平成 23 年度　老人保健健康事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

特別養護老人ホームへの訪問看護サービスの安定供給のための調査研究

調　査　研　究　報　告　書

平成 24 年 3 月
社団法人　財形福祉協会

ご　挨　拶

この度、厚生労働省老健局から平成23年度老人保健事業推進費等補助金を受け、「特別養護老人ホームへの訪問看護サービスの安定供給のための調査研究」をテーマに、特別養護老人ホームに勤務する看護師のサポート体制と、訪問看護サービスの提供との考察を目的に、その実態調査を行いました。

６ヶ所の特別養護老人ホームに、４ヶ月にわたり訪問看護ステーションから訪問看護師が訪れ、特別養護老人ホームの看護師の勤務実態ならびに生活実態等の調査を行ないました。

本調査研究報告書をご高覧いただき、望ましい看護師の在り方を検討され、今後の在宅看護の充実と拡充の持続的発展のために、ご活用頂ければ幸甚に存じます。

なお、本報告書の取りまとめに際し、検討委員会および作業部会の運営にご尽力いただきました棚橋委員長をはじめとし、各委員、並びにご多忙の中、煩瑣な内容の調査にご協力下さいました介護保険関連施設等の各位に厚くお礼申し上げます。

平成24年３月

社団法人　財形福祉協会
理事長　市川　亮一

は　じ　め　に

平均在院日数が短縮し、療養の場が在宅へと転換している中で、地域に携わる看護師の役割は大きくなっています。しかし、その一端を担う訪問看護事業所数は伸び悩みを見せています。

その１つの原因として、訪問看護ステーションの経営にあります。在宅で過ごす療養者は多くいますが、現在の訪問看護提供の場は限られており、必要とする方への訪問看護は十分に提供できていない現状です。また、特別養護老人ホームも在宅施設の位置づけであり、近年入居者が重度化、医療依存度が高くなってきており特別養護老人ホームに勤務する看護師の役割は重要です。

今回、特別養護老人ホームの現状から見える課題と訪問看護提供の場の拡大を組み合わせ、特別養護老人ホームに勤務する看護師のサポート体制の外付けサービスとしての訪問看護の提供を目的に研究を行いました。訪問看護師への理解、特別養護老人ホームの中での介護と看護の連携等考えさせられることはありましたが、それぞれの職種が療養者のために日々努力している姿がありました。

今後、地域で過ごす療養者の安心な生活を維持できるような、在宅看護の充実と拡充に向けて今回の研究事業をさらに踏み込んで展開していきたいと考えています。さらに、関係機関の皆様にこれらの成果を活用していただけたら幸いです。

最後に本研究に多大なる御指導をいただきました、岐阜大学医学部看護学科教授後閑容子先生をはじめ、データ収集や分析などのとりまとめにご尽力いただいた作業部会の委員の皆様、お忙しい中で本研究の事業に快くご協力をいただいた特別養護老人ホーム、訪問看護ステーションの皆様に心より感謝申し上げます。

平成24年３月

研究代表者　　棚橋　さつき　（高崎健康福祉大学）

目　　次

はじめに
はしがき

第１章　研究事業の概要
１．研究事業の背景・目的 …… 1
２．研究体制 …… 2
３．研究事業の概要 …… 3

第２章　研究事業の実施結果
１．特別養護老人ホームにおける基礎調査（県内アンケート調査） …… 7
２．特別養護老人ホームへの訪問看護ステーション介入調査 ……29
１）特別養護老人ホームと訪問看護ステーションの概要 ……29
２）特別養護老人ホームと訪問看護ステーションの訪問頻度と滞在時間 ……34
３）介入の実際事例 ……41

第３章　訪問看護導入効果のまとめと考察
１．訪問看護介入前後の比較 …… 122
２．入居者への訪問看護介入効果 …… 123
３．考察 …… 128

第４章　研究事業の評価・課題および提言
１．研究事業の評価 …… 130
２．研究事業の限界 …… 130
３．課題 …… 131
４．提言 …… 131

参考資料

第１章　研究事業の概要

１．研究事業の背景・目的

特別養護老人ホーム（以下、特養と表記）では看護職の設置は義務付けられているが、現状においては配置数としては不十分な状況である施設も多い。入居者の重症化や医療依存度が高くなる傾向、また介護度も重度化しているため、入居者の看護ニーズへの的確な対応が求められている。このため適切な看護職員の配置や質の向上が必要となるが、看護職員の確保は経営上の問題や看護師確保の困難などがあり難しい状況である。

一方、訪問看護ステーションは経営に関して多くの課題がある。在宅移行が強まる中で訪問看護事業所数は経営の課題から事業所数は伸び悩みを見せており、療養者への安定的なサービスの供給が出来ていない。また。訪問看護サービスは提供先が限定されている現状がある。特養への訪問看護サービスは癌末期の入居者が対象であり、その他の重症化している入居者へのサービスは出来ない状況である。

特養の看護師は、少ない看護師配置の中で日々入居者への看護の質を高める努力をしているが、十分にその機能が発揮できていない部分が多い。そこで、一部の重症化した方や介護ニーズが高い入居者に対して外部資源である訪問看護サービスのサポートを行なうことにより、特養で果たすべき看護師の業務の効率化とサポート、訪問看護を導入することの出来る場の広がりにより、訪問看護経営の安定供給とお互いにとって効果的であると考える。

そこで、本研究は、特養に適切な看護供給体制のあり方の示唆、また、訪問看護師が特養を訪問し、特養における訪問看護サービスの必要性や内容、訪問看護の提供効果、プロセス・方法等についてあきらかにし、今後の在宅サービスへ示唆することを目的とする。

２．研究体制

研究を実施するにあたり検討委員会、作業部会を設置して実施した。　◎印：委員長

研究代表者　　棚　橋　さつき　　高崎健康福祉大学保健医療学部　准教授

検討委員会委員

◎	棚　橋　さつき	高崎健康福祉大学保健医療学部　准教授
	後　閑　容　子	岐阜大学医学部看護学科　教授
	鈴　木　珠　水	群馬パース大学保健科学学部看護学科　准教授
	馬　醫　世志子	群馬パース大学保健科学学部看護学科　講師
	松　沼　記　代	高崎健康福祉大学保健医療学部　教授
	岩　石　隆　光	医療ジャーナリスト
	二　木　芳　彦	PEG ドクターズネットワーク事務局長

作業部会委員

◎	棚　橋　さつき	高崎健康福祉大学保健医療学部　准教授
	今　井　弥　生	高崎健康福祉大学保健医療学部　講師
	清　水　美和子	高崎健康福祉大学保健医療学部　助手
	田　村　直　子	高崎健康福祉大学保健医療学部　助手
	梨　木　恵実子	群馬県看護協会訪問看護ステーション　老人看護専門看護師
	山　下　喜代美	東京福祉大学社会福祉学部介護福祉コース　講師

敬称略（五十音順）

３．研究事業概要

１）調査内容

調査内容は以下の２つについて行った。

⑴ 特別養護老人ホームの体制調査

県内に設置されている特別養護老人ホームにおける体制調査を行った。調査内容は施設長には、施設の職員状況や入所定員、ユニットケア状況、加算の届出等、また外部サービスである訪問看護の導入についてのアンケートを行った。(参考資料：調査票①)

又、看護師には、現状の看護師としての状況（勤続年数、研修体制、勤務体制等)、医療処置状況や外部サービスである訪問看護導入についての意見のアンケートを行った。(参考資料：調査票②)

⑵ 特別養護老人ホームへの訪問看護ステーション介入調査

研究事業実施対象施設

本研究事業開始にあたり、特別養護老人ホームの選定は平成19年度長寿科学総合研究事業の報告を参考にした。報告書での特別養護老人ホームの選定は、①特別養護老人ホームの入居者の居住形態が多様であること。②特別養護老人ホームと医療施設との併設の有無③特別養護老人ホームの設置年数を踏まえて選定を行っていた。しかし施設数としては２箇所と少なかった。今回は県下の２次医療圏を対象に地域の拡大と長期にわたり介入可能な特別養護老人ホームの検討を行った。県下の２次医療圏は10箇所の構成になっている。その中から研究事業に同意の得られたア地区２箇所、イ地区１箇所、ウ地区１箇所、エ地区１箇所、オ地区１箇所の同意の得られた特別養護老人ホーム６箇所を選定した。

その後、６箇所の特別養護老人ホームの近隣に位置し、なおかつ特別養護老人ホームが介入効果を希望する看護ケアが行える訪問看護ステーション６箇所の選定を行った。

各施設のペアの調整は担当研究者、訪問看護ステーションスタッフ、特別養護老人ホーム施設長および看護師、研究代表者とで打ち合わせ下記のように行った。

＜各施設ペアの事前打ち合わせ＞

施設	日時	内容
A	８月31日　16：00～17：30	研究概要説明　入居者の選定
B	９月５日　16：00～17：30	研究概要説明　資料確認
C	８月30日　15：00～17：00	研究概要説明　施設見学　入居者選定
D	９月６日　12：30～14：00	研究概要説明　施設見学
E	８月４日　14：00～16：00	研究概要説明　今後の打ち合わせ内容の確認
F	８月11日　９：30～11：00	研究概要説明　施設見学

対象特養への介入研究事業内容説明

介入研究事業を実施するにあたり、事業実施対象特養に向けて説明を行い、ペアを構築する特別養護老人ホームと訪問看護ステーションとの間で、訪問看護介入方法・内容・回数等についてコンセンサスを得た。説明会はそれぞれ特養と訪問看護ステーションのペア単位で実施した。

介入研究事業の実施

介入研究事業実施期間は平成 23 年９月～平成 24 年１月とし、各ペアにおいて、訪問看護ステーションからの訪問を４ヶ月間実施した。なお、訪問看護ステーションは、特養の配置医からの指示を受けて訪問看護を行った。

特別養護老人ホームの看護職は通常の看護業務を行い、本研究事業で訪問看護の対象として抽出した利用者に対して、訪問看護ステーションからの訪問を行った。訪問看護介入方法・内容については、個別の入所者の状況に基づき、また、回数は対象が１人の療養者の場合は週２回まで、対象が２人の療養者の場合は週１回づつとし、時間は１回の訪問につき１時間半までを最長時間とし各ペア間での合意に基づき実施した。

また、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーションおよび研究者とで適宜カンファレンスを実施し、必要に応じて訪問看護の介入方法・内容・回数・時間等の変更を行った。

2）調査項目

研究事業の実施体制・実施内容・効果等を分析するため、以下の調査票を作成した。
調査票の構成および調査項目は以下のとおりとした。

図表Ⅰ－1　研究事業調査票類

No.	帳票名	記入者	主な項目内容
調査票①	特別養護老人ホーム体制調査票	特養施設長	・併設施設、入所定員、協力病院の隣接状況、ユニットケアの状況、 ・加算の届出状況（看護体制加算、看取り介護加算） ・職員の状況、 ・要介護度別入所者数
調査票②	特別養護老人ホーム体制調査票	特養看護師	・性別、勤続年数、勤務状況、看護実習の受け入れ ・特養への外部サービス導入について ・医療処置状況
調査票③	特養における施設看護師の意識調査（介入前）	特養看護師	・性別、年齢、勤務状況 ・業務の中での満足度 ・外部サービス導入の有無について
調査票④	特養における施設看護師の意識調査（介入後）	特養看護師	・性別、年齢、勤務状況 ・業務の中での満足度 ・医師との相談回数 ・訪問看護師介入のメリット
調査票⑤	施設利用者、家族への満足度調査（介入前）	利用者、家族	・施設の医療や看護の満足度 ・満足している点や今後の要望などについて
調査票⑥	施設利用者、家族への満足度調査（介入後）	利用者、家族	・訪問看護師導入による施設の医療、看護への満足度の有無 ・訪問看護師介入の影響や変化
調査票⑦	訪問看護ステーション体制調査票	訪問看護	・併設施設、加算の届出（介護保険、医療保険） ・職員状況、夜間・早朝の看護体制 ・利用者数（医療保険・介護保険） ・医療処置の実施状況
調査票⑧⑨	訪問看護対象者調査票	訪問看護	・訪問看護対象者の基本状況（例示） ・訪問看護対象者の基本状況
調査票⑩	訪問看護対象者看護計画記録票	訪問看護	・看護情報及びアセスメント ・計画、実施、評価
調査票⑪	特養・訪問看護ステーション間打ち合わせ記録	担当研究者	・連絡内容 ・決定事項

3）倫理的配慮

(1) 研究協力依頼

①調査対象施設の施設長には、研究者が依頼文を用いて研究目的、意義、内容、方法、対象者の権利、利点とリスクについて面接により説明し、書面にて同意を得る。

②対象者（特養の看護師、訪問看護ステーション看護師）にも同様に、研究者が依頼文を用いて研究目的、意義、内容、方法、対象者の権利、利点とリスクについて面接により説明し書面にて同意を得る。

③入所対象者にも同様に、研究者が依頼文を用いて研究目的、意義、内容、方法、対象者の権利、利点とリスクについて面接により説明し、書面にて同意を得る。（入居者と施設の関係においては施設長から説明してもらい同意を得た）なお、理解力低下が考えられる対象者には家族（または代理人）に説明と同意を得る。

⑵ データの取り扱い

①データ分析は、データをすべて匿名化しＩＤ番号で取り扱う。

②施設名の公表や、個人の結果を施設に公表することはなく、匿名性の保護に留意する。

⑶ 倫理審査委員会

なお本研究計画は実施にあたり、東京福祉大学倫理審査委員会における承認を得て実施した（東京福祉大学倫理委員会認証番号 23 － 02)。

第２章　研究事業の実施結果

１．特別養護老人ホームにおける基礎調査（県内アンケート調査）

１）本研究の目的

介護福祉施設の位置付けは在宅であるが、近年、入居者の重度化や医療依存度が高くなる傾向であり、在宅といえども多様化しつつある現状である。しかし、その一方で、在院日数の短縮化などの影響で病院から施設や在宅への移行が進められている。そのような社会情勢の変化の中でますます介護福祉施設での看護職の役割や機能は重要となってくると考えられる。平成23年３月に「平成22年度介護施設における質向上に関する検討委員会中間とりまとめ」が報告された。その報告の中で、「入居者の継続的ケアを行うための地域においてのネットワークの強化について」の課題が取り上げられていた。地域における問題はその風土を考えなければより密着したものとして取り入れることは難しい状況である。

そこで、今回の基礎調査は、中間取りまとめを基本に県内の実態を明らかにし、その結果から見出される課題、また訪問看護導入への示唆を得るための基礎資料とすることを目的とした。

２）方法

⑴　期間

2011年８月22日～９月20日まで

⑵　対象

対象は特養の施設長及び特養に勤務する看護師とした。特養の選択はインターネットによるＡ県のホームページの介護福祉施設に登録されている130箇所の施設に調査協力の依頼を行った。

⑶　調査方法

記載されている特養に今回の研究事業のために作成した自記式質問要旨を郵送し、施設長と看護師にそれぞれ調査を依頼した。返信用封筒を同封し、用紙は対象者から直接郵送にて返信をお願いした。

⑷　分析方法

回答内容は記述統計を行った。また、自由回答については意味内容の類似性によりカテゴーリ化した。

⑸　倫理的配慮

匿名性を確保し、研究目的以外には使用しないことを保証し、自由意思による参加であること等について説明した文書を同封した。さらに量的処理によるデータ化により匿名性を守った。また調査票の返信をもって、参加依頼の承諾を得たものとした。

3）結果

●特別養護老人ホーム体制調査（施設長）

39施設から回答が得られ、回収率は30％であった。

⑴ 併設施設状況

短期入所生活介護84.6％、通所介護を併設している施設が76.9％、居宅介護支援事業所・介護予防支援施設が64.1％であった。（表１－１）また、併設数は５箇所以上である施設が14件であった。（表１－２）

表1-1 併設施設の状況

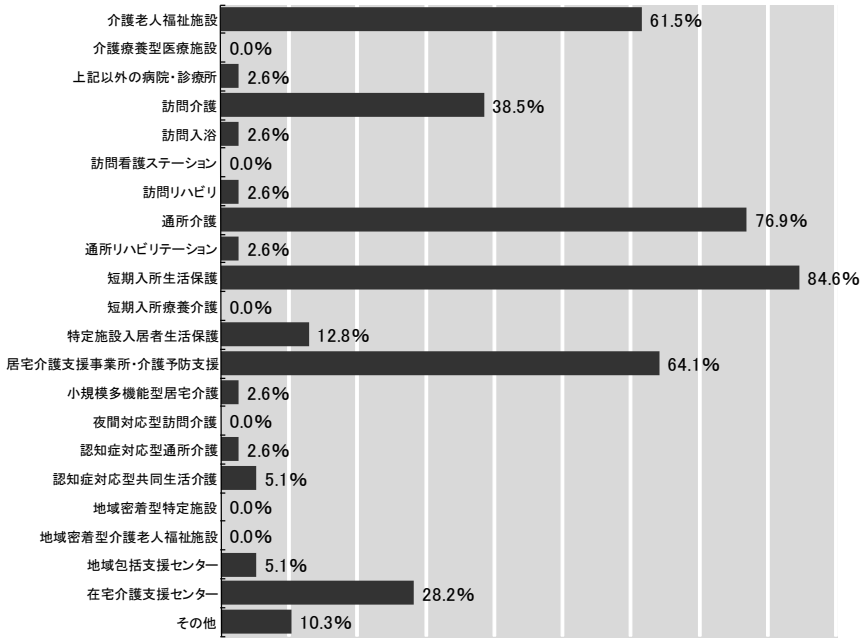
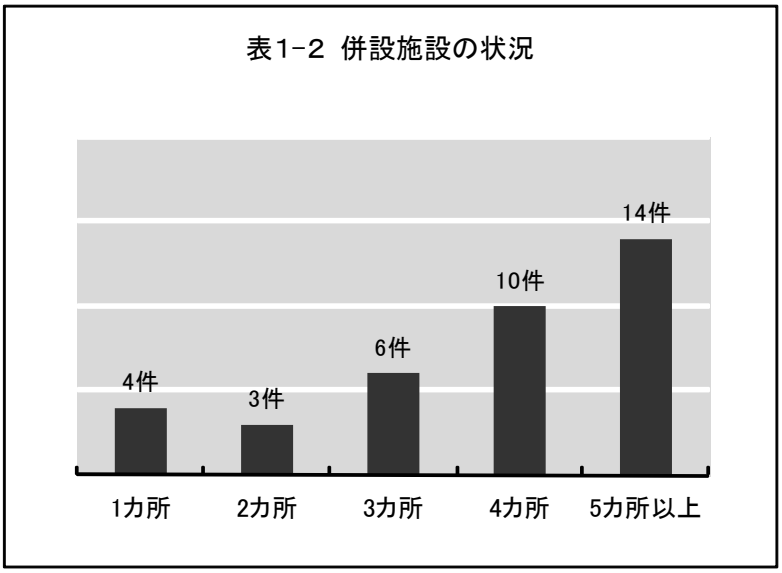
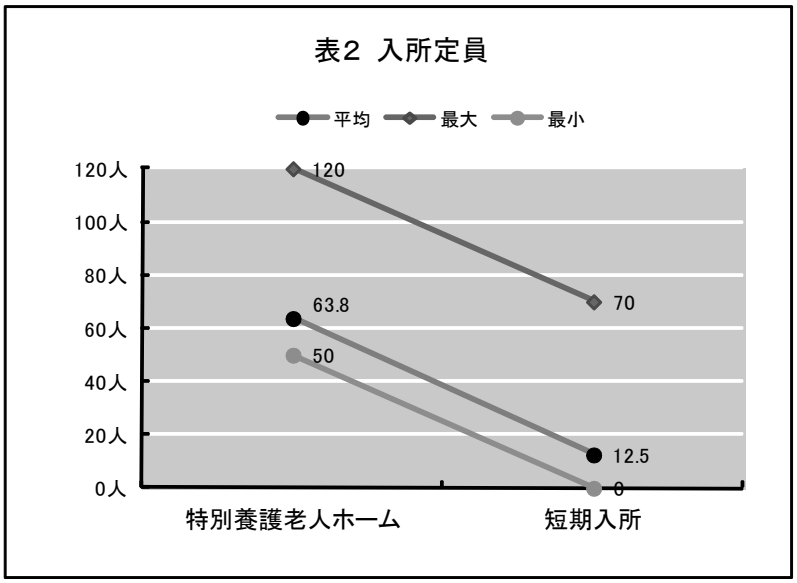


表1-2 併設施設の状況



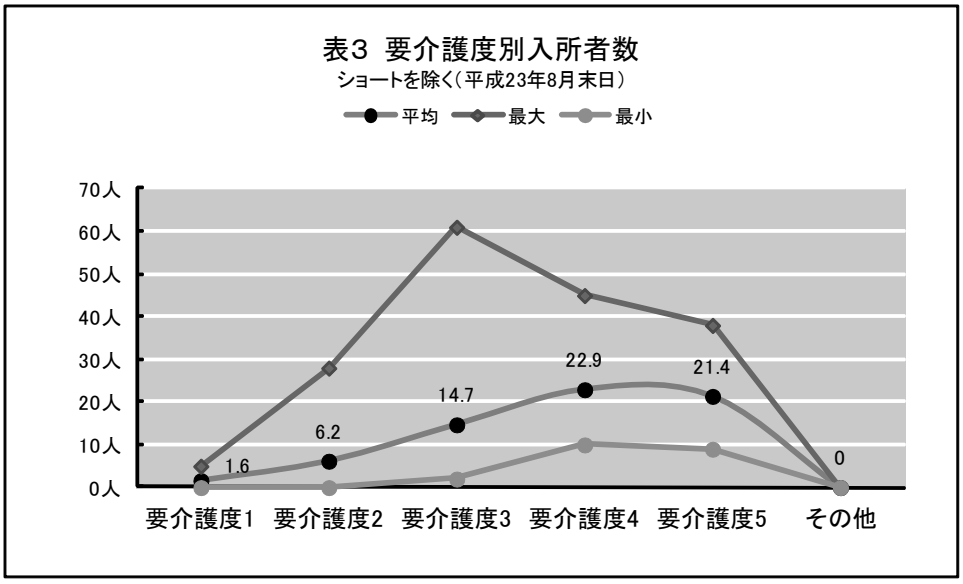
⑵ 入所定員

特養の入所定員は平均63.8人、短期入所の定員は平均12.5人であった。（表２）



⑶ 要介護度別入所者数（ショートを除く）

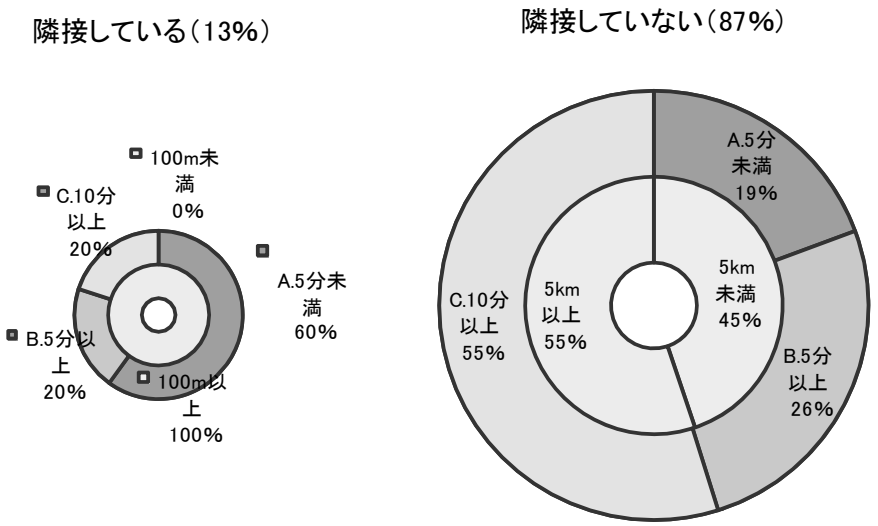
要介護度４が平均22.9人、要介護度５が平均21.4人であった。（表３）



⑷ 協力（委託）病院との隣接状況および往診回数

５分未満で隣接している病院が60％であった。（表４）

表4 協力病院の隣接状況



往診回数（平成23年8月）

1. 定期　平均 7.6 回
2. 緊急　平均 1.3 回

(5) 加算届出の状況

看護体制加算Ⅰでは60％の施設が届けており（表５）、また看取り介護加算を届出している施設は63.9％であった。（表６）

表5 加算届出の状況（平成23年8月）
看護体制加算について

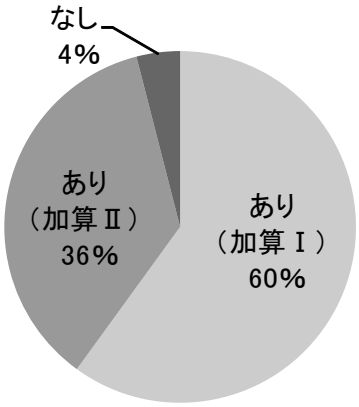
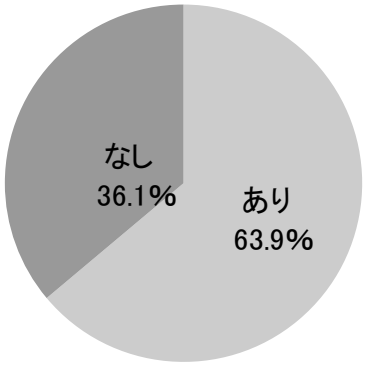


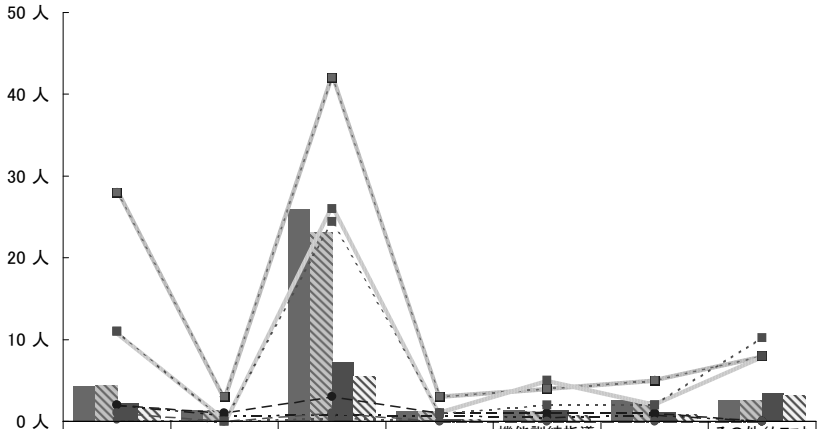
表6 加算届出の状況（平成23年8月）
看取り介護加算について



(6) 職員状況

常勤職員実人員の平均では介護職員が25.9人ともっとも多く、ついで看護職員が4.2人であった。(表７)

表7 職員の状況



	看護職員	生活相談員	介護職員	栄養士	機能訓練指導員	事務職	その他(ケアマネ/調理師等)
常勤 実人員 平均値	4.2 人	1.4 人	25.9 人	1.2 人	1.3 人	2.6 人	2.6 人
常勤 常勤換算 平均値	4.4 人	1.3 人	23.1 人	1.2 人	1.2 人	2.4 人	2.6 人
非常勤 実人員 平均値	2.2 人	0 人	7.2 人	0.3 人	1.4 人	1.1 人	3.4 人
非常勤 常勤換算 平均値	1.5 人	0 人	5.5 人	0.2 人	0.7 人	0.8 人	3.1 人
常勤 実人員 最大	28 人	3 人	42 人	3 人	4 人	5 人	8 人
常勤 実人員 最少	2 人	1 人	3 人	1 人	1 人	1 人	0 人
常勤 常勤換算 最大	28 人	3 人	42 人	3 人	4 人	5 人	8 人
常勤 常勤換算 最少	2.0 人	0.7 人	0.8 人	0.7 人	0.5 人	0.8 人	0.0 人
非常勤 実人員 最大	11 人	0 人	26 人	1 人	5 人	2 人	8 人
非常勤 実人員 最少	1 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人
非常勤 常勤換算 最大	11 人	0 人	24.4 人	1 人	2 人	2 人	10.2 人
非常勤 常勤換算 最少	0.2 人	0 人	0.4 人	0 人	0 人	0 人	0 人

(7) 外部サービス（訪問看護）の導入について

サービス導入希望は29.4％であった。(表８) また、どのような期待と要望がありますかの問いには、人員としてのサポート40％、特養看護の充実、在宅・地域との連携がともに20％であった。人員としてのサポートとしては、急変時や重症化の対応、人員補充等の意見があった。また、特養看護の充実においては、看護の質向上のために意見や指導を取り入れたい、利用者への特定のサポート、また連携では在宅からの情報を期待していた。(表９)

表8 外部サービス(訪問看護)導入希望

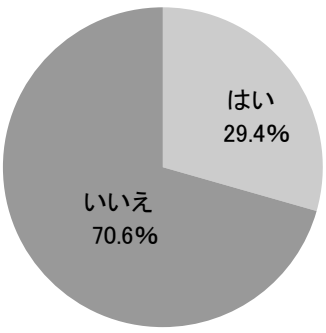


表9　外部サービス（訪問看護師）が介入した場合の期待と要望　　n=13　（%）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
人員としてのサポート（40.0）	急変時の対応	入居者の急変時の対応
	重症化の対応	重度化した看護ニーズの高い利用者への夜間の対応
		重度化していく利用者への対応をしてほしい
	人員補充	業務がしやすくなると思う
		現在の配置基準だと看護職が少ない
		訪問看護師が介入すると施設人員が補充されず人出不足が慢性化する
		夜間時や看護職員の不在時の対応
		特別養護老人ホームの看護職員数を見直してほしい
		看護職員が手薄な時に介入してもらいたい
看護の充実（20.0）	看護職員の質	看護職員の資質向上のため外部サービスの意見や指導を取り入れたい
	利用者へのケア	利用者に対して特定のサポートをしてほしい
在宅・地域連携（20.0）	在宅からの情報	外部の情報が伝えられる
		訪問看護の利用者が施設に入居してきた特には適切な情報が得られる
		訪問看護が介入しているショートステイ利用者は在宅の状況が把握できる
連携への思い（20.0）	連携への期待	動き出してみないと状況判断が難しいが期待を感じる
	連携への不安	特養看護師との連携がうまく図れるか不安である
		利用者の状況の把握がスムーズに行えるのか不安である
		訪問看護師とのチームワークが不安である
		待遇面が心配である

⑻ 現在の施設における問題や課題

現在の施設における問題や課題においては、人員確保57.7％と圧倒的に多く、次に職務遂行23.1％、施設経費19.2％であった。人員確保では夜勤やオンコールなどの勤務体制、雇用問題として職員の確保の難しさがあった。また、職務遂行では、人間関係や苦情について、施設経費では医療材料費、設備費についてであった。（表10）

表10　現在の施設における問題や課題　　n＝26　（%）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
人員確保（57.7）	勤務体制	夜間急変時の対応における職員不足
		夜間･オンコール対応の精神的負担が大きい
		夜間急変時や発熱等に対する介護職員の負担が大きい
		要介護度の高い入居者が増える中、看護職員数が不足している
		看護師の夜間勤務の配置基準を見直してほしい
	雇用問題	看護の求職者数が採用数に満たない
		フルタイムで働ける職員がいない
		正看護師の確保が難しい
		看護業務全般の管理ができる常勤の確保が難しい
		正看護師の昇給と介護報酬（加算等）がそぐわず離職してしまう
職務遂行（23.1）	苦情処理	特養の判断に対して家族の理解が得られずクレームに発展してしまう
	高度な医療ニーズ	120 名の入居者を委託医 1 名で対応をしている現状がある
		ターミナルケアを希望される家族が多く高度な医療処置が要求される
		医療依存度の高い入居者が増え看護職員の精神的な負担となっている
	人間関係	他職種間の関係性がうまくいかないことが多い
施設経費（19.2）	医療材料費	医師が必要な医療器具の充実と経営の現状に格差があり苦慮している
	入居費	待機入居者が増え対象の多くは経済的理由を抱えている現状がある
	設備費	寒冷地域だが被服費や冬期加算がない上に光熱費が高騰し厳しい状況
		施設構造の補修等に経費がかかる

(9) 特別養護老人ホームへの訪問看護提供への考えや要望等

訪問看護の提供については、運営53.9％、連携26.9％、困惑19.2％であった。運営においては人員サポート、ケアの充実、資金についての要望や期待があった。また、連携では、必要性を強く感じながらも難しさを提起していた。(表11)

表11　訪問看護提供についての考えや要望　　n=26　(%)

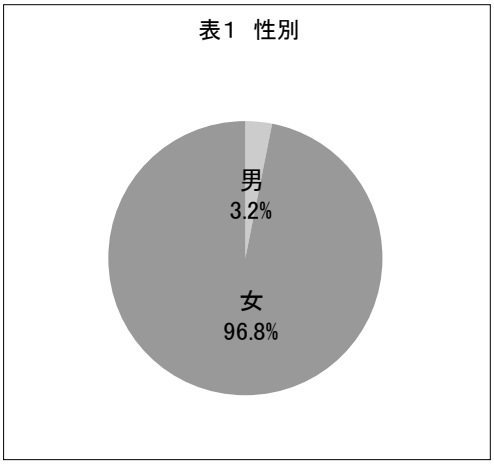
カテゴリー	サブカテゴリー	コード
運営 (53.9)	人員サポート	夜間の特養看護師が不在の時に介入してほしい
		人手不足の解消へのプラスになればよい
		特養看護師が手薄な時に介入してほしい
	ケアの充実	特養内に外部の風が入る事での活性化
		専門知識を入れてほしい
		特養看護師と訪問看護師の役割分担を行い、重症化対応ができればよい
	独立性	特養スタッフだけでケアを行っていかないと特養としての存続が危うくなる
		自施設の看護サービスで対応するのがよい
		特養外のサービスを利用しているのでは、この先組織として残っていけない
	資金	山間・豪雪地帯のため導入できるのか疑問がある
		訪問看護師を導入した場合の利用負担を明確にしてほしい
		中山間地域での訪問看護については、行政からの補助金等もなく消極的
連携 (26.9)	連携の必要性	入居者の状況把握を十分行ってからケアをする事が必要
		特養スタッフとのコミュニケーションが十分図れることが必要
		日頃からの連携が必要
		ショートステイ利用の方への介入が協働へつながる
	連携の困難さ	協働は理想だが実際は難しいと思う
		日々の連絡・連携が困難だと予想される
困惑 (19.2)	導入への疑問	なじみの関係を構築しているため外部サービス導入には悩む
		看取り時のケアやグリーフケアまで関わってくれるのか
		訪問看護が何をしてくれるのかわからない

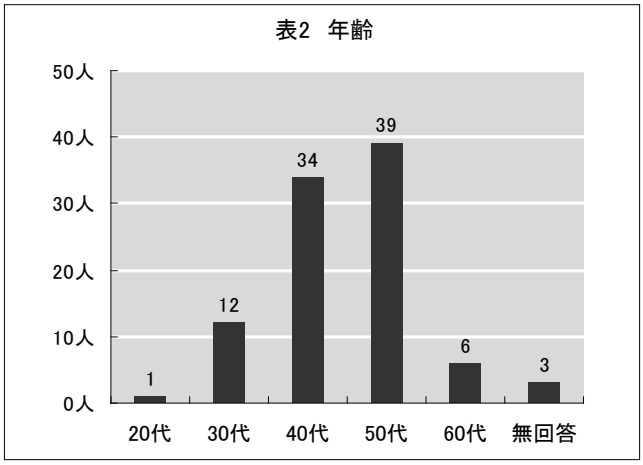
●特別養護老人ホーム体制調査（看護師）

130箇所の施設に勤務する看護師390名（１施設３名）に調査を行い　95名から回答が得られた。回収率は24％であった。

(1)　勤務する看護師の性別・年齢

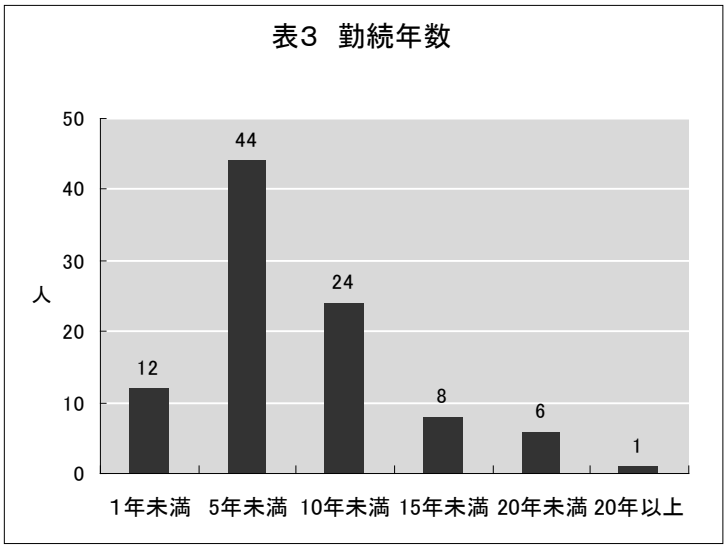
女性が96.8％であった。（表１）年齢は50代が39人、 40代が34人であり、 20代の職員は１名であった。（表２）





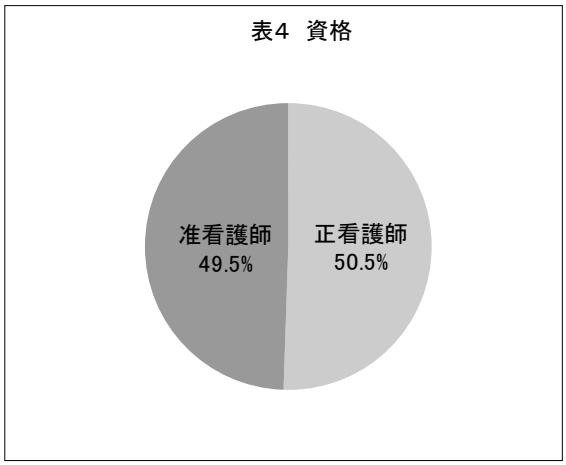
(2)　勤続年数

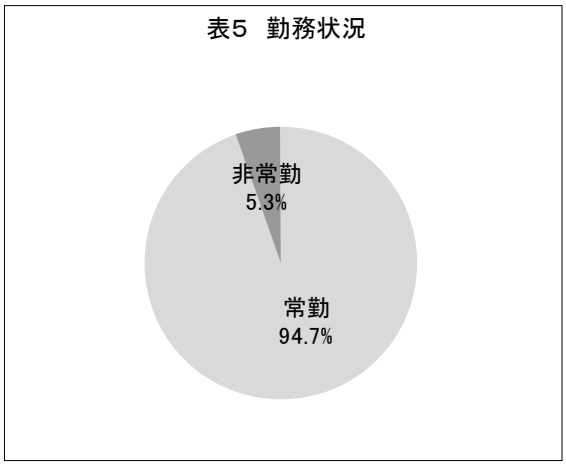
５年未満が44人、ついで10年未満が24人であった。（表３）



(3) 資格・勤務状況

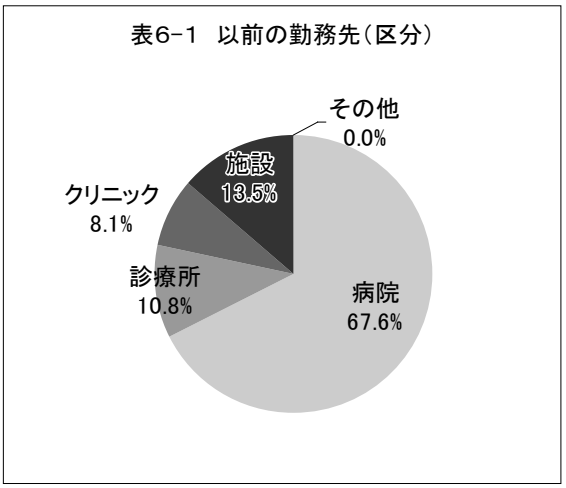
正看護師50.5％であった。（表４）また、勤務状況については常勤で勤務する看護師が94.7％であった。（表５）





(4) 以前の勤務先状況と勤務動機

以前の勤務先では病院が67.6％、施設が13.5％であった。勤続年数では、病院が平均10.6年、診療所が8.8年であった。（表６－1.2）また、特別養護老人ホームに勤務しようと考えた理由としては、施設看護への関心や勤務条件であった。施設看護への関心の中では病院看護との違いや老人看護への関心という内容が多かった。また勤務条件では、夜勤、キャリア、家庭等であった。（表７）



