

人工肛門の管理が出来なくなった独居高齢者へのケアプラン 夜間に訪問看護を導入して

甲賀病院訪問看護ステーション 所長 山脇みづ子
東京大学大学院医学系研究科 教授 村嶋幸代

研究要旨

利用者に適正なケアプランを作成するために必要なケアマネジメント課程の中で、情報収集が非常に困難なケースがある。情報収集を行う手段として、夜間、一時的に訪問看護を導入した結果、専門的に行動観察が出来、成果をあげることができた。

はじめに

人工肛門の管理ができず、便まみれの生活になってしまった独居高齢者のケアプラン作成に当たり、夜間の行動を把握することが重要と考え、一定期間、深夜帯に毎日の訪問看護を導入した。

アセスメントの結果、痴呆であること、パウチ外しは夜中にガスが充満するため気になって外してしまうことが分かった。このアセスメントに基づき①ガス抜きが出来るパウチに交換し②尿が大量に吸収できるパットの交換したことによって便失禁がなくなったので報告する。

I 事例紹介

- ・事例 80才 女性 独居
- ・主傷病 直腸癌術後 変形性脊椎症 高血圧症
- ・必要な医療処置 人工肛門
- ・要介護度 夜間の訪問看護導入前 要介護2
導入後 要介護4
- ・日常生活自立度 J2
- ・痴呆自立度 IIa
- ・家族構成と介護状況
- ・介護状況 キーパーソン 県内在住の長男
週末に訪問する事が多いが、介護は行っていないと思われる。「ケアプランは介護保険内にしてほしい。施設入所は考えていない。」
- ・主介護者 近隣町在住の長女。勤務が終わってからほぼ毎日訪問し、洗濯や夕食の用意・買い物をしている。介護についてはどの程度行っているのか不明。
- ・当初のサービス利用状況と本人の状況 (別紙)
訪問看護 1回/週 人工肛門管理 全身状態の観察
- ・訪問介護 5回/週 朝食の準備・介助 清拭と更衣
- ・通所介護 2回/週
- ・経過

本事例は、平成10年に直腸癌を発症し、人工肛門装着。13年4月から夫のケアマネジャーとしての関わりが始まった。夫はその後入所した。平成14年1月くらいまでは特に問題なく生活していたが、4月頃から下着や肌に便が付着していることがあつ

た。家事能力が低下してきたこともあり、介護保険を申請。7月から通所介護を利用。平成15年2月頃には、人工肛門にパウチが装着されていない事があった。その後、下半身裸でいる事や、昼が便汚染されているという状況が悪化してきたので訪問看護や訪問介護を利用して経過を見ていた。日常会話はさほど問題なく、調子の良い日は庭で草引きをしていた。転倒しているのか腰痛がひどく歩行困難や、顔面がひどく腫脹している事があった。7月には毎日のように全身便汚染しており、汚染した手で食べ物を口にしていたり、便汚染された衣類にウジ虫がわいている事があった。

排尿に関しては、トイレと尿パットを利用。腰痛で動けない時にはヘルパーがオムツを装着した。子供達は夜や週末に訪問している事もあるが、サービス事業所やケアマネジャーとの関わりを避けており、面接ができない。

9月から調査研究事業利用による夜間訪問看護を利用した。

II ケアプラン作成上の問題点

1. 本人の一日の生活状況が全く不明であったが情報収集をする手段がなく、便まみれの原因がアセスメントできない
2. 人工肛門の管理ができなくなり、便にまみれて生活している。

III 夜間訪問看護の実際

1. 導入目的
夜間の行動を観察し、せん妄か痴呆かを見極める事で、便まみれの原因がわかり適切なケアプラン作成につながり、生活環境が改善できる。
2. 看護内容
行動観察
ストマ管理 (ガス抜き パウチ交換)
水分摂取介助
3. 訪問時間と利用期間
午前2:40~3:40 9月~11月の3ヶ月間
4. サービス利用状況 (別紙)
訪問看護 A事業所: 1回/日 (深夜帯)
B事業所: 1回/週 (日勤帯) 緊急時訪問体制
訪問介護 7回/週 (日勤帯)

IV 結果

1. 夜間は、布団に入り入眠している事が多い。
2. パウチ内に便やガスが充満している。時にパウチが外れ衣類や身体に便汚染あり。ガス抜きが可能なパウチに交換後は便汚染が激減した。
3. 夕方、ヘルパーが準備した水分を自力で摂取している。
4. 夕方、娘が用意した食事は摂取した様子がない。
5. 尿失禁が顕著となり、尿による衣類汚染のため更衣が必要になる。
6. 転倒し、受傷している事があり、訪問看護師が救急車を要請した事あり。
7. ADLの低下は痴呆による失行であると思われる。

