

訪問看護ステーションにおける 夜間・早朝サービス提供体制の変化

—2003年と2009年の全国調査から—

ムラシマ サチヨ タグチ アツコ ナガタ サトコ ナルセ タカシ
村嶋 幸代*1 田口 敦子*2 永田 智子*3 成瀬 昂*4
クワハラ ユウキ フクダ タカシ ヤマダ マサコ タガミ ユタカ
栞原 雄樹*5 福田 敬*6 山田 雅子*7 田上 豊*8

目的 本研究では、訪問看護ステーション（ST）における夜間・早朝訪問看護体制の変化を明らかにすること、および夜間・早朝の計画的訪問を実施しているSTの特徴を明らかにすることを目的として調査を行った。

方法 全国のSTに質問紙を送付し、郵送で回収した。2003年は全3,013カ所、2009年は全3,578カ所のSTを対象とした。STの属性、夜間・早朝の訪問看護の対応体制、電話対応の回数および臨時訪問回数、夜間・早朝の計画的訪問を実施していないSTにはその理由を尋ねた。分析方法は、単純集計の後、2003年と2009年の比較を行うことで6年間の夜間・早朝の訪問看護体制の推移を明らかにした。比較には、 χ^2 検定、Fisherの直接確率検定、t検定、Mann-Whitney検定を用い、有意水準は両側5%とした。

結果 回収数は、2003年は1,891（有効回答62.8%）、2009年は1,188（有効回答33.2%）であった。「2交替または3交替」の体制をとっているSTは、2003年と2009年を比較すると、0.3%から0.6%へと移行し、倍にはなったもののさほど変化がみられなかったが、夜間・早朝の計画的訪問の実績のあったSTの割合は、2003年と比べて2009年には、いずれの時間帯も増加傾向であった。計画的訪問を実施していないSTに時間帯別に「計画的訪問を実施していない理由」を尋ねたところ、2003年に比べて2009年には、「ニーズがない」がいずれの時間帯においても有意に減少し、一方で「ニーズはあるが人手が整わない」が有意に増加していた。

結論 ST利用者は、1カ所ST当たり50名程度と少ないため、小さなSTでは夜間・早朝の計画的訪問では安定的な利用者確保が難しい。よって、夜間・早朝には、複数のSTで連合体制を組めるような報酬体系や支援体制が必要である。具体的には、現在、医療保険では同一日には1カ所のSTしか報酬を請求できないことが連合体制の推進を阻んでいるため、日中と夜間とを分けて請求することを可能にする、地域ごとに夜間・早朝の訪問看護を担うべき基幹型のSTを設置する等の制度設計が急務である。さらに、ST管理者に夜間・早朝の利用者ニーズは認知されるようになってきたものの、訪問看護師不足が明らかとなった。地域全体の課題として保健所等で人材育成を行い、人材確保に取り組むことが肝要である。

キーワード 訪問看護ステーション、夜間・早朝訪問看護、全国調査、提供体制、在宅ケア

*1 大分県立看護科学大学長・理事長／東京大学名誉教授
*2 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻地域ケアシステム看護分野助教
*3 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野准教授 *4 同助教 *5 同博士課程
*6 国立保健医療科学院・研究情報支援研究センター上席主任研究官
*7 聖路加看護大学看護実践開発研究センター教授・センター長
*8 (株)三菱総合研究所人間・生活研究本部主席研究員

I 緒 言

2012年から、介護保険の地域密着型サービスに「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が加わることになった¹⁾。これは、日中・夜間を通じて、訪問介護・看護が連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うものである。これに象徴されるように、高齢者とその家族が安心して居宅で療養生活を続けるためには、24時間対応可能な在宅ケアシステムが整備され、必要な時間帯に適切なサービスを計画的に、かつ、必要に応じて臨時に受けられる体制を整備することが必要である²⁾。特に、昨今の在院日数の短縮化や医療の高度化により、医療依存度の高い患者がより多く退院してくるようになった。医療処置を必要とする者や、ターミナル期で状態が不安定な者に対応するためには、訪問介護だけでなく、訪問看護も夜間・早朝に計画的に継続して提供されることが必要であり、その体制整備が急務である。既に2003年に「2015年の高齢者介護」³⁾で、「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。その後、2006年の診療報酬と介護報酬の同時改定では、看護における夜間の短時間訪問（20分未満）が評価されると共に、夜間の緊急訪問に早朝・夜間、深夜加算が算定できるようになった⁴⁾。次に、2008年の診療報酬改定では、「24時間対応体制加算」が算定可能になった⁵⁾。それまでの「24時間連絡体制加算」では、利用者またはその家族等からの連絡に常時対応できることが条件であったが、24時間対応体制加算は、連絡に加え、必要に応じて訪問できる体制をとることが常時必要となり、訪問看護体制の充実が意図されている。このように、近年は政策的な対策も取られてきたが、それによって夜間・早朝の訪問看護体制がどのように変化したのかは明らかではない。

そこで、「2015年の高齢者介護」が出された2003年と、前述した診療報酬および介護報酬改定実施後である2009年の全国の訪問看護ステーション（以下、ST）を比較することによって、

