

- 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<sup>2)</sup>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.

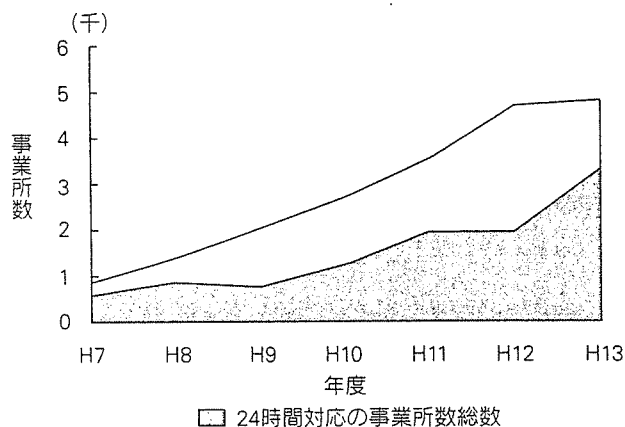


図1 24時間連絡体制加算の届出を行なっている事業所数の年次推移

朝の訪問看護を入れると、限度額を超えてしまうことが多い。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

## 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

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。	現状では未説明。	同一法人でない共働が困難。

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

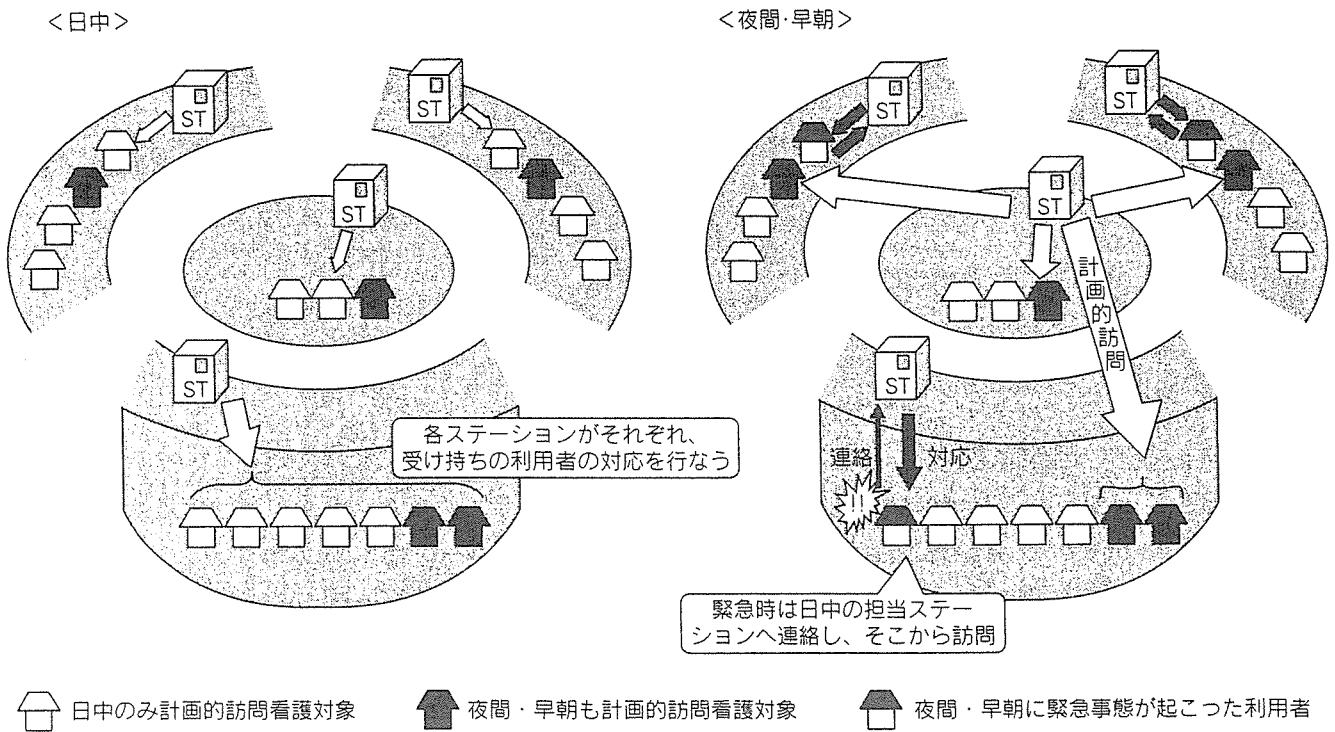
夜間・早朝の訪問看護体制が経営的に成り立つためには、費用分析の結果（看護職の雇用方法により若干の差異はあるが）、夜間・早朝に訪問看護利用者が10人程度以上は必要である。しかし、これは「普通のステーション」が単独で確保するのは困難な人数である。