V 考察

ケアプランを作成するためのアセスメントの中で情報収集は最も基本となるが、その手段が全くなく、劣悪な衛生環境の中で生活していた本事例に、専門的に行動観察を行う事を目的に3ヶ月間の夜間訪問看護を利用した。

看護師が夜間訪問にアセスメントしたところ、便まみれはパウチにガスや便が充満しておりそれを気にするためにパウチを外す事が原因と分かった。パウチのアセスメントを行い、本人に適したガス抜き機能があるパウチを提案し、日中入っているヘルパーや訪問看護とも情報を共有し、具体的な介護内容を変更した。その結果、夜間の訪問看護利用が終了した後も衛生的な生活が保てるようになった。

しかし、このような行動の背景には、痴呆の進行が考えられた。夜間に尿失禁が顕著なもの、痴呆の進行によりADLが低下したためトイレに行けなくなった事が原因とわかり、毎晩就寝前に長女に吸収率の良いパットを当ててもらうことによって解決した。

本事例では、問題行動が顕著になった段階で、痴呆か精神疾患かの判断ができなかった事がケアの方向性を見出せなかった最大の要因と考えられた。医療上の問題は対象の全体像を把握する上での基本であり、家族に早期受診を促し、確定診断を受ける必要があったと考える。

準備された食事を摂取しないのは、一人きりで食べる楽しみがないために食欲が湧かなかったものと思われる。しかし、家族は食事の用意はするが付き添いはできない。これは家族機能の限界であり、最低でも1日2回ヘルパーが入る必要があると判断された。この判断に基づき、夜間の訪問看護開始後26日目から新たに午後のヘルパーを導入した。

夜間の計画的訪問看護を利用した3ヶ月間の間にも、ADLが低下し痴呆が悪化、結果的に要介護度は2から4になってしまった。しかし、家族はケアマネジャーやサービス事業者との関わりを避けており、どのように考えていたのか不明であった。家族と面接する機会を持ち、日頃からの生活行動パターンやセルフケア能力・困り事などを話し合う場が必須であると思う。「ケアプランは任せます」と言う長男に責任をもってもらい、自己決定を促す必要があると考える。生活改善ができ独居が続けられる事を第1の目的にしたが、今後は、家族と共に本事例にとっての自立支援とは何か・本人の望む生活は何かを改めて検討していく必要があると考えている。

結論

1 必要な情報の収集が困難な独居者には、短期間であっても専門家が集中的に入ることによって、置かれている状況のある程度把握する事ができる。その結果、適正なケアプラン作成につながる。

1 ケアプラン作成には、痴呆を含む医学的問題を正確に把握することが重要。

2 夜間に訪問看護が入り、医学的側面からアセスメントすることは、行動を観察して、対応方法を見出すためには有効であった。

訪問看護管理者研修会Ⅲパネルディスカッション進行スケジュール

テーマ『24時間ケアを提供するための方策 ～無理のない体制づくり～』

14:15	パネルディスカッション開会
14:15～14:25	パネルディスカッションの趣旨説明及びシンポジストのご紹介 村嶋先生
14:25～15:55	パネラーによるプレゼンテーション
14:25～14:55	24時間ケア研究の報告(村嶋先生)
14:55～15:25	24時間ケア提供を行っているステーションの実際1 基幹型訪問看護ステーションタイプ(水口町)(駒井様/堀井様)
15:25～15:55	24時間ケア提供を行っているステーションの実際2 連合型訪問看護ステーションタイプ(健和会)(龍様)
15:55～16:35	ディスカッション フロアご参加者も含めたディスカッション・質疑応答 ・夜間・早朝のニーズはあるか? ・夜間・早朝のニーズにどう対応しているか? ・24時間ケアを実施してみたいと考えているか? ・24時間ケアの実施はどのようにすれば無理なく可能になるか?
16:35～16:45	総括 村嶋 先生
16:45	パネルディスカッション閉会

【総括】

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

【パネラー】

甲賀市健康福祉部介護保険課 課長 堀井とよみ

甲賀市水口訪問看護ステーション 所長 駒井和子

医療法人財団健和会訪問看護ステーション統括部 統括所長代理 龍良子

平成16年度

訪問看護管理者研修会Ⅲ

(東京会場)

- 日時 平成16年12月11日(土) 10:00～16:45
■会場 全社連研修センター 東京都港区高輪3-22-12
03-3445-0800
■対象者 訪問看護ステーション管理者の方 約180名
■目的 訪問看護ステーション管理者としての経営管理能力アップを図り、
訪問看護事業の今後の課題について理解する

■プログラム

- ①10:00-11:30 「訪問看護ステーションの経営分析」
講師：国立保健医療科学院経営科学部部长 小山 秀夫氏
- ②12:30-14:00 「訪問看護ステーションの展望と課題」
講師：日本看護協会常任理事 山崎 摩耶氏
- ③14:15-16:45 「パネルディスカッション」
『24時間ケアを提供するための方策 ～無理のない体制づくり～』
座長：東京大学大学院医学系研究科教授 村嶋 幸代氏
パネリスト：健和会訪問看護ステーション統括部 統括部長 龍 良子氏
甲賀市水口訪問看護ステーション 所長 駒井 和子氏

