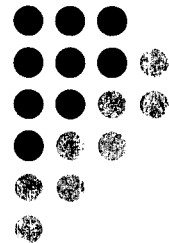


第3回訪問看護支援事業に係る検討会

福岡県在宅医療推進事業について



平成22年7月28日(水)



福岡県保健医療介護部医療指導課
在宅医療係 森松 薫

1

福岡県の現状



■全国との比較

		福岡	全国	備考
死亡者数		42,675 人	1,083,796 人	H17人口動態統計
医療資源	訪問看護ステーション	250 カ所 (全国の約4.6%)	5,470カ所	福岡:H22年4月 全国:H18年10月
	在宅療養支援診療所	714 カ所 (全国の6.7%)	10,631カ所	H20年6月
	緩和ケア病棟	20施設 (全国の約10%)	190施設	福岡:H22年3月 全国:H19年10月
在宅等での死亡率		11.3% (全国第46位)	15.1%	H16人口動態調査

■主な死因 悪性新生物(30.1%)、心疾患(16.0%)、脳血管疾患(12.3%)

■死亡者数(福岡県) (H17年) (H27年の推計)
42,675人 → 50,844人

2

ここまでの経過



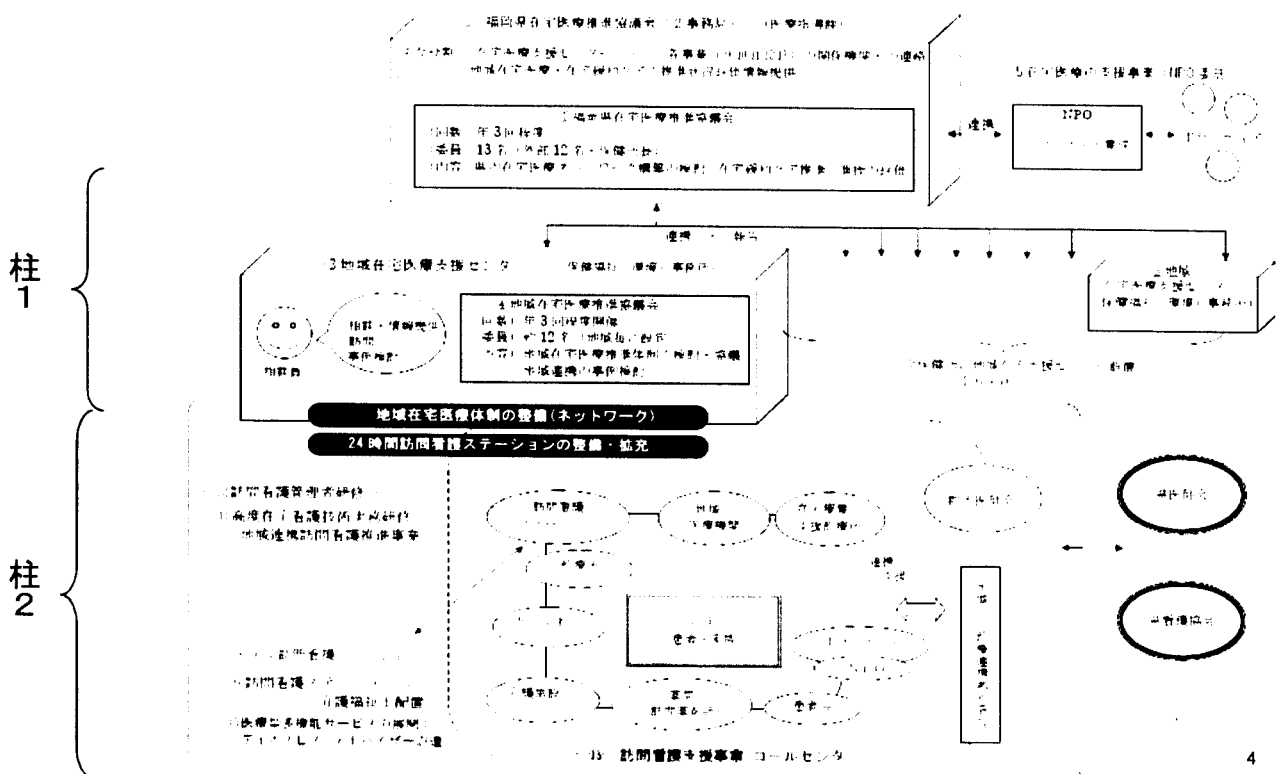
病院、緩和ケア病棟、自宅など、療養場所の選択ができる

患者が望む場所で療養し、望む場所で死を迎えられる福岡県

年度	H17	H18	H19	H20	H21	H22
	終末期医療対策推進事業			在宅医療推進事業		
方向性の会議	終末期医療対策推進協議会			在宅医療推進協議会※		
従事者研修、 従事者育成	・在宅ホスピス研修会 ・在宅ホスピスアドバイザー派遣			・ST管理者研修 ・高度在宅看護技術実務研修		
退院支援・連携	・病院とSTの相互研修			・病院とSTの相互研修		
訪問看護STの 機能強化 機能拡充	← 24時間訪問看護支援事業 →			・医療型多機能(デイホスピス/スーパーバイズ) ・介護との一体型事業※ ・コールセンター		
