

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2015年度（後期）一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書

軽度要介護者への訪問看護の利用者による評価と

訪問看護師の支援要素の検討

—訪問看護の利用促進と介護予防の強化—

申請者：湯澤まさみ

所属機関・職名：静岡県立大学看護学部・客員共同研究員

所属機関の住所：静岡市駿河区小鹿 2-2-1

提出年月日：2017年3月29日

共同研究者：望月 愛子（訪問看護ステーションあい所長）
吉野 美雪（共立蒲原病院訪問看護ステーション所長）
望月 幸美（訪問看護ステーションけいあい所長）
今福 恵子（静岡県立大学看護学部講師）

目次

I. 研究の背景	1
II. 研究目的	2
III. 用語の定義	2
IV. 研究方法	2
1. 質的研究の選択	2
2. 対象者の選定	2
3. 調査方法	3
4. 信頼性・妥当性の確保	3
5. 研究における倫理的配慮	3
V. 結果	3
1. 調査対象者の概要	3
2. 利用者からみた訪問看護師の支援内容	4
3. 利用者による訪問看護の評価	7
4. 軽度要介護者への訪問看護師の支援要素	9
5. 軽度要介護者への訪問看護の利用促進の課題	12
VI. 考察	13
1. 軽度要介護者の訪問看護利用による評価	13
2. 軽度要介護者への訪問看護師の支援要素	15
3. 軽度要介護者への訪問看護利用促進の課題	15
VII. 今後に向けて	16
謝辞	17
文献	17
資料	18

I. 研究の背景

日本の介護保険は、軽度要介護者が在宅介護サービスを利用できる制度設計であり、その理念は介護予防と自立支援である。

専門家は、「介護保険の重度化要因には、慢性疾患等が影響しており、治療と予防を同時に行うことができる看護の支援は、効果的な介護予防に繋がる。」(辻, 2006)、「自立度の低下防止には生活習慣病対策と介護予防対策が極めて重要となる。」(秋山, 2008)と述べ、介護予防への取り組み方策を示している

そこで、国が、調査研究を実施して、「軽度要介護者への訪問看護は、在宅療養上の不安等の軽減に役立ち、潜在的ニーズは高い。」という結果を公表(厚生労働省, 2010)した。

看護白書においても、「訪問看護といえば、医療依存度の高い高齢者等への医療的処置が中心というのが一般的イメージであるが、本来の訪問看護はそれだけではない。慢性的の症状がある患者にとっては、その人が生活者として生きることであり、療養上の世話こそが基本的に重要であり、自立支援の機能を含めた訪問看護を強く期待する。」(辻, 2011)と、軽度要介護者への訪問看護を勧めているが、全国的に利用者は少なく一事業所当たりの利用者は数人である。(資料1)。

しかし、全国の自治体においては、介護予防の政策が重要課題として取り上げられ、多くの介護予防事業を展開して、実績等公表しているが、研究者は、介護予防を目的にした療養上のケアや診療の補助を行う「介護予防訪問看護」に関心を持っていた。

そうしたなか、訪問看護ステーションが地域包括支援センターから委託を受けて介護予防事業に取り組んだ結果、「医学的に自己管理の必要な高齢者に、個々の生活に沿って計画的に実践することで効果が上がると同時に、実施者側も新たな資質向上の刺激と達成感をもたらし、訪問看護師は日々多忙であるにも関わらず、軽度な住民にも関わっていききたいと意欲を持っている。」との報告(厚生労働省, 2011)がみられた。

これらのことから、地域において、軽度要介護者への訪問看護の利用を進め介護予防の強化を図りたいと考え、平成25年輕度要介護者への訪問看護の利用者の評価を明らかにすることを目的に、質的帰納的研究を実施し、「体を診てくれ安心できる」「健康管理に役立つ」等の評価を得た(湯澤ら, 2014)。翌年、訪問看護師の認識を探り訪問看護の利用促進に示唆を得ることを目的に、前年度と同様な方法により一事例研究を行った結果、「適切な対応で入院を回避」「医師等関係者の理解獲得」の示唆を得た(湯澤ら, 2015)。

そこで、本研究において、調査対象者の増加を図り、訪問看護の利用者の評価と訪問看護師の支援の要素を検討し、訪問看護の利用の促進による介護予防の強化を図りたいと考えた。

II. 研究目的

訪問看護を利用している軽度要介護者による訪問看護の評価と訪問看護師の支援要素を検討し、軽度要介護者の訪問看護の利用促進と介護予防の強化に寄与する。

III. 用語の定義：

軽度要介護者：介護保険制度に基づき訪問看護を利用している要支援1・2の者

訪問看護：訪問看護ステーションの訪問看護師が提供する訪問看護

利用者：軽度要介護者で訪問看護を利用している者

支援要素：訪問看護師が軽度要介護者に働きかける行為で重要と思う要素

IV. 研究方法

1. 質的研究の選択

軽度要介護者への訪問看護に関する調査研究は極めて少なく、訪問看護の利用者の評価や訪問看護師が支援する場合に必要な要素が明らかになっていない。そのため、質的帰納的分析方法を選択した。

2. 対象者の選定

1) 研究対象者

A県内B圏域のC市D市に位置する訪問看護ステーションにおいて、介護保険を利用する在宅療養者のうち軽度要介護者10名と、同ステーションに勤務する訪問看護師5名とした。

2) 研究対象者の選定方法

(1) 研究対象候補者の推薦の依頼：

B圏域訪問看護ステーション協議会に於いて研究の目的・方法等を説明し、推薦を依頼した。

(2) 研究対象候補者に同意を得る：

推薦を得た軽度要介護者及び訪問看護師に、説明書により説明し、同意書により同意を得た。

3) B圏域の特徴

B圏域は、A県が定めている8つの保健医療圏域の一つであり、人口約25万人訪問看護ステーション16ヶ所のC市と、人口約12万人訪問看護ステーション2ヶ所を有している。福祉関係施設は多いが、医師や看護師、在宅医療実施診療所など全国や県の平均より低い状況にある。

