

厚生労働科学研究費補助金

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―(H16-長寿-013)

平成 16 年度 総括研究報告書

主任研究者 村嶋幸代

分担研究者 川越 博美
田上 豊
田口 敦子
近藤由生子
永田 智子

平成 17(2005)年 3 月

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報告書 —夜間・早朝の訪問看護必要者の発見と提供方法の標準化—

—目 次—

要旨

第1章 訪問看護の必要性チェックシートの開発

I. 研究目的	1
II. 研究方法	
1. 調査対象	2
(1) Ver.6に関する調査	2
(2) Ver.7に関する調査	2
2. 調査項目	2
(1) Ver.6に関する調査	2
(2) Ver.7に関する調査	2
3. 調査時期	3
4. 調査票の配布・回収	3
5. 分析方法	3
III. 研究結果	
1. 「訪問看護の必要性チェックシートVer.6」のまとめ	6
(1) 回答した介護支援専門員の属性	6
(2) 利用者の特性	6
(3) 訪問看護の必要性と実際の利用の有無	9
(4) チェックシートの記入しやすさ調査の結果	16
(5) 介護支援専門員と訪問看護師のチェックシート記入一致率	20
(6) 考察・チェックシート改善への示唆	21
2. 「訪問看護の必要性チェックシートVer.7」のまとめ	25
(1) 回答した訪問看護師の特性	25
(2) 利用者特性	25
(3) 訪問看護師による訪問看護必要性の判断とチェックシート結果の一致率	44
(4) チェックシートの記入しやすさ調査の結果	45
(5) 考察・チェックシート改善への示唆	48
IV. まとめ	51

第2章 夜間・早朝の計画的訪問を実施している訪問看護ステーションの概況調査

I. 研究目的	53
II. 研究方法	
1. 調査対象	54
2. 調査項目	54
(1) 施設調査	54
(2) 利用者調査	54
3. 調査時期	55

4. 調査票の配布・回収.....	55
5. 回収状況.....	55
III. 研究結果	
1. 訪問看護ステーションの状況.....	56
(1) 訪問看護ステーションの概要.....	56
(2) 診療報酬・介護報酬上の加算の届出.....	60
(3) 職員数.....	61
(4) 利用者数.....	66
(5) 時間帯別訪問実績.....	73
(6) 通常訪問している最も遠い利用者宅までの移動時間.....	81
(7) 地域での看護職の連携状況.....	82
(8) 地域での夜間・早朝対応のための資源の状況.....	83
(9) 夜間・早朝対応のための地域の他機関との連携の状況・意向.....	88
(10) 計画的な夜間・早朝訪問の実施の有無.....	89
(11) 地域の夜間・早朝の看護対応体制をより充実する方法.....	90
(12) 夜間・早朝の看護体制を必要とする個別困難ケースの調整等について.....	91
(13) 夜間・早朝の看護体制を地域で実施・構築するための、事業所間の連携・ 基盤整備について.....	92
(14) 夜間・早朝の体制.....	94
(15) 夜間・早朝の主な待機場所.....	94
(16) 夜間・早朝の計画的訪問に関する方針.....	95
(17) 利用者受け入れの可能性.....	96
(18) 夜間・早朝の訪問時の1回あたりの訪問スタッフ数.....	99
(19) 夜間・早朝の勤務への手当ての算定方法と算定額.....	101
(20) 夜間・早朝の計画的訪問に関する要望など.....	106
2. 利用者の状況.....	108
(1) 利用者の属性.....	108
(2) 訪問看護の実施概要.....	115
(3) 訪問看護の利用目的.....	118
(4) 介護者の状況.....	119
(5) 計画上の1ヶ月の予定訪問回数.....	120
(6) 7月1ヶ月の実際の訪問.....	123
(7) 夜間・早朝の1回の訪問スタッフ数.....	127
(8) 利用している夜間・早朝の他のサービス.....	128
(9) 昼間、夜間・早朝に実施した看護・介護ケア.....	130
(10) 昼間、夜間・早朝に実施した医療処置.....	132
(11) 1ヶ月間の訪問の費用負担状況.....	134
IV. 考察	
1. 夜間・早朝訪問の実施体制.....	138
2. 夜間・早朝と昼間との訪問看護サービス利用の相違.....	138
3. 夜間・早朝の訪問看護サービスの利用者像.....	138
4. 今後の課題—夜間・早朝の訪問看護サービスの普及に向けて—.....	139

第3章 ケースマネジメント・ケアマネジメントに関する文献検索	
I. 研究目的	141
II. 研究方法	142
III. 研究結果	
(1) 英文 (表1~9)	142
①レビュー文献; 32本 (1988~2003)	142
②モデルに関する文献; 24本 (1991~2004)	142
③コストに関する文献; 37本 (1988~2004)	142
④疾患・対象を限定した文献; (疾患) 28本 (1993~2004), (AIDS/HIV/STD) 5本 (2000~2003), (小児) 6本 (1998~2003), (精神) 9本 (1997~2002)	143
⑤Randomized Control Trialを用いた研究; 12本 (1996~2004)	143
⑥介入研究; 14本 (1996~2003)	143
⑦縦断研究; 9本 (1996~2004)	143
⑧横断研究; 19本 (1994~2004)	144
⑨質的研究; 19本 (1996~2004)	144
IV. 考察	144
V. 文献リスト (表1~10)	145
VI. 文献検討レジュメ	231
第4章 学会発表抄録・報告会・掲載論文	249

