

## 事例 [17-9]

### 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. 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[17-9]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
	: SLE/抗リン脂質抗体症	介護者の状況	: (仕事なし)
要介護度	: 要介護5	生計	: 年金
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。

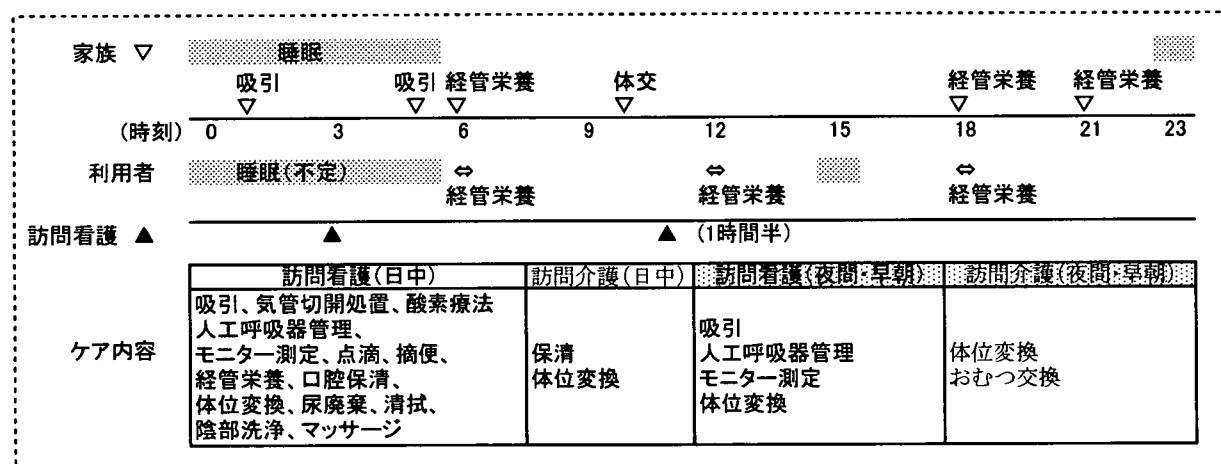


図表[17-9]-1 [17-9]さんの経過図

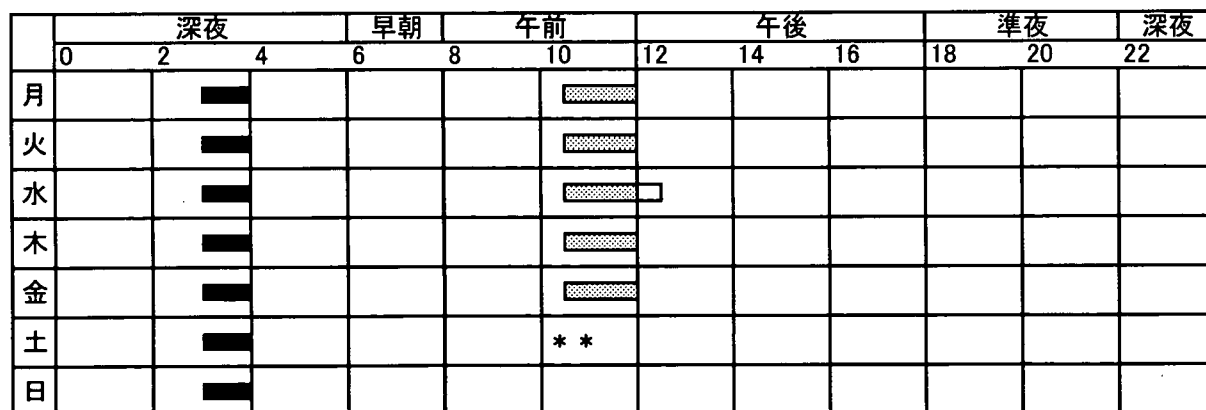
### 3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

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[17-9]-2 [17-9]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[17-9]-3 [17-9]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[17-9]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[17-9]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、[17-9]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かな、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た。今回、夜間に訪問してくれた看護師は、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. 平成19年度の経過について

