

平成10年度厚生省老人保健推進費等補助金

(老人保健健康推進等事業)

**困難度の高い訪問看護業務の実施方法とサービス頻度・期間の
標準化およびサービス効果の評価方法の開発**

成果報告書

平成11年3月

松田洋人 全国訪問看護事業協会

中村義典会長 山口昇

元山研究室 島内節

目次

編集にあたって	本委員会委員長
研究者一覧	本委員会委員
	小委員会委員（ワーキンググループ）
	研究協力者
研究組織	
研究スケジュール	

研究要旨 …要旨 1～19

はじめに	
I. 研究目的	
II. 研究方法	
III. 事例群共通項目の抽出方法	
IV. 結果要約：事例群別調査 I（予備調査）と調査 II（本調査）	
V. 結論	

訪問看護標準化枠組

研究結果

I. 各事例群別予備調査と本調査の結果・考察

1) 現状維持、一定期間後に悪化が予想されるケア事例

A. 癌のターミナル期事例における訪問看護標準化枠組	… 55
1. 訪問看護標準化枠組の開発過程	
2. 調査 I（予備調査と標準化枠組作成過程）	
3. 調査 II（本調査、標準化枠組の事例の適用と枠組の妥当性検証）	
4. 考察	
5. 提言	
6. 今後の課題	

B. 痴呆事例における訪問看護標準化枠組	… 83
----------------------	------

1. 訪問看護標準化枠組の開発過程	
2. 調査 I（予備調査と標準化枠組作成過程）	
3. 調査 II（本調査、標準化枠組の事例の適用と枠組の妥当性検証）	
4. 考察	
5. 提言	

6. 今後の課題

2) 医療的ケア事例

C. 在宅酸素療法事例における訪問看護標準化枠組 … 101

1. 訪問看護標準化枠組の開発過程
2. 調査 I (予備調査と標準化枠組作成過程)
3. 調査 II (本調査、標準化枠組の事例の適用と枠組の妥当性検証)
4. 考察
5. 提言
6. 今後の課題

D. C A P D 事例における訪問看護標準化枠組 … 124

1. 訪問看護標準化枠組の開発過程
2. 調査 I (予備調査と標準化枠組作成過程)
3. 調査 II (本調査、標準化枠組の事例の適用と枠組の妥当性検証)
4. 考察
5. 提言
6. 今後の課題

E. 褥瘡事例における訪問看護標準化枠組 … 142

1. 訪問看護標準化枠組の開発過程
2. 調査 I (予備調査と標準化枠組作成過程)
3. 調査 II (本調査、標準化枠組の事例の適用と枠組の妥当性検証)
4. 考察
5. 提言
6. 今後の課題

3) 日常生活援助を主体とするケア事例

F. 排泄障害事例における訪問看護標準化枠組 … 169

1. 訪問看護標準化枠組の開発過程
2. 調査 I (予備調査と標準化枠組の作成過程)
3. 調査 II (本調査、標準化枠組の事例の適用と枠組の妥当性検証)
4. 考察
5. 提言
6. 今後の課題

G. 大腿骨頸部骨折事例における訪問看護標準化枠組 … 195

1. 訪問看護標準化枠組の開発過程
2. 調査 I (予備調査と標準化枠組作成過程)
3. 調査 II (本調査、標準化枠組の事例の適用と枠組の妥当性検証)
4. 考察
5. 提言
6. 今後の課題

4) 文献検討

H. 嘔下障害のある事例における訪問看護標準化枠組 … 213

1. 動向とその概念について
2. 嘔下障害のある事例の標準化枠組の検討
3. 考察

II. 各事例群別の費用・効果分析

1. 研究方法
2. 結果・考察
3. 今後の課題

III. 総括

おわりに

主任研究者

編集にあたって

訪問看護の質を保証する実施方法と評価方法の手順を開発 一事例群別の標準的方法一

いよいよ介護保険制度が1年後にスタートする。さまざまな機関や部署で準備に追われ、新聞やテレビ等で一般住民にも公開されている。介護保険制度の支給限度額によりケアプランにおいて利用者にとって必要な訪問看護頻度の制限を受けることが予測される。そこで、特に訪問看護の確保が必要とされる退院後の在宅ケア開始期に焦点を当て、事例群別に標準的方法としてケア目標に沿った期間設定のあり方、必要訪問頻度、実施内容と方法・アウトカム評価方法を明らかにした。これにより訪問看護の質を保証するための実施手順をバス法としてわが国ではじめてマニュアル化した。対象は訪問看護においてたびたび直面し、困難を感じる問題、ニーズを有する7事例群、すなわち癌のターミナル期、痴呆、酸素療法、CAPD、褥創、排泄障害、大腿骨頸部骨折を選択した。予備調査66事例と調査期間中に訪問看護を開始し、標準的方法に基づいてケアを実施した本調査41事例であった。予備調査は、ケアの実施記録からデータを収集し、訪問看護の実施方法とアウトカム評価方法を含む訪問看護の標準的手順を作成した。本調査ではその手順を用いて退院後、2ヶ月間にわたって事例をケアし、その妥当性検証と費用効果分析を行った。

その結果、以下のことが示唆された。1)開発した標準的手順は訪問看護の行動目標、実施内容と方法・アウトカム評価とその到達率からケアの質保証に貢献できる。2)ケアの標準的手順はケアプラン作成、ケアマネジャーおよび第三者評価に有効である。3)必要訪問ケア頻度と時間外ケアの実態からみたコスト管理と診療報酬制度の弾力化の必要性が明らかになった。すなわち、事例群によって初期に集中的なケアをし、その後のケア期間は現行の間隔でもよい事例が多いので、病状経過に応じた訪問頻度および時間外ケアの選択の自由度が保証されるべきである。このためには介護保険制度に加えて診療報酬制度が併用できる必要がある。

長時間かけてケアの実施と調査にご協力いただきました訪問看護ステーションと病院在宅ケア部門の看護職の方々に深くお礼申し上げます。

平成11年3月

困難度の高い訪問看護業務の実施方法とサービス頻度
期間の標準化およびサービス効果の評価方法と開発
検討委員会委員長 山口昇 公立みつき総合病院管理者

平成10年度厚生省老人保健推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

困難度の高い訪問看護業務の実施方法と
サービス頻度・期間の標準化およびサービス効果の評価方法の開発

平成11年3月現在

研究者一覧（五十音順）

検討委員会

- 委員長 山口昇 （公立みつぎ総合病院 管理者）
委員 阿部俊子 （東京医科歯科大学医学部保健衛生学科 講師）
池ヶ谷紀子 （武藏野赤十字訪問看護ステーション 所長）
岩崎栄 （日本医科大学 常任理事）
内田恵美子 （財団法人日本訪問看護振興財団 事務局次長）
遠藤久夫 （学習院大学経済学部 教授）
亀井智子 （東京医科歯科大学医学部保健衛生学科 講師）
島内節 （東京医科歯科大学医学部保健衛生学科 教授）

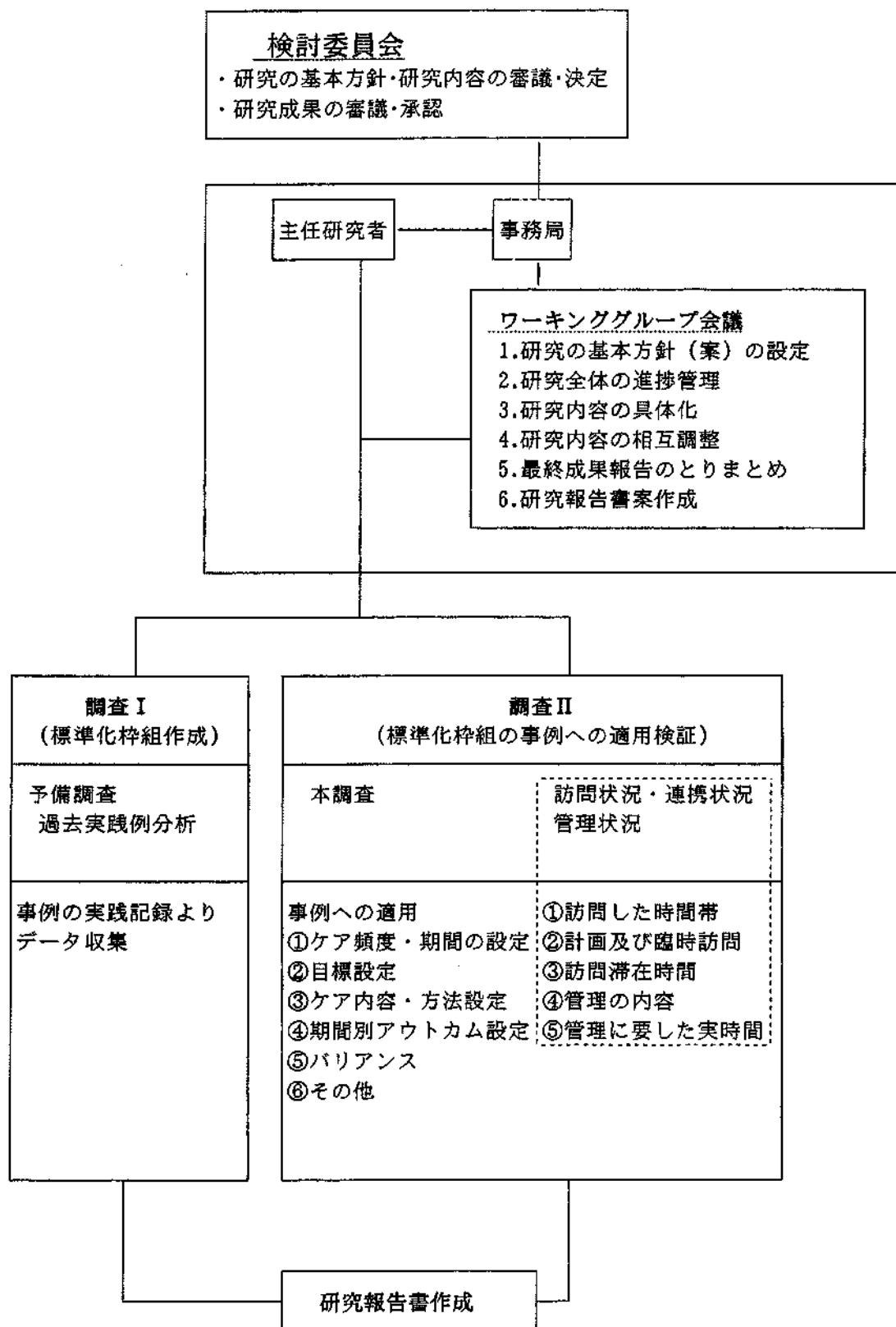
小委員会（ワーキンググループ）

- 秋山正子 （白十字訪問看護ステーション 所長）
阿部俊子 （東京医科歯科大学医学部保健衛生学科 講師）
内田恵美子 （財団法人日本訪問看護振興財団 事務局次長）
大賀英史 （長野県看護大学 リサーチレジデント）
田元孝子 （訪問看護ステーションちかもり 所長）
叶谷由佳 （オフィス S O I N S 代表）
亀井智子 （東京医科歯科大学医学部保健衛生学科 講師）
木村恵子 （財団法人日本訪問看護振興財団 研究員）
五島シズ （財団法人聖マリアンナ会 東横第三病院看護部参事）
真田弘美 （金沢大学医学部保健学科看護学専攻 教授）
主任研究者 島内節 （東京医科歯科大学医学部保健衛生学科 教授）
高階恵美子 （東京医科歯科大学医学部保健衛生学科 学内講師）
友安友子 （東京医科歯科大学医学部保健衛生学科 非常勤講師）
西村かおる （日本コンチネンス協会 会長）
福島道子 （国際医療福祉大学保健学部看護学科 助教授）
宮崎歌代子 （東京医科大学病院 保健指導室婦長）
横田喜久恵 （新宿訪問看護ステーション 所長）
脇阪靖美 （刀根山訪問看護ステーション 所長）
渡部純子 （おもて参道訪問看護ステーション 所長）

研究協力者

- 内田陽子 （東京医科歯科大学大学院博士前期課程）
小川恵子 （東京医科歯科大学大学院博士前期課程）
細谷たき子 （東京医科歯科大学大学院博士後期課程）
乘越千枝 （東京医科歯科大学大学院博士後期課程）
藤谷久美子 （東京医科歯科大学大学院博士後期課程）
梶井文子 （東京医科歯科大学大学院博士前期課程）

研究組織



研究スケ ジュール

年月	検討委員会	ワーキンググループ会議	事務局	調査集計	分析・まとめ
H10年7月			<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省より研究依頼を受ける ・研究計画書案作成 ・検討委員・ワーキングメンバーの選定、 ・研究の枠組み検討 ・対象群設定 ・文献検索、読解 ・協力依頼 		
7月24日			<ul style="list-style-type: none"> ・事例分担 ・予備調査検討 		
7月30日					
8月5日	第1回検討委員会 研究計画の承認				
8月7日					
8月17日		第1回WG会議 ・研究概要説明 ・研究方法の検討	<ul style="list-style-type: none"> ・会議資料作成 ・研究計画書案 	調査I実施 (66事例)	調査Iのデータ分析
		事例担当 予備調査	<ul style="list-style-type: none"> ・予備調査試案 ・予備調査報告 		
9月30日					
10月9日			<ul style="list-style-type: none"> ・看護の標準化作成、調査依頼、開始 		
10月12日		第2回WG会議 本調査 ・調査対象の検討 ・調査方法の検討	<ul style="list-style-type: none"> ・本調査用紙作成 	調査II実施 (41事例)	本調査票完成
10月20日					
11月10日					
11月24日					
12月18日			<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省中間報告 ・調査方法の確認 ・調査中間経過報告、満足度調査検討 ・事例数確認 ・予備事例、本調査に関する事前資料の作成方法 	看護の標準化	

H11年2月 8日			・各群別調査結果 の事前書類提出 ・全体的なまとめ	
2月15日	第3回WG会議 ・予備事例、本調査 の報告	報告書(案)作成	・各群別データ 入力 ・調査分析、ま とめ	
3月9日	第2回検討委員 会 ・研究報告書の 承認	報告書の厚生省点 検 報告書修正		調査I・IIの統合分 析
3月31日		報告書印刷		報告書完成

研究要旨

要旨

はじめに

退院直後の在宅ケア開始期は本人や家族のストレスが高く、諸問題が発生しやすい。この移行期に必要なケアを十分に行ない、一定の目的に向けて効果的効率的になされることによって患者の病状安定、生活基盤整備を早期に実現し、家族の負担の軽減や生活の安定を図ることができると考える。そこでパス法を用いて在宅ケア開始期のケア頻度、ケア内容と方法を標準化した。このことは、訪問看護の質を保証（Quality Assurance）し、利用者の生活の質の向上に資するを考える。また、ケア内容を標準化して、利用者の到達目標を明らかにし、効果的に訪問看護を提供することで、医療費の抑制につながると考える。その初期投入がどのような効果をもたらし、ケアの効率化が図れるかを探る必要がある。どの時期にどのような看護投入を配分するのが適切かを明らかにすること（ケア内容、訪問頻度、アウトカム評価など）は、ケアの質保証、コスト管理の上でも重要である。平成12年度より介護保険制度がスタートする。これにより支給限度額がケアプランにおいて利用者にとって必要な訪問看護頻度の制限を受けることが予測される。そこで、特に訪問頻度の確保が必要とされる退院直後の在宅ケア開始期に焦点を当て、事例群別に必要訪問頻度・ケア目標に沿った期間設定のあり方、実施内容と方法・アウトカム測定方法を明らかにすることは新制度のスタートに向けて重要な提言になると考えた。

そこで、本研究では以下のことを目的とした。

I. 研究目的

- 1) 調査Ⅰにおいて退院後あるいは在宅ケア開始期に訪問看護でしばしば直面し、困難を感じる問題・ニーズを有する事例のケアを効果効率的に行い、望ましいアウトカムに到達するために、ケア内容、方法、アウトカム指標について看護スペシャリストが文献検討と過去の事例調査分析を行った。事例群別にセルフケアの確立、病状安定、生活基盤整備などをめざして訪問看護の適性頻度、アセスメント、ニーズ把握、ケア内容、手順、到達目標の設定と評価に関する訪問看護の標準化のための枠組を作成した。
- 2) 調査Ⅱにおいて上記の枠組に則って事例群別に適用し、妥当性を検討して、上記の枠組を修正し、問題・ニーズを有する事例への訪問看護の標準化枠組（ケア目標項目、訪問頻度、ケア内容、手順、評価指標と評価方法）を洗練した。
- 3) 調査Ⅱの事例分析に基づいて訪問頻度（時間外訪問は料金加算）から必要経費を求めた。訪問頻度、ケア開始後2ヵ月のアウトカム指標への到達率から費用効果分析を行った。

II. 研究方法

1. 対象.

対象は表1のように7事例群について予備調査66事例と調査期間中に在宅ケアを開始し、作成した訪問看護標準化枠組（調査I）に基づいてケアを実施した本調査41事例である。事例背景は表2のとおりである。

表1. 調査対象群・事例数

計	癌のターミナル期	痴呆	酸素療法	CAPD	褥瘡	排泄障害	大腿骨頸部骨折
予備調査 66	11	6	9	4	4	22	10
本調査 41	13	3	2	9	6	6	2

表2. 調査事例背景

項目	年齢	性別	主疾患	施設	項目	年齢	性別	主疾患	施設
ターミナル期	1 76	男	肝臓癌	ステーション	1 84	男	小脳腫瘍	ステーション	
	2 66	女	乳癌	ステーション	2 71	男	脳梗塞	ステーション	
	3 80	男	肺癌	ステーション	3 74	男	左腎癌	ステーション	
	4 86	男	肺癌	ステーション	4 65	女	右腎癌	ステーション	
	5 65	女	脳梗塞	ステーション	5 51	男	食道癌	病院	
	6 78	男	胃癌	ステーション	6 82	男	大腸癌	企業	
	7 68	男	肺癌	ステーション	7 78	男	肺癌	ステーション	
	8 71	男	大腸癌	ステーション	8 61	男	胃癌	病院	
	9 72	男	肺癌	ステーション	9 56	男	直腸癌	ステーション	
	10 61	女	乳癌	ステーション	10 63	男	大腸癌	ステーション	
	11 56	女	肺癌	ステーション	11 40	女	胃癌	病院	
					12 47	男	右肺癌	ステーション	
					13 47	女	左乳癌	ステーション	
痴呆	1 84	女	アルツハイマー型痴呆	在介センター	1 90	女	アルツハイマー型痴呆	ステーション	
	2 83	女	老人性痴呆	病院	2 48	男	アルツハイマー型痴呆	病院	
	3 81	女	老人性痴呆	ステーション	3 85	男	脳血管性痴呆	入テーション	
	4 88	女	老人性痴呆	ステーション	4 85	男	痴呆	入テーション	
	5 84	女	老人性痴呆	ステーション					
	6 83	男	脳血管性痴呆	在介センター					
在宅看護	8名	平均	P6	ステーション	2名	平均	P2	PE1 CTB1	ステーション
			助済血圧1						
			上緩隔内甲状腺1						
透析			その他の1						
	1 77	男	慢性腎不全、糖尿病	ステーション	1 65	男	慢性腎不全、糖尿病	ステーション	
	2 82	男	慢性腎不全、糖尿病	ステーション	2 63	男	慢性腎不全、糖尿病	ステーション	
	3 84	男	慢性腎不全、高血圧症	ステーション	3 84	男	慢性腎不全、高血圧症	ステーション	
CAPD	4 90	男	慢性腎不全、ヘルニア	ステーション	4 86	男	慢性腎不全	ステーション	
					5 84	男	慢性腎不全	ステーション	
					6 81	男	慢性腎不全	ステーション	
					7 68	男	慢性腎不全、糖尿病	ステーション	
嚥下障害	1 80	女	脊髄小脳変性症	病院	8 77	男	慢性腎不全、糖尿病	ステーション	
	2 87	男	脳梗塞	病院	9 67	男	慢性腎不全、糖尿病	ステーション	
	3 48	女	多発性脳梗塞	病院					
	4 80	女	脳梗塞	病院					
嚥刺	1 81	男	脳梗塞	ステーション	1 85	女	嚥癌	ステーション	
	2 83	男	脳梗塞	ステーション	2 37	女	脳梗塞	ステーション	
	3 87	女	脳梗塞	ステーション	3 86	男	脳梗塞	ステーション	
	4 84	女	脳梗塞	ステーション	4 86	男	脳梗塞	ステーション	
排泄障害	5 85	女	脳梗塞	ステーション	5 84	女	脳梗塞	ステーション	
	6 90	男	慢性腎不全	病院	6 81	男	慢性腎不全	ステーション	
	7 90	女	高血圧	病院	7 73	男	慢性腎不全	ステーション	
	8 75	女	慢性閉節リウマチ	病院	8 77	男	慢性腎不全	ステーション	
	9 65	女	既往脳梗塞	病院	9 66	男	慢性腎不全	ステーション	
	10 96	男	前立腺肥大症	病院	10 84	女	慢性腎不全	ステーション	
	11 88	男	膀胱炎	病院	11 84	女	慢性腎不全	ステーション	
	12 76	男	骨筋性進行性筋萎縮症	病院	12 84	女	慢性腎不全	ステーション	
	13 56	女	慢性閉節リウマチ	病院	13 84	女	慢性腎不全	ステーション	
	14 91	女	脳梗塞	病院	14 84	女	慢性腎不全	ステーション	
	15 84	女	脳梗塞	病院	15 80	男	慢性腎不全	ステーション	
	16 90	男	慢性心不全	病院	16 80	女	慢性腎不全	ステーション	
	17 80	女	バーキンソン	病院	17 80	女	慢性腎不全	ステーション	
	18 88	男	脱挙痙攣後遺症	病院	18 88	女	慢性腎不全	ステーション	
	19 87	女	心房細動	病院	19 86	女	慢性腎不全	ステーション	
	20 86	女	脳梗塞	病院	20 86	女	慢性腎不全	ステーション	
	21 77	男	老年期痴呆	病院	21 77	男	慢性腎不全	ステーション	
	22 73	男	多発性脳梗塞	病院					
大腿骨頸部骨折	1 86	男	大腿骨頸部骨折	ステーション	1 81	女	大腿骨頸部骨折	ステーション	
	2 87	女	大腿骨頸部骨折	ステーション	2 68	男	大腿骨頸部骨折	病院	
	3 82	女	大腿骨頸部骨折	ステーション					
	4 80	女	大腿骨頸部骨折	ステーション					
	5 90	女	大腿骨頸部骨折	病院					
	6 90	男	大腿骨頸部骨折	ステーション					
	7 80	女	大腿骨頸部骨折	ステーション					
	8 86	女	大腿骨頸部骨折	ステーション					
	9 86	女	大腿骨頸部骨折	ステーション					
	10 93	女	大腿骨頸部骨折	ステーション					

2. 調査 I (予備調査=事例予備調査と訪問看護標準化枠組の作成)

1) 文献検討整理

2) 事例の実践記録よりデータ収集

在宅ケアへ移行する際に各事例群に特有な問題、ニーズを有する7事例群、計66例について看護スペシャリストが事例群別に文献の検討、病院および訪問看護ステーションでの訪問看護実施例、過去の実践記録データの収集と分析からケアの標準化(スタンダード)のための枠組を作成した。嚥下障害群についても枠組化を試みたが、その原因と障害レベルの多様性により一定の在宅での評価を可能にする枠組作成が困難であったため、このたびは文献研究にとどめた。標準化枠組作成においては対象事例ケアのスペシャリストである看護職、医師、リハビリテーション職に枠組を示して意見を聴取した。退院後あるいは在宅のまま訪問看護が開始された次の問題・ニーズを有し看護職による重点的なケアを要する40歳以上の事例を選択した。

(1) 現状維持、一定期間後に悪化が予測されるケア事例

①癌のターミナル期事例 (癌)

②痴呆事例 (アルツハイマー型・脳血管疾患)

(2) 医療的ケア事例

①在宅酸素療法事例 (慢性閉塞性・拘束性呼吸疾患)

②連続携行式腹膜透析事例(CAPD事例) (腎機能不全)

③褥瘡のある事例

(3) 日常生活援助を主体とするケア事例

①排泄障害のある事例

②大腿部頸部骨折事例 (大腿骨頸部骨折)

(4) パターン化が困難な事例

(現段階では標準化が困難で専門家の意見聴取と文献整理)

①嚥下障害のある事例

3. 調査 II(本調査=標準化枠組の事例への適用と枠組の妥当性検証、

費用効果分析)

調査Iで作成した標準化枠組を新規事例に適用し、枠組の妥当性を検証した。

(1) 各事例群で目標達成が可能な期間を区分して看護の行動目標、ケア内容と方法、実施の有無、アウトカム指標(到達目標)、バリアンスを設定し評価を行った。

(2) データ収集は訪問看護開始後2ヶ月間、各事例群について表3のように期間毎に標準化枠組データ用紙に看護職が記入した。また枠組で実施しなかった内容は、バリアンスとして「実施できなかった理由(10項目)」と「目標・期待される成果に到達しなかった理由(10項目)」について選択肢を設定し看護職に記入を求めた。

表3. 訪問看護開始後の標準化枠組(パス法)

経過日数 訪問頻度 評価項目 看護職の行動目標	退院前	退院後3日目 まで	退院後2週間 まで	1ヶ月～ 2ヶ月まで	アウトカム (利用者の期待される成果)
ニーズ カタゴリー 疾患経過 薬剤・治療 処置 検査 理学療法 セルフケア コミュニケーション 栄養 日常生活 安全 清潔 心理・社会 社会資源	左記の各評価カテゴリーに2～8項目の看護内容 (ケア内容と方法)を設定、期間別に実施の有無をチェックした。				1. アウトカムの評価方法 ケア期間を約3～5期に区分して、左記の各評価カテゴリーに1～5項目のアウトカム指標を設定し到達項目を合計し、項目数で除して到達率を算出した。 2. バリアンスの理由(下記は1)、2)は①～⑩同一項目) 1) 実施できなかった理由 2) 目標・期待される成果に到達しなかった理由 ①利用者心身条件 ⑥連携上の問題 ②利用者拒否・希望なし ⑦連携先機能せず ③家族拒否・希望なし ⑧社会資源不足 ④スタッフ不足 ⑨社会資源の質的問題 ⑤スタッフ能力不足 ⑩その他

(3) 作成した訪問看護、標準枠組を用いた場合の総業務時間(訪問滞在時間、連携時間、看護管理時間)を調査した。

(4) ケア実施例についての費用効果分析として各群別に実施した標準化枠組に沿って効果測定してコストとの比を分析した。

①効果測定は各群別にケア開始後2ヶ月間患者アウトカム項目に記入。
その到達率を標準化枠組の評価項目に沿って算出した。

②コストは各群別にケア実施における頻度、時間帯、訪問滞在時間、連携や管理に要した時間からコスト計算を以下の方法で行った。

a. 現制度に基づく算出：平成9年厚生省が行った訪問看護調査における訪問看護料金1回あたりの単価9,126円(平成9年度1事業所あたりの訪問看護療養費2,219,500円÷訪問回数243.2回)をもとに算出した。

b. 一般公務員である看護職の平均時給1,924円(国立病院医療職俸給表(三)2級23号俸333,500円×12月÷1週間の勤務時間40時間×1年間の週数52週)を基に費やされた時間からコストを算出した。

③経済的評価は上記より費用効果比を算出することで費用効果分析を行った。

III. 訪問看護の標準化枠組（パス法）の開発のための各事例群の共通調査および評価項目の抽出方法

1. 文献検討による訪問看護標準化枠組（パス）の開発方法の明確化

在宅ケアにおける訪問看護の標準化開発の目的は、ケアの標準的ガイドラインを作り、利用者が期待される成果（アウトカム）に到達するよう看護ケアのプロセスを具体化すること、利用者へのケア提供の改善をはかること、また、ケアの継続的な質の改善、継続的ケア提供に沿ったケアマネジメントおよびアウトカムマネジメントを行うこと、およびコスト管理である¹⁾。

しかし、訪問看護利用者をコントロールしたり、全ての利用者の状況に適合するのではなく、各事例群別について、スタンダードを考えるということであり、事例が非常に複雑化しているという条件を加味する必要がある。

今回、わが国の在宅ケアの現状に合わせた訪問看護標準化枠組を開発するために、諸文献を検討した結果、本プロジェクトの構成や研究期間を検討し次のことを行った。

1) 開発者の組織化

開発のためのプロジェクトを組織し、事例群別に看護職担当者を決め、訪問看護標準化枠組をデザインした。

2) 訪問看護実施機関の管理者に面接し、標準化のためのコメントを得た。

3) 当該事例のケアを把握し、枠組作成のための基本情報に用いる。

4) 訪問看護標準化枠組（実施内容と方法・アウトカム評価）の作成

①対象とする訪問看護の事例群を決め、開発する訪問看護標準化枠組の種類を決めた

②標準化の構造と評価項目を決めた

③測定可能な臨床的アウトカムを決めた

④アウトカムに到達するための実践の基準、ケア内容を決めた

⑤各パスの訪問回数を決めた

⑥訪問看護婦の時間と経済効率を考えた書式を開発した

⑦学際的な書式を開発した

⑧看護以外の職種で実践にかかわるチームメンバーを明確化した

⑨各時期のパスのパイロットと評価のための時間軸(ケア期間)を決めた

⑩プロジェクトの評価のためのツールを開発した

5) 訪問看護標準化枠組を事例に適用した

6) アウトカムに到達したか実践介入（訪問看護標準化枠組）の評価を行った。

なお、今後複数の診断名のある患者のプランをたてるための方法とスタッフ教育のためのプロトコールを作成することが課題である。

2. 各訪問看護標準化に共通する枠組の作成

わが国の在宅ケアや訪問看護において看護ケア内容を標準化したものは見あたらなかったため、本プロジェクトでは各事例群に共通する標準看護の枠組をはじめに作成した。

1) ケア内容と方法の評価項目設定

訪問看護標準化枠組の縦軸を評価項目とし、ケアのカテゴリー13項目を抽出し、以下のように設定した。13項目の抽出方法は参考文献として本プロジェクトの主要メンバーが開発した日本訪問看護振興財団²⁾による在宅ケアのアセスメント票、オマハによる看護診断分類カテゴリー³⁾、介護認定審査用の調査票、S T A T path(Center for Health Education)⁴⁾におけるケアカテゴリー等を検討し作成した。その内容を在宅ケア現場のリーダーと研究者が討議し、必要と判断した内容を整理した。

ケアの質を保証するための実施方法と評価方法の標準的手順（パス法）は、本来各在宅ケア機関の条件によって修正して用いるべきものである。ここでは一般的に用いうる基準を作成することにした。

- ① 疾病経過（利用者の主疾患および合併症の経過、看護婦の行動目標）
- ② 薬剤治療（治療の中でも薬剤使用に関する指示とそのケア）
- ③ 処置（在宅における医療処置等とケア）
- ④ 検査（特定の在宅療養の継続管理のために必要な検査等）
- ⑤ 理学療法（運動療法、機能訓練、リハビリテーションに関するケア）
- ⑥ セルフケア（療養者または家族が自己管理のために実施するケア）
- ⑦ コミュニケーション（療養者と家族またはケア提供者間の意志疎通に関するケア）
- ⑧ 栄養（療養者本人の栄養に関する指示とケア）
- ⑨ 日常生活（療養者の家庭における治療や処置を伴った日常生活状況とケア）
- ⑩ 安全（療養者の事故防止、感染予防、環境上の安全等とケア）
- ⑪ 清潔（身体、創部等の清潔ケア）
- ⑫ 心理、社会（療養者の心理面および社会的側面に関するケア）
- ⑬ 社会資源（諸制度および地域資源の利用とケア）

2) 実施と評価期間および訪問頻度の設定

上記の各評価項目に各事例群の特徴を加えて具体的ケア内容・ケア行為を設定していく。その際には協力機関の代表の意見を考慮した。

また、次の事項を基準に設定していく。

- ・ 初回訪問事例の訪問看護標準化枠組を作成した。
- ・ 初回訪問から2ヶ月に限定し訪問看護標準枠組を作成した。
- ・ 訪問開始初期の訪問頻度は、利用者がその時期までに到達すべきアウトカム

に到達できるような必要量を設定した。

その結果、各グループによって訪問頻度の設定は異なるものになると結論され、事例調査の結果をもとに訪問頻度の設定を行うこととした。

3) アウトカム指標の設定

各事例群について事例の一般的な心身、社会生活の変化、時期と目標達成が可能な期間として事例群に合わせてケア期間を3～5期に区分した。その各期間ごとに予期されるアウトカム内容（到達目標）をアウトカムの指標として設定した。各指標を評価し、指標項目数で除して到達率を算出した。

4) 訪問時間、連携時間、看護管理時間の明確化

コスト管理の観点から、作成した訪問看護標準化枠組の実践のために要した直接看護ケア時間と間接業務時間を調査することとした。

()訪問看護標準化枠組事例収集用紙No.1(退院前～在宅療養7日目まで)

評価項目 △2014	退院・帰宅前／ 退院・帰宅時	在宅療養1日目	在宅療養2日目	在宅療養3日目	在宅療養4日目	在宅療養5日目	在宅療養6日目	在宅療養7日目
目標 Goal								
疾病経過 Disease process								
薬剤治療 Medication								
処置() Treatment ()								
検査 Tests								
理学療法 Physical Therapy Activity								
セルフケア Self Care								
コミュニケーション Communication								
栄養 Diet,Fluid								
日常生活 Daily Life								
安全 Safety								
清潔 Hygiene								
心理・社会 Psyco Social								
社会資源 Social Service								

()訪問看護標準化枠組事例収集用紙No.2(在宅療養8日目～60日目) 線線は必要に応じて記入。用紙不足の場合はコピーして下さい。

評価項目 △2014	在宅療養 日目	在宅療養 日目	在宅療養 日目	在宅療養 日目	目標
目標 Goal					
疾病経過 Disease process					
薬剤治療 Medication					
処置() Treatment ()					
検査 Tests					
理学療法 Physical Therapy Activity					
セルフケア Self Care					
コミュニケーション Communication					
栄養 Diet,Fluid					
日常生活 Daily Life					
安全 Safety					
清潔 Hygiene					
心理・社会 Psyco Social					
社会資源 Social Service					

訪問看護の標準化 訪問状況・連携状況・管理状況調査票

標準訪問看護計画に沿って訪問看護を行った都度、以下の項目に記入して下さい。
 連携に関しては調査期間中（2ヶ月間）に行った全ての連携について記入して下さい。

月 日 (曜)	訪問状況			連携状況	管理状況	
	訪問した 時間帯 (番号選択)	訪問の 形態 (番号選択)	訪問滞在 時間(分) (実時間記入)		連携に要した 実時間(分) (実時間を記入)	管理の 内容 (番号選択)
()	1・2・3・4	1・2	分	分	1・2・3・4 5・6・7	分
()	1・2・3・4	1・2	分	分	1・2・3・4 5・6・7	分
()	1・2・3・4	1・2	分	分	1・2・3・4 5・6・7	分
()	1・2・3・4	1・2	分	分	1・2・3・4 5・6・7	分
()	1・2・3・4	1・2	分	分	1・2・3・4 5・6・7	分
()	1・2・3・4	1・2	分	分	1・2・3・4 5・6・7	分
()	1・2・3・4	1・2	分	分	1・2・3・4 5・6・7	分
()	1・2・3・4	1・2	分	分	1・2・3・4 5・6・7	分
()	1・2・3・4	1・2	分	分	1・2・3・4 5・6・7	分
()	1・2・3・4	1・2	分	分	1・2・3・4 5・6・7	分
合計						

訪問時間帯

- 1. 6～9時：早朝
- 2. 9～17時：日勤
- 3. 17～22時：準夜
- 4. 22～6時：深夜

訪問形態

- 1. 計画的訪問
- 2. 臨時訪問

管理内容

- 1. スタッフ間連絡・報告
- 2. ケア会議
- 3. 利用者のケア記録
- 4. 訪問準備（物品など）
- 5. 利用者との電話連絡
- 6. レセプト整理
- 7. その他

IV. 結果要約：事例群別調査Ⅰ（予備調査）と調査Ⅱ（本調査）

1. 現状維持、一定期間後に悪化が予測されるケア事例

1) 癌のターミナル期事例

調査Ⅰ：訪問看護ステーションからの訪問事例 11 例の調査および文献調査から、作成された標準化枠組は、時期別 4 期（導入期、安定期、終末・臨死期、死別期）に区分した訪問看護を行う内容として具体的に示した。

調査Ⅱ：新規ターミナルケア開始事例 13 例に枠組を適用した。その結果、ケアの実施率は、導入期（準備期）84.7%、導入期（開始期）65.7%、安定期 57.8%、終末・臨死期 47.4%、死別期 59.8% であった。看護職の行動目標実施率は、導入期（準備期）83.3%、導入期（開始期）99.4%、安定期 74.2%、終末・臨死期 87.5%、死別期 100% であった。

一方、アウトカムの到達率は、導入期（準備期・開始期）78.6%、安定期 74.9%、終末・臨死期 73.7%、死別期 91.7% であった。看護職の行動目標の到達率は、導入期（準備期・開始期）88.5%、安定期 72.5%、終末・臨死期 58.3%、死別期 92.9% であった。

これらの結果から、予備調査で作成した枠組の内容を若干修正した標準化枠組みを作成した。今後、医療機関からの訪問事例および外来その他から訪問看護を導入される事例に適用範囲を広げて実施上のバリアンスを再評価することおよび長期的な効果の評価を行う必要がある。

2) 痴呆事例

調査Ⅰ 訪問看護ステーションから 3 例、在宅介護支援センターから 2 例、病院から 1 例の全 6 名の痴呆症者の訪問看護記録と文献とを参考とした結果、訪問頻度は 1 ヶ月目週 2 回、2 ヶ月目週 1 ~ 2 回と設定した。また、標準化枠組の内容は、訪問開始後 1 週間目、2 週間目、1 ヶ月目、2 ヶ月目の区間で区切り、そのアセスメント、介入、到達目標を具体的に示した。

調査Ⅱ 訪問看護ステーションから 3 例、病院から 1 例の訪問開始された計 4 痴呆事例を対象とし、標準化枠組を適用して 2 カ月間ケアを実施した。その結果、ケアの実施率は、23%~97%まで範囲が示され、実施できなかった理由は、事例の個別性によりニーズに該当しない、本人の心身状況のため、家族が希望しない・拒否する・本人が希望しない・拒否する等が主なものであった。

また、利用者の期待される成果への到達度においても事例により幅があり、28%~83% の範囲であった。到達できなかった理由も前述のケア実施率の場合と同様であった。これらの結果から、ケア拒否・問題行動のためにケア実施が困難な場合があること、また認知レベル維持が疾患の予後から困難であることを

考慮した利用者の期待される成果についての表現を一部無理のないように修正した。訪問頻度は、ほぼ設定頻度で実施され、不足の場合は臨時訪問がされていた。今後は合併症の有無や問題行動の程度、介護者の状況等を加味し、最終到達度の妥当な程度を検討する必要がある。

2. 医療的ケア事例

1) 在宅酸素療法事例

調査Ⅰ：訪問看護ステーションからの訪問事例 9 例の予備調査および文献調査から、訪問看護標準化枠組みは、2ヶ月間に計 6 回の頻度で訪問看護を行う内容として具体的に示した。

調査Ⅱ：新規在宅酸素療法開始事例 2 例に枠組みを適用した。その結果、ケアの実施率は退院前が最も低かったが、在宅療養開始後の訪問では 92%以上の実施率が得られた。

利用者の期待される成果への到達度は在宅 15~30 日目の訪問で 90.6%が最も高く、平均 90.5%、最終訪問時点では 86.3%であった。一方、看護婦の行動目標の最終到達度は 87.5%であった。

ケアの実施が枠組み通りに実施できなかった理由（バリアンス）では、「その他の理由」のべ 23 回が最も多く、ほかに「利用者の拒否・希望なし」のべ 7 回が上げられた。また、利用者が期待される成果に到達しなかった利用としては「その他の理由」が最も多く上げられた。

これらの結果から、予備調査で作成した枠組の内容を若干修正した標準化枠組みを作成した。

今後、医療機関からの訪問事例および外来から在宅酸素療法に導入される事例に適用範囲を広げて実施上のバリアンスを再評価することおよび長期的な効果の評価を行う必要がある。

2) C A P D 事例

調査Ⅰ 訪問看護ステーションからの訪問事例 4 例の調査および文献調査から作成された標準化枠組は 2 ヶ月間に計 32 回の頻度で訪問看護を行う内容として具体的に示した。

調査Ⅱ 新規 C A P D 開始 10 事例に枠組を適用した。その結果、ケア項目別の実施率は 1 週間、2 週間、1 カ月、2 カ月いずれの区間においても平均 81% 以上であったが、ケア項目によって違いも見られた。また、事例による実施率の違いもみられる。ケア項目別アウトカム到達率もいずれの期間においても平均 62% であったが、ケア項目によって違いがみられた。また、事例による到達率の違いもみられた。

項目別にみると、心理社会項目の実施率・到達率が他に比べていずれの区間でも低かった。CAPDは自身の自己管理能力が高く、動機づけが強く、家族の協力が得やすい人にむいているといわれる。事例別にみると、実施率・到達率ともに100%という事例もあったが、本人の意欲が喪失し介護者の学習能力もあまりない事例はとくに到達率が低かった(0%)。

一方、看護婦の行動目標の最終到達率は50%であった。

ケアの実施が枠組どおりに実施できなかつた理由(バリアンス)では、「その他の理由」52回が最も多く、他に「利用者の利用」33回が挙げられた。利用者が期待される成果に到達しなかつた理由としては「利用者の理由」53回が最も多く上げられた。

今後は、より多くのステーションと同時にさまざまの医療機関からの訪問事例に適用範囲を広げてケア実施上のバリアンスを再評価する必要がある。

3) 褥瘡のある事例

調査Ⅰ：訪問看護ステーション2施設からの訪問事例4例の調査および文献調査、専門家との討議により、作成された標準化枠組は、褥瘡の深度によって訪問頻度を設定し、2ヶ月間に最高53日(深度4度で、肉芽形成期から1週間まで1日、2週目から1ヶ月まで1日1回、1ヶ月目から2ヶ月まで2日に1回訪問)となつた。また、内容については、褥瘡過程の査定の標準化を目指し、PUSH3.0(Pressure Ulcer Healing Scale)を採用し、褥瘡ケアの視点の標準化としてブレーデンが提唱している視点を盛り込むこととし、縦軸に体圧分散、摩擦ずれ、排泄の項目を設けた。

調査Ⅱ：新規の褥瘡のある療養開始事例6例に枠組を適用した。その結果、ケアの実施率は平均83%(死亡したケースは死亡した時点で除外し、計算)であった。利用者の期待される成果への到達度は①退院直後—1週間、②1週目—1ヶ月、③1ヶ月目—2ヶ月目の3期間に分けて見ると、②の時期が最も低く、68.7%であり、それ以外の時期については80%以上の実施率が得られた。ケアの実施が枠組通りにいかなかつた理由(バリアンス)では、最も多くあがつたバリアンス理由は「その他の理由」が多く、5事例において見られた。この詳細の理由は、血液検査にかかわる項目であり、医師の処方がなく、実施されなかつたことが最も多かつた。次に多かつたバリアンスは「利用者の心身条件のため実施できなかつた」であり、これは、枠組作成時点では自立促進が必要な患者を想定して作成したため、ターミナル患者については、当時はまらなかつたことによる影響が最も大きかつた。また、利用者が期待される成果に到達しなかつた理由としては「家族が拒否したあるいは希望がなかつたため到達しなかつた」が最も多く、5事例に見られた。この詳細はどの事例においても体圧分散寝具を使

用しているが、有効な体圧分散が得られず、体圧分散寝具の再購入を拒否した等の理由が多かった。また、次に多かった理由は「利用者の心身条件のため実施できなかった」であり、これは4事例において見られ、上記理由と同じである。また、「社会資源の質に問題があり到達しなかった」が3事例において見られ、かかわっているヘルパーの知識不足により褥瘡が新規発生したケース等があり、そのための援助が必要であったことが記録から読み取れた。今後、ターミナル期の患者と自立促進患者用に分離した枠組の作成等の改訂を行い、さらにさまざまな機関で試用し、再評価する必要がある。

3. 日常生活援助を主体とするケア事例

1) 排泄障害のある事例

調査Ⅰ 中規模病院からの訪問看護を利用している者のうち、何らかの排泄障害を持っている者、全22例を対象とする予備調査および文献調査に基づき、標準化枠組を作成した。

標準的な排泄障害ケア提供期間は、前後二期全10週間までである。

訪問頻度は原則的に、前期は一日1回、後期は週2～3回とした。ただし、カテーテル留置者の場合には、最初の1週間のうちに不必要的カテーテルは抜去することを目標とし、カテーテルを抜去した当日は3回、その翌日から1週間は一日1回とした。

在宅療養者においては、個々の暮らし方や社会的な活動の状況はすべて異なっており、おなじ排泄障害といつても、各々のニーズは極めて個別性が高いけれども、ここでは、排泄障害者が再度排泄を自立する過程で最低限必要なケア内容を大まかに網羅した。

調査Ⅱ 排泄障害があり、カテーテル留置またはおむつを使用している訪問看護利用者6例を対象に、標準化枠組みに基づく排泄障害ケアを行った。事例別に必要なケア内容はすべて実施したが、標準化枠組みに示したケア内容の実施率は、前期53.1%、後期12.7%だった。しかし2週間と設定した前期中にカテーテル留置者は全員これを抜去し自尿となった。またおむつ使用者は、トイレ排尿に向けた座位保持訓練と水分・栄養摂取の訓練が軌道に乗った。このことから、実施率の伸び悩みはあったものの、排泄の再自立に向けた積極的なケアは、開始から2週間までの間（前期）に、アセスメントが終了し、治療を含めて必要なケア内容はすべて適切に実施できることが明らかになった。

また、対象は在宅移行後すでに数年を経過しており、この間に家族を含めた排泄自立への積極的策は行われていない。体力低下を防ぐための計画的な自立訓練も行っていない。そのため後期に入っても、日常生活動作訓練を、充

分時間をかけて段階的に実施する必要があった。このことはむしろ、在宅ケア全般に関わる問題と考えられる。

事例別のアウトカム到達率は、平均12.5%（前期0～58.5%、後期0～35.7%）であった。排泄障害ケアの最終目標は、排泄の再自立と排泄障害にわずらわされない生活の実現である。そして設定したアウトカムは、概ねすべての排泄障害者に共通できる表現である。従って個々の細かな変化は記述できなかった。

以上より、標準化枠組の改善点は、第1に「確認」「実施」「不要」欄を設定し、これらを区別して記入する方法としたこと、第2に具体的な排泄自立への段階をアウトカムに組み入れたことである。今後は後期標準枠組を、ニーズ別にいくつかに分類し、より具体化して作成する必要があると考える。また高齢の在宅療養者が排泄克服できるケアを保証するには、それを支えるシステムを整備することが不可欠である。

2) 大腿骨頸部骨折事例

調査I：訪問看護ステーションからの訪問事例 10 例の調査および文献調査、専門家の意見から作成された標準化枠組は、2ヶ月間に週1～3回の頻度で訪問看護を行う内容として具体的に示した。

調査II：退院後在家に移行した事例2例に枠組を適用した。その結果、標準化枠組実施後患者アウトカム到達率が高く早期に自立した成功事例となかなか患者アウトカムが向上しない事例とに分かれた。前者は退院前ケアの実施率 91.5%で高く、その後 44.8%～70%であった。患者のアウトカム到達率は1ヶ月後 71.2%、看護婦の行動目標到達率は 83.3%であった。退院前から早期の段階にケアを実施したこと、訪問リハビリ活用が効果をもたらしたといえる。後者は本人や家族に意欲・協力が得られず、ADLも低く座位はできるものの寝たきりに近いため、患者のアウトカムは2ヶ月後 46.6%に留まった。ケアの実施率は退院前は低く、その後 37.9%から 65.5%であり、筋力テスト、ROMテストなどの検査、IADL評価項目などが低かった。今後、入院中から合併症を予防し、病院との連携をはかり、全荷重可能となり歩行が不安定な事例に適用し、ケア実施上のバリアンスを再評価する必要がある。

4. パターン化が困難な事例（現段階では標準化が困難なため、文献検討と実践例分析のみ）

1) 嘔下障害のある事例

文献とリハビリテーション病院入院中の参考事例をもとに検討し、経口摂取と経管栄養への看護を押さえるため、併用して栄養摂取している事例を想定、その

能力は、中等症～重症の患者が対象となるのではないかと考えた。しかし、その範囲が広いため、柔軟で基本的な看護が押さえられるようにすることを目的とした。また嚥下障害が高度で恒久的に経管栄養が必要な人に行われている胃瘻と間欠的経管摂食法 (Intermittent tube feeding, ITF) の間欠的経口食道経管栄養法 (IOE；いわゆる口腔ネラトン法) に限定し、摂食・嚥下障害の訪問看護の標準化枠組みの開発のために、文献検討を行った。

その結果、摂食・嚥下障害患者の場合、在宅療養日数でその対応が変化するのではなく、症状や機能の変化によってその対応が変化するため、一律に期間を区切り、また2ヵ月までと設定することに無理があると感じられた。また、摂食・嚥下障害のエキスパートである医師や看護婦に意見を求めたが、「嚥下障害患者の治療・看護・リハビリテーションには、個別性と多様性強いため標準化するのは難しいのではないか」という意見が聞かれた。在宅看護においては、障害のゴール別（障害の変化が見られない場合、リハビリによって改善つまり嚥下状況の変化が可能性のある場合など）別に、期間を設定するのであれば意味があると考えた。また、摂食・嚥下障害の在宅看護においては、その対応の遅れなどからプロトコールの必要性が感じられた。

5. 各事例群別の費用・効果分析

患者の最終アウトカム到達率で高い値を示したものは、在宅酸素療法事例、ターミナル事例、CAPD事例が続いた（表4参照）。痴呆事例、大腿骨頸部骨折事例では計画的訪問・日勤帯の訪問であったが、ターミナル期事例やCAPD事例は時間外の訪問が多かった。総訪問滞在時間は、CAPD事例、総連携時間は排泄障害事例、管理時間は褥瘡事例が一番多く、総業務時間が最も多いものは褥瘡事例であった（図参照）。

訪問看護料金が高いものはCAPD事例であり、人件費では排泄障害事例が高い値を示した。費用効果比で低い値を示したものは、在宅酸素療法事例、大腿骨頸部骨折事例であり、褥瘡事例、CAPD事例は逆に高かった。

表4)各事例別訪問頻度と時間から算出したコストとアウトカム比

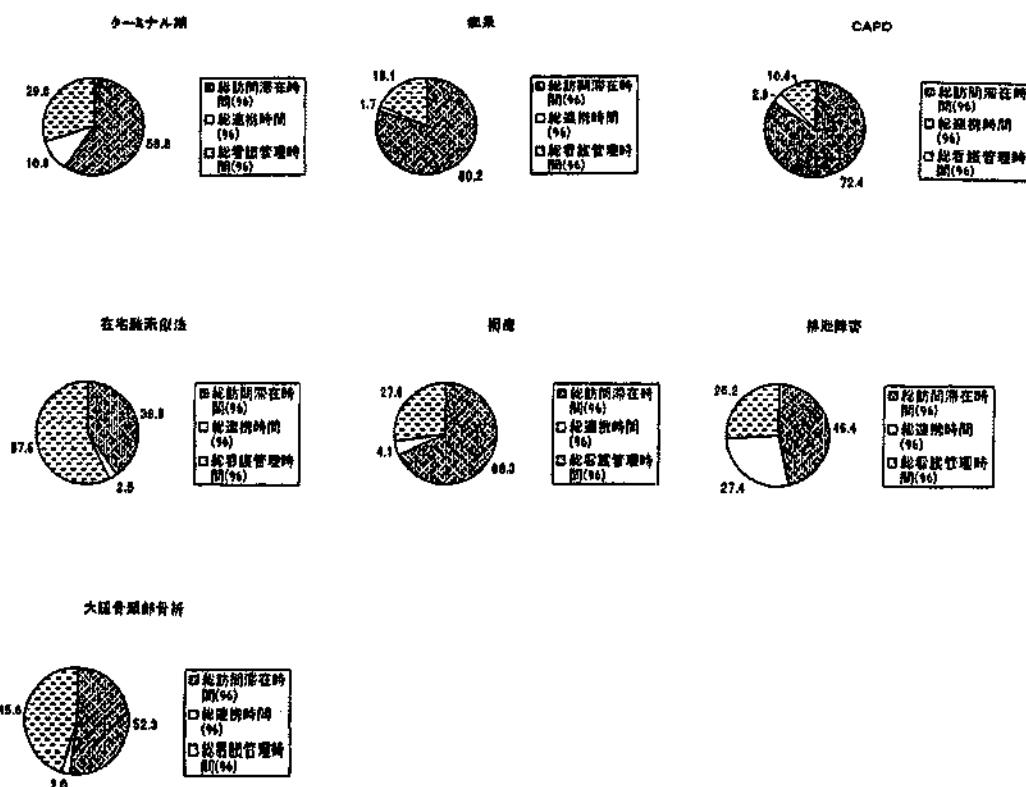
(2カ月間の平均値)

各事例群名	訪問回数 総合計(回) =①×0.126円 *日勤以外は5割増	時間(分)と人件費						費用効果比 人件費／ アウトカム比 =⑦／⑧	訪問看護料金／ アウトカム比 =②／⑨	
		③総訪問滞在 時間(分)	④搬送機 時間(分)	⑤管理 時間(分)	⑥総業務 時間(分) =③+④+⑤	⑦人件費 料金(円) =⑥×1924円	到達率(%)			
ターミナル期	16.8	¥162,513	1271.2 (59.8)	225.1 (10.6)	629.4 (29.8)	2125.6 (100.0)	¥68,161	79.1	861.7	2054.5
痴呆	18.8	¥152,861	1080.0 (80.2)	22.5 (1.7)	240.0 (18.1)	1322.5 (100.0)	¥42,408	54.8	773.9	2789.4
在宅医療 健診	6.5	¥61,601	400.0 (39.9)	25.0 (2.5)	577.5 (57.8)	1002.5 (100.0)	¥32,147	86.3	372.5	713.8
CAPD	32.7	¥375,991	1782.5 (84.5)	71.1 (3.4)	255.0 (12.1)	2108.6 (100.0)	¥67,616	74.8	904.0	5026.6
褥瘡	22.8	¥210,659	1563.3 (68.3)	93.3 (4.1)	631.7 (27.8)	2288.3 (100.0)	¥73,379	65.1	1127.2	3235.9
排泄障害	21.3	¥200,012	1027.0 (46.4)	607.5 (27.4)	580.5 (26.2)	2215.0 (100.0)	¥71,028	—	—	—
大腿骨頸部 骨折	7.5	¥68,445	450.0 (52.3)	17.5 (2.0)	392.5 (45.6)	860.0 (100.0)	¥27,577	58.9	468.2	1162.1

図1) 業務時間調査の結果

事例群別の総業務時間は、以下の通りであり、総業務時間の平均の上位は、褥瘡事例 2288.3 分、排泄障害事例 2215.0 分、ターミナル期事例 2125.6 分、CAPD 事例 2108.6 分であった。

総業務時間に占める各業務の割合は、以下の通りである。



V. 結論

1. ケアの標準枠組の利用はケアの質を保証

1)訪問看護の開始後、問題が発生しやすい2ヵ月間に事例へのケアの質保証と効率化をめざして、ケアの期間別に目標、ケア内容と方法、アウトカム指標を設定して看護を実施し、必要な訪問頻度を確認した。事例の予備調査・文献検討・当該事例ケアのスペシャリスト（看護職・医師・リハビリ職）から意見を聴取し、訪問看護標準化枠組を作成した。それを実践事例に適用し、看護の期間毎にすべての項目の利用可能性をチェック評価し、バリアンスを考察して枠組を修正した。わが国ではじめて在宅ケアのバス法を試みて事例群別に実施方法と評価方法をまとめた訪問看護標準化枠組を本章の次に提示する。これらの手順でケアが実施されれば、ケアの質の管理コントロール(Quality Control)を可能にし、ケアの質保証につながる。

2)2ヶ月間において訪問頻度が多い順は、事例数の限界はあるが、癌のターミナル期事例、CAPD 事例、褥瘡のある事例、排泄障害のある事例であった。看護職の行動目標に基づいて、各ケア項目を実施したアウトカム到達率の順位は、在宅酸素療法事例 86.3%、癌のターミナル期事例 79.0%、CAPD 事例 76.0%、大腿骨頸部骨折事例 72.0%、褥瘡事例 67.3%であった。アウトカム到達率が低い排泄障害の事例と痴呆事例は事例の症状とニーズおよびケアのパターンの分類をし、事例条件を一定範囲別に区分し、かつ枠組修正が必要であった。

3)事例群別にケア実施方法と評価方法の標準化枠組（バス法）の内容が精選され、今後現場でマニュアルとして利用可能である。これによってケア水準の確保（ケアの質保証）と評価を可能にすると考える。

4)以上の結果は今後さらに対象事例を拡大していく際の枠組としてその視点と方法は参考資料として利用できる。

2. ケアの標準枠組はケアプラン作成、ケアマネジャーおよび第三者評価に有効

1) 事例について明らかになった訪問適性頻度、ケア内容はケアプラン作成においてケアマネジャーがチームメンバーに対して提言できる資料として利用できる。

2) 標準化された看護実施内容と方法、頻度・期間、および看護の効

果をとらえる評価の指標・手順を含む枠組はマニュアルとして看護実施者によるケアのプロセス評価を可能にし、ケアマネジャーおよび第三者の評価者にとって利用価値が高い。

3. 必要訪問ケア頻度と時間外ケアの実態からみたコスト管理と診療報酬制度の弾力化の必要性

1) 各事例群のケア期間の設定毎にアウトカム結果に基づいて適性な訪問頻度の設定が可能になった。実際に必要と考えられる頻度で訪問ケアをした回数と連携・管理時間から必要経費を算出した。在宅ケア開始期初期投入の必要経費割合とケア開始2ヶ月間の必要経費が明らかになった。

2) 費用効果分析においては、在宅酸素療法事例と大腿骨頸部骨折事例がその比の値が低く効率的で、CAPD事例、褥瘡事例は高く、費用効率が悪いと出た。しかし、後者CAPD、褥瘡事例では現行の制度枠以上の訪問頻度、費用が必要なことを意味していると考えるべきである。すなわち、訪問頻度とアウトカムがコスト管理の軸になるが、現在の制約内の訪問頻度ではケアの質を保障できない事例があることが明らかにされた。

3) ここでとりあげたターミナル期事例では、連日の訪問が医療保険上認められているが、1日包括の報酬設定であるため、夜間や1日に複数回訪問した場合には採算が合わない。また、他群については診療報酬上、週3日までとなっている。しかし、CAPD、褥瘡、排泄障害の群では、ある程度、初期に集中的なケアをし、他のケア期間は現行の間隔でもよい事例が多いので、病状経過に応じた時間頻度および時間外ケア（時間外増額料金を含めた）の選択の自由度が必要であった。この方がアウトカム成果と経済的効率の点から効果的と推測された。

参考文献

1. Marrelli.T.M.,Hilliard.L.S : Home Care and Clinical Path,Mosby,1996
2. 日本訪問看護財団、日本版 在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン、東京：日本看護協会出版会、1997
3. Martin K,Scheet N:The Omaha System:applications for community health Nursing.Philadelphia:WB Saunders,1992
4. Center for Health Education : Stat path for Long Term Care.
5. Dykes.P.C.,Wheeler K.:Planning Implementing and Evaluating Critical Pathway, Springer Publishing Company,1997
6. Davis,E.R.,Total Quality Management for Home Care,Aspen Publish,1994
7. Humphey, C.J.,Milone-nuzzo.P:Home Care Nursing,Appleton & Lange ,1991
8. Jonson,M.,Mass,M:Nursing Outcome Classification,Mosby,1997
9. Rozell,B,R.,Newman K,L.,Extending a Critical Path for Pathways Who Are Ventilator Dependent,Home Healthcare Nurse,12(4),1994
10. 重松節美、クリティカルパスと看護、医学界新聞、2295、1998
11. 特集クリティカルパス導入と作成のポイント、エキスパートナース、14(9)、36-56、1998
12. 特集クリティカルパスって何?、月刊ナーシング、18(8)、64、1998

事例群別訪問看護標準枠組

（平成26年版）

癌のターミナル期事例 訪問看護標準枠組

表

(退院前・導入期<準備期>から導入期<開始期>まで)

評価項目 訪問頻度	導入期<準備期> 退院前(病床訪問・試験外泊中の訪問含) (必要に応じて)退院前1回以上	導入期<開始期> 在宅療養1~7日目(約1週間) 1回~連日/週	導入期<準備期・開始期>の 利用者のアウトカム(期待される結果)
看護職の行動目標	<input type="checkbox"/> 退院調整・物品の準備をし環境を整え、病院より在宅へ、スムーズに移行する	<input type="checkbox"/> 情報収集、問題把握、必要な援助ケアを計画・実践して、在宅で過ごす環境を整える <input type="checkbox"/> 利用者・家族との信頼関係を築く <input type="checkbox"/> 利用者・家族に対し、在宅生活に必要な知識や手技、症状急変の対応を教育し、在宅で安心して生活を送れる自信をつけ、援助をする	<input type="checkbox"/> 医療者との信頼関係が築ける <input type="checkbox"/> 在宅生活に必要な知識や手技を理解できる <input type="checkbox"/> 症状の急変に対する対応を理解できる <input type="checkbox"/> 在宅で安心して生活を送られる自信がもてる
疾病経過	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 情報収集(バイタルサイン測定・検査結果・経過・問題等の把握) <input type="checkbox"/> 症状・合併症の有無の観察・判断	<input type="checkbox"/> 安定した経過が維持される
薬剤治療	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 薬剤使用(種類・数・時間帯・頻度・方法等)観察・判断と副作用のモニタリング <input type="checkbox"/> 与薬・点滴・注射等の実施と教育・指導	<input type="checkbox"/> 薬剤に対するトラブルがない
痛み	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 疼痛状態の観察・判断(痛みの表現の言語・非言語的な把握含む) <input type="checkbox"/> 疼痛のケア実施・管理、疼痛緩和法の教育・指導	<input type="checkbox"/> 疼痛に対する表現ができる(言語的・非言語的) <input type="checkbox"/> 疼痛コントロールができている
緩和	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 苦痛症状の観察・判断 <input type="checkbox"/> 苦痛緩和法の実施・教育	<input type="checkbox"/> 苦痛が軽減され、安楽が得られる
処置	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 医療処置(HIT/HOT/吸引等)の実施・管理、教育・指導 <input type="checkbox"/> 医療処置のトラブルの有無の確認	<input type="checkbox"/> 必要な医療処置方法が理解できる <input type="checkbox"/> 安全に生活をおくれる
栄養	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> IN-OUT・栄養状態・脱水症状・飲水量・食事摂取量等の観察・判断 <input type="checkbox"/> 食事に関するニーズの把握、教育支援(食欲低下対策・食の楽しみの支援等)、食事介助	<input type="checkbox"/> 脱水症状がない <input type="checkbox"/> 食に対するストレスがない
排泄	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 排尿・排便(量・性状・便秘等)観察・判断 <input type="checkbox"/> 排泄に関するケア実施・教育	<input type="checkbox"/> 排泄がスムーズにいく <input type="checkbox"/> 排泄に関する苦痛・ストレスがない
清潔	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 皮膚の状態の観察・判断、身体の清潔介助の必要性判断 <input type="checkbox"/> 保清の援助の実施、身体の清潔のための教育 <input type="checkbox"/> 寝具・リネン交換必要性観察判断・実施(環境整備)	<input type="checkbox"/> 身体の清潔が保たれる <input type="checkbox"/> 感染症状がない
日常生活	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 睡眠状態と睡眠満足度、生活リズムの観察・判断 <input type="checkbox"/> 睡眠を促すためのケア実施、趣味・生き甲斐への援助	<input type="checkbox"/> 熟睡が得られて満足できる <input type="checkbox"/> 困難なく日常生活を送ることができる
安全	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 転倒・誤嚥・感染予防、危険性の観察・判断、居住環境整備の必要性の判断・実施 <input type="checkbox"/> 緊急連絡方法等の教育、緊急時の対処の理解の確認	<input type="checkbox"/> 緊急時に対する対応が理解でき、在宅で過ごす自信がもて不安が軽減される
社会資源	<input type="checkbox"/> 医療機関(主治医含)からの情報収集 <input type="checkbox"/> 退院調整(社会資源の活用含む) <input type="checkbox"/> 他機関との調整 <input type="checkbox"/> 必要物品の準備	<input type="checkbox"/> 利用中の社会資源の把握と必要な社会資源の判断 <input type="checkbox"/> 他機関との調整(主治医との情報交換含む) <input type="checkbox"/> 必要物品の選定・調達・準備 <input type="checkbox"/> 経済金銭管理状態観察・判断、教育・制度紹介	<input type="checkbox"/> 連携がスムーズで、チームに対する不安がない <input type="checkbox"/> 在宅サービスと共に入院サービスの保証がある
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 認知レベル・意識状態観察・判断(3-3-9度方式等含む) <input type="checkbox"/> コミュニケーション状態・意欲の観察・判断とケア実施	<input type="checkbox"/> 自分の意志が伝えられ、意思疎通がはかれる <input type="checkbox"/> 家族との会話ができる(言語的・非言語的)
心理・社会	<input type="checkbox"/> 告知の有無・病気の理解の把握 <input type="checkbox"/> 終末期を過ごす場所の把握 <input type="checkbox"/> 死への受容の把握 <input type="checkbox"/> ニードの把握 <input type="checkbox"/> 在宅に関する説明	<input type="checkbox"/> 精神状態(支援の必要性)の観察・判断と精神面のケア実施(訴えを聞く等を含む) <input type="checkbox"/> 役割遂行状態の観察・判断、家族・人間関係の観察・判断と調整実施 <input type="checkbox"/> 疾患に関する理解の把握 <input type="checkbox"/> 終末期を過ごす場所の把握(どのような最期を望むかの把握) <input type="checkbox"/> 死への受容の観察・判断、教育	<input type="checkbox"/> 今後、どのように過ごしていくかを表現でき、認識できる
セルフケア	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> ADL(ベッド上可動性・移乗・歩行等)状態の観察・判断、IADLの程度の観察・判断 <input type="checkbox"/> 歩行・移乗・ベッド上介助・体位変換実施、更衣・排泄・食事等の介助実施と教育	<input type="checkbox"/> 身の周りに不自由しない
家族の心理・社会	<input type="checkbox"/> 家族へのケア	<input type="checkbox"/> 家族へのケア	<input type="checkbox"/> 家族のアウトカム
家族・(介護者)のセルフケア	<input type="checkbox"/> 告知の有無・病気の理解の把握 <input type="checkbox"/> 終末期を過ごす場所の把握 <input type="checkbox"/> 死への受容の把握 <input type="checkbox"/> ニードの把握 <input type="checkbox"/> 在宅に関する説明	<input type="checkbox"/> 精神状態(支援の必要性)の観察・判断、精神面のケア実施(訴えを聞く等を含む) <input type="checkbox"/> 家族・人間関係の観察・判断、調整・支持 <input type="checkbox"/> 疾患に関する理解の把握 <input type="checkbox"/> 終末期を過ごす場所の把握(どのような最期を望むかの把握) <input type="checkbox"/> 死への受容の観察・判断、教育	<input type="checkbox"/> 医療者との信頼関係が築ける <input type="checkbox"/> 在宅生活に必要な知識や手技、症状の急変に対する対応を理解し、在宅で安心して生活を送ることができる自信がもてる <input type="checkbox"/> 利用者が在宅で過ごせる自信をもてた事を認識する
	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 主・副介護者の把握(介護力の観察)、介護者の代替・家事援助の必要性観察判断 <input type="checkbox"/> 介護者の健康状態の観察・判断、(健康維持・健康悪化への)ケア実施・教育 <input type="checkbox"/> 介護知識・介護指導の必要性観察・判断(ケアのチェック含む)、介護方法の教育指導	<input type="checkbox"/> 肉体的負担が軽減する <input type="checkbox"/> 介護・処置方法を理解できる

表 痛のターミナル期事例 訪問看護標準枠組（定期期）

評価項目 訪問頻度 バタケイ	定期期		定期期の利用者のアウトカム(期待される結果)
	在宅療養8日目～	1回～連日／週	
看護職の行動目標	<input type="checkbox"/> 情報収集し、問題を把握し、必要な援助を計画・実践し、安定して在宅で過ごせる環境を整えていく <input type="checkbox"/> 症状があっても危機管理できるような教育・援助をする <input type="checkbox"/> 密接なコミュニケーションをもつ <input type="checkbox"/> 家族間の意見調整をし、看取りへ向けての準備と家族の教育をする	<input type="checkbox"/> 医療者といつでも連絡がとれるという信頼・安心感をもてる <input type="checkbox"/> 在宅生活に必要な知識や手技、症状の急変に対する対応を理解し、また実践でき、在宅で安心して生活を送ることができる <input type="checkbox"/> 死を受容できる <input type="checkbox"/> 残された時を充実して、できるだけ快適に過ごせる	
疾病経過	<input type="checkbox"/> 情報収集(バイタルサイン測定・検査結果・経過・問題等の把握) <input type="checkbox"/> 症状・合併症の観察・判断	<input type="checkbox"/> 安定した経過が維持される	
薬剤治療	<input type="checkbox"/> 薬剤使用(種類・数・時間帯・頻度・方法等)観察・判断と副作用のモニタリング <input type="checkbox"/> 与薬・点滴・注射等の実施と教育・指導	<input type="checkbox"/> 薬剤に対するトラブルがない	
痛み	<input type="checkbox"/> 疼痛状態の観察・判断(痛みの表現の言語・非言語的な把握含む) <input type="checkbox"/> 疼痛のケア実施・管理、疼痛緩和法の教育・指導	<input type="checkbox"/> 疼痛に対する表現ができる(言語的・非言語的) <input type="checkbox"/> 疼痛コントロールができている	
緩和	<input type="checkbox"/> 苦痛症状の観察・判断 <input type="checkbox"/> 苦痛緩和法の実施・教育	<input type="checkbox"/> 苦痛が軽減され、安楽が得られる	
処置	<input type="checkbox"/> 医療処置(HIT/HOT/吸引等)の実施・管理、教育・指導 <input type="checkbox"/> 医療処置のトラブルの有無の確認	<input type="checkbox"/> 必要な医療管理方法が理解できる <input type="checkbox"/> 安全に生活をおくれる	
栄養	<input type="checkbox"/> IN-OUT・栄養状態・脱水症状・飲水量・食事摂取量等の観察・判断 <input type="checkbox"/> 食事に関するニーズの把握、教育支援(食欲低下対策・食の楽しみの支援等)、食事介助	<input type="checkbox"/> 脱水症状がない <input type="checkbox"/> 食に対するストレスがない	
排泄	<input type="checkbox"/> 排尿・排便(量・性状・便秘等)観察・判断 <input type="checkbox"/> 排泄に関するケア実施・教育	<input type="checkbox"/> 排泄がスムーズにいく <input type="checkbox"/> 排泄に関する苦痛・ストレスがない	
清潔	<input type="checkbox"/> 皮膚の状態の観察・判断、身体の清潔介助の必要性判断 <input type="checkbox"/> 保清の援助の実施、身体の清潔のための教育 <input type="checkbox"/> 寝具・リネン交換必要性観察判断・実施(環境整備)	<input type="checkbox"/> 身体の清潔が保たれる <input type="checkbox"/> 感染症状がない	
日常生活	<input type="checkbox"/> 睡眠状態と睡眠満足度、生活リズムの観察・判断 <input type="checkbox"/> 睡眠を促すためのケア実施、趣味・生き甲斐への援助	<input type="checkbox"/> 熟眠が得られて満足できる <input type="checkbox"/> 困難なく日常生活を送ることができる	
安全	<input type="checkbox"/> 転倒・誤嚥・感染予防、危険性の観察・判断 <input type="checkbox"/> 緊急連絡方法・緊急時の対処の理解の確認	<input type="checkbox"/> 緊急時に対する対応が理解し、また実践でき、在宅で過ごす自信がもて安心して生活を送ることができる。	
社会資源	<input type="checkbox"/> 必要な社会資源の判断、経済金銭管理状態観察・判断、制度紹介 <input type="checkbox"/> 他機関との調整(主治医との情報交換含む) <input type="checkbox"/> 必要物品の選定・調達・準備	<input type="checkbox"/> 連携がスムーズで、チームに対する不安がない <input type="checkbox"/> 在宅サービスと共に入院サービスの保証がある	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 認知レベル・意識状態観察・判断(3-3-9度方式等含む) <input type="checkbox"/> コミュニケーション状態・意欲の観察・判断とケア実施	<input type="checkbox"/> 自分の意志が伝えられ、意思疎通がはかれる <input type="checkbox"/> 家族との会話ができる(言語的・非言語的)	
心理・社会	<input type="checkbox"/> 精神状態(支援の必要性)の観察・判断と精神面のケア実施(訴えを聞く等を含む) <input type="checkbox"/> 役割遂行状態の観察・判断、家族・人間関係の観察・判断と調整実施 <input type="checkbox"/> 疾患に関する理解の把握(病状の不安等) <input type="checkbox"/> 終末期を過ごす場所の把握(どのような最期を望むかの把握) <input type="checkbox"/> 死への受容の観察・判断、教育	<input type="checkbox"/> 死を受容できる <input type="checkbox"/> 「死」を前提とした「生」を考え、残された時を充実してできるだけ快適に過ごせる。	
セルフケア	<input type="checkbox"/> ADL(ベッド上可動性・移乗・歩行等)状態の観察・判断、IADLの程度の観察・判断 <input type="checkbox"/> 歩行・移乗・ベッド上介助・体位変換実施、更衣・排泄・食事等の介助実施と教育	<input type="checkbox"/> 身の周りに不自由しない	
	家族へのケア	家族のアウトカム	
家族の心理・社会	<input type="checkbox"/> 精神状態(支援の必要性)の観察・判断、精神面のケア実施(訴えを聞く等を含む) <input type="checkbox"/> 家族・人間関係の観察・判断、調整・支持 <input type="checkbox"/> 疾患に関する理解(現病状と今後の経過について)の把握、教育 <input type="checkbox"/> 終末期を過ごす場所の把握(どのような最期を望むかの把握) <input type="checkbox"/> 死への受容の観察・判断、教育	<input type="checkbox"/> 医療者との信頼感をもって、在宅生活に必要な知識や手技、症状の急変に対する対応を理解し、また実践でき、在宅で安心して生活を送ることができる <input type="checkbox"/> 利用者が在宅で安定して過ごし、残された時を充実して、できるだけ快適に過ごしていることを家族が認識でき、家族も安定して過ごす	
家族・(介護者)のセルフケア	<input type="checkbox"/> 主・副介護者の把握(介護力の観察)、介護者の代替・家事援助の必要性観察判断 <input type="checkbox"/> 介護者の健康状態の観察・判断、(健康維持・健康悪化への)ケア実施・教育 <input type="checkbox"/> 介護知識・介護指導の必要性観察・判断(ケアのチェック含む)、介護方法の教育指導	<input type="checkbox"/> 肉体的負担が軽減し、休息をとれる時間がある <input type="checkbox"/> 介護・処置方法を理解できる	

表 痛のターミナル期事例 訪問看護標準枠組（終末期・臨死期から死別期まで）

評価項目 訪問頻度	終末期・臨死期	終末期・臨死期の 利用者のアウトカム(期待される結果)	死別期	死別期の 家族のアウトカム
	在宅療養()日目～ 1回～連日／週		死亡後～ 必要に応じて1回以上	満足のいく看取りがされたことを認識する □家族が死を乗り越え、立ち直って生活にもどれる
	看護職の行動目標		遺族の慰め □遺族の精神的・肉体的な健康管理	
看護職の行動目標	□症状の観察をし、問題を把握し、必要な援助ケアを計画・実践して、利用者が可能な限り苦痛のない状態で充実した生を送れるよう、また家族が死を受容して残された日々を共有でき、安心して看取りの体勢がとれるように援助する	□目前の死を受容できる □可能な限り苦痛のない状態で充実した生を送る □安らかな死を迎える		
疾病経過	□情報収集(バイタルサイン測定・検査結果・経過・問題等の把握) □症状・合併症の観察・判断	□苦痛軽減されながら、安らかな死を迎える		
薬剤治療	□薬剤使用(種類・数・時間帯・頻度・方法等)観察・判断と副作用のモニタリング □与薬・点滴・注射等の実施	□薬剤に対するトラブルがない		
痛み	□疼痛状態の観察・判断(痛みの表現の言語・非言語的な把握含む) □疼痛のケア実施・管理	□疼痛に対する表現ができる(言語的・非言語的) □疼痛コントロールができている		
緩和	□苦痛症状の観察・判断 □苦痛緩和法の実施	□苦痛が軽減され、安楽が得られる		
処置	□医療処置(HIT/HOT/吸引等)の実施・管理 □医療処置のトラブルの有無の確認	□安全に生活をおくれる	＊死亡直後の項目 □家族の処置の関わり希望の有無 □死後の処置	□家族が死後の処置に満足する
栄養	□IN-OUT・栄養状態・脱水症状等の観察・判断	□脱水症状がない		
排泄	□排尿・排便(量・性状・便秘等)観察・判断 □排泄に関するケア実施	□排泄がスムーズにいく □排泄に関する苦痛・ストレスがない		
清潔	□皮膚の状態の観察・判断、身体の清潔介助の必要性判断、保清の援助の実施 □寝具・リネン交換必要性観察判断・実施(環境整備)	□身体の清潔が保たれる □感染症状がない	＊死亡直後の項目	
日常生活	□睡眠状態・生活リズムの観察・判断、ケア実施	□安楽に過ごせる		
安全	□誤嚥・感染予防、危険性の観察・判断 □緊急連絡方法・緊急時の対処の理解の確認	□安心して生活を送ることができる。		
社会資源	□他機関との調整(主治医との情報交換含む)、社会資源の活用 □必要物品の選定・調達・準備	□連携がスムーズで、チームに対する不安がない □在宅サービスと共に入院サービスの保証がある	＊死亡直後の項目 □処置物品の準備 □他機関との調整	□医療機関との連絡がスムーズにいく □必要書類が揃う
コミュニケーション	□認知レベル・意識状態観察・判断(3-3-9度方式等含む) □コミュニケーション状態・意欲の観察・判断とケア実施	□苦痛を表現できる □家族と会話(非言語的含)する場がある		
心理・社会	□精神状態(支援の必要性)の観察・判断と精神面のケア実施 □役割遂行状態の観察・判断、家族・人間関係の観察・判断と調整実施 □終末期を過ごす場所の再確認 □死への受容の観察・判断、教育	□死を受容して最期を送ることができる		
セルフケア	□ADL(ベッド上可動性等)状態の観察・判断、IADLの程度の観察・判断 □ベッド上介助・体位変換実施、更衣・排泄等の介助実施	□身の周りに不自由しない	＊死亡直後と悲嘆期の項目 □家族へのケア	□家族のアウトカム
家族の心理・社会	□精神状態(支援の必要性)の観察・判断、精神面のケア実施(訴えを聞く等を含む) □家族・人間関係の観察・判断、調整・支持 □疾患に関する理解の把握(看取りの不安等)、不安に対する援助・支持 □終末期を過ごす場所の確認(在宅・入院の選択) □死への受容の観察・判断、教育(死の教育・看取りの対処方法の教育)	□死を受容できる □利用者は可能な限り苦痛のない状態で充実した生を送れていることを認識する □安心して看取りの体勢がとれ、利用者の安らかな死を迎えることを認識する	□家族の症状観察 □家族の精神的なアセメット・判断 □グリーフケア	□満足のいく看取りがされたことを認識する □家族が死を乗り越え、立ち直って生活にもどれる □精神的に大きな異常がない
家族・(介護者)のセルフケア	□主・副介護者の把握(介護力の観察)、介護者の代替・家事援助の必要性観察判断 □介護者の健康状態の観察・判断、(健康維持・健康悪化への)ケア実施・教育 □介護知識・介護指導の必要性観察・判断(ケアのチェック含む)、介護方法の教育指導	□肉体的負担が軽減する □介護・処置方法を理解できる	□家族の症状観察 □家族の肉体的なアセメット □家族のセルフケア援助	□肉体的負担が軽減する □肉体的に大きな異常がない

痴呆事例 訪問看護標準枠組

平成10年 月 日 記入者氏名()