3. 調査方法

1) データ収集方法 : インタビューガイド (資料 3) に基づき調査対象者に、本人が希望したプライバシーが守られる個室で面接調査を実施した。面接時間は一人 30 分～40 分行い、申し出があった時は適宜休憩して実施した。

2) データ分析方法 : 質的帰納的に分析した。面接で得られた聞き取り内容を、対象者別に逐語録を作成し、逐語録から、それぞれのテーマに沿った意味ある文節を抜粋、類似している文節を集め、カテゴリー化した。カテゴリー化に際し、文献 (秋山ら,2016) も参考にした。

3) データ収集期間 : 平成 28 年 7 月～9 月

4. 信頼性・妥当性の確保

逐語録の内容を研究対象者に配布し、不明点の有無等の確認をとった。また、B 圏域の訪問看護ステーション協議会において、随時分析結果を提示し意見交換を行った。また、インタビューの内容や分析結果に関して、随時スーパーバイザーの助言を得て、信頼性・妥当性の確保に努めた。

5. 研究における倫理的配慮

調査開始前に静岡県立大学の臨床研究倫理審査会の承認を得て、これを遵守して実施した。(承認番号 28-5)

V. 結果

1. 調査対象者の概要

B 圏域の訪問看護利用者の状況について、介護度別内訳を表 1、傷病別内訳を表 2 に示す。軽度要介護者の利用者は全体の 8% 余で、主な傷病は慢性疾患と難病で約 8 割を占めていた。その中で、管理者から推薦を得た軽度要介護の利用者は 12 名、うち 10 名の利用者から同意が得られ 10 名全てを研究対象者とした。

10 名の調査対象者の概要を表 3 に示す。男女別では男性 3 名、女性 7 名、年代は 60 代 6 名、70 代 6 名、80 代 4 名、90 代 4 名、介護度は要支援 1 が 5 名・要支援 2 が 5 名、傷病名は慢性疾患 8 名、がん 2 名、訪問看護利用期間は最短 4 ヶ月最長 5 年、初回訪問後の入院歴を有する者は 3 名であった。訪問看護の利用のきっかけは、退院の機会に医師、看護師、MSW から勧められた者が 8 名、利用者が、直接訪問看護ステーションに依頼した者が 2 名であった。

調査対象の訪問看護師は 5 名で、年代は 40 代 2 名、50 代 3 名・訪問看護師の経験年数は 5～10 年 3 名、11 年以上 2 名、職位は所長 3 名スタッフ 2 名であった

表1 B圏域軽度要介護者の訪問看護利用状況（介護度別）（平成28年3月末）

区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
人数（名）	26	41	81	183	120	158	209	818
割合（％）	3.2	5	9.9	22.4	14.7	19.2	25.6	100

表2 B圏域軽度要介護者の訪問看護利用状況（傷病別）（平成28年3月末）

傷病名	慢性疾患	難病	精神疾患	がん	身体障害	終末期	計
人数（名）	518	107	10	93	77	13	818
割合（％）	63.3	13	1.3	11.4	9.5	1.5	100

表3 調査対象者の概要

	性別	年代	介護度（訪問看護開始時）	主傷病名	訪問看護利用期間	入院有無*
1	女性	70代	要支援1	慢性心不全・逆流性食道炎	2年1ヶ月	有
2	女性	60代	要支援2	病的肥満症・変形性股関節炎	2年11ヶ月	有
3	男性	80代	要支援2	COPD	3年1ヶ月	無
4	女性	80代	要支援1	円背褥瘡・がん	4年9ヶ月	無
5	女性	70代	要支援1	腰椎圧迫骨折・骨粗鬆症	1年3ヶ月	無
6	男性	90代	要支援2	腰部脊椎狭窄症・気管支喘息	4年10ヶ月	無
7	男性	80代	要支援1	完全房室ブロック・HOT	5年	有
8	女性	70代	要支援2	COPD	1年4ヶ月	無
9	女性	60代	要支援1	がん	4ヶ月	無
10	女性	70代	要支援2	慢性肝炎・DM	2年2ヵ月	無

*訪問看護開始後の入院

2. 利用者からみた訪問看護師の支援内容

逐語録を分析していった結果、利用者からみた訪問看護師の支援内容は【病状の観察と健康状態の確認】【医療への適切な対応】【清潔保持・看護処置】【服薬管理・リハビリ等日常生活改善指導】【療養者家族への支援】の5つのカテゴリーに分類された。以下、カテゴリー別に、サブカテゴリーを《 》で、コードを< >で示す。

【病状の観察と健康状態の確認】

《 身体の状態観察 》

<訪問するとすぐ熱や血圧と酸素を計って胸やおなかを診察してくれる><食事、尿、便、体重について聞いてくれる><30分の中で血圧や体温・脈などをみてる><胸とお腹に聴診器を当てて観てくれる><食事、睡眠とか便、痰の状態を聞いてくれる>

《 健康状態の判断 》

＜一週間の状況を一覧表で見たり聞いたりして、いいね、大丈夫だねと言ってくれる＞＜体のことを見たり聞いたりしながらいいねと判断をしてくれる＞＜血圧が高いと先週来た日の数値を言って、会話の中で大丈夫だと安心させてくれる＞＜傷の状態を電話で聞いてから訪問し、傷の状態をみてくれいいねと言ってくれる＞

《 受診状況の確認 》

＜病院に行った時の様子を聞いて日記に書いて確認してくれる＞＜血圧が高くて病院の記録も付けている。そういうのも看護師がみってくれる＞＜月 2 回しか看護師は来ないけど必ず医師のところの様子を聞いてくれる＞＜看護師は訪問時必ず医師に受診した時の様子を聞いてくれる＞

