

平成15年度厚生労働省老人保健推進費等補助金
(老人保健事業推進費等事業)

**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**

報 告 書

平成16年3月

**主任研究者 村嶋 幸代
社団法人 全国訪問看護事業協会**

訪問看護ステーションにおける 24 時間ケアモデルの開発事業 報告書

—目次—

要旨

概要

第 1 章 研究事業の目的と方法

I. 訪問看護ステーションにおける 24 時間ケアの取り組み..... 1

1. 研究事業の背景と今までの取り組み
2. 夜間・早朝の訪問看護の必要性
3. 訪問看護ステーションからの夜間・早朝の訪問看護を阻む要因

II. 今回の研究事業のねらいと実施方法..... 6

1. 研究事業の目的
2. 研究方法

第 2 章 24 時間ケアの現状

I. 訪問看護ステーションのサービス提供の実態：全国調査..... 9

1. 目的
2. 対象および方法
3. 結果および考察
 - 1) 回収状況
 - 2) 分析対象となった訪問看護ステーションの概要
 - 3) 利用者の状況
 - 4) 現行の訪問看護体制
 - 5) 訪問介護事業所との連携状況
 - 6) 緊急時訪問看護加算の届出の有無による比較
 - 7) 夜間・早朝の計画的訪問の実施状況
 - 8) 夜間・早朝の計画的訪問の実施の有無による比較
4. まとめおよび提言

II. 以前モデル事業を実施した訪問看護ステーションのヒアリング 33

1. 加算の取得状況について
2. 夜間・早朝の対応の現状（体制）
3. 夜間・早朝の対応の現状（訪問件数）

III. 実際に「夜間・早朝に訪問看護体制を実施しているステーション」の体制と、 その体制を維持していく上での課題についてのヒアリング：タイプ分けと工夫..... 35

1. 24 時間ケア実施体制のタイプ
2. 実際に 24 時間ケアを実施しているステーションの現状と工夫
3. 現行で 24 時間ケアを実施できていないステーションが考えていること

IV. 土曜昼間・日祭日・夜間・早朝の電話対応の調査 43

1. はじめに
2. 方法
3. 結果および考察
 - 1) ステーション及び体制別の電話件数
 - 2) 夜間早朝帯に受けた電話の内容
 - 3) 夜間・早朝の計画的訪問看護実施の有無別にみた電話対応
4. まとめ

第3章 夜間・早朝連携体制のモデル——モデル事業の実施

I. 設立主体が異なる訪問看護ステーションの連携体制の構築とそのポイント 49

1. 目的
2. 対象および方法
3. 結果
 - 1) 夜間・早朝訪問看護必要者の発生率
 - 2) 必要性の判断と実際の導入との関係性
 - 3) 事例検討の前後の訪問スケジュール
 - 4) 事例検討で必要性を判断し、新たにケアを提供した事例について
 - 5) 訪問看護の必要性アセスメントシートの開発
 - 6) 費用面の効果
 - 7) 連携体制構築の際のポイント
4. まとめおよび提言

II. 同一法人による連携型訪問看護ステーションでの体制の構築とそのポイント 92

1. 目的
2. 方法
3. 結果
 - 1) 同一法人による訪問看護ステーションの夜間・早朝の連携体制の特徴
 - 2) B 法人における夜間・早朝訪問看護利用者の特徴
 - 3) 夜間・早朝の訪問看護を阻む制度上の問題点の検討
4. まとめおよび提言

III. 小規模・単独型訪問看護ステーションにおける 24 時間電話対応の意義の明確化

—小規模訪問看護ステーションにおける 24 時間ケアモデル作成にむけて— 108

1. はじめに
2. 小規模訪問看護ステーションにおける 24 時間ケアモデル仮説の設定
3. ステーション F における 24 時間ケアの概要
4. 24 時間電話調査
5. 訪問・電話を組み合わせた 24 時間ケアの事例
6. 24 時間ケアの質を高めるためのシステム
7. 総括
8. 提言：新たな 24 時間訪問看護モデルの提案と制度への提言

要 旨

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

1. 24 時間ケアの必要性

1) 24 時間ケアを必要とする利用者特性

近年、在院日数の短縮、医療技術の進歩などにより医療ニーズの高い人が地域で療養することが増えている。特に以下のような場合には、夜間・早朝（概ね 18:00-8:00）の訪問看護が必要となる。

①夜間・早朝帯に医療処置や看護処置がある（本人ができない、家族ができない処置）、②病状が不安定である、③ターミナル期である、④適切なケア提供のために身体状況の観察・アセスメントが必要である、⑤家族の介護負担が大きい。

2) 24 時間ケアの必要者および利用者の発生率

- ・ 夜間・早朝訪問看護の「必要者」は、全訪問看護利用者の約 3 割。
- ・ 夜間・早朝訪問看護の利用に結びついた「利用者」は全訪問看護利用者の 1 割強。
 - 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といった現状がある。
 - 今後ケアマネジャーに対して訪問看護の必要性を啓発すると共に、担当者会議などを通じてケアマネジャーと看護職との意思疎通を図ることが必要である。
 - 今回はその一助として訪問看護の必要性を判断できるチェックシートを開発した。

3) 夜間・早朝に訪問看護を継続的に提供することの効果

夜間・早朝の計画的訪問看護が必要な利用者に対して実際に訪問看護を提供した結果、看護師の技術提供により患者・家族の状況に著しい改善が見られた。

- ・ 夜間に看護師が吸引することによって、高齢の介護者がよく眠れるようになり、健康を回復した。
- ・ 独居の痴呆高齢者で人工肛門を持っている利用者に対し、夜間の状況をアセスメントし、パウチのタイプを変更するなどの工夫をすることによって、漏便で部屋中が汚染されていた状態が改善した。

2. 訪問看護ステーションの 24 時間ケア対応の実態

緊急時訪問看護加算、24 時間連絡体制加算の届出を行っている訪問看護ステーション（以下、ステーション）は、全国のステーションの約 7 割であったが、夜間・早朝のケア体制の大半はオンコール体制（自宅待機）であった。

1) オンコール体制における活動と工夫

- ・ 看護師は夜間・早朝の電話相談の約 3 割に対して臨時訪問、約半数に対してアドバイスや指導を実施している。
- ・ 利用者からの電話相談の半数以上が「症状・病状」や「カテーテル・機器のトラブル」など、看護師の専門的な知識やアセスメントを必要とする内容であった。
- ・ なお、必要な人にはステーションから電話をかけて予防的に対応していることが示された。

2) 夜間・早朝の計画的訪問の実態

- ・ 全国調査の結果、夜間・早朝の計画的訪問を実施しているステーションは 117 ヶ所(6.2%)。
- ・ このうち、交代勤務制をとっていたのは 6 ヶ所のみであり、111 ヶ所のステーションでは計画的訪問を必要とする利用者に、一時的に体制を組んで訪問看護を提供していた。
- ・ 夜間・早朝の計画的訪問を実施していない理由：「日中と比べて夜間の訪問看護利用者数が少ない」、約 3 割のステーションは「ニーズはあるが人手が整わない」と回答。
→ステーションが夜間・早朝に看護職を確保するための支援が必要。

3) 夜間・早朝の計画的訪問体制が成り立つ条件

- ・ 夜間・早朝の訪問看護体制が経営的に成り立つためには、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 10 人程度以上の訪問看護利用者が必要である。
- ・ 現在、わが国のステーションの平均利用者数は 50 人程度であり、夜間・早朝の利用者は 5 人程度(約 1 割)と考えられ、単独のステーションでは夜間・早朝の訪問体制が成り立たない。
→ ステーションの連携による規模の拡大が必要であり、連携体制のモデルを提案する。

3. 連携体制モデルの提案 ―夜間・早朝に効率的に訪問看護を提供するために―

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。夜間・早朝の計画的訪問看護について、同じ地域にある複数のステーションが連携して対象者を共有し、集約したニーズを 1 ヶ所のステーション(「連携ステーション」とする)で実施する。これで、その地域で夜間・早朝の計画的訪問看護が必要な人に、無理なく継続的に訪問看護を提供できる。

1) 提言するモデル：訪問看護ステーションの夜間・早朝連携体制

	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 ヶ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	大きな設備投資は不要。	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・早朝の訪問看護が提供できる。
難点	交代制勤務。	現状では未解明。	同一法人でないと共働が困難。

2) 連携体制をとるときの前提条件

- ・ 日中の訪問看護は担当ステーションが行い、夜間・早朝の計画的訪問看護は連携ステーションが行う。
- ・ 夜間・早朝の臨時訪問には、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、担当ステーションのみならず、連携ステーションにも必要となる。
- ・ 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

ョンとの間で密に連絡を取り、情報を伝達し合うことが重要である。

3) 現行制度の問題点と課題

(1) 24 時間ケアを実施する際の介護保険制度、支援費制度、医療保険制度の制約

医療依存度が高く、夜間・早朝の訪問看護を行った事例を検討した結果、以下の制度上の問題点が明らかになった。

- ① 訪問看護費用の全額を介護保険で支払うと、支給限度額を大幅に超えるため、利用者の負担額が増大する。同時に訪問介護費用が支給限度額の 5 割を下回るために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。
- ② 訪問看護特別指示書は、一月に連続 14 日以内しか適用されないため、15 日以上の訪問看護が必要な場合は、通常の医療保険の制約を受けることになる。
- ③ 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）。現状では、医療保険で認められない週 4 日以上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) 連携体制をとる際の制度上の制約

- ① 医療保険では、1 日に複数のステーションから訪問しても報酬としては算定されないため、夜間・早朝の訪問を日中と異なるステーションで提供しても収入にならない。
- ② 現行ではステーションで介護職を雇用しても訪問介護料を算定できず、介護職との同行訪問体制をとりにくい。

4) 夜間・早朝訪問の体制確保の必要性

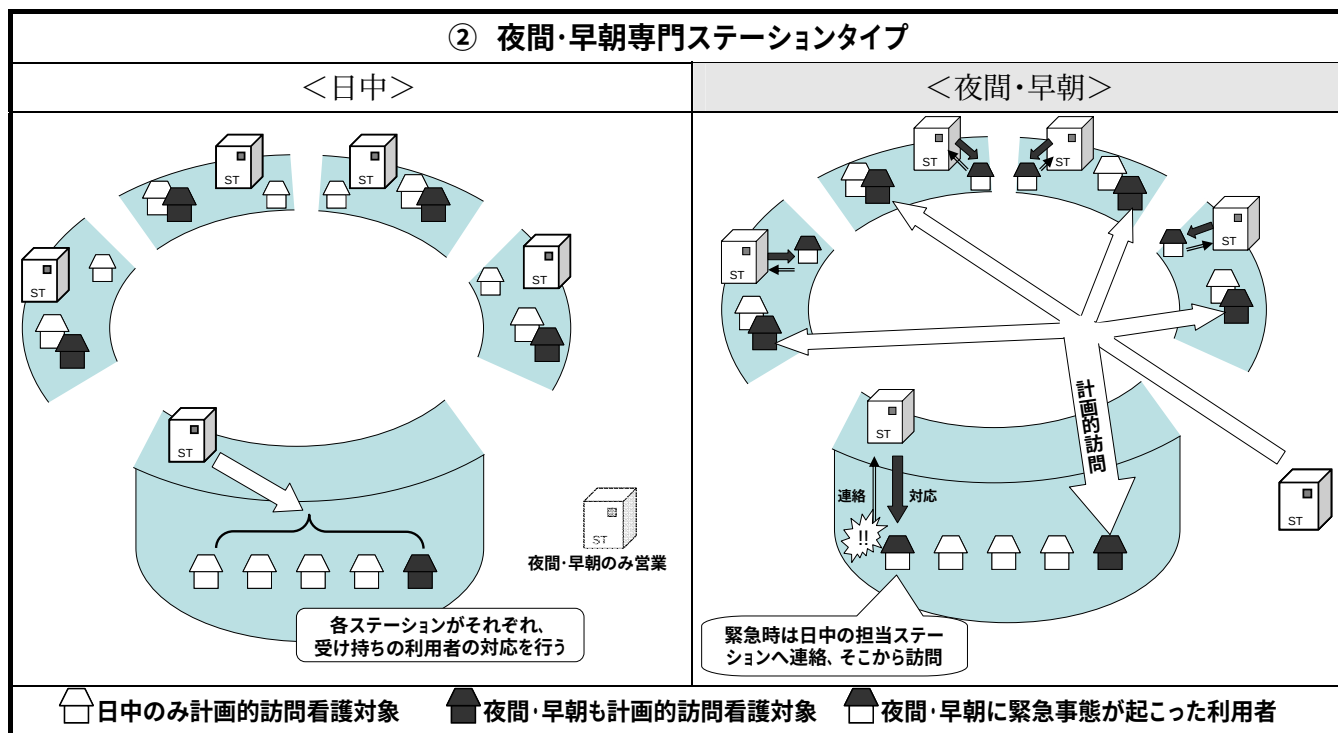
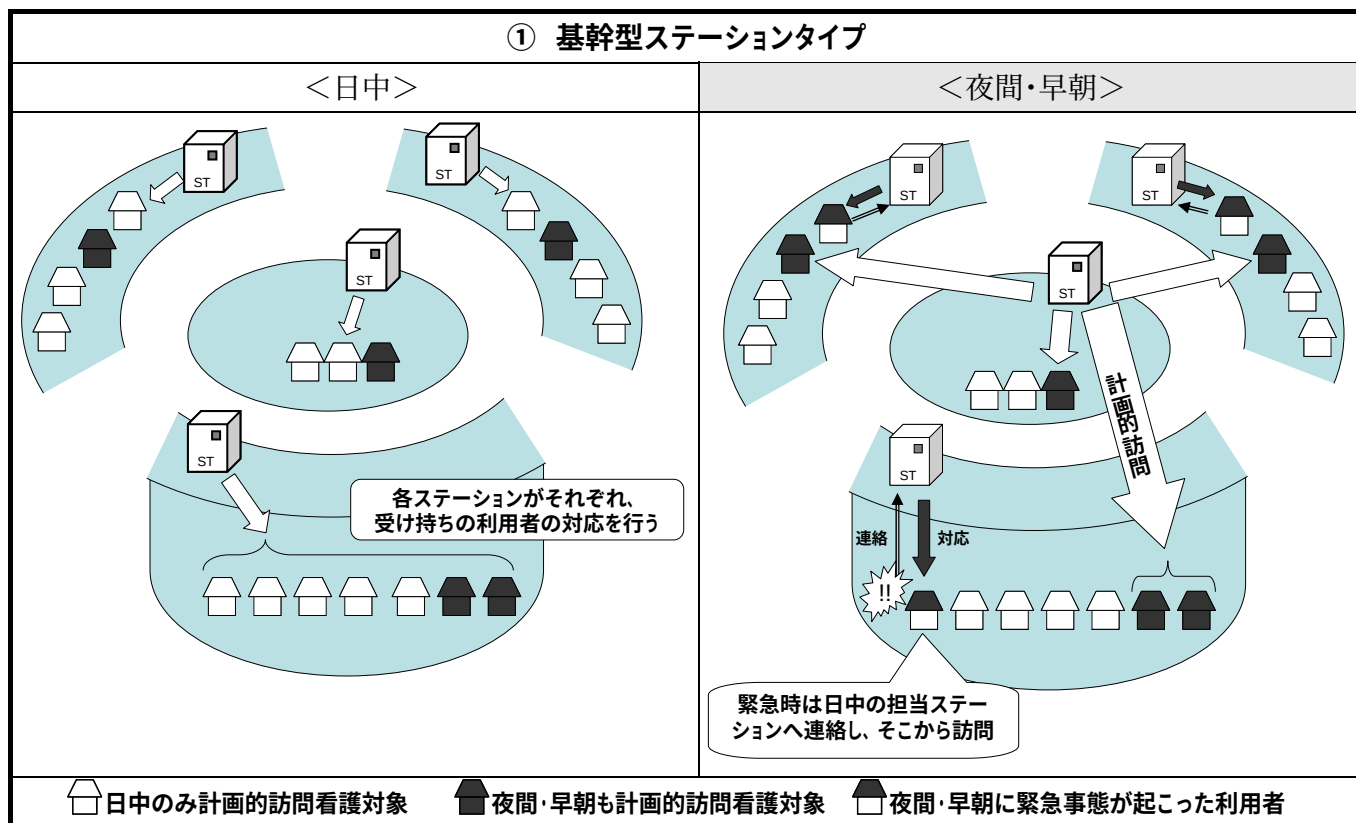
訪問看護ステーションは在宅療養の受け皿である。夜間・早朝にも計画的に訪問できる体制をもつことが、24 時間安心して暮らすための社会システムとして重要である。しかし、全国の平均的な規模のステーションが、単独でその利用者数を確保することは難しいことが明らかになった。このため、複数のステーションが連携することにより、地域に 1 ヶ所は夜間・早朝の訪問体制が堅持されたステーションが存在しうるような制度的保障が必要である。

4. 24 時間在宅ケアを円滑に進める上での制度的な見直しの必要性

「制度と報酬の双方のリニューアル」、「連携型ステーションによる人材確保」

- 1) 必要な人が必要なケアを受けるためには、介護保険制度、支援費制度、医療保険制度の間に存在する制約事項の見直しが必要。
- 2) 夜間・早朝でも無理なく訪問看護を提供するためには、人材を確保し、効率的に運営するために、各地域（中学校区が望ましい）に 1 ヶ所以上の連携ステーションを構築する必要がある。また、連携ステーションの体制維持のための保障を検討すべきである。
- 3) 連携体制を構築するためには、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 か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。

＜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＞



概 要

1. 研究目的

24 時間在宅ケアについての現状分析を行うと共に、効果的・効率的な 24 時間在宅ケアモデルの開発に向けて、今後の 24 時間在宅ケアのあり方を検討することを目的とした。なお、24 時間の訪問介護については普及が進んでいるため、本研究では訪問看護ステーション（以下ステーション）からの訪問看護を中心に検討した。

2. 研究概要

A. 24 時間在宅ケアの現状分析のための調査

- 1) ステーションの夜間・早朝（概ね 18:00-8:00）対応の実態について全国調査（自記式調査票による郵送調査）
- 2) 過去にモデル事業を実施したステーションの現状調査（電話調査）
- 3) 現在「夜間・早朝に訪問看護体制をとって実施しているステーション」の体制と、その体制を維持していく上での問題点の調査（ヒアリング調査）
- 4) 土曜昼間・日曜日・夜間・早朝の電話対応の調査
夜間・早朝に計画的訪問を実施しているステーション 4 ケ所と、実施していないステーション 5 ケ所で、平日日中以外の電話対応内容を記録・分析

B. 24 時間在宅ケアの課題と今後のあり方を検討

- 1) 設置主体が異なるステーションの夜間・早朝の連携（モデル事業）
地方公共団体立の 3 ステーションの利用者の中から、①夜間・早朝の訪問看護必要者を選定(事例検討)し、②選定事例の中で同意を得たすべての利用者に、1 つのステーションから夜間・早朝の訪問看護を 3 ヶ月間提供(介入研究)した。③事前と事後のアンケート、予め想定した指標でその効果を測定、④訪問看護の必要性をアセスメントするためのツールを開発・作成。
- 2) 同一法人による夜間・早朝連合型ステーションの問題点の明確化
①夜間・早朝に計画的な訪問を受けている利用者の状況調査、②事例についてサービス内容とコストを検討。
- 3) 小規模・単独型訪問看護ステーションにおける 24 時間電話対応の意味の明確化
24 時間連絡体制のあるステーションで、利用者からの電話相談の内容と訪問看護師による対応を記録・分析。

3. 結果

A. 現状分析

1) ステーションのサービス提供の実際についての全国調査

全国訪問看護事業協会の会員である 3,013 ケ所中、有効回答は 1,891 ケ所であった。このうち、緊急時訪問看護加算の届出をしている所は 81.2%、24 時間連絡体制加算の届出を

している所は 79.1%と、全国平均よりも高い傾向にあった。これらの届出のあるステーションは、届出のない所と比べてスタッフ数や夜間・早朝の訪問数が多く、夜間・早朝の医療処置の実施率が有意に高かった。また、1日を交代制で勤務していたのは6ヶ所のみであったが、117ヶ所が、一時的にでも夜間・早朝に体制を組み、計画的訪問看護を実施したことがあると回答した。

日中と比べて夜間の訪問看護利用者数が少ないことが体制を維持できない理由として挙げられたが、約3割のステーションからはニーズはあるが人手が整わないとの回答があった。

2) 過去にモデル事業を実施したステーションの現状調査（電話調査）

対象となる23ヶ所のうち、調査可能であったステーションは20ヶ所であった。このうち、交代勤務制で夜間・早朝に計画的訪問を実施しているのは3ヶ所のみであり、ほとんどが「自宅待機」で電話対応であった。交代勤務制がとれない理由のほとんどが「ニーズがない」であったが、その原因として、介護保険の施行により①施設入所が増えた、②利用者が夜間・早朝の加算をした料金を払わなくてはならない、③支給限度額があるために、サービスの中では高額に位置づく訪問看護が実質的に入れない、という事が示唆された。

3) 現在「夜間・早朝に体制をとって訪問看護しているステーション」の体制と、その体制を維持していく上での問題点のヒアリング

夜間・早朝の訪問は短時間の巡回型が普通であるが、そればかりではなく利用者のニーズに応える滞在型の訪問看護を実施している所や、ステーションに当直して待機するところなど、各施設に特徴があり、それぞれ利点、難点があった。問題点としては、平成14年度の緊急時訪問看護加算の減額（1,370単位→540単位）が、交代勤務制をとるステーションに大きなダメージを与えた事や、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ない例があり、実質ステーションの持ち出しになっていること、などが挙げられた。医療保険では1日に複数のステーションが訪問しても報酬の算定ができないことも、必要な利用者に夜間・早朝の訪問看護が提供できない原因となっていた。また、どのステーションでも、夜間・早朝の訪問看護利用者数の確保が課題であった。

4) 土曜昼間・日曜日・夜間・早朝の電話対応の調査

看護師は電話相談の約3割に対して臨時訪問してだけでなく、約半数に対してアドバイスや指導を行っていた。利用者からの相談は半数以上が「症状・病状」や「カテーテル・機器のトラブル」など、看護師の専門的な知識やアセスメントが必要な内容であった。

B. 課題と今後のあり方の検討

1) 設置主体が異なるステーションの連携（モデル事業）

事例検討により、約3割の利用者に夜間・早朝の訪問看護が必要と判断されたが、ケアマネジャーや利用者に訪問看護の有用性が理解されず、導入に至ったのは1割程度であった。実際に夜間・早朝に訪問看護を提供した結果、夜間の吸引を実施することにより、高齢の介護者がよく眠れるようになり健康を回復した例や、夜間の状況をアセスメントすることにより、生活環境の改善がみられた例などがあった。

ステーションの費用分析を行った結果、3つのステーションが連携し、夜間・早朝の訪問看護が必要な事例を共有することにより、ステーション収入がプラスとなった。事例検討

の内容・結果をもとに、訪問看護必要者を選定するためのアセスメントシートを作成した。
また、モデル事業の実施により連携体制構築の際のポイントが明らかになった。

2) 同一法人による夜間・早朝連携型ステーションの調査

夜間・早朝の訪問看護利用者は全利用者の1割弱であった。問題点として、介護保険、医療保険や支援費制度と現状とのギャップが挙げられ、訪問看護がほとんど持ち出しとなっている現状が明らかになった。また、地域に訪問介護・看護施設が増えたことにより、看護職と介護職が同行訪問する際、どちらかが契約していない利用者が出てきた事も問題であった。

3) 小規模・単独型訪問看護ステーションにおける24時間電話対応の意味の明確化

電話は「看護師からかけた訪問前のルティーンの電話」「看護師からかけた訪問前のルティーン以外の電話」「看護師が受けた電話」に大別されたが、ステーションは、利用者の電話を受けるだけでなく看護師から積極的に電話をかけていた。また、電話も訪問も活用しながら、効果的にケアを提供し、末期がん患者などに対応していた。

4. まとめと提言

1) 24時間ケアの必要性

(1) 24時間ケアを必要とする利用者特性

近年、在院日数の短縮、医療技術の進歩などにより医療ニーズの高い人が地域で療養することが増えている。特に以下のような場合には、夜間・早朝（概ね 18:00-8:00）の訪問看護が必要となる。

①夜間・早朝帯に医療処置や看護処置がある（本人ができない、家族ができない処置）、
②病状が不安定である、③ターミナル期である、④適切なケア提供のために身体状況の観察・アセスメントが必要である、⑤家族の介護負担が大きい。

(2) 24時間ケアの必要者および利用者の発生率

- ・ 夜間・早朝訪問看護の「必要者」は、全訪問看護利用者の約3割。
- ・ 夜間・早朝訪問看護の利用に結びついた「利用者」は全訪問看護利用者の1割強。
 - 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といった現状がある。
 - 今後ケアマネジャーに対して訪問看護の必要性を啓発すると共に、担当者会議などを通じてケアマネジャーと看護職との意思疎通を図ることが必要である。
 - 今回はその一助として訪問看護の必要性を判断できるチェックシートを開発した。

(3) 夜間・早朝に訪問看護を継続的に提供することの効果

夜間・早朝の計画的訪問看護が必要な利用者に対して実際に訪問看護を提供した結果、看護師の技術提供により患者・家族の状況に著しい改善が見られた。

- ・ 夜間に看護師が吸引することによって、高齢の介護者がよく眠れるようになり、健康を

回復した。

- ・ 独居の痴呆高齢者で人工肛門を持っている利用者に対し、夜間の状況をアセスメントし、パウチのタイプを変更するなどの工夫をすることによって、漏便で部屋中が汚染されていた状態が改善した。

2) 訪問看護ステーションの 24 時間ケア対応の実態

緊急時訪問看護加算、24 時間連絡体制加算の届出を行っている訪問看護ステーション（以下、ステーション）は、全国のステーションの約 7 割であったが、夜間・早朝のケア体制の大半はオンコール体制（自宅待機）であった。

(1) オンコール体制における活動と工夫

- ・ 看護師は夜間・早朝の電話相談の約 3 割に対して臨時訪問、約半数に対してアドバイスや指導を実施している。
- ・ 利用者からの電話相談の半数以上が「症状・病状」や「カテーテル・機器のトラブル」など、看護師の専門的な知識やアセスメントを必要とする内容であった。
- ・ なお、必要な人にはステーションから電話をかけて予防的に対応していることが示された。

(2) 夜間・早朝の計画的訪問の実態

- ・ 全国調査の結果、夜間・早朝の計画的訪問を実施しているステーションは 117 ヶ所(6.2%)。
- ・ このうち、交代勤務制をとっていたのは 6 ヶ所のみであり、111 ヶ所のステーションでは計画的訪問を必要とする利用者に、一時的に体制を組んで訪問看護を提供していた。
- ・ 夜間・早朝の計画的訪問を実施していない理由：「日中と比べて夜間の訪問看護利用者数が少ない」、約 3 割のステーションは「ニーズはあるが人手が整わない」と回答。
→ステーションが夜間・早朝に看護職を確保するための支援が必要。

(3) 夜間・早朝の計画的訪問体制が成り立つ条件

- ・ 夜間・早朝の訪問看護体制が経営的に成り立つためには、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 10 人程度以上の訪問看護利用者が必要である。
- ・ 現在、わが国のステーションの平均利用者数は 50 人程度であり、夜間・早朝の利用者は 5 人程度(約 1 割)と考えられ、単独のステーションでは夜間・早朝の訪問体制が成り立たない。
→ ステーションの連携による規模の拡大が必要であり、連携体制のモデルを提案する。

3) 連携体制モデルの提案 一夜間・早朝に効率的に訪問看護を提供するために

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。夜間・早朝の計画的訪問看護について、同じ地域にある複数のステーションが連携して対象者を共有し、集約したニーズを 1 ヶ所のステーション（「連携ステーション」とする）で実施する。これにより、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。

(1) 提言するモデル： 訪問看護ステーションの夜間・早朝連携体制

	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ヶ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	大きな設備投資は不要。	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・早朝の訪問看護が提供できる。
難点	交代制勤務。	現状では未解明。	同一法人でないと共働が困難。

(2) 連携体制をとるときの前提条件

- ・ 日中の訪問看護は担当ステーションが行い、夜間・早朝の計画的訪問看護は連携ステーションが行う。
- ・ 夜間・早朝の臨時訪問には、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、担当ステーションのみならず、連携ステーションにも必要となる。
- ・ 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、情報を伝達し合うことが重要である。

(3) 現行制度の問題点と課題

① 24時間ケアを実施する際の介護保険制度、支援費制度、医療保険制度の制約

医療依存度が高く、夜間・早朝の訪問看護を行った事例を検討した結果、以下の制度上の問題点が明らかになった。

- 訪問看護費用の全額を介護保険で支払うと、支給限度額を大幅に超えるため、利用者の負担額が増大する。同時に訪問介護費用が支給限度額の5割を下回るために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。
- 訪問看護特別指示書は、一月に連続14日以内しか適用されないため、15日以上訪問看護が必要な場合は、通常の医療保険の制約を受けることになる。
- 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）。現状では、医療保険で認められない週4日以上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 連携体制をとる際の制度上の制約

- 医療保険では、1日に複数のステーションから訪問しても報酬としては算定されないため、夜間・早朝の訪問を日中と異なるステーションで提供しようとする収入にならない。
- 現行ではステーションで介護職を雇用しても訪問介護料を算定できず、介護職との同行訪問体制をとりにくい。

（４）夜間・早朝訪問の体制確保の必要性

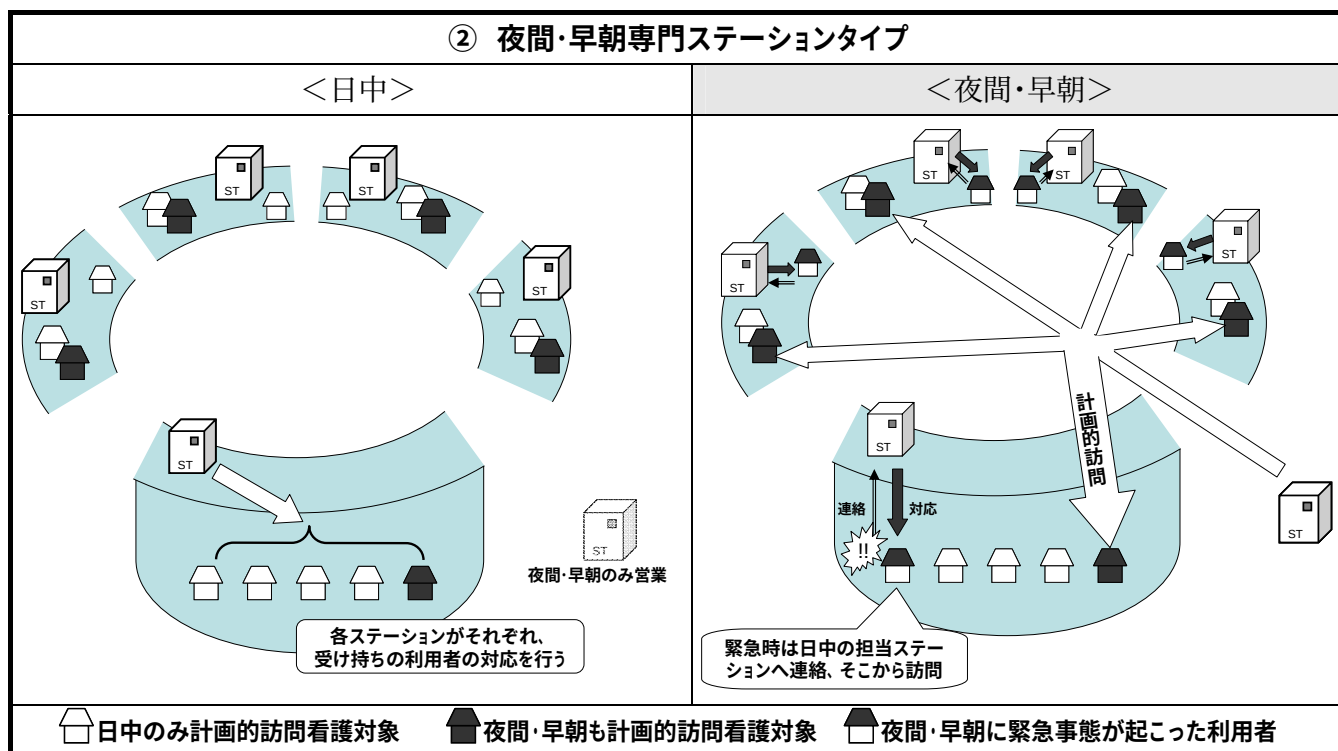
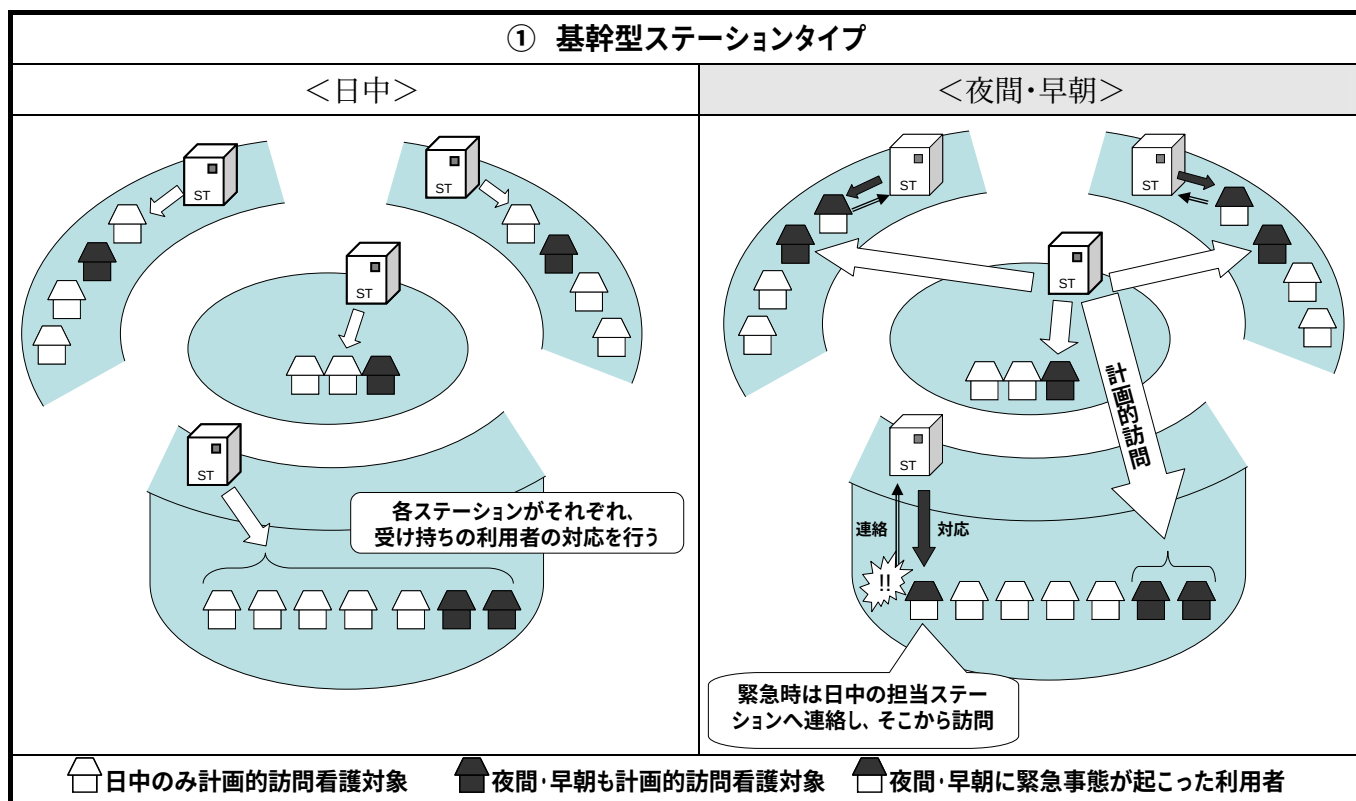
訪問看護ステーションは在宅療養の受け皿である。夜間・早朝にも計画的に訪問できる体制をもつことが、24時間安心して暮らすための社会システムとして重要である。しかし、全国の平均的な規模のステーションが、単独でその利用者数を確保することは難しいことが明らかになった。このため、複数のステーションが連携することにより、地域に1ヶ所は夜間・早朝の訪問体制が堅持されたステーションが存在しうるような制度的保障が必要である。

4) 24時間在宅ケアを円滑に進める上での制度的な見直しの必要性

「制度と報酬の双方のリニューアル」、「連携型ステーションによる人材確保」

- （１）必要な人が必要なケアを受けるためには、介護保険制度、支援費制度、医療保険制度の間に存在する制約事項の見直しが必要。
- （２）夜間・早朝でも無理なく訪問看護を提供するためには、人材を確保し、効率的に運営するために、各地域（中学校区が望ましい）に1ヶ所以上の連携ステーションを構築する必要がある。また、連携ステーションの体制維持のための保障を検討すべきである。
- （３）連携体制を構築するためには、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ヶ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。

<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>



研究体制

本モデル事業の実施に際しては、下記に示すメンバーにより構成される研究会を設置した。

【本委員会】

- 委員長 村嶋幸代（東京大学大学院 医学系研究科）
- 委員 川越博美（聖路加看護大学 看護実践開発センター）
- 西島英利（日本医師会）
- 宮崎和加子（特定医療法人財団 健和会 訪問看護ステーション）
- 山崎摩耶（日本看護協会）

【研究班】

- 委員長 村嶋幸代（東京大学大学院 医学系研究科）
- 委員 川越博美（聖路加看護大学 看護実践開発センター）
- 宮崎和加子（特定医療法人財団 健和会 訪問看護ステーション）
- 川越雅弘（日医総研）
- 太田貞司（神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 社会福祉学科）
- 島田千穂（かがやき会 地域ケア福祉研究所）
- 大金ひろみ（訪問看護・パリアン）
- 田口敦子（東京大学大学院 医学系研究科）

- 堀井とよみ（社会福祉法人 水口町社会福祉協議会）
- 高砂裕子（南区医師協会 南区メディカルセンター訪問看護ステーション）
- 小林澄子（塚口訪問看護センター）
- 平林素子（公認会計士）

【ワーキンググループ】

- 水口町 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）
- 堀井とよみ（社会福祉法人 水口町社会福祉協議会）
- 駒井和子（水口町立訪問看護ステーション）
- 山脇みつ子（公立甲賀病院訪問看護ステーション）
- 小谷直子（水口町立在宅介護支援ステーション）
- 宿里泉（水口町立在宅介護支援ステーション）
- 木村徳子（水口市民病院）
- 本田亜起子（東京大学大学院 医学系研究科 大学院生）

健和会 宮崎和加子（特定医療法人財団 健和会 訪問看護ステーション）
龍良子（株式会社 ファミリーケア総合事業）
宮田乃有（聖路加看護大学 大学院生）
川越雅弘（日医総研）
藤田久美子（日医総研）
太田貞司（神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 社会福祉学科）
田口敦子（東京大学大学院 医学系研究科）

パリアン 研究員
川越博美（聖路加看護大学）
島田千穂（かがやき会 地域ケア福祉研究所）
大金ひろみ（訪問看護・パリアン）

研究協力者
宮田乃有（聖路加看護大学 大学院生）
遠藤美由紀（訪問看護・パリアン）
藤井孝子（訪問看護・パリアン）
塩田美加（訪問看護・パリアン）

研究協力者 近藤由生子（東京大学大学院 医学系研究科）
豊倉睦美（せいれい訪問看護ステーション宝塚）
高橋京子（島根県看護協会 訪問看護ステーションやすらぎ）
松江地区広域行政組合

第1章 研究事業の目的と方法

第1章 事業の目的と方法

I. 訪問看護ステーションにおける 24 時間ケアの取り組み

1. 研究事業の背景と今までの取り組み

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。

この中には、24 時間の訪問介護と訪問看護とが含まれるが、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必要である。しかし現状では、24 時間の訪問看護体制を整備し、継続的に実施している訪問看護ステーションは少ないのが現状である。また、夜間・早朝の対応を行うことを保証する「24 時間連絡体制加算」や「緊急時訪問看護加算」を取得している訪問看護ステーションも全体の約 7 割にとどまり、利用者やケアマネジャー等にも 24 時間ケアの有効性が十分に認識されていないという問題点がある。

病棟では、看護職が 24 時間 365 日対応することが当然のこととなっている。一方、地域での在宅ケアを支える訪問看護ステーションが、24 時間の訪問看護体制をどの様に確保し、ケアを展開するかが、大きな課題となっている。

平成 4 年の訪問看護ステーション制度創設以来の創設当初は、診療報酬として保証されない状況下で、いくつかの訪問看護ステーションが利用者のニーズから必要性に迫られボランティア的に 24 時間ケアを実施していた。平成 6～7 年度に厚生省（当時）のモデル事業として実施された 24 時間訪問看護・介護モデル事業では、夜間・早朝の訪問介護に加えて、訪問看護を提供することの必要性と有効性が示された¹⁾。

これを受けて、平成 8 年の診療報酬改正時に、「24 時間連絡体制加算」が新設された。24 時間いつでも連絡が取れる体制を整えた訪問看護ステーションの利用者一人につき 2,500 円の加算が認められたわけである。しかしこれは24 時間連絡が取れる体制を整えるという条件であったため、夜間休日などに訪問が必要な利用者への十分なサービスにはなりえなかった。

図表 1- 1 -1.

