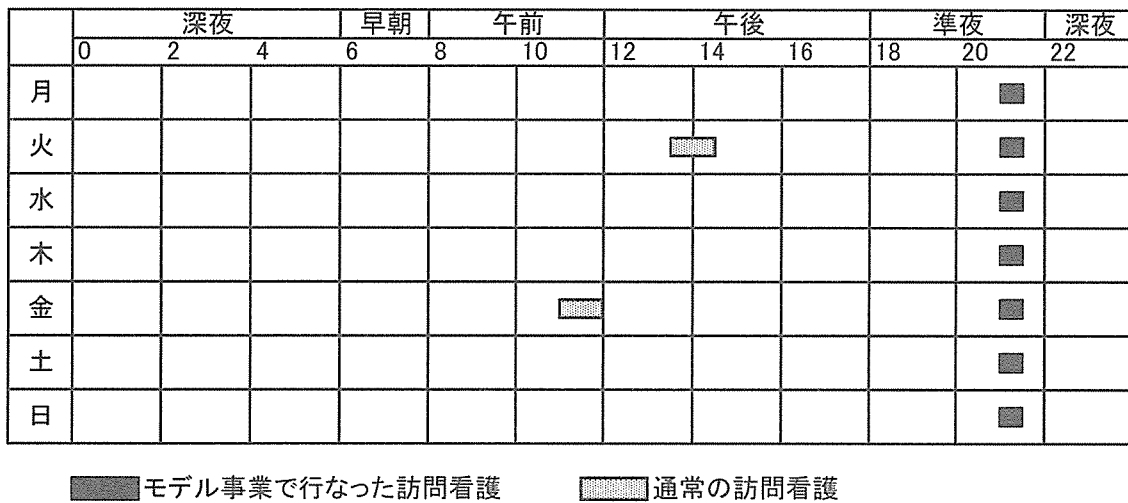


図表 f - 2 f さんの 1 日の生活およびケア内容 (モデル事業開始時)



図表 f - 3 f さんのケアプラン (モデル事業開始時)

#### 4. 夜間・早朝の訪問看護導入後の経過

退院当初、妻が困っていた吸引や経管栄養の管理の技術について、訪問看護師が入り、訪問看護師が妻に技術を教えることにより、妻は技術を習得することができた。以前、妻は f さんの施設入所や再入院を考えたこともあったが、技術を習得できたことによって安心し、自宅で f さんをみていく自信が付いた。

また、就寝前に看護師が訪問し、利用者の吸引、おむつ交換を行うことによって、介護者の負担を減らすと共に、介護者に、「看護師に看てもらったから、朝まで大丈夫だ。」という安心感を与えていた。

f さんは自宅退院時から約 1 ヶ月を自宅で過ごしたが、全身状態が徐々に悪化し、同年 11 月 15 日に自宅にて永眠した。

## 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

病院で吸引の方法については、医師・看護師から指導を受けたが、いざ自宅に帰って行なうと全く痰が取れなかった。何回やっても出来ず、途方に暮れて、4日間、玄関で訪問看護師が来るのを泣いて待っていた。訪問看護師に吸引の方法を教えてもらい出来るようになった。そして、訪問看護師が昼だけでなく、毎日夜に来てくれて、吸引やおむつ交換を寝る前にきちんとやって行ってくれるので、安心して眠れた。かかるお金は自宅でみている方が安かったが、お金の問題ではなく、最期は自宅でみてあげたかった。

今回、一番困ったことは、退院から訪問看護の導入までに4日間もあったこと。ケアマネジャーからSTへの連絡がうまく行っていなかったようだ。

### <担当看護師による評価>

この利用者にサービスを導入する際に、病院やケアマネジャーから全く情報が得られず、とまどいながら入っていった。病院から在宅への移行とはスムーズとは言い難いが、訪問看護師が入ることによって在宅療養環境をうまく整えられたと思う。

### <研究者による評価>

今回の事例では、訪問看護師が早朝・日中・夜間を通して、fさんの医療的処置のニーズを満たし、また、妻の身体的負担を軽減させ、安心感を与えたことで、fさんが自宅で最期を迎えられたと言える。これは夜間・早朝の訪問看護の効果であったと考えられる。

そして、今回浮上してきたのは、病院と地域の連携に関する問題であり、退院支援の重要性を示す事例である。

## 5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

利用者永眠にて終了。

## 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

- Hさん（68歳 女性）
- Iさん（59歳 女性）
- gさん（53歳 女性）

## 家族に対する精神的負担が軽減でき、安全・安楽に移乗できるようになったHさん

### 1. 基本情報

69 歳女性。筋萎縮性側索硬化症（ALS）で、寝たきりであり、生活動作全般に全介助を要す。コミュニケーション障害、嚥下障害はない。日常生活自立度 C。医療保険。

息子夫婦と同居しているが、共働きであるためサービスを利用しながらやりくりをしている状況である。本人は、家族に介護や経済的な負担をかけてしまうことを最も気にしている。

