

訪問看護の早期導入におけるケアマネジメント効果

要介護度の低い状態からの訪問看護の必要性について

中村 順子

(財)日本訪問看護振興財団立 おもて参道ケアプランセンター

・研究の背景、目的

昨年は、要介護度の変化によるアウトカム評価を試み、そこから興味深い結果を得た。その中で訪問看護の導入を要介護度の低い段階からおこなった結果、その上昇が抑えられているケースが調査中に明らかになってきた。今回は、昨年行った調査の中から興味深かったケースの追跡調査とその質的調査をおこなうことで、ケアマネジメントのアウトカムにおける訪問看護の効果について分析を試みた。

・研究の方法

おもて参道ケアプランセンターで平成 12 年の事業所開設当初より居宅支援を行なっている利用者の中で、平成 12 年の要介護度が 1 から 3 で平成 16 年 9 月の時点での要介護度も変化のなかった 5 事例を抽出し以下のポイントから分析を試みる。

1. 性別、年齢、病名、要介護度
2. 訪問看護導入の時期とそのきっかけ、状況。
3. 訪問看護提供頻度、内容。
4. 他のサービスのプランニング状況と連携
5. 特記事項 (主にケアマネジメント上の)

・結果

1、事例の概要

1). 事例 A・・・80 歳女性、脳梗塞後遺症、左片麻痺。要介護 3。夫 (86 歳) との二人暮らし。

訪問看護：平成 8 年 12 月のリハビリ病院退院直後より週 1 回で介入。(区の保健師経由) 内容：一般状態管理、入浴介助、服薬管理指導、健康相談や生活全般に関する指導。同時に夫への健康相談も時々おこなっている。ヘルパーに対する入浴介助指導。主治医連携。

その他のサービス：訪問リハビリ (平成 10 年～15 年、当ステーション PT) 訪問介護 (週 5 回)、通所介護 (平成 13～15)。

2). 事例 B・・・81 歳男性、脳梗塞後遺症 (左不全麻痺) 糖尿病。要介護 1。妻 (73 歳) との二人暮らし。

訪問看護：平成 9 年 11 月の脳梗塞による入院の退院時より開始 (病院相談室経由) 当初より週 1 回で介入。内容：一般状態管理、食事指導、生活全般に対する指導、妻に対する看護、指導 (妻も要介護者)

その他のサービス：訪問リハビリ (平成 10 年～15 年、当ステーション) 訪問介護 (妻のも合わせて週 5 回)、福祉用具貸与。(特殊寝台、平成 16 年～)

特記事項：経過中妻の痴呆症状出現、妻にも訪問看護を開始した。介護者は本人であるため、妻の状況に応じて本人の介護負担軽減と身体状況に応じたプランの提示を行なってきた。

3). 事例 C：72 歳女性、脳梗塞後遺症 (左片麻痺) 要介護 2。独居。

訪問看護：平成 12 年 4 月の脳梗塞による入院の退院時より当初週 2 回後に週 1 回で介入 (病院相談室経由)。内容：一般状態管理、健康相談、リハビリ。生活全般に関する助言。

その他のサービス：訪問介護 (週 7 回)、訪問リハビリ (平成 12 年～15 年、当ステーション)、通所介護 (平成 15 年～) 住宅改修 (平成 12 年) 特記事項：平成 15 年、自宅にて転倒、緊急訪問の要請がケアマネジャーに入る。この機会に緊急通報装置の設置をおこなう。また、同年より在宅医も導入。

4). 事例 D：80 歳女性、パーキンソン症候群、要介護 1、独居。

訪問看護：平成 12 年 11 月より医療保険による訪問開始。(本人の夫に訪問していたため、依頼されて開始) 週 1 回 1 時間程度。内容：一般状態管理、健康相談、服薬管理、主治医連携、緊急対応。

リハビリ(平成16年～)入浴介助(平成15年～)
その他のサービス:訪問介護(週2回)、訪問リ
ハビリ(平成12年～15年、当ステーション)、
24時間ヘルパー(平成15年～)

特記事項:夫に訪問時より本人に不安感強く、身
体状況の管理のみならず、生活全般に関する助言
や緊急対応を続けてきた。平成15年本人家族と
話し合い24時間ヘルパーを導入する。

5)事例E:80歳男性、糖尿病、心筋梗塞バイ
パス手術後。要介護3。独居。

訪問看護:平成12年11月他区からの転入時訪問
依頼があつて開始。開始当初週2~3回、平成13
年より週1回30分。内容:一般状態管理、血糖
値測定、体重測定。食事指導、服薬管理、散歩に
よるリハビリ。

その他のサービス:訪問介護(1日2回を週7回)、
特記事項:本人外国人のため言語によるコミュニ
ケーションがとりづらい。ニーズの把握とキーパ
ーソンである多忙な長女との連携がやや困難。食
事療法についてはヘルパーと連携をとっておこ
なう。