■参加費

- ①当協会会員 5,000円 ②当協会会員以外 15,000円

主催：社団法人全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-3-12 壺丁目参番館302

TEL/FAX 03-3351-5898/03-3351-5938

E-mail: jim-4@zenhokan.or.jp

2004/1/17

訪問看護ステーション管理者研修 企画書

1. 企画テーマ：24時間ケアを提供するための方策 ～無理のない体制づくり～

2. 概要

今後、ますます一人暮らし高齢者や高齢者夫婦世帯が増加し、また医療処置を必要とする在宅療養者や在宅で死を迎える人の増加が見込まれる。在宅療養者が安心して安全な療養生活を継続するためには、24時間いつでも必要なときに看護サービスを受けることができることが重要である。

本企画では、平成15年度に全国訪問看護事業協会で行った、「訪問看護ステーションにおける効果的・効率的な24時間ケアモデルの開発事業」の成果を元に、訪問看護ステーションが、地域で在宅療養者を支えるために、無理のない形で24時間ケアを実施していけるようにするための方策を提示する。

2. 研修目標

- 1) 訪問看護ステーションが、24時間を視野に効果的・効率的な訪問看護サービスを提供するための方策を知ることができる。
- 2) 現在提供しているサービスを、24時間を視野に実施されているか、効果的・効率的な体制が構築できているかなどの視点で、参加者が見直すことができる。

3. 実施方法・内容 (計120分)

1) はじめに

- ・全国の訪問看護ステーションの実態 (10分)

2) ステーションが、24時間を視野に効果的・効率的な訪問看護サービスを提供するための方策を示す。

(利用者ニーズ、家族介護の状況、地域特性、ステーションのマンパワー、他の訪問看護ステーションや医療機関等との連携等について。)

- ・行政型 (20分)
- ・同一法人型 (20分)
- ・小規模ステーション型 (20分)

3) 参加者の経営するステーションの現状と今後の意向(24時間ケアを実現させるためにできること)。

(グループワーク) (30分) *実施可能性等についてグループワークを行う。

4) 発表・まとめ (20分)

4. 実施日時：2004年

5. 使用機材：パソコン、プロジェクター

特集 拡大する「訪問看護」の可能性

夜間・早朝のケアを支えるために
—24時間訪問看護・介護の提供方策—村嶋 幸代¹⁾，田口 敦子²⁾，近藤由生子³⁾

1. 夜間・早朝の訪問看護の必要性

療養生活は24時間続いている。社会的なコストを考えれば、訪問看護はなるべく平日の日中に行なうのが望ましい。しかし、近年、在院日数の短縮、医療技術の進歩などにより医療ニーズの高い人が地域で療養することが増えている。在宅療養者の中には、どうしても夜間・早朝に訪問看護を必要とする人が存在するのである。

2003年6月に出された「2015年の高齢者介護」報告書（厚生労働省高齢者介護研究会）でも、「在宅で365日、24時間の安心を提供する」必要性が明示された。一般には、ヘルパーによる24時間訪問介護の必要性がいわれているが、安心してできる在宅ケアのためには、医療面やターミナルケアを担う訪問看護を、夜間・早朝も計画的に継続して行なうこと、また、それを可能にする体制整備をすることが必要である。

病棟では、看護職が24時間365日対応する体制が当然のこととなっている。一方、地域では、祝祭日および夜間・早朝の対応体制は不十分であり、個々人の情熱や努力に依存していたというのが実情である。在宅ケアを支える訪問看護ステーションが、24時間の訪問看護体制をどのように

確保し、ケアを展開するかが、大きな課題となっている。

そこで今回、「現在の日本のごく普通の小規模の訪問看護ステーションが、24時間訪問看護を継続的に無理なく実施できるようにするためにはどのようにしたらよいか」を明確にすることを目的に、夜間・早朝の訪問看護についての現状分析を行なうとともに、効果的・効率的な24時間ケアモデルの開発に向けて、実践研究を行なった¹⁾。本稿では、その結果を踏まえて報告する。

2. 夜間・早朝の訪問看護必要者

夜間・早朝のケアの必要者としては以下のようなタイプがあると考えられる。このうち、訪問看護がかかわらなければならないのは、タイプCである。

- ①タイプA：本人の機能がある程度保たれていて、夕方や明け方の家事援助の必要な人
- ②タイプB：夜間早朝にADL介助が必要な人
例としては、①は独り暮らしなど、②は起床・就寝時の排泄介助・更衣・洗面が必要な場合等が挙げられる。
- ③タイプC1：医療処置が必要な人