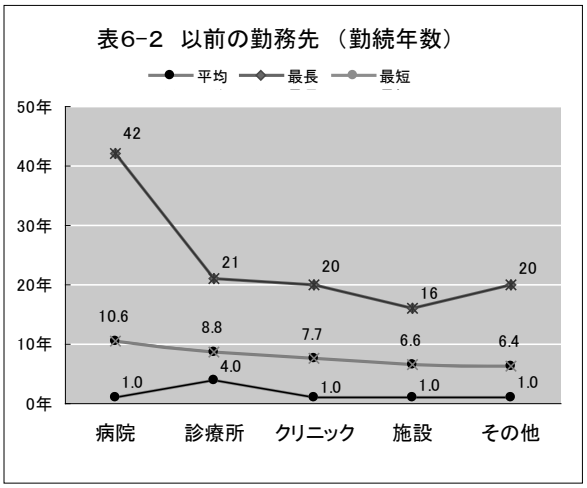


表7　特養に勤務しようとした理由　　n=80　（%）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
勤務条件（47.5）	夜勤	夜勤がない
		交代制でない
	キャリア	長期のブランクがあり病院での勤務は難しいと思った
		長年現場を離れていたので看護の基礎を学びたい
		准看護師のため大きな病院では働けないと思った
	身体面	年齢の関係で就労するなら老人ホームがよいと思った
		身体的理由から病院では働けなくなった
	家庭	子育て中なので勤務体制が整っているのが魅力だった
		両親を引き取り一緒に生活しているため
	利便性	自宅から近い
		通勤に便利である
	求人	募集があった
		知人の紹介
施設看護への関心（52.5）	老人看護への関心	老人看護がしたかった
		高齢者の健康管理や日常生活のサポートについて学びたい
		高齢社会で役立つ仕事だと思った
		病院経験を活かしながら特養で看とりができる体制をつくる
		人の最後となる場で一緒に生活しながら援助をしたい
		慢性期や終末期に関わりたかった
		お年寄りが好きだから
		勤務していた病院も老人が多かったので対応しやすいと思った
	病院看護との違い	一人一人にあった看護をゆっくり提供できると思った
		病院は医療中心であったが施設は個人尊重をしたケアだから
		医療現場にない老人に対する温かさがある
		特養の中で医療や看護はどういうこと行うのか知りたかった
		自分の健康管理をしながら楽しく働きたい
		介護職員の教育などを行い正しいケアをしていきたかった
	福祉・施設への関心	特別養護老人ホームという施設に関心があった
		病院とは違うところで働いてみたかった
		福祉に興味があった
		自分の母親も世話になっており手伝いが出来ればと思った

(5) 勤務体制の満足度、夜勤体制について

勤務体制については約半数の看護師が満足していた（表８）。また、夜勤体制についても整っていると回等した看護師は54.7%であった（表９）。オンコールに対する看護職員数は1.0人が33件と多かった。(表10)。

表8 勤務体制に満足していますか

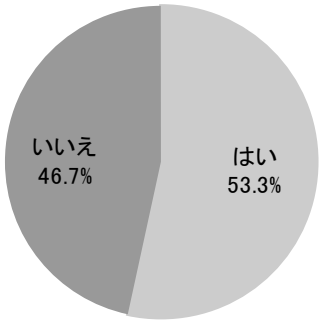


表9 夜勤体制などは整っていますか

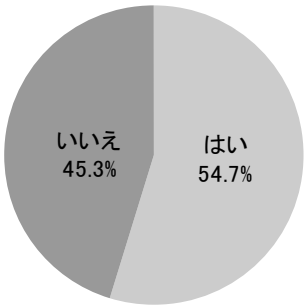
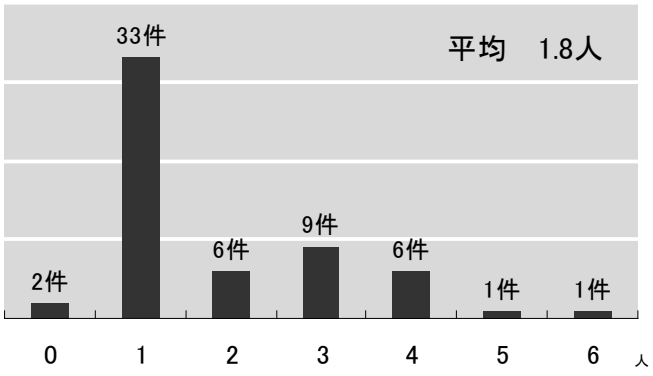


表10 オンコールに対する看護職員数



(6) 感染対策委員会などの組織体制について

88%の看護師が整っていると回答していた。

(7) 看護実習等の受け入れについて

看護実習の受け入れを行っていない施設は87.1％であった（表11)。また受け入れていない理由については、施設実習の現状では実習の依頼や希望がない、また実習体制としてはマンパワーや環境であった。(表12)

表11 看護実習での受け入れを行っていますか

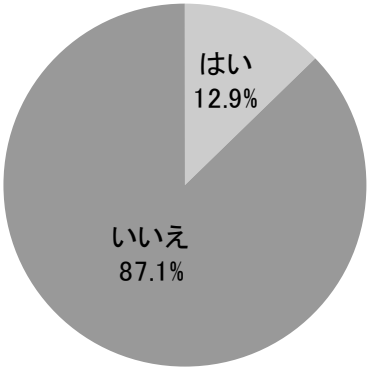


表12 看護師実習を受け入れていない理由 n=41 (%)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
施設実習の現状 (58.5)	施設側の理由	看護学校が近くにない
		ボランティア・ヘルパー講習・介護実習は受け入れている
		特養は介護中心であるため
		施設の方針
		同法人内で受けている
	教育機関側の理由	実習生が来ない
		実習希望や依頼がない
実習体制 (41.5)	マンパワー	看護師の人員不足
		研修を年間通して受け入れているため余裕がない
		職員の人数がそろっていない
		教える事が少なく実習には向いてない
	環境	看護体制も変化したばかり
		受け入れ体制が整っていない
		教えることが少なく実習には向いてない

⑻ 教育に関する組織体制

研修会や勉強会の組織体制に関して、88.4％の方が整っていると回答していた。

⑼ 看護業務について

看護業務に満足している12.9％、やや満足している18.3％であった。（表13）また、看護業務以外の仕事が多く、支障があると回答した方は32.3％であった。（表14）支障がある業務としては病院の付き添い32.1％、他職種業務25％であった。（表15）

医療処置実施人数では、浣腸・摘便等が6.4人、経管栄養6.2人と多く、今後受け入れない医療処置としては、レスピレーター76人、中心静脈栄養73人、透析66人であった（表16）。

表13　施設の看護師として今の業務に満足していますか

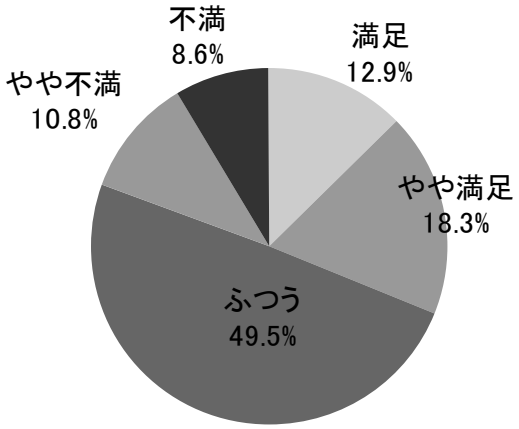


表14　看護業務以外の仕事が多く、本来の業務に支障がありますか

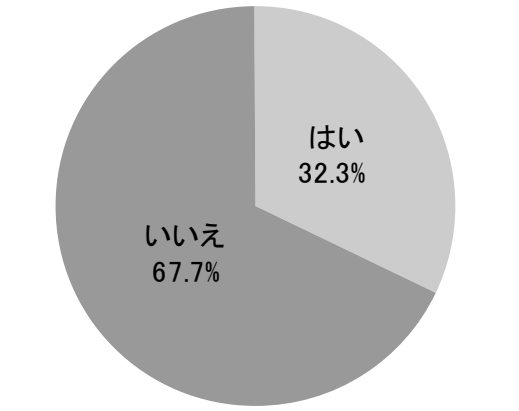
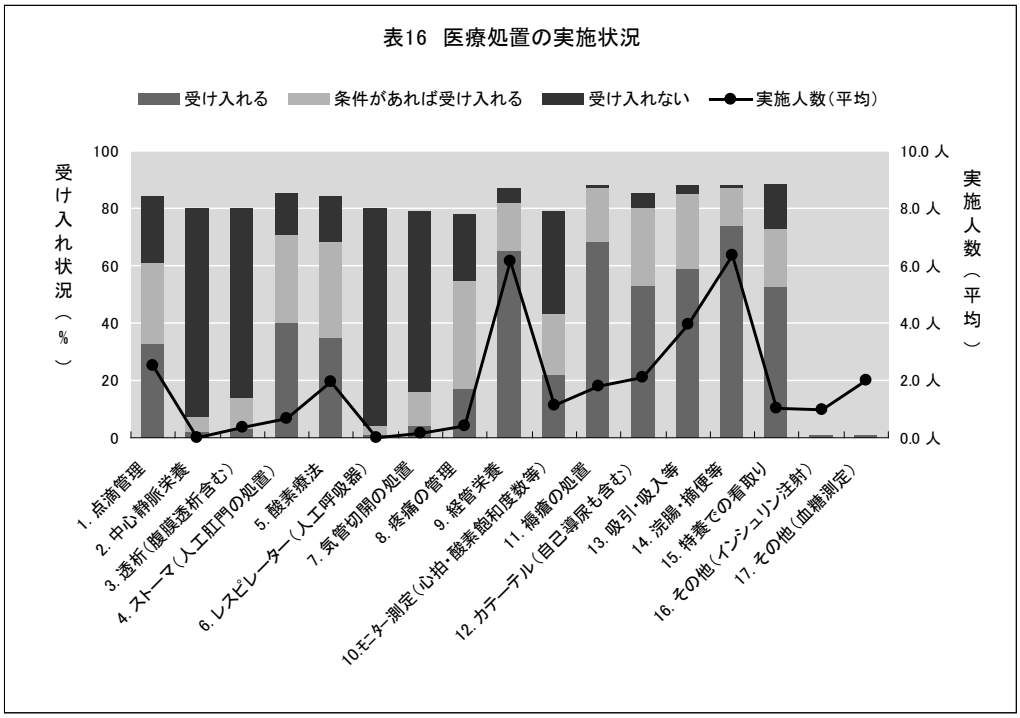


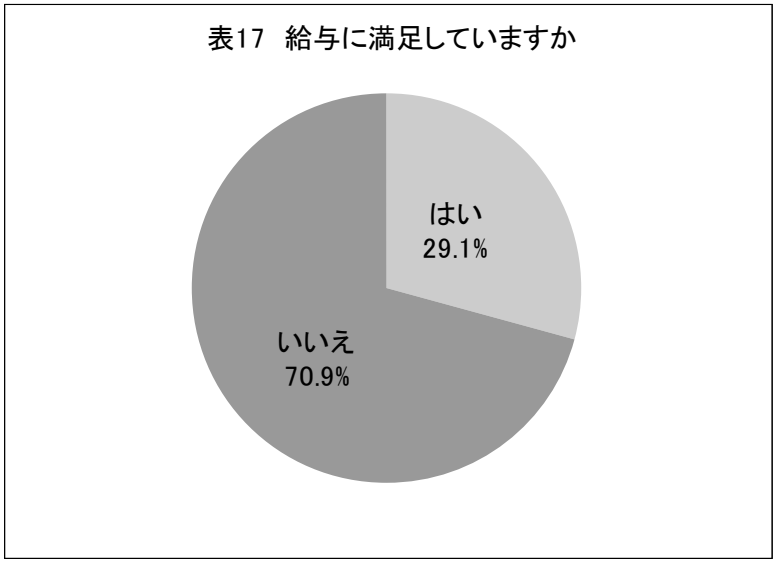
表15　支障のある業務　　n=28　（%）

カテゴリー	コード
病院の付き添い（32.1）	受診介助（外来通院）
	受診介助が多く時間がかかり他の業務が出来ない
	病院の入退院介助
事務業務（21.4）	事務作業がある
	看護師が資料整理で毎日残業
	委員会などの事務仕事が多い
	必要書類作成が時間内にできない
他職種業務（25.0）	ケースワーカーとしての業務が月に数回ある
	ケアマネージャーの業務がある
	書類作成
	職員の検診
	機能訓練を行っているため看護の仕事ができない
	介護・看護・医療の業務が重複している
	介護士の指導
介護業務（14.3）	介護業務が多忙なため入居者の健康管理ができない
	入浴介助・排泄介助等
	掃除・洗濯・湯沸かし
教育・指導業務（3.6）	医療ケア研修を行うため資料作り等が時間内に行えない
医療処置業務（3.6）	看護業務が多すぎて入所者と向き合う時間が少ない



⑽ 給与について

満足していると回答した方は29.1%であった。（表17）



⑾ 看護業務へのサポート体制

施設において相談する人がいると回答した職員は91.4％であった。また､業務をサポートしてくれる業種としては、同僚の看護師94件、介護福祉士58件（表18）であり、今後サポートしてくれる機関としては、現在の施設が68件であった。(表19)

表18　現在、自分の業務のサポートをしてもらっている業種

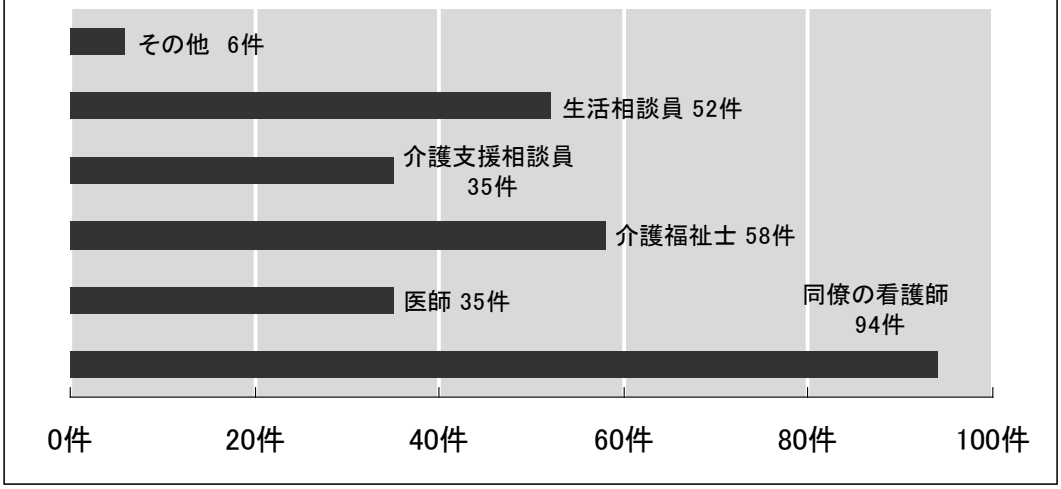
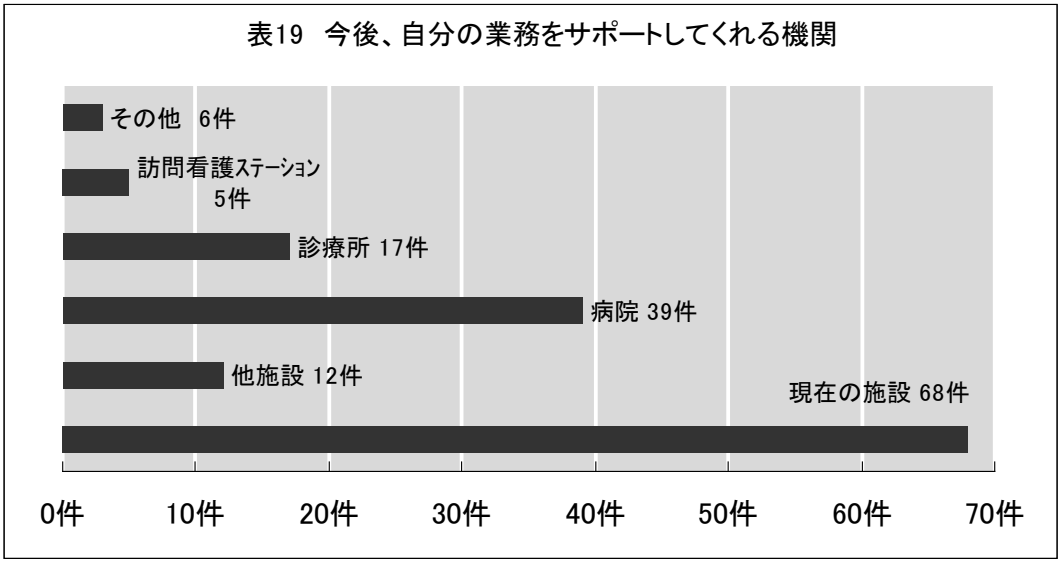


表19　今後、自分の業務をサポートしてくれる機関



⑿ 外部サービス（訪問看護）の導入について

導入を希望する方は24.4％であった（表20）。また、導入した場合の期待や要望では専門職によるケア41.4％、看護の充実34.5％であった。専門職ケアの中では、褥瘡、リハビリを希望する方が多く、看護の充実においては、看取りの看護、医療的ケアが多かった。（表21）。

表20 外部サービス（訪問看護師）の導入が可能になった場合、導入を希望しますか

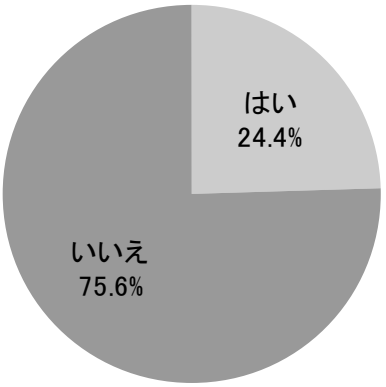


表21　外部サービス（訪問看護師）が介入した場合の期待と要望　n=29　（%）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
専門職によるケア（41.4）	褥瘡	褥瘡などのエキスパートが来て継続的に指導してほしい
		スポット的に感染や皮膚の専門看護師にサービスをしてほしい
		褥瘡の処置の仕方を教えてほしい
	リハビリ	リハビリに対しての知識や実施内容を教えてほしい
		リハビリ等の専門看護師にサービスとして入ってもらいたい
	専門的知識・技術・情報	専門的知識・技術・新しい情報が提供してもらいたい
看護の充実（34.5）	看とりの看護	看とりの看護をしてもらいたい
	話し相手	話し相手になってほしい
	医療的ケア	受診の介助をしてもらいたい
		特養入居が困難だった人も医療と介護の両面から看護できる
		医療依存度の高い利用者のケアの相談できるので安心である
		状態不良の利用者様が多数でた時の対応をしてもらいたい
在宅・地域連携（ 20.7）	ショートステイ利用者	処置・内服・受診などに関しての協力してもらいたい
		尿道留置カテーテルや胃ろうチューブの処置・管理への対応
		大きな創や広範囲のヘルペス等などの対応をしてもらいたい
		訪問看護を利用している場合は普段の状態がわかるので安心
制度（3.8）	費用負担	どこが費用を負担するのか

⑬ 現在の施設内における問題や課題

職場環境45.1％で、その内訳の中では人員不足、勤務形態、価値観の相違等であった。また、次に多いものは看護サービスの質が30％であった。内訳は高度医療ケア、吸引、褥瘡処置やリハビリ訓練等であった。（表22）。

表22　現在の施設における問題や課題　　n=60（％）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
職場環境（45.1）	人員不足	職員の人数の確保できず人的資源が不足している
		利用者が重度化しているにも関わらず看護師が少ない
	勤務形態	土・日・祝日の一人勤務
		夜勤体制がない
		時間外勤務が多く休暇を取りにくい
	業務効率	病院の定期受診者が増え役割分担や時間効率が悪い
		一人の食事介助に十分な時間をかけられない
	価値観の相違	取り組み体制に関する上司との考え方の違い
	職員の資質	介護職による夜間救急搬送時の判断と見極めが困難
		個人の意識レベルが低い
		指示内容に一貫性がない
	活性化	他施設との交流がない
看護サービスの質（30.0）	高度医療	医療依存度の高い利用者に対するケア
	看取り看護	重症化の急増によるショートでの看取り業務
		看とり専用部屋の確保がない
	吸引処置	吸引処置が増加している
	褥瘡処置	専門知識や処置予防について不安がある
		適切な皮膚トラブルの対処方法が分からない
	リハビリ訓練	機能訓練に介入したいが専門知識が浅く実現できない
	認知症の対応	認知症の医療行為や管理に困る
協働・連携（21.6）	医療機関との連携	協力病院が確立されておらず、医療機関を探すのが困難
		急変時の病院との休日対応がスムーズにいかない
		医師と連絡が取れない為、検死や相談ができず心配
	職員間の関係性	医師の治療方針や指示内容に対して疑問が生じる
		介護職との協働について問題が多い
介護報酬（3.3）	医療材料費	衛生材料や医療物品など全て施設負担で限界を感じる
	ショートステイ利用者の処置費	保険請求できない医療処置は全て施設負担になってしまう

⑭ 特別養護老人ホームへの訪問看護提供への考えや要望等

導入への戸惑いが37.7％、看護の充実33.3％、連携28.9％であった。戸惑いの中には導入することの不安や疑問を感じている一方、看護の充実においては、体制強化や専門的知識への期待を持っている方もいた。（表23）

表23　訪問看護提供についての考えや要望　　n=50　（%）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
導入への戸惑い（37.7）	導入への疑問	訪問看護師が具体的に何をするのかわからない
		日常生活を知らない看護師が来て何をするのか
		なぜ訪問看護が必要なのかわからない
		考えた事がなかった
		訪問看護が入れば経営が安定し看護師の人件費が減らせるか
	必要のなさ	特養医師や協力病院があるので特養看護師だけでよい
		同じレベルの看護なら必要ない
		生活の場として捉えているので、医療行為は必要最小限でよい
	導入への不安	顔なじみという点を大事にしているので心配
		責任の所在はどうなるのか
		訪問看護師からの期待に答えられない
看護の充実（33.3）	制度の見直し	配置基準を上げて人数確保してほしい
		看護師の人員基準の見直し
	体制強化	入居者が重症化しているため看護師が不在時に介入してほしい
		夜勤への介入
		高齢者は、突然急変するため誰かがそばにいることが望ましい
		他者の介入により状態観察してあげられる体制強化
	専門知識への期待	最新の医療を身近で受けられるのはよい
		褥瘡処置・予防や機能訓練の導入方法の相談・確認ができる体制
		訪問看護師が入りリハビリをしてほしい
		他者の介入により新たな知識や見解が得られる
		専門分野でのケアの提供
	ケア充実への期待	在宅の高齢者が増加しているので訪問看護は必要
		お互いに気づかない部分などを考えケアを行う
		今以上の利便性があれば考えたい
連携（28.9）	連携への期待	訪問看護師・医師・委託医との連携をスムーズに行いたい
		ショートステイ利用者の主治医との連携
		在宅と施設の連携が取りやすくなる
	連携の困難さ	連携が大変
		連携という点で業務が煩雑にならないか心配
		情報の共有が難しい
		特養の考えがあり色々な面で問題がおきる

２．特別養護老人ホームへの訪問看護ステーション介入調査

期間は2011年９月から2012年１月までの４ヶ月間において介入を行った。特別養護老人ホームに訪問看護ステーションから訪問する形で連携をしたのが、ペアＡ、Ｂ、Ｃ、Ｄ、Ｅ、Ｆである。以下に各施設の概要を示す。

１）特別養護老人ホームと訪問看護ステーションの概要

●特別養護老人ホームの概要（2011.８現在）

Ａ特別養護老人ホーム

Ａ特別養護老人ホームは、特養定員70人、短期入所定員10人の施設である。看護職員は常勤５名、非常勤職員３名である。夜間・早朝オンコール対応は、１名で行っている（2012年より３名で交替している)。緊急時は車で10分程の場所にある嘱託医（内科）に相談し指示をもらうことができている。

Ａ特別養護老人ホームとＡ訪問看護ステーションとの距離は、車で10分程の位置にある。

Ａ特別養護老人ホームは、平成18年に開設し、特養は全てユニットケア（10床×７ユニット）である。また、特養内で利用者の看取りや、胃瘻ネットワークに所属していることから医師が施設で胃瘻の交換を行っており、施設内へ医療の取り組みが積極的に行われている。Ａ特別養護老人ホームがあるＡ地域は、総人口は339,270人であり、うち男性は166,051人、女性173,219人）であり、平成21年より中核市に指定されている。Ａ地域は日照時間が長く、山々があり、川が流れる自然に囲まれた場所にある。総人口は増加傾向にあるが、同時に高齢化率も20.5％（平成17年国勢調査）と上昇している。Ａ地域の医療福祉は、人口10万人当たりの医師数が中核市の中で２番目に多い特徴がある。要介護（要支援）認定者数は13,261人であり、介護老人福祉施設は20ヶ所、介護老人保健施設は12ヶ所、介護療養型医療施設は３ヶ所ある。

Ｂ特別養護老人ホーム

Ｂ特別養護老人ホームは、特養定員50人、短期入所定員５人の施設であり、通所介護、居宅介護支援事業所・介護予防支援を併設している。看護職員は､常勤３人､うち１人が夜間・早朝のオンコールに対応し、看護職員の負担が大きい現状がある。配置医は特養に隣接してはいないが、車で５分ほど約２㎞の同じ町内に開業しており、毎週月・木曜日の２日間、入居者に対して定期回診を行っている。

Ｂ特別養護老人ホームと訪問看護ステーションとの距離は、車で７分、徒歩30分の約３㎞に位置している。

Ｂ特別養護老人ホームは、平成16年に開設し８年が経過した地域に根ざした施設で、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行ない、市町村、居宅介護支援事業者等及びその他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めることをモットーとしている。施設のある地域は、県のほぼ中央に位置し、雄大な山に見守られた広々と見晴らしのよい自然環境豊かな場所にある。地域の人口は、

11,398人、男5,691人、女5,707人（平成23年）女性の方がやや多く人口は年々減少傾向にあり、老年人口割合も23.1％と高い。

Ｃ特別養護老人ホーム

Ｃ特別養護老人ホームは、特養定員50人、短期入所定員５人の施設である。車で５分ほどの場所に同系列の病院（99床）がある。看護職員は常勤職員で５人おり、また、看護職員５名のうち１名は、老人看護の専門看護師であり、看護にも重きを置いている施設である。５人うち２人が夜間・早朝のオンコールに対応している。

Ｃ特別養護老人ホームと訪問看護ステーションとの距離は、車で５分と近隣に位置している。

Ｃ特別養護老人ホームは平成21年に開設し、開設後２年と新しい施設である。また、施設の中には障害児も含めた学童施設を備えており、地域における新しい福祉の取り組みを行っている。Ｃ特別養護老人ホームがある地域は54,181人であり、女性27,913人、男性26,268人とわずかに女性が多い。（平成20年）Ｃ地域の西や南側には川が流れ河岸段丘を形成し中心街はその上部にある。山々に囲まれ、緑が多く、温泉も豊富にあるが、冬は雪も積雪し、住民の雪対策もかかせない。人口は若干減少傾向であるが、高齢化率は上昇しており、全国平均は22.1％であるが、Ｃ地域は25.5％と高い。

なお、Ｃ施設は、医療法人としての病院、社会福祉法人としてのＣ特別養護老人ホームをはじめ、地域に総合的な福祉サービスを展開している。

Ｄ特別養護老人ホーム

Ｄ特別養護老人ホームは、特養定員51人、短期入所定員14人の施設である。看護職員は常勤で４名おり、７時30分～18時までを早番と日勤で勤務している。夜間は、１人が携帯でオンコールに対応している。

Ｄ特別養護老人ホームは、平成８年に開設され、訪問介護、通所介護、居宅介護支援事業所・介護予防支援、ケアハウスを併設している。

協力病院は、車で10分のところにあり、週に２回定期的な往診がある。

Ｄ特別養護老人ホームのある地域は、人口37,512人であり、男性18,644人、女性18,868人とわずかに女性が多い。周辺都市のベッドタウンとして人口増加を続けていたが、最近では減少傾向となっているが、世帯数はわずかに増加している。高齢化率は、15.4％（平成21年）と県内自治体の中で最も低い。

Ｄ地域は、大きな市に囲まれその中心に位置している。いずれの市への通勤圏である。大きな２本の川に囲まれているが、広域幹線道路も整備中でさらに周辺都市への利便性が高まる地域である。

Ｅ特別養護老人ホーム

Ｅ特別養護老人ホームは、特養定員50人、短期入所定員５人の施設である。車で10分ほどの場所に協力医療機関として、クリニックや病院（359床）、歯科医院などがある。看護職員は常勤職員で３人である。また、施設長が看護師であることから日常の生活活動の支援の充実化や、近年の入居者の重度化・重症化にも対応できるような体制を整えている。３人のう

ち２人が夜間・早朝のオンコールには対応し、協力医療機関と連携を取り、緊急時や看取りの看護まで質の高い看護の提供ができる施設である。

Ｅ特別養護老人ホームと訪問看護ステーションとの距離は、車で10分と近隣に位置している。

Ｅ特別養護老人ホームは平成20年に開設した施設であり、家庭と地域のつながりを大切に、自分らしく生き生きと生活できるような取り組みを行っている。広々とした敷地に淡い暖色系の概観の新しい建物であり、内観は木のぬくもりを感じさせる落ち着いた居住空間となっている。Ｅ特別養護老人ホームがある地域の人口は、 52,366人であり、女性26,677人、男性25,689人とわずかに女性が多い（平成24年）。Ｅ地域は、中心街から15分から離れた山の麓に位置しており、四季折々の草花が見られる自然が豊かであるが、インターチェンジまで10分という交通のアクセスの良い場所にある。人口は若干減少傾向であるが、高齢化率は上昇しており、全国平均は22.1％と比べＥ地域は25.4％と高い（平成23年）。

なお、Ｅ施設は、社会福祉法人として家庭と地域のつながりを大切にした高齢者福祉施設であり、全室個室のユニット型の特別養護老人ホームである。

Ｆ特別養護老人ホーム

Ｆ特別養護老人ホームは、平成15年に開設し、特養定員80人、短期入所定員10人の施設であり、ユニット型（１ユニット10人×８ユニット）のである。車で25分ほどの場所に同系列の病院（120床）がある。看護職員は常勤職員が４人おり、非常勤看護職員はいない。４名の常勤看護師全員が夜間・早朝のオンコールに対応している。夜間の緊急時は、近くの配置医や協力委託病院からの往診を頼む事もできるため、夜間緊急時の指示を仰ぐ事ができ、家族・入居者は安心して過ごす事ができている。

Ｆ特別養護老人ホームとＦ訪問看護ステーションとの距離は、車で10分（４㎞）と比較的近い。

Ｆ施設がある地域は人口約83,780人であり、女性42,689人 , 男性41,091人と女性のほうが多い。（平成23年）県中央部に位置し、周囲を山間部に囲まれ、主な産業は農林業、観光、工業である。Ｆ地域も少子高齢化が進み、高齢化率は年々上昇しており、 26.2％（平成23年）と全国平均22.1％より高くなっている。

なお、Ｆ施設は、平成23年４月に「日中オムツゼロ」を達成した施設であり自立支援介護に積極的に取り組んでいる。（図表Ⅰ－１）

●訪問看護ステーションの概要（2011. ８現在）

特別養護老人ホームに訪問看護ステーションから定期的に訪問するため、近隣の訪問看護ステーションであり、かつ特別養護老人ホームからの要望が可能なステーションの研究事業への参加を募り、参加意向のあった訪問看護ステーションの協力を依頼した。（図表Ⅰ－２）

図表　Ⅰ－１　特別養護老人ホーム概要

	特養 A	特養 B	特養 C	特養 D	特養 E	特養 F
併設施設の状況	通所介護 短期入所生活介護	通所介護 居宅介護支援事業所 介護予防支援	短期入所生活介護 学童施設	訪問介護 通所介護 短期入所生活介護 居宅介護支援事業所 介護予防支援 ケアハウス	短期入所生活介護	通所介護 短期入所介護
入所定員	特養　　70 名 ショート　10 名	特養　　50 名 ショート　5 名	特養　　50 名 ショート　 5 名	特養　　51 名 ショート　 14 名	特養　　50 名 ショート　 5 名	特養　　80 名 ショート　10 名
ユニットケア	ユニットケア （10 人×7 ユニット）	なし	8× 6 ユニット	なし	ユニットケア （10 人×6 ユニット）	ユニットケア （10 人×8 ユニット）
看護職員数	常勤　5 名（換算 4.5 名） 非常勤 3 名（換算 1.5 名）	常勤　　3 名(換算 3.0 名） 非常勤　2 名(換算 0.8 名）	常勤　　5 名(換算 5.0 名） 非常勤　0 名	常勤　　4 名(換算 4 名） 非常勤　0 名	常勤　　2 名 非常勤　1 名 常勤換算 2.7 名	常勤　　4 名(換算 4.0 名） 非常勤　0 名
看護職員の勤務シフト	早番（ 7:00～16:00） 日勤（ 9:00～18:00） 遅番（10:00～19:00） 上記以外の時間は オンコール対応	日勤（8:00～17:30） 2～3 名 ※　上記以外の時間は オンコール対応	日勤（8:00～17:30） 2～ 4 名 ※　上記以外の時間は オンコール対応	日勤(9:00～18:00)2 名 早番(7:30～16:30)1 名	7:00~16:00 7:30~16:30 9:00~18:00 9:30~18:30 10:00~19:00 11:00~20:00 ※上記いずれの勤務帯で 1～2 名出勤	早番(7:30~16:30)1 名 日勤(8:30~17:30)2 名 遅番(9:30~18:30)1 名 ＊　上記以外の時間は オンコール対応
夜間・早朝の看護体制	夜間・早朝は定常的に電話（オンコール）で対応 看護職員が 1 人で対応	夜間・早朝は定常的に電話（オンコール）で対応 看護職員が 1 人で対応	夜間・早朝は定常的に電話（オンコール）で対応 看護職員が 2 人で対応	夜間・早朝は定常的に電話(オンコール）で対応 看護職員が 1 人で対応	夜間・早朝は定常的に電話（オンコール）で対応 看護職員が 3 人で対応	夜間・早朝は定常的に電話（オンコール）で対応 看護職員が 1 人で対応
往診回数	定期的に週 1 回 （月）	定期的に週 2 回 （月、木）	定期的に週 1 回 （水）	定期的に週 2 回 （火、金）	定期的に週 2 回 （火、金）	定期的に週 2 回 （月、木）
加算あり	看護体制加算 看取り介護加算 日常生活継続支援加算	看護体制加算Ⅰ Ⅱ	看護体制加算Ⅰ Ⅱ 看取り介護加算	看護体制加算Ⅰ Ⅱ	看護体制加算Ⅰ Ⅱ 看取り介護加算	看護体制加算Ⅰ 看取り介護加算

図表　Ⅰ－２　　訪問看護ステーション概要

	訪問看護ステーションＡ	訪問看護ステーションＢ	訪問看護ステーションＣ	訪問看護ステーションＤ	訪問看護ステーションＥ	訪問看護ステーションＦ
利用者数	108名 介護保険　73　名 医療保険　35　名	64名 介護保険　43　名 医療保険　21　名	38名 介護保険　27　名 医療保険　10　名	103　名 介護保険　81　名 医療保険　22　名	53　名 介護保険　35　名 医療保険　18　名	72名 介護保険　45　名 医療保険　27　名
看護職員数	常勤　　6名 非常勤　10名 （換算5.5名）	常勤　3名（換算3名） 非常勤4名（換算2.9名）	常勤　1名（換算1名） 非常勤3名（換算2.15名）	常勤　2名（換算1.4名） 非常勤5名（換算2.3名）	常勤　3名（換算2.1名） 非常勤7名（換算4.5名）	常勤　9名（換算7.6名） 非常勤4名（換算5.0名）
看護職員の勤務シフト	9:00～17:00 （月・火・水・木・金）	9:00～17:00 （月・火・水・木・金）	8:30～17:30 （月・火・水・木・金） 8:30～12:30（土）	9:00～18:00 （月・火・水・木・金）	9:00～17:00 （月・火・水・木・金）	9:00～17:00 （月・火・水・木・金）
夜間・早朝の看護体制	・夜間・早朝は電話（オンコール）で対応 ・6人の職員が交代で対応 ・1ヶ月の対応回数 32 回（うち、14回は利用者宅へ訪問）	・夜間・早朝は電話（オンコール）で対応 ・3　人の職員が交代で対応 ・1ヶ月の対応回数 28 回（うち、5　回は利用者宅へ訪問）	・夜間・早朝は電話（オンコール）で対応 ・2　人の職員が交代で対応 ・1ヶ月の対応回数14回（うち、11回は利用者宅へ訪問）	・利用者のニーズによって一時的に夜間・早朝体制を組み勤務する。 ・オンコールに対応する看護職員数1名 ・1ヶ月の対応回数1回（うち、1回は利用者宅へ訪問）	・夜間・早朝は電話（オンコール）で対応 ・4　人の職員が交代で対応 ・1ヶ月の対応回数7回（うち、7回は利用者宅へ訪問）	・夜間・早朝は電話（オンコール）で対応 ・6　人の職員が交代で対応 ・1ヶ月の対応回数15回（うち、15回は利用者宅へ訪問）
加算あり（介護保険法）	【介護保険法】 ・緊急時訪問看護加算　43件 ・特別管理加算　24件 ・ターミナルケア加算0件	【介護保険法】 ・緊急時訪問看護加算　33件 ・特別管理加算　18件 ・ターミナルケア加算0件	【介護保険法】 ・緊急時訪問看護加算　25件 ・特別管理加算　2件 ・ターミナルケア加算0件	【介護保険法】 ・緊急時訪問看護加算　76件 ・特別管理加算　6件 ・ターミナルケア加算0件	【介護保険法】 ・緊急時訪問看護加算　34件 ・特別管理加算　10件 ・複数名加算　3件	【介護保険法】 ・緊急時訪問看護加算　42件 ・特別管理加算　12件 ・ターミナルケア加算0件
加算あり（健康保険法）	【健康保険法等】 ・24時間対応体制加算　35件 ・重症者管理加算　17件 ・ターミナル療養費　0件	【健康保険法等】 ・24時間対応体制加算　21件 ・重症者管理加算　13件 ・ターミナル療養費　0件	【健康保険法等】 ・24時間対応体制加算　8件 ・重症者管理加算　4件 ・ターミナル療養費　0件	【健康保険法等】 ・24時間対応体制加算　19件 ・重症者管理加算　5件 ・ターミナル療養費　0件	【健康保険法等】 ・24時間対応体制加算　18件 ・重症者管理加算10件 ・長時間加算　3件 ・複数名加算　12件 ・退院支援加算　2件 ・ターミナル療養費1件	【健康保険法等】 ・24時間対応体制加算　10件 ・重症者管理加算　17件 ・ターミナル療養費　1件

2）特別養護老人ホームと訪問看護ステーションの訪問頻度と滞在時間

⑴　A特別養護老人ホーム・A訪問看護ステーション

訪問看護ステーションから特別養護老人ホームへの訪問は、定期的に週２回、１回あたり平均滞在時間は60分（１時間)、合計訪問回数は33回であった。

訪問看護師および毎月１度は理学療法士による訪問の体制をとり、全身の筋緊張が強く更衣や移乗等のＡＤＬ援助に困難さを要するＩＤ１を選定し、リハビリテーションを中心に関わりを持つことにした。

図表Ⅱ-1　A特別養護老人ホームへの訪問頻度・滞在時間（単位；分）

ID1	日付	曜日	訪問時間	滞在時間（分）	訪問看護師数	合計（時間×訪問看護師数）
	9月20日	火	14:00～15:00	60	2	120
	9月21日	水	13:30～14:30	60	2	120
	9月27日	火	14:00～15:00	60	1	60
	9月30日	金	14:00～15:00	60	1	60
	10月4日	火	14:00～15:00	60	1	60
	10月7日	金	14:00～15:00	60	1	60
	10月11日	火	14:00～15:00	60	1	60
	10月14日	金	14:00～15:00	60	1	60
	10月19日	水	13:30～14:30	60	2	120
	10月21日	金	14:00～15:00	60	1	60
	10月25日	火	14:00～15:00	60	1	60
	10月28日	金	14:00～15:00	60	1	60
	11月1日	火	14:00～15:00	60	1	60
	11月4日	金	14:00～15:00	60	1	60
	11月8日	火	14:00～15:00	60	2	120
	11月11日	金	14:00～15:00	60	1	60
	11月16日	火	14:00～15:00	60	1	60
	11月19日	金	14:00～15:00	60	1	60
	11月22日	火	14:00～15:00	60	1	60
	11月25日	金	14:00～15:00	60	1	60
	11月30日	火	14:00～15:00	60	1	60
	12月2日	金	14:00～15:00	60	1	60
	12月7日	水	13:30～14:30	60	2	120
	12月9日	金	14:00～15:00	60	1	60
	12月13日	火	14:00～15:00	60	2	120
	12月16日	金	14:00～15:00	60	1	60
	12月20日	火	14:00～15:00	60	1	60
	12月27日	火	14:00～15:00	60	1	60
	1月6日	金	14:00～15:00	60	1	60
	1月10日	火	14:00～15:00	60	1	60
	1月13日	金	14:00～15:00	60	1	60
	1月20日	金	14:00～15:00	60	2	120
	2月1日	水	14:30～15:30	60	2	120
	回数　合計(回)			33		33
	滞在時間　合計(時間)			33.0		60.0
	1回あたりの訪問時間			1.0		

⑵ Ｂ特別養護老人ホーム・Ｂ訪問看護ステーション

訪問看護ステーションから特別養護老人ホームへの訪問は、定期的に週２回 （ＩＤ２へ理学療法士が週１回訪問・ＩＤ３へ訪問看護師が週１回訪問)、１回当たり平均滞在時間は60分（１時間）であった。合計訪問回数は、入居者２名合わせて37回であり、訪問看護師が１人で訪問する体制をとった。

今回のモデル授業においては、入居者50名の中から２名（脳出血・脳梗塞後遺症で筋力低下の為、リハビリテーション目的の入居者１名と誤嚥リスクの高い入居者１名）を選定していただき、対象者としてモデル事業を実施した。

ＩＤ２は、視床出血で右上下肢麻痺、脳梗塞による後遺症で構音障害があり、特養に入居する前からリハビリテーション専門施設への入所をご本人が強く望んでいたため、特養スタッフは何とか日常生活の中でリハビリテーションへの介入を試みてはいたが、一人の入居者に関われる時間が難しいことや、他職種の専門領域における適切な評価をすることに対して、かなり慎重な姿勢がみられていた。そこで、ＩＤ２の意欲を尊重し、残存能力の維持と車椅子移乗動作の介助量を軽減する目的で、配置医、特養看護師、訪問看護師とともに検討し、理学療法士による訪問看護がスタートした。

