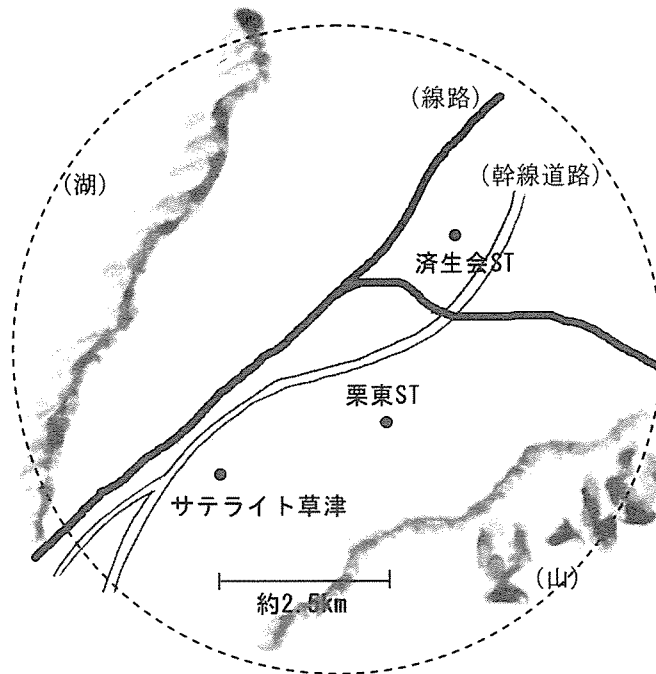


ヨン 164.3 人、サテライト草津 71.0 人、栗東市訪問看護ステーション 58.0 人である (図表 6)。利用者の保険は、介護保険 162 人 (76.1%)、医療保険 38 人 (17.8%)。寝たきり度は B ランクと C ランクを合わせて 5 割程である (図表 7)。

図表 5 STの訪問範囲



図表 6 STごとの利用者数および訪問回数
(平成 16 年度、一月あたり)

	済生会	草津	栗東
利用者数 (人)	164.3	71	58
新規利用者数 (人)	5.5	3.1	4
終了者数 (人)	9	3.9	4.5
看護師訪問 (回)	656.4	362.4	154.8
述べ回数 (回)	(21.9/日)	(12.1/日)	(5.2/日)

(理学療法士、作業療法士の訪問回数を除く)

図表7 利用者の保険の種類および寝たきり度(3ST全体)
(平成17年3月)

	人数(人)	%
・保険		
介護保険	162	76.1
医療保険	38	17.8
介護保険と医療保険	7	3.3
・寝たきり度		
自立	20	9.4
Jランク	32	15
Aランク	48	22.5
Bランク	59	27.7
Cランク	51	23.9

2) 夜間・早朝訪問看護の提供体制構築の経過(図表9)

利用者の選定は、平成17年2月から開始したが、本格的な体制づくりは平成17年5月以降であった。マニュアル作成や、拠点の決定、記録用紙の作成等に合わせ、夜間・早朝帯に勤務してくれる看護師を募集した。雇用後は、質の担保のためにオリエンテーションや研修を行った。また、訪問鞆やロッカー等の備品購入、仮眠室の整備等の環境整備も行った。

さらに、夜間・早朝訪問看護の利用者を確保するためには、地域の関係機関に理解してもらう必要がある。このため、モデル事業開始前に関係機関を対象に説明会と交流会を開催した。参加者は、訪問エリア内の行政(保健福祉部門の部長、保健師)、医師会、社会福祉協議会会長、民生委員、介護者の会の会長、STのスタッフ、等であった。

準備の末、夜間・早朝帯の訪問看護を平成17年8月22日からスタートさせ、平成18年2月末日で終了した。その後も有料ではあるが、引き続き夜間・早朝の訪問看護を提供している(平成18年3月現在)。

3) 夜間・早朝の訪問看護体制

夜間・早朝に最も利用者数の多い済生会訪問看護ステーションを拠点に訪問した。夜間の移動距離は延べ約100kmであり、最もSTから遠い利用者宅までの移動時間は20分(約15km)であった。

夜間・早朝は、準夜帯(17:00~22:00)、深夜帯(22:00~6:00)、早朝帯(6:

00～8：30) の3交代とし、新たに雇用した夜間・早朝専属の非常勤看護師、訪問介護職がペアで訪問した。拠点S Tでは日勤帯との申し送りは文書か口頭で実施し、拠点S T以外はファクス(無記名、IDコード使用)で行った。なお、利用者からの緊急的な電話には、時間帯に拘らず3つのS T担当者がそれぞれ対応した。

