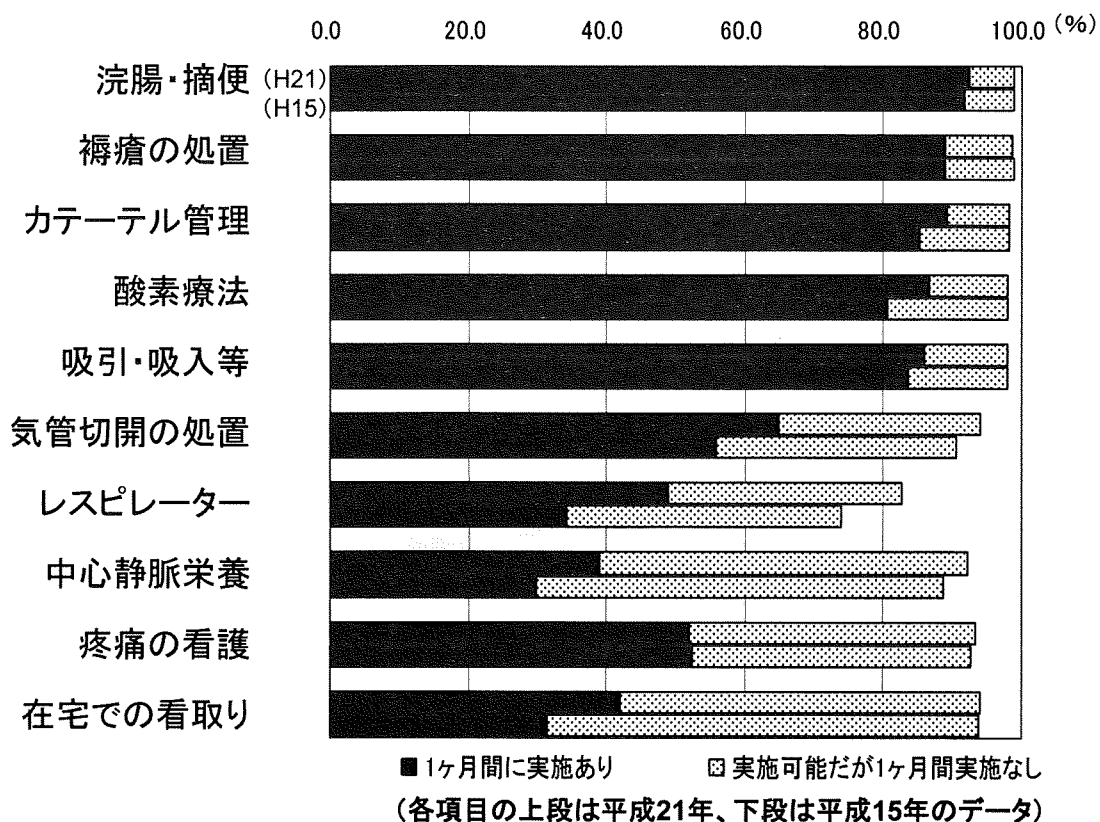


図表Ⅱ-1-4 ケアの実施可能性と実施状況と実施可能性の変化

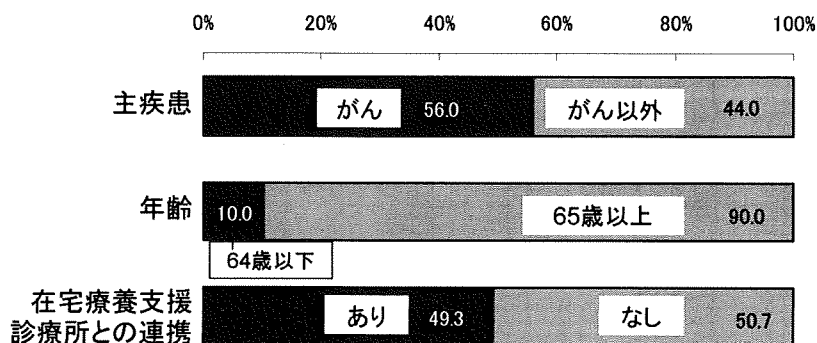


(2) 在宅での看取りの実施状況

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

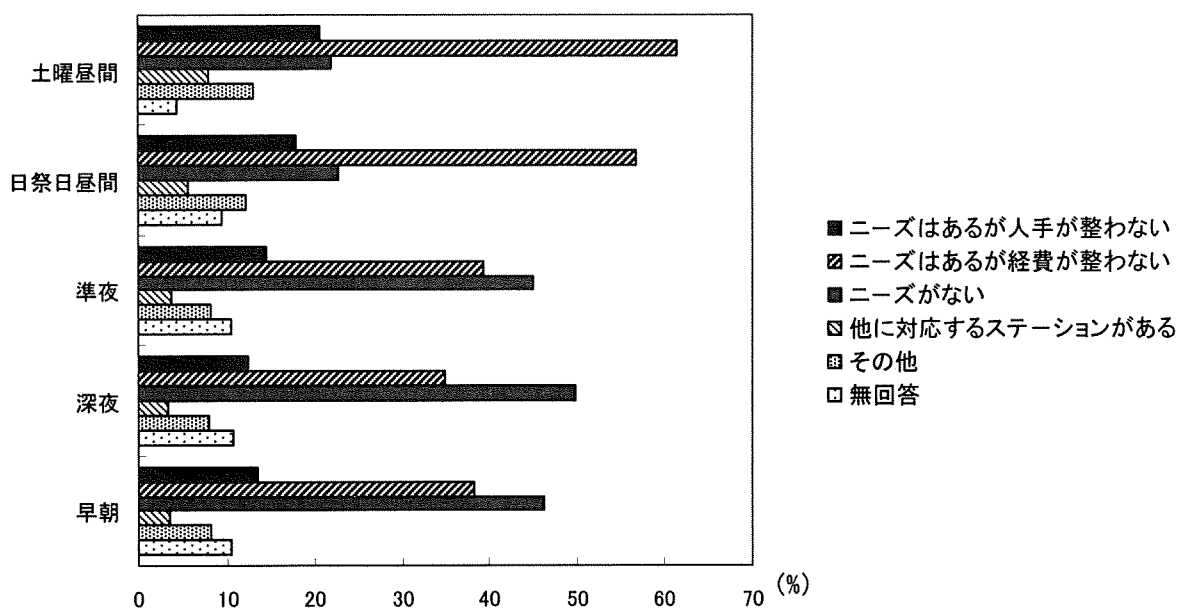
	(H15: N=1891 H21: N=1188)			
	(H15)		(H21)	
	実施している n	%	実施している n	%
土曜の昼間	1193	63.1	676	56.9
日祭日の昼間	616	32.6	443	37.3
準夜	109	5.8	69	5.8
深夜	49	2.6	41	3.5
早朝	90	4.8	55	4.6