この6年間で、夜間・早朝の訪問看護体制がどのように変化したのかを明らかにし、その時点で、夜間・早朝に計画的に訪問看護を提供できているSTの特性を明らかにすることによって、今後、24時間訪問看護体制を構築・普及するための対策を検討することを目的とした。

なお、本研究における計画的訪問とは、あらかじめ立てたケアプランに基づいて計画的に行われる訪問（以下、計画的訪問）のことを言う⁶⁾。夜間・早朝帯をおおむね18時～翌朝8時とし、準夜帯を18時～22時、深夜帯を22時～翌朝6時、早朝帯を6時～8時とした⁶⁾。

II 方 法

(1) 対象・手順

2003年と2009年の調査は各々、その時点で、全国訪問看護事業協会に加入していたSTを対象とした。2003年は3,013カ所、2009年は3,578カ所のSTを対象とした。両年共に調査期間は8～9月であり、ST管理者に質問紙を郵送し、研究者宛に返送してもらった。

(2) 調査項目

まず、体制の基盤となるSTの属性としては、STの設立時期、開設主体、STの同一法人内にある施設（複数回答）、加算の届出状況、看護職の職員数（常勤換算および常勤者数）、看護職以外の職員数（常勤換算）、さらに、実績として2003年と2009年の7月1カ月間の利用者数と延べ訪問看護回数（介護保険利用者・医療保険利用者別）を尋ねた。

夜間・早朝の訪問看護の対応体制に関しては、「2交替または3交替で計画的訪問を実施（以下、2交替または3交替）」「電話対応のみ」「全く対応していない」「その他」の選択肢で尋ね、夜間・早朝の電話対応の回数および臨時訪問回数、日中および夜間・早朝に実施した医療処置内容を尋ねた。また、夜間・早朝の訪問看護体制では、近年、常時計画的訪問体制を取っていないでも利用者の状況に応じて、在宅看取り等を目的として、臨時に夜間の計画的訪

問を実施するSTがあるため、2009年の調査では新たに「必要に応じて訪問体制を組む」を調査項目として加えた。さらに、計画的訪問を実施しているSTには、準夜・深夜・早朝の時間帯別の利用者数、および訪問回数を尋ねた。なお、電話対応、夜間・早朝の計画的訪問、医療処置内容については、2003年、2009年のいずれ

も7月1カ月間の実績とした。

一方、夜間・早朝の計画的訪問を実施していないSTには、実施していない理由を、「ニーズがない」「ニーズはあるが人手が整わない」「ニーズはあるが経費が整わない」「他に対応するステーションがある」「その他」の5択で尋ねた。

表1 対象ステーションの概要：2003年と2009年の比較

| | 2003年, n=1,891 カ所 (%) | 2009年, n=1,188 カ所 (%) | p値 | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|--------|
| 設立時期 ¹⁾ | | | | |
| 1994年以前 | 325 (17.2) | 145 (12.2) | 0.854 a | |
| 1995~1999年 | 1 119 (59.2) | 523 (44.0) | | |
| 2000~2004年 | 446 (23.6) | 260 (21.9) | | |
| 2005年以降 | - | 209 (17.6) | | |
| [再掲]2004年(H15調査実施後)以降 | - | 255 (21.5) | | |
| 開設主体 | | | | |
| 医療法人 | 861 (45.6) | 476 (40.5) | <0.001 | |
| その他の法人 | 204 (10.9) | 113 (9.6) | | |
| 社会福祉法人 | 188 (10.0) | 111 (9.4) | | |
| 医師会 | 174 (9.3) | 105 (8.9) | | |
| 会社 | 125 (6.7) | 180 (15.3) | | |
| 看護協会 | 124 (6.6) | 56 (4.8) | | |
| 協同組合および連合会 | 118 (6.3) | 66 (5.6) | | |
| 地方公共団体 | 70 (3.7) | 46 (3.9) | | |
| NPO法人 | 7 (0.4) | 18 (1.5) | | |
| 公的・社会保険関係団体 | 6 (0.3) | 5 (0.4) | | |
| 同一法人内にある施設(複数回答) | | | | |
| 該当なし | 434 (23.0) | 375 (31.6) | | <0.001 |
| 病院 | 970 (51.3) | 571 (48.1) | | <0.001 |
| 介護老人保健施設 | 879 (46.5) | 362 (30.5) | <0.001 | |
| 在宅介護支援センターなど | 879 (46.5) | 359 (30.2) | 0.266 | |
| 診療所 | 442 (23.4) | 262 (22.1) | <0.001 | |
| 特別養護老人ホーム | 157 (8.3) | 114 (9.6) | <0.001 | |
| 加算の届出・算定状況 | | | | |
| 緊急時訪問看護加算 | 1 536 (81.2) | 1 038 (87.4) | <0.001 | |
| 特別管理加算 | 1 729 (91.4) | 1 122 (94.4) | <0.001 | |
| 24時間連絡体制加算 | 1 496 (80.9) | 60 (6.0) | <0.001 | |
| 24時間対応体制加算 ²⁾ | - | 822 (82.3) | - | |
| 重症者管理加算 | 1 426 (75.4) | 1 039 (87.5) | <0.001 | |
| サービス提供体制加算 ²⁾ | - | 821 (69.1) | - | |
| 看護職：平均(標準偏差) | | | | |
| 常勤換算(人) | 4.6 (2.5) | 4.9 (2.3) | 0.021 b | |
| 常勤職員数(人) | 3.6 (2.0) | 3.8 (1.9) | 0.010 b | |
| 看護職以外：平均(標準偏差) | | | | |
| 常勤換算(人) | 0.4 (1.1) | 1.3 (1.8) | <0.001 b | |
| 常勤職員数(人) | 0.6 (1.2) | 1.3 (2.1) | <0.001 b | |
| 訪問看護の利用状況 | | | | |
| 介護保険による訪問看護：平均(標準偏差) | | | | |
| 利用者数(人) | 49.8 (33.3) | 50.6 (34.8) | 0.534 a | |
| 延訪問回数(回) | 267.9 (174.5) | 277.2 (195.5) | 0.172 | |
| 特別管理加算算定利用者数(人) | 9.3 (9.4) | 12.9 (12.9) | <0.001 | |
| ターミナルケア加算算定利用者数(人) | 0.1 (0.5) | 0.2 (0.6) | <0.001 | |
| 支給限度額の超過者数(人) | 0.7 (1.3) | 0.6 (1.0) | 0.085 b | |
| 医療保険による訪問看護：平均(標準偏差) | | | | |
| 利用者数(人) | 10.8 (10.8) | 17.0 (17.8) | <0.001 b | |
| 延訪問回数(回) | 7.2 (76.1) | 129.3 (118.9) | <0.001 b | |
| 重症管理加算算定利用者数(人) | 2.7 (3.9) | 5.2 (5.9) | <0.001 b | |
| 24時間連絡体制加算算定利用者数(人) | 7.5 (9.7) | 1.4 (5.9) | <0.001 b | |
| ターミナル療養費算定利用者数(人) | 0.1 (0.4) | 0.3 (0.8) | <0.001 b | |
| 特別指示書利用者数(人) | 0.6 (1.3) | 0.9 (2.3) | <0.001 b | |