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 ヶ月 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 ヶ月 13,700 円)
平成 15 年 4 月	「緊急時訪問看護加算」が利用者 1 ヶ月 5,400 円(臨時訪問時には、訪 問料算定)に減額。

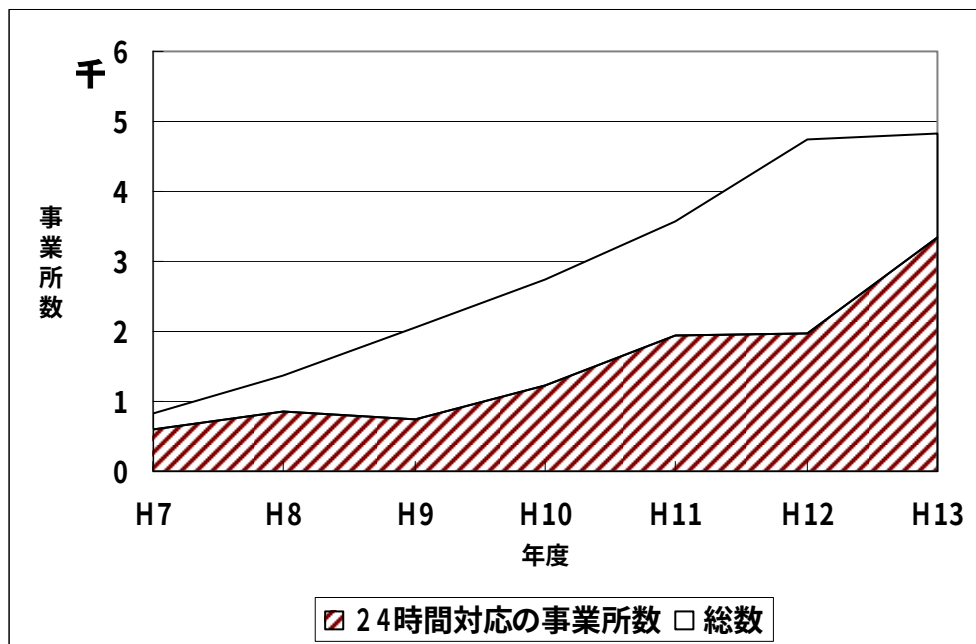
この制度は、2000 年の介護保険制度で、「緊急時訪問看護加算」として位置づけられ、「24 時間いつでも連絡がつき、かつ必要時訪問する」という条件で 1 ヶ月 13,700 円の介護報酬がつけられた。しかしこの「緊急時訪問看護加算」を活用して看護師がステーションに待機（もしくは勤務）するという体制を整えることのできたステーションは限られており、結局この報酬は 2003 年の介護報酬改定で 5,400 円(臨時訪問時には、訪問料を算定する)に引き下げられた。他のサービスに比して報酬単価が高いこと、また必要になるかどうかわからない保険的なサービスを選ぶ利用者に戸惑いがあったことなどが原因であった。また、介護保険開始後、それまで 1 回 250 円ですんでいた訪問看護料に対して、介護保険で算定された訪問看護料の 1 割を払う必要が出てきたこと、これに、夜間・早朝の加算がかかってきたことも響いた。

結局介護保険下で訪問看護が伸び悩んだのと軸を一にして、夜間・早朝訪問看護の巡回体制は、先駆的な事例はあるものの、その後が続かなかった。

図表 1- 1 -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

	介護保険施行前	介護保険施行後
ケアプラン作成者	保健師、看護師	介護支援専門員 (保健師、看護師、介護福祉士、ヘルパー)
訪問看護料を支払うための保険	主に医療保険	主に介護保険 (介護保険 83%、医療保険 17%)
利用料	1 回 250 円	1 割負担 例) 30 分以上 1 時間未満：830 円 夜間・早朝利用の加算 ①準夜帯・早朝帯 →利用料×25% ②深夜帯 →利用料×50%

図表 1- I - 3. 24 時間連絡体制加算の届出を行っている事業所数の年次推移



用語の定義

ア. 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、適切に訪問できる体制をとること。

イ. 訪問の種類〔計画的訪問、臨時訪問、緊急訪問〕

在宅療養者の病状や障害の程度などにより、いくつかの訪問形態があり、24 時間対応型在宅ケアでは、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関して立てられており、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**全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、短時間の訪問で、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、概ね 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）。

2. 夜間・早朝の訪問看護の必要性

療養生活は 24 時間続いている。これを支援するための訪問看護は日中のみならず夜間・早朝にも必要である。社会的なコストを考えれば、訪問看護はなるべく日中に行うのが望ましい。しかし中には、夜間・早朝に訪問看護を必要とする人が存在する。たとえば夜間・早朝に、処置やターミナルケアの実施、アセスメント、家族の介護負担軽減などの必要性がある場合や、症状が悪化した場合などに、訪問看護は特に必要とされる。

この様に、在宅療養を全うするための条件としては、夜間・早朝帯の訪問看護は不可欠であり、その取り組みが求められている。特に、今後、急増する高齢者が、住み慣れた自宅で生を全うするためのターミナルケアや、高齢者の夫婦世帯で医療処置が必要になったとき、訪問看護が効率的に提供されることは必要不可欠である。一般には、ヘルパーによる 24 時間訪問介護の必要性が言われるが、在宅ケアを実施しようとするれば、24 時間訪問看護は不可欠である。

3. 訪問看護ステーションからの夜間・早朝の訪問看護を阻む要因

一方で、今までの経過から、以下の問題点が考えられた。そのため、解決策を得ることを念頭に、研究を遂行した。

1) 訪問看護ステーションの規模の小ささ

一方、夜間・早朝の訪問看護が思うように進まなかった背景には、ステーション側の条件も大きな制約があった。わが国の訪問看護ステーションは従業員の平均が 4.6 人という小規模な訪問看護ステーションが大部分であり、利用者数の平均は約 50 人程度である。夜間・早朝の訪問看護のニーズは、医療処置、病状不安定、ターミナルケア、看護師によるアセスメントの必要性が考えられるが、いずれも発生率はそれほど高くなく、また、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。

規模の小ささを解決する方策として、ほぼ同じ地域をカバーしている複数の訪問看護ステーションが夜間・早朝には連携してケアを提供するための体制を推進することが考えられた。

2) 介護報酬、診療報酬、支援費の 3 者に関わる制約

介護保険後、夜間・早朝訪問看護のニーズが落ち込んだことが良く聞かれる。これには、利用者側の意識、ケアプラン作成者である介護支援専門員の意識、また、報酬体系のあり方が関わっていると考えられる。また、報酬には、介護保険のみでなく、医療保険、また、支援費に制約が関わってくる。これは、個別ケースについての場合であるが、収入としてステ

ーション全体の経営に影響してくる。介護保険および医療保険で「在宅ケア」が支えられるための条件を探索することが必要であろう。これには、緊急時訪問看護加算、特別訪問看護指示書、支援費等に関わる制約条件が含まれる。これを明確にすると共に、夜間・早朝に計画的訪問を実施するステーションに対して、どのような制度的対応が必要かを考えたい。

3) 訪問看護の必要性をアセスメントするツールの開発

訪問看護が適切に導入されるためには、訪問看護の意義をケアマネジャーに理解してもらう必要があるが、その方策として、看護職でなくとも、訪問看護の必要性を査定できるツールの作成が必要と考えられる。

II. 今回の研究事業のねらいと実施方法

1. 研究事業の目的

そこで、今回の研究事業では、「現在の日本のごく普通の小規模の訪問看護ステーションが 24 時間訪問看護を継続的に無理なく実施できるようにするためにはどのようにしたら良いか」を明確にすることを目的に、24 時間ケアの現状分析を行うとともに、効果的・効率的な 24 時間ケアモデルの開発に向けて、実践研究を行った。

2. 研究方法

今後の 24 時間ケアのあり方を、以下の方法を通して検討した。

a. 24 時間ケアの現状分析

a-1. 訪問看護ステーションにおける 24 時間ケアの全国調査

…… 全国訪問看護事業協会の加盟ステーション 3,013 ヶ所のステーションに対し、平成 15 年 7 月に郵送調査を実施した。

a-2. かつてモデル事業を実施した訪問看護ステーションに対する電話調査

……平成 6・7 年および平成 10 年に実施したモデル事業で 24 時間ケアを試行したステーション計 23 ヶ所に対し、電話調査を実施した。

a-3. 全国調査および以前のモデル事業から把握された「体制をとって夜間・早朝の訪問看護を実施しているステーション」の現状と、その体制を維持していく上での問題についてのヒアリング調査

……A-1, 2 から、現在「24 時間の計画的訪問看護を継続して実施するための体制を取っているステーション」について、現行の体制と、その体制を維持していく際の問題点についてヒアリング調査を実施した。

a-4. 訪問看護ステーションにおける土曜昼間・日曜日・夜間・早朝帯の電話対応の調査

……24 時間連絡体制のある訪問看護ステーション 9 ヶ所で、利用者からかかってきた夜間・早朝の電話相談を記録し、計画的訪問を実施しているか否かで比較することによって、その体制をとることの意味を検討した。

b. 夜間・早朝の訪問看護に関する連携体制のモデル事業

b-1. 設置主体の異なる訪問看護ステーションが、夜間・早朝の訪問看護を連携して実施するモデル事業の実施

……地方公共団体の訪問看護ステーションであるステーションA-1、A-2、A-3の3機関のステーション所長が合同で、①日中の訪問看護利用者の中から、夜間・早朝の訪問看護必要者を選定（事例検討）、②本人・家族の了解を得て夜間・早朝の訪問看護を3ヶ月間提供(介入研究)、③事前と事後のアンケート、予め想定した指標でその効果を把握した。

モデル事業の事例検討を通して、「夜間・早朝の訪問看護の必要性をアセスメントする為のツール」を開発・作成した。同時に、複数の訪問看護ステーションが夜間・早朝に連携して訪問看護を実施するためのステーション側の準備について、明確化した。

b-2. 同一法人の訪問看護ステーションが連携して、現在、夜間・早朝の訪問を実施しているステーションの抱えている問題点の明確化

……B法人の訪問看護ステーション（ステーションB-1、B-2、B-3）と夜間の訪問介護を実施している株式会社から、①夜間・早朝に計画的な訪問看護を受けている利用者14名の状況調査、②典型的な事例について訪問看護介護のサービス内容とコストを検討し、現行の報酬体系の課題を整理した。

b-3. 小規模・単独型訪問看護ステーションにおける24時間電話対応の明確化

―夜間・休日巡回訪問ステーションモデル開発に向けて―

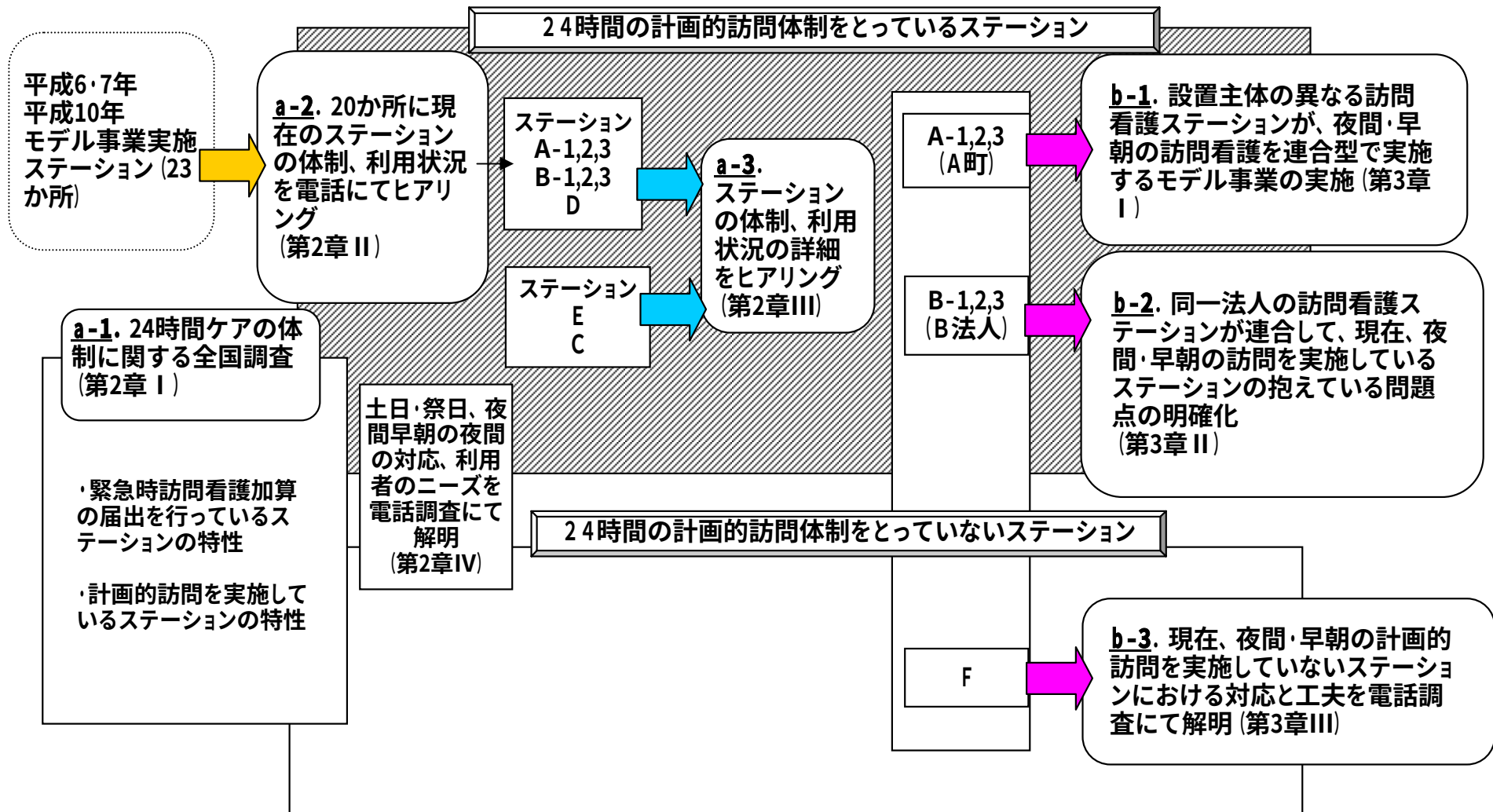
……小規模・単独型の訪問看護ステーションで、利用者からの夜間・早朝の電話相談の内容と訪問看護師による対応を記録・分析し、電話相談の意味を抽出した。

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の承認を得た。

引用文献

- 1) 村嶋幸代編：始めよう！24時間訪問看護・介護、医学書院，1996.

図表1-1-4. 本事業の全体図



第 2 章 24 時間ケアの現状

第2章 24時間ケアの現状

I. 訪問看護ステーションのサービス提供の実態：全国調査

1. 目的

緊急時訪問看護加算の届出のあるステーション数は、平成12年度3,349ヶ所（全ステーションの70.8%）、平成13年度3,547（73.5%）と、年々増加傾向にある。しかしながら、訪問看護ステーションが夜間・早朝の時間帯にどのような体制でサービスを提供しているのかは十分には知られていない。

そこで、全国の訪問看護ステーションを対象に調査を行い、現在の夜間・早朝の訪問看護の実施体制を明らかにすることにより、利用者が24時間365日安心して在宅療養生活をおくることができるような訪問看護ステーションのサービス提供体制について検討することを目的とした。

2. 対象および方法

全国訪問看護事業協会の会員である3,013ヶ所の訪問看護ステーションを対象とし、各ステーションの管理者宛てに自記式調査票を送付した。調査期間は、2003年8～9月である。

調査内容は、ステーションの概要（開設主体、介護保険の地域区分、同一法人内にある施設、併設されている事業者、従業員数、加算の届出状況、訪問介護事業所との連携状況）、平成15年7月（1ヶ月間）の利用状況、医療処置の実施可能性および実施状況、土日昼間・日祭日昼間・夜間・早朝の訪問体制、計画的な訪問の実施状況である。

解析には、SPSS for Windows11.5Jを用いた。

3. 結果および考察

1) 回収状況

調査対象とした3,013ヶ所の訪問看護ステーションのうち、1,897ヶ所から調査票の返送があった（回収率63.0%）。そのうち、営業休止中または営業を終了していたステーション4ヶ所、すべての項目が無回答だったステーション2ヶ所を除く1,891ヶ所のステーションを分析対象とした（有効回答率62.8%）。

2) 分析対象となった訪問看護ステーションの概要（図表2-I-1, 図表2-I-2）

開設主体については、医療法人が半数近くを占めていた（45.5%）。同一法人内にある施設は、病院（51.3%）、在宅介護支援センター（46.5%）、介護老人保健施設（33.1%）の順に多かった。また、併設している事業所は、居宅介護支援事業所が 82.1%と最も多かった。

ステーションに勤務する看護職は、常勤が平均 3.6 人、非常勤が平均 3.0 人であった。

ステーションの開設主体、同一法人内にある施設、併設している事業者、ステーションに勤務する看護職については、他の全国調査（平成 13 年度 介護サービス施設・事業所調査¹⁾）と比較しても、ほぼ同様の結果であった。

緊急時訪問看護加算の届出をしているステーションは 81.2%（平成 13 年度 73.5%¹⁾）、24 時間連絡体制加算の届出をしているステーションは 79.1%（平成 13 年度 69.5%¹⁾）であったが、これらの割合は、既存データに比べて高い。この理由として、24 時間訪問看護に関心の高いステーションが多く回答してきた可能性が考えられる。

また、特別管理加算については 91.4%、重症者管理加算は 75.4%と、大部分のステーションが届出を行っていた。

図表 2- I -1. 訪問看護ステーションの基本情報 (1)

		N=1891	
項目		n	%
介護保険の地域区分	特別区	149	7.9
	特甲地	294	15.5
	甲地	66	3.5
	乙地	249	13.2
	特別地域	42	2.2
	その他	986	52.1
	無回答	105	5.6
開設主体	医療法人	861	45.5
	その他の法人	204	10.8
	社会福祉法人	188	9.9
	医師会	174	9.2
	会社	125	6.6
	看護協会	124	6.6
	協同組合及び連合会	118	6.2
	地方公共団体	70	3.7
	NPO法人	7	0.4
	公的・社会保険関係団体	6	0.3
	無回答	14	0.7
同一法人内にある施設 (複数回答) *	病院	970	51.3
	在宅介護支援センター	879	46.5
	介護老人保健施設	626	33.1
	無床診療所	323	17.1
	特別養護老人ホーム	157	8.3
	有床診療所	119	6.3
	無回答	434	23.0
併設注されている事業所 (複数回答) *	居宅介護支援	1552	82.1
	訪問介護	656	34.7
	福祉用具貸与	110	5.8
	その他	304	16.1
	無回答	259	13.7

*複数回答は、各々全国 1891 ステーションに対する百分率

図表 2- 1 -2. 訪問看護ステーションの基本情報 (2)

			N=1891	
項目			n	%
看護職	常勤 (平均3.6人)	1～5	1671	88.4
		6～10	190	10.0
		11～	14	0.8
		無回答	16	0.8
	非常勤 (平均3.0人)	0	424	22.4
		1～5	1168	61.8
		6～10	210	11.1
		11～	81	4.3
		無回答	8	0.4
	看護職以外常勤 (平均0.6人)	0	1286	68.0
		1～5	575	30.4
		6～10	20	1.1
		11～	2	0.2
		無回答	8	0.4
	非常勤 (平均0.8人)	0	1167	61.7
		1～5	679	35.9
		6～10	30	1.6
		11～	7	0.4
		無回答	8	0.4
緊急時訪問看護加算の届出		あり	1536	81.2
		なし	340	18.0
		無回答	15	0.8
24時間連絡体制加算の届出		あり	1496	79.1
		なし	353	18.7
		無回答	42	2.2
特別管理加算の届出		あり	1729	91.4
		なし	143	7.6
		無回答	19	1.0
重症者管理加算の届出		あり	1426	75.4
		なし	371	19.6
		無回答	94	5.0

3) 利用者の状況 (図表 2- I -3)

介護保険による訪問看護平均利用者数（平均延訪問回数）は 49.8 人（267.9 回）、医療保険による訪問看護平均利用者数（平均延訪問回数）は 10.8 人（79.2 回）であった。

介護保険に関する加算を算定した平均利用者数は、緊急時訪問看護加算 21.1 人、特別管理加算 9.3 人、ターミナルケア加算 0.1 人であった。また、介護保険の支給限度額を超過している平均利用者数は 0.7 人であり、特別指示書を受けた利用者数は 0.6 人であった。

医療保険に関する加算を算定した平均利用者数は、24 時間連絡体制加算 7.5 人、重傷者管理加算 9.3 人、ターミナルケア療養費 0.1 人であった。

図表 2- I -3. 利用者の状況

N=1891			N=1891		
項目		n %	項目		n %
介護保険による訪問看護利用者数 (平均49.8)	0	9 0.5	医療保険による訪問看護利用者数 (平均10.8)	0	75 4.0
	1～50	1134 60.0		1～10	1093 57.8
	51～100	609 32.2		11～20	477 25.2
	101人以上	123 6.5		21～30	140 7.4
	無回答	16 0.8		31～40	47 2.5
介護保険による訪問看護・延訪問回数 (平均267.9)	0	41 2.2	医療保険による訪問看護・延訪問回数 (平均79.2)	41～	43 2.2
	1～200	695 36.8		無回答	16 0.8
	201～400	813 43.0		0	109 5.8
	401～600	242 12.8		1～50	716 37.9
	601回以上	84 4.5		51～100	536 28.3
緊急時訪問看護加算を算定した利用者数 (平均21.1)	無回答	16 0.8		101～150	257 13.6
	0	431 22.8		151～200	123 6.5
	1～10	442 23.4		201～	134 7.1
	11～20	259 13.7		無回答	16 0.8
	21～30	204 10.8	24時間連絡体制加算を算定した利用者数 (平均7.5)	0	525 27.8
	31～40	203 10.7		1～10	838 44.3
	41～50	117 6.2		11～20	363 19.2
	51～	219 11.6		21～30	100 5.3
特別管理加算を算定した利用者数 (平均9.3)	無回答	16 0.8		31～	49 2.6
	0	275 14.5		無回答	16 0.8
	1～10	950 50.2	重症者管理加算を算定した利用者数 (平均9.3)	0	751 39.7
	11～20	455 24.1		1～10	1049 55.5
	21～30	136 7.2		11～20	67 3.5
	31～40	37 2.0		21～	8 0.5
	41～50	13 0.7		無回答	16 0.8
	51～	9 0.5	ターミナルケア療養費を算定した利用者数 (平均0.1)	0	1680 88.8
	無回答	16 0.8		1	165 8.7
ターミナルケア加算を算定した利用者数 (平均0.1)	0	1660 87.8		2	19 1
	1	177 9.4		3～	11 0.6
	2	32 1.7		無回答	16 0.8
	3	3 0.2	介護保険利用者で特別指示書を受けた利用者数 (平均0.6)	0	1325 70.1
	4～	3 0.2		1	329 17.4
	無回答	16 0.8		2	125 6.6
支給限度額を超過している利用者数 (平均0.7)	0	1186 62.7		3～	96 5.1
	1	376 19.9		無回答	16 0.8
	2	170 9.0			
	3～	143 7.6			
	無回答	16 0.8			

4) 現行の訪問看護体制（図表 2- I -4)

現行の訪問看護体制については、土曜日の昼間に「通常の訪問をしている」のは 514 ヶ所 (27.2%)、日祭日の昼間に「通常の訪問をしている」のは 88 ヶ所 (4.7%) であった。

準夜・深夜・早朝帯の体制において、「1 日を 3 交代または 2 交代で訪問している」のは 6 ヶ所 (0.3%) のみであり、その他の多くのステーションが、「電話対応・緊急時には訪問する」(1665 ヶ所 (88.0%)) ことで対応していた。「1 日を 3 交代または 2 交代で訪問している」ステーションについては、改めてヒアリング調査を行った（第Ⅱ章 3 参照）。

図表 2- I -4. 現行の訪問体制 (複数回答)

		N=1891	
項目		n	%
土曜日の昼間 (8:00～18:00)	電話対応・緊急時には訪問する	979	51.8
	ニーズにより一時的に体制を組む	714	37.8
	通常の訪問をしている	514	27.2
	午前中のみ営業している	258	13.6
	まったく対応していない	35	1.9
	隔週等で営業している	27	1.4
	その他	26	1.4
	無回答	52	2.7
日祭日の昼間 (8:00～18:00)	電話対応・緊急時には訪問する	1364	72.1
	ニーズにより一時的に体制を組む	747	39.5
	まったく対応していない	103	5.4
	通常の訪問をしている	88	4.7
	祭日のみ営業している	46	2.4
	隔週等で営業している	1	0.1
	その他	26	1.5
	無回答	67	3.5
準夜・深夜・早朝	電話対応・緊急時には訪問する	1665	88.0
	まったく対応していない	169	8.9
	1日を三交代または二交代で訪問する	6	0.3
	その他	53	2.8
	無回答	8	0.4

5) 訪問介護事業所との連携状況 (図表 2- I -5)

訪問介護事業者と同行訪問をしているステーションは1,292ヶ所(68.3%)、ケースカンファレンスに同席しているのは、1,501ヶ所(79.4%)であった。また、ヘルパーからのケアに関する電話相談があるステーションは1,649ヶ所(87.2%)、1か月あたりの電話回数は、平均6.8回と多かった。

なお、訪問エリア内に夜間対応できる訪問介護事業者が有るか否かを尋ねたところ、準夜帯には82.7%、深夜帯62.0%、早朝帯78.4%と、高い割合で存在することが示された。

図表 2- I -5. 訪問介護事業者との連携状況

		N=1891	
項目		n	%
同行訪問	している	1292	68.3
	していない	508	26.9
	無回答	91	4.8
ケアカンファレンス	同席している	1501	79.4
	同席していない	305	16.1
	無回答	85	4.5
ヘルパーからの ケアに関する電話相談	あり	1649	87.2
	なし	167	8.8
	無回答	75	4.0
電話相談回数 (平均6.8回)	1～10	1023	62.0
	11～20	110	6.7
	21～	50	3.0
	無回答	466	28.3
夜間対応できる訪問介護事業者 準夜(18:00～22:00)	あり	1563	82.7
	なし	100	5.3
	わからない	188	9.9
	無回答	40	2.1
深夜(22:00～6:00)	あり	1173	62.0
	なし	243	12.9
	わからない	387	20.5
	無回答	88	4.7
早朝(6:00～8:00)	あり	1483	78.4
	なし	111	5.9
	わからない	245	13.0
	無回答	52	2.7

6) 緊急時訪問看護加算の届出の有無による比較 (図表 2- I -6)

(1) ステーションの基本情報の比較

緊急時訪問看護加算の届出の有無により、全体を「緊急時訪問看護加算の届出（以下、届出）あり」群と「届出なし」群の2群に分類し、比較を行った（図表 2- I -6）。

介護保険の地域区分は、「届出あり」群は「届出なし」群と比べて「特別地域」の割合が有意に低かった。開設主体では、「届出あり」群は「届出なし」群と比べて「医療法人」、「看護協会」の割合が有意に高かった。

常勤看護師について、「届出あり」群（平均 3.7 人）は、「届出なし」群（平均 2.9 人）と比較して、有意に多かった。一方、非常勤については、「届出あり」群（平均 2.9 人）が、「届出なし」群（平均 3.2 人）と比較して有意に少なかった。すなわち、緊急時訪問看護加算の届出をしているステーションは、非常勤ではなく、緊急時の対応も含めて責任の負える常勤の看護師を多く雇用し、対応をしていることが示された。

図表 2- I -6. 緊急時訪問看護加算の届出の有無別 ステーションの基本情報 (平成 15 年 7 月)

N=1876						N=1876							
項目		緊急時訪問看護加算届出				緊急時訪問看護加算届出							
		あり (N=1536)		なし (N=340)		あり (N=1536)		なし (N=340)		p値			
		n	%	n	%	n	%	n	%		p値		
介護保険の地域区分 ^a	特別区	123	8.0	26	7.6	同行訪問	している	1080	70.3	202	59.4 ***		
	特甲地	232	15.1	60	17.6		していない	386	25.1	118	34.7		
	甲地	58	3.8	8	2.4		無回答	70	4.6	20	5.9		
	乙地	212	13.8	36	10.6		ケアカンファレンス	同席している	1241	80.8	250	73.5 *	
	特別地域	22	1.4	19	5.6 ***	同席していない		233	15.2	88	20.0		
	その他	801	52.1	176	51.8	無回答		82	4.0	22	6.5		
	無回答	88	5.7	15	4.4								
開設主体 ^a	医療法人	715	46.5	137	40.3 **	ヘルパーからの ケアに関する電話相談	あり	1360	88.5	278	81.8 **		
	その他の法人	159	10.4	45	13.2		なし	118	7.7	45	13.2		
	社会福祉法人	148	9.6	38	11.2		無回答	58	3.8	17	5.0		
	医師会	132	8.6	41	12.1 †		電話相談回数 (内訳)	mean±SD	7.1±8.7	5.5±7.7			
	会社	103	6.7	21	6.2	1～10		832	61.2	184	66.2		
	看護協会	113	7.4	10	2.9 **	11～20		98	7.2	12	4.3		
	協同組合及び 連合会	101	6.6	17	5.0	21～		43	3.2	7	2.5		
	地方公共団体	44	2.9	26	7.6 ***	無回答		387	28.5	75	27.0		
	NPO法人	5	0.3	2	0.6	夜間対応できる訪問介護事業者 準夜 (18:00～22:00)	あり	1290	84.0	264	77.6 **		
	公的・社会保険 関係団体	6	0.4	0	0.0		なし	71	4.6	28	8.2		
	無回答	10	0.7	3	0.9		わからない	148	9.5	39	11.5		
							無回答	29	1.9	9	2.6		
同一法人内にある施設 ^a (複数回答)	病院	819	27.9	141	26.0 ***	深夜 (22:00～6:00)	あり	980	62.5	206	60.6		
	在宅介護支援 センター	735	25.0	140	25.8 *		なし	190	12.4	51	15.0		
	介護老人保健 施設	527	17.9	93	17.1 *		わからない	314	20.4	70	20.6		
	無床診療所	292	9.9	30	5.5 ***		無回答	72	4.7	13	3.8		
	特別養護老人 ホーム	131	4.5	24	4.4	早朝 (6:00～8:00)	あり	1224	79.7	252	74.1 †		
	有床診療所	100	3.4	18	3.3		なし	83	5.4	26	7.6		
	無回答	334	11.4	97	17.9 **		わからない	189	78.1	53	15.6		
							無回答	40	2.6	9	2.6		
併設注されている事業所 ^a (複数回答)	居宅介護支援	1272	53.5	267	55.4 **								
	訪問介護	563	23.7	90	18.7 **								
	福祉用具貸与	89	3.7	21	4.4								
	その他	256	10.8	45	9.3								
	無回答	198	8.3	59	12.2								
看護職 ^b	常勤	mean±SD	3.7±2.1	2.9±3.4 ***									
		0	0	0	0.0								
		1～5	1327	86.8	329	96.8							
		6～10	179	11.7	11	3.2							
		11～	14	0.9	0	0.0							
		無回答	8	0.5	0	0.0							
	非常勤	mean±SD	2.9±3.4	3.2±4.4 ***									
		0	348	22.7	74	21.8							
		1～5	945	61.5	211	62.1							
		6～10	172	11.2	37	10.9							
		11～	71	4.6	13	3.8							
		無回答	8	0.5	0	0.0							
看護職以外 ^b	常勤	mean±SD	0.6±1.3	0.3±0.8									
		0	1014	66.0	260	76.5							
		1～5	494	32.2	78	22.9							
		6～10	18	1.2	2	0.6							
		11～	2	0.1	0	0.0							
		無回答	8	0.5	0	0.0							
	非常勤	mean±SD	0.8±2.0	0.6±1.4 †									
		0	931	60.6	222	65.3							
		1～5	566	36.8	113	33.2							
		6～10	25	1.6	4	1.2							
		11～	6	0.4	1	0.3							
		無回答	8	0.5	0	0.0							
24時間連絡体制加算の届出 ^a	あり	1468	95.6	26	7.6								
	なし	39	2.5	311	91.5								
	無回答	29	1.9	3	0.9	***							
特別管理加算の届出 ^a	あり	1502	97.8	222	65.3								
	なし	28	1.8	115	33.8								
	無回答	6	0.4	3	0.9	***							
重症者管理加算の届出 ^a	あり	1383	90.0	43	12.6								
	なし	84	5.5	285	83.8								
	無回答	69	4.5	12	3.5								

（２）緊急時訪問看護加算の届出の有無別 訪問看護サービスの提供状況の比較

（図表 2- I -7）

訪問利用者人数（訪問延回数）の平均は、土曜日の昼間 4.4 人（9.9 回）、日祭日の昼間 2.7 人（4.7 回）、準夜 0.7 人（1.1 回）、深夜 0.3 人（0.5 回）、早朝 0.2 人（0.4 回）であった。

土曜、日祭日、準夜・深夜・早朝の 1 ヶ月あたりの利用者人数と延訪問回数を比較すると、利用者人数と延訪問回数の平均は、いずれも緊急時訪問看護加算の届出のあるステーションが、届出のないステーションに比べて有意に多かった。

しかし、ステーションごとの利用人数は、「1～4 人」「5～10 人」が、土曜日 66%、日祭日 54.6%、準夜 40.1%、深夜 21.6%、早朝 17.5%と、必ずしも多くはない。

一方、土曜日、日祭日の延訪問回数をみると、「11～20 回」「21 回以上」訪問するステーションが全体の 33.4%、13.1%あり、一定数存在することが示された。準夜・深夜・早朝に「5～10 回」訪問したステーションはそれぞれ 56 ヶ所（3.7%）、10 ヶ所（0.7%）、13 ヶ所（0.9%）ある。準夜・深夜・早朝の延訪問回数が月あたり「5～10 回」というのは、週に 1 回から 3 日に 1 回はこの時間帯に訪問しているということであるが、これらは通常の訪問看護に入れられるのではなく、“時間外対応”として実施されていることが示された。なお、「21 回以上」訪問しているステーションも存在するが、これは、夜間・早朝にも体制を組んで計画的に訪問しているステーションと考えられた。

図表 2-1-7. 緊急時訪問看護加算の届出の有無別 訪問看護サービスの提供状況

項目	土曜の昼間 (N=1779)					日祭日の昼間 (N=1690)				
	緊急時訪問看護加算届出				p値	緊急時訪問看護加算届出				p値
	あり (N=1489)	なし (N=290)	n	%		あり (N=1469)	なし (N=221)	n	%	
【訪問全体】	1489	100.0	290	100.0		1469	100.0	221	100.0	
利用者実人数	mean±SD	4.9±8.3	3.0±6.0 ***			3.0±4.0	1.9±4.9 **			
	0	342	23.0	132	45.5	550	37.4	133	60.2	
	1~4	643	43.2	99	34.1	628	42.8	60	27.1	
	5~10	338	22.7	35	12.1	173	11.8	15	6.8	
	11~20	93	6.2	13	4.5	77	5.2	5	2.3	
	21~	57	3.8	6	2.1	25	1.7	3	1.4	
	無回答	16	1.1	5	1.7	16	1.1	5	2.3	
延訪問回数	mean±SD	10.7±18.4	7.3±15.5 **			5.2±16.3	2.5±5.9 ***			
	0	363	24.4	136	46.9	562	38.3	133	60.2	
	1~4	365	24.5	55	19.0	501	34.1	47	21.3	
	5~10	248	16.7	38	13.1	198	13.5	23	10.4	
	11~20	255	17.1	27	9.3	133	9.1	9	4.1	
	21~	242	16.3	29	10.0	59	4.0	4	1.8	
	無回答	16	1.1	5	1.7	16	1.1	5	2.3	
【計画されていた訪問】										
利用者実人数	mean±SD	3.8±7.8	2.1±4.5 ***			2.1±5.4	1.2±3.3 ***			
	0	584	39.2	154	53.1	904	61.5	157	71.0	
	1~4	528	35.5	90	31.0	340	23.1	41	18.6	
	5~10	245	16.5	27	9.3	136	9.3	13	5.9	
	11~20	69	4.6	11	3.8	54	3.7	4	1.8	
	21~	47	3.2	3	1.0	19	1.3	1	0.5	
	無回答	16	1.1	5	1.7	16	1.1	5	2.3	
延訪問回数	mean±SD	9.1±16.8	6.0±14.6 **			3.8±13.3	1.7±4.0 ***			
	0	602	40.4	158	54.5	912	62.1	158	71.5	
	1~4	245	16.5	51	17.6	243	16.5	28	12.7	
	5~10	203	13.6	30	10.3	144	9.8	22	10.0	
	11~20	216	14.5	25	8.6	108	7.4	7	3.2	
	21~	207	13.9	21	7.2	46	3.1	1	0.5	
	無回答	16	1.1	5	1.7	16	1.1	5	2.3	

項目	準夜 (N=1658)					深夜 (N=1658)					早朝 (N=1658)				
	緊急時訪問看護加算届出				p値	緊急時訪問看護加算届出				p値	緊急時訪問看護加算届出				p値
	あり (N=1513)	なし (N=145)	n	%		あり (N=1513)	なし (N=145)	n	%		あり (N=1513)	なし (N=145)	n	%	
【訪問全体】	1513	100.0	145	100.0		1513	100.0	145	100.0		1513	100.0	145	100.0	
利用者実人数	mean±SD	0.8±1.5	0.3±0.8 ***			0.3±1.1	0.1±5.8 ***				0.3±1.0	0.1±0.3 ***			
	0	885	58.5	114	78.6	1165	77.0	135	93.1		1226	81.0	137	94.5	
	1~4	572	37.8	28	19.3	323	21.3	7	4.8		264	17.4	6	4.1	
	5~10	35	2.3	1	0.7	4	0.3	1	0.7		2	0.1	0	0.0	
	11~20	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		0	0.0	0	0.0	
	21~	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0		1	0.1	0	0.0	
	無回答	20	1.3	2	1.4	20	1.3	2	1.4		20	1.3	2	1.4	
延訪問回数	mean±SD	1.3±4.7	0.6±1.8 ***			0.6±4.7	0.1±0.6				0.5±3.4	0.1±0.3 ***			
	0	896	59.2	115	79.3	1169	77.3	135	93.1		1234	81.6	137	94.5	
	1~4	518	34.2	22	15.2	310	20.5	7	4.8		239	15.8	6	4.1	
	5~10	56	3.7	5	3.4	10	0.7	1	0.7		13	0.9	0	0.0	
	11~20	14	0.9	1	0.7	1	0.1	0	0.0		3	0.2	0	0.0	
	21~	9	0.6	0	0.0	3	0.2	0	0.0		4	0.3	0	0.0	
	無回答	20	1.3	2	1.4	20	1.3	2	1.4		20	1.3	2	1.4	
【計画されていた訪問】															
利用者実人数	mean±SD	0.1±0.5	0.0±0.2			0.0±0.2	0.0±0.0				0.0±0.2	0.0±0.1			
	0	1428	94.4	139	95.9 *	1481	97.9	143	98.6		1459	96.4	141	97.2	
	1~4	60	4.0	4	2.8	11	0.7	0	0.0		34	2.2	2	1.4	
	5~10	5	0.3	0	0.0	1	0.1	0	0.0		0	0.0	0	0.0	
	11~20	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		0	0.0	0	0.0	
	21~	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		0	0.0	0	0.0	
	無回答	20	1.3	2	1.4	20	1.3	2	1.4		20	1.3	2	1.4	
延訪問回数	mean±SD	0.4±3.8	0.2±1.3			0.1±3.0	0.0±0.0				0.2±3.2	0.0±0.2			
	0	1430	94.5	139	95.9	1481	97.9	143	98.6		1460	96.5	141	97.2	
	1~4	39	2.6	2	1.4	7	0.5	0	0.0		23	1.5	2	1.4	
	5~10	9	0.6	1	0.7	3	0.2	0	0.0		4	0.3	0	0.0	
	11~20	8	0.5	1	0.7	0	0.0	0	0.0		3	0.2	0	0.0	
	21~	7	0.5	0	0.0	2	0.1	0	0.0		3	0.2	0	0.0	
	無回答	20	1.3	2	1.4	20	1.3	2	0.6		20	1.3	2	0.6	

t-test

***p<0.001 **<0.01 *p<0.05 †p<0.1

（３）医療処置の実施可能性および１ヶ月間の実施ありの割合の比較（平成 15 年 7 月）

緊急時訪問看護加算の届出のあるステーションでは、届出のないステーションに比べ、ほとんどの医療処置について、有意に高い割合で実施していた（図表 2- I -8）。特に夜間・早朝の医療処置については、緊急時訪問看護加算の届出のあるステーションと届出のないステーションとでは、提供できるサービス（実施可能性）には余り差がないものの（図表 2- I -9）、１ヶ月あたりの実施状況（図表 2- I -10）、さらに準夜・深夜・早朝に実施した実績（図表 2- I -11）に大きな差があった。即ち、届出を行っているステーションでは届出をしていないステーションよりも、有意に多く時間外に医療処置を含む看護ケアを提供していることが明らかになった。

図表 2- I -8. 緊急時訪問看護加算の届出の有無別
医療処置の実施可能性および1ヶ月間の実施ありの割合 (平成 15 年 7 月)

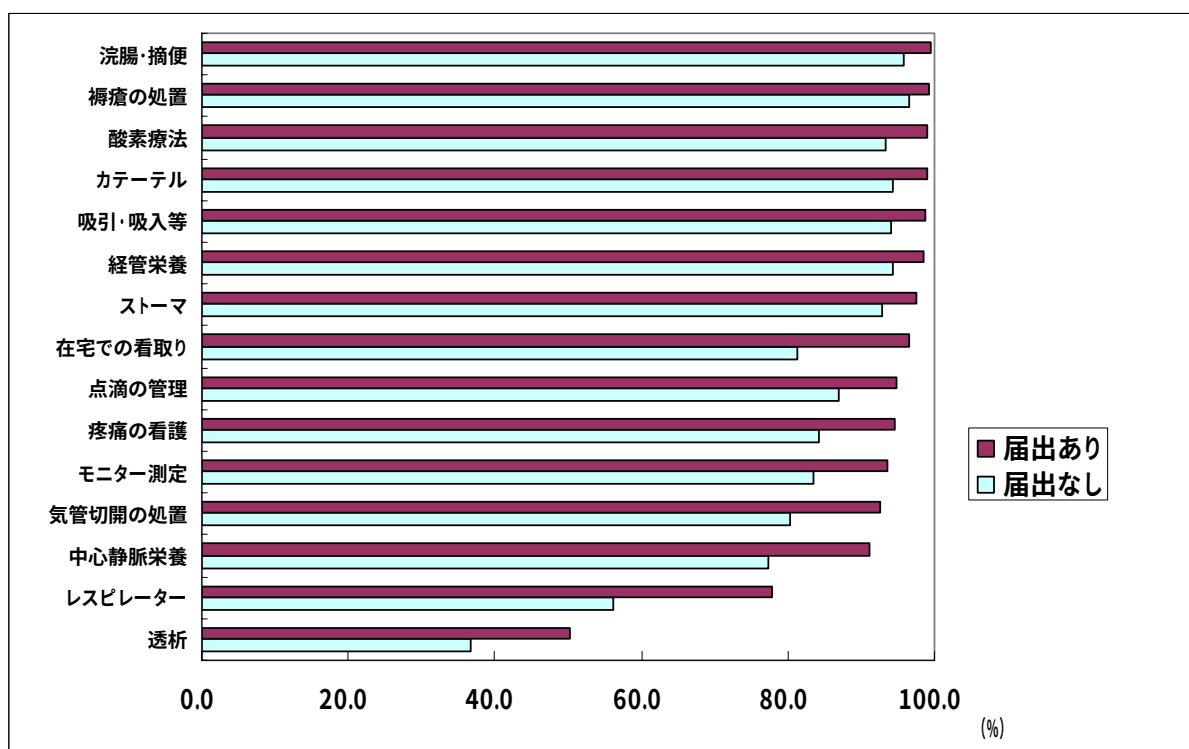
	実施可能性					1ヶ月間の実施あり					準夜・深夜・早朝の実施あり				
	緊急時訪問看護加算届出				p値	緊急時訪問看護加算届出				p値	緊急時訪問看護加算届出				p値
	あり (N=1536)		なし (N=340)			あり (N=1536)		なし (N=340)			あり (N=1536)		なし (N=340)		
	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
透析	772	50.3	125	36.8	***	161	10.5	20	5.9	**	10	0.7	1	0.3	
レスピレーター	1195	77.8	191	56.2	***	561	36.5	82	24.1	***	53	3.5	2	0.6	***
中心静脈栄養	1401	91.2	263	77.4	***	492	32.0	65	19.1	***	128	8.3	8	2.4	***
気管切開の処置	1424	92.7	273	80.3	***	905	58.9	142	41.8	***	70	4.6	4	1.2	**
モニター測定	1437	93.6	284	83.5	***	1222	79.6	224	65.9	***	267	17.4	11	3.2	**
疼痛の看護	1453	94.6	286	84.1	***	836	54.4	148	43.5	***	166	10.8	10	2.9	***
点滴の管理	1458	94.9	296	87.1	***	898	58.5	141	41.5	***	165	10.7	6	1.8	***
在宅での看取り	1482	96.5	276	81.2	***	517	33.7	73	21.5	***	249	16.2	16	4.7	***
ストーマ	1499	97.6	316	92.9	**	864	56.3	153	45.0	***	66	4.3	2	0.6	***
経管栄養	1515	98.6	321	94.4		1292	84.1	243	71.5	***	156	10.2	8	2.4	***
吸引・吸入等	1516	98.7	320	94.1	*	1315	85.6	253	74.4	***	269	17.5	13	3.8	***
カテーテル	1519	98.9	321	94.4	*	1335	86.9	264	77.6	***	270	17.6	13	3.8	***
酸素療法	1521	99.0	317	93.2	***	1276	83.1	237	69.7	***	138	9.0	8	2.4	**
褥瘡の処置	1525	99.3	328	96.5	*	1377	89.6	293	86.2	**	72	4.7	4	1.2	**
浣腸・排便	1528	99.5	326	95.9	*	1417	92.3	301	88.5	***	195	12.7	7	2.1	***

χ² test

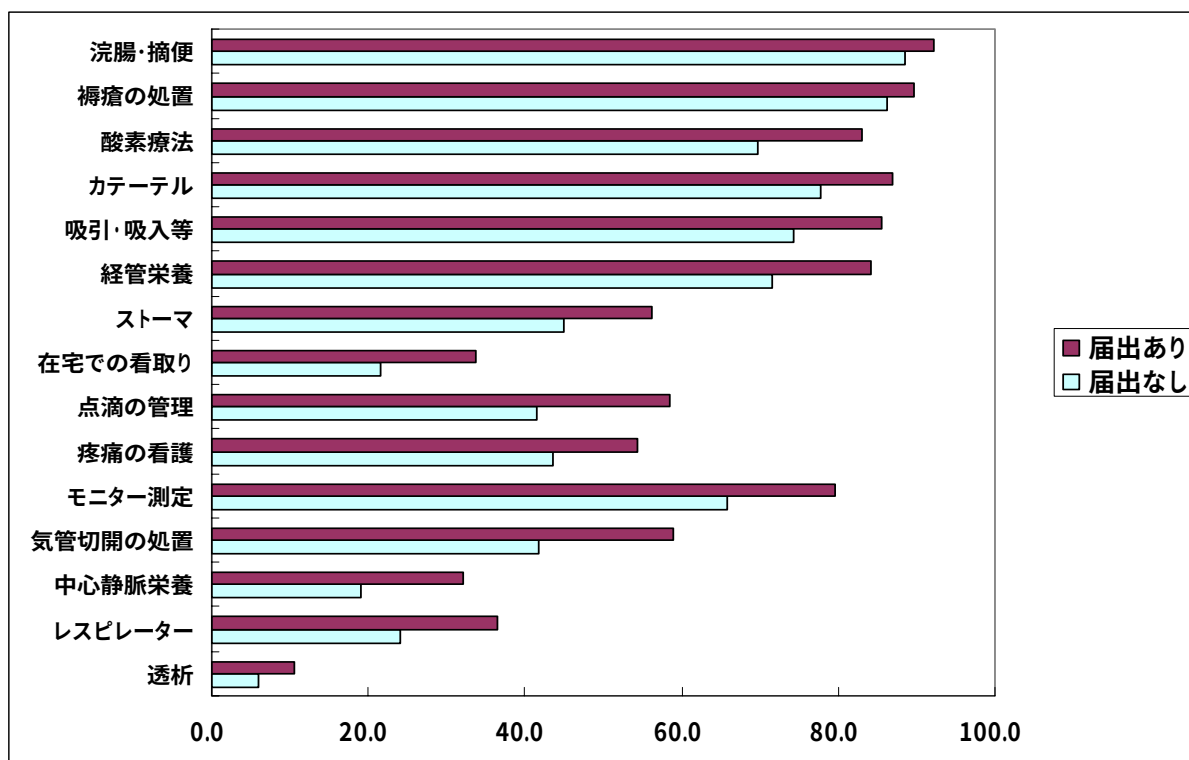
***p<0.001. **p<0.01. *p<0.05. †p<0.1

X² test
***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05, † p<0.1

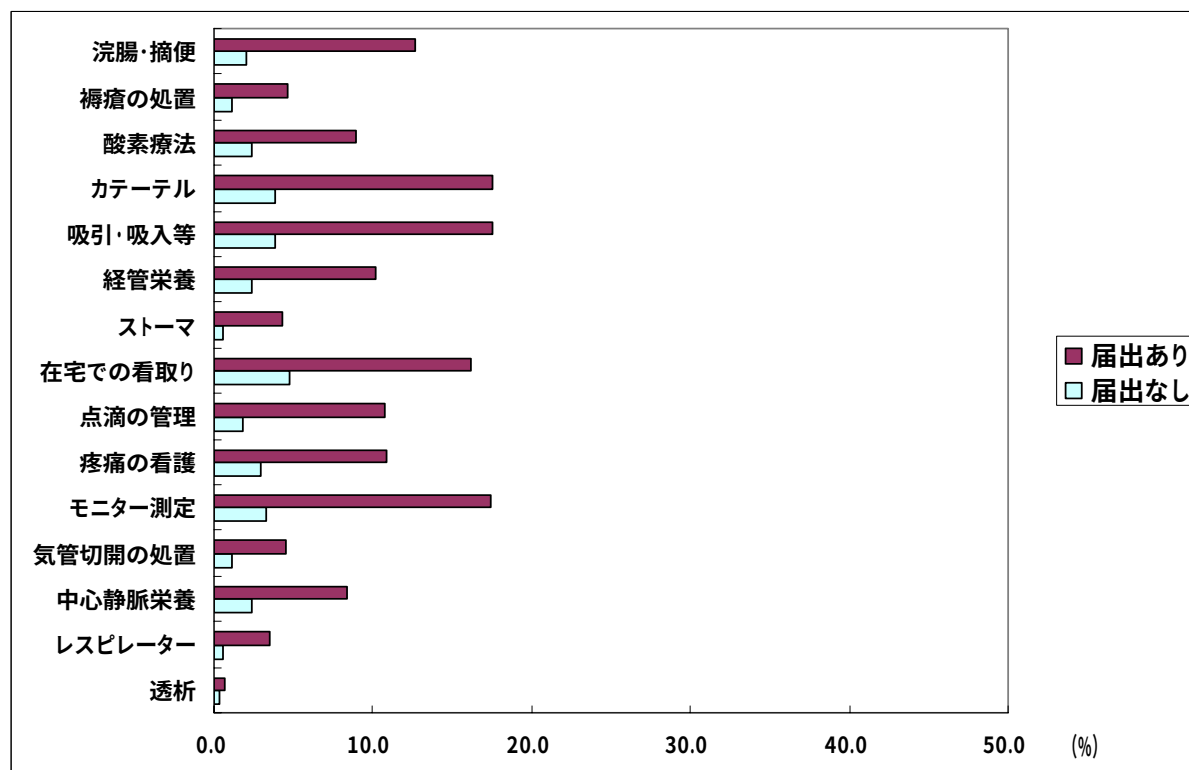
図表 2- I -9. 緊急時訪問看護加算の届出の有無別
医療処置の実施可能性(平成 15 年 7 月)



図表 2- I -10. 緊急時訪問看護加算の届出の有無別
医療処置の実施あり(平成 15 年 7 月)



図表 2- I -11. 緊急時訪問看護加算の届出の有無別
準夜・深夜・早朝の医療処置の実施あり(平成 15 年 7 月)



7) 夜間・早朝の計画的訪問の実施状況

(1) 夜間・早朝の計画的訪問の実施状況 (図表 2- I -12)

夜間・早朝の計画的訪問の実施の有無を尋ねたところ、117 ヶ所 (6.2%) のステーションで計画的訪問を実施していた (図表 2- I -12)。そのうち、6 ヶ所は、「1 日を 2 交代または 3 交代で訪問している」体制のステーションであり、それ以外は、利用者のニーズに応じて一時的に体制を組んで実施していると考えられた。

よって、夜間・早朝の訪問をカバーするために 2 交代・3 交代などの体制を組んでいないステーションであっても、実際は、利用者のニーズに応じて夜間・早朝に計画的訪問を実施している場合があることが明らかになった。

なお、計画的訪問を実施している 117 ヶ所のステーションのうち、準夜・深夜・早朝のすべての時間帯で実施しているのは 48 ヶ所 (41.0%)、準夜帯のみの実施は 35 ヶ所 (29.9%)、準夜・早朝帯の実施は 17 ヶ所 (14.5%) であった。

図表 2- I -12. 夜間・早朝の計画的訪問の実施状況

N=1891		
項目	n	%
実施あり	117	6.2
(内訳)		
準夜・深夜・早朝	48	41.0
準夜のみ	35	29.9
準夜・早朝	17	14.5
早朝のみ	16	13.7
深夜・早朝	1	0.9
実施なし	1585	83.8
無回答	189	10.0

8) 夜間・早朝の計画的訪問の実施の有無による比較 (図表 2- I -13)

(1) ステーションの基本情報の比較

夜間・早朝の計画的訪問の実施の有無により、全体を「夜間・早朝の計画的訪問の実施（以下、実施）あり」群 117 ヶ所と「実施なし」群 1,585 ヶ所の 2 群に分類し、比較を行った。ステーションの基本情報について有意差があったのは、開設主体、同一法人内の施設であり、医療法人立のステーションでは夜間・早朝の計画的訪問を実施している割合が有意に少なかった。