	在宅療養1~7日目 (2回/週)	在宅療養8~14日目 (2回/週)	
	看護婦(士)が実施するケア アセスメント	看護婦(士)が実施するケア	
目標	<input type="checkbox"/> 各項目について7ヒントする <input type="checkbox"/> 生活支援のための在宅環境を整える	<input type="checkbox"/> 各項目についてアセスメントを完成する <input type="checkbox"/> 7ヒントに基づき問題点の明確化 <input type="checkbox"/> 暫定的ケアプランを立案し、利用者の了解を得る	期待される成果
認知レベル	<input type="checkbox"/> N. M. スケールによる痴呆判定度の測定 <input type="checkbox"/> 患者・家族に症状について説明される	<input type="checkbox"/> N. M. スケールによる痴呆判定度の測定 <input type="checkbox"/> 恐怖・心配の原因除去 <input type="checkbox"/> 日常生活について話題にする	<input type="checkbox"/> 認知レベル維持 <input type="checkbox"/> 恐怖心、心配の減少が動作や言葉で確認される
合併症	<input type="checkbox"/> 脳梗塞の有無とその程度 <input type="checkbox"/> その他の合併症について <input type="checkbox"/> 視覚障害の有無 <input type="checkbox"/> 聴覚障害の有無	<input type="checkbox"/> 脳梗塞の観察と改善、悪化予防 <input type="checkbox"/> 視覚障害への医療的対応と生活面の対応 <input type="checkbox"/> 聴覚障害への医療的対応と生活面の対応	<input type="checkbox"/> 合併症・維持改善 <input type="checkbox"/> 視覚障害に由来する苦痛の軽減 <input type="checkbox"/> 聴覚障害に由来する苦痛の軽減
薬剤治療	<input type="checkbox"/> 向精神薬の処方、服薬状況 <input type="checkbox"/> 鎮静剤(抗不安剤、睡眠薬)の処方、服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用のモニタリング	<input type="checkbox"/> 向精神薬の処方の有無と服薬状況 <input type="checkbox"/> 鎮静剤(抗不安剤、睡眠薬)の処方の有無と服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用のモニタリング	<input type="checkbox"/> 服薬の誤りがない <input type="checkbox"/> 服薬による副作用への対応がされる
処置	合併症の処置について	合併症の処置	処置実施部の改善
検査	検査の有無とその内容	検査の結果に問題がある場合の対応	血液検査の結果に不安がない
リハビリテーション	リハビリテーション治療の有無	<input type="checkbox"/> 日常の日課を継続する <input type="checkbox"/> 積極的な行為を認める評価がされる <input type="checkbox"/> 身体的な機能維持改善	<input type="checkbox"/> 日常生活が規則化される <input type="checkbox"/> 日常生活に安心の表情がみえる <input type="checkbox"/> 身体機能の維持
セルフケア	<input type="checkbox"/> ADL, I ADLの状況 <input type="checkbox"/> 清潔の維持 <input type="checkbox"/> 口腔ケアの状況 <input type="checkbox"/> 睡眠の状況	<input type="checkbox"/> ADL, I ADLの維持、改善 <input type="checkbox"/> 清潔の維持 <input type="checkbox"/> 口腔ケアがされる <input type="checkbox"/> 夜の十分な睡眠が確保される	<input type="checkbox"/> ADL, I ADLの維持 <input type="checkbox"/> 清潔な下着、衣服を着用 <input type="checkbox"/> 口臭がしない <input type="checkbox"/> 不眠によるいらいらがない
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自分の意志が伝えられる <input type="checkbox"/> 相手の言うことを理解する	認知の程度に応じたコミュニケーションが楽しめる	
栄養	<input type="checkbox"/> 過去7日間の体重変動の有無 <input type="checkbox"/> 脱水の有無 <input type="checkbox"/> 貧血の有無	<input type="checkbox"/> 貧血、栄養不良がない <input type="checkbox"/> エネルギー消費量にみあう食事の摂取	
排泄	<input type="checkbox"/> 排便のサイクル(1回/日) <input type="checkbox"/> 便秘の有無 <input type="checkbox"/> 排尿が自分でできるか? <input type="checkbox"/> 排便が自分でできるか?	<input type="checkbox"/> 便秘、下痢がない <input type="checkbox"/> 排泄後の後始末がされ、陰部の不快感がない	
安全	<input type="checkbox"/> 過去7日間の転倒の有無 <input type="checkbox"/> 住居の中で危険な物の有無	<input type="checkbox"/> 転倒やその他の事故の危険要因の除去 <input type="checkbox"/> 急変時の連絡体制、救急処置	<input type="checkbox"/> 転倒、その他の事故が無い <input type="checkbox"/> 急変時について不安が無い
問題行動	<input type="checkbox"/> 問題行動の有無・内容 <input type="checkbox"/> 自傷他害(暴力・暴言、自殺企図を含む)の有無 <input type="checkbox"/> 徘徊の有無	<input type="checkbox"/> 問題行動に至る要因のアセスメントと対応検討 <input type="checkbox"/> 自傷他害の場合、専門医との連携	<input type="checkbox"/> 問題行動が緩和された事がある <input type="checkbox"/> 自傷他害が無い <input type="checkbox"/> 専門医によるケアがされる <input type="checkbox"/> 徘徊、迷子時に事故が無い
介護者	<input type="checkbox"/> 介護者の有無 <input type="checkbox"/> 介護者の健康 <input type="checkbox"/> 介護の代替の有無 <input type="checkbox"/> 痴呆症状への対応ができるか <input type="checkbox"/> 虐待の有無	<input type="checkbox"/> 家族介護者のいない場合の援助体制 <input type="checkbox"/> 介護者の健康管理指導 <input type="checkbox"/> 介護休憩時間確保のための介護の代替導入 <input type="checkbox"/> 介護者へ痴呆についての情報提供 <input type="checkbox"/> 家族・身近な人への介護指導 <input type="checkbox"/> 虐待が疑われる場合の事実の確認	<input type="checkbox"/> 介護者がいる <input type="checkbox"/> 介護者が健康管理を意識する <input type="checkbox"/> 介護休憩時間がある <input type="checkbox"/> 患者を痴呆として認識する <input type="checkbox"/> 虐待の減少
社会・心理	<input type="checkbox"/> 社会活動の有無 <input type="checkbox"/> 利用中の社会資源 <input type="checkbox"/> 必要な社会資源 <input type="checkbox"/> 経済的自立	<input type="checkbox"/> 痴呆専門医、デイケア、デイサービス、家族会、介護用品、ケガハクス、ショートステイ、老健施設、NPA等、巡回ナース、24時間介護、老人福祉手当、身体障害者手帳介護用品給付、タクシーカード等の社会資源の紹介と必要資源の導入 (紹介された資源を○で囲ってください)	<input type="checkbox"/> 家族知人とのふれあいが増加 <input type="checkbox"/> 必要な社会資源導入について考慮される <input type="checkbox"/> 外出の機会増加が検討される
上記以外の看護内容			
他職種による援助内容			

	在宅療養15~30日目 (2回/週)	在宅療養31~60日 (1~2回/週)	利用者の大目標
	看護婦(士)が実施するケア	看護婦(士)が実施するケア	<input type="checkbox"/> 認知レベルを維持する <input type="checkbox"/> 自立度を最大限に維持
目標	<input type="checkbox"/> 7ヒントに基づきケアプランを立案する	<input type="checkbox"/> 7ヒントの評価と必要な修正をする	期待される成果
認知レベル	<input type="checkbox"/> NMスケールによる痴呆判定度の測定 <input type="checkbox"/> 恐怖・心配の原因除去 <input type="checkbox"/> 過剰な刺激を避けるために、感受性の限界を査定する <input type="checkbox"/> 家族の話や写真等で感受性に快の刺激	<input type="checkbox"/> NMスケールによる痴呆判定度の測定 <input type="checkbox"/> 恐怖・心配の原因除去 <input type="checkbox"/> 過剰な刺激を避けるために、感受性の限界を査定する <input type="checkbox"/> 家族の話や写真等で感受性に快の刺激	<input type="checkbox"/> 認知レベル維持への対策実施 <input type="checkbox"/> 恐怖・心配が減少する <input type="checkbox"/> 現実の認識範囲の維持
合併症	<input type="checkbox"/> 合併症の観察と改善、悪化予防 <input type="checkbox"/> 視覚障害への医療的対応と生活面の対応 <input type="checkbox"/> 聴覚障害への医療的対応と生活面の対応	<input type="checkbox"/> 合併症の観察と改善、悪化予防 <input type="checkbox"/> 視覚障害への医療的対応と生活面の対応 <input type="checkbox"/> 聴覚障害への医療的対応と生活面の対応	<input type="checkbox"/> 合併症が悪化しない <input type="checkbox"/> 視覚障害による苦痛、不便さの軽減
薬剤治療	<input type="checkbox"/> 向精神薬の処方、服薬状況 <input type="checkbox"/> 鎮静剤(抗不安剤、睡眠薬)の処方、服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用のモニタリング	<input type="checkbox"/> 向精神薬の処方の有無と服薬状況 <input type="checkbox"/> 鎮静剤(抗不安剤、睡眠薬)の処方の有無と服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用のモニタリング	<input type="checkbox"/> 服薬の誤りがない <input type="checkbox"/> 服薬による副作用の対応がされる <input type="checkbox"/> 副作用のモニタリング
処置	合併症の処置	合併症の処置	合併症の治療・改善
検査	検査結果への対応	検査結果への対応	血液検査結果への対応
リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 日常の日課を継続する <input type="checkbox"/> 積極的な行為を認める評価がされる <input type="checkbox"/> 身体的な機能維持改善	<input type="checkbox"/> 日常の日課を継続する <input type="checkbox"/> 積極的な行為を認め、評価がされる <input type="checkbox"/> 興味を持った環境で他人との交流、関心を高める <input type="checkbox"/> 会話をもつ(例、デイカ、デイビーピ等)	<input type="checkbox"/> 日常生活が規則化される <input type="checkbox"/> 他人との交流を楽しむ機会がある <input type="checkbox"/> 身体的な機能維持改善
セルフケア	<input type="checkbox"/> ADL, I ADLの維持、改善 <input type="checkbox"/> 清潔の維持 <input type="checkbox"/> 口腔ケアの状況 <input type="checkbox"/> 睡眠の状況	<input type="checkbox"/> ADL, I ADLの維持 <input type="checkbox"/> 清潔の維持 <input type="checkbox"/> 口腔ケアがされる <input type="checkbox"/> 夜の十分な睡眠が確保される	<input type="checkbox"/> ADL, I ADLの維持、改善 <input type="checkbox"/> 清潔の維持 <input type="checkbox"/> 口腔ケアがされる <input type="checkbox"/> 夜の十分な睡眠が確保される
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自分の意志が伝えられる <input type="checkbox"/> 相手の言うことを理解する	認知の程度に応じたコミュニケーションが楽しめる	<input type="checkbox"/> 患者の意志表示が肯定的に受けとめられる <input type="checkbox"/> 家族や身近な人の話題やわかる範囲の話が平易な言葉で話される <input type="checkbox"/> 痴呆症状や機能不全を非難されない
栄養	<input type="checkbox"/> 過去7日間の体重変動の有無 <input type="checkbox"/> 脱水の有無 <input type="checkbox"/> 貧血の有無	<input type="checkbox"/> 貧血、栄養不良がない <input type="checkbox"/> エネルギー消費量にみあう食事の摂取	<input type="checkbox"/> 貧血、栄養不良がない <input type="checkbox"/> エネルギー消費量にみあう食事の摂取
排泄	<input type="checkbox"/> 排便のサイクル(1回/日) <input type="checkbox"/> 便秘の有無 <input type="checkbox"/> 排尿が自分でできるか? <input type="checkbox"/> 排便が自分でできるか?	<input type="checkbox"/> 便秘、下痢がない <input type="checkbox"/> 排泄後の後始末がされ、陰部の不快感がない	<input type="checkbox"/> 便秘、下痢がない <input type="checkbox"/> 排泄が自分でできない場合の対応 <input type="checkbox"/> おむつはずし、失禁への対応
安全	<input type="checkbox"/> 過去7日間の転倒の有無 <input type="checkbox"/> 住居の中で危険な物の有無	<input type="checkbox"/> 転倒やその他の事故の危険要因の除去 <input type="checkbox"/> 急変時の連絡体制、救急処置	<input type="checkbox"/> 転倒、その他の事故が無い <input type="checkbox"/> 急変時について不安が無い
問題行動	<input type="checkbox"/> 問題行動の有無・内容 <input type="checkbox"/> 自傷他害(暴力・暴言、自殺企図を含む)の有無 <input type="checkbox"/> 徘徊の有無	<input type="checkbox"/> 問題行動に至る要因のアセスメントと対応検討 <input type="checkbox"/> 自傷他害の場合、専門医との連携	<input type="checkbox"/> 問題行動が緩和された事がある <input type="checkbox"/> 自傷他害が無い <input type="checkbox"/> 専門医によるケアがされる <input type="checkbox"/> 徘徊、迷子時に事故が無い
介護者	<input type="checkbox"/> 介護者の有無 <input type="checkbox"/> 介護者の健康 <input type="checkbox"/> 介護の代替の有無 <input type="checkbox"/> 痴呆症状への対応ができるか <input type="checkbox"/> 虐待の有無	<input type="checkbox"/> 家族介護者のいない場合の援助体制 <input type="checkbox"/> 介護者の健康管理指導 <input type="checkbox"/> 介護休憩時間確保のための介護の代替導入 <input type="checkbox"/> 介護者へ痴呆についての情報提供 <input type="checkbox"/> 家族・身近な人への介護指導 <input type="checkbox"/> 虐待が疑われる場合の事実の確認	<input type="checkbox"/> 介護者がいる <input type="checkbox"/> 介護者が健康管理を意識する <input type="checkbox"/> 介護休憩時間がある <input type="checkbox"/> 患者を痴呆として認識する <input type="checkbox"/> 虐待の減少
社会・心理	<input type="checkbox"/> 社会活動の有無 <input type="checkbox"/> 利用中の社会資源 <input type="checkbox"/> 必要な社会資源 <input type="checkbox"/> 経済的自立	<input type="checkbox"/> 痴呆専門医、デイカ、デイビーピ、家族会、介護用品、ケガハクス、ショートステイ、老健施設、NPA等、巡回ナース、24時間介護、老人福祉手当、身体障害者手帳介護用品給付、タクシーカード等の社会資源の紹介と必要資源の導入 (紹介された資源を○で囲ってください)	<input type="checkbox"/> 家族知人とのふれあいが増加 <input type="checkbox"/> 必要な社会資源導入について考慮される <input type="checkbox"/> 外出の機会増加が検討される
上記以外の看護内容			
他職種による援助内容			

在宅酸素療法事例 訪問看護標準枠組

評価項目 訪問頻度	退院前 (病床訪問・試験外泊中の訪問含む) 退院前(回)	在宅療養1~7日目 (初回訪問) 1回/週	HOT開始7日目までの利用者の Outcome (期待される成果) バリアンスチェック①	(退院前から在宅療養14日目まで)	
				在宅療養8~14日目 1回/週	HOT開始8~14日目までの利用者の Outcome (期待される成果) バリアンスチェック②
看護職の行動目標 Nurse's Goal	<ul style="list-style-type: none"> □入院中の経過を把握し今後の療養方針を立てる □本人・家族の在宅酸素療法の意義目的の理解を把握 □安全に在宅酸素機器の取り扱いができるこことを確認 □退院前に家庭療養環境を整える(酸素機器の搬入) □試験外泊中の器具類、生活環境の問題を明確化する □在宅ケアプランを作成する 	<ul style="list-style-type: none"> □在宅酸素療法に慣れるよう援助する □安全に在宅酸素療法を実施できるよう援助する □不安や問題を明らかにする □在宅酸素供給器の取り扱いの理解度とドクタの有無を確認する □必要なサービス提供種類と訪問頻度が明確化する □上気道感染予防教育を行う 	<ul style="list-style-type: none"> □家庭生活に慣れる □安全に生活できる □不安や問題が表現できる □的確に機器の取り扱いができる □サービス計画ができる □セルフケア行動を習得する □問題が早急に対処される 	<ul style="list-style-type: none"> □後副を回復するよう援助する □安全に在宅酸素療法を実施できるよう援助する □上気道感染を生じない □在宅酸素供給器にトラブルがない □在宅ケアチームによるケア提供が軌道にのる 	<ul style="list-style-type: none"> □家庭生活や役割に復帰できる □安全に生活できる □上気道感染の兆候がない □機器に問題が生じない □問題が早急に対処される
疾病経過 Disease process	<ul style="list-style-type: none"> □安定した慢性呼吸不全状態である □呼吸状態が安定している □血圧ガス $Pao_2 \geq 60\text{ Torr}, PaCO_2 \text{ 上昇なし}, SaO_2 \geq 90\%$ □合併症はコントロールされている(右心不全等) □今後の状況について医師から情報収集する 	<ul style="list-style-type: none"> □全身状態観察 □呼吸状態観察 □合併症の状態観察 □上気道感染の兆候の有無観察 	<ul style="list-style-type: none"> □安定した慢性呼吸不全が維持できる □合併症の増悪がない □上気道感染の兆候がない 	<ul style="list-style-type: none"> □全身状態観察 □呼吸状態観察 □合併症の状態観察 □上気道感染の兆候の有無観察 	<ul style="list-style-type: none"> □安定した慢性呼吸不全が維持できる □合併症の増悪がない □上気道感染の兆候がない
薬剤治療 Medication	<ul style="list-style-type: none"> □去痰剤服用確認 □気管拡張剤服用確認 □緩下剤服用確認 □吸入/ネブライザー使用確認 □その他の薬剤使用確認 	<ul style="list-style-type: none"> □各薬剤の理解を確認 □薬剤が正しく使用されているか確認 □効果的な吸入実施確認 □薬剤使用後の症状観察 	<ul style="list-style-type: none"> □薬剤の自己管理ができる 	<ul style="list-style-type: none"> □各薬剤の理解を確認 □薬剤が正しく使用されているか確認 □効果的な吸入実施確認 	<ul style="list-style-type: none"> □薬剤の自己管理ができる
処置(在宅酸素療法) Treatment (Home Oxygen Therapy)	<ul style="list-style-type: none"> □酸素供給器設置(液槽器・ポンベ・液体酸素) □携帯用酸素ポンベ・酸素キャリー搬入 □酸素流量設定装置設置 □緊急用・バックアップポンベ搬入 □延長チューブ・水抜き設定 □蒸留水・カニューラ用意 □専用電源増設の必要性確認(アンペアの増設) 	<ul style="list-style-type: none"> □酸素吸入実施(処方時間=24時間/睡眠時)確認 □酸素流量設定確認(処方流量=安静時≤ 12/運動時≤ 12/睡眠時≤ 12) □生活行動範囲に応じた(トイレ・浴室他)延長又はチューブの再設定 □機器作動確認 □外出時の酸素操作・酸素残量確認方法説明 	<ul style="list-style-type: none"> □安全に在宅酸素療法を実施できる □酸素供給器管理ができる □処方酸素流量・時間が守られる □携帯用酸素の操作ができる 	<ul style="list-style-type: none"> □酸素吸入実施(処方時間=24時間/睡眠時)確認 □酸素流量設定確認(処方流量=安静時≤ 12/運動時≤ 12/睡眠時≤ 12) □機器作動確認 □携帯用・緊急用酸素ポンベ残量確認方法再説明 	<ul style="list-style-type: none"> □安全に在宅酸素療法を継続できる □酸素供給器管理ができる
検査 Tests	<ul style="list-style-type: none"> □入院中の酸素供給器使用下の血液ガス測定値把握 □酸素飽和度(SpO_2)測定(安静時・負荷時)把握 □同呼気機能(スパイロ)把握 □同呼吸数、呼気音、呼吸状態、呼吸苦観察 □同血圧測定 □同脈拍測定 □体温測定 □同体温把握 □同痰の量、色、性状観察 □全身状態観察 □本人面接/医師情報から全身状態および既往歴把握 	<ul style="list-style-type: none"> □酸素飽和度(SpO_2)測定(安静時・負荷時) □ピークフロー測定 □呼吸数測定、呼気音聴取、呼吸状態、呼吸苦観察 □血圧測定 □脈拍測定 □体温測定 □痰の量、色、性状観察 □全身状態観察 	<ul style="list-style-type: none"> □$SpO_2 \geq 90\%$ (安静時・負荷時とも) □ピークフローの低下がない □身体状況の評価ができる 	<ul style="list-style-type: none"> □酸素飽和度(SpO_2)測定(安静時・負荷時) □ピークフロー自己測定 □呼吸数測定、呼気音聴取、呼吸状態、呼吸苦観察 □血圧測定 □脈拍測定 □体温測定 □痰の量、色、性状観察 □全身状態観察 □新たな症状の有無観察 	<ul style="list-style-type: none"> □$SpO_2 \geq 90\%$ (安静時・負荷時とも) □ピークフローの低下がない □身体状況の評価ができる
理学療法 Physical Therapy Activity	<ul style="list-style-type: none"> □肺理学療法(腹式呼吸、口すばめ呼吸、パニック呼吸)自己実施方法観察 □排痰法(咳払い、ドレナージ、叩打法、振動法)確認 □運動療法(散歩、運動)実施確認 	<ul style="list-style-type: none"> □肺理学療法(腹式呼吸、口すばめ呼吸、パニック呼吸) □排痰法(咳払い、ドレナージ、叩打法、振動法)確認 □運動療法(屋内運動)確認 □ピークフロー自己測定方法説明と実施指導 	<ul style="list-style-type: none"> □気道浄化(排痰)できる □肺ラ音がない □ADL/$IADL$を維持する □ピークフローの低下がない 	<ul style="list-style-type: none"> □肺理学療法(腹式呼吸、口すばめ呼吸、パニック呼吸) □排痰法(咳払い、ドレナージ、叩打法、振動法)確認 □運動療法(散歩、運動)確認 	<ul style="list-style-type: none"> □気道浄化(排痰)できる □肺ラ音がない □ADL/$IADL$低下がない
セルフケア Self Care	<ul style="list-style-type: none"> □在宅酸素療法についての理解を確認 □疾患に関する理解を確認 □酸素供給器管理を看護婦が実施 □酸素流量設定(安静時・運動時・負荷時)確認 □栄養日誌記入確認 □症状観察(息苦しさ、打球、咳、痰鳴、浮腫) □症状コントロール確認 □塩分制限(合併症がある場合)確認 □禁煙確認 	<ul style="list-style-type: none"> □酸素供給器管理の実施確認 □フィルター清掃確認 □加湿器水交換実施確認 □チューブ内結露除去確認 □酸素供給器動作状況確認 □栄養日誌記入確認 □症状観察 □息切れ・症状コントロール状況確認 □塩分制限の有無とある場合は実施確認 □禁煙確認 □うがいによる上気道感染予防の実施確認 	<ul style="list-style-type: none"> □在宅酸素供給器管理が正しくできる □療養日誌をつけ自己管理ができる □上気道感染が生じない □薄味に慣れる □禁煙している 	<ul style="list-style-type: none"> □酸素供給器管理の実施確認 □フィルター清掃確認 □カニューラ交換 □加湿器水交換実施確認 □チューブ内結露除去確認 □酸素供給器動作確認 □療養日誌記入確認 □症状観察確認 □症状コントロール確認 □塩分制限実施確認 □うがいによる上気道感染予防実施確認 	<ul style="list-style-type: none"> □在宅酸素供給器管理が正しくできる □療養日誌を毎日つけ自己管理できる □上気道感染が生じない □塩分制限を実行している
コミュニケーション Communication	<ul style="list-style-type: none"> □コミュニケーション障害の有無の確認 □特別なコミュニケーション方法の必要性確認 	<ul style="list-style-type: none"> □在宅酸素療法開始後の様々な事柄を言語化できる □家族内コミュニケーション状態観察 	<ul style="list-style-type: none"> □問題状況を述べることができる 	<ul style="list-style-type: none"> □身体状態を的確に述べる □問題状況を的確に述べる 	<ul style="list-style-type: none"> □身体状態を的確に述べる □問題状況を的確に述べる
栄養 Diet/Fluid	<ul style="list-style-type: none"> □高蛋白摂取確認 □水分補給量確認 	<ul style="list-style-type: none"> □食事内容、摂取量観察 □水分摂取量観察 	<ul style="list-style-type: none"> □必要栄養所用量を摂取する □水分摂取量$\geq 1200\text{ml}$ 	<ul style="list-style-type: none"> □食事内容、摂取量観察 	<ul style="list-style-type: none"> □必要栄養所要量を摂取できる
排泄 Excretion	<ul style="list-style-type: none"> □排便習慣・便秘傾向の有無確認 	<ul style="list-style-type: none"> □排便回数観察 □排便時に強い努責がないか確認 □排尿回数観察 	<ul style="list-style-type: none"> □便秘しない □排便時努責によるSOBがない 	<ul style="list-style-type: none"> □排便回数観察 □排便困難の有無把握 	<ul style="list-style-type: none"> □便秘しない □排便時努責による息切れがない
日常生活 Daily Life	<ul style="list-style-type: none"> □家庭生活への動機づけを行う □睡眠習慣の確認 	<ul style="list-style-type: none"> □生活リズムを回復しているか観察 □睡眠状態と睡眠満足度観察 □趣味または生き甲斐への援助の必要性観察・判断 	<ul style="list-style-type: none"> □困難なく日常生活を送ることができる 	<ul style="list-style-type: none"> □生活リズム観察 □睡眠状態と睡眠満足度観察 □外出のときの困難点確認 	<ul style="list-style-type: none"> □種々に満足する □困難なく日常生活をおくることができる
安全 Safety	<ul style="list-style-type: none"> □在宅療養環境把握 □安全な場所に酸素供給器設置 □2m以内火気警戒確認 □換気状態確認 □振動・騒音対策確認 □上気道感染予防 	<ul style="list-style-type: none"> □酸素吸入中の周囲の火気使用有無観察 □換気状態確認 □騒音者・振動の問題の有無観察 □睡眠中のカニューラ外れの有無観察 □睡眠起床時の頭痛の有無確認 □携帯用酸素の置き場所確認 	<ul style="list-style-type: none"> □安全に在宅酸素療法を実施できる □酸素供給器周囲に火気がない □起床時に頭痛がない 	<ul style="list-style-type: none"> □酸素吸入中の火気使用有無観察 □室内換気確認 □睡眠中のカニューラ外れの有無観察 	<ul style="list-style-type: none"> □安全に在宅酸素療法を継続できる □処方量・時間の酸素吸入が安全に行える
清潔 Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> □入浴(腰)方法指導/介助 	<ul style="list-style-type: none"> □入浴(腰)方法指導/介助 	<ul style="list-style-type: none"> □入浴時息切れがない 	<ul style="list-style-type: none"> □入浴確認または介助 □外出帰宅などうがいを実施する 	<ul style="list-style-type: none"> □入浴時息切れがない □外出帰宅などうがいを実施する
心理・社会 Psyco Social	<ul style="list-style-type: none"> □チエーブの拘束感減 □うつ状態観察 □家庭内役割復帰を促す □職場復帰の方向性確認 □家族の健康状態、介護意欲確認 □ドレナージの受容度観察 	<ul style="list-style-type: none"> □不安・問題点の訴えを開く □うつ状態の有無観察 □家庭内役割復帰へ動機づけ □家族の健康状態観察 □介護意欲・介護内容・介護方法の観察 □新しいボディイメージの獲得援助 	<ul style="list-style-type: none"> □拘束感・不安感を表現できる □うつ状態の有無観察 □生き甲斐・役割を見いだす □家族/介護者が適切に介護できる 	<ul style="list-style-type: none"> □日常生活中の困難の訴え聞く □うつ状態の有無観察 □家庭内役割復帰確認 □職場復帰時期の確認と必要に応じて職場訪問 □家族の健康状態観察 □介護内容・方法の観察 	<ul style="list-style-type: none"> □拘束感・不安感を軽減する □本人の役割をもてる □家族に健康問題がない □介護が適切に行われる
社会資源 Social Service	<ul style="list-style-type: none"> □身体障害者手帳申請 □家事援助希望把握 □日常生活用具利用希望把握 □移送サービス利用希望把握 □酸素業者の連絡方法確認 □その他の社会資源利用希望把握 	<ul style="list-style-type: none"> □必要なサービスの把握 □酸素業者連絡 □警報消防署との連携 	<ul style="list-style-type: none"> □必要な社会資源を明確にする □地域支援システム形成の準備が整う 	<ul style="list-style-type: none"> □サービス実施状況の把握 □新たに必要なサービスの有無を把握する 	<ul style="list-style-type: none"> □サービスが確実に提供される □必要なサービスが明らかになる

(在宅療養 15 日目～60 日まで)

バタウイ 評価項目	在宅療養 15～30 日目 訪問頻度 1 回／2 週	HOT 開始 15～30 日目までの利用者の Outcome (期待される成果) -パリアンスチェック③-	在宅療養 31～60 日目 訪問頻度 1 回／1 月	HOT 開始 31～60 日目までの利用者の Outcome (期待される成果) -パリアンスチェック④-
看護職の行動目標 Nurse's Goal	<input type="checkbox"/> 日常生活に復帰するよう援助する <input type="checkbox"/> 安全に在宅酸素療法を実施できるよう援助する <input type="checkbox"/> 上気道感染を生じない <input type="checkbox"/> 在宅酸素供給器にトラブルがない <input type="checkbox"/> 在宅ケアチームによるケア提供が計画通り行われる	<input type="checkbox"/> 心身ともに安定して生活できる <input type="checkbox"/> 緊急対応が必要な問題に早急に対処できる	<input type="checkbox"/> 心身共に安定して在宅酸素療法を継続できる <input type="checkbox"/> 上気道感染を生じない <input type="checkbox"/> 在宅ケアチームによるケア提供が計画通り行われる <input type="checkbox"/> 緊急時の対応方法を明確にする	<input type="checkbox"/> 心身ともに安定して生活する <input type="checkbox"/> 安全に在宅酸素療法が実施できる <input type="checkbox"/> 上気道感染を生じない <input type="checkbox"/> 緊急対応が必要な問題に早急に対処できる <input type="checkbox"/> 日常生活が HOT 開始以前に戻る
疾病経過 Disease process	<input type="checkbox"/> 全身状態観察 <input type="checkbox"/> 呼吸状態観察 <input type="checkbox"/> 合併症の状態観察 <input type="checkbox"/> 上気道感染の兆候の有無観察	<input type="checkbox"/> 安定した慢性呼吸不全を長期に維持できる <input type="checkbox"/> SpO ₂ ≥ 90 % (安静時・負荷時とも) <input type="checkbox"/> 上気道感染を生じない	<input type="checkbox"/> 安定した慢性呼吸不全状態であるか観察する <input type="checkbox"/> 生活労作中も SpO ₂ ≥ 90 % であるか確認 <input type="checkbox"/> 合併症の状態の観察 <input type="checkbox"/> 上気道感染の兆候の有無観察	<input type="checkbox"/> 安定した慢性呼吸不全を長期に維持できる <input type="checkbox"/> SpO ₂ ≥ 90 % (安静時・負荷時・睡眠時とも) <input type="checkbox"/> 合併症の増悪がない <input type="checkbox"/> 上気道感染を生じない
薬剤治療 Medication	<input type="checkbox"/> 各薬剤の理解を確認 <input type="checkbox"/> 薬剤が正しく使用されているか確認 <input type="checkbox"/> 効果的な吸入実施確認	<input type="checkbox"/> 薬剤の自己管理ができる	<input type="checkbox"/> 各薬剤の理解を確認 <input type="checkbox"/> 薬剤が正しく使用されているか確認 <input type="checkbox"/> 効果的な吸入実施確認	<input type="checkbox"/> 薬剤の自己管理ができる
処置 (在宅酸素療法) Treatment (Home Oxygen Therapy)	<input type="checkbox"/> 酸素吸入実施 (処方時間 = 24 時間 / 睡眠時) 確認 <input type="checkbox"/> 酸素流量設定確認 (処方流量 = 安静時 ___ / 運動時 ___ / 睡眠時 ___) <input type="checkbox"/> 機器動作確認 <input type="checkbox"/> 携帯用・緊急用酸素ボンベ残量確認方法再説明	<input type="checkbox"/> 安全に在宅酸素療法を継続できる <input type="checkbox"/> 酸素供給器管理ができる	<input type="checkbox"/> 酸素吸入実施 (処方時間 = 24 時間 / 睡眠時) 確認 <input type="checkbox"/> 酸素流量設定確認 (処方流量 = 安静時 / 運動時 / 睡眠) <input type="checkbox"/> 機器動作確認 <input type="checkbox"/> 携帯用・緊急用酸素ボンベ残量確認方法再説明	<input type="checkbox"/> 安全に在宅酸素療法を継続できる <input type="checkbox"/> 酸素供給器管理ができる
検査 Tests	<input type="checkbox"/> 酸素飽和度 (SpO ₂) 測定 (安静時・負荷時) <input type="checkbox"/> ピークフロー自己測定 <input type="checkbox"/> 呼吸数測定、呼気音聴取、呼吸状態、呼吸苦観察 <input type="checkbox"/> 血圧測定 <input type="checkbox"/> 脈拍測定 <input type="checkbox"/> 体温測定 <input type="checkbox"/> 痰の量、色、性状観察 <input type="checkbox"/> 全身状態観察 <input type="checkbox"/> 新たな症状の有無観察	<input type="checkbox"/> SpO ₂ ≥ 90 % (安静時・負荷時とも) <input type="checkbox"/> ピークフローの低下がない <input type="checkbox"/> 身体状況の評価ができる	<input type="checkbox"/> 24 時間酸素飽和度 (SpO ₂) 測定 (日常生活下) <input type="checkbox"/> ピークフロー自己測定 <input type="checkbox"/> 呼吸数測定、呼気音聴取、呼吸状態、呼吸苦観察 <input type="checkbox"/> 血圧測定 <input type="checkbox"/> 脈拍測定 <input type="checkbox"/> 体温測定 <input type="checkbox"/> 痰の量、色、性状観察 <input type="checkbox"/> 全身状態観察	<input type="checkbox"/> SpO ₂ ≥ 90 % (覚醒時・睡眠時とも) <input type="checkbox"/> ピークフローの低下がない <input type="checkbox"/> 身体状況の評価ができる
理学療法 Physical Therapy Activity	<input type="checkbox"/> 肺理学療法 (腹式呼吸、口すぼめ呼吸、パニック呼吸) <input type="checkbox"/> 排痰法 (咳払い、ドレナージ、叩打法、振動法) 確認 <input type="checkbox"/> 運動療法 (散歩、運動) 確認	<input type="checkbox"/> 気道浄化 (排痰) できる <input type="checkbox"/> 肺ラ音がない <input type="checkbox"/> ADL / IADL 低下がない	<input type="checkbox"/> 肺理学療法 (腹式呼吸、口すぼめ呼吸、パニック呼吸) <input type="checkbox"/> 排痰法 (咳払い、ドレナージ、叩打法、振動法) 確認 <input type="checkbox"/> 運動療法 (散歩、運動) 確認	<input type="checkbox"/> 気道浄化 (排痰) できる <input type="checkbox"/> 肺ラ音がない <input type="checkbox"/> ADL / IADL 低下がない
セルフケア Self Care	<input type="checkbox"/> 酸素供給器管理の実施確認 <input type="checkbox"/> フィルター清掃確認 <input type="checkbox"/> カニュラ交換 <input type="checkbox"/> 加湿器水交換実施確認 <input type="checkbox"/> チューブ内結露除去確認 <input type="checkbox"/> 酸素供給器動作確認 <input type="checkbox"/> 療養日誌記入確認 <input type="checkbox"/> 症状観察確認 <input type="checkbox"/> 症状コントロール確認 <input type="checkbox"/> 塩分制限実施確認 <input type="checkbox"/> うがいによる上気道感染予防実施確認	<input type="checkbox"/> 在宅酸素機器管理が正しくできる <input type="checkbox"/> 療養日誌をつけ自己管理できる <input type="checkbox"/> 上気道感染が生じない <input type="checkbox"/> 塩分制限を実行している	<input type="checkbox"/> 酸素供給器管理の実施確認 <input type="checkbox"/> フィルター清掃確認 <input type="checkbox"/> カニュラ交換 <input type="checkbox"/> 加湿器水交換実施確認 <input type="checkbox"/> チューブ内結露除去確認 <input type="checkbox"/> 酸素供給器動作確認 <input type="checkbox"/> 療養日誌記入確認 <input type="checkbox"/> 症状観察確認 <input type="checkbox"/> 症状コントロール確認 <input type="checkbox"/> 塩分制限実施確認 <input type="checkbox"/> うがいによる上気道感染予防実施確認	<input type="checkbox"/> 在宅酸素機器管理が正しくできる <input type="checkbox"/> 療養日誌をつけ自己管理ができる <input type="checkbox"/> 塩分制限を実施している
コミュニケーション Communication	<input type="checkbox"/> 的確に身体的状態を述べることができる <input type="checkbox"/> 的確に問題状況を述べることができる	<input type="checkbox"/> 呼吸不全増悪兆候を早い段階で述べる <input type="checkbox"/> 問題状況を的確に述べる	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法開始後の様々な事情を言語化できる	<input type="checkbox"/> 呼吸不全増悪兆候を早い段階で述べる <input type="checkbox"/> 問題状況を述べることができる
栄養 Diet Fluid	<input type="checkbox"/> 食事内容、摂取量観察 <input type="checkbox"/> 水分摂取量観察	<input type="checkbox"/> 必要栄養所要量を摂取できる <input type="checkbox"/> 水分摂取量 ≥ 1200ml	<input type="checkbox"/> 食事内容、摂取量観察 <input type="checkbox"/> 水分摂取量観察	<input type="checkbox"/> 水分摂取量 ≥ 1200ml
排泄 Excretion	<input type="checkbox"/> 排便回数観察 <input type="checkbox"/> 排便困難の有無把握	<input type="checkbox"/> 便秘しない <input type="checkbox"/> 排便時努責による息切れがない	<input type="checkbox"/> 排便回数観察 <input type="checkbox"/> 排便時に強い努責がないか確認 <input type="checkbox"/> 排便時努責による息切れがない	<input type="checkbox"/> 便秘しない <input type="checkbox"/> 排便時努責による息切れがない
日常生活 Daily Life	<input type="checkbox"/> 生活リズム観察 <input type="checkbox"/> 睡眠満足度観察	<input type="checkbox"/> 睡眠に満足する <input type="checkbox"/> 困難なく日常生活をおくことができる	<input type="checkbox"/> 生活リズム観察 <input type="checkbox"/> 睡眠状態と睡眠満足度観察 <input type="checkbox"/> 趣味・生き甲斐への援助 <input type="checkbox"/> 外出をすすめ援助	<input type="checkbox"/> 困難なく日常生活を送ることができる
安全 Safety	<input type="checkbox"/> 室内環境確認 <input type="checkbox"/> 一日の酸素吸入時間観察 (メーター) <input type="checkbox"/> 安静時・運動時・外出時の酸素吸入量確認	<input type="checkbox"/> 安全に在宅酸素療法を継続できる <input type="checkbox"/> 処方量・時間の酸素吸入が安全に行える	<input type="checkbox"/> 酸素吸入中の火気使用有無観察 <input type="checkbox"/> 換気状態確認 <input type="checkbox"/> 騒音・振動の問題の有無観察 <input type="checkbox"/> 睡眠中のカニュラ外れの有無観察 <input type="checkbox"/> 睡眠中の頭痛の有無確認 <input type="checkbox"/> 上気道感染予防	<input type="checkbox"/> 上気道感染を生じない <input type="checkbox"/> 安全に在宅酸素療法を実施できる <input type="checkbox"/> 酸素供給器周囲に火気がない
清潔 Hygiene	<input type="checkbox"/> 入浴確認または介助 <input type="checkbox"/> うがい実施確認	<input type="checkbox"/> 入浴時息切れがない <input type="checkbox"/> 外出帰宅時などにうがいを実施する	<input type="checkbox"/> 入浴 (腰) 方法指導／介助	<input type="checkbox"/> 入浴時息切れがない <input type="checkbox"/> 外出帰宅時などにうがいを実施する
心理・社会 Psyco Social	<input type="checkbox"/> 日常生活上の困難の訴えを聞く <input type="checkbox"/> うつ状態の有無観察 <input type="checkbox"/> 家庭内役割復帰確認 <input type="checkbox"/> 職場復帰確認 <input type="checkbox"/> 家族の健康状態観察 <input type="checkbox"/> 介護内容・方法の観察	<input type="checkbox"/> 困難感を軽減する <input type="checkbox"/> 家庭・職場復帰できる <input type="checkbox"/> 家族／介護者が適切に介護できる	<input type="checkbox"/> 不安・問題点の訴えを聞く <input type="checkbox"/> うつ状態の有無観察 <input type="checkbox"/> 家庭内役割復帰を促す <input type="checkbox"/> 家族の健康状態観察 <input type="checkbox"/> 介護内容・方法の観察 <input type="checkbox"/> 新しいボディイメージの獲得援助	<input type="checkbox"/> 拘束感・不安感を表現できる <input type="checkbox"/> 生き甲斐・役割を見いだす <input type="checkbox"/> 家族／介護者が適切に介護できる
社会資源 Social Service	<input type="checkbox"/> サービス実施内容のモニタリング	<input type="checkbox"/> サービス提供を確實に受ける		

連続携行式腹膜透析事例 訪問看護標準枠組

パスウェイ 評価項目	退院前	在宅療養1日目～在宅療養7日目	197/21 A 標準理由 CAPD開始7日までに利用者が得た成果	197/21 B 標準理由	在宅療養8日目～在宅療養14日目	197/21 C 標準理由 14日までに利用者が得た成果	197/21 D 標準理由 在宅療養15日目～30日目	197/21 E 標準理由 30日までに利用者が得た成果	197/21 F 標準理由 在宅療養31日目～60日目	197/21 G 標準理由 60日までに利用者が得た成果
看護職の行動目標 Nurse's Goal	□入院中の経過把握 □在宅ケアプラン作成	□環境の変化に順応できるよう支援する □本人・家族が家庭で安全にCAPDを行えるよう全面的に援助	□家庭生活に慣れる □CAPDに慣れる	□体調を維持しOOLの拡大を図る □安全にCAPDを行えるよう援助	□家庭生活復帰 □CAPDできる	□CAPDによる日常生活に慣れて いるに順応する	□心身の安定 □OOLの向上	□CAPDによる日常生活に慣れて いるに順応する	□ライフスタイル確立	
疾病経過 Disease process	□安定した慢性腎不全 □コントロールされた合併症 (腹膜炎・カテーテル関連合併症その他)	□健康確認・体重・体温・血圧・尿量・排便の有無・下痢 □血糖確認(朝夕訪問時) □食事の摂取量確認 □ADL動作確認	□全身状態の安定	□健康確認 □血糖確認(朝夕訪問時) □食事の摂取量確認 □ADL動作確認	□全身状態安定	□全体状態確認	□全身状態安定	□全身状態確認	□全身状態安定	
薬剤治療 Medication	□経口薬剤 □透析注入薬剤	□服薬確認 □テルモ・バクスター JMS	□服薬と注入薬剤の管理できる	□服薬管理 □テルモ・バクスター JMS	□服薬と注入薬剤管理できる	□服薬管理 □テルモ・バクスター等	□服薬と注入薬剤管理できる	□服薬管理 □テルモ・バクスター等	□服薬と注入薬剤管理できる	
処置 Treatment	□CAPD導入 □器具・物品準備	□カテーテル出口の消毒 □排液量と排液性状のチェック □注液(透析液)チェック □バッグ、アダプター、ストッパー、チューブ、カテーテル、カテーテルケアキット、消毒液、タオル等の確認 □バッグの加温状態確認	□CAPDのトラブル無	□排液量と排液性状チェック □注液(透析液)チェック □全身状態チェック □病院との連携 外来通院	□CAPDのトラブル無	□排液量・排液性状チェック □注液(透析液)チェック □全身状態チェック □病院との連携 外来通院	□CAPDのトラブル無	□排液量・排液性状チェック □注液(透析液)チェック □全身状態チェック □病院との連携 外来通院	□CAPDのトラブル無	
検査 Tests	□肾機能 □血液・血清検査 □生化学的検査 BUN, Cr, TG, BS, □電解質 Na, K, Ca, Pi, Mg, □その他 CTR, ECG	□病院との連携 外来で定期的に	□正確な病状判断ができる	□病院との連携 外来通院	□正確な病状判断ができる	□病院との連携 外来通院	□正確な病状判断ができる	□病院との連携 外来通院	□正確な病状判断ができる	
理学療法 Physical Therapy Activity	□歩行状況確認	□ねたきりを防ぐための声かけ □筋力・持久力増強訓練 □浮腫からくる転倒予防	□機能維持できる	□寝たきりを防ぐための声かけ □筋力・持久力増強訓練 □浮腫からくる転倒予防	□廃用性萎縮無 □身体機能維持	□病院との連携 外来(リハ)通院 □身体機能確認	□廃用性萎縮無 □身体機能維持	□病院との連携 外来(リハ)通院 □身体機能確認	□廃用性萎縮無 □身体機能向上	
セルフケア 教育 Self Care	□退院時教育修了 ・CAPDの食事療法 ・薬品・衛生材料管理配達システム ・社会保障システム ・日常生活と社会生活 ・異常事態の対処方法と合併症の予防方法 ・定期外来と電話問診の説明 ・家庭訪問についての説明	□CAPD手技向上のための訓練(マニュアルに沿って) ・基本器具の理解と管理 ・手洗い、手袋、マスク、滅菌作業等を監視下で実践してもらう □透析治療計画と血压・体重・水分摂取 食事療法との関係を理解してもらう □CAPDに適した運動 □本人・家族の習得度確認	□CAPDに慣れる □CAPDの理解増す	□CAPD手技向上のための訓練 □CAPDに適した運動 □本人・家族の習得度確認	□CAPD手技できる	□CAPD手技向上のための訓練 □CAPDに適した運動 □本人・家族の習得度確認	□CAPD手技が間違なくなってる	□CAPD手技確認	□本人・家族が在宅で長期にCAPDを行える	
コミュニケーション Communication	□CAPDについて言語表現できる	□不安や問題点があれば明らかにしてもらう	□不安や問題点を言葉で表す □痛み・不快感無しを言葉で表現	□不安や問題点を言葉で表現 □痛み・不快感無しを言葉で表現	□症状を家族等に語れる	□的確に身体状況表現 □的確に問題状況表現	□的確に状況を表現できる	□本人・家族の自由なコミュニケーション	□本人の安心 □適切な介護可	
栄養 Diet, Fluid	□CAPD食事療法 食事ガイド ・総カロリー25~30Kcal/Kg ・蛋白1.2~1.5g/Kg ・糖質 エネルギーの35% ・脂肪 残余エネルギー相当分 ・繊維質 20g ・不飽和脂肪酸/飽和脂肪酸比率=1.0~1.5	□食事量低下に気をつける □排便を促す食事をさせる	□適切な栄養水準を維持できている □適切な排便有	□食事量低下に気をつける □排便を促す食事をさせる	□適切な栄養水準維持可 □適切な排便有	□食事確認	□適切な栄養水準維持可 □適切な排便有	□食事確認	□適切な食生活パターンの確立	
日常生活 Daily Life	□日常生活のポイント ・環境整備 ・薬剤・器材の整備 ・身体・服装の清潔 ・バッグ交換スケジュール ・運動 ・旅行	□排便バタンをつくる □不眠なし □手技実施のための適切な場所の確保と準備・加温器への補充 ・ベッド回り シーツ汚れチェック・液体バッグの片付け ・空き箱片付け・ゆきとどいた掃除・十分な照明・外界から遮断 □在庫確認・交換キット・アルコール錠・ウェルバス残量 ・透析液135袋・250袋・消毒液・ガーゼ・綿棒・テープ	□不快感無 □適切な排便有 □睡眠可 □環境整備可 □在庫有	□排便バタンをつくる □不眠なし □適切な場所の確保と準備 □在庫確認	□適切な排便有 □不眠なし □環境整備可 □在庫有	□趣味・生きがい援助 □睡眠可 □外出援助 □適切な運動	□生活の質向上	□本人が満足する快適さを確立し維持する	□生活の質に満足している	
安全 Safety	□緊急時対応 ・緊急時マニュアル配布	□緊急事態の意味を理解させ、慎重に行動させる	□医学的問題の発生無	□緊急時の対応方法を身につける	□医学的問題の発生無	□緊急時の行動計画の確立	□医学的問題の発生無	□間違いなく緊急時の行動がとれる	□医学的問題の発生無	
清潔 Hygiene	□入浴 □シャワー □シャンプー	□皮膚の状態 乾燥 湿潤 摩擦感の有無 化膿症の有無 □爪の状態 爪切り □入浴介助	□皮膚清潔 摩擦無 □感染無	□入浴介助 + デイでの入浴 (訪問Nの介助→自立または家族による入浴) □デイでの入浴	□皮膚清潔 摩擦無 □感染無	□自立・家族による入浴 □デイでの入浴	□皮膚清潔 摩擦無 □感染無	□自立・家族による入浴 □デイでの入浴	□皮膚清潔 摩擦無 □感染なし	
心理・社会 Psycho Social	□本人のCAPDの受容 □社会復帰への意欲 □家族の協力と意欲	□CAPDボディイメージの獲得援助 □閉じこもりを防ぐ □CAPD手技への戸惑いをなくす	□CAPDボディイメージの受容 □不安感軽減	□外来通院をうながす □時間に追われる事からくる疲れへの対応	□自己抑制能力向上 □懲り感無	□職場復帰 等社会生活への意欲づけ □家庭内役割確認	□困難経験 □家庭内役割復帰	□職場等社会復帰を具体的に計画する	□職場等社会復帰している	
社会資源 Social Service	□身体障害者手帳申請 □特定疾患療養受療証申請 □薬剤・器材手配確認 □道セイ・健保申請	□必要なサービスの把握・経済的援助・日常生活援助 □薬剤・器材業者連絡	□社会資源活用有 ・ヘルパー・ディケア ・デイサービス □支援システム形成	□薬剤・器材業者への連絡確認	□社会資源活用有	□日常生活支援の導入	□社会資源活用有	□職場復帰 等社会生活に再適応するための資源再導入	□CAPDのライフスタイルにあった資源を利用している	
上記以外の看護内容										
他職種による援助内容										

複創事例 訪問看護標準粹組

讀者有

計画実施日

(退院後　　自記)

訪問看護の標準化ADL促進患者用：複数のある患者の標準訪問看護計画調査票

総務標準社画(退院時から3ヶ月まで)看護婦の目標・看護の如き表注

開発標準化基準、基準時から2ヶ月まで一着陸場の目標：機器の処置方法の確立、修理影響因子の算定、復元

看護手計画(退院時から2ヶ月まで)看護師の目標:看護の処置方法の確立、看護影響因子の査定・援助						
日数	参照	1~6日(/ ~ /)	7日目(/)	2週目-1ヶ月(/ ~ /)	5週目-2ヶ月(/ ~ /)	
訪問頻度	8	深度I度:1回/3日、II度:1回/日、III・IV度:2回/日		深度I度:1回/3日、II度:1回/2日、III・IV度:1回	深度III・IV:1回/2日	
看護師の目標		<input type="checkbox"/> 看護治療に向けてケアの査定を行なう <input type="checkbox"/> 看護状況に合わせたケア計画を立案す <input type="checkbox"/> 看護治療に必要な介護問題を明確に	<input type="checkbox"/> 看護治療のためのケアを実施する <input type="checkbox"/> 看護治療に必要な指標・予防を行なう	<input type="checkbox"/> 看護治療のためのケア・評価を行なう <input type="checkbox"/> 看護治療・予防に必要な指導を行なう	<input type="checkbox"/> 看護治療に必要な調整を行なう <input type="checkbox"/> 看護予防ができる	
疾病の経過	No10 No11 P47-51	<input type="checkbox"/> 健康管理・問題の兆候 <input type="checkbox"/> 治療状況の査定・援助	<input type="checkbox"/> 計画にそった観察・援助 <input type="checkbox"/> 状況に応じた援助・指導	<input type="checkbox"/> 計画にそった観察・援助 <input type="checkbox"/> 状況に応じた援助・指導	<input type="checkbox"/> 計画にそった観察・援助 <input type="checkbox"/> 状況に応じた援助・指導	
看護経過	No6 1.イ	<input type="checkbox"/> 深度・部位 <input type="checkbox"/> サイズ(ポケット含む) <input type="checkbox"/> 治癒過程 <input type="checkbox"/> PUSH3.0	<input type="checkbox"/> 深度・部位 <input type="checkbox"/> サイズ(ポケット含む) <input type="checkbox"/> 治癒過程	<input type="checkbox"/> 深度・部位 <input type="checkbox"/> サイズ(ポケット含む) <input type="checkbox"/> 治癒過程 <input type="checkbox"/> PUSH3.0(週に1回測定)(点)	<input type="checkbox"/> 深度・部位 <input type="checkbox"/> サイズ(ポケット含む) <input type="checkbox"/> 治癒過程 <input type="checkbox"/> PUSH3.0(週に1回測定)(点)	
薬剤治療		<input type="checkbox"/> 使用薬剤の確認 <input type="checkbox"/> 医師の診療計画の確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認 <input type="checkbox"/> 医師の診療計画の確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認 <input type="checkbox"/> 医師の診療計画の確認	
処置	2.イ p66-89	<input type="checkbox"/> 深度I:DC/3日 <input type="checkbox"/> 深度II:DC/日 <input type="checkbox"/> 深度III・IV:DC2/日	<input type="checkbox"/> 深度I:DC/3日 <input type="checkbox"/> 深度II:DC/日 <input type="checkbox"/> 深度III・IV:DC2/日	<input type="checkbox"/> 深度I:DC/3日 <input type="checkbox"/> 深度II:DC/2日 <input type="checkbox"/> 深度III・IV:DC/日	<input type="checkbox"/> 深度別に応じて処置の必要性と方法が理解できる	
検査	イ	<input type="checkbox"/> 採血(もしくは退院前データ把握)		<input type="checkbox"/> 膿部の培養(可能であれば)	<input type="checkbox"/> 採血一生化学一般(可能であれば) <input type="checkbox"/> 膿部の培養(可能であれば)	
理学療法	No5、3 p23-24	<input type="checkbox"/> 拘縮、変形の程度の確認・援助 <input type="checkbox"/> 可動域拡大の可能性の確認・援助	<input type="checkbox"/> 訓練と実施の評価	<input type="checkbox"/> 訓練と実施の確認・指導	<input type="checkbox"/> 訓練と実施の確認・指導	
セルフケア 介護力	No3	<input type="checkbox"/> 目標達成のための問題点の明確化と指 <input type="checkbox"/> 基本的家族指導 一家族指導の視点ー <input type="checkbox"/> 体位交換介助 <input type="checkbox"/> 移動介助 <input type="checkbox"/> 食事の支度 <input type="checkbox"/> 食事の介助 <input type="checkbox"/> 排泄介助 <input type="checkbox"/> 清潔介助の把握・指導	<input type="checkbox"/> ケアの負担度の確認 <input type="checkbox"/> 指導内容の理解度の確認 一家族指導の視点ー <input type="checkbox"/> 体位交換介助 <input type="checkbox"/> 移動介助 <input type="checkbox"/> 食事の支度 <input type="checkbox"/> 食事の介助 <input type="checkbox"/> 排泄介助 <input type="checkbox"/> 清潔介助の把握・指導	<input type="checkbox"/> 介護負担度把握 <input type="checkbox"/> 基本的家族指導 一家族指導の視点ー <input type="checkbox"/> 体位交換介助 <input type="checkbox"/> 移動介助 <input type="checkbox"/> 食事の支度 <input type="checkbox"/> 食事の介助 <input type="checkbox"/> 排泄介助 <input type="checkbox"/> 清潔介助の把握・指導	<input type="checkbox"/> 介護負担度把握 <input type="checkbox"/> 基本的家族指導 一家族指導の視点ー <input type="checkbox"/> 体位交換介助 <input type="checkbox"/> 移動介助 <input type="checkbox"/> 食事の支度 <input type="checkbox"/> 食事の介助 <input type="checkbox"/> 排泄介助 <input type="checkbox"/> 清潔介助の把握・指導	<input type="checkbox"/> ケアの疲労の蓄積がない <input type="checkbox"/> 家族が不安、ストレスの表出可能 <input type="checkbox"/> 24時間の介護が可能
日常生活	p11	<input type="checkbox"/> フレーテンスケール(点)	<input type="checkbox"/> フレーテンスケール(点)	<input type="checkbox"/> フレーテンスケール採点(1回/週)(平均)	<input type="checkbox"/> フレーテンスケール採点(1回/4週)(総合)	
栄養	p11	<input type="checkbox"/> BS栄養状態(点)	<input type="checkbox"/> BS栄養状態(点)	<input type="checkbox"/> BS栄養状態(点)(平均)	<input type="checkbox"/> 変化なし、あるいは改善	
フレーテンスケール(BS栄養 状態参照	No7 4.イ	<input type="checkbox"/> 摂取方法(経口、経管) <input type="checkbox"/> 摂取量 <input type="checkbox"/> 摂取内容(常食・軟食・流動・その他) <input type="checkbox"/> 体重測定	<input type="checkbox"/> 摂取方法の指導の確認 <input type="checkbox"/> 摂取量の指導 <input type="checkbox"/> 摂取内容の指導 <input type="checkbox"/> 水分摂取の指導の確認	<input type="checkbox"/> 摂取方法(経口、経管)の指導 <input type="checkbox"/> 摂取量の指導 <input type="checkbox"/> 摂取内容の指導 <input type="checkbox"/> 体重測定	<input type="checkbox"/> 変化なし、あるいは改善 <input type="checkbox"/> 誤嚥なく摂取可能 <input type="checkbox"/> 1200Kcal以上、蛋白1.0g/weight以上摂取する <input type="checkbox"/> 低栄養症状がない(浮腫、るい瘻等) <input type="checkbox"/> 水分1000ml以上摂取する	
体圧分散 フレーテンスケール知覚の 認知参照	p11 p22 p8 5.八 p12-25	<input type="checkbox"/> BS知覚の認知(点) <input type="checkbox"/> 褥瘡部の圧力測定(mmhg) <input type="checkbox"/> 骨突出の部位と程度 <input type="checkbox"/> 体位変換頻度の確認・スケジュール作成 <input type="checkbox"/> 体圧分散器具の選択	<input type="checkbox"/> BS知覚の認知(点) <input type="checkbox"/> 体位変換スケジュールの評価 <input type="checkbox"/> 適正使用の確認	<input type="checkbox"/> BS知覚の認知(点)(平均) <input type="checkbox"/> 体位変換頻度の確認・スケジュール作成	<input type="checkbox"/> BS知覚の認知(点) <input type="checkbox"/> 褥瘡部の圧力測定(週1回)(mmhg) <input type="checkbox"/> 骨突出の部位と程度(週1回) <input type="checkbox"/> 体位変換頻度の確認(週1回)	<input type="checkbox"/> 変化なし、あるいは改善 <input type="checkbox"/> 寝具上で褥瘡部体圧30mmHg以下 <input type="checkbox"/> 褥瘡部が下になっていない <input type="checkbox"/> 体圧分散器具の底づき、空気の入りすぎがない <input type="checkbox"/> 骨突出部に発赤がない
摩擦ずれ フレーテンスケール摩擦と ずれ、活動性、 可動性参照	p11 p32-35	<input type="checkbox"/> BS活動性(点) <input type="checkbox"/> BS可動性(点) <input type="checkbox"/> BS摩擦とずれ(点) <input type="checkbox"/> 体位変換方法の確認・援助 <input type="checkbox"/> キャッシュアップ角度の確認・指導 <input type="checkbox"/> 移動方法の確認・指導 <input type="checkbox"/> 座位姿勢の確認・指導	<input type="checkbox"/> BS活動性(点) <input type="checkbox"/> BS可動性(点) <input type="checkbox"/> BS摩擦とずれ(点) <input type="checkbox"/> 体位変換方法の評価 <input type="checkbox"/> キャッシュアップ角度の評価 <input type="checkbox"/> 移動方法の評価 <input type="checkbox"/> 座位姿勢の評価	<input type="checkbox"/> BS活動性(点)(平均) <input type="checkbox"/> BS可動性(点)(平均) <input type="checkbox"/> BS摩擦とずれ(点)(平均) <input type="checkbox"/> 体位変換方法の確認 <input type="checkbox"/> キャッシュアップ角度の確認 <input type="checkbox"/> 移動方法の確認 <input type="checkbox"/> 座位姿勢の確認(週に1度)	<input type="checkbox"/> BS活動性(点) <input type="checkbox"/> BS可動性(点) <input type="checkbox"/> BS摩擦とずれ(点) <input type="checkbox"/> 体位交換時に痛部がすれない <input type="checkbox"/> キャッシュアップ90度以下か90度保持 <input type="checkbox"/> 移動方法の確認(週に1度) <input type="checkbox"/> 座位姿勢の確認(週に1度)	<input type="checkbox"/> 変化なし、あるいは改善 <input type="checkbox"/> 変化なし、あるいは改善 <input type="checkbox"/> 変化なし、あるいは改善 <input type="checkbox"/> 体位交換時に痛部がすれない <input type="checkbox"/> キャッシュアップ90度以下か90度保持 <input type="checkbox"/> 移動時痛くない <input type="checkbox"/> 座位姿勢保持できる
清潔	6.二 p99	<input type="checkbox"/> 全身清潔ケアの確認・援助計画立案 <input type="checkbox"/> 皮膚の観察(他部位発生の危険性) <input type="checkbox"/> 瘡周囲の清拭・洗浄 <input type="checkbox"/> 入浴の可能性の確認・援助計画	<input type="checkbox"/> 全身清拭の援助・指導 <input type="checkbox"/> 皮膚の観察 <input type="checkbox"/> 瘡周囲の清拭・洗浄 <input type="checkbox"/> 入浴評価	<input type="checkbox"/> 全身清潔ケアの確認 <input type="checkbox"/> 皮膚の観察(他部位発生の危険性) <input type="checkbox"/> 瘡周囲の清拭・洗浄(訪問時) <input type="checkbox"/> 入浴実施(週1回以上)	<input type="checkbox"/> 全身清潔ケアの指導 <input type="checkbox"/> 皮膚の観察方法指導 <input type="checkbox"/> 瘡周囲の清拭・洗浄(訪問時) <input type="checkbox"/> 入浴実施(週1回以上)	<input type="checkbox"/> 皮膚の乾燥がない <input type="checkbox"/> 他に褥瘡発生なし <input type="checkbox"/> 瘡周囲に落垢がない <input type="checkbox"/> 週に1回は入浴可能
排泄 フレーテンスケール湿润 参照	p11 p28-32 No7	<input type="checkbox"/> BS湿润(点) <input type="checkbox"/> 排泄と褥瘡の関係の確認 <input type="checkbox"/> 失禁有無(便、尿)(有、無) <input type="checkbox"/> 使用用具(おむつ、カテーテル) <input type="checkbox"/> 下痢の有無(有、無)	<input type="checkbox"/> BS湿润(点) <input type="checkbox"/> 排泄物からの瘡保護の確認・指導 <input type="checkbox"/> カバートレッシングの適正使用の確認・指導 <input type="checkbox"/> オムツの適正使用の確認・指導 <input type="checkbox"/> 失禁装具の適正使用の確認・指導(必要時)	<input type="checkbox"/> BS湿润(点)(平均)	<input type="checkbox"/> BS湿润(点) <input type="checkbox"/> 排泄物からの瘡保護の確認・指導 <input type="checkbox"/> カバートレッシングの適正使用の確認・指導 <input type="checkbox"/> オムツの適正使用の確認・指導 <input type="checkbox"/> 失禁装具の適正使用の確認・指導(必要時)	<input type="checkbox"/> 変化なし、あるいは改善 <input type="checkbox"/> 瘡部が排泄物による汚染なし <input type="checkbox"/> おむつの枚数での圧迫、ずれなし <input type="checkbox"/> 下痢によるスキントラブルなし <input type="checkbox"/> 失禁装具が適切に使用可能
安全		<input type="checkbox"/> 床上、椅子上環境アセスメント <input type="checkbox"/> 歩行時の転倒リスクの査定	<input type="checkbox"/> ヘッド、椅子での安全確認 <input type="checkbox"/> 歩行時の安全確認	<input type="checkbox"/> ベッド、椅子からの転落予防の指導 <input type="checkbox"/> 歩行時の転倒予防の指導	<input type="checkbox"/> ベッド、椅子での安全確認 <input type="checkbox"/> 歩行時の転倒予防の指導	
心理社会 (患者・家族)		<input type="checkbox"/> 看護治療への意欲の確認 <input type="checkbox"/> 指導受け入れと実施能力の査定	<input type="checkbox"/> 不安、ストレスの軽減 <input type="checkbox"/> 指導	<input type="checkbox"/> 不安、ストレスの確認・援助 <input type="checkbox"/> 指導内の理解度確認・指導	<input type="checkbox"/> 本人・家族が不安、ストレスを伝達可能 <input type="checkbox"/> 可能なセルフケアが行える	
社会資源	7.木 No13	<input type="checkbox"/> 社会資源導入査定と調整 <input type="checkbox"/> 家庭構造の確認 <input type="checkbox"/> 必要に応じたコンサルタント(ET、WOC、PT等)	<input type="checkbox"/> 計画にそった実施・調整(必要時) <input type="checkbox"/> 計画に基いた実施・調整(必要時) <input type="checkbox"/> コンサルタントに応じた実施・報告	<input type="checkbox"/> 計画にそった実施・調整(必要時) <input type="checkbox"/> 家庭構造改善計画実施の評価(必要時) <input type="checkbox"/> 必要に応じたコンサルタント(ET、WOC、PT等)	<input type="checkbox"/> 計画評価(必要時) <input type="checkbox"/> 適切な社会資源の活用ができる <input type="checkbox"/> 必要に応じた改善が行われる	
上記以外の看護内容						
他職種が行った 援助内容						

患者名 _____ 計画実施日 _____ (退院後 日目) _____
 訪問看護の標準化更新版: ターミナル期にある褥瘡のある患者の標準訪問看護計画調査票1週間分(No.) * 1週間毎に査定し直すこと
 ベビング標準計画(看護婦の目標: 褥瘡の悪化予防、患者・家族の意思の尊重) 治療方針()

項目	参照	日()	日()	日()	日()	アウトカム(期待される成果)	バリアンスチェック(6欄から選択)
訪問頻度	8	毎日(褥瘡深度Ⅲ・Ⅳ度は1日2回)	毎日(褥瘡深度Ⅲ・Ⅳ度は1日2回)	毎日(褥瘡深度Ⅲ・Ⅳ度は1日2回)	毎日(褥瘡深度Ⅲ・Ⅳ度は1日2回)	○患者・家族の意向にあわせたケアができる	
看護婦の目標		○患者・家族の意向にあわせた計画を立案する ○褥瘡が悪化しないための査定を行なう	○患者・家族の意向にあわせたケアを実施する ○最大限褥瘡が改善するようにケアを行なう	○患者・家族の意向が尊重されているか評価 ○褥瘡が維持もしくは悪化しない	○患者・家族の意向にあわせたケアを実施する ○褥瘡が維持もしくは悪化しない	○患者・家族の意向を尊重するケアができる ○褥瘡が維持・悪化しない	
疾病の経過	No10 No11 P47-51	○健康管理・問題の兆候 ○治療状況の把握	○問題の明確化 ○観察項目の明確化	○計画にそった観察・援助	○計画にそった観察・援助 ○計画の評価	○主要疾患の症状が安定 ○感染症状がない ○急激な血圧低下がない ○末梢の冷感がない ○急激な可動域の低下がない	
褥瘡経過	No6 1.イ	○深度・部位 ○サイズ(ポケット含む) ○治癒過程 ○PUSH3.0	○深度・部位 ○サイズ(ポケット含む) ○治癒過程	○深度・部位 ○サイズ(ポケット含む) ○治癒過程	○深度・部位 ○サイズ(ポケット含む) ○治癒過程	○変化なし、あるいは治癒 ○縮小 ○肉芽、表皮化進行 ○得点が下がる ○褥瘡の新規発生がない	
薬剤治療		○使用薬剤の確認 ○医師の診療計画の確認	○服薬確認	○服薬確認	○服薬確認	○処方通りの服薬ができる	
処置	2.イ p66-89	○深度Ⅰ: DC/3日 ○深度Ⅱ: DC/日 ○深度Ⅲ・Ⅳ: DC2/日	○深度Ⅰ: 観察 ○深度Ⅱ: DC/日 ○深度Ⅲ・Ⅳ: DC2/日	○深度Ⅰ: DC/3日 ○深度Ⅱ: DC/日 ○深度Ⅲ・Ⅳ: DC2/日	○深度Ⅰ: DC/3日 ○深度Ⅱ: DC/日 ○深度Ⅲ・Ⅳ: DC2/日	○深度別に応じて処置の必要性と方法が理解できる	
検査	イ	○退院前データ把握、もしくは必要に応じ血液検査				○肝機能・腎機能が維持 ○血清TP、Alb、Hgb値の変動がない	
理学療法	No5、3 p23-24	○拘縮、変形の程度の確認 ○患者の安楽な体位の検討	○拘縮、変形悪化予防指導計画立案 ○患者の安楽な体位維持の計画立案	○計画にそった訓練・確認	○訓練と実施の評価	○拘縮、変形が変化なしで改善 ○	
セルフケア 介護力	No3	○目標達成のための問題点の明確化と指導 ○基本的家族指導 —家族指導の視点— ○体位交換介助 ○移動介助 ○食事の支度 ○食事の介助 ○排泄介助 ○清潔介助の把握			○ケアの負担度の確認 ○指導内容の理解度の確認 —家族指導確認の視点— ○体位交換介助 ○移動介助 ○食事の支度 ○食事の介助 ○排泄介助 ○清潔介助の把握	○ケアの疲労の蓄積がない ○家族が不安、ストレスの表出可能 ○24時間の介護が可能	
日常生活	p11	○フレーテンスケール(点)			○フレーテンスケール(点)	○変化なし、あるいは改善	
栄養	p11	○BS栄養状態(点)			○BS栄養状態(点)	○変化なし、あるいは改善	
ブレーテンスケール(BS栄養) 状態参照	No7 4、イ	○摂取方法(経口、経管) ○摂取量 ○摂取内容(常食・軟食・流動・その他) ○体重測定	○摂取方法の指導 ○摂取量の指導 ○摂取内容の指導 ○水分摂取の指導	○摂取方法の指導 ○摂取量の指導 ○摂取内容の指導 ○水分摂取の指導	○摂取方法の指導の確認 ○摂取量の指導の確認 ○摂取内容の指導の確認 ○水分摂取の指導の確認	○誤嚥なく摂取可能 ○1200Kcal以上、蛋白1.0g/weight以上摂取する ○低栄養症状の悪化がない(浮腫、るい痕等) ○水分1000ml以上摂取する	
体圧分散 ブレーテンスケール知覚の 認知参照	p11 p22 p8 5、ハ p12-25	○BS知覚の認知(点) ○褥瘡部の圧力測定 ○骨突出の部位と程度 ○体位変換頻度の確認・スケジュール作成 ○体圧分散器具の選択	○体位変換スケジュール実行状況把握 ○体位分散器具上の体圧測定	○体位変換スケジュール実行状況把握 ○適正使用の確認	○BS知覚の認知(点) ○体位変換スケジュールの評価 ○適正使用の確認	○変化なし ○器具上で瘡部体圧30mmHg以下 ○瘡部が下にならない ○骨突出部に発赤がない	
摩擦ずれ ブレーテンスケール摩擦と ずれ、活動性、 可動性参照	p11 p32-35	○BS活動性(点) ○BS可動性(点) ○BS摩擦とずれ(点) ○体位変換方法の確認 ○キャップアップ角度の確認 ○移動方法の確認 ○座位姿勢の確認	○体位変換方法の指導 ○キャップアップ角度の指導 ○移動方法の指導 ○座位姿勢の指導		○BS活動性(点) ○BS可動性(点) ○BS摩擦とずれ(点) ○体位変換方法の評価 ○キャップアップ角度の評価 ○移動方法の評価 ○座位姿勢の評価	○変化なし ○変化なし、あるいは改善 ○体位交換時に瘡部がずれない ○キャップアップ30度以下か90度保持 ○移動時確すれない ○座位時姿勢保持できる	
清潔	6、二 p99	○全身清拭ケアの確認 ○皮膚の観察(他部位発生の危険性) ○瘡周囲の清拭・洗浄 ○入浴の可能性の確認	○全身清拭の援助・指導 ○皮膚観察方法指導 ○瘡周囲の清拭・洗浄	○全身清拭の援助・指導 ○皮膚観察方法指導 ○瘡周囲の清拭・洗浄 ○入浴実施	○全身清拭の援助・指導 ○皮膚の観察 ○瘡周囲の清拭・洗浄 ○入浴評価	○皮膚の乾燥がない ○他に褥瘡発生なし ○瘡周囲に落垢がない ○週に1回は入浴可能	
排泄 ブレーテンスケール湿潤 参照	p11 p28-32 No7	○BS湿潤(点) ○排泄と褥瘡の関係の確認 ○失禁有無(便、尿)(有、無) ○使用用具(おむつ、カテーテル) ○下痢の有無(有、無)	○排泄物からの瘡の保護を指導 ○カーボードレッシングの選択 ○オムツの選択とあて方の指導 ○失禁装具の使用方法の指導(必要時)	○排泄物からの瘡の保護を指導 ○カーボードレッシングの選択 ○オムツの選択とあて方の指導 ○失禁装具の使用方法の指導(必要時)	○排泄の確認 ○適正使用の確認 ○適正使用の確認 ○適正使用の確認	○瘡部が排泄物による汚染なし ○おむつの枚数での対応、すれなし ○下痢によるスキントラブルなし ○失禁装具が適切に使用可能	
安全		○床上、椅子上環境アセスメント ○歩行時の転倒リスクの査定	○ベッド、椅子からの転落予防の指導 ○歩行時の転倒予防の指導	○ベッド、椅子からの転落予防の指導 ○歩行時の転倒予防の指導	○ベッド、椅子での安全確認 ○歩行時の安全確認	○転落しない ○転倒しない	
心理社会 (患者・家族)		○不安・ストレスの確認 ○本人・家族の希望の確認	○不安・ストレス緩和ケア ○本人・家族の希望に応じた援助	○不安・ストレス緩和ケア ○本人・家族の希望に応じた援助	○不安・ストレス緩和ケア ○本人・家族の希望に応じた援助	○本人・家族の不安、ストレスが緩和される ○本人・家族が満足感を得られる	
社会資源	7、ホ No13	○社会資源導入情報の把握と必要性の査定 ○家庭構造の確認 ○コンサルタントの必要性の査定	○査定に応じた導入計画(必要時) ○査定に基いた家庭改造計画(必要時) ○必要に応じたコンサルタント(ET、WOC、PT等)	○計画にそった実施・調整(必要時) ○計画に基いた実施・調整(必要時) ○コンサルタントに応じた実施	○計画にそった実施・調整(必要時) ○計画に基いた実施・調整(必要時) ○コンサルタントに応じた実施・報告	○適切な社会資源の活用ができる ○必要に応じた改善が行われる	
上記以外の看護内容							
他職種が行った 援助内容							

排泄障害事例 訪問看護標準枠組 <一般排泄障害用 1 : 前期ケア内容>

前 期	第Ⅰ期(退院前期)		第Ⅱ期(訪問開始後1~2週間)	
	実施・確認 1日1回	パリアンス	実施・確認 週2~3回	パリアンス
目標	<input type="checkbox"/> 排泄自立の重要性を理解する/希望する <input type="checkbox"/> 家族のケア協力意志ができる <input type="checkbox"/> 経過と排泄リズムを把握し今後の方針を決定する <input type="checkbox"/> 排泄に必要な福祉用品が調達される <input type="checkbox"/> 自立度の維持・改善のための日常訓練計画ができる <input type="checkbox"/> 退院調整・在宅ケアに向けての環境整備ができる <input type="checkbox"/> 排泄障害の医学的検査を実行する <input type="checkbox"/> 在宅での生活状況を把握し必要な計画修正をする		<input type="checkbox"/> 排泄障害の改善に希望/意欲をもつ <input type="checkbox"/> 家族はおむね排泄方法とリズムに合った介護ができる <input type="checkbox"/> 決定した方針のもとに計画した排泄ケアを手順どおり行う <input type="checkbox"/> 現在の排泄状況に合った福祉用品を使っている/介護に慣れる <input type="checkbox"/> 自立度の維持・改善のための日常訓練計画が軌道に乗る <input type="checkbox"/> ケア協力者・スタッフが確保でき、緊急時の対応体制ができる <input type="checkbox"/> 主治医および泌尿器科医と看護婦の協力体制が整う <input type="checkbox"/> 在宅での生活状況を把握し必要な計画修正をする	
1 疾病経過	<input type="checkbox"/> 既往歴の確認 <input type="checkbox"/> 現病歴が排泄に及ぼす影響の確認 <input type="checkbox"/> 排泄状況の把握 <input type="checkbox"/> 全身状態の観察		<input type="checkbox"/> 在宅での排泄パターンの確認 <input type="checkbox"/> 問題の把握、排泄に伴う苦痛などの確認 <input type="checkbox"/> 尿・便の状態把握	
2 薬剤治療	<input type="checkbox"/> 排泄に影響を及ぼす薬剤の確認と調整		<input type="checkbox"/> 薬物の効果・副作用の確認 <input type="checkbox"/> 治療薬の処方・調整(膀胱・尿道弛緩/収縮、下剤・止瀉剤)	
3 処置	<input type="checkbox"/> 排便管理方法の確認(□排便、□浣腸、□その他) <input type="checkbox"/> 排尿管理方法の確認 (□留置カテーテル、□導尿、□自己導尿、□おむつ、□誘導)		<input type="checkbox"/> 適切なおむつ交換、排尿・排便誘導 (□排便、□浣腸、□排便周期に合わせた排便誘導、□肛門刺激、□洗浄便意、注入促進用具の導入)	
4 検査	<input type="checkbox"/> 排泄障害を起こす原因のチェック (□尿検査一般、□ストレステスト、□骨盤底筋肉内診、 <input type="checkbox"/> バッドテスト、□残尿測定、□便意の知覚テスト、 <input type="checkbox"/> □肛門括約筋チェック、□その他())		<input type="checkbox"/> 排泄障害を起こす原因のチェック (□尿検査一般、□ストレステスト、□骨盤底筋肉内診、 <input type="checkbox"/> バッドテスト、□残尿測定、□便意の知覚テスト、 <input type="checkbox"/> □肛門括約筋チェック、□その他())	
5 理学療法	<input type="checkbox"/> 基本動作の確認(移動) <input type="checkbox"/> 日常生活動作の確認(更衣、便器の使用) <input type="checkbox"/> 食事採取方法の確認		<input type="checkbox"/> 基本動作・排泄動作の確立(端座位、移動、更衣) <input type="checkbox"/> 温熱法 <input type="checkbox"/> 適切な福祉用具の選定 <input type="checkbox"/> 骨盤底筋強化の訓練をする	
6 セルフケア	<input type="checkbox"/> 排泄動作の自立度の確認 <input type="checkbox"/> 他人への依存度		<input type="checkbox"/> 日中の排泄自立度の向上 <input type="checkbox"/> 尿意/便意の知覚確立	
7 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 尿意の訴えの確認 <input type="checkbox"/> 理解度の確認		<input type="checkbox"/> 尿・便意の訴えの確認と促し	
8 栄養	<input type="checkbox"/> 水分採取と内容の確認 <input type="checkbox"/> 口腔内の状態確認 <input type="checkbox"/> 嚥下状態の確認 <input type="checkbox"/> 食事量と内容の確認		<input type="checkbox"/> 尿がレモンイエローになるくらいの水分採取 <input type="checkbox"/> 3食採取(一日30gの総摂取) <input type="checkbox"/> 調理の確認	
9 日常生活	<input type="checkbox"/> 一日の過ごし方の確認 <input type="checkbox"/> 衣類の確認		<input type="checkbox"/> 一日に3時間以上は座位を保つ <input type="checkbox"/> 一日の過ごし方の確認 <input type="checkbox"/> 住環境の確認と調整 <input type="checkbox"/> 衣類の確認と工夫	
10 安全	<input type="checkbox"/> 転倒の危険性の確認 <input type="checkbox"/> むくみ、脱水の有無の確認		<input type="checkbox"/> 排泄動作の危険の確認(転倒防止) <input type="checkbox"/> 動きやすい環境の調整 <input type="checkbox"/> 褥創予防 <input type="checkbox"/> 感染予防 <input type="checkbox"/> 腎機能低下予防 <input type="checkbox"/> 寿の予防・改善	
11 清潔	<input type="checkbox"/> 尿・便臭の確認 <input type="checkbox"/> スキントラブルの有無 <input type="checkbox"/> 衛生観念の確認		<input type="checkbox"/> スキントラブルの有無確認と予防 <input type="checkbox"/> 尿・便臭の確認と除去 <input type="checkbox"/> 陰部洗浄 <input type="checkbox"/> 排泄用具の保管 <input type="checkbox"/> 家族の手洗い励行	
12 心理・社会	<input type="checkbox"/> 自己像を確認する <input type="checkbox"/> 身体の不快さの確認 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> ストレスの度合い		<input type="checkbox"/> 排泄障害の受け止め方の確認 <input type="checkbox"/> 排泄障害により妨げられている社会参加の確認 <input type="checkbox"/> 心理的な支援 <input type="checkbox"/> 改善への意欲を確認し支援する	
13 社会資源	<input type="checkbox"/> 退院後必要な資源の確認 <input type="checkbox"/> 資源活用の意図と理解の確認 <input type="checkbox"/> 住居の構造とトイレの位置、療養環境の把握		<input type="checkbox"/> 資源の導入 <input type="checkbox"/> 資源提供メンバーと目標の確認 <input type="checkbox"/> 福祉用具の使用	
14 家族	<input type="checkbox"/> 排泄障害の理解の把握 <input type="checkbox"/> キーパーソンの確認 <input type="checkbox"/> 在宅に関する説明 <input type="checkbox"/> 家族に関する情報収集 <input type="checkbox"/> 在宅療養の意向とニーズの確認		<input type="checkbox"/> 排泄ケアの問題を自由に表現する <input type="checkbox"/> 希望する具体的援助の表現 <input type="checkbox"/> 腰痛・跛行の防止 <input type="checkbox"/> 社会資源が有効活用できる援助 <input type="checkbox"/> 介護をねぎらい心理的な支援をする	

