪問介護事業所（1） グループホーム（1） 訪問看護ステーション（0） （訪問エリアから外れている） 保健師(1 人)	診療所村内（1 か所）、隣接村（2 か所） 特別養護老人ホーム（1） 養護老人ホーム（1） 在宅介護支援センター（1） デイサービス（1） 訪問介護事業所（1） 訪問看護ステーション（0） （約 12km 離れた訪問看護ステーション と県立病院から 訪問看護、訪問診療あり） 保健師（地域包括を兼ねて 1 人）
環境	山林 92%、公共交通はなく、隣 町までコミュニティーバスの 運行、村内は巡回バス。	山林 93%、天竜川に沿って JR が走る 温暖な気候

表 2 療養場所移行のタイプ

移行タイプ	内訳	A 村 (N=19)	B 村 (N=65)
①在宅→入院→在宅		8 人(42.1%)	30 人(64.6%)
	入院期間～1 月	4 人	20 人
	入院期間 1～2 月	3 人	6 人
	入院期間 3 月～	1 人	1 人
	退院後短期入所の繰り返し	0 人	3 人
②入退院の繰り返し		2 人(10.5%)	6 人(9.2%)
③入院・在宅→施設		6 人(31.5%)	13 人(20.0%)
④在宅→入院死亡		3 人(15.8%)	16 人(24.6%)
	入院期間～1 月	2 人	8 人
	入院期間 1～2 月	1 人	5 人
	入院期間 3 月～	0 人	3 人

表3 療養場所移行のタイプと患者・家族の状況とサービス利用 (N=84)

村	A 村 (n=19)				B 村 (n=65)			
移行のタイプ	在宅→ 入院→ 在宅	入退院 の繰り 返し	入院・ 在宅→ 施設	在宅→ 入院 死亡	在宅→ 入院→ 在宅	入退院 の繰り 返し	入院・ 在宅→ 施設	在宅→ 入院 死亡
計 (人)	8	2	6	3	30	6	13	16
認知症の記述あり				2	6	1	2	2
同居家族数 1人	2		3		5	1	5	3
2人	4	1	2	1	14	4	2	5
3人～	2	1	1	2	11	1	6	8
介護認定 認定なし	1			2	5	2	1	8
支援～介護2	6	2	4	1	12	3	5	
介護3～5	1		2		13	1	7	8
サービス利用 利用なし	1	1	3		3		5	
利用あり	6	1	3	1	22	4	7	8
(重複回答)通所介護	5	1	2	1	8	1	3	6
訪問介護	2		2	1	3	2	2	2
短期入所					6	1	3	4
訪問看護					8		1	2
訪問診療					2			1
日常生活用具	1				4	1		2
住宅改修					4	1		
その他	1				2			

群馬県

1. 調査方法

1) 対象

平成17年4月1日から平成18年12月31日の期間に介護保険認定により要支援、もしくは要介護となったA村在住の高齢者

2) 調査項目

(1) 平成17年4月1日時点の年齢、性別、要介護度、家族構成、加えて療養場所が在宅の場合には利用サービスと利用目的を調べる。

(2) 平成17年4月1日から平成18年12月31日の期間について次の項目を調べる。

①生活又は療養場所

②生活又は療養場所が移行した場合、その理由、その時の要介護度、村保健師が移行支援した場合、その支援内容

③在宅へ移行した場合は、②に加えて利用サービスと利用目的

3) データ収集方法

村保健師に調査の趣旨を説明し、同意を得て、情報入手が可能であった調査対象該当者の調査項目についての情報を、個人が特定されない匿名化されたデータとして提供してもらう。

提供されたデータは調査対象に該当する63名の高齢者のデータであった。

4) 対象地域の特徴

A村は、群馬県の北西部に位置し、総面積の約9割を山林原野が占める山あいの静かな村であり、山村振興法に基づく振興山村の指定を受けている。村内は24の行政区に分かれているが、それぞれの集落は離れている。気候は冷涼で、豪雪地帯対策特別措置法に基づく豪雪地帯に指定されている。また、過疎地域自立促進特別措置法による過疎村にも指定されており、人口は年々減少しており平成17年1月1日現在の人口は1,958人、人口密度は9.7人/km²であり、高齢化率は31.5%である。

高齢者独居世帯、高齢者世帯が増加し、平成12年には両世帯併せて高齢者のいる世帯の半数を超えている。要介護認定者数も増加傾向にあり、平成16年は94人で、すべて高齢者であった。高齢者に占める要介護認定者数の割合は15.4%であり、要介護認定者の約9割は後期高齢者であった。要介護度別にみると、要介護5と要介護4が11.7%、要介護3と要介護2が24.5%、要介護1、要支援が63.8%で、要支援から要介護3が増加傾向にある。介護保険サービス利用率は80.9%で、うち在宅サービスが48.9%、施設サービスが31.9%であった。

A村の社会資源は、村営の医療センターがあり、有床診療所(19床)、歯科診療部門、介護老人保健施設(50床)、健康増進施設、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、人間ドック棟が併設されている。診療所より往診、並びに、介護保険サー

ビスとしてもみなされる訪問看護、訪問リハビリが実施されているが、年間1～2例と実施数は非常に少ない。その他の介護保険サービスとしては、訪問介護、デイ・ケア、ショートステイがある。村の単独事業として、村社協に委託し、「自家用自動車有償運送事業」が実施され、高齢者の村内移動手段として活用されている。また、平成14年より住民同士の相互扶助事業として「地域通貨ふれあい切符」が導入され、村外への移動や雪かき、庭の手入れなどに活用されている。

2. 結果

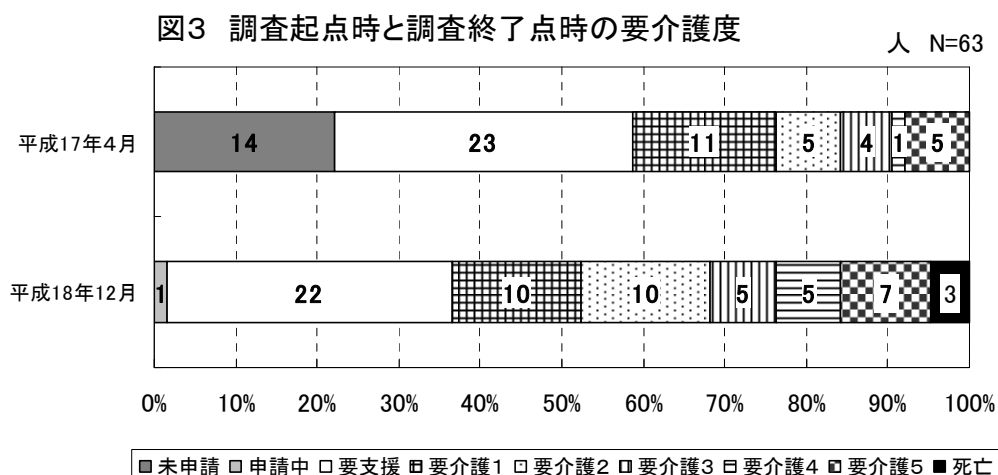
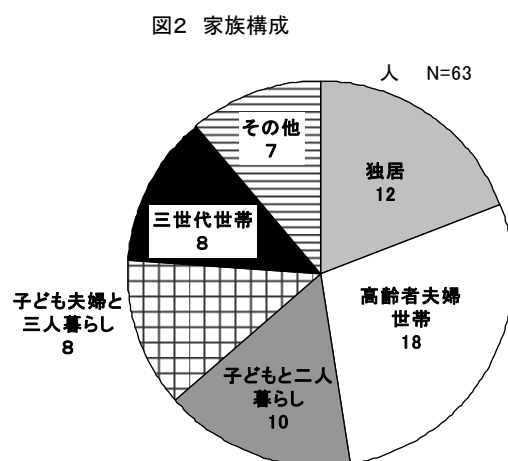
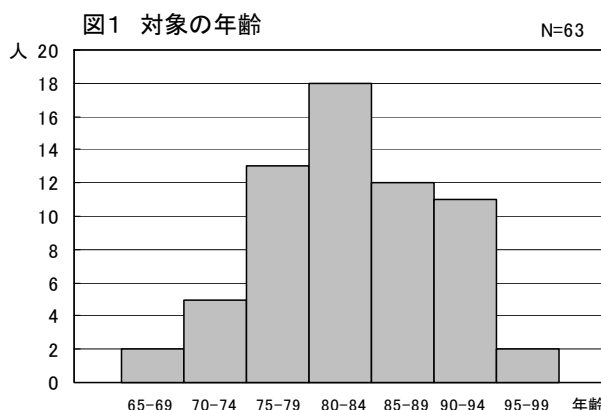
1) 対象者の概要

対象者の年齢を図1に示す。平均年齢82.8(±7.1)歳、最高年齢95歳、最低年齢65歳で、後期高齢者が88.9%を占めていた。

対象者の性別は、男性26人(41.3%)、女性37人(58.7%)であった。

家族構成は、高齢者世帯が18人(28.6%)、独居が12人(19.1%)、と両方で約半数を占めていた。

調査の起点である平成17年4月時点と終了点である平成18年12月時点の要介護度を図3に示す。調査対象の内、14人(22.2%)は平成17年4月時点で未申請であった。また、要介護4、要介護5であった人は、平成17年4月は6人(9.5%)であったが、平成18年12月には12人となり、死亡した3名を加えると15人(23.8%)であった。これは介護保険制度で認定された要介護度であるため実際はこの結果以上に介護度が変化している可能性がある。



2) 移行状況

調査対象者の療養場所移行状況を図4に示す。

図4 調査対象者の療養場所移行状況

平成17年												平成18年												入院・ 入所期間	人
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月					
																						21	5		

介護老人保健施設

在宅

病院(急性期)

病院(慢性期)

その他

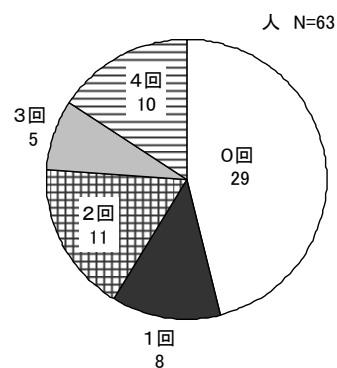
死亡

計

63

療養場所の移行回数を図5に示す。療養場所を移行していない人は、29人(46.0%)であった。

図5 療養場所移行回数



3) 療養場所移行理由

療養場所移行理由を表1に、療養場所を移行しなかった理由を表2に示す。

表1 療養場所移行理由

療養場所	件 (延べ)	療養場所移行理由	件 (延べ)
●在宅から介護老人保健施設	14	・冬季は寒く、外出もできない、寒くて生活が大変、雪かき、給油など が大変	5
		・冬季は寒さのためにデイケア送迎バスの乗り降りが困難、冬季はデ イケアの送迎車が行けず通所困難	5
		・健康管理	1
		・リハビリによるADLの向上	1
		・骨折によるADLの低下	1
		・認知症の悪化による介護困難、生活困難	5
		・介護者の介護困難、介護者の介護負担の軽減	6
		・家族への介護指導	1
●病院(急性期)から介護老人保健 施設	13	・住宅事情(寒い、古い家で外にトイレ・薪ストーブがある等、段差がある)、 寒い冬を過ごす	6
		・ADLの向上	4
		・ADLの低下等により在宅生活困難	3
		・介護者の介護困難、介護者の介護負担の軽減	3
		・家族関係や独居のため介護者がいない	1
		・不明	1
●在宅から病院(急性期)	29	・感染症、整形外科系疾患、脳血管系疾患、腫瘍、呼吸器系疾患、 消化器系疾患、高血圧・糖尿病等の慢性疾患等の発症と治療・検査	24
		・病状の悪化・再発	4
		・不明	1
●介護老人保健施設から病院(急性 期)	4	・肺炎、骨折の治療	2
		・病状の悪化	2
●病院(急性期)から病院(慢性期)	2	・ADL向上のためのリハビリ	1
		・小康状態	1
		・介護者がいない	1
●在宅から病院(慢性期)	1	・病状の悪化、認知症症状の出現	1
●在宅からグループホーム	1	・日中独居で認知症症状の出現、不安	1
●病院(急性期)から在宅	14	・家に帰りたい、可能な限り家で過ごしたいという本人の意向	3
		・病状の安定・改善、疾病の治癒	10
		・ADLの向上	1
		・認知症症状の出現(改善目的)	1
		・介護老人保健施設入所を視野に入れた一時在宅	1
		・家族の一人が介護に専念	1
●介護老人保健施設から在宅	10	・暖かい気候の時期には可能な限り在宅で頑張る、家で過ごしたいと いう本人・家族の意向	8
		・病状の安定	1
		・ADLの改善、向上	2
		・家族の介護技術の向上	1
		・不明	1

表2 療養場所を移行しなかった理由

療養場所	件 (延べ)	療養場所を移行しなかった理由	件 (延べ)
●1年9ヶ月間介護老人保健施設	4	・ADLはほぼ自立しているが家族関係が悪く在宅に移行できない	1
		・独居であり、精神的健康問題により在宅生活が困難となった	2
		・家族の健康問題や胃腸管理の必要性等による介護負担の増大	1
●1年9ヶ月間在宅(転入者含む)	24	・日常生活自立	3
		・通院していたり、身体機能がやや低下しているが日常生活は自立	16
		・可能な限り家で過ごしたい、可能な限り自分のことは自分でしたい	7
		・できるだけ自宅で介護したい	1

療養場所の移行の有無による介護度の変化を表3に示す。療養場所が移行した場合、介護度に変化がなかった件数の延べ件数に占める割合は約7割、介護度が上がった件数は約3割であった。介護度が下がった件数は2件であった。療養場所を移行していない場合は、変化なしが約9割、上がった件数は約1割であった。

表3 療養場所移行の有無による介護度の変化 件(延べ)

療養場所 移行の有無	療養場所	介 護 度			計
		変化なし	上がった	下がった	
有	●在宅から介護老人保健施設	12	2		14
	●病院(急性期)から介護老人保健施設	10	1	2	13
	●在宅から病院(急性期)	19	10		29
	●介護老人保健施設から病院(急性期)	3	1		4
	●病院(急性期)から病院(慢性期)	1	1		2
	●在宅から病院(慢性期)	1			1
	●在宅からグループホーム		1		1
	●病院(急性期)から在宅	6	8		14
無	●介護老人保健施設から在宅	9	1		10
	小計	61(69.3%)	25(28.4%)	2(2.3%)	88
	●1年9ヶ月間介護老人保健施設	4			4
無	●1年9ヶ月間在宅(転入者含む)	21	3		24
	小計	25(89.3%)	3(10.7%)	0	28
計		86	28	2	116

4) 療養場所移行支援

療養場所の移行における村保健師の支援内容を表4に示す。村保健師は20人の22件の療養場所移行を支援していた。その内訳は、病院から介護老人保健施設への移行が7件、病院から在宅が6件、介護老人保健施設から在宅が6件、その他が3件であった。入院・入所中の本人の状況を把握し、本人・家族の意向を確認しながら必要な社会資源を判断し、それに伴って介護保険申請や介護保険サービス等の利用に関わる支援を行っていた。

