

平成 16 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金  
(老人保健健康増進等事業)

痴呆性(認知症)高齢者グループホームへの  
訪問看護の拡大研究事業

報告書

平成 17 年 3 月

主任研究者 村嶋幸代

社団法人 全国訪問看護事業協会

## はじめに

介護保険が始まって丸5年が経過した。介護保険では、認知症で要介護状態にある人への生活支援の場として、認知症対応型共同生活介護事業（以下 グループホーム）が制度化され、少人数で、家庭的な雰囲気を生かしながら共同生活が営まれている。その数は、介護保険開始当初 600 ヶ所に過ぎなかったのが、この5年間で急激に増加し、6000 ヶ所を越えるようになってきている。

一方、グループホームは、介護保険で在宅サービスと位置づけられているにも拘わらず、訪問看護サービスに対する介護報酬が算定されていない（医療保険での急性増悪時の特別訪問看護指示書の14日の訪問看護を除く）。また、職員配置基準にも看護職の配置が義務付けられていない。つまり、グループホームは、看護不在の状況に置かれているのである。

しかし、認知症高齢者は、発症後徐々に状態が悪化し、平均7～8年ほどでターミナルとなる方が多いと言われている。実際に、グループホームでは、入居者の重度化や病状の悪化に直面し、また、ターミナル期を過ごす人も増加しているという現状があり、看護サービスが求められている。この様な問題の解決策の一つとして、地域の訪問看護ステーション（以下、ステーション）からグループホームに訪問看護を実施して欲しいという期待が高まっている。

そこで、平成16年9月初旬～11月末までの3ヶ月間、全国5ヶ所（11ユニット）のグループホームに、地元のステーション5ヶ所から定期的な訪問看護と緊急・臨時対応の訪問看護を提供するモデル事業を実施した。

3ヶ月に渡るモデル事業の結果、下記の点が明らかになった。

- 1) グループホーム入居者は認知症を持つ高齢者であり、心身機能低下のリスクが高く、日常的に看護のニーズがある。
- 2) 看護のニーズは、早期対応・状態悪化予防などの「健康管理」のための定期的な訪問看護と、病状悪化や外傷・退院直後などのように、臨機応変の対応が求められる訪問看護との両側面が有ることが分かった。即ち、「定期的な訪問」と「臨時対応」の双方が必要である。ターミナルを迎える人があれば、いわば「在宅死」を支援する訪問看護の体制を整えていくことも重要となろう。
- 3) グループホーム職員は、訪問看護師によるアドバイス、精神面への支援などを求めている。

今後は、この必要性に対応できる体制を、報酬体系のあり方を含めて整えていく必要がある。同時に、グループホームに対する訪問看護の普及を図ることが望まれる。

本モデル事業は、グループホームという地域のケア資源の質の向上に、その機関だけでなく、訪問看護ステーションという、全く異なる機関がペアになって関わった。また、入居者の主治医からは「訪問看護指示書」を頂いた。一つの機関だけでなく、複数の機関にお世話になるモデル事業であったため、多くの方々からのご援助を得た。心から、御礼申し上げます。住み慣れた地域や環境の下で、一人でも多くの方が永く安心して暮らすことが出来るように願っている。本事業がその一つの契機となれば幸いである。

平成17年3月

主任研究者 村嶋幸代

（東京大学大学院医学系研究科地域看護学、教授）

－ 目次 －

要旨.....	4
概要.....	10
<b>I. 目的と方法.....</b>	<b>26</b>
1. 目的.....	28
2. 方法.....	29
3. 用語の定義.....	32
<b>II. 結果.....</b>	<b>34</b>
1. 対象となったGHとST、および対象となった入居者の概要.....	36
1) 対象施設.....	36
2) 対象者の基本属性.....	39
3) 対象者の認知症について.....	41
4) 対象者の合併疾患.....	43
5) 対象者の心身状態.....	44
6) 対象者についてのまとめ.....	46
2. GHにおける医療ニーズへの対応に関する困難.....	47
1) 対象者の受診状況.....	47
2) 通院時の困難.....	48
3) 訪問診療および往診に伴う困難.....	49
4) 入院に伴う困難.....	50
5) ターミナル期の対応について.....	52
6) まとめ.....	53
3. 各GHへの訪問看護の提供方法.....	54
1) 「連携のための話し合いのポイント」と、事前相談の結果.....	54
2) 望ましい連携体制のガイドライン.....	57
4. 対象者の医療・看護ニーズ.....	58
1) 期間中の中入・退院の状況.....	58
2) 対象者の医療・看護ニーズ.....	59

3) 対象者の医療・看護ニーズ（体調不良やけが等）の発生頻度 .....	60
4) 対象者の医療・看護ニーズ（体調不良やけが等）の内容 .....	62
5) 対象者の医療・看護ニーズ（体調不良やけが等）に対する、GHの対応 .....	64
6) 対象者の医療・看護ニーズ（体調不良やけが等）　まとめ.....	66
<b>5. 定期訪問看護 .....</b>	<b>67</b>
1) 提供回数および所要時間 .....	67
2) 定期訪問時の看護ケア提供内容 .....	69
3) 対象者別ケア所要時間.....	72
4) 訪問看護師のケア所要時間が長かった対象者の状況.....	73
5) ユニット全体に関わる、職員へのアドバイス.....	75
<b>6. 臨時対応 .....</b>	<b>78</b>
1) 電話相談 .....	78
2) 緊急訪問 .....	83
3) その日の訪問予定外の対象者への対応 .....	86
4) 定期訪問時と臨時訪問での看護提供項目の違い .....	88
<b>7. GHとSTの訪問契約事例：</b>	
<b>GH1に関するST1からの訪問看護提供の詳細 .....</b>	<b>90</b>
1) ユニットごとの対象者の基本属性.....	90
2) ST1からGH1への看護提供内容 .....	91
3) ST1からGH1への看護提供内容（ユニット別、日別） .....	92
4) ST1からGH1への看護提供内容（ユニット別、時間別） ...	92
5) 臨時の電話相談、訪問頻度に影響する要因 .....	93
6) まとめ.....	93
<b>8. 主治医からの評価－アンケートより－ .....</b>	<b>100</b>
<b>9. モデル事業実施者からの意見：</b>	
<b>フォーカスグループインタビュー（FGI）及びヒアリングの結果. 102</b>	
1) 実施方法 .....	102
2) GHへの訪問看護について .....	104
3) ヒアリング及びFGIのまとめ .....	112
<b>Ⅲ. コラム.....</b>	<b>114</b>
グループホームの現状.....	116

医療処置が必要な状態での退院 .....	118
新潟県中越地震による緊急受け入れ .....	119
入院することの問題 .....	122
入ってみて感じたこと .....	124
在宅におけるターミナルケア .....	126
GHの急増問題・質の保証の大切さ .....	127
<b>IV. 考察 .....</b>	<b>130</b>
1. 入居者の医療・看護ニーズと対応の必要性 .....	132
2. GHへの訪問看護の効果 .....	133
3. GHへの訪問看護のポイント .....	134
1) 連携の際のポイント .....	134
2) 訪問看護提供の際のポイント .....	135
<b>V. 提言 .....</b>	<b>136</b>
<b>VI. 資料 .....</b>	<b>140</b>
1. 調査票.....	142
1) 調査票② 入居者基本情報 .....	143
2) 調査票③ GH体調記録 .....	149
3) 調査票④ グループホーム・ステーション間連絡記録 .....	150
4) 調査票⑤ ST体制調査票 .....	151
5) 調査票⑥ 訪問看護記録 .....	154
6) 調査票⑦ 看護提供項目と所要時間 .....	155
7) 調査票⑧ グループホームへの訪問看護記録（定期） .....	156
8) 調査票⑨ 電話相談記録 .....	157
9) 主治医へのアンケート .....	158
2. 引用、参考文献.....	159
3. 研究体制 .....	160

## 図表索引

図表	I-1	本研究事業の目的	28
図表	I-2	調査票および調査実施時期	30
図表	I-3	本研究事業の流れ	31
図表	II-1	対象となったGHおよびSTの概要	38
図表	II-2	対象者の基本属性	39
図表	II-3	対象者の要介護度による分類	40
図表	II-4	対象者の寝たきり度 <sup>*</sup> による分類	40
図表	II-5	対象者の認知症の診断名による分類	41
図表	II-6	対象者の認知症自立度 <sup>**</sup> の分布	41
図表	II-7	GH・ユニット別 MOSES 平均点	42
図表	II-8	対象者の合併疾患（重複あり）	43
図表	II-9	処方薬のない対象者	43
図表	II-10	処方薬の内容分類（重複あり）	43
図表	II-11	身体に障害のある対象者数（重複あり）	44
図表	II-12	身体症状を有した対象者数（重複あり）	44
図表	II-13	全身状態の問題を有した対象者数（重複あり）	45
図表	II-14	対象者の1ヶ月間の定期通院回数 合算	47
図表	II-15	訪問診療および往診の状況	47
図表	II-16	入居者が通院する際の付き添い方法	48
図表	II-17	入居者の通院時に困ること	48
図表	II-18	延べ入院者数	50
図表	II-19	入院者の詳細	50
図表	II-20	連携のための話し合いのポイント	55
図表	II-21	連携のための話し合い 主な決定事項	56
図表	II-22	望ましい連携体制	57
図表	II-23	モデル事業実施期間中の対象者の入・退院	58
図表	II-24	GH1, 2, 3, 5における体調不良やけが等の調査日数（対象者別）	59
図表	II-25	期間中に体調不良が発生しなかった対象者	60
図表	II-26	期間中の体調不良発生数	60
図表	II-27	1日の体調不良の発生人数による日数の分布（GH別）	61
図表	II-28	1日の体調不良の発生人数による日数の分布（ユニット別）	61
図表	II-29	対象者においてみられた医療・看護ニーズ	63
図表	II-30	体調不良者への対応（重複あり）	64

図表	Ⅱ- 31	経過観察対応のその後の結果.....	65
図表	Ⅱ- 32	経過観察以外の対応の、その後の結果（重複あり）.....	65
図表	Ⅱ- 33	定期訪問に関わる平均所要時間（1 ユニットあたり）.....	67
図表	Ⅱ- 34	GH全体に対する定期訪問看護 所要時間（1 ユニット対象分） .....	68
図表	Ⅱ- 35	GH全体に対する定期訪問看護 所要時間（2 ユニット対象分） .....	68
図表	Ⅱ- 36	定期訪問においてケアを提供された対象者の割合.....	70
図表	Ⅱ- 37	定期訪問におけるケア提供回数の割合.....	71
図表	Ⅱ- 38	対象者の平均ケア所要時間（定期訪問）.....	72
図表	Ⅱ- 39	平均ケア所要時間 15 分以上（定期訪問）の対象者の状況詳細	73
図表	Ⅱ- 40	期間中の電話件数.....	78
図表	Ⅱ- 41	対象者別電話件数.....	79
図表	Ⅱ- 42	時間帯別の電話相談及び緊急訪問件数（件）.....	80
図表	Ⅱ- 43	電話の内容.....	81
図表	Ⅱ- 44	STが受けた電話相談の内容分類.....	81
図表	Ⅱ- 45	緊急訪問となった内容詳細（日付順）.....	84
図表	Ⅱ- 46	その日の予定外の対象者への対応件数.....	86
図表	Ⅱ- 47	定期訪問時と臨時訪問での看護提供項目の違い.....	89
図表	Ⅱ- 48	GH 1 の各ユニットにおける対象者の属性.....	90
図表	Ⅱ- 49	ST 1 からGH 1 への看護提供内容（ユニット別、日別）....	94
図表	Ⅱ- 50	ST 1 からGH 1 への看護提供内容（ユニット別、時間別）.	97

# 要旨



平成16年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業  
**痴呆性（認知症）高齢者グループホームへの訪問看護の拡大研究事業**  
**要旨**

**1. GHにおける看護の現状**

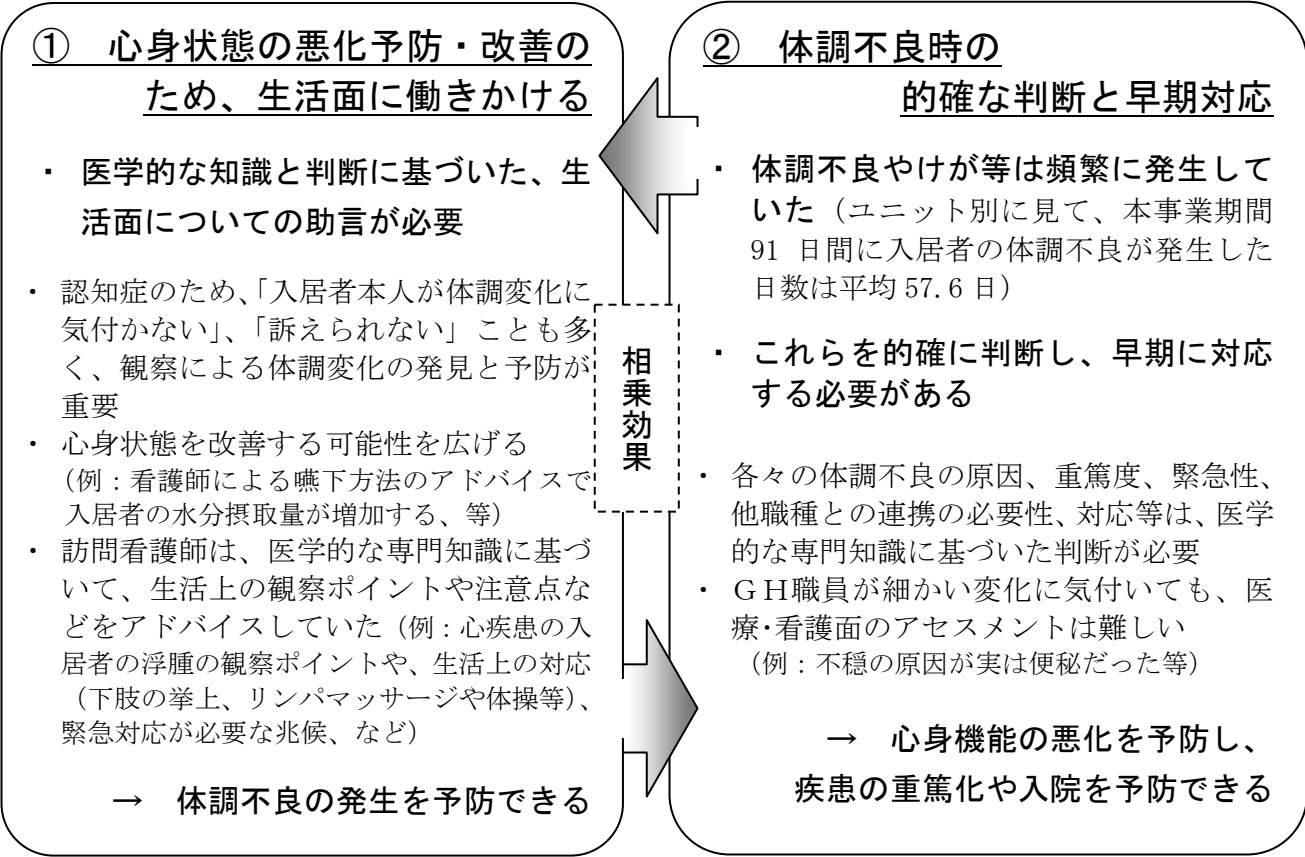
- ・ 看護師が雇用されているGHは少ない
- ・ 介護保険ではGHへの訪問看護は算定されない  
 （介護保険制度創設以来の積み残し課題）
- ・ 医療保険における特別指示による訪問看護は、対象の状態が急性増悪などの場合に限られており、適用期間は「一月に連続する14日間」のみ

本モデル事業  
 GHへの訪問看護  
 （定期訪問＋臨時対応）  
 を実施し、その必要性和効果を検証した

**2. GH入居者の医療・看護ニーズと対応の必要性**

GH入居者は認知症を持つ高齢者であり、心身機能低下のリスクが高い  
 また、多くの場合は他の疾患を合併している

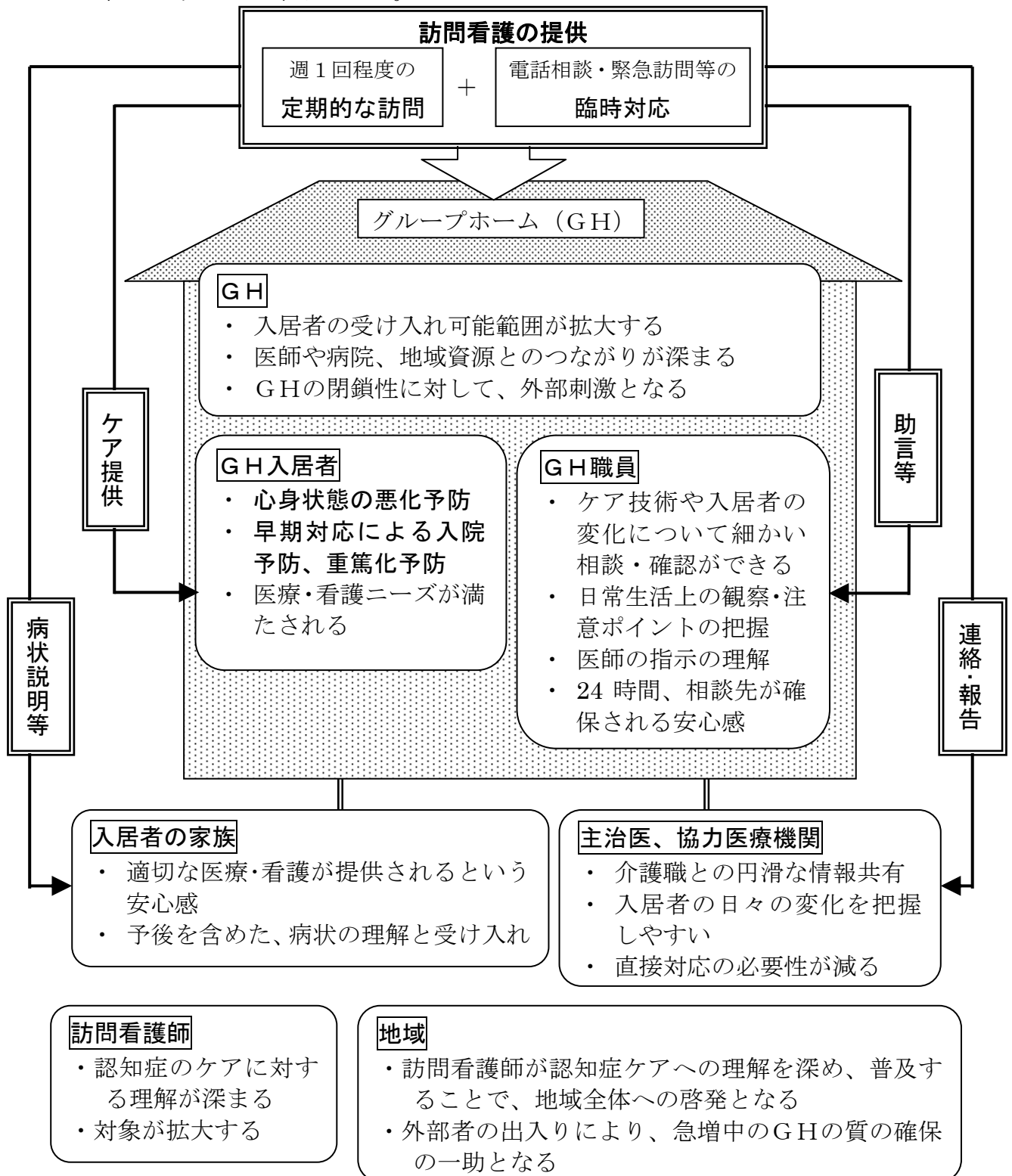
よい状態で生活を継続するためには「健康管理」が必要



訪問看護師は上記①、②のケア・対応が可能であり、また随時、医師や他職種との連携の必要性を判断することができる

### 3. ステーション(ST)からGHへ訪問看護を提供したときの効果

GHへの訪問看護の提供により、それぞれに以下の図に示したような効果がある。特にGHが「訪問看護」を利用する利点として、①訪問看護師はGH職員と近い価値観（「生活」の重視）を持っている、②STは医師や病院など、地域資源とのつながりがある、③主治医は必ずしもすぐに連絡が取れるわけではないが、STは24時間、必ず誰かと連絡が取れる、④訪問看護が外部からの刺激となり、閉鎖的にならない、ということが挙げられた。



## 4. GHへ訪問看護を提供する際のポイント

### 1) 「定期的な訪問」は「週1回」程度必要

- ・週1回程度の訪問があればなじみの関係を構築しやすい。
- ・ただし、入居者やその状態に応じてニーズは異なり、必要な訪問頻度は異なる。各入居者・状態のニーズに合わせた訪問頻度が必要である。

### 2) GHへの訪問看護は、定期的な訪問と臨時対応の両方が必要

- ・入居者の体調不良やけが等は毎日のように発生しており、週1回の定期訪問を行った場合でも、臨時の電話相談や緊急訪問が必要であった。
- ・入居者の体調不良やけが等は、夕方や夜間、早朝にも発生しており、どんな時間帯でも臨時対応の必要性が生じる。
- ・このため、GHと連携するSTは24時間対応できることが望ましい。
- ・臨時対応を適切に行うためには、定期訪問によって通常の状態を把握していること、なじみの関係を築いておくことが必要。

### 3) GHとSTが互いに補い合えることを知ることが重要

- ・GH側は、「STに何をして貰えるのかわからなかった」が、「訪問看護師はGH職員と同じように、入居者の生活を第一に考える視点をもっていることが分かった」、「GH職員では気が付かない体調変化に訪問看護師は気付くことができる」とわかった。
- ・ST側では、「GHでのケア経験は、在宅で認知症ケアに困っている家族へのアドバイスに生かせる」とわかった。
- ・GHとSTは互いに補完し、良い影響を与えあうことができる。

### 4) 頻回な医療処置やターミナルケアへの対応も必要

- ・インスリン注射や経管栄養など、定期的・頻回な医療処置を要する入居者は増加している。また、ターミナル期までGHで過ごすことを希望する入居者も増加している。
- ・医療保険の特別指示は、一月に連続する14日間しか適用されないため、現行の制度では対応に限界がある。
- ・認知症を持ち、かつ医療処置が必要な者を受け入れ可能な施設は少ないため、GHが入居を受け入れざるを得ない状況もある。
- ・このような入居者の場合、週1回程度の定期的な訪問看護と臨時対応のみでは対応しきれない可能性があり、対応については今後の検討課題である。

### 5) その他

- ・ケアを提供する看護師自身が、入居者の状態によって必要な訪問頻度を判断し、ニーズに合わせた過不足のないケアをスムーズに提供できるしくみが望まれる。
- ・本研究結果は、GHのみではなく、他の要介護の居住系サービスにも適用可能と考えられる。

## 5. まとめ：GH入居者の医療・看護ニーズに対する現行制度の課題と提案

GH入居者は認知症を持つ高齢者であり、医療・看護ニーズがある。

このため、以下が必要である。

① 早期対応・状態悪化予防などの、「健康管理」のための訪問看護の提供  
(「定期的な訪問」、「臨時対応」の両方が必要)

② 頻回に医療処置が必要な入居者や、ターミナルケアが必要な入居者への看護の提供

報酬体系のあり方を含め、医療保険・介護保険での評価のあり方を検討する必要がある

# 概要

## 概要

### 研究の背景

- ・ 全国的にグループホーム（GH）が急増し、入居者も急増している
- ・ 認知症を持つ入居者の病状の変化は大きく、症状悪化時・ターミナル期をGHで過ごす人も急増している
- ・ GHの職員配置基準には看護職の配置が義務付けられておらず、看護職がいないGHが多い。
- ・ GHへの訪問看護は介護保険では算定できない→訪問看護の提供が困難（GHへの訪問看護は介護保険制度創設以来の継続検討課題）
- ・ 医療保険の特別指示による訪問看護は、一月に連続する14日までしか算定されず、対象の状態も限られる。

⇒ GHでは看護サービスが求められており、訪問看護ステーション（ST）から訪問看護を提供することに対する期待が高まっている

### 目的

STからGHへ訪問看護を提供するモデル事業を通して  
GHへの訪問看護の

①必要性、②効果、③提供方法のガイドライン、④算定要件

を整理する

### モデル事業の内容、および研究方法

- ・ 平成16年9月～11月末までの3ヶ月間、全国のGH5ヶ所（11ユニット）に、地域のST5ヶ所から、週に1回程度の定期的な訪問看護の提供と、電話相談・緊急訪問などの臨時対応を行った。
- ・ 入居者の家族（もしくは保証人）に対しては、文書で研究内容および倫理的配慮についての説明を行い、同意が得られた入居者93人を対象とした。
- ・ 主治医には訪問看護指示書の発行を依頼した。
- ・ 各地域での実施方法は、実状に合わせてGHとSTが相談して決定した。

#### <実施事項>

##### 1) GH入居者の看護ニーズの整理

- ・ GHの体制および現状での医療面の対応を調査 (調査票①)
- ・ 対象者の基本情報を調査 (調査票②)

(同時に、訪問開始前にSTへ対象者情報を提供)

- ・ 対象者の体調不良の内容および頻度と、その対応を調査 (調査票③)
- ・ 訪問看護実施時に対象者に提供されたケア、GH職員に対して行った助言などの内容を調査 (調査票⑥、⑦)  
(ただし、内容の詳細については調査票⑥を参考とした)
- ・ 定期訪問の所要時間を調査 (調査票⑧)
- ・ 定期訪問以外に必要なとなった対応について調査 (調査票⑧、⑨)

## 2) GHへの訪問看護提供方法、および普及のための方策の検討

- ・ STの体制を調査し、訪問看護提供との関連性を検討 (調査票⑤)
- ・ 各地域で、GHとSTが連携方法についての打ち合わせを事前に実施  
(研究者側が、調整すべき項目のガイドラインを用意した)
- ・ 事前の打ち合わせ以外に調整が必要となった事柄を調査 (調査票④)
- ・ GHとSTへのヒアリングおよびフォーカスグループインタビュー、主治医へのアンケートを通して、モデル事業の効果と課題を整理

<図表1 調査票および調査実施時期>

	モデル事業実施前	モデル事業実施中 訪問看護提供期間 3ヶ月間	モデル事業実施後
グループホーム	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">調査票 ① 体制調査</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">調査票 ② 入居者基本情報調査</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">ヒアリング</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">調査票 ③ グループホーム 体調記録</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">主治医へのアンケート</div>
合議	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">連携方法の調整 (ガイドライン利用)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">調査票 ④ グループホーム・ステーション間連絡記録</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">フォーカスグループインタビュー</div>	
ステーション	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">調査票 ⑤ 体制調査</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">ヒアリング</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">調査票 ⑥ 訪問看護記録(個別)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">調査票 ⑦ 看護提供項目と所要時間(個別)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">調査票 ⑧ グループホームへの訪問看護記録(定期)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">調査票 ⑨ 電話相談記録</div>	

## 研究結果

### 1. GH入居者の状況と看護ニーズーGHの記録からー

#### 1) 対象となったGH入居者の状況

##### (1) GHの各ユニットで、入居者の属性に差が見られた

対象者93人の認知症は、アルツハイマー性(アルツハイマー型含む)49人(52.7%)、脳血管性10人(10.8%)、他分類不明であった。各ユニットで入居者の属性に差が見られ、認知症自立度の分布も異なっており、また、平均要介護度は1.8~3.6であった(図表2)。

<図表2 対象となった施設及び入居者>

GH	GH1			GH2		GH3		GH4		GH5		
開設主体、開設年月	株式会社、H16.4			社会福祉法人、H16.6		社会福祉法人、H14.7		有限会社、H12.10		医療法人、H14.3		
ユニット数と入居者数	3ユニット(27人)※1			2ユニット(18人)		2ユニット(14人)		2ユニット(18人)		2ユニット(18人)		
入居者詳細	ユニット	A	B	C	A	B	A	B	A	B	A	B
	入居者数	9(同意8)	9	9(同意8)	9	9	8	6	9	9	9	9
	認知症自立度(I:II:III:IV)	0:7:0:0 無記入1	0:7:1:1	0:3:0:5	0:3:4:0 無記入2	1:5:2:1	0:1:3:4	0:0:4:2	1:3:4:1	0:3:6:0	0:6:3:0	0:5:4:0
	平均要介護度	1.9	1.8	3.6	2.7	2.9	2.6	2.5	2.8	3.1	2.4	2.3
	平均年齢	80.7	79.8	78.4	82.3	83.8	80.1	83.8	82	81	84.7	80.2
上記GHに訪問看護を提供するST	ST1			ST2		ST3		ST4		ST5		
開設主体	医師会			医療法人		協同組合および連合会		医師会		医師会		
夜間・早朝の計画的訪問の方針	必要があれば対応する			必要があれば対応する		原則対応していない		特に希望があれば対応		原則対応していない		
夜間・早朝の受け入れ可能性	緊急時訪問が可能			緊急時訪問が可能		緊急時訪問が可能		緊急時訪問が可能		原則対応していない		

※1 うち2名は研究参加を拒否

##### (2) モデル事業実施期間中の入・退院

モデル事業を実施した9月1日から11月30日までの91日間に、入退院となった対象者は93人中7人(7.5%)であった(図表3)。

<図表3 モデル事業実施期間中の入・退院>

ID	入院期間	入院日数(全日)	入院理由
GH1-B6	~9/15	14日間	硬膜外血腫
GH1-C3	9/21~10/12	21日間	高血糖、下肢痛
GH1-C6	11/14~11/16	1日間	TIA疑い
GH1-C8	~11/16 ※	76日間	脳出血
GH3-B3	9/1~9/24	23日間	脳梗塞
GH3-B6	~9/16	15日間	脳梗塞
GH4-B7	10/17~11/5	20日間	胆石

※GH1-C8は、退院後、訪問看護特別指示書が発行されている。

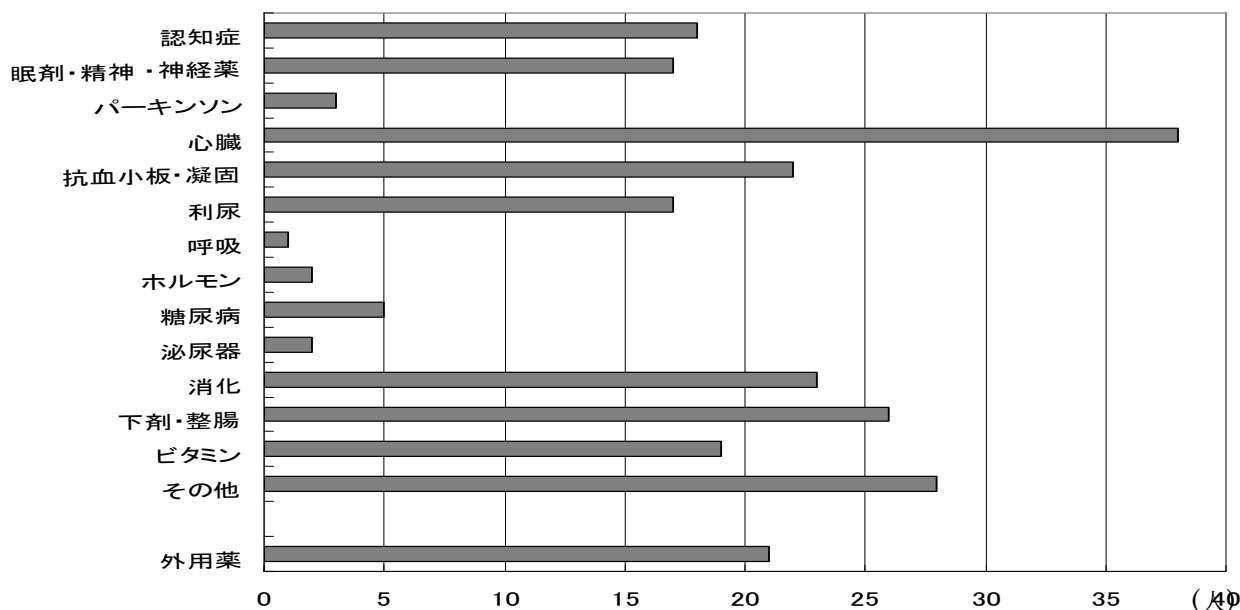
##### (3) GH入居者の約8割は、認知症以外の疾患を合併していた

対象者93人のうち、73人(78.5%)が認知症以外の疾患を合併していた。合併疾患で多いものは、高血圧症21人(22.6%)、心疾患12人(12.9%)であり、服薬の管理や、日常生活上の注意が必要な疾患が多かった。

処方薬があったのは79人(84.9%)。内訳は、認知症に対する処方薬が18人(19.3%)、それ以外の内服薬68人(73.1%)、外用薬21人(22.6%)であった(図表4)。

<図表 4 処方薬の内容分類（重複あり）>

（ただし、血管拡張剤は外用薬でも「心臓」に分類した。）



#### （４）GHでは、入居者の通院に困難を感じていた

入居者の医療ニーズに対して、医療法人立のGHや同一法人内に病院を持つGHでは、主に訪問診療で対応していた。一方、その他のGHでは主に通院で対応しており、1ヶ月間の通院回数は、1ユニット平均で延べ7.8回であった。しかし、通院には以下のような困難があった。

- ・ 入居者は通院の必要性を理解できない、診察まで待てない
  - ・ 家族は通院に付き添えず、職員が通院介助することが多いが、GHの職員配置は日中2人のみであるため、通院に人手がとられると残り一人で他のすべての入居者をみななければならない
  - ・ 通院先の認知症患者への理解不足により不適切な対応を受けることがある
- また、GH職員は、そもそも通院の必要性を判断することに困難を感じていた。

#### （５）GH入居者には、体調不良やけが等が高い頻度で発生していた

4つのGH（対象者75人）で、期間中（91日間）に体調不良やけが等（以下、体調不良）が発生しなかったのは1人のみであった（図表5）。

<図表 5 モデル事業実施期間（3ヶ月間）中に体調不良が1回も発生しなかった対象者>

GH1				GH2			GH3			GH5			総計 (N=75)
A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	全体 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	全体 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	全体 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	全体 (n=18)	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1

(人)

発生日数をユニット別に見ると、そのユニットの中で体調不良者が発生した日数は91日間中33～79日であり、平均すると1ユニットあたり57.6日となる。つまり、3ヶ月間のうち、体調不良が発生していた日数は半数以上となる。GH1のCユニット、GH2のBユニットでは、1日最大5人に体調不良が発生していた。



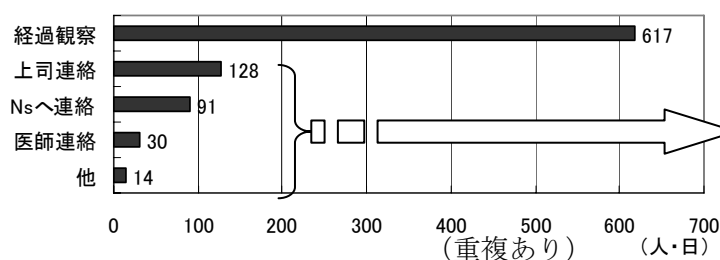
## （６）体調不良やけが等の約 15%には、医療・看護の対応が必要だった

全体体調不良発生数 829 人・日への対応としては、①経過観察 617 人・日 (74.4%)、②上司連絡 128 人・日 (15.4%)、③看護師への連絡 91 人・日 (11.0%)、④医師連絡 30 人・日 (3.6%) であった (図表 6)。対応は GH 内だけではなく、外部の医療・看護資源を必要とする場合もあった。

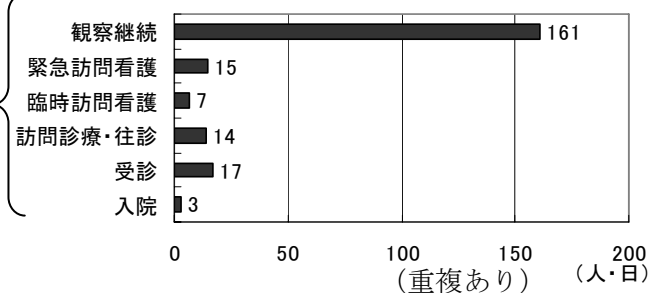
看護師が対応することとなった体調不良の内容は、転倒、痛み、皮膚異常、活気なし、発熱、血圧上昇、血便、便秘、服薬関係などが多かった。主治医よりも看護師に、より頻回に連絡がなされていたことから、GH に ST が定期的な訪問看護と臨時対応 (電話相談、臨時訪問等) を行うことによって、主治医の予定外の対応を予防していることが示された。

経過観察以外の対応を行った場合、その結果として、①観察継続 161 人・日、②緊急看護訪問 15 人・日、③臨機訪問看護 (訪問予定がある時などにその機会を生かして臨機応変に訪問するもの) 7 人・日、④往診 14 人・日、⑤受診 17 人・日、⑥入院 3 人・日であった (図表 7)。