図表Ⅱ-2　Ｂ特別養護老人ホームへの訪問頻度・滞在時間（単位；分）

ID2	日付	曜日	訪問時間	滞在時間（分）	訪問看護師数	合計（時間×訪問看護師数）
	9月26日	月	9:00～10:00	60	2	120
	9月28日	水	13:30～14:30	60	1	60
	10月3日	月	9:00～10:00	60	1	60
	10月5日	水	13:30～14:45	75	1	75
	10月12日	水	13:30～14:45	75	1	75
	10月17日	月	9:00～10:00	60	1	60
	10月24日	月	9:00～10:00	60	1	60
	10月31日	月	9:00～10:00	60	1	60
	11月7日	月	9:05～10:05	60	1	60
	11月14日	月	9:05～10:15	70	1	70
	11月21日	月	9:00～10:10	70	1	70
	11月28日	月	9:00～10:00	60	1	60
	12月5日	月	9:00～10:00	60	1	60
	12月12日	月	9:00～ 9:30	30	1	30
	12月19日	月	9:00～10:00	60	1	60
	12月26日	月	9:00～10:00	60	1	60
	1月23日	月	9:00～10:15	75	1	75
	回数　合計(回)			17		17
	滞在時間　合計(時間)			17.6		18.6
	1回あたりの訪問時間			1.0		

＊　訪問看護開始されてから２週間は、週２回訪問となっている。

ＩＤ３は、多発性脳梗塞後遺症で嚥下障害があり、誤嚥性肺炎のリスクが高く、食事中も時折むせ込んでいた。このため呼吸機能維持目的で在宅酸素療法0.5L/min 施行中で、日中の臥床時間も長く、流涎もみられ口腔内の清潔度も低い状態であった。特養スタッフは、食事介助後、口腔ケアを行い口腔内の保清に努めていた。しかし、口腔ケアや食事介助についても適切に行われているのか特養スタッフの中でも常に疑問を抱きつつ関わっていた。そこで、誤嚥性肺炎の既往がある対象者の QOL 低下を防ぐ目的で、口腔ケアおよび、嚥下機能向上に関連したリハビリテーションによるアプローチが必要であることを配置医、特養看護師とともに検討し、具体的な実施に向けて訪問看護がスタートした。

図表Ⅱ -3　B特別養護老人ホームへの訪問頻度・滞在時間（単位；分）

ID3	日付	曜日	訪問時間	滞在時間（分）	訪問看護師数	合計（時間×訪問看護師数）
	9月27日	火	12:00～13:30	90	1	90
	9月30日	金	12:00～13:50	110	1	110
	10月4日	火	13:30～14:30	60	1	60
	10月7日	金	13:30～14:30	60	1	60
	10月11日	火	12:00～13:30	90	1	90
	10月14日	金	12:30～13:30	60	1	60
	10月18日	火	12:10～13:10	60	1	60
	10月21日	金	13:30～14:30	60	1	60
	10月28日	金	13:30～14:30	60	1	60
	11月1日	火	10:30～13:00	180	1	180
	11月8日	火	10:45～11:45	60	1	60
	11月15日	火	10:45～11:45	60	1	60
	11月22日	火	10:45～11:45	60	1	60
	12月6日	火	10:45～11:45	60	1	60
	12月13日	火	11:00～12:30	90	1	90
	12月20日	火	11:00～12:00	60	1	60
	12月27日	火	11:00～12:00	60	1	60
	1月10日	火	10:45～11:45	60	1	60
	1月17日	火	10:45～11:45	60	1	60
	1月24日	火	10:40～11:40	60	1	60
	回数　合計（回）			20		20
	滞在時間　合計（時間）			24.3		24.3
	1回あたりの訪問時間			1.2		

＊　訪問看護開始されてから４週間は、週２回訪問となっている。

⑶ Ｃ特別養護老人ホーム・Ｃ訪問看護ステーション

訪問看護ステーションから特別養護老人ホームへの訪問は、週２回、１回あたり平均滞在時間は60分（１時間）で、合計訪問回数は37回であった。訪問看護師１人で訪問する体制をとり、下肢に浮腫、赤みがあり移乗、移動時に介護の手間がかかるが時間がかけられない、夜間大声や奇声を発し、夜間の職員体制の中でなかなかアセスメントできないＩＤ４を選定し、下肢のリンパマッサージ、夜間の大声や奇声のアセスメントを中心に関わりをもつこととした。

訪問開始後、ＩＤ４の主治医から下肢の浮腫、赤みに関しては、看護ケアを集中させるほうがより効果がでるのではないかとのアドバイスをいただき、訪問看護ステーションの看護師、特別養護老人ホームの看護師とも相談し、訪問看護の特別指示書をもらい２週間は集中して訪問看護が介入した。

図表Ⅱ-4　Ｃ特別養護老人ホームへの訪問頻度・滞在時間（単位；分）

ID4	日付	曜日	訪問時間	滞在時間（分）	訪問看護師数	合計（時間×訪問看護師数）
	9月14日	水	13:50～14:50	60	1	60
	9月15日	木	9:30～10:30	60	1	60
	9月16日	金	11:50～11:59	59	1	59
	9月17日	土	10:30～11:35	65	1	65
	9月20日	火	9:55～10:50	55	1	55
	9月21日	水	10:50～11:35	45	1	45
	9月22日	木	14:50～15:50	60	1	60
	9月23日	金	10:30～11:35	65	1	65
	9月24日	土	11:00～12:00	60	1	60
	9月26日	月	10:40～11:39	59	1	59
	9月29日	木	10:30～11:30	60	1	60
	10月4日	火	9:55～10:50	55	1	55
	10月6日	木	9:50～10:50	60	1	60
	10月11日	火	11:00～12:10	70	1	70
	10月13日	木	10:30～11:30	60	1	60
	10月18日	火	10:30～11:30	60	1	60
	10月20日	木	10:30～11:30	60	1	60
	10月25日	火	10:30～11:30	60	1	60
	10月27日	木	10:30～11:30	60	1	60
	11月1日	火	10:30～11:30	60	1	60
	11月3日	木	10:00～11:00	60	1	60
	11月8日	火	13:00～14:00	60	1	60
	11月10日	木	10:00～11:00	60	1	60
	11月15日	火	10:30～11:30	60	1	60
	11月17日	木	10:00～11:00	60	1	60
	11月22日	火	10:00～11:00	60	1	60
	11月24日	木	10:00～11:00	60	1	60
	11月29日	火	10:00～11:00	60	1	60
	12月1日	木	10:00～11:00	60	1	60
	12月6日	火	10:45～11:45	60	1	60
	12月8日	木	10:00～11:00	60	1	60
	12月13日	火	10:00～11:00	60	1	60
	12月15日	木	10:25～11:24	59	1	59
	12月20日	火	10:25～11:24	59	1	59
	12月22日	木	10:25～11:24	59	1	59
	12月27日	火	10:25～11:24	59	1	59
	12月29日	木	10:25～11:24	59	1	59
	回数　合計（回）			37		37
	滞在時間　合計（時間）			36.8		36.8
	1回あたりの訪問時間			1.0		

＊特別訪問看護指示書期間9月13日から10月12日

⑷ D特別養護老人ホーム・D訪問看護ステーション

訪問看護ステーションから特別養護老人ホームへの訪問は、定期的に週２回、１回あたり平均滞在時間は72分（1.2時間）で合計訪問回数は35回であった。訪問看護ステーションからは１人の職員（作業療法士）が訪問する体制をとり、看護職では専門性が不十分なリハビリテーションを中心に関わりをもつこととした。入居者の選定については、リハビリテーションが必要であると思われ、日常生活動作に改善が期待される入居者を対象とした。対象者は当初２人を選定し、それぞれの入居者に対し週１回の頻度で介入した。しかし、１人の入居者が死亡したため、その後対象者を３人とし、うち入居者１人は週１回、残り２人は隔週１回で介入した。隔週１回で介入した入居者は、特養看護師から、単発でＯＴに相談をしていた入居者である。

特別養護老人ホームには、リハビリテーションの専門職の配置なく、実際にＯＴが訪問すると、特養看護師からは、対象外の入居者についても相談が寄せられた。その相談についてＯＴから、アドバイスがあった。

図表Ⅱ-5　D特別養護老人ホームへの訪問頻度・滞在時間（単位；分）

対象	日付	曜日	訪問時間	滞在時間（分）	訪問看護師数	合計（時間×訪問看護師数）
ID5	9月13日	火	10:45～12:05	80	1	80
ID6	9月15日	木	10:45～12:10	85	1	85
ID5	9月20日	火	10:45～12:10	85	1	85
ID6	9月22日	木	10:45～12:10	85	1	85
ID5	9月27日	火	10:40～12:10	90	1	90
ID8	9月29日	木	10:45～12:10	85	1	85
ID5	10月6日	木	10:45～12:00	75	1	75
ID7	10月7日	金	10:45～12:00	75	1	75
ID8	10月13日	木	10:45～12:00	75	1	75
ID6	10月14日	金	10:45～12:15	90	1	90
ID8	10月18日	火	10:45～12:00	75	1	75
ID6，9	10月20日	木	10:45～12:15	90	1	90
ID9	10月25日	火	10:45～12:05	80	1	80
ID7，9	10月27日	木	10:45～12:15	90	1	90
ID8	11月1日	火	10:45～12:00	75	1	75
ID6	11月2日	水	10:45～12:15	90	1	90
ID6	11月8日	火	10:50～12:20	90	1	90
ID7	11月10日	木	10:40～11:45	65	1	65
ID6，9	11月15日	火	10:45～12:15	90	1	90
ID8，10	11月17日	木	10:45～12:10	85	1	85
ID9,10,11	11月22日	火	10:50～12:10	80	1	80
ID6	11月24日	木	10:45～12:05	80	1	80
ID7	11月29日	火	10:45～11:55	70	1	70
ID6	12月1日	木	11:00～12:10	70	1	70
ID8	12月6日	火	10:40～11:50	70	1	70
ID6	12月8日	木	11:00～12:00	60	1	60
ID7	12月13日	火	10:50～11:50	60	1	60
ID6	12月15日	木	11:00～12:00	60	1	60
ID8	12月20日	火	10:50～11:50	60	1	60
ID6	12月22日	木	11:00～11:50	50	1	50
ID7	12月26日	月	10:50～11:50	60	1	60
ID6	12月27日	火	10:50～11:50	60	1	60
ID8	1月5日	木	11:00～12:00	60	1	60
ID6	1月10日	火	11:00～12:00	60	1	60
ID7	1月12日	木	10:55～11:50	55	1	55
	回数　合計（回）			35		35
	滞在時間　合計（時間）			43.5		43.5
	1回あたりの訪問時間			1.2		

⑸ Ｅ特別養護老人ホーム・Ｅ訪問看護ステーション

特別養護老人ホームへの訪問は、週２回、１回あたり平均滞在時間は約60分（１時間）であった。１人体制を基本としたが必要に応じて２人体制で対応した。合計訪問回数は、ＩＤ12が22回、ＩＤ13は途中入院したためが６回だった。

ＩＤ12は、肺炎で入院治療中に褥瘡が生じ医療ニーズも高いため選定した。褥瘡処置の方法のほかにも、排泄、食事、体位など日常生活のケアを総合的にアセスメントする必要であり、訪問看護師と共に認定看護師も介入し褥瘡の治癒の改善をめざした。

ＩＤ13は、左腎膿瘍にて尿路感染を繰り返しており尿管ステント挿入中、またパーキンソン症状で嚥下困難、運動機能低下もあった。そのため、医療機関での治療継続中であった。訪問看護師は医療機関の医師、歯科医師会の在宅歯科医療連携室サービスの歯科衛生士などとの地域のネットワークを活用し、特養看護師と共に尿管カテーテルの管理、水分摂取、嚥下訓練など、尿路感染の予防のためのケアを行なった。

図表Ⅱ-6　Ｅ特別養護老人ホームへの訪問頻度・滞在時間（単位；分）

ID12	日付	曜日	訪問時間	滞在時間（分）	訪問看護師数	合計（時間×訪問看護師数）
	9月21日	水	11:00～11:50	50	2	100
	9月26日	月	10:40～11:40	60	1	60
	9月29日	木	11:20～12:05	45	2	90
	10月3日	月	11:15～12:00	45	2	90
	10月6日	木	11:35～12:00	25	2	50
	10月13日	木	11:15～12:00	45	1	45
	10月17日	月	11:00～12:00	60	1	60
	10月24日	月	10:40～11:50	70	1	70
	＊10月27日	木	10:30～12:30	120	2	240
	10月31日	月	10:30～11:20	50	1	50
	11月7日	月	11:00～12:00	60	2	120
	11月14日	月	11:00～12:00	60	2	120
	＊11月21日	月	14:00～15:00	60	2	120
	11月28日	月	11:00～12:00	60	1	60
	12月5日	月	11:00～12:00	60	1	60
	12月12日	月	11:00～12:00	60	1	60
	12月19日	月	11:00～12:00	60	1	60
	＊12月26日	月	13:00～15:00	120	2	240
	1月5日	木	11:00～12:30	90	1	90
	1月11日	水	11:00～12:30	90	1	90
	＊ 1月16日	月	14:00～15:30	90	2	180
	＊ 1月23日	月	14:00～15:30	90	2	180
	回数　合計(回)			22		22
	滞在時間　合計(時間)			24.5		37.3
	1回あたりの訪問時間			1.1		

＊印は皮膚･排泄ケア認定看護師と同行

図表Ⅱ-7　Ｅ特別養護老人ホームへの訪問頻度・滞在時間（単位；分）

ID13	日付	曜日	訪問時間	滞在時間（分）	訪問看護師数	合計（時間×訪問看護師数）
	9月21日	水	11:50～13:15	85	2	170
	9月29日	木	10:40～11:15	35	2	70
	10月3日	月	10:45～11:15	30	2	60
	10月6日	木	11:00～11:30	30	2	60
	10月13日	木	10:30～12:00	90	1	90
	10月17日	月	11:00～12:00	60	1	60
	回数　合計(回)			6		6
	滞在時間　合計(時間)			5.5		8.5
	1回あたりの訪問時間			0.9		

⑹ Ｆ特別養護老人ホーム・Ｆ訪問看護ステーション

訪問看護ステーションから特別養護老人ホームへの訪問は、定期的に週１回、１回あたり平均滞在時間は60分（１時間）で、２つのユニット（入所者10人）から、１人毎を対象として訪問した（入居者１人あたり１回約30分）。

訪問看護ステーションから４人の職員が２人ずつ交替で訪問する体制をとり、比較的医療ニーズの高いユニットで看護上時間を要する皮膚処置 (瘻孔・褥瘡) を中心に関わりをもつこととした。

図表Ⅱ -8　Ｆ特別養護老人ホームへの訪問頻度・滞在時間（単位；分）

ID14	日付	曜日	訪問時間	滞在時間（分）	訪問看護師数	合計（時間×訪問看護師数）
	9月8日	木	9:30～10:00	30	2	60
	9月15日	木	9:30～10:00	30	2	60
	9月22日	木	10:15～10:30	25	2	50
	9月29日	木	10:00～10:30	30	2	60
	10月 6日	木	10:00～10:30	30	2	60
	10月13日	木	10:00～10:30	30	2	60
	10月19日	水	9:30～10:00	30	2	60
	10月26日	水	9:30～10:00	30	2	60
	11月 2日	水	10:00～10:30	30	2	60
	回数　合計(回)			9		9
	滞在時間　合計(時間)			4.4		8.8
	1回あたりの訪問時間			0.5		

図表Ⅱ -9　Ｆ特別養護老人ホームへの訪問頻度・滞在時間（単位；分）

ID15	日付	曜日	訪問時間	滞在時間（分）	訪問看護師数	合計（時間×訪問看護師数）
	9月 8日	木	10:00～10:30	30	2	60
	9月15日	木	10:20～10:50	30	2	60
	9月22日	木	10:40～11:15	35	2	70
	9月29日	木	9:30～10:00	30	2	60
	10月 6日	木	9:30～10::00	30	2	60
	10月13日	木	9:30～10::00	30	2	60
	10月19日	木	10:00～10:30	30	2	60
	10月26日	水	10:00～10:30	30	2	60
	11月 2日	水	9:30～10:00	30	2	60
	11月10日	木	9:30～10:30	60	2	120
	11月17日	木	9:30～10:30	60	1	60
	11月24日	木	9:30～10:30	60	1	60
	11月30日	木	9:30～10:30	60	1	60
	12月15日	木	9:30～10:30	60	1	60
	12月22日	木	9:30～10:30	60	1	60
	12月28日	水	9:30～10:30	60	1	60
	回数　合計(回)			16		16
	滞在時間　合計(時間)			11.6		17.2
	1回あたりの訪問時間			0.7		

3）介入の実際事例

事例１　多職種協働によるリハビリテーションによって対象者の持つ力が引き出された事例

事例２　車椅子での生活中心の対象者に理学療法士が訪問介入した事例

事例３　嚥下リハビリテーションを実施し開口状態の改善があった事例

事例４　リンパマッサージ効果により ADL の改善があった事例

事例５　車椅子での座位保持と食事摂取動作に改善がみられた事例

事例６　下肢の筋力低下が進行する中で悪化が防げた事例

事例７　立位がスムーズになり介護の労力が減った事例

事例８　身体を動かすことにより、痛みの訴えがなくなった事例

事例９
事例10
事例11　訪問看護（作業療法士）がピンポイントで介入した３事例

事例12　認定看護師の介入による褥瘡改善の効果があった事例

事例13　尿路感染の予防および嚥下機能の改善に向けての事例

事例14　臀部の巨大瘻孔への介入を行った事例

事例15　褥瘡発生要因のアセスメントを行い、褥瘡が軽快した事例

事例１　　多職種協働によるリハビリテーションによって対象者の持つ力が引き出された事例

１．事例紹介（ID １）

90歳代､女性。要介護度５､寝たきり度Ｃ２､認知症自立度Ⅲｂ。診断名は､慢性呼吸不全、高血圧、脳梗塞後遺症（左不全麻痺)、認知症。ADL は全てにおいて全介助である。全身の拘縮および筋緊張が亢進している状態であり、更衣やオムツ交換等のケアに困難さを生じている。覚醒時は『あーあー』と発声しており、それにより全身の筋緊張がさらに亢進している状態である｡介助者の声かけに対して反応あるものの､発語不明瞭のため聞き取りにくく、『あーあー』という返答も多いため、意思疎通は成立しにくい。また、覚醒時でも閉眼している時間が多く、視覚刺激が乏しい状態である。

２．訪問看護介入の必要性

対象者は、明らかな全身の筋緊張と関節可動域の制限が認められていた。対象者が常に発声することで筋緊張を増強させていること、さらに休息がとれていないことを心配し、特養では声の多い時間帯や痛みの有無等の緊張の原因をさぐってきた。しかし、発声のパターンが認められなかったこと、コミュニケーションが図りにくいこと、時間をとって１人に集中する時間が業務や人員の都合上で難しいこと、理学療法士のリハビリテーション（以下リハビリ）の専門家がいないことで介入が難しいこと等の状況があった。そのため、対象者の関節可動域の制限はすすみ自発運動も少ない状態になり、更衣等の ADL 介助にも困難さを要するようになっていった。

また、訪問看護介入前に対象者の家族と話し合いをもった。すると家族からは、対象者は自分で何も出来ないことによるストレスがあるかもしれないという心配があり、動かす時間と心のケア（関わる時間）が増えるのであればという理由で、訪問看護による介入を希望された。

以上をふまえ、対象者の全身の筋緊張を緩和させ関節可動域を拡大し、ADL 介助において介護者の負担を減らす必要があると考えらえた。そのためには、理学療法士も介入した訪問看護と特養看護師および介護士と協働しながら、リハビリを行うことを目的とした。

３．訪問看護計画・経過・評価

１）訪問看護計画

⑴　看護診断

全身の筋緊張状態

⑵　ケア実施項目

①理学療法士の評価（１回 / 月）のもと、リハビリプログラムを作成する。訪問看それに基づいてリハビリを実施する。

②リハビリ時は発声や表情に注意する。疼痛の有無を確認する。

③リハビリによって身体・呼吸に負荷がかかっていないか、バイタルサインおよび症状の出現に注意する。休息を入れながら行う。

④積極的に声かけを行い、コミュニケーションを図る。
⑤リハビリによる対象者の変化は写真をとり、特養職員とその変化を共有できるようにする。
⑥ポジショニング案の検討と提案を行う。

2）経過

⑴ 訪問開始時

身体面：理学療法士による全身の評価を行った。その結果、対象者は全身の筋緊張が高く、自発運動はほとんどないほぼ四肢麻痺の状態と考えた。リハビリの方針は、最も柔軟性が乏しい体幹からアプローチし、まずは上肢の可動性拡大を狙うことにした。そのためには筋緊張の緩和が必要であった。

精神面：常に閉眼して『あーあー』と発声している状況である。

介　入：理学療法士がリハビリプログラム（図表１）を作成し、それに基づいて訪問看護師がリハビリを行った。

図表 A-1　　リハビリプログラム

１．側臥位での体幹リラクゼーション
　①体幹が丸まるように前胸部と背部のマッサージ
　②筋肉が緩んできたら肩甲骨をゆっくり動かす
２．肩周囲と頸部の関節可動域運動
　①肩甲骨が動いてきたら脇の下に手を入れて体を上肢から話すように動かす
　②頸部はうなじ部分を軽くマッサージする
３．下肢と骨盤体の関節可動域運動
　①膝と大腿部を軽くマッサージして伸展等で左右の動きを出す
　②両下肢が無理なく曲がるようになったら一緒に曲げて看護師の足に乗せる
　③両手で骨盤を持って左右にゆすって動かす
　　（上半身が一緒に揺れないで骨盤だけが動くように）
４．端座位運動
　①ベッド端座位をとる
　　（看護師は対象者の背中側に位置して支える）
　②足底を床につけて体幹を前傾する／左右に重心移動する
　③対象者を後ろにもたれさせて体幹（背筋）を伸ばす
５．椅子座位運動
　※１２月７日より追加

⑵　訪問介入後

身体面：全身の筋緊張の緩和傾向が認められた。最も明らかな緩和が認められたのは右上肢であった。常に内転していた右肩関節は、自然と外転40度保持できている状態へ変化し、普段のケアでは血圧測定時や更衣時にその変化を感じられた。見た目にも右上肢と体幹の間に空間が出来ていた。さらに、上下肢の自発運動が認められるようになった。

介　入

①≪普段のケアの中に一工夫≫という視点で、特養介護士へ車椅子ポジショニングの提案を行っていった。さらに特養介護士リーダーとの話し合いから、特養介護士全員が共有できるように以下の方法が決まった。１つは、ポジショニング案は写真に残しておくこと、２つめはその写真を部屋に置いて確認しやすいようにすることであった。

写真Ａ－１　ポジショニング案と情報の共有

車椅子座位時のタオルを使用したポジショニング案

ベッド横にポジショニングの写真

②特養看護師は、業務内でリハビリ専用の時間をつくり、拘縮のある入居者に巡回できる体制をつくり活動を始めた。そこで、訪問看護の介入終了時は、特養看護師へ引き継ぎを行い、対象者へのリハビリを継続していくことが出来た。

③リハビリでは椅子座位の項目を追加した。すると、自ら右肘を動かして手すりに置く動作がみられ、約３分自力で座位を保持することが出来た。

写真Ａ－２　椅子座位時の様子

精神面：以前よりも対象者の発語は、意味のある単語が多くなり、コミュニケーションが図れることが増えるようになった。しかし、発語自体は明瞭でないために聞き取りにくく言葉による意思疎通は完全に図ることは出来なかった。

介　入：声かけをして積極的にコミュニケーションを図りながらのリハビリを行った。また体をさすったり手を握ったり等のタッチングを行う、歌を歌う等の出来るだけ対象者が安心出来るような時間を積極的に取り入れた。

図表Ａ－２　対象者の経過と家族の反応

日付	全体の介入と調整	対象者の身体面の変化	対象者の精神面の変化	家族の反応
介入前	・全体会議開催 出席者：特養職員 家族 訪問看護師			
9月20日	・訪問看護開始 ・リハビリプログラム作成	・全身の筋緊張が強い ・自発運動がほとんどない	・質問に対して『痛くない』『わからない』と返答する ・声を出している時も閉眼が続く	・（リハビリ）気持ちよさそうだった
10月		・右上肢の自発的な動作がみられる 例：腹部をさする／払いのける ・右上肢と体幹の間に隙間ができる （血圧測定時に力を入れて脇を開く必要がなくなる）		
11月	・中間会議開催 出席者：特養職員 訪問看護師	・握ったままの手が開きやすくなる	・挨拶すると『こんにちは』と返答する ・以前よりも言葉でのコミュニケーションが多くなる	・最近は落ち着いてきている
12月		・椅子座位は約3分間の自力保持可能になり、自ら右肘を手すりにおく動作がみられる	・穏やかな時はわずかに開眼する	・前より起きている時間がある ・大声は出ているが応答も良くなっている
1月			・椅子座位時には、自然としっかり開眼する．発声なし．訪問看護師と特養介護士が声かけしながら対象者の私物（ぬいぐるみ）を持って立つと見つめている。	・受け答えが良くなっている ・会話が多少増している（冗談が聞かれる）
2月1日	・特養看護師へリハビリの引き継ぎを行う ・訪問看護終了			・寝ている時や車椅子に座っている時、体の力が抜けて楽な姿勢になっている様にみえる ・会話は増え応答もしっかりしてきた（何が言いたいのか聞き取りにくいのが残念）

3）評価指標

⑴ 全身の筋緊張と関節可動域の評価

①数値による客観的評価（評価者：理学療法士）

・ 関節可動域

・ 筋緊張：Modified Ashworth Scale（MAS）を使用する。これは、他動的に関節を動かした時の筋緊張の程度を示す評価スケール

図表Ａ－３ MAS（他動的に関節を動かした時の筋緊張の程度）

点数	評価内容
0	筋緊張の増加なし
1	軽度の筋緊張増加あり
2	1よりもはっきりとした筋緊張増加が、ほぼ全可動域を通して認められるが、患部は容易に動かす事が出来る
3	かなりの筋緊張の増加あり、他動運動は困難である
4	患部は固まっていて、屈曲あるいは伸展できない

②観察による評価（評価者：訪問看護師、理学療法士、特養介護士）

関わりの中での対象者の様子（自発運動、発声、疼痛の有無等）

③ケア負担からの評価（評価者：特養介護士）

更衣、入浴、おむつ交換、車いす移乗の負担度の変化をアンケートで評価する

⑵ 対象者のコミュニケーション能力の評価

意思疎通が図れるか

意味のある単語（文章）の有無

4．訪問看護介入の結果

1）訪問看護サービスが入ったことによる変化

⑴ 対象者の関節可動域の拡大

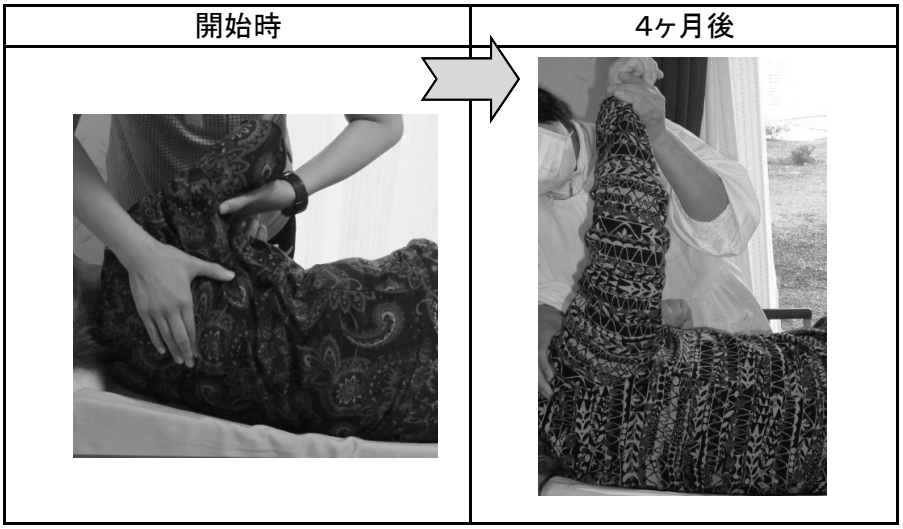
訪問開始時と比べると、残存していた関節可動域が筋緊張の緩和によって引き出され、関節可動域の拡大する結果が得られた。特に精神的に安定している時（例：『あーあー』と発声が続いていない）には、筋緊張の緩和が明らかに認められた。

図表Ａ－４ 対象者の関節可動域と筋緊張の変化

			9月21日	12月7日	2月1日	最終評価
肩関節/外転	可動域	右	40°	80°	80°	改善
		左	20°	60°	60°	改善
	筋緊張※1	右	3	2	2	改善
		左	3	3	2～3	改善
股関節/伸展	可動域	右	－40°	－30°	－30°	改善
		左	－10°	－5°	－5°	改善
膝関節/伸展	可動域	右	－40°	－40°	－30°	改善
		左	－30°	－10°	－10°	改善
足関節/背屈	可動域	右	－10°	－10°	－10°	不変
		左	－10°	－10°	－10°	不変

※1 筋緊張はMAS（図表A-3）スケールにて評価

写真Ａ－３　右上肢における最大可動域の拡大



(2)　対象者の自発運動の増加

筋緊張の緩和と関節可動域が拡大したことによって、対象者の自発運動が増加する結果が得られた。上肢は右側、下肢は左側を中心として自発運動がみられるようになった。訪問看護中は、下肢を蹴る動作、座位時に右上肢を動かして椅子の肘掛けに置くような動作がみられた。

最も対象者に接する時間の長い特養介護士からは、上肢を中心とした動きを確認できている結果が得られた。

図表Ａ－５　特養介護士からみた対象者の変化

n=6

質問項目	動きの変化			
	増えた	少し増えた	変わらない	減った
手を動かすことが増えましたか	0	6	0	0
足を動かすことが増えましたか	0	1	5	0
目を開けることが増えましたか	0	2	4	0
言葉を話すことが増えましたか	0	1	5	0

(3)　特養介護士のケア負担の軽減

「更衣」、「入浴」、「車椅子移乗」のケア項目において、特養介護士全員から「行いやすい」または「少し行いやすい」という結果が得られた。「オムツ交換」においては、「変わらない」の結果が多かった。

図表Ａ－６　特養介護士の ADL における負担度の変化

n=6

ADL項目	負担の変化				
	行いやすい	少し行いやすい	変わらない	難しくなった	無回答
更衣	1	5	0	0	0
入浴	0	5	0	0	1
オムツ交換	0	2	4	0	0
車椅子移乗	0	6	0	0	0

⑷ 対象者のコミュニケーション能力の高まり

対象者のコミュニケーション能力が高まる結果が得られた。訪問看護の関わりの中では、訪問開始時と比べて『あーあー』という言葉ではなく、意味のある単語および文章での発言が多くなっていた。家族からも同様の結果が得られたが、特養介護士からは言葉の増加の効果を感じる結果が得られなかった。

⑸ 家族の満足度の向上

対象者の家族（息子夫婦）からは、『起きている時間が長くなった』、『楽な姿勢になっている様にみえる』、『会話が増え応答はしっかりしてきた』等の言葉がきかれた。以上より、対象者の身体面および精神面の両方における変化に対して、満足度が得られている結果が得られた。

２）特養看護師への影響

介入開始から３カ月後、拘縮のある入居者に対してリハビリが行えるように、特養看護師によって巡回体制が整備された。これは特養看護師が、対象者の身体の変化を確認したことで、リハビリの必要性を感じられたことが契機となった。また、リハビリ巡回開始による入居者の変化を確認すると、『手が伸びるようになった』、『何人か効果が出てきている』と効果が現れている結果が得られた。

３）訪問看護師への影響

対象者に関わった訪問看護師は、施設へ入所する高齢者に対する理解が高まった。訪問看護ステーションでは、高齢者専用賃貸住宅等の施設型の住居へ訪問する機会があり、その時にリハビリテーションおよび関わり方を改めて考え対応していこうとする意識につながった。

５．介入に対する考察

１）訪問看護師

対象者に対するリハビリの効果は、上肢を中心として効果が得られる結果となった。

はじめは訪問看護と特養看護師・介護士とも強い拘縮かと推測していたが、筋緊張の緩和によって本来もっていた可動域が引き出された結果が得られた。筋緊張の緩和は、理学療法士による専門的な身体評価とプログラム、訪問看護師の集中的なリハビリの時間、特養看護師および介護士による ADL やポジショニングに対する関わりの結果といえる。また､コミュニケーション能力の高まりもみられてきていたことから、対象者の精神的な安定感が筋緊張を緩和させ、自分から動きたいという意欲を引き出すことができたと考えられる。ただし、下肢においては上肢ほどの効果が得られなかった。これは、上肢と比べて筋緊張に左右された可動域制限ではなく、強い拘縮があるためと考えらえる。以上より、拘縮と決めつけず、多職種の連携によるリハビリ介入は必要といえる。

また、対象者は訪問開始時よりも言葉や自発運動が増えていたが、『あーあー』という声は続く結果となった。その声は痛みなのか、誰かを呼んでいるのか、座りたいのか、この声の意味をさぐっていく作業が必要であり、今回の調査で十分に検討できなかった部分であ

り、今後の課題と考えられる。

2）特養看護師

特養看護師からは、リハビリの効果を実感する評価が得られた。対象者の可動域制限は拘縮かと推測していたが、介入によって身体は変化することがわかった。また、本調査による効果が特養看護師の意識の変化の契機となり、拘縮のある入居者を対象としてリハビリローテーションをまわる仕組みもつくった。これにより、さらにリハビリの効果を実感する結果となっている。しかし、A 特養では理学療法士が滞在していないため、今後の対象者の変化にどのように対応していくべきかという不安があり、今後の課題といえる。

3）研究者

本調査の結果、特養の入居者に対するリハビリの効果が得られた。この効果の要因としては、理学療法士という専門家の存在、リハビリに集中できる時間をもてたこと、特養看護師・介護士のリハビリやケアに対する意識が高まったことが考えられる。特に特養介護士においては、更衣等に「身体が動かしやすくなった」というケアと関連していたことが、リハビリの効果を感じられることにつながったと推測される。また、特養看護師においては、集中してリハビリしたくてもその人数と時間がない、というジレンマをかかえながら日々業務しており、さらに専門性を求めていることも明らかとなった。以上より、特養における訪問看護は、看護師の業務負担の分担という点だけでなく、専門性をもった訪問看護師および理学・作業療法士の介入という質を追求していくことが必要と示唆された。

事例２　　車椅子での生活中心の対象者に理学療法士が訪問介入した事例

１．事例紹介（ID ２）

80歳代、男性。要介護度３、寝たきり度Ａ１、認知症自立度Ⅲａ。平成23年１月時点で長谷川式スケールは14点であった。左視床下部出血で右上下肢麻痺となり、その後、脳梗塞による後遺症で構音障害が出現した。言葉のもつれはあるが、意志の疎通は良好で現在コミュニケーションは問題なくとれている。性格は几帳面でのんびりとしていて、時間にはきっちりとしている。入居後は日中を車椅子で過ごしている。車椅子は自力走行可能であるが、脳血管障害の後遺症による筋力低下の進行や自力動作に対しての意欲低下もみられ、両膝の伸展時に痛みを訴え起立や移乗動作は困難であった。家族の面会は、主に妻、長女が中心で１週間に１回～２回の頻度である。

２．訪問看護介入の必要性

１）上下肢筋力低下について

特養看護師は、対象者の上下肢訓練や起立動作への働きかけが重要であるとの共通認識を特養スタッフとともに把握はできているが、特養入居者ひとりひとりへのリハビリテーション（以下リハビリ）に介入する十分な時間は難しく、継続できず厳しい状況であった。また、対象者は専用の短下肢装具を持っているが、介入前は装着せず過ごしていた。今回、脳血管障害後遺症の右麻痺や左下肢筋力の低下による起立・立位・移乗動作能力の低下に対しては、廃用症候群の予防ために対象者の下肢筋力の維持を目指し、特養スタッフの介助量を軽減させ、環境調整していくことを目的とした。さらに、効果を高めるには、専門知識をもつ訪問看護ステーションの理学療法士によるリハビリの介入が必要であると考えられた。

２）構音障害について

コミュニケーションのやりとりは十分可能であるが、構音障害による発話のしづらさから、少しでも発話をスムーズにする目的で、訪問での会話を通して発声持続の訓練につながる構音障害改善への働きかけが重要と考えられた。発話機能への直接アプローチと残存する能力を有効に活用させる介入が必要である。

３）意欲低下について

対象者は、特別養護老人ホーム（以下特養）に入所する前、在宅療養にて訪問リハビリや通所リハビリ（デイケア）のサービスを利用し、以前入院していた施設でも平行棒内での歩行訓練などを中心に行っていた。そのため、特養でのリハビリの継続を希望していたが、特養看護師が専門的に機能訓練を行うことは時間的に難しく実施できない現状があった。そこで、対象者の意欲を尊重するため介入の必要性が高まった。

３．訪問看護計画・経過・評価指標

１）訪問看護計画

⑴　看護計画（理学療法士）

＃１．脳出血・脳幹梗塞後の右片麻痺、左下肢筋力低下による起立・立位・移乗動作能力

の低下

目標：下肢の筋力強化による起立・立位・移乗動作の介助量軽減

Ｏ－Ｐ

① バイタルサイン
② 麻痺随意性の程度
③ 下肢痛の有無
④ 関節可動域制限
⑤ 筋力の程度
⑥ 起立・立位動作能力
⑦ 移乗動作能力

Ｔ－Ｐ

① 四肢ストレッチ（両下肢全般、右上肢全般）
関節可動域練習（両股、膝、足関節、足趾関節、右肩、肘、手関節）
② 下肢筋力強化練習
③ 起立・立位動作練習
④ ベッドから車椅子移乗動作練習
⑤ 端坐位保持訓練
⑥ ベッド・車椅子の高さ調整
⑦ 移乗動作の介助方法

＃２．脳血管疾患後の構音障害による発話のしづらさ

目標：少しでも発話しやすくなる

Ｏ－Ｐ

① 発声状態
② 疲労の有無

Ｔ－Ｐ

①発声練習

⑵ 具体的援助内容

図表Ｂ－１　　ケアの内容と実施状況

訪問日：毎週月曜日

	ケアの内容	9月	10月				11月				12月				1月				介入時間（単位：分）
		4週	1週	2週	3週	4週	1週	2週	3週	4週	1週	2週	3週	4週	1週	2週	3週	4週	
状態観察	バイタル測定	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→		○	→				○	5
	心身の状態観察	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→				○	
	声かけ、タッチング、談話	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	随時
リハビリテーション	ROM訓練	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→		○	→				○	10
	四肢ストレッチ	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→		○	→				○	10
	起立～立位動作訓練	○	→	→	→	→	○	→	→					○				○	10
	ベッド～車椅子移乗	○	→	→	→	→	○	→	→					○				○	5
	端座位保持訓練									○			○						(5)
	発声練習	○	→	→	→	→	→	→	→									○	5
日常生活援助	移乗動作の介助方法	○	→	→	→		○	→	→					○				○	5
	ベッド・車椅子の高さ調整	○	→	→		○													5
訪問1回あたりの介入時間																			60

① バイタルサイン・一般状態観察

高血圧症があるため、収縮期血圧は、訪問時平均150mm/Hg 前後で血圧が高い。訪問時は眠気があるようで虚ろな表情が多く、声かけにより開眼しリハビリが開始される状況であった。

② 上下肢筋力強化訓練・四肢ストレッチ練習・両膝 ROM 訓練

右片麻痺は軽度に随意性がみられ、右下肢の筋力は低下している。左下肢も筋力低下があることから、先ず全身のリラクセーションの試みとして四肢ストレッチ練習を行った。また、両膝の関節は共に伸展制限があり痛みがあった。そのため起立・立位・移乗動作に影響がみられ、これら一連の動作が困難で能力低下がみられた。

リハビリに対する意欲はあるが、麻痺側も非麻痺側も筋緊張が高いため、ベッド上でストレッチや ROM 訓練を行い、少しでも緊張を緩めてから離床し起立練習へと繋げていこうと考えた。

③ 起立・立位動作練習

起立・立位動作の訓練を実施したが、３回で疲労がみられた。車椅子やトイレの移乗動作時の起立は、なるべくお辞儀をしながら行うよう促した。

④ ベッド、車椅子高さ調整

対象者は、身長174センチ、体重63キロと大柄な体格であるが、ベッドの高さや車椅子が体型に合ったものではなく、ベッドや車椅子の座面の高さもやや低目だったため、調整検討の必要性があった。車椅子については対象者の身体機能と下腿の長さに合わせ安全性を考慮し、新しいクッション（厚め）を座面に敷くことを試み経過観察を継続した。車椅子駆動時は徐々に滑りやすくなることも考えられ、安全確保のため特養スタッフに注意喚起を促した。11月初旬、床に落ちた髭剃りを対象が自ら取ろうとした際に、車椅子ごと転倒するというトラブルが生じた。座面の高さが影響を及ぼしたとは考えにくいが、車椅子座面は検討し通常通りに戻した。

⑤ 端坐位保持訓練

ベッド上端坐位保持は、見守りにて可能であり両手保持にてバランスがとれている。前傾になり転倒・転落を防ぐため常に見守りを行い、転倒することのないように周知徹底を図った。

⑥ 移乗動作の介助方法

対象者は、全身の筋緊張があり体型も大柄なため、移乗動作は介助量が多かった。

したがって、起き上がり動作、車椅子への移乗動作に対する介助量の軽減を図り、特養スタッフへの助言を行った。

⑦ 発声練習

呼吸状態、発声状態を観察し、呼吸練習や舌の運動、発声練習を実施した。

2）経過

⑴ 一般状態

10月下旬、不調の訴えはないものの、１週間近く血圧が高い状態が続き、声かけに対し反応が鈍く疲労がみられていた。11月中旬、収縮期血圧は140mmHg 前後で安定していたが、11月下旬、風邪気味とのことで咳嗽もみられた。