表4 療養場所の移行における村保健師の支援内容

事例	療養場所の移行	支援内容	結果
a 息子と二人暮らし 80代後半	●病院(急性期)から在宅	・入院後、不穏状態になり、認知症様の症状も出現。本人も家に帰りがたっており、自宅への退院調整をした。腰痛はやや軽減したがADL低下し必要最小限しか動けない。在宅サービスなど本人と家族の意向を確認した。	・本人はできるだけ長く自宅で生活したいがサービス利用は望まない。介護者である息子は朝早く夜遅いため、本人は独居に近い生活となる。介護者は訪問介護やデイケアを利用したいと考えているが本人が望まず困っている。結果、入院5日目退院し、往診のみの利用で在宅生活となる。
b 三世代世帯(介護者:嫁) 80代前半	●病院(急性期)から在宅	・病状安定し退院となるも、ADL低下し歩行困難となり、また介護者は健康問題を抱えており介護者への支援のためにサービスの利用を働きかけた。	・本人はサービス利用を希望しなかった。
c 息子と二人暮らし 80代前半	●病院(急性期)から一時在宅経過して介護老人保健施設	・本人はできるだけ自宅にいたい、日中独居で介護者がおらず、片麻痺で歩行も困難であり、在宅生活は困難であるため、介護老人保健施設へ入所し、そこで可能な限り自立した生活を送るためリハビリをしたいということであった。よって、要介護認定調査を行い、介護認定の手続きを進め、また介護老人保健施設への入所調整を行った。	・要介護3と認定された。在宅で、日中独居でも大丈夫のようにリハビリをしたいとデイケアを希望していたが、歩行困難となり入院。半年後介護老人保健施設へ入所となる。リハビリを頑張っ自宅へ帰ると言っていたが、約半年後亡くなられた。
d 妻と二人暮らし 80代後半	●病院(急性期)から介護老人保健施設	・以前に要介護認定を受け要介護1であったが介護保険サービスは利用しておらず、有効期限切れとなっていた。ゲートボールをする等活動的な生活をしていて、歩行障害の出現に伴い、本人は歩けるようになって家に帰りたと思っていた。妻の意向は、退院して自宅へ戻っても寒いし、段差があり車椅子が使えないので暖かくなるまで介護老人保健施設でリハビリをして、歩行可能になって自宅に戻ってほしい、であった。本人も村内の施設入所は拒否しなかった。そこで、介護保険を新規として申請するよう支援し、また介護老人保健施設への入所を調整した。	・介護老人保健施設へ入所となった。
e 息子と二人暮らし 80代後半	●病院(急性期)から介護老人保健施設	・軽い認知症状があったが在宅生活を継続しており、介護保険は未申請であった。本人の意向は退院後、リハビリ目的で介護老人保健施設へ入所希望があり、介護保険の申請を支援し、また介護老人保健施設への入所を調整した。	・調査対象期間中は病院に入院。その後、介護老人保健施設へ入所となった。
f 息子夫婦と三人暮らし 90代後半	●介護老人保健施設から在宅	・冬季のみ介護老人保健施設に入所し、暖かいうちは在宅で介護保険サービスを利用しながら生活している、また同居の息子夫婦は最低限の関わりしかしない。よって、暖かい時期の在宅生活を維持するために、介護保険サービスの利用調整を行う。	・デイケア、短期入所を利用しながら在宅生活を継続している。
g 夫と二人暮らし 80代後半	●病院(急性期)から在宅	・在宅療養に移行するにあたり、暖房やこたつなど寒さ対策のために自宅を整備した。また、できるだけ長く在宅生活を続けられるよう介護保険サービスの利用に関わる支援をした。	・訪問介護4日/週、デイケア1日/週、配食サービス(昼食)2日/週の利用に至った。
h 夫と二人暮らし 70代前半	●病院(急性期)から病院(慢性期)	・退院してもよいと言われたがこのままでは(ほぼ寝たきり状態)家には帰れない、車イス生活ができるようになるまでどこかでリハビリを受けたいという本人の意向があり、リハビリ病院への転院を支援した。	・身体機能の改善を図るためにリハビリ専門病院に転院した。リハビリにより少し改善がみられ、暖かくなったら介護老人保健施設への入所か家に帰ることを考える。
i 夫と二人暮らし 70代前半	●病院(急性期)から在宅	・在宅療養に移行するにあたり、本人は体力が回復せず動くと疲れてしまう状態であった。入浴希望あるが妻の介助のみでは難しく、介護保険申請の支援、デイケア利用のための支援を行った。	・入浴と体力をつける目的でデイケアを週2回利用することになった。
j 独居 90代前半	●介護老人保健施設から在宅	・自立しているが寒さと雪かき、給油などの負担が増え在宅生活が困難となり介護老人保健施設へ入所していた。できるだけ家で過ごしたいという本人の意向があり、暖かくなって退所するにあたり、できるだけ自宅で頑張れるよう介護保険サービスの利用調整を行う。	・入浴とリハビリ目的でデイケアを利用し、家事援助目的で訪問介護を利用することになった。

表4 療養場所の移行における村保健師の支援内容(つづき)

事例	療養場所の移行	支援内容	結果
k 妻と二人暮らし 70代後半	●介護老人保健施設から在宅	・多発性脳梗塞により歩行障害が出現し、入院となる。手すり歩行が短距離なら可能となって退院。入浴が大変でありデイケア利用の希望が本人よりあったことや、症状は改善したが治療の効果は薄く身体機能は低下傾向であること、妻が高齢で体も小さく介護が困難な状況になってきていることから、在宅療養を可能にするために介護保険の申請と介護保険サービスの利用を支援した。	・入浴とリハビリ目的でデイケアを利用することとなった。
l 妻と二人暮らし 70代前半	●病院(急性期)から在宅	・左上下肢不全麻痺等あるが身体機能を維持したい、通所リハビリに通いたいという本人の意向があり、介護保険の申請と介護保険サービスの利用を支援した。	・週3回デイケアに通所している。
m 妻、娘夫婦と四人暮らし 90代前半	●病院(急性期)から介護老人保健施設	・心疾患の憎悪で入院、このまま退院しても自宅では車イスや歩行器の使用は難しく、本人は退院後、介護老人保健施設へ入所し、積極的にリハビリをして家に帰りたいという意向があったので、介護老人保健施設への入所を調整した。	・退院後、介護老人保健施設へ入所となり、積極的にリハビリに取り組んでいた。
n 妻と息子夫婦、孫二人の六人暮らし 80代前半	●介護老人保健施設から在宅	・冬季はデイケアの送迎車への乗り降りが寒さのため困難となり介護老人保健施設へ入所しているが、春になり冬になる前まではできるだけ長く自宅で過ごしたいという本人の意向があった。よって、在宅療養を継続できるよう介護保険サービスの利用支援・調整をした。	・デイケアと短期入所を利用して5月から翌年1月まで在宅療養を継続できた。
o 息子と二人暮らし 80代前半	●在宅から介護老人保健施設 ●病院(急性期)から介護老人保健施設	・治療のため入院していたが、在宅療養へ移行するにあたり、できるだけ在宅で頑張りたいという意向があり、短期入所の利用を支援した。 ・健康問題が再出現し治療のため入院していたが、今までは在宅復帰は困難、退院後は介護老人保健施設へ入所したいという本人の意向があったため、介護保険認定区分変更申請を支援した。	・退院後、介護老人保健施設へ入所となった。
p 息子夫婦と三人暮らし 80代後半	●在宅からグループホーム	・日中独居であるが不安になり電話をかけまくるなどし、また多愁訴であった。短期入所を利用していたが要支援1であり、自費で期間延長したりしていた。認知症状も出現してきて、本人は施設にいた方が安心と入所希望があること、家族も昼間一人にしておくのは心配、少人数で落ち着けるグループホームへの入所を希望したため、要介護認定区分変更申請を支援し、またグループホームへの入所を支援した。	・グループホーム入所となった。
q 夫と息子の三人暮らし 80代前半	●介護老人保健施設から在宅	・家が細い急な坂道の先の高台にあり、冬季はデイケアの送迎車が行けず、デイケア通所困難となることや健康問題を抱えた介護者の介護負担を軽減するために介護老人保健施設へ入所しているが、冬季以外はできるだけ在宅生活を続けたいという本人の意向があった。よって、介護負担を軽減し、在宅療養を継続できるよう介護保険サービスの利用支援・調整をした。	・デイケアと短期入所を組み合わせながら冬季以外は在宅療養を継続できている。
r 妻と二人暮らし 70代前半	●病院(急性期)から介護老人保健施設 ●介護老人保健施設から在宅へ	・脳梗塞により入院。右上下肢麻痺と失語症あり脳血管性痴呆もみられコミュニケーションとりづらい。退院後、すぐに在宅療養・在宅介護は難しい、しばらく介護老人保健施設に入所させたいという介護者の意向があったため、介護保険の申請と施設入所の調整をした。 ・高血圧で体調不良のため入院。病状良くなり退院後は在宅を目指したが介護度(自立度)と住宅環境により一旦介護老人保健施設に入所となる。本人の意向は春になったら家に帰りたい、というものであり、家族も家に帰したいと思っていた。よって、在宅療養に向けて退所の時期の検討、介護保険サービス利用に関わる支援、住宅の環境整備を支援した。	・退院後、介護老人保健施設へ入所となった。 ・調査対象終了時点では、まだ介護老人保健施設へ入所していたが、4月に退所し在宅療養に移行する予定。
s 夫と息子夫婦と孫と五人暮らし 80代後半	●病院(急性期)から介護老人保健施設	・食欲不振、動けなくなり入院。治療により症状改善したが入院前のように動けない。家族には他に要介護者もあり介護負担が大きい。よって、ADL拡大を目的に介護老人保健施設への入所を調整した。	・退院後、介護老人保健施設へ入所となった。
t 息子と二人暮らし 80代前半	●介護老人保健施設から在宅	・介護者である夫が入院し在宅での生活が困難となったができるだけ家で生活したいという本人の意向があり、在宅への移行を支援した。	・在宅へ移行し、できるだけ自宅で頑張る、夫がいないのでできることは自分でしたいと週1回デイケアへ通所しながら頑張つ

5) 訪問看護サービスがない地域において在宅療養を可能にするための社会資源

A村の高齢者が在宅療養時に利用していた医療福祉介護サービスを表5に示す。訪問看護ステーションがない地域でも、訪問介護や通所介護（デイケア）、短期入所と冬季の介護老人保健施設への入所により、在宅療養が継続できていた。また、介護保険の申請をしていない時期はともかく、認定を受け要支援・要介護となった後も医療福祉介護サービスを利用せずに在宅療養をしている場合もあった。

表5 在宅療養生活の場合の利用している医療福祉介護サービス

利用サービス	未申請	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	延べ件数 計
訪問介護(支援費)	1							1
訪問介護		5	1		1		3	10
デイケア		14	6	7	1		5	33
ショートステイ		3	4		1	1	3	12
配食サービス		3		1				4
訪問看護(医療保険)				1				1
訪問リハビリ				1				1
外来リハビリ		1	2					3
往診	1		2					3
電動カート(福祉用具の貸与)				1				1
不明			1					1
なし	4	8	2		1			15
計	6	34	18	11	4	1	11	85

3. 考察

療養場所移行の理由、特に在宅や病院から介護老人保健施設への移行理由には、冬季の寒さによる、疾病や障害をもつ高齢者にとっての生活の困難さや、訪問看護サービスがないに等しいA村の要支援・要介護高齢者の在宅療養を可能にするために重要な社会資源の一つであるデイケアへのアクセスの困難（送迎バスの乗降、バスの送迎自体の困難）が挙がっており、冬季には村内にある介護老人保健施設が療養場所として選択されやすいと考えられた。また、介護者がいない、介護困難、介護負担の軽減も理由に挙がっており、調査対象者の家族構成は独居、高齢者世帯、子どもと二人暮らしで6割以上を占めていたが、家族内介護が期待できないことが影響していると考えられた。これらは、山間豪雪地帯で高齢化が進む地域において、在宅療養を困難にする理由として少なからず共通している理由ではないかと考えられる。

へき地に住む高齢者が疾病や障害を抱えながら住み慣れた地域で生活を継続するためには、本人の健康状態や介護度はもちろんのこと、家族状況や季節による変化も含めた生活状況、本人・家族の意向等を考慮して、適切な療養場所をコーディネートする必要がある。中には、高齢者自身の意向を尊重して在宅療養してはいるが生活の質は低下していく、しかし本人は平気であるという状況となり、在宅療養を打ち切る判断と療養場所の検討が必要なこともある。A村ではこのようなコーディネーター役を村の保健師が担っている場合があった。特に、要介護認定を受けていない、あるいは介護保険サービスを利用していない高齢者が急性疾患などにより医療機関に入院した場合、家族も含めた高齢者の状況をよく知る村保健師が、入院が長期化することによる高齢者の健康生活

に及ぼす影響や本人・家族の意向を把握し退院後の療養生活を支援することは重要であると考ええる。

在宅から介護老人保健施設や病院等への移行理由には、生活の各側面での自立困難、身体機能の低下、健康問題の出現・悪化、認知症症状の出現・進行などがあった。このような徴候を早期に発見し対応するという視点から、適切な介護保険サービスの利用になっているか、関係者から適切な支援が提供されているか、本人・家族の反応はどうであるか、変化はみられるかを評価し、支援計画の見直し・修正を提案していくことに関して、看護職の役割は大きい。訪問看護ステーションのない地域では、そのような役割を診療所看護職、デイケアに携わる看護職、村保健師がかなり意識して担っていく必要があるだろう。このような役割を地域ケア会議などで発揮していくことが重要であると考えられるが、看護職がその役割を自覚し、また関係者が認識しているかが課題であると考ええる。予防という視点から誰が責任をもってそれを評価し、より良い支援計画を立案していけるのか、を明確にし、それを要支援・要介護高齢者への地域ケア体制の中に位置づける必要がある。

訪問看護が導入されれば、要支援あるいは介護度の低い要介護高齢者の介護度の進行を予防するための支援内容を訪問看護によって充実させていくことも可能であると考ええる。特に、アクセスの問題があったり、通所型サービス利用に拒否的であり介護保険サービスを利用していない要支援・要介護高齢者への支援において期待できる。従来の保健師の活動のように対象者の地域に出向いていき、高齢者を複数集めて働きかけるといった方法も考えられる。A村においては、診療所の訪問看護の役割が大きいですが、訪問看護を行う看護師は外来などと兼務であり、マンパワー不足で量的限界がある。村保健師も一人である。現在、介護保険による訪問看護の報酬は30分毎の時間区分でしかないが、特に地域資源が少ないへき地の場合、訪問看護は住民が地域に住み続けるためには不可欠な支援である。へき地においては採算がとれず民間事業所が参入しにくいということがあるが、介護給付報酬を看護内容によって細分化し利用しやすいサービスにすれば利用者も増えるのではないかと考える。

青森県

1. 目的

人口規模の少ない地域における訪問看護ステーション（以下、S T）の需要と供給について検討するために、脳血管疾患患者の療養場所の移行状況を通して地域リハビリテーションの現状と課題を明らかにすることである。

2. 調査方法

1) 対象地域の特徴

本調査の対象地域は、下北地域のM市とした。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つの海に囲まれている。M市は下北地域に位置し、人口 50,000 人、面積 247.3Km² で、市としては本州最北端に位置していたが、2005 年 3 月の合併により、人口 64,000 人（高齢化率 18.1%）、面積 863.7Km² 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、12 月上旬から 3 月下旬まで雪に覆われる。M 市には、2 つの S T が存在しており、その活動範囲は旧 M 市内とその他地域の一部であり、合併後も特に変更はない。

2) 対象

ここでは、脳血管疾患患者のみを対象として調査を行った。その理由は、急性期を脱した後も多くは後遺症を伴うために、長期の療養期間を要することが多く、急性期から回復期、維持期に至る停滞のない対応が必要なり、地域リハビリテーションの現状を探るのに適していると考えたためである。