### 夜間・早朝の訪問看護導入時のHさんの基本情報

性別	: 女	世帯	: 3 世代
年齢	: 69 歳	同居家族	: 息子夫婦、孫 2 人
主病名	: ALS、心疾患、 高血圧、糖尿病	主介護者	: 息子
要介護度	: 要介護 4	介護者の状況	: 常勤
日常生活自立度	: C		
認知症自立度	: 自立		

### 夜間・早朝の訪問看護導入前後のサービスの变化

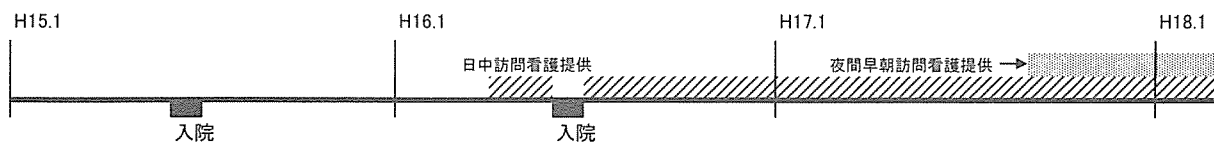
夜間・早朝の訪問看護導入前	夜間・早朝の訪問看護導入後
サービス : 訪問入浴 1 回/週	サービス : 訪問入浴 1 回/週
: 訪問リハ 1 回/週	: 訪問リハ 1 回/週
: デイサービス 2 回/週	: デイサービス 2 回/週
訪問看護 : 日中 2 回以上/日、3 回/週	訪問看護 : 日中 1 回/日、3 回/週
加算 : 難病等複数回訪問加算	: 夜間 2 回/日、4 回/週
: 24 時間連絡体制加算	加算 : 難病等複数回訪問加算
	: 24 時間連絡体制加算

### 2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の経過

平成 14 年 7 月頃から歩きにくさを感じていた。平成 15 年 6 月に精査のために入院し、9 月に ALS の診断を受けた。徐々に下肢・上肢の運動障害が進行し、平成 16 年 6 月には室内で車椅子移動できるよう住宅改修が必要となったため、1 か月間入院した。

訪問看護は、平成 17 年 1 月から病状観察、入浴介助を目的に、週 2 回の訪問から開始となった。ADL の低下に応じてサービス内容も変更され、平成 17 年 8 月からは、

訪問介護週 5 回、訪問看護 1 日 2 回、デイサービス週 2 回、訪問入浴週 1 回の利用となった。往診は 2 週間に 1 回である。



図表H-1 Hさんの経過図

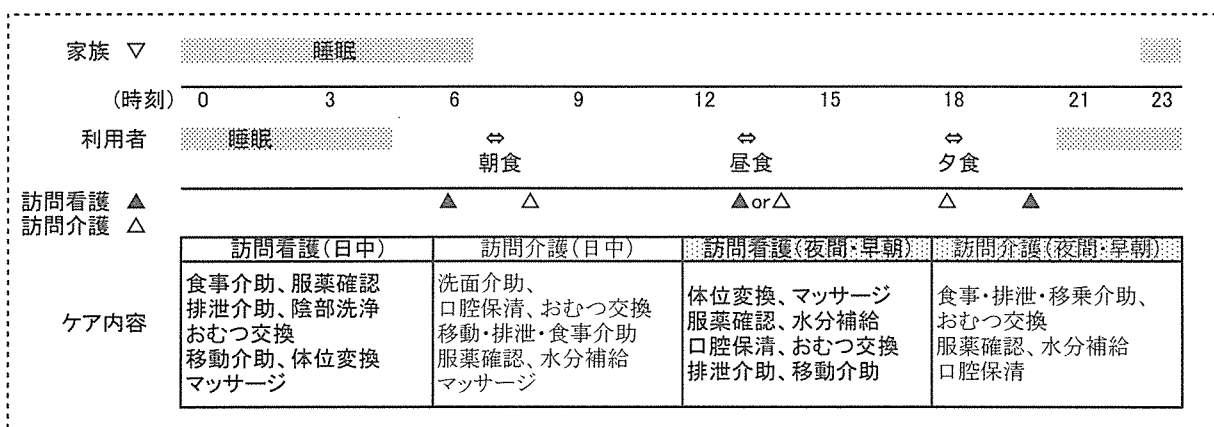
### 3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

病状の進行に伴って筋力が低下し、ベッド移乗の介助が一人では難しくなっている。息子は、力任せに移乗を行っているため腰痛を感じることもある。そのような負担を息子にかけていることに対して、本人は著しく精神的な負担を感じている。夜は、ベッド移乗の時間に合わせて息子が仕事を終わらせて帰宅しているが、たまに帰宅が遅くなると、本人は車椅子で眠ってしまうこともある。

そこで、平成 17 年 8 月 22 日より、夜間・早朝の訪問看護を導入した。その利用目的は、ベッド移乗を看護師が行うことで、①本人と息子の精神的・身体的負担を軽減する、②安全に移乗する、ことである。

