

9. 糖尿病

○糖尿病とは

- ・インスリンが不足して、高血糖になる病気です。
- ・初期には症状が現れませんが、進行すると、のどが渇く、お小水が多い、トイレが近くなる、傷が治りにくい、疲れやすいといった症状が現れます。血糖値がきわめて高い状態では、昏睡に陥ることがあります。
- ・糖尿病は全身のさまざまな臓器に障害をもたらします。神経障害、眼球の網膜が障害される網膜症、腎臓の機能が低下する腎症を三大合併症と呼びます。その他の合併症としては、足の壊疽による切断、動脈硬化に伴う心筋梗塞や脳梗塞、易感染傾向などがあります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・治療は、血糖コントロールが基本であり、食事療法、運動療法、薬物療法（内服、インスリン注射）が三本柱となります。

○特に注意すべき場合とは？

- ・合併症を有している場合。
- ・最近の入院や、繰り返しの入院。
- ・血糖コントロールが不十分な場合（最近、低血糖や高血糖で倒れたことがある、など）。
- ・薬物療法がきちんと行なえない場合（認知症がある、手や眼の障害によりインスリン注射が正しく行なえない危険がある、など）。

10. 統合失調症

○統合失調症とは

- ・2002年に精神分裂病から統合失調症へと病名が変更されました。
- ・多くは青年期に発病します。
- ・生き生きとした感じがなくなり、周囲に人や社会の接触をさけるようになります。意欲がなくなり、何もしようとしなくなります。考え方にも種々の異常が現れる、などという人格の変化が基本となり、しばしば幻覚や妄想を伴います。

○どんな管理や処置が必要？

- ・治療は、薬物療法(抗精神病薬)、精神療法、生活療法(リハビリ)が行われます。
- ・周囲の理解、根気強さ、愛情が必要です。
- ・家族に対し、家族が患者に対してとるべき態度などアドバイスや精神的なサポートが必要です。
- ・医療スタッフ、家族、場合によっては学校や職場も含めた協力が必要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・精神症状により、日常生活に何らかの支障が出ている場合。
- ・内服がきちんと管理されていない場合。
- ・自傷他害のおそれのある場合。
- ・本人、家族より苦痛や不安の訴えのある場合。

11. 筋骨格系の疾患

○骨粗鬆症とは

- ・骨の量が少なくなり、すがはいつて骨自体がもろくなっている状態です。
- ・女性は閉経後、エストロゲン(女性ホルモン)が減少するため、男性よりも骨粗鬆症になることが多くあります。
- ・脊椎骨がつぶれ、背中が丸く前傾します。腰や背中での痛みを生じたり、骨折しやすくなります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・骨を丈夫にするためには、以下のような日常生活の注意が必要です。
 - * ビタミンD やカルシウムの多く含まれる食品(牛乳、煮干し、ひじき、チーズなど)を摂る
 - * 日光浴をする
 - * 適度な運動(1日約 8000 歩歩行、腰痛体操)
 - * 太りにすぎに注意する(骨の負担を減らす)
 - * 痛みが強い場合はコルセットを使用する
 - * 定期的に骨密度の検査をして、必要であれば内服や注射により骨密度をコントロールする
- ・骨折の予防のため、転倒に注意することが必要です(踵の低い履物、環境整備)

○特に注意すべき場合とは？

- ・過去に何度も転倒・骨折を繰り返している場合。生活指導や環境の整備が必要です。

○大腿骨頸部骨折とは

- ・大腿骨頸部とは、俗に言う「足の付け根」の骨のことです。
- ・大腿骨頸部骨折はお年寄りの骨折の代表的なものです。高齢者が転倒し足が痛くて、立てない、あるいは歩けない場合は、まずこの骨折を疑います。
- ・治療は一般的に手術になります。術は主に、骨接合術(骨を金属などで固定する)と人工骨頭置換術(人工関節に替えてしまう)の2通りがあります。手術後は、足の筋力トレーニング、立つ、歩くなどの大変なリハビリが待っており、ご家族の方々のサポートも必要です。

○どんな管理や処置が必要？

- ・骨粗鬆症の予防や転倒の予防など、普段からの骨折の予防が重要です。
- ・受傷後は、本人の身体状況に応じた支援、リハビリの継続が必要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・適切な生活援助がなく、ねたきりなど必要以上に生活範囲が縮小する可能性がある場合。

○慢性関節リウマチとは

- ・女性に多く発症するが、はっきりとした原因は分かっていません。
- ・全身性の病気であるが、特に関節が侵されます。
- ・手の指、手首、足首、膝の関節などが、炎症を起こし始め、腫れて熱を持ち、こわばりや、痛みが強まります。炎症は次々に他の関節へ移行していきます。炎症が長引くと関節が変形したり、骨がこわれたりして動きが悪くなります。
- ・一進一退を繰り返しながら徐々に進行します。寝たきりの生活を余儀なくされることもあります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・専門医による正確な診断、定期的な検査、治療(安静、運動、薬物、手術療法)の継続が必要です。
- ・治療は、症状を軽くするための対症療法が中心です。
- ・症状がつらく、治りにくい場合、途中で治療を中断し、悪化させてしまう人もいます。
- ・身体的、精神的過労を避けることが大切です。
- ・関節の拘縮・変形、筋力低下に伴う機能障害に対し、日常生活を助けるための工夫が必要です(住宅の改造、道具の工夫など)。
- ・日頃から適度な運動(関節運動)を実施し、筋力の低下や関節の拘縮による運動機能の低下を予防します。
- ・薬としては、鎮痛消炎剤などが用いられ、場合によってはステロイド剤なども使用されます。関節の破壊がひどい場合には手術も行われます。
- ・起床時のこわばりには手を温めたり、疼痛時は痛み止めを使用したり、局所の安静を保つなどのケアが必要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・痛みが強く、生活に支障が出ている場合。
- ・服薬や運動療法などの継続に支援が必要な場合。

