

-
- ・ 深夜帯の訪問ニーズより、夜間・早朝のニーズが高いため、小規模であっても、各ステーションが早出・遅出体制を整備する等し、利用者が発生した時に検討する努力はできている。
-

3) 連携ステーションの夜間・早朝訪問看護の提供方法

連携ステーション同士の連絡、夜間・早朝訪問看護の提供方法は、平成 17 年度に行った 3 か所の連携方法と同様であった。連携 S Tが多くなると、情報交換やスケジュール管理が大変になることが懸念された。以下、それらの対応方法や課題について述べる。

(1) 申し送りの方法を工夫する

S T間の情報交換は、平成 17 年度と同様の方法で行った。日中から夜間担当看護師への申し送り、夜間から日中担当看護師への申し送りはファックス（無記名、IDコード使用）で行い、ファックスが間に合わない場合は、電話で連絡した。さらにこれらの連絡ができなかった場合を考慮し、バイタルサインや、状態の変化等、申し送りが必要な事項は、訪問宅に記録表を設置し記載することにしていった。そのため、行き違いもなくスムーズであった。

(2) ケア内容を統一する

複数の関係者が関わっている利用者の場合、定期的にカンファレンスを持つようにしていた。そこでは、連携する 2 か所の S T以外にも、家族、地域包括支援センターの保健師、介護士等が集まり、ケア方針の確認や、困り事の検討等を行った。これにより一貫した方針の下にケア提供され、利用者は安心してサービスを受ける事ができていた。

(3) スケジュール管理

準夜帯（18：00 から 10：00 頃まで）と早朝帯（6：00～8：00）は、就寝前のケアやインスリン等により、利用者ニーズの高い時間帯であり、今回も希望が集中した。この中には、時間帯が重なったため、利用を諦めるケースもあった。これらの集中する時間帯は、1 人の看護師では対応する事が難しいため、必要に応じて 2 人以上が個別に巡回する体制が必要であろう。

4) まとめ

平成 18 年度は、夜間・早朝の訪問看護体制を同一法人以外の S Tとの連携に拡大した。最初は、新しく連携する S Tは、実現可能性や経営への影響等に不安や疑問を持っていたが、モデル事業のプロセスを経て、その効果と必要性を実感する事ができた。今後、夜間・早朝の訪問看護体制を、複数の S Tが連携して提供できるように、現在その支障となっている政策等に働きかけていきたいと考えている。

Ⅲ. 夜間・早朝の訪問看護を必要とする
利用者の特徴、
およびサービス提供の効果

1. 夜間・早朝の訪問看護を必要とする利用者の特徴

平成 18 年度は、夜間・早朝の訪問看護を必要とする者の選定は、「夜間・早朝訪問看護の必要者チェックシート ver.8」を基盤に、夜間・早朝の訪問看護を 1 年間経験した訪問看護師の判断、および事例検討会で行った。

平成 18 年の対象者を、主なニーズの特徴によって分類したところ、以下の 5 つに分けられた。この 5 つの分類ごとに、次ページより各々の事例の詳細について説明する。

- ① 寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例（事例 a、b）
- ② 認知症等で、インスリンの自己注射が困難な事例（事例 c）
- ③ ターミナル期等で、病状が不安定な事例（事例 d、e、f）
- ④ 難病等、医療依存度が高く、日常的なケアの際に病態の理解が必要な事例（事例 g）
- ⑤ 医療依存度が高く、病院から在宅への移行に支援を要する事例（事例 h）

なお、モデル事業対象者の基本属性、及び介護者の状況は、図表 9、図表 10 の通りである（平成 17 年度、18 年度の対象者を合わせた属性である）。

利用者の年齢は 68.9 ± 17.5 歳（範囲：26-94）、男性 11 名、女性 9 名であり、ADL は、ランク C が 10 名であり最も多かった。主疾患は、誤嚥性肺炎が 6 名と最も多く、続いて、脳血管疾患 4 名、神経難病 4 名、悪性新生物 3 名、糖尿病 3 名であった。

病状については、「病状が変動しやすい」13 名、「退院後 1 か月以内」10 名、「ターミナル」5 名であった。必要な医療処置は、吸引 11 名、経管栄養 8 名、疼痛の看護 6 名の順であり、夜間・早朝にも必要な医療処置は、吸引が 11 名と最も多く、続いて経管栄養 6 名、疼痛の看護 6 名であり、インスリン注射 4 名、眠剤・鎮痛剤の投与 4 名の順であった。全員が本人による医療処置は困難であり、介護者による医療処置が困難であるのは 6 名であった。

