

厚生労働科学研究 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—
(H16-長寿-013)

平成16年度～18年度 総合研究報告書

主任研究者 村嶋 幸代

分担研究者 田上 豊
岡本 玲子
田口 敦子
永田 智子

平成19(2007)年3月

平成16年度～18年度 総合研究報告書
厚生労働科学研究費助成 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－
－目次－

要旨

第1章 夜間・早朝の訪問介護・看護のモデル事業研究

| | |
|---|----|
| I. モデル事業研究の目的と実施方法 | 1 |
| 1. モデル事業の目的 | |
| 2. モデル事業の方法 | |
| II. 同一法人訪問看護ステーションによる夜間・早朝の訪問看護体制の構築 －平成17年度モデル事業－ | 7 |
| 1. 夜間・早朝の訪問看護体制の構築の実際 | |
| 1) 実施ステーションの概要 | |
| 2) 夜間・早朝訪問看護の提供体制構築の経過 | |
| 3) 夜間・早朝の訪問看護体制 | |
| 4) 夜間・早朝訪問看護を提供するための体制構築の問題点と対応策 | |
| 2. 実施ポイントと今後の課題 | |
| III. 4市の全訪問看護ステーションの連携による夜間・早朝の訪問看護体制の構築 －平成18年度モデル事業－ | 17 |
| 1. 夜間・早朝の訪問看護体制の構築の実際 | |
| 1) モデル事業実施地域およびステーションの概要 | |
| 2) 夜間・早朝訪問看護の提供体制構築の経過 | |
| 3) 連携ステーションの夜間・早朝訪問看護の提供方法 | |
| 4) まとめ | |
| IV. 訪問看護師への調査 | 25 |
| 1. 調査目的および方法 | |
| 2. 結果および考察 | |
| 1) 基本属性 | |
| 2) 夜間・早朝の訪問看護の必要性についての 実施前と実施後の考え方の変化 | |

V. 夜間・早朝の訪問看護を必要とする利用者の特徴、およびサービス提供の効果..... 31

1. 夜間・早朝の訪問看護を必要とする利用者の特徴

- ・寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例
- ・認知症等で、インスリンの自己注射が困難な事例
- ・ターミナル期等で、病状が不安定な事例
- ・難病等、医療依存度が高く、日常的なケアの際に病態の理解が必要な事例
- ・医療依存度が高く、病院から在宅への移行に支援を要する事例
- ・確実な内服が必要であるが、自己管理が困難な事例

2. 夜間・早朝訪問看護の提供効果

- 1) 利用者への効果
- 2) ステーションへの効果
- 3) 地域（他機関）への効果

VI. 提言125

第2章 訪問看護の必要性チェックシートの開発127

付録

要 目

平成16年度～18年度 総合研究報告書
厚生労働科学研究費助成 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－

本研究は、①夜間・早朝に計画的訪問サービスを提供するための訪問看護ステーション（以下、ステーションとする）の体制構築の方法を明らかにすること、②夜間・早朝の計画的訪問サービスの効果を明確にするために、3年間の研究事業を年度毎に以下のように進めた。

平成16年度には、「訪問看護の必要性チェックシート」の開発およびモデル事業の準備を行った。

平成17年度には、「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」（平成15年度厚生労働省老人保健推進費等事業）で提示した、複数のステーションが連合して夜間・早朝の計画的訪問を行う連携体制モデル（図表1）を、日中のみの計画的訪問しか行っていない3か所のステーション（同一法人）を対象に実施し、その体制構築方法の明確化と利用者への効果の検証を行った。

平成18年度には、夜間・早朝の計画的訪問を行う連携体制を、同一法人だけでなく、4市にある全ての近隣のステーション13か所（そのうち2か所はサテライト）に拡大し実施した。平成17、18年度共に対象選択に際しては平成16年度に開発した「訪問看護の必要性チェックシート」を活用し、改善点を見出して改訂を重ねた。

以下、3年間の研究で見出した知見を記述する。

1. 夜間・早朝における計画的訪問の提供体制構築のポイント

1) 夜間・早朝の拠点は最も利用者が多い地域に設置すべき

モデルの実施に当たっては、日中はそれぞれの13か所のステーションから訪問するが、夜間・早朝は1か所を拠点にして訪問した。本モデル事業では、開始当初には夜間・早朝の拠点をサテライトに置いたが、移動効率が悪かったため、モデル実施期間中に拠点を変更した。最も利用者数の多いステーションに拠点を移したことで、効率よく訪問することが可能になった。夜間の移動距離は一晚に延べ約100kmであり、最もステーションから遠い利用者宅までの移動時間は20分（約15km）であった。