筆者：1) むらしま さちよ（東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野教授）

2) たぐち あつこ（東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野）

3) こんどう ゆうこ（東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野）

0018-3342/05/¥250/論文/JCLS

- ④タイプC2：看護職の観察眼と問題発見能力が必要な人
- ⑤タイプC3：ターミナルケース
- ⑥タイプC4：症状変化時（熱発，疼痛等の症状悪化時に対応する）

③の医療処置の例としては早朝のインスリン注射，吸引，ストーマの処置などが挙げられる。④の例として，人工肛門装着中の独り暮らし痴呆性高齢者に夜間訪問し，状態観察と対処で，ろう便を防止できた実例がある。他にも，熱傷の発見や，家族の「今日はとてもむせた」という一言から夕食時の誤嚥が発見できた例などもこれにあたるであろう。また，⑤⑥に関しては，実際に訪問することももちろんであるが，まずは夜間・早朝の連絡窓口になることが大きな安心を支える。

3. 用語の定義

最初に，夜間・早朝の訪問看護・介護にかかわる用語を整理する。

1) 24時間（対応型在宅）ケア

在宅で療養している高齢者・障害者に対し，本人および家族が安心して過ごせるように，24時間365日の生活を見据えた訪問看護・介護計画を作成し，必要なケアを，必要な日の，必要な時間帯に，専門職が計画的に継続して提供すること。同時に，高齢者・障害者の急変時には，迅速に訪問できる体制をとること。

2) 訪問の種類（計画的訪問，臨時訪問，緊急訪問）

訪問の形態にはいくつかあり，効率的に，最大の効果をあげることができるよう，在宅療養者の病状や障害の程度などにより，組み合わせて実施する。

訪問看護は，通常はあらかじめ立てたケアプランに沿って計画的に訪問する（計画的訪問）が，発熱などの病態の変化に応じて臨時に訪問（臨時訪問）が必要になる場合や，突発的な事故等によ

り緊急に訪問（緊急訪問）する場合などがある。通常，24時間ケアプランは計画的訪問について立てられており，利用者の状況の変化に応じて，臨時訪問，緊急訪問が追加されることになる。ステーションの体制は計画的訪問，臨時訪問，緊急訪問すべてに対応することが求められる。なお，夜間・早朝の訪問看護は，短時間に必要最小限のケアを実施することが原則である（巡回型訪問）。

なお，ここでの「夜間・早朝」は，おおむね18：00～8：00とする（介護保険における訪問看護費給付上の「夜間・早朝」は，夜間（18：00～22：00），早朝（6：00～8：00），深夜（22：00～6：00）と規定されている）。

4. 夜間・早朝の訪問看護と診療報酬

夜間・早朝の訪問看護についての診療報酬は，平成4年の訪問看護制度創設当初は保証されていなかった。平成6，7年に実施されたモデル事業²⁾の成果を受けて，平成8年の診療報酬改訂時に「24時間連絡体制加算」が新設された。この制度は，2000年の介護保険制度で「緊急時訪問看護加算」として位置づけられ，「24時間いつでも連絡がつき，かつ必要時訪問する」という条件で1カ月13,700円の介護報酬がつけられた。しかし，他のサービスに比して報酬単価が高いこと，訪問まで必要なケースが少なかったこと，また必要になるかどうかわからない保険的なサービスを選ぶ利用者に戸惑いがあったことなどの理由で利用が伸びず，結局平成15年度には減額（1,370単位→540単位）された（表1）。

この減額は夜間も交代勤務制をとっていたステーションに大きなダメージを与えることとなったが，一方で，利用者の負担が月500円で済むこととなり，また，ステーションは臨時訪問時に訪問看護料が算定できることとなったため，この報酬改定後，算定するステーションも増加しており，目下，全ステーションの約7割になっている（図1）。

表1 夜間・早朝看護にかかわる流れ

年度	訪問看護
平成4年4月	訪問看護ステーション制度創設
平成6,7年	24時間訪問看護・介護モデル事業
平成8年4月	診療報酬「24時間連絡体制加算」算定(医療保険利用者1カ月2,000円, 後, 2,500円)
平成12年4月	介護保険「緊急時訪問看護加算」算定(介護保険利用者1カ月13,700円)
平成15年4月	「緊急時訪問看護加算」が利用者1カ月5,400円(臨時訪問時には, 訪問料算定)に減額.