【 医療への適切な対応 】

《 かかりつけ医との橋渡し 》

＜看護師が医者に相談し、内服薬を処方してもらい、状態が改善した＞＜頭がなんとなく重たいと看護師に伝え、かかりつけ医の受診や検査の橋渡しをしてくれた＞＜血圧が改善し、看護師が医師に伝え薬を調整して貰った＞＜検査の結果で医師の説明のわからないことをわかりやすく説明してくれる＞

《 24 時間いつでも対応 》

＜24 時間対応の契約で、何時でも電話で何でも相談できる＞＜今年の正月、血圧を測りながら看護師に電話をして数値を確かめ大丈夫だった＞＜血液の薬を落として、困って夜中に電話して、意見を聞いたこともあった＞＜体の気になったことがあると、夜中でもすぐ相談でき、答えてくれる＞

《 入院の回避 》

＜以前は肺炎で入院を繰り返したが、最近は風邪もひかなくなった＞＜蜂窩織炎で高熱が出て足が赤く腫れて、看護師に手当てをしてもらい通院で直した＞＜看護師が医師に相談し、抗生物質と痛み止めで良くなり、入院はしないで済んだ＞＜嫁が看護師の様子を見ながら、私の体を理解し、早めの受診をすすめるので、最近は入院しない＞

【 清潔保持・看護処置 】

《 清潔保持・褥瘡処置の実施 》

＜風呂に入った時、足に腫物が判って看護師が早めに処置して治った＞＜酷かった褥瘡を処置して貰い治った＞＜冬はしもやけが傷になるので処置してもらおう＞＜薬の副作用で皮膚が傷つきやすいため、ガーゼが汚れてないかチェックする＞＜足を入れる容器を用意して、足浴してくれる＞

《 食事（栄養）管理・排泄に関する援助 》

＜肉は避けて野菜中心の食事でしたけど、タンパク質も大事だと指導を受けた＞＜炭水化

物は夜控えるようにして、甘いジュース類は飲まないようにしたほうがいいと言われた>
<塩分には気を付けるよう看護師がいろいろ教えてくれた><以前は便秘で時に浣腸もして
いたが、看護師に勧められた食品を半年ぐらい飲み改善した><ひどい下痢で相談した
ら、食べ物より薬の副作用と言われて助けて貰った>

【 服薬管理・リハビリ等日常生活改善指導 】

《 服薬の管理 》

<血圧の薬を忘れるため、特に薬の確認をしてくれる><かかりつけで貰った薬も中を調
べていろいろアドバイスしてくれる><薬が幾日頃までになくなるよと看護師が言ってく
れるから忘れない><薬を間違えないようわかりやすく分けてくれる>

《 リハビリで日常生活改善指導 》

<最初は散歩等できる状態じゃなかったが、少しずつ距離を伸ばしてくれた><リハビリ
呼吸の絵で看護師と一緒にやってくれる><呼吸リハビリ体操を毎日 5 回ずつ行いましょ
うって言ってくれる><手のリハビリと会話の練習をいつもしてくれる><看護師が来な
くてもリハビリは1日1度自分で必ずする>

《 療養環境整備・セルフケアの支援 》

<酸素の機械が廊下にあるのを見て、お勝手のごみを捨てに行ってくれる><クーラーや、
温度計、湿度計を看護師の指導を受けて設置した><体重計は定期的に乗って毎朝それを
記録している><看護師のアドバイスを受け、酸素の測定器を買って、部屋やベッドに取り
付けた><在宅酸素療法の管理というやり方も慣れ、自分でできるようになった><タ
オルを挟んでベッドに押し付ける仕方で膝を鍛える方法を教えてくれた><がん、認知症、
ホルモンの話、足や腰を強くする方法を教えてくれる><看護師から教わった足を高く上
げることを一生懸命やっている>

《 体調や生活の記録による支援 》

<血圧、体温、体重も、聞いてくれたことを体の記録にしてくれる><体重を測ってくれ
看護師が手帳に記入して注意してって言われる><毎日の様子を記録して、薬を忘れない
方法、吸入薬の使い方等いろいろ教えてもらった><がん、認知症、ホルモンの話を質問
すると教えてくれ、メモに残してくれた>

【 療養者家族への支援 】

《 退院直後の精神的支援 》

<病院から帰ってきた時が一番大変、不安で落ち着かない時、看護師に聞いてホッとした
><最初、本人より私が戸惑って寝不足で頭は朦朧、その時のアドバイスがほんとうに有
難かった><退院して私のほうが過敏になり過ぎ、看護師が大らかに受け止めてくれ精神
的な支えになった>

《 家族の健康管理の支援 》

＜夫も血圧を測って貰っている＞＜妻も一緒に酸素飽和度を測定してもらっている＞＜夫が脳梗塞の疑いがあり紹介状を書いてくれた＞＜家族もいつも一緒にいろいろ体のことを相談にのって貰っている＞

3. 利用者による訪問看護の評価

逐語録を分析した結果、利用者による訪問看護の評価は【安心・信頼できる】【体や健康についての意識向上】【介護保険・訪問看護に助けられる】【なんでも相談・励まされる】【家族と共に感謝している】の5つに分類された。以下、カテゴリー別に、サブカテゴリーを《 》で、コードを〈 〉で示す。

【 安心・信頼できる 】

《 定期的に体を観てくれ安心する 》

＜定期的に体を観てくれて、専門的で安心感がある＞＜一週間一遍は聴診器当てて全部観てくれ安心する＞＜体をみてくれ、安心するから訪問看護師が来るのを待っている＞＜看護師に身体のことを聞くと安心できる＞＜ヘルパーの支援より安心感がある＞＜調子が良いと思っても、高齢で肺疾患があり不安がある＞