注 1) 開設年は、平成15年(2003年)以降の訪問看護ステーションを除き χ^2 検定を実施
 2) 2008年に制定された届出制度
 3) a: Mann-Whitney検定, b: t検定, 無印: χ^2 検定
 4) 無回答を除く

(3) 倫理的配慮

調査票の返送をもって研究協力の同意を得たものとし、実施に当たっては東京大学医学部研究倫理審査委員会の承認を得た(平成21年9月28日, 承認番号2719)。

(4) 分析方法

単純集計の後、2003年と2009年を比較することで6年間の夜間・早朝の訪問看護体制の推移を明らかにした。さらに2009年の夜間・早朝の訪問看護体制において、「2交替または3交替」と「必要に応じて訪問体制を一時的に組む」と回答したSTを「計画的訪問を実施しているST」とし、それ以外の「計画的訪問を実施していない」STと比較した。なお、2008年の診療報酬改定を機に、大半のステーションが「24時間連絡体制加算」から「24時間対応体制加算」へ移行した。その影響から「24時間対応体制加算」と「24時間連絡体制加算」の両方を選択したステーションがあった。その場合は「24時間対応体制加算」を優先させ、「24時間対応体制加算」「24時間連絡体制加算」「いずれも届け出なし」の3値にした。

これらの比較には、 χ^2 検定、

Fisherの直接確率検定, t検定, Mann-Whitney検定を用い, 有意水準は両側5%とした。解析にはSPSSVer.17を使用した。

Ⅲ 結 果

回収数は, 2003年は1,891カ所(有効回答62.8%), 2009年は1,188カ所(有効回答33.2%)であった。

(1) 対象STの概要: 2003年と2009年の比較 (表1)

設立時期は, 2003年, 2009共に1995年~1999年が最も多かった。開設主体では, 2003年と2009年との間に有意差がみられ ($p < 0.001$), 「会社」が6.6%から15.2%に, 「NPO法人」が0.4%から1.5%に増加した。一方, 「医療法人」が45.5%から40.1%に減少していた。STの同一法人内にある施設は, 「該当なし」および「特別養護老人ホーム」が有意に増加しており ($p < 0.001$), STと「病院」「介護老人保健施設」「診療所」が同一法人内にある割合は有意に減少していた ($p < 0.001$)。加算の届出・算定状況は, 「緊急時訪問看護加算」「特別管理加算」「重症者管理加算」のいずれも有意に増加していた (すべて $p < 0.001$)。なお, 「24時間連絡体制加算」は2008年の診療報酬改定の影響を受け, 有意に減少していた ($p < 0.001$)。

職員については, 常勤換算では, 看護職は 4.6 ± 2.5 人から 4.9 ± 2.3 人に増加しており (p

$= 0.021$), 他の職員も 0.4 ± 1.1 人から 1.3 ± 1.8 人に増加していた ($p < 0.001$)。常勤職員数においても, 看護職 ($p = 0.010$) も, 他の職員 ($p < 0.001$) も有意に増加していた。

ST1カ所当たりの訪問看護の利用者数では, 介護保険では, 利用者数 ($p = 0.534$), 延訪問回数 ($p = 0.172$) とともに有意差はみられなかったが, 特別管理加算の算定利用者数 ($p < 0.001$) および, ターミナルケア加算を算定した利用者数 ($p < 0.001$) は, 各々有意に増加していた。医療保険では, 利用者数, 延訪問回数, 重症管理加算算定利用者数, ターミナル療養費算定利用者数, 特別指示書利用者数のいずれも, $p < 0.001$ の有意差をもって増加していた。一方, 24時間連絡体制加算算定利用者数は減少していた。