12月中旬、話しかけると開眼し、応答するがすぐにいびき様に眠ってしまうことが多かった。両下肢ともに過緊張状態が続き、風邪症状に対しては点滴療法が施行された。日中、一時的なせん妄があり、ベッド柵をはずし自らベッドから降りようとして転落してしまったというトラブルがあった。内容の曖昧な発言もあり不安定な状態であったが、介入して３か月が経過し徐々に調子を取り戻して、１月下旬には状態の変化はみられず、落ち着いた様子であった。

⑵ 車椅子の調整

座面のクッションには滑り止めマットが敷かれ、この状態を保持した。環境面のアセスメントを同時に行い、特養スタッフに車椅子フットプレートの高さ調整とタイヤの空気入れを依頼した。10月下旬、車椅子座面にクッションを２枚重ね、姿勢が過度に傾斜するようなら、クッションを１枚外すことを特養看護師に申し送った。11月中旬、離床し座位保持はできるがバランスは不安定であった。対象者は自力での駆動が行えるため、自室の入り口で車椅子に傾斜して座位姿勢のバランスを崩し、身動きできない状態で座っている場面を特養スタッフは何度か見ており、このことについて右への傾きが強いのは、車椅子が体型に適合していないのも要因の１つではないかという特養スタッフからの意見もあった。

⑶ 起立・立位動作、ベッドから車椅子移乗

手すりにつかまり、起立から立位になる動作には慣れたようだが疲労が見られた。ベッド端坐位から起立後は、少しずつ自力動作を発揮し、体幹から下肢の伸展が可能となった。また、ベッドから車椅子移乗は一人で介助可能であったが、起立動作が緩慢でなかなか立てず、車椅子からのベッド移動は２人介助にて実施し、介助量が多い場合もあった。短下肢装具を装着してから介入２ヶ月が経過し、起立・立位動作の練習では３回目になると疲労の様子が窺え､左上肢に震えがみられた。11月中旬､手すりにつかまり、起立・立位練習を実施した際、膝関節の完全伸展はできなかったが、介助にて３回は可能であった。11月下旬、左下肢筋力の低下がみられ外旋位になり、大腿部後面の筋肉である大腿二頭筋（ハムストリングス）の短縮が生じていた。起居動作の介助や車椅子への移乗は回転動作が加わるため介助が容易ではなかった。しかし、日によっては意欲的な姿勢もみられ自ら手すりにつかまり、軽度の介助で立ち上がりが可能となり伸展位の協力が得られた。

⑷ ベッド上にて ROM 訓練・ストレッチ練習

10月下旬に１週間近く血圧が高い状態が続いたため、特養看護師と相談し、ROM 訓

練とストレッチを中心にベッド上でリハビリを実施することにした。12月中旬、四肢ストレッチ・ROM 訓練・端坐位練習まで実施できるようになった。端坐位保持は見守りにて可能であった。

⑸ 発声練習・発語会話コミュニケーション

発声練習を継続したが、11月上旬、全身過緊張傾向で発話聞き取りにくいことがあった。11月下旬、発声は大きく出すことができるが疲労感みられ、12月中旬、会話対応のみの訪問日もあり、会話を試みたが発話は不明瞭で内容も曖昧な印象であった。「飲みすぎた・・」などの意味不明な発言があった。12月下旬は、発話内容も以前より曖昧ではない様子であった。

図表Ｂ－２　一般状態と動作能力の変化

経過	リハビリの意欲	疲労（リハビリ後）	呼吸苦の有無	仰臥位→座位	ベッド端坐位保持	起立動作	立位保持	ベッド→車椅子	ことばの呂律	発声の程度	車椅子自力走行	関節可動域（左膝関節伸展）
初回訪問時	有	有	無	○	○	×	×	○	有	良好	△	−15°
1ヵ月後	有	有	無	○	○	△	△	○	有	良好	△	
2ヵ月後	有	有	無	○	△	△	△	○	有	良好	△	
3ヵ月後	有	有	無	○	△	△	△	○	有	良好	△	
4ヵ月後	有	有	無	○	○	△	△	○	有	良好	△	−20°

○:介助にて可能　　△:介助にてやや可能　　×:不可

３）評価指標

①大腿二頭筋（大腿後面）の短縮
②両膝の関節可動域（ROM）
③起立・立位動作
④日常生活動作（移乗動作の介助量）
⑤発声・発話の程度
⑥意欲

4．訪問看護介入の結果

1）訪問看護サービスが入ったことによる変化

①大腿二頭筋の短縮

対象者は四肢緊張が強く、起立・立位保持の訓練とストレッチを行ったが、特に大腿二頭筋の緊張が強く短縮がみられ、筋の弾力性を増す効果は期待できなかった。

②関節可動域（ROM）

両下肢ともに筋緊張の亢進がみられ下肢の振戦があり、特養スタッフによるおむつ交換時、右足大腿部の痛みの訴えが時折あった。左膝関節伸展については関節可動域訓練を実施したが、過緊張状態が続き関節可動域は若干介入時よりも後退し、顕著な効果はみられなかった。また、両足関節の背屈も介入前と変化はなく可動域制限があり効果がみられず、左股関節はやや拘縮し左下肢外旋位は改善しなかった。

③起立・立位動作、移乗動作

移乗動作は特に著変なく、訪問での３回練習は達成できていた。　立ち上がり動作や立位保持も介助を要するが以前より安定した。訪問以外では入浴での衣類着脱の際には手すりにつかまり、安定して立位が保持できていた。

④日常生活動作（移乗の介助量）

対象者はラジオ体操に参加し、上肢を動かす動作も見受けられた。ホールへ移動して自分で髭を剃る整容行動もとれていた。特養スタッフの介助量の軽減には至らなかったが、移乗動作の方法について助言によって、対象者に見合った適切な介助ができ両者の安全につながった。

⑤発声・発話の程度

離床すると発声が行いやすく、特養スタッフに「おはよう」と自ら声掛けする姿も見受けられ、呂律がまわらない状態に変化はないが、発話のしづらさは改善した。

⑥対象者の意欲

介入前は使用していなかった短下肢装具を、理学療法士介入後は車椅子に乗ると必ず自ら装着し、装着の必要性を認識できていた。リハビリに対しても楽しみにして取り組み、「運動したよ」という嬉しそうな言動から、達成感を得ている様子で意欲向上がみられた。

2）特養看護師への影響

特養でのリハビリは、日常生活援助を通しての介助が中心だったので、リハビリの専門技術を対象者に提供することについて特養スタッフはかなり慎重であった。しかし、訪問看護サービス（理学療法士）の介入によって直接助言を受け、違った視点で見ることの大切さや、気づかなかった部分への支援が得られ助かったという。また、理学療法士が訪問することを対象者は一つの楽しみとし、コミュニケーションが活発になっていく姿を見ることによって、対象の意欲やニーズを大切にしてあげたいという特養看護師の意識が高まった。

５．介入に対する考察

１）訪問看護（理学療法士）

訪問中は虚ろな表情が多かったが、離床すれば会話のやりとりは可能であった。麻痺側、非麻痺側ともに筋力は特に著変はなかったが、筋緊張が亢進した印象がある。関節可動域も非麻庫側（左）膝伸展が若干悪化した。

週１回の訪問介入は、動作能力としては結果的に介入開始時と著変なかったが、訪問を楽しみに待っていたとの情報から、対象者の意欲は週１回でも訪問することによって、維持することができたのではないかと思われる。また、当初対象者の身長に応じた座面の高さ調整や、起立動作では臀部を持ち上げる介助をすることで、以降は徐々に対象者自身の力で伸展位となることなど、身体的特徴に合わせた車椅子やベッドの環境調整に対する介入も図った。このことについては、理学療法士のいない特養においても、補装具の環境面に着目した視点でみることによって、多様な入居者の残存能力を少しでも発揮できるよう促しながらそれに見合った介助をすることで、身体機能・動作能力の維持が可能になると考えられる。日常の忙しい業務の中でも、お互いの役割機能を理解し、入居者の目指す目標と問題点を共有し合って取り組めば、効率的な看護援助の展開ができると考えられる。

２）特養看護師

入居時から対象者にはリハビリの希望があり、今回の介入に関しても非常に楽しみにしていた様子であった。リハビリを行っていくにつれ、今まで気づかなかった問題点に気づき改善していく事ができた。短下肢装具もほとんど着けていない状態であったが、今回の介入を通して理学療法士の働きかけにより、対象者のみならず特養スタッフは、装具が身体の一部であるという装着の必要性を再認識できたと考えられ、介入後は常に装着するようになった。また、大きな身体機能の改善はみられなかったものの、リハビリを実施することで活気を促すことができたと考えられる。訪問看護でリハビリを選択できることについては考えていなかったので、将来特養への介入が実際にできるシステムになったら、取り入れていきたいと希望する特養看護師は多いのではないかと思われる。特養看護師が、専門的なリハビリを継続して行うことは今現在難しいが、入居者のニーズは十分高いと考えられるので、訪問看護サービスの導入をぜひ検討して欲しいと願う。

３）研究者

理学療法士の介入により、専門的知識と技術の援助が提供でき、車椅子など補装具の適合性確認やROM訓練の実施については特養看護師の新たな視点として根付いていくものと評価する。車椅子は身体機能の欠損を補うための補装具であるため、簡単に乗ることができればよいという考えではなく、利用者それぞれの適合性を確認することが必須と考えられる。サービスの導入によって、リハビリの適正な知識が特養スタッフへ浸透し、レクリエーションなどの時間を活用するなど、自室でのリハビリの実現は明らかに対象者のQOLを向上させると考えられる。

４か月に及ぶ介入期間中には、一時的なせん妄がみられるなど状態変化が著しい状況であったが、介入前半に「いつもリハビリが待ち遠しい。１回では物足りない。」「毎日リハビリがやりたい」との意欲的な言葉が聞かれたことで、対象者と理学療法士との間に、理学療

法士が果たす役割への理解と援助関係が形成されたのではないかと推測できる。理学療法士は、最終評価を「対象の動作能力は介入開始時と著変がなかった」とした。一方、特養側では「以前より立位がしっかり保持されている」との評価であった。訪問看護サービスは週１回訪問という“点”としての介入だが、特養スタッフは24時間生活の場を通して、日常生活動作の援助に関わる中で、訪問看護とは異なった場面から評価した違いによるものと思われる。また、明らかな動作能力の改善はみられなかったが、専門職の介入によって適切な機能障害の評価が実現し、関節可動域など数値化することで特養看護師とともに情報を共有し、より緻密な状態把握が可能になったのではないかと考えられる。今回の理学療法士によるピンポイントの介入は、目的意識が明確であり短時間で実施し効率が良いという利点を見出すことができたといえる。

今後は、専門職による知識を特養スタッフ全員に向けて発信し、機能障害をもつ入居者の安全性をいかに確保していくかが課題であると考えられる。改善はひとり一人の意識改革から始まり、特養のメリットにつながることが期待でき、特養スタッフにとっても外部専門職によるサービス導入は、安心して任せることのできる事業の一つと捉えることができるといえる。

事例３　　嚥下リハビリテーションを実施し開口状態の改善があった事例

１．事例紹介（ID ３）

80歳代、男性。要介護度５、寝たきり度Ｃ、認知症自立度Ⅲ。診断名は、多発性脳梗塞後遺症で右片麻痺を患い、その後入居となった。前立腺癌のため手術歴の既往がある。現在では在宅酸素療法を施行中（O_2 0.5L/min）であり、酸素を投与していない状態で90％台を維持していたが、食事中のむせ込みが多く、誤嚥のリスクが高い状態であった。その後、入居中に誤嚥性肺炎を発症したが、配置医の指示のもと抗生剤による点滴療法を続け入院には至らなかった。

コミュニケーションについては、言語障害があり言葉のもつれがみられるが、片言での会話は可能であった。ADL については介助にて車椅子に移乗し、食事の際にはホールへ移動。それ以外は日中ベッド上にて臥床し過ごされている状態であった。その結果、廃用症候群による両肩関節や両上下肢関節の拘縮も進行し、仙骨部には発赤や表皮剥離が繰り返され皮膚状態も不良であった。BMI は20.2（適正範囲）で栄養状態は特に問題ない。面会は、妻が２週間に１～２回来所する。

２．訪問看護介入の必要性

１）嚥下機能について

⑴　唾液の誤嚥

ベッド上（普段やや右側臥位）及び、車椅子時には流涎が著明であり、咀嚼運動低下がみられ嚥下反射も弱いため、明らかに誤嚥性肺炎のリスクが大きいと考えられた。誤嚥性肺炎の予防には、肺機能の低下を防ぐため、呼吸のリハビリテーション（以下リハビリ）を併用し、唾液腺や舌体操を行う必要性があった。

⑵　疲労の出現

車椅子に腰掛けている時間が延長すると疲労が増強し、食事に対する意欲低下がみられ、疲労度も食事摂取や嚥下機能の状態を左右する要因と考えられる。したがって、食事前・中・後の疲労有無や、意識状態の把握が重要と考えられた。

⑶　顔面を支配する筋の緊張

対象者は脳梗塞後遺症やの脳血管性痴呆症による認知症状もみられ、その影響で表情筋、咀嚼筋の筋力低下も著しく、顔面体操や舌体操の反応も鈍い状態であったため、嚥下をつかさどる表情筋や咀嚼筋における筋の緊張を緩和させる必要性があると考えられた。また、訪問時に声かけやタッチングを積極的に行い、対象者が関心のある歌を一緒に唄ったりしながら、ケアへの拒否行動を起こさないように、関係性を築く働きかけも重要である。

２）ポジショニングについて

⑴　ベッド上の不安定な姿勢

ベッド上ではやや右側臥位で、頭部が枕から10センチほど挙上し前屈している状態で

あり、自力での体移動が困難なため、仙骨部に発赤や表皮剥離が繰り返されている。全身の筋は緊張が強く、特に呼吸筋の筋緊張が著明であり、筋緊張が嚥下機能低下に影響を及ぼしていると考えられる。また、両肩関節や両上下肢関節の拘縮も著明であった。

呼吸機能維持に対しては、胸郭拡張や呼吸筋をリラックスさせるようなマッサージやリラクセーション、ストレッチの活用を試みていく必要がある。さらには、対象者にとって適切なポジショニングが獲得できるように、腋下にクッションを使用し、ベッドでの安定した姿勢の確立をする必要性があると考えられた。

⑵ 車椅子座位での不安定な姿勢

現在、車椅子移乗にて食事摂取をしているが、車椅子の種類が自走用であり、背もたれがないため頭部から背部にかけて体幹支持不安定な状態であった。背部の安定性を保持するためには、リクライニング式の車椅子の使用も特養側に提案し、適切なポジショニングを確保する目的として共通認識を図り、継続できるように伝達していく必要性があると考えられた。

3）食事摂取能力について

⑴ 咽頭への送り込みの遅れ

食事摂取時に普段使用しているスプーンで、１杯分の食魂が口腔内から無くなるまでに要する時間が、約２～３分かかり、嚥下動作も確認できない状態であった。

したがって、一口量が対象者にとって適当であるかどうか、食事介助の方法についての検討をする必要性がある。また、食物形態や一食の食事量が適切であるかどうか、食欲の有無についてもアセスメントする必要がある。

⑵ 集中力低下

食事をする場所として食堂を利用しているが、所定のテーブルに着いても視点が定まらずあちらこちらを見ていた。特養スタッフが食事摂取を促すが、食事に集中できていない様子が窺える。摂食行動に集中力が欠けると誤嚥しやすくなるため、食堂ではできるだけ静かで食事に集中できる環境の提供が望まれると考えられる。

4）口腔内環境について

⑴ 食物残渣と舌苔の付着

食事時の義歯装着はしておらず、上口蓋や歯肉の汚染はみられないが、舌上に舌苔が付着し白くざらついている。常に口腔内は唾液が貯留した状態でべとつきがある。

介入前、特養では食後の口腔ケアを施行していたが、口腔ケアは、食前の実施が効果的といわれており、口腔内に適正刺激を入れることにより、口腔内体操の効果も期待できる。そのため訪問看護師は、口腔内の環境改善と感染予防を目指し、食前の適切な口腔ケアの方法について、特養スタッフとの連携を強化させ、勉強会等を開催し周知徹底させていく必要性があると考えた。

３．訪問看護計画・経過・評価指標

１）訪問看護計画

⑴ 看護計画

＃１．食事や唾液によるむせ込み、口角からの流涎に関連した誤嚥性肺炎のリスク

目標：正しいポジショニングを保ち、効果的な口腔ケア・嚥下リハビリを継続することで、誤嚥性肺炎を起こさない

Ｏ－Ｐ

①バイタルサイン、一般状態観察

② ADL の状態の把握

③睡眠状態

④認知状態

⑤排便状態

⑥フィジカルアセスメント

Ｔ－Ｐ

①嚥下リハビリ

②ポジショニング（ベッド上及び車椅子）

③口腔ケア（ジェルやスポンジブラシ使用）

④胸郭拡張、呼吸リハビリ

⑤骨盤リハビリ

⑥顔面体操

⑦歌を唄う（数え歌）

Ｅ－Ｐ

①口腔ケア勉強会開催

⑵ 具体的援助内容

① バイタルサイン測定

両肩関節、両上肢肘関節の緊張が強かったため、苦痛を与えないよう姿勢を整えてからバイタルサイン測定を行った。声かけしながらコミュニケーションを図り一般状態観察の観察を行った。

図表　Ｂ－３　　ケアの内容と実施状況

訪問日：毎週火曜日

ケアの内容		9月	10月				11月				12月				1月				介入時間（単位：分）
		4週	1週	2週	3週	4週	1週	2週	3週	4週	1週	2週	3週	4週	1週	2週	3週	4週	
状態観察	バイタル測定	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	5
	心身の状態観察	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	
	声かけ、タッチング、談話	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	随時
嚥下リハビリ	口輪筋マッサージ（食前）	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	15
	開口訓練	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	
	舌だし練習	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	10
	アイウエオ発声練習	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	
	表情筋、顔面筋マッサージ	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	
	唾液腺マッサージ	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	
	歌を唄う練習		○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	2～3
口腔ケア	ブラッシング	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	10
	スポンジブラシ清拭	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	
	ガーゼによる舌苔除去	○	→	→	→	○													
呼吸リハビリ	胸郭拡張ストレッチ	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	10
	右上肢ROM訓練	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	
	骨盤リラクセーション	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	
	呼吸筋ストレッチ	○	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	○	
	ポジショニングにてベッドUP30～40度	○					○												
日常生活援助	食事介助						○						○			○		○	10
	吸引			○	→	→	○												
	HOTの使用状況確認										日中HOTの使用中止	→	→	→	→	→	→		
訪問1回あたりの介入時間																			60

② 嚥下リハビリテーション・顔面体操

舌だしは軽度可能であり、開口－閉口運動も数回可能、声かけによって頬部を膨らませる動作がわずかに可能であったため、嚥下マッサージの反応も良く口輪筋の働きも期待できた。現在の機能を維持させるためにも、食物を利用しない基礎訓練、いわゆる間接訓練（舌・口腔周囲の ROM 訓練、筋力負荷訓練、口唇・頬の伸展マッサージ）やリラクセーションを実施した。唇が緩みや左口角からの流涎が著明な症状については顔面のマッサージを実施した。

③ ポジショニング

骨盤リラクセーションは、ベッド上に臥床させ、骨盤を緩め全身の緊張をほぐす働きかけを行った。食堂にて通常の車椅子を使用して、腋下クッション挿入によるポジショニングを実施し安定性が保持できるようにした。

④ 食前の口腔ケア

口腔内の汚染度は高く食物残渣があり、べとつきが強かったため、口腔ケア用スポンジブラシにて清拭を行い、ガーゼにて舌苔除去を実施した。

⑤ 呼吸リハビリテーション

痰の絡みが時折みられることから、気道分泌物の移動促進や呼吸の随意的コントロールや、咳が容易にできるように、十分な吸気量の確保のため、胸郭や呼吸筋のストレッチを実施した。

⑥ 会話・コミュニケーション

訪問時に言葉のもつれみられるが、自分の名前や地名、職業などの単語を小声で発するが、他の質問には答えず閉眼する。気分にむらがあるが、４回目の訪問時に数え歌の出だしを口ずさむようになったので、気分転換へのアプローチとして毎回訪問時一緒に歌を唄いながら舌の動きを観察した。

⑦ 吸引

口腔内に痰が貯留しているときには、随時吸引を実施した。

⑧ 口腔ケア勉強会の概要

特養の会議室で約１時間の勉強会を行った。参加者は施設長、部長、介護長も参加し21名。訪問看護師２名が講師となって以下の内容で行った。

目　的：誤嚥予防のための口腔ケア・食事介助・ポジショニングの正しい知識・技術を想起し、施設利用者に適切な援助を実践する。

内　容・口腔・咽頭・食道の解剖
- 嚥下運動のメカニズム
- 食前の口腔ケアの実際、口腔内悪環境の実体験
- ポジショニング（リクライニング車椅子を用いてのデモンストレーション）
- 食事介助の実際
- 質疑応答

２）経過

介入当初、訪問看護師に対して拒否はみられなかったが、表情は硬く「何をする人なのだろうか」という戸惑いが見受けられた。訪問看護師の顔と名前を繰り返し、意識付けを図り

対象者の残存能力の把握から開始した。訪問４回目頃から、顔や名前が分かるようになり、訪問看護師の存在について“自分の世話をしてくれる人"という認識ができてきた。世間話や一緒に歌を唄うなどをしながら、訪問看護師を受け入れてもらうことを目標とした。特養看護師や特養スタッフに訪問時以外の状態の情報提供をもとに、その日の対象者の状態を考慮しケアを行なっていった。呼吸補助筋のマッサージや骨盤リラクセーションにより、全身の筋緊張を緩和してから､顔面マッサージや口腔内ケア開口運動（あいうえお）を行なった。可能な時には食事介助をした。

初回訪問時は、嚥下運動も咀嚼運動も確認できない状態であったが、開始から約１ヶ月経過した時点で、食前の口腔内や頚部のマッサージ効果が現れ、食事の際のむせも減少し、夜間の吸引も無くなった。

呼吸状態については、日中は異常呼吸や肺副雑音も聴取されず、SpO_2は0.5L/min 酸素下で95％以上を保ち、酸素を投与していない状態では90％前半であるが、呼吸苦の訴えや表情も現れていなかった。（図表Ｂ - ５）特養看護師は、在宅酸素を日中でも外せたらとの希望があった。

３）評価指標

①治療を要する発熱の頻度
②口腔内の清潔保持
③口腔内・口唇の乾燥改善
④嚥下機能・開口状態の改善
⑤流涎の減少
⑥表情の変化
⑦歌を唄う

図表Ｂ－４　口腔と摂食・嚥下機能の変化

経過	口腔内衛生状態（ケア前）	口臭	歯牙欠損	舌の動き		舌苔の有無	開口状態	むせ	流涎の有無	咀嚼	食物残渣	咽頭への送り込み	食物の逆流	嚥下反射	唾液の分泌	疲労
				前後	上下左右											
初回訪問時	不良	＋	＋	△	×	＋	△	＋	左＋	△	＋	△	－	△	＋	＋
1ヵ月後	不良	＋	＋	△	×	＋	△	＋	＋	△	＋	△	－	△	＋	＋
2ヵ月後	不良	＋	＋	△	×	＋	△	＋	中	△	＋	△	－	△	＋	＋
3ヵ月後	不良	＋	＋	△	×	＋	○	＋	減少	○	＋	△	－	△	＋	＋
4ヵ月後	不良	＋	＋	△	×	±	○	減少	減少	○	－	△	－	○	＋	－

○:可能　△:かろうじて可能　×:不可　＋:あり　－: なし

図表Ｂ－５　呼吸状態の変化

経過	呼吸数（回／分）	呼吸苦の有無	肺副雑音の有無	喘鳴の有無	喀痰の有無	酸素流量 (L/min)	酸素飽和度 (%)
初回訪問時	24	－	＋	＋ 軽度	－	0.5L	95
1ヵ月後	22	－	＋	＋ 軽度	－	0.5L	96
2ヵ月後	24	－	＋	＋ 軽度	－	0.5L	95
3ヵ月後	24	－	－	－	－	日中 O_2カット	93
4ヵ月後	16	－	－	－	－	日中・夜間 O_2カット	94

＋:あり　－:　なし

写真Ｂ－１　口腔ケアと閉口－開口状態の変化

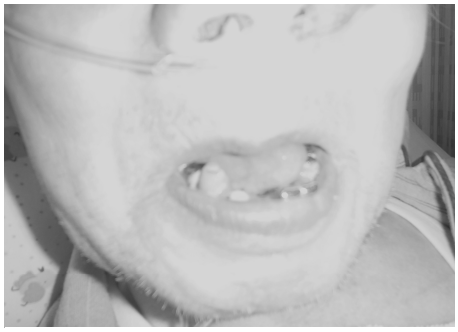
H23.11.1　閉口状態【訪問10回目】

H24.1.24　閉口状態【訪問最終日】

口腔ケア用ジェル
スポンジブラシ

食物形態【ミキサー食】

訪問20回目【最終日】食前口腔ケア



H23.11.1　開口状態【訪問10回目】

H24.1.24　開口状態【訪問20回目】

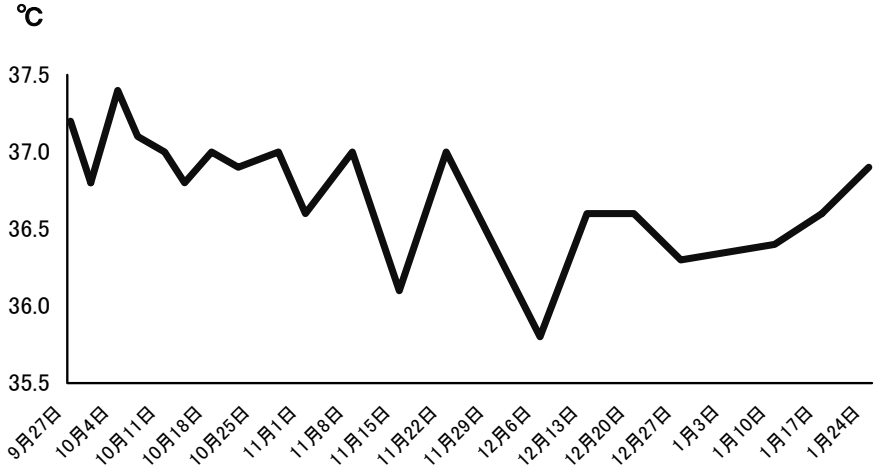
4．訪問看護介入の結果

1）訪問看護サービスが入ったことによる変化

⑴ 体温の変化（訪問時体温測定）

平成23年９月末初回訪問が開始され、３回目の訪問時体温37.4℃あり、かすかに喘鳴があったが、SpO_2 96％で肺雑音も聴取されなかった。また、治療を要する発熱等の症状はみられず、誤嚥性肺炎は発症しなかった。（図表Ｂ - ６）

図表Ｂ－６　訪問時の体温推移表



⑵ 口腔内の清潔保持

訪問看護介入開始時と４ヵ月後の終了時（20回）の口腔内の状態は、写真Ｂ - １に示したとおり、食前の表情筋マッサージや唾液腺マッサージの効果と口腔内用スポンジブラシを用いての口腔ケアにより、清潔が保たれ舌苔が減少した。また、特養スタッフの食前の口腔ケア介入に対する意識付けは、関わっている訪問看護師が開催した「口腔ケアの勉強会」の啓蒙活動により高まり、実施継続につながったといえる。

⑶ 口腔内・口唇の乾燥改善

唾液腺や口輪筋マッサージの効果により、唾液の分泌が盛んになり、口腔内の乾燥予防につながった。

⑷ 嚥下機能・開口状態の改善

嚥下リハビリによって大きなむせ込みは減少し、嚥下や咀嚼運動の確認ができるようになった。また、開口状態は訪問看護介入当初と比較すると、写真Ｂ - １をみても確認できるように、開口の大きさに明らかな変化が見られ、最終日には大きく開口する自発的行動がみられた。

⑸ 流涎の減少

左口角からの流涎が特に目立ち、涎掛けがひどく濡れていることが多かったが、顔面マッサージ、口輪筋マッサージの効果から、涎掛けの濡れの程度が落ち着いてきた。

⑹ 表情の変化

訪問開始時は､表情も乏しく顔面の筋緊張も見られたが､顔面マッサージ・変顔や「アイウエオ」など発声練習をし、抵抗なく実施できたことにより、筋の緊張が緩和され、口輪筋の反応も良好となった。また、声掛けにより表情も豊かになり、スタッフから表

情が良くなったとの声が聞かれた。

⑺ 歌を唄う

訪問してから３回目に、対象者の好きな歌を１フレーズ唄うようになり、訪問最終日には時々、感情失禁がみられ泣き出す場面もあったが、口輪筋の動きも良好で１曲全てを歌えるようになった。ベッド上での適切なポジショニングにより胸郭拡張が得られ呼吸状態も安定し気分の高揚にもつながったと評価できる。

２）特養看護師への影響

口腔ケアの勉強会を開催したことで、特養職員の意識が高まった。また、食前の口腔ケアや嚥下マッサージの重要性に対する気づきは、対象者への誤嚥予防の取り組みとして徹底され、特養スタッフの質的向上につながるといえる。そして、ポジショニングや食事介助の正しい知識は、対象者に適切なケアとして提供された。

５．介入に対する考察

１）訪問看護師

訪問看護師の介入にあたり、通常のご自宅への訪問と異なるということが不安であったが、ほぼ自室のベッド上でケアをすることができ、集中して取り組むことができた。対象は徐々に訪問看護師の存在を把握し、受け入れも良くなってきた。訪問開始時は、歌を唄うことにも関心を示さなかったが､毎回訪問看護師と唄うことで､数え歌を全て唄えるようになった。呼吸筋のマッサージや顔面マッサージに抵抗なく援助を受け入れて、ケア後の開口が容易になり咀嚼運動も確認できるようになった。車椅子での食事介助時には、咀嚼、嚥下の著明な効果はみられず、舌の動きに関しても変化がみられなかった。訪問最後の日には、自室のベッド上で食事介助を行うと、ベッドアップ60°～80°の状態で嚥下運動が確認でき、むせ込みもみられなかった。対象者にあったケアやリハビリ、ポジショニングを継続し、特養スタッフとの連携と協働の中で、誤嚥性肺炎に罹患することなく４カ月の訪問を終了することができたと考える。また、特養での嚥下・食事介助の勉強会を行なったことで、特養スタッフから｢参考になった｡また教えてほしい｡｣など､明らかに意識の変化がみられた｡特養スタッフが継続してケアを実施していくことにより、さらに対象者の改善効果が期待できると考えられる。

２）特養看護師

対象者は常に流涎が目立っていたが､定期的な口腔ケア､マッサージの介入効果がみられ、訪問看護開始から２か月経過した頃かなり減少してきた。食事摂取の方法や体勢についての指導や助言によって､対象者はスムーズに食事摂取できるようになった。在宅酸素（O_2 0.5L/min）も使用していたが、12月上旬から日中において在宅酸素を使用しない試みを行い、更にはSpO_2や呼吸状態が安定してきたため配置医とも相談し、近日中には夜間の酸素投与も中止となる方向である。

今回対象者を通じ、特養スタッフの口腔ケアに対しての考え方も変わったように思われる。訪問看護師には、口腔ケアの勉強会も率先して行って頂きとても感謝している。日々の業務に追われて、口腔ケアが後回しになりがちだったが、今回の訪問看護サービス介入で対

象者の生活の質が向上し、改めて口腔ケアの重要性を確認することができた。また、対象者は、訪問看護師が来所することをとても喜んでおり、対象者にとって精神的にも効果があったのではないかと思われる。

3）研究者

今回の訪問看護師の介入は4ヶ月にわたり、誤嚥性肺炎の予防として口腔ケア・嚥下リハビリ・呼吸リハビリを実施し、特に介入効果が明らかであったのは開口状態の改善であったと考えられる。摂食・嚥下障害者に接する場合、最も重要なのは的確な評価を行うことである。したがって評価の視点や適切性にずれが生じているときには、アプローチをしても効果が得られず、適応となる訓練や対処法を考えることはできないといえる。口腔内衛生の改善は誤嚥性肺炎への重要な予防策だが、継続して保清に努めなければ効果が得られないため、特養スタッフひとりひとりの意識が重要であることは言うまでもない。

今回の訪問看護師が開催した「口腔ケアの勉強会」は、特養にとって適切な介入であったと評価し、勉強会後の特養スタッフからは、「この利用者さんにもしてあげたい。」という意識が高まった反応が得られた。また、言葉のもつれがある対象者であっても、定期介入によって1曲の歌が唄えるようになり、笑顔もみられ表情が豊かになったことは、対象者のQOL向上に繋がったといえる。

今回の訪問看護師介入によって、特養看護師は食前のストレッチや口腔ケアの重要性を再認識し、研修の機会が少ない現状での外部による看護技術の投入は、特養にとっても意義のある介入であったと評価する。

今後は、訪問看護師が提示した食前の口腔ケア・リハビリ・食事介助方法やポジショニングの基本技術を特養スタッフが一丸となり、継続して取り組むことを期待する。

事例４　　リンパマッサージ効果によりADLの改善があった事例

１．事例紹介（ID ４）

90歳代、女性。要介護度３、寝たきり度Ａ２、認知症自立度Ⅲａ。

診断名：アルツハイマー型認知症、骨粗鬆症がある。長谷川式18点であり、時々感情失禁により泣くことがある。身長は137cm、体重が47.6kg、BMIは25.3で、やや太り気味体型である。左下肢に著明は浮腫があり、歩行時そのために支障が見られスムーズに歩行が出来ない。また、足部下肢に白癬があり軟膏を塗布しているがなかなか改善は見られない。食事は自分で食べることが可能である。日中はホールで過ごしている。移動時は歩行器で行うも下肢の浮腫のため自分から積極的に移動することはない。排泄はリハビリパンツとパッドを使用しており、本人の気がむくとポータブルトイレに行く以外は職員が取替えを行っている。

２．訪問看護介入の必要性

対象者は、脳梗塞後遺症と骨粗鬆症、高血圧症のため、循環不全があり、両下肢に浮腫がみられる。また、不穏状態により入眠するまでに、大声や奇声を上げることが多い状態にある。自分から移動することは少なく、ホールで日中椅子に座って過ごす時間が長い。尿意・便意はあるものの、気分でトイレに行くことが多くリハビリパンツとパッドを利用しての排泄状況である。臀部の皮膚のトラブルはない。特養職員は入眠するまでの奇声や大声発生の改善を試みていたが著しい成果は見られていなかった。また。下肢の浮腫があり、歩行、体動困難があった。浮腫の軽減による、日常生活動作の拡大、また一定の期間、対象者と蜜に関わることで、奇声や大声の発声の減少、睡眠の確保に向けた看護を目的として訪問看護の介入を開始した。

３．訪問看護計画・経過、評価指標

１）訪問看護の計画

⑴　認知症による認知能力の低下があり、日常生活において不穏が強い。特に夜大きな声を出したり奇声を上げることがあり、帰宅願望も強いため、日中に密度の高い関わりをもち精神的な安定を図ることを目標とした。

①　挨拶等のコミュニケーションを重視、声かけを行う。
②　夜間の入眠時間の確認
③　入眠を妨げる原因のアセスメント

⑵　慢性疾患による両下肢に浮腫があり、下肢痛があり、日中の動作の低下が見られていた。両下肢リンパマッサージにて浮腫の軽減、歩行時の疼痛緩和を目標とした。

①　声かけを多くしながらのコミュニケーション
②　足浴
③　両下肢リンパマッサージ（鼠径部、膝の後部、足関節の後部、大腿部、下腿部、足部へのリンパマッサージを浮腫が強い左を中心に）
④　訪問看護は週２回介入

２）経過

訪問看護は、介入開始時１週間に２回訪問の予定であったが、主治医が認知症を専門とする医師でもあり、対応を検討した結果介入時当初は集中して訪問したほうが効果としては良いとのことで、特別訪問看護指示書において集中して訪問看護を行った。特に白癬に関しては、足浴、軟膏塗布を定期的に行った。

特別訪問看護指示書が終了してからは、週に２回対象者へ、足浴、リンパマッサージと言葉がけを中心に看護を実施した。言葉かけをしながら、足浴後に鼠径部、膝の後部、足関節の後部、大腿部、下腿部、足部へのリンパマッサージを約30分かけて行った。時折、マッサージを嫌がることもあったが、定期的に行うことでマッサージの過程を理解し始め、終了間際になると「有難う」「楽になったよ」といった言葉が出てきた。

また、訪問看護師が訪問することを楽しみにし、訪問すると、看護ケアの間、自分の昔の生活のことを話したり、看護師に色々なことを質問したり、「お疲れ様でした」とねぎらいの会話が多く出るようになった。浮腫の軽減も図れ、自ら手押し車で移動したりと、積極的に動き行動範囲が広がっていった。また、行動範囲が拡大するにつれて、状況を見ながらリハビリテーションも取り組んでいった。体調や気分的に調子が良い時には、①足上げ運動10回３セット②ベッド柵につかまり５往復なども施行した。

図表Ｃ－１　4ヶ月間の訪問看護介入状況

看護ケア内容	1ヶ月　2ヶ月　3ヶ月　4ヶ月	介入時間(分)
バイタル測定	→	5分
傾聴	→	5～10分
皮膚の観察・軟膏塗布	→	5～10分
リンパマッサージ	→	30分
起立動作・歩行訓練	→	5～10分
下腿部計測	→	5分

３）評価指標

⑴下肢循環不全の改善（リンパマッサージ、足浴等）

⑴-1浮腫の改善

⑴-2行動範囲の拡大

⑴-3リンパマッサージ、足浴の継続

⑵意欲を引き出す

⑵-1発語の増加

⑵-2表情の変化

⑶入眠時間

４．訪問看護介入の結果

１）訪問看護サービスが入ったことによる変化

⑴　大声・奇声を発する時間が減少した。

昼間、訪問看護が介入した日に入眠時間が著明に長くなったという効果はなかったが、入眠時間は不規則ではあるものの、介入前と比較して、夜間の奇声や大声を発することが軽減し、入眠時間が増えた。

⑵　皮膚白癬の改善

訪問時は足浴、軟膏塗布を確実に行った。特に２週間集中して介入した際には著明に両下肢の白癬による赤みが軽減した。

写真Ｃ－１　　介入前

写真Ｃ－２　介入後

⑶　下肢の浮腫の軽減

集中して介入することにより、浮腫の軽減が図れた。腓腹部は計測的には大きな変化はなかったが、足関節部は右側３cm、左側５cm、足背部右側が２cm 前後、左側が1.5cm 前後の変化が見られた。また、マッサージ後の対象者からの言葉や表情から意欲的な言葉や感謝の言葉が聞かれるようになった。また、手押し車での移動がスムーズになり、行動範囲も広がった。

図表Ｃ－２　　両下腿部測定経過

月日		10月18日		11月15日		11月29日		12月13日		12月29日	
部位		前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
腓腹部	右	34.6	34	35	34.2	35	35	35.2	34.6	34.4	34
	左	34	33.8	34.5	34.8	34.6	34.7	34	33.4	33.3	33.2
足関節部	右	23.5	23.5	23.5	23.5	21.6	21.8	21.8	21	21	20.5
	左	26	25.5	25	24.6	21.7	21.6	22.1	21.7	21	21
足背部	右	23.5	22.8	23	21.6	22.8	22.3	22.6	22.4	22	21.7
	左	23.2	23	22	22.4	23.9	23.4	22.7	21.8	22.1	21.7

写真Ｃ－３　介入前

写真Ｃ－４　介入後（訪問最終日）
平成23年12月29日

⑷　表情や言語の変化

コミュニケーションを図ることにより、笑顔が多くなり、訪問看護師の顔も覚え、「おぼえているよ。よろしくおねがいします」と訪問時挨拶をするようになり、発語が多くなった。

２）特養看護師への影響

対象者は夜間大声、奇声を発していたが具体的な対策は講じていなかった。また、「何か原因がある」と考えつつも日々の追われる業務の中でアセスメントできていなかった。訪問看護師が介入することで、特養看護師が時間をかけることが出来なかった対象者のアセスメントを行い、一人の対象者に対しての継続的な情報共有を行うことが出来た。　また、対象者の ADL が向上したことで、今までその対象者にかけていた時間を他の療養者への介護や看護ケアへ向けることができた。

５．介入に対する考察

１）訪問看護師

対象者に訪問看護が介入した結果､両下肢の浮腫が改善し､白癬の赤みも軽減した。また、対象者から昔話や訪問看護師へのねぎらい、感謝の言葉が聞かれ表情が生き生きしてきたことか介入の評価と言える。夜間の大声に関しては対象者のアセスメントを特養へ提示できたことも介入の評価と言える。

２）特養看護師

対象者をアセスメントするには、特養内での看護と介護との情報共有の方法を作る重要性を認識し、記録方法の改善を試みたことは介入の評価といえる。また、入居者と時間をかけて関わることにより、言葉や表情が豊かになったこと、手押し車での移動時間が増え、また行動範囲が広くなったことは、特養入居者が重度化しつつある現状ではあるが、関わりを行うことで状況の改善が図れることを感じた。

3）研究者

対象者に時間を集中して介入する訪問看護師は対象者の行動、表情を丁寧にアセスメントすることができ、特養の職員に介護ケアのポイントを提示できた。また、浮腫の改善をリンパマッサージにより軽減することができた。リンパマッサージ時に対象者と会話することにより、会話が多くなり表情が和らいできたことも介入の効果といえる。また、訪問看護師のリンパマッサージという専門的技術ケアの提供は今後、リンパマッサージに限らず技術支援の提供が重要性であると思われた。