排泄障害事例訪問看護標準枠組<一般排泄障害用 2 : 前期アウトカム>

在宅移行後、1~2週間を経過した時点で評価する。

前 期	ア ウ ト カ ム	パ リ ア ン ス
目標	<input type="checkbox"/> 障害の改善に期待を持ち、家庭の排泄ケアに慣れる <input type="checkbox"/> 安全に生活できる <input type="checkbox"/> 現在の排泄状況に合った無駄のないケアができる <input type="checkbox"/> 現在の排泄状況に合った福祉用品を工夫・調達して介護を取り入れる <input type="checkbox"/> 排泄障害を含む自立度の維持・改善にむけた日常訓練を計画的に実施する <input type="checkbox"/> 問題解決へのチームアプローチ体制が整い、サービス提供できる	
1 疾病経過	<input type="checkbox"/> 排泄障害が可逆的か不可逆か判断できる <input type="checkbox"/> 治療の可能性が判別された <input type="checkbox"/> 問題解決の手順が明確になる	
2 薬剤治療	<input type="checkbox"/> 薬剤による副作用が軽減／治療の効果ができる <input type="checkbox"/> 適切な時期に治療や服薬の調整ができる	
3 処置	<input type="checkbox"/> 安全に排泄ができる <input type="checkbox"/> 苦痛なく排泄ができる／不要のカテーテルは抜去された	
4 検査	<input type="checkbox"/> 残尿は50cc以下である <input type="checkbox"/> 尿路感染がない <input type="checkbox"/> 便失禁を起こす原因が判明する	
5 理学療法	<input type="checkbox"/> 座位保持の時間が延長する <input type="checkbox"/> 排ガス・排便が促進される <input type="checkbox"/> 座位保持での排泄ができる <input type="checkbox"/> 適切な排泄介護用品を使用している	
6 セルフケア	<input type="checkbox"/> 現在の障害克服プロセスを理解できる <input type="checkbox"/> セルフケアの意識を高める	
7 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 尿意・便意をわかり、必要なときには伝えることができる <input type="checkbox"/> 尿・便意をつかみ排泄のタイミングが確立できる	
8 栄養	<input type="checkbox"/> 1000ccから1500ccの水分補給 <input type="checkbox"/> 正常な便が排泄できる食事採取の確立 <input type="checkbox"/> 食物繊維量を一日20~25g程度摂取できる	
9 日常生活	<input type="checkbox"/> 疲つきではなく座位保持生活である <input type="checkbox"/> 排泄に適した衣服・環境である	
10 安全	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 褥創ができない <input type="checkbox"/> 感染を起こさない <input type="checkbox"/> 痔の予防・改善 <input type="checkbox"/> 腎機能が保たれる	
11 清潔	<input type="checkbox"/> 尿・便臭がなくなる <input type="checkbox"/> スキントラブルがない	
12 心理・社会	<input type="checkbox"/> 排泄障害改善への希望を持つ <input type="checkbox"/> 本人のストレスの緩和 <input type="checkbox"/> 排泄コントロールに前向きな姿勢ができる <input type="checkbox"/> 自己像障害が修復される	
13 社会資源	<input type="checkbox"/> 必要な社会資源を検討する <input type="checkbox"/> 活用できる社会資源を調達する <input type="checkbox"/> 現状に合った物品が選ばれ、整う	
14 家族	<input type="checkbox"/> 担当看護師との信頼関係ができる <input type="checkbox"/> 家族のストレスが緩和できる <input type="checkbox"/> 肉体的な介護負担が軽減する <input type="checkbox"/> 排泄ケアへの技術が習得できる <input type="checkbox"/> 排泄障害改善への希望を持てる	
上記以外の看護内容		
他職種による援助内容		

排泄障害事例訪問看護標準枠組<一般排泄障害用 3 : 後期ケア内容>

後期は、週2～3回訪問看護する。

後 期	第Ⅲ期（訓練・治療期：訪問開始後3～6週間） 実施・確認 週2～3回	第Ⅳ期（安定期：訪問開始後7～10週間） 実施・確認 週2～3回
目標	<input type="checkbox"/> 回復の段階に合う排泄自立の方法を選び、実施する <input type="checkbox"/> 家族は排泄方法とリズムに合った介護が上手になる <input type="checkbox"/> 介護者の生活リズムが整い、心理的にほぼ安定している <input type="checkbox"/> チームメンバーが協調して役割を発揮している	<input type="checkbox"/> 可能な範囲での排泄自立が安定する <input type="checkbox"/> 介護者の介護負担が最小限になる <input type="checkbox"/> 必要な情報提供とサービス導入が円滑に行われている
1 疾病経過	<input type="checkbox"/> 排便習慣が確立され、問題なく排泄される <input type="checkbox"/> 排尿のパターンが明確になり、治療の効果が出る <input type="checkbox"/> 治療が不可能な排泄障害は環境が整備される	<input type="checkbox"/> 問題なく排便できる <input type="checkbox"/> できるだけ便器やトイレで排尿できる <input type="checkbox"/> 排泄障害によって問題が起らない
2 薬剤治療	<input type="checkbox"/> 副作用の軽減、治療効果の確認	<input type="checkbox"/> 副作用の軽減、治療効果の確認
3 尿管	<input type="checkbox"/> 朝食後の排便誘導 <input type="checkbox"/> 排便促進用具の活用 <input type="checkbox"/> 膀胱訓練 <input type="checkbox"/> 排尿・排便誘導	<input type="checkbox"/> 食後の排便誘導 <input type="checkbox"/> 排便促進用具の活用 <input type="checkbox"/> 膀胱訓練 <input type="checkbox"/> 排尿・排便誘導
4 検査	<input type="checkbox"/> 排泄障害を起こす原因のチェック (□尿検査一般、□ストレステスト、□骨盤底筋内診、 □パッドテスト、□残尿測定、□便意の知覚テスト、 □肛門括約筋チェック、□その他()) <input type="checkbox"/> 排尿日記の作成往歴の確認 <input type="checkbox"/> 現病歴が排泄に及ぼす影響の確認 <input type="checkbox"/> 排泄状況の把握	<input type="checkbox"/> 排泄障害を起こす原因のチェック (□尿検査一般、□ストレステスト、□骨盤底筋内診、 □パッドテスト、□残尿測定、□便意の知覚テスト、 □肛門括約筋チェック、□その他()) <input type="checkbox"/> 排尿日記の作成往歴の確認 <input type="checkbox"/> 現病歴が排泄に及ぼす影響の確認 <input type="checkbox"/> 排泄状況の把握
5 理学療法	<input type="checkbox"/> 基本動作・排泄動作の安定(移動訓練、更衣がスムーズ) <input type="checkbox"/> 骨盤底筋強化訓練の実施	<input type="checkbox"/> 基本動作・排泄動作の安定(移動訓練、更衣がスムーズ)
6 セルフケア	<input type="checkbox"/> 尿意・便意にあわせて自分で排泄の用意ができる	<input type="checkbox"/> 尿意・便意にあわせて自分で排泄ができる
7 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 尿意・便意を的確に訴えることができる	<input type="checkbox"/> うまくできない時は共に考えることができる <input type="checkbox"/> 排泄ケアに協力的になる
8 栄養	<input type="checkbox"/> 安定して必要水分・食物を摂取することができる <input type="checkbox"/> 肥満の場合、減量方法を理解する	<input type="checkbox"/> 安定して必要水分・食物を摂取できる <input type="checkbox"/> 肥満の場合、頭脳方法を理解する
9 日常生活	<input type="checkbox"/> 外出することができる <input type="checkbox"/> 外出先で排泄の問題を持たないよう確認する	<input type="checkbox"/> 外出することができる <input type="checkbox"/> 外出先で排泄の問題を持つことがない
10 安全	<input type="checkbox"/> 家以外での排泄行為に危険がないか確認する	<input type="checkbox"/> 家以外での排泄行為に危険がないか確認する
11 清潔	<input type="checkbox"/> 尿・便臭は全くない <input type="checkbox"/> 屋内外に使用する排泄用具の保消ができる	<input type="checkbox"/> 尿・便臭は全くない <input type="checkbox"/> 屋内外に使用する排泄用具の保消ができる
12 心理・社会	<input type="checkbox"/> 外出に意欲が湧く <input type="checkbox"/> 排泄障害が外出の妨げにならないように援助する	<input type="checkbox"/> 外出に意欲が湧く <input type="checkbox"/> 排泄障害が外出の妨げにならないように援助する
13 社会資源	<input type="checkbox"/> 福祉用具の試用と入手	<input type="checkbox"/> 福祉用具の活用の確認
14 家族	<input type="checkbox"/> 福祉用具の有効活用ができる <input type="checkbox"/> 介護方法に慣れる <input type="checkbox"/> 環境整備に積極的に意見が出せるよう援助する	<input type="checkbox"/> 福祉用具の有効活用ができる <input type="checkbox"/> 介護方法に慣れる <input type="checkbox"/> 必要最低限の介護で負担が少ない
上記以外の看護内容		
他職種による援助内容		

パリアンスコード表

コード	パリアンス種別と内容	
	A（必要なケア内容を実施できなかつた理由）	B（アウトカムを得ることができなかつた理由）
1	利用者の心身条件のため実施できなかつた	利用者の心身条件のため到達しなかつた
2	利用者が拒否したあるいは希望がなかつたためできなかつた	利用者が拒否したあるいは希望がなかつたためしなかつた
3	家族が拒否したあるいは希望がなかつたため実施できなかつた	家族が拒否したあるいは希望がなかつたため到達しなかつた
4	スタッフ数が足りないため実施できなかつた	スタッフ数が足りないため到達しなかつた
5	スタッフの能力不足のため実施できなかつた	スタッフの能力不足のため到達しなかつた
6	連携上の問題があり実施できなかつた	連携上の問題があり到達しなかつた
7	連携先の機関・担当者が機能を果たさなかつた	連携先の機関・担当者が機能を果たさなかつた
8	社会資源が不足していたため実施できなかつた	社会資源が不足していたため到達しなかつた
9	社会資源の質に問題があり実施できなかつた	社会資源の質に問題があり到達しなかつた
10	その他の理由で実施できなかつた/対象には不必要・非該当	その他の理由で到達しなかつた/対象には不必要・非該当

排泄障害事例訪問看護標準枠組<一般排泄障害用 4 : 後期アウトカム>

後 期	ア ウ ト カ ム 達成	パリアンス
目標	<input type="checkbox"/> 安全・快適に（苦痛なく）排泄ができる <input type="checkbox"/> 新しい排泄方法が上手にでき、排泄のリズムが整う <input type="checkbox"/> 心身ともに安定して生活できる <input type="checkbox"/> 家族の精神・肉体的負担が軽減する <input type="checkbox"/> チームがうまく連携し、連絡調整やケアが円滑に提供できる	
1 疾病経過	<input type="checkbox"/> 尿・便失禁がない/失禁の回数が減少した	
2 薬剤治療	<input type="checkbox"/> 副作用がない/最小限の下剤服用となる もれ、排尿困難がないあるいは軽減される	
3 尿管	<input type="checkbox"/> 排便が定期的にある <input type="checkbox"/> 排尿が3時間から4時間我慢できる	
4 検査	<input type="checkbox"/> 排尿状況に合わせてパッドや機器を使用できる	
5 理学療法	<input type="checkbox"/> 尿量は50cc以下である <input type="checkbox"/> 尿路感染はない	
6 セルフケア	<input type="checkbox"/> 移動が自立あるいは最低限の介助でできる <input type="checkbox"/> 便器の使用・衣類の着脱・後始末が自立・括約筋強化した	
7 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 排泄およびその他の状態について自由に話し感 情を開放することができる	
8 栄養	<input type="checkbox"/> 適量の水分・食事摂取ができる <input type="checkbox"/> 栄養の偏りがない	
9 日常生活	<input type="checkbox"/> 排泄にわずらわされずに日常生活を過ごせる	
10 安全	<input type="checkbox"/> 失禁による身体への悪影響がない <input type="checkbox"/> 排泄動作が安定し転倒などの危険がない	
11 清潔	<input type="checkbox"/> 臭気がない <input type="checkbox"/> 清潔に陰部・リネン・便器が清潔を保っている	
12 心理・社会	<input type="checkbox"/> 排泄障害から起こっていた尊厳・自信の喪失を取 り戻すことができる <input type="checkbox"/> 活発な社会参加が期待できる	
13 社会資源	<input type="checkbox"/> 福祉用具・人財資源・社会参加・情報ルートの確保	
14 家族	<input type="checkbox"/> 排泄介護から開放される <input type="checkbox"/> 自分の時間を持つことができる	
上記以外の看護内容		
他職種による援助内容		

排泄障害事例訪問看護標準枠組<留置カテーテル使用者用 1 : 前期ケア内容>

前 期	第 I 期 (抜去当日) 実施・確認 1日2~3階 ンス	第 II 期 (2 日 目 ~ 2 週 間) 実施・確認 バリア ンス
目標	<input type="checkbox"/> 排泄自立の重要性を理解する/希望する <input type="checkbox"/> ケア協力意志ができる <input type="checkbox"/> 経過と排泄リズムを把握し今後の方針を決定する <input type="checkbox"/> 排泄に必要な福祉用品が調達される <input type="checkbox"/> 自立度の維持・改善のための日常訓練計画ができる <input type="checkbox"/> 退院調整・在宅ケアに向けての環境整備ができる <input type="checkbox"/> 排泄障害の医学的検査を実施する <input type="checkbox"/> カテーテルが抜去できる/問題がない	<input type="checkbox"/> 排泄障害の改善に希望/意欲をもつ <input type="checkbox"/> 家族はおむね排泄方法とリズムに合った介護ができる <input type="checkbox"/> 決定した方針のもとに計画した排泄ケアを手順どおり行う <input type="checkbox"/> 現在の排泄状況に合った福祉用品を使っている/介護に慣れる <input type="checkbox"/> 自立度の維持・改善のための日常訓練計画が軌道に乗る <input type="checkbox"/> ケア協力、スタッフが確保でき、緊急時の対応体制ができる <input type="checkbox"/> 主治医および泌尿器科と看護師の協力体制が整う <input type="checkbox"/> 在宅での生活状況を把握し必要な計画修正をする <input type="checkbox"/> 必要に応じて間歇導尿できる
1 疾病経過	<input type="checkbox"/> 現在の排泄の確認 <input type="checkbox"/> 現病歴が排泄に及ぼす影響の確認 <input type="checkbox"/> 排泄状況の把握 <input type="checkbox"/> 全身状態の観察 <input type="checkbox"/> 尿路感染の有無の確認 <input type="checkbox"/> 間歇導尿の必要性が理解できる	<input type="checkbox"/> 在宅での排泄パターンの確認 <input type="checkbox"/> 問題の把握、排泄に伴う苦痛などの確認 <input type="checkbox"/> 便の状態把握 <input type="checkbox"/> 間歇導尿の必要性が理解できる <input type="checkbox"/> 間歇導尿の指導
2 薬剤治療	<input type="checkbox"/> 排泄に影響を及ぼす薬剤の確認と調整 <input type="checkbox"/> 内服薬の確認	<input type="checkbox"/> 薬物の効果・副作用の確認 <input type="checkbox"/> 治療薬の処方・調整 (口摺便、口洗腸、口その他)
3 尿管	<input type="checkbox"/> 排便管理方法の確認 (口摺便、口洗腸、口その他) <input type="checkbox"/> 排便管理方法の確認 <input type="checkbox"/> (口摺便カナ、口導尿、口自己導尿、口おむつ、口制導)	<input type="checkbox"/> 通切ないおむつ交換、排尿・排便誘導 <input type="checkbox"/> (口摺便、口洗腸、口排便周期に合わせた排便指導、口肛門刺激、 <input type="checkbox"/> 口洗浄便意、注入促進用具の導入、口間歇導尿の指導)
4 検査	<input type="checkbox"/> 排泄障害を起こす原因のチェック (口尿検査一般、口ストレステスト、口骨盤底筋肉内腔、 <input type="checkbox"/> パッドテスト、口残尿測定、口便意の知覚テスト、 <input type="checkbox"/> 口肛門括約筋チェック、口その他 ())	<input type="checkbox"/> 排泄障害を起こす原因のチェック (口尿検査一般、口ストレステスト、口骨盤底筋肉内腔、 <input type="checkbox"/> パッドテスト、口残尿測定、口便意の知覚テスト、 <input type="checkbox"/> 口肛門括約筋チェック、口その他 ()) <input type="checkbox"/> 排尿日記の作成・記録の確認 <input type="checkbox"/> 現病歴が排泄に及ぼす影響の確認 <input type="checkbox"/> 排泄状況の把握
5 理学療法	<input type="checkbox"/> 基本動作の確認 (移動) <input type="checkbox"/> 日常生活動作の確認 (更衣、便器の使用) <input type="checkbox"/> 食事摂取方法の確認	<input type="checkbox"/> 基本動作・排泄動作の確立 (端座位、移動、更衣) <input type="checkbox"/> 温湯法 <input type="checkbox"/> 適切な福祉用具の選定 <input type="checkbox"/> 骨盤底筋強化の訓練をする
6 セルフケア	<input type="checkbox"/> 排泄動作の自立度の確認 <input type="checkbox"/> 他人への依存度 <input type="checkbox"/> 間歇導尿の認可	<input type="checkbox"/> 日中の排泄自立度の向上 <input type="checkbox"/> 尿意/便意の知覚確立 <input type="checkbox"/> 間歇導尿の指導と練習
7 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 尿意の訴えの確認 <input type="checkbox"/> 理解度の確認	<input type="checkbox"/> 尿・便意の訴えの確認と促し
8 栄養	<input type="checkbox"/> 水分摂取と内容の確認 <input type="checkbox"/> 口腔内の状態確認 <input type="checkbox"/> 腸下状態の確認 <input type="checkbox"/> 食事量と内容の確認	<input type="checkbox"/> 尿ガラモンイエローになるくらいの水分摂取 <input type="checkbox"/> 口3食摂取 (一日30gの攝取) <input type="checkbox"/> 調理の確認
9 日常生活	<input type="checkbox"/> 一日の過ごし方の確認 <input type="checkbox"/> 衣類の確認	<input type="checkbox"/> 一日に3時間以上は座位を保つ <input type="checkbox"/> 一日の過ごし方の確認 <input type="checkbox"/> 住環境の確認と調整 <input type="checkbox"/> 衣類の確認と工夫
10 安全	<input type="checkbox"/> 転倒の危険性の確認 <input type="checkbox"/> むくみ、脱水の有無の確認 <input type="checkbox"/> 感染予防 <input type="checkbox"/> 腎機能低下予防	<input type="checkbox"/> 排泄動作の危険の確認 (転倒防止) <input type="checkbox"/> 動きやすい環境の調整 <input type="checkbox"/> 被創予防 <input type="checkbox"/> 感染予防 <input type="checkbox"/> 腎機能低下予防 <input type="checkbox"/> 寿の予防・改善
11 清潔	<input type="checkbox"/> 尿・便臭の確認 <input type="checkbox"/> スキントラブルの有無 <input type="checkbox"/> 卫生概念の確認	<input type="checkbox"/> 尿・便臭の有無確認と予防 <input type="checkbox"/> 尿・便臭の確認と除去 <input type="checkbox"/> 除臭洗浄 <input type="checkbox"/> 排泄用具の保管 <input type="checkbox"/> 家族の手洗い助行
12 心理・社会	<input type="checkbox"/> 自己像の確認する <input type="checkbox"/> 身体の不快さの確認 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> ストレスの度合い	<input type="checkbox"/> 排泄障害の受け止め方の確認 <input type="checkbox"/> 排泄障害により妨げられている社会参加の確認 <input type="checkbox"/> 心理的な支援 <input type="checkbox"/> 改善への意欲を確認し支援する
13 社会資源	<input type="checkbox"/> 退院後必要な資源の確認 <input type="checkbox"/> 資源活用の意図と理解の確認 <input type="checkbox"/> 生居の納得とトイレの位置、衛生環境の把握	<input type="checkbox"/> 資源の導入 <input type="checkbox"/> 資源提供メンバーと目標の確認 <input type="checkbox"/> 対話用具の使用
14 家族	<input type="checkbox"/> 排泄障害の理解の把握 <input type="checkbox"/> キーパーソンの確認 <input type="checkbox"/> 間歇導尿の必要性の説明 <input type="checkbox"/> 在宅に関する説明 <input type="checkbox"/> 家族に関する情報収集 <input type="checkbox"/> 在宅療養の意向とニーズの確認	<input type="checkbox"/> 排泄ケアの問題を自由に表現する <input type="checkbox"/> 希望する具体的な援助の表現 <input type="checkbox"/> 間歇導尿の指導と練習 <input type="checkbox"/> 腹痛・便秘の防止 <input type="checkbox"/> 社会資源が有効活用できる援助 <input type="checkbox"/> 介護をねぎらい心理的な支援をする

排泄障害事例訪問看護標準枠組<留置カテーテル使用者用 2 : 前期アウトカム>

在宅移行後、1~2週間を経過した時点で評価する。

前 期	ア ウ ト カ ム	バリアンス
目標	<input type="checkbox"/> 障害の改善に期待を持ち、家庭の排泄ケアに慣れる <input type="checkbox"/> 安全に生活できる <input type="checkbox"/> 現在の排泄状況に合った無駄のないケアができる <input type="checkbox"/> 現在の排泄状況に合った福祉用品を工夫・調達して介護に取り入れる <input type="checkbox"/> 排泄障害を含む自立度の維持・改善にむけた日常訓練を計画的に実施する <input type="checkbox"/> 問題解決へのチームアプローチ体制が整い、サービス提供できる	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 疾病経過	<input type="checkbox"/> 排泄障害が可逆的か不可逆的か判断できる <input type="checkbox"/> 治療の可能性が判別された <input type="checkbox"/> 問題解決の手順が明確になる	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 薬剤治療	<input type="checkbox"/> 薬剤による副作用が軽減／治療の効果ができる <input type="checkbox"/> 適切な時期に治療や服薬の調整ができる	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 処置	<input type="checkbox"/> 安全に排泄ができる <input type="checkbox"/> 苦痛なく排泄ができる／不要のカテーテルは抜去された	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 検査	<input type="checkbox"/> 残尿は50cc以下である <input type="checkbox"/> 尿路感染がない <input type="checkbox"/> 便失禁を起こす原因が判明する	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 理学療法	<input type="checkbox"/> 座位保持の時間が延長する <input type="checkbox"/> 排ガス・排便が促進される <input type="checkbox"/> 座位保持での排泄ができる <input type="checkbox"/> 適切な排泄介護用品を使用している	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 セルフケア	<input type="checkbox"/> 現在の障害克服プロセスを理解できる <input type="checkbox"/> 現状で必要な排泄技術を習得できる／間歇導尿できる <input type="checkbox"/> セルフケアの意識を高める	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 尿意・便意をわかり、必要なときには伝えることができる <input type="checkbox"/> 尿・便意をつかみ排泄のタイミングが確立できる	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 栄養	<input type="checkbox"/> 1000ccから1500ccの水分補給 <input type="checkbox"/> 正常な便塊が排泄できる食事摂取の確立 <input type="checkbox"/> 食物繊維量を一日20～25g程度摂取できる	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 日常生活	<input type="checkbox"/> 着たきではなく座位保持生活である <input type="checkbox"/> 排泄に適した衣類・環境である	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 安全	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 刈創ができない <input type="checkbox"/> 尿路感染を起こさない、改善する <input type="checkbox"/> 寄の予防・改善 <input type="checkbox"/> 腎機能が保たれる	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 清潔	<input type="checkbox"/> 尿・便臭がなくなる <input type="checkbox"/> スキントラブルがない	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 心理・社会	<input type="checkbox"/> 排泄障害改善への希望を持つ <input type="checkbox"/> 本人のストレスの緩和 <input type="checkbox"/> 排泄コントロールに前向きな姿勢ができる <input type="checkbox"/> 自己像障害が修復される	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13 社会資源	<input type="checkbox"/> 必要な社会資源を検討する <input type="checkbox"/> 活用できる社会資源を調達する <input type="checkbox"/> 現状に合った物品が選ばれ、整う	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14 家族	<input type="checkbox"/> 相当看護婦との信頼関係ができる <input type="checkbox"/> 家族のストレスが緩和できる <input type="checkbox"/> 現状で必要な排泄技術を習得できる／間歇導尿できる <input type="checkbox"/> 肉体的な介護負担が軽減する <input type="checkbox"/> 排泄ケアへの技術が習得できる <input type="checkbox"/> 排泄障害改善への希望を持てる	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
上記以外の看護内容		
他職種による援助内容		

排泄障害事例訪問看護標準枠組<留置カテーテル使用者用3:後期ケア内容>

後期は、週2~3回訪問看護する。期間は1年間

後 期	第Ⅲ期(訓練・治療期:訪問開始後3~24週間) 実施頻度 週2~3回	第Ⅳ期(安定期:訪問開始後24~48週間) パリアンス 実施頻度 週2~3回
目標	<input type="checkbox"/> 回復の段階に合う排泄自立の方法を選び、実施する <input type="checkbox"/> 家族は排泄方法とリズムに合った介護が上手になる <input type="checkbox"/> 介護者の生活リズムが整い、心的には安定している <input type="checkbox"/> チームメンバーが協調して役割を発揮している	<input type="checkbox"/> 可能な範囲での排泄自立が安定する <input type="checkbox"/> 介護者の介護負担が最小限になる <input type="checkbox"/> 必要な情報提供とサービス導入が円滑に行われている
1 疾病経過	<input type="checkbox"/> 排便習慣が確立され、問題なく排泄される <input type="checkbox"/> 排尿のパターンが明確になり、治療の効果が出る <input type="checkbox"/> 治療が不可能な排泄障害は環境が整備される	<input type="checkbox"/> 問題なく排便できる <input type="checkbox"/> できるだけ便器やトイレで排尿できる <input type="checkbox"/> 排泄障害によって問題が起こらない
2 薬剤治療	<input type="checkbox"/> 副作用の軽減、治療効果の確認	<input type="checkbox"/> 副作用の軽減、治療効果の確認
3 処置	<input type="checkbox"/> 朝食後の排便誘導 <input type="checkbox"/> 排便促進用具の活用 <input type="checkbox"/> 膀胱訓練 <input type="checkbox"/> 排尿・排便誘導	<input type="checkbox"/> 食後の排便誘導 <input type="checkbox"/> 排便促進用具の活用 <input type="checkbox"/> 膀胱訓練 <input type="checkbox"/> 排尿・排便誘導／間歇導尿できる
4 検査	<input type="checkbox"/> 排泄障害を起こす原因のチェック (□尿検査一般、□ストレステスト、□骨盤底筋内診、 □パッドテスト、□残尿測定、□便意の知覚テスト、 □肛門括約筋チェック、□その他()) <input type="checkbox"/> 排尿日記の作成往歴の確認 <input type="checkbox"/> 現病歴が排泄に及ぼす影響の確認 <input type="checkbox"/> 排泄状況の把握	<input type="checkbox"/> 排泄障害を起こす原因のチェック (□尿検査一般、□ストレステスト、□骨盤底筋内診、 □パッドテスト、□残尿測定、□便意の知覚テスト、 □肛門括約筋チェック、□その他()) <input type="checkbox"/> 排尿日記の作成往歴の確認 <input type="checkbox"/> 現病歴が排泄に及ぼす影響の確認 <input type="checkbox"/> 排泄状況の把握
5 理学療法	<input type="checkbox"/> 基本動作・排泄動作の安定(移動訓練、更衣がスムーズ) <input type="checkbox"/> 骨盤底筋強化訓練の実施	<input type="checkbox"/> 基本動作・排泄動作の安定(移動訓練、更衣がスムーズ)
6 セルフケア	<input type="checkbox"/> 尿意・便意にあわせて自分で排泄の用意ができる	<input type="checkbox"/> 尿意・便意にあわせて自分で排泄ができる
7 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 尿意・便意を的確に訴えることができる	<input type="checkbox"/> うまくできない時は共に考えることができる <input type="checkbox"/> 排泄ケアに協力的になる
8 栄養	<input type="checkbox"/> 安定して必要水分・食物を摂取することができる <input type="checkbox"/> 肥満の場合、減量方法を理解する	<input type="checkbox"/> 安定して必要水分・食物を摂取できる <input type="checkbox"/> 肥満の場合、原料方法を理解する
9 日常生活	<input type="checkbox"/> 外出することができる <input type="checkbox"/> 外出先で排泄の問題を持たないよう確認する	<input type="checkbox"/> 外出することができる <input type="checkbox"/> 外出先で排泄の問題を持つことがない
10 安全	<input type="checkbox"/> 家以外での排泄行為に危険がないか確認する/転倒予防 <input type="checkbox"/> 尿路感染しない <input type="checkbox"/> 骨機能低下しない	<input type="checkbox"/> 家以外での排泄行為に危険がないか確認する/転倒予防 <input type="checkbox"/> 尿路感染しない <input type="checkbox"/> 骨機能低下しない
11 清潔	<input type="checkbox"/> 尿・便臭は全くない <input type="checkbox"/> 屋内外に使用する排泄用具の保清ができる	<input type="checkbox"/> 尿・便臭は全くない <input type="checkbox"/> 屋内外に使用する排泄用具の保清ができる
12 心理・社会	<input type="checkbox"/> 外出に意欲が湧く <input type="checkbox"/> 排泄障害が外出の妨げにならないように援助する	<input type="checkbox"/> 外出に意欲が湧く <input type="checkbox"/> 排泄障害が外出の妨げにならないように援助する
13 社会資源	<input type="checkbox"/> 福祉用具の試用と入手	<input type="checkbox"/> 福祉用具の活用の確認
14 家族	<input type="checkbox"/> 福祉用具の有効活用ができる <input type="checkbox"/> 介護方法に慣れる <input type="checkbox"/> 環境整備に積極的に意見が出来るよう援助する	<input type="checkbox"/> 福祉用具の有効活用ができる <input type="checkbox"/> 介護方法に慣れる <input type="checkbox"/> 必要最低限の介護で負担が少ない
上記以外の看護内容		
他職種による援助内容		

パリアンスコード表

コード	パリアンス別別と内容	
	A(必要なケア内容を実施できなかった理由)	B(アウトカムを得ることができなかつた理由)
1 利用者の心身条件のため実施できなかった	利用者の心身条件のため実施できなかった	利用者の心身条件のため到達しなかった
2 利用者が拒否したあるいは希望がなかったためできなかった	利用者が拒否したあるいは希望がなかったためできなかった	利用者が拒否したあるいは希望がなかったためしなかった
3 家族が拒否したあるいは希望がなかったため実施できなかった	家族が拒否したあるいは希望がなかったため実施できなかった	家族が拒否したあるいは希望がなかったため到達しなかった
4 スタッフ数が足りないため実施できなかった	スタッフ数が足りないため実施できなかった	スタッフ数が足りないため到達しなかった
5 スタッフの能力不足のため実施できなかった	スタッフの能力不足のため実施できなかった	スタッフの能力不足のため到達しなかった
6 連携上の問題があり実施できなかった	連携上の問題があり実施できなかった	連携上の問題があり到達しなかった
7 連携先の機関・担当者が機能を果たさなかった	連携先の機関・担当者が機能を果たさなかった	連携先の機関・担当者が機能を果たさなかった
8 社会資源が不足していたため実施できなかった	社会資源の質に問題があり到達しなかった	社会資源の質に問題があり到達しなかった
9 社会資源の質に問題があり実施できなかった	その他の理由で実施できなかった/対象には不必要・非該当	その他の理由で到達しなかった/対象には不必要・非該当

排泄障害事例訪問看護標準枠組<留置カテーテル使用者用4:後期アウトカム>

後 期	ア ウ ト カ ム 達成	パ リ ア ン ス
目標	<input type="checkbox"/> 安全・快適に(苦痛なく)排泄ができる <input type="checkbox"/> 新しい排泄方法が上手にでき、排泄のリズムが整う <input type="checkbox"/> 心身ともに安定して生活できる <input type="checkbox"/> 家族の精神・肉体的負担が軽減する <input type="checkbox"/> チームがうまく連携し、連絡調整やケアが円滑に提供できる	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 疾病経過	<input type="checkbox"/> 尿・便失禁がない/失禁の回数が減少した <input type="checkbox"/> 排泄が自立できる	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 薬剤治療	<input type="checkbox"/> 副作用がない/最小限の下剤服用となる <input type="checkbox"/> もれ、排尿困難がないあるいは軽減される	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 処置	<input type="checkbox"/> 排便が定期的にある <input type="checkbox"/> 排尿が3時間から4時間我慢できる <input type="checkbox"/> 排尿状況に合わせてパッドや機器を使用できる	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 検査	<input type="checkbox"/> 残尿は50cc以下である <input type="checkbox"/> 尿路感染はない	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 理学療法	<input type="checkbox"/> 移動が自立あるいは最低限の介助できる <input type="checkbox"/> 便器の使用・衣類の着脱・便始末が自立/括約筋強化した	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 セルフケア	<input type="checkbox"/> 排泄がその人なりに自立できる	<input type="checkbox"/>
7 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 排泄およびその他の状態について自由に話し感 <input type="checkbox"/> 情を開放することができる	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 栄養	<input type="checkbox"/> 適量の水分・食事摂取ができる <input type="checkbox"/> 栄養の偏りがない	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 日常生活	<input type="checkbox"/> 排泄にわざわざされずに日常生活を過ごせる	<input type="checkbox"/>
10 安全	<input type="checkbox"/> 失禁による身体への悪影響がない <input type="checkbox"/> 排泄動作が安定し転倒などの危険がない	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 清潔	<input type="checkbox"/> 臭気がない <input type="checkbox"/> 尿路感染がない <input type="checkbox"/> 臀機能を正常に保つことができる <input type="checkbox"/> 潜根に陰部・リネン・便器が清潔を保っている	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 心理・社会	<input type="checkbox"/> 排泄障害から起っていた尊厳・自信の喪失を取り戻すことができる <input type="checkbox"/> 活発な社会参加が期待できる	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13 社会資源	<input type="checkbox"/> 福祉用具・人的資源・社会参加・情報ルートの確保	<input type="checkbox"/>
14 家族	<input type="checkbox"/> 排泄介護から開放される 自分の時間を持つことができる	<input type="checkbox"/>
上記以外の看護内容		
他職種による援助内容		

<標準枠組の記入方法>

1. 各ケア内容は、原則的にすべての排泄障害者ケアにおいて必要な項目である。
2. 各ケア内容を「実施した」または「確認した」場合には、それぞれ該当する□にチェックをつける。

後期 第Ⅲ期（訓練・治療期：訪問開始後3～6週間）週2～3回		バリアンス	
実施 確認			
14家族	<input type="checkbox"/>	□ 福祉用具の有効活用ができる	
	<input type="checkbox"/>	□ 介護方法に慣れる	
	<input checked="" type="checkbox"/>	□ 環境整備に積極的に意見が出せるよう援助する	

3. 該当する期間に実施も確認もしなかった場合には、ケア内容ごとに右欄部分にバリアンスコードを記入する。

後期 第Ⅲ期（訓練・治療期：訪問開始後3～6週間）週2～3回		バリアンス	
実施 確認			
14家族	<input type="checkbox"/>	□ 福祉用具の有効活用ができる	A 1
	<input type="checkbox"/>	□ 介護方法に慣れる	
	<input checked="" type="checkbox"/>	□ 環境整備に積極的に意見が出せるよう援助する	

4. 枠組内に示されたケア内容およびアウトカムが、その利用者にとって不要あるいは該当しない項目である場合には、バリアンス欄を斜線で消す。

後期 第Ⅲ期（訓練・治療期：訪問開始後3～6週間）週2～3回		バリアンス	
実施 確認			
14家族	<input type="checkbox"/>	□ 福祉用具の有効活用ができる	A 1
	<input type="checkbox"/>	□ 介護方法に慣れる	
	<input checked="" type="checkbox"/>	□ 環境整備に積極的に意見が出せるよう援助する	

5. 規程のケア期間が経過する時点でアウトカム評価を行い、達成ができなかった場合には、バリアンスBのコード番号を記入する。

後期	ア　ウ　ト　カ　ム	バリアンス
	達成	
14家族	排泄介護から開放される	<input type="checkbox"/> B 1
	自分の時間を持つことができる	<input checked="" type="checkbox"/>

大腿骨頸部骨折事例 訪問看護標準枠組

患者氏名()記載者:()

評価項目	退院前	パリアンス チェック(A)	療養生活1~3日 初回訪問 ケアの内容	パリアンス チェック(A)	在宅療養1週間目 (1~3回/週) ケアの内容	パリアンス チェック(A)	在宅療養2週間目 (1~3回/週) ケアの内容	パリアンス チェック(A)	患者の期待される成果/アウトカム	パリアンス チェック(B)
訪問看護職の行動目的	<input type="checkbox"/> 歩行のレベルの確認 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群の確認 <input type="checkbox"/> 転倒予防指導 <input type="checkbox"/> 機能訓練の進行状況の確認 <input type="checkbox"/> 患部の症状観察 <input type="checkbox"/> 介護者のリハビリ意欲の確認 <input type="checkbox"/> 在宅のアセスメントプラン作成		<input type="checkbox"/> 身体機能自立に向けての指導 <input type="checkbox"/> 歩行器、杖使用方法の指導援助 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群悪化防止 <input type="checkbox"/> 転倒予防の援助 <input type="checkbox"/> 患部の症状観察 <input type="checkbox"/> 介護者へリハビリ指導 <input type="checkbox"/> 在宅環境リズムの整備 <input type="checkbox"/> 在宅アセスメントの再確認と計画修正		<input type="checkbox"/> 身体機能自立に向けての指導 <input type="checkbox"/> 歩行器、杖使用方法の指導援助 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群悪化防止 <input type="checkbox"/> 転倒予防の援助 <input type="checkbox"/> 日中寝たきりにさせない <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 患部の症状観察 <input type="checkbox"/> 介護者へのリハビリ指導 <input type="checkbox"/> 生活リズムの整備(昼間起としておく) <input type="checkbox"/> リハビリ職との同行訪問 <input type="checkbox"/> 在宅計画実施		<input type="checkbox"/> 身体機能自立に向けての指導 <input type="checkbox"/> 歩行器、杖使用方法の指導援助 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群悪化防止 <input type="checkbox"/> 転倒予防の援助 <input type="checkbox"/> 日中寝たきりにさせない <input type="checkbox"/> 杖・歩行器歩行できるように援助 <input type="checkbox"/> 機能訓練の援助 <input type="checkbox"/> 患部の症状観察 <input type="checkbox"/> 介護者へリハビリ指導 <input type="checkbox"/> 環境リズムを整え、簡単な作業を勧める <input type="checkbox"/> 在宅計画実施		<input type="checkbox"/> できるだけ坐位になろうとしている <input type="checkbox"/> できるだけ立位になろうとしている <input type="checkbox"/> できるだけ歩行しようとしている <input type="checkbox"/> 家中での歩行器、杖の使用に慣れている <input type="checkbox"/> 合併症・廃用性症候群軽減し発生していない <input type="checkbox"/> 転倒していない <input type="checkbox"/> 日中寝ないよう意欲が見られる <input type="checkbox"/> 杖・歩行器歩行を家の中でも行っている <input type="checkbox"/> 機能訓練の意欲が見られる <input type="checkbox"/> 患部の痛み・腫脹・しびれ等がない <input type="checkbox"/> 介護者が患者を起こそうという意欲がみられる <input type="checkbox"/> 起床・就寝時間が安定し、日中起きて作業意欲がある	
疾病経過	<input type="checkbox"/> 全荷重許可確認 <input type="checkbox"/> 手術の有無、術式の確認 <input type="checkbox"/> 疾病経過の確認		<input type="checkbox"/> 患部の痛み、腫脹、しびれの観察 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群の観察、処置 <input type="checkbox"/> 一般状態の観察		<input type="checkbox"/> 患部の痛み、腫脹、しびれの観察 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群の観察、処置 <input type="checkbox"/> 一般状態の観察		<input type="checkbox"/> 患部の痛み、腫脹、しびれの観察 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群の観察、処置 <input type="checkbox"/> 一般状態の観察		<input type="checkbox"/> 患部の痛み、腫脹、しびれの無いことを確認 <input type="checkbox"/> 合併症・廃用性症候群が悪化していない <input type="checkbox"/> 一般状態が安定している	
検査	<input type="checkbox"/> X線写真で骨融合確認 <input type="checkbox"/> ROMテスト <input type="checkbox"/> 大腿部の周囲計測 <input type="checkbox"/> 筋力テスト		<input type="checkbox"/> ROMテスト <input type="checkbox"/> 大腿部の周囲計測 <input type="checkbox"/> 筋力テスト		<input type="checkbox"/> ROMテスト <input type="checkbox"/> 大腿部の周囲計測 <input type="checkbox"/> 筋力テスト		<input type="checkbox"/> ROMテスト <input type="checkbox"/> 大腿部の周囲計測 <input type="checkbox"/> 筋力テスト		<input type="checkbox"/> 下肢の関節拘縮が退院前より悪化していない <input type="checkbox"/> 大腿部の周囲が退院前よりも低下していない <input type="checkbox"/> 筋力が退院前よりも低下していない	
機能訓練	<input type="checkbox"/> 本人の意欲確認 <input type="checkbox"/> 疼痛観察 <input type="checkbox"/> 機能訓練の状況確認 <input type="checkbox"/> リハビリメニューの指示確認		<input type="checkbox"/> 本人の訓練に対する意欲支援 <input type="checkbox"/> 疼痛の有無確認 <input type="checkbox"/> 坐位・立位・歩行訓練指導		<input type="checkbox"/> 本人の意欲支援 <input type="checkbox"/> 疼痛の有無確認 <input type="checkbox"/> 坐位・立位・歩行訓練指導		<input type="checkbox"/> 本人の訓練に対する意欲支援 <input type="checkbox"/> 疼痛の有無確認 <input type="checkbox"/> 坐位・立位・歩行訓練指導		<input type="checkbox"/> 本人の意欲が見られる <input type="checkbox"/> 疼痛がみられない <input type="checkbox"/> 坐位・立位・歩行練習を実践している	
日常生活										
セルフケア ADL動作	<input type="checkbox"/> 食事動作確認 <input type="checkbox"/> 椅子・ベッド間の移乗動作確認 <input type="checkbox"/> 整容動作確認 <input type="checkbox"/> トイレ動作確認 <input type="checkbox"/> 入浴動作確認 <input type="checkbox"/> 移動動作(歩行状態等)確認 <input type="checkbox"/> 階段昇降確認 <input type="checkbox"/> 更衣動作確認 <input type="checkbox"/> 排便自創できるか確認 <input type="checkbox"/> 排尿自創できるか確認		<input type="checkbox"/> 食事動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 椅子・ベッド間移動の指導援助 <input type="checkbox"/> 整容の指導援助 <input type="checkbox"/> トイレ動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 入浴動作の援助指導 <input type="checkbox"/> 移動・歩行動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 階段動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 更衣の指導援助 <input type="checkbox"/> 排便状況の確認と指導援助 <input type="checkbox"/> 排尿状況の確認と指導援助		<input type="checkbox"/> 食事動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 椅子・ベッド間移動の指導援助 <input type="checkbox"/> 整容の指導援助 <input type="checkbox"/> トイレ動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 入浴動作の援助指導 <input type="checkbox"/> 移動・歩行動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 階段動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 更衣の指導援助 <input type="checkbox"/> 排便状況の確認と指導援助 <input type="checkbox"/> 排尿状況の確認と指導援助		<input type="checkbox"/> 食事動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 椅子・ベッド間移動の指導援助 <input type="checkbox"/> 整容の指導援助 <input type="checkbox"/> トイレ動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 入浴動作の援助指導 <input type="checkbox"/> 移動・歩行動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 階段動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 更衣の指導援助 <input type="checkbox"/> 排便状況の確認と指導援助 <input type="checkbox"/> 排尿状況の確認と指導援助		<input type="checkbox"/> 退院前よりも食事ができる <input type="checkbox"/> 退院前よりも椅子とベッド移乗できる <input type="checkbox"/> 退院前よりも整容できる <input type="checkbox"/> 退院前よりもトイレに行ける <input type="checkbox"/> 退院前よりも入浴できる <input type="checkbox"/> 退院前よりも移動歩行できる <input type="checkbox"/> 退院前よりも階段昇降できる <input type="checkbox"/> 退院前よりも更衣できる <input type="checkbox"/> 排便自創できる <input type="checkbox"/> 排尿自創できる	
IADL動作	<input type="checkbox"/> 食事の支度ができるか確認 <input type="checkbox"/> 外出時の移動できるか確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理ができるか確認		<input type="checkbox"/> 食事支度の指導援助 <input type="checkbox"/> 外出時の指導援助 <input type="checkbox"/> 服薬管理の指導援助		<input type="checkbox"/> 食事支度の指導援助 <input type="checkbox"/> 外出の指導援助 <input type="checkbox"/> 服薬管理の指導援助		<input type="checkbox"/> 食事支度の指導援助 <input type="checkbox"/> 外出時の指導援助 <input type="checkbox"/> 服薬管理の指導援助		<input type="checkbox"/> 食事の支度ができる <input type="checkbox"/> 外出の移動ができる <input type="checkbox"/> 服薬できる	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 痴呆の有無と程度確認		<input type="checkbox"/> 痴呆に対する観察と援助		<input type="checkbox"/> 痴呆に対する観察、援助		<input type="checkbox"/> 痴呆に対する観察、援助		<input type="checkbox"/> 痴呆がみられない	
栄養	<input type="checkbox"/> 体重確認 <input type="checkbox"/> 脱水補給		<input type="checkbox"/> 体重維持の確認と指導 <input type="checkbox"/> 水分補給の確認と指導		<input type="checkbox"/> 体重維持できているか確認指導 <input type="checkbox"/> 水分補給の確認指導		<input type="checkbox"/> 体重維持できているか確認指導 <input type="checkbox"/> 水分補給の確認指導		<input type="checkbox"/> 体重維持できている <input type="checkbox"/> 脱水が起きていない	
排泄	<input type="checkbox"/> 失禁・排尿障害観察 <input type="checkbox"/> 尿器・ポータブルトイレの必要性確認 <input type="checkbox"/> 便秘の有無確認		<input type="checkbox"/> 失禁・排尿障害の確認と指導 <input type="checkbox"/> 尿器・ポータブルトイレの確認と指導 <input type="checkbox"/> 便秘の確認と指導		<input type="checkbox"/> 失禁・排尿障害の観察援助 <input type="checkbox"/> 尿器・ポータブルトイレの使用状況観察 <input type="checkbox"/> 排便習慣・便秘の観察援助		<input type="checkbox"/> 失禁・排尿障害がない <input type="checkbox"/> 尿器・ポータブルトイレをうまく使用している <input type="checkbox"/> 排便習慣・便秘の観察援助			
安全	<input type="checkbox"/> 在宅環境準備の程度確認 <input type="checkbox"/> 転倒予防の指導の有無確認		<input type="checkbox"/> 在宅環境の確認 <input type="checkbox"/> 転倒予防の指導		<input type="checkbox"/> 在宅環境改善手続き完了 <input type="checkbox"/> 転倒予防の確認、指導		<input type="checkbox"/> 在宅環境改善手続き完了 <input type="checkbox"/> 転倒予防の確認、指導		<input type="checkbox"/> 在宅環境の問題が明確になっている <input type="checkbox"/> 転倒予防の注意事項を知っている	
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴・シャワー・浴指導の有無確認 <input type="checkbox"/> 感染予防指導の有無確認		<input type="checkbox"/> 入浴・シャワー・浴の指導と介助 <input type="checkbox"/> 感染予防の確認と指導		<input type="checkbox"/> 入浴・シャワー・浴方法指導・介助 <input type="checkbox"/> 感染予防指導		<input type="checkbox"/> 入浴・シャワー・浴方法指導・介助 <input type="checkbox"/> 感染予防指導		<input type="checkbox"/> 入浴・シャワー・浴が介助を受けてできる <input type="checkbox"/> 感染予防事項について知っている	
心理・社会 (家族、介護者)	<input type="checkbox"/> 在宅生活受け入れ状況の確認 <input type="checkbox"/> 在宅での不安確認 <input type="checkbox"/> 介護力確認 <input type="checkbox"/> 介護方法理解度確認		<input type="checkbox"/> リハビリ協力の確認 <input type="checkbox"/> 在宅での不安確認 <input type="checkbox"/> 介護の状況確認 <input type="checkbox"/> 介護方法相談		<input type="checkbox"/> リハビリに対し前向きになれるよう相談 <input type="checkbox"/> 在宅生活の実際の不安に対する相談 <input type="checkbox"/> 介護負担軽減のための相談 <input type="checkbox"/> 介護方法相談		<input type="checkbox"/> リハビリに対しての状況要望を聞く <input type="checkbox"/> 在宅生活不安の指導援助 <input type="checkbox"/> 介護負担軽減の援助 <input type="checkbox"/> 介護方法指導		<input type="checkbox"/> 家族、介護者が在宅生活・リハビリに慣れていている <input type="checkbox"/> 本人・家族の在宅生活の不安が表出し相談してくる <input type="checkbox"/> 介護者が介護を受容・対応する努力がみられる <input type="checkbox"/> 介護者が必要な介護を行っている	
社会資源	<input type="checkbox"/> ベッド及び手すりの必要性確認 <input type="checkbox"/> 福祉用具の必要性確認 <input type="checkbox"/> 住宅改修の必要性確認 <input type="checkbox"/> 外部介護者の必要性確認		<input type="checkbox"/> ベッド及び手すりの手続き <input type="checkbox"/> 補助用具の手続き <input type="checkbox"/> 住宅改修の手続き <input type="checkbox"/> 外部介護者利用の手続き		<input type="checkbox"/> 住宅構造改善の手続き <input type="checkbox"/> 補助具の必要性手続き <input type="checkbox"/> ベッド・手すり手続き <input type="checkbox"/> 介護・家事援助の手続き		<input type="checkbox"/> 住宅構造改善手続き完了の確認 <input type="checkbox"/> 補助具手続き完了の確認 <input type="checkbox"/> ベッド・手すりの使用状況確認 <input type="checkbox"/> ヘルパーとの関係確認		<input type="checkbox"/> 住宅構造改善が行われている <input type="checkbox"/> 必要な補助具を得られている <input type="checkbox"/> ベッド・手すりが設置されている <input type="checkbox"/> ヘルパーのケア内容や人間関係の調整	
薬剤治療	<input type="checkbox"/> 緩下剤使用確認 <input type="checkbox"/> その他の薬剤使用確認		<input type="checkbox"/> 緩下剤使用の確認と指導 <input type="checkbox"/> その他の薬剤使用の確認と指導		<input type="checkbox"/> 緩下剤使用確認 <input type="checkbox"/> その他の薬剤服薬状況の観察、指導		<input type="checkbox"/> 緩下剤使用確認 <input type="checkbox"/> その他の薬剤服薬状況の観察、指導		<input type="checkbox"/> 薬剤を調整しながら毎日排便あり <input type="checkbox"/> その他の薬剤を忘れずに内服できている	
上記以外行った看護内容 他職種の援助										

評価項目	在宅療養3週間目	パリアンス チェック (A)	在宅療養4週間目(約1ヶ月目) (1~3回/週)	パリアンス チェック (A)		パリアンス チェック (B)	在宅療養1~2ヶ月目 (1~3回/週)	パリアンス チェック (A)
訪問頻度	訪問頻度 (1~3回/週)		ケアの内容	ケアの内容	患者の期待される成果／アウトカム		ケアの内容	
訪問看護職の行動目的	<input type="checkbox"/> 身体機能自立に向けての指導 <input type="checkbox"/> 歩行器、杖使用方法の指導援助 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群悪化防止 <input type="checkbox"/> 転倒予防の援助 <input type="checkbox"/> 日中寝たきりにさせない <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 患部の症状観察 <input type="checkbox"/> 介護者ヘリハビリ確認指導 <input type="checkbox"/> 環境リズムを整え、簡単な作業を勧める。 <input type="checkbox"/> 在宅計画実施		<input type="checkbox"/> 身体機能自立に向けての援助 <input type="checkbox"/> 歩行器、杖使用方法の指導援助 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群悪化防止 <input type="checkbox"/> 転倒予防の援助 <input type="checkbox"/> 日中寝たきりにさせない <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 患部の症状観察 <input type="checkbox"/> 介護者ヘリハビリ確認指導 <input type="checkbox"/> 身の回りに興味を持つように援助 <input type="checkbox"/> リハビリ職との同行訪問 <input type="checkbox"/> 在宅計画評価・修正		<input type="checkbox"/> できるだけ座位になろうとしている <input type="checkbox"/> できるだけ立位になろうとしている <input type="checkbox"/> できるだけ歩行しようとしている <input type="checkbox"/> 歩行器、杖をうまく使っている <input type="checkbox"/> 合併症・廃用性症候群の発生なし <input type="checkbox"/> 転倒していない <input type="checkbox"/> 日中寝ていない <input type="checkbox"/> 杖・歩行器歩行を行っている <input type="checkbox"/> 機能訓練を主体的に行なっている <input type="checkbox"/> 患部の痛み・腫脹・しびれ等なし <input type="checkbox"/> 介護者が訓練を行なっている <input type="checkbox"/> 日中起きている		<input type="checkbox"/> 身体機能自立に向けての援助 <input type="checkbox"/> 歩行器、杖使用方法の指導援助 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群悪化防止 <input type="checkbox"/> 転倒予防の援助 <input type="checkbox"/> 日中寝たきりにさせない <input type="checkbox"/> 杖・歩行器歩行できるように援助 <input type="checkbox"/> 機能訓練(坐位・立位・歩行中心)の援助 <input type="checkbox"/> 患部の痛み・腫脹・しびれ等の症状観察 <input type="checkbox"/> 介護者ヘリハビリ実施の確認指導 <input type="checkbox"/> 身の回りに興味を持つように援助 <input type="checkbox"/> 在宅計画実施	
疾病経過	<input type="checkbox"/> 患部の痛み、腫脹、しびれの観察 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群の観察、処置 <input type="checkbox"/> 一般状態の観察		<input type="checkbox"/> 患部の痛み、腫脹、しびれの観察 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群の観察、処置 <input type="checkbox"/> 一般状態の観察		<input type="checkbox"/> 患部の痛み、腫脹、しびれの観察 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群が発生していない <input type="checkbox"/> 一般状態の観察		<input type="checkbox"/> 患部の痛み、腫脹、しびれの観察 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群の観察、処置 <input type="checkbox"/> 一般状態の観察	
検査	<input type="checkbox"/> ROMテスト <input type="checkbox"/> 大腿部の周囲計測 <input type="checkbox"/> 筋力テスト		<input type="checkbox"/> ROMテスト <input type="checkbox"/> 大腿部の周囲計測 <input type="checkbox"/> 筋力テスト		<input type="checkbox"/> 下肢の関節拘縮が悪化していない <input type="checkbox"/> 大腿部の周囲が低下していない <input type="checkbox"/> 筋力が低下していない		<input type="checkbox"/> ROMテスト <input type="checkbox"/> 大腿部の周囲計測 <input type="checkbox"/> 筋力テスト	
機能訓練	<input type="checkbox"/> 本人の訓練に対する意欲支援 <input type="checkbox"/> 疼痛の有無確認 <input type="checkbox"/> 坐位・立位・歩行訓練指導		<input type="checkbox"/> 本人の訓練に対する意欲支援 <input type="checkbox"/> 疼痛の有無確認 <input type="checkbox"/> 坐位・立位・歩行訓練指導 <input type="checkbox"/> 在宅でのリハビリメニュー評価・修正		<input type="checkbox"/> 本人の意欲が見られる <input type="checkbox"/> 疼痛がみられない <input type="checkbox"/> 坐位・立位・歩行練習を実践している		<input type="checkbox"/> 本人の訓練に対する意欲支援 <input type="checkbox"/> 疼痛の有無確認 <input type="checkbox"/> 坐位・立位・歩行訓練指導	
日常生活 セルフケア ADL動作	<input type="checkbox"/> 食事動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 椅子・ベッド間移動の指導援助 <input type="checkbox"/> 整容の指導援助 <input type="checkbox"/> トイレ動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 入浴動作の援助指導 <input type="checkbox"/> 移動・歩行動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 階段動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 更衣の指導援助 <input type="checkbox"/> 排便状況の確認と指導援助 <input type="checkbox"/> 排尿状況の確認と指導援助		<input type="checkbox"/> 食事動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 椅子・ベッド間移動の指導援助 <input type="checkbox"/> 整容の指導援助 <input type="checkbox"/> トイレ動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 入浴動作の援助指導 <input type="checkbox"/> 移動・歩行動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 階段動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 更衣の指導援助 <input type="checkbox"/> 排便状況の確認と指導援助 <input type="checkbox"/> 排尿状況の確認と指導援助		<input type="checkbox"/> 退院前よりも食事ができる <input type="checkbox"/> 退院前よりも椅子とベッド移乗できる <input type="checkbox"/> 退院前よりも整容できる <input type="checkbox"/> 退院前よりもトイレに行ける <input type="checkbox"/> 退院前よりも入浴できる <input type="checkbox"/> 退院前よりも移動歩行できる <input type="checkbox"/> 退院前よりも階段昇降できる <input type="checkbox"/> 退院前よりも更衣できる <input type="checkbox"/> 排便自制できる <input type="checkbox"/> 排尿自制できる		<input type="checkbox"/> 食事動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 椅子・ベッド間移動の指導援助 <input type="checkbox"/> 整容の指導援助 <input type="checkbox"/> トイレ動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 入浴動作の援助指導 <input type="checkbox"/> 移動・歩行動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 階段動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 更衣の指導援助 <input type="checkbox"/> 排便状況の確認と指導援助 <input type="checkbox"/> 排尿状況の確認と指導援助	
IADL動作	<input type="checkbox"/> 食事支度の指導援助 <input type="checkbox"/> 外出時の指導援助 <input type="checkbox"/> 服薬管理の指導援助		<input type="checkbox"/> 食事支度の指導援助 <input type="checkbox"/> 外出時の指導援助 <input type="checkbox"/> 服薬管理の指導援助		<input type="checkbox"/> 食事の支度ができる <input type="checkbox"/> 外出の移動ができる <input type="checkbox"/> 服薬できる		<input type="checkbox"/> 電話使用の指導援助 <input type="checkbox"/> 買い物の指導援助 <input type="checkbox"/> 食事支度の指導援助 <input type="checkbox"/> 洗濯の指導援助 <input type="checkbox"/> 外出時の指導援助 <input type="checkbox"/> 服薬管理の指導援助 <input type="checkbox"/> 家計管理できるように指導援助	
	<input type="checkbox"/> 周囲の人とのコミュニケーションの調整		<input type="checkbox"/> 周囲の人とのコミュニケーションの調整		<input type="checkbox"/> 周囲の人とコミュニケーションできる		<input type="checkbox"/> 周囲の人との人間関係調整	
	<input type="checkbox"/> 体重維持の確認 <input type="checkbox"/> 水分補給の確認指導		<input type="checkbox"/> 体重維持の確認指導 <input type="checkbox"/> 水分補給の確認指導		<input type="checkbox"/> 体重維持できている <input type="checkbox"/> 脱水が起きていない		<input type="checkbox"/> 体重測定 <input type="checkbox"/> 水分補給の確認指導	
排泄	<input type="checkbox"/> 失禁・排尿障害の観察援助 <input type="checkbox"/> 尿器・ポータブルトイレの使用状況観察 <input type="checkbox"/> 排便習慣・便秘の観察援助		<input type="checkbox"/> 失禁・排尿障害の観察援助 <input type="checkbox"/> 尿器・ポータブルトイレの使用状況観察 <input type="checkbox"/> 排便習慣・便秘の観察援助		<input type="checkbox"/> 失禁・排尿障害がない <input type="checkbox"/> 尿器・ポータブルトイレをうまく使用している <input type="checkbox"/> 便通が整っている		<input type="checkbox"/> 失禁・排尿障害の観察援助 <input type="checkbox"/> 尿器・ポータブルトイレの使用確認指導 <input type="checkbox"/> 排便習慣・便秘の観察援助	
安全	<input type="checkbox"/> 在宅環境改善手続き完了 <input type="checkbox"/> 転倒予防の確認、指導		<input type="checkbox"/> 在宅環境改善手続き完了 <input type="checkbox"/> 転倒予防の確認、指導		<input type="checkbox"/> 在宅環境の問題が明確になっている <input type="checkbox"/> 転倒予防に努めている		<input type="checkbox"/> 在宅環境改善手続き完了 <input type="checkbox"/> 転倒予防の確認、指導	
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴・シャワー・浴指導・介助 <input type="checkbox"/> 感染予防指導		<input type="checkbox"/> 入浴・シャワー・浴方法指導・介助 <input type="checkbox"/> 感染予防指導		<input type="checkbox"/> 入浴・シャワー・浴が介助を受けてできる <input type="checkbox"/> 感染予防事項について知っている		<input type="checkbox"/> 入浴・シャワー・浴方法指導・介助 <input type="checkbox"/> 感染予防指導	
心理・社会	<input type="checkbox"/> リハビリの状況要望確認 <input type="checkbox"/> 在宅生活の問題に対する具体的指導援助 <input type="checkbox"/> 介護負担軽減の援助 <input type="checkbox"/> 介護方法指導		<input type="checkbox"/> リハビリの状況要望確認 <input type="checkbox"/> 介護方法・工夫点指導		<input type="checkbox"/> 在宅生活・リハビリに慣れる <input type="checkbox"/> 在宅生活について相談していく <input type="checkbox"/> 介護に慣れてくる <input type="checkbox"/> 必要な基本的介護を行っている		<input type="checkbox"/> リハビリに対しての要望把握 <input type="checkbox"/> 在宅適応の確認 <input type="checkbox"/> 介護負担軽減の確認 <input type="checkbox"/> 介護方法・工夫点指導	
社会資源	<input type="checkbox"/> 住宅構造改善状況確認 <input type="checkbox"/> 補助具使用状況確認 <input type="checkbox"/> ベッド・手すりの使用状況確認 <input type="checkbox"/> ヘルパーのケア・人間関係の調整		<input type="checkbox"/> 住宅構造改善実施確認 <input type="checkbox"/> 補助具の使用状況確認 <input type="checkbox"/> ベッド・手すりの使用状況確認 <input type="checkbox"/> ヘルパーのケア・人間関係の調整		<input type="checkbox"/> 住宅構造改善が行われている <input type="checkbox"/> 必要な補助具を得られている <input type="checkbox"/> ベッド・手すりが設置されている <input type="checkbox"/> 介護・家事援助の調整ができている		<input type="checkbox"/> 住宅構造改善、活用の確認 <input type="checkbox"/> 補助具使用状況確認 <input type="checkbox"/> ベッド・手すりの使用状況確認 <input type="checkbox"/> ヘルパーとうまくいっているか確認する	
薬剤治療	<input type="checkbox"/> 緩下剤使用確認 <input type="checkbox"/> その他の薬剤服薬状況の観察、指導		<input type="checkbox"/> 緩下剤使用確認 <input type="checkbox"/> その他の薬剤服薬状況の観察、指導		<input type="checkbox"/> 薬剤を調整しながら毎日排便あり <input type="checkbox"/> その他の薬剤を忘れずに内服できている		<input type="checkbox"/> 緩下剤使用確認 <input type="checkbox"/> その他の薬剤服薬状況の観察、指導	
上記以外行った 看護内容 他職種の援助								

評価項目	在宅療養2ヶ月目	パリアンス チェック (A)	患者の期待される成果／アウトカム	パリアンス チェック (B)
訪問頻度 (1～3回／週)				
ケアの内容				
訪問看護職の行動目的	<input type="checkbox"/> 身体機能自立に向けての援助 <input type="checkbox"/> 歩行器、杖使用方法の指導援助 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群悪化防止 <input type="checkbox"/> 転倒予防の援助 <input type="checkbox"/> 日中寝たきりにさせない <input type="checkbox"/> 杖・歩行器歩行できるように援助 <input type="checkbox"/> 機能訓練(座位・立位・歩行中心)の援助 <input type="checkbox"/> 患部の痛み・腫脹・しびれ等の症状観察 <input type="checkbox"/> 介護者ヘルハビリ実施の確認指導 <input type="checkbox"/> 身の回りの作業、趣味に興味を持つように援助 <input type="checkbox"/> リハビリ職との同行訪問 <input type="checkbox"/> 在宅計画実施		<input type="checkbox"/> 坐位が自分でとれる <input type="checkbox"/> 立位に自分でとれる <input type="checkbox"/> 自分で歩行できる <input type="checkbox"/> 家の中の歩行器、杖をうまく使用 <input type="checkbox"/> 合併症・廃用性症候群の発生なし <input type="checkbox"/> 転倒していない <input type="checkbox"/> 日中起きて活動している <input type="checkbox"/> 機能訓練を主体的に行なっている <input type="checkbox"/> 患部の痛み・腫脹・しびれ等がない <input type="checkbox"/> 介護者が歩行援助を行なっている <input type="checkbox"/> 身の回りのこと、趣味を行なっている	
疾病経過	<input type="checkbox"/> 患部の痛み・腫脹・しびれの観察 <input type="checkbox"/> 合併症、廃用性症候群の観察、処置 <input type="checkbox"/> 一般状態の観察		<input type="checkbox"/> 患部の痛み・腫脹・しびれがない <input type="checkbox"/> 合併症・廃用性症候群はみられない <input type="checkbox"/> 一般状態が安定している	
検査	<input type="checkbox"/> ROMテスト <input type="checkbox"/> 大腿部の周囲計測 <input type="checkbox"/> 筋力テスト		<input type="checkbox"/> 下肢の関節拘縮が起きていない <input type="checkbox"/> 大腿部の周囲が低下していない <input type="checkbox"/> 筋力が低下していない	
機能訓練	<input type="checkbox"/> 本人の訓練に対する意欲支援 <input type="checkbox"/> 疼痛の有無確認 <input type="checkbox"/> 坐位・立位・歩行訓練指導 <input type="checkbox"/> 在宅でのリハビリ成果評価		<input type="checkbox"/> 生活の場での意欲がある <input type="checkbox"/> 疼痛がみられない <input type="checkbox"/> 日中坐位でいることが多い <input type="checkbox"/> 歩行している	
日常生活 セルフケア ADL動作	<input type="checkbox"/> 食事動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 椅子・ベッド間移動の指導援助 <input type="checkbox"/> 整容(手洗い・整髪等)の指導援助 <input type="checkbox"/> トイレ動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 入浴動作の援助指導 <input type="checkbox"/> 移動・歩行動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 階段動作の指導援助 <input type="checkbox"/> 更衣の指導援助 <input type="checkbox"/> 排便状況の確認と指導援助 <input type="checkbox"/> 排尿状況の確認と指導援助		<input type="checkbox"/> 自分で食事ができる <input type="checkbox"/> 自分で椅子とベッド移乗できる <input type="checkbox"/> 自分で整容できる <input type="checkbox"/> 自分でトイレに行ける <input type="checkbox"/> 自分で入浴できる <input type="checkbox"/> 自分で移動歩行できる <input type="checkbox"/> 自分で階段昇降できる <input type="checkbox"/> 自分で更衣できる <input type="checkbox"/> 排便自制できる <input type="checkbox"/> 排尿自制できる	
IADL動作	<input type="checkbox"/> 電話使用の指導援助 <input type="checkbox"/> 買い物の指導援助 <input type="checkbox"/> 食事支度の指導援助 <input type="checkbox"/> 洗濯の指導援助 <input type="checkbox"/> 外出時の指導援助 <input type="checkbox"/> 服薬管理の指導援助 <input type="checkbox"/> 家計管理できるように指導援助 <input type="checkbox"/> 周囲の人との人間関係調整		<input type="checkbox"/> 自分で電話使用できる <input type="checkbox"/> 自分で買い物できる <input type="checkbox"/> 自分で食事の支度ができる <input type="checkbox"/> 自分で洗濯できる <input type="checkbox"/> 自分で外出の移動ができる <input type="checkbox"/> 自分で服薬できる <input type="checkbox"/> 自分で家計管理できる <input type="checkbox"/> 周囲の人との関係が安定	
	<input type="checkbox"/> 体重維持の確認指導 <input type="checkbox"/> 水分補給の確認指導		<input type="checkbox"/> 体重維持できている <input type="checkbox"/> 脱水が起きていない	
排泄	<input type="checkbox"/> 失禁・排尿障害の観察援助 <input type="checkbox"/> 尿器・ポータブルトイレの使用状況観察 <input type="checkbox"/> 排便習慣・便秘の観察援助		<input type="checkbox"/> 失禁・排尿障害がない <input type="checkbox"/> 尿器・ポータブルトイレを調整して使用 <input type="checkbox"/> 便通が整っている	
安全	<input type="checkbox"/> 在宅環境改善手続き完了 <input type="checkbox"/> 転倒予防の確認、指導		<input type="checkbox"/> 在宅環境の問題が解決できている <input type="checkbox"/> 転倒予防している	
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴・シャワー浴方法指導・介助 <input type="checkbox"/> 感染予防指導		<input type="checkbox"/> 入浴・シャワー浴が介助を受けてできる <input type="checkbox"/> 感染予防事項を実行している	
心理・社会	<input type="checkbox"/> 在宅適応の確認 <input type="checkbox"/> 介護安定の確認 <input type="checkbox"/> 介護方法・工夫点指導		<input type="checkbox"/> 家族、介護者が在宅生活に適応している <input type="checkbox"/> 介護をうまくコントロールしている	
社会資源	<input type="checkbox"/> 住宅改修後の適用確認 <input type="checkbox"/> 補助具が届き実際の使用状況確認 <input type="checkbox"/> ベッド・手すりの使用状況確認 <input type="checkbox"/> 介護・家事援助の活用状況確認		<input type="checkbox"/> 住宅構造改善後適応している <input type="checkbox"/> 必要な補助具をうまく使用している <input type="checkbox"/> ベッド、手すりをうまく活用している <input type="checkbox"/> 介護・家事援助をうまく使用・調整している	
薬剤治療	<input type="checkbox"/> 緩下剤使用確認 <input type="checkbox"/> その他の薬剤服薬状況の観察、指導		<input type="checkbox"/> 薬剤を調整しながら毎日排便あり <input type="checkbox"/> その他の薬剤を忘れずに内服できている	
上記以外行った 看護内容 他職種の援助				

研究結果

I. 各事例群別予備調査と本調査の結果・考察

1) 現状維持、一定期間後に悪化が予想されるケア事例

A. 癌のターミナル期事例における訪問看護標準化枠組

1. 癌のターミナル期事例における訪問看護標準化枠組の作成意図

1) 我が国の悪性新生物で亡くなる割合

国民衛生¹⁾の動向によると、我が国の死因順位・死亡率の第一位を占めているのは悪性新生物であり、1981年からこの順位に変化はない。年齢別にみても、1995年厚生省「人口動態統計」によると、35歳から84歳までの死因順位・死亡数・死亡率・死亡割合は、第一位を占めている。85歳から89歳までは、脳血管疾患・心疾患について第三位である。このように、我が国では、悪性新生物で亡くなる割合が高い。その割合は高いのだが、死亡場所の割合は、1993年厚生省「人口動態統計」によると、施設内93.0%、施設外7.0%（自宅6.7%、その他0.3%）となっており、在宅死の割合が低い。そんな中、国の政策により在院日数短縮化・介護保険導入化が進みつつある現状で、医療処置に終わらず身体的にも精神的にも多大なケアを必要とするターミナル癌患者にとって、在宅を視野に入れたケアが充実されていく必要が早急にあると考える。

2) 在宅におけるターミナルケア

1980年初期、「在宅ケア」という言葉もはっきりした概念もなかったが、「病気は家庭で治すものである」というモットーで、ライフケアシステム²⁾という在宅介護をはじめ、末期がんを含んだ在宅医療が始められた。「在宅ケア」に積極的に取り組んだ先駆的活動と考えられる。そして、1982（昭和57）年8月に、老人保健法¹⁾が制定され、翌年2月から実施された。その老人保健法によって定められた保健事業の1つに訪問指導事業がある。この頃が訪問看護の初期と思われる。その後、1992年には老人訪問看護ステーションが、そして1994年には訪問看護ステーションが開設された。ステーション利用により公費で訪問看護が可能となった。1991年には、わが国で初めての在宅ホスピスケアに関するテキストブック³⁾が出版されている。つまり、在宅で末期患者を看取る歴史は、まだ浅く、施設内死亡がほとんどである。また、末期癌患者を地域で受け入れるには万全ではないところもある。しかし、上記理由の流れで、末期癌患者も在宅ケアを余儀無くされることもあり得る。2000年4月より介護保険が始まろうとしており、末期癌患者に対して、医療処置にのみ終わらない

ようなケアを示し、質保証をしていくことが重要と考える。そこで、在宅で末期癌患者を受け入れてきた実績があり、実際の経験をもとにしている出版本⁴⁾を参考にして、本研究の在宅ターミナルケアを考えていくことに意義はあろう。

3) ターミナルケアの訪問看護等に関する費用内訳⁵⁾

訪問看護では、(老人) 訪問看護末期基本療養費の算定の対象となり、週3日の限度からはずれ、毎日の訪問が可能である。

(1) (老人) 訪問看護末期基本療養費

保健婦、看護婦の場合…～3／週：5300円
4／週～：6300円

・特別地域訪問看護加算50／100

(2) (老人) 訪問看護管理療養費

・退院時共同指導加算
・24時間連絡体制加算：2500円

(3) (老人) 訪問看護ターミナルケア療養費 12000円

4) 訪問看護標準化枠組の作成について

今回、新規に在宅で訪問看護を開始する事例に用いる訪問看護標準化枠組の期間、目標、評価項目・内容、アウトカム設定は次の点を重視することが必要であると判断し、開発をすすめた。

(1) 医療機関退院後スムーズに在宅療養を開始できるように、訪問看護担当者は利用者の退院前に病床訪問・医師連絡を行うかまたは、試験外泊中に家庭訪問を行うなどして早期に情報収集を開始し、在宅療養移行の準備を行うよう計画する。

(2) 在宅でのケアを医療処置のみにならぬよう心理・社会面の看護内容も整える。

(3) 生活に早期に適応できるよう利用者に対するケアのみならず、家族ケアの看護内容を整える。

(4) 診療報酬外ではあるが、残された家族ケアを重視して、死別後訪問を行うよう計画する。

2. 調査 I (予備調査と訪問看護標準化枠組作成過程)

1) 対象

在宅ターミナル癌患者の特性とケアの実態を明らかにするために、過去の記録物に基づく記述調査を行った。対象は、平成9年9月から平成10年8月までの1年間において、研究協力2機関(訪問看護ステーション)が訪問看護を開始していた全11例(男性7例、女性4例、平均年齢70.4歳)であった(表1. 参照)。訪問期間は2ヶ月までとした。

2) 研究方法

ステーション管理者の協力の基に、利用者名は伏せて訪問看護記録一式の提出を依頼し、記録物調査を行った。調査内容は、利用者の背景、家族構成、本人の身体的自立度、訪問看護およびその他の職種の訪問日、援助内容、訪問回数、社会資源の利用状況等である。

表 1. 調査 I 対象の属性

事例	年齢	性別	主診断	その他の診断
1	76	男	肝臓癌	肝不全・意識障害
2	63	女	乳癌	骨転移・肺転移・脳転移・皮膚転移
3	80	男	肺癌	胸水・肺気腫・結腸癌術後・心不全・完全房室ブロック
4	86	男	肺癌	癌性腹膜炎・胃癌術後
5	65	女	脳腫瘍	右半身麻痺・神経因性膀胱
6	78	男	胃癌	転移性肺癌・脳梗塞後遺症・慢性硬膜下血腫術後
7	66	男	肺癌	脳転移・てんかん・歩行障害
8	71	男	大腸癌	転移性肝癌
9	72	男	肺癌	脳転移・肝硬変・糖尿病
10	61	女	乳癌	多発性骨転移
11	56	女	肺癌	肝転移・喉頭癌

3) 調査結果および訪問看護標準化枠組の作成

(1) 期間の設定

川越⁴⁾は、在宅ホスピスケアの諸相を導入期（準備期1週間、開始期1週間）、安定期（平均3～4ヶ月）、終末・臨死期（10日）、死別期（死亡直後1ヶ月、悲嘆回復期平均1年間）の4期にわけている。これをもとに、2ヶ月の研究期間内での期間設定を行った。導入期の開始期を1週間とし、その後を安定期、終末・臨死期とし、期間設定に関しては、看護職が終末期と判断した時からを境とし、安定期、終末期の期間日数設定はしなかった。そしてターミナルに関して、上記で述べたように毎日の訪問が診療報酬内で可能であり、頻度設定には個人差があるため、おおまかなものにした。死別後訪問は報酬外であるが、川越⁴⁾のいう死別期には家族へのケアが必要であり、これは事例データからも伺われたため、診療報酬の対象となっていないが、訪問期間を本研究において死別後1ヶ月の期間設定とし、訪問を1回以上と設定した。

(2) 目標設定

目標に関しては、データ事例の看護目標、川越⁴⁾のいうケアの目標の一部引用に加え、各時期におけるエキスパートナースからの言動による検討にて、目標設定を行った。

(3) 評価項目・ケア内容の設定

<評価項目について>

1991年に日本で初めて在宅ホスピスケアに関するテキストブック「家庭で看取る癌患者」³⁾が出版されてから、在宅ターミナルケアを可能にする要因・条件を題材にした研究が、ここ数年みられる。季羽^{6) 7)}は、在宅ホスピスケアの3原則として、症状コントロール、密接なコミュニケーション、家族のサポートをあげており、特に、家族全体としてとらえる必要性を強調している。そこで、我々は、共通項目（疾病経過、薬剤治療、処置、検査、理学療法、セルフケア、コミュニケーション、栄養、日常生活、安全、清潔、心理・社会、社会資源）に加え、痛み、緩和、家族の欄を設けた。データ事例からみて、家族ケアには、告知や死に対する精神的なものと、介護支援という身体的なものとにわけられるため、本人自身の心理・社会、セルフケアに対応させて、家族の心理・社会、家族（介護者）のセルフケアの2つの項目にわけ、加えた。排泄に関しては、共通項

目の栄養、日常生活、処置、清潔のいずれかに含まれるものであったが、ターミナルの場合、病状のみならず、薬剤・食事に影響される傾向にあり、また、データ事例においても、排泄に関する情報収集・アセスメント・処置は必要不可欠のものと判断され、新たに、共通項目に加えることにした。よって、ターミナル事例に関する評価項目は、共通項目に痛み、緩和、排泄、家族の心理・社会、家族のセルフケアの5項目を追加した。

<内容設定について>

ケア内容については、データ事例よりケア内容を集めた。表現については、訪問看護方法過程の観察・判断、ケア実施、患者・家族教育、物品設定・調達・準備⁸⁾の4つの表現方法を参考に使用した。表を作成するにあたって、データより、医療処置のみならず、社会・心理的な項目が多く抽出されたため、内容設定を行う際、心理面を強調し、また、文献を参考にした。

(4) 期間別アウトカム設定

アウトカム内容に関しては、データ事例の看護内容から検討し、在宅ホスピスに携わっているエキスペートナースの考えを基に内容設定した。また、アウトカム内容を考えるにあたって、カナダにおける標準化に向けた在宅の緩和ケア文献⁹⁾、アメリカのSTAT path 文献のSupportive Care for Terminal Illness、Colon Resection/Cancer/Ostomy Care、Pain Management等を参考にした。

(5) その他

<各時期の定義>

在宅ターミナル期における時期別は、様々である。中山¹⁰⁾は、ターミナル期を過ごす癌患者の療養期間を、在宅ケア導入期、中期、後期の3期間に分け、初回と2回目までの訪問期間を在宅ケア導入期、患者死亡前1週間を後期とし、中間を在宅ケア中間期として研究をしている。季羽¹¹⁾は、ターミナルケアの看護過程として、病状経過を症状安定期、病状進行の始まり(全身状態が悪化し始めた時)、症状進行が継続(治療の実施・継続)(症状コントロール)、症状重症化(命の限界が視野に入る)、臨死状態(危篤状態)、Dying Process(死を迎える時)、死別後の期間とより具体化して、看護目標、アセスメント、計画を述べている。淀川キリスト教病院ホスピス¹²⁾では、ターミナルステージをターミナル前期(生命予後6ヶ月～数ヶ月)、ターミナル中期(生命予後数週間)、ターミナル後期(生命予後数日)、死亡直前期(生命予後数時間)としてそれぞれを生命予後にわけ、

患者に対するケア・家族に対するケアを述べているものもある。そして、川越⁴⁾は、前述したように導入期、安定期、終末・臨死期、死別期と大きくわけている。本研究の作成意図の在宅ターミナルケアで述べた理由より川越の提唱している4期を基に、訪問看護の枠組作成をする。なお、本研究はレトロスペクティヴな研究ではないため、終末・臨死期を死亡の10日ないし1週間前からというような後追い定義は成り立たない。日本版在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン¹³⁾では死期の近づいたときの症状として、内田¹⁴⁾のいう「苦しそうな呼吸、うめき、唸り声、死相(顔面蒼白、眼窩がくぼむ、口唇の乾燥、チアノーゼ)、痙攣、激しい動き、以上な興奮状態、全身の浮腫、体温、血圧の低下、脈拍の弱化、尿量の低下」、柏木¹⁵⁾のいう「時間・場所・親しい人々についての認識が混乱、日中眠って過ごすことが多くなり目覚めが困難、唾液が喉にたまる、聴力・視力低下、食欲低下、落ち着きなく妄想が出る」を引用している。そこで、本研究では、上記文献と、エキスパートナースの言動より以下のように定義した。

導入期(準備期)

：退院前

導入期(開始期)

：在宅療養1～7日目

安定期

：在宅での生活が安定した時(症状がある程度一定)。

薬剤治療が一定で、維持できる。本人も慣れて介護者も落ち着く。急変する可能性もあるが、それに適切に適応でき、医療者とつながっていることを認識でき、看護職を毎日よばなくとも生活をおくることができる。等にあてはまり、在宅療養8日目から看護職が安定期終(終末・臨死期前)と判断した時まで。

終末・臨死期

：患者の死がいよいよ差し迫ってくる時。

安定期ではない。食べられない。傾眠がち。呼吸状態に変化あり。病状・状況がかわってきてている。変化あり、いよいよ本当に亡くなると看護職が判断した時。Dr のムンテラで1週間以内などの説明がされた時。等にあてはまり、看護職が終末・臨死期と判断した時から亡くなるまで

死別期

：死亡後

<ターミナルの定義>

ターミナル期事例：医師によりおおむね予後 6 ヶ月と診断されている事例

<疼痛>

疼痛の経過を見るために、標準化された枠組とともに使用できるように疼痛の経過一覧表(表 2)を作成した。目的は、疼痛の程度をアセスメントし、疼痛緩和治療の効果を評価することである。秋山¹⁶⁾は在宅でのがん終末期患者の痛みの特徴として、痛みの認知に影響する因子は相互作用していることを述べている。本研究では、症状の 1 つである疼痛の度合いによってケア実施やアウトカムに影響を及ぼし得ると考え、直接本人と話すことができなくても、看護者の観察判断、または本人の側にいる家族よりの情報・観察判断によっても疼痛番号がとれるよう配慮した。(表 2. 参照)

表 2. 疼痛の経過一覧表

標準訪問看護計画に沿って訪問看護を行った都度、以下の項目に記入して下さい。

<注>

必ず、フェース・スケールを使うという義務はありません。

(スケールは表現できない人の 1 つの表現手段の為、本人の言語・非言語的表現、家族・介護者の表現・判断、看護者の観察による番号選択でも結構です。)

尚、本人の痛みの表現・部位、安静時・体動時の痛みなど、また、家族者・介護者からの情報、看護職の観察などありましたら、他の欄にご記入くださいますようよろしくお願ひ致します。

