

【はじめに】

介護保険がはじまって今年で12年が経過した。要介護(支援)認定者数は、500万人強ともいわれている。そのうち、訪問看護の利用者は約18%といわれている。

先般、日本経済新聞の社説に訪問看護の介護保険と医療保険の併用のあり方が掲載されていたのは、記憶に新しい。厚生労働省は、2025年までに全国に9000か所の訪問看護の需要を掲げているが、伸び率は増加傾向にはない。

弊社では、8年間米国のOASISの元開発されたアセスメントツールを使用してきた。また、今年からはクラウドシステムを用いて訪問看護の質管理およびデータ分析を行ってきた。この度、それらから導き出された、結果を開示し、質管理についての報告を試みる機会を得た。

【調査期間】

2011年7月～2012年6月までの1年間

【対象者】

弊社の各ステーション4か所の総実患者430名

【結果・考察】

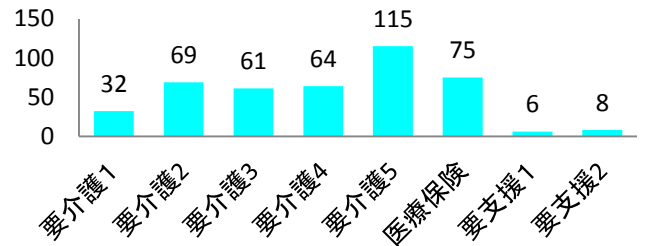
1、対象者属性について

1) 要介護(支援)度分類(医療保険を含む)

全国平均でも、要介護5の利用者に対しての訪問看護利用率が高いという結果が出ているが、弊社も同様である。最大の特徴は、次いで医療保険の利用者が高いといった点である。

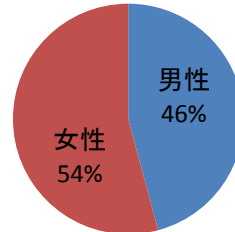
※医療保険対象の厚労大臣の定める疾患の利用者
介護認定を受けている場合は、介護度を優先

※概要については後述

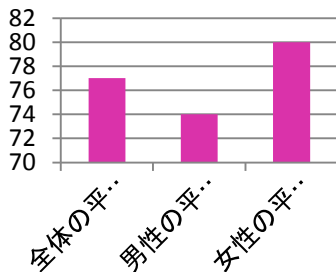


2) 性別分類

右記のグラフに示す通りの結果である。

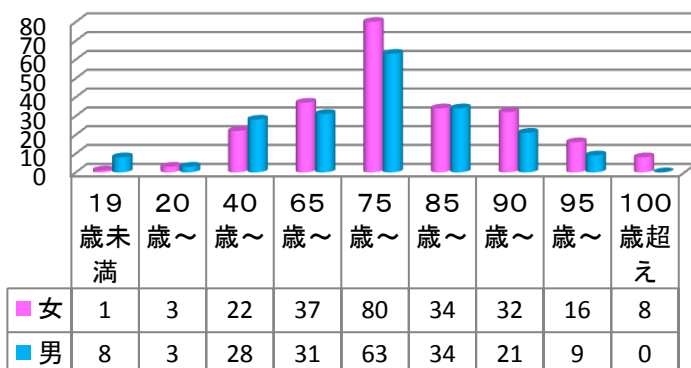


3) 年齢分類



左記のグラフは利用者の平均年齢。全性別の平均は77歳で内訳は、男性が74歳。女性が80歳であった。

下記のグラフは年代別の性別となる。男女ともに75歳から84歳までが最多であった。また、最低年齢は1歳で、最高年齢は、102歳と確認できた。



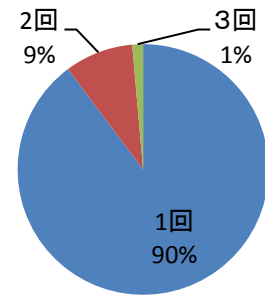
4) 契約回数別分類

契約回数とは、一旦、弊社の訪問看護サービスを何らかの転帰をもって終了したが、再度、必要に応じてサービス提供を行った利用者のことをいい、1回は、調査期間において

- ・その以前から
- ・その最中に サービスを提供した利用者。

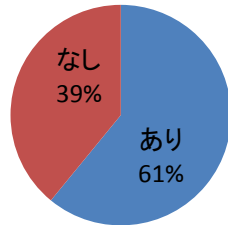
2回・3回は、調査期間において

- ・期間外にいったん終了していた
- ・期間内に一旦終了したが、再開した サービスを提供した利用者。



5) 緊急時訪問看護加算および24時間対応体制加算の分類

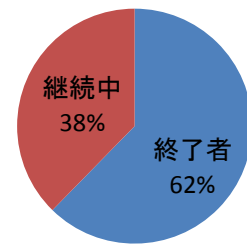
下記のグラフは訪問形態に関係なく(介護保険か医療保険か)同意の上、算定していた利用者の比率



