

図表 15 3か所のSTに勤務する看護師の基本属性(モデル事業実施前後)

	事前 (n=33)	事後 (n=34)
性別: 女性	33 (100.0%)	34 (100.0%)
年齢(平均±標準偏差) (最小値-最大値)	38.5 ±7.7 (28-56)	39.9 ±7.2 (27-57)
看護師歴(平均±標準偏差) (最小値-最大値)	12.4 ±6.9 (4-31)	12.1 ±6.3 (4-32)
訪問看護師歴(平均±標準偏差) (最小値-最大値)	3 ±3.0 (0-11)	3.5 ±3.3 (0-12)
現職の在職年数(平均±標準偏差) (最小値-最大値)	3 ±3.1 (0-11)	3.3 ±3.4 (0-12)
勤務体制		
常勤	12 (36.4%)	15 (44.1%)
非常勤	21 (63.6%)	19 (55.9%)
養成機関		
大学	1 (3.0%)	1 (2.9%)
短大専攻科	3 (9.1%)	3 (8.8%)
専修学校・専門学校	29 (87.9%)	30 (88.2%)
婚姻状態		
既婚	24 (72.7%)	27 (79.4%)
未婚	6 (18.2%)	5 (14.7%)
離婚	3 (9.1%)	2 (5.9%)
同居子あり (うち、4歳未満の子あり)	20 (60.6%) (1)	24 (70.6%) (4)
私生活で介護している (うち、要介護者と同居)	1 (3.0%) (1)	3 (8.8%) (1)
疲労度(範囲0-18)	4.5 ±4.2	2.94 ±3.3

図表 16 疲労度調査のモデル事業前とモデル事業後の比較

	実施前(n=33)		実施後(n=34)		p値
	n	%	n	%	
1)このごろ全身がだるい	16	48.5	4	11.8	**
2)腰が痛い	15	45.5	13	38.2	
3)目が疲れる	12	36.4	11	32.4	
4)よく肩がこる	19	57.6	17	50.0	
5)胃腸の調子がわるい	6	18.2	6	17.6	
6)しばしば目まいがする	3	9.1	3	8.8	
7)このところ頭が重い	5	15.2	2	5.9	
8)かぜをひきやすい	3	9.1	1	2.9	
9)疲れやすい	19	57.6	8	23.5	**
10)このところ寝つきがよくない	5	15.2	1	2.9	
11)根気がない	7	21.2	3	8.8	
12)自分の好きなこともやる気がしない	7	21.2	2	5.9	
13)頭がさえない	7	21.2	3	8.8	
14)イライラすることが多い	5	15.2	5	14.7	
15)ささいなことが気になる	5	15.2	5	14.7	
16)心配ごとが多い	8	24.2	7	20.6	
17)気が散ることが多い	6	18.2	5	14.7	
18)生活に、はりあいを感じない	3	9.1	4	11.8	

Fisher's exact test \*\*<0.01

%は「はい」と回答した人の割合

## 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(図表 17)

### (1) 一般的(社会的)には必要と考えるか

「夜間・早朝の緊急対応訪問看護は必要」に対して、「そう思う」「まあ思う」と回答した看護師は、実施前 30 名(90.9%)より実施後 32 名(94.1%)にわずかに増加した。

「夜間・早朝の計画的な訪問看護は必要」に対して、「そう思う」「まあ思う」と回答した看護師は、実施前 30 名(90.9%)、実施後 30 名(88.2%)であった。実施前より実施後の割合が低くなっているが、「そう思う」と回答した対象者の割合を見ると、実施前 14 名(42.4%)から、実施後 21 人(61.8%)に増えていた。

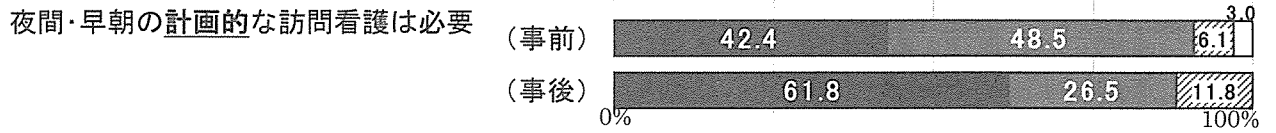
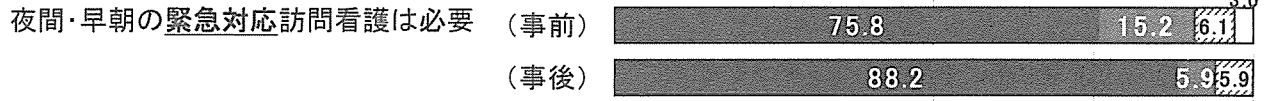
### (2) 自分の所属するステーションでは必要と考えるか

「夜間・早朝の緊急対応訪問看護は必要」に対して、「そう思う」「まあ思う」と回答した看護師は、実施前 28 名(84.8%)から、実施後 33 名(97.1%)に増加した。同様に、「夜間・早朝の計画的な訪問看護は必要」に対して、「そう思う」「まあ思う」と回答した看護師は、実施前 26 名(78.8%)から、実施後 30 名(88.2%)に増加していた。

