

病院基盤の訪問看護ステーションの問題点

—— 患者67名からの検討 ——

岡山大学内科学第三講座

三村由香里, 槇野 博史

明芳会訪問看護ステーション“ちやいむ”

岡 庸子, 渡辺 君子

明芳会佐藤病院

金見一二三, 森脇和彦, 片山江里子, 藤原弘道
定金 卓爾, 佐藤能之, 林 逸平, 佐藤 亀弘

岡山大学保健管理センター

小倉 俊郎

(平成11年4月8日受理)

Key words : 在宅医療, 訪問看護, 脳血管障害, 痴呆, ADL (activity of daily living)

緒 言

我が国の高齢化は他に例を見ないスピードで進行し、1996年の出生率は9.7%と急速に低下しているのに対し、平均寿命は男77.0歳、女83.6歳に伸び¹⁾、世界一の少子・高齢社会となった。65歳以上の老年人口の占める割合は現在の15.7%から平成32年には26.9%に達すると推計されている²⁾。1994年の高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略の見直し(新ゴールドプラン)により、高齢者保健福祉施策の整備充実が図られてきている。それによると、在宅サービス、施設サービス、マンパワーの養成確保など地域における高齢者介護サービスの充実が目標として掲げられ、在宅医療の重要性が指摘されている³⁾。

今回、調査検討を行ったC訪問看護ステーション(岡山市)は病院を基盤とする訪問看護ステーションで、病院の訪問診察から独立し、約1年が経過している。職員の構成は正看護婦6名、準看護婦3名、看護助手1名の合計10名で、

訪問看護用自家用車4台を用いて訪問看護業務を行っている。また、緊急時にはステーションの看護婦が24時間対応できる体制を整えている。今後、必要とされている訪問看護を行うためには現在の訪問看護の状況を知ることが必要と考え、現在訪問看護を行っている患者の背景、ならびに訪問看護に対する意見などの調査を行い、来年度発足する介護保険制度確立後の訪問看護ステーションの運営に必要な資料を得たいと考えた。

研究 方 法

1. 調査対象

対象は1997年7月現在、C訪問看護ステーションが定期的に訪問看護を行っている全患者67名(男性26名、女性41名)である。また、訪問看護終了患者については、1996年9月にステーション開設以降のすべての患者を対象とした。対象患者の平均年齢は79±13歳(男性77±17歳、女性80±9歳)で、年齢のピークは80歳代にみ

られた。15歳の男子で進行性筋ジストロフィーのため、通学しつつ訪問看護を受けている若年者が1名認められたが、その他はすべて高齢者であった。訪問看護を受ける原因となった疾患としては、脳血管障害が35名(52.2%)と最も多く、21名(31.3%)に整形外科的な疾患(変形性関節症、慢性関節リウマチ、骨折、腰痛など)が認められた。また、高血圧、心疾患を合併し、投薬を受けている患者がそれぞれ47.8%、20.9%であり、全体の94.0%の患者が何らかの投薬を受けていた。

2. 調査方法と調査内容

患者とは面接を行い、自立度に関しては、1991年に厚生省により作成された「障害老人の日常生活自立度判定基準」⁴⁾を、痴呆の有無に関しては、長谷川式痴呆診査スケール⁵⁾を用いて評価した。自立度「J1」から「C2」までを1から8点のスコアとし、訪問回数との相関を調査した。また、訪問時の看護内容についてはカルテより検索し、1ヵ月延べ訪問件数、訪問時間の推移については、訪問看護ステーションの記録を調査資料とした。さらに、一人暮らしの患者、介護者のある患者、介護者のそれぞれに対し調査表を配布し、訪問看護開始後の状況、現在の訪問看護に対する意見、現在の問題点などについて無記名、郵送法による調査を行った。アンケートの回収率は、一人暮らしの患者(対象者6

