

誤嚥性肺炎による入院を防げたAさん

1. 基本情報

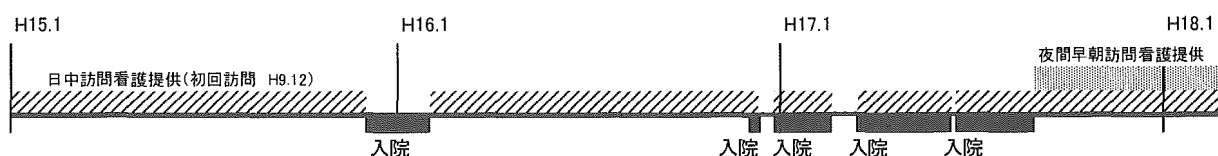
78 歳、男性。要介護度 5。脳血管疾患による寝たきり。食事は経管栄養。開眼はするが発語はなく、呼びかけへの反応は乏しいため意思疎通は難しい。妻と娘の 3 人暮らしで、妻と娘が交代で介護している。妻は長年に渡る介護中心の生活に疲労感やストレスを強く感じているが、できる限り在宅生活を継続することを望んでいる。

モデル事業開始時の A さんの基本情報

性別	: 男性	世帯	: 2 世代
年齢	: 79 歳	同居家族	: 妻、子 1 人
主病名	: 脳血管疾患	主介護者	: 妻
要介護度	: 要介護 5	介護者の状況	: 高齢、 腱鞘炎、腰痛、膝関節痛あり
日常生活自立度	: C	生計	: 年金
認知症自立度	: -	サービス	: 訪問介護 7 回/週 (1 日に複数回の利用あり) 訪問入浴 1 回/週
		訪問看護	: 14~16 回/週
		訪問看護支払い保険	: 介護保険と医療保険の併用
		加算等	: 重症管理加算、 24 時間訪問看護加算、特別指示書

2. これまでの経過

昭和 51 年（今から 28 年前）に脳血栓を患い、昭和 58 年ごろから食事の経口摂取ができなくなり、徐々に寝たきりとなる。日中の訪問看護は、平成 9 年 12 月より状態観察による在宅療養の継続と、妻の介護負担の軽減を目的に利用していた。平成 16 年 12 月から平成 17 年 8 月までに、誤嚥性肺炎のため入退院を 4 回繰り返した。その間、在宅で生活した期間は 1 ヶ月にも満たない。平成 17 年 8 月 27 日の退院後、夜間・早朝の訪問看護を開始した。



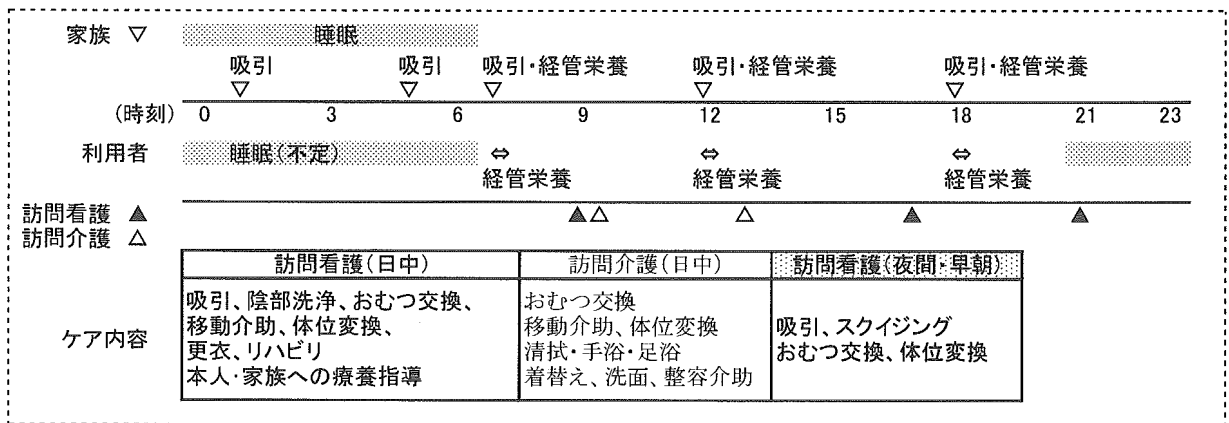
図表 A-1 A さんの経過図

3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性、提供目的および提供時間帯

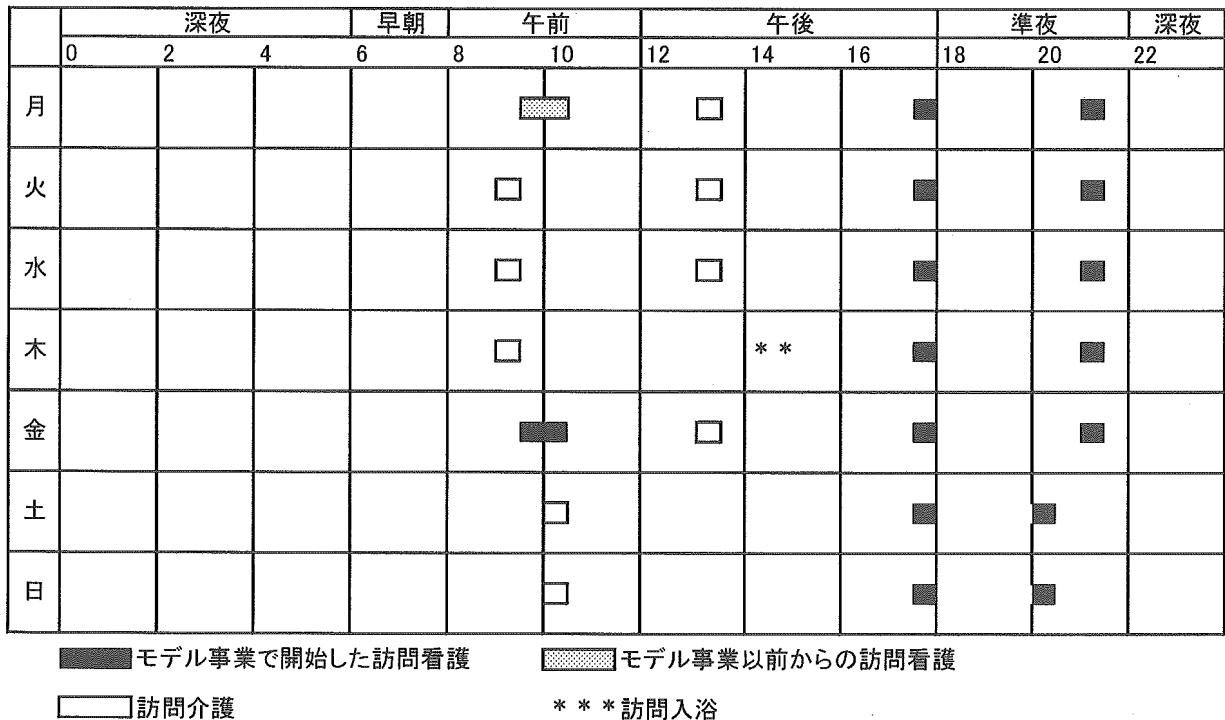
この1年で3回の入退院を繰り返しており、ほとんど在宅生活がおくれている状況である。そこで、誤嚥性肺炎の予防と、夜間の吸引による妻の介護負担の軽減をはかり、①看護師が就寝前にスクイジングと吸引を行うことで、夜間の吸引必要回数の減少、および誤嚥性肺炎の再発の予防すること、②夜間の吸引を代替し、妻の介護負担を軽減することを目標に訪問看護を提供した。