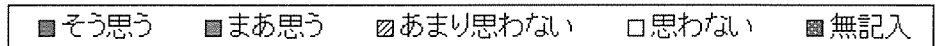
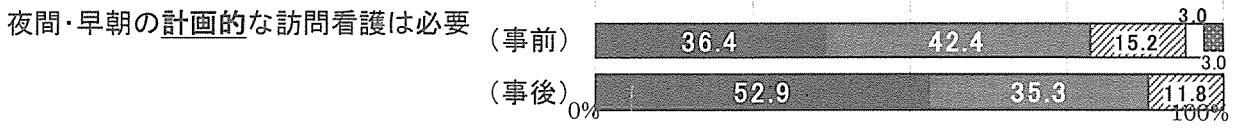
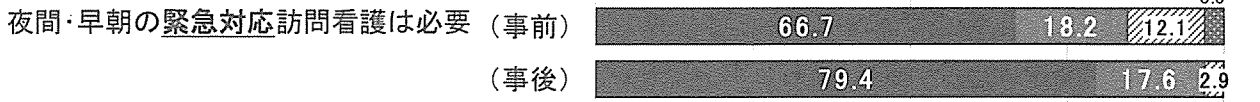
これらの結果から、看護師は夜間・早朝訪問体制の構築によって、必要者の発掘や実施効果が実体験でき、夜間・早朝訪問看護の必要性の認識が高まったと考えられた。

図表 17 訪問看護のあり方（実施前後の比較）（図表 19）

一般的（社会的）には



自分の所属するステーションでは



〔参考文献〕

- 1) 東京大学医学部保健社会学教室編，保健・医療・看護調査ハンドブック，東京大学出版会，1992.
- 2) 東京都立労働研究所，共働き世帯のライフスタイルと疲労・ストレス，1994.

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

## 1. 夜間・早朝の訪問看護を必要とする利用者の特徴

平成 17 年度は、夜間・早朝の訪問看護を必要とする要介護者の選定は、「夜間・早朝訪問看護の必要者チェックシート Ver.7」(村嶋ら,2005)による選定、および事例検討会による選定の 2 段階に分けて行なった。その上、同意が得られた 12 名をモデル事業の対象者とした。平成 18 年度は、夜間・早朝の訪問看護を必要とする者の選定は、「夜間・早朝訪問看護の必要者チェックシート ver.8」を基盤に、夜間・早朝の訪問看護を 1 年間経験した訪問看護師の判断、および事例検討会で行った。平成 17 年度、18 年度合わせて計 20 名が対象である。

平成 17 年と平成 18 年の対象者を、主なニーズの特徴によって分類したところ、以下の 6 つに分けられた。この 6 つの分類ごとに、次ページより各々の事例の詳細について説明する。(事例番号は大文字が平成 17 年度、小文字が平成 18 年度である)

- ① 寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例 (事例 A、B、C、a、b)
- ② 認知症等で、インスリンの自己注射が困難な事例 (事例 D、E、c)
- ③ ターミナル期等で、病状が不安定な事例 (事例 F、G、d、e、f)
- ④ 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 (事例 H、I、g)
- ⑤ 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 (事例 J、K、h)
- ⑥ 確実な内服が必要であるが、自己管理が困難な事例 (事例 L)

なお、モデル事業対象者の基本属性、及び介護者の状況は、図表 18、図表 19 の通りである。

利用者の年齢は  $68.9 \pm 17.5$  歳 (範囲: 26-94)、男性 11 名、女性 9 名であり、ADL は、ランク C が 10 名であり最も多かった。主疾患は、誤嚥性肺炎が 6 名と最も多く、続いて、脳血管疾患 4 名、神経難病 4 名、悪性新生物 3 名、糖尿病 3 名であった。

病状については、「病状が変動しやすい」13 名、「退院後 1 か月以内」10 名、「ターミナル」5 名であった。必要な医療処置は、吸引 11 名、経管栄養 8 名、疼痛の看護 6 名の順であり、夜間・早朝にも必要な医療処置は、吸引が 11 名と最も多く、続いて経管栄養 6 名、疼痛の看護 6 名であり、インスリン注射 4 名、眠剤・鎮痛剤の投与 4 名の順であった。全員が本人による医療処置は困難であり、介護者による医療処置が困難であるのは 6 名であった。

利用者 20 名のうち、介護者がある者は 18 名であった。介護者の介護時間は、1 日平均  $8.7 \pm 5.4$  時間 (範囲: 0.5-18.5)、年齢が 65 歳以上の者は 8 名、仕事ありの者は 6 名、健康状態が悪い者は 6 名、介護による睡眠の中断がある者は 13 名であった。

図表 18 モデル事業対象者の基本属性

		n=20			
		夜間・早朝帯の状況			
		n	%	n	%
年齢(歳) <sup>a</sup>		68.9±17.5(26-94)			
性別	男性	11	55.0		
	女性	9	45.0		
ADL	ランクJ	3	15.0		
	ランクA	1	5.0		
	ランクB	6	30.0		
	ランクC	10	50.0		
主疾患 (複数回答)	誤嚥性肺炎	6	30.0		
	脳血管疾患	4	20.0		
	神経難病	4	20.0		
	悪性新生物	3	15.0		
	糖尿病	3	15.0		
	ベーチェット病	1	5.0		
	腰痛骨折術後	1	5.0		
	統合失調症	1	5.0		
病状 (複数回答)	病状が変動しやすい	13	65.0		
	退院後1か月以内	10	50.0		
	ターミナル	5	25.0		
必要な医療処置 (複数回答)	吸引	11	55.0	11	55.0
	経管栄養	8	40.0	6	30.0
	疼痛の看護	6	30.0	6	30.0
	留置カテーテル	5	25.0	2	10.0
	インシュリン注射	4	20.0	4	20.0
	眠剤、鎮痛剤の投与	4	20.0	4	20.0
	気管切開	2	10.0	0	0.0
	褥創の処置	2	10.0	0	0.0
	レスピレータ	1	5.0	0	0.0
	医療的管理 (複数回答)	本人は医療処置が困難	20	100	
介護者は医療処置が困難		6	30.0		