12. 腎疾患

○腎不全とは

- ・腎臓の機能が、正常の 30%以下しかなくなったときを「腎不全」といいます。
- ・腎不全には、数時間から数日のうちに起こってくる急性腎不全と、数ヶ月から数十年にわたって徐々に起こってくる慢性腎不全があります。
- ・腎不全が進行すると、腎臓は血液をろ過して尿をつくり出す力がなくなり、尿が殆ど出なくなり、毒素が体の中にたまり尿毒症（脳や内臓器官を侵し、吐き気・けいれん・昏睡などの症状を呈する）を起こします。
- ・慢性腎炎、ネフローゼ症候群など、全ての腎臓病が悪化し、進行する先には腎不全があります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・腎臓は再生できないため、完治は困難です。適切で根気強い治療で進行を食い止めることが重要です。
- ・治療としては安静療養、食事療法、透析、腎移植などがあります。
- ・慢性腎不全では、進行を食い止めるためになりに厳しい食事療法、降圧剤の服用が行われ、腎臓に負担をかけないよう腎機能にあわせた生活をする必要があります。
- ・腎不全が悪化した人に対しては、人工透析治療が行われます。
- ・患者・家族への精神的サポートが重要です。
- ・身障者手帳など福祉的なアドバイスも必要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・食事療法・服薬などの継続に支援が必要な場合。
- ・倦怠感（だるさ、疲れやすさ）などの症状が強い場合。
- ・人工透析を行っている場合は、「医療処置」の「人工透析」の項目にチェックしてください。

〔チェック 3-1〕 現在の状態

1 ねたきり	2 ターミナル
3 リハビリが必要	

1. ねたきり

○ねたきりとは

- ・日常生活において何らかの介助を必要とし、1日の大部分を寝床ですごしている状態（厚生労働省は、寝たきり老人を「障害老人の日常生活自立度《寝たきり度》判定基準のランク B または C に該当する者」と規定しています。
- ・じよくそう・拘縮・肺炎・認知症などを誘発しやすくなります。
- ・寝たきりの原因となる病気としては、第1位は脳血管疾患、第2位は骨粗鬆症、第3位は認知症、難病、老衰、心疾患、リウマチなどが続きます。寝たきりの状態をアセスメントするためには、原因となる疾患を見極めることが重要です。

参考：障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド状での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

○どんな管理や処置が必要？

- ・患者の能力に応じた日常生活ケア
- ・本人の意欲、精神面の活性化へのケア
- ・日常生活への自立、社会生活拡大へのケア
- ・状態の悪化、廃用萎縮による機能低下への予防
- ・家族の介護負担の軽減、介護力を高める支援
…等が必要です。

2. ターミナル(終末期)

○ターミナルケアとは

- ・一般的には「治療の見込みがなく命の予測が3～6ヶ月の人に対する包括的ケア」と定義されています。
- ・治療を目指した積極的な治療をやめ、症状緩和のための治療に切り替え、残された時間を有意義に過ごせるようにクオリティ・オブ・ライフを優先させるケアです。
 - *クオリティ・オブ・ライフ: 生命の質(個人の安定感、満足度、幸福感をさします)
- ・最近では在宅ケア、ホスピスケアを望む人も増えています。

○どんな管理や処置が必要?

- ・全人的支援を要します。
- ・苦痛を緩和し、その人が生きてきたような死の迎え方ができる(その人らしい生を全うすることができる)用に援助することが大切です。
- ・家庭、社会の中での存在感の維持、残された人生を大切に、クオリティ・オブ・ライフを高め、普段の生活ができるようにすることに重点を置きます。
 - 患者の症状や状態に応じて生活を援助します(食事摂取や睡眠・休息の援助、清潔ケアなど)
- ・勇気と希望を持って、残された日々を生き抜くための支え。不安、恐怖からの開放、死の受容への精神的サポートが重要です。
- ・家族へのケア…
 - 家族は身体的・精神的・社会的(経済的)負担が大きくなります。医療従事者など、周囲のサポートが重要となります。
- ・疼痛ケア…
 - 痛みは、最も頻度が高く、最大の苦痛を与えます。その他の症状としては、呼吸苦や吐気・嘔吐、腹部膨満感、浮腫、下痢、便秘などがあります。
 - ・身体的な疼痛の原因として、がんの骨などへの転移や神経への浸潤・圧迫などがあります。
 - ・身体的苦痛に加え、不安や孤独などの心理的側面仕事や家族などの社会的な側面も疼痛に影響を与えます。患者の訴えをアセスメントし、それに沿った疼痛除去・緩和が必要です。
 - ・鎮痛薬による治療はがん疼痛治療の主軸です。薬が効果的で適切に使用することが重要です。特に、麻薬(モルヒネ)使用にあたっては、モルヒネが効いているかの判定や、副作用(便秘、吐気・嘔吐など)対策など、専門的な技術が必要です。