利用時間帯：午後5時30分～午後6時、午後9時～午後9時30分

評価指標：入院の有無、誤嚥性肺炎の有無、発熱の回数、家族の介護負担感



図表A-2 Aさんの1日の生活およびケア内容 (モデル事業開始時)



図表A-3 Aさんの週間ケアプラン (モデル事業開始時)

4. 夜間・早朝の訪問看護提供の評価

モデル事業前の平成16年12月から平成17年8月までの9か月間に、3回の誤嚥性肺炎による入退院を繰り返していたが、モデル事業開始期間中の7ヶ月間は、誤嚥性肺炎を起こすこともなく、一度も入院しなかった（図表A-1）。

モデル事業の前と後では、発熱時の対処の仕方に大きな違いがあった。モデル事業の開始前は、38.0℃以上の発熱があった場合は、訪問看護から開業医に相談した時は、直に救急搬送し入院に至っていた（図表A-4, A-5）。一方、モデル事業開始後は、38℃以上の発熱があった際には、主治医の往診や看護師による解熱剤投与、クーリングによって緊急入院までには至らず、在宅生活を継続できていた（図表A-6, A-7）。この理由として、①訪問看護師が、毎日夜間訪問することで、解熱剤を投与した後の経過観察が可能になったこと、②主治医も直ぐに入院させずに様子を見るようになったこと、③家族も安心して様子を見ることができるようになったことが考えられた。

発熱しても高熱には至っていないことも、毎日の訪問看護師によるスクイジングの効果と考えられた。

<家族による評価>

ヒアリング対象者：妻

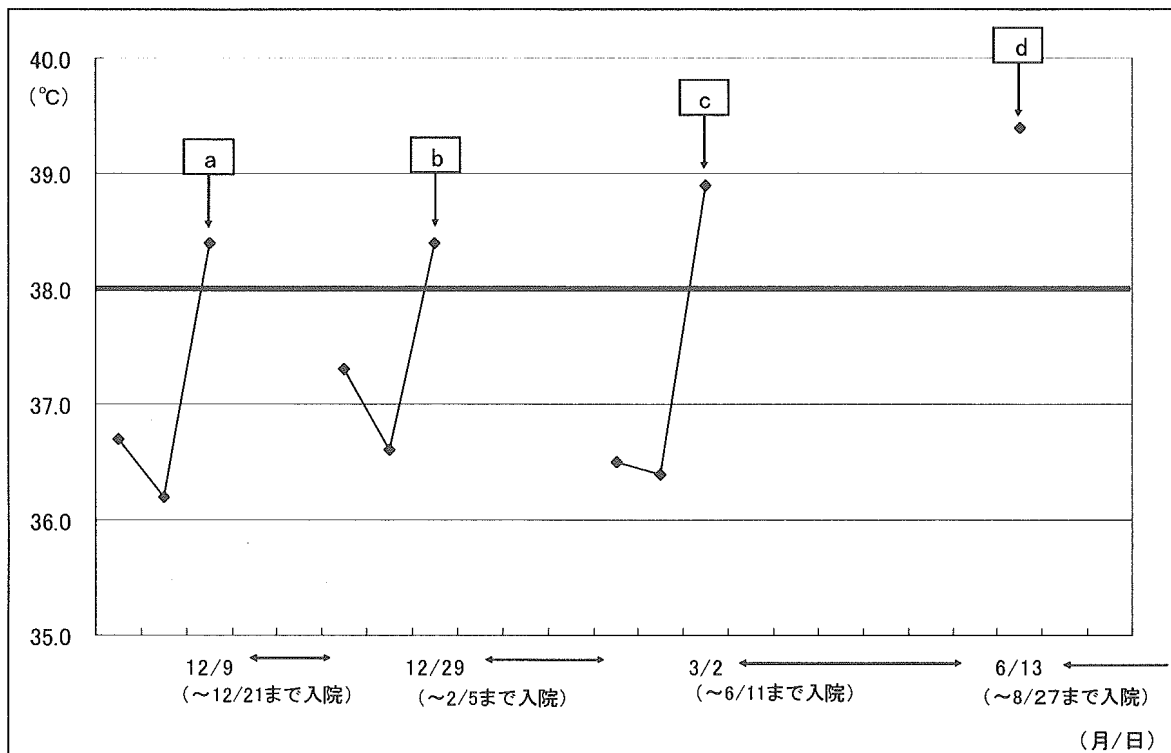
夜の吸引を1回でも代わってもらえることは大変助かっている。就寝前のスクイジングにより、夜間の吸引が必要な間隔が開き、楽になったのも利用してよかったと思う。また、入院せずに在宅療養を継続できることは有難いとは思いますが、介護に拘束される時間も長いため疲れを感じている。

<研究者のコメント>

夜間の訪問により在宅療養生活が継続できるようになったことは、家族も希望しており、良かったこととして評価できるが、入院に比べて家族の介護負担は増す。それを考慮したケアプランの変更が必要な場合もあると考えられた。