朝の訪問目的は、①起床時に血圧が高いことを心配しているため、状態観察や血圧測定により精神的な安心感を与えること、②朝のベッド移乗の前に筋肉のこわばりが強い場合、筋肉のこわばりを緩和させるためのマッサージを行うことである。

- ・ 利用時間帯：20 時～21 時、6 時～6 時 30 分（月曜日～金曜日）
- ・ 評価指標：息子の介護負担軽減、本人の朝の起床時の安心感、移乗時の筋肉の痛みの軽減



図表H-2 H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				■	□			■	☆ 訪問リハ	□	■■■	
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  
 ■■■■■ 訪問介護、モデル事業で開始した訪問看護  
 □ 訪問介護      \*\*\* 訪問入浴      ---- デイサービス

図表 H-3 H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

夜間の訪問看護では、Hさんのベッド移乗を午後8時30分ごろ行った。それにより、息子の帰宅を待たずにベッドに移乗することが可能になった。Hさんの生活リズムに応じた支援が可能になったと言える。また、移乗に際しては徐々に筋力が低下しているHさんの頸部や体幹を支持しながら、安全に、かつHさんの苦痛が最小限になるよう努めた。看護師は解剖や病気の特徴を踏えた上で、ボディメカニクスを活かして移乗を行っていた。

また、早朝の訪問看護の主目的は、朝の筋肉のこわばりを緩和させるためにマッサージを行うことであった。マッサージをすることによって、車椅子への移乗時には筋肉のこわばりが緩和されているため、移乗し易いという効果が見られた。

#### 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：Hさん

夜の訪問は、息子に負担をかけずにベッドへ移ることができたため、精神的に楽になった。また、息子は力任せに移乗していたため、移乗時には筋肉の痛みが強かったが、訪問看護師の移乗はしっかりと支えてもらえるため、苦痛が少ないと喜ばれた。

### ＜研究者による評価＞

利用者は、朝は5時ごろから目が覚めてしまい、体調等を心配してしまう。Hさんは、早朝にバイタルサインや血圧を測定してもらえることで、安心して1日をスタートできるようになった。

### 5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

これまでどおり、20時～21時、6時～6時30分（月曜日～金曜日）の訪問看護を継続する。

## 2時間ごとの体位変換と吸引に夫の睡眠が中断される事例(1さん)

### 1. 基本情報

58歳、女性。筋萎縮性側索硬化症（ALS）。日常生活自立度 C、認知症はない。コミュニケーションは、眼球を動かすことでイエス、ノーを伝えられる程度。息子夫婦とは同居しているが共働きであるため、ほとんどの介護は夫が行っている。夫の介護負担を軽減するため、計画的に2か月の在宅生活と4か月の入院生活を繰り返している。

#### 夜間・早朝の訪問看護導入時の I さんの基本情報

性別	: 女	世帯	: 3 世代
年齢	: 58 歳	同居家族	: 夫、長男夫婦、孫 2 人
主病名	: ALS	主介護者	: 夫
要介護度	: 要介護 5	介護者の状況	: (仕事なし)
日常生活自立度	: C	生計	: 年金
認知症自立度	: 自立		

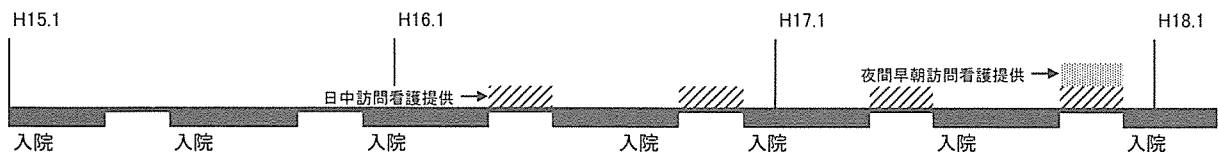
#### 夜間・早朝の訪問看護導入前後のサービスの变化

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 1 回/週	サービス	: 訪問介護 1 回/週
	: 訪問入浴 1 回/週		: 訪問入浴 1 回/週
	: 配食サービス 3 回/週		: 配食サービス 3 回/週
訪問看護	: 日中 5 回/週	訪問看護	: 日中 5 回/週
加算	: なし		: 夜間・早朝 7 回/週
		加算	: なし

### 2. 夜間・早朝の訪問看護購入前の経過

平成 9 年より字の書きにくさを感じ、その後上肢を挙げることに困難を感じるようになり、平成 10 年 4 月に ALS と診断された。同年 8 月にはトイレ、移乗などが全介助になり、平成 11 年 3 月より経管栄養を開始した。同年 4 月には気管切開、人工呼吸器を装着、平成 12 年 3 月に胃ろうを造設した。訪問看護は、主に医療処置および状態観察の目的で開始となった。看護内容は、人工呼吸器の管理、胃ろうの管理、バルンカテーテルの管理、吸引、保清、摘便、注入食介助、介護者不在時の見守り等である。