3. リハビリが必要

○リハビリテーションとは

- ・Re(再び) Habilitate(能力をもたせる)という単語が合体してできたことばで、直訳すると「再び能力をもたせること」となります。
- ・障害をもった人達の心身の機能改善、維持が目的で、疾病あるいは傷害の治療と平行して機能的改善、および能力低下の予防や再獲得を行なうことを意味します。
- ・理学療法、作業療法、あるいは言語療法などがあります。さらに、社会参加の促進や職業訓練なども含まれます。
- ・高齢者の場合、脳血管疾患による麻痺や、安静による廃用性症候群によって、低下した機能を元に戻したり、さらに低下することを防止したりすることを目的としたリハビリテーションが行なわれることが多くあります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・個々の病状、体力、残存能力、本人の希望、生活環境などを勘案して長期目標・短期目標をたて、日々の生活の中で無理のない計画をたてて進めて行くことが必要です。
- ・歩行訓練、四肢の屈曲などの運動だけでなく、日常生活の中での動作を可能な限り自力で行うようにする事もリハビリになります。生活環境を整えて、動ける範囲を拡大することも必要です。
- ・可能な範囲で家庭の中での役割を担えるようにするなど、本人の意欲を高めることも重要な働きかけになります。

(チェック3-2)ハイリスク状態(下記の理由で入院経験あり、など)

1 断続的な発熱	4 脱水
2 転倒による障害	5 その他()
3 上肢・下肢の拘縮・著しい筋力低下	

1. 断続的な発熱

○発熱とは

- ・発熱は、細菌からの毒素や薬剤などの「外因性発熱物質」、または、ウイルス感染や腫瘍などに際して体内で産生される「内因性発熱物質」によって引き起こされます。
- ・発熱の原因としては、感染症が最も多いですが、膠原病、腫瘍、熱射病などによることもあります。
- ・高齢者では、肺炎や尿路感染などによる発熱を繰り返す場合があります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・発熱を繰り返す場合、誤嚥の防止、カテーテル管理や痰の吸引などにおける清潔管理の徹底など、日常生活や医療処置の方法を見直す必要があります。
- ・高齢者の場合、肺炎や尿路感染などを起こしていても、発熱などの症状が現れにくいことがあるので、注意が必要です。

2. 転倒による障害

○転倒による障害とは

- ・高齢者は、転倒による骨折などが原因で寝たきりになることが多いです。怪我がなくても、自信をなくし、その後の移動や歩行に対して不安感や恐怖心、依存心を引き起こしやすいので、十分な注意が必要です。
- ・室内(ベッドサイド)での転倒事故が多くあります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・患者の移動や歩行状況をアセスメントし、安全な動きやバランスのとり方を訓練します。もてる力を十分生かせるように援助します。
- ・転倒防止が重要です。環境整備や、リハビリによる筋力の維持が大切です。

3. 上肢・下肢の拘縮・著しい筋力低下

○廃用性症候群とは

・心身の機能を使わないことにより、その機能が衰え障害されることです。身体的には筋や骨の萎縮や関節拘縮、肺炎、起立性低血圧などです。精神的には、意欲の減退や認知症症状などが起こります。

○廃用性筋萎縮とは

・長期に関節を動かさないことにより、関節可動域(関節が動く範囲)が狭くなり、関節拘縮(関節が固まって動かなくなる)や筋肉の萎縮が起こります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・高齢者の寝たきり状態は、廃用性の機能低下を助長するため、できる限りの自立、機能の活用を図ることが必要です。
- ・廃用性筋萎縮に対しては、痛みに注意しながら、関節可動域を全域にわたって動かし、予防します。

4. 脱水

○脱水とは

- ・激しい下痢や多量の発汗などにより体内の水分が多量に出てしまったり、水分の補給が不足したために、体の水分が欠乏した状態です。
- ・高齢者は、成人よりも身体に占める水分の割合が少なく、また体内の水分量が減少しても口渇を感じにくく十分な水分の補給ができないため、脱水になり易い状態にあります。
- ・脱水症状としては、喉の渇き、口の中が乾く、尿量の減少、発熱、倦怠感、頻脈、活動の低下などがあります。また、意識障害を起こすこともあります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・予防として、水分補給(1日 1400~2000ml)をすすめます。嚥下困難時は半固形のプリンやゼリーを摂取します。経口摂取が困難な時は補液を行います。
- ・脱水症状を注意して観察し、早期発見・対応を行うことが必要です。

24時間3交代制をとる訪問看護ステーションの利用状況
—介護保険施行前後の比較から—

山本千聡¹ 田口敦子¹ 本田亜起子¹ 村嶋幸代¹ 堀井とよみ² 駒井和子³
¹ 東京大学医学部健康科学・看護学科 地域看護学教室
² 水口町社会福祉協議会 ³ 水口町立訪問看護ステーション

要旨：訪問看護の利用状況を介護保険施行前後で比較したところ、週の訪問回数および夜間・早朝の訪問看護利用者割合は、介護保険施行後は施行前に比べて有意に減少していた。その理由として、介護支援専門員の背景となる職種により訪問看護の必要性の判断に相違があった可能性等が考えられた。

はじめに：「2015年の高齢者介護」（2003年6月厚生労働省 高齢者介護研究会）において、在宅で365日、24時間の安心を提供する必要性が提言された。2000年4月に施行された介護保険制度は、訪問看護の利用状況に様々な影響を与えている可能性が指摘されているが、介護保険施行前後で訪問看護の利用状況を比較・調査した研究は殆どない。本研究は、先駆的に24時間3交代制の訪問看護を実施している訪問看護ステーションにおいて、介護保険施行前後で新規利用者の属性と、訪問看護の利用状況を比較することにより、今後の訪問看護のあり方や、介護保険制度の改善点・課題を検討することを目的とした。