下肢の浮腫が軽減することにより、移乗や移動がスムーズになり、その分特養職員は他の入居者にケアの時間をかけられるようになったことも介入効果といえる。

事例５　　車椅子での座位保持と食事摂取動作に改善がみられた事例

１．事例紹介（ID ５）

90代女性。要介護度５、寝たきり度Ｂ２、認知症自立度Ⅳ。アルツハイマー型認知症があり５年ほど前から入居していたが、半年前に脳梗塞を発症し左片麻痺、左半側空間無視が出現した。麻痺の程度は上下肢、手指とも軽度で、手足の末梢の動きも残っていた。半側空間無視については、右側からの刺激には反応するが、左側からの刺激にはほとんど反応しない状態である。会話は可能であるが、左耳は聞こえにくいのか、聞き返しが多い。「転んだら困る」「自分にはよくわからない」等の発言が多い。また、声掛けに対し、あまり反応しない時としゃべり続ける時がある。離床時はリクライニング車椅子を使用しているが、背部を後方に反ってしまい､座位が安定せず､ずり落ち防止クッションも使用している。移乗は、介助者１～２名での全介助で行っている。食事は自分で食べられず、ほぼ全介助である。脳梗塞で入院した医療機関から、リハビリテーション（以下リハビリ）の申し送り書類が届いていたが、特別養護老人ホーム看護師（以下特養看護師）は、継続方法を思案していた状態であった。

２．訪問看護（作業療法士：以下 OT）介入の必要性

対象者は、５年ほど前から入居しているが、半年前に脳梗塞を発症し、左片麻痺と左半側空間無視が出現した。日常生活上では、リクライニング車椅子での座位保持が不良で臀部が滑り落ちてしまう状態と、食事は続けて食べられず、ほぼ全介助であった。脳梗塞のため、入院していた医療機関からは、リハビリの申し送り書類が届いているが、特養看護師は、具体的な方法について思案している状況であった。このままの状態が続くと、車椅子での離床もままならず、ベッド上での生活が主体となり、日常生活がさらに縮小してしまう可能性があった。

そこで､関節可動域制限を予防し､日常生活動作能力の維持を目的として､訪問看護（OT）の介入を行った。

３．訪問看護計画・経過・評価指標

１）訪問看護（OT）の計画

⑴　基本動作能力の向上として､関節可動域制限の予防､筋緊張を整え動作しやすくする。

①　端座位の保持　端座位で動く

②　寝返り（仰臥位から、左右への寝返り）

③　立位（手すりを使った立ち上がり）

④　歩行（左右への伝い歩き）

⑵　介助方法の留意点

対象者は、左半側空間無視があり、「視覚」「聴覚」「体性感覚（触覚や深部覚など)」とも右方向に過剰に反応する。このまま右からの感覚刺激が入り過ぎると、左半側空間無視を助長する恐れがある。そのため、右からの刺激を減らすことや、左からの刺激を増やし、感覚のバランスをとる必要がある。

① 視覚について

右視野内で視線を合わせてアイコンタクトを取った後、左方向へ介助者がゆっくり移動し、追視を促して左方も見るよう誘導する。追視によって頭部が左側を向いてくれれば非常によい。

② 聴覚について

左耳は聞こえにくいが、上記のようにアイコンタクトを取り、左方向からも話しかけるようにする。

③ 体性感覚について

左の手足をなるべく使うように促し、左半身に触れたりする。例えば、着替えの時に左袖を通すよう､声掛けする。洗身時に「左手を洗っています」など声掛けをする、左側から食事介助を行う、左手で茶碗を持つように促すなど、左側にも意識を向けるように配慮する。

⑶ 個々の身体機能を維持する

麻痺は軽度であり、ある程度の動きは可能なので、できる限り現在の身体機能を維持する。

① 関節可動域訓練

上肢：肩の屈曲（バンザイのように上肢を上へ挙上)、肘の伸展

下肢：下肢の屈伸、SLR、足関節の底屈・背屈

② 運動

臥位で：腹筋、お尻上げ、SLR（足上げ）

座位で：バンザイ、指の開閉やジャンケン、指折り数え、腿上げ、膝伸ばし、足首の運動（足をパタパタさせる）

⑷ 上記リハビリの内容については、特養看護師に伝え、訪問看護（OT）が訪問しない日は可能な範囲で特養看護師がリハビリを実施する。

２）経過

訪問看護（OT）は週１回訪問し、特養看護師と情報交換をした後リハビリを実施した。また１回目の訪問の後、訪問看護（OT）より特養看護師へ、対象者のリクライニング車椅子での後方への反りかえりについて、アセスメントとその対策について説明があった。後方への反り返りは、臥位が長くなったことにより背部からの刺激が増し、背部を頼るようになり、背中を押しつける事が多くなるために生じる。その結果、ずり落ちるようになってしまう。また半側空間無視により、右方向からの刺激が増え、姿勢のズレが起こる。今後、股関節や足関節の可動域が減少してしまうと座位や立位がとれなくなってしまう。そのため、車椅子では、バックレストを起こし、足底をしっかりつけ、後ろに持たれるよりは、前傾にすること、また左方向からの話しかけや介助の機会を増やすようにとのアドバイスがあった。そのことを受け、２回目の訪問の際には、特養看護師より、車椅子を標準型に変更したこと、関節可動域訓練や右方向への伝い歩き等行ったことの報告があった。その後も、訪問看護（OT）が訪問しない日の月曜日から金曜日は特養看護師によるリハビリが、可能な範囲で実施されていた。しかし、５回目の訪問の前日に、嘔吐し、その後徐々に全身状態が悪化

し、１週間後に死去された。

嘔吐の前は、標準型車椅子で後方への反り返りもなく座位保持ができた。左からの介助の機会も増やし、食事はほとんど自分で食べるようになった。また、以前に比べ、会話が成り立つようになっていた。

３）評価指標

⑴ ADL 能力の維持

① 標準型車椅子で座位保持ができる

② 端座位保持ができる

③ 入浴時シャワー椅子にて座位保持ができる

④ 起居・移乗動作が、一人介助でスムーズにできる。

４．訪問看護（OT）介入の結果

１）訪問看護サービスが入ったことによる変化

⑴ 標準型車椅子での座位保持が可能となった。

対象者は、リクライニング車椅子で、後方への反り返りが強く、臀部がずり落ち、滑り止めのクッションを使用していたが、標準型車いすでフットレストに足をのせ、後方への反り返りもなく座位保持が可能となった。

⑵ 端座位の保持が可能となった。

当初、前方より介助して端座位を試みるが、対象者は全身を伸展させ、滑り落ちそうになってしまっていた。前方に看護師がいることを伝えても、「どこですか」「見えません」と視覚的認知も低下していた。しかし４回目の訪問時には､左に傾きはあるものの、手の位置を変えることで端座位が保持できるようになった。

⑶ 食事の自力摂取が可能となった。

食事は、少し食べるとすぐにやめてしまい、ほとんど全介助であったが、左からの介助も行うことで、左側も意識するようになり、食事をほとんど自分で摂取するようになった。さらにコップを自分で持って飲めるようになった。

⑷ コミュニケーションの改善。

声掛けに対し、あまり反応しない時としゃべり続ける時があったが、質問に答えることや、会話が成立するようになった。

２）特養看護師への影響

リクライニング車椅子での後方への反り返りがあり、ずり落ち防止のため滑り止めクッションを使っていたが、OT の視点でのアセスメントとその対応を知ることができた。半側空間無視の場合、有効な方から刺激を与えていたが、無視側からも刺激を与えることの必要性を認識できた。また、毎日のリハビリの内容を具体的に知ることができ、実施できるようになった。

５．介入に対する考察

１）訪問看護（OT）

訪問看護（OT）の専門的な視点で利用者をアセスメントすることで、利用者の状態の原因と対応方法が明らかになった。その結果、対象者は標準型車椅子で座位保持ができ、また端座位保持も可能となった。また、特養看護師へリハビリ内容や左側への刺激の必要性を伝えたことで、特養看護師もリハビリを実施することができた。

２）特養看護師

訪問看護（OT）のアセスメントを受けて車椅子を変更したり、訪問看護（OT）の訪問がない日にはリハビリを実施したり、左側からの介助を増やしたことで、週１回の訪問看護（OT）との継続性が生まれ、リハビリの効果が上がった。

３）研究者

特養にリハビリの専門職が介入することで、対象者の状態を専門的な視点でアセスメントすることができた。介入のきっかけとなった、「リハビリの申し送りの書類はあるが何をしてよいのかわからない」という特養看護師の戸惑いは解決した。さらに、訪問看護（OT）から半側空間無視側からの話しかけや介助の機会を増やす必要性等の説明があり、その根拠も明確であった。このことは、特養看護師から特養介護士への情報の伝達や連携・協働にも活きてくると考えられる。

事例６　　下肢の筋力低下が進行する中で悪化が防げた事例

１．事例紹介（ID ６）

90代女性。要介護度３、寝たきり度Ｂ２、認知症自立度Ⅰ。脳梗塞、糖尿病、高脂血症、逆流性食道炎の既往がある。転倒により、２年前に第一腰椎圧迫骨折、第12胸椎圧迫骨折、１年前ほど前に､大腿骨頸部骨折で骨接合術を受けている。この骨折の後､特養へ入居となった。ベッドからの起き上がりと車椅子への移乗は何とか自力で行えているが、トイレにて排泄後ズボンを上げられずコールが多い。立ち上がりは手すりを使用し自立している。立位保持は両手でつかまり、見守りで可能ではあるが、後方へのふらつき、足の震えが見られる。円背があり下を向いており､前方を見るとふらつきが増強する。歩行は､平行棒内において、両手を使用すれば見守りで可能であった。両足部とも下垂があり、大腿を持ち上げるようにゆっくり歩いていた｡日常会話は可能であるが､細かい点の記憶や表現は曖昧な部分がある。

２．訪問看護（作業療法士：以下 OT）介入の必要性

対象者は、１年ほど前に転倒し、大腿骨頸部骨折をして骨接合術を受けている。両足は下垂している状態で、ベッドから車椅子への移乗がやっとで、トイレにて排泄後ズボンを上げられずコールが多い。下肢の筋力の低下が進行しており、このままの状態が続くと、移乗時や排泄時の転倒、骨折が予測される。移乗動作能力の維持、排泄動作の維持向上、足関節の動きの確認を目的とし、訪問看護（OT）によるリハビリを実施した。

３．訪問看護計画・経過・評価指標

１）訪問看護（OT）の計画

⑴　個々の筋について、筋力の維持・向上をはかる

①　側臥位で行う運動（腹筋、お尻上げ、膝を伸ばしたまま下肢を挙げる（SLR)、股関節の内転）

②　仰臥位または側臥位で行う運動（股関節の外転）

③　座位で行う運動（腿上げ、膝伸ばし、足関節の背屈、足関節の底屈）

⑵　関節可動域訓練

①　下肢の屈伸

②　SLR

③　足関節の底屈・背屈

⑶　立位バランスの維持向上

①　平行棒に両手でつかまり立位保持

②　平行棒に片手でつかまり、空いている手は腰を触る、腿を触るなどの運動をする

③　立ち上がり練習

④　歩行練習（平行棒内において両手でつかまり、前進、横歩き、後ろ歩き）

２）経過

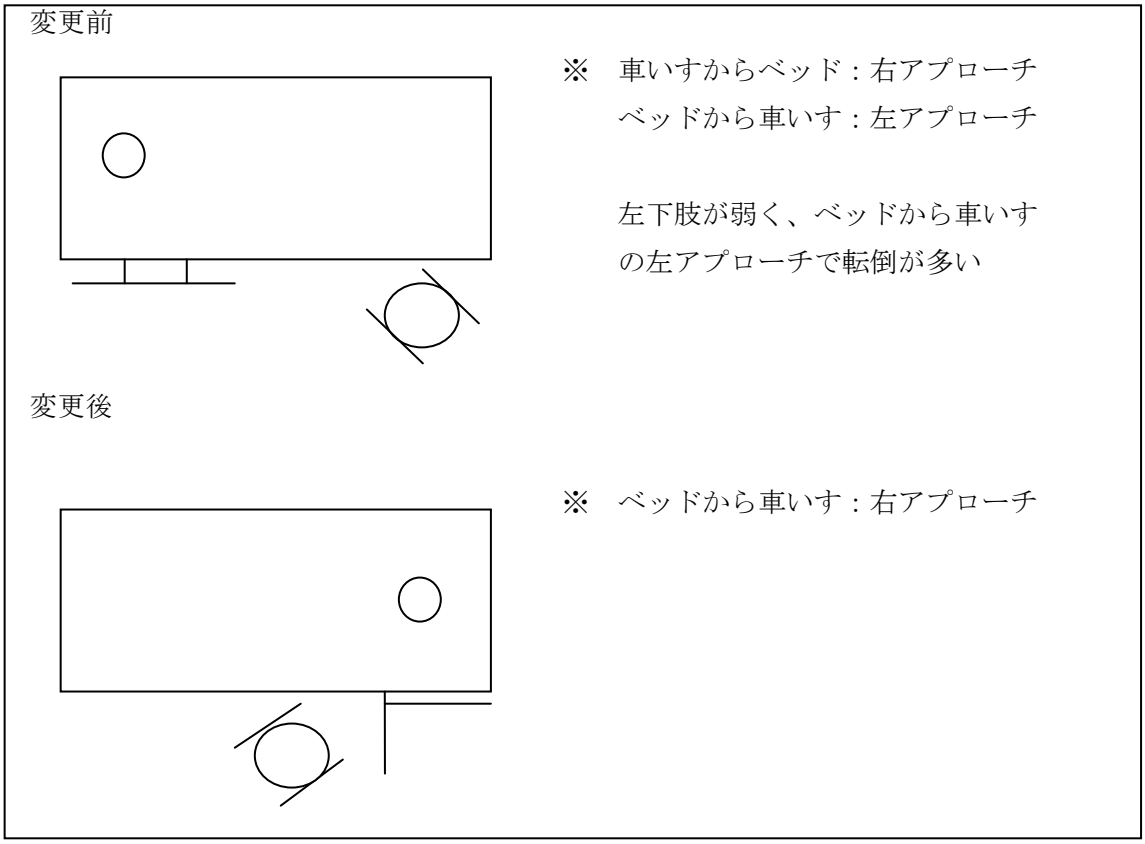
訪問看護（OT）は週１回訪問し、プログラムに沿ってリハビリを実施した。特養看護師は､訪問看護（OT）から提案されたリハビリを可能な範囲で実施していた。訪問看護（OT）

のアセスメントにより両足の下垂は、筋力の低下によるものであると特養看護師に伝えられた。対象者からは、リハビリに対し消極的な発言も聞かれていたが、遠慮しながらも実施できていた。介入後も夜間トイレに行こうとして、ベッドからずり落ちているようなことは続いていた。また時々体幹が左に傾くようになり、認知機能の低下もみられた。

転倒・骨折を予防するため、転倒時の状況確認の必要性などから特養介護士とも情報交換を行いながら、ベッドや手すり等の環境整備を行った。ベッドは低床ベッドとし、頭の位置を逆にして、移乗の方向を逆のアプローチとした。介助方法については、①移乗時は必ず見守る。②バーやアームレストをしっかり持って、きちんと立位をとってから方向転換する。③立ち上がりや立位でふらつきがある場合は、一旦座位となり、介助態勢を整えてから移乗する。以上の３点を確認した。その後、特養介護士間でも環境整備や介助方法について情報の共有が進み、統一した介助が提供された。しかし、転倒の繰り返しや失禁に伴い、対象者の気分が落ち込み、活気もなくなり、リハビリに対しても拒否が強くなった。

環境整備後も、対象者は夜間ベッドから降りていることもあったが、低床ベッドということもあり、けがはなく経過した。夜間、ベッドから降りる理由は、「トイレに行きたい」ということである。日中は車いすでウトウトすることも増え、認知、身体機能、動作能力とも緩慢に低下していた。リハビリに対し強い拒否はないが、積極的ではなかった。しかし、「私ばかりすみません」などの発言があり、対象者には、リハビリを自分ばかりやってもらい、他の人に申し訳ないという気持ちがあったようである。

図表Ｄ－１　　環境整備



3）評価指標

⑴ 基本動作

① 寝返り

② 寝起き

③ 座位保持

④ 立ち上がり

⑤ 立位保持

⑥ 歩行

⑵ ADL 能力の維持

① ベッドから車イスへの移乗

② 排泄動作

③ 転倒の有無

⑶ 筋力低下の進行の程度

① 両足の下垂の程度

⑷ リハビリに対する発言

図表Ｄ－２　基本動作の初期評価と最終評価（事例6）

	初期評価	最終評価
基本動作	（観察結果）	（観察結果）
寝返り	手すり使用にて左右に可。動作はゆっくり。	手すり使用にて左右に可。時に腰背部に痛みあり。動作はゆっくり。
寝起き	寝る時は、手すり使用しつつ肘をついて側臥位から仰臥位になり可。起きる時は、手すり使用せず両肘をつきながら真っ直ぐ起きるようにして可。	寝る時は、手すり使用しつつ肘をついて側臥位から仰臥位になり可。起きる時は、手すり使用して側臥位になり肘をつきながら起きるが、時に軽介助が必要。
座位保持	可。円背・骨盤後傾・体幹左傾（軽度）あり。中等度の外乱刺激にも保持可能。 靴の着脱時は大腿持ち上げてファスナーの上下が可能。	可。円背・骨盤後傾あり。体幹は日によって、傾きがない時、左傾の時、右傾の時あり。靴着脱時は前かがみになってファスナーへのリーチは可能。
立ち上がり	両手で手すりなどにつかまり可能。 動作はスムーズ。	両手で手すりなどにつかまり可能。 体調不良時は辛うじて立ち上がれる状態。
立位保持	手すりにつかまれば可能だが不安定。両下肢の震えあり、円背、恐怖心あり。両手を離すと 2 秒程度保持可だが、後方へフラツキあり。	両手でシッカリ手すりにつかまり、辛うじて可能。円背、臀部の後退あり。
歩行	平行棒内にて、両手で手すりにつかまり、近位見守りで可。両側部とも下垂あり、大腿を持ち上げるようにゆっくり歩く。	平行棒内にて、両手で手すりにつかまり、軽介助から中介助で一往復がやっと。後半は足底接地が不安定で特に右足が外反しやすく、振り出しも小さくなる。

4．訪問看護介入の結果

1）訪問看護サービスが入ったことによる変化

筋力の低下は進行しており、機能の低下も見られるが、定期的なリハビリの実施により、さらなる悪化は防げたようである。また環境設定を見直すことで、転倒によるけがは防止できたといえる。さらに転倒時の状況を把握するために特養介護士とも情報交換ができた。転倒・骨折予防のための環境整備や筋力の低下を防ぐための介助方法などについては、訪問看護（OT）から特養介護士に伝えられ、さらに特養介護士間でも情報の共有が進んだ。そのため、特養介護士間でも統一された介助が提供され、移乗時にしっかり立位を取ることで、立位の練習にもなっている。

2）特養看護師への影響

特養看護師は、対象者の両足の下垂は、脳梗塞の後遺症と思っていたが、訪問看護（OT）のアセスメントでは、筋力の低下によるものであり、転倒のリスクが指摘された。対象者の現在のADLや身体機能を維持するための関節運動や、座位を保つための関節の柔軟性など、それぞれの運動の必要性を再認識し、日常の業務の中で可能な範囲でリハビリが実施できた。

5．介入に対する考察

1）訪問看護（OT）

当初から対象者の下肢の筋力低下の進行を予測していたが、実際に機能低下（身体機能と認知面）・ADLの低下がおこった。環境整備で転倒による骨折等は回避できたが、転倒への対応は後手になった。これは、特養看護師との連携はとれていたが、当初特養介護士との連携が不十分であったことも一因であり、介入する場合の、特養スタッフ全員との連携方法の重要性を改めて感じた。長期的な関わりであれば、特養介護士による日常生活支援の中に生活リハビリの要素を取り入れ、少しでも動く機会を増やすことが必要である。この事例のように機能が低下していくケースについてもリハビリテーション的介入は必要である。

2）特養看護師

訪問看護（OT）による身体状態のアセスメントがあり、原因が理解できた。また体位を安定させるために必要な関節の柔軟性や関節運動の必要性など理解することができた。筋力低下が進んでいく対象者の状態の悪化が防げたことも評価できる。

3）研究者

訪問看護（OT）の専門的な視点でのアセスメントにより、対象者の状態の把握と転倒の危険性が指摘されたことで、特養介護士間でも環境整備や介助方法につての情報の共有化が進んだ。その結果、統一した介助方法が実施され、移乗時に立位を取ることが徹底された。このことは、対象者の移乗時の安全性と共に、生活リハビリにつながっている。

対象者は、その年齢からも機能の低下が進行していくのは当然のことではあるが、悪化を防ぐことや転倒、骨折を予防できたのは、訪問看護（OT）が介入したことの成果であるといえる。

特養への介入では、訪問看護（OT）と特養看護師との連携も重要ではあるが、対象者の日常生活の支援を担っている特養介護士との連携も不可欠であることがこの事例から明らかになった。

事例７　　立位がスムーズになり、介護の労力が減った事例

１．事例紹介（ID ７）

90代女性。要介護度４、寝たきり度Ａ１、認知症自立度Ⅰ。認知症。骨粗鬆症。変形性脊椎症による腰痛がある。言語的なやり取りは可能で、指示にも概ね従うことができる。記憶では曖昧なところがあり、「トイレに行ったことがない」「介助を受けずにできている」等の発言もある。特養看護師により、膝の伸展や立ち上がりの運動は行っているが、立位では、膝がなかなか伸びきらず、自力での立位保持は困難であった。排泄動作では、移乗、ズボンの上げ下げ、後始末すべてにおいて介助が必要な状態であった。基本動作としては、移動は車椅子を使用し、全介助。自走はできない。起き上がりは自力で可能だが、座位から臥位は軽度介助が必要。座位保持は可能だが、円背と後傾に加え、左への傾きがある。立ち上がりは両手で手すりにつかまり臀部の引き上げには介助が必要である。立位保持は両手で手すりにつかまり、臀部を支えていれば可能である。歩行は平行棒内で重介助により、かろうじて数歩が可能な状態であった。

２．訪問看護（作業療法士以下 OT）介入の必要性

対象者は、特養看護師から膝の伸展や立ち上がりのリハビリを受けていた。しかし膝がなかなか伸びず、立位保持は困難な状態であり、排泄の介助でもかなりの労力が必要であった。このままの状態が続くと、移乗動作も全介助となり、いずれは排泄動作も不可能になってしまう。移乗動作、排泄動作を維持することを目的として、訪問看護（OT）の介入を行った。

３．訪問看護計画・経過・評価指標

１）訪問看護（OT）の計画

⑴　臥位にて

①　関節可動域訓練（股関節伸展、膝関節伸展、足関節背屈）

②　筋力トレーニング（レッグプレス）

⑵　端座位にて

①　体幹の回転

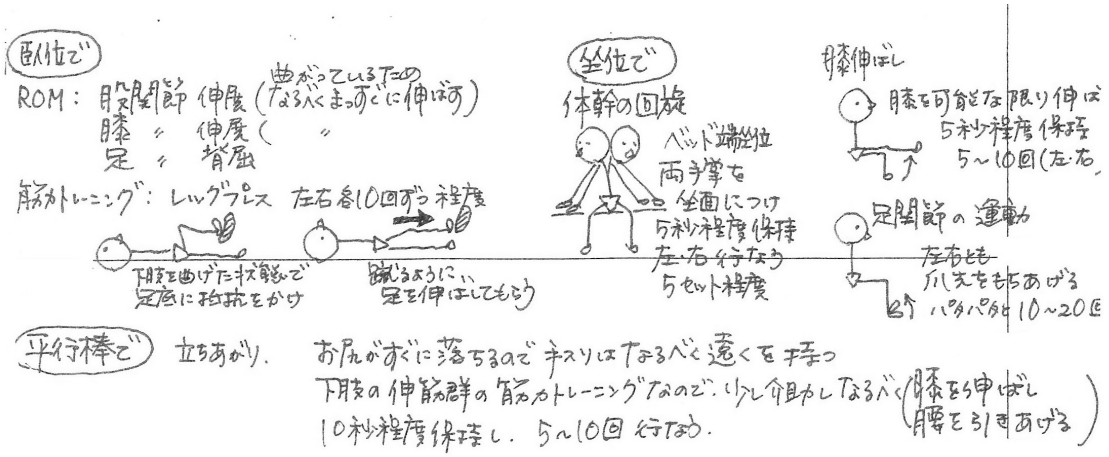
②　膝伸ばし

③　足関節の運動

⑶　平行棒で

①　立ち上がり

図表Ｄ－３　訪問看護（OT）計画



２）経過

訪問看護（OT）は２週に１回訪問し、リハビリを実施した。リハビリの内容は特養看護師に伝えられ、訪問看護（OT）が来ない日は可能な範囲で特養看護師がリハビリを行った。訪問時には、特養看護師や担当の介護職員から対象者の状態についての報告や相談を受け、訪問看護(OT)のアセスメントを伝えながらリハビリを実施していた。訪問看護(OT)より、立位保持が困難であるのは、下肢の伸展制限があるためである。それを補うだけの筋力も十分でないため、上肢の筋力をある程度つけて立位を保持してもらう必要がある。その方法として、車椅子の自走も有効である等が伝えられた。また、立位時に手すりを持つ位置等も細かく指示が出された。

対象者は、リハビリを進める間、強い疲労感等を訴えることもなく、リハビリを続けられた。リハビリプログラムのそれぞれの回数も徐々に増やすことができた。また、移乗動作や立ち上がり時は手すりの持ち位置や下肢の伸展等細かく指示をすることで、起居動作や立ち上がりで改善が見られた。

介入の終了時には、起き上がりは自力で可能。座位保持は安定して保持が可能。立ち上がりは平行棒につかまれば自力または軽介助で可能。立位保持は平行棒にて前方に両手でつかまれば股関節と膝関節は屈曲した状態ではあるが、10秒程度自力で保持が可能となった。移動は車椅子ではあるが、短距離なら自走も可能になった。身体機能の面では、関節可動域と下肢筋力は、わずかではあるが改善した。排泄介助の場面では、介助を必要とすることに変わりはないが、日頃介護を担う特養介護士や特養看護師からは、立ち上がりの介助やベッド上の介助の労力が減ったとの声が聞かれた。また、食事摂取量も増加し、表情も明るくなった。

３）評価指標

⑴　基本動作

①　寝返り
②　寝起き
③　座位保持
④　立ち上がり
⑤　立位保持

⑥ 歩行

(2) 下肢の関節可動域の維持

(3) 下肢の伸筋群の筋力の維持

図表Ｄ－４　基本動作の初期評価と最終評価（事例7）

	初期評価	最終評価
基本動作	（観察結果）	（観察結果）
寝返り	手すり使用にて左右に可（ゆっくり）。	左に同じ。
寝起き	手すり使用。座位から臥位になる時は両下肢がベッド上に乗りにくいため軽介助。起き上がりは自力で可能。	手すり使用、寝起きとも自力で可能。
座位保持	可だが円背と後傾に加え左傾あり、上肢を動かすと傾きが著明に。	安定して保持可。
立ち上がり	両手で手すりにつかまり、臀部引き上げは中介助。	平行棒にて前方に両手でつかまれば、自力または軽介助で可。
立位保持	両手で手すりにつかまり、かつ臀部を引き上げ続けないとすぐに座ってしまう。重介助。	平行棒にて前方に両手でつかまれば、１０秒程度自力で保持可能（股関節と膝関節は屈曲した状態）
歩行	平行棒内にて重介助で数歩がやっと。	左に同じ。

４．訪問看護介入の結果

１）訪問看護サービスが入ったことによる変化

対象者の ADL の状態を把握し、それを維持するために必要な身体機能に働きかけるリハビリが実施された。訪問看護（OT）の訪問は隔週１回であったが、リハビリの内容は特養看護師に伝えられ、訪問がない日には特養看護師がリハビリを行っていた。それにより、関節可動域、下肢の筋力に改善が見られた。また、動作では、座位バランスや立ち上がり、立位保持でも改善がみられた。さらにリハビリとして、対象者に関わる時間が増えたことで、対象者の表情にも変化がみられた。

２）特養看護師への影響

リハビリの内容が詳しく伝えられたことで、訪問のない日にもリハビリの実施が可能となった。リハビリプログラムのそれぞれの動作の必要性の根拠が明確で、対象者に説明しやすく、その結果、対象者の受け入れもよかったため、リハビリを継続することができた。

５．介入に対する考察

１）訪問看護（OT）

対象者は、円背と股関節および膝関節の屈曲拘縮が強く、その状態での経過も長かったので、当初は現在の機能を低下させないことが精一杯ではないかと感じていたが、経過を追う

ごとに立ち上がりや立位保持で介助量が減少していった。さらに、リハビリプログラムのそれぞれの運動の回数も増やせるなど、持久力も向上していった。ADL 場面での明らかな介助量の減少には至らなかったが、このように経過が長いケースであっても、リハビリにより改善する部分があることがわかった。今後も現在の状態を維持していくために、継続したリハビリが必要である。

２）特養看護師

訪問看護（OT）のアセスメントでは、その ADL を維持・改善するために必要な身体機能が明確である。そのため、対象者に運動の必要性を説明しやすく、また運動の効果もわかるので、対象者の受け入れもよかった。排泄介助時の立位保持など、介助は必要ではあるが労力は減った。食事や表情、意欲でも変化がみられ、訪問看護（OT）の介入による効果である。対象者からも続けてほしいとの声が聞かれた。関われば変わるということが実感でき、特養においてマンパワーとリハビリの専門職の必要性を感じた。

３）研究者

特養看護師より、「膝の伸展や立ち上がりの練習を行っていたが、立位時に膝が伸びず、立位が困難であり、排泄介助もかなりの労力が必要である」等の相談を受け、介入が始まった事例である。特養看護師も、屈曲拘縮した関節の曲げ伸ばし等のリハビリを実施することは可能であり、実際に行っている。しかし、ADL の状態を判断し、それを維持・向上するために必要な身体機能までを分析し、リハビリプログラムを作成できるのは、やはりリハビリの専門職である。今回は、リハビリプログラムを特養看護師にも伝え、訪問のない日にもリハビリが実施できたことで、より効果的だったと思われる。

そして、なにより対象者の立ち上がりや立位保持などで改善が見られたことは、訪問看護（OT）の介入の成果である。

面会に来た対象者の息子夫婦から、「少しでもリハビリをやってもらわないと、（機能が）落ちる一方だから」との話があった。このことから、家族からも特養において、リハビリが期待されていることがわかる。

事例８　　身体を動かすことにより、痛みの訴えがなくなった事例

１．事例紹介（ID ８）

90代女性。要介護度４、寝たきり度Ｂ１、認知症自立度Ⅰ。左大腿骨頸部骨折術後。円背あり。人の名前など忘れてしまうとの自覚があるが、日常生活には支障はない。若干難聴気味であるが、言葉でのやりとりは良好。また、自身の考えや希望を人に伝えることもできる。食事はセッティングにて自力摂取可能。排泄は自立。更衣は軽度介助。入浴では、浴室内の移動は手引き歩行。移動は、日中は手押し車で自力歩行、または、車椅子を使用する。体調により、車椅子は自力または介助となる。夜間は車椅子を使用している。左下肢の痛みの訴えがあり、その都度湿布で対応していた。

２．訪問看護（作業療法士以下 OT）介入の必要性

対象者は、「100歳を超えて生きる時代、自分でトイレくらいは行きたい。歩き始めがうまく歩けず、足がよく上がらない。寝たり起きたりも大変、何とか考えながらやっている。」という。特養看護師より、「手押し車で歩行しているが、足の引きずりがある。本人の意欲もあるので何かできることがあれば」との相談を受け訪問看護（OT）が介入することとなった。

対象者は、左下肢に痛みがあり、体調によって、手押し車での歩行と車椅子（自力または介助）とを使い分けていた。このまま痛みが増強し、車椅子の使用が長くなると、下肢の筋力の低下が進み、ADL の低下につながる恐れがある。そのため現在の ADL 能力を維持するためには、立位バランスと歩行能力が重要となる。下肢の筋力の維持（特に左）、関節可動域の維持、立位保持能力の維持を目的として介入を行った。

３．訪問看護計画・経過・評価指標

１）訪問看護（OT）の計画

⑴　臥位で

①　関節可動域訓練

②　お尻上げ

③　レッグプレス

⑵　座位で

①　腿上げ

②　足関節背屈

⑶　立位・歩行

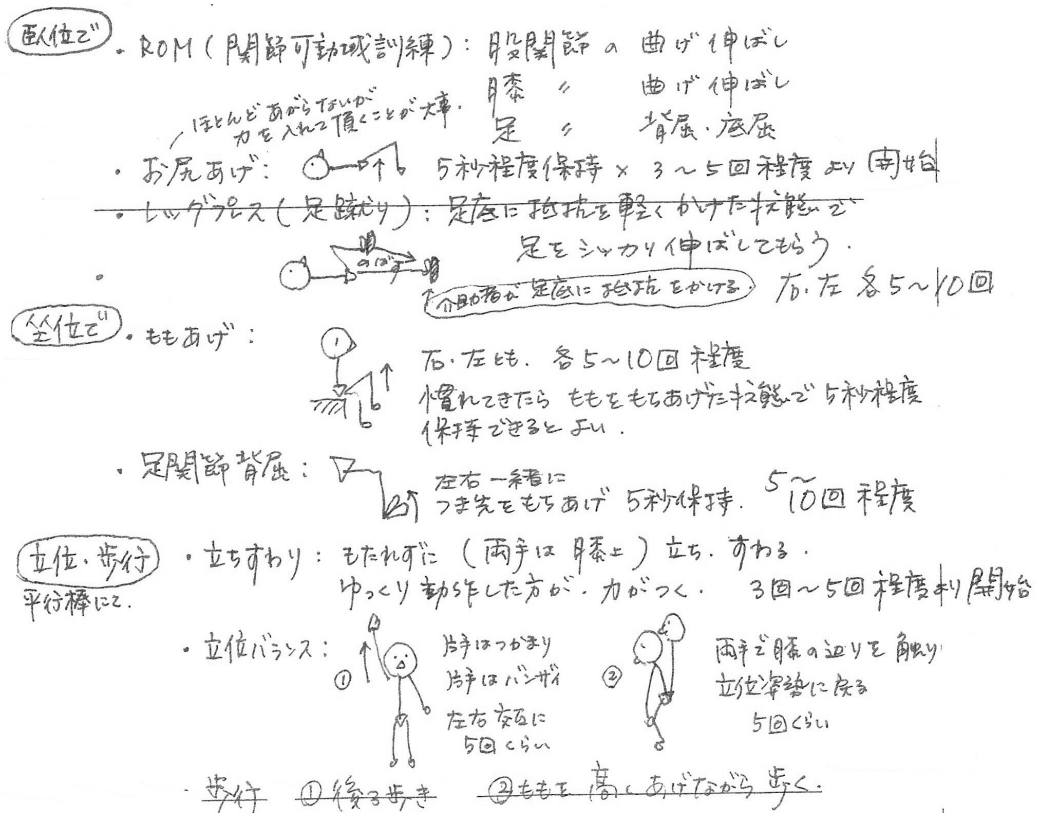
①　立ち座り

②　座位バランス

③　歩行（後ろ歩き、腿を高くあげながら歩く）

※　基本動作時に痛みが出やすく、ゆっくりと行う必要がある。

図表Ｄ－５　訪問看護（OT）計画



２）経過

訪問看護（OT）は隔週１回訪問した。上記のプログラムを特養看護師に伝え、訪問看護がない日は、特養看護師がリハビリを実施した。また、訪問看護（OT）より、左下肢の痛みの原因は、臀部の筋力の低下によるものであると伝えられた。対象者は、もともと意欲があり、自ら平行棒で後ろ歩きをしたり、手押し車で歩いたりと積極的に運動していた。しかし、対象者は痛みを訴えることもあり、自分でやりすぎたと思うと、この運動を休んだりしていた。訪問看護（OT）より、対象者と特養看護師へ、少なめの運動量で継続することの必要性が説明された。対象者は、その後も時々険しい表情で痛みを訴えることもあったが、痛みがあっても動くことを勧められた。対象者もそのことを理解し、運動を続けるようになった。訪問看護終了時は、痛みの訴えはなくなり、湿布を希望することもなくなった。痛みがないことで、さらに動きもスムーズになり、自分で運動を実施している。

３）評価指標

⑴　基本動作

①　寝返り

②　寝起き

③　座位保持

④　立ち上がり

⑤　立位保持

⑥　歩行

⑵　痛みの訴え

(3) 関節可動域
(4) 筋力
(5) 意欲

図表Ｄ－６　基本動作の初期評価と最終評価（事例8）

	初期評価	最終評価
基本動作	（観察結果）	（観察結果）
寝返り	手すり使用にて左右に可（ゆっくり）。仰向けは腰が痛い。動き始めが辛い。	スムーズに可、仰向けでも痛みの訴えは少ない。夜間は身体を動かすのは大変。
寝起き	手すり使用し可。右の腰に痛みが出やすいため、身体を少しずつ動かしてから起きる。	手すり使用しスムーズに可。 夜間は身体を動かすのが大変なので、身体を慣らす必要あり。
座位保持	可。円背だがバランスは良好。 靴の着脱も可能。	左に同じ。
立ち上がり	両手で手すりにつかまり可能。 動作はゆっくりだが、安定。	手すりにつかまらなくても立上がり可能。 （普段はつかまる）
立位保持	円背あり、手すりナシで保持可能だが、つかまったり大腿に手を置く方が安定。	手すりナシで保持可能、軽度の外乱刺激にもふらつかずに保持できる。
歩行	日中は手押し車と車椅子を併用、夜は車椅子。手押し車歩行では、歩き始め右下肢の引きずりあり（左下肢の支持性低下のため）。しばらくすると引きずり軽減。	日中は手押し車で可能。歩き始めの右下肢の引きずりは同様。夜間は車椅子を使用。

４．訪問看護介入の結果

１）訪問看護サービスが入ったことによる変化

訪問看護（OT）により、リハビリのプログラムが組まれたことで、特養看護師による効果的なリハビリが可能になった。そのため、訪問看護（OT）の訪問は、隔週で１回であったが、特養看護師がリハビリを実施することで、リハビリを継続して行うことができた。対象者は「トイレくらいは自分で行きたい」などと、明確な要望や意欲もあったが、痛みがあるため運動を自制している面があった。しかし、毎日少しずつでも動いた方がよいということが、訪問看護（OT）から特養看護師と対象者に伝えられ、対象者は特養看護師からも動くように声をかけられ、リハビリを続けることが可能となった。その結果、痛みは軽減し、痛みがない分、動きもスムーズになり、さらに自ら進んで運動ができるようになった。

関節可動域は若干だが改善し、当初あった他動時の痛みはなくなった。筋力は若干だが改善し、左右のバランスがとれてきた。立ち上がりや立位バランスの改善もみられ、つかまら

なくても可能になった。日中の車椅子の使用がなくなり、自主トレの歩行も進んで行っている。

2）特養看護師への影響

痛みの訴えがあると、その都度湿布を貼って対応していたが、痛みの原因が、臀部の筋力の低下によるものであり、痛みを軽減するためにも運動を続けた方がよいということがわかった。そのため､痛みの訴えがあっても､運動した方がよいと対象者に説明できた。その結果、痛いから動かない、動かないから痛みが増強する、さらに動かないという悪循環を食い止めることができた。

5．介入に対する考察

1）訪問看護（OT）

もともと ADL の能力もあり、介入することの効果には、不安もあったが、初期評価と最終評価を比べるとわずかながらも改善していた。運動時の痛みがなくなったことでスムーズに動けるようになり日中は手押し車で歩くよう心がけるなど、ADL や意欲の面でもよい影響があった。この対象者は、衣替えを自分でしたい、シーツをずれないようにしたい、職員さんの名前を覚えたいなど自分のやりたいことを話していた。対象者のやりたいことに対応できると、生活の質や満足度もさらに高くなると考えられる。

2）特養看護師

痛みの原因がわかり、対象者から痛みの訴えがあってもリハビリを勧められるようになった。そのため、動かないことによる悪循環を断ち切ることができた。また痛みを軽減するために､どこの筋肉を鍛える必要があるかについて理解でき､体を動かすことの根拠がわかり、対象者に説明もしやすく、対象者自身も納得してリハビリを行えた。リハビリのプログラムがわかりやすく提示され、訪問がない日にも、リハビリを実施することができた。

3）研究者

訪問看護（OT）による痛みのアセスメントにより、特養看護師も自信をもって、対象者にリハビリを勧めることができた。また、リハビリプログラムが提示されたことで、訪問のない日にも特養看護師により継続したリハビリが実施できた。継続した一貫性のあるリハビリの実施と声掛けを行うことで、より効果的であった思われる。

