

退院後の医療処置やKさんの状態変化への家族の不安を軽減できた事例(Kさん)

1. 基本情報

26歳、男性。主病名は副腎白質ジストロフィーである。日常生活自立度はC、コミュニケーションは、目は開くが発語はない。話しかけると表情が時々変化することもある。主な介護者は、日中は姉、夜間は父母である。できる限り自宅で介護することを家族は望んでいる。

夜間・早朝の訪問看護導入時のKさんの基本情報

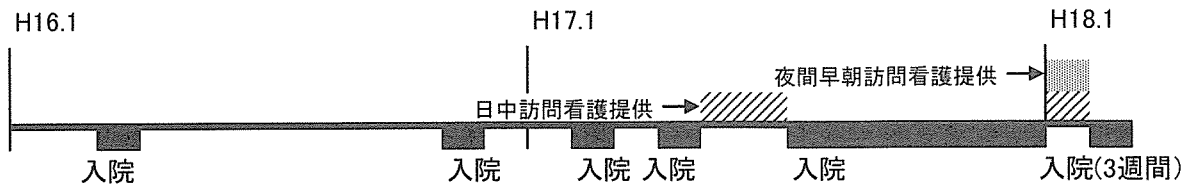
性別	: 男	同居家族	: 父母、姉
年齢	: 26歳	主介護者	: 姉
主病名	: 副腎白質ジストロフィー	介護者の状況	: 父母は日中共働きであり、姉は介護のため仕事はしていない
要介護度	: ー	生計	: 父母の収入
日常生活自立度	: C		

夜間・早朝の訪問看護導入前後のサービスの変化

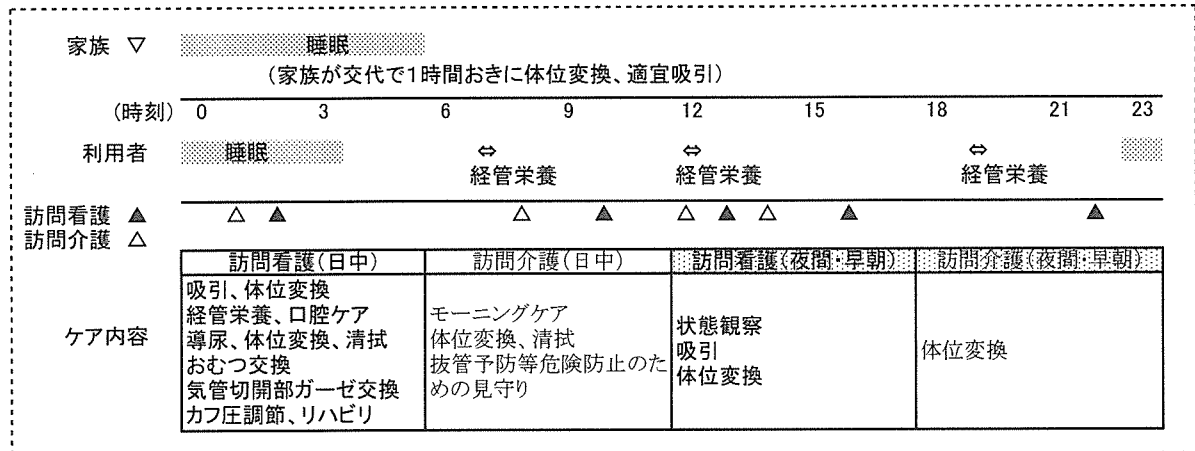
夜間・早朝の訪問看護導入前 病院に入院	夜間・早朝の訪問看護導入後 サービス : 訪問入浴 2回/週 : 訪問介護 日中 21回/週 夜間 3回/週 訪問看護 : 日中 17回/週 : 夜間 14回/週
------------------------	--

2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の経過

平成16年1月ごろより、歩行障害、手足の運動障害が出現し、検査入院の後、副腎白質ジストロフィーと診断される。同年11月から入退院を繰り返す。平成17年1月頃より、言語障害、嚥下障害が出現したため、2月に入院となり、徐々にADLも低下し、寝たきりの状態になった。一旦、4月に自宅に戻ったが、7月に誤嚥性肺炎のため再び入院し、気管切開し、経鼻栄養を開始した。時折熱発があるが、状態が安定してきたため、12月22日に退院し、日中および夜間の訪問を開始した。