利用者 20 名のうち、介護者がある者は 18 名であった。介護者の介護時間は、1 日平均 8.7 ± 5.4 時間（範囲：0.5-18.5）、年齢が 65 歳以上の者は 8 名、仕事ありの者は 6 名、健康状態が悪い者は 6 名、介護による睡眠の中断がある者は 13 名であった。

図表 9 モデル事業対象者の基本属性

		n=20			
				夜間・早朝帯の状況	
		n	%	n	%
年齢(歳) ^a		68.9±17.5(26-94)			
性別	男性	11	55.0		
	女性	9	45.0		
ADL	ランクJ	3	15.0		
	ランクA	1	5.0		
	ランクB	6	30.0		
	ランクC	10	50.0		
主疾患 (複数回答)	誤嚥性肺炎	6	30.0		
	脳血管疾患	4	20.0		
	神経難病	4	20.0		
	悪性新生物	3	15.0		
	糖尿病	3	15.0		
	ペーチェット病	1	5.0		
	腰痛骨折術後	1	5.0		
	統合失調症	1	5.0		
病状 (複数回答)	病状が変動しやすい	13	65.0		
	退院後1か月以内	10	50.0		
	ターミナル	5	25.0		
必要な医療処置 (複数回答)	吸引	11	55.0	11	55.0
	経管栄養	8	40.0	6	30.0
	疼痛の看護	6	30.0	6	30.0
	留置カテーテル	5	25.0	2	10.0
	インシュリン注射	4	20.0	4	20.0
	眠剤、鎮痛剤の投与	4	20.0	4	20.0
	気管切開	2	10.0	0	0.0
	褥創の処置	2	10.0	0	0.0
	レスピレータ	1	5.0	0	0.0
医療的管理 (複数回答)	本人は医療処置が困難	20	100		
	介護者は医療処置が困難	6	30.0		

^a平均±標準偏差(範囲)

図表 10 モデル事業対象者における介護者の有無および介護者の状況

		n=20	
		n	%
介護者あり		18	90.0
介護時間 ^a		8.7±5.4時間(0.5-18.5)	
年齢が65歳以上		8	44.4
仕事あり		6	33.3
健康状態が悪い		6	33.3
介護による睡眠の中断あり		13	72.2
介護者なし		2	10.0

^a平均±標準偏差(範囲)

寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例

- aさん（81歳 男性）
- bさん（83歳 女性）

吸引と呼吸状態の観察により介護者の負担を軽減できた事例(aさん)

1. 基本情報

81歳、男性。脳梗塞発症後、寝たきりの生活を送っている。要介護5。日常生活自立度C2。認知症自立度I。嚥下障害のため経口摂取はできず、腸瘻からの栄養摂取であり、腸瘻の管理が必要であった。また、慢性気管支炎のため喀痰が多く、頻回の吸引が必要であった。主たる介護者である長女は、なるべく在宅でaさんをみていきたいと思っていたが、小学生の子供が2人いたこと、介護者自身が仕事を持っていたことより、介護負担が大きかった。

夜間・早朝の訪問看護導入時のaさんの基本情報

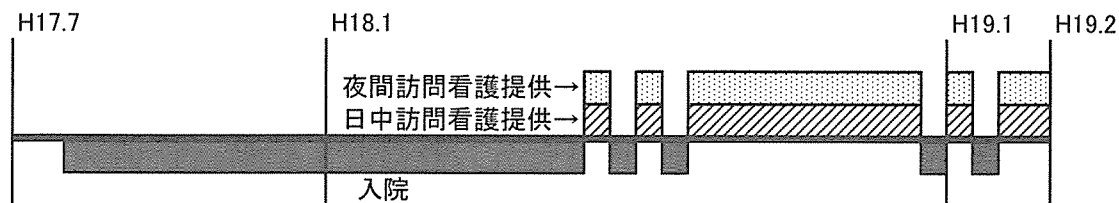
性別	: 男性	世帯	: 夫婦のみ、同じ敷地内の別棟に長女の家族が居住
年齢	: 81歳	同居家族	: 妻（認知症あり）
主病名	: 脳梗塞、慢性気管支炎	主介護者	: 長女
要介護度	: 5	介護者の状況	: 介護者には小学生の子供が2人おり、仕事も持っている。
日常生活自立度	: C2	生計	: 年金・貯蓄（利用者のもの）
認知症自立度	: I		

夜間・早朝の訪問看護導入前後のサービスの变化

夜間・早朝の訪問看護導入前 病院に入院	夜間・早朝の訪問看護導入後 サービス：訪問介護 16回/週 訪問入浴 1回/週 訪問看護：日中 4回/週 夜間 16回/週 訪問看護支払い保険：介護保険、医療保険 加算：緊急時訪問看護加算 ：特別管理加算
------------------------	---