図表 2- I -13. 夜間・早朝の計画的訪問の実施の有無別 ステーションの基本情報

		N=1702			
項目		夜間・早朝の計画的訪問		n	%
		実施あり (N=117)	実施なし (N=1585)		
		n	%	n	%
介護保険の地域区分 ^a	特別区	8	6.8	131	8.3
	特甲地	9	7.7	259	16.3 *
	甲地	3	2.6	57	3.6
	乙地	11	9.4	208	13.1
	特別地域	1	0.9	38	2.4
	その他	78	66.7	811	51.2
	無回答	7	6.0	81	5.1
開設主体 ^a	医療法人	41	35.0	738	46.6 *
	その他の法人	13	11.1	168	10.6
	社会福祉法人	19	16.2	149	9.4 *
	医師会	9	7.7	148	9.3
	会社	11	9.4	99	6.2
	看護協会	12	10.3	98	6.2 †
	協同組合及び連合会	2	1.7	105	6.6 *
	地方公共団体	6	5.1	58	3.7
	NPO法人	3	2.6	3	0.2 †
	公的・社会保険関係団体	0	0.0	6	0.4
同一法人が保有する施設 ^a (複数回答)	病院	48	41.0	824	52.0 *
	在宅介護支援センター	53	45.3	739	46.6
	介護老人保健施設	38	32.5	524	33.1
	無床診療所	14	12.0	282	17.8
	特別養護老人ホーム	12	10.3	128	8.1
	有床診療所	8	6.8	103	6.5
	無回答	39	33.3	348	22.0
併設注されている事業所 ^a (複数回答)	居宅介護支援	99	84.6	1296	81.8
	訪問介護	47	40.2	531	33.5
	福祉用具貸与	10	8.5	90	5.7
	その他	23	19.7	256	16.2
	無回答	10	8.5	224	14.1 †

a: χ^2 test (項目ごとに検定)

**<0.01 *p<0.05 † p<0.1

(2) 夜間・早朝の計画的訪問を実施しているステーションの看護職の従業員数の比較
(図表 2- I -14)

夜間・早朝の計画的訪問を実施しているステーションでは、常勤看護職の従業員数が 4.3 人 (SD=2.7) であり、実施していないステーションの 3.5 人 (SD=1.9) に比べ有意に多かった (図表 2- I -14)。夜間・早朝は、日中の体制とは異なり、看護師一人が判断し対応することを要するため、責任を負える常勤の従業員であることが望ましい。計画的訪問を実施するための体制として、ステーションには一定数の常勤看護職が確保されることが必要だと言える。目下、訪問看護ステーションの従業員数は、一時的に体制を組んで行う計画的訪問を見込んで確保されているわけではないため、多くの場合、夜間・早朝の訪問は、本来の業務時間を超過して実施されていると推測される。従業員にとっては超過勤務になるため、身体的・精神的にストレスが高い状態になることが予測される。

図表 2- I -14. 夜間・早朝の計画的訪問の実施の有無別 看護職の従業員数の比較

項目		N=1702			
		夜間・早朝の計画的訪問			
		実施あり (N=117)		実施なし (N=1585)	
		n	%	n	%
看護職 ^a	常勤	mean±SD	4.3±2.7	3.5±1.9 **	
		0	0.0	0	0.0
		1～5	82.9	1412	89.1
		6～10	13.7	153	9.7
		11～	3.4	9	0.6
		無回答	0.9	7	0.4
	非常勤	mean±SD	3.5±3.7	2.9±3.6	
		0	22.2	352	22.2
		1～5	53.8	993	62.6
		6～10	17.1	169	10.7
		11～	6.0	64	4.0
		無回答	0.9	7	0.4

a: t-test

**<0.01 *p<0.05

(3) 夜間・早朝の計画的訪問の利用状況の比較 (図表 2- I -15)

利用者についてみると、計画的訪問を実施しているステーションにおける 1 ヶ月間の夜間・早朝の計画的訪問の利用者実人数は、平均すると準夜 1.4 (SD=2.0) 人、深夜 0.7 (SD=1.8) 人、早朝 0.6 (SD=1.2) 人であり (図表 2- I -14)、合わせて 2~3 人である。1 ヶ所のステーションで 2 交代または 3 交代の体制を組むには、利用者数が少な過ぎるため、採算が合わない。

つまり 1 ヶ所のみステーションでは、夜間・早朝の計画的訪問看護の利用者人数としては少な過ぎることから、夜間・早朝の訪問看護は、一定地域の複数のステーションが連携して、訪問を実施することが現実的だと考えられる。いわば、地域の連携型ステーションであるが、これが成立するような体制整備の必要性が提案される。

図表 2- I -15. 夜間・早朝の計画的訪問の実施の有無による利用者人数の比較

					N=1702
項目	夜間・早朝の計画的訪問				p値
	実施あり (N=117)		実施なし(N=1585)		
	n	%	n	%	
訪問看護の利用状況 (N=1876) ^a					
利用者実人数	準夜	1.4±2.0		0.6±1.4	***
	深夜	0.7±1.8		0.3±1.0	***
	早朝	0.6±1.2		0.2±1.9	***
延訪問回数	準夜	6.1±14.8		0.7±1.6	***
	深夜	3.4±16.4		0.3±0.8	***
	早朝	2.8±10.7		0.2±0.8	***

a: t-test

***p<0.001

(4) 計画的訪問を実施しているステーションの医療処置の実施状況の比較

夜間・早朝の計画的訪問を実施しているステーション 117 ヶ所における医療処置の実施状況をみると、日中も含めた全体で「カテーテル管理」は 94.9%のステーションで実施されていた（図表 2- I -16）。同様に、「浣腸・排便」94.9%、「褥瘡の処置」94.0%、「吸引・吸入」88.9%、「経管栄養」88.9%等の処置が多かった（図表 2- I -16, 17）。

これを、夜間・早朝に計画的訪問を実施していないステーションと比較すると、実施しているステーションは、「カテーテル管理」、「気管切開の処置」、「点滴の管理」、「中心静脈栄養」を有意に多く実施していた。さらに、これらの処置の準夜・深夜・早朝帯の実施状況をみると、夜間・早朝の計画的訪問を実施しているステーションでは、していないステーションに比べて、「経管栄養」、「吸引・吸入」、「酸素療法」、「疼痛の看護」、「浣腸・排便」等を実施しているステーションが有意に多かった（図表 2- I -16, 18）。即ち、計画的訪問を実施しているステーションでは、していないステーションに比べて、このような処置を必要とする患者をより多く看護しており、夜間・早朝にも看護していることが明らかとなった。

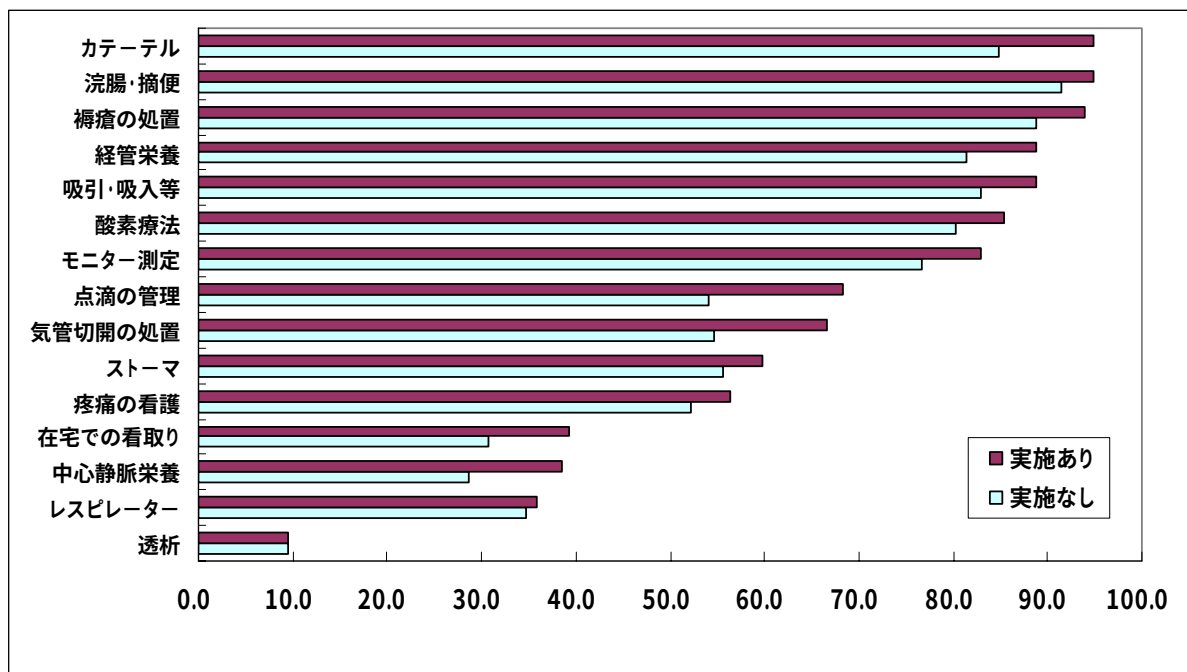
図表 2- I -16. 夜間・早朝の計画的訪問の実施の有無別 医療処置の実施状況
(平成 15 年 7 月)

項目	N=1702									
	1ヶ月間の実施あり					準夜・深夜・早朝の実施あり				
	夜間・早朝の計画的訪問					夜間・早朝の計画的訪問				
	あり (N=117)		なし (N=1585)		p値	あり (N=117)		なし (N=1585)		p値
	n	%	n	%		n	%	n	%	
浣腸・排便	111	94.9	1450	91.5		21	17.9	155	9.8	**
褥瘡の処置	110	94.0	1409	88.9		10	8.5	56	3.5	*
カテーテル	111	94.9	1344	84.8	**	25	21.4	229	14.4	*
吸引・吸入等	104	88.9	1314	82.9		39	33.3	213	13.4	***
経管栄養	104	88.9	1291	81.5		17	14.5	127	8.0	***
酸素療法	100	85.5	1271	80.2		18	15.4	103	6.5	**
モニター測定	97	82.9	1215	76.7		34	29.1	213	13.4	
ストーマ	70	59.8	880	55.5		7	6.0	53	3.3	
気管切開の処置	78	66.7	867	54.7	*	7	6.0	57	3.6	
点滴の管理	80	68.4	858	54.1	**	17	14.5	141	8.9	*
疼痛の看護	66	56.4	826	52.1		15	12.8	139	8.8	**
レスピレーター	42	35.9	549	34.6		6	5.1	43	2.7	
在宅での看取り	46	39.3	488	30.8		24	20.5	217	13.7	*
中心静脈栄養	45	38.5	455	28.7	*	13	11.1	108	6.8	†
透析	11	9.4	151	9.5		2	1.7	5	0.3	†

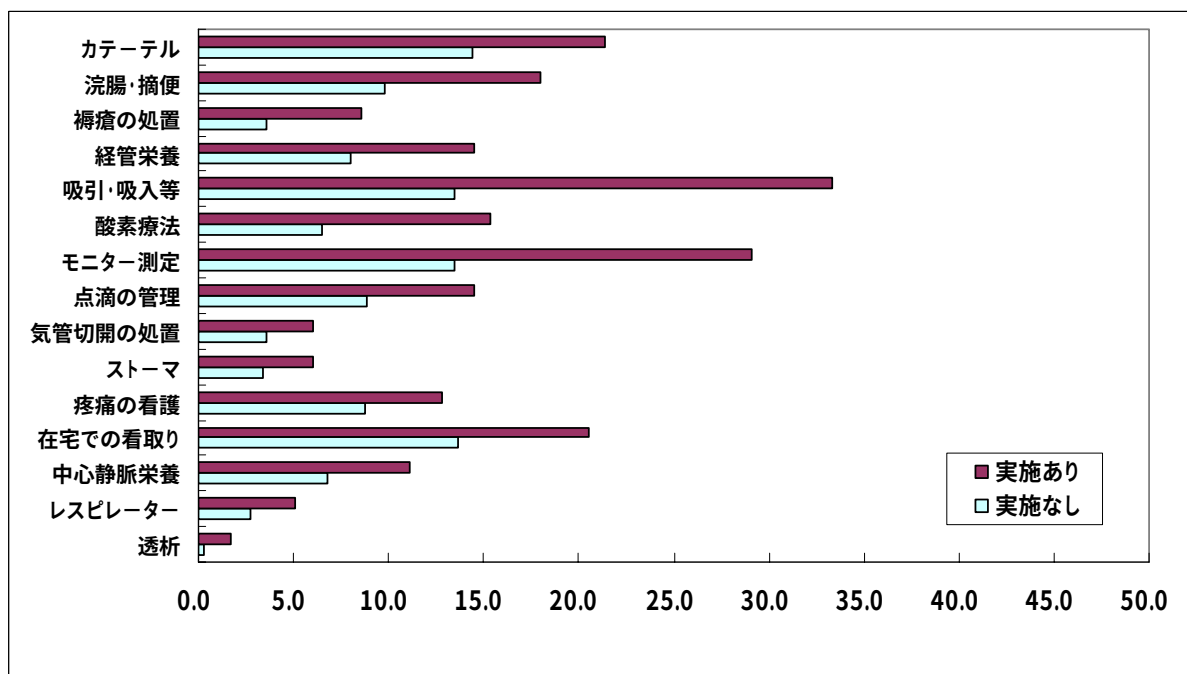
χ^2 test

***p<0.001 **<0.01 *p<0.05 † p<0.1

図表 2- I -17. 夜間・早朝の計画的訪問の実施の有無別 医療処置の実施状況
1ヶ月の実施あり(平成 15 年 7 月)



図表 2- I -18. 夜間・早朝の計画的訪問の実施の有無別 医療処置の実施状況
準夜・深夜・早朝の実施あり(平成 15 年 7 月)



夜間・早朝の計画的訪問を実施している 117 ヶ所のステーションにおいて、「実施あり」を 100%としたときの「夜間・早朝の実施あり」の割合をみると、準夜・深夜・早朝に実施された割合の高い医療処置は、「在宅での看取り」52.2%、「吸引・吸入等」37.5%、「モニター測

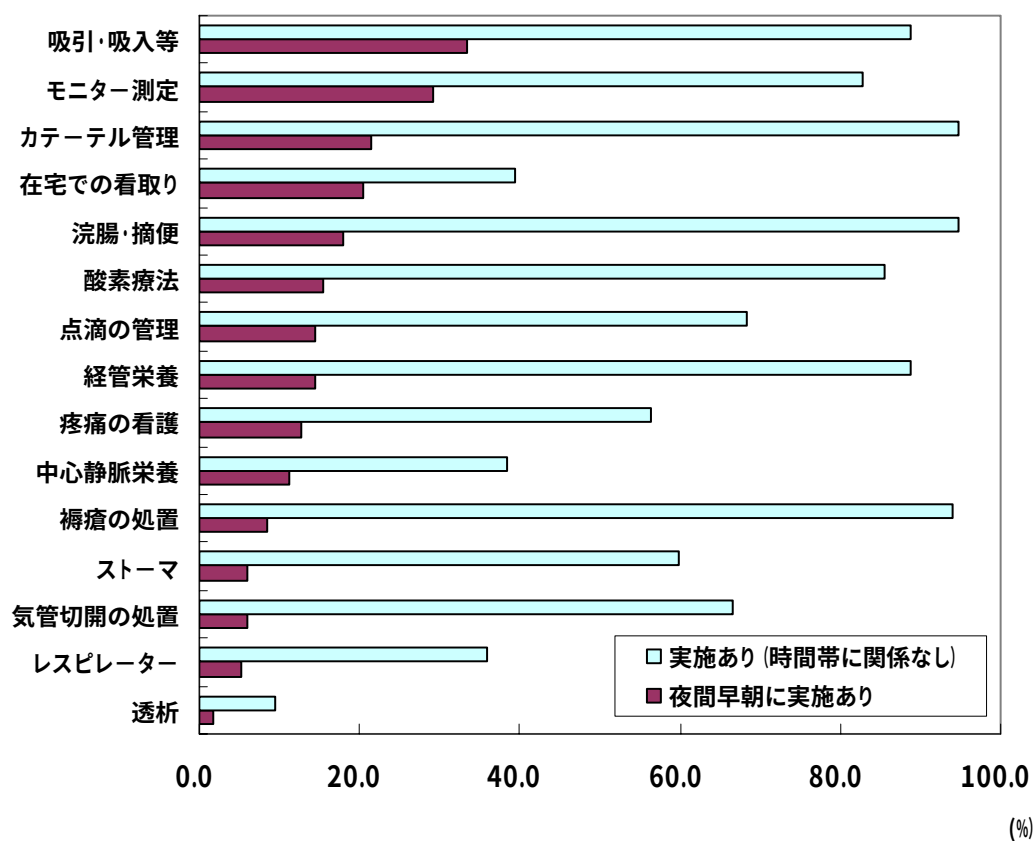
定」35.1%、「中心静脈栄養」28.9%、「疼痛の看護」22.7%であった（図表2-I-19,20）。これらの医療処置は、日中、夜間を問わず対応が必要な処置、あるいは病状が悪化している者やターミナル期の利用者に必要な処置であり、夜間・早朝に計画的な訪問看護が提供されなければ、入院・入所せざるを得ない状況にあると推察される。近年、心身の状態が悪化しても在宅での療養や在宅での死を望む患者は増加している。日中に比べて利用者人数は少ないが、これらの利用者のニーズに対応できるステーションが地域に確保される必要がある。

図表2-I-19. 夜間・早朝の計画的訪問を実施しているステーション117ヶ所における
医療処置の実施状況（平成15年7月）

医療処置の内容	N=117			
	実施あり		準夜・深夜・早朝の計画的訪問 の実施あり ^a	
	n	%	n	%
吸引・吸入等	104	88.9	39	37.5
モニター測定	97	82.9	34	35.1
カテーテル管理	111	94.9	25	22.5
在宅での看取り	46	39.3	24	52.2
浣腸・排便	111	94.9	21	18.9
酸素療法	100	85.5	18	18.0
経管栄養	104	88.9	17	16.3
点滴の管理	80	68.4	17	21.3
疼痛の看護	66	56.4	15	22.7
中心静脈栄養	45	38.5	13	28.9
褥瘡の処置	110	94.0	10	9.1
気管切開の処置	78	66.7	7	9.0
ストーマ	70	59.8	7	10.0
レスピレーター	42	35.9	6	14.3
透析	11	9.4	2	18.2

aの割合(%)：「実施あり」を100%としたときの「夜間・深夜早朝の実施あり」の割合

図表 2- I -20. 夜間・早朝の計画的訪問を実施しているステーション 117 ヶ所における
医療処置の実施割合 (平成 15 年 7 月)



(5) 夜間・早朝に計画的訪問を実施していない理由

夜間・早朝に計画的訪問を実施していないステーションにその理由を尋ねたところ、約 3 割のステーションは、「ニーズはあるが人手が整わない」と回答していた（図表 2- I -21）。これらの計画的訪問を実施していないステーションでは、夜間・早朝訪問のニーズがないわけではなく、利用者に必要だと分かっているにもかかわらず人手が整わないため、対応できずにいることが明らかになった。ステーションの看護職を確保するための支援が必要だといえる。

図表 2- I -21. 計画的な訪問看護を実施しない理由 (複数回答)

	準夜 N=1602		深夜 N=1653		早朝 N=1620	
	n	%	n	%	n	%
ニーズがない	852	53.2	965	58.4	906	55.9
ニーズはあるが人手が整わない	492	30.7	434	26.3	463	28.6
ニーズはあるが経費が整わない	179	11.2	157	9.5	170	10.5
他に対応するステーションがある	47	2.9	46	2.8	47	2.9
その他	168	10.5	170	10.3	167	10.3
無回答	139	8.7	145	8.8	141	8.7

4. まとめおよび提言

1) まとめ

現在、計画的訪問を実施するかどうかはステーションの意欲と自己努力に任されており、実施するためには、ステーションがかなりの自己努力負担をせざるを得ない現状が明らかとなった。利用者ニーズに応えようとしている意欲のあるステーションが、無理なく計画的訪問看護が実施できるような制度的支援が早急に整備される必要がある。

2) 提言

提言1:夜間・早朝の計画的訪問を実施するステーションが地域に1ヶ所は確保される必要性

夜間・早朝の計画的訪問では、病状が悪化している者やターミナル期の者に必要な医療処置やケアが主として実施されていることがわかった。これらの利用者は、夜間・早朝に計画的な訪問看護が提供されなければ、入院・入所せざるを得ない状況にあると推察される。近年、心身の状態が悪化しても在宅での療養や在宅での死を望む患者は増加している。日中に比べて利用人数は少ないが、これらの利用者のニーズに対応できるステーションが地域に1ヶ所は確保される必要がある。

提言2:地域の連携型ステーションの提案

1ヶ所だけのステーションでは、夜間・早朝の計画的訪問看護の利用者人数としては少な過ぎると考えられることから、夜間・早朝の訪問看護は、一定地域の複数のステーションが連携して、訪問を実施することが現実的だと考えられる。いわば、地域の連携型ステーションとして提案される。

提言3:訪問看護ステーションにおける訪問看護師確保への支援

夜間・早朝に計画的訪問を実施していないステーションの約3割のステーションは、「ニーズはあるが人手が整わない」と回答している。ステーションの人手を確保するために、訪問看護師の採用システムの改善、養成研修の充実、訪問看護についての広報活動などの支援が必要だといえる

Ⅱ．以前モデル事業を実施した訪問看護ステーションのヒアリング（平成 15 年 6 月）

平成 6,7 年度に実施した「訪問看護ステーションにおける 24 時間対応型ケアシステムのモデル事業」（9 地区 12 ステーション）、および、平成 10 年度に実施した「看護・介護の 24 時間協同モデル推進に関する研究事業」（11 ステーション）においてモデル事業の対象となった訪問看護ステーション、計 23 ヶ所の夜間・早朝訪問の現状について、平成 15 年 6 月に電話調査を行った。

一度は夜間・早朝訪問看護を計画して実施したステーションが、現在どのような状況に有るか、またその理由を知り、今後に生かすためである。

図表 2-Ⅱ-1. 以前 24 時間ケアモデル事業を行ったステーションにおける

夜間・早朝訪問看護の現状 ― 電話調査結果

モデル	平成 6,7 年	平成 10 年	合計
対象ステーション数	12	11	23
電話連絡できたステーション数	10	10	20
24 時間連絡体制加算取得	全ステーションが取得		
緊急時訪問看護加算取得	1 ヶ所を除いて取得		
夜間・早朝の訪問看護体制	・交替勤務:3 ヶ所 (3 交替:1 ヶ所、2 交替:2 ヶ所) ・ステーション待機:1 ヶ所 ・自宅待機:16 ヶ所 (電話転送)		

1. 加算の取得状況について

医療保険における 24 時間連絡体制加算は、対象となった全 23 ヶ所の訪問看護ステーションが取得していた。また、介護保険における緊急時訪問看護加算は、1 ヶ所を除く全ステーションが取得していた。

利用者への加算適用状況は、「全員 or 一部 or 殆どいない」など、様々であった。

緊急時訪問看護加算は、介護保険施行後平成 15 年 3 月までは、月 13,700 円（利用者負担：月 1,370 円）であり、利用者には負担が大きかったため適用者が伸びなかった。しかし、平成 15 年 4 月からは月 5,400 円（利用者負担：月 540 円）となり、加算をとる利用者自体は増えたという。しかし同時に緊急訪問を行った時に訪問看護料金をもらう必要が生じ、介護保険の支給限度額を超えた分の訪問看護には実質使えないという問題もある。

2. 夜間・早朝の対応の現状（体制）

過去のモデル事業で夜間・早朝訪問を実施したステーションでは、現在も夜間・早朝訪問への対応を行っていた。

しかし、現時点における対応の仕方は必ずしも一律ではなかった。夜間・早朝にも交替勤務制を取り、計画的訪問を実施しているステーションは3ヶ所、ステーション待機は1ヶ所のみであり、ほとんどのステーションでは、「24時間連絡体制加算」や「緊急時訪問看護加算」を取得しながらも、自宅待機の体制しかとっていなかった。即ち、携帯電話や自宅電話への電話転送、緊急時のみ訪問という形での対応だけを行っていた。このため、このような体制で夜間・早朝に対応するためにどのような工夫をしているかが、本年度に解明すべきポイントの一つとなった。

3. 夜間・早朝の対応の現状（訪問件数）

夜間・早朝にも交替勤務・計画的訪問を実施している3つのステーションでは、介護保険の前後で一晩の訪問件数が減少したステーションと変わらないステーションとがあった。

夜間・早朝の訪問件数が減少した理由は「夜間・早朝訪問看護を新規に申し込む利用者の減少」によるものであった。介護保険開始後も件数が変わらなかったステーションでは、実質的にヘルパーステーションと相乗りになっており、料金はヘルパー部分のみが算定されていた。このため訪問看護師の経費が、ステーションもしくは経営主体である法人の持ち出しになっており、利用者には訪問看護の費用負担がかかっていなかった。

つまり、「夜間・早朝訪問看護を新規に申し込むか否か」には、「利用者に夜間・早朝の訪問看護の費用負担がかかるか否か」が大きく影響していたと思われる。

一方、「自宅待機」の体制しかとっていない訪問看護ステーションは多く、過去にモデル事業を実施したステーション20ヶ所中16ヶ所（8割）をしめていたが、このような体制をとる理由は「ニーズがない」ということであった。実際に1ヶ月の夜間・早朝の訪問回数は、インスリン注射などの定期的な訪問が毎日1,2件ある以外には「ほとんどない」「月に1-2回」などと、少なかった。

この中には、「モデル事業のころはニーズがあったのに、介護保険施行後には減少した」とするステーションが6ヶ所あった。これは、介護保険の施行により、①施設入所が増えたこと、②利用者が夜間・早朝加算をした訪問看護料金を払わなければならなくなったこと、③介護保険には支給上限額があるために、実質的には夜間・早朝の料金が加算された訪問看護サービスが介護保険の中には入らないこと等によって、利用者の増加が抑制されていることを意味している。このため、本年度のモデル事業では、夜間・早朝の訪問看護に実際にどの程度経費がかかるのか、また、どのような規制がサービスを入れ難くしているのかを、介護保険、医療保険、支援費の使い方によって明確にすることが課題となった。

Ⅲ. 実際に「夜間・早朝に訪問看護体制を実施しているステーション」の体制と、その体制を維持していく上での課題についてのヒアリング：タイプ分けと工夫

今回の全国調査および以前モデル事業を実施した訪問看護ステーションから、現在、「夜間・早朝の訪問看護体制を整え、計画的訪問を継続して実施している訪問看護ステーション」を抽出し、どのような体制を組んでいるかと、その体制を維持していく上での課題についてヒアリングを実施した。ここでは、その結果から 24 時間ケアのタイプ分けをし、各タイプの利点と難点、難点に対する対応策を示す

1. 24 時間ケア実施体制のタイプ

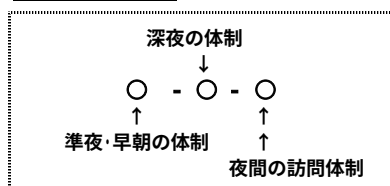
24 時間ケアを実施する場合、ステーションでは 24 時間体制をとることになる。しかし一言で「24 時間体制」といってもさまざまな体制が考えられ、それぞれ利点、欠点などがある。そこで、準夜・早朝の対応と深夜の対応、および訪問時に介護職と同行するか否か、という点から以下のように整理し、タイプ分けを行った。また、実際に 24 時間体制を採っているステーションの例をいくつか挙げ、その現状と困難点を補うための工夫について、ヒアリング調査を行った。

図表 2-Ⅲ-1 に、各タイプとその利点・難点、および現在の対応方法を示した。

図表 2-Ⅲ-2 に、例として挙げた施設の概要を示す。

図表 2-III-1. 訪問看護ステーションにおける典型的夜間・早朝訪問看護の体制
およびその利点、難点と対応策

タイプの記号の見方



準夜・早朝の体制、深夜の体制

- a: 計画的訪問あり
b: ステーション待機
c: 自宅待機

夜間の訪問体制

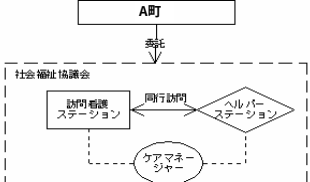
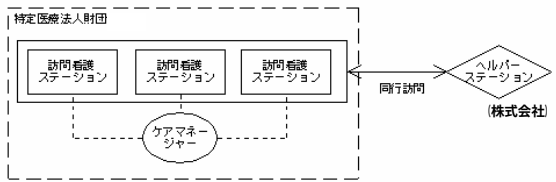
- 1: 介護職と同行
2: 看護職が単独で訪問

タイプ	準夜・早朝			深夜			夜間の訪問体制	該当するステーション	利点	難点	難点への対応方法
	計画的訪問	待機※ ステーション	自宅待機	計画的訪問	待機※ ステーション	自宅待機					
a-a-1	○	○	—	○	○	—	介護職と同行	A-1 (3交代) B-1,2,3 (2交代)	・ 機動性あり	・ 費用がかかる ・ 訪問がなければ非効率 ・ 泊まる必要があるので常勤職員が必要	・ ほかのステーションと連携する
a-a-2							看護師単独	C (2交代、株式会社)			
a-b-1	○	○	—	×	○	—	介護職と同行				
a-b-2							看護師単独	D (2交代)			
a-c-1	○	○	—	×	×	○	介護職と同行				
a-c-2							看護師単独				
b-b-1	×	○	—	×	○	—	介護職と同行		・ 夜勤体制	・ 訪問がなければ非効率 ・ 泊まる必要があるので常勤職員が必要	
b-b-2							看護師単独	E			
b-c-1	×	○	—	×	×	○	介護職と同行				
b-c-2							看護師単独				
c-c-1							介護職と同行		・ 人員が少なくてすむ ・ 働き方の自由度が大きい	・ 機動性に欠ける ・ 自宅から訪問することになる ・ 訪問せずに電話のみの対応になりがち ・ 個人の負担が大きい	・ 訪問が必要になりそうなところには事前に電話している
c-c-2	×	×	○	×	×	○	看護師単独	F, G, H, I, J その他多くのステーション			

(※ステーション待機には臨時訪問を含む。深夜の計画的訪問やステーション待機には仮眠を含む。)

「計画的訪問」とは・・・あらかじめ立てた24時間ケアプランに基づき、もしくは24時間ケアプラン作成のために訪問するものであり、対象者の状況に応じ、適宜変更される。

図表2-III-2 施設概要 (1)

ステーション名		A-1	B-1	B-2	B-3
夜間・早朝の体制タイプ		a-a-1	a-a-1	a-a-1	a-a-1
組織 (介護職との連携面) 粗い破線は同一の事業主体 細かい破線は連絡					
	地区と人口密度 (人/平方km)	町: 556.17	特別区: 11706.07		
	ステーションからの最 長所要時間(片道) ・日中・夜間	日中:20分、夜間:20分	日中、夜間:20分	日中、夜間:20分	日中、夜間:20分
	地勢、産業構造等	農村部、平野部となだらかな丘陵地域からなる地形である。平野部は穀倉地帯となっているが、丘陵部には宅地造成や工場誘致が進み、人口が徐々に増えている。	首都圏、2本の川に囲まれて島のようにになっている楕円形をした地域である。皮革製品、金属製品などの地場産業が盛んである。		
対象地域	介護環境特性	①: 老人の独居が多い ②: 老人夫婦が多い ③: 核家族が多い ④: 二世代の家族が多い ⑤: 三世代以上の家族が多い ⑥: その他()	①: 老人の独居が多い ②: 老人夫婦が多い ③: 核家族が多い ④: 二世代の家族が多い ⑤: 三世代以上の家族が多い ⑥: その他()		
	開設主体(設立年月)	社会福祉法人 (H7.12)	医療法人 (H4.5)	医療法人 (H5.11)	医療法人 (H12.8)
同一法人内にある施設		在宅介護支援センター	病院、介護老人保健施設 無床診療所、特別養護老人ホーム 在宅介護支援センター		
併設されている事業所		訪問介護 訪問入浴 居宅介護支援 通所介護	--	居宅介護支援	--
訪問介護事業所との連携		同行訪問 ケアカンファ同席	同行訪問、FAX連絡 ケアカンファ同席、ケア相談		
夜間対応可能な訪問介護事業所の有無		あり	あり	あり	あり
加算※) 届出状況		届出あり	届出あり	届出あり	届出あり
土日祭日 日中の訪問体制		平日日中と同様	1.5～2人必ず出勤し、定期訪問 (人数は少なくしている)と臨時対応	1～2人必ず出勤し、定期訪問 (人数は少なくしている)と臨時対応	1人必ず出勤し、定期訪問(人数 は少なくしている)と臨時対応
準夜・深夜・早朝の 訪問体制		三交替で勤務	三交替で勤務、(電話・Ns持ち回り、 訪問・夜勤Ns、待機:自宅等、待機 手当て:有、3700円)	三交替で勤務、(電話・Ns持ち回り、 訪問・夜勤Ns、待機:自宅等、待機 手当て:有、3700円)	三交替で勤務、(電話・Ns持ち回り、 訪問・夜勤Ns、待機:自宅等、待機 手当て:有、3700円)
平日日中以外の 計画的訪問看護の実施		実施している	実施している	実施している	実施している
看護職スタッフ数		6.2人(常勤3、非常勤1.2)	16人(常勤9、非常勤7)	8人(常勤8)	6.9人(常勤5、非常勤2)
看護職以外のスタッフ数		嘱託1人	1.0人(非常勤2)	0人	0.2人
1ヶ月間の利用状況	介護保険による全利用者数 (延べ訪問回数)	41人(351回)うち、 緊急時訪問看護加算35人(85.4%) 特別管理加算9人(22.0%)	92人(549回)うち、 緊急時訪問看護加算90人(97.8%) 特別管理加算15人(16.3%)	108人(446回)うち、 緊急時訪問看護加算100人(92.6%) 特別管理加算25人(23.1%)	76人(342回)うち、 緊急時訪問看護加算72人(94.7%) 特別管理加算10人(13.2%)
	医療保険による全利用者数 (延べ訪問回数)	11人(194回)うち、 24時間連絡体制加算11人(100.0%) 重症者管理加算2人(18.2%)	42人(311回)うち、 24時間連絡体制加算20人(47.6%) 重症者管理加算8人(19.0%)	35人(290回)うち、 24時間連絡体制加算25人(71.4%) 重症者管理加算2人(5.7%)	5人(93回)うち、 24時間連絡体制加算5人(100.0%) 重症者管理加算3人(60.0%)
	利用者の保険比率	医療保険 21.2%	医療保険 31.3%	医療保険 24.5%	医療保険 6.2%
	土日日中および夜間 早朝の延べ訪問回数 (計画回数)	土日日中: 43回(計画は43回) 夜間早朝: 150回(計画は146回)	土日日中: 103回(計画は81回) 夜間早朝: 29回(計画は0回)	土日日中: 94回(計画回数不明) 夜間早朝: 248回(計画回数不明)	土日日中: 25回(計画は14回) 夜間早朝: 27回(計画は27回)
	準夜・深夜・早朝の電話 対応回数 (臨時訪問対応回数)	4回(臨時訪問4回)	33回(臨時訪問18回)	28回(臨時訪問14回)	13回(臨時訪問3回)
その他(ステーションの特徴 など)		20時～6時までは同一事業所ヘルパーと同行訪問 (但しヘルパーのみやNsのみの利用の場合、利用の ない職種は車内で待機) <理念> 疾病や障害を持ちながらも介護者がいなくても住 み慣れた地域社会や家庭で安心して暮らせるように 支援します。一人一人の生き方を大切に尊厳ある生 が送れるように支援します。	準夜・深夜・早朝は主に電話対 応。同法人3Stが協同で夜勤Ns1 名を出す。	夜間等の臨時訪問必要時は夜 勤Nsに訪問依頼。夜間の定期訪 問依頼者は医療依存度が高く、 支給限度額を超えてしまうことが 多い。	

※加算届出の種類は 緊急訪問看護加算・24時間連絡体制加算・特別管理加算・重症者管理加算

図表2-III-2 施設概要 (2)

ステーション名		ステーション名		C	D	E
夜間・早朝の体制タイプ		夜間・早朝の体制タイプ		a-a-2	a-b-2	b-b-2
組織 (介護職との連携面) 粗い破線は同一の事業主体 細かい破線は連絡		組織 (介護職との連携面) 粗い破線は同一の事業主体 細かい破線は連絡				
対象地域	地区と人口密度 (人/平方km)	地区と人口密度 (人/平方km)		3市: 4,053.02 7,648.48 3,447.32	市: 741.09	2市: 1,804.85 1,626.34
	ステーションからの最長所要時間(片道) ・日中・夜間	ステーションからの最長所要時間(片道) ・日中・夜間		日中:30分、夜間:15分	日中:40分、夜間:40分	日中:60分、夜間:60分
	地勢、産業構造等	地勢、産業構造等		都市部、半月型の平野の中心に位置している。気候は年平均17℃前後と比較的温暖である。中央政府の機関、大企業の支店、金融・サービス業の集積により発展してきた。	地方都市、水、山、田畑に囲まれる。メガネ、漆器、紙、繊維産業も盛んで、働く意欲も多い地域。活性ある街づくりを目指している。	首都圏の近郊都市、総面積の山林原野が約1/3を占める恵まれた自然環境と温暖な気候。
	介護環境特性	介護環境特性		A:老人の独居が多い B:老人夫婦が多い C:核家族が多い D:二世世代の家族が多い E:三世世代以上の家族が多い F:その他(末期、医療依存度の高い利用者が多い(大学病院からの紹介))	A:老人の独居が多い B:老人夫婦が多い C:核家族が多い D:二世世代の家族が多い E:三世世代以上の家族が多い F:その他()	A:老人の独居が多い B:老人夫婦が多い C:核家族が多い D:二世世代の家族が多い E:三世世代以上の家族が多い F:その他()
開設主体(設立年月)		開設主体(設立年月)		その他法人(H10.10)	医療法人(H4.6)	医療法人(H8.8)
同一法人内にある施設		同一法人内にある施設		なし	病院、無床診療所 介護老人保健施設 在宅介護支援センター	病院 介護老人保健施設 在宅介護支援センター
併設されている事業所		併設されている事業所		訪問介護 福祉用具貸与 居宅介護支援	訪問介護 居宅介護支援	訪問介護 居宅介護支援
訪問介護事業所との連携		訪問介護事業所との連携		同行訪問 ケアカンファ同席、ケア相談	同行訪問 ケアカンファ同席、ケア相談	同行訪問 ケアカンファ同席、ケア相談 書面での連絡
夜間対応可能な訪問介護事業所の有無		夜間対応可能な訪問介護事業所の有無		あり	あり	準夜・早朝はあり (深夜については無解答)
加算(※)届出状況		加算(※)届出状況		届出あり	届出あり	届出あり
土日祭日 日中の訪問体制		土日祭日 日中の訪問体制		平日日中と同様	平日日中と同様	平日日中と同様
準夜・深夜・早朝の 訪問体制		準夜・深夜・早朝の 訪問体制		二交替で勤務	二交替で勤務 (電話・訪問・Ns持ち回り(当直者)、待機:ステーション、待機手当:13,000円、訪問時加算:なし)	二交替で勤務 (電話・訪問・Ns持ち回り、待機:ステーション、当直手当:7,000円、訪問時加算:あり)
平日日中以外の 計画的訪問看護の実施		平日日中以外の 計画的訪問看護の実施		実施している	実施している	実施している (ただし深夜は緊急時対応のみ)
看護職スタッフ数		看護職スタッフ数		常勤8、非常勤2	19、1人(常勤15、非常勤6)	8、0人(常勤7、非常勤2)
看護職以外のスタッフ数		看護職以外のスタッフ数		(無解答)	1、0人(常勤0、非常勤2)	4、5人(常勤3、非常勤3)
1ヶ月間の利用状況 (H15年7月)	介護保険による全利用者数 (延べ訪問回数)	介護保険による全利用者数 (延べ訪問回数)		24人(162回)うち、 緊急時訪問看護加算13人(54.2%) 特別管理加算3人(12.5%)	113人(844回)うち、 緊急時訪問看護加算89人(78.8%) 特別管理加算20人(17.7%)	161人(1044回)うち、 緊急時訪問看護加算126人(78.2%) 特別管理加算19人(11.8%)
	医療保険による全利用者数 (延べ訪問回数)	医療保険による全利用者数 (延べ訪問回数)		17人(352回)うち、 24時間連絡体制加算17人(100.0%) 重症者管理加算9人(52.9%)	24人(221回)うち、 24時間連絡体制加算21人(87.5%) 重症者管理加算5人(20.8%)	21人(145回)うち、 24時間連絡体制加算17人(80.9%) 重症者管理加算5人(23.8%)
	利用者の保険比率	利用者の保険比率		医療保険 41.5%	医療保険 17.5%	医療保険 11.5%
	土日日中および夜間 早朝の延べ訪問回数 (計画回数)	土日日中および夜間 早朝の延べ訪問回数 (計画回数)		土日日中: 70回(計画は無解答) 夜間早朝: 209回(計画は無解答)	土日日中: 42回(計画は42回) 夜間早朝: 25回(計画は39回)	土日日中: 131回(計画は113回) 夜間早朝: 21回(計画は14回)
	準夜・深夜・早朝の電話 対応回数 (臨時訪問対応回数)	準夜・深夜・早朝の電話 対応回数 (臨時訪問対応回数)		5回(臨時訪問5回)	15回(臨時訪問12回)	21回(臨時訪問7回)
その他(ステーションの特徴など)		その他(ステーションの特徴など)		単独訪問なのでセコムを入れてセキュリティを確保している <理念> 365日24時間、介護・看護と連携をとり安心して できる在宅介護を提供いたします。	一人での当直制なので危険(事故等)不安あり(自由回答) <理念> 24時間すぐに対応をモットーにフォローしています。	夜間はステーションで待機 <目標> 自立を促進し、可能性を引き出し、自分らしく 暮らし、充実した生活が送れるよう援助する。

※加算届出の種類は 緊急訪問看護加算・24時間連絡体制加算・特別管理加算・重症者管理加算

2. 実際に 24 時間ケアを実施しているステーションの現状と工夫

1) ステーション A-1 (タイプ a-a-1)

3 交代勤務で、24 時間計画的訪問を実施している。(深夜帯には仮眠時間を 2 時間程度確保している。)

20 時から朝 6 時までは介護職と同行訪問を行っている。

以前はその時間帯のすべての利用者に看護師とヘルパーが同行訪問することができていたが、介護保険施行後の現在は、利用者がこの訪問看護ステーションと契約していない場合には、看護師は車で待機している(職種が逆の場合も同様に、契約していない職種は車で待機している)。このようなケースとしては、利用者が他の訪問看護ステーションと契約している場合がある。これには介護保険施行後、近隣に訪問看護ステーション・介護事業所が新たに創設され、同一地区内の対象者が異なる施設を選択できるようになったことが影響している。このような訪問時には、看護師は時間の拘束を受けてしまうが、この分を費用として利用者に請求することはできず、費用面での効率が悪い。即ち、巡回型の訪問看護・介護において、看護職と介護職が同行訪問しにくい状況が出てきたといえる。

24 時間巡回型の訪問看護・介護の体制は機動性があり、緊急時にも対応できるが、スタッフを 24 時間 3 交代で確保しているため、人件費がかかる。この人件費をまかなうためにはある程度の訪問件数が必要である。しかしこのステーションは、月平均利用者数が 50 人という日本の平均的な独立型のステーションであり、夜間・早朝の訪問看護利用は全体の一割強であるため、十分な利用件数を確保できていないのが問題である。特に介護保険施行後、利用限度額やケアマネジメントの方法により、最近は夜間・早朝の利用者が減少してきているのが問題であった。

そこで、今回モデル事業として、夜間・早朝の時間帯は他のステーションとの連合体制を組むことで訪問件数を増加することを試み、結果を得た。(第 3 章 I 参照)

2) ステーション B-1, B-2, B-3 (タイプ a-a-1)

これら 3 ステーションは設置主体が同一法人であり、対象地域が近接している。3 ステーションの一ヶ月の利用者数は 350 人程度になる。

夜間・早朝には 3 ステーションが協同して看護師を 1 名勤務させ(仮眠時間 2 時間程度あり)、すべてのステーションの夜間・早朝の利用者を訪問している。このような 3 ステーションの連携体制により、人件費を抑え、また一晚の訪問件数を一定数以上に保つことができる。

但し、訪問看護の利用料は、利用者が契約したステーションにしか支払われないため、あるステーションの看護師が、自分が所属していないステーションの利用者に夜間・早朝の訪問を行った場合には、収入にならないという問題がある。

なお、夜間・早朝の訪問に同行する介護職は、この法人が母体となって作った株式会社のヘルパーステーションに働く介護職である。

3) ステーションC (a-a-2)

小児や障害者の利用が多く、医療保険の利用者が4割強と多いステーションである。24時間計画的訪問を行っており、2交替でシフトを組み、準夜・深夜・早朝は看護師が一人で訪問している。深夜帯には2時間程度の仮眠が確保されている。夜間帯は1件あたり約1時間弱の訪問がほとんどであり、利用者の生活サイクルからの要望にも応える形で訪問を行っている。

24時間の名称をうたっていること、近隣に24時間対応のステーションがないことなどの理由から、対象地域が広がってしまう、夜間の訪問スタッフの確保が困難、人件費による経営圧迫、夜間・早朝の利用者を確保することが難しい、などの問題があげられた。

特に医療保険の利用者では、難病等以外は同一日に2ヶ所のステーションから訪問しても料金が算定できないことになっている。このため、夜間帯に訪問のできていない近隣のステーションから、そのステーションの利用者に夜間訪問してもらいたいという要請があっても、結局は収入に結びつかないために対応ができない。また、重症の利用者の場合は入院になってしまうことも多く、入院時にはそれまでその利用者を訪問していた時間帯が全て空いてしまうことになり、経済的なリスクが大きい。

このように、ステーションの24時間勤務体制が整ってはいても、現行の医療保険の制度下では、その体制を充分には活用できず、夜間・早朝の訪問対象の選定が困難で、結局、遠くの利用者に訪問せざるを得なくなるなど、効率が悪い。

医療保険で一日複数回訪問しても収入にならないことを見直すと共に、医療保険で複数のステーションから訪問することを可能にしてほしいという願いがある。

4) ステーションD (a-b-2)

2交代勤務で、準夜・早朝は計画的訪問を実施しているが、深夜はステーション当直体制。必要時には計画的訪問も行う。

準夜・深夜・早朝の当直手当として一晩に13,000円を出しており、夜間・早朝の訪問時間帯に訪問が少ない場合は、経営が赤字になってしまうという問題がある。平成15年の介護報酬改定で、それまで1ヶ月13,700円であった緊急時訪問看護加算が、1ヶ月5,400円となってしまったため、ステーションの経済負担が大きくなった。

夜間・早朝の当直体制など、24時間対応の体制を整えているステーションには、それなりの保障が必要と思われる。

5) ステーションE (b-b-2)

夜間・早朝は当直体制をとっている。この時間帯に訪問が必要な利用者がいれば訪問する。当直体制なので、日勤後にステーションに待機し、翌日昼まで勤務する。夜間は臨時訪問がなければ睡眠をとることができる。夜間当直手当は一晩7,000円。夜間の訪問はほとんどな

く、早朝に医療依存度が高い利用者のトラブルが2件程度である。

夜間・早朝の電話や訪問看護を少なくするための工夫として、利用者・家族への説明・指導を十分に行っている。

また、お花見など、利用者・家族とのイベントを企画・実行することで、利用者・家族の生活に変化をつける工夫をしている。これはスタッフは大変ではあるが、一方で仕事を続けていく原動力にもなっている。

3. 現行で24時間ケアを実施できていないステーションが考えていること

ステーションとして24時間連絡体制加算や緊急時訪問看護加算体制を採ってはいいても、夜間・早朝は電話対応のみとするところが多い。しかし、それらの中にも、24時間計画的訪問を実施する体制をとりたいというステーションがある。大きな理由は、この時間帯に訪問のニーズのある利用者が居るためと、訪問看護師の休みを確保するためである。というのは、夜間帯に自宅で電話を受けて訪問する必要が生じると、結局は休めないからである。

これらのステーションでは夜間・早朝でも「必要時のみシフトを組んで訪問を行う」等の一時的な計画的訪問をしており、また、本格的に24時間の計画的訪問を実施するための体制を作る努力をしているが、1ヶ所のステーションだけでは利用件数が少なく、経営が赤字になってしまうという問題がある。

この解決のために、他のステーションと連携することが考えられるが、連携体制をとるためには様々な条件を整備する必要があり、すぐには体制を整えることができない状況がある。

