

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 ST 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 ST 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 ST 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、無料とした。

(2) 平成 18 年度：近隣 S T 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。

(3) 平成 19 年度：近隣 S T の連携による夜間・早朝訪問看護体制の定着

平成 18 年度と同様に、近隣 S T と連携し夜間・早朝の訪問看護を実施した。2 年目となるため、体制を定着させ、利用者数を伸ばすことを目指した。

2) データ収集および分析方法（図表 A-I-1）

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 5 か月間、平成 19 年度は 9 月 1 日から平成 20 年 2 月末までの 6 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 20 年 3 月現在）。

図表 A-I-1 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
	<ul style="list-style-type: none"> ○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
	<ul style="list-style-type: none"> ○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	
	<ul style="list-style-type: none"> ○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	
	<ul style="list-style-type: none"> ○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 20 年度	
引き続きワーキンググループを継続し、平成 19 年 9 月～平成 20 年 2 月末まで、平成 18 年度とほぼ同様の方法でモデル事業を実施した。モデル事業の対象者の基準のみ変更し、モデル事業期間中の夜間・早朝の訪問看護の新規利用者とした。ただし、同一法人外の ST と連携して提供する事例については、新規以外も対象者とした。	

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」(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。

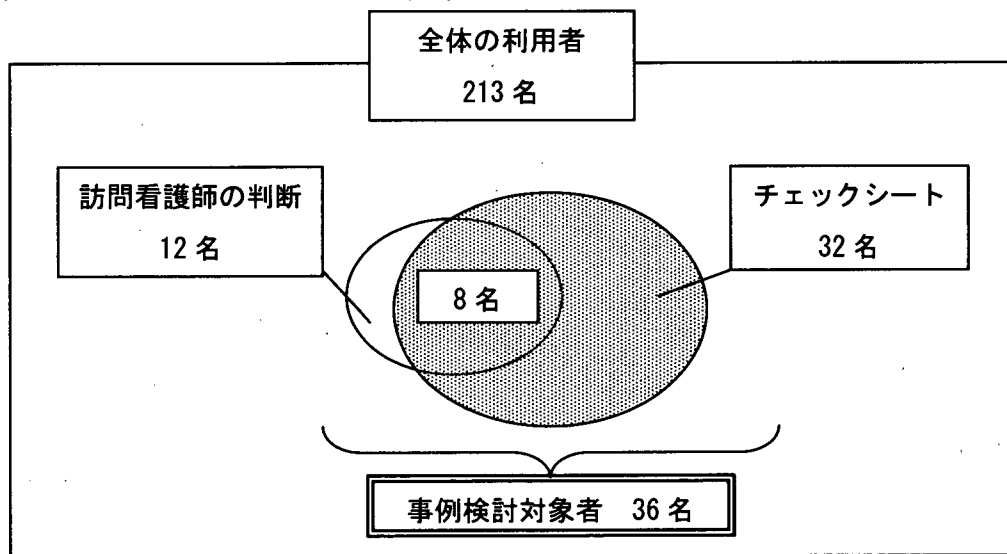
第1段階：事例検討会の対象者の選定

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。

ST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A-I-2)。

図表A-I-2 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：ST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