名)100.0%、介護者のある患者(対象者57名)78.9%、介護者(対象者57名)91.2%で、全体の回収率は85.8%であった。訪問看護開始後の状況、訪問看護に対する意見に関しては、一人暮らしの患者と介護者との間で有意差検定を行った。統計処理は、統計ソフトStatView 4.5を使用し、 $p < 0.05$ を有意水準とした。

結 果

1. 訪問看護ステーションからの訪問件数および訪問時間の推移

訪問看護ステーション開設前の1996年4月以降の1ヵ月延べ訪問件数と時間の推移は図1に示した。この間の訪問患者はほぼ一定であり、1回当たりの訪問時間の平均は 42 ± 13 分で変化はなかった。ステーション開設前は病院からの訪問の数を示している。

2. 訪問看護を受けている患者の背景

1) 日常生活自立度：日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する患者「J」が16.4%、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患者「A」が29.8%、屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ患者「B」が28.3%、1日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助を要する患者「C」が25.4%であった。

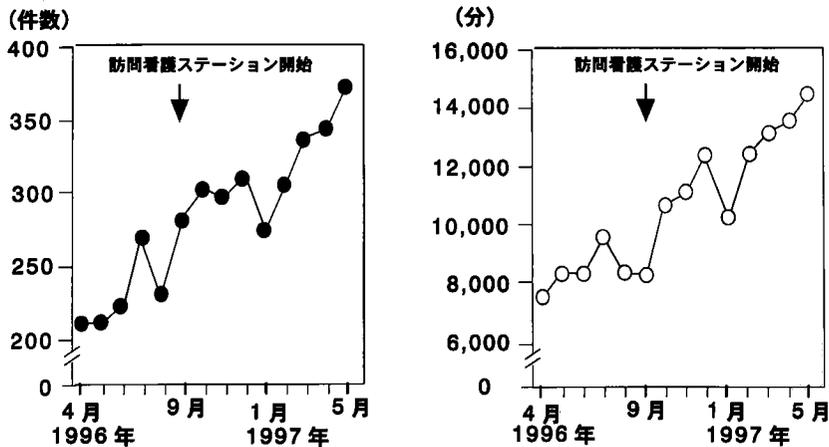


図1 訪問看護の1ヵ月延べ件数と延べ時間の推移
1996年4月から1997年5月までの1ヵ月延べ訪問件数(●)と1ヵ月延べ訪問時間数(○)の推移

- 2) 痴呆: 56.1%が「無し」であり, 軽度・中等度がそれぞれ12.9%, 高度な痴呆は18.2%であった。
- 3) 家族構成: 夫婦二人暮らしが25.4%, 一人暮らしが9.0%と高齢者のみの世帯が34.4%であった。三世代以上の家庭は29.9%であった。
- 4) 訪問患者の主たる介護者: 子供 (50.7%) と配偶者 (37.3%) が大部分であり両者で約90%であった。配偶者は53.8%が女性, 子供の場合も, 娘あるいは嫁が87.5%と女性の占める割合が多かった。
- 5) 訪問看護の頻度: 週1回が46.3%と最も高率で, 週3回の訪問看護を受けている患者も7.5%で, その80%以上が自立度「C」の寝たきりの患者であった。全体の平均訪問回数は週1.4回であった。自立度と訪問回数では, $r = 0.406$, $P = 0.0007$ の有意な相関が認められ, 自立度が低いほど訪問回数は多くなっていた。また, 家族数と訪問回数の関係では家族数が増えるほど訪問回数は少なくなる傾向が認められたが, 有意ではなかった。
- 6) 訪問看護内容: すべての患者に対し, バイタルサインの測定などの状態観察を行っているが, 40.0%の患者が状態観察のみであった。主な訪問看護内容は図2に示す如く, 最も多かったのは清拭, 入浴などの身体の清潔を保つためのものであった。
- 7) 訪問看護以外の福祉サービスの利用: デイ