NPO協働				・在宅ホスピスポランティア養成		
情報提供体制	ふくおか医療情報ネット			ふくおか医療情報ネット(更新)		
地域ネットワーク				「地域在宅医療支援センター」設置:保健所		

在宅医療推進事業

H22年度福岡県在宅医療推進事業の概要図

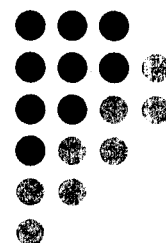




(注1)

地域在宅医療支援センター

～保健所を核にした地域在宅医療体制整備の取組み～



地域在宅医療支援センターのビジョンと目標

(= 保 健 所)



＜目指す姿＞

- 住 民 → 自分が望む場所で療養でき、死ぬ場所も選択できる。
 地 域 → 在宅緩和ケアへの支援がどの機関でも受けられるようになっている。
 保健所 → 在宅緩和ケアのシステム評価ができる。

目標	(H20) 1年目	(H21) 2年目	(H22) 3年目
住 民	在宅緩和ケアの相談窓口があることを知る。	住民組織の代表者等に在宅でターミナルを過ごすこと意識が浸透する。	在宅ターミナルの知識や意識が浸透し、適切な機関に相談できる。
地 域	事例検討会や研修会を通じ、知識と情報を持つ。顔の見える連携づくり。	関係機関が地域課題を共有し、地域社会資源や相談の連携方法が分る。	相談、支援システムが構築され、利用できる社会資源が増える。
保 健 所	支援センターの設置。地域の情報や課題の把握。	在宅緩和ケアに関する相談支援を行う。 関係機関の連携推進とサービスの質の向上を図る。(手引きの作成)	関係機関の連携がスムーズになる。 問題解決のためのシステム構築がほぼ完成に近づく。

地域在宅医療支援センターの取組み状況



■在宅医療に関する地域の課題の把握

関係機関へのヒアリングを実施し、管内の社会資源の状況や過不足等、実態把握
既存の地域在宅ケア研究会や保健所主催の難病患者支援評価会議等を活用
連携上の課題等、問題点を整理。

■ネットワークづくり(システム構築)