下北地域のM市の4地区内において平成17年度に発症した脳血管疾患患者のうち、保健師による連絡が可能であった22名に対して、市（保健師）を通して「調査に関する説明のための訪問」の承諾を得た。その後の訪問にて、調査について口頭と書面で説明し、同意の得られた20名を対象者として、本人および家族に対してインタビューを実施した。

3) データ収集方法

半構造化面接法を用いた。調査者二人一組で訪問し、そのうち一人が主にインタビューし、他の一人はインタビュー内容の記録を担当した。

主な調査内容は、（1）発症時の状況、（2）発症時から現在までの療養場所と移行状況、（3）発症前から現在までの治療及び生活状況、（4）社会資源の活用状況、（5）発症時から現在までのリハビリテーションである。調査は2007年1月15日から2月22日にかけて実施した。

3. 結果および考察

1) 対象属性

20名の平均年齢は70.7歳であった。49歳が最も若く、40代は1名であった。また、50代3名、60代が5名、70代最も多く6名、80代4名、90代1名で97歳が最高齢であった。性別は男性11名、女性9名であった。

診断名は、脳卒中1名、脳出血(橋出血、左被殻出血後遺症、左視床出血後遺症、左被殻出血、右脳内出血を含む)6名、脳梗塞(多発性脳梗塞を含む)12名、脳動脈瘤1名であった。また、併記されている診断名は高血圧、発作性心房細動、糖尿病、高脂血症、ALSであった。中でも糖尿病は5名で最も多かった。なお、ALSについては身体障害者手帳の診断名も「脳梗塞」になっているために除外はしないで対象に含めた。

表1 対象者の属性(人)

		N=20	
性別		療養場所の移転	
男性	11	入院なし	2
女性	9	入院→自宅退院	6
年齢(歳)		入院→自宅	1
40～49	1	脳血管疾患再発作のための再入院	2
50～59	3	他疾患による再入院	2
60～69	5	入院→自宅→入院→施設	1
70～79	6	入院→転院	12
80～89	4	入院→転院1回→自宅	3
90～	1	入院→転院2回→自宅	2
診断名		入院→転院3回以上→自宅	2
脳卒中	1	入院→転院1回→自宅→	
脳出血 ※1	6	冬季療養のため1回入院→自宅	1
脳梗塞 ※2	12	転院後他疾患併発、入院継続中	2
脳動脈瘤	1	リハ目的で転院、入院継続中	2

※1 橋出血, 左被殻出血後遺症, 左視床出血後遺症, 左被殻出血, 右脳内出血を含む

※2 多発性脳梗塞を含む

2) 療養期間、療養場所、移行理由

療養期間、つまり発症年月から現在(平成19年1月)までの期間は平均17.8ヵ月である。現在の療養場所は自宅15名、入院中4名、老人保健施設入所中1名である。療養期間中に療養場所を移行した人は、入院しないで通院治療をした2名を除く18名で、そのうちの10名が地域の中核病院に入院していた。その他は住居地の病院・診療所が5名、あとの3名はいずれも住居地以外で発症し、救急車で搬送された病院である。また、発症場所は自宅9名、通勤途中あるいは外出中5名であり、他の6名は自己健診あるいは具合が悪くて受診し診断されていた。

なお、自宅で発症した9名のうち8名は本人より家族が「いつもとちがう」様子に気がついて受診していた。結果的に脳卒中発作のため救急車で搬送され入院になっ

た人が約半数の 10 名であり、他の 8 名は受診の上診断がついてからの入院であった。

また、入院後の療養場所の移行状況をみると、退院して自宅へ戻った人 6 名、他の病院へ移行した人 12 名であった。さらに、退院して自宅へ戻った 6 名のうち 5 名が再発作あるいはリハビリテーション等の目的で再入院していた。また、他の病院へ移行した 12 名のうち、そこから自宅退院し、自宅療養を継続しているのは 3 名で、その他のケースは転院や再入院を繰り返していた。転院回数の総数は 23 回、つまり 1 人当たり 2 回転院して現在の療養場所にいるということになる。

最初の入院先から次の移行までの期間は平均 2.9 カ月であった。これは、急性期治療に要した期間ともいえる。そして、次の療養場所から現在(入院・入所あるいは自宅)までの期間は平均 14.8 カ月であり、入院・入所中の 5 名を除くと 15.2 カ月であった。その理由は、急性期を脱した後の回復期治療・リハビリテーションのためである。その移行場所は 18 名中 14 名(82.4%)がリハビリテーション専門病院であった。なお、自宅に戻ったあとも入院・入所中を除く 15 名全員が通院継続中である。主な通院先は住居地の病院・診療所が 6 名(46.7%)、地域のリハビリテーション専門病院が 5 名(33.3%)、中核病院 4 名(26.7%)である。

3) 現在の生活状況、介護状況

入院・入所中の 5 名を除いた 15 名のうち 11 名は自立歩行が可能であり、身の回りのこともほぼ自立しているが、ボタン掛けや入浴時の見守りなど何らかの手助けを必要とし、11 名全員が家族の手助けが得られていた。主な介護者は妻 8 名、夫 3 名の、いずれも配偶者であった。また、11 名中 4 名はディケアを利用しリハビリテーションを継続していた。冬期間は再発作が心配で入院するという人もいた。また、麻痺、疼痛やしびれなど何らかの後遺症を抱えている人がほとんどであった。そして、中には軽度の後遺症であっても「外出したくない」「人と会いたくない」など心理的に立ち直っていない人も見受けられた。なお、11 名中 6 名は仕事を持っていたが、現在職場復帰を果たしたのは 1 名(78 歳)であり、復帰する予定 1 名(49 歳)を含めても 2 名のみである。

次に、あとの 4 名の生活状況であるが、屋内では歩行できるが外出時は車椅子を利用していた。また、立ち上がりの時やトイレなどでは手助けを必要とするなど、介護者の負担も大きく、それに対して十分な介護状況とはいえない人も見受けられた。主な介護者も妻 1 名、娘 1 名、妹 1 名、知人(男性)1 名であった。しかし、いずれも身近な社会資源を活用していた。その主な種類は、ディサービス 4 名中 4 名、ショートスティ 2 名、ヘルプサービス 2 名である。そうした活用により現在は基本的な生活は維持されているが、本人の機能低下による介護者の負担が増加することも十分予測され、訪問看護あるいは訪問介護サービスなど介護者を支える資源の導入を検討する必要があるのではないかと考えられた。

そして、入院・入所中の 5 名のうち 2 名は治療および機能訓練も終了し、施設入所のため待機しているというのが 2 名(A 氏 53 歳、B 氏 75 歳)である。介護者は A 氏：

母親(80 歳)であり、B 氏：息子(48 歳)である。2 名は自力歩行困難で車椅子を利用して、意思疎通は図ることができるという状態であるが、介護者は退院させたくても在宅ではとても看ることができないという。

同様に C 氏(68 歳)も治療および機能訓練も終了し、これ以上回復の見込みがなく退院を迫られているが、介護者である妻(62 歳)は「施設入所させたくはない。しかし、寝たきり状態の上経管栄養しているため家に連れて帰っても看ることができない」という。

A 氏、B 氏、C 氏とも急性期治療を終えたあと、地域のリハビリテーション専門病院に転院し、いずれも 6 ヶ月間のリハビリテーションを終了後も入院継続して 4～7 ヶ月になる。退院後も在宅医療が必要なケースであるといえる。しかし、活用できる在宅医療の情報が家族に周知されていない。例えば 3 氏の住む地域内には訪問看護ステーションが 2 箇所あるが、その存在やサービス内容も知らない状況だった。仮に訪問看護サービスなどが導入されたとしたら社会的入院といわれる、このようなケースを減らすことになるのではないかと期待される。

なお、3 氏以外の入院・入所の 2 名であるが、1 名(84 歳)は、脳梗塞は回復したものの他の病気のための入院であり、もう 1 名(86 歳)は多発性脳梗塞の他に認知症を併発したために老人保健施設に入所した人である。

以上をまとめると、平成 17 年度前後に発症した脳血管疾患患者 20 名と家族から急性期の療養期間は約 3 ヶ月であり、その後ほとんどの人がリハビリテーション専門病院に転院し回復期の治療・機能訓練を約 1 年から 1 年半を経て自宅に戻っていた。そして、その後も通院ならびにディケアやディサービスなど、身近な地域のサービスや資源を活用、および家族の支えを得ながら維持期を過ごしていた。

急性期から回復期へはスムーズに移行していたが、これは、地域にリハビリテーション専門病院が設立されたことによるものと考えられた。昨年度の調査ではその存在さえ聞かれなく、多くの事例が地域から 150 キロも離れたリハビリテーション専門病院に入院²⁾していたと聞いて驚いたが、今回の調査ではわずか 1 例のみであった。

一方、回復期から維持期への移行状況については必ずしもスムーズではなく、治療目的ではなく施設入所待ちの待機入院など活用できる身近な資源やサービスの情報が療養者や家族に届いていないこと、介護者がいても単独であることが多く、介護者を支えるしくみづくりが必要なことやなど地域リハビリテーションの課題が示唆された。

4. 文献

- 1) 大田仁史：地域リハビリテーション原論，医歯薬出版，2001，8.
- 2) 山本春江他：在宅脳血管疾患療養者と家族から探った地域リハビリテーションの現状と課題，2006 年度青森県保健医療福祉研究発表会抄録集，2007，106.

表2 全対象者の概要 (N=20)

1

番号	対象		診断名	発症場所	発生時から現在までの療養場所の移行状況					急性期		現在
	年齢	性別			①発生順序	②発生年月	③移行状況	④移行理由	⑤移行に伴うニーズ	入院	回数	
1	62	女性	脳出血	1 自宅	1. 入院 2. 転院 3. 自宅 (通所リハ)	1. 17. 5. 1 2. 17. 8 3. 18. 1	1. 救急車 2. リハビリ 3. 通所リハ	1. 意識不明 2. 慢性期 3. 歩行可能	1. 救急対応 2. よくなりたい 3. 機能維持/右手～指がもう少し動けばいいと思う。	1	1	1
2	70	男性	脳卒中	5 受診	1. 入院 2. 自宅 3. 入院 4. 自宅	1. 16. 9. 18 2. 16. 10. 16. 3. 17. 1. 29 4. 17. 2. 25	1. 頭痛のため 2. 麻痺はなく退院 3. 再発作、四肢麻痺出現 4. 歩行可能となり退院	1. 診断・治療 2. 軽快し退院 3. 再発作治療 4. 回復したため	1. 診断・治療 2. とくになし 3. 再発作治療 4. 在宅ケアに不安 (ヘルパー 1 ヶ月頼んだ)	1	入院 2 回 再発作	1
3	79	男性	脳梗塞	1	1. 病院受診 2. 自宅	1. 17. 11. 4 1. 5日間通院	1. 発症 2. 病院改築中にて自宅から通院	1. 発症のため 2. 病院改築中にて自宅から通院	1. 治療	0		1
4	78	男性	脳梗塞	2 出勤途上	1. 入院 2. 転院 3. 転院 4. 転院 5. 転院 6. 自宅	1. 18. 3. 4 2. 2ヵ月入院 3. 1週間入院 4. 2ヵ月入院 5. 入院：ペースメーカー装着 6. 自宅	1. 救急車 2. 急性期治療後：リハ 3. 地域へ 4. リハ 5. ペースメーカー 6. 自宅	1. 急性期治療 2. リハ実施 3. 地域に戻る 4. リハビリ 5. 検査 6. 自宅	1. 急性期治療 2. リハ実施 3. 地域に戻る 4. リハビリ 5. 検査 6. 自宅	1	4	1
5	82	男性	脳梗塞	1	1. 入院 2. 転院 3. 自宅 4. 入院 5. 自宅	1. 17. 1. 24 (3M) 2. 17. 4 (3M) 3. 17. 7 4. 18. 1～3 5. 18. 4	1. 急性期治療、 2. リハビリテーション 3. 通院 (1 年)、上下肢屈伸、歩行の訓練実施 4. 冬期間療養	1. 急性期治療、 2. リハビリテーション 車椅子移動 3. 通院 (1 年) 4. 冬期間療養 (安心?)	4. 妻「家だと冬は寒いから、病院だと安心。」本人「寒いと体鈍くなる」	1	1 入院 2 回	1
6	79	女性	脳梗塞 脳血栓	1	1. 入院 2. 自宅 3. 入院 4. 自宅	1. 17. 11. 6 2. 17. 12 3. 18. 1 4. 18. 2	1. 発症 2. 軽快 3. 頭痛 4. 軽快	1. 急性期治療 2. 軽快 3. 頭痛 4. 軽快		1	入院 2 回	1
7	58	女性	脳梗塞	1	通院	1. 18. 9. 4				0	0	1
8	49	男性	橋出血 高血圧	3 外出路上	1. 入院 2. 転院 3. 転院 4. 自宅	1. H18. 3. 20 2. 18. 4. 20 3. 18. 6. 20 4. 18. 10. 18	1. バトカーにて救急搬送 2. 急性期を脱す 3. 慢性期 (リハビリ) 4. リハビリ終了	1. バトカーにて救急搬送 2. 急性期治療終了 3. 近くの病院にリハビリ 4. 回復		1	2	1
9	56	男性	左被殻出血後遺症	2 出勤途上	1. 入院 2. 転院 3. 転院 4. 転院 5. 自宅	1. H17. 2. 3 2. 17. 5. 3. 17. 7. 4. 17. 11 5. 18. 5. 12	1. 発病 2. リハビリ 3. リハビリ 4. リハビリ 5. 回復	1. 発病 2. リハビリ 3. リハビリ 4. 近くの病院へ (リハビリ) 6. 回復		1	3	1
10	60	男性	左視床出血後遺症 (右方麻痺)、DM、高血圧、高脂血症	3 外出路上	1. 入院 2. 転院 3. 転院 4. 自宅	1. 18. 1. 25 2. 18. 2. 1 3. 18. 4. 5 4. 18. 7. 31	1. 発病 2. 急性期治療継続 3. リハビリ 4. 回復	1. 発病 2. 急性期治療継続 3. リハビリ 4. 回復		1	2	1