夜間・早朝帯のスケジュール例は以下の通りである。

図表8 夜間・早朝帯のスケジュール例

時間	実施内容
17：00	準夜帯申し送り、情報収集
17：45	訪問出発
18：00	利用者①(30分)訪問
18：45	利用者②(30分)訪問
19：30	S Tに戻る・記録整理・休憩
20：00	利用者③(60分)訪問
21：20	S Tに戻る・記録整理
22：00	深夜帯申し送り、情報収集、清掃
0：00	利用者④(30分)訪問
0：45	S Tに戻る・仮眠
3：00	利用者⑤(30分)訪問
3：45	S Tに戻る・仮眠
5：00	利用者③(30分)訪問
5：50	S Tに戻る・記録整理
6：00	早朝帯申し送り・記録整理
7：00	利用者①(30分)訪問
7：45	利用者②(30分)訪問

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(図表10)

これまで日中のみの訪問しか行っていなかったS Tでの体制構築は、試行錯誤であり、様々な問題点に直面しつつ、その対応策を講じてきた。主な問題点とそれへの対応策を以下に述べる。

(1)利用者選定と夜間・早朝の訪問看護導入

夜間・早朝の訪問看護必要性のアセスメントを、新規利用者には必ず行った。必要

と思われた利用者には、パンフレット（付録⑩）を用いて夜間・早朝の訪問看護の必要性等を説明した。

（２）看護師の確保

看護師の確保は最も苦労したことのひとつであった。夜間・早朝に訪問する看護師、介護職を新たに雇用するため、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。特に6:00～8:30の時間帯の確保が困難であった。希望者が少なかったため何度も掲載を重ねたが、結果的には口コミが人員確保に最も効果があった。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した。

（３）拠点の整備

夜間の拠点を、当初はサテライト草津に置いていたが、徐々に利用者の構成が変わり訪問効率が悪くなったため、夜間・早朝に最も利用者数の多い済生会訪問看護ステーションに変更した。

（４）スケジュール管理

インスリン注射の実施や、利用者の就寝前のケアで17時～22時の訪問スケジュールが過密になる傾向があった。さらに夕方は、交通渋滞のため移動に時間がかかり、予定がずれこむことが多かった。そこで、利用者のうち時間帯の変更が可能な者とそうでない者を整理し、移動時間を見込んで訪問看護スケジュールを再検討した。

（５）円滑な連絡方法

拠点STでは日勤帯との申し送りは文書か口頭で実施し、拠点ST以外はファクス（無記名、IDコード使用）で行った（付録⑪）。しかし、連絡があまりうまくいかないため、なるべく直接口頭で申し送りできるよう心がけた。日常の申し送りだけでなく、体制上の問題点に即対応できるように連絡ノートを拠点STに置き、それに挙げた課題は管理職会議で検討するようにした。

また、夜間・早朝に訪問する非常勤の看護師は、利用者の全体像を把握しにくいいため、昼間の訪問看護師との交流会を開き、日中の様子や家庭環境等について情報交換を行った。

（６）質の確保

夜間・早朝の訪問看護師には、サービスの質を担保するために随時研修会を開催した。研修会の内容は、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、実施内容の説明、具体的な手技実習等であった。なお、夜間・早朝の訪問に関するマニュアルを作成し（付録⑬）、誰が訪問しても同様のサービス内容を提供でき

るよう、何度も修正して実際に活用できるマニュアルになるように努めた。

(7) スタッフの安全確保

夜間帯の訪問は暗くて迷いやすいため、危険である。そこで夜間の訪問用の地図を作成した。地図には、夜間帯でも道路上で目印になるものや、安全に駐車できる場所、家への入り口等を明示した。

図表9 夜間・早朝訪問看護の提供体制構築のタイムスケジュール

2005年	体制作り	利用者選定と夜間・早朝の訪問看護導入	看護師の確保と質の担保	環境整備	関係機関との連絡
2月～5月	<ul style="list-style-type: none"> ・役割分担 マニユアル作成 (全体・対象者別) 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者のアセスメントシート記入 事例検討(会議) ←(会議) ←(会議) ・訪問時間の概略検討 ・夜間・早朝訪問看護のパンフレット作成、配布 ←(会議) ・対象者確認 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師募集 ←(医大と調整) 新採用者に技術指導 ・採用者にオリエンテーション 	<ul style="list-style-type: none"> ・備品購入、仮眠室整備 (ペンライト、懐中電灯、ハンドタオル、布団、枕、ベッド、ソファ、アームツツド、等) 	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関への説明 ←(市、地域看護連絡会議、保健所) ・訪問介護事業所へ同行訪問依頼 ・同行不可と回答あり ←説明会 (行政、地域ケアに携わる職種に説明) ←(社協、保健所、ケアマネ・市職員(介護支援事業所連絡会にて)、主治医)
(開始)	<ul style="list-style-type: none"> 2005年8月22日) ・開始後の混乱対処・相談① 				
9月	<ul style="list-style-type: none"> ・開始後の見直し ・夜勤看護師の活用について検討 ・夜勤看護師の連絡先一覧作成 ・夜間利用者の評価 ・台風の対応検討 ・収支見直し ・9/26～拠点の変更 ・シミュレーション実施のための支 				
10月	<ul style="list-style-type: none"> ・シミュレーション実施のための支 出確認 ・夜勤と日勤の引継ぎ方法再検討 ←(見直し) ・積雪の対応検討 	<ul style="list-style-type: none"> ←(会議) ・タイムスケジュール再検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフ間の調整 		<ul style="list-style-type: none"> ・市への資料提供(予算要求⇒不可)
11月					
12月					
1月					
2月		<ul style="list-style-type: none"> ・研究期間終了後について検討、意向確認 			<ul style="list-style-type: none"> ・市への資料提供(予算要求⇒不可)