平成18年12月14日からレスパイト目的で入院し、平成19年4月25日に自宅退院となる。翌、4月26日より夜間・早朝を含んだ訪問看護（3時）を再開。疼痛のため苦痛表情が時折あったが、病状は落ち着いており、アイコンタクトでコミュニケーションが取れていた。7月12日にレスパイト目的で入院するが、酸素飽和度が落ち着いていたため、酸素投与が中止となった。しかし、8月中旬より徐々に眼球の動きが悪くなり、コミュニケーションが取りづらくなった。10月中旬退院予定であったが、肺炎を起こしたため退院が延期された。この前後に、緊急時の対応について、介護者を含めたサービス担当者会議が行なわれ、介護者は「何があっても仕方がない覚悟も出来ている」と語った。その後、酸素飽和度が低下し、酸素投与するが効果なく、10月30日永眠された。

## 9. 平成 19 年度の夜間・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

妻を家で介護できて良かったと思う。出来たらずっと家で見ていたかった。

夜間・早朝の訪問看護があることによって、自分の様に助かっている人もいると思う。夜間・早朝の訪問看護で改善して欲しい点は、それぞれの看護師に技量の差があるので、特に夜だけ回っている看護師の教育をしっかりと欲しい事、何か突発的なことが起きた時、予定していた訪問時間だけでは足りなかったため、訪問スケジュールにちょっとゆとりが欲しい事である。そして、便が出ている時のオムツ交換など、看護師 1 人でやるのは大変だから、2 人で回れると良いと思う。

### <研究者による評価>

本事例は、主たる介護者も持病（糖尿病）を抱え、体調が万全ではない中で、難病の利用者の自宅介護を続けた事例である。平成 17 年度のモデル事業の終了後、介護者が体調を崩したことで、再度、夜間・早朝の訪問看護を利用することとなったが、その後、自宅療養中は夜間・早朝の訪問看護を継続して利用し、介護者が再び体調を崩すということにはなかった。このことから、夜間・早朝の訪問看護は、利用者の自宅療養継続に効果があっただけではなく、持病を持つ介護者の病状の悪化を防ぐことにも効果があったと考えられる。

なお、主たる介護者である夫に対するヒアリングから、今後の夜間・早朝の訪問看護の検討課題として、スキルを持つ看護師の人材を確保すること、費用効果的かつ、突発的なことに対処できるゆとりのある訪問スケジュールを検討することが挙げられた。

## 10. 夜間・早朝の訪問看護の今後の利用について

利用者の永眠にて終了。

図表 A-Ⅲ-2 事例の概要および評価(平成 19 年度)\*○:効果あり △:まあ効果あり ×:効果なし(訪問看護師と研究者の判定によるもの)

	基本情報	モデル期間中の入院	モデル事業後の利用状況	評価	
				個別の評価項目及び評価	総合評価
①寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例					
[19-1]	88歳、女性 要介護度3 Bランク 誤嚥性肺炎	あり	入院→死亡	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誤嚥性肺炎の予防</li> <li>・介護負担の軽減</li> <li>・入院回避</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ *利用目的再確認</li> <li>○ ・元々が施設入所までの一時的な利用?</li> <li>× ・効果判定をどう考えるか?</li> </ul>
②認知症等で、インシュリンの自己注射が困難な事例					
[19-9]	61歳、女性 自立 糖尿病、アルツハイマー	なし	継続?	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血糖コントロール</li> <li>・本人の不安の軽減?</li> <li>・介護者(友人)の不安の軽減?</li> <li>・入院回避</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>△ 朝のインシュリン注射を確実に実施できるようになつた。</li> <li>○ 血糖値は変動が大きい。</li> <li>○</li> <li>○</li> <li>○</li> </ul>
③ターミナル期等で、病状が不安定な事例					
[19-3]	83歳、女性 要介護度3 Bランク 大腸癌ターミナル	あり	緩和ケア病棟→死亡	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護負担や不安の軽減</li> <li>・在宅での看取り</li> <li>・できるだけ長く在宅療養を継続できる</li> <li>・入院回避</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 日中・夜間の定期的な訪問で、ストマ管理や疼痛コントロールしながら在宅で療養生活を送ることができた。</li> <li>×</li> <li>○</li> <li>○</li> </ul>
[19-4]	74歳、女性 要介護度1、Jランク 肝臓癌	なし	在宅死	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ターミナルをできるだけ在宅で過ごせる</li> <li>・疼痛・苦痛の軽減</li> <li>・介護負担の軽減</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 日中・夜間の定期的な訪問により、最期まで在宅で過ごすことができた。</li> <li>○</li> <li>○</li> </ul>
[19-5]	71歳、女性、要介護度2 Bランク 胃癌	あり	緩和ケア病棟	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ターミナルをできるだけ在宅で過ごせる。</li> <li>・苦痛の軽減(吐き気)</li> <li>・介護負担や不安の軽減(別居)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 日中・夜間の定期的な訪問により、可能な限りターミナル期を在宅で過ごすことができた。現在は、緩和ケア病棟で趣味を楽しみつつ、穏やかに暮らしているとのこと。</li> <li>○</li> <li>○</li> </ul>