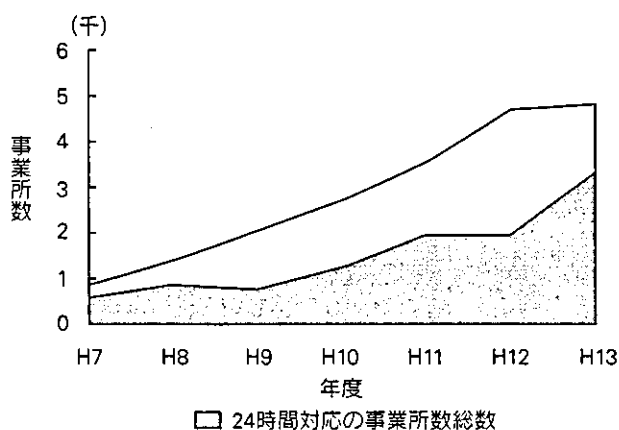


図1 24時間連絡体制加算の届出を行なっている事業所数の年次推移

5. ステーションからの夜間・早朝の訪問看護を阻む要因

1) 制度上の制約

制度上の制約から, 訪問看護が必要な利用者に訪問しても報酬を得ることができず, 実質ステーションの持ち出しになっている例がある。

例えば, 介護保険では限度額があり, 夜間・早

朝の訪問看護を入れると, 限度額を超えてしまう場合が多い。この時は, 超過分が利用者の自己負担となってしまふ。介護保険と支援費を組み合わせる際には, 支援費利用の半額以上を訪問介護費用にあてることが条件となっている場合が多い。訪問看護は訪問介護と比べて単価も高く, 特に, 早朝と夜間の訪問看護は, 各々1.25倍, 1.5倍になるため(表2), 十分な訪問看護を入れようとする支援費制度が適用されなくなり, さらに利用者の負担額が増大することもある。

また, 訪問看護特別指示書は, 1カ月に連続14日以内しか適用されないため, 1カ月に15日以上訪問看護が必要な場合には, 毎日に行けないという事態が生じる。これではインスリン注射が必要な人などへの対応はできない。

さらに, 医療保険では利用者1人につき週3日の訪問までしか認められないため, それ以上訪問を必要とする場合には, 利用が困難である(別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く)。このため現状では, 医療保険で認め

表2 介護保険施行前後の訪問看護料とケアプラン作成者の比較

支払い保険の種類	介護保険施行前	介護保険施行後	
	主に医療保険	介護保険(ステーション利用者の約83%)	医療保険(ステーション利用者の約17%)
利用料	1回250円	1割負担 例) 30分以上1時間未満: 830円 (1回につき算定) 夜間・早朝利用の加算 準夜帯・早朝帯→利用料×125% 深夜帯→利用料×150%	健康保険法等医療保険各法の自己負担例) 週3日までの場合: 5300円×自己負担割合 (1日につき算定) 夜間・早朝利用の加算なし
ケアプラン作成者	看護師, 保健師	介護支援専門員 (看護師, 介護福祉士, ヘルパー, 社会福祉士, 保健師等)	看護師

表3 訪問看護ステーションの夜間・早朝の連携体制

	基幹型ステーションタイプ	夜間・早朝専門ステーションタイプ	
		独立タイプ	共働タイプ
概要	地域で、公的機関など1カ所のステーションが基幹型ステーションとなり、24時間運営で、連携する全ステーションの夜間・早朝の計画的訪問を実施。	夜間・早朝専門に、連携する全ステーションの計画的訪問看護を実施	複数のステーションが協力して基地を持ち、そこで、連携する全ステーションの夜間・早朝の計画的訪問を実施。
利点	大きな施設投資は不要。	少ない看護師数でも、夜間・早朝専門ステーションとして成り立つ	連携している各ステーションの看護師で夜間・早朝の訪問看護ができる。
難点	交代制勤務。	現状では未解明。	同一法人でないとも共働が困難。

られない週4日以上は訪問はステーションの持ち出しで実施している上に、医療保険では夜間帯の加算がないため、ステーション側の負担が大きい。

2) 利用者やケアマネジャー等に24時間ケアの有効性が十分に認識されていない

現在、介護支援専門員の資格はさまざまな職種の者が取得できるようになっており、看護職ではないケアマネジャーが増えている。夜間・早朝の訪問看護が提供されない理由のひとつとして、医療ケアが必要な対象者についてアセスメントできるケアマネジャーが少なく、訪問看護がケアプランに取り入れられないことが挙げられる。

3) 訪問看護ステーションの規模が小さい

夜間・早朝も責任を持って地域を支えていくためには、しっかりと基盤の整ったステーションが地域に1カ所は必要であろう。われわれの試算によれば、24時間365日をカバーするためには最低でも8人の常勤看護師が必要である。

しかし、わが国の訪問看護ステーションは、従事する看護師を常勤換算すると平均4.6人という小規模なものである。現行では、看護師が2.5人と小規模であっても地域にステーションを開設できるという利点はあるが、全国調査のアンケート結果からも、「夜間・早朝訪問看護のニーズはあるが人手が整わない」との回答がみられている。