以下に例を挙げる。

1) ステーションG

現在、24時間連絡体制加算、緊急時訪問看護加算体制はとっており、各利用者は全利用者66名中24時間連絡体制加算15名、緊急時訪問看護加算9名である（平成15年7月現在）。

スタッフは、常勤3名、非常勤6名である。

夜間・早朝は自宅待機でオンコールであり、手当ては3,000円である。

日曜は1名、祭日は2名の看護師が利用者のニーズに応じて訪問をおこなっており、目下、常勤看護師を増員し、計画的訪問が実施できるよう体制を整えているところである。

また、夜間・早朝の計画的訪問を1ステーションのみで行うべく行動をおこしている段階ではあるが、ボランティアではなく事業として存在させることが難しく、出来るだけ早い段階で近隣2,3箇所のステーションとチームを組み、安定した24時間訪問看護を実践して行く事を希望している。

そのためにクリアしなければならない問題として、医師の指示書の問題が挙げられる。例えば、他ステーションとの合意があっても、医師が指示書を2枚発行してくれなければ、夜間訪問看護のみをこのステーションが行うことは不可能であり、医師会への働きかけが取り組みのキーワードだと考えられる。

2) ステーションH

現在、24 時間連絡体制加算、緊急時訪問看護加算体制はとっており、各利用者は全利用者 209 名中 24 時間連絡体制加算 33 名、緊急時訪問看護加算 93 名である(平成 15 年 7 月現在)。

スタッフは、常勤 6 名、非常勤 12 名である。

夜間・早朝は自宅待機でオンコールであり、緊急対応用の携帯電話を 2 台用意している。手当ては緊急 1 の携帯が平日 2,500 円、土日祭日 4,000 円、緊急 2 の携帯は 1,000 円である。

管理者が緊急 1 の携帯を担当し、5 名の常勤看護師が緊急 2 の携帯を 1 週間毎に担当している。管理者の緊急対応が困難な時は、緊急 2 の担当以外の常勤看護師が緊急 1 の携帯を担当する。緊急対応は、日中も含め、月間 10 件ほどである。夜間・早朝に訪問が必要となりそうな時など、状況によっては利用者への電話を緊急 1 の担当者から事前に行うこともある。

計画的な夜間・早朝訪問について、現在はニーズがないと考えて実施していないが、希望がある場合や必要と思われる時には実施している(養護学校から帰宅した小児、ALS の利用者の短期的な在宅療養、ターミナルの利用者など)。

緊急対応や夜間・早朝の勤務体制を組む際の事業所の経済的負担に関しては、現行の平日日中の訪問看護の収益もあり、付加価値として考えているが、事業を継続するためには採算性を担保する必要がある、現状で 24 時間計画的訪問を行う体制を確立することは難しい。勤務体制においても、ニーズに対応できるようスタッフと検討している段階である。

IV. 土曜昼間・日祭日・夜間・早朝の電話対応の調査

1. はじめに

平成 15 年度 4 月の介護報酬の見直しで、訪問看護ステーションの緊急時訪問看護加算が、一月あたり 1,370 単位から 540 単位に減額された。これは、緊急時訪問看護加算を取っていても訪問件数が少なく、実態に見合った加算でないと評価されたためであろう。しかし、実際には、夜間・早朝の緊急連絡体制を敷いているステーションは、臨時訪問だけでなく電話相談にも応じており、加算の減額に打撃を受けているステーションも少なくない。そこで、平日日中以外の時間帯の電話受けの件数および内容を調査し、緊急時訪問看護加算の意味を明らかにする。また、計画的訪問を実施しているステーションと実施していないステーションを比較することにより、夜間・早朝の利用者ニーズについても検討する。

2. 方法

1) 対象

対象ステーションは、夜間・早朝の計画的訪問を行っているステーション 4 ヶ所と、夜間・早朝はオンコールで対応を行っているステーション 5 ヶ所であった。

(1) 24 時間、365 日、夜間・早朝の計画的訪問を行っているステーション

A-1

B-1

B-2

B-3

(2) 平日日中のみ計画的訪問を行い、夜間・早朝はオンコール対応を行っている

ステーション

A-2

H

I

J

(3) 平日と土曜日の日中は計画的訪問を行い、夜間・早朝はオンコールで対応している

ステーション (1 か所)

G

2) 調査期間および調査内容

平成 15 年 11 月 21 日(金)日勤帯終了後～12 月 21 日(日)日勤帯終了までの 1 ヶ月間(30 日)に、平日の日勤帯以外(土日・祭日および夜間・早朝)に受けた電話内容について、調査用紙への記録を依頼した。

調査内容は、利用者の続柄、主訴、相談内容、看護師の対応内容(アドバイス、指導内容、関係連絡先、その時の訪問の有無、訪問費用請求の有無)であった。

3. 結果および考察

1) ステーション及び体制別の電話件数

土日祭日・夜間・早朝に計画的訪問看護を実施しているステーションで受けた電話の件数は、5～40 件、実施していないステーションでは、5～24 件、平成 15 年 7 月の緊急時訪問看護加算の契約人数を参考にすると、かかってきた電話は契約人数の約 8～24%となり、ステーションによるばらつきが大きい。この影響要因として、ステーションによって利用者の病状や様態に違いがあることが考えられる。なお、今回は、「受けた」電話のみの件数であるが、夜間・早朝に勤務体制をとっているステーションでは、ステーションに勤務する看護師から利用者に電話をかけることによって予防的に対処がなされ、夜間の電話件数が減っている可能性が考えられた。

図表 2-IV-1. 時間帯別 ステーション毎の電話を受けた件数

							(件)
ステーション名	緊急時訪問看護 加算利用人数*	準夜帯	深夜帯	早朝帯	土曜日昼間	日曜昼間	合計
夜朝計画的訪問あり							
A-1	35	1	3	1	0	0	5
B-1	90	21	8	3	7	1	40
B-2	100	9	6	2	7	2	26
B-3	72	6	2	1	1		10
小計	297	37	19	7	15	3	81
夜朝計画的訪問なし							
A-2	30	4	0	1	2	6	13
G	9	4	0	0	1	0	5
H	93	4	1	0	5	3	13
I	33	11	2	2	6	3	24
J	62	3	1	0	1	0	5
小計	227	26	4	3	15	12	60
合計	524	63	23	10	30	15	141

*平成15年7月現在 他は調査実施期間の件数

2) 夜間・早朝に受けた電話の内容

調査対象のステーション全9か所における夜間・早朝に受けた電話の総件数は96件であった(図表2-IV-2)。時間帯別に見ると、準夜帯63件、深夜帯23件、早朝帯10件であり、準夜帯の電話が最も多かった。利用者の続柄は、同居家族53件(55.2%)、本人13件(13.5%)、ヘルパー8件(8.3%)であった。電話の主訴は、症状・病状についてが最も多く54件(56.3%)、続いて、機器・カテーテルのトラブル15件(15.6%)、事故6件(6.3%)、服薬の相談6件(6.3%)であった。

電話受けをした看護師の対応は、「電話でのアドバイス・指導のみ」が50件(52.1%)、「臨時訪問」が32件(33.3%)であった。

看護師は、夜間・早朝の電話の半数に対して、「電話でのアドバイス・指導」で応じており、臨時訪問の件数のみでは、緊急時訪問看護加算の評価はできないと言える。また、利用者からの相談は、「症状・病状」「機器・カテーテルのトラブル」等、看護師の専門的な知識やアセスメントが必要な内容であるため、在宅療養者にとって、訪問看護ステーションの営業時間外の電話相談は、重要な支援体制として位置づいていることが分かった。また、臨時訪問する以外に関係機関への連絡等を行っている現状が明らかとなった。

図表 2-IV-2. 夜間・早朝の計画的訪問実施の有無別 電話内容

	準夜帯						深夜帯						早朝帯						総計					
	実施あり		実施なし		計		実施あり		実施なし		計		実施あり		実施なし		計		実施あり		実施なし		計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
電話受けの件数	37	100.0	26	100.0	63	100.0	19	100.0	4	100.0	23	100.0	7	100.0	3	100.0	10	100.0	63	100.0	33	100.0	96	100.0
利用者の続柄																								
同居家族	17	45.9	14	53.8	31	49.2	14	73.7	3	75.0	17	73.9	3	42.9	2	66.7	5	50.0	34	54.0	19	57.6	53	55.2
本人	4	10.8	7	26.9	11	17.5	0		0		0		2	28.6	0		2	20.0	6	9.5	7	21.2	13	13.5
別居家族	2	5.4	2	7.7	4	6.3	1	5.3	0		1	4.3					0		3	4.8	2	6.1	5	5.2
ヘルパー	7	18.9	1	3.8	8	12.7					0						0		7	11.1	1	3.0	8	8.3
その他	6	16.2	1	3.8	7	11.1	4	21.1	0		4	17.4	2	28.6	0		2	20.0	12	19.0	1	3.0	13	13.5
無回答	1	2.7	1	3.8	2	3.2	0	0.0	1	25.0	1	4.3	0		1	33.3	1	10.0	1	1.6	3	9.1	4	4.2
主訴																								
症状・病状	23	62.2	16	61.5	39	61.9	7	36.8	3	75.0	10	43.5	3	42.9	2	66.7	5	50.0	33	52.4	21	63.6	54	56.3
機器・カテーテルのトラブル	2	5.4	5	19.2	7	11.1	6	31.6	0		6	26.1	1	14.3	1	33.3	2	20.0	9	14.3	6	18.2	15	15.6
事故	2	5.4	0		2	3.2	2	10.5	0		2	8.7	2	28.6	0		2	20.0	6	9.5	0	0.0	6	6.3
服薬の相談	2	5.4	4	15.4	6	9.5					0						0		2	3.2	4	12.1	6	6.3
その他	8	21.6	1	3.8	9	14.3	3	15.8	1	25.0	4	17.4	1	14.3	0		1	10.0	12	19.0	2	6.1	13	13.5
無回答							1	5.3	0		1	4.3							1	1.6	0		1	1.0
対応																								
電話でのアドバイス・指導のみ	30	81.1	10	38.5	40	63.5	8	42.1	0		8	34.8	1	14.3	1	33.3	2	20.0	39	61.9	11	33.3	50	52.1
臨時訪問	5	13.5	13	50.0	18	28.6	8	42.1	2	50.0	10	43.5	3	42.9	1	33.3	4	40.0	16	25.4	16	48.5	32	33.3
ケアプランどおりに訪問	2	5.4	1	3.8	3	4.8	0		1	25.0	1	4.3					0		2	3.2	2	6.1	4	4.2
看護師に連絡	4	10.8	1	3.8	5	7.9	8	42.1	2	50.0	10	43.5	4	57.1	0		4	40.0	16	25.4	3	9.1	19	19.8
看護師以外に連絡	3	8.1	5	19.2	8	12.7	3	15.8	1	25.0	4	17.4	2	28.6	0		2	20.0	8	12.7	6	18.2	13	13.5

3) 夜間・早朝の計画的訪問看護実施の有無別にみた電話対応

次に、夜間・早朝における計画的訪問を実施しているステーションと実施していないステーション別に、夜間・早朝帯で受けた電話と、そのうち臨時訪問した件数について比較した(図表 2-IV-3)。

夜間・早朝の計画的訪問看護を実施している訪問看護ステーションが受けた電話件数は 63 件、そのうち臨時訪問したのは 16 件(25.4%)であった。一方、夜間・早朝に計画的訪問看護を実施していないステーションが受けた電話件数は 33 件、そのうち臨時訪問したのは 16 件(48.5%)であった。

計画的訪問を実施しているステーションは、実施していないステーションに比べ、臨時訪問の割合が少ないことが明らかとなった。夜間・早朝の計画的訪問の実施によって、「症状・病状」や「機器・カテーテルのトラブル」を予防できている可能性が示唆されたと言える。緊急時に訪問看護師に連絡がつく体制が在宅療養者にとって重要であることは言うまでもないが、計画的訪問を実施することで、症状・病状の重い利用者、機器トラブルの起こりやすい利用者には、予防的に対処できる可能性の高いことが示された。

また、計画的な訪問体制をとらずに、電話対応の体制しかないステーションでは、臨時訪問の割合が高い上に、自宅待機している訪問看護師が臨時に訪問せざるを得ず、訪問看護師への負担がより大きいことが示唆された。

図表 2-IV-3. 夜間・早朝の計画的訪問看護実施の有無別電話件数と臨時訪問件数

	実施あり		実施なし		合計	
	n	%	n	%	n	%
電話受け件数	63	100	33	100	96	100
うち臨時訪問件数	16	25.4	16	48.5	32	33.3
臨時訪問の主訴(再掲)						
症状・病状	8	50.0	11	68.8	19	59.4
機器・カテーテルのトラブル	4	25.0	5	31.3	9	28.1
事故	4	25.0	0		4	12.5

4. まとめ

訪問看護ステーションは、夜間・早朝に受けた電話の半数に対して、「電話でのアドバイス・指導」で応じ、また必要に応じて関係機関への連絡等を行っており、臨時訪問の件数が少ないことのみでは、緊急時訪問看護加算の評価はできないだろう。利用者からの相談は「症状・病状」「機器・カテーテルのトラブル」等、看護師の専門的な知識やアセスメントが必要な内容であり、在宅療養者にとって、訪問看護ステーションの営業時間外の電話相談は、重要な

支援体制として位置づいていることが分かった。

また、夜間・早朝に計画的訪問を実施しているステーションでは、実施していないステーションに比べて、臨時訪問の割合が少ないことが明らかとなった。夜間・早朝の計画的訪問の実施によって、「症状・病状」や「機器・カテーテルのトラブル」を予防できている可能性が示唆されたと言える。緊急時に訪問看護師に連絡が取れる体制が在宅療養者にとって重要であることは言うまでもないが、計画的訪問を実施することで、予防的に対処できる利用者があることが推測される。これは、予定外の臨時訪問が入ることを少なくするため、訪問看護従事者への負担も軽減している。

夜間・早朝に訪問することが効果的な利用者に対し、訪問看護サービスを提供できる体制を確立することが望まれる。

第 3 章 夜間早朝連携体制のモデル ーモデル事業の実施ー

第3章 夜間・早朝連携のモデル——モデル事業の実施

I. 設立主体が異なる訪問看護ステーションの連携体制の構築とそのポイント

1. 目的

安心して在宅療養を続けるためには、必要に応じて24時間いつでも訪問看護サービスを受けられることが重要である。目下、医療保険でも介護保険でも24時間連絡体制加算や緊急時訪問看護加算の夜間・早朝の訪問看護体制加算が認められているが、実際に夜間・早朝の訪問看護を実施している訪問看護ステーション（以下、ステーション）は少数にとどまる。この理由として、①利用者やケアマネジャーにその必要性が十分に認識されていない、②小規模なステーションが多いため夜間・早朝訪問を担う訪問看護師の負担感や勤務体制上の問題が有る。

そこで、保健活動として24時間ケアを整備・提供してきた町で、3交代で夜間・早朝ケアを提供しているステーションを基盤に、町内の他のステーション利用者についても夜間・早朝訪問看護の必要性をアセスメントし、本人・家族の了解を得た上で夜間・早朝の訪問看護を提供し、その効果を測るという実践研究を行う。この研究を通して、設置主体の異なるステーションの連携による効果的・効率的な日本独自の24時間ケアモデルの開発を試みる。

2. 対象および方法

A町内の公的機関の3ステーションが事例を検討し、夜間・早朝に訪問看護が必要な事例を抽出し、夜間・早朝には3ステーションが連携体制をとって訪問看護を提供した。

1) 対象地域の概要

A町

面積 68.93 平方キロメートルで平野部となだらかな丘陵地域からなる地形である。町のほぼ中心にある町役場からはどの最端地域にも車で 20 分あれば到着できる。平野部は穀倉地帯となっているが、丘陵部には宅地造成や工場誘致が進み、年間約 1000 人の人口増加がある。

平成 15 年 6 月の総人口 38,565 人、65 歳以上人口 15.7%である。寝たきり高齢者は 1.7%、痴呆性高齢者は 1.4%である。介護認定を受けている者の件数は 742 件で、高齢者に占める割合は 12.2%である。

平成 6 年 10 月からケアシステムの構築を始め、平成 7 年 12 月には町立訪問看護ステーションを開設した。町の社会福祉協議会にはヘルパーステーションが設置されており、協同での

事例検討や同行訪問などを行い、開設以来現在まで3交代で24時間訪問看護・介護を提供し続けている。これが、看護・介護一体型の24時間在宅ケアシステムである。

24時間在宅ケアシステムは、1993年に策定された当町老人保健福祉の地域ケアの充実を実現する事業として位置づけられた。この計画の目標の一つに「いつでもどこでもだれでもが快適な生活ができるまちづくり」が掲げられており、24時間、自分が生活したいと思う場所で、高齢で障害があっても快適に生活できる町づくりの実現を目指している。

<特別給付の存在>

A町では、介護保険利用者が利用限度額を超えても、サービス利用の必要性を町の会議で認定されれば、1割負担のみでサービスが利用できる制度が作られている（特別給付）。この特別給付により、A町では他の市区町村に比して、必要な人にケアが届きやすくなっている。

2) 方法

具体的には、以下の手順を取った。

- ① A町内の3ヶ所の公的な訪問看護機関に説明して協力を依頼した。

A-1・・・町立訪問看護ステーション(24時間3交代の計画的訪問看護実施)

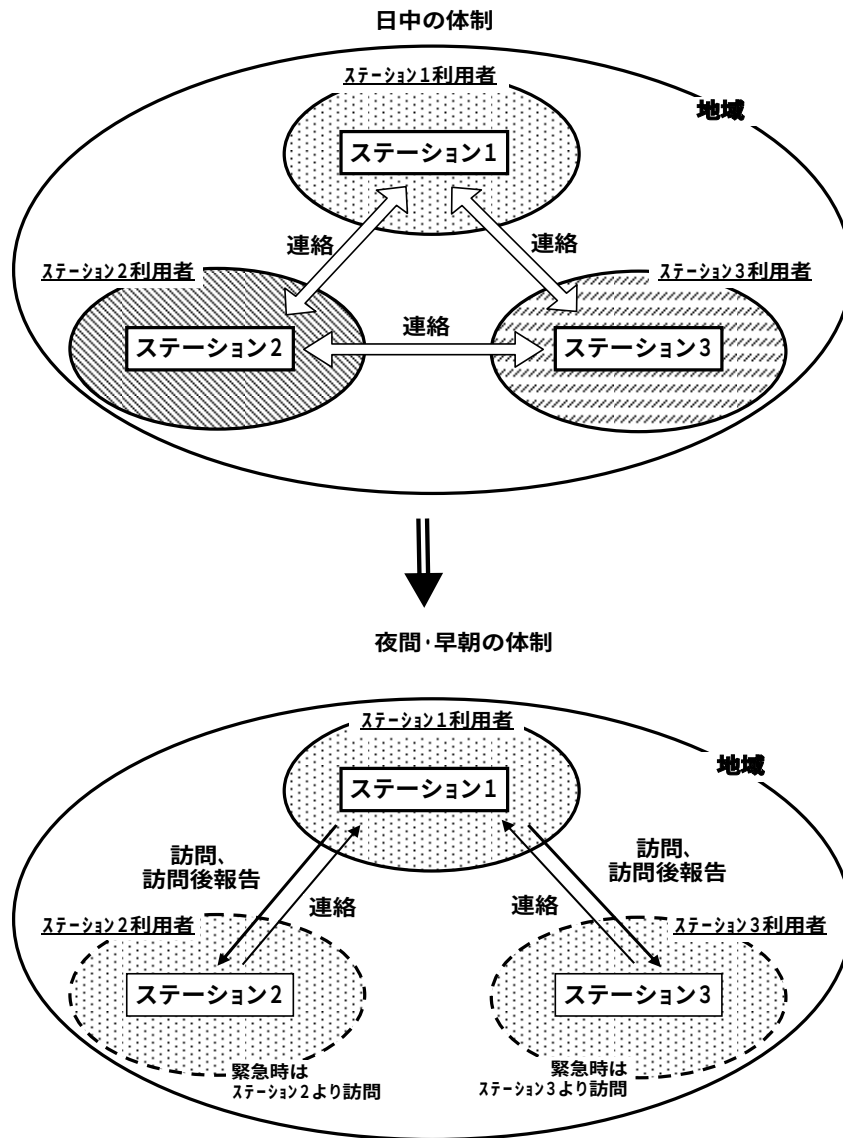
<利用者：約50名>

A-2・・・公立病院訪問看護ステーション <利用者：約35名>

A-3・・・町立病院訪問看護室 <利用者：約10名>

- ② その訪問看護機関の利用者を担当するケアマネジャーに説明し、協力を依頼した。
- ③ 日中の訪問看護利用者の中から、事例検討で夜間・早朝の訪問看護必要者を選定した。
- ④ 本人・家族の了解を得て、ステーションA-1より、夜間・早朝の訪問看護を3ヶ月間提供した(介入研究)。この場合、夜間・早朝に実施した追加分の訪問料は無料とした。
- ⑤ 介入の前後で利用者(本人・家族)の状態を把握して比較し、その効果を評価した。
- ⑥ それらの結果を総合して夜間・早朝の訪問看護の必要対象者の抽出方法や、提供方法についても検討した。

図表 3- I -1. モデル図



図表 3-1-2. 介入研究協力機関の概要

ステーション	A-1	A-2	A-3
開設主体	町	郡	町
設置主体	町の社会福祉協議会	郡の国民健康保険病院組合	町
開設年月日	平成7年12月1日 (平成14年4月1日より 設置主体が社会福祉協議 会となる)	平成15年4月開設 病院内 訪問看護室(平成2年4月 開設)から移行	平成12年4月
併設施設	居宅介護支援事業所、訪問 介護事業所、通所介護事業 所、訪問入浴事業所、基幹 型在宅介護支援センター	総合病院(一般病床438床 療養型44床) 居宅介護支援事業所 居宅サービス事業所 (ショートステイ・福祉用 具貸与・居宅療養管理指導)	病院、在宅介護支援 センター、訪問看護 事業所、居宅介護支 援事業所
スタッフ	常勤看護師3名(含所長) 非常勤看護師14名(常勤 換算6.4人) 嘱託事務職員1名	看護師5名(1名パート) 理学療法士2名 事務員1名	常勤看護師1名 非常勤事務員1名 (常勤換算0.2名)
利用者数※	56名	119名	7名
延べ訪問回数 ※	576回	573回	29回
土日日中の訪 問回数※	43回(計画は43回)	0回(計画は0回)	0回(計画は0回)
夜間・早朝の 訪問回数※	150回(計画は146回)	2回(計画は0回)	0回(計画は0回)
勤務体制	3交代勤務、24時間対応 平日日中以外も計画的訪 問を実施	平日日中以外は自宅待機オ ンコール。ただし、ニーズに よっては一時的に体制を組 むことあり	準夜、深夜、早朝、 土曜の日中は自宅待 機オンコール。日曜 の日中はまったく対 応していない
緊急時には	3交代勤務なので勤務中 の看護師が対応。	自宅待機体制 オンコールで臨時訪問	事前に情報提供した 上で病院の外来看護 師が対応
特徴	A町内をエリアにしており、片道20分以内の距離が多い。 他ステーションと比べると訪問看護1の割合が多く、利用人数の割に延べ訪問回数が多くなっている。これは24時間計画訪問を行っている特徴である。	併設病院が7町立の病院であり、7町をエリアにしているので移動距離が長い。また、理学療法士が2名常勤で勤務をし、在宅リハビリに力を入れている。居宅介護支援事業所と連携しながら入院患者の退院調整に力を入れている。そのため、訪問看護の対象者としては、併設病院からの退院患者が多く、必然的に医療処置を必要とする利用者が多い。(利用者全体の64%)	訪問スタッフが少なく、時間外の対応は困難。症状が安定していて多数のサービスが必要な利用者は24時間対応の町立ステーションを紹介している。

※・・・平成15年7月 1ヶ月間のもの(全国調査より)

3) ステーションA-1において、実施している夜間・早朝訪問にかかる経費の現状

①人件費

a. 基本賃金

このステーションの臨時看護師雇用単価の基本賃金は、日勤雇用の時間給1600円を基本に、深夜勤の場合は1.5倍、準夜勤の場合は1.25倍、休日出勤の場合も1.25倍である。なお、正規職員の場合は所属組織の給与規定により支払うが、この法人ではA町職員給与規定に準じて支払っている。

b. 各種手当（夜間・早朝に関する手当のみ）

・年末、年始特別手当

臨時・正規職員共に1時間あたり1000円を支払っている。

・深夜勤手当

正規職員は、深夜勤1回につき3500円を支払っている。

・特殊勤務手当

正規職員は、深夜勤1回につき3500円を支払っている。

※ 注 準夜勤は17時から22時30分・深夜勤は22時から翌朝6時・早朝は6時から8時30分

②事務所維持費

a. 事務所賃借料

このステーションは、A町が開設している公的施設に在り、現在はA町との無償賃借契約により運営している。しかし、本来であれば事務所賃借料が必要であり、A町内で110㎡の事務所を借りるとすれば月間15万円は必要である。

b. 経常経費

ステーション運営のために必要な経費を夜間・早朝のみ取り出して経費を見積もることは非常に困難なので、昼間も夜間も使用すると思われる経費については、便宜上次のような計算式により、2002年度（平成14年度）決算書を基に積算した。

各項ステーションの年間経費 $C = \text{昼間} (1/2 C) + \text{準夜分} (1/4 C) + \text{深夜分} (1/4 C)$

i) 電気代 255,542円／年間

訪問中も仮眠中も常時点灯している状態である。

ii) 燃料代 159,314円／年間

ガス代、灯油代が大半である。当初シャワー、入浴施設が必要と考え設置したが、現在はほとんど使用することがない。また、空調設備の源エネルギーはプロパンガスで、訪問中も仮眠中も使用していることが多い。

iii) 上下水道代 82,592円／年間

上水道は、看護医療機器洗浄と手洗い、飲料水、水洗トイレ等の水道代であり、下水道は上水道の使用量に比例したものである。

③消耗品代

a. 記録用紙代 203,334 円／年間
記録用紙についても、上記計算式で計算した。

b. 夜間・早朝訪問用品代 26,500 円／年間
夜間特に必要な物品は、懐中電灯と電池、訪問中の緊急事態発生時（不審者からの危害）に対応できるような携帯防犯ブザー・スプレーなどである。また、早朝には、訪問用自動車の窓ガラス凍結融解スプレー等が必要である。

④車両管理代

車両管理については、夜間・早朝のみ取り出して積算することは不可能であるが、1 夜勤に 40km.から 60km.365 日走行することを考えれば、何らかの経費積算が必要であろう。関係する項目として、ガソリン代は走行キロ数に応じて積算可能である。その他として、キロ数毎の点検やオイル交換、タイヤ交換等の経費が必要である。

⑤通信費

本項目も夜間・早朝のみ取り出して積算することは不可能なので、前述の計算式で積算した。携帯電話や携帯電話に転送可能な電話機を使用している。

電話・Fax 代について 224,108 円／年間

⑥その他

a. タクシー代

365 日、24 時間体制を標榜しているため、気象条件により訪問を中止することができない。台風や暴風雨、大雪といった場合、可能な限り訪問看護師の運転による訪問をしているが、職員に危険が及ぶと判断したときはタクシー利用による訪問も過去にある。

b. 臨時事務職員の確保

訪問看護師が、保険請求や文書通知等に時間を割く、非効率的な業務になることを避けるためと昼間に訪問看護師が訪問している間、ステーションが留守になり来訪社に迷惑をかけないために、開所当初から嘱託事務職員を配置するよう努力している。

4) ステーション A-1 における夜間・早朝のマンパワー（訪問看護師）確保の方策

① 在宅看護師の発掘と雇用

保健センターの乳幼児健診や、成人病健診、がん検診等の機会に在宅看護師の情報が入手できるように、関係職員へ情報提供の依頼をしている。また、病院や福祉施設と頻繁に情報交換し、退職者等の情報入手に努力している。

② 有資格学生の発掘と雇用

夜間勤務の看護師確保策として、県の医科大学と保健専門学校保健学科と連携をもち、情報交換をしている。医科大学看護学科への 3 年次編入生と大学院生、又保健専

門学校保健学科学生の中で臨床経験を持ち、訪問看護に関心のある人を夜間勤務臨時看護師として採用している。

③ 勤務時間の工夫

三交代制勤務の場合、通常は、8.00～16.00 が日勤、16.00～24.00 が準夜勤、0.00～翌日の 8.00 が深夜勤という時間帯が多いが、このステーションでは、準夜勤 17.00～22.30、深夜勤 22.00～翌日の 7.00、早朝勤 7.00～8.30 という時間帯にしている。この理由は、在宅看護師が勤務しやすい時間帯を設定し、在宅看護師が看護師としての力量を再度発揮できるように工夫したもので、人材を確保するためのものである。実際は、深夜勤と早朝勤を継続して勤務している訪問看護師が多い。

5) ステーション A-1 における夜間・早朝訪問の採算性についての考え方

① 採算性の取れる訪問件数

ステーションの運営上、赤字経営は極力避けなければならないため、24 時間体制で採算性を考える場合、次の 2 点について常に経過を見ている。

a. 一件に対する訪問時間

移動時間は往復 40 分以内、訪問時間は 20 分以内または 40 分以内を基準にして、巡回訪問を実施している。

b. 一勤務における最低訪問件数

準夜帯では、一件 30 分が 3 件、深夜帯では、一件 30 分が 3 件、早朝帯は一件 30 分が 1 件を最低訪問数とし、年間を通して平均的に確保できれば 24 時間体制を維持することになっている。

② 採算性が取れないときの体制維持に対する考え方

平成 7 年 12 月に開所以来、上記最低訪問件数が確保できない時期はなかったため、具体的な動きとして行ったことはないが、次のような努力をして、24 時間体制の維持に努力しようと考えている。

a. 介護家族指導等、行政の事業の受託機関としてステーション運営を考えること。

訪問看護の中で、介護家族に対して指導する機会は多々あるので、その指導を老人保健事業の介護家族指導として受託しようとするものである。

b. 居宅介護支援のケアマネジャーとして、認定調査を実施する。

居宅介護支援事業所の介護支援専門員を兼務しているので、訪問看護利用者の更新認定調査時に調査員として調査を実施する。常に訪問看護を行っている訪問看護師のほうが日常生活の状態が十分把握できていると思うので、ステーション運営の財源確保の一方策として考えている。

3. 結果

「事例検討」した結果、夜間・早朝訪問看護が必要と判断された人について記す。

1) 夜間・早朝訪問看護必要者の発生率

3つの訪問看護機関（ステーション2ヶ所と病院の訪問看護室1ヶ所）の利用者について、夜間・早朝訪問看護の必要性を1例毎に検討した（平成15年8月に実施）。

その結果、全利用者91名中夜間・早朝訪問看護が新規に必要と判断された事例は22名（24.2%）であった。しかしさまざまな理由により、実際に夜間・早朝訪問看護導入に至ったのはわずか7名に過ぎなかった。

図表 3-1-3. 夜間・早朝ケアが必要となった人の数と状況

	検討事例数 (ステーションの 利用者数)	夜間・早朝訪問 看護が新規に必 要と判断された 事例数	モデル事業で介 入を行った事例数
ステーションA-1	49 ^a	13 ^b	4
ステーションA-2	34	8 ^c	3
ステーションA-3	8	1	0
計	91	22	7

^a：うち既夜間訪問看護利用者5名

^b：うち拒否2名

^c：うち入院中2名、拒否1名

夜間・早朝の訪問看護が必要と判断された事例は、既に夜間・早朝の訪問看護を利用していた5名と、新規に必要と判断された22名とを合わせて27名であり、全利用者91名中約3割程度であった。

また、利用者本人および家族に利用を呼びかけたところ、7名が新規に夜間・早朝訪問看護を導入した。結果として夜間・早朝訪問看護の利用者は、既に夜間・早朝訪問看護を利用していた5名と併せて12名となり、全利用者中約1割強となった。

[訪問看護ステーションで夜間・早朝の訪問看護が必要と判断された者の発生率]：

{5名（既夜間・早朝訪問看護の利用者数） + 22名（新たに新規に夜間・早朝の訪問看護が必要と判断された利用者数）} / 91名（ステーション利用者数） × 100 = 29.7（%）

[訪問看護ステーションにおける夜間・早朝の訪問看護利用率]：

{5名（既夜間・早朝訪問看護の利用者） + 7名（新規利用者）} / 91名（ステーション利用者数） × 100 = 13.2（%）

2) 必要性の判断と実際の導入との関係性

事例検討により、夜間・早朝訪問看護が必要と判断された事例を以下のように区分し、判断理由について、その内容に違いがないかを見た。

- ① それ以前から（元から）実施していた人
- ② 必要と判断され、導入した人
- ③ 必要と判断されたが、保留 or 拒否の人

必要と判断した理由については再度整理し、以下のようにタイプ分けを行った。

- ・ 処置——夜間・早朝に医療処置や看護処置がある（本人ができない、家族がいてもできない処置）
- ・ 症状——痛みなど、症状に対する看護ケアが夜間・早朝に必要
- ・ 末期——ターミナル
- ・ 観察——夜間・早朝に観察やアセスメントが必要（日中の訪問看護だけでは原因がつかめない、状況が把握できない等）
- ・ 家族——家族の介護負担の軽減ができる

図表 3- I -4. 事例検討結果（夜間・早朝訪問看護導入との関係性）

	ID	理由タイプ					夜間・早朝訪問看護が必要な理由の詳細
		処置	症状	末期	観察	家族	
元から実施	水 6	◎			○	○	吸引、気管カニューレ管理、IVH、介護者の仕事に影響
	水 10	◎				○	吸引、経管栄養管理、介護負担軽減の可能性
	水 19	○		◎		○	吸引、ターミナル、介護者の仕事に影響
	水 41	○			◎	○	パーキンソン投薬管理、心房細動観察、介護者が高齢
	水 48	○			◎		独居、インスリン自己注射自立支援
必要と判断され導入	甲 30	◎				○	気管切開、吸引、経管栄養、介護者が高齢・健康状態不良
	甲 32				◎	○	痴呆症状、ストマ、夜間漏便（原因探索必要）、夜間介護者不在
	甲 7		◎		○		不定愁訴、痛みのコントロール必要、独居
	水 25	○			◎	○	服薬管理、パーキンソン病・痴呆症状の状態観察、介護者の仕事に影響、介護したくない
	水 3	○			◎	○	痴呆の状況把握、眠剤・抗精神薬の管理、夜間介護者不在
	水 47		○		◎	○	被害妄想、脱水、水分摂取量・尿量のチェック、介護したくない
	水 49	○			◎	○	インシュリン注射、状態把握が必要、介護者が高齢、介護者の仕事に影響
必要と判断されたが、導入に至らなかった	水 13	◎			○	○	インシュリン注射、食事管理、血糖のコントロール、介護者の仕事に影響、介護されたくない、介護意欲低下
	水 14				◎	○	睡眠コントロール、腸ヘルニア術後の状態観察、家族が管理できない
	水 17	○			◎	○	イレウス再発予防、早期発見、妻の介護負担・不安の軽減
	水 42				◎	○	導尿による合併症の早期発見、高血圧、介護者が高齢・健康状態不良
	水 43	◎			○	○	経管栄養の管理、夜間の状態把握、介護者が高齢、介護者の仕事に影響
	水 44	○	◎		○		脊椎損傷を理解した上での看護・介護が必要、介護者が高齢・健康状態不良、腸閉塞の処置
	水 45	○			◎	○	人工呼吸器使用に伴う処置・状態把握、介護者に障害
	水 4		◎		○	○	痴呆症状の観察、肺炎の危険性あり熱発確認・早期対応必要、介護者が高齢・健康状態不良
	水 7				◎	○	服薬管理、パーキンソン症状の日内変動の把握、介護者の仕事に影響、介護意欲低下
	甲 11	○			◎	○	昼夜逆転の状態観察、吸引、介護者が高齢・健康状態不良
	甲 23	○			◎	○	循環不全悪化傾向・褥創あり、夜間の体位交換、入院判断必要、介護したくない
	甲 26	○			◎	○	人工呼吸器使用に伴う処置・状態把握、ALS 症状悪化傾向、介護者が高齢
	甲 27	○	◎		○	○	リウマチ悪化傾向、夜間の体位交換、痛みへの対応、内服管理、介護者の仕事に影響
	甲 9	○	○		◎	○	腎不全症状悪化傾向、水分量のチェック、ストマパウチはずしあり、夜間の本人の状況観察・アセスメント必要、介護者が高齢
	市 5	○		◎		○	酸素吸入、ターミナル、介護者が高齢、介護者の健康状態不良

○・・・あてはまる理由 ◎・・・主な理由

3 つの訪問看護ステーションの利用者計 91 人のうち、家族がいてもできない処置などがあるケース 20 例、脊椎損傷や痛みへの対応などの看護ケアを要するケース 6 例、ターミナル 2 例、夜間

帯にナースの「観察」が必要とされるケースが 22 例、家族の負担を軽減することができるケースが 25 例であった。

夜間・早朝訪問看護が必要な理由とその導入の有無の間には、大きな関係性は見られなかった。

一方、夜間早朝訪問看護が必要と判断されたにもかかわらず、訪問看護の導入に至らなかったケースは 15 名と多かった。

この理由として、利用者が入院中、ショートステイ中などのケースが 3 例あった。また、説明後に利用者側から拒否されたものが 3 例あった。しかし、利用者や家族の性格、現在までの状況からケアマネジャーが早期に導入困難と判断し、利用者への説明に至らなかった例もある。

それだけ、利用者本人・家族、もしくはケアマネジャーに訪問看護の必要性を理解してもらうのが難しいと言えよう。適確なアセスメントシートの開発が急務である。

3) 事例検討の前後の訪問スケジュール

新たに夜間・早朝の訪問看護対象者となった 7 人を、以前の 5 人に足したために、夜間早朝の連携体制を組んだときのステーション A-1 のスケジュールは上記のようになり、準夜から早朝の時間帯における空き時間が少なくなった。その分ステーションの収入も増え、収入が 341 万円から 484 万円になった。

図表 3-1-5. 事例検討の前後での夜間早朝訪問看護計画表

勤務時間	旧 (事例検討前)		新 (事例検討後)	
	訪問予定時間	訪問対象者	訪問予定時間	訪問対象者
準夜	17.30～18.00	M-6	17.30～18.00	M-6
			18.00～18.30	M-25
			19.30～19.50	M-3
			20.00～20.20	K-7
	20.30～20.50	M-10	20.30～20.50	M-10
	21.00～21.30	M-6	21.00～21.30	M-6
	21.35～21.50	M-41	21.35～21.50	M-41
深夜			23.40～23.55	M-47
	0.05～0.30	M-6	0.05～0.30	M-6
	0.35～0.55	M-19	0.35～0.55	M-19
	1.10～1.25	ヘルパー事例	1.10～1.25	ヘルパー事例
	1.35～1.50	M-4	1.35～1.50	M-4
			2.10～2.30	K-30
			2.40～3.10	K-32
	5.20～5.40	ヘルパー事例	5.20～5.40	ヘルパー事例
	5.50～6.10	M-19	5.50～6.10	M-19
	6.15～6.45	M-6	6.15～6.45	M-6
			7.30～7.50	M-49
	8.00～8.20	M-48	8.00～8.20	M-48
ST 収入 (月)	341 万円		484 万円 (差額:143 万円)	

経営面での採算については後述する。

なお、事例検討後の表のとおり巡回した場合、スケジュール的には目一杯であり、従事者から

は、「緊急時に対応できない」という話が聞かれた。将来これだけの件数が安定して確保できるようであれば、チームを増やすなどして対応できる可能性があるが、まずは訪問のプライオリティを検討していく必要があるだろう。

4) 事例検討で必要性を判断し、新たにケアを提供した事例について

K30

＜夜間の吸引を看護師が行うことにより、介護者である夫が熟睡できるようになり、
夫の社会参加が増え、社会的役割を取れるようになった例＞

■基本情報

性	: 女性	世帯	: 3 世代同居
年齢	: 70 歳	同居家族	: 6 人 (夫・子・子の妻・孫)
主傷病	: クモ膜下出血後遺	主介護者	: 子の妻
症		その他の介護者	: 夫
	高血圧	サービス	: 訪問介護 12 回/週
	てんかん		訪問入浴 1 回/週
要介護度	: 要介護 5		福祉用具貸与 居宅療養管理指導
日常生活自立度	: C 2	訪問看護	: 4 回/月
痴呆自立度	: IV		

処置の内容	: 吸引器, 経鼻栄養, 気管カニューレの管理
夜間必要な理由	: 夫の夜間の介護負担を軽減し、睡眠時間を確保する。本来なら訪問看護の回数は現状より多く導入されるような事例だが、嫁が看護師のため、現時点では訪問看護は週 1 回 (日中) のみである。
事例検討会の方針	: 深夜帯 2:20~2:40 に訪問する 訪問の目的 1. 症状の安定を図る 2. 吸引 (介護者の負担を軽減する)
夜間の看護・介護内容	: <看護> 吸引、室温チェック、ふとん調節、夫の状況把握、 痰の性状観察、 <介護> おむつ交換
アウトカム	: 夫の介護時間、夫の睡眠時間、夫の体調、

■夜間訪問看護導入後の経過

- ・夫の睡眠時間 : 増加
- ・夫の介護負担の変化 (夫からの聴取)
 - : 夜間の訪問看護が入り、最初の 2、3 日は、2:00 頃に気になって目が覚めていたが、1 週間たった頃には、隣の部屋の訪問に気づかないくらいぐっすり眠れるようになった。最も変わったことは、熟睡感。寝る前に、2:00 に起きなくてはというプレッシャーを感じていたことに、初めて気づいた。イライラ感がなくなった。
- ・夫の体調 : 改善
- ・その他 : 夜間熟睡できるようになり、夫の社会参加が増えた。表情も生き生きしてきた。
- ・モデル事業終了後の訪問希望
 - : 継続して利用を希望する。但し、町の特別給付がなければ、利用の継続は躊躇していたと。(5000 円の超過。自己負担が介護保険では 3500 点。)

図表 3- I -6. K30 氏のケアプラン

氏名 K30 氏

記入日 平成 年 月 日

実施日 平成 年 月 日

	深夜				早朝		午前		午後				夜間		深夜	
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22				
月		5				1				1						
火		5				1				1						
水		5				2				1						
木		5				1				1						
金		5				3 4				1						
土		5				1				1						
日		5				1				1						
備考																

□ ヘルパー訪問

■ 看護師訪問

〜〜 家族

▨ ペア訪問

▨ モデル事業開始後の看護師訪問

- ① オムツ交換、体交、部分清拭
- ② 訪問入浴
- ③ 全身清拭 (皮膚状態の観察)
- ④ バイタル・全身状態の観察
- ⑤ 吸引

その他

全身清拭 週1回

車椅子介助 (リクライニング) 1日1回

週単位以外のサービス

福祉用具貸与 (リクライニング車椅子)

居宅療養管理指導 (月1回)

緊急時訪問看護加算

＜独居の痴呆高齢者のストマからの漏便の原因を夜間の訪問看護でアセスメントし、対処することによって漏便を防ぐことができ、生活環境が改善した例＞

■基本情報

性	：女性	世帯	：独居
年齢	：80 歳	同居家族	：夫と娘がいるが、入所・入院中で不在
主傷病	：直腸癌術後 変形性脊椎症	主介護者	：長女
要介護度	：要支援	サービス	：訪問介護 4 回/週 通所介護 2 回/週
日常生活自立度	：J	訪問看護	：4 回/月
痴呆自立度	：Ⅱ		

処置の内容 Ⅱ：人工肛門

夜間必要な理由 Ⅱ：朝に訪問すると便まみれになっている。その原因（痴呆なのか精神症状なのか）をアセスメントする必要がある。脱水症状によるせん妄のために使いじりをしている可能性が考えられることから、水分摂取量を確認する必要があると考えた。調子が良いときは庭の草むしりをしていたというが、最近はほとんどの時間を床上で過ごしている。

事例検討会の方針 Ⅱ：訪問時間 深夜帯 2:40～3:10

訪問の目的 1. パウチのガス抜き 2. 水分補給、

夜間の看護・介護内容 Ⅱ：＜看護＞ストマ管理、スキンケア、問題行動の対処

＜介護＞更衣・整容、おむつ交換、

アウトカム Ⅱ：朝のパウチの状態、使いじりの有無、パウチの使用枚数、精神状態の観察、水分量

■夜間訪問看護導入後の経過

- ・水分量 Ⅱ：増加（およそ 600～1000ml）
- ・パウチの状態 Ⅱ：朝、便まみれとなっていたことが激減した。
- ・精神状態の観察 Ⅱ：痴呆はあると考えられるが、痴呆レベルは不明。コミュニケーションが成り立つこともある。他の精神的問題はないか、顕著な記憶障害などはないか、パウチの付け替え方を理解しているのか、今後も観察が必要。
- ・その他 Ⅱ：週 2 回通っている通所介護の施設職員によると、夜間の訪問看護を利用する前は、洋服に便がついていたことも多かったが、導入後はほとんどないとのこと。夜間の訪問看護を導入することにより生活環境が改善されたと言える。
- ・モデル事業終了後の訪問希望 Ⅱ：経済的理由から利用希望なし
- ・今後の検討事項 Ⅱ：夜間は訪問介護を利用することにより自己負担額を抑えられるかという点について検討する。また、グループホームなどの利用も検討する。

図表 3- I -7. K32 氏のケアプラン

氏名 K32 氏

記入日 平成 年 月 日

実施日 平成 年 月 日

	深夜				早朝		午前			午後			夜間		深夜
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22			
月		■ ②				□ ①②									
火		■ ②				□ ①②④	デイサービス				□ ④				
水		■ ②				□ ①②									
木		■ ②				□ ①②④	デイサービス				□ ④				
金		■ ②				■ ②③									
土		■ ②				□ ①②									
日		■ ②													
備考															

□ ヘルパー訪問

■ 看護師訪問

〜〜 家族

■ ペア訪問

■ モデル事業開始後の看護師訪問

- ① モーニングケア、清拭、更衣、シーツ交換、環境整備、ストマ装着介助
- ② ストマ、排便管理、皮膚のトラブル観察と対処
- ③ 食事のセッティングと介助、水分補給の準備
- ④ デイサービス送り出し・迎え

週単位以外のサービス
福祉用具貸与（車椅子、エアーマット）
家族介護指導

＜介護者との折り合いが悪く、介護者による水分摂取や排泄の介護を拒否していた例＞

■ 基本情報

性別	：女性	世帯	：3 世代同居
年齢	：69 歳	同居家族	：5 人（子・子の妻・孫）
主病名	：慢性関節リウマチ 神経因性膀胱	主介護者	：子の妻
		介護者の状況	：9 時～18 時の間に 介護者のいない時間が 4 時間以上
要介護度	：要介護 5	生計	：年金
日常生活自立度	：C	サービス	：訪問介護 5 回/週 通所介護 2 回/週 福祉用具貸与
痴呆自立度	：III	訪問看護	：4 回/月
		加算	：特別管理加算

夜間必要な理由 　　：朝の訪問では、おむつがいっぱいになっている状態。夜のおむつ交換ができていない可能性がある。水分も摂取できてない可能性がある。しかし、巡回ノートもなく、利用者の状況がつかめていない。水分摂取量、尿量を確認する必要がある。

事例検討会の方針 　　：訪問時間 準夜帯 23:10～23:20
1. 夜間の状況把握（身体状況、介護状況） 2. In-out チェック

夜間の看護・介護内容 　：＜看護＞病状の観察・判断、対象看護（精神症状）、
問題行動への対処（精神症状）

アウトカム 　　：＜介護＞おむつ交換、水分補給、更衣、
：本人・家族の生活状況、内服状況、水分量、食事量

■夜間訪問看護導入後の経過

- ・おむつの状態 　　：朝のおむつの尿量は減っている。介護者は 1 日 1 回はおむつを交換している様子。
- ・水分量 　　：水分がほとんど摂取できていない状況が確認できた。400～600ml 程度。
- ・精神状態 　　：表情がやわらかくなってきた。
- ・モデル事業終了後の訪問希望 　　：介護者が利用の継続を希望せず