[19-10]	86歳、男性 要介護度5 C 膀胱癌	あり	在宅死	・介護負担や不安の軽減 ・在宅での看取り ・入院回避	○ ○ ○	介護者は、入院中は在宅で介護することは考えられないと思っていたが、往診医、訪問看護師、ヘルパーの定期的な訪問により、在宅で最期まで過ごすことができた。夜間の訪問看護の状態観察により、家族が安心して休むことが出来た。
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						
[18-7]	53歳、女性 C 多発性硬化症	あり (1回：検査入院)	継続	・苦痛や痛みを最小限にできる ・本人の介護者に負担をかけることへの精神的負担の軽減 ・介護負担の軽減	○ ○ ○	膀胱直腸障害があり、排便コントロールの必要があった。夜間も看護師がきちんとそれを行うことで利用者の苦痛が軽減された。介護者は排便介助に苦痛を感じていたが、看護師が行うことにより苦痛が軽減された。
[19-6]	73歳、女性 要介護3 J ALS	なし	継続	・苦痛や痛みを最小限にできる ・介護負担の軽減	○ ○	介護者は、夜間に熱が上がる事が多く、睡眠前の訪問に対して、身体的な観察を行っててもらえるため、安心できたと評価していた。
[19-11]	70歳、女性 要介護度3、 A ALS	なし	継続	・苦痛や痛みを最小限にできる ・介護負担の軽減	○ ○	手の動きが悪くなり、吸引が自分でできなくなってきた。夜間の吸入・吸引を訪問看護師代替することで、本人の入眠をスムーズにすることができている。
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						
[19-7]	79歳、男性 C 要介護度4 大腿骨頸部骨折術後	なし	終了	・家族の不安や介護負担の軽減 ・スムーズな病院から在宅への移行 ・家族が介護に自信をもてる	○ ○ ○	退院直後に、喀痰困難により、夜間救急外来を受診することが2回ほどあり、医師の紹介で訪問看護の利用を開始した。訪問看護師が夜間の状態観察・吸引・体位変換を行うことで、喀痰困難による夜間の受診はなくなり、在宅生活をスムーズにスタートさせることができた。
[19-8]	87歳、女性 要介護度4、 B ALS	なし	終了	・スムーズな病院から在宅への移行 ・状態悪化(心不全悪化)の予防 ・介護負担や不安の軽減	○ ○ ○	夜中に呼吸苦等を訴えることがあり、退院直後の状態変化に不安を抱える家族に、日中・夜間の定期的な訪問看護を提供することで、病院からの移行をスムーズにすることができた。
⑥ 確実な内服が必要であるが、自己管理が困難な事例						
[19-2]	59歳、女性 J 躁鬱病	あり (2回)	終了	・夜間の内服状況が分かる ・眠剤が正しく服薬できる ・生活リズムが定まる	○ ○ ○	内服薬の調整がうまくいったことも相まって、訪問看護利用後、状態が安定し、在宅療養を継続できている。定期的な夜間の訪問により、眠剤の飲みすぎ等もなくなり、生活リズムも安定してきている。

## **IV. 夜間・早朝の訪問看護の提供効果**



現対象地域でモデル事業を開始してからから、今年で3年になる。そこで、3年間のモデル事業対象者31名の提供効果の検討および、夜間・早朝帯の稼働率の把握等により、評価を行った。また、提供方法のさらなる明確化に加え、制度上の隘路の整理を行った。