＜図表 6 発生した体調不良等への対応＞



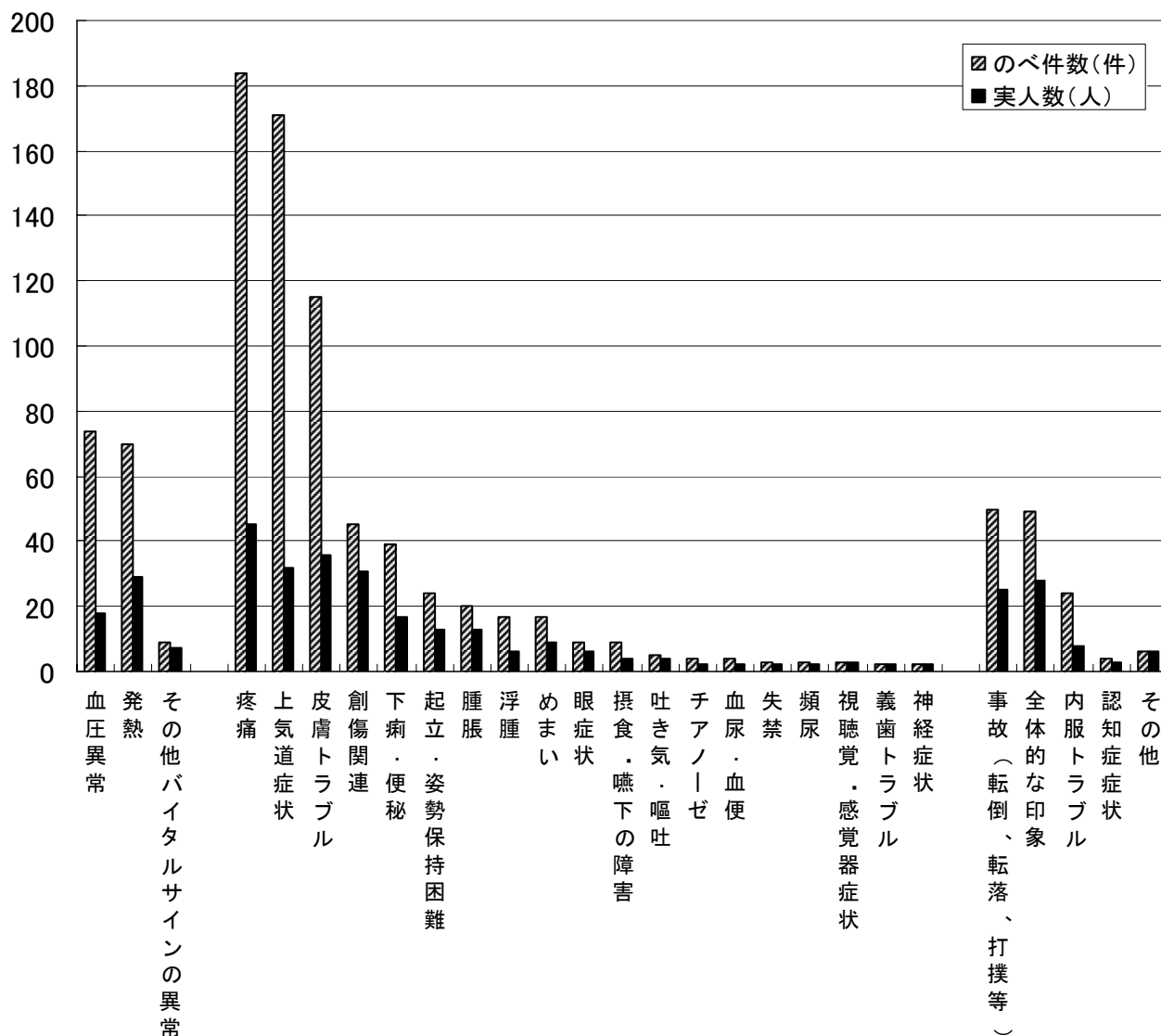
＜図表 7 経過観察以外のその後の対応＞



## （７）体調不良やけが等で多い内容は疼痛、上気道症状等であった

1 人の対象者が抱える体調不良の内容が複数の事柄に及ぶ場合に、それぞれの事柄を 1 件の体調不良事象として扱くと、期間中、全体で延べ 962 件となった (例：腹痛+転倒などは 2 件として扱う)。発生件数をユニット毎に見ると、91 日間で最少が 47 件、最多が 336 件と多様性があった。最多のユニットでは、対象者の要介護度も高く、通院や訪問診療の頻度も高かった。なお、体調不良、全 962 件の内訳で多いのは、疼痛が 184 件 (19.1%)、上気道症状が 171 件 (17.8%) 等であった (図表 8)。

<図表 8 対象者においてみられた医療・看護ニーズ>



## 2. STが実施した訪問看護－STの記録から－

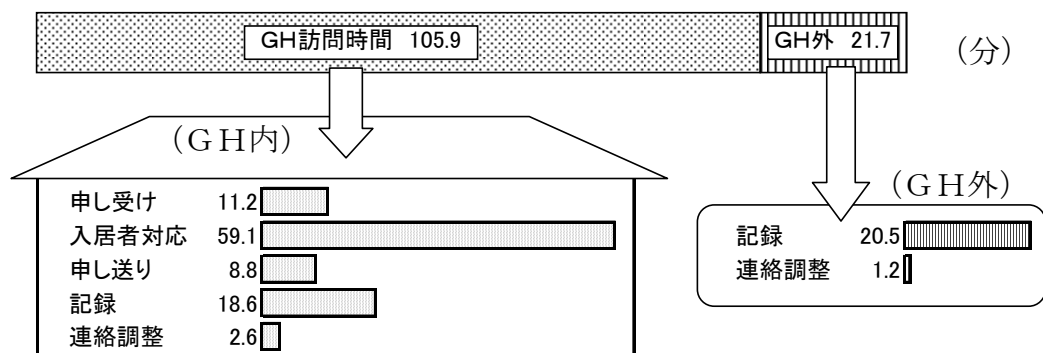
### 1) 定期訪問

(1) 1回の定期訪問で、GHでの滞在時間は1ユニット平均106分であった  
(これ以外に、GH外での記録や連絡・調整に1ユニット平均22分かかっていた)

1回の訪問時間の平均は105.9分であった。この内訳は、ケア前後の申し受け・申し送り時間が20.0分、入居者対応（職員への助言・指導を含む）が59.1分、記録時間が18.6分、医師・家族などへの連絡調整時間が2.6分であった。

しかしこれ以外にもGH外で、記録時間20.5分、連絡調整時間1.2分などを必要としており、GHでの滞在時間以外でも、訪問看護師の仕事が発生していることを示している。(図表9)

<図表 9 定期訪問に関わる平均所要時間（1ユニットあたり）>



(2) 全ユニットに共通して、高い頻度で実施されていたケア内容があった

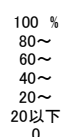
各対象者に対して定期訪問時に実施されたケア回数の実施割合を集計した所、全体では、バイタル測定、心身状態の観察、声かけ・タッチ・談話が90%以上で実施されていた。また、「認知症以外の疾患」、「皮膚の観察」、「悪化・再発・事故の予防」についての職員への助言は全体で約20%程度実施されており、各ユニット別にみても、他の助言項目より高い頻度であった。

(3) 実施されたケア内容は、GHやユニット毎に特徴が見られた

提供されたケアの頻度は、各GH・ユニットで特徴が見られていた（図表10）。このような差は、GHとSTの関係や取り決められた連携内容の差ばかりではなく、入居者の状態が各ユニットによって異なり、必要となるケアも異なることを示している。

<図表 10 定期訪問時のケア実施回数の割合>

ケア項目	GH1			GH1小計	GH2			GH2小計	GH3			GH3小計	GH4			GH4小計	GH5			GH5小計	総計
	A	B	C		A	B	C		A	B	C		A	B	C		A	B	C		
バイタル測定	98.1	97.4	93.3	96.4	100.0	97.3	98.6	95.0	98.6	96.6	99.0	93.2	95.9	84.2	78.8	81.5	94.1				94.1
状態観察	98.1	97.4	100.0	98.4	100.0	73.5	86.0	96.0	100.0	97.7	98.1	94.9	96.4	59.4	73.7	66.5	89.8				89.8
生活状況の観察	99.0	97.4	100.0	98.7	0.0	28.3	14.9	95.0	97.3	96.0	91.3	73.5	81.8	11.9	48.5	30.0	66.5				66.5
声かけ、タッチ、談話	98.1	97.4	100.0	98.4	100.0	97.3	98.6	92.1	100.0	95.4	99.0	96.6	97.7	96.0	98.0	97.0	97.6				97.6
一緒に〇〇をする・見守る	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.5	26.7	74.0	46.6	4.9	5.1	5.0	0.0	0.0	0.0	8.3				8.3
本人への療養指導・説明	64.1	34.2	0.0	34.3	0.0	15.9	8.4	72.3	98.6	83.3	0.0	0.0	0.0	14.9	0.0	7.5	25.4				25.4
薬の副作用の観察	0.0	0.0	1.1	0.3	0.0	0.0	0.0	26.7	90.4	53.4	21.4	10.3	15.5	0.0	0.0	0.0	11.5				11.5
整理、分包装	0.0	0.0	2.2	0.7	46.1	42.5	44.2	0.0	0.0	0.0	0.0	7.7	4.1	0.0	0.0	0.0	9.5				9.5
医師への報告、調節の提案	1.0	0.0	6.7	2.3	2.0	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	1.0	1.7	1.4	1.0	2.0	1.5	1.3				1.3
点眼薬、軟膏、坐薬、湿布などの与薬	0.0	0.0	6.7	2.0	1.0	3.5	2.3	0.0	2.7	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2				1.2
点滴、IVHの実施	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				0.0
注射、インシュリン注射の実施	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				0.0
褥創の処置	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2				0.2
褥創予防のための対応	0.0	0.0	1.1	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	39.7	16.7	5.8	0.0	2.7	0.0	1.0	0.5	3.3				3.3
創傷部の処置(褥創以外)	10.7	0.9	2.2	4.6	0.0	0.0	0.0	1.0	6.8	3.4	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.5	1.9				1.9
経管栄養	0.0	0.0	1.1	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1				0.1
洗腸、排便	0.0	0.0	1.1	0.3	0.0	0.9	0.5	0.0	1.4	0.6	0.0	0.0	0.0	3.0	2.0	2.5	0.7				0.7
人工肛門、人工膀胱の管理	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				0.0
膀胱留置カテーテルの管理	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				0.0
その他	0.0	0.0	0.0	0.0	7.8	0.9	4.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	5.1	3.0	1.3				1.3
療養上の世話	0.0	0.0	1.1	0.3	0.0	0.9	0.5	0.0	0.0	0.0	12.6	6.0	9.1	2.0	1.0	1.5	2.2				2.2
ROM訓練	1.0	0.0	21.3	6.5	2.9	1.8	2.3	0.0	0.0	0.0	26.2	18.8	22.3	0.0	0.0	0.0	6.6				6.6
マッサージ	0.0	1.8	0.0	0.7	9.8	18.6	14.4	1.0	0.0	0.6	1.0	0.0	0.5	5.0	19.2	12.0	5.3				5.3
爪きり	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.5	0.3				0.3
手浴、足浴、陰部洗浄	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	4.4	3.7	0.0	0.0	0.0	1.9	0.9	1.4	5.0	15.2	10.0	2.8				2.8
その他2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				0.0
家族への説明、連絡	0.0	0.0	2.2	0.7	0.0	2.7	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	3.4	1.8	0.0	3.0	1.5	1.1				1.1
認知症以外の疾患	47.6	33.3	24.7	35.6	3.9	16.8	10.7	52.5	100.0	72.4	20.4	6.0	12.7	1.0	7.1	4.0	26.4				26.4
認知症の症状	1.0	5.3	9.0	4.9	2.0	2.7	2.3	2.0	41.1	18.4	1.0	14.5	8.2	1.0	1.0	1.0	6.5				6.5
内服薬	5.8	6.1	20.2	10.1	2.9	8.8	6.0	1.0	41.1	17.8	8.7	0.0	4.1	1.0	0.0	0.5	7.6				7.6
外用薬	12.6	3.5	7.9	7.8	2.9	8.8	6.0	20.8	45.2	31.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	1.0	8.3				8.3
皮膚の観察	23.3	22.8	13.5	20.3	12.7	20.4	16.7	52.5	100.0	72.4	4.9	0.0	2.3	1.0	1.0	1.0	20.7				20.7
保清	22.3	6.1	10.1	12.7	7.8	8.0	7.9	30.7	27.4	29.3	1.9	0.0	0.9	1.0	2.0	1.5	10.0				10.0
排泄コントロール	12.6	21.1	29.2	20.6	0.0	4.4	2.3	17.8	98.6	51.7	2.9	0.9	1.8	4.0	5.1	4.5	15.3				15.3
栄養・水分	6.8	5.3	18.0	9.5	1.0	13.3	7.4	45.5	87.7	63.2	11.7	3.4	7.3	0.0	6.1	3.0	15.9				15.9
ADL維持・向上	1.0	3.5	10.1	4.6	2.9	5.3	4.2	0.0	45.2	19.0	7.8	0.0	3.6	3.0	3.0	3.0	6.3				6.3
精神面へのケア(うつ等)	14.6	2.6	7.9	8.2	4.9	0.0	2.3	0.0	11.0	4.6	6.8	12.0	9.5	0.0	2.0	1.0	5.5				5.5
悪化・再発・事故の予防	22.3	20.2	20.2	20.9	1.0	2.7	1.9	68.3	89.0	77.0	5.8	4.3	5.0	2.0	6.1	4.0	19.8				19.8
その他3	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	1.0	0.4				0.4



#### **（４）看護師はユニット全体を対象としてとらえ、GH職員にアドバイスしていた**

看護師は定期訪問時に入居者の全体の傾向を把握し、気温や湿度、食事など、日常生活での注意点や対応方法をGH職員にアドバイスしていた。また転倒打撲者があった時には、その事例を通して「転倒・打撲後の状況把握とその対応、予防」といったように、1つの事例から全体の参考となるアドバイスを行い、入居者の状態悪化の予防・早期発見を促していた。インフルエンザや風邪の予防などといった、時節にかかわって、入居者全員が注意すべき事柄についてのアドバイスも実施していた。

これらのアドバイスは、複数の入居者が共同生活を送るGHにおける健康管理に重要なものであった。

#### **（４）訪問看護師は専門的視点からGH職員を支援していた**

ST看護師は看護師としての専門的視点からの観察と知識、判断に基づき、

a：GH職員に対して知識の再確認、

b：GH職員の疑問への回答、

c：GH職員と一緒に対応方法を確認、

d：ST看護師が必要だと判断したことについてアドバイス、

を行い、GH職員を支援していた。

## **２）臨時対応**

### **（１）期間中、STへの電話相談は67件で、夜間や早朝にも発生していた**

期間中、GHからSTへの電話相談は、全体で67件であり、夜間や早朝にも発生していた。GHごとにみると、最少0件、最多38件とばらつきがあった。電話相談の内容は、対象者の体調不良に関すること（転倒、皮膚異常、血圧異常、様子異常、及びそれらの事後の対応について、など）が多かった。

### **（２）定期訪問以外に、臨時で29件の訪問が必要だった**

電話相談から緊急訪問となったものは9件であった。また、臨機訪問（別のユニットなどの訪問予定にあわせての訪問）は合計20件あり、訪問契機は電話相談から2件、臨時相談（別のユニットなどの訪問時に相談）から7件、看護師が必要性を判断して自主的に臨時訪問したものが11件であった。（図表11）

臨時訪問となった例として、「左手肘から末梢にかけて内出血斑あり。腕時計を強く締めていたよう。手先に冷たさ、痛み感じない様子」というGH職員からの相談に対して、「脳梗塞の既往症あるため、血栓の可能性あり」、と判断して訪問したケースがある。訪問時には「末梢冷感無く脈も触れる」として様子を見ることとした。その後、以後の対応についてGH職員へアドバイスしており、訪問看護師は専門的な立場から入居者の心身状態の変化に対応するとともに、GH職員を支援していた。

<図表 11 臨時対応件数>

(件)

		相談件数	相談件数のうち臨時に訪問した件数		
			臨機訪問	緊急訪問	合計
訪問の契機	電話相談	67	2	9	11
	訪問時の相談	9	7		7
	ST看護師の判断による		11		11
合計		76	20	9	29

### 3) モデル事業以前から契約していたST1とGH1の記録から： 詳細例

#### (1) GHからSTへの相談は、毎週の定期訪問の中間時点に多かった

モデル事業以前からGHに訪問看護を提供しているSTに関しては、詳細な分析を行った。GHからの相談は、毎週の定期訪問の中間日あたりによくなされていた。

#### (2) 訪問看護師は、入居者の身体チェックやGH職員との勉強会、カンファレンスへの出席、退院の調整なども行っていた

STでは、定期訪問以外にも「入居者全員身体チェック」を実施して、日頃見落としがちな耳や爪、皮膚の状態などをチェックし、その結果生じた生活上の注意点をGH職員にアドバイスしていた。加えて、ST主催の勉強会も実施していた。また、看護師は、時間の都合がつく時は、GHのケアカンファレンスに参加していた。

更に、入院中の入居者が退院する際には、退院前（医師の特別指示書が発行される前）に、STは入院病棟と連絡を取り、退院後の調整を行っていた。また、GH側ともカンファレンスを持ち、GH職員ができること、できないこと、指導の必要性等を見極めて、入居者が退院後に安全にGHに戻って生活できるよう計画・調整していた。

#### (3) 種々の連絡・調整がこまめに実施されていた

GHからSTへの受診結果報告や、STから医師への入居者の状態連絡、受診についての相談などのFAX連絡がこまめに行われていた。

## 3. GHへの訪問看護の効果

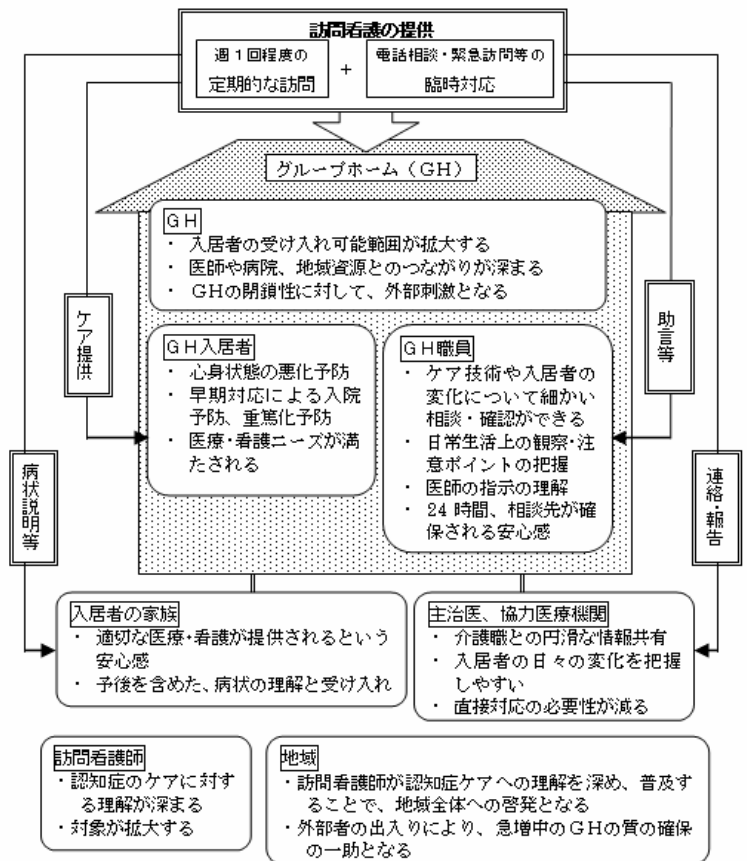
#### (1) GHへの訪問看護の導入は、効果がある

GH側とST側のヒアリング、フォーカスグループインタビュー、および主治医へのアンケートより、以下の効果があることが示された（図表 12）。主治医のアンケートでも全般的に良いとする回答が多く、否定的な意見は見られなかった。

＜図表 12 訪問看護の効果＞

特にGHが「訪問看護」を利用する利点として、

- ①訪問看護師はGH職員と近い価値観（「生活」の重視）を持っている
- ②STは医師や病院など、地域資源とのつながりがある
- ③主治医は必ずしもすぐに連絡が取れるわけではないが、STは24時間、必ず誰かと連絡が取れる
- ④訪問看護が外部からの刺激となり、閉鎖的にならない  
ということが挙げられた。



#### 4. 考察および提言

##### 1) 入居者の看護ニーズ

###### (1) 認知症の人に対する看護が必要

GH入居者は認知症を持つ高齢者であり、他の疾患を合併していることが多い。しかし、認知症のために本人が体調不良に気付かない・訴えられないために、その発見や対応が遅れ、重大な事態を招くことがある。認知症を持つ対象への看護が必要である。

###### (2) 入居者の心身状態の悪化予防のため、GH職員への看護のアドバイスが重要

GH入居者は認知症のために本人が体調不良に気付かない・訴えられないことが多く、心身状態が悪化するリスクが高い。入居者の生活を見守るGH職員が各入居者の心身状態の観察ポイントや生活上の注意点を把握することは、入居者の心身状態の悪化予防につながるため、医学的な専門知識を持つ看護職のアドバイスは重要な意味を持っている。

###### (3) 体調不良時には、看護職が早期に適切な対応を判断する必要がある

GH職員が入居者の体調不良に気付いても、受診の必要性を判断するのに困難がみられていた。体調不良は時間を問わず発生し、その緊急性、重篤性の判断には医学的な専門知識が必要となる。このため、看護職にいつでも相談できる体制は有用であり、早期の適切な対応により、重篤化を予防できる。また、入居者の通院は入居者本人の混乱や人手不足などの困難を伴うため、不要な通院を減らすことはGH

にとって効果的なケア提供につながる。

#### (4) 医療処置などの必要性

GH入居者は、服薬管理や医療処置が必要な場合が多いが、本人がこれらを実施することは難しい場合が多く、看護職による対応が必要である。

つまり、十分な健康管理により通院・入院を必要最低限に減らすことと、24時間いつでも発生しうる入居者の体調悪化に対して、医学的に的確な判断をして対応することが、入居者とGH双方にとって必要であり、訪問看護はこの点において有用であるといえる。

予防や健康管理のための訪問看護の概念が、訪問看護指示書にも導入されることが望まれる。

## 2) GHへ訪問看護を提供する際のポイント

### (1) 「定期的な訪問」は「週1回」程度必要

- ・週1回程度の訪問があればなじみの関係を構築しやすい。
- ・ただし、入居者やその状態に応じてニーズは異なり、必要な訪問頻度は異なる。各入居者・状態のニーズに合わせた訪問頻度が必要である。

### (2) GHへの訪問看護は、定期的な訪問と臨時対応の両方が必要

- ・入居者の体調不良やけが等は毎日のように発生しており、週1回の定期訪問を行った場合でも、臨時の電話相談や緊急訪問が必要であった。
- ・入居者の体調不良やけが等は、夕方や夜間、早朝にも発生しており、どんな時間帯でも臨時対応の必要性が生じる。
- ・このため、GHと連携するSTは24時間対応できることが望ましい。
- ・臨時対応を適切に行うためには、定期訪問によって通常の状態を把握していること、なじみの関係を築いておくことが必要。

### (3) GHとSTが互いに補い合えることを知ることが重要

- ・GH側は、「STに何をして貰えるのかわからなかった」が、「訪問看護師はGH職員と同じように、入居者の生活を第一に考える視点をもっていることが分かった」、「GH職員では気が付かない体調変化に訪問看護師は気付くことができる」とわかった。
- ・ST側では、「GHでのケア経験は、在宅で認知症ケアに困っている家族へのアドバイスに生かせる」とわかった。
- ・GHとSTは互いに補完し、良い影響を与えあうことができる。

### (4) 頻回な医療処置やターミナルケアへの対応も必要

- ・インスリン注射や経管栄養など、定期的・頻回な医療処置を要する入居者は増加している。また、ターミナル期までGHで過ごすことを希望する入居者も増加している。
- ・医療保険の特別指示は、一月に連続する14日間しか適用されないため、現行の制度では対応に限界がある。

- ・認知症を持ち、かつ医療処置が必要な者を受け入れ可能な施設は少ないため、GHが入居を受け入れざるを得ない状況もある。
- ・このような入居者の場合、週1回程度の定期的な訪問看護と臨時対応のみでは対応しきれない可能性があり、対応については今後の検討課題である。

#### (5) その他

- ・ケアを提供する看護師自身が、入居者の状態によって必要な訪問頻度を判断し、ニーズに合わせた過不足のないケアをスムーズに提供できるしくみが望まれる。
- ・本研究結果は、GHのみではなく、他の要介護の居住系サービスにも適用可能と考えられる。

### 3) 連携のためのガイドライン

GHとSTが実際に連携をする場合、その後の連携をスムーズにするために開始当初に押さえておくべきポイントとして、以下を示す(図表13、14)。

<図表13 連携開始当初に押さえるポイント>

取り決め事項	望ましい体制
目的の共有	GHとST間で、ある程度の目的の共有をすることが必要。それに伴い、どの程度まで責任を持ち、入居者へのケアを提供するかを決める(どの程度まで行うのか、退院支援やカンファレンスなども行うのか、等)
担当制かローテーションか	看護師は担当制が良い。また、STが24時間体制をとる場合には、その対応方法と担当看護師の役割、連絡伝達方法などを決めておく必要がある。
対象による区別(ユニット全体、個人)	入居者が影響しあっていることがあるため、ユニット全体を把握することが必要である。 ただし、医療・看護ニーズが特に高い入居者には個別対応が望ましい。
頻度や時間	モデル事業では週1回、1ユニット2時間程度で実施した。なじみの関係を築き、入居者の通常状態を把握するためには、週に1回程度が良いと思われる。
STの対応体制	心身状態の悪化は24時間365日起こりうるため、24時間連絡がつき、訪問可能な体制が望ましい。
訪問看護指示書について	今回のモデル事業では、指示書が得られなかった場合にも、主治医に説明の上、指示書が交付された入居者と同等の訪問看護を提供した。ただし、入居者の心身状態は悪化する可能性があるため、本来的には指示書を得ておくことが望ましい。
記録について	伝達しているうちに内容が変化してしまうこともあり、記録の共有方法、伝達事項の記録方法をきちんと定める必要がある。ただし、当初から用いているものを利用し、シンプルな仕組みを作ったほうが良い。



**図表 14 連携のための話し合いのポイント（モデル事業をベースとした場合）**

**1. 確認事項**

**（1）理念の確認**

- ① GH・STの理念と特徴

**（2）体制の確認**

- ② GHの体制  
特に・・・職員構成（看護職の有無など）  
主治医・提携医療機関との連携状況
- ③ STの体制  
特に・・・営業時間、時間外の対応方法など

**（3）GH入居者についての確認**

- ④ 入居者の心身状態など  
特に・・・必要看護ケア内容  
新規訪問看護導入時の留意事項
- ⑤ 訪問看護導入に対する、利用者と家族の承諾の有無

**（4）両者の意向・希望**

- ⑥ GH側—訪問看護導入の理由と期待すること
- ⑦ ST側—看護提供の程度の想定
- ⑧ 双方—希望する看護内容、頻度、時間

**2. 取り決め事項**

**（1）訪問看護の提供内容**

- ① 担当制かローテーションか
- ② 対象による区別（ユニット全体、個人）
- ③ 頻度や時間  
（週〇回、〇曜日、〇時～〇時、など）
- ④ 訪問看護時の流れと手順  
GHスタッフの動き・役割分担  
GHスタッフとの申し送り、など  
（誰に、いつ、どこで、どの程度）
- ⑤ 臨時・緊急時のSTの基本対応姿勢（電話対応のみ or 訪問可能、など）

- ⑥ 主治医との連携（通常時、緊急時など）
- ⑦ 指示書について  
以下の手順が必要  
1. サービス担当者会議を開き、訪問看護の必要性を検討し、主治医に伝える  
2. その後主治医の指示書を得る  
指示書が得られなかった入居者への対応について相談しておく

**（2）連絡について**

以下の項目は、日中、および夜間・早朝についてそれぞれ検討する。

- ① 主治医への連絡
- ② 入居者の家族への連絡
- ③ GHからSTへの連絡
- ④ STからGHへの連絡
- ⑤ 救急車を呼ぶ場合

**（3）記録について**

- ① GHがST側に提供する（見せる・渡す）記録物
- ② GH内での記録の付け方、申し送りの残し方
- ③ STがGHに提供する（見せる・渡す）記録物
- ④ 訪問看護提供に関わる記録の保管場所（ST、GH、両者、など）
- ⑤ 上記を両者に保管する場合の記録方法（コピー、カーボン複写、2枚記入、など）

**（4）物品について**

- ① STが持参する物品  
（機材、衛生材料、消毒薬など）
- ② GHで準備する物品  
（機材、衛生材料、消毒薬など）
- ③ 医療廃棄物の処理について

**5. まとめ：GH入居者の医療・看護ニーズに対する現行制度の課題と提案**

GH入居者は認知症を持つ高齢者であり、医療・看護ニーズがある。  
このため、以下が必要である。

- ① 早期対応・状態悪化予防などの、「健康管理」のための訪問看護の提供  
（「定期的な訪問」、「臨時対応」の両方が必要）
- ② 頻回に医療処置が必要な入居者や、ターミナルケアが必要な入居者への看護の提供

報酬体系のあり方を含め、医療保険・介護保険での評価のあり方を検討する必要がある

## 研究体制

本研究事業の実施に際しては、下記に示すメンバーにより構成される研究班を設置した。

### 【本委員会】

委員長 村嶋 幸代 (東京大学大学院 医学系研究科)  
委員 野中 博 (日本医師会)  
山崎 摩耶 (日本看護協会)  
上野 桂子 (全国訪問看護事業協会)  
宮崎 和加子 (健和会訪問看護ステーション統括部)  
和田 行男 (グループホーム なごみ浅草)

### 【研究班】

委員長 村嶋 幸代 (東京大学 大学院医学系研究科)  
委員 宮崎 和加子 (健和会訪問看護ステーション総括部)  
和田 行男 (グループホーム なごみ浅草)  
山田 京子 (浅草医師会立訪問看護ステーション)  
金澤 彩子 (グループホーム 千住大川)  
真柄 恵子 (千住新橋訪問看護ステーション)  
白仁田 敏史 (グループホーム あんのん)  
酒井 眞弥子 (大村市医師会立訪問看護ステーション)  
小林 美砂子 (グループホーム けやき)  
林 八重子 (長岡中央訪問看護ステーション)  
原 幸司 (グループホーム カルフ)  
陣川 チヅ子 (神奈川区メジカルセンター訪問看護ステーション)  
田上 豊 (三菱総合研究所 ヒューマンケア事業部)  
高森 裕子 (三菱総合研究所 ヒューマンケア事業部)  
近藤 由生子 (東京大学 大学院医学系研究科)  
田高 悦子 (東京大学 大学院医学系研究科)  
永田 智子 (東京大学 大学院医学系研究科)  
田口 敦子 (東京大学 大学院医学系研究科)

研究協力者 糠信 憲明 (東京大学 大学院医学系研究科)

# I . 目的と方法

## 1. 目的

介護保険で在宅サービスと位置づけられている痴呆（認知症）対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム。以下グループホーム又はGH）への訪問看護は、現状では、介護保険では報酬として算定されない（急性増悪時の特別訪問看護指示書による医療保険での14日間の訪問看護を除く）。また、グループホームの職員配置基準には看護職の配置が義務付けられていない。つまり、グループホームは看護不在の状況に置かれているのである。しかし、現実には、認知症を持つ入居者の病状の変化は大きく、症状悪化時・ターミナル期をグループホームで過ごす人も急増しており、現場では看護サービスが求められている。その解決策の一つとして、地域の訪問看護ステーション（以下ステーション又はST）からグループホームに訪問看護を提供することに対する期待が高まってきた。

そこで本研究事業では、グループホームにおける訪問看護の ①必要性、②提供したときの効果（outcome）、③提供方法のガイドライン、④算定要件 を整理することを目的とした。

**図表 I-1 本研究事業の目的**

- ・ 全国的にGHが急増し、入居者も急増している
- ・ 認知症を持つ入居者の病状の変化は大きく、症状悪化時・ターミナル期をグループホーム（GH）で過ごす人も急増している
- ・ GHの職員配置基準には看護職の配置が義務付けられておらず、看護職がないGHが多い。
- ・ GHへの訪問看護は介護保険では算定できない→訪問看護の提供が困難（GHへの訪問看護は介護保険制度創設以来の継続検討課題）
- ・ 医療保険の特別指示による訪問看護は、一月に連続する14日までしか算定されず、対象の状態も限られる。

⇒ GHでは看護サービスが求められており、ステーション（ST）から訪問看護を提供することに対する期待が高まっている

### 目的

STからGHへ訪問看護を提供するモデル事業を通して  
GHへの訪問看護の

①必要性、②効果、③提供方法のガイドライン、④算定要件

を整理する

## 2. 方法

- ・平成16年9月初旬～11月末までの3ヶ月間、全国のグループホーム5ヶ所（11ユニット）に、地域のステーション5ヶ所から定期的な訪問看護と緊急・臨時対応の訪問看護を提供するモデル事業を実施した。
- ・各地域での実施方法については実状に合わせ、グループホームとステーションが相談しながら決定した。

上記を通して、以下を行った。

1. グループホーム入居者の看護ニーズの整理
  - ・日常的なニーズと臨時的なニーズとしてどのようなものがあるか、健康管理の面ではどうか
2. 介護職員に対する知識・技術の指導、精神面への支援などのニーズの整理
  - ・介護職員は、入居者の介護を行う上で、どのような知識、技術、支援を必要としているのか。訪問看護へのニーズがあるか
3. 訪問看護必要者の特性の整理
  - ・外来受診に困難があるか  
(訪問看護の対象としての「通院困難な利用者」にあてはまるか)
4. グループホームへの訪問看護提供方法の検討
  - ・計画的訪問看護の提供内容（頻度と時間）と提供対象
  - ・臨時・緊急の場合の相談や対応について
  - ・他の医療機関との関係（往診医、主治医、他ステーション、等）
  - ・それぞれの入居者について留意すべき点
  - ・必要書類、記録についての管理方法  
⇒訪問看護導入の際のガイドライン作成
    - ・様々な条件下における適切な連携のあり方を検討
5. 普及のための方策の検討
  - ・訪問看護指示書・訪問看護計画書・訪問看護報告書のあり方、ケアプラン（痴呆（認知症）対応型共同生活介護計画）への組み込み方、支給限度額との関係、診療報酬への組み込み方について検討

なお、対象者や施設が特定できないよう、ID管理を行った。

また、本研究事業の実施にあたり、東京大学医学部倫理委員会の承認を得た。

図表 I-2 に、事業のモデル図（調査票及び調査実施時期）を示す。

図表 I-3 に、本研究事業の流れを示す。

図表 I-2 調査票および調査実施時期

	モデル事業実施前	モデル事業実施中	モデル事業実施後
グループホーム		訪問看護提供期間 3ヶ月間	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>調査票 ①</b> 体制調査         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>調査票 ②</b> 入居者基本情報調査         </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">ヒアリング</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>調査票 ③</b> グループホーム 体調記録         </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">主治医へのアンケート</div>
合議	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           連携方法の調整 (ガイドライン利用)         </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>調査票 ④</b> グループホーム・ステーション間連絡記録         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">フォーカスグループインタビュー</div>	
ステーション	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>調査票 ⑤</b> 体制調査         </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">ヒアリング</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>調査票 ⑥</b> 訪問看護記録(個別)         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>調査票 ⑦</b> 看護提供項目と所要時間(個別)         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>調査票 ⑧</b> グループホームへの訪問看護記録(定期)         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>調査票 ⑨</b> 電話相談記録         </div>	

図表 I-3 本研究事業の流れ

時期	アクション	グループホーム	ステーション	ポイント
		体制調査 調査票①	体制調査 調査票	
	家族への説明と同意	家族へ説明し 同意を得る ↓ 同意書		
	事前情報の準備	入居者調査 調査票②		
	連携のための話し合い グループホーム・ステーション間で大まかなケアプランを調整	連携方法の調整		<p>&lt;訪問看護提供方法・体制について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・頻度と滞在時間</li> <li>・臨時・緊急の場合の相談や対応について</li> <li>・他の医療機関との関係(往診医、主治医、他ステーション、等)</li> <li>・必要書類、記録についての管理方法</li> </ul> <p>&lt;個別対象について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護の提供内容と提供対象</li> <li>・それぞれの入居者について留意すべき点</li> </ul>
8月下旬	ワーキンググループ			他のGH、STについての情報収集、最終調整
9月初旬	訪問看護開始			
	グループホームは期間中毎日、入居者の体調記録を記入	体調記録 調査票		体調不良の発生頻度とその対応等
	3ヶ月間で(基本的に)12回の定期的な訪問看護を実施	<p>(期間中毎日)</p> <p>定期</p> <p>定期的な訪問看護の提供</p> <p>訪問看護記録 調査票⑥</p> <p>看護提供項目および所要時間 調査票⑦</p> <p>GHへの訪問看護記録 調査票⑧</p> <p>繰り返し</p>		
	随時電話相談など、臨時対応を行う 随時グループホームとステーション間で連絡する	<p>随時</p> <p>電話相談記録 調査票</p> <p>連絡記録 調査票</p> <p>連絡記録 調査票</p>		報告、連絡、調整
		効果のヒアリング	効果のヒアリング	訪問看護の効果ヒアリング。 看護が入れば入居を受け入れることができる対象、等。 体制・利用者・スタッフなどの面から調査
10月	ワーキンググループ	フォーカスグループインタビュー		他のGH、STについての情報収集 訪問看護の提供方法について確認 ここまでの結果についてフォーカスグループインタビュー
11月末	訪問看護終了			
		主治医へのアンケート		訪問看護の効果について主治医の意見をきく

### 3. 用語の定義

この報告書においては、以下のように用語の定義を行った。

なお、平成17年4月より名称変更となるため、「痴呆」に代えて「認知症」の言葉を用いた。

#### (1) 定期訪問（定期訪問看護）

あらかじめ立てた予定に従って、一定の頻度で定期的に実施する訪問看護。

#### (2) 臨時対応

対象者の病状変化などに伴って必要となる対応で、あらかじめ予定した以外の対応。

##### 1) 電話相談

対象者に関わる相談の電話で、GH職員（もしくは対象者の家族など）からSTへかけられたもの。

##### 2) 臨時相談

定期訪問等で訪問看護師がGHへ訪問している際に、あらかじめ予定した以外の対象者についての相談をGH側からST側に行うもの。

##### 3) 臨時訪問（臨時訪問看護）

対象者の病状変化や突発的な事故などに伴って必要となる、定期訪問以外の訪問看護。

###### ① 緊急訪問（緊急訪問看護）

臨時訪問のうち、ある対象者への対応のために、特別に緊急に行う訪問看護。

###### ② 臨機訪問（臨機応変訪問看護）

臨時訪問のうち、他ユニットへの訪問予定がある時など、その機会を生かして臨機応変に行う訪問看護。



## II. 結果

## ※ 1. 対象となったGHとST、および対象となった入居者の概要

### 1) 対象施設

全国 5 ヶ所のGH、全 11 ユニットを対象とした。地域差を考慮するため、都市部、農村部など多様な地域を選定し、GHを選出した。

GHに訪問看護を提供するSTは、GHを選出した。

これらGHと、そのGHが選んだSTがペアとなり、STからGHの入居者に対して週 1 回 2 時間程度の定期的な訪問看護、および臨時対応を 3 ヶ月間（平成 16 年 9 月～11 月）実施した。具体的なケアの提供方法・内容はGHとSTで相談し、実情に応じて決定した。

ただし、データ収集は、書面で承諾の得られた人のみを「対象者」とした。また、すべての「対象者」について、主治医に指示書の発行を依頼した。

#### <GH1とST1>

GH1とST1は5ヶ月前から訪問看護提供に関して契約を結んでおり、以前よりモデル事業と同様の訪問看護を既に提供していた。3 ユニット（A, B, C）に対し、ある曜日にA, Bユニットの入居者を対象として週 1 回訪問とし、また別の曜日に週 1 回Cユニットを訪問していた。よってGH1には、毎週 2 回、看護師が訪問していた。この体制を、モデル事業実施中も継続した。