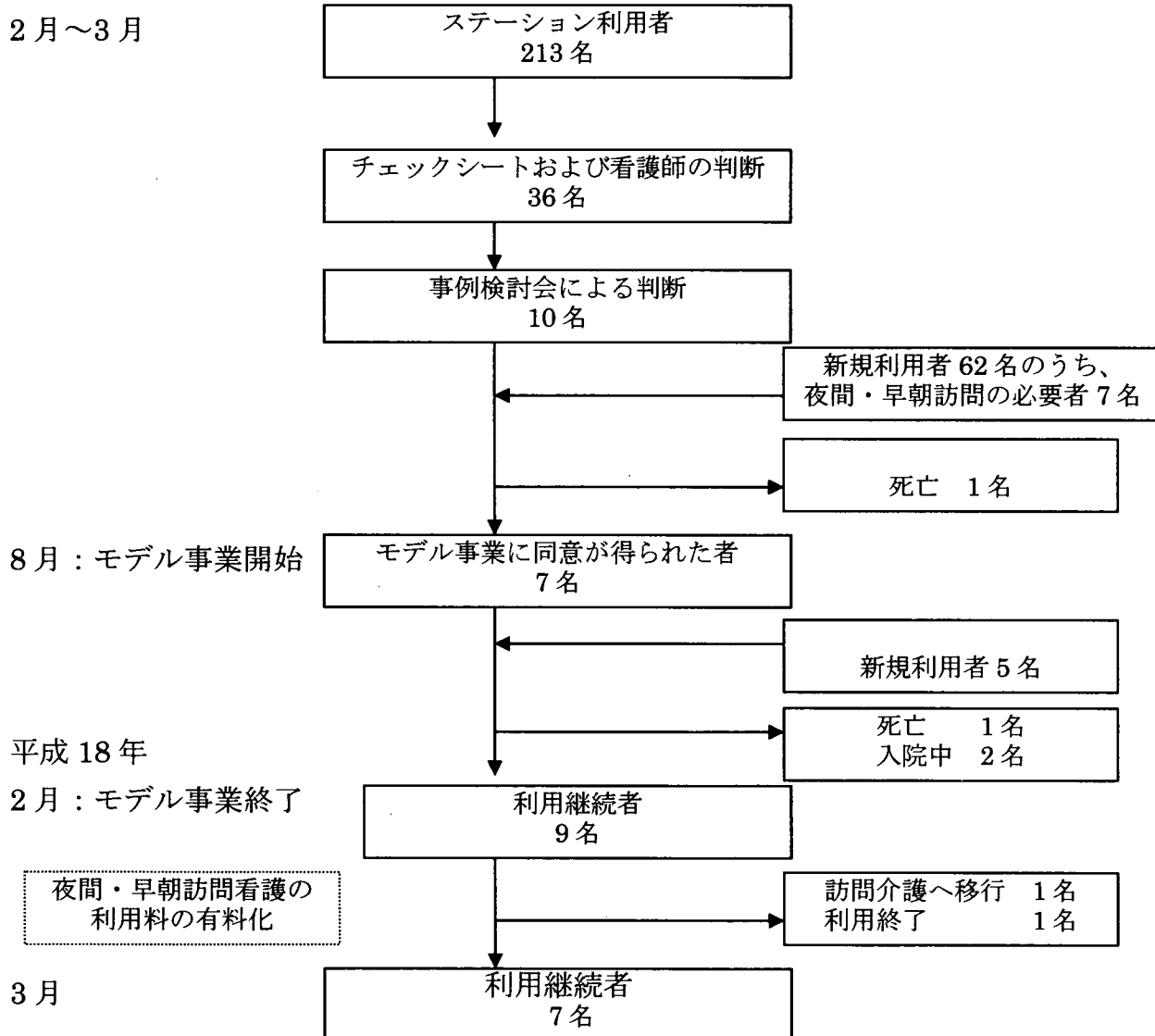
果や介護負担の軽減が期待できる事例は6名、再アセスメントの結果によっては利用が必要な事例は2名であった。

その後も随時、ST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 A-I-3 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年度および平成19年度モデル事業>

