

介護支援専門員の判断に基づく訪問看護必要者の特徴および必要者における訪問看護利用の実態と利用者・非利用者の比較

ナガタ サトコ タグチ アツコ ナルセ タカシ
 永田 智子* 田口 敦子* 成瀬 昂*
 クワハラ ユウキ ムラシマ サチヨ
 桑原 雄樹* 村嶋 幸代*

目的 居宅介護支援事業所利用者における、介護支援専門員によって判断された訪問看護の必要者の特徴を明らかにするとともに、訪問看護必要者における訪問看護の利用実態と、利用者・未利用者の特徴を探索し、訪問看護の適切な利用を促進するための基礎資料とすることを目的とした。

方法 2005年11月～2006年2月に、A県のB保健所管内の4市にある全居宅介護支援事業所57か所の介護支援専門員全数に対して調査を実施した。介護支援専門員が担当する要介護2以上の利用者について調査票の記入を依頼した。調査項目は、利用者の年齢、性別、要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、介護力、介護支援専門員が判断した訪問看護の必要性、訪問看護の利用状況などである。訪問看護の必要性、および、必要ありとされた者の中での訪問看護の利用の2つを従属変数として、単変量解析およびロジスティック回帰分析を行った。

結果 回答のあった居宅介護支援事業所は40か所（回収率70.2%）、回収件数は1,288人であり、うち1,224人を最終的な分析対象者とした。介護支援専門員が訪問看護を必要と判断したのは537人、実際に訪問看護を利用していたのは328人であった。訪問看護の必要性ありと判断された対象者は、必要なしの対象者に比して、年齢が若く、神経難病が多く、医療処置を有する患者が多く、要介護度が高く、障害高齢者の日常生活自立度が重く、最近半年の入院が多く、同居家族が無く、介護力が無く、主介護者が75歳以上の者が多かった。一方、訪問看護必要ありのうち実際に利用していたのは59.0%にとどまり、医療処置を有する患者が多く、認知症高齢者の日常生活自立度が自立・Iの者が多かった。

結論 介護支援専門員が訪問看護を必要と判断したケースのうち、実際に利用しているのは59.0%にとどまっていた。訪問看護必要性の判断には、医療の必要性以外に家族状況など多様な変数が関連していた。一方、必要者の中では、日常生活自立度が低い者・医療処置がある者で利用が多く、認知症がⅡ以上の者で利用が少なかった。必要性があるのに利用していない理由としては、利用者の知識や認識の不足、他サービスとの競合などが考えられ、訪問看護の利用を促進するにはこれらへの対策が必要であることが示唆された。

Key words : 訪問看護, 介護支援専門員, サービスニーズ, サービス利用, 介護保険

I 緒 言

近年、人口の高齢化、医療費の増大を背景として、在宅医療・介護の推進が叫ばれている。平成19年4月より施行されている改正医療法においては、基本理念として「患者の視点に立った質が高く効率

的な医療提供体制の構築」を掲げ、その一環として「退院時調整等在宅医療の推進のための規定整備」が挙げられている¹⁾。中でも、訪問看護は、医療的ケアと生活支援の両方を行なえる在宅医療の重要な要素である²⁾。平成15年の「医療提供体制の改革のビジョン」においても、質の高い効率的な医療提供体制の構築の一環として訪問看護ステーションの充実・普及を図ることが打ち出されている¹⁾。

しかし、その一方で、訪問看護の利用は伸び悩んでいる。要介護者数が平成12年4月末の2,182千人

* 東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野
 連絡先：〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
 東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野
 永田智子

から平成20年4月末には4,548千人と、2.08倍に増加しているにもかかわらず³⁾、介護保険による訪問看護受給者は同時期に188千人⁴⁾から253千人⁵⁾と、1.35倍にしか増加していない。訪問介護受給者が518千人から1149千人へと2.22倍増加したのに比べると、伸び率の低さは明らかである。平成20年度に介護支援専門員を対象に行われた調査においては、訪問看護を利用していない居宅介護支援事業所利用者のうち9.3%が、実際には訪問看護が必要であると判断されていた⁶⁾。訪問看護推進連携会議の「訪問看護10ヵ年戦略」にも訪問看護が十分に利用されていない現状が示され、普及啓発の重要性が指摘されている⁷⁾。

そもそも、訪問看護は利用者に対し、身体的・精神的・社会的側面から、変化する環境や状態によりよく適応できるように、今後発生する問題を予知しながら計画的にケアを提供するサービスである⁸⁾。よって、訪問看護の利用は、対象者の身体機能、医療依存度、病状の安定性などのほか、家族構成等の環境面などの要因とも関連すると考えられる。

訪問看護の利用に関連する要因については、幾つか研究が行われている。一般高齢者を対象とした将来の訪問看護利用意向に関する調査では、訪問を受けた経験があること、障害を有することが利用意向に関連することが明らかになっている⁹⁾。また、韓国の高齢者を対象とした調査では、訪問看護の知識や利用経験のほか、居住地域、収入、子との同居の有無、日常生活自立度(ADL)の障害の有無などが訪問看護の利用意向に関連していた¹⁰⁾。また、介護保険認定者における実際のサービス利用に関する調査では、通所や訪問介護サービスが家族要因にも影響されるのに対し、訪問看護では要介護度のみが関連していることが示されている¹¹⁾。奥村らの調査においても要介護度が高いほど訪問看護の利用が多いことが示されている¹²⁾。実際、要介護度と訪問看護の実利用との関係は厚生労働省の統計から明らかである(居宅サービス利用者における訪問看護の利用割合:要介護1で5.7%、要介護2で8.2%に対し、要介護5では36.7%)⁵⁾。しかし、これらの調査は、一般高齢者や介護保険認定者全体を対象としており、訪問看護の必要性がほとんどない自立高齢者や要支援高齢者も含まれているため、ADLや医療依存度などの要因が大きく、実際に訪問看護を要する対象者における訪問看護の利用に関連する変数を詳細に検討することは困難である。