サービス, ショートステイを利用している患者がそれぞれ34.0%で, 他に, 病院の理学療法士や作業療法士による訪問リハビリをうけている患者が20.8%, ヘルパーの利用が17.0%であった。デイサービスを利用している患者の75.3%は自立度「J」, 「A」と自立しているが, 18.9%は「C2」の寝たきりの患者であった。

2. 訪問看護終了理由

1996年9月の訪問看護ステーション開設以来1997年5月までの9ヵ月間に何らかの理由で訪問看護を中止した患者は29名いたが, その終了理由は図3に示す如くであった。死亡が大多数を占め, 他に, 老人保健施設などに入所した患者, 他の訪問看護施設へ移動した患者があったが, 訪問看護中に状態が改善し, 外来通院が再開できた患者はいなかった。死亡者24名の内訳は男性が10名, 女性が14名で, 死亡時の平均年齢は83±8歳であった。死因としては, 肺炎が最も高率で(誤嚥1名を含む), 老衰, 悪性腫瘍による死亡, 脳血管障害, 心血管障害による死亡と続いていた。死亡場所としては, 病院が65.4%であり, 自宅での死亡が30.8%, 老人保健施設での死亡が3.8%であった。訪問看護から病院で死亡した患者の平均入院期間は54±12日で, 同じ時期に病院で死亡した訪問看護以外の患者の平均入院期間95±14日と比較し有意に短かった ($P = 0.03$)。

3. アンケート調査結果

1) 訪問看護開始後の状況

「訪問看護を始める前と始めてからであなたの生活はどのように変わりましたか?」という質問(図4)に対し, 「大変楽になった」, あるいは「楽になった」という意見が半数以上を占めた。しかし, 「変わらない」という意見も約30%あった。特に介護者ではその比率が高く, 「大変楽になった」という意見を上回っていた。一方, 一人暮らしの患者では「大変楽になった」という意見が大部分を占めた。一人暮らしの患者と介護者の間で有意の差 ($P < 0.0001$) を認めた。