地域在宅医療推進協議会を開催
事例検討
訪問看護Sta実態調査報告、等

} 管内の課題を共有。既存ネットワークも利用。
地域に応じた対策

■在宅医療の医療機関等の知識・技術の向上

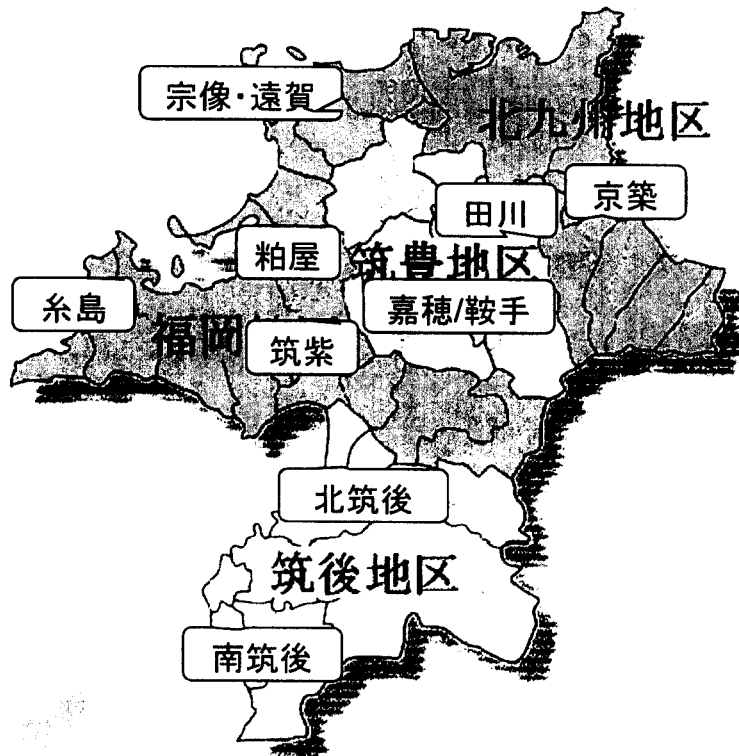
センター相談員等への研修会……相談支援技術のスキルアップ、相談支援件数
退院調整に関する研修会等を開催(管内の医療関係者を対象)
既存の会(地域の集まり、研究会、医師会等)を活用。

■住民への啓発 / 地域力の活用

リーフレット作成。在宅ホスピスボランティア(NPO等)との協働

7

H22年度から、地域在宅医療支援センターを9カ所に！
～保健所を核にした、更なる地域在宅医療体制整備～



■地域体制コーディネーター

- ・地域在宅医療推進協議会
- ・地域ケア体制の構築・評価
- ・個別支援
- ・事例検討の課題整理

■個別支援コーディネーター

- ・相談窓口
- ・関係機関調整
- ・ケース支援
- ・事例検討会の実施
- ・在宅療養に向けた連絡調整
- ・地域資源情報整理
- ・情報提供

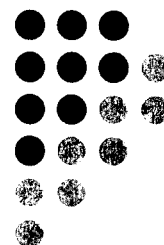
8

(注2)

訪問看護推進モデル事業



～訪問看護ステーションの機能強化と拡充～



9

訪問看護推進にかかるモデル事業

- 1)「訪看護・訪問介護の一体型」
- 2)「デイホスピス」、「スーパーバイズ」
- 3)「コールセンター」(訪問看護支援事業)

1. 目的

訪問看護、介護職員との同行訪問や、訪問看護Staの機能拡大について試行し、必要な対象の要件や事業の効果、体制整備のための条件について検証を行う。必要に応じ、政策提言を行う。