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。

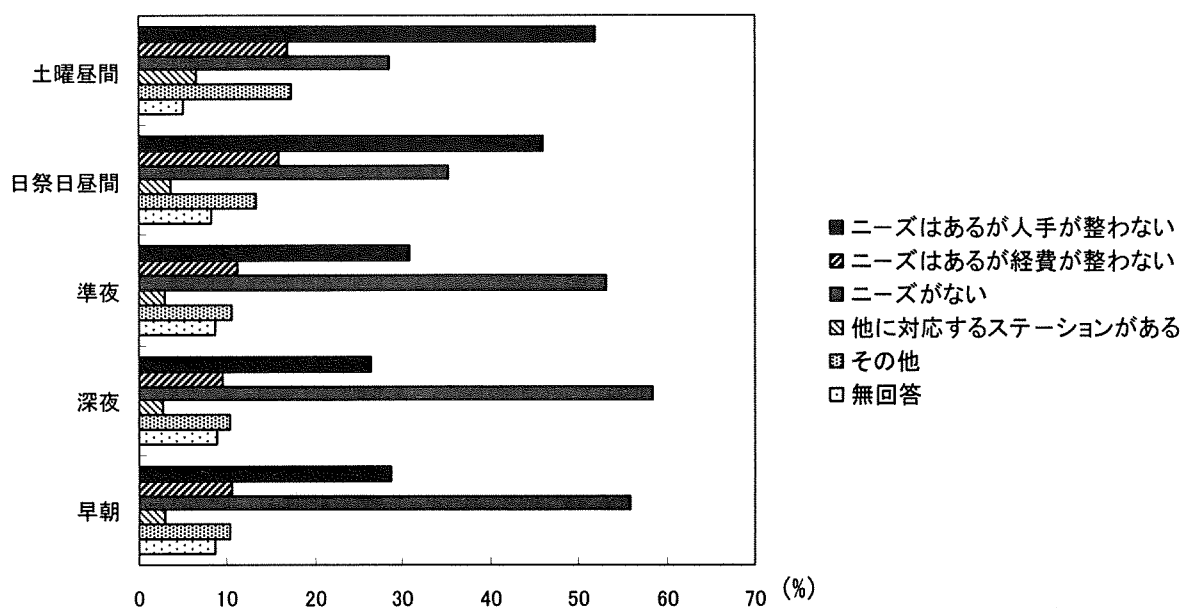
図表Ⅱ-1-10 計画的な訪問看護を実施しない理由（平成21年 複数回答）

	土曜の昼間 N=458		日祭日の昼間 N=675		準夜 N=1003		深夜 N=1022		早朝 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 N=616		日祭日の昼間 N=1162		準夜 N=1602		深夜 N=1653		早朝 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
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. 要介護者における24時間の
訪問介護・訪問看護必要者の
対象者像の明確化**