分類 番号	対象		診断名	発症場所	発生時から現在までの療養場所の移行状況					急性期 入院	転院 回数	現在 自宅
	年齢	性別			①発生順序	②発生年月	③移行状況	④移行理由	⑤移行に伴うニーズ			
11	86	女性	多発性脳 梗塞	1	1. 入院 2. 自宅 3. 入院 4. 施設 (老健)	1. 17. 11. 16 2. 17. 11. 23 3. 17. 6. 27～8 4. 17. 8～現在	1. 症状出現 2. 認知症の疑いで退院 3. 認知症検査→中核病院 4. 老人保健施設	1. 症状出現 2. 認知症の疑いで退院 3. 認知症検査→中核病院〔手術目的〕 4. 施設入所	1. 症状出現 2. 認知症の疑いで退院 3. 認知症検査→中核病院〔手術〕 4. 施設入所（老健から特養希望）	1	入院2回	3施設
12	84	女性	脳梗塞	1	1. 入院 2. 転院 (9ヶ月) 3. 転院2ヵ月 4. 転院～現在	1. 17. 5. ～7 2. 17. 7～ 18. 4. 3. 18. 4～18. 6 4. 18. 6～現在	1. 急性期治療 2. リハ 3. 心不全、肝臓がん治療 4. がん末期、寝たきり	1. 急性期治療 2. リハ 3. 心不全、肝臓がん治療 4. 寝たきり、がん末期		1	3	2病院
13	80	男性	脳梗塞後遺症、高 血圧、発 作性心房 細動	5 受診	1. 入院 2. 自宅 3. 入院 4. 自宅	1. 16. 9. 26 2. 16. 11 3. 17. 4-5 4. 18. 2. 28	1. 発病 2. 回復 3. 転倒しねたきり→リハビリ 4. 回復	1. 発病 2. 回復 3. 転倒しねたきり→リハビリ 4. 回復		1	入院2回	1
14	63	男性	多発性脳 梗塞、発 作性心房 細動	1自宅	1. 入院 2. 転院 3. 自宅	1. 17. 5. 12 2. 17. 6 3. 18. 11. 28	1. 発病 2. リハビリ 3. 回復	1. 発病 2. リハビリ 4. 回復		1	1	1
15	53	男性	左被殻出 血	5	1. 入院 2. 転院 3. 入院継続 中	1. 17. 8. 17 2. 17. 12. 7 3. 18. 6～現在	1. 勤務中に意識不明、救急車 2. 急性期脱し車いす 3. リハ・ゴールに達した	1. 勤務中に意識不明、救急車 2. リハビリ希望 3. 施設入所申請（待機中）	1. 手術 2. リハビリ 3. 施設入所申請（障害者の入所施設希望）	1	1	2
16	97	女性	脳梗塞後 遺症、認 知症	5	1. 入院 2. 転院 3. 自宅	1. 18. 4. 26 2. 18. 10. 31	1. 発病 2. リハビリ 3. 回復	1. 発病 2. リハビリ 3. 回復（時々施設利用）		1	1	1
17	60	女性	脳梗塞	1	1. 入院 2. 妹宅へ 3. 自宅へ	1. 17. 7. 9 2. 17. 8. 15 3. 17. 10. 12	1. 発病 2. 要介護状態で退院 3. ショートステイ・通所施設利用	1. 治療 2. 介護 3. 施設利用	1. 治療 2. 家族では看る人がいないので 3. 施設利用	1	0	1
18	75	女性	右脳内出 血	1	1. 入院 2. 転院 3. 転院 4. 転院	1. 17. 10. 12 2. 18. 3. 3. 18. 8. 26 4. 18. 9. 14	1. 失語（＋）失認（＋） 2. 立位は介助可、座位不安定 3. 肺炎 4. 肺炎回復、リハビリ	1. 嘔吐（救急車） 2. 急性期脱出、転院 3. 肺炎：救急車（こん睡） 4. もう少し動けないと連れてこれない	1. 何が起ったのか説明がほしい 2. 急性期脱出、車椅子転院 3. 肺炎：救急車→こん睡状態 4. 肺炎回復	1	3	2
19	68	男性	脳動脈瘤	5	1. 入院 2. 転院 3. 入院継続 中	1. 17. 9. 1 2. 18. 3. 1 3. 18. 9～現在	1. 脳動脈瘤と診断されたので 2. 術後車椅子 3. ケアマネージャー施設入所勧められる.	1. 手術のため 2. リハビリ（左半身機能向上） 3. リハビリ終了	1. 回復を本人も家族も信じていた 2. 左半身の機能が良くなってほしい 3. 経口摂取ができるようになったら自宅へ連れてかえりたい.	1	1	2
20	74	女性	ALS 脳梗塞に よる左上 肢の著し い障害、 胸腰椎圧 迫骨折遅 発神経麻 痺：身障 手帳 (H18. 7. 12)	5	1. 入院 2. 自宅 3. 入院 4. 自宅 5. 入院 6. 自宅	1. 17. 3. 2. 17. 5. 3. 17. 6 4. 17. 8 4. 17. 8 5. 17. 9	1. 五十肩様症状にて受診 2. 専門医がいないので退院 3. 専門医のいる病院へ 4. 軽快退院 5. 痔悪化し手術のため	1. 診断・検査入院 2. 専門医不在（自宅待機） 3. 専門医のいる病院へ 4. 軽快退院 5. 痔悪化しトイレで倒れた 6. 回復	1. 専門医がいないのでみてもらえない。（早期治療） 4. 入院後10日間寝たきり状態で機能低下 6. 在宅サービスの充実	1	入院3回	1

3. 全体の考察

療養場所移行調査の一覧

	長崎	長野	群馬	青森
対象地域 (人口)	A 町 (3,318 人、離島、社協による訪問看護利用可、入所施設あり)	A 村 (1,231 人、訪問看護・入所施設無し) B 村 (2,046 人、他地域の訪問看護利用可、入所施設あり)	A 村 (1,958 人、みなし訪問看護あり：ほとんど実績無し、入所施設あり)	M 市の 4 地区 (M 市全体では人口 64,000 人)
対象	65 歳以上で、H17 年度に療養場所移行 118 名	65 歳以上で、H17 年度に療養場所を移行し、継続して支援を要するケース A 村：19 名、B 村：65 名	65 歳以上で、H17 年度～H18 年 12 月 31 日の間に要支援・要介護となった者 63 名	H17 年度発症の脳血管疾患患者 22 名のうち、20 名 (うち、療養場所の移行あり：18 名)
要介護度	経過的要介護 6 名 要介護 1 11 名 要介護 2 12 名 要介護 3 6 名 要介護 4 6 名 要介護 5 8 名	認定無し：A 村 3 名、B 村 16 名 支援～介護 2：A 村 13 名、B 村 20 名 介護 3～5：A 村 3 名、B 村 29 名	H17 年 4 月時点：未申請 14 名、要支援 23 名、要介護 1 11 名、要介護 2 5 名、要介護 3 4 名、要介護 4 1 名、要介護 5 5 名	自宅療養中の 15 名のうち自立歩行可：11 名、車椅子利用：4 名
方法	保健師・町の介護保険担当者・ケアマネからの聞き取り。 療養場所の移行回数、移行先、移行理由を整理。	①在宅から入院し、在宅に退院、②入退院繰り返し、③施設入所、④在宅から入院後死亡、の 4 タイプに分け、2 村を比較。	保健師から情報提供を受け、療養場所の移行状況・各療養場所におけるケアニーズと移行理由、利用サービスを整理。療養場所移行支援の具体的状況を記述。	各ケース宅に訪問し、療養場所の移行状況、現在の生活状況、社会資源の活用状況などを聞き取り。
主な結果	療養場所移行 1 回：22 名、2 回：47 名、3 回：21 名、4 回：16 名、5 回以上：12 名 移行先としては、町営診療所が多く、医療的理由による移行が 9 割を占めるが、社会的入院もあり。 島外への転出理由は「精査加療及び専門的治療」及び「子どもの近く」。後者は完全な転出を意味し、4 名であった。	①在宅から入院し、在宅に退院：A 村 8 名、B 村 30 名 ②入退院繰り返し：A 村 2 名、B 村 6 名 ③施設入所：A 村 6 名、B 村 13 名 ④在宅から入院後死亡：A 村 3 名、B 村 16 名 A 村では、長期入院が多い、子供宅への退院が見られる、入所割合が高いといった特徴あり。B 村では訪問看護がターミナルや要介護 4・5 に訪問している。A 村では要介護 4・5 の在宅療養はなく、訪問看護の必要性が認められる（が提供されていない）ケースあり。	療養場所移行なし：29 名（うち 24 名自宅、5 名老人保健施設）、1 回 8 名、2 回 11 名、3 回 5 名、4 回 10 名。H17 年 4 月の療養場所是在宅 53 名、老健 10 名だったが、平成 18 年末には在宅 32 名、老健 21 名、急性期病院 5 名、死亡 4 名、その他 1 名だった。村保健師は 22 件の療養場所移行を支援していた。利用サービスを見ると、訪問介護・通所介護、短期入所と冬季の介護老人保健施設への入所により、在宅療養が継続できていた。	急性期治療に要するのは 3 ヶ月。その後、多くがリハ専門病院に転院。 現在在宅療養は 15 名。うち 4 名は外出時車椅子レベルで、介護が不十分なケースあり（訪問看護の利用はなし） 入院・入所中 5 名のうち、3 名は社会的入院（施設入所のため待機 2 名、自宅で看られないため入院継続 1 名）

	長崎	長野	群馬	青森
考察	この町では、地域リハのモデル地域に認定されていた経過から、診療所の退院患者一覧を町に提供しており、町の保健師が町民の健康状態を把握していた。その上で、保健師や非常勤の看護師が訪問しており、ステーションがなくても看護サービスが提供できていた。また、福祉施設、有床診療所、高齢者住宅などがあり、これらの資源を診療所医師・保健師・看護師らが適切に選択・配分する機能を果たせていた。	医療・福祉サービスへのアクセスのしやすさによって、療養場所の移行先に差が認められた。小規模な村や地域では、サービス整備に限界があることから、既存サービスの機能拡大や広域での提供が求められる。	在宅や病院から介護老人保健施設への移行理由としては、冬季の寒さとそれに伴うサービスへのアクセス困難が挙げられていた。また、家族内介護が期待できないことも理由となっていた。 へき地の高齢者が疾病や障害を抱えながら住み慣れた地域で生活を継続するためには、家族状況や季節による変化も含めた生活状況、本人・家族の意向等を考慮して、適切な療養場所をコーディネートする必要がある。村の保健師の役割が重要。 身体機能の低下や認知症の悪化による入所・入院も多かった。看護師による予防的介入が必要で、訪問看護の役割が期待される。	脳卒中の急性期から回復期への移行は、リハ専門病院の設立により、スムーズに行われていた。一方、回復期から維持期への移行については、活用できる資源の情報が家族に届いていない、介護者を支える仕組みが十分でない、などの課題が示された。

まとめ：

訪問看護ステーションによる訪問看護サービスが提供されていない地域における療養場所移行の実態について検討した。社会的入院や、不十分な介護による入院があり、適切な在宅療養支援が行われれば自宅退院・在宅療養継続ができたのではないかと考えられるケースもあった。また、医療・福祉サービスへのアクセスが悪いところ、みなしの訪問看護も利用できない地域では、サービスが利用できる地域に比して、長期入院が多い、重症者の在宅療養が少ないといった特徴が見られていた。

一方、自治体の保健師・看護師による訪問看護、福祉サービス等の利用により、訪問看護ステーションがなくても在宅療養が可能になっている実態も明らかになった。また、地域のサービスが不足しているために転出を余儀なくされるケースが存在するのではないかと予測したが、実際には一部のケースに限られていた。転出したケースの把握が不十分であったためかもしれないが、みなしの訪問看護を活用して何とかその地域で暮らしていることが示された。ただし、今回は訪問看護ステーションの有無による比較は行えなかったため、療養生活の質やサービス利用の適切性についての評価はできず、今後の課題である。

特に、へき地では訪問看護師や保健師が、限られた社会資源を活用しながらその地

域で生活できるようにコーディネートしていた。病気や障害を抱えた高齢者が住みなれた地域で生活を継続するためには、適切な療養場所やサービス利用をコーディネートする専門職が必要であると考えられた。きちんと看護を提供し、予防的に対処していくためには、介護支援専門員の資格を持つ看護師が、より自由に動けるような仕組みを考える必要があるだろう。

Ⅱ 在宅療養に関する住民ニーズ調査

1. 目的

訪問看護ステーションがない地域では、どのような住民ニーズがあるか、また、住民ニーズに応えられるだけの社会資源が存在しているか、その実態は明らかでない。そこで、本稿では訪問看護ステーションがない地域における在宅療養に関する住民ニーズを明らかにし、社会資源の需要と供給の現状を検討することを目的とする。その上で、訪問看護ステーションのへき地でのあり方を探る。

具体的には、訪問看護ステーションのない地域に住む住民が、医療や介護が必要になった時に、どのような資源を活用しているか、それは病状や身体的変化によって異なるか、また、それは、どのような考えに基づくのか（病気の発見、受診状況、利用した資源、サポート体制、本人の意向と現状とのギャップの有無、困りごと、対応策等）を明らかにする。

2. 方法

1) 対象者

対象者は、調査地の実情に応じて、その地域の在宅療養の実態を明らかにするのに適切と考えられる者を選定した。主として以下の者である。

- ① 地域住民の在宅療養の実態をよく知る関係職種（診療所医師、看護師、保健師、ヘルパー、ケアマネ等）
- ② 医療や介護が必要になった住民またはその家族

2) 実施方法

ヒアリング調査を実施した。なお、ヒアリング内容は許可を得てテープに録音した。

3) ヒアリング内容

(1) 関係職種

医療や介護が必要になった住民が、どのように社会資源を活用したり療養場所を選択しているか、それは病状や身体的変化によって、どのように異なるか、またどのような考え方に基づくのかを質問した。具体的には、事例を挙げてもらい、病気の発見、受診状況、利用した資源、サポート体制、本人の意向と現

状とのギャップの有無、困りごと、対応策等について経過を尋ねた。また、どんなサービスがあれば在宅療養を継続できるかについてヒアリングした。

(2) 医療や介護が必要になった住民またはその家族

医療や介護が必要になった住民が、病状や身体的変化によって、どのような資源を活用し療養場所を選択しているか、それはどのような考えに基づくのかについて、経過を含めて尋ねた。

(3) 地域住民や一般住民

(1) や (2) の事例でヒアリングした経過や考え方等が、その地域にとっては一般的なことであるかを確認した。

4) 分析方法

ヒアリングした内容を以下の視点でまとめた。

医療や介護が必要になった住民が抱えるべき地特有の住民の困りごとや工夫を、療養経過を基に明らかにする。また、地域に不足する資源、訪問看護ステーションの必要性、機能・役割を検討する。

5) 倫理的配慮

ヒアリング対象者へ調査の目的、方法を説明した。また、調査への参加は自由であり、いつでも辞退することが可能であること、調査を途中で辞退すること一切不利益を受けないこと、個人が特定されないようプライバシーの保護、秘密保持に十分留意することなどを文書で示し、署名による同意を得た。

3. 結果

< A. 離島における在宅療養に関する住民ニーズ >

沖縄県（b 島 a 町）

1. 地域の概要

1) 地理・産業・生活

a 町は、沖縄県の石垣島に所在し 9 つの有人離島を抱える多島町で人口は 4,019 人である。その中の b 島は、石垣島より南方 52Km に位置し日本最南端の島である。島への交通手段は、海路では高速船が 1 日 3 便（約 1 時間）、フェリーが 1 日 1 便（約 2 時間）運航している。空路では、9 人乗りの飛行機が 1 日 2 便（約 25 分）運航している。

島の面積は 12.8Km²で深い山はなく平坦である。人口は 567 人、世帯数は 262 世帯、高齢化率は 34.5%で、a 町（22.6%）の中で最も高齢化率が高い（平成 16 年 10 月）。集落は 5 つあり行政施設のある地域を中心に散在している。基幹産業はキビ作で島内に製糖工場がある。近年、観光客は、増加傾向にある。b 島には、高校がなく、高校進学のためには島を離れることになる。また、就労の場が少ないことから、島を出て沖縄本島等に就職する者が多い。

2) 高齢者にかかわる主な社会資源

b 島には病院や訪問看護ステーションはなく、診療所、デイサービス、保健センターがそれぞれ 1 か所ずつある。保健師センターの保健師は、b 島には駐在せず、他島の町役場から保健事業開催時に訪れる。

3) 介護保険認定者の状況

要介護認定者については、以下の通りである。

図表 a 町介護認定者の状況 ¹⁾ （平成 16 年）					人（%）
要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
31 (21.7)	33 (23.1)	18 (12.6)	26 (18.2)	19 (13.3)	16 (11.2)