訪問看護（作業療法士以下 OT）がピンポイントで介入した３事例

事例９

１．事例紹介（ID ９）

70代、女性。脳性小児麻痺。要介護度５、寝たきり度Ｂ２。

２．特養看護師からの依頼内容

⑴　食事がうまく食べられずに困っている。スプーン等を工夫すればよいのか、その方法がまったく分からない。

⑵　必要なリハビリがあれば教えてほしい

３．訪問看護（OT）からの指導内容

⑴　食事について

①　スプーンホルダーの使用

②　スプーンホルダーの作り方

③　口に入れる部分がやや小さめのスプーンを使用する

④　スプーンの柄を利用者の手の形や動きに合わせ角度をつけて曲げる

⑤　浅めのすくいやすい工夫をした食器を使用する

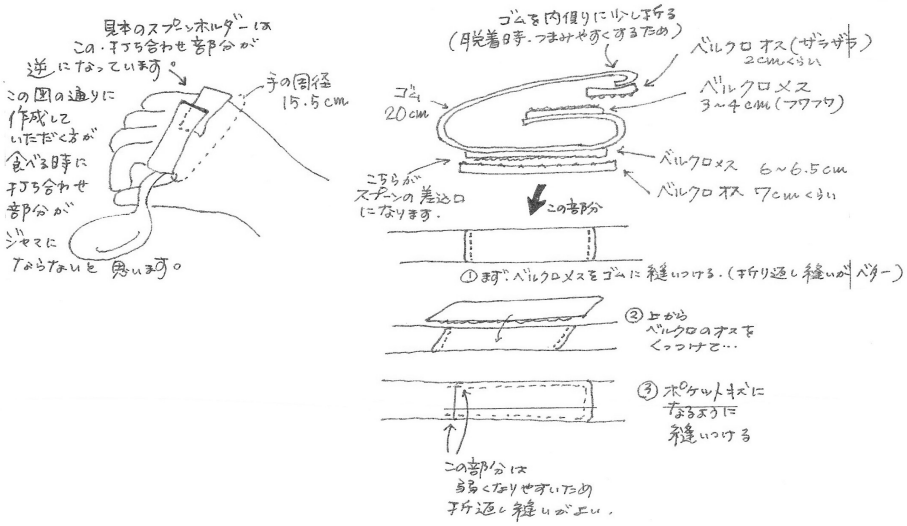
⑥　右肘の下に折りたたんだタオルを入れ、皿のふちと同じ高さになるようにする

⑦　食事場面では、右手を軽く介助し、すくって口に入れるという動作を繰り返し誘導することで動作の学習を図る。

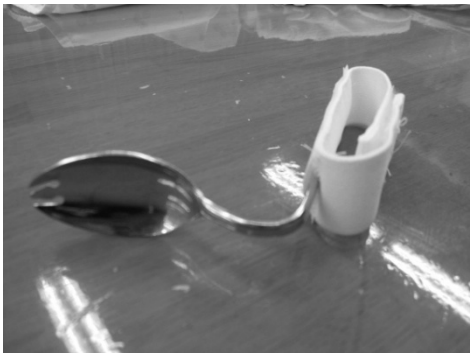
⑧　左手も皿のふちをもっておさえる動作を介助誘導し、動作の学習を図る。

⑨　頸部、体幹の過伸展を抑制し食物を口に取り込む際に頸や体幹がスプーンに近づくように誘導する。

図表Ｄ－７　スプーンホルダーの作り方



写真Ｄ－１　スプーンホルダーをつけたスプーン



写真Ｄ－２　食事摂取時のセッティング

写真Ｄ－３　ホルダーを装着し、スプーンを使用

⑵　リハビリプログラム

①　肩の挙上
②　肘の伸展
③　肘の回内・回外
④　手首の背屈・伸展
⑤　指の握り・開き（グーパー）

４．結果

リハビリプログラムに沿って、特養看護師がリハビリを実施した。また、食事摂取時は、スプーンホルダーを使用し、右肘の下にタオルを入れることで、対象者は、時間はかかるが、自力摂取が可能になった。介入前、対象者は、食事をうまく摂取できないことにイライラし、食事を拒否することもあったが、自力摂取が可能になってからは、「うまい」等の発言もあった。

事例10

１．事例紹介（ID 10）

60代、女性。要介護度５、寝たきり度Ｃ２。

慢性関節リウマチで「痛い」と頻回に叫ぶ。胸椎骨折の既往あり。

胃腸を悪くしたため痛み止めは内服していない。

２．特養看護師からの依頼内容

⑴ 痛いと頻回に叫ぶため対応に苦慮している。

⑵ リウマチのリハビリをどうしたらよいか

⑶ 受診時に医師に確認しておくことを教えてほしい

３．訪問看護（OT）からの指導内容

⑴ 四肢屈曲の状態で拘縮あり、関節はリウマチによる変形が認められた。しかし、カルテには、リウマチの現在の状態等の情報は全くなかった。状態を見ながらのリハビリは可能ではあるが、病的骨折や、脊髄症状の悪化により麻痺が増悪するリスクも考えられたため、整形外科の受診を勧めた。

⑵ 受診の際は、リウマチの状態、どの関節がどのくらい破壊が進んでいるのか（特に脊椎）、リハビリは可能か、可能であればその内容と方法、他動的に動かす場合どの程度まで可能か、自力で動かす場合の負荷量、ADL 介助の留意点、予測されるリスク、などを医師に確認するよう助言した。

４．結果

訪問看護（OT）の勧めで整形外科を受診することとなった。医師からは脊椎は金具で固定している。関節はもろくなっているためリハビリは積極的に行わない方がよい。しかし膝は少しずつ伸ばすくらいならやってもよい。脊椎に金具があるため、臥床が続くと褥瘡になる可能性もある、等の回答があった。

特養看護師は、考えていたより状態が悪いと感じ、特養におけるリハビリは危険が高いと判断した。対象者は､福祉受給者証を持っているので､病院においてリハビリを行うことが、料金的にも、危険性を考えてもよいのではないかと話し合われ、今後の検討となった。

事例11

１．事例紹介（ID 11）

80代男性。要介護度５、寝たきり度Ｂ２、脳梗塞後遺症、右片麻痺、高次脳機能障害。右上肢は強く屈曲し、右下肢は伸展拘縮の状態でフットレストに足を乗せるのも容易ではない状態。足は円反尖足、足趾の変形著明。両手両足に浮腫が著明にあり風船のように膨らんでいる。

２．特養看護師からの依頼内容

浮腫が著明な方への対処を教えてほしい

３．訪問看護（OT）からの指導内容

⑴ マッサージ

① 末梢から中枢へのマッサージ

② 他動的関節可動域訓練

③ 自力で可能であれば、少しでも動いてもらう

⑵ ポジショニング

① 車椅子では、右下肢は伸展が強いため、フットレストに足をのせる際には、股関節を屈曲すると膝・足関節も屈曲しやすくなる。

② 臥床時は、心臓より高くする。

４．結果

特養看護師も挙上やマッサージ等のケアは行っていた。特養看護師は、OT という専門職からのアセスメントを受けることで、現在自分たちが行っているケア方針への妥当性の確認ができ、今後継続することへの安心感を持つことができた。

５．考察

訪問看護（OT）の継続的な介入ではなく、特養看護師から相談を受けてピンポイントで介入した３事例である。特養には、作業療法士や理学療法士の配置義務はなく、特養入居者のリハビリも特養看護師が担っている。しかし､ADL 能力を維持するために必要な筋肉と、そのトレーニング方法などは、特養看護師では担いきれない部分がある。また、主治医は決まっているものの、いつも身近に存在しているわけではなく、特養入居者の健康管理については、特養看護師が担っている。そのため、今回のように、特養看護師が相談できる、リハビリの専門職の存在意義は大きい。

また、訪問看護（OT）は、特養に訪問している中で、対象者以外にも専門職の関わりが必要と思われる入居者の存在を感じていた。このことは、作業療法士としての専門的な視点から特養入居者を捉えると、一人ひとりの現在の機能を維持、または向上する上で、専門的なアプローチが必要であるということである。

自立支援の名のもとに、特養においても、残存機能の活用した介護が提供されているが、加齢に伴う筋力の低下や、障害を持っている特養入居者に対し、現在の残存機能を維持する

ためには、リハビリの専門的なアプローチは必要不可欠であるといえる。そして、残存機能の維持・向上は、ADL に関連しており、現在の ADL を維持するということは、特養入居者の生活の質の向上に直接結び付くことである。

事例12　　認定看護師の介入による褥瘡改善の効果があった事例

１．事例紹介（ID12）

85歳、女性。要介護４。寝たきり度Ｃ。認知症自立度Ⅳ。対象は、認知症が進行し家族の介護負担が大きくなり施設入居となった。主な症状としては、嚥下障害と精神症状があり大声や、奇声を発していた。数ヶ月前、肺炎で入院した際に胸椎部分に褥瘡が発生した。その後、転院するも肺炎が治癒したため退院となった。褥瘡に関しては、特養で処置を行なうことになった。褥瘡は、NPUAP 分類ステージⅢ、大きさは縦８cm、横５cm、深さ１cm、中央５×３cm の穴、両上下1.5cm ポケット、浸出液も薄い緑色少量みられ低栄養状態であり、そのため、特養看護師は褥瘡処置を行ないながら低栄養については、朝食、 400kCal の経管栄養剤をシャーベット状にしたりする工夫をしながら看護ケアを行っていた。また、昼・夕はペースト食と、毎食エプリッチゼリー（100Kcal）にて栄養補給の強化をしていた。精神症状は、内服薬でコントロールしていた。また、高齢により腸蠕動の動きも緩慢でありイレウス症状を起こしやすいなどの状態であった。

２．訪問看護介入の必要性

入院中に発生した胸椎部分の褥瘡が改善せず、特養で処置を引き続き行なうこととなった。褥瘡は NPUAP 分類ステージⅢであり、浸出液も多量、高齢のため皮膚の再生機能も低下していた。また、自力での体動が困難や向精神薬の影響で腸の蠕動運動が低下しイレウスになりやすく、食事量が不足することにより低栄養が悪化し褥瘡の改善が遅延する可能性もあった。

そのため、特養では創部の衛生、栄養補給、体位保持、排泄のコントロールなど、総合的なケアを行っていた。訪問看護師は、施設でのケアを支援し、褥瘡のエキスパートである認定看護師と連携を図ることで褥瘡の改善を図ることを目的として訪問看護の介入を行った。

３．訪問看護計画・経過・評価指標

１）訪問看護の計画

⑴　認知症や加齢に伴う体動困難、円背、尿失禁に関連した皮膚統合性の障害

①　バイタルサイン（体温・脈・血圧・SPO_2）
②　皮膚の状態（陰部～肛門の発赤、乾燥、びらんなど)、骨の突出部位の確認
③　褥瘡の状態、新たな褥瘡の有無
④　食事の摂取状況
⑤　検査データの確認（総蛋白、アルブミン）
⑥　褥瘡処置
⑦　体位変換
⑧　陰部～肛門部洗浄とオムツ交換
⑨　発赤部などにはキンダーベート塗布
⑩　両上下肢のマッサージと屈伸運動
・　両上肢や下肢をゆっくりさする
・　上下肢の関節の屈伸運動

⑵ 加齢、自力での体動困難、向精神薬の影響による腸蠕動運動低下に関連した便秘

① 排泄パターン、回数、便の性状、量
② 腹部の状況、腸蠕動音、圧痛、腹痛の有無
③ 食事摂取状況
④ 嘔吐・嘔気の有無
⑤ 内服の状況・確認
⑥ オムツ交換
⑦ 陰部洗浄
⑧ 必要時に摘便の実施

図表Ｅ－１　４ヶ月の訪問看護の実施状況

	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	介入時間（分）
バイタルサイン測定	→					5 分
心身の状態観察	→					5 分
食事摂取・排泄状況の観察	→					5 分～10 分
褥瘡・皮膚全体の観察	→					5 分～10 分
陰部洗浄・オムツ交換	→					10 分～15 分
褥瘡処置	→					30 分
発赤部キンダーベート塗布	→					5 分
両上下肢マッサージ・屈伸運動	→					10 分～15 分
体位保持	→					5 分

２）経過

対象者の褥瘡は、NPUAP 分類ステージⅢと進行し、浸出液も多量にみられ、低栄養状態であることから総合的ケアの必要性があり、特養では、創部の衛生、栄養補給、体位保持、排泄のコントロールなどを行っていた。特養看護師と訪問看護師は、対象の状態やケアの理解や、どのような面で支援できるのか検討するために、情報交換やケアの連携のためのノート作りやケアカンファレンスの参加など行い連携を図った。

対象者の状態は、高齢であるため体力や免疫力が低下しており、褥瘡治癒が遅延する可能性もあった。また、腸蠕動運動が低下しているため便秘傾向にあり食事量についても心配であった。このことから、特養看護師と訪問看護師は今後のケアについて、褥瘡の専門的知識

を持った皮膚・排泄認定看護師の介入が必要ではないかと考え、約１ヵ月後より関わりを開始した。

認定看護師のアセスメントによって、対象者は、褥瘡の浸軟が慢性化し、局所への圧迫・ずれによって肥厚し創収縮を阻害していたことがわかった。そのため、特養看護師、訪問看護師、認定看護師は連携をとり、今後のケア方法について検討を行った。

まず、褥瘡処置の方法としては、過剰な浸出液と薬剤の油分、通気性を良くするため薬剤の変更を行った。また、尿取りパットも、摩擦や刺激を除去するため、今までと比べ、一周り大きいもの貼用することにした。栄養面では、低アルブミンの改善を図るため、アイソカル・アルジネードウォーターの追加。体位保持については、ベッドでの側臥位姿勢を保つためにクッション用いて面で支えて体圧を分散、移動時は介助者が２名で行い、体位変換時は褥瘡周囲の皮膚を引っ張らないような移動を行うことにした。

対象者へのケアの連携を図るため看護師の連携は次のように行った。特養看護師の役割として、毎日の褥瘡処置、栄養管理、体位保持などを行った。また、認定看護師は、褥瘡ケアの方法や留意点を伝え、褥瘡の状態を月に１回評価することで特養でのケアを支援した。訪問看護師は、週に１～２回訪問時、特養看護師から対象の情報を得ることで、認定看護師への情報提供を行った。

図表Ｅ－２　施設での褥瘡に関するケアの経過

	連携前	連携後
栄養	1000Kcal／１日 朝：経管栄養剤 MA2.0 100ml、栄養補助食品アイソカル 2k100ml、エプリッチゼリー100 kcal 昼・夜：ペースト食　エプリッチゼリー 100kcal	左記の食事のほかにアイソカルアルジネードを追加
体位変換	・背中に三角マットし側臥位は保持 ・抱き枕を利用し側臥位を保つ	・側臥位はクッションの面で支え体圧分散 ・車椅子座位はクッション使用し姿勢保持 ・移動は介助者が 2 名で行う ・体位変換は褥瘡周囲を引っ張らない ・臥床位のままズラして移動しない
褥瘡処置	・中央は微温湯、周囲はビオレをスポンジで泡立て洗浄 ・ポケット部は微温湯、周囲はビオレをスポンジで泡立て洗浄 ・ソルコセリル塗布・埋め込む ・リント布貼用 ・ビニールテープは最小限で固定する ・フラットオムツ貼用または、尿取りパットで保護	・創部の洗浄はたっぷりとした泡で洗浄し泡をテッシュで拭き取る ・500ml のボトルの微温湯で洗い流す ・擬膜や痂皮をガーゼやピンセットで除去 ・褥瘡周囲はセキューラ P0、褥瘡内はユーパスタコーワ軟膏を注入 ・フィブラストスプレー・プロスタンディン軟膏（12 月下旬より） ・ドレッシング材はデルマイドを使用 ・テープは肌に優しい素材のものを使用 ・一回り大き目の尿取りパット保護 ・計測

３）評価指標

⑴胸椎部褥瘡の改善

⑴-1褥瘡の大きさ

⑴-2 DESIGN － R（褥瘡経過評価法）

⑴-3発熱がみられない

⑵栄養状態の改善

⑵-1食事量

⑵-2血液データ（総蛋白、アルブミン）

⑵-2体重

⑶排便状況

⑶-1回数・性状

⑶-1腹部部満感・腸蠕動音

４．訪問看護介入の結果

１）訪問看護サービスが入ったことによる変化

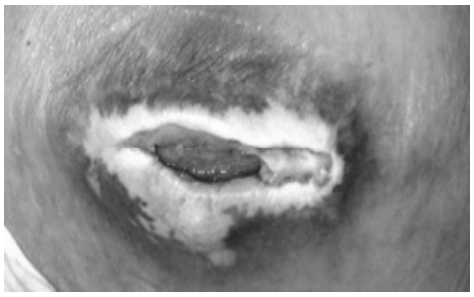
既に施設では創部の衛生、栄養補給、体位保持、排泄のコントロールなど、総合的なケアを行っていた。そのため、訪問看護師は、特養看護師と連携を図りケアを行っていった。しかし、対象者は高齢であり、体力・免疫力も低下し発熱も見られること、便秘傾向で食事量が保てるか懸念されたため認定看護師の介入の依頼を行った。

その後、特養看護師によって栄養面、体位変換や褥瘡処置など総合的ケアが日々継続して行なわれた。認定看護師は、その支援として１ヶ月に１回、褥瘡の状態を含めて専門的な立場からアセスメントし助言を行った。また、訪問看護師は１週間に１から２回、訪問した際に対象者の状態を情報収集し認定看護師に情報提供するなど、橋渡し役としての調整を行った。このように、特養看護師、認定看護師、訪問看護師がそれぞれの立場から連携を図り、看護を継続して提供することによって、対象者の褥瘡は、NPUAP 分類ステージⅢからステージⅡ、DESIGN － R 合計点30点から１月には５点となり治癒に向かっていった。また、１ヶ月の半分ほど発熱していた状態も介入終了時には４分の１へと減少した。

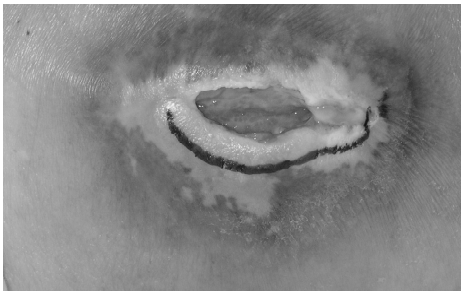
図表Ｅ－３　４ヶ月の褥瘡の状態経過

	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月
褥瘡の大きさｃｍ （ポケット込み）	8.0×3.0	6.0×1.5 (6.5×2.0)	5.5×0.9 (6.0×1.7)	3.4×0.8 (4.6×1.4)	2.0×0.5 ポケット消失
NPUAP の分類	ステージⅢ	→	→	→	ステージⅡ
DESIGN-R 合計点	測定なし	30	24	14	5
肉芽組織周辺	良性肉芽形成なし 発赤・熱感	良性肉芽形成なし	良性肉芽形成なし	肉芽 10%未満	創浅く皮膚ピンク色
発熱（37～38℃）	10 日	14 日	13 日	10 日	8 日
栄養状態	TP5.0 ALB2.0	TP6.1 ALB2.6	検査なし	検査なし	TP6.7 ALB3.0
体重	37.0ｋｇ		39.8kg		43.0kg
訪問看護師	→	→	→	→	→
認定看護師	→	→	→	→	→

写真Ｅ－１　４ヶ月の褥瘡の状態

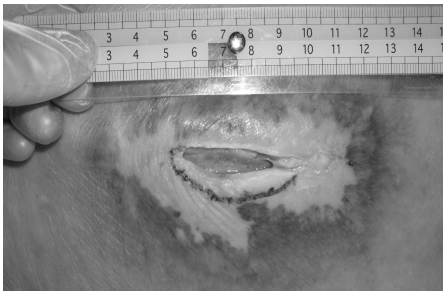


介入前　平成23年9月21日撮影

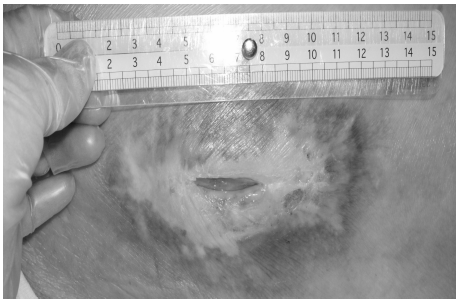


介入直後　平成23年10月27日（処置前）

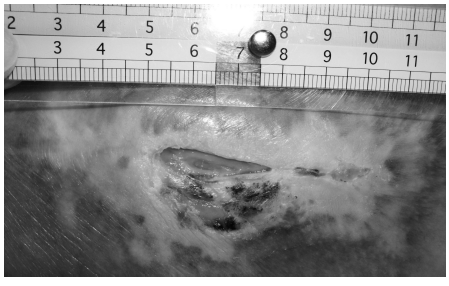
介入直後　平成23年10月27日（処置後）



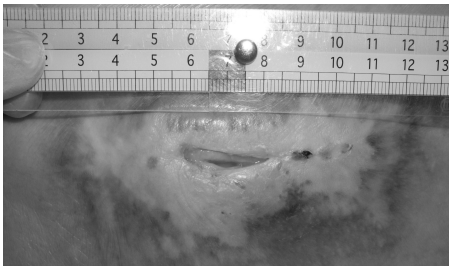
介入2回目　平成23年11月21日



介入3回目　平成23年12月26日



介入4回目　平成24年1月16日



介入5回目　平成24年1月23日

２）特養看護師への影響

対象者の褥瘡への改善を図るために訪問看護師と連携をとり、褥瘡に関する専門的な知識をもった認定看護師の介入を行った。このことから、特養看護師、訪問看護師、認定看護師がそれぞれの立場からケアを実施し連携を図ることで、医療ニーズの高い対象者にも対応が可能であることが再確認できた。

５．介入に対する考察

１）訪問看護師

日々の特養看護師のケアを支援するには、お互いの信頼関係やコミュニケーョンなどで体制作りが基盤となると考える。そのためには、対象者の状態やケア内容などについて理解することが必要であり、特養看護師だけではなく特養スタッフ全体との連携が大切であった。そのため、連絡ノートの活用や、ケアカンファレンスへの参加をすることで、情報交換の機会をつくっていった。このような連携を図ることで、訪問看護師として、対象者にどのようなケアができるのかを検討することができ、結果、認定看護師の専門的なケアの介入が実現できたと考える。

２）特養看護師

訪問看護師の介入にあたって、対象者の状態の把握や特養スタッフとの連携をどのように図るのか不安であった。しかし、ケアカンファレンスや、一緒にケアを行うことでお互いの考え方や意見、ケアの方法について話し合うことができ、同じ方向性でケアを実施することができたのではないかと考えられる。また、認定看護師ならではの、より専門的な知識や技術が対象者に提供することができた。このように、特養看護師、訪問看護師、認定看護師が一体となり共に対象のケアに取り組むことで成果を得られたのではないかと考えられる。

３）研究者

特養における入居者は高齢であり、様々な疾患や障害を抱えている。そのため、特養看護師のケアは、日常生活援助から、医療ニーズの高い特養入居者のケアまで様々である。対象者はNPUAP分類ステージⅢであり､低栄養と褥瘡という２つの問題を抱えていた｡しかし、今回のように、特養看護師、訪問看護師、認定看護師がそれぞれの立場から専門性を発揮し連携をとることで、褥瘡の改善を図れたことは対象者にとって大きなメリットをもたらしたと考えられる。

今後、高齢化や重度化が進み、特養では益々医療ニーズの高い入居者が増えると考えられる。そのため、集中して対象者に関われることから、外部サービスである訪問看護師が介入することの効果を強く感じさせられた。

事例13　　尿路感染の予防および嚥下機能の改善に向けての事例

１．事例紹介（ID 13）

84歳、女性。要介護５。寝たきり度Ｃ２。認知症自立度Ⅲ A。対象は、類天疱瘡や、パーキンソン様の症状がある。また、左尿管結石から左腎膿症となり尿管ステントを挿入している。尿管ステントは医療機関で半年に１回の交換を行い、特養では２週間に１回尿道留置カテーテル交換と、１週間に２回、膀胱洗浄を行っている。対象者は、水分が不足するとすぐ尿路感染を繰り返している状態である。そのため、現在でも、医療機関で定期的な内服薬が処方され、必要に応じて受診も行われている。ADL はパーキンソン症状もあり自力では体を動かすことは困難であり全介助である。また、嚥下障害もあるため１回の食事の時間は２時間以上かかってしまう。しかし、尿路感染を予防するため、嚥下障害はあるものの１日2000ml の食事を含めた水分摂取を心がけている。コミュニケーションは、こちらの言うことは理解しているものの、自分の意思を言葉や表情などで伝えることができない。

対象者は入居前においては訪問看護や福祉用具などの社会資源を活用し独居生活をしていた。入居後は子供との関わりはあるが介護負担もあり、家族は今後も特養での生活を継続していくことを希望している。

２．訪問看護介入の必要性

対象者は尿路感染を繰り返し、そのたび入院治療を受けている。そのため、１日2000ml の水分摂取を目安にとの指示があるも、パーキンソン症状による嚥下困難が強く、食事や飲水に時間がかかり、誤嚥の危険性も生じてしまう状況であった。そのため、特養スタッフ間でも検討する必要性があると考えていた。

そこで、訪問看護師は特養スタッフと共に対象のケアについて尿路感染を生じさせないようにしながら、嚥下障害の改善や水分摂取量を検討していくことを目的として介入した。訪問日は、当初、食事の量や嚥下状態をアセスメントするために週２回、約30分を目安としたが、必要に応じて時間帯を延長した。

３．訪問看護計画・経過・評価指標

１）訪問看護計画

⑴　嚥下困難による水分量の不足及び尿管ステント挿入に関連する尿路感染のリスク

①　バイタルサイン（体温・脈・血圧・SPO_2）

②　食事水分摂取量

③　脱水の有無

④　嚥下、むせ込み、咳

⑤　飲食の介助の工夫

・　車椅子60度セッティング

・　スプーンで少量を舌に乗せ、飲み込み確認しゆっくりと介助

・　むせ時はタッピング

・　食事量を減らして水分を多めに摂取

⑥　尿道留置カテーテルの管理（尿量、性状、尿道留置カテーテルのミルキング）

⑦　かかりつけ医療機関の医師への相談・受診（水分量、嚥下、内服薬、緊急時の連絡・入院など）
⑧　外部サービスの歯科衛生士を紹介と口腔訪問指導の実施
⑨　口腔ケア前マッサージ・体操の実施（深呼吸、上半身の運動）
⑩　口腔ケア及び嚥下機能回復マッサージ実施
・　ベッド上ではギャジアップ60度以上、膝を曲げる、顎をひく
・　口内清拭
・　唾液腺、口唇、舌などのマッサージ
⑪　発声練習の実施

⑵　水泡性類天疱瘡及び体動困難から生じる圧迫・湿潤に関連した皮膚統合性障害のリスク
①　バイタルサイン
②　皮膚の状態（発赤の有無、尿道留置カテーテル留置部位の摩擦、圧迫部位など）
③　両下肢の動き
④　体位変換・移動・移乗時の介助
・　バスタオルを体の下に敷いて行う
・　車椅子移乗時及び体に触るときは、皮膚を引っ張らないようにする
⑤　両上下肢のマッサージや可動域の訓練の実施
・　足背・下肢・上肢をゆっくり擦る
・　股関節・膝関節・肘関節などの屈伸運動
・　背部のタッピング

図表Ｅ－４　４か月の訪問看護の実施状況

	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	介入時間（分）
バイタルサイン測定	→	→				5 分
心身の状態観察	→	→				5 分
飲食の介助	○					60 分
尿道留置カテーテルの管理	→	→				5 分～10 分
医療機関の主治医と相談		○				30 分
歯科衛生士口腔ケア指導		○	入院中	入院中	入院中	30 分～40 分
口腔ケア前マッサージ・体操	→	→				10 分～15 分
口腔ケア・嚥下機能回復マッサージ	→	→				10 分～15 分
発声練習	→	→				5 分～10 分
移動・移乗時の介助	→	→				5 分～10 分
両上下肢マッサージ 可動域訓練	→	→				10 分～15 分

２）経過

対象者は、尿路感染を起こしやすく、尿の性状は浮遊物があるため尿道留置カテーテルも詰まりやすい状態であった。そのため、尿路感染を予防する目的で尿道留置カテーテル交換や十分な水分摂取を行っていた。また、パーキンソン様の症状が強く、嚥下障害があるため、車椅子で60度ギャッジアップし食事介助を行っても、２時間以上かかってしまう状態であり、水分摂取量も1000～1500ml であることが多かった。皮膚の状態においては、類天疱瘡があるため、脆弱化し皮膚剥離、下肢は浮腫が見られた。

このことから、特養看護師と訪問看護師は、水分出納や嚥下機能をアセスメントし、水分量の検討、誤嚥対策、皮膚状態の改善を図っていった。水分量及び嚥下機能の改善については、かかりつけ医療機関の主治医に相談し検討してもらうことにした。その結果、主治医から尿量など水分出納のバランスや嚥下状態から1500ml への変更になった。また、誤嚥対策として、歯科医師会による在宅歯科医療連携室サービスの歯科衛生士による嚥下機能のアセスメントや嚥下訓練の実践指導を行うことにした。また､皮膚状態の改善については､足背・下腿・上肢のマッサージや、関節の屈伸運動、背部のタッピングで全身の血液循環を良好に

保つようにした。

その後、対象者は、尿量、食事量も保持できており、体温も35℃～36℃と安定していたが、10月中旬から食事・水分摂取量も減少し、尿量も徐々に少なくなり、10月下旬に入院となり訪問看護の介入は中止となった。

3）評価指標

⑴尿路感染の症状がみられない

⑴-1尿の混濁・浮遊物の減少

⑴-2尿量の維持

⑴-3発熱がみられない

⑵飲水・食事量の確保

⑵-1嚥下へのアセスメント

⑵-2食事・水分量の確保

⑶皮膚掻痒感・乾燥・浮腫の軽減

4．訪問看護介入の結果

1）訪問看護サービスが入ったことによる変化

対象者は尿路感染を繰り返し再発していることから、特養では水分が十分に取れるよう配慮していたが、嚥下困難による誤嚥の危険性もあり、以前から特養においてでも対応策を検討していた。そのため、訪問看護師は特養看護師と連携をとり、対象者の水分摂取と嚥下機能の状態を医療機関の主治医に相談したところ、１日の水分摂取が2000ml から1500ml に変更になった。また、嚥下機能の改善を図るために、歯科医師会による在宅歯科医療連携室サービスの歯科衛生士の嚥下機能改善へのマッサージや口腔ケアの指導を行った。

対象者の水分出納のバランスは、水分量を1500ml に変更後もバランスよく保たれていた。また、嚥下機能訓練については、特養看護師・特養スタッフが食事前に継続して実施できるように体制を整えていった。しかし、今回、対象者に継続してケアを行う前に発熱のため入院となったため顕著な効果を得ることはできなかった。

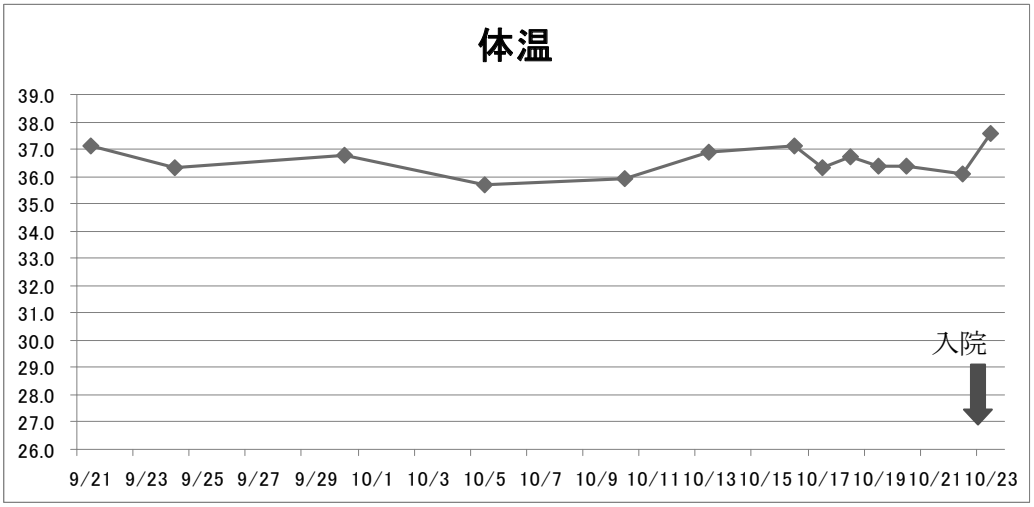
2）特養看護師への影響

特養入居者の日々のケアには、医師との連携が必要である。そのため、対象者の尿路感染の予防と誤嚥のリスクの現状について、訪問看護師が連絡・調整役となり、かかりつけ医療機関の医師にケアの方針を確認することができたことは一つの成果がある。また、外部とのネットワークを利用し歯科衛生士による嚥下訓練を行ったことも対象者のケアにプラスになったと考える。

図表Ｅ－５　訪問開始から入院までの尿性状・尿量、食事量、嚥下状態

		9/21-9/30	10/1-10/11	10/12-10/22	10/23
尿性状	血液（回）	2	0	0	1
	混濁（回）	0	2	4	0
	濃縮（回）	0	0	2	0
尿量	（ｍｌ）	1300～2600	1400～2150	1450～2000	150
食事量主食/副食	朝	○	○	△	未
	昼	△	○	△ ＊10/19 未	未
	夕	○	△ ＊10/5, 11 数口	△ ＊10/14, 17 未	
嚥下	むせ・咳	有	有	有	有

図表Ｅ－６　体温の経過記録



５．介入に対する考察

１）訪問看護師

特養では、特養スタッフが入居者に安心して健康で居住できるように最善の努力をしている。その中で、訪問看護師としては、特養看護師と連携をとり、対象に必要なケアを考えていくことが必要である。その一つの方法として、地域の医療機関への橋渡しや、地域のネットワークを利用して社会資源を活用することなどの支援があると考えられる。訪問看護師の介入によって、特養看護師と医療機関の主治医との連絡調整を図ることで、対象者のケアを内部・外部から支えていくことができると考えられる。

今回、ケアの方向性が整ったところで、入院してしまったことが残念であったが、入院中も主治医から、今後の治療方針や状態などを確認し情報を提供することで、退院してからの特養看護師の支援ができればと考えている。

２）特養看護師

入退院を繰り返している対象者の健康管理をしていくには、医療機関の医師との連携が必要になってくる。しかし、日々のケアの中で医療機関の主治医と直接、話をする機会をもつことは難しいのが現状である。そのため、訪問看護師と連携を図り、対象者の現状を医師に伝え、ケア内容や方針を確認できたこと良かったのではないか。また、

歯科衛生士による嚥下機能訓練などの外部からのサービスによって、対象者に必要なケアが行われたことは成果があった。

３）研究者

訪問看護が介入する際には、特養入居者のケアに関わる特養看護師や特養介護士、医療機関の医師との協力が必要である。そのためには、日々のケアの中で、お互いが情報交換を行い、問題点やケアの方向性を明らかにしていく必要があると考える。今回、施設内のケアについての連携を図るために、ケアカンファレンスや、ノート連絡による情報交換などで、互いの考えや理解を深めていった。そうすることで、特養スタッフ全体の連携がとれ、訪問看護師としての対象者への関わりも明確になると考えられる。また、

対象者へより効果的なケアを行うためには、医師に指示の変更を仰ぐ時がある。なじみの関係により、医師、特養看護師がお互いに意見を率直に出せないこともある。そのような場面では、調整役として介入する事も外部サービス導入メリットではないかと考える。特養看護師は毎日のケアから対象者の健康問題を見出し、訪問看護師は日頃の幅広い地域のネットワークやフットワークで医療機関や外部サービスなどへ橋渡しをすることで、医療ニーズの高い対象者へのよりよい看護提供につながったと考えられる。

事例14　　臀部の巨大瘙孔への介入を行った事例

１．事例紹介（ID 14）

80歳代、女性。要介護度５、寝たきり度Ｂ１、認知症自立度Ⅰ。40歳代で関節リウマチの診断を受け、ステロイド治療を行ったが、現在は、四肢の硬縮を認める。多発性ラクナ梗塞、慢性心不全の診断。右大腿人工骨頭置換術の既往あり。特養に入居してから数年後に右大腿内側に発赤を確認。訪問看護介入時には直径２cm 深さ９cm の瘙孔を認める。発熱が頻回のため、主治医より熱発時抗生剤の指示が出ている。

ADL は、寝たきりで移動、食事、排泄全て全介助であり、梗塞の後遺症により嚥下障害があり、ミキサー食にて全介助で摂取しているが、発熱もあり、食事量が低下している。胃ろうは造らないのが家族の意向である。昼間、閉眼している事が多いが、発語はあり、簡単なコミュニケーションは可能。介助により車椅子移乗し、気分のよい時は歌を歌う事もある。医療処置は、右大腿部瘙孔の処置が必要である。瘙孔が深く滲出液もあり、１日２回の処置を特養看護師は行っていたが、頻回の発熱は感染による可能性も高く、全身状態悪化の可能性がある。

嫁は週１回程度面会に来ている。家族は瘙孔での入院は望まず、出来るだけ施設で過ごさせたいと考えている。今後、積極的な延命治療はしないことが話し合われていた。

２．訪問看護介入の必要性

対象者は、関節リウマチにより、四肢硬縮があり、右大腿内側に深部の瘙孔を認めた。全身皮膚の脆弱を認め、褥瘡等皮膚トラブルが発生しやすい状態であった。褥瘡危険因子得点 OH スケールでは10点となり、褥瘡発生高度リスク群である。入浴以外はほぼベッド上であり、臥床時間も長く、自力体交不可である。また尿意・便意は曖昧であり、１日１回全介助にてトイレへ座っていたが、オムツを装着しているため、臀部の瘙孔は悪化を認めていた。頻回に発熱し、主治医の指示により、抗生剤が投与されていた。

現在、１日の食事カロリーは、 1500kcal/ 日であるが、軽度の嚥下障害のため、ミキサー食となっており、日々の状態により摂取量は半分程度となっている。誤嚥性肺炎の既往はないが、状態により嚥下機能は低下し、肺炎の可能性も考えられた。このような状態から、オムツによる排泄物の刺激を少なくし、皮膚を清潔に保ち、右大腿内側の瘙孔を悪化させない必要性があった。皮膚の脆弱から他の場所に褥瘡を作らず、瘙孔の１日２回の処置には時間がかかることから、忙しい業務の中で十分な時間をかける事が出来ずにいた。施設で出来るだけ長く過ごしたいという家族の意向を尊重し、対象者の訪問看護は、右大腿内側の瘙孔の改善、後発部位に褥瘡を作らず、表皮剥離の改善、誤嚥せず食事摂取でき熱発を起さない状態にする事を目的とした。

３．訪問看護計画・経過・評価指標

１）訪問看護計画

⑴　右大腿内側にある瘙孔を悪化させず、感染を起さない

①バイタル測定（KT、P、BP、SPO_2）

②栄養摂取状態

③疼痛の有無・瘻孔部汚染の有無（排便状況の観察）
④必要により摘便
⑤陰部・臀部洗浄
⑥瘻孔部の観察
⑦瘻孔の洗浄
⑧瘻孔の処置
⑨体位変換時の注意点の統一
⑩徐圧

(2) 誤嚥性肺炎のリスク
①バイタルサイン測定（KT、P、BP、SPO_2）
②呼吸器感染症の有無（咳嗽、喘鳴、肺雑音）
③食事摂取量、嚥下状態の観察
④痰の性状、量の観察
⑤口腔内ケア
⑥発語を促す

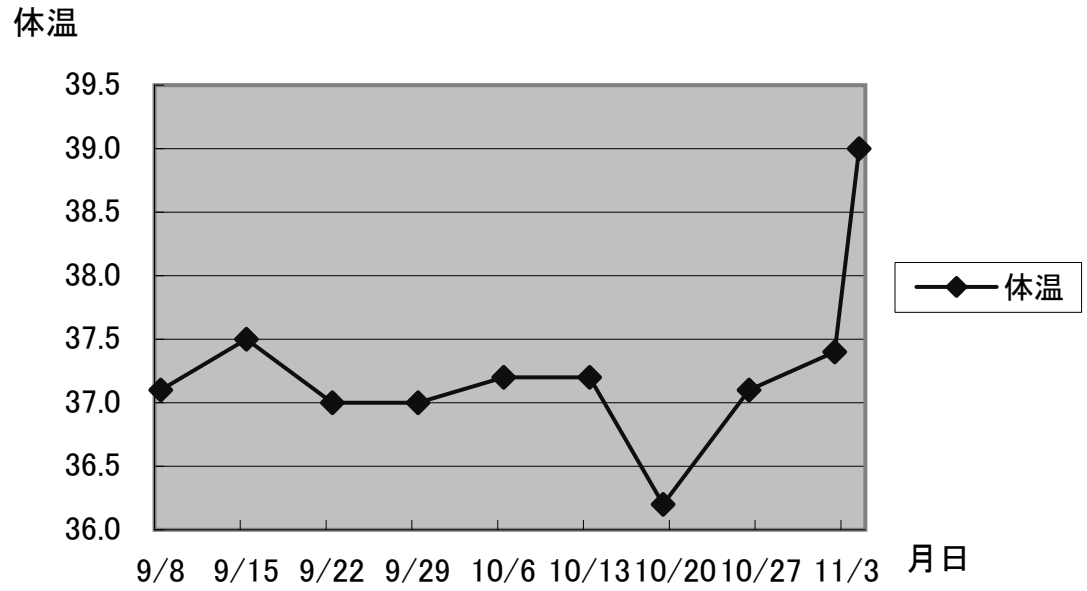
(3) 皮膚統合性障害のリスク（褥瘡予防）
①全身の皮膚の観察
②必要に応じ手浴・足浴施行
③皮膚保護剤の有無
④状態に応じた皮膚保護剤の塗布
⑤圧迫除去（ポジショニング）