月/日(時)	疼痛 ※ (番号選択)	疼痛番号選択 者(番号選択)	鎮痛剤	その他
/ ()	1・2・3・4・5	1・2・3		
/ ()	1・2・3・4・5	1・2・3		
/ ()	1・2・3・4・5	1・2・3		
/ ()	1・2・3・4・5	1・2・3		
/ ()	1・2・3・4・5	1・2・3		
/ ()	1・2・3・4・5	1・2・3		
/ ()	1・2・3・4・5	1・2・3		
/ ()	1・2・3・4・5	1・2・3		
/ ()	1・2・3・4・5	1・2・3		

* 尚、この調査票にフェイススケール(1.痛みがない.2.少し痛いががまんできる.3.痛い.4.かなり痛い.5.非常に痛くてがまんできない)を添付した。

(6) 癌のターミナル期事例訪問看護標準化枠組の作成

以上の予備調査および、文献による知見、癌のターミナル期事例の特徴から表4. のような癌のターミナル期事例訪問看護標準化枠組を作成した。

尚、各評価項目内の看護援助内容数、訪問頻度およびアウトカムへの到達評価項目数は表3. の通りである。

表3. 各評価項目内の看護援助内容数・アウトカムへの到達評価項目数

	導入期(準備期)	導入期(開始期)	アウトカム	定期期	アウトカム	終末・臨死期	アウトカム	死別期	アウトカム
在宅療養日数	退院前	在宅療養1~7日目 (約1週間)		在宅療養8日目~		在宅療養()日目 ~		死亡後~	
訪問頻度	1回以	1回~連日/週		1回~連日/週		1回~連日/週		(必要に応じて1回以上)	
看護職の行動目標	1	3	4	4	4	1	3	1	2
疾病経過	1	4	1	4	1	4	1		
薬剤治療	1	4	1	4	1	4	1		
痛み	1	3	2	3	2	3	2		
処置	1	9	2	9	2	9	1	2	1
検査	1	3	1	3	1	3	1		
理学療法	1	2	3	2	3	2	3		
緩和	1	3	2	3	2	3	2		
栄養	1	5	3	5	3	5	3		
排泄	1	5	2	5	2	5	2		
日常生活	1	4	2	4	2	4	1		
安全	1	6	1	6	1	6	1		
清潔	1	5	2	5	2	5	2		
社会資源	4	5	2	5	2	5	2	2	2
コミュニケーション	1	3	3	3	3	3	3		
心理・社会	3	9	1	9	2	9	1		
セルフケア	1	6	1	6	1	6	1		
家族の心理・社会	4	8	3	8	3	8	3	3	3
家族・(介護者)のセルフケア	1	6	1	6	1	6	1	3	2
計	26	90	33	90	34	90	31	10	8

表4-1 病のターミナル期事例 訪問看護標準化枠組（退院前から導入期＜開始期＞まで）予備調査用

訪問頻度 訪問目標 評価項目	導入期(準備期)(病床 訪問・訪問外泊中の訪問会) 退院前；1回以上	導入期(開始期)(約1週間) 在宅療養1～7日目；1回～連日／週	利用者のアウトカム(期待される結果)	
看護師の行動目標 Nurse's Goal	<input type="checkbox"/> 退院調整・物品の準備をし環境を整え、病院より在宅へ、スムーズに移行する	<input type="checkbox"/> 情報収集、問題把握、必要な援助が計画・実践して、在宅で過ごす環境を整える <input type="checkbox"/> 利用者・家族との信頼関係を築く <input type="checkbox"/> 利用者・家族に対し、在宅生活に必要な知識や手技、症状変化の対応を教育し、在宅で安心して生活を送れる自信をつける援助をする	<input type="checkbox"/> 医療者との信頼関係が築ける <input type="checkbox"/> 在宅生活に必要な知識や手技の理解ができる <input type="checkbox"/> 症状の変化に対する対応を理解できる <input type="checkbox"/> 在宅で安心して生活を送ることができる自信がもてる	
疾病経過 Disease Process	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 情報収集(經過・問題の把握等) <input type="checkbox"/> 合併症の観察・判断	<input type="checkbox"/> 症状の観察・判断 <input type="checkbox"/> 教育・指導	<input type="checkbox"/> 安定した経過が維持される
薬剤治療 Medication	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 薬剤使用(種類・数・時間帯・頻度・方法等)観察・判断 <input type="checkbox"/> 与薬・点滴・注射等の実施	<input type="checkbox"/> 副作用のモニタリング <input type="checkbox"/> 教育・指導	<input type="checkbox"/> 薬剤に対するトラブルがない
痛み Pain	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 疼痛状態の観察・判断(痛みの表現の言語・非言語的な把握含む) <input type="checkbox"/> 疼痛のケア実施・管理	<input type="checkbox"/> 疼痛に対する表現ができる(言語的・非言語的) <input type="checkbox"/> 疼痛コントロールができている	
処置 Treatment	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 必要物品の準備 <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル管理(HIT)□酸素吸入器管理(HOT) <input type="checkbox"/> 褥創・キレテラグリムの処置□背・尿カテーテル管理 <input type="checkbox"/> 持続皮下注射器管理□気管切開管理	<input type="checkbox"/> PTCDカテーテル管理 <input type="checkbox"/> 教育・指導	<input type="checkbox"/> 必要な医療管理方法が理解できる <input type="checkbox"/> 安全に生活をおくれる
検査 Tests	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> パルサオメトリー測定	<input type="checkbox"/> 酸素飽和度(SpO2)測定 <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 身体状況の評価ができる
理学療法 Physical Therapy Activity	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> リハビリ・理学療法・排痰法(安楽な移動・動作ができる方法等含む)の観察・判断 <input type="checkbox"/> リハビリ・理学療法・排痰法(安楽な移動・動作ができる方法等含む)の実施・教育	<input type="checkbox"/> ADL/LADLを維持する <input type="checkbox"/> 気道浄化(排痰)に問題がない <input type="checkbox"/> 安楽な移動・動作ができる	
緩和 Palliative	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 苦痛症状の観察・判断 <input type="checkbox"/> 苦痛緩和方法の教育	<input type="checkbox"/> 苦痛が軽減される <input type="checkbox"/> 安楽が得られる	
栄養 Diet, Fluid	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 食事摂取量内容の観察・判断(飲水量・IN-OUT・脱水症状・栄養状態の觀察含む) <input type="checkbox"/> 嚥下状態の観察・判断 <input type="checkbox"/> 食事介助実施 <input type="checkbox"/> 食事に関する教育支援(食の楽しみの支援含む)	<input type="checkbox"/> 食の楽しみがもてる(食事摂取している場合) <input type="checkbox"/> 食事摂取に関する現状の受容ができ、問題をもたない <input type="checkbox"/> 食に対するストレスがない	
排泄 Excretion	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 排便(回数・量・性状等)観察・判断(便秘・失禁の観察含む) <input type="checkbox"/> 排便に関するケア実施 <input type="checkbox"/> 排尿(回数・量・性状等)観察・判断(失禁含む) <input type="checkbox"/> 排尿に関するケア実施	<input type="checkbox"/> 排泄がスムーズにいく <input type="checkbox"/> 排泄に関する苦痛・ストレスがない	
日常生活 Daily Life	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 睡眠状態と睡眠満足度観察・判断 <input type="checkbox"/> 生活リズム観察・判断	<input type="checkbox"/> 睡眠を促すためのケア実施 <input type="checkbox"/> 趣味・生き甲斐への援助	<input type="checkbox"/> 熟睡が得られて満足できる <input type="checkbox"/> 困難なく日常生活を送ることができる
安全 Safety	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 転倒・誤嚥・感染の予防・危険性の観察判断 <input type="checkbox"/> 居住環境整備の必要性の判断・実施 <input type="checkbox"/> 緊急連絡方法等の教育 <input type="checkbox"/> 緊急連絡の必要性観察・判断□緊急連絡の実施	<input type="checkbox"/> 緊急時に対する対応が理解でき、在宅で過ごす自信がもて不安が軽減される	
清潔 Hygiene	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 皮膚の状態の観察・判断 <input type="checkbox"/> 保清の援助の実施 <input type="checkbox"/> 身体の清潔のための教育	<input type="checkbox"/> 身体の清潔が保たれる <input type="checkbox"/> 感染症状がない	
社会資源 Social Service	<input type="checkbox"/> 医療機関等(主治医含)からの情報収集 <input type="checkbox"/> 退院調整(社会資源の活用含む) <input type="checkbox"/> 他機関との調整 <input type="checkbox"/> 必要物品の準備	<input type="checkbox"/> 利用中の社会資源 <input type="checkbox"/> 必要な社会資源の判断 <input type="checkbox"/> 他機関との調整 <input type="checkbox"/> 必要物品の選定・調達・準備 <input type="checkbox"/> 経済金銭管理状態観察・判断、教育・制度紹介	<input type="checkbox"/> 連携がスムーズで、チームに対する不安がない <input type="checkbox"/> 在宅サービスと共に入院サービスの保証がある	
コミュニケーション Communication	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 認知レベル・意識状態観察・判断(3-3-9度方式等含む) <input type="checkbox"/> コミュニケーション状態・意欲の観察・判断 <input type="checkbox"/> コミュニケーション状態・意欲に関するケア実施	<input type="checkbox"/> 自分の意志が伝えられる <input type="checkbox"/> 意思疎通がはかれる <input type="checkbox"/> 家族との会話ができる(言語的・非言語的)	
心理・社会 Psycho・Social	<input type="checkbox"/> 病気の理解の確認 <input type="checkbox"/> ニートの把握 <input type="checkbox"/> 在宅に関する説明	<input type="checkbox"/> 精神状態(支援の必要性)の観察・判断 <input type="checkbox"/> 精神面のケア実施(訴えを聞く等を含む) <input type="checkbox"/> 家族・人間関係の観察・判断と調整実施 <input type="checkbox"/> 告知の有無 <input type="checkbox"/> 終末期を過ごす場所の把握(どのような最期を望むかの把握) <input type="checkbox"/> 死への受容の観察・判断 <input type="checkbox"/> 教育の実施	<input type="checkbox"/> 疾患に関する理解の把握 <input type="checkbox"/> 今後、どのように過ごしていくかを表現でき、自分で認識できる	
セルフケア Self Care	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> ADL(歩行・移乗・ベッド上可動性等)状態の観察・判断 <input type="checkbox"/> 歩行・移乗・ベッド上介助・体位変換実施 <input type="checkbox"/> ADL低下による日常生活困難の理解 <input type="checkbox"/> 更衣・排泄・食事等の介助実施 <input type="checkbox"/> IADLの程度の観察・判断 <input type="checkbox"/> 教育	<input type="checkbox"/> 身の周りに不自由しない	
家族へのケア	家族へのケア	家族へのケア	家族のアウトカム	
家族の心理・社会 Family's Psycho・Social	<input type="checkbox"/> 病気の理解の確認 <input type="checkbox"/> ニートの把握 <input type="checkbox"/> その他情報収集 <input type="checkbox"/> 在宅に関する説明	<input type="checkbox"/> 精神状態(支援の必要性)の観察・判断 <input type="checkbox"/> 精神面のケア実施(訴えを聞く等を含む) <input type="checkbox"/> 家族・人間関係の観察・判断と調整実施 <input type="checkbox"/> 告知の有無 <input type="checkbox"/> 疾患に関する理解の把握 <input type="checkbox"/> 終末期を過ごす場所の把握(どのような最期を望むかの把握) <input type="checkbox"/> 死への受容の観察・判断 <input type="checkbox"/> 教育・指導	<input type="checkbox"/> 医療者との信頼関係が築ける <input type="checkbox"/> 在宅生活に必要な知識や手技、症状の変化に対する対応を理解し、在宅で安心して生活を送ることができる自信がもてる <input type="checkbox"/> 利用者が在宅で過ごせる自信をもてたことを認識する	
家族(介護者)のセルフケア Family's Self Care	<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 主・副介護者の把握(介護力の観察・判断) <input type="checkbox"/> 健康状態の観察・判断 <input type="checkbox"/> 介護知識の観察・判断(ケアのチェック含む)、介護指導の必要性観察・判断 <input type="checkbox"/> (健康悪化への)ケア実施 <input type="checkbox"/> 教育指導(介護方法・健康維持等) <input type="checkbox"/> 介護者の代替・家事援助の必要性観察判断	<input type="checkbox"/> 肉体的負担が軽減する	

表 4-2 症のターミナル期事例 訪問看護標準化枠組（定期期） 予備調査用

訪問頻度 評価項目	定期期 在宅療養 8日目～； 1回～連日／週	利用者のアウトカム(期待される結果)	
看護職の行動目標 Nurse's Goal	<p>□情報収集し、問題を把握し、必要な援助を計画・実践し、安定して在宅で過ごせる環境を整えていく</p> <p>□症状があっても危機管理できるような教育・援助をする</p> <p>□密接なコミュニケーションをもつ</p> <p>□家族間の意見調整をし、看取りへ向けての準備と家族の教育をする</p>	<p>□医療者といつでも連絡がとれるという信頼・安心感をもてる</p> <p>□在宅生活に必要な知識や手技、症状の急変に対する対応を理解し、また実践でき、在宅で安心して生活を送ることができる</p> <p>□死を受容できる</p> <p>□残された時を充実して、できるだけ快適に過ごせる</p>	
疾病経過 Disease Process	<p>□情報収集(経過・問題の把握等)</p> <p>□合併症の観察・判断</p>	<p>□症状の観察・判断</p> <p>□教育・指導</p>	<p>□安定した経過が維持される</p>
薬剤治療 Medication	<p>□薬剤使用(種類・数・時間帯・頻度・方法等)観察・判断</p> <p>□点滴・点滴・注射等の実施</p>	<p>□副作用のモニタリング</p> <p>□教育・指導</p>	<p>□薬剤に対するトラブがない</p>
痛み Pain	<p>□疼痛状態の観察・判断(痛みの表現の言語・非言語的な把握含む)</p> <p>□疼痛のケア実施・管理</p>	<p>□疼痛緩和法の教育・指導</p>	<p>□疼痛に対する表現ができる(言語的・非言語的)</p> <p>□疼痛コントロールができる</p>
処置 Treatment	<p>□必要物品の準備</p> <p>□中心静脈ケーブル管理(HIT)</p> <p>□酸素吸入器管理(HOT)</p> <p>□搬創・オシナブルの処置</p> <p>□口唇・尿床マネジメント</p> <p>□PTCDリード管理</p> <p>□持続皮下注射器管理</p> <p>□気管切開管理</p>	<p>□酸素吸入器管理(HOT)</p> <p>□教育・指導</p>	<p>□必要な医療管理方法が理解できる</p> <p>□安全に生活をおくれる</p>
検査 Tests	<p>□パルサーカラバ 测定</p> <p>□酸素飽和度(SpO2)測定</p> <p>□血液検査</p>		<p>□身体状況の評価ができる</p>
理学療法 Physical Therapy Activity	<p>□リハビリ・理学療法・排痰法(安楽な移動・動作ができる方法等含む)の観察・判断</p> <p>□リハビリ・理学療法・排痰法(安楽な移動・動作ができる方法等含む)の実施・教育</p>		<p>□ADL/LADLを維持する</p> <p>□気道净化(排痰)に問題がない</p> <p>□安楽な移動・動作ができる</p>
緩和 Palliative	<p>□苦痛症状の観察・判断</p> <p>□苦痛緩和の実施・管理</p> <p>□苦痛緩和方法の教育</p>		<p>□苦痛が軽減される</p> <p>□安楽が得られる</p>
栄養 Diet, Fluid	<p>□食事摂取量内容の観察・判断(飲水量・IN-OUT・脱水症状・栄養状態の観察含む)</p> <p>□嚥下状態の観察・判断</p> <p>□食事摂取に関する精神的理解の観察・判断</p> <p>□食事介助実施</p> <p>□食事に関する教育支援(食の楽しみの支援含む)</p>		<p>□食の楽しみがもてる(食事摂取している場合)</p> <p>□食事摂取に関する現状の受容ができ、問題をもたない</p> <p>□食に対するストレスがない</p>
排泄 Excretion	<p>□排便(回数・量・性状等)観察・判断(便秘・失禁の観察含む)</p> <p>□排便に関するケア実施</p> <p>□排尿(回数・量・性状等)観察・判断(失禁含む)</p> <p>□排尿に関するケア実施</p> <p>□教育</p>		<p>□排泄がスムーズにいく</p> <p>□排泄に関する苦痛・ストレインがない</p>
日常生活 Daily Life	<p>□睡眠状態と睡眠満足度観察・判断</p> <p>□睡眠を促すためのケア実施</p> <p>□生活リズム観察・判断</p> <p>□趣味・生き甲斐への援助</p>		<p>□熟睡が得られて満足できる</p> <p>□困難なく日常生活を送ることができる</p>
安全 Safety	<p>□転倒・誤嚥・感染の予防・危険性の観察判断</p> <p>□居住環境整備の必要性の判断・実施</p> <p>□緊急時の対処の理解の確認</p> <p>□緊急連絡方法等の教育</p> <p>□緊急連絡の必要性観察・判断</p> <p>□緊急連絡の実施</p>		<p>□緊急時に対する対応が理解し、また実践でき、在宅で過ごす自信がもて安心して生活を送ることができる。</p>
清潔 Hygiene	<p>□皮膚の状態の観察・判断</p> <p>□身体の清潔介助の必要性判断</p> <p>□口清潔の援助の実施</p> <p>□寝具・リネン交換必要性観察判断・実施</p> <p>□身体の清潔のための教育</p>		<p>□身体の清潔が保たれる</p> <p>□感染症状がない</p>
社会資源 Social Service	<p>□利用中の社会資源</p> <p>□必要な社会資源の判断</p> <p>□他機関との調整</p> <p>□必要物品の選定・調達・準備</p> <p>□経済金銭管理状態観察・判断・教育・制度紹介</p>		<p>□連携がスムーズで、チームに対する不安がない</p> <p>□在宅サービスと共に入院サービスの保証がある</p>
コミュニケーション Communication	<p>□認知ハック・意識状態観察・判断(3-3-9度方式等含む)</p> <p>□コミュニケーション状態・意欲の観察・判断</p> <p>□コミュニケーション状態・意欲に関するケア実施</p>		<p>□自分の意志が伝えられる</p> <p>□意思の疎通がはかれる</p> <p>□家族との会話ができる(言語的・非言語的)</p>
心理・社会 Psyco-Social	<p>□精神状態(支援の必要性)の観察・判断</p> <p>□役割遂行状態の観察・判断</p> <p>□精神面のケア実施(訴えを聞く等を含む)</p> <p>□家族・人間関係の観察・判断と調整実施</p> <p>□告知の有無</p> <p>□疾患に関する理解の把握</p> <p>□終末期を過ごす場所の把握(どのような最期を望むかの把握)</p> <p>□死の受容の観察・判断</p> <p>□教育の実施</p>		<p>□死を受容できる</p> <p>□「死」を前提とした「生」を考え、残された時を充実してできるだけ快適に過ごせる。</p>
セルフケア Self Care	<p>□ADL(歩行・移乗・ベッド上可動性等)状態の観察・判断</p> <p>□歩行・移乗・ベッド上介助・体位交換実施</p> <p>□ADL低下による日常生活困難の理解</p> <p>□終末期の日常生活困難の理解</p> <p>□ADLの程度の観察・判断</p> <p>□教育の実施</p>		<p>□身の周りに不自由しない</p>
家族へのケア	家族へのケア	家族のアウトカム	
家族の心理・社会 Family's Psycho-Social	<p>□精神状態(支援の必要性)の観察・判断</p> <p>□精神面のケア実施(訴えを聞く等を含む)</p> <p>□家族・人間関係の観察・判断と調整実施</p> <p>□告知の有無</p> <p>□疾患に関する理解の把握</p> <p>□終末期を過ごす場所の把握(どのような最期を望むかの把握)</p> <p>□死への受容の観察・判断</p> <p>□教育・指導</p>	<p>□医療者との信頼感をもって、在宅生活に必要な知識や手技、症状の急変に対する対応を理解し、また実践でき、在宅で安心して生活を送ることができる</p> <p>□利用者が在宅で安定して過ごし、残された時を充実して、できるだけ快適に過ごしていることを家族が認識でき、家族も安定して過ごすことができる</p> <p>□看取りについて理解できる</p>	
家族・(介護者)のセルフケア Family's Self Care	<p>□主・副介護者の把握(介護力の観察・判断)</p> <p>□健康状態の観察・判断</p> <p>□介護知識の観察・判断(ケアのチェック含む)、介護指導の必要性観察・判断</p> <p>□(健康悪化への)ケア実施</p> <p>□教育指導(介護方法・健康維持等)</p> <p>□介護者の代替・家事援助の必要性観察判断</p>	<p>□肉体的負担が軽減する</p>	

表 4-3 癌のターミナル期事例 訪問看護標準化枠組（終末期・臨死期から死別期まで） 予備調査用

訪問頻度 評価項目	バッカル 終末期・臨死期（約10日） 在宅療養（　　）日目～：1回～連日／週	利用者のアウトカム（期待される結果）	死別期（死亡後約1ヶ月） 死亡後1日目～ □追族の慰めと精神、肉体の健康管理	家族のアウトカム
看護職の行動目標 Nurse's Goal	□症状の観察をし、問題を把握し、必要な援助の実施して、利用者が可能な限り苦痛のない状態で充実した生を送れるよう、また家族が死を受容して残された日々を共有でき、安心して看取りの体勢がとれるように援助する	□目前の死を受容できる □可能な限り苦痛のない状態で充実した生を送る □安らかな死を迎える		
疾病経過 Disease Process	□情報収集（経過・問題の把握等） □合併症の観察・判断 □症状の観察・判断 □教育・指導	□苦痛軽減されながら疾病経過をたどる		
薬剤治療 Medication	□薬剤使用（種類・数・時間帯・頻度・方法等）観察・判断 □与薬・点滴・注射等の実施 □副作用のモニタリング □教育・指導	□薬剤に対するトラブルがない		
痛み Pain	□疼痛状態の観察・判断（痛みの表現の言語・非言語的な把握含む） □疼痛のケア実施・管理 □疼痛緩和法の教育・指導	□疼痛に対する表現ができる（言語的・非言語的） □疼痛コントロールができている		
処置 Treatment	□必要物品の準備 □中心静脈カテーテル管理（HIT）□酸素吸入器管理（HOT） □褥創・ストラップの処置 □腎・尿カテーテル管理□PTCDカテーテル管理 □持続皮下注射器管理 □気管カテーテル管理 □教育・指導	□医療管理にトラブルをもたない	□家族の処置の関わり希望の有無 □死後の処置	□家族が満足する
検査 Tests	□パルスオキシメトリー測定 □酸素飽和度（SpO2）測定 □血液検査	□身体状況の評価をされながら、苦痛軽減される		
理学療法 Physical Therapy Activity	□リハビリ・理学療法・排痰法（安楽な移動・動作ができる方法等含む）の観察・判断 □リハビリ・理学療法・排痰法（安楽な移動・動作ができる方法等含む）の実施・教育	□ADL/LADLを維持する □気道净化（排痰）に問題がない □安楽な移動・動作ができる		
緩和 Palliative	□苦痛緩和の観察・判断 □苦痛緩和方法の教育	□苦痛が軽減される □安楽が得られる		
栄養 Diet, Fluid	□食事摂取量内容の観察・判断（飲水量・IN-OUT・脱水症状・栄養状態の観察含む） □嚥下状態の観察・判断 □食事摂取に関する精神的理解の観察・判断 □食事介助実施 □食事に関する教育支援（食の楽しみの支援含む）	□食の楽しみがもてる（食事摂取している場合） □食事摂取に関する現状の受容ができ、問題をもたない □食に対するストレインがない		
排泄 Excretion	□排便（回数・量・性状等）観察・判断（便秘・失禁の観察含む） □排便に関するケア実施 □排尿（回数・量・性状等）観察・判断（失禁含む） □排尿に関するケア実施 □教育	□排泄がスムーズにいく □排泄に関する苦痛・ストレスがない		
日常生活 Daily Life	□睡眠状態と睡眠満足度観察・判断 □睡眠を促すためのケア実施 □生活リズム観察・判断 □趣味・生き甲斐への援助	□安楽に過ごせる		
安全 Safety	□転倒・誤嚥・感染の予防・危険性の観察判断 □居住環境整備の必要性の判断・実施 □緊急時の対処の理解の確認 □緊急連絡方法等の教育 □緊急連絡の必要性観察・判断 □緊急連絡の実施	□安心して生活を送ることができる。		
清潔 Hygiene	□皮膚の状態の観察・判断 □身体の清潔介助の必要性判断 □保清の援助の実施 □寝具・リソル交換必要性観察判断・実施 □身体の清潔のための教育	□身体の清潔が保たれる □感染症がない		
社会資源 Social Service	□利用中の社会資源 □必要な社会資源の判断 □他機関との調整 □必要物品の選定・調達・準備 □経済金銭管理状態観察・判断、教育・制度紹介	□連携がスムーズで、チームに対する不安がない □在宅サービスと共に入院サービスの保証がある	□処置物品の準備 □他機関との調整	□医療機関との連絡がスムーズにいく □必要書類が揃う
コミュニケーション Communication	□認知レベル・意識状態観察・判断（3-3-9度方式等含む） □コミュニケーション状態・意欲の観察・判断 □コミュニケーション状態・意欲に関するケア実施	□自分の意志が伝えられる □意思の疎通がはかれる □家族との会話ができる（言語的・非言語的）		
心理・社会 Psycho-Social	□精神状態（支援の必要性）の観察・判断 □役割遂行状態の観察・判断 □精神面のケア実施（訴えを聞く等を含む） □家族・人間関係の観察・判断と調整実施 □告知の有無 □疾患に関する理解の把握 □終末期を過ごす場所の把握（どのような最期を望むかの把握） □死の受容の観察・判断 □教育の実施	□死を受容して最期を送ることができる		
セルフケア Self Care	□ADL（歩行・移乗・ベッド上可動性等）状態の観察・判断 □歩行・移乗・ベッド上介助・体位変換実施 □ADL低下による日常生活困難の理解 □更衣・排泄・食事等の介助実施□IADLの程度の観察判断□教育	□身の周りに不自由しない		
家族の心理・社会 Family's Psycho-Social	家族へのケア	家族のアウトカム	家族へのケア	家族のアウトカム
	□精神状態（支援の必要性）の観察・判断 □精神面のケア実施（訴えを聞く等を含む） □家族・人間関係の観察・判断と調整実施 □告知の有無 □疾患に関する理解の把握 □終末期を過ごす場所の把握（どのような最期を望むかの把握） □死への受容の観察・判断 □教育・指導	□死を受容できる □利用者は可能な限り苦痛のない状態で充実した生を送れていることを認識する □安心して看取りの体勢がとれ、利用者の安らかな死を迎えられることを認識する	□家族の状況観察 □家族の精神的なアセスメント・判断 □アドバイス	□満足のいく看取りがされたことを認識する □家族が死を乗り越え、立ち直って生活にもどれる □精神的に大きな異常がない
家族（介護者）のセルフケア Family's Self Care	□主・副介護者の把握（介護力の観察・判断） □健康状態の観察・判断 □介護知識の観察・判断（ケアのチェック含む）、介護指導の必要性観察・判断 □（健康悪化への）ケア実施 □教育指導（介護方法・健康維持等） □介護者の代替・家事援助の必要性観察判断	□肉体的負担が軽減する	□家族の状況観察 □家族の肉体的なアセスメント □家族のセルフケア援助	□肉体的負担が軽減する □肉体的に大きな異常がない

3. 調査Ⅱ（本調査、標準化枠組の事例への適用と枠組の妥当性検証）

1) 対象

作成した枠組の妥当性を検討するために、新規に訪問看護を開始する事例に枠組を適用する調査を行った。対象は、平成10年10月から平成11年1月までの4ヶ月において、研究協力機関(9機関)が訪問看護を開始した全13例（男性10例、女性3例、平均年齢62.8歳）であった。

2) 調査方法

前述の通り作成した訪問看護標準化枠組を試用し、訪問看護を実施し、設定した各時期の終わりにアウトカム評価を加えた。尚、評価は、導入期、安定期、終末期・臨死期、死別期の4回設定した。

3) 評価方法

(1) 各看護ケア内容の実施評価

作成した枠組を基に、訪問看護を実施し、毎回チェックする。実施しなかった項目がある場合は、その理由を明確化し、訪問担当看護婦に選択肢から選定するよう依頼した。

(2) アウトカム評価

評価項目に従い、設定されたアウトカム（期待される成果）への到達の有無を訪問担当看護婦に依頼した。アウトカム（期待される成果）に到達しなかった場合は、その理由を明確化し、選択肢より選定するよう依頼した。

A. 看護ケアを実施できなかった理由

- ①利用者の心身条件のため実施できなかった
- ②利用者が拒否した・希望がなかった
- ③家族が拒否した・希望がなかった
- ④スタッフ数が少ないと実施できなかった
- ⑤スタッフの能力不足のため実施できなかった
- ⑥連携上の問題があり実施できなかった
- ⑦連携先の機関・担当者が機能を果たさなかった
- ⑧社会資源が不足していたため実施できなかった
- ⑨社会資源の質に問題があり実施できなかった
- ⑩その他の理由で実施できなかった

B. 期待される成果に到達しなかった理由

- ①利用者の心身条件のため到達しなかった
- ②利用者が拒否した・希望がなかった
- ③家族が拒否した・希望がなかった
- ④スタッフ数が少ないと到達しなかった
- ⑤スタッフの能力不足のため到達しなかった
- ⑥連携上の問題があり到達しなかった
- ⑦連携先の機関・担当者が機能を果たさなかった
- ⑧社会資源が不足していたため到達しなかった
- ⑨社会資源の質に問題があり到達しなかった
- ⑩その他の理由で到達しなかった

4) 業務時間調査

訪問看護標準化枠組による家庭訪問、他機関連携、看護管理業務に要した時間を担当訪問看護婦が測定し、その都度記録するよう依頼した。

5) 結果

調査期間内に退院して新規に訪問看護を開始し、協力が得られたのは13事例であった。

(1) 事例の概要

訪問看護標準化枠組を適用した対象事例の概要は以下の通りである。

表 5. 癌のターミナル期事例における訪問看護標準化枠組の本調査対象概要 1

事例	年齢	性別	主診断	その他の診断	主介護者	日常生活動作(訪問開始時情報)	終末期を過ごす場所 *	死への受容 *			
								0. 考えていない	1. 入院・入所施設	2. おひいき・緩和施設	3. 在宅
								本人	家族	本人	家族
1	84	男	小脳腫瘍	高血圧・A型肝炎	次女	全面依存	3. 在宅				0. できていない
2	71	男	膀胱癌	骨転移・肺転移・下肢麻痺	娘(長男の妻)*イバー・ソフは妻	座位・移乗・トイレの使用等全面依存	4. 不明	3. 在宅	1. できていない	0. できている	
3	74	男	左腎癌	脳転移・肺転移・骨転移	妻	ベッド・上可動性・座位・着衣・整容等は全面依存	4. 不明	4. 不明	2. 不明	1. できていない	
4	65	女	右腎癌	脳転移・肺転移	夫	ベッド・上可動性・座位・着衣等は全面依存	3. 在宅	3. 在宅	1. できていない	0. できている	
5	47	男	左肺癌	右肺転移・小脳転移・頸部リンパ転移	妻	歩行は広範な依存、座位は観察・誘導、ベッド・上可動性・着衣は自立	3. 在宅	3. 在宅	0. できている	0. できている	
6	51	男	食道癌		妻	ベッド・上可動性・座位・着衣は自立、歩行・食事は観察・誘導	4. 不明	1. 入院・入所施設	2. 不明	0. できている	
7	82	男	大腸癌	肝転移・癌性腹膜炎・イレウス	妻	座位・食事は部分的な依存、歩行は広範な依存、	3. 在宅	3. 在宅	1. できていない	0. できている	
8	40	女	胃癌	腹膜播種	夫	自立	3. 在宅	3. 在宅	2. 不明	2. 不明	
9	47	女	右乳癌	鎖骨上・頸部リンパ転移・肺転移	夫	入浴・階段の昇降は部分依存、その他歩行等は自立	2. おひいき・緩和施設	2. おひいき・緩和施設	0. できている	0. できている	
10	61	男	胃癌	癌性腹膜炎・腎不全	長男	歩行は観察・誘導、座位・移乗は自立	4. 不明	1. 入院・入所施設	0. できている	0. できている	
11	63	男	大腸癌	肝臓転移・直径15cm・節転移	妻	歩行は広範な依存、ベッド・上可動性・座位は部分依存	0. 考えていない	3. 在宅	2. 不明	0. できている	
12	56	男	直腸癌	左腎癌・仙骨転移・イレウス	妻	座位・着衣・整容は全面依存、	3. 在宅	3. 在宅	2. 不明	0. できている	
13	76	男	肺癌	癌性胸膜炎	娘	自立	3. 在宅	3. 在宅	0. できている	2. 不明	

*「日本版 成人・高齢者用 アセスメント・ケアプラン記録用紙」より引用

表 6. 痛のターミナル期事例における訪問看護標準化群組の本調査対象概要 2

事例	年齢	性別	主診断	退院前訪問	退院日	訪問開始日	再入院日	死亡日	死別後訪問	訪問時の疼痛アセスメント(回)					
										①痛みがない ②少し痛いががまんできる ③痛い ④かなり痛い ⑤非常に痛くてがまんできない	①	②	③	④	⑤
1 84 男 小脳腫瘍	H10. 10. 25	H10. 11. 5	H10. 11. 5~			H10. 12. 8	H10. 12. 22								
2 71 男 膀胱癌	H10. 11. 4	H10. 12. 16	H10. 12. 18	H10. 12. 18~		H10. 12. 24	H10. 12. 28	H11. 1. 6	導入期(開始期) 終末・臨死期		6	1	1	1	
3 74 男 左腎癌	H10. 11. 11	H10. 11. 19	H10. 11. 20~			H10. 12. 21	H11. 1. 21		導入期(開始期) 安定期		3	2			
4 65 女 右腎癌	H10. 10. 29	H10. 11. 1	H10. 11. 2~			H10. 12. 18	H10. 12. 25		導入期(開始期) 終末・臨死期		1	9	3		
5 47 男 左肺癌	H10. 11. 20	H10. 11. 21	H10. 11. 24~			H10. 12. 10	H10. 12. 19	H11. 1. 26	導入期(開始期) 安定期		4	7	9		
6 51 男 食道癌	H10. 10. 19	H10. 10. 21	H10. 10. 29~			H10. 12. 2	H10. 12. 24		導入期(開始期) 終末・臨死期		1	3			
7 82 男 大腸癌	H10. 10. 7	H10. 10. 12	H10. 10. 15~			H10. 12. 13	H10. 12. 20	H11. 1. 16	導入期(開始期) 安定期		5	1			
8 40 女 胃癌	H10. 11. 24	H10. 11. 25	H10. 11. 26~						導入期(開始期) 終末・臨死期		2	3	1	1	1
9 47 女 右乳癌	H10. 12. 28	H10. 11. 15	H10. 11. 16~			H11. 2. 8					1	1	1		
10 61 男 胃癌	H10. 11. 2	H10. 11. 26	H10. 11. 28	H10. 11. 28~		H10. 11. 27			導入期(開始期) 安定期		2	2	2		
11 63 男 大腸癌	H10. 11. 26	H10. 11. 28	H10. 12. 1~			H10. 12. 7			導入期(開始期) 安定期		1	2	1	1	
12 56 男 直腸癌	H10. 11. 19	H10. 12. 2	H10. 12. 2~			H10. 12. 3			導入期(開始期) 導入期(開始期)		1				
13 76 男 肺癌	H10. 11. 18	H10. 11. 26~					H10. 12. 13		導入期(開始期) 安定期		2	2			
計									終末・臨死期		17	50	38	10	1

(2) 訪問看護標準化枠組に沿ったケアの実施率（表参照）

訪問看護標準化枠組のケア実施率を時期別に①導入期、②安定期、③終末期・臨死期、④死別期に分けて作成した。

①導入期

導入期<準備期>（表 7. 参照）

この期間では、1事例退院後に訪問看護依頼があり、退院前訪問ができなかつたため、対象は12事例であった。

最も実施率が低かったのは理学療法で、 $54.2 \pm 49.8\%$ であった。

次に、実施率が低かったのは社会資源で、 $59.6 \pm 28.6\%$ であり、その次に検査で、 $62.5 \pm 48.3\%$ であった。

家族ケアに関して、心理・社会面で、 $79.2 \pm 39.6\%$ であり、セルフケア面では $83.3 \pm 38.9\%$ であった。個別にみると事例5、6に関して家族不在のため実施率0%であった。

それ以外の実施率は80%以上であり、いずれも高い実施率がみられた。

導入期<開始期>（表 8. 参照）

この期間の対象は13事例であった。

最も実施率が低かったのは処置で、 $30.2 \pm 11.6\%$ であった。

次に低かったのは検査で、 $45.5 \pm 15.5\%$ であった。

②安定期（表 9. 参照）

この期間では、1事例は安定期がなく、2事例は再入院となつたため、対象は10事例であった。

最も実施率が低かったのは処置で、 $23.7 \pm 14.8\%$ であった。

次に低かったのは社会資源で、 $38.5 \pm 26.3\%$ であり、その次にセルフケアで $43.7 \pm 24.1\%$ 、その次に検査で $45.5 \pm 12.2\%$ 、その次に心理・社会で $46.8 \pm 23.4\%$ であった。

③終末期・臨死期（表 10. 参照）

この期間では、1事例は調査期間の2ヶ月後も安定期を継続し終末期・臨死期のデータがないため、そして3事例は再入院となつたため、対象は9事例であった。

最も実施率が低かったのは栄養で、 $20.3 \pm 15.7\%$ であった。

次に低かったのは処置で、 $21.6 \pm 13.4\%$ であり、その次に日常生活で $29.5 \pm 19.5\%$ であった。全体的に低い実施率であり項目に検討を要す。

表 7. 項目別実施率：導入期（準備期）

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	平均実施率	標準偏差
看護職の行動目標	100	100	100	100	0	100	100	100	0	100	100	100	100	83.3	38.9
疾病経過	100	100	100	100	0	100	100	100	100	50	100	100	100	87.5	31.1
薬剤治療	100	100	100	100	0	100	100	100	100	50	100	100	100	87.5	31.1
痛み	100	100	100	100	0	100	100	100	100	50	100	100	100	87.5	31.1
処置	100	100	100	100	0	100	100	100	100	50	100	100	100	87.5	31.1
検査	0	100	0	100	0	100	100	100	100	50	100	100	0	62.5	48.3
理学療法	100	0	0	100	0	100	0	100	100	0	100	50	50	54.2	49.8
緩和	100	100	100	100	0	100	100	100	100	50	100	100	100	87.5	31.1
栄養	100	100	100	100	0	100	100	100	100	50	100	100	100	87.5	31.1
排泄	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	95.8	14.4
日常生活	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	95.8	14.4
安全	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0
清潔	100	100	100	100	0	100	100	100	100	50	100	50	50	83.3	32.6
社会資源	50	100	50	75	0	50	100	75	50	62.5	100	62.5	62.5	59.6	28.6
コミュニケーション	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	95.8	14.4
心理・社会	100	100	100	100	100	100	66.7	100	100	100	100	100	100	97.3	9.6
セルフケア	100	100	100	100	0	100	100	100	100	50	100	100	100	87.5	31.1
家族の心理・社会	100	100	100	100	0	0	100	100	100	50	100	100	100	79.2	39.6
家族（介護者）のセルフケア	100	100	100	100	0	0	100	100	100	100	100	100	100	83.3	38.9
合計項目実施率(本人・家族)	91.7	94.4	86.1	98.6	27.8	86.1	92.6	98.6	97.2	56.3	100	86.8	—	84.7	21.4

表 8. 項目別実施率；導入期（開始期）

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	平均実施率	標準偏差
看護職の行動目標	100	100	100	100	100	100	91.7	100	100	100	100	100	100	99.4	2.3
疾病経過	100	100	62.5	100	87.5	100	81.3	100	100	91.7	100	100	75	92.2	12.3
薬剤治療	75	79.2	54.2	75	75	50	100	100	75	66.7	100	100	87.5	79.8	17.1
痛み	66.7	83.3	50	75	100	33.3	8.3	100	66.7	100	100	66.7	75	71.2	28
処置	31.1	14.8	29.6	33.3	11.1	33.3	33.3	22.2	44.4	37	44.4	44.4	13.9	30.2	11.6
検査	33.3	44.4	44.4	41.7	50	33.3	33.3	33.3	66.7	33.3	77.8	33.3	66.7	45.5	15.5
理学療法	90	100	58.3	75	50	50	25	100	100	100	100	100	0	65.3	38.1
緩和	80	100	72.2	50	100	33.3	83.4	100	100	77.8	100	100	75	82.4	21.4
栄養	58	56.7	73.3	85	70	60	30	80	80	60	60	0	50	58.7	22.9
排泄	66	60	83.3	55	40	40	55	100	100	66.7	86.7	80	65	69.1	19.9
日常生活	57.5	58.3	25	75	75	75	62.5	100	100	41.7	75	50	50	65	21.5
安全	90	50	41.7	50	58.4	50	33.3	83.3	83.3	61.1	77.8	83.3	54.2	62.8	18.6
清潔	70	90	76.7	85	50	40	60	100	80	93.3	80	40	50	70.4	20.4
社会資源	52	56.7	43.3	50	30	20	40	40	60	13.3	20	100	0	40.4	25.4
コミュニケーション	80	77.8	88.9	90	66.7	33.3	75	100	100	88.9	100	66.7	66.7	79.5	18.7
心理・社会	37.8	57.4	14.8	91.7	66.7	55.6	41.7	77.8	100	51.9	66.7	44.4	91.7	61.4	24.5
セルフケア	61.7	69.4	61.1	95.8	41.7	16.7	25	50	83.3	77.8	94.4	50	50	59.8	24.4
家族の心理・社会	95	64.6	36.3	93.8	75	62.5	43.8	75	75	79.2	62.5	75	96.9	71.9	18.3
家族（介護者）のセルフケア	93.4	91.7	69.4	100	75	50	66.7	100	50	55.5	94.4	83.3	66.7	76.6	18.4
合計項目実施率(本人・家族)	68.8	69.7	54.7	73.4	62.3	46.5	49.9	81.2	81.4	66.4	80	62.1	57.5	65.7	11.6

表 9. 項目別実施率：定期

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	平均実施率	標準偏差
看護職の行動目標	83.3		93.8	95.2	70.8	54.2	58	87.5	81.3	62.5			55	74.2	16
疾病経過	91.7		100	94	50	79.2	82.1	100	100	100			60	85.7	18
薬剤治療	84.4		81.3	95.2	66.7	66.7	81.3	100	75	25			55	73.1	21.6
痛み	52.8		86.1	96.8	94.5	44.4	4.8	100	58.4	50			73.3	66.1	30
処置	27.8		10.2	50.3	25.9	20.4	23.4	20.8	44.4	11.1			2.2	23.7	14.8
検査	36.1		38.9	52.4	61.1	44.4	35.7	33.3	66.7	33.3			53.3	45.5	12.2
理学療法	95.8		75	100	50	41.7	8.9	100	87.5	50			0	60.9	36.8
緩和	79.2		88.9	88.9	94.5	50	81	100	100	100			73.3	85.6	15.7
栄養	45.8		78.3	28.6	33.3	46.7	21.4	80	80	50			40	50.4	21.8
排泄	76.7		85	85.7	43.3	50	50	80	60	30			40	60.1	20.4
日常生活	61.5		77.1	51.2	25	41.7	49.1	100	87.5	25			15	53.3	28.3
安全	85.4		75	84.1	94.4	34.5	20.3	83.3	83.3	75			23.3	65.9	28.2
清潔	87.5		66.7	85.7	6.7	30	42.1	80	85	50			8	54.2	31.6
社会資源	43.3		36.7	26.7	50	13.3	10	80	55	70			0	38.5	26.3
コミュニケーション	68.1		94.4	81.3	72.2	50	61.9	100	100	66.7			46.7	74.1	19.4
心理・社会	23.6		36.1	54	55.6	37	40.1	79.2	91.7	22.2			28.9	46.8	23.4
セルフケア	64.6		61.1	22.2	22.2	33.3	21.4	50	91.7	50			20	43.7	24.1
家族の心理・社会	93.8		57.1	66.7	54.2	60.4	49.6	59.4	0	87.5			52.5	58.1	25.2
家族(介護者)のセルフケア	96.5		79.2	76.2	50	38.9	50	77.1	0	41.7			43.3	55.3	27.7
合計項目実施率(本人・家族)	67.5	-	68.2	68.9	52.8	43.5	40.7	79.1	70.3	52.1	-	-	35.3	57.8	14.9

表 10. 項目別実施率：終末期・臨死期

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	平均実施率	標準偏差
看護職の行動目標	100	100	0	100	100	100	100	100					87.5	87.5	33.1
疾病経過	91.7	91.7	25	87.5	55	75	91.7		100				81.3	77.7	23.7
薬剤治療	66.7	66.7	0	50	60	87.5	75		100				65.6	63.5	28
痛み	55.6	44.4	0	33.3	100	33.3	22.2		33.3				62.5	42.7	28
処置	33.3	18.5	11.1	44.4	37.7	11.1	18.5		11.1				8.3	21.6	13.4
検査	33.3	55.6	0	33.4	66.7	50	55.6		66.7				50	45.7	20.9
理学療法	91.7	100	0	50	100	50	50		50				25	57.4	34.2
緩和	83.4	88.9	0	33.3	100	50	77.8		66.7				62.5	62.5	31
栄養	26.7	26.7	0	0	4	40	20		40				25	20.3	15.7
排泄	66.7	53.3	0	60	40	40	40		0				30	36.7	23.7
日常生活	50	33.3	0	12.5	25	25	66.7		25				28.1	29.5	19.5
安全	94.4	44.4	33.3	75	83.3	50	55.6		50				39.6	58.4	21
清潔	96.7	33.3	0	90	0	20	26.7		20				12.5	33.2	35.9
社会資源	26.7	20	20	40	52	0	13.3		100				7.5	31.1	30.4
コミュニケーション	55.6	77.8	66.7	33.3	33.3	66.7	55.6		100				75	62.7	21.3
心理・社会	27.8	66.7	0	44.4	66.7	66.7	37		100				36.1	49.5	29
セルフケア	66.6	33.3	0	0	26.6	8.3	16.7		100				27.1	31	33
家族の心理・社会	87.5	87.5	25	68.8	77.5	81.3	75		100				67.2	74.4	21.2
家族(介護者)のセルフケア	94.4	72.2	0	25	46.7	33.4	55.5		100				64.6	54.6	32.5
合計項目実施率(本人・家族)	63.8	56.4	10.1	43.4	54.1	43.8	47.4	-	64.6	-	-	-	42.7	47.4	16.3

④死別期（表 11. 参照）

この期間では、1事例は調査期間の2ヶ月後も安定期を保ったため、4事例は（再）入院のため、1事例は死別後訪問をしなかったため、対象は7事例であった。

最も実施率が低かったのは処置で、 $21.4 \pm 28.4\%$ であった。

次に低かったのは社会資源で、 $41.7 \pm 37.0\%$ であった。

表 11. 項目別実施率：死別期

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	平均実施率	標準偏差
看護職の行動目標	100	100	100	100	100	100	100							100	0
疾病経過															
薬剤治療															
痛み															
処置	50	33.3	0	0	66.7	0	0							21.4	28.4
検査															
理学療法															
緩和															
栄養															
排泄															
日常生活															
安全															
清潔															
社会資源	75	33.3	100	0	33.3	50	0							41.7	37
コミュニケーション															
心理・社会															
セルフケア															
家族の心理・社会	100	100	66.7	100	100	100	100							95.2	12.6
家族（介護者）のセルフケア	100	66.7	66.7	100	66.7	66.7	100							81	17.8
合計項目実施率(本人・家族)	81.3	58.3	58.4	50	66.7	54.2	50	-	-	-	-	-	-	59.8	11.1

(3) アウトカムの到達率（表参照）

アウトカムの到達率を時期別に①導入期、②安定期、③終末期・臨死期、④死別期に分けて作成した。

①導入期（表 12. 参照）

この時期の対象は、13事例であった。

最も到達率が低かったのは栄養で、 $48.7 \pm 48.3\%$ であった。

次に低かったのは家族(介護者)のセルフケアで $61.5 \pm 50.6\%$ であった。その次に日常生活で $65.4 \pm 42.7\%$ 、その次に理学療法で $69.2 \pm 37.2\%$ 、心理・社会で $69.2 \pm 48.0\%$ であった。

②安定期（表 13. 参照）

この時期では、1事例は安定期がなく、2事例は再入院となつたため、対象は、10事例であった。

最も到達率が低かったのは栄養で、 $40.0 \pm 43.9\%$ であった。

次に低かったのは日常生活で $45.0 \pm 43.8\%$ 、心理・社会で $45.0 \pm 49.7\%$ であった。

③終末期・臨死期（表 14. 参照）

この時期では、1事例は調査期間の2ヶ月後も安定期を継続し終末期・臨死期のデータがないため、そして4事例は再入院となつたため、対象は8事例であった。

最も到達率が低かったのは栄養で、 $12.5 \pm 24.8\%$ であった。

次に低かったのは理学療法で $54.2 \pm 46.9\%$ 、その次に低かったのは排泄で $56.3 \pm 41.7\%$ 、その次に検査で $62.5 \pm 51.8\%$ 、日常生活で $62.5 \pm 51.8\%$ であった。

④死別期（表 15. 参照）

この時期では、1事例は調査期間の2ヶ月後も安定期を継続したため、4事例は(再)入院のため、1事例は死別後訪問をしなかつたため、対象は7事例であった。

最も到達率が低かったのは処置と社会資源であり、共に $85.7 \pm 37.8\%$ であった。

表 12. 項目別アウトカム到達率：導入期

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	平均実現率	標準偏差
看護職の行動目標	100	100	100	100	100	75	50	100	100	75	75	75	100	88.5	16.5
疾病経過	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	92.3	27.7
薬剤治療	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	92.3	27.7
痛み	100	100	100	100	100	50	50	100	50	100	50	0	100	76.9	33
処置	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	100	92.3	18.8
検査	100	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	84.6	37.6
理学療法	100	66.7	100	0	100	33.3	66.7	100	100	66.7	100	0	66.7	69.2	37.2
緩和	100	100	100	100	100	0	0	100	100	100	100	0	50	73.1	43.9
栄養	0	100	66.7	66.7	100	0	0	100	100	0	100	0	0	48.7	48.3
排泄	100	100	100	100	100	50	100	100	100	0	100	0	100	80.8	38.4
日常生活	100	50	100	100	100	50	0	100	100	0	100	0	50	65.4	42.7
安全	100	100	100	100	100	0	100	100	100	100	100	0	100	84.6	37.6
清潔	100	50	100	100	100	100	100	100	50	100	100	50	100	88.5	21.9
社会資源	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0
コミュニケーション	0	100	100	100	100	0	100	100	100	100	66.7	0	100	74.4	43.4
心理・社会	0	100	0	100	100	0	100	100	100	100	100	0	100	69.2	48
セルフケア	100	100	100	100	100	100	100	100	0	0	100	100	100	84.6	37.6
家族の心理・社会	100	100	100	100	100	66.7	66.7	100	0	66.7	66.7	33.3	100	76.9	31.6
家族（介護者）のセルフケア	100	100	100	100	100	0	0	100	0	0	100	100	0	61.5	50.6
合計項目実施率(本人・家族)	83.3	87	92.6	92.6	100	52.8	71.3	100	77.8	68.5	90.7	24.1	81.5	78.6	21.1

表 13. 項目別アウトカム到達率：安定期

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	平均実現率	標準偏差	
看護職の行動目標	50		100	100	50	50	25	100	100	75			75	72.5	27.5	
疾病経過	100		100	100	100	100	100	100	100	100			100	100	0	
薬剤治療	100		100	100	100	100	100	100	100	100			100	100	0	
痛み	50		100	100	100	0	50	100	50	100			50	70	35	
処置	100		100	100	100	100	100	100	100	100			100	100	0	
検査	100		100	100	100	100	100	100	100	100			100	100	0	
理学療法	100		100	66.7	66.7	33.3	66.7	100	100	66.7				33.3	73.3	26.3
緩和	100		100	100	0	0	100	100	50	0			100	65	47.4	
栄養	0		66.7	66.7	0	0	0	100	100	66.7			0	40	43.9	
排泄	50		100	100	0	50	100	100	100	0			100	70	42.2	
日常生活	100		100	0	0	0	50	100	50	0			50	45	43.8	
安全	100		100	100	100	100	0	100	100	0			100	80	42.2	
清潔	100		100	50	100	50	100	100	100	100			50	85	24.2	
社会資源	100		100	100	100	100	100	100	100	100			50	95	15.8	
コミュニケーション	0		100	100	0	0	100	100	100	66.7			100	66.7	47.1	
心理・社会	0		100	100	0	0	0	100	100	0			50	45	49.7	
セルフケア	100		100	100	100	100	100	100	100	100	0		100	90	31.6	
家族の心理・社会	100		100	100	33.3	66.7	100	66.7	100	0			66.7	73.3	34.4	
家族（介護者）のセルフケア	100		0	100	0	0	100	100	0	0			100	50	52.7	
合計項目実施率(本人・家族)	77.8	—	92.6	88	55.6	50	75.9	98.2	86.1	50	—	—	75	74.9	17.6	

表 14. 項目別アウトカム到達率：終末期・臨死期

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	平均実現率	標準偏差
看護職の行動目標	66.7	100	0	100	100	0		33.3					66.7	58.3	42.7
疾病経過	100	100	100	100	100	0		0					100	75	46.3
薬剤治療	100	100	100	100	100	100			100				100	100	0
痛み	100	100	100	100	100	0		50					100	81.3	37.2
処置	100	100	100	100	100	100			100				100	100	0
検査	100	100	100	0	100	0		0					100	62.5	51.8
理学療法	100	100	100	66.7	0	0		0					66.7	54.2	46.9
緩和	100	100	100	100	0	0		0					100	62.5	51.8
栄養	0	66.7	33.3	0	0	0		0					0	12.5	24.8
排泄	50	100	100	100	0	50		0					50	56.3	41.7
日常生活	100	100	100	100	0	0		0					100	62.5	51.8
安全	100	100	100	100	100	100		0					100	87.5	35.4
清潔	100	100	100	100	100	100		0					50	81.3	37.2
社会資源	100	100	100	100	100	100			100				100	100	0
コミュニケーション	0	100	100	33.3	100	66.7			100				100	75	38.8
心理・社会	0	100	100	100	100	100			100				0	75	46.3
セルフケア	100	100	100	100	100	100			0				100	87.5	35.4
家族の心理・社会	100	100	100	100	100	33.3			100				100	91.7	23.6
家族(介護者)のセルフケア	100	100	0	100	0	0			100				100	62.5	51.8
合計項目実施率(本人・家族)	80.6	98.2	90.7	83.3	66.7	47.2	-	-	41.7	-	-	-	81.5	73.7	20.2

表 15. 項目別アウトカム到達率：死別期

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	平均実現率	標準偏差
看護職の行動目標	100	100	100	50	100	100	100							92.9	18.9
疾病経過															
薬剤治療															
痛み															
処置	100	100	100	100	100	100	0							85.7	37.8
検査															
理学療法															
緩和															
栄養															
排泄															
日常生活															
安全															
清潔															
社会資源	100	100	100	100	100	100	0							85.7	37.8
コミュニケーション															
心理・社会															
セルフケア															
家族の心理・社会	100	100	100	66.7	100	100	100							95.2	12.6
家族(介護者)のセルフケア	100	100	100	100	100	100	100							100	0
合計項目実施率(本人・家族)	100	100	100	91.7	100	100	50	-	-	-	-	-	-	91.7	18.6

(4) バリアンス発生の有無と内容

「看護ケアを実施できなかった理由」

看護ケアを実施できなかった理由で最も該当事例が多かったのは、「⑩その他」であった。次に多かったのは、「①利用者的心身条件」であった。

「期待される成果に到達しなかった理由」

期待される成果に到達しなかった理由でもっとも該当事例が多かったのは、「①利用者的心身条件」であった。次に多かったのは、「⑩その他」であった。

表 16. 事例別「看護ケアを実施できなかった理由」の有無と内容

	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9	事例10	事例11	事例12	事例13	計(回)	
①利用者的心身条件のため実施できなかった	18		18	10	15	10	10		9	10	2	8	18	128	
②利用者が拒否した・希望がなかった				5	2	8	14	2	1	4	8	2	1	18	65
③家族が拒否した・希望がなかった				4	1		7				2		1	8	23
④スタッフ数が少ないと実施できなかった															
⑤スタッフの能力不足のため実施できなかった				6	5		7				3				21
⑥連携上の問題があり実施できなかった	1					9									10
⑦連携先の機関・担当者が機能を果たさなかった						12									12
⑧社会資源が不足していたため実施できなかった				1											1
⑨社会資源の質に問題があり実施できなかった															
⑩その他の理由で実施できなかった	18	18	19	19	19	12	19	12	13	19	9	6	17	200	

* 1事例に対し、各評価項目内に1回でもバリアンスが出た場合は1カウントし(1回以上でも1とカウント)、全くない場合はカウントせず。

表 17. 事例別「期待される成果に到達しなかった理由」の有無と内容

	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9	事例10	事例11	事例12	事例13	計(回)	
①利用者的心身条件のため到達しなかった	6	3	1	1	10	12	7		11	8	5	16	7	87	
②利用者が拒否した・希望がなかった							5				1	1		7	14
③家族が拒否した・希望がなかった							2	1			1			1	5
④スタッフ数が少ないと到達しなかった															
⑤スタッフの能力不足のため到達しなかった				1			5				8				14
⑥連携上の問題があり到達しなかった															
⑦連携先の機関・担当者が機能を果たさなかった				1											1
⑧社会資源が不足していたため到達しなかった											2				2
⑨社会資源の質に問題があり到達しなかった															
⑩その他の理由で到達しなかった	5	3	7	2	2	6	1	4	5				2	37	

* 1事例に対し、各評価項目内に1回でもバリアンスが出た場合は1カウントし(1回以上でも1とカウント)、全くない場合はカウントせず。

(5) 訪問看護・連携状況・管理状況の結果

調査Ⅱの実施期間中に実施した訪問回数は、ターミナル期事例全体で 219 回であった。その内、同日 2 回目訪問は、17 回であった。ただし、ターミナル期事例において、実施期間を設けた 2 ヶ月前に死亡・再入院があり、事例別の期間にばらつきがある。この範囲内での平均滞在時間は 76.0 分であった。

平均連携時間（総連携時間÷実施期間中の訪問回数）は、13.4 分、平均管理時間（総管理時間÷実施期間中の訪問回数）は、42.9 分であった。

表 18. 訪問頻度、訪問看護・連携・管理に要した時間(総計)

事 例	訪問回 数総合 計(回)	時間帯による頻度(回)				総訪問 滞在時 間(分)	総連携 時間 (分)	総管理 時間 (分)
		早期	日勤	準夜	深夜			
1	44		38	3	3	3870	330	1716
2	13	1	10	1	1	830	240	285
3	21		19	1	1	1570	133	435
4	29		26	2	1	3130	505	755
5	17	2	12	3		1530	280	1005
6	11	1	9	1		690	0	620
7	36		35	1		2185	745	1095
8	10		10			540	10	280
9	7		7			330	105	495
10	7		7			625	233	391
11	4		3	1		260	90	660
12	3		2	1		170	65	90
13	17		16	1		915	190	355
計	219	4	194	15	6	16645	2926	8182

表 19. 訪問頻度、訪問看護・連携・管理に要した時間(時期別)

事例	時期別	期間(日付)	期間 (日間)	訪問回数 総合計 (回)	訪問回数総 合計中の同 日2回目訪 問回)	時間帯による頻度(回)				総訪問滞 在時間 (分)	総連携時 間(分)	総管理時 間(分)
						早朝	日勤	準夜	深夜			
1 安定期	導入期(準備期)	10/20-11/4	16	2			2			120	0	240
	導入期(開始期)	11/5-11/11	7	10	3		7	2	1	945	30	336
	終末・臨死期	11/12-12/2	21	24	3		22	1	1	2190	220	830
	死別期	12/3-12/7	5	6	1		6			465	60	200
2	死別期	12/8-(12/22)	<15>	2			1	1	1	150	20	110
	導入期(準備期)	12/9-12/17	9	1			1			60	55	0
	導入期(開始期)	12/18-23	6	6		1	5			460	130	175
	終末・臨死期	12/23-24	1	3	1		2	1		160	25	70
3 安定期	死別期	12/24-(1/6)	<13>	3			2		1	150	30	40
	導入期(準備期)	11/11-11/19	9	1			1			45	15	30
	導入期(開始期)	11/20-27	7	6	1		5	1		485	56	130
	終末・臨死期	11/28-12/20	23	12			12			860	53	210
4 安定期	死別期	12/20-	1	1	1				1	120	6	15
	導入期(準備期)	12/21-(1/21)	<32>	1			1			60	3	50
	導入期(準備期)	10/29-11/1	4	1			1			90	0	15
	導入期(開始期)	11/2-11/8	7	4			4			400	60	70
5 安定期	終末・臨死期	11/9-12/17	9	21	1		19	1	1	2430	415	610
	死別期	12/18-	1	2	1		1	1		180	30	60
	死別期	12/18-(12/25)	<7>	1			1			30	0	0
	導入期(準備期)	11/20-11/23	4	1			1			45	0	0
6 安定期	導入期(開始期)	11/24-11/29	6	2			2			120	0	230
	終末・臨死期	11/30-12/7	8	6			5	1		440	200	585
	死別期	12/8-12/9	2	5	3	1	2	2		565	60	155
	死別期	12/10-(1/26)	<48>	3			1	2		360	20	35
7 安定期	導入期(準備期)	10/14-10/28	15	1			1			10		45
	導入期(開始期)	10/29-11/5	8	1			1			60		50
	終末・臨死期	11/6-11/24	19	6			5	1		400		235
	死別期	11/25-12/2(再入院)	8	2		1	1			130		245
8 安定期	死別期	12/4-(12/24)	<21>	1			1			90		45
	導入期(準備期)	10/7-10/14	8	1			1			90	15	10
	導入期(開始期)	10/15-10/21	7	4			4			240	75	135
	終末・臨死期	10/22-12/9	49	28	1		27	1		1615	515	710
9 安定期	死別期	12/10-13(再入院)	3	3			3			240	140	220
	死別期	12/20-1/16	<28>									20
	導入期(準備期)	11/24-25	2	1			1			30	10	10
	導入期(開始期)	11/26-12/3	8	1			1			90	0	40
10 安定期	終末・臨死期	12/4-(1/28)	56	8			8			420	0	230
	導入期(準備期)	12/7-1/3	28	1			1			0	40	0
	導入期(開始期)	1/4-1/10	7	1			1			60	15	85
	終末・臨死期	1/11-2/7	28	4			4			220	35	310
11 安定期	死別期	2/8-(入院)	1	1			1			50	15	100
	導入期(準備期)	10/28-11/15	19	2			2			150	75	50
	導入期(開始期)	11/16-11/25	10	3			3			335	25	216
	終末・臨死期	11/26-27(再入院)	2	2	1		2			140	133	125
12 安定期	導入期(準備期)	11/26-30	5	1			1			30	0	0
	導入期(開始期)	12/1-7(再入院)	7	3			2	1		230	90	660
13 安定期	導入期(準備期)	11/19-12/1	13	2			1	1		80	30	50
	導入期(開始期)	12/2-12/3(再入院)	2	1			1			90	35	40
	導入期(開始期)	11/26-11/30	5	4			3	1		190	35	80
	終末・臨死期	12/1-12/5	5	5			5			265	55	110
14 死別期	終末・臨死期	12/6-12/13	8	8			8			460	100	165
	計			219	17	4	194	15	6	16645	2926	8182

4. 考察

1) 期間の設定

4期にわけたターミナル期であったが、実際、6例が(再)入院し、1例が本研究期間内の2ヶ月後も安定期を継続したため、在宅で看取った例は、6例であった。退院後の導入期を1週間ととり、その後を安定期に設定したことに問題はなかった。終末期開始の判断を看護職の判断にまかせたことは、今までのケアでの実践により、状況観察・判断できた。アウトカム到達率も73.7～91.7%と評価できたことから、大きく4期にわけたことは、妥当と考える。しかし、死亡時において、臨死・終末期で記入した例、死別期で記入した例とわかれてしまった。これは、死別期を悲嘆回復期のみならず、死亡直後（死後処置等）の訪問も含むと捉えられなかつたためと考えられ、但し書きが必要と思われる。

2) 目標の設定

目標設定に関して、74.2～100%と高い目標実施率であり、各時期のケアにあつた目標と捉える。目標アウトカムに関して、58.3～92.9%の到達率であり、各事例でみてもばらつきがみられた。特に終末期では、アウトカム到達率が低いが、再入院になつたり、終末期の時期がほとんどなかつたためとも考えられる。目標設定において、個人差はあるが、到達できる内容であると考える。

3) 評価項目・内容設定

<評価項目について>

評価項目については、共通項目13項目に加え、ターミナルグループは、5項目を追加したわけだが、どの項目にも各時期必ず必要であることが認められた。しかし、実際の現場より、ターミナルにおける理学療法は、苦痛緩和の中に含まれ、また、検査のバイタルサインは、疾病経過観察の中に含まれた。よって、評価項目数を16項目（疾病経過、薬剤治療、痛み、処置、緩和、栄養、排泄、日常生活、安全、清潔、社会資源、コミュニケーション、心理・社会、セルフケア、家族の心理・社会、家族・介護者のセルフケア）に設定した方がよいと考える。

<内容設定について>

内容設定については、どれも必要であることは認められるのだが、事例が様々であり、統一してすべてのケアを網羅することに限界があると考えられる。特に低い実施率をみてみると処置内容に関して項目が多く適さないと考えられ、一部内容を削除する必要性が生じた。また、終末期・臨死期に関して上記の理学療法、苦痛緩和、検査、疾病経過、処置以外で低い実施率がみられたのは栄養、日常生活であり、内容検討を必要とした。一方、実施率が低くても、その事例に対してその時必要ないと看護職が判断しているものも多く、レベルダウンでコミュニケ

ーションがとれず実施できなかった、時期的に処置手技を主にする時期で死に対してのケア時期ではなかった、などがその例で、そのような個別性における実施率の低さに関するものは削除する必要はないと考えた。内容の表現について、観察・判断はするが実施する必要がないと判断したため実施しなかった場合も同様に、実施率が低くても削除する必要ないととらえた。また、ターミナルにおいて特に看護職が重きをおく観察・判断を看護内容として表現したわけだが、実際適用してみて、表現方法について、全体的に重複する内容があった。管理は観察や教育などを含むものであったため、全体的に重なるものはまとめて表現する必要があった。

@疼痛の経過一覧表

今回、ターミナル事例に関して、標準化された枠組の疼痛経過をみていく指標として疼痛の経過一覧表の記入用紙にもケア訪問ごとに記入をしていただいたわけだが、事例に対して必ずしも使えるものとは考えにくい。なぜなら、実際、在宅の場合、病院と違って 24 時間顔をみているわけではないため、訪問した時は痛みがなかったが昨夜は痛そうだったという家族の情報があつたり、また、苦しいとの区別がつきにくかったり、訪問の際、清拭をして身体を動かしたため痛かったりという理由で、個人によって、また看護婦の判断によっても様々であるからだ。しかし、事例の経過をみていき、アセスメントしていくためにこのような客観的にわかりやすい記入表のものは必要と考える。今後、在宅における疼痛コントロールと症状マネジメントの標準化枠組の検討・作成を要す。

4) 枠組の適用範囲

今回作成した標準化枠組は、退院後の事例のみならず、退院後しばらくして依頼があった 1 事例と外来からの連携 1 事例にも適用した。利用の範囲は広いと考える。

5) 看護婦教育について

1994 年日本看護協会通常総会にて「専門看護師」という名称を用いることが承認され、制度が発足した。1995 年には「がん看護」の分野で個人認定をすることが認められた¹⁷⁾。しかし、がん看護専門師といつてもまだ、数少なく、また歴史も浅く、地域で活躍するまでに至っていないのが現状であろう。しかし、地域ではがん治療に焦点をあてるのではなく、あくまでも生活の場を焦点にあてたものでなくてはならず、地域における看護職は健康とそれに関連する生活問題へのケアを行う¹⁸⁾ 必要がある。その上、ターミナルともなると、知識・技術はもちろんのこと鋭い観察・判断を要する。本研究において、依頼・実施した機関

は、在宅でのターミナルケアに精通しているところとした。このような機関と同様に、ターミナル期事例の訪問看護は、単に注射をしにいくだけというような医療処置に終わることのないよう、質保証していかねばならぬ。介護保険が導入されると、訪問看護の必要性がないと判断されれば、今までの穴埋めは、多職種の進入となる。また、営利主義企業の進入が進めば、質保証はされぬままになる。医療ビックバンに向けて、現存する地域の看護職への教育は欠かすことはできないであろう。そして、他職種に看護は何をしているのかを示していく力を養うとともに、利用者から必要とされる看護をしていかねばならない。

6) 訪問看護標準枠組

以上の検討から、今回設定した訪問看護標準化枠組の期間、看護内容、アウトカム設定に修正を加え、新たに訪問看護標準枠組を示した。

5. 提言

訪問看護の質保証を意図した癌のターミナル期事例用の訪問看護標準枠組を示した。本枠組を用いることで、退院前、死別後訪問を含めた各時期の目標を明確化でき、それに到達するための看護内容が明確化される。特に、在宅生活初期の情報収集と信頼関係を築くことの必要性、死別後訪問による家族ケアの必要性をも理解できる。

6. 今後の課題

ターミナル期事例において、今回、医療処置のみならぬ心理・社会面、そして、家族ケア面を考慮に入れた枠組であったが、このようなケアをすることで、設定したアウトカムの到達は可能と考えられ、介護保険導入において、質を保証するためにも、看護目標・内容を提示していく必要性がある。訪問看護における他職種・他機関との違いを示し、看護は何をしているか理解され、他職種・他機関と連携をとっていくことを医療者から必要とされると同時に、利用者からも看護は必要とされるケアをしていくことが、将来的な大きな課題となろう。本研究の枠組では、在宅における癌のターミナル期事例に対する全体像としてのガイドラインを示すことができる。今後は、更に評価項目内の具体化した枠組作成を必要とする。疼痛：疼痛コントロール、緩和：症状マネジメント、処置：医療処置（IVH 等の栄養管理含む）などがそれにあたり、入院中からのケアを包括的にした具体的な基準が必要である。それらに対して、在宅へのスムーズな移行のために、利用者が満足できる看護をするために、どこまでを入院中とし、在宅ではどのことを保証し、その為に必要な器具や衛生品は何で、費用はいくらかかるか、などを示すことができることを今後の課題としたい。

<引用文献>

- 1) 国民衛生の動向 1997 年
- 2) ライフケアシステム：ライフケアシステムの歩み、No 16、1996.
- 3) 川越厚編：家庭で看取る癌患者、メジカルフレンド社、1991.
- 4) 川越厚編：在宅ホスピスケアを始める人のために、医学書院、1996.
- 5) 日本看護協会：訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル、日本看護協会出版会
- 6) 季羽倭文子：在宅ホスピスケアの本質を問う 特集にあたって、ターミナルケア、8(3)、1998.
- 7) 季羽倭文子：在宅ホスピスケア再考、ターミナルケア、8(3)、1998.
- 8) 平成9年度厚生省老人保健健康増進等事業 介護保険の導入を展望した訪問看護業務分析に関する研究成果報告書、平成10年3月
- 9) Canadian Palliative Care Association : Palliative Care -Towards a Consensus in Standardized Principles of Practice、1995.
- 10) 中山康子：在宅ターミナル期における癌患者・家族のケアニーズとケア構造の経時的変化、東京医科歯科大学修士論文、1995.
- 11) 季羽倭文子：在宅ケア－終末期がん患者の訪問看護に求められるもの、ターミナルケア、5(4)、1995.
- 12) 淀川キリスト教病院ホスピス編：ターミナルケアマニュアル第2版、最新医学社、1992.
- 13) 日本訪問看護振興財団：在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン、日本看護協会出版会、1997.
- 14) 内田恵美子、島内節、他：VISITING NURSING MANUAL；訪問看護・高齢者編、日本看護協会出版会、1993.
- 15) 柏木哲夫監修：ナースのためのホスピスケアマニュアル、金原出版、1996.
- 16) 秋山正子：在宅ホスピスケアにおける訪問看護婦の役割－疼痛管理と投薬の指導－、ターミナルケア、8(3)、1998.
- 17) 日本看護系大学協議会：専門看護師教育課程基準、日本看護系大学協議会、1998.
- 18) 島内節：地域看護に求められる専門看護師の要件、看護、11月特別臨時増刊号、1995.

<参考文献>

1. Canadian Palliative Care Association : Palliative Care - Towards a Consensus in Standardized Principles of Practice、1995.
2. Center for Health Education : STATpath -Critical Paths for Long Term Care, 1996.
3. Dykes.P.C., Wheeler K. : Planning Implementing and Evaluating Critical Pathways, Springer Publishing Company, 1997.
4. Marrelli.T.M., Hilliard L.S : Home Care and Clinical Path -Effective Care Planning Across the Continuum, Mosby, 1996.
5. 特集クリティカル・パスって何?、月刊ナーシング、18(8)、1998.
6. 特集ケアの質の保証とクリティカル・パス、看護管理、7(6)、1997.
7. 特集わが国におけるクリティカル・パス、看護展望、22(11)、1997.

B. 痴呆事例における訪問看護標準化枠組

1. 痴呆事例の訪問看護標準化枠組の開発の意図

人口の高齢化が進むに伴い、在宅療養の痴呆性老人の増加が予測される。訪問看護・指導において、1997年の全国調査によると、訪問対象者のうち、痴呆症状のある高齢者の割合が42%と報告されたが、痴呆を対象とする在宅の標準訪問看護計画は未開発である。本研究は、その先駆けであり、在宅ケアにおける痴呆性高齢者へのアセスメントとケアの視点が欠けるところなく実施されることを目標とした。全国の痴呆疾患患者のうち、脳血管性痴呆は約4割、アルツハイマー型痴呆が約3割、これら両者の混合型痴呆が約2割、残りがその他の痴呆と推定されているが、生活習慣の改善に伴い、脳血管性痴呆は減少の傾向があり、アルツハイマー型痴呆が増加の傾向にある。脳血管性痴呆の症状の主な特徴は、「まだらボケ」とその進行が階段状で、悪化が急に起こることにある。それに対し、アルツハイマー型痴呆は、認知低下が全般的に進み、進行が徐々におこることにある。しかし、双方ともに、痴呆の原因である脳の神経細胞破壊への治療が現状では、極めて困難であることから、痴呆症者へのケアの成果は、セルフケアの向上と安全管理をめざし、訪問看護標準化枠組の作成にあたった。。

2. 調査Ⅰ（予備調査と訪問看護標準化枠組の作成）

1) 対象

訪問看護が開始された在宅痴呆症者を対象とした。東京都A区自治体の相談窓口から訪問看護につながれた痴呆高齢者2名とB病院の痴呆患者治療病棟から退院後の訪問看護が開始された4名の計6名を対象とした。対象の属性は以下の通りである。

表1 調査Ⅰ（予備調査）における事例の背景

ID	性別	年齢	疾患	合併症	痴呆性老人の日常生活自立判定基準
1	女	84	アルツハイマー型痴呆	閉塞性呼吸器疾患、皮膚炎症	N
2	女	83	老人性痴呆	肝硬変腹水貯留	M
3	女	81	老人性痴呆、	左下腿骨折 白血病、	III a
4	女	88	老人性痴呆	多発性脳梗塞 肺炎、	II b
5	女	84	老人性痴呆	陳旧性心筋梗塞 老人性鬱病	I
6	男	93	脳血管性痴呆	糖尿病、狭心症、擦過傷	II b

2) 方法

看護記録に基づく調査：前述の対象者について、訪問看護記録に基づく調査を以下の枠組みに沿って実施した。

調査項目の作成：身体的・精神的に安全管理がされ、また、セルフケアが向上するためのアセスメントの視点として、MDS-HCの概念枠組みを参考とし、かつ地域で実施されている訪問ケアの現状をふまえ、以下の14評価領域と、それに対応するアセスメント項目を設定した。

- ①認知レベル（・N式老年者用精神状態尺度による痴呆レベルの判定）
- ②合併症（・褥創の有無とその程度、・その他の合併症について、・視覚障害の有無、・聴覚障害の有無）
- ③薬剤治療（・向精神薬の処方、・鎮静剤<抗不安剤,睡眠薬>の処方、・服薬状況、・副作用のモニタリング）
- ④処置（・合併症の処置について）
- ⑤検査（血液の生化学検査結果について問題点の有無）
- ⑥理学療法（リハビリテーション治療の有無）
- ⑦セルフケア（・ADL, IADLの状況、・清潔の維持、・口腔ケアの状況）
- ⑧コミュニケーション（・自分の意志が伝えられる程度、・相手の言うことを理解する程度）
- ⑨栄養（・過去7日間の体重変動の有無、・脱水の有無、・貧血の有無）
- ⑩排泄（・排便のサイクル<1/日>、・便秘の有無、・尿失禁の有無、便失禁の有無）
- ⑪安全（・過去7日間における転倒の有無、・住環境のなかで危険な物の有無）
- ⑫問題行動（・問題行動の有無、・自傷他害の有無、・徘徊の有無）
- ⑬介護者（・介護者の有無、・介護者の健康障害の有無、・介護者の代替の有無、・虐待の有無）
- ⑭社会・心理（・社会活動の有無、・利用中の社会資源、・必要な社会資源、・経済的自立状況）

これらの14領域内のアセスメント項目について、①アセスメントの実施の有無、②問題点抽出の有無、③ケアプラン実施の有無、④ケアプラン実施ができなかった理由を調査した。

期間の設定：①訪問開始日～7日、②8日～14日、③15日～30日、④31日～60日、の60日間に設定した。

3) 結果

アセスメント、問題点抽出、ケアプラン実施：アセスメント、問題点抽出、ケアプラン実施について以下のような結果であった。

- ①認知レベル：1.退院直後の場合は、特に測定していない（医師の都合他）、2.