図表K-1 Kさんの経過図

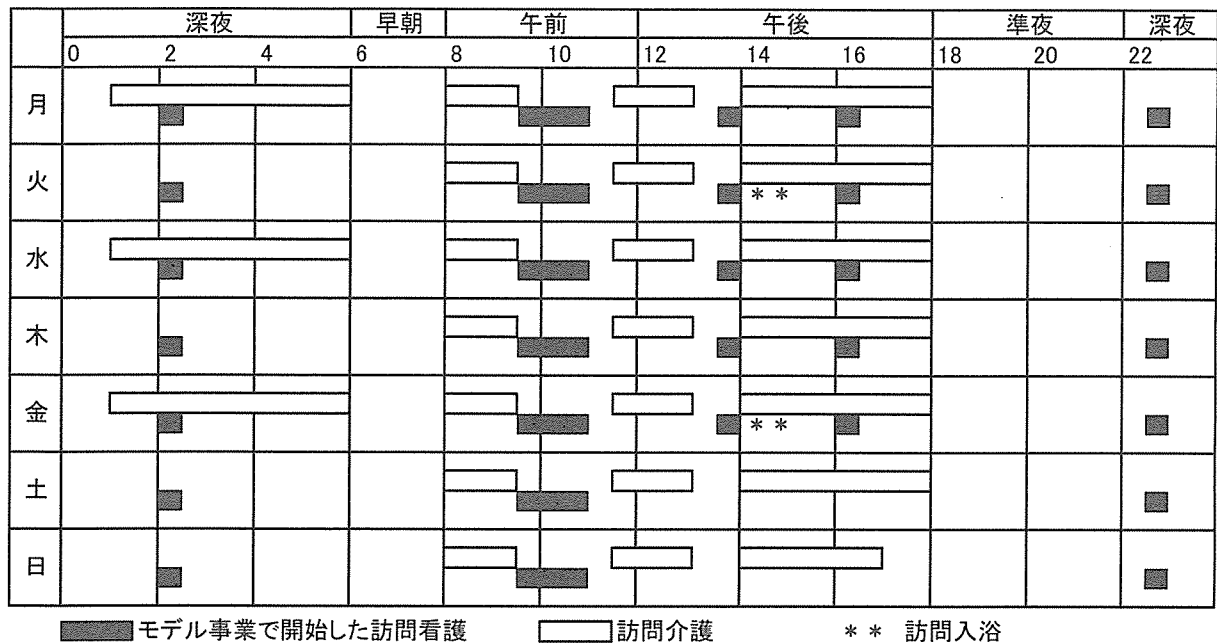


図表K-2 Kさんの1日の生活およびケア内容 (モデル事業開始時)

3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

痰の量はそんなには多くないが、吸引の必要性や急な発熱への対応に関して家族は不安がある。①就寝前に吸引して、夜間の本人や家族の睡眠時間を確保すること、②急な変化への対応、を目的に、夜間の訪問を退院当日の12月22日から開始した。

- ・ 夜間・早朝の訪問看護利用時間帯：22時30分～23時、2時～2時30分 (毎日)
- ・ 評価指標： 家族の介護負担軽減、家族の安心感、在宅生活の継続



※上記は特別訪問看護指示書が有効な期間のケアプラン。本来は必要であるが、特別訪問看護指示書の期間外は、医療保険制度の制約上、日中の訪問看護を週3回、1日1回のみしか利用できないのが現状である。

図表K-3 Kさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

4. 夜間・早朝の訪問看護導入後の経過及び、夜間・早朝の訪問看護の評価 <退院時の評価>

7月の入院前と比べると、Kさんは気管切開や経鼻栄養の開始等、多くの医療処置が必要になった。訪問看護師は、Kさんや家族が在宅で療養生活を安心してスタートできるよう、サービス担当者会議でのケア体制づくりだけでなく、実際にKさんが生活する予定の部屋を見た上で、必要な物品の準備や環境整備を家族と話し合いながら行った。また、褥創や吸引等の医療処置の指導も行った。

訪問看護師は、在宅療養がイメージしにくい家族や関係機関に、具体的なイメージを与えることができ、スムーズな在宅への移行に重要な役割を果たしたと言える。

<療養生活の評価>

平成17年12月22日に退院した後、誤嚥性肺炎を起こし、平成18年1月12日から3週間程、再び入院となった。しかし、今回の肺炎は、早期に兆候を発見できたため、入院は短期間で済んだ。訪問看護師の定期的な訪問、医師との円滑な連携体制が、肺炎の早期発見につながったと思われる。夜間の訪問では、吸引と状態観察を行っているが、父母が夜間に睡眠を中断して、ケアする時間を減らすことができているため、介護負担の軽減に役立っていると考えられる。

<家族の評価>

ヒアリング対象者：姉

家族は、吸引、経鼻栄養等の医療処置がある状態で、Kさんを自宅につれて帰るまでは不安であったが、思い切って決めてよかった。12月に退院してから一度は入院したが、再び自宅に戻ってからはKさんの体力がついて、安定している。訪問看護は、医療処置を行ってもらえるので、今の生活にはなくてはならない存在になっている。ただ、一日を通して見るとまだ家族が担う医療処置が多いため、介護者は家を離れられない。このため、1日のかなりの時間（姉はおよそ15時間）を介護に費やしているのが現状である。少しでも必要な医療処置をサービスで賄えるようになることを希望している。

夜間の訪問は、夜中にKさんが起きてしまうというマイナス面もあるが、肺炎による入院を繰り返していたため、定期的に状態を見てもらえることは、大変安心できる。

<研究者のコメント>

夜間の訪問看護は、医療処置を行うだけでなく安心感も与えていたといえる。しかし、この事例では、特別訪問看護指示書が有効である期間では、毎日1日5回の訪問看護を利用できるが、特別訪問看護指示書の期間外は、医療保険制度の制約上、日中の訪問看護を週3回、1日1回のみしか利用できないのが現状である。感染を起こしやすい状態にあるKさんのケアには定期的な吸引と状態観察が効果的と考えられるため、医療保険の制限の緩和が望まれる。

5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

家族は、夜間・早朝の訪問看護の利用を継続したいが、経済的な理由により継続しないこととなった。

退院後の一時的な介護指導により介護者が仕事を継続できた事例（hさん）

1. 基本情報あ

94歳、女性。腰椎圧迫骨折の治療後、ギブス固定のまま退院。hさんは退院直後、動き方がわからず、首も動かさなかった。主たる介護者は、同じ敷地内の別棟に住む長女であったが、介護は初めてであったこと、また、急にhさんの退院が決まったことにより、どのように介護してよいかわからず途方に暮れていた。

夜間・早朝の訪問看護導入時のhさんの基本情報

性別	: 女	世帯	: 独居
年齢	: 94歳	同居家族	: 独居だが、同じ敷地内の別棟に長女家族（夫・娘）が居住。
主病名	: 腰椎圧迫骨折、高血圧、両膝関節炎、多発性脳梗塞	主介護者	: 長女
要介護度	: 要介護1（骨折後に再認定を受けておらず、骨折前の要介護度である。）	介護者の状況	: 長女は常勤で勤務している。（当直あり）
日常生活自立度	: C	生計	: 年金
認知症自立度	: 自立		