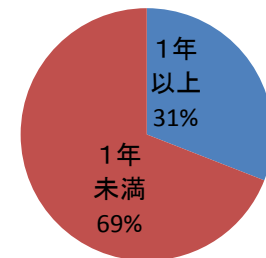
6) 訪問看護サービス提供期間における分類

(1) 左記のグラフは、2012年6月30日時点での利用者のサービス提供の状態をさす。

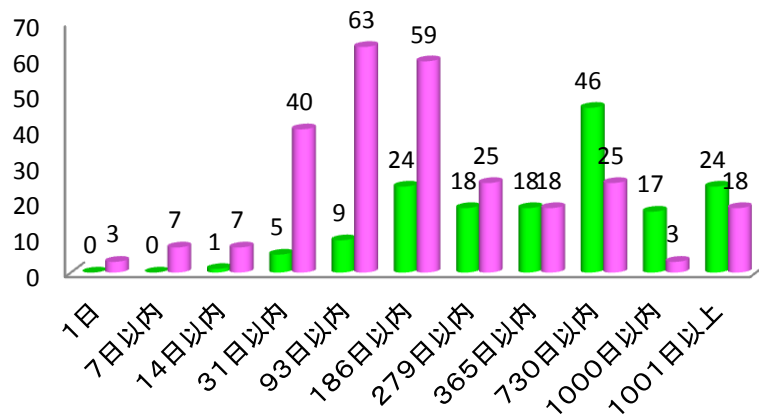
- 継続中: 2012年6月30日時点の利用者
- 終了者: 調査期間内に、サービス提供を1度でも受けたが、期末にはサービスを受けていない利用者



(2) もうひとつの左記のグラフは、期末時点でサービスを継続している状態の利用者の割合を示した。



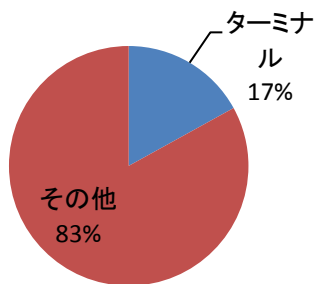
(3) 下記のグラフは、■ が期末時点での継続してサービスを提供している利用者数で、■ は期末時点で終了している利用者のサービス提供期間ごとの利用者数



7) 総実利用者430名のその他のさまざまな分類

(1) 下記のグラフはターミナル状態の利用者の比率

(訪問看護指示書にターミナルと表記のあるもの)



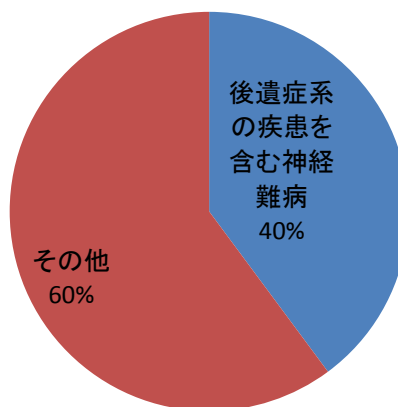
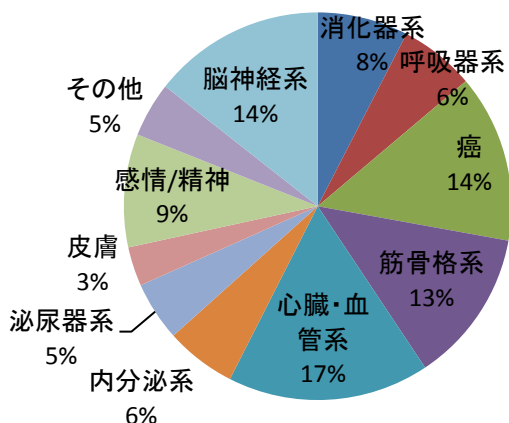
(2) 疾病分類