《 専門的で信頼できる 》

＜看護師が専門的にリハビリをやってくれ早く回復できた＞＜ただ介護をしてもらうだけならこんなに良くならない＞＜分食も含めた食事療法や体力消耗に対するケアの方法が専門的である＞＜専門的で信頼している＞＜専門的な観察や処置もしてくれる＞

《 調べて報告・連絡 》

＜血圧がかなり高い時、医師に聞いてくると病院で調べてくれた＞＜わからないことは調べて報告してくれる＞＜電話で直ぐに報告してくれて信頼している＞＜いつでも深夜でもすぐ連絡してくれる＞

【 体や健康についての意識向上 】

《 自分の体や健康を意識できる 》

＜自分の体や健康のことを意識できるようになった＞＜体にこれがいいとか悪いと、何でも聞いて教えてもらっている＞＜体のために食事はいろいろ注意するようになった＞＜家の中でリハビリを自分でやるようになった＞＜教えてくれる一つ一つが新しいことになっていく、体のために頑張る＞＜外の同じような体の人の話をしてくれ勉強にもなるし励みになっている＞＜努力を重ねて良くなった＞＜本人も努力したがきっかけをつくってくれたのは看護師＞

《 受診の可否を考える 》

＜看護師がすることをみて、数値の意味を聞いて勉強した＞＜朝起きたら必ず血圧等を測って全部記録するようにした＞＜看護師に緊急の状態だけ伝えても困ると考え、酸素濃

度や血圧を連絡できるようになった><その程度だったらこちらで行きますからと看護師が判断して指示してくれた><今までは血圧等何も測定せず、すぐ病院に行った>

【 介護保険・訪問看護に助けられる 】

《 介護保険に助けられる 》

<お風呂は手すりを付けて、トイレはつかまり棒を立て介護保険を活用した><介護保険も最初は高いなと思ったが、今は良かったと思う><訪問料が安くて気の毒、お礼に見合っていないくて可哀そうと思う><都合で時間を変えたり中止しても融通をきかせてもらい助かっている>

《 訪問看護に助けられる 》

<家を訪問して貰え、病院と違ってゆったり相談でき、大変助かる><家族のように世話をしてもらった><病院の看護師は忙しく家族のような世話は期待できない><主治医には会えないが看護師は週1回必ずきてくれて助かる><ヘルパーは血圧測定や体を観ることができない>

【 なんでも相談・励まされる 】

《 不安を受け止めてくれる 》

<退院して戸惑い不安だらけの時看護師に相談して大変助かった><精神的に凄い助かっている><病気だと不安なことが多い><思ったことを話しても快く受け止めてくれ、その時間だけでも心が洗われる><言い分を聞きながら介護者の思いをさりげなく中に入れて不安を無くしてくれる>

《 励ましてくれる 》

<看護師が夫に接している「傾聴」の姿に学んで役にたった><看護師たちと気持ちが合っていて、皆が合合わせて励ましてくれる><細かい日常の些細なことでもいつでも相談できる><一生懸命応援して励ましてくれている><田舎も遠く知り合いも無く何となく不安だが、看護師が励ましてくれ助かる>

【 家族と共に感謝している 】

《 家族のことも気づかう 》

<夫のことも看護師たちが教えてくれるので感謝している><看護師に夫婦で励まされて、兄弟だって年取ってあてにならない><嫁の仕事のことも気にしてくれ訪問してくれる><本人の言い分を聞きながら介護者の思いをさりげなく取り入れ、気づかってくれる>

《 感謝している 》

<自分の体が駄目になって看護師にこんなに助けて貰えて有難い><子供と仕事で親の面倒をみられない娘が有難いと言う><看護師を通して外のいろいろの話題、空気が中に入ってくるので有難い><面倒な書類の記載を手伝ってくれる>

4. 軽度要介護者への訪問看護師の支援要素

逐語録を分析した結果、訪問看護師の支援要素は【病態・生活状況の継続的確認、指導】
【異常に気付く力・重度化の防止】【健康管理への実践的指導】【成果確認とサービスの適正化】【コミュニケーションの力】の5つに分類された。以下、カテゴリ別に、サブカテゴリーを《 》で、コードを〈 〉で示す。

【 病態・生活状況の継続的確認、指導 】

《 病態、生活状況の確認と指導 》

〈始めにバイタルサイン測定、次に全身状態の観察をする〉〈血圧、酸素濃度、肺音聴取や蠕動運動等体の状態を調べる〉〈医師の受診状態を確認しながら週1回訪問体調チェックをしている〉〈ペースメーカーの管理、病態を確認する〉〈薬の服用、酸素吸入がしっかりできているか確認している〉〈食事量を聞いて、塩辛い物、体重等の増加がないか確認している〉〈HDS-Rを定期的実施している〉〈前回からの生活上の出来事や事情を聞いている〉〈生活の中の問題となることを抽出してアドバイスをする〉

《 知識と技で病気を意識立てする 》

〈病識が無く自分でできると拒む〉〈体の事を聞かれるのを嫌がる方も多い〉〈病気の状態を一つ一つ特徴や特性について説明する〉〈病気を解って貰うため看護師としての基礎知識で応えている〉〈病気を看護師の目で見ると必要があると意識建てをする〉〈訪問介護と支援内容が違うことを説明する〉〈要支援の利用者は高いケア技術ばかりが必要ではない〉

《 医師・ケアマネジャー・スタッフと協同活動 》

〈受診に同席して内容を利用者に分かり易く伝える〉〈同席すると医師の指導内容を日々の看護にも生かすことができる〉〈発熱時には電話で病院の看護師を通して指導を受ける〉〈計画はケアマネジャーの意向に沿って立てて実践する〉〈ケアマネジャーに情報提供、足りない部分のケアプランを補充していく〉〈PTにも別に計画書がある。リハビリを主とした訪問看護で支援する〉〈PTは筋力低下防止のリハビリを進める〉

