

200921015A

厚生労働科学研究 研究費補助金

長寿科学総合研究事業

複数の訪問看護ステーションによる地域単位の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  
(H19-長寿-一般-015)

平成21年度 総括研究報告書

主任研究者 村嶋幸代

平成22(2010)年3月

厚生労働科学研究 研究費補助金

長寿科学総合研究事業

複数の訪問看護ステーションによる地域単位の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  
(H19-長寿-一般-015)

平成21年度 総括研究報告書

主任研究者 村嶋幸代

平成22(2010)年3月

# 目次

## I. 研究概要

1. 今年度の計画と研究概要 .....	1
2. 背景および目的 .....	2
2. 1 24 時間の訪問看護体制を構築したステーションが地域ケアシステムに 位置づくことの重要性	
2. 2 地域ケアシステムを構築し維持するための方法(介入方法)開発の枠組み	
2. 3 研究目的	
3. 方法 .....	3

## II. 全国調査および夜間・早朝体制の現状 .....

5

## III. 複数の訪問看護ステーションによる地域単位の 24 時間訪問介護・看護の 効果的・効率的な実施方法の開発（滋賀県）

1. 3年間の計画と研究概要 .....	13
2. 夜間・早朝訪問の利用者分析	
2. 1 夜間・早朝の訪問看護利用者の総合的な評価	
2. 2 夜間・早朝の訪問看護体制の評価	
3. 滋賀県湖南地域における訪問看護が 24 時間計画的に提供されるための システム構築方法の検討 .....	25
1. 1 方法	
1. 2 結果	
1. 3 考察および今後の課題	

## IV. 行政が取り組む 24 時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充－（福岡県）

1. モデル事業の背景とこれまでの経緯 .....	43
2. 保健所のモデル事業 .....	44
2. 1 モデル事業の目的	
2. 2 モデル事業の実施方法	
2. 3 医療指導課の取り組み	
2. 4 4 箇所モデル保健所の取り組み	
3. 訪問看護ステーションのモデル事業 .....	56
3. 1 医療依存度の高い在宅療養者に対する訪問看護・訪問介護の一体型サービス	

提供事業—訪問看護と介護の一体型モデル事業

3. 2 医療型多機能サービスの展開に向けた訪問看護充実の検討事業

V. Data Envelopment Analysis(DEA)を用いた訪問看護ステーションの効率性 測定.....	79
付 録.....	91

## I . 研究概要

## 1. 今年度の計画と研究概要

夜間・早朝にも訪問看護を必要とする在宅療養者は、日中の訪問看護利用者の約1割程度存在する。これまで我々は平成6年以降、厚生省（当時）のモデル事業等で、夜間・早朝の訪問介護・看護システムについて実践者とタイアップしながら開拓してきており、複数の訪問看護ステーション（以下、ステーション）が連合して夜間・早朝の訪問看護を提供すれば効果的・効率的なケア提供が出来ること、介護との連携が効率的であること等が明らかとなっている。

しかしこのような仕組みを一般化するためには、方法論や効果のさらなる明確化や、地域ケアシステムの一部としての定着、さらには地域単位での評価（自宅への退院、入院予防や在宅での看取り等）が必要である。

そこで、本研究では24時間ケア体制構築の評価枠組として、Donabedianの質の保証モデル（Donabedian, 2003）を研究枠組みとして用い（図表I-1）、以下の3つを目的とした。主な実施内容は、いくつかの地域でモデル的に複数のステーション、介護職が連合して24時間の訪問看護・介護を提供すること、さらに、24時間、365日提供可能な訪問看護体制が地域のケアシステムとして定着するよう、地域を単位としたモデル事業を試みることであった（図表I-2）。

### 1) 訪問看護・介護必要者の状態像の明確化

### 2) 24時間、訪問看護・介護を提供するための訪問看護ステーションの体制構築方法の明確化、および提供効果の検証

－制度上の隘路の整理、看護と介護の連携パターンの検討、法人格・経営理念・運営方法等が異なるステーションが連合する方法論の検討を含む。

－利用者・家族・ステーションへの効果、地域的な効果の明確化を含む。

### 3) 訪問看護・介護を含む24時間在宅ケアシステムの地域単位での構築方法の探索

1年目（平成19年度）には滋賀県湖南地域（4市）において、訪問看護連絡協議会の複数のステーションが連合して訪問看護・介護を提供するモデル事業を実施し、体制構築の方法論の明確化と効果評価等を行った。