5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

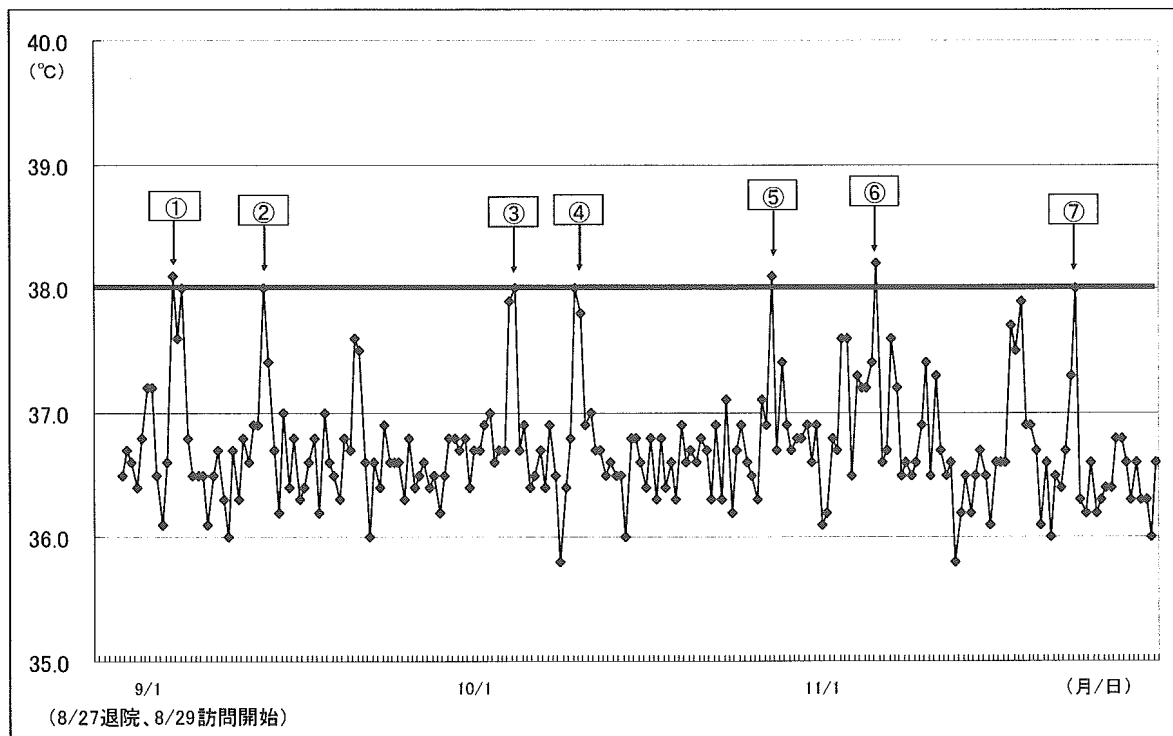
モデル事業終了後は、午後9時の訪問は、家族で介護できそうという理由により、一旦終了し、午後5時のみの訪問に減らした。しかし、実際家族だけで介護してみると、負担が大きいという理由から、2か月後には午後9時の訪問を再開することになった。



図表A-4 夜間訪問開始前：平成16年12月1日～平成17年6月30日（7ヶ月間）
Aさんの訪問時の体温（週1回の日中訪問に測定）

	月/日	体温(°C)	対応
a	12/9	38.4	緊急訪問、主治医と相談し、救急車で入院
b	12/29	38.4	主治医と相談し、入院
c	3/2	38.9	緊急訪問、主治医と相談し、救急車で入院
d	6/13	39.4	主治医と相談し、入院

図表A-5 発熱時の対応



図表A-6 夜間訪問開始後：平成17年8月29日～平成17年11月30日（3ヶ月間）
Aさんの訪問時の体温（週1回の日中訪問および毎日の夜間2回の訪問時に測定）

	月/日	体温(°C)	対応
①	9/3	38.1	主治医連絡、往診にて解熱剤投与
②	9/11	38.0	クーリング、経過観察
③	10/4	38.0	クーリング、経過観察
④	10/10	38.0	主治医連絡、往診にて解熱剤投与
⑤	10/28	38.0	主治医連絡、往診にて解熱剤投与
⑥	11/6	38.2	主治医連絡、往診にて解熱剤投与
⑦	11/23	38.0	主治医連絡、解熱剤投与

図表A-7 発熱時の対応

吸引と状態観察により介護者の負担を軽減できた事例(Bさん)

1. 基本情報

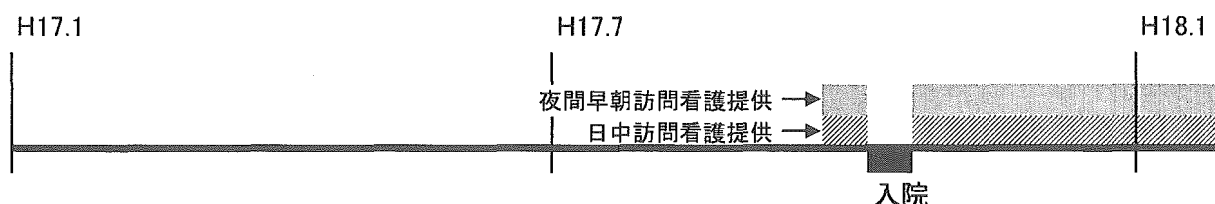
83歳、女性。誤嚥性肺炎を起こし、急にADLが低下した。要介護度4。息子夫婦と3人暮らしであったが、息子が退職後、アルコール依存症で入院した。そのため、経済的にも厳しく、嫁が働くことでなんとか家計をやりくりしている状況である。家族はできる限りBさんの在宅療養生活を継続させたいと思っている。

モデル事業開始時のBさんの基本情報

性別	: 女	世帯	: 2世代
年齢	: 83	同居家族	: 息子夫婦
主病名	: 誤嚥性肺炎、 高血圧、うつ病	主介護者	: 息子の嫁
要介護度	: 要介護度4	介護者の状況	: 常勤(10時間)
日常生活自立度	: C	生計	: 年金
認知症自立度	: I	サービス	: (近医の支援あり)
		訪問看護	: なし→2回/日
		加算	: 緊急時訪問看護加算 退院後 特別管理加算

2. これまでの経過

平成13年にうつ病と診断され、内服薬でコントロールしていた。外出はほとんどしていなかったが、生活は自立していた。平成17年8月13日に自宅で転倒し、腰椎を圧迫骨折したことを機に、徐々に下肢の筋力が低下し、ベッド上で生活するようになった。9月頃から痰が絡むようになり、誤嚥性肺炎と診断された。医師の往診を受けながら在宅生活を続けていたが意識状態の低下や褥創(仙骨部の発赤)の出現等、状態が悪化してきたため、ケアマネジャーから勧められて、平成17年10月6日より日中と夜間の訪問看護を同時に開始することになった。