#### <GH2とST2>

GH2は、かつて訪問看護を利用した経験があった。入居者の体調不良等はまずホーム長に報告され、その判断によって次の対応方向が決まるような段取りになっている。

#### <GH3とST3>

GH3では、以前から、併設されている同一法人の特別養護老人ホームの看護師に医療処置を依頼したり、入居者の体調不良を相談したりしていた。

今回はGH3が、ST3は県内でも有数の大病院に付属しており、技術的に信用できるとして希望したため、ST3からGH3までは距離が遠かったが、ST3の訪問看護師が車で移動して訪問した。

また、GH3のBユニットにはゲストルームが 2 室あり、緊急時の受け入れができるようになっている。ゲストルームには入居者もあったが、今回の対象者からは除いた。

#### <GH4とST4>

GH4では、入居者の心身状態に不安がある際には、小さなことでもなるべく早く受診することになっていた。

#### <GH5とST5>

GH5は医療法人立であり、法人運営のクリニックの院長（主治医）による訪問診療が月に4回実施されていた。また、入居者の心身の状態に不安がある際には、主治医と連絡をとりやすい体制になっていた。

ST5は24時間連絡体制にはなかったが、必要時には管理者の携帯電話に連絡をする取り決めになっていた。また、ST5では、訪問看護師は担当制ではなく、ローテーションを組んでGH5に訪問した。これは、他のSTでGHの担当看護師が決まっていた点と大きく異なっている。

図表Ⅱ-1に、対象となったGHとSTの概要を示す。

図表 II-1 対象となったGHおよびSTの概要

GH	GH1	GH2	GH3	GH4	GH5							
所在地 ( )内は介護保険の地域区分	東京都 (特別区)	東京都 (特別区)	新潟県 (その他)	長崎県 (その他)	神奈川県 (特甲区)							
GHがある地域の特徴	国道の大通りに面したビルの一部。高層ビルと住宅が混在している地域	川沿いの住宅密集地にある。周辺は下町の雰囲気がある	周囲は自然が多く、併設施設を通して地域とのつながりを持っている	空港・駅からの交通の便が良い。周囲は開発されているが、のどかな様子	閑静な住宅街の中にあり、駅は離れている。また、周囲は坂道が多い							
開設主体、開設年月	株式会社 平成16年4月	社会福祉法人 平成16年6月	社会福祉法人 平成14年7月	有限会社 平成12年10月	医療法人 平成14年3月							
法人が有する施設	訪問入浴 訪問介護事業所 通所介護 在宅介護支援センター 居宅介護支援事業所 福祉用具 (系列) 特別養護老人ホーム	一般病院診療所 特別養護老人ホーム 介護老人保健施設 デイサービスセンター 訪問介護事業所 訪問看護ステーション 居宅介護支援事業所 薬局 歯科福祉タクシーなど	精神科病院 特別養護老人ホーム 介護老人保健施設 デイサービスセンター 訪問介護事業所 居宅介護支援事業所 ケアハウス 生活支援ハウス 健康増進介護予防事業(ハ ワリハビリステーション)	デイサービスセンター 小規模通院介護 宅老所	診療所 デイサービスセンター							
上記関連施設の協力状況	特になし	①往診 ②入院依頼など	①退居の際の受け入れ ②随時の状態観察、相談、処置 ③職員に対するアドバイス ④随時助言を受けられる ⑤急な人員不足時の支援	要支援および自立と判定された場合の受け皿	①月4回の定期的な往診 ②随時の受診 ③電話相談							
医療機関との 関わり	日常的に訪問診療や往診をしてくれる医療施設ホームとして相談できる医療施設 上記施設のGHへの協力の程度	内科 皮膚科 ある 良い	なし ある 良い	内科 歯科 ある もう少し理解が欲しい	外科 整形外科 ある 良い							
ユニット数と入居者数	3ユニット(27人)※1			2ユニット(18人)		2ユニット(14人)		2ユニット(18人)		2ユニット(18人)		
入居者詳細	ユニット	A	B	C	A	B	A	B	A	B	A	B
	入居者数	9(同意8)	9	9(同意8)	9	9	8	6	9	9	9	9
	認知症自立度 (Ⅰ:Ⅱ:Ⅲ:Ⅳ)	0:7:0:0 無記入1	0:7:1:1	0:3:0:5	0:3:4:0 無記入2	1:5:2:1	0:1:3:4	0:0:4:2	1:3:4:1	0:3:6:0	0:6:3:0	0:5:4:0
	平均要介護度	1.9	1.8	3.6	2.7	2.9	2.6	2.5	2.8	3.1	2.4	2.3
	平均年齢	80.7	79.8	78.4	82.3	83.8	80.1	83.8	82	81	84.7	80.2
職員数( )内は常勤換算(人)	常勤14、非常勤10(21.6)			常勤9、非常勤9(16.0)		常勤13(うち2名は兼務)		常勤13、非常勤1(13.6)		常勤8、非常勤10(16.0)※2		
夜間の職員配置	1人/1ユニット			1人/1ユニット		1人/2ユニット		1人/1ユニット		1人/1ユニット		
退居基準	特に定めていない			・著しい精神症状や行動障害 ・車椅子を常時使用し、長期間継続		・急性期の入院治療を要す状態		・著しい精神症状や行動障害 ・慢性疾病で恒常的な医療行為が必要		・著しい精神症状や行動障害		
上記GHに訪問看護を提供するST	ST1			ST2		ST3		ST4		ST5		
開設主体	医師会			医療法人		協同組合および連合会		医師会		医師会		
同一法人内の施設	なし			病院 無床診療所 介護老人保健施設 在宅介護支援センター		病院 無床診療所 介護老人保健施設 特別養護老人ホーム 在宅介護支援センター		在宅介護支援センター		なし		
併設されている事業所	居宅介護支援			居宅介護支援		居宅介護支援		居宅介護支援		居宅介護支援		
届出営業日	平日のみ			平日のみ		平日と隔週土曜日の午前		平日のみ		平日のみ		
加算体制	24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算			24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算		24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算		24時間連絡体制加算 重症者管理加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算		特別管理加算		
夜間・早朝の計画的訪問の方針	必要があれば対応する			必要があれば対応する		原則対応していない		特に希望があれば対応		原則対応していない		
夜間・早朝の受け入れ可能性	緊急時訪問が可能			緊急時訪問が可能		緊急時訪問が可能		緊急時訪問が可能		原則対応していない		
スタッフ数(看護職)	常勤6、非常勤あり(7.5)			常勤7		常勤5		常勤5、非常勤あり(7.3)		常勤1、非常勤14		
H16年7月の実利用者数 (のべ訪問回数)	健康保険 8人(51回) 介護保険 71人(315回)			健康保険 17人(133回) 介護保険 104人(425回)		健康保険 23人(163回) 介護保険 101人(377回)		健康保険 9人(48回) 介護保険 34人(231回)		健康保険 15人(105回) 介護保険 198人(924回)		
H16年7月の夜間・早朝の対応	電話相談 8回 緊急訪問 2回			電話相談 18回 緊急訪問 7回		電話相談 25回 緊急訪問 13回		電話相談 0回 緊急訪問 0回		電話相談 0回 緊急訪問 0回		
GHへの訪問経験	有			無		無		無		無		
地域連携	他のSTとの連絡会 市町村保健師・保健センターとの連携 訪問介護事業所との連携			他のSTとの連絡会 市町村保健師・保健センターとの連携 訪問介護事業所との連携		市町村保健師・保健センターとの連携 訪問介護事業所との連携		他のSTとの連絡会 市町村保健師・保健センターとの連携 訪問介護事業所との連携		他のSTとの連絡会 市町村保健師・保健センターとの連携 訪問介護事業所との連携		
備考	GHとSTの距離	1.5km			0.5km		8km		1.3km		5km	
		STとGHは契約関係にあり、モデル事業以前から訪問看護の提供を行ってきた。			GHは訪問看護の利用経験がある。		ユニットBにはゲートルーム2室あり。 併設された特養のNsに処置や相談を依頼していた。		GHでは、入居者の心身状態に不安がある際には、小さなことでもなるべく早く受診することになっている。		STとGHは同一区内ではなく、隣の区である。	
※1 うち2名は研究参加を拒否												
※2 うち1名は看護師免許保持者だが、看護業務を一切行っていない												

## 2) 対象者の基本属性

5つのGH計11ユニットの全対象者数は95人。このうちモデル事業の対象となった入居者数は、家族（保証人）により研究参加への同意が得られた93人（97.9%）であった。

以下にユニット別の基本属性を示す。男女比、平均年齢には大きな差は見られないが、各ユニット毎の平均要介護度は1.8～3.6と幅が大きかった。

図表 II-2 対象者の基本属性

(人)

	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
男(人)	1	2	1	4	1	1	2				1	1	2		2	2	10
女(人)	7	7	7	21	6	8	14	8	6	14	8	8	16	9	7	16	81
無記入(人)					2		2										2
平均年齢(才)	80.7	79.8	78.4	79.6	82.3	83.8	83.1	80.1	83.8	81.7	82	81	81.5	84.7	80.2	82.4	81.5
標準偏差	5.1	10.7	8.5	8.7	3.8	5.2	4.7	6.2	5.8	6.3	6.5	7.4	7	4.9	7.8	6.9	7.1
平均要介護度※	1.9	1.8	3.6	2.4	2.7	2.9	2.8	2.6	2.5	2.6	2.8	3.1	2.9	2.4	2.3	2.4	2.6
標準偏差	0.6	0.9	0.7	1.1	0.9	0.7	0.8	0.7	0.8	0.7	1.4	0.3	1	0.8	0.9	0.9	1

※要介護度1～5を、1～5の数字に置き換えて平均値を算出した

以下に要介護度、寝たきり度\*の分類詳細を示す。ユニットによって、差が見られる。

図表 II-3 対象者の要介護度による分類

(人)

要介護度	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
1	2	5		7							3		3	1	2	3	13
2	5	1		6	4	3	7	4	4	8				4	3	7	28
3	1	3	4	8	1	4	5	3	1	4	3	8	11	3	3	6	34
4			3	3	2	2	4	1	1	2	2	1	3	1	1	2	14
5			1	1							1		1				2
(空白)					2		2										2
総計	8	9	8	25	9	9	18	8	6	14	9	9	18	9	9	18	93

図表 II-4 対象者の寝たきり度\*による分類

(人)

寝たきり度	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
自立											1		1				1
J1		3		3		1	1										4
J2	4	5	1	10							2	1	3	1	3	4	17
A					2		2										2
A1			5	5	2	4	6	5	3	8	3	6	9	3	4	7	35
A2	3	1	1	5	2	4	6	3	2	5	1	2	3	5		5	24
B2					1		1				1		1		2	2	4
C											1		1				1
C2			1	1													1
(空白)	1			1	2		2		1	1							4
総計	8	9	8	25	9	9	18	8	6	14	9	9	18	9	9	18	93

\* 寝たきり度：「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」(平成3年11月18日厚生省老人保健福祉局長通知)による。

### 3) 対象者の認知症について

認知症は、アルツハイマー性（アルツハイマー型含む）49人（52.7%）、脳血管性10人（10.8%）、他分類不明であった。

認知症自立度<sup>\*\*\*</sup>は、ユニットでばらつきが見られている。

また認知症を持つ人のADLの測定尺度であるMOSESの日本語版を用いて、各GHでユニット別に見ると、GH1ではユニットによって大きな差が見られ、ユニットA、Bに比して、ユニットCの対象者では障害が強かった。

図表 II-5 対象者の認知症の診断名による分類

(人)

認知症の診断	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
アルツハイマー		6	4	10													10
アルツハイマー型認知症	6			6	3		3	7	3	10	2	1	3	8	8	16	38
若年性アルツハイマー		1		1													1
脳血管性認知症		1		1					1	1		2	2	1	1	2	6
脳梗塞後遺症					1	1	2										2
脳腫瘍術後後遺症											1		1				1
脳出血・梗塞後遺症			1	1													1
老人性認知症	2		1	3	1	2	3	1	2	3	4	4	8				17
認知症					1	1	2										2
認知症(記憶力障害)											1		1				1
認知症(空白)		1	2	3	2	5	7				1	2	3				13
総計	8	9	8	25	9	9	18	8	6	14	9	9	18	9	9	18	93

図表 II-6 対象者の認知症自立度<sup>\*\*\*</sup>の分布

(人)

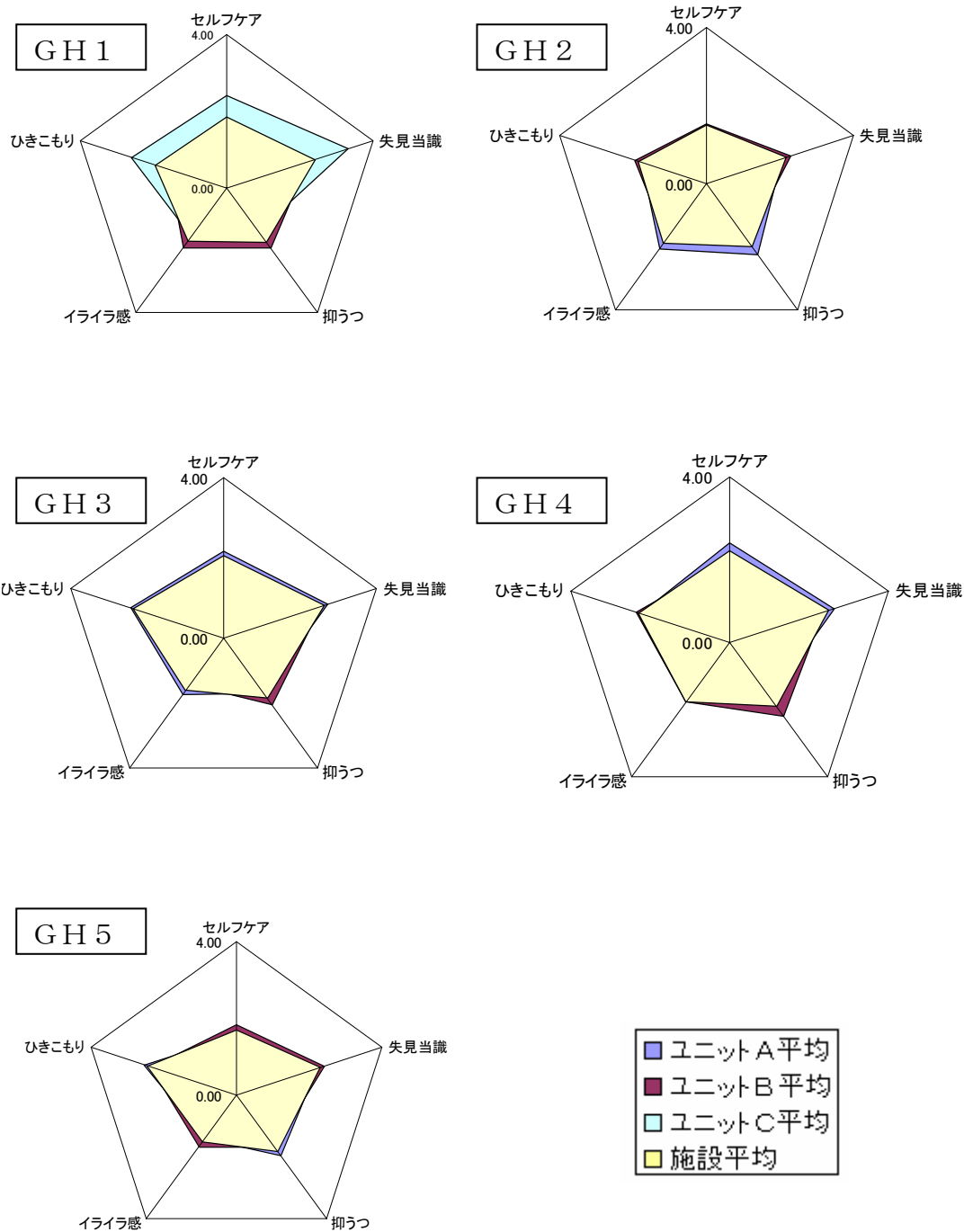
認知症自立度	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
I						1	1				1		1				2
IIa	3	3	1	7	2	1	3							1	1	2	12
IIb	4	4	2	10	1	4	5	1		1	3	3	6	5	4	9	31
III					1		1					1	1				2
IIIa					2	2	4	2	4	6	2	5	7	2	4	6	23
IIIb		1		1	1		1	1		1	2		2	1		1	6
IV		1	5	6		1	1	4	2	6	1		1				14
(空白)	1			1	2		2										3
総計	8	9	8	25	9	9	18	8	6	14	9	9	18	9	9	18	93

\*\*\* 認知症自立度：「痴呆性（認知症）老人の日常生活自立度判定基準」（平成5年11月26日厚生省老人保健福祉局長通知）による。

図表 II-7 GH・ユニット別 MOSES 平均点

対象者一人当たりの MOSES 平均点 (得点が高いほど障害の度合いが高い)

MOSES (n=人数)	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
セルフケア	1.66	1.55	2.41	1.86	1.48	1.53	1.51	2.17	1.88	2.04	2.40	2.01	2.21	1.56	1.83	1.69	1.86
失見当識	1.82	2.19	3.30	2.42	2.04	2.29	2.17	2.73	2.54	2.65	2.66	2.35	2.50	2.23	2.40	2.31	2.41
抑うつ	1.86	1.94	1.40	1.74	2.27	1.79	2.00	1.69	2.06	1.85	1.68	2.18	1.93	1.97	1.69	1.83	1.86
イライラ感	1.67	1.91	1.56	1.72	2.05	1.76	1.89	1.75	1.44	1.62	1.79	1.80	1.79	1.40	1.67	1.53	1.71
ひきこもり	1.67	1.60	2.59	1.93	1.75	1.94	1.86	2.42	2.27	2.36	2.25	2.34	2.30	2.54	2.36	2.45	2.16





#### 4) 対象者の合併疾患

GHの入居者は、認知症以外にも、様々な疾患を合併していた。対象者 93 人のうち、73 人 (78.5%) が認知症以外の疾患を有していた。

内訳は、高血圧症 29 人 (31.2%)、心疾患 16 人 (17.2%) が多く、内服管理や日常生活上の健康管理が必要であった。

処方薬がない対象者は 93 人中 14 人のみであり、79 人 (84.9%) に処方があった。

処方薬の内容を見ると、認知症に対する処方 18 人 (19.3%)、認知症以外に対する処方 68 人 (73.1%)、外用薬 21 人 (22.6%) であった。眠剤・精神・神経に関する薬や利尿剤を処方されている対象者も 17 人 (18.3%) あり、日々の状態観察や管理が必要な薬も多く処方されている。

図表 II-8 対象者の合併疾患 (重複あり) (人)

合併疾患	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
脳血管疾患		1	2	3				1		1	1		1	1	2	3	8
心疾患			3	3	1	3	4	2	1	3	1	1	2	3	1	4	16
高血圧症	1	3	2	6	3	3	6		1	1	4	4	8	6	2	8	29
糖尿病		1	1	2					1	1	1	2	3		1	1	7
白癬		7	4	11								2	2				13
その他	5	2	6	13	3	4	7	3	3	6	5	6	11	8	7	15	52

図表 II-9 処方薬のない対象者 (人)

GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
1	1	0	2	4	2	6	2	0	2	1	1	2	0	2	2	14

図表 II-10 処方薬の内容分類 (重複あり) 処方薬のある 79 人についての集計 (人)

処方薬の内容	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=79)
	A (n=7)	B (n=8)	C (n=8)	小計 (n=23)	A (n=5)	B (n=7)	小計 (n=12)	A (n=6)	B (n=6)	小計 (n=12)	A (n=8)	B (n=8)	小計 (n=16)	A (n=9)	B (n=7)	小計 (n=16)	
認知症	1	4	2	7	3		3	2	2	4	1		1	1	2	3	18
眠剤・精神・神経薬	3	1	2	6				2	2	4	4		4	1	2	3	17
パーキンソン											3		3				3
心臓	4	3	2	9	2	6	8	4	1	5	4	6	10	5	1	6	38
抗血小板・凝固	2	2	3	7	2	3	5	2	1	3	2	2	4	1	2	3	22
利尿	1	1	1	3	1	2	3	2	2	4	1	3	4	1	2	3	17
呼吸											1		1				1
ホルモン	1			1								1	1				2
糖尿病		1		1							1	2	3		1	1	5
泌尿器	1			1							1		1				2
消化	1		4	5	2	3	5	3		3	1	5	6	2	2	4	23
下剤・整腸	3		3	6		1	1	4	2	6	3	5	8	3	2	5	26
ビタミン	1	1		2		1	1	3		3	2	2	4	6	3	9	19
その他	4	1	3	8	1	3	4	5	2	7	2	4	6	1	2	3	28
外用薬	2	5	3	10				1	3	4	4	3	7				21

(ただし、血管拡張剤は外用薬でも「心臓」に分類した。)

## 5) 対象者の心身状態

モデル事業実施前の調査時点（平成 16 年 8 月）で、視力、聴力、言語、接触、嚙下に関して身体に障害のある対象者数は以下のとおりである。肺炎などに結びつきやすい「嚙下障害」を持つ対象者も 11 人（11.8%）存在し、また、すべての GH に存在していた。

図表 II-11 身体に障害のある対象者数（重複あり）

平成 16 年 8 月（人）

身体障害	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
視力障害	2		1	3		1	1				1	3	4				8
聴力障害		1	1	2					1	1	4	3	7	1		1	11
言語障害			4	4				1		1		1	1				6
摂食障害			1	1				2		2							3
嚙下障害			2	2		1	1		1	1	2	1	3	1	3	4	11

平成 16 年 8 月の 1 ヶ月間に症状が見られた対象者数は以下のとおりである。全く症状がなかった対象者は 93 人中 24 人（25.8%）のみであった。

図表 II-12 身体症状を有した対象者数（重複あり）

平成 16 年 8 月（人）

身体症状	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
便秘	1	4	4	9	1	2	3	2	1	3	5	3	8	2	1	3	26
むくみ		1	2	3	1	2	3	4	4	8	3	2	5	1	1	2	21
下痢	2	1	2	5		2	2				1	1	2	2	1	3	12
めまい・ふらつき	1	2		3				1	1	2	1	1	2	4		4	11
かゆみ		1	2	3	1	1	2				2	2	4		1	1	10
不眠			1	1		1	1		1	1	2	1	3				6
頭痛								1		1	2	3	5				6
腰痛	2	1		3	1		1		1	1	1		1				6
動悸											1	3	4				4
咳・痰			2	2										1	1	2	4
息切れ											1	2	3				3
熱			1	1							1		1		1	1	3
関節痛	1			1				2		2							3
手足の痺れ		1	1	2								1	1				3
むせこみ		2		2													2
傾き											1		1	1		1	2
ふるえ											1		1		1	1	2
腹痛								1		1	1		1				2
食欲不振								1		1	1		1				2
その他	3	3		6							2		2	2	1	3	11
上記の記載なし	3	1	1	5	5	4	9	0	0	0	2	2	4	2	4	6	24

調査時点で全身状態の問題があった対象者は以下のとおりである。

図表 II-13 全身状態の問題を有した対象者数（重複あり）

平成16年8月（人）

全身状態の問題	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
膝の変形・ 関節症・膝痛	3		2	5				2	2	4	2	2	4	1	3	4	17
腰の変形・ 円背・腰痛	1			1				1	2	3		1	1	1	1	2	7
浮腫			1	1				2	3	5	1	2	3				9
麻痺・拘縮			2	2		1	1								1	1	4
褥創											1	2	3				3
その他皮膚異常											2	5	7				7
その他		2	1	3				1	1	2	4	1	5				10
上記の記載なし	5	7	5	17	9	8	17	4	1	5	3	2	5	7	5	12	56

## 6) 対象者についてのまとめ

入居者は様々な合併疾患や障害を持っており、日々の状態観察、医学的なアセスメントが必要であることが明らかとなった。また、処方薬を見ても、状態に合わせて内服管理をしていくことが必要なものが多い。しかし、入居者は認知症のため、本人が自分自身の状態を把握して判断したり、内服薬の管理を行うことは不可能である。よって、何らかの形でこれらをサポートする必要がある。

さらに、身体症状を持つものも多い。認知症の者は自分から適切に訴えられないことが多いため、入居者の身体症状への対応や判断には、人体の構造と機能をよく把握して医学的なアセスメントを行うことが必要である。

また、各ユニットでGH入居者の属性は大きく異なっていた。入居者は認知症を持つ高齢者であり、心身状態が変化しやすい。心身の状態の変化によって必要なケアは変化する。このため、多様な健康レベルの、しかも自分からは訴えられない対象者に対して、心身の状態を観察しながら的確に判断し、迅速に対応する専門的技量が必要である。

以上のことから、GH入居者の医療・看護のニーズは高く、看護専門職による対応が必要であるといえる。

## 2. GHにおける医療ニーズへの対応に関する困難

### 1) 対象者の受診状況

GH入居者は定期的に通院、または訪問診療を受けていた。特に通院に限ってユニット毎に対象者の1ヶ月の通院回数を合計すると、多いユニットでは1ヶ月に17.5回も通院していた。

GH2とGH5は通院回数が少なく、訪問診療が多かった。この要因として、2つのGHとも、そのGHの設立者である法人が医療施設を有していることが影響していると考えられる。

図表 II-14 対象者の1ヶ月間の定期通院回数 合算

平成16年8月 (回)

1ヶ月間の通院回数 (n=人数)	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
ユニット内・施設内合計	2	9.5	2	13.5	0	1	1	4	5.5	9.5	17.5	14	31.5				55.5
最も通院回数が少ない 入居者の通院回数	1	0.5	1	0.5	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0
最も通院回数が多い入 居者の通院回数	1	2	1	2	0	1	1	1	1.5	1.5	8.5	5	8.5	0	0	0	8.5

(3~4と記入のあったものを3.5と読み替えるなどしているため、小数点以下が発生した)

図表 II-15 訪問診療および往診の状況 平成16年7月実績 (回)

	GH1	GH2	GH3	GH4	GH5
訪問診療	7	32	0	10	68
往診(臨時)	1	4	0	9	0

## 2) 通院時の困難

通院時の困難点をGHにたずねた所、どのGHでも、困難な点が存在していた。

### ・通院の必要性の判断の難しさ：

GHには看護職の配置が定められておらず、対象となったGHでも、看護職員は存在していなかった。このため、入居者の体調不良時に、潜在している危険性を考慮して医療（受診）の必要性を判断するのは困難だという声があった。

### ・入居者本人の無理解や混乱：

認知症のため、本人が受診の必要性を理解できないため、納得が得られない。長い待ち時間の間に混乱してしまう。

### ・人手不足：

ほとんどの入居者は、認知症のために一人で通院することができず、通院する際には付き添いが必要となる。家族が付き添うことは難しい場合も多く、GH職員が介助する場合はほとんどである。しかし、基本的にGHの職員配置は日中でも2人しかなく、通院介助をすると人手不足となってしまう。

### ・通院先での認知症患者への無理解、不適切な対応：

受診時に、説明がないまま突然に体温計を差し込まれ、入居者が混乱してしまったという例があった。通院先の医療機関職員が、必ずしも認知症を十分に理解しているとは限らない。これも、通院時に困ることの一つであった。

図表 II-16 入居者が通院する際の付き添い方法 (○：有り)

	GH1	GH2	GH3	GH4	GH5
家族が付き添う	○	○		○	○
職員が無料で付き添う	○	○	○	○	○

図表 II-17 入居者の通院時に困ること (○：有り)

	GH1	GH2	GH3	GH4	GH5
医療の必要性の判断に迷う			○	○	○
本人の納得が得られない				○	○
家族が通院に付き添えない				○	○
通院介助の人手が足りない	○	○		○	○
待ち時間が長く、診察前に本人が混乱してしまう	○		○	○	

### 3) 訪問診療および往診に伴う困難

訪問診療および往診を受ける際に困ることとして「特に休日、夜間の往診に応じてくれる医師の確保困難」が挙げられた。これは多くのGHが困難として挙げている。

体調不良等は休日や夜間にも発生する可能性がある。とくにGH入居者は合併疾患を持つものが多く、心身状態の悪化はいつでも発生しうる。入居者が往診を必要とするのは日中だけではない。何らかの形で、医療ニーズに24時間対応できる体制が必要であろう。

24時間対応できる体制のことを考えるならば、それは、今後GHと提携するSTにも当てはまるものであり、連携するSTは24時間連絡体制を持つべきであろう。

#### 4) 入院に伴う困難

##### (1) 入院の状況

3つのGHにおいて、過去1年間に入院となった入居者があった。GH入居者は認知症（及びたいていの場合は合併疾患）を持つ高齢者であり、心身状態のレベルが低下するリスクは高い。

**図表 II-18 延べ入院者数**

平成15年8月～平成16年7月（人）

	GH1	GH2	GH3	GH4	GH5
延べ入院者数		4人	0人	4人	4人

（GH1は平成16年4月開設であり、記載なし）

**図表 II-19 入院者の詳細**

	GH1	GH2	GH3	GH4	GH5
入院の理由		イレウス疑い		血栓性静脈炎 下腿浮腫	脳梗塞
入院日数		26日		12日	23日
退院先		当GH		当GH	当GH
入院の理由		脳梗塞		左大腿骨頸部 骨折	肺炎
入院日数		入院中		44日	32日
退院先		検討中		当GH	当GH
入院の理由		大腸炎		急性胃腸炎	胸膜炎 心不全 腎機能低下
入院日数		35日		8日	79日
退院先		当GH		当GH	入院中死亡
入院の理由		悪性腫瘍		経口摂取不可	脳梗塞
入院日数		7日		不明	35日
退院先		入院中死亡		療養型病床群 へ入院	当GH



## (2) 入院時の困難

入院時の困難として、GH1では、「受け入れ先の病院が見つからない」、「入院先で症状が悪化した」ことがあった。また、GH4では、「家族の付き添いを求められる」ことがあった。

ヒアリングでは、**認知症があるために入院を受け入れてくれる病院が少ないこと**が大きな問題として挙げられた。

入院事例を詳細に見ると、入院期間は7～79日であり、退院先は死亡退院した事例を除いては殆どが入院前にいたGHであった。これは入居者本人及び家族が退院後も元のGHでの生活を希望していることによると考えられる。

しかし入居者が入院すると、GHは無収入で入居者の部屋を確保しておくことが必要となる。また、入居者本人へのリロケーションダメージもある。入居者が、もと居たGHへ退院したことで、入院中の暗い表情とは全く変わって生き生きしたのでほっとしたというST看護師の声がある。

入居者が、できうるかぎり入院せずにGHでの生活を続けることは、GHと入居者の双方にとって良いと言える。入居者の健康管理を十分に行い、体調悪化による入院を極力防ぐことが肝要である。

## (3) 退院時の困難

入居者本人及び家族が、退院後も元のGHでの生活を希望することは多い。

しかし近年は、在院日数の短縮により、医療処置の必要な状態で退院することも多くなってきている。退院後も入居者が住み慣れたGHでの生活を安心して続けていくためには、何らかの形で、医療・看護ニーズに対応する必要があると言える。

## 5) ターミナル期の対応について

GHで看取りを行なうことについては、今回対象とした5ヶ所のGHすべてが「ケースごとに条件を整えながら前向きに援助して行きたい」と回答した。またGHにおける看取りについてのGHの方針としても、5つのGHすべてで、「現状でも条件が整えば可能な限り援助している」と回答した。このことから、**看取りまでを含めたケア提供を行うことを希望しているGHも少なくない**と考えられる。

特に、疾患を有する高齢者の看取りを行なう際には、医療処置や緊急時の対応が必要になる場合が多い。入居者本人や家族が終の棲家としてGHを望んだ場合には、「訪問診療してくれる医師」「訪問看護の関わり」が必要不可欠になる。それも、**24時間、365日対応することが必要になる**。

しかし実際には、GH4が回答したように、「特に休日、夜間の往診に応じてくれる医師の確保が困難」であることが多い。また現行制度では、訪問看護は、特別指示書により、1ヶ月に連続した14日間を限りに、医療保険でのみ算定可能となっているため、ターミナル期への対応は困難であることも多い。

今後GHでターミナルケアを実施していくためには、特別指示による訪問看護の「1ヶ月に連続した14日間のみ」という要件の緩和も含めて、更に検討することが必要である。

## 6) まとめ

GH入居者は、多いユニットでは1ヶ月に17.5回も定期的な通院を必要としていた。しかし、通院に伴うさまざまな問題があり、GH入居者の通院の困難さが明らかとなった。入居者の体調悪化時には臨時に通院が必要となるが、受診の必要性を適切に判断するためには医学的な専門知識が必要である。このため、GHが訪問看護とつながりを持ち、医学的な判断を求めることができれば、通院を最小限度に減らし、入居者とGHの負担を減らすことができると考えられる。

訪問診療においても、休日や夜間の往診に応じてくれる医師の確保が困難として挙げられた。主治医は大抵一人であり、24時間連絡がつくとは限らない。一方、夜間対応を行っているSTでは、必ず誰かと連絡をつけることができるため、入居者の体調不良等が休日や夜間に起こっても対応が可能になる。

STがGHと契約し、GHの入居者に日頃から訪問看護を提供すると共に、夜間・早朝の対応を行うことができれば、これは入院の予防にもなり、入居者のリロケーションダメージを防ぐことにもつながる。

つまり、十分な健康管理により通院・入院を必要最低限に減らすことと、24時間いつでも発生しうる入居者の体調悪化に対して、医学的に的確な判断をして対応することが、入居者とGH双方にとって必要であり、訪問看護はこの点において有用であるといえる。

### 3. 各GHへの訪問看護の提供方法

#### 1) 「連携のための話し合いのポイント」と、事前相談の結果

GHへの訪問看護の提供前に、それぞれの地域のGHとSTで、その提供方法について話し合いを持った。この話し合いにさきがけて、研究者側で作成した「連携のための話し合いのポイント」(図表Ⅱ-20)を提示した。

調査票④(GH・ST間連絡記録)で、対象者個人以外にかかわるGHとST間の連絡相談事項を調査したところ、この話し合いでの決定以降、調整が必要だった項目や、提供方法の変更などは無かった。このため、GHとSTが連携する際に必要な項目は、ある程度は網羅されていると判断される。

決定された主な事項は図表Ⅱ-21の通りであった。

「連携のための話し合いのポイント」の内容は図表Ⅱ-20のとおりである。

図表 II-20 連携のための話し合いのポイント

## 連携のための話し合いのポイント

### 1. 確認事項

#### (1) 理念の確認

- ⑨ GH・STの理念と特徴

#### (2) 体制の確認

- ⑩ GHの体制  
特に…職員構成（看護職の有無など）  
主治医・提携医療機関との連携状況

- ⑪ STの体制  
特に…営業時間、時間外の対応方法など

#### (3) GH入居者についての確認

- ⑫ 入居者の心身状態など  
特に…必要看護ケア内容  
新規訪問看護導入時の留意事項
- ⑬ 訪問看護導入に対する、利用者と家族の承諾の有無

#### (4) 両者の意向・希望

- ⑭ GH側—訪問看護導入の理由と期待すること
- ⑮ ST側—看護提供の程度の想定
- ⑯ 双方—希望する看護内容、頻度、時間

### 2. 取り決め事項

#### (1) 訪問看護の提供内容

- ⑧ 担当制かローテーションか
- ⑨ 対象による区別(ユニット全体、個人)
- ⑩ 頻度や時間  
(週〇回、〇曜日、〇時～〇時、など)
- ⑪ 訪問看護時の流れと手順  
GHスタッフの動き・役割分担  
GHスタッフとの申し送り、など  
(誰に、いつ、どこで、どの程度)
- ⑫ 臨時・緊急時のSTの基本対応姿勢  
(電話対応のみ or 訪問可能、など)

- ⑬ 主治医との連携(通常時、緊急時など)

- ⑭ 指示書について

以下の手順が必要

1. サービス担当者会議を開き、訪問看護の必要性を検討し、主治医に伝える
  2. その後主治医の指示書を得る
- 指示書が得られなかった入居者への対応について相談しておく

#### (2) 連絡について

以下の項目は、日中、および夜間・早朝についてそれぞれ検討する。

- ⑥ 主治医への連絡
- ⑦ 入居者の家族への連絡
- ⑧ GHからSTへの連絡
- ⑨ STからGHへの連絡
- ⑩ 救急車を呼ぶ場合

#### (3) 記録について

- ⑥ GHがST側に提供する（見せる・渡す）記録物
- ⑦ GH内での記録の付け方、申し送りの残し方
- ⑧ STがGHに提供する（見せる・渡す）記録物
- ⑨ 訪問看護提供に関わる記録の保管場所（ST、GH、両者、など）
- ⑩ 上記を両者に保管する場合の記録方法（コピー、カーボン複写、2枚記入、など）