<sup>a</sup>平均±標準偏差(範囲)

図表 19 モデル事業対象者における介護者の有無および介護者の状況

		n=20	
		n	%
介護者あり		18	90.0
介護時間 <sup>a</sup>		8.7±5.4時間(0.5-18.5)	
年齢が65歳以上		8	44.4
仕事あり		6	33.3
健康状態が悪い		6	33.3
介護による睡眠の中断あり		13	72.2
介護者なし		2	10.0

<sup>a</sup>平均±標準偏差(範囲)

## 寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例

- Aさん (78 歳 男性)
- Bさん (83 歳 女性)
- Cさん (93 歳 男性)
- aさん (81 歳 男性)
- bさん (83 歳 女性)

## 誤嚥性肺炎による入院を防げた A さん

### 1. 基本情報

78 歳、男性。要介護度 5。脳血管疾患による寝たきり。食事は経管栄養。開眼はするが発語はなく、呼びかけへの反応は乏しいため意思疎通は難しい。妻と娘の 3 人暮らしで、妻と娘が交代で介護している。妻は長年に渡る介護中心の生活に疲労感やストレスを強く感じているが、できる限り在宅生活を継続することを望んでいる。

### 夜間・早朝の訪問看護導入時の A さんの基本情報

性別	: 男性	世帯	: 2 世代
年齢	: 79 歳	同居家族	: 妻、子 1 人
主病名	: 脳血管疾患	主介護者	: 妻
要介護度	: 要介護 5	介護者の状況	: 高齢、 腱鞘炎、腰痛、膝関節痛あり
日常生活自立度	: C	生計	: 年金
認知症自立度	: -		

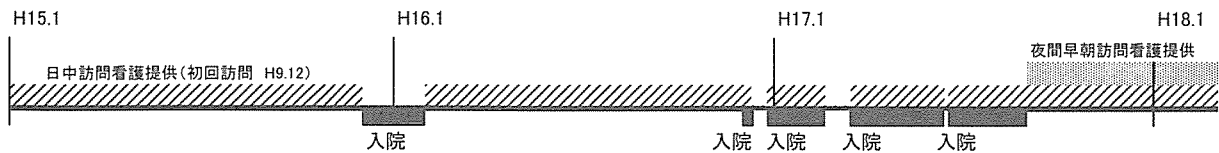
### 夜間・早朝の訪問看護導入前後のサービスの变化

夜間・早朝の訪問看護導入前	夜間・早朝の訪問看護導入後
サービス : 訪問介護 7 回/週 (1 日に複数回の利用あり) 訪問入浴 1 回/週	サービス : 訪問介護 9 回/週 (1 日に複数回の利用あり) 訪問入浴 1 回/週
訪問看護 : 日中 1 回/週	訪問看護 : 日中 2 回/週 夜間 14 回/週
訪問看護支払い保険 : 介護保険と医療保険 の併用	訪問看護支払い保険 : 介護保険と医療保険 の併用
加算等 : 重症管理加算、 24 時間訪問看護加算 特別指示書	加算等 : 重症管理加算、 24 時間訪問看護加算 特別指示書

### 2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の経過

昭和 51 年（今から 28 年前）に脳血栓を患い、昭和 58 年ごろから食事の経口摂取ができなくなり、徐々に寝たきりとなる。日中の訪問看護は、平成 9 年 12 月より状態観察による在宅療養の継続と、妻の介護負担の軽減を目的に利用していた。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 4 回繰り返した。その間、在宅で生活した期間は 1 ヶ月にも満たない。平成 17 年 8 月 27 日の退院後、夜間・早朝の訪問看護を開始した。