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

平成 16 年度 総括研究報告書

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—

主任研究者 村嶋幸代 東京大学大学院医学系研究科

要旨

平成 16 年度は 3 年計画の 1 年次である。今年度は今までの蓄積を整理し、次年度以降の実践研究に向けて、①夜間・早朝訪問看護の必要性のある者を把握するためのチェックシートの開発、②実際に夜間早朝訪問看護を実施している訪問看護ステーションおよびその利用者の実態把握、③ケアマネジメントに関する文献検索の三側面から行った。

第 1 章 訪問看護の必要性チェックシートの開発

今までの研究の中で訪問看護の必要性チェックシートは Ver. 5 まで改定を重ねてきた。その蓄積の上で、今年度は Ver. 6 を開発・検証し、Ver. 7 で一応の完成をみた。Ver. 6 では、介護支援専門員と訪問看護師に同一の対象者についてチェックして頂き、その違いをみた。Ver. 7 では、訪問看護師 26 名にそれぞれが担当する高齢者 213 名について把握して頂き、信頼性を検討した。

第 2 章 夜間・早朝の計画的訪問を実施している訪問看護ステーションの概況調査

平成 15 年時点で、計画的な 24 時間訪問看護を実施していた訪問看護ステーション施設（113 施設）、および対象事業所の利用者で、夜間・早朝の計画的訪問看護を実施している利用者全員を対象とした。施設票は、131 施設中 65 施設より回答が得られた（回収率は 49.6%）。利用者票は、上記の回答が得られた 65 施設から、62 件の有効回答が得られた。

施設に関しては、常勤看護職員 4～5 人しか雇用していないステーションが多く、多くの事業所でマンパワー不足が指摘されていた。一方で、夜間・早朝で緊急時を含む訪問が多く、夜間・早朝も計画的訪問を実施する重要性が示唆された。

夜間・早朝の利用者に関しては、65 名中 4 分の 3 が要介護認定を受けており、その中でも 4 割近くが要介護度 5 であった。最も多かったケア内容は医療処置の提供、病状悪化・再発の予防であった。現状では介護保険で給付されるサービス回数に制限があるなど、経済的・制度的な制約もあり、夜間・早朝の訪問回数を増加しようとしても困難だという実態が示された。今後は、訪問看護サービスが適切に、提供されるように、制度の改善を視野に入れ、地域連携を主眼とした夜間・早朝のサービス提供体制を強化していく必要がある。

第 3 章 ケースマネジメント・ケアマネジメントに関する文献検索

Medline(1966～2004)、CINAHL(1982～2004)で英文の検索を、医学中央雑誌 Web Ver. 3(1982～2004)で和文の検索を行った。実際に論文が発表された年代は、英文は 1988 年以降、和文は 2000 年以降であった。これは、海外ではケースマネジメントの実施を一致しており、日本では介護保

険制度の創設・施行に伴い、介護支援専門員の資格が新設された時期と一致する。

海外では、看護に関するケアマネジメントについての研究がすでに多数なされており、日本ではまだ発展途上の段階であった。コストに関する文献は、海外では蓄積があるものの、日本では少なかった。海外では、Randomized Control Trial を用いた研究、介入研究、縦断・横断研究、質的研究などが実施されており、今後、日本でも、ケアマネジメントのあり方について検証されていく必要がある。一方で、ケアマネジメントにおける看護(職)の役割については、実践があるにも拘わらず、その特性を明確に述べたものは少なかった。今後、日本の現状も合わせてケアマネジメントにおける看護職の役割を明確にしていく必要があるだろう。

研究組織

主任研究者 村嶋 幸代 (東京大学大学院医学系研究科)
川越 博美 (聖路加看護大学)
田上 豊 (㈱三菱総合研究所・ヒューマン・ケア事業開発部)
田口 敦子 (東京大学大学院医学系研究科)
近藤由生子 (東京大学大学院医学系研究科)
永田 智子 (東京大学大学院医学系研究科)

研究協力者 糠信 憲明 (東京大学大学院医学系研究科)
武内奈緒子 (東京大学大学院医学系研究科)
長弘 佳恵 (東京大学大学院医学系研究科)