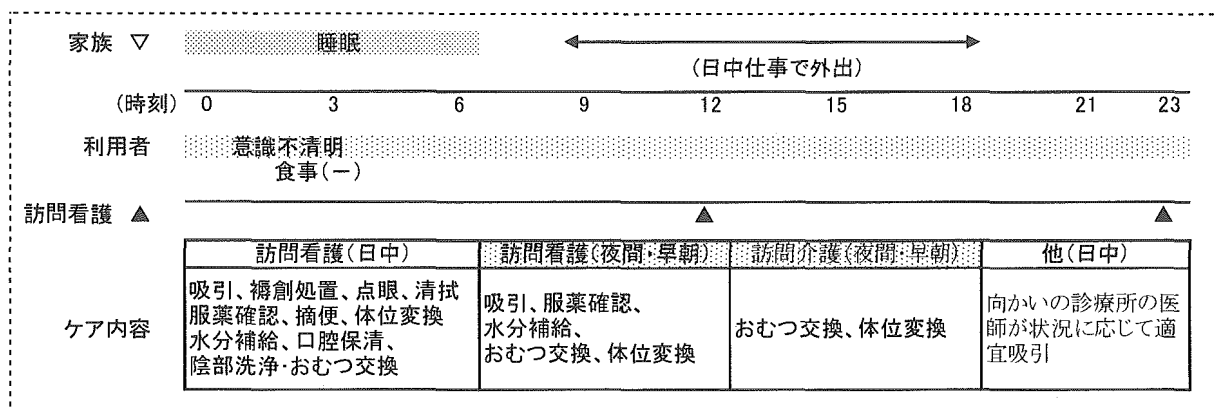
図表B-1 Bさんの経過図

3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

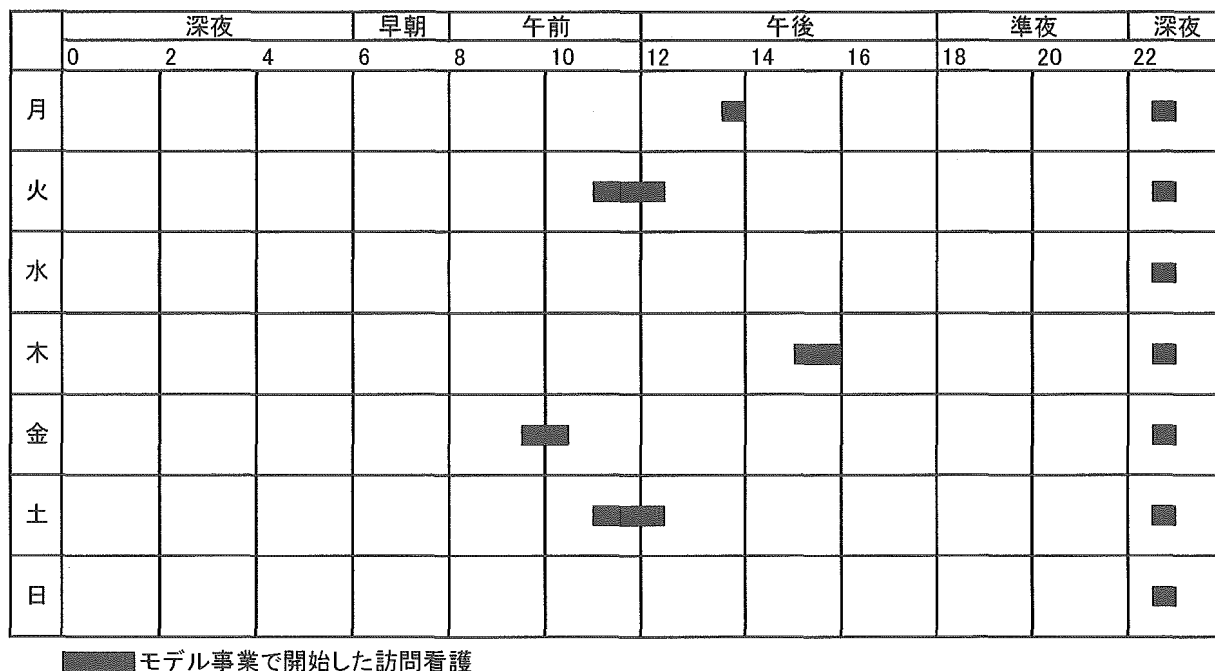
意識状態の低下により痰を自分で喀出することが難しく、吸引が必要であるが、日中、嫁は仕事に出ているため、介護する者がいない。それに、夜間に吸引することは、仕事を持つ嫁にとって負担が大きい。そこで、①看護師による観察や吸引を行うことで、誤嚥性肺炎の悪化を防ぐ、②夜間の吸引を代替し、嫁の介護負担を軽減することを目的に訪問看護を利用することになった。脱水予防や栄養状態の低下を防ぐための栄養補給や水分補給、褥創の悪化予防のための体位交換も随時行う。

利用時間帯：午後 10 時～午後 10 時 30 分（毎日）

評価指標：入院の有無、誤嚥性肺炎の改善、嫁の介護負担の軽減



図表 B-2 Bさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）



図表 B-3 Bさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

4. 夜間・早朝の訪問看護の評価

訪問看護の開始後、医師と連携してサービスを提供したところ、徐々に誤嚥性肺炎は回復し、仙骨部の褥創も悪化しないまま発赤が消失した。意識状態も、話しかけや質問に対してうなづくまで回復した。

夜間の吸引は誤嚥性肺炎を予防するために必要であるが、日中仕事をしている嫁にとっては負担であるし、技術的にも不安を持っていた。夜間の吸引を訪問看護師が代替することで、嫁の介護負担は軽減され、その上、誤嚥性肺炎の再発も防げたと考えられた。モデル事業期間中の入院は、胃ろう造設のためのものが1回のみであり、在宅生活を継続できている。

<家族の評価>

ヒアリング対象者：嫁

過去に、嫁は夜中や朝方にBさんの状態が悪くなった経験をしたため、寝る前に訪問看護師が状態観察してくれることは、大変安心できる。

また、嫁が吸引すると痰はあまり引けないが、看護師に行ってもらおうとたくさんの量の痰が引けるところを見ると、技術の違いを感じた。訪問看護師の吸引は、嫁の負担の軽減だけでなく、Bさんのためにもよいと思った。

友人から、介護が必要なBさんを家に置いて働きに出ることを批判されることもあるが、これまで続けてきた仕事を辞めたくはないし、経済的に働かなくてはいけない事情もあるため、今後も介護サービスを利用しながら在宅で見ていきたいと思っている。特に夜間の訪問看護の利用は、有料になっても継続していきたい。

仕事をする介護者には、夜間の吸引は負担であるため、夜間の訪問は役立っていると考えられた。

5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

モデル事業期間に引き続き、午後11時～午後11時30分（毎日）を継続する。

夜中に吸引を行うことで介護者の負担が軽減できた事例(Cさん)

1. 基本情報

93歳男性、要介護度5。主病名は認知症。日常生活自立度はC2、認知症自立度はIVである。主な介護者は高齢の妻と長男の嫁である。時間帯に拘らず吸引が頻繁に必要であり、介護者の介護負担が大きい。家族は在宅で看ることを希望している。