## 1. 夜間・早朝の訪問看護利用者の総合的な評価

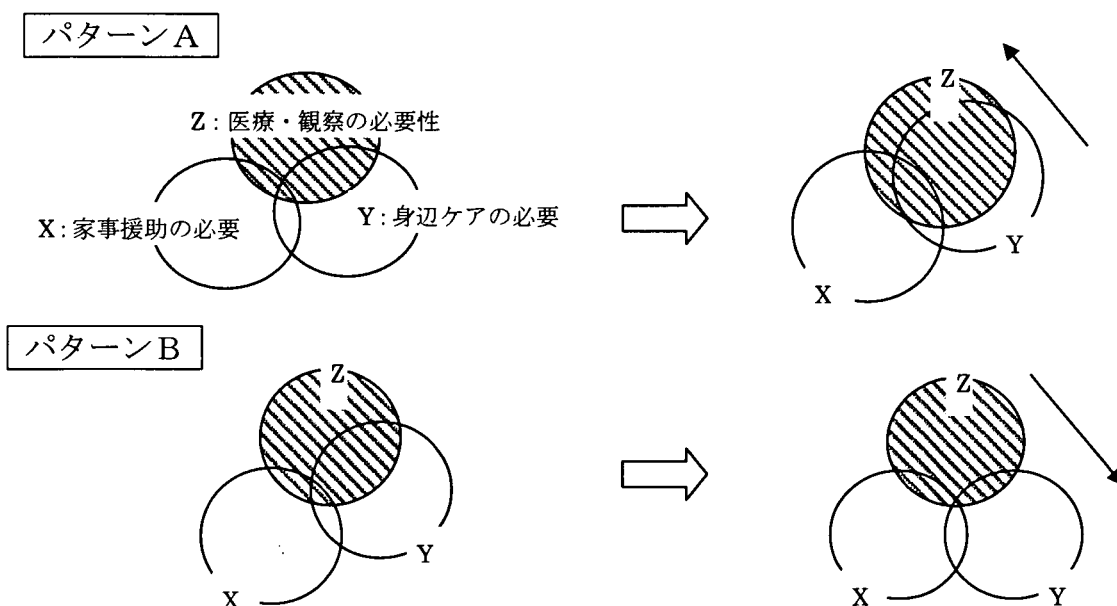
### 1) 夜間・早朝の訪問看護の利用パターン

夜間・早朝の訪問看護を終了する契機を基に利用者を分類すると、以下の2つの利用パターンが見られた。

パターンA：可能な限り在宅療養を継続した後、亡くなった者

パターンB：セルフケア技術の習得や病状の安定化に至り、夜間・早朝の訪問を終了した者（その後も在宅療養を継続できている者）

2つのパターン別に利用者ニーズを、X：家事援助（戸締り、食事の準備等）の必要性、Y：身辺ケア（食事・排泄等）の必要性、Z：医療・観察の必要性（状態観察・吸引等）に分類し（村嶋他，平成17年度 長寿科学総合研究事業）、事例の経過から考察すると、パターンAは徐々に身辺ケアにも医療・観察の必要性が生じるため、訪問看護のニーズが高まる。そのため、訪問看護の回数や時間の増加や、ヘルパーから訪問看護へのサービスの変更等が見られた。一方、パターンBでは、徐々に安定化に向かい、訪問看護のニーズが減少する傾向が見られた。それに応じて、夜間・早朝の訪問看護の終了、ヘルパーへの切り替えが行われていた。



図表 A-IV-1 パターン別の利用者のニーズの移行

つまり、夜間・早朝の計画的な訪問看護は、病状が徐々に重症化する者に対し、その人にとってより良い療養生活がおくれるよう支援するだけでなく、一時的に病状が悪化した者や退院直後の不安定な状態にある者に対し、セルフケア能力の向上や病状の安定化を図るのにも効果的なサービスであることが示唆された。延いては、それが可能な限り在宅で療養生活をおくることに繋がっていた。

#### 1) パターンA「可能な限り在宅療養を継続した後、亡くなった者」の評価

(1) 死亡した者のうち、半数以上の者が死亡直前まで在宅で過ごすことができていた。

夜間・早朝の訪問看護を利用した 31 名のうち、14 名が死亡しており（平成 20 年 2 月現在）、その死亡場所は、病院 9 名（69.2%）、在宅 5 名（38.5%）であった（図表 A-IV-2）。病院で死亡した者のうち 4 名は「入院後 10 日以内の死亡」であり、在宅で亡くなる事はできなかったものの、死亡直前まで半数以上の者が在宅で過ごすことができていた。

訪問看護師は、できる限り最期を在宅で過ごしたいと望む療養者のニーズに応えられるよう努力していた。

図表 A-IV-2 利用者の現在および死亡時の状況

	n=31	
	人	%
<b>現在の状況</b>		
在宅	15	48.4
入院	2	6.5
死亡	14	45.2
<b>死亡場所内訳 (n=14)</b>		
在宅	5	38.5
病院	9	69.2
<b>病院死のうち入院から死亡までの日数 (n=9)</b>		
入院後10日以内の死亡	4	44.4
入院後10日以上1ヵ月未満の死亡	1	11.1
入院後1ヵ月以上半年未満の死亡	4	44.4