方法：本研究の対象施設は、先駆的に24時間3交代の訪問看護を実施しているS県M町（総人口38,000人、65歳以上人口6,000人、高齢化率15.7%）にある町立訪問看護ステーション（以下、ステーションとする）とした。対象は、ステーションの平成9年4月1日～平成15年8月31日までの新規利用者256名（介護保険施行前153名、施行後103名）であった。訪問記録票、ケアプラン（週間サービス計画表）、訪問看護計画書・報告書、訪問記録等から、利用者の属性、介護状況、日常生活自立度、痴呆ランク、要介護度、訪問形態、訪問時のケア内容等のデータを収集した。集計および分析には、統計ソフトSPSS 11.5J for Windowsを使用した。全体の集計を行った時点で、介護保険施行前後のステーション利用者特性（属性、身体的特性）および訪問看護利用状況を比較した。なお、本研究は東京大学大学院医学系研究科倫理審査委員会より承認を得た。

結果：

2004/6 第7回日本地域看護学会

訪問看護ステーションの夜間・早朝帯の体制に関する全国調査

田口敦子¹ 本田亜起子¹ 村嶋幸代¹ 川越博美² 島田千穂³

¹ 東京大学大学院医学研究科 健康科学・看護学専攻
² 聖路加看護大 ³ かがやき会 地域ケア福祉研究所

要旨：全国の訪問看護ステーションの体制について調査を実施した。準夜帯・早朝帯において、計画的訪問を実施していないステーションの約3割は、利用者のニーズがあるにも関わらず人手が整わないために実施できていない現状があった。夜間・早朝帯の利用者ニーズへの対応策を検討する必要性が示唆された。

目的：夜間緊急時訪問看護加算の届出を行っている訪問看護ステーションは増加しているが、実際に夜間・早朝帯にどのような体制でサービスが提供されているかは明らかではない。本研究の目

1) 利用者の概況

対象者256名のうち、男性は104名（40.6%）、女性は152名（59.4%）であった。平均年齢は対象者全体では79.8±12.0歳であった。日常生活自立度がBまたはC、かつ痴呆ランクⅢまたはⅣの者は81名（31.6%）であった。

2) 介護保険施行前後の属性と利用状況の比較

属性を比較したところ、性別、年齢、家族構成、主介護者、介護状況、介護への協力者の有無、疾患、日常生活自立度、痴呆ランクでは有意差は認められなかった。（ $p < 0.05$ ）。看護師の1週間の訪問回数をMann-WhitneyのU検定で比較したところ、介護保険施行後は介護保険施行前より有意に少なかった（ $p = 0.006$ ）。また訪問時間帯別（日勤帯・準夜帯・深夜帯・早朝帯）の訪問看護利用者割合を比較したところ、日勤帯では有意な差はなかったが、準夜帯・深夜帯・早朝帯では有意差が認められ、介護保険施行後は介護保険施行前に比して有意に少なかった。

考察：介護保険施行前後で新規利用者の属性と、訪問看護の利用状況を比較したところ、利用者の属性には差がなかったが、週の訪問回数および夜間・早朝の訪問看護利用者割合は、介護保険施行後は施行前に比べて有意に減少していた。その理由として、①介護保険による訪問看護利用料の自己負担額の増加、②介護支援専門員の背景となる職種により訪問看護の必要性の判断に相違があった可能性が考えられた。②については、さまざまな職種の介護支援専門員同士が情報を共有し、訪問看護の必要性を検討する場を設けることで、適切に訪問看護を導入していくことが必要であることが示唆された。

的は、利用者が24時間365日、安心して在宅療養生活を送ることを可能にする訪問看護ステーション（以下ステーションとする）体制の構築に資するため、現在の夜間・早朝帯の体制を明らか

にすることである。

方法：対象は、全国訪問看護事業協会の会員である3,013箇所のステーションの管理者に、調査票を送付し、回収した。調査期間は、2003年8～9月であり、調査内容は、ステーションの概要（開設主体、同一法人内にある施設、従業員数、加算の届出状況等）、夜間・早朝帯の訪問体制等であった。統計解析は、SPSS for Windows11.5Jを用いた。なお、本研究は東京大学大学院医学系研究科倫理審査委員会より承認を得た。

結果：1897箇所から回答を得た（回収率63.0%）。そのうち、営業休止中、または無回答である調査票を除いた1891箇所を分析対象とした（有効回答率62.8%）。

1) ステーションの概要

開設主体は、医療法人45.5%、社会福祉法人9.9%、医師会9.2%であり、同一法人内にある施設は、病院51.3%、在宅介護支援センター46.5%、介護老人保健施設33.1%であった。ステーションの常勤看護職は平均3.6人、非常勤看護職は平均3.0人であった。緊急時訪問看護加算の届出をしているステーションは1536箇所（81.2%）であった。