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



②夜間・早朝専門ステーションタイプ

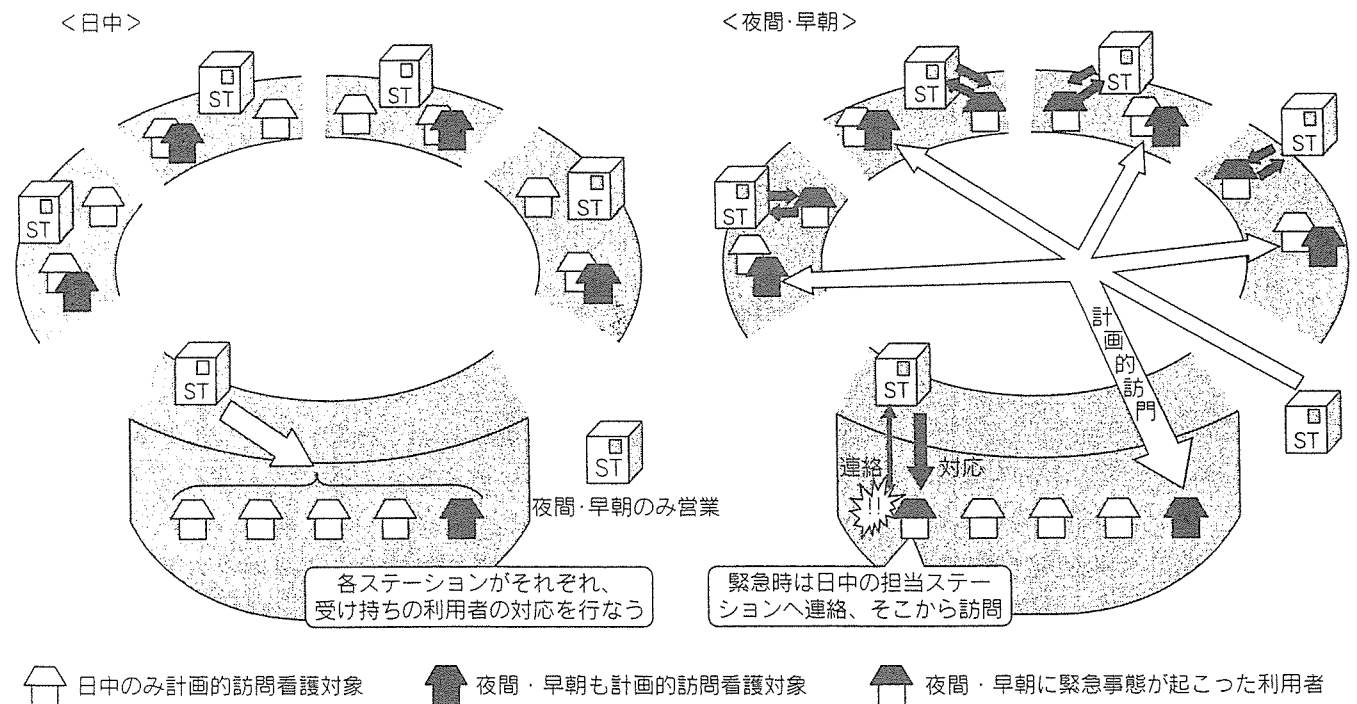


図2 夜間・早朝の訪問看護のニーズを集約し、効率的に訪問するための連携体制モデル

(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 ホランダール，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.ウォー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.アクアピクス
  - 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 (古塵) 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 (久慈) 真由美
- 宮崎 (相馬) リカ
- 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

## 計画的な夜間・早朝の訪問看護の提供効果に関する研究

村嶋幸代<sup>1</sup> 田口敦子<sup>1</sup> 九里美和子<sup>2</sup> 布施千加子<sup>2</sup> 神山芳美<sup>2</sup>  
石原仁<sup>2</sup> 南千佳子<sup>3</sup> 千代妙子<sup>4</sup> 堀井とよみ<sup>5</sup>

<sup>1</sup> 東京大学大学院医学系研究科 地域看護学教室 <sup>2</sup> 滋賀県済生会訪問看護ステーション

<sup>3</sup> 滋賀県済生会訪問看護ステーションサテライト草津 <sup>4</sup> 栗東市訪問看護ステーション

<sup>5</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

本研究では、日中だけでなく夜間・早朝にも計画的な訪問看護サービスを提供し、利用効果を明らかにすることを目的とした。その結果、夜間の吸引が必要な誤嚥性肺炎を繰り返す要介護者、インシュリン注射が必要な認知症患者、ターミナル期の患者等に効果が見られた。夜間・早朝の訪問看護は、在宅での療養生活の継続や看取りを可能にする有益なサービスの一つであることが示唆された。

### 【目的】

近年、入院日数の短縮化が進み、医療処置が必要な状態でも退院する者が増加している。特に人工呼吸器を装着している患者や痛みの強い患者では、時間帯を問わず観察や医療処置が必要である。それらに対応するためには訪問看護ステーション(ST)として新たな体制を構築する必要がある。そこで本研究は、実際に24時間、計画的な訪問看護サービスを提供し、その利用効果を明らかにすることを目的とした。特に、夜間早朝の訪問看護利用者は限られていることから、複数のSTが連合して夜間早朝の訪問看護を行った。

### 【方法】

実施STはA県の同一法人内にある3箇所のSTであった。対象者は、2005年2～7月に、「夜間・早朝訪問看護の必要者チェックシート」(村嶋ら, 2005)、および事例検討会によって選定した。2005年8月22日～2006年2月28日の間、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対象者に提供した。対象者の利用効果を明らかにするため、書面による同意を得た上で夜間・早朝の訪問看護提供開始直後と終了後に、サービス内容や対象者の状態を担当看護師が記述した。また、研究者が対象者本人や家族にヒアリングを行った。なお、本研究は東京大学大学院医学系研究科倫理審査委員会より承認を得た。

### 【結果】

#### 1) 対象者の特徴

上記期間内の対象者は11名であり、ST体制整備日からの利用者は4名、途中からの利用者は7名であった。中断者は5名であり、その理由は、死亡1名、入院4名、日中の訪問に変更1名であった。入院した4名の内、研究期間中に退院した3名は、全員夜間・早朝の訪問看護を再開した。

#### 2) 夜間・早朝の訪問看護を必要とした理由

対象者が夜間・早朝の訪問看護を必要とした理由は、以下のとおりであった。

- ・脳梗塞後遺症や老衰等から寝たきりとなり、夜間・早朝の定期的な吸引が必要(3名)
- ・インシュリンが必要だが認知症や視力障害のため自己注射ができない(2名)

・進行性の難病(ALS、パーキンソン病)の末期であり病状の把握や吸引が必要(3名)

・ターミナル期で病状の変動があるため、病状観察や対応が必要(1名)

・本人や家族には難しい専門的な医療技術(椎間板炎治療のためのコルセット装着)が必要(1名)

・精神疾患患者で確実な内服が必要であるが自己管理が難しい(1名)

#### 3) 夜間・早朝の訪問看護の利用効果

主な利用効果として以下のことが見られた。

〔事例1〕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4回繰り返していたが、夜間・早朝のサービス利用後、看護師がスクイジングと夜間の吸引を每晚実施してからは、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。

〔事例2〕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が不良であった。夜間・早朝に看護師がインシュリン注射を実施するようになり、低血糖様症状も見られなくなり、在宅生活を継続している。

〔事例3〕86歳、男性、肺癌のターミナル。主な介護者は姪と認知症の78歳の妻。本人は在宅で亡くなることを希望していた。夜間の訪問によって、急変の可能性がある本人の全身状態の観察や疼痛のコントロールを行うことにより、本人の安全安楽の確保や苦痛の軽減、精神的な安心感を与えていた。希望通り最期まで在宅で過ごされた。