※ 左のグラフは総実利用者430名の訪問看護指示書に明記のあった疾病名(N=1070)の分類

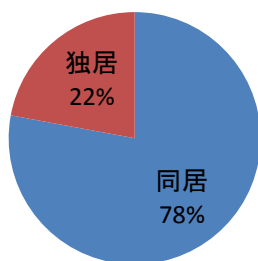
※ 右のグラフは先述した、調査期間末の時点の1年以上のサービス提供継続中の利用者の疾病で、これら疾病の訪問看護需要は今後ますます増加してくるだろう。

※ 左グラフの癌に関しては、そのステージに応じた分類はしていない。

※ 左グラフその他は脱水や感覚器系の疾病を総称した。右グラフはそれ以外の疾病をまとめて表示

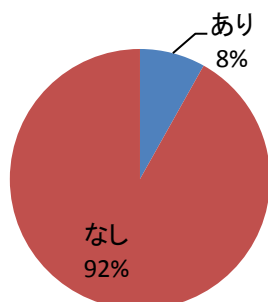


(3) 独居の有無



(4) 救急ケア受療率

※ 弊社でいう救急ケアとは？定期的な受診(訪問診療を含む)以外の受療すべてをさしている。



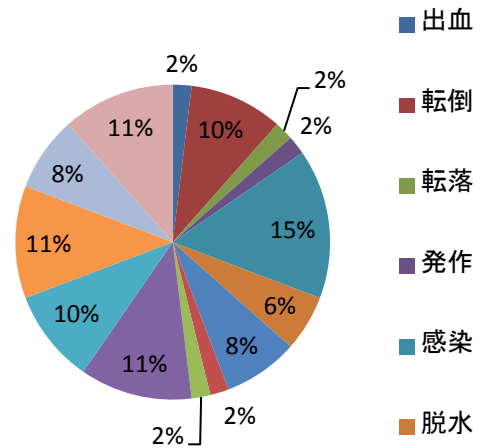
(重複あり)

(5) 救急ケアの内訳 (上記、8%の該当者の内訳)

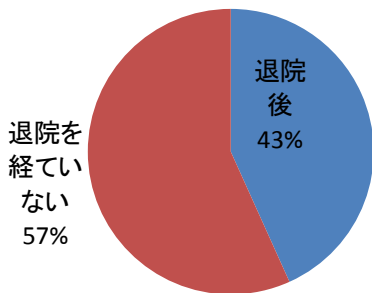
最多は感染で15%。
ここで扱う感染は、誤嚥性肺炎以外の肺炎
およびドレーン・チューブ類挿入者の感染
そして、原因不明の発熱も含む。

次いで11%は、呼吸器系障害(上記以外の
肺炎他)・泌尿器系障害・その他が含まれる。

さらに、10%は転倒(5名が該当で、うち骨折
に至ったのは1名)と心臓血管系障害であった



(6) 介入時点での入院履歴の有無



ここでいう、退院後とは、訪問看護介入開始日から
さかのぼって、14日以内に医療機関などから退院
してきた利用者をさす。

全利用者430名の43%は、約185名で4つの事業所
で平均すると、1事業所当たり月平均新規利用者
が約3.9名という確認ができた。

ここで、仮説として立証させておきたいことは、
このデータの示す優位性である。

そこで、本年3月に社団法人全国訪問看護事業協会主催の『診療報酬・介護報酬改定研修会』
の掲載資料で確認することができた。

N=728名で、ステーションの人員数を、4パターン(7.5人以上・7.5人未満・5人未満・3人未満)
別に、弊社とは異なり日数に規定はなかったが、同条件の1事業所あたりの月平均新規利用者数
が提示されている。

それによると、人員数7.5人以上の規模で1.7人が最大で表示されており、ついで以下規模順に
に0.8人、0.5人、0.3人となっている。

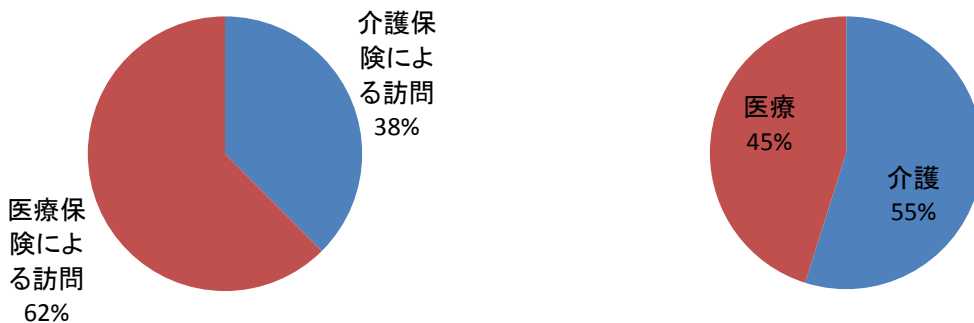
(出典: 老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所の基盤強化に関する調査研究事業報告書」
平成23年3月～)