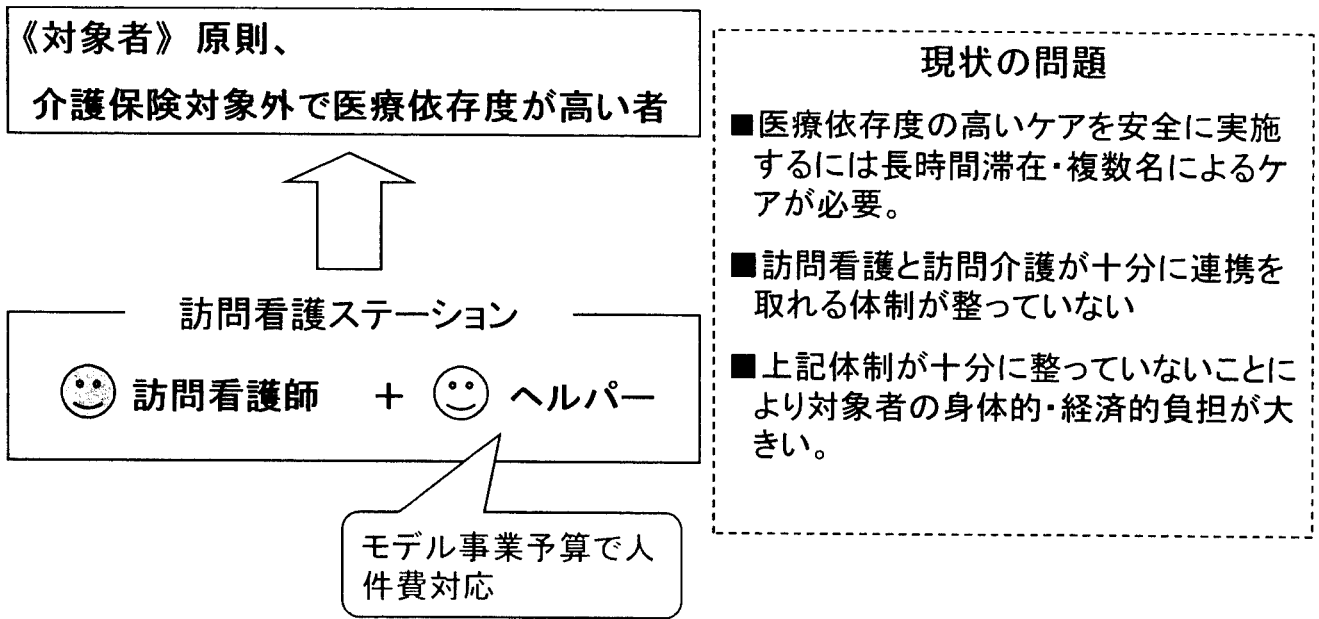
2. 検証する内容

- モデル訪問看護を実施することで得られた効果
(利用者・家族・事業所にとっての効果)
- モデル事業を普遍化する際の課題
- 現行の報酬制度・サービス提供体制の課題整理