図表 10 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

問題点	対応策
(1)利用者選定と夜間・早朝の訪問看護導入	
・夜間・早朝訪問看護必要性のアセスメントが必要	・事例検討を重ねた
(2)看護師の確保	
・訪問看護師不足	・募集を継続 ・利用者の夜間の必要性を再アセスメントし、サービスを見直し
・看護師が定着しない	・夜間訪問看護利用者の声、効果をスタッフにフィードバック(評価) ・勤務シフトの再検討
・夜間・早朝のスタッフでまかないきれない部分がある	・状況に応じて日勤のスタッフを活用(時間外の取り扱いは要検討)
(3)拠点の整備	
・夜間の利用者は他の施設の方が近い	・拠点を別施設に移動
(4)スケジュール管理	
・22～0時は看護師の空き時間となるが、現在の拠点ではやることがない	・空き時間に清掃業務を実施
・17～22時の訪問看護スタッフのシフトが過密になる	・移動時間を含めて、訪問スケジュール検討
・仮眠時間の確保	
(5)円滑な連絡方法	
・日中と夜間・早朝の看護師との連絡がうまく行かない ・(夜勤看護師から)記録するまでもない情報(家庭環境など)も知りたい。 日勤看護師と話をする場を持ちたい	・ミーティングを1ヶ月ごとに実施 ・全スタッフにミーティングへの参加を徹底 ・連絡ノートを作成(見たらサイン) ・二度手間を省くため、既存の記録の氏名をふせてFAX。訪問ごとに連絡する。
・各勤務帯の看護師が訪問を終えてFAX連絡をする頃には、次の勤務帯の看護師が訪問に出てしまう	・勤務時間終了30分前には訪問を終了できるようにする。 ・間に合わない場合は電話で確認
・情報が少なく、夜間・早朝の看護師が、利用者の全体像を把握できない	・居宅サービスの状況やその他の情報、週間スケジュール等も提供する(ただし、個人情報保護の点から、どこまでの情報をファイルするかは要検討)
・夜間・早朝スタッフとの意見調整が必要	・夜間・早朝スタッフと係長以上がシステム調整の意見交換をする日を設ける
・緊急時の連絡方法がわかり難い ・常勤が利用者から緊急連絡を受け、夜勤者に連絡したが、つながらなかった。 ・夜勤者が利用者から連絡を受けたが、所長につながらず、2時間後に緊急対応看護師に連絡。	・予想されるリスクを、事前に夜間・早朝看護師に情報提供 ・夜間・早朝の看護師の連絡先一覧を作成 ・マニュアルの作成・徹底 ・事前に責任者を伝える
・利用者宅の巡回記録用紙にヘルパーの記入がなく、質問にも返答がない	・記入しやすい記録用紙を検討
(6)質の確保	
・中途採用者への情報伝達が必要 ・臨床経験のない新採用者に技術指導が必要	・マニュアルを用いたオリエンテーション ・日勤帯で昼間の訪問看護で対象者を見る→次に、夜間に同行。 ・必要時は技術指導を実施
・状況の変化に対応してマニュアルが更新されていない(訪問ルート、個人データ様式など)	・更新の責任者を決定 ・役割分担の明確化
・中途採用者にすべて説明する時間がない	・マニュアル、最低限必要な情報をピックアップ
(7)スタッフの安全確保	
・夜間に一人での勤務は、真っ暗で怖い、電気をつけていると中が見えるため不安	・ブラインドの設置
・暗くなると道がわかりにくい、迷う	・初めての場合は昼のうちに確認しておく ・地図の工夫 ・状況に応じて日勤の同行訪問
(8)その他	
・訪問時間が重なると訪問かばん、携帯が受け取れない	・訪問かばんは2個整備

2. 実施ポイントと今後の課題

1) 利用者の確保

これまで、S Tが24時間の計画的な訪問看護体制の必要性を感じつつも踏み切れなかった理由は、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であった。しかし、実際にモデル事業を開始してみると利用者は12名となり、夜間・早朝の訪問看護を必要とする人は予想以上に多かった。このようなサービスを受けられない在宅療養者は、入退院を繰り返しているか、施設入所している現状が推測される。全国の訪問看護師がこのような現状を認識し、必要な人に夜間・早朝の訪問看護を提供できる体制づくりに努める必要がある。