2年目（平成20年度）は、地域を単位とした24時間ケアシステムの構築方法の検討とその評価に向けて、湖南地域の13か所（そのうち2か所はサテライト）のステーションの管理者ら、県・市の保健師、研究者から成るワーキンググループを継続しつつ、モニタリングを行った。また、新たに福岡県の4地域（二次医療圏）で、保健

所を核にした 24 時間在宅ケアシステムの構築を目指すモデル事業に関わり、その構築方法の明確化と効果評価を行った。

3 年目である今年度（平成 21 年）は、3 年間のモデル事業の蓄積を基に、体制構築の方法論や問題点を整理しまとめた。

## **2. 背景および目的**

本研究では、地域を単位とした 24 時間ケアシステムの構築方法の検討およびその評価を行うことを目的とした。滋賀県湖南地域ではモデル事業で構築した体制の定着化を図るため湖南地域の 13 か所（そのうち 2 か所はサテライト）の管理者ら、県・市の保健師、研究者から成るワーキンググループを継続しつつ、モニタリングを行った。また、福岡県の 4 地域（二次医療圏）で、保健所を核にした 24 時間在宅ケアシステムの構築を目指すモデル事業に関わり、その構築方法の明確化と効果評価を行った。

### **2.1 24 時間の訪問看護体制を構築したステーションが地域ケアシステムに位置づくことの重要性**

研究者らは、24 時間の訪問看護体制を構築したステーションが地域のケアシステムに位置づくこと、すなわち、夜間・早朝の計画的訪問が必要な人に適切に提供されるしくみができることが、次の利用者とサービス提供者の両観点から重要であると考ええる。その理由は、①利用者がどこに住んでいても 24 時間の訪問看護が利用できるようにするため、②安定した利用者の確保によりステーションが構築した 24 時間の訪問看護体制を維持するためである。

しかし、夜間・早朝の訪問看護の必要者の発生率は、ステーション利用者の約 1 割と少ないため、全てのステーションが 24 時間の訪問看護体制を構築することは非効率である。よって、近隣のステーション、病院、診療所、居宅介護支援事業所、等と連携・協議し、夜間・早朝の訪問看護の必要者に適切にサービス提供ができる地域のケアシステムができることが望ましい。

### **2.2 地域ケアシステムを構築し維持するための方法(介入方法)開発の枠組み**

2.1 で述べた地域のケアシステムを構築し、維持していくための具体的な方法であるが、近隣ステーションは競合関係にあるため、個々のステーション同士が調整を図るのは難しい。そこで、その地域のサービスの質を保証することを業とし、中立な立場を取り得る行政が、そのシステムを構築・調整する役割を担うことが必要不可欠であると考ええる。

そこで、滋賀県湖南地域のモデル事業においては、ワーキンググループメンバーに

湖南地域の保健所保健師および市保健師に参加を依頼した。福岡県モデル事業においては、県庁保健師が 24 時間の訪問看護を提供するステーションを地域に増やすことを目指し、システム構築および調整を担う役割として保健所を位置づけて行政事業として取り組んだ。それぞれの地域における実施方法の詳細については後述する。

### 2.3 研究目的

- ① 24 時間の訪問看護体制を地域のケアシステムに位置づけるための方法論（介入方法）を開発する。
- ② ①で考案した方法を地域でモデル的に実施する。
- ③ ②の評価を行うことにより①の方法論を洗練する。

## 3. 方法

アクション・リサーチの考え方を基に、研究者らはモデル事業の実施者と共同関係を築き、実施内容や方針の決定は会議を開催し話し合うことで進めた。方針の変更や状況に変化があった場合は、電話やメールで速やかに連絡を取り合った。実施プロセスを記述し、評価するためのデータには、主に会議録、関連資料、ヒアリングの記録等を用いた。

	構造	プロセス	アウトカム
個人・ 家族	・在宅療養できる 人のタイプ (本人・家族)	・24時間のニーズア セスメントに基づいた サービス提供	・悪化防止 ・入院回避 ・利用者のQOLの向上
事業所	・事業所のサービ ス提供体制 (職員数、夜間体制)	・無理の少ない形で の夜間・早朝ケア提 供	・事業所経営の採算が 安定する
社会・ 地域	・効率的なサービ ス提供システム	・サービス提供者間 の効果的な連携 ・地域全体に、効率 的に必要なケアが提 供される	・最期まで在宅療養でき る者の増加 ・医療費、介護費の減少 ・市民の理解