2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の経過

平成17年8月、脳梗塞、脱水にて入院。嚥下障害のため、同年10月下旬に腸瘻を造設した。同年11月、療養型病床に転院した。声かけに反応があり、孫に笑顔を見せるため、療養型病床の病院から転院または退院を勧められた際、長女が自宅退院を希望し、平成18年6月5日に自宅退院した。自宅退院と同時に日中および、夜間・早朝の訪問看護を導入した。



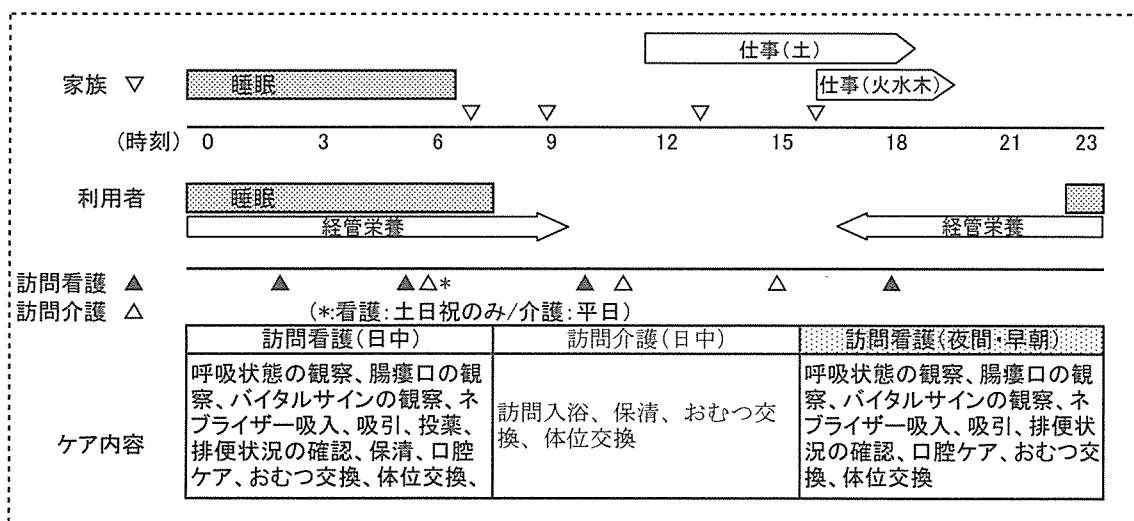
図表 a - 1 aさんの経過図

3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

aさんは、慢性気管支炎のため喀痰が多く、昼夜共に2～3時間に1度の吸引が必要であった。そのため、長女は十分に睡眠をとることができなかった。そして、喀痰によると思われる呼吸状態の悪化が見られた経緯があり、呼吸状態の観察など、医学的なアセスメントの必要があった。また、夕方から朝方に経管栄養が実施されるため、嘔吐の有無などを定期的に観察する必要があった。

そのため、①夜間にも必要な医学的なアセスメントを行い、吸引などのケアを行なうことで、aさんの状態を維持・改善して入院を回避させること、②夜間のケアを長女に代わって行なうことで、介護負担を軽減させることを目的に、夜間・早朝の訪問看護を開始した。

- ・ 夜間・早朝訪問看護利用時間帯：18:30－19:00、1:45－2:15、
：6:00－7:00（土日祝のみ）
- ・ 評価指標：誤嚥性肺炎の予防、介護負担の軽減、入院回避



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）

	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		■		■		□		□		■			

■ モデル事業で行なった訪問看護 ■ モデル事業によらない訪問看護
 □ 訪問介護 *** 訪問入浴

図表 a-3 aさんのケアプラン（モデル事業開始時）

4. 夜間・早朝の訪問看護導入後の経過

平成18年6月5日にaさんは自宅退院し、日中および夜間・早朝の訪問看護が導入されたが、発熱、喀痰の増量、嘔吐がみられ、イレウスの疑いで同年6月13日に再入院した。同年7月10日に退院したが、同年7月22日に大量嘔吐し、再度入院した。いずれも、イレウスではなく腸の働きが弱っているために起きたものであることがわかり、腸管運動を促進する薬（パントシン®）と下剤（酸化マグネシウム、ラキソベロン®）を投与することにより改善し、同年8月15日に退院した。

その後約4ヶ月間自宅で過ごしたが、同年12月22日～30日、平成19年1月2日～23日にかけて、呼吸状態および、全身状態が悪化したため入院した。その退院後、aさんは自宅で過ごしている。