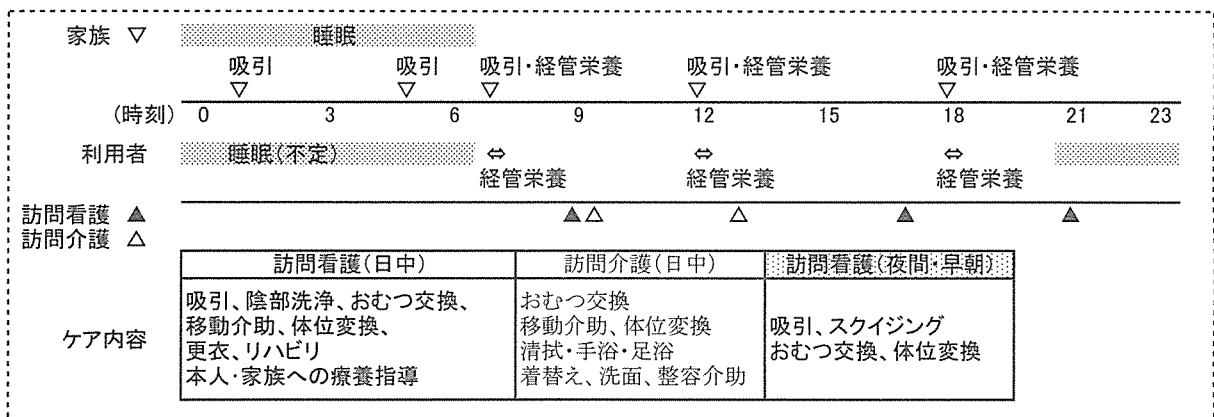


図表 A-1 Aさんの経過図

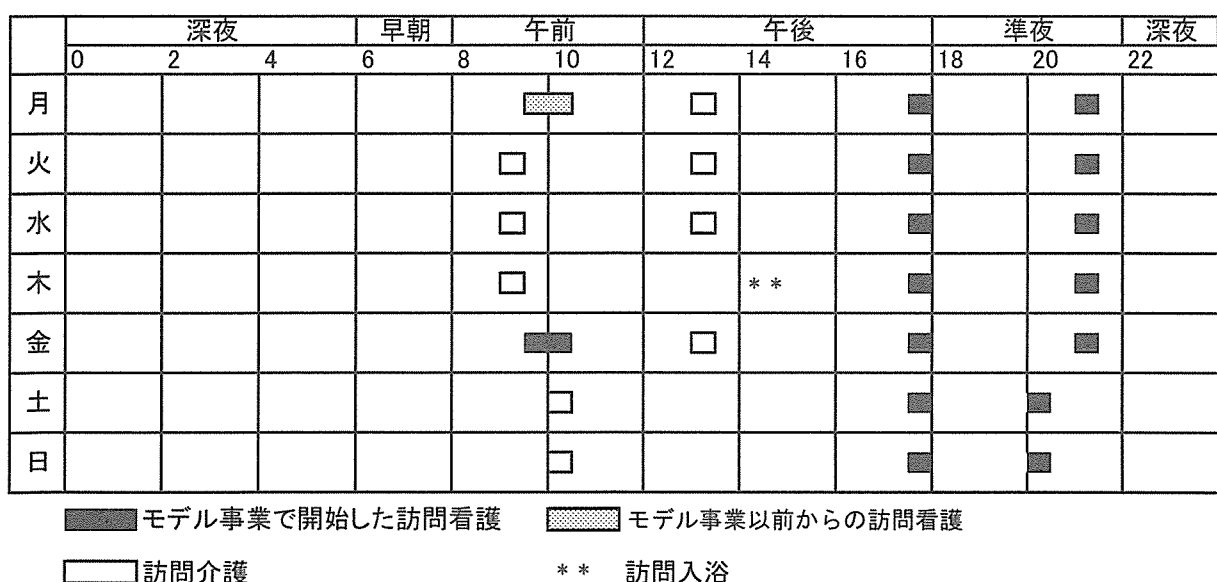
3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性、提供目的および提供時間帯

この1年で3回の入院を繰り返しており、ほとんど在宅で生活できていない状況である。そこで、誤嚥性肺炎の予防と、夜間の吸引による妻の介護負担の軽減をはかり、①看護師が就寝前にスクイージングと吸引を行うことで、夜間の吸引必要回数の減少、および誤嚥性肺炎の再発を予防すること、②夜間の吸引を代替し、妻の介護負担を軽減することを目標に訪問看護を提供した。

- ・ 夜間・早朝訪問看護利用時間帯：17時30分～18時、21時～21時30分
- ・ 評価指標：入院の有無、誤嚥性肺炎の有無、発熱の回数、家族の介護負担感



図表 A-2 Aさんの1日の生活およびケア内容 (モデル事業開始時)



図表 A-3 Aさんの週間ケアプラン (モデル事業開始時)

#### 4. 夜間・早朝の訪問看護導入後の経過

夜間・早朝の訪問看護導入前の平成16年12月から平成17年8月までの9か月間に、誤嚥性肺炎による入退院を3回繰り返していたが、夜間・早朝の訪問看護提供期間中の7ヶ月間は、誤嚥性肺炎を起こすこともなく、一度も入院しなかった（図表A-1）。

夜間・早朝の訪問看護を提供する前と後では、発熱時の対処の仕方に大きな違いがあった。夜間・早朝の訪問看護導入前は、38.0℃以上の発熱があった場合には、訪問看護師が緊急訪問することが多く、開業医に相談すると、直ちに救急搬送し入院に至っていた（図表A-4，A-5）。

一方、夜間・早朝の訪問看護導入後には、38℃以上の発熱があった際にも、主治医の往診や看護師による解熱剤投与、クーリングによって緊急入院までには至らずに、在宅生活を継続できた（図表A-6，A-7）。

#### 5. 夜間・早朝の訪問看護提供の評価

##### <家族による評価>

ヒアリング対象者：妻

夜の吸引を1回でも代わってもらえることは大変助かっている。就寝前のスクイーピングにより、夜間の吸引間隔が開き、楽になったのも利用してよかったと思う。一方で、入院せずに在宅療養を継続できることは有難いと思うが、介護に拘束される時間も長いと疲れを感じている。

##### <研究者による評価>

夜間・早朝の訪問看護導入後は、発熱時も入院までには至らず在宅での生活が継続できたが、その理由として、①訪問看護師が、毎日夜間訪問することで、解熱剤を投与した後の経過観察が可能になったこと、②主治医も直ぐに入院させずに様子を見るようになったこと、③家族も安心して様子を見るできるようになったことが考えられた。また、発熱しても38.2℃までで押さえられており、それ以上の高熱には至っていないことは、毎日の訪問看護師によるスクイーピングの効果と考えられた。

夜間の訪問により在宅療養生活が継続できるようになったことは、家族も希望しており、良かったこととして評価できる。逆に、在宅介護が継続することで、入院に比べて家族の介護負担は増す。それを考慮したケアプランの変更が必要な場合もあると考えられる。

#### 6. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

モデル事業終了後は、21時の訪問は、家族で介護できそうという理由により、一旦終了し、17時のみの訪問に減らした。しかし、実際家族だけで介護してみると、負担が大きいという理由から、2か月後には21時の訪問を有料で再開することにな