2) 現在の訪問看護に対する意見

現在の訪問看護に対する意見について質問し

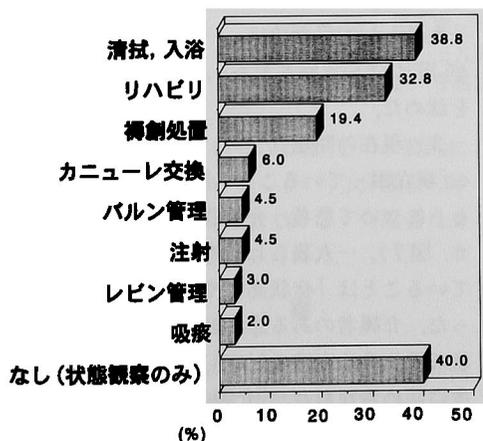


図2 訪問時の看護内容

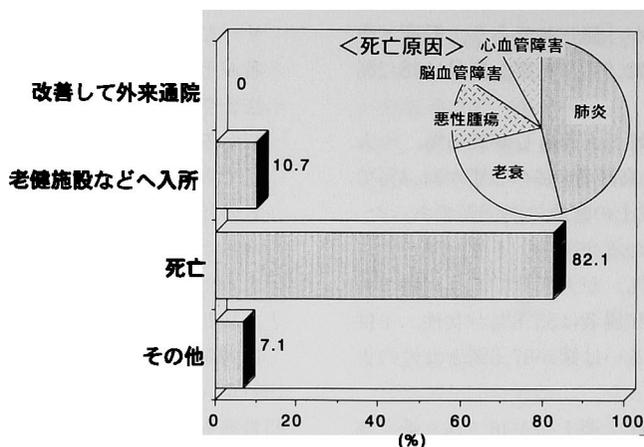


図3 訪問看護終了理由と死亡者の死亡原因

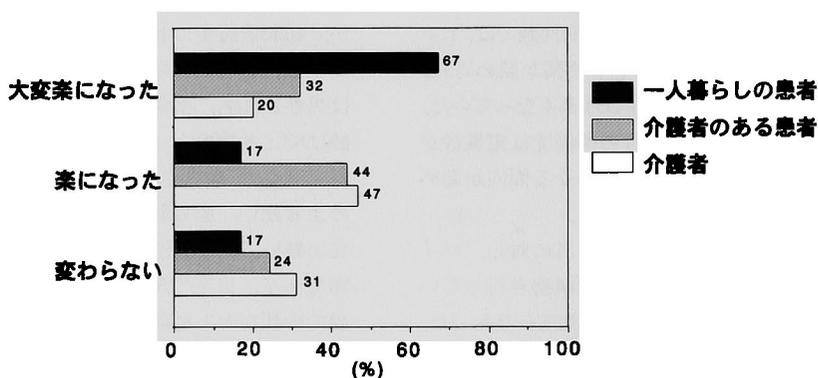


図4 訪問看護開始後の生活について

た。訪問看護の頻度については、今回のアンケート調査の対象者では平均週1.4回であったが、「ちょうどよい」が大多数であり、「少ない」という意見もあった。

訪問看護に要した時間は平均42.4分であったが、「ちょうどよい」と感じている者が90%を占め、「長い」という意見は1名もなく、少数であるが「短い」という意見も認められた。訪問看護の看護婦については不満を訴えるものは1名もなく、「大変満足」という意見が最も多かった。少数ではあるが「言葉遣いに気をつけて欲しい」「もっとといねいに介護して欲しい」「もっと時間をかけて介護して欲しい」などの意見もあった。「現在の訪問看護全般についてどう思うか」という質問に対しては(図5)不満を訴える患

者、介護者は1名もおらず、約80%の回答者から「満足」という答えが返ってきた。介護者と一人暮らしの患者では、一人暮らしの患者の方が「満足」という回答が多く、有意差($P=0.0012$)を認めた。

3) 現在の問題点

「現在困っていること」「不安に思っていること」について患者、介護者に質問した結果(図6, 図7), 一人暮らしの患者で最も不安に思っていることは「症状悪化や急変時の対応」であった。介護者のある患者および介護者でも「症状の悪化や急変時の対応」に対する不安は同程度に認められたが、「介護者の病気」がそれと同等の頻度で認められた。「医療費」に対する不安は、患者、介護者とも低率であった。また介護