#### (2) 主疾患別の特徴および効果

死亡した 14 名のうち、在宅療養を希望していた 13 名について、主疾患別に利用パターンを比較した（図表 A-IV-3）。主疾患は、末期癌 7 名、肺炎 3 名、神経性難病 2 名、糖尿病 1 名であった。

夜間・早朝の訪問看護の利用開始から死亡に至るまでの週数は、主疾患が末期癌である者では、8.4±4.5 週であり、他の疾患の 47.1±6.9 週と比較すると有意に短

い傾向が見られた ( $P < 0.001$ )。利用者の経過やケア内容を見ると、末期癌はこの短期間に刻々と病状が変化するため、それに応じたケア体制等の細やかな調整や、日中と夜間の訪問看護師、他職種との円滑な連絡がより頻繁に必要となるという特徴が見られた。その上、激しい病状の変化に即対応できる判断能力や医療技術、精神的な援助技術等、高度な看護技術が求められていた。これらのことから、24時間のケア体制を提供できることはさることながら、末期癌の利用者への看護の質を確保するための工夫も必要不可欠であると考えられた。

肺炎においては、入退院を繰り返しながら死亡する者もいる一方で、夜間・早朝の訪問看護が終了可能な状態まで回復したため、日中のみの利用や、ヘルパーサービスに移行する者もいた。また、肺炎で入退院を繰り返す者の中には、24時間のケア体制があったからこそ、症状が治まれば短期間で退院できた者がいた。このことから、訪問看護の利用により入院が回避されることが理想ではあるが、やむを得ず入院が必要になった場合は、地域の受け皿があること、つまり24時間のケア体制があることが、入院日数の短縮に効果的である可能性が示唆された。

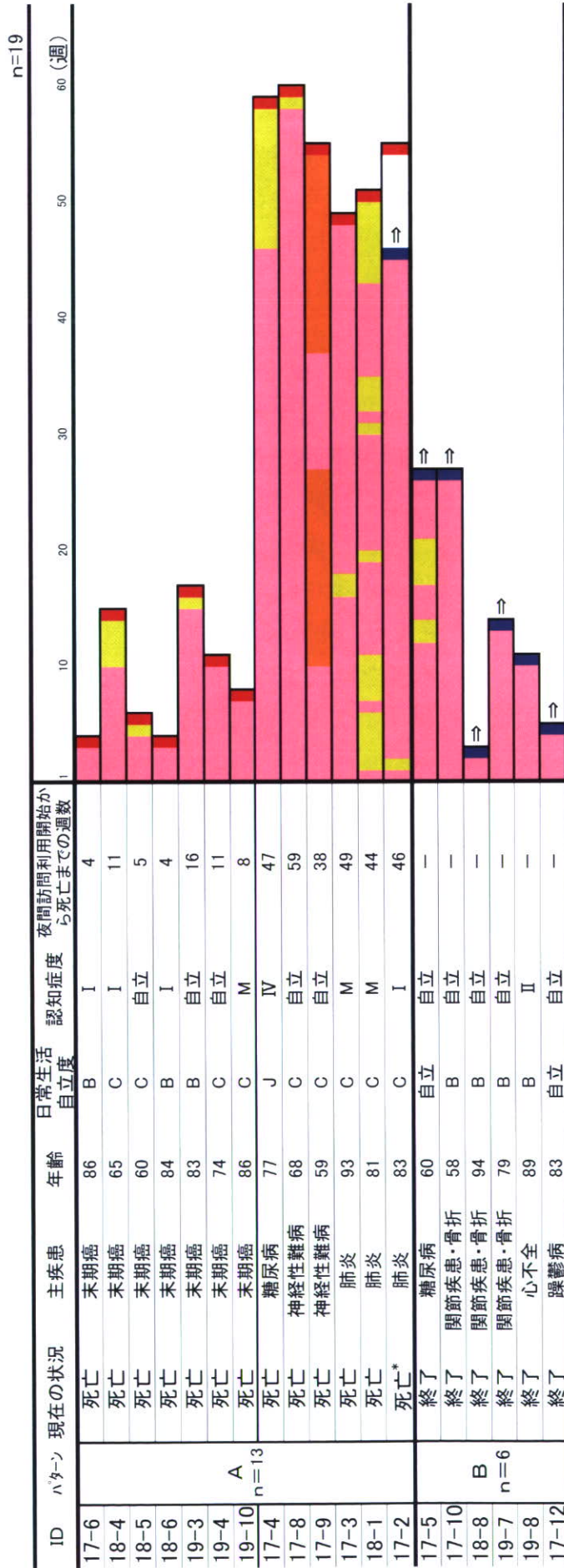
神経難病では、死亡する3日前まで入院することなく在宅で過ごすことができた者や、レスパイトケアを利用しながら在宅療養を継続する者がいた。それぞれの在宅療養のニーズに応じた訪問看護を柔軟に提供することで、利用者の満足度を高めていた。