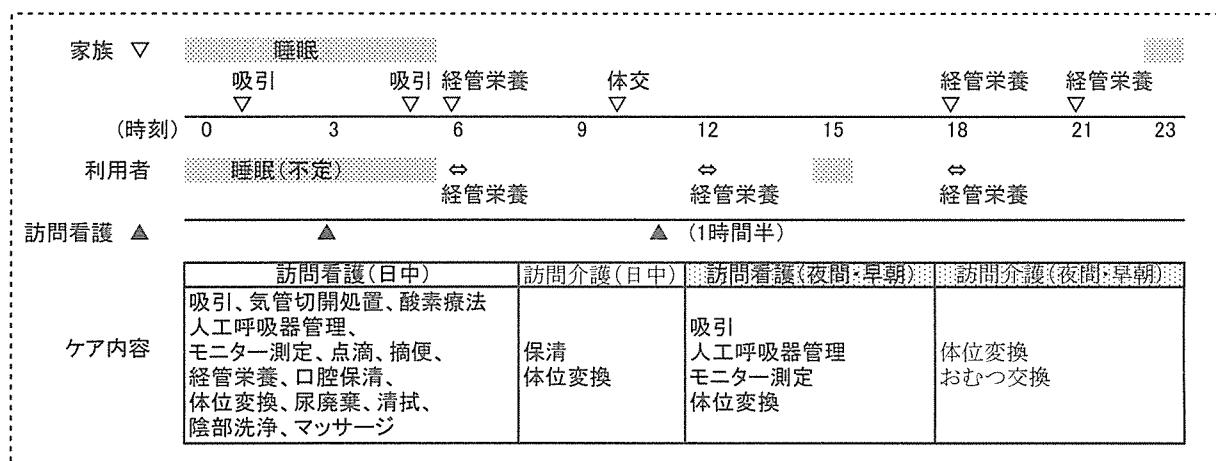


図表 I-1 Iさんの経過図

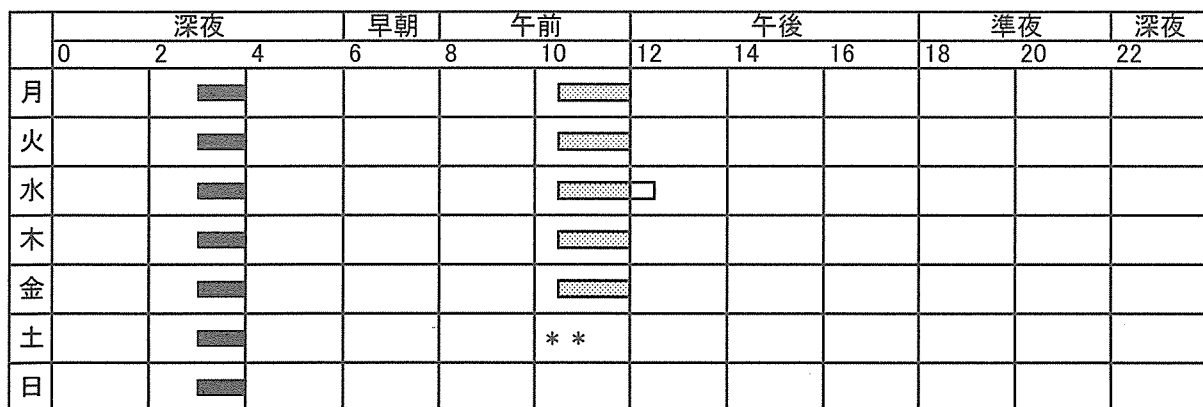
### 3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

現在、時間帯にかかわらず、吸引、体位変換が必要な状態である。そのため、同室に夫が寝て、2時間ごとに吸引と体位変換を行っている。夜はその度に睡眠が中断され、体力的に負担を感じている。そこで、少しでも夫の睡眠時間を確保できるよう、平成17年10月13日より夜中の訪問を行うことになった。

- ・ 夜間・早朝の訪問看護利用時間帯：3時～3時30分（毎日）
- ・ 評価指標：夫の介護負担軽減、夫の安心感、在宅生活の継続



図表 I-2 Iさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）



■ 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  
□ 訪問介護    \*\*\* 訪問入浴

図表 I-3 I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

これまで、2時間ごとに夫が吸引と体位変換を行っていた。午後11時に就寝すると、これまでは、午前1時、午前3時、午前5時に起きていたが、夜間の訪問看護を午前3時に利用することで、1回起きる回数を減らすことができると考えていた。しかし、夫はIさんと同室に休んでいるため、夜間の訪問で目を覚ましてしまうこともあった。