2) 夜間・早朝の訪問看護提供者側の確保

実際に体制を構築する過程では、前例が少なく試行錯誤したため多大な労力を必要とし、日々、現実問題や制度上の制約への対応を迫られた。最も労力を要したのは、看護師の雇用である。丁度7対1看護体制による看護師の需要が増したことも重なり、日勤帯の訪問看護師でさえも人材不足に悩まされている状況であった。夜間・早朝帯になると益々難しくなった。これは、全国的な訪問看護師不足の問題であると思われるため、早急な対応が望まれる。

3) 介護保険と医療保険制度の制約による問題

介護保険、医療保険における制度上の制約もモデル事業の実施上問題となった。介護保険においては、夜間・早朝の訪問看護の利用者は上限額を超える者が多いため、モデル事業期間終了後の利用者の負担が高額となり、やむを得ず利用を中止する者があった。医療保険では、利用者は1日に複数のS Tの訪問を利用しても支払いがされないため、今回のように、夜間は複数のS Tが連合して訪問をする場合は、S Tの持出が生じるという問題が浮上した。これらの問題は、夜間・早朝の訪問看護を必要とする利用者サービスを提供することを阻む大きな要因となるため、制度の改正を望む点である。

4) 夜間・早朝の訪問看護提供時の留意点

今回は、夜間・早朝の訪問を行う看護師は、夜間・早朝の専属にした。そのため、日勤の看護師と夜間・早朝の看護師との連絡のとり方には工夫を要し、日中に夜間・早朝の訪問看護師が訪問することや、重要な連絡は紙媒体だけでなく直接口頭で行うことが重要であった。また、移動距離が訪問の効率を大きく左右したため、地域の気候や交通事情を考慮し、提供可能な範囲を見極めておくことも必要であることが明らかになった。

さらに、新たな体制構築の成功の鍵として、それを成し遂げようとするリーダーの強力なる意志と、差し迫る問題に臨機応変に対応しスタッフを導くリーダーシップ能力も重要であった。

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—

1. 夜間・早朝の訪問看護体制の構築の実際

平成 17 年度のモデル事業では、滋賀県済生会訪問看護ステーションを拠点に同一法人内の 3 か所の S T で連携体制を構築した。平成 18 年度は、さらに連携 S T を拡大し、どの地域に住んでいても、24 時間計画的な訪問看護サービスを受けることができる在宅ケアシステムの構築を目指して、4 市にある 13 か所（そのうち 2 か所はサテライト S T）の全ての S T が連携して体制構築に臨んだ（図表 11）。準備の末、夜間・早朝帯の訪問看護のモデル事業を平成 18 年 10 月 1 日からスタートさせ、平成 19 年 2 月末日まで行った。

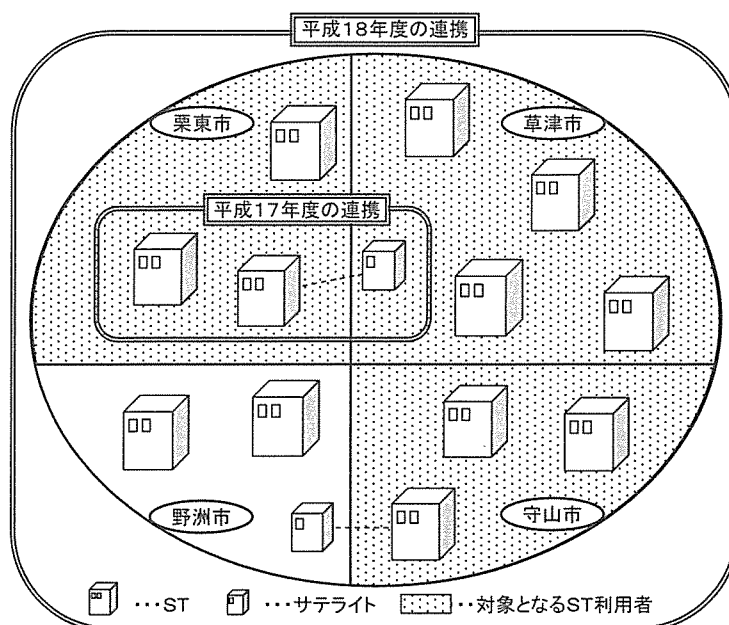
1) モデル事業実施地域およびステーションの概要

(1) モデル事業実施地域

モデル事業による夜間・早朝の訪問看護の提供地域は、4 市から成る滋賀県湖南地域であった。4 市は、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 率%）・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、ベッドタウンとして人口が増加している。この 4 市にある全 13 か所の S T がモデル事業に参加した。