図表 3- I -8. M47 氏のケアプラン

氏名 M47 氏

記入日 平成 15年 2月 1日

実施日 平成 15年 4月 1日

	深夜			早朝	午前			午後			夜間	深夜
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22
月					□ ①②③		～			～		■ ⑥
火					□ ①②③④		通所介護			～		■ ⑥
水					□ ①②③		■ ⑤	～		～		■ ⑥
木					□ ①②③④		通所介護			～		■ ⑥
金					□ ①②③		～			～		■ ⑥
土										～		■ ⑥
日										～		■ ⑥
備考												

□ ヘルパー訪問

■ 看護師訪問

～～～ 家族

■ ペア訪問

■ モデル事業開始後の看護師訪問

- ① モーニングケア
- ② 朝食介助
- ③ オムツ交換
- ④ デイサービス送り出し
- ⑤ バイタルサインチェック、一般状態の観察
創処置、オムツ交換
- ⑥ In-Outチェック、状態観察

週単位以外のサービス
福祉用具貸与(車椅子、エアーマット)
家族介護指導

<痛みのために頻回に救急車を呼んでいた独居利用者の例>

■基本情報

性	：女性	世帯	：独居
年齢	：72 歳	同居家族	：なし
主傷病	：脊柱管狭窄症 腰痛	主介護者	：なし
要介護度	：要介護 1	介護者の状況	：入院時には兄弟が付き添う
日常生活自立度	：J1	サービス	：訪問介護 3 回/週 緊急時通報システム 安否確認事業 移送サービス
痴呆自立度	：なし	訪問看護	：4 回/月

夜間必要な理由：脊椎間狭窄症のため腰痛がある。腰痛を訴え、夜間救急外来を受診することがある。不定愁訴が多い。痛みのコントロールができていないためか、独居によるさみしさによるものか、アセスメントが必要。訪問看護は入浴介助を行っている（腰痛があるため、背部の洗身介助を実施）。訴えが多いため、ヘルパーでは対処が困難な事例。話を聞いてくれる人がいれば訴えが減り、救急外来の受診が減るのではないか。

事例検討会の方針：訪問時間 準夜帯 20:30～20:50
 1. 痛みの原因をアセスメントし、不定愁訴が減る方法を見出す
 2. 介護保険とインフォーマルサービスのニーズを見極める
 3. 老人福祉センター「はなむすび」への参加を勧める（話を聞いてくれる場の確保）

夜間の看護・介護内容：＜看護＞血圧チェック、ホットパック（電子レンジ：自分でできる）
 ＜介護＞生活状態のアセスメント

アウトカム：不定愁訴、救急外来利用回数、日中外来利用回数、疼痛、睡眠時間（ベッドに入っている時間）、痛み止め使用回数、

■夜間訪問看護導入後の経過

・不定愁訴の内容・量

：身体症状の訴えは変化なし。痛みなどの身体的な症状を訴えることにより、家族が心配して訪問することを期待していることが推察される。最近の主訴は耳鳴り。受診して薬を処方されたが効果がないとの訴え。

・救急・日中外来利用回数

：過去 3 ヶ月では 2 回利用。夜間の訪問看護導入後に医師の治療方針が変わり、週 2 回点滴をするために受診するようになったことから、救急外来の利用はなくなった。

・外出：福祉バスにも乗っており、痛みを訴えていても外出はできている。近くのスーパー、病院、鍼灸院、役場、銀行にほぼ毎日外出している。（徒歩、タクシー、バスなど）シルバーカー利用。

・鎮痛剤使用量：ほぼ毎日ボルタレン坐薬 25mg～50mg 使用。（1～2 回）

・モデル事業終了後の訪問希望

：利用希望なし（本人の感想：腰痛があっても、夜間は訪問看護師の訪問により安心でき、3 ヶ月間は救急外来を利用せずに過ごせて自信がついた。）

・今後の検討事項

：夜間の訪問看護を継続する必要性が低く、不定愁訴への対応は巡回型の訪問看護では難しいということが判明した。

図表 3- I -9. K7 氏のケアプラン

氏名 K7 氏

記入日 平成 年 月 日

実施日 平成 年 月 日

	深夜				早朝		午前		午後				夜間				深夜	
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22						
月												①						
火												①						
水												①						
木												①						
金												①						
土												①						
日												①						
備考																		

□ ヘルパー訪問

■ 看護師訪問

~~~ 家族

■ ペア訪問

■ モデル事業開始後の看護師訪問

- ① 痛み、全身状態の観察
- ② 買い物、掃除、調理
- ③ 大きな買い物
- ④ 訪問入浴

週単位以外のサービス  
緊急時通報システム  
安否確認事業  
移送サービス

〔実際にケアを提供した事例についてのまとめ〕

事例「K30」では、夜間の吸引を夫が実施していたが、夫の睡眠時間が確保されずに体力の低下が見られたことや、夜間の訪問看護の利用によって介護負担の軽減が期待されたため、夜間の訪問看護を実施した。夜間の訪問看護の開始後、夫が熟睡できるようになり、社会参加が増え、表情が活き活きしていった。

事例「K32」では、毎朝ストマからの漏便があるため、寝具や衣服、家具等に便が付着するといった不衛生な状態が続いていた。本人には、痴呆様症状が見られ、本人に事情を尋ねるだけでは夜間の生活状況が分からず、漏便の原因を看護師がアセスメントするために夜間の訪問看護を開始した。その結果、夜間にパウチがガスで一杯になるため、漏便していたことが分かった。そこで、ガス抜きができるパウチに変更することで、漏便はほとんどなくなり、衛生状態を保てるようになった。

また、「K7」の事例から、不定愁訴のある利用者には、巡回型訪問看護では対応が難しいことが示された。

これらの事例から、夜間・早朝の訪問看護が必要な人に適切に提供されることの有用性が示唆されたと言える。現在の問題点として、このような医療ケアが必要な対象者についてアセスメントができるケアマネジャーが少ないため、訪問看護がケアプランに取り入れられないといった問題も指摘されている。今後は、訪問看護の有効性を利用者および関係職種に明示することや、ケアマネジャーの啓発を図ることが必要である。また、他の解決策として、医師の指示書や意見書に、夜間・早朝の訪問看護の必要性の明記を規定すること等も解決策として考えられよう。

## 5) 訪問看護の必要性アセスメントシートの開発

ケアプランは、介護保険制度により作成が義務づけられた。これは、利用者を主体にケアマネジャーが立案するものであるが、新しい試みであり、ケアマネジャーの知識やアセスメントのやり方が大きくサービス提供内容に反映される。看護職以外のケアマネジャーには、訪問看護の活用目的が理解され難く、訪問看護の単価が高いことも相まって、訪問看護が必要な利用者に利用されないという問題も生じている。

そこで、訪問看護が必要な利用者とはどのような属性、状態であるのかを明確にし、看護職以外のケアマネジャーであっても、訪問看護の必要性を利用者に説明できることが大切だと考えられる。ここでは、訪問看護が必要な利用者像を明らかにし、看護職以外のケアマネジャーであっても、その必要性をアセスメントできるツール開発を試みた。このアセスメントツールでは、訪問看護の必要性だけでなく、特に、夜間早朝の訪問看護の必要性が分かるようにしたい。

### (1) 対象および方法

A町内の公的機関の3ステーションの利用者91人について事例検討を行い、訪問看護が必要な理由と、特に、それが夜間・早朝に継続的に必要という理由（夜間・早朝の計画的な訪問看護の必要性）を明確にするように討議した。

次に、事例ごとに明らかにした訪問看護が必要な理由を、KJ法を参考にして整理した。まず、事例検討で挙げた、日中または夜間早朝に訪問看護が必要な理由を1項目毎にカードに記入し、項目をグループ分けした。さらに、グループ毎にタイトルを付け、グループ間の関係性や構造をチャート式に図式化した。検討や作業は、訪問看護の実践者、介護支援専門員と研究者で行った。

### (2) 結果および考察

事例検討で挙げた、日中または夜間早朝に訪問看護が必要な理由を1項目毎にカードに記入した結果、得られた項目は105項目となった。類似した項目があった場合はそれらを1枚にまとめ、59項目となった。それぞれの項目のグループ名を図表3-I-17に示す。

図表 3- I -10. 項目のグループ名と項目数

| グループ名  | (項目)<br>項目数 |
|--------|-------------|
| 疾患     | 17          |
| 医療処置   | 13          |
| 介護者    | 10          |
| 予防     | 10          |
| アセスメント | 9           |
| 計      | 59          |

分類項目の詳細は、下記の通りである。

- ・「疾患」に関する項目：「パーキンソン病」、「糖尿病」、「痴呆」、「精神疾患」、「脳血管疾患」、「脊椎損傷」等
- ・「医療処置」に関する項目：「喀痰・吸引」、「気管切開」、「ストーマ管理」、「褥瘡処置」、「中心静脈栄養」等
- ・「介護者」に関する項目：「夜間早朝に介護者が不在である」、「介護者が高齢（65 歳以上）である」、「介護者の介護負担が軽減する可能性がある」、「介護者の健康状態が良くない、もしくは悪化する可能性がある」等
- ・「予防」に関する項目：予防的に介入することで、疾病の悪化、事故の発生を防げる可能性がある。「リハビリ（機能維持）」、「心臓疾患患者等の入浴」
- ・「アセスメント」に関する項目：現行では情報不足であるが、看護職が医療・保健・看護の視点でアセスメントしたときに、解決できる可能性があり得るもの。「状態把握ができていない」または、「原因解明のためのアセスメントが必要」と表現した。

なお、「疾患」に関する項目は、疾患そのものというよりは、その病状や症状に拠って訪問看護の必要性が異なることから、「病状・症状」を基に項目を抽出した。

上記の項目について、訪問看護の実践者、介護支援専門員と研究者で検討しながら、グループ間の関係性や構造をチャート化した（図表 3- I -18）。

その結果、「チェック 1」では医療処置、服薬管理を、「チェック 2」では病状悪化の可能性・問題行動、「チェック 3」では予防的介入の可能性をそれぞれチェックすることによって、訪問看護の必要の有無をアセスメントする構成となった。

訪問看護が必要と判断された場合には、夜間早朝に特化して必要となる医療処置や内服、アセスメント、また、家族介護力を判断する項目を入れることによって、夜間早朝の訪問看護の必要性を査定することを意図している。

### （３）今後の課題と展望

今回作成したアセスメントシートは、第１段階に過ぎない。今後は、作成したアセスメントシートを更に事例に当てはめ、妥当性を高めていく必要がある。しかし、ケアマネジャーが訪問看護の必要性を認識出来る機会は少なく、このアセスメントシートが、ケアマネジャー、病棟看護師、ステーション看護師等に活用されることによって、必要な利用者に訪問看護を速やかに提供できることを願っている。

仮番号:

性別: (男・女)

年齢:

才

訪問看護開始日:

年

月

日

チェック1

|              |           |
|--------------|-----------|
| 服薬管理・医療処置がある |           |
| 酸素療法         | その他注射管理   |
| 気管切開         | 痛みのコントロール |
| 喀痰・吸引        | カテーテル管理   |
| 経管栄養         | ストーマ管理    |
| 中心静脈栄        | 褥創処置      |
| 点滴管理         | 服薬管理      |
| 血糖測定         | その他の処置    |
| インスリン注射      |           |
| その他 内容 ( )   |           |

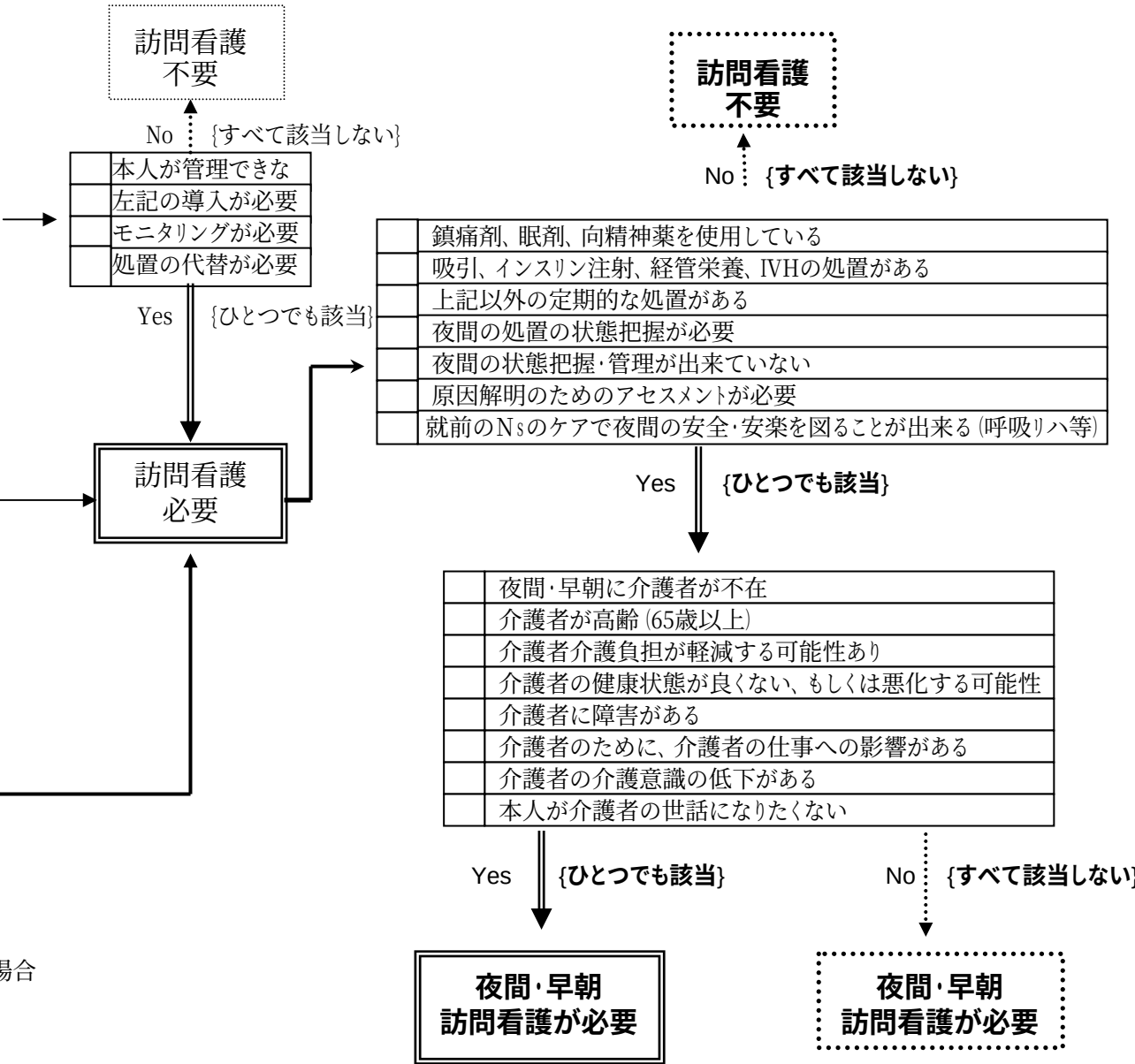
チェック2

|                  |         |
|------------------|---------|
| 病状悪化の可能性・問題行動がある |         |
| 脱水               | 痴呆様症状   |
| 病状悪化傾向           | 急激な体重減少 |
| ターミナル            | その他問題行動 |
| 不定愁訴             |         |
| その他 内容 ( )       |         |

チェック3

|                 |  |
|-----------------|--|
| 予防的介入が出来る可能性がある |  |
| リハビリ (機能維持)     |  |
| 入浴 (疾患のある人)     |  |
| その他             |  |
| その他 内容 ( )      |  |

上記のチェック1～3に、ひとつもチェックがつかない場合  
→訪問看護の必要なし



## 6) 費用面の効果（分析：公認会計士 平林素子）

夜間・早朝の連携体制をとった訪問看護ステーションの連携前後の経費比較

### （1） 収入<sup>＊</sup> 項目

訪問看護ステーションにおける収入項目は、いずれも訪問看護サービスの提供に伴って発生するので、すべて変動収入である。

#### ① 変動収入

サービスの提供に応じて増減する収入であり、ステーションA－1における変動収入の内訳は、利用料、介護報酬、医療保険（国民健康保険および社会保険）、モデル事業助成金、受託金（特別給付）などである。

##### ・利用料：

利用者が負担する介護保険の利用料である。一般には、介護保険利用上限内の一割と利用上限額を超えた全部について自己負担であるが、A町では、町が、それらの9割を負担するため、その残りの1割部分のみを個人が自己負担すればよい。A町では、この自己負担部分を利用料として計上している。ただし、このモデル事業にともなう自己負担部分は、研究費より支払うため利用料とはならず、モデル事業助成金として計上されている。

##### ・介護報酬：

介護保険から支払われる報酬である。

##### ・医療保険：

医療行為の範囲で行われた訪問看護サービスに対して、医療保険から支払われる報酬である。

##### ・受託金（特別給付）：

介護保険の利用限度額を超えた部分は、他の自治体では全額自己負担となるが、A町では、制度として、町がその9割を負担して支払っているものである。

##### ・モデル事業助成金：

モデル事業実施により増加する夜間・早朝の訪問看護報酬のうち、自己負担となる部分を、個人にかわって研究費より負担したものであり、モデル事業でなければ、本人が自己負担し、利用料に計上されるはずのものである。すなわち、今回のモデル事業においてのみ、収入として計上される性質のものである。

## (2) 支出項目（コスト）

訪問看護ステーションにおける支出項目は、サービスの提供に応じて増加する「変動支出（変動費）」と、一定のサービス提供量までは、サービス提供の量とは関係なく固定額発生する「固定費」に分けられる。

### ① 変動支出

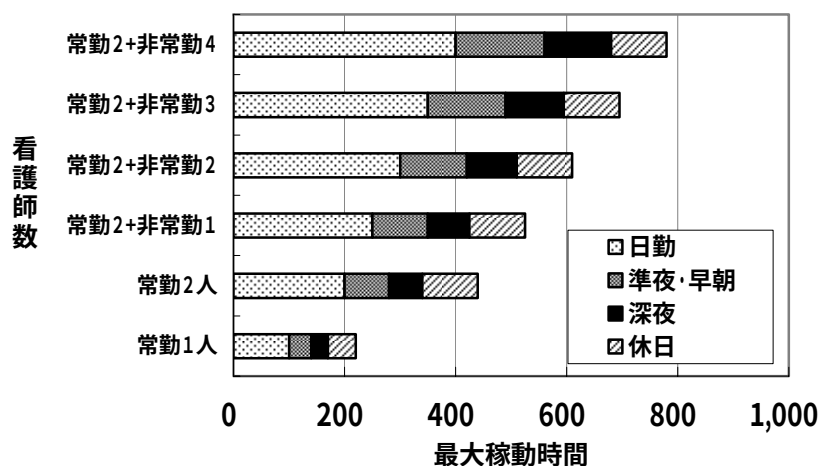
サービスの提供に応じて増減する支出で、内容は、人件費、事務費、事業費である。

・人件費：常勤・非常勤看護師の給与・手当、退職関係費用、法定福利費

ステーションA-1の看護師雇用単価は、日勤雇用の時間給1600円を基本に、労働基準法の定めにより、深夜勤の場合は1.5倍、準夜勤・休日出勤の場合は、その1.25倍となっている。なお、ステーションA-1の給与・手当は、「社会福祉法人A町社会福祉協議会給与規定」に基づいて支払われている。

なお、訪問看護ステーションを運営するためには、一定数は常勤看護師の数を維持しておく必要があるため、看護師の給与・手当、退職関係費用、法定福利費の一部は、固定費である。常勤看護師は、一月に、おおよそ日勤100時間、準夜勤40時間、深夜勤30時間、時間外（休日出勤）50時間をこなすが、時間調整や採用や解雇が難しく、一方、非常勤看護師は、時間調整や採用や解雇は容易であるが、長時間働けるわけではない。ここで、日勤、準夜勤、深夜勤は常勤の半分だけこなし、時間外は行わないという条件で、常勤1人及び2人の場合と常勤2人に非常勤を1人ずつ加えていった場合の最大稼働時間を示すと下のグラフのようになる。このうち、常勤看護師は、利用者の数が少なくなっても固定的に発生するので固定費の色彩が強く、非常勤看護師は、時間調整が容易であるため、変動費に近い。

図表 3- I -12. 常勤・非常勤看護師の稼働時間について





しかし、固定費部分と変動費（変動支出）部分の割合は、常勤看護師と非常勤看護師の人数や労働条件によってさまざまに変化し、分解が困難である。そのため、昼間の訪問看護を行っており、固定的な看護師はすでに存在している訪問看護ステーションにおける夜間訪問看護の追加に関するコスト分析を行っているこの報告書では、とりあえず、人件費を変動費（変動支出）の区分に入れて、趨勢を記述し、考察する。

- ・事務費：旅費交通費、消耗品費、水光熱費、通信費、研修費など

- ・事業費：損害保険料、修繕費など

## ② 固定費

一定のサービス提供量までは、サービスの提供量とは関係なく、固定額発生する費用であり、内容は、自動車の減価償却費、管理部職員の給料、ステーションの賃借料などである。

このステーションはA町が開設している公設施設であり、建物については、現在町との無償貸借契約により運営している。しかし、本来であれば事務所賃借料が必要であり、町内で 110 m<sup>2</sup>の事務所を借りるとすれば月間 15 万円は必要である。そのため、今回の経費分析では、ステーションの賃借料を月間 15 万円と設定して加えている。

## （３） 限界利益と事業利益

限界利益とは、変動収入から変動支出を差し引いたものである。少なくとも限界利益がプラスでなければ、サービスを提供するごとに赤字が膨らむので、そのサービスを継続的に提供することは不可能である。

事業利益とは、限界利益から固定費を差し引いた利益である。固定費が一定であれば、限界利益の増加に伴って事業利益も増加する。

---

＊通常の会計（介護保険、医療保険の準則）の用語は、「収益」「費用」という言葉を使うが社会福祉法人会計準則によるものであるため、「収入」「支出」を用いた。

(4) モデル事業実施前後の収支結果

図表 3- I -13. ステーションA-1における収支金額の推移

(単位:円)

|           | 6月        | 7月        | 8月        | 9月        | 10月       | 11月       |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| モデル事業助成金  | 0         | 0         | 0         | 112,881   | 88,270    | 83,897    |
| 受託金(特別給付) | 186,525   | 194,355   | 250,920   | 730,485   | 721,827   | 299,979   |
| 利用料       | 265,034   | 293,410   | 292,924   | 282,643   | 342,645   | 273,715   |
| 介護報酬      | 1,618,701 | 1,966,640 | 1,613,772 | 1,820,592 | 2,028,835 | 2,647,986 |
| 医療保険国保    | 746,990   | 742,910   | 869,370   | 866,770   | 738,170   | 825,380   |
| 医療保険社保    | 327,850   | 247,400   | 395,000   | 655,985   | 492,620   | 705,140   |
| 変動収入計     | 3,145,100 | 3,444,715 | 3,421,986 | 4,469,356 | 4,412,367 | 4,836,097 |
|           |           |           |           |           |           |           |
| 人件費支出     | 2,973,010 | 2,404,911 | 2,705,276 | 2,872,019 | 2,785,579 | 2,379,340 |
| 事務費支出     | 195,913   | 240,050   | 266,060   | 474,616   | 264,696   | 119,005   |
| 事業費支出     | 220,238   | 150,074   | 138,987   | 104,041   | 63,001    | 141,614   |
| 変動支出計     | 3,389,161 | 2,795,035 | 3,110,323 | 3,450,676 | 3,113,276 | 2,639,959 |
|           |           |           |           |           |           |           |
| 限界利益      | -244,061  | 649,680   | 311,663   | 1,018,680 | 1,299,091 | 2,196,138 |
|           |           |           |           |           |           |           |
| 固定費計      | 331,725   | 331,725   | 331,725   | 331,725   | 331,725   | 331,725   |
|           |           |           |           |           |           |           |
| 事業利益      | -575,786  | 317,955   | -20,062   | 686,955   | 967,366   | 1,864,413 |

図表 3- I -14. 固定費の内訳

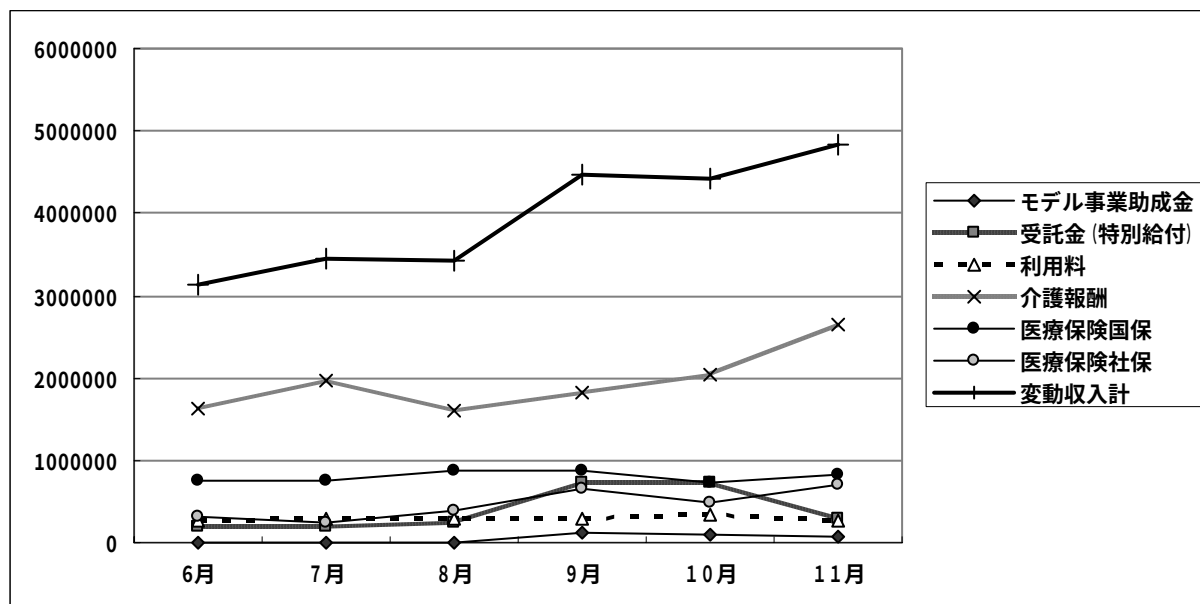
(単位:円)

|           | 6月      | 7月      | 8月      | 9月      | 10月     | 11月     |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 軽自動車減価償却費 | 34,607  | 34,607  | 34,607  | 34,607  | 34,607  | 34,607  |
| 事務職員賃金    | 130,000 | 130,000 | 130,000 | 130,000 | 130,000 | 130,000 |
| 事務職員法定福利費 | 17,118  | 17,118  | 17,118  | 17,118  | 17,118  | 17,118  |
| 賃借料       | 150,000 | 150,000 | 150,000 | 150,000 | 150,000 | 150,000 |
| 固定費合計     | 331,725 | 331,725 | 331,725 | 331,725 | 331,725 | 331,725 |

## ① 変動収入の推移

図表 3- I -15. 変動収入の推移

(単位:円)



### ・利用料：

このモデル事業では、モデル事業実施のために介護保険の限度額を超過した分の自己負担分については研究費より支払い、モデル事業助成金収入として計上しているため、モデル事業期間の9月～11月にも、ステーションにおける利用料の収入増加傾向はない。

### ・介護報酬：

モデルとなった利用者の介護保険から支払われる部分が、モデル事業期間に、明らかに増加している。

### ・医療保険：

パーキンソン病による適用者があったため、モデル事業期間（10月は入院したため、夜間訪問看護サービスは中断）は、医療保険（社保）収入も増加している。

### ・モデル事業による助成金収入：

モデル事業実施により発生するものであるため、モデル事業期間にのみ発生している。（モデル事業でなければ、本人が自己負担し、利用料収入に計上されるはずのものである）

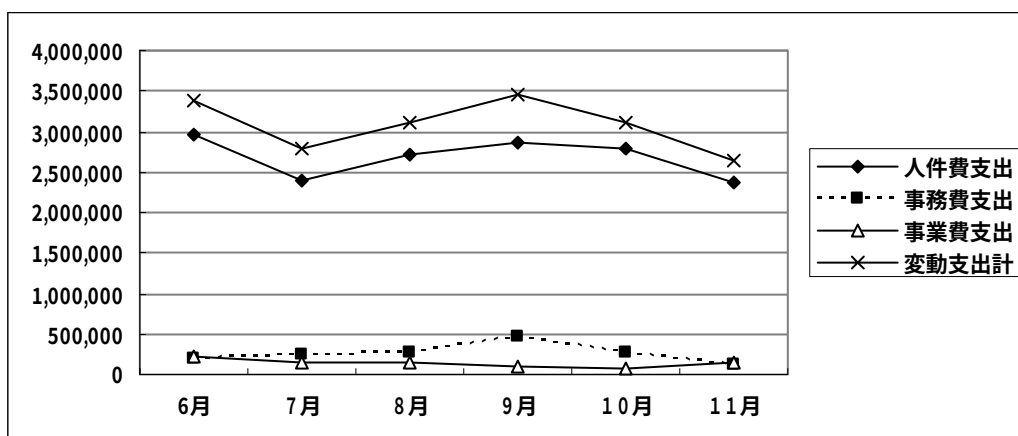
### ・受託金収入：

モデル事業実施により利用限度額を超過する分が増加し、町が負担する部分も増加したため、9月～11月の期間に増加している。

## ② 変動支出の推移

図表 3- I -16. 変動支出の推移

(単位:円)



変動支出の大部分は看護師（訪問スタッフ）の人件費である。

この、ステーションA-1では、モデル事業が開始される以前から夜間にも看護師とヘルパーがステーションにおり、必要な人には、計画的に夜間の訪問を行う24時間サービスを行っていたため、夜間訪問看護サービスのモデル事業を始めても人件費支出の増加が殆どなく、変動支出が大きくは変わらなかった。なお、ステーションA-1におけるモデル事業では、深夜勤務をこなしたのは、主に常勤看護師であった。

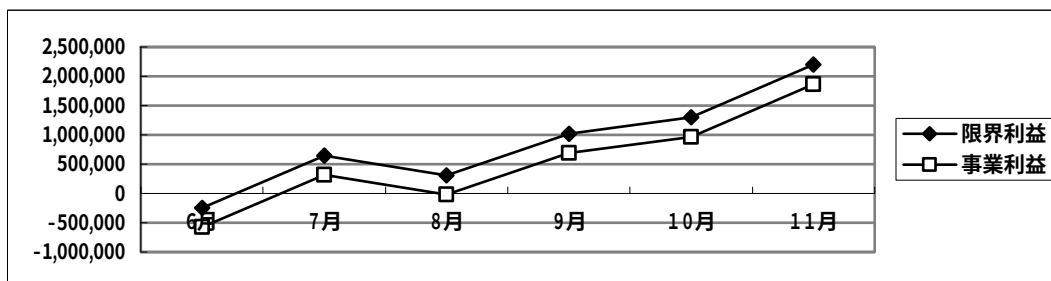
### ③ 固定費の推移

人件費でも事務職の給料のように訪問看護の回数とは関係のないコスト、自動車の減価償却費、ステーションの賃借料は一定であり、変化しなかった。

### ④ 限界利益と事業利益の推移

図表 3- I -17. 限界利益及び事業利益の推移

(単位:円)



今回の夜間訪問看護サービスモデル事業は収入の増加をもたらした。

2003年の7月以降、限界利益はプラスであったが、モデル事業による夜間訪問看護サービスを提供するにつれて、限界利益がさらに増加した。これは、看護師の稼働率が上がったた

めである。

事業利益とは、限界利益から固定費を差し引いた利益である。固定費は一定であるから、限界利益の増加に伴って事業利益も増加し、モデル事業を開始した 9 月以降、マイナスからプラスに、つまり、赤字から黒字に大きく転じた。

#### (5) 新たに夜間・早朝の訪問看護サービスを開始する場合の損益分岐点についての考察

今まで夜間・早朝の訪問看護サービスを行っていなかった訪問看護ステーションが、新たに夜間・早朝の訪問看護サービスを開始する場合には、新しく賃借料や車両の減価償却費などの固定費が発生することはないが、看護師を増員しなければならない。そのため、そのコストを上回る訪問看護収入がなければ限界利益がマイナスとなり、サービスを続けられないことになる。

そこで、以下では、i) 常勤看護師を 1 人増員してローテーションを組み直すことにより対応する場合 ii)夜間訪問のための非常勤看護師を 2 人増員して対応する場合 の二つのケースを例として、それぞれの場合の損益分岐点を求める。実際のステーションの運営では、このどちらかではなく、組み合わせて運営されると考えられる。

なお、ステーション A-1 の賃金単価は、他の一般的なステーションと比べて安価であるため、ほかのステーションにおける損益分岐点の訪問数を計算する際には、対象となるステーションの賃金単価を用いる必要がある。また、職員の採用の仕方によっては各種保険のための費用などが別途必要となる。

##### i) 常勤看護師を 1 人増員してローテーションを組み直すことにより対応する場合

夜間・早朝の訪問看護サービスを開始するために、一人の常勤看護師を増やす場合は、ステーション A-1 の平均を使うと、一月に約 50 万円の人件費が増加する。便宜上、この人が、昼間 (1/2)、準夜・早朝 (1/4)、深夜 (1/4) のような時間配分で働いたとすると、この人の人件費は、昼間分、25 万円、準夜・早朝分 12.5 万円、深夜分 12.5 万円である。

一方、訪問看護サービスの単価は、30 分訪問を例に使うと、昼間は 4,250 円、準夜・早朝は昼間の 25%加算で 5,310 円であり、深夜は、昼間の 50%加算で 6,380 円である。従って、この人は、少なくとも、昼間 59 件 (250,000 円 / 4,250 円)、準夜・早朝 24 件 (125,000 円 / 5,310 円)、深夜 20 件 (125,000 円 / 6,380 円) 以上の 30 分訪問をこなさなければ限界利益がマイナスになることになる。つまり、常勤看護師 1 人を増やすためには、一月に、それだけの訪問数の増加が必要なのである。(なお、昼間の訪問を 60 分訪問として計算した場合、昼間の必要件数は 30 件 (250,000 円 / 8,300 円) となる。)

一人の看護師が一月に 20 日働くとして、これら訪問件数を一日分に換算すると、準夜・早

朝帯には 5 件（24 件 / 5 日）、深夜帯には 4 件（20 件 / 5 日）の訪問が必要となり、一晩には最低でも合計 9 件の訪問が必要となる。

ii) 夜間・早朝訪問を新たに開始するため、非常勤看護師を増員して対応する場合

ステーション A-1 における看護師の時間給、30 分あたりの単価、30 分あたりの訪問報酬を示すと、次ページの表のとおりである。そのため、昼間のみの訪問看護サービスを行っているステーションが、看護師 2 人の体制で夜間・早朝のサービスを始めるとすれば、そのステーションの必要訪問利用者数は下のような計算になる（図表 3- I -16）。

**図表 3- I -18.**

**ステーション A-1 における看護師の時間給、30 分あたりの単価、30 分あたりの訪問報酬**

| 時間帯*               | 早朝        | 昼間         | 準夜          | 深夜         |
|--------------------|-----------|------------|-------------|------------|
|                    | 6:00~8:30 | 8:30~17:00 | 17:00~22:30 | 22:00~6:00 |
| 看護師の時間給（平日）        | 1600 円    | 1600 円     | 2000 円      | 2400 円     |
| 看護師の 30 分あたり単価     | 800 円     | 800 円      | 1000 円      | 1200 円     |
| 看護師 2 人の 30 分あたり単価 | 1600 円    | 1600 円     | 2000 円      | 2400 円     |
| 30 分の訪問報酬          | 5310 円    | 4250 円     | 5310 円      | 6380 円     |

\*実際の稼働時間は上記とは多少異なる。

30 分訪問の限界利益（変動収入－変動支出）は、早朝では、2,650 円（4,250 円－1,600 円）、準夜では、3,310 円（5,310 円－2,000 円）、深夜では、3,980 円（6,380 円－2,400 円）である。また、昼間の訪問看護を行っているステーションであれば、新たに発生する固定費は無いとみなし得るため、夜間・早朝訪問を開始すると、限界利益がそのまま、訪問看護ステーションの経営に寄与することになる。

しかし、夜間訪問看護サービスを開始して、夜間・早朝に一件訪問するためにも、非常勤看護師でも、30 分だけ雇用することはできず、夜間・早朝の時間帯のすべてを雇用していなければならない。また、ステーションが夜間・早朝の訪問体制を維持するためには、たとえ訪問がなかったとしても、必ず看護師を配置しておく必要があり、この看護師の人件費は固定的に必要となる。そうすると、一夜間・早朝あたりの看護師のコストは、68,400 円（1,600 円×2.5 時間×2 人+2,000 円×5.5 時間×2 人+2,400 円×8 時間×2 人）となり、30 分訪問で、利益をプラスに保つためには、最も訪問単価の大きい深夜の訪問で計算しても、最低 11 件（68,400 円 / 6,380 円）の訪問が必要となる。準夜や早朝の 30 分訪問であれば、深夜よりも訪問報酬が小さいため、それ以上の訪問件数をこなさなければ、ステーションの経営上、マイナスになることになる。なお、それに加えて、非常勤の職員に対しても各種保険などの

費用が別途かかることを考慮しなければならない。

ただし、今回は便宜上看護師二人一組として算出したが、本来は看護師とヘルパー（もしくはドライバー）がペアで訪問することが費用的にみて効率がよい。ただしヘルパーが同行訪問する際には、その雇用主体や利用者との契約の有無により費用が支払われないこともあるため、訪問看護ステーションとして介護職を雇用できるような制度にすることが望まれる。

## （６） 質の高い訪問看護サービスが、利用者に提供されるための提言

### ① 規模の利益の獲得

一般に、経営には規模の利益がある。規模の利益とは、大きな規模で事業を行えば行うほど、単位当たりのコストが安くあがるという効果である。規模の利益がある理由は、サービス提供量が増え、収入が増えても、サービス提供量に比例して増加するわけではない費用があること、すなわち固定費が一定だからである。

わが国で強いと言われる自動車産業やエレクトロニクス産業はその典型的な例であるが、サービス産業でも大規模に事業を行うことによって、いきとどいた質の良いサービスを安価に提供している（警備会社、運送会社、人材派遣会社などの一部が例に挙げられる）。

ステーションA-1の例からわかるように、訪問看護ステーションも、一般企業と同様に、サービス提供の規模が大きくなるほど、単位あたりのコストが下がり、経営が安定化する。従って、「規模の拡大」は、訪問看護・介護サービスに、質の良いサービスを低コストで提供していくための有力なツールともなる。

規模が大きければ、潜在的ニーズの発掘も容易である。

規模の利益を追求する方法にはいろいろあるが、典型的な例を挙げると、支店方式、フランチャイズ方式、独立型連携方式などがあり、下のような特性を持っている。

#### i) 支店方式

一つの法人による同一の体制をとりつつ、地域に分散した訪問看護ステーションを持って経営する方法。一般企業の多くがこの方式をとっている。規模の利益を追求できるとともに、各支店における経営、サービスの同質化を徹底することができるが、地域の特性に応じた臨機応変なサービス体制や人事規定は作りにくい。

そのため、支店方式は、訪問看護ステーションの場合、全国展開をしている法人の各地域の支店としてよりも、利用者の家が散在しており交通が不便であるなどの地域の実情により効率的な訪問看護事業を行うことが困難な状況にある地域で、主たる事業所の一体的運営のもとに出張所を設置し、「サテライト方式のステーション」として運営することが認められている。

ii) フランチャイズ方式

地域に分散したそれぞれの訪問看護ステーションを、別の経営者が独立的に経営しながら、同一の経営手法、サービスマニュアルなどを提供することによってサービスに一定の質を確保し、また、調達やマーケティングを協調して行うことによって、規模の利益を出すもの。

iii) 独立型連携方式

それぞれが独立した訪問看護ステーションでありながら、夜間の訪問看護など特別のサービスにおいてのみ連携するもの。それぞれのステーションの経営は今までどおり経営者の自由でありながら、必要なところのみ規模の利益を追求できるが、どちらのステーションの責任にもできない狭間の部分が生じやすい、ステーションによるサービスの質の差が解消できないという欠点がある。

訪問看護ステーションも、一般企業と同様に、サービス提供の規模が大きくなるほど単位あたりのコストが下がり経営が安定化する。そのため、規模の利益の獲得は、質の良い訪問看護・介護サービスを、低コストで効率よく提供していくために不可欠である。

② 看護師の人件費と質の向上について

そもそも、訪問看護や介護などの福祉サービスは、雇用吸収力が高く、労働集約型の産業である。そのため人件費がコストの大部分を占めており、訪問看護ステーションの経営は、人件費支出の多少によって大きな影響を受けている。

しかし、質の高いサービスを維持するためには、研修を積んだ意識の高いプロフェッショナルが、生計をたて、誇りを持って働けるだけの給料、賃金を支払うことが、制度の維持のために必要不可欠であり、人件費を削減しさえすれば経営の問題が解決するわけではない。

ステーションA-1の人件費は、下の図表 3-I-16 のように設定されている。そして、休日、夜間のサービスは、労働基準法の定めにより、昼間のサービスよりも、人件費の単価が25-50%高くなっているのである。

図表 3-I-19. ステーションA-1における看護師の人件費 (単位:円)

| 時間帯     | 日勤     | 準夜     | 深夜     | 早朝     | 休日     |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 時間あたり単価 | 1600 円 | 2000 円 | 2400 円 | 1600 円 | 2000 円 |



この時間給で、仮に、ある看護師が、一般の労働者と同じように、一日 8 時間の日勤のみで月に 22 日間働いたとすれば、その看護師の月収は、281,600 円、年収は、年に 4 ヶ月分の賞与があったとしても、経営側の支払人件費が 4,505,600 円である。この金額は、他産業の一般企業に勤める男性社員と比較して、20 代であれば少し高めであるが、30 代前半であれば何とか同等で、30 代後半以降であれば、かなり安いと言わざるを得ない。

この 1 時間あたりの人件費は、他の一般労働と比較して遜色がなく、看護師というプロフェッショナルリティーを評価するものでなければ、看護職に良い人材が集まらない。従って、看護師も、熟練度、経験度によってランクをつけ、時間単価を変えるなどの工夫が必要であろう。

## 7) 連携体制構築の際のポイント

24 時間の訪問看護体制をとる際には、一人の利用者に複数のスタッフがかかわるため、確かな情報の授受が必要である。ましてや複数のステーションが連携体制を構築する際には、情報の速やかな伝達が重要であることは言うまでもない。

### (1) 以前より 24 時間訪問看護体制を実施しているステーション A-1 が行っていたこと

#### ① マニュアル作成

各ケースに自宅までの地図、迷わないように各ポイントでの写真撮影、駐車場の撮影を行いマニュアルに貼り付けていた。これは、非常勤職員の中には夜勤のみ出勤してくる職員もあり、どうしても事前訪問が困難な場合が多いので写真撮影は有効であり、毎回この方法をとっていた。また、事前に集まれる職員には集まってもらい、事前の訪問を行っていた。

次に、ケア時の物品配置やゴミの捨て方や湯の取り方、捨て方などについては、入り口からの見取り図を書き、そこへイラストとともに写真撮影したものを貼り付け、一目でわかるようにして、注意書きを書き込んでいた。これも上記の理由と同様に初めて訪問した職員が困らないようにする為、このステーションが開設当初から行っている方法であった。

これらにより、スタッフは効率的に訪問看護を実施できていた。

### (2) ステーション間の情報の流通のために、今回ステーション A-1 が実施したこと

#### ① 訪問目的とケア内容の周知と記録用紙の整備

カンファレンスで話し合った内容を基に、訪問目的やケア内容について、職員へ伝達した。観察項目の漏れがおこらないように観察ポイントが組み込まれた記録用紙を整備し、この記録用紙を他ステーションと一部共有し、この記録用紙を F A X 送信し合うことで情報を共有した。ケースによって毎日送信するケースと 1 週間に 1 度まとめて送信するケースとに分けた。

#### ② 申し送り

申し送りの内容は、夜間のケースの状態が中心だった。そのほか、家族へ伝えてほしい内容や物品の整備などについてはケアマネジャーへ直接電話をする方法をとった。夜間、状態が急変したときや早急に伝えておきたい内容も直接電話をかけて報告をいれた。他事業所の介護職員への連絡もケアマネジャーを通して行なった。

### (3) 他のステーションと夜間・早朝に連携体制を組むことによって新たに発生した問題

#### ①巡回ノートの不備

今までステーションA-1では巡回ノートを使用していたが、今回、他のステーションの利用者宅には巡回ノートが無かったために、日中の状態把握が難しかった。介護職、看護職、家族が共有できる記録を自宅に置き、一目で一日の流れや食事や水分量、排泄の回数などがわかるようにしておけば、情報収集がよりスムーズであったと思われる。

#### ②日中訪問を行わないことによる物品の準備不足、状態把握の不足

ステーションA-1では、通常夜間の巡回型訪問看護を行う場合、週に1回は日中に訪問して状態観察を行い家族とのコミュニケーションを図る。これにより全体の把握ができることが多く、また、日中入ることで夜間の訪問を想定した物品の整備などを行っていた。今回はこの日中訪問が無かったために、これらのことができなかった。

その利用者の主ステーションではないという遠慮もあり、物品配置などの不自由さを感じていながらも、提案していくことが出来なかった。このことが訪問時間が延びる一つの原因でもあったと思われる。

これらの問題を解決するためには、細かな打ち合わせや状態についての事前のカンファレンスを密に行う必要があった。夜のみ訪問に入る事を想定した情報収集の方法について、踏み込んだ検討が必要であった。

#### ③緊急時の訪問について

緊急時訪問については、「どちらのステーションが行くべきか？」について、当初はスタッフの中にも戸惑いがあったが、これはステーション同士が話し合い、利用者の主ステーション（加算している方）が訪問すると取り決め、スタッフに示すことで解決した。

### (4) 他の訪問看護ステーションと連携体制をとる際のポイント

情報の流通が重要であり、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）。
- ④ 一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、実施内容の伝達の方法の検討、および徹底。
- 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

## 4. まとめおよび提言

### 連携体制の提言 一 夜間・早朝に効率的に訪問看護を提供するために一

療養生活は 24 時間続いている。これを支援するための訪問看護は日中のみならず夜間・早朝にも必要である。社会的なコストを考えれば、訪問看護はなるべく日中に行うのが望ましい。しかし中には、夜間・早朝に訪問看護を必要とする人が存在する。たとえば、夜間・早朝に医療的処置やターミナルケアの実施、アセスメント、家族の介護負担軽減などの必要性がある場合や、症状が悪化した場合などに、訪問看護は特に必要とされる。

今回のモデル事業において各ステーションの全利用者について事例検討した結果、夜間・早朝に計画的な訪問看護を必要とする利用者の割合は、日中の訪問看護利用者の約 3 割程度であり、実際に利用に結びついたのは 1 割強であった。わが国のステーションの平均利用者数は 50 人程度であることから、夜間・早朝の訪問看護利用者は 5 人程度であろうと思われる。しかし費用分析からは夜間・早朝の訪問体制を経営的に維持するために、最低でも一晩に 9 件の訪問が必要であった。つまり、小規模なステーションの多いわが国では、一般的なステーションが単独で夜間・早朝の訪問看護を提供するのは効率が悪いといえる。

そこで、夜間・早朝には複数のステーションが連携する体制を提言する。これは、夜間・早朝の計画的訪問看護について、同じ地域にある複数のステーションが連携して対象者を共有し、集約したニーズを 1 ヶ所のステーションが実施するものである。これにより、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訪問看護を提供することができる。

### 連携体制の基本

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うが、夜間・早朝の計画的訪問看護は 1 つのステーションが訪問を実施し、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う。

### 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、

- ・ 日中の訪問看護は担当ステーションが行い、夜間・早朝の計画的訪問看護は連携ステーションが行う。
- ・ 夜間・早朝の計画的訪問看護の対象者以外には、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、担当ステーションのみならず、連携ステーションにも必要となる。
- ・ 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。

### **連携体制構築時のポイント**

情報の流通が重要であり、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）。
- ④ 一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、実施内容の伝達の方法の検討、および徹底。
- 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（緊急対応など）。

### **現行での制度上の問題点**

医療保険では、難病などの場合以外は1日に複数のステーションが訪問することが認められていないため、収入にならない。

また、深夜帯には、訪問の効率性と安全性の面から看護職と介護職が同行訪問することが望ましいが、現行ではステーションで介護職を雇用することはできず、体制をとりにくい。

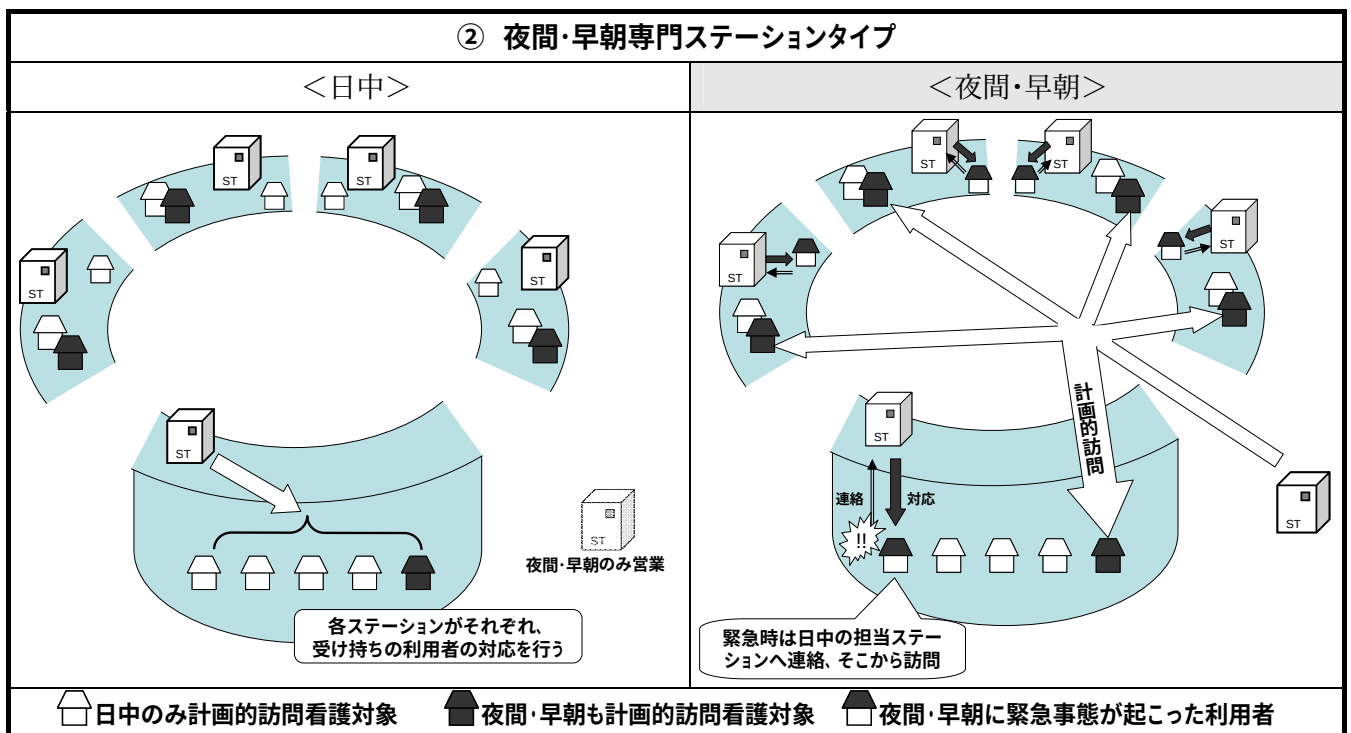
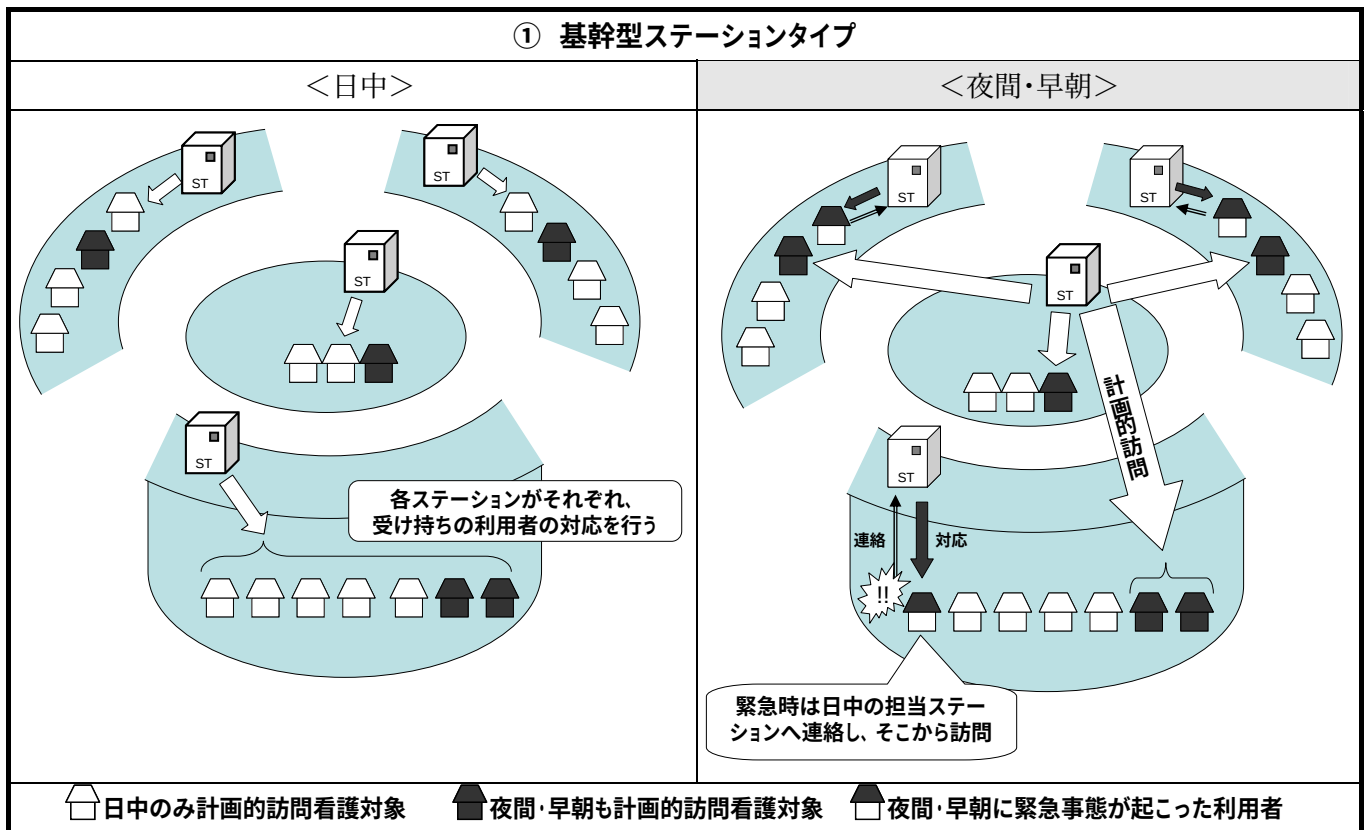
**提言するモデル：訪問看護ステーションの夜間・早朝連携体制**

- 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
  - ・独立タイプ
  - ・共働タイプ

**<各モデルの特徴>**

| モデル                  |    | 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                                                                     |
| 概略                   |    | 基幹型ステーションを設置し、そこから夜間・早朝の計画的訪問を行う。            | 新たに夜間・早朝専門のステーションを立ち上げ、そこから夜間・早朝の計画的訪問を行う。 | 複数のステーションが協力して夜間・早朝専門の基地を持ち、そこから夜間・早朝の計画的訪問を行う。共働するステーションが持ち回りでスタッフを提供する。 |
| 地域の適用要件              |    | 公的機関など、基幹型ステーションの役割を担うべき、中核となるステーションが存在。     | 同じ地区内に、小規模のステーションが複数存在。                    |                                                                           |
| 連携ステーションの要件          |    | 24 時間運営。24 時間訪問を維持できるだけのスタッフを確保している。         | 夜間・早朝のみ営業。夜間・早朝に訪問できるスタッフが確保されている。         | 夜間・早朝のみ営業し、連携するステーションのスタッフが訪問に参画するため、十分な共通認識と協力が必要。                       |
| 連携ステーションにとっての特徴      | 利点 | 日中の訪問看護を行っているため設備投資が最小限で済み、ランニングコストのみで運営できる。 | 夜間・早朝のみの営業なので交代勤務制をとらずに済み、スタッフを確保しやすい。     | 連携しているステーションの所属スタッフが夜間の訪問を行うため、スタッフを確保しやすい。                               |
|                      | 難点 | 24 時間の運営が必要なのでスタッフの確保が困難。                    | 立ち上げに設備投資が必要。                              |                                                                           |
| 連携している各ステーションにとっての特徴 | 利点 | 夜間・早朝に計画的訪問看護が必要な利用者に、負担なく提供できる。             | 夜間・早朝に計画的訪問看護が必要な利用者に、負担なく提供できる。           | 夜間の利用者の状況を各ステーションのスタッフが自ら確認できる。                                           |
|                      | 難点 | 夜間・早朝の緊急対応は、行う必要がある。                         | 夜間・早朝の緊急対応は、行う必要がある。                       | 各ステーションのスタッフが夜勤をする必要があり、日中の運営に支障が出る可能性がある。夜間・早朝の緊急対応も必要。                  |
| 利用者にとっての特徴           | 利点 | 夜間・早朝でも気兼ねなく訪問看護を受けることができる                   |                                            |                                                                           |
|                      | 難点 | 昼と夜間・早朝で訪問者が異なる。なじみのないNsが訪問することがある。          | 昼と夜間・早朝で訪問者が異なる。なじみのないNsが訪問することがある。        | 他のステーションのNsが交代で訪問するため、なじみのないNsが訪問する確率が高い。                                 |

＜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＞





## Ⅱ. 同一法人による夜間・早朝連携型訪問看護ステーションでの体制の構築とそのポイント

B 法人の訪問看護ステーションは、自分が望むところで生き、そして望むところで死んでいけるようにすることを実現できる地域を目指し、1994 年より 24 時間訪問看護・介護サービス提供体制を実施してきた。同一法人の連携型訪問看護ステーションの先駆けとして発展してきたが、介護保険、支援費制度の施行により新たな問題も起こってきている。

ここでは、同一法人による連携型訪問看護ステーションの、体制の現状と課題、体制構築のポイント、制度上の問題点について考え、今後、訪問看護ステーションが夜間・早朝の訪問で連携体制を組んでいく時の素材にしたい。

### 1. 目的

- 1) 同一法人による訪問看護ステーションの夜間・早朝の連携体制の特徴を明らかにする
- 2) における夜間・早朝の訪問看護利用者の特徴を明らかにする
- 3) 夜間・早朝の訪問看護を実施する上で障害となる制度上の問題点を検討する

### 2. 方法

- 1) 同一法人の複数の訪問看護ステーションで実施する 24 時間訪問看護の体制上の特徴と現状を記述した。
- 2) 平成 15 年 3 月の夜間・早朝の訪問看護の利用者について、利用者の属性、時間帯別の医療処置、看護内容等を調査・転記した。
- 3) 夜間・早朝に訪問看護を利用している典型的な事例を取り上げ、看護の必要性を検討する。同時に、介護保険制度、医療保険制度、支援費制度等に関して、夜間・早朝の訪問看護を実施する上で障害となる制度上の問題や制限を検討した。

### 3. 結果

- 1) 同一法人による訪問看護ステーションの夜間・早朝の連携体制の特徴

#### (1) B 地域の概況

B 地域は都内某区の地域で、川に囲まれて島のようになっている、楕円形をした地域である。

人口 6 万 8 千人、高齢者人口比率は 20.7%（全国 18.0%，厚生統計要覧 2001）と高い地域である。65 歳以上人口が 1 万 3 千人、都心の住宅地・商業地域であり、狭い地域ながら若い人が多い地区と高齢者が多い地区が混在している。

## （２）医療・福祉の状況

B 地域にある医療・福祉施設は、病院 9 か所、開業医（診療所）66 か所、老人保健施設 1 か所、訪問介護事業所 12 か所、訪問看護ステーション 4 か所、デイサービス事業所 9 か所、デイケア事業所 2 か所である。

他の周辺地域に比べ後期高齢化率が 9.14%（区全体 6.18%）と高いにも拘らず、特別養護老人ホームが 1 か所もない。

## （３）B 法人の 3 か所の訪問看護ステーションの特徴と現状

設置主体：医療法人

同一法人の設置施設：病院、介護老人保健施設、無床診療所、在宅介護支援センター

併設施設：居宅介護支援事業所

図表 3- II -1. ステーションの概要および利用者状況

\*平成 15 年 7 月 1 ヶ月間の状況

| ステーション          | B-1               | B-2              | B-3               | 合計                 |
|-----------------|-------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| 開設年月            | 平成 4 年 5 月        | 平成 5 年 11 月      | 平成 12 年 8 月       | －                  |
| 従業員数*<br>(看護師)  | 常勤 9 人<br>非常勤 7 人 | 常勤 8 人           | 常勤 5 人<br>非常勤 2 人 | 常勤 21 人<br>非常勤 9 人 |
| 利用者数            |                   |                  |                   |                    |
| 介護保険*<br>(訪問回数) | 92 人<br>(549 回)   | 108 人<br>(446 回) | 76 人<br>(342 回)   | 276 人<br>(1337 回)  |
| 医療保険*<br>(訪問回数) | 42 人<br>(331 回)   | 35 人<br>(290 回)  | 5 人<br>(93 回)     | 82 人<br>(714 回)    |
| 合計              | 134 名<br>(880 回)  | 143 名<br>(736 回) | 81 名<br>(435 回)   | 358 名<br>(2051 回)  |

図表 3- II -2. 夜間・早朝の訪問状況

\*平成 15 年 7 月 1 ヶ月間の状況

|                     | B-1        | B-2        | B-3      | 合計         |
|---------------------|------------|------------|----------|------------|
| 訪問人数(うち計画的訪問対象者数)*  | 17人(6人)    | 35人(3人)    | 1人(1人)   | 53人(10人)   |
| 訪問延回数(うち計画的訪問の延回数)* | 210回(181回) | 197回(186回) | 27回(27回) | 434回(394回) |
| 電話対応回数(うち臨時訪問対応回数)  | 33回(18回)   | 28回(14回)   | 13回(3回)  | 74回(35回)   |

#### (4) 24 時間訪問看護・介護サービス提供体制

＜体制の概要＞（図表 3- II -3, 図表 3- II -4）

B 訪問看護ステーションは、自分が望むところで生き、そして望むところで死んでいけるようにすることを実現できる地域を目指し、1994 年より 24 時間訪問看護・介護サービス提供体制を実施してきた。

3 つのステーションとも緊急時訪問看護加算、24 時間連絡体制加算の届出を行っている。平日・日中は 3 つの訪問看護ステーションの看護師が各地区を担当し、訪問している。訪問は、自転車で片道 3 分から 20 分までの近距離が多く、この地域の住民であれば、どこからの依頼でも受ける姿勢である。

準夜・深夜・早朝は、3 つのステーションの訪問看護師のうち 1 名が交代で勤務にあたり、計画的訪問（巡回）を実施している。一方で、症状急変時などの緊急時には、その利用者が契約をしているステーションの看護師が電話を受け、訪問が必要と判断した場合には、巡回中の看護師に訪問を依頼し、同時に対応方法を伝えている。夜間・早朝訪問看護・介護に関しては、訪問介護サービス会社（株式会社）が利用者と契約し一定額の料金を設定している。

巡回型 24 時間在宅ケアを提供する目的は、以下の点である。

- ① 要介護状態で在宅の老人・病人に対する夜間・休日のケアを充実する
- ② 施設や病院に入所・入院しないで在宅療養が可能になるよう、その一助となる
- ③ 介護している家族の負担を軽減する
- ④ 悪性新生物などによる在宅のターミナルケアを充実する
- ⑤ 介護職との直接的な連携により、よりよい在宅ケアのあり方を模索する
- ⑥ 訪問看護ステーションの看護師の労働負担を軽減する

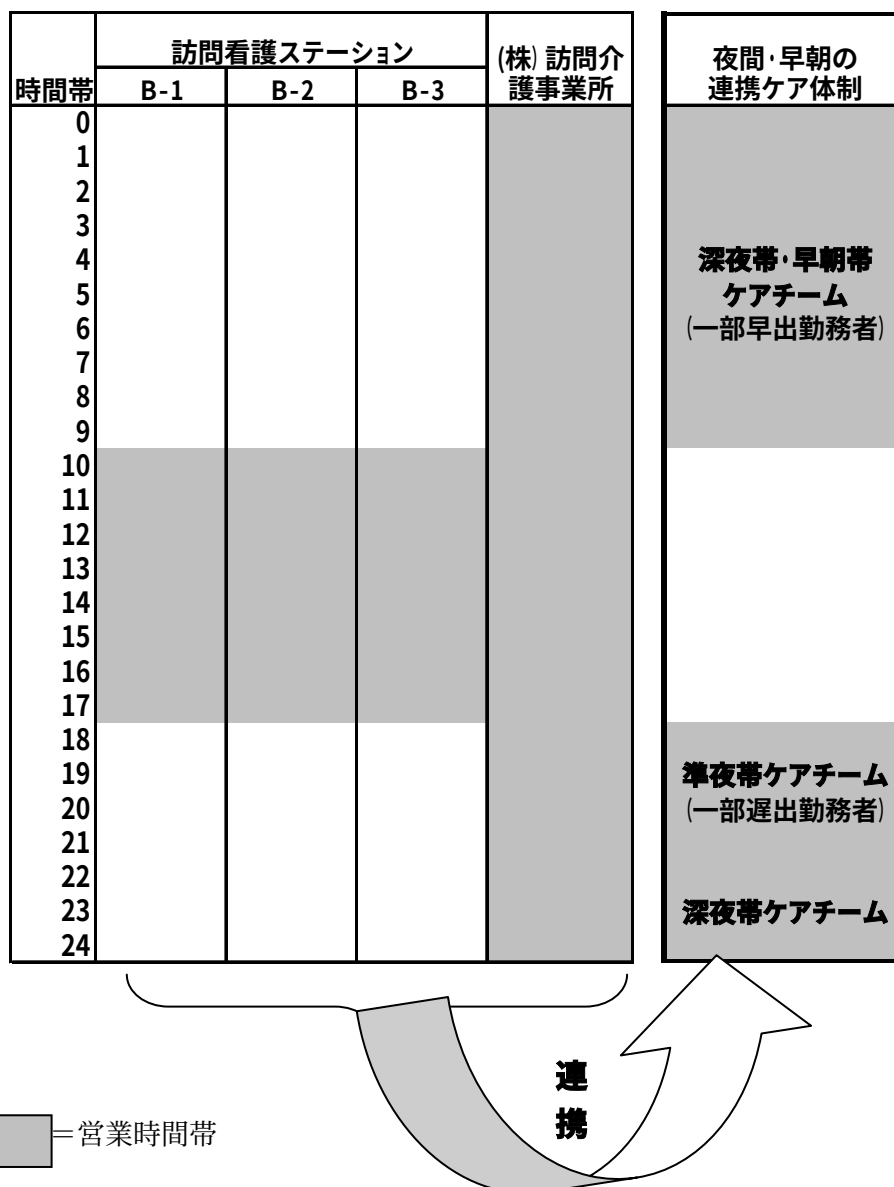
ケアチームの体制（図表 3-Ⅱ-3）

①日中は各ステーション、訪問介護事業所毎に訪問する。9:00～17:00

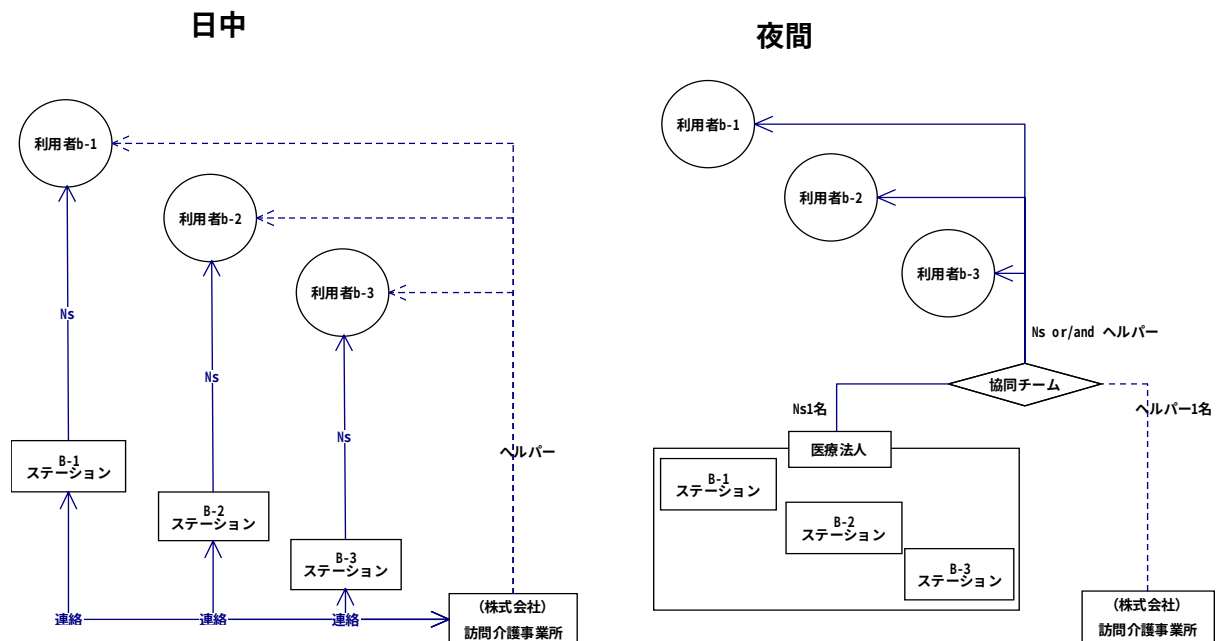
②夜間・早朝の連携ケア体制 17:00～9:00

ステーション B-1、B-2、B-3 および（株）訪問介護事業所が連携してケア体制を組み、看護師・ヘルパーのペアで 20 件前後訪問する。各ステーションの看護師から緊急連絡を受け、必要時には訪問する。3:00～5:00 頃に仮眠をとる。

図表 3-Ⅱ-3. ケアチームの体制図 (1)



図表 3- II -4. ケアチームの体制図 (2)



now on trying

#### <現在の体制の課題と展望>

医療依存度が高いケースでも、独居で要介護 5 の状態でも、家で暮らし続けたいという人を支えていくために、訪問看護ステーションが果たす役割は大きい。

当地域では、同一法人に属する 3 か所の訪問看護ステーションと訪問介護サービスの(株)訪問介護事業所が連携して夜間帯の対応を行っており、一定の需要がある。しかし、この体制を他地域に広げることは困難な状況にあり、特殊な地域といえないこともない。その理由として、①狭い地域に人口が密集し、訪問看護・介護が必要な人が集中していること。そのために訪問看護ステーションの全対象者 350 人の中で夜間も含めた利用者を確保することが可能なこと。②同一地域に同一法人の訪問看護ステーションが 3 か所存在しており、連携がとりやすい状況があること。③看護職が主となって作り上げてきた訪問介護サービス会社が近くにあり、訪問介護サービスと連携がとりやすいこと等が考えられる。

しかし今後、全国どの地域でも、どういう疾病で医療依存度が高くても、また家族介護力が乏しい状況でも、本人が「在宅」を希望すれば「在宅療養・生活」が可能になることを目指す必要があり、このためには、法人の枠を超えて複数の訪問看護ステーションが連携し、一定地域の夜間帯を含めた 24 時間訪問看護ケアを提供することが必須であろう。そのひとつのモデルとして更なる模索が必要であると考ええる。

## 2) B 法人における夜間・早朝訪問看護利用者の特徴

### (1) 利用者プロフィール

ここでは、2003 年 3 月中の夜間・早朝訪問看護・介護サービスの利用者 14 人について、特性をみた。

夜間・早朝訪問利用者は、利用者 339 名中 14 名（4.1%）である。男性 4 名（28.6%）、女性 10 名（71.4%）と女性が多く、平均年齢は、男性 61.3 歳、女性が 75.4 歳と、女性が約 14 歳年齢が高かった（表 3）。世帯状況別に見ると、独居 4 名（28.6%）、老々世帯 8 名（57.1%）、混合世帯 2 名（14.3%）であり、老々世帯が半数以上を占めていた。利用者の要介護度は、要介護 5（50.0%）が最も多かった。（図表 3-II-5）

図表 3-II-5. 夜間・早朝の訪問看護利用者の属性

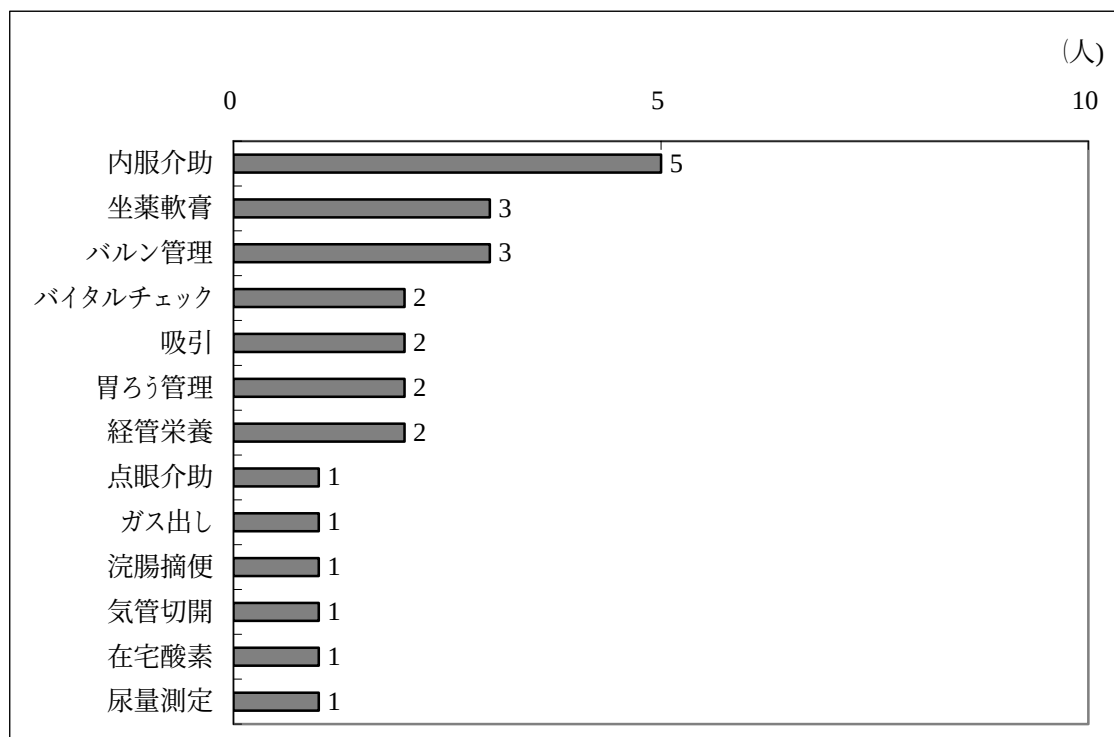
|        |                     | 利用者数 (人) | 構成割合 (%) | 平均年齢 (歳)  |
|--------|---------------------|----------|----------|-----------|
| 性別     | 男性                  | 4        | 28.6     | 61.3±12.8 |
|        | 女性                  | 10       | 71.4     | 75.4±15.0 |
| 世帯状況   | 独居                  | 4        | 28.6     |           |
|        | 高齢者世帯 <sup>a)</sup> | 8        | 57.1     |           |
|        | 混合世帯 <sup>b)</sup>  | 2        | 14.3     |           |
| 要介護度   | 要介護3                | 2        | 14.3     |           |
|        | 要介護4                | 1        | 7.1      |           |
|        | 要介護5                | 7        | 50       |           |
|        | 認定なし(身障)            | 4        | 28.6     |           |
| 保有する疾患 | 脳血管疾患               | 8        | 57.1     |           |
|        | 神経系疾患               | 6        | 42.9     |           |
|        | 心疾患                 | 2        | 14.3     |           |
|        | 高血圧                 | 2        | 14.3     |           |
|        | 悪性新生物               | 1        | 7.1      |           |
|        | 呼吸器系疾患              | 1        | 7.1      |           |
|        | 筋骨格筋系疾患             | 1        | 7.1      |           |
|        | 骨折等                 | 1        | 7.1      |           |

<sup>a)</sup> 高齢者世帯：被介護者（65歳以上）と配偶者、親等同居世帯

<sup>b)</sup> 混合世帯：被介護者と子、孫等同居世帯

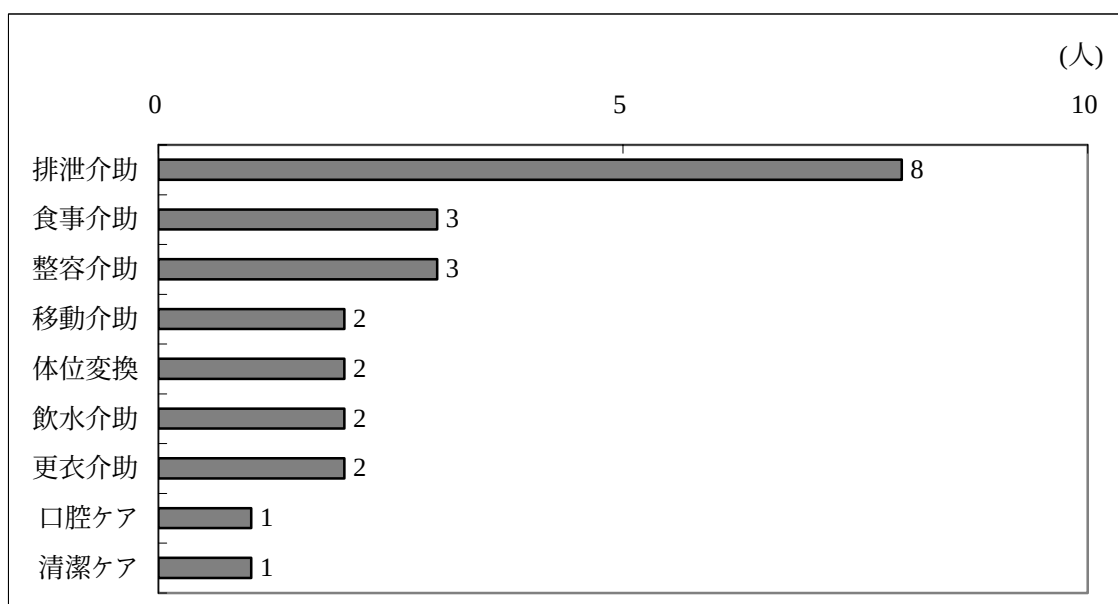
夜間・早朝に必要な医療処置は、内服介助（5人）、坐薬軟膏（3人）、バルン管理（3人）、バイタルチェック（2人）、吸引（2人）、胃ろう管理（2人）、経管栄養（2人）であり、看護師による処置が不可欠であった（図表 3-II-6）。

**図表 3-II-6. 夜間・早朝に必要な医療処置（複数回答）**



夜間・早朝に必要な ADL 支援は、排泄介助（8人）、食事介助（3人）、整容介助（3名）の順に多かった（図表 3-II-7）。

**図表 3-II-7. 夜間・早朝に必要な ADL 支援（複数回答）**



## (2) サービス利用状況

同一法人内の3か所のステーションの利用者数の内訳は表の通りである（図表3-II-8）。  
夜間・早朝の計画的訪問の利用者の発生率は、各ステーション毎にみると1.2～4.5%であり、3つのステーションの利用者を合わせても4.1%に過ぎない。

図表3-II-8. 訪問看護ステーション別にみた利用者数

| ステーション | 利用者数(人)   |      | 全利用者に対する夜間早朝<br>訪問看護利用者の出現率<br>(%) * |
|--------|-----------|------|--------------------------------------|
|        | 全体(延訪問回数) | 夜間早朝 |                                      |
| B-1    | 119 (650) | 6    | 5.0                                  |
| B-2    | 128 (582) | 6    | 4.6                                  |
| B-3    | 92 (351)  | 1    | 1.1                                  |
| その他    |           | 1    | —                                    |
| 合計     | 339       | 14   | 4.1                                  |

\*夜間早朝の利用者数を全体の利用者数で除した割合

1日あたりの夜間・早朝の訪問回数別に見ると、1回の10人（71.4%）が最も多く、2回以上の訪問は、2回3名（21.4%）、3回1名（7.1%）であった（図表3-II-9）。

図表3-II-9. 1日あたり夜間帯訪問回数別にみた利用者数

| 一日あたり夜間早<br>朝帯訪問回数 | 利用者数(人) | 構成割合(%) |
|--------------------|---------|---------|
| 1回                 | 10      | 71.4    |
| 2回                 | 3       | 21.4    |
| 3回                 | 1       | 7.1     |
| 合計                 | 14      | 100     |

時間帯別に見ると、準夜帯8名（57.1%）、深夜帯4名（28.6%）、早朝帯7名（50.0%）であった（図表3-II-10）。

図表3-II-10. 時間帯別にみた利用者数（複数回答）

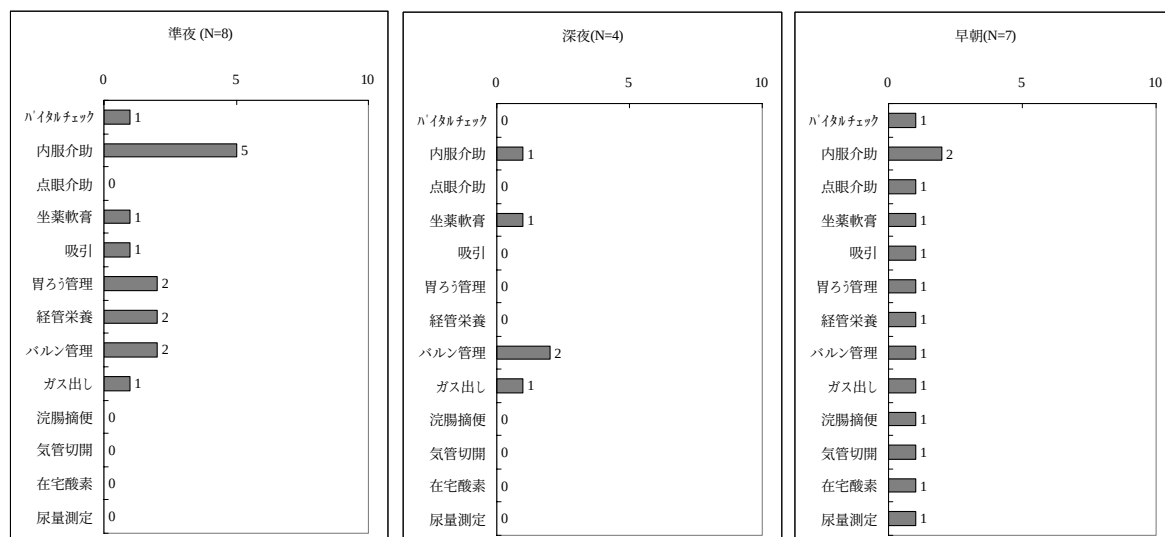
| 時間帯             | 利用者数(人) | 構成割合(%) |
|-----------------|---------|---------|
| 準夜(17:30～22:00) | 8       | 57.1%   |
| 深夜(22:00～6:00)  | 4       | 28.6%   |
| 早朝(6:00～9:00)   | 7       | 50.0%   |
| 合計              | 14      | 100.0%  |

時間帯別に医療処置を見ると、準夜は内服介助（5人）、深夜帯はバルン管理（2人）、早朝帯は内服介助（2人）が最も実施されていた（図表3-II-11）。

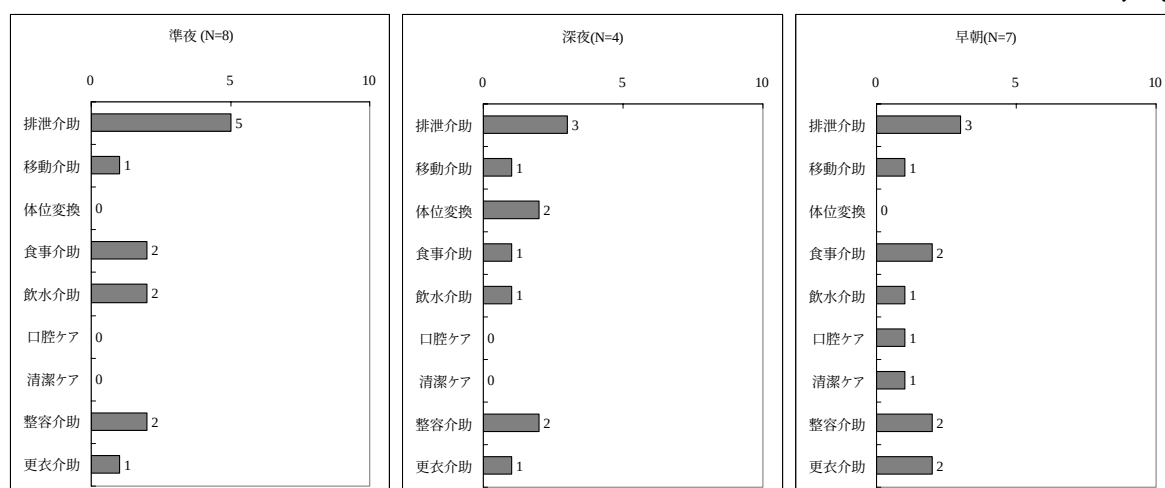


一方、時間帯別に ADL 支援を見ると、準夜帯、深夜帯、早朝帯共に排泄が最も多かった。また、体位変換については、準夜帯と早朝帯では利用者がなかったのに対し、深夜帯では 4 人中 2 人と半数に必要であった（図表 3- II -12）。

図表 3- II -11. 時間帯別にみた医療処置（複数回答） (人)



図表 3- II -12. 時間帯別にみた ADL 支援（複数回答） (人)



### 3) 夜間・早朝の訪問看護を阻む制度上の問題点の検討

現在の在宅ケアサービスの費用は、主に介護保険、医療保険、支援費から支払われている。これらの3つの制度の規制により、必要な訪問看護サービスが受けられず、在宅療養を諦めざるを得ない利用者も少なくない。訪問看護ステーションはそのような状況に何とか対処しようと、利用者が在宅療養生活をおくることができるように制度を最大限活用しているが、それでも賄えない場合にはステーションの持ち出しになっているのが現状である。

ここでは、訪問看護ステーションの利用者に多いとされる脳血管疾患が原因で寝たきりの状態になった事例を取り上げ、いくつかの支払い方法のパターンを想定し、パターンごとに制度上の問題点を検討する。

#### <事例概要>

U氏 67歳 男性 要介護5

病歴 H5 多発性脳梗塞発症、左麻痺

H10 水頭症、VPシャント術、寝たきりとなる

H13 脳梗塞再発作により嚥下困難、胃ろう増設

H14 尿閉、尿路感染

同居家族 妻 仕事あり（勤務状況：2交代制勤務 8:00～18:00, 12:00～23:00）

看護目標：快適に療養生活を送り、在宅で継続して療養できる。

看護問題：1. 仙骨部に褥瘡がある 2. 誤嚥性肺炎を起こす可能性がある

3. 妻の介護負担が大きい

看護内容：症状の観察、清潔の援助、食事の援助（経管栄養）、排泄の管理、機能訓練、家族の健康管理、家族の介護指導、カテーテルの管理、褥瘡の予防・処置、服薬管理、環境整備

図表 3-II-13. U氏のケアプラン表

|   | 深夜 |   |   | 早朝 | 午前 |     | 午後 |    |    | 準夜 |    | 深夜 |
|---|----|---|---|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|
|   | 0  | 2 | 4 | 6  | 8  | 10  | 12 | 14 | 16 | 18 | 20 | 22 |
| 月 |    |   |   | ~~ |    |     | ~~ |    | ~~ |    | ~~ |    |
| 火 |    |   |   | ~~ |    | □ ■ |    | □  | □  | ■  | ~~ |    |
| 水 |    |   |   | ~~ |    | □ ■ |    |    | ■  | ■  | ~~ |    |
| 木 |    |   |   | ~~ |    | □ ■ |    |    | ■  | ■  | ~~ |    |
| 金 |    |   |   | ~~ |    | □ ■ |    | □  |    | ■  | ~~ |    |
| 土 |    |   |   | ~~ |    | □ ■ |    | ■  |    | ■  | ~~ |    |
| 日 |    |   |   | ~~ |    | □ ■ |    |    | ■  | ■  | ~~ |    |

ヘルパー訪問
  看護師訪問
  ペア訪問
 ~~~ 家族