(2) 夜間・早朝の訪問看護体制の変化

1) 夜間・早朝体制の変化 (表2)

「2交替または3交替」の体制をとっているSTは, 2003年と2009年を比較すると, 0.3%から0.6%へと移行し, 倍にはなったもののさほど変化がみられなかった。しかし, 夜間・早朝に「全く対応していない」STは8.9%から6.1%へと減少していた。また, 「必要に応じて訪問体制を一時的に組む」状態は2009年の調査のみに尋ねたところ, 14.8%にあった。2009年度に「2交替または3交替」と「必要に応じて訪問体制を一時的に組む」を合わせたST, すなわち夜間・早朝に計画的訪問を実施していたSTは183カ所(15.4%)であった。

2) 夜間・早朝の電話対応および臨時訪問回数 (表2)

夜間・早朝の電話対応回数は, 2003年の 6.0 ± 10.3 回 から, 2009年には 8.1 ± 13.1 回に有意に増加しており ($p < 0.001$), そのうち, 臨時訪問した回数も, 2003年の 2.0 ± 3.5 回 から 2.9 ± 5.3 回に有意に増加していた ($p < 0.001$)。

表2 夜間・早朝の訪問体制および電話対応・臨時訪問状況: 2003年と2009年の比較

| | 2003年 n=1,891 (%) | 2009 n=1,188 (%) | p値 |
|---|----------------------|---------------------|----------------------|
| 訪問体制 | | | - |
| 2交替または3交替で計画的訪問を実施 必要に応じて訪問体制を一時的に組む ¹⁾ | 6 (0.3) | 7 (0.6) | |
| 電話対応のみ | - | 176 (14.8) | |
| 全く対応していない | 169 (8.9) | 72 (6.1) | |
| その他 | 46 (2.4) | 16 (1.3) | |
| 無回答 | 9 (0.5) | 8 (0.7) | |
| 電話対応・臨時訪問の回数: 平均(標準偏差) | | | |
| 夜間・早朝の電話対応回数 (回) | 6.0 (10.3) | 8.1 (13.1) | <0.001 ²⁾ |
| 上記のうち臨時訪問した回数 (回) | 2.0 (3.5) | 2.9 (5.3) | <0.001 ²⁾ |

注 1) 「必要に応じて訪問体制を一時的に組む」は2009年に新たに追加した項目
2) t検定
3) 2003年7月および2009年7月の1カ月間の実績

表3 夜間・早朝計画的訪問の時間帯別訪問状況：2003年と2009年の比較

| | 準夜 (18:00~22:00) | | | 深夜 (22:00~6:00) | | | 早朝 (6:00~8:00) | | |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------|
| | 2003年 n=1,891 カ所(%) | 2009 n=1,188 カ所(%) | p値 | 2003年 n=1,891 カ所(%) | 2009 n=1,188 カ所(%) | p値 | 2003年 n=1,891 カ所(%) | 2009 n=1,188 カ所(%) | p値 |
| 計画的訪問の実施の有無 ¹⁾ 実施しなかったST 実施していたST | 1 784(96.1) 72(3.9) | 873(93.8) 58(6.2) | 0.006 a | 1 843(99.3) 13(0.7) | 899(98.6) 13(1.4) | 0.063 a | 1 818(98.0) 38(2.0) | 892(97.5) 23(2.5) | 0.431 a |
| 上記「実施していた」 のSTの訪問状況 ³⁾ 利用者数：平均(人) 延訪問回数：平均(回) | 1.6(1.5) 9.1(15.1) | 2.1(4.0) 8.9(13.4) | 0.366 b 0.936 b | 0.6(1.2) 16.2(28.6) | 1.9(1.4) 30.1(48.1) | 0.559 b 0.381 b | 1.3(0.7) 10.2(19.3) | 4.0(12.7) 12.7(21.7) | 0.334 b 0.653 b |

注 1) パーセントは、無回答を除いた割合を表示
 2) a：Fisherの直接確率検定（無回答を除いて実施）、b：t検定
 3) ()は標準偏差
 4) 2003年7月および2009年7月の1カ月間の実績

表4 夜間・早朝の計画的訪問の実施の有無別
訪問看護ステーションの概況（2009年）

(3) 夜間・早朝の計画的訪問実績の比較—2003年と2009年の7月1カ月の実績から(表3)

夜間・早朝を準夜・深夜・早朝帯に3区分し、1カ月間に夜間・早朝の計画的訪問の実績があったSTをみると、2003年、2009年共に準夜帯において最も実施割合が高かった。さらに準夜の実績は、2003年と比べて2009年には有意に増加していた(p=0.006)。深夜と早朝では、訪問した実績があったSTの割合は各々増加していたが、有意差までは認められなかった。計画的訪問の実績のあるSTで、夜間・早朝の時間帯ごとに利用者数と延訪問回数をみると、有意差はなかったものの、準夜帯の延訪問回数以外は、いずれの時間帯でも2009年の方が2003年に比べて増加していた。