図表 I-1 24 時間ケア体制構築の評価枠組  
(Donabedian の質の保証モデルを参考に)



図表 I-2 研究全体の枠組みと年度ごとの実施内容

フィールド	研究枠組 みの レベル	研究目的	実施内容			
			平成18年度以前	平成19年度	平成20年度	平成21年度
滋賀県 湖南地域	個人・家族	1. 訪問看護・介護必要者の状態像の明確化		夜間・早朝の訪問看護 利用者の分析	居宅介護支援事業所利用者調査	
	事業所	2. 24時間、訪問看護・介護を提供するための訪問 看護ステーションの体制構築方法の明確化、 および提供効果の検証	STの連携 モデル事業 (平成17年度～)	・24時間訪問看護の効果評価 ・体制構築のプロセス記述・ マニュアル化	モデル事業終了後のモニタリング → 稼働率・採算性の評価	
	社会・地域	3. 訪問看護・介護を含む24時間在宅ケアシステム の地域単位での構築方法の探索	保健所・ST等による ワーキング会議 (地域の課題の明確化) (平成18年度～)	地域ケア専門職による 交流・研修会(平成17年度～)	病院とSTとの 交流会・研修会	病院とSTとの 交流会・研修会
福岡県 4地域	個人・家族	1. 訪問看護・介護必要者の状態像の明確化			看護・介護一体型・デイ ホスピスの利用者の分析	
	事業所	2. 24時間、訪問看護・介護を提供するための訪問 看護ステーションの体制構築方法の明確化、 および提供効果の検証			看護・介護一体型・デイ ホスピスのモデル事業	ST効率性測定
	社会・地域	3. 訪問看護・介護を含む24時間在宅ケアシステム の地域単位での構築方法の探索			行政が核となり推進する 地域ケアシステム構築	
全国	事業所	24時間、訪問看護の提供体制の実態				ST訪問体制の全国調査

ST: 訪問看護ステーション

## Ⅱ．全国調査および夜間・早朝体制の現状

## 1. 全国の訪問看護ステーションにおける訪問体制 ～ 6 年前からの推移(全国調査単純集計)～

### 1.1 目的

平成 15 年に全国の訪問看護ステーションを対象に、夜間・早朝や土日祝日の訪問体制についての調査を実施した。その後の全国的な体制の変化を明確にすることを目的とし、平成 21 年度にも同様の調査を実施した

### 1.2 方法

全国訪問看護事業協会の会員である訪問看護ステーション全 3,578 施設を対象とし、質問紙を郵送し、返送にて回収した。回収は 1,188 件（有効回答率：33.2%）、であった。なお、返送をもって研究協力の同意が得られたものとした。

分析は記述統計を用い、平成 15 年度の調査結果と比較を行った。

### 1.3 結果

#### 1) 訪問看護ステーションの属性

対象となった訪問看護ステーションの属性を以下に示す。

開設主体では、平成 21 年度の回答者において会社立が多く、平成 15 年度では 6.6% だったものが、21 年度では 15.2% となっている。

また、看護職以外の職員数も常勤・非常勤ともに増加している。

届出について見ると、平成 21 年には 24 時間連絡体制加算の届出「あり」が 45.7% と、平成 15 年の 79.1% と比べて大きく減少している。一方、平成 15 年以降に制度化された 24 時間対応体制加算の届出「あり」は 83.1% と 8 割以上を占めており、この影響による変化とも考えられる。また、サービス提供体制加算の届出「あり」は 69.1% であった。

平成 21 年 4 月より制度化された居宅療養管理指導は届出「あり」が 23.3% にとどまっている。届出月を見ると 4 月が多く（61.0%）、制度化と同時に届出をした ST が多かったことがうかがえる。一方実際の利用者数では 0 人という回答が 88.1% であり、いまだ活用されていないと思われる。また、在宅療養支援診療所との連携は「あり」が 70.9% であり、多くの ST が連携を取っていることが示された。