った。

## 7. 平成 18 年度の経過について

平成 18 年度についても、A さんは夜間・早朝の訪問看護を継続的に使用している。平成 18 年 7 月下旬より 38℃ を超える発熱が見られたが、主治医の指示により抗生物質、解熱剤の投与により自宅で様子をみていた。平成 18 年 8 月 18 日に家族からの要請により訪問看護師が緊急訪問し、訪問看護師の判断により救急搬送され、同日から同年 9 月 9 日まで入院した。退院後はまた自宅療養を開始し、継続中である。介護者は時折、体調を崩すことがあるが、介護疲労はないとのこと。

### <家族による評価>

ヒアリング対象者：妻（ヒアリング日時：平成 19 年 2 月 28 日）

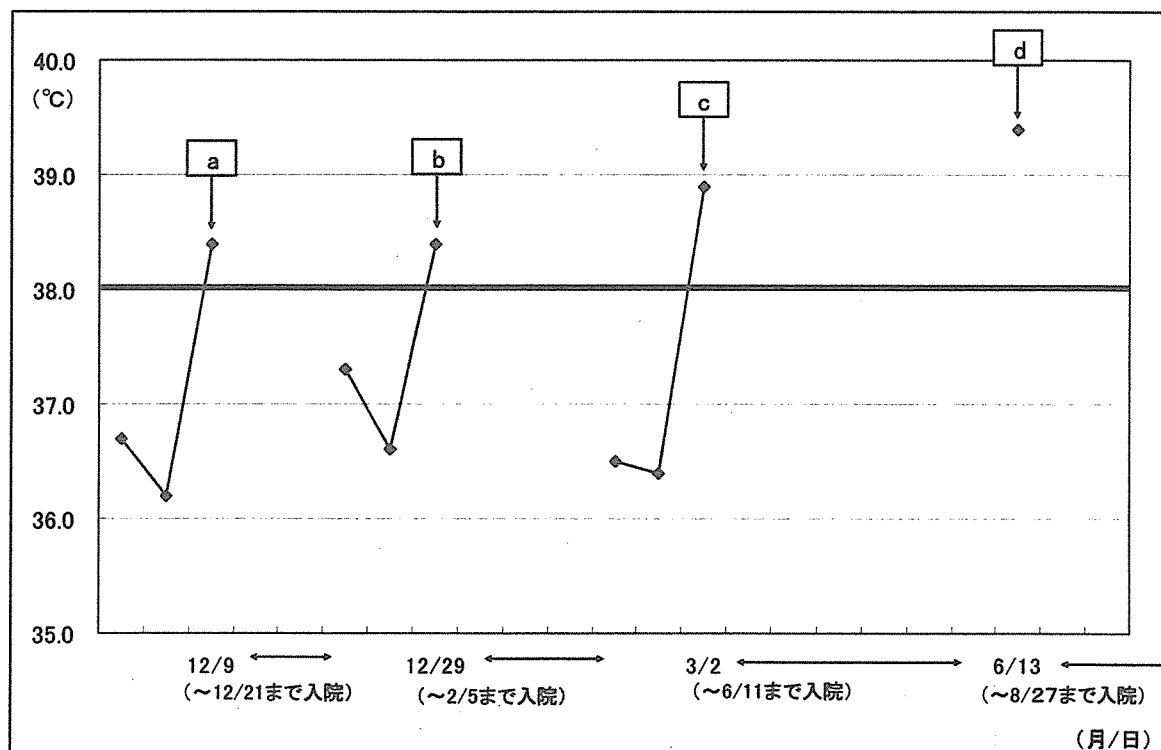
今は、だいぶ楽。娘が夜 1 回オムツ変えているが、0 時～5 時の 5 時間くらい眠れている。

### <研究者による評価>

平成 18 年度は 3 週間ほどの入院が 1 回あったが、在宅療養生活を継続できている。介護者にとっては付き切りの介護が長期間続いていることになるが、介護疲労は蓄積していない様子である。在宅療養が継続できていること、介護疲労の軽減が夜間・早朝の訪問看護の効果と言える。