2) パターンB「セルフケア技術の習得や病状の安定化に至り、夜間・早朝の訪問を終了した者（その後も在宅療養を継続できている者）」の評価

利用目的を達成し、夜間・早朝の訪問看護を終了した者は、7名であった。6名の利用者は退院直後からの利用であり、主疾患は、骨折・関節疾患3名、肺炎1名、糖尿病1名、心不全1名、躁うつ病1名であった。

退院直後は利用者本人の病状が不安定であることや、介護者の技術や知識が不足していること等により、再入院のリスクが高い時期である。病状観察や適切な医療処置の実施、本人や介護者の技術支援・指導を行うことにより、病状が安定し在宅療養にスムーズに移行しやすくなる者がいることが明らかとなった。

図表 A-IV-3 利用者のパターン別療養経過



■ 死亡    ■ 入院    ■ レスパイト入院    ■ 終了 ⇒ 日中のみの訪問看護に変更  
 \*：現況としては「死亡」であるが、過程では、「夜間・早朝の利用を終了した利用者」にも該当するため、両方に入れている。

### 3) 訪問看護の利用を阻む要因

モデル事業の終了時には、本人や家族の今後の利用意向を確認するようにしている。16名（死亡や病状の安定等により夜間・早朝の訪問看護の必要性がなくなった者を除く）のうち、14名が利用を継続することを希望していた（図表 A-IV-4）。これは利用効果や満足度を反映している結果であると考えられる。ただし、経済的理由により、やむを得ず中止した者が1名いることや、利用を継続する者の中には回数を減らす者もあった。夜間・早朝の訪問看護の利用により介護保険の上限額を越えてしまう場合が多く、利用者には経済的な負担が大きい。夜間・早朝の訪問看護が必要であっても経済的負担を理由に利用できない者への支援は必要であろう。

図表 A-IV-4 モデル事業終了時の継続状況

	n=31	
	人	%
本人・家族が利用継続を希望	14	45.2
モデル期間中に死亡により終了	8	25.8
目標達成により終了	5	16.1
モデル期間中に入院により休止	2	6.5
経済的理由により中止	1	3.2
ST側の体制がとれず中止	1	3.2

## 2. 夜間・早朝の訪問看護体制の評価

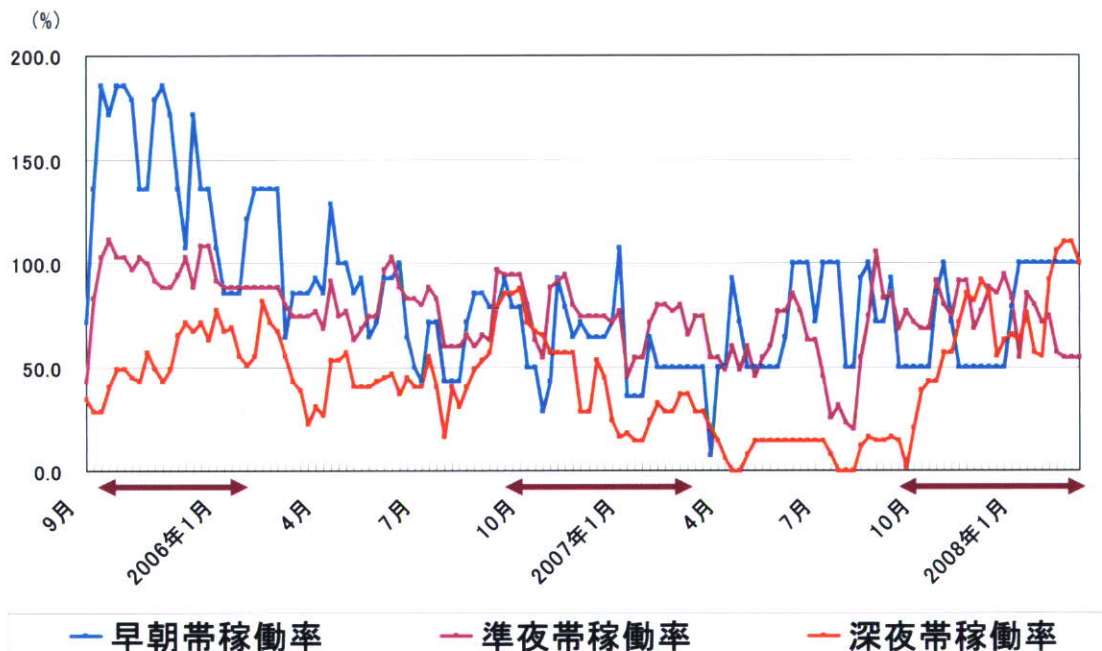
### 1) 夜間・早朝の訪問看護の稼働率（図表 A-IV-5, 図表 A-IV-6）