新規利用者を受け入れる余裕があるかどうかをたずねたところ、「余裕あり」は 70.1% であり、受け入れ可能人数の平均は 5.7 人であった。

図表Ⅱ-1-1 訪問看護ステーションの基本情報（１）

(H15: N=1891 H21: N=1188)					(H15: N=1891 H21: N=1188)				
項目	H15		H21		項目	H15		H21	
	n	%	n	%		n	%	n	%
介護保険の地域区分					職員数				
特別区	149	7.9	91	7.7	看護職				
特甲地	294	15.5	195	16.4	常勤	3.6±2.2		3.8±1.9	
甲地	66	3.5	64	5.4	非常勤	3.0±3.5		3.1±3.2	
乙地	249	13.2	134	11.3	看護職以外				
特別地域	42	2.2	438	36.9	常勤	0.6±1.2		1.33±2.1	
その他	986	52.1	25	2.1	非常勤	0.8±1.9		1.51±3.2	
無回答	105	5.6	241	20.3	緊急時訪問看護加算の届出				
開設主体					あり	1536	81.2	1038	87.4
医療法人	861	45.5	476	40.1	なし	340	18.0	138	11.6
その他の法人	204	10.8	113	9.5	無回答	15	0.8	12	1.0
社会福祉法人	188	9.9	111	9.3	24時間連絡体制加算の届出				
医師会	174	9.2	105	8.8	あり	1496	79.1	543	45.7
会社	125	6.6	180	15.2	なし	353	18.7	469	39.5
看護協会	124	6.6	56	4.7	無回答	42	2.2	176	14.8
協同組合及び連合会	118	6.2	66	5.6	特別管理加算の届出				
地方公共団体	70	3.7	46	3.9	あり	1729	91.4	1122	94.4
NPO法人	7	0.4	18	1.5	なし	143	7.6	50	4.2
公的・社会保険関係団体	6	0.3	5	0.4	無回答	19	1.0	16	1.3
無回答	14	0.7	12	1.0	重症者管理加算の届出				
同一法人内にある施設					あり	1426	75.4	1039	87.5
病院	970	51.3	571	48.1	なし	371	19.6	131	11.0
在宅介護支援センター	879	46.5	355	29.9	無回答	94	5.0	18	1.5
介護老人保健施設	626	33.1	362	30.5	24時間対応体制加算の届出				
無床診療所	323	17.1	210	17.7	あり			987	83.1
特別養護老人ホーム	157	8.3	114	9.6	なし			181	15.2
有床診療所	119	6.3	62	5.2	無回答			20	1.7
地域包括支援センター・			4	0.3	サービス提供体制加算の届出				
居宅介護支援事業所					あり			821	69.1
無回答	434	23.0	375	31.6	なし			308	25.9
併設注されている事業所					無回答			59	5.0
居宅介護支援	1552	82.1	843	71.0	n(%)またはmean±SD				
訪問介護	656	34.7	340	28.6					
福祉用具貸与	110	5.8	48	4.0					
その他	304	16.1	243	20.5					
無回答	259	13.7	12	1.0					

図表Ⅱ-1-2 訪問看護ステーションの基本情報（２）

N=1188			
項目	H21		
	n	%	
居宅療養管理指導の届出			
あり	277	23.3	
なし	854	71.9	
無回答	57	4.8	
在宅療養支援診療所との連携			
あり	842	70.9	
なし	318	26.8	
無回答	28	2.4	
新規利用者の受け入れ			
余裕あり	833	70.1	
余裕なし	293	24.7	
無回答	62	5.2	
(余裕ありの場合) 受け入れ可能人数		5.7±4.9	
n(%)またはmean±SD			