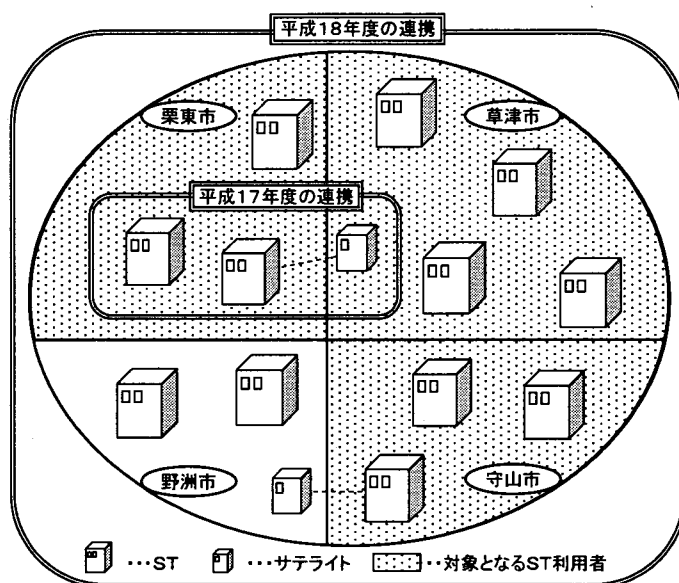
各々のSTの管理者が、夜間・早朝の訪問看護の利用を必要とすると考えられる利用者を判断し、「夜間・早朝訪問看護の必要者チェックシート Ver.8（付録23）」の記入、事例検討によって対象者を決定した。

Ⅱ．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 19 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 A-Ⅱ-1）。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。平成 19 年度もモデル事業も平成 18 年度と同様の方法で、平成 19 年度 9 月 1 日から平成 20 年 2 月末日まで行った。



図表 A-Ⅱ-1 平成 18 年度の訪問看護ステーションの連携体制

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

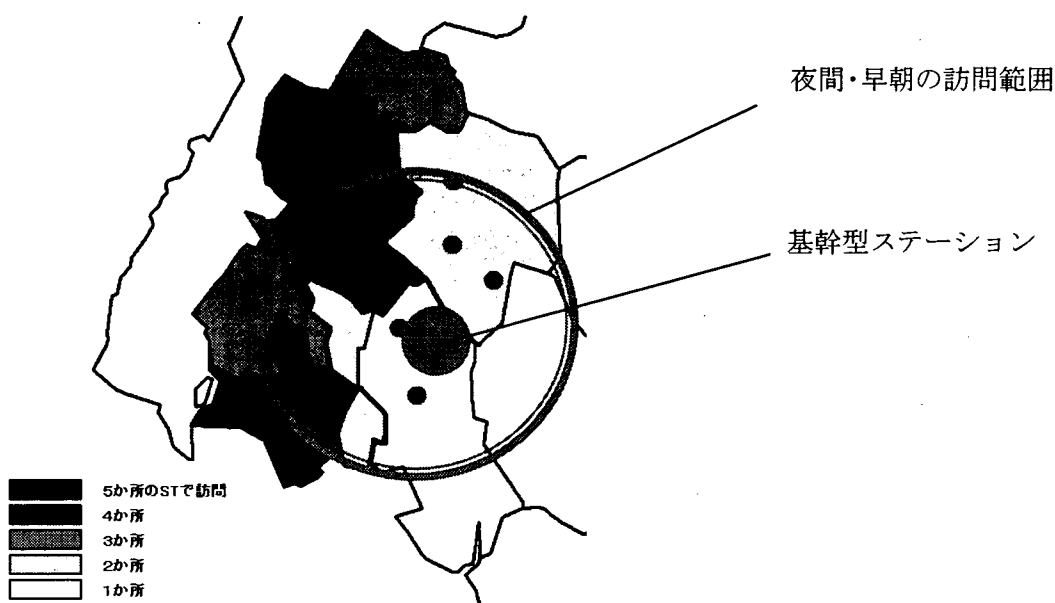
モデル事業による夜間・早朝の訪問看護の提供地域は、4市から成る滋賀県湖南地域であった。4市は、滋賀県栗東市（人口 60,288 人、高齢化率 12%）・草津市（人口 119,021 人、高齢化率 14 率%）・守山市（人口 70,869 人、高齢化率 15%）・野洲市（人口 49,668 人、高齢化率 17%）であり、ベッドタウンとして人口が増加している。この4市にある全13か所のSTがモデル事業に参加した。