(2) 連携ステーションの概要

夜間・早朝の訪問看護は、平成 17 年度と同様に、滋賀県済生会訪問看護ステーションが提供した。連携した S T の概要は、図表 12 の通りであり、滋賀県済生会訪問看護ステーションの規模が最も大きい。



図表 11 平成 18 年度の訪問看護ステーションの連携体制

図表 12 連携した訪問看護ステーションの概要

設立年月	滋賀県済生会 訪問看護ステーション サテライト草津	栗東市訪問看護 ステーション	草津市訪問看護 ステーション	なかと	守山市社会福祉協議会 訪問看護事業所	野洲病院 訪問看護ステーション	草津総合病院 訪問看護ステーション	ケアタウン南草津 訪問看護ステーション	第二ひびこ 訪問看護ステーション ちよれーと
開設主体	平成18年4月 社会福祉法人	平成16年10月 地方公共団体	平成17年5月 医療法人	平成12年3月 医療法人	平成12年4月 社会福祉法人	平成15年4月 医療法人	平成13年12月 医療法人	平成16年4月 医療法人	平成16年7月 社会福祉法人
同一法人内にある施設	病院 介護老人保健施設 特別養護老人ホーム 在宅介護支援センター	一	病院 介護老人保健施設	病院 介護老人保健施設	一	病院	病院 介護老人保健施設 在宅介護支援センター	介護老人保健施設	病院
届出営業日	月～土	月～金	月～金	月～金	月～日	月～土	月～金	月～土	月～土
営業時間	平日/8:30-17:00 土/8:30-12:30	平日/8:30-17:00	平日/8:30-17:00	平日/8:00-17:15	平日/7:00-21:00 土日/7:00-21:00	平日/8:45-17:15 土/8:45-13:00	平日/8:30-17:00	平日/8:30-17:00 土/8:30-17:00	平日/8:30-17:15 土/8:30-17:15
診療報酬・介護報酬上の加算の届出	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	24時間連絡体制加算 緊急時訪問看護加算	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算
職員数 (2006年9月)	看護師	13人	4人	4人	3人	3人	3人	3人	3人
	准看護師								
	事務職員	1人		0.25人			0.2人		
	その他	3人		4.5人	3人	3.7人	0.5人(PT)	2人	1人(PT)
	合計	17人	4人	8.75人	6.3人	6.25人	4.4人	4.7人	4.5人
	看護師	21人	7人	1人	1.8人	3人	1.6人		1.6人
	准看護師	2人							
	事務職員	2人			1人				
	その他	7人							
	合計	32人	7人	1人	2.8人	3人	1.6人		1.6人
1ヶ月の実利用者数 (2006年9月)	健康保険法等の利用者	49人	11人	5.5人	6.6人	5.3人	5.7人	3.6人	4.6人
	うち24時間連絡体制加算	55人	16人	6人	8人	14人	1人	7人	10人
	うち重症者管理加算	39人	16人	6人	8人	14人	1人	7人	9人
	うちターミナルケア療養費	11人	2人	0人	2人	4人	0人	3人	7人
	介護保険法の利用者	2人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人
	うち緊急時訪問看護加算	175人	104人	57人	87人	34人	66人	71人	28人
	うち重症者管理加算	82人	20人	6人	34人	20人	32人	21人	9人
	うちターミナルケア療養費	36人	10人	4人	14人	10人	22人	10人	3人
	健康保険法等	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	合計	421回	113回	56回	67回	146回	2回	31回	35回
1ヶ月間の夜間・早期訪問した実利用者数(2006年9月)	844回	260回	307回	442回	115回	280回	373回	189回	75回
1ヶ月間の夜間・早期訪問した実利用者数(2006年9月)	7人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
1ヶ月間の夜間・早期訪問した実利用者数(2006年9月)	6人	0人	0人	0人	0人	1人	1人	0人	2人
健康保険法等	164回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0人
介護保険法	87回	0回	0回	0回	0回	2回	1回	0回	5回

「訪問看護ステーション あいむ」については、2007年2月28日でステーション閉鎖のため情報なし。(2006年9月現在)

2) 夜間・早朝訪問看護の提供体制構築の経過(図表 13、14)

(1) 訪問看護ステーションの連携を拡大するまでの経緯

平成 17 年度は、3 か所の S T が連携して夜間・早朝の訪問看護を提供した。この結果、S T の連携によって、より効率的に夜間・早朝の訪問看護が提供できることが明らかとなった。

これは一部の S T の試みであったが、平成 18 年度は、地域の住民がどの S T を利用していても、必要な時に夜間・早朝の訪問看護サービスを受けることができるようにするため、地域のすべての S T (13 か所) による連携体制の構築を目指した。