痴呆以外を主疾患として訪問看護している場合は、特にこの項目についての問題点抽出、ケアプラン実施はされていない

②合併症：1.アセスメントは実施されていた、2.問題点抽出、ケアプランの実施が無い場合は、利用者の個別性（問題無し）等によるため

③薬剤治療：1.アセスメントは実施されていた、2.問題点抽出、ケアプラン実施の無いのは、利用者の個別性（問題無し）等によるため

④処置：1.アセスメント、問題点抽出、ケアプラン実施の無いのは、利用者の個別（問題無し）等によるため

⑤検査：1.相談開始からの訪問看護の場合は、検査結果の情報が無い、2.医師の判断で検査実施なし、3.退院直後の場合は、2ヶ月目に血液検査、ECG等の検査実施が1名あり

⑥理学療法：1.アセスメントは実施されていた、2.アセスメント、問題点抽出、ケアプラン実施の無いのは、利用者の個別性（問題無し）と、制度とシステムのため（訪問リハの条件に適合しない）

⑦セルフケア：1.アセスメントは実施されていた、2.問題点抽出、ケアプラン実施の無いのは、利用者の個別性（問題無し）等によるため

⑧コミュニケーション：退院直後の場合は、アセスメントはされているが、問題点、ケアプランは3名が実施無しであった

⑨栄養：1.相談窓口から訪問看護が開始の場合は、体重測定、貧血検査は実施されていなかった、2.脱水のアセスメント、ケアは実施されていた

⑩排泄：1.アセスメントは実施されていた、2.問題点抽出、ケアプランの実施がされなかつたのは、利用者の個別性（問題無し）等によるため

⑪安全：1.アセスメントは実施されていた、2.問題点抽出、ケアプランの実施がされなかつたのは、利用者の個別性（問題無し）等によるため

⑫問題行動、⑬介護者、⑭社会心理：1.アセスメントは実施されていた、2.問題点抽出、ケアプランの実施がされなかつたのは、利用者の個別性（問題無し）等によるため

訪問頻度：一ヶ月目では、週1回が2名、週4回が1名、残りの3名は、週1回であったが、他機関からの訪問看護の数が不明であった。二ヶ月目もほぼ同様であった。

4) 考察

6事例とともに、痴呆以外に合併症を持つ場合が全事例にわたって認められたが、在宅ケアに移る段階では、合併症については、急性期を過ぎていること、また、痴呆についても、慢性に進行する疾患であることから、訪問看護計画におけるアセスメントの視点を、訪問開始から2週間は毎週、その後は、2週間、1ヶ月の単位で区切ることに問題は認められなかった。また、それらの区切りの期間にお

ける訪問看護婦の作業目標についても、問題が認められなかつたので、以下の通りとした。

目標設定

①訪問開始日—7日：1)利用者の身体・精神・社会的全体像についてアセスメントをする

②8日—14日： 1)利用者の身体・精神・社会的全体像についてのアセスメントを完成する

2)アセスメントに基づき、問題点を明確化し、暫定的ケアプランを作成後、利用者の了解を得る

③15日—30日 1)暫定的ケアプランの評価とケアプランの修正

④31日—60日 1)ケアプランの評価とケアプランの修正

実施されなかつたケアプラン項目については、その理由として、1)利用派の個別のニーズが異なり、問題がない場合、2)理学療法など、訪問リハビリテーションの条件に適合しない場合や社会資源不足の場合があり、制度・地域資源量の問題、3)栄養管理に関して利用者の個別的状況により、体重測定ができない、また、貧血検査等の医療分野がされない場合、が実態としてみられた。これら実施されていない項目について、看護ケアとして必要と判断されたケアプランは削除せず、本調査において、できるだけ実施する方向とした。その理由は、個別の事情の場合は、他の利用者に適用される可能性があること、また、制度・資源の理由からの場合には、根本的なニーズは解決されずにある状況が考えられるからであった。

訪問頻度については、事例によって、週1~4回訪問され、個別差がみられた。週4回訪問がされた事例は、ケア拒否が強く、また、閉塞性呼吸器疾患を合併症にもち、薬剤服用や清潔保持のケアが困難であるため、訪問看護ステーションから週に3回、自治体から週1回の訪問が実施されていた。ヘルパーは、過去2回ケアが実施しきれないと中止されていた。したがって、在宅ではかなりケアが困難であり、施設入所を検討中であった。この事例は在宅ケア継続困難事例である可能性が強い。しかし、合併症等へのケアの必要を考慮すれば、週2回は必要であろうと予想し、それ以上の訪問が必要時は、臨時訪問で補う方向で本調査を実施することとした。

在宅痴呆事例の標準訪問看護計画

平成10年 月 日 記入者氏名()

	在宅療養1~7日目 (2回/週)	在宅療養8~14日目 (2回/週)	
	看護婦(土)が実施するケア アセスメント (A欄)	看護婦(土)が実施するケア (A欄)	
目標	<input type="checkbox"/> 各項目についてアセスメントする <input type="checkbox"/> 生活支援のための在宅環境を整える	<input type="checkbox"/> 各項目についてアセスメントを完成する <input type="checkbox"/> アセスメントに基づき問題点の明確化 <input type="checkbox"/> 暫定的アガシを立案し、利用者の了解を得る	利用者についての目標 (B欄)
認知レベル	<input type="checkbox"/> N. M. スケールによる痴呆判定度の測定 <input type="checkbox"/> 患者・家族に症状について説明される	<input type="checkbox"/> N. M. スケールによる痴呆判定度の測定 <input type="checkbox"/> 恐怖・心配の原因除去 <input type="checkbox"/> 日常生活について話をする	<input type="checkbox"/> 認知レベル維持 <input type="checkbox"/> 恐怖心、心配の減少が動作や言葉で確認される
合併症	<input type="checkbox"/> 嚙創の有無とその程度 <input type="checkbox"/> その他の合併症について <input type="checkbox"/> 視覚障害の有無 <input type="checkbox"/> 聴覚障害の有無	<input type="checkbox"/> 合併症の観察と改善。悪化予防 <input type="checkbox"/> 視覚障害への医療的対応と生活面の対応 <input type="checkbox"/> 聴覚障害への医療的対応と生活面の対応	<input type="checkbox"/> 合併症状・維持改善 <input type="checkbox"/> 視覚障害に由来する苦痛の軽減 <input type="checkbox"/> 聴覚障害に由来する苦痛の軽減
薬剤治療	<input type="checkbox"/> 向精神薬の処方、服薬状況 <input type="checkbox"/> 鎮静剤(抗不安剤、睡眠薬)の処方、服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用のモニタリング	<input type="checkbox"/> 向精神薬の処方の有無と服薬状況 <input type="checkbox"/> 鎮静剤(抗不安剤、睡眠薬)の処方の有無と服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用のモニタリング	<input type="checkbox"/> 服薬の猶豫がない <input type="checkbox"/> 服薬による副作用への対応がされる
処置	合併症の処置について	合併症の処置	処置実施部の改善
検査	検査の有無とその内容	血液生化学検査結果に問題が有る場合の対応	血液検査の結果に不安がない
リハビリテーション	リハビリテーション治療の有無	<input type="checkbox"/> 日常の日課を継続する <input type="checkbox"/> 積極的な行為を認める評価がされる <input type="checkbox"/> 身体的な機能維持改善	<input type="checkbox"/> 日常生活が規則化される <input type="checkbox"/> 日常生活に安心の表情がみえる <input type="checkbox"/> 身体機能の維持
セルフケア	<input type="checkbox"/> ADL、I ADLの状況 <input type="checkbox"/> 清潔の維持 <input type="checkbox"/> 口腔ケアの状況 <input type="checkbox"/> 睡眠の状況	<input type="checkbox"/> ADL、I ADLの維持、改善 <input type="checkbox"/> 清潔の維持 <input type="checkbox"/> 口腔ケアがされる <input type="checkbox"/> 夜の十分な睡眠が確保される	<input type="checkbox"/> ADL、I ADLの維持 <input type="checkbox"/> 清潔な下着、衣服を着用 <input type="checkbox"/> 口臭がしない <input type="checkbox"/> 不眠によるいらいらがない
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自分の意志が伝えられる <input type="checkbox"/> 相手の言うことを理解する	<input type="checkbox"/> 患者の意志表示が常に肯定的に受けとめられる <input type="checkbox"/> 家族や身近な人の話題、わかる範囲の話が平易な言葉で話される <input type="checkbox"/> 痴呆症状や機能不全について非難されない	認知的程度に応じたコミュニケーションが楽しめる
栄養	<input type="checkbox"/> 過去7日間の体重変動の有無 <input type="checkbox"/> 脱水の有無 <input type="checkbox"/> 貧血の有無	<input type="checkbox"/> 過去7日間の体重変動への対応 <input type="checkbox"/> 水分摂取 <input type="checkbox"/> 健康維持するために十分な栄養を摂取する	<input type="checkbox"/> 貧血、栄養不良がない <input type="checkbox"/> エネルギー消費量にみあう食事の摂取
排泄	<input type="checkbox"/> 排便のサイクル(1回/日) <input type="checkbox"/> 便秘の有無 <input type="checkbox"/> 排尿が自分でできるか? <input type="checkbox"/> 排便が自分でできるか?	<input type="checkbox"/> 便秘、下痢に対する対応 <input type="checkbox"/> 排泄が自分でできない場合の対応 <input type="checkbox"/> おむつはずし、失禁への対応	<input type="checkbox"/> 便秘、下痢が無い <input type="checkbox"/> 排泄後の後始末がされ、陰部の不快感が無い
安全	<input type="checkbox"/> 過去7日間の転倒の有無 <input type="checkbox"/> 住環境の中で危険な物の有無	<input type="checkbox"/> 転倒やその他の事故の危険要因の除去 <input type="checkbox"/> 急変時の連絡体制、救急処置	<input type="checkbox"/> 転倒、その他の事故が無い <input type="checkbox"/> 急変時について不安が無い
問題行動	<input type="checkbox"/> 問題行動の有無・内容 <input type="checkbox"/> 自傷他害(暴力・暴言、自殺企図を含む)の有無 <input type="checkbox"/> 徘徊の有無	<input type="checkbox"/> 問題行動に至る要因のアセスメントと対応検討 <input type="checkbox"/> 自傷他害の場合、専門医との連携 <input type="checkbox"/> 徘徊、迷子時の対応	<input type="checkbox"/> 問題行動が放置されない <input type="checkbox"/> 自傷他害が無い <input type="checkbox"/> 専門医によるケアがされる <input type="checkbox"/> 徘徊・迷子時に事故が無い
介護者	<input type="checkbox"/> 介護者の有無 <input type="checkbox"/> 介護者の健康 <input type="checkbox"/> 介護の代替の有無 <input type="checkbox"/> 痴呆症状への対応ができるか <input type="checkbox"/> 虐待の有無	<input type="checkbox"/> 家族介護者のいない場合の援助体制 <input type="checkbox"/> 介護者の健康管理指導 <input type="checkbox"/> 介護休憩時間確保のための介護の代替導入 <input type="checkbox"/> 介護者へ痴呆についての情報提供 <input type="checkbox"/> 家族・身近な人への介護指導 <input type="checkbox"/> 虐待が疑われる場合の事実の確認	<input type="checkbox"/> 介護者がいる <input type="checkbox"/> 介護者が健康管理を意識する <input type="checkbox"/> 介護休憩時間がある <input type="checkbox"/> 患者を痴呆として認識する <input type="checkbox"/> 虐待の減少
社会・心理	<input type="checkbox"/> 社会活動の有無 <input type="checkbox"/> 利用中の社会資源 <input type="checkbox"/> 必要な社会資源 <input type="checkbox"/> 経済的自立	<input type="checkbox"/> 痴呆専門医、デイサービス、家族会、介護用品、ケータイ、ショートステイ、老健施設、ヘルパー、巡回サービス、24時間介護、老人福祉手当、身体障害者手帳、介護用品給付、クレジット等の社会資源の紹介と必要資源の導入 (紹介された資源を○で囲ってください)	<input type="checkbox"/> 家族知人とのふれあいが増加 <input type="checkbox"/> 必要な社会資源導入について考慮される <input type="checkbox"/> 外出の機会増加が検討される
上記以外の看護内容			
他職種による援助内容			

	在宅療養15~30日目 (2回/週) 看護師(士)が実施するケア (A欄)	在宅療養31~60日 (1~2回/週) 看護師(士)が実施するケア (A欄)	利用者の大目標 利用者の各到達目標 (B欄)
目標	<input type="checkbox"/> アセスメントに基づきケアプランを立案する	<input type="checkbox"/> ケアプランの評価と必要な修正をする	利用者の各到達目標 (B欄)
認知レベル	<input type="checkbox"/> NIMスケールによる痴呆判定度の測定 <input type="checkbox"/> 恐怖・心配の原因除去 <input type="checkbox"/> 過剰な刺激を避けるために、感受性の限界を査定する <input type="checkbox"/> 家族の話や写真等で感受性に快の刺激	<input type="checkbox"/> NIMスケールによる痴呆判定度の測定 <input type="checkbox"/> 恐怖・心配の原因除去 <input type="checkbox"/> 過剰な刺激を避けるために、感受性の限界を査定する <input type="checkbox"/> 家族の話や写真等で感受性に快の刺激	<input type="checkbox"/> 認知レベル維持する <input type="checkbox"/> 自立度を最大限に維持
合併症	<input type="checkbox"/> 合併症の観察と改善、悪化予防 <input type="checkbox"/> 視覚障害への医療的対応と生活面の対応 <input type="checkbox"/> 聴覚障害への医療的対応と生活面の対応	<input type="checkbox"/> 合併症の観察と改善、悪化予防 <input type="checkbox"/> 視覚障害への医療的対応と生活面の対応 <input type="checkbox"/> 聴覚障害への医療的対応と生活面の対応	<input type="checkbox"/> 合併症が悪化しない <input type="checkbox"/> 視覚障害による苦痛、不快感の軽減
薬剤治療	<input type="checkbox"/> 向精神薬の処方の有無と服薬状況 <input type="checkbox"/> 鎮静剤(抗不安剤、睡眠薬)処方の有無と服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用のモニタリング	<input type="checkbox"/> 向精神薬の処方と服薬状況 <input type="checkbox"/> 鎮静剤(抗不安剤、睡眠薬)処方の有無と服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用のモニタリング	<input type="checkbox"/> 服薬の誤りがない <input type="checkbox"/> 服薬による副作用の対応がされる
処置	<input type="checkbox"/> 合併症の処置	<input type="checkbox"/> 合併症の処置	<input type="checkbox"/> 処置部の治癒・改善
検査	<input type="checkbox"/> 検査結果への対応	<input type="checkbox"/> 血液生化学検査結果について問題の有無	<input type="checkbox"/> 血液検査結果への対応
リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 日常の日課を継続する <input type="checkbox"/> 積極的な行為を認め、評価がされる <input type="checkbox"/> 身体的な機能維持改善	<input type="checkbox"/> 日常の日課を継続する <input type="checkbox"/> 馴れた環境で他者との交流、関心を高める機会をもつ(例、デイサービス等) <input type="checkbox"/> 身体的な機能維持改善	<input type="checkbox"/> 日常生活が規則化される <input type="checkbox"/> 他者との交流を楽しむ機会がある <input type="checkbox"/> 身体機能の維持改善
セルフケア	<input type="checkbox"/> ADL、IADLの維持、改善 <input type="checkbox"/> 清潔の維持 <input type="checkbox"/> 口腔ケアがされる <input type="checkbox"/> 夜の十分な睡眠が確保される	<input type="checkbox"/> ADL、IADLの維持、改善 <input type="checkbox"/> 清潔の維持 <input type="checkbox"/> 口腔ケアがされる <input type="checkbox"/> 夜の十分な睡眠が確保される	<input type="checkbox"/> ADL、IADLの維持 <input type="checkbox"/> 清潔な下着、衣服の着用 <input type="checkbox"/> 口臭がない <input type="checkbox"/> 不眠による行きがない
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 患者の意志表示が肯定的に受けとめられる <input type="checkbox"/> 家族や身近な人の話題やわかる範囲の話が平易な言葉で話される <input type="checkbox"/> 痴呆症状や機能不全を非難されない	<input type="checkbox"/> 患者の意志表示が肯定的に受けとめられる <input type="checkbox"/> 家族や身近な人の話題やわかる範囲の話が平易な言葉で話される <input type="checkbox"/> 痴呆症状や機能不全を非難されない	<input type="checkbox"/> コミュニケーションを楽しめる
栄養	<input type="checkbox"/> 過去7日間の体重変動の有無 <input type="checkbox"/> 水分摂取 <input type="checkbox"/> 健康維持するために十分な栄養を摂取する <input type="checkbox"/> 貧血の有無	<input type="checkbox"/> 過去14日間の体重変動への対応 <input type="checkbox"/> 水分摂取 <input type="checkbox"/> 健康維持するのに十分な栄養を摂取する <input type="checkbox"/> 貧血の有無	<input type="checkbox"/> 貧血、栄養不良がない <input type="checkbox"/> エネルギー消費量にみあう食事の摂取
排泄	<input type="checkbox"/> 便秘、下痢の予防 <input type="checkbox"/> 排泄が自分でできない場合の対応 <input type="checkbox"/> おむつはずし、失禁への対応	<input type="checkbox"/> 便秘、下痢の予防 <input type="checkbox"/> 排泄が自分でできない場合の対応 <input type="checkbox"/> おむつはずし、失禁への対応	<input type="checkbox"/> 便秘、下痢がない <input type="checkbox"/> 排泄後の後始末がされ陰部の不快感がない
安全	<input type="checkbox"/> 転倒やその他の事故の危険要因の除去 <input type="checkbox"/> 急変時の連絡体制、救急処置指導 <input type="checkbox"/> ドッグペッド確保	<input type="checkbox"/> 転倒やその他の事故の危険要因の除去 <input type="checkbox"/> 急変時の連絡体制、救急処置指導	<input type="checkbox"/> 転倒、その他の事故がない <input type="checkbox"/> 緊急時の不安がない
問題行動	<input type="checkbox"/> 在宅で対応しきれない問題行動の限界査定 <input type="checkbox"/> 自傷他害の予防 <input type="checkbox"/> 問題行動に至る要因のアセスメントと対応 <input type="checkbox"/> 徘徊、迷子時の対応	<input type="checkbox"/> 問題行動の予防 <input type="checkbox"/> 自傷他害の予防 <input type="checkbox"/> 家族が問題行動の予兆が観察できる指導 <input type="checkbox"/> 問題行動治療のための専門病棟入院準備 <input type="checkbox"/> 徘徊、迷子時の対応	<input type="checkbox"/> 問題行動の減少する <input type="checkbox"/> 自傷他害がない <input type="checkbox"/> 専門医等によるケアがされる
介護者	<input type="checkbox"/> 介護の代替導入 <input type="checkbox"/> ケア提供者間の連携 <input type="checkbox"/> 介護者の健康管理指導 <input type="checkbox"/> 介護休暇時間確保のための資源導入 <input type="checkbox"/> 家族・身近な人への痴呆介護指導 <input type="checkbox"/> 虐待が疑われる場合の事実の確認	<input type="checkbox"/> 介護の代替導入 <input type="checkbox"/> ケア提供者間の連携 <input type="checkbox"/> 介護者の健康管理指導 <input type="checkbox"/> 家族・身近な人への痴呆介護指導 <input type="checkbox"/> 介護休暇時間確保のための資源導入 <input type="checkbox"/> 虐待が疑われる時の事実の確認と対応策	<input type="checkbox"/> 専門職を含めた者による介護の代替実施 <input type="checkbox"/> 介護者が健康管理を実施 <input type="checkbox"/> 介護休憩時間がある <input type="checkbox"/> 介護者が痴呆症状に対応 <input type="checkbox"/> 虐待の減少
社会・心理	<input type="checkbox"/> 利用中の社会資源調整 <input type="checkbox"/> 必要な社会資源の導入 <input type="checkbox"/> 経済的自立への相談	<input type="checkbox"/> 利用中の社会資源調整 <input type="checkbox"/> 必要な社会資源の導入 <input type="checkbox"/> 経済的自立への相談 <input type="checkbox"/> 家屋、不動産、遺産管理の情報提供	<input type="checkbox"/> 家族とふれあう機会増加 <input type="checkbox"/> 必要な社会資源の導入 <input type="checkbox"/> 経済的自立への見通しがたつ <input type="checkbox"/> 適度管理の相談ができる <input type="checkbox"/> 外出、社会的接觸の機会が増加する
上記以外の看護内容			
他職種による援助内容			

3. 調査Ⅱ（本調査、標準化枠組の事例への適用と枠組の妥当性の検討）

1) 対象

神奈川県の3訪問看護婦ステーションと1病院在宅ケア部門からの訪問看護対象となっている痴呆性高齢者4事例を分析対象とした。各施設につき、訪問開始された痴呆の事例を1事例、2ヶ月間追跡した。

2) 研究方法

期間の設定と看護手順の目標：期間の設定は、調査Ⅰと同様にし、その期間内の看護手順の目標を、調査Ⅰの結果から、以下のように設定した。

- ①訪問開始日～7日 1)各項目についてアセスメントする
2)生活支援のための在宅環境を整える
- ②8日～14日 1)各項目についてアセスメントを完成する
2)アセスメントに基づき問題点の明確化
3)暫定的ケアプランを立案し、利用者の了解を得る
- ③15日～30日 1)アセスメントに基づきケアプランを立案する
- ④31日～60日 1)ケアプランの評価と必要な修正をする

利用者の目標と14領域内ケア内容・アウトカム項目：利用者の目標と14領域内のアセスメントに対応するケア内容及びアウトカム項目（到達目標）は、ST ATpath™ Interdisciplinary Plan of Careに記述のある「アルツハイマー型痴呆」と「認知低下、痴呆」のクリティカルパス等の文献を参考にし、調査票の通りとした。さらに、利用者の大目標は、1)認知レベルを維持する、2)自立度を最大限に維持する、とした。

調査方法：上記の施設所属の訪問看護婦が、調査表の枠組をできるだけ参考にして、訪問毎のケアを実施し、その実施の有無を記録し、実施されない場合に、その理由を記録するように依頼した。また、アウトカムについても、設定した期間毎の到達状況を記録し、到達しなかった場合は、同様に理由の記録を依頼した。調査期間は、各事例の訪問開始から2ヶ月間とし、4事例は平成10年10月13日から平成11年1月13日までの間に調査された。

3) 結果

(1)事例の概要と事例の背景については、以下の通りであった。

<事例の概要>

ID 1. 67歳時に夫死亡。専業主婦。夫を一人で介護した。83歳時、多発性脳梗塞発症、徘徊、転倒、かみつく等の問題行動みられた。90歳時、大腿骨骨折、脱水で入院、退院後訪問看護開始。家族関係良好。長女が主介護者。次女夫婦は隣に居住し、介護に協力的。

ID 2. 機械工作販売会社の経営者だったが、発病後会社を閉じた。長女夫婦と同居。長女の夫を泥棒と思う。家族への暴力行為あり。別居の長男夫婦は、月

に2回本人を外出させ、介護に協力する。1月の最終アセスメント時に重症痴呆、妻への暴力と徘徊が著名となり、入院した。

ID 3. 30年前から糖尿病治療継続。平成10年、リハビリテーション目的の入院中に徘徊中転倒し、後頭部傷害。高齢者世帯で、妻も平成10年に脳梗塞で入院し、軽快して退院す。子供達3人は別居だが、交代で本人の介護をしてきた。長女は骨折治療中で無理できない。ヘルパー導入を考慮中

ID 4. 以前に心筋梗塞、20年前に胃癌、10年前に大腸癌の既往にて、現在は人工肛門のケアが必要。二世帯住宅で、次女夫婦と同居。次女夫婦は本人が痴呆と理解しているが、時々、本人に暴言をはくこと有り。入浴が妻一人では、困難なので、訪問時に入浴の援助す。下肢の循環障害あり。

表2. 調査Ⅱ（本調査）における事例の訪問開始時の背景

ID	年齢	性別	主訴	認知の程度 (NIMスケール)	合併症	ADL	介護者	社会資源	問題行動
1.	90	女	アルツハイマー型痴呆	重症	大腿骨骨折	座位全面依存	61歳の娘		暴言、暴力、拒食、幻覚、妄想、作話、叫ぶ、ケアの拒否
2.	68	男	アルツハイマー型痴呆	中等症		歩行自立	62歳の妻	デイケア	被害妄想、妄想、作話、ケアの拒否
3.	85	男	脳血管性痴呆	中等症	糖尿病	歩行自立	82歳の妻	デイサービス、訪問診療	
4.	85	男	痴呆	中等症	下腿鬱血性皮膚炎、	座位・歩行とも部分的援助	76歳の妻	訪問診療	暴言、暴力、被害妄想、幻覚、妄想、作話

(2)訪問看護の標準化枠組に沿ったケアの実施率

各事例についてのケアの実施率は、以下の通りであった。

事例1:アルツハイマー型痴呆・多発性脳梗塞・大腿骨骨折・90歳・女
表3-1)標準訪問看護計画実施項目及び実施できなかつた理由

評価項目	1日目～7日目		8日目～14日目		15日目～30日目		31日目～60日目	
	2回／週(1)	(2)	2回／週(1)	(2)	1回／週	1回／週	1回／週	1回／週
実施率	実施率	実施率	実施率	実施率	実施率	実施率	実施率	実施率
行動目標	100	50	66.7	100	100	0	100	0
認知レベル	100	50	33.3	66.7 ①	0	50	75	0
合併症	100	50	33.3	33.3 ①③	33.3	33.3	33.3	33.3
薬剤治療	100	0	0	0 ①	0	0	0	0 (1)
処置	0	0	100	100	0	0	0	0 (1)
検査	100	0	0	0 ①	100	0	0	0 (1)
リハビリ	100	0	100	100	100	100	66.7	66.7
セルフケア	100	25	100	75 ①	100	75	75	75 (2) (3)
コミュニケーション	100	0	100	100	100	100	100	100
栄養	100	66.7	100	100	100	100	100	100
排泄	100	0	66.7	66.7 ①③	66.7	66.7	33.3	33.3 (1) (2) (3)
安全	100	0	100	100	100	100	0	0 (1) (3)
問題行動	100	0	100	33.3 ①②③	50	75	0	0 (1) (2) (3)
介護者	100	0	66.6	83.3 ①②③	33.3	33.3	33.3	33.3 (1) (3) (10)
社会的心理	100	0	100	100	0	0	25	0 (1) (3)
合計項目	97.5	15.4	69.2	74.4	56.8	61.4	54.3	37

事例2:アルツハイマー型痴呆 69歳 男
表3-2)標準訪問看護計画実施項目及び実施できなかつた理由

評価項目	1日目～7日目		8日目～14日目		14日目～30日目		31日目～60日目	
	2回／週(1, 2)							
実施率	実施率	実施率	実施率	実施率	実施率	実施率	実施率	実施率
看護師の行動目標	50	100	0	100	0	100	0	0 (1)
認知レベル	50	33	0	⑩	0	0	25	25 (1)
合併症	0	0	0	⑩	100	100	100	0 (1)
薬剤治療	100	100	0	⑩	0	0	0	0 (1)
処置	0	0	0	⑩	0	0	0	0 (1)
検査	0	0	0	⑩	0	0	0	0 (1)
リハビリーション	0	0	0	⑩	0	0	0	0 (1)
セルフケア	100	100	0	⑩	25	50	25	25 (1)
コミュニケーション	100	100	0	⑩	100	100	66	66 (1)
栄養	0	0	⑩	⑩	0	0	.4	0 (1)
排泄	0	0	⑩	⑩	0	0	0	0 (1)
安全	0	0	⑩	⑩	0	0	0	0 (1)
問題行動	100	100	50	⑥⑩	75	80	60	60 (1)
介護者	100	100	100	⑥⑩	67	83	17	-
心理社会	100	100	100	⑥⑩	0	100	0	-
合計項目	56.4	46.2	-	-	34.1	47.8	23.4	-

事例3：脳血管性痴呆 85歳 男
表 3-3 標準訪問看護計画実施項目及び実施できなかつた理由

評価項目	実施率と理由番号 (%)	1日目～7日目		8日目から14日目		15日目～30日目		31日目～60日目		パリアンス
		2回／週(1)	(2)	2回／週(1)	(2)	1回／週	1回／週	1回／週	1回／週	
看護職の行動目標	100	100	66.7	66.7		0	100	0	0	0
認知レベル	50	50	66.7	66.7 ①		75	25	100	75	100
合併症	25	100	100		100	66.7	66.7	66.7	100	50 ③
薬剤治療	0	0	0	⑩		0	0	0	0	50
処置	100	100	100		100	100	100	100	100	100
検査	100	100	100		100	100	100	100	100	100
リハビリテーション	100	100	100		100	100	100	100	100	100
セルフケア	100	100	100		100	100	100	100	100	100
コミュニケーション	100	100	100		100	100	100	100	100	100
栄養	100	100	100		100	100	100	100	100	100
排泄	100	100	100		100	100	100	100	100	100
安全	100	100	100		100	100	100	100	100	50 ⑩
問題行動	100	100	66.7	66.7 ⑪		100	80	60	60	66.7
介護労働	100	100	83.3	83.3 ②③		100	100	66.6	66.6	80 ③
心理社会	100	100	100		0	100	0	0	100	40 ②③⑪
合計項目実施率	82.1	89.7	84.6		75	81.8	82	71.3	71.7	91.3
										67.4

事例4：痴呆・下肢動脈閉塞症・大腸がん既往 85歳 男
表3-4) 標準訪問看護計画実施項目及び実施できなかつた理由

評価項目	訪問頻度	1日目～7日目		8日目～14日目		パリアンス15日目～30日目		31日目～60日目	
		実施率と理由番号 (%)	実施率 (%)	実施率 (%)	実施率 (%)	実施率 (%)	実施率 (%)	実施率 (%)	実施率 (%)
看護職の行動目標	100	50	66.7	10	0	0	0	0	0
認知レベル	50	0	33.3	10	0	0	0	25	0
合併症	100	50	33.3	10	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3
薬剤治療	100	100	33.3	0	33.3	0	0	0	0
処置	100	100	100	100	100	100	100	100	100
検査	100	0	0	10	0	0	0	0	0
リハビリテーション	100	100	100	100	66.7	0	100	66.7	66.7
セルフケア	100	100	75	50	10	25	50	50	50
コミュニケーション	100	100	100	100	100	100	100	100	100
栄養	33.3	66.6	66.7	1	100	75	75	75	75
排泄	75	75	66.7	10	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7
安全	100	100	0	50	10	100	50	50	50
問題行動	33	66.6	66.7	10	33.3	25	0	0	0
介護者	80	60	40	40	30	16.6	16.6	16.6	16.6
心理社会	25	25	25	100	0	0	0	0	0
合計項目実施率	79.4	71.8	51.3	51.2	43.1	29.5	38.6	29.5	34.7
									30.4
									37
									37
									30.4

評価項目	訪問頻度	31日目～60日目		パリアンス	
		実施率と理由番号 (%)	実施率 (%)	実施率 (%)	実施率 (%)
行動目標	0	0	0	0	0
認知レベル	0	0	25	50	10
合併症	33.3	33.3	33.3	33.3	10
薬剤治療	0	0	0	0	0
処置	100	100	100	100	100
検査	0	0	100	0	0
リハビリ	66.7	66.7	66.7	66.7	10
セルフケア	50	50	75	50	10
コミュニケーション	33.3	33.3	100	100	10
栄養	75	75	75	75	10
排泄	66.7	66.7	66.7	66.7	10
安全	50	50	100	100	10
問題行動	0	0	20	10	0
介護者	16.6	16.6	16.6	16.6	10
社会・心理	0	0	0	0	0
合計項目実施率	30.4	30.4	39.1	43.5	10

ID.1(90歳、女、アルツハイマー型痴呆、大腿骨骨折)：「合併症」の褥創の処置がされ、「検査」（血液）への対応も実施していた。「リハビリテーション」「セルフケア」「コミュニケーション」「栄養」「安全」に重点が置かれていた。「問題行動」についての対応もされていたが、専門医にはつながっていなかった。

ID.2(69歳、男、アルツハイマー型痴呆)：「薬剤治療」「セルフケア」「コミュニケーション」「問題行動」「介護者」「社会・心理」の領域のケアに重点が置かれていた。

ID.3(85歳、男、脳血管性痴呆、糖尿病)：「薬剤治療」領域では、向精神薬等の処方ないため実施の必要が無かった。その他は、殆どのケアが実施されていた。

ID.4(69歳、男、痴呆、下腿鬱血性皮膚炎、人工肛門)：「処置」「リハビリテーション」「セルフケア」「コミュニケーション」「栄養」「排泄」「安全」領域にケアの重点が置かれた。

(3) アウトカム到達率

各事例についてのアウトカム到達率は、表4に記載の通りであった。

ID.1(90歳、女、アルツハイマー型痴呆、大腿骨骨折)：「薬剤治療」領域では、向精神薬等の処方ないためケア対象に該当しなかった。「問題行動」領域では、<自傷他害がない>項目は到達されたが、<問題行動の減少>は到達されなかつた。「介護者」領域では、家族が専門職による介護の代替を希望せず、到達されなかつたが、<介護者が痴呆症状に対応する><介護者の健康管理・介護休憩確保>は到達した。「社会・心理」領域では、<経済的見通し><社会資源導入が考慮される>が達成された。

ID.2(69歳、男、アルツハイマー型痴呆)：「薬剤治療」「介護者」領域は到達率が高かつた。痴呆が進行し症状が悪化したため、「認知レベル」「問題行動」領域は到達率が低かつた。その他の未達成の領域は、「その他」の理由によるものであった。

ID.3(85歳、男、脳血管性痴呆、糖尿病)：到達した領域が多く、未達成は数項目のみであった。成果に到達しなかつた項目は、「合併症」領域の<視聴覚障害による不便さの軽減>と、「問題行動」領域では<専門医等によるケアがされる>、さらに、「介護者」領域の<専門職を含めた者による介護代替の実施>の項目であった。

ID.4(69歳、男、痴呆、下腿鬱血性皮膚炎、人工肛門)：「処置」「コミュニケーション」「栄養」「排泄」領域は全て到達されていた。「認知レベル」「薬剤治療」「リハビリテーション」「問題行動」「介護者」「社会・心理」領域の達成率が低かつた。

事例1：アルツハイマー型痴呆 90歳 女

表 4-1) アウトカム達成率、および期待される成果に到達しなかつた理由(バリアンス評価)

バスクウェイ	1日目～14日目	15日目～60日目		
訪問頻度	2回／週	1回／週		
実施率と理由番号 評価項目	到達率	理由番号	到達率	理由番号
目標			0	
認知レベル	100		100	
合併症	33.3		50	①
薬剤治療	0		0	⑩
処置	100		0	①
検査	0		0	⑩
リハビリテーション	66.7	①	66.7	①②③
セルフケア	75	①	100	
コミュニケーション	100		100	
栄養	100		100	
排泄	100		100	
安全	100		100	
問題行動	75		33.3	③⑩
介護者	80	①②③	60	③⑩
社会心理	33.3	③	20	③
合計項目実施率	68.5		66.7	

事例2: アルツハイマー型痴呆 69歳 男
表 4-2) アウトカム到達率、および期待される成果に到達しなかった理由(バリアンス評価)

バスウェイ	1日目～14日目	15日目～60日目		
訪問頻度	2回／週	2回／週		
実施率と理由番号 評価項目	到達率	理由番号	到達率	理由番号
看護職の行動目標			50	
認知レベル	100	(1)	0	(1)
合併症	0	(10)	0	(10)
薬剤治療	0	(10)	100	
処置	0	(10)	0	(10)
検査	0	(10)	0	(10)
リハビリテーション	0	(10)	0	(10)
セルフケア	100	(10)	50	(1)
コミュニケーション	0	(1)	0	(1)
栄養	0	(10)	0	(10)
排泄	0	(10)	0	(10)
安全	0	(10)	0	(10)
問題行動	25	(1)	0	(1)(6)
介護者	100	(3)(10)	60	(3)
心理社会	0	(9)(10)	0	(2)(3)
合計項目実施率	34.3		27.8	

事例3: 脳血管性痴呆 85歳 男
表 4-3) アウトカム達成率、および期待される成果に到達しなかった理由(バリアンス評価)

バスウェイ	1日目～14日目	15日目～60日目		
訪問頻度	2回／週	2回／週		
実施率と理由番号 評価項目	到達率	理由番号	到達率	理由番号
看護職の行動目標	0		0	
認知レベル	100		100	
合併症	100		50	(3)(5)(10)
薬剤治療	50		50	(5)
処置	100		100	
検査	100		100	
リハビリテーション	100		100	
セルフケア	0		100	
コミュニケーション	0		100	
栄養	50	(3)(10)	50	(3)(10)
排泄	100		100	
安全	100		100	
問題行動	66.7	(10)	66.7	(10)
介護者	60	(10)	60	(3)
心理社会	40	(3)(10)	20	(3)(5)(10)
合計項目実施率	73.6		83.3	

事例4: 痴呆 85歳 男
表 4-4) アウトカム達成率、および期待される成果に到達しなかった理由(バリアンス評価)

バスウェイ	1日目～14日目	15日目～60日目		
訪問頻度	2回／週	2回／週		
実施率と理由番号 評価項目	到達率	理由番号	到達率	理由番号
看護職の行動目標			50	
認知レベル	0	(10)	33.3	(1)(2)(10)
合併症	50	(10)	50	(10)
薬剤治療	50	(10)	0	(10)
処置	100		100	
検査	0	(10)	100	
リハビリテーション	0	(1)(3)(10)	0	(1)(2)
セルフケア	50	(2)	75	(1)(2)
コミュニケーション	100		100	
栄養	100		100	
排泄	100		100	
安全	50	(3)(10)	50	(3)(10)
問題行動	0	(1)(10)	0	(10)
介護者	20	(3)(10)	20	(3)(10)
心理社会	20	(1)(2)(3)	0	(3)(10)
合計項目実施率	38.2		41.2	

(4)バリアンス発生の有無と内容

バリアンス発生の有無と内容については、各事例のケアの実施率とアウトカム到達率に記載されている理由番号と、表5に記載の通りであった。

表5.痴呆事例別バリアンス発生の有無と内容

種別	番号	バリアンス内容	総数	事例別 (ID)			
				1.	2.	3.	4.
実施できなかつた理由	1	利用者の心身条件のため実施できなかった	22	14	4	1	3
	2	利用者が拒否した、或いは希望がなかったためできなかった	11	6	0	2	3
	3	家族が拒否した、或いは希望がなかったためできなかった	20	11	1	4	4
	4	スタッフ数が足りないため実施できなかった	0	0	0	0	0
	5	スタッフの能力不足のため実施できなかった	1	0	0	1	0
	6	連携状の問題があり実施できなかった	1	0	1	0	0
	7	連絡先の機関・担当者が機能を果たさなかった	0	0	0	0	0
	8	社会資源が不足していたため実施できなかった	0	0	0	0	0
	9	社会資源の質に問題があり実施できなかった	0	0	0	0	0
	10	その他の理由で実施できなかった	42	3	16	4	19
成果に到達しなかった理由	1	利用者の心身条件のため到達しなかった	21	6	7	0	8
	2	利用者が拒否した、或いは希望がなかったためしなかった	8	2	1	0	5
	3	家族が拒否した、或いは希望がなかったため到達しなかった	22	6	3	6	7
	4	スタッフ数が足りないため到達しなかった	0	0	0	0	0
	5	スタッフの能力不足のため到達しなかった	2	0	0	2	0
	6	連携状の問題があり到達しなかった	0	0	0	0	0
	7	連絡先の機関・担当者が機能を果たさなかった	0	0	0	0	0
	8	社会資源が不足していたため到達しなかった	0	0	0	0	0
	9	社会資源の質に問題があり到達しなかった	1	0	1	0	0
	10	その他の理由で実施できなかった	43	3	18	8	14

ID.1(90歳、女、アルツハイマー型痴呆、大腿骨骨折)：ケア実施のない場合は、本人にその問題がない場合や、家族の都合であった。また、アウトカム到達率が低かったのも同様の理由であった。

ID.2(69歳、男、アルツハイマー型痴呆)：ケア実施とアウトカム到達の双方に関して、「その他の理由」が最も多かった。また、アウトカム到達率が低かった「認知レベル」「セルフケア」「コミュニケーション」「問題行動」の領域については、重症化した本人の「心身条件による理由」による理由が主なものであった。

ID.3(85歳、男、脳血管性痴呆、糖尿病)：「合併症」領域の<視聴覚障害による不便さの軽減>項目の未達成の理由は、「家族の希望がない」「スタッフの能力不足」「その他」の理由であり、「問題行動」領域の<専門医等によるケアがされる>項目が未達成の理由は、「スタッフの能力不足」とされた。他の項目の未達成の理由としては、「家族の希望がない」「その他」が多かった。

ID.4(69歳、男、痴呆、下腿鬱血性皮膚炎、人工肛門)：ケアの未実施の理由は、「その他」が最も多かった。「介護者」「社会・心理」領域の未実施の理由は、「家族の拒否あるいは希望がない」と、「リビングショーン」「セルフケア」「コミュニケーション」領域では、「本人の心身条件のため」と「利用者の拒否、希望がない」の理由によるものであった。その他の領域のケア未実施は、「その他の理由」によった。アウトカム未到達の理由もほとんどケア実施の場合と同様であった。

(5)訪問看護、連携状況、管理状況

訪問看護、連携状況、管理状況については、表4と表5のとおりであった。訪問滞在時間は、4事例とも約1時間だった。連携状況、管理の内容については、事例によって様々であった。訪問頻度は、1ヶ月は全事例について週2回訪問され、2ヶ月目は1事例のみ週1回で、他の事例は平均週2回の訪問であった。

表6 訪問看護・連携・管理に要した時間と管理内容別の実施頻度

ID	訪問回数	滞在時間 平均分	連携時間 平均分	管理時間 平均分	管理内容別の実施頻度 (%)						
					スタッフ間連絡報告	ケア録	ケラ課	準備	電話連絡	レセプト	その他 整理
1	10	66.0	21.7	16.0	100.0	0	100.0	100.0	20.0	100.0	0
2	19	50.5	5.0	24.5	100.0	21.1	100.0	0	15.8	0	0
3	21	77.1	10.0	15.0	28.6	47.6	33.3	4.8	23.8	0	0
4	17	58.8	-	10.0	58.8	5.9	5.9	94.1	0	11.8	5.9
全	16.8	63.3	-	16.4	67.2	22.4	55.2	40.3	14.9	17.9	1.5

表7 痴呆事例の訪問看護の実施形態

訪問時間帯 N=67	計画的訪問 N=64	臨時訪問 N=3
時間内 67回	100%	100%
時間外 0	0	0

4) 考察

個別性に対応できる評価項目：痴呆の4事例とも、その個別性が高く、14領域のケアが全て該当するとは限らなかった。例えば、ID.2のADLが比較的高いアルツハイマー型痴呆事例の場合は、「薬剤治療」「セルフケア」「コミュニケーション」「問題行動」「介護者」「社会・心理」の領域のケアに重点が置かれたが、「排泄」「栄養」については、該当する問題点ではなく、ケアの実施はなかった。それに対し、ADLの低いID.1の事例については、「排泄」「栄養」ともにケアがされ、アウトカム到達率が高かった。ID.3の脳血管性痴呆事例では、アウトカム到達率が殆どの領域で高く、また、ID.4の大腸癌等既往の痴呆事例については、「処置」「コミュニケーション」「排泄」「栄養」領域の達成率が高かった。このように、事例の特性に応じた領域中心のケアと評価がされ、必要な領域が利用されていたことから、本枠組みの範囲で、事例の個別性に対応できるものと考える。

訪問看護の標準化枠組みとして利用：ケアの実施とアウトカム到達が成されなかった理由（以下、バリアンス）の内容は、「その他」が最多であった。次に多かったのが、「利用者の心身条件のため」と「家族の拒否あるいは希望がない」であった。「その他」の理由には、対象者のニーズがそのケア項目、評価項目に該当しない場合が多くみられた。これは、事例の個別性に由来するもので、他の事例には必要とされた場合がみられたことから、個別性に対応する枠組みとするためには、この理由のために削除すべきではなく、利用される項目である。

「家族の拒否あるいは希望がない」理由については、家族の価値観とケア提供者の判断とのずれからケアが受け入れられない状況である。看護婦が必要と判断し、状況改善のために達成課題と認識しても、受け入れを拒否する家族の場合、看護職が2ヶ月間で、家族の価値観を変化させるのは、極めて困難である。価値観の変化には一般に時間がかかる。しかし、専門職による介護の代替や、痴呆の専門医につなぐ事の必要性は、これまでの研究結果からも必要事項と報告されているので、アウトカム項目として削除するのは妥当ではない。家族の個別性によるので、2ヶ月で到達しない場合は、長期目標として設定できる。

「利用者的心身条件のため」にケア実施やアウトカム到達がされない場合については、痴呆患者の「認知レベル」の維持や問題行動の軽減など、かなり困難な場合を想定しなければならない。痴呆患者の場合、問題行動のために、ケアを拒否される場合も少なくない。したがって、「問題行動が軽減する」と「問題行動が少し緩和されたことがある」の2項目を並べて置くほうがアウトカムの妥当性が高いと考える。また、「認知レベル」についても、認知レベルを維持する困難性を考慮し、アウトカムを「認知レベル維持の対策が実施される」の表現がより適切である。これらの修正を加えることにより、訪問看護標準化の枠組みとして利用できると考える。

強化すべき連携と修練すべき技術：痴呆患者へのケアについては、症状の予後やケアの方向性について専門医による助言が必要であるといわれる。しかし、家族あるいは本人が精神科医にかかることに消極的であることが珍しくない。本調査においても、専門医にまだつながっていない事例が認められた。時間はかかるが、目標として継続的に意識する必要がある。また、医師の他にデイケアや、他の施設の職種の人々と連携し、ケアの方向性について情報のネットワーク化がされることが望まれる。

問題行動が悪化するに伴い、その対応が困難になるので、問題行動の原因をよくアセスメントし、その対策を検討する技術が看護職に求められる。さらに、痴呆患者が不安を抱かない方向へのコミュニケーション技術や、家族が介護においつめられないよう、介護指導するカウンセリング的技術が問題解決のために重要な鍵となると考える。

訪問看護・連携・管理状況：

本事例においては、訪問頻度は、ほぼ週に2回実施された。事例の個別性を考慮し、事例の心身状況、介護状況により、2ヶ月目は週1～2回の訪問頻度として幅をもたせ、不足の場合は臨時訪問の形で補う方向が妥当であると考える。また、訪問形態では、殆どが計画訪問であり、臨時訪問は少なかった。訪問滞在時間は、4事例とも約1時間かかっている状況から、1時間は必要な時間であると考える。連携時間については、少なかったが、今後連携の職種が増えると、より多く時間がかかると推定する。

5) 提言及び今後の課題

痴呆の訪問看護標準化枠組みについて、本調査の結果から、「問題行動」領域のアウトカム項目を「問題行動が軽減する」と「問題行動が少し緩和されたことがある」の2項目を並べる。また、「認知レベル」領域についても、アウトカム「認知レベル維持」を「認知レベル維持の対策が実施される」の表現とする。今後は、合併症の有無や問題行動の程度、介護者の状況を考慮し、期待される成果の妥当な到達度を検討する必要がある。

<文献>

1. 冷水豊：痴呆性老人の在宅ケアのための社会的視点，老年精神医学雑誌，8(8)，P.797-803, 1997.
2. 厚生省老人保健福祉局企画課（監）：痴呆性老人対策推進の今後の方向，中央法規出版，東京，1994.
3. 東京都老人総合研究所精神医学部門（編）：在宅痴呆性高齢者の介護のあり方に関する研究，1997.
4. 日本看護協会、日本訪問看護振興財団：1996全国における訪問看護・家庭訪問サービス定点モニター調査，p.114, 1997.
5. 黒田洋一郎：アルツハイマー型病，岩波新書，東京，p.17-20, 1998.
6. Center for Health Education: Critical Path: Alzheimer's Disease, & Cognitive Loss/Dementia, STATpath™Interdisciplinary Plan of Care, Free-style Publications, Inc. 1996.
7. 辻元宏：保健所の痴呆老人のケアシステム，保健婦雑誌，51(13), P.1074-1079, 1995.

2) 医療的ケア事例

C 在宅酸素療法事例における訪問看護標準化枠組

1. 在宅酸素療法事例の訪問看護標準化枠組の開発経過

1) 在宅酸素療法の動向と本訪問看護標準化枠組開発の意図

(1) 近年の実施者数と適用基準

わが国の在宅酸素療法（Home Oxygen Therapy:以下 HOT）実施者は健康保険の適用が開始された昭和 60 年以来増加し、現在では 6 万人を越える実施者がある。

HOT の適用基準は表 1 に示した通り、病状の安定した慢性呼吸不全の者また、睡眠時や運動時に低酸素を生じる者である。

(2) 医療費のシステム

保険医療機関は診療に基づき、在宅酸素療法指導管理料（チアノーゼ型、その他）を算定できる。退院前の在宅療養の指導については退院前在宅療養指導管理料、退院前共同指導料、退院前訪問指導料の算定対象となる。

指示書に基づく訪問看護を行った場合は（老人）訪問看護基本療養費、（老人）訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費（（老人）訪問看護ステーション）の算定の対象となる。従って、従来行われている医師の指示に基づく訪問看護には費用の支払いシステムがある。

表 1

在宅酸素療法の適応基準

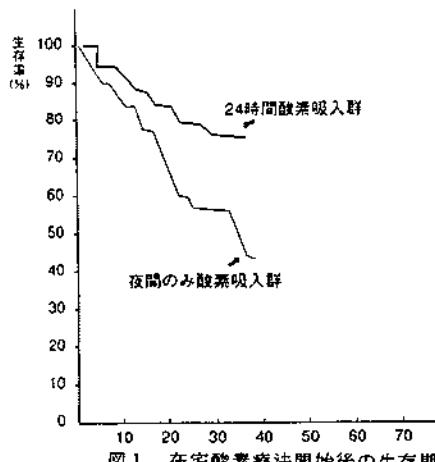
（厚生省、平成 4 年 4 月現在）

1. 対象疾患は、高度慢性呼吸不全例、肺高血圧症、チアノーゼ型先天性心疾患で安定した病態にある者。
2. 動脈血酸素分圧が 55Torr 以下の者及び、動脈血酸素分圧 60Torr 以下で睡眠時又は運動負荷時に著しい低酸素血症をきたす者。
3. 医師が在宅酸素療法が必要かつ適切であると判断した患者について、療養上必要な事項について適切な指導を行い、医学的管理を十分行いつつ、在宅酸素療法の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導を行った者。

（注意）在宅酸素療法中の患者で安定した状態のものの経過観察に、経皮的動脈血酸素飽和度監視装置による動脈血酸素飽和度を用いることは差し支えない。

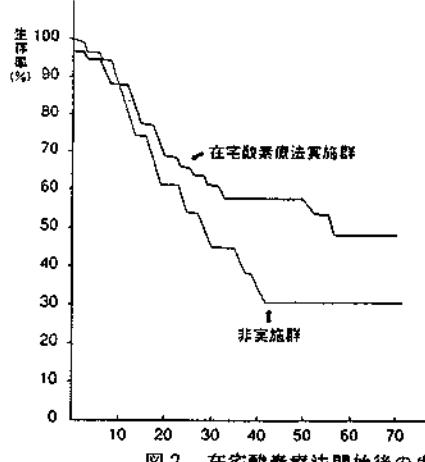
(3) 在宅酸素療法の効果

在宅酸素療法の効果には、心負荷の軽減による生存期間の延長や、息切れの減少、症状の緩和、運動能力の改善といった身体面の効果および、運動能力の改善により外出の機会が増すことや、仕事・役割を継続できること、再入院回数を少なくすることなどの社会面の効果、それらにより安心感が得られ、満足感をもって日常生活を送ることができ、QOLの向上をはかることができるといった心理面の効果などが報告されている^{1)～3)}（図1～4）。



●在宅酸素療法の予後についてのイギリスとアメリカの報告です。

・アメリカのNOTT(Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group)では203例の慢性呼吸不全症例を、24時間酸素吸入と夜間12時間酸素吸入との2群間での生存率を比較し、24時間吸入では、1年生存率88.1%、2年生存率77.6%であったのに対し、夜間のみの吸入群では1年生存率79.4%、2年生存率59.2%であり、24時間酸素吸入に長期生存が得られたとしている。



・イギリスのMRC (Medical Research Council Working Party)においては、87例の慢性呼吸不全症例を在宅酸素実施群と非実施群と比較したところでは、在宅酸素療法実施群の累積生存率が明らかに高かったとする。

(Plehn,D.C.:Long-term home oxygen therapy. Chest. Vol.87. 1985より)

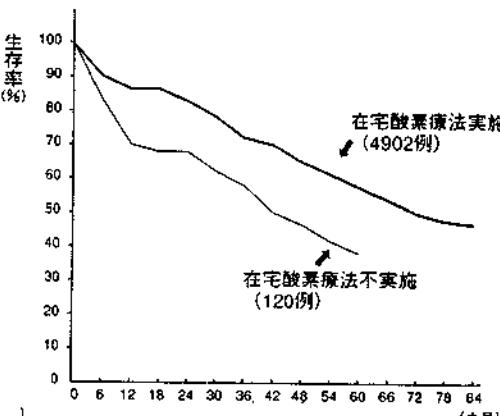
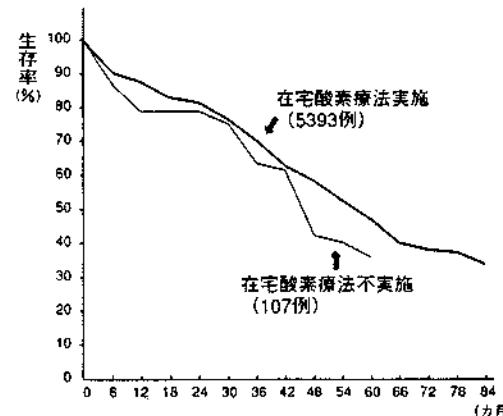


図3 在宅酸素療法実施の有無別肺気腫症累積生存率(日本)

図4 在宅酸素療法実施の有無別肺結核後遺症累積生存率(日本)

(4)在宅酸素療法の対象者の特徴

一方、新たに HOT が導入される者の特徴には、次のようなものがあげられる。すなわち、主疾患の構成割合は、「慢性閉塞性肺疾患 39.2 %」が最も多く、次いで「肺結核後遺症 17.6%」、「肺癌 12.2%」、「間質性肺炎 12.0%」の順に多い。今後、慢性閉塞性肺疾患の者が一層増加することが予測されている。また、肺癌や膠原病による慢性呼吸不全者への適用が増加傾向にあり、HOT 実施者の疾病構成は多様化している。

対象者の年齢は 65 歳以上の高齢者がほとんどで、性別は主疾患の構成比にも関連して男性に多く、家族構成は老夫婦のみまたは独居の者が半数を占めている。

酸素供給器は、保険適用初期には低酸素濃度を発生させる膜型酸素濃縮器の使用者が多くいたが、その後高酸素濃度を発生させる吸着型酸素濃縮器が開発され、近年の使用率は 8 割を占める。また、高圧ガス取締法の改正により、液体酸素の移充填を家庭で行えるようになって以来、液体酸素の利用率も高まっており、酸素供給器の種類が増え、取り扱い方法も異なるなど、利用者への教育の充実が求められている。

(5)利用可能な社会資源

HOT 実施者への社会制度としては、申請により身体障害者手帳の交付が受けられる場合があり、その等級や居住する市区町村によっては医療以外に、移送サービスや日常生活用具の給付、吸入器などの貸し出しを受ける制度がある。また、航空機内への酸素ボンベの持ち込みも事前に申し出ることで可能になり、酸素業者との連携によって宿泊旅行も実現するなど、HOT 実施者の QOL の向上のための制度は整いつつある。

(6)在宅生活期間と在宅中斷理由

HOT 実施者の HOT 実施期間は、平均 3 ~ 5 年の者が多い。在宅療養生活の中斷はほとんどの者が経験し、その理由は呼吸不全の急性増悪、原疾

患の増悪、喀血、家族介護者の入院による再入院が多く、頻回に入退院を繰り返す者も少なくない。急性増悪の原因は、上気道感染が 80 % であり、また、上気道感染による呼吸不全増悪が死亡に至る転帰に関与しており⁴⁾～⁷⁾、上気道感染の予防が HOT 実施者の在宅生活期間を長期化し、QOL の向上をはかるための最大の課題であると考える。

(7) 訪問看護標準化枠組の開発のねらい－期間・目標・評価項目・内容 ・アウトカム設定－について

前述の検討から、今回、新規に HOT に導入される事例に用いる訪問看護標準化枠組の期間、目標、評価項目・内容、アウトカム設定は次の点を重視することが必要であると判断し、開発をすすめた。

- ①高齢、独居など様々な背景の HOT 実施者が本人の利用する酸素および酸素供給器に慣れ、自宅で安全に療養生活を送ることができるようになるための適応に至る期間を 2 ヶ月間とする。
- ②可能な限り早期に HOT を伴った生活に適応できるよう看護内容をもれなく整える。
- ③医療機関退院後スムーズに在宅療養を開始することが重要であるので、訪問看護担当者は利用者の退院前に病床訪問・医師連絡を行うかまたは、試験外泊中に家庭訪問を行うなどして早期に利用者とのラポール形成をはじめ、情報収集を開始し、在宅療養移行の準備を行うように計画する。
- ④主疾患の増悪を予防するための予防的セルフケア教育内容を明確にして計画する。
- ⑤増悪兆候を認めた場合、早期に医療へつながるよう、セルフケア教育内容を十分盛り込む。また、その兆候を早期に把握するために必要な訪問頻度を在宅療養移行初期に多く設定し、看護観察を十分に行えるようにする。
- ⑥社会復帰や役割の再獲得など HOT 実施以前の生活への復帰に関する

本人の意向を把握し、可能な限り復帰を支援する援助項目を設定する。

⑦ outcome（期待される成果）の設定時期は各訪問の時期に従い、在宅療養開始1週間目、2週間目、1ヶ月目、2ヶ月目に各1回、計4回きめ細かく行い、到達していない場合には早い段階で看護計画の修正を行い、早期に対処することができるよう配慮する。

⑧利用者の最終目標（ゴール）はQOLの向上であるが、2ヶ月間に限った場合にはHOT開始以前の生活へ復帰することを目標にする。

⑨医療機関、訪問看護ステーション、その他の機関いずれからの訪問看護であっても最低限（ミニマム）実施可能な看護内容とする。また、記載内容は平易にする。

これらの視点を重視した結果、在宅の場でHOT実施者への教育を十分行うことが必要であるため、訪問頻度の設定は従来の月1回程度から大幅に回数を増加することが必要であると考えた。

すなわち、HOTに導入された直後の1週間の期間は実施者が機器類や機器の管理に慣れて新たな生活を獲得するための期間と考え、この期間に訪問看護を1～2回行うことで看護婦が安全に機器を取り扱っているか確認し、家庭の場で生ずる新たな問題の有無を把握し、それに対する実施者の不安の解消をはかり、さらに低酸素を防ぐための指導を早期に行うことを目指においた。

また、在宅療養開始後と標準看護計画の最終訪問時に24時間の日常生活下における酸素飽和度測定を行い、HOT実施者各個人の生活状況と負荷状況を把握し、生活負荷時および睡眠時に酸素飽和度低下を生じていないか確認し、生じている場合には労作時の脱饱和予防の呼吸法の指導をきめ細かく行い、脱饱和レベルに応じた生活範囲の指導を行うなど、訪問看護婦がHOT実施者の身体面の事実データに基づいて生活背景も考慮した看護計画を立案できるよう（Evidence Based Nursing）に工夫し、標準的な訪問計画の中でもHOT実施者の個別性を配慮した看護を行えるように意図して計画した。

2.調査Ⅰ（予備調査と標準化枠組作成過程）

1)対象

平成9年4月～平成10年7月に在宅酸素療法に新規に導入され、
刀根山訪問看護ステーションからの訪問看護を受けた9例。

対象の概要は男性4名、女性5名、平均年齢72.7歳（54～80歳）、
主疾患は肺気腫6名、肺高血圧症1名、上縦隔内甲状腺腫1名、原因
不明の慢性呼吸不全1名である。

2)調査方法

ステーション管理者の協力の基に、利用者名は伏せて訪問看護記録
一式の提出を依頼し、記録物調査を行った。

調査内容は、利用者の背景、家族構成、本人の身体的自立度、訪問
看護およびその他の職種の訪問日、援助内容、訪問回数、社会資源の
利用状況である。

3)調査結果および訪問看護標準化枠組の作成

(1)初回訪問までの日数および訪問頻度

初回訪問は在宅療養開始後3日以内1名、4～7日以内5名、8～14
日以内2名、15以上1名で、半数以上の例で7日以内に初回訪問が行
われていた。導入当初1ヶ月の訪問頻度は、3回1名、4回4名、1
回4名であった。

初回訪問は家庭の状況を把握し、在宅生活開始後の不安や問題を軽
減するために重要であるので、3日以内に設定することが望ましいと
考えられた。

(2)初回訪問時の看護内容

記録物から収集された初回訪問時の看護内容を評価項目別に示した
ものが表2である。

表2 予備調査から収集された初回訪問時の看護内容	
[疾病経過]	
主治医・医療機関名、電話番号、診断名、退院日、HOT開始日把握、酸素供給器機種把握、既往歴、現病歴把握、血圧・脈拍測定観察、体温測定観察、脈の性状観察、呼吸数測定、呼吸状態観察、呼吸音聴取、咳・痰の性状観察、動悸観察、めまい観察、下肢脱力感観察、鼻閉観察、下肢浮腫観察	
[薬剤治療]	
内服薬種類観察、内服確認、座薬種類観察、点鼻薬使用確認、緩下剤使用観察、睡眠剤服用有無確認	
[処置]	
酸素使用時間確認、酸素流量確認、労作別酸素流量確認、酸素を使用していないことがあるか把握、酸素供給器機器トラブル確認、取り扱い確認	
[検査]	
安静時SPO ₂ 測定、負荷(入浴)SPO ₂ 測定、回復確認	
[理学療法]	
歩行速度が早すぎることを注意、室内歩行介助、廊下歩行負荷	
[セルフケア]	
自立度把握、動作スピード指導、禁煙確認、家族の健康相談	
[コミュニケーション]	
コミュニケーション障害の有無観察、言語的コミュニケーションの実施、孫の交流観察	
[栄養]	
食欲観察、食事回数把握、食事摂取量観察、嚥下咀嚼観察、水分摂取量観察、水分摂取すすめる、嗜好品観察、身長測定、体重測定	
[日常生活]	
睡眠状態観察、排尿回数観察、排便回数観察、日中の過ごし方把握、夜間ポータブルトイレ使用すすめる、膝痛、腰痛に湿布貼付、療養環境観察、行動範囲観察	
[安全]	
酸素周囲環境観察	
[清潔]	
シャワー浴の頻度確認、入浴確認、シャワー浴介助者確認、シャワー浴介助実施、入浴介助の希望を聞く	
[心理・社会]	
SPO ₂ 値を説明し安心させた、嫁から情報収集、妻の腰痛対処法観察、妻の内服後の症状観察	
[社会資源]	
身体障害者手帳の申請、居住環境観察、訪問看護の希望頻度を聞く、家族介護状況観察、ベッドの導入をすすめる、旅行の件を酸素業者に電話	

(3) 継続訪問時の看護内容

記録物から収集された2回目以後の継続訪問時の看護内容を評価項目別に示したものが表3である。

表3 予備調査から収集された継続訪問時の看護内容

[目標]

経過を観察する、生活リズムを把握する、酸素使用に伴う身体・心理的問題が無いか把握する、清潔保持がされているか確認する

[疾病経過]

血圧・脈拍測定観察、体温測定観察、脈の性状観察、呼吸数測定、呼吸状態観察、呼吸音聴取、SPO₂測定、咳・痰の観察、受診すすめる、浮腫観察、呼吸困難感観察、既往歴を追加把握、胸部の重い感じ観察

[薬剤治療]

薬剤の変更を判断する、腰痛に対して湿布を貼付、頭痛に対して内服処方依頼、薬を飲み始めたら尋麻疹出現観察、抗ヒスタミン剤使用し軽減確認、抗生素処方確認、服薬終了確認

[処置]

酸素使用時間確認、携帯用酸素ポンベ手技確認

[検査]

負荷(入浴)SPO₂測定

[セルフケア]

自立度把握、酸素の移充填観察、鼻汁に対して対応、入浴・トイレ排泄時酸素使用を確認、携帯用酸素確認

[栄養]

腸音聴取、好き嫌いチェック

[日常生活]

酸素使用の動作と使用していない動作を把握、睡眠状態を聞く、外出同行、起きあがり動作指導、外出歩行度 SPO₂測定、酸素なしで自転車に乗ることを観察、排便後出血あったことを情報収集、不眠後の症状観察

[安全]

トイレ使用時酸素使用を指導、両上肢振戦観察、振戦日内変動観察、コルセットの使用をすすめる、酸素を浴室へ持参する、膝痛、腰痛鎮痛、外出時の注意指導、緊急連絡体制つくる、入浴後の酸素吸入確認

[清潔]

シャワー浴の頻度確認、シャワー浴介助者確認、シャワー浴介助実施、入浴介助

[心理・社会]

SPO₂値を説明し安心させる、嫁から情報収集、不安を聞く、体力的な不安へのケア

[社会資源]

身体障害者手帳の申請、居住環境観察、訪問看護の希望頻度を聞く、ギャッジベッドの導入確認、外来受診方法確認、薬受領は本人家族が行うよう依頼

(4)再入院

再入院は在宅療養の管理状態を反映するが、事例調査の範囲においては、3名に再入院がみられた。その理由は上気道感染による増悪2名、脳血管障害による入院1名であった。

(5)在宅酸素療法訪問看護標準化枠組の作成

以上の事前事例調査および、文献による知見、在宅酸素療法実施者の特徴から表5のような在宅酸素療法訪問看護標準化枠組を作成した。

事前事例調査で、特に排泄のケアは呼吸器疾患の者には呼吸困難予防の点から重要でありかつほとんどの事例において観察が行われていたことから、評価項目としては独自に作成することが望ましいと考えた。

尚、各評価項目内の看護援助内容数、訪問頻度およびoutcome（期待される成果）への到達評価項目数は表4の通りである。

表4 各評価項目内の看護援助内容数・outcome(期待される成果)への到達評価項目数

パラメータ 在宅療養日数	退院前	初回訪問 1～3日	在宅療養 4～7日	Outcome 評価①	在宅療養 8～14日	Outcome 評価②	在宅療養 15～30日	Outcome 評価③	在宅療養 31～60日	Outcome 評価④
訪問頻度		2回／週			1回／週		1回／2週		1回／月	
護婦の行動目標	6	6	6	7	5	5	5	3	4	5
疾病経過	5	4	4	2	4	3	4	3	4	3
薬剤治療	5	4	4	1	3	1	3	1	3	1
処置	7	4	5	5	4	2	4	2	4	2
検査	9	8	8	3	9	3	9	3	8	3
理学療法	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3
セルフケア	9	11	10	5	11	4	11	4	11	3
コミュニケーション	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2
栄養	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1
排泄	1	3	3	2	2	2	2	2	3	2
日常生活	2	2	4	1	3	2	2	2	4	1
安全	6	6	5	3	3	2	3	2	6	3
清潔	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2
心理・社会	6	5	6	4	6	4	6	3	6	3
社会資源	6	3	0	2	2	2	1	1	-	-
計	64	59	57	36	55	33	54	32	56	29

中華人民共和國標準

評価項目	評価尺度	在宅療養 8～14 日目		在宅療養 15～30 日目まで	
		1 回／週	2 回／週	1 回／週	2 回／週
看護職の行動目標 Nurses' Goal	HOT Outcome (患者が得られる結果) Patient-centered outcome	患者が回復するよう援助する 安全に生活を実現できるよう援助する 上気道感染症による咳嗽が生じない 呼吸器が原因で困るときにアドバイスされる	日常生活を正常に復旧できる 安全な呼吸を実現できる 上気道感染症による咳嗽が生じない 呼吸器が原因で困るときにアドバイスされる	日常生活に復旧するよう援助する 安全な呼吸を実現できるよう援助する 上気道感染症による咳嗽が生じない 呼吸器が原因で困るときにアドバイスされる	日常生活に復旧するよう援助する 安全な呼吸を実現できるよう援助する 上気道感染症による咳嗽が生じない 呼吸器が原因で困るときにアドバイスされる
疾患経過 Disease process	Spo ₂ % 70% 口在宅介護作中の咳痰が漏れない 口上気道感染を生じない 口在宅ケアチームによるケア提供が順調に行われる	口安らぎ感を維持できる Spo ₂ % 90% (充血時・睡眠時とも 上気道感染を生じない)	口安らぎ感を維持できる Spo ₂ % 90% (充血時・睡眠時とも 上気道感染を生じない)	口安らぎ感を維持できる Spo ₂ % 90% を維持できる 口合併症の発症リスクを減らす 上気道感染を生じない	口安らぎ感を維持できる Spo ₂ % 90% を維持できる 口合併症の発症リスクを減らす 上気道感染を生じない
医薬治療 Medication	呼吸器の嚥下機能が正常化する 口呼吸器が正常化して喫煙を諒め 口呼吸器が正常化して喫煙を諒め	口嚥下機能が正常化する Spo ₂ % 90% (呼吸時・睡眠時とも 呼吸器が正常化して喫煙を諒め)	口嚥下機能が正常化する Spo ₂ % 90% (呼吸時・睡眠時とも 呼吸器が正常化して喫煙を諒め)	口嚥下機能が正常化する Spo ₂ % 90% (呼吸時・睡眠時とも 呼吸器が正常化して喫煙を諒め)	口嚥下機能が正常化する Spo ₂ % 90% (呼吸時・睡眠時とも 呼吸器が正常化して喫煙を諒め)
呼吸（在宅酸素療法） Treatment (Home Oxygen Therapy)	口喰嚥器入室装置（側方透視＝24 時間／曝露時間）、鼻管 口吸器仕切板 口呼吸用鼻ホンへ吸量測定方法再説明	口喰嚥器の嚥下機能が正常化する 口呼吸用鼻ホンへ吸量測定方法再説明	口安全に在宅酸素療法を継続できる 口呼吸用鼻ホンへ吸量測定方法再説明	口安全に在宅酸素療法を継続できる 口呼吸用鼻ホンへ吸量測定方法再説明	口安全に在宅酸素療法を継続できる 口呼吸用鼻ホンへ吸量測定方法再説明
検査 Tests	口呼吸測定 口脈拍測定 口体温測定 口全身状況評定 口新たな発熱の有無評定 口呼吸測定法（胸式呼吸、口唇青紫、ハニーフック呼吸） 口肺部聴診法（腹部、運動） 口血圧測定	口呼吸測定 (安静時・負荷時) 口二極プローブの低下がない 口身体状況の評価ができる	口呼吸測定 (安静時・負荷時) 口二極プローブの低下がない 口呼吸測定、呼吸音聴取、呼吸状態、呼吸苦訴等	口呼吸測定 (安静時・負荷時) 口二極プローブの低下がない 口呼吸測定、呼吸音聴取、呼吸状態、呼吸苦訴等	口呼吸測定 (安静時・負荷時) 口二極プローブの低下がない 口呼吸測定、呼吸音聴取、呼吸状態、呼吸苦訴等
理学療法 Physical Therapy Activity	口筋力測定 (握力測定、手すり握力、ハニーフック呼吸) 口肺部聴診 (腹部、運動)、聴認 口運動測定 (腹部、運動) 口呼吸測定 (腹部、運動)、聴認	口筋力測定 (握力測定、手すり握力、ハニーフック呼吸) 口肺部聴診 (腹部、運動)、聴認	口筋力測定 (握力測定、手すり握力、ハニーフック呼吸) 口肺部聴診 (腹部、運動)、聴認	口筋力測定 (握力測定、手すり握力、ハニーフック呼吸) 口肺部聴診 (腹部、運動)、聴認	口筋力測定 (握力測定、手すり握力、ハニーフック呼吸) 口肺部聴診 (腹部、運動)、聴認
セルフケア Self Care	口カニエララ交換 (鼻腔内洗浄器去垢器) 口鼻腔内洗浄器 (鼻腔内洗浄器) 口鼻腔内洗浄器 (鼻腔内洗浄器) 口鼻腔内洗浄器 (鼻腔内洗浄器) 口鼻腔内洗浄器 (鼻腔内洗浄器)	口カニエララ交換 (鼻腔内洗浄器去垢器) 口鼻腔内洗浄器 (鼻腔内洗浄器) 口鼻腔内洗浄器 (鼻腔内洗浄器) 口鼻腔内洗浄器 (鼻腔内洗浄器)	口カニエララ交換 (鼻腔内洗浄器去垢器) 口鼻腔内洗浄器 (鼻腔内洗浄器) 口鼻腔内洗浄器 (鼻腔内洗浄器)	口カニエララ交換 (鼻腔内洗浄器去垢器) 口鼻腔内洗浄器 (鼻腔内洗浄器)	口カニエララ交換 (鼻腔内洗浄器去垢器) 口鼻腔内洗浄器 (鼻腔内洗浄器)
コミュニケーション Communication	口うがいによる上気道感染予防対策確認 口鼻咽に合目的的化粧品を塗くことができる 口外出に際して保護具を着用できる	口うがいによる上気道感染予防対策確認 口鼻咽に合目的的化粧品を塗くことができる 口外出に際して保護具を着用できる	口うがいによる上気道感染予防対策確認 口鼻咽に合目的的化粧品を塗くことができる 口外出に際して保護具を着用できる	口うがいによる上気道感染予防対策確認 口鼻咽に合目的的化粧品を塗くことができる 口外出に際して保護具を着用できる	口うがいによる上気道感染予防対策確認 口鼻咽に合目的的化粧品を塗くことができる 口外出に際して保護具を着用できる
食事 Diet Plan	口排便回数観察 口排便回数の有無観察	口排便回数観察 口排便回数の有無観察	口排便回数観察 口排便回数の有無観察	口排便回数観察 口排便回数の有無観察	口排便回数観察 口排便回数の有無観察
排泄 Excretion	口生活リズム調整と排便は足並み揃え 口外出に際して保護具を着用	口生活リズム調整と排便は足並み揃え 口外出に際して保護具を着用	口排便に満足する 口尿漏なく日常生活をおくることができる	口排便に満足する 口尿漏なく日常生活をおくることができる	口排便に満足する 口尿漏なく日常生活をおくることができる
日常生活 Daily Life	口酸素吸入中の火災対策有無點認 口室内換気装置の力ニユラ外れの有無點認	口酸素吸入中の火災対策有無點認 口室内換気装置の力ニユラ外れの有無點認	口安全に在宅酸素療法を継続できる 口吸力強度	口安全に在宅酸素療法を継続できる 口吸力強度	口安全に在宅酸素療法を継続できる 口吸力強度
安全 Safety					
情報 Information					
心理・社会 Psycho Social					

在宅医療 31～60日目		訪問頻度 1回／1月	
評価項目	訪問頻度	評価項目	訪問頻度
看護員	訪問頻度	看護員	訪問頻度
看護員の行動目標 Nursing Goal	□自身に安定して在宅を生活する □在宅ケアチームによるケア提供が計画通り行われる □緊急時の対応方法を明確にする	□心身ともに安全で生活することができる □必要な施設を生じない □日常生活が計画通り行われる □QOLの向上が図られる	□安全に在宅施設を生じる □必要な施設が計画通りに導入できる □QOLの向上が図られる
疾患経過 Disease process	□自己定じた保険料不全状態である □日常生活作中もSpO ₂ を90%を維持できる □口上気道感染を生みられない	□自己定じた保険料不全状態である □日常生活作中もSpO ₂ を90%を維持できる □口上気道感染を生じない	□自己定じた保険料不全状態である □日常生活作中もSpO ₂ を90%を維持できる □口上気道感染を生じない
薬剤治療 Medication	□各薬剤の性質を理解 □効果が正しく使用されているか確認	□薬剤の自己管理ができる	A場：実施できなかった理由 ①利用者の心身条件のため実施できなかった ②利用者が拒否した。希望がなかったため実施できなかった ③業務が拒否した。希望がなかったため実施できなかった ④スタッフ数が少ないので実施できなかった ⑤スタッフの能力不足のため実施できなかった ⑥連絡先の問題で実施できなかった ⑦連絡先が不在だった場合、その理由をアクトカルム所記をして下さい。 ⑧連絡された結果がアクトカルム所記によって下さった場合、その理由を項目の□欄に✓をつけて下さい。 ⑨連絡された結果がアクトカルム所記によって下さった場合、その理由を項目の□欄に✓をつけて下さい。 ⑩連絡された結果がアクトカルム所記によって下さった場合、その理由を項目の□欄に✓をつけて下さい。
処置（在宅医療法） Treatment (Home Oxygen Therapy)	□呼吸器吸入装置「吸気時間＝2時間／呼気時間」確認 □呼吸器作動確認 □換気用酸素ボンベ残量確認方法可聴	□安全に在宅施設を生じる □呼吸器装置を監視できる	B場：自はノ開きされる成果に到達しなかった理由 ①利用者の心身条件のため到達しなかった ②利用者が拒否した。希望がなかったため到達しなかった ③業務が拒否した。希望がなかったため到達しなかった ④スタッフ数が少ないので到達しなかった ⑤スタッフの能力不足のため到達しなかった ⑥連絡先の問題がおり到達しなかった ⑦連絡先の問題で実施できなかった ⑧社会資源が不足していなかったため到達しなかった ⑨社会資源の質に問題があり到達しなかった ⑩その他の理由で実施できなかった
検査 Tests	□24時間酸素飽和度(SpO ₂)測定(日本生医下) □ピークフロー自己測定 □呼吸数測定、呼吸音聴取、呼吸状態、呼吸器病変 □血圧測定 □体温測定 □口全体状態観察	□SpO ₂ 90% (立位時・臥位時とも) □口呼吸状況の評価ができる	
理学療法 Physical Therapy Activity	□筋力訓練 □呼吸機能訓練 □運動機能訓練(筋力、運動) □呼吸機能訓練	□口筋力訓練(呼吸)(呼吸)できる □ADL/HDL低下がない	
セルフケア Self Care	□皮膚保湿装置等の装置確認 □カニユフ交換 □加湿器水交換実施確認 □チューブ内洗浄確認 □輸液器作動確認 □膀胱洗浄装置足元確認 □坐浴装置確認 □口坐浴装置等の装置確認	□口全般装置監督が正しくできる □口専業日出を実施している	
コミュニケーション Communication	□コミュニケーション ※会話 Excretion	□口尿路感染症 □口大便 □口小便 □口水分補給量観察	
日常生活 Daily Life	□日常生活が計画通り進む □うがいによる上気道感染予防実施確認	□呼吸不全断然実施を早い段階で述べる □口水分補給量を確保することができる □水分供給量は1000ml	
安全 Safety	□在宅生活装置の安全確認 □口座面回復訓練 □排便回復訓練 □排便回復訓練 □水分補給量観察 □外出手すりの整備 □吸痰装置の定期的清掃 □呼吸器装置と接觸性感染予防 □感染予防 □外出をすすめ活動 □口吸痰装置の消毒 □呼吸器装置の消毒 □呼吸器装置の消毒 □呼吸器装置の消毒	□口便を正しく日常生活を送ることができます □口上気道感染を生じない □口水分補給を実施できる □口吸痰装置の消毒ができない □口水分補給量などにうがいを実施する □口不正・間歇性的の咳を聞く □うがいせきの有無観察 □家庭内感染予防を促す □家族の健康教育実施 □介抱の内容・方法の観察 □口新しいガイドラインの遵守	
衛生 Hygiene	□入浴(熱)、方舟洗濯／介助	□口入浴時切られがない □口外出服を持などにうがいを実施する	
心理・社会 Psycho Social	□不安・問題点の訴えを聞く □うがいせきの有無観察 □家庭内感染予防を促す □家族の健康教育実施 □介抱の内容・方法の観察	□口生き甲殻・衣類を用意する □口家族・介護者が直ちに介連できる	
社会資源 Social Service			

3.調査II（本調査、標準化枠組の事例への適用と枠組みの妥当性検証

1)対象

平成10年12月に新規にHOTに導入となった刀根山訪問看護ステーションからの訪問看護をうけるHOT例計2例。

性別は男性2名で、平均年齢74.0歳、主疾患は肺気腫1名、肺結核1名であった。

2)調査方法

前述の通り作成した在宅酸素療法用訪問看護標準化枠組を試用し、記載の通り訪問看護を実施し、定期的にoutcome評価を加えた。尚、評価は2ヶ月間に4回行った。

3)評価方法

(1)各看護ケア内容の実施評価

作成した訪問看護標準化枠組の通りに訪問看護を実施し、チェックする。できなかった項目がある場合は、その理由を明確化し、訪問担当看護婦に選択肢から選定するよう依頼した。

(2)outcome評価

評価項目に従い、設定されたoutcome(期待される成果)への到達の有無を訪問担当看護婦に依頼した。outcome(期待される成果)に到達しなかった場合には、その理由を明確化し、選択肢より選定するよう依頼した。

表6 看護ケアを実施できなかった理由

①利用者の心身条件のため実施できなかった
②利用者が拒否した・希望がなかった
③家族が拒否した・希望がなかった
④スタッフ数が少ないため実施できなかった
⑤スタッフの能力不足のため実施できなかった
⑥連携上の問題があり実施できなかった
⑦連携先の機関・担当者が機能を果たさなかった
⑧社会資源が不足していたため実施できなかった
⑨社会資源の質に問題があり実施できなかった
⑩その他の理由で実施できなかった

表7 期待される成果に到達しなかった理由

①利用者の心身条件のため到達しなかった
②利用者が拒否した・希望がなかった
③家族が拒否した・希望がなかった
④スタッフ数が少ないため到達しなかった
⑤スタッフの能力不足のため到達しなかった
⑥連携上の問題があり到達しなかった
⑦連携先の機関担当者が機能を果たさない
⑧社会資源が不足していたため到達しない
⑨社会資源の質に問題があり到達しなかった
⑩その他の理由で到達しなかった

4)業務時間調査

2ヶ月間の訪問看護標準化枠組による家庭訪問、他機関連携、看護管理業務に要した時間を担当訪問看護婦が測定し、その都度記録するよう依頼した。

5)結果

調査期間内に新規に在宅酸素療法を開始し、協力が得られたのはステーション事例2例であった。

(1)対象の概要

訪問看護標準化枠組を試用した対象事例の概要は以下の通りである。

事例の主疾患や背景は在宅酸素療養実施者として一般的である。

表8 在宅酸素療法実施者用訪問看護標準化枠組の試用本調査対象概要

事例番号	年齢	性別	主疾患	障害	主介護者	HOT開始の経過
1	83	男	肺気腫・慢性呼吸不全	呼吸障害	妻	3年前より労作性呼吸困難が出現し4ヶ月前からSpO ₂ 低下。近医より専門医療機関を紹介され、上記診断により在宅酸素療法を開始妻および三男と3人暮らし。妻は精神疾患および高血圧のためほとんど介護できない。
2	65	男	肺結核後遺症・慢性呼吸不全	呼吸障害	妻 長男	妻および長男、二男との4人暮らし。妻、息子で自営業を営み妻はフルタイムの就労であるため、住まいの清掃に負担を感じているが、介護は十分行えていて、今後も在宅介護を希望している。

(2)事例別訪問看護標準化枠組実施状況

以下に訪問看護標準化枠組の実施に関する結果、および利用者の期待される成果への到達度ならびに看護婦の行動目標の到達度を示し、看護内容の妥当性を分析した。

その結果実施率は表9の通りで、在宅療養開始以後の訪問では、各欄に示したとおり、25.0～100%とばらつきが見られたが、総実施割合(最下欄)は92.0%～97.3%であった。退院前の実施割合(最左欄)は79.7%と最も低かった。退院前の実施割合が低かった理由には「訪問看護ステーション事例で調査を行ったため、医療機関内にある利用者情報の収集には限界がある」というコメントが得られた。しかし、医療機関からの訪問事例の場合には十分収集実施可能であるため、項目自体は妥当なものであると考えられた。

看護婦の行動目標到達度が退院前に低かった理由も前述と同様、ステーションから利用者情報を得にくい現状を反映したものと考えられる。

表9 項目別看護実施率およびoutcome(期待される成果)到達度(平均) 単位=%

パスウェイ (在宅療養日数)	退院前	初回訪問 1～3日	在宅 4～7日	outcome 評価①	在宅 8～14日	outcome 評価②	在宅 15～30日	outcome 評価③	在宅 31～60日	outcome 評価④
訪問頻度	1回	2回/週			1回/週		1回/2週		1回/月	
看護婦の行動目標	58.4	91.7	83.3	92.9	80.0	100	80.0	83.4	87.5	90.0
疾病経過	90	100	75	75	100	83.4	100	83.4	87.5	83.4
薬剤治療	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
処置	50	100	80	90	100	100	100	100	100	100
検査	50	93.8	93.8	66.7	88.9	66.7	88.9	66.7	81.3	66.7
理学療法	66.7	87.5	75	75	100	100	100	100	100	100
セルフケア	100	100	100	90	100	100	95.5	100	90.9	100
コミュニケーション	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
栄養	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
排泄	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
日常生活	100	100	87.5	50	100	100	100	50	75	50
安全	58.4	100	100	100	100	100	100	100	91.7	100
清潔	100	50	100	100	75	75	100	25	100	50
心理・社会	91.7	100	100	62.5	100	75	100	83.4	91.7	66.7
社会資源	91.7	83.3	—	25	100	75	50	100	—	—
計	79.7	96.6	92.1	89.5	97.3	86.4	96.3	90.6	92.0	86.3

(3)期待される成果への到達度

利用者への成果 (outcome) 到達度(表 9 中最下二重囲み欄)は、在宅 15～30 日 (3 回目評価) 90.6 % が最も高く、在宅 31～60 日 (最終評価) 86.3% が最も低かったが、全体としての到達度は高いと考える。

また、負荷時の SpO_2 が 90% 以上を維持していないため到達できなかつた事例があったが、これは疾病病態が原因であると考えられ、呼吸法の指導により早期回復をはかるなど個別の看護計画を立案することに生かす項目であると考える。

看護実施率・看護婦の目標到達度・期待される成果への到達度の三者を図 5 にまとめた。三者の中ではいずれの時期とも看護実施率が最も高く、次いで利用者の期待される成果への到達度であった。看護婦の目標到達度は最も低かったが三者とも在宅療養開始以後は 80% を越えていた。