第1章

訪問看護必要性のチェックシートの開発

I. 研究目的

介護保険制度の開始にともなって、ケアプランの作成が義務付けられた。これは、利用者を主体に介護支援専門員が立案するものであり、介護支援専門員の知識やアセスメントの方法が大きくサービス内容に反映される。看護職以外の介護支援専門員には、訪問看護の活用目的が理解されがたく、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、看護職以外の介護支援専門員であっても、訪問看護の必要性を利用者に説明できることが重要である。平成15年度の「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」では訪問看護が必要な利用者像を明らかにし、看護職以外の介護支援専門員であっても、その必要性をアセスメントできるツールの開発を試みた。このアセスメントツール（「訪問看護の必要性チェックシート」、以下、「チェックシート」とする）では、訪問看護の必要性だけでなく、夜間早朝の訪問看護の必要性が理解できることを目標とし、作成した。M町内の公的機関の3訪問看護ステーションの利用者91名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、最終的に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。

本研究では、平成15年度に作成されたチェックシートを、文献検討などを通してさらに議論を重ね、必要な事項を追加し、修正した。医療処置に関する項目は、厚生労働省が定める要介護認定における認定調査票（概況調査）に基づく12項目を設定している。それ以外の項目に関してはすべて、独自に開発したものである。

本チェックシートの主な使用者である介護支援専門員は、医療職だけでなく福祉職も含まれるが、記入者の職種の違いによらず、適切に訪問看護の必要性をアセスメントできることを目標としている。そこで、チェックシートの記入に際して、職種間による相違が生じるか否かなどを検証した。本研究の目的は、修正したチェックシートの妥当性、および、利用可能性を検証し、改善のための示唆を得ることである。

II. 研究方法

本研究は、「訪問看護の必要性チェックシート」の妥当性および利用可能性の検証のため、(1)「訪問看護の必要性チェックシート Ver. 6」を用いた調査、次に Ver. 6 を踏まえ、改善した (2)「訪問看護の必要性チェックシート Ver. 7」を用いた二つの調査を行った。

1. 調査対象

(1) Ver. 6 に関する調査

M町在宅介護支援センターの介護支援専門員(福祉職)10名が担当する252名の高齢者について、それぞれの介護支援専門員が担当する高齢者について調査票を記入した。なお、介護支援専門員(看護職)2名が担当する高齢者6名についても回答を得たが、数が少ないため、分析対象からは除外した。

また、チェックシートの利用可能性および妥当性の検証の為に、介護支援専門員(福祉職)10名、訪問看護師10名が担当する、同一の訪問看護利用者52名については、訪問看護師にもチェックシートの記入を依頼した。

(2) Ver. 7 に関する調査

S県R市にある、医療法人立の訪問看護ステーション3件(Aステーション・Bステーション・Cステーションとする)を利用している合計213名の高齢者(Aステーション;113名・Bステーション;58名・Cステーション;42名)について、それぞれの訪問看護師が担当するそれぞれの介護支援専門員が担当する高齢者について調査票を記入した。

なお、これらの3ステーションは、緊急時訪問看護加算・24時間連絡体制加算を算定している。

2. 調査項目

本調査の調査票は、「訪問看護の必要性チェックシート」および訪問看護の利用者全員を対象とした利用者票から構成されている。これらに関しては、氏名等個人が特定できる情報を、あらかじめ介護支援専門員が消して、研究者へ送付した。

(1) Ver. 6 に関する調査

区分	調査項目
■利用者票	・利用者の属性(年齢、性別、主傷病名、副傷病名、寝たきり度、痴呆度、要介護度、ターミナル、指示書の状況、主介護者など)
■利用者票	・サービス提供表(平成16年6月分) ・フェイスシート(介護者の状況、経済状態など)
■訪問看護の必要性チェックシート Ver. 6	・利用者の性別、年齢、主傷病名 ・現在の訪問看護の利用の有無 ・現在の夜間・早朝訪問看護の利用の有無 ・8群の特別な医療等 ・感染症などの有無 ・病状悪化の可能性 ・他のサービス ・夜間・早朝の訪問看護の必要性
■チェックシートの記入に関する調査票	・チェックシートの記入のしやすさ ・自由回答

(2) Ver. 7 に関する調査

区分	調査項目
■記入者用フェイスシート	・訪問看護師の属性(年齢、看護師経験年数、訪問看護師経験年数、介護支援専門員資格の有無、介護支援専門員経験年数など)

■利用者情報収集シート	・利用者の属性（年齢、性別、利用している保険の種類、最近の入院、要介護度、寝たきり度、痴呆度、受診状況、利用サービス、同居者の有無、主介護者の続柄、介護力、本人と介護者の関係など）
■訪問看護の必要性チェックシート Ver.7	<ul style="list-style-type: none"> ・医療処置(8群の特別な医療等)および管理の状況(チェック1) ・現在・過去の疾患(チェック2) ・現在の状態(チェック3) ・チェック1～3以外に訪問看護が必要な理由(自由回答) ・夜間・早朝の利用者の状況 ・介護者の状況 ・夜間・早朝の訪問看護の必要性(記入者の判断) ・夜間・早朝の訪問介護の必要性(記入者の判断) ・記入者の判断とチェックシートの結果に相違があった場合の理由
■チェックシートの記入に関する調査票	<ul style="list-style-type: none"> ・チェックシートの記入のしやすさ ・自由回答