なお、夜間の訪問時に早期の発熱や留置カテーテルの尿漏れを発見したことにより、早めに対処できたこともあった。このため、予防的な効果もあったと考えられる。

#### 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：夫

夫はIさんと同室に休んでおり、訪問看護師が来ると目を覚ましてしまう時もあったため、なかなか馴染めないまま2ヶ月が過ぎてしまったというのが夫の感想であった。

##### <研究者による評価>

夫は7年にわたって同じサイクルで介護を続けてきたため、夜間の訪問に慣れるまでは時間がかかると考えられた。他にも、夜間の訪問看護師が日々異なるためか、安楽な体位を確保できる時とそうでない時があり、結局は夫が安楽な体位を整える必要性が生じていた。

このように、訪問時間帯に夫が起きてしまい、介護負担の軽減にならなかったことは、次の利用につながらないということに至った。

#### 6. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

まだ自分で介護できそうだと理由から、利用は継続されなかった。

#### 7. 平成18年度の経過について

平成18年度について、Iさんは在宅で2ヶ月過ごし、2~3ヶ月レスパイト目的で入院するという療養生活を送っている。平成17年度のモデル事業終了時、夜間・早朝の訪問看護は利用を継続せず、夜間・早朝の介護は介護者が1人で行なっていたが、介護者自身が糖尿病の悪化など、体調を崩すことが多くなり、介護者からの要請にて有料で夜間・早朝の訪問看護が再開された。平成17年度は3時~3時30分の1回の利用であったが、平成18年度は1時30分~2時と4時~4時30分の2回の利用であった。

### <家族による評価>

ヒアリング対象者：夫

夜間・早朝の訪問看護がなくても、自分1人でできると思ったが、体調が悪くなってきたため、もう一度利用させてもらった。今回は夜間に2回来てもらったが、それがよかった。今回は、訪問看護師が来ても寝ていようと、頭の切り替えができたせい、4時に目が覚めることがなかった。眠れる時間が2時間と4時間では全然違っていった。今回、夜間に訪問してれた看護師は、経験が長いのかとてもよかった。

### <研究者による評価>

本事例は、一度は夜間・早朝の訪問看護は必要ないと判断したが、体調を崩したことにより、その必要性を認識し、利用に結びついた事例である。平成17年のモデル事業終了時に、夜間・早朝の訪問看護が必要ないと判断された理由として、それが介護負担の軽減にならなかったことが考えられたが、介護負担の軽減にならなかった原因として、訪問時間帯に介護者が起きてしまったことの他に、訪問回数が少なかったことも考えられる。そして、訪問時間帯に介護者が起きてしまうことについては、夜間・早朝に訪問されることに介護者が慣れること、夜間に訪問する看護師との信頼関係によって解決する可能性が示唆された。

今後の課題として、夜間・早朝の訪問看護が必要な利用者・介護者に対して、介護者が体調を崩す前に、夜間・早朝の訪問看護の必要性を理解してもらい、利用してもらうことためには、どうすればよいのかということが考えられる。

## 8. 夜間・早朝の訪問看護の今後の利用について

計画的に自宅療養とレスパイト入院を繰り返しているが、介護者は自宅療養中については夜間・早朝の訪問看護を利用していく考えである。

## 夜間の排泄介助を行うことで介護者のストレスを軽減できた事例（gさん）

### 1. 基本情報

53歳、女性。主病名は多発性硬化症で、両大腿骨骨頭壊死あり。現在、日常生活自立度 C ランク。夫は、gさんの介護のため退職したが、介護負担感が強く、ストレスも大きいため、日中はなるべく介護したくないと介護にあまり積極的ではなかった。そして、gさんにも主たる介護者である夫に対し遠慮があった。そのため、gさんへの直接的なケアは、主に訪問看護、訪問介護が行なっていた。

gさんの介護上の問題は、体位変換が必要であること、移動の介助が必要であること、身体機能維持のためのリハビリが必要であること、膀胱直腸障害があり排泄介助が必要であることであった。

### 夜間・早朝の訪問看護導入時のgさんの基本情報

性別	: 女	世帯	: 1世代
年齢	: 53歳	同居家族	: 夫、長男、次男
主病名	: 多発性硬化症	主介護者	: 夫
日常生活自立度	: C	介護者の状況	: 介護のために退職
認知症	: 自立		: 介護行為にあまり積極的ではない。
自立支援法	: 区分6	生計	: 貯蓄

### 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

サービス : 訪問介護 5回/週  
          : 訪問入浴 1回/週  
訪問看護 : 日中 18回/週  
訪問看護支払い保険 : 医療保険  
                          自立支援法  
加算 : 24時間連絡体制加算

#### 夜間・早朝の訪問看護導入後

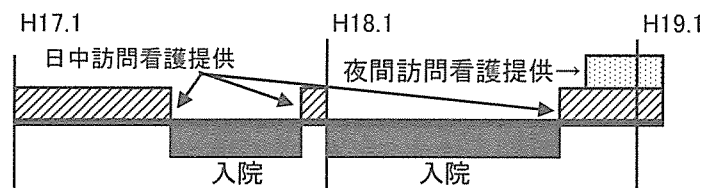
サービス : 訪問介護 5回/週  
          : 訪問入浴 1回/週  
          : 訪問リハビリ 1回/週  
訪問看護 : 日中 18回/週  
          : 夜間・早朝 7回/週  
訪問看護支払い保険 : 医療保険  
                          自立支援法  
加算 : 24時間連絡体制加算