訪問看護師の移動時間、記録時間、移動時間等を除いた夜間・早朝帯に訪問できる実質時間のうち、訪問看護の滞在時間（報酬に換算される時間）の割合（以下、「稼働率」とする）を明らかにした。3年間全体の稼働率は61.1%であった。過去に算出した一晩で8件以上訪問すれば採算が取れるという見積（村嶋他，平成17年度 長寿科学総合研究事業）からすると、8件以上は57.1%以上に当たるため、概ね採算が取れていると言える。しかし、利益を上げるには至っていない。また、3年間のうち、3回のモデル事業のインセンティブを考えると、どのように採算を取っていくかは課題であると言える。

時間帯別に見ると、早朝帯は84.4%、準夜帯は61.6%、深夜帯は54.1%の順に稼働率が高く、早朝帯と準夜帯はコンスタントに利用者があるが、深夜帯は変動が激しいことが明らかになった。これらの実態を踏まえた経営管理が今後の課題であると言える。

図表 A-IV-5 年度別および時間帯別の稼働率

	(%)			
	早朝帯	準夜帯	深夜帯	全体
平成17年度	76.5	74.1	64.5	77.4
平成18年度	66.4	60.4	53.6	57.9
平成19年度	74.3	54.9	48.1	54.3
3年間	84.4	61.6	54.1	61.1



図表 A-IV-6 時間帯別の訪問看護稼働率推移（平成 16 年度～18 年度）

## 2) 夜間・早朝の訪問看護の利用者確保

訪問看護の安定化を図るには、利用者の確保が重要である。夜間・早朝の利用契機を見ると、「退院調整会議時のモデル事業実施 S T 看護師の紹介」12 名 (38.7%) が最も多く、次に「退院調整会議以外のモデル事業実施 S T 看護師の紹介」11 名 (35.5%) であった (図表 A-IV-7)。モデル事業実施 S T の看護師には、夜間・早朝の訪問看護の必要者の特徴や効果が経験知として身に付いているため、その必要性をアセスメントし、タイムリーに本人や家族に説明することができると考えられた。よって、夜間・早朝の訪問看護の必要者の特徴や本人・家族への説明方法を明確にし、他 S T の看護師や他職種に伝えていく必要性が示唆された。

なお、少数ではあるが他 S T 看護師や市保健師、医師、ケアマネからの紹介もあった。徐々にサービスが浸透している傾向が見られた。

図表 A-IV-7 夜間・早朝の訪問看護の利用契機

	n=31	
	人	%
退院調整会議時のモデル事業実施ST看護師の紹介	12	38.7
退院調整会議以外のモデル事業実施ST看護師の紹介	11	35.5
他ST看護師の紹介	3	9.7
家族からの相談	2	6.5
市保健師からの紹介	1	3.2
医師からの紹介	1	3.2
ケアマネからの紹介	1	3.2

### 3. まとめおよび提言

夜間・早朝の計画的な訪問看護を複数のステーションが連携して行う体制が、効果的かつ効率的であることは検証できた。しかし、現行の診療報酬下で実施できることの限界や人材不足と言った課題は残されている。以下にその詳細について示す。

1) 複数ステーションから同一日に行われる医療保険の訪問看護が報酬を受けられることができるようにする必要性

夜間・早朝の訪問看護を必要とする利用者には重症者が多く、日中だけでなく、夜間・早朝の訪問看護が同じ日に必要となることも多い。その場合、この「連携体制モデル」では、1人の利用者に複数のステーションが、同じ日に訪問することになる。