3. 調査時期

調査の実施時期は(1)2004年8月～9月、(2)2005年2月とした。

4. 調査票の配布・回収

調査票はすべて、郵送配布・郵送回収によるアンケート調査を実施した。

5. 分析方法

分析には、SPSS Ver12.0を使用した。2群間の比較には、t検定もしくは χ^2 検定、訪問看護の利用の関連性の検討には、2項ロジスティック回帰分析を用いた。介護支援専門員と訪問看護師間のチェックシート記入結果の一致性の評価には、 κ 係数を算出した。訪問看護師の判断およびチェックシートの記入により導かれた結果の一致性の評価には、敏感度・特異度・陽性反応的中率を算出した。

訪問看護の必要性チェックシート Ver.6

ケアマネNo. _____

番号 _____

性別 (男 ・ 女) _____

年齢 _____ 才

主疾患名 _____

チェックシート

訪問看護利用の有・無 _____

夜間・早期の訪問看護利用の有・無 _____

1 8群の特別な医療等

以下の医療が実施されている → 当てはまるものに○
医師の指示に基づき、看護師等によって実施される行為に限定する。判断基準は別紙のとおり

処置内容	処置内容
1 点滴の管理	7 気管切開の処置
2 中心静脈栄養	8 疼痛の看護
3 透析	9 経管栄養
4 ストーマ(人工肛門)の処置	10 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)
5 酸素療法	11 じょくそうの処置
6 レスピレーター(人工呼吸器)	12 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

調査票の8群以外に訪問看護が必要と考えられる処置について→当てはまるものに○

処置内容	処置内容
1 血糖測定	4 喀痰吸引
2 インスリン注射	5 吸入
3 服薬管理	6 その他

(処置内容)

2 感染症等の有無

以下の感染症が有る場合→当てはまるものに○

感染症の病名	感染症の病名
疥癬	梅毒
水虫	B型肝炎
MRSA	C型肝炎
結核	その他

3 病状悪化の可能性

疾患名(現疾患または既往疾患名)および症状・状態→当てはまるものに○

疾患(既往疾患を含む)	症状・状態
1 心疾患	8 寝たきり
2 脳梗塞	9 激しい痛み
3 肺炎	10 食事量の低下
4 転倒による骨折	11 上肢・下肢の拘縮・著しい筋力低下
5 パーキンソン病	12 便秘
6 痴呆	13 退院直後
7 鬱または鬱状態	14 発熱
	15 ターミナル

4 他のサービス

心身の機能を向上すると考えられる医療系サービス→当てはまるものに○

処置内容	処置内容
1 訪問リハ	3 居宅療養管理指導
2 通所リハ	4 短期入所療養介護

生活機能を向上すると考えられるサービス→当てはまるものに○

処置内容	処置内容
1 訪問介護	3 通所介護
2 訪問入浴	4 短期入所生活介護

5 早期・夜間の訪問看護サービスの必要性

いずれかにチェックがつくと、早期・夜間に訪問看護の必要性がある。

処置内容	
1 早期・夜間に医療的処置の必要性があり、対象者・家族では対応できない。	
2 早期・夜間に看護師等のアセスメントが必要。	
3 早期・夜間に訪問看護によって、身体機能の回復または生活機能の改善が考えられる。	

訪問看護の必要性チェックシート Ver.7

利用者ID:

記入者:担当訪問看護師・その他()

記入者が判断して...

〔夜間・早朝の訪問看護の必要性(あり・なし)
夜間・早朝の訪問介護の必要性(あり・なし)〕

(チェック1) 医療処置(8群の特別な医療など)

1 点滴の管理	10 モニター測定(血圧、心拍等)
2 中心静脈栄養	11 じょくそうの処置
3 透析	12 カテーテル(留置カテーテル等)
4 ストーマ(人工肛門)の処置	13 血糖測定
5 酸素療法	14 インスリン注射
6 レスピレーター(人工呼吸器)	15 服薬管理
7 気管切開の処置	16 嚥液吸引
8 疼痛の看護	17 吸入
9 経管栄養	18 その他()

(チェック2) 現在・過去の疾患(特に注意すべき疾患に◎)

1 脳血管疾患	8 糖尿病
2 心疾患	9 消化器系疾患
3 高血圧性疾患	10 精神疾患
4 呼吸器疾患	11 筋骨格系の疾患
5 悪性新生物	12 腎疾患
6 痴呆	13 じょくそう
7 パーキンソン病	14 その他()

(チェック3) 現在の状態

1 肺炎	7 食事量の低下
2 断続的な発熱	8 激しい痛み
3 転倒による障害	9 ターミナル
4 寝たきり	10 鬱または鬱状態
5 上肢・下肢の拘縮・著しい筋力低下	11 退院直後
6 脱水	12 その他()

訪問看護
不要
No

○があれば

本人が管理不可
左記の導入が必要
モニタリングが必要
処置の代替が必要

○があれば

◎があれば

訪問看護
必要

○があれば

(その他必要な理由)