2. 調査方法

調査地域は沖縄県 a 町 b 島であり、調査時期は平成 19 年 1 月 12 日～14 日であった。ヒアリング対象者は、b 島の診療所看護師および介護を経験した住民 2 人であっ

た。対象者からは、事例および一般住民の生活や文化等について尋ねた。

事例は、①在宅でターミナルを迎えた胃ガンの事例（平成 16 年死去）と、②在宅療養からターミナルを病院で迎えた悪性リンパ腫（睾丸）の事例（平成 15 年死去）であった。なお、事例の診断名、既往歴などの基本情報は診療所看護師より情報を得た。その際、個人が特定されることのないようプライバシーに配慮した。

3. 事例の概要

1) 在宅でターミナルを迎えた悪性腫瘍（胃がん）の事例

（1）属性

80 歳代、男性。疾患名は胃がんである。家族構成は、本人と長男であったが、長男の次女が介護のために一帰省した。

- ・年齢・性別 : 80 歳代・男性
- ・疾患名 : 胃がん、貧血
- ・要介護度 : 要介護度 3
- ・日常生活自立度 : B（座位可）→C（寝たきり）
- ・認知症自立度 : レベル I
- ・介護が必要な日常動作 : 移乗、移動、食事、排泄、清潔、更衣
- ・家族構成 : 本人と長男（60 歳代）の 2 人暮らし
（本人の妻は石垣島の施設入所）
長男の次女（30 歳代）が一時帰省
- ・職業 : なし

（2）病歴

平成 15 年、胃腸の調子が悪く石垣島の病院を受診、貧血と言われた。平成 16 年 6 月に気分不良にて病院受診、胃ガンと診断され手術を行った。高齢のため化学療法は実施せず貧血に対して輸液、輸血を行った。

（3）療養生活

平成 16 年 8 月、本人よりお盆は島で過ごしたい、石垣島では絶対死にたくない最後は島で亡くなりたいたいの要望があり、本人・家族、主治医で退院後の島での在宅療養について話し合った。8 月下旬帰島、長男、孫は島の診療所医師・看護師より在宅療養移行にあたり治療の方向性、介護の方法等について話し合った。積極的な治療ではなく疼痛や苦痛に対する対処療法で経過をみることにし訪問看護、ヘルパーが活用できることを伝えた。

診療所より一日 2 回訪問診療を開始した。車イスでの生活で患部に軽い疼痛

孫は、以前に介護の経験があることより介護方法などを習得しており介護に対する愚痴等も言わず、健康面でも体調を壊すことはなかった。また、その間、島外への所用等もなくヘルパーは活用していない。

悪性腫瘍の事例に対して石垣島の病院からの退院前には家族・病院・診療所で島での療養生活がスムーズに開始できるための連携・相談を密に行った。また、帰島後は、1日2回の訪問診療（看護）の中で疼痛の緩和、出血性ショックに対する輸液・輸血、非経口摂取に対する高カロリー輸液、在宅酸素療法等とターミナル期の医療・看護を提供していた。家族に対しては、介護に対する家族の思い、看取りへの家族の思い等を受け止めるなど家族支援を行っていた。緊急時の対応等もあり本人・家族が安心して療養しターミナルを迎えることができた。

- ・年齢・性別 : 80歳代・男性
- ・疾患名 : 悪性リンパ腫（睾丸）
- ・要介護度 : 要介護度3
- ・日常生活自立度 : A（外出要介助）
- ・認知症自立度 : レベルⅡ
- ・介護が必要な日常動作 : 移動
- ・家族構成 : 本人と妻（80歳代）の2人暮らし
（子供達は全員、沖縄本島または県外で居住）
- ・職業 : なし

(2) 病歴

平成 14 年、睾丸の腫脹があり石垣島の病院にて左睾丸のみ摘出術を行った。平成 15 年、沖縄本島の病院にて右睾丸摘出術を行った。本人が化学療法を拒否した為、歩行訓練等のリハビリを行った。

(3) 療養生活

本人が島へ帰りたいと強く希望し、本人・家族・主治医で相談の結果、島で在宅療養することが決まり平成 15 年 5 月に帰島した。

診療所からの月 1 回の往診にて経過観察を行うことになった。車イスにて近隣へ外出できた。介護は、ほとんど妻 1 人で行っていた。85 歳の米寿祝いを島で行った。しかし、6 月頃咳があり（呼吸困難なし）胸水の貯留を認めた。胸水穿刺を行い、利尿剤の投与で経過観察を行った。

症状が悪化している為、石垣島の病院へ入院を勧めるが本人は「石垣島へ行くとは最後は火葬されるので絶対行きたくない」と入院を拒んでいた。7 月、前胸部に腫瘍がみられ息苦しさを訴えた。酸素療法を開始し、出血部位のガーゼ交換を行った。しかし、胸部ドレナージ、酸素療法が必要なため石垣島の病院へ入院となった。その際、妻は、「島で 1 人で看るのは心配である。また、島で亡くなると埋葬を行い 7 年後に洗骨をするがその時には島に家族がいないので病院に入院させたい」との思いが強かった。

8 月、病院で長男、妻に看取られて亡くなった。島での療養中、長男の嫁が病気を患い長期入院後、死亡した。その際、妻は島と本島と行き来することが多く、介護は、一時、ヘルパー、近隣の住民、身内が行った。介護者の健康状態は普通で、睡眠時間は 5～6 時間であった。

(4) 訪問看護の必要性

島での療養生活の受け入れの為に相談を実施した。症状安定時は、バイタル測定、内服管理を行っていた。症状急変時は、バイタルサインの測定などと共に胸水穿刺、酸素療法、出血部位のガーゼ交換など、医療的処置を実施していた。また、緊急時の対応、入院準備の早期対応、疾患の急変に対する不安への対応など、家族への精神的支援を行っていた。

4. へき地の現状と課題

へき地・離島で訪問看護ステーションのない今回の調査地域では、診療所を拠点に訪問看護が実施されている。症状の把握、医療処置、緊急時の対応、精神的支援、終末期の看護、入院準備の早期の対応を行うなど地域に密着した看護サービスが提供されている。特に、親病院との連携、訪問診療があることより緊急時の対応

を迅速に安心して行うことができるメリットがある。

島で医療・介護が必要になっても住民は、最後まで島で生活したいと思う者が多い。しかし、その中で、島で療養しターミナルを迎えることができる住民と、島から出て病院（施設）でターミナルを迎える住民がいることが明らかになった。その際には主に、下記の要因が関わりと考えられた。①病状の進行によるもの：急変等により重篤化して島の診療所では対応が難しく、主島にある病院への入院（医療的処置を要する）を余儀なくされる。②高齢者世帯のために介護力が乏しく、島で療養できない。③村内で死亡すると、埋葬し洗骨する伝統的葬法で祀らなければならない、遺族にとって物理的、精神的に負担が大きい。

離島の高齢者が最後まで島に住み続けたいと願っても、病状の進行・重症度、家族のニーズ、火葬場の有無によって高齢者の終末期を過ごす場所が決まってくると考えられる。

5. 今後の対策

診療所があっても高齢化率が高い離島地域における訪問看護サービスの導入・継続には、家族・地域の介護力(社会資源も含めて)、葬法に関する考え方、経済面など、総合的に検討することが必要と考える。

高齢者世帯であっても安心して療養・ターミナルを迎えることができるように島の「老人共同生活施設」を活用する。例として、老人共同生活施設の一角に介護力の乏しい療養者やターミナル期専用の部屋を設け、そこの入所者には診療所の看護師が対応するなど、多機能施設を目指す必要があると考える。また、島で唯一の看護職者である診療所看護師は訪問看護サービスの提供と同時に、保健・医療・福祉についてトータルに把握し、地域の健康問題に基づいて活動を展開するなど、力量形成が望まれる。

また、離島の高齢者が望む、島で終末期を迎えることや「家で死ぬ」ことを叶えるためには、医療や介護サービスの充実と同時に、島で亡くなった場合でも、家族が主体的に火葬を選択できるような住民意識の啓発と環境整備が重要である²⁾。

文献

- 1) 竹富町 健康保険課：高齢者にやさしいまち ばいぬ島“結”プラン 21、p 13、2005.
- 2) 古謝安子、他：火葬場のない沖縄県離島における葬法に対する住民の関心、民族衛生、69 巻、2 号、p 35-46、2003.
- 3) 川越博美、他：訪問看護の効果 在宅ターミナルケア、看護研究、35 巻、1 号 p 45-55、2002.2.

＜ B. 山村における在宅療養に関する住民ニーズ ＞

長野県（c 村）

1. 調査地域（長野県 c 村）の概要

1) 地理・産業・生活

c 村は、長野県の西南に位置し、愛知県と岐阜県に隣接している。そのため、愛知県と岐阜県の隣接地域も村民の生活圏域になっている。人口は 1,266 名、高齢化率は 42.2% であり（平成 16 年 10 月現在）である。村から通える範囲に仕事がないことから労働年齢層は村を離れ、昭和 30 年には 3,282 人であった人口は、現在では半分以下に減少している。村の 92% を森林が占め、山林、田畑等の中に住居が点在しており、坂が多い。産業は、以前はスギ・ヒノキを主とした林業が盛んであったが、需要の減少により衰えが見られる。第 1 次産業 23.8%、第 2 次産業 36.2%、第 3 次産業 40.0% である。

2) 高齢者にかかわる主な社会資源

c 村には社会資源として、診療所、在宅介護支援センター、デイサービス、訪問介護事業所は各 1 か所設置されているが、病院、訪問看護ステーション、特別養護老人ホーム、グループホームはない。病院は、隣接県や同県の自治体に頼っており、車で 20 分～1 時間の所にある。

3) 介護保険被保険者の状況（平成 14 年現在）

					人（％）
要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1	19	12	8	4	7
(2.0)	(37.3)	(23.5)	(15.7)	(7.8)	(13.7)

総数 51 人（要介護出現率 9.4%・介護保険利用率 94.1%）

2. 調査方法

調査時期は平成 18 年 12 月 22 日～23 日であった。調査対象者は、c 村役場の保健師および現在在宅療養中の本人および家族であった。保健師と在宅療養中の本人および家族からは、療養経過や基本属性等を尋ねた。

3. 療養生活の実際

1) 在宅で腹膜透析を行っている事例

在宅療養生活をおくる本人と家族から療養経過についてヒアリングを行った。

(1) 属性

- ・年齢・性別 : 70 歳代・男性
- ・疾患名 : 慢性腎不全、高血圧、
脳梗塞後遺症（軽度の右肩麻痺、身体障害者手帳 2 級）
- ・要介護度 : 要介護度 2
- ・日常生活自立度 : ランク A
- ・認知症自立度 : レベル II
- ・介護が必要な日常動作 : 更衣（衣服の準備のみ）
- ・家族構成 : 妻（70 歳代）、独身の息子（50 歳代）の三人暮らし
- ・職業 : 農業（りんご、ぶどう、とうもろこし等）

(2) 病歴

平成 13 年に高血圧症、慢性腎不全となり、平成 15 年に脳梗塞を発症し、平成 16 年 2 月と 10 月に脳梗塞を再発した。脳梗塞後遺症として、現在、軽度の右肩麻痺がある。徐々に腎機能が低下し、平成 18 年 1 月より腹膜透析が開始になった。同年の夏ごろから倦怠感や掻痒感が強くなり、11 月に透析回数が 1 日 4 回に増えた。

(3) 療養生活

<腹膜透析導入時>

妻が透析の処置を習得するために、病院に 20 日間泊まりこんで指導を受けた。家に帰った後、手技の確認や病状把握のため病院の看護師が訪問してくれることになっていたが、実際に訪問があったのは、妻が在宅での処置にも慣れてきた退院後 1 か月経ってからであった。医療職のサポートは、毎月 1 回の通院のみである。

<現在の生活>

本人は、1 日 4 回と透析回数が増えたものの、倦怠感や掻痒感が軽減されたため喜んでいる。しかし、体力的に楽しみであった畑仕事は難しくなり、こたつで過ごすことが多い毎日である。腹膜透析は、準備から終了まで 1 時間弱はかかり、その全てを妻が行う。透析の合間は 2 時間程度しかないため、家事や畑仕事を行うのが精一杯であり、妻の自由な時間はほとんどない。妻は、午前と午後に 1 時間程近くの畑に出かけるが、買い物に出かけるのは難しい。買い物は土日に長男に車で連れて行ってもらっている。

排液が濁った場合は医師に相談することになっており、妻は本人を連れて 1 時間か

けて病院に行くことが透析開始後に 2 回あった。病院まではボランティアの移送サービスを利用しても往復 1 万円かかる。

血液透析になった場合週に 3～4 回の通院が必要になるため、大変難しい状況になるが、どのようにするかはまだ考えていない様子である。

（４）訪問看護の必要性

1 日 4 回のうち 1 回でも訪問看護サービスを利用することで、妻の介護負担が軽減できる。また、本人の体調が変化した時、隣の市の医療機関に受診する必要性の判断を訪問看護が担うことで、通院の負担が軽減できる。

2）保健師からみた住民の療養生活

保健師に c 村の在宅療養について尋ねたところ、以下の結果が得られた。

（１）在宅療養の特徴

一人暮らしや高齢者世帯が多く、介護が必要になった場合は、村外にいる家族のところに行くか、行政サービスで可能な限り在宅で療養生活をおくり、その後は村外の施設に行くことが多い。特に、認知症高齢者の一人暮らしが多く、村内にグループホームが必要だと考えている。また、病院への通院に時間を要することや、冬場に雪や凍結のために峠を越えることが難しい等の理由から、冬場だけ病院の近くにアパートを借りて住んだり、入院・入所する者も少なくない。

住民は住みなれた地域で暮らし続けることを望んでいるため、何らかの対応策を考えていかないといけないと思っている。

（２）療養のため村を離れた者のニーズ

平成 18 年度に、c 町を療養のために離れた者のうち、c 村で在宅サービスを利用すれば（今現在 c 町にないサービスも含む）在宅療養を継続できていたと考えられる者の有無や状況について保健師に質問しところ、離村した 13 名中 6 名が挙げられた。必要なサービスや属性は表 1 の通りであった。

保健師は、訪問看護は全ての者について必要だったと回答しており、24 時間対応の訪問介護が必要だったのは 3 名であった。傾向として、訪問看護が必要という者は医療処置が必要な者であり、24 時間対応の訪問介護はそれに加えて、認知症自立度のランクが高いときに必要という特徴が見られた。