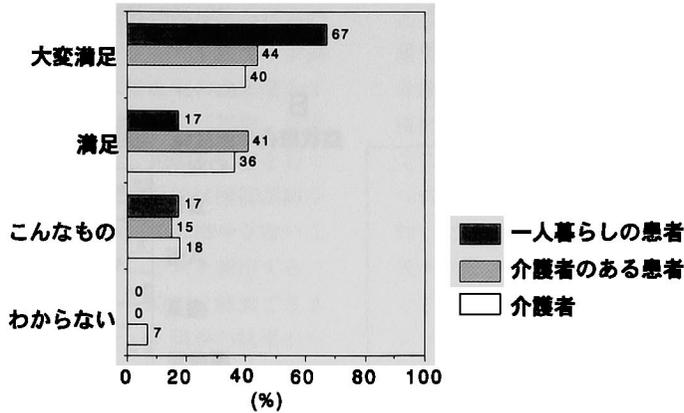


図5 訪問看護全般について感じる事

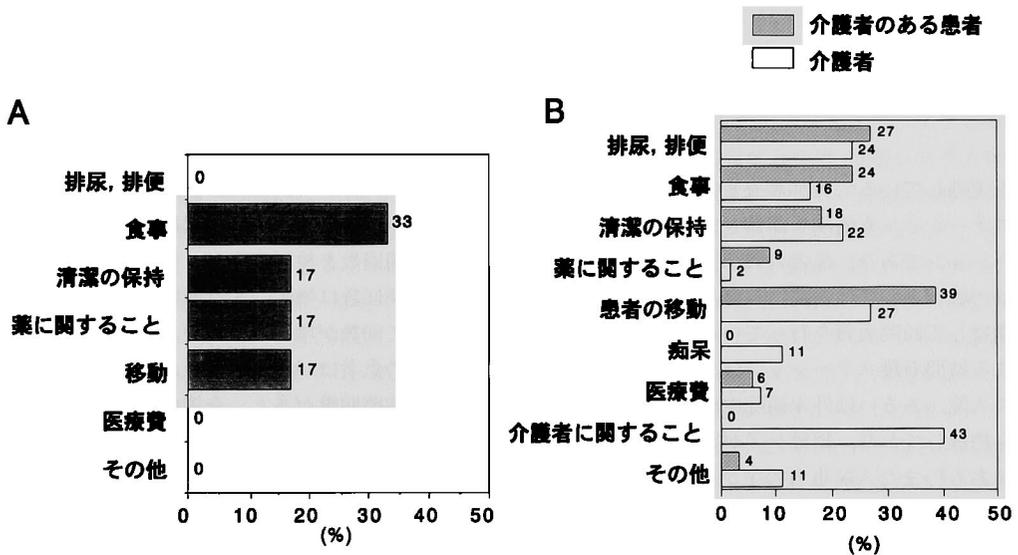


図6 現在困っていること
 (A) 一人暮らしの患者
 (B) 介護者のある患者, 介護者

者の場合は、「困っていることは」という質問に対し、「介護者の身体がしんどい」「介護者の時間がとれない」など、患者ではなく介護者自身の生活に対する困難さがみられた。

考 察

訪問看護ステーションは1991年の老人保健法の改正により「指定老人訪問看護事業」として創設され、制度として誕生した。その基本方針は、老人の生活の質の確保に資する見地から、

老人の家庭における療養生活を支援し、その心身の機能の維持回復をめざすものでなければならぬとされている⁶⁾。新ゴールドプランでは1999年までに5,000カ所の訪問看護ステーションの設置を目標にしているが、現時点ではまだ3分の1が機能しているにすぎない⁷⁾。1997年現在、岡山県における訪問看護ステーションは22カ所であり、そのうちの76.2%は病院を基盤とするものである。これは全国の49.2%に比較して高く、岡山県においては医療機関が中心となって訪問看護