(2) 24 時間ケアシステムを考えるためのワーキング委員会の立ち上げ

滋賀県済生会訪問看護ステーションを含む湖南地域には、地域内の全 S T が登録する「滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会(湖南地域)」がある。連絡協議会は、より良いサービスを提供できるよう、S T 同士の情報交換を目的としている。昨年からは、管理者が集まる会議の中で、滋賀県済生会訪問看護ステーションの統括所長は、モデル事業の経過報告を行っており、夜間・早朝の訪問看護の必要性については、以前より連携協議会の管理者同士で共有してきた。改めて、今年度は湖南地域の全 S T が連携して夜間・早朝の訪問看護体制を構築したいことを相談し、まずは滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会と研究者で地域の 24 時間ケアシステムを考えるワーキング委員会を、立ち上げることになった。

(3) 13 か所の訪問看護ステーションによる連携体制の構築

夜間・早朝の訪問看護体制の構築プロセスを以下に示す。

① ワーキング委員会で夜間・早朝の訪問看護提供体制のイメージを共有

平成 18 年 7 月に第 1 回ワーキング委員会を開催した。会議は、勤務時間外の夕方の開催にも拘らず、ほぼ全員の参加があり、関心の高さが伺えた。

当初のワーキング委員会では、「夜間・早朝の訪問看護という言葉では理解できても、具体的にどう私たちが関わるのかが分からない。」「自分の S T では夜間・早朝訪問が必要な利用者がいないため、必要性に関しては関心が薄い。」という意見も中にはあった。まずは、新たに連携する S T にモデル事業のイメージを持ってもらうために、昨年度のモデル事業の実施内容や効果について、研究者および昨年度のモデル事業実施 S T が説明を行った。

それにより、在宅での 24 時間ケア体制の必要性が共有され、「モデル事業で終わらせないよう、行政に働きかける等して体制を維持していく方法を考えたい。」等の前向きな意見が出た。

一方、「利用者の経済的な負担、S Tの経営への影響はどのようになるのか。」「夜間・早朝の訪問看護を提供するステーションに、自分のS Tの利用者が移ってしまうのではないか」等の不安も聞かれた。これらの不安に対して、研究者からは、「モデル事業では、夜間・早朝の訪問によって生じる利用者の負担額は研究費で補填するためS Tの経営には影響はない」ことを説明した。また、「夜間・早朝訪問の実施ステーションは、この体制はS T同士が協力して行うものであり、他のS Tの利用者が夜間・早朝訪問看護の提供S Tに移動することは避ける」ことを明示した。

②24時間在宅ケアシステムモデル事業推進委員会の立ち上げ

夜間・早朝訪問看護の利用者確保やシステム構築のためには、地域の関係機関に理解してもらう必要がある。ワーキング委員会とは別に、24時間ケアシステムの構築の理解者や支援者を増やすことを目的に「24時間ケアシステムモデル事業推進委員会」を立ち上げた。メンバーは、県や市の行政（保健福祉部門の部長、保健師）、医師会、社会福祉協議会会長、民生委員、介護者の会の会長、ワーキング委員会メンバー等、30名であった。推進委員会の立ち上げ会では、昨年度のモデル事業の報告を行うと共に、メンバーが各々の立場から、在宅ケアシステムへの取り組み、今後の取り組み等を出し合った。

ここでは、夜間・早朝の訪問看護の必要性やS T連携の必要性に賛同が得られ、ワーキング委員のメンバーは体制構築の志気を高めた。

③夜間・早朝訪問看護の必要者の選定

第3回ワーキング委員会では、モデル事業の開始に向けて、各ステーションから、夜間・早朝に訪問看護が必要だと考えられる利用者を挙げた。該当すると考えられる利用者が9名挙げた。全員で検討を行った結果、夜間・早朝の訪問看護の利用を本人・家族に勧奨することになったのは4名であった。この4名は全て、昨年度夜間・早朝訪問看護S Tを実施していた3か所のS Tの利用者であった。しかし、その後、今年度から加わったS Tからも、夜間・早朝訪問看護の必要者に該当する可能性がある利用者について相談があり、モデル事業開始の10月には、新たに連携したS Tの利用者2名を含む8名の利用者でスタートした。

④モデル事業期間中の情報交換や新規利用者の検討

モデル事業期間中も、月1回の頻度で会議を持ち、情報交換や新規利用者の検討を行った。利用者のケア方針を話し合う際に、S T間の理念やケア方法の違いを感じることもあったが、お互いが納得し合えるまで話し合った。

また、現在の連携体制を地域のケアシステムに位置づけるためには、夜間・早朝訪問に何らかの形で報酬を付ける必要がある。そのためには行政施策に働きかけること

が必要であるため、訪問範囲である草津市、守山市、栗東市の介護保険担当保健師および、県保健師にもワーキング委員のメンバーになって頂くことを依頼し、第6回ワーキング委員会メンバーに加わった。