### 【まとめ】

夜間・早朝の訪問看護の提供によって、誤嚥性肺炎を繰り返す要介護者(夜間の吸引が必要)、インシュリン注射が必要な認知症患者、ターミナル期の患者等に効果が見られた。

夜間・早朝の訪問看護は、在宅での療養生活の継続や看取りを可能にする有益なサービスの一つであることが示された。

## 近隣のステーションが連携した 計画的な夜間・早朝の訪問看護の提供効果に関する研究

田口敦子<sup>1</sup> 松永篤志<sup>1</sup> 九里美和子<sup>2</sup> 布施千加子<sup>2</sup>  
石原仁<sup>2</sup> 南千佳子<sup>3</sup> 千代妙子<sup>4</sup> 堀井とよみ<sup>5</sup> 村嶋幸代<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> 東京大学大学院医学系研究科 地域看護学教室 <sup>2</sup> 滋賀県済生会訪問看護ステーション  
<sup>3</sup> 滋賀県済生会訪問看護ステーションサテライト草津 <sup>4</sup> 栗東市訪問看護ステーション  
<sup>5</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

近隣の12か所のステーションが連携して夜間・早朝の訪問看護を提供するための体制構築過程と、その効果を明らかにすることを目的とした。その結果、体制構築過程を記述し、効果については、連携体制は利用者だけでなく、ステーションの利用者確保においても効果的であることが示唆された。

### [目的]

近年、入院日数の短縮化が進み、医療処置が必要な状態でも退院して地域で在宅療養をおくる者が増加している。地域においても、病院と同様に時間帯を問わず看護を必要とする者に対して、訪問看護サービスを提供できるよう、計画的な夜間・早朝訪問看護の提供体制を構築する必要がある。しかし、わが国の訪問看護ステーション（以下、STとする）は小規模であり、夜間・早朝の訪問看護利用者は限られていることから、経営を成り立たせるのが困難である。そこで、本研究では、近隣の12か所のSTが連携して夜間・早朝の訪問看護を提供することが有効であると考え、その体制構築過程と、その効果を明らかにすることを目的とした。

### [方法]

A県の4市の全ST（12か所）の管理者で構成されるST協議会に、2006年4月にモデル事業への協力を依頼した。12か所のうち、同一法人のST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。本モデル事業では、日中は各々のSTが通常通りに訪問するが、夜間・早朝は1か所のST（以下、基幹STとする）が他のSTの利用者にも訪問した。夜間・早朝訪問の対象者は、「夜間・早朝訪問看護の必要者チェックシート」（村嶋ら、2005）、および事例検討会により選定した。モデル事業期間は、2006年10月1日～2007年1月31日であった。データ収集にあたり、ST管理職に夜間・早朝の訪問看護体制を構築するために行ったことを記録してもらった。また、対象者の利用効果を明らかにするため、書面による同意を得た上で夜間・早朝の訪問看護提供開始直後と終了後に、本人または家族にヒアリングを実施した。なお、本研究は東京大学大学院医学系研究科倫理審査委員会より承認を得た。

### [結果]

連携したSTは、1か所の基幹STと他11か所であった。モデル事業実施期間内の対象者の延人数は12名であった。

### 1) 近隣STとの連携体制構築過程

昨年度より、同一法人である3か所のSTが訪問を開始していたため、その必要性や経過については、実施STから折に触れ報告されていた。そのため、協議会のメンバーは体制構築の必要性を感じていた。2006年4月に12か所のST管理者と研究者でワーキンググループを立ち上げ、定期的に話し合いの場を持った。そこでは、連携の実現可能性や、現在の医療保険制度では1日に2か所以上のSTに診療報酬が付かないこと等、制度上の弊害が共有された。それ以外に、連携方法の検討や、夜間・早朝の訪問看護必要者の選定等も行った。

### 2) 夜間・早朝の訪問看護の利用者

利用者12名のうち2事例について以下に示す。  
[事例1] 75歳、男性。主疾患は糖尿病である。これまでは認知症自立度(ランクⅡ)があるため、時折インスリンを注射し忘れることや、薬液の量を誤ることがあった。早朝の訪問看護を毎日提供することで、確実に朝のインシュリン注射を実施できるようになった。主介護者である娘からは、病状について安心できるようになったと語られた。

[事例2] 53歳、女性。主疾患は多発性硬化症である。膀胱直腸障害があるため、用手的排泄介助を主目的に夜間の訪問看護を利用している。3時間置きに排泄介助を行っていた夫の介護負担が軽減された。

### 3) 夜間・早朝訪問看護の利用者数

モデル事業期間中の利用者は5～8名であった。冬季に入り、死亡や入院が増え、11月から徐々に利用者が減少した。

### [まとめ]

本研究では、近隣の12か所のSTが連携して夜間・早朝の訪問看護を提供するための体制構築過程を記述することができた。また、STの連携体制は利用者への効果だけでなく、STの利用者確保において効果的であることが示唆された。



## 〈実践報告：連携①〉

# 同一法人内の連携モデル事業を経て、 近隣の単独型ステーションとの連携に挑戦

滋賀県済生会訪問看護ステーションでは研究者とのモデル事業として、夜間・早朝の定期的な訪問看護を、同一法人3カ所の事業所と連携して行い一定の成果を得た後、同一法人だけでなく、近隣の小規模・単独型ステーションとも連携して実施しました。“24時間365日安心できる在宅ケア”の実際を紹介します。

特集

大規模・連携でニーズに応える訪問看護

2006年4月の介護保険制度改正や診療報酬・介護報酬改定により、訪問看護ステーション（以下：ステーション）には従来の自宅への訪問看護の枠を取り払った大きな期待が寄せられました。今回の改定ポイントである「中重度者への支援強化」「医療と介護の機能分担」「連携の明確化」は訪問看護ステーションの機能の拡充であり、訪問看護に携わる者にはそれに応える責任があると考えています。

このような方向性の中で私が一番力を注ぎたいと強く思ったのは、“地域において24時間365日、中重度の方であっても安心して住み続けられる体制を構築しなくてはならない、それが訪問看護ステーションに課せられた最も大きな役割である”ということです。しかし、訪問看護の展開が1ステーションの利用者だけに限定されていると、その実現は大変限られてしまいます。