(4) 夜間・早朝の計画的訪問を実施しているSTの特性

計画的訪問を実施しているSTの特性を明らかにするために、計画的訪問を実施しているSTとしていないSTの2群に分けて比較した。分類方法は、表2に示した

| | 夜間・早朝の計画的訪問の実施 ¹⁾ | | p 値 |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|---------|
| | 実施している (n=183)(%) | 実施していない (n=981)(%) | |
| 設立時期 | | | |
| 1994年以前 | 26(14.2) | 117(11.9) | 0.718 a |
| 1995~1999年 | 77(42.1) | 437(44.5) | |
| 2000~2004年 | 39(21.3) | 212(21.6) | |
| 2005年以降 | 32(17.5) | 173(17.6) | |
| 開設主体 | | | |
| 医療法人 | 66(36.1) | 400(40.8) | |
| 会社 | 36(19.7) | 138(14.1) | |
| 社会福祉法人 | 17(9.3) | 93(9.5) | |
| 医師会 | 16(8.7) | 88(9.0) | |
| その他の法人 | 15(8.2) | 94(9.6) | |
| 看護協会 | 13(7.1) | 43(4.4) | |
| 協同組合および連合会 | 9(4.9) | 57(5.8) | |
| 地方公共団体 | 5(2.7) | 39(4.0) | |
| 公的・社会保険関係団体 | 2(1.1) | 3(0.3) | |
| NPO法人 | -(-) | 18(1.8) | |
| 24時間体制に関する加算の届出・算定 | | | |
| 24時間対応体制加算 | 121(80.7) | 698(84.5) | 0.090 |
| 24時間連絡体制加算 | 8(4.0) | 48(5.8) | |
| 届け出なし | 23(15.3) | 80(9.7) | |
| 上記以外の加算の届出・算定(複数回答) | | | |
| 緊急時訪問看護加算 | 155(84.7) | 877(89.4) | 0.097 |
| 特別管理加算 | 170(92.9) | 935(95.3) | 0.873 |
| 重症者管理加算 | 155(84.7) | 875(89.2) | 0.075 |
| サービス提供体制加算 | 124(67.8) | 688(70.1) | 0.788 |
| 看護職：平均(標準偏差) | | | |
| 常勤換算 (人) | 5.2(2.6) | 4.8(2.3) | 0.086 b |
| サービス提供体制加算 ²⁾ (人) | 3.9(2.3) | 3.7(1.9) | 0.230 b |
| 看護職以外：平均(標準偏差) | | | |
| 常勤換算 (人) | 1.5(1.5) | 1.3(1.9) | 0.196 b |
| 常勤職員数 (人) | 1.6(1.9) | 1.3(2.1) | 0.114 b |
| 介護保険による訪問看護：利用者数(人) | 50.2(34.3) | 51.0(34.9) | 0.773 b |
| 介護保険による訪問看護：延訪問回数(回) | 287.6(334.9) | 277.4(192.0) | 0.524 b |
| 医療保険による訪問看護：利用者数(人) | 16.7(13.4) | 16.8(18.1) | 0.889 b |
| 医療保険による訪問看護：延訪問回数(回) | 149.7(131.2) | 125.4(116.5) | 0.021 b |
| 学習会や勉強会の主催(複数回答可) | | | |
| STの協議会等による学習会で 主催等の役割を担っている：カ所(%) | 79(43.2) | 321(34.7) | 0.004 |
| 近隣のST同士の学習会を主催：カ所(%) | 43(23.5) | 183(19.8) | 0.104 |
| 主催していない：カ所(%) | 65(35.5) | 447(48.3) | 0.017 |

注 1) 夜間・早朝の計画的訪問については、表2の「2交替または3交替」「必要に応じて体制を組む」と回答したSTを「実施している」とし、「電話対応のみ」「全く対応していない」と回答したSTを「実施していない」とした。
 2) a：Mann-Whitney検定、b：t検定、無印：χ²検定

ように2009年の夜間・早朝の訪問体制が「2交代または3交代（7カ所）」と「必要に応じて訪問体制を一時的に組む（176カ所）」と回答したSTを合わせて『計画的訪問を実施しているST（183カ所）』とし、「電話対応のみ（909カ所）」と「全く対応していない（72カ所）」と回答したSTを『計画的訪問を実施していないST（981カ所）』とした。

1) 夜間・早朝の計画的訪問を実施しているSTの概要（表4）

夜間・早朝の計画的訪問を実施しているSTとそうでないSTとの間で有意差がなかったのは、設立時期、開設主体、加算の届出・算定、職員数などの構造変数と、利用者数、介護保険による延訪問回数であった。有意差があったのは、利用者数に関わる項目のうち、医療保険による訪問看護の延訪問回数であり、夜間・早朝

の計画的訪問を実施しているSTの方がしていないSTよりも利用者数は有意に多かった（ $p = 0.021$ ）。また、学習や勉強会の開催についてみると、夜間・早朝の計画的訪問を実施しているSTでは、していないSTに比して「STの協議会等による学習会で主催等の役割を担っている」場合が有意に多く（ $p = 0.004$ ）、逆に、自身のSTが学習や勉強会の開催を「主催していない」と回答したSTが有意に少なかった（ $p = 0.017$ ）。