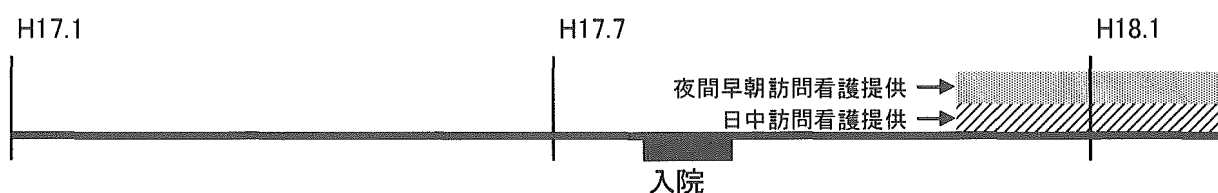
モデル事業開始時のCさんの基本情報

性別	: 男	世帯	: 4世代
年齢	: 93歳	同居家族	: 妻、長男夫婦、孫夫婦、曾孫
主病名	: 認知症、てんかん、 気管支喘息、誤嚥性肺炎	主介護者	: 妻(92歳) 長男の嫁(62歳)
要介護度	: 要介護5	介護者の状況	: 妻、嫁共に介護疲れがある
日常生活自立度	: C2	生計	: 年金
認知症自立度	: IV	サービス	: デイサービス3回/週、 訪問看護 加算
		訪問看護 加算	: 日中2回/週、夜間7回/週 特別管理加算

2. これまでの経過

平成14年ごろから、徐々に認知症が進行し、身体機能も低下していった。平成17年5月には寝たきりになる。その後、誤嚥性肺炎による発熱を繰り返したことから、胃ろう造設を目的に同年8月1日から9月2日に入院した。退院後9月5日から日中の訪問看護が開始となった。この時点で1~2時間おきに吸引が必要であったため夜間の訪問看護の利用を勧めたが、家族で介護できそうという理由により利用に至らなかった。

しかし、夜間の吸引は、頻繁な時は15分に1回程度と寝る間もない状況が続いたため、睡眠不足による介護疲れが家族に徐々に現れた。妻は体重減少による体力低下、嫁は頭痛に悩まされるようになった。さらに、息子も、平成17年11月に胃潰瘍で吐血したことから、家族だけで介護することの限界を感じるようになった。そこで、同年11月17日から夜間の訪問看護も利用することとなった。



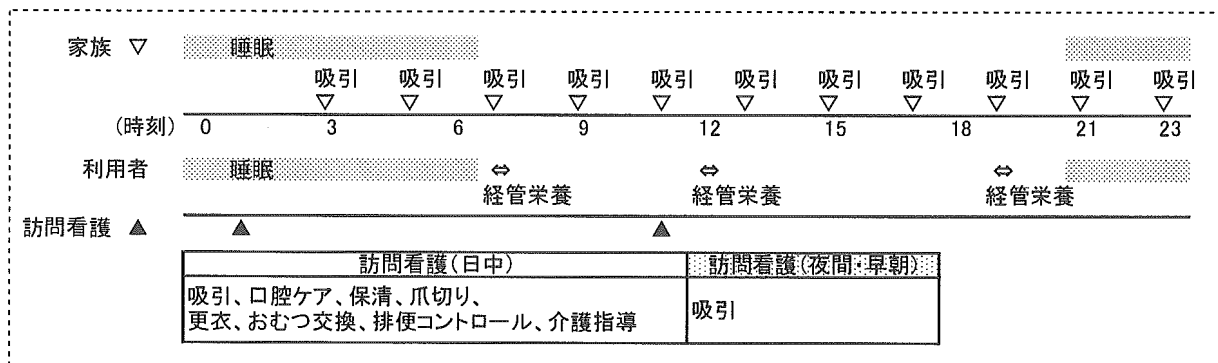
図表C-1 Cさんの経過図

3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

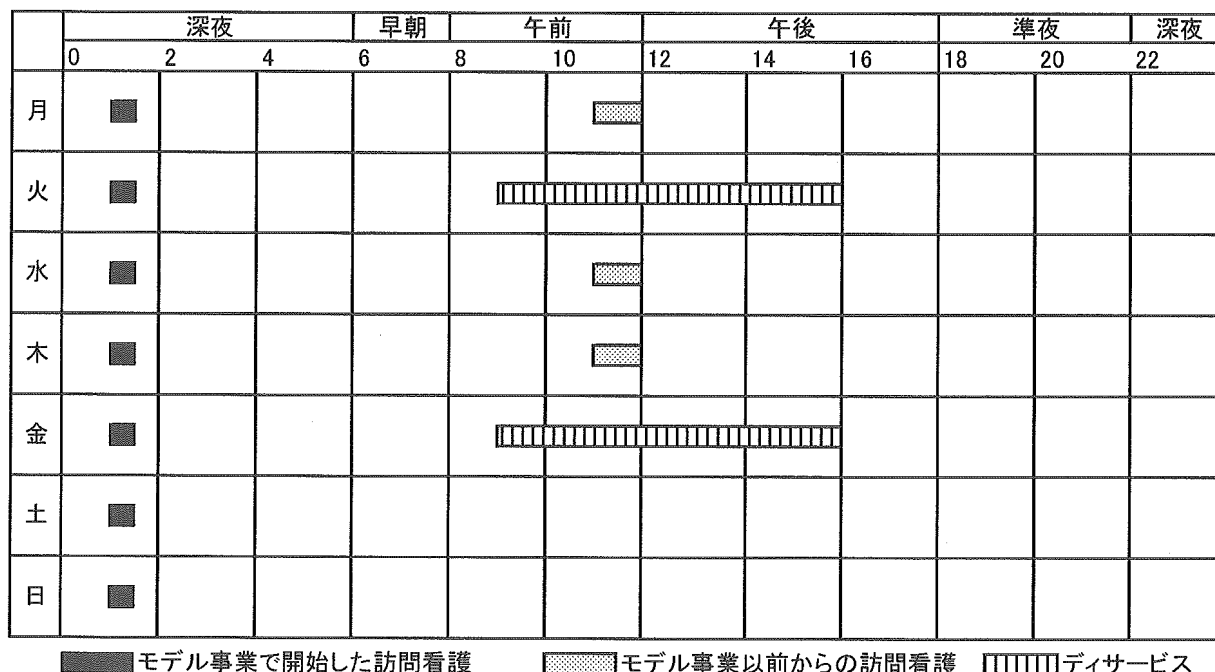
家族の介護負担の軽減、誤嚥性肺炎の予防を目的に開始した。主なケア内容は吸引である。

利用時間帯：午前1時～1時30分（毎日）

評価指標：家族の介護負担軽減、在宅生活の継続



図表C-2 Cさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）



図表C-3 Cさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

4. 夜間・早朝の訪問看護の評価

夜間の訪問看護を開始してから、誤嚥性肺炎は起こさずに経過しているが、元々気管支喘息があるためか吸引の回数は、1～2時間に1回必要である。以前は15分おきのこともあったが、看護師の訪問によって夜間の吸引回数が減ったことから、以前よ