「地域全体の訪問看護ステーションと協力して

支え合える仕組みが必要」と考えていたところ、2005年2月に東京大学大学院医学系研究科地域看護学教室教授の村嶋幸代先生からモデル事業のお話をいただきました。これは平成16～18年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—」（主任研究者：村嶋幸代）というもので、私の考えが実現できるのではないかと思い、お受けすることにしました。

同年4月から準備を重ね、8月から同一法人の3カ所のステーションとの連携による夜間・早朝の計画的な訪問看護を実施しました。

さらに2006年10月からは近隣の小規模・単独型のステーション11カ所とサテライト事業所1カ所の連携による夜間・早朝の訪問看護のモデル事業に発展し、地域としてのケア体制構築が実現しました。



滋賀県済生会訪問看護ステーション  
統括所長

九里 美和子  
Kunori Miwako

滋賀県立短期大学看護学部卒業後、済生会滋賀県病院に入職。病棟婦長、看護教育に従事。その後、1994年滋賀県済生会訪問看護ステーション創設。現在3地域の訪問看護ステーションで、訪問看護・居宅介護支援・療養通所介護事業、さらに遺族ケア・子育て支援事業を先駆的に運営し、ステーションとして地域のための役割を追求中。

本稿では、その体制構築への経緯と効果、連携体制構築上のポイントを述べてみたいと思います。

## 同一法人3カ所の連携で 夜間・早朝の訪問看護をスタート

滋賀県済生会訪問看護ステーションの理念は「住民が住み慣れた地域で、しかも在宅で、安心して生活ができるよう利用者・介護者に質の高い訪問看護を提供する」です。私は以前から、夜間・早朝の計画的な訪問看護はこの理念に最も近いサービスであり、いつか開始したいと考えていました。しかし、「夜間・早朝の訪問看護の利用者数は、体制を維持できるまでに到達しないだろうから、その体制を構築しても不採算になってしまうのではないか」ということが一番心配で、踏みとどまっていた。

そこへ、村嶋先生からモデル事業のお話がありました。「地域の訪問看護をしっかりと支援し、アクションリサーチの方法で現場の人と一緒に地域のケアシステムを構築したい」という村嶋先生の熱い思いが、私の肩をポンと押してくれたのです。

2005年3月の滋賀県済生会理事会で2005年度の事業計画等の承認を得て、8月ごろから、同一法人である滋賀県済生会訪問看護ステーション、サテライト草津<sup>リッパ</sup>、栗東市訪問看護ステーションの3カ所<sup>\*1</sup>で、モデル事業を実施することになりました。

目下、ステーション同士の連携は大変実施しにくいのが現状です。診療報酬等がいろいろと

### 同一法人の複数のステーションで連携する利点 表1

- ① 1カ所のステーションの収益が偏っても、同一法人内で収支を合わせられる。
- ② 他のステーションがあるため、1ステーションの利用者の増減に速やかに人材交流できる。
- ③ 広域の利用者に統一した理念の下で、訪問看護を提供できる。
- ④ 利用者宅に近い距離からタイムリーに訪問看護ができ、利用者の満足度が向上する。

整っていないからです。このため、リスクを避けようとするれば、まずは同一法人内で連携を始めることのほうがよいと思われます。夜間・早朝の訪問看護を実施するに当たり、同一法人であることの利点は表1のとおりです。

## 同一法人の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と実施

### ●夜間・早朝の訪問看護拠点の整備

日中は各ステーションがそれぞれの利用者を訪問し、夜間・早朝の計画的な訪問看護は利用者が最も多いステーションを拠点に訪問看護を提供します<sup>30ページ</sup> (図1)。緊急時の訪問看護は、利用者の事情をよく把握している各ステーションから訪問します。

拠点となるステーションには、夜間の訪問看護に大きく空き時間があつたときに十分仮眠できるような部屋を用意しました。

### ●夜間・早朝の訪問看護師等の確保

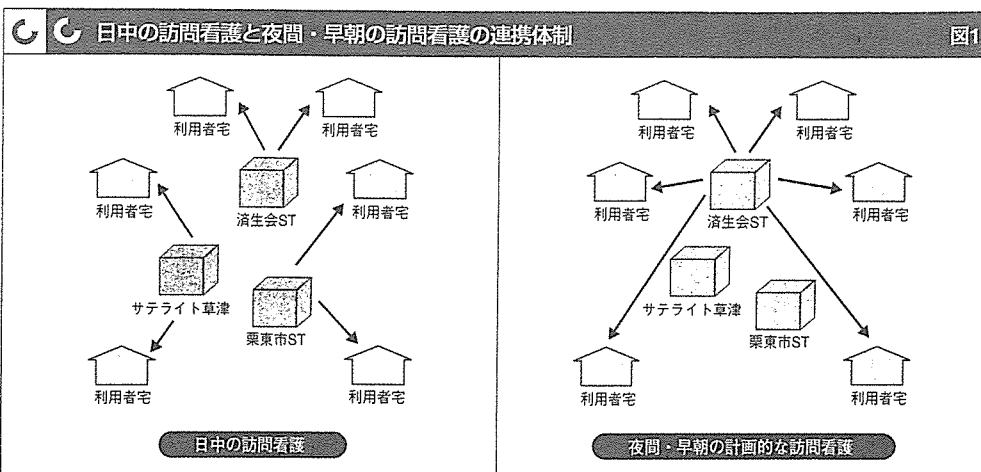
看護師不足の中、夜間・早朝の訪問看護師の確保は最も苦勞したことの1つです。勤務帯を準夜帯(17時～22時)、深夜帯(22時～翌5時)、早朝帯(5時～8時30分)に区分し、看護師の

同一法人内の連携モデル事業を経て、近隣の単独型ステーションとの連携に挑戦

\*1 「滋賀県済生会訪問看護ステーション」は栗東市(国道の西側)・守山市・野洲市、「サテライト草津」は草津市内、「栗東市訪問看護ステーション」は栗東市(国道の東側)・湖南市と、各ステーションごとに訪問地域を緩やかに定めている。3カ所のステーションの訪問エリアは半径20kmに及ぶ。それぞれの職員数と利用者数は右表のとおり(2006年9月現在)。