2、訪問看護サービス提供状況について

1) 概要

調査期間中の全利用者430名の総訪問件数は、33,685件であった。

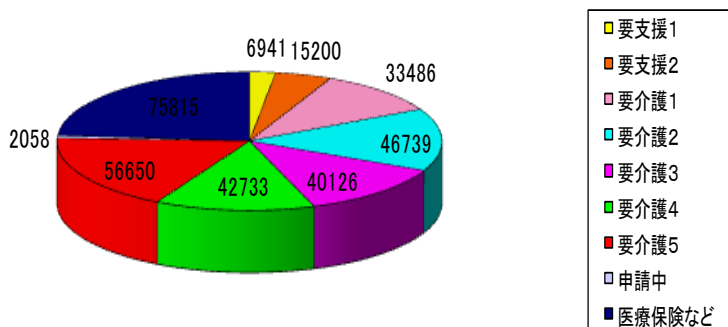
これら、利用者の保険別による訪問形態は以下の左のグラフになる。



一方、全利用者430名中、どちらの保険を使用して訪問したかの利用者数比率は上記右のグラフが
示すように、左グラフの訪問件数の保険別の比率と一致していないことが確認できた。

つぎに、すでに発表されている全国平均の利用者別要介護度分類を提示する。

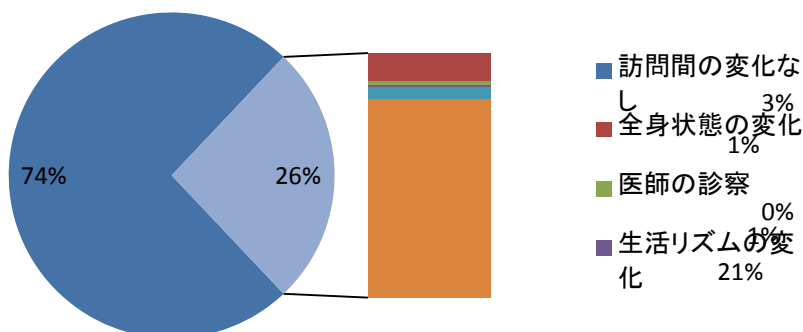
訪問看護利用者別要介護度等分類【N=319,748】
 (介護サービス施設・事業所調査・厚生労働省・2012・2・9公表)



これによると、医療保険の占める割合は約24%であり、弊社との乖離が確認できる。

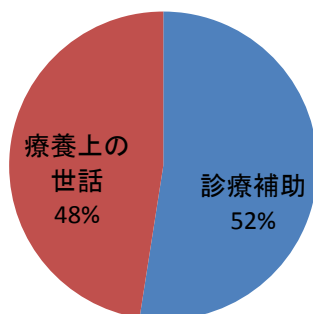
2) 訪問時の変化の状況

全33,685件の訪問時のご本人および介護者などから知り得た・または、観察できた前回の訪問以降の状態の変化は以下のグラフの結果を得た。全体の7割強は顕著な変化は認めていない。また、最多のその他変化とは、訪問日以外の医師からの指示(変更)内容や、介護者や本人からの電話連絡などをさす。