しかし、現在、医療保険で同一日に算定可能なのは、「1か所の訪問看護ステーションのみ」である。連携体制のモデルを実現させるためには、「複数の訪問看護ステーションが算定を受けられるよう医療保険の報酬設定の制限が緩和される必要」がある。

2) 訪問看護師の確保

夜間・早朝の訪問看護体制の構築において最も苦勞している点は、訪問看護師の確保である。現在、訪問看護師は不足しているといわれているが、24時間365日、安心して住みなれた自宅で療養生活を送るためには24時間365日の訪問看護が必須である。そのための人材確保が早急に必要である。

このために、重要な役割を果たすのは都道府県である。地域特性に応じた在宅医療の提供システムの中でSTの位置づけを示し、必要な看護師数の確保や質を担保する方策を明確にすることが必要である。それが人材の確保につながると考えられる。なお、国においても訪問看護師の必要数の算出と必要数確保のための方針の明確化、訪問看護師の質の保証が図れるような仕組みづくりが必要と考えられる。また、看護協会などの職能団体は、魅力ある訪問看護師のイメージづくり、研修や認定制度の活

性化を図る必要があるだろう。それに加えて、訪問看護が24時間365日地域ケアを支えるものであり、夜間も定期的に訪問するものであることを明確に打ち出していくことも重要である。さらに、各ステーションでは、在宅看護実習を積極的に引き受け、将来の人材を確保する等の努力が必要であろう。



## A 複数の訪問看護事業所連携における効果的・効率的な実施方法の開発 研究体制

### 【分担研究者】

村嶋 幸代 東京大学大学院医学系研究科  
山田 雅子 聖路加看護大学  
福田 敬 東京大学大学院医学系研究科  
田上 豊 三菱総合研究所  
竹内 美知枝 滋賀県健康福祉部  
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  
有本 梓 東京大学大学院医学系研究科  
臺 由佳 東京大学大学院医学系研究科

### 【ワーキンググループ】

九里 美和子 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  
千代 妙子 栗東市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  
(兼 訪問看護ステーションなかさとサテライト)  
高田 貞子 守山市社会福祉協議会訪問看護事業所  
佐藤 美恵子 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  
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  
今江 佐代子 医療法人小西醫院 小西醫院訪問看護ステーション  
渡利 容子 医療法人小西醫院 小西醫院訪問看護ステーション  
三浦 久美子 栗東市地域包括支援センター  
池田 初美 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  
原田 小夜 滋賀県南部振興局地域福祉部  
布施 千加子 滋賀県済生会訪問看護ステーション  
山本 真理子 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

安井 直美 滋賀県済生会訪問看護ステーション  
堀井 とよみ 滋賀県立大学人間看護学部  
松永 篤志 東京大学大学院医学系研究科  
成瀬 昂 東京大学大学院医学系研究科

(以上、順不同)

**B.**

**訪問看護対象把握方法の開発と推計**

訪問看護の評価を地域単位で行うには、その地域の訪問看護の需給を捉える必要がある。しかし、未だ訪問看護の需給を推計する手法は明らかではなく、訪問看護の必要者数やそれに必要な供給量は示されていない。また、需給を見積もる際には、単に現在の利用者数をベースにするだけでなく、今後の人口動態、他のサービスとの関連、潜在的なニーズ等を考慮して行うことが重要である。

そこで、本研究は、訪問看護の必要者数を推計することを目的とし、1. 主に後期高齢者数の増加を基にした推計、2. 潜在的ニーズを顕在化させるため、ケアマネジャーが判断した訪問看護の必要者数を基にした推計、3. 療養病床再編成後のST利用者数の推計を行った。

## 1. 後期高齢者数の増加率を基にした推計

### 1. 介護保険制度における居宅サービス利用状況の概要

介護保険でのサービス利用者数の推移を以下に示す。2002年から2005年にかけて、居宅サービス利用者数は1.3倍、訪問介護サービス利用者数も1.3倍に増加している。一方、訪問看護利用者数は1.1倍と伸びが小さい。また、2006年以降利用者数は全体として減少している。

	(千人)					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
居宅サービス	1,667	1,913	2,104	2,237	2,018	1,971
訪問介護	718	839	923	964	871	795
訪問看護	232	245	247	250	237	230

図表 B-1-1 サービス利用者数推移（要介護者）