夜間・早朝
訪問看護不要
No

夜間・早朝に
1 鎮痛剤、眠剤、向精神薬を使用している
2 医療処置が必要
3 医療処置の実施状況の把握が必要
4 健康状態の把握・管理ができていない
5 就前のケアで夜間の安全・安楽を図ることができる
6 その他()

○があれば

夜間・早朝に介護者が不在
2 介護者が高齢(65歳以上)
3 介護のために、介護者の仕事への影響がある
4 本人と介護者の関係が悪い
5 その他()

○があれば

夜間・早朝
訪問看護必要

(記入者の判断と、本シートの結果の相違がある場合の理由)

Ⅲ. 研究結果

1. 「訪問看護の必要性チェックシート Ver. 6」のまとめ

(1) 回答した介護支援専門員の属性

調査に協力した介護支援専門員(福祉職)10名・全252名の高齢者のうち、介護福祉士の担当が102名(40.5%)、社会福祉士の担当が150名(59.5%)であった。一人の介護支援専門員が担当する高齢者数は、3~52人であった。

表1. 介護支援専門員の職種および担当高齢者数

職種	職 種			
	介護福祉士	社会福祉士	合計	
介護 支 援 専 門 員 N o.	1		51	
	2	48	48	
	3		47	
	4		52	
	5	27	27	
	8	5	5	
	9	6	6	
	10	3	3	
	11	8	8	
	12	5	5	
	合計	102	150	252

* No.6・7は看護職の介護支援専門員

(2) 利用者の特性

(ア) 属性(表2)

全ケースのうち、女性が182名(72.2%)を占めた。平均年齢は、 81.8 ± 8.6 歳であった。主疾患では、脳血管疾患が最も多く、59名(23.4%)、次いで筋骨格系の疾患が54名(21.4%)であった。要介護度では、要介護度1が82名(32.5%)と最も多く、要支援・要介護度2・要介護度3の高齢者がそれぞれ20%弱存在した。寝たきり度では、Aランクが120名(47.6%)と最も多く、次いでJランクが69名(27.4%)であった。

表2.利用者の属性(N=252)

		人数/%または平均±SD(範囲)		
性別	男	76	30.2	
	女	182	72.2	
年齢		81.8±8.6	(51-98)	
主疾患名1	脳血管疾患	59	23.4	
	心疾患	19	7.5	
	高血圧性疾患	33	13.1	
	呼吸器疾患	10	4.0	
	悪性新生物	6	2.4	
	痴呆及びアルツハイマー	24	9.5	
	パーキンソン病	9	3.6	
	糖尿病	17	6.7	
	消化器系疾患	3	1.2	
	精神疾患	6	2.4	
	筋骨格系の疾患	54	21.4	
	その他の疾患	16	6.3	
	記載無し	2	0.8	
	要介護度	要支援	42	16.7
		要介護度1	82	32.5
要介護度2		51	20.2	
要介護度3		37	14.7	
要介護度4		18	7.1	
要介護度5		25	9.9	
記載無し		3	1.2	
寝たきり度	自立	4	1.6	
	J	69	27.4	
	A	120	47.6	
	B	27	10.7	
	C	32	12.7	
	記載無し	6	2.4	

(イ)医療処置の実施(表3)

25名(9.9%)が該当した。内訳をみると、疼痛の看護が6名(24.0%)と最も多く、次いで酸素療法が5名(20.0%)であった。点滴の管理、透析、ストーマ(人工肛門)の処置は、実施されている高齢者が皆無であった。

表3.医療処置が実施されている利用者

25名(9.9%)	人数/(複数回答)	
点滴の管理	0	0.0
中心静脈栄養	1	4.0
透析	0	0.0
ストーマ(人工肛門)の処置	0	0.0
酸素療法	5	20.0
レスピレーター(人工呼吸器)	1	4.0
気管切開の処置	3	12.0
疼痛の看護	6	24.0
経管栄養	2	8.0
モニター測定	4	16.0
(血圧、心拍、酸素飽和度等)		0.0
じょくそうの処置	3	12.0
カテーテル	2	8.0
(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)		

(ウ)イ以外の処置の実施(表4)

本項目は、上記イ以外に、研究者が検討し、必要と判断した処置項目 5 項目を設定し、その他の処置は自由記述で回答を求めた。50 名 (19.8%) が該当した。内訳をみると、服薬管理が 29 名 (58.0%) と最も多く、次いでその他が 9 名 (18.0%) であった。その他の内容は、皮膚疾患による薬剤塗布がほとんどを占め、排泄コントロールや、導尿という回答もあった。

50名(19.8%)	人数/(複数回答)	
血糖測定	6	12.0
インスリン注射	6	12.0
服薬管理	29	58.0
喀痰吸引	6	12.0
吸入	1	2.0
その他	9	18.0

(エ) 感染症の疑い (表 5)