また、利用者に関してみれば、夜間・早朝の訪問看護の必要者、すなわち先に述べたタイプC

(C1～C4)に該当するものは、全利用者数の一割強である。特にターミナルケースなどはコンスタントに発生するというものでもない。つまり、ステーションが夜間・早朝の訪問看護体制をとろうとしても、その体制を経営的に維持できるだけの利用者数を夜間・早朝に確保できていないのが現状である。

6. 夜間・早朝の訪問看護を「普通のステーション」が実施するためのモデル

1) 夜間・早朝帯の訪問看護利用者の確保

夜間・早朝の訪問看護体制が経営的に成り立つためには、費用分析の結果（看護職の雇用方法により若干の差異はあるが）、夜間・早朝に訪問看護利用者が10人程度以上は必要である。しかし、これは「普通のステーション」が単独で確保するのは困難な人数である。

よって現行では、夜間・早朝には複数のステーションが連携する訪問体制の整備が必要であり、以下のモデルを提案する（表3、図2）。

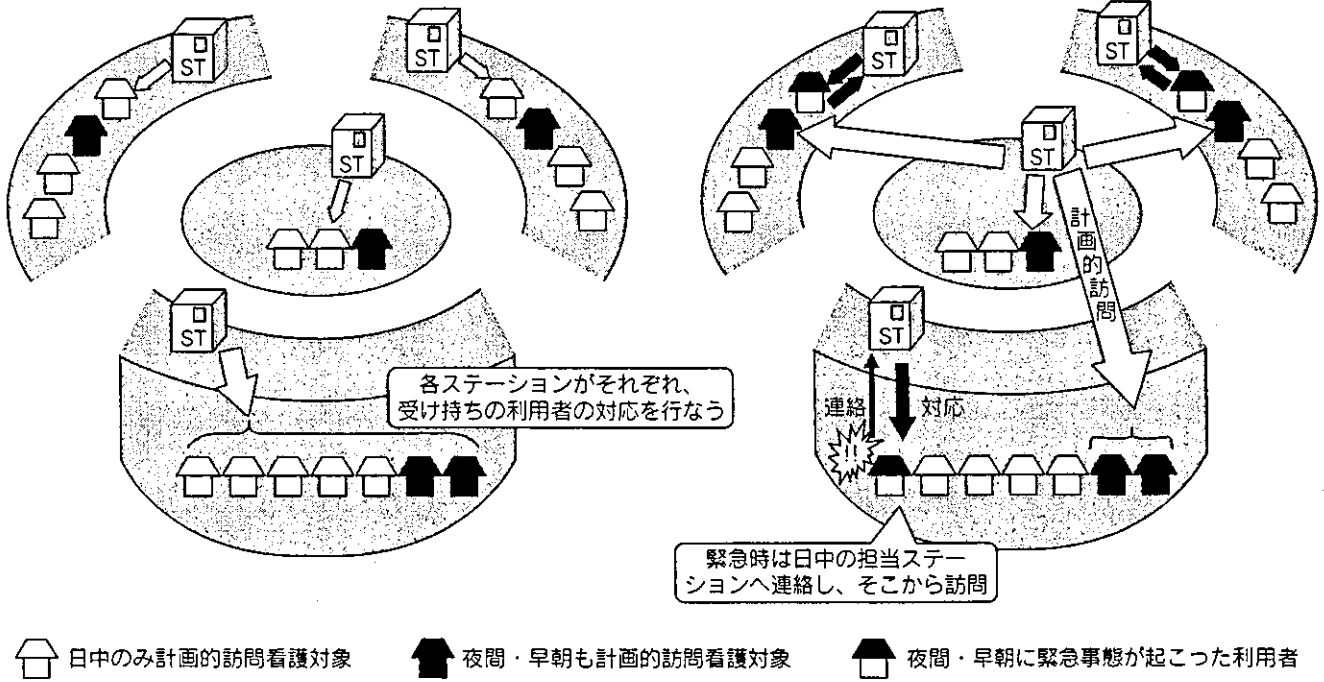
これは、同じ地域にある複数のステーションが連携し、夜間・早朝の計画的訪問看護については利用者を共有してニーズを集約し、そのニーズに対して1カ所のステーションから訪問看護を提供するものである。このような連携により、その地域で夜間・早朝の計画的訪問看護を必要とする人に無理なく継続的に訪問看護を提供できる。