2) 準夜帯・深夜帯・早朝帯の訪問体制

緊急時訪問看護加算の届出を行っているステーションにおいて、準夜帯・深夜帯・早朝帯の訪問体制は、「電話対応および緊急時には訪問する（オンコール体制）」98.3%、「全く対応していない」0.9%、「1日を2交替または3交替で訪問する」0.7%であった。なお、準夜帯・深夜帯・早朝帯の計画的訪問（ターミナルなどに対応するため、一時的に体制を組んで訪問を行う場合も含む）を「実施している」ステーションの割合は、準夜帯5.8%、深夜帯2.6%、早朝帯4.8%であった。なお、「実施していない」ステーションに対して、実施

しない理由を尋ねた。準夜帯に実施しない理由は、「ニーズはあるが人手が整わない」30.7%、「ニーズはあるが経費が整わない」11.2%、深夜帯に実施しない理由は、「ニーズはあるが人手が整わない」26.3%、「ニーズはあるが経費が整わない」9.5%、早朝帯に実施しない理由は、「ニーズはあるが人手が整わない」28.6%、「ニーズはあるが経費が整わない」10.5%であった。

考察：夜間緊急時訪問看護加算の届出を行っている訪問看護ステーションのうち、殆どのステーションはオンコール体制であり、2交替または3交替体制で夜間・早朝の訪問を行っているステーションは1割にも満たない現状が明らかになった。しかし、準夜帯・早朝帯において、計画的訪問を実施していないステーションの約3割は、利用者のニーズがあるにも関わらず、人手が整わないために実施できていない現状があり、夜間・早朝帯の利用者ニーズを満たすための対応策を早急に検討する必要性が示唆された。

表 計画的な訪問看護を実施しない理由

	準夜 n=1602		深夜 n=1653		早朝 n=1620	
	n	%	n	%	n	%
ニーズはあるが 人手が整わない	492	30.7	434	26.3	463	28.6
ニーズはあるが 経費が整わない	179	11.2	157	9.5	170	10.5
ニーズがない	852	53.2	965	58.4	906	55.9
他に対応するステーションがある	47	2.9	46	2.8	47	2.9
その他	168	10.5	170	10.3	167	10.3
無回答	139	8.7	145	8.8	141	8.7

訪問看護の必要性アセスメントシートの開発

訪問看護が必要な利用者像を明らかにし、看護職以外のケアマネジャーであっても、その必要性をアセスメントできるツール開発を試みた。

【対象および方法】

A 町内の公的機関の 3 ステーションの利用者 91 人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（夜間早朝帯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、項目をグループ分けした。さらに、グループ毎にタイトルを付け、グループ間の関係性や構造を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。

【結果および考察】

事例検討で挙げた、日中または夜間早朝に訪問看護が必要な理由を 1 項目毎にカードに記入した結果、得られた項目は 105 項目となった。類似した項目があった場合はそれらを 1 枚にまとめ、59 項目となった。分類項目の詳細は、下記の通りである。

- ①「疾患」に関する項目：「パーキンソン病」、「糖尿病」、「痴呆」、「精神疾患」、「脳血管疾患」、「脊椎損傷」等
- ②「医療処置」に関する項目：「喀痰・吸引」、「気管切開」、「ストーマ管理」、「褥瘡処置」、「中心静脈栄養」等
- ③「アセスメント」に関する項目：現行では情報不足であるが、看護職が医療・保健・看護の視点でアセスメントしたときに、解決できる可能性があり得るもの。「状態把握ができていない」または、「原因解明のためのアセスメントが必要」と表現した。
- ④「予防」に関する項目：予防的に介入することで、疾病の悪化、事故の発生を防げる可能性がある。「リハビリ（機能維持）」、「心臓疾患患者等の入浴」
- ⑤「介護者」に関する項目：「夜間早朝に介護者が不在である」、「介護者が高齢（65 歳以上）である」、「介護者の介護負担が軽減する可能性がある」、「介護者の健康状態が良くない、もしくは悪化する可能性がある」等

上記の項目について、グループ間の関係性や構造を吟味しチャート化した。その結果、まずは訪問看護の必要の有無を、次に、訪問看護が必要と判断された場合に夜間・早朝に特化した訪問看護の必要性をアセスメントする構成となった。

【今後の課題と展望】

今回作成したアセスメントシートは、第 1 段階に過ぎない。今後は、作成したアセスメントシートを更に事例に当てはめ、妥当性を高めてく必要がある。

平成15年度4月の介護報酬の見直しで、訪問看護ステーションの緊急時訪問看護加算が、一月あたり1,370単位から540単位に減額された。他のサービスに比して報酬単価が高いことなどが原因であった。実際には、夜間・早朝の緊急連絡体制を敷いているステーションは、臨時訪問だけでなく電話相談にも応じており、加算の減額に打撃を受けているステーションも少なくない。そこで、夜間・早朝の電話受けの件数および内容を調査し、緊急時訪問看護加算の意味を明らかにする。また、計画的訪問を実施しているステーションと実施していないステーションを比較することにより、夜間・早朝の利用者ニーズについても検討する。

【方法】対象ステーションは、夜間・早朝の計画的訪問を行っているステーション4ヶ所と、夜間・早朝はオンコールで対応を行っているステーション5ヶ所であった。

調査期間および調査内容は、平成15年11月21日(金)日勤帯終了後～12月21日(日)日勤帯終了までの1ヶ月間(30日)に、夜間・早朝に受けた電話内容について調査用紙への記録を依頼した。調査内容は、利用者の続柄、主訴、相談内容、看護師の対応内容であった。