## 8. 今後の夜間・早朝の訪問看護の利用について

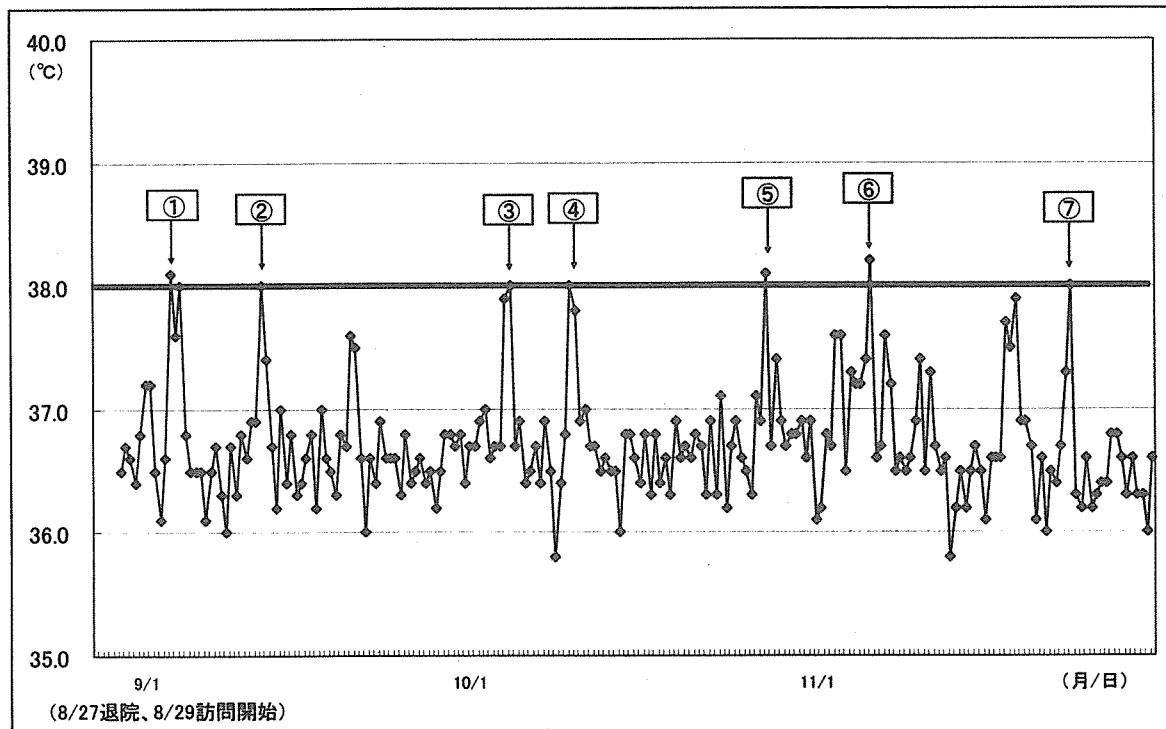
今後も有料であっても、夜間・早朝の訪問看護を継続して利用していくということ。



図表 A-4 夜間訪問開始前：平成 16 年 12 月 1 日～平成 17 年 6 月 30 日（7 ヶ月間）  
A さんの訪問時の体温（週 1 回の日中訪問に測定）

	月/日	体温(°C)	対応
a	12/9	38.4	緊急訪問、主治医と相談し、救急車で入院
b	12/29	38.4	主治医と相談し、入院
c	3/2	38.9	緊急訪問、主治医と相談し、救急車で入院
d	6/13	39.4	主治医と相談し、入院

図表 A-5 発熱時の対応



図表 A-6 夜間訪問開始後：平成 17 年 8 月 29 日～平成 17 年 11 月 30 日（3 ヶ月間）  
A さんの訪問時の体温（週 1 回の日中訪問および毎日の夜間 2 回の訪問時に測定）

	月/日	体温(°C)	対応
①	9/3	38.1	主治医連絡、往診にて解熱剤投与
②	9/11	38.0	クーリング、経過観察
③	10/4	38.0	クーリング、経過観察
④	10/10	38.0	主治医連絡、往診にて解熱剤投与
⑤	10/28	38.0	主治医連絡、往診にて解熱剤投与
⑥	11/6	38.2	主治医連絡、往診にて解熱剤投与
⑦	11/23	38.0	主治医連絡、解熱剤投与

図表 A-7 発熱時の対応

## 吸引と状態観察により介護者の負担を軽減できた事例(Bさん)

### 1. 基本情報

83歳、女性。誤嚥性肺炎を起こし、急にADLが低下した。要介護度4。息子夫婦と3人暮らしであったが、息子が退職後、アルコール依存症で入院した。そのため、経済的にも厳しく、嫁が働くことでなんとか家計をやりくりしている状況である。家族はできる限りBさんの在宅療養生活を継続させたいと思っている。

### 夜間・早朝の訪問看護導入時のBさんの基本情報

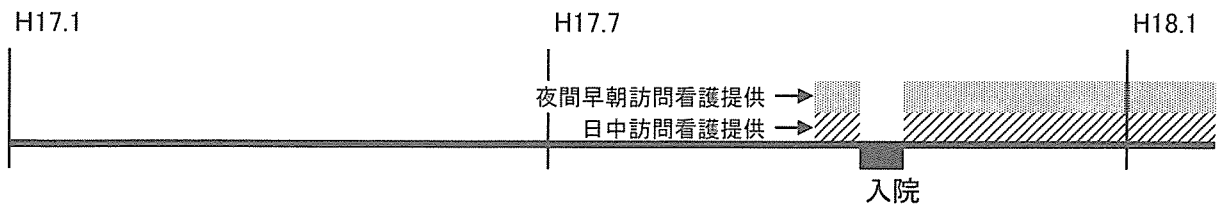
性別	: 女	世帯	: 2世代
年齢	: 83歳	同居家族	: 息子夫婦
主病名	: 誤嚥性肺炎、 高血圧、うつ病	主介護者	: 息子の嫁
要介護度	: 要介護4	介護者の状況	: 常勤(10時間)
日常生活自立度	: C	生計	: 年金
認知症自立度	: I		

### 夜間・早朝の訪問看護導入前後のサービスの變化

夜間・早朝の訪問看護導入前	夜間・早朝の訪問看護導入後
サービス : なし(近医の支援あり)	サービス : なし(近医の支援あり)
訪問看護 : なし	訪問看護 : 日中5回/週 夜間7回/週
	加算 : 緊急時訪問看護加算 退院後 特別管理加算

### 2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の経過

平成13年にうつ病と診断され、内服薬でコントロールしていた。外出はほとんどしていなかったが、生活は自立していた。平成17年8月13日に自宅で転倒し、腰椎を圧迫骨折したことを機に、徐々に下肢の筋力が低下し、ベッド上で生活するようになった。9月頃から痰が絡むようになり、誤嚥性肺炎と診断された。医師の往診を受けながら在宅生活を続けていたが意識状態の低下や褥創(仙骨部の発赤)の出現等、状態が悪化してきたため、ケアマネジャーから勧められて、平成17年10月6日より日中と夜間の訪問看護を同時に開始することになった。