#### (4) 物品について

- ④ STが持参する物品  
(機材、衛生材料、消毒薬など)
- ⑤ GHで準備する物品  
(機材、衛生材料、消毒薬など)
- ⑥ 医療廃棄物の処理について

図表 II-21 連携のための話し合い 主な決定事項

	GH1・ST1	GH2・ST2	GH3・ST3	GH4・ST4	GH5・ST5
提供体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>ABのユニットに週1回、Cのユニットに週1回、それぞれ2時間程度。基本的に曜日固定で、ABとCは別の曜日。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各ユニットに週1回、2時間程度</li> <li>おおよそ曜日を決める（都合により変更の可能性有り）</li> <li>同じ日ではなく、別の日に違うユニットに行く</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>週1回（土曜午前）、2人で3時間。</li> <li>課題のある入居者、訪問看護に伝えたい事項については、GH側で事前に考えておく。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>週1回 13:30～2時間。（記録時間含まず）。Ns2人で同行し、分かれてユニットに入る</li> <li>GH側は「今日の担当」が対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護職2人が訪問し、分かれてユニットに入る。</li> <li>訪問日は相談しながら決定し、曜日固定しない。</li> </ul>
対応者や流れ	<ul style="list-style-type: none"> <li>STの対応は4人（Ns2人+主任、所長）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GH側の窓口は3人。訪問看護が入る日に報告できるようにしておく</li> <li>ユニットごとに担当看護師がいる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GH側はホーム長含め3人で対応。</li> <li>STは3人で対応。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事務室で申し送り→GHスタッフと協力しつつ、VSチェックなど→終了後の申し送り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nsはローテーション制</li> </ul>
訪問看護の提供内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>24時間対応</li> <li>4月の開始前から2回ミーティングを行った。その間に、勉強会などの話も出た。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療的な処置などがなければ、一緒にGHの活動に参加（散歩、調理など）</li> <li>医療的処置：インシュリンなど、複数回でも対応可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康管理を中心に関わっていく。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護時の流れ</li> <li>入居者については、基本情報を見ながら、必要とする看護内容を確認。</li> <li>「なじみの空間」が変わってしまうなどのデメリットが生じないように、気を付ける点を確認。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>初回は訪問診療にSTのNsが同席</li> </ul>
緊急時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時は当番が受けるので、ST内でGHの情報を共有しておく</li> <li>緊急時は、どのような状況でも電話連絡している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>24時間の対応は、どの看護師でもわかるようにする。</li> <li>緊急時対応：通常の訪問看護ケースと同様。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時は携帯に電話。24時間対応。訪問も可能。</li> <li>夜間の緊急時対応はマニュアルに沿って行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>電話対応は24時間OK</li> <li>GH側の緊急時マニュアルを参考に、どの時点でSTを呼ぶかなど確認。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>STは24H対応ではないが、緊急時にはST管理者の携帯電話にtel可</li> </ul>
記録	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護記録はなるべく元々のSTのものを利用。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>記録は今使っているものを使用。訪問看護の記録は複写を共有する。介護職員が気になることを記録する「医療情報」+日々のケース記録+口頭での申し送りで情報共有。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>記録については示された様式を使い、極力負担の少ないようにしたい。</li> </ul>		
物品等	<ul style="list-style-type: none"> <li>今までのところ、点滴は主治医が対応、複雑な皮膚ケアもなく、衛生材料は不要だった。</li> <li>主治医から出してもらうことが基本</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>血圧計、SPO2計はSTのもの。他はその場にあるものを利用予定。</li> <li>廃棄物は主治医・病院へ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>STからは血圧計、ウエルパスなどを持っていく。他は、GHが普段使っている体温計、常備している消毒薬などを利用する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GHでのこれまでの調達方法を基本的に踏襲</li> </ul>
その他カンファレンスなど	<ul style="list-style-type: none"> <li>STの中で、GHについてのカンファレンスを持っている。（月1回、1.5～2時間）GHへの訪問看護って何だろう、認知症の見方、GHスタッフの考え方など・・・</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>カンファレンス：GH内で入居者のケースカンファを月1回行っている ← 訪問看護師が参加。別に、本事業用カンファレンスも月1回予定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ST：今まで、GH入居者に対して訪問した経験がなく、全く初めての経験である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>双方の意向確認：GH側「状況変化時、医療的な目から見たアドバイスが欲しい」。ST側「指導ではなく、スタッフのしていることを把握した上で、こうしたらいいかも、という気づきに基づいて話し合い・申し送りをしていきたい」</li> </ul>	

## 2) 望ましい連携体制のガイドライン

前述した話し合いのポイントで、今回のモデル事業の結果、望ましいとされた連携体制や重要と思われる事項について以下に示す。

**図表 II-22 望ましい連携体制**

取り決め事項	望ましい体制
目的の共有	GHとST間で、ある程度の目的の共有をすることが必要。それに伴い、どの程度まで責任を持ち、入居者へのケアを提供するかを決める（どの程度まで行うのか、退院支援やカンファレンスなども行うのか、等）
担当制かローテーションか	看護師は担当制が良い。また、STが24時間体制をとる場合には、その対応方法と担当看護師の役割、連絡伝達方法などを決めておく必要がある。
対象による区別 (ユニット全体、個人)	入居者が影響しあっていることがあるため、ユニット全体を把握することが必要である。 ただし、医療・看護ニーズが特に高い入居者には個別対応が望ましい。
頻度や時間	モデル事業では週1回、1ユニット2時間程度で実施した。なじみの関係を築き、入居者の通常状態を把握するためには、週に1回程度が良いと思われる。
STの対応体制	心身状態の悪化は24時間365日起こりうるため、24時間連絡がつき、訪問可能な体制が望ましい。
訪問看護指示書について	今回のモデル事業では、指示書が得られなかった場合にも、主治医に説明の上、指示書が交付された入居者と同等の訪問看護を提供した。ただし、入居者の心身状態は悪化する可能性があるため、本来的には指示書を得ておくことが望ましい。
記録について	伝達しているうちに内容が変化してしまうこともあり、記録の共有方法、伝達事項の記録方法をきちんと定める必要がある。ただし、当初から用いているものを利用し、シンプルな仕組みを作ったほうが良い。

#### 4. 対象者の医療・看護ニーズ

##### 1) 期間中の入・退院の状況

モデル事業実施期間中の平成16年9月1日から11月30日までの間、7人の対象者が入院、もしくは退院していた。期間中に入院したのは4人、期間中に退院したのは7人であった。期間中に全日入院していた日数（以下、入院日数）は最短で1日間、最長で76日間であった。

図表 II-23 モデル事業実施期間中の対象者の入・退院

ID	入院期間	入院日数(全日)	入院理由
GH1-B6	～9/15	14日間	硬膜外血腫
GH1-C3	9/21～10/12	21日間	高血糖、下肢痛
GH1-C6	11/14～11/16	1日間	TIA 疑い
GH1-C8	～11/16 ※	76日間	脳出血
GH3-B3	9/1～9/24	23日間	脳梗塞
GH3-B6	～9/16	15日間	脳梗塞
GH4-B7	10/17～11/5	20日間	胆石

※GH1-C8は、退院後、訪問看護特別指示書が発行されている。



## 2) 対象者の医療・看護ニーズ

GH入居者における医療・看護ニーズを把握するため、対象者の体調不良・けが等のトラブル（以下、体調不良）について、発生数及び発生率を調査した。これは、GHに毎日の記録を依頼し、集計した（調査票③）。なお、GH4では一部、日別ではなく週別の記録となっていたため、この集計からは除いた。

よって、対象者数は4ヶ所のGHの対象者は75人である。

調査期間は平成16年9月1日から11月30日の91日間であるが、体調不良の発生率を計算する場合、対象者が全日入院していた日数（以下、入院日数）は、調査期間から除いた。対象者75人中、期間中に入院したのは6人であり、入院期間はのべ150人・日間となる。

よって、モデル事業期間中に入院した計6人の合計入院期間（計150人・日）を除く、GH在籍者数の日数は、 $(75人 \times 91日) - (入院期間150人 \cdot 日) = 6675人 \cdot 日$ となる。以降、体調不良等の発生数の母数にはこの数字を用いる。

図表 II-24 GH1, 2, 3, 5における体調不良やけが等の調査日数（対象者別）

ID	入院期間	入院日数（全日）	調査対象期間
GH1-B6	～9/15	14日間	77日間
GH1-C3	9/21～10/12	21日間	70日間
GH1-C6	11/14～11/16	1日間	90日間
GH1-C8	～11/16	76日間	15日間
GH3-B3	9/1～9/24	23日間	68日間
GH3-B6	～9/16	15日間	76日間
上記以外の計69人	なし	0日間	91日間

調査期間平成16年9月1日から11月30日（計91日間）

### 3) 対象者の医療・看護ニーズ（体調不良やけが等）の発生頻度

対象とした4ヶ所のGHの対象者75人中、モデル事業実施期間の91日間に体調不良が発生しなかった対象者は1人のみであった。

図表 II-25 期間中に体調不良が発生しなかった対象者

(人)

GH1				GH2			GH3			GH5			総計
A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	全体 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	全体 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	全体 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	全体 (n=18)	(N=75)
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1

一方、モデル事業実施期間中の体調不良の発生率を見ると、全6675人・日中、829人・日(12.4%)に発生していた。つまり、1人の入居者について、8日に1回体調不良が発生する割合となる。

図表 II-26 期間中の体調不良発生数

(人・日)

GH1				GH2			GH3			GH5			総計
A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	(N=75)
46	76	154	276	103	73	176	91	147	238	42	97	139	829

(n=人数)

GH別、および各ユニット別の1日の体調不良の発生人数の分布は図表II-27の通りであった。GH別に見ると、体調不良が1人も発生しなかった日数は91日間で4~17日間のみであり、GH2では、1日最大7人の対象者に体調不良が発生していた。

ユニット別に見ると、体調不良が1人も発生しなかった日数は91日間で12~58日間のみであり、3ヶ月間のうち、体調不良者が発生していた日数は半数以上となる。GH1のCユニット、GH2のBユニットでは、1日最大5人の対象者に体調不良が発生していた。

これら、体調不良の発生日数や発生人数より、GHにおける医療・看護ニーズは高いと言える。

図表 II-27 1日の体調不良の発生人数による日数の分布（GH別）（日）

1日の発生人数 (n=人数)	GH1	GH2	GH3	GH5
	(n=25)	(n=18)	(n=14)	(n=18)
0	5	17	4	7
1	11	25	12	40
2	22	21	28	34
3	16	14	26	9
4	22	6	15	1
5	7	6	4	0
6	6	1	2	0
7	2	1	0	0
合計	91	91	91	91

図表 II-28 1日の体調不良の発生人数による日数の分布（ユニット別）（日）

1日の発生人数 (n=人数)	GH1			GH2		GH3		GH5	
	A(n=8)	B(n=9)	C(n=8)	A(n=9)	B(n=9)	A(n=8)	B(n=6)	A(n=9)	B(n=9)
0	58	41	14	30	49	30	12	54	13
1	25	26	28	29	23	35	31	32	59
2	5	23	29	24	11	22	32	5	19
3	1	0	14	6	5	4	12	0	0
4	2	1	4	2	2	0	4	0	0
5	0	0	2	0	1	0	0	0	0
合計	91	91	91	91	91	91	91	91	91

#### 4) 対象者の医療・看護ニーズ（体調不良やけが等）の内容

1 人の対象者が抱える体調不良の内容が、複数の事柄に及ぶ場合に、それぞれの事柄を1件の体調不良事象として扱くと、全体で延べ962件となった（例：腹痛＋転倒などは2件として扱う）。

ユニット別では、最少発生件数が47件、最多発生件数が336件とばらつきが見られた。最多のユニットは、要介護度も高く、通院や訪問診療の頻度も高いユニットであった。

なお、体調不良、全962件の内容内訳で多いのは、疼痛が184件（19.1%）、上気道症状が171件（17.8%）等であった。

図表 II-29 対象者においてみられた医療・看護ニーズ

体調不良等の内容(細字は内訳)	総計(n=75) 件数 人数	GH1			GH2			GH3			GH5			
		A(n=8)	B(n=9)	C(n=8)	小計(n=25)	A(n=9)	B(n=9)	小計(n=18)	A(n=8)	B(n=6)	小計(n=14)	A(n=9)	B(n=9)	小計(n=18)
血圧異常	74 (18)	3 (3)	3 (2)	6 (3)	12 (8)	1 (1)	1 (1)	2 (2)	28 (3)	32 (5)	60 (8)			
血圧高め	69 (18)	3 (3)	3 (2)	5 (3)	11 (8)	1 (1)	1 (1)	2 (2)	28 (3)	28 (5)	56 (8)			
血圧低め	5 (3)			1 (1)	1 (1)					4 (2)	4 (2)			
発熱	70 (29)	1 (1)		19 (5)	20 (6)	3 (2)	7 (4)	10 (6)	21 (7)	10 (5)	31 (12)	6 (4)	3 (1)	9 (5)
発熱	65 (28)	1 (1)		19 (5)	20 (6)	3 (2)	5 (3)	8 (5)	20 (7)	8 (5)	28 (12)	6 (4)	3 (1)	9 (5)
悪寒	6 (5)						3 (2)	3 (2)	1 (1)	2 (2)	3 (3)			
その他バイタルサインの異常	9 (7)	1 (1)		4 (2)	5 (3)		2 (2)	2 (2)		2 (2)	2 (2)			
無呼吸	3 (1)			3 (1)	3 (1)									
呼吸困難感	2 (2)	1 (1)			1 (1)		1 (1)	1 (1)						
頻脈	1 (1)									1 (1)	1 (1)			
その他(顔面紅潮)	1 (1)									1 (1)	1 (1)			
その他(冷や汗)	1 (1)						1 (1)	1 (1)						
体温低下	1 (1)			1 (1)	1 (1)									
疼痛	184 (45)	15 (7)	13 (4)	33 (4)	61 (15)	45 (9)	10 (5)	55 (14)	5 (3)	45 (5)	50 (8)	12 (5)	6 (3)	18 (8)
疼痛	181 (44)	17 (7)	13 (4)	33 (4)	63 (15)	42 (9)	9 (4)	51 (13)	5 (3)	44 (5)	49 (8)	12 (5)	6 (3)	18 (8)
しびれ	5 (3)					1 (1)	1 (1)	2 (2)		3 (1)	3 (1)			
つる	3 (1)					3 (1)								
上気道症状	171 (32)	5 (3)	7 (2)	47 (7)	59 (12)	1 (1)	19 (7)	20 (8)	2 (2)	7 (5)	9 (7)	2 (1)	81 (4)	83 (5)
咳	121 (15)	3 (1)	6 (2)	19 (2)	28 (5)		7 (2)	7 (2)	1 (1)	5 (3)	6 (4)	2 (1)	78 (3)	80 (4)
鼻水	52 (16)	2 (2)	2 (2)	26 (4)	30 (8)		10 (4)	10 (4)	1 (1)	1 (1)	2 (2)		10 (2)	10 (2)
痰	18 (8)		3 (1)	7 (3)	10 (4)		1 (1)	1 (1)					6 (2)	6 (2)
声がれ	13 (8)			6 (4)	6 (4)		5 (3)	5 (3)				2 (1)		2 (1)
くしゃみ	8 (5)			4 (3)	4 (3)	1 (1)							3 (1)	3 (1)
鼻声	4 (2)						4 (2)	4 (2)						
鼻つまり	1 (1)						1 (1)	1 (1)						
皮膚トラブル	115 (36)	9 (5)	15 (6)	29 (4)	53 (15)	7 (3)	7 (4)	14 (7)	17 (7)	30 (6)	47 (13)	1 (1)		1 (1)
かゆみ	40 (14)	1 (1)	4 (4)	22 (2)	27 (7)	4 (1)	1 (1)	5 (2)	3 (2)	5 (3)	8 (5)			
発赤	29 (16)	5 (3)	9 (4)		14 (7)	3 (2)	3 (2)	6 (4)	4 (3)	5 (2)	9 (5)			
発疹	15 (10)			6 (2)	6 (2)				2 (2)	3 (3)	5 (5)	1 (1)		1 (1)
皮膚変色	14 (9)	1 (1)	3 (2)		4 (3)				2 (2)	8 (4)	10 (6)			
表皮剥離	11 (7)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	3 (3)				3 (1)	5 (3)	8 (4)			
掻き傷	9 (6)	2 (1)	1 (1)		3 (2)	1 (1)		1 (1)	2 (1)	3 (2)	5 (3)			
皮膚乾燥	3 (2)		1 (1)		1 (1)					2 (1)	2 (1)			
その他(背部腫瘍)	1 (1)								1 (1)		1 (1)			
その他(口唇に水疱)	1 (1)									1 (1)	1 (1)			
創傷関連	45 (31)	4 (3)	13 (8)	2 (2)	19 (13)	4 (4)	4 (4)	8 (8)	8 (5)	7 (3)	15 (8)	1 (1)	2 (1)	3 (2)
創傷	22 (17)	2 (2)	12 (7)		14 (9)	2 (2)	1 (1)	3 (3)	2 (2)	2 (2)	4 (4)	1 (1)		1 (1)
内出血	12 (7)			1 (1)	1 (1)		2 (2)	2 (2)	5 (3)	4 (1)	9 (4)			
出血	11 (9)		1 (1)	1 (1)	2 (2)	2 (2)	2 (2)	4 (4)	1 (1)	2 (1)	3 (2)		2 (1)	2 (1)
創傷の悪化	2 (1)	2 (1)			2 (1)									
下痢・便秘	39 (17)	5 (3)	1 (1)	12 (3)	18 (7)		9 (3)	9 (3)	7 (3)	1 (1)	8 (4)	1 (1)	3 (2)	4 (3)
下痢	29 (11)	3 (2)		12 (3)	15 (5)		9 (3)	9 (3)	4 (2)	4 (2)	4 (2)	1 (1)	1 (1)	1 (1)
便秘	5 (4)	2 (1)			2 (1)				1 (1)	1 (1)	2 (2)	1 (1)		1 (1)
腹部膨満	4 (2)								2 (1)	2 (1)	2 (1)		2 (1)	2 (1)
その他(お腹の調子が悪い)	1 (1)		1 (1)		1 (1)									
起立・姿勢保持困難	24 (13)		3 (2)	5 (2)	8 (4)	3 (2)	1 (1)	4 (3)	4 (2)	6 (2)	10 (4)	2 (2)		2 (2)
姿勢保持困難	12 (6)			5 (2)	5 (2)				3 (2)	3 (1)	6 (3)	1 (1)		1 (1)
ふらつき	9 (7)		3 (2)		3 (2)	3 (2)	1 (1)	4 (3)	1 (1)		1 (1)	1 (1)		1 (1)
起立困難	5 (3)			2 (1)	2 (1)					3 (2)	3 (2)			
腫脹	20 (13)	2 (2)	4 (3)	1 (1)	7 (6)	5 (1)	3 (3)	8 (4)		2 (1)	2 (1)	3 (2)		3 (2)
腫脹	19 (13)	2 (2)	4 (3)	1 (1)	7 (6)	4 (1)	3 (3)	7 (4)		2 (1)	2 (1)	3 (2)		3 (2)
熱感	2 (1)					2 (1)		2 (1)						
浮腫	17 (6)		4 (2)	10 (1)	14 (3)				2 (2)	1 (1)	3 (3)			
めまい	17 (9)		10 (3)		10 (3)	1 (1)	3 (2)	4 (3)	1 (1)	1 (1)	2 (2)	1 (1)		1 (1)
眼症状	9 (6)	2 (1)		2 (1)	4 (2)		1 (1)	1 (1)	2 (1)	1 (1)	3 (2)	1 (1)		1 (1)
眼の充血	7 (5)			2 (1)	2 (1)		1 (1)	1 (1)	2 (1)	1 (1)	3 (2)	1 (1)		1 (1)
眼の違和感	2 (1)	2 (1)			2 (1)									
摂食・嚥下の障害	9 (4)		1 (1)		1 (1)					4 (2)	4 (2)		4 (1)	4 (1)
むせこみ	7 (3)		1 (1)		1 (1)					2 (1)	2 (1)		4 (1)	4 (1)
その他(飲み込み困難)	1 (1)									1 (1)	1 (1)			
その他(食事摂取困難)	1 (1)									1 (1)	1 (1)			
吐き気・嘔吐	5 (4)								2 (2)		2 (2)		3 (2)	3 (2)
チアノーゼ	4 (2)			4 (2)	4 (2)									
血尿・血便	4 (2)			1 (1)	1 (1)							3 (1)		3 (1)
血尿	3 (1)											3 (1)		3 (1)
血便	1 (1)			1 (1)	1 (1)									
失禁	3 (2)	2 (1)	1 (1)		3 (2)									
便失禁	2 (1)	2 (1)			2 (1)									
失禁	1 (1)		1 (1)		1 (1)									
頻尿	3 (2)						2 (1)	2 (1)					1 (1)	1 (1)
視聴覚・感覚器症状	3 (3)		1 (1)		1 (1)		2 (2)	2 (2)						
その他(耳垢が詰まった)	1 (1)						1 (1)	1 (1)						
その他(車酔い)	1 (1)						1 (1)	1 (1)						
その他(難聴)	1 (1)		1 (1)		1 (1)		1 (1)	1 (1)						
義歯トラブル	2 (2)			1 (1)	1 (1)				1 (1)		1 (1)			
神経症状	2 (2)			1 (1)	1 (1)					1 (1)	1 (1)			
その他(右手が使えない)	1 (1)									1 (1)	1 (1)			
その他(言語不明瞭)	1 (1)									1 (1)	1 (1)			
その他(しゃべれない)	1 (1)			1 (1)	1 (1)					1 (1)	1 (1)			
事故	50 (25)		6 (3)	3 (2)	9 (5)	9 (5)	9 (5)	18 (10)	2 (2)	6 (2)	8 (4)	14 (5)	1 (1)	15 (6)
転倒	36 (19)		4 (2)	1 (1)	5 (3)	7 (4)	7 (5)	14 (9)	1 (1)	4 (1)	5 (2)	12 (5)		12 (5)
打撲	10 (9)		1 (1)	1 (1)	2 (2)	2 (2)	1 (1)	3 (3)	1 (1)	1 (1)	2 (2)	3 (2)		3 (2)
転落	8 (7)		1 (1)	1 (1)	2 (2)	1 (1)	2 (2)	3 (3)		2 (1)	2 (1)		1 (1)	1 (1)
全体的な印象	49 (28)	6 (4)	9 (4)	7 (3)	22 (11)	8 (5)	8 (4)	16 (9)	6 (4)	5 (4)	11 (8)			
だるさ	16 (12)	1 (1)	2 (2)	2 (1)	5 (4)	4 (3)	4 (2)	8 (5)	2 (2)	1 (1)	3 (3)			
体調不良	15 (11)	3 (3)	5 (3)		8 (6)	2 (1)	4 (3)	6 (4)		1 (1)	1 (1)			
普段と様子が違う	6 (6)	1 (1)	1 (1)		2 (2)	2 (2)				2 (2)	2 (2)			
食欲不振	5 (5)								2 (2)	1 (1)	3 (3)			
顔色不良	4 (4)		1 (1)	2 (2)	3 (3)				1 (1)	1 (1)	1 (1)			
活気なし	4 (2)			4 (2)	4 (2)									
苦痛表情	2 (2)								2 (2)		2 (2)			
その他(うとうと)	1 (1)	1 (1)			1 (1)									
その他(気分の落ち込み)	1 (1)	1 (1)			1 (1)									
内服トラブル	24 (8)					20 (5)	4 (3)	24 (8)						
認知症状	4 (3)					3 (2)		3 (2)	1 (1)		1 (1)			
異物摂取	2 (2)					1 (1)		1 (1)	1 (1)		1 (1)			
せん妄	1 (1)					1 (1)		1 (1)						
行方不明	1 (1)					1 (1)		1 (1)						
その他	6 (6)	1 (1)		2 (2)	3 (3)	1 (1)	1 (1)	2 (2)		1 (1)	1 (1)			
総計	962 (74)	56 (8)	91 (9)	189 (8)	336 (25)	111 (9)	93 (9)	204 (18)	109 (8)	162 (6)	271 (14)	47 (9)	104 (8)	151 (17)

## 5) 対象者の医療・看護ニーズ（体調不良やけが等）に対する、GHの対応

対象者の体調不良に対して、GHの対応を「経過観察」「上司連絡」「訪問看護師（Ns）へ連絡」「医師連絡」「その他」に分類、集計した。

全体調不良発生数 829 人・日への対応としては、①経過観察 619 人・日（74.7%）、②上司連絡 128 人・日（15.4%）、③看護師への連絡 91 人・日（11.0%）、④医師連絡 30 人・日（3.7%）であった。即ち、体調不良時の対応はGH内だけにとどまらず、外部の看護師・医師にも連絡していた。

③の看護師が対応した体調不良の内容は、転倒、痛み、皮膚異常、活気なし、発熱、血圧上昇、血便、便秘、服薬関係などが多かった。

今回、モデル事業としてGHにSTから訪問看護を提供した結果、主治医よりも看護師に、より頻回に連絡がなされていたことが示された。看護師への連絡は平日のみではなく、土日や夜間・早朝にも行われていた。即ち、GHにSTが定期的な訪問看護と臨時対応（電話相談、臨時訪問等）を行うことによって、主治医が予定外に対応せざるを得ない事態が生じることを予防していることが示された。

図表 II-30 体調不良者への対応（重複あり）

（人・日）

対応 (n=人数)	GH1				GH2			GH3			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
全発生人数	46	76	154	276	103	73	176	91	147	238	42	97	139	829
GH内で対応	38	67	125	230	98	63	161	81	138	219	40	95	135	745
経過観察	34	53	124	211	53	32	85	78	133	211	21	89	110	617
上司連絡	4	14	1	19	45	31	76	3	5	8	19	6	25	128
Nsへ連絡	12	14	19	45	16	17	33	5	6	11	1	1	2	91
電話相談	10	10	7	27	9	14	23	2	3	5				55
Ns訪問中に相談(当日定期訪問)		1	8	9	3	1	4	2	3	5				18
Ns訪問中に相談(当日訪問対象外)	1	1	2	4				1		1				5
経緯不明	1	2	2	5	4	2	6				1	1	2	13
医師連絡	3	1	15	19	2		2	2		2	5	2	7	30
他					1		1	7	6	13				14

### 全発生数における対応別割合(%)

GH内で対応	82.6	88.2	81.2	83.3	95.1	86.3	91.5	89.0	93.9	92.0	95.2	97.9	97.1	89.9
経過観察	73.9	69.7	80.5	76.4	51.5	43.8	48.3	85.7	90.5	88.7	50.0	91.8	79.1	74.4
上司連絡	8.7	18.4	0.6	6.9	43.7	42.5	43.2	3.3	3.4	3.4	45.2	6.2	18.0	15.4
Nsへ連絡	26.1	18.4	12.3	16.3	15.5	23.3	18.8	5.5	4.1	4.6	2.4	1.0	1.4	11.0
電話相談	21.7	13.2	4.5	9.8	8.7	19.2	13.1	2.2	2.0	2.1	0.0	0.0	0.0	6.6
Ns訪問中に相談(当日定期訪問)	0.0	1.3	5.2	3.3	2.9	1.4	2.3	2.2	2.0	2.1	0.0	0.0	0.0	2.2
Ns訪問中に相談(当日訪問対象外)	2.2	1.3	1.3	1.4	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.6
経緯不明	2.2	2.6	1.3	1.8	3.9	2.7	3.4	0.0	0.0	0.0	2.4	1.0	1.4	1.6
医師連絡	6.5	1.3	9.7	6.9	1.9	0.0	1.1	2.2	0.0	0.8	11.9	2.1	5.0	3.6
他	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.6	7.7	4.1	5.5	0.0	0.0	0.0	1.7

経過観察となった対象者と、それ以外の対応を行った対象者の、その後の結果については以下の通りである。経過観察以外の対応を行った場合、その結果として、①観察継続 161 人・日、②緊急訪問看護 15 人・日、③臨機（応変）訪問看護 7 人・日、④往診 14 人・日、⑤受診 17 人・日、⑥入院 3 人・日であった。

図表 II-31 経過観察対応のその後の結果 (人・日)

結果 (n=人数)	GH1				GH2			GH3			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
全経過観察 対応人数	34	53	124	211	53	32	85	78	133	211	21	89	110	617
往診		2	1	3										3
受診		4		4				1	1	2				6

図表 II-32 経過観察以外の対応の、その後の結果 (重複あり) (人・日)

結果 (n=人数)	GH1				GH2			GH3			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
経過観察以外の全 対応人数	12	23	30	65	50	41	91	13	14	27	21	8	29	212
観察継続	8	12	15	35	44	38	82	9	12	21	17	6	23	161
緊急訪問看護		5		5	5	3	8	1	1	2				15
臨機訪問看護	2	1	3	6				1		1				7
往診		1	10	11	1		1				2		2	14
受診	2	5	2	9				3		3	3	2	5	17
入院			2	2					1	1				3

## 6) 対象者の医療・看護ニーズ（体調不良やけが等） まとめ

3ヶ月間のモデル事業期間中、体調不良やけが等が1度も発生しなかった対象者は、4つのGHの対象者75人のうち1人だけであった。GH別に見ると、体調不良が発生しなかった日数は91日間で4～17日間のみであり、GHでは高い頻度で体調不良やけが等が発生していたことが改めて示された。GH入居者は認知症を持つ高齢者であり、また、合併疾患を持つ者も多いためであろう。

今回、モデル的にGHにSTから訪問看護を導入したところ、対象者の体調不良等はGH内のみで対応されるのではなく、発生した体調不良の11.0%は看護師に連絡、3.7%は医師に連絡されるなど、看護師や医師にも対応を依頼されていた。これは、対象者に対する医療や看護の必要性を示しているといえる。

また、主治医よりも看護師に、より頻回に連絡がなされていたことが示された。看護師への連絡は平日のみではなく、土日や夜間・早朝にも行われていた。即ち、GHにSTが定期的な訪問看護と臨時対応（電話相談、臨時訪問等）を行うことによって、主治医の予定外の対応を予防していることが示された。

GHへのヒアリングでは、「GH職員が体調変化に気がついても、体の中で何が起きているかは判断できない」、「受診したほうがいいのかどうか迷うことがある」という意見があった。体調不良に対して早期に適切な対応を行えば心身状態の悪化を予防するが、GH入居者の体調不良に適切に対応するためには、その原因や重篤性・緊急性などを判断し、その後について予測することが必要である。そのためには医学的な知識が必要であり、医学的な専門知識を持つものが対応する必要がある。

STからのヒアリングでは、「週1回の訪問でなじみの関係を構築できた」、「いつもの状態を知らないと緊急時に適切な判断ができない」という意見もあり、GHへ定期的な訪問看護を行うことで、ST側でも入居者の通常の状態や生活状況を把握できるため、緊急時の判断や対応が可能になることがわかった。

訪問看護は、医学的な判断が必要となる相談先が確保されるという点でGH職員の安心につながり、また入居者の状態悪化予防にも役立つことが示された。



## 5. 定期訪問看護

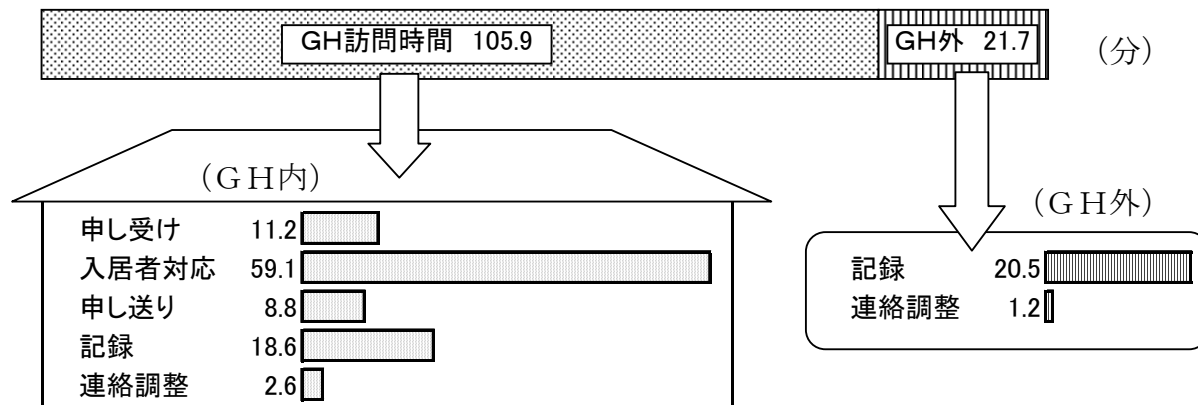
### 1) 提供回数および所要時間

定期訪問の提供回数および所要時間は以下の通りである。

1回の訪問時間の平均は、1ユニットを対象としたところでは111.7分、2ユニットを対象としたところでは170.4分（1ユニットあたり平均85.2分）であった。これを1ユニットあたりにおしなべてみると、1回の訪問時間の平均は105.9分であった。この内訳は、ケア前後の申し送り時間が20.0分、実際のケア提供時間（職員への助言・指導を含む）が59.1分、記録時間が18.6分、医師・家族などへの連絡・調整時間が2.6分であった。

しかしこれ以外にもGH外で、記録時間20.5分、連絡調整時間1.2分などを必要としており、GHでの滞在時間以外でも、訪問看護師の仕事が発生していることを示している。

図表 II-33 定期訪問に関わる平均所要時間（1ユニットあたり）



図表 II-34 GH全体に対する定期訪問看護 所要時間（1ユニット対象分）（分）

	GH1	GH2		GH3		GH4		合計
	C	A	B	A	B	A	B	
定期訪問回数	13	12	13	13	13	13	13	
訪問時間の記載あり(回)	13	12	12	13	13	11	11	85.0
時間合計	1470	1518	1572	1425	1575	1035	900	9495.0
時間平均	113.1	126.5	131.0	109.6	121.2	94.1	81.8	111.7
申し送りを受けた時間の記載あり(回)	13	12	12	13	13	11	11	85.0
時間の合計	150	146	196	155	145	105	70	967.0
時間の平均	11.5	12.2	16.3	11.9	11.2	9.5	6.4	11.4
入居者への対応時間の記載あり(回)	12	12	12	13	13	11	11	84.0
時間の合計	745	635	655	875	1170	605	645	5330.0
時間の平均	62.1	52.9	54.6	67.3	90.0	55.0	58.6	63.5
申し送りの時間の記載あり(回)	13	12	12	13	13	11	11	85.0
時間の合計	135	63	70	165	125	110	105	773.0
時間の平均	10.4	5.3	5.8	12.7	9.6	10.0	9.5	9.1
GH内での記録時間の記載あり(回)	12	12	12	13	13	11	11	84.0
時間の合計	320	550	491	165	105	65	65	1761.0
時間の平均	26.7	45.8	40.9	12.7	8.1	5.9	5.9	21.0
GH外での記録時間の記載あり(回)	13	12	12	13	13	11	11	85.0
時間の合計	495	85	136	440	560	210	230	2156.0
時間の平均	38.1	7.1	11.3	33.8	43.1	19.1	20.9	25.4
GH内での連絡調整時間の記載あり(回)	12	12	12	9	9	11	11	76.0
時間の合計	15	63	18	20	30	65	65	276.0
時間の平均	1.3	5.3	1.5	2.2	3.3	5.9	5.9	3.6
GH外での連絡調整時間の記載あり(回)	12	12	12	9	9	11	11	76.0
時間の合計	35	15	31	0	0	25	10	116.0
時間の平均	2.9	1.3	2.6	0.0	0.0	2.3	0.9	1.5

図表 II-35 GH全体に対する定期訪問看護 所要時間（2ユニット対象分）

	GH1	GH5	(分)
	AB	AB	
定期訪問回数	13	12	合計
訪問時間の記載あり(回)	12	12	24
時間合計	2750	1340	4090
時間平均	229.2	111.7	170.4
申し送りを受けた時間の記載あり(回)	12	12	24
時間の合計	315	220	535
時間の平均	26.3	18.3	22.3
入居者への対応時間の記載あり(回)	11	12	23
時間の合計	1375	970	2345
時間の平均	125.0	80.8	102.0
申し送りの時間の記載あり(回)	12	12	24
時間の合計	275	155	430
時間の平均	22.9	12.9	17.9
GH内での記録時間の記載あり(回)	12	2	14
時間の合計	650	0	650
時間の平均	54.2	0.0	46.4
GH外での記録時間の記載あり(回)	12	3	15
時間の合計	300	65	365
時間の平均	25.0	21.7	24.3
GH内での連絡調整時間の記載あり(回)	12	1	13
時間の合計	3	0	3
時間の平均	0.3	0.0	0.2
GH外での連絡調整時間の記載あり(回)	12	3	15
時間の合計	15	5	20
時間の平均	1.3	2.5	1.3

## 2) 定期訪問時の看護ケア提供内容

訪問看護師が対象者に提供した看護ケアの内容は、あらかじめ項目分類したチェック表（調査票⑦）に、訪問看護師が対象者別に記録した。チェック表の作成にあたっては文献 7,8 を参考とし、GHでのケアに適するようにケア提供項目を再構成した。

その項目を、モデル事業実施期間中に 1 回でも提供されたことがある対象者の割合（図表 II-36）と、提供された回数の割合（図表 II-37）とを示した。

ケア項目は上段 6 項目が「状態観察・コミュニケーション」、次の 14 項目が「診療の補助」、次の 5 項目が「療養上の世話」に関わる項目であり、これ以降は「本人以外への働きかけ」に関わる項目である。「本人以外への働きかけ」に関わる項目の最上段は「家族への連絡、説明」であり、それ以降は「職員へのアドバイス」である。

濃度が濃くなるほど、割合が高いことを示している。即ち、色が濃い部分はそのケアを提供された割合が多いケア項目を示す。

その結果、図表 II-36 と図表 II-37 の傾向は類似しており、1 回でも提供されたことのある対象者の割合と、そのユニットの全対象者に対して提供されたケア回数の割合には、大きな違いは見られなかった。

「状態観察・コミュニケーション」の項目は頻繁に行われており、とくに「バイタル測定」、「心身状態の観察」、「声かけ、タッチ、談話」などは、どのGH、どのユニットでも実施率が 80~100%と高く、どの対象者に対しても、また、訪問看護提供の際には頻繁に行われていた。

逆に、「診療の補助」に関わる項目の実施割合は低かった。

「療養上の世話」に関わる項目の実施割合は、「診療の補助」ほど低くはないものの、それほど高くはなかった。

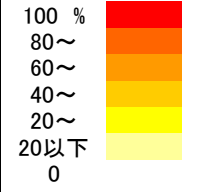
「職員へのアドバイス」の項目では、「認知症以外の疾患」、「排泄コントロール」、「皮膚の観察」、「栄養、水分」、「悪化・再発・事故の予防」の実施割合が他の項目と比べて高いことが、全体に共通していた。ただし、「職員へのアドバイス」の実施割合は、GH毎、また、ユニット毎に異なっていた。とくにGH1ではこのモデル事業以前からST1と契約を結んでいた。ST1は訪問看護を提供すると共に、GH1で開かれるカンファレンスにも出席し、アドバイスを実施してきた。GH1で対象者に対するケア割合のうち「職員へのアドバイス」が多いのは、このような背景を反映していると考えられる。

また、ユニットによる違いには、個々の対象者の属性の違いが大きく関わっていると考えられる。

図表 II-36 定期訪問においてケアを提供された対象者の割合

(%)