表1. 平成18年度に療養のため村を離れた者のうち、在宅サービスを利用すれば在宅療養が可能だと考えられる者の概要

	現在の療養場所	もしも村にあれば在宅療養を継続できたと考えられるサービス	サービスが必要と考えられる状況 (主な訪問看護ニーズ)	性別、年齢 同居者	主介護者 年齢	主疾患	1. 介護度 2. 日常生活自立度 3. 認知症自立度
1	入所	訪問看護・介護 通院支援	痛みへの対応、精神的支援、通院支援があれば在宅療養または通院で対応可能。 (状態観察・疼痛の看護)	男性、80代 妻	妻 80代	心疾患・脳梗塞後遺症	1. 要支援 2. A 3. II
2	入所	訪問看護	癌末期で疼痛コントロール等が必要であった。訪問看護があれば介護力のある家族であるため、短期間でも在宅療養ができたと思われる。 (状態観察疼痛の看護・点滴・服薬介助)	女性、70代 夫と息子家族	夫 70代	肺癌(ターミナル)	1. 申請中 2. B 3. I
3	病院	訪問看護	急な発症であり、家族も身体障害者であったため、看護・介護に不安を抱き、即入院となったが、看護師の支援があれば在宅療養も可能。 (状態観察・点滴・服薬の介助)	男性、90代 息子夫婦	嫁 70代	肺炎	1. 未申請 2. C 3. I
4	入所	訪問看護 24時間対応の訪問介護	転倒や腰痛等が多く、独居のため入所となったが、病状の観察や夜間を含めた支援があれば在宅可能である。本人も在宅療養を希望していた。 (状態観察)	女性、90代 独居	息子 60代	糖尿病	1. 要介護2 2. A 3. II
5	入所	訪問看護 24時間対応の訪問介護	本人の在宅療養への希望は強かったが、病状観察、夜間対応の介護があれば、在宅療養期間は延ばすことは可能であったと思われる。 (状態観察・疼痛の看護・服薬の介助)	女性、70代 夫	夫 70代	パーキンソン病	1. 要支援3 2. B 3. III
6	病院	訪問看護 24時間対応の訪問介護	インシュリン注射や食事等の管理等予防的(入院から在宅移行)支援があれば悪化防止ができた。 (状態観察・インシュリン注射・食事管理)	女性、70代 夫と息子	夫 70代	脳梗塞、糖尿病	1. 要介護5 2. C 3. IV

4. へき地の現状と課題

c 村は、一人暮らしや高齢者世帯が多く、介護が必要になった場合は、村外にいる家族のところに行くか、行政サービスで可能な限り在宅療養生活をおくり、その後は村外の施設に行くことが多いことが特徴であった。家族と同居していても、医療依存度が高くなったり、認知症が進むと、家族の介護負担は増大し、在宅療養の継続は難しくなる状況が見られた。

訪問看護や 24 時間対応の訪問介護があれば、現在よりは長く在宅療養を継続することができると考えられるが、人口が少なく発生率が少ないため、訪問看護ステーションや 24 時間対応の訪問介護が単独で経営を成り立たせることは難しい。

また、現在、病院への通院に時間を要することや、冬場に雪や凍結のために峠を越えることが難しい等の理由から、冬場だけ病院の近くにアパートを借りて住んだり、入院・入所する者も少なくない。

多くの住民は住みなれた村に住み続けることを希望しているが、資源が少ないことに加え高齢化の進行が早く、地域全体の介護力の低下は顕著である。へき地の特徴に応じた在宅サービスシステムを、早急に整備する必要性が改めて明らかになった。

5. 今後の対策

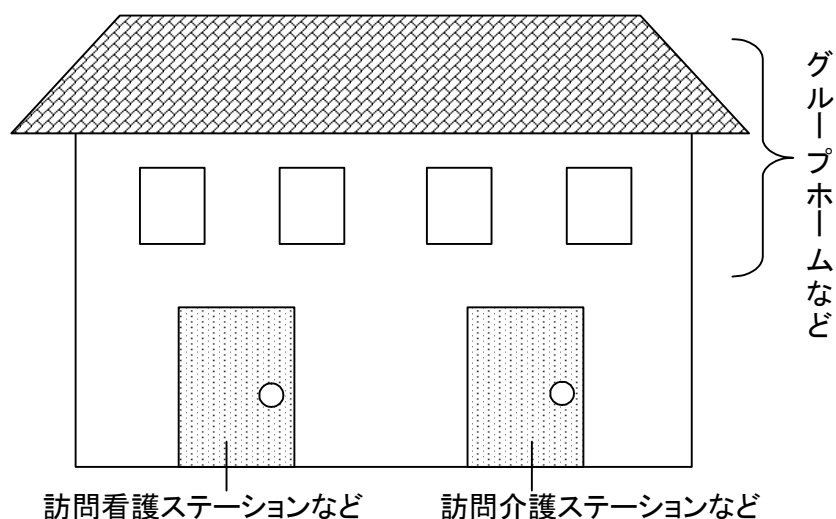
人口が少ないことから、訪問看護ステーションや 24 時間対応の訪問介護が単独で経営を成り立たせることは難しい。そこで、グループホーム、通所療養看護、訪問看護、訪問介護等の機能を併せ持つ多機能型の施設が、へき地では効率的・効果的であると考えられた。また、医療機関へのアクセシビリティを高めることも課題である。

4. 全体の考察

へき地では、高齢者世帯が多く介護力が弱いことや、病院がないことから、住み慣れた地域で最期まで看ることはできない状況があった。また、訪問看護サービスが提供されれば、介護負担の軽減や在宅療養を継続できる可能性のある者が存在した。

しかし、へき地では訪問看護のニーズはあるものの、都市型の訪問看護サービスの提供方法では経営が成り立たない。ST を、訪問看護サービスの提供だけでなく、診療所、老人共同生活施設、予防事業等も併せ持つ複合施設として経営を成り立たせる必要性が示唆された。

総合訪問看護ステーションイメージ図



Ⅲ 人口密度の低い地域における訪問看護ステーションの 設立と効果

1. 背景と目的

2006 年現在、北海道の訪問看護ステーション数は 275 箇所、そのうち 100 箇所以上が札幌にある。へき地の市町村に訪問看護ステーションが整備されていない場合、住民はみなしの訪問看護や他市町村の訪問看護ステーションに頼らざるをえない。しかし、みなしの訪問看護では、その医療機関を受診している人しか受けることができないなど、住民から見れば様々な制約がある。

このような状況を打破し、わが町に訪問看護ステーションを創設する、という目標をたてて、保健・医療・福祉関係者が連携して訪問看護ステーション誘致に取り組み、訪問看護ステーション設立に成功した北海道枝幸（えさし）町の例を報告する。同時に、その効果についても検討する。

2. 目標

北海道枝幸町における訪問看護ステーション誘致の事例を通して、なぜ訪問看護ステーション誘致が必要とされ、どのような経緯を経て誘致に至ったのか、また、訪問看護ステーション運営の現状と開設の効果、誘致後に見えてきた課題を明確にする。これを通して、訪問看護ステーションの無い市町村の今後の地域資源づくりへの示唆と、へき地の訪問看護ステーションの経営を通して見えてきた必須事項について提言する。

3. 調査対象及び方法

1) 対象：

枝幸町行政保健師、訪問看護ステーション所長、
社会福祉法人枝幸町社会福祉協議会の保健師、ケアマネージャー、ホームヘルパー
枝幸町および歌登町国民健康保険病院看護師長各 1 名 計 7 名

2) 方法：インタビューによる聞き取り調査

3) 日時：2006 年 2 月

4) 場所：枝幸町保健福祉センター

4. 倫理的配慮

ヒアリング対象者へ調査目的、方法を説明した。研究への参加はいつでも取りやめることができ、取りやめに伴ういかなる不都合も被らないことを説明し、同意を得た。

5. 枝幸町の概要

1) 地域概要

枝幸町は北海道の北部に位置し、総面積 1,115.67km²である。北海道の第三次保健医療圏は、道央、道南、道北、十勝、釧路・根室、オホーツクの6圏域であり、枝幸町は道北に位置する。札幌市まで車で約5時間、旭川市まで約3.5時間、最近隣の市である名寄市まで約2時間かかる。

2006年3月20日に枝幸町は隣町の歌登町と合併し、新しく枝幸町となった。2006年3月31日の人口は9,943人、高齢化率は25.2%である。旧枝幸町はオホーツク海に面し、旧歌登町は四方が山々に囲まれた盆地であり、夏季の最高気温は29℃前後、冬季の最低気温は歌登町で-31.1℃を記録するほど夏季と冬季の寒暖の差は大きい。年間の降水量は1,000mm前後と少雨だが、年間降雪量は500cmを越す豪雪地帯である。

2) 枝幸町の医療及び保健・福祉の概要

町の医療・保健・福祉の状況を下記の表に記す。

	旧枝幸町	旧歌登町	新枝幸町
国保病院	1 箇所 ＜総ベッド数＞ 一般 46 床 療養 37 床 透析 6 床 ＜平均在院日数＞37.9 日	1 箇所 ＜総ベッド数＞ 療養 38 床	2 箇所
医療法人	1 箇所 ＜総ベッド数＞ 4 床		1 箇所
診療所		休診中	
特別養護老人ホーム	1 箇所（57 床）	1 箇所（50 床）	2 箇所
地域包括支援センター	1 箇所	支所 1 箇所	2 箇所
保健福祉センター	1 箇所 ＜職員配置＞（2005.4.1） 保健師 6 名 管理栄養士 1 名 臨時准看護師 1 名 臨時事務職員 1 名	1 箇所 ＜職員配置＞（2005.4.1） 保健師 4 名 栄養士 1 名 事務職員 1 名	2 箇所
保育所	2 箇所	1 箇所	3 箇所

地域には、医師の数が少なく専門医不在のため、町民の6～7割は他市町の病院を利用している。

特別養護老人ホームの待機者は40名程度おり、ここに入居できない場合は、他市町村の介護施設へ入居をすることも多い。

6. 訪問看護ステーション誘致が必要とされた理由

1) 医療上の必要性

枝幸町国民健康保険病院からみなしの訪問看護は行われていたが、みなしの訪問看護では、当該医療機関を受診していない者は、その訪問看護サービスを利用できない規定になっている。しかも、泌尿器科や脳神経外科などの診療科は町立病院にはない。また、6～7割の町民が町外の病院にかかっているという現状があったが、この人々は在宅療養をしていますが、訪問看護を受けることができない。このため、どの医療機関を受診している人でも平等に利用できる訪問看護ステーションを設立することが、町民の療養生活を支えるという観点からは必要であった。病院には社会的入院の患者が多く、在宅への移行には訪問看護ステーションが必要であると考えられた。

2) 社会的入院の多さと、それがもたらす弊害

地域住民の特性として、「(病気が) ちょっと悪くなったら病院へ入れてくださいと言う」、「認知症で一人暮らしというとすぐに施設入所させて下さいと周囲の住民から言われる」、また、「世間体を気にして病院へ入れることもある。その理由は、今はそれほど治療はないが、特別養護老人ホームなど施設に入れると、世間から親の介護をしないで直ぐに施設に入れたと言われるが、病院だと病気の治療だからと説明がつく」など施設入所の傾向が強い地域である。

社会的入院であるため、一度入院すると長期間の入院となる。その結果、高齢者本人の機能低下が進み、特別養護老人ホームの入所者枠が空いたらそのまま移動するという状況にあった。近年は、町では殊に高齢化が進み、独居や老老介護世帯が多くなっていることも、社会的入院に拍車かけていた。

7. 訪問看護ステーション誘致に至った経緯

1) 介護保険制度創設時の挫折（2000年）

2000年3月10日「稚内保健所浜頓別支所保健福祉サービス調整推進会議」の中で、2000年4月の介護保険法の施行にあたり、保健所より南宗谷地域においては「保険あってサービスがない現状である」という指摘があり、訪問看護ステーション等の在宅ケアの推進について各町で検討事項となった。旧枝幸町は検討後、公的機関（町）としての設置を計画し、保健所に報告した。2000年6月15日時点までは、当初、ステーション設置の方向性で準備していたが、国保病院の看護師が定員減となり、看護

従事者の確保が困難となった。このため、急遽準備を断念した。介護保険の指定居宅介護支援サービスの中でも、訪問看護ステーション及び入浴介護サービスの提供は暗礁に乗り上げていた。

2) 再度の取組み開始

介護保険施行後 3 年経過したが、上述したような社会的入院者でベッドが埋められていたために、社会的問題となっていた。そこで、訪問看護ステーション誘致に向けての活動が始まった。その主な経緯は下記の通りである。

年次	訪問看護ステーション誘致に至った経緯
2003 年 7 月 ～2005 年 2 月	「南宗谷地域医療のあり方検討会」 ・在宅医療の課題として、訪問看護ステーション設置の必要性について検討。 ・町、保健所、国保病院等関係者で構成された。 ・稚内保健所が事務局、名寄市立総合病院院長などが助言者として参加。
2004 年 2 月 6 日	「南宗谷地域訪問看護事業に関する情報交換会」 ・訪問看護ステーション広域整備について協議を継続することを申し合わせる。
2004 年 7 月 ～2005 年 6 月	「南宗谷地域訪問看護ステーション広域整備に向けた検討会」(第 1～6 回) ・南宗谷地域訪問看護ステーション設置に向け、4 町（浜頓別町、中頓別町、枝幸町、歌登町）の合意の下に設立。 ・保健所が声をかけ、町、保健所、国保病院、社団法人北海道総合在宅ケア事業団、他町訪問看護ステーション関係者等が出席した。 ・枝幸町、歌登町の 2 町は在宅ケアの整備として設置を計画。 ・中頓別町、浜頓別町は合併協議の難航から計画は断念したが、開設に向けて一緒に準備会に参加することとなった。
2005 年 5 月 9 日	2006 年度の設置に向けて、『枝幸町訪問看護ステーションの設置申請』を北海道総合在宅ケア事業団に提出。
2005 年 5 月 19 日	国保病院看護師 1 名を、訪問看護ステーション所長として派遣することを町長が承認。 ・派遣職員の身分保障を考え、職員待遇のまま派遣することにした。

2005 年 9 月 21 日	・ 枝幸町議員協議会に提案、説明。
9 月 30 日	・ 枝幸町議会社会文教常任委員会に提案、説明。
10 月 11 日	「枝幸地域訪問看護ステーション（仮称）開設準備にかかる会議」 ・ 枝幸町議会社会文教常任委員会の指摘により、再度、枝幸・歌登両町の関係者より訪問看護ステーションの必要性について意見を聞く。
11 月 30 日	・ 枝幸町議会社会文教常任委員会に 10 月 11 日開催した関係者からの意見として、訪問看護ステーションの必要性のまとめを提出し、説明する。 協議結果：対象者の把握、事業費及び内容の詳細等、まだ不明瞭な点もあり、2006 年度中の開設は時期尚早ではないかとの意見が大半であり、当面見送るべきとの結論となった。
2006 年 3 月 20 日	新「枝幸町」が誕生。 ・ 枝幸町、歌登町の合併が成立。
4 月 16 日	・ 新町長の下、新事業として「訪問看護ステーション」事業の準備を開始。
5 月 15 日	・ 町の企画課において事業算定を受け、新町事業として 2006 年度開設に向け予算化し、6 月議会に提出準備を行う。
6 月 21 日	・ 議員協議会に提出し事業説明を行う。
6 月 22 日	・ 一般会計予算で「枝幸訪問看護ステーション」事業の承認を得る。
6 月 27 日	「訪問看護ステーション開設準備打合せ会議」 ・ 行政保健師、枝幸町および歌登町国民健康保険病院看護師長各 1 名、副看護師長、訪問看護ステーション所長候補で毎週集まり、実際の準備業務を行う。
7 月 14 日	新町としての『枝幸町訪問看護ステーションの設置申請』を北海道総合在宅ケア事業団に提出。
7 月 20 日	「枝幸訪問看護ステーション開設準備会議」 ・ 枝幸町保健福祉センター所長が声かけをし、北海道総合在宅ケア事業団、宗谷保健福祉事務所、宗谷保健福祉事務所浜頓別支所、枝幸町及び歌登町国保病院、枝幸町歌登町関係者が集まった。
8 月 9 日	・ 開設準備委員会の委嘱依頼。
8 月 16 日	・ 開設準備委員会の開催案内。
8 月 29 日	・ 看護従事者の面接。 ・ 枝幸町訪問看護ステーション開設に向けた保健医療福祉関係職員学習会