一方、介護支援専門員により訪問看護が必要と判断されても、本人・家族に必要性を理解してもらえない、単価が高く本人・家族が希望しない、などの

理由で利用されないことが示されている⁶⁾。また、訪問看護が利用されない理由としては、サービス利用の意思決定や実際の利用に関連する要因として、資源の不足^{13,14)}、世間体・規範^{14,15)}、情報提供の不足・経済的負担・手続きの煩雑さ¹⁴⁾などが指摘されている。しかし、訪問看護が必要とされながら利用していない対象者の特徴について、訪問看護利用者と比較しながら検討した研究は報告されていない。

そこで今回、地域在住の居宅介護支援事業所利用者を対象として、介護支援専門員が判断した訪問看護の必要者の特徴を明らかにするとともに、訪問看護必要者における訪問看護の利用実態と、利用者・未利用者の特徴を探索し、訪問看護の適切な利用を促進するための基礎資料とすることを目的として調査を行った。

Ⅱ 方 法

1. 手順

2005年11月～2006年2月に、A県のB保健所管内の4市にある、57か所の居宅介護支援事業所すべての介護支援専門員全数に対して、調査を実施した。介護支援専門員が担当する要介護2以上の利用者について調査票の記入を依頼した。対象者を要介護2以上に限定したのは、介護保険における訪問看護利用者の約8割が要介護2以上であるからである⁵⁾。倫理的配慮として、介護支援専門員に対しては調査の主旨等について文書で説明し、返送をもって承諾を得たと見なした。また、利用者に対しては、介護支援専門員から文書と口頭にて調査の主旨等について説明し、参加したくない場合はその旨申し出るよう伝えた。調査票回収の際は、回答者および利用者が特定できないようにした。

2. 調査項目

利用者の属性として、利用者の年齢、性別、要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、疾患、医療処置、最近半年間の入院について尋ねた。疾患は、ICD-10の大項目を参考にしたが、高齢者に多い疾患についてはより詳しく病名を挙げて尋ねた。医療処置としては、介護保険の認定調査項目に加え、頻度や侵襲性を考慮して、血糖測定・インスリン注射・喀痰吸引・吸入について情報を得た。

家族状況としては、同居者の有無、主介護者の属性、介護力を尋ねた。主介護者については、利用者との続柄と年齢を尋ねた。ここで主介護者とは、本人の介護に直接関わる者のうち主な者、あるいは、介護に直接関与していないが意思決定等に関与する専門職以外のキーパーソンを指している。一方、介

護力とは、本人の介護を直接行う者が本人と共にいて、介護を行える時間を指すこととし、「なし」、「部分的」（日中のみ、夜間のみ、週のうち数日のみなど）「常時あり」の3択とした。

訪問看護の必要性については、「あなたご自身は、本利用者様に訪問看護が必要とお考えですか。」という問に対し、必要性「あり」「なし」の2択で回答するよう依頼した。また、「利用サービス」の1つとして、訪問看護の実際の利用の有無を尋ねた。

訪問看護以外の介護保険サービスの利用状況、および、介護保険の利用限度額の超過の有無についても尋ねた。

3. 分析方法

介護支援専門員の判断による訪問看護の必要性の有無、および、必要ありとされた者の中で訪問看護を実際に利用しているかどうか、の2つを従属変数として、各々の調査項目についての単変量解析（ χ^2 検定、Fisherの直接確率、t検定、Mann-WhitneyのU検定）を行った。さらに、利用者の属性および家族状況の項目の中で、有意差のあった項目のうち、互いに関連の強い項目について一方を選定するなどして独立変数を決定し、ロジスティック回帰分析（Ward法）を行った。有意水準は5%とし、分析にはSPSS17.0を用いた。

III 結 果

1. 回収率および分析対象者

回答のあった居宅介護支援事業所は40か所（回収率70.2%）、回収件数は1,288人であった。そのうち、要介護2未満の利用者を除いた1,282人から、訪問看護の必要性および利用の有無について回答のないものを除外すると1,243人となった。さらに、介護者に関する要因を分析するため、主介護者が不在の9人を除いた1,224人を最終的な分析対象者とした。

2. 訪問看護の必要性および利用の有無（表1）

介護支援専門員が訪問看護を必要と判断したのは537人であり、全体の43.9%であった。一方、実際に訪問看護を利用していたのは328人で、全体の26.8%であった。介護支援専門員が必要ありと判断した中で、利用していなかったのは220人、利用していたのは317人で、必要なしと判断されたにもかかわらず利用していた者は11人のみであった。

3. 対象者の属性（表2）

対象者は平均81.3歳、女性が783人（64.0%）と多く、要介護2が最も多かった（37.5%）。障害高齢者の日常生活自立度はA・Bランクが約7割、認知症度はⅡ・Ⅲが約5割を占めた。疾患は脳血管疾患・認知症・心疾患やその他の循環器疾患が多かっ

表1 対象者における訪問看護の必要性有無および訪問看護の利用有無の割合

	訪問看護の必要性				合 計	
	必要性あり		必要性なし			
訪問看護の利用						
利用あり	317	59.0%	11	1.6%	328	26.8%
利用なし	220	41.0%	676	98.4%	896	73.2%
合計	537	100.0%	687	100.0%	1,224	100.0%