### 2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の経過

平成12年に多発性硬化症を発症した。以後、ステロイドパルス療法、免疫吸着療法といった治療を行なうが、寛解・再発を繰り返し、入退院を繰り返した。そして、平成16年頃から嚥下困難、座位困難が出現し、同年10月から自宅療養時には、移

動の介助、定期的な体位変換、身体機能維持のためリハビリを行なうという目的で日中の訪問看護が導入された。

その後、gさんは膀胱直腸障害となり、腹部を圧迫する用手的排尿介助、摘便、排便状況をアセスメントした上での緩下剤（ラキソベロン®）の投与が必要となった。そのため、それらも日中の訪問看護が行なっていた。しかし、排便が必ず看護師の訪問中にあるとは限らず、看護師が不在の時は夫が排便介助を行なっており、そのことが排便介助を行ないたくない夫の介護負担感となり、夫に遠慮があるgさんのストレスとなっていた。



図表 g - 1 gさんの経過図

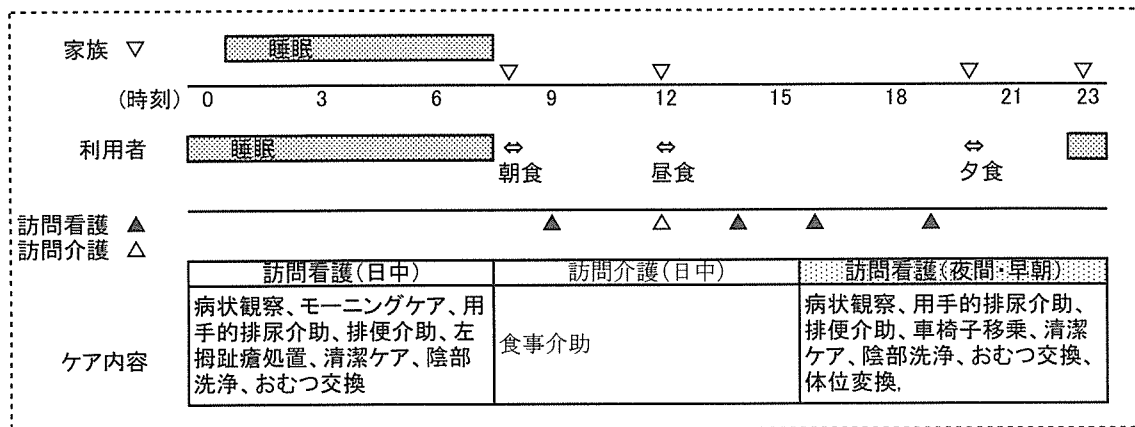
### 3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

gさんは、夫が排便介助に拒否的であったこともあり、夫にそれを行ってもらうことに抵抗があった。そのため、gさんは看護師がそばにいない時間帯に排便があることを非常に心配し、そのことがストレスとなっていた。

そのため、夕方～睡眠前に訪問看護師が訪問し、①gさんに排便をさせ、陰部洗浄・おむつ交換といったその後の処置を行なうことにより、夜間・早朝にgさんが排便することを防ぎ、夫が排便介助を行なうことをなくす、②そのことによって、gさんの精神的負担を軽減すること、③夫の介護負担を軽減することを目的とした。また、gさんは体が動かせず、定期的な体位変換を必要としていた。そのため、看護師が安楽な体位を工夫することによって、④苦痛や疼痛の軽減を図った。

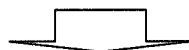
なお、本事例は、地域のSTが連携して夜間・早朝の訪問看護を行なった事例であり、日中の訪問看護と夜間・早朝の訪問看護が異なるSTから提供された。

- ・ 夜間・早朝の訪問看護利用時間帯：19時（毎日）
- ・ 評価指標：対象者の精神的負担の軽減（介護者に負担をかけることに対して）、介護負担の軽減、苦痛や疼痛の軽減