	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	栗東市 訪問看護ステーション
利用者数	156	67	68
訪問回数	921回/月	375回/月	373回/月
看護職員 <sup>①</sup>	17(常7・非10)	10(常4・非6)	7(常3・非4)
理学療法士	1(非)	1(常)	1(常)
作業療法士	2(常)	—	—
夜間・早朝看護職員	6(非)	—	—
常勤換算	17.97	7.06	6.12

※ケアマネジャーも含む。なお表中の「常」は常勤、「非」は非常勤を示す。



希望に沿った勤務体制が組みやすいようにしています。非常勤で採用し、給与は時給制です（準夜帯と早朝帯1800円、深夜帯2000円）。また、冬季の急な積雪や道路の凍結などが訪問看護師には大変な負担です。そこで、夜間の運転の負担や安全性も考慮し、運転手と同行する体制をとっています。運転手の時給は1000円（22時～翌5時）です。

実際には、私たちが研修会や看護学校等で講師として出席したときに夜間・早朝の計画的な訪問看護の必要性を熱っぽく話したり、ハローワークや知人を通じたり、あらゆるネットワークを活用して何とか採用している状況です。

#### ●訪問看護の質の確保

夜間・早朝の訪問看護師は、本モデル事業を機に採用したため、当ステーションの看護にまったく関与していなかったスタッフばかりです。そこで、誰が訪問しても同じケアが提供できるよう、実施マニュアルを作成しました（資料1）。また、随時研修会等も開催しています。

これらのマニュアルの作成・改定、研修の企

画も含め、夜間・早朝の訪問看護の運営全般を管理する責任者を定めることは質を保つ上で重要です。当ステーションでは夜間・早朝訪問看護管理所長を置き、その所長が担当しています。

#### ●他ステーションの日勤帯看護師との連絡方法

夜間・早朝の訪問看護用カルテは日勤帯のカルテと別に作成し、そのほか個人データ1、2、3（資料2）、夜間・早朝訪問看護タイムスケジュール、未入力記録用紙（資料3）、夜間・早朝業務日誌（資料4）、巡回訪問記録表（資料5）などを整備しました。

夜間・早朝と日中の日々の訪問看護の情報提供は毎日、それぞれの「未入力記録用紙」に記入し、朝夕、FAXや電話、時には直接会って申し送りを行います。夜間・早朝の利用者の状態についてはすべて、「夜間・早朝業務日誌」に記入します。これらの連絡方法が円滑に行われるよう、夜間・早朝訪問看護管理所長が直接指導しています。適正な夜間・早朝訪問看護を実施していくためには、夜間・早朝訪問看護管理所長の人件費の確保も重要なことです。

夜間・早朝訪問看護マニュアル

2006.11 更新

出入り・更衣について

- 各所定の位置にある鍵を使用する。
- 不在時には、消灯・電燈スイッチは所定の位置に戻す。
  - \* 滋賀県済生会訪問看護ステーション：000 の下
  - \* サテライト基準：000 の下
- 仮眠室・更衣室（ロッカー）は、済生会を利用する。仮眠は、仮眠室又は研修室（鍵は更衣室のガラス扉の引き出しにあり）にて行う。
  - \* 訪問時、研修室の鍵を必ずかける事。

申し送り方法について

- (日勤⇒夜勤)
- ※サテライト St・栗東市 St・その他 St 所属の利用者は、17：30 までに日勤者が済生会へ FAX をする。
- 日勤者：日中の訪問時の状態（記録票②）を FAX する。
    - 滋賀県済生会 St.FAX：077-000-0000
    - サテライト St.FAX：077-000-0000
    - 栗東市 St.FAX：077-000-0000
  - 夜勤者：FAX や記録を見て情報収集を行い、状態を確認する。
    - FAX にて分からない部分は、各担当者に問い合わせをする。
    - 済生会 St.TEL：077-522-0000
    - サテライト St.TEL：077-516-0000
    - 栗東市 St.TEL：077-554-0000



- (夜勤⇒日勤)
- ※8：45 までに夜勤者はサテライト St・栗東市 St へ FAX をする
- 夜勤者：夜間の訪問時の状態を未入力記録用紙に記入し、FAX をする。
  - 日勤者：FAX を見て情報収集を行い、状態を確認する。

公用車の取り扱いについて

- 夜間専用の公用車を使用する。(No.30 予備として No.29)
- 公用車の鍵は、所定の場所から取り出し、使用後は必ず元の位置に戻しておく。コピー機前の机、左上側の引き出しの中。
- 勤務終了時に、公用車記録簿に走行距離等を記入する。(黄色のマーカーを引く)
- ガソリン残量が 1/4 になったら、空きの時間に補給する。西 0000 (カードあり) 24 時間給油可能。
- 事故発生時には事故対応マニュアル(公用車記録簿に貼付)を参照し、速やかに処理を行うと同時に、布施所長に報告し指示を受ける。
- 交通規則を厳守し、事故・違反のないように注意する。

訪問中の注意

- 公用車は所定の場所に必ず止める事
- ドアの開閉は静かに！！必ず施錠すること！！
- 鍵の取は音がしないように注意する
- 車内に個人情報に関わる書類を置いたままにしない。
- 公用車の鍵、利用者宅の鍵、ファイルは、身体から離さないようにする。(玄関先や室内、車内に置かない)
- 洗面所で手洗いをする；く手洗い

- ※各家庭で購入しているウェルバスや手袋は、使用しない。
- 私語は慎み、笑い声などはたてない
  - 訪問時間を厳守すること



●夜間・早朝の訪問看護が必要な利用者の選定

村嶋先生らが作成した「夜間・早朝訪問看護の必要者チェックシート ver.8」\*2 から選定した後、ワーキング会\*3 で事例検討会を行い、必要な対象者を選定しました。利用者や家族には、パンフレット(資料6)等を用いて説明し、同意をいただきました。夜間・早朝の訪問看護が必要と選定した利用者は表2のような方です。ここでいう「医療依存度の高い利用者」とは、吸引や経管栄養などの医療処置が本人・家族にとって困難、また病状が変動しやすい、退院後1カ月以内の方たちです。主介護者が介護による睡眠の中断、健康状態が悪いなどの方も含まれます。