本項目は、感染症の疑いについて、回答を求めた。39 名 (15.5%) が該当した。内訳をみると、白癬(水虫)が 34 名 (87.2%) と最も多かった。結核、梅毒が疑われる高齢者は、皆無であった。

39名(15.5%)	人数/(複数回答)	
疥癬	0	0.0
白癬(水虫)	34	87.2
MRSA	2	5.1
結核	0	0.0
梅毒	0	0.0
B型肝炎	1	2.6
C型肝炎	2	5.1
その他	1	2.6

(オ) 病状悪化の可能性 (表 6)

本項目は、現疾患および既往疾患、また症状・状態について、回答を求めた。223 名 (88.5%) が該当した。その内訳は、現疾患および既往疾患では、脳血管疾患が 84 名 (37.7%) と最も多く、次いで心疾患・転倒による骨折がそれぞれ 45 名 (20.2%)・44 名 (19.7%) と同程度であった。症状・状態では、上肢・下肢の拘縮・著しい筋力低下が最も多く、次いで寝たきりが 40 名 (17.9%) であった。退院直後に該当する高齢者は、皆無であった。

223名(88.5%)	人数/(複数回答)	
心疾患	45	20.2
脳血管疾患	84	37.7
肺炎	12	5.4
転倒による骨折	44	19.7
パーキンソン病	10	4.5
痴呆	57	25.6
鬱または鬱状態	7	3.1
寝たきり	40	17.9
上肢・下肢の拘縮・著しい筋力低下	77	34.5
食事量の低下	15	6.7
便秘	20	9.0
激しい痛み	12	5.4
発熱	3	1.3
退院直後	0	0.0
ターミナル	3	1.3

(カ)心身機能を向上すると考えられる医療系サービス(表7)

本項目は、利用している心身機能を向上すると考えられる医療系サービスについて、回答を求めた。65名(25.8%)が、現在何らかの心身機能を向上すると考えられる医療系サービスを利用していた。内訳をみると、通所リハビリテーションが36名(55.4%)と最も多く、短期入所療養介護の利用者は2名(3.1%)のみであった。

表7.心身の機能を向上すると考えられる医療系サービスが必要な利用者

65名(25.8%)	人数/%(複数回答)
訪問リハビリテーション	16 24.6
通所リハビリテーション	36 55.4
居宅療養管理指導	21 32.3
短期入所療養介護	2 3.1

(キ)生活機能を向上すると考えられるサービス(表8)

本項目は、利用している生活機能を向上すると考えられるサービスについて、回答を求めた。204ケース(81.0%)が、現在何らかの生活機能を向上すると考えられるサービスを利用していた。内訳をみると、通所介護が160名(78.4%)と最も多く、訪問入浴・短期入所生活介護の利用者は15名(7.4%)・17名(8.3%)であった。

表8.生活機能を向上すると考えられるサービスが必要な利用者

204名(81.0%)	人数/%(複数回答)
訪問介護	106 52.0
訪問入浴	15 7.4
通所介護	160 78.4
短期入所生活介護	17 8.3

(ク)夜間・早朝の訪問看護の必要性(表9)

夜間・早朝の訪問看護の必要性について、回答を求めた。4名(1.6%)が「夜間・早朝に医療処置の必要性があり、対象者・家族では対応できない」とされた。「夜間・早朝に看護師によるアセスメントが必要」は3名(1.2%)、「夜間・早朝の訪問看護により、身体機能の回復や生活機能の改善が図れる」は4名(1.6%)が該当した。

表9.夜間・早朝の訪問看護サービスの必要性 (N=252)

	人数/%(複数回答)
早朝・夜間に医療的処置の必要性があり、対象者・家族では対応できない。	4 1.6
早朝・夜間に看護師等のアセスメントが必要。	3 1.2
早朝・夜間に訪問看護によって、身体機能の回復または生活機能の改善が考えられる。	4 1.6

(3)訪問看護の必要性と実際の利用の有無

(ア)訪問看護の必要性と実際の利用の有無(表10・11)

担当する高齢者について、訪問看護の利用が必要かどうかを介護支援専門員が判断し、回答を求めた。訪問看護を不要と判断した145名のうち、実際に訪問看護を利用している高齢者は皆無であった。また、必要と判断した112名のうち、75名(67.0%)は実際に訪問看護を利用していたが、37名(33.0%)は利用していなかった。

また、夜間・早朝の訪問看護に関しては、訪問看護の利用を不要と判断した137名のうち、実際に利用している高齢者は皆無であった。また、訪問看護の利用を必要と判断した99名のうち、7名(7.1%)は実際に夜間・早朝の訪問看護を利用していたが、92名(92.9%)は利用していなかった。

表10.訪問看護に関する質問 (N=252)

この利用者に訪問看護を必要と思うか	人数	%
必要	107	42.5
不要	145	57.5
記載なし	1	0.4
訪問看護利用の有無		
有	69	27.4
無	183	72.6
夜間・早朝の訪問看護利用の有無		
有	6	2.4
無	242	96.0
記載なし	4	1.6