り睡眠が取れるようになった。そのため、妻や息子の体調も改善し、嫁の頭痛はなくなった。

<家族の評価>

ヒアリング対象者：妻と息子の嫁

家族は、夜間の訪問看護を体調を崩す前に活用すべきだったと感じていた。また、訪問看護師が吸引を行うと、家族が実施した時と比べて吸引の必要回数が減ることからも、家族は夜間の訪問に対価を支払う価値を認識していた。

<研究者のコメント>

夜間の訪問看護は、誤嚥性肺炎の再発予防、家族の介護負担の軽減に効果があったと考える。家族は今後も費用を払って継続して利用することを希望しており、夜間の訪問は特に家族の介護負担に効果があったと言える。

なお、この事例は、平成 17 年 9 月の退院直後に夜間の訪問を勧めた際には、利用に至らなかった。家族の体調が崩れたことを契機に利用することになったが、介護者が体調を崩す前に夜間の訪問を利用してもらうことも、在宅療養を継続させる重要なポイントであると考えられる。そのためには、夜間の訪問看護のケア内容や効果について、看護師が介護者にわかりやすく説明する工夫が必要であろう。

5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

引き続き、午前 1 時～1 時 30 分（毎日）を継続する。

認知症等で、インシュリンの自己注射が 困難な事例

- Dさん（77歳 男性）
- Eさん（60歳 男性）

確実なインシュリン注射によりヘモグロビンA_{1c}が安定してきたDさん

1. 基本情報

77歳、男性。主疾患は糖尿病で、要介護度4。認知症があり、妻と娘家族4人と同居している。低血糖発作を起こし入院していたが、7月13日に退院。インシュリンが必要であるが、介護者である妻にも軽度な認知症があるため、適切にインシュリンを注射することは難しい。Dさんの血糖値のコントロールは不良であり、腹部膨満感、倦怠感等の低血糖発作で頻回に受診している。

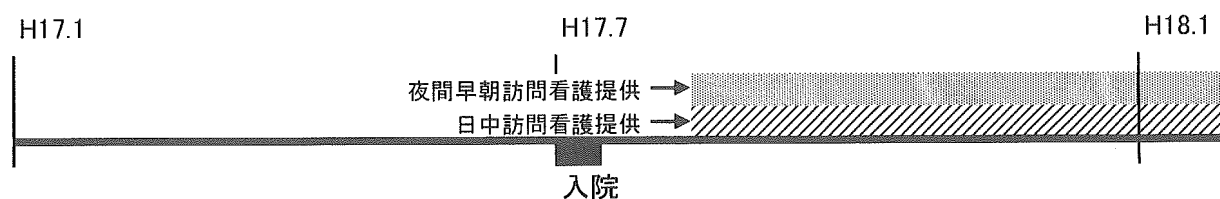
モデル事業開始時のDさんの基本情報

性別	: 男	世帯	: 2世代家族
年齢	: 77	同居家族	: 妻、娘家族
主病名	: 糖尿病、認知症、 心不全	主介護者	: 妻
要介護度	: 要介護4	介護者の状況	: 高齢、糖尿病あり
日常生活自立度	: J	生計	: 年金
認知症自立度	: IV	サービス	: デイサービス3回/週
		訪問看護	: なし→2回/日
		加算	: 24時間、特別指示

2. これまでの経過

平成5年に糖尿病を発症、平成7年に脳梗塞を起こし右片麻痺が残る。平成13年からインシュリン注射を施行していたが、平成17年6月29日にインシュリン量をDさんが間違えて自己注射してしまったため、低血糖発作で入院した。インシュリン量の調整とインシュリン注射の実施指導を受けて7月13日に退院するも、血糖値のコントロールが不良であった。そのため、診療所の主治医から訪問看護ステーションに相談があり、平成17年8月24日から朝と夕方のインシュリン注射を支援するため、訪問看護が開始となった。これまでに訪問看護の利用経験はなかった。

入院経過および訪問看護の利用状況



図表D-1 Dさんの経過図

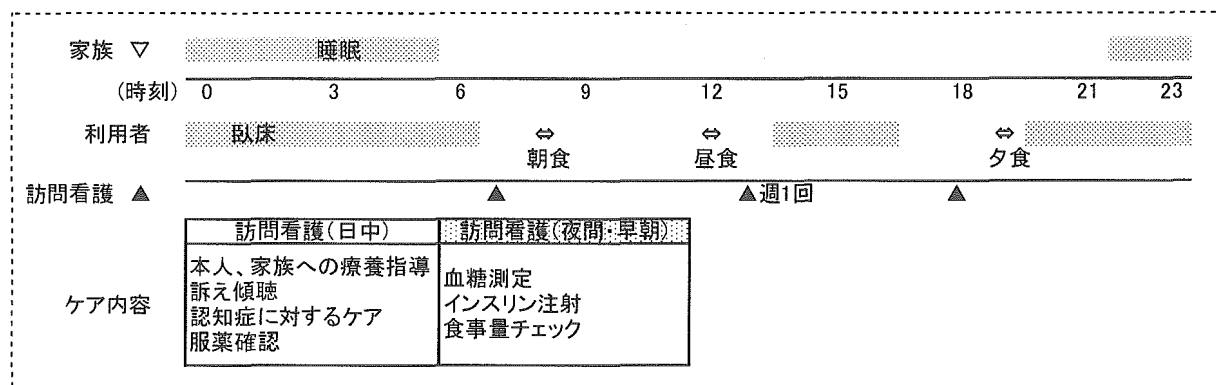
3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

Cさんは、右片麻痺があるため、インシュリンのダイヤルが正しく合わせられない、針を途中で抜く等により、確実にインシュリン注射を施行できていない。妻も高齢であり軽度の認知症があるため、適切な援助やインシュリン注射の実施は難しい。娘夫婦も共働きであるため実施は困難である。そこで、訪問看護師による朝と夕方にインシュリン注射を施行することで、①低血糖による入退院や受診を防ぐこと、②妻や娘夫婦の介護負担の軽減することを目的に利用開始となった。

利用時間帯：午前7時～7時30分、午後6時～6時30分（毎日）

評価指標：低血糖症状の有無、嫁の介護負担の軽減

本人と家族の一日の生活およびケア内容



図表D-2 Dさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）

	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				■									■

■ モデル事業で開始した訪問看護

図表D-3 Dさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

4. 夜間・早朝の訪問看護の評価

夜間・早朝訪問看護の利用開始後も血糖値の変動が大きいことがあったため、11月から医師の指示でインシュリン注射前の血糖値測定を開始した。血糖値が異常値である場合には、訪問看護師が主治医と連絡を取り、インシュリン量を調整するようになった。それ以来、低血糖症状の出現や入院には至っていない。血液データを見ても(図表D-4)、ヘモグロビンA_{1c}においては、モデル事業開始後は11月を除き6~7%を維持している(目標値は7%以下、正常値5.5%)。