## 2) ケアの実施可能性と実施状況

### (1) ケア内容別の実施可能性及び実施状況

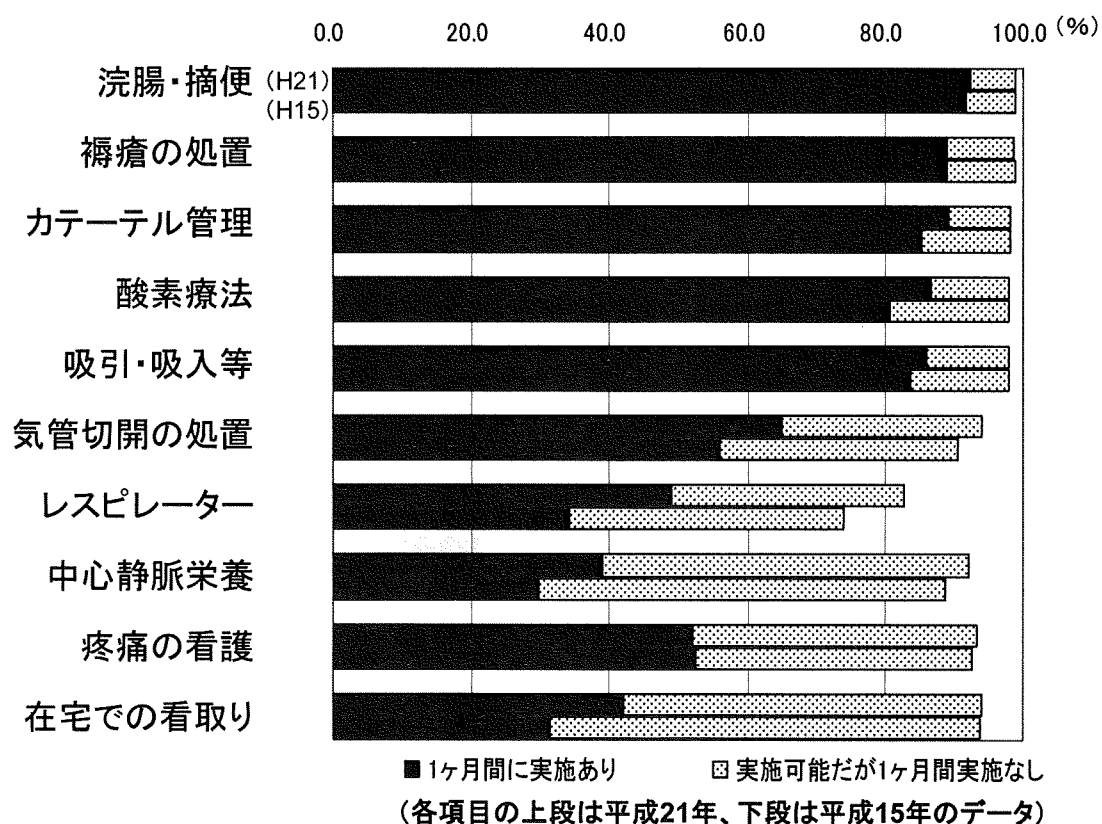
各ケア内容が実施可能かどうか、また、1ヶ月間に実施があったかどうかをたずねた結果を以下に示す。平成15年度に9割を超えていた項目は平成21年度も9割以上を保ち、ほとんどの項目では実施可能との回答が増加していた。平成15年度には実施可能性が低かったレスピレーター（73.9%）、中心静脈栄養（88.7%）も、平成21年度の結果ではレスピレーターが82.7%、中心静脈栄養が92.1%と大きく上昇している。

図表Ⅱ-1-3 ケアの実施可能性と実施状況

		実施可能	1ヶ月間に 実施あり	実施可能だが 1ヶ月間 実施なし
浣腸・排便	H21	98.9	92.4	6.5
	H15	98.8	91.6	7.2
褥瘡の処置	H21	98.7	88.8	9.9
	H15	98.8	89.0	9.8
カテーテル管理	H21	98.2	89.1	9.1
	H15	98.1	85.2	12.8
酸素療法	H21	97.9	86.7	11.2
	H15	98.0	80.7	17.3
吸引・吸入等	H21	98.0	85.9	12.1
	H15	97.9	83.6	14.3
気管切開の処置	H21	93.9	65.0	28.9
	H15	90.5	55.8	34.6
レスピレーター	H21	82.7	49.0	33.7
	H15	73.9	34.3	39.6
中心静脈栄養	H21	92.1	39.1	53.0
	H15	88.7	29.7	59.0
疼痛の看護	H21	93.4	52.0	41.4
	H15	92.7	52.5	40.2
在宅での看取り	H21	93.9	42.0	51.9
	H15	93.7	31.4	62.3

また、1ヶ月間に実施があったものの割合はほとんどの項目で上昇していた。平成15年度と平成21年度を比較すると、気管切開の処置、レスピレーター、在宅での看取りでは10%程度上昇しており、医療依存度の高い利用者が増加した可能性が考えられる。