9月8日	枝幸町訪問看護ステーション開設準備委員会
10月2日	社団法人北海道在宅ケア事業団枝幸訪問看護ステーション開所

取組みの経緯を要約すると、①社会的要因として、社会入院の多さと訪問看護ステーションの必要性が専門職者の中で認識されていたことがあり、②新町長の方針が示され、③在宅サービスを充実させようという担当者の覚悟が固まり、④保健所の強力なサポートがあって、北海道総合在宅ケア事業団の訪問看護ステーションの誘致、開設にこぎつけた。

8. 設置された訪問看護ステーションの運営

1) 枝幸町訪問看護ステーションの概要

社団法人北海道在宅ケア事業団枝幸訪問看護ステーション（以下訪問看護ステーション）は2006年10月に開設し、活動を開始した。道が過疎地域における訪問看護および機能訓練事業を推進するために設置した第三セクター「北海道総合在宅ケア事業団(以後在宅ケア事業団)」が設置した訪問看護ステーションである。枝幸駅から車で約5分の枝幸町保健福祉センター内に設立されている。

2007年2月末時点で、職員は4名（1名は常勤、3名は非常勤）である。

2) 利用者確保

訪問看護ステーション設立後5ヶ月後の2007年2月末時点で、訪問看護ステーションの利用者は24名、利用契約者は32名である。

利用者の紹介は、設立当初は行政保健師、町立病院看護師から始まったが、今では在宅介護支援センターのケアマネージャーからの紹介が主である。経営安定のためにはあと10名ほどの利用者増が必要である。しかし、施設入所の傾向が強い地域であり、また、在宅ケア事業団パンフレット等で対象はかかりつけ医が訪問看護の必要性を認めた者と限局しているため、利用者の大幅な増加は望めない。それでも開設当初から、訪問看護ステーション所長を始め、町の保健師、町立病院の看護師長と連れ立って、地域の老人会や医療職者に会い、訪問看護ステーションを宣伝し、理解を得るために啓発活動を行っている。

3) 母体である在宅ケア事業団からの支援

在宅ケア事業団ではへき地と都市部に訪問看護ステーションを設立している。利用者の少ないへき地では、利益が上がりにくいいため、都市部での収益をへき地のステーション赤字の補填にまわしている。

9. 訪問看護ステーションが誘致されたことの効果

1) 保健・医療・福祉の連携が促進できた

訪問看護ステーションが社会福祉協議会、保健福祉センターなどを内包する建物内に位置することで、保健福祉の各職種間の連携が取りやすいという利点がある。

例えば、「健康状態に不安があるような利用者の入浴介助をホームヘルパーが行う際、訪問看護師に同行を求め、訪問看護師のアドバイスを受けることができるようになり、安心して入浴介助ができるようになった」、「ホームヘルパーと利用者との関係に溝が生じ、利用者が訪問介護を受け入れなくなった時、訪問看護師は双方の関係調整に一役かうこともあった」、また、「利用者からディサービスに行きたくないと言われた時に、訪問看護師の一言でスムーズに行くことができた」等、地域ケアでは訪問看護師と連携することの効果が見られていた。また、訪問看護師はその役割を医師の指示に基づく看護実践のみに留まることなく、へき地という地域の実情に合わせて柔軟に対応していた。

2) 地域住民、医療職者の理解が進んだ

訪問看護ステーションへの住民の反応は様々である。健康な者にとっては、訪問看護ステーションの存在は未だ大きくはない。しかし、在宅介護の経験がある住民からは「将来的に町立病院がなくなるかもしれない。訪問看護ステーションができてよかった」、「看護師さんの訪問によって、医療と繋がることができる。病院がなくなるとしても安心だ」との声が聞かれるという。

また、病院看護師は「日々の仕事が忙しく、入院時から在宅での生活を考えて看護を実践しているという意識はない。そこまで看護の考え方は到達していない」と考えていたが、訪問看護師が病院に出入りすることによって、病院の医療職者の中には、訪問看護や在宅ケアに興味を持ち始める者が出てきているとのことであった。

3) 医療・介護上の効果

旧枝幸町と旧歌登町が合併したため、現在各町に1箇所ずつある町立病院は、将来的に統合される可能性がある。両病院はいわゆる社会的入院と呼ばれる者を多数抱えている。訪問看護ステーション開設5ヶ月目の2007年2月の時点では、開設前と比較しての平均在院日数の短縮には至っていない。

「H17年度介護保険利用による入院・在宅利用状況関係決算資料」によれば、2005年4月～8月の枝幸国保病院の介護療養型病床に入院している人の1人当たりの診療収入は14,548円/月であった。一方、在宅の場合は、居宅管理及びみなしの訪問看護の1人当たりの診療収入は4,402円/月であった。病院入院時と在宅療養時にかかる費用を比較すると、約1万円/人/月の差が生じる。即ち、入院している人が在宅に帰れるような仕組みができれば、行政としては、在宅の方が持ち出しが少ないので

ある。

将来的には、訪問看護ステーションの設立で在宅サービスが充実したことで、在宅療養が推進され、入院・通院ともに 5 割前後を他市町村に依存している現状が改善されること、医療費節減に繋がることが期待されている。

10. 今後の課題と提言

訪問看護ステーションの開設により改善されたことは多いが、残された課題も多々ある。以下、それについて記し、改善の方向性について提言したい。

1) 訪問看護ステーションの人員確保

(1) 職員確保と人員不足

へき地では、訪問看護ステーションの所長を務め上げられる人材を確保することは大変なことである。そのため、枝幸町では国保病院の協力を得て、みなしの訪問看護の経験のある看護師を、病院からの派遣という形で所長に起用するようにした。現在、次期所長候補者を育成している。

また、在宅ケア事業団の本部がある札幌市では、訪問看護師向けの研修会なども開催されているが、地方の訪問看護ステーションでは人員不足のため、参加困難な状況にある。

(2) 夜間・休日の対応

現在、訪問看護ステーションの開所は月～金曜日の午前9時～午後5時ではあるが、必要に応じて休日・早朝・夜間も対応することがある。へき地で休日等までサービスを提供するに足る人員を確保するのは難しい。職員の個人的努力で対応してはいるが、それでも十分ではないのが現状である。へき地において専門職をいかに確保していくのか、今後の課題である。

2) 保健・医療・福祉の連携の一層の促進

町立病院からのみなしの訪問看護が行われていたころと比べ、保健・医療・福祉の連携が取りにくくなってきているという指摘があった。町立病院には、地域連携室は設置されておらず、地域の看護職、福祉職との連携がスムーズにいくようにするためには、入退院に関わる看護師の存在が必要とされていた。また、家庭生活が可能となる身体的準備が整わないうちに、退院になる人もいるという指摘があった。看護師については入院中から自立に向けた生活リハビリなど、家庭生活に適応できるように支援することが課題である。

また、医師については、自分が記載した訪問看護指示書がどのように活用されているのか、訪問看護をすることで在宅療養者にどのような影響を及ぼしているのか、十分には理解されていないのが現状である。そのため、訪問看護師や行政保健師は、機

会をみて医師に往診を依頼したり、看護職並びに医師に対して訪問看護ステーションの存在意義を説明し、理解を求めるようにしている。

3) 医療の施設内中心からの脱却

へき地では、民間の医療機関は経営的に成り立ちにくいとため、公的病院が唯一の医療機関であることが多い。このため、訪問診療を行う医師を確保しにくい。また、地域資源が少ないために病院職員自体に在宅医療への認識が薄く、訪問看護に対する理解も不足しがちである。今回、訪問看護ステーションが設立されたことにより訪問看護への関心は高まりつつあるが、在宅医療は地域住民の生活の質を重視するという医療である。今後さらに、病院看護師の理解が一層深まるような働きかけが必要である。具体的には、在宅看護研修などが病院看護師に義務化されることなどが挙げられる。このような取組みが退院を促進し、訪問看護利用者が増加するなどといった波及効果が期待される。

4) 訪問看護ステーションの経営多角化

へき地では住民の母集団が少ないためにどうしても訪問効率が落ちる。一方で、病気になってもその土地で住み続けるためには、看護サービスは不可欠である。仕事を休むと収入がなくなるため、病院に通院できない日雇い労働者などを対象に、病院外で診療補助活動を展開させるのも地域での訪問看護活動のあり方の一つではないかと考えられるし、実際に枝幸町で検討されていた。例えば、糖尿病に罹患しているが通院できない状況にある場合、訪問看護師が職場訪問を行い、そこで医師の指示に基づいて採血を行うなど、診療の補助業務を広げてゆくと住民にとっても良いし、訪問看護ステーションの経営安定にも繋がる、ということである。

5) 行政の負担と補助の必要性

北海道北端のへき地である枝幸町で、長年の取り組みを経て、在宅ケア事業団と提携し、訪問看護ステーションを設立してきた。設立にあたり、枝幸町は場所の提供、入会費などを負担した。その他にも継続して在宅ケア事業団の会員費を払うと共に、訪問看護ステーション所長の給与（町立病院職員のため）も負担している。

多くのへき地では訪問看護ステーションは未設置のままである。そのような中で、訪問看護ステーションを設置し、在宅療養の基盤整備を推進するためには、何らかのサポートが必要であろう。この町では、町が持ち出しすることで、訪問看護ステーションの経営がなされていた。

6) 医師の指示書を得やすくなることの工夫と提言

厚生省令第 37 号第 69 号（主治の医師との関係）の中で、「指定訪問看護事業者は、

指定訪問看護の提供の開始に際し、主治の医師による指示を文書で受けなければならない」と定められている。へき地では医師は数少なく極めて多忙であり、訪問看護師は訪問看護指示書を得ることに大きな労力を費やしている。このため、指示書の取得が心理的、物理的に負担になっていることが多い。へき地では医師の代替者を得にくく、指示書を入手できないと訪問看護が行えなくなる。この点を改善するためには、へき地における訪問看護指示書のあり方について、今後検討していくことも必要であろう。

文献

- 1) 堀井礼子,工藤裕子：在宅療養促進に向けた町と保健所の取り組みー訪問看護ステーション広域整備への戦略ー,保健師ジャーナル,61（4）：314－319,2005.
- 2) 堀井とよみ：医療機関と連携するポイント,保健師ジャーナル,63（1）：8－11,2007.
- 3) 日本看護協会編：看護者の基本的責務,日本看護協会出版会,11－16,2006.
- 4) ミネルバ書房編集部：社会福祉小六法,57－65,2003.

平成 18 年度・訪問看護ステーションの需要と供給に関する研究「訪問範囲調査」

所在地	都道府県	市区町村	ステーション名	
-----	------	------	---------	--

■ステーションの概況（2006 年 10 月 1 日現在）

(1) 事業開始年月	西暦 年 月					
(2) 開設主体	1. 都道府県 2. 市区町村 3. 広域連合・一部事務組合 4. 日本赤十字社・社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 医師会 7. 看護協会 8. 社団・財団法人 (医師会、看護協会以外)			9. 社会福祉協議会 10. 社会福祉法人 (社会福祉協議会以外) 11. 農業協同組合及び連合会 12. 消費生活協同組合及び連合会 13. 営利法人（会社） 14. 特定非営利活動法人（NPO） 15. その他の法人		
(3) 地域区分	1. 特別区 2. 特甲地 3. 甲地 4. 乙地 5. その他					
(4) サテライト事業所の有無	1. 有 → ()ヵ所 2. 無					
(5) 特別地域加算届出の有無	1. 有 2. 無					
(6) 従事者数	常勤			非常勤		
※職種毎に人数をご記入ください。いない場合は「0」と記入してください。	専従	兼務	換算人員		換算人員	
a. 保健師	人	人	人	人	人	
b. 助産師	人	人	人	人	人	
c. 看護師	人	人	人	人	人	
d. 准看護師	人	人	人	人	人	
e. 理学療法士	人	人	人	人	人	
f. 作業療法士	人	人	人	人	人	
g. 言語聴覚士	人	人	人	人	人	
h. その他の職員	人	人	人	人	人	
(再掲)a～hのうちサテライトの従業者	人	人	人	人	人	
(7) 利用者実人員数 (2005 年 10 月～2006 年 9 月実績)	2005 年 10 月	人	2006 年 4 月	人		
	11 月	人	5 月	人		
	12 月	人	6 月	人		
	2006 年 1 月	人	7 月	人		
	2 月	人	8 月	人		
	3 月	人	9 月	人		
(8) 延べ訪問回数 (2005 年 10 月～2006 年 9 月実績)	2005 年 10 月	人	2006 年 4 月	人		
	11 月	人	5 月	人		
	12 月	人	6 月	人		
	2006 年 1 月	人	7 月	人		
	2 月	人	8 月	人		
	3 月	人	9 月	人		
(9) 移動手段(延べ訪問回数に占めるおおよその割合(%)) ※合計が 100%になるように記入	電車	自動車	バイク	自転車	徒歩	その他
	%	%	%	%	%	%

	3 km 以内			件																										
	3 km 超－5 km 以内			件																										
(10) 利用者宅への移動距離(片道)	5 km 超－10 km 以内			件																										
	10 km 超－20 km 以内			件																										
	20 km 超			件																										
		夏季(4月～9月)	冬季(10月～3月)																											
	15分以内	件		件																										
(11) 利用者宅への移動時間(片道)	15分超－30分以内	件		件																										
	30分超－45分以内	件		件																										
	45分超－60分以内	件		件																										
	60分超	件		件																										
(12) ステーション開設時の届出で『通常の事業の実施地域』をどのように設定しましたか																														
(13) 上記の『通常の事業の実施地域』を超えた地域への訪問の有無	1. 有 → 本人からの交通費徴収あり()件 本人からの交通費徴収なし()件 └─→ うち行政からの交通費に関する補助あり()件 2. 無																													
(14) 訪問範囲に市町村合併による影響はありましたか	1. 有 → 影響内容() 2. 無																													
(15) 訪問困難なため、 <u>訪問できていない地域</u> がありますか	1. 有 ↓ 2. 無 理由 (当てはまるもの全てに○) 1. 豪雪地域のため 2. 山道など危険なため 3. 坂道・階段が多いため 4. 離島のため 5. その他()																													
(16) <u>訪問依頼があれば訪問するが、訪問に困難が伴う地域</u> がありますか (地図上のC地域)	1. 有 ↓ 2. 無 理由(自由記入)																													
(17) <u>訪問していない地域</u> の介護者・ケアマネ・病院等から訪問依頼がありましたか	1. 有 ↓ 2. 無 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">①件数</th> <th colspan="2">2005年10月～2006年3月</th> <th colspan="2">2006年4月～9月</th> </tr> <tr> <th colspan="2">件</th> <th colspan="2">件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">②訪問依頼があった人</td> <td>介護者より</td> <td>ケアマネジャーより</td> <td>病院より</td> <td>その他より ()</td> </tr> <tr> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> </tbody> </table>				①件数	2005年10月～2006年3月		2006年4月～9月		件		件		②訪問依頼があった人	介護者より	ケアマネジャーより	病院より	その他より ()	件	件	件	件								
①件数	2005年10月～2006年3月		2006年4月～9月																											
	件		件																											
②訪問依頼があった人	介護者より	ケアマネジャーより	病院より	その他より ()																										
	件	件	件	件																										
(18) 2005年10月～2006年9月の間に <u>訪問依頼を断ったこと</u> がありますか	1. 有 ↓ 2. 無 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">①断った件数</th> <th colspan="2">2005年10月～2006年3月</th> <th colspan="2">2006年4月～9月</th> </tr> <tr> <th colspan="2">件</th> <th colspan="2">件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">②断った理由</td> <td colspan="3">1. 距離・移動時間が長い</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td colspan="3">2. 職員不足</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3. ターミナルなど24時間体制の整備不足</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td colspan="3">4. その他 ()</td> <td>件</td> </tr> </tbody> </table>				①断った件数	2005年10月～2006年3月		2006年4月～9月		件		件		②断った理由	1. 距離・移動時間が長い			件	2. 職員不足			件	3. ターミナルなど24時間体制の整備不足			件	4. その他 ()			件
①断った件数	2005年10月～2006年3月		2006年4月～9月																											
	件		件																											
②断った理由	1. 距離・移動時間が長い			件																										
	2. 職員不足			件																										
	3. ターミナルなど24時間体制の整備不足			件																										
	4. その他 ()			件																										
(19) 特定の時期や季節等による訪問件数への影響はありますか	1. 有 → 時期・季節等の内容() 2. 無																													
(20) 現在の訪問範囲・距離に関して施策への要望等、ご自由に意見をお書き下さい																														