表11.訪問看護の必要性の判断と実際の利用状況 (N=252) 人数(%)

この利用者に訪問看護を必要と思うか		必要	不要 p
訪問看護利用の有無	有	69(64.5)	0(0.0) ***
	無	38(35.5)	145(100.0)
夜間・早朝の訪問看護利用の有無	有	6(5.7)	0(0.0) *
	無	99(94.3)	143(100.0)

注. χ^2 検定,* $p < 0.05$,*** $p < 0.001$

(イ) 訪問看護の必要性と実際の利用の有無による利用者の特性(表 12・13・14)

介護支援専門員により訪問看護の利用が必要と判断された高齢者は、252名中107名であった。107名のうち、実際に訪問看護を利用していたのは69名(64.5%) (以下、利用群)で、利用していなかったのは38名(35.0%) (以下、非利用群)であった。訪問看護が不要と判断された145名では、実際に訪問看護を利用している利用者は皆無であった。属性では、女性と75歳以上が多く、それぞれ利用群では44名(63.4%)・57名(82.6%)、非利用群では28名(73.7%)・30名(76.9%)であり、群間差はなかった。両群共に脳血管疾患、痴呆なし、要介護1が最も多く、それぞれ利用群18名(26.1%)・23名(33.3%)・18名(26.1%)、非利用群9名(23.7%)・15名(39.5%)・9名(23.7%)で、群間差はなかった。

医療処置を受けていたのは、利用群46名(66.7%)、非利用群8名(21.1%)であった。非利用群の8名は、要支援が2名、要介護度1が2名、要介護度4が3名、要介護度5が1名で、7名は介護サービスを利用し、6名が同居であった。訪問看護を利用しない理由としては、本人や介護者の理解不足があげられていた。「服薬管理」を必要とする高齢者は、利用群27名(39.1%)、非利用群2名(5.3%)で、利用群のほうが有意に多かった($p < 0.001$)。

病状悪化の可能性で多く該当した項目は、利用群で、「上肢・下肢の拘縮、著しい筋力低下」、「脳血管疾患」、「寝たきり」が多く、それぞれ利用群22名(31.9%)・21名(30.4%)・21名(30.4%)、非利用群18名(47.4%)・14名(36.8%)・11名(28.9%)であった。3項目以上に該当する高齢者は15名で、訪問看護を利用しない理由として、いずれも本人や介護者の理解不足があげられていた。

利用サービスでは、「訪問介護」の利用が両群とも最も多く、利用群38名(55.1%)、非利用群21名(55.3%)であった。「通所介護」の利用では、利用群24名(34.8%)、非利用群21名(55.3%)で、非利用群のほうが有意に多く利用していた($p < 0.05$)。

「中心静脈栄養」1名(1.4%)、「酸素療法」5名(7.2%)、「気管切開の処置」2名(2.9%)、「疼痛の看護」2名(2.9%)、「経管栄養」1名(1.4%)、「モニター測定」4名(5.8%)、「じょくそうの処置」2名(2.9%)、「カテーテル」2名(2.9%)、「血糖測定」4名(5.8%)、「インスリン注射」5名(7.2%)、「服薬管理」27名(39.1%)、「喀痰吸引」4名(5.8%)、「吸入」1名(1.4%)、「その他(軟膏塗布など)」5名(7.2%)

非利用群では、「疼痛の看護」2名(5.3%)、「経管栄養」・「喀痰吸引」・「その他(軟膏塗布など)」1名(2.6%)、「じょくそうの処置」1名(2.6%)、「血糖測定」1名(2.6%)、「服薬管理」2名(5.3%)、「その他」2名(5.3%)が、医療処置を受けていた。

また、何らかの形で受診している高齢者がほとんどであり、「外来受診」と「往診」が多く、それぞれ利用群では47名(68.1%)・20名(29.0%)、非利用群では26名(68.4%)・6名(15.8%)であり、

いずれも両群間の有意差はなかった。

非利用群の「痴呆」の11名は、いずれも何らかの介護サービスを受けていた。「激しい痛み」の6名のうち、4名は何らかの介護サービスを利用していたが、2名は介護サービスの利用もなく、頻繁な受診、あるいはターミナルであるが告知がされていないことが訪問看護を利用しない理由にあげられていた。

両群間で有意差が見られたのは、「痴呆」($p<0.05$)と「激しい痛み」($p<0.05$)で、それぞれ利用群が7名(10.1%)・3名(4.3%)、非利用群が11名(28.9%)・6名(15.8%)であった。