た。医療ニーズが比較的高いと考えられる神経難病は81人（6.6%）、悪性新生物は66人（5.4%）であった。医療処置は全く無いものが78.2%を占めていた。介護保険認定調査における医療処置は褥瘡の処置5.0%、カテーテル4.2%、経管栄養3.7%の順に多く、その他の医療処置は血糖測定3.5%、インスリン注射3.2%、喀痰吸引2.9%などであった。最近半年間に入院経験があるものは195人（15.9%）であった。

家族構成としては、同居者がいるものが1,169人（95.5%）と大半を占めた。一方、介護力を見ると、常時ありは849人（69.4%）で、部分的にありが343人（28.0%）、なしが24人（2.0%）であった。主介護者の続柄としては配偶者が451人（36.8%）で多かったが、息子の嫁も370人（30.2%）みられた。主介護者の年齢は50～64歳が535人（43.7%）で最も多かったが、75歳以上のものも206人（16.8%）いた。

4. 訪問看護以外のサービスの利用状況（表3）

利用者が訪問看護以外で利用しているサービスのうち、一番多かったのは通所介護781人（63.8%）であり、次いで福祉用具貸与381人（31.1%）、短期入所生活介護366人（29.9%）、訪問介護362人（29.6%）であった。訪問系サービスを利用している者は訪問看護の必要性・実際の利用ともに有意に多かった。一方、通所系サービスを利用している者は、訪問看護の必要性・実際の利用ともに有意に少なかった。短期入所生活介護の利用者では、訪問看護の必要性のある者が有意に少なかったが、訪問看護必要者の中で実際に利用している者は有意に多かった。