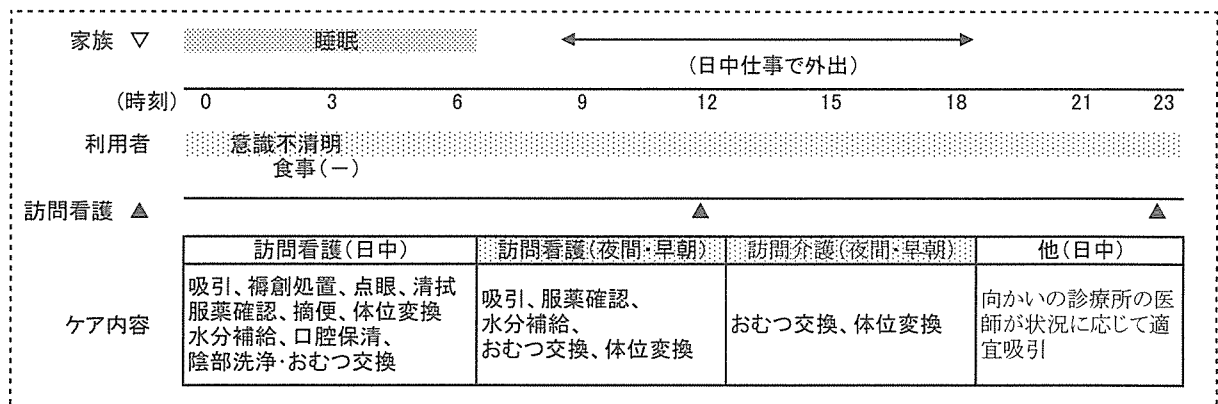


図表B-1 Bさんの経過図

### 3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

意識状態の低下により痰を自分で喀出することが難しく、吸引が必要であるが、日中、嫁は仕事に出ているため、介護する者がいない。それに、夜間に吸引することは、仕事を持つ嫁にとって負担が大きい。そこで、①看護師による観察や吸引を行うことで、誤嚥性肺炎の悪化を防ぐ、②夜間の吸引を代替し、嫁の介護負担を軽減することを目的に訪問看護を利用することになった。脱水予防や栄養状態の低下を防ぐための栄養補給や水分補給、褥創の悪化予防のための体位変換も随時行う。

- ・ 夜間・早朝訪問看護利用時間帯：22時～22時30分（毎日）
- ・ 評価指標：入院の有無、誤嚥性肺炎の改善、嫁の介護負担の軽減



図表B-2 Bさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）

	深夜			早朝	午前			午後			準夜		深夜
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	
月								■				■	
火						■	■					■	
水												■	
木								■	■			■	
金						■	■					■	
土							■	■				■	
日												■	

■ モデル事業で開始した訪問看護

図表B-3 Bさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

#### 4. 夜間・早朝の訪問看護導入後の経過

訪問看護の開始後、医師と連携してサービスを提供したところ、徐々に誤嚥性肺炎は回復し、仙骨部の褥創も悪化しないまま発赤が消失した。意識状態も、話しかけや質問に対してうなずくまで回復した。

夜間の吸引は誤嚥性肺炎を予防するために必要であるが、日中仕事をしている嫁にとっては負担であるし、技術的にも不安を持っていた。夜間の吸引を訪問看護師が代替することで、嫁の介護負担は軽減され、その上、誤嚥性肺炎の再発も防げたと考えられた。モデル事業期間中の入院は、胃ろう造設のためのものが1回のみであり、在宅生活を継続できている。

#### 5. 夜間・早朝の訪問看護の評価

##### <家族による評価>

ヒアリング対象者：嫁

過去に、嫁は夜中や朝方にBさんの状態が悪くなった経験をしたため、寝る前に訪問看護師が状態観察してくれることは、大変安心できる。

また、嫁が吸引すると痰はあまり引けないが、看護師に行ってもらおうとたくさんの量の痰が引けるところを見ると、技術の違いを感じた。訪問看護師の吸引は、嫁の負担の軽減だけでなく、Bさんのためにもよいと思った。

友人から、介護が必要なBさんを家に置いて働きに出ることを批判されることもあるが、これまで続けてきた仕事を辞めたくはないし、経済的に働かなくてはいけない事情もあるため、今後も介護サービスを利用しながら在宅で見ていきたいと思っている。特に夜間の訪問看護の利用は、有料になっても継続していきたい。



### ＜研究者による評価＞

仕事をする介護者には、夜間の吸引は負担であるため、夜間の訪問は役立っていると考えられた。

### 6. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

モデル事業期間に引き続き、23時～23時30分（毎日）を継続する。

## 夜中に吸引を行うことで介護者の負担が軽減できた事例(Cさん)

### 1. 基本情報

93歳男性、要介護度5。主病名は認知症。日常生活自立度はC2、認知症自立度はIVである。主な介護者は高齢の妻と長男の嫁である。時間帯に拘らず吸引が頻繁に必要であり、介護者の介護負担が大きい。家族は在宅で看ることを希望している。

#### 夜間・早朝の訪問看護導入時のCさんの基本情報

性別	: 男	世帯	: 4世代
年齢	: 93歳	同居家族	: 妻、長男夫婦、孫夫婦、曾孫
主病名	: 認知症、てんかん、 気管支喘息、誤嚥性肺炎	主介護者	: 妻(92歳)長男の嫁(62歳)
要介護度	: 要介護5	介護者の状況	: 妻、嫁共に介護疲れがある
日常生活自立度	: C2	生計	: 年金
認知症自立度	: IV		