5. 夜間・早朝の訪問看護の評価

<家族による評価>

ヒアリング対象者：長女

本人は、夜間に発熱することがある。夜間に看護師に来てもらって、吸引だけではなく、体温や呼吸状態（SpO₂）なども見てもらえることで安心できる。看護師は専門的な医療機器も持っているし、知識もあるので判断してもらえ、安心だ。何かあっても、看護師は本人の状況をよく把握しているため、まず看護師に相談してしまう。そして、夜間の吸引を1回でも代わってもらえることで、睡眠時間が確保できるようになった。

もし、夜間・早朝の訪問看護がなかったら、夜に少し熱が上がっただけでも、救急車を呼んだり、主治医に電話したりしてしまうと思うし、日中・夜間を通した訪問看護がないと家でみていくことは難しいと思う。

吸引の技術に関しても、自分がやると痰をとりきれず、2時間くらいで不安になって見に来てしまうが、看護師にやってもらった後は、2時間以上たっても大丈夫だという安心感がある。夜に1回でも看護師に痰をとってもらおうと安心だ。

＜研究者による評価＞

aさんの状態を維持、改善させ入院を回避させるという目的で、夜間・早朝の訪問看護が導入されたが、モデル事業期間内に何度か入院した。いずれの入院の際にも、長女からSTに連絡があり、訪問した看護師の判断で主治医に連絡して、入院が決まった。日中夜間を通して看護師がaさんをアセスメントし、状況をきちんと把握していたからこそ、適切な時にaさんは入院となり、大事には至らず、自宅での生活を再開できたと考えられ、これは夜間・早朝の訪問看護の効果と考えられる。

長女の介護負担については、深夜2時台の訪問看護によって、ある程度の睡眠時間を確保できるようになり、慢性的な寝不足感は解消された。また、長女は昼から夜にかけて仕事を持っているが、準夜帯18時台の訪問看護により、仕事を辞めることなく、長女自身のライフスタイルや生活を維持できた。これも、夜間・早朝訪問看護の効果と考えられる。

6. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

モデル事業終了後も、経済的に続く限り夜間・早朝訪問看護は利用しようと介護者は考えている。

夜間に吸引を行ない、介護者の相談に対応することにより介護者の負担や不安を軽減できた事例(bさん)

1. 基本情報

83歳、女性。主病名は誤嚥性肺炎であった。要介護度5。日常生活自立度B。認知症は軽度であった。夕方から夜間にかけて発熱し、喀痰が増加するため、頭部冷罨法を行い、1時間に1回程度の頻回な吸引を行っていた。主たる介護者は長男であるが、bさんの夫(介護者の父)も介護が必要で、長男1人で2人の要介護者を抱えていた。bさんが病院や施設入所を嫌がっていたため、できるだけ在宅で見に行きたいと考えていた。

夜間・早朝の訪問看護導入時のbさんの基本情報

性別	: 女	世帯	: 2世代
年齢	: 83歳	同居家族	: 夫、長男
主病名	: 誤嚥性肺炎、筋性腰痛症	主介護者	: 長男
要介護度	: 要介護5	介護者の状況	: 介護のために仕事を抑えている。(自営業)
日常生活自立度	: B1		: 介護には積極的である。
認知症自立度	: I	生計	: 年金、長男の収入

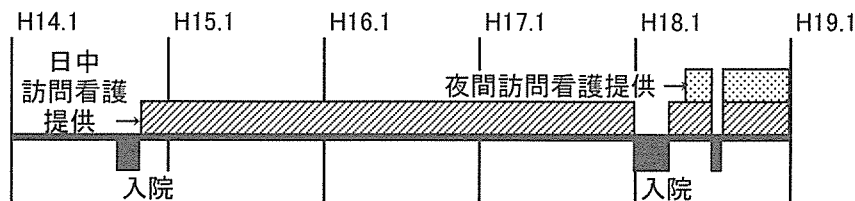
夜間・早朝の訪問看護導入前後のサービスの变化

夜間・早朝の訪問看護導入前	夜間・早朝の訪問看護導入後
サービス : 訪問介護 6回/週 デイサービス 1回/週	サービス : 訪問介護 6回/週 デイサービス 1回/週
訪問看護 : 日中 5回/週	訪問看護 : 日中 5回/週 夜間 7回/週
訪問看護支払い保険 : 介護保険、医療保険 加算 : 緊急時訪問看護加算 : 特別管理加算	訪問看護支払い保険 : 介護保険、医療保険 加算 : 緊急時訪問看護加算 : 特別管理加算