介護保険の限度額超過については、訪問看護の必要性による差は無かったが、必要者の中では訪問看護を利用している者のほうが限度額超過者が有意に多かった。

5. 訪問看護の必要性有無および利用有無に関連する変数（単変量解析）（表2）

訪問看護が必要と判断された対象者は、必要なし

表2 訪問看護の必要性有無別、および、訪問看護必要者の中の利用有無別の特徴の比較

	全体 n=1,224		必要性なし n=687		必要性あり n=537		P 値	「必要性あり」のうち				P 値
	平均	SD	平均	SD	平均	SD		利用なし n=220		利用あり n=317		
年齢	81.3	9.3	82.6	9.1	79.7	9.3	0.000 a	79.3	8.7	79.9	9.8	0.506 a
性別	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
男性	441	36.0%	220	32.0%	221	41.2%	0.001	92	41.8%	129	40.7%	0.795
女性	783	64.0%	467	68.0%	316	58.8%		128	58.2%	188	59.3%	
要介護度												
要介護2	459	37.5%	318	46.3%	141	26.3%	0.000 b	79	35.9%	62	19.6%	0.000 b
要介護3	311	25.4%	185	26.9%	126	23.5%		64	29.1%	62	19.6%	
要介護4	258	21.1%	132	19.2%	126	23.5%		46	20.9%	80	25.2%	
要介護5	196	16.0%	52	7.6%	144	26.8%		31	14.1%	113	35.6%	
障害高齢者の日常生活自立度												
自立	11	0.9%	5	0.7%	6	1.1%	0.000 b	4	1.8%	2	0.6%	0.000 b
Jランク	156	12.7%	109	15.9%	47	8.8%		29	13.2%	18	5.7%	
Aランク	448	36.6%	319	46.4%	129	24.0%		73	33.2%	56	17.7%	
Bランク	408	33.3%	211	30.7%	197	36.7%		79	35.9%	118	37.2%	
Cランク	200	16.3%	42	6.1%	158	29.4%		35	15.9%	123	38.8%	
認知症高齢者の日常生活自立度												
正常	214	17.5%	108	15.7%	106	19.7%	0.000	37	16.8%	69	21.8%	0.000 c
I	183	15.0%	101	14.7%	82	15.3%		23	10.5%	59	18.6%	
II	350	28.6%	220	32.0%	130	24.2%		68	30.9%	62	19.6%	
III	304	24.8%	196	28.5%	108	20.1%		59	26.8%	49	15.5%	
IV	128	10.5%	54	7.9%	74	13.8%		26	11.8%	48	15.1%	
M	30	2.5%	5	0.7%	25	4.7%		6	2.7%	19	6.0%	
不明	14	1.1%	2	0.3%	12	2.2%		1	0.5%	11	3.5%	
疾患（複数回答，上位12疾患まで）												
脳血管疾患	417	34.1%	231	33.6%	186	34.6%	0.724	66	30.0%	120	37.9%	0.060
認知症およびアルツハイマー	384	31.4%	246	35.8%	138	25.7%	0.000	80	36.4%	58	18.3%	0.000
その他循環器疾患	267	21.8%	168	24.5%	99	18.4%	0.011	40	18.2%	59	18.6%	0.899
心疾患	221	18.1%	126	18.3%	95	17.7%	0.760	43	19.5%	52	16.4%	0.348
筋骨格系の疾患	187	15.3%	121	17.6%	66	12.3%	0.010	33	15.0%	33	10.4%	0.111
糖尿病	155	12.7%	70	10.2%	85	15.8%	0.003	36	16.4%	49	15.5%	0.777
外傷	130	10.6%	77	11.2%	53	9.9%	0.446	22	10.0%	31	9.8%	0.933
呼吸器疾患	98	8.0%	49	7.1%	49	9.1%	0.205	12	5.5%	37	11.7%	0.014
消化器系疾患	82	6.7%	45	6.6%	37	6.9%	0.819	23	10.5%	14	4.4%	0.007
神経難病	81	6.6%	29	4.2%	52	9.7%	0.000	21	9.5%	31	9.8%	0.928
腎泌尿器	71	5.8%	40	5.8%	31	5.8%	0.966	10	4.5%	21	6.6%	0.310
悪性新生物	66	5.4%	25	3.6%	41	7.6%	0.002	10	4.5%	31	9.8%	0.025
医療処置（複数回答）												
なし	957	78.2%	630	91.7%	327	60.9%	0.000	178	80.9%	149	47.0%	0.000
介護保険認定調査における医療処置												
褥瘡の処置	61	5.0%	2	0.3%	59	11.0%	0.000	10	4.5%	49	15.5%	0.000
カテーテル	51	4.2%	6	0.9%	45	8.4%	0.000	2	0.9%	43	13.6%	0.000
経管栄養	45	3.7%	2	0.3%	43	8.0%	0.000	7	3.2%	36	11.4%	0.001
疼痛の看護	35	2.9%	7	1.0%	28	5.2%	0.000	6	2.7%	22	6.9%	0.031
酸素療法	23	1.9%	8	1.2%	15	2.8%	0.037	0	0.0%	15	4.7%	0.001
透析	15	1.2%	7	1.0%	8	1.5%	0.458	4	1.8%	4	1.3%	0.722
気管切開の処置	15	1.2%	0	0.0%	15	2.8%	0.000	1	0.5%	14	4.4%	0.006
ストーマの処置	14	1.1%	7	1.0%	7	1.3%	0.642	2	0.9%	5	1.6%	0.706 c
継続的なモニター測定	13	1.1%	1	0.1%	12	2.2%	0.000	1	0.5%	11	3.5%	0.033 c
レスピレーター	4	0.3%	0	0.0%	4	0.7%	0.037 c	0	0.0%	4	1.3%	0.148 c
その他の医療処置												
血糖測定	43	3.5%	13	1.9%	30	5.6%	0.000	8	3.6%	22	6.9%	0.101
インスリン注射	39	3.2%	17	2.5%	22	4.1%	0.109	7	3.2%	15	4.7%	0.373
喀痰吸引	35	2.9%	1	0.1%	34	6.3%	0.000	2	0.9%	32	10.1%	0.000
吸入	10	0.8%	0	0.0%	10	1.9%	0.000 c	2	0.9%	8	2.5%	0.210 c
最近半年間の入院												
あり	195	15.9%	71	10.3%	124	23.1%	0.000	45	20.5%	79	24.9%	0.227
同居者の有無												
あり	1,169	95.5%	666	96.9%	503	93.7%	0.006	201	91.4%	302	95.3%	0.068
主介護者の続柄												
配偶者	451	36.8%	206	30.0%	245	45.6%	0.000	104	47.3%	141	44.5%	0.449
息子の嫁	370	30.2%	258	37.6%	112	20.9%		40	18.2%	72	22.7%	
その他	400	32.7%	222	32.3%	178	33.1%		75	34.1%	103	32.5%	
主介護者の年齢												
75歳以上	206	16.8%	81	11.8%	125	23.3%	0.000	54	24.5%	71	22.4%	0.470
65～74歳	300	24.5%	170	24.7%	130	24.2%		54	24.5%	76	24.0%	
50～64歳	535	43.7%	333	48.5%	202	37.6%		74	33.6%	128	40.4%	
50歳以下	156	12.7%	84	12.2%	72	13.4%		33	15.0%	39	12.3%	
介護力												
常時あり	849	69.4%	474	69.0%	375	69.8%		146	66.4%	229	72.2%	
部分的	343	28.0%	203	29.5%	140	26.1%		61	27.7%	79	24.9%	
なし	24	2.0%	6	0.9%	18	3.4%	0.005	10	4.5%	8	2.5%	0.271

a : t 検定, b : Wilcoxon の U 検定, c : Fisher の直接確率, 無印は χ^2 検定

表3 他サービスの利用状況

	全体 n=1,224		必要性なし n=687		必要性あり n=537		P値	「必要性あり」のうち				P値
	n	%	n	%	n	%		利用なし n=220		利用あり n=317		
								n	%	n	%	
訪問看護以外の介護保険サービス利用あり												
訪問介護	362	29.6%	135	19.7%	227	42.3%	0.000	79	35.9%	148	46.7%	0.013
訪問入浴	114	9.3%	26	3.8%	88	16.4%	0.000	11	5.0%	77	24.3%	0.000
訪問リハビリ	50	4.1%	12	1.7%	38	7.1%	0.000	7	3.2%	31	9.8%	0.003
通所介護	781	63.8%	514	74.8%	267	49.7%	0.000	123	55.9%	144	45.4%	0.017
通所リハビリ	213	17.4%	134	19.5%	79	14.7%	0.028	44	20.0%	35	11.0%	0.004
短期入所生活介護	366	29.9%	228	33.2%	138	25.7%	0.005	45	20.5%	93	29.3%	0.021
その他	23	1.9%	14	2.0%	9	1.7%	0.644	1	0.5%	8	2.5%	0.089 a
福祉用具貸与	381	31.1%	205	29.8%	176	32.8%	0.271	76	34.5%	100	31.5%	0.466
介護保険利用限度額超過あり	48	3.9%	23	3.3%	25	4.7%	0.247	5	2.3%	20	6.3%	0.031