今回のモデル事業では、3つの訪問看護機関

①基幹型ステーションタイプ

<日中>

<夜間・早朝>



②夜間・早朝専門ステーションタイプ

<日中>

<夜間・早朝>

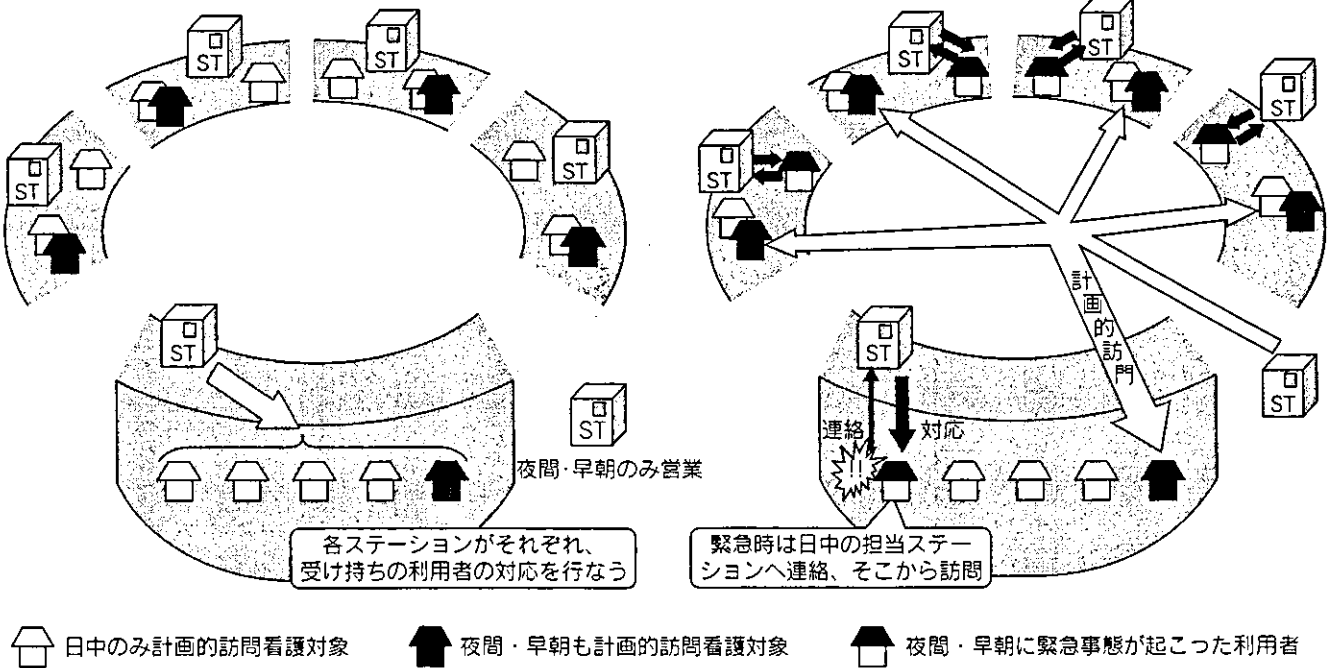


図2 夜間・早朝の訪問看護のニーズを集約し、効率的に訪問するための連携体制モデル

(利用者約49名, 34名, 8名, 合計91名)が連携し, 夜間・早朝の訪問看護が必要な事例を検討し選出した。選出された対象者(22名)には, ケアマネジャーを通して, モデル事業として夜間・早朝の訪問看護を提供することを説明し, 希望者(7名)には, 1カ所の訪問看護ステーションから夜間・早朝の訪問看護を提供した。このように, 夜間・早朝の訪問看護の必要者を共有し, ひとつのステーションから夜間・早朝の訪問看護を提供することによって, ステーションの収入がプラスとなり, 事業収入が赤字から黒字へと転化した。

2) 連携体制

この連携体制では, 日中の訪問看護は担当ステーションが行なうが, 夜間・早朝の計画的訪問看護はひとつのステーションから訪問を実施し, 連携しているすべてのステーションの夜間・早朝の計画的訪問看護の必要者に訪問する。

ただし, 日中の訪問看護利用者の中には, 夜間・早朝に緊急の対応が必要となる場合も生じ得る。緊急時の判断には日ごろの様子をよく知っておく必要があるため, このような場合には, 夜間・早朝であっても, 日中の担当ステーションが対応を行なう方がよいであろう。ただし, このような事態はそれほど多いとは考えられない。現状では夜間・早朝の臨時対応を行なう訪問看護師の負担は非常に大きい, 地域で計画的訪問が定着していけば, 臨時対応が必要な事態も少なくなり, 負担も減少すると思われる。

3) 連携体制をとるときの前提条件

夜間・早朝の訪問看護を継続的に提供する場合には, 利用者と直接契約したステーションを「担当ステーション」, 夜間・早朝の計画的訪問を実施するステーションを「連携ステーション」としたとき, 連携体制をとる条件として以下の点が挙げられる。