２）経過

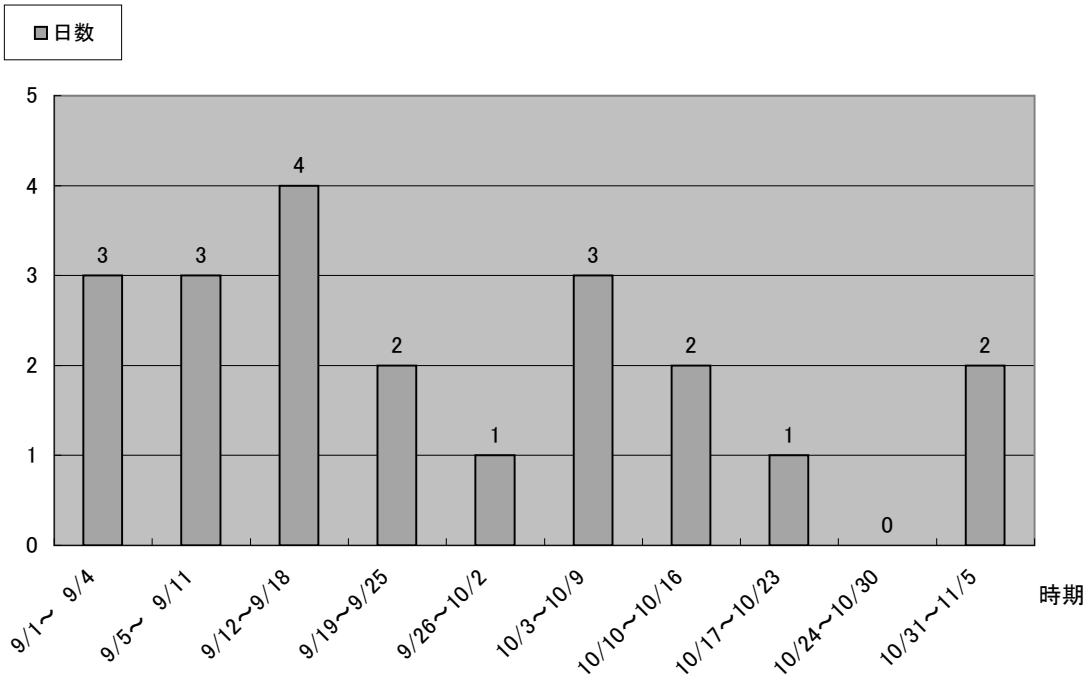
瘻孔の処置は滲出液が多量のため、特養看護師により毎日２回行われていた。訪問看護介入前に、主治医の回診を見学し、特養看護師と瘻孔の処置内容を確認し連携を図った。訪問看護介入期間中、発熱は続いており、抗生剤投与は継続されていた。処置内容が変更になった時に特養看護師へ連絡を取るも特養看護師は他の業務で追われている事が多く、施設内で処置内容やその他注意点を話し会う時間をとれずにいた。訪問看護師は処置の内容について検討の必要性を感じていたが、特養看護師と調整がつかないまま訪問を継続した。瘻孔深部からの滲出液も多く、ドレーンチューブを挿入したが、ドレーンが皮膚に当たり本人の苦痛もあり抜去、ビニールドレーン挿入や込めガーゼ処置等行うも改善を認めなかった。訪問看護ケア中には、 37.5度以上の発熱を認めなかったが、特養スタッフからの情報では、午後からの発熱が多く、 37.5度以上の発熱は頻回であった。発熱の推移は図表Ｆ－１、Ｆ－２にまとめた。

訪問看護介入から２ヶ月後、39度の発熱と共に痙攣が起き、抗痙攣薬を使用するも痙攣治まらず、主治医の指示によりＣ病院へ救急搬送、入院となったため介入中止となった。

図表Ｆ－1　訪問看護時体温推移表



図表Ｆ－２　週間別37.5℃以上発熱した日数



3）評価指標

⑴ 瘻孔を悪化させず、瘻孔からの感染を起さない

①－１　出血・滲出液の軽減

①－２　痛みの軽減

①－３　食事摂取量の増加

①－４　瘻孔の縮小

①－５　抗生剤投与回数の減少

①－６　発熱回数の減少

⑵ 誤嚥性肺炎を起さない

②－１　口腔内の清潔保持

②－２　咳嗽、喘鳴、肺雑音の有無、SPO_2数値

②－３　食事摂取時の正しいポジショニング

②－４　発熱回数の減少

⑶ 褥瘡の改善

③－１　栄養状態の改善

③－２　水分摂取量の改善

③－３　臥床時間の軽減

③－４　全身皮膚の発赤の有無

③－５　適切な徐圧方法

⑷ 臥床時間の軽減

⑸ 家族の精神的な安定

4．訪問看護介入の結果

1）訪問看護サービスが入ったことによる変化

⑴ 瘻孔を悪化させず、瘻孔からの感染を起さない

①－１　滲出液は、血性から淡黄色となり、量も介入後除々に減少してきていた。

①－２　処置時「痛い」と発する事もあったが、ほとんど痛みの訴えはなかった。鎮痛剤は使用していない。

①－３　食事摂取量には波があり､摂取量が少ない時は､栄養補助食品をプラスしていた。

①－４　瘻孔周囲の直径は1.2㎝から0.8㎝程度まで縮小したが、深さは変わらず、瘻孔口のみ縮小していた。

①－５　抗生剤は薬剤を変更しながら、投与継続していた。

①－６　訪問時から最終日まで37.0℃以下に解熱する事はなかった。しかし37．５℃以下になる回数が増え、全体的には解熱傾向に向かっていた。再度の急な高熱により痙攣を起こし、緊急入院となった。瘻孔からの感染による熱発も考えられた。

写真Ｆ－１　右大腿内側　訪問看護介入　　1回目　9月15日

⑵　誤嚥性肺炎を起さない

②－１　口内は、介護士の介助により清潔に保持されていた。

②－２　咳嗽、喘鳴、肺雑音等訪問開始時にはなかったが、入院前より肺雑音が聞かれるようになり、食事量も低下してきていた。

②－３　食事摂取時のポジショニングは、特養介護スタッフが注意していた。

②－４　発熱が褥孔によるものなのか、誤嚥によるものか、判断しづらい状況にあったが、介入後一旦発熱回数は減少してきていた。しかし、肺雑音が聞かれるようになり、それと同時に発熱回数も再度増加している。訪問看護介入により発熱回数が減少してきたとは言い難い。

⑶　褥瘡の改善

皮膚の脆弱性のため、１ヶ所が治癒すると他の場所に褥瘡が出きるという事を繰り返していた。

写真Ｆ－２　左足内側　10月13日

⑷　臥床時間の軽減

訪問開始時は、点滴を施行し、臥床している事が多かったが、特養介護士との連携を密にした結果、訪問時車いすに座位になっている姿を以前より見るようになった。

(5) 家族の精神的な安定

家族は訪問看護師と実際に会う事はなかったが、訪問看護師が来る事を歓迎する発言を介護士に残している。入院により家族と会う事ができなくなってしまったため、最終的な気持ちを聞くことはできていない。

図表Ｆ－３　ID14 訪問看護介入中の一般状態およびケア内容経過表

	体温	SPO2	肺雑音	喘鳴	食事量	排便	瘻孔部	処置内容	その他皮膚	処置内容	その他ケア
9/8	37.1	99	なし	なし	朝:2割 昼:0割 夜:2割	なし	直径1,2cm ポケットあり 淡黄色～血性滲出液あり	イソジン消毒 生食洗浄 ガーゼ挿入 フィルム保護	四肢所々 内出血斑あり		陰部洗浄
9/15	37.5	98	なし	なし	朝:6割 昼:8割 夜:1割	なし	直径1,0cm ポケット5～6cm 淡黄色～血性滲出液あり	〃	陰部赤発	ホウ酸 亜鉛化 軟膏 塗布	陰部洗浄 爪きり
9/22	37.0	99	なし	なし	朝:2割 昼:5割 夜:5割	なし	瘻孔口縮小傾向 辺縁内側皮膚軟侵 淡黄色～血性滲出液あり	生食洗浄 コメガーゼ挿入 フィルム保護	左臀部発赤 右第1趾発赤	〃	
9/29	37.0	98	なし	なし	朝:5割 昼:2割 夜:5割	なし	9/28より ネラトンカテーテル留置 （外径7～8mm） ネラトン部より組織様の 血性廃液あり	生食洗浄 ガーゼ・フィルム 保護	臀部発赤 右第1趾1cm大 剥離	洗浄 ゲンタシン 塗布	摘便
10/6	37.2	98	なし	なし	朝:2割 昼:6割 夜:2割	なし	保護ガーゼ上層まで黄色 滲出液あり	ネラトンチューブ より生食洗浄 Yガーゼ+ガーゼ フィルム保護			
10/13	37.2	97	両肺 あり	咳嗽 あり	朝:6割 昼:2割 夜:0割	1回	ネラトン抜去され ピニールドレーンが 挿入されている 開口部縮小傾向 黄色滲出液多量	生食洗浄 ガーゼ・フィルム 保護	右足内果約2cm 表皮剥離あり 淡黄色滲出あり	洗浄 ネグミン シュガー 軟膏塗布 ガーゼ 保護	乾燥部 ワセリン 塗布
10/19	36.2	95	両肺 あり	頻回	朝:5割 昼:0割 夜:2割	1回	開口部縮小 滲出少量 洗浄による排液きれい ピニールドレーン抜去し コメガーゼ挿入となる	生食洗浄 コメガーゼ フィルム保護 抗生剤施行	右足内果 上皮化傾向 淡黄色滲出液多量	〃	血中酸素飽和 度80 %低下時 酸素投与 開始指示
10/26	37.1	96	なし エア入り 弱	なし	朝:1割 昼:3割 夜:4割	なし	開口部縮小 滲出液淡黄色～薄ピンク 深さ4cm程度あり	生食洗浄2回施行 コメガーゼ挿入 フィルム保護	右足内果 上皮化傾向	〃	手浴 爪きり
11/2	37.4	99	なし	なし	朝:7割 昼:5割 夜:5割	1回	滲出液淡黄色 洗浄廃液きれい	〃	右足内果　治癒		足浴 爪きり
11/4	39.0	90			朝:5割 昼:5割 夜:5割	なし	昼間は入浴し、機嫌もよく車椅子に座位になり、「チューリップ」の歌をうたっていた。 夜間より熱発し夜勤介護士が痙攣しているのを発見。待機看護師に連絡し、医師の往診を頼む。 抗痙攣薬を施行するも痙攣とまらず、救急搬送にて入院となる。				

2）特養看護師への影響

特養看護師は、訪問看護師が施設へ介入し看護を行う事に対しての疑問を持っていたため、介入中も訪問看護師の処置に参加する事は少なく、他の業務を行っている事が多かった。業務の忙しさからお互い連携を密に行い入居者の状態の改善へとつなげる事が出来ず、看看連携を行う事が出来なった。

５．介入に対する考察

１）訪問看護師

ポケットを有する褥瘡ではあったが､その発生原因が不明であり､熱発を繰り返すなど日々状態変化が著しく、病状把握が困難であった。訪問看護介入の効果が得られたかは不明であるが、施設の介護スタッフから相談を受け、話し合いながらケアに入ることで、施設スタッフの安心感に繋げられたことが、訪問看護師介入の効果であると思われる。

２）特養看護師

特養看護師は入居者が入院した後、それぞれの諸事情から施設を退職した。そのため、訪問看護師介入に関しての評価までには至ることが出来なかった。

３）研究者

訪問看護師は、瘻孔の悪化予防のため週１回の介入を始めたが、滲出液も多く

発熱を繰り返し状態が安定しなかった。研究事業のため、訪問看護介入には回数の制限があり､集中的にケアを行う事が出来なかった｡特養看護師は施設入居者のケアで多忙のため、情報の共有の不足も考えられた。また処置に必要な医療物品は、特養の持ち出しである事から、特養看護師は、ケア物品の消費を出来るだけ少なくする処置を行っていた。瘻孔の改善には、ケア物品の十分な使用が必要であり、特養においては効果的な物品の提供についての検討が不可欠である。

今回の訪問看護介入での一番の効果は、施設介護スタッフとのケアの共有や相談・連携がなされた事である。最終的に緊急入院となってしまい、両者スタッフの努力が結果につながらなかったのは残念である。

事例15　　褥瘡発生要因のアセスメントを行い、褥瘡が軽快した事例

１．事例紹介（ID 15）

80歳代、女性。要介護度４、寝たきり度Ｂ２、認知症自立度Ⅲａ。診断はアルツハイマー型認知症、脳血管障害、両大腿骨骨折後。食事は、自力での摂取は出来ず、全介助となっている。舌根沈下気味だが、口腔よりミキサー食を摂取、逆流性食道炎もあり、除々に食事量が低下してきている。このような事から低栄養状態となっており、仙骨部に褥瘡が発生していた。今までに誤嚥性肺炎の既往はない。脳血管疾患の後遺症により常時、舌が突出しており、発語はほとんどなく、コミュニケーションはとれていない。左右大腿骨骨折の既往があり、歩行は出来ないが、機能訓練で起立訓練を行っている。全介助での車いす移乗を行い、寝たきり予防をしている。排泄は誘導にてトイレで排尿・排便を行う事もあるが、ほとんどオムツ内で失禁状態である。

２．訪問看護の介入の必要性

対象者は、大腿骨骨折の既往があり、ベッドで過ごす時間が長くなっていた。特養では機能訓練を実施し日中は出来るだけ、車いすで過ごす時間を増やしていた。脳血管疾患の後遺症により舌根沈下気味であり、そのため嚥下障害があり、食事摂取時、むせ込みがみられた。逆流性食道炎の診断もあり、食事量が減ってきていた。

このような状況により、 1400kcal/ 日を摂取する事は出来ず、低栄養状態となっていた。褥瘡発生危険因子得点 OH スケールは8.5点、褥瘡発生高度リスク群に入り、介入前より仙骨部に NPUAP 分類ステージⅢの褥瘡を認め、施設看護師により処置を行うも、軽快せず悪化を認めていた。このため、褥瘡の改善を目的に訪問看護を行った。

３．訪問看護計画・経過・評価指標

１）訪問看護計画

⑴　身体可動性障害に伴う徐圧困難、ずれに関連した皮膚統合性障害

①バイタルサイン測定（KT、P、BP、SPO_2）

②対圧分散を図る

③排泄物が長時間あたらないように、協力を得る。必要時摘便の実施

④ガーゼ汚染時は早めの交換を行う

⑤褥瘡部の観察を行い、適切な皮膚保護材を使用し、処置を行う

⑥体位変換、良肢位を保持していく

⑦定期的な保清を行う

⑵　誤嚥性肺炎の予防

①バイタルサイン測定（KT、P、BP、SPO_2）

②咳嗽、喘鳴、肺雑音の有無

③食事摂取量、食事摂取時の体位、嚥下の状態

④痰の性状、量

⑶　発語の増加

２）経過

訪問看護師は、訪問時必ず声かけを行い、なじみの関係を作ることに気を配った。

はじめは発語もなく、閉眼している時間が長かったが、処置時には発語がみられ、簡単な返答を行うようになっていた。それに伴い、車椅子移乗の時間も長くなり、正しい位置でのポジショニングを介護スタッフと共に考え、褥瘡が悪化しないように連携した。しかし便の状態が安定せず、泥状便が続く事で、創面はいつも浸軟しており、４ヶ月間では褥瘡は治癒に至らなかった。

３）評価指標

⑴ 皮膚統合性障害を悪化させない

①－１　発熱なくバイタルが安定する
①－２　臥床時間を短くし、車椅子で過ごす時間が長くなる
①－３　オムツ内の汚染時間の軽減
①－４　滲出液の減少
①－５　適切な褥瘡処置を行う
①－６　同一体位の時間の軽減
①－７　栄養状態の改善
①－８　陰部・臀部の清潔を保持されている
①－９　褥瘡の軽減

⑵ 誤嚥性肺炎の予防

②－１　発熱なく呼吸状態の安定
②－２　咳嗽、喘鳴、肺雑音がない
②－３　体位の工夫により食事摂取量が少しでも上がる。総カロリーの増加
②－４　痰の性状や量が悪化しない

⑶ 発語が増加する

図表Ｆ－４　ID15 訪問看護介入中の一般状態およびケア内容経過表

	体温	SPO2	肺雑音	食事量	排便	発語	仙骨部	処置内容	その他皮膚	処置内容	その他ケア
9/8	36.3	96	なし	朝:2割 昼:10割 夜:10割	なし	返答なし	直径1,5cm×0.7cm 辺縁浸軟 出血なし	アルコール清拭 プロスタグランジン付ガーゼ +フィルム保護			
9/15	36.8	98	なし	朝:10割 昼:10割 夜:4割	泥状便あり	返答なし		アルコール清拭 ディオアクティブ フィルム保護			
9/22	36.8	97	なし	朝:5割 昼:10割 夜:10割	泥状便あり	「こんにちは」とかすれる様に発語	中心部黄色 辺縁浸軟 出血なし	〃			摘便
9/29	35.5	98	なし	朝:10割 昼:10割 夜:5割	泥状便あり	小さな声で「こんにちは」と返答あり	中央上皮化　赤色～黄色 縮小傾向	〃	左鼠頸部発赤	亜鉛化 軟膏塗布	摘便
10/6	36.5	98	なし	朝:10割 昼:0割 夜:5割	なし	「はい」と返答あり	ディオアクティブ解けている 辺縁浸軟 創面　黄色肉芽あり	辺縁‥ワセリン 創面‥ ブロメライン軟膏 ソフキアガーゼ +フィルム保護			
10/13	36.2	97	なし	朝:10割 昼:5割 夜:4割	軟便あり	「アーアー」と発語あり	収縮傾向	〃	右手背内出血斑あり		摘便
10/19	36.4	97	なし	朝:10割 昼:10割 夜:5割	泥状便あり	何かを食べるしぐさあり	周囲は白く、中心部黄白色 びらん　滲出少量	ディオアクティブ フィルム保護	左手前腕きり傷	洗浄 3Mテープガーゼ	口腔ケア オムツ交換
11/2	36.6	89	伸吟様呼吸	朝:6割 昼:5割 夜:4割	泥状便あり	声かけに開眼	辺縁滲軟し肥厚 創面縮小し、5mm程度の線状になっている	ディオアクティブET フィルム保護			
11/10	35.1	99	なし	朝:10割 昼:0割 夜:5割	なし	ホールに車椅子でいるうなづきあり	中心部黄色肉芽あり 辺縁浸軟、硬結あり	〃	陰唇発赤、びらんあり	ワセリン	陰部洗浄
11/17	35.6	90	なし	朝:10割 昼:10割 夜:10割	あり	開眼しているが 発語不明瞭	ディオアクティブ はがれている 辺縁浸軟 創面　黄色肉芽あり	〃	陰部発赤	ワセリン	陰部洗浄
11/24	36.3	92	なし	朝:3割 昼:4割 夜:5割	なし	うなづきあり	ディオアクティブ はがれている 辺縁滲軟 創面　赤色肉芽あり	〃	陰部発赤	ワセリン	陰部洗浄
11/30	35.8	96	なし	朝:4割 昼:4割 夜:3割	軟便あり	閉眼している	ディオアクティブ 剥がれ気味 1.1cm×0.5cm 辺縁滲軟 創面　赤色肉芽あり	〃	陰部発赤	ワセリン	摘便 陰部洗浄
12/15	36.7	96	なし	朝:10割 昼:5割 夜:5割	軟便あり	「はい」と返答あり	フィルム剥がれている 1,5cm×1.0cm 肉芽赤色、辺縁肥厚	洗浄 プロスタグランジン軟膏+ ソフトガーゼ フィルム保護	陰部発赤軽度		摘便
12/22	35.9	96	なし	朝:9割 昼:5割 夜:5里	軟便 多量あり	車椅子に座っている 発語あり	フィルム剥がれている 黄色	洗浄 ディオアクティブET フィルム保護			陰部洗浄
12/28	36.5	96	なし	朝:10割 昼:10割 夜:10割	トイレにて排便	声かけに開眼 発語あり	1.5cm×1.0cm 辺縁一部肥厚している フィルムはがれている	ディオアクティブET アルケアフィルム			

4．訪問看護介入の結果

1）訪問看護サービスが入ったことによる変化

⑴ 褥瘡の軽快

褥瘡は、除々にではあるが、軽快していったが、泥状便で患部が汚染され、皮膚保護剤も剥がれてしまう事が多く、訪問看護介入中に治癒する事はできなかった。特養の介護スタッフと連携を図る事により、必要時摘便を行い、創部の便汚染の時間を最小限に抑える事ができた。

①－１　発熱する事なくバイタルは安定していた

①－２　介入直後は、ベッドで臥床している時間が長く、褥瘡が発生していたため、車椅子へ移乗させていたが、移乗時のポジショニングが悪く、褥瘡を悪化させる結果を招いていた。このため、特養スタッフへ車椅子移乗時のポジショニングに気をつける事等を行い、良肢位での座位保持を行った結果、車椅子移乗時間を長くする事ができた。

①－３　昼間は、オムツではなく出来るだけトイレへ誘導し、排泄を行っていた。
便の性状が泥状便のため、介護スタッフによる頻回のオムツ交換が必要であった。

①－４　滲出液は減少した。

①－５　褥瘡の状態に合わせ、処置内容は、配置医の指示のもと変更した。

①－６　特養介護士との話し合いを行い、ポジショニングの方法や同一体位での時間を軽減していった。

①－７　食事量に波があり、介入１ヶ月後に体重減少があったため、特養の栄養師・介護士と相談し、補助栄養剤の内容を検討した結果体重の増加を認めた。

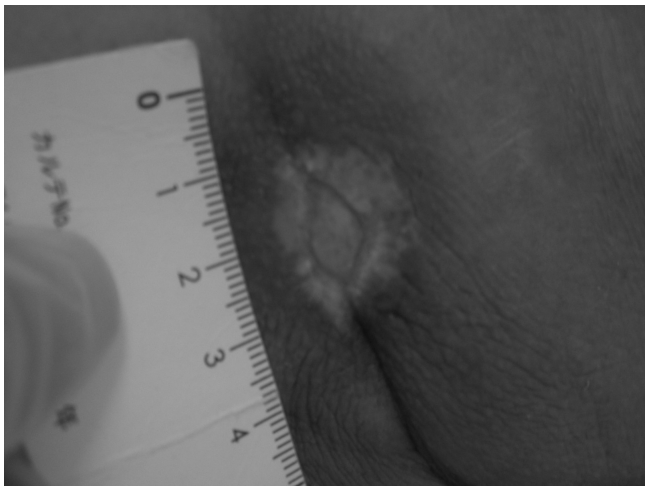
図表Ｆ－５　介入中の体重の変化

月　日	体重（kg）	１ヶ月の増減
９月24日	35.9	
10月24日	34.4	－1.5
11月22日	35.0	＋0.6
12月20日	37.3	＋2.3

①－８　排便時の褥瘡部位への汚染を出来るだけ軽減する様な処置方法を模索した。皮膚保護剤の検討。

①－９　NPUAP 分類ステージⅢのまま、ステージ変更はなかった。しかし軽度の軽快を認めた。

写真Ｆ－３　訪問看護介入1回目　9月15日



写真Ｆ－４　訪問看護介入12回目　11月24日

⑵　誤嚥性肺炎を起さない

②－１・２　発熱なく過ごす事はできていた。呼吸状態が一時伸吟状態となったが、その後は落ち着いている。

②－３　食事時のポジショニングに注意するも食事摂取量には波があった。飲み込み悪く摂取に時間を要していた。誤嚥性肺炎の危険は継続して観察していく必要がある。

②－４　時々痰がらみがあるため、継続して注意が必要である。

⑶　発語の増加

介入直後は、開眼していても発語はなく、コミュニケーションはとれない状況にあったが、介入時できるだけ、声かけやタッチングを行い、刺激を与えるようにしていった。介入終了時には声かけに対し「うーん」「あー」と発語が増え、家族も驚いていた。特養スタッフだけでなく、大勢の人からの刺激が発語の増加につながったと思われる。

２）特養看護師・介護職への影響

訪問看護師と特養看護師の連携は、なかなか取れない状況であったが、施設スタッフと密に連携をとり、ポジショニングや排便状況・食事摂取量と褥瘡の関係等を話し合う事により、経過は良好となった。介護職は訪問看護終了後も、継続してケアを実施し、栄養状態の見直しを行い介入終了１ヶ月後には、褥瘡はほぼ治癒に至った。日常生活でのアセスメントの必要性を理解し、施設スタッフとよい連携が図れた。

５．介入に対する考察

１）訪問看護師

泥状便の潜り込みにより患部は常に汚染され、浸軟状態で、皮膚の上皮化が進んでいない状態であった。患部の洗浄を強化し、皮膚保護剤の使用方法を変更するなどしたが、研究終了時までに治癒することは出来なかった。訪問看護介入については、褥瘡発生の要因についてのアセスメントとして、車椅子乗車時間や、ポジショニング、経口摂取状況や排便状況を聞きだすことで、特養スタッフとの連携が図れた。また、日常で的確なアセスメントの必要性が認識されたことが、訪問看護師介入の効果であると思われる。

２）研究者

対象者は、嚥下困難による食事量の低下、日常の生活動作により褥瘡を悪化させていた。訪問看護師が介入する事により、生活のマイナス面をアセスメントでき、ポジショニングのあり方を特養介護スタッフと共に共有し、栄養面の見直しができた事が効果につながったと考えられる。

対象者が特養関係者であり、外部サービスである訪問看護が介入する事を歓迎してくれ、家族と話しをする時間をとる事によって家族の不安も軽減できた様子であった。また、なにより嬉しい事は、訪問看護が介入した事により、発語が増え、明らかに前より状態が安定してきた事である。これはQOLの向上へ向けた効果であると考える。

第３章　訪問看護導入効果のまとめと考察

特別養護老人ホーム（以下特養）入居者への訪問看護師による看護の提供した結果、入居者に対しては、適切なアセスメントを行うことによるＡＤＬの向上やＱＯＬの改善につながる成果が得られた。また、特養看護師や介護職また、訪問看護ステーションの看護師に対しても特養における課題や看護、介護のあり方に影響を与える効果もあった。

１．訪問看護介入前後の比較

１）特養看護師におけるメリットの変化

介入前､特養の看護師は｢入居者へのケアについての新しい知識やアドバイスがもらえる」「相談相手｣｢施設スタッフとは異なる視点での意見が聞ける｣｢機能訓練などが実施できる」「さらに入居者との情報交換が図れる｣｢利用者一人一人にあったリハビリや処置ができる」など、外部情報の入手や外部からの看護師としての意見等について期待をしていた。具体的な言葉としてはなかったが、同じ看護師という立場で介入することでの安心を感じていた。

介入後は特養の施設内での口腔ケアの研修、嚥下についての研修会開催、口腔ケア、ポジショニング、マッサージ、リハビリテーションや褥瘡処置方法など、具体的な技術支援や新しい知識を得る方法として、介入のメリットとしてとらえていた。また、一人の入居者に特養看護師と訪問看護師が関わっていく中で、「入居者の表情が明るくなった」「食事を介助していた方が自分で食べられるようになった」「不安だった歩行が安定してきた」「対象者のＡＤＬが改善してきた」と入居者の変化や改善を実際に感じてメリットと感じている意見も多かった。

２）特養看護師におけるデメリットの変化

訪問看護介入前のデメリットでは、「毎日の訪問ではないので入居者の情報取得方法についての疑問」「特養との情報の共有の難しさ」「意見が違ったときどうするのか」「特養看護師と訪問看護師の両方で指示等がでることによる混乱」「必要以上に指導が入りすぎるのではないか」といったことを感じていた。お互いがどこまで関わればいいのか、どこまで介入したらいいのかといった不安を持っていた。

介入後のデメリットでは、介入前に感じていたイメージする不安に関して意見はなかったが、介入することにより、具体的問題へと変化していた。

「時間の調整」「特養看護師・介護士・訪問看護師の相互間での情報共有」「具体的プランの打ち合わせの時間の少なさ」「指示変更の問題」「意見の相違時の調整」等である。特に、情報の共有方法、他職種との連携、ケア継続の方法などについては今後の課題ともいえる意見であった。また、介入前にデメリットがあると答えていた看護師が介入を実際に経験したことからお互いの仕事内容や役割を感じることが出来たためか、デメリットは「ない」と感じる看護師もいた。

3）療養者、家族への訪問看護介入前後の変化

介入前の療養者や家族は、特養への満足している点においては、「世話をしていただいている」「ありがたい」「具合の悪いときにすぐ対応してくれる」等感謝を感じている方がほとんどであった。介入前の今後の要望では、「特に今はない」「満足している」等という意見がある中で「具体的に外出して外の空気を吸いたい」「トイレは最後まで自分で行きたい」「褥瘡が治ってほしい」と今の自分のおかれた状況からさらなる生活の質向上を願う意見があった。また、介護度が上がり、利用料金が高くなっていることに不安だ」「褥瘡がなおらない」「以前は食欲があったが段々低下していく」等、要介護度が重度化することによる不安や利用料金の負担、家族の医療依存度が高くなっていくことでの悩み、特養の職員に迷惑がかかり申し訳ないと感じている声があった。

介入後の身体的、精神的変化としては、「楽な姿勢が取れるようになった」「痛みが和らいだ」「「少し元気になった」「気持ちがいい」「会話の反応が良くなっている」「表情が穏やかになった」等、対象者は具体的な効果を感じ取り、又、家族は入居者の表情や状態の変化を感じていた。

介入後の今後の要望では、「できることなら続けてほしい」「継続してもらいたい」「お金を出しても継続してほしい」「特養での医療処置が必要な方が多いので必要と思われる人には訪問看護を利用できるようにしてもらいたい」と訪問看護介入への期待の声が多かった。

4）特養看護師の訪問看護介入希望における前後の変化

介入前に現在の業務をしていく上での訪問看護師の介入希望の設問には、「内容にもよる」「時と場合による」「わからない」とどのようなことを訪問看護師が出来るのか、してくれるのか、という答えが多く具体的な訪問看護への介入のイメージがなかった。また介入した場合の具体的内容についての設問には、「現在業務で手一杯なので手の届かないケア」「１対１の対話」「立つ意欲はあるのに立てない方へのリハビリ」「口腔ケア、髭剃りなどの整容」「夜間体制への協力」「内服薬の整理」「感染対策、褥瘡等の専門的看護師のポイント的な介入」「ショートスティの方の急変時における管理」「食事介助」等であり、自分が現在の業務の中で困っている部分を答えていた。

介入後に今後も訪問看護を導入する機会があれば希望しますかの問いには、介入に関わった特養看護師が全員介入を希望していた。これは、お互いに同じ目的で看護ケアを行った結果、具体的に訪問看護師の仕事への理解がなされたと思われる。また、介入の内容としては「入居者にあったリハビリの方法」「状態のアセスメント」「褥瘡処置」「個別ケア」「ポジショニング方法」「新しい情報」「特養内での勉強会の開催」などと、特養看護師個人の業務の大変さからの介入ではなく、入居者の生活動作の維持、向上、自分達自信のレベルアップ、特養全体での介入へと変化していた。

2．入居者への訪問看護介入効果

1）入居者への効果が高かった介入

特養看護師の業務は入居者の生活を支え、健康管理に関することが中心である。しかし、在宅移行へと進んでいる現状の中で、医療ニーズの高い方や、入居者の重度化、重症化に伴っ

て特養看護師が行う業務の範囲を超えさらなる専門的知識や技術が必要となっている。特養は生活の場であるので、看護職員数は入居者多数に関して配置人数は少ない。また特養の中で看護師は問題を抱えつつも、対応できないシステムへのジレンマと、実際できないでいる看護ケアがあるという現状が把握できた。

今回特に訪問看護の介入によって効果の得られた看護内容は、理学療法士、作業療法士によるリハビリテーション、専門的知識を持つ看護師による褥瘡の改善、施設における研修会や勉強会の開催等である。

入居者の QOL の改善

⑴ リハビリテーション（理学療法士、作業療法士）による改善

特養入居者は高齢者であり、要介護度も高い傾向である方が多い。また、脳血管疾患やその後遺症、慢性疾患を持ちながらの生活を過ごしている。入居者個々が自立の低下を防ぐために、特養スタッフは座位での食事、日中のホールでの体操や運動、ゲーム等行っているも、少しづつ状態は重度化し、麻痺がある方は硬縮化していく。特養においてはリハビリの専門職がいないため、日々職員の努力により行っているが、そのリハビリ方法や介助への不安、自助具の工夫はどのようにすればいいのか、誰に相談すればいいのかなど問題を抱えていた。

今回、特養入居者においてリハビリテーションが必要な方への介入効果として、理学療法士、作業療法士の専門的知識を必要とし、かつその効果を挙げたと評価できる介入事例を提示する。

① 関節可動域の拡大

全身の筋緊張と関節可動域の制限が認められていた対象者に対し、特養スタッフは対象者が常に発声していることによる筋緊張の状態から、緊張の原因を探っていた。また、時間をとってその方に集中する時間が業務や人員の都合上で難しいこと等の状況もありなかなか効果的な介入が出来ずにいた。今回の介入で、理学療法士による身体評価とプログラム、集中的なリハビリテーションの時間、特養スタッフとともに多職種協働で関わることにより、筋緊張が緩和され関節可動域が拡大した。

特養スタッフは、筋緊張の原因は対象者の強い拘縮かと推測していたが筋緊張が原因であり緩和することにより本来もっていた可動域が引き出されという結果が得られた。正確な身体評価はＡＤＬ向上につながり、またその判断はより専門職であることが良いという効果であった。また、関節可動域が拡大したことにより、特養介護士から、「行為」「入浴」「車いす移乗」のケア項目において、介助が行いやすくなったという結果も得られた。

② 食事動作への改善　～自分で食べられるようになった～

座位保持が困難で、食事は続けて食べることが出来ずほぼ全介助の入居者に対し、作業療法士（以下ＯＴ）が専門的にアセスメントを行い、疾患の特徴を踏まえた食事の介助方法のアドバイスを行ったことにより入居者がほとんど自分で食事を摂取することが可能になった。これは、リハビリに関しての申し送りが特養にあったが、特養

には専門職がいないため、どのように継続していくのかが問題であった。今回ＯＴが関わることで、申し送りの確認から特養での継続方法を提示することができ看護や介護に役に立つものとなった。また、開口障害がある入居者へ口腔リハビリテーションを継続することにより、開口障害が改善された事例もあった。介入することにより、現状の状態把握と効果的な方法が対象者へ効果をもたらしたと評価される。

③　立位保持の改善により介護労力が減少

排泄動作、移動においてはほぼ全介助。歩行は平行棒内において重介助でかろうじて数歩が可能な状態であった入居者に２週に１回のＯＴによる指導とリハビリテーション、その間は特養職員により継続を行うという介入を行った。立位困難な状況に対して特養では下肢の筋力を補うことに注目していたが、ＯＴが介入することにより、下肢のみならず上肢の筋力向上に向けてのリハビリテーションの必要性がわかった。それらのことを踏まえてのリハビリテーションを継続することにより、介入終了時には、寝起きは自力で可能、立ち上がりは平行棒につかまれば自力または軽介助で可能になった。また、車いすでの移動ではあるが、短距離なら自分での駆動も可能となった。排泄介助の場面では介助を必要とすることには変わりはないが、排泄介助時、ベッド上での介助、立ち上がりの介助の労力が減ったと特養スタッフからの評価であった。

生活を支える特養において、介護労力が減ることはこれから長い入居生活を支える上では重要であり、また、適切な指導により入居者のＡＤＬ向上をはかることは有意義である。

④　特養におけるピンポイントリハビリテーションの効果

ＡＤＬの向上は長期的、かつ日常生活の中で支援することにより向上していく。

今回４ヶ月の長期にわたる介入でその効果があった。しかし、その一方、色々な入居者へ少しづづでのピンポイントにおける専門職のアドバイスや指導の介入希望が特養スタツフからあった。それは、日頃自分達が行っているリハビリテーションや移乗への介助、食事介助等について正しいかのどうかの不安があるという点からであった。ＯＴが１回に関わる時間を20分から30分としてピンポイントとして３事例介入した。

１事例目は、食事が上手く食べられずに困っている。スプーン等の工夫方法がわかないという事例であった。ＯＴからの指導はスプーンホルダーの使用とその作り方、それにあわせての食事姿勢の指導であった。また、同時にリハビリテーションのプログラムも作成した。結果対象者は時間はかかるが、食事を自分で食べられるようになった。その方の残存能力に合わせての自助具の工夫は生活の維持には重要であるが、専門的知識がないと難しい。ポイント的に介入することにより効果があってといえる。

２事例目は、慢性関節リウマチがある方のリハビリ方法と注意点、今後の方針について、また、病院受診時に医師への確認事項の指導を希望していた。ＯＴは、身体評価を行ったが現在の病状についての情報がないことから、病的骨折や脊髄症状の悪化に伴い麻痺が増悪するリスクを考え、専門医への受診と、その際の医師へ質問の中に

特養での関わり方の注意点等についての質問内容を具体的にアドバイスした。受診時に、具体的に医師に質問ができた結果、特養スタッフが考えていたより対象者の状態が悪いことが把握でき、特養におけるリハビリには危険性が高いと職員間で共通理解ができ、その後の検討を行うことができた。

専門家による適切なアドバイスにより、対象者への危険回避と今後の方針検討がされ、対象者の安全性が確保された。

３事例目は、浮腫が著明な対象者へ特養ではケアを継続していたが、「その方法で間違っていないか、他にもっと良い方法があるのではないか？」という入居者へのより確実で効果的なケアを行いたいという思いはあるものの、適切な指導者がいないことによる不安への介入であった。ＯＴは介入の中でマッサージ方法とポジショニングについてアドバイスを行った。特養スタッフも下肢の挙上やマッサージ等のケアは行っていた。しかし、ＯＴという専門職からのアドバイスをうけることで現在自分たちが行っているケアへの自信を確保することができた。

⑵ 皮膚・排泄ケア認定看護師による褥瘡改善

特養において褥瘡を抱えながら過ごしている方は少なくない。高齢者で慢性的疾患を抱えている入居者は褥瘡が出来やすい状態である。栄養面での改善も必要ながら、病院のように即効性があるものは使用できず、特養の栄養士が限られた状況の中で様々な工夫を行っている。しかし、それにも対応できない入居者も多く、褥瘡が出来てしまった場合の改善には効果的な手段がない。特に処置方法に関しては、限られた物品の中で行わなければならないこともあり、より専門的知識を持った看護師のアドバイスと特養スタッフとの連携が必要である。

今回、褥瘡の改善がなかなか進まない入居者へ、訪問看護ステーションに所属する皮膚・排泄認定看護師が介入し、特養スタッフとの連携を行った結果、褥瘡や栄養状態の改善が図れたと評価できる事例を提示する。

① 専門的知識と技術に基づくアセスメントとケアの実施

病状の悪化により入院しており、褥瘡が発生した。ＮＰＵＡＰ分類でステージⅢであり、また低栄養状態であったため、特養での褥瘡治癒は困難状況であった。病院のように豊富な治療物品がない中では、より専門的知識を持った人の介入が必要である。介入１ヵ月後に皮膚・排泄ケア認定看護師と特養看護師、訪問看護師の３者で連携をとりながら褥瘡処置を開始し、その後３ヶ月にわたって介入をおこなった。認定看護師のアセスメントにより、原因としては、薬剤の不適合、尿取りパッドのサイズや固定テープの張力、車いす移動時の局所への圧迫、体位の崩れなどであった。そのため今後の方針として、栄養管理、体位保持、移動方法など総合的なケアを行っていくことに方針としてあがった。それらのことを対象者に関わる職種同士で連携を行い継続することにより、褥瘡の大きさは8.0×3.0が3.0×0.5へ、ＮＰＵＡＰ分類でステージⅢはⅡへ、またＤＥＳＩＧＮ－Ｒの合計点は30から５へと栄養状態や褥瘡の改善に至った。

困難性のある看護ケアには、より専門性の高い知識と技術が効果的であると評価さ

れる。また、職員の技術的向上の方法として今回のようなＯＪＴが効果的であるといえる。

⑶ 表情の変化、コミュニケーション能力の向上

浮腫軽減の看護、リハビリテーションへの看護などのとき、その間、話しかけたり、会話をもちじっくり関わることによって、入居者の表情が変化し職員にねぎらいの言葉や昔話をしたり、今まで声のみを発していた入居者が、意味のある単語や文章での発言が多くなってきたという感想があった。個別ケアの中でじっくりと入居者と関わりたいと思いながらも、忙しい業務の中で会話に集中できる時間的ゆとりが持てない状況である。

外部から看護師が個別的に介入し、会話をしながら看護ケアをすることにより感情への刺激やコミュニケーション機能への働きかけになったことは効果であったと考えられる。

２）入居者への効果が顕著でなかった介入

特養スタッフが介入希望する事例では、医療ニーズが高い方、状態が不安定な方への介入を行った。訪問看護が介入し、主治医へ治療方法、看護ケア方法などの指示を仰ぎながら介入したが、入居者の状態が悪く、入院したり、亡くなった方がおり、医療ニーズが高い方への介入も限界があった。今回の研究のように期間が決まっている場合の介入には、重症度の度合いを考慮することが必要であると考えられる。

３） 介入のまとめ

今回介入の効果が高かったものは、リハビリテーション、専門的技術支援、研修会等の開催であった。４ヶ月の長期間で介入することができた結果であったと考える。

特養は在宅の位置づけであることから日常生活を穏やかに過ごすことが目的とされている。しかし、状態は重度化し、医療ニーズが高くなっていく状況からそのスタイルは変化せざるおえない時代の変化である。特に、高齢者のＡＤＬを保持するには専門的知識と技術が必要である。現在の特養ではリハビリ職員を配置するシステムにはなっていない。多くの入居者を支える特養スタッフにとっては、行いたいが出来ない現状も多々ある。「看護師がいる施設になぜ､看護師が介入するのか？」という疑問を抱いていた特養の方も多いと思うが、大きく診療報酬がかわっていかないと今の状況は簡単には変化しないと考える、であれば、今あるサービスを上手く組み合わせていくのも方法ではないかと考え、今回の介入に至った。結果として、継続してほしいという声が多かった。