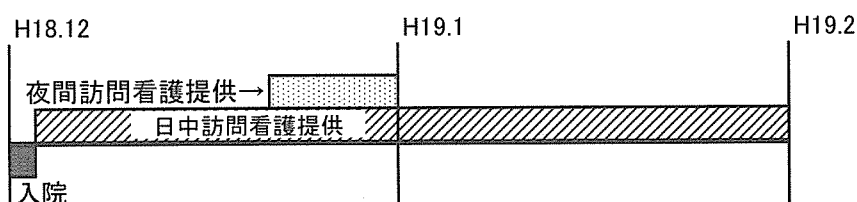
夜間・早朝の訪問看護導入前後のサービスの变化

夜間・早朝の訪問看護導入前（骨折前）	夜間・早朝の訪問看護導入後（12月18日～24日）
サービス : デイサービス 2回/週	サービス : 訪問介護 11回/週
	訪問看護 : 日中 2回/週
	: 夜間・早朝 11回/週
	訪問看護支払い保険 : 介護保険、医療保険
	加算 : なし

2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の経過

hさんは、以前より膝と腰の痛みがあったが、長女家族の助けを借りて生活し、歩行器で犬の散歩に出かけるなどしていた。平成18年11月30日、自宅の玄関で転倒し、腰椎圧迫骨折で入院した。hさんはギブスによる非観血的治療を受け、3日で自宅に退院したが、ギブス固定中の動き方を習得していなかったため、首も動かさない状態であった。そのため、長女がSTに療養生活、介護方法について相談し、平成18年12月5日より、①圧迫骨折からの順調な回復を促すために、hさんへの支援を行なうこと、②介護者が介護方法を習得するための支援を行なうことを目的に、日中の訪問看護が開始された。

日中の訪問看護により、hさんが首を動かさない原因が首周りのギブスの形状にあることが分かり、首周りのギブスを一部切り取ることで首を動かせるようになるなど、hさんへの訪問看護は効果を挙げていた。しかし、主たる介護者である長女は、日中に仕事で家を留守にしており、訪問看護師と会うことが出来ず、介護方法を習得できなかった。そのため、長女に対して指導を行なうことを目的に、平成18年12月18日より夜間・早朝訪問看護を開始した。



