

医療ニーズの高い利用者の在宅療養移行をスムーズにする連携のあり方と 訪問看護の介入方法についての一考察

(財) 日本訪問看護振興財団立 おもて参道訪問看護ステーション

山本 訓子

1. はじめに

訪問看護が開始されるきっかけとしては何らかの要因で ADL が低下し日常生活に支障が生じたり、医療的な処置が生じた段階で依頼される場合が多い。

在院日数短縮化によって、医療機関から医療ニーズの高いケースが在宅に移行されることが増加している。

自宅で医療処置を行うことの不安を抱える利用者・家族が、安心して在宅療養に移行でき、希望する生活が送れるようになるための関係機関との連携と訪問看護の介入について、当ステーションの現状から考える。

2. 平成 16 年 1 月 1 日～8 月末の新規依頼利用者 61 名の現状

1) 利用者の概要(表 1、表 2)

平均年齢は 79 歳で女性が 57.4%とやや多かった。保険の種別は、介護保険 78.7%、医療保険 21.3%であった。疾患別では悪性新生物が最も多く 29.5%で、脳血管疾患(痴呆を含む)が 24.6%であった。

介護度は要介護 4・5で 39.4%を占めた。

ほぼ半数の 31 名が入院中に訪問看護の依頼があった。

2) 医療処置の内容(表 3)

新規利用者のうち、在宅で何らかの医療処置を継続実施する者は 34 人で全体の 55.7%であった。最も多いものが在宅酸素療法の 10 人で、ついで膀胱留置カテーテル・中心静脈栄養・吸引が 7 人、褥創を含む皮膚科処置が 6 人と多かった。

3) 連携の現状

訪問依頼の経路(表 4)は、ケアマネジャーが 67.2%、看護師が 21.3%、医師が 9.8%であった。入院中に訪問依頼があった利用者については、できるだけ病棟訪問を実施するよう努めているが、退院日までの時間的な余裕がないこともあり、10 件にとどまった。

4) 訪問頻度(表 5)

訪問看護開始時期の訪問頻度は、医療処置のある者 34 人のうち、週 4 回以上の頻回な訪問は 16 人(47.1%)であり、医療処置のない者では週 1 回の訪問が 20 人(74.1%)と最も多かった。新たに医療処置を在宅で実施することが加わることで利用者・家族の不安や負担は大きいものがある。その時期に頻回な訪問を実施することで、不安や負担の軽減と在宅療養に応じたケアの調整をすることができた。

3. 訪問看護の実際

事例 1 84 歳、男性、胃癌術後食欲不振(IVH ポート留置)、要介護 4

ケアマネジャーからの依頼

病棟Nsと連携をとり病棟訪問を実施。主介護者の妻の不安強く、輸液管理の習得が進まないことで退院が決まらない事が判明した。本人の退院希望は強くあったため、緊急時の対応方法のみの指導に切り替え、退院後、特別指示書で 2 週間連日訪問し、指導と確認を行いマスターした。以降は週 1 回、針の差換え時のみの訪問で自己管理できた。

事例2 89歳、女性、痴呆（スキントラブル）、
要介護3

ケアマネジャーからの依頼

胆のう炎による入院でADL低下。入院前は排泄自立していたため、家族が排泄のケアに不慣れであった。初回訪問時、陰部に広範囲の真菌感染症状あり。往診医に処置の指示を確認するとともに、ケアマネジャーに連絡し短期の訪問回数増加を相談した。1週目、4日間家族へ軟膏処置を指導しながら訪問しほとんど治癒した。ADLも徐々に改善し、1ヵ月後には家族の希望どおりデイサービスを再開できた。

事例3 87歳、女性、DM、慢性腎不全（インシュリン自己注射・透析3/週、）、要介護4、
独居

ケアマネジャーからの依頼

入院により、インシュリン注射の自立度が低下し、主治医からの強い訪問看護導入要請あり。特別指示書で2週間毎朝訪問し本人への再指導とともに、隣に住む弟さんが注射の確認ができるように指導していった。在宅生活のペースが戻ると、本人の手技も確実性が上がり週2回の訪問でフォローできるようになった。

4. 考察

訪問看護の導入時期に積極的に頻回訪問で対応して効果が得られた事例をまとめ報告したが、必要な時期に必要なだけの訪問看護を効果的に実施するためには、関係機関・他職種との連携が重要になってくる。