a: Fisherの直接法, 他はすべて χ^2 検定

とされた対象者に比べて, 年齢が低く (必要者: 平均79.7歳 vs 不要者: 平均82.6歳, 以下同様), 男性が多く (41.2% vs 32.0%), 要介護度が重く (要介護4が23.5% vs 19.2%, 要介護5が26.8% vs 7.6%), 障害高齢者の日常生活自立度も重かった (Bランクが36.7% vs 30.7%, Cランクが29.4% vs 6.1%)。認知症度は正常とIV・Mが多く, II, IIIは少なかった (IIが24.2% vs 32.0%, IIIが20.1% vs 28.5%)。疾患では, 糖尿病 (15.8% vs 10.2%)・神経難病 (9.7% vs 4.2%)・悪性新生物 (7.6% vs 3.6%) の割合が高く, 認知症・アルツハイマー (25.7% vs 35.8%), その他の循環器疾患 (18.4% vs 24.5%), 筋骨格系の疾患 (12.3% vs 17.6%) の割合が低かった。また, 医療処置を有するものが多かった (医療処置なしが60.9% vs 91.7%) が, 透析・ストーマ処置, インスリン注射では有意差がなかった。なお, 表には示していないが, 血糖測定とインスリン注射のいずれかを実施している対象者では必要者の割合が高かった。さらに, 必要者には, 最近半年間の入院のあるもの (23.1% vs 10.3%), 同居者のいないもの (ありが93.7% vs 96.9%), 介護者が嫁でなく配偶者であるもの (息子の嫁が20.9% vs 37.6%, 配偶者が45.6% vs 30.0%), 主介護者の年齢が75歳以上のもの (23.3% vs 11.8%), 介護力の無いもの (3.4% vs 0.9%) が多かった。

一方, 訪問看護が必要な対象者のうち, 実際に訪問看護を利用している割合が高かったのは, 要介護度の重いもの (要介護4が利用者: 25.2% vs 未利用者: 20.9%, 要介護5が利用者: 35.6% vs 未利用者: 14.1%, 以下同じ), 障害高齢者の日常生活自立度の重いもの (Cランクが38.8% vs 15.9%),

認知症度がII・IIIでないもの (IIが19.6% vs 30.9%, IIIが15.5% vs 26.8%), 呼吸器疾患患者 (11.7% vs 5.5%), 悪性新生物患者 (9.8% vs 4.5%), 認知症及びアルツハイマーでないもの (18.3% vs 36.4%), 消化器疾患でないもの (4.4% vs 10.5%) であった。また, 医療処置を有するもので利用割合が高かったが (無しで47.0% vs 80.9%), 透析・ストーマ・吸入・血糖測定・インスリン注射については関連がなかった。また, 最近の入院・介護者の続柄等も関連はみられなかった。

6. 訪問看護の必要性および利用に関連する要因 (ロジスティック回帰分析) (表4)

単変量解析で有意差があった項目のうち, 年齢, 性, 疾患, 医療処置, 要介護度, 障害高齢者の日常生活自立度, 認知症高齢者の日常生活自立度, 最近半年の入院, 同居家族の有無, 介護力, 主介護者の年齢を独立変数とし, ロジスティック回帰分析を行った。認知症高齢者の日常生活自立度は, 「正常・I」, 「II」, 「III」, 「IV・M」の4ランクに分けて, カテゴリ変数として投入した。疾患は, 訪問看護の必要性の高さに関連していた「神経難病」, 「悪性新生物」に限定し, 「糖尿病」は医療処置のインスリン注射・血糖測定の実施者と重なることから除外した。医療処置は1つでも実施しているものを「あり」として投入した。年齢・要介護度・障害高齢者の日常生活自立度は共変量とした。なお, 主介護者の続柄は主介護者の年齢と強い関連があったため, 投入しなかった。

その結果, 訪問看護の必要性ありと判断された対象者は, 必要なしの対象者に比して, 年齢が若く (オッズ比 (OR): 0.972), 神経難病が多く (OR:

表4 訪問看護必要性有無, および訪問看護必要ありの中での利用有無に関連する変数(ロジスティック回帰分析)

	訪問看護必要性有無		訪問看護必要ありの中で利用の有無	
	オッズ比(95%信頼区間)	有意確率	オッズ比(95%信頼区間)	有意確率
年齢	0.972(0.957-0.987)	0.000	1.011(0.988-1.034)	0.351
性別 (ref=女性)				
男性	1.216(0.898-1.645)	0.206	1.011(0.658-1.552)	0.962
疾患 (ref.=その他)				
神経難病	2.117(1.224-3.663)	0.007	1.174(0.603-2.284)	0.636
悪性新生物	1.826(0.993-3.357)	0.053	1.986(0.871-4.529)	0.103
医療処置 (ref.=なし)				
あり	5.808(4.044-8.341)	0.000	3.831(2.462-5.960)	0.000
要介護度	1.309(1.096-1.562)	0.003	1.423(1.086-1.866)	0.011
障害高齢者の日常生活自立度	1.499(1.224-1.836)	0.000	1.277(0.952-1.712)	0.103
認知症高齢者の日常生活自立度 (ref.=自立 and I)				
II	0.990(0.696-1.409)	0.957	0.449(0.267-0.756)	0.003
III	0.955(0.650-1.402)	0.814	0.306(0.170-0.549)	0.000
IVまたはM	1.515(0.928-2.471)	0.096	0.505(0.263-0.968)	0.040
最近半年間の入院	2.070(1.421-3.018)	0.000	1.051(0.644-1.714)	0.842
同居者 (ref.=あり)				
なし	3.718(1.906-7.255)	0.000	0.836(0.371-1.881)	0.665
介護力 (ref.=常時あり)				
なし	3.464(1.268-9.462)	0.015	1.760(0.579-5.350)	0.319
部分的	1.011(0.730-1.401)	0.947	0.999(0.609-1.637)	0.996
主介護者の年齢 (ref.=75歳以上)				
65~74歳	0.438(0.288-0.666)	0.000	0.942(0.534-1.663)	0.837
50~64歳	0.337(0.226-0.503)	0.000	1.213(0.701-2.099)	0.490
50歳以下	0.557(0.331-0.936)	0.027	0.895(0.440-1.822)	0.760