2) ステーションのインフラ整備

初めて夜間・早朝の計画的訪問を実施するステーションでは、インフラ整備として、新たな看護師や介護職の雇用、仮眠室の整備が必要となった。ステーション内にある2部屋にベッドやロッカーを設置し、仮眠室として整備した。

3) 看護師の雇用には複数の媒体を利用して何度も宣伝した

夜間・早朝に訪問する看護師、介護職を新たに雇用することは最も難しく、労を要した。特に6:00~8:30の時間帯の確保が困難であった。ナースバンク、ハローワーク、新聞の折り込み等で募集したが、希望者が少なかったため何度も掲載を重ねた。結果的には口コミが人員確保に一番効果があった。漸く看護師9名（正看護師7名、准看護師2名）、介護職6名を非常勤として雇用了。

4) 夜間・早朝の訪問看護および日勤帯の看護師との連絡方法はなるべく文書と口頭で行う

拠点ステーションでは日勤帯との申し送りは文書か口頭で実施し、拠点ステーション以外はファクス（無記名、IDコード使用）で行った。しかし、文書では伝わりにくいこともあり、できる限り文書と口頭の両方で行うことが望ましいと考えられた。

5) 夜間・早朝の訪問看護の質確保のために努力を惜しまない

夜間・早朝に訪問する非常勤の看護師は、日勤帯には訪問しない夜間・早朝帯専任の看護師であった。そこで、日勤帯の訪問看護師と同レベルのサービスが提供できるよう、随時研修会や日勤帯の訪問看護師との交流会を開いた。研修会の内容は、実施内容の説明、具体的な手技実習等の他に、夜間・早朝の訪問看護を実施する目的や基本的な理念に関する講義も実施した。日勤帯の訪問看護師との交流会では訪問看護利用者について情報交換を行った。なお、誰が訪問しても同レベルのサービス内容を提供できるように作成した夜間・早朝の訪問に関するマニュアルは、何度も修正を加えてより実際に適したものになるように努めた。

また、生じた問題点に即応できるように連絡ノートを拠点ステーションに置き、それに記載された課題は逐次検討するようにした。

6) 夜間・早朝に計画的訪問看護を提供するために、その必要性や効果について他機関からの理解を得ることが必要

体制構築や利用者確保のためには、他機関からの理解を得ることが必要不可欠である。訪問エリア内の行政機関（介護保険や保健福祉の部門）や開業医等に個別に出向いて説明すると共に、夜間・早朝の訪問看護の開始前には、行政、医師会、社会福祉協議会会長、民生委員、介護者の会の会長を対象に説明会を開催した。協同実施するステーション同士の理解を深めることも重要なため、説明会の開催に際しては、協同するステーションのスタッフ達が、一丸となって準備に当たった。

また、モデル事業終了後は、協同するステーションが主催したケアマネジャーとの懇親会でも夜間・早朝の訪問看護のシステム、必要性和効果について説明し、理解を

得るように努めた。

2. 近隣ステーションが連携して行う夜間・早朝の計画的訪問の提供体制構築のポイント 夜間・早朝に計画的訪問看護の体制構築への不安や疑問を共有する場が必要

管理者は、夜間・早朝に計画的訪問看護を提供することの必要性を感じていても、採算性が取れるか、スタッフの理解が得られるか等の不安を抱え、その実施に踏み切るのは大変難しい。そのため、管理者が抱える不安や疑問を共有できる場を定期的を持ち、体制づくりを進めた。また、夜間・早朝に計画的訪問を実施する必要性や効果に実感が持てるよう、会議では利用者の反応等を報告し合った。

3. 複数のステーションが連合して夜間・早朝の計画的訪問看護を提供することの効果

効果の大きい利用者としては、①夜間・早朝に医療処置や看護処置がある者、②病状が不安定である者、③ターミナル期である者等であることが明らかになっていた。これに加えて、今回のモデル事業では、ステーション自身への効果、地域（関係機関）への効果も明らかにできた。

1)利用者への効果 ー事例ー

(1) 誤嚥性肺炎のために入退院を繰り返していたが、訪問看護師の夜間・早朝の吸引によって在宅を継続できるようになった例

78歳、男性、脳血栓を患い寝たきりとなる。妻と娘の3人暮らしで、主な介護者は妻である。平成16年12月から平成17年8月までに誤嚥性肺炎のため、入退院を3回繰り返していたが、8月下旬から看護師がスクイージングと吸引を夜9時に提供するようになってからは、誤嚥性肺炎を起こして入院することは一度もなく、在宅生活を継続できている。