1. 研究背景と目的・対象地域の概要

介護保険制度では、「日中（8時から18時）」以外の「早朝（6時から8時）」「準夜（18時から22時）」「深夜（22時から翌6時）」における訪問介護・訪問看護に加算が設定されている。しかし、日中以外の時間帯（以後、夜間・早朝）のサービス提供体制をとる訪問介護・訪問看護事業所は全国的に数が少ない。適切なサービスを適切な時間帯に提供するためには、まずその人数を把握することが必要である。そのためには、サービス必要者像のモデル（以後、サービス必要者像）を明確に記述しておく必要があるが、これまで、特定のサービス必要者像のモデルを、時間帯別に、具体的に示した研究はない。

そこで本研究では、日中、夜間・早朝の時間帯毎に、訪問介護・訪問看護必要者の対象者像（以後、訪問介護・訪問看護必要者像）の明確にすることを目的とした。

調査は、滋賀県湖南地域保健所管内で行った。湖南地域には、4つの市が含まれる。2005年の高齢化率は18.0%で、全国の20.0%と比べやや低いが、第1号被保険者の要介護認定率は14.8%で全国とほぼ同じである。介護保険制度の居宅サービスの利用割合が76.9%と高く、日中以外の訪問介護、訪問看護サービスが実際に提供されている地域である。

2. 方法

1) 研究デザイン

自記式質問紙調査による横断研究とした。

2) 調査方法

(1) 調査協力者（ケアマネジャー）への依頼

2008年6～7月に、湖南地域内全ての居宅介護支援事業所64カ所に調査を依頼し、協力を申し出た40カ所の事業所に勤務する全ケアマネジャー120名を調査協力者とした。

2008年8月に事業所管理者を通じて調査票および調査説明文書を配布した。

(2) 対象事例（要介護者）の選定

調査協力者1名につき、自分の担当する全要介護者の中から下記の条件で最大4事例を選定してもらい、対象事例とした。選定条件は以下の通りとした。

- ① 調査時点で施設入所していないこと
- ② 要介護度2～5から、本人の誕生日が8月1日に1番近い事例を1名ずつ選択すること

(3) 調査手順

調査協力者には、主介護者に対して1度、調査票を用いて聞き取り調査を行ってもらった。調査票には、対象事例の基本属性に関する聞き取り調査の結果と、対象事例のサービス必要性に関する調査協力者の判断を回答してもらった。

なお、医療処置、サービス利用、サービスの必要性の有無は、聞き取り調査の日からみて直近の平日（6時から翌6時の24時間）の状況について尋ねた。介護状況は日ごとの変動が大きく、普段の様子を記述することが困難であることから、時間帯を平日の24時間に限定し正確な情報を把握することを優先したためである。

「サービスの必要性が有る状態」とは、要介護者・主介護者の意向にかかわらず、要介護者の状態像と主介護者の状況からケアマネジャーの専門的判断によって特定のサービス利用が必要と考えられる状態とした。

調査票の作成にあたっては、2008年5月から6月に東京都内の居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャー5名の助言を受け、在宅介護の実態を反映するよう配慮した。

3) 分析方法

サービス必要者の対象像を明らかにするため、対象者・介護者の基本属性、日中の医療処置の有無を独立変数とし、日中の訪問介護必要性の有無を従属変数として Chi-squared Automatic Interaction Detection（以後、CHAID）による要因探索を実施した。

CHAIDは、データマイニングに用いられる決定木分析のアルゴリズムの1つである。複数の独立変数の中から、従属変数について最もよく説明する変数を χ^2 値に基づいて決定するもので、線形回帰に比べて複雑な交互作用を理解しやすい。また、医師や看護師が日常用いている診断プロセスと類似しており、分析結果から対象像が把握しやすいという利点がある。本研究では、ケアマネジャーが行うサービス必要性判断の複雑なプロセスを医療における診断プロセスと同様のものと考え、サービス必要者の特性の解析にCHAIDを用いた。

解析における停止原則は、階層数を3、親ノードの最少ケース数を40、子ノードを20にした。

3. 結果

1) 配布施設、調査協力員数および回収数

配布施設数、調査協力員数、協力の得られた調査協力員数、選定事例数、回収

事例数は以下の通りである。回収事例のうち、調査日に施設入所していた 20 事例を除外し、280 事例を分析対象とした。

図表Ⅲ-3-1 配布施設、調査協力員数および回収数

配布施設数	協力の得られた施設数(%)	依頼した調査協力員数	協力の得られた調査協力員数(%)	選定事例数	回収事例数(%)
40	32(80.0%)	120	92(76.7%)	320	300(93.8%)