年齢, 要介護度, 障害高齢者の日常生活自立度は共変量

2.117), 医療処置を有する患者が多く (OR : 5.808), 要介護度が高く (OR : 1.309), 障害高齢者の日常生活自立度が重く (OR : 1.499), 最近半年の入院が多く (OR : 2.070), 同居家族が無く (OR : 3.718), 介護力が無く (OR : 3.464), 主介護者が75歳以上のものが多かった (OR : 65~74歳で0.438, 50~64歳で0.337, 50歳以下で0.557)。

一方, 訪問看護必要ありのうち実際に利用していた対象者は, 医療処置を有する患者が多く (OR : 3.831), 認知症高齢者日常生活自立度が自立・Iの者が多かった (OR : IIで0.465, IIIで0.363, IV・Mで0.505)。疾患・最近半年の入院・障害高齢者の日常生活自立度・介護者や同居家族に関連する変数には差が無かった。

IV 考 察

1. 本研究対象者における訪問看護利用及び必要者の割合について

本研究における訪問看護利用者の割合は, 全体の26.8%であり, 平成18年の要介護2以上の居宅介護

支援利用者における訪問看護利用者割合の16.2%⁵⁾に比べると高い。本調査の対象となったA県は, 訪問看護利用割合の値が全国平均値より高い地域であり, その影響を受けていると考えられる。

一方, 訪問看護が必要とされたケースの中でも, 実際に利用されているのは59.0%にとどまり, 41.0%は利用されていなかった。平成20年度に全国8地域を対象として実施した調査では, 要介護2以上の訪問看護の利用者に未利用だが必要者とされたケースを加えて訪問看護必要者とみなし, その中で未利用者の割合を算出すると約38.4%となり⁶⁾, 本研究とはほぼ同様であった。よって, 本研究における必要者の割合には, 一定の妥当性があると考えられる。

2. 訪問看護を要する対象者の特徴

訪問看護の必要性には, 本人の年齢, 疾患, 医療処置, 要介護度, 障害高齢者の日常生活自立度, 最近半年の入院, 介護力, 主介護者の年齢が関連していた。

医療処置を有する者, および, 障害高齢者の自立

度が重い者は、すなわち医療依存度が高く身体機能が悪いことから、医療的ケアや療養上の世話の側面により訪問看護の必要性が高く評価されたと考えられる。要介護度と関連がみられたのも同じ理由とみられる。

また、最近半年の入院歴については、退院後4週あるいは8週以内は再入院率が高いとの報告があり¹⁶⁾、病状が不安定であることから、とくに病状のアセスメント・管理が必要と見なされたものと考えられる。進行性の疾患である神経難病についても病状のアセスメントが重要と判断されたとみられる。悪性新生物も、有意ではなかったが、同様の傾向を示していた。

一方、本人の年齢については、若いほど訪問看護の必要性が高いという結果であった。若年の介護保険認定者には難病や末期がんの患者が多いために訪問看護の必要性が高いとも考えられるが、疾患や病状の変数を調整しても必要性との関連が見られており、その理由は不明である。

介護者の要因については、同居者がいないこと、介護力がないこと、主介護者の年齢が高いことが有意に関連していた。介護支援専門員は、本人の状態のみならず介護者の要因も加味して訪問看護の必要性を判断していると考えられ、介護支援専門員による多面的なニーズ把握の結果であることが示唆された¹⁷⁾。

3. 訪問看護必要者のうちの実際の訪問看護利用者の特徴

訪問看護の必要者において、実際の利用と関連していたのは、医療処置があることと、要介護度が高いこと、および認知症高齢者の日常生活自立度が自立かIであることであった。医療依存度が高く身体機能の悪いケースは、訪問看護の実際の利用に結びつきやすいことが想定される。

最近の入院および疾患については、実際の利用と関連していなかった。これらは前述の通り、病状の安定性をみる指標と考えられるが、利用者側にその認識が薄く、利用が少なかった可能性がある。神経難病の場合、病状の不安定性や進行を考慮すると、早めの訪問看護導入が有効であるが¹⁸⁾、具体的な医療処置等を要する前はサービスの必要性がみえにくいため、利用者の理解を得るための方策が必要と考えられる。悪性新生物は、進行してもADLは比較的保たれやすいことに加え、病名や予後の告知が十分なされない場合もある¹⁹⁾ことから、医療的ケア導入に理解が得られにくいことが示唆される。ただ、平成18年度以前は特定疾病に末期がんが含まれていなかったため、介護保険の利用者自体が少なかった

可能性があり、現行制度下での再検討が必要である。

認知症高齢者の日常生活自立度は、II以上の者で実際の利用が有意に少なかった。認知症患者は医療ニーズがみえにくいため、外出や集団行動の効果、介護負担の軽減などを意図して通所サービスが優先的に選択され、訪問看護が入りにくい可能性がある。実際、周辺症状が多いケースでは訪問より通所サービス利用者が多く、訪問サービス利用者にはADLに障害のある患者が多いという結果もある²⁰⁾。しかし、訪問看護師は認知症のアセスメント、ADL支援、家族支援といったケアを提供しており²¹⁾、訓練を受けたcommunity mental health nurseによる介入が周辺症状を改善させたという報告²²⁾もある。今後、認知症患者への訪問看護の効果についてさらに検討していくとともに、通所サービス等他のサービスのニーズが高くて、必要があれば同時に訪問看護が入れられるような働きかけが必要と考えられる。