それぞれの対象者との連携について考えてみた。

- ① 利用者・家族：日常生活に支障が生じたり、医療的なニーズが高まっている状況で、不安と戸惑いを多く抱えていることが予測される。その時期を乗り越え在宅療養の安定を得るためにはいつでも相談対応できる体制で訪問看護が伴走する事が望ましい。1ヶ所のステーションでの対応が困難であれば、積極的に他ステーションとの協力体制を組み支援する事

も必要ではないかと考える。

- ② 病院Ns：新規利用者の半数が入院中に依頼される事からも病院Nsとの連携をスムーズに進めることは重要である。利用者の情報を得るだけでなく、退院後のステーションの支援内容や体制などの訪問看護に関する情報を提供することで退院指導の内容を絞ることもでき、双方のメリットになる。

- ③ ケアマネジャー：介護保険ではケアマネジャーがサービス全体のコーディネートを行うが、職種によっては医療的な情報の理解不足もあり、不十分なケアプランで状態変化に対応できない事もある。また、訪問看護の活用そのものに不慣れな場合も多い。

単価の高さで敬遠される事にならないよう、ケアマネジャーに訪問看護でできること、さらにはその内容や結果をアピールしていくことが訪問看護のニーズの掘り起こしに繋がっていくこととなるであろう。

- ④ 医師：訪問看護がタイムリーに活動するためには医師との連携が不可欠である。

医師からの訪問依頼は9.8%と多くはないが、訪問看護には医師の指示書が必要不可欠であるし、必要な時期に効果的に介入するためには特別訪問看護指示書が必要になることも少なくない。

医師との連携には積極的な報告と指示確認が重要であるが、在宅の状況を理解している開業医との連携を強化していく事が望ましい。

5. おわりに

現在は在宅でもほとんど病院と同様の医療処置が実施されるような状況となっている。そこに訪問看護が介入していない場合も少なくないのが現状である。

訪問看護が必要な利用者に、必要なケア内容と回数をタイムリーに提供できるように、各機関や他職種との連携を深めるよう今後も努めていきたいと思っている。

表 1 利用者の概要

年齢	平均年齢	79 歳 (40～96 歳)	
性別	女性	35 人	(57.4)
	男性	26	(42.6)
保険種別	介護保険	48	(78.7)
	医療保険	13	(21.3)
主たる疾患	悪性新生物	18	(29.5)
	脳血管疾患	15	(24.6)
	骨筋系疾患	6	(9.8)
	神経疾患	6	(9.8)
	内分泌・代謝疾患	5	(8.2)
	消化器疾患	4	(6.6)
	呼吸器疾患	2	(3.3)
	循環器疾患	2	(3.3)
	その他	3	(4.9)
依頼時の状況	入院中	31	(50.8)
	在宅	30	(49.2)

数字は人数、() 内数字は％ n = 61

表 2 要介護度

介護度	人数	(%)
非該当	5 人	(8.2)
要支援	2	(3.3)
要介護 1	12	(19.7)
要介護 2	7	(11.4)
要介護 3	11	(18.0)
要介護 4	12	(19.7)
要介護 5	12	(19.7)

n = 61

表 3 医療処置管理

種類	人数
在宅酸素療法	10 人
膀胱留置カテーテル	7
中心静脈栄養	7
吸引	7
褥創及び皮膚科処置	6
経管栄養	4
インシュリン自己注射	4
気管カニューレ	2
静脈注射	2
持続皮下注射	1

n = 34 (重複あり)

表 4 依頼経路

依頼元	人数	(%)
ケアマネジャー	41 人	(67.2)
看護師	13	(21.3)
医師	開業医	5 (8.2)
	病院医師	1 (1.6)
ソーシャルワーカー	1	(1.6)

n = 61

表 5 訪問頻度

頻度	医療処置あり		医療処理なし	
2 回／4 週	0	(0)	1	(3.7)
1 回／週	14	(41.2)	20	(74.1)
2 回／週	3	(8.8)	6	(22.2)
3 回／週	1	(2.9)	0	(0)
4 回以上／週	16	(47.1)	0	(0)
合計	34	(100)	27	(100)

数字は人数、() 内数字は％ n = 61