(2) 夜間・早朝の訪問で看護師がインスリン注射することによって、ヘモグロビンA_{1c}が落ち着いた例

77歳、男性。主疾患は糖尿病、認知症である。妻と娘夫婦家族と同居。主介護者は妻である。平成17年6月に低血糖発作で入院し、同年7月に退院したが、血糖値のコントロールは不良であった。9月から夜間・早朝に看護師がインスリン注射を実施するようになってから、ヘモグロビンA_{1c}が概ね6%台に落ち着いた。

(3) 在宅死を強く希望したターミナル患者を、在宅で看取ることができた例

86歳、男性。肺癌のターミナル。ほぼ寝たきりの状態。主な介護者は妻（軽度の認知症）と別棟に住む息子夫婦である。本人が在宅生活を継続し、自宅で亡くなることを強く希望していたため、医師の往診、訪問看護師、ヘルパーを利用し、一度も入

院することなく在宅で家族に看取られながら永眠された。

2)ステーションへの効果

(1) 夜間・早朝訪問の人件費を賄えるだけの利用者数が確保できた

1か所のステーションだけだと、夜間・早朝の利用者数は1～4人のみであるが、複数のステーションが夜間・早朝帯に連合することによって、常時8～10人程度の利用者数を確保できた。これによって、一晩平均5万円以上の収入が確保でき、夜間・早朝の人件費を賄えた。

(2) 実際に夜間・早朝に訪問看護を提供することによって必要性が顕在化してきた

ステーションスタッフは、夜間・早朝に計画的訪問を提供することの必要性は感じていたものの、採算が取れる程の利用者数が確保できるかを懸念していた。しかし、夜間・早朝の計画的訪問を開始、継続することで、利用者は増加していった。これは、ステーションが、ケアマネジャー、病院、診療所等と成功事例を重ね、夜間・早朝の訪問看護の必要者のイメージが持てるようになったために、これまで顕在化していなかった夜間・早朝訪問の必要者が利用につながったと考えられた。

3)地域(他機関)への効果

(1) 病院から在宅へスムーズに移行できた

退院が難しいとされていた事例を、夜間・早朝の訪問看護の提供により病院から在宅へ移行させた事例もあった。椎間板炎である患者は、炎症が治まるまでは夜間に安静を保った体位変換が定期的に必要であり、それには医療的知識と技術を要した。そこで訪問看護師は、退院に向けた病院との密な話し合いを重ねた後、退院後直ぐに夜間の訪問看護を開始させ、スムーズに在宅生活をスタートさせることができた。

(2) 夜間・早朝の訪問看護サービス提供により、他機関からの信用が高まった

インスリン注射を確実に実行できないため、低血糖様症状で頻繁に診療所を受診していた事例への訪問について、診療所から依頼があった。夜間・早朝に訪問して、訪問看護師がインスリン注射を確実に行うようになり、血糖値が安定した。これにより、この事例の安全性を確保できると共に、診療所からの信頼を高め得た。

4. 安定的に夜間・早朝の訪問看護を提供するための医療保険上の改善点および課題

夜間・早朝の計画的訪問看護を複数のステーションが連携して行う方法は、効果があることが示された。しかし同時に、現行の診療報酬、介護報酬下では様々な問題点があることも明らかになった。以下、必要要件を述べる。

1) 複数ステーションから同一日に行われる医療保険の訪問看護が報酬を受けられることができるようになる必要性

夜間・早朝の訪問看護を必要とする利用者には重症者も多く、日中だけでなく、夜間・早朝の訪問看護が同じ日に必要となることも多い。その場合、この「連携体制モデル」では、1人の利用者に複数のステーションが、同じ日に訪問することになる。

しかし、現在、医療保険で同一日に算定可能なのは、「1か所の訪問看護ステーションのみ」である。連携体制のモデルを実現させるためには、「複数の訪問看護ステーションが算定を受けられるよう医療保険の報酬設定の制限が緩和される必要」がある。

2) 特別指示書の制限緩和

夜間・早朝の訪問看護必要者の多くは、介護保険制度のみでは利用者の自己負担額が大きい。このため、該当する場合には、医療保険制度の特別指示書を併用した。しかし、この特別指示書には「1か月に2週間に限る」という期間制限、「急性増悪等に限る」という制限がある。今回必要性の多い事が明らかになった、インスリン注射や吸引は毎日必要な医療処置である。これらの医療処置が必要な利用者に適応できるよう、特別指示書の制限を緩和することが望まれる。