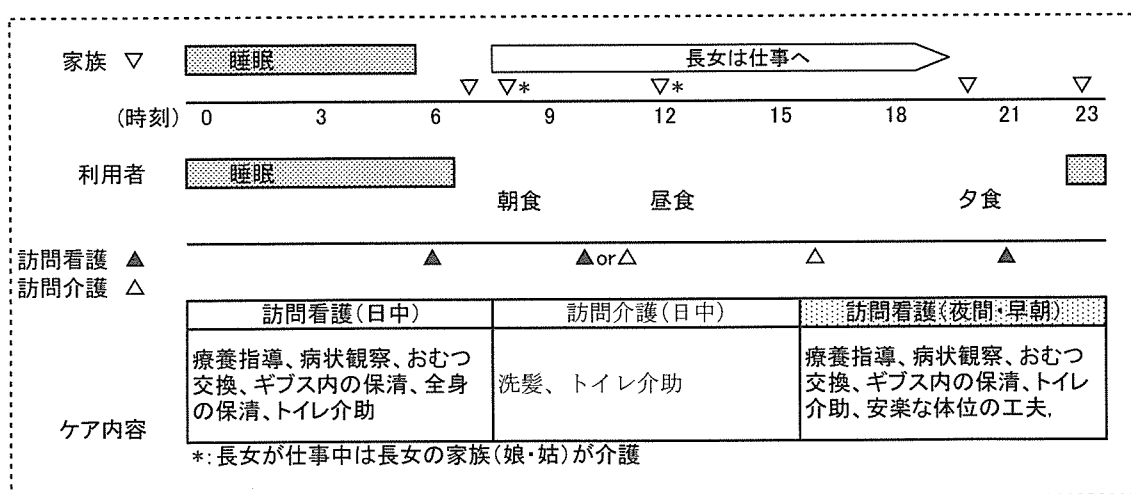
図表 h-1 hさんの経過図

3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

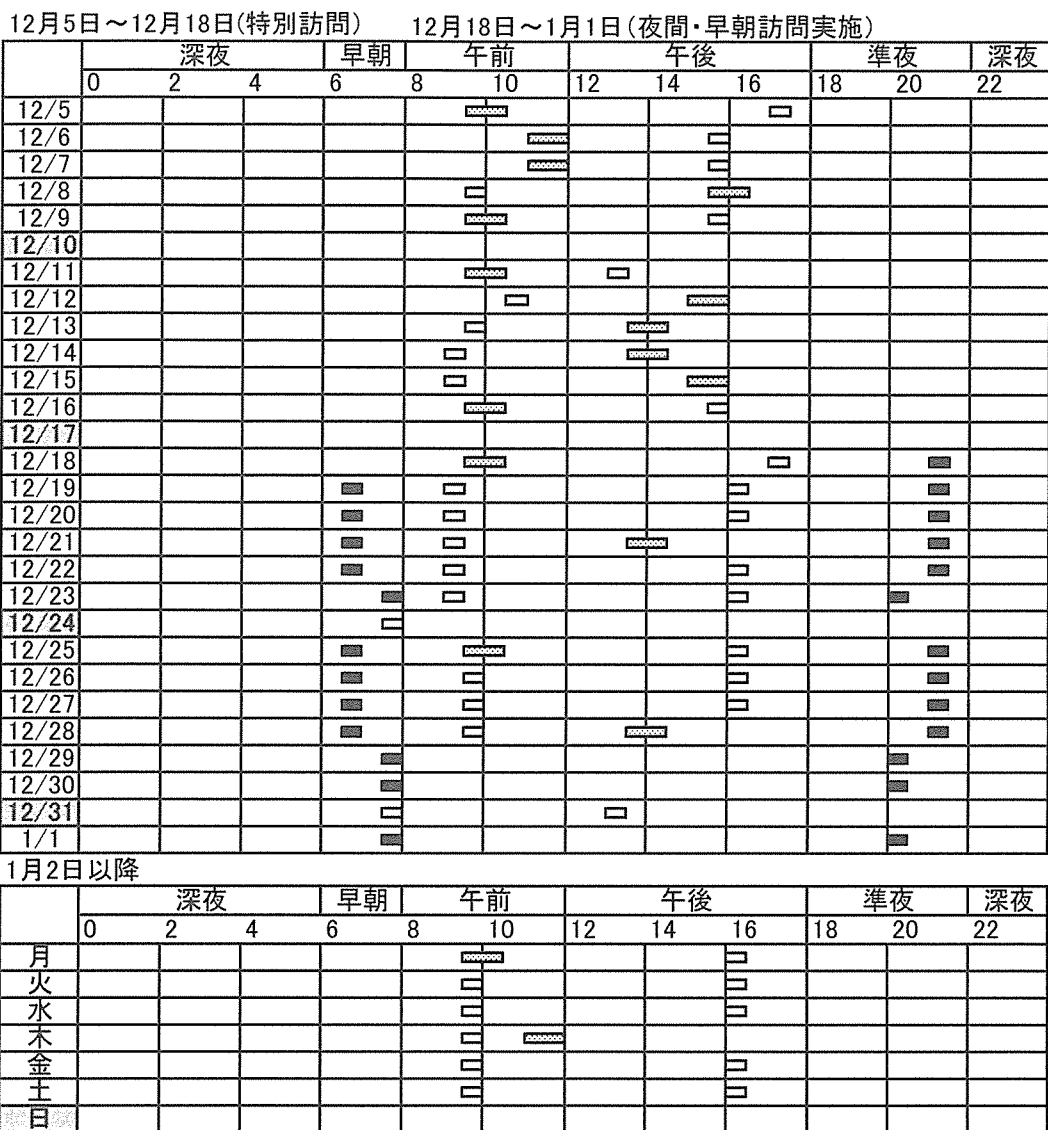
主たる介護者である長女が仕事より帰宅するのは19時以降であった。そのため、長女に介護方法を教えるためには、長女が帰宅する19時以降に訪問する必要があった。また、hさんはギブス固定中で安静を必要としていたため、夜間・早朝もケアを必要としていたが、日中に仕事を持っている長女にそれを一任することは、介護者の疲労という点から難しかった。

そこで、①介護者が介護方法を習得できるよう支援すること、②日中に仕事を持っている介護者の介護負担を軽減すること、③それらの支援により、再入院や施設への入所を防ぐことを目的として、夜間・早朝の訪問看護を開始した。

- ・ 夜間・早朝の訪問看護利用時間帯：21:00-21:30、6:30-7:00
- ・ 評価指標：介護者の介護技術の習得、介護負担や不安の軽減、療養環境の構築、整備



図表 h-2 hさんの1日の生活およびケア内容 (モデル事業開始時)



■ モデル事業で行なった訪問看護 ■ 通常の訪問看護
□ 訪問介護

図表 h-3 h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・早朝の訪問看護では、理学療法士とも連携し、ギブス固定中の動き方をhさんに、動かし方を長女に指導することによって、hさんは安静を保ちながら安全に動くことが出来るようになった。また、hさんはギブス内の搔痒感を頻繁に訴えたが、長女にギブス内の清拭方法を指導し、こまめに清拭することによって解決した。これらの支援により、hさんは安静、安楽に療養生活を送りながらも、廃用性症候群を防ぐために積極的に動くことができ、ADLが徐々に回復した。それとともに、夜間・早朝の時間帯のケアニーズが減少し、長女が介護方法を習得したこともあり、平成19年1月1日をもって夜間・早朝の訪問看護は終了となった。夜間・早朝の訪問看護

護は、合計 15 日間、25 回であった。

その後も h さんは順調に回復し、平成 19 年 1 月 25 日にはギブス固定からコルセット固定になった。そして退院直後は、以前通っていたデイサービスにはもう行きたくないと言っていた h さんが、再びデイサービスに行きたいと言うようになり、今後通う予定である。

以上より、合計 15 日間、25 回の夜間・早朝の訪問看護により、長女が介護方法を習得すると共に、h さんの順調な回復を促すことができたと考えられる。

5. 夜間・早朝の訪問看護の評価

<家族の評価>

ヒアリング対象者：長女

介護は初めての経験であり、全くどうしてよいか分からなかった。また、自分が夜勤のある常勤の仕事を持っているため、介護に専念できなかった。仕事は辞めたくなかったが、退院直後は、仕事を辞めることも考えた。いろいろと気になって眠れなり、体調も悪くなった。しかし、夜間・早朝の訪問看護を導入し、介護方法についての指導を受け、介護が出来るようになった。そして、夜、眠れるようになり体調も改善した。また、退院直後は夜勤を代わってもらっていたが、夜に看護師が来てくれるので夜勤も出来るようになった。

<研究者のコメント>

介護者の評価より、15 日間の夜間・早朝の訪問看護が、介護者の介護負担や不安の軽減に効果があったと言える。そして、夜間・早朝の訪問看護が、h さんの順調な回復を促し、介護者の介護負担や不安を軽減させたことにより、h さんの再入院や施設入所を予防し、自宅で生活できたと言える。