2) ケアマネジャーの概要

ケアマネジャーは、女性が 9 割以上を占めていた。

平均年齢は 47.6 歳で、管理職ではない正規雇用者が 44 名 (47.8%) と最も多かった。

ケアマネジャーになる前の職種では保健師・看護師・准看護師が 34 名 (37.0%) と最も多く、次いで介護福祉士 30 名 (32.6%) であった。

図表Ⅲ-3-2 ケアマネジャーの概要

		n=92
年齢		47.6±8.9 (30-67)
性別	女性	86 (93.5)
	男性	6 (6.5)
職位	管理者	26 (28.3)
	管理者でない正規雇用者	44 (47.8)
	非正規雇用者	22 (23.9)
ケアマネジャーになる前の職種	保健師・看護師・准看護師	34 (37.0)
	介護福祉士	30 (32.6)
	その他	27 (29.3)

表中の数字は、平均値 ±標準偏差(範囲) もしくは人数(%)

3) 要介護者・主介護者の概要

要介護者は平均年齢 80.1 歳、女性が 153 名 (54.6%) であった。日常生活自立度が B・C の者が約 6 割、認知症自立度がⅢ以上のものが約半数であった。ADL 評価のうち、入浴、更衣、トイレ動作では 8 割以上の要介護者が介助を要したのに対し、食事に介助を要する者は約 3 割にとどまっていた。ターミナル状態にある者は 4 名 (1.4%)、病状が不安定で定期的観察を要する者は 53 名 (18.9%) であった。同居家族数が 2 名以上のものがほぼ 7 割を占めており、独居は 8 名 (3.2%) と少なかった。

主介護者の約半数が 65 歳以上で、約 7 割が女性であった。要介護者からみた続柄は、娘・義理の娘が約 4 割と最も多く、次いで妻、夫であった。主介護者の 9 割以上が要介護者と同居しており、約半数が半日以上介護していた。

図表Ⅲ-3-3 要介護者の概要

	n=280	
	n	%
年齢	80.1±9.4 (53-99)	
64歳以下	18	(6.4)
65～84歳	167	(59.6)
85歳以上	95	(33.9)
性別		
女性	153	(54.6)
要介護度		
要介護2	81	(28.9)
要介護3	76	(27.1)
要介護4	68	(24.3)
要介護5	55	(19.6)
日常生活自立度		
自立・J・A	113	(40.4)
B	104	(37.1)
C	63	(22.5)
認知症自立度		
自立・I・II	147	(52.5)
Ⅲ・Ⅳ・M	133	(47.5)
ADL (Katz index)		
入浴に介助を要する	236	(84.3)
更衣に介助を要する	229	(81.8)
トイレに介助を要する	226	(80.7)
移動に介助を要する	176	(62.9)
排尿・排泄自制に介助を要する	220	(78.6)
食事に介助を要する	80	(28.6)
ターミナル期	4	(1.4)
医療依存度		
病状は安定している	227	(81.1)
病状が不安定で定期的観察が必要	53	(18.9)
同居家族数		
不在	8	(2.9)
1名	69	(24.6)
2名以上	201	(71.8)
ケアプラン上優先する疾患(2つまで回答) ^{注2)}		
認知症	117	(41.8)
脳血管疾患	99	(35.4)
糖尿病	36	(12.9)
心疾患	32	(11.4)
神経難病	28	(10.0)
骨折などの後遺症	27	(9.6)

注1) 表中の数字はMean±SD (Range)、もしくは人数(%)

注2) 人数が25名より多いものを記載

図表Ⅲ-3-4 介護者の概要

	n=280	
	n	%
主介護者の年齢	64.0±13.0 (22-97)	
64歳以下	137	(48.9)
65～74歳	76	(27.1)
75歳以上	67	(23.9)
主介護者の性別		
女性	216	(77.1)
要介護者からみた主介護者の続柄		
妻	92	(32.9)
夫	37	(13.2)
娘・義理の娘	116	(41.4)
息子・義理の息子	23	(8.2)
その他	12	(4.3)
主介護者の介護歴		
1年未満	39	(13.9)
1～5年	109	(38.9)
5年以上	127	(45.4)
主介護者の居住地		
要介護者と同居	266	(95.0)
別居	14	(5.0)
主介護者の一日の介護時間		
終日	71	(25.4)
半日	72	(25.7)
2～3時間程度	65	(23.2)
必要時のみ	59	(21.1)
主介護者の睡眠の充足度		
足りている	129	(46.1)
不足・かなり不足	147	(52.5)
副介護者の介護頻度(最も介護頻度の高い者)		
副介護者なし	63	(22.5)
週5日以上	66	(23.6)
週3～4日程度	40	(14.3)
週1～2日程度	106	(37.9)
必要時のみ	3	(1.1)

注) 表中の数字はMean±SD (Range)、もしくは人数(%)