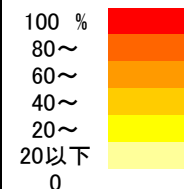
ケア項目	GH1			GH1 小計	GH2		GH2 小計	GH3		GH3 小計	GH4		GH4 小計	GH5		GH5 小計	総計	
	A	B	C		A	B		A	B		A	B		A	B			
状態観察	バイタル測定	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	心身の状態観察	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	88.9	100.0	94.4	98.9	
	生活状況の観察	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	100.0	50.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	55.6	100.0	77.8	86.0	
	声かけ、タッチ、談話	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	一緒に〇〇をする・見守る	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1	5.6	100.0	100.0	100.0	33.3	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0	22.6
	本人への療養指導・説明	100.0	66.7	0.0	56.0	0.0	55.6	27.8	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	66.7	0.0	33.3	41.9
診療の補助	薬の副作用の観察	0.0	0.0	12.5	4.0	0.0	0.0	0.0	75.0	100.0	85.7	44.4	44.4	44.4	0.0	0.0	0.0	22.6
	整理、分包化	0.0	0.0	25.0	8.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	22.2	11.1	0.0	0.0	0.0	23.7
	医師への報告、調節の提案	12.5	0.0	37.5	16.0	22.2	0.0	11.1	0.0	0.0	0.0	11.1	11.1	11.1	11.1	22.2	16.7	11.8
	点眼薬、軟膏、坐薬、湿布などの与薬	0.0	0.0	25.0	8.0	11.1	33.3	22.2	0.0	16.7	7.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.5
	点滴、IVHの実施	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	注射、インシュリン注射の実施	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	褥創の処置	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7	7.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1
	褥創予防のための対応	0.0	0.0	12.5	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	21.4	22.2	0.0	11.1	0.0	11.1	5.6	7.5
	創傷部の処置(褥創以外)	12.5	11.1	25.0	16.0	0.0	0.0	0.0	12.5	16.7	14.3	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	5.6	7.5
	経管栄養	0.0	0.0	12.5	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1
	浣腸、摘便	0.0	0.0	12.5	4.0	0.0	11.1	5.6	0.0	16.7	7.1	0.0	0.0	0.0	33.3	11.1	22.2	7.5
	人工肛門、人工膀胱の管理	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
膀胱留置カテーテルの管理	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
その他	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	11.1	22.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1	22.2	16.7	7.5	
療養上の世話	ROM訓練	0.0	0.0	12.5	4.0	0.0	11.1	5.6	0.0	0.0	0.0	22.2	11.1	16.7	22.2	11.1	16.7	8.6
	マッサージ	12.5	0.0	37.5	16.0	33.3	22.2	27.8	0.0	0.0	0.0	44.4	44.4	44.4	0.0	0.0	0.0	18.3
	爪きり	0.0	22.2	0.0	8.0	77.8	88.9	83.3	12.5	0.0	7.1	11.1	0.0	5.6	33.3	88.9	61.1	32.3
	手浴、足浴、陰部洗浄	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7	7.1	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1	5.6	2.2
	その他2	0.0	0.0	0.0	0.0	22.2	44.4	33.3	0.0	0.0	0.0	22.2	11.1	16.7	33.3	77.8	55.6	20.4
家族への説明、連絡	0.0	0.0	25.0	8.0	0.0	11.1	5.6	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1	5.6	0.0	11.1	5.6	5.4	
職員へのアドバイス	認知症以外の疾患	100.0	100.0	87.5	96.0	33.3	66.7	50.0	87.5	100.0	92.9	77.8	22.2	50.0	11.1	44.4	27.8	64.5
	認知症の症状	12.5	22.2	25.0	20.0	11.1	22.2	16.7	25.0	66.7	42.9	11.1	22.2	16.7	11.1	11.1	11.1	20.4
	内服薬	37.5	55.6	100.0	64.0	22.2	33.3	27.8	12.5	83.3	42.9	22.2	0.0	11.1	11.1	0.0	5.6	32.3
	外用薬	37.5	33.3	62.5	44.0	11.1	55.6	33.3	37.5	83.3	57.1	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	5.6	28.0
	皮膚の観察	50.0	77.8	62.5	64.0	33.3	66.7	50.0	87.5	100.0	92.9	22.2	0.0	11.1	11.1	11.1	11.1	45.2
	保清	50.0	33.3	50.0	44.0	33.3	44.4	38.9	75.0	83.3	78.6	11.1	0.0	5.6	11.1	22.2	16.7	35.5
	排泄コントロール	25.0	55.6	100.0	60.0	0.0	11.1	5.6	87.5	100.0	92.9	22.2	11.1	16.7	22.2	55.6	38.9	41.9
	栄養・水分	37.5	55.6	75.0	56.0	11.1	55.6	33.3	100.0	100.0	100.0	22.2	22.2	22.2	0.0	66.7	33.3	47.3
	ADL維持・向上	12.5	22.2	50.0	28.0	22.2	22.2	22.2	0.0	50.0	21.4	33.3	0.0	16.7	22.2	33.3	27.8	23.7
	精神面へのケア(うつ等)	25.0	11.1	12.5	16.0	22.2	0.0	11.1	0.0	33.3	14.3	11.1	22.2	16.7	0.0	22.2	11.1	14.0
	悪化・再発・事故の予防	62.5	66.7	75.0	68.0	11.1	33.3	22.2	100.0	100.0	100.0	33.3	22.2	27.8	11.1	44.4	27.8	48.4
その他3	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	5.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1	5.6	2.2	



図表 II-37 定期訪問におけるケア提供回数の割合

(%)

ケア項目	GH1			GH1 小計	GH2		GH2 小計	GH3		GH3 小計	GH4		GH4 小計	GH5		GH5 小計	総計	
	A	B	C		A	B		A	B		A	B		A	B			
状態 観察	バイタル測定	98.1	97.4	93.3	96.4	100.0	97.3	98.6	95.0	98.6	96.6	99.0	93.2	95.9	84.2	78.8	81.5	94.1
	心身の状態観察	98.1	97.4	100.0	98.4	100.0	73.5	86.0	96.0	100.0	97.7	98.1	94.9	96.4	59.4	73.7	66.5	89.8
	生活状況の観察	99.0	97.4	100.0	98.7	0.0	28.3	14.9	95.0	97.3	96.0	91.3	73.5	81.8	11.9	48.5	30.0	66.5
	声かけ、タッチ、談話	98.1	97.4	100.0	98.4	100.0	97.3	98.6	92.1	100.0	95.4	99.0	96.6	97.7	96.0	98.0	97.0	97.6
	一緒に〇〇をする：見守る	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.5	26.7	74.0	46.6	4.9	5.1	5.0	0.0	0.0	0.0	8.3
	本人への療養指導・説明	64.1	34.2	0.0	34.3	0.0	15.9	8.4	72.3	98.6	83.3	0.0	0.0	0.0	14.9	0.0	7.5	25.4
診療の 補助	薬の副作用の観察	0.0	0.0	1.1	0.3	0.0	0.0	0.0	26.7	90.4	53.4	21.4	10.3	15.5	0.0	0.0	0.0	11.5
	整理、分包化	0.0	0.0	2.2	0.7	46.1	42.5	44.2	0.0	0.0	0.0	0.0	7.7	4.1	0.0	0.0	0.0	9.5
	医師への報告、調節の提案	1.0	0.0	6.7	2.3	2.0	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	1.0	1.7	1.4	1.0	2.0	1.5	1.3
	点滴、IVHの実施	0.0	0.0	6.7	2.0	1.0	3.5	2.3	0.0	2.7	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2
	注射、インシュリン注射の実施	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	褥創の処置	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
	褥創予防のための対応	0.0	0.0	1.1	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	39.7	16.7	5.8	0.0	2.7	0.0	1.0	0.5	3.3
	創傷部の処置(褥創以外)	10.7	0.9	2.2	4.6	0.0	0.0	0.0	1.0	6.8	3.4	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.5	1.9
	経管栄養	0.0	0.0	1.1	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
	浣腸、排便	0.0	0.0	1.1	0.3	0.0	0.9	0.5	0.0	1.4	0.6	0.0	0.0	0.0	3.0	2.0	2.5	0.7
	人工肛門、人工膀胱の管理	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	膀胱留置カテーテルの管理	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	0.0	0.0	0.0	0.0	7.8	0.9	4.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	5.1	3.0	1.3	
療養上の 世話	ROM訓練	0.0	0.0	1.1	0.3	0.0	0.9	0.5	0.0	0.0	0.0	12.6	6.0	9.1	2.0	1.0	1.5	2.2
	マッサージ	1.0	0.0	21.3	6.5	2.9	1.8	2.3	0.0	0.0	0.0	26.2	18.8	22.3	0.0	0.0	0.0	6.6
	爪きり	0.0	1.8	0.0	0.7	9.8	18.6	14.4	1.0	0.0	0.6	1.0	0.0	0.5	5.0	19.2	12.0	5.3
	手浴、足浴、陰部洗浄	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.5	0.3
	その他2	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	4.4	3.7	0.0	0.0	0.0	1.9	0.9	1.4	5.0	15.2	10.0	2.8
家族への説明、連絡	0.0	0.0	2.2	0.7	0.0	2.7	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	3.4	1.8	0.0	3.0	1.5	1.1	
職員への アドバイス	認知症以外の疾患	47.6	33.3	24.7	35.6	3.9	16.8	10.7	52.5	100.0	72.4	20.4	6.0	12.7	1.0	7.1	4.0	26.4
	認知症の症状	1.0	5.3	9.0	4.9	2.0	2.7	2.3	2.0	41.1	18.4	1.0	14.5	8.2	1.0	1.0	1.0	6.5
	内服薬	5.8	6.1	20.2	10.1	2.9	8.8	6.0	1.0	41.1	17.8	8.7	0.0	4.1	1.0	0.0	0.5	7.6
	外用薬	12.6	3.5	7.9	7.8	2.9	8.8	6.0	20.8	45.2	31.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	1.0	8.3
	皮膚の観察	23.3	22.8	13.5	20.3	12.7	20.4	16.7	52.5	100.0	72.4	4.9	0.0	2.3	1.0	1.0	1.0	20.7
	保清	22.3	6.1	10.1	12.7	7.8	8.0	7.9	30.7	27.4	29.3	1.9	0.0	0.9	1.0	2.0	1.5	10.0
	排泄コントロール	12.6	21.1	29.2	20.6	0.0	4.4	2.3	17.8	98.6	51.7	2.9	0.9	1.8	4.0	5.1	4.5	15.3
	栄養・水分	6.8	5.3	18.0	9.5	1.0	13.3	7.4	45.5	87.7	63.2	11.7	3.4	7.3	0.0	6.1	3.0	15.9
	ADL維持・向上	1.0	3.5	10.1	4.6	2.9	5.3	4.2	0.0	45.2	19.0	7.8	0.0	3.6	3.0	3.0	3.0	6.3
	精神面へのケア(うつ等)	14.6	2.6	7.9	8.2	4.9	0.0	2.3	0.0	11.0	4.6	6.8	12.0	9.5	0.0	2.0	1.0	5.5
	悪化・再発・事故の予防	22.3	20.2	20.2	20.9	1.0	2.7	1.9	68.3	89.0	77.0	5.8	4.3	5.0	2.0	6.1	4.0	19.8
その他3	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	1.0	0.4	



### 3) 対象者別ケア所要時間

定期訪問における、対象者毎の平均ケア所要時間を算出したところ、以下のようであった。(ただし、GH1-C8 は退院直後から訪問看護が開始されており、これ以後特別指示書で訪問しているため、ユニット平均の算出からは除いた。)

図表 II-38 対象者の平均ケア所要時間 (定期訪問) (分)

施設 ユニット ID	GH1			GH2		GH3		GH4		GH5	
	A	B	C	A	B	A	B	A	B	A	B
1	--	6.3	20.9	6.9	4.3	7.8	13.1	5.9	5.0	5.0	8.2
2	6.8	6.1	6.0	6.6	2.8	6.5	12.3	7.3	5.8	5.9	6.4
3	12.0	6.1	27.9	6.2	3.5	4.6	18.5	6.2	5.4	5.0	6.5
4	13.0	6.7	9.2	5.8	8.0	5.8	11.9	6.0	5.4	7.3	6.8
5	10.7	6.3	7.1	5.8	5.5	7.7	13.5	5.8	6.5	5.0	9.1
6	8.9	10.4	7.6	6.4	6.6	9.2	20.9	5.8	5.8	5.8	8.2
7	9.3	6.8	--	5.5	8.0	8.1	/	11.2	6.4	6.4	10.0
8	6.2	8.3	180.0	6.6	4.0	6.8		--	5.1	7.9	8.3
9	10.5	7.0	8.0	4.7	4.8			5.4	5.0	10.0	11.7
ユニット平均	10.2	7.0	11.5	6.0	5.2	7.1	14.7	6.7	5.6	6.5	8.4

注) 網掛け部分は、定期訪問時の平均ケア所要時間がユニット平均よりも2分以上長い対象者

平均ケア所要時間は、1人あたり最短2.8分、最長27.9分(GH1-C8を除く)であった。ユニットあたりで見ると最短5.2分、最長14.7分であった。

ケア所要時間が長く必要だった対象者の特徴を知るため、ケア所要時間によって対象者を2群に分け、基本属性や身体状況について検定を行った。年齢はt検定、また、要介護度、認知症自立度、寝たきり度はMann-Whitney検定、さらに過去1年間の入院歴の有無、過去1ヶ月の身体症状の有無、合併疾患の有無については $\chi^2$ 検定を行った。

ユニット平均よりも個人の平均が2分以上長い対象者(網掛け)とそれ以外の2群に分けて検定を行った場合でも、個人の平均が10分以上の対象者とそれ以外の2群に分けて検定を行った場合でも、年齢、要介護度、認知症自立度、寝たきり度、過去1年間の入院歴の有無、過去1ヶ月の身体症状の有無、合併疾患の有無には有意差が見られなかった。

これは、個々の対象者にかかっているケア所要時間は、上で取り上げたような基本属性によって左右されるものではないということが示されたものであり、看護が特に長時間必要なGH入居者の特徴については、さらに検討する必要がある。

#### 4) 訪問看護師のケア所要時間が長かった対象者の状況

そこで、対象者 93 人中、定期訪問において、1 回のケア所要時間の平均が 15 分以上かかった対象者 5 人のうち、特別指示書による訪問を行っていた 1 人を除く 4 人について詳細を調べた。

担当の看護師に、ケア内容の概略と時間がかかった理由を尋ねたところ、GH1-C1、GH1-C3 の両者は、9 月中に下肢の浮腫増強があり、看護師によるリンパマッサージ（30 分以上かかる）を実施していた。また、GH1-C1 は全盲、聾があり、説明しながら 1 つ 1 つのケアを実施していたために時間がかかっていた。

また、GH3-B3、GH3-B6 は、両者とも退院後であり、病状が安定しなかった。ケア実施時の対象者の動きもスムーズではなかった。また、転倒のリスクも高く、嚥下障害もあったため、看護師が直接観察しながらアドバイスをを行う必要があった。

以上のように、看護師は対象者に合わせ、柔軟に適切なケアを提供していた。特に退院後などは病状が安定せず、看護師によるケアが特に必要とされる時期だと判断される。

**図表 II-39 平均ケア所要時間 15 分以上（定期訪問）の対象者の状況詳細**

対象者 ID	詳細
GH1-C1	<p>90 歳女性、要介護度 4、寝たきり度 A1、認知症自立度 IV（全盲）</p> <p>&lt;疾患&gt;アルツハイマー、慢性気管支炎、高血圧、足白癬、爪白癬</p> <p>&lt;モデル事業実施中に見られた症状&gt;</p> <p>風邪様症状、下痢、活気低下、恥骨上の腫れ、浮腫、オムツかぶれ</p> <p>&lt;定期訪問看護でのケア内容&gt;</p> <p>バイタルチェック、下肢の浮腫の軽減（浮腫の観察・リンパマッサージ）、排便状況の把握、眠剤のコントロール（睡眠状況の把握、薬の投与量の検討）、等</p> <p>&lt;定期訪問看護以外の対応&gt;</p> <p>浮腫にリンパマッサージ。血便で電話相談。薬局との相談・調整</p>
GH1-C3	<p>76 歳女性、要介護度 4、寝たきり度 A1、認知症自立度 IIb</p> <p>&lt;疾患&gt;（認知症について不明）、糖尿病、痔、足白癬、爪白癬</p> <p>&lt;モデル事業実施中に見られた症状&gt;</p> <p>浮腫で歩行状態悪化。</p> <p>&lt;定期訪問看護でのケア内容&gt;</p> <p>バイタルチェック、下肢の浮腫の軽減（浮腫の観察・リンパマッサージ）、糖尿病の病状観察、等</p> <p>&lt;定期訪問看護以外の対応&gt;</p> <p>病院受診同行（浮腫）、マッサージ、マッサージボランティア紹介、家族との連絡・調整</p> <p>&lt;状況&gt;9/21～10/12 高血糖及び下肢痛にて入院</p>

対象者 ID	詳細
GH3-B3	<p>93歳女性、要介護度4、寝たきり度A2、認知症自立度Ⅳ</p> <p>&lt;疾患&gt;老人性認知症、変形性膝関節症</p> <p>&lt;モデル事業実施中に見られた症状&gt;</p> <p>臀部発赤、不消化便、転倒、頭部腫脹、むせ、咳き込み、鼻汁、掻き傷、発疹、口腔内ただれ</p> <p>&lt;定期訪問看護でのケア内容&gt;</p> <p>バイタルチェック、排便コントロール（排便状況の把握、浣腸、下剤の投与、GH職員への下剤の投与指導、医師への報告・相談）、誤嚥の予防（嚥下状態の把握・観察、GH職員への食事指導）、転倒予防（転倒の可能性のアセスメント、GH職員への転倒予防の指導）、等</p> <p>&lt;定期訪問看護以外の対応&gt;</p> <p>1週間排便無く、電話相談あり。緊急訪問し浣腸と摘便。</p> <p>&lt;状況&gt;9/1～9/24 脳梗塞入院</p>
GH3-B6	<p>79歳女性、要介護度2、寝たきり度不明、認知症自立度Ⅲa</p> <p>&lt;疾患&gt;脳血管性認知症、糖尿病</p> <p>&lt;モデル事業実施中に見られた症状&gt;</p> <p>褥創、浮腫、転倒、むせ</p> <p>&lt;定期訪問看護でのケア内容&gt;</p> <p>バイタルチェック、誤嚥の予防（嚥下状態の把握・観察、GH職員への食事指導）、褥創処置（褥創観察・GH職員への観察方法の指導）、転倒予防（転倒の可能性のアセスメント、GH職員への転倒予防の指導）、排便コントロール（排便状況の把握）、等</p> <p>&lt;定期訪問看護以外の対応&gt;</p> <p>なし</p> <p>&lt;状況&gt;～9/16 脳梗塞再発入院</p>



## 5) ユニット全体に関わる、職員へのアドバイス

看護師は定期訪問時に入居者の全体の傾向を把握し、気温や湿度、食事など、日常生活での注意点や対応・予防方法をGH職員にアドバイスしていた。また転倒打撲後の状況把握とその対応、予防といったように、1つの事例から全体の参考となるアドバイスを行い、入居者の状態悪化の予防・早期発見を促していた。更に、インフルエンザや風邪の予防など、時節に応じて、入居者全員が注意すべき事柄についてのアドバイスも実施していた。

これらのアドバイスは、複数の入居者が共同生活を送るGH全体の健康管理に重要なものであるが、入居者個々人の健康管理に役立つという効果につながっていた。

具体的には次の通りである。

### <ユニット全体に関わる、職員へのアドバイスや指導の内容>

- a : GH職員に対する知識の再確認
- b : GH職員の疑問への回答
- c : GH職員と一緒に対応方法を検討
- d : ST看護師が必要だと判断したことについてアドバイス

#### 食事

- a : 食事に含まれる水分量、とろみをつけて補水する方法や利点をGH職員に再確認する
- b : とろみ食や刻み食の導入時期について、夜間の水分摂取について、気温の変化と体調変動についてなど、GH職員の疑問について指導
- c : 年末の餅つきについて：餅をどのように食べさせれば良いか？万が一詰まったときの対応(掃除機を利用した吸引用道具の確認)をアドバイス

#### 身体活動

- b : 「歩行不安定な入居者の見守りが徹底できない」という職員の危機意識の低さについてリーダーより相談をうけて、対応。
- c : 運動量を増やすための生活の工夫について話し合う中でアドバイス
- d : 日中の活動について、ポイント(動と静の組み合わせの工夫)を話す
- d : 日中の過ごし方、居間にいる時の体の動かし方
- d : 下肢筋力低下防止、浮腫軽減へ向けた日常のケアについてのアドバイス
- d : 下肢の運動について、下肢の先端が全体に冷たく、浮腫ある人が多いため、足踏みや屈伸など、みんなでできれば理想的とアドバイス。

#### 清潔

- c : 爪きり、耳垢掃除の現状と対応について打ち合わせ。

- d：耳、お腹(へそまわり) 入浴時手伝ってよく洗ってあげるように。浮腫のある人は特に、できれば日常的なケアが必要。足浴、肩回しの体操をできる範囲で組み込んでほしい。
- d：口腔ケア：毎日のブラッシングが大切。
- d：入浴時、お腹の皮膚のたるみ、耳など細かなところがうまく洗えているか、時折チェックを。
- d：入浴時に細かい部分まで本人に洗ってもらうための関わり方を伝える。

## 気温、体温

- a：気温の変動に対する衣類の調整について。環境、水分補給と合わせた調整方法について確認、助言
- c：発熱者多く、室内乾燥気味。水分補給を勧める
- d：室温が高く、入居者全体に体温上昇あり。室温調節を細かくするよう話す。
- d：室温調節について再度話す。
- d：体温上昇時の対応、クーリングについて確認
- d：体温調節がうまくできない方への体温調節の仕方（環境、水分量などをアドバイス）

## 排泄

- a：軟便傾向の方が多い。季節の変わり目のため、冷えすぎたりするものは控えるなどを注意。元気や表情の変化、動きなど変わったことはないかをたずね、職員に意識して本人を見てもらえるよう話す
- b：排泄について：排便困難、便秘の方への対応
- b：尿漏れのある男性への対応→本人のプライドを尊重し支援方法を工夫する必要
- b：検便方法—排便パターンの確認、トイレが自動で流れないようにし、固まりならすくって検便。あるいは、広いトイレ内にポータブルを設置して、トイレが壊れているからこちらを、とお願いする
- d：排便コントロールについて、下剤使用のタイミングと量について

## 感染予防

- a：温度差が激しくなってきたため風邪の予防と手洗い、うがいについてもアドバイス（外からの持込に注意する）
- b：インフルエンザの予防接種について質問あり。毎年希望者は往診時に行ってもらっていること、早めに希望を伝えないとワクチンが不足してしまう恐れがあることを説明
- d：インフルエンザ予防のアドバイス

## 処置

- a：爪白癬などで肥厚している爪の対処方法—今後爪切り方法などの指導（勉強会）を。
- a：胃瘻についての資料提供
- d：爪白癬の方がいることを伝える、爪の切り方を助言
- d：高血圧の方の血圧上昇・・・気温低下で見られる可能性あり、要注意。内服薬飲ませ忘れないように、渡したらその場で飲むように促して。などなど
- d：皮膚乾燥目立ってきている。クリーム等で保湿ケアを行なうように

## 服薬

- a：内服薬の管理

- b：服薬管理について、飲み残しがない様チェックしているが何か良い方法はないかと。→  
血圧の薬など、必ず内服しないといけないものは袋にチェック表をつける等する、下剤  
や眠剤も多過ぎても困るものはチェックが必要。現在のやり方も、色分けしてあり、個  
別に袋に分けてあるので、とてもよいと思う。内服時に袋から出すと間違え易いので、  
事前に分けてあると良いと思うが、時間的余裕もなく、今後も検討が必要。
- b：薬飲まない人。パウダーで小さじ1杯くらいのはちみつ等で溶いて介助

### 認知症

- a：介護拒否に対する対応、転倒打撲後の状況把握とその対応・処方について

### その他観察ポイント

- a：全身の状態はバイタルサインだけでは無く、表情や会話、行動等含めて観察し異常の早  
期発見につとめる。
- b：血圧測定について。

以上、GHに訪問看護に入ったST看護師に対し、GH職員から多様な質問が出  
されていた。ST看護師は看護師としての専門的視点からの観察と知識、判断に基  
づき、

- a：GH職員に対する知識の再確認
- b：GH職員の疑問への回答
- c：GH職員と一緒に対応方法を検討
- d：ST看護師が必要だと判断したことについてアドバイス  
を行い、GH職員を支援していた。

## 6. 臨時対応

### 1) 電話相談

#### (1) 電話相談の頻度

延べ91日、対象者93人（入院中の対象者を除く）でモデル事業を実施した期間中、STがGH（対象者家族からの1件を含む）からの電話を受ける「電話相談」は、30人（32.3%）の対象者に対して67件あり、STからGH（対象者家族への1件を含む）への電話は4人（4.3%）に対して5件あった。

電話のほとんど（94.0%）は2ヶ所のGH-STのものであり、また、全く電話の無かったGHもあるなど、GHによって差が大きかった。

図表 II-40 期間中の電話件数

(件)

	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
電話を受けた (うち、臨時に訪問となったもの)	16 (1)	13 (2)	9 (1)	38 (4)	9 (2)	16 (3)	25 (5)		2 (1)	2 (1)	2 (1)		2 (1)				67 (11)
(うち、緊急訪問となったもの)		(2)		(2)	(2)	(3)	(5)		(1)	(1)	(1)		(1)				(9)
電話をかけた	3		1	4		1	1										5

また、対象者によっても差がみられた。

電話対応がなかった対象者は63人(67.7%)であった。一方、5件の電話相談があった対象者が1人、4件あった対象者が5人と、頻回に電話相談を受けている対象者があった。なおSTからGHに電話連絡したのは4人の対象者についてであるが、この4人についてはGHからもSTに複数回電話相談が行われていた。

このことから、GH入居者には、大変状態が安定しており、電話での臨時・緊急対応が必要ない入居者以外に、頻回の電話相談や緊急訪問を必要とする人が一定数いることが明らかになった。

図表 II-41 対象者別電話件数 (件)

	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
	(n=8)	(n=9)	(n=8)	(n=25)	(n=9)	(n=9)	(n=18)	(n=8)	(n=6)	(n=14)	(n=9)	(n=9)	(n=18)	(n=9)	(n=9)	(n=18)	
GH1-A2	3			3													3
GH1-A3	1			1													1
GH1-A4	1			1													1
GH1-A5	2			2													2
GH1-A6	1			1													1
GH1-A7	4			4													4
GH1-A9	4			4													4
GH1-B1		5		5													5
GH1-B4		3		3													3
GH1-B6		3		3													3
GH1-B9		2		2													2
GH1-C1			1	1													1
GH1-C3			3	3													3
GH1-C4			1	1													1
GH1-C6			2	2													2
GH1-C8			2	2													2
GH2-A1					1		1										1
GH2-A3					1		1										1
GH2-A4					1		1										1
GH2-A8					2		2										2
GH2-A9					4		4										4
GH2-B1						2	2										2
GH2-B2						1	1										1
GH2-B5						4	4										4
GH2-B6						4	4										4
GH2-B7						2	2										2
GH2-B8						1	1										1
GH2-B9						2	2										2
GH3-B3								2	2								2
GH4-A8										2	2						2
STが受けた 電話計	16	13	9	38	9	16	25	2	2	2	2						67
GH1-A7	1			1													1
GH1-A9	2			2													2
GH1-C3			1	1													1
GH2-B5						1	1										1
STがかけた 電話計	3		1	4		1	1										5

GHからSTへの電話相談のうち、9件が緊急訪問、2件が臨機訪問（別ユニットの訪問日や当初から決まっていた訪問予定の機会にあわせての訪問）で対応されていた。電話の時間帯は、日中（9～17時まで）が42件、それ以外の時間帯が23件、不明2件であり、日中以外にも電話対応が必要とされていた。また、平日以外にも28件の電話相談があり、3件の緊急訪問につながっていた。STがGH入居者及び職員のニーズに応えようとするならば、24時間対応できる体制を整えておくことが必要であるということが改めて示された。

**図表 II-42 時間帯別の電話相談及び緊急訪問件数（件）**

時間帯	電話相談件数	緊急訪問回数
9:00以降 17:00まで	42件 (平日 28件、他 14件)	7件 (平日 4件、他 3件)
17:00以降、翌日 9:00まで	23件 (平日 10件、他 13件)	2件 (平日 2件、他 0件)
時間帯不明	2件 (平日 1件、他 1件)	0件
合計	67件 (平日 39件、他 28件)	9件 (平日 6件、他 3件)

(2) 電話相談の内容

S TからGHへの電話（S Tから対象者の家族へのもの1件を含む）では、主に状態確認が行われていた。

GHからS Tへの電話相談（対象者の家族からのもの1件、退院後の特別指示書対応者のもの2件を含む）の内容は、対象者の体調に関すること（転倒、皮膚異常、血圧異常、様子異常、及びそれらの事後の対応について、など）が多かった。

内容を分類すると、心身状態の悪化46件、以前の相談内容の継続13件、病状悪化以外のトラブル8件であった。以前の相談内容の継続13件中6件は、「この病状で入浴しても良いか」など、看護師に判断を求めるものであった。

図表 II-43 電話の内容 (件)

	GH1				GH2			GH3			GH4			GH5			総計 (N=93)
	A (n=8)	B (n=9)	C (n=8)	小計 (n=25)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=8)	B (n=6)	小計 (n=14)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	A (n=9)	B (n=9)	小計 (n=18)	
受けた	16	13	9	38	9	16	25		2	2	2		2				67
症状・病状	13	11	8	32	9	14	23		2	2							56
服薬	3			3		2	2										5
医療機器・カテーテル												1		1			1
その他		2	1	3							1		1				4
かけた	3		1	4		1	1										5
症状・病状	3			3		1	1										4
その他			1	1													1

図表 II-44 S Tが受けた電話相談の内容分類

内容	電話相談件数 (全発生件数 67 件)
心身状態の悪化	46 件
以前の相談内容の継続	13 件
病状悪化以外のトラブル	8 件

### (3) 電話相談の有無と対象者の基本属性の関係

対象者を、電話相談のあった対象者とそれ以外の 2 群に分けて、基本属性や身体状況を比較した。年齢は t 検定、また、要介護度、認知症自立度、寝たきり度は Mann-Whitney 検定、更に、過去 1 年間の入院歴の有無、過去 1 ヶ月の身体症状の有無、合併疾患の有無については  $\chi^2$  検定を行った。

過去 1 年間の入院歴の有無のみ有意差が見られた。退院後の入居者については、臨時対応の必要性が高いという現実があることが示された。



## 2) 緊急訪問

### (1) 緊急訪問の頻度と内容

電話相談から緊急訪問に至ったケースは4つのGHで計9件あった(図表Ⅱ-40)。

訪問看護師は、医学的な背景をふまえ、今後起こりうる事態を予測して判断し、対応を行っていた。例えば、No.2では、その対象者に糖尿病があるため、ST看護師は直接観察が必要と考えて訪問し、循環不全や炎症ではないことを確認していた。No.3では、脳梗塞の既往から血栓の可能性を、No.4では頭部打撲、No.6では降圧剤の影響などを考慮して判断し、GH職員へアドバイスをすると共に、必要時にはGHを緊急訪問していた。

また、訪問後には、その状態を直接観察し、アセスメントして対応していた。例えばNo.5では、排便のない期間と便の硬さから、腹圧がないことが排便のない原因だとアセスメントし、対応した。対応は対象者への直接対応のみではなく、その後起こりうる状況を予測して、以後の対応についてGH職員にアドバイスも行っていた。

図表 II-45 緊急訪問となった内容詳細（日付順）

No.	ID	GHからの電話相談の内容	看護師の判断と対応
1	GH4-A8	点滴漏れか周囲がぬれている。どう対応したらよいか。	<p>(判断) 主治医から対応法についての指導は受けていたが、初めてのことで動揺している様子がかげえた。安心して対応できるよう指導すべきと考えた。</p> <p>(訪問時の対応) 夕食及び水分摂取状況確認。スタッフは不安が強いようで後ろから離れてみている。抜針、説明しながら実施。</p>
2	GH1-B9	左足小指腫れ、紫色。開くと痛い。他は気になる様子はない。歩くのに支障なし	<p>(判断) DM 既往あり、注意を要する。直接観察する必要あり。</p> <p>(訪問時の対応) 腫脹・痛み軽度あり、冷感なし。循環不全、炎症ではなさそうだと判断。念のため受診すすめる。主治医連絡。</p>
3	GH2-B9	左手肘から末梢にかけて内出血斑あり（昨日はなし）。腕時計を強く締めていたよう。手先に冷たさ、痛み感じない様子。	<p>(判断) 脳梗塞の既往症あるため、血栓の可能性あり、と判断した。</p> <p>(訪問時の対応) 末梢冷感無く脈も触れるので様子を見ていだろう。今後の対応についてGH職員へアドバイス（脈が触れない、末梢が冷たい、左手の動きが極端に悪い）などあれば連絡すること。腕時計はしばらく中止し、今後はゆるめにつけるように。本日は少し手を挙上気味に。）</p>
4	GH2-A4	昨日から頭痛あったと言ひ、だるさを訴えている。KT36.3 P80 BP112/57	<p>(判断) 6月に転倒し頭部打撲している可能性あり。その後の頭痛の可能性あるため臨時訪問とする。</p> <p>(訪問時の対応) 精神的影響が強い様子。嘔気嘔吐無いため様子を見る。今後の対応についてGH職員へアドバイス（嘔気、嘔吐、頭痛の増強があったら連絡を。）</p>
5	GH3-B3	6日前不消化便失便と浣腸摘便で便があった以降、ラキソベロン3滴ずつ服用されたが排便なし。入院前はアローゼン1/2pで排便順調だったので、本日はアローゼンを服用したほうがいいだろうか。	<p>(判断) 実際にご本人の状態を観察してからスタッフに今後の下剤について話しをしたい。</p> <p>(訪問時の対応) BD128/88 腸蠕動は右は良いが左は弱い。一週間排便無いわりに便は柔らかい→腹圧が無いと判断→浣腸し便出す。浣腸 60cc2回と摘便で普通便多量にある。処置終了後 BD130/70。浣腸を施行したことと本日からの下剤内服方法について主治医に報告する。</p>

No.	ID	GHからの電話相談の内容	看護師の判断と対応
6	GH2-A3	鼻血（付着程度）。BP184/84 P64 KT35.7。食事の摂取、内服は普段通り。本人の様子も普段通り。	<p>（判断）            普段の血圧 140/ 台の事が多い。血圧上昇による鼻出血と考えられるが、降圧剤など服用してお</p> <p>（判断）            り、状態の観察が必要と判断した。</p> <p>（訪問時の対応）            鼻血止まっている。顔色・表情良好。内服漏れなし。血圧上昇に伴う出血か。左鼻腔やや粘膜肥厚あるが、他症状ないため様子を見る。今後の対応についてGH職員へアドバイス（再出血、頭痛などあれば連絡を。本日入浴は念のため明日へ延期）</p>
7	GH2-B1	排便時、痔より出血。痛みありうまく座れない。痔も結構出ている。どうすべきか。	<p>薬、手持ちではない。状態判断後、主治医へ報告、指示を受けるのが良いと判断。ベッドに横になり、安静にしている旨確認。</p> <p>（訪問時の対応）            拇指頭大の痔あり。陥のうするが半分くらいはすぐに脱出してしまふ。出血無く、痔核の色は良好。陥のう後痛みは軽減している。以前痔の薬を使用していたとのことで使用を検討。便秘、硬便に注意。</p>
8	GH1-B6	昼頃から全く動かず。飲まず食わず。トイレには行く。特に苦痛が強いようではないが血圧が高くなってきている。8月25日に硬膜下血腫の手術をしているので心配。何か変な感じがする。 14:10 T36.6、P56、BP158/64 19:15 P57、BP160/67 19:30 BP198/82 20:42 BP202/102	<p>（訪問時の対応）            生活状況確認。血圧確認するも同様。声かけにはしっかり反応している。湯ざまし摂取。受診を勧めるが本人が強く拒否。夜勤者へ対応を指示。</p>
9	GH2-B6	今日の夕方の薬が他の日とは違う。	<p>（判断）            訪問して確認が必要。</p> <p>（訪問時の対応）            夕方、メコバラミン 1Tのはずがマグラックス 1Tが分包されている。12/1分を本日分にセット。内容を薬局にTel報告。午後に訪問し確認、再処方してもらう。</p>

### 3) その日の訪問予定外の対象者への対応

#### (1) その日の訪問予定外の対象者への対応の頻度

看護師がGHを訪問した際に、その日の訪問予定外の対象者についても相談を受けることがあった（臨時相談）。例えば、定期訪問時にGH職員から、当日定期訪問の対象ユニット以外のユニットの入居者について相談を受ける、等である。このような臨時相談は9件あった。また、このうち7件に対して臨機訪問が行われていた。

またSTが電話相談を受けた後、緊急訪問はしなかったが、別ユニットの訪問時にあわせて臨機訪問したものが2件あった。

また、訪問看護師が自主的に判断し、別ユニットの訪問時にあわせて臨機訪問したものが11件あった。

**図表 II-46 その日の予定外の対象者への対応件数**

	相談 件数	予定訪問以外に 訪問した件数	緊急訪問 件数
電話相談	67件	2件	9件
臨機訪問（臨時相談による）	9件	7件	
臨機訪問（ST看護師の判断による）		11件	

## (2) 臨機訪問の内容

### a. 電話相談により臨機訪問した内容

前述したように、GHからSTへの電話相談は67件あり、緊急訪問につながったのは9件であった。また、臨機訪問は2件であり、その2件は以下の内容であった。左欄に記した各々の電話内容に対し、訪問看護師は緊急性がないとの判断を示している。

電話の内容	看護師の判断と対応
臀部発赤あり、みてほしい。	肛門周囲にカサカサした発赤、広範囲。カビの様子（褥創ではない）。 本日別の入居者に皮膚科往診あるため、この入居者もみてもらうようにする。保清。
日曜家族と外出したが、腰痛にて、昨日は横になっている状態。トイレにもやっと。座ってしまえば大丈夫だが動くのが大変	動かなければ痛み無し。排泄はできている。本日昼に往診があるため、そこで相談してから受診の必要性を検討する。 本日別ユニットに訪問予定のため、立ち寄った。

### b. その日の対象外だが訪問時に臨時相談を受けて臨機訪問した内容

- ・ 浮腫増強のため、様子観察
- ・ 臀部の発赤の観察
- ・ 昨日胸痛が発生した入居者の様子観察
- ・ 転倒後の様子観察

### c. 看護師の判断で臨機訪問した内容

- ・ 創の悪化のための状態観察と処置
- ・ 摘便の実施
- ・ 受診後の状況確認
- ・ リンパマッサージの施行
- ・ 以前の緊急訪問後のフォロー

以上、訪問看護師は、受け持ち対象者の健康管理に責任を持っており、定期訪問時以外でも、対象者の状態の悪化時には電話相談、臨時相談、緊急訪問、臨機訪問等により対応していることが示された。また、GH職員からの相談がなくても、自ら必要性を認識したときには対象者の状態を把握することに努めており、自分の観察に基づいて判断して対応しているといえる。

#### 4) 定期訪問時と臨時訪問での看護提供項目の違い

S Tの看護提供項目及び所要時間の記録では、定期訪問日以外に 32 回の記録があり、これは臨時訪問である。これを用いて、定期訪問時と臨時訪問の看護提供項目の違いを検討した。