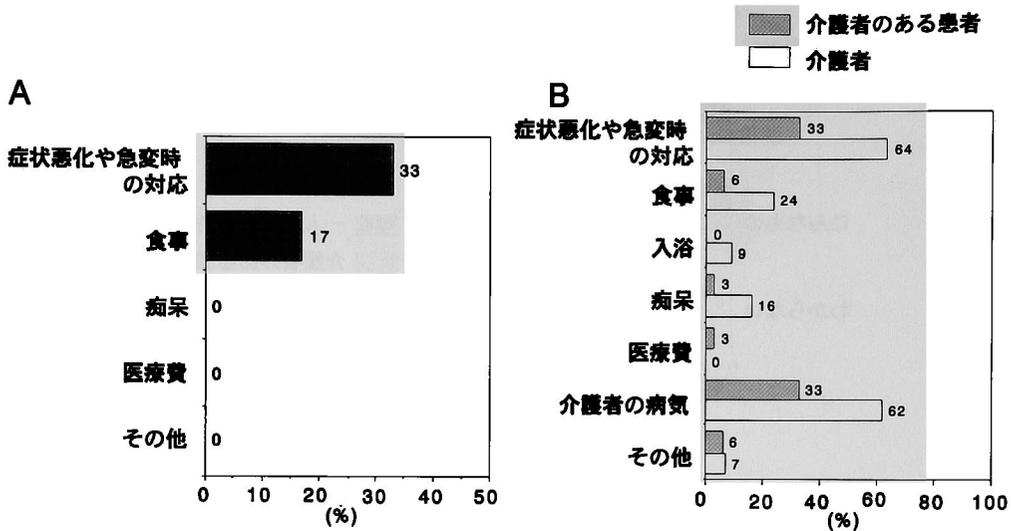


図7 将来不安なこと
 (A) 一人暮らしの患者
 (B) 介護者のある患者, 介護者

を実施している⁹⁾。今回調査を行ったC訪問看護ステーションも病院を基盤とする訪問看護ステーションであり、患者の49.3%が訪問看護開始前の状況としては病院に入院しており、退院後、継続して訪問看護を行っていた。病院を基盤とする訪問看護ステーションは、在宅医療開始前の入院、あるいは外来通院中からの患者の状況を把握しており、継続ケアができるという利点がある⁹⁾。また入院患者の中から在宅可能な患者を選出できたり、病院の資源を利用できるという点で、看護協会や地方公共団体など他の事業所を基盤とする訪問看護ステーションと異なっており、今後担う役割は大きいと考えられる。

C訪問看護ステーションから訪問看護を受けている患者の90%以上は複数の疾患を有して投薬を受けているが、脳血管障害による後遺症や、整形外科的疾患によってADLが低下し、外来通院が不可能な患者が大部分であり、訪問看護時に医療処置を必要としている人は少なく、バイタルサインの測定を除けば入浴などの介護が中心であった。C訪問看護ステーションの1カ月の延べ訪問件数は増加しており、対象患者数がほぼ一定であることと併せて考えると1件あたりの訪問回数が増加していることになる。し

かし、アンケート調査では訪問時間、回数とも短い、少ないという意見が認められた。自立度別に訪問回数を検討すると、自立度の低下につれて訪問回数は増え、また家族数が少なくなるにつれて回数が増える傾向があった。特に一人暮らしの患者はADLが保たれているにもかかわらず訪問回数が多く、介護者のいる患者では家族への負担が増えていると考えられる。

C訪問看護ステーションが訪問看護を行っている患者の34.4%は一人暮らし、または夫婦二人暮らしなどの高齢者だけの家庭であった。厚生省の「国民生活基礎調査」¹⁰⁾でも高齢者世帯の割合はほぼ同様の数値であり、ここ20年間、年々増加傾向にある。介護者の年齢は検討できなかったが、介護者が配偶者である夫婦二人暮らしの患者の平均年齢は75±10歳であった。全体の患者の平均年齢よりは低かったが、介護者は同様に高齢の配偶者であり、なかには自身が訪問看護を受けながら、よりADLの低い配偶者を介護しているという家庭も認められた。「現在不安に思っていること」では「介護者の病気」が多数を占め、高齢者のみの世帯では、介護者の病気などによって患者の在宅生活が不可能となることが予想された。

訪問看護ステーション以外の福祉サービスの利用としてデイサービス、ショートステイが高率であった。デイサービスは在宅の虚弱老人または寝たきり老人などに対して生活指導、日常動作訓練、健康チェック、介護教室などを行うのが基本事業であるが、その目的は機能訓練などを行い寝たきり老人を少しでも増やさないことである¹¹⁾。その他、通所サービスを利用することによって介護者の負担を一時的に軽減できるという利点がある。アンケート調査の結果からも介護者自身の問題で困っているという回答があり、デイサービス、ショートステイの利用がその解決の一端になる可能性が推察された。

訪問看護を終了して外来通院に復帰した患者は1名もなく、現在の訪問看護は「高齢者のターミナルケア」を担っていると考えられた。事実、終了理由においては死亡が最も多く、83.9%を占めていた。死因で最も多かったのが肺炎などの呼吸器疾患で、高齢者の看護においては呼吸器感染の予防、早期発見、治療が重要と考えられた。死亡場所としては病院が高率であった。佐伯ら¹²⁾の行った調査によると生前、死亡場所を希望している者の約9割が自宅での死亡を希望しているが、実際に自宅で死亡した者は33%となっており、この数値は年々、低下傾向にある。C訪問看護ステーションの患者の場合も、肺炎などの急性疾患の場合、訪問看護のみで治療するのは困難であり、実際には家族の要請などもあり、病院へ入院する場合がほとんどであった。しかし、死亡までの入院期間をみると、在宅での看護を行っていた患者は入院期間が短く、訪問看護ステーションの存在が社会的入院を減少させ、老人医療費抑制の要因になりうる可能性が推察された。