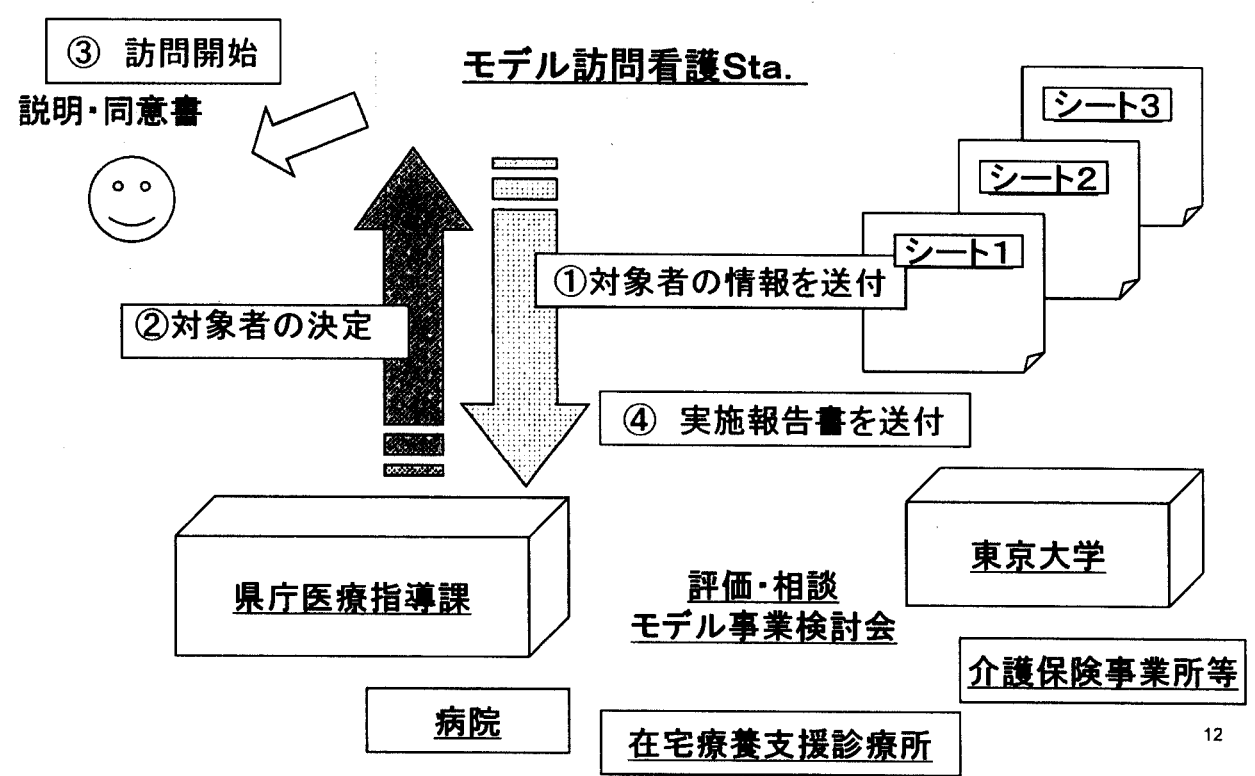
10

1) 訪問看護・訪問介護の一体型サービス

(医療依存度の高い在宅療養者への訪問看護・介護の一体型サービス提供モデル事業)



対象者の選定から訪問の流れ



訪問対象者の概要



◆ 訪問実数:34名(訪問実施期間:H20. 6月~H21. 2月)

※介護職員の研修のために訪問した2名を除く

◆ 年代別内訳

10歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳以上
2	4	8	4	7	9

◆ 疾患別内訳

難病	がん	難病とがん	脊椎・ 頰椎損傷	その他
6	18	3	2	5

13

訪問実施状況(H20年度)



◆ 疾患別訪問期間

	難病	がん	難病と がん	脊椎・頰 椎損傷	その他	合計
1ヶ月未満	2	10	1		2	15
3ヶ月未満	2	6	1	1	1	11
3ヶ月以上	2	2	1	1	2	8

◆ 必要な医療処置 1名死亡 11名死亡 1名死亡

胃ろう 管理	留置カ テーテ ル管理	気管内 吸引	点滴・ IVH	疼痛 管理	褥創 処置	在宅酸 素	排泄 管理	その 他
8	6	9	11	8	8	8	15	9

14



1. ケア時間の短縮・効率化

- ◇ 短縮できた時間を使ってこれまでできなかったケアが実施できる。
- ◇ 短縮できた時間を他の訪問看護の時間に回すことができる。

2. ケアの安全性・質の向上

- ◇ 補助者による体位保持や観察、声かけにより、安全・確実に処置やケアが可能

3. 本人・家族の苦痛緩和、QOLの向上

- ◇ 処置やケアを手早く、安全におこなうことで体位変換時の疼痛緩和
- ◇ 家族が介護についていた時間を休息や外出に利用でき介護疲労の軽減

15



4. 訪問看護師の負担軽減

- ◇ 看護師自らの身体的精神的な負担の負担軽減
- ◇ 処置に追われて最小限しかできていなかったケアを十分に実施する時間ができたことで看護師自身の不全感が軽減

5. サービス導入の推進力となった

- ◇ 訪問介護導入への抵抗感が強かった本人・家族がモデル事業を通して効果を実感し、新たなサービス申請につながった。
- ◇ 同行訪問の必要性が理解できなかった関係機関職員が、モデル事業を通して効果を理解し、制度の柔軟な導入が可能となった。