ID	年齢	性別	家族構成(総柄、性、年齢、同居、別居、就業など)	特記事項(居住地特徴等)	* 区分(該当に○)	4 65歳未満の介護保険認定者(サービス利用なし) 5 65歳以上の介護保険未認定者 6 65歳未満の介護保険未認定者
入院・入所前の身体状況(疾患、医療処置)	主介護者:	介護パートナー:	1回目の療養場所移行 移行の年月日 身体状況(疾患、医療処置)	2回目の療養場所移行 移行の年月日 身体状況(疾患、医療処置)	3回目の療養場所移行 移行の年月日 身体状況(疾患、医療処置)	4回目の療養場所移行 移行の年月日 身体状況(疾患、医療処置)
入院・入所前の要介護度			移行後の要介護度	移行後の要介護度	移行後の要介護度	移行後の要介護度
入院・入所前の療養場所			療養場所	療養場所	療養場所	療養場所
本人の意向 家族の意向 移行に向けた支援: 支援者、内容、方法、連携			本人の意向 家族の意向 移行に向けた支援: 支援者、内容、方法、連携	本人の意向 家族の意向 移行に向けた支援: 支援者、内容、方法、連携	本人の意向 家族の意向 移行に向けた支援: 支援者、内容、方法、連携	本人の意向 家族の意向 移行に向けた支援: 支援者、内容、方法、連携
平成17年4月にすでに入院・入所中の場合 入院・入所年月日 入院・入所理由			1回目に入院・入所した場合 入院・入所理由	2回目に入院・入所した場合 入院・入所理由	3回目に入院・入所した場合 入院・入所理由	4回目に入院・入所した場合 入院・入所理由
入院・入所中のケアニーズ			入院・入所中のケアニーズ	入院・入所中のケアニーズ	入院・入所中のケアニーズ	入院・入所中のケアニーズ
入院(入所)前に在宅の場合 介護状況			1回目在宅に移行した場合 介護状況	2回目在宅に移行した場合 介護状況	3回目在宅に移行した場合 介護状況	4回目在宅に移行した場合 介護状況
利用サービス(目的)			利用サービス(目的)	利用サービス(目的)	利用サービス(目的)	利用サービス(目的)
			医療機関・主治医:	医療機関・主治医:	医療機関・主治医:	医療機関・主治医:

研究説明書

平成 18 年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業

訪問看護ステーションの需要と供給に関する研究

—訪問看護ステーションの機能と役割を明確にするための調査—

人口の少ない地域では、どのような住民ニーズがあるか、また、住民ニーズに応えられるだけの社会資源が存在しているか、その実態は明らかではありません。そこで、本研究事業は、人口の少ない地域における住民ニーズと社会資源の需要と供給の現状を明らかにすることを目的としています。また、訪問看護ステーションのその地域でのあり方を探ることも目指しています。

お願いする内容とヒアリングさせて頂いた結果についての倫理的配慮は、具体的に、以下の通りです。

- ・ 事前に研究説明書と同意書について説明させていただきます。
- ・ ヒアリング時間は、1. 5 時間～2 時間程度を予定しています。
- ・ ヒアリングによって得られた情報は、本研究の目的以外には使用しません。また、他人に知られないように厳重に管理いたします。
- ・ 公表に先立って、必ず内容をご報告し、ご相談の機会を設けさせていただきます。
- ・ 研究目的とする事実関係が損なわれない範囲で個人を特定しうる情報を匿名に置き換えた表現にして公表いたします。

ヒアリング調査を実際に行った研究者が、責任を持って上記のお約束を遂行いたします。なお、この研究への参加不参加によって、いかなる不利益も生じることはありません。研究の参加にいったん同意なさった後でも、いつでも参加をとりやめたり、研究の一部をことわったりすることができます。ヒアリング調査をした研究者に直接お伝えください。

研究結果は、実践の場に還元できるようにしていきたいと思います。

以上をご理解いただいたうえで、研究への参加に同意なさる場合は、別紙にご署名をお願いいたします。

村嶋幸代（むらしま・さちよ）

〒113-0033 文京区本郷 7-3-1 東京大学医学部 地域看護学教室

電話：03-5841-3597 FAX：03-5802-2043

murasima-tky@umin.ac.jp

同意書

東京大学医学部長 殿

私は、下記の研究への参加にあたり、 から別紙説明書記載の事項について説明を受け、これを十分理解しましたので、研究に参加することを同意いたします。

説明事項

1. 研究の内容について
2. 研究に参加することに同意しなくても何ら不利益を受けないことについて
3. 研究に参加することに同意した後でも、自由に取りやめることが可能であることについて
4. プライバシーの保護、秘密保持の件について

記

研究課題：訪問看護ステーションの需要と供給に関する研究
—訪問看護ステーションの機能と役割を明確にするための調査—

平成 年 月 日

氏 名 _____ 印

所属機関名 _____

住 所 _____

別紙説明書を参照願います。

説明事項

研究課題：訪問看護ステーションの需要と供給に関する研究
—訪問看護ステーションの機能と役割を明確にするための調査—

私は、上記の者 _____ 殿に対し、この研究を行うにあたり、その内容等（同意書の説明事項各欄）について、別紙のとおり説明いたしました。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印 所属 _____

人口の少ない地域における住民ニーズ調査 ヒアリングマニュアル

1. 当日までの準備

- ・研究概要をご説明し、依頼状が必要であれば事前に送付する。公文書は事業協会にお手続きをお願いします。
- ・事例の概要を基本情報シートに記載して頂く。地域の基本情報にお答え頂ける対象者（保健師、ケアマネジャー等）であれば、地域の基本情報シートへの記入もお願いします。
- ・可能であれば事前に基本情報シートをご返送頂き、インタビュアーは、インタビューのポイントを抑えておく。

2. 当日のヒアリング

<準備物>

- ・ 研究概要（必要時）
- ・ 同意書
- ・ ヒアリングガイド
- ・ 事例の基本情報シート
- ・ 地域の基本情報シート
- ・ 録音機器

<手続き>

- ・ 録音にご了承を頂き、録音させて頂く（テープ起こしをするわけではなく、記録もれや記憶をたどるときに使用）。
- ・ 研究概要を説明し、同意書に署名を頂く。

<ヒアリング>

1) 事例概要の確認

- ✓ 記入漏れがないかを確認。あればお尋ねする。

2) 事例の経過

○ 挙げていただいた方の経過を教えてください。

（インタビュアーは、**常に人口の少ない地域ならではの理由がないかを探りながら尋ねる**）

- ✓ 医療が必要になったのはいつごろで、どのようなきっかけでしょうか。
- ✓ ご本人はそれに対して、どのように受け止められていたのでしょうか。（特に人口の少ない地域ならではの理由がありそうか探る）
- ✓ どのように対処されましたか。その際に、お困りごとはありましたか。
- ✓ その対処はなぜ、そのようにされたのでしょうか。（特に人口の少ない地域ならではの理由がありそうか探る）
- ✓ 関わった関係職種の方がいらっしゃいますか。あれば、その方はどのような支援をされましたか。
- ✓ なぜ、そのような支援をされましたか。

3) 地域性について

○ 地域住民の一般的な文化や考え方について

✓ この地域特有の文化や考え方はありますか（分かれば教えてください）。

○ 地域住民の保健・医療・福祉サービスについてのお考え

✓ 住民の方は、サービスを利用することには抵抗がありますか（世間体など）。

✓ 住民の方は、医療が必要になってもできれば住み慣れた地域で過ごしたいとお考えですか。

○ 在宅療養に対する希望

✓ 在宅療養を継続するためには、どんなサービスがあればよいと思われますか

4) 地域の基本情報

✓ 予めご記入いただければ、漏れがないかを確認。不明な部分は後日情報収集。

4. まとめおよび分析(暫定案)

1) 分析の視点

①人口の少ない地域ならではの住民の困りごとを、経過を通して明らかにする。

②人口の少ない地域ならではの状況に応じた対応策や工夫を明らかにする。

③①②から、地域に不足する資源、訪問看護ステーションの必要性、機能・役割を検討する。

経過記入フォームを使用する等して分析、以下の項目について記述する。

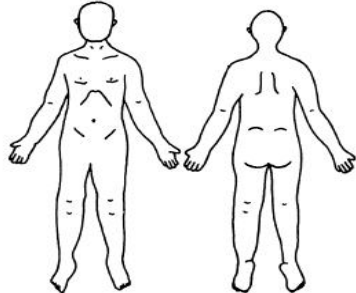
1. 地域特性、2. 事例概要、3. 人口の少ない地域ならではの住民ニーズの特徴、4. 地域に不足する資源、訪問看護ステーションの必要性、機能・役割の考察

■ 地域の基本情報シート ■ 記入日：平成 年 月 日

(1)自治体名	
(2)管轄地域のデータ (年現在)	人口 : 高齢化率(%) : 人口対ベッド率 : 介護保険の利用率 :
(3)管轄地域の特徴 (季節など、特定の要因が介護・医療サービス提供に影響する場合はそれも記入)	地理 : 自然環境 : 文化 : その他 :
(4)管轄地域の社会資源: ()内は、存在する数を記入)	総合病院()、診療所もしくは小規模病院()、在宅介護支援センター()、 特別養護老人ホーム・老人保健施設()、デイサービス()、訪問介護事業所()、 訪問看護ステーション() その他 [] () その他 [] () その他 [] () その他 [] () その他 [] () その他 [] () その他 [] ()

❖ご協力ありがとうございました❖

事例の基本情報シート

対象者 I D (才)		記入者 () 記入した日 (年 月 日)																					
身長 cm	体重 Kg	記入した情報の時期 (年 月 日 時点)																					
診断名		身体状況 ・要介護度： 要支援・1・2・3・4・5・申請中・未申請 ・寝たきり度： J (自立) A (外出要介助) B (座位可) C (寝たきり) ・認知症度： I (家庭内ではほぼ自立) II (誰かが注意していれば自立) III (日中要介護) IV (終日要介護) V (専門医の要治療) ◆麻痺、拘縮・変形、褥創、発赤の有無 (斜線等で示し内容記入) 																					
既往歴 入院歴		視力障害 なし・あり (内容) 聴力障害 なし・あり (内容) 言語障害 なし・あり (内容) 意思伝達 可能・大抵可能・ほとんど不可・不可																					
現在までの経過																							
処方薬、常備薬		日常生活の状況 ・摂食障害 ・嚥下障害 ◆以下のうち、介助が必要なものに○ 起居、移乗、移動、食事、排泄、清潔、更衣																					
家族状況 (主介護者に☆印) (家系図)		利用しているサービス 1: 訪問介護 (回/月) (日中・夜間早朝) 2: 訪問看護 (回/月) (日中・夜間早朝) →緊急時訪問看護加算 (あり・なし) →過去3ヶ月の緊急訪問(あり・なし) 3: 訪問入浴 (回/月) 4: 訪問リハビリ (回/月) 5: 通所介護 (回/月) 6: 通所リハビリ (回/月) 7: 短期入所生活介護 (回/月) 8: その他 () (回/月)																					
(☆主介護者について) ・年齢 () 歳 ・健康状態 良い・普通・悪い ・本人との関係 良い・普通・悪い ・1日の介護時間 () 時間 ・1日の連続した睡眠時間 () 時間 ・1日のうち、外出が可能な時間 () 時間		必要な医療処置 <table border="0"> <tr> <td>☐点滴・注射</td> <td>☐中心静脈栄養</td> </tr> <tr> <td>☐透析 (腹膜透析を含む)</td> <td>☐ストマ処置</td> </tr> <tr> <td>☐酸素療法</td> <td>☐人工呼吸器</td> </tr> <tr> <td>☐気管切開の処置</td> <td>☐疼痛の看護</td> </tr> <tr> <td>☐経管栄養</td> <td>☐モニター測定・バイタル測定</td> </tr> <tr> <td>☐カテーテル (自己導尿含む)</td> <td>☐吸引 ☐吸入</td> </tr> <tr> <td>☐褥創の処置</td> <td>☐浣腸・排便</td> </tr> <tr> <td>☐インスリン注射</td> <td>☐血糖測定</td> </tr> <tr> <td>☐服薬の介助と確認</td> <td>☐在宅での看取り</td> </tr> <tr> <td>☐その他 ()</td> <td>☐その他 ()</td> </tr> </table>		☐ 点滴・注射	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析 (腹膜透析を含む)	☐ ストマ処置	☐ 酸素療法	☐ 人工呼吸器	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	☐ モニター測定・バイタル測定	☐ カテーテル (自己導尿含む)	☐ 吸引 ☐ 吸入	☐ 褥創の処置	☐ 浣腸・排便	☐ インスリン注射	☐ 血糖測定	☐ 服薬の介助と確認	☐ 在宅での看取り	☐ その他 ()	☐ その他 ()
☐ 点滴・注射	☐ 中心静脈栄養																						
☐ 透析 (腹膜透析を含む)	☐ ストマ処置																						
☐ 酸素療法	☐ 人工呼吸器																						
☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護																						
☐ 経管栄養	☐ モニター測定・バイタル測定																						
☐ カテーテル (自己導尿含む)	☐ 吸引 ☐ 吸入																						
☐ 褥創の処置	☐ 浣腸・排便																						
☐ インスリン注射	☐ 血糖測定																						
☐ 服薬の介助と確認	☐ 在宅での看取り																						
☐ その他 ()	☐ その他 ()																						
保険 介護保険・医療保険・その他 ()																							

経過記入シート

対象者： 記入者： 記入日： / /

時期	状況			対処 (活用した資源や関係職種があれば明記)	対処結果
	病状の変化 (指標の変化なども含む)	環境の変化	本人及び家族の気持ち		

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	中川 俊男	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
	野川 とも江	埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科
	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	北村 久美子	旭川医科大学 医学部 看護学科
	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
	春山 早苗	自治医科大学看護学部
	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
	中尾 八重子	県立長崎シーボルト大学看護栄養学部
	川崎 道子	沖縄県立看護大学
	雨宮 きよ子	山梨県看護協会貢川訪問看護ステーション
	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
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
	中尾 杏子	三菱総合研究所
研究協力者	野尻 直美	東京大学大学院医学系研究科
事務局	全国訪問看護事業協会	
	事務局長	清水 範明
		池田 由美子
		木全 真理

平成 18 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康推進等事業

訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける
看護提供体制のあり方に関する研究：
訪問看護サービスの需要と供給に関する研究
平成 19 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
