

訪問看護需給に関する研究と課題

「訪問看護需給に関する調査研究事業」（主任研究者：村嶋幸代，平成 20-21 年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分））

1. 研究の目的・方法

本研究では、潜在ニーズを含めた訪問看護を必要とする患者・要介護者数の推計手法を検討し、全国推計を行い、今後の訪問看護サービス整備の一助とすることを目的とした。

本研究では、訪問看護ニーズを以下のように分割し、それぞれを合算して全体のニーズとして推計した。

- ① 顕在ニーズ（介護保険）
- ② 顕在ニーズ（医療保険）
- ③ 潜在ニーズ（介護保険及び医療保険）

顕在ニーズは既存統計および介護保険事業所を対象とした調査より算出し、潜在ニーズは介護保険事業所および病院を対象とした調査から算出して合算し、将来推計を実施した。調査対象は、宮城県、千葉県、長野県、静岡県、滋賀県、島根県、香川県、福岡県の 8 県であった。

なお、本調査の潜在ニーズとは、「訪問看護の必要性」はあるが、利用の無い人を潜在ニーズとした。訪問看護の必要性の判断は、各事業所・施設の担当職員（看護職の配置がある場合は看護職）に回答を依頼した。その際、利用者の経済的な事情や地域の訪問看護サービスが供給可能かなどの体制は考慮せずに回答してもらった。

2. 結果のまとめと考察

1) 推計結果のまとめ

本調査結果を踏まえた推計の結果、2008 年時点で訪問看護の顕在ニーズは、介護保険と医療保険を合わせて 31.8 万人であり、さらに、2025 年には、顕在ニーズ（介護保険及び医療保険）は 52.8 万人、潜在ニーズは 44.4 万人と見込まれ、合わせて 97.3 万人になると推計された。これは 2008 年現在（31.8 万人）の顕在ニーズの約 3 倍である。

なお、要介護者のみの訪問看護ニーズの将来推計（サービス種別）は以下のとおりである。各サービスともに、1.7～1.8 倍の伸び率が見込まれている。

図表 1 訪問看護顕在ニーズの将来推計（要介護者のみ）

区 分						(千人)
	2008 年	2010 年	2015 年	2020 年	2025 年	伸び率 2025 年 /2008 年
訪問看護の顕在ニーズ	256.5	278.3	338.1	397.1	450.4	1.8
在宅要介護者(居宅介護支援)	237.1	257.2	312.5	367.3	416.6	1.8
特定施設入居者生活介護	2.3	2.5	3.0	3.6	4.0	1.7
認知症対応型共同生活介護	17.1	18.6	22.5	26.3	29.8	1.7

3. 今後の課題

1) 潜在ニーズを顕在化させるために必要な方策

～訪問看護の必要性を判定するアセスメントツールの開発～

平成 20 年度に居宅介護支援事業所の利用者について、介護支援専門員を対象に行った調査においては、訪問看護を利用していない利用者のうち 9.3%が実際には訪問看護が必要と判断されていた（村嶋ら，2009）。訪問看護推進連携会議の「訪問看護 10 ヶ年戦略」にも訪問看護が十分に利用されていない現状が示され、普及啓発の重要性が指摘されている。訪問看護の利用の伸び悩みの一因として、介護支援専門員による必要性の判断が不十分なためにケアプランに組み込まれないことが指摘されている。その要因のひとつとしてケアマネジャーの職種により利用されるサービスに違いがあること（島内ら，2005）が挙げられ、これは、職種によって医療的ケア等に関するアセスメント能力が異なること（松井ら，2008）などに基づくと考えられる。

上記の背景を鑑み、「訪問看護の必要性を判定するアセスメントシート」（以下、アセスメントシートとする）を開発してきた（主任研究者 村嶋幸代，平成 16～18 年度 長寿科学総合研究事業「24 時間訪問介護・看護の効果的・効率的な実施方法の研究開発－夜間・早朝の訪問看護必要者の発見と提供方法の標準化－」）。（資料 1 参照）

現アセスメントシート（Ver. 8）は、感度は高いものの特異度が低いことや、項目数が多いこと等の課題が明らかになり、まだ実用に十分とはいえない。よって今後は、訪問看護の必要性を判定するアセスメントシートの妥当性を高め、介護支援専門員等がケアプランを作成する際に活用可能なツールとして活用可能性を高める。（資料 2 参照）

2) 地域特性に応じた訪問看護の需給計画策定の必要性

平成 20-21 年度の調査では、全国や都道府県単位の訪問看護の需給を見積もるための基礎データを作成した。しかし、訪問看護ステーションの経営が成り立つかは高齢者人口等に依存するため、都道府県や市町村が需給計画を立案するには、地域の人口密度、現存するサービスの種類、サービスの供給量、等地域特性を考慮する必要がある。そこで、今年度は、地域特性を考慮した需要推計方法の開発を行い、地域特性に応じた市町村ごとの訪問看護需給の目標設定に参考となる基礎資料を提案することを目的として研究を進める予定である。

【検討委員会】

村嶋 幸代	東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 地域看護学分野
秋山 弘子	東京大学高齢社会総合研究機構
大内 尉義	東京大学大学院医学系研究科 加齢医学講座
川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第四室
辻 哲夫	東京大学高齢社会総合研究機構
福田 敬	東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻 臨床疫学・経済学分野
三上 裕司	日本医師会
森田 朗	東京大学政策ビジョン研究センター・東京大学公共政策大学院・法学政治学研究科
山田 雅子	聖路加看護大学 看護実践開発研究センター

【他、研究グループメンバー】

永田 智子、田口 敦子、成瀬 昂、桑原 雄樹（東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 地域看護学分野）

【調査委託】

田上 豊、吉池 由美子、八巻 心太郎、中尾 杏子（三菱総合研究所 人間・生活研究本部）

村嶋参考人提出資料

利用者ID: _____	あなたご自身は、本利用者様に 訪問看護が必要とお考えですか。	①訪問看護の必要性 (あり・なし) ②夜間・早朝の訪問看護の必要性 (あり・なし)
--------------	-----------------------------------	--

→(注)あなたのご判断と、チェックシートの結果に相違があった場合、右下の欄の※にもご記入下さい

※当てはまるものに○をつけてください
*チェックⅠ～Ⅳは必ずチェックしてください。

(チェックⅠ-1) 医学的管理

1 点滴の管理
2 中心静脈栄養
3 透析
4 ストーマ(人工肛門)の処置
5 酸素療法
6 レスビレーター(人工呼吸器)
7 気管切開の処置
8 疼痛の看護
9 経管栄養
10 継続的なモニター測定
11 じよくそのの処置
12 カテーテル(留置カテーテル等)
13 血糖測定
14 インスリン注射
15 服薬管理
16 喀痰吸引
17 吸入
18 排便コントロール(排便等)
19 その他()

1～19に
○あり

(チェックⅠ-2) ご本人とご家族の状況

1 本人は医学的な手技や適切な対処が難しい
2 本人に医学的な手技に対する不安がある
3 家族は医学的な手技や適切な対処が難しい
4 家族に医学的な手技に対する不安がある

(チェックⅡ) 現在・過去の疾患のうち特に注意すべき疾患

1 脳血管疾患	8 その他の神経難病
2 心疾患	9 糖尿病
3 高血圧性疾患	10 統合失調症
4 呼吸器疾患	11 筋骨格系の疾患
5 悪性新生物	12 腎疾患
6 認知症	13 その他()
7 パーキンソン病	

(チェックⅢ) 現在の状態およびハイリスク状態

現在の状態	
1 ねたきり	3 ターミナル
2 リハビリが必要	
ハイリスク状態(下記の理由で入院経験あり、など)	
4 断続的な発熱	7 脱水
5 転倒による障害	8 その他()
6 上肢・下肢の拘縮・著しい筋力低下	

(チェックⅣ)

(チェックⅠ～Ⅲ以外に訪問看護が必要な理由があれば記入)

訪問看護の必要性
あり

**(チェックⅠ-2)・(チェックⅡ)・
(チェックⅢ)・(チェックⅣ)**
 1 いずれか1つでも○あり
 2 いずれにも○なし

「1」○あり
 「2」○なし

訪問看護の必要性
なし

訪問看護の必要性
あり

夜間・早朝の
訪問看護の必要性
あり

チェックⅤの1～9のうち
 いずれか1つでも○あり

(チェックⅤ) 夜間・早朝の訪問看護の必要性
 夜間・早朝に
 1 鎮痛剤、眠剤、向精神薬を使用している
 2 医療処置が必要である
 3 医療処置の実施状況の把握が必要である
 4 夜間・早朝の健康状態の把握が必要である
 5 就前のケアで夜間の安全・安楽を図る可能性がある
 介護者について
 6 夜間・早朝に介護者が不在の時間帯がある
 7 介護者が高齢(65歳以上)である
 8 介護のために、介護者の仕事への影響がある
 9 本人と介護者の関係が悪い

チェックⅤの1～9のうち
 いずれにも○なし

夜間・早朝の
訪問看護の必要性
なし

※記入者の判断と、本シートの結果に相違がある場合の理由

資料2: 訪問看護の必要性を判定するアセスメントシートの開発経緯および今後の計画

1. 開発の背景

高齢化社会の対応策として、わが国では在宅ケアが推進され、そのシステムが整備されつつある。しかし、様々な要因により、必要な人に訪問看護を提供できていない現状がある。特に、ケアプランの作成段階で訪問看護の必要性が適切に判定されないことは大きな課題であることが明らかになってきた。そこで、本研究では訪問看護が必要な人に提供されるためのツールとして、訪問看護の必要者を判定するアセスメントシートを開発することを目的とする。これまで、下記の経緯を経て、アセスメントシートを開発してきた。今後は、そのさらなる洗練のため、アセスメントシートの信頼性・妥当性を評価し、実用可能性を高める。

2. これまでの開発経緯

年月	開発経緯
平成 15 年度	【STEP I】アセスメント項目の収集 A 町内の公的機関 3 ステーションの利用者 91 名について事例検討を行い、訪問が必要な理由と、それが夜間・早朝に継続的に必要という理由を明確にするようにした。その中からアセスメント項目を抽出し、構造化したものをチャート式に図式化した。 （「平成 15 年度厚生労働省老人保健推進費等補助金（老人保健事業推進費等事業）」）
平成 16～18 年度	【STEP II】文献検討、議論による修正（アセスメントシート Ver1～6） 【STEP III】介護支援専門員調査による修正（Ver. 7） 1 事業所の介護支援専門員 10 名（利用者数 252 名）を対象とした Ver. 6 への記入、および「記入のしやすさに関する調査」踏まえ、Ver. 7 を作成。 【STEP IV】訪問看護師調査による修正（Ver. 8） 2 事業所の訪問看護師 26 名（利用者数 213 名）を対象とした Ver. 7 への記入、および「記入のしやすさに関する調査」を踏まえ、Ver. 8 を作成。 【STEP V】夜間・早朝の訪問看護利用事例および 2 次医療圏の在宅療養者の分析による修正（Ver. 9）・・・作成中

3. 現在のアセスメントシート(Ver.8)の課題

- ・感度 86.7%、特異度 24.8%と、特異度が低い
- ・アセスメントシートで判断できる訪問看護の必要者の定義があいまい
- ・用語があいまいな項目がある
- ・項目の構造化が不十分

4. 課題を解決するための研究方法

1) 調査票による妥当性調査（データ収集済み）

（1）目的：現在の改善点を基に、アセスメントシート ver.9 の作成に向けて、信頼性・妥当性を評価し、実用可能性を高める。

（2）対象施設：居宅介護支援事業所

- (3) 期間：平成 21 年 1 月～平成 21 年 2 月
- (4) 方法および分析：ケアマネジャーに利用者に関する自記式質問紙への記入を依頼
- (5) 倫理的配慮：個人を特定できないように配慮
- (6) 記入対象者の条件：在宅生活をおくっている要介護の利用者
- (7) 調査項目：性別、年齢、主疾患、保険、難病・障害手帳の有無、寝たきり度、認知症度、利用サービス、特別指示書の有無、介護保険限度額超過の有無、サービスの追加利用の意向、介護者、介護力、等

2) ヒアリングによる妥当性の検討調査（今年度以降実施）

- ・内容が妥当であるかを確認する。
- ・アセスメントにより抽出したい人が抽出できるかを確認する。

3) 事例検討による信頼性の検討調査（今年度以降実施）

- ・使用者間の記入差を見る。
- ・職種間の記入差を見る。

4) アセスメントシートを活用し、訪問看護の導入および効果を検証する（今年度以降実施）

5. 本アセスメントシートで判別できる訪問看護の必要者の定義・前提

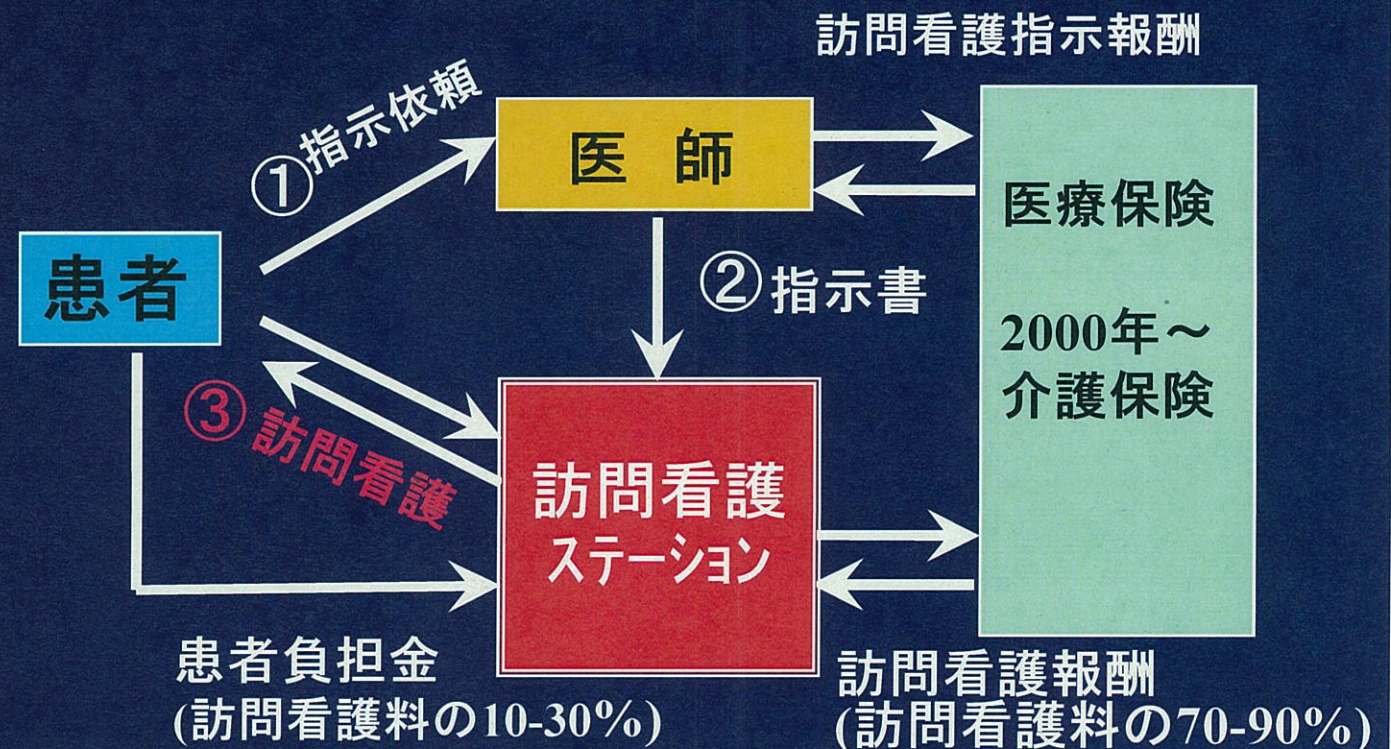
- ・本アセスメントシートは、通院困難で病状管理や医療処置が必要な者をアセスメントするものであり、要支援などの介護予防対象者は除く（⇒この対象像には別途開発が必要）。
- ・家族の介護力は考慮する。

6. 現在の分析状況、今後の発展性

- ・得点化により、訪問看護の必要度を示す事ができないか模索している段階。
（例：○点以上⇒訪問看護ステーションが必要、○点～○点⇒訪問看護ステーションに相談、等）
- ・ケアマネジャーだけでなく、病院看護師やソーシャルワーカーが使用できるアセスメントシートにも応用して行く予定。

訪問看護ステーション: 利用者と勤務看護師

- ・利用者の獲得には、その候補者を知る必要
- ・利用者の候補はどこにいるか？
 - 自宅・病院・診療所・居宅（有料老人ホーム、グループホーム、等）
- ・誰が情報を持っているか？
 - 介護支援専門員、開業医、病院医師・看護師・地域医療連携部、市町村保健師・保健所保健師、地域包括支援センター保健師等



村嶋: 追加資料
2010.8.9

有機的・効率的・効果的ケアシステムの構築には地域の関係機関の連携が必要

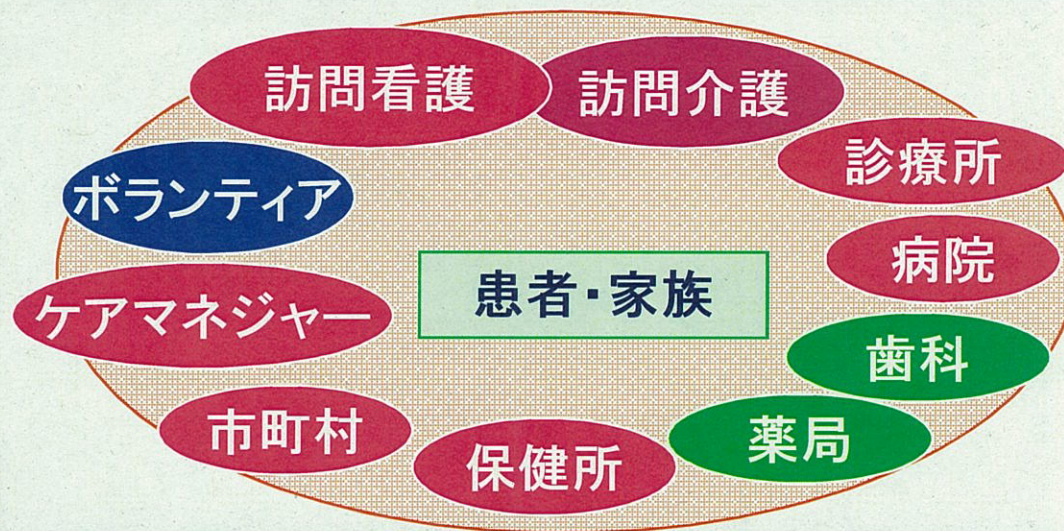


2ヶ月に1回検討会を開催



病院と地域の意見交換の場

有機的・効率的・効果的に結びつくことを目指し、滋賀県湖南地域全訪問看護ステーションの管理者(12箇所)、保健所保健師、地域包括支援センター保健師(4市)、研究者らが集い、地域看護の課題と解決方を、2ヶ月に1回程度話し合う



病院と地域の関係職が意見交換→病院から地域へ、切れ目なくケアを提供できるような方を検討
⇒連絡方法の開発等へ発展

●地域包括ケアを提供するための取り組みは？

地域を単位とした24時間ケアシステムの構築に、関係機関の看護職が課題と知恵を共有

地域の強みに着目した事業戦略

保健所	①住民・療養者	②サービス提供機関	③ネットワーク
A		緩和ケアチームを持つ病院がある	
⇒拠点病院をキーに病院と在宅をつなぐ			
B		在宅の看取りに熱心な診療所・STがある	難病ネットワークがある
⇒既存のネットワークを活かし事例をきっかけに推進			
C		在宅の看取りに熱心なSTがある	
⇒退院支援部署をキーに病院と在宅をつなぐ			
D	住民組織活動が活発	在宅の看取りに熱心なSTがある	
⇒住民のニーズを引き出し、提供体制を構築・強化			

ST: 訪問看護ステーション

へき地の訪問看護の研究から（平成18年度）

- 訪問看護は、地域の高齢者が、その土地で生きていくことを支える活動→生存権を守る活動
 - － 健康で文化的な生活の保障（憲法25条）
 - － 健康および福祉の保持（地方自治法第2条）
- 訪問看護STの誘致は行政の長の仕事（山梨県）
- 訪問看護STの人材確保と育成・利用者紹介は町保健師の仕事
- 地域の人々に提供されている看護の質や、必要な人に提供されているかを調査するのは、保健所保健師の仕事
 - 地域保健医療計画、介護保険事業計画で位置づける必要…行政の仕事