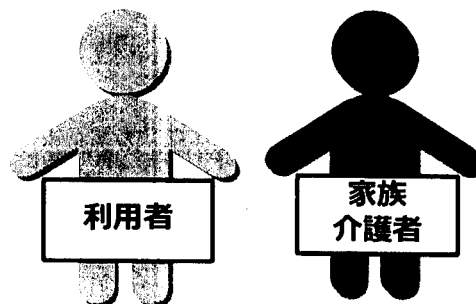
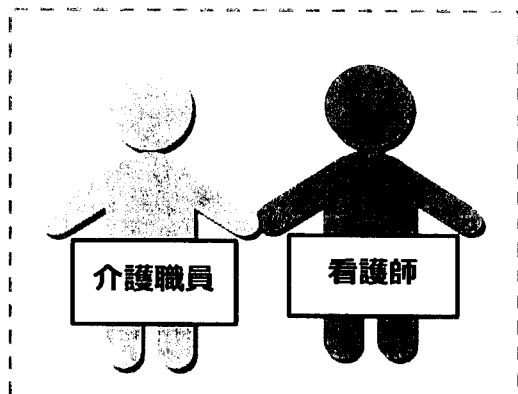
16



「一体型訪問看護」事業を多面的に評価し、
 制度化の可能性と課題を整理する

→ 評価の視点 (Mckillip, 1987)

- 効果
- 費用
- 実現可能性



「東京大学医学系研究科地域看護学教室
 博士課程 成瀬 昂」事業評価資料より抜粋

一体型サービス事業の利用者数



	小児	成人・高齢者			計
		がん ^{注2)}	神経難病	その他	
ステーション A	0(0)	12(50)	2(15)	3(10)	17(24)
ステーション B	0(0)	7(29)	5(38)	7(23)	19(26)
ステーション C	0(0)	0(0)	1(8)	1(3)	2(3)
ステーション D	1(20)	3(13)	2(15)	17(57)	23(32)
ステーション E	3(60)	2(8)	2(15)	1(3)	8(11)
ステーション F	1(20)	0(0)	1(8)	1(3)	3(4)
計	5(100)	24(100)	13(100)	30(100)	72(100)

注1) 値は人数(%), 注2) 神経難病を併発している3名を含む

「東京大学医学系研究科地域看護学教室
 博士課程 成瀬 昂」事業評価資料より抜粋



	小児	成人・高齢者			計
		がん ^{注2)}	神経難病	その他	
安全・安楽の確保	3(60)	23(96)	11(85)	28(93)	65(90)
ケアの充実、追加	2(40)	5(21)	7(54)	10(33)	24(30)
介護者の休養、休息	5(100)	10(42)	9(38)	11(37)	35(49)
看護師の負担軽減	0(0)	9(38)	7(54)	24(80)	40(56)
滞在時間の短縮	2(40)	18(75)	5(38)	23(77)	48(67)
計	5(100)	24(100)	13(100)	30(100)	72(100)

注1) 値は人数(%), 注2) 神経難病を併発している3名を含む
各事例にあてはまる項目を全て選択しており、重複がある

「東京大学医学系研究科地域看護学教室
博士課程 成瀬 昂」事業評価資料より抜粋

19



	小児	成人・高齢者			計
		がん ^{注2)}	神経難病	その他	
配偶者	0(0)	13(54)	10(77)	15(50)	38(53)
母親	5(100)	1(4)	2(15)	1(3)	9(13)
子、その配偶者	0(0)	9(38)	1(8)	11(37)	21(29)
きょうだい	0(0)	0(0)	0(0)	1(3)	1(1)
不在	0(0)	1(4)	0(0)	2(7)	3(4)
計	5(100)	24(100)	13(100)	30(100)	72(100)

注1) 値は人数(%), 注2) 神経難病を併発している3名を含む

「東京大学医学系研究科地域看護学教室
博士課程 成瀬 昂」事業評価資料より抜粋

20



	小児	成人・高齢者			計
		がん ^{注2)}	神経難病	その他	
状態が安定している	5(100)	7(29)	11(85)	25(83)	48(67)
ターミナル、または 状態が不安定	0(0)	17(71)	2(15)	5(27)	24(33)
計	5(100)	24(100)	13(100)	30(100)	72(100)