⑤評価および今後の方針

モデル事業終了後の第7回ワーキング委員会では、利用者の評価について検討し、今後のことを共有した。メンバーからは、「この1年間、13ステーションで創り上げてきた連携体制をここで終わらせるのは残念である。」「小規模のステーションが利用者の夜間・早朝のニーズに対応するには、この連携体制は必要だと思う。」等の意見が出た。しかし、現行の制度ではモデル事業の連携体制で採算を取るのが難しいため、一旦連携体制を休止するところになった。今後、メンバーは、補助金等を獲得し再度取り組むよう努力すると同時に、施策への働きかけを行う意向を共有した。

図表 13 ワーキング委員会および24時間在宅ケアシステムモデル事業推進委員会の経過

時期	会議	会議の主な内容
平成 18 年 7 月	第 1 回ワーキング委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 24 時間体制の必要性の共有 ・ モデル事業イメージの共有
	24時間在宅ケアシステムモデル事業推進委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ キックオフミーティング
8 月	第 2 回ワーキング委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 連携実施方法の疑問点抽出 ・ モデル事業の対象となりうる利用者のイメージを共有
	第 3 回ワーキング委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事例検討
----- (モデル事業 開始) -----		
10 月	第 4 回ワーキング委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の状況報告 ・ モデル事業に関する困りごとの検討 ・ 新規利用者の検討
12 月	第 5 回ワーキング委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同上
平成 19 年 2 月	第 6 回ワーキング委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同上
	----- (モデル事業 終了) -----	
3 月	第 7 回ワーキング委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 評価について ・ 今後について

図表 14 ワーキング委員会メンバーの夜間・早朝の訪問看護実施体制への考え

ワーキング委員会メンバーの**委員会参加初期**の夜間・早朝の訪問看護実施体制への考え

- ・ 夜間・早朝の訪問看護という言葉では理解できても、具体的にどう私たちが関わるのかが分からない。
 - ・ 自分のS Tでは夜間・早朝訪問が必要な利用者がいないため、必要性に関しては関心が薄い。以前には、夜間に吸引が必要な人が利用されており、夜間の吸引に家族は大変疲れていたため、その時にモデル事業が実施されていたらと思う。
 - ・ 夜間・早朝の訪問看護が必要であることは、自分なりに理解している。
 - ・ 夜間の呼び出し等はなく落ち着いているため、必要性は感じていない。
 - ・ 夜中に吸引が必要な利用者がどのくらいいるのか（あまりニーズはないのではないか）。
-

ワーキング委員会メンバーの**モデル事業後**の夜間・早朝の訪問看護実施体制への考え

- ・ 最初はイメージができなかったが、他のS Tの事例を聞き、夜間・早朝の訪問看護の必要性が分かるようになった。
 - ・ 効果をモデル事業で実感し、改めて在宅生活を支援することは24時間体制で行わなければ、本当の意味での支援にはつながらないと感じている。しかし、現状を考えると自分のS Tが実施するのは難しく思える。このモデル事業が今後も継続できるようにする事が大切だと思う。
 - ・ 現在の連携体制を継続するために、同一日に1か所のS Tの訪問しか医療報酬上は認められない制限を見直して欲しい。
 - ・ 夜間・早朝の医療処置、吸引等が必要な利用者にとっては、夜間・早朝の訪問看護は介護者の負担の軽減や在宅生活の継続に効果的であり、必要だと思う。小規模ステーションでカバーできない部分を補って、夜間・早朝の訪問ができると助かる。
 - ・ 老夫婦や独居の高齢者は些細なことでも負担に感じるため、時間帯を気にせずに利用できるサービスが必要だと思う。
 - ・ 日中の勤務体制で対応できることは行う方が、ご本人やご家族にとっても望ましいと思うため、夜間・早朝の訪問が本当に必要かを見極める事が重要だと感じた。
 - ・ 夜間・早朝の訪問看護の充実のためには、訪問看護師不足の解決が不可欠。そのためには訪問単価の引き上げて欲しいと思う。
 - ・ 夜間・早朝の訪問看護体制は必要であると思うが、保険制度の適応でない利用者はどのようにすればよいのか課題である。
 - ・ 夜間の訪問看護を利用するまでは、利用者は夜間の訪問看護師が、日中と異なることに対して不安に思っていた様子だったが、数日経つと慣れて、喜ばれている様子であったため安心した。しかし、夜間・早朝訪問が必要なケースであるため、モデル事業が終了し、これからどうするか不安が大きい。
 - ・ 深夜帯の訪問ニーズより、夜間・早朝のニーズが高いため、小規模であっても、各ステーションが早出・遅出体制を整備する等し、利用者が発生した時に検討する努力はできると思っている。
-

3)連携ステーションの夜間・早朝訪問看護の提供方法

連携ステーション同士の連絡、夜間・早朝訪問看護の提供方法は、平成 17 年度に行った 3 か所の連携方法と同様であった。連携 S Tが多くなると、情報交換やスケジュール管理が大変になることが懸念された。以下、それらの対応方法や課題について述べる。