4) 時間帯別にみた、医療処置、サービス（訪問介護・看護以外）利用の実態

各時間帯において何らかの医療処置が1度でも実施されている者の実人数は、日中で61名(21.8%)、夜間・早朝では43名(15.4%)であった。経管栄養、血糖測定・インスリン注射の処置は、それぞれ日中、早朝、準夜には全対象者の5～7%で、深夜は1名のみ(0.4%)に実施されていた。一方、吸引は日中、早朝、準夜に加えて深夜でも9名(3.2%)に実施されていた。褥瘡処置は日中に実施される者が31名(11.1%)で最も多かった。

また、日中は通所サービス利用者が約半数を占めていた。

図表Ⅲ-3-5 医療処置、サービス（訪問介護・看護以外）利用の実態

	n=280									
	日中		日中以外 ^{注1)}		早朝		夜間		深夜	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
医療処置の有無										
何らかの処置あり ^{注2)}	61 (21.8)		43 (15.4)		37 (13.2)		34 (12.1)		10 (3.6)	
経管栄養	21 (7.5)		22 (7.9)		16 (5.7)		15 (5.4)		1 (0.4)	
吸引	20 (7.1)		20 (7.1)		15 (5.4)		15 (5.4)		9 (3.2)	
血糖測定・インスリン注射	15 (5.4)		22 (7.9)		12 (4.3)		7 (2.5)		1 (0.4)	
点滴処置	0 (0.0)		1 (0.4)		1 (0.4)		1 (0.4)		0 (0.0)	
褥そう処置	31 (11.1)		32 (11.4)		6 (2.1)		8 (2.9)		0 (0.0)	
サービス利用の有無										
訪問リハビリ	10 (3.6)		-		-		-		-	
訪問入浴	17 (6.1)		-		-		-		-	
通所サービス ^{注3)}	128 (45.7)		-		-		-		-	

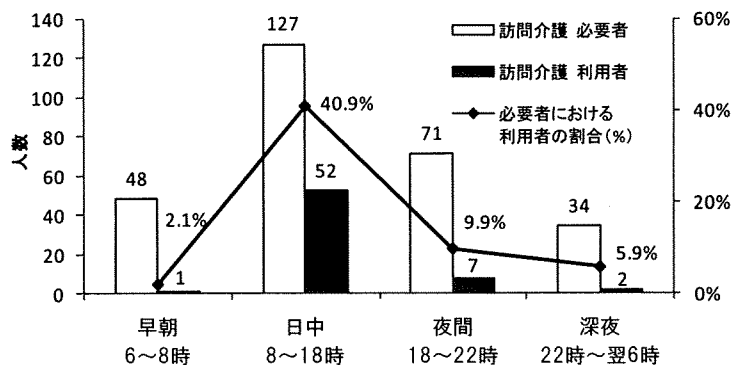
注1) 早朝・夜間・深夜の間に処置がある者の実人数とする

注2) 各時間帯において、経管栄養、吸引、血糖測定・インスリン注射、点滴処置のうち1つ以上の処置がある者の実人数とする

注3) 通所介護、通所リハビリテーションを含む

5) 訪問介護必要者の人数、および利用実態

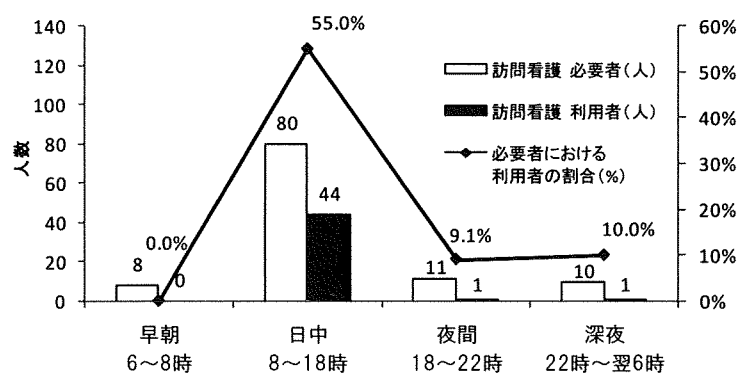
訪問介護必要者の人数、および実際の利用者の人数は以下の図の通りである。訪問介護必要者は日中の時間帯が最も多く 127 名 (45.4%)、次いで夜間 71 名 (25.4%)、早朝 48 名 (17.1%) であった。日中以外の時間帯の訪問介護利用者は 10 名未満と少なかった。必要者における利用者の割合は、日中でも 4 割程度、その他の時間帯では 1 割未満であった。



図表Ⅲ-3-6 訪問介護必要者数、および利用実態

6) 訪問看護必要者の人数、および利用実態

訪問看護必要者の人数、および実際の利用者の人数は以下の図の通りである。訪問看護必要者も日中の時間帯が最も多く 80 名 (28.6%)、次いで夜間 11 名 (3.9%)、深夜 10 名 (3.6%) であった。日中以外の時間帯の訪問看護利用者は夜間と深夜の各 1 名のみであった。必要者における利用者の割合は、日中で 5 割程度、その他の時間帯では 1 割以下にとどまっていた。