図表 3-II-14. U氏と妻の一日 *網掛け部分は訪問看護師が実施

| 火・金曜日 | | | 水・木・日曜日 | | | 土曜日 | | |
|----------------------------------|---|-------------|-------------|--|-------------|-------------|---|-------------|
| 時刻 | ケア内容 | 施行者 | 時刻 | ケア内容 | 施行者 | 時刻 | ケア内容 | 施行者 |
| 妻出勤前 | 胃瘻注入(食事・白湯・薬) | 妻 | 妻出勤前 | 胃瘻注入(食事・白湯・薬) | 妻 | 妻出勤前 | 胃瘻注入(食事・白湯・薬) | 妻 |
| 10:30~11:00 | オムツチェック
体位交換 | ヘルパー | 10:30~11:00 | オムツチェック
体位交換 | ヘルパー | 10:30~11:00 | オムツチェック
体位交換 | ヘルパー |
| 11:30~12:30 | 摘便
褥創処置
適宜保清
胃瘻注入(食事・白湯・薬)
吸引
胃瘻部ティッシュ交換
亀頭部ガーゼ交換
簡単なROM
尿量チェック | 看護師 | 11:30~12:30 | 褥創処置
適宜保清
胃瘻注入(食事・白湯・薬)
吸引
胃瘻部ティッシュ交換
亀頭部ガーゼ交換
簡単なROM
尿量チェック
足浴
車椅子移乗 | 看護師 | 11:30~12:00 | 胃瘻注入(食事・白湯・薬)
吸引
尿量チェック | 看護師 |
| 14:00~16:00(火)
15:00~16:30(金) | 車椅子移乗
散歩
足浴 | ヘルパー | 16:30~17:00 | オムツチェック
体位交換 | ヘルパー | 14:30~15:10 | 訪問入浴 | 看護師
ヘルパー |
| 18:30~19:00 | オムツチェック
体位交換
吸引
胃瘻注入(白湯・薬)
尿量チェック | 看護師
ヘルパー | 18:30~19:00 | オムツチェック
体位交換
吸引
胃瘻注入(白湯・薬)
尿量チェック | 看護師
ヘルパー | 18:30~19:00 | オムツチェック
体位交換
吸引
胃瘻注入(白湯・薬)
尿量チェック | 看護師
ヘルパー |
| 妻帰宅後 | 胃瘻注入(食事・白湯・薬) | 妻 | 妻帰宅後 | 胃瘻注入(食事・白湯・薬) | 妻 | 妻帰宅後 | 胃瘻注入(食事・白湯・薬) | 妻 |

U氏が必要なケアを利用するための制度上の問題点(経済的側面)

U氏は、67歳、男性多発性脳梗塞発症により左麻痺があり、要介護5、寝たきりの生活である。看護目標は、「快適に療養生活を送り、在宅で継続して療養できる」ことである。

経管栄養、褥瘡処置、吸引などの医療処置が定時に必要である。看護上の主な問題点は、仙骨部に褥瘡があること、経管栄養の注入の仕方が悪ければ誤嚥性肺炎を頻回に引き起こす可能性が高いことである。この対策として看護職が褥瘡の経過観察や注入状況の観察のために適宜訪問することで予防的に対処している。また、妻の収入で生計を立てており、妻が勤

務中である時の U 氏の世話は訪問介護、看護に頼らざるを得ない状況である。このため、現在受けているケアが維持されなければ、本人、家族が希望する在宅療養の継続が困難である。

以下、請求パターンごとに制度上の問題点を検討する。

(1) 医療保険による報酬算定の問題点

主な問題点

- ・ 必要な医療処置を提供するために、訪問看護特別指示書を本来とは異なる趣旨で発行せざるを得ない。
- ・ 医療保険で認められない週 4 日以上訪問は、ステーションの持ち出しで実施しているため、ステーション側の負担が大きい。

図表 3-II-15. 現在の費用請求表

| 介護保険 | | 医療保険 | | 支援費 | | 合計 | |
|---------|--------|---------|--------|--------|------|---------|--------|
| 費用 | 自己負担 | 費用 | 自己負担 | 費用 | 自己負担 | 費用総額 | 負担総額 |
| 377,265 | 37,728 | 127,700 | 12,770 | 56,200 | 0 | 561,165 | 50,498 |

現在、U 氏は、介護保険、医療保険、支援費を併用しており、費用総額は 561,165 円（介護保険 377,265、医療保険 127,700、支援費 56,200 図表 3-II-15、図表 3-II-17、図表 3-II-18）、利用者負担額は 50,498 円である。

(i) 訪問看護特別指示書の制約

U 氏の場合、訪問看護を介護保険のみで請求することは、利用者負担額が大きくなるため困難であり、訪問看護特別指示書¹⁾を毎月交付することで、医療保険を併用してきた。本来の訪問看護特別指示書の趣旨は、急性増悪や終末期等に対応するために、訪問看護を提供することを保障するための交付であり、断続的に毎月交付されるものではない。しかし、上述した通り、現在の支援費制度、介護保険制度、医療費制度の絡みの中で、在宅療養を維持するために最低限必要な訪問看護サービスを十分に利用できない現状があり、毎月、訪問看護特別指示書を利用せざるを得ない。

その訪問看護特別指示書は、14 日を限度としており、さらに、1 ヶ月に 1 回限りの交付しか許されていないという難点がある。U 氏の場合、1 ヶ月のうち 14 日間は訪問した回数分の利用料を請求できるが、残りの 16 日間は通常の医療保険の規定が適用されることになる。通常の医療保険の規定では、週 3 日の訪問までしか認められないため（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）²⁾、本来ならば U 氏の場合、4 日以上訪問利用は難しい。しかし、U 氏の在宅療養を継続する上で看護師の訪問は欠かせないため、医療保険で認められない週 4 日以上訪問は、ステーションの持ち出しで実施されており、ステーション側の負担となっている。

(ii) 夜間・早朝の訪問における問題点

医療保険は、時間帯による加算がないため、日中も夜間・早朝も同一の訪問看護料である。一方、人件費には夜間・早朝の報酬手当を支給しているため、医療保険で夜間・早朝訪問を実施することは、ステーションの負担が増大することになる。これらは、夜間・早朝の計画的訪問体制を困難にしている一因であると言える。

(iii) 1日の訪問回数の制限

U氏は1日3回以下の訪問のため問題にはならないが、医療保険の他の問題点として、診療報酬で算定される1日の訪問回数に制限があることが上げられる。このため1日複数回の訪問が必要な利用者については、制限回数以上の訪問についてはステーションの持ち出しになっていることも少なくない。(但しこれは、平成16年4月に改正され、1日2回訪問は4,500円(旧規定：2,500円)、1日3回以上は8,000円(旧規定：加算なし)となったため、多少は改善された³⁾。)

(2) 訪問看護料の全額を介護保険で支払った場合と問題点

(1) では、主に医療保険の問題点について検討した。次に、訪問看護料の全額を介護保険で支払った場合、どのような問題が起こってくるかを検討したい。

主な問題点

- ・介護保険の支給限度額を大幅に超えるため、利用者の負担額が増大する。
- ・訪問介護の費用が支給限度額の5割を下回るため、支援費制度が利用できなくなる。

図表 3-II-16. 訪問看護料の全額を介護保険で支払った場合の請求表

| 介護保険 | | 医療保険 | | 支援費 | | 合計 | | 実質請求との差額 |
|---------|---------|------|------|-----|------|---------|---------|-----------|
| 費用 | 自己負担 | 費用 | 自己負担 | 費用 | 自己負担 | 費用総額 | 負担総額 | |
| 607,772 | 254,710 | × | × | × | × | 607,772 | 254,710 | △ 254,710 |