図表Ⅱ-1-4 ケアの実施可能性と実施状況と実施可能性の変化

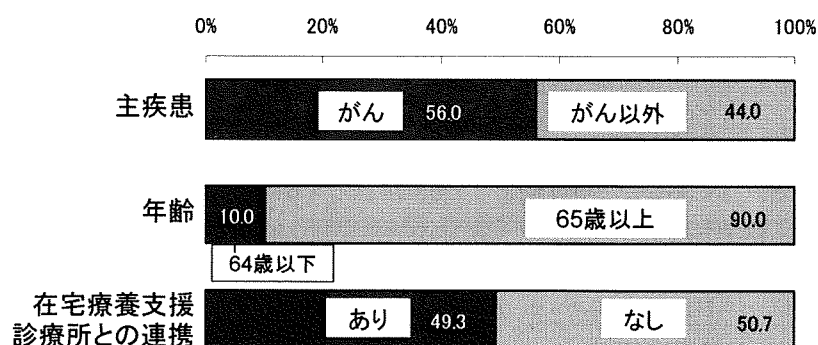


## (2) 在宅での看取りの実施状況

在宅での看取りに至った利用者についてたずねた結果を以下に示す。

在宅での看取りに至った利用者の90%は65歳以上であった。また、主疾患が癌であったものは全体の56.0%であり、内訳は64歳以下が8.4%、65歳以上が47.6%であった。また、在宅療養支援診療所と連携があったものは全体の49.3%であった。

図表Ⅱ-1-5 在宅で看取った利用者の属性



図表Ⅱ-1-6 在宅で看取った利用者の年齢別割合

	N=2700			
	64歳以下		65歳以上	
	n	%	n	%
主疾患:悪性新生物	227	8.4	1284	47.6
主疾患:その他の疾患	42	1.6	1147	42.5
在宅療養支援診療所と連携あり	153	5.7	1178	43.6

### 3) 土日や夜間・早朝のケア提供状況

7月1ヶ月間における土日祭日の日中、及び夜間・早朝における訪問看護サービスの利用者実人数、および延べ訪問回数の平均値を以下に示す。

全ての項目において平成21年度では平成15年度から増加しているか同値であった。

図表Ⅱ-1-7 訪問看護サービスの提供状況（平均値）  
（平成15年7月および平成21年7月）

項目		(H15: N=1891 H21: N=1188)									
		土曜の昼間		日祭日の昼間		準夜		深夜		早朝	
		H15	H21	H15	H21	H15	H21	H15	H21	H15	H21
訪問全体	利用者実人数	4.4	5.3	2.7	4.0	0.7	1.0	0.3	0.4	0.2	0.4
	延訪問回数	9.9	13.4	4.7	7.6	1.1	1.7	0.5	0.9	0.4	0.7
計画されていた訪問	利用者実人数	3.4	4.3	1.9	3.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
	延訪問回数	8.3	11.7	3.3	6.2	0.3	0.6	0.1	0.5	0.2	0.4

7月1ヶ月間における準夜・深夜・早朝の電話対応および臨時訪問の状況を以下に示す。いずれも0回という回答は平成15年度より減少しており、11回以上という回答が増加している。

図表Ⅱ-1-8 準夜・深夜・早朝の電話対応および臨時訪問の状況  
(平成 15 年 7 月および平成 21 年 7 月)

		(H15: N=1891 H21: N=1188)			
項目		n	%	n	%
電話対応回数	0	485	25.6	238	20.0
	1～5	750	39.7	410	34.5
	6～10	283	15.0	218	18.4
	11～	281	14.9	260	21.9
	無回答	92	4.9	64	5.4
うち臨時訪問回数	0	791	41.8	402	33.8
	1～5	830	44.0	539	45.4
	6～10	107	5.7	128	10.8
	11～	52	2.7	56	4.7
	無回答	111	5.9	63	5.3

### 3) 土日や夜間・早朝の訪問看護提供体制

土日や夜間・早朝の計画的な訪問看護を実施しているかどうかをたずねた結果を以下に示す。平成 15 年度と平成 21 年度を比較するとほぼ同値であり、夜間・早朝の訪問看護を実施している ST は 1 割に満たない状況であった。