2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の経過

平成14年ごろ、次女の死去に落ち込み1週間ほど寝込んだが、それにより褥瘡ができ肺炎を発症したため、約1ヶ月間入院した。それ以降、寝たきりとなり、日中の訪問看護が開始された。しばらくはポータブルトイレに移乗できていたが、それも次第にできなくなり、平成17年10月ごろ尿道カテーテルを挿入し床上排泄となった。

同年暮れごろより、嚥下困難となり胃ろうを造設した。平成18年1月に呼吸状態の悪化により入院し、同年3月、自宅に退院した。退院後も夜間の発熱、喀痰の増加が見られたため、緊急訪問の要請が度々あった。そのため、同年4月より夜間・早朝訪問看護を導入した。



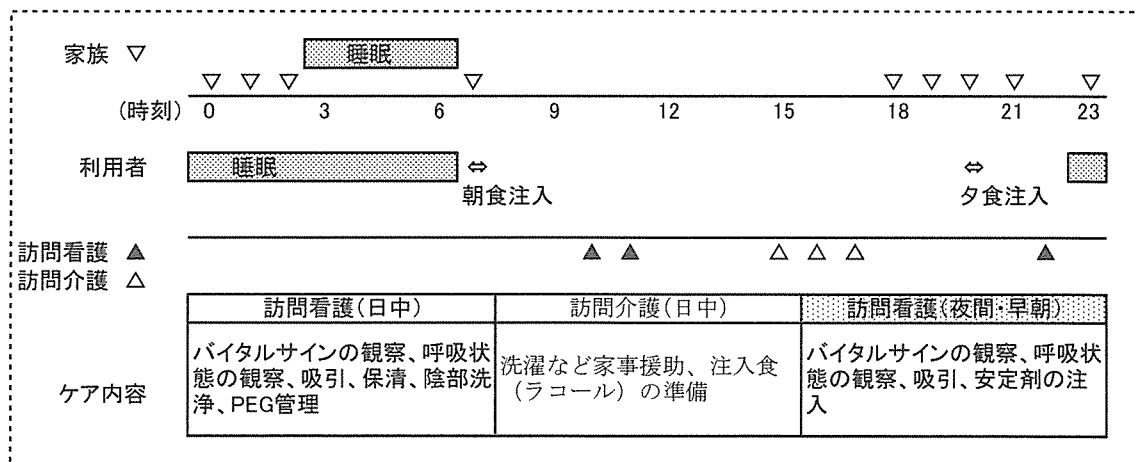
図表 b-1 bさんの経過図

3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

bさんは、平成18年3月に自宅退院して以降、夕方から夜間にかけて、熱発と喀痰の増加が見られた。退院直後は長男が不安になり、夜間に緊急訪問を要請することが度々あった。そのため、夜間の計画的訪問を導入し、バイタルサインの測定、呼吸状態の観察といったアセスメントを行ない、吸引など必要なケアを行ない、また長男の相談にのる必要があった。

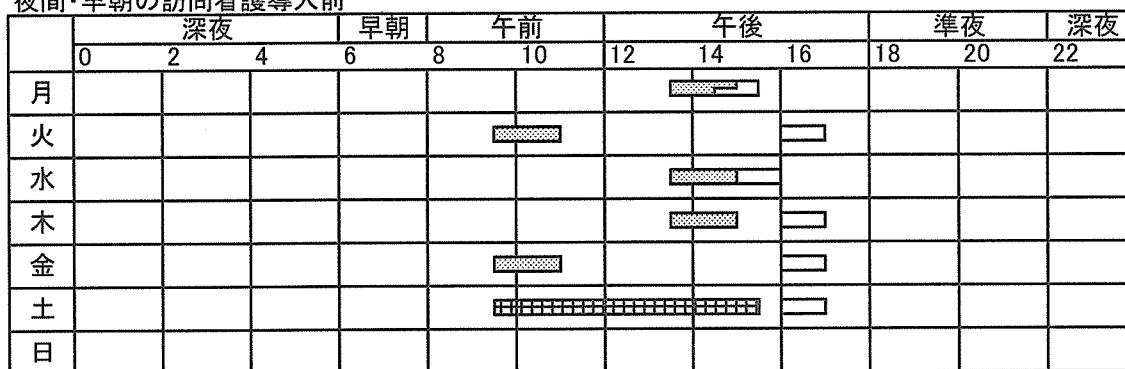
そのため、①夜間に変化する対象者の状態をアセスメントし、適切にケアを行なうことで対象者の状態を改善させる、②介護者の不安や介護疲労を軽減し、在宅療養が継続できるようにする、③それらのケアによりcさんの再入院を防ぐ、ことを目的として、平成18年4月から夜間・早朝の訪問看護を導入した。