(2)4市全13か所のSTの訪問範囲

4市の訪問看護サービスのカバー状況を把握するため、13か所のSTの訪問範囲を調査した。日勤帯で訪問する範囲について、地図に記載を依頼した。そのうち、夜間・早朝の訪問看護を実施しているSTには夜間・早朝の訪問範囲についても依頼した。

日勤帯で訪問するステーションが多い地域から少ない地域までを、色別に示した。最もフォローしているステーション数が多いのは4市の北西部であり、少ない地域は南東部地域であった。北部は主要路線があり、人口密度も南部に比べ多い地域であった。また、南西から北東にかけて大きなバイパスが通っており、4市内で車での交通の便は大きくは変わらなかった。

図表 A-II-2 に夜間・早朝は、現在は事例数が少ないため事例があれば訪問している。今回の調査では、日勤帯に多くのステーションがフォローしている地域と、夜間・早朝の訪問範囲が重なっていた。複数のステーションが協働する場合、基幹型となるステーションは、利用者が多く見込まれる地域の近くにあることが望ましいと言える。



図表 A-II-2 4市内の訪問看護訪問範囲

(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・18 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 ST の概要は、図表 A-II-3 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。

2) 夜間・早朝訪問看護の提供体制構築の経過

(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 ST が連携して夜間・早朝の訪問看護を提供した。この結果、ST 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 ST の試みであったが、平成 18 年度は、地域の住民がどの ST 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 ST (13 か所) による連携体制の構築を目指した。平成 19 年度はそれを定着しつつある。

(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継続

平成 18 年度に引き続き、滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会と保健所保健師、地域包括支援センター保健師、研究者から成るワーキング委員会を 2 か月に 1 回の頻度で実施した (年 5 回)。話し合いの内容は、湖南地域の ST が連携して夜間・早朝の訪問看護体制を構築するにはどうしたらよいかを考えることや、夜間・早朝の訪問看護の必要者について事例検討を行った。

今年度は、法人の違う ST との連携は 2 か所であった。実際に連携した ST の管理者からは、「夜間・早朝の訪問看護体制があったため退院できた。地域にこのような体制があることは、他の ST にとっても地域住民にとっても安心できること。」「連携し始めた当初は、うまく ST 同士が連絡を取り合うことができるか心配したが、ファックスや電話での情報交換で十分に連携がとれた。」と肯定的な意見が聞かれた。

一方、連携事例が 2 名であり、発生頻度は極めて低い。その原因を探り、潜在ニーズの掘り起こしを行っていくことは次年度の課題である。

また、実際に、夜間・早朝の訪問看護サービスが必要な利用者がいても、経済的に難しい場合も少なくない。退院日数が短縮化し、医療依存度の高い利用者が地域に増加しつつある。どのように在宅療養者の生活を地域で支えていくかについて、各々が考え、行動する時期に来ている。そこで、平成 19 年度も下記の通り、24 時間在宅ケアシステムモデル事業推進委員会を開催した。

(3) 24 時間在宅ケアシステムモデル事業推進委員会（「湖南地域における 24 時間在宅ケアシステムを考える」交流会）

今年度は、在宅介護支援事業所のケアマネジャーにも参加を呼びかけた。総勢 96 名の参加があった。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行った。メンバーは、ケアマネジャー、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、であった。

法人の異なる S T が連携して夜間にサービス提供した事例について、訪問看護師、ヘルパー、行政保健師、各々の立場から発表を行った。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必要性を改めて認識し、体制構築の志気を高めた。