図表Ⅲ-3-7 訪問看護必要者数、および利用実態

7) 日中の訪問介護必要者の対象像 (図表Ⅲ-3-8)

日中の訪問介護必要者は、同居家族が不在もしくは 1 名の群 (ノード 1) で割合が高く、加えて主介護者が妻以外の群 (ノード 4) でその割合が高かった (ノード内における訪問介護必要者の割合が 83.7%)。次いで、同居家族が 2 名以上の群でも食事介助が必要な群 (ノード 6) では必要者の割合が高かった (55.6%)。モデルの正分類率は 67.1% であった。

8) 夜間・早朝の訪問介護必要者の対象像 (図表Ⅲ-3-9)

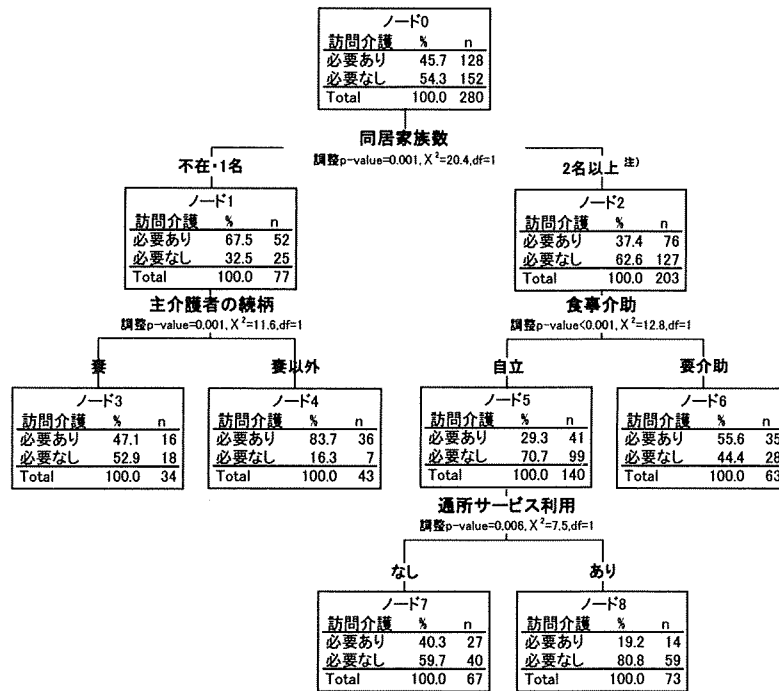
夜間・早朝の訪問介護必要者は、食事介助を要し、主介護者が男性の群 (ノード 6) でその割合が高かった (75.0%)。食事介助を要さない群でも、同居家族が不在もしくは 1 名で、主介護者が妻以外の群 (ノード 8) では必要者が多かった (52.9%)。モデルの正分類率は 70.4% であった。

9) 日中の訪問看護必要者の対象像 (図表Ⅲ-3-10)

日中の訪問看護必要者は、日中に通所サービスを利用していない群 (ノード 1) で割合が高く、加えて日中に医療処置が必要な群 (ノード 4) ではその割合が高かった (75.0%)。通所サービス利用がなく、日中の医療処置が不要でも、食事介助を要する群 (ノード 8) では必要者が多かった (75.0%)。モデルの正分類率は 82.5% であった。

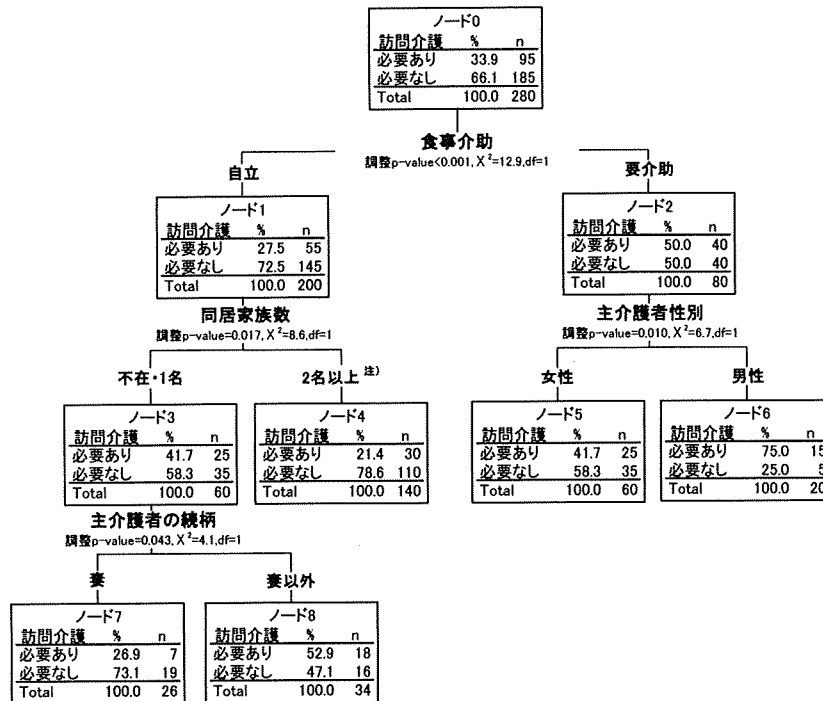
1 0) 夜間・早朝の訪問看護必要者の対象像 (Ⅲ-3-1 1)