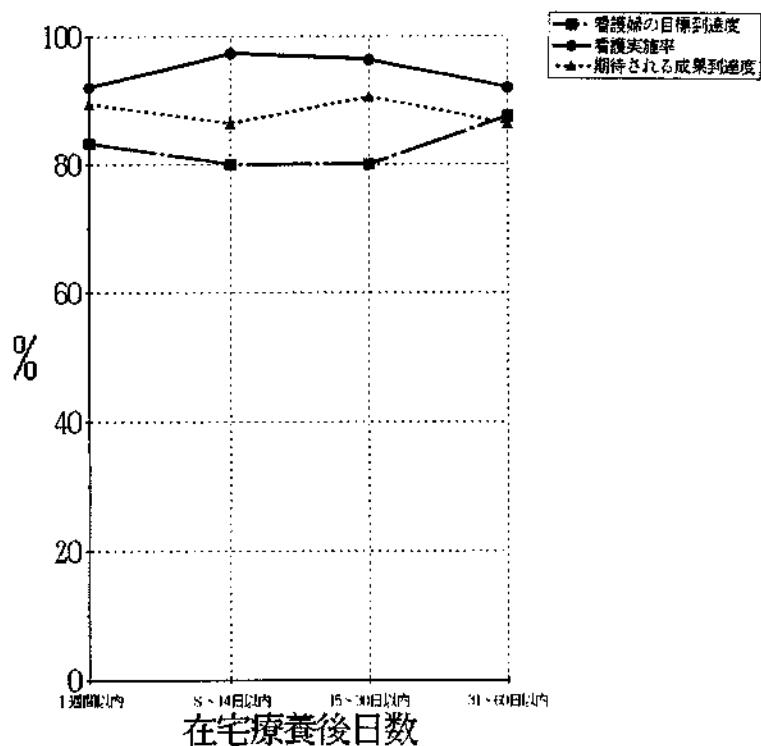


図 5 看護実施率・看護婦の目標到達度・期待される成果到達度

(4)標準化枠組通りに実施できなかった理由、及び看護婦の行動目標に到達

しなかった理由ならびに利用者が期待される成果に到達しなかった理由

作成した枠組通りに看護が実施できなかった、または看護婦の行動目標に到達しなかった、ならびに事例が期待される成果に到達しなかった理由、看護職の行動目標が期待される成果に到達しなかった理由別の頻度は表 10～表 13 に示した。

枠組み通りに実施できなかった・期待される成果に到達しなかった理由の一つに利用者宅で貸し出ししたピークフローメーターが故障し、計画通りに実施できなかった・成果が測定できなかったというものが上げられた。

また、吸入や塩分制限の指示がない、痰が出ない、運動療法の指示がないなど特別な肺理学療法を実施する必要がない場合では必要のない項目が見られた。

表 10 看護の実施を枠組通りにできなかった理由別発生頻度 単位=回

看護ケアを実施できなかった理由	事例別頻度	事例別		計
		事例 1	事例 2	
①利用者の心身条件のため実施できなかった	—	3	—	3
②利用者が拒否した・希望がなかった	6	1	—	7
③家族が拒否した・希望がなかった	—	—	—	—
④スタッフ数が少ないため実施できなかった	1	—	—	1
⑤スタッフの能力不足のため実施できなかった	—	—	—	—
⑥連携上の問題があり実施できなかった	—	—	—	—
⑦連携先の機関・担当者が機能を果たさなかった	—	—	—	—
⑧社会資源が不足していたため実施できなかった	—	—	—	—
⑨社会資源の質に問題があり実施できなかった	—	—	—	—
⑩その他の理由で実施できなかった	18	5	—	23

表 11 看護婦の行動目標に到達しなかった理由別発生頻度 単位=回

看護婦の行動目標に到達しなかった理由	事例	事例 1	事例 2	計
①利用者の心身条件のため到達しなかった	1	—	—	1
②利用者が拒否した・希望がなかった	1	1	—	2
③家族が拒否した・希望がなかった	1	—	—	1
④スタッフ数が少ないとため到達しなかった	—	—	—	—
⑤スタッフの能力不足のため到達しなかった	—	—	—	—
⑥連携上の問題があり到達しなかった	—	—	—	—
⑦連携先の機関担当者が機能を果たさない	—	—	—	—
⑧社会資源が不足していたため到達しない	—	—	—	—
⑨社会資源の質に問題があり到達しなかった	—	—	—	—
⑩その他の理由で到達しなかった	4	4	—	8

表 12 事例が期待される成果に到達しなかった理由別発生頻度 単位=回

期待される成果に到達しなかった理由	事例	事例 1	事例 2	計
①利用者の心身条件のため到達しなかった	—	7	—	7
②利用者が拒否した・希望がなかった	1	—	—	1
③家族が拒否した・希望がなかった	1	—	—	1
④スタッフ数が少ないとため到達しなかった	—	—	—	—
⑤スタッフの能力不足のため到達しなかった	—	—	—	—
⑥連携上の問題があり到達しなかった	—	—	—	—
⑦連携先の機関担当者が機能を果たさない	—	—	—	—
⑧社会資源が不足していたため到達しない	—	—	—	—
⑨社会資源の質に問題があり到達しなかった	—	—	—	—
⑩その他の理由で到達しなかった	14	7	—	21

表 13 看護職の行動目標が期待される成果に到達しなかった理由別発生頻度 鞄=回

期待される成果に到達しなかった理由	事例	事例 1	事例 2	計
①利用者の心身条件のため到達しなかった	—	—	—	—
②利用者が拒否した・希望がなかった	—	—	—	—
③家族が拒否した・希望がなかった	—	—	—	—
④スタッフ数が少ないとため到達しなかった	1	—	—	1
⑤スタッフの能力不足のため到達しなかった	—	—	—	—
⑥連携上の問題があり到達しなかった	—	—	—	—
⑦連携先の機関担当者が機能を果たさない	—	—	—	—
⑧社会資源が不足していたため到達しない	—	—	—	—
⑨社会資源の質に問題があり到達しなかった	—	—	—	—
⑩その他の理由で到達しなかった	2	—	—	2

(4)業務時間調査結果

各事例別の業務時間は表 14 の通りである。従来の訪問看護の実施状況よりも訪問頻度が増えたため、総滞在時間は 2 ヶ月間で 335 分、465 分となり、訪問頻度が増した分だけ従来よりも利用者のケア記録、訪問準備、電話連絡など看護管理に要した時間も増えていた。総業務時間は 1000 時間を超えた事例もあった。しかし、利用者の outcome 到達度は 82.8 % 以上と高かったため、費用効用効果は良好であると考える。

また、看護管理内容を業務別に分析したところ、ケア記録や訪問準備、電話連絡が行われた割合が高かった。

表 14 業務時間調査結果

事例	訪問回数	訪問形態	総訪問滞在時間	総連携時間	総看護管理時間	総業務時間
事例 1	8回 日勤 7回 準夜 1回	退院前指導 1回 計画的訪問 1回	335 分 (10 ~ 70 分)	30 分 (10 ~ 20 分)	475 分 (15 ~ 150 分)	840 分
事例 2	5回 日勤 5回	計画的訪問 3回 臨時訪問 2回	465 分 (45 ~ 105 分)	20 分 (20 分)	680 分 (90 ~ 130 分)	1,165 分

表 15 看護管理内容別実施割合 単位 %

内容 事例	スタッフ 間連絡報告	ケア会議	ケア記録	訪問準備	電話連絡	レセプト 整理	その他
事例 1	—	—	43.8	25.0	12.5	6.3	12.5
事例 2	15.0	5.0	30.0	10.0	25.0	—	15.0
平均	7.5	2.5	36.9	17.5	18.8	3.2	13.4

4. 考察

1) 頻度の設定

今回の在宅酸素療法事例用訪問看護標準枠組では、訪問頻度は在宅移行初期に計3回設定した。従来の訪問看護は月1回程度と頻度がこれより少なく、調査協力機関からは負担があったとコメントがあったが、調査期間中の2ヶ月間に利用者の呼吸不全状態の増悪が認められなく、期待される成果への到達も86.3～90.6%と評価できたことから、やはり在宅移行初期に訪問看護の頻度を高くすることには意味があると考える。

また、業務時間の点からは従来よりも直接訪問滞在時間が増加したが、標準化枠組の設定期間内には利用者の状態に悪化は見られず、一定の目標に到達したため、頻度としても妥当なものであると考えられた。

2) 標準枠組の適用評価

新規HOT事例への標準化枠組の試用評価では、ほとんどの項目で80%以上の項目を計画どおりに実施できていた。特に試用した事例全てにおいて「薬剤治療」「コミュニケーション」「栄養」「排泄」の項目では100%実施できていた。実施できなかった項目が1つでも含まれていた評価項目別の理由はほとんどが「⑩その他の理由で実施できなかった」また「②利用者が拒否した」「①利用者の心身条件のため実施できなかった」というものであり、これを詳細にみると「吸入を処方されていない」「塩分制限がない」「痰がもともと出ない」「睡眠中は人工呼吸器を使用するため、枠組みに記載されている鼻カニュラは使用しない」「器材の故障」などであり、ケア項目の問題ではなく、実施者個別の理由であったため、枠組み自体の内容は設定に無理は無いと考えられる。

3) 期待される成果への到達度

期待される成果への到達度は前述の100%実施できた「薬剤治療」「コミュニケーション」「栄養」「排泄」の項目で到達度が100%であり、また1項目のみ実施できなかった「安全」は期待される成果への到達度が100%と高かった。枠組通りに実施できれば利用者への成果も高まることが示唆される。

4)表現について

開発経緯に示したしおり、表現は平易にしたため、表現の問題は見られなかった。

5)枠組の適用範囲

今回作成した標準枠組みは医療機関に入院して教育の期間が十分ある事例のみでなく、外来で指導を受けた事例で新規に HOT を行う者にも用いることが可能であると考えられ、利用の範囲は広いと考える。

6)看護婦教育について

今回作成した枠組みでは、医療機関内で退院前教育を十分に行っていることを前提に医療機関との連携を考慮して作成したが、最近では外来で HOT 教育を行い在宅療養へ移行する事例も増えているので、この枠組は外来から HOT に導入される事例に用いる方が訪問看護の初期の効果が高いのではないかとの指摘が調査機関から上げられた。外来看護婦にも HOT 導入事例に必要な指導内容を示す意味で、利用してもらい、訪問看護機関との連携に資するよう教育を行う必要がある。

7)修正項目

以上の検討から、今回設定した訪問看護標準化枠組の期間、頻度、看護内容、outcome 設定はバリアンス評価を行った結果からも妥当なものであると考えられるが、調査機関からの意見として移行初期の訪問頻度を利用者の状況に応じて 1～2 回にして、無理のかからない頻度に初期の訪問回数を修正することの必要性が上げられたことから、この頻度を事例の到達度に応じて 1～2 回に幅を持たせ、予備調査で設定していた在宅療養 1～7 日の訪問 2 回分の看護の内容を 1 回に統合した枠組みに修正する。

5.提言

訪問看護の質保証を意図した在宅酸素療法事例用の訪問看護標準枠組を示した。本枠組を用いることで利用者および訪問看護婦の目標を明確化でき、それに到達するための具体的看護内容、訪問頻度が明確化される。

6.今後の課題

- 1)HOT 事例は在宅療養開始 2 ヶ月目以降に増悪する例も多いことから、長期的に提供すべき訪問看護内容を明確化することと、本枠組みの長期効果を評価する必要性がある。
- 2)医療機関からの訪問看護対象者にも適用者を拡げてバリアンス評価を行い項目の妥当性を検討する。
- 3)外来から HOT に導入される事例に適用してバリアンス評価を行う。
- 4)他職種の援助範囲や連携内容も加えた訪問看護標準枠組を精選する。
- 5)訪問看護婦への教育では、在宅における呼吸器リハビリテーションの習得、他機関の他職種との連携内容の明確化をはかる必要がある。

引用文献

- 1) Nocturnal oxygen therapy trial group: Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease, A clinical trial, Ann Int Med 93:391-398,1980.
- 2) Flenly,D.C.:Long-term Oxygen Therapy,Chest,87,1985.
- 3) 吉良枝郎、饗庭三代治、鈴木勉、石原照夫：在宅酸素療法実施症例（全国）の調査結果について、厚生省特定疾患呼吸不全調査研究班平成 3 年度研究報告書、11-17, 1992.
- 4) 亀井(深野木)智子、川村佐和子：在宅酸素療法患者・家族が経験した生活上の困難に関する分析、日本呼吸管理学会誌、3(1)、164-170、1993.
- 5) 亀井(深野木)智子、関澤康子、石井麻里、川村佐和子：在宅酸素療法患者の再入院予防の看護に関する研究－肺結核後遺症例の再入院過程の分析から、日本呼吸管理学会誌、3(2)、91-96、1993.
- 6) 亀井(深野木)智子、加城貴美子、野地有子：呼吸器疾患患者と在宅酸素療法患者の Quality of Life 構造の比較と看護に関する研究、日本呼吸管理学会誌、4(2)、110-116、1994.

参考文献

- 1.Marrelli.T.M., Hilliard L.S:Home Care and Clinical Path,Mosby,1996.
- 2.Center for Health Education:Stat path for Long Term Care.
- 3.Dykes.P.C.,Wheeler K.:Planning Implementing and Evaluating Critical Pathways, Springer Publishing Cpmpany,1997.
- 4.Davis,E.R.,Total Quality Management for Home Care, Aspen Publication,1994.
- 5.Humphrey,C.J., Milone-nuzzo.P:Home Care Nursing,Appleton & Lange, 1991.

- 6.Johson, M., Mass,M.:Nursing Outcomes Classification,Mosby,1997.
- 7.Rozell,B,R., Newman K,L.,Extending a Critical Path for Patients Who Are Ventilator Dependent, Home Healthcare Nurse,12(4),1994.
- 8.重松節美：クリティカルパスと看護、医学界新聞、2295，1998.
- 9.特集クリティカルパス導入と作成のポイント、エキスパートナース、14(9)、36-56、1998.
- 10.特集クリティカルパスって何？、月刊ナーシング、18(8)、-64、1998.
- 11.谷本普一編：在宅酸素療法、克誠堂出版株式会社、1991.
- 12.木村謙太郎監修、川村佐和子、亀井智子編著：目で見る在宅酸素は療法の手引き、健康科学情報企画共同組合、1997.
- 13.亀井智子、島内節他：在宅酸素療法患者の 24 時間酸素不飽和レベルに基づく在宅呼吸管理指標(DIHOT)の開発、日本呼吸管理学会誌、4(3)、167-177、1995.

D. 連続携行式腹膜透析事例における訪問看護標準化枠組

1. 連続携行式腹膜透析実施者用の訪問看護標準化枠組開発の意図

1) 連続携行式腹膜透析(以下CAPD)

CAPDは Continuous(連続的に)Ambulatory(携行可能な)Peritoneal(腹膜を使った)Dialysis(透析)の略称で、1984年に健康保険で認められて以来、急速に普及している在宅医療である。

患者の状態や合併症などにより時期は異なるが、一般に腎機能が5-10%(血清クレアチニン値が8mg/dl以上)になると、腎臓の働きを人工的に行う透析療法が必要となる。透析とは、血液中の老廃物や余分な水分を濾過し、血液をきれいにすることで血液浄化法ともよばれている。これには血液透析(Hemodialysis, HD)と腹膜透析(CAPDとAPD, Automated Peritoneal Dialysis)がある。血液透析は週2-3回、医療施設で専門スタッフによって行われる透析である。腹膜透析(CAPDとAPD)は自宅や職場など社会生活の中で行う在宅療法である。携行式の透析に対し、自動腹膜還流装置と呼ばれる機械を使い、夜間就寝中に自動的に透析を行う方法がAPDで、夜間に集中して透析を行うので日中の頻繁なバッグ交換から解放され自由度が高い。日本には約145,000人の慢性腎不全患者があり、約10,000人がCAPD療法をうけている。まだ臓器移植が一般的でないことや、高齢社会化が急速に進展することからCAPDによる在宅医療推進は不可欠であり、その訪問看護標準化の意義は大きい。

2) CAPDの適応

CAPDの適応を考える際には医学的要因と社会的要因を考慮する必要がある。

年齢に関係なく適用できるが、積極的適応例として幼少児や高齢者があげられる。また、循環器系への負担の軽減をはかるうえで糖尿病性腎不全例や心血管系障害合併症がCAPDの適応となり、さらに、糖尿病性腎不全例の場合はインスリンのバッグ内投与により良好な血糖コントロールが期待できる。考慮しなければならないのは、腹部手術の既往、視力障害、抹消神経障害、肺疾患、憩室症、精神症害等である。CAPDは社会生活の中で患者自身が行うので、もちろん十分な患者教育はおこなうものであるが、患者自身の意志や自己管理能力が成果に影響を及ぼすことは避けられない。

-医学的要因-

- ・年齢
- ・糖尿病
- ・心疾患系障害
- ・腹部手術の既往
- ・視力障害
- ・末梢神経障害
- ・肺疾患
- ・憩室炎
- ・精神障害

-社会的要因-

- ・患者自身の意志や動機付け
- ・患者の自己管理能力
- ・家族の協力
- ・地理的条件
- ・社会環境(職場 学校等)
- ・旅行



CAPD優先例

- ・糖尿病性腎不全例
- ・小児(特に乳幼児)
- ・高齢者
- ・心血管系障害合併例
- ・腎移植予定例
- ・ウィルス性肝炎合併例

3)CAPDの効果: HDとの比較

①透析方法

項目	CAPD	HD
透析場所	自宅・会社など	病院
透析時間	毎日24時間	週3回、1回4~5時間
操作をする人	患者自身	病院スタッフ
通院回数	1~2回/月	13回/月
透析導入前の手術	カテーテル挿入	シャント作製
教育期間	2~6週間	4週間
介助者	弱視、手指不自由者では要 めったに使用しない	不要
抗凝固剤の使用	十分な注意が必要	透析時毎回使用
感染に対する注意		シャント部の注意が必要

②症状 微候

項目	CAPD	HD
透析時の痛み	通常はなし	穿刺痛
水分、老廃物の体内変動	小さい	大きい
心血管系の影響	小さい	大きい
貧血の改善	大きい	小さい
かゆみの改善	大きい	小さい

③クリアランス

<u>溶 質</u>	<u>C A P D</u>	<u>H D</u>	<u>腎 臨</u>
尿素(分子量:60)	71	135	604
ビタミンB ₁₂ (分子量:1,355)	48	30	1,008
イヌリン(分子量:5,200)	36	5	1,008

(L/週)

C A P D : 4回交換/日

H D : 15時間/週

バクスター社資料による

④食事管理

<u>項 目</u>	<u>C A P D</u>	<u>H D</u>
水 分	ある程度自由	制限あり
食 塩	ある程度制限あり	制限あり
カリウム	ほとんど制限なし	制限あり
リ ン	軽い制限	制限あり

CAPD患者の栄養基準量

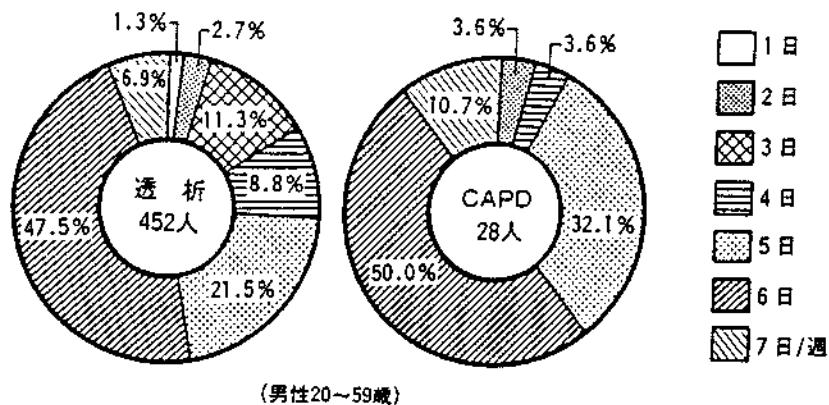
	<u>成 人</u>	<u>小 児</u>
蛋白質	1.2 ~ 1.5g/Kg	2.0 ~ 3.0g/Kg
エネルギー(経口+透析液)	35 ~ 45Kcal/Kg	60 ~ 70Kcal/Kg
糖質(経口)	250 ~ 280g (摂取エネルギーの50%以下)	摂取エネルギーの50 ~ 60%
脂質	50 ~ 55g	
P/S比	1.0 ~ 1.5	1.0 ~ 1.5
Ca	500 ~ 600mg	400 ~ 600mg
P	600 ~ 800mg	600 ~ 800mg
K	2,000 ~ 2,500mg	2,000 ~ 2,500mg
水分(食事以外)	24時間限外濾過量(1.0~1.8L)	24時間限外濾過量(1.0L)
塩分	5 ~ 7g	5 ~ 7g

北里大学病院資料による

⑤社会的活動性

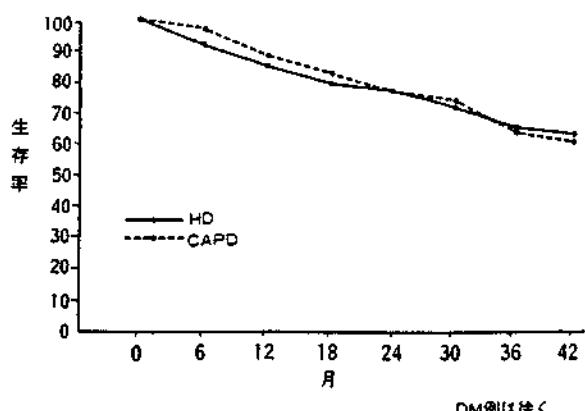
<u>項 目</u>	<u>C A P D</u>	<u>H D</u>
透析中の活動性	活動可能	拘 束
旅行・レジャー	制限が少い	制限が多い
ス ポ ーツ	可 能	可 能
入 浴	不自由	自 由
日常生活	日常管理が必要	非透析日はある程度自由
社会復帰	生活リズムに合せた 透析が可能	時間的拘束により 社会復帰に不利

⑥社会復帰率



本田 宏：腎と透析、25(2), 139, 1988

⑦患者生存率



本田 宏、腎と透析、25(2), 139, 1988.

4)CAPDシステムの種類

- ①スパイクシステム
- ②ルアーロックシステム
- ③ディスコネクトシステム
- ④UVシステム
- ⑤ツインバッグシステム

5)CAPDに関する保険制度

公費負担医療制度の申請を行い「特定疾病療養受療証」を取得すれば、患者負担の限度額を月1万円まで軽減できる。「身体障害者手帳」の取得手続きなどをおこなえば、腎機能障害の程度は重度の方から1級、3級、4級の3段階の等級で表示され、透析治療額必要な場合はほとんどが1級に位置し、自己負担はさらに減少する。

2. 調査Ⅰ（予備調査と標準化枠組の作成過程）

1) 対象

退院後CAPD療法を開始するものに用いる標準訪問計画案を作成するために、看護ステーションCから、過去にCAPDを行った4事例を提供してもらって分析対象とした。

表1 対象の概要

No.	年齢	性別	主傷病名	副傷病名	家族
1	77	男	慢性腎不全	糖尿病	同居
2	82	男	慢性腎不全	糖尿病	同居
3	84	男	慢性腎不全	高血圧症	同居
4	60	男	慢性腎不全	ヘルニア	独居

2) 研究方法

ステーション管理者の協力のもとに、利用者名を伏せて訪問看護記録一式の提出を依頼し、記録物調査を行った。不明な点に関しては担当看護婦に聞き取りを行い、必要なデータを補った。

調査内容は、利用者の背景、家族構成、本人の身体的自立度、合併症、援助内容、訪問回数、社会資源の利用状況 等である。

3) 結果 考察

上記事例調査によって、得られた知見は以下の通りである。

- (1)退院時教育が極めて重要である。
- (2)器材・薬品の配送システムの確立がかかせない。
- (3)緊急時のための医療施設との24時間対応連携が必要。
- (4)看護援助の効果をあげるには本人の意志が影響する。
- (5)訪問回数は事例により差があるが、頻回に行われている。

本研究のために設定したケアの共通する枠組み13項目がすべて有用なものであることが明らかとなった。

4)訪問看護の標準化枠組み作成過程

(1)期間の設定

訪問看護ステーションCのCAPD患者はほとんどが高齢者であり、何らかの副傷病を有するため訪問期間が長期にわたりがちである。対象となった4事例もそうであったが、これまで訪問看護ステーションCが多数のCAPD患者を手掛けてきた経験から、CAPDのケアを中心としてみると2ヵ月間でそのケアは一応完了すると考えられるので、訪問期間は2ヵ月と設定した。

関連病院との連携が欠かせない医療依存度の高い在宅ケアであるが、とりわけ退院直後には集中的なケアを必要とし訪問回数もおおくなる。ケアの段階・プロセスを明確にするために2ヵ月間を1週間目、2週間目、1ヵ月目、2ヵ月目と区切った。

(2)目標設定

対象事例の看護目標、訪問看護ステーションCの過去の諸事例、関連病院CAPD室の退院指導項目、関連病院の訪問看護科の看護目標・訪問確認内容・生活支援スケジュール等をエキスパートナースとともに検討し、あるべき姿としての目標を設定した。CAPDを行っている患者は、CAPDの管理が直接生命の維持という問題にかかわってくる。従って、種々の合併症の予防、及び異常時の早期対処が目標に欠かせない。

(3)評価項目・ケア内容設定

対象事例の看護内容、訪問看護ステーションCの過去の諸事例、関連病院CAPD室の退院指導項目、関連病院の訪問看護科の看護目標・訪問確認内容・生活支援スケジュール等をエキスパートナースとともに検討し評価項目・内容を設定した。

目標達成のためには、訪問時の細かいチェックと、異常の早期発見のための指導、主治医との綿密な連携が必要で、これらをケア内容に盛りこむことがポイントとなった。その結果、1週目の評価項目・内容は36、2週目の評価項目・内容は31、1ヵ月目の評価項目・内容は23、2ヵ月目の評価項目・内容は19となった。

(4)期間別アウトカム設定

期間別アウトカムについては対象4事例等から導くことは難しく、関連病院のCAPD業務分析、アメリカのSTAT pathのChronic Renal Failure等を参考にして、評価項目・内容から導かれるアウトカムをエキスパートナースとともに考案した。

連統攜行式腹膜透析事例 訪問看護標準化框架組

3. 調査Ⅱ－ 本調査：CAPD訪問看護標準化枠組の試および評価

1) 対象

調査Ⅰで作成した訪問看護標準化枠組の看護内容、進行手順、成果等が妥当であるかを実際に試用し評価するために新規に訪問看護を開始する事例に枠組みを適用する調査を行った。対象は平成10年10月～平成11年1月までの4カ月において研究協力機関が訪問看護を開始した40歳以上の、CAPDが必要な慢性腎不全を主疾患とする10事例(男性9例、女性1例、平均年齢72歳)であった。

2) 研究方法

前述のとおり作成した訪問看護標準化枠組みを試用し、訪問看護を実施し、設定した各時期の終わりにアウトカム評価をくわえた。なお、評価は、一週間目、2週間目、1カ月目、2カ月目の各4回設定した。

(1) 各看護ケア内容の実施評価

作成した枠組をもとに、訪問看護を実施し、毎回チェックするよう訪問担当看護婦に依頼した。実施しなかった項目がある場合は、その理由を明確にし、訪問担当看護婦に選択肢から選定するよう依頼した。

(2) アウトカム評価

評価項目に従い、設定されたアウトカム(期待される成果)への到達の有無をチェックするよう訪問担当看護婦に依頼した。アウトカムに到達しなかった場合は、その理由を明確にし、訪問担当看護婦に選択肢より選定するよう依頼した。

3) 結果

(1) 事例の概要

表2を参照。

CAPDは本来社会復帰を目指し、仕事や日常生活に合せて行われる治療法である。

しかしこれらの事例は、高齢であり、徐々にADLが低下し、通院するのも困難になり、訪問看護を利用しての管理が必要な状態の者が多かった。全身状態もよいとはいえない事例が多かった。どこまでの積極的治療を行っていくのかということも最終的には検討していかなければならない課題である。

(2)訪問看護の標準化枠組に沿ったケアの実施率

表3を参照。

10事例ともケア項目実施率は高かったことから必要な項目・内容が設定できたといえる。ただし、ここでの項目・内容はこれまでのCAPD療法の管理を中心に“やってきた経験”に基づいて設定されたものである。合併症がもたらす諸問題への対応の仕方を組み込まなければ、CAPDそのものの効果も上がりにくいことが事例によっては明らかとなった。合併症、年齢、身体機能状態、家族等を考慮した在宅CAPD患者の対象設定を明確にしたうえで、さらに数多くの事例を検討する必要がある。また、項目内容は、具体手的で単純な行為レベルのものもあれば、抽象的な概念レベルのものもあり、更なる精選が必要である。

(3)アウトカムの到達率:

表4を参照。

おおむね目標到達率は高かったことから無理のない目標設定ができたといえる。ただし、目標自体が妥当であるかは今後の課題である。また、あるべき望ましい目標であるかどうかも不確かである。評価項目・内容との整合性を図る必要もある。

CAPDの手技取得を中心とするケアについては目標が比較的明確に設定できたが、CAPD患者に多くみられる、気分の落ち込みや鬱状態、高齢による痴呆等にたいする具体的で明確な目標が設定できなかった。また、どのような項目を遂行していくべき目標到達できるという流れを設定できなかった。在宅においては心理社会的な対応がうまくいかなければCAPDケアが困難となる。技術的に高度なケアと心理社会的な側面に対する高度な対応が同時に求められる在宅ケアであるといえよう。

なお、おおむね2カ月で目標達成できたことから、2カ月間の期間設定は妥当であった。しかし、期間別アウトカムは事例によってかなり到達率に違いがみられた。すなわち家族もふくめて利用者側に問題がある場合、実施率を上げても目標に到達

するのは困難である。家族も含めた利用者側の事情はさまざまで、さきにも述べたようにCAPD患者の対象設定をより明確にする必要がある。

(4)バリアンス発生の有無と内容

表5を参照。

①看護の実施を枠組どおりにできなかった理由

看護の実施を枠組どおりにできなかった理由で該当内容が多かったのは「利用者の心身条件のため実施できなかった」33回であり、「利用者が拒否したあるいは希望がなかったためできなかった」23回、「連携先の機関・担当者が機能を果たさなかった」2、「その他の理由で実施できなかった」52回であった。

②事例が期待される成果に到達しなかった理由

未到達理由の該当内容で多かったのは「利用者の心身条件のため到達しなかった」53回であり、「利用者が拒否したあるいは希望がなかったため到達しなかった」46回、「家族が拒否したあるいは希望がなかったため到達しなかった」8回、「スタッフ数が足りないため到達しなかった」7回、「その他の理由で到達しなかった」43回であった。CAPD独自のバリアンスをさぐりだす必要があるが、この10項目では利用者側の原因が多かった。

(5)訪問状況・連携状況・管理状況

表6を参照。

日勤・計画的訪問・一回50分滞在が標準的な訪問状況であった。

連携は隨時行われ一回5分を要した。管理内容は1. スタッフ間連絡 3. 利用者のケア記録 4. 訪問準備で一日15分が費やされた。

CAPDでは2ヶ月間の訪問総回数の平均32.7回と他のグループに比べて多くの訪問がおこなわれ、とりわけ1週間目に集中的におこなわれる傾向がある。しかし、これら訪問総回数及び初期に見られる訪問集中の度合いは患者とその家族の状況によって大きく変わっている。このような訪問は医療保険制度の枠外で行われている。

4)考察

(1)訪問看護の質保証のための枠組のありかたについての考察

①患者の個別性

訪問看護にここだけは、この手順で遂行してもらいたいというところを示すのには意味がある。しかし、在宅における患者CAPDの手技はそれだけで有効性を発揮できない。さきにも述べたようにCAPDという単一の切り口による分類に基づく枠組では、現実の患者に対応する場合には欠落部分がありすぎる。ケースミックスの考え方をとりいれた対象設定が必要だと考える。

②訪問看護標準化枠組みの評価項目の妥当性と表現方法・実施方法について

実施率は高かったことから、必要な内容はわかりやすい形で盛り込めたと言えよう。試用した看護婦からは数箇所の表現の訂正がもちこまれたのでそれに関しては表現をかえた。また、過去の看護記録等に基づき訪問回数を設定したが、患者の条件によりばらばらなので標準としないほうが良いとの意見がだされたので、更新版からはそれを除いた。バリアンスもかなりみられたが本人家族に原因があるばかりが多く、項目訂正には至らなかった。項目の妥当性については今回は明確に検証できなかった。

③看護婦の教育の必要性

現在の所まだ限られた機関でのみCAPD療法を手掛けていないが、これをおこなうためには忍耐力と指導力と技術力がとりわけ求められる。間違ったり、質の悪いサービスは生命を脅かしかねないのでこれに携わる看護婦には体系的な専門教育が必要である。

(2)患者の期待される成果達成のための課題

今回、訪問回数・所要時間・実施率・到達率という視点から評価した結果以下の課題が明確となった。

①CAPD療法には多額の経費が必要である。処置の難しさや専門看護婦の不足等と同時に診療報酬制度内では賄いきれない訪問を要することがこの療法の普及を遅らせる可能性がないとはいえない。CAPDにたよらざるを得ない患者に必要なケアが提供できるよう、高レベルのサービス提供内容と頻度の高い訪問数に見合った料金設定等がなされる必要がある。

②CAPDの適応の明確化。サービス提供に際してはそれに見合う料金設定がもと

められるが、一方で資源の適正配分と有効使用という点からはCAPDに適した患者と適さない患者があることを理解し導入にふみきる指導が必要である。そうしなければ同じようにサービス提供をおこなっても、成果に大きな差ができることが明らかになったからである。CAPDに適さない条件者(本人の意志や動機づけが弱い、痴呆状態、家族介護力に問題 等)の場合アウトカム達成率が極めて低かった。

5)訪問看護標準枠組みについて(更新版)

更新した枠組では研究対象となったステーションの特殊条件をのぞいて、だれでもどこでも取り組むつもりがあれば遂行可能な評価項目とした。研究対象となつたステーションはCAPDを実施しやすい状況下にあり、施設利用・連携・訪問回数等の在り方が一般的でないところがあった。

表2. 標準訪問看護計画 試用対象の概要

No.	年齢	性別	主傷病名	副傷病名等	主な障害	介護者	日常生活動作	社会資源導入	概要
1	65	男	糖尿病	糖尿病	血糖コントロール不良 視力障害	独居	入浴 整容に部分介助をする以外は自立	ベッド 入浴てすり 緊急通報 ヘルパー 訪問看護 デイケア	結婚歴もなく気ままなく生活を送ってきた。独居で食事家事援助必要。視力障害あり清潔操作に不安。
2	63	男	糖尿病	脳梗塞	廃用性萎縮	妻	座位は自立 歩行は誘導 その他は全面広範な依存	ベッド 排泄用具 訪問看護 デイケア	日中独居 臥床がちでADL低下傾向が見られる。経済的理由でヘルパー導入できず。
3	84	男	糖尿病	高血圧症	痴呆症状有	長男嫁	自立	訪問看護 デイケア	CAPDバッグ交換は嫁入浴介助を希望
4	86	男	糖尿病	心不全		長男嫁	座位 歩行 ト イレ自立 他は全面依存	ベッド 訪問看護 家政婦	介護者に依存的となっていてできることも介助を要する。
5	84	男	糖尿病			妻	自立	ベッド 冷暖房機 訪問看護 デイケア	血液透析を始めたが通院困難のためCAPD開始。妻も高齢のため手技見守り要。入浴介助要。
6	61	男	糖尿病	狭心症	血液透析 腎移植 腹壁ヘルニア	独居	入浴が広範な依存 その他は自立	訪問看護 訪問入浴	腎移植後のステロイド多用により腹壁ヘルニア。CAPDカテーテル出口部がヘルニアのため見えず入浴前後の処置に要介助。
7	68	男	糖尿病	糖尿病による下肢切断		妻	歩行 入浴 階段昇降が全面依存	ベッド車椅子 トイレ 居宅療養管理 訪問看護 ホームヘルプ 訪問リハ	手技はできるが、精神的に不安定で何事も拒否の姿勢が強い。
8	77	男	糖尿病		痴呆症状有 飲酒量多	妻	整容 入浴に一部依存	ホームヘルプ 訪問看護	妻も軽度痴呆のため本人が手技自立する必要がある。同一敷地内に住む長男夫婦が介護にかかわろうとしたが、元社長の本人頑固でうまくいかず、家政婦導入。
9	57	男	糖尿病	貧血 腹膜炎	経管栄養	妻	整容 入浴 階段昇降に部分依存	ベッド マット 訪問看護	血液透析からCAPDにきりかえ。 記録力低下しつつあるため日中独居時の緊急対策必要。 痛痒感、湿疹あり。入浴介助必要
10	75	女	糖尿病	脳梗塞	痴呆症状有	ヘルパー	入浴が広範な依存	歩行器 ホームヘルプ 訪問看護	透析外来Nsの訪問と本人の通院からST.にきりかえ。CAPDチェックと入浴介助。

表3.項目別実施率(事例数10)

①退院後1週間

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	平均実施率
看護職の行動目標	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	95
疾病経過	100	75	75	75	100	75	100	100	75	50	82.5
薬剤治療	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	90
処置	100	100	100	80	0	100	100	100	100	50	83
検査	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	90
理学療法	100	100	100	100	100	66.7	100	100	100	33.3	90
セルフケア	100	100	100	66.7	100	100	100	100	100	0	86.6
コミュニケーション	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
栄養	100	100	100	100	100	100	50	100	50	100	90
日常生活	100	100	100	75	100	100	100	100	100	50	92.5
安全	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	90
清潔	100	100	100	66.7	100	100	66.7	100	100	100	93.3
心理社会	100	66.7	100	100	100	100	66.7	100	100	100	93.3
社会資源	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	95

②退院2週間

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	平均実施率
看護職の行動目標	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	90
疾病経過	100	75	75	75	100	75	100	100	75	100	87.5
薬剤治療	100	100	100	100	100	100	100	100	50	100	95
処置	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
検査	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
理学療法	66.7	100	100	0	100	66.7	100	100	100	100	83.3
セルフケア	50	100	100	0	100	100	100	100	100	100	85
コミュニケーション	100	100	100	0	100	100	100	100	100	50	85
栄養	100	100	100	50	100	100	50	100	50	100	85
日常生活	100	100	100	20	100	100	100	100	100	50	87
安全	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	90
清潔	100	100	100	0	100	100	0	100	100	100	80
心理社会	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
社会資源	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	95

③退院後1ヶ月

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	平均実施率
看護職の行動目標	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	90
疾病経過	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	90
薬剤治療	100	100	100	0	100	100	100	100	50	50	80
処置	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	97.5
検査	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	95
理学療法	100	100	100	0	100	100	100	100	100	50	85
セルフケア	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	80
コミュニケーション	100	100	100	0	100	100	100	100	100	50	85
栄養	100	100	100	0	100	100	100	100	50	50	80
日常生活	0	33.3	100	0	66.7	100	33.3	100	100	0	53.3
安全	100	100	100	0	100	100	0	100	100	0	70
清潔	100	0	100	0	100	100	100	100	100	100	80
心理社会	100	50	100	0	100	100	50	100	100	100	80
社会資源	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	90

④退院後2ヶ月

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	平均実施率
看護職の行動目標	100	100	100	0	100	100	100	100	0	100	80
疾病経過	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	90
薬剤治療	100	100	100	0	100	100	100	100	50	50	80
処置	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	97.5
検査	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
理学療法	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
セルフケア	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	90
コミュニケーション	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	90
栄養	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	90
日常生活	100	100	100	0	0	100	0	100	100	0	60
安全	100	100	100	0	100	100	0	100	100	0	70
清潔	100	0	100	0	100	100	100	100	100	100	80
心理社会	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	10
社会資源	0	100	0	0	100	100	100	100	0	0	50

表4. 項目別 アウトカム到達率

①退院後1週間

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	平均到達率
看護職の行動目標	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	95
疾病経過	100	100	100	100	100	100	0	100	100	50	85
薬剤治療	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	95
処置	100	100	100	100	100	100	100	0	100	50	85
検査	100	100	100	100	0	100	0	100	100	100	80
理学療法	100	100	100	100	100	100	100	100	100	33.3	93.3
セルフケア	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	90
コミュニケーション	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	90
栄養	100	100	100	100	100	100	50	50	50	100	85
日常生活	100	100	100	40	100	100	80	100	100	50	87
安全	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
清潔	100	100	100	100	100	100	50	100	50	100	90
心理社会	100	50	100	50	100	100	50	100	100	100	85
社会資源	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	95

②退院後2週間

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	平均到達率
看護職の行動目標	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	90
疾病経過	100	100	100	0	100	100	0	100	100	100	80
薬剤治療	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
処置	100	100	100	100	100	100	100	0	100	100	90
検査	100	100	100	0	0	100	0	100	100	100	70
理学療法	100	100	100	50	100	100	100	100	100	0	85
セルフケア	100	100	100	0	100	100	100	100	100	50	85
コミュニケーション	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
栄養	100	100	100	0	100	100	50	50	50	0	65
日常生活	100	100	100	25	100	100	100	100	100	0	82.5
安全	100	100	100	0	100	100	100	100	100	50	85
清潔	100	100	100	0	100	100	50	100	100	100	85
心理社会	100	0	100	0	100	100	0	100	100	100	70
社会資源	100	100	100	100	100	100	100	100	0	50	85

③退院後1ヶ月

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	平均到達率
看護職の行動目標	100	50	100	0	100	100	0	50	0	50	55
疾病経過	100	100	100	0	100	100	0	100	100	100	80
薬剤治療	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	90
処置	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	90
検査	100	100	100	0	100	100	0	100	100	100	80
理学療法	100	0	100	0	100	100	100	100	100	0	70
セルフケア	100	100	100	0	100	100	100	0	100	0	70
コミュニケーション	100	100	100	0	100	100	0	100	100	0	70
栄養	100	100	100	0	100	100	50	50	50	100	75
日常生活	100	0	100	0	100	100	0	100	100	0	60
安全	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	90
清潔	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	95
心理社会	100	0	100	0	100	100	0	100	50	0	55
社会資源	100	100	100	0	100	100	100	100	0	100	85

④退院後2ヶ月

項目・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	平均到達率
看護職の行動目標	100	100	100	0	100	100	0	0	0	0	50
疾病経過	100	100	100	0	100	100	0	0	100	100	70
薬剤治療	100	100	100	0	100	100	100	100	0	100	80
処置	100	100	100	0	100	100	100	0	100	100	80
検査	100	100	100	0	100	100	0	0	100	0	60
理学療法	100	0	100	0	100	100	100	100	100	0	70
セルフケア	100	100	100	0	100	100	100	0	100	100	80
コミュニケーション	100	100	100	0	100	100	0	100	100	50	75
栄養	100	100	100	0	100	100	0	0	0	0	50
日常生活	0	100	100	0	100	100	0	0	100	0	50
安全	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	90
清潔	100	100	100	0	100	100	50	50	100	50	75
心理社会	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	10
社会資源	100	100	100	0	100	100	100	100	0	100	80

表5 パリアンス発生の有無と内容(事例数 10)

種別	番号	パリアンス内容	全体										事例番号
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A (実施できない理由)	1	利用者の心身条件のため実施できなかった	33		2	3	4	5	6	7	8	9	10
	2	利用者が拒否したあるいは希望がなかつたためできなかった	23	5	1	1	1				6	1	7
	3	家族が拒否したあるいは希望がなかつたため実施できなかつた	1									1	
	4	スタッフ数が足りないため実施できなかつた	0										
	5	スタッフの能力不足のため実施できなかつた	0										
	6	連携上の問題があり実施できなかつた	1							1			
	7	連携先の機関・担当者が機能を果たさなかつた	2				2						
	8	社会資源が不足していたため実施できなかつた	0										
	9	社会資源の質に問題があり実施できなかつた	0										
	10	その他の理由できなかつたため実施できなかつた	52	8	1	2	1	4			7	29	
B (成果に到達できない理由)	1	利用者の心身条件のため到達しなかつた	53		4	1	24	2		13		9	
	2	利用者が拒否したあるいは希望がなかつたため到達しなかつた	46	1	1	3			26	15			
	3	家族が拒否したあるいは希望がなかつたため到達しなかつた	8							8			
	4	スタッフ数が足りないため到達しなかつた	7							7			
	5	スタッフの能力不足のため到達しなかつた	0										
	6	連携上の問題があり到達しなかつた	0										
	7	連携先の機関・担当者が機能を果たさなかつた	0										
	8	社会資源が不足していたため到達しなかつた	0										
	9	社会資源の質に問題があり到達しなかつた	0										
	10	その他の理由で到達しなかつた	43	1	3			1			5	4	29

表6. 訪問看護・連携目管理に要した時間と管理内容別の実施頻度

訪問回数 No.	滞在時間 分	連携時間 分	時間 管理	管理内容別の実施頻度(%)					
				スケジュール会議	ケッターミーティング	ナレッジ記録	準備	電話連絡	リセクト
1 39	1,755	50	545	72.0	0	80.0	80.0	0	0
2 17	1,235	30	85	100.0	0	100.0	100.0	0	0
3 16	825	0	80	100.0	0	100.0	100.0	0	0
4 12	895	60	65	100.0	0	100.0	100.0	8.3	0
5 80	4,135	226	405	62.5	0	46.5	46.5	0	0
6 34	1,980	55	220	100.0	0	100.0	100.0	0	0
7 17	815	0	215	100.0	0	100.0	100.0	0	0
8 93	5,065	275	790	62.4	0	70.0	70.0	0	1.0
9 11	550	15	65	100.0	0	100.0	100.0	0	0
10 8	570	0	80	100.0	0	100.0	100.0	0	0
M 32.7	1,783	71	255	89.7	0	89.65	89.65	0.8	0.1

文献

- 厚生省健康政策局・日本医師会監修、CAPDガイドライン、1995.
- 斎藤明監修、CAPDハンドブック、医学書院、1987.
- 白井大禄、CAPDの自己管理、金芳堂、1991.
- 川口良人、CAPDの導入及び管理、CAPD療法Ⅱ、太田和夫監修、1987.
- バクスター社資、腎不全とその治療法、1997.
- 本田明彦、在宅腹膜透析(CAPD)療法－現状と展望－、日本機械学会誌、vol. 101 n o. 950.
- STAT Path. @ne Colorado, U. S. A.
- 押川真喜子 編、事例より学ぶ訪問看護の実際、医薬ジャーナル社、1998.

E. 褥瘡のある事例における訪問看護標準化枠組

1. 褥瘡のある事例の訪問看護標準化枠組の開発過程

1) 我が国の褥瘡を有している患者の割合

1998 年に群馬県にて実施された調査によると、病院および老人保健施設の褥瘡有症率は 4.2%、在宅要看護高齢者の褥瘡有症率は 7.0%と報告されている。

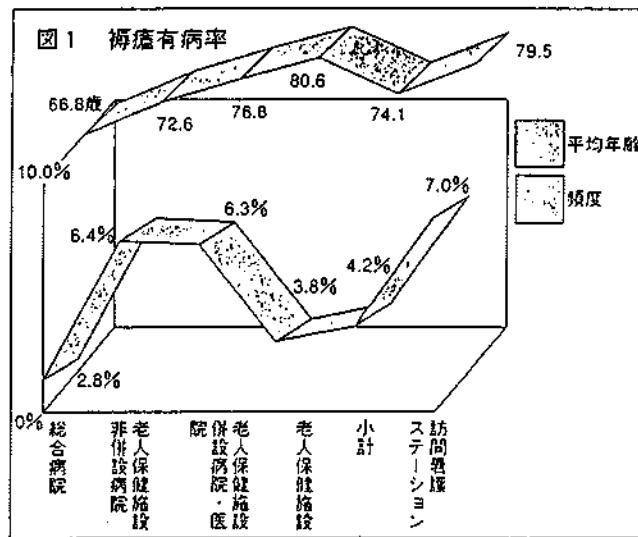
(表 1、図 1 参照)¹⁾また、斎藤らが 1997 年に行なった 620 の訪問看護ステーション対象の調査²⁾で、在宅要看護高齢者の褥瘡有症率は 8.9%と報告されている。これらの結果から、施設内入所高齢者よりも在宅要看護高齢者の褥瘡有症率の方が高い。

また、褥瘡発生の背景因子の 1 つである‘寝たきりの状態’にある老人は、後期高齢者の増加とともに増加することが予想され、平成 5 年には推計 90 万人が、平成 11 年度には約 120 万人と推計されている³⁾。

上記状況から、在宅における褥瘡予防、および治療ケアに対する看護の重要性は今後、ますます高まっていくといえる。

表 1 褥瘡有病率

施設	施設数	入院・入所者数	褥瘡患者数	頻度	平均年齢
総合病院	12施設	4,542	125	2.80%	66.8±16.8歳
老人保健施設非併設病院	6施設	784	50	6.40%	72.6±13.9歳
老人保健施設併設病院・医院	21施設	2,900	182	6.30%	76.8±13.9歳
老人保健施設	30施設	2,014	76	3.80%	80.6±13.9歳
小計	69施設	10,240	433	4.20%	74.1±6.7歳
訪問看護ステーション	41施設	1,437	101	7.00%	79.5±11.4歳



2) 褥瘡ケア方法普及に必要な対策

真田⁴⁾は「褥瘡予防方法、発生後の褥瘡ケア方法についての正しい知識と技術を普及させることが最優先される」と述べたうえで、今後必要とされる看護者の知識として以下の6点をあげている。

- ① 皮膚の観察方法
- ② 個々の褥瘡発生要因の明確化
- ③ 褥瘡の原因である圧迫除去・減少の方法
- ④ 全身と瘡周囲の皮膚を保護する方法
- ⑤ 栄養を整える方法
- ⑥ 患者と家族に指導する方法

今回、訪問看護の標準化枠組開発にあたって、この6点を念頭に置き、検討することとした。

3) 褥瘡ケアに対する人的資源

褥瘡ケアに対して専門的な教育を受けた人的資源として、近年、ET(Enterostomal Therapist)看護婦（日本語ではストーマ療法士と訳されているが、一般にはET看護婦と呼ばれている）、WOC(Wound Ostomy Continence)看護婦があげられる。

我が国では、1976年に外科医である田村が米国クリープランドスクールクリニックに派遣されて、ストーマ管理法を含めたET研修を受けたのが最初である。その後、日本の看護婦が留学によって、ETナースの資格を取得していたが、1986年に聖路加国際病院にETスクール・クリープランドクリニック分校が設立され、我が国におけるETナース養成に貢献してきた。

その間の世界的な傾向として、ET研修は当初、ストーマ管理法を中心であったが、ストーマ手術件数の減少や早期退院による急性期ケア患者数減少により、褥瘡性潰瘍や下腿潰瘍を含めた瘡傷管理、さらに看護場面が病院から中間施設や在宅へ移行したことに伴い、高齢者ケアや失禁ケアまでをも含めた広範囲な業務を取り込み、ET(Enterostomal Therapist)看護婦からWOC(Wound Ostomy Continence)看護婦へと名称と認定制度を改変してきたという背景がある。⁵⁾

我が国では、1997年からWOC看護師が日本看護協会で認定されるようになり、ET看護婦のWOC看護師への移行措置も実施されている。

1996年には、120名のETナースが誕生しているが、総合病院には少なくとも1人のET/WOC看護婦が常駐することが望ましいと言われている。⁶⁾

4) 在宅患者の褥瘡ケアに対して重要な視点

施設入所、在宅の双方の患者に対する褥瘡ケアに対し、上記の6点の視点が重

要であるが、在宅患者は特にケア実施を看護者以外の家族や介護者に委ねなくてはいけないため、その指導や調整等のマネジメントの能力が看護者に要求される。村山ら⁷⁾は、褥瘡が多発発生した在宅療養患者に対して、訪問看護を実施し、約半年かけて治癒させることに成功した。また、その分析をとおして必要であった家族支援として、①患者の状態および介護力を客観的指標を用いて判定し、問題点を明らかにする。②主体的に介護にかかわってくれるマンパワーの確保。③褥瘡の治癒段階と家族の理解力を考慮した褥瘡処置の選択、ならびにパンフレットを用いた具体的指導。④瘡の改善を伝え、介護の保証を与えるはげましのことば。の4点をあげている。

これらの結果からも言えるように、特に在宅では、家族の介護力の査定、指導、介護力強化のためのマネジメントが重要であり、この視点を念頭に置き訪問看護標準化枠組を開発していく必要がある。

2. 調査Ⅰ（予備調査と訪問看護標準化枠組の作成過程）

1) 対象（表2参照）

対象患者は合計4例であり、2ヶ所の訪問看護ステーションよりデータを収集した。対象患者の主疾患は表のごとく全員が脳梗塞で、80歳代の高齢者であった。

表2 予備調査の対象の概要

No	年齢	性別	主疾患	主な合併症	褥瘡の状況
1	81	男	多発性脳梗塞	糖尿病、高血圧	5x5cm、Ⅲ度
2	83	男	多発性脳梗塞	腰椎圧迫骨折、心房細動	褥瘡2ヶ所、ポケット形成
3	87	女	脳梗塞	高血圧、イレウス	表皮剥離2ヶ所(1×1、1×1.5cm)
4	84	女	陳旧性脳梗塞		表皮剥離

2) 方法

ステーション管理者の協力の基に、利用者名をふせて訪問看護記録一式の提出を依頼し、記録物調査を行なった。また可能な訪問看護ステーションにおいては、記録物で不明な点を担当看護婦に聞き取りを行い、必要なデータを補った。

調査内容は、利用者の背景、家族構成、本人の身体的自立度、褥瘡の程度、治癒過程、援助内容、訪問回数、社会資源の利用状況等である。

3) 結果・考察

上記予備調査によって、得られた知見は以下のとおりである。

- (1) 調査対象事例を見ると、いずれも入院中の廃用症候群や栄養状態の悪化等、ADL や全身状態の悪化が引き金となっている。よって、褥瘡の治癒を目指すには ADL の拡大や全身状態のアセスメントの視点が必要であり、それらを含めた目標を設定する必要があると思われた。
- (2) ADL 拡大を目標に看護・介護を行なうには、在宅の介護力の程度と介護者の価値観の影響が非常に大きく、ADL 拡大するために事例 1～3 の訪問看護ステーションでは必要に応じて 2 名で訪問し、患者の拘縮した関節を伸展させたり、入浴援助を行ない、その後、継続できるように家屋改造、ヘルパー導入等の調整、家族への説得を行なっていた。よって、介護力の程度、調整、説得を標準的に的確にもれなく行なえることが訪問看護の質保証に重要であると思われた。
- (3) 全身状態が褥瘡の治癒もしくは悪化に非常に影響が大きく、観察、異常時の対応が適宜行なわれるような介護者への指導が標準的に行われる必要があると思われた。
- (4) 調査対象事例において、下痢や嘔吐等の湿潤による褥瘡悪化の危険性等がみられ、褥瘡を治癒させることを考えた場合、瘡に対する処置内容のほかにケアの視点として湿潤、栄養状態、摩擦とずれ等の査定や指導が標準的に行われることが必要と思われた。

4) 訪問看護の標準化枠組作成過程

(1) 期間の設定

事例を見ると、退院直後のケースでは、訪問開始から 1 週間程度は、必要な直接ケアを行ないながら褥瘡の査定、介護力の査定、環境調整の査定を行なっており、直接ケアと査定が必要な時期として 1 週間の期間がポイントとなってくると思われた。また、2 週目から 1 ヶ月までは、実際に家屋の改造や多職種の調整を行なったり、患者の個別への対応と問題への対処法の家族指導を行なっており、計画にそった実施と評価と位置づけられ、さらに 1 ヶ月から 2 ヶ月の間は自立にむけて ADL の拡大の期間と捉えられた。

上記過去実例に基づき①訪問看護開始から 1 週間、②訪問看護開始から 2 週目より 1 ヶ月、③訪問看護開始から 2 ヶ月目より 2 ヶ月終了までと設定した。

(2) 目標設定

上記予備調査で得られた知見①でも述べたように、褥瘡の治癒を目指すには ADL の拡大や全身状態のアセスメントの視点が必要であり、それらを踏まえた

目標を設定した。

退院直後の褥瘡ケア事例の2ヶ月過程において訪問看護の目標は大きく①褥瘡の処置方法の確立、褥瘡影響因子の査定・調整、②褥瘡早期治癒、患者・介護者の生活リズムの確立、③褥瘡の治癒、患者・介護者の負担の軽減、日常生活行動の拡大の3つに分けて設定した。ADLの拡大、もしくは自立を促すという視点で2ヶ月後には日常生活行動の拡大を目標とした。

(3) 評価項目・内容設定

文献検討の「褥瘡ケア方法普及に必要な対策」で述べた必要とされる看護者の知識の視点に上記事例調査で得られた視点を考慮して検討した。必要とされる看護者の知識の視点にそって述べる。

① 皮膚の観察方法

初期アセスメントは各グループ共通で使用する日本訪問看護振興財団が作成した日本版成人・高齢者用アセスメント・ケアプラン記録用紙の皮膚状況の観察項目を使用することとした。しかし、この記録用紙における観察項目は主に瘡部の深度に基いた分類方法であり、褥瘡の治癒過程についてはこの項目だけでは不十分であるため、治癒過程を観察できる指標を検討した。治癒過程の観察指標の代表的なものとして、PSST(Pressure Sore Status Tool)⁹⁾やPUSH(Pressure Ulcer Healing Scale)⁹⁾があげられる。PSSTは観察項目がサイズや深さ、瘡縁、ポケット浸出液等、13項目からなる指標であり、一方、PUSHは瘡部の表面積、浸出液の量、主な組織の3項目で評価するものである。PUSHは1997年、米国のNational Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP:米国褥瘡諮問委員会)の第5回会議にて紹介され、1998年のNPUAPの会議で妥当性が検証された。

臨床での簡便性から今回はPUSH第3版(最新版)を採用することとした。また、標準化枠組の縦軸に疾病の経過の他に褥瘡経過を独立させて設けることとした。

② 個々の褥瘡発生要因の明確化

褥瘡発生予測スケールとして、Gosnellらによるもの、Nortonらによるもの、ブレーデンスケールがあるが、米国においてはブレーデンスケールが最も有効であると言われている。前者2種類と比較し、ブレーデンスケールは、摩擦ずれの項目が追加されており、各項目に詳細な説明がされている点で優れていると真田は説明している。¹⁰⁾また、ブレーデンスケールは日本語版として翻訳され、我が国においても最も使用されている指標である。よって、褥瘡のある患者のケアを行なう看護婦に必要な視点としてブレーデンスケールの項目を把握することが必要と判断し、褥瘡発生要因の明確化、またその後のケアの方向性を明確にする指標として、ブレーデンスケール日本語版を採用した。

③ 椎瘡の原因である圧迫除去・減少の方法

圧迫に対するアセスメントを標準的に看護婦ができるように縦軸に体圧分散の項目を設け、アセスメント、ケアの視点を盛り込んだ。また、患者の体圧の客観的指標として、今回は特に血圧計と同様の簡便性で体圧測定可能な体圧測定器にて体圧測定を行なうことを標準として盛り込んだ。

④ 全身と瘡周囲の皮膚を保護する方法

この視点で看護婦が標準的にアセスメント、援助ができるように、縦軸の項目に排泄を設け、清潔の項目とともに援助内容に必要とされる項目を盛り込んだ。

⑤ 栄養を整える方法

標準化枠組の縦軸の栄養項目に指導内容を含めた援助の視点を盛り込んだ。

⑥ 患者と家族に指導する方法

標準化枠組の縦軸に介護力の項目を設け、患者、家族の指導の視点を盛り込んだ。

その他、ブレーデンスケールの摩擦とずれの視点でのアセスメント、援助が可能となるように、摩擦とずれの項目も設けた。

また、標準化枠組の横軸については、訪問頻度については椎瘡の程度によって、基準を設け、どのような椎瘡の程度によっても活用できるように必要に応じて数日毎や1週間の単位で包括して行うべき内容を設定した。

（4）期間別アウトカム設定

ADL の拡大、椎瘡の治癒を目標にした場合、入浴を行うことが重要という考え方のもとに上記調査対象事例の訪問看護を担当している訪問看護ステーションでは、2名で訪問する、その他、福祉サービスを導入することを積極的に行っていった。よって、入浴の必要性をアウトカムの中に入れ込むことを考慮した。

また、椎瘡治癒の観点からの湿潤、摩擦とずれ等のアウトカムを明確に盛り込むことが必要と思われ、盛り込んだ。

その他、横軸の区切りの上には必ず、訪問看護の目標を記載し、患者のアウトカム（期待される結果・成果）はポイントとなる期間として、1週間、2週目-1ヶ月まで、1ヶ月後-2ヶ月終了までの3期間に分割したため、その期間毎に患者のアウトカム到達度を振り返られるように、縦軸の項目毎に患者のアウトカムを設定した。

また、客観的データとして血液検査データの指標も盛り込むこととした。

（5）その他

① 訪問看護の頻度について

- a) 褥瘡の程度が最も重症であったのは事例1であったが、このケースは1993年の事例であるため、訪問看護の診療報酬が現在ほど認められておらず、レセプト外の訪問が多くなった。また、事例2は1998年のケースであるが、退院直後から訪問開始し、1週目で6回訪問しており、査定や調整の必要性から1週間目は可能であれば毎日訪問が望ましいのではないかと推測された。事例3は療養中での発生であったので、一般的な査定、環境調整はすでに終わっている。また褥瘡の程度も始めは軽度であったため、発生1週目であっても3回のみの訪問であった。
- b) 2週目以降の頻度については患者個別の問題や家族の知識、価値観によって頻度はさまざまであった。

上記知見と専門家の助言による褥瘡の治癒過程から訪問頻度を設定し、訪問看護開始から1週目は褥瘡処置の必要度によって設定し、2週目以降は訪問看護婦の判断によって決定できるように設定し、決定のための基準を設けた。

② 別添資料

標準化枠組は、褥瘡治癒のために必要と思われるアセスメントやケアの視点が網羅されていて訪問看護婦がそれらを抜けなくできるようにすること、訪問看護の目標が明確に共有できること、患者の目指すべきアウトカムと期間が明確になっていることを網羅することとした。しかし、視点や目標がわかつても実際に行なう訪問看護の内容の標準化、質保証を目指すならばこれだけでは不足である。また、上記文献検討でも家族指導に、パンフレットの作成が有効との結果が得られたことも参考とし、標準化枠組の別添資料として、a)標準化枠組の内容を説明する手順と b)具体的に手技・技術を説明するマニュアルや c)手順・マニュアルにしたがって行なった結果が記載できる記録、d)限られた訪問看護時間内で患者・家族指導が効率的に行われ、かつ、隨時必要時に参考にできるように指導パンフレットを作成し、枠組とこれら4種類とアセスメント用紙を1セットとしてファイルにし、パッケージ化した。

a)標準化枠組の内容に関する手順

縦軸の項目にそって、説明や手順について説明する資料を作成した。この中に、訪問回数頻度の設定基準やET看護婦やWOC看護師のコンサルティングを受ける基準等も含めて作成した。

b)手技・技術を説明するマニュアル

参考資料として、平成9年度厚生省保健推進等補助金「老人保健福祉に関する

「調査研究等事業」による報告書である「褥瘡の予防・治療指針策定のための研究報告書」を採用した。この資料は、専門家によって過去の研究に基づき臨床家が実践で活用できやすいという目的で検討されたものであること、写真が豊富でわかりやすいことから採用した。

c)ケアを行なった結果が記載できる記録

実際に行なったことが結果として見えるように、また患者のアウトカム達成のために行なうべき内容が標準化できることを意図として、標準化枠組と上記 a)b)が連動する形で作成した。

d)患者家族指導パンフレット

参考資料として採用した「褥瘡の予防・治療指針策定のための研究報告書」を元に、患者・家族に特に把握して欲しいことを分かりやすいように、独自に作成した。

③別添資料と枠組の連動性

枠組の縦軸の項目ごとに、アセスメント、手順、マニュアル、記録はどこを参照したらよいかわかるように、番号やページ数を記載し、枠組は訪問看護婦の行動指針と位置づけた。

以上のことと踏まえ、作成した枠組は表3、資料1(標準化枠組)のとおりである。

表3 評価項目内の看護援助内容数・アウトカム(期待される成果)への到達評価項目数

パスエイ	過院休-2	3~4日	5~6日	7日目	アウトカム	2週目	3週目	4週目	アウトカム	5週目	6週目	7週目	8週目	アウトカム
訪問頻度	褥瘡1度:1回／3日				褥瘡1度:1回／3日				褥瘡1度:1回／3日					
	褥瘡2度:1回／2日				褥瘡2度:1回／2日				褥瘡2度:1回／2日					
	褥瘡3・4度:2回／日				褥瘡3・4度:1回／日				褥瘡3・4度:1回／2日					
看護婦の行動目標	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	
疾病の経過	2	2	1	2	6	2	2	2	6	2	2	2	2	6
褥瘡経過	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
薬剤治療	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1
処置	3	3	3	3	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1
検査	1	0	0	0	2	1	0	0	1	2	0	0	0	1
理学療法	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
介護力	8	8	8	8	3	8	8	8	3	8	8	8	8	3
日常生活	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1
栄養	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
体圧分散	4	2	2	2	4	2	2	4	4	3	3	3	3	4
摩擦ずれ	4	4	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
清潔	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
排泄	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
安全	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3
心理社会	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
社会資源	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2

訪問看護の標準化：相違のある患者の標準訪問看護計画書

相場操縦計画(2項目から1年目をカバー)実績・損益累積台帳

初期警戒の標準化・複数の異なる患者の標準的防護警戒計画表表題3

初期警戒計画(5週目から2ヶ月目まで)一覧表		登録日	登録項目	7週目	8週目	9週目
自殺		8	暴力にておこなったが別個回数 ロニクリンガヒ実施、指導、調整	ロモニクリンガヒ実施、指導、調整 ロ針面にそつた薬剤・技術 ロ状況に応じた指導	ロモニクリンガヒ実施、指導、調整 ロ針面にそつた薬剤・技術 ロ状況に応じた指導	ロモニクリンガヒ実施、指導、調整 ロ針面にそつた薬剤・技術 ロ状況に応じた指導
有能身死・自殺	No10	ロ計画ニヤシラク実務・技術	ロ深さ・部位 ロサバ(ボケット含む) ロ治療過程	ロ深さ・部位 ロサバ(ボケット含む) ロ治療過程 ロPUSHの場に1回斯定)	ロ深さ・部位 ロサバ(ボケット含む) ロ治療過程 ロPUSHの場に1回斯定)	ロモニクリンガヒ実施、指導、調整 ロ針面にそつた薬剤・技術 ロ状況に応じた指導
疾病的経過	No11	ロ状況に応じた指導	ロ状況に応じた指導	ロ状況に応じた指導	ロ状況に応じた指導	ロモニクリンガヒ実施、指導、調整 ロ針面にそつた薬剤・技術 ロ状況に応じた指導
障害経過	No63	ロ深さ・部位 ロサバ(ボケット含む) ロ治療過程	ロ深さ・部位 ロサバ(ボケット含む) ロ治療過程 ロPUSHの場に1回斯定)	ロ深さ・部位 ロサバ(ボケット含む) ロ治療過程 ロPUSHの場に1回斯定)	ロモニクリンガヒ実施、指導、調整 ロ針面にそつた薬剤・技術 ロ状況に応じた指導	ロモニクリンガヒ実施、指導、調整 ロ針面にそつた薬剤・技術 ロ状況に応じた指導
	1.イ	ロ深さ・部位 ロサバ(ボケット含む) ロ治療過程	ロ深さ・部位 ロサバ(ボケット含む) ロ治療過程 ロPUSHの場に1回斯定)	ロ深さ・部位 ロサバ(ボケット含む) ロ治療過程 ロPUSHの場に1回斯定)	ロモニクリンガヒ実施、指導、調整 ロ針面にそつた薬剤・技術 ロ状況に応じた指導	ロモニクリンガヒ実施、指導、調整 ロ針面にそつた薬剤・技術 ロ状況に応じた指導
薬物治療		ロ薬剤管理	ロ深さ・部位 ロ治療過程	ロ深さ・部位 ロ治療過程	ロ深さ・部位 ロ治療過程	ロモニクリンガヒ実施、指導、調整 ロ針面にそつた薬剤・技術 ロ状況に応じた指導
発達	2.イ p6-39	ロ発達Ⅲ-V:03/2日	ロ深度Ⅲ-V:DG/2日	ロ深度Ⅲ-V:DG/2日	ロ深度Ⅲ-V:DG/2日	ロモニクリンガヒ実施、指導、調整 ロ針面にそつた薬剤・技術 ロ状況に応じた指導
教育	1.	ロ教育一生平等	ロ教育と家庭の指導	ロ教育と家庭の指導・指導	ロ教育と家庭の指導・指導	ロ教育と家庭の指導・指導
選手育成法	No5,3 p23-24	ロ訓練と実験の運営・指導 ロ介護委託監修者	ロ訓練と実験の運営・指導 ロ基本的家庭指導 一家庭指導の場点一 一家庭指導の場点一 ロ体交換介助	ロ訓練と実験の運営・指導 ロ介護委託監修者 ロ基本的家庭指導 一家庭指導の場点一 一家庭指導の場点一 ロ体交換介助	ロ訓練と実験の運営・指導 ロ介護委託監修者 ロ基本的家庭指導 一家庭指導の場点一 一家庭指導の場点一 ロ体交換介助	ロ訓練と実験の運営・指導 ロ介護委託監修者 ロ基本的家庭指導 一家庭指導の場点一 一家庭指導の場点一 ロ体交換介助
セルフアラート	No3	ロ介護委託監修者 一家庭指導の場点一 一家庭指導の場点一 ロ体交換介助	ロ訓練と実験の運営・指導 ロ基本的家庭指導 一家庭指導の場点一 一家庭指導の場点一 ロ体交換介助	ロ訓練と実験の運営・指導 ロ介護委託監修者 ロ基本的家庭指導 一家庭指導の場点一 一家庭指導の場点一 ロ体交換介助	ロ訓練と実験の運営・指導 ロ介護委託監修者 ロ基本的家庭指導 一家庭指導の場点一 一家庭指導の場点一 ロ体交換介助	ロ訓練と実験の運営・指導 ロ介護委託監修者 ロ基本的家庭指導 一家庭指導の場点一 一家庭指導の場点一 ロ体交換介助
介護力		ロ体交換介助 ロ移動介助	ロ訓練と実験の運営・指導 ロ基本的家庭指導 一家庭指導の場点一 一家庭指導の場点一 ロ食事の支度 ロ食事の介助 ロ排泄介助	ロ訓練と実験の運営・指導 ロ介護委託監修者 ロ基本的家庭指導 一家庭指導の場点一 一家庭指導の場点一 ロ体交換介助	ロ訓練と実験の運営・指導 ロ介護委託監修者 ロ基本的家庭指導 一家庭指導の場点一 一家庭指導の場点一 ロ体交換介助	ロ訓練と実験の運営・指導 ロ介護委託監修者 ロ基本的家庭指導 一家庭指導の場点一 一家庭指導の場点一 ロ体交換介助
日常生活	p11 No7 4.イ	ロアーバーフィット(4回) ロ洗面法(瓶口、栓押)の指導 ロ指數量の指導 ロ指數量内留の指導	ロ指數方法の指導 ロ指數量の指導 ロ供助内留の指導 ロ水分摂取の指導	ロ指數方法の指導 ロ指數量の指導 ロ供助内留の指導 ロ水分摂取の指導	ロ指數方法の指導 ロ指數量の指導 ロ供助内留の指導 ロ水分摂取の指導	ロ指數方法の指導 ロ指數量の指導 ロ供助内留の指導 ロ水分摂取の指導
体位分離	p22 p3 5.イ	ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回)	ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回)	ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回)	ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回)	ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回) ロ被覆部の圧力測定(3回)
障害者右	p32-35	ロ床面負担方式の運営(1回) ロキヤッフル角度の運営(1回) ロ移動方法の運営(1回) ロ座位位置の運営(1回) ロ体位変換頻度の運営(1回)	ロ床面負担方式の運営(1回) ロキヤッフル角度の運営(1回) ロ移動方法の運営(1回) ロ座位位置の運営(1回) ロ体位変換頻度の運営(1回)	ロ床面負担方式の運営(1回) ロキヤッフル角度の運営(1回) ロ移動方法の運営(1回) ロ座位位置の運営(1回) ロ体位変換頻度の運営(1回)	ロ床面負担方式の運営(1回) ロキヤッフル角度の運営(1回) ロ移動方法の運営(1回) ロ座位位置の運営(1回) ロ体位変換頻度の運営(1回)	ロ床面負担方式の運営(1回) ロキヤッフル角度の運営(1回) ロ移動方法の運営(1回) ロ座位位置の運営(1回) ロ体位変換頻度の運営(1回)
清潔	6.二 p69	ロ全身体清拭アの指導 ロ皮膚の感染予防指導 ロ創部の感染予防(清拭・防感染) ロ入浴実施(1回以上)	ロ全身体清拭アの指導 ロ皮膚の感染予防指導 ロ創部の感染予防(清拭・防感染) ロ入浴実施(1回以上)	ロ全身体清拭アの指導 ロ皮膚の感染予防指導 ロ創部の感染予防(清拭・防感染) ロ入浴実施(1回以上)	ロ全身体清拭アの指導 ロ皮膚の感染予防指導 ロ創部の感染予防(清拭・防感染) ロ入浴実施(1回以上)	ロ全身体清拭アの指導 ロ皮膚の感染予防指導 ロ創部の感染予防(清拭・防感染) ロ入浴実施(1回以上)
排泄	p28-32	ロカラーテーションの適正使用の指導・指導 ロ失禁器具の適正使用の指導・指導 ロ尿管挿引の適正使用の指導・指導	ロカラーテーションの適正使用の指導・指導 ロ失禁器具の適正使用の指導・指導 ロ尿管挿引の適正使用の指導・指導	ロカラーテーションの適正使用の指導・指導 ロ失禁器具の適正使用の指導・指導 ロ尿管挿引の適正使用の指導・指導	ロカラーテーションの適正使用の指導・指導 ロ失禁器具の適正使用の指導・指導 ロ尿管挿引の適正使用の指導・指導	ロカラーテーションの適正使用の指導・指導 ロ失禁器具の適正使用の指導・指導 ロ尿管挿引の適正使用の指導・指導
安全		ロベッド、椅子での安全確保 ロ歩行時の正直歩行の指導 ロ不平、ストレスの肩痛の指導 ロ持闇内の運転運営・指導 ロ社会資源流入スルヨードの評価・調整 ロ必要に応じコムソウカット(ET、WOC、PT等)	ロベッド、椅子での安全確保 ロ歩行時の正直歩行の指導 ロ不平、ストレスの肩痛の指導 ロ持闇内の運転運営・指導 ロ社会資源流入スルヨードの評価・調整 ロ必要に応じコムソウカット(ET、WOC、PT等)	ロベッド、椅子での安全確保 ロ歩行時の正直歩行の指導 ロ不平、ストレスの肩痛の指導 ロ持闇内の運転運営・指導 ロ社会資源流入スルヨードの評価・調整 ロ必要に応じコムソウカット(ET、WOC、PT等)	ロベッド、椅子での安全確保 ロ歩行時の正直歩行の指導 ロ不平、ストレスの肩痛の指導 ロ持闇内の運転運営・指導 ロ社会資源流入スルヨードの評価・調整 ロ必要に応じコムソウカット(ET、WOC、PT等)	ロベッド、椅子での安全確保 ロ歩行時の正直歩行の指導 ロ不平、ストレスの肩痛の指導 ロ持闇内の運転運営・指導 ロ社会資源流入スルヨードの評価・調整 ロ必要に応じコムソウカット(ET、WOC、PT等)
他職種を行った 援助内容						

3. 調査II（本調査、標準化枠組の事例の適用と枠組の妥当性検証）

1) 対象

研究協力の得られた1訪問看護ステーションにて訪問看護の依頼を受けた平成10年12月以降に退院した褥瘡保有の新規患者6名。

対象となった1訪問看護ステーションは所長がストーマ療法士（ET看護婦）の資格を有しているという特徴がある。

2) 調査方法

前述のとおり作成した褥瘡保有患者用訪問看護標準化枠組を試用し、記載のとおり訪問看護を実施し、定期的に期待される成果を評価するよう、対象訪問看護ステーションに協力依頼した。尚、評価は2ヶ月間に3回設定した。

3) 評価方法

(1) 各看護ケア内容の実施評価

作成した訪問看護の標準化枠組の通りに訪問看護を実施し、チェックする。できなかった項目がある場合には、その理由を明確化し、訪問担当看護婦に選択肢から選定するよう依頼した。

(2) アウトカム（期待される成果）に対する評価

評価項目に従い、設定されたアウトカム（期待される成果）への到達の有無を訪問担当看護婦に依頼した。アウトカム（期待される成果）に到達しなかった場合には、その理由を明確化し、選択肢より選定するよう依頼した。

4) 結果

(1) 対象の概要（表4参照）

平均年齢 78.5 ± 20.5 歳で、1名のみ30歳であったが、他は高齢の患者である。主疾患は癌のターミナル期にある患者が2名、脳梗塞が2名、頸椎損傷、痴呆が各1名であった。また、脳梗塞患者2名のうち、1名はターミナル期にある患者であった。日常生活動作は1名のみ座位が可能だが、それ以外の患者は大部分が全面依存である。

表4 指組み導入後の患者事例

患者名	年齢	性別	主疾患	合併症	主な障害等	主介護者	日常生活動作	社会資源車入	場所等	看護の程度、PUSH得点	転倒傾向概要
M.(1)	85 女	筋ガントリーミナル期	認知力は低下傾向	食事は輸液食事ありNASC使用	四肢拘縮、身体障害者1級又覚か時々あり	配偶者	食事は補助具を使用し、自力摂取可能だが、その他は全面依存	区からエーピングマットをレザール	仙骨部1度コム	1で変動なし	四肢筋肉が筋力低下したため、在宅死を希望し、退院。除圧のため、エアロトのレンタルを区へ要請するが、ウエービングマットしかなく、仙骨部の悪化はなく、皮膚剥離もなし、数增加もなかった。しかし、仙骨部の悪化はなく、皮膚剥離後2日目から訪問開始し、28日目で死亡する。
A.H(2)	37 女	頸椎損傷	心因性うつ病	四肢麻痺、身体拘縮、身体障害者1級又覚か時々あり	37歳	配偶者	食事は補助具を使用し、自力摂取可能だが、その他は全面依存	・自宅新築・日中ヘルパー1回/W巡回浴	仙骨部1度ユーハタ以外の治療を相当医療が置いていない	9→16日目 6→6へ低下し その後、変化なし	第2子出産後、心因性うつ病のため、マジショにより飛び降り自殺。一命は取りとめたが、颈椎損傷のため新築業績となる。夫は、在宅療養を退院ヶ月前より決定しており、医療者への相談なく介護用自宅を新築していった。予定ではリフトで入浴可能で、妻が車椅子で閑居する予定だったが、実際は、天井に本体がなくリフト設置不可能、上肢の拘縮から調理不可能、浴槽も深すぎる等の問題があつた。エアマットは頭頸は頭頸に回復し、夫、本人も満足。
H.(3)	92 男	脳梗塞			身体障害者1級	知人55歳	すべて全面依存	・仙骨部III度 ・左臀部II度新規発生	仙骨部11度 ・左臀部17度	11→1ケ月後 に9度低下 →1ケ月後 に9度低下	平成6年に脳梗塞に入院後、在宅療養と作業療法を行つたが、低栄養のため強制的に食事を与えられ、体重が約10kg減少した。その後、1日で脳梗塞が発生。家族はソーラン、コオクテイドマッサージ、ユーハスクを使用しているが、すべてを家族から貰う。仙骨部はソーラン使用してから劇的に改善。
K.S.(4)	88 男	脳梗塞	脳梗塞	会話は全くできないが具體的指示や説明口で200ml	配偶者	すべて全面依存	・仙骨部IV度 ・左臀部II度新規発生	仙骨部11度 ・左臀部17度	11→16点 で、この範囲に変動あり	平成6年に脳梗塞を発症するが、妻、娘が絶否、口論などになり退院。明らかに栄養不足で経管栄養実施するが、1日で脳梗塞が発生。家族はソーラン、コオクテイドマッサージ、ユーハスクを使用していない。また、自己負担。医師と話し合うが、無理。途中、コスメがかかると家族からの訴えがあり、ソーランを勝手にユーハスクに変更してしまう。仙骨部はソーラン使用してから劇的に改善。	
A.T(5)	84 女	脳梗塞がん	脳梗塞	会話は全くできないが具體的指示や説明口で200ml	配偶者	すべて全面依存	・仙骨部V度 ・左臀部II度新規発生	仙骨部11度 ・左臀部17度	13→17へ増加(悪化)	10月30日脳梗塞で治療中、家族希望で在宅療養となる。退院時は褥瘡のリスクながつたが、11月12日入院しておらず、患者から謝罪がある。1回軽度の転倒が発生。初回軽度、テラリートマットの使用で軽度改善するが、1日で脳梗塞が発生。1週間目でII度の褥瘡の改善は見られたが、低栄養で一度入院治療。12月1日に再入院を希望され、12月17日在宅死。	
T.Y(6)	85 女	糖尿病	会話成立せず、口腔ミミー	食事補助のみ	60歳	食事は自立、それ以外は全面依存	・仙骨部IV度 ・左臀部II度新規発生	仙骨部11度 ・左臀部17度	15→14→13 →9と変化	10月30日脳梗塞を起こしてから入院継続しておらず、時々、誤嚥性肺炎を起こしていた。今回の入院時、仙骨部に褥瘡発生。治療継続は在宅であるように言われ退院となる。褥瘡は黒色壞死が壊死部全体を覆っていた。退院後、要介護が見当が付かないといふことでのことで、病院探し、1週間に1回、デブリートマットから受診することとなり、在宅ではいざりげにソーラン教育を受けて差し布。8週間、同様の処置。感染兆候なし。入浴は管部が完全に閉鎖されるまで許可されない。沐浴用具は娘がすでに購入済で体圧は高いが、貰い替えます。退院後14日目から褥瘡治療開始し、現在も継続中。	