患者と介護者の現在の不安や困難については、患者で約30%、介護者で約60%は「症状悪化や急変時の対応」に不安を持っていた。C訪問看護ステーションでは、患者や家族からの電話連絡に24時間対応できるような体制をとっているが、実際には急変時の対応などの不安を感じている患者や介護者が多く認められた。安心感のある訪問看護を行うためには救急時に医師や看護婦が速やかに対応できる体制を作ることに加

えて、それらを患者や家族へ周知させることが重要と考えられた。また、患者のことは別に、介護者の生活の時間的制約や精神的・肉体的な疲れなどを負担に思っている介護者も約半数近くに認められた。老人介護による介護者の生活への影響については、患者のみならず介護者に対して肉体的・精神的支援が必要であると報告されている^{13,14)}。訪問看護全体に対する意見としては、満足という回答が多かったが、本アンケートは無記名・郵送法とはいえ実際に訪問している看護婦によって行われたことを考慮しなければならないであろう。

今回の調査結果からも、患者や介護者の状態は様々で、ニーズもそれぞれ異なっている。要援護者やその家族が社会生活を送る上で必要なニーズと、地域に散在しているさまざまな社会資源とを結びつけるケアマネジメントの導入が1994年の「新たな高齢者介護支援システムの構築を目指して」(高齢者介護・支援システム研究報告)以後重要視されている¹⁵⁾。現状の日本においては福祉施設などの社会資源が乏しく、患者や家族のニーズと社会資源を結びつけるのは困難であるという意見もあるが、今後、行政サービスの充実とともにケアマネジメントの必要性は増してくる¹⁵⁾と考えられる。C訪問看護ステーションは活動を始めて約1年と日が浅く、ケアマネジメントを行うために十分な患者の状態の評価、訪問看護のアセスメントがなされていない状況である。今回の調査で、患者の背景、訪問看護に対する意見を知ることができたので、今後はケアマネージャーの養成とともに医師、看護婦、理学療法士など在宅医療に関わるスタッフがそれぞれの役割を十分に果たせるよう協力し合い、画一的な看護ではなく、患者、介護者個々の意見、生活状況をふまえたより意義のある訪問看護を行って介護保険制度の発足に備えていく必要があると考えられる。

結 語

C訪問看護ステーションの訪問看護の実状について調査し、さらに訪問介護開始後の状況、現在の訪問看護に対する意見、現在の問題点などの内容について無記名、郵送法で調査を行っ

た。患者は高齢者が多く、多数の疾患を有していた。生活自立度は様々であったが、痴呆の無い患者が約半数であった。医療処置を受けている患者は少なく、介護的な要因が大きいと考えられた。訪問看護終了理由の大多数は死亡で、死因としては肺炎が最も多かった。また、介護者の高齢化、介護の女性への負担がうかがわれた。患者の症状悪化や急変時の対応に不安を持