- ・ 夜間・早朝訪問看護利用時間帯：22時50分～23時20分（毎日）
開始当初は0時15分～0時45分であったが、利用者、家族の希望により変更。
- ・ 評価指標：誤嚥性肺炎の予防、介護負担の軽減、入院回避

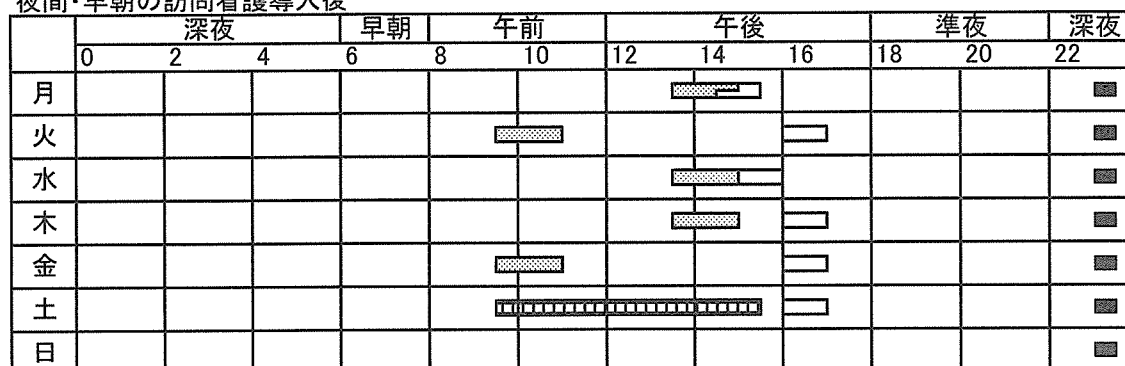


図表 b-2 bさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）

夜間・早朝の訪問看護導入前



夜間・早朝の訪問看護導入後



モデル事業で開始した訪問看護
 モデル事業以前からの訪問看護
 訪問介護
 デイサービス

図表 b-3 bさんのケアプラン（モデル事業開始時）

4. 夜間・早朝の訪問看護導入後の経過

夜間・早朝の訪問看護が導入され、夜間に看護師が対象者をアセスメントすることにより、夕方から夜間にかけて発熱し、喀痰の増量が見られること、そして、頭部冷罨法や吸引による対症療法を行うことで翌朝には解熱することがわかった。そして、長男のbさんの症状に対する相談に乗ることによって、長男の不安が軽減した。また、長男は父親（bさんの夫）も同時に介護しており、介護から開放される時間がなかったが、夜間に看護師が訪問することにより、少しゆっくり出来る時間ができた。そのため、夜間・早朝の訪問看護は長男の身体的・精神的な負担を軽減させることができたと考えられる。

bさんは平成18年7月に呼吸状態の悪化により2週間入院し、bさんの入院を回避させることはできなかった。しかし、退院後、bさんは再び在宅での生活を開始し、継続できていた。

5. 夜間・早朝の訪問看護の評価

<家族による評価>

ヒアリング対象者：長男

夜間の訪問看護を利用していなかったときは、夜間の発熱に対応できなかつたり痰が取りきれずに臨時訪問をしてもらうことが多かった。今は、一番熱が上がる 23 時ごろに看護師が来てくれて、クーリングや解熱剤の投与を行なってくれるし、相談に乗ってくれるので安心である。近所に主治医が住んでいるが、夜に医師に電話するものが引ける。しかし、看護師に相談すると、必要時は医師に連絡して、医師と連携して解熱剤や抗生物質の投与を行なってくれるため安心である。夜間に（bさんが）ずっと、「おしっこがしたい、おしっこがしたい」と騒いでいたことがあったが、その時も、看護師が見て、尿道カテーテルが抜けていることが分かり、医師に連絡して入れ直したことがあった。

22 時から 23 時の吸引は、精神的に負担であるが、看護師がやってくれるので助かっている。

<研究者による評価>

以上より、夜間・早朝の訪問看護は、長男の身体的・精神的な負担を軽減させることができたと考えられる。

そして、夜間・早朝の訪問看護導入後に b さんは一度入院されたので、入院を回避させることはできなかったが、訪問看護師が日中・夜間・早朝を通してアセスメントを行なうことによって、訪問看護師は、発熱や喀痰の増量がいつもよりひどく入院が必要だと判断し、適切な時期に入院させることができたため、b さんは早期に退院し、退院後も自宅療養が継続できたと考えられる。

6. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

夜間・早朝の訪問看護が一部自己負担となっても、金銭的に続く限りは使って行きたいと介護者は考えている。

認知症等で、インスリンの自己注射が困難な事例

- ・ cさん（75歳 男性）

確実なインスリン注射により状態が安定してきた(cさん)