左が、①定期訪問におけるケア項目ごとの看護ケア実施割合、右が②臨時訪問における割合である。また、右端は割合を比較するために②-①として算出したものである。

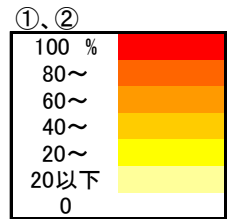
定期訪問時よりも臨時訪問時に多く実施しているケア項目は、職員へのアドバイスの中の「認知症以外の疾患」である。このことは、その対象者が有する疾患の増悪などに対応していると考えられ、「医師への報告、調節の提案」が多いのもそのためだと推察される。医療処置も、「褥創予防のための対応」、「浣腸、摘便」、「(医療処置) その他」が多く、同時に「本人への療養指導、説明」もなされている。また、GH職員へは「皮膚の観察」、「保清」をはじめとして、「栄養・水分」、「外用薬」、「内服薬」についてのアドバイスも多くなされている。

一方で、定期訪問時になされているような「バイタル測定」、「心身状態の状態観察」、「声かけ、タッチ、談話」、「一緒に〇〇をする、見守る」等のケアは少ない。

このようなケア項目の変化から、臨時訪問によって、GH職員及び主治医の双方の負担や不安が軽減されている実態が提示されたと言えよう。

図表 II-47 定期訪問時と臨時訪問での看護提供項目の違い (%)

ケア項目		①	②	③
		定期訪問(全1049回)時の実施割合(%)	臨時・緊急訪問(全32回)時の実施割合(%)	②-①
状態観察	バイタル測定	94.1	68.8	-25.3
	心身の状態観察	89.8	75.0	-14.8
	生活状況の観察	66.5	40.6	-25.8
	声かけ、タッチ、談話	97.6	75.0	-22.6
	一緒に〇〇をする・見守る	8.3	0.0	-8.3
	本人への療養指導・説明	25.4	31.3	5.9
	薬の副作用の観察	11.5	6.3	-5.2
診療の補助	整理、分包化	9.5	9.4	-0.1
	医師への報告、調節の提案	1.3	15.6	14.3
	点眼薬、軟膏、坐薬、湿布などの与	1.2	0.0	-1.2
	点滴、IVHの実施	0.0	0.0	0.0
	注射、インシュリン注射の実施	0.0	0.0	0.0
	褥創の処置	0.2	3.1	2.9
	褥創予防のための対応	3.3	9.4	6.1
	創傷部の処置(褥創以外)	1.9	3.1	1.2
	経管栄養	0.1	0.0	-0.1
	浣腸、摘便	0.7	6.3	5.5
	人工肛門、人工膀胱の管理	0.0	0.0	0.0
	膀胱留置カテーテルの管理	0.0	0.0	0.0
	その他	1.3	9.4	8.0
	療養上の世話	ROM訓練	2.2	0.0
マッサージ		6.6	3.1	-3.5
爪きり		5.3	0.0	-5.3
手浴、足浴、陰部洗浄		0.3	0.0	-0.3
その他2		2.8	0.0	-2.8
家族への説明、連絡		1.1	0.0	-1.1
職員へのアドバイス	認知症以外の疾患	26.4	43.8	17.4
	認知症の症状	6.5	3.1	-3.3
	内服薬	7.6	12.5	4.9
	外用薬	8.3	15.6	7.3
	皮膚の観察	20.7	43.8	23.0
	保清	10.0	21.9	11.8
	排泄コントロール	15.3	9.4	-6.0
	栄養・水分	15.9	25.0	9.1
	ADL維持・向上	6.3	0.0	-6.3
	精神面へのケア(うつ等)	5.5	6.3	0.8
	悪化・再発・事故の予防	19.8	21.9	2.1
その他3	0.4	0.0	-0.4	



## 7. GHとSTの訪問契約事例：

### GH1に関するST1からの訪問看護提供の詳細

GH1は、ST1と訪問看護の契約を結んでいた。この契約に則りST1はGH1にモデル事業開始以前の平成16年4月から訪問看護を提供していた。このため、ST1は、GH1に対して定期訪問や電話相談だけではなく、必要に応じて様々な看護サービスを検討し、モデル的に提供してきた。このため、GH1に対してST1が実施してきた訪問看護の詳細を以下に示す（図表Ⅱ-49、50）。

#### 1) ユニットごとの対象者の基本属性

GH1では、各ユニットの入居者は9人であり、対象者はユニットA、Cは8人、ユニットBは9人であった。

対象者の平均年齢は80歳前後である。認知症自立度において、ユニットCで最も多いのはランクⅣ（5人）であるのに対して、ユニットAとBでは、ランクⅡ（7人）が最も多く、ユニットCは認知症自立度が高い者が多い。また、同様に平均要介護度においても、ユニットCは平均要介護度3.6であり、ユニットA・Bと比較して、要介護度が高い者が多い。

図表 Ⅱ- 48 GH1の各ユニットにおける対象者の属性

ユニット	A	B	C
対象者数（人）	8	9	8
平均年齢（歳）	80.7	79.8	78.4
認知症自立度 （Ⅰ：Ⅱ：Ⅲ：Ⅳ）	0：7：0：0 (1名無記入)	0：7：1：1	0：3：0：5
平均要介護度	1.9	1.8	3.6



## 2) S T 1 から G H 1 への看護提供内容

S T 1 から G H 1 へ提供されたケアには、以下のようなものがあり、それぞれ右に示す記号で表中に記した。

定期訪問	…	網掛け
電話相談	…	●
臨機訪問	…	○
緊急訪問	…	■
臨時相談	…	□
特別指示書による訪問	…	▲

また、G H や医師とこまめな連絡がやり取りされており、S T が連絡をしたものを「連絡（出し）」、S T が連絡を受けたものを「連絡（受け）」の欄に、連絡の相手を記号化して記した（G H 職員：G H、主治医：M D、など）。

上記以外に、以下が実施されていた。

- ・ユニット全体に対するアドバイス：看護師は定期訪問時に入居者の全体の傾向を把握し、入居者全員が注意すべき事柄についてのアドバイス等も実施していた（参照 5. 5）。
- ・入居者身体チェック：日頃見落としがちな耳や爪、皮膚の状態などを念入りに観察する日を設け、その結果をもとに、日常生活上のアドバイスを、G H 職員に対して実施していた。
- ・カンファレンスへの同席：訪問看護師は、都合がつく限り、G H で実施されるユニットごとのケアカンファレンスに同席していた。
- ・勉強会やその打ち合わせなど：S T が主催して、G H の職員を集め、テーマを絞って勉強会を実施していた。また、その実施のための打ち合わせを行っていた。

### 3) S T 1 から G H 1 への看護提供内容（ユニット別、日別）

まず、S T 1 は毎週定期的に G H 1 へ訪問看護を行っている（定期訪問：網掛け部分）。基本的にユニット A、B は火曜日、ユニット C は金曜日である。

電話相談（■）は、毎週の定期訪問と定期訪問の間の日あたりに多い。看護師は定期訪問時に、入居者に起こりうる症状などをアセスメントし、対応について G H 職員に助言しているが、このため訪問後 2～3 日は、G H 1 内である程度の対処が可能となると思われる。しかし、訪問後 3～4 日経過すると、G H 職員から電話相談がなされている。これは、訪問後 3～4 日経過すると、入居者の状態が変化したり、新たな症状等、予想外の事態が発生するためだと考えられる。この電話相談を受けて、いくつかは緊急訪問（●）を実施しており、また、別ユニットの定期訪問時に臨機訪問（○）がなされている。つまり、週 1 回定期的に訪問看護を実施していても、なお臨時対応の必要性があるといえる。また、この発生状況を見ると、定期訪問の間隔が週 1 回より長くなると臨時対応の必要性がより頻回になると考えられる。担当者へのインタビューでは、週 1 回程度の訪問がなじみの関係を築きやすく、入居者の通常の状態を知るのに適しているという意見が大部分を占めた。

### 4) S T 1 から G H 1 への看護提供内容（ユニット別、時間別）

電話相談や緊急訪問は、日中だけではなく、夜間や早朝にも発生していることがわかる。また、提供した看護内容を時間別に見ると、3 ヶ月間に 20～24 時台の電話相談が 4 件あり、そのうちの 1 件は緊急訪問に結びついていた。このような夜間・早朝の電話相談や緊急訪問は、ある短期間に集中的に発生しており、体調不良者が発生したときにこのような電話相談が増えると考えられた。このことから、G H と連携する S T は 24 時間対応していることが望ましいといえる。

## 5) 臨時の電話相談、訪問頻度に影響する要因

GH1では、ユニットA、Bに比べて、ユニットCの対象者のほうが要介護度も高く、医療処置も多く必要としている。しかし、A、Bに比して電話相談や臨時訪問の頻度が多いわけではない。その要因として、ユニットCでは主治医の訪問診療及び往診が頻回であることがあげられた。主治医の往診と看護師による訪問は相補的な関係にあると考えられ、以下のような関係が示される。

$Y$  (入居者の医療・看護ニーズへの対応) =

$$F \{ x_1 \text{ (主治医の訪問or/and 通院)} + x_2 \text{ (訪問看護師の訪問)} + x_3 \text{ (GH職員による日常生活上の対応と医療職への相談)} \}$$

※ ただし、 $x_1, x_2, x_3$ はそれぞれ0となることはない

## 6) まとめ

ST1は、GH1から電話相談を受けるのみでなく、GH1や医師、また、家族などへも連絡を行っていた。また、GH1からST1への連絡・報告なども行われている。入院中のケースでは病院やGH1とカンファレンスを持ち、退院後のGH1での生活への導入計画を行っていた。

また、このST1では、対象者への定期訪問、臨時対応のほかに、職員勉強会、入居者全員身体チェック等を行っていた。また、GH1でのケアカンファレンスにも積極的に出席し、対象者に対するケアについて情報交換を行っていた。

これらのことは現在無報酬で行われているが、必要なことであり、今後評価されることが望まれる。

図表 II-49 ST1からGH1への看護提供内容（ユニット別、日別）

9月

ユニット	種別	9/1	9/2	9/3	9/4	9/5	9/6	9/7	9/8	9/9	9/10	9/11	9/12	9/13	9/14	9/15	9/16	9/17	9/18	9/19	9/20	9/21	9/22	9/23	9/24	9/25	9/26	9/27	9/28	9/29	9/30	月合計		
A	訪問診療・往診		☆							☆							☆		☆						★						☆	★1 ☆6		
	相談		■	□								■						■	■							■							■5 □1	
	臨時訪問			○○																					○○								●0 ○4	
	連絡(出し)							MD																	MD								2件	
	連絡(受け)		GH															GH															2件	
	他																看護サマリー																	
B	訪問診療・往診	★																															★1 ☆0	
	相談										■	■																					■2 □0	
	臨時訪問										●								○														●1 ○1	
	連絡(出し)																		MD GH						MD								3件	
	連絡(受け)												GH																				1件	
	他											入院中の入居者の相談																						
A・Bユニット全体に対するもの																																		
C	訪問診療・往診		☆							☆	★				☆			☆							★				☆				★2 ☆7	
	相談														□				■					■	■								■3 □1	
	臨時訪問														○									○○									●0 ○3	
	連絡(出し)						MD			MD				MD					MD														4件	
	連絡(受け)																							GH MD									2件	
	他			リンバマツサージ2名				退院にむけてカンファレンス				病院受診同行															リンバマツサージ							
	特別指示書対応																																	
Cユニット全体に対するもの																																		
全体			勉強会打ち合わせ					勉強会																										

■... 電話相談 □... 臨機相談 ●... 緊急訪問 ○... 臨機訪問 定期訪問日 ▲... 特別指示書による訪問 ★... 往診 ☆... 訪問診療

図表 II-49 ST1からGH1への看護提供内容（ユニット別、日別）

10月

ユニット	種別	10/1	10/2	10/3	10/4	10/5	10/6	10/7	10/8	10/9	10/10	10/11	10/12	10/13	10/14	10/15	10/16	10/17	10/18	10/19	10/20	10/21	10/22	10/23	10/24	10/25	10/26	10/27	10/28	10/29	10/30	10/31	月合計		
A	訪問診療・往診					■	☆															★							★				★2 ☆2		
	相談							■	■			■	■								■	■						■						■8 □0	
	臨時訪問	○																																●0 ○2	
	連絡(出し)									MD				MD	MD									GH	MD						MD			7件	
	連絡(受け)								GH						GH								GH											3件	
	他									リンパマツサージ											身体チェック														
B	訪問診療・往診																						★											★1 ☆0	
	相談											■			■	■																			■3 □0
	臨時訪問														●																				●1 ○1
	連絡(出し)															MD																			1件
	連絡(受け)															GH																			1件
	他																					身体チェック													
A・Bユニット全体に対するもの						内服薬管理、爪切り、耳掃除の対応打ち合わせ、危機意識について相談																													
C	訪問診療・往診	☆				☆		☆							★	☆					☆		★					★	☆		☆			★3 ☆9	
	相談																													■(夫)					■1 □0
	臨時訪問																																		●0 ○0
	連絡(出し)										MD																								1件
	連絡(受け)																															GH			1件
	他										リンパマツサージ											身体チェック													
Cユニット全体に対するもの																																			
全体																					(入居者全員身体チェック)														

■・・・ 電話相談 □・・・ 臨機相談 ●・・・ 緊急訪問 ○・・・ 臨機訪問 ■・・・ 定期訪問日 ▲・・・ 特別指示書による訪問 ★・・・ 往診 ☆・・・ 訪問診療  
 身体チェック・・・耳、爪、皮膚の状態など、特に入念に全身を観察するための訪問

図表 II-49 ST1からGH1への看護提供内容（ユニット別、日別）

11月

ユニット	種別	11/1	11/2	11/3	11/4	11/5	11/6	11/7	11/8	11/9	11/10	11/11	11/12	11/13	11/14	11/15	11/16	11/17	11/18	11/19	11/20	11/21	11/22	11/23	11/24	11/25	11/26	11/27	11/28	11/29	11/30	月合計		
A	訪問診療・往診				☆							☆					★		☆							☆					★	★2 ☆5		
	相談		■ ■			□ □ □																							■			■3 □3		
	臨時訪問					○ ○ ○ ○																											●0 ○4	
	連絡(出し)				GH							MD						MD											GH				4件	
	連絡(受け)		GH			GH				GH																							3件	
	他																																	
B	訪問診療・往診																															★	★1 ☆0	
	相談								■					■ ■ ■															■	■ ■ ■			■8 □0	
	臨時訪問					○																											●0 ○1	
	連絡(出し)																																0件	
	連絡(受け)																																0件	
	他																																	
A・Bユニット全体に対するもの			下肢筋力低下、浮腫へのアドバース														膝の工夫、詰まったときの対応アドバース																	
C	訪問診療・往診		☆		☆	☆				☆		☆	☆				☆		☆	☆				☆		☆	☆				☆	★0 ☆13		
	相談		■			□								■	■																		■3 □1	
	臨時訪問																							●									●1 ○0	
	連絡(出し)		夫 マッサージ師	HP GH							MD	GH 薬局			MD HP 嬢	HP																	7件	
	連絡(受け)																																0件	
	他																																	
特別指示書対応					HP退院カンファ同席退院後についてGHと相談											退院 ▲	▲ N→MD	▲	▲	▲	N→GH ▲	▲	▲	▲	▲	▲ N→MD	▲	■ ■	▲	▲		▲11 ■2 連絡3件		
Cユニット全体に対するもの												皮膚乾燥アドバース																						
全体																																		

■... 電話相談 □... 臨機相談 ●... 緊急訪問 ○... 臨機訪問 ■... 定期訪問日 ▲... 特別指示書による訪問 ★... 往診 ☆... 訪問診療

図表 II-50 ST1からGH1への看護提供内容（ユニット別、時間別）

9月

Aユニット	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	月計		
訪問診療・往診		☆							☆							☆		☆						★	☆					☆	★1 ☆6		
0-																																	
2-																																	
4-																																	
6-																																	
8-		■																														■1	
10-																									■							■1	
12-		■																														■1	
14-							■				■			■								■						■				■1	
16-			□○																					○	○							□1 ○4	
18-																		■														■2	
20-																		■															
22-24																																	
Bユニット	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	月計		
訪問診療・往診	★																															★1 ☆0	
0-																																	
2-																																	
4-																																	
6-																																	
8-																																	
10-																																	
12-										■	■																					■2 ●1	
14-																																	
16-							■						■				○				■						■					○1	
18-																																	
20-																																	
22-24																																	
Cユニット	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	月計		
訪問診療・往診		☆						☆		★				☆			☆				☆			★	☆			☆			★2 ☆7		
0-																																	
2-																																	
4-																																	
6-																																	
8-																						■										■2	
10-																		■														■1	
12-																																	
14-																							○	○								○2	
16-			■						■					□			■							■								□1 ○1	
18-														○																			
20-																																	
22-24																																	

◎定期訪問 ●緊急訪問 ○予定対象外の訪問 ■電話相談 □訪問時に相談 ★往診 ☆訪問診療

図表 II-50 ST1からGH1への看護提供内容（ユニット別、時間別）

10月

ユニット	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	月計			
Aユニット 訪問診療・往診					☆															★	☆						★						★2 ☆2		
0-																																			
2-																																			
4-																																			
6-																											■								■1
8-																																			
10-																																			
12-											■	■																							■3
14-					■		■					■															■								■2
16-	○									○																									○2
18-																																			
20-																																			
22-24																				■	■														■2
Bユニット 訪問診療・往診																						★												★1 ☆0	
0-																																			
2-																																			
4-																																			
6-																																			
8-														■																					■1
10-																																			
12-																																			
14-																																			
16-					■							■																							○1
18-																																			
20-										■			■	●																					■2 ●1
22-24																																			
Cユニット 訪問診療・往診	☆				☆		☆							★	☆					☆	★						★	☆	☆				★3 ☆9		
0-																																			
2-																																			
4-																																			
6-																																			
8-																																			
10-																																			
12-																																			
14-																																			
16-	■																																		■1
18-																																			
20-																																			
22-24																																			

◎定期訪問 ●緊急訪問 ○予定対象外の訪問 ■電話相談 □訪問時に相談 ★往診 ☆訪問診療  
 ■■■ 入居者身体チェック訪問 ...耳、爪、皮膚の状態など、特に入念に全身を観察するための訪問



図表 II-50 ST1からGH1への看護提供内容（ユニット別、時間別）

11月

Aユニット	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	月計			
訪問診療・往診				☆							☆					★		☆							☆						★	★2 ☆5		
0-																																		
2-																																		
4-																																		
6-																																		
8-																																		
10-		■																															■2	
12-																																	■1	
14-		■		■						■						■									■								■1	
16-					□3 ○4																												□3 ○4	
18-																																		
20-																																		
22-24																																		
Bユニット	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	月計			
訪問診療・往診																																★	★1 ☆0	
0-																																		
2-																																		
4-																																		
6-																																	■1	
8-																																	■1	
10-																																		
12-																																	■3	
14-																																		
16-		■			○		■			■			■			■									■								■3 ○1	
18-																																		
20-																																		
22-24																																		
Cユニット	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	月計			
訪問診療・往診		☆		☆	☆				☆		☆	☆				☆		☆	☆					☆		☆	☆				☆	★0 ☆13		
0-																																		
2-																																		
4-																																		
6-																																		
8-																																	■1	
10-																																		
12-																																	■1	
14-																																	▲3	
16-																																	■1□1 ▲7	
18-		■																															■2□1 ▲4○1	
20-																																		
22-24																																		

◎定期訪問 ●緊急訪問 ○予定対象外の訪問 ■電話相談 □訪問時に相談 ★往診 ☆訪問診療 ▲特別指示書による訪問

## 8. 主治医からの評価－アンケートより－

モデル事業終了後に、主治医からみたGHへの訪問看護の効果と課題を調査するため、対象者の主治医に対してアンケート調査を行った。

調査票の配布はGHに依頼し、回収は東京大学の研究者へFAXするという形で直接回収とした。

回答数は全9件（GH1：3件、GH2：1件、GH3：5件、GH4：0件、GH5：1件）であった。

回答では、いくつかの検討課題が提示されたものの、GHにSTが入って訪問看護を行うこと自体に対する否定的な意見は無かった。この結果は、GHへの訪問看護は主治医にとっても有用であり、入居者へのスムーズな医療の提供に役立つということを示していた。

以下に詳細を述べる。

### ◆STからGHへの訪問看護が良かった点（ ）内は9件中の回答数

- ・ 患者の健康管理に安心感を持てた（8）
- ・ GHへの退院が可能になった（3）
- ・ 介護職との情報の共有が円滑に行えた（3）
- ・ 主治医への相談・連絡が減った（2）

### ◆上記以外で良かったこととして記述された内容（ ）内はGH番号

- ・ 訪問看護が入ることを知って、患者さんのご家族から"安心感がある"といわれたことがありました。医師は時間的なこともあり、患者さんのご家族と接することが少ないのですが、ご家族の方も訪問看護が入ることを知れば、多くの方が満足・安心されると思います（GH1）
- ・ 訪問診療は1回／月のため、細かな病状変化を把握するのに大変役立っています。介護職員の安心感も増していると思います。（GH1）
- ・ ホームの職員が安心して自分の業務をしていた（GH3）
- ・ （GH職員はST看護師から）医師に不足しがちな知識や、柔軟なアドバイスが受けられていたようだった。（GH3）
- ・ 地域の訪問看護ステーションのスタッフと知り合えた（GH5）
- ・ グループホームでは、常勤看護が少ないため、一般職員では患者の日常の病状が把握しにくかったが、訪問看護が入ったことにより、報告が十分となり、患者管理にも大変役立っている（GH1）
- ・ 看護師さんから、ホームの介護職の方々への勉強会を1～2回くらい開催したと伺ったことがあります。時間を見ながらこのような勉強会が行われればよいと思われれます。（GH1）

◆今回のモデル事業のように、GHに外部からの訪問看護を広めていく際の留意点  
( )内はGH番号

- ・ 訪問看護が24時間対応していることが必要 (GH2)
- ・ ホーム毎に担当者を決めておく配慮が必要 (GH3)
- ・ 入居者すべての人が訪問看護が必要なわけではないので、すべての入居者に対して指示書を書くことはいかがか？ホーム(全員)に対しての健康管理なら、訪問看護のシステムの変更が必要 (GH5)

## 9. モデル事業実施者からの意見：

### フォーカスグループインタビュー（FGI）及びヒアリングの結果

#### 1) 実施方法

##### (1) ヒアリング

ST1に対してはモデル事業開始前に、その他の施設についてはモデル事業開始1ヵ月後にヒアリングを行った。ヒアリング内容は主に、施設の理念や考え方、体制の確認、訪問看護の体制構築時の困難についてである。また、GHへの訪問看護についての意見もヒアリングした。

結果として、GHに訪問看護を提供するための体制構築に関して、困難を挙げたSTは無かった。また、GHへの訪問看護についての意見は、FGI結果と同様であったため、FGIの結果とあわせて述べる。

##### (2) フォーカスグループインタビュー（以下、FGI）

モデル事業終了直前に、以下のようにフォーカスグループインタビュー（FGI）を行った。

##### ●FGI-1：GHから

目的： GH側の視点で、GHへの訪問看護の意味・効果と課題、および実践への示唆を得る

メンバー：参加者5名（モデル事業実施GH各5ヶ所の代表者）  
司会1名、記録係1名、観察者1名

時間： 60分

##### ●FGI-2：STから

目的： ST側の視点で、GHへの訪問看護の意味・効果と課題、および実践への示唆を得る

メンバー：参加者5名（モデル事業実施ST各5ヶ所の代表者）  
司会1名、記録係兼観察者1名

時間： 60分

● F G I -3 : G H と S T から

目的 : G H と S T のディスカッションを通して、双方向的にG H への訪問看護の意味・効果と課題を検討し、実践への示唆を得る

メンバー : 参加者 10 名 (モデル事業実施G H 及びS T 各 5 ヶ所の代表者)  
司会 1 名、記録係 1 名、観察者 1 名

時間 : F G I 1 と F G I 2 の終了後、40 分

## 2) GHへの訪問看護について

### ST側からの意見

#### <GHへの訪問看護導入の効果>

##### 入居者にとって：

- ・ 健康状態の変化に対して看護師が原因を判断し、早い時期の対応による悪化予防ができる
- ・ 密室化しやすいGHのケアの風通しが良くなる
  - ・ 下剤が多すぎて下痢をしている場合でも、下剤のせいで下痢をしたとは思わずに、「すぐに病院に連れて行かないといけない」とか「点滴をしてもらわないといけない」と思ったりする。
  - ・ 思わぬところで、やはり日々の管理が必要

##### GHにとって：

- ・ 入居者に医療処置が必要であっても入居が継続できる
- ・ 医師・病院との連絡調整がやりやすくなる
  - ・ GHが終の棲家となる時にどう関わるか
  - ・ 退院時に、在宅を理解している病棟看護師でも、病棟の中をそっくりそのまま在宅に持っていかうとするような部分がある。
  - ・ 主治医とGHとの連絡調整の役割としては、看護師は大いに役に立っている

##### STにとって：

- ・ 認知症性高齢者の理解につながる
  - ・ GHに対する知識が深まった。

##### 社会にとって：

- ・ STを通して、認知症ケアやGHについて啓発できる
  - ・ STが医療の関係施設との連携、情報提供を行う場で地域住民への理解を促せる
  - ・ STの利用者に認知症ケアやGHの情報を渡すことが出来る

#### <課題>

- ・ STそのものへの理解を全般的に推し進める必要がある。
  - ・ 実際に主治医の指示書が無ければ訪問看護は入れないが、最初に主治医に会ったときに「主治医がいるから訪問看護は必要が無い」と言われた。
  - ・ 「訪問看護って何？特別指示書って何？」という医師もいる。
- ・ GHとSTの連携パターンが一通りとは限らずに多様である。
  - ・ GHの設立母体だとか、どのように成熟してきたGHかによって、そのGHが訪問

看護に求める役割そのものも、大きく異なってくる

- ・ 訪問看護導入の目的をある程度設定しておくことが必要

- ・ GHの職員がまだ訪問看護師の役割を解っていない
- ・ STの看護師も何からやればいいのかわからなかった

- ・ 情報共有の難しさ

(GHにおいて)

- ・ 色々連携をとってGH職員に指導しても、その内容が次のスタッフに続かないことがある。次にそのユニットにいくと、また同じ質問が出てくる。
- ・ 週に一回の訪問看護でケアが必要な人には実施するが、裏の介護計画的な、健康状態をどう把握して、どう対処するかと言ったところの判断と一時対応をGH職員に覚えて頂くためには、かなり裏で教育的なシステムがないと難しい。

(STにおいて)

- ・ 何かあったときには状況がわからなくても訪問しなくてはいけない。これを思うと、訪問の難しさを感じた。
- ・ 最初に集中的に利用者の生活を把握するためのノウハウを持っていないと、対象を理解するのに大変な時間がかかる。夜の時間についても、もっと知る必要がある。

### <報酬算定への意見>

- ・ 関わりの頻度やニーズの高い人もいればそうでない人も含まれていると言った時に、そこをどう乗り越えていくか・・・個別で契約しているとすれば、それ以外の人に何か助言をする、臨機応変に対応するところは全く担保されない。一方、ユニット単位全体をカバーするような契約にすれば、関係の濃淡によって受益者としての差が生じる。このため、以下の算定方式が良いと考えられる。
- ・ 基本は二段構えとし、「ユニットの報酬を担保する」と同時に「個別のケアを上乘せできる」ような体系にする。これにより、予防的なケアを行うことが可能になるのではないか。
  - ・ 個人だけでは状態が悪くなるまで訪問看護が利用されないように思う。実際に医療が必要となった場合には通院する。
  - ・ 訪問看護は指示書に基づいて入るため、基本的にはやはり個人が対象だが、グループホームでは共同生活体という全体が対象となる。
  - ・ 多様化しているGHの現状を考えると、個別的なことからユニット的なことまでが必要になってくる
  - ・ 看護師の判断で個別のケアに移ることのできるシステムが良いと思う。回数や予算の制限無く行いたい。
- ・ 訪問看護時間以上に報酬が高く設定されないとやっていけない
  - ・ 現実的には、呼ばれる・気になる・電話相談、などがあり、本当は週1回しか訪問していなくても、週に2回訪問しているのと同じである。つまり、診療報酬の倍ぐ

らいは看護サービスを提供しているといえる。

- ・ 情報収集・情報提供・報告書・連携のための見えない仕事が多い。

## GH側からの意見

### <GHへの訪問看護導入の意義>

- ・ 訪問看護は、健康管理、悪化予防のための指導的な役割を果たしている
  - ・ 在宅医療においては家族、GHにおいては介護スタッフへのアドバイスという指導的な役割も大事
  - ・ 入居者に治療が必要な場合に福祉職が中心になることは難しい。しかし、病気の予防には十分に協力できる。そのためスキルは看護師とやり取りする中で学びたい。
  - ・ 看護師からアドバイスをもらえば、本人の健康状態をよりよく管理し、支えることができる。
  - ・ 起こりうる危険性を看護師が的確に把握できれば、早期に対応することが可能になる。
  - ・ 介護スタッフには「なぜ」という知識がまだ不足しており、ある程度知っていても応用がまだ難しい
- ・ 入居の幅が広がる
  - ・ これまでに経験のない退院ケースを受け入れた時、退院後 1~2 週間の状態が変わりやすい間、看護師からポイントを教えてもらいながらケアを実施できたことが良かった。
  - ・ インスリン注射だけが問題でGHに戻れないケースも受け入れられるのではないか。
- ・ 良い主治医、良い病院を見つけるためのクッションとして有効
  - ・ 往診をしてくれる医師であっても、夜間は連絡がつかなかったり、入院が必要な場合に紹介される病院が認知症の人を入院させるのに十分な病院ではなかったりもする。
- ・ 相談ができる
  - ・ 大きな問題はなくても、発熱や排便、皮膚状態などで「なんとなく心配」、「判断ができない」という場合に相談できて安心。
  - ・ 「いつもと違う」ということを、スタッフが敏感に把握できるようになっても、判断に迷うときにSTに電話で聞くことができれば、スタッフのストレスは軽減され、緊急時の連絡もスムーズにいくのではないか。
- ・ 家族にも詳細な説明をしてもらえる
- ・ ST看護師は価値観が同じであるため、すりあわせの必要がない
  - ・ 訪問看護師は、その目的が治療というよりも、生活の安全安楽の向上にある。
- ・ 色々な角度から客観的に見ることが可能となる
  - ・ スタッフへの暴力行為や問題行動については、内部の職員だけでは、つい感情的に



なってしまうことがありがち。また、介護職側だけでは、偏った判断になったかもしれないが、外部から客観的な立場の看護師を交えて話し合いができたのは良かった。

- ・ 不眠や排便などのコントロールについて、GHの介護職員が睡眠薬や下剤を安易に使用しがちなのを、看護師の客観的なアセスメントによって避けられるのではないか。
- ・ 入院の回避
  - ・ 一時的な経過観察のための入院によって入居者本人にどれだけの負担があるかを考え、関連施設の看護師が点滴管理をすることで入院を免れた（モデル事業実施前）
- ・ 医師や病院との連携
  - ・ 退院前に病棟看護師・訪問看護師・介護職でミーティングをした。病院にいる時と、その後の状態の変化を全員で共有でき、訪問看護師自身もやりやすかったようだ。
  - ・ 訪問看護師が入ることで、情報を伝える深さが増す。
  - ・ 看護師が入ることによってターミナルの見極めができれば、認知症や病気を抱える人に対して無理なリハビリや生活指導などをするのではなく、医師との橋渡しも含めてよりよい援助ができるのではないか。
  - ・ モデル事業の実施により（看護師のフットワークが良いため）、医師が「フットワークを良くしよう」といった雰囲気になんか少し変わったように感じた。
  - ・ 問題行動が起こらないために薬を使用するのではなく、問題行動が起こったときに薬の必要性を判断する方が重要であり、訪問看護が入ることによってそのための詳細な情報提供ができるようになる。

### <望ましい訪問看護ステーション>

- ・ ST側の医療連携がしっかりしていること
- ・ ベッドの確保（必要なときに入院させること）まで含めて24時間相談できる
- ・ 看護の目で必要なときに医療につなげてくれること。
  - ・ 病院であればしっかりやるべきことでも、在宅ではBestではなくBetterな対応（柔軟な対応）でも良い“範囲”を決めることができると良い。
  - ・ 家族のニーズも汲み取って、環境や生活のスタイルの中での最善の選択をできる看護師が望ましい。
  - ・ 転んだときに来てくれる（その場の対応）というのではなく、転んだときにどんなところを観察すればよいか、どうしてその情報が必要なのか、どうすればよいかなどを具体的に教えてくれる看護師が必要
  - ・ 一人ひとりの「予防」方策について、もっと一緒に考えていきたい

### <課題>

- ・ 訪問看護師が来たから健康管理や病気の事は任せられる、というのは間違い。

- ・ 介護職の知識不足と、情報共有の不十分
  - ・ 申し送り内容の漏れや変化があった。
  - ・ スタッフがどこまで理解しているのか疑問。
  - ・ ある程度の職員数を集めて情報提供した方が良いかもしれない。
- ・ 目的の明確化が必要
  - ・ GH側が訪問看護STの機能を使いこなせないでいる。
  - ・ GH側が、どこを見てほしいかという目的を持っていないと訪問看護師を有効に活用できない。たとえば、訪問看護師は「医療処置」のみか、「入居者全体の健康管理」も行うのか。「外部者からの評価」として活用する、などである。
  - ・ GH側が心配だと思いを明確化にしておかなければ、単に訪問看護が入るというシステムがあるだけでは有効に機能しない
  - ・ 初対面の高齢者である以上、診てほしい所や基本情報をGH側が明確にしないと、経過を追った観察、薬についての医師とのやり取り、良くなった・悪くなったという評価、現在行っているケアの評価をすることも難しいのではないか。
- ・ 普段の状態をどこまで看護師が把握できるか
  - ・ GHの入居者は、いつでも問題行動がある人ではないだけに、普通の状態を見てもらわないと看護師にも解ってもらえない。
  - ・ 入居者の状態を看護師が直接見ることは非常に重要であるが、実際にはその機会は多くはない。
- ・ 抱え込みの可能性
  - ・ GHの母体が医療法人の場合、系列のSTの利益を守るために、外部からの訪問看護を拒否することがあるのではないか。
- ・ 訪問看護を受けられるシステムがGHに特化することになると、介護保険の中で不公平感を生む可能性がある
- ・ 現状では医師ごとの認知症の診断や取り組みの違いがある

#### <報酬算定について>

- ・ GHの収入から言えば、STとの契約も難しいがGHが単独で雇用するよりはまだ安価である。
- ・ 訪問看護が入ることのメリットはあると思うが、GHがそのコストを払うのは現実的ではない。訪問看護師が入ることでGHの収入が減るのは、違う。
- ・ 週に一回という頻度は贅沢かもしれない。

#### FGI GHとSTからの意見

##### <情報の申し送りの問題>

- ・ 情報を正しく伝えるシンプルな記録方法が必要
  - ・ 一か月やって気づいた課題としては記録の問題が挙げられる。
  - ・ 訪問看護師が言った事を、施設側がどのように記録するべきか、お互いに戸惑ったのではないか。
  - ・ 何か統一された記録などがあったほうがよいのではないか。
  - ・ S T側としても記録を残してあるが、同じ内容を互いの異なる書式に記入する必要はない。S Tに持ち帰ってから記録をすると、GHの職員がその日の処置記録をいつ見るのか、という問題も起こる。
  - ・ 訪問看護師が実施した内容が記録されている場所がバラバラだった。
  - ・ もともと、共通の記録をおくという前提がなかった。
  - ・ 記録の問題は、同時にスタッフの問題とも関連している。直接受けた人間と、何日か伝言が続いた状態で受けた人間とでは内容が違ってくる。
  - ・ 情報を周知するにはシンプルな方が良い。
  - ・ 看護師、GHの双方が改善するべき

#### <訪問看護師に求められる技術>

- ・ 訪問看護の流れを上手くすすめることが、認知症があるGH入居者に対しては、より重要となる。
  - ・ 訪問看護では病院のように情報を基に動くのとは違い、処置やケアをしながら、アセスメントし、実施するといった流れだと思う。それを上手く進めるためのポイントがあると良い。これは訪問看護師の素養ではあるが、認知症があるGHの入居者に対しては、通常の訪問看護よりも重要になると思う。

#### <S T看護師の訪問頻度>

- ・ 1日あたりの回数制限は見直しが必要。
  - ・ GHからすれば、安い費用で来てくれるのが一番嬉しい。
  - ・ 現場としては、インシュリンの注射とか、胃瘻の消毒とか、軽微であっても頻繁な医療処置が必要になった場合に、一日あたりの回数制限をなくしてもらわないと厳しい。

#### <コスト>

- ・ 訪問看護の料金は直接S Tに入った方が良い。
  - ・ 介護保険である以上、必ず1割の利用者負担はある。S Tと、利用者が契約するのかGHが契約するのか。加算体制としてGH側が入居者から取るのであればGHとS Tとの契約になる。
  - ・ S TのコストをGHに上乗せする方法は絶対にやめてほしい。S Tが訪問した分はS Tから請求し、直接S T側に入るようにしてほしい。

- ・ GH側としてはSTが入ることで、業務が増えるということはありません。
- ・ 訪問看護は訪問している次官だけではなく、「時間+α（報告や記録など）」が必要になる。
- ・ GHでの滞在時間以外でも、業務は発生している
  - ・ 精神の訪問看護の単価（1600円）でやっていくとするとまず不可能であろう。1600円という中には24時間対応・個別の対応や連絡・カンファレンスするための予算が入っていない。今回のモデル事業で電話相談、臨時訪問がかなりあることがわかったため、訪問時のみの時間で計算すると割に合わないことが示されたためである。電話相談は平日日中だけでなく、夜間・早朝にもかかってくる。STの体制として24時間対応体制を整えておく必要がある。何かの処置をした場合の追加加算ではなく、基本単価がもう少し高くないと厳しいだろう。
  - ・ STがGHに入る中で、いろいろ気付くことがある。スタッフの介護レベルを上げるために、身体の見方、症状の見方、清潔の保持方法などについて、まとめて教育したい。これは現在STのボランティアで行っているが、実施する必要性を感じている。
  - ・ 「個々の介護職に、これは言っておきたい・指導したい」という部分はSTが言ってくれればいいし、逆にGHから指導を受けたいという場合には、GHからSTにお金を払うことにすれば良い。