全額介護保険で請求をした場合、費用総額 607,772 円、利用者負担額 254,710 円となる(図表 3-II-16)。

(i) 支給限度額の制約

U氏の訪問看護の利用料は、目下介護保険⁴⁾と医療保険を併用しているが、それを全額介護保険で請求すると、支払限度額を超過するため利用者負担が増大する。支給限度額以内であれば利用者負担は1割であるが、それを超過すると超過分は全額自己負担になってしまうためである。

(ii) 支援費制度の制限

その上、支援費制度⁵⁾では、「①介護保険の1週間当たりの訪問通所サービス区分の支給限度額まで介護保険のサービスを受ける場合であって、かつ②介護保険の訪問介護を、①の基

準額のおおむね 5 割以上利用する場合に対象とするものとする」と規定されている。このため、訪問看護料の全額を介護保険で支払うと、介護保険の支給限度額の 5 割以上になる（訪問介護の費用が支給限度額の 5 割を下回る）ため、支援費制度が受けられなくなってしまう。

このように、全額介護保険で請求をした場合、利用者の費用負担を軽減するために支援費制度の適用を優先させると、訪問看護のサービス量を減らさざるを得なくなる。そうなれば在宅介護に破綻を来とし、入院もしくは入所となってしまうことが危惧されるであろう。

1) 訪問看護特別指示書：急性憎悪、終末期等により、主治医から週 4 日以上頻回の訪問看護が必要である旨の訪問看護特別指示書の交付を受けた場合は 1 ヶ月に 1 回限り、訪問看護特別指示書の交付の日から 14 日以内に行った訪問看護につき 14 日を限度として老人訪問看護基本療養費が支給される（指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 12 年 3 月）。

2) 訪問看護ステーションの保健師、看護師、準看護師、理学療法士または作業療法士が指定老人訪問看護を行った場合に、利用者 1 人につき週 3 日を限度（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。）として算定する。週 3 日目まで 5,300 円。（老人訪問看護療養費に係る指定老人訪問看護の費用の額の算定に関する基準 平成 4 年 2 月、平成 14 年 9 改正）

3) 1 日に 2 回以上訪問を行った場合の訪問看護基本療養費の加算：1 日 2 回訪問の場合 4,500 円、1 日 3 回以上の訪問 8,000 円。一人につき週 3 日を限度として算定する（老人訪問看護療養費に係る指定老人訪問看護の費用の額の算定に関する基準 平成 4 年 2 月通知、平成 16 年 4 月改定）。

4) 介護保険制度：月を単位として厚生労働省令で定める期間において受けた 1 の居宅サービス区分に係る居宅サービスにつき支給する居宅介護サービス費の額の総額及び特例居宅介護サービス費の総額の合計額は、居宅介護サービス費区分支給限度基準額を基礎として、厚生労働省令で定めるところにより算定した額の 100 分の 90 に相当する額を超えることができない（介護保険法 第 43 条 居宅介護サービス費等に係る支給限度額）。

5) 支援費制度：（支援費の）措置については、①介護保険の 1 週間当たりの訪問通所サービス区分の支給限度額まで介護保険のサービスを受ける場合であって、かつ②介護保険の訪問介護を、①の基準額のおおむね 5 割以上利用する場合に対象とするものとする（平成 12 年 3 月通知 介護保険制度と障害者施策との適用関係等）。

図表 3- II -17. U 氏の現行サービスの実質請求 月間サービス表

| 日付
曜日 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 介護保険 | | | 医療保険 |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------------------|----|----|----------|---------|-----------------|---|
| | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 合計
回数 | 単位
数 | ス単位
/ 金
額 | |
| サービス
(訪問介護)
支援費部
身体介護1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | | | | | | 20 | | | 1640+250
+820×2
+920×3
+820×3
+920×3
+630×2
=12,770 |
| 訪問看護1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 231 | 924 | |
| | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 3 | 425 | 1275 | |
| 緊急時訪問看護加
特別管理
加算 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 540 | 540 | |
| 訪問看護2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 250 | 250 | |
| 身体介護4 | | 1 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | 10 | 830 | 8300 | |
| 訪問入浴 | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | 4 | 667 | 2668 | |
| 身体介護3 | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 5 | 1250 | 6250 | | |
| 身体介護1 | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | 4 | 584 | 2336 | | |
| 身体介護1・夜朝 | | 1 | | | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | | | | | 1 | | | 1 | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | 11 | 231 | 2541 | | |
| 用具貸与・
車椅子 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 24 | 289 | 6936 | | |
| 用具貸与・
褥瘡予防
用具 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1200 | 1200 | |
| 用具貸与・
体位変換 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 700 | 700 | |
| 用具貸与・
特殊寝台 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 300 | 300 | |
| 用具貸与・
特殊寝台
付属品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1250 | 1250 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 200 | 200 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 35,670 | 12,770 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ①:特別指示書による訪問看護 区分支給限度基準額(単位) | | | 35,830 | | | |

①:特別指示書による訪問看護 区分支給限度基準額(単位) 35,830

図表 3- II -18. U 氏の現行サービスの実質請求

| 事業所名 | サービス内容 | 単位数 | 回数 | サービス単位/金額 | 単位単価 | 費用総額 | 給付率 | 保険給付額 | 利用者負担 |
|--------|------------|-------|----|-----------|-------|---------|-----|---------|--------|
| 訪問看護ST | 訪問看護 1 | 425 | 3 | 1,275 | | | | | |
| | 訪問看護 2 | 830 | 10 | 8,300 | | | | | |
| | 緊急時訪問看護加算1 | 540 | 1 | 540 | | | | | |
| | 特別管理加算 | 250 | 1 | 250 | | | | | |
| | 合計 | | | 10,365 | 10.48 | 108,625 | 90 | 97,762 | 10,863 |
| 介護会社A | 身体介護 1 | 231 | 15 | 3,465 | | | | | |
| | 身体介護 1・夜朝 | 289 | 24 | 6,936 | | | | | |
| | 合計 | | | 10,401 | 10.72 | 111,498 | 90 | 100,348 | 11,150 |
| 介護会社B | 身体介護 3 | 584 | 4 | 2,336 | | | | | |
| | 身体介護 4 | 667 | 4 | 2,668 | | | | | |
| | 合計 | | | 5,004 | 10.72 | 53,642 | 90 | 48,277 | 5,365 |
| 訪問入浴 | 訪問入浴 | 1,250 | 5 | 6,250 | | | | | |
| | 合計 | | | 6,250 | 10.72 | 67,000 | 90 | 60,300 | 6,700 |
| 福祉用具 | 福祉用具合計 | 3,650 | 1 | 3,650 | | | | | |
| | 合計 | | | 3,650 | 10.00 | 36,500 | 90 | 32,850 | 3,650 |
| | 合計 | | | 35,670 | | 377,265 | | 339,537 | 37,728 |
| | 支給限度基準額 | | | 35,830 | | | | | |
| | 超過分単位 | | | 0 | | | | | |

(全額保険給付・1割負担の場合)
合計単位に対する訪問看護の割合: 29.1%

利用者負担額単純計算

| | 合計費用 | 自己負担額(円) |
|--------------------|---------|----------|
| 介護保険 | 377,265 | 37,728 |
| 医療保険(看護) | 127,700 | 12,770 |
| 支援費(2810円/1時間×20回) | 56,200 | 0* |
| 合計 | 561,165 | 50,498 |

*非課税

4. まとめおよび提言

上記のU氏の事例から、家族の介護力が弱く、かつ吸引、インスリンなどの注射、経管栄養といった医療処置や、パーキンソン病など、アセスメントや経過観察が必要な在宅ケアのケースでは、以下のような制度上の問題点が明らかになった。

① 支援費制度は、「㉔介護保険の1週間当たりの訪問通所サービス区分の支給限度額まで介護保険のサービスを受ける場合であって、かつ㉕介護保険の訪問介護を、㉔の基準額のおおむね5割以上利用する場合に対象とするものとする」と規定されている。「5割以上利用する場合に対象とする」という条件は、医療依存度が高い等、多くの訪問看護回数を必要とする利用者については、必要十分な訪問看護の利用が困難になり、在宅療養生活を継続できない。よって、支援費制度の適応条件の見直しが必要と考える。

② 必要な訪問看護・介護サービスの費用を、主に介護保険で請求すると、支給限度額を超過してしまい、利用者負担額が増大する。これでは、必要な人に必要なサービスが提供できない可能性があると考ええる。

③ 医療保険では、特別指示書の交付が訪問看護の14日以内のみと限定されているため、それ以上に医療保険を利用する場合には、ステーションの持ち出し費用が増大することになる。実施した訪問看護の正規の対価が得られる制度でなければ、ステーションの経営上の問題だけでなく、訪問看護師のモチベーションの低下を招くことになり、訪問看護の質を維持することが難しくなるであろう。

また、医療保険の訪問看護では夜間帯の加算のないことや、同日に2か所以上のステーションから訪問しても、看護料を算定できない（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）。このことが、医療保険の利用者に訪問をすればするほど、ステーションの持ち出し費用や経営上のリスクが増大するという現状を引き起こしており、夜間・早朝の連携体制の構築を難しくしている。夜間・早朝の連携体制を推進するためには、医療保険であっても同一日に2か所以上のステーションから訪問できるように制度の見直しが必要だと言える。

Ⅲ. 小規模・単独型訪問看護ステーションにおける 24 時間電話対応の意義の明確化 ー小規模訪問看護ステーションにおける 24 時間ケアモデル作成にむけてー

1. はじめに

1) 24 時間ケアと診療報酬

訪問看護ステーションにおいてどのように 24 時間ケアを展開するかは、訪問看護ステーション創設以来の大きな課題であった。創設当初は、診療報酬として保証されない状況下で、いくつかの訪問看護ステーションが利用者のニーズから必要性に迫られボランティア的に 24 時間ケアを実施していた。そのような実績が認められ 1994 年の診療報酬改正時に、「24 時間連絡体制加算」が新設された。24 時間いつでも連絡がとれる体制を整えたステーションの利用者一人につき 2,500 円の加算が認められたのである。しかし「24 時間連絡がとれる体制を整える」という条件であったため夜間休日などに訪問が必要な利用者に対して、直ちに訪問するというサービスにはなりえなかった。

この加算は、介護保険制度では「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 ヶ月 13,700 円の介護報酬がつけられた。しかしこの「緊急時訪問看護加算」は 2003 年の介護報酬改定で 5,400 円に報酬が下げられた。他のサービスに比して報酬単価が高いこと、また必要になるかどうか分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が原因であった。

2) 小規模訪問看護ステーションにおける 24 時間ケア

24 時間ケアを取り巻く診療報酬は以上のように推移してきたが、このような状況下で、従事者平均が 4.6 人という小規模な訪問看護ステーションが 24 時間ケアをサービスとして提供するには困難があった。小規模訪問看護ステーションでは昼間のケアに加えて夜間休日のケアを提供するため、どのように勤務体制を組むかは大きな課題であり、訪問看護師にかかる肉体的・精神的負担は大きなものとなっている。

わが国における 24 時間ケアモデルは、行政的に取り組んだモデル、一つの法人が訪問看護ステーションを統括して取り組んだモデルが示されている。しかし多くの訪問看護ステーションは民間の医療法人立であり小規模である。また医師会立や看護協会立にしても小規模の訪問看護ステーションが多く、そのような小規模訪問看護ステーションでは提示されたモデルを実践に移すことは困難であった。そこで小規模訪問看護ステーションにおいて、24 時間ケアを展開するにはどのような方法が可能かを提示するため、「小規模訪問看護ステーションにおける 24 時間ケアモデル作成」に取り組んだ。

2. 小規模訪問看護ステーションにおける 24 時間ケアモデル仮説の設定

i) 24 時間ケアには緊急時対応とルティーン対応がある。

ii) 緊急時対応は各訪問看護ステーションが対応する。

緊急時対応は高度の看護判断を必要とし、医療情報や生活情報など判断根拠となる情報は日常的なケアを担っている訪問看護ステーションがもっている。このため緊急時の対応は各訪問看護ステーションが行う。

iii) ルティーン対応は、3～4 中学校区に 1 つ新たな夜間・休日専用巡回訪問看護チームを作り対応する。

(a) このチームは中学校区にある訪問看護ステーション利用者がともに利用する。

(b) ルティーン対応の夜間・休日巡回訪問チームの構成は介護職が主となるがチームには一人訪問看護師が従事する。これは夜間・休日のルティーン対応は排泄介助、水分摂取介助、清潔の保持、体位変換など生活支援が主であり、その中に吸引、与薬、注射、経管栄養など医療的ケアも含まれているため介護と看護の協働チームを提案した。

iv) 訪問看護ステーションの 24 時間ケアは、電話対応と訪問対応とでなされる。

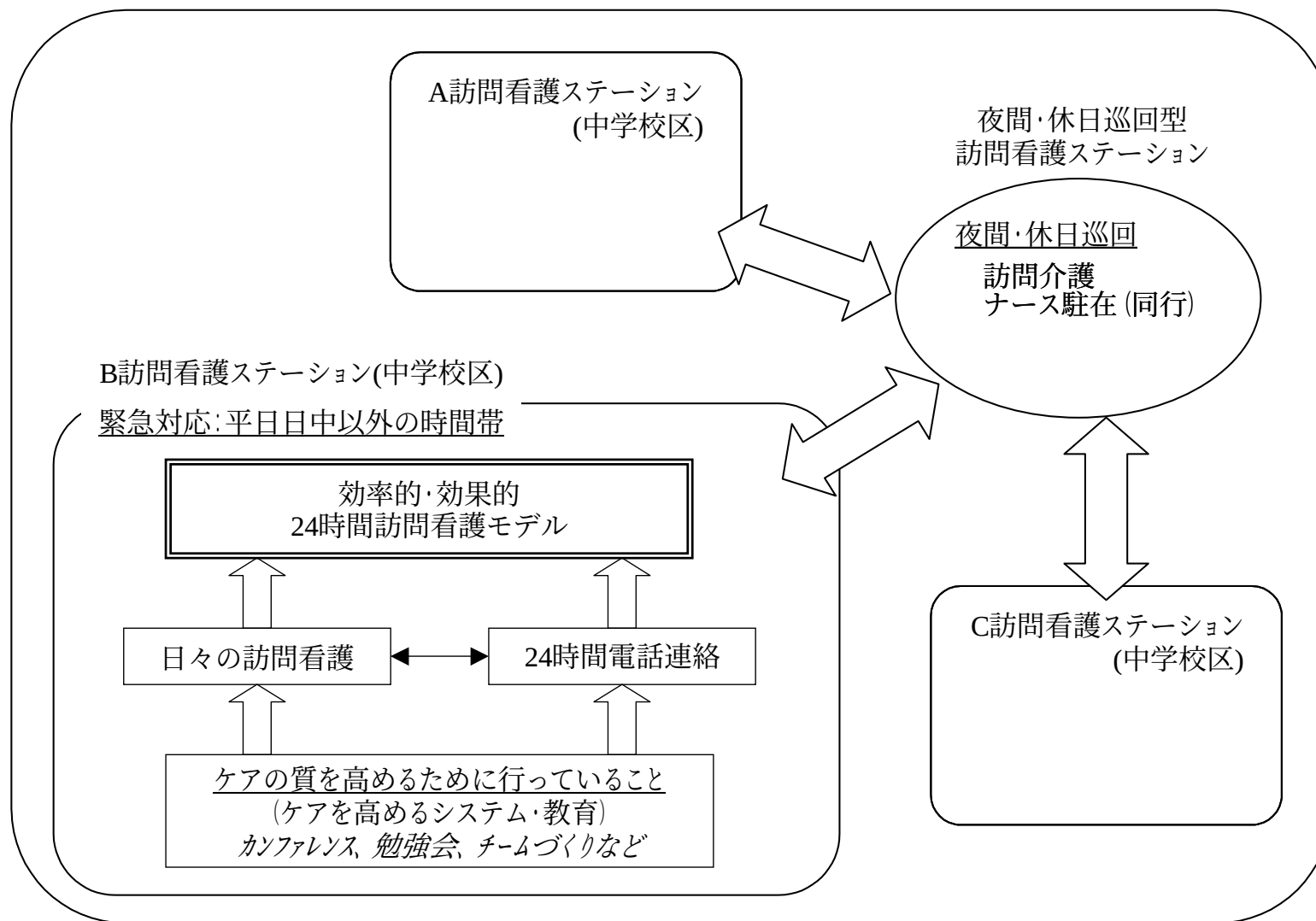
電話対応と訪問対応を組み合わせれば効果的・効率的な 24 時間ケアを提供することができる。

看護判断による電話で対応できるケアがある。

電話での対応では限界があり、緊急訪問が必要な場合がある。

v) 電話対応と訪問対応を組み合わせた 24 時間ケアを提供するためには、適切な看護判断ができる訪問看護ステーションの質を担保する必要がある。

今回の研究では、仮説モデルのうち、iv)電話対応と訪問対応による 24 時間ケア、v)適切な看護判断をするための訪問看護ステーションの質の担保について明らかにした。



図表 3-III-1. 24 時間訪問看護モデル(都内某区人口 22 万人を想定)

3. ステーションFにおける24時間ケアの概要

1) ステーションFの地域特性

ステーションFは、東京都区内にある。この区は、戦後、中小企業の町として復興し、小規模工場と住宅が入り混って建つ下町情緒が残る町である。人口約22万人(2003年1月1日現在)、高齢化率19.6%(東京都「住民基本台帳による東京都の世帯と人口」平成2003年3月)で、2003年度のうちに高齢化率が20%を超えると予測されている。

2) 体制と現状

ステーションFは、無床診療所、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所からなるグループ企業の中の訪問看護を担う事業所である。この訪問看護師は、医師、ホームヘルパー、理学療法士、心のケア担当者、ボランティアなどからなるケアチームの一員である。

ステーションFの体制ならびに現状は以下のとおりである。

図表 3-III-2. ステーションFの体制と現状

| | |
|-------------------|--|
| 開設主体(設立年月) | 株式会社(2000年6月) |
| 同一法人内にある施設 | 無床診療所 |
| 併設されている事業所 | 居宅介護支援 |
| 訪問介護事業所との連携 | 同行訪問、電話・FAX連絡、ケア会議 |
| 加算届出状況 | 届出あり
(24時間連絡体制加算、緊急時訪問看護加算) |
| 土曜日中の訪問体制 | オンコールおよびニーズによって一時的に体制を組む(電話・訪問:Ns持ち回り、待機:自宅等)
(2人出勤、死亡時はプライマリ・ナースが訪問) |
| 日祭日日中の訪問体制 | 同上 |
| 準夜・深夜・早朝の訪問体制 | 死亡時はプライマリ・ナースが訪問 |
| 平日日中以外の計画的訪問看護の実施 | 実施していない(利用者のニーズがあるときのみ実施) |
| 看護職スタッフ数 | 4.5名(常勤4、非常勤1) |
| 看護職以外のスタッフ | PT1名(非常勤) |
| 訪問看護の対象者 | 月・水・金:ターミナル中心、火・木:介護保険中心 |
| 主治医 | ターミナル:グループ内診療所医師
介護保険:約1/3はグループ内診療所医師、約2/3は他の診療所・病院医師 |

3) 末期がん利用者数と在宅死

ステーションFは、末期がん患者への24時間ケアを提供している。末期がん在宅ケアの基準(ホスピスケアの基準)の一つは、24時間365日いつでもケアが受けられることであり、24時間ケアは、末期がん在宅ケアでは、必須条件となっている。

24時間の電話調査を行った2003年11月前後の末期がん利用者数をみても、約40%が末期がんの利用者で占められている(図表3-III-3)。また、末期がん利用者には3回/週をベースに訪問しているため、全訪問回数の約70%が末期がん利用者への訪問である。

図表 3-III-3. 訪問件数・在宅死の状況

| | 末期がん利用者
在宅死数／利用者数
(名) | 末期がん以外の利用者
在宅死数／利用者数
(名) | 合計
(名) | 訪問回数
末期がん利用者／
全訪問回数(回) |
|-----|-----------------------------|--------------------------------|-----------|------------------------------|
| 10月 | 5／18 | 0／27 | 45 | 206/309 |
| 11月 | 5／20 | 1／28 | 48 | 226/329 |
| 12月 | 4／16 | 0／25 | 41 | 216/326 |

末期がん利用者の過去3年間の動向は以下ようになっており、訪問看護利用者の多くが自宅で最期を迎えている(図表3-III-4、図表3-III-5)。利用者の月平均在宅死数は約6名、平均在宅ケア期間は55日である。ステーションFの末期がん利用者数に限定した場合、末期がん利用者数・在宅死数、平均在宅ケア期間は、ほぼ11～15床のベッド数を持つホスピス・緩和ケア病棟に相当する数値となっている。

図表 3-III-4. 末期がん利用者の転帰

| | | |
|-----|--------|-------|
| 登録数 | | 273名 |
| 死亡 | 合計 | 241名 |
| | 在宅 | (227) |
| | 一般病棟 | (9) |
| | 緩和ケア病棟 | (5) |
| 生存中 | | 16名 |
| 中止 | | 16名 |

(2000年7月～2003年6月)

図表 3-III-5. 年度別末期がん利用者数

| 西暦 | 末期がん利用者数 | 在宅死数 |
|------------|----------|------|
| 2000年(7月～) | 43名 | 27名 |
| 2001年 | 100名 | 77名 |
| 2002年 | 103名 | 80名 |
| 2003年(～6月) | 66名 | 40名 |
| 合計 | 延べ273名 | 227名 |

4) 末期がん利用者へのチームケア

ステーションFでは、多職種で利用者にかかわっている。1 人の利用者に対して、訪問看護 3 回／週、往診 1 回／週のほか、以下のようなメンバーがチームとなって利用者への支援をしている。

図表 3-III-6. 末期がん利用者における看護師・医師以外の職種とのかかわり

| かかわった職種 | 利用者
(名) | 比率(%)
(224 例中) |
|----------|------------|-------------------|
| 薬剤師 | 25 | 12 |
| ホームヘルパー | 47 | 22 |
| 心のケア担当者 | 7 | 3 |
| アロマセラピスト | 5 | 2 |
| ボランティア | 5 | 2 |

(2000 年 7 月～2003 年 6 月)

このような多職種からなるチームケアによる成果の一つとして考えられるのは、独居の末期がん利用者であろう。ステーションFでは、過去 3 年間で 11 名の独居状態にある末期がん利用者への支援を行ってきた。

図表 3-III-7. 独居の末期がん利用者

| 男性 8 名 | | | | | |
|--------|-------|---|-----|-------|---|
| 年齢 | 80 歳代 | 1 | 臓器別 | 肺がん | 5 |
| | 70 歳代 | 3 | | 肝臓がん | 1 |
| | 60 歳代 | 2 | | 直腸がん | 1 |
| | 50 歳代 | 2 | | 前立腺がん | 1 |
| 女性 3 名 | | | | | |
| 年齢 | 90 歳代 | 1 | 臓器別 | 肺がん | 1 |
| | 70 歳代 | 1 | | 舌がん | 1 |
| | 60 歳代 | 1 | | 胃がん | 1 |

(2000 年 7 月～2003 年 6 月)

5) 末期がん利用者における医療処置の状況

末期がん利用者の医療処置は、麻薬による疼痛緩和が最も多く、78%に上っている。その他の医療処置では、静脈内注射、在宅酸素療法、瘻孔管理などが行われており、過去 3 年間のデータは以下のようになっている。

図表 3-III-8. 末期がん利用者における医療処置の状況

| | | 利用者数(名) | 比率(%) |
|-----------|--------|---------|-------|
| 麻薬による疼痛緩和 | | 175 | 78 |
| 重
複 | 経口 | (134) | (60) |
| | 経直腸 | (71) | (32) |
| | 経皮 | (38) | (17) |
| | 経皮下 | (31) | (14) |
| | 経静脈 | (2) | (1) |
| 静脈内注射 | | 49 | 22 |
| | CV ポート | (15) | (7) |
| | HPN | (20) | (9) |
| | 末梢 | (14) | (6) |
| 在宅酸素療法 | | 64 | 31 |
| 重
複 | 酸素濃縮装置 | (49) | (23) |
| | 液化酸素 | (17) | (8) |
| | 酸素ボンベ | (3) | (1) |
| 瘻孔管理 | | 20 | 9 |
| | 胃瘻 | (1) | (1) |
| | 人工肛門 | (11) | (5) |
| | 胆汁瘻 | (3) | (1) |
| | 腎瘻 | (5) | (2) |

(2000 年 7 月～2003 年 6 月、n=224)

6) 医師との事前協議と包括的指示

小規模・単独型訪問看護ステーションとして、このような利用者への 24 時間ケアを提供するため、ステーション F では、医師の指示と利用者からの緊急時連絡体制に工夫をしている。

グループ内診療所医師は、末期がん利用者の主治医となっており、看護師は主治医と協約を交わし、包括的指示によるケアを提供している。たとえば、疼痛管理については、医師への事前確認を行っておき、NSAIDs や麻薬の導入・増量などが、訪問時の看護師の判断により行われている。また、死後の処置についても、患者の死が近づいたとき医師と事前に協議し

ておき、家族からの死亡の連絡を受けた看護師が医師に報告し、死後の処置を行っている。

7) 緊急連絡体制

利用者からの連絡は、看護師→医師の順番で入るようになっている。看護師は2台の携帯電話をそれぞれ1週間交代の持ち回りで携帯しており、利用者は、まず緊急携帯電話1（緊急時当番看護師1）に連絡を入れる。これで連絡が取れない場合に、緊急携帯電話2（緊急時当番看護師2）、医師携帯電話、医師ポケットベルの順に連絡を入れる体制を作っている（資料1「緊急時連絡先」参照）。

利用者から緊急携帯電話に連絡が入った場合、当番に当たっている看護師が本人・家族の相談を受けたり、訪問をしたりするため、看護師は帰宅前に現在の状態・予測される問題とその対応などを2名の緊急携帯電話当番に報告しておく。利用者死亡の連絡が入った場合は、緊急携帯電話当番の看護師から受け持ち看護師と医師に連絡を入れ、受け持ち看護師が訪問をして死後の処置を行っている。

4. 24 時間電話調査

1) 24 時間電話調査の背景と目的

今回、比較的小規模の訪問看護ステーションの電話対応に焦点をあて、24 時間ケアに関する調査を実施することにしたのは、スタッフ平均が常勤者 4.6 人と小規模な日本の訪問看護ステーションが、どのような問題を抱えて 24 時間ケアを実施しているか、どのように調整をすることで、効果的・効率的な 24 時間ケアの提供ができているかを明らかにできると考えたからである。また、小規模の訪問看護ステーションでは人的資源に限りがあり、電話による情報収集や利用者への説明など、利用者への訪問と同様に、訪問看護師による電話での対応が 24 時間ケアに重要な位置を占めていると予想されるからである。

ステーション F の状況であるが、3. 5) 末期がん利用者における医療処置の状況で、利用者の約 80% が疼痛緩和のために麻薬を使用していると述べた。実際には、医師が利用者の症状に応じて麻薬の与薬形態や薬剤量について指示を出し、訪問看護師が包括的指示のもとで、日々変化する症状に応じて変えていかなければならないという手順で、疼痛のコントロールが行われる。

この症状緩和の度合いは、家族を含めた利用者の精神面に大きな影響を及ぼす。落ちついた気持ちで自宅での生活を継続していくためにも、末期がん患者の症状緩和は優先される必要がある。

日本の平均的規模の訪問看護ステーションと比べてよい、このような背景をもつステーション F が、末期がん利用者の在宅療養から在宅死までを支援するには、ルティーン（継続的）の訪問看護のみでは限界がある。このことから、看護師による電話対応について、明らかにしていくことが重要である。

そこで、電話活用の実態を把握し、その有用性を検討すること、小規模・単独型訪問看護ステーションでの効果的・効率的な 24 時間ケアのモデル開発のための基礎資料を得ることを目的に、ステーション F の看護師が利用者のケアに関してかけた/受けた電話について調査を行うことにした。

2) 調査方法

データ収集期間：2003 年 10 月 27 日(月)9 時～11 月 3 日(月)9 時までの 1 週間

調査協力者：ステーション F の看護師 4 名

電話記録方法：ステーション F の看護師がかけた電話/受けた電話のうち、利用者のケアに関する内容の電話について、看護師が対応した電話の相手、時間、内容（得られた情報、看護師の判断を含む）などを、作成した所定の記録用紙に記述する。記述は、以下のように行った。

(1) 本研究の研究メンバーが、所定の記録用紙に看護師の電話対応について記述する。

電話を終了したのち、電話で得られた情報、どのように判断をし、応対したかについて、研究メンバーが看護師にインタビューを行い、研究メンバーが記録する。

(2) (1)を数回繰り返したのち、看護師自身にも所定の記録用紙に記述してもらう。それを研究メンバーが確認して、不足している内容があればインタビューを行い、研究メンバーが追加記録をする。

(3) 夜間・早朝・休日の電話については、看護師に所定の記録用紙に記入してもらう。あとから研究メンバーが確認をして、不足している内容があればインタビューを行い、研究メンバーが追加記録をする。

このような記録方法の選択は、看護師が日頃行っている看護を振り返ることで、根拠にもとづく判断や電話対応の重要性に気づくことができ、アセスメント能力が向上することを期待して行ったものである。

データ分析： 内容分析。看護師による電話対応の記録をかけた電話/受けた電話に分け、それぞれ電話で得られた情報とその電話での判断と対処に関する記述を抜き出した。抜き出したデータの抽象度を高め、記述の内容を類似する判断と対処法ごとにカテゴリ化し、コアカテゴリとした。カテゴリの命名については、電話対応と比較しながら、その電話の意味内容全体から外れないように留意した。このプロセスは、研究メンバーが妥当性を評価しながら行った。

倫理的配慮： 本調査を実施するにあたっては、ステーションFの看護師に調査の趣旨、目的、内容、研究協力による利益や研究を拒否することの権利などの倫理的な配慮について、文書を用いて説明し、同意を得てから実施した。

3) 調査結果

1週間の合計電話件数は、96件(平均13.7件/日)あった。調査期間中の利用者は40名で、末期がん利用者12名(30%)、その他(介護保険)利用者28名(70%)であった。96件の電話のうち、看護師からかけた電話は71件(74%)、受けた電話が25件(26%)で、看護師は積極的に電話をかけていた(図表3-III-9、図表3-III-10)。かけた電話、受けた電話とも70%以上が末期がん利用者に関する電話であった。

電話の相手は、利用者と家族が最も多かった。

図表 3-III-9. 電話の相手

| 電話の相手 | 件数 | |
|------------|-------|-------|
| | かけた電話 | 受けた電話 |
| 利用者・家族 | 53 | 20 |
| ケアマネジャー | 6 | 2 |
| 医師 | 2 | 0 |
| 利用者の入居施設職員 | 2 | 0 |
| ホームヘルパー | 1 | 2 |
| その他 | 7 | 1 |
| 合計 | 71 | 25 |

最も電話件数が多かった時間帯は 9～10 時の 40 件、このうち 37 件がかけた電話で、27 件は末期がん利用者に関してかけられた電話であった。次いで多かったのは、17～18 時の 11 件、かけた電話 9 件で、6 件が末期がん利用者に関する電話であった。

<看護師がかけた電話>

9～10 時に看護師がかけた電話の相手は、利用者と家族が多く、その主目的は、利用者の状況確認とこれを確認した上での訪問時間の伝達であった。末期がん利用者は、その他の疾患を持つ利用者 비해、日々の身体的な変化があるため、看護師はその日訪問する利用者 に電話をかけ、前回訪問あるいは前回電話以降の状況を確認してから利用者宅を訪問していた。末期がん利用者に対する訪問前の電話は、いわばルティーン業務の一つになっていた。

2 番目に多かった 17～18 時の電話は、末期がん利用者への訪問後・電話後の状態確認、訪問日以外の状態把握（介護保険利用者と末期がん利用者）、利用者と別居している家族に対する訪問時の状況の報告、チームメンバーとの情報交換などを目的に電話がかけられていた。電話の相手は、利用者や家族のほか、ケアマネジャー、心のケア担当者など、9～10 時の電話に比べて多様であった。看護師が日中の訪問を終えて訪問看護ステーションに戻り、心身の不安定な利用者へのフォローアップやチームメンバーらとの連携のための電話が、この時間帯の特徴であった。

看護師からかける電話は、20 時台までで終了していた。

<看護師が受けた電話>

受けた電話は、特定の時間に集中することはなかった。調査期間中、22～5 時までの深夜帯の電話はなかった。5～9 時までには受けた 3 件の電話は、すべて末期がん利用者・家族からかけられた電話であり、緊急携帯電話当番の看護師が対応した後に受け持ち看護師へ引き継がれ、朝の電話対応・計画的訪問へと引き継がれていた。

図表 3-III-10. 24 時間電話応対調査結果 (末期がん利用者のみ／総数)

| 時間 | 電話
件数 | かけた
電話 | 受けた
電話 | 電話→訪問 |
|----------------------|----------|-----------|-----------|-------|
| 9～10 時 | 30/40 | 27/37 | 3/3 | 2/2 |
| 10～11 時 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0 |
| 11～12 時 | 1/3 | 1/2 | 0/1 | 0 |
| 12～13 時 | 5/5 | 5/5 | 0/0 | 0 |
| 13～14 時 | 1/8 | 0/4 | 1/4 | 0/1 |
| 14～15 時 | 4/4 | 2/2 | 2/2 | 0 |
| 15～16 時 | 1/1 | 0/0 | 1/1 | 0 |
| 16～17 時 | 2/3 | 1/1 | 1/2 | 0 |
| 17～18 時 | 8/11 | 6/9 | 2/2 | 0 |
| 18～19 時 | 4/5 | 3/4 | 1/1 | 0 |
| 19～20 時 | 5/5 | 4/4 | 1/1 | 1/1 |
| 20～21 時 | 4/6 | 2/3 | 2/3 | 0 |
| 21～22 時 | 2/2 | 0/0 | 2/2 | 0 |
| 22～ 5 時 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0 |
| 5～ 9 時 | 3/3 | 0/0 | 3/3 | 0 |
| 合計 | 70/96 | 51/71 | 19/25 | 3/4 |
| 末期がん利用者
の占める割合(%) | 73 | 72 | 76 | 75 |

4) 看護師がかけた／受けた電話の内容分析

看護師が利用者のケアに関してかけた／受けた 96 件の電話は、302 の意味のある断片に分けられた。これらを抽象化して、カテゴリを生成していった。

その結果、電話の内容は、「看護師からかけた訪問前のルティーンの電話」「看護師からかけた訪問前のルティーンの電話以外の電話」「看護師が受けた電話」の 3 つに大別された。

看護師からかけた訪問前のルティーンの電話とは、計画的訪問で予定されている訪問日の訪問前（主に朝）、利用者宅に電話を入れて利用者や家族介護者の状況を確認し、訪問時間を伝えることを主目的にした看護師がかかる電話のことである。この電話は、「予定通りの訪問」「時間調整後、訪問」へと継続されていた。

看護師からかけた訪問前のルティーンの電話以外の電話とは、上記を除いた利用者のケアに関して看護師がかけた電話のことである。訪問終了後の経過確認や報告・相談などのために、看護師は電話をかけていた。

看護師が受けた電話とは、利用者のケアに関して看護師にかけられた電話をさす。

看護師からかけた訪問前のルティーンの電話以外の電話と看護師が受けた電話は、「計画的訪問」や「その後の電話」に継続されたり、臨時訪問・緊急訪問に結びついたりしていた。

看護師は、いずれの電話においても持っている「情報のストック」から「判断に必要な情

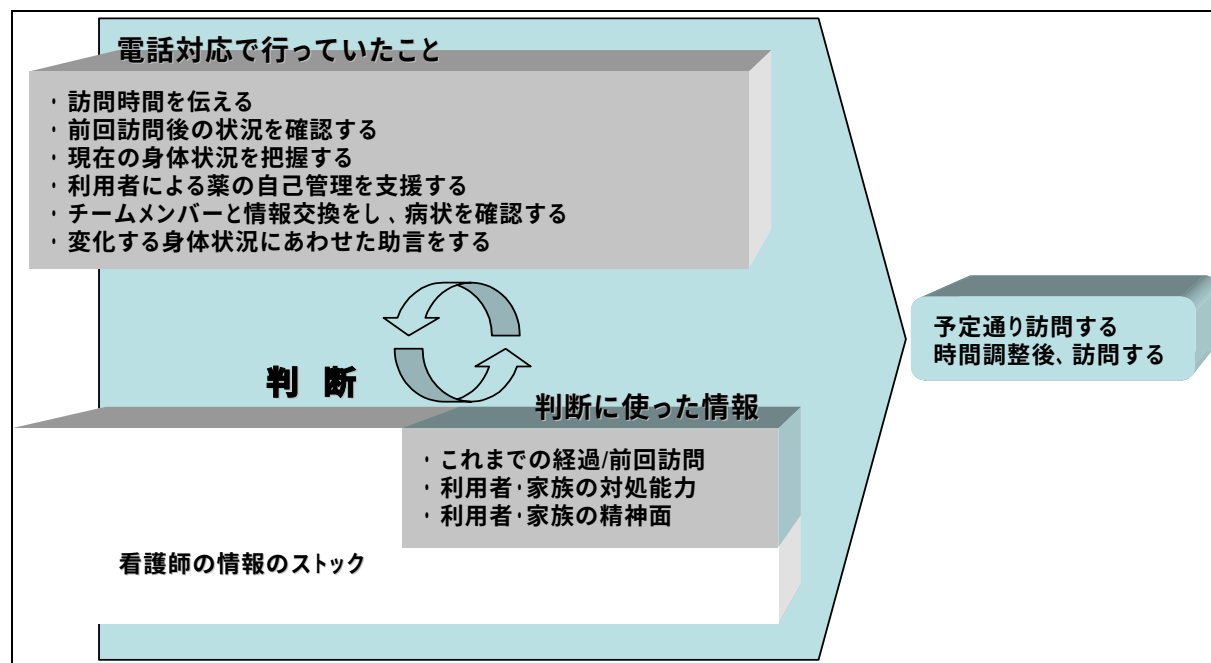
報」を選別して取り出しながら対応していた。「情報のストック」とは、がんやその治療など疾患に関連する知識、末期状態にある人やその家族の心理面に関する知識、その利用者の病態、身体状況を把握するための方法、過去に経験した同じような状況とそのときの対応、さらにその利用者との電話対応や訪問の中で収集してきた情報であり、電話対応において活用される利用者に関する膨大な情報の蓄積である。このなかでも、利用者との電話対応や訪問の中で収集してきた情報は、接する頻度からみても受持看護師が最も多くの情報を持っているということになる。

＜看護師からかけた訪問前のルティーンの電話＞

看護師は、電話対応のなかで、利用者・家族の自由な回答を引き出すため、最初に「調子はどうですか」と問いかけていた。この問いに対する回答から、「前回訪問後の状況を確認」したり、「現在の身体状況を把握」したりして、利用者・家族に「訪問時間を伝え」ていた。看護師の問いかけに対して、利用者の体調について回答があると、看護師は「変化する身体状況にあわせた助言」をして、利用者の疑問を解消したり、訪問までの間に利用者自身でできそうなケアの方法を伝えたりしていた。また、内服薬の不足がないかを確認、利用による薬の自己管理を支援」していた。

看護師の訪問後、ホームヘルパーや PT などのケアチームのメンバーが訪問している場合、看護師に報告が入ることもあり、これらの情報も電話対応に役立てられていた。

看護師が持っている情報のストックから「これまでの経過／前回訪問」「利用者・家族の対処能力」「利用者家族の精神面」の情報を引き出し、電話対応のなかで用いていた。



図表 3-III-11. 看護師からかけた訪問前のルティーンの電話

看護師からかけた訪問前のルティーンの電話の事例を以下に示す。

事例 1 70 歳代 女性 肺がん

金曜日、耳鳴のため電話があり、その週明けの月曜日、訪問前に電話を入れる。

看護師は、これまでの経過から、身体状況を言語化して説明するのが難しい人という印象を持っており、電話対応の様子からそのときの状態を推測していた。声の調子からすると、体調がよくなさそうだった。前回の訪問後、ステロイド剤の服用について医師に指示を確認しておいたので、訪問時の状態によって増量しようと考えた。

事例 2 60 歳代 女性 結腸がん 肝臓転移

週明けの月曜日、看護師が訪問前に電話をかけて土日の状態を確認し、電話で得られた情報とこれまでの経過を照合させ、訪問を 1 日延期することを決めた場面である。

a. 調子がよい時（ほぼ毎朝）は、便秘解消のため 10 分くらい散歩をするのを日課にしている。昨日、散歩途中につまずき眼鏡を壊したことが利用者から報告された。そのときの履物がくつだったことを確認する。散歩の際は注意するよう、無理しないよう伝える。

b. 食事摂取量は変化なし。少しずつ食べているとの情報を得る。肝腫大が背景にあるため、食欲がないと考えた。利用者は体力低下を心配し、少しずつ食べていると回答した。カロリーメイト、エンシュアリキッドを少しずつ摂取できているのでよいこと、摂取できるときに摂取すればよいことを伝える。

c. 金曜日の夜から麻薬を増量しているため、それまで持続していた疼痛・呼吸苦の変化を確かめる。コントロールできていると考えた。

d. 以前、貼付式麻薬の張替時間について、利用者から確認の電話を受けたことがある。貼り方・時間は事前に説明してあるが、わからなくなることもあるため、張替日は訪問時に確認するか、連絡を入れるかして、麻薬の自己管理について確認するようにした。

e. 祝日で、遠方から妹の訪問があるため、看護師の訪問を翌日にして欲しいという希望があった。利用者の身体状況からすると、訪問者が多いと疲れるかもしれないと考えた。電話で得られた情報から身体状況に大きな変化は見あたらないので、妹の訪問を優先させ、看護師の訪問を 1 日延期することに決めた。

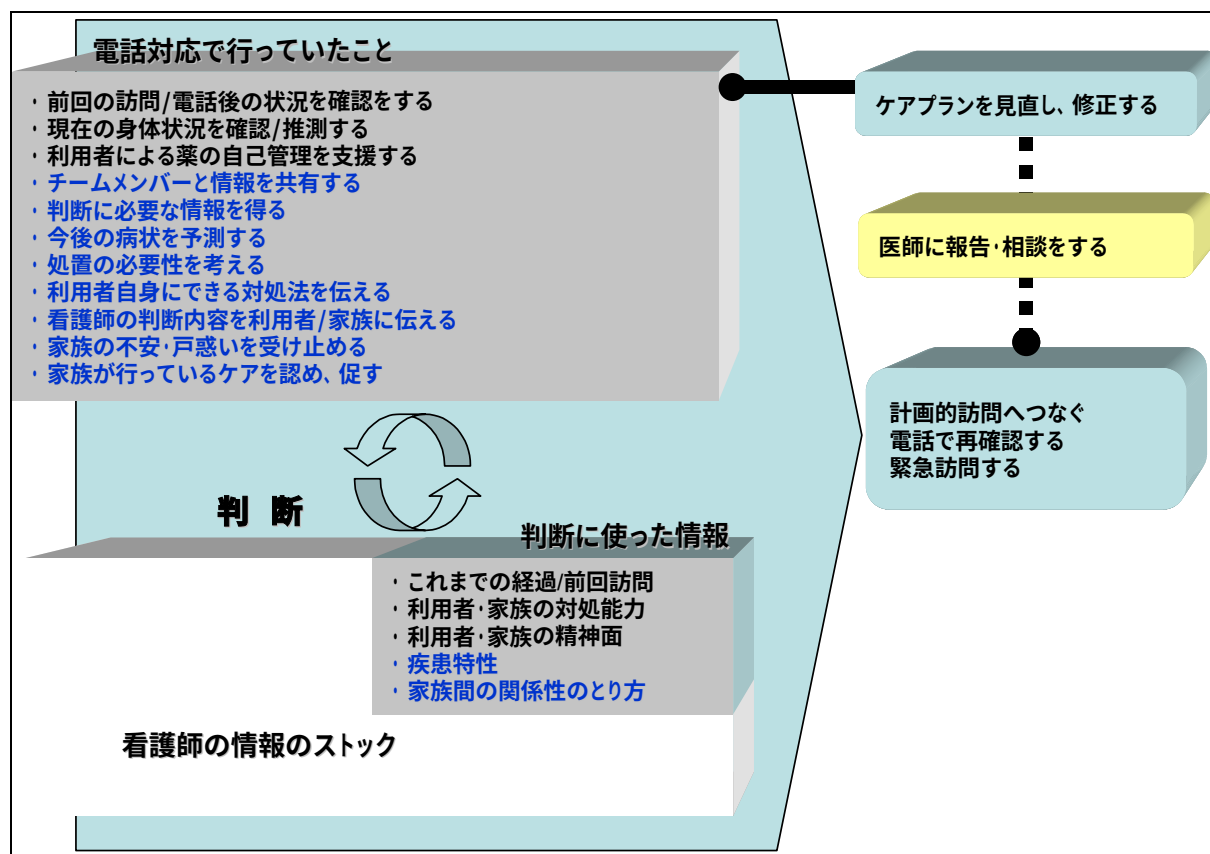
<看護師からかけた訪問前のルティーンの電話以外の電話>

看護師からかけた訪問前のルティーンの電話以外の電話は、看護師が何らかの目的を持ってかける電話という点ではルティーンの電話と同様で、「前回の訪問／電話後の状況を確認する」「現在の身体状況を確認する」「利用者による薬の自己管理を支援する」という共通点があった。

これに加えて、「判断に必要な情報」を得たり、「今後の病状を予測」したり、「処置の必要性」を考えたりしていた。また、「家族の不安・戸惑いを受けとめ」「家族が行っているケアを認め、促す」ことをしながら、症状に対して「利用者自身にできる対処法を伝える」こともしていた。チームによるケアでは、報告を受けるだけでなく、看護師からチームメンバーへ情報を伝え、情報が「共有」できるように働きかけていた。

看護師が持っている情報のストックから引き出され、活用される情報は、「これまでの経過／前回訪問」「利用者・家族の対処能力」「利用者家族の精神面」という訪問前のルティーンの電話でも用いられた情報のほかに、「疾患特性」や「家族間の関係性のとり方」の情報が用いられていた。

かけた電話は、「訪問前のルティーンの電話」へ継続されたり、その後「再び電話で確認」されたり、「緊急訪問」となったりしていた。看護師が判断する際には、「医師への報告や相談」がなされ、その後に「ケアプランが変更」される場合もあった。



図表 3-III-12. 看護師からかけたルティーン以外の電話

事例3 60歳代 女性 結腸がん 肝臓転移

計画的訪問日で、午前中に訪問したが、その際に「不安になっちゃって」と繰り返し話していた。また、昨夕、利用者本人から呼吸苦があると電話があったため、昨夕とほぼ同時間に利用者へ電話を入れた。

痛みが昼頃あり、ロキソニンを内服した。若干の呼吸苦があり、指示されているオキシコンチン 60mg とホリゾン 2mg を早めに内服したこと、「もうすぐ落ちつくかな。苦しくなったら、薬飲めばいいね。」という。食欲はないと返答があった。

この報告から、看護師は利用者自身で状態が悪いことを実感していると考えた。また、食事はごはんだけでなく、パン、果物、エンシュアリキッドなど、何でもよいと伝えた。呼吸苦について、訪問前に医師の指示を確認し、呼吸苦時はホリゾン 2mg→アンペック 10mg の指示を受けた。訪問時、指示書内容を利用者に説明し、電話でも再確認した。

事例4 60歳代 女性 結腸がん 肝臓転移

受持看護師が、訪問終了後にキーパーソンの娘へ電話を入れた場面である。

訪問時、利用者が「娘は、私が飲んでる薬も興味がない。」「夜、時々見に来てくれるみたい。食事も持ってきてくれるし、朝もどう？ って見に来てくれる。」「娘には息苦しいこと、言っていない。」と話していたことから、娘に電話を入れることにした。