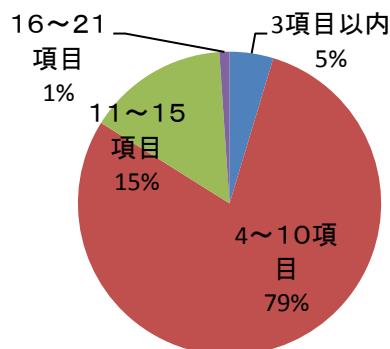


3) 実際の実施ケア内容について

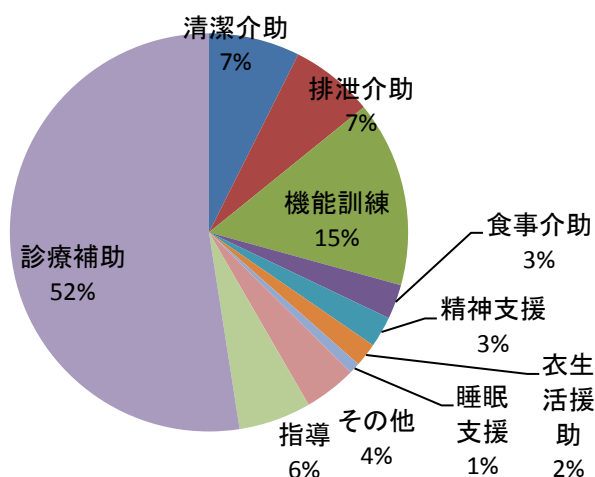
法的に定められている、看護師の2大業務である療養上の世話と診療補助の比率を下記グラフで確認してみると、以下の結果を得た。



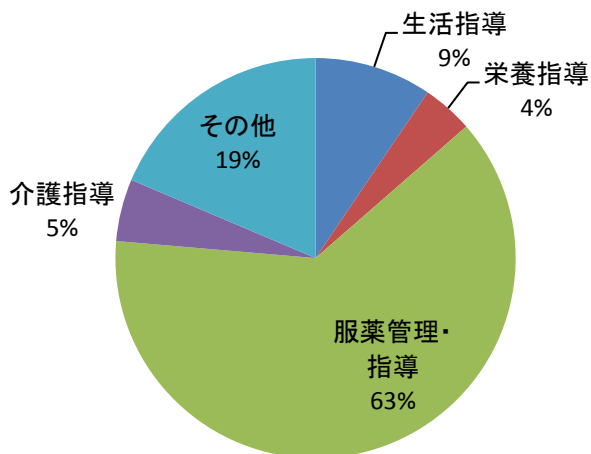
つぎに、1回の訪問で何項目のケアを実施・提供しているかを確認してみた。
 4～10項目の実施内容が79%と最多で、その中でも5項目を提供しているのが、全体の19%であった。



さらに、訪問時に看護師が実施している2大業務の内訳を確認していく。
 まずは、全体の47%を占めていた療養上の世話の内訳を確認。(下記グラフを参照)
 機能訓練(看護師・OT・PTすべて含む)が15%と最多で、ついで清潔介助(入浴・清拭・部分すべてを含む)と排泄介助(トイレ誘導・おむつ交換など)の順である。



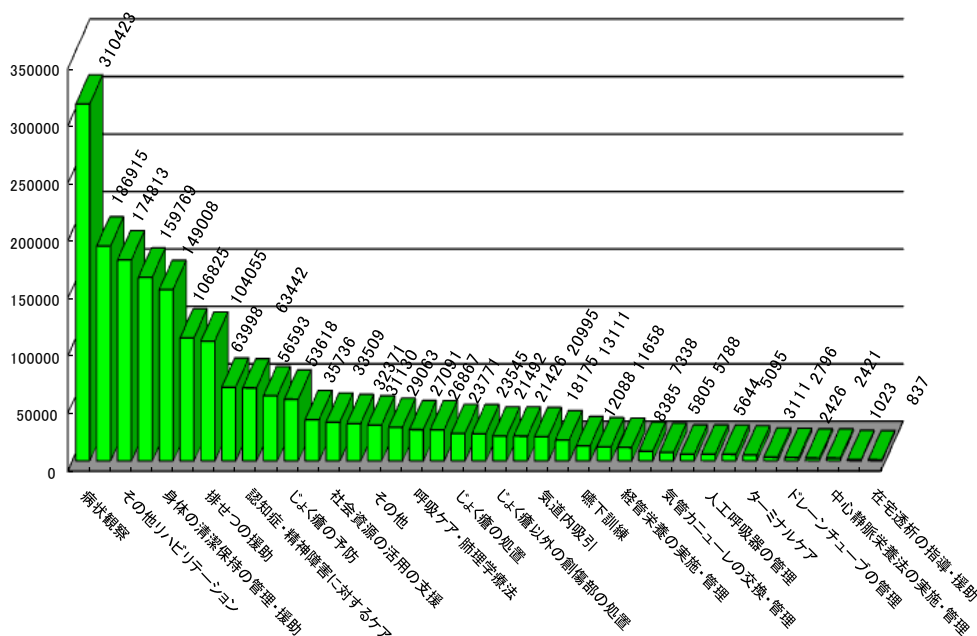
ついで多い指導(6%)の内訳を確認してみると、服薬管理指導が最多であることを知り得た。
 これは、如何に在宅において薬剤師の活躍がなされていないかを物語っているかも知れないという
 危惧を感じずにはいられない。