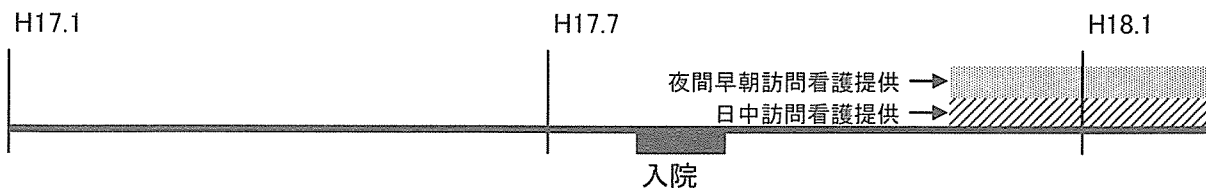
#### 夜間・早朝の訪問看護導入前後のサービスの变化

夜間・早朝の訪問看護導入前	夜間・早朝の訪問看護導入後	
サービス	: デイサービス2回/週、	
訪問看護	: 3回/週	
加算	: 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	
	サービス	: デイサービス2回/週、
	訪問看護	: 日中3回/週 夜間7回/週
	加算	: 緊急時訪問看護加算 特別管理加算

### 2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の経過

平成14年ごろから、徐々に認知症が進行し、身体機能も低下していった。平成17年5月には寝たきりになる。その後、誤嚥性肺炎による発熱を繰り返したことから、胃ろう造設を目的に同年8月1日から9月2日に入院した。退院後9月5日から日中の訪問看護が開始となった。この時点で1~2時間おきに吸引が必要であったため夜間の訪問看護の利用を勧めたが、家族で介護できそうという理由により利用に至らなかった。

しかし、夜間の吸引は、頻繁な時は15分に1回程度と、寝る間もない状況が続いた。そのため、睡眠不足による介護疲れが家族に徐々に現れた。妻は体重減少による体力低下、嫁は頭痛に悩まされるようになった。さらに、息子も、平成17年11月に胃潰瘍で吐血したことから、家族だけで介護することの限界を感じるようになった。そこで、同年11月17日から夜間の訪問看護も利用することとなった。

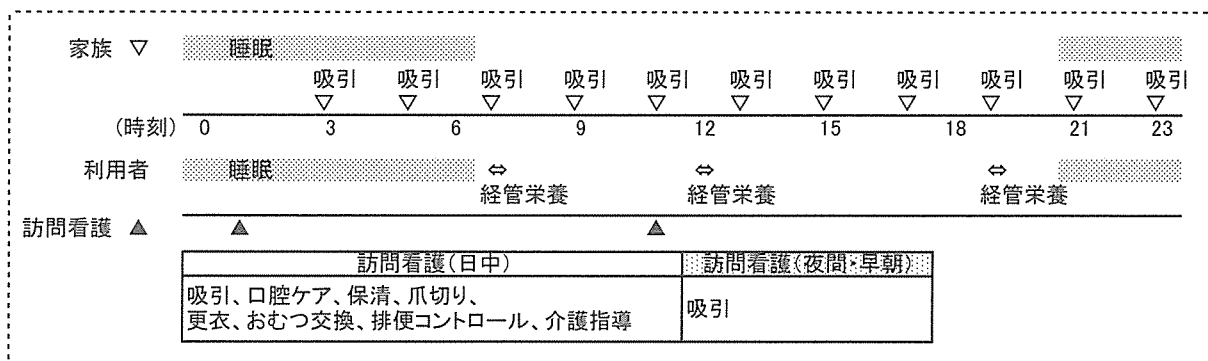


図表 C-1 Cさんの経過図

### 3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

家族の介護負担の軽減、誤嚥性肺炎の予防を目的に開始した。主なケア内容は吸引である。

- ・ 夜間・早朝訪問看護利用時間帯：1時～1時30分（毎日）
- ・ 評価指標：家族の介護負担軽減、在宅生活の継続



図表 C-2 Cさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）

	深夜			早朝	午前			午後			準夜		深夜
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	
月	■						■						
火	■					▨	▨	▨	▨	▨			
水	■						■						
木	■						■						
金	■					▨	▨	▨	▨	▨			
土	■												
日	■												

■ モデル事業で開始した訪問看護      ▨ モデル事業以前からの訪問看護  
 ▨▨▨▨▨ ディサービス

図表 C-3 Cさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

#### 4. 夜間・早朝の訪問看護導入後の経過

夜間の訪問看護を開始してから、誤嚥性肺炎は起こさずに経過しているが、元々気管支喘息があるためか吸引の回数は、1～2時間に1回必要である。以前は15分おきのこともあったが、看護師の訪問によって夜間の吸引回数が減ったことから、以前より睡眠が取れるようになった。そのため、妻や息子の体調も改善し、嫁の頭痛はなくなった。

#### 5. 夜間・早朝の訪問看護の評価

##### <家族による評価>

ヒアリング対象者：妻と息子の嫁

家族は、夜間の訪問看護を体調を崩す前に活用すべきだったと感じていた。また、訪問看護師が吸引を行うと、家族が実施した時と比べて吸引の必要回数が減ることからも、家族は夜間の訪問に対価を支払う価値を認識していた。

##### <研究者による評価>

夜間の訪問看護は、誤嚥性肺炎の再発予防、家族の介護負担の軽減に効果があったと考えられる。家族は今後も費用を払って継続して利用することを希望しており、夜間の訪問は特に家族の介護負担の軽減に効果があったと言える。

なお、この事例は、平成17年9月の退院直後に夜間の訪問を勧めた際には、利用に至らなかった。家族の体調が崩れたことを契機に利用することになったが、介護者が体調を崩す前に夜間の訪問を利用してもらうことも、在宅療養を継続させる重要なポイントであると考えられる。そのためには、夜間の訪問看護のケア内容や効果について、看護師が介護者にわかりやすく説明する工夫が必要であろう。

#### 6. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

引き続き、1時～1時30分（毎日）を継続する。