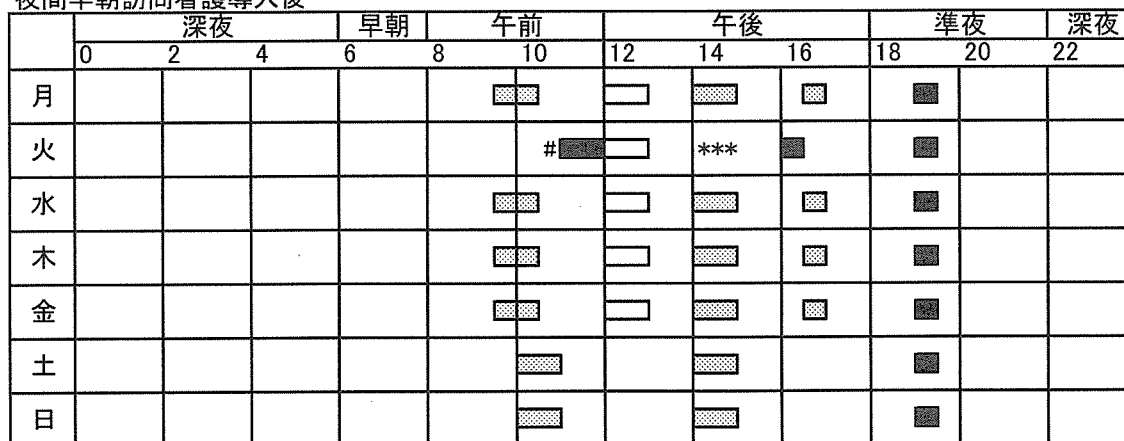


図表 g-2 gさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）

夜間早朝訪問看護導入前



夜間早朝訪問看護導入後



- モデル事業で開始した訪問看護
- 訪問介護
- # 訪問リハビリ
- (点線) モデル事業以前からの訪問看護
- \*\*\* 訪問入浴

図表 g-3 gさんのケアプラン（モデル事業開始時）

#### 4. 夜間・早朝の訪問看護導入後の経過

訪問看護師が19時に訪問し、きちんと排便介助を行なうことにより、夜間に夫に排便介助を行なってもらうことがなくなり、gさんの排便に関する精神的負担が軽減された。夫は排泄介助を大きな負担に感じていたが、寝る前と早朝の排尿介助以外に排泄介助を行なうことがなくなり、介護負担が軽減した。

また、19時に看護師が訪問することにより、夫が長く家を留守にすることが出来るようになった。このことで、ゴルフに出かけられるようになるなど、夫が介護を離れてリフレッシュする時間を持つことが出来るようになった。

#### 5. 夜間・早朝の訪問看護の評価

##### <家族の評価>

ヒアリング対象者：夫

19時に看護師が訪問して、排泄介助を行なってくれることは、助かっている。日中以外は、なかなか家を空けられなかったが、19時に訪問してもらえることでゴルフにも出かけられるようになった。しかし、朝早くに出かけなければならない時でも、日中の訪問が9時30分なので困っている。臨時で早朝の訪問が受けられるようになると良い。

##### <研究者のコメント>

当事例では、gさんとその夫の意向を聞いたうえで19時に訪問することとなったが、19時の訪問看護は夫の介護負担を軽減させること、gさんの夫に対する精神的負担を軽減させることに効果があったと言える。

#### 6. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

夜間・早朝の訪問看護が一部自己負担となっても、金銭的に続く限りは使って行きたいと介護者は考えている。

## 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

- Jさん（58歳 女性）
- Kさん（26歳 男性）
- hさん（94歳 女性）



## 安静を保った体位変換を提供することで退院が可能になったJさん

### 1. 基本情報

59歳、女性。主病名は胸椎椎間板炎である。日常生活自立度 A、認知症自立度は I。精神発達遅滞があるため、不安を感じると大声を上げることがある。主な介護者は75歳の姉、姉の長男の嫁であるが、姉は膝関節痛があり、一人では体位変換やコルセットの着脱は難しい状況である。姉の長男の嫁も子育てや仕事があるため介護に時間をかけるのは難しい。

### 夜間・早朝の訪問看護導入時のJさんの基本情報

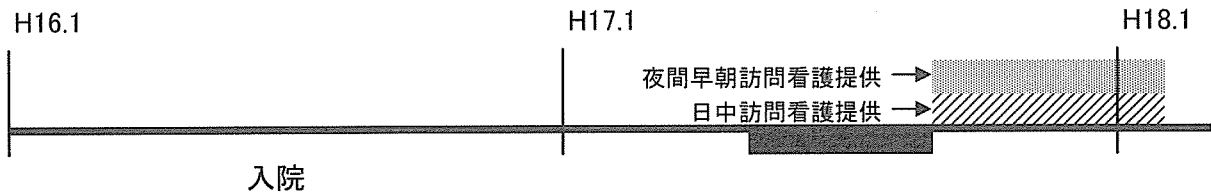
性別	: 女	世帯	: 2世代
年齢	: 59歳	同居家族	: 姉、姉の子2人
主病名	: 胸椎椎間板炎		(別棟に姉の長男夫婦あり)
要介護度	: 介護保険未申請	主介護者	: 姉
日常生活自立度	: A	介護者の状況	: 高齢、変形性膝関節症あり
認知症自立度	: I	生計	: 障害年金、姉の遺族年金

### 夜間・早朝の訪問看護導入前後のサービスの変化

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 9回/週	サービス : 訪問介護 9回/週
: 通所介護 (入浴) 1回/週	: 通所介護 (入浴) 1回/週
訪問看護 : なし	訪問看護 : 日中 3回/週
	: 夜間・早朝 14回/週
	加算 : 24時間連絡体制加算
	: 特別指示書