2. 結果の分析

1)訪問看護導入時期はどの事例も70歳台と比
較的年齢が若い。

2)脳血管障害を受傷した3例については、退院
直後から病院の相談室を経由して訪問看護が導
入されている。その時点での要介護度(介護保険
開始前のケースではその時点のADL)も低く一
般状態として不安定でもないのだが、生活を作り
上げていく時点から訪問看護が介入し、生活全般
に関する助言も含めて援助を行なっている。

3)5例中4例に訪問看護とほぼ同時期から訪問
リハビリが組み込まれている。これらはいずれも
当ステーションのPTによる訪問であった。

4)訪問リハビリは当事業所の問題からいずれも
平成15年夏で中止となっているが、その後も要
介護度に変化はない。

5)5例すべてに当初より訪問介護が組み込まれ
ているが、それぞれについて、訪問看護が指導的
役割をとりつつ連携をとっている。たとえばE事

例における食事指導、A事例における障害の状況
とADLにあわせた入浴介助方法の指導など。

6)サービスの種類としては、経過の中で計画し
たものの中止したり(A事例における通所介護や
短期入所)段階的に増やしたりしている(C事例
における通所介護、B事例における福祉用具)も
のがあるが、訪問看護は頻度が減っても継続され
ている。

7)現時点では、サービスの種類が4種類以上の
利用者はいない。

考察

以上の結果から、要介護度の上昇を抑えること
に対する訪問看護導入の効果について考察をお
こないたい。

現在、介護保険におけるサービスの提供状況を
みてみると、訪問看護の導入率は決して高くはな
く、導入されている利用者群は要介護度の高いケ
ースが多くなっている。しかし、昨年と今年の当
センターにおける利用者のアウトカム評価をお
こなった結果、要介護度の低い時点から訪問看護
をサービスに組み入れたケースで4年半に渡って
要介護度に変化の見られないケースがあることが
明らかになった。訪問看護を導入していないケ
ースとの比較調査ができないので一般化はでき
ないが、調査分析の結果から考えられることを以
下に述べたい。

1、要介護度が低くても、特に脳血管障害受傷後
など、身体状況の変化がありながら生活を整えて
いく場合は訪問看護を早期から導入することが
効果的である。

訪問看護の機能として、単に身体状況の把握、
管理だけではなく、生活全般を見渡してその障害
の状況や程度に応じた生活スタイルの構築に関
与するというマネジメント機能が期待される
が、特に退院後の、症状や再発作などの不安があ
るときには、医療的管理による安心感を提供しつ
つそれらが同時に行なわれることで生活への適
応がスムーズにいくと思われる。これらは、単に
生活を整えるという介護サービスだけでは決し
て得られないものである。事例A、Cなどには、

特にその傾向が見られている。

2、E事例のような、疾患に伴う病状管理が必要なケースは、たとえ要介護度が低くても訪問看護が入って身体状況の管理をおこなうことが重要であることは当然である。病状を適切に管理することで要介護度の上昇を抑えることができるのは言うまでもない。

3、訪問リハビリとの連携を早い時期からおこなうことでより効果がある。

自立支援という視点から考えると、生活リハビリの観点からのリハビリの介入が欠かせない。現に5例中4例は訪問リハビリが入っていた。更に、初期にリハビリ介入が行なわれて、利用者の状況がある一定の評価ができるところまでに達した場合、長期にわたっての介入がなくてもその状態は継続される、ということも明らかになっている。利用者にはある意味の“リハビリ信仰”のようなものがあり、常にリハビリを行なってほしい、と希望する者が多いが、初期にしっかりしたプログラミングと介入があれば、その後は訪問看護による継続でも効果は期待できるのではないか。もちろん、スポット評価や看護師が必要と感じたときのリハビリの介入は重要だが。

3、訪問介護との適切な連携の重要性。

訪問看護の早期導入は効果的ではあるが、やはり生活支援である訪問介護を適切にプランニングすることは欠かせない。訪問看護師は必ずしも介護職に対して指導的な立場をとるものではないが、ADLに応じた介護の方法の提示や、病状に応じた生活援助(たとえば食事)という点では、共通理解ができるような連携を心がけることが重要である。

4、他のサービスの組み方は、当然のことながらアセスメントに応じて必要なものを組み入れることが必要で、これらの事例は必ずしも4種以上のサービスがプランされているわけではない。もちろんケアマネージメントは要介護度だけの変化だけに着目するのではなく、利用者のQOLや生活の自立、安定を目指すものであるから、その視点は欠かせないが。

終わりに

今回は、昨年の研究で考察し明らかにした視点を元に、事例を分析してみた。少ない例数ではあるが、共通して見られることが明らかになり、興味深いものになった。

看護職によるケアマネージメントであれば、訪問看護をプランにいれることが他職種によるものよりは多いとは思うが、現実的には単位数が高いためもあるのか、特に要介護度の低いケースにはあまりプランされていないのが実情である。介護保険料の高騰への対応が今後も行なわれることと思うが、訪問看護の適切な利用によって、結果的にはそれを抑制していくことも可能と思われる、ケアマネジャーの認識を高めるよう、訪問看護によって可能なことの啓蒙を更におこなうことが今後必要と思われる。