【 異常に気付く力・重度化の防止 】

《 観察、会話から異常に気づき、判断する 》

〈早期発見のため、痛み食欲体重減少とか良く観察する〉〈ペースメーカーの管理が必要で病状観察は重要です〉〈特に軽度の人には気づきが重要と思っている〉〈目に見えていないところが多く変化の捉えが難しい、観察力、判断力が必要になる〉〈なにげなく話をしている時も常に観察をする〉〈病状をきちんと聞き取れる、聞いてくと全然分かってないことが良く分かる〉〈気が付かなければすぐ30分が終わってしまう〉〈30分話しながら考えアセスメントする事が沢山ある〉

《 介護予防を意識し早期対応を図る 》

＜予防の方はケアすることより病気の早期発見が大切＞＜予防の方は健康チェックが重要＞＜異常の早期発見と必要なら受診を勧めて適切に対応する＞＜早めに訪問看護を始めて、要支援状態を維持していく＞

《 体調を整え廃用性を防ぎ入院を回避する 》

＜病状をきちんと聞き取り、体調を整えるようにアドバイスする＞＜薬の管理以外の健康管理のアドバイスをする人が多い＞＜廃用性にせず状態を悪くしないことが大切＞＜鬱で落ち込んでいると判った場合経過を見る、必要ならデイサービスに繋ぐ＞＜閉じこもりが心配の場合、訪問看護を余分に入れ工夫する＞＜病状等の悪化や骨折での入院等しないように注意する＞

《 医師との緊密な連携で重度化を防止する 》

＜状態の変化や悪化がある時、早めに主治医の受診に繋げる＞＜酸素飽和度が急に変わった場合は、直接医師に報告する＞＜本人以外家族にも説明して早期受診をしていく＞＜医師と連携は密にと思うが多忙で難しいこともあり、カルテを取り寄せ内容を読む場合もある＞

【 成果確認とサービスの適正化 】

《 具体的目標設定と成果を確認する 》

＜医師の指示に基づき具体的な計画・目標を設定し実践する＞＜看護計画は大きく変えないが、支援内容は少しずつ変えている＞＜入浴では利用者がつま先まで洗えれば訪問看護は終了と決めて始める＞＜当初の目標体重に向けて、徐々に体重も減って成果が表れた＞＜成果がだんだん年月を重ねるうちにでてきた＞＜最初はサチュレーション管理もできず、徐々に指導した結果、自分でできるようになった＞

《 サービス向上で介護予防を図る 》

＜内服管理に加えて呼吸リハビリの支援を始めた＞＜酸素が管理されたということで時間を削減できた＞＜褥瘡ケアマネジャーと相談してマットレス交換で予防するようにした＞＜本人の希望に沿って、ナースが付き添い屋外歩行でリハビリをしている＞

《 資源活用で介護給付の低下に努める 》

＜受診の際併設のプールを利用するよう勧めた＞＜PTのリハビリを少しずつ減らして、看護師のリハビリを増やした＞＜要支援 2 になり限度額が決められている中でいろいろ工夫した＞＜ベッドの高さも電動から自分のものに変えた＞＜要支援になり福祉用具も少し削ることが可能になった＞＜福祉用具も活用して自力で入浴が可能になり、訪問時間も減り、相談に力を入れられるようになった＞

【健康管理への実践的指導】

《 健康管理に具体的な実践・指導 》

＜看護師としては普段の健康管理の指導が重要＞＜食事も自分で作るので塩分のことを指導する＞＜酸素モニターのオキシメーターを買って貰い指導した＞＜部屋の湿度 55～65%と数字で理解してもらった＞＜ベッドにタッチアップをつけ、この機種のがこれが良いと情報提供する＞＜健康で毎日を送るための生活支援が重要＞

《 相談機能を発揮する 》

＜30 分の支援、会話での生活相談に対応する＞＜要支援になっても訪問、相談にのって欲しいと希望された＞＜排便コントロールに内服の仕方等の相談に応じている＞＜訪問以外にも、時々電話対応で、相談に応じている＞

《 利用者の意思の尊重とセルフケアの支援 》

＜利用者は本人なりに健康チェックをして気を付けている＞＜本人がいない所で家族に血圧や体重等確認することにしてしている＞＜利用者の前向きな姿勢が功を奏し、家での生活では本人の努力は大きい＞＜行った時だけで終わりではなく、続けて貰わないと意味がない＞＜看護師がいろいろやり過ぎず、自立支援・自己管理ができるように支援する＞

《 利用者家族の健康管理 》

＜介護者の健康状態にも注意し看護計画を立てている＞＜血圧を一緒に計って、介護者の健康相談も行う＞＜家族の状況に応じて、受診を勧めてみる＞＜訪問の都度、家族から多くの質問がある＞＜家族が納得できるようコミュニケーション力を高めて対応する＞＜わかりやすい言葉を使い家族も深く良く理解ができるように助言する＞

【コミュニケーションの力】

《 短時間に聞き伝える技術が必要 》

＜軽度の方の場合は、コミュニケーションが上手であること＞＜ADL が自立していて、話をする場面が多い＞＜コミュニケーションを通してのアセスメント力が必要＞＜相手から質問されることも多い、納得しないと試行錯誤しても上手くいかない＞＜目にみえないことも多く 30分で聞いたり伝えたりする技術が必要である＞＜ケアに追われるより聞いたり伝えたりする技術の方が難しい＞

《 困っている事を上手く引き出す 》

＜困っていることはないかとか聞き出すことが多い＞＜話の中で困っている事を上手く引き出したりする＞＜利用者はプライドがあり傷付けず失礼にならないよう聞き出す＞＜短時間に納得できるようコミュニケーション力を高め対応する＞