在院日数の短縮が進む昨今、疾病の急性期で医学的な管理がまだ必要であるにもかかわらず、集中的な治療が終われば退院するということが多くなっている。h さんはそのような事例であり、急性期の一時期に夜間・早朝の訪問看護を提供することは、傷病からの順調な回復に効果があったと考えられる。

また、日中に仕事を持っている介護者に対して介護指導を行なうことは、日中の訪問では難しかったが、夜間に訪問し、介護指導を行なうことにより、介護者の介護技術の向上や安心感に効果があったと考えられる。

6. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

介護者への介護方法の指導が終了したこと、そして、利用者も順調に回復し、夜間・早朝訪問看護へのニーズがなくなったため終了。

確実な内服が必要であるが、自己管理が
困難な事例

- ・ Lさん (57歳 女性)

睡眠導入剤の服薬状況を把握し、今後の支援方針を立てることができた事例(Lさん)

1. 基本情報

57歳、女性。躁うつ病。日常生活自立度は自立しており、認知症もない。妹の自宅の近所で生活保護を受けて一人暮らしをしている。病院生活や援護寮生活が長く、今回が初めての一人暮らしである。日中は作業所に行くのが日課である。

夜間・早朝の訪問看護導入時のLさんの基本情報

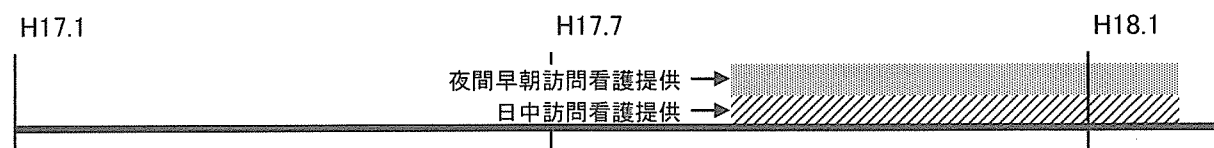
性別	: 女	世帯	: 独居
年齢	: 57歳	主介護者	: なし
主病名	: 躁うつ病	介護者の状況	: 妹が近所に住んでいる
要介護度	: ー	生計	: 生活保護
日常生活自立度	: 自立		

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 : 作業所 5回/週 訪問介護 1回/週	サービス : 作業所 5回/週 訪問介護 1回/週
訪問看護 : なし	訪問看護 : 夜間・早朝 8回/週 加算 : なし

2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の経過

19歳ごろに躁うつ病を発病。躁状態の時には高揚して不要な買い物をし続ける傾向がある。入退院を繰り返しながら、結婚、子育ても経験している。平成17年6月に援護寮を退寮し、一人暮らしを始めた。就寝前に睡眠導入剤を自己判断で規定量以上に内服してしまい、次の日に作業所に行けなくなることが頻繁にあったため、生活保護のケースワーカーから訪問看護師に内服管理の依頼があり、平成17年9月12日より日中と夜間の訪問看護の利用が同時に開始となった。

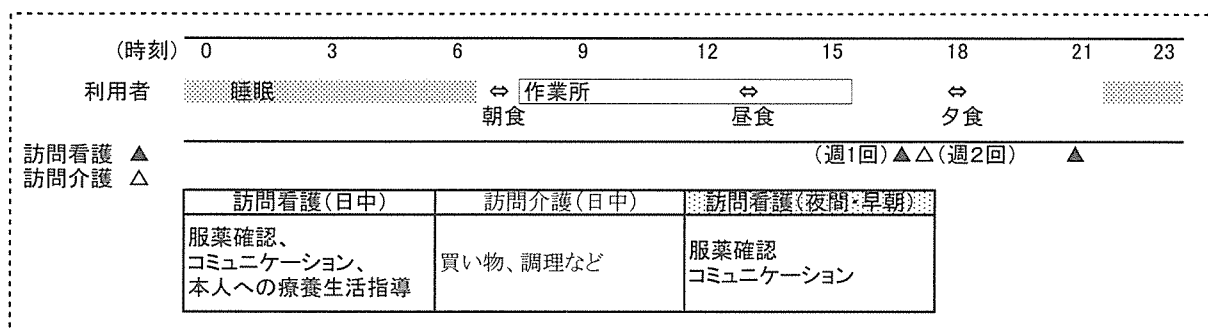


図表L-1 Lさんの経過図

3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

睡眠導入剤を既定量以上に内服してしまう原因をアセスメントし、内服管理と生活リズムをつけることを目的に開始した。ケア内容は、内服薬および睡眠導入剤量の確認である。

- ・ 夜間・早朝の訪問看護利用時間帯：21時～21時30分（毎日）
- ・ 評価指標：服薬管理ができるようになる、作業所に定期的に行くことができる



図表 L-2 L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 L-3 Lさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

4. 夜間・早朝の訪問看護導入後の経過

モデル事業開始後も、Lさんは眠れそうにないと感じたときは、夜間の訪問看護師が帰った後に、既定量以上に睡眠導入剤を内服し、その翌朝は起床できないという状況は変わらなかった。訪問看護師は、内服量を守ることの重要性を何度か説明したが効果はなかった。また、作業所の指導員の情報によると、Lさんは冬になると作業所を休みがちになるようである。実際に、モデル期間中の12月～2月には、前日の睡眠導入剤内服量にかかわらず、作業所を月に5日～10日休んでいた。

5. 夜間・早朝の訪問看護の評価

夜間の訪問看護によって、睡眠導入剤の内服量を守り、作業所に毎日通うように変化させることは、Lさんのモチベーションが低いため、難しいと考えられた。そこで、夜間の訪問は12月で中止し、週1回の日中訪問に切り替えた。