夜間・早朝の訪問看護必要者は、夜間・早朝に医療処置が必要な群 (ノード 2) で割合が高く、加えて医療依存度が最重度/重度の群 (ノード 6) ではその割合が高かった (47.6%)。夜間・早朝の医療処置が必要で医療依存度が中度/低度の群 (ノード 5) では、分類前の群 (ノード 0) に比べて必要者の割合が高かった (18.2%)。モデルの正分類率は 93.6%であった。



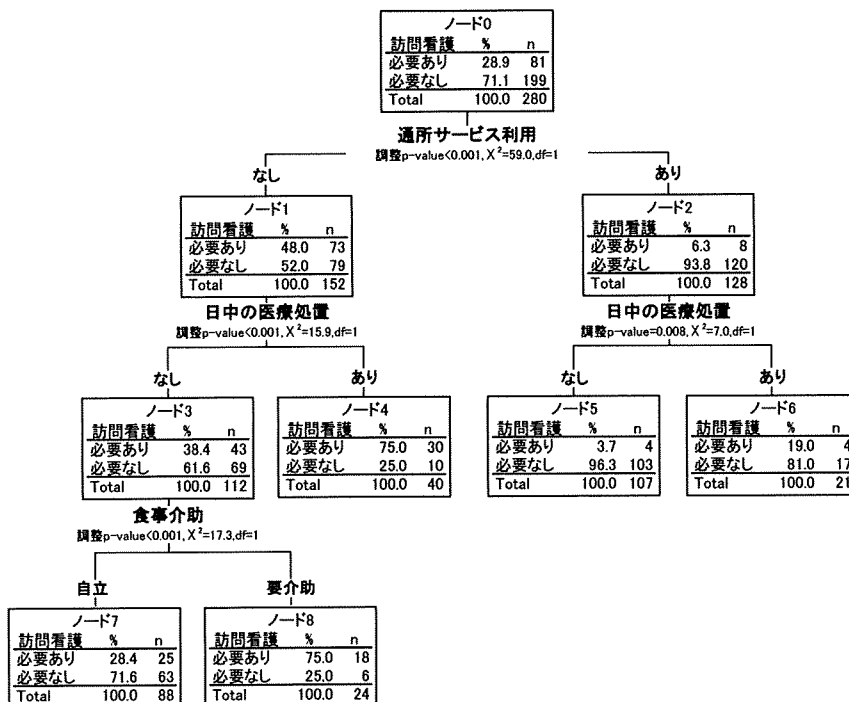
図表Ⅲ-3-8 日中の訪問介護必要者の特徴

注) 同居家族が不明の2名を含む

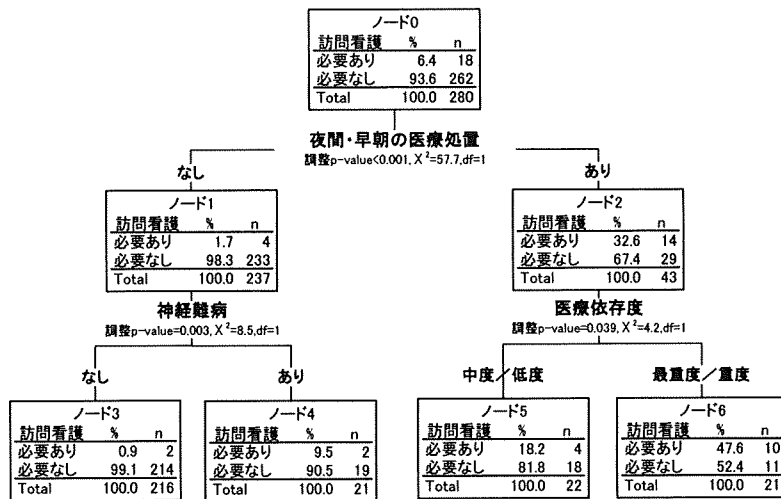


図表Ⅲ-3-9 夜間・早朝の訪問介護必要者の特徴

注)同居家族が不明の2名を含む



図表Ⅲ-3-10 日中の訪問看護必要者の特徴



図表Ⅲ-3-11 夜間・早朝の訪問看護必要者の特徴

4. 考察

1) 訪問介護必要者の対象像

訪問介護必要者の対象像を特定する条件としては、本人の ADL（食事介助の必要の有無）と介護者の特性（性別、続柄、同居家族の人数）が他の変数に優先していた。

夫が妻を介護する高齢者世帯では、高齢男性の家事経験の少なさや古典的性役割感から、主介護者が家事や介護に不慣れであると推察される。また、娘介護者は配偶者に比べ、親の介護に葛藤を感じ、介護に専念することが難しいと推測される。そのため、独居の要介護者や、主介護者が妻以外で 2 人暮らしの場合には訪問介護が必要と判断された者が多かったと考えられる。