・日中の訪問看護は担当ステーションが行ない, 夜間・早朝の計画的訪問看護は連携ステーションが行なう。

・夜間・早朝の計画的訪問看護の対象者以外への臨時対応は, 担当ステーションが対応する。

・利用者は, 担当ステーションと契約を結ぶが, 連携ステーションとも契約を結ぶ。

・その利用者に関する医師の指示書は, 担当ステーションと, 連携ステーションの相方に備える。

・夜間・早朝の計画的訪問看護の対象者に関しては, 担当ステーションと連携ステーションとの間で密に連絡を取り, 情報を伝達することが重要である。

4) 連携体制構築時のポイント

情報の流通は日ごろから重要であるが, 連携体制構築時には特に重要である。以下を実施する必要がある。

- ①地図や室内見取り図などを含めたマニュアル作成(写真の利用も有効)。
- ②訪問目的とケア内容の周知。
- ③観察ポイントを盛り込んだ記録用紙の共有, および記録の連絡(FAX連絡など)。
- ④1日の状態把握のため, 利用者宅に記録(巡回ノートなど)を設置(家族とも共有できる情報源となる)。
- ⑤申し送り, 実施内容の伝達方法の検討と徹底。
- ⑥訪問時には, 他の時間帯の訪問を見越した準備を実施(物品整備など)。
- ⑦綿密な打ち合わせ, 定期的なカンファレンス。
- ⑧ステーションの役割分担の明確化(緊急対応等)。

7. 24時間在宅ケアを円滑に進める上での夜間・早朝訪問看護の体制確保の必要性

訪問看護ステーションは在宅療養の砦であり, 夜間・早朝にも計画的に訪問できる体制をもつことが, 24時間安心して暮らすための社会システムとして重要である。しかし, 全国の平均的な規模のステーションが, 単独でその利用者数を確保することは難しい。

このため, 複数のステーションが連携すること

により、利用者数を確保することが必要となる。連携することにより、ステーションの経済負担は少なくなり、より体制が維持されやすい。しかしそのためには、現行の医療保険における「難病等以外の場合には同日に2カ所以上のステーションから訪問しても報酬が算定されない」という制限を見直し、巡回型訪問の考え方を導入する必要がある。

また、24時間在宅ケアを円滑に適切に提供するために、地域に1カ所は夜間・早朝の訪問体制が堅持されたステーション（例：基幹型訪問看護ステーション）が存在しうるといった制度的保障を検討すべきであろう。さらに、介護職ともより密接に連携することが必要である。

参考文献

- 1) 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における効果的・効率的な24時間ケアモデルの開発（主任研究者：村嶋幸代）。2004.
- 2) 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における24時間対応型在宅ケアシステムのモデル事業（主任研究者：村嶋幸代）。1996.
- 3) 村嶋幸代編：始めよう！ 24時間訪問看護・介護。医学書院，1996.
- 4) 村嶋幸代，ルネ ホランダー，堀井とよみ：行政が支える24時間在宅ケア。日本看護協会出版会，1997.

女性のライフステージからみた身体運動と健康

宮下 充正 監修・232頁・A5判・定価 2,730円（本体2,600円＋税5%）

子どもの成長・発達における乳幼児期の身体運動の獲得過程の理解と、仕事・妊娠・分娩といった生理現象をどのように両立させるか。平均寿命の長い女性の生活設計のために中年からの準備に何が必要なのか、といった女性のライフステージごとの問題点の理解と生涯教育という視点から身体運動と健康を中心に構成。

概略目次

序章 現代社会の女性と身体運動

- 1.文化としての身体運動-意味の生まれる場-
- 2.女性と身体運動

1章 女性の成長・発達

- 1.妊婦と身体運動
- 2.乳幼児の動作の習慣
- 3.女性の成長過程
- 4.成長発達期の女性にみられる病気・障害

2章 女性とトレーニング

- 1.女性の力強さ
- 2.女性のねばり強さ
- 3.競技成績にみられる性差

4.月経周期と運動

5.女性のオーバートレーニング

3章 女性の成熟と老化

- 1.成人女性の健康・体力／
- 2.中高年齢女性の健康・体力
- 3.中高年齢期の女性にみられる病気・障害

4章 女性に対する運動指導の実践

- 1.ベビースイミングの指導
- 2.ウォキングとジョギング
- 3.シェイプアップとエアロビックダンス
- 4.アクアビクス
- 5.高齢者に対する運動指導
- 6.ダンス・セラピー



執筆者

- 大金 雅子
- 甲斐美和子
- 加賀谷淳子
- 川口 千代
- 甲田 道子
- 小堀（古風）かおる
- 定本 朋子
- 沢井 史穂
- 谷口 有子
- 長野 真弓
- 林 夕美子
- 福崎 千穂
- 藤山 文乃
- 水村（久埜）真由美
- 宮崎（相馬）りか
- 八木ありさ
- 山口 順子

（五十音順）

（株）杏林書院 東京都文京区湯島4-2-1 TEL03-3811-4887 FAX03-3811-9148

厚生労働科学研究費補助金 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開発研究
－夜間・早朝の訪問看護必要者の発見と提供方法の標準化－
平成17年3月

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