【結果】調査対象のステーション全9か所における夜間・早朝に受けた電話の総件数は96件であった。時間帯別に見ると、準夜63件、深夜23件、早朝10件であり、準夜の電話が最も多かった。利用者の続柄は、同居家族53件(55.2%)、本人13件(13.5%)であった。電話の主訴は、症状・病状についてが最も多く54件(56.3%)、続いて、機器・カテーテルのトラブル15件(15.6%)、事故6件(6.3%)、服薬の相談6件(6.3%)であった。電話受けをした看護師の対応は、「電話でのアドバイス・指導のみ」が50件(52.1%)、「臨時訪問」が32件(33.3%)であった。

次に、夜間・早朝における計画的訪問を実施しているステーションと実施していないステーション別に、夜間・早朝帯で受けた電話と、そのうち臨時訪問した件数について比較した。夜間・早朝の計画的訪問看護を実施している訪問看護ステーションが受けた電話件数は63件、そのうち臨時訪問したのは16件(25.4%)であった。一方、夜間・早朝に計画的訪問看護を実施していないステーションが受けた電話件数は33件、そのうち臨時訪問したのは16件(48.5%)であった。

【考察】利用者からの相談は、「症状・病状」「機器・カテーテルのトラブル」等、看護師の専門的な知識やアセスメントが必要な内容であるため、在宅療養者にとって、訪問看護ステーションの営業時間外の電話相談は、重要な支援体制として位置づいていることが分かった。また、計画的訪問を実施しているステーションは、実施していないステーションに比べ、臨時訪問の割合が少なかった。これは、夜間・早朝の計画的訪問の実施によって、「症状・病状」や「機器・カテーテルのトラブル」を予防できている可能性が示唆されたとと言える。

人工肛門の管理が出来なくなった独居高齢者へのケアプラン 夜間に訪問看護を導入して

甲賀病院訪問看護ステーション 所長 山脇みつ子
東京大学大学院医学系研究科 教授 村嶋幸代

研究要旨

利用者に適正なケアプランを作成するために必要なケアマネジメント課程の中で、情報収集が非常に困難なケースがある。情報収集を行う手段として、夜間、一時的に訪問看護を導入した結果、専門的に行動観察が出来、成果をあげることができた。

はじめに

人工肛門の管理ができず、便まみれの生活になってしまった独居高齢者のケアプラン作成に当たり、夜間の行動を把握することが重要と考え、一定期間、深夜帯に毎日の訪問看護を導入した。

アセスメントの結果、痴呆であること、パウチ外しは夜中にガスが充満するため気になって外してしまうことが分かった。このアセスメントに基づき①ガス抜きが出来るパウチに交換し②尿が大量に吸収できるパットの交換したことによって便失禁がなくなったので報告する。

I 事例紹介

- ・事例 80才 女性 独居
- ・主傷病 直腸癌術後 変形性脊椎症 高血圧症
- ・必要な医療処置 人工肛門
- ・要介護度 夜間の訪問看護導入前 要介護2
導入後 要介護4
- ・日常生活自立度 J2
- ・痴呆自立度 IIa
- ・家族構成と介護状況
- ・介護状況 キーパーソン 県内在住の長男
週末に訪問する事が多いが、介護は行っていないと思われる。「ケアプランは介護保険内にしてほしい。施設入所は考えていない。」
- ・主介護者 近隣町在住の長女。勤務が終わってからほぼ毎日訪問し、洗濯や夕食の用意・買い物をしている。介護についてはどの程度行っているのか不明。
- ・当初のサービス利用状況と本人の状況 (別紙)
訪問看護 1回/週 人工肛門管理 全身状態の観察
- ・訪問介護 5回/週 朝食の準備・介助 清拭と更衣
- ・通所介護 2回/週
- ・経過

本事例は、平成10年に直腸癌を発症し、人工肛門装着。13年4月から夫のケアマネジャーとしての関わりが始まった。夫はその後入所した。平成14年1月くらいまでは特に問題なく生活していたが、4月頃から下着や肌に便が付着していることがあつ

た。家事能力が低下してきたこともあり、介護保険を申請。7月から通所介護を利用。平成15年2月頃には、人工肛門にパウチが装着されていない事があった。その後、下半身裸でいる事や、畳が便汚染されているという状況が悪化してきたので訪問看護や訪問介護を利用して経過を見ていた。日常会話はさほど問題なく、調子の良い日は庭で草引きをしていた。転倒しているのか腰痛がひどく歩行困難や、顔面がひどく腫脹している事があった。7月には毎日のように全身便汚染しており、汚染した手で食べ物を口にしていたり、便汚染された衣類にウジ虫がわいている事があった。

排尿に関しては、トイレと尿パットを利用。腰痛で動けない時にはヘルパーがオムツを装着した。子供達は夜や週末に訪問している事もあるが、サービス事業所やケアマネジャーとの関わりを避けており、面接ができない。

9月から調査研究事業利用による夜間訪問看護を利用した。

II ケアプラン作成上の問題点

1. 本人の一日の生活状況が全く不明であったが情報収集をする手段がなく、便まみれの原因がアセスメントできない
2. 人工肛門の管理ができなくなり、便にまみれて生活している。

III 夜間訪問看護の実際

1. 導入目的
夜間の行動を観察し、せん妄か痴呆かを見極める事で、便まみれの原因がわかり適切なケアプラン作成につながり、生活環境が改善できる。
2. 看護内容
行動観察
ストマ管理 (ガス抜き パウチ交換)
水分摂取介助
3. 訪問時間と利用期間
午前 2:40~3:40 9月~11月の3ヶ月間
4. サービス利用状況 (別紙)
訪問看護 A事業所: 1回/日 (深夜帯)
B事業所: 1回/週 (日勤帯) 緊急時訪問体制
訪問介護 7回/週 (日勤帯)