夜間・早朝の訪問看護が必要と選定した利用者 表2

- 寝たきりで誤嚥性肺炎のリスクが高い
- 認知症等でインスリンの自己注射が困難
- ターミナル期等で症状が不安定
- 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
- 医療依存度が高く、病院から在宅への移行に支援が必要
- 確実な内服が必要であるが、自己管理が困難
- 医療依存度が高く、介護者のレスパイトが必要

昨年度から現在まででは、腸瘻・胃瘻のある方、吸引の必要な方、人工呼吸器装着の方、インスリン注射や血糖測定の必要な方、排尿や排便等に障害のある方などに夜間・早朝の訪問看護を実施しています。

\*2 「夜間・早朝訪問看護の必要者チェックシート ver.8」は、人工呼吸器・インスリン注射等の「医学的管理」、脳血管疾患・糖尿病等の「現在・過去の疾患のうち特に注意すべき疾患」、寝たきり・ターミナル等の「現在の状態及びハイリスク状態」等のチェック項目から構成されている。夜間・早朝の訪問看護の必要性の有無に特化したアセスメント項目には、夜間・早朝のケアについては「医療処置が必要である」「健康状態の把握が必要である」など、介護者の状態については「夜間・早朝に不在の時間帯がある」「介護者の仕事への影響がある」などがある。

\*3 村嶋教授をはじめとするモデル事業の研究者・近隣のステーション所長たち・当ステーションの係長以上のメンバーによる会

同一法人内の連携モデル事業を経て、近隣の単独型ステーションとの連携に挑戦

特集

大規模・連携でニーズに応える訪問看護

●夜間・早朝訪問看護の実際 (表3)

基本的に1回30分未満で、17時から各対象者宅を訪問していきます。開始当初(2005年9月)は11名の方(表4)、2006年12月現在は7名の方に、夜間・早朝9~10回訪問しています。夜間・早朝の訪問看護が必要な利用者は、日中だけの利用者比べて医療依存度が高いため、日々の健康状態の変化は大きく、入退院や死亡等へのリスクも高いので計画的な訪問であっても日々変化が多いのが現状です。

なお、利用者の増減は突然のことであり、利用者のニーズが同一時間帯に集中することも多くあります。夜間・早朝の訪問看護の必要度・適切な時間帯・看護内容等を利用者の状況から察知し、常に状況変化にタイムリーに対応した訪問になる

よう、スケジュールを作成することも重要です。

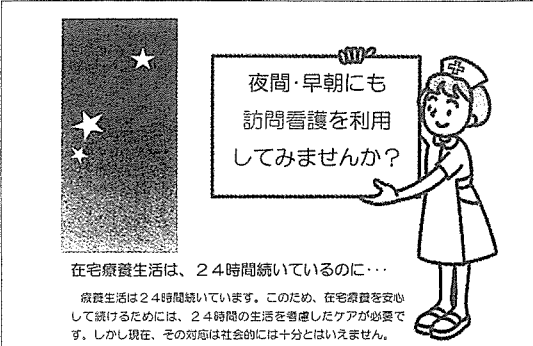
●モデル事業だけで終わらせないための努力

夜間・早朝の訪問看護が地域に根付き発展していくには、その必要性和効果を関係機関や住民に理解していただくことが重要と考え、モデル事業開始前には説明会を、終了時には報告会を開催しました。医師会や行政、関係機関や“介護者の会”の会長、民生委員、社会福祉協議会会長等に参加していただき、利用者の発掘や連携の円滑化につながっています。

夜間・早朝の訪問看護体制を構築・維持するには私自身の強い使命感が必要だと感じました。また、夜間・早朝の訪問看護を担当している所長や職員たちも同様に強い使命感を持ち合わせています。このことが継続の糧になっていると思います。







**夜間・早朝にも訪問看護をしてみませんか？**

在宅療養生活は、24時間続いているのに…

病後生活は24時間続いています。このため、在宅療養を安心して続けるためには、24時間の生活を考慮したケアが必要です。しかし現在、その対応は社会的には十分とはいえません。

滋賀県済生会訪問看護ステーションは、夜間・早朝も訪問します！

在宅療養している方やそのご家族が安心して暮らすためには、365日・24時間の生活を考慮したケアプランを作成し、必要なケアを、必要な時に、専門職が計画的に、継続して提供することが大切です。そこで、滋賀県済生会訪問看護ステーションでは、夜間・早朝にも訪問看護を提供することを考えています。

夜間・早朝の訪問看護は、どんな人に必要なの？

- ① 夜間・早朝に医療処置がある方
- ② 症状が不安定な方（過呼吸後など）
- ③ ターミナル期の方
- ④ 適切なケア提供のために、心身状態の観察や判断が必要な方（例えば、日中の観察だけでは問題の原因がわからない方）
- ⑤ ご家族の介護負担が大きい方

上記のような方で、夜間・早朝の訪問看護のご希望があれば、訪問看護師とケアマネジャーが相談の上、夜間・早朝の訪問看護を提供することになります。

夜間・早朝の訪問看護は、どんな効果があるの？

一例として、夜間・早朝の訪問看護を利用することで、以下のような効果が見られています。

- ・ 原因不明だった褥瘡の便汚染を、夜間の観察と判断によって解決した例
- ・ ストーマ（人工肛門）をもつ認知症（痴呆）の方、夜間訪問→観察と判断によってパウチの変更 → 褥瘡の便汚染がなくなった
- ・ 夕飯時の誤嚥を夜間の巡回訪問看護で見出した例
- ・ 家族が「きょうはとてむせた」と言ったことにより、嚥診をして発見。その後、吸引と排痰ケアにて対応し、主治医に連絡、誤嚥に早期対応できました。
- ・ 利尿剤を服用している人の夜間尿量の多さを発見した例
- ・ 主治医に連絡し、利尿剤の服用時間を変更→夜間のおむつ交換が不要に。
- ・ 介護者が実施していた夜間の吸引を看護師が行うことによって、介護者が睡眠を確保でき、社会生活が広がった例

他にも以下のような効果が考えられます。


- ・ 夕食の準備等で忙しい時間に起こる様々な症状に、訪問看護師が対応することで介護者が家事に専念でき、他の家族も満足して過ごせる。
- ・ 朝夕に必要な処置（例えばインシュリン注射など）を安全に行えらることで安心。
- ・ 専門的に観察してもらえたり、夜間・早朝でも敬遠に反応してもらえて安心。