以下に参考までにすでに公表されているデータをグラフに置き換えたものを提示し、弊社との比較を検証していく。

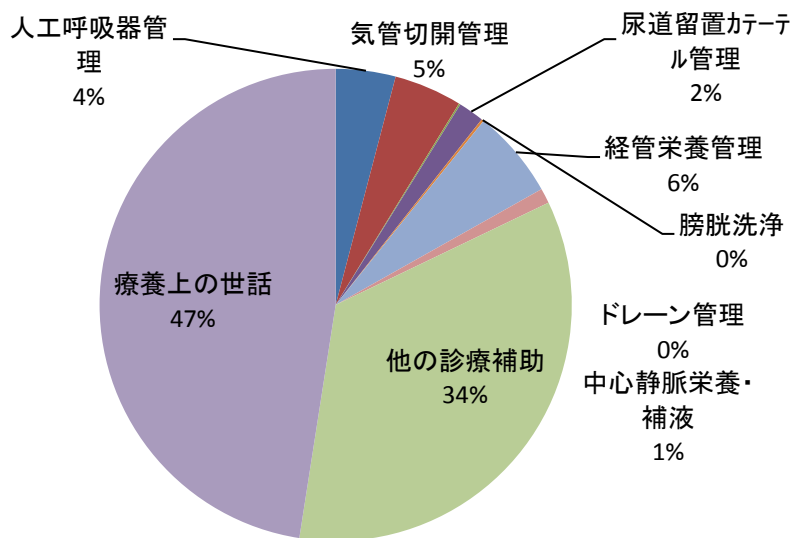
看護内容分類

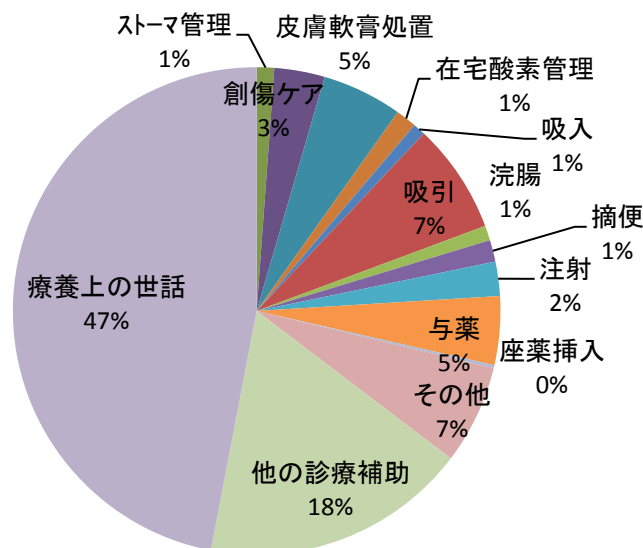
(介護サービス施設・事業所調査・2012. 2.9公表・厚労省)



つぎに、弊社全体の53%を占める診療補助業務に関する内訳を確認していく。ご存じのように、今年4月の診療・介護報酬のW改定において、医療保険で約20年間慣れ親しんできた重症者管理加算が名称変更され、介護保険と同様に『特別管理加算』となった。医療保険・介護保険共に足並みが揃い、2種類での算定が可能となったのを期に、内訳は2種類で表示してみた。

まずは、介護保険でいうところの特別管理加算Ⅰ：500単位に関して





先に提示した、厚労省のデータと比較すると、弊社は如何に多岐にわたる診療補助業務つまりは、国のいう『医療ニーズの高い利用者への対応の充実』に特化できているかが手前味噌ながら否定できない。

3、訪問看護サービスの終了(卒業)について

冒頭にも申し上げたように、弊社は米国に訪問看護の拠点を置き、そこを軸に派生した法人である。保険制度の事情は異なるが、米国の訪問看護はすでに、日本でいうところのDPC(診断群分類別包括制度)のようなものは採択されている。つまり、米国における訪問看護の利用者の大半は、いつまでも・永続的に訪問看護を受けることはできないのである。目標管理に基づく、確実に正確な訪問を行わなければ、事業者の存続にかかわる。と言っても過言ではない。これが、弊社使用のアセスメントツールの最後のページに『終了計画』にまつわるアセスメントが存在している所以である。