3) 訪問看護管理療養費の制限の緩和

夜間・早朝の訪問看護は毎日訪問するのが大部分であり、月12回を上回ることが多い。現行では、月13回以上の訪問看護管理療養費は、月12回と同額である。夜間・早朝の訪問看護を提供するためには、そのための体制構築、看護師確保、朝夕の申し送り等の管理業務が必要になる。このため、月13回以上訪問した場合でも、回数に応じた訪問看護管理療養費を算定していただきたい。

4) 難病等複数回訪問加算の制限の緩和

難病等複数回の訪問加算については、厚生労働大臣が定める疾患等に対して、週4日以上、1日3回の訪問看護までは算定が認められている。しかし、今回の対象者を見ても、厚生労働大臣が定める疾患等以外でも週4日以上、1日4回目以上の訪問が必要となることもある。この場合も算定を可能にすることによって、ターミナル、難病などの在宅療養者を支えることができる。

5) 訪問看護師の確保

モデル事業の実施で最も苦労したのは、訪問看護師の確保である。現在、訪問看護師は不足しているといわれているが、24時間365日、安心して住みなれた自宅で療養生活を送るためには24時間365日の訪問看護が必須である。そのための人員確保

が早急に必要である。

このために、重要な役割を果たすのは都道府県である。地域特性に応じた在宅医療の提供システムの中で訪問看護ステーションの位置づけを示し、必要な看護師数の確保や質を担保する方策を明確にすることが必要である。それが人材の確保につながると考えられる。

なお、国においても訪問看護師の必要数の算出と必要数確保のための方針の明確化、訪問看護師の質の保証が図れるような仕組みづくりが必要と考えられる。また、看護協会などの職能団体は、魅力ある訪問看護師のイメージづくり、研修や認定制度の活性化を図る必要があるだろう。それに加えて、訪問看護が24時間365日地域ケアを支えるものであり、夜間も定期的に訪問するものであることを明確に打ち出していくことも重要である。さらに、各ステーションでは、在宅看護実習を積極的に引き受け、将来の人材を確保する等の努力が必要であろう。