また、妻もこれまでインシュリン注射を時々援助(実施の促し等)していたが、不安を感じていたため、その役割から開放されて「楽になった」との言葉が聞かれた。

<家族からの評価>

ヒアリング対象者：同居の娘

訪問看護を利用する前までは、Dさんは片麻痺があり手に力が入らないため、インシュリン注射の薬液を押し出すことができないことが度々おこり、家族は不安に思っていた。しかし、共働きである娘夫婦にとって、インシュリン注射を毎日行うことは負担が大きかった。このため、夜間・早朝の訪問には助けられていると言う。また、Dさんは心臓が悪く、胸部痛をよく訴えるため、朝の訪問看護で体の状態をみてもらえると、安心して仕事に出かけられる。Dさんの妻の体力も落ちてきているため、できるだけ訪問看護を利用していければと思っている。

<診療所からの評価>

Dさんの訪問看護は、診療所の医師の依頼がきっかけで始まった。診療所の医師は、Dさんが訪問看護を利用するようになってから、Dさんの血糖コントロール(特にヘモグロビンA_{1c})が安定してきたことを評価している。ヘモグロビンA_{1c}が安定した理由として、インシュリンの確実な投与が可能になっただけでなく、Dさんの訪問時の変化(血糖値、主訴、症状等)から訪問看護師が判断し、医師と連絡を取り合うことで、インシュリン量、内服薬の調整が細やかに行えるようになったためと考えていた。

<研究者のコメント>

夜間・早朝の訪問看護は、糖尿病の悪化や合併症予防に効果があったと言える。

また、妻の介護負担の軽減も、夜間・早朝の訪問看護の効果であると考えられた。

5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

娘夫婦は、これまで通りのケアプランで継続したいが、朝と夕の2回、訪問看護を

利用すると限度額を超えてしまう。限度額を超えることは経済的に厳しいため、夕方のみの訪問に変更した。朝は娘夫婦が出勤前にインシュリン注射を行うことにした。出勤前が大変慌しくなるのと、朝、看護師にCさんの体調を見てもらえなくなったのは不安であると言う。

図表D-4 DさんのヘモグロビンA_{1c} および血糖値

年月	ヘモグロビン A _{1c} (%)	朝食前血糖値 (mg/dl) [平均値±標準偏差(最小値-最大値)]	夕食前血糖値 (mg/dl) [平均値±標準偏差(最小値-最大値)]
2005年6月	8.6		
7月	8.6		
8月	7.7		
9月	7.0		
10月	6.9		
11月	7.1	183.4±44.9 (131-307)	278.9±101.3 (76-453)
12月	6.2	158.0±42.6 (56-250)	273.7±114.9 (78-490)
2006年1月	5.9	171.2±54.8 (84-329)	216.7±94.8 (49-427)
2月	5.9	151.5±41.1 (37-219)	242.1±101.0 (74-515)
3月	6.0	170.2±22.7 (109-224)	268.4±118.8 (74-499)
4月	6.1	147.8±62.0 (83-222)	266.0±51.4 (214-336)

入院、インシュリン量の調整

医師の紹介で夜間・早朝の訪問看護開始

- ・朝 20 単位、夕 10 単位であったのを、平成 17 年 7 月から朝 26 単位、夕 8 単位に変更
- ・ヘモグロビン A_{1c} は、定期受診の際の値
- ・血糖値測定は 11 月から開始

インシュリンの自己注射を習得し在宅療養を継続できているEさん

1. 基本情報

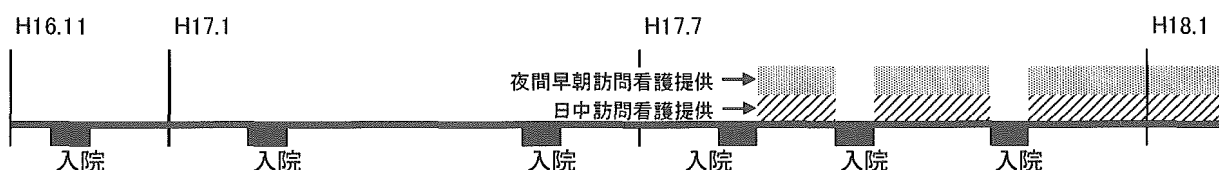
60歳、男性。主な疾患は糖尿病、うっ血性心不全、慢性腎不全である。独居、生活保護を受けている。平成17年8月22日から訪問看護利用を開始した。日常生活は自立しており、認知症もない。インシュリン注射が必要であるが、糖尿病性網膜症のため、視力低下が著しく（インシュリン注射のダイヤルがルーペでやっと見える程度）、自己注射は困難である。これまでも医療中断し病状が悪化したこともあり、内服薬の自己管理も難しい状況であるが、本人は病状が悪化しても家で生活したいという気持ちがある。

モデル事業開始時のEさんの基本情報

性別	: 男	世帯	: 独居
年齢	: 60	介護者の状況	: (息子がいるが、疎遠)
主病名	: 糖尿病、 うっ血性心不全、 (腎障害)	生計	: 生活保護
要介護度	: 認定なし	サービス	: 訪問介護 1回/週
日常生活自立度	: J	訪問看護	: 8回/週 1-2回/日
認知症自立度	: なし	加算	: なし

2. 今までの経過

平成15年から糖尿病を発症して一時的に通院していたが、治療中断した。平成16年11月に入院した時には既にインシュリン注射が必要な状態であったが、治療に対するコンプライアンスが低く、技術の習得も難しいため、やむを得ず内服薬で対処した。平成17年2月に慢性腎不全、心不全により入院となった。一旦は病状が安定して退院したが、再び平成17年5月に心不全で入院となった。糖尿病のさらなる悪化によりインシュリン注射が開始となるが、自己管理は難しいため、病院の退院調整部署から訪問看護ステーションに在宅療養に向けて相談があった。これまで、日中の訪問看護の利用経験はなかった。