《 相談できる人間関係づくり 》

＜本人を知り良き理解者になり、相談できるような関係づくり＞＜信頼関係を築く、信頼関係ってすごく大切である＞＜コミュニケーション力も含め人間性が求められる＞＜人間として知識も教養も必要＞＜先輩の人と相対して話をする人が多い＞

5. 軽度要介護者への訪問看護の利用促進の課題

逐語録を分析した結果、軽度要介護者への訪問看護利用促進の課題は【訪問看護の周知の不足】【訪問看護の啓発の不足】【訪問看護機能に関する認識の不足】【訪問看護に病識・コストの壁】の4つに分類された。以下、カテゴリー別に、サブカテゴリーを《 》で、コードを〈 〉で示す。

【訪問看護の周知の不足】

《 訪問看護が一般に知られていない 》

〈一般に訪問看護を知らない〉〈訪問看護ってという言葉自体を知らない〉〈介護申請されて良いと思う方も申請されない〉

《 地域に向けて周知活動が不足している 》

〈自発的に軽度者が訪問看護の利用を依頼することはない〉〈地域的に周知不足の問題がある、普及活動が広がっていくと良い〉〈訪問看護の理解に対する発信が少ない〉〈PR不足がある〉〈冊子も必要になった人しか見てくれない〉〈私達がしっかりと伝える力を持って伝えていく〉〈家族は、訪問看護の利用より、デイサービスを利用したほうが心配ないと考える〉

【 訪問看護の啓発の不足 】

《 訪問看護導入時期が理解されていない 》

〈地域ケア会議でどのタイミングで訪問看護を入れていいか分からないと質問される〉〈訪問看護サービスが理解されていない〉〈もっと早期のうちに入らせていただいて、訪問看護は健康チェックができると発信していく〉〈重症の人だけに訪問看護が入るのではないと伝える〉〈利用者が話ができる間に信頼関係を築いて支援したい〉

《 軽度者への訪問目的・役割が理解されていない 》

〈要介護者にならずにいられることを発信する必要がある〉〈軽度の方は悪化しないように少しの異常に早く気づき支援すると知らせる〉〈悪くなる手前に早く気づくという訪問看護の役割がわからない〉〈早めに生活の指導ができたり助言ができることを知らない〉〈必要に応じて病院につないだり・予防的な関わりができることを知らない〉

【訪問看護機能に関する認識の不足】

《 医師や福祉職の認識に不足がある 》

〈特に医師の訪問看護の理解が欲しい〉〈医師は医療依存度の高いケースでなければ訪問看護の必要がないと思っている〉〈医師は介護度ではなく体調の良い悪いで判断する〉〈内服管理が適切でない高齢者に導入されない〉〈薬のことを上手に聞き取れない、利用者や患者も飲んだふりして、多量の薬が処方される〉〈認知症、がん、難病等元気な時に訪問し、将来どうしたいか確認しておきたい〉〈福祉系の方は看護師が予防的関わりをする認識がない〉〈ケアマネジャーに福祉職の人が多く利用が少ないのではないかと〉

《 ケアマネジャーの看護機能の認識に不足がある 》

＜ケアマネジャーは健康状態の確認では必要としない＞＜介護度がアップしている利用者が多い＞＜看護師の健康管理という重要な働きを認識されていない＞＜健康管理でどう悪化させないかが重要であるが認識されていない＞＜医療的なニーズがないため訪問看護よりデイサービスを導入されてしまう＞＜ケアマネジャーに清拭もしてくれるのかと聞かれる＞＜訪問看護師は清拭しながら、異常や関節可動域等の観察もすると説明する＞

《 退院時の継続看護への対応に問題がある 》

＜要支援の人は殆ど訪問看護では対応せず、リハビリを使う場合がある＞＜病診連携が全員対象ではなく、必要と判断された人のみ退院カンファレンスをしている＞＜看護師が一度家庭訪問し必要に応じて継続するしくみがあると良い＞＜一度家庭に入ると訪問看護の必要性が判る＞＜人工透析や繰り返し入院する人等はニーズが高いはず＞

【 病識・コストの壁 】

《 利用者の病識・コストの壁 》

＜要支援の方は自分のことがある程度でき、今の生活が維持できればいいと思っている＞＜病気を持っていても今自分のことができれば看護師はいらないと考える＞＜日常生活のことなので生活援助のホームヘルパーでいいと思っている＞＜訪問看護はコスト的に高い設定であるが、それを理解してもらうことが大事＞

《 介護保険の支給限度額に起因 》

＜介護保険の限度額が低いことが一番の要因だと思う＞＜要支援は限度額が少なく訪問看護の導入でオーバーする＞＜区分支給額が早期の訪問看護に結びつかない＞＜ケアマネジャーは支給限度額を超えないプランニングをする＞

VI. 考察

軽度要介護者への「訪問看護」が、介護保険の理念である介護予防と自立支援に役立ち利用者の評価を得ているという先の研究結果を踏まえて、今般、研究対象者を増やし、利用者の評価に関しては、支援状況や内容を含めた評価、訪問看護師の看護の実践において重要と思う要素、訪問看護の利用促進のための課題を探った。その結果について考察する。

1. 軽度要介護者の訪問看護利用による評価

1) 在宅療養支援の状況から

B圏域における軽度要介護の訪問看護の利用者は介護保険利用者全体の10%未満であり、増加していない(資料3)。傷病名は、10名の殆どが慢性疾患や生活習慣病に起因したものであった。介護度と訪問看護の利用期間・入院歴から考えると、要支援1の利用者4名(利用期間4ヶ月除く)について訪問看護の平均利用期間3年3ヶ月で