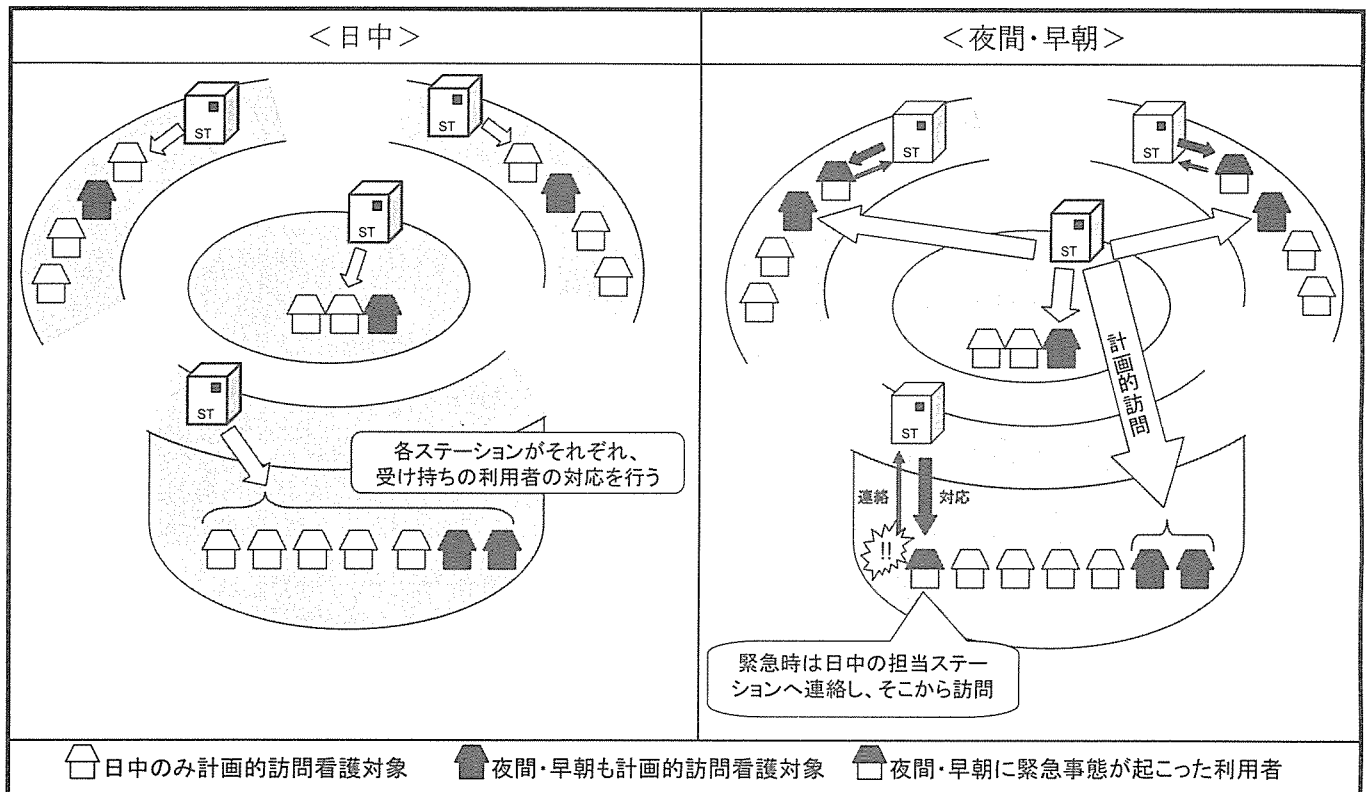
5. 訪問看護の必要性チェックシートの開発

平成16年2月に実施した「訪問看護の必要性チェックシート Ver.7」を用いた調査において、チェック項目で拾いたい情報が拾いきれていないことが課題として明らかになった。これは、チェック項目の用語の定義が記入者に正しく理解されていないと考えられたためである。そこで、用語の定義があいまいな項目について変更や補足を行い、Ver.8とした。また、チェック項目の解釈の差を少なくするため（信頼性の確保）、チェックシートの記入マニュアルを作成した。

今後は、Ver.8の妥当性を高め、チェックシートの記入マニュアルを洗練させる必要がある。

図表 1.

夜間・早朝の訪問看護ニーズを集約し、効率的に計画的に訪問するための連携体制モデル



第1章

夜間・早朝の訪問介護・看護の モデル事業研究

I. モデル事業研究の目的と実施方法

1. モデル事業の目的

高齢者とその家族が安心して自宅で生活し続けるためには、24 時間対応可能な在宅ケアシステムが整備され、いつでも必要な時に適切な看護サービスを受けられる体制を整備する必要がある。2003 年 6 月に出された「2015 年の高齢者介護」（厚生労働省の高齢者介護研究会）においても、「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。また、平成 18 年度の介護保険の見直しに際しても、新たなサービス体系として創設された地域密着型サービスにおいて、要介護者を住みなれた地域で支えることが重視されている。

これらを実現させるためには、訪問介護と訪問看護が 24 時間対応できるようにする必要がある。特に、医療処置を必要としたり、在宅ターミナルケアに対応するためには、夜間・早朝の計画的訪問看護を継続して行うこと、その体制整備をすることが重要である。

そこで、本モデル事業研究は、①夜間・早朝に計画的訪問サービスを提供するための訪問看護ステーション（以下、S Tとする）の体制構築の方法を明らかにすること、②夜間・早朝の計画的訪問サービスの効果を明らかにすることを目的に実施した。

緊急時訪問看護と計画的訪問看護との関係について

緊急時訪問看護は、利用者からの電話を受けて臨時に訪問するが、計画的訪問看護は、あらかじめ立てたケアプランに基づいて訪問する。ここで扱う夜間・早朝の訪問看護の必要者というのは、計画的訪問看護が必要な要介護者のことを言う。

2. モデル事業の方法

1) モデル事業実施ステーションおよび実施概要

(1)平成 17 年度：複数の同一法人訪問看護ステーションによる夜間・早朝の訪問看護体制の構築

滋賀県済生会訪問看護ステーション（以下、済生会訪問看護ステーションとする）、サテライト草津、栗東市訪問看護ステーションでモデル事業を実施した。

実施する S Tは、通常の日中の訪問看護に加え、夜間・早朝の計画的な訪問看護を提供するために体制を構築し、実際におよそ 6 か月間、モデル的にその体制の下に夜間・早朝の計画的な訪問看護の提供を試みた。

夜間・早朝訪問看護の提供によって新たに生じた利用者の支払い額については、モデル期間中は研究事業から負担し、無料となった。

(2)平成18年度:近隣訪問看護ステーションの連携による夜間・早朝訪問看護体制の構築
滋賀県草津市、栗東市、守山市、野洲市の全S T、13か所(そのうち2か所はサテライトS T)の管理者で構成される滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会(湖南地区)に対し、平成18年4月にモデル事業への協力を依頼した。13か所のうち、同一法人のS Tである3か所は既に昨年度から連携して夜間・早朝の訪問看護を開始していた。

2)データ収集および分析方法(図表2)