っているものが多く、介護者自身の病気や、生活に時間がとれないなどの不安、困難を感じているものが多数認められた。

稿を終えるにあたり、今回の調査に際し、ご協力いただきました訪問看護ステーション「ちゃいむ」の福田順子、松本ますみさん他に深謝致します。

文 献

- 1) 国民衛生の動向 第3章「生命表」. 厚生指標 (1998) 臨時増刊45, 76-80.
- 2) 国民衛生の動向 第1編, 第1章 衛生, 経済と生活の動向. 厚生指標 (1998) 臨時増刊45, 7-13.
- 3) 植松治雄: 介護保険制度と医療. 公衆衛生 (1997) 61, 313-317.
- 4) 石塚正敏: 「寝たきり度」判定基準のできるまで. 公衆衛生 (1992) 56, 69-71.
- 5) 長谷川和夫, 井上勝也, 守屋国光: 老人の痴呆診査スケールの一検討. 精神医学 (1974) 16, 965-969.
- 6) 山崎摩耶: 訪問看護ステーション-訪問看護ステーション制度とは-. 全国訪問看護事業協会編; 第1版, 厚生科学研究所 (1995) p. 8-14.
- 7) 「在宅看護論」私論-家族に依存しない在宅看護をめざして-. 看護教育 (1997) 38, 98-104.
- 8) 岡山県看護協会, 訪問看護研究委員会: 岡山県における訪問看護実態調査報告書 (1996年12月)
- 9) Sachie Weeks: アメリカ・ホームケアの事情-よりよき明日への在宅ケアをめざして-. 講演会抄録 (1997年11月)
- 10) 保坂三男, 久保秀樹, 佐手英夫: 国民生活基礎調査の結果からみた高齢者世帯等の生活実態. 厚生指標 (1991) 38, 14-20.
- 11) 福祉関連キーワード-在宅福祉サービスを中心にして-. 医療経営情報 (1997) 80, 6-22.
- 12) 佐伯則英, 水上 孝, 宮藤雷太, 和久利誠, 野口広明, 中田 正: 高齢死亡者の生前の状態と介護の状況-平成7年度 人口動態社会経済面調査より-. 厚生指標 (1996) 43, 22-26.
- 13) 武田順子, 川村哲夫, 栄美貴子, 佐々木勝教, 佐藤正隆, 前田 明, 大友昭彦, 田中正敏: 老人介護に携わる介護者の現状と在宅介護サービス. 厚生指標 (1996) 44, 17-22.
- 14) 新名理恵, 矢富直美, 本間 昭: 痴呆性老人の在宅介護者の負担感とストレス症状の関係. 心身医 (1991) 32, 324-329.
- 15) 白澤亭政和: ケアマネジメントの基本的な考え方 (公的介護保険との関係を含めて). 訪問看護と介護 (1996) 1, 313-320.

Present status and problems of visiting nurse station

Yukari MIMURA^a, Hirofumi MAKINO^a, Youko OKA^b, Kimiko WATANABE^b

Hifumi KANAMI^c, Kazuhiko MORIWAKI^c, Eriko KATAYAMA^c, Hiromichi FUZIWARA^c

Takazi SADAKANE^c, Yoshiyuki SATOU^c, Ippei HAYASHI^c

Kamehiro SATOU^c and Toshio OGURA^d

^aDepartment of Medicine III

Okayama University Medical School

Okayama 700-8558, Japan

^bChime Visiting Nursing Service

^cSato Hospital and Health

^dMedical Center, Okayama University

(Director : Prof. H. Makino)

We investigated the current status of home nursing in our institution, and visiting nurses' station "chime", to clarify current problems and possible improvements in home care service. A large number of the subjects were aged, and had various diseases usually involving cerebrovascular disorder. Patients requiring medical treatment comprised less than half, and it was considered that support was strong in the current home nursing situation, particularly. We examined the age status of persons who looked after the patients, and the burden on women who provided care. Furthermore, problems with the present visit nursing system were evaluated by an anonymous questionnaire survey of patients and their attendants. Many of the subjects were worried or troubled about what to do about exacerbation or sudden changes of the patients' condition, the health of the caretakers, and the tight schedule of the caretakers' life. Based on the results of this questionnaire, we would like to improve the cooperation among members of the visiting nurse staff including doctors, and physiotherapists so that each of them may better play their roles and provide more appropriate nursing based on the wishes and needs of individual patients and their caretakers rather than those of the uniform service.