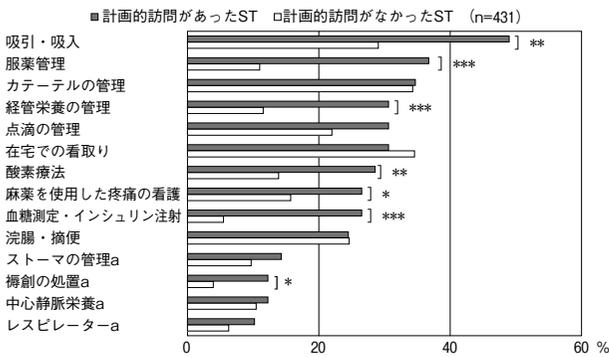
2) 夜間・早朝の計画的訪問を実施しているSTの医療処置の実績（図1）

2009年7月の1カ月間に夜間・早朝の計画的訪問があったSTは49カ所、なかったSTは382カ所であった。その1カ月間に夜間の計画的訪問があったSTとなかったSTとで有意に差があった医療処置は、吸引・吸入（ $p = 0.004$ ）、服薬管理（ $p < 0.001$ ）、経管栄養の管理（ $p < 0.001$ ）、酸素療法（ $p = 0.008$ ）、麻薬を使用した疼痛の看護（ $p = 0.041$ ）、血糖測定・インシュリン注射（ $p < 0.001$ ）、褥創の処置（ $p = 0.012$ ）であり、いずれも計画的訪問看護を実施しているSTがしていないSTに比して多かった。

3) 夜間・早朝の時間帯別にみた計画的訪問看護体制の変化（表5）

計画的訪問を実施していないSTに対して、時間帯別に各々の「計画的訪問を実施していない理由」を尋ねた。その結果、2003年に比べて2009年には、「ニー

図1 医療処置別の夜間・早朝に実施があったステーション割合：夜間・早朝の計画的訪問の有無別の比較



注 1) *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$
 2) a: Fisherの直接確率検定, 無印: χ^2 検定
 3) 2009年7月の1カ月間の実績

表5 夜間・早朝の時間帯別 計画的訪問を実施していない理由（複数回答）：2003年と2009年の比較

| | 準夜（18：00～22：00） | | | | p値 ²⁾ | 深夜（22：00～6：00） | | | | p値 ²⁾ | 早朝（6：00～8：00） | | | | p値 ²⁾ |
|-----------------|----------------------------------|------|--------------------------------|------|------------------|----------------------------------|------|--------------------------------|------|------------------|----------------------------------|------|--------------------------------|------|------------------|
| | 2003年 (n=1,142) ¹⁾ | | 2009年 (n=897) ¹⁾ | | | 2003年 (n=1,508) ¹⁾ | | 2009年 (n=913) ¹⁾ | | | 2003年 (n=1,479) ¹⁾ | | 2009年 (n=906) ¹⁾ | | |
| | n | % | n | % | | n | % | n | % | | n | % | n | % | |
| ニーズがない | 665 | 58.2 | 451 | 50.3 | <0.001 | 965 | 64.0 | 510 | 55.9 | <0.001 | 906 | 61.3 | 469 | 51.8 | <0.001 |
| ニーズはあるが人手が整わない | 353 | 30.9 | 394 | 43.9 | <0.001 | 434 | 28.8 | 357 | 39.1 | <0.001 | 463 | 31.3 | 388 | 42.8 | <0.001 |
| ニーズはあるが経費が整わない | 179 | 15.7 | 146 | 16.3 | 0.712 | 157 | 10.4 | 126 | 13.8 | 0.012 | 170 | 11.5 | 137 | 15.1 | 0.012 |
| 他に対応するステーションがある | 30 | 2.6 | 37 | 4.1 | 0.060 | 46 | 3.1 | 35 | 3.8 | 0.299 | 47 | 3.2 | 36 | 4.0 | 0.303 |
| その他 | 119 | 10.4 | 82 | 9.1 | 0.405 | 121 | 8.0 | 82 | 9.0 | 0.233 | 167 | 11.3 | 82 | 9.1 | 0.082 |

注 1) 「計画的訪問を実施していない」STのうち、その理由について回答があったST
 2) χ^2 検定

ズがない」がいずれの時間帯においても有意に減少し、一方で「ニーズはあるが人手が整わない」が有意に増加していた。また、「ニーズはあるが経費が整わない」が、深夜帯と早朝帯に有意に増加していた。

IV 考 察

(1) 2003年と2009年の対象STの概要

厚生労働省が毎年行っている介護サービス施設・事業所調査の2003年⁷⁾と2009年⁸⁾とを比較すると、STの開設主体については、両年とも「医療法人」が最も多かったものの、減少傾向であった(2003年→2009年:49.3%→41.6%)。その一方で「会社」が増加していた(2003年→2009年:10.9%→23.3%)。本調査は独自に郵送法で実施したものであるが、本調査でも、上記の介護サービス施設・事業所調査と同様の傾向がみられた。看護職の常勤換算数は、介護サービス施設・事業所調査では、2003年が4.2人、2009年が4.5人であったが、本調査でも同様に増加していた。すなわち、本調査は、回収率は2つの調査で差はあったものの、両者共に全国の状況を反映していたと考えられる。