データ収集は、実施する前と後、及び期間中に本人や介護者及び訪問看護師を対象に行った。

訪問看護師には、夜間・早朝の訪問看護体制の構築方法を明らかにするため、体制構築のために実施したことについて記録を依頼した。また担当看護師には、対象者の利用効果を明らかにするため、対象者の属性、サービス内容、身体および精神状況、等について、モデル事業開始直後と終了後に調査票に記入してもらった。

本人や介護者には、夜間・早朝の訪問看護利用目的や効果に関すること、本人の状態、介護者の介護負担等について訪問調査を行った。

データの分析方法は、収集したデータを基にモデル事業実施前後で比較し、夜間・早朝の訪問看護を提供することで変化するとあらかじめ想定した成果目標(身体面、精神面、満足度、家族の介護負担等)を視点に、その効果を記述した。

3)実施期間

モデル事業の実施期間は、平成17年度は8月22日から平成18年2月28日の約6か月間、平成18年度は10月1日から平成19年2月28日の約5か月間であった。なお、モデル事業が終了した後も夜間・早朝の訪問看護を提供し続けている(平成19年3月現在)。

図表2 タイムスケジュールおよびデータ収集内容

| | |
|--------------|--|
| 平成 17 年 2 月 | チェックシートおよび事例検討による対象者選定開始 |
| 4 月 | 夜間・早朝の訪問看護を提供するための体制構築開始 データ収集 【○看護師→体制構築のための実施事項に関する記述（調査票） |
| 平成 17 年 8 月 | モデル事業開始 データ収集 ○本人・介護者→本人の属性、夜間・早朝の訪問看護の利用目的、身体・精神状況、介護負担、一日の生活、等（調査票およびヒアリング） ○看護師→本人の属性、身体・精神状況、夜間・早朝の訪問看護の利用目的、期待される効果、等（調査票およびヒアリング） |
| 平成 18 年 2 月 | モデル事業終了 データ収集 ○本人・介護者→夜間・早朝の訪問看護の利用による利点と欠点、今後の利用意向、身体・精神状況、介護負担、一日の生活、等（調査票およびヒアリング） ○看護師→夜間・早朝の訪問看護の提供効果、身体・精神状況等（調査票およびヒアリング） |
| 平成 18 年 4 月 | 4 市にある全 13 か所の ST 管理者と研究者をメンバーとしたワーキンググループの立ち上げ 対象者選定、事例検討 |
| 平成 18 年 10 月 | モデル事業開始 データ収集 ○本人・介護者→本人の属性、夜間・早朝の訪問看護の利用目的、身体・精神状況、介護負担、一日の生活、等（調査票およびヒアリング） ○看護師→本人の属性、身体・精神状況、夜間・早朝の訪問看護の利用目的、期待される効果、等（調査票およびヒアリング） |
| 平成 19 年 2 月 | モデル事業終了 データ収集 ○本人・介護者→夜間・早朝の訪問看護の利用による利点と欠点、今後の利用意向、身体・精神状況、介護負担、一日の生活、等（調査票およびヒアリング） ○看護師→夜間・早朝の訪問看護の提供効果、身体・精神状況等（調査票およびヒアリング） |