そこで、つぎにこの調査期間における、終了計画に関する報告を行っていくこととする。

1) 全実利用者430名の終了計画の立案状況

《用語定義》

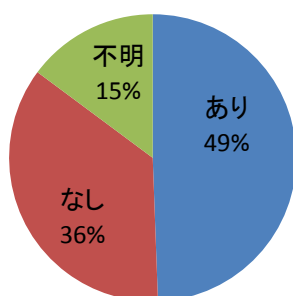
終了計画：訪問看護サービスによって受けているさまざまな医療ニーズに対して、ご自身またはご家族(介護者)によって担える(自立できる)か否かの相互意思決定の当面の内容

ありとは、ナースも本人(または家族)もが可能と考えている。

なしとは、ナースも本人(または家族)もが不可能と考えている。また、そのどちらか。

不明とは、その時点でナースも本人(または家族)もが決定できないでいる。

また、そのどちらか。



2) 調査期間末時点(2012年6月30日)での終了者の転帰の分類

※62%の終了している利用者の、終了計画のあり・なし・不明に関わらず、そのすべてを抽出。

《用語定義》

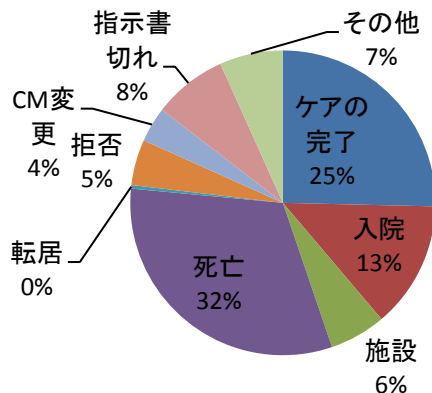
ケアの完了: 介入当初に立案した終了計画に基づき、利用者およびご家族と共に共有した到達目標が達成したための終了。ただし、サービス提供期間が3カ月以上の利用者に対してはその都度、修正・見直しがなされている。

指示書切れ: 入院などにより一時中断状態が長期化し、ついに訪問看護指示書の指示期間を超えた場合の終了。

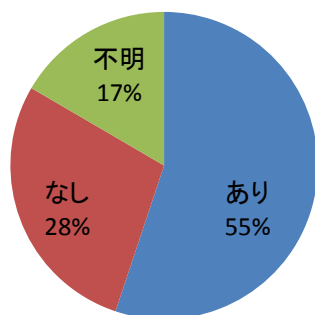
CM変更: 何らかの理由により、ケアマネジャーから弊社のサービス終了を依頼されての終了。

拒否: 利用者もしくはご家族からの申し出により終了。または、認知症などにより著しく介入が困難になった場合の終了。

転居・入院・施設・死亡に関しては定義割愛。



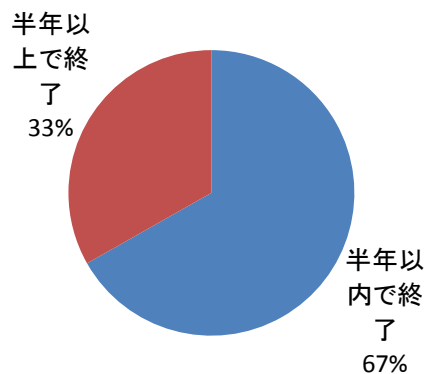
3) 総終了者の終了計画の立案状況



ここから考察できることは、『あり』と判断したが、転帰を確認するとありの妥当性は約45%程度。結果、『ケアの完了』以外の転帰を迎えている実態が確認できた。

4) 終了者のサービス提供期間

※ ここでは、先述の棒グラフの概略を円グラフにしてみた。



半年以内で終了した利用者の属性他のデータ分析を行ってみたが、これまで述べてきた全実利用者の結果との差異はほとんど認めなかった。

これは、これらが整えば自立に向けた働きかけが積極的に可能であるとの実証には至らなかった事を意味している。が、看護はナース一人ひとりの能力やスキルやセンスなどに裏付けされやすいことから標準化できるものの構築は最大の課題である。特に、訪問看護は臨床と違い、1対1で向き合う機会が非常に多い職種であるからなおさらである。