Ⅲ. 夜間・早朝の訪問看護を必要とする 利用者の概要およびケア内容

平成 17 年度から 19 年度のモデル事業対象者の基本属性は、図表 A-Ⅲ-1 の通りである。

利用者の年齢は 71.3±15.6 歳、男性 17 名、女性 14 名であり、ADL は、ランク C が 14 名であり最も多かった。主疾患は、肺炎と末期癌が 7 名と最も多く、続いて、神経性難病 5 名、糖尿病 4 名、骨折・関節疾患 3 名、その他の難病 2 名、躁うつ病 2 名、心不全 1 名であった。

病状については、「病状が変動しやすい」22 名、「ターミナル」9 名であった。必要な医療処置は、吸引 15 名、経管栄養 10 名、排便コントロール 9 名、疼痛の看護 8 名、インシュリン注射 5 名、じょくそうの処置 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 11 名であった。

図表 A-Ⅲ-1 モデル事業対象者の基本属性

		n=31	
		n	%
年齢(歳)		71.3±15.6	
性別	女性	17	54.8
	男性	14	45.2
生活自立度	自立	4	12.9
	ランクJ	1	3.2
	ランクA	2	6.5
	ランクB	10	32.3
	ランクC	14	45.2
主疾患	肺炎	7	22.6
	末期癌	7	22.6
	神経難病	5	16.1
	糖尿病*	4	12.9
	骨折・関節疾患	3	9.7
	その他の難病	2	6.5
	躁うつ病	2	6.5
	心不全	1	3.2
病状	病状が変動しやすい	22	71.0
	ターミナル	9	29.0
必要な医療処置	吸引	15	48.4
	経管栄養	10	32.3
	排便コントロール	9	29.0
	疼痛の看護	8	25.8
	インスリン注射	5	16.1
	じょくそうの処置	4	12.9
医療処置実施の可否	本人による医療処置は困難	30	96.8
	介護者による医療処置は困難	11	35.5

*糖尿病を主疾患とする4名のうち3名が認知症を併発

対象者を、以下の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。なお、平成19年度のモデル事業対象者10名については全概要を掲載し、平成17年度～18年度のモデル事業対象者については、変化があった者のみ参考として掲載した。

- ① 寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例
- ② 認知症等で、インスリンの自己注射が困難な事例
- ③ ターミナル期等で、病状が不安定な事例
- 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
- 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
- ⑥ 確実な内服が必要であるが、自己管理が困難な事例

また、平成19年度の実例ごとの概要と評価を図表A-Ⅲ-2に示す。

寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例

- ・ [19-1] さん（88歳 女性）

事例 [19-1]

吸引技術に不安を持つ介護者を支援し一時的に在宅で過ごすことができた事例

1. 基本情報

88歳、女性。主疾患は誤嚥性肺炎、うつ病である。また、アルツハイマー型認知症の進行とADL低下があり、次男夫婦と同居していた。次男夫婦は自営業のために家に不在の時間帯が長く、十分な介護が行えないため、施設入所を希望していた。9月19日に介護保険施設への入所が決定しており、一時的な在宅療養であった。

夜間・早朝の訪問看護導入時の[19-1]さんの基本情報

性別	: 女	同居家族	: 次男夫婦、次男息子、娘
年齢	: 88	主介護者	: 次男妻、次男
主病名	: 誤嚥性肺炎、高血圧症、 うつ病	介護者の状況:	同居しているが、自営業のため急に家に いられないこともある。
要介護度	: 要介護3		
日常生活自立度	: B 介助にて座位可		
認知症自立度	: II		

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

病院に入院

夜間・早朝の訪問看護導入後

訪問看護 : 訪問看護 (月・木)

夜間 : 毎日

2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の経過

平成17年右膝関節痛とアルツハイマー型認知症が出現した。徐々にADLの低下および認知症症状の悪化が見られたため、次男夫婦と同居することになった。平成19年4月に体調不良および食事摂取不可能となり、近医を受診しところ、風邪と診断を受け、点滴治療を受けた。