訪問看護開始後入院した者 2 名、要支援 2 の 5 名については平均利用期間 2 年 8 ヶ月で訪問看護開始後入院した者 1 名であった。このことから、慢性疾患等の在宅療養者に対する訪問看護が、介護保険の更新期を過ぎても要介護にならずに済み、介護予防に繋がっていると考えられる。

訪問看護の利用のきっかけは、医師・看護師・MSWからの勧めが 8 名等であり、ケアマネジャーから直接勧められた者はいなく、今後の重要な課題と考える。

2) 利用者への支援内容から

訪問看護ステーションで行われる看護サービス内容（秋山，2016）のうち、カテーテル管理やターミナルケアを除いた各種のサービスが行われていた。即ち本人に対する継続的な病状観察や確認、いつでも相談に応じて医療へ適切に対応、服薬や食事（栄養）の管理、褥瘡予防への対処、リハビリテーションの実施に加えて療養環境の整備、健康や生活の記録を活用した支援、家族に対しての退院直後の精神的支援が行われていた。

これらのことから、慢性疾患抱えている高齢者等に対して、医師の指示に基づきながらも、利用者の状況に応じて定期的に家庭を訪問し、利用者のニーズや、家族の状況に応じて、幅広く看護が実践されていると考えられた。

3) 利用者の評価から

先の研究で得られた「体を診てくれ安心する」「健康管理に役立つ」等の評価に加えて、新たに【**体や健康についての意識向上**】との評価が得られた。利用者は、日常生活自立度判定基準において「生活自立」であり慢性疾患を持ちながらも病識が少ない人々である。しかし、日頃の観察や医療的処置、緊急時の対応等に専門性を認め、訪問看護を利用することで健康を意識し自ら健康づくりに取り組んでいること、病院の受診が頻繁な利用者が、訪問看護の継続的な支援を得るなかで、適時適切に受診の要否を考えられるようになり、訪問看護が介護保険に貢献していると考えられた。また、「訪問の都度、看護師の支援する内容等いろいろ見て聞いて勉強した」という利用者や家族の声に、看護の「教育的機能」が発揮されていると考えられた。

また【**介護保険・訪問看護に助けられる**】という評価もされたが、これは、訪問看護が、病院での看護と違い利用者の日常生活の細かい相談に役立っていること、ホームヘルパーのサービスと違う役割や費用についても理解して訪問看護を継続して利用している表れと考える。更に【**なんでも相談・励まされる**】は、健康に不安を持ちながらも相談する知り合いも無い高齢者が、訪問看護を利用することによって訪問看護師に励まされ、健康的自立的な生活が継続できていると考えられた。これは、（竹下他，2013）の研究で述べている「訪問看護利用者が、訪問看護に期待する役割の中で最も多かったことは、相談・話し相手が欲しいことであった。」ことに繋がる。

2. 軽度要介護者への訪問看護師の支援要素

先の事例研究では、訪問看護師の支援の要素として「適切な対応で入院を回避」することや、「医師等関係者の理解獲得」が挙げられ、今回の調査においては、【病態・生活状況の継続的確認、指導】【異常に気付く力・重度化の防止】【健康管理への実践的指導】【成果確認とサービスの適正化】【コミュニケーションの力】が抽出された。

訪問看護師は、まず、病態や生活指導を継続的に実施し、ケアの少ない要介護者に対しては、観察や会話から身体の異常に早く気づき、体調を整えていながら、廃用性を防ぐとともに、緊急的状況に適切に対処して入院を回避し重度化させないことが重要と挙げているが、このことは先の事例研究の結果と同様であった。

今回新たに抽出された【成果確認とサービスの適正化】は、医師やケアマネジャーから示される支援目標を共有しながら、利用者毎の具体的な看護目標を立て、成果を確認していくと共に、個々に適したサービスを導入して、介護保険の適正化に努めていることであり、訪問看護師が、社会保障制度に意を用いて利用者の支援に対応している現れと考えられた。

また、【コミュニケーションの力】については、軽度要介護者は、状態観察・健康判断等会話を通して行う場合も多く、短時間で聞いたり伝えたりする技術、コミュニケーションを通してのアセスメント力も求められる。その上、利用者は高齢者が多く、人生経験豊富な利用者への尊重した姿勢を持ちながら、何でも相談できる信頼関係づくりを支援要素としていた。

3. 軽度要介護者への訪問看護利用促進の課題

訪問看護の逐語録から、訪問看護利用促進の課題は【訪問看護の周知の不足】【訪問看護の啓発の不足】【訪問看護機能の認識の不足】【訪問看護に病識・コストの壁】が抽出された。まず、一般住民が訪問看護を知らないことや訪問看護師の住民へのPR不足等周知の不足があること、訪問看護には利用者の健康管理というサービスが有ることを住民や医師・福祉関係者の理解されていないなど啓発の不足があることが挙げられた。

特に、「訪問看護機能の認識の不足」では、ケアマネジャーが、訪問看護を導入する事例は介護度が重い事例が多く、看護の機能・働きを認識していないため、軽度要介護者への訪問看護の利用がすすまない一要因となっている。また病診連携において、医療処置等が必要と判断され退院カンファレンスをしている現状から、軽度要介護者への訪問看護が少ないと訪問看護師は指摘している。

この認識に関する問題は、(松田, 2017)の「自治体のレセプトの分析結果から、訪問看護の提供量が少なく、ニーズに応じたサービスが提供されていない可能性が示され、要因の一つとして看護サービスの持つ予防的役割が在宅ケアの中心となるケアマネジャーに理解されていない」との指摘に通ずるものであり、今後の課題である。

また、【訪問看護に病識・コストの壁】では、訪問看護師から、利用者は病識がない

ため訪問介護で良いとしていることや、介護保険の支給限度額が低いため早期の訪問看護導入にならないと指摘されている。これは、訪問看護を導入できない例として発表している内容（日本介護支援専門員協会，2013）と類似していた。即ち、利用者や家族が身体状況を正しく認識できていない、訪問介護と比較して単価が高い、医師等専門職が訪問看護の必要性を認識していない等である。