(2) 夜間・早朝の訪問看護体制の2003年と2009年の比較

夜間・早朝の計画的訪問の実績のあったSTの割合は、2003年に比べて2009年には、いずれの時間帯も増加傾向にあり、特に準夜帯には、有意に計画的訪問の実施割合が高くなっていた。この理由として、2008年の診療報酬の改定により、24時間の訪問体制に加算が取れるようになったこと、各病院が在院日数の短縮化を強化し始めたこと等が考えられる。現に、本調査でも24時間連絡体制加算は2003年には80.9%のSTが届け出ているが、2009年には6.0%と減少し、一方で、2008年の診療報酬改定により新設された24時間対応体制加算は、82.3%のSTが届け出ている。すなわち、現在、多くのSTは、24時間の連絡可能な体制であるだけでなく、利用者またはその家族等からの必要に応じて、訪

問できる体制が整備されていると言える。

しかし、「2交替または3交替」による提供は伸びておらず、約15%のSTは一時的に体制を組んで夜間・早朝の計画的訪問を提供していることが明らかになった。夜間・早朝の訪問看護のニーズは増える一方であるにもかかわらず、夜間・早朝の訪問看護の提供体制は不安定なままであることが明らかとなった。安定した提供体制を構築するための方策が必要であろう。

また、今回、夜間・早朝の計画的訪問を実施していないSTにその理由を尋ねたところ、準夜・深夜・早朝帯のいずれにおいても、約40%のSTが「ニーズはあるが人手が整わない」と回答していた。現在、1つのSTで夜間・早朝の訪問看護を必要とする者の割合は1割程度であることが知られており⁹⁾、1つのST当たりの平均利用者数が56.4人(2009年9月現在)⁸⁾という現在の状況下では、夜間・早朝の訪問体制を取るのに1つのSTの利用者のみでは数が少なく、訪問看護師1名を雇用できるほどの収入が得られない。また、夜間・早朝に限らず、看護師不足は深刻である¹⁰⁾。効率よく夜間・早朝の提供体制を構築する必要があるが、そのためには、ある一定の地域をカバーする夜間・早朝の計画的訪問を提供するSTが設置されること、すなわち、基幹型のSTとして機能するというモデルが推奨される¹¹⁾。そのためには地域全体のニーズを把握して、地域の実情に応じた体制を整備するなど、行政の積極的な関わりが必要である。夜間・早朝の訪問看護体制を整えることは、とりもなおさず、地域で療養する患者たちが、その必要に応じて必要な時間帯に看護サービスを受けることができるということでもある。現代の公衆衛生の課題として行政が責任をもって整備すべきものであろう。

同時に、人材確保のためには、潜在ナースやこれから看護師になる人に対して在宅ケアに関心を持ってもらえるように、積極的に働きかけるための新たな対策が必要である。これについては、保健所の研修機能をより積極的に活用することが考えられてよい。

(3) 夜間・早朝の訪問看護を実施している STの特性

夜間・早朝の医療処置をみると、計画的訪問を実施しているSTに有意に多かったのは、服薬管理、経管栄養の管理、酸素療法、麻薬を使用した疼痛の看護、吸引・吸入、血糖測定・インシュリン注射、褥創の処置であった。このうち、定期的に生じやすいのは、服薬管理、経管栄養の管理、麻薬を使用した疼痛の看護、血糖測定・インシュリン注射である。患者のニーズの多くは間隔発生であるが、医療処置には日中の時間帯にまとめて対処が可能な処置と、夜間・早朝にも必要な処置がある¹²⁾。例えば、誤嚥性肺炎を起こしやすい高齢者では、入眠前の吸引やタッピング等のケアが効果的であった¹³⁾。また、血糖測定やインシュリン注射は、毎日定時に行わなければならない処置であるが、認知症の高齢者の場合、決まった時間に自分自身で注射することが困難なため、専門職によるケアが必要な場合がある¹⁴⁾。

夜間・早朝の計画的訪問を実施しているSTでは、医療保険による訪問看護の利用回数が多かった。この背景として、夜間・早朝の利用者には重度の者が多いことは確かであるが、それだけではなく、介護保険では限度額を超えてしまう療養者が利用を控えている可能性もあると考えられる。

一方で、夜間・早朝の計画的訪問を実施しているSTの方が実施していないSTに比べて、「ST協議会等による学習会で主催等の役割を担っている」割合が多かった。STの他の特性（設立時期、開設主体、加算の届け出・算定、職員数、等）には有意差はなく、夜間・早朝の訪問看護を担っているのは、地域の中でもリーダーシップを取るSTだと考えられた。現在、夜間・早朝の訪問看護は、地域のリーダーシップをとるような、熱意あるSTで一時的に体制を組んで実施されていると言えよう。今後は他のSTや機関との連携促進に向けた行政の支援も必要である。

2008年から夜間対応体制の加算を算定できるようになったが、報酬によるインセンティブ

（誘因）に加えて、①1つのSTを大規模化し利用者の母数を増やすこと、②ST同士が夜間・早朝に共同して訪問できるように報酬のつけ方を変えること、③吸引・吸入、疼痛の看護、血糖測定、インシュリン注射等の夜間・早朝にも発生するような医療処置を行うSTに対しては、その体制を取りやすくするような何らかの支援が必要である。具体的には、現在、医療保険では同一日には1カ所のSTしか報酬を請求できないことが連合体制の推進を阻んでいるため、日中と夜間とを分けて請求することを可能にすることや、夜間・早朝訪問の拠点となる基幹型STの設置等が考えられよう。