IV 結果

1. 夜間は、布団に入り入眠している事が多い。
2. パウチ内に便やガスが充満している。時にパウチが外れ衣類や身体に便汚染あり。ガス抜きが可能なパウチに交換後は便汚染が激減した。
3. 夕方、ヘルパーが準備した水分を自力で摂取している。
4. 夕方、娘が用意した食事は摂取した様子がない。
5. 尿失禁が顕著となり、尿による衣類汚染のため更衣が必要になる。
6. 転倒し、受傷している事があり、訪問看護師が救急車を要請した事あり。
7. ADLの低下は痴呆による失行であると思われる。

V 考察

ケアプランを作成するためのアセスメントの中で情報収集は最も基本となるが、その手段が全くなく、劣悪な衛生環境の中で生活していた本事例に、専門的に行動観察を行う事を目的に3ヶ月間の夜間訪問看護を利用した。

看護師が夜間訪問にアセスメントしたところ、便まみれはパウチにガスや便が充満しておりそれを気にするためにパウチを外す事が原因と分かった。パウチのアセスメントを行い、本人に適したガス抜き機能があるパウチを提案し、日中入っているヘルパーや訪問看護とも情報を共有し、具体的な介護内容を変更した。その結果、夜間の訪問看護利用が終了した後も衛生的な生活が保てるようになった。

しかし、このような行動の背景には、痴呆の進行が考えられた。夜間に尿失禁が顕著なもの、痴呆の進行によりADLが低下したためトイレに行けなくなった事が原因とわかり、毎晩就寝前に長女に吸収率の良いパットを当ててもらふことによって解決した。

本事例では、問題行動が顕著になった段階で、痴呆か精神疾患かの判断ができなかった事がケアの方向性を見出せなかった最大の要因と考えられた。医療上の問題は対象の全体像を把握する上での基本であり、家族に早期受診を促し、確定診断を受ける必要があったと考える。

準備された食事を摂取しないのは、一人きりで食べる楽しみがないために食欲が湧かなかつたものと思われる。しかし、家族は食事の用意はするが付き添いはできない。これは家族機能の限界であり、最低でも1日2回ヘルパーが入る必要があると判断された。この判断に基づき、夜間の訪問看護開始後2日目から新たに午後のヘルパーを導入した。

夜間の計画的訪問看護を利用した3ヶ月間の間にも、ADLが低下し痴呆が悪化、結果的に要介護度は2から4になってしまった。しかし、家族はケアマネジャーやサービス事業者との関わりを避けており、どのように考えていたのか不明であった。家族と面接する機会を持ち、日頃からの生活行動パターンやセルフケア能力・困り事などを話し合う場が必須であると思う。「ケアプランは任せます」と言う長男に責任をもってもらい、自己決定を促す必要があると考える。生活改善ができ独居が続けられる事を第1の目的にしたが、今後は、家族と共に本事例にとっての自立支援とは何か・本人の望む生活は何かを改めて検討していく必要があると考えている。

結論

- 1 必要な情報の収集が困難な独居者には、短期間であっても専門家が集中的に入ることによって、置かれている状況がある程度把握する事ができる。その結果、適正なケアプラン作成につながる。
- 1 ケアプラン作成には、痴呆を含む医学的問題を正確に把握することが重要。
- 2 夜間に訪問看護が入り、医学的側面からアセスメントすることは、行動を観察して、対応方法を見出すためには有効であった。

訪問看護管理者研修会Ⅲパネルディスカッション進行スケジュール

テーマ『24時間ケアを提供するための方策 ～無理のない体制づくり～』

14:15	パネルディスカッション開会
14:15～14:25	パネルディスカッションの趣旨説明及びシンポジストのご紹介 村嶋先生
14:25～15:55	パネラーによるプレゼンテーション
14:25～14:55	24時間ケア研究の報告（村嶋先生）
14:55～15:25	24時間ケア提供を行っているステーションの実際1 基幹型訪問看護ステーションタイプ（水口町）（駒井様／堀井様）
15:25～15:55	24時間ケア提供を行っているステーションの実際2 連合型訪問看護ステーションタイプ（健和会）（龍様）
15:55～16:35	ディスカッション フロアご参加者も含めたディスカッション・質疑応答 ・ 夜間・早朝のニーズはあるか？ ・ 夜間・早朝のニーズにどう対応しているか？ ・ 24時間ケアを実施してみたいと考えているか？ ・ 24時間ケアの実施はどのようにすれば無理なく可能になるか？
16:35～16:45	総括 村嶋 先生
16:45	パネルディスカッション閉会

【総括】

東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野 教授 村嶋幸代

【パネラー】

甲賀市健康福祉部介護保険課 課長 堀井とよみ

甲賀市水口訪問看護ステーション 所長 駒井和子

医療法人財団健和会訪問看護ステーション統括部 統括所長代理 龍良子

平成 1 6 年 度

訪問看護管理者研修会Ⅲ

(東 京 会 場)

- 日 時 平成16年12月11日(土) 10:00～16:45
■会 場 全社連研修センター 東京都港区高輪3-22-12
03-3445-0800
■対 象 者 訪問看護ステーション管理者の方 約180名
■目 的 訪問看護ステーション管理者としての経営管理能力アップを図り、
訪問看護事業の今後の課題について理解する