Lさんは、自炊や掃除等は訪問介護の支援を受けながら自立に向けて頑張っており、以前のように高揚して買い物し続ける等の大きな生活リズムの乱れはない。作業所も休みがちになる時もあるが、止めることはなく継続できているため、長いスパンで評価を考えていくことが必要であろう。

6. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

そこで、夜間の訪問は12月で中止し、週1回の日中訪問に切り替えた。

2. 夜間・早朝訪問看護の提供効果

夜間・早朝の訪問看護の提供による効果として、1)利用者への効果、2)ステーションへの効果、3)地域（関係機関）への効果の3つがあると考えられた。

1)利用者への効果

20名の利用者の評価について、訪問看護ステーションの看護師6名と研究者2名で、収集したデータを基にディスカッションした。その結果を、以下にまとめる（図表20）。

（1）寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例

スクイーミングや、発熱への早期発見・早期対処によって、誤嚥性肺炎による入院を防ぐことができた。また、医師との連携、確実な吸引、全身観察等により、在宅で誤嚥性肺炎を治癒させることができた。夜間の訪問看護師による吸引は、家族の睡眠の中断を少なくし、介護負担を軽減していた。

（2）認知症等で、インスリンの自己注射が困難な事例

認知症のある事例では、インスリン注射を確実に実施することにより、ヘモグロビンA_{1c}が落ちついた。また、視力障害によりインスリンの自己注射が難しかった事例では、訪問看護師による技術指導により、自己注射が可能になった。

（3）ターミナル期等で、病状が不安定な事例

ターミナル期の事例では、医師や訪問介護と連携し、24時間にわたる定期的な全身状態の把握、吸引、疼痛のコントロール等のケアを提供した。それにより、在宅での看取りや一時的な在宅療養を可能にすることができた。また、夜間の定期的な訪問は、家族への安心感も与えていた。

（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

看護師によるボディメカニクスを活かした移乗により、本人の苦痛を少なくできるようになった。移乗による家族の介護負担も軽減することができた。

（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

退院前の調整の後、退院直後から訪問看護師が夜間を含めた定期訪問を行うことで、在宅生活をスムーズにスタートすることができた。また、退院直後は、病院とのギャップで家族は不安が強かったため、夜間の定期訪問は、家族に安心感を与えていた。

(6) 確実な内服が必要であるが、自己管理が困難な事例

夜間の訪問によって、眠剤を内服しすぎてしまうパターンが把握でき、今後のケアの方針を立てることができた。

2)ステーションへの効果

(1) 夜間・早朝訪問の人件費を賄えるだけの利用者数が確保できた

1か所のステーションだけだと、夜間・早朝の利用者数は1~4人のみであるが、3か所のステーションが夜間・早朝帯に連合することによって、常時8~10人程度の利用者があった。これにより、一晚平均5万円以上の収入が確保でき、夜間・早朝の人件費を賄えた。

(2) 実際に夜間・早朝に訪問看護を提供することによって必要性が顕在化してきた

ステーションスタッフは、夜間・早朝に計画的訪問を提供することの必要性を感じてはいたものの、採算が取れるだけの利用者数が確保できるかを懸念していた。しかし、夜間・早朝の計画的訪問を開始、継続することによって、利用者が増加していった。これは、ステーションが成功事例を重ね、ケアマネジャー、病院、診療所等と、夜間・早朝の訪問看護の必要者のイメージが共有できるようになったために、これまで顕在化していなかった夜間・早朝訪問の必要者が利用につながったと考えられた。

3)地域(他機関)への効果

(1) 病院から在宅へスムーズに移行できた

退院が難しいとされていた事例を、夜間・早朝の訪問看護により病院から在宅へ移行させた事例もあった。椎間板炎の患者は、炎症が治まるまでは夜間を含めて定期的に安静を保った体位変換が必要であり、それには医療的な知識と技術を要した。そこで訪問看護師は、退院に向けて病院と話し合いを密に重ねた後、退院後直ぐに夜間の訪問看護を開始させ、スムーズに在宅生活をスタートさせることができた。

(2) 夜間・早朝の訪問看護サービス提供により、他機関からの信用が高まった

インスリン注射を確実に実行できないため、低血糖様症状で頻繁に診療所を受診していた事例への訪問について、診療所から依頼があった。夜間・早朝に訪問して、訪問看護師がインスリン注射を確実に行うようになり、血糖値が安定した。これにより、事例の安全性を確保すると共に、診療所からの信頼を高め得た。

図表 20 モデル事業の事例ごとの評価

*○：効果あり △：まあ効果あり ×：効果なし（訪問看護師と研究者の判定によるもの）

	基本情報	モデル期間中の入院	モデル事業後の利用状況	評価	
				個別の評価項目及び評価	総合評価
①寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例					
A	78歳、男性 要介護度5 Cラック 脳血管疾患	なし	継続	<ul style="list-style-type: none"> ・誤嚥性肺炎の予防 ・介護負担の軽減 ・入院回避 ・スムーズな病院から在宅への移行 	○ ○ △ ○
B	83歳、女性 要介護度5 Cラック 誤嚥性肺炎	あり (胃ろう造設)	継続→状態が安定したため終了	<ul style="list-style-type: none"> ・誤嚥性肺炎の予防 ・介護負担や不安の軽減 ・入院回避 	○ ○ △
C	93歳、男性 要介護5 Cラック 誤嚥性肺炎	なし	継続 →死亡	<ul style="list-style-type: none"> ・誤嚥性肺炎の予防 ・介護負担の軽減 ・入院回避 	△ ○ ○
a	81歳、男性 要介護度5 Cラック 脳梗塞、慢性気管支炎	あり	継続	<ul style="list-style-type: none"> ・誤嚥性肺炎の予防 ・介護負担の軽減 ・入院回避 	△ ○ △
b	83歳、女性 要介護度5 Cラック 誤嚥性肺炎	なし	継続	<ul style="list-style-type: none"> ・誤嚥性肺炎の予防 ・介護負担の軽減 ・入院回避 	○ ○ ○
②認知症等で、インシュリンの自己注射が困難な事例					
D	77歳、男性 要介護度4 Aラック 糖尿病、認知症	なし	継続 (夕のみ) →転倒による頭部打撲が原因で死亡	<ul style="list-style-type: none"> ・糖コントロール ・介護負担や不安の軽減 ・入院回避 	○ ○ ○