### <GHにおける看護のあり方>

- ・ 指示書にも予防のための訪問看護の概念を導入してほしい。
  - ・ 通常であれば必要が無い入居者に対しても指示書を書いてもらった。実際に必要な状態の人もあるかもしれないが、そうとも限らない人もいる。予防の観点で指示書を出すことができていないという、訪問看護指示書の根本を変える必要があるのではないか。訪問看護の必要性について、医師側の理解が不足しているのではないか。
- ・ 健康管理と、長時間のケアが必要になった場合の二段構えになっていると良い
  - ・ 理想的には、健康問題がない人であっても日頃の状態を把握しておくという意味でユニット毎に5分や10分であっても看護を提供していくことのできる状態であれば良い。そうすれば、状態が悪化して、30分とか40分のケアが必要になった場合にもスムーズにケアに入れる体制ができる。こういう二段構えになれば一番良いと思う。しかし、現在の訪問看護基準では、健康問題が無い全ての入居者を訪問看護の対象とする場合には、どこからを訪問看護が必要だと判断するかが難しい。
- ・ GHでは入居者は影響しあっているため、ユニット全員を把握する必要がある
  - ・ 在宅とGHの大きな違いとして、それぞれの個人が影響しあって変化が起こっていることがある。その入居者に何が起こっているかを知るためには、こっちの入居者も知らなきゃいけなくなる。今回のモデルケースではみんなを知っているから出来た事やケアもたくさんある。

- ・ GHの選択肢としての訪問看護。
  - ・ モデル事業では、他のSTであればいらぬといわれることもあったと思う。そういう意味では、個々のSTが選ばれるSTであるかどうかは今後大事になってくるだろう。
  - ・ 企業（GH）のウリ（差別化）として、訪問看護師を入れているという選択もあり得るのではないだろうか。
  - ・ 看護師をGHの中に置くことは認められている（勝手に置いたら良い）ので、看護師が外から入ってくること（訪問看護を導入する）も認めて、どちらでも選択できることが最も重要。

### 3) ヒアリング及びFGIのまとめ

#### (1) GHへの訪問看護導入の効果

##### 入居者にとって：

- ・ 健康状態の変化に対して看護師が原因を判断し、早い時期の対応による悪化予防ができる→入院回避にもつながる
- ・ 密室化しやすいGHのケアの風通しが良くなる
- ・ 家族にも詳細な説明をしてもらえる

##### GHにとって：

- ・ 入居者に医療処置が必要であっても入居が継続できる
- ・ 入居の幅が広がる
- ・ 医師・病院との連絡調整がやりやすくなる
- ・ 色々な角度から客観的に見る事が可能となる。また、良い主治医、良い病院を見つけるためのクッションとして有効
- ・ 相談ができる

##### STにとって：

- ・ 認知症性高齢者の理解につながる

##### 社会にとって：

- ・ STを通して、認知症ケアやGHについて啓発できる

#### (2) GHへの訪問看護のありかた、およびSTの体制

##### GHへの看護のあり方

- ・ GHでは入居者は影響しあっているため、ユニット全員を把握する必要がある
- ・ GHとSTの連携パターンは一通りとは限らずに多様である。
- ・ GHの選択肢としての訪問看護。

##### 望ましい訪問看護ステーションの体制

- ・ ST側の医療連携がしっかりしていること
- ・ ベッドの確保（必要なときに入院させること）まで含めて24時間相談できる
- ・ 看護の目で必要なときに医療につなげてくれるSTが重要。
- ・ GHと価値観のすり合わせの必要がないこと（生活の価値観の重視）。

#### (3) GHへの訪問看護導入の課題

- ・ 指示書にも予防や健康管理のための訪問看護の概念を導入してほしい。
- ・ 訪問看護導入の目的をある程度設定しておくことが必要
- ・ 情報を正しく伝えるシンプルな記録方法が必要
- ・ 普段の状態をどこまで看護師が把握できるか
- ・ 抱え込みの可能性
- ・ 訪問看護を受けられるシステムがGHに特化することになると、介護保健の中で不公平感を生む可能性がある
- ・ GHやSTそのものへの理解を全般的に推し進める必要がある。
- ・ 軽微であっても頻繁な医療処置が必要な場合の対応。

#### (4) 訪問頻度及びコスト算定について

- ・ 健康管理と、長時間のケアが必要になった場合の二段構えになっていると良い
- ・ 基本は二段構えとし、「ユニットの報酬を担保する」と同時に「個別のケアを上乗せできる」ような体系にする。これにより、予防的なケアを行うことが可能になるのではないか。
- ・ GHでの滞在時間以外でも、業務は発生しており、訪問看護時間以上に報酬が高く設定されないとやっていけない
- ・ 訪問看護の料金は直接STに入った方が良い。

## Ⅲ. コラム



## グループホームの現状

グループホームなごみ浅草 クオリティーマネージャー 和田行男

人間社会にとって「医療」は、生から死まで欠かすことができないと言っても過言ではない。なぜなら人間は誰もが傷病を負うからに他ならず、歴史的な過程から世界中で「医療」の姿は違っても、社会的にそれを整えてきたとも言える。

我が国で言えば、1961年に国民皆保険制度を整え、いつでもどこでも国民が安全に安心して人生を全うすることを支える仕組みを国民の総意として守り育んできた。

やがて「最期まで自宅で暮らし続けたい」と誰もが願うことに応えて、1992年に診療報酬に在宅医療の部が創設され、訪問診療や訪問看護ステーションの仕組みが整えられ、傷病を負っても医療機関だけでなく、できるだけ自宅を離れずに生活を続けることができる仕組みが生み出された。まさに、必要なときに必要に応じて必要なだけ「医療」を受けられる仕組みである。

このことは早期発見・早期治療による重篤化予防効果もあると言われ、今日では「医師や看護師が診に来てくれるから安心して住み続けられる」と国民の信頼を得るに至り、社会の発展と共に生活を豊かにすることに貢献している。

さて、平成12年より介護保険制度が施行され、認知症で要介護状態にある人への生活支援の場として、認知症対応型共同生活介護事業（以下 グループホーム）が制度化され、グループホームには40歳以上の若年性認知症の方から後期高齢者まで専門職に支援を受けながら生活を営んでいる。

かつては認知症になり自宅での生活を継続することが困難になると精神病院や老人病院等に収容され「治療や保護の対象」とされてきた。しかし時代の変遷と共に認知症の人への支援のあり方が見直され、大きくは「治療や保護」から「生活支援」へと施策の転換が図られてきた。また認知症の特徴である環境変化による悪影響をできる限り防ぐために、生活支援の場も大規模から小規模（グループホーム・ユニットケア）へ、見覚えのある人や景色、聞き覚えのある音や声など「なじみの環境」や生活の連続性を重視した施策が進められてきている。

まさに認知症になっても国民の一人として、尊厳の保持と健康的で文化的な生活を営むことができる生活環境が整えられてきているとも言え、保健医療福祉の総合的な支援策によって、知的能力や身体能力に衰退（低下等）をきたしても「当たり前」に人が生きる姿」を継続することが可能になってきた時代を迎えた。

その基礎は心身ともに健康であることが欠かせない要素であるが、残念ながらグループホームの入居者は、こうした社会の到達点に逆行するかのよう、医療保険による「特別な状態」を除いては、訪問看護ステーションによる訪問看護を受けられないという制約を受けており、自宅生活と同じように、いつでも必要なときに必要に応じてという状況下でない。

訪問看護の継続性が制度的に認められておらず、入居者はもとより家族等・職員の安心感を得られるようにはなっていない。重ねて自宅生活からグループホームに移り住んだ場合、「医療」の選択権が奪われてしまう状況は、認知症ケアの観点からだけでなく社会制度上整合性があるとはいいがたいとも言える。

こうした中、厚生労働省のグループホームにおける訪問看護の拡大研究事業が行われたことはタイムリーなことと言える。

## 医療処置が必要な状態での退院

長岡中央訪問看護ステーション管理者 林 八重子

近年、在院日数が短縮されてきました。その背景には医療費の増大、高齢化、人々の意識の変化など様々な要因があげられます。今までは病気になったら長期入院が当たり前のようになっていましたが、現在は早期に在宅へ移行するようになりました。これに伴い、在宅療養の充実がはかられ、人工呼吸器、在宅酸素、胃ろう、中心静脈栄養、点滴、痛みのコントロールなどの医療処置が必要な人が、入院中と同じように自宅でも継続して受けられ、在宅での看取りも可能になりました。

在宅向けの医療器具の開発も進んでいます。訪問診療、訪問看護も浸透してきました。少子高齢化時代を迎えても介護保険を利用することにより、地域で支えあうシステムになってきました。

一方、在宅だけでなく施設利用者も数多くいます。むしろ在宅より施設利用を希望する人のほうが多いのではないのでしょうか。しかし、医療依存度の高い人は医療従事者の少ない施設の利用は難しいのが現状です。

グループホームのように、看護職等の配置が義務付けられていないところはなおさら受け入れが困難になります。外部からの訪問診療、訪問看護も介護保険では認められていません。在宅または施設、グループホームで生活している人が何らかの病気になり、病院に入院し、医療処置が必要な状態で退院するケースは珍しくありません。今までと同じ場所で生活を希望しても受け皿がなく、生活の場所をかえなければなりません。できる事なら住み慣れた場所で今までと同じように生活できるように支援していく事がその人にとって一番良い方法ではないのでしょうか。

今回、グループホームへの訪問看護を行ない、「その人らしく生活出来る場所」という点で考えさせられた事がありました。グループホームを利用していた方が、当ステーションの設置母体である総合病院に入院した時の事です。病棟に面会に行くと、その方は、ナースステーションの一角に車椅子に乗って首をうなだれて泣きそうな顔をしていました。看護師は忙しそうに動いていました。私が側に行って声をかけると、顔をくしゃくしゃにして泣きはじめました。なんとも言いようのない感情がこみ上げてきました。今回は退院後に医療処置の必要がなく、数日後グループホームにもどられました。退院後、グループホームに訪問すると、入院中の暗い表情や首をうなだれた姿はなく、普通の椅子に座ってニコニコとしている姿を見ることが出来ました。

このグループホームは、うさぎがいたり、外を見ると緑に囲まれたとてもゆったりとした所です。職員もほんのりとした暖かさを感じさせてくれる人達でした。在宅でも同じような場面を見ることが多々あります。その人らしく生きるにはその人を取り巻く環境がとても大切です。医療処置の必要な人も生活の場所を自由に選択できるようにする事を望みます。

## 新潟県中越地震による緊急受け入れ

—小さなグループホームの大きな体験—

新潟県 社会福祉法人長岡三古老人福祉会  
特別養護老人ホーム槇山けやき苑・グループホームけやき  
ホーム長 小林 美砂子

平成16年10月23日、午前中は毎年恒例の地元ボランティアの協力を得て、槇山けやき苑の苑庭で池上げが行なわれました。午後には隣の長岡市高齢者センターまきやまで約240名が参加し、痴呆性（認知症）高齢者ケアマネジメントセンター方式の研修会がありました。後片付けも終わって間もなく、突然大きな揺れが続き、新潟県中越地震です。当法人内施設は、一時ライフラインがストップしましたが、幸い被害は比較的軽微でした。しかし、職員の中には、被災し職場に来られない人もいました（全壊4人、大規模半壊1人、半壊24人、一部損壊179人）。

地震発生直後、緊急に法人事務局員会議を行いました。近藤事務局長の指揮により、被災者の緊急受け入れについて、①サービスの質を落とさない、②断ることなく全面的に受け入れを行なう、③窓口を一本化し適確な情報をタイムリーに関係機関に発信することを方針として、法人全体で取り組むこととなりました。法人本部のある特別養護老人ホーム槇山けやき苑が緊急受け入れの調整窓口となり、県や県老協、市町村、ケアマネジャー等と連携しながら、法人内施設でピーク時には300人を超える（延べ7千人）受け入れをしました。現在でも、春には自宅に帰れる日を楽しみに30名の方々がおられます。緊急受け入れと同時に、7月の水害被災者対応の経験から、健康増進施設やケアハウス、デイサービスセンターの入浴施設を無料開放しました。被災者をはじめ地元住民、ボランティア、自衛隊員等延べ1万人を超える利用がありました。12月には山古志村の依頼で、避難所から移られてからの2週間、1日3食を仮設住宅の高齢者世帯への配食サービス（延べ2399食）を行なう等、社会福祉法人の使命として生活に必要な支援を行ないました。県内、そして東京都や神奈川県より派遣いただいた多くの老人福祉施設の職員（プロ）のボランティア、各方面より物心両面における支援を受けながら、ご利用者には通常のサービスとほぼ同様に対応できたと思えます。

大きな余震が続く中、長岡中央訪問看護ステーションの皆さんは、職場の建物が一部被害を受けたにもかかわらず、訪問を継続して下さいました。「入居者の皆さんお変わりなくお元気で安心しました。ここは安全なんですね」と疲れた様子も見せずに、手際良く入居者の健康チェックをしていました。さすがプロ！！

他のグループホームは、余震が続くため特養に避難していました。グループホームけやきは、鉄筋コンクリートでライフラインも滞らず、入居者の生活に支障はありませんでした。そこで、ゲストルーム（駆け込み寺的な目的で設けられた法人独

自のサービス)を利用して被災者の受け入れができました。I様(84歳)は、7、13水害に続き自宅の被害が大きく、数か所の避難所での生活を経験し、精神状態が不安定で限界となって利用となりました。I様は地震の恐怖、避難所を転々としたこと、そして「嫁にここに連れてこられた」と被害的な興奮口調で話し続けました。一夜明けると、少し落ち着きを取り戻したのか口調は穏やかになりました。職員にも「あんたたちの仕事は大変だ」とねぎらいの言葉をくださるようになりました。数日後、足の浮腫と肩の痛みの訴えがあり、もしや転倒?とヒヤッとしました。指示書はないけれど・・・と訪問看護師さんに依頼をしました。転倒の症状ではないので足を休め、持参のシップを貼ることで対応とのアドバイスがあり、I様もとても感謝されていました。県外の娘さん宅にというお話もありましたが、ご家族から「おかげさまで普通に暮らしています。」と報告いただきました。被害妄想的言動がおちついたそうです。

在宅サービスを利用しながら亡夫と建てた家で単身生活だったK様(75歳)は、避難所や長男宅の車庫での生活で、従来の神経の細かさも手伝ってか心身の疲労が大きくなり来られました。共同生活の場で果たして・・・?と心配でしましたがエプロン姿で食事の準備に、洗濯物たたみにと余念がありませんでした。少し慣れてきた頃、やはり足の浮腫と張りの訴えが・・・心疾患があり主治医への定期受診にはまだ日もあることから、訪問看護師さんに診ていただきました。確実な服薬と足を休ませる時間を作ることで症状は軽減しました。今回の恐怖の体験から一人暮らしには自信がないと悩んでいましたが、担当ケアマネジャー、ご家族と相談の結果帰宅し、以前と同様のサービス利用によって家を守っておられます。

O様(89歳)は落ち着いて3日間過ごされました。手続きに何うと、娘さんと二人の暮らしがありました。こたつでじゃがいもの皮をむきながら「明日お弁当をもってお仕事に行って、お昼になるとみんながお弁当を広げて食べるんです」(デイホームは職場という認識のようです)と真剣なO様に、絶妙なタイミングで娘さんが弁当は持っていかないと訂正すると、O様がまたまた反論、その光景がとてもほのぼのしており、この暮らしが続きますようにと思いました。娘さんは「地震の時一番先に電話をもらったのは訪問看護師さん。心強かったです」と何回も話されました。その訪問看護師さんはグループホームに来られている方で、「ご縁があったんですね」とお互いに喜びました。毎月の訪問を通じてしっかりと信頼関係を築いておられることが伝わってきました。

S様(81歳)は公務員の息子さんと二人暮らし。息子さんは職場から離れることができないため、利用となりました。初めての留置カテーテル使用者。まれにご自分で抜いてしまうこともあるという事前情報に、不安はぬぐえませんでした。入居後すぐに職員から尿もれの報告。指示書はありませんが・・・と来ていた訪問看護師さんに確認してもらったところ、異常はなくほっとしたものです。途中主治医への定期受診の結果も良好で、お元気で退所されました。

今回当グループホームで緊急の受け入れができたことには、いくつかの要因があります。まずゲストルームの存在。そして同一敷地内にある榎山けやき苑の富田事務長代理をはじめ、関係者が県や各方面と確認・調整を図ってくれたこと、必要時にはすぐにかけてくれる看護面での協力体制が得られる恵まれた条件であったこと。建物設備（住環境）の安全とライフラインが保障され、入居者の生活にほとんど支障がなかったこと。入居者の健康状態が安定しており、新しい仲間を受け入れてくださったこと。また職員も道路が寸断されて自宅に帰れず泊まり込みで勤務する等、勤務体制が確保できたこと、そして訪問看護の支えがあったこと等が考えられます。もしいざという時、連携できる体制のとれていない単独の事業所だったらこのような取り組みは不可能であったと考えます。

ご家族からは「地震の夜、ここはいつもと変わらない状況で（入居者は）休んでいました。もし家にいたらと思うと・・・本当によかったと思います。」「玄関に入った時から自分の家に帰ってきたような暖かい感じがしました。」「避難所のような雰囲気かと思って来ましたが個室なんですね。」というお話をいただきました。皆さんのお声を真摯に受け止めるとともに、多くの方々の支えによって小さなグループホームが大きな体験をさせていただいたと思っております。

## 入院することの問題

グループホームあんのん社長 白仁田 敏史

街を見渡すと一般病院や総合病院といわれる病院には、「小児科」はあるが「老年科」というものがないのに気づく。老化によって心身機能に低下をきたし、元気な頃の生活を維持継続することが困難になってきている老人たちの、その特性をふまえた医療が希薄なのは、将来、高齢者となる我々にとっても不安である。さらに、認知症という難病を人生の一時期に背負い込んだ老人たちの受け皿となる病院が、一部療養型や精神科病院に限られているのが現実である。認知症の診断、合併症の治療やリハビリテーションなど本来医療が担うべき役割をもった病院が街の中に必要であり、認知症の患者の医療環境を早急に整備していくことは重要である。

入院とは、「患者が治療や検査の為に一定期間、病院に入ること」である。通常ならば、ここが病院で病気なのだから・・・と一定期間入ることを理解できるが、なぜここ（病院）にいるのか、何のために、が理解できない認知症の老人にとって、病院に入院することは周辺症状への引き金になりやすい。また、安静の名の下に、「点滴を外すから」と抑制をされたり、「やっとオムツが外れたのに、入院を機にオムツを付けられた」というケースはよく聞く。入居者のYさんは、気管支炎の為に総合病院へ入院したが、入院当日の夜に徘徊するからと退院させられたことがあった。看たいのに看れないのか、看れないから看ないのか、完全看護と看板は出ている、体制整備が出来ていないのは残念である。全ての日本国民は医療を受ける権利、介護を受ける権利を有しているにもかかわらず、老いても認知症になってもひとりの人間として人らしく見てくれる病院が残念ながら少ない。

人は誰しもが生きていく間に、いい状態であり続けようとする。しかし、歳を重ねるごとに病気や障害を持ちやすくなり、さらに、認知症の老人は通常の老人に比べると、はるかに老化へのスピードが速い。グループホームでは日々変化しやすい入居者の状態を見逃さない技術（観察眼）が要求される。ちょっとした変化の見逃しが思いがけない事故につながったり、持病の悪化を招き入院を余儀なくされることがある。そういうグループホームに、老人の特性をふまえた看護の目が入ることによって、入居者の身体、精神、生活を多角的に捉え、予防定期に対処することが出来るのではないだろうか。グループホームには看護師の配置義務はなく、雇用するとなると様々な問題が生じてくる。また、入院中は外泊扱いとなり介護報酬の請求が出来ないことや看護師を常勤として雇用するには経営面から考えると難しい。たとえ一名を雇用したとしても、その責任の重圧に耐えられず辞めていくケースも出てきている。むしろ、これからは、嘱託看護師の設置や訪問看護など、外部から定期的に訪問してもらうような制度が整備されることが望まれる。グループホームである程度の医療が受けられることは、入居者はもちろんのこと、グループホームと

訪問看護双方にメリットがあるように思われる。小規模ゆえに独善的ケアに陥りやすいグループホームにとって外部の目が入ることでケアの振り返りが出来る。また、観察ポイントなどのアドバイスを受けることで、スタッフの知識の向上にもつながる。また訪問看護においては、認知症の人への関係作りから始まることで、ひとり一人の要介護状態に合わせた対応方法を習得でき、認知症の在宅看護の場面においてスキルの向上にもつながるのではないだろうか。さらに主治医との情報提供などの橋渡しや急性増悪時の助言を受けることで夜勤帯等のスタッフの安心感にも効果がある。実際、訪問看護を受け入れてみて、訪問当初は、入居者にとって「お客様」だったのが、定期的に訪問することで、いつもの人がいつもの時間に来てくれる看護師さん、というなじみの関係が出来、入居者にとって安心できる環境の一部となったようである。こうやってグループホームを舞台に訪問看護と協働することは、入居者の入院がかなりの確率で防止できるのではないかと期待される。

グループホームはいうまでもなく、ひとり一人の生活を主体的に営んでいけるように、できること、できないことをスタッフが支援しながら自らの生活を再構築していく場である。人的、物理的、社会的環境に適応する能力が苦手な認知症の老人にとって、安心感のある自分の空間、そして、共に暮らす入居者たちの手助け、家族の協力、さらにスタッフと訪問看護とのなじみの関係、そんな環境の中で当たり前のように医療が受けられ、ターミナルまでも視野に入れた体制作りができることが望まれる。



## 入ってみて感じたこと

大村市医師会訪問看護ステーション訪問看護師 酒井 眞弥子

介護保険が始まって数年、大村においてもグループホームの増加は目立つようになってきた。そして、グループホームにおける看護職のスタッフや、管理者がいることに関心を持っていた。グループホームでの看護師の役割を知りたいと思う私には、痴呆性（認知症）高齢者グループホームへの訪問看護の拡大研究事業への参加はとてもよい経験となった。

研究事業の参加には、1 ユニットを 2 人同時に訪問し、1 人が主になり、職員への指導や主治医との連携などを行い、もう一人がサポートすることによって、同じ事例を体験させていただき学習を深めたいと考えた。期間の途中でサブのスタッフは交代し、学べるスタッフが増えるように予定を組ませていただいた。担当したスタッフは私ともう一人、認知症の看護の経験も豊かで利用者様の個性を引き出していくことが上手なスタッフと一緒にやることとなった。

グループホームは、私たちが普段ケアを提供しているその人の家とは少し環境が異なると考えなければいけないと思った。生活している場ではあるけれども、自宅ではないこと、その生活を支えている人が、家族ではなく、介護の専門家であり、職業人であることだった。私たちの役割についても、指導のあり方、内容などについてもどうすべきか、ゲストとしての私たちのありようについて考えていき、訪問看護がグループホームにとって必要なサービスになるよう検討する必要があった。

不安とわくわくの気持ちが入り混じった高揚した気持ちを抱えて訪問が開始となった。訪問初日から、体調悪化により点滴治療を往診時に受けている利用者さんがおられた。主治医から「研究事業で毎日点滴には出られないか」と質問を受け、医療保険での適応になることを話したが、指示はなかった。経費のこともあり、今まで通りに往診で入院までの期間を過ごされた。しかし看護師が訪問時に行う状態報告は、毎日の生活状況の中から必要な情報を整理し、異常の早期発見に貢献できたと思う。また状態が悪い利用者様の介護は、グループホームスタッフの負担感も強く、タイムリーに介護法の指導や不安の傾聴、労い、介護の評価などを行い、不安軽減のための支援が必要とされた。（緊急対応など）自信を持って介護が続けられるようにわかりやすく、状況説明しながら支援を行うことも大切だった。訪問看護の交代時期になったが、新たに利用者さまやスタッフとの信頼関係を築いたり、グループホームの特性に合わせた対応が提供できるようになるには時間を要することなどが予測され、期間が限られた研究事業であるため、成果にも影響が出ることも考えられた。したがって事業所で検討し、スタッフの交代は行わないことにした。

訪問 1 ヶ月を過ぎた頃より、生活習慣の中から体調に影響しそうな因子についての看護の展開を検討し、実践しようと考えていた。便秘や膀胱炎を誘発しそうな利

利用者様もおり、気になった。水分摂取量を増やす工夫のひとつとして、嗜好に合わせてゼリーにしたり、とろみを利用して口当たりを工夫したり、味の工夫、好みの温度などスタッフと情報交換するうちに、どんどん発想が広がり、ほかのケースの応用につながっていったりと、介護意欲の刺激にもなっていたと思う。このことは訪問看護師も同様であった。グループホームのスタッフと情報交換をしながら、どんな視点で介護されているかを知ることにも出来た。足りないところにさりげない手助けの心配り、暖かなまなざしと笑顔、私達の日々の訪問でも決して忘れてはいけない姿勢であった。また生活者としての対等な関係も垣間見ることが出来、その刺激が生活意欲を刺激しているとも感じられた。ある利用者様が、「自分のうちではないけれど、仲間がいてお互いに同じような思いで生活しているからここは安心できる。」と話してくださった。感謝の気持ちと哀愁の気持ち、そしてお仲間に対する思いやりなど、いろいろ伺った。出来なくなったことを支えてもらいながらも、自分らしく思いをめぐらせる環境におられることをすばらしいと思った。

3ヶ月間の訪問はあっという間に過ぎてしまった。訪問看護として、急性期の利用者様がいるときのグループホームのスタッフの不安は強く、看護師の役割は大きかった。また一度体調を崩した方の回復に必要な援助としても座位時間の延長の工夫や必要なりハビリ指導なども、疲労度を評価し、意欲を引き出しながら援助することが出来た。日常生活の中から予防的視点で生活を見ていくのも看護師の役割だと思った。期限付きということもあり、どこまで積極的に介入しようかと思うこともあったが、グループホームスタッフの熱意に引き込まれ、自分達の看護観を込めた生活指導も展開させていただいた。もっともっとかかわっていききたい気持ちを抱きながら、最終日を迎え、惜しんでいただきながら、フロアーを後にした。

その後、継続の相談をもちかけていただき、私たちとしては願ってもない幸せな話だった。事業所間の話し合いを持っていただき、再び訪問が開始される日を楽しみに待っている状態である。今度訪問依頼があったら、何をしようか、訪問が長期化して、私たちも空気みたいな存在になったとき、利用者様を取り巻くチームの一員としてグループホームで立てている毎日の計画作成に参加できることを楽しみにしている。

## 在宅におけるターミナルケア

神奈川県メジカルセンター訪問看護ステーション所長 陣川 チヅ子

近頃は病院側が早期退院を方針としており、慢性期、もしくはこれ以上の治療が不可能という状態になった患者さんは早期に退院となり、在宅療養へ移行することが多くなりました。

在宅療養を希望する市民が安心して地域で生活できるようにするためには、病院から在宅への移行をスムーズに行うことが必要です。これは在宅療養全般に対して言えることであり、ターミナルだからといって特別なことはありません。

このためには連携が重要です。まずは病院の中のスタッフ間の連携、職種間の連携、そして病院と事業所との連携、事業所と事業所との連携などが必要であり、それぞれ課題があります。これら連携のためにケアのネットワークが生まれ、チームカンファレンスなどが行われていますが、最も重要なことを見落としてはいないでしょうか。それは「本人、家族が参加する」ということです。

現在、在宅療養への移行についての説明が病院で十分になされているかという点、不安が残ります。ステーションで受け入れた方の中には、在宅療養の準備が十分にできていない方も多く、ターミナルケアについては、病院から病院へ、先生から先生へと、信頼できずに次々と渡り歩く方もいらっしゃいます。また、悩みは多く、きりなくみられます。しかしこのような現状も、本人や家族がケアチームに参加し、目的を共有していれば、解決できることも多いでしょう。家族によって予測・予防できることも多いため、情報を共有し、本人、家族の役割を知ってもらうことも必要です。十分な説明により、変化を共有することができます。在宅で看取りを経験する際に、家族の思いによっては結果が異なりますが、本人の思いを大切に、希望通りに時を過ごしてきた人は、ほとんど納得のいく別れができています。

本人の思いを大切にし、話を聞くことがステーションの役割になっています。病気については入院中の先生、又はホームドクターに教えてもらい、現状を理解し受け入れる事を促しています。また、主たる介護者・キーパーソンは誰か、どうしてやりたいか、生活費を除いてどれ位お金がかけられるのかを検討した上で、慢性期病院で必要な経費や、老健・特養・GH・有料ホーム、加えて訪問看護の利用についての情報を提供します。しかし最終的に決めるのは、お金を出す本人や家族なのです。

高齢者、障害者、難病と診断された人、障害児、悪性腫瘍の若年者などが病院から在宅へと移行し、地域にひしめき合って生活しています。金銭的に余裕のある一部の人はその中でほっとできますが、大部分の中間生活者にとってはこれからも不安と不信の生活が続くのでしょうか。

何かできればと、弱い立場の視点で、また連携と協働を理念にして、ステーションは運営されています。

## GHの急増問題・質の保証の大切さ

医療法人福医会 グループホーム カルフ  
ホーム長 原 幸司

平成12年の介護保険制度導入時には全国で300ヶ所に足らなかったグループホーム（以下GH）は、現在その数が6,000ヶ所以上にまで増えた。横浜市においても当時16ヶ所だった事業所が約7倍の111事業所（平成17年2月現在）と急激な勢いで増加している。その背景には、社会福祉法人・医療法人はもちろんNPO・有限会社・株式会社らの法人格を持った多くの事業者が参入できることによる設置のしやすさがあげられている。多くの事業者の参入は、利用される方にとっては選択肢の拡がりをもたらし、事業者の競争原理を促している。一方、多くの事業者の参入により、各事業者による運営やケアの内容に格差があることを問われている。介護保険の基本方針に沿い良質なサービスを提供する事業者もあるが、他方では介護保険の趣旨から離れた、安易なサービス提供をしている事業者もあるのが事実である。そのため、ユニット数の制限、外部評価の義務付けや、市町村による立入調査の実施、ケアマネジャーの配置など、さまざまな制度変更もされてきている。これら多くの制度変更はサービスの質を確保する意味合いが非常に濃く、質の保証の大切さを物語っている。また、保険財政の圧迫から設置を規制している市町村も多くあるなど、急増したGHに対する問題はいくつかある。

現在GHが抱えている課題の一つとして、ターミナルケアの問題がある。「終の棲家としての役割」をGHが果たせるのか、現在も多くのGHが「看取り」いわゆるターミナルケアを行っている実態がある。しかしながら一方では、入院＝退去というGHも少なくない。そして行き場を失う利用者の方も数多くいる。入居者は高齢ゆえ慢性疾患等を抱えている事も多く、またははじめは疾患がなくとも、その後何らかの疾患を発症する可能性は高く、医療とは切っても切り離せない。

そんな中で現在重要な役割をしているのは「かかりつけ医」であり、この協力医療機関の存在は欠くことができない。介護保険法の指定基準においても、協力医療機関を確保する事が義務付けられている。運営上看護職を常時配置する事の難しいGHにおいて協力医療機関の存在は大きい。GHにおいて必要としている医療は生活の継続を考えた医療である。「突然」に対応してくれる・生活の視点で疾患を捉えてくれる・適切な入院機関（認知症の患者さんに対する理解がある）を紹介してくれる。そんな医療機関・医師を必要としている。現実にはそんな協力医療機関を確保しているGHは少なく、その確保に頭を悩ませているところが多いと聞いている。協力医とは名ばかりで、往診にも応じてくれず、夜間対応もしてもらえないところもあり、入院に関しても地域の救急病院を紹介する程度で、その入院先の病院では対応してもらえずにGHに戻ってくるなどの事例も多くあると聞く。

そのような中で、訪問看護師（ステーション）の活用は補完的な役割ができるの

ではないかと考える。定期、不定期に専門職の目が入る事により、介護職では気づけない変化への対応は早期発見と受診の必要性の判断など、GHと医療の連携に有効活用できる。またこのことは介護職員の安心とスキルアップ（観察の目を養う、医療知識の蓄積など）にもつながる。そして、常に医師と連携を図りながら、在宅ケアを担っている訪問看護STは在宅に力を入れ、認知症をよく理解してくれる医師の情報も持っており、GHと医師を繋ぐ重要な役割を果たしてくれる可能性があるのではないかと考えられる。

GHでの生活を豊かにするため、質の保証をするためには何が必要なのであろう、介護保険法の痴呆（認知症）対応型共同生活介護の基本方針には「共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。」（介護保険法第156条より一部抜粋）と記されている。つまり、このことを実現するためにどう取り組むかが、「質」そのものであり、取り組みそのものが「質の保証」といえる。また、ケアの質の向上はもちろんのことではあるが、自立した日常生活を営むためには健康な身体の確保は基本と考えられ、必要な医療が受けられるような環境整備も必要となる。入院によるリロケーションダメージを最小限にする工夫として入院先の病院とGH、かかりつけ医、家族の連携機能の整備（かかりつけ医から入院先病院との24時間連携体制・患者登録などによる情報共有、入院期間の短縮支援体制、退院後の医療支援など）や疾患の早期発見による入院の回避体制をとるためにも訪問看護が役立つ可能性は大きいと考えられる。

訪問看護の導入を含めた医療体制の整備により、入居対象者の間口の拡張と入居期間の拡大をもたらすことが期待できる。また、このような体制整備により、GHの職員がいつでも相談できる医療関係者の存在を持つことで、身体状況変化に対する不安の軽減がなされた。このことは、ストレスの軽減が図られ、安心してケア（支援）にあたることが出来ることになることを示している。このような良い循環により、質の高いサービスの提供が可能になるのではないかと期待している。

## IV. 考察

## 1. 入居者の医療・看護ニーズと対応の必要性

GH入居者は認知症を持つ高齢者であり、心身機能低下のリスクが高い。また、多くの場合は他の疾患を合併しているため、よい状態で生活を継続するためには「健康管理」が必要である。

「健康管理」の内容は、「心身状態の悪化予防のため、生活面に働きかける」と、  
「体調不良時の的確な判断と早期対応」ことである。

### ① 心身状態の悪化予防・改善のため、生活面に働きかける

- ・ 医学的な知識と判断に基づいた、生活面についての助言が必要
- ・ 認知症のため、「入居者本人が体調変化に気付かない」、「訴えられない」ことも多く、観察による体調変化の発見と予防が重要である。
- ・ 心身状態を改善する可能性を広げることができる。  
(例：看護師による嚥下方法のアドバイスで入居者の水分摂取量が増加する、等)
- ・ モデル事業では、訪問看護師は医学的な専門知識に基づいて、生活上の観察ポイントや注意点などをアドバイスしていた  
(例：心疾患の入居者の浮腫の観察ポイントや、生活上の対応（下肢の挙上、リンパマッサージや体操等）、緊急対応が必要な兆候、など)

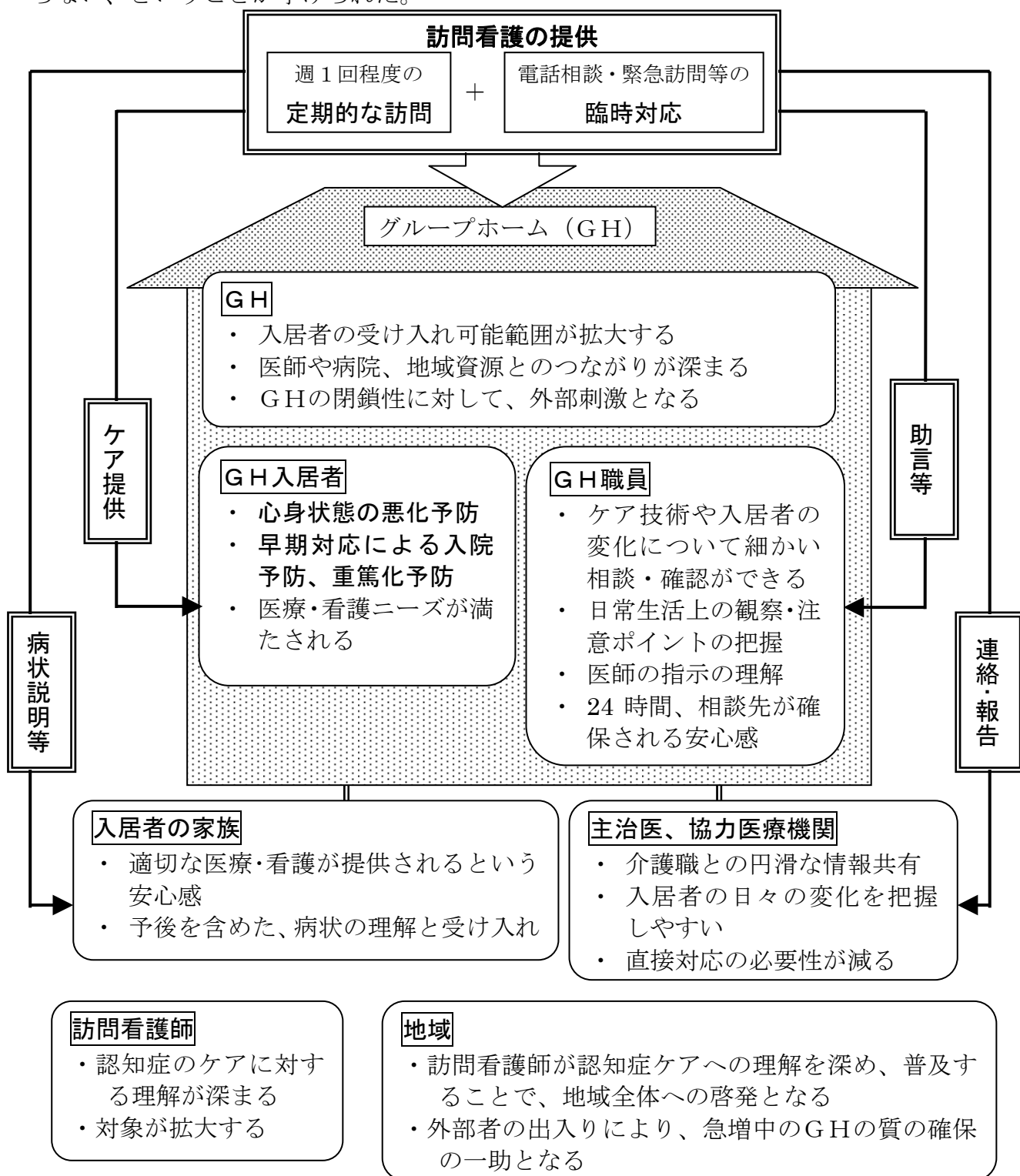
### ② 体調不良時の的確な判断と早期対応

- ・ 体調不良やけが等は頻繁に発生していた（ユニット別に見て、本事業期間 91 日間に対象者の体調不良が発生した日数は平均 57.6 日）
- ・ これらを的確に判断し、早期に対応する必要がある
- ・ 各々の体調不良の原因、重篤度、緊急性、他職種との連携の必要性、対応等は、医学的な専門知識に基づいた判断が必要である
- ・ GH職員が細かい変化に気付いても、医療・看護面のアセスメントは難しいため、医学的な専門知識を持つものがアセスメントを行う必要がある  
(例：不穏の原因が実は便秘だった等)