1. 基本情報

75歳、男性。主病名は糖尿病であり、インスリン（ノボリン 50R®）を自己注射していた。しかし、認知症自立度がランクⅡであり、確実なインスリンの自己注射が出来ず、HbA1cのコントロールは不良だった。同居している妻は高齢で高血圧、陳旧性脳梗塞、軽度の認知症があり、インスリンの管理を任せられなかった。インスリンの管理は、主に次女が行なっていたが、家庭があり、パートだが仕事を持っていたため、毎食前にcさん宅に来て、自己血糖測定（SMBG）・インスリンの自己注射を促し、手伝えることは出来なかった。

夜間・早朝の訪問看護導入時のcさんの基本情報

性別	: 男	世帯	: 夫婦のみ
年齢	: 75歳	同居家族	: 妻
主病名	: 糖尿病	主介護者	: 次女
要介護度	: 介護保険未申請	介護者の状況	: 次女は近所に住んでおり、1日1回訪問し介護していたが、子供がおり、パートの仕事を持っていた。
日常生活自立度	: J	生計	: 年金
認知症自立度	: Ⅱ		

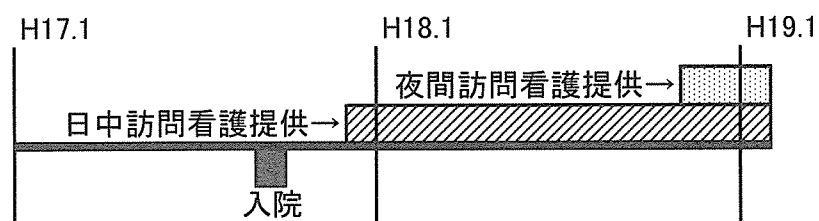
夜間・早朝の訪問看護導入前後のサービスの变化

夜間・早朝の訪問看護導入前	夜間・早朝の訪問看護導入後
サービス : 訪問看護のみ	サービス : 訪問看護のみ
訪問看護 : 日中 3回/週 :(特別指示書期間 12回/週)	訪問看護 : 日中 3回/週 :(特別指示書期間 12回/週)
訪問看護支払い保険 : 医療保険	: 夜間・早朝 6日/週
加算 : 24時間連絡体制加算	訪問看護支払い保険 : 医療保険 加算 : 24時間連絡体制加算

2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の経過

7年程前に糖尿病と診断され、5年程前よりインスリン自己注射を開始した。インスリン開始後、インスリンはcさん自身で管理していたが、糖尿病性ケトアシドーシスをおこし、平成17年8月30日より同年9月10日まで入院した。入院中に、結局申請はとりやめたが、介護保険の申請を準備していたため、担当予定であったケアマネジャーより訪問看護を紹介され、日中の訪問看護が開始となった。

cさんは認知症のため、SMBG およびインスリンの自己注射を忘れることや、二度打ちをしてしまうことがあった。確実にインスリンの自己注射ができていなかったため、HbA1cのコントロールは不良であった。そのため、毎食前にSMBG およびインスリンの自己注射を促す必要があり、近所に住んでいる次女がそれを行っていた。しかし、次女も毎食前に必ずcさん宅に来ることは出来ず、cさんの確実なインスリンの自己注射を、家族のみで実施・支援していくことは難しかった。また、医師からは空腹時血糖値（FBS）<70mg/dl でインスリンの注射を中止するという指示が出されており、FBS を注意深く観察する必要があった。そのため、日中の訪問看護の目的は、①毎食前にcさんがSMBGを行ない、血糖値に基づいて確実なインスリンの自己注射ができるように支援し、②HbA1cを安定させ病状を安定させること、③それにより、入院を防ぎ、在宅療法を継続させることであった。