注1) 値は人数(%), 注2) 神経難病を併発している3名を含む

◆状態が安定している利用者のうち、介護保険対象者39名
(うち、介護保険による訪問看護21名)

◆ターミナル、または状態が不安定な利用者のうち、介護保険対象者11名、
申請中の者8名(うち、介護保険による訪問看護3名)

「東京大学医学系研究科地域看護学教室
博士課程 成瀬 昂」事業評価資料より抜粋



	小児	成人・高齢者			計
		がん ^{注2)}	神経難病	その他	
状態が安定している	5(100)	7(29)	11(85)	25(83)	48(67)

注1) 値は人数(%), 注2) 神経難病を併発している3名を含む

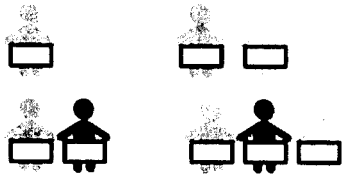
観察的タイムスタディ調査により、
「看護師が一人で訪問する時」と
「介護職が同行して訪問した時」のケア、時間を比較

「東京大学医学系研究科地域看護学教室
博士課程 成瀬 昂」事業評価資料より抜粋



「一体型訪問看護」は、

普段との違いから大きく3種類に分けられた



①介護職員の同行により、

ケアを行う人が増える場合(34名)

看護師の平均滞在時間は 83 分から 71 分に短縮 (15%の短縮)
→準備・片付けの時間:9分減、会話の時間3分増

看護師の「ケアに対する満足度」は、34 名中 28 名が上昇

看護師の「ケアによる負担」は、34 名中 25名が軽減

「東京大学医学系研究科地域看護学教室
博士課程 成瀬 昂」事業評価資料より抜粋

23



「一体型訪問看護」は、

普段との違いから大きく3種類に分けられた

看護師の平均滞在時間は 82 分から 72 分に短縮 (12%の短縮)
→準備・片付けの時間:6分減、会話の時間は変化なし

②介護職員が代わることで、



家族がケアを離れる場合(10名)

18 名中 10名の家族が、訪問看護の間に側を離れることができた

看護師の「ケアに対する満足度」は、10 名中 6 名が上昇

看護師の「ケアによる負担」は、10 名中8名が軽減

「東京大学医学系研究科地域看護学教室
博士課程 成瀬 昂」事業評価資料より抜粋

24



「一体型訪問看護」は、

普段との違いから大きく3種類に分けられた

看護師の平均滞在時間は 86 分から 84 分に短縮（ほぼ同じ）

→準備・片付けの時間:14分減、会話の時間1分増

看護師の「ケアに対する満足度」は、2名とも変化なし／向上

看護師の「ケアによる負担」は、2名とも変化なし／軽減

→看護師を介護職員に変更しても、看護補助機能を維持できた



③介護職員の同行により、看護師

2名で訪問しなくなる場合(2名)

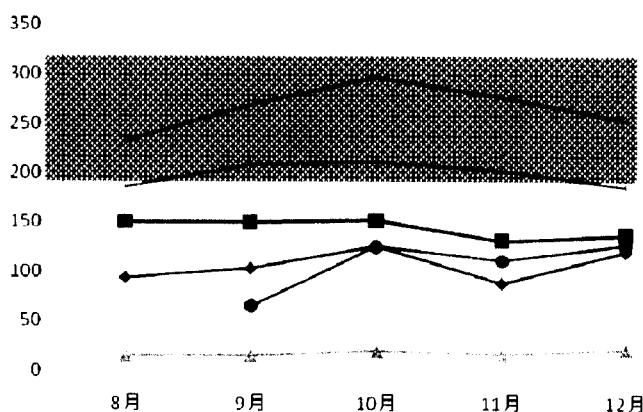
「東京大学医学系研究科地域看護学教室
博士課程 成瀬 昂」事業評価資料より抜粋

25



	介護職員の 主な雇用形態
ステーション A	常勤
ステーション B	常勤
ステーション C	非常勤
ステーション D	常勤
ステーション E	非常勤
ステーション F	非常勤