上記①、②は相乗効果があり、これらの実施により、通院や往診を最小限にとどめ、入院を予防することができる。訪問看護師は上記①、②のケア・対応が可能であり、また随時、医師や他職種との連携の必要性を判断することができる。このため、GH入居者の医療・看護ニーズに対応することができる。

## 2. GHへの訪問看護の効果

GHへの訪問看護の提供により、それぞれに以下の図に示したような効果がある。特にGHが「訪問看護」を利用する利点として、①訪問看護師はGH職員と近い価値観（「生活」の重視）を持っている、②STは医師や病院など、地域資源とのつながりがある、③主治医は必ずしもすぐに連絡が取れるわけではないが、STは24時間、必ず誰かと連絡が取れる、④訪問看護が外部からの刺激となり、閉鎖的にならない、ということが挙げられた。





### 3. GHへの訪問看護のポイント

#### 1) 連携の際のポイント

GHとSTがよりよく連携するためには、訪問看護提供前に話し合いを持ち、ある程度の取り決めを行うことが必要である。とくにモデル事業で望ましいと思われた体制は以下の通りであった。

取り決め事項	望ましい体制
目的の共有	GHとST間で、ある程度の目的の共有をすることが必要。それに伴い、どの程度まで責任を持ち、入居者へのケアを提供するかを決める（どの程度まで行うのか、退院支援やカンファレンスなども行うのか、等）
担当制かローテーションか	看護師は担当制が良い。また、STが24時間体制をとる場合には、その対応方法と担当看護師の役割、連絡伝達方法などを決めておく必要がある。
対象による区別 (ユニット全体、個人)	入居者が影響しあっていることがあるため、ユニット全体を把握することが必要である。 ただし、医療・看護ニーズが特に高い入居者には個別対応が望ましい。
頻度や時間	モデル事業では週1回、1ユニット2時間程度で実施した。なじみの関係を築き、入居者の通常状態を把握するためには、週に1回程度が良いと思われる。
STの対応体制	心身状態の悪化は24時間365日起こりうるため、24時間連絡がつき、訪問可能な体制が望ましい。
訪問看護指示書について	今回のモデル事業では、指示書が得られなかった場合にも、主治医に説明の上、指示書が交付された入居者と同等の訪問看護を提供した。ただし、入居者の心身状態は悪化する可能性があるため、本来的には指示書を得ておくことが望ましい。
記録について	伝達しているうちに内容が変化してしまうこともあり、記録の共有方法、伝達事項の記録方法をきちんと定める必要がある。ただし、当初から用いているものを利用し、シンプルな仕組みを作ったほうが良い。

## 2) 訪問看護提供の際のポイント

### 1) 「定期的な訪問」は「週1回」程度必要

- ・ 週1回程度の訪問があればなじみの関係を構築しやすい。
- ・ ただし、入居者やその状態に応じてニーズは異なり、必要な訪問頻度は異なる。各入居者・状態のニーズに合わせた訪問頻度が必要である。

### 2) GHへの訪問看護は、定期的な訪問と臨時対応の両方が必要

- ・ 入居者の体調不良やけが等は毎日のように発生しており、週1回の定期訪問を行った場合でも、臨時の電話相談や緊急訪問が必要であった。
- ・ 入居者の体調不良やけが等は、夕方や夜間、早朝にも発生しており、どんな時間帯でも臨時対応の必要性が生じる。
- ・ このため、GHと連携するSTは24時間対応できることが望ましい。
- ・ 臨時対応を適切に行うためには、定期訪問によって通常の状態を把握していること、なじみの関係を築いておくことが必要。

### 3) GHとSTが互いに補い合えることを知ることが重要

- ・ GH側は、「STに何をして貰えるのかわからなかった」が、「訪問看護師はGH職員と同じように、入居者の生活を第一に考える視点をもっていることが分かった」、「GH職員では気が付かない体調変化に訪問看護師は気付くことができる」とわかった。
- ・ ST側では、「GHでのケア経験は、在宅で認知症ケアに困っている家族へのアドバイスに生かせる」とわかった。
- ・ GHとSTは互いに補完し、良い影響を与えあうことができる。

### 4) 頻回な医療処置やターミナルケアへの対応も必要

- ・ インスリン注射や経管栄養など、定期的・頻回な医療処置を要する入居者は増加している。また、ターミナル期までGHで過ごすことを希望する入居者も増加している。
- ・ 医療保険の特別指示は、一月に連続する14日間しか適用されないため、現行の制度では対応に限界がある。
- ・ 認知症を持ち、かつ医療処置が必要な者を受け入れ可能な施設は少ないため、GHが入居を受け入れざるを得ない状況もある。
- ・ このような入居者の場合、週1回程度の定期的な訪問看護と臨時対応のみでは対応しきれない可能性があり、対応については今後の検討課題である。

### 5) その他

- ・ ケアを提供する看護師自身が、入居者の状態によって必要な訪問頻度を判断し、ニーズに合わせた過不足のないケアをスムーズに提供できるしくみが望まれる。
- ・ 本研究結果は、GHのみではなく、他の要介護の居住系サービスにも適用可能と考えられる。

# V. 提言

## V. 提言

GH入居者は認知症を持つ高齢者であり、医療・看護ニーズがある。しかし、現状では十分な対応ができていないと思われる。

十分な健康管理により通院・入院を必要最低限に減らすことと、24時間いつでも発生しうる入居者の体調悪化に対して、医学的に的確な判断をして対応することが必要である。

訪問看護は上記のようなGH入居者の医療・看護ニーズに対応することが可能であり、導入されるべきである。このためには、以下が必要である。

- ① 早期対応・状態悪化予防などの、「健康管理」のための訪問看護の提供  
（「定期的な訪問」、「臨時対応」の両方が必要）
- ② 頻回に医療処置が必要な入居者や、ターミナルケアが必要な入居者への看護の提供

報酬体系のあり方を含め、これらの医療保険・介護保険での評価のあり方を検討する必要がある。

# VI. 資料

## 1. 調査票

- 1) 調査票② 入居者基本情報
- 2) 調査票③ GH体制記録
- 3) 調査票④ グループホーム・ステーション間連絡記録
- 4) 調査票⑤ ST体制調査票
- 5) 調査票⑥ 訪問看護記録
- 6) 調査票⑦ 看護提供項目と所要時間
- 7) 調査票⑧ グループホームへの訪問看護記録（定期）
- 8) 調査票⑨ 電話相談記録
- 9) 主治医へのアンケート

なお、調査票① GH体制調査は、文献1の調査票を用いた。

# グループホーム入居者 訪問前基本情報

入居者ID	( ) 才)	要介護度 ( )	寝たきり度 ( )	痴呆自立度 ( )	<b>感染症</b> MRSA、HBV、HCV、ワ氏、結核、 疥癬、その他 ( )
身長	cm	体重	Kg		アレルギー ( )
<b>診断名</b>			<b>痴呆の状況</b>		
<b>病歴</b> (既往歴、最近1年間の入院歴を含む)			認知機能の評価 (評価尺度に○) (長谷川式・MMSE・他) _____ 点 ( 年 月時点) 柄澤式スケール (結果に○) - ± +1 +2 +3 +4		
			特記すべき症状・行動		
<b>受療状況</b>			<b>身体症状</b> (8月中にみられたもの)		
通院 _____ 回/月 訪問診療 _____ 回/月 在総診 無・有  主治医 種類 GH提携医・開業医・病院 連絡 とりやすい・普通 ・とりにくい 距離 _____ 分 (徒歩・自転車・車)  通院先診療科目と頻度 ( ) 科 _____ ヶ月に _____ 回 ( ) 科 _____ ヶ月に _____ 回 ( ) 科 _____ ヶ月に _____ 回 ( ) 科 _____ ヶ月に _____ 回			動悸、息切れ、胸痛 (安静時・運動時)、熱、 腹痛、むくみ、めまいふらつき、頭痛、不眠、 耳鳴り、肩こり、手足の痺れ、かゆみ、下痢、便秘 言葉のもつれ、口渇感、咳、痰、食欲不振 その他 ( )		
<b>最近1年間の特別訪問看護指示書取得状況</b>			<b>全身状態</b>		
無・有 (以下に期間と指示内容を記入) / ~ / 内容 _____ / ~ / 内容 _____ / ~ / 内容 _____ / ~ / 内容 _____			麻痺、拘縮・変形、褥創、発赤の有無 (斜線等で示し内容記入)  <div style="text-align: center;">  </div> 体温 _____ 血圧 _____ / _____ 脈拍 _____ (整・不整)		
<b>処方薬の内容</b>			<b>日常生活の状況</b>		
<b>必要な医療処置</b>		・摂食障害 なし・あり (状態) ) ・嚥下障害 なし・あり (程度) ) ・食事摂取量 少ない・普通・多い ) ・水分摂取 1日 ( ) ml 程度 ) ・尿失禁 なし・時折失禁・いつも失禁 ) ・排便状況 通常 _____ 日に1回の排便あり )			
<b>指示されている留意点、生活指導内容など</b>			<b>嗜好</b>		
<b>上記の遵守状況</b>			・酒 飲まない・少量飲む・多量に飲む ) ・タバコ 吸わない・吸う (1日 _____ 本程度) )		
<b>家族状況</b>			<b>一日の過ごし方</b>		
(家系図)		キーパーソンについて <b>面会:</b> 週1回・月1,2回・それ未満 <b>連絡:</b> とりやすい・普通・とりにくい		その他、訪問看護が入る際の留意事項	

グループホーム名 ( )	記録者 ( )
入居者ID ( )	記入日 ( / / )

当てはまるものに○をつけてください

ここ1週間のご入居者の身のまわりのことについてお尋ねします。

**1. 着替えはいかがですか**

- 1) まったく介助なしでできる
- 2) ほんの少しの介助が必要 (例: 準備、声かけ、見守りなど)
- 3) たびたび介助が必要 (例: ボタンかけ、袖通しなど)
- 4) 全面的に介助が必要または、着替えないまま

**2. 入浴はいかがですか**

- 1) まったく介助なしでできる
- 2) ほんの少しの介助が必要 (例: 準備、声かけ、見守りなど)
- 3) たびたび介助が必要 (例: 体の一部分を洗う、タオルを絞るなど)
- 4) 全面的に介助が必要、または入浴はしない

**3. 身だしなみ (髪を整える、爪を切る、髭を剃る) はいかがですか**

- 1) まったく介助なしでできる
- 2) 介助なしでできるものもあるが、それ以外は介助が必要
- 3) 多少はできるが、ほとんど介助が必要
- 4) 全面的に介助が必要、または身だしなみを整えていない

**4. 尿あるいは便の失禁 (失敗) はありますか**

- 1) まったくない
- 2) 夜だけある
- 3) 日中ときどきある
- 4) 日中しばしばある (例: 1日に1回以上)

**5. トイレの使用はいかがですか**

- 1) まったく介助なしでできる
- 2) ほんの少しの介助でできる (例: 声かけ、見守り、後片づけなど)
- 3) たびたび介助が必要 (例: 下着の上げ下げ、お尻拭きなど)
- 4) 全面的に介助が必要

**6. お家の中での歩行や移動はできますか**

- 1) まったく介助なしで歩行 (移動) できる
- 2) 杖や歩行器、車椅子などを使用して歩行 (移動) できる
- 3) 介助で歩行 (移動) できる
- 4) ベッドのみ、あるいは座ったまま

**7. 寝床 (ベッドあるいは布団) からの起きあがりはできますか**

- 1) まったく介助なしでできる
- 2) 補助道具を使用してできる (例: ベッド柵、紐、綱など)
- 3) 介助でできる
- 4) 寝床で過ごしたまま

**8. 拘束帯あるいは安全ベルト (身体をベッド等に固定するもの) を使用されることがありますか**

- 1) 全くなし
- 2) めったになし (1週間に3日以内で短時間)
- 3) ときどきあり (1週間に3日以内で1日中)
- 4) しばしばあり (1週間に3日以上で1日中)



ここ1週間のご入居者の会話やコミュニケーションについてお尋ねします。

**9. 周囲の方のお話の理解はいかがですか**

- 1) はっきりと理解している
- 2) 簡単な話であれば理解している
- 3) 簡単な話を繰り返せば理解している
- 4) ほとんど理解していない

**10. ご入居者がされるお話の内容はいかがですか**

- 1) 話の内容はまとまりがあり、筋が通っている
- 2) 話の始めはまとまりがあるが、次第に話題からそれる
- 3) 話の内容は一見まとまりがあるようだが、的はずれである
- 4) ほとんど意味をなしていない

**11. お家の中で自分の部屋や洗面所や食堂の場所が分からなくなることはありますか**

- 1) 分からなくなることは全くない
- 2) 分からなくなることがまれにある（例：1週間に1～3回程度かそれより少ない）
- 3) 分からなくなることが時にある（例：1日1～2回程度で週に3日以上）
- 4) 分からなくなることがしばしばある（例：1日3回以上で週に3日以上）

**12. ご家族の方やご親戚の方のお名前や関係について分かりますか**

- 1) 数人の方の名前や関係については正確に分かる
- 2) 1人か2人の方の名前や関係については分かる
- 3) 家族とそれ以外の方との区別はできるが、家族の名前や関係は分からない
- 4) 家族とそれ以外の方との区別ができない

**13. 現在お住まいの場所について分かりますか**

- 1) 正確に分かる
- 2) 自宅であることは分かるが住所については間違える
- 3) 時々どこにいるのか分からなくなる
- 4) どこにいるのか分からない

**14. ①現在の年齢、②季節、③大体の時間、の3つについて分かりますか**

- 1) 3つすべてが分かる
- 2) 3つのうち、2つが分かる
- 3) 3つのうち、1つが分かる
- 4) 3つとも分からない

**15. 最近の出来事について覚えていますか**

- 1) 大体の出来事をはっきりと覚えている
- 2) 大体の出来事をぼんやりと覚えている
- 3) 覚えていることもあるがそれ以外は全く覚えていない
- 4) ほとんどのことを忘れているように見える（覚えていない）

**16. 過去の大切な出来事を覚えていますか（例：生年月日、職業、家族の生死等）**

- 1) 問題なく正確に思い出すことができる
- 2) 努力をすれば正確に思い出すことができる
- 3) 思い出せることもあるがそれ以外は全く思い出せない
- 4) 過去のほとんどのことを思い出せない

ここ1週間のご入居者のご気分についてお尋ねします

17. 暗かったり、沈み込んだり、悲しそうな表情は見られますか

- 1) 全く見られない
- 2) ほとんど見られない
- 3) 時々見られる
- 4) しばしば見られる

18. ご入居者から悲しいとか落ち込んでいるという言葉は聞かれますか

- 1) 全く聞かれない
- 2) ほとんど聞かれない
- 3) 時々聞かれる
- 4) しばしば聞かれる

19. ご入居者の声の調子が悲しそうだったり、うつであるように感じられますか

- 1) 全く感じられない
- 2) ほとんど感じられない
- 3) 時々感じられる
- 4) しばしば感じられる

20. 悩んでいたり、不安そうなご様子がありますか

- 1) 全くない
- 2) ほとんどない
- 3) 時々ある
- 4) しばしばある

21. ご入居者から悩みや不安について言われることがありますか

- 1) 全くない
- 2) ほとんどない
- 3) 時々ある
- 4) しばしばある

22. ご入居者が声をあげて泣くことがありますか

- 1) 全くない
- 2) ほとんどない
- 3) 時々ある
- 4) しばしばある

23. ご入居者をご自分の将来について悲観的なことを言うことがありますか

- 1) 全くない
- 2) ほとんどない
- 3) 時々ある
- 4) しばしばある

24. ご入居者の気が動転して周囲に目が向けられないことがありますか

- 1) 全くない
- 2) ほとんどない
- 3) 時々ある
- 4) しばしばある

## ここ1週間のご入居者の姿勢や態度についてお尋ねします

### 25. スタッフの方からのお世話に対する受け入れはいかがですか

- 1)積極的に受け入れる、できることは自分でしようとする
- 2)受け身的だが、言われたとおりに受け入れる
- 3)多少嫌がるが、言われたとおりに受け入れる
- 4)ほとんど抵抗し、なかなか受け入れない

### 26. スタッフの方からの意見や勧めに対する受け入れはいかがですか

- 1)特に問題なく従う
- 2)多少機嫌は悪くなるが従う
- 3)相当抵抗してから従う
- 4)ほとんど力づくでなければ従わない

### 27. ご入居者がいららしている感じはありますか

- 1)全くない
- 2)ほとんどない
- 3)時々ある
- 4)しばしばある

### 28. ご入居者がかんしゃくを起こしている様子がありますか

- 1)全くない
- 2)ほとんどない
- 3)時々ある
- 4)しばしばある

### 29. スタッフの方に対して怒鳴ったり乱暴な言葉を吐くことはありますか

- 1)全くない
- 2)ほとんどない
- 3)時々ある
- 4)しばしばある

### 30. スタッフ以外の方に対して怒鳴ったり乱暴な言葉を吐くことはありますか

- 1)全くない
- 2)ほとんどない
- 3)時々ある
- 4)しばしばある

### 31. 暴力を振るうことがありますか（例：たたいたり、押したりするなども含む）

- 1)全くない
- 2)きっかけがあったときに1度あった程度
- 3)はっきりとしたきっかけがなく1度あった程度
- 4)はっきりとしたきっかけもなく2度以上

### 32. けんかを売ったりすることがありますか

- 1)全くない
- 2)ほとんどない
- 3)時々ある
- 4)しばしばある

## ここ1週間のご入居者のご様子についてお尋ねします

### 33. 1人でいることを好んでいる感じはありますか

- 1) 1人でいたい感じはなく、機会があれば周囲の方とご一緒に過ごしている
- 2) 1人でいても、どなたかと一緒でも特に変わりなく過ごしている
- 3) 少なくとも時々1人で引きこもっているときがある
- 4) ほとんど1人で引きこもっている

### 34. ご入居者から周囲の方へ話しかけたり、笑いかけるなどの接触はありますか

- 1) しばしばどなたに対してもある
- 2) しばしば決まった方に対してある
- 3) 時々ある
- 4) 全くない

### 35. 周囲の方からの話しかけに対するご入居者の反応はいかがですか

- 1) ほとんどの場合、よく反応する
- 2) ほとんどの場合、少しだけ反応する
- 3) あまり反応しないことが多い
- 4) 全く反応しない

### 36. 周囲の方との交流や親しさはいかがですか

- 1) 2人以上の方と交流がある
- 2) 1人の方と交流がある
- 3) 1人以上の方と軽い交流がある
- 4) どなたとも交流がない

### 37. 身近な日常の出来事に関する興味はどの程度ありますか

- 1) よくある
- 2) 時々ある
- 3) まれにある
- 4) 全くない

### 38. 社会的な出来事に関する興味はどの程度ありますか

- 1) 毎日のようにある
- 2) 時々ある
- 3) まれにある
- 4) 全くない

### 39. ご入居者が好きなことをすすんですることはありますか（例：散歩やテレビなど）

- 1) しばしばある
- 2) 時々ある
- 3) まれにある
- 4) 全くない

### 40. ご入居者が周囲の方を助けたり手伝ったりすることはありますか

- 1) しばしばある
- 2) 時々ある
- 3) まれにある
- 4) 全くない

グループホーム入居者 体調記録

____月____日 (____) ユニット：A・B・C 記入者 (_____)			
入居者 ID	体調不良の詳細	対応	結果
記入例	発熱 (38.2℃)、咳、痰、頭痛、腹痛、けいれん、転倒、打撲、 等		
1		・上司連絡 ・経過観察 ・S T連絡 ・医師連絡 ・救急車	・観察継続 ・訪問看護 ・往診 ・受診 ・入院
2		・上司連絡 ・経過観察 ・S T連絡 ・医師連絡 ・救急車	・観察継続 ・訪問看護 ・往診 ・受診 ・入院
3		・上司連絡 ・経過観察 ・S T連絡 ・医師連絡 ・救急車	・観察継続 ・訪問看護 ・往診 ・受診 ・入院
4		・上司連絡 ・経過観察 ・S T連絡 ・医師連絡 ・救急車	・観察継続 ・訪問看護 ・往診 ・受診 ・入院
5		・上司連絡 ・経過観察 ・S T連絡 ・医師連絡 ・救急車	・観察継続 ・訪問看護 ・往診 ・受診 ・入院
6		・上司連絡 ・経過観察 ・S T連絡 ・医師連絡 ・救急車	・観察継続 ・訪問看護 ・往診 ・受診 ・入院
7		・上司連絡 ・経過観察 ・S T連絡 ・医師連絡 ・救急車	・観察継続 ・訪問看護 ・往診 ・受診 ・入院
8		・上司連絡 ・経過観察 ・S T連絡 ・医師連絡 ・救急車	・観察継続 ・訪問看護 ・往診 ・受診 ・入院
9		・上司連絡 ・経過観察 ・S T連絡 ・医師連絡 ・救急車	・観察継続 ・訪問看護 ・往診 ・受診 ・入院
備考			



## 訪問看護ステーション 体制調査票

介護保険 事業者番号			
(1) 事業者名および ステーションの名称	事業者名	ステーションの名称	設立年月 平成 年 月
(2) 所在地および 連絡先	〒		
	電話 ( )-( )-( ) ファックス ( )-( )-( )		
	E-mail		
(3) 介護保険の 地域区分	1. 特別区 5. その他(特別地域を除く)	2. 特甲区 6. 特別地域	3. 甲地 4. 乙地
(4) 開設主体	1. 地方公共団体 4. 公的・社会保険関係団体 7. 医療法人 10. 会社(株式、合名、合資、有限)	2. 医師会 5. 看護協会 8. 協同組合及び連合会	3. NPO 法人 6. その他の法人 9. 社会福祉法人
(5) 同一法人内にある 施設 (全てに○)	1. 病院 4. 介護老人保健施設	2. 有床診療所 5. 特別養護老人ホーム	3. 無床診療所 6. 在宅介護支援センター
(6) 併設されている 事業所 (全てに ○)	1. 訪問介護 2. 福祉用具貸与 3. 居宅介護支援 4. その他 注: 併設とは、同一敷地内または道路を隔てた向かいの敷地内程度の範囲にある場合をいう。		
(1) 届出営業日・営業時間 (2004年8月1日現在)	月・火・水・木・金・土・日 (営業している曜日に○)	平日	: ~ : 土 : ~ : 日 : ~ :
(3) 職員数		常勤	非常勤(常勤換算)
	看護職	人	人
	うち夜間専従看護職	人	人
	事務職員	人	人
	その他の職員 ( )	人	人
合計	人	人	
(8) 診療報酬上・介護 報酬上の加算の 届出(当てはまるもの全 てに○)	診療報酬上の加算	1. 24時間連絡体制加算	2. 重症者管理加算
	介護報酬上の加算	3. 緊急時訪問看護加算	4. 特別管理加算
(9) 最も連携をとって いる訪問介護事業 所との連携状況	①同行訪問	1. している	2. していない
	②ケアカンファレンス	1. 同席している	2. 同席していない
	③ヘルパーからのケアについての電話相談	1. している → ひと月に約( )回 2. していない	
	④その他の連携方法( )		
(7) 地域での 看護職の連携状況	a他の訪問看護ステーションと の連絡会・事例検討会	1. 実施している	2. 実施していない
	b市町村保健師・保健センタ ーとの連携・事例検討会	1. 実施している	2. 実施していない

(14) 貴ステーションでは、夜間・早朝はどのような体制を組んでいますか。(該当するもの全てに○)	1. 定常的に1日三交替で勤務している 2. 定常的に1日二交替で勤務している 3. 利用者のニーズによって一時的に夜間・早朝体制を組み訪問する 4. 夜間・早朝は定常的に電話でのみ対応している 5. 全く対応していない 6. その他( )				
(16) 夜間・早朝の計画的訪問に関する貴ステーションの方針	1. 積極的に受け入れている 2. 特に希望があれば受け入れる 3. 現在の利用者にとって必要になれば対応する 4. 原則対応していない				
(17) 貴ステーションの夜間・早朝の受け入れ可能性(時間帯別)		①平日	②土曜日	③日祝日	
a 8:00～18:00(昼間)		1. 計画的訪問が可能 2. 緊急時訪問が可能 3. 電話対応のみ	1. 計画的訪問が可能 2. 緊急時訪問が可能 3. 電話対応のみ	1. 計画的訪問が可能 2. 緊急時訪問が可能 3. 電話対応のみ	
b 18:00～22:00(準夜)		1. 計画的訪問が可能 2. 緊急時訪問が可能 3. 電話対応のみ	1. 計画的訪問が可能 2. 緊急時訪問が可能 3. 電話対応のみ	1. 計画的訪問が可能 2. 緊急時訪問が可能 3. 電話対応のみ	
c 22:00～6:00(深夜)		1. 計画的訪問が可能 2. 緊急時訪問が可能 3. 電話対応のみ	1. 計画的訪問が可能 2. 緊急時訪問が可能 3. 電話対応のみ	1. 計画的訪問が可能 2. 緊急時訪問が可能 3. 電話対応のみ	
d 6:00～8:00(早朝)		1. 計画的訪問が可能 2. 緊急時訪問が可能 3. 電話対応のみ	1. 計画的訪問が可能 2. 緊急時訪問が可能 3. 電話対応のみ	1. 計画的訪問が可能 2. 緊急時訪問が可能 3. 電話対応のみ	
(15) 夜間・早朝の主な待機場所	1. 貴ステーション 2. 自宅 3. その他( )				
(19) 夜間・早朝の勤務への手当てはどのように算定していますか。またその場合の手当てはいくらですか。(該当するもの全てに○)		①平日 20 時を含む時間帯の場合	②平日深夜 0 時を含む時間帯の場合		
1. 夜勤 1 晩あたりで算定 →		円/晩	円/晩		
2. 自宅待機 1 晩あたりで算定 →		円/晩	円/晩		
3. 訪問 1 件あたりで算定 →		円/件	円/件		
4. 夜間賃金割増として算定 →		%増/時間	%増/時間		
5. その他( ) →		円	円		
(4) 利用者数(2004年7月実績)		①健康保険法等の利用者		②介護保険法の利用者	
※急性増悪等により健康保険法等に移った介護保険法利用者は、介護保険法の利用者に含めてください。	a 7月1ヶ月間の実利用者数	_____人 うち24時間連絡体制加算_____人 うち重症者管理加算_____人 うちターミナルケア療養費_____人	_____人 うち緊急時訪問看護加算_____人 うち特別管理加算_____人 うちターミナルケア加算_____人		
	b 7月1ヶ月間のべ訪問回数	_____回	_____回		
	c 7月1ヶ月間に夜間・早朝訪問した実利用者数	_____人	_____人		
	d 7月1ヶ月間の夜間・早朝訪問のべ回数	_____回	_____回		
(5) 時間帯別訪問実績(2004年7月実績)		訪問全体(緊急時訪問含む)		うち計画的訪問	
		①利用者人数*	②延訪問回数	③利用者人数	④延訪問回数
	a 土日祭日昼間(8:00～18:00)	_____人	_____回	_____人	_____回
	うち土曜昼間	_____人	_____回	_____人	_____回
	うち日祭日昼間	_____人	_____回	_____人	_____回
	b 夜間早朝(平日・土日含む)	_____人	_____回	_____人	_____回
	うち準夜(18:00～22:00)	_____人	_____回	_____人	_____回
	うち深夜(22:00～6:00)	_____人	_____回	_____人	_____回
	うち早朝(6:00～8:00)	_____人	_____回	_____人	_____回
* 利用者人数には実人数をご記入ください。					
(11) 痴呆性高齢者グループホームへの訪問看護提供経験	1. あり		2. なし		



(3)平成16年 7月 1ヶ月間の準夜・深夜・早朝の電話対応についてお尋ねします。

準夜・深夜・早朝の電話対応回数の合計	回	→	うち臨時で訪問対応した回数	回
--------------------	---	---	---------------	---

問2. 平成16年 7月 1ヶ月間の看取りについてお尋ねします。

「在宅で看取った利用者の人数」と「利用者の内、入院後2週間以内に死亡した人数」を、主疾患が悪性新生物か否か、年齢区分別に、下記の表にご記入下さい。該当者がいない場合は「0人」として表を埋めてください。

	在宅で看取った利用者の人数			利用者のうち入院後2週間以内に死亡した人数		
	～64歳	65歳～84歳	85歳～	～64歳	65歳～84歳	85歳～
主疾患 悪性新生物	人	人	人	人	人	人
その他の疾患	人	人	人	人	人	人
合計	人	人	人	人	人	人

問3. 貴ステーションで実施している医療処置等についてお尋ねします。(1)実施可能性、(2)平成16年7月 1ヶ月間での実施の有無 (3)同期間の準夜・深夜・早朝での実施の有無について、該当する医療処置毎に○をつけて下さい。

医療処置等	(1)実施可能性		(2)平成16年7月 1ヶ月間の実施の有無		(3)平成16年7月 1ヶ月間の準夜・深夜・早朝での実施の有無	
1.点滴の管理	可能	不可能	有	無	有	無
2.中心静脈栄養	可能	不可能	有	無	有	無
3.透析(腹膜透析も含む)	可能	不可能	有	無	有	無
4.ストーマ(人工肛門の処置)	可能	不可能	有	無	有	無
5.酸素療法	可能	不可能	有	無	有	無
6.レスピレーター(人工呼吸器)	可能	不可能	有	無	有	無
7.気管切開の処置	可能	不可能	有	無	有	無
8.疼痛の看護	可能	不可能	有	無	有	無
9.経管栄養	可能	不可能	有	無	有	無
10.モニター測定(心拍、酸素飽和度数等)	可能	不可能	有	無	有	無
11.褥瘡の処置	可能	不可能	有	無	有	無
12.カテーテル(自己導尿も含む)	可能	不可能	有	無	有	無
13.吸引・吸入等	可能	不可能	有	無	有	無
14.浣腸・排便	可能	不可能	有	無	有	無
15.在宅での看取り	可能	不可能	有	無	有	無

問4. 痴呆性高齢者グループホームへの訪問看護の提供について、お考えやお気づきの点を自由にご記入下さい。



看護提供項目および所要時間

入居者ID( )

ケア内容		日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
時期	1:入居3ヶ月以内 2:安定期 3:体調不良期 4:入院中 5:退院後2週以内 6:ターミナル													
コミュニケーション	バイタル測定													
	心身の状態観察													
	生活状況の観察													
	声かけ、タッチ、談話													
	一緒に〇〇をする：家事、娯楽、散歩、買い物、〇〇するのを見守る													
	本人への療養指導・説明													
診療の補助	薬の管理	薬の副作用の観察												
		整理、分包化												
		医師への報告、調節の提案												
	与薬	点眼薬、軟膏、坐薬、湿布などの与薬												
		点滴、IVHの実施												
		注射、インシュリン注射の実施												
	医療処置	褥創の処置												
		褥創予防のための対応												
		創傷部の処置（褥創以外）												
		経管栄養												
		浣腸、摘便												
		人工肛門、人工膀胱の管理												
	膀胱留置カテーテルの管理													
その他														
療養上の世話	ROM訓練													
	マッサージ													
	爪きり													
	手浴、足浴、陰部洗浄													
	その他													
本人以外への働きかけ	職員へのアドバイス	家族への説明、連絡												
		痴呆以外の疾患												
		痴呆の症状												
		内服薬												
		外用薬												
		皮膚の観察												
		保清												
		排泄コントロール												
		栄養・水分												
		ADL維持・向上												
		精神面へのケア（うつ等）												
悪化・再発・事故の予防														
その他														
所要時間(分)														

定期訪問に伴って発生した事項(訪問時間以外)														
主治医への連絡、相談														
他機関、他専門職等への連絡、相談														
物品の消毒、整理、調達、手配														
その他														
所要時間(分)														
サイン														

備考

## グループホームへの訪問看護記録（定期）

訪問先グループホーム名（ \_\_\_\_\_ ） 記入者（ \_\_\_\_\_ ）

日時	_____月_____日（ ） _____時_____分～_____時_____分（合計_____分間）	
対象ユニット	A, B, C （該当に○）	
所要時間	GHスタッフからの申し送り _____分 入居者への対応 _____分 GHスタッフへの申し送り _____分	
	記録にかかった時間	GH内 _____分 GH外 _____分
	連絡調整にかかった時間	GH内 _____分 GH外 _____分

### 個別の入居者以外への対応内容

（例：スタッフに対する助言・指導、入居者全般にかかわる風邪予防のアドバイスなど）

### 当日の対象ユニット以外の入居者への対応など（あれば記入）

入居者ID	内容	所要時間

その他、備考



「痴呆性高齢者グループホームへの訪問看護の拡大研究事業」  
〔GH名〕のご入居者の主治医の先生へ

厚生労働省のモデル事業「痴呆性高齢者グループホームへの訪問看護の拡大研究事業」にご協力頂きまして、まことにありがとうございました。おかげさまで11月末にモデル事業を終了し、現在は結果のとりまとめを行なっております。

できましたら先生方のご意見等もお伺いいたしたく、以下に該当するものがあれば、印をつけてご返送いただきたくお願い申し上げます。

◆ グループホームに訪問看護が入ったことで、何らかの変化を感じられましたか？

- 主治医に対する電話相談・電話連絡の回数が減った
- 患者の健康管理に安心感を持てた
- グループホームへの患者の退院が可能になった
- 介護職との情報の共有が円滑に行なえた
- その他

◆ 上記以外で、良かったことがありましたら、その内容をご記入下さい。

[ ]

◆ 今後モデル事業のような訪問看護を広めていく際の、留意点がありましたらご記入下さい。

[ ]

◆ その他に、お気づきの点やご意見など、ありましたらご記入下さい。

[ ]

2月10日（木）までに、以下の連絡先にご返送いただけると幸いです。

返送先 FAX 番号：03-5802-2043

末筆ながら、先生の益々のご活躍をお祈り申し上げます。  
今後ともよろしく願いいたします。

東京大学 大学院医学系研究科 地域看護学分野 教授 村嶋 幸代  
(連絡先) 担当：近藤由生子

電話：03 - 5841 - 3597 FAX：03 - 5802 - 2043 メール：kunii-tky@umin.ac.jp

## 2. 引用、参考文献

No.	Type	Title	Authors	Source
1	報告書	グループホームにおける終末期ケアの可能性	杉山孝博、渡邊高行、他	医療経済研究機構 平成 15 年 3 月
2	原著	生活環境の移行とターミナルケアの視点から見た痴呆性高齢者グループホームのあり方に関する研究	巖 爽、石井敏、長澤泰	日本建築学会計画系論文集 557:165-71, 2002
3	報告書	痴呆性高齢者のグループホームへと訪問看護ステーションの連携モデルの開発	永田久美子	全国訪問看護事業協会 平成 13 年 3 月
4	報告書	痴呆性高齢者のグループホームへと訪問看護ステーションとの連携の拡充による痴呆ケア地域推進モデルの開発	永田久美子	全国訪問看護事業協会 平成 14 年 3 月
5	パンフレット	痴呆性高齢者グループホームと訪問看護ステーションとの連携を目指して	永田久美子	全国訪問看護事業協会 平成 14 年 3 月
6	研究報告	痴呆高齢者グループホームにおける日常の健康管理と看護介入のニーズに関する研究	筑後幸恵、田中敦子、服部満生子	埼玉県立大学短期大学部紀要 5:33~40,2003
7	報告書	訪問看護事業所におけるサービス提供のあり方に関する調査研究事業	石垣和子	全国訪問看護事業協会 平成 15 年 3 月
8	報告書	訪問看護ステーションのサービス提供の在り方に関する調査研究事業	石垣和子	全国訪問看護事業協会 平成 16 年 3 月
9	報告書	平成 14 年 介護サービス施設・事業所調査	厚生労働大臣官房統計情報部編	厚生統計協会
10	報告書	高齢者の終末期を支える地域ケアシステムの構築に関する研究－痴呆性高齢者グループホームにおけるターミナルケアの取り組み	村嶋幸代、小林小百合・山本則子	厚生労働科学研究費補助金－長寿科学総合研究事業－平成 15 年度
11	報告書	グループホームにおける終末期ケアの可能性	杉山孝博、他	医療経済研究機構 平成 16 年 3 月
12	原著	A randomized clinical trial of reminiscence group care for community-dwelling elderly with dementia	Etsuko Tadaka, Katsuko Kanagawa	Japan Journal of Nursing Scholarship, 1(1):19-25, 2004
13	原著	痴呆性高齢者に対する回想法を取り入れたグループケアプログラムの効果	田高悦子、金川克子、立浦紀代子、和田正美	日本老年看護学会誌, 5(1):96-106, 2000

### 3. 研究体制

本研究事業の実施に際しては、下記に示すメンバーにより構成される研究班を設置した。

#### 【本委員会】

委員長 村嶋 幸代 (東京大学大学院 医学系研究科)  
委員 野中 博 (日本医師会)  
山崎 摩耶 (日本看護協会)  
上野 桂子 (全国訪問看護事業協会)  
宮崎 和加子 (健和会訪問看護ステーション統括部)  
和田 行男 (グループホーム なごみ浅草)

#### 【研究班】

委員長 村嶋 幸代 (東京大学 大学院医学系研究科)  
委員 宮崎 和加子 (健和会訪問看護ステーション総括部)  
和田 行男 (グループホーム なごみ浅草)  
山田 京子 (浅草医師会立訪問看護ステーション)  
金澤 彩子 (グループホーム 千住大川)  
真柄 恵子 (千住新橋訪問看護ステーション)  
白仁田 敏史 (グループホーム あんのん)  
酒井 眞弥子 (大村市医師会立訪問看護ステーション)  
小林 美砂子 (グループホーム けやき)  
林 八重子 (長岡中央訪問看護ステーション)  
原 幸司 (グループホーム カルフ)  
陣川 チヅ子 (神奈川区メジカルセンター訪問看護ステーション)  
田上 豊 (三菱総合研究所 ヒューマンケア事業部)  
高森 裕子 (三菱総合研究所 ヒューマンケア事業部)  
近藤 由生子 (東京大学 大学院医学系研究科)  
田高 悦子 (東京大学 大学院医学系研究科)  
永田 智子 (東京大学 大学院医学系研究科)  
田口 敦子 (東京大学 大学院医学系研究科)

研究協力者 糠信 憲明 (東京大学 大学院医学系研究科)



---

---

平成16年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)  
痴呆性(認知症)高齢者グループホームへの訪問看護の拡大研究事業  
平成17年3月31日

発行

(社)全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区1-3-12-302

TEL 03-3351-5898

FAX 03-3351-5938

企画・編集

東京大学大学院医学系研究科 地域看護学分野

教授 村嶋幸代

〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1

TEL 03-5841-3597

FAX 03-5802-2043

---

---