同年6月10日に肺炎で入院。食事はペースト状のものを自力で摂取できるが、嚥下障害があり、食後の吸引が必要であった。誤嚥による発熱を繰り返しながらも、9月9日に自宅退院となった。状態が不安定であるため、在宅での療養では継続的な状態観察が必要であった。そのため、日中の訪問看護を退院時より導入、同時に夜間の利用も決定した上で退院となった。

3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

入院中も誤嚥性肺炎を繰り返しており、在宅でも継続的な状態観察と吸引処置が必要であった。介護者世帯は自営業で夜遅くまで勤務しており、夜間の吸引、付き添いは負担が大きかった。また、介護力の不足から床上でオムツ内排泄が多かった。よって、①病状観察、②吸引指導および処置、③オムツ交換、を目的として夜間の訪問看護を導入した。

- ・夜間・早朝の訪問看護利用時間帯：22：30－23：00
- ・評価指標：誤嚥性肺炎を回避する、オムツによる皮膚トラブルを回避する

4. 夜間・早朝の訪問看護導入後の経過

9月9日より夜間訪問看護を開始した。退院直後から喘鳴、肺雑音著明、吸引で多量の白色痰が見られた。9月12日より発熱および食欲低下があり、水分摂取でむせ込みもあった。9月17日夜間訪問時、体温38.1℃、SPO₂75%。ぐったりしており、救急車で搬送、入院となるが、その後状態回復せず、12月20日に病院で永眠される。

5. 夜間・早朝の訪問看護の評価

<研究者のコメント>

退院直後より状態不安定であり、日中、夜間ともにより頻繁な看護職の訪問が必要であったと考えられる。吸引を訪問看護師が実施することで、窒息は回避できた。元々、施設入所までの一時的な在宅療養となる予定であったが、再入院となったのは残念であった。しかし、施設入所のつなぎのための利用はこれまでのモデル事業では見られなかった。ST側としては、経営の安定にはつながらないが、利用者にとっては、様々なニーズに対応できる方が利用しやすいだろう。

6. 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。

認知症等で、インスリンの自己注射が困難な事例

- ・ [19-9] さん (61歳 女性)

事例 [19-9]

インシュリン注射が適切に実施できるよう支援し、HbA1c が改善しつつある事例

1. 基本情報

61 歳、女性。糖尿病、糖尿病性網膜症、肝性脳症。右片麻痺あり。日常生活は自立しているが、認知症のため判断力が低下しており、インスリンの管理ができない。同居家族はおらず、インスリン注射の管理を近所の友人が主介護者となって実施している。以前に、友人が朝訪れたところ[19-9]さんが倒れていたことがあったため、友人は介護に不安を抱いている。

夜間・早朝の訪問看護導入時の[19-9]さんの基本情報

性別	: 女	同居家族	: なし
年齢	: 61	主介護者	: 近所の友人
主病名	: 糖尿病、糖尿病性網膜症（両眼）、肝性脳症	介護者の状況	: 友人 2 名が食事の準備、インスリン投与も行っている。
要介護度	: 認定なし		
日常生活自立度	: 自立		
認知症自立度	: あり（自立度不明）		

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

病院に入院

夜間・早朝の訪問看護導入後

訪問看護 日中 1回/週

早朝 7回/週

2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の経過

平成 19 年 11 月、肝性脳症で入院となった。退院後も、内服にて肝性脳症の治療継続し、ADL の改善が見られたものの、判断力の低下がみられ、10 年前から継続しているインスリン注射の管理が困難となった。インスリンの管理は、入院前から食事を世話していた友人 2 名が交替で血糖測定、早朝のインスリン管理（ノボリン R 34 - 0 - 20 : BS90 未満で中止）を行うこととなったが、不安であるため 12 月 26 日早朝より訪問看護導入となった。

3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

10 年間インスリン注射を行ってきたため、手技は問題ない。しかし、判断力の低