介護者に関連する変数については利用との関連がみられなかった。実際、介護力がないケース・部分的のみのケースでは、訪問看護が必要とされたうち約半数しか実際には利用していなかった。介護支援専門員は、介護者の能力も必要性の判断材料にしていたが、実際の利用には直結しないことが示唆された。介護力の少ない世帯では、介護者のいる状況で利用者が多くの時間をすごせるよう通所サービスに重点が置かれること、訪問看護が実施している家族への支援や調整²³⁾は、利用者からはみえにくいことなどが要因として考えられる。

なお、他サービス利用状況との単変量解析の結果からは、訪問看護の必要者・利用者は通所サービスの利用が少なく、他の訪問サービスの利用が多いことが明らかになったが、これは身体機能が低い者は移動が困難で通所サービスを利用しにくいためとみられる。実際、居宅サービス利用者における通所サービス利用の割合は、要介護度が重くなるにつれ減少している⁵⁾。また、訪問看護の利用者には介護保険限度額超過者が有意に多かった。訪問看護の利用は重度者に多く限度額を超えやすいこと、訪問看護の単価が高いことがその原因と考えられる。逆に言えば、利用しない者の中には限度額超過で10割負担になるのを避けるために、利用を手控えているケースもあると考えられる。

4. 訪問看護の利用促進に向けた提言

以上の通り、訪問看護を利用しない要因として、訪問看護に関する利用者の知識や認識の不足、経済的理由などが考えられた。

訪問看護に関する知識に関しては、先行研究⁹⁾で

も、訪問看護利用意向との関連が見られており、今後の対応が必要である。また、本研究から、病状の安定性や介護力に問題がある場合、利用者が必要性を認識しにくい可能性があり、必要性を分かりやすく示して納得を得る方策が必要と考えられた。医療処置がないケースや身体的自立度の高いケースにおいても訪問看護が病状の安定・悪化予防等の効果を有することを示す媒体を作成し、利用者に周知することなどが考えられよう。

さらに、訪問看護は他サービスより単価が高いために利用されにくいことは以前より指摘されており²⁴⁾、訪問看護の自己負担費の軽減、限度額超過者への経済支援などが望まれる。とくに、訪問介護サービスや通所サービスなどが必要な場合、他サービスが優先されて訪問看護の利用に結びつかない可能性があることから、たとえば、介護保険の限度額を超えていても、必要であれば、利用しやすい料金でサービスを使えるような仕組みが有効であろう。

5. 本研究の限界と意義

本研究はA県B保健所管内の4市の介護支援専門員のみを調査対象としており、他地域への一般化可能性は保証できない。また、介護支援専門員の職種や経験年数が不明である。それによって、対象者についての情報の把握状況や、訪問看護の必要性の判断自体が異なっている可能性もあるが、情報が無いため、比較検討ができない。

一方で、本調査は1,000人以上と比較的大きい集団において訪問看護の必要者を検討し、かつ必要者における実際の利用状況について明らかにした初めての研究であり、ケアマネジメントの向上や訪問看護の適切な利用を促進していくうえでの基礎資料として一定の意義を有すると考えられる。

V 結 論

2005年11月～2006年2月に、57か所の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が担当する要介護2以上の利用者を対象として、介護支援専門員が判断した訪問看護の必要性と、実際の利用の有無について調査した結果、訪問看護が必要と判断されたケースのうち、実際に利用されているのは59.0%にとどまった。訪問看護の必要性の判断には、医療の必要性以外に家族状況など多様な変数が関連していた。一方、必要者の中では、介護度が高い者・医療処置がある者で利用が多く、認知症がⅡ以上の者で利用が少なかった。必要性があるのに利用していない理由としては、利用者の知識や認識の不足、他サービスの優先などが考えられ、必要なサービスを導入できるようにするための方策が必要と考えられた。

本調査にご協力くださいました滋賀県草津保健所のご関係の皆様、および、ご回答くださいました介護支援専門員の皆様に、心より感謝申し上げます。

本稿の一部は、第26回日本看護科学学会学術集会で発表した。

(受付 2009.10. 9)
採用 2010. 9. 6)