図表Ⅱ-1-9 土日や夜間・早朝の計画的な訪問看護の実施状況

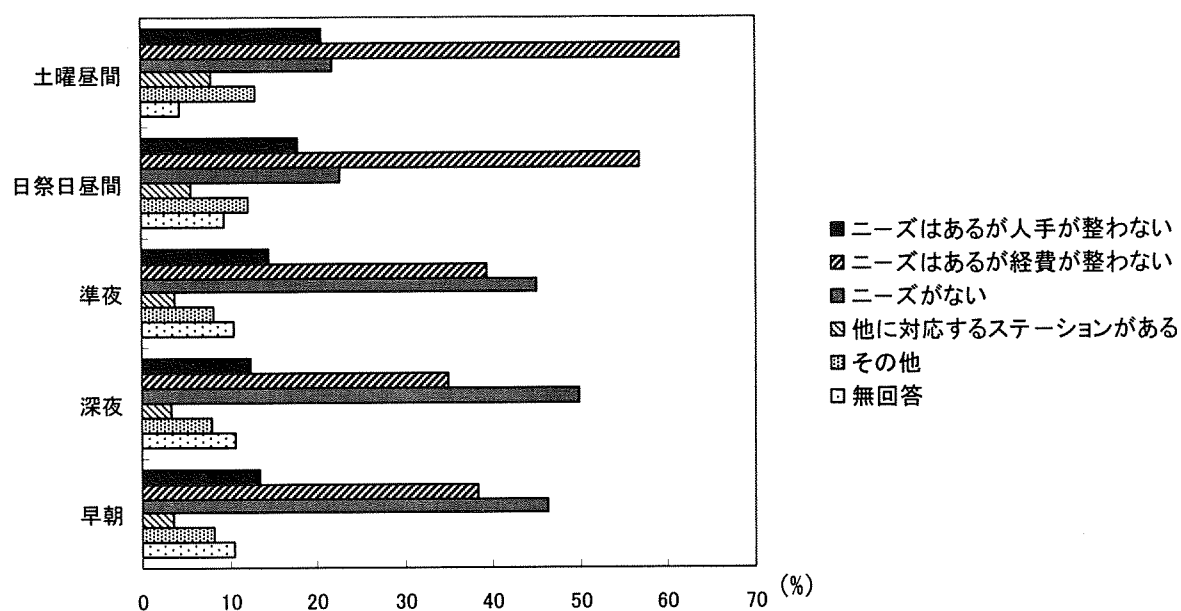
	(H15: N=1891 H21: N=1188)			
	(H15)		(H21)	
	実施している n	%	実施している n	%
土曜の昼間	1193	63.1	676	56.9
日祭日の昼間	616	32.6	443	37.3
準夜	109	5.8	69	5.8
深夜	49	2.6	41	3.5
早朝	90	4.8	55	4.6

各時間帯について、計画的な訪問看護を実施していない理由は以下の通りであった。平成 15 年度と比較すると、平成 21 年度では「ニーズがない」という回答割合が全ての時間帯において減少していた。特に準夜・深夜・早朝については、平成 15 年度には「ニーズがない」という回答が 50%を越えていたが、平成 21 年度には 50%未満となっており、半数以上の ST が夜間・早朝の訪問看護のニーズをかんじていることが示された。一方、「ニーズはあるが経費が整わない」という回答は 1～2 割であったものが 3～6 割と大幅に増えており、土日や夜間早朝の計画的な訪問看護の実施を困難にしている要因の変化が示唆された。