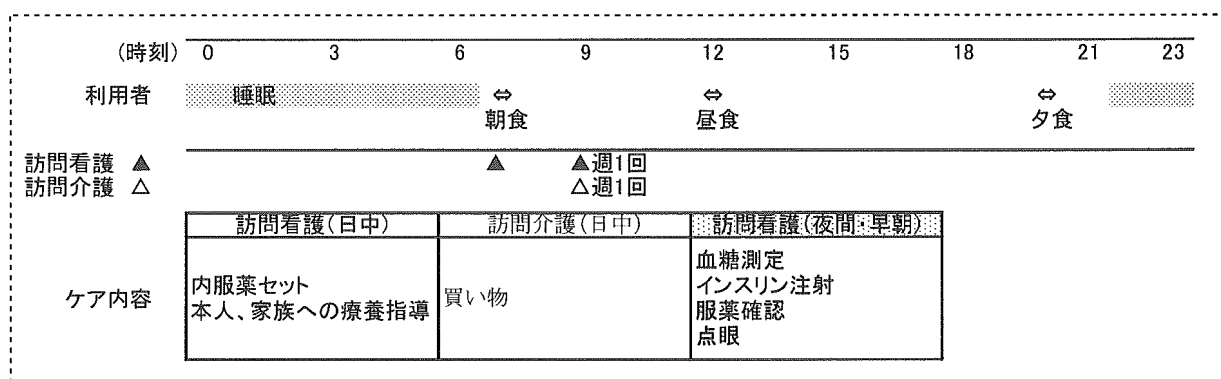
図表 E-1 Eさんの経過図

3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

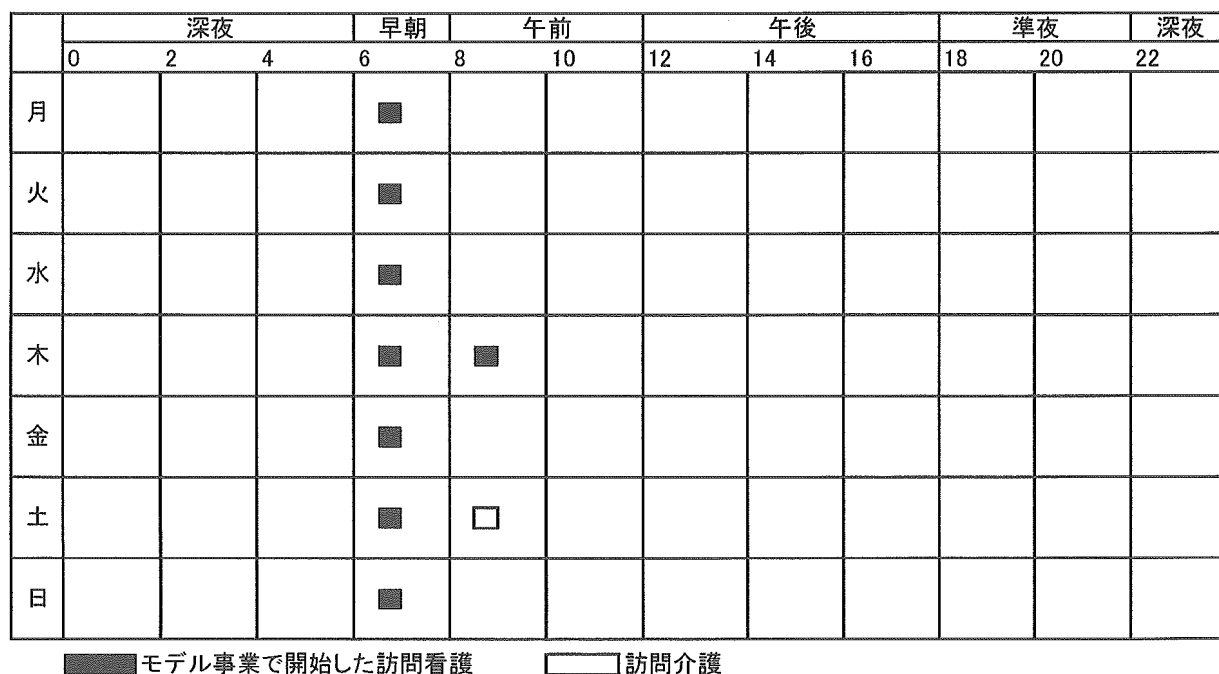
Eさんはインシュリンの必要性が理解できないため、自主的なインシュリン注射の実施や技術の習得が難しい状況である。その上、視力障害もあるため薬の量の調節が難しい。そこで、①インシュリン注射の技術の習得、②自主的なインシュリン注射の実施が可能になること、③血糖値のコントロールを目的に、平成17年8月22日より、日中と同時に夜間・早朝の訪問看護を開始した。

利用時間帯：午前8時～8時30分（毎日）

評価指標：インシュリン注射の技術の習得状況、血糖値のコントロール状況



図表 E-2 Eさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）



図表 E-3 Eさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

4. 夜間・早朝の訪問看護の評価

Eさんは、治療に対するコンプライアンスが低く、インシュリン注射が困難であることや、生活保護でありながらお金の浪費癖があるため退院が難しい状況であった。しかし、退院調整部の看護師にモデル事業のことを宣伝していたことから、ステーションに連絡が入り、退院調整の末退院が可能になった。

<退院時の評価>

サービス担当者会議を退院前に2回開催し、訪問看護師、病院の看護師、生活保護のケースワーカーでEさんの退院後の生活について話し合った。治療に対するコンプライアンスが低いだけでなく、今まで居住地を転々としていることや金銭管理が難しいこともあいまって、在宅療養の継続はかなり難しいと思われたが、ステーションはEさんの退院したい意思を尊重して引き受けることにした。

<モデル開始後の評価>

これまでの医療中断等の経緯により、Eさんの糖尿病は、悪化が避けられない病状であった。モデル事業期間中には、低血糖により外出先で倒れ9月25日～10月7日に入院となった。再び、在宅に戻った後も血糖コントロールがうまくいかず、1月から透析開始となった。

モデル事業開始直後は、Eさんは訪問看護の時間を忘れて不在にすることもあったが、徐々に信頼関係ができてくると、訪問看護師を待つようになった。一人暮らしのEさんにとっては、訪問看護は、生活リズムをつけることや、人と話す楽しみの機会にもなっていった。

内服薬（心臓病薬、貧血薬、便秘薬、利尿剤）は、看護師が1日3回分をボードに分けて貼り付けておくことで管理できるようになった。また、インシュリン注射は、夜間・早朝の訪問看護師の毎回の技術指導（154日（308回））と精神的支援により、モデル事業終了時には、全ての過程を自分で行えるようになった。

<病院の退院調整部の看護師の評価>

Eさんは、夜間・早朝の訪問看護がなければ退院できなかったと考えられる。Eさんはインシュリン注射が全くできなかったことと、医療体制のない在宅へ帰ることに対して強い不安を持っていたという理由からである。透析を行うようにはなったが、Eさんがインシュリン注射を自分で行えるようになったのは、大きな進歩である。訪問看護師との関わりの中で、徐々に治療への主体性が高まったと考えられる。

<研究者のコメント>

訪問看護が関わることによって、大変難しいケースの自立が可能になったといえる。

5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

インシュリン注射の技術習得ができたため、夜間・早朝の訪問は終了した。