文 献

- 1) 厚生統計協会. 医療対策の動向. 厚生指標 臨時増刊 国民衛生の動向 2009; 56(9): 168-186.
- 2) 川越博美. 在宅医療と訪問看護. 佐藤 智, 片山 壽, 川越博美, 編. 明日の在宅医療 第5巻 在宅医療・訪問看護と地域連携. 東京: 中央法規出版, 2008; 19-39.
- 3) 厚生統計協会. 介護保険制度創設からの推移. 厚生指標 臨時増刊 国民衛生の動向 2009; 56(9): 245-246.
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 介護給付費実態調査月報(概況)(平成13年5月審査分). 2001. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/0105-1.html> (2010年3月12日アクセス可能)
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部, 編. 平成19年度介護給付費実態調査報告. 東京: 財団法人厚生統計協会, 2009.
- 6) 平成20年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)訪問看護需給計画策定に関する調査研究業務報告書(主任研究者 村嶋幸代) 2009.
- 7) 訪問看護推進連携会議. 訪問看護10ヵ年戦略. 2009. <http://www.nurse.or.jp/home/mynurse/pdf/10nen.pdf> (2010年3月12日アクセス可能)
- 8) 日本看護協会. 訪問看護領域における看護業務基準. 日本看護協会看護業務基準集〈2007年改訂版〉. 東京: 日本看護協会出版会, 2007.
- 9) 中山文子, 柳 久子, 湊 孝治, 他. 市町村の訪問指導および訪問看護ステーションによる訪問看護の利用希望に影響する要因の分析. 日本公衛誌 2003; 50(2): 118-129.
- 10) Cho SH. Older people's willingness to use home care nursing services. J Adv Nurs 2005; 51(2): 166-173.
- 11) Tamiya N, Yamaoka K, Yano E. Use of home health services covered by new public long-term care insurance in Japan: impact of the presence and kinship of family caregivers. Int J Qual Health Care 2002; 14(4): 295-303.
- 12) 奥村昌志, 齋場寛子, 早川富博. 中山間部における高齢者世帯の在宅療養に対するサポートの在りかた—介護保険サービス利用の解析から—. 日農医誌 2003; 52(1): 80-89.
- 13) 川手信行, 水間正澄. 在宅脳卒中患者の介護保険給付に関する調査. 昭和医会誌 2003; 63(4): 437-442.
- 14) 麻原きよみ, 百瀬由美子. 介護保険サービス利用に関する高齢者の意思決定に関わる問題. 日地看会誌 2003; 5(2): 90-94.
- 15) Asai MO, Kameoka VA. The influence of Sekentei on

- family caregiving and underutilization of social services among Japanese caregivers. *Soc Work* 2005; 50(2): 111-118.
- 16) Brooten D, Naylor M, Brown L, et al. Profile of postdischarge rehospitalization and acute care visits for seven patient groups. *Public Health Nurs* 1996; 13(2): 128-134.
- 17) 竹内孝仁. アセスメントと看護計画の枠組みを再構築し, サービスの信頼回復を. *GPnet* 2000; 47(7): 26-30.
- 18) 荻野美恵子. 神経難病在宅療養現場の現状と解決課題: 勤務医の立場から. 阿部康二, 編著. 神経難病のすべて. 東京: 新興医学出版社, 2007; 253-259.
- 19) 厚生労働省. 平成19年度「終末期医療に関する調査」結果. 第1回 終末期医療のあり方に関する懇談会資料. 2008. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf> (2010年3月12日アクセス可能)
- 20) Beeber AS, Thorpe JM, Clipp EC. Community-based service use by elders with dementia and their caregivers: a latent class analysis. *Nurs Res* 2008; 57(5): 312-321.
- 21) 山本則子, 片倉直子, 藤田淳子, 他. 高齢者訪問看護質指標(認知症ケア)の開発: 看護記録を用いた訪問看護実践評価の試み. *老年看護学* 2008; 13(1): 73-82.
- 22) Moniz-Cook E, Elston C, Gardiner E, et al. Can training community mental health nurses to support family carers reduce behavioral problems in dementia? An exploratory pragmatic randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23(2): 185-191.
- 23) 原田光子, 山岸春江. 訪問看護活動における高齢療養者と家族のニーズに対する他職種との連携. *日地看会誌* 2003; 5(2): 61-69.
- 24) 長谷部史乃, 九島久美子, 鳩野洋子, 他. 介護支援専門員の訪問看護サービス活用の実態と課題. *保健師ジャーナル* 2004; 60(1): 50-56.
-

Actual situation and characteristics of clients judged to need home-visiting nurse services by certified care managers and comparison of users and non-users of such services

Satoko NAGATA*, Atsuko TAGUCHI*, Takashi NARUSE*, Yuki KUWAHARA* and Sachiyo MURASHIMA*

Key words : home-visit nursing services, certified care manager, service needs, service use, long-term care insurance

Objectives To investigate the actual situation and characteristics of clients judged to need home-visit nurse services (HN) by certified care managers and to compare the characteristics of users of HN to those of non-users of HN, so that appropriate use of HN can be encouraged.

Methods The participants were all certified care managers working at 57 care management offices in 4 cities in prefecture A. They were asked to fill out questionnaires for each of their clients whose degree of care was 2 or greater between November 2005 and February 2006. The items in the questionnaire included client's age, sex, degree of care, level of activity of daily living (ADL), dementia level, presence of a caregiver, necessity of HN, the actual use of HN. The dependent variables for analysis (univariate analysis and logistic regression) were the necessity of HN, and the actual use of HN among the clients needing HN.

Results Forty care management offices (70.2%) responded to our survey and the number of filled questionnaires was 1,288, providing a final sample of 1,224 clients. Care managers judged 537 clients as needing HN, and 328 actually used HN. The clients who needed HN were younger and more dependent for ADL, and had more severe care degree, higher rates of medical treatment, neurological disease, hospitalization during the previous 6 months, no cohabiter, no caregiver, and a caregiver aged 75 years or more, than the clients who did not need HN. Among the clients who were judged as needing HN by the care managers, the actual users were only 59.0% and these had higher rates of medical treatment and a dementia level of 1 or no dementia than non-users.

Conclusion Of the clients who were judged as needing HN by the care managers, only 59.0% used HN. The necessity of HN was related to many variables such as medical condition and status of the caregiver. The actual users tended to be dependent for ADL and to need medical treatment, and moderately or severely demented clients were not likely to use HN. The reasons why some clients did not use HN despite necessity might be the lack of knowledge or cognition, and competition with other services. Strategies for encouraging use of HN should be developed.

* Department of Community Health Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo