

訪問看護ステーション等が開設する  
医療・介護の相談室づくり(3年計画)

完了報告書

いなもち訪問看護ステーション  
管理者 中村早希子

(2013年度 前期④)

平成28年8月31日

## 【3年目 完了報告 最終】

### 3年目の研究計画

地域に定着した場として活動実績を残す。

- ・ 2年目の活動実績を踏まえ、法人内で毎月行っている本部会議の場で、毎月利用実績を報告する。  
内部、外部に連携の場として利用して頂ける状況を目指す。
- ・ 3年目の利用目標  

カワアルソ	2～3件/週	100件以上/年
相談	5～6件/週（1日1件以上）	250件/年

### 今年度方針

2年目の研究計画の実行にあたり、訪問看護ステーションへの在宅療養相談は平成12年開設以来の積み重ねもあり、質・量とも取り組めたと実感している。また、別に、母体である医療法人社団いなもち医院への地域的な役割から転倒予防教室や在宅リハビリなどへの関心や相談が増えたことを実感した。

今後は、地域包括ケアの中で訪問看護ステーションにおける看護中心の在宅療養相談に加えて、理学療法士やケアマネ、生活相談員との連携を深め、医療・介護の両面からリハビリや機能向上、健康寿命維持、健康維持についてのテーマに取り組む流れが生まれていると考えている。

また、2年目の研究計画で追加事項とした、生活支援事業に関しては行政担当者が交代したため、事業計画として取り上げた高齢障害者の障害者プランとケアプランの融合というテーマは棚上げとなり事業計画として保留となっている。主任ケアマネが生活支援員の資格を取得しているため3年間は行政担当部門との繋がりを保ち、今後の対応について検討する。

### 【具体的な対応指針】

- \* 地域連携室には、主任ケアマネ、訪問看護師、他、各部門スタッフが連携して利用時間以外の常駐体制をとる。
- \* 生活相談員が、総括対応窓口となり、連携室への電話に対応する。
- \* 訪問看護ステーション看護師は、利用者や患者対応だけでなく、全員がサービス事業所のスタッフや、一般在宅療養相談に対応し、地域包括ケア構想に沿った、貢献を目指す。
- \* 訪問管理者は、宍粟市医療と介護連携推進会議の構成員となり、またNPOが中心となった有志活動、宍粟市の在宅生活と看取りを考える会の賛同者として活動を継続し、3年目の研究計画に取り組む。

## 【最終結果報告】

3年間の活動継続と実績を振り返り、地域の医療・介護関係者や、NPO団体、ボランティアチーム、行政など、地域の様々な繋がりの中で訪問看護ステーションが成立していることを実感しています。現在では本研究計画（以下本計画と略）を推進するなかで所属法人の各セクションと協力し、3つの定期的な活動（ロコモ教室、健康寿命サロン、音楽療法）を実施している状況となりました。

当訪問看護ステーションは平成12年開設され、本研究活動（以下本活動と略）を開始した平成25年9月の時点で13年間の在宅療養看護の実績がありました。療養相談・介護相談の重要性は開設当時から実感しており、利用者さん、利用者家族だけでなく、ケアマネージャーやケアワーカーからの療養相談・介護相談に積極的に対応するというスタッフ間の共通認識が自然に定着しており、本計画は現場業務と無理なく連動出来ました。さらに、平成12年当時より療養介護相談の中で気づいたのは、リハビリに特化したニーズがあるということでした。実際、利用者のADL向上による日常生活への効力感の向上は療養にも良い影響を与えられると思われたため、所属法人の医師・理学療法士と連携し、リハビリテーションの現地指導を受け、研修・研鑽を重ねて、看護師が対応できる範囲で機能維持に努めてきていました。

このような状況で本計画を推進するにあたり、目標は活動内容の数値目標とし、その結果、相談室を利用された方に社会資源を紹介し、その中から当地域における包括ケアサービスのニーズを見出せればと考えました。

本計画推進の1年目は、相談室に看護師が滞在する時間帯を定着させ、その時間帯なら誰もが気軽に立ち寄って看護師に療養介護の相談や、ご自身の健康相談、また一般的な相談が出来る状況を目指しました。

しかしスタートしてすぐ、現場の看護師から、相談室の滞在より現場業務を優先したい意向が明らかになりました。理由は、来訪者が少なく、またあったとしても相談内容が漠然としていて、必ずしも看護師が対応する必要があるのかどうか疑問、という声でした。実際、介護相談窓口として所属法人の居宅介護支援事業所が平成18年から介護相談窓口としてアナウンスしていましたが、一般的な相談は殆どなく、介護保険の利用が必要となった方がサービス利用を目的として来られる場合が殆どでした。それと同様に、看護師の相談ニーズが高い方は、ケアマネや主治医、行政を通して、直接サービス利用の相談としてステーション携帯に連絡してこられるというのも現実を感じていました。そのため、相談室への滞在は、訪問看護師に限らず、ケアマネや生活相談員、外来受付スタッフなど、法人全体で協力する方針に変更し、1年目の活動数値目標と相談室滞在時間は確保することが出来ました。

本計画推進の2年目は、訪問看護ステーションの現場業務と本計画推進が無理なく両立できる流れとなっていたため、所属法人のメンバーの協力を得て、更に滞在時間を増加することが出来ました。また、数値目標を増加したことにも、十分な対応が出来ました。また、2年目になって、データを収集するだけではなく、その内容を集計し、解析することが出来ないかと考え、関連法人のオブザーバーとなっている理学療法士（学識関係者）に指導を仰ぎました。しかし、この時点でデータ収集の標準化が出来ておらず、研究推進に関する経験不足から、研究データとしての精度に達していないと解ったのは残念な反省点となっています。

本計画推進の3年目は、相談室に対するニーズ見通しが固まってきたため、滞在時間帯の見直しを行い、現在の相談室滞在率は50%以上の実現を目標とし実施することになりました。また、数値目標も増加し、対応しました。

相談室を3年間継続した結果、一般的な介護・療養相談を継続的に実施すると、病気ではないけれど、加齢による体力の衰えや体調の変化にどのように対応していったらいいのかという観点から、転倒予防、ロコモ予防、健康寿命を維持して、いつまでも自立した生活を送りたい、その方法を知りたい、指導してほしい、というニーズが切実であることが解りました。実際に相談者の熱意から、このような地域のニーズに対して出来ることを計画し、実行を重ねたケースがいくつも有り、その到達点として次の3つが挙げられます。

1つは、関連法人の機能向上デイサービス空き時間にロコモ教室を週1回2クラス定期開催させていただくようになりました。1回1回の参加者は数人から多い時で10人程度でしたが、3年間継続した結果、延べ1000人以上の方にご利用いただいています。中でも、熱心に毎週参加されている方があり日常生活の動作が楽になった、週1回ここで運動しないと身体がすっとならない、などの感想が聞かれています。

次に、高齢者支援を行っているボランティア団体からロコモ教室の相談を受けたことがきっかけで同一法人の理学療法士と地域自治会との協働が実現し、地域の公民館で月1回出張ロコモ教室を実現しました。この活動は、本計画以前に2つの自治会でロコモ教室を実施していましたが、その後、中断していたところ、相談室に依頼があり、平成27年6月に再開しました。今年度も継続されており、2年間で、延べ200人程度の方が参加されています。また、他にも地域のNPO法人が主催するロコモサロンでは、主にデイサービスのスタッフを対象としたロコモ教室のデモを行ったり、健康寿命サロンを開催して70代の方の不活発予防に役立つ情報をお届けしました。

他には、隣接するデイケアの音楽療法を相談室で開催したことも有り、ロコモ・転倒

予防、健康寿命維持については、もともと所属法人の中で、地域貢献活動として始まっていた個々の活動を、相談室を通してその意味や価値を認識し、統一感を持たせ、地域とのつながりを見える化できたのではないかと考えています。

また本研究目標に沿って、管理者は地域との協働の場に参加し、社会資源としての訪問看護師の役割について理解を深めました。

2年目の計画推進には、行政からの提案で、障害者生活支援事業所の開設が検討されていましたが、しかし、年度が更新され平成27年4月の時点では、高齢障害者の福祉と介護の連動についての課題は、自治体の中で優先順位がかなり低いことが解り、自治体の現状に沿った社会資源の整備という現実を体験しました。

将来的には、高齢障害者の福祉と介護の連動は実施されると理解していますが、達成時期については行政機関の各セクションにおける諸事情を抜きには成り立たず、その現実感の中で関係者が協力し、少しずつより良い地域社会の実現に参画できるように願うことが当計画推進の立場であると判断しました。その為、相談支援事業所の開設という目標は、本計画内では実現できませんでした。

また、訪問看護ステーションのスタッフが時期を同じくして家族介護に専念する必要があり、独立型訪問看護ステーションの運営要件である常勤換算2.5人の看護師確保が困難となり、本研究計画終了と共に、事業所として休眠することとなりましたが、相談室は継続の予定です。

## まとめ

本相談室の開設は、気軽にいつでも立ち寄って介護や在宅療養について看護師に相談できる「街の保健室」という助成事業の目的に沿って行っていました。

3年間の相談室活動の結果、次のような結論を報告させていただきます。

### ① 街の保健室活動には、立ち寄り型と電話相談型を設定することが望ましい。

2年目の活動で、データ収集の標準化は出来ていないと報告しましたが、1年目からカンファレンスの実施件数と相談者の年齢別のデータは収集していました。

カンファレンス総数356回（H25年9月～H28年8月）のうち、相談室で開催できたのは20%に達しませんでした。これは当地域の特性として、相談者本人が相談室に訪れることは困難な場合が多いことを示していると思われます。それは、公共交通機関が未発達で、相談室に立ち寄るところか外出が難しい場合が多いからです。

公共交通機関が未発達であることにより、移動手段を持たない、運転が不安、等、

外出困難が高齢者の一般的な課題として考えられます。そのため本計画では、相談室に通信複合機を設置して、電話相談も活動として1年目から取り入れました。電話の対応は、生活相談員が総括対応窓口となり、それぞれのケースごとに必要なサービスや専門職と連携できるように支援しています。訪問看護ステーションへの相談は、サービスの利用が前提でないと行いにくい面がありますが、相談室と命名したことで利用される方に気軽さが伝わったと実感しています。データの精度は高くありませんが、活動全体の実績を集計しましたので別紙として提出します。

② 高齢者相談には、2つの大きなテーマがあると解った。

その1つは療養介護相談、もう1つは健康相談の中でも、ロコモ予防や健康寿命維持に関する相談です。療養介護相談は現場の看護師が地域のケアマネージャーや事業所と連携して対応しました。ロコモ予防や健康寿命維持に関する相談については、所属法人の理学療法士や生活相談員、介護予防運動指導員が対応して、コミュニティ活動につなげています。個々の活動の中で、ロコモ教室の体力測定の様子を撮影した写真、ロコモ教室で自主運動記録の為に作成した記録用紙、地域のNPO法人が主催するロコモ教室のレジユメを資料として別紙に提出します。

追記として、平成28年4月に日本臨床整形外科学会の関連NPO法人であるS L O Cが発行する、全国ストップ・ザ・ロコモ協議会のパンフレットを、法人代表者である医師が研修会で配布を受け、資料として採用することとなったことです。

これをきっかけに、当社団のロコモ教室やロコモサロンにおいては方向性の統一を図ることができました。日本臨床整形外科学会の資料も別に提出します。

以上で最終報告を終わります。

最後になりましたが、貴重な体験の機会を頂き、また丁寧にご指導いただきました財団担当者の皆様に心より御礼申し上げます。

いなもち訪問看護ステーション  
中村 早希子

[ 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による ]