2) 訪問看護必要者の対象像

訪問看護必要者の対象像を特定する条件としては、医療依存度（医療的観察の必要性、医療処置の有無）が他の変数に優先していた。

医療処置の中でも、経管栄養、血糖測定・インスリン注射は早朝、準夜の食事時間に必要な処置である。吸引は、本人の生命にかかわる医療処置であり、深夜を含めた夜間・早朝の時間帯にも対応を要する。こうした、日中の際にまとめて行うことが難しい医療処置がある場合には、夜間・早朝に訪問看護が必要と判断された者が多かったと考えられる。

一方で、日中の訪問看護必要者像には、医療処置がある者の他に、処置がない場合でも食事介助を要する者が含まれていた。これは、医療的観察の必要性が発生しているためと考えられるが、本研究からその詳細は明らかではない。訪問看護を効率的に提供するため、医療処置以外の訪問看護が果たすべき役割についても、さらに検証していく必要がある。

3) 本研究の限界と意義

本研究では、対象事例が少なかったため、日中以外の時間帯を夜間・早朝という形で 1 つの時間帯とみなして解析を行った。早朝、準夜、深夜では実施されている医療処置内容が異なっており、細かい時間帯ごとにサービス必要者像が異なることが推測されるが、その解析を行うためには対象事例がより多く必要である。さらに、各サービス必要性の判断は各ケアマネジャーの主観的判断に従っており、その妥当性を精査していく必要がある。

しかし本研究は、24 時間に限定して精密に調査したデータに CHAID を用い、サービス必要者像を明確にした点に意義がある。結果、今後増加していく高齢者のみ世帯や医療依存度の高い在宅療養者は、夜間・早朝の訪問介護・訪問看護を

必要とする可能性が高く、夜間・早朝の訪問介護・看護提供体制をより充実させていくことの重要性が検証された。

4) 今後の課題

CHAID を用いた対象者像を決定するには、学習用データから決定木モデルを作成した後、別のデータでモデル検証を行い、さらに作成したモデルの妥当性を検証するという段階が必要である。今後は、大規模調査によってモデル検証を行い、その結果を地域の訪問介護・訪問看護必要者数の推計に用いるために、さらに妥当性の検証を進める必要がある。

**IV. 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IV-2-1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IV-2-1 モデル事業対象者の基本属性

	n=45			n=45	
	n	%		n	%
年齢(歳)	72.2±14.4		病状		
性別			病状が変動しやすい	23	51.1
女性	25	55.6	ターミナル	11	24.4
男性	20	44.4	不明	11	24.4
生活自立度			必要な医療処置		
自立	4	8.9	服薬管理	26	57.8
ランクJ	3	6.7	喀痰吸引	20	44.4
ランクA	4	8.9	経管栄養	17	37.8
ランクB	13	28.9	カテーテル(留置カテーテル等)	10	22.2
ランクC	20	44.4	排便コントロール(摘便等)	10	22.2
不明	1	2.2	疼痛の看護	8	17.8
認知症生活自立度			血糖測定	7	15.6
自立	19	42.2	気管切開の処置	6	13.3
I	8	17.8	じょくそうの処置	6	13.3
II	7	15.6	インスリン注射	5	11.1
III	0	0.0	その他(5	11.1
IV	1	2.2	レスピレーター(人工呼吸器)	4	8.9
M	5	11.1	吸入	4	8.9
不明	5	11.1	点滴の管理	2	4.4
主疾患			中心静脈栄養	2	4.4
末期癌	9	20.0	酸素療法	2	4.4
筋萎縮性側索硬化症	9	20.0	継続的なモニター測定	2	4.4
肺炎	6	13.3	ストーマ(人工肛門)の処置	1	2.2
糖尿病*	5	11.1	医療処置実施の可否		
脳血管疾患	3	6.7	本人による医療処置は困難	32	71.1
その他の神経難病	2	4.4	介護者による医療処置は困難	11	24.4
骨折・関節疾患	3	6.7	不明	12	26.7
その他の難病	2	4.4			
躁うつ病	2	4.4			
心不全	1	2.2			
他	2	4.4			
不明	1	2.2			

*糖尿病を主疾患とする5名のうち4名が認知症