(2) 訪問看護の標準化枠組にそったケアの実施率（表5参照）

訪問看護の標準化枠組を①退院後—1週目、②2週目—1ヶ月、③1ヶ月—2ヶ月の3期間に分けて作成したので、この3期間に分けて結果を述べる。

① 退院後—1週目

この期間において、最も実施率が低いのは検査の項目で平均実施率0%であった。実施された事例は1例もなく、いずれも医師が必要と判断せず、血液検査を行なっていない。

次に、実施率が低かったのは、安全の項目であり、平均実施率 $69.4 \pm 26.2\%$ であった。

実施しなかった事例はターミナル期にあり、不要であったケースか、すでに改築中で、その後でなければ査定が不可能であるために実施できていなかった。

それ以外の100%未満の実施率の項目は栄養、清潔、排泄、安全、心理社会であり、平均実施率は77~96%の間である。これらの項目が実施できなかつた理由の多くは、患者の個別性により、輸液栄養やウロストミー、コロストミー等の排泄障害という個別性のために不要であつたり、痴呆のため、心理社会の査定ができなかつた等の理由によるものであつた。その他、清潔については、医師の許可がでなかつたためという理由も見られた。

② 2週目—1ヶ月

この期間において、最も実施率が低かったのは、検査と理学療法であり、いずれも平均実施率は $33.3 \pm 47.1\%$ であった。検査については、医師が必要と判断せず、実施していないケースが4事例あつたこと、理学療法については、ADLの拡大を目標に設定しているため、ターミナル期にある患者では目標がずれたことによる低さであった。

次に低い実施率は社会資源（ $52.8 \pm 41.3\%$ ）、心理社会（ $63.9 \pm 39.0\%$ ）、安全（ $65.3 \pm 23.2\%$ ）であった。心理社会については、患者の認知力の低下や痴呆等の個別性によること、それ以外の項目については、ターミナル期等で不要という理由によるものであつた。

その他、実施率100%ではない項目は、看護職の行動目標、セルフケア・介護力、日常生活、栄養、清潔、排泄で、平均実施率は80.6~94.5%の間であった。

③1ヶ月—2ヶ月

この期間では、ターミナル期の患者3名は死亡のため、対象は3名であった。最も実施率が低かったのは検査で0%。次に低かったのは理学療法で、 $33.3 \pm 47.2\%$ であった。検査については、上記と同様の理由であり、理学療法については、家族の希望、スタッフ数・社会資源不足の2種類の理由があつた。

その他、100%に達成しなかったのは、清潔、排泄、安全、心理社会、社会資源であり、平均実施率は66.7~91.7%の間であった。

表5 項目別実施率(事例数6)

退院後—1週目

項目・事例	1	2	3	4	5	6	平均実施率	標準偏差
看護職の行動目標	100	100	100	100	100	100	100	0
疾病経過	100	100	100	100	100	100	100	0
褥瘡経過	100	100	100	100	100	100	100	0
薬剤治療	100	100	100	100	100	100	100	0
処置	100	100	100	100	100	100	100	0
検査	0	0	0	0	0	0	0	0
理学療法	33.3	100	100	100	33.3	100	77.8	31.4
セルフケア・介護力	100	100	100	100	100	100	100	0
日常生活	100	100	100	100	100	100	100	0
栄養	93.8	100	100	100	81.3	100	95.9	6.9
体圧分散	100	100	100	100	100	100	100	0
摩擦ずれ	100	100	100	100	100	100	100	0
清潔	86.7	100	100	100	86.7	87	93.4	6.6
排泄	100	100	100	100	100	43.8	90.6	20.9
安全	33.3	100	100	83.3	50	50	69.4	26.2
心理社会	25	100	100	100	100	37.5	77.1	32.6
社会資源	100	100	100	100	75	50	87.5	19.1
平均	79.5	93.8	93.8	92.7	82.9	79.3	87.0	9.0

2週目-1ヶ月

項目・事例	1	2	3	4	5	6	平均実施率	標準偏差
看護職の行動目標	100	100	100	0	100	100	83.3	37.3
疾病経過	100	100	100	100	100	100	100	0
褥瘡経過	100	100	100	100	100	100	100	0
薬剤治療	100	100	100	100	100	100	100	0
処置	100	100	100	100	100	100	100	0
検査	0	100	100	0	0	0	33.3	47.1
理学療法	0	100	100	0	0	0	33.3	47.1
セルフケア・介護力	91.7	100	100	100	75	100	94.5	9.2
日常生活	100	100	100	0	100	100	83.3	37.3
栄養	83.3	100	100	75	25	100	80.6	26.6
体圧分散	100	100	100	100	100	100	100	0
摩擦ずれ	100	100	100	100	100	100	100	0
清潔	83.3	100	100	75	75	75	84.7	11.2
排泄	100	100	100	100	100	50	91.7	18.6
安全	71.4	100	85.7	33.3	42.9	58.3	65.3	23.2
心理社会	33.3	100	100	100	50	0	63.9	39.0
社会資源	66.7	100	100	0	50	0	52.8	41.3
平均	76.9	100	99.1	67.7	69.9	67.7	80.2	18.8

項目・事例	1	2	3	4	5	6	平均実施率	標準偏差
看護職の行動目標		100	100			100	100	0
疾病経過		100	100			100	100	0
褥瘡経過		100	100			100	100	0
薬剤治療		100	100			100	100	0
処置		100	100			100	100	0
検査		0	0			0	0	0
理学療法		0	100			0	33.3	47.1
セルフケア・介護力		100	100			100	100	0
日常生活		100	100			100	100	0
栄養		100	100			100	100	0
体圧分散		100	100			100	100	0
摩擦ずれ		100	100			100	100	0
清潔		100	100			75	91.7	11.8
排泄		100	100			25	75	35.4
安全		100	85.7			42.9	76.2	24.3
心理社会		100	100			0	66.7	47.1
社会資源		100	100			0	66.7	47.1
平均		87.5	92.9			65.2	81.9	13.3

(3) アウトカム（期待される成果）の到達率（表6参照）

アウトカムについても上記3期間にわけて結果を述べる。

① 退院後～1週目

平均アウトカム達成率がもっとも低かったのは検査で0%であり、前述したように医師の処方がないため、実施できないために達成できていない。次に低かった達成率は褥瘡経過で $54.2 \pm 39.3\%$ であった。この理由はターミナルによる全身状態の悪化と介護している介護者の技術の問題によって褥瘡が新規発生したこと等が理由であった。次に低かったのは、栄養、社会資源でいずれも66.7%である。栄養については、検査データをアウトカムに入れたため、処方されずに検査ができなかった患者については、評価できないという理由によるものであった。社会資源については、ターミナル期の患者は不必要という患者の個別性によるものであった。その次に、低かった項目は理学療法($75 \pm 25\%$)、心理社会($75 \pm 38.2\%$)であり、これらはターミナル期の患者に対して、目標設定が不適切であった、また、患者の認知力の低下や痴呆という個別性によるものであった。

また、体圧分散は $83.3 \pm 11.8\%$ であり、この数値は、体圧分散寝具などの事例でも購入していたが、実際に援助の際、体圧を測定したところ、体圧がアウトカムで設定した基準以下にはなっておらず、つまり、有効な成果が得られていない

この結果であった。

その他、100%未満であった項目は、疾病経過、摩擦・ずれ、清潔、安全であった。

② 2週目—1ヶ月

この時期において平均到達率 50%未満であった項目は、検査 (33.3 ± 47.1)、理学療法 (33.3 ± 47.1)、褥瘡経過 (36.1 ± 39.0)、栄養 (45.8 ± 26.7)、疾病経過 (47.2 ± 42.4) であり、それ以外については、100%の到達率がセルフケア・介護力と排泄で、それ以外は 100%に到達していない。これらの結果は、検査については前述同様、処方がなく、実施できなかつことによる結果であるが、それ以外の多くは、ターミナル期患者の全身状態の悪化に伴う結果であった。

③ 1ヶ月—2ヶ月

この時期には、3名が死亡のため、対象外であった。対象の3名の平均到達率で、最も低かったのは検査で0%、次に低かったのは理学療法で $33.3 \pm 47.1\%$ 、その次に低かったのは栄養 (66.7 ± 11.8)、心理社会 (66.7 ± 47.1)、社会資源 (66.7 ± 47.1) であった。この時期においても検査については、前述と同様の理由であり、理学療法も援助実施率と同様の家族の希望、スタッフ数・社会資源不足の2種類の理由によるものであった。

栄養についてはアウトカムの表現に血液検査のデータを指標といれたために、検査未実施による未達成であった。心理社会、社会資源については、痴呆であるという患者特性や家族が希望しなかつたという家族特性によるものであった。

また、褥瘡経過については $75 \pm 35.4\%$ であり、これは事例6の到達率が25%による結果であった。また、この事例6についてはすべての期間において、褥瘡経過の到達率が低く、これは訪問看護開始時に壊死がみられ、訪問看護ではデブリドマン（壊死組織や不良肉芽などを取り除き、瘡の清浄化を図ること）の処置が施されている。訪問看護の標準化枠組作成時、退院時の条件（訪問看護開始時期）として炎症期を過ぎて肉芽形成期であること、つまり、臨床的には壊死組織がなく、瘡周囲の発赤、腫脹がないことを条件に目標設定しており、事例6については、最初の条件をみなししないことになる。よって、その後の設定したアウトカムが達成できないという結果となった。

他の 100%に到達しなかつた項目は疾病経過、体圧分散、清潔で 88.9～91.7%の間であった。

表6項目別アウトカム到達率

退院後一週目

項目・事例	1	2	3	4	5	6	平均実施率	標準偏差
看護職の行動目標	100	100	100	100	100	100	100	0
疾病経過	100	83.3	83.3	100	100	50	86.1	17.8
褥瘡経過	100	100	25	0	75	25	54.2	39.3
薬剤治療	100	100	100	100	100	100	100	0
処置	100	100	100	100	100	100	100	0
検査	0	0	0	0	0	0	0	0
理学療法	50	100	50	50	100	100	75	25
セルフケア・介護力	100	100	100	100	100	100	100	0
日常生活	100	100	100	100	100	100	100	0
栄養	75	75	75	25	75	75	66.7	18.6
体圧分散	75	75	100	75	100	75	83.3	11.8
摩擦ずれ	100	100	100	50	100	100	91.7	18.6
清潔	100	100	100	100	100	75	95.8	9.3
排泄	100	100	100	100	100	100	100	0
安全	100	66.7	100	100	100	100	94.5	12.4
心理社会	50	100	100	100	100	0	75	38.2
社会資源	0	100	100	100	0	100	66.7	47.1
平均	78.1	87.5	83.3	75	84.4	75	80.6	14.9

2週目～1ヶ月

項目・事例	1	2	3	4	5	6	平均実施率	標準偏差
看護職の行動目標	100	100	100	0	100	100	83.3	37.3
疾病経過	16.7	100	83.3	0	0	83.3	47.2	42.4
褥瘡経過	0	100	66.7	0	0	50	36.1	39.0
薬剤治療	100	100	100	0	100	100	83.3	37.3
処置	100	100	100	100	0	100	83.3	37.3
検査	0	100	100	0	0	0	33.3	47.1
理学療法	0	100	100	0	0	0	33.3	47.1
セルフケア・介護力	100	100	100	100	100	100	100	0
日常生活	100	100	100	0	0	100	66.7	47.1
栄養	50	75	75	0	25	50	45.8	26.7
体圧分散	75	75	100	75	100	75	83.3	11.8
摩擦ずれ	100	100	100	50	100	100	91.7	18.6
清潔	100	100	100	100	75	75	91.7	11.8
排泄	100	100	100	100	100	100	100	0
安全	100	66.7	100	100	100	100	94.5	12.4
心理社会	0	100	100	100	50	0	58.3	44.9
社会資源	0	100	100	100	0	0	50	50
平均	58.9	94.8	95.3	51.6	46.9	64.6	68.7	29.6

1ヶ月～2ヶ月

項目・事例	1	2	3	4	5	6	平均実施率	標準偏差
看護職の行動目標		100	100			100	100	0
疾病経過		100	83.3			83.3	88.9	7.9
褥瘡経過		100	100			25	75	35.4
薬剤治療		100	100			100	100	0
処置		100	100			100	100	0
検査		0	0			0	0	0
理学療法		0	100			0	33.3	47.1
セルフケア・介護力		100	100			100	100	0
日常生活		100	100			100	100	0
栄養		75	75			50	66.7	11.8
体圧分散		75	100			100	91.7	11.8
摩擦ずれ		100	100			100	100	0
清潔		100	100			75	91.7	11.8
排泄		100	100			100	100	0
安全		100	100			100	100	0
心理社会		100	100			0	66.7	47.1
社会資源		100	100			0	66.7	47.1
平均		84.4	91.1			64.6	80.0	13.8

(4) バリアンス発生の有無と内容（表7参照）

① 看護の実施を枠組通りにできなかった理由

看護の実施を枠組通りにできなかった理由で最も該当事例が多かったのは、「10 その他」であり、詳細な理由は不要と判断され、検査の処方がされなかつた等の医師との連携での問題が多い。次に該当事例が多かったのは「1 利用者の心身条件のため実施できなかった」であり、これに該当する事例1、4、5はターミナル期にある患者である。事例6は痴呆があり、そのため、心理社会の項目における査定不可能ということでバリアンスとなった。

その他のバリアンスについては、「2 利用者が拒否したあるいは希望がなかつたためできなかった」が2事例、「3 家族が拒否したあるいは希望がなかつたためできなかった」が1事例、「3 スタッフ数が足りないため実施できなかった」が1事例、「9 社会資源が不足していたため実施できなかった」が1事例と大きく、患者・家族の価値観によるものと、人員を含めた資源不足によるものの2種類のバリアンスがあった。特に後者のバリアンスについては、ADL の拡大を目標にあげた場合に実施しなくてはいけない項目に対するバリアンスであった。

表7 事例別バリアンス発生の有無と内容

種別	番号	バリアンス内容	全体	事例番号					
				1	2	3	4	5	6
梓組み通り実施できなかつた理由	1	利用者の心身条件のため実施できなかつた	4	1			1	1	1
	2	利用者が拒否したあるいは希望がなかつたためできなかつた	2	1					1
	3	家族が拒否したあるいは希望がなかつたためできなかつた	1						1
	4	スタッフ数が足りないため実施できなかつた	1		1				
	5	スタッフの能力不足のため実施できなかつた	0						
	6	連携上の問題があり実施できなかつた	0						
	7	連携先の機関・担当者が機能を果たさなかつた	0						
	8	社会資源が不足していたため実施できなかつた	1		1				
	9	社会資源の質に問題があり実施できなかつた	0						
	10	その他の理由で実施しなかつた	5	1	1	1	1		1
集計			14	3	3	1	2	2	3
アウトカムに到達しない理由	1	利用者の心身条件のため到達できなかつた	4	1			1	1	1
	2	利用者が拒否したあるいは希望がなかつたため到達しなかつた	2	1					1
	3	家族が拒否したあるいは希望がなかつたため到達しなかつた	5	1	1	1	1		1
	4	スタッフ数が足りないため到達しなかつた	1		1				
	5	スタッフの能力不足のため到達しなかつた	0						
	6	連携上の問題があり到達しなかつた	0						
	7	連携先の機関・担当者が機能を果たさなかつた	0						
	8	社会資源が不足していたため到達しなかつた	1		1				
	9	社会資源の質に問題があり到達しなかつた	3		1	1	1		
	10	その他の理由で到達しなかつた	3		1	1			1
集計			19	9	11	5	7	6	9

* 1回でもバリアンスが出た場合は1とカウントし(事例内1回以上でも1とカウント)、全くない場合はカウントせず。

② 事例が期待される成果に到達しなかった理由

この種のバリアンスについて、最も該当事例数が多かったのは、「3 家族が拒否したあるいは希望がなかつたため到達しなかつた」で5事例であった。この背景は、ほぼ全事例がすでに体圧分散寝具を用意したり購入していたが、実際に体圧測定したところ、有効な体圧分散されていないことがわかり、再購入を

要求するが、多くは拒否という結果であったためにこのようなバリアンスとなつた。

次に該当事例数が多かったバリアンス項目は、「1利用者の心身条件のため到達できなかつた」であり、これは看護の実施を枠組通りにできなかつた理由で述べたことと同様の背景である。その他のバリアンスは「2利用者が拒否したあるいは希望がなかつたため到達しなかつた」「4スタッフ数が足りないため到達しなかつた」「8社会資源が不足していいため到達しなかつた」「9社会資源の質に問題があり到達しなかつた」「10その他」であった。

バリアンス2、4、8については看護の実施を枠組通りにできなかつた理由と同様の背景であるが、「9社会資源の質に問題があり到達しなかつた」の背景には、かかわっているヘルパー等の社会資源の知識不足から、褥瘡の新規発生等をまねいたということがあげられる。

(5) 訪問頻度、訪問・連携・管理時間、管理内容の結果（表8参照）

調査IIの実施期間中（2ヶ月）に実施したケア回数は、褥瘡事例全体で137回であった。ただし、事例1、4、5はターミナル期事例で調査期間中に死亡したため、調査期間は事例1、5は1ヶ月、事例4が2週間であった。

全対象における平均滞在時は68.5分であり、事例別の平均では60～113分の範囲でばらつきがあった。

平均連携時間（総連携時間÷実施期間中の連携回数）は5.6分、（事例別平均では30～120分）、平均管理時間は23.6分（事例別平均では24.3～37.5分）であり、管理内容の多くがケア記録であった。

訪問頻度については、枠組作成時には褥瘡の深度に合わせて設定した。実際の結果を見ると、事例の褥瘡の深度と実際行われた訪問回数は比例していないという結果であった。

表8 訪問看護・連携・管理に要した時間と管理内容別の実施頻度(事例別)

No.	褥瘡 深度	訪問 回数	訪問 期間	総滞在 時間(分)	平均滞在 時間(分)	連携 回数	般連携 時間(分)	平均連携 時間(分)	総管理 時間(分)	平均管理 時間(分)	管理内容の実施頻度(%)						
											スタッフ間	ケア会議	ケア記録	準備	電話	レセプト	整理
全体		137		9380	68.5	10	560	56.0	3790	27.7	0.7	3.6	100.0	0.7	2.2	0	0
1	I	28	1ヶ月	1690	60.4	3	90	30.0	560	20.0	0	0	100.0	0	0	0	0
2	I	20	2ヶ月	1200	60.0	1	60	60.0	750	37.5	0	10.0	100.0	0	0	0	0
3	III	12	2ヶ月	720	60.0	3	120	40.0	420	35.0	0	16.7	100.0	0	16.7	0	0
4	III-M	8	2週間	510	63.8	1	120	120.0	280	35.0	0	12.5	100.0	0	0	0	0
5	II-III	29	1ヶ月	3280	113.1	0	0	0.0	810	27.9	3.4	0	100.0	3.4	3.4	0	0
6	III	40	2ヶ月	1980	49.5	2	170	85.0	970	24.3	0	0	100.0	0	0	0	0

4. 考察

(1)訪問看護の質保証のための枠組のありかたについての考察

以上の結果より、①患者の個別性、②訪問看護標準化枠組の評価項目の妥当性と表現方法・実施方法について、③看護婦の教育の必要性の3点から考察を行う。

①患者の個別性

予備調査では、廐用症候群をきっかけとして褥瘡が発生した事例が多く、ADL拡大を目標と設定し、訪問看護標準化枠組を作成したが、実際にはADL拡大が無理であるターミナル期にある患者が半数いた。また、訪問看護標準化枠組は2ヶ月と設定したが、ターミナル期の患者の場合、変動しやすく、2ヶ月以内で死亡に至っていたため、もっと短い期間で設定する必要があると思われた。

② 訪問看護標準化枠組の評価項目の妥当性と表現方法・実施方法について

a) 訪問看護標準化枠組の評価項目の妥当性について

訪問看護標準化枠組内の援助内容項目のバリアンスとして区分した3期間中、共通して低い実施率であったのは検査の項目であった。よって、アウトカムの評価項目についても同様の結果であった。

今回の対象事例は医師が必要と判断せず、検査を実施していない事例が多かったが、検査した事例については、検査データ指標は訪問看護婦に押さえてほしい指標として入れておく必要があると思われた。ただし、検査していない事例についてはその他の臨床症状から査定可能となるような表現を入れていく工夫が必要と思われた。

また、次に全期間共通で実施率、到達率が低かったのは、理学療法の項目であり、これはターミナル期であるという患者特性によるもの、家族の拒否、人材含む資源の不足等の理由があった。患者特性においては、ターミナル期と自立促進の目標設定とパターンをわけて枠組を検討することで解決するが、後者の理由については、患者の自立を促進するという視点は重要であり、むしろ、その理由の対策を検討すべきであり、目標を下げるという議論にはならないと判断した。

また、社会資源、安全については、これもターミナル期で不需要であったり、査定の時期が個別で設定通りにいかず、バリアンスになってしまったことが多い項目であった。全事例が必ず、社会資源の導入や家屋改造等が必要とは限らないため、柔軟に対応できるように表現方法を検討する必要があると思われた。

さらに、アウトカムを退院後-1週目、2週目-1ヶ月、1ヶ月-2ヶ月の3期間にわけたが、指導内容によってはこれほど細かな期間で区切る必要がないものや、もっと長期で患者のめざすアウトカムがみえた方が良いという指摘もあ

り、長期の期間設定などの簡略化を考える必要があると思われた。

b) 表現方法・実施方法について

今回、褥瘡のある事例では、訪問看護の質保証を図るには、標準化枠組のみでは不足と判断し、別添資料をつけたパッケージとしたことはすでに述べた。そのことに対して得られた知見を述べる。

・患者家族指導用パンフレット

別添資料のうち、もっとも好評だったのは、患者用パンフレットだったとのことであった。今後、患者・家族がみやすいようにイラスト等の挿入等の工夫もよいのではないかと思われた。また、ヘルパーの指導にも活用していくような内容も検討する必要があると思われた。

・訪問看護標準化枠組と連動した記録

今回、上記を別に作成したが、実際に使用してみての意見としてどのような方向に患者をもっていったらよいのか意図していることがわかるようなものにしてほしいという現場からの要望があった。そのようなことを意図して訪問看護標準化枠組を作成したのだが、上記要望が聞かれた。よって、ケアに重要な視点は訪問看護標準化枠組内に網羅したので詳細な記録は別添としてもよいが、指標を用いての得点等、変化が一目瞭然でわかる結果については訪問看護標準化枠組内に記載できるようにしたほうがどういう方向性に援助していったらよいか援助する看護婦が明確になるのでそのような工夫やブレーデンスケールの視点を把握できるようにもう少し修正が必要と思われた。

③看護婦の教育やシステムの必要性

今回、検討した訪問看護標準化枠組は、ET 看護婦のような専門看護婦であっても、普通の訪問看護婦が行なっても援助内容の質が保証されること、途中で、訪問看護婦が変更しても質が保証されることが可能になることも意図した。しかし、対象施設において、他の訪問看護婦に訪問看護標準化枠組にそって、訪問してもらったが、褥瘡ケアの基本的ケア方法の教育基盤がないと、すべてを教育する時間がなく、重要な部分のみ教育しても、結局、枠組通りのケアはできず、やはり抜けが多いという結果であったとのことであった。また、標準化枠組から外れたことについては査定、援助できないという結果だったとのことであった。これらのことから、質保証には枠組のみではなく、枠組にそった褥瘡ケアについての十分な教育、または、途中で ET 看護婦のような専門家のコンサルタントを受けると診療報酬が加算される等で誘導する等、支援するシステムも必要と思われた。

(2)患者の期待される成果達成のための課題についての考察

今回、バリアンスという概念で評価した結果、以下の課題が明確となった。

①ヘルパー等、社会資源の質の問題

表Bのごとく、事例3では、2週目—1ヶ月の褥瘡経過のアウトカム到達率が66.7%であり、事例4では、体圧分散と摩擦とずれのアウトカム達成率が前者75%、後者50%であり、いずれもその理由は9番の「社会資源の質に問題があり到達できなかった」が選択されている。これは、具体的には、介護を担当するヘルパーに専門的知識がないため、体位交換の際、摩擦とずれを生じ、その結果、新規の褥瘡が発生したり、ヘルパーが多数関わることによってレベルの差が激しいことという事実があったことの結果である。ヘルパーの指導や体位交換時の補助具の使用によって快方にむかったが、この際にも、患者パンフレットをヘルパー指導に活用したり、ヘルパーの技術査定、指導も重要な課題であると思われた。

今後、介護保険の導入にあたって、民間活力の参入などヘルパー等社会資源の提供機関が多岐にわたることも予想され、教育の基準なども考慮していく必要があると思われる。

②補助具、社会資源等の機能の問題

褥瘡予防や治癒のために家屋改造や体圧分散具等、どの事例も使用していたが、事例2については家族のみで住宅を新築し、結局、新築しても使えない物ばかりであったり、体圧分散のアウトカムについては、事例3と5以外はアウトカムが100%に到達していらず、この理由は9「社会資源の質に問題があり到達できなかった」か、3「家族が拒否した、希望がなかったため到達できなかった」に分類されている。つまり、体圧分散具を使用していても体圧分散が有効になされていない、また、そのために買い換えを進めるが家族が希望しないという現状が非常に多かったということである。この課題の解決のためには、病院施設内の職員が早期から家族がみずから要求しなくとも、ルチーンとして退院計画を行なう、また、院内職員での判断が難しいのであれば、専門家へ依頼する等の連携がスムーズに行われる必要があり、政策誘導（退院計画に対する加算、訪問看護婦の退院前訪問の加算等）も必要であろうと思われた。また、有効な体圧分散のために簡便に測定できる体圧測定器の普及、啓蒙が必要であると思われた。

また、介護保険では効率性を意図に始めて、ケアマネジメント機能の概念が取り入れられ、その担い手として、介護支援専門員の制度が創設されたが、上記課題が生じないように機能していくことが期待される。

③ 医療施設との認識のずれ

バリアンスの中で、褥瘡の程度に応じた処置内容が達成していない内容があり（事例3、到達率0%）、その理由が、医療施設で保険請求できないことを理由

に褥瘡に関する材料をすべて自己負担にしていた。外用剤の 1 つであるユーパスター（精製白糖・ポビドンヨード）くらいは保険請求できるのではないかと訪問看護婦が話し合いをもつが理解が得られないという状況があり、コスト負担の多さからやむなく、コストが安価なものへ変更したり、病院にユーパスター（精製白糖・ポビドンヨード）しかないからという理由だけで、1つのみの選択しか許されない等の課題もあった。

また、清潔の項目は、全期間について達成できなかつた項目としてあがっていた。この項目は ADL を拡大すること、また 褥瘡の治癒を促進するのに循環を促進するという点で重要と判断し、あえてアウトカムに「週に 1 回以上の入浴を実施する」という表現を入れたのだが、実施できなかつた事例があり、その理由が医師の許可がでなかつたという課題が見られた。記録を見ると、担当訪問看護婦（ET ナース）が医師に説得しているが、納得してもらえない現状があつた。

訪問頻度、訪問・滞在・連携時間、管理内容についての考察

(3) 訪問頻度については褥瘡の深度に応じて設定したが、結果を見ると深度と比例しておらず、褥瘡のある患者自体が様々なケアを要するケースであり、それ以外のケアによって頻度が左右されると思われた。また、滞在時間も平均で 60 分以上と長く、バラツキも大きくケアの種類が多岐にわたることが予想された。今回は 1 施設での実施だったため、もっと多くの施設に行い、理想の頻度などの吟味が必要である。

5. 提言

前述したことのもとに訪問看護標準化枠組を再度、検討した訪問看護標準枠組を提言する。（資料 2 参照）

また、改正にあたって考慮した点は以下である。

- (1) ターミナル期にある患者用と自立促進患者用の分離
- (2) 自立促進患者用については、簡便性を考慮し、可能な項目の時期の包括
- (3) 一目瞭然で患者の経過が分かるような記録内容については枠組内に記載できるように考慮
- (4) 作成意図が使用者に理解できるような工夫
- (5) 血液データに頼らない臨床的判断指標の採用
- (6) 社会資源の項目等、必要に応じて柔軟に対応できる表現の工夫。

6. 今後の課題

今回の訪問看護標準化枠組を作成、試用した結果、以下のことが今後の課題と思われた。

- (1) 訪問看護標準枠組の有用性についての課題

- ①精練された標準枠組が複数の現場の質保証に有効であるかの検証
- ②ET看護婦のような教育基盤のない看護婦が使用することの有効性の検証

(2) 褥瘡のある事例に対する訪問看護の質保証についての課題

- ①ヘルパー等の教育技術方法等の開発
- ②褥瘡ケアに対する知識啓蒙のシステムの検討

(3) 褥瘡のある事例に対するケアの効率性を高める政策としての課題

- ①既存のET看護婦、WOC看護師等の専門家を有効に活用するための政策誘導
- ②補助具、社会資源等が非効率的に使用されないための政策誘導
- ③医療施設がコストの理由で有効な治療方法を行わないことを防ぐための政策誘導

文献

- 1) 宮地良樹編集：褥瘡の予防・治療ガイドライン,p10,昭林社,1998
- 2) Emiko Saito、Katsuko Kanagawa : The Prevalence of Pressure Ulcers and the Practice of Nursing Care in Home Care Setting , Third International Nursing Research Conference 「21世紀への飛翔」 Abstract,p269,1998
- 3) 宮地良樹編集：褥瘡の予防・治療ガイドライン,p119, 昭林社,1998
- 4) 宮地良樹編集：褥瘡の予防・治療ガイドライン,p18-19, 昭林社,1998
- 5) 前川厚子、永野みどり、伊藤美智子他：ET看護婦から WOCN認定看護師制度への発展と役割の変遷,日本ET協会学術雑誌 1(1),p22-28,1997
- 6) 真田弘美：国際学術集会だより 第30回 WOUND, OSTOMY, AND CONTINENCE CONFERENCE (瘡傷、オストミー・失禁カンファレンス)に参加して, Biomedical Perspectives7(3), 1998
- 7) 村山志津子、阿部千秋、菊池入子他：訪問看護における褥創予防と治癒に向けての家族支援—多発の褥創が治癒した1事例の分析から一、日本看護学会第27回成人看護II,p161-163,1996
- 8) 真田弘美、須釜淳子、塙田邦夫：褥瘡部アセスメントに有効な PSST (Pressure Sore Status Tool) 導入の試み, EXPERT NURSE12(4), p76-81, 1996
- 9) 真田弘美、須釜淳子、紺家千寿子他：褥創の新しいアセスメントスケール「PUSH」を取り入れる, EXPERT NURSE14(12), p26-31, 1998

10) 真田弘美：褥創は予防し、治すことができる ブレーデンスケールによる科学的アプローチ，看護学雑誌 61(2), p114-120, 1997

3) 日常生活援助を主体とするケア事例

E. 排泄障害事例における訪問看護標準化枠組

1. 排泄障害事例における訪問看護標準化枠組の開発過程

—排泄に煩わされない生活は、排泄ケアによって可能になるという発想への転換—

排泄は、たんに膀胱・尿道、直腸・肛門機能が正常に働くことでコントロールされているわけではない。

排泄に必要な機能は、1)尿意・便意、2)トイレ、便器の認識、3)移動、4)脱衣、5)便器へのアプローチ、6)排尿・排便、7)後始末、8)着衣、9)移動であり、それらがスムーズにできない場合、排泄の問題が生じる。その何れにどのような支障があるのかを判断せず、安易におむつを使用したり膀胱カテーテルを留置することは、膀胱・尿道機能だけでなく、筋力や意欲をも低下させ、寝たきり・閉じこもりの誘因となる。言い換えると、積極的に排泄ケアを行うことにより日常生活全般を向上し、廃用性の機能低下を防ぐことができるるのである。

医療機関においては、1970年後半にシリコン製バルーンカテーテルが開発されて以降、留置カテーテルの使用は日常的な医療処置のひとつになった。しかし、術後患者には一律にカテーテルを留置する、排泄の際に何らかの手助けを必要とする高齢の入院患者では半数以上がカテーテルを留置しているなど、本人の排泄機能を充分アセスメントしたうえでの処置であるか否かは不明な割合が高いと言われている。¹⁾

さらに、治療を終了した入院患者が退院できない理由のうち4割は尿失禁であり、在宅療養においては、昼夜を問わず必要となる排泄の世話が、身近で介護を行う家族介護者にとって、肉体的にも精神的にも最も重い負担となっている。

改めて言うまでもなく人が尿を漏らす頻度は加齢と共に増加する。1990年に公衆衛生協会が実施した失禁対策調査では、数ヶ月に一回以上の尿失禁がある在宅高齢者（60歳以上）は全国で400万人以上と推測されている。²⁾

尿失禁は、治らないという思い込みや、外に出るのが恥ずかしい、他人には言えないなど、その個人に心理的な負担をもたらしたり社会的な活動の範囲を狭めたりする側面があり、適切な治療に結びつきにくいというだけでなく、個人・家族のQOLを著しく低下させる障害である。

しかし一方では、専門家の判断では、現在の尿失禁者のうち防止できる（あるいは回数を減少できる）割合は、男女ともによそ7割にのぼることが明らかになっている。同時に、女性の尿失禁者のうち9割は、適切な治療がなされず放置されているとの指摘がある。

これらは尿失禁に関する情報が適切に理解されていない現状、必要な人が確実な治療機関に結びついていない例が多い現状を示すものである。

前述したように、的確なアセスメントによって排泄障害を予防し、可逆的な排泄障害を元に戻すことは、本人だけでなく、家族全体の生活の質向上につながる。それは、在

宅高齢者における排泄障害は、次のような理由で暮らしの場と密接に関連しているからである。

1. 排泄ケアは本人のペースで実施する。: 尿・便意を催した時、待てがききにくい。待てをかけると失禁や便秘につながる。その介助が困難なためにおむつになったとしても、すぐに交換しなければスキントラブルや感染、悪臭などの二次的な問題を引き起こす。
2. 回数が頻回である。: 高齢者は頻尿傾向になり³⁾、そのため一日10回以上排尿することも多く、夜間も頻尿になる。このため家族は昼夜をとわず排泄ケアを行わなくてはならないため、肉体的に負担がかかる。
3. 排泄物は臭気など環境に衛生的な悪影響を及ぼす。: 在宅で排泄障害を持つ家族が最も問題と感じていることは、トイレなど家が汚れて不衛生ということであった。友人を家に呼べないなど家族の社会生活にも影響する。
4. 経済的負担がある。: おむつは毎日複数枚使用することがほとんどである。市区町村によっては現物支給、現金支給などのサービスを実施している所もあるが、制限などにより、本人に応じた製品を希望できる地域は少ない。恒常的に出る消耗品の経済負担は大きい。

看護婦は、もとより排泄のケアを実施しているけれども、自分では排泄をコントロールできなくなった在宅療養者に対して実際に提供している現状のケア内容は、再度排尿の自立を獲得するためというよりむしろ、現状への対処に重きが置かれている。

看護と介護の業務の切り分けが進む中、同じ日常生活障害に対する援助行為であっても、看護婦は疾病に伴う身体的な兆候を判断したり、起こりうる問題を予測しこれを回避する予防的な関わりをしているとされている。排泄障害ケアにおいて看護婦は、カテーテル留置者の全身状態を観察し排泄のお世話をするのみでなく、排泄自立の可能性があるのかないのかを明確に判断し、排泄の自立に向けた積極的なケアを計画的に進めていくことが望まれる。おむつ使用者へのケアにおいても同様のアセスメントと自立への計画的な関わりが求められる。

そこで本研究においては、排泄ケアの現状を振り返るとともに、我が国の在宅療養者で最も一般的な経過によって排泄障害を生じていると考えられるモデル事例を設定し、排泄障害ケアを提供する際に必要な最低限のケア期間・訪問回数のめやす・ケア内容、期待する成果を標準化枠組として設定し、妥当性を検討した。

2. 調査 I (予備調査と標準化枠組の作成過程)

1) 対象

在宅排泄障害者の特性とケアの実態を明らかにする目的で、記録物に基づく記述調査を行った。対象は、平成10年8月末の調査開始時点において研究協力機関が訪問看護を実施していた全30例（男性15例、女性15例、平均年齢77.8歳）のうち排泄障害があった22例である。おむつ使用12例（男性5例、女性7例78.2歳）、カテーテル留置10例（男性5例、女性5例、平均年齢75.1歳）であった。

協力機関は病院の訪問看護部門であり、いずれも外来または入院による治療中に家族から訪問看護の要請を受けた者である。

表. 調査 I の対象の属性と排泄障害の状況

No	年齢	性別	主疾患	問題状況
1	71	女	糖尿病	カテーテル留置例、便意なし
2	85	男	糖尿病	カテーテル留置例、便意なし
3	71	男	中心性頸髄損傷	カテーテル留置例、便意なし
4	76	女	脳梗塞	カテーテル留置例、便意なし
5	89	女	関節リウマチ	カテーテル留置例
6	90	男	慢性気管支炎	カテーテル留置例
7	90	女	高血圧	おむつ使用例
8	75	女	慢性関節リウマチ	おむつ使用例、便意なし
9	65	女	破裂脳動脈瘤	おむつ使用例
10	95	男	前立腺肥大症	カテーテル留置例、便意なし
11	89	男	気管支喘息	おむつ使用例
12	75	男	脊髄性進行性筋萎縮症	おむつ使用例、便意時になし
13	58	女	慢性関節リウマチ	おむつ使用例
14	91	女	脳梗塞	おむつ使用例
15	84	女	肝硬変	カテーテル留置例、便意なし
16	90	男	慢性心不全	おむつ使用例
17	80	女	パーキンソン	カテーテル留置例、便意なし
18	69	男	脳梗塞後遺症	カテーテル留置例、便意なし
19	87	女	心房細動	おむつ使用例
20	88	女	脳梗塞	おむつ使用例、便意なし
21	77	男	老年期痴呆	カテーテル留置例、便意なし
22	73	男	多発性脳梗塞	カテーテル留置例

訪問看護指示の主傷病名で最も多かったのは、脳血管系疾患27.2%（6例）および神経難病を含む筋・骨格系の疾患（6例）であった。

表. 調査Ⅰの対象の主な傷病分類

疾患群（系統別）	全体	カテ群	おむつ群
脳血管系	6	脳梗塞2	脳梗塞3 脳動脈瘤破裂1
筋・骨格・神経系	6	頸損1 リウマチ1 パーキンソン1	リウマチ2 筋萎縮症1
消化器・代謝系	3	DM2 肝硬変1	
脈管系	3		心不全1 心房細動1 高血圧1
呼吸器系	2	慢性気管支炎1	気管支喘息1
その他	2	前立腺肥大1	痴呆1

対象となった在宅排泄障害者における排泄障害理由および実施しているケア内容は、以下のとおりであった。

おむつ使用例では、「失敗することがある」、「トイレまでいくのが辛い」、「夜間のみ使用」など、尿意があるにもかかわらず使用している例があった。

カテーテル留置例では、「退院時に抜去を試みたが尿閉（または瀕尿）となつたために再挿入した」、「当初の留置理由が明らかでない」など、カテーテル留置の理由が不明確であり、またこれを抜去するための事前の準備や抜去後の細やかな排泄ケアが充分実施されていないことが明確になった。同時に排泄をコントロールするために必要な筋力トレーニングや家族への教育、本人の意向確認など、積極的な排泄ケアも行われていなかつた。

これまで日常的に行われてきた排泄ケアを振り返ってみると、こうした事例は決して例外ではないと考えられる。看護婦が通常行なう排泄ケアは、援助の意味合いが強く、排泄をコントロールするためのアセスメントやトレーニングをするという視点での関わりは薄いからである。

以上より、在宅における排泄障害者の中には、体力低下や入院加療を契機として理由が不確実なまま障害状態を温存している者が多いと推測できた。

そこで本班では、排泄障害のある訪問看護対象者のうち、疾病や障害によって日常生活動作が低下している在宅高齢者を標準モデルとして設定し、在宅における標準的な排泄障害ケアの枠組案を作成した。

2) 標準ケア期間の設定

排泄障害ケアの実施期間はおおむね3ヶ月とし、全体を四期に分割した。第一期は退院前期、第二期は訪問開始時期、第三期は中期（訓練・治療期）、第四期は後期（安定期）と命名した。退院前期は文字どおり退院までの準備時期をさすが、現状では在宅移行準備時期に十分な排泄コントロールケアが実施されていないことを考慮し、今般は第二期の訪問開始時期に、同時に第一期において実施すべきケアも包含して行うこととし、訪問開始後1～2週間以内を適切な期間とした。第三期の訓練・治療期は3～6週間、第四期の安定期は7～10週間である。評価は各期において目標到達の有無を確認するだけでなく、前半の第二期までの評価をもって第三期以降のケアへ移行することとした。

3) 目標設定

第1期：退院前期

- ① 入院中の経過確認と今後の方針作成
- ② 退院調整・在宅ケアに向けての環境整備
- ③ 本人・家族に排泄自立の重要性を理解してもらう
- ④ 排泄障害の医学的検査の施行

第2期：訪問開始時期

- ① 本人・家族が在宅ケアに慣れるように援助する
- ② 在宅での状態の把握
- ③ 日中の自立度の向上
- ④ 必要な社会資源の調整とチーム形成

第3期：訓練・治療期

- ① 排泄自立方法の習得
- ② 介護者の安定

第4期：安定期

- ① 排泄自立の安定
- ② 家族の介護が最小限になる

4) 評価項目・ケア内容の設定

必要なケア内容を分類する14領域、すなわち①疾病経過、②薬剤治療、③処置、④検査、⑤理学療法、⑥セルフケア、⑦コミュニケーション、⑧栄養、⑨日常生活、⑩安全、⑪清潔、⑫心理・社会、⑬社会資源、⑭家族、を設定し、具体的なケア項目を明記し、各期のケア項目をそれぞれ示した。また、上記以外の看護内容、他職種が行ったケアの内容を示す欄を設定した。各期の領域別ケア項目数は次の表のとおりである。

表. 標準排泄障害ケア枠組の構成（ケアの各期における領域別項目数）

	前半		アウトカム	後半		アウトカム
	第一期	第二期		第三期	第四期	
	退院前期	訪問開始時期(訪問開始後1～2週)		訓練・治療期(3～6週)	定期期(7～10週)	
目標	4	4	6	2	2	1
1 疾病経過	3	3	3	3	3	2
2 薬剤治療	2	1	1	1	4	2
3 処置	2	2	2	4	4	2
4 検査	2	2	2	2	2	2
5 理学療法	2	3	4	1	1	2
6 セルフケア	2	2	2	1	1	1
7 コミュニケーション	2	1	1	1	2	1
8 栄養	4	3	2	2	1	2
9 日常生活	2	4	2	2	2	1
10 安全	1	4	3	1	1	2
11 清潔	3	5	2	2	2	2
12 心理・社会	4	2	2	2	2	2
13 社会資源	2	3	1	1	1	1
14 家族	1	4	3	3	3	2
上記以外の看護内容						
他職種が行った援助内容						

5) 期間別アウトカム設定

アウトカム指標は、前期・後期の期間別に、看護の行動目標およびケア内容領域別に期待する対象のアウトカムを設定した。

①前期アウトカム内容

前期のアウトカムとして設定した内容は、看護の行動目標6項目、期待する対象のアウトカム30項目である。

②後半のアウトカム内容

前期のアウトカムとして設定した内容は、看護の行動目標1項目、期待する対象のアウトカム24項目である。

表 前期に設定した期間別アウトカム内容

項目数	内容
看護の行動目標	6 家庭の排泄ケアに慣れる、安全に生活できる、座位保持ができ排泄が楽になる、無駄のないケアができる、セルフケアへの意欲づけと行動習得、問題解決へのチームアプローチ、
期待するアウトカム	30 可逆的な排泄障害か不可逆的な排泄障害か判断できる、治療の可能性、問題解決の手順が明確になる、薬剤による副作用の軽減と治療の効果、安全に排泄ができる、苦痛なく排泄ができる、残尿は50cc以下、尿路感染がない、座位保持の時間延長、排ガス・排便の促進、座位保持での排泄、適切な福祉用具の活用、排泄への意欲を持つ、セルフケアの意識を高める、尿・便意をつかみ排泄のタイミングが確立できる、1000ccから1500ccの水分補給、正常な便塊が排泄できる食事摂取の確立、寝たきりから座位保持生活に変わる、排泄に適した衣類・環境に変わる、転倒予防、褥創ができるない、尿路感染を起こさない、尿・便臭がなくなる、スキントラブルがない、自己像障害の修復、本人のストレスの緩和、必要な社会資源の有効活用、家族のストレスの緩和、介護負担の軽減、排泄ケアへの技術の習得

表 後期に設定した期間別アウトカム内容

項目数	内容
看護の行動目標	1 家族の精神的・肉体的負担の軽減、
期待するアウトカム	24 尿・便失禁がない、排泄が自立できる、副作用がない、もれ、排尿困難がないあるいは軽減される、排便が定期的にある、排尿が3時間から4時間我慢できる、残尿は50cc以下、尿路感染はない、移動が自立あるいは最低限の介助でできる、便器の使用・衣類の着脱・後始末が自立、最低限度の介助、排泄がその人なりに自立できる、排泄およびその他の状態について自由に話し感情を開放することができる、適量の水分・食事摂取ができる、栄養の偏りがない、排泄にわざわざされずに日常生活を過ごすことができる、失禁による身体への悪影響がない、排泄動作が安定し転倒などの危険がない、臭気がない、つねに陰部・リネン・便器が清潔を保っている、排泄障害から起っていた専横・自信の喪失を取り戻すことができる、活発な社会参加が期待できる、福祉用具・人的資源・社会参加・情報ルートの確保、排泄介護から開放される、自分の時間を持つことができる

6) 排泄障害事例訪問看護標準化枠組の完成

調査Iの結果に基づき、排泄障害ケアを標準化するための枠組は、在宅排泄障害事例の属性と病状および実施されているケア内容の検討ケアから、一般的な排泄障害モデルケースを設定して作成した。

始めは初回訪問時を排泄障害ケア開始とするケア枠組の作成を試み、1日目、2日～2週間、2週間～3ヶ月という3期案とした。しかしほんどの事例が退院前に必要な訓練を実施していないことから、在宅移行前に実施すべきケア項目を包含する形で排泄障害ケアを行う枠組へと組み替えを行う必要が生じた。

そこで実際には、排泄障害ケアの準備・導入・アセスメント・問題共有の過程を前半の2期におこなうこととこれを前期と定義した。訓練と治療調整・自立安定化までの後半2期分は後期と定義し、全4過程からなるパスを作成し、調査IIではこれを用いた。

使用した排泄ケアの標準化枠組は、次ページに示したとおりである。

表. 排泄障害事例訪問看護標準化枠組

前 期	第一期(退院前用)	第二期(訪問開始後1~2週間)	ア ウ ト カ ム
目標	入院中の経過観察と今後の方針作成 退院調整: 在宅ケアに向かっての環境整備 本人・家族に対する自立の重要性を理解してもらう 排泄障害の医学的検査の実施	本人・家族が在宅ケアに慣れるように援助する 在宅での状況の把握 市内の自立度の向上 必要な社会資源の確認とチーム形成	家庭の排泄ケアに慣れる 児童に生活できる 座位保持ができる排泄が来る 無理のないケアができる セルフケアへの意欲づけと行動育得 問題解決へのチームアプローチ
1疾患経過	既往歴の確認 現病歴が排泄に及ぼす影響の確認 排泄状況の把握	在宅での排泄パターンの確認 問題の把握 家・使の状況把握	排泄障害が可逆的か不可逆か判断できる 治療の可能性 問題解決の手順が明確になる
2薬物治療	排泄に影響を及ぼす薬剤の確認と調査 治療薬の見方(絶食・尿道狭窄/収縮、下剤・止吐剤)	薬物の効果・副作用の確認	薬物による副作用の軽減と治療効果
3便通	排便管理方法の確認(排便、便秘) 排便整理方法の確認(預習カテ、自己導尿、おむつ、器具)	可能な場合パルーン挿入 適切なおむつ交換、排尿・排便指導	安全に排泄ができる 苦痛なく排泄ができる
4検査	排泄障害を認めた原因のチェック(尿、パッド、残尿)	残尿測定 尿検査	残尿は5cc以下 尿路感染がない
5理学療法	基本動作の確認(歩行) 日常生活動作の確認(更衣、便器の使用)	基本動作・排泄動作の建立(座位、移動、更衣) 温水洗浄 適切な排泄用具の選定	座位保持の時間延長 排ガス・便器の選択 座位保持での排泄 適切な看護用具の活用
6セルフケア	排便動作の自立度の確認 他人への依存度	日中の排泄自立度の向上 便器の知覚確立	排泄への意欲を持つ セルフケアの意識を高める
7コミュニケーション	服薬の訴えの確認 現程度の確認	服薬の訴えと便器の確認と併し	尿・便量をつぶみ排便のタイミングが確立できる
8栄養	水分摂取と内容物の確認 口腔内の状態確認 嚥下状態の確認 食事量と内容物の確認	酸化レモンイエローになるくらいの水分摂取 3食摂取(一日4kgの総摂取) 精進料理の確認	1000ccから1500ccの水分摂取 正常な便量が維持できる食事摂取の確立
9日常生活	一日の過ごし方の確認 衣服の確認	一日に3時間以上は座位を保つ 一日の過ごし方の確認 住環境の確認と調整 衣類の確認と工夫	座たきりから座位保持生活に変わる 排泄に適した衣類・環境に変わる
10安全	転倒の危険性の確認	排泄動作の危険の確認(転倒防止) 動きやすい環境の調整 摔倒予防 摔倒予防	摔倒予防 摔倒ができない 尿路感染を起こさない
11清潔	肌・便臭の確認 スキントラブルの有無 衛生概念の確認	スキントラブルの右端確認と予防 尿・便臭の確認と除去 陰部洗浄 排泄用具の選択 家族の手洗い助行	尿・便臭がなくなる スキントラブルがない
12心理・社会	自己嫌の確認 身体の不快感の確認 性格 ストレスの度合い	排泄障害の受け止め方の確認 排泄障害により妨げられている社会参加の確認	自己嫌障害の修復 本人のストレスの緩和
13社会資源	退院後必要な資源の確認 資源活用の促進と看護の確認	資源の導入 資源会員メンバーと日程の確認 看護用具の試用	必要な社会資源の有効活用
14家庭	キーパーソンの確認	排泄ケアの範囲を自由に表現する 希望する具体的実現の表現 要約・抜粋の防止 社会資源が有効活用できる援助	家庭のストレスの緩和 介護負担の軽減 排泄ケアへの技術の習得
上記以外の看護内容 他機関による援助内容			
後 期	第三期(評議・治療期: 訪問開始後3~6週間)	第四期(定期期: 訪問開始後7~11週間)	ア ウ ト カ ム
目標	排泄改善方法の習得 介護者の安心	排泄自立の実現 家族の介護が最小限になる	家族の精神・肉体的負担の軽減
1疾患経過	排泄習慣が確立され、問題なく排泄される 排尿のパルーンが問題になり、治療の結果が出てる 治療が不可能な排泄障害は理由が整備される	問題なく排泄できる できるだけ便器やトイレで排泄できる 排泄障害によって問題が起こらない	尿・便失禁がない 排泄が自立できる
2薬物治療	副作用の経過、治療効果の確認	副作用の軽減、治療効果の確認	副作用がない もれ、排泄困難がないあるいは軽減される
3便通	食後の排便指導 排便促進用具の活用 膀胱訓練 排尿・排便指導	食後の排便指導 排便促進用具の活用 膀胱訓練 排尿・排便指導	便器が定期的にある 排尿が3時間から4時間程度できる
4検査	残尿測定 尿検査	残尿測定 尿検査	残尿は5cc以下 尿路感染はない
5理学療法	基本動作・排泄動作の安定(移動訓練、更衣がスムーズ)	基本動作・排泄動作の安定(移動訓練、更衣がスムーズ)	便器が自立あるいは最低限の介助ができる 便器の使い、衣服の着脱、便器末が自立、最低限度の介助
6セルフケア	服装・便器にあわせて自分で排泄の用意ができる 尿管・便器を的確に答えることができる	服装・便器にあわせて自分で排泄ができる うまくできない場合は専門家に答えることができる 排泄ケアに協力的になる	排泄がその人なりに自立できる 排泄およびその他の状態について自由に話し盛情を開拓することができる
7コミュニケーション			
8栄養	安定して必要水分・食事を取ることができる 肥満の場合、脂肪分を控える	安定して必要水分・食事を取れる 記録の確認、原則方法を理解する	適量の水分・食事を取れる 栄養の偏りがない
9日常生活	外出することができる 外出先で排泄の周期を持たないよう確認する	外出することができる 外出先で排泄の周期を持つことがない	便器にわざわざされずに日常生活を過ごすことができる
10安全	家以外での排泄行為に危険がないか確認する	家以外での排泄行為に危険がないか確認する	失禁による身体への影響がない 排泄動作が安定し転倒などの危険がない
11清潔	肌・便臭は全くない 屋内外に使用する排泄用具の保管ができる	肌・便臭は全くない 屋内外に使用する排泄用具の保管ができる	臭気がない 排泄に脂溶・リネン・便器が消毒を保っている
12心理・社会	外出に排泄するく 排泄障害が外出の妨げにならないように援助する	外出に便器が落ち 排泄障害が外出の妨げにならないように援助する	排泄障害から起きていた専属・自前の喪失を取り戻すことができる 活動的な社会参加が期待できる
13社会資源	福祉用具の試用と入手	福祉用具の活用の確認	福祉用具・人的資源・社会参加・情報ルートの確保
14家庭	福祉用具の有効活用ができる 介護方法に慣れる 環境変更に積極的に意見が出てよう援助する	福祉用具の有効活用ができる 介護方法に慣れる 必要な最低限の介護が少ない	排泄介助から開放される 自分の時間を持つことができる
上記以外の看護内容 他機関による援助内容			

3. 調査Ⅱ（本調査、標準化枠組の事例の適用と枠組の妥当性検証）

1) 対象

在宅における標準排泄障害ケアパス案を適用する事例は、実際の訪問看護場面において最も頻繁に対面しやすい一般的な対象を選定することとした。ただしその際には、以下の基準を満たすことを条件とした。

- ①家族の協力が得られる
- ②社会資源が整いやすい地域に住んでいる
- ③意志疎通が図れる、なるべく痴呆は除く
- ④主治医の理解および協力が得られる
- ⑤実質5例程度、スタッフの稼働能力の限度内において抽出
- ⑥担当ナースがケースの概要、開始時および終了時の状況などを整理できる

上記の選定基準により、調査Ⅱでは6例を対象とした。

No	年齢	性別	主 疾 患	ケア前後の問題状況の変化	標準ケア実施期間
1	79	女	脳梗塞	カテーテル留置例 ⇒カテーテル抜去、自尿あり	H11.1.18.～H11.2.1. 15日間
2	81	女	パーキンソン	カテーテル留置例、便意あり ⇒カテーテル抜去、自尿あり	H10.11.30.～H11.2.1. 64日間
3	89	女	関節リウマチ	カテーテル留置例、便意あり ⇒カテーテル抜去、自尿あり	H10.12.7.～H11.1.18. 33日間
4	78	男	脳梗塞	おむつ使用例、尿・便意なし ⇒尿器使用訓練中	H10.11.30.～H11.2.1. 33日間
5	73	男	脳梗塞	おむつ使用例、夜間便失禁 ⇒訓練で排便自立	H10.11.30.～H11.2.1. 33日間
6	70	男	脳梗塞	カテーテル留置例、便意あり ⇒カテーテル抜去、自尿あり	H10.10.31.～H11.2.1. 63日間

2) 標準ケア期間の設定

平成10年9月末日より対象選定を開始し、同時に準実験モデルによる標準排泄障害ケアへの協力依頼を対象本人および家族、主治医、院内外の関係各位に説明し、協力合意を得た。また関係する看護スタッフの排泄障害に関するケア技術講習会を開催した。

標準ケアの開始は、排泄障害ケアの専門看護婦が同行訪問できる日とし、準備が整った例から順次ケアを開始した。調査終了時までに実施したケア期間は、15～64日間であった。

3) 標準排泄障害ケアを実施するための組織的整備

在宅における排泄障害訪問看護標準化枠組を用いたケアを実施する際には、ひとつのケア内容が常に同じ手順によって提供されるよう、次の方法により質の均一化を図った。

- ① 関係する全てのナースは、一定時間以上の排泄障害ケア教育を受ける
- ② 一定の事象に対し、ほぼ同一のケアを実施できるようトレーニングを行う
- ③ 排泄障害ケアを専門とするナースが同行または指導を行いつつすすめる
- ④ 複数の看護スタッフによるチームアプローチ
- ⑤ 実施期間中は24時間協力体制を整備する
- ⑥ 訪問に関わる主治医のみでなく、泌尿器科の医師に協力を得る
- ⑦ 週一回はミーティングを行い、現状の確認と問題点の共有、意見交換をする
- ⑧ ケア開始前に日本版在宅ケアアセスメント用紙を用いてニーズアセスメントを行う
- ⑨ 訪問記録類の記入は、担当看護婦が責任を持って行う
- ⑩ 訪問終了後は予測される複数の変化について対処方法・対処者を確認しておく
- ⑪ 排泄障害ケアの実施期間は3ヶ月以内とする（開始日と終了日は明記）
- ⑫ ケアはバスに沿って行い、その都度、実施したケア内容をチェックする
- ⑬ 規定のケアを実施しなかった場合には、その都度その理由を記入する
- ⑭ 標準期間ごとに目標到達度、アウトカム評価を行う

4) 実施したケア内容とバリアンス

各時期における標準排泄障害ケア枠組を用いて行ったケア内容数とバリアンスは、次ページ以降に事例別に示した。表中の数値は、ニーズに基づいて設定した目標を達成するために実施したケア数である。必要であるのに実施しなかった場合には、バリアンス・種別Aの識別番号を、期待する目標に到達しなかった場合にはバリアンス種別Bの識別番号を、それぞれ記した。

表. 事例別標準排泄障害ケア内容の実施個数とバリアンス

事例1. 79歳女性、脳梗塞、糖尿病、標準ケア実施期間15日		
平成8年8月より排尿時痛出現し抗生素内服したが継続したため同年12月カテーテル挿入となった。血尿、尿量減少により内服処方あり。本人・家族ともに抜去を希望している。		
左半身麻痺によりADLほぼ全介助。座位は可能。		



カテーテル抜去 尿路感染なし 自尿あり おむつ使用だが、保清できる		
--	--	--

目標	前期実施数		アウトカム数
	第Ⅰ期	第Ⅱ期	
1 疾病経過	1	2	0
2 薬剤治療	1	1	0
3 処置	1	2	0
4 検査	1	2	1
5 理学療法	2	1	1
6 セルフケア	0	0	0
7 コミュニケーション	1	0	1
8 栄養	2	1	1
9 日常生活	1	1	0
10 安全	0	2	2
11 清潔	2	1	1
12 心理・社会	1	0	0
13 社会資源	0	0	0
14 家族	0	1	2

事例2. 81歳女性、パーキンソン病、標準ケア実施期間64日		
平成9年8月大学病院に緊急入院して以来カテーテル留置。尿混濁あり。留置前は尿失禁あつたらしくおむつ使用していた様子。便意ありポータブルトイレ使用している。本人・家族ともに抜去を希望。ADL全介助。機器使用にて座位保持は可能。		



カテーテル抜去 尿道括約筋が開大し、尿もれあった 訓練にて尿もれ消失 切迫性尿失禁あつた 訓練により尿意を15分我慢できる 尿路感染なし 尿器による排尿訓練中		
---	--	--

目標	前期実施数		アウトカム数	後期実施数		アウトカム数
	第Ⅰ期	第Ⅱ期		第Ⅲ期	第Ⅳ期	
1 疾病経過	2	3	5,B1	1,B1	0,B1	1,B1
2 薬剤治療	2	2	0	0,A1	1	0
3 処置	1	1	0,B1	1,A1	0	1
4 検査	2	2	2	3	1	1
5 理学療法	2	1	4	0	0	0
6 セルフケア	2	1	0	0	0	0
7 コミュニケーション	1	1	1	1	1	2
8 栄養	2	3	2	1	1	0
9 日常生活	0	2	2	0	0	1
10 安全	3	3	1	2	2	0
11 清潔	1	1	0	0	0	0
12 心理・社会	1	0	0	1	1,A8	0
13 社会資源	1	0	0	1	2	2
14 家族	1	0	2	0	2	2

事例3、89歳女性、関節リウマチ、標準ケア実施期間33日

関節リウマチ、腰椎圧迫骨折のため他院入院中にカテーテル留置。平成8年11月より訪問看護開始となる。端座位可能、立位は介助にて可。便意あり差込便器を使用している。尿意あり、カテーテルの留置は不要と考えられるが瀕尿対策に自信がもてず、留置継続。

カテーテル抜去
尿道括約筋が開大し、尿もれあつた
訓練にて尿もれ消失
切迫性尿失禁あつた
昼はポータブルトイレ使用
夜間おむつ使用
自分で交換し保清できる
今の状態に大いに満足している

前実施期数	第Ⅰ期	第Ⅱ期	アウトカム数	後実施期数		アウトカム数
				第Ⅲ期	第Ⅳ期	
目標	0	1	0	0	—	0
1 疾病経過	0	0	0	1		0
2 薬剤治療	0	1	0	1		0
3 処置	2	1	0	0		0
4 検査	0	1	0	0		0
5 理学療法	2	2	0	0		0
6 セルフケア	2	1	0	0		0
7 コミュニケーション	0	1	0	0		0
8 栄養	0	3	0	0		0
9 日常生活	1	0	0	0		0
10 安全	1	2	0	0		0
11 清潔	3	0	0	0		0
12 心理・社会	1	2	0	0		0
13 社会資源	0	0	0	0		0
14 家族	1	0	0	0		0

事例4、78歳男性、脳梗塞、標準ケア実施期間33日

30年前に発生し片麻痺となった。平成10年7月他院入院時より鼻腔経管栄養、寝たきりとなった。同年10月より訪問看護開始。尿・便失禁あり、おむつを使用している。下剤使用により排便は日に数回グラグラと出る。離床訓練するがADLアップせず。

座位保持訓練中に、胃ろう増設目的で一時入院
残尿疑われ、カテーテル留置指示あつた
再検により残尿ないことが判明
集尿器での際尿を訓練
排便誘導等で排便リズムつくった
車椅子を利用してトイレでの排便自立
排尿は週尿器ができる

前実施期数	第Ⅰ期	第Ⅱ期	アウトカム数	後実施期数		アウトカム数
				第Ⅲ期	第Ⅳ期	
目標	0	1		B1		B1,B2
1 疾病経過	2	2	0	0,A6		0
2 薬剤治療	1	0,A3	0	0		0
3 処置	2	0	0	0,A1		0,A1
4 検査	1	1	0	0		0
5 理学療法	1	1	0	A1		0
6 セルフケア	0	0	0	0		0
7 コミュニケーション	1	1	0	0		0
8 栄養	4	0	0	0		0
9 日常生活	1	1	0	0		0
10 安全	1	1	0	0		0
11 清潔	1	1,A1	0	0		0
12 心理・社会	0	0	0	0		0
13 社会資源	0	0	0	0		0
14 家族	1	1	0	0		0

事例 5. 73歳男性、脳梗塞、標準ケア実施期間 33日

平成 10 年 3 月脳梗塞にて入院。この間イレウス合併した。夜間便失禁ありおむつ使用、ほぼ寝たきりですごしている。介護者の腰痛あり、床上排泄の介助が大きな負担になっている。



座位保持、ポータブルトイレ移乗の訓練、下剤コントロール、排便周期に合わせた介助で便失禁消失
3日に1回スムーズに排便できる
PTより自立歩行可能と判断された

目標	前実施期数		アウトカム数	後実施期数		アウトカム数
	第Ⅰ期	第Ⅱ期		第Ⅲ期	第Ⅳ期	
1 疾病経過	2	3	0	0		0
2 薬剤治療	1	1	0	0		0
3 呕吐	2	0	0	1		0
4 検査	1	1	0	0		0
5 理学療法	1	2	4	0		0
6 セルフケア	0	0	1	0		0
7 コミュニケーション	1	1	0	0		0
8 栄養	2	1	0	0		0
9 日常生活	1	1	0	0		0
10 安全	1	1	0	0		0
11 清潔	1	1	0	0		0
12 心理・社会	0	0	0	0		0
13 社会資源	0	0	0	0		0
14 家族	1,A1	1	0	0		0,B1

事例 6. 70歳男性、脳梗塞、標準ケア実施期間 63日

平成 9 年 10 月腎盂腎炎にて他院入院中に脳梗塞再発作あり、カテーテル留置した。平成 10 年入院時に抜去を試みたが自尿なかったため再挿入した。管が詰まり尿が出ないことが多く、本人は不穏状態を呈することがあり、その都度介護者が不安定となる。



カテーテル抜去
尿路感染なし
薬剤調整により排尿困難改善
頻尿あるが特殊尿器ではほぼ自立

目標	前実施期数		アウトカム数	後実施期数		アウトカム数
	第Ⅰ期	第Ⅱ期		第Ⅲ期	第Ⅳ期	
1 疾病経過	3	3	0	0	0	B2,B3
2 薬剤治療	2	1	0	0	0	0
3 呕吐	2	2	0	0	0	0
4 検査	1	2	1	0	0	0
5 理学療法	2	0	0	0	0	0
6 セルフケア	2	1	0	0	0	0
7 コミュニケーション	2	1	0	0	0	0
8 栄養	3	0	0	0	0	0
9 日常生活	2	3	0	0	0	0
10 安全	1	2	0	0	0	0
11 清潔	3	1	0	0	0	0
12 心理・社会	3	0	0	0	0	0
13 社会資源	2	3	0	0	0	0
14 家族	1	1	0	0	0	0

①バリアンスの内容

必要なケアを実施できることがあったのは3例であった。その理由は5項目である。ケアを実施できなかった理由で最も多かったのは、利用者の心身条件2例であった。

目標に到達しなかった項目があったのは4例であった。その理由は4項目延べ7項目だった。到達しなかった理由で最も多かったのは利用者の心身条件3例、次いで利用者が拒否または希望しなかった2例、家族が拒否または希望しなかった1例、その他1例であった。

表. 事例別バリアンス発生の有無と内容

種別	番号	バリアンス内容	全 体	事例番号					
				1	2	3	4	5	6
A	1	利用者の心身条件のため実施できなかった	2		1		1		
	2	利用者が拒否したあるいは希望がなかったためできなかった	0						
	3	家族が拒否したあるいは希望がなかったため実施できなかった	1					1	
	4	スタッフ数が足りないため実施できなかった	0						
	5	スタッフの能力不足のため実施できなかった	0						
	6	連携上の問題があり実施できなかった	1					1	
	7	連携先の機関・担当者が機能を果たさなかった	0						
	8	社会資源が不足していたため実施できなかった	1		1				
	9	社会資源の質に問題があり実施できなかった	0						
	10	その他の理由で実施できなかった	1						1
B	1	利用者の心身条件のため到達しなかった	3		1		1	1	
	2	利用者が拒否したあるいは希望がなかったためしなかった	2					1	1
	3	家族が拒否したあるいは希望がなかったため到達しなかった	1						1
	4	スタッフ数が足りないため到達しなかった	0						
	5	スタッフの能力不足のため到達しなかった	0						
	6	連携上の問題があり到達しなかった	0						
	7	連携先の機関・担当者が機能を果たさなかった	0						
	8	社会資源が不足していたため到達しなかった	0						
	9	社会資源の質に問題があり到達しなかった	0						
	10	その他の理由で到達しなかった	1						1

① ケアの実施率

標準化枠組に示したケア内容を実施した割合は、平均で前期53.1%、後期12.7%であった。

領域別に実施率が最も高かったのは、前期では検査79.2%、処置75.0%、薬剤治療70.8%の順であった。後期で最も実施率が高かったのは、薬剤治療、清潔、社会資源とともに28.6%、次いでコミュニケーション21.4%の順だった。

表. 事例別標準排泄障害ケア実施率と看護目標到達率

前期	平均	第Ⅰ期(退院前期) 事例別実施率(%)						第Ⅱ期(訪問開始後2週間まで) 事例別実施率(%)					
		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
		25.3	50.0	0	0	25.0	0	25.0	75.0	25.0	25.0	50.0	0
看護目標	25.0	25.3	50.0	0	0	25.0	0	25.0	75.0	25.0	25.0	50.0	0
全ケア内容	53.1	37.5	72.6	48.2	60.7	53.6	96.4	39.5	58.5	47.6	24.6	38.9	58.6
1 疾病経過	59.7	33.3	66.7	0	66.7	66.7	100	66.7	50.0	0	66.7	100	100
2 薬剤治療	70.8	50.0	50.0	0	100	50.0	100	100	100	100	0	100	100
3 処置	75.0	50.0	100	100	100	100	100	100	100	50.0	0	0	100
4 検査	79.2	100	100	0	100	100	100	100	100	50.0	50.0	50.0	100
5 理学療法	56.9	50.0	100	100	50.0	50.0	100	33.3	33.3	66.7	33.3	66.7	0
6 セルフケア	37.5	0	100	100	0	0	100	0	50.0	50.0	0	0	50.0
7 コミュニケーション	66.7	50.0	50.0	0	50.0	50.0	100	0	100	100	100	100	100
8 栄養	51.4	50.0	75.0	0	100	50.0	75.0	33.3	100	100	0	33.3	0
9 日常生活	47.9	50.0	100	50.0	50.0	50.0	100	25.0	25.0	0	25.0	25.0	75.0
10 安全	54.1	0	0	100	100	100	100	50.0	50.0	50.0	25.0	25.0	50.0
11 清潔	47.8	66.7	100	100	33.3	33.3	100	20.0	60.0	0	20.0	20.0	20.0
12 心理・社会	25.0	25.0	25.0	0	0	75.0	0	50.0	100	0	0	0	0
13 社会資源	20.8	0	50.0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	100
14 家族	50.0	0	100	100	100	100	100	25.0	0	0	25.0	25.0	25.0
後期	平均	第Ⅲ期(開始後3~6週間) 事例別実施率(%)						第Ⅳ期(開始後7~10週間) 事例別実施率(%)					
		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
		-	50.0	0	0	0	0	-	0	-	-	-	0
看護目標	7.1	-	48.2	9.5	0	1.8	0	-	29.0	-	-	-	0
全ケア内容	12.7		0	33.3	0	0	0		33.3				0
1 疾病経過	9.5		100	100	0	0	0		0				0
2 薬剤治療	28.6		75.0	0	0	25.0	0		25.0				0
3 処置	17.9		50.0	0	0	0	0		0				0
4 検査	7.1		0	0	0	0	0		0				0
5 理学療法	0		0	0	0	0	0		0				0
6 セルフケア	0		0	0	0	0	0		0				0
7 コミュニケーション	21.4		100	0	0	0	0		50.0				0
8 栄養	14.3		50.0	0	0	0	0		50.0				0
9 日常生活	0		0	0	0	0	0		0				0
10 安全	14.3		100	0	0	0	0		0				0
11 清潔	28.6		100	0	0	0	0		100				0
12 心理・社会	0		0	0	0	0	0		0				0
13 社会資源	28.6		100	0	0	0	0		100				0
14 家族	7.1		0	0	0	0	0		50.0				0

5) 標準排泄障害ケアによる期間別アウトカム

調査期間内にケア実施できた期間は、6例中5例は後期第III期まで、1例は前期第II期までであった。

実施したケアの項目数とバリアンス、ケアの実施率は前記のとおりである。

排泄障害を改善する手順は、個々の身体状況によって通過する各段階の数およびそれに費やす期間に大きな開きがあり、一概には表現しにくいことから、本研究において設定した枠組は比較的大ぐくりとした。また厳密に実施内容を把握するために、表への記入は、実際に行った項目のみにチェックをつける方式とした。その理由は、ケア内容によっては、対象個々の状況に応じて、必ずしも実施しなくてもよい項目が存在したり、観察のみでよい場合もあると考えられたためである。

全体の最終的な目標到達率は、平均18.2%（前期平均25.0%、後期平均7.1%）であった。

アウトカムは全体平均12.5%であった。

アウトカム達成率が最も高かった領域は、コミュニケーション27.2%であり、次いで検査22.2%、家族、安全の順であった。

表. 事例別看護目標到達率とアウトカム到達率

	平均	前期事例別到達率 (%)						後期事例別到達率 (%)					
		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
看護目標到達率	18.2	33.3	75.0	0	0	0	0	-	100	0	0	0	0
アウトカム到達率	12.5	29.2	58.5	0	0	10.7	3.6	-	35.7	0	0	0	0
1 疾病経過	4.6	0	50.0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
2 薬剤治療	13.6	0	100	0	0	0	0		50.0	0	0	0	0
3 処置	13.6	0	100	0	0	0	0		50.0	0	0	0	0
4 検査	22.7	50.0	100	0	0	0	50.0		50.0	0	0	0	0
5 理学療法	14.4	25.0	33.3	0	0	100	0		0	0	0	0	0
6 セルフケア	9.1	0	50.0	0	0	50.0	0		0	0	0	0	0
7 コミュニケーション	27.3	100	100	0	0	0	0		100	0	0	0	0
8 栄養	13.6	50.0	100	0	0	0	0		0	0	0	0	0
9 日常生活	11.4	0	25.0	0	0	0	0		100	0	0	0	0
10 安全	15.2	66.7	50.0	0	0	0	0		50.0	0	0	0	0
11 清潔	10.0	50.0	60.0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
12 心理・社会	4.6	0	50.0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
13 社会資源	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
14 家族	15.2	66.7	0	0	0	0	0		100	0	0	0	0

ケア内容別では、前半のアウトカム達成率が最も高かったのは「座位保持の時間延長」、「排ガス・排便の促進」、「座位保持での排泄」、「適切な福祉用具の活用」など、理学療法の領域に関する割合が37.5%であった。次いで「尿・便意をつかみ排泄のタイミングが確認できる」コミュニケーション・アウトカムと、「残尿は500ml以下」、「尿路感染がない」検査・アウトカムがともに33.3%であった。

後半のアウトカム達成率で最も高かったのは、「排泄およびその他の状況について自由に話し感情を開放できる」コミュニケーション・アウトカム、「排泄にわざわざされずに日常生活を過ごすことができる」日常生活アウトカム、「排泄介護から開放される」、「自分の時間を持つことができる」などの家族・アウトカムがそれぞれ20.0%であった。

6) 訪問状況・連携状況・管理状況

調査IIの実施期間中に実施したケア回数は（連携または管理業務のみの回数も含む）155回であり、何らかの関わりを持った平均回数は一人あたり25.8回であった。このうち実際に訪問を行った回数は128回（82.6%）である。

全対象における訪問看護の平均滞在時間は39.8分であり、事例別の平均では20～57分の範囲でばらつきがあった。

連携に要した時間は平均23.5分（事例別平均では13～53分）、管理に要した平均時間は22.5分（事例別平均では13～55分）であった。

最も実施頻度が高い管理内容はケア記録93.5%、次いでスタッフ間の連絡・報告92.9%、本人・家族との電話連絡31.6%の順だった。レセプト整理の管理時間が0とカウントされているのは、研究に協力した機関の組織体系が病院訪問看護部であるためである。

表. 訪問看護・連携・管理に要した時間と管理内容別の実施頻度（事例別）

No	実 回 数	(再) 訪 問	滞在 時間 (分)	連携 時間 (分)	管理 時間 (分)	管 理 内 容 别 の 実 施 頻 度 (%)						
						ス タ ッ フ 間 連 絡・ 報 告	ケ ア 会 議	ケ ア 記 録	準 備	電 話 連 絡	レ セ プ ト 整 理	そ の 他
No	155	128	39.8	23.5	22.5	92.9	9.0	93.5	28.4	31.6	0	3.2
1	17	12	35.9	20.0	12.7	76.5	0	88.2	64.7	64.7	0	0
2	28	28	57.1	52.5	54.8	92.9	35.7	82.1	78.6	42.9	0	17.9
3	11	9	20.0	12.7	13.2	100.	0	100.	18.2	27.3	0	0
4	23	22	48.6	15.0	15.2	100.	0	95.7	17.4	17.4	0	0
5	25	24	45.7	21.6	17.2	96.0	0	96.0	0	4.0	0	0
6	51	33	29.1	15.9	15.8	92.2	7.8	98.0	9.8	35.3	0	0

訪問看護の実施形態を時間大別に比較すると、時間内に実施した訪問看護はほとんどが計画訪問であったのに対し、準夜帯や休日などに実施した訪問看護は、およそ6割が臨時訪問だった。

表. 訪問看護の実施形態 (%)

時 間 帯	計 画	臨 時
全体(回) 128	119	9
時間内 122	95.9	4.1
時間外 6	42.9	57.1

また、標準枠組に基づくケアを実施するためには現行法上出は限度を超える訪問回数が必要であった。調査対象において診療報酬外の訪問を実施した件数は次表のとおりである。

なお、手技を統一するために開催した研修会や、相互の情報交流をし意思統一を図るために開催したカンファレンスなどの回数およびその時間は計上していない。

表. モデル事例の診療報酬外訪問の実施状況

総数	合 計	時 間 外	複 数 回	定 期 外
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	5	3	1	1
4	2	0	0	2
5	7	5	2	0
6	7	2	3	2

4. 考察

A. 在宅の標準化排泄障害ケア枠組の妥当性評価と標準排泄障害ケア枠組の設定

1. 期間設定の妥当性

すでに在宅へ移行し、ある程度の期間を経過した排泄障害者に、あらためて排泄障害ケアを導入する試みを行った。生活リズムと密接に関連する排泄行為の変化は、本人・家族がある程度なじんでいる日常生活そのものを見えることでもあり、当事者の希望や意欲と改善に向けた家族の覚悟と協力なしには効果をあげることができない。そこで、ケア開始当初は、本人・家族との信頼関係を築き、排泄に関する意向を確認することに重点をおいた。また、ケア実施期間中にも相互の人間関係、本人・家族との意見交換が十分なされ、納得するための時間と説明が必要である。

事例別に必要なケア内容はすべて実施したが、標準化枠組に示したケア内容の実施率は、前期53.1%、後期12.7%だった。前期の実施率は、記入方法を実施のみを厳密に記入することと、対象個々の個別性によると推察する。

しかし前期については、2週間のうちにカテーテル留置者は全員これを抜去し自尿となった。またおむつ使用者は、トイレ排尿に向けた座位保持訓練と水分・栄養摂取の訓練が軌道に乗った。

のことから、実施率の伸び悩みはあったものの、排泄の再自立に向けた積極的なケアは、開始から2週間までの間（前期）に、すべてのアセスメントが終了し、治療を含めて必要なケア内容はすべて適切に実施できることが明らかになった。

また後期については、実施率は1割にも満たなかった。ケアを実施した対象は、在宅移行後、すでに数年を経過しており、この間のケアのあり方は問題対処および本人が自分でできないことを介護（援助）することであった。そのため、たんに排泄自立に向けて家族をも含めた排泄コントロール策が講じられていなかっただけでなく、体力や日常生活動作の低下を防ぐ自立訓練自体、行っていなかつたといえる。

こうしたことから、排泄障害ケアの開始後2週間を超えた時期（後期）においても、室内の安全・改修が整わなかったり、訓練効果の発現を待つ必要があったりと、訓練の時期が遷延し次のステップに移行できないという現状があり、在宅ケア全般に関わる問題を解決しなければならないという新たな課題に直面した。

そこで新たに作成する標準枠組みにおいては、座位保持ができる程度の在宅排泄障害高齢者を、最も標準的な排泄障害ケアモデルと想定し、およそ10週で自立排泄へ移行できる排泄ケア枠組を作成し、これを一般排泄障害ケア枠組と命名した。またカテーテルが留置されている例は、長期の高齢療養者で、いわゆる寝たきり状態の場合がほとんどであるため、自立までの期間は1年とし、留置カテーテル使用者ケア枠組とした。さらに、おむつ使用者のうち寝たきり状態である者の場合には、上記の一般排泄障害用枠組における後期ケア期間を改変し、自立までの期間を1年と設定し直したうえで用いるのが適切であると考えた。

2. 目標設定の妥当性

前期に関してはほぼ妥当と評価する。しかし在宅移行後、排泄障害ケアを開始するまでの経過期間の長短により、訓練期の長さが異なり、アウトカムに相違が生じる。とくに、在宅移行後すでに長期間が経過し、体力や日常生活自立度が著しく低下している者の場合、痴呆があり尿意・便意が確認できにくいあるいは問題行動があり訓練が十分行えない者の場合には、個々のニーズに応じて訓練期を段階的に設定するなどの工夫が必要である。

また、個別的な問題状況や暮らしかたの差違をどの程度考慮し、項目設定していくか、今後の課題である。

3. 評価項目の妥当性

排泄障害を乗り越えるために必要なケア内容を包括的に設定しているため、対象個々の目標によっては、不要なケア内容も生じる。そのための改善策としては、記入方法を工夫することが必要である。

4. 期間別アウトカム設定の妥当性

不必要的カテーテルを抜去することができたなど、具体的な評価項目が不足していたため、実際に得られたエビデンスに相応しいアウトカム評価ができていなかった。適切に評価することができるようにするためには、さらに設定項目を具体化し修正する必要がある。

また、年齢や病状による個別性への対応をどうするかは今後の課題である。

5. 修正による標準排泄ケア枠組の設定

訪問頻度は、カテーテル留置者の場合、的確なアセスメントにより抜去可能と判断でき、なおかつ家族のケア協力体制を整えるまで（1週間以内）は毎日、カテーテル抜去当日は2回以上、カテーテル抜去翌日以降2週間は毎日、それ以後は週2～3回とした。ただし間歇導尿が必要な事例においては、本人または家族がその意義を理解し手技を実施できるようになるまでの期間、訪問による看護を行う必要がある。

おむつ使用者の場合は、的確なアセスメントによりADL向上のリハビリテーション計画ができ、なおかつ必要な排泄機器や介護物品が整うまで（1週間以内）は毎日、家族の暮らしかたに合った介護方法を指導し、心理的負担を軽減しながら排泄調節の訓練を始める時期1週間は毎日、それ以後は週2～3回とした。

在宅療養者における排泄障害の機序は、たんに解剖・生理学的原因によるものではなく、加齢や疾病・障害による活動性や体力低下、労働を含む暮らしかたの変化など、時間的にも空間的にも多くの要因が複合して起こっている現象を考えることができる。

本調査においても個別性による差は生じたものの、前期については、ケア内容の見直しとアウトカムの具体化を図ることにより、標準的な目標達成は可能と判断できた。後期については、より個別性を反映したアウトカムの相違が生じるため、一概に单一の用紙によって画一的にケアを実施し評価をする方法は好ましくないと考えられる。