E	60歳、男性 Jランク 糖尿病	あり (低血糖発 作、シヤン ト造設)	終了 (目標達成 のため、日中 のみの利用 に変更)	<ul style="list-style-type: none"> 自己注射技術の習得 血糖コントロールの改善 スムーズな病院から在宅への移行 入院回避 	○ △ ○ △	訪問看護師のインシュリン注射の技術指導により、自己注射が可能になった。治療へのコンプライアンスも高まった。
c	75歳、男性 Jランク 糖尿病、認知症	なし	介護保険を 申請中 今後の利用 は検討中	<ul style="list-style-type: none"> 血糖コントロール 自己注射の支援 介護負担の軽減 入院回避 	△ ○ ○ ○	ヘモグロビンA1cが概ね5~6%台に落ち着いてきた。しかし、モデル期間中に入浴時に2回程低血糖発作で倒れた。毎回のインシュリン自己注射の支援が必要か？
③ターミナル期等で、病状が不安定な事例						
F	86歳、男性 要介護度5 Bランク 肺癌ターミナル	なし	死亡	<ul style="list-style-type: none"> 介護負担や不安の軽減 在宅での看取り 入院回避 	○ ○ ○	日中・夜間の定期的な訪問で疼痛コントロールや吸引を行い、ターミナル期の苦痛を可能な限り軽減しながら在宅で最期まで過ごすことができた。
G	37歳、男性 Bランク ペーチェット病	あり (計画的)	入院中	<ul style="list-style-type: none"> スムーズな病院から在宅への移行 ターミナルをできるだけ在宅で過ごせる 	○ ○	日中・夜間の定期的な訪問により、ターミナル期を在宅で過ごすことができた。介護者に在宅療養を継続できる自信があった。
d.	65歳、男性、 要介護度5 Cランク 食道腫瘍ターミナル	あり	死亡	<ul style="list-style-type: none"> 介護負担や不安の軽減 在宅での看取り 入院回避 	○ △ △	日中・夜間の定期的な訪問により、可能な限りターミナル期を在宅で過ごすことができた。亡くなった後、介護者は在宅でできるだけ介護できたことに対して「入って良かった。」と満足している様子である。
e	60歳、女性 要介護度5 Cランク 乳がん、骨転移	あり	死亡	<ul style="list-style-type: none"> 介護負担や不安の軽減 在宅での看取り 入院回避 	○ △ ○	介護者(夫)は介護疲労で入院を考えていたが、日中だけでなく夜間の定期的な訪問により、介護者が少し休むことが出来たことが、可能な限りターミナル期を在宅で過ごせたことにつながった。
f	84歳、男性 要介護度 Cランク、 肺炎、認知症	?	死亡	<ul style="list-style-type: none"> 介護負担や不安の軽減 療養環境の構築・整備 在宅での看取り 入院回避 	○ ×→○ ○ ○	介護者は、利用者に必要な医療的処置が上手くできず、途方にくれていた。訪問看護師が、介護者に手技を指導し、不足を補った。介護者は高齢であったが、夜間に看護師がケアを行うことにより、安心して休め、約1ヶ月間、ターミナル期を在宅で過ごすことができた。
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						

H	68歳、女性 要介護5 Bランク ALS	なし	死亡	・苦痛や痛みを最小限にできる ・本人の介護者に負担をかけることへの精神的負担の軽減 ・介護負担の軽減	○ ○ ○	夜間の訪問により、移乗の際に苦痛を少なく行えるようになった。 仕事を待つ家族の介護負担を軽減できた。	
I	59歳、女性 Cランク ALS	あり (計画的なレスパイト入院)	継続	・苦痛や痛みを最小限にできる ・介護負担の軽減	○ ○	夜間の吸引を代替することで、介護者の睡眠の中断を少なくすることを期待したが、同室に休んでいるため結局は目を覚ましてしまっていた。介護者は、身体的な観察を行ってもええらえることは安心できたと評価していた。	
g	53歳、女性 Cランク 多発性硬化症	なし	継続?	・苦痛や痛みを最小限にできる ・本人の介護者に負担をかけることへの精神的負担の軽減 ・介護負担の軽減	○ ○ ○	利用者に膀胱直腸障害があり、排便コントロールの必要があった。夜間も看護師がきちんとそれを行うことで利用者の苦痛が軽減された。介護者は排便介助に苦痛を感じていたが、看護師が行うことにより苦痛が軽減された。	
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							
J	58歳、女性 Bランク 椎間板炎	なし	継続	・家族の不安や介護負担の軽減 ・スムーズな病院から在宅への移行 ・炎症が治まりコルセットなしで生活できる	○ ○ ○	安静を保持した体位変換の知識が必要であるため、退院が難しいと思われていたが、退院直後から訪問看護師が夜間の体位変換を行うことで、在宅生活をスムーズにスタートさせることができた。	
K	26歳、男性 Bランク 副腎白質ジストロフィー	あり (誤嚥性肺炎)	中止 (夜間の訪問は経済的な理由で中止)	・誤嚥性肺炎の予防 ・介護負担や不安の軽減 ・スムーズな病院から在宅への移行	○ ○ ○	医療処置の多さやKさんの状態変化に不安を抱える家族に、日中・夜間の定期的な訪問看護を提供することで、病室からの移行をスムーズにすることができた。	
h	94歳、女性 要介護度1 Cランク? 腰椎圧迫骨折	なし	終了 (介護者の介護技術習得により中止)	・介護者の介護技術の習得 ・介護負担や不安の軽減 ・療養環境の構築・整備	○ ○ ○	介護者は、退院直後は介護方法が分からず、不安が強かったが、夜間の訪問看護師による助言・指導によりギブス内の保清やベッドからの起こし方などの技術を習得していった。対象者のギブスも外れ、状態が安定したため夜間の訪問看護の利用は終了となった。	
⑥確実な内服が必要であるが、自己管理が困難な事例							
L	57歳、女性 Jランク 躁鬱病	なし	終了 (日中の訪問で内服管理のフォローアップを行うっていく)	・夜間の内服状況が分かる ・眠剤が正しく服薬できる ・生活リズムが安定する	○ × △	眠れないことへの不安を強く感じた時には、夜間の訪問の有無に限らず眠剤を内服していたことが把握できた。これにより内服へのコンプライアンスを高めることが必要と判断できた。	