娘と話をしてみると、本人の呼吸苦やその他の症状だけでなく、それらに対して処方されている薬とその必要性や使用法についても把握していないことが分かった。娘家族と利用者は、同じ建物の1階と3階に住んでいるが、利用者の仕事の関係で親子が一緒に過ごした記憶があまりないため、「今まで別居親子みたいなもの」という認識だった。「お互いに今の状況をどう共有し、助け合っていたら良いのか迷ってしまう。後悔しないためにも母をサポートするよう医師にも言われたが、実際どうやっていいのか分からない。」と話した。

看護師は、娘が現在悪くなっている様子を感じながらも、まだ死を遠いものと考えたい、どのように関わればいいのか分からないという思いを感じた。そこで、利用者が自分の症状にどのように対応しているか、症状が出ると1人で対処しようと考え、字がよく見えず、充分確認をしないまま誤った薬を内服(鎮痛剤と思って、胃薬を内服)していたり、症状の出現によって不安になっていたりすることを伝えた。あわせて、側にいる、声をかける、薬を渡す、座薬を入れるなどの具体的な例を示しながら、症状が出現したり、増強したりした時のサポートについても伝えた。このような娘のサポートは、本人に安心感を与えることになる。すでに利用者に対して行っている、毎朝顔を出す、体調を聞く、食事を運ぶなどのサポートは、利用者が心強く、うれしく思っていることを伝え、これからも継続してやってもらいたい、これらのサポートは本人のためになっていると、娘のサポートの意味づけも行った。

そして、今はADLが保たれているため、時間のあるときは訪ねて行って話をすること、状況が変わったときは看護師に連絡をすれば、看護師と一緒にサポート体制を考え、行動していくこと、また薬に関しては一覧表を作っておくので、それを確認するよう話した。

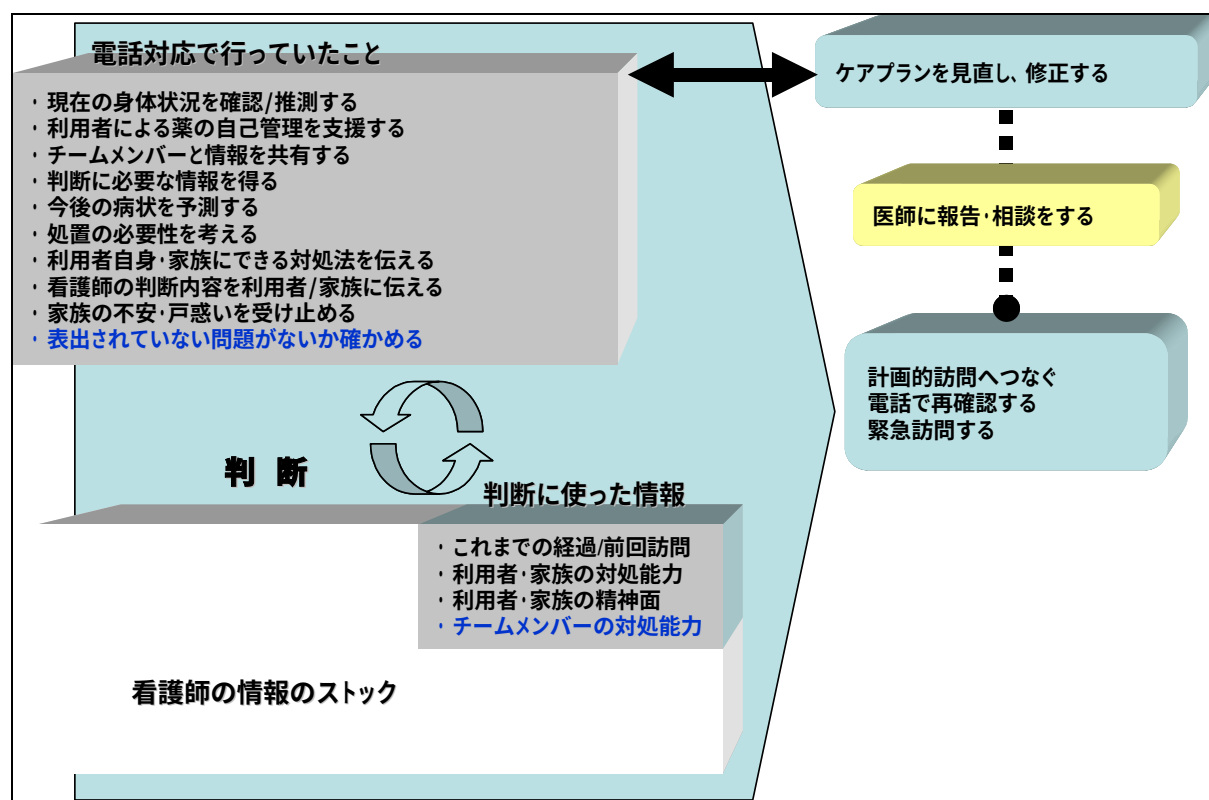
看護師は、今後、状態が悪化していくと予想される利用者の現状を、娘に伝えていく必要があり、デスエデュケーションも兼ねていかなければいけないと考えた。

＜看護師が受けた電話＞

電話対応で行うことや判断に使う情報は、看護師がかける電話も受ける電話も共通している。しかし、看護師がかける電話が、看護師の何らかの意図や目的を持っているのに対して、看護師が受けた電話は、当然のことながらそれがない。このため、これまでの経過/前回訪問で得られた情報よりも、電話をかけた利用者が看護師に報告・相談したいと思って伝えられる情報をもとに電話対応がなされる傾向があった。このことは、今の利用者の状況が最優先されるともいえるが、受ける電話は受持看護師以外の看護師が対応することもあり、これまでの電話対応や訪問のなかで蓄積してきている情報の少なさとも関連していた。

受ける電話では、利用者主体で情報が表出されてくるため、利用者が考える問題と関与している情報がないか、また他に問題となっていることがないか、利用者から「表出されていない問題」にも働きかけていた。

看護師が受ける電話の相手は、利用者のほか、チームメンバーも含まれていた。ホームヘルパーから受ける電話は、看護師の緊急訪問となるケースもあり、そのときにはチームメンバーであるホームヘルパーの対処能力に照合して判断することもあった。



図表 3-III-13. 看護師が受けた電話

事例 5 80 歳代 女性 腰部筋症 便秘症 慢性胃腸炎

利用者本人から腹部症状と食事に関する確認の電話があった。腹部の張り感があるが、ヨーグルトを食べてもよいかという問い合わせだが、話を聞くと看護師の前に医師にも電話で確認していた。利用者が不安だったので、医師に確認したうえで、看護師にも聞いてきたのだろうと考えられた。

利用者は、円背があるために、胃腸炎、逆流性食道炎、便秘の状態になっており、医師からはイチジク浣腸の指示がある。利用者に現在の症状について尋ねると、疼痛と嘔気はない、排泄のコントロールも良好である。食事制限の指示はでていない。

看護師は、風邪だったので、その症状と一緒に、張り感が増強したのではと考えた。食欲低下は、その他に訴えている症状からすると、イレウスではなさそうだった。翌日が訪問日にあたるので、この状態であれば食べてもよいと考え、その旨を利用者に伝えた。あわせて痛みが強くなったら、電話をしてもらうように指示し、もし痛みが出てきたら浣腸をしようと、次の方向性を決めた。

医師と看護師に電話をしているのは、利用者の不安な気持ちの表出であろうから、夜に電話を入れることにした。

事例 6 60 歳代 女性 肺がん

家族より、背部痛があるので、座薬を使って良いか確認の電話があった。疼痛に関しては、ボルタレン 25mg 錠の 6 時間毎内服なのでコントロール不十分なのだろう。背部痛に対して、座薬を使ってもらおうと考えた。家族には、坐薬挿入後 30 分位で効いてくること、もし 1 時間位経っても痛いようなら、もう一度座薬を入れてみるよう伝えた。

背部痛ばかりに目がいっているようだが、その他は変わりがないか聞いてみよう。気になっていることを思い出すかもしれない。夜間、何かあったとき、家族で対応できるよう、予め対応を伝えておくことができるかもしれない。聞いてみると、頭痛があるという。坐薬を挿入するので、頭痛も取れてくるだろうと伝える。

頭痛は脳圧亢進症状の可能性あり、けいれんが起こるかもしれない。このことを今家族に伝えると不安になるだろう。もし、けいれんが起こったと電話が来たら、そのとき対応について伝えることにしよう。

<臨時訪問・緊急訪問となった電話対応>

今回、電話対応から訪問となったのは、4 ケースあった(図表 3-III-14)。このうち半数は、電話を受けた後、その後の状態把握のために看護師がかけた電話からの訪問となっていた。日中の訪問が 3 件、夜間の訪問が 1 件で、深夜帯の臨時訪問・緊急訪問はなかった。

図表 3-III-14. 臨時訪問・緊急訪問となった電話対応

| ケース | 時間 | 電話の相手 | かけた／受けた電話 | 利用者特性等 |
|-----|---------|---------|--------------------|---------------------|
| A | 9～10 時 | ホームヘルパー | 受けた | 末期がん
要介護者 2 名の同居 |
| B | 9～10 時 | 家族 | かけた
(深夜帯の緊急電話後) | 末期がん |
| C | 13～14 時 | ホームヘルパー | 受けた | ケース A と同居の利用者 |
| D | 19～20 時 | 利用者 | かけた | 末期がん |

＊看護師が臨時訪問・緊急訪問を決定する上でのポイントをアンダーラインで示した。

<ケース A>

ケース C と要介護者 2 名の同居世帯である。定時に訪問したホームヘルパーの連絡から訪問となった。

訪問介護事業所には、訪問時に何か変化があった場合はいつでも連絡をするように伝えてあり、相互に情報の提供をしていた。このとき、そのホームヘルパーからの報告だったことは、看護師が緊急訪問を決定する要因の一つになった。また、ホームヘルパーの報告した内容が、今までの経過から看護師には予測できない内容だったこと、利用者に起こっている状況を想像しつつ、これに利用者の最近の経過を照合させてみても、緊急訪問が必要かもしれないと考えた。また、ホームヘルパーとの電話でのやりとりから、ホームヘルパーの訪問にあわせて看護師が訪問することを期待しているように受け取れた。

<ケース B>

過去に何度か緊急携帯電話に連絡が入っているケースで、この日の早朝、下腹部の張り感と痛みのために緊急携帯電話に連絡が入っていた。夜間は、緊急携帯当番が鎮痛剤・鎮静剤の使用について、家族の話を聞きながら対応しており、朝、引き継がれた受け持ち看護師か

らその後の状態を把握するため電話を入れ、臨時訪問をすることになった。

<ケース C>

ケース A と同居の利用者で、このときも定時に訪問したホームヘルパーからの連絡で緊急訪問となった。

ケースAと同様に、看護師は、チームメンバーのホームヘルパーが利用者の状態を観察し、連絡してきたことを重視し、ホームヘルパーからの電話で得られた情報とこれまでの経過を照合させて起こっている状態を予測した。しかし、予測した状態が実際に起こっているかどうかを判断するには情報が不十分であったこと、独居のケース（要介護者のみの世帯）であることから、緊急訪問となっていた。

<ケース D>

疼痛と呼吸困難のある末期がん利用者で、この日は計画された訪問日ではなかった。症状が不安定な利用者の状態を確認するために、看護師は 9 時台に電話をかけた。利用者からは腹部不快感が訴えられ、看護師は利用者自身が行える便秘のケアについて伝えた。その後の状態を確かめるため、もう一度夕刻に電話をかける必要があると看護師は考えた。

看護師が電話をかける予定の時間より少し前に利用者から電話があり、指導されている呼吸困難時の対処法を試してみたが改善しないとの訴えがあった。看護師は電話で得られた情報とこれまでの経過を照合させ、包括的指示の範囲内で可能な対処法を利用者に伝えるとともに、その後の状態を確認するための電話は、薬剤の効果発現時間を想定して 30 分後が良いと考えた。30 分後の電話で症状が緩和されていることを確認した。しかし、これまで利用者自身が行ってきた約 2 時間後の定時与薬を、薬剤の効果によって失ってしまう可能性が高いことも考えられ、定時の与薬時間に看護師から電話をかけることにした。

次に電話をかけるまでの間に、看護師は医師に経過を報告し、指示を受けた。2 時間後、定時与薬ができているかどうかの確認と症状の変化を確認して、医師からの指示を伝えた。しかし、利用者が混乱しているために看護師の伝えた内容を理解することができず、この状態では家族への説明も必要と判断し、緊急訪問となった。

<事例からみた緊急訪問となる電話対応>

今回の調査では、電話対応から緊急訪問につながったのが 4 ケースだったため、一般化するにはいたっていないが、看護師が電話から緊急訪問の必要性を判断する際の示唆として、以下のような条件が得られた。

- ・ 看護師が予測していなかった事態が起こっている

- ・ 訪問して状態を把握する必要がある／判断するには情報が不足している
- ・ ケアチームのホームヘルパーから提供される情報を重視する
- ・ ケアチームのホームヘルパーから看護師に訪問の要請がある
- ・ 利用者の介護力が乏しい／独居
- ・ 利用者(・家族)が対処できない

5) ステーションFにおける電話対応の特徴とまとめ

(1) 電話対応は、「看護師からかけた訪問前のルティーンの電話」「看護師からかけた訪問前のルティーンの電話以外の電話」「看護師が受けた電話」がある

利用者や家族介護者の状況を確認し、訪問時間を伝えることを主目的に訪問前に看護師がかける電話は、予定通りの訪問や時間調整後の訪問となる。これ以外で利用者のケアに関して看護師がかけた電話、利用者のケアに関して看護師がうけた電話は、計画的訪問やその後の電話に継続されたり、臨時訪問・緊急訪問に結びついたりしていた。

看護師が受けた電話では、これまでの経過/前回訪問で得られた情報を活用するよりも、電話をかけた利用者が看護師に報告・相談したいと思って伝えられる情報を活かして判断がなされる傾向がみられ、また、看護師は利用者から表出されていない問題へも働きかけていた。

(2) 末期がん利用者への訪問前に電話をかける

ステーションFでは、利用者からの電話に看護師が対応するというよりも、むしろ看護師から利用者に電話をかけていた。とくに末期がん利用者への訪問前に最も多く電話がかけられていた。

このことは、末期がん利用者では症状緩和の必要性があること、介護保険利用者に比べて症状に変化があることなどの利用者特性があり、そのために看護師側に情報収集や確認の必要性が生じることと関係があるかもしれない。

いずれにせよ看護師が積極的に電話をかけること、とくに利用者への訪問前に電話をかけることで、末期がん利用者の様々な苦痛を把握したり、日々変化していく身体症状への対応をしたりすることが可能になる。身体症状へのアプローチは、利用者の苦痛を軽減するという身体面へのケアだけでなく、それが利用者の精神面の安楽をもたらすことになったり、家族の不安を軽減したりするという意味において重要であることが、この調査でも示された。

訪問とセットで看護師から利用者にかける電話では、小規模の訪問看護ステーションにおける効果的・効率的なケアを展開するための示唆を得ることができた。

(3) 電話対応では利用者の身体面に焦点が当てられる

身体状況や苦痛症状の把握、病状の予測と処置の必要性などのカテゴリで示されるように、身体面のケアに関するカテゴリが多く抽出された。このことは、症状緩和の必要のある末期がん利用者への電話が全体の 70%を占めていることと関連している可能性がある。

また、看護師からかける訪問前のルティーンの電話のように、電話のあと数時間以内に訪問する場合は、訪問前の予備的な情報の収集に限られる。何らかの助言や対応が必要な場合も、看護師が訪問して対処できるため、電話では利用者が最も困っている/心配している事柄のみに焦点が当てられると考えられた。

(4) 看護師は訪問や電話対応のなかで多くの情報をストックしていき、それらを活用して電話対応をしている

とりわけ末期がん利用者には、看護師は 3 回/週の訪問をし、その前に電話をかけている。計画的訪問日以外や訪問終了後でも、必要に応じて電話をかける。そのなかで、看護師はきわめて多くの情報を得て情報のストックとして蓄積されており、それが電話対応の判断において大いに活用されていた。

5. 訪問・電話を組み合わせた 24 時間ケアの事例

ここでは、末期がん利用者の訪問開始から終了までの 2 事例を通して、訪問・電話を組み合わせた 24 時間ケアがどのように行われているか、ステーション F での 24 時間ケアの実態を明らかにしたい。

S さんの事例では症状に焦点をあて、T さんの事例ではキーパーソンの妻への支援に焦点をあて、看護師が訪問と電話でどのようなケアを提供していったかについてみていく事にする。

1) 事例紹介

図表 3-III-15. 事例紹介

| | | S さん | T さん |
|----------------|----|---|--|
| 年齢・性別 | | 73 歳・女性 | 69 歳・男性 |
| 病名 | | 子宮頸がん術後、肺転移 | 胃がん術後腹膜再発、
右水腎症 D-J スtent 留置中 |
| 訪問看護期間 | | 11 月 26 日～1 月 3 日
(39 日間) | 11 月 3 日～1 月 18 日
(77 日間) |
| 訪問回数 | | 19 回 | 37 回 |
| 電話 | かけ | 16 回 | 37 回 |
| | 受け | 5 回 | 7 回 |
| 現病歴 | | <p>6 年前、子宮頸がんにて広汎子宮全摘、放射線療法を受け、フォローアップしていた。</p> <p>2 ヶ月前、胸部異常陰影出現し、精査。主治医から S さんと家族には、根治性のないこと、予後は非常に厳しいことを話され、年齢、体力を考慮して、緩和療法を勧められる。S さん、家族ともに同意し、在宅ケアを受けることになる。</p> | <p>1 年前より吃逆あり、近医受診。吃逆止まらないため、精査し、胃がんの診断を受ける。K 病院紹介され、化学療法、胃全摘術を受ける。経過フォローしていたが、半年前に腹膜再発、右水腎症併発し、Stent 留置。その後、weekly paclitaxel 療法を受けるが、最大効果 NC (No Change)。</p> <p>1 ヶ月前から、下痢、腹水増大、原病悪化のため、今後は積極的な化学療法は行わず、緩和治療の方針となる。</p> |
| 家族背景
キーパーソン | | 独居 都内、近県に子ども (1 男 1 女) 家族が居住。キーパーソンは娘だが、息子夫婦も介護に協力する気持ちを持っている。 | 妻、次女との 3 人暮らし。都内に長女夫婦在住。キーパーソン妻。 |
| 訪問開始時の状態 | | 症状:呼吸困難、食欲低下あり。
セルフケア自立 | 症状:食欲低下、つかえ感
セルフケアほぼ自立。 |

| | | |
|---------|---------------------------|--------------|
| チームメンバー | 主治医
(1回/週往診、最終1月3日午前中) | 主治医、アロマセラピスト |
| 医療・社会資源 | HOT | レンタルベッド |

2) Sさんへの訪問と電話対応

Sさんの訪問記録から一部分を抜粋し、電話対応の記録とあわせて一覧表に示した(図表 3-III-16)。

訪問回数は19回で、3回/週の計画的訪問を行った。臨時訪問は2回あり、別居している娘が指示された内服薬を届けに土曜日訪問するとのことで、これにあわせてSさんと娘に説明をするための訪問、また、死亡の連絡を受けてデス・ケアを行うための訪問であった。

訪問記録には、Sさんは訪問看護を開始したときから、終了まで呼吸に関する記録が継続して書かれている。Sさんが肺転移による呼吸困難のためHOT(在宅酸素療法)を受けており、看護師の観察内容と症状緩和のための介入の記録がなされていた。

電話対応の記録では、かけた電話が16回あり、そのうち15回が訪問前に身体状況の確認と訪問時間の伝達であり、残り1回はSさんから受けた電話について家族へ確認した電話であった。受けた電話の記録は5回あり、Sさん本人から症状に関する相談・報告の電話が3回、娘から症状に関する相談が1回、あとは死亡の連絡であった。

<麻薬の服薬管理>

訪問の記録を見ると、訪問開始時期Sさんは朝食があまり摂取できていないことを理由に、麻薬のリン酸コデインの内服をしなかったことが書かれている。週末にオキシコンチンが開始されたあと、週明けの看護師からの訪問前の電話では、麻薬の副作用と服薬しているかどうかの確認が行われている。

<麻薬の副作用対策>

麻薬とともに緩下剤の内服をしている。6日の電話対応記録では、腹部不快が出現し、看護師が電話を受けたことが記述されている。看護師はSさんに温罨法の助言をするとともに、息子と娘に確認の電話をいれ、Sさんの勘違いによる過剰内服が腹部不快の原因と思われること、子どもたちが服薬管理に関わっていない事実を確認し、本人にはその後の症状の変化を確認していた。その後、8日の訪問前の電話で、腹部不快感がどうなったかフォローをしてから訪問を行っていた。

<発熱と消炎鎮痛剤の服薬、その副作用>

これについても、電話→訪問→電話・・・と継続した対応がなされ、看護師は電話と訪問での対応を使い分けながら、Sさんへの支援を行っていた。つまり、訪問前にかける電話のなかでは、症状の変化を確認するにとどめ、その後に訪問している。訪問では、電話で確認した情報をもとに薬の増量・中止を判断していた。

<身体状況の変化>

看護師からの電話と訪問によって、Sさんの症状はほぼコントロールされていた。1月1日、傾眠状態となり、Sさんの娘は看護師に電話をかけた。このとき看護師からの説明によって、Sさんの身体状況について理解でき、翌日の訪問看護まで安心して待つことができると回答した。

訪問記録と電話対応の記録を併せてみると、何が問題となっていたか、その経過や症状緩和のためにどのようなケアが行われたかが、より明確になる。訪問開始時期には、呼吸困難に対して処方された麻薬の管理、その後は麻薬の副作用である便秘・腹部不快感、発熱と消炎鎮痛剤の服薬及びその副作用について記述されていた。

これらは、いずれも電話と訪問とが組み合わされてケアが提供されており、電話ではSさんが自覚している症状とその状況の確認がなされ、これらに対するフィジカルアセスメントや薬の調整などが訪問のなかで行われていた。

図表3-III-16. (1)

| 日付 | | 11月 | | | 12月 | | | | | | | |
|-------------|-----------|--|---|---|---|------------------------------------|--|---|---|---|--|---|
| | | 26 | 28 | 29 | 1 | 3 | 5 | 6 | 8 | 10 | 12 | 15 |
| Vital signs | 体温 (°C) | 36.4 | 36.3 | 37.0 | 36.4 | 36.7 | 36.6 | | 36.6 | 36.7 | 36.7 | 36.6 |
| | 脈拍 (回/分) | 78 | 78 | 90 | 90 | 90 | 90 | | 78 | 72 | 84 | 90 |
| | 血圧 (mmHg) | 130/82 | 144/80 | 128/82 | 134/78 | 156/88 | 150/82 | | 126/80 | 126/96 | 140/80 | 156/84 |
| 麻薬 | | リンコデ20 2P 2× | | オキシコンチン 10mg 2× | | | 屯)リンコデ1P | | | | | |
| NSAIDs | | | | | | ナイキサン100mg 就寝前 | | | | | | |
| 身体状況 | 呼吸困難感 | 労作時 | | | | | | | | | | |
| | O2 (ℓ/分) | 1 | | | | | | | | | | |
| | 肺音 | | | | | | 右air(－) | | 右下Fair(－) 右上弱い | | 右弱い | 右上下弱い
ヒュー音 中air(－) |
| | 咳 | ＋ | － | | | | | | | | | |
| | 痰 | － | － | | | | | | | | | |
| | 下肢浮腫 | 左<右 | | | | | | | | | | |
| 排泄 | 便 | 軟便1-2回/日 | 2日間なし | 昨日あり | OK | → | → | | up
出にくい | 少ない | OK | up
まあまあ |
| | 薬剤 | 硫酸マグネシウム 1g 分2 | 硫酸マグネシウム 1g 分2
ブルゼニド2錠 | ブルゼニド1錠 | ブルゼニド2錠 | | | | | ブルゼニド3錠 | 硫酸マグネシウム 1P | → |
| 栄養 | 食事 | 3食(ご飯1/2杯) | → | 少しずつ2～3食 | パン、バナナ、プリン | パン、ご飯、ケーキ | 刺身、ご飯 | | OK | 3食少しずつ | 少しup | 腹4分目×3 |
| 呼吸症状 | | 咳、夕方からひどくなる。リンコデ20 2P 2×内服中。咳嗽、軽減しないときは、リンコデupかオキシコンチンスタートか。 | 咳、変わらず。夜間眠れている。朝食バナナのみだったので、リンコデの内服せず。→食事に関係なく内服するよう話す。 | 咳、変わらず。本人、家族に説明し、オキシコンチン 10mg 2×で開始。開始時のため、ノバミンも開始。 | オキシコンチンとリンコデ屯用で、やや空咳落ち着いている。 | 咳、オキシコンチン内服で軽減。労作時は呼吸困難増強、酸素で落ち着く。 | | | | | 咳多め。リンコデ内服すすめる→便秘が心配→硫酸マグネシウム内服すすめる。 | 咽頭喘鳴あり、4-5日前から時々出ている。ときどき痰あり。呼吸困難なし。咳増えているため、リンコデな衣服してもらおう。呼吸困難、ヒュー音少しでもupあれば、オキシコンチン増量を。 |
| 腹部不快/便秘 | | | | ブルゼニド毎日内服のこと、話す。 | ブルゼニド2錠でOK | | | 腹部温め、明け方スッキリ出た。6日のみブルゼニド4錠内服。その後、2錠で少しずつ出ている。もうひとつスッキリしない様子のため、硫酸マグネシウムを適宜追加してもらい、10日再評価する。 | 水様～軟便少量ずつ出ているが、今ひとつツッキリしない感じ続いている。ブルゼニド3錠へup。 | ブルゼニド3錠にupしてから「お腹の調子が良くなり、スッキリと出るようになった。食欲も出てきて」と喜んでいる。 | 最近またスッキリしなくなってきた。硫酸マグネシウムをプラスしてすっきりしなければ、ブルゼニドupを。 | |
| 発熱 | | | | | | 37.4℃、ナイキサン開始 | | | | | | |
| 家族 | | 自立している面は大切に、必要などはないつもりでもサポートしたい | 娘:Sさんの姉入院し、面倒をみていて大変 | 娘、息子:ノートに書いている 家事にも協力的 | 息子:宿泊している | 息子:食事を作ってくれる | | | | 子どもたち:身の回りの世話をしている | | |
| 社会面・スピリチュアル | | 家で仕事をしながら生活していきたい。仕事をしていると「いきいきする」 | 仕事は後々のことを考えて準備している | 今となってはもう格好つかない。無理しない。 | | | | | | 1日誰とも話さない、気分が悪くなる。よからぬことを考える。 | | できるだけ長く生きたいと思っている。 |
| 電話/かけ | 時間 | 12:40 | 9:00 | 9:00 | 9:00 | 9:30 | | 14:40 | 9:00 | 9:00 | 9:20 | |
| | 主目的 | 身体状況の確認、訪問時間の伝達 | 身体状況の確認、訪問時間の伝達 | 訪問時間の伝達 | 身体状況の確認、訪問時間の伝達 | 身体状況の確認、訪問時間の伝達 | | 本人にその後の状態を確認。息子と娘に下剤の管理について状況確認。 | 持続症状の変化について確認、訪問時間の伝達 | 持続症状の変化について確認、訪問時間の伝達 | 訪問時間調整 | |
| 電話/受け | 内容 | 12:40 午前中退院なので、お昼に電話入れ変わらなことを確認する。15時過ぎ訪問。 | 体調変わりなく、食事摂取できていることを確認。予定通り訪問へ。 | 娘が10時過ぎにオキシコンチンを持って訪問することを確認。同時刻に訪問を調整する。(前日からオキシコンチンを始める予定だった) | オキシコンチン内服後の変化を確認。内服は忘れずにできている。やや嘔気があるが苦しくはないこと。排便コントロールのためのブルゼニド内服確認し、呼吸苦、咳などの身体症状に変化がないことを確認。予定通りの訪問へ。 | 身体状況に変化ないことを確認し、予定通り訪問へ。 | 息子:内服薬の管理をしないことを確認。娘:以前、分包したとき下剤は眠前しか入れておらず、普段は2錠しか内服していないことを確認。本人:温療法で楽になった。朝も下剤を内服したことが腹部不快の原因と判断。下剤の内服時間・量の調整について伝える。 | 腹部不快感が温療法で軽減できていることを確認し、予定通り訪問へ。 | 8日に下剤を調整したため、その後の変化を確認する。腹部不快感が持続しているため、訪問時に下剤を調整する必要があると考えた。 | 他の利用者の訪問時間と重なるため、訪問時間を調整する | | |
| 電話/受け | 時間 | | | | | | | 12:20 | | | | |
| | 主目的 | | | | | | | 腹部不快感の対応 | | | | |
| 電話/受け | 内容 | | | | | | | 腹部不快の電話。オキシコンチン内服中、腹部手術既往あるため、就寝前ブルゼニド2錠内服中。昨日の訪問では、ブルゼニド2錠で毎日排便であると話していたが、入院中便秘をした際、とても苦しかったため、すっきり出したいと朝2錠内服した様子。昨日、薬箱を確認したときは就寝前2錠のみだったが、Sさんは毎日4錠という。分包は娘が行っている。排便は夕方あると思われるため、温療法で様子を見るよう話す。息子、娘に確認をする。 | | | | |

図表3-III-16. (2)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|--|-------|------------------------------|---|---|---|--|--|---|--|--|----|
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 24 | 26 | 29 | 31 | 1月 | 1 | 2 | 3 |
| 36.7 | | 37.1 | | | 36.7 | 36.9 | 36.7 | 36.4 | | | | 36.4 | 永眠 |
| 96 | | 90 | | | 76 | 96 | 90 | 96 | | | | 102 | |
| 124/64 | | 124/76 | | | 148/82 | 140/84 | 116/68 | 132/70 | | | 90/60 | | |
| | | | | | | | | 27日ーオキシコンチン15mg 2× | 30日ーオキシコンチン20mg 2× | | | | |
| | 医師の指示でナイキサン300mgへup | | | | | | | 27日ーナイキサン600mg 3× | | | | | |
| | | | | | | | | | | | ▶ | | |
| | | | | | | | | | | | | | ▶ |
| ▶ | | 右上中弱い 下air(ー) | | | 右弱い 左ヒュー音 | 右上弱い 中下(ー) 左ヒュー音 | 右上微 中下air(ー) | | | | | 全体肺雑音 | |
| | | | | | | | | | | | ▶ | | |
| | | | | | | | | | | | ▶ | | |
| up | | up | ー | | | | | ▶ | | | 軟 | | |
| | | | | | | | | | | | ▶ | | |
| 昼夜2食 | | 2食 | | | 減少 | 3食少しずつ | カステラ他 | オムライス1/3、おにぎり | | | 食欲低下、エンシュア渡す | | |
| ヒュー音あり。呼吸困難なし。咳、増減なし。痰なし。 | | 呼吸困難：変化なし。 | | | | | | 咽頭喘鳴あり、狭窄様。呼吸困難は「さぼど」変わらないとのことだが、動くときと休みたくなる。元々我慢強いところがあり、早めの対処で30日からオキシコンチンupへ。 | | | | | |
| | | | | | | | | ブルゼニド3錠で、1〜2回/日少しずつ排便あり。オキシコンチンもupしているため、必要時4錠へupするよう話す。 | | | | | |
| | | 午前中も37℃台。夜間、37℃台。やはり37.7℃のときは倦怠感あり。 | | | 夜間、37℃台。昨晚37.7℃ナイキサン増量も考える。 | 昨夕、37.1℃、苦痛なし。上がるようならナイキサン増量を。 | 24日夜、37.6℃、25日37.7℃。医師の指示でケフラル3C 3×開始。オキシコンチン明日からup、ナイキサンもupする。 | ケフラル30日で飲み切りだが、微熱はあまり変化ないようす。ナイキサン300mg続行。 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 息子、娘、嫁とともにケアをする。息子、娘に病状説明。嫁1月から休職。家族へ説明：薬upの影響かもしれないが、現在肺雑音up、呼吸困難あり。薬は減らすより、今後upしていくほうがよいこと、全体的にレベルダウンしている恐れもあること、今後食事がとりにくくなり、ADLdownするであろうことを伝える。 | | |
| | | 先日、電気のブレーカーが落ちて、酸素が吸えなくなり、パニックになってしまった。日中は下の階に会社員がいるが、夜間は緊急でもHOTの会社でも携帯から電話をくれるよう話す。 | | | | | | | | | | | |
| 9:30 | | 9:20 | | | 9:00 | 9:00 | 9:00 | 9:15 | 9:00 | | | | |
| 身体状況の確認、訪問時間の伝達 | | 身体状況の確認、訪問時間の伝達 | | | 身体状況の確認、訪問時間の伝達 | 身体状況の確認、訪問時間の伝達 | 身体状況の確認、訪問時間の伝達 | 身体状況の確認、訪問時間の伝達 | 身体状況の確認 | | | | |
| 朝食後に嘔吐した報告を受ける。嘔気なく、落ちついているため、予定通りの訪問とする。 | | 昨日、医師の指示によりナイキサン100mg→300mgに増量したため、夜間の発熱について確認。37℃台だったのが気にせず就寝していた。予定通りの訪問。 | | | 胃部痛の訴えと早めの訪問を希望。ナイキサン増量に原因と考えられ、医師に報告し、ガスター20mg 2×の指示を受け、午前早めの時間に訪問へ。 | 胃部痛、ガスター内服後の変化を確認。何とかやれているとの返事、予定通り訪問へ。 | 夜間、37℃台の発熱があったこと、胃部痛軽減したことを把握。訪問時にナイキサンの増量を検討することにして、予定通り訪問へ。 | 週末の状況とケフラル内服後の変化を確認。微熱が続いていることを把握し、予定通り訪問へ。 | 前日、体調により訪問するかどうかを決めることにしており、体調変わないことを確認。大丈夫ですとの返事あり、訪問延期を希望。娘在宅で、声の調子OK。訪問延期とする。 | | | | |
| | | | 18:40 | 9:04 | | | | | | | 18:03 | | |
| | | 胃部痛の出現 | | 胃部痛改善の報告 | | | | | | 身体状況の変化 | | | |
| | | 今までにはなかった痛みが胃のあたりに出現。ナイキサン内服による消化管障害が考えられた。臨時訪問が可能である旨を伝えるが、対応可能であるとのこと、温電法をすすめる。 | | 症状改善の報告と翌日の訪問でみて欲しいという希望を聞く。 | | | | | | 30日にオキシコンチンを増量してから眠ってばかりいる。食事をあまり食べないと娘より電話あり。薬の影響であれば、数日で回復して(るであろうこと、そうでなければ全身状態の低下であることを伝える。訪問していると伝えるが、眠っている理由がわかって安心した。翌日訪問あるのでよいとの返事で、訪問せず。 | | 22時頃、娘よりtelあり。呼吸止まったと。主治医へ連絡。訪問し、デスケア施行。 | |

3) Tさんへの訪問と電話対応

Tさんの訪問記録から一部分を抜粋し、電話対応の記録とあわせて一覧表に示した(図表 3-III-17)。

Tさんへの訪問回数は37回、3回/週の計画的訪問を行った。臨時訪問は4回あり、点滴トラブル(抜去、再挿入)が1回、亡くなった日にデス・ケアを含めて3回行った。

訪問記録には、胃がんの症状であるつかえ感、食欲の低下とこれにともなう体力低下への不安などが、Tさんからの訴えとして記述されていた。また、Tさんは入浴を楽しみにしており、最初は家族の助けを借りながら、ADLが落ちてからは看護師や家族が介助を行っていた。家族は入浴だけでなく、食事・排泄などを含めて、Tさんの介護に取り組み、その分心身の負担が大きくなっていったかもしれない。

電話対応の記録は、看護師がかけた電話が37回、受けた電話が7回あった。看護師は訪問前の電話でTさんの身体状況を確認し、家族介護者の体調確認を行い、訪問時のケアに対する希望なども聞いて、訪問時間を伝えていた。また、電話で把握できた情報から、家族ケアや起こっている症状や身体面へのアプローチについて訪問時の計画を立てたり、訪問前に医師への指示確認を行ったりしていた。

看護師が受けた電話は3回が死亡当日で、3回とも臨時訪問となった。このうち2回は家族の不安が高いためであり、残りの1回は死亡の報告で、その後デス・ケアのために臨時訪問が行われた。あとは薬剤の残量と身体状況の報告1回、点滴トラブル1回、家族の外出のための訪問時間の確認1回、介護支援についての相談・依頼1回であった。

<家族支援>

11月19日、訪問前に看護師からかけた電話では、Tさんの状態が安定していること、妻は介護用品の手配をしていること、次女は介護休暇の目処が立ったためか、比較的ゆとりがあった。頻繁に訪問をしていた長女は喘息だったことが報告された。

病院からの退院とほぼ同時に訪問看護が開始され、約2週間が経過していた。この頃から家族の介護疲れがみられるようになってきた。とくに妻は高血圧のための降圧剤と精神的な負担のための安定剤を近医から処方されていたが、降圧剤を内服しているにもかかわらず血圧はやや高めだったり、疲労の表情がみられたりしていることが訪問記録にも記述されている。

11月28日、訪問前の電話でTさんの体調が引き続き安定していることを把握するとともに、訪問では家族へのアプローチが計画された。訪問では、これまでの経過や訪問時に観察されたバイタルサインから、Tさんがどのような状態にあるのか、家族への説明がなされている。

訪問開始から約2ヶ月が過ぎた1月上旬、妻が体調を崩し、寝込んでしまっていた。看護師は家族の介護負担を軽減するような体制や精神面のサポートの必要があるか、家族介護の状況を電話と訪問で確認しながらケアを行っていた。

在宅末期がん利用者へのケアは、家族を含めたケアが提供される必要があるが、Tさんのケースでは、訪問前の電話でTさんの身体状況と家族の状態とが確認され、Tさんの状態が安定しているときは、訪問では家族にもより関心が向けられ、介護負担ができるだけ軽減できるような働きかけが行われていた。

圖表3-III-17. (1)

[illegible]

图表3-III-17. (2)

[illegible]

6. 24時間ケアの質を高めるためのシステム

ステーションFでは、24時間ケアの質を高めるために「朝のミーティング」を行い、定期的な「カンファレンス」や不定期の「勉強会」を開催している。

1) 朝のミーティング

毎朝、看護師、ホームヘルパーが参加して、9時から15～30分程度のミーティングを行っている。内容は、業務上の報告のほか、利用者に起こっているケア上の問題についての検討、また起こっている問題に関連した新たな看護情報の提供がなされることもある。これは受持看護師あるいはそのテーマに興味のある看護師が、看護雑誌やインターネット上などから情報を集め、ミーティングで報告するというもので、その内容や方法はそれぞれの看護師の自主性に委ねられている。

週2回設けられているグループ内医師による末期がん利用者への往診日は、医師もミーティングに参加する。この日は、往診前に利用者についての情報交換をしたり、指示やケア方針の確認を行ったりしている。

このような朝のミーティングは、いわゆるショートカンファレンスと呼ばれるものであり、「利用者の問題を確認し、解決策を決定する」「患者の状況を報告し、具体的な業務について指示したり、話し合ったりする」「ケアに関して、プランに基づいて評価し、判断し、修正する」「特定のテーマを決め、そのテーマについての知識を深める」¹というカンファレンスの目的に合致したものとなっている。

また、WHO専門委員会は、緩和ケアに関する教育の重要性を指摘し、多職種により構成されるチームワークのための多職種同時教育(multiprofessional education)もその課題の一つとしているが²、ステーションFでの朝のミーティングは、業務を円滑に進めるための情報の交換・共有だけでなく、スタッフの質を向上させるためのon-the-job training (OJT) として、教育の機会にもなっている。

2) カンファレンス

毎水曜日18～19時、週毎にテーマを決めたカンファレンスを開催している(図表3-III-18)。参加者は、ステーションFの看護師のほか、グループ内の医師、ホームヘルパー、ボランティアコーディネーター、ボランティア、心のケア担当者である。また、このカンファレンスは外部にも公開する形式をとっているため、区内数カ所の訪問看護ステーション看護師、区外数カ所の訪問看護ステーション看護師、近隣の国公立私立病院の医師・看護師、医学生などが不定期に参加している。他の訪問介護ステーションのホームヘルパーと連携して利用者にかかわる場合は、そのホームヘルパーもカンファレンスに参加することがある。

図表 3-III-18. カンファレンス予定表

| 週 | 内容 | |
|-----|-------------|-----------------------|
| 第1週 | デスカンファレンス | 在宅死のケースに関する経過報告とケアの評価 |
| 第2週 | チームカンファレンス | 多職種で関わっているケースに関する事例検討 |
| 第3週 | テーマ別カンファレンス | 勉強会やケア上の問題に関する事例検討 |
| 第4週 | チームカンファレンス | 多職種で関わっているケースに関する事例検討 |
| 第5週 | 休会 | |

3) 勉強会

テーマ別カンファレンスの日、不定期に勉強会が開催される。今年度は以下のような勉強会が開催された(図表 3-III-19)。

図表 3-III-19. 勉強会内容

| 日程 | テーマ |
|-------|---------------------------|
| 5月7日 | 新しい鎮痛剤オキシコドン徐放錠について |
| 6月18日 | フェンタニルパッチは在宅での疼痛緩和をどう変えたか |
| 7月2日 | オプソについて |

なお、これらの日以外の19時以降には自由参加による勉強会(1時間以内)も開催されており、研修の報告、スタッフの関心のあるテーマでの抄読会などが行われることも多い。今年度は、ビリーブメントケア、家族、アクションリサーチなどのテーマを取り上げ、報告・議論をしたり、在宅ターミナルケアに関する文献の抄読会を行ったりしている。

7. 総括

小規模・単独型訪問看護ステーションにおいて、効果的・効率的な 24 時間ケアを展開するための方法を提示するためのケアモデル作成に取り組んだ。

1) 小規模・単独型訪問看護ステーションの実情と 24 時間ケアを提供するための工夫

標準的な小規模・単独型訪問看護ステーションであるステーション F では、ボランティアや専門職から構成されるケアチームによって 24 時間ケアが提供されている。

末期がん利用者には多職種のメンバーで構成されるチームケアと 24 時間ケアが必須である。そのためにステーション F では症状緩和や死亡時の対応について、医師との事前協議を行ったり、包括的指示などの工夫をしたりしていること、緊急連絡体制をシステム化し利用者へも周知していることを述べた。

2) 「看護師からかけた訪問前のルティーンの電話」「看護師からかけた訪問前のルティーンの電話以外の電話」「看護師が受けた電話」から構成される電話対応

電話対応は、以上の 3 つに大別され、看護師は利用者に対して積極的に電話をかけていた。この背景として、ステーション F では末期がん利用者が多いという特性が考えられた。

電話対応では利用者の身体面に焦点があてられる傾向があった。

看護師は過去の電話対応や訪問のなかで膨大な情報をストックしており、看護師からかける電話において、その情報がより活用されていた。

3) 訪問記録・電話調査による事例検討

看護師がかかる 2 種類の電話のうち、訪問前に利用者に対して看護師がかかる電話では、訪問とセットになっていることがわかった。電話と訪問をセットにしたケアの提供は、小規模訪問看護ステーションの効果的・効率的なケアモデルの開発に有用な示唆を得ることができた。

4) 24 時間ケアの質を高めるためのシステム

効果的・効率的な 24 時間ケアを提供するには、ケアの質を高める必要があり、ステーション F が行っている「朝のミーティング」「カンファレンス」自主参加を含む「勉強会」について提示した。

8. 提言：新たな 24 時間訪問看護モデルの提案と制度への提言

1) 新たな 24 時間訪問看護モデル

- (1) 24 時間ケアは訪問のみではなく、電話と訪問の組み合わせで対応する。
(訪問・電話をセットにした包括的ケアによる 24 時間ケアシステム)
 - ・ 24 時間ケアでは、看護判断にもとづいた電話での対応が効果的な訪問につながっている。電話対応において、電話から得られた情報と訪問看護師がすでに持っている情報ストックの情報から、適切な看護判断をおこない訪問につなげれば、効率的効果的な 24 時間ケアが提供できる。
- (2) 緊急時のみならず 24 時間ルティーンの訪問看護を提供するために、本報告書で提案した「24 時間ケア訪問看護モデル」に基づいたシステムを新たに構築する。
 - ・ 夜間・休日のルティーンの訪問看護は、夜間・休日巡回型訪問看護ステーションから提供され、訪問看護師とヘルパーがチームを組んで訪問する。
 - ・ 緊急時の電話対応と訪問は従来どおり各ステーションが行う。

2) 新たな 24 時間訪問看護モデル実施のための制度への提言

- (1) 夜間・休日巡回型訪問看護ステーションは、訪問看護師とヘルパーのチームでケアを提供するため、訪問看護ステーション従事者として介護職が雇用できるようにする。24 時間ケアは、小回りが効く効果的なチームが必要であり、看護職と介護職が同じ組織に属していることは重要な要素である。
- (2) 夜間・休日巡回型訪問看護ステーションは、看護職と介護職がチームでケアすることを原則とし、チームケアを実施している夜間・休日型訪問看護ステーションに対して「夜間休日訪問療養費（仮称）」を支払う。実際には看護職が同行して行うケアとヘルパー単独で行うケアの診療報酬単価をケアごとに決める。
- (3) 従来の訪問看護ステーションの 24 時間ケアに対しては、「24 時間ケア体制加算」と緊急時に訪問した場合の「緊急時訪問加算」が算定できるようにする。24 時間ケア体制加算は 24 時間いつでも連絡がとれ必要時訪問できる体制をとっている訪問看護ステーションに「まるめ」で支払われる。
- (4) 多機能型訪問看護ステーションへの転換
24 時間訪問看護モデルによる 24 時間ケアシステムが構築されれば、家にいたいと願う多くの利用者の願いは現実となる。しかしこの新しい 24 時間ケアモデルを実施したとしてもなお在宅継続が困難な利用者もいる。訪問看護ステーションで提供でき

るサービスを訪問に加え、通所看護、短期入所、宿泊も提供できる制度にする。現状の通所看護、短期入所などの運営基準を訪問看護ステーションのような小規模事業所でも実施できる基準に改正する。訪問看護ステーションが多様なサービスを提供しながら24時間いつでも必要なときに必要なケアができる事業所へと変換できれば、利用者が住みなれた地域を離れることなく生活を継続しながらケアを受けることができる。多様なサービスを提供することで訪問看護ステーションは在宅ケアの拠点となり、名実ともに24時間ケアの拠点となると考える。

¹ 田村恵子(2004)カンファレンスをもつことの意味, 系統看護学講座別巻 10 ターミナルケア, p.55.

² WHO編、武田文和訳(1993)がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア がん患者の生命へのよき支援のために, 金原出版.

緊急時連絡先

緊急の時は以下の順でご連絡をお願いします。

| | | |
|---|---------------|---|
| 1 | 090-0000-0000 | 訪問看護師 (緊急時当番1)
患者様の担当看護師ではない場合もありますが、担当看護師にも連絡いたします |
|---|---------------|---|



つながらない場合

| | | |
|---|---------------|---|
| 2 | 090-0000-0000 | 訪問看護師 (緊急時当番2)
患者様の担当看護師ではない場合もありますが、担当看護師にも連絡いたします |
|---|---------------|---|



つながらない場合

| | | |
|---|---------------|-------------|
| 3 | 090-0000-0000 | ○○○ 医師 携帯電話 |
|---|---------------|-------------|



つながらない場合

| | | |
|---|--------------|-------------|
| 4 | 03-0000-0000 | ○○○ 医師 ポケベル |
|---|--------------|-------------|

ポケベルへの連絡方法

- ① 上記番号にお電話してください。
- ② 「番号を入れ、シャープ (#) を押してください」というメッセージの後に、ご連絡元のお電話番号を押してください。
- ③ ○○○医師からお電話しますので電話を切ってお待ち下さい。

A 医院 03-0000-0000
A 訪問看護ステーション 03-0000-0000
03-0000-0000
Fax 03-0000-0000

平成 15 年度厚生労働省老人保健推進費等補助金（老人保健事業推進費等事業）
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
平成 15 年 3 月

発行

（社）全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区 1-3-12-302

TEL 03 (3351) 5898

FAX 03 (3351) 5938

企画・編集

東京大学大学院 医学系研究科 地域看護学分野

教授 村嶋 幸代

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

TEL 03 (5841) 3597

FAX 03 (5802) 2043

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

報告書

平成16年3月