### 2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の経過

入院前までは訪問看護の関わりはなかった。平成17年5月に、腰痛が悪化し、救急外来受診にて、胸椎椎間板炎と診断され入院となる。その後、同年8月に退院が決まったが、入院前に日常生活が自立していた時とは全く異なり、生活全般に介助が必要な状況で退院することへの不安が大きかった。病院では看護師が行ってきた体位変換やコルセットの着脱を家族が行わなければならないことへの不安が大きかった。このため、退院調整の末、平成17年8月23日より、日中と夜間の訪問看護を同時にスタートさせることになった。

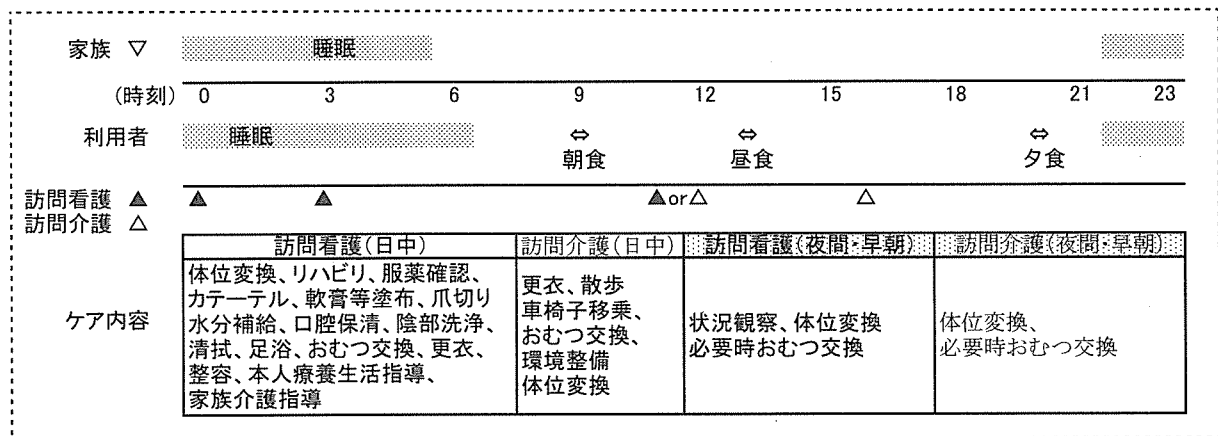


図表 J-1 Jさんの経過図

### 3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

炎症が治まるまでは日中はコルセットの装着が必要である。夜間はコルセットを外して休むが、その際の体位変換は安静度を保ちながら行う必要があるため、医療的知識のある看護師が行う必要があった。家族は体位変換を行うことに対して恐怖心があった。そこで、本人の安静度が上がりコルセットが外れ、家族が体位変換に自信が持てるようになるまで、夜間の訪問看護を利用することとなった。

- ・ 夜間・早朝の訪問看護利用時間帯：0時～0時30分、3時～3時30分（毎日）
- ・ 評価指標：家族が在宅介護に自信を持てる、在宅生活のスムーズな導入、褥創の有無、炎症が治まりコルセットを装着せずに生活できるようになる



図表 J-2 J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

□ 訪問介護

\*\* デイサービス入浴

図表 J-3 J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及び、夜間・早朝の訪問看護の評価

##### <退院時の評価>

退院の可能性を検討するサービス担当者会議では、在宅の環境整備や介護力不足が原因で退院できない現状が示された。特に、夜はコルセットを外すため、安静を保ちながら体位変換を行う必要があった。これに対しては、モデル事業で夜間の訪問看護を提供することができたため、スムーズに退院することができたと言える。

Jさんは入院前には歩行可能であったが、退院後は状態が異なるため、家族の不安は大きかった。施設入所も精神遅滞や整形外科的疾患があると難しい。その様な状況の中、訪問看護師は、病棟看護師、理学療法士からJさんのADLや生活状況を聞き、在宅で起こりうることを想定してサービス調整や在宅での環境整備を行った。介護保険適用外であり、障害者手帳がないため、サービスが限られていることも難点の一つであったが、利用できるサービスを話し合いを重ねて最大限活用することができた（車椅子やエアマット等）。

##### <在宅療養時の評価>

退院前の綿密な調整によって、スムーズに在宅生活をスタートすることができた。Jさんは、日中と夜間のケアによって安静度を保つことができたため、平成18年2月には炎症も治まり、コルセットを外すことができた。さらに、夜間の訪問は、家族の睡眠時間を確保し、介護負担を軽減できていた。その後は夜間の訪問看護を終了させ、夜間の体位変換は家族の介護負担を考慮してヘルパーに移行させた。

当初、安静度を保つ必要があった夜間の体位変換は、医療的知識のある看護師が行う必要があったため、夜間の訪問はJさんにとっては必要なサービスであり、目標も

達成できたと考える。

#### 5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

モデル事業終了の頃には安静度が緩和され、コルセットの装着が必要なくなった。その為、夜間の訪問看護は訪問介護サービスへ移行した。