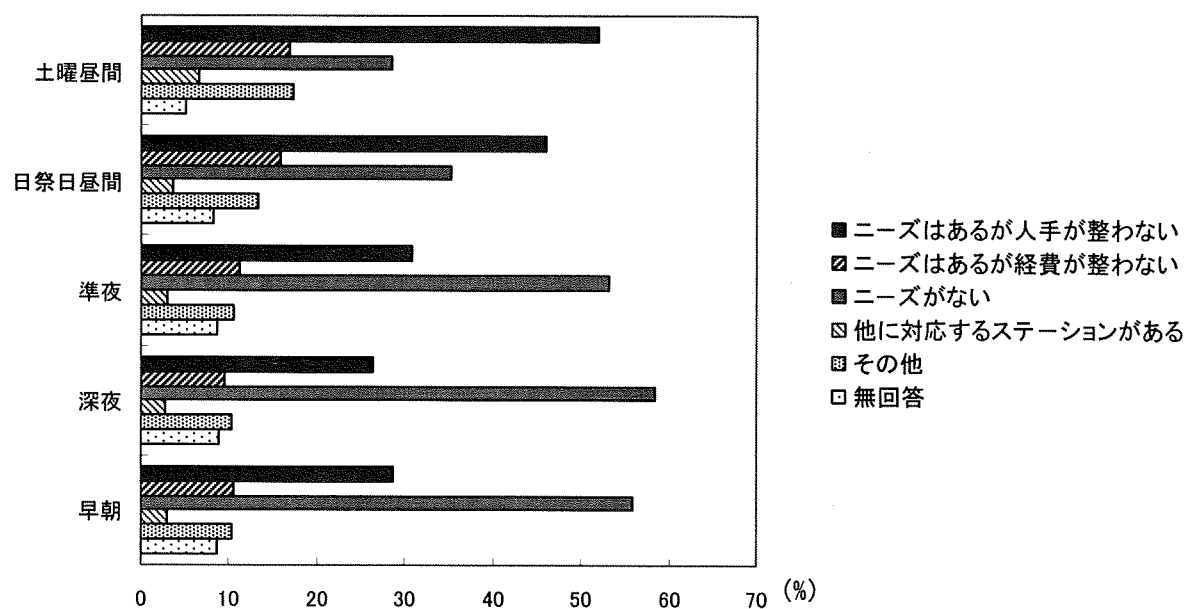
図表Ⅱ-1-10 計画的な訪問看護を実施しない理由（平成21年 複数回答）

	土曜の昼間		日祭日の昼間		準夜		深夜		早朝	
	N=458		N=675		N=1003		N=1022		N=1012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ニーズはあるが人手が整わない	94	20.5	121	17.9	146	14.6	126	12.3	137	13.5
ニーズはあるが経費が整わない	281	61.4	383	56.7	394	39.3	357	34.9	388	38.3
ニーズがない	100	21.8	153	22.7	451	45.0	510	49.9	469	46.3
他に対応するステーションがある	37	8.1	38	5.6	37	3.7	35	3.4	36	3.6
その他	60	13.1	82	12.1	82	8.2	82	8.0	82	8.1
無回答	20	4.4	64	9.5	106	10.6	109	10.7	107	10.6



図表Ⅱ-1-11 計画的な訪問看護を実施しない理由（平成15年 複数回答）

	土曜の昼間		日祭日の昼間		準夜		深夜		早朝	
	N=616		N=1162		N=1602		N=1653		N=1620	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ニーズはあるが人手が整わない	320	51.9	533	45.9	492	30.7	434	26.3	463	28.6
ニーズはあるが経費が整わない	104	16.9	185	15.9	179	11.2	157	9.5	170	10.5
ニーズがない	175	28.4	410	35.3	852	53.2	965	58.4	906	55.9
他に対応するステーションがある	40	6.5	41	3.5	47	2.9	46	2.8	47	2.9
その他	106	17.2	153	13.2	168	10.5	170	10.3	167	10.3
無回答	31	5	96	8.3	139	8.7	145	8.8	141	8.7



**Ⅲ. 複数の訪問看護ステーションによる  
地域単位の24時間訪問介護・看護の  
効果的・効率的な実施方法の開発  
(滋賀県)**

## 1. 3年間の計画と研究概要

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。そのためには、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、在宅ターミナルや、医療処置を必要とする療養者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。

そこで研究者らは、平成 17 年度、同一法人内の複数の ST 連携による夜間・早朝の訪問看護体制の構築を開始した。実施する ST は、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）を含めた 3 か所であった。夜間・早朝の訪問看護必要者チェックシート、および事例検討会を経て対象者を選定し、モデル事業期間中に全部で 12 名に夜間・早朝の訪問看護を提供した。

平成 18 年度には、モデル事業の実施 ST を 13 か所に拡大した。平成 17 年度と同様、夜間・早朝の訪問看護必要者チェックシート、および事例検討会を経て対象者を選定した。平成 17 年度からの利用者を含め、2 年間のモデル事業期間中に全部で 20 名に夜間・早朝の訪問看護を提供した。平成 19 年度にも、平成 18 年度と同じ ST、同じ体制でモデル事業を行い、3 年間のモデル事業期間中に全部で 31 名に夜間・早朝の訪問看護を提供した。

平成 20 年度でモデル事業は終了した。以降は済生会訪問看護ステーションが独自に夜間・早朝の訪問看護事業を継続し、平成 21 年度末までに全部で 45 名に夜間・早朝の訪問看護を提供した。

本項では、平成 17 年度から 21 年度末までの蓄積から、夜間・早朝の訪問看護利用者像を記述する。さらに、夜間・早朝の訪問看護提供体制の運営上の課題を述べる。

## 2. 夜間・早朝訪問の利用者分析

利用者分析には、平成 17 年度～19 年度のモデル事業期間中の利用者データを用いた。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Ⅲ・2-1 の通りである。

利用者の年齢は  $71.3 \pm 15.6$  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