4) 対象者の選定

夜間・早朝の訪問看護を必要とする要介護者の選定を、「夜間・早朝訪問看護の必

要者チェックシート Ver.7 (付録②)」(村嶋ら,2005)による選定、および事例検討会による選定の2段階に分けて行った。

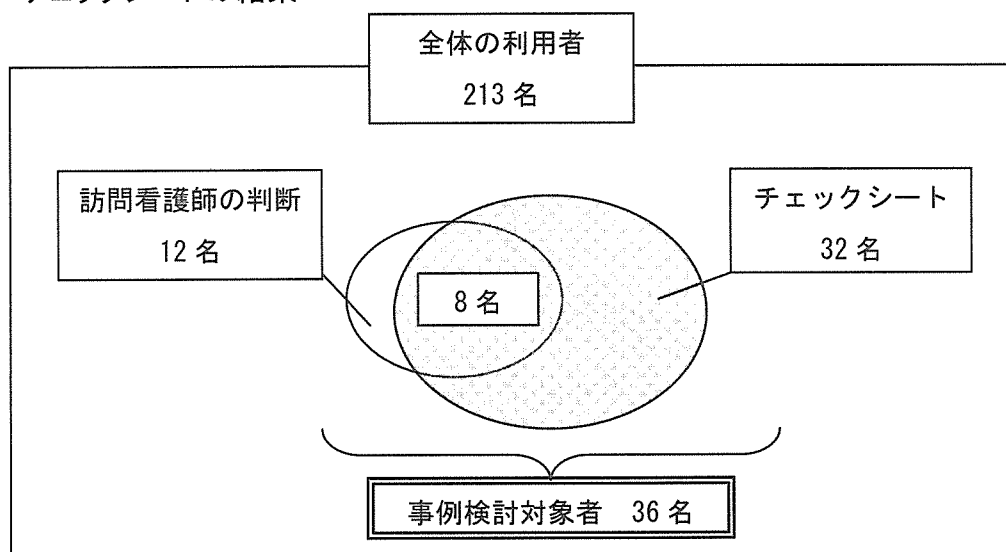
第1段階：事例検討を行う事例の選定

方法：訪問看護師を対象に、訪問看護の必要性チェックシートおよび利用者フェイスシートへの記入を依頼した。調査期間は、平成17年2月4日～11日であった。

結果：訪問看護師26名から利用者213名について回答を得たため、この213名を分析対象とした。

S Tの訪問看護師が「夜間・早朝の訪問看護が必要」と判断した事例12名、およびチェックシートで「夜間・早朝に訪問看護が必要」と判定された事例は32名であった。そのうち重複している事例が8名であったため、36名について事例検討を行うこととした(図表3)。

図表3 チェックシートの結果



第2段階：事例検討会による対象者の選定

方法：S Tの訪問看護師6名(妥当性を持たせるため、5年以上の経験を持つ者)および研究者3名で、あらかじめ第1段階で選定した36名に新規利用者1名を加えた37名について、夜間・早朝の訪問看護の必要性について事例検討を行った。

結果：37名中「夜間・早朝の訪問看護が必要」と判断した事例は、10名であった。そのうち、利用することで再入院の予防や、介護負担軽減等の効果が高いと考えられた事例は2名、利用の緊急性はそれ程には高くないが、家族が希望すれば予防的な効果や介護負担の軽減が期待できる事例は6名、再アセスメントの結果によっては利用が必要な事例は2名であった。