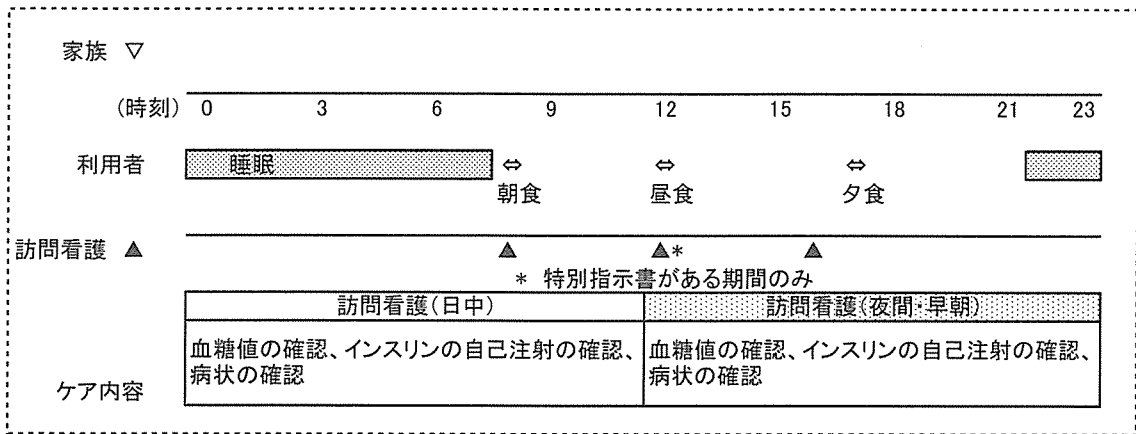


図表 c - 1 cさんの経過図

3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

cさんは、朝食前にSMBGを行ない、インスリンを自己注射する必要があった。しかし、cさんは7時30分～8時の間にそれを行なうため、次女が訪問することは難しく、日中の訪問看護も始業が8時30分であり訪問できなかった。そのため、朝食前のSMBG及びインスリンの自己注射をcさんが確実にこなせるよう支援することを目的に、平成18年10月30日より夜間・早朝の訪問看護を開始した。なお、本事例は、地域のSTが連携して夜間・早朝の訪問看護を行なった事例であり、日中の訪問看護と夜間・早朝の訪問看護が異なるSTから提供された。

- ・ 夜間・早朝訪問看護利用時間帯：7時30分～8時
- ・ 評価指標：HbA1c値、インスリンの自己注射の支援、介護負担の軽減、入院回避



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)

夜間・早朝看護開始前

	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													



夜間・早朝看護開始後

	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 ■ モデル事業以前からの訪問看護

▨ 特別指示書がある期間に追加される訪問看護

図表 c-3 cさんのケアプラン (モデル事業開始時)

4. 夜間・早朝の訪問看護導入後の経過と、夜間・早朝の訪問看護の評価

＜夜間・早朝の訪問看護導入後の経過と、研究者による評価＞

毎食前に看護師が訪問することで、確実なインスリンの自己注射ができるようになり、HbA1c値が下がってきていた。しかし、夜間・早朝の訪問看護を導入してから2回低血糖発作を起こした。それは、特別指示書がない期間で日中に訪問看護が入らなかった日に起きており、朝食前だけではなく毎食前にしっかりと看護師がインスリンの自己注射を見守る必要がある事を示している。そして、低血糖発作への対処が訪問

してきた看護師によって行なわれたことを考えると、インスリンの自己注射が不安定なcさんには、頻回な訪問看護が必要だと言える。なお、HbA1c 値が下がってきていたこと、低血糖発作を起こしたことより、インスリン（ノボリン 50R[®]）の量が、11Ü から 8Ü に減量となった。

また、介護者、特に次女には、インスリンのセッティングのためにcさん宅に来なければならないことが負担であり、また、インスリンの自己注射を毎回見守ることはできず、cさんが確実にインスリンを打てているのかを不安に感じていた。しかし、看護師が特別指示書のある期間は毎食前、無い期間は朝食前と夕食前に訪問するようになったため、介護者の負担が減ると共に、不安も減った。このように、夜間・早朝の訪問看護が、介護者の介護負担、不安の軽減に効果があったと考えられる。

<家族による評価>

ヒアリング対象者：次女・長女

看護師が来てくれない時は、妹（次女）が来て、単位を合わせて見守っている。どうしても来れない時もあり、その時は前日に翌日の分も準備していた。その時は、ちゃんとインスリンを打てているのか不安だ。だから、朝に看護師が来てくれるようになったことは、助かっている。

看護師は、本人のちょっとした変化にも気がついてくれる。唇にヘルペスが出来ているが、これも看護師が初めに気がついた。何かおかしいことがあれば、すぐに看護師から家族に連絡が来るので安心である。

採血日(2006年)	6月27日	7月25日	8月22日	9月19日	10月17日	11月14日	12月12日
HbA1C	7.8 H	10.0 H	11.9 H	9.5 H	7.5 H	5.9	6.3H

10月30日より
夜間・早朝訪問看護開始

図表 c - 4 cさんのHbA1cの経過

5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

基幹STと連携STとの連携事例である。夜間・早朝訪問看護を今後どのように提供するかについては、体制の見直し中である。

cさんの認知症が徐々に進んできていることもあり、cさんの家族としては、介護保険を申請し、早朝の訪問看護も含めていろいろなサービスの導入を検討している。

ターミナル期等で、病状が不安定な事例

- dさん (65歳 男性)
- eさん (60歳 女性)
- fさん (84歳 男性)