費用はどうなるの？

研究事業により、3ヶ月間は個人負担分が無料で利用できます。その後利用のご希望があれば、医療保険、もしくは介護保険を使って継続することができます。

ご希望の方・お問い合わせは、**滋賀県済生会訪問看護ステーション** まで、お気軽にどうぞ！

電話： 〇〇—〇〇—〇〇〇〇  
FAX： 〇〇—〇〇—〇〇〇〇



同一法人内の連携モデル事業を経て、近隣の単独型ステーションとの連携に挑戦

ンより多くの利用者を抱えており、リーダーシップをとることは当然の責任と考えています。そこで今年度は、近隣のステーションと連携して夜間・早朝の訪問看護を提供することに挑むことにしました。

今回の連携範囲は、訪問看護ステーション連絡協議会\*4（以下：連絡協議会）の支部を基盤に考えました。その数は滋賀県済生会も含めて12カ所です。2006年9月における滋賀県済生会以外の近隣ステーション9カ所の平均常勤看護師数は3.7人、非常勤は2.4人（平均利用者延べ数312回）です。当滋賀県済生会の3ステーションの平均常勤数は7人、非常勤は9人（平均利用

者延べ数556回）であり、近隣のステーションと比較すると規模が大きいことがわかります。

●連絡協議会で近隣ステーション同士の連携を打診

連絡協議会では従来より、“訪問看護が必要な人には、訪問看護師が責任を持って提供する”をモットーに、訪問看護の依頼があれば、1ステーションでは受けられない事態でもそのままにせず、他のステーションにつなげるなど、医療依存度の高い方にも確実に対応し、訪問看護利用率を上げようと努力してきました。

そこで、連絡協議会の定例会で、2005年度に当ステーションで夜間・早朝の訪問看護を開始

\*4 滋賀県では、県内のステーションの所長たちが日々の悩みを解決したり、国の方向性等の情報を話し合うための場として「訪問看護ステーション連絡協議会」を1994年に設立。その後、2002年ごろからは県内を6地区に分け、近隣のステーションから成る支部組織を立ち上げた。情報交換の場であるとともに、地域のステーション全体で研修を企画するなど、従来から連携を重要視してきた。



して効果があったことや、2006年4月の介護保険改正による“在宅重視の追い風”を無駄にせず、今こそ訪問看護の必要な方を地域で連携して支えようと、意見を提案しました。

#### ●実践者のほうから研究者に、モデル事業を提案

連絡協議会で提案する一方、昨年度のモデル事業の経験から、制度の規制等から同一法人内ですら連携に限界があること、また先駆的な事業を行うには研究者と実践者が協働すると最もよいシステム構築が可能になることを実感していました。そこで村嶋先生に、「今度は“近隣の小規模・単独型のステーションの連携による”夜間・早朝訪問看護に関するモデル事業を行ってもらえないか」とお願いしました。

そして昨年度に引き続き、村嶋先生らとともに、近隣の訪問看護ステーションと連携して草津市・栗東市・守山市の利用者を対象に、夜間・早朝の訪問看護のモデル事業に取り組むことになりました。

### 連携に対するステーションの戸惑い

モデル事業の準備・実施を目的に、まずは連携ステーション12カ所が集まり、ワーキング会を定期的で開催しました。これまで、連絡協議会の定例会では「夜間・早朝の訪問看護をこの地域でやろう」と話し合ってきたメンバーでしたが、いざ始めるとなると、「夜間・早朝の訪問看護を済生会に依頼したら利用者を取られてしまうのではないか」「制度的な制約があるのに始めてよいのか」等の発言があり、メンバーの不安や戸惑いを感じました。

そのため、夜間・早朝の訪問看護について、「自分のところが小規模で無理なら、他のステーションに任せるということをどう考えているか」「わからないことや不安なことは何か、それらをどう解決したらよいか」などについて話し合いを重ねました。また、昨年度のモデル事業の実績を基に、夜間・早朝の訪問看護の必要性と効果についても繰り返し説明しました。

その後、徐々に“自分のステーションが夜間・早朝に訪問できなければ、できるステーションと連携して必要なサービス提供を地域で保証しよう”というムードに変容していきました。このことは、地域を担う訪問看護ステーションが自身の役割を認識した大きな成長の結果といっても過言ではないと考えています。

### モデル事業の開始

#### ●近隣のステーションとの連携がスタート

連携ステーションによる話し合いを重ね、2006年10月からモデル事業を開始しました。11月13日現在、8名の対象者に1晩に11回の訪問看護を提供しています。そのうち、滋賀県済生会以外のステーションの利用者が2名です。

訪問実施エリアは、連携したステーションの利用者のうち、夜間・早朝に滋賀県済生会が訪問可能な地域<sup>\*5</sup>を選びました。

#### ●地域全体における訪問看護の質向上に貢献

ワーキング会では、実際の事例を通して各ステーションのアセスメントやサービスの方法、訪問看護の回数等を検討します。地域にある各ステーションの訪問看護の内容(質)に触れ、また他の所

\*5 滋賀県済生会の夜間・早朝の訪問地域は琵琶湖湖南地域であり、草津市(人口約12万人・高齢化率14%)、栗東市(人口約6万人・高齢化率12%)、守山市(人口約7万人・高齢化率15%)にわたる。

- ① 医療保険制度で同一日に複数のステーション利用が可能になること
- ② 訪問看護特別指示書について「1カ月、2週間に限る」および「急性増悪等に限る」の要件の緩和
- ③ 訪問看護管理療養費の月12日間の制限の緩和
- ④ 難病等における複数回の訪問看護回数の改善と難病等疾患の緩和
- ⑤ 訪問看護師の確保対策（診療報酬改定により病院の看護師需給が加速し確保がさらに困難になっている）



滋賀県済生会訪問看護ステーションのスタッフ

長の意見を聞くことで、わずかですが“訪問看護の質の標準化”へ歩み始めた気がします。

同一地域のステーションが、お互いにライバル意識を持ちながらも、共に社会的な使命を認識して24時間365日住民が安心して地域で住めるよう、地域ケアシステムを構築することは大切なことだと思います。住民に期待され、“地域の看護”を任せていただける訪問看護ステーションとして成長していきたいと考えています。