■プログラム

- ①10:00-11:30 「訪問看護ステーションの経営分析」
講 師：国立保健医療科学院経営科学部部長 小山 秀夫氏
- ②12:30-14:00 「訪問看護ステーションの展望と課題」
講 師：日本看護協会常任理事 山崎 摩耶 氏
- ③14:15-16:45 「パネルディスカッション」
『24時間ケアを提供するための方策 ～無理のない体制づくり～』
座 長：東京大学大学院医学系研究科教授 村嶋 幸代 氏
パ ネ ル 士：健和会訪問看護ステーション統括部 統括部長 龍 良子 氏
甲賀市水口訪問看護ステーション 所長 駒井 和子 氏

■参 加 費

- ①当協会会員 5,000円 ②当協会会員以外 15,000円

主催：社団法人全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-3-12 壱丁目参番館302

TEL/FAX 03-3351-5898/03-3351-5938

E-mail: jim-4@zenhokan.or.jp

2004/1/17

訪問看護ステーション管理者研修 企画書

1. 企画テーマ：24時間ケアを提供するための方策 ～無理のない体制づくり～

2. 概要

今後、ますます一人暮らし高齢者や高齢者夫婦世帯が増加し、また医療処置を必要とする在宅療養者や在宅で死を迎える人の増加が見込まれる。在宅療養者が安心して安全な療養生活を継続するためには、24時間いつでも必要なときに看護サービスを受けることができることが重要である。

本企画では、平成15年度に全国訪問看護事業協会で行った、「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事業」の成果を元に、訪問看護ステーションが、地域で在宅療養者を支えるために、無理のない形で24時間ケアを実施していけるようにするための方策を提示する。

2. 研修目標

- 1) 訪問看護ステーションが、24時間を視野に効果的・効率的な訪問看護サービスを提供するための方策を知ることができる。
- 2) 現在提供しているサービスを、24時間を視野に実施されているか、効果的・効率的な体制が構築できているかなどの視点で、参加者が見直すことができる。

3. 実施方法・内容 (計120分)

- 1) はじめに
 - ・全国の訪問看護ステーションの実態 (10分)
- 2) ステーションが、24時間を視野に効果的・効率的な訪問看護サービスを提供するための方策を示す。
(利用者ニーズ、家族介護の状況、地域特性、ステーションのマンパワー、他の訪問看護ステーションや医療機関等との連携等について。)
 - ・行政型 (20分)
 - ・同一法人型 (20分)
 - ・小規模ステーション型 (20分)
- 3) 参加者の経営するステーションの現状と今後の意向(24時間ケアを実現させるためにできること)。
(グループワーク) (30分) *実施可能性等についてグループワークを行う。
- 4) 発表・まとめ (20分)

4. 実施日時：2004年

5. 使用機材：パソコン、プロジェクター

特集 拡大する「訪問看護」の可能性

夜間・早朝のケアを支えるために
— 24時間訪問看護・介護の提供方策 —村嶋 幸代¹⁾, 田口 敦子²⁾, 近藤由生子³⁾

1. 夜間・早朝の訪問看護の必要性

療養生活は24時間続いている。社会的なコストを考えれば、訪問看護はなるべく平日の日中に行なうのが望ましい。しかし、近年、在院日数の短縮、医療技術の進歩などにより医療ニーズの高い人が地域で療養することが増えている。在宅療養者の中には、どうしても夜間・早朝に訪問看護を必要とする人が存在するのである。

2003年6月に出された「2015年の高齢者介護」報告書（厚生労働省高齢者介護研究会）でも、「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。一般には、ヘルパーによる24時間訪問介護の必要性がいわれているが、安心できる在宅ケアのためには、医療面やターミナルケアを担う訪問看護を、夜間・早朝も計画的に継続して行なうこと、また、それを可能にする体制整備をすることが必要である。

病棟では、看護職が24時間365日対応する体制が当然のこととなっている。一方、地域では、祝祭日および夜間・早朝の対応体制は不十分であり、個々人の情熱や努力に依存していたというのが実情である。在宅ケアを支える訪問看護ステーションが、24時間の訪問看護体制をどのように

確保し、ケアを展開するかが、大きな課題となっている。

そこで今回、「現在の日本のごく普通の小規模の訪問看護ステーションが、24時間訪問看護を継続的に無理なく実施できるようにするためにはどのようにしたらよいか」を明確にすることを目的に、夜間・早朝の訪問看護についての現状分析を行なうとともに、効果的・効率的な24時間ケアモデルの開発に向けて、実践研究を行なった¹⁾。

本稿では、その結果を踏まえて報告する。

2. 夜間・早朝の訪問看護必要者

夜間・早朝のケアの必要者としては以下のようなタイプがあると考えられる。このうち、訪問看護がかかわらなければならないのは、タイプCである。

- ①タイプA：本人の機能がある程度保たれていて、夕方や明け方の家事援助の必要な人
- ②タイプB：夜間早朝にADL介助が必要な人
例としては、①は独り暮らしなど、②は起床・就寝時の排泄介助・更衣・洗面が必要な場合等が挙げられる。
- ③タイプC1：医療処置が必要な人

筆者：1) むらしま さちよ（東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野教授）

2) たぐち あつこ（東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野）

3) こんどう ゆうこ（東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野）

0018-3342/05/¥250/論文/JCLS