本研究の2009年の調査は、有効回答率が33.2%であったため、他の全国調査と一致する傾向はみられたものの、全国のSTを代表するデータとしては十分ではない可能性がある。今後は、より回収率を上げ、地域別の分析等も加えることで、より地域特性に応じた24時間体制への方策を明らかにすることができると考える。

V 結 論

夜間・早朝の計画的訪問の実績のあったSTの割合は、2003年と比べて2009年には、いずれの時間帯も増加傾向にあり、特に準夜帯には、有意に計画的訪問の実施割合が高くなっていた。しかし、夜間の体制は、2交替または3交替による提供は伸びておらず、約15%のSTは一時的に体制を組んで夜間・早朝の計画的訪問を提供していることが明らかになった。ST利用者は、1つのST当たり50名程度と少ないため、小さなSTでは夜間・早朝の計画的訪問では安定的な利用者確保が難しい。一方、夜間・早朝に計画的訪問を実施しているSTは、していないSTに比して特長があった。実施しているSTでは常勤換算人数が多い傾向があり、有意に医療保険による訪問看護の延回数が多く、吸引・吸入、酸素療法、疼痛看護、血糖測定・インシュリン等の医療処置が夜間・早朝に多い傾向があった。また、地域の勉強会でもリーダーシップを取っていた。

よって、夜間・早朝には、複数のSTで連合体制を組めるような報酬体系や支援体制が必要である。具体的には、現在、医療保険では同一日には1カ所のSTしか報酬を請求できないことが連合体制の推進を阻んでいるため、日中と夜間とを分けて請求することを可能にする、地域ごとに夜間・早朝の訪問看護を担うべき基幹型のSTを設置する等の制度設計が急務である。さらに、ST管理者に夜間・早朝の利用者ニーズは認知されるようになってきたものの、訪問看護師不足が明らかとなった。地域全体の課題として保健所等で人材育成を行い、人材確保に取り組むことが肝要である。

謝辞

調査にご回答くださいました訪問看護ステーションの皆様、およびご協力くださいました全国訪問看護事業協会に感謝申し上げます。

本研究は平成21年度厚生労働科学研究：研究費補助金 長寿科学総合研究事業「複数の訪問看護ステーションによる地域単位の24時間訪問介護・看護の効果的・効率的な実施方法の開発研究」（主任研究者、村嶋幸代）（H19-長寿一般-015）により行われた。

文 献

- 1) 厚生労働省. 介護保険分科会. 定期巡回・随時対応型訪問サービスの基準・報酬について（平成23年9月22日分科会資料）（<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001plgp-att/2r9852000001pliw.pdf>）2012.1.25.
- 2) 村嶋幸代, 堀井とよみ, ルネ・ホランダー. 行政が支える24時間在宅ケア 水口町保健センターの挑戦. 東京：日本看護協会出版会. 1997.
- 3) 厚生労働省. 2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～（高齢者介護研究会報告書概要）.（<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/2.html>）2012.1.25.
- 4) 厚生労働省. 社会保障審議会介護給付費分科会資料 平成18年度介護報酬等の改定について（概要）（平成18年1月26日）（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/01/dl/s0126-9c1.pdf>）2012.1.25.
- 5) 厚生労働省. 平成20年診療報酬改定訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件.（<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-law.pdf>）2012.1.25.
- 6) 村嶋幸代. 厚生労働省科学研究費補助金. 長寿科学総合研究事業「24時間訪問介護・看護の効果的・効率的な実施方法の開発研究－夜間・早朝の訪問看護必要者の発見と提供方法の標準化－」平成17年度総括研究報告書. 2005；1-14.
- 7) 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成15年介護サービス施設・事業所調査. 東京：（財）厚生統計協会. 2005；58-79.
- 8) 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成21年介護サービス施設・事業所調査. 東京：（財）厚生統計協会. 2011；46-60.
- 9) 村嶋幸代. 厚生労働省老人保健推進費等事業「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年度研究報告書. 2004.
- 10) 日本看護協会. 平成23年版看護白書. 東京：日本看護協会出版会. 178. 2011.
- 11) 村嶋幸代, 田口敦子, 近藤由生子. 夜間・早朝ケアを支えるために－24時間訪問看護・介護の提供方策－. 保健の科学. 2005；47（1）：19-25.
- 12) 村嶋幸代. 厚生労働省老人保健健康増進等事業「看護・看護の24時間協働モデル推進に関する研究事業」平成10年度研究報告書. 1999.
- 13) 村嶋幸代. 厚生労働省科学研究費補助金. 長寿科学総合研究事業「24時間訪問介護・看護の効果的・効率的な実施方法の開発研究－夜間・早朝の訪問看護必要者の発見と提供方法の標準化－」平成17年度総括研究報告書. 2005；27-13.
- 14) 村嶋幸代. 厚生労働省科学研究費補助金. 長寿科学総合研究事業「24時間訪問介護・看護の効果的・効率的な実施方法の開発研究－夜間・早朝の訪問看護必要者の発見と提供方法の標準化－」平成17年度総括研究報告書. 2005；39-42.