### 近隣の小規模・単独型のステーションの連携による夜間・早朝訪問看護の限界

介護保険制度では、必要な訪問看護回数に名目上の制限はありません。一方、医療保険制度では、1日の訪問看護は同一ステーションであることが条件になっています。夜間・早朝の訪問看護が必要な利用者の多くは、介護保険の支給限度枠を超えてしまいます。医療保険による訪問看護特別指示書を活用することが考えられますが、「急性増悪等に限る」という制限と「ひと月のうち連続した2週間に限る」という制限があり、必要な訪問看護の提供を困難にしています。

利用者へのサービスが必要なときに、必要なだけ提供できるように、複数のステーションから同一の利用者に同日の訪問であっても報酬が支払われるようにしてほしいと願っています。目下、近隣の小規模・単独型のステーションとの連携による夜間・早朝訪問看護を推し進めようと強く考えていますが、訪問看護ステーションが不採算になるという事態ではモデル事業の期間だけで断念せざるを得ません。訪問看護に関する医療保険制度の改定を切望しているところです（表5）。

\*

近隣の訪問看護ステーションが共に力を出し合っこそ、住民は在宅で24時間365日安心して生活することが可能になります。このためには医療保険の訪問回数制限枠の撤廃と看護師の人員確保、地域特性に応じた在宅医療の提供システムの構築、さらには訪問看護の位置付けを早急に示していただきたいと思います。また、ステーションの自己努力は言うに及ばず、地域を支えていくためにはステーション管理者の高い位置付けも重要であると強く考えています。

同一法人内の連携モデル事業を経て、近隣の単独型ステーションとの連携に挑戦

#### 【謝辞】

夜間・早朝の訪問看護をモデル事業として実施しようとお考えいただき、いつも私たちのスタンスに目線を置き、リーダーシップをおとりいただいた東京大学大学院の村嶋幸代教授、そしてこの夜間・早朝の訪問看護を軌道に乗せるため、私たち実践者の相談相手として一番お力添えをいただいた同大学院の田口敦子先生、また滋賀県におけるシステム構築に有効なアドバイスをいただいている滋賀県立大学の堀井とよみ教授に心から感謝をいたします。

## 研究体制

### 【主任研究者】

村嶋幸代 東京大学大学院医学系研究科

### 【研究班】

村嶋 幸代 東京大学大学院医学系研究科

川越 博美 前、聖路加看護大学

岡本 玲子 神戸大学医学部保健学科

田上 豊 三菱総合研究所

田口 敦子 東京大学大学院医学系研究科

永田 智子 東京大学大学院医学系研究科

近藤(国井) 由生子 元、東京大学大学院医学系研究科

### 【ワーキンググループ】

村嶋 幸代 東京大学大学院医学系研究科

田口 敦子 東京大学大学院医学系研究科

永田 智子 東京大学大学院医学系研究科

松永 篤志 東京大学大学院医学系研究科

堀井 とよみ 滋賀県立大学人間看護学部

九里 美和子 滋賀県済生会訪問看護ステーション

布施 千加子 滋賀県済生会訪問看護ステーション

千代 妙子 栗東市訪問看護ステーション

神山 芳美 元滋賀県済生会訪問看護ステーション

石原 仁 滋賀県済生会訪問看護ステーション

南 千佳子 滋賀県済生会訪問看護ステーションサテライト草津

辻 由紀 滋賀県済生会訪問看護ステーション

新村 真喜子 草津市訪問看護ステーション

田中 陽子 訪問看護ステーションなかさと

高田 貞子 守山市社会福祉協議会訪問看護事業所"

田中 幾子 訪問看護ステーションなないろ

東 展子 野洲病院 訪問看護ステーション

沢尾 ひとみ 草津総合病院 訪問看護ステーション

塚原 初枝 元訪問看護ステーションあいむ

森 命孝 ケアタウン南草津訪問看護ステーション"

多久島 尚美 第二びわこ訪問看護ステーションちょこれーと

原田 小夜 滋賀県南部振興局地域福祉部

三浦 久美子 栗東市地域包括支援センター

高井 妙子 守山市地域包括支援センター

小川 薫子 草津市地域包括支援センター

【24時間在宅ケアシステムモデル事業推進委員会】

青木 豊三 栗東市役所 長寿福祉課  
石原 仁 滋賀県済生会訪問看護ステーション  
井上 四郎 済生会滋賀県病院  
大井 健 南部地域振興局  
大島 香苗 滋賀県済生会訪問看護ステーション  
岡本 玲子 神戸大学医学部保健学科  
小川 薫子 草津市役所 長寿福祉介護課  
川上 肇 守山市健康福祉部国保年金課  
川神 由紀 栗東市訪問看護ステーション  
菅 郁子 滋賀県済生会訪問看護ステーション 居宅支援事業所  
九里 美和子 滋賀県済生会訪問看護ステーション  
高阪 弘美 栗東市訪問看護ステーション  
高田 貞子 守山市社会福祉協議会  
神山 芳美 滋賀県済生会訪問看護ステーション  
駒井 孝子 滋賀県済生会訪問看護ステーション  
沢尾 ひとみ 草津総合病院 訪問看護ステーション  
下村 葉子 栗東市役所 健康増進課  
墨田 久恵 滋賀県済生会訪問看護ステーション  
関川 浩嘉 草津栗太医師会  
曾我 菜穂子 滋賀県済生会訪問看護ステーション  
高井 妙子 守山市福祉保健センター  
田上 豊 三菱総合研究所  
田口 敦子 東京大学大学院医学系研究科  
多久島 尚美 第2びわこ 訪問看護ステーションちょこれーと  
竹内 美知枝 滋賀県健康福祉部 医務薬務課  
武村 壽 栗東市介護者家族の会  
橘 隆子 滋賀県済生会訪問看護ステーションサテライト草津  
田中 晶子 栗東市訪問看護ステーション  
田中 陽子 訪問看護ステーションなかさと  
田中 幾子 訪問看護ステーションなないろ  
田辺 愉美 滋賀県済生会訪問看護ステーション  
谷田 量子 栗東市訪問看護ステーション  
千村 まさ子 湖南ブロック介護支援専門員連絡協議会  
千代 妙子 栗東市訪問看護ステーション