今後はさらに色々な施設の方と協力し、入居者の「生活を支える」ための他職種協働によるシステム構築が重要であると思われる。

また、今回の研究において長期間で定期的に介入する必要がある看護ニーズ、短期で介入したほうが良いケース、特養においては必要のなかったケースもあり今後の検討が必要である。

３．　考察

１）特養看護師への効果

特養の看護師も訪問看護ステーションの看護師もお互い同じ職種でありながらも、「場」が変わるとお互いの仕事がなかなか理解できない部分が多い。今回介入時においてもお互いの戸惑いがあった。また、特養に看護師が配置されているのになぜ同じ看護師が介入する必要があるのかと疑問視する声もあった。しかし、介入後、集中して特定の入居者に看護師が関わることによる表情の変化、継続して関わることの効果、アセスメントの的確さ、ＡＤＬの向上など具体的に結果をみることにより導入効果のメリットと捉えていた。

特養の中での看護師は十分業務を果たしているものの、重度化した入居者へ集中してかかわることが出来ていない業務体制等があり、看護師は日々戸惑いながら業務を行っている。処置内容の変更に訪問看護師が第３者として主治医と特養看護師との橋渡しをすることにより、看護ケアが改善された事例もあり客観的にサポートする訪問看護師の役割に理解をしていた。また、褥瘡ケアに対して訪問看護ステーションに勤務する皮膚・排泄認定看護師が介入することにより的確なアセスメントから、ケア方法の変更、指導による褥瘡の治癒から、看護師でもより専門性を持った看護師の介入には特養看護師からの大きな期待があった。

入居者へより充実した生活を提供したいと考えている特養からは、訪問看護ステーションに勤務する理学療法士や作業療法士が関わり、的確なアセスメントから自助具の作成を行い、入居者が自分で食事を食べられるようになったり、日頃、特養の職員が行っている移乗行為やシューティング方法、リハビリに関してピンポイントで介入した結果、入居者や職員にとっての特養でのリハビリの重要性が見出せたことは大きな効果である。

また、別の効果として、リハビリテーションを今後も継続していきたいという思いから、特養においてリハビリテーションの看護師チームが結成されたことも影響効果といえる。

また、今回入居者を介して、同じ問題を共有することにより、継続方法を模索する中で、「介入する入居者を支えるには、勉強会が必要だ」「共通に疾患、ケアを理解しよう」といった気運も出てきた。訪問看護師２名が講師となり、誤嚥予防に関しての食事介助、ポジショニングの正しい知識・技術を共通に実践するために、嚥下運動のメカニズム、食事介助の実際等を行った。「参考になった。また、教えてほしい」など明らかに意識の変化があつた。

２）介護士への効果

特養において看護師の人数は、介護職に比べ少ない。看護ニーズの高い方へのケアは看護師だけでは継続できない現状がある。介護士が行って良い行為と出来ない行為はあるものの、特養の中での看護と介護の連携、協力は必須である。今回、リハビリテーションに関しては、看護と介護とで連携を行い入居者の移乗や食事介助等に関して日常のケアの中で継続できるようになったことは影響効果として考えられる。また、日々のアセスメントをしっかり行うことにより、適切なケアが可能になり、入居者の表情が明るくなったり、多く言葉を発したり、介助労力が軽減することなど経験として感じていた。

介護士は訪問看護師が介入することに関して期待が多かった。しかし、介入した場合の情報の共有方法、連携のとり方など課題となることも多い。

3）訪問看護師への効果

訪問看護師は同じ在宅の位置づけである特養に介入する効果とともに難しさを感じていた。家に訪問する場合は対象者の周りは家族であるが、特養の場合は、他職種である。ケアを継続する場合のそれぞれの調整が難しかったとあげていた。特養の中での連携と、特養と外部との連携の複雑さがあった。しかし、また半面、介入することで自分の持つ専門的知識や技術が入居者に効果的であるといった実感も感じていた。

新たな訪問看護の場の提供の場として考えられるようになったことは影響があったといえる。

第４章　研究事業の評価・課題および提言

１．研究事業の評価

今回の研究事業は特別養護老人ホームに外付けサービスとしての訪問看護ステーションのスタッフが訪問するという試みであり、調整に多くの時間を要した。

それぞれが同じ看護師でありながらも看護の提供場所が違うことから理解しづらい現状であった。特に、訪問看護師の仕事内容に関してはどのようなサービス提供が出来るのかといった点がわかりにくく、またその上で特別養護老人ホームの入居者にどのように介入できるのかといったことへの説明や理解に時間を要した。また、訪問看護ステーションの看護師も特養での看護師業務内容や体制がわかりにくく、介入期間を経ることにより理解が深まってきたと報告されている。

関係性が出来上がると、ケア内容にもさらなる質の向上を模索していた。職種を超えて理解が出来ると自分達にとって何が不足しているかが明確化した。

今後、特養看護師の配置人数も協議しながら外付けサービスである訪問看護サービスの検討がなされることが重要である。

２．研究事業の限界

今回、特養への訪問看護の介入という研究を試みたが、いくつかの限界があった。以下に研究事業の限界を示す。

１）期間

本研究事業で実施した期間は４ヶ月であった。特養の入居者の多くは慢性的疾患であり、長期にわたっての経過を見る必要があるので期間としては妥当であった。しかし、慢性的でありながらも病状の急変で入院する入居者もおり、一人の入居者の経過を４ヶ月介入するには難しい事例もあった。

２）対象者

特養と訪問看護ステーションとの話し合いで入居者の選定を行ったが、時間が経過すると、お互いの連携がとれ別の入居者の希望や変更も特養からはあったが、今回はその都度の対象者への対応には限界があった。また、ターミナル期の入居者への介入希望もあったが、介入時期に対象者がおらず特養の希望に沿うことは出来なかった。

３）地域

県内の二次医療圏は10箇所であるが、今回は５箇所で６施設のペアであった。地方での方向性を見出すには量的には少ない。また、都市、地方とでは社会資源や利用交通手段も違うため今後、多彩な特性を生かした介入や基本的調査が必要と考えられる。

３．課題

今回の研究の限界を踏まえ、特養に訪問看護導入するにあたり希望があるにも関わらず出来なかったことや、特養の看護師や訪問看護ステーションの看護師等からの意見を課題としてあげる。

１）長期介入の場合

重度化や医療依存度が高い入居者の事例に関しての訪問看護介入は半年以上の介入を行い、様々な事例の実践を重ねる必要がある。

２）地域特性を生かす

大都市部や地方の特性、又地方においても平野部や山間部等の特養を対象にして調査を行う。

３）対象者数の増加

今回特に効果のあった事例で、褥瘡がある入居者、リハビリ効果の期待できる入居者、嚥下訓練の効果が期待できる入居者の研究対象者の実践数の増加が重要である。

４．提言

提言１　特別養護老人ホームでの看護の充実が急務である。

今回の調査から、入居者の重度化、医療ニーズが高くなってきている傾向があった。

病院から地域へシフトしている状況の中でますます、特別養護老人ホームの重要性が高まってくる。しかし、現状においては研修に参加したくても出来ない勤務体制や人員の確保困難等の課題があった。施設の中においての外部からの研修システムも効果的であったことから、特養における看護師の人員の見直しおよび教育についての検討がなされなければならない。

提言２　訪問看護介入における診療報酬体系上の評価の検討が必要である。

研究事業から、リハビリテーションや医療ニーズの高いケア（特に褥瘡処置）に関しての介入希望が多く、また介入効果としても高かった。しかし、現状における診療報酬体系は確立していない。平成24年の診療報酬改定において、皮膚・排泄ケア認定看護師のコンサルテーションが評価されている、今回の研究においても褥瘡のコンサルテーションは効果が高かったことを考えると、特別養護老人ホームへの皮膚・排泄ケア認定看護師のコンサルテーションへの評価の検討が必要であると考える。また、訪問看護ステーションに所属する理学療法士、作業療法士、言語療法士の訪問時間が診療報酬改正において、30分、１時間であったものが20分へと変更された。今回の研究事業でも、リハビリテーションの介入は長時間よりも、短い時間でのピンポイントの介入が、入居者へもまた職員への指導でも効果的であった。生活の場である特養の体制から考慮すると短い時間での継続的な介入が必要である。訪問看護からのリハビリテーションとの兼ね合いを考えての診療報酬体系上の評価が必要である。

新たなサービス体系として、この外部サービス（訪問看護）介入制度の仕組みを検討することも在宅療養者が安心して生活できる体制の整備に結びつくと考えられる。

本研究事業が社会ニーズに対応できるような特別養護老人ホームの体制見直しや訪問看護事業の拡大へ方策を進める上での資料に活用されることを願ってやまない。

参 考 資 料

参考資料目次

【特別養護老人ホームへの訪問看護サービス安定供給のための調査研究】

説明書（施設長）
説明書（配置医）
説明書（訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ管理者）
説明書（療養者・ご家族様）
同意書（施設長）
同意書（訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ）
同意書（本人・ご家族）
調査協力依頼書（群馬県内特別養護老人ホーム）
調査票①　特別養護老人ホーム　体制調査票（施設長用）
調査票②　特別養護老人ホーム　体制調査票（看護師用）
調査票③　特別養護老人ホームにおける施設看護師の意識調査アンケート（介入前）
調査票④　特別養護老人ホームにおける施設看護師の意識調査アンケート（介入後）
調査票⑤　施設利用者・家族への満足度調査（訪問看護介入前アンケート）
調査票⑥　施設利用者・家族への満足度調査（訪問看護介入後アンケート）
調査票⑦　訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ　体制調査票
調査票⑧　訪問看護対象者調査票
調査票⑨　訪問看護対象者看護計画記録票
調査票⑩　訪問看護対象者看護計画記録票（見本）
調査票⑪　特別養護老人ホーム・訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ間　連携に関する打合せ記録
調査票⑫　訪問看護対象者評価表

説明書(施設長殿)

平成２３年　月　　日

施設長殿

「特別養護老人ホームへの訪問看護サービス安定供給のための調査研究」

ご協力のお願い

特別養護老人ホームにご入居していらっしゃる方々へ訪問看護を行い、皆様の療養生活を支援するという新たな試みの研究を実施します。

この研究は**厚生労働省の研究費**を受けて行います。

特別養護老人ホームへ入居していらっしゃる皆様の中には病気によって医療が必要な方がいらっしゃいます。このような医療を必要とする高齢者が特別養護老人ホームでもますます増加することが、全国的にも予測されています。この研究の主旨は入居されている方々が、特別養護老人ホームにいても安心して医療を受けられるようにするということを目指しています。

そこで、今回、期間を限定して、このような方へ訪問看護師による看護を支援します。

施設長ならびに施設職員の皆様には、次のことをご了解くださいますようお願いします。

1. 療養者様の選定は、訪問看護ステーションと特別養護老人ホームとの双方の相談に基づき決定することといたします。
2. 研究事業の実施に際し、アンケート(別紙)のご協力をいただきます。
3. 訪問看護師は一週間に、1，2度、療養者様のところに伺います。
4. お一人お一人のご状態に応じて看護ケアを行います。
5. 訪問看護師は主治医の指示を受けています。
6. お一人について約1時間～1時間半くらいの時間で看護を行います。
   療養者様の状態によってこの時間は変わります。
7. 訪問看護師は、特別養護老人ホームの看護師、介護士、生活相談員などの皆様とよく相談し、方針や看護のいき違いが生じないように配慮します。
8. ご家族、療養者の皆様の情報がもれることのないように慎重に扱い、秘密の保持を厳重に行います。
9. この事業の成果を公表しますが、施設名および個人がわからないようにします。

なお、このことについて、ご協力をいただけなくても、療養者様やご家族の皆様が不利益となることはありません。

また、途中でも訪問看護を拒否することが出来ますので、いつでもお申し出ください。

以上のことをご理解いただき、この研究事業にご協力をお願いいたします。

ご協力していただけます場合は、別紙にご署名をお願いいたします。

（研究代表者）　高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科　准教授　棚橋さつき

連絡先　高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科

電話番号　027－352－1291

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

説明書

平成２３年　　月　　日

配置医殿

「特別養護老人ホームへの訪問看護サービス安定供給のための調査研究」

ご協力のお願い

特別養護老人ホームにご入所していらっしゃる方々へ訪問看護を行い、皆様の療養生活を支援するという新たな試みの研究を実施します。

この研究は**厚生労働省の研究費**を受けて行います。

特別養護老人ホームへ入所していらっしゃる皆様の中には病気によって医療が必要な方がいらっしゃいます。このような医療を必要とする高齢者が特別養護老人ホームでもますます増加することが、全国的にも予測されています。この研究の主旨は入所されている方々が、特別養護老ホームにいても安心して医療を受けられるようにするということを目指しています。

そこで、今回、期間を限定して、このような方へ訪問看護師による看護を支援します。

【調査内容】

1. 療養者様の選定は、訪問看護ステーションと特別養護老人ホームとの双方の相談に基づき決定することといたします。

2. 特別養護老人ホームの療養者様は、定期的に訪問看護師から看護をうけます。

3. 訪問看護師は一週間に、1，2度、療養者様のところに伺います。

4. お一人お一人のご状態に応じて看護ケアを行います。

5. お一人について約1時間～1時間半くらいの時間で看護を行います。
療養者様の状態によってこの時間は変わります。

【研究期間】

平成23年9月から平成24年1月までの5ヶ月間

療養者様の選定は、配置医の指示のもとで行いたいと考えています。5ヶ月間と期間が限定されますが、研究内容をご理解いただき、研究事業にご協力をお願いいたします。

（訪問看護指示料は研究事業の中から支払われることになります。）

（研究代表者）　高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科　准教授　棚橋さつき
連絡先　高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科
電話番号　027－352－1291

説明書(訪問看護ステーション管理者殿)

平成２３年　月　　日

訪問看護ステーション管理者殿

「特別養護老人ホームへの訪問看護サービス安定供給のための調査研究」

ご協力のお願い

特別養護老人ホームにご入居していらっしゃる方々へ訪問看護を行い、皆様の療養生活を支援するという新たな試みの研究を実施します。

この研究は**厚生労働省の研究費**を受けて行います。

特別養護老人ホームへ入居していらっしゃる皆様の中には病気によって医療が必要な方がいらっしゃいます。このような医療を必要とする高齢者が特別養護老人ホームでもますます増加することが、全国的にも予測されています。この研究の主旨は入居されている方々が、特別養護老人ホームにいても安心して医療を受けられるようにするということを目指しています。

そこで、今回、期間を限定して、このような方へ訪問看護師による看護を支援します。

管理者ならびに訪問看護師の皆様には、次のことをご了解くださいますようお願いします。

2.　療養者様の選定は、訪問看護ステーションと特別養護老人ホームとの双方の相談に基づき決定することといたします。
２．訪問看護師は一週間に、1，2度、療養者様のところに伺います。
３．お一人お一人のご状態に応じて看護ケアを行います。
４．主治医の指示を受けています。
５．お一人について約1時間～1時間半くらいの時間で看護を行います。
　療養者様の状態によってこの時間は変わります。
６．訪問看護師は、特別養護老人ホームの看護師、介護士、生活相談員などの皆様とよく相談し、方針や看護のいき違いが生じないように配慮します。
７．ご家族、療養者の皆様の情報がもれることにないように慎重に扱い、秘密の保持を厳重に行います。
８．この事業の成果を公表しますが、訪問看護ステーション名および個人がわからないようにします。

【研究期間】平成23年9月から平成25年1月までの5ヶ月間

なお、このことについて、ご協力をいただけなくても、療養者様やご家族の皆様および訪問看護師が不利益をうけることはありません。

以上のことをご理解いただき、この研究事業にご協力をお願いいたします。
ご協力していただけます場合は、別紙にご署名をお願いいたします。

（研究代表者）　高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科　准教授　棚橋さつき
連絡先　高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科
電話番号　027－352－1291

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

説明書(療養者・ご家族様)
平成２３年　　月　　日

療養者・ご家族様

「特別養護老人ホームへの訪問看護サービス安定供給のための調査研究」

ご協力のお願い

特別養護老人ホームにご入居していらっしゃる方々へ訪問看護を行い、皆様の療養生活を支援するという新たな試みの研究を実施します。

この研究は**厚生労働省の研究費**を受けて行います。

特別養護老人ホームへ入居していらっしゃる皆様の中には病気によって医療が必要な方がいらっしゃいます。このような医療を必要とする高齢者が特別養護老人ホームでもますます増加することが、全国的にも予測されています。この研究の主旨は入居されている方々が、特別養護老人ホームにいても安心して医療を受けられるようにするということを目指しています。

そこで、今回、期間を限定して、このような方へ訪問看護師による看護を支援します。

療養者様とご家族の皆様には、次のことをご了解くださいますようお願いします。

１．研究事業の実施に際し、アンケート(別紙)のご協力をいただきます。
２．訪問看護師は一週間に、1，2度、療養者様のところに伺います。
３．お一人お一人のご状態に応じて看護ケアを行います。
４．訪問看護師は主治医の指示を受けています。
５．お一人について約1時間～1時間半くらいの時間で看護を行います。
　療養者様の状態によってこの時間は変わります。
６．訪問看護師は、特別養護老人ホームの看護師、介護士、生活相談員などの皆様とよく相談し、方針や看護のいき違いが生じないように配慮します。
７．ご家族、療養者の皆様の情報がもれることのないように慎重に扱い、秘密の保持を厳重に行います。
８．この事業の成果を公表しますが、施設名および個人がわからないようにします。

なお、このことについて、ご協力をいただけなくても、療養者様やご家族の皆様が
不利益となることはありません。
また、途中でも訪問看護を拒否することが出来ますので、いつでもお申し出ください。

以上のことをご理解いただき、この研究事業にご協力をお願いいたします。
ご協力していただけます場合は、別紙にご署名をお願いいたします。

(研究代表者)　高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科　准教授　棚橋さつき
連絡先　高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科
電話番号　027－352－1291

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

同意書(施設長)

同　　意　　書

研究課題　　：　特別養護老人ホームへの訪問看護サービス安定供給のための調査研究

研究者氏名　：　高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科　在宅看護領域　　棚橋さつき

説明事項

(□にチェックを入れて下さい)

□　研究事業の内容について

□　個人情報の保護、秘密保持について

□　研究事業に参加しなくても不利益を被らないこと、撤回の自由があること

□　研究結果の公表について

□　問い合わせの連絡先

私は,別紙のとおり研究者から研究計画について説明を受け理解いたしましたので､この研究に同意,協力いたします。

平成　　年　　月　　日

施設長氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同意書（訪問看護ステーション用）

同　　意　　書

研究課題　　：　特別養護老人ホームへの訪問看護サービス安定供給のための調査研究

研究者氏名　：　高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科　在宅看護領域　　棚橋さつき

説明事項

（□にチェックを入れて下さい）

□　研究事業の内容について

□　個人情報の保護、秘密保持について

□　研究事業に参加しなくても不利益を被らないこと、撤回の自由があること

□　研究結果の公表について

□　問い合わせの連絡先

私は，別紙のとおり研究者から研究計画について説明を受け理解いたしましたので、この研究に同意，協力いたします。

平成　　年　　月　　日

管理者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同意書(本人・ご家族)

同　　意　　書

研究課題　　：　特別養護老人ホームへの訪問看護サービス安定供給のための調査研究

研究者氏名　：　高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科　在宅看護領域　　棚橋さつき

説明事項

(□にチェックを入れて下さい)

□　研究事業の内容について

□　個人情報の保護、秘密保持について

□　研究事業に参加しなくても不利益を被らないこと、撤回の自由があること

□　研究結果の公表について

□　問い合わせの連絡先

私は,別紙のとおり＿＿＿＿＿＿＿＿から研究計画について説明を受け理解いたしました。
本人が自らの意思を表出できませんので、本人に代わって代理人(家族)の意思でこの研究に同意,協力いたします。

平成　　年　　月　　日

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

本人と代理人との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

調査にご協力をお願いします

事業主体 ： 社団法人 財形福祉協会

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、本研究班では、この度、平成 23 年度厚生労働省補助事業の補助金を受けて、「特別養護老人ホームへの訪問看護サービスの安定供給のための調査研究事業」を実施することとなりました。

現在、特別養護老人ホームでは看護職の設置が義務付けられていますが、現状では常勤の看護職員の配置数が少なく、また入所者の重症化・介護度が年々重度化しているため、入所者の看護ニーズへの対応が不十分な状況が生じています。そのために、特養の入所者の安全確保と療養生活の質的向上のために、健康管理や病状の変化への対応、日常の看護ニーズへの対応など看護供給体制とその看護の質を向上することが必要であると考えられます。しかし、看護職員の確保は経営上の問題や看護師の確保困難があり、質の確保が難しい状況です。

また、訪問看護サービスには、提供先が限定されている現状がありますが、訪問看護サービスが特養にサービスを提供することにより、特養の質の向上と、訪問看護サービスの安定供給が図れるのではないかと考えています。

まず今回、群馬県内全ての特別養護老人ホームに送らせていただいた施設長用（1 部）看護師用（3 部）のアンケート「特別養護老人ホームの体制調査票」から、現状を把握したいと考えています。

（お願い）

返 信 締 切 日 ：9月20日（水）、各自返信用封筒で返信。

返信希望アンケート： 施設長さま・・1 部、看護師さま・・出来るだけ 3 部

続いて、抽出した特養を訪問看護師が訪問し、従事する職員および入所者等からの聞き取り調査を行い、特養における訪問看護サービスの必要性や連携のあり方、訪問看護の提供効果等について調査し、明確化を図りたいと思っています。

なお、本研究結果は、委員会として提案をまとめ、それを厚生労働省に報告書として提出いたします。お忙しい中ではありますが、本調査研究事業の趣旨をご理解いただき、ご協力いただけますよう重ねてお願い申し上げます。

特別養護老人ホームへの訪問看護サービスの安定供給のための調査研究委員会

委員長：**棚橋 さつき**（高崎健康福祉大学 保健医療学部看護学科 准教授）

委員：**後閑 容子**（岐阜大学 医学部看護学科 教授） **鈴木 珠水**（群馬パース大学 保健科学学部看護学科准教授）**馬醫 世志子**（群馬パース大学 保健科学学部看護学科 講師）**松沼 記代**（高崎健康福祉大学 保健医療学部看護学科 教授）**岩石 隆光**（医療ジャーナリスト）**二木 芳彦**（PEG ドクターズネットワーク事務局長）

作業部会委員： **今井 弥生**（高崎健康福祉大学 保健医療学部看護学科 講師） **田村 直子、清水美和子**（高崎健康福祉大学 保健医療学部看護学科 助手）**山下 喜代美**（東京福祉大学 社会福祉学部介護福祉コース 講師）**梨木 恵実子**（群馬県看護協会 訪問看護ステーション）

特別養護老人ホーム　体制調査票　（施設長用）（平成23年　８月　1ヶ月間の現状）　*調査票①*

(1)法人名・施設名及び事業開始年月	法人名	ステーション名	事業開始年月 平成　　年　　月
(2)所在地及び連絡先	〒 電話　　ファックス		
	特別養護老人ホームまでの距離・時間	徒歩（　　）分	（　　）m
		車　（　　）分	（　　）Km

(3)併設[注1]施設の状況（全てに○）

1. 介護老人福祉施設	12. 特定施設入居者生活介護[注2]
2. 介護療養型医療施設	13. 居宅介護支援事業所・介護予防支援
3. 上記以外の病院・診療所	14. 小規模多機能型居宅介護[注2]
4. 訪問介護[注2]	15. 夜間対応型訪問介護
5. 訪問入浴[注2]	16. 認知症対応型通所介護[注2]
6. 訪問看護ステーション[注2]	17. 認知症対応型共同生活介護
7. 訪問リハビリ[注2]	18. 地域密着型特定施設
8. 通所介護[注2]	19. 地域密着型介護老人福祉施設
9. 通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ[注2]	20. 地域包括支援センター
10. 短期入所生活介護[注2]	21. 在宅介護支援センター
11. 短期入所療養介護[注2]	22. その他（　　）

注1：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。

注2：4～12,14,16は、介護予防を含む。

(4)入所定員	特別養護老人ホーム	人				
	短期入所	人				
(5)要介護度別入所者数（ショートを除く）（平成23年8月末日）	要介護度１	要介護度２	要介護度３	要介護度４	要介護度５	その他

(6)協力（委託）病院の隣接状況	往診回数（平成23年　８月）		定期	回
			緊急	回
	隣接状況（いずれかに○）	1. 隣接している →	徒歩（　　）分	（　　）m
		2. 隣接していない →	車　（　　）分	（　　）ｋm

(7)ユニットケアの状況	１．あり →	1. ありの場合	１ユニット数	人	人
	２．なし		ユニット数	ﾕﾆｯﾄ	ﾕﾆｯﾄ

(8) 加算届出の状況（平成23年8月）（すべてに○）	看護体制加算	1.あり(加算Ⅰ)　2.あり（加算Ⅱ）　3.なし
	看取り介護加算	１．　あり　　2.　なし

	常勤		非常勤	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
(9)職員の状況（ショートを除く）（平成23年8月）				
看護職員	人	人	人	人
生活相談員	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人
栄養士	人	人	人	人
機能訓練指導員	人	人	人	人
事務職	人	人	人	人
その他（　　）	人	人	人	人

(10)外部サービス(訪問看護師)の導入について、希望しますか？　　はい　　いいえ

(11)　(10)で「はい」と答えた方にご質問します。

・外部サービス(訪問看護師)が介入した場合、どのような期待と要望がありますか？　(自由記載)

(12)今現在、施設内で困っていることはありますか？　(自由記載)

(13)特別養護老人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ご自由にご記入下さい。

特別養護老人ホーム　体制調査票　（看護師用）　（平成23年　8月 1ヶ月間の現状）　*調査票②*

次の1～24のアンケート項目に記入、もしくはあてはまるものに○をお願いします。

1. 性別　　男　　女　　2. 年齢　　才

3. 勤続年数　　年　　か月　　4. 資格　　正看護師　　准看護師

5. 勤務状況　　常勤　　非常勤

6. 以前の勤務先（複数回答・年数）

1）病院　　年　2）診療所　　年　3）クリニック　　年　4）施設　　年　5）その他　　年

7. 勤務体制に満足していますか？　　はい　　いいえ

8. 夜勤体制などは整っていますか？　　はい　　いいえ

9. 感染対策委員会などの組織体制は整っていますか？　　はい　　いいえ

10. 看護実習の受け入れを行っていますか？　　はい　　いいえ

11.　10. で　”いいえ” と答えた方にご質問です。　受け入れていない理由は何ですか？

12. 研修や勉強会など自己研鑽をする機会がありますか？　　はい　　いいえ

13. 給料に満足していますか？　　はい　　いいえ

14. 看護業務以外の仕事が多く、本来の業務に支障がありますか？　　はい　　いいえ

15. 支障のある業務内容は何ですか？（自由記載）

16. 施設の看護師として今の業務に満足していますか？

1）満足　　2）やや満足　　3） ふつう　　4）やや不満　　5）不満

17. 困ったこと・悩みなどがあった時に相談する人はいますか？　　いる　　いない

18. 現在、自分の業務のサポートをしてもらっている職種はどれですか？（複数回答）

1）同僚の看護師　2）医師　3）介護福祉士　4）介護支援相談員　5）生活相談員　6）その他（　　）

19. 今後、自分の業務をサポートしてくれる機関はどこだと思いますか？（複数回答）

1）現在の施設　2）他施設　3）病院　4）診療所　5）訪問看護ステーション　6）その他（　　）

20. なぜ、特別養護老人ホームで働こうと思いましたか？（自由記述）

21. 特別養護老人ホームの看護業務に、外部サービス(訪問看護師)の導入が可能になった場合、導入を希望しますか？

はい　　いいえ

22. (21)で「はい」と答えた方にご質問します。

・外部サービス(訪問看護師)が介入した場合、どのような期待と要望がありますか？　(自由記載)

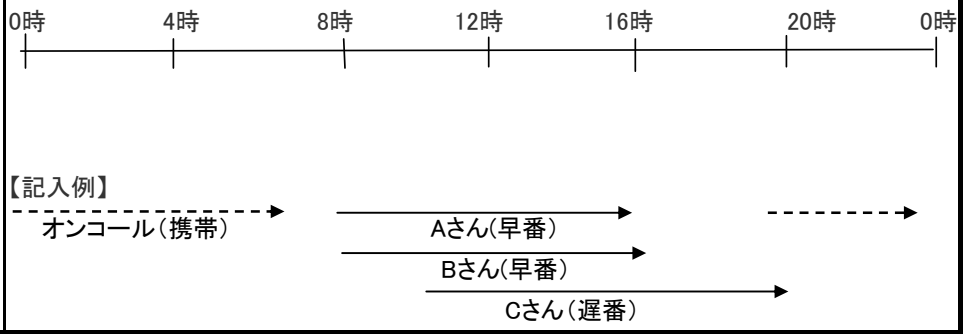
23. 今現在、施設内で困っていることはありますか？　(自由記載)

24. 特別養護老人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ご自由にご記入下さい。

＊下記の　勤務シフト　ならびに　医療処置の状況　についてご記入願います。

(1)看護職員の勤務シフト

一般的な看護職員の勤務シフトについて、時間と人数がわかるように記入してください。



オンコールに対応する看護職員数　　人

(2)医療処置の実施状況	入所の可否(いづれかに○)			実施人数(平成23年8月)
	1. 受け入れる	2. 条件が合えば受け入れる	3. 受け入れない	
1. 点滴管理				
2. 中心静脈栄養				
3. 透析(腹膜透析含む)				
4. ストーマ(人工肛門の処置)				
5. 酸素療法				
6. レスピレーター(人工呼吸器)				
7. 気管切開の処置				
8. 疼痛の管理				
9. 経管栄養				
10. モニター測定(心拍・酸素飽和度数等)				
11. 褥瘡の処置				
12. カテーテル(自己導尿も含む)				
13. 吸引・吸入等				
14. 浣腸・摘便等				
15. 特養での看取り				
16. その他(　　)				
17. その他(　　)				

介入前アンケート

調査票③

特別養護老人ホームにおける施設看護師の意識調査アンケート（介入前）

次の１～11 のアンケート項目に記入、もしくはあてはまるものに〇をお願いします。

１．性別　　男　　女

２．年齢　　20 代　　30 代　　40 代　　50 代　　60 代

３．資格　　正看護師　　准看護師

４．勤務状況　　常勤　　非常勤

５．現在、訪問看護師が介入する対象者について、医師との相談回数は月におおよそ何回ですか？

おおよそ　　回

６．施設の看護師として現在の業務に満足していますか？

１）満足　　２）やや満足　　３）普通　　４）やや不満　　５）不満

７．働く上で、職場の体制や方針（組織、教育・研修、給与体系等）などで改善してもらいたいことや困っていることはありますか？

８．毎日の業務をしていく中で、困っていること、改善してもらいたいことなどがありますか？

９．職場であなたが現在の業務をしていく上で、訪問看護師の介入を希望しますか？

はい　　いいえ

10. 現在の業務に訪問看護が介入するとしたら、どのようなことをしてもらいたいですか？

11. 職場であなたが現在の業務をしていく上で、訪問看護師が介入できるとしたら、どのような点でメリット、デメリットがあると思いますか？

訪問看護師介入のメリット

訪問看護師介入のデメリット

ご協力ありがとうございました。

介入後アンケート

調査票④

特別養護老人ホームにおける施設看護師の意識調査アンケート（介入後）

次の１～10 のアンケート項目に記入、もしくはあてはまるものに○をお願いします。

１．性別　　男　　女

２．年齢　　20 代　　30 代　　40 代　　50 代　　60 代

３．資格　　正看護師　　准看護師

４．勤務状況　　常勤　　非常勤

５．現在、訪問看護師が介入する対象者について、医師との相談回数は月におおよそ何回ですか？

おおよそ　　回

６．施設の看護師として現在の業務に満足していますか？

１）満足　　２）やや満足　　３）普通　　４）やや不満　　５）不満

７．訪問看護師が入ったことでメリットはありましたか？

はい　　いいえ

８．具体的にどのような点でメリットがありましたか？

１）　職場の体制や方針（組織、教育・研修、給与体系等）、現在の業務でのメリット

２）その他でのメリット

９．訪問看護師がはいったことでデメリットな部分や改善点をお書きください。

10．今後も訪問看護を導入する機会があれば希望しますか？

はい　　いいえ

ご協力ありがとうございました。

介入前アンケート

調査票⑤

施設利用者、家族への満足度調査（訪問看護介入前）

次の１～２のアンケート項目に記入、もしくはあてはまるものに〇をお願いします。

１．現在の施設の医療や看護などに満足していますか？

１）満足　　２）やや満足　　３）普通　　４）やや不満　　５）不満

２．満足している点や、不満や困っている点、今後の要望などを自由にお書きください。

満足している点など

不満な点・困っている点など

今後の要望など

ご協力ありがとうございました。

介入後アンケート

調査票⑥

施設利用者、家族への満足度調査（訪問看護介入後）

次の１～３のアンケート項目に記入、もしくはあてはまるものに〇をお願いします。

１．訪問看護を導入してから現在の施設の医療や看護などに満足していますか？

１）満足　　２）やや満足　　３）普通　　４）やや不満　　５）不満

２．訪問看護師が入ってどのような影響や変化がありましたか？

１）身体面では、影響・変化がありましたか？

２）精神面では、影響・変化がありましたか？

３）家族関係・友人関係・経済面などで影響・変化はありましたか？

４）その他どのような影響・変化がありましたか？

３．今後の要望などを自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

訪問看護ステーション　体制調査票　（平成23年8月 1ヶ月間の現状）

調査票⑦

(1)法人名・施設名及び事業開始年月	法人名	ステーション名	事業開始年月 平成　　年　　月
(2)所在地及び連絡先	〒 電話　　ファックス		
	特別養護老人ホームまでの距離・時間	徒歩（　　）分	（　　）m
		車　（　　）分	（　　）Km

(3)併設[注1]施設の状況
（全てに○）

1. 介護老人福祉施設
2. 介護老人保健施設
3. 介護療養型医療施設
4. 上記以外の病院・診療所
5. 訪問介護[注2]
6. 訪問入浴[注2]
7. 訪問看護ステーション[注2]
8. 訪問リハビリ[注2]
9. 通所介護[注2]
10. 通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ[注2]
11. 短期入所生活介護[注2]
12. 短期入所療養介護[注2]
13. 特定施設入居者生活介護[注2]
14. 居宅介護支援事業所・介護予防支援
15. 小規模多機能型居宅介護[注2]
16. 夜間対応型訪問介護
17. 認知症対応型通所介護[注2]
18. 認知症対応型共同生活介護
19. 地域密着型特定施設
20. 地域密着型介護老人福祉施設
21. 地域包括支援センター
22. 在宅介護支援センター
23. その他（　　）

注1：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。

注2：4～12,14,16は、介護予防を含む。

		介護保険	医療保険
(4)利用者数（平成23年8月）	利用者数	人	人
	延べ訪問回数	回	回

(5)加算届出の状況（平成23年8月）（全てに○）	介護保険	緊急時訪問看護加算	1.あり　（　　）件　2.なし
		特別管理加算	1.あり　（　　）件　2.なし
		ターミナルケア加算	1.あり　（　　）件　2.なし
	医療保険	24時間連絡体制加算	1.あり　（　　）件　2.なし
		重症者管理加算	1.あり　（　　）件　2.なし
		ターミナル療養費	1.あり　（　　）件　2.なし

	常勤		非常勤	
(6)職員の状況（平成23年8月）	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
保健師	人	人	人	人
助産師	人	人	人	人
看護師	人	人	人	人
准看護師	人	人	人	人
理学療法士	人	人	人	人
作業療法士	人	人	人	人
言語聴覚士	人	人	人	人
事務職	人	人	人	人
その他（　　）	人	人	人	人

<table>
<tr><td>(7)届出営業日・営業時間
（平成23年8月1日現在）</td><td colspan="3">月・火・水・木・金・土・日
営業している曜日に〇</td><td>平日　：　～　：
土　：　～　：
日　：　～　：</td></tr>
<tr><td>(8)夜間・早朝の看護体制
（〇はいくつでも）</td><td colspan="4">1. 利用者のニーズによって一時的に夜間・早朝体制を組み勤務する
2. 夜間・早朝は電話（オンコール）で対応している
3. 全く対応していない
4. その他（　　）</td></tr>
<tr><td>2. の場合</td><td colspan="3">オンコールに対応する看護職員数</td><td>人</td></tr>
<tr><td rowspan="6">オンコール対応回数</td><td rowspan="2">平日</td><td>夜間・早朝</td><td></td><td>回</td></tr>
<tr><td>うち利用者宅に出向いた回数</td><td>回</td></tr>
<tr><td rowspan="4">土日祭日</td><td>昼間</td><td></td><td>回</td></tr>
<tr><td>うち利用者宅に出向いた回数</td><td>回</td></tr>
<tr><td>夜間・早朝</td><td></td><td>回</td></tr>
<tr><td>うち利用者宅に出向いた回数</td><td>回</td></tr>
<tr><td>(9)医療処置の実施状況
（対応している医療処置に〇）</td><td colspan="4">1. 点滴管理
2. 中心静脈栄養
3. 透析(腹膜透析含む)
4. ストーマ（人工肛門の処置）
5. 酸素療法
6. レスピレーター(人工呼吸器)
7. 気管切開の処置
8. 疼痛の看護
9. 経管栄養
10. モニター測定（心拍、酸素飽和度数等）
11. 褥瘡の処置
12. カテーテル(自己導尿も含む)
13. 吸引・吸入等
14. 浣腸・摘便等
15. 在宅での看取り
16. その他（　　）</td></tr>
</table>

訪問看護対象者調査票

調査票⑧

この入所者に訪問看護が必要な理由	

入居者ＩＤ （　　才）	要介護度 （　　）	感染症 MRSA、HBV、HCV、ワ氏、結核、
	寝たきり度（　　）	疥癬、その他（　　）
身長　　cm　体重　　Kg	認知症自立度（　　）	アレルギー（　　）

診断名

病歴（既往歴、最近１年間の入院歴**を含む）**

現在の状況

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週間以内　6. ターミナル

受療状況

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

最近１年間の特別訪問看護指示書取得状況

無・有（以下に期間と指示内容を記入）
／　～　／　内容＿＿＿＿＿＿
／　～　／　内容＿＿＿＿＿＿
／　～　／　内容＿＿＿＿＿＿
／　～　／　内容＿＿＿＿＿＿

処方薬の内容

必要な医療処置

指示されている留意点、生活指導内容など

上記の遵守状況

認知症の状況

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

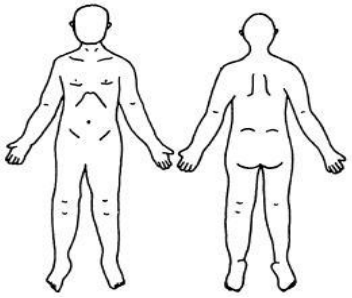
特記すべき症状・行動

身体症状（８月中にみられたもの）

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（　　）

全身状態

麻痺、拘縮・変形、褥創、発赤の有無（斜線等で示し内容記入）



体温＿＿　血圧＿＿／＿＿　脈拍＿＿（整・不整）

視力障害　なし・あり（内容　　）
聴力障害　なし・あり（内容　　）
言語障害　なし・あり（内容　　）

日常生活の状況

・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

嗜好

・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）

一日の過ごし方

6　9　12　15　18　21　24　3　6

家族状況

キーパーソンについて

面会：
週１回・月 1,2 回・それ未満
連絡：
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

訪問看護対象者看護計画記録票

調査票⑨

＊アセスメント、計画等は随時追加してください
＊実施は毎日記載してください　用紙は随時追加してください

対象者ID＿＿＿＿＿＿＿＿

日付	情報及びアセスメント・看護問題	日付	計画	日付 時間	実地　評価	記録者 サイン

訪問看護対象者看護計画記録票

（見本）

調査票⑩

＊アセスメント、計画等は随時追加してください
＊実施は毎日記載してください　用紙は随時追加してください

対象者ID

日付	情報及びアセスメント・看護問題	日付	計画	日付 時間	実地　評価	記録者 サイン
	＃1　多発性脳梗塞による 右片麻痺、構音障害に関連した 嚥下性肺炎のリスク		目標：口腔内の清潔が保持でき、発熱なく 吸引回数が減る O-P 1、バイタルサイン(KT,P,BP,SpO2) 2、呼吸器官、感染症の有無（咳嗽、喘鳴、肺雑音） T-P 1、肺理学療法を行う スクイージング・タッピング・体位交換による体位ドレナージ 2、口腔内を清潔に保つ 口腔内(舌、上顎)清拭・義歯洗浄・オーラルバランス塗布 3、必要時吸引の準備 E-P 1、家族にも口腔内清潔を指導する	9月3日 10:30 ～ 11:00	KT36，2　P70　BP120/80　SPO2　95% 呼吸不規則　肺雑　喘鳴なし 舌苔あり、マウスケア施行	○山

特別養護老人ホーム・訪問看護ステーション間　連携に関する打合せ記録

調査票⑪

※主に、始める前に連携方法を決める等の打ち合わせ内容を記録して下さい。

記入者※（　　）

回	日時	場所	議題	出席者（点線以下に職位と職種）	
				特養	ST
	月　日（　） ：　～　：				
連絡内容					
決定事項					
メモ					

訪問看護対象者評価表

特養名：　　**ST名：**

○介入効果あり
△介入効果どちかともいえない
×介入効果なし

NO	年齢 性別	疾患名等	要介護度	服薬	介入前の情報	評価指標 （ケア目標）	ケア目標に向けて実施した内容	介入効果

（平成 23 年度）調査研究報告書

「特別養護老人ホームへの訪問看護サービスの安定供給のための調査研究」

平成 24 年 3 月

社団法人　財形福祉協会
〒103-0024　東京都中央区日本橋小舟町 8-14
TEL　　03-5651-8120
FAX　　03-5651-8121