介護職員勤務時間(時間/月)



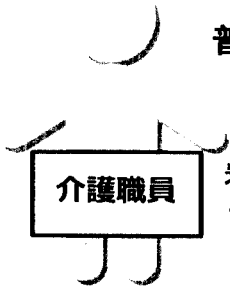
「東京大学医学系研究科地域看護学教室
博士課程 成瀬 昂」事業評価資料より抜粋

26



訪問看護場面で起こっている問題

- ケアが十分に行えない
- 看護師の負担が強い
- 利用者の安全・安楽を保ちにくい
- 家族介護者が休息できない



普段、看護師が行っている作業を代わりに実施(準備、等)

看護師が行うケアを、より適切にするために補助(体位保持、等)

「東京大学医学系研究科地域看護学教室 博士課程 成瀬 昂」 事業評価資料より抜粋

ケア時の苦痛が減った

看護師に話しかけやすい

看護師に話しかけやすい

気兼ねなく側を離れられる



時間、気持ちに余裕がでる

身体の負担が軽減する



訪問看護場面で起こっている問題

- ケアが十分に行えない
- 看護師の負担が強い
- 利用者の安全・安楽を保ちにくい
- 家族介護者が休息できない



これらの問題を十分解決しうる！

「東京大学医学系研究科地域看護学教室 博士課程 成瀬 昂」 事業評価資料より抜粋

ケア時の苦痛が減った

看護師に話しかけやすい

看護師に話しかけやすい

気兼ねなく側を離れられる

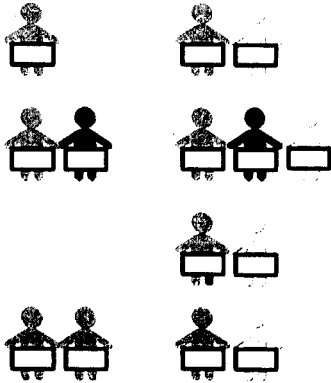


時間、気持ちに余裕がでる

身体の負担が軽減する



「一体型訪問看護」の利用の仕方は、
普段の訪問看護との違いから大きく3種類に分けられた



- ①介護職員の同行により、
ケアを行う人が増える場合
- ②介護職員が代わることで、
家族がケアを離れる場合
- ③介護職員の同行により、看護師
2名で訪問しなくなる場合

「東京大学医学系研究科地域看護学教室
博士課程 成瀬 昂」事業評価資料より抜粋

29



・効果 ✓

一体型訪問の効果を確認

・費用 △

地域のニーズ把握、雇用形態ごとの
経営状況のシミュレーション等を行い、
効率的な運営形態を検討する必要がある

・実現可能性 △

介護職員の雇用先や人数、人材育成、
地域の資源量の検討が必要。
費用の分析をと併せて、今後は、実現・継続可能な
制度として提言していく

「東京大学医学系研究科地域看護学教室
博士課程 成瀬 昂」事業評価資料より抜粋

30

「在宅医療推進事業」からみえてきた課題 ①



24時間対応可能な在宅医療資源が
十分に整備されていない



- 事業所によって技術や経験の差がある。
- 医療ケアが必要な在宅療養者が増えているが、対応できる医療・介護資源が少ない、地域差がある



サービスの質の向上・連携推進による体制整備

31

「在宅医療推進事業」からみえてきた課題 ②



「在宅緩和ケア」「在宅看取り」の可能性が
知られていない



- 住民は、在宅緩和ケア・在宅看取りの情報を知らない。
- 医療関係者も、在宅医療の情報が少ない



住民や医療関係者に知ってほしい在宅緩和ケア

32

「在宅医療推進事業」からみえてきた課題 ③



「訪問看護」が十分に利用されていない



- 訪問看護の必要性が関係者・住民に認識されていない。
- 訪問看護が効率的に提供されていない。



訪問看護の機能強化と医療・介護関係者への周知が必要