VI. 提 言

提 言

地域の中には、夜間・早朝の訪問看護の必要者が存在し、夜間・早朝の訪問看護サービスを提供することによって、住み慣れた地域で在宅生活を継続できることが実証された。また、夜間・早朝の訪問看護がなければ帰宅できない者も、これを用いて退院が可能になっていた。

＜今回のモデル事業から明らかになった夜間・早朝訪問看護の効果の特徴＞

- ・夜間の定期的な吸引が必要な事例に対しての、看護アセスメントやスクリーニングによる誤嚥性肺炎の予防
- ・ボディメカニクスや解剖学に基づいた移乗技術による、安静の保持や安楽の確保
- ・認知症や視力障害等がある者への確実なインスリン注射実施による血糖値の安定
- ・医療依存度の高い者の退院を支援することによる、スムーズな在宅療養への移行
- ・ターミナル期の事例に対して、定期的な病状観察や疼痛コントロールによる、在宅での看取りの実現

同時に、夜間・早朝の訪問看護を提供するための体制構築には、困難や課題があることも明らかとなった。安定的に夜間・早朝の訪問看護を提供するための制度上の改善点および課題は以下の通りである。

1) 複数ステーションから同一日に行われる医療保険の訪問看護が報酬を受けられることができるようにする必要性

夜間・早朝の訪問看護を必要とする利用者には重症者も多く、日中だけではなく、夜間・早朝の訪問看護が同じ日に必要となることも多い。その場合、この「連携体制モデル」では、1人の利用者に複数のS Tが、同じ日に訪問することになる。

しかし、現在、医療保険で同一日に算定可能なのは、1か所のS Tのみである。連携体制モデルを実現させるためには、複数のS Tが同時に算定を受けられるよう医療保険の報酬設定時にも考慮される必要がある。

2) 特別指示書の制限緩和

夜間・早朝の訪問看護必要者の多くは、介護保険制度のみでは利用者の自己負担額が大きいため、医療保険制度の特別指示書を併用して訪問した。しかし、この特別指示書の発行には「1か月に2週間に限る」という期間制限、「急性増悪等に限る」という対象の制限がある。しかし今回のインスリン注射や排尿介助は毎日必要な医療処置であり、これらの医療処置が必要な利用者に適応できるよう、特別指示書の制限を緩和することが望まれる。

3) 訪問看護管理療養費の制限の緩和

夜間・早朝の訪問看護は毎日訪問するのが大部分であり、月 12 回を上回る人が多い。現行では、月 13 回以上の訪問看護管理療養費は、月 12 回と同額である。夜間・早朝の訪問看護を提供するためには、そのための体制構築、看護師確保、朝夕の申し送り等の管理業務が必要になる。このため、月 13 回以上訪問した場合でも、回数に応じた訪問看護管理療養費を算定していただきたい。

4) 難病等複数回訪問加算の制限の緩和

難病等複数回訪問加算については、厚生労働大臣が定める疾患等に対して、週 4 日以上、1 日 3 回の訪問看護までは算定が認められている。しかし、今回の対象者を見ても、厚生労働大臣が定める疾患等以外でも週 4 日以上、1 日 4 回目以上の訪問が必要となることもある。この場合も算定を可能にして欲しい。

5) 訪問看護師の確保

モデル事業の実施で最も訪問看護師の確保に労を要した。現在、看護師は不足しており、とりわけ訪問看護師が、不足していると考えられる。24 時間 365 日、安心して住みなれた自宅で生活していくためには 24 時間 365 日の訪問看護が必須である。そのための人員確保が早急に必要である。

このために、重要な役割を果たすのは都道府県である。都道府県は地域特性に応じた在宅医療提供システムの中で S T の位置づけを示し、必要な看護師数の確保や質を担保する等の方策を明確にする必要がある。これが、人材確保につながると考える。

なお、国においても訪問看護師の必要数の算出と必要数確保のための方針の明確化、訪問看護師の質の保証が図れるような仕組みづくりが必要だと考えられる。看護協会などの職能団体は、魅力ある訪問看護師のイメージづくり、研修や認定制度の活性化を図る必要があるだろう。それに加えて、訪問看護が 24 時間 365 日地域ケアを支えるものであり、夜間も定期的に訪問するものであることを明確に打ち出していくことも重要であると考えられる。さらに、各 S T では、在宅看護実習を積極的に引き受け、将来の人材を確保する等の努力が必要であろう。