(1) 申し送りの方法を工夫する

S T間の情報交換は、平成 17 年度と同様の方法で行った。日中から夜間担当看護師への申し送り、夜間から日中担当看護師への申し送りはファックス（無記名、IDコード使用）で行い、ファックスが間に合わない場合は、電話で連絡した。さらにこれらの連絡ができなかった場合を考慮し、バイタルサインや、状態の変化等、申し送りが必要な事項は、訪問宅に記録表を設置し記載することにしていて。そのため、行き違いもなくスムーズであった。

(2) ケア内容を統一する

複数の関係者が関わっている利用者の場合、定期的にカンファレンスを持つようにしていた。そこでは、連携する 2 か所の S T以外にも、家族、地域包括支援センターの保健師、介護士等が集まり、ケア方針の確認や、困り事の検討等を行った。これにより一貫した方針の下にケア提供され、利用者は安心してサービスを受ける事ができていた。

(3) スケジュール管理

準夜帯（18：00 から 10：00 頃まで）と早朝帯（6：00～8：00）は、就寝前のケアやインスリン等により、利用者ニーズの高い時間帯であり、今回も希望が集中した。この中には、時間帯が重なったため、利用を諦めるケースもあった。これらの集中する時間帯は、1 人の看護師では対応する事が難しいため、必要に応じて 2 人以上が個別に巡回する体制が必要であろう。

4)まとめ

平成 18 年度は、夜間・早朝の訪問看護体制を同一法人以外の S Tとの連携に拡大した。最初は、新しく連携する S Tは、実現可能性や経営への影響等に不安や疑問を持っていたが、モデル事業のプロセスを経て、その効果と必要性を実感する事ができた。今後、夜間・早朝の訪問看護体制を、複数の S Tが連携して提供できるように、現在その支障となっている政策等に働きかけていきたいと考えている。

IV. 訪問看護師への調査

1. 調査目的および方法

夜間・早朝の訪問体制を構築するには、S Tの職員がその必要性を理解し、協力し合うことが重要である。

そこで、モデル事業実施前と実施後に、済生会訪問看護ステーション、サテライト草津、栗東市訪問看護ステーションに勤務する全ての訪問看護師を対象に、基本属性と夜間・早朝の訪問看護の必要性についての考え方を質問紙で調査した。なお、この対象者には新たに雇用した夜間・早朝の訪問看護師も含んでいる（実施前後共に含む）。

基本属性は、年齢、看護師歴、訪問看護師歴、現職の在職年数、勤務体制、養成機関、婚姻状態、同居子、私生活での介護状況、疲労度であった。疲労度には、蓄積疲労兆候調査票の簡略版（山崎ら，1991）を用いた。

夜間・早朝の訪問看護の必要性についての考え方は、「夜間・早朝」についてそれぞれ、「緊急訪問看護」と「計画的な訪問看護」の必要性を4段階（「そう思う」「まあそう思う」「あまりそう思わない」「そう思わない」）の選択肢で尋ねた。また、各々の必要性について、「一般的（社会的）にはどうか」、「自分の所属するS Tではどうか」を分けて尋ねた。

分析は、モデル事業開始前（以下、「実施前」とする）と開始後（以下、「実施後」とする）を比較し、検定にはt検定または χ^2 検定を用いた。

2. 結果および考察

1) 基本属性

回収率・回答率共に100%（モデル事業実施前33名、モデル事業実施後34名）であった。

実施前と実施後の看護師の基本属性は、図表15の通りである。すべての属性項目について実施前と実施後をt検定または χ^2 検定を行ったところ、有意差のある項目はなかった。

モデル事業実施前において、平均年齢は 38.5 ± 7.7 歳、看護師歴は 12.4 ± 7.7 年、訪問看護師歴は 3.0 ± 3.0 年であった。他での看護師経験を積んだ上で、現職場に在籍している者が多い傾向が見られた。常勤は12名（36.4%）、非常勤は21名（63.6%）であり、非常勤看護師の方が多かった。また、24名（72.7%）が既婚者であり、20名（60.6%）が子どもを持っていた。そのうち4歳未満の子どもがいる者は1名であった。蓄積疲労度兆候調査は 4.5 ± 4.2 （範囲0-18）であり、共働き世帯夫婦の調査（東京都立労働研究所，1994）の妻の蓄積疲労度の平均値7.60よりも低かった。

また、蓄積疲労度の平均値を実施前後で比較すると、実施後は、実施前より有意に低かった（ $p=0.05$ ）。さらに、項目ごとに比較を行ったところ、「このごろ全身がだる

い」、「疲れやすい」の項目について、実施前に比べて実施後は、有意に低くなっていた（図表 16）。

この理由として、実施前は、夜間・早朝の訪問体制構築に向けた準備のために蓄積疲労度が高まるが、事業後は体制が軌道に乗ったため低下した可能性が考えられた。