症名	防虫剤利用の有無別利用者数 (N=252)				人数/5
	利用	未利用	不明	合計	
合計	183	72.80%	69	27.40%	252
性別	49	68.20%	25	33.80%	74 †
年齢区分	134	75.30%	44	24.70%	178
-64	7	70.00%	3	30.00%	10 -
65-74	21	70.00%	9	30.00%	30
75-84	73	72.30%	28	27.70%	101
85-	82	73.90%	29	28.10%	111
主治医名	37	67.30%	18	32.70%	55 ns
内科	13	68.40%	5	31.60%	19
心療科	30	90.90%	3	9.10%	33
呼吸器科	4	44.40%	5	55.60%	9
消化器科	3	50.00%	3	50.00%	6
泌尿器科	22	88.00%	3	12.00%	25
皮膚科	3	33.30%	6	66.70%	9
小児科	13	76.50%	4	23.50%	17
泌尿器科	3	100.00%	0	0.00%	3
消化器科	1	16.70%	5	83.30%	6
整形外科	42	79.20%	11	20.80%	53
その他	11	68.80%	5	31.30%	16
介入療法	40	93.00%	3	7.00%	43 -
1	65	78.30%	18	21.70%	83
2	37	72.50%	14	27.50%	51
3	24	66.70%	12	33.30%	36
4	6	50.00%	9	50.00%	15
5	7	35.00%	13	65.00%	20
投薬管理	193	72.80%	69	27.40%	252 -
中心静脈栄養	0	0.00%	0	0.00%	0
透析	0	0.00%	1	100.00%	1
ストーマ(人工肛門)の処置	0	0.00%	0	0.00%	0
除菌療法	0	0.00%	0	0.00%	0
レスピレーター(人工呼吸器)	0	0.00%	0	0.00%	0
気管切開の処置	0	0.00%	0	0.00%	0
疼痛の看護	179	72.80%	87	27.20%	246 ns
経管栄養	4	66.70%	2	33.30%	6
モニター測定(血圧、心拍、臍帯血飽和度等)	182	72.80%	88	27.20%	250 ns
モニタリング	1	50.00%	1	50.00%	2
じょくそうの処置	183	73.80%	65	26.20%	248 *
カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)	0	0.00%	4	100.00%	4
血糖測定	182	73.10%	67	26.90%	249 ns
インスリン注射	183	73.20%	67	26.80%	250 †
服薬管理	181	73.60%	65	28.40%	246 *
喀痰吸引	182	74.00%	64	26.00%	246 *
吸入	181	76.70%	5	93.30%	223 **
その他	2	6.90%	27	93.10%	29
	182	73.70%	65	26.30%	247 *
	183	72.90%	68	27.10%	251 ns
	0	0.00%	1	100.00%	1
	180	73.80%	64	26.20%	244 *
	3	37.50%	5	62.50%	8

病状悪化の可能性	防虫剤利用の有無別利用者数 (N=252)				人数/5
	利用	未利用	不明	合計	
病状悪化の可能性	148	71.20%	60	28.80%	208 ns
脳血管疾患	35	79.50%	9	20.50%	44
脳血管疾患	124	72.10%	48	27.90%	172 ns
肺炎	59	73.80%	21	26.30%	80
転倒による骨折	178	73.90%	63	26.10%	241 *
パーキンソン病	5	45.50%	6	54.50%	11
痴呆	150	72.10%	58	27.90%	208 ns
嚥下障害	33	75.00%	11	25.00%	44
痴呆	180	74.10%	63	25.90%	243 *
痴呆	3	33.30%	6	66.70%	9
痴呆	136	68.70%	62	31.30%	198 *
痴呆	47	87.00%	7	13.00%	54
痴呆	180	73.50%	65	28.50%	245 †
痴呆	3	42.90%	4	57.10%	7
痴呆	168	77.80%	48	22.20%	216 **
痴呆	15	41.70%	21	58.30%	36
痴呆	132	73.70%	47	26.30%	179 ns
痴呆	51	69.90%	22	30.10%	73
痴呆	175	73.80%	62	26.20%	237 †
痴呆	8	53.30%	7	46.70%	15
痴呆	172	73.50%	62	26.50%	234 ns
痴呆	11	61.10%	7	38.90%	18
痴呆	174	72.50%	66	27.50%	240 ns
痴呆	183	73.20%	67	26.80%	250 †
痴呆	0	0.00%	2	100.00%	2
痴呆	183	72.60%	69	27.40%	252 -
痴呆	0	0.00%	0	0.00%	0
痴呆	182	73.10%	67	26.90%	249 ns
痴呆	1	33.30%	2	66.70%	3
痴呆	175	73.20%	64	26.80%	239 ns
痴呆	157	72.00%	61	28.00%	218 ns
痴呆	26	78.50%	8	23.50%	34
痴呆	176	75.10%	58	24.90%	233 *
痴呆	8	42.10%	11	57.90%	19
痴呆	183	73.20%	67	26.80%	250 †
痴呆	0	0.00%	2	100.00%	2
痴呆	118	79.30%	31	20.70%	150 *
痴呆	64	62.70%	38	37.30%	102
痴呆	178	74.20%	62	25.80%	240 *
痴呆	5	41.70%	7	58.30%	12
痴呆	51	53.10%	45	46.90%	96 **
痴呆	132	84.60%	24	15.40%	156
痴呆	172	72.60%	65	27.40%	237 ns
痴呆	11	73.30%	4	26.70%	15