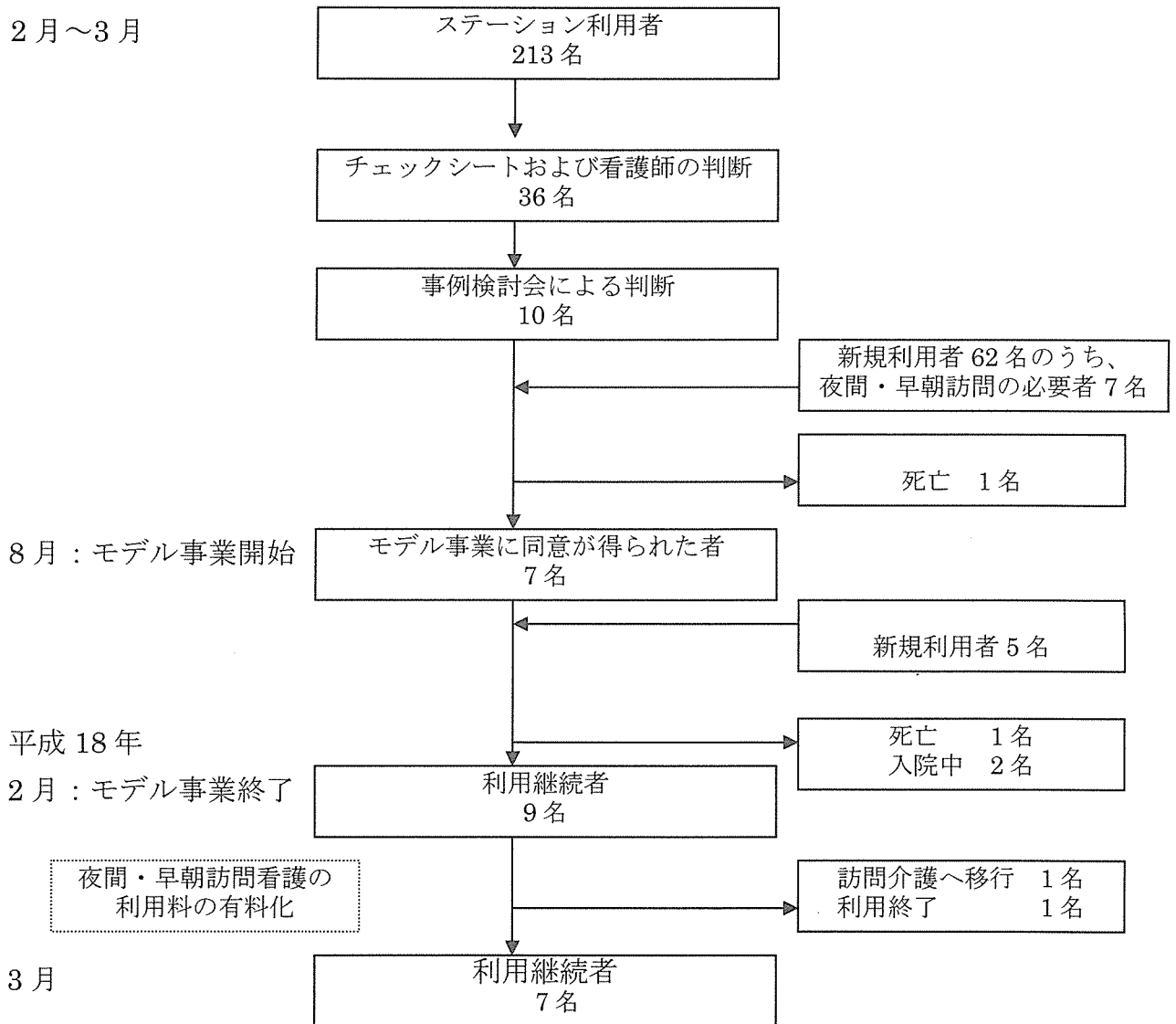
その後も随時、S Tに新規に利用者が増えた場合は、上記の手順で、チェックシー

トおよび事例検討会を実施し、対象者選定を行った。最終的に、同意を得られた 12 名に対して夜間・早朝の訪問看護を提供することとなった。この 12 名のケアプランについても、上記のメンバーで決定した。

以上の対象者の選定の流れをまとめると以下の通りである（図表 4）。

図表 4 夜間・早朝訪問看護の対象者選定

<平成 17 年度モデル事業>



<平成 18 年度モデル事業>

各々の ST の管理者が、夜間・早朝の訪問看護の利用を必要とすると考えられる利用者を判断し、「夜間・早朝訪問看護の必要者チェックシート Ver.8（付録㉓）」の記入、事例検討によって対象者を決定した。

Ⅱ．同一法人訪問看護ステーションの 連携による夜間・早朝の訪問看護体制の 構築

－平成 17 年度モデル事業－

1. 夜間・早朝の訪問看護体制の構築の実際

1) 実施ステーションの概要

(1) ステーションの体制および理念

本モデル事業では、滋賀県済生会訪問看護ステーション、滋賀県済生会訪問看護ステーションサテライト草津、および、栗東市訪問看護ステーションの3か所のS Tが連合し、夜間・早朝の定期的な訪問看護を提供した。このうち、栗東市S Tの開設主体は栗東市（事業委託は済生会）、他2か所のS Tの開設主体は社会福祉法人恩賜財団済生会であり、2か所のS Tと1か所のサテライトで効果的・効率的な訪問看護を提供している。S Tの理念は、「住民が住み慣れた地域、しかも在宅において、安心して生活できるよう利用者、介護者に質の高い訪問看護を提供する」である。

(2) 夜間・早朝の訪問看護提供開始（本モデル事業協同）の動機づけ

これら3か所のS Tは、モデル事業実施前には平日日中と土曜日の午前中のみでの営業であった。しかし、本モデル事業に賛同し、協同した理由は、日々の活動から夜間・早朝の計画的な訪問看護の必要性を強く感じており、いつかは提供できる体制を作りたいという管理者の意向があったためである。これまでは、夜間・早朝の訪問を開始してもその体制を維持するだけの利用者数がないのではないかという懸念や、何からどのように始めればよいのか分からないという悩みを抱え、足踏みしていた。

(3) サービス提供地域

サービス提供地域は、滋賀県栗東市（人口60,288人、高齢化率12%）・草津市（人口119,021人、高齢化率14%）・守山市（人口70,869人、高齢化率15%）・野洲市（人口49,668人、高齢化率17%）であり、半径約20kmの地域を訪問エリアとしている（図表5）。この地域は都市のベッドタウンであり、新興住宅地が多く、人口が増加している地域である。4市にはS Tは、13か所（そのうち2か所はサテライトS T）存在する。

(4) スタッフ

スタッフは、3つのS Tを合わせて、平成17年4月現在、看護師30名（常勤11名）、保健師2名（常勤1名）、理学療法士2名（常勤2名）、作業療法士2名（常勤2名）、合計36名（常勤換算26.7名）である。

(5) 利用者

一月あたりの訪問看護利用者平均数（平成16年度）は、済生会訪問看護ステーシ