今後、一般住民に対して、日々訪問看護についての意義や具体的内容等周知をしていくことが重要であり、特に、訪問看護師が強く望んでいる医師の理解、ケアプランを立案するケアマネジャーの理解を進めることは喫急の課題と考えた。

Ⅶ. 今後に向けて

看護師は、保健医療福祉の他の専門職に比べ、看護の特質である 24 時間を通し、療養者に最も身近にかかわることができる専門職であり、地域や心身の特性を踏まえ個別的に、日常生活全般にわたる支援で対応しなければならない職種である（坂本，2016）。

今回の研究において、身近の地域・家庭で生活する軽度要介護者と訪問看護師から、訪問看護を進めるための多くの示唆を得ることができた。

現在、研究結果を生かし、軽度要介護者への訪問看護の利用を進めるための啓発用リーフレットを作成している。これは、訪問看護アクションプラン 2025（訪問看護推進連携会議，2015）が目指している「訪問看護ステーションの地域偏在をなくす」「訪問看護の機能拡大による予防活動や相談活動を強化する」等 B 圏域の進展に期待できるものと思っている。

高齢化はますます進み、病気をもちながらも自立した生活が自宅で継続でき、要介護にならないための取組みは、今まで以上に強化していかなければならない。

今後は、今般の研究において指摘された「慢性疾患等を有して退院していく療養者への訪問看護が限られた対象者に行われている現状」に着目し、退院後の訪問看護師の家庭訪問が普遍的に行われ、社会保障費の削減にも寄与できるような研究を行っていきたいと考えている。

（学会等公表計画）

- ・ 日本看護協会在宅看護学会 県看護協会看護学会
- ・ 日本在宅看護学会 せいれい看護学会
- ・ 圏域医師会及び介護支援専門員協議会等

謝辞

本研究において、ご多忙な中、快く研究にご協力頂き、利用者様のお宅の訪問に同行し、貴重なご経験やご意見をお話し下さいました訪問看護師の皆様、また、多くの訪問看護のご利用者様に心より感謝申し上げます。また、B圏域の訪問看護ステーションの関係者の皆様の多大なご協力に感謝申し上げます。

本研究は「2015年度一般公募（後期）公益財団法人在宅医療助成勇美財団」の助成を受けて行われました。

文献

- 秋山弘子:特集 長寿時代の科学と社会の構想 月刊「科学」,2008
- 秋山正子他: 系統看護学講座統合分野在宅看護論 第9版第1刷, 医学書院,2016
- 公益社団法人日本看護協会, 公益財団法人日本訪問看護財団, 一般社団法人全国訪問看護事業協会:訪問看護アクションプラン 2025~2025年を目指した訪問看護~, 2016
- 厚生労働省: 訪問看護利用促進モデル事業, 日本訪問看護振興財団, 2010
- 厚生労働省: 介護予防の円滑実施・地域包括支援センター支援に関する調査研究事業 日本訪問看護振興財団, 2011
- 松田晋也: 教育講演 データから読み解く少子高齢化時代の在宅看護のあり方, 日本在宅看護学会誌:7-11, 2017
- 日本介護支援専門員協会: 介護予防の円滑実施・地域包括支援センター支援に関する調査研究事業, 一般社団法人日本介護支援専門員協会, 2013
- 坂本すが: 地域包括ケアシステム構築に向けて一看護職が担う役割と価値一, 看護白書 平成26年度版, 日本看護協会, 2011
- 坂本すが: 看護に生かす基準・指針・ガイドライン集 2016, 公益社団法人日本看護協会 編, 平成28年3月
- 竹下さゆり, 小野靖子:訪問看護利用者が訪問看護に期待する役割, 日本在宅看護学会誌, 2(1):136, 2013
- 辻 一郎:介護予防のねらいと戦略」社会保険研究所, 2006
- 辻 哲夫:超高齢者社会における訪問看護の展望, 看護白書平成23年度版, 日本看護協会, 2011
- 湯澤まさみ, 望月愛子, 渡辺初美:軽度要介護者への訪問看護活動の内容と利用者の評価, せいいい看護学会誌, 5(1):24, 2014
- 湯澤まさみ, 望月愛子:軽度要介護者への「訪問看護」利用促進についての検討, 一高齢で慢性心疾患を有する患者の1事例を通して一日本在宅看護学会誌, 4(1):82, 2015

資料 1. 全国の軽度要介護者の訪問看護利用状況

訪問看護ステーション利用状況（各年 9 月末） 参考：厚生労働省

平成 19 年	利用者数	要支援 1	要支援 2
	222, 202 (人)	2.4 %	5.6 %
平成 25 年	利用者数	要支援 2	要支援 2
	244, 386 (人)	2.4 %	5.1 %
	一事業所当たり利用者数		
要支援 1 : 1.6 人 要支援 2 : 3.6 人			

資料 2. C 市訪問看護利用状況（平成 26 年 3 月末）参考：C 市介護保険事業計画

要支援 1・2	要介護 1・2	要介護 3・4・5	計
39 人	138 人	339 人	516 人
7.6	26.7	65.7	100%

資料 3. インタビューガイドの内容

軽度要介護者

- ・現在の病名や病院の受診状況、訪問看護の利用のきっかけ等を教えてください。
- ・訪問看護師はどのようなことをしてくれるか教えてください。
- ・看護師の訪問で役立っていることや、どんな感想をもっているか教えてください。

訪問看護師

- ・軽度要介護者に訪問看護をする場合の支援内容や支援する場合重要と思われる要素について教えてください。
- ・軽度要介護者の訪問看護の利用が少ない理由や勧めるためには何が必要か教えてください。