しかし一方で、そもそも設定した目標は、設定した期間中におおむね到達できるものだったのだから、単純に細分化するのではなくさらに事例を積み重ねることによって特徴的なパターンを、いくつか提示する方がより実際的であると考えることもできる。何れにしろ、実用化に向けてまず必要なことは、新たに実践例を積み重ね、整合性を検証することであろう。

B. 在宅における標準排泄障害ケア実現に必要な課題

1. 看護職による排泄障害ケア効果の確認と医療との密接な連携と専門医の参画

排泄自立可能性を判定するために不可欠な残尿測定は、特定の機器を必要とする。機器はコンパクトで持ち運びが簡単にでき、測定方法は容易で対象への負担もない。しかし機器の価格は一台百数十万円であり、診療報酬上認められてはいるものの、在宅で訪問看護婦が実施する場合の予算根拠はない。

アセスメントに基づいて即時対応していくためには、薬剤変更や診療、医療的ケアの実施など、看護行為だけではなく、医師による医療が不可欠である。また必要に即応して適切な治療を実施するには、主治医のみならず泌尿器科医師の協力が必要である。

そして泌尿器科医師には、失禁をはじめとする下部尿路障害、とくに神経因性膀胱について、治療できる知識と技術が求められる。しかし現状では、神経因性膀胱の治療は泌尿器科医でも一部の専門医しか行われていない。そのため、今後、在宅療養者における排泄障害を改善し、現在の不適切に高い排泄障害者の発生割合を是正していくためには、医師の専門教育が是非とも必要である。

さらに、高い割合で発生していると指摘されている薬物性の副作用による排泄障害については、⁹⁾医師間の連絡調整がスムーズに行われることが必要である。在宅療養者は、しばしば複数の医療機関を利用したり、民間の保健食品などを摂取している場合が多い。投与された経過がわからなくなっている場合には調整が困難な場合もあるだろうが、それらによる副作用は医師間の連携によって、可能な限り予防できる状態にすることが望ましいと考える。こうした場合において、保健医療福祉職の中でもとくに本人・家族の身近でケアにあたる看護職は、大いに連携の要として役割期待できるだろう。

2. 専門職種間における合意形成と意識改革

6例に対する標準化排泄ケアを行った延べ241日間に間に費やした総連携時間は、計42時間であった。対象一人あたり、毎日10分以上ずつ、何らかの連携を行ったことになる。本調査を実施したのは病院の訪問看護部であり、本来は、医師と看護婦、他の部門との連絡調整がしやすいはずである。しかし実際には、このように多くの時間が費やされ、看護婦は家と病院、本人・家族と主治医の間で、詳細なやり取りを頻繁にしなければな

らなかった。

本人・家族については、治らないと思って諦めている相手に対して、改めて排泄自立への意向を確認し積極性を引き出す関わりが必要であった。医師については、排泄自立のためのケアは看護婦が行う業務の範疇であることを、まず理解してもらう必要があった。そして診断・治療の面で協力を得ることが次に必要であった。実際にケアを行う看護婦自身においては、必要なアセスメント視点とケア手順の再学習、専門看護婦による臨地指導、スーパービジョンが必要であった。

高齢の在宅療養者が排泄障害を乗り越えるためのケアを確実に保証するには、それを支えるシステムが十分整えられるよう、次のような事項には特段の配慮が必要である。

1) 多職種による方針の一致とチームアプローチ

この度の事例については、ADL向上を図るために理学療法士、福祉用具導入のために福祉事務職および保健婦、福祉用具のフィッティングのために工業デザイナーと、保健・福祉部門を超えて、民間企業の各職種とも協力できる体制をつくったうえでケアを実施した。またそれだけではなく、看護職種内にコンチネンスアドバイザー（専門看護婦）を配置し、専門的なアセスメントとケア技術の実践と指導にあたった。既存のケア体制をニーズに合わせて改善し、より専門的かつ重層的な看護ケア体制をとしたのである。さらに、フォーマル・インフォーマルな人的資源を組み立て、個々の暮らしに適合した現実的ケア提供によって効果をあげることを意図した。

こうしたメンバー構成は、どこの場においても容易にできるとは言い難い。関係するさまざまな職種間の相互理解と技術提携への合意形成過程が円滑に運ぶよう、声掛けをし、理解者を増やし、実施できる場と予算を確保できなければ、チームアプローチは実現しない。

今後、何れの地域においても標準的な排泄障害ケアが実施できるようになるためには、排泄に関する的確なアセスメントとプラン作成ができる専門看護婦や、必要に応じて福祉用具をフィッティングできる技術と知識をもった専門職がコンスタントに育成され、そうした多分野の排泄障害ケア専門家が各地域に存在することが必要だろう。またその際には、ニーズに基づいて、必要なチームづくりをし、メンバーを集め、方針を決定し、メンバー間の活発な意見交流を促進しながらこれらを調整し、効果をあげていこうとするマネジメント機能を果たす職種の存在が必要になる。この点に関していえば、排泄を自立するためのケアは看護業務の一つであるのだから、その役割をあらためて自覚し、実践を見直すことが求められる。

2) 看護婦の現任教育—確実なアセスメントとケア実施技能の修得—

看護婦自身の意識改革・排泄コントロールのための再学習・専門家による技術的な訓練を実施する

現在の看護教育において、排泄障害を予防するあるいは治療する、障害が元にもどせない場合には社会的不利を起こさないように援助していくという「コンチネンスケア(Continence care)・禁制ケア」の概念はほとんど行われていない。しかし、インコン

チネンス(Incontinence)失禁のケアとして、漏れたらスキントラブルを起こさない、おむつの当て方等は教えている。現在の不適切に高い排泄障害の発生と放置を改善していくためには、漏れへの即物的な対処方法だけでは不十分であると言えよう。

すべての看護婦が、積極的に排泄ケアを実施できるには、これを行うために必要な知識と技術を身につける必要があり、そのための継続的な教育が不可欠である。

英国では、看護婦の卒後教育コースの中に、2週間の専門コースが設定されており、訪問看護の専門教育コースにおいては、授業としている。一方、臨床の現場においては、コンチネンスアドバイザーが、必要に応じてあるいは定期的に学習会を開いて基礎から現任教育までのあらゆる場において排泄自立へのケア技術を磨く機会を用意している。日本と比較すると格段に、最新情報を得られる環境である。

また、オーストラリアのコンチネンス団体では、コンチネンスをプロモートするためには、一定のサイクルが必要であると指摘されている。そのプロセスは、気づきを高める→教育の機会を増やす→態度を変容する→研究を増やす→臨床現場を変革する→コンチネンスを発展することで本人およびスタッフのQOLをあげる、ということである。

3) 専門看護師の存在一質改善のために実践し、教育するリーダーとして-

英国、オーストラリアには排泄ケア専門看護婦としてコンチネンスアドバイザーが必ず各地域に存在している。コンチネンスアドバイザーとは、排泄ケアを専門とするスペシャリストであり、その発祥はイギリスである。

イギリスでは訪問看護を始めとする地域ケアの基盤が整っており、生活の場で大きな問題となる失禁についてはケアの大切さが広く理解され、専門看護婦が必要という動きにつながった。1981年、英国で初めて17名の常勤の失禁専門ナースが公的機関で雇用され、コンチネンスアドバイザーという職種で働き始めた。その数は、1990年には約300名、1995年には約400名となり、全英の86%の地域に最低一名は配置されるようになった。そのほとんどは看護婦であるが、ごく一部に骨盤底筋訓練を中心とする理学療法士もコンチネンスアドバイザーとして登録されている。

日本では約10名の看護婦がイギリスのコースを終了しているが、それが日本において専門看護婦として位置づけられているわけではない。1996年日本看護協会により、創傷、オストミー、失禁(Wound Ostomy Continence 略してW.O.C.)ケアをするストマケアの認定看護婦の教育・認定が始まった。この認定看護婦の活動の場は、病院看護が中心であり、いまだ地域に出てコンチネンスケアを実施するには至っていない。

イギリス、オーストラリアにおけるコンチネンスアドバイザーの所属場所として最も多いのは地域であり、次に多いのが第三次医療の専門病院である。地域に所属するコンチネンスアドバイザーはプライマリーヘルスケアチームのメンバーや住民から依頼があった場合、訪問してアセスメントやケアに当たるが、状態が落ちつくと担当訪問看護婦に受け継いでもらい、恒常的に訪問することはない。

また地域に老人施設や障害者施設がある場合は在宅の範疇とみなし、地域のコンチネンスアドバイザーが訪問する。

専門病院のコンチネンスアドバイザーは、失禁外来で地域から紹介された患者の検査やアドバイスしている。失禁外来は組んでいる医師の専門によって泌尿器科、婦人科、老人科というように異なるが、アドバイザーの働きとしてはほぼ同じである。第三次医

療であっても必要があれば訪問することもあり、その点がスペシャリストとして、一般ナースと異なっている。

4) 実践における専門看護師の役割の明示

所属による相違はあるけれども、英国における専門看護婦の役割は、以下の9項目である。

わが国においても、今後地域で暮らす（療養する）人々のそばで専門的なサービスを提供する看護専門家が普及し、広く各地に定着した活動を展開するよう、組織的にこれを促していくことが望まれる。

<英国における専門看護婦の役割>

1)患者のアセスメントと排泄に関する直接ケア

一般ケアは行なわず排泄障害のある患者のアセスメント及びそれに基づいたケアの実践を行う。ケアは状態が落ちついて一般化されると担当の看護婦やヘルパーに引き継がれる

2)教育

この教育は、患者教育から専門職種への教育も含む

3)社会資源の紹介と活用

コンチネンスアドバイザーだけでは果たせない役割がはっきりした場合、コーディネートして必要な社会資源活用に導く。

4)コンサルティング

排泄ケアに関して他職種へのコンサルティングから製品をつくる技術者への相談も含む。

5)福祉機器の選択と適合のチェック

排泄に関する製品はおむつ、トイレッティングだけではなく、移動や衣類にも関与し、製品は多岐にわたる。イギリスではオムツやパッド、パンツの選択、配送はある程度コンチネンスアドバイザーのにまかされており、地域で認められた物は無料で配布されている。その種類は決して少なくない。また製品の紹介のための常設展示や、展示会も開き、できるだけユーザーの目に留まるように心がけている。さらにアドバイザー協会では新しい製品の特徴などを整理し、ブックレットとして出版している。

6)排泄に関する研究

7)排泄に関する正しい知識の啓発

一般社会のタブーである排泄を正しく理解し、予防につなぐ啓発活動は基本になる。

8)企業への提言

具体的な開発だけではなくそのマーケティングや活用方法についても提言する。

9)政策への提言

以上の役割は今後未曾有の高齢社会となる日本の中でも早急に求められていることである。今後、失禁が問題にならないよう医療だけではなく、保健、福祉、そして一般社

会の人々にも関わってもらう必要があるが、その展開の中心としてコンチネンスアドバイザーの位置づけが望まれる。

5) 本人・家族の排泄自立への望みと積極性の啓発

排泄障害を持つ多くの人は、「年のせいだ、しかたがない」と消極的受容をしがちである。それは、改善の可能性があるということを知らないためであり、また適切な自立へのケアを受けていないからであると考えられる。中にはそうした治療やケアを求めても、専門的な対応が取られていないために我慢し続けている場合もあるだろう。

本研究においては、留置カテーテルを抜去したケースから「この管が入ったら一生抜けないと退院前に看護婦さんから言われ、どうしようもないと諦めていた」、「常に抜きたいと思っていたが、言っても仕方ないと諦めていた」との発言があった。このように、排泄障害を不可逆的なものとして受け止めてしまう姿勢は、ケアを実施したすべての事例で見られた。本人や家族は、何らかの形で、不満の感情と諦めの気持ちを持っていたのである。

けれどもそれらの諦めは、積極的に障害の克服をめざしたケアを確実に行うことで、払拭することができた。信頼関係を築き、協力し合って克服の過程を進めるという体験と、実際に現れる本人の変化が、互いのケア技術への信頼を更に高め、期待の薄い表情は、次第に回復を信じる前向きな姿勢へと変化した。

在宅療養は家族の暮らしのものの継続もある。従って、新たなケアを開始する際には、本人や家族が納得し、それを希望することが最も大切である。排泄障害ケアを行う際においても、こうした期待や意欲を持ち、それを保つことが極めて大切である。

参考文献

- 1) 川島みどり他:排泄援助の専門性とは,看護の科学社,P10-30,1998.
- 2) 近藤厚生:尿失禁とウロダイナミックス,P121-122,医学書院,1996.
- 3) 北川定謙他:尿失禁にどう対応するか,保健・医療・福祉関係者のためのガイドライン,財団法人日本公衆衛生協会,P3-10,平成5年.
- 4) Susan hunt: Promoting Continence in The Nursing Home, Continence foundation of Australia, P5-23, 1994.
- 5) C.a.Rovinski D.K.Zastocki, 斎藤豊和, 真玉壽美生監訳:排泄部門ホームケア Part2訪問看護のためのマニュアル,医歯薬出版,P223-256,1993.
- 6) 厚生省老人保健福祉局老人保健課他監修:日常生活の援助排泄;訪問看護研修テキスト,日本看護協会出版会,P208-212,1997.
- 7) 厚生省老人保健福祉局老人保健課他監修:医療処置にかかる指導・援助,留置カテーテルの交換,日本看護協会出版会,P229-230,1997.
- 8) 杉本正子,真船拓子編集:排尿障害;在宅介護論,廣川書店,233-245,平成9年.
- 9) 河井啓三,大沼敏夫:よくわかる排便・便秘のケア,中央法規,P118-124,1996.
- 10) Jill Beadle: Continence Services,Nursing for Continence Beconsfield,P365-380 1996.

- 11) 服部孝道,安田耕作他:神経因疾患による排尿障害ハンドブック,三輪書店,P32-44, 1998.
- 12) エレイン・L・コーベン,トニ・G・セスター編著,矢野正子,菅田勝也監訳:看護ケースマネジメント,クリティカルパスと実践の評価,医学書院,1998.
- 13) 山崎絆:急性疾患のクリティカルパス,看護管理,VOL7,No.6,P406-412,1997.
- 14) 阿部俊子:クリティカルパス導入でケアが変わる,月刊ナーシング,VOL18,No8,P48-55,1998.
- 15) 阿部俊子:クリティカルパス作成のA to Z,月刊ナーシング,VOL18,No8,P46-59,1998.
- 16) 阿部俊子:クリティカルパス運用におけるケースマネジャーの役割,月刊ナーシング,VOL18,No8,P60-64,1998.
- 17) 老人福祉施策区市町村単独事業一覧:東京都福祉局福祉部,平成9年度.
- 18) Mary Dolman: Continence in the Community, Nursing for Continence Beconsfield, P365-380, 1996.
- 19) Chistin Norton: The Nurse and Continence Adviser: Nursing For Continence Beconsfield Publishers LTD, UK, 1986, P295-P306.

G. 大腿骨頸部骨折事例における訪問看護標準化枠組

1. 大腿骨頸部骨折事例の訪問看護標準化枠組の開発経過

1) 大腿骨頸部骨折の動向と本訪問看護標準化枠組開発の意図

骨折はその部位によって症状、治癒形態が異なるため、ここでは「大腿骨頸部骨折」とした。

大腿骨頸部骨折は高齢者に頻発し、高齢社会である我が国においてもその事例は増加している。内側骨折は骨頭壊死や偽関節を形成しやすく、人工骨頭置換術、釘固定、保存療法（ギブス固定等）が行われる。

大腿骨頸部骨折の問題は、対象が高齢者であり、術後合併症、廃用性症候群の併発をしやすいこと。それが在院日数の長期化をまねき、寝たきりとなり、退院後は施設に移行するケースが多いことである。以上のこととは新潟県立小出病院の過去3年間の事例調査や様々な文献においてよく報告されていることである。

高齢化がさらに進み、医療費抑制政策が促進されている現在、これから急速に病院の在院日数短縮化が強調されると、大腿骨頸部骨折事例に対しても対策が講じられる必要性が出てくる。最近では、中野総合病院や新潟県立小出病院において大腿骨頸部骨折に関するクリティカルパスが紹介されているが、十分に活用されているとはいえない状況である。

このように大腿骨頸部骨折の事例が入院期間の短縮化が進んでいくと、退院後の在宅移行ケースが増え、そのフォローの必要性が出てくる。病院から在宅に移行する時期は、歩行などの機能訓練や転倒等の危険防止、そして家族の介護受け入れの問題が生じてくる。その問題に対処する訪問看護の位置づけは重要である。しかし、大腿骨頸部骨折に関する訪問看護の標準化枠組の開発はまだ我が国においては開発されていない。そこで、今回、これらの問題を解決する大腿骨頸部骨折の訪問看護標準化枠組みの開発、実践に取り組んだ。

2. 調査 I (予備調査と訪問看護標準化枠組作成過程)

1) 対象：退院後、訪問看護ステーションがフォローしている大腿骨頸部骨折の患者10事例。

2) 調査方法：訪問看護ステーション管理者の協力を下に、利用者名は伏せて訪問看護記録一式の提出を依頼し、記録物からの転記及び担当看護婦に聞き取り調査を行った。調査内容は、利用者の背景、家族構成、本人のADLレベル、訪問看護の援助内容、訪問回数、社会資源の利用状況などである。

3) 予備調査結果および訪問看護標準化枠組の作成

(1) 予備調査結果

予備調査事例の概要：収集した事例は10事例であり（表1参照）、事例はす

べて高齢者であり、何らかの廃用性症候群をもつ者が多かった。

表1)予備調査事の対象属性

No	年齢	性別	援助機関	初回訪問時のレベル	訪問2ヶ月後のレベル
1	89	男	訪問看護ステーション	準寝たきり、褥瘡、尿路感染併発	坐位保持、ポータブルトイレ移動しようとするが、本人嫌がる
2	87	女	訪問看護ステーション	寝たきり、筋力低下	本人意欲あり歩行器使用しているが、廃用性症候群が顕著で疲労感強い
3	92	女	訪問看護ステーション	準寝たきり、褥瘡、四肢痛	ほぼ変化なし
4	80	女	訪問看護ステーション	坐位レベル、骨粗鬆症	ほぼ変化なし
5	90	女	病院の保健指導室	準寝たきり、筋力低下	坐位、車椅子移乗可能となり訪問終了となる
6	90	男	訪問看護ステーション	歩行できるが、臥床したままのことが多い	坐位、立位、食事動作が自立、家族も指導が受け入れられる
7	80	女	訪問看護ステーション	立位自立、3歩歩行しかできない	ほぼADL自立する
8	86	女	訪問看護ステーション	坐位レベル、廃用性症候群、痴呆	変化なし
9	96	女	訪問看護ステーション	寝たきりで寝返りはできる、廃用性症候群、痴呆	変化なし
10	93	女	訪問看護ステーション	歩行器、T杖歩行	ADL自立する

初回訪問のADLレベル：寝たきりや坐位、立位、歩行（自立していない）レベルと幅広い。

訪問看護の頻度とケア内容：1～3回までの制度内、定期の訪問であった。ケア内容は症状観察、日常生活の援助、坐位・車椅子保持などが主な内容であった。

約2ヶ月後のレベル：寝たきり、痴呆、廃用性症候群の強いものは初回訪問時とほとんど変化ない者が多かった。初回訪問時、立位・歩行レベルの者はADLが向上していた。

事例の考察：予備調査10例の結果より、標準化枠組開発の視点から以下のように考察した。

- ・大腿骨頸部骨折患者は高齢であり、入院中の廃用性症候群、痴呆の合併の程度により、訪問看護の内容や患者のアウトカムが左右される。
- ・訪問看護の内容は、状態観察、坐位保持、車椅子移乗、危険防止、清拭や排泄などの日常生活援助が主体である。
- ・訪問看護の頻度は週1～3回である。
- ・本人の意欲、廃用性症候群の合併等、家族の協力度によってADL、IA

DLが左右される。

- ・約2ヶ月の目標は、第一に坐位から立位、立位から杖歩行、杖歩行から自立歩行へとワンランク状態を向上させること、それにしたがってADLを拡大することとした。

(2) 訪問看護標準化枠組の作成

上記の予備調査結果及びリハビリテーション専門家との意見交換（医師から得た示唆、理学療法士、作業療法士から得た示唆）、文献検索から標準化枠組を作成した。さらに専門家には標準化枠組作成後もアドバイスをもらい洗練していく。

訪問看護標準化の要点と全体の流れ

・大腿骨頸部骨折を起した事例の経過は、i. 内側骨折で人工骨頭置換術を行なう、ii. 転子間骨折でピン固定を行なうというどちらかで術後経過、退院可能時期、ADLレベルは違ってくる。短期の入院で早期に在宅に帰るための理想の案はiでは全荷重可能となる術後約2週間目、iiでは術後約3～4週間の部分負荷の段階で在宅に移行できる。しかし、現実にはi、iiともに全荷重可能である段階、約2ヶ月頃に退院している。さらに長期入院となっている原因としては、合併症、廐用性症候群の併発で早期離床ができていないことがある。以上から本研究において作成した標準的枠組は術式と入院期間は問わず、全荷重可能で退院許可がでた時点からの作成を試みた。

・退院時の患者レベル：退院時の身体状況は「かろじて（部分介助で）坐位ができる」というレベルの患者を設定した。そして「坐位が自分でできる」「立位保持ができる」「歩行できる」と目標を定めた。なお、ここでは合併症、廐用性症候群が顕著で寝たきりの者は適応としない。なぜなら、そのような患者は骨折の回復よりも介護ニーズの充足が中心となり「寝たきり者」の標準化枠組に該当すると考えたからである。

・在宅における機能訓練：訓練は「坐位保持」「立位保持」「歩行訓練」等を主体とし、臥床訓練を主としない。その理由は臥床の筋力増強訓練は一部の筋肉だけに効果があり、それよりも坐位、立位、歩行の方が多種の筋肉を同時に使用するからである。機能訓練の具体的な内容は日常生活の拡大をねらいとして、例えば、「椅子に坐らせる」「テーブルを両手で持たせ、支えながら立位保持する」「柱に捕まり屈伸運動する」という日常の中での行為から訓練を進めていくこととした。

・家族の協力：上記を進めるにあたり、家族・介護者の協力は大きい。したがって、訪問看護職は本人の意欲への支援と共に家族・介護者に対する信頼関係を築き、協力・相談に努める必要がある。家族によっては「危ないから、手間がかかるから」と言って寝せておく場合もあるので、早期から家族・介護者に対してインフォームドコンセントに力を注ぐ。

(3) 訪問看護の標準的枠組みの内容

以上の結果、考察から大腿骨頸部骨折の訪問看護標準化枠組の作成を行った（標準化枠組調査票参照）。

訪問期間の設定：高齢であり、合併症や廃用性症候群、転倒、ADLの低下、介護力などの問題を抱えており、病院から在宅に移行する時期は、それらの悪化、予防のために訪問看護は必要と思われる。予備調査の中の事例5は、病院と訪問看護部門が適切に連携し、初期の段階で必要な訪問看護を集中した事例であった。その結果、約2ヶ月にはADLも向上し自力坐位・立位ができるようになった訪問看護事例であった。さらに事例6、7、10でもほぼ2ヶ月でADLが自立、その訪問看護の頻度は制度内での週1～3回であった。前述したリハビリテーション専門家からの示唆として、在宅ケアにおける機能訓練は、訓練のみならず居住環境、補助具、本人、家族の意欲、介護状況などをトータル的に観察、判断、指導が求められるため、週1～3回の訪問頻度が妥当ということであった。したがって、退院前の事前訪問から退院直後2ヶ月間、週1～3回の訪問頻度とした。

目標設定：ADLの低下予防、介護負担の軽減をはかるには、坐ることができる、立つことができる、歩行できるという動作の向上が何よりも重要であると考えた。そして合併症、廃用性症候群の予防、軽減、転倒予防、日常生活の介護負担の軽減等を中心に目標を定めた。

評価項目・内容設定：疾患、検査よりも坐位、立位、歩行レベル評価、機能訓練、そしてADL、IADL動作の評価項目を中心に設定した。その他、社会資源を早期に整えること、介護者に対して本人を寝たきりにさせないという前向きな姿勢と介護方法の習得も加えた。

期間別アウトカム設定：評価項目に定めた坐位・立位・歩行の実行、ADL、IADL動作、社会資源の整備、介護負担の軽減、そして高齢者のための在宅環境適応等の項目を加えた

* 7. 課題実施性評価表		基準名	課題名	課題説明
評議会員	○	○	○	○
訪問対象者	○	○	○	○
訪問対象者の行動目標	○	○	○	○
課題実施性評価の行動目標	○	○	○	○
医療	○	○	○	○
日常生活	○	○	○	○
ADL動作	○	○	○	○
コミュニケーション	○	○	○	○
介護	○	○	○	○
社会	○	○	○	○
心連・社会	○	○	○	○
調査結果	○	○	○	○
対応内容	○	○	○	○

二回の目的	（1）自分の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。 （2）自分自身の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。
三回の目的	（1）自分の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。 （2）自分自身の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。
四回の目的	（1）自分の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。 （2）自分自身の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。
五回の目的	（1）自分の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。 （2）自分自身の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。
六回の目的	（1）自分の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。 （2）自分自身の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。
七回の目的	（1）自分の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。 （2）自分自身の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。
八回の目的	（1）自分の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。 （2）自分自身の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。
九回の目的	（1）自分の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。 （2）自分自身の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。
十回の目的	（1）自分の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。 （2）自分自身の立場を明確にして、他のアクトとの関係を理解する。

方針を定めた。一方で、日本では、この方針が実現されないまま、経済の停滞が続いている。そこで、日本は、自らの経済を活性化するため、内需を刺激する政策を実行している。しかし、この政策は、他の国々との競争力を低下させ、世界経済に悪影響を与える可能性がある。また、資源の過度な消費によって、環境問題が深刻化している。そのため、持続可能な開発の実現を目指す取り組みが進められている。

介護者が必要な高齢者の行動を行、工夫している
住居の構造を改修して、車椅子が通行しやすくなる
必要なく、車椅子が通行しやすい構造を実現している
ベッド、椅子等の移動用具を手作りなどして、利用している
介護、看護等の専門職が、車椅子の利用を効率化している
施設の既存の構造から、車椅子が通る仕様に変更している
その他の、車椅子が通る仕様に変更している
ハイモ中野田由比加野原千賀・鈴木・鈴化していない
ハイモ中野田由比加野原千賀・鈴木・鈴化していない

3、本調査（訪問看護標準化枠組の適用調査）

- 1) 対象：大腿骨頸部骨折し訪問看護に移行した2事例
- 2) 調査方法：以下の方法をとった。

- (1) 調査方法：調査は作成した大腿骨頸部骨折標準化枠組の通り訪問看護を実施し、患者アウトカム評価を行ってもらった。
- (2) 評価方法：各ケア内容の実施評価では作成した標準化枠組みの通りに訪問看護を実施し、ケア内容をチェックする。実施できなかった項目がある場合は、その理由を明確化し、訪問担当看護婦に選択肢から選定するよう依頼した。患者アウトカム評価は評価項目に従い、設定されたアウトカム（期待される成果）への到達の有無を訪問担当看護婦に依頼した。アウトカムに到達しなかった場合には、その理由を明確化し、選択肢より選定するよう依頼した。

3) 結果

(1) 事例の概要：適用事例は2例であり、2例とも高齢者であった。（表3参照）。この2事例は個人差があり、適用状況も異なるため、ここでは2事例の平均化するのは有効でないため、事例別に適用状況（表4～7参照）を説明することにする。

表3)標準化枠組適用の事例概要

事例番号	年齢	ADL	概要
事例1	81	寝返り要介助 端座位要介助 移動一部介助 排泄全介助 着脱全介助	家族構成は本人・娘・孫の3人。 大腿骨頸部骨折で2ヶ月入院。 退院時の状況は筋力低下目立ち、ほとんど寝たきり。 食事と排泄は全介助であった。 退院後、訪問看護を開始、その間日中車椅子で過ごす。 食事も座位で取るようになる。 しかし、家族は「寝たきりのほうが楽」と考え、訓練に意欲なし 在宅サービスに対して訪問看護・入浴以外拒否
事例2	89	杖歩行	杖歩行訓練後、リハビリ施設の転院予定が、本人の希望で 自宅に帰ることになり、訪問看護開始。 訪問初期より自立したいという強い意志があり、過信傾向 1ヶ月後、ROM、筋力テスト等向上。 杖歩行、階段昇降安定、入院前の状態に戻る

適用事例1:T 氏(0ステーション)

表4)標準訪問看護計画実施項目及び実施できなかった理由

パスウェイ	退院前11月10日		11月16日		11月26日		12月1日		12月8日	
訪問頻度	1回		1回／週		1回／週		1回／週		1回／週	
実施率と理由番号	実施率	理由番号	実施率	理由番号	実施率	理由番号	実施率	理由番号	実施率	理由番号
看護職の行動目標	50.0%		76.9%		91.7%①		83.3%①		61.5%①③	
疾病経過	0.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
検査	0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%	
機能訓練	14.3%		100.0%		83.3%①		66.7%①③		71.4%①③	
日常生活(ADL)	100.0%		40.0%③		80.0%①		60.0%①③		70.0%①③	
(IADL)	100.0%		25.0%		33.3%①		12.5%		25.0%①③	
セルフケア	0.0%		66.7%		66.7%①		66.7%①③		66.7%①③	
コミュニケーション	50.0%		0.0%		50.0%①		100.0%		100.0%	
栄養	33.3%		66.7%		100.0%		100.0%		100.0%	
排泄	66.7%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
安全	0.0%		50.0%		50.0%		50.0%③		50.0%	
清潔	0.0%		100.0%		50.0%①		50.0%③		50.0%③	
心理社会	50.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
社会資源	33.3%		0.0%		25.0%		50.0%		25.0%③	
薬剤治療	50.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
処置	0.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
合計項目実施率	14.50%		57.60%		65.5%		58.6%		64.4%	

パスウェイ	12月16日		12月22日		1月5日		1月12日		1月5日	
訪問頻度	1回／週		1回／週		1回／週		1回／週		1回／週	
実施率と理由番号	実施率	理由番号	実施率	理由番号	実施率	理由番号	実施率	理由番号	実施率	理由番号
看護職の行動目標	75.0%①③		83.3%		83.3%①③		75.0%①③		83.3%①③	
疾病経過	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
検査	0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%	
機能訓練	83.3%①③		66.7%		83.3%①③		66.7%①③		71.4%①③	
日常生活(ADL)	70.0%		60.0%		50.0%		60.0%		50.0%①③	
(IADL)	25.0%①③		25.0%		25.0%		25.0%		25.0%①	
セルフケア	66.7%		66.7%		33.3%①③		66.7%①③		66.7%①③	
コミュニケーション	100.0%		100.0%		50.0%		100.0%		100.0%	
栄養	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
排泄	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
安全	50.0%		50.0%		50.0%		50.0%		50.0%	
清潔	50.0%		50.0%		50.0%		50.0%		50.0%	
心理社会	100.0%		50.0%		75.0%		100.0%		100.0%	
社会資源	25.0%		25.0%		25.0%		25.0%		25.0%	
薬剤治療	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
処置	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
合計項目実施率	65.5%		58.6%		56.9%		62.1%		60.3%	

表5)期待される成果に到達しなかった理由(バリアンス評価)

パスウェイ	2週間目		1ヶ月目		2ヶ月目	
訪問頻度						
実施率と理由番号	到達率	理由番号	到達率	理由番号	到達率	理由番号
看護職の行動目標	54.5%①③		45.5%		54.5%①②③⑤	
疾病経過	100.0%		100.0%		100.0%	
検査	50.0%		25.0%		50.0%	
機能訓練	33.3%③		16.7%		33.3%①③⑤	
日常生活(ADL)	0.0%①		20.0%		20.0%	
(IADL)	0.0%		12.5%		0.0%	
セルフケア	66.7%		66.7%		66.7%①③⑤	
コミュニケーション	50.0%①		50.0%		0.0%③	
栄養	100.0%		100.0%		100.0%	
排泄	0.0%		100.0%		100.0%	
安全	100.0%		50.0%		50.0%	
清潔	100.0%		100.0%		100.0%	
心理社会	25.0%③		0.0%		25.0%①③⑤	
社会資源	0.0%③		0.0%		25.0%	
薬剤治療	100.0%		50.0%		100.0%	
処置	100.0%		100.0%		100.0%	
合計項目実施率	37.9%		37.3%		46.6%	

骨折標準訪問看護計画

適用事例2:T氏(T病院保健指導室)

表⑥)標準訪問看護計画実施項目及び実施できなかった理由

パスウェイ	退院前	12月25日	初回訪問	12月28日	1月6日		1月13日		1月29日
訪問頻度	1回				1回／週		1回／週		
実施率と理由番号	実施率	理由番号	実施率	理由番号	実施率	理由番号	実施率	理由番号	実施率
評価項目									
看護職の行動目標	100.0%		92.3%	⑩	69.2%	⑪⑫	69.2%	⑪⑫	64.3% ②⑬
疾病経過	100.0%		66.7%	⑩	66.7%	⑩	66.7%	⑩	66.7% ⑩
検査	100.0%		100.0%	⑩	50.0%	⑩	50.0%	⑩	50.0% ⑩
機能訓練	100.0%		50.0%		50.0%	⑪⑫	50.0%	⑪	50.0% ⑩
日常生活(ADL) (IADL)	100.0% 50.0%	⑩	100.0% 70.0%	⑪⑫	40.0% 12.5%	⑪⑫	30.0% 12.5%	⑪⑫	10.0% ⑪
セルフケア	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%
コミュニケーション	100.0%		0.0%	⑩	0.0%	⑩	0.0%	⑩	0.0% ⑩
栄養	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		66.7% ⑩
排泄	100.0%		100.0%		33.3%	⑩	33.3%	⑩	0.0% ⑩
安全	100.0%		50.0%	⑩	50.0%	⑩	50.0%	⑩	100.0%
清潔	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%
心理社会	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%
社会資源	100.0%		100.0%		0.0%	⑩	25.0%	⑩	50.0% ⑩
薬剤治療	100.0%		100.0%		50.0%	⑩	50.0%	⑩	50.0% ⑩
処置	100.0%		50.0%	⑪	50.0%	⑩	50.0%	⑩	50.0% ⑩
合計項目実施率	91.5%		70.0%		44.8%		44.8%		53.0%

表⑦)期待される成果に到達しなかった理由(バリアンス評価)

パスウェイ	2週間目	1ヶ月目
訪問頻度	1回／週	1回／週
実施率と理由番号	到達率 理由番号	到達率 理由番号
評価項目		
看護職の行動目標	83.3% ⑩	83.3% ⑩
疾病経過	100.0%	100.0%
検査	0.0% ⑩	100.0%
機能訓練	83.3% ⑩	100.0%
日常生活(ADL) (IADL)	100.0% 25.0% ⑩	100.0% 37.5% ⑩
セルフケア	100.0%	100.0%
コミュニケーション	100.0%	100.0%
栄養	100.0%	100.0%
排泄	66.7% ⑩	100.0%
安全	100.0%	100.0%
清潔	100.0%	100.0%
心理社会	100.0%	100.0%
社会資源	0.0% ⑩	50.0% ⑩
薬剤治療	0.0% ⑩	50.0% ⑩
処置	100.0%	100.0%
合計項目実施率	69.0%	71.2%

(2) 適用事例1の状況

①事例概要：81歳の女性。家族構成は本人と娘、孫の3人。主介護者は娘（スナック経営）である。大腿骨頸部骨折で2ヶ月入院した。退院時の状況は、筋力低下が目立ちほとんど寝たきりで、食事と排泄は全介助であった。

退院後、訪問看護を開始し、そこから約2ヶ月後は、日中は車椅子で1時間程度リビングで過ごすようになった。また、食事と排泄は全介助のままであるが、食事は坐位でとるようになった。主介護者は「寝たきりの方が楽」と考えており、患者も機能回復に全く意欲がなかった。在宅サービス活用に関して、訪問看護と訪問入浴以外は他の介入を拒否した。

②標準化枠組の展開：

訪問期間：2ヶ月間、週1回の割合で、合計10回の訪問看護を実施した。

目標とケア内容：枠組みとして設定された目標のうち、「検査」と「IADL動作」はほとんど実施しなかった。この理由は、限られた訪問時間内では、各種検査よりもケアを優先せざるを得なかつたこと、「IADL動作」は、患者・家族が生活拡大に積極的であり、患者の心身条件が整わなかつたことによる。

アウトカム設定：枠組として設定されたアウトカムのうち、期待する成果に到達しなかつた主な内容は下記の通りであった。

- ・立位、歩行ができる
- ・機能訓練を実施している
- ・服薬等8項目のIADL動作ができる
- ・患者、家族の在宅生活への適応、問題対処ができる。

到達しなかつた理由は、1患者の心身条件、2患者、家族が拒否、3スタッフの能力不足、であった。なお、訪問看護婦が「スタッフの能力不足」と自己評価した内容は、主に検査、機能訓練、心理・社会（在宅生活への適応、問題対処）であった。

バリアンス：決定された目標とケア内容以外に実施した内容は、足浴（3回）、ベッドバス（1回）、陰部洗浄（1回）であった。他職種が行ったケア内容は訪問入浴（週1回）であり、ホームヘルプとPT訪問については勧めたが、娘が「必要を感じない」と拒否した。

③訪問頻度・時間帯・滞在・連携・管理時間（表8参照）

- ・訪問頻度は週に1回である。
- ・すべて日勤帯、計画的訪問であり、臨時訪問はない。
- ・訪問滞在時間は55分から60分である
- ・連携に要した実時間は記載がない
- ・管理状況の管理の内容は、利用者のケア記録、訪問準備、利用者との電話連絡が毎回されており、スタッフ間連絡・報告が1回みられた。

・上記の管理に要した実時間はほぼ30分である。

(3) 適用事例2 の状況

① 事例概要：89歳の男性、旅行先で転倒受診し、右人工骨頭置換術施行。杖歩行訓練開始となりリハビリ施設への転院が予定されていたが、本人の強い希望で急遽自宅退院となる。自宅退院に不安を持っていた主介護者である妻の支援として訪問看護を開始。訪問初期から、本人は自立したいという気持ちが強く在宅での歩行訓練には意欲的に取り組んでいたが、自分の状態を過信し行動する傾向があったため、本人・妻に対して、再三、転倒や不良肢位による脱臼の予防を説明、指導した。訪問中期は、保健所・保健婦と共に安全で生活しやすい環境を整えるために住宅改修（浴室改善・手摺設置・段差解消）を勧める。不便を感じていないと現状維持を希望されたが、妻の要望により手摺の設置の手続きを行なった。1ヶ月後、ROMテスト、筋力テスト結果、大腿・下腿周計値も向上。体重も1kg増となり、杖歩行や階段昇降も安定し、生活も外出を除いて入院前に戻る。

② 標準化枠組の展開

訪問期間の設定：杖歩行できる状態で退院。合併症もなく、妻の介護力（体力的な部分は近くに住む次男が担当）も期待できると判断したが、退院前の観察として不安定な歩行、本人の状態や退院後の生活に対する過信、妻の健康管理・精神的支援の必要性から、週1回の訪問頻度、病院から在宅への移行（との生活に戻る）を2ヶ月と期間設定した。実際は、転倒や合併症が起きなかつたことと、本人ががんばって在宅リハビリメニューを実施したことが功を奏し訪問看護は2ヶ月以内で終結可能（地域の訪問指導に継続）

目標設定：長期目標（2ヶ月）はi. 本人は合併症を起こさず、制限範囲内でも最も身体可動性とADL/IADL自立を得る。ii. 本人は継続的に外傷（転倒など）をおこさない。並、妻は介護の不安が軽減したと表現する。具体的にi.については、骨折前の生活を目標にすることを本人・妻と合意した。

評価項目・内容設定：設定した項目・内容で良かったが、「緊急時の対応（本人・家族が緊急事態に行動がとれる）」を「安全」の項目に追加したほうが良い。

期間別アウトカム設定：初期は、事故防止と脱臼予防の意識づけと予防行動ができる、機能訓練意欲の維持と歩行訓練の継続、緊急時の対応方法が理解できることを特に重点を置いた。中期は、意欲的な歩行・階段昇降訓練の継続、住宅環境の問題を理解し必要な生活用具や住宅改善の手続きができる、本人・妻が在宅生活・リハビリに慣れてきている、退院時より歩行が安定しているを設定した。さらに、下肢の筋力や関節の拘縮が改善している、必要な生活用具が使われ、必要な住宅改善が行われているという点も加えた。

バリアンス：検査項目は評価時期の妥当性より毎回の訪問では行なわなかった。

IADLについては、骨折前の生活でも妻の役割として成されていなかったため、その行為をすることがなかったため実施できなかった。

住宅改修は本人が望まなかつたことと、退院後すぐお正月休みとなってしまったため、手続き完了まで時間を要した。

③ 訪問看護婦の訪問状況、連携時間、管理状況

標準訪問看護計画を適用した事例2の訪問状況：病院機関内保健婦の場合

- ・訪問頻度は週に1回である。
- ・すべて日勤帯、計画的訪問であり、臨時訪問はない。
- ・訪問滞在時間は60分から90分である。
- ・他機関の保健婦、区の職員との連携を3回行っており、1回10分から15分、合計35分に要している。

管理状況の管理の内容は、利用者のケア記録、訪問準備、利用者との電話連絡、スタッフ間連絡・報告等、様々に行われており、1回あたり10から90分、合計470分を要している。

表8)訪問頻度・時間帯・滞在時間・連携・管理・総業務時間

各事例群名	事例	機関	訪問頻度・時間帯	総訪問滞在時間(分)	総連携時間(分)	管理時間(分)	総業務時間(分)
大腿骨頸部骨折	①	ステーション	日勤:10回	590	0	315	905
	②	病院	日勤:5回	310	35	470	815
平均値			7.5回	450	17.5	392.5	860

4. 考察

1) 患者の個別性について

今回は術式関係なく全荷重が許可された段階での標準化枠組を作成した。今後、医療改革、早期退院、在院日数の短縮化が進められることを考えれば、部分荷重の段階で退院する事例が増えることは必須である。したがって、大腿骨頸部骨折の枠組のパターンとして、全負荷と部分負荷の両方を用意する必要がある。

適用事例1は寝たきりに近く、坐位がかろうじてできるというレベルであり、標準化枠組実施の結果、患者アウトカムがあまり向上しなかった事例であった。この事例は骨融合の問題ではなく、「本人や家族の意欲、協力度」、「ADLのレベル」等の要因によって影響を受けた事例であった。それに対して、適用事例2は杖歩行レベルで意欲があり標準化枠組実施成功例の事例であった。したがって、大腿骨頸部骨折標準化枠組における患者の個別性を大きく分けると、座位がかろうじてとれる～杖歩行までに分けられる。しかし、その中でも多様な個別性が存在し、座位がかろうじてとれるというのは、寝たきりに近いため、標準化枠組の

適用からは除外したほうがよいと考える。

「本人・家族の意欲や協力度」：大腿骨頸部骨折適用事例は2例であったが、本人意欲がありアウトカムが向上し成功した事例、家族の協力なくあまりアウトカムが向上しなかった事例と患者個別性は分けられた。適用にあたって「本人・家族の意欲や協力度」は標準化にするうえで重要な因子であることが明らかにされた。したがって「本人・家族の意欲や協力度」は詳細に早期にアセスメントし支援するようにして、事例の個別性を整合する必要があるといえる。

「退院時のADLレベル」：適用事例1では寝たきりに近い状態であり、適用事例2は杖歩行レベルでスタートした。患者アウトカムが向上した成功事例である適用事例2をみると、「退院時のADLレベル」は患者の個別性を反映する重要な因子であると考える。少なくとも、自力座位のレベルからのスタートとするべきである。その点を考慮するなら入院中、合併症を予防し防ぐ必要があり、病院との連携が重要となってくる。

2) 訪問看護標準化枠組みの評価項目の妥当性と表現方法・実施方法について

成功事例（適用事例2）でケアの実施率の高かった評価項目は安全、清潔、社会心理、セルフケア、機能訓練であった。低い項目はコミュニケーション、排泄であった。低い項目は患者が痴呆はなかったこと早期から訪問看護の受け入れが良かったので必要なかったことが考えられる。その他の項目のバリアンスを見てみると、バリアンス番号①③⑤が多かった。このことから、看護婦は検査測定に慣れていたこと、その他のケア項目が多く優先順位が下位になったこと、患者のレベルが向上しないために、必要でないと思われたことがあげられる。より専門的なケア行為に関してはマニュアルを加え、説明する必要がある。一方で、他職種、特に訪問リハビリを行っている理学療法士、作業療法士と連携活用し、互いの専門性を生かすことも得策と言える。適用事例2では訪問リハビリを活用し、成功した事例である。

適用事例1では最終患者アウトカム到達率46.6%、適用事例2では71.2%、平均値58.9%であった。看護婦の行動目標到達率は54.5%、83.3%、平均値約70%であった。事例数が少なく妥当性は評価できないが、設定した項目はまずまず妥当であったと考える。

本人や家族に協力意欲がある事例は訪問頻度週に1～3回、日勤帯、計画訪問で標準化枠組の実施は可能であると考える。しかし、本人のADLレベルが低く、本人や家族の意欲も低い事例では、それ以上に訪問頻度上げて、機能訓練を行う必要がある。

連携時間は必要であり、病院やリハビリ職、住宅改善のための市町村との連携、歩くことができるようになればかかりつけ医との連携時間が必要になる。

全体的に項目数が多く、見づらい形態になっている。表現方法に重複するところ

があったり、くどい表現になっているので、重複箇所は削除し、表現も簡潔にできるところはする必要がある。

さらに項目を選定する必要があると考える。その方向性としては一般的な生活全般のケア項目よりも、骨折、機能訓練等の専門的な項目、上記に挙げた意欲の面に関する項目を専門的具体的に明記し、焦点化することが必要と思われる。

ADL、IADLについてはチェックされているのものと、そうでないものが分かれた。これに関してはマニュアルを添付したが、面倒な作業と思われた。今後は必要な項目を絞り記載する必要がある。

3) 看護婦の教育の必要性について

適用事例1での担当看護婦（訪問看護婦として勤務したばかりの者）より「このチェック票があれば何をいつ行えばよいのか具体的に示してくれているのでケア内容が勉強になった」という声が聞かれた。このことにより、標準化枠組みは、誰が行っても同じ看護レベルを提供できるという訪問看護の質保証のために役立つものと考える。さらに検査、機能訓練などの専門的技術項目についてはマニュアルを作成し、教育の必要性があると思われる。今後、入院短縮の影響で部分負荷の段階で在宅化が進み機能訓練が求められるようになると、専門的な技術指導は教育の重要な項目になる。

5. 提言

標準化枠組を事例に適用して、さらに現場に利用しやすい標準枠組を作成するに当たっての要点は以下の通りである。

- ・今回作成した標準化枠組は、多様なレベルの看護職が対応できるように具体的に詳細な項目を列挙した。しかし、今回重複する項目や骨折以外の一般的項目があつたので数が多くなり、文字も小さく、チェックに困難を要した。したがって、重複項目や一般的項目を削除し、項目数を絞ることにした。今後は現場に活用できる項目の洗練と骨折の特徴を反映した項目の明確化をはかり、標準化枠組の説明書、ケアマニュアルとのセットの検討をさらに行う必要がある。
- ・ADL、IADL項目は重要な項目を選択した（早期の家計管理、家屋維持は除いた）。さらに、筋力テストや筋周囲測定もケアの項目として、実施困難があるので、重要な1つの項目だけを定めた。

6. 今後の課題

今回事例数が少なかったのは、大腿骨頸部骨折事例は在院日数が長く退院後は老人保健施設等の施設に移行する事例、治癒して問題なく歩いて帰る事例が大半で、訪問看護適用に移行するケースが少ないことがあげられる。しかし、対象

は高齢者であること、在宅への環境不適応のため転倒などの危険を抱えていること、日常生活に支援が必要なことなどを考えると、退院後の訪問看護は必要であると考える。さらに今後は入院短縮化が進み、部分負荷の段階で在宅に移行するとその継続的なケアとしての訪問看護は必須である。病院入院中からクリティカルパスを導入し、合併症を防ぎ、在宅への運動性をはかること、問題ないような事例でも、高齢であり在宅に移行する時期は転倒などの問題が生じるので、在宅に適用するまでの間、訪問看護の介入をはかり、予防に努めるなどの必要があるようと考える。

さらに、標準枠組の評価項目の重要度ランキング、選定についてもさらに事例適用をはかり検討する必要がある。

参考文献

- 1) 大田仁史、脳卒中 在宅療養の動作訓練、動作のアセスメントと訓練プラン、アビリティーズ総合研究所、1998年
- 2) 川端理恵、栗城千秋他、大腿骨頸部骨折患者のクリティカルパスの開発、第18回お茶ノ水セミナー学会、平成10年11月14日
- 3) 中東静香、登坂由美子他、地域に適したクリティカルパスの導入－大腿骨頸部骨折患者の早期退院に向けての試み－、県立小出病院看護部会平成10年度看護研究収録、P72-91、1999
- 4) 黒田裕子監修：臨床看護学セミナー8 運動機能障害をもつ人の看護、メディカルフレンド社、P.83-88,1997
- 5) 鎌田ケイ子・他：新版看護学全書第30巻老年看護学、メディカルフレンド社、P.156-162,1997
- 6) 鎌田ケイ子・他：前掲書 P.147-149
- 7) 黒田裕子監修：1) P.39
- 8) 米本恭三・他：リハビリテーションにおける評価、Clinical Rehabilitation別冊、医歯薬出版、P.52,1996
- 9) 米本恭三・他：前掲書 P.86-88
- 10) 米本恭三・他：前掲書 P.77-86
- 11) 日本作業療法士協会、作業治療学4老年期障害、協同医書出版、1992
- 12) 貝塚みどり他、QOLを高めるリハビリテーション看護、医歯薬出版、1995
- 13) 京都府立医科大学付属病院看護部、ナースのための退院指導マニュアル、南江堂、1996
- 14) 高橋美智他、リハビリテーション看護、系統看護学講座別巻3、1994
- 15) 栗生田友子、大腿骨頸部骨折患者の看護診断・標準看護計画、看護技術39(1)、PP27~31、1993

- 1 6) 宮永豊他、大腿骨頸部骨折の病態生理と局所解剖、総合リハビリテーション 20 (1)、PP 7~12、1992
- 1 7) 中野謙吾他、大腿骨頸部骨折の治療と看護、臨床看護 15 (14)、PP2171~2175、1989
- 1 8) 廣谷速人、骨関節のバイオメカニクス—ことに股関節バイオメカニズムの臨床的意義—、総合リハビリテーション 17 (1)、PP33~41、1989
- 1 9) 波多野泉、高齢者における大腿骨頸部骨折の治療上の問題点、総合リハビリテーション 20 (1)、PP23~27、1992
- 2 0) 上田敏他、ねたきりを防ぐ、別冊総合ケア、医歯薬出版、1992
- 2 1) 大井淑雄他、運動療法、医歯薬出版、1985
- 2 2) 江藤文夫、廐用性症候群の発生機序と改善のための運動療法、P T ジャーナル 25、PP160~164、1991

4) 文献検討

H. 嘔下障害のある事例の訪問看護標準化枠組

1. 現在の嘔下障害患者の動向とその概念について

1) 我が国の嘔下障害患者の動向

1995年現在の脳梗塞患者数（全国統計・傷病分類別）は368500人であり、増加傾向にある。¹⁾ 脳血管疾患の急性期には30～40%の嘔下障害あり、慢性期までに残るのは10%以下との報告がある²⁾ 1995年の全国における訪問看護・訪問指導サービス定点モニター調査によると、利用者の主なる傷病名では、脳梗塞30.8%であり、食事・栄養・水分に関する援助を行った施設は46.6%（n=8,311）であった。³⁾ また在宅（施設）の意志疎通可能な慢性期脳血管障害患者における摂食状況においてR S S T (Repetitive saliva swallowing test; 反復唾液飲みテスト)による嘔下機能評価を行ったところ、約6割に誤嚥の疑いが持たれた。⁴⁾ これは在宅においても嘔下障害を持って生活し、何らかのサービスを利用していると考えられる。嘔下障害における看護の役割は、健康の保持増進・合併症の予防・社会復帰・患者家族教育・心理的安定（表1）と考えられており⁵⁾、嘔下障害の看護の必要性と、その看護ケアに対する質の保証が叫ばれている。日本では、今後在院日数の短縮が予測され、退院直後から生活基盤が安定するまでの期間の在宅ケアが重要であるといわれている。このような状況の中で、退院時に嘔下障害の症状を有しながら在宅生活を迎える者が増加することが予測されるが、嘔下障害をもつ患者に対して訪問看護方法及び訪問頻度が確立していない。そこで嘔下障害を有しながら病院等から在宅へ移行する時期にある本人や家族に対し、より効果的な看護を提供するために訪問看護の標準化枠組の開発・作成を試みることを考えた。

表1 嘔下障害における看護の役割

- | |
|-----------------------------|
| 1) 健康の保持増進—必要な水分や栄養がきちんと取れる |
| 2) 合併症の予防—肺炎・褥瘡・尿路感染等をおこさない |
| 3) 社会復帰—家庭や職場に復帰できる |
| 4) 患者・家族教育—安全で安心した食生活が維持できる |
| 5) 心理的安定—食事をおいしく楽しめる |

2) 嘔下障害に対する概念

嘔下障害はうまく食べ物を飲み込めない場合に使用されるが、現在、「摂食・嘔下障害」が食べる機能の障害の概念として使用されている。⁶⁾ 嘔下は飲み込むことであり、嘔下障害は「飲み込みの障害」である。しかし食べるという障害で見たときに「摂食・嘔下障害」という呼称が望ましい。摂食・嘔下障害の概念で

は、障害を①先行期（認知期）②準備期（咀嚼期）③口腔期（嚥下第1期）④咽頭期（嚥下第2期）⑤食道期（嚥下第3期）の5期（表1参照）に分けて考えているが、⁷⁾ 嚥下障害というと③～⑤期を意味すると思いがちである。しかし、食べるという人間の重要な行動は、看護においても「摂食・嚥下障害」の概念で考えていくべきである。

表1 摂食・嚥下運動の分類

I. 先行期（認知期）(anticipatory stage)	：食物が口腔に入る前の時期で、何をどのくらい、どのように食べるか決定し、行動する段階
II. 準備期（咀嚼期）(preparatory stage)	：食物を捕食し、続いて咀嚼してから嚥下運動が行なわれるまでの段階
III. 口腔期（oral stage）	：口腔から咽頭へ食塊を送る時期で、随意運動から不随意運動へと移行する段階
IV. 咽頭期（pharyngeal stage）	：反射運動により、食塊を咽頭から食道へ移送する段階
V. 食道期（esophageal stage）	：蠕動運動により食塊を食道から胃へ移送する段階

<出典> 植田耕一郎、藤谷順子：摂食・嚥下に関する生理学知識、p18、JHMスペシャル No.52 摂食・嚥下リハビリテーションマニュアル、1996

では、摂食・嚥下運動のどの時期に障害があるかを考える必要がわかったが、同時にどれほどの障害であるかを考えなくてはならない。そのため摂食・嚥下能力のグレードの評価をする必要がある。表2は摂食・嚥下障害のグレードの評価とゴールを示したものである。これによると摂食・嚥下障害といっても、軽度から重症まで様々なタイプがあることがわかる。

表2 摂食・嚥下能力のグレード（評価とゴール）

I. 重症 経口不可	1	嚥下困難または不能、嚥下訓練適応なし
	2	基礎的嚥下訓練のみの適応あり
	3	条件が整えば誤嚥は減り、摂取訓練が可能
II. 中等度 経口と補助栄養	4	楽しみとしての摂食は可能
	5	一部（1～2食）経口摂取
	6	3食経口摂取プラス補助栄養
III. 軽度 経口のみ	7	嚥下食で3食とも経口摂取
	8	特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取
	9	常食の経口摂取可能、臨床的観察と指導要する
V正常	10	正常の摂食・嚥下能力

食事介助が必要な場合はAをつける。（例：7Aなど）

条件：体位（
　　食物形態（　　）　　一口に含む量（　　）
　　食事時間（　　）　　）

Gr-1は重症意識障害、全身状態不良例がほとんどである

<出典>藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害第2版医師薬出版株式会社、p85、1998

また、一般的な嚥下障害の判断基準であるフレミングの嚥下障害指数（Fleming index of dysphagia, FID）⁸⁾や、藤島による誤嚥のグレード⁷⁾などの評価指標を使用し摂食・嚥下障害の有無の判定とグレード評価を行うことで正確な判断を行うことができる。

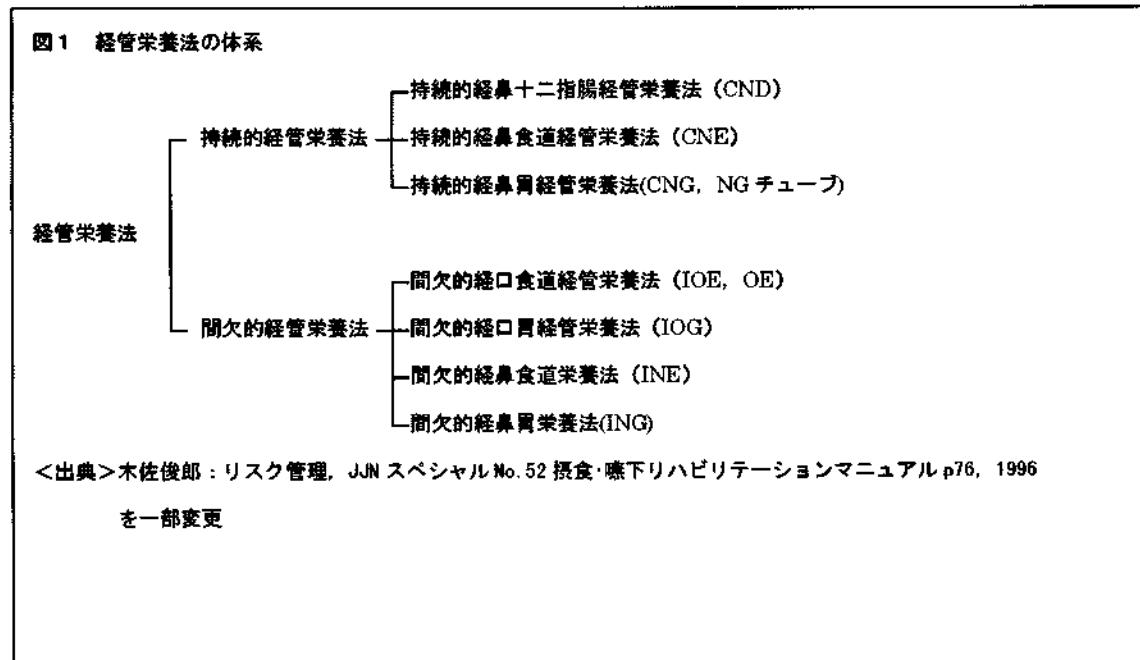
3) 対象の選定

このようにみると摂食・嚥下障害は、その個別性を重要視し、サービスを提供

していかなければならないことがわかる。その個別性を重視して、訪問看護の標準化を進めていくことは大変困難である。また、摂食・嚥下障害のグレードを細かく選定して開発・作成しようと試みたが、事例からの作成はできなかった。

そこで、訪問看護で行われるのケア方法の側からみるとして、まず、摂食・嚥下障害患者の栄養摂取方法によってその援助方法が分類できるのではないかと考えた。経口摂取するかしないか、した場合でも補助栄養が必要な場合、経口摂取しない場合の代償的アプローチとしてどのような方法を取るかで、在宅でおこなわれる処置や家族教育は変わってくる。特に経管栄養は在宅においては1日に3回行い、経管の管理が介護者の負担になりやすい、また、経管栄養を行っていても、直接訓練をする利用者の場合、経口摂取への援助が必要となってくる。そこで、経口摂取と経管栄養への看護を押さえるため、併用して栄養摂取している事例を想定した場合、その摂食・嚥下障害の能力は、藤島の摂食・嚥下能力のグレード⁹⁾において中等症～重症の患者が対象となるのではないかと考えた。しかし、その範囲が広いため、柔軟で基本的な看護が押さえられるようにすることを目的とした。そして、経管栄養法（図1参照）の限定も考え、在宅においては経管栄養法の中でも事例がみられ、嚥下障害が高度で恒久的に経管栄養が必要な人に行われている胃瘻¹⁰⁾と間欠的経管摂食法（Intermittent tube feeding, ITF）の間欠的経口食道経管栄養法（IOE；いわゆる口腔ネラトン法）¹¹⁾に限定し、摂食・嚥下障害の訪問看護の標準化枠組みの開発のために、文献検討を行った。

図1 経管栄養法の体系



<出典>木佐俊郎：リスク管理、JINスペシャルNo.52 摂食・嚥下リハビリテーションマニュアル p76, 1996
を一部変更

また、参考事例の収集に努めたが、訪問看護において、嚥下・摂食障害に対す

る治療・看護・リハビリテーションで、正確な判断と積極的なアプローチを行なっているステーションはまだ少ない。そのため、摂食・嚥下障害に対して積極的に関わっているリハビリテーション病院から 3 事例を、文献と合わせて検討することにした。

また、今回対象の年齢を 40 歳以上に設定したが、高齢者になると老化に伴う嚥下機能の低下も挙げられているため、¹²⁾（表 3 参照）今後、年齢についても考慮すべきと考える。

表 3 老化に伴う嚥下機能の低下原因

1. 虫歯などで歯が弱り、咀嚼力が低下する
2. 唾液の性状（粘性、組成など）、量の変化
3. 黏膜の知覚、味覚の変化
4. 口腔、咽頭、食道など嚥下筋力低下
5. 喉頭が解剖学的に下落し、嚥下反射時に喉頭挙上距離が大きくなる
6. 無症候性脳梗塞の存在（潜在的仮性球麻痺）
7. 注意力、集中力の低下

<出典>藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害 第2版, p51, 1998

2. 嚥下障害訪問看護標準化枠組の検討

1) 期間の設定

先にも述べたように、摂食・嚥下障害はその障害の多元、多様、個別性から一定の期間の設定は困難である。しかし訪問看護の場合、退院前後から関わっていくが、摂食・嚥下障害患者の退院時は、グレードの変化が顕著ではなく、障害に対する援助の方向性をある程度決定して退院する場合が多い。そこで、期間を退院前から考えることにした。

まず、リハビリテーション病院の 3 事例を参考事例としたが、これらはいずれも病院の入院から退院までの事例である。ここで、退院時に必要な援助が検討できる。また、この 3 事例はどの患者の病態も慢性期にあり、また他病院からの転院である。1 事例は在宅療養を経てからの入院であるため、このような患者が訪問看護の利用者となる事が考えられ、訪問看護計画の検討の参考となるとも考えた。今後このような病院でのケアやリハビリテーションは、現在の脳血管疾患患者の退院患者平均在院日数は 111.3 日であり¹³⁾長期にわたるが、病院の在院日数短縮への動きからみても在宅でも提供される可能性があると考えた。

また、期間を区切った理由であるが、退院時帰宅前・退院帰宅時は、訪問看護において患者の在宅療養目標を把握し、その他のアセスメントのため、在宅療養 1~3 日、在宅療養 4~7 日と、帰宅後 1 週間を 2 分したのは、環境の変化等によって身体状況に問題が起こりやすく、できるだけ早期に対応するためであり、それ以降は在宅療養 8~14 日在宅療養 15~30 日、在宅療養 31~60 日と、1 カ月までは 2 周毎、それ以降は 2 カ月までとした。

(1)参考事例の検討

事例は、多発性脳梗塞 45 歳女性、脳梗塞 87 歳男性、脊髄小脳変性症 60 歳女性である。(表 3 参照)

表3 リハビリテーション病院3事例の概要

No.	主疾患	年齢	性別	合併症	入院時現症	入院時の摂食・嚥下障害のレベル	方針
1	多発性脳梗塞	45	女	心房細動・僧帽弁狭窄症	意識清明・発語なし・聴理解力あり・嚥下障害・小字症	口腔相の障害で嚥下障害者は保たれている食物を口にためすぎる 首を進展して咽頭への食塊を送り込む戸いう代償行為の困難さがある・構音障害あり。	自宅退院 経口摂取+口腔ネラトン法
2	脳梗塞	87	男	右大腿骨折後	右片麻痺・嚥下障害・仮性球麻痺	NG チューブ挿入で転院してきた。VF の結果ゼリー状のもの後方に 30° で摂取可能	自宅退院 経口摂取
3	脊髄小脳変性症	60	女	摺瘡 起立性低血圧	意識清明・構音障害著明・頸頭部・上肢不随意運動あり・手指屈曲・下肢拘縮・他己導尿	半固体物摂取 水は困難・誤嚥性肺炎あり 舌不随意運動あり 構音障害著明	自宅退院 経口摂取+口腔ネラトン法

これら3事例はいずれも退院時に経口摂取が可能となっている。

文献からの事例の例としては、嚥下障害のある橋出血の患者の事例では発症・入院時 NG 法を行なっていたが、2 カ月半で全量摂取できるようになった。¹⁴⁾またワーレンベルグ症候群による咽頭相の重度障害で輪状咽頭筋の弛緩不全で、嚥下障害の患者は NG 法から胃瘻口腔、咽頭のアイスマッサージ、口的輪状咽頭筋拡張法により発症から 46 週で摂食訓練を行なう事が出来ている。¹⁵⁾図 1 は、摂食・嚥下障害の出現からの経過をまとめたものである。

図1 事例及び文献からの嚥下障害者の経過

事例	嚥下障害出現からの月数												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
事例 1 多発性脳梗塞 45 歳 女	入院	転院											
	NG 法	経口摂取											
事例 2 脳梗塞 87 歳 男	入院中	転院	退院										
	NG 法		100+経口→										
事例 3 脊髄小脳変性症 60 歳 女	経口半固体物十引水 10G→												
文献事例	嚥下障害出現からの週数												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8				
橋出血	CC	IVH	CC	OE						経口摂取のみ			
	嚥下障害出現からの月数												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ワーレンベルグ症候群	NG	胃瘻											
	+経口開始												
	+ループ→												

このように退院時に口腔ネラトン法を代償的アプローチとしている事例が多いが、退院後口腔ネラトン法を利用して退院した患者の実施状況の報告では、在宅での口腔ネラトンの実施状況については、9 事例の事例中、4 事例が経口へ移行、そのままネラトン法継続が 5 事例であり経口へ移行する事例がある¹⁶⁾ことがわかり、在宅においては経口摂取のみになる可能性がある。

(2)目標設定

藤島は、嚥下障害を①機能形態障害②能力障害③社会的不利④心理的障害の4つの断層構造で捉えており、そのそれに評価を行い目標を設定することが必要である¹⁷⁾としているため、その4つの視点から設定することにした。

今回は中等症から重症で、経口摂取と経管栄養併用の患者を対象とし、範囲が広く個別差が大きいため具体的な重み付けが必要ではあるが、在宅での生活することを考え、「誤嚥がないこと、自分に合った栄養法がどれ能力障害のグレードが低下しないこと」を標準的な項目として設定した。

(3)評価項目・内容設定

内容については事例からの分析と文献検討、専門家からの意見から以下のように設定した。

a.目標

今回は中等症から重症で、経口摂取と経管栄養併用の患者を対象とし、範囲が広く個別差が大きいため具体的な重み付けが必要ではあるが、在宅での生活することを考え、「誤嚥がないこと、自分に合った栄養法がどれ能力障害のグレードが低下しないこと」を標準的な項目として設定した。

b.疾病経過

摂食・嚥下障害をきたす病因には、静的嚥下障害の原因として、口腔・咽頭の悪性腫瘍摘出術後の嚥下障害、食道狭窄、炎症性疾患などがある。また、動的嚥下障害の原因是、中枢神経系の障害（脳血管疾患、ALS等）・末梢神経系の障害（多発性脳神経炎等）・神経-筋接合部疾患、筋疾患（筋ジストロフィー、MS等）、蠕動運動の障害（食道痙攣等）・食道括約筋機能異常（アカラシア、パーキンソン病等）・筋力低下（膠原病など）・心因性などが考えられ¹⁸⁾、これらの原疾患の病態変化に対する経過によっても異なるが、慢性期で病状が安定している場合を想定している。摂食・嚥下障害は特に栄養や食生活に関係しているため全身体諸機能に影響を及ぼす。そのため患者は合併症を起こしやすいため、患者の原疾患とともに全身状態管理が必要である。

c.薬剤治療

今のところ嚥下障害に著効を示す薬剤は知られていない。¹⁹⁾そのため、嚥下障害のみの薬剤治療としてではなく、嚥下障害をきたす病因に対する薬剤治療を行う。先に挙げたような疾患に対しての薬物治療が行われ、薬剤によっては、嚥下障害に有効であった機能低下を起こすものがあったり、また、両面性を持つものもある。そのため嚥下機能に影響を及ぼす薬剤の使用への注意が必要であり、使用薬物の選定及び、薬物による障害の変化などの観察が必要である。また、服用が経口摂取か経管摂取かによって薬の形態や服用までの手技が変わるので考慮

すべきである。その内容については、別紙でまとめた。

d. 処置

ここでは、胃瘻、間欠的経管投食法 (Intermittent tube feeding, ITF) の間欠的経口胃経管栄養法 (IOG ; いわゆる口腔ネラトン法) に限定して、看護内容を決定した。また、中等症レベルの患者の場合には、経口摂取と併用したり、直接訓練や楽しみとしての経口摂取を行うことがあるので、胃瘻・IOG・経口摂取併用時の 3 つに分けて項目を決定した。

ただし、嚥下機能回復が見込めないと判断されても、嚥下機能回復には個人差があり、リハビリテーションによる機能回復は期待でき、回復が見られる事例が多く報告されていることから、必ずしも障害のレベルが固定してしまうわけではないので、検査と平行して、その状態の変化に応じたアプローチを行うことが必要である。

e. 検査

検査について特に注意すべきは嚥下障害機能診断については嚥下造影検査などの施設での検査や、医師、言語療法士、理学療法士などの医療者の判断が正確な嚥下障害機能診断になるので、退院前の検査を最重要視し、嚥下障害のレベルの変化に対応して医療機関での検査を行う必要がある。

また、嚥下造影 (Videofluoroscopic examination of swallowing, VF) 口腔、咽頭、食道内の食塊の動きの評価、特に誤嚥の有無の評価に関しては現在のところ最も有力な検査法で、嚥下障害の評価に不可欠な検査であり²⁰⁾ 嚥下機能の評価方法として最も有用と考えられるため、退院前や在宅においても必要時に行われなければ、治療・リハビリテーション・食事、栄養法の方針を立てることが難しいと考え、項目を設定した。また、詳しい検査方法については別紙に示した。

f. 理学療法

退院前に利用者に合った、また施行可能なりハビリテーションを計画する。摂食・嚥下障害のリハビリテーションには、直接的訓練法と間接的訓練法があり、その内容も患者によって違ってくる。間接的嚥下訓練法は基本的に行われ、直接的嚥下訓練法については嚥下機能診断及び医師の指示のもとに行い、誤嚥などのリスク時の緊急時対応の準備が必要である。

また、嚥下障害のリハビリテーションの特徴として、言語療法士 (ST) の役割が多いが、他に、理学療法士 (PT), 作業療法士 (OT) のリハビリテーションのスタッフが関わる。嚥下障害の PT・OT・ST に対するリハビリテーション処方例としては、PT : 頸部ROM訓練、呼吸訓練 OT : 食事のための姿勢や動作の評価 ST : 嚥下機能の評価、基礎的訓練、構音訓練²¹⁾ が考えられる。このように、リハビリテーションスタッフと共にチームアプローチすることが理想的であるが、在宅ケアでの現状では、訪問看護婦が担う部分が大きい。その

ため、リハビリテーションの方針とその内容、どの職種がどの時点で援助するのかを明確にする必要がある。また直接的・間接的嚥下訓練の内容については別紙に示した。

g.セルフケア

食事はできるだけ残存機能を使用し、補助具などの利用によって自分で食事ができること、経管栄養も自己管理できることを目標とし項目を設定した。

h.コミュニケーション

間接的嚥下訓練で、構音訓練があるように、構音器官は嚥下器官と共に通しているものが多い²²⁾ため、摂食・嚥下障害患者は同時に言語障害を持つことが多い。意思疎通できることを目標として、項目を設定した。

i.栄養

特に摂食・嚥下障害の場合は栄養と密接に結びついている。必要熱量・栄養素・水分が取れているのかに留意した。また、ここでは栄養としてのみ捉え、食物形態（硬さ・粘度・弾性・塑性・破断・味）・量・温度、食物摂取時間などの食事に関するものについては、処置の項目にあげた。

j.日常生活

特に経管栄養法を利用している場合、経管栄養を食事として捉えられにくく、周囲の環境に関して注意を払われにくい。また家族と同じ食事を取りきれないため、孤独になりやすいことに注意し設定した。

k.安全

摂食・嚥下障害で窒息・誤嚥の防止を、在宅訪問看護の重要な目標と考え、経管栄養の場合は器具の使用に対する項目を設定した。誤嚥の中には不顕性誤嚥、無症候性誤嚥 (Silent aspiration) と呼ばれるむせのない誤嚥があり、21名の脳卒中による嚥下障害患者で38%に Silent aspiration を認めた²³⁾と報告がある。このようにかなり高い割合で不顕性誤嚥が起こっていることから、その診断はVFを行なうことの重要性が理解できる。また、例え誤嚥が視覚的に捉えられなくても、起こっている可能性があることを知った上で看護しなくてはならない。

l.清潔

摂食・嚥下障害で合併しやすいのが誤嚥性肺炎である。高齢者（細菌性）肺炎の多くは誤嚥による嚥下性肺炎が多く、約3000例の高齢者剖検肺では、嚥下性肺炎は6.7%に認められ、起炎菌としては口腔内常在菌、グラム陰性桿菌や嫌気性菌多い²⁴⁾との報告がある。そのため口腔内が汚れていてそのまま食事をし、誤嚥をすると誤嚥性肺炎になりやすいため口腔ケアは重要である。また麻痺などのある患者は口腔内に食物残渣が残りやすいため看護の必要性がある。また、経管栄養の場合はチューブなどの器具に流動食が付着し不潔になりやすく、環境が

高温の場合、腐敗する可能性もあり、下痢や消化器の炎症の危険性が考えられる。そのため感染着目した項目を設定した。

Ⅲ. 心理・社会

摂食・嚥下障害は食生活を大きく変え、食事に対するストレスは高いと考える。食の欲求のために、無理な経口摂取を行い誤嚥などの事故を引き起こすことがある。また、家族介護者には大きな介護負担がかかりやすい。そのため精神・心理的な援助が必要であることから項目を設定した。

n. 社会資源

嚥下障害は、障害のレベルが固定するものではなく、レベルに応じた治療・リハビリテーションの方針を変化させる必要がある。そのためには在宅においても正確な定期的な機能診断が必要であり、外来などで嚥下機能診断の可能な病院や医師との連携が必要である。また、嚥下障害の患者は食事の問題がネックになってショートステイやデイケアが利用しにくい²⁵⁾ことも考慮し、社会資源利用のケアプランを立てていかねばならない。

(4) 期間別アウトカム設定

退院までは、摂食・嚥下障害の利用者の嚥下機能診断が受けられ、在宅療養と栄養法の方針が立つことを、在宅では誤嚥、合併症、嚥下障害のグレードが落ちないことを大きなアウトカムとして設定した。

4. 考察

摂食・嚥下障害患者の場合、在宅療養日数でその対応が変化するのではなく、症状や機能の変化によってその対応が変化するため、一律に期間を区切り、また2ヵ月までと設定することに無理があると感じられた。また、摂食・嚥下障害のエキスパートである医師や看護婦に意見を求めたが、「嚥下障害患者の治療・看護・リハビリテーションには、個別性と多様性強いため標準化するのは難しいのではないか」という意見が聞かれた。在宅看護においては、障害のゴール別（障害の変化が見られない場合、リハビリによって改善つまり嚥下状況の変化が可能性のある場合など）別に、期間を設定するのであれば意味があると考えた。また、摂食・嚥下障害の在宅看護においては、その対応の遅れなどからプロトコールの必要性が感じられた。

バスウェイ 評価項目		退院時帰宅前・退院帰宅時 (病床訪問を含む)	利用者の退院時帰宅前・退院帰宅時のアウトカム
目標 Goal		<input type="checkbox"/> 入院中の経過・治療・リハビリ等を把握し、今後の在宅療養の方針を立てる（退院時カラカル参加） <input type="checkbox"/> 家庭療養環境のスムーズな調整の実施（環境・食品の工夫、必要物品等の準備・搬入）	<input type="checkbox"/> 入院中の経過・治療・リハビリ等を把握し、今後の在宅療養の方針を立てるもしくは理解する <input type="checkbox"/> 家庭療養環境の調整・準備ができている
疾病経過 Disease process	*	<input type="checkbox"/> 全身状態が良いことの確認 <input type="checkbox"/> 嚥下障害のグレード・状態の確認 <input type="checkbox"/> 合併症の確認 <input type="checkbox"/> 今後の病状経過について医師から情報収集する	<input type="checkbox"/> 全身状態が良く安定している <input type="checkbox"/> 嚥下障害のグレード・状態が安定している <input type="checkbox"/> 合併症を起こしていない <input type="checkbox"/> 今後の病状経過について医師から説明を受ける
薬剤治療 Medication	*	<input type="checkbox"/> 薬剤の種類の確認と理解の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤の形態と服用方法の確認	<input type="checkbox"/> 薬剤使用について理解し、服用方法がわかる <input type="checkbox"/> 自分に合った方法・形態で服用できる
処置 Treatment	共通事項	<input type="checkbox"/> 食事時の体位・食物形態・内容の確認（温度・形状・量） <input type="checkbox"/> 必要物品の準備と器具の確認	<input type="checkbox"/> 食事時の体位を理解できる <input type="checkbox"/> 食物形態・内容を理解している（温度・形状・量） <input type="checkbox"/> 必要物品と器具の準備ができる
	I.O.E法	<input type="checkbox"/> カーボン挿入～抜去・後片付けまでの手順を確認 <input type="checkbox"/> 注入速度・注入時間・一日の回数の確認 <input type="checkbox"/> 注意事項等の確認	<input type="checkbox"/> カーボン挿入～抜去・後片付けまでの手順が正確にできる <input type="checkbox"/> 注入方法・速度・回数が正確で、その理由が言える <input type="checkbox"/> 逆流・下痢・便秘・腹痛等の症状がない
	胃瘻	<input type="checkbox"/> 胃瘻挿入部・周辺皮膚状態の確認 <input type="checkbox"/> ポート接続～抜去・後片付けまでの手順を確認の確認 <input type="checkbox"/> 注入速度・注入時間・一日の回数の確認	<input type="checkbox"/> 胃瘻挿入部・周辺皮膚の損傷がない <input type="checkbox"/> ポート接続・注入方法・速度・時間が正確にでき、その理由が言える <input type="checkbox"/> 逆流・下痢・便秘・腹痛等の症状がない
	経口摂取 併用時	<input type="checkbox"/> 食物形態（硬さ・粘度・弾性・塑性・破断・味）・量・所要時間等の確認（一回） <input type="checkbox"/> 自助具・介助用具の確認 <input type="checkbox"/> 介助者の介助ベースの確認	<input type="checkbox"/> 自分にあった形態・量・時間で食事を取ることができる <input type="checkbox"/> 自助具・介助用具を使用できる <input type="checkbox"/> 自分に合ったベースで介助が受けられる
検査 Tests		<input type="checkbox"/> 嚥下機能診断 <input type="checkbox"/> 血液検査データ <input type="checkbox"/> 全身状態の観察・バイタル <input type="checkbox"/> 口腔の観察 <input type="checkbox"/> 食事状態の観察 <input type="checkbox"/> 体重・身長・皮下脂肪 <input type="checkbox"/> 便・尿量	<input type="checkbox"/> 検査の必要性や内容を理解できる <input type="checkbox"/> 身体状況を表現することができる <input type="checkbox"/> 不明な点を具体的に表現できる
	*	<input type="checkbox"/> 創線内容の確認と方針の決定 <input type="checkbox"/> 創線内容の理解の確認	<input type="checkbox"/> 間接的・直接的嚥下訓練の内容と意義を理解し、正しく実施できる <input type="checkbox"/> 不明な点を具体的に表現できる
理学療法 Physical Therapy Activity		<input type="checkbox"/> 嚥下訓練の内容確認と方針の決定 <input type="checkbox"/> 創線内容の理解の確認	<input type="checkbox"/> 間接的・直接的嚥下訓練の内容と意義を理解し、正しく実施できる <input type="checkbox"/> 不明な点を具体的に表現できる
	*	<input type="checkbox"/> 食事方法・訓練法についての理解を確認 <input type="checkbox"/> 疾患・治療・リハビリ訓練等に関する理解を確認 <input type="checkbox"/> 病状観察・病状コントロール確認 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応の確認	<input type="checkbox"/> 疾患・治療・リハビリ・食事方法等を理解できる <input type="checkbox"/> 病状観察ができ、症状を表現できる <input type="checkbox"/> 緊急時の対応ができる
コミュニケーション Communication		<input type="checkbox"/> 構音障害の有無と、意思疎通方法の方針の確認	<input type="checkbox"/> 自分にあった方法を実施でき、意志疎通ができる
栄養 Diet, Fluid		<input type="checkbox"/> 食欲の確認 <input type="checkbox"/> 必要栄養素・熱量の確認 <input type="checkbox"/> 必要水分補給量・IN-OUT の確認 <input type="checkbox"/> 食事内容・摂取量の確認	<input type="checkbox"/> 必要栄養素・熱量・水分を理解し、言う事ができる <input type="checkbox"/> 自分に合った食事内容を理解し言う事ができる <input type="checkbox"/> 現在の栄養状態を把握する
日常生活 Daily Life		<input type="checkbox"/> 家庭生活への動機づけと再適応を促す <input type="checkbox"/> 食事及び訓練時の環境づくり <input type="checkbox"/> 食事を準備する人や介護者の疲労・意欲・能力 <input type="checkbox"/> 本人との人間関係家族・介護者の協力と理解の状況確認	<input type="checkbox"/> 家庭生活への動機づけができる <input type="checkbox"/> 食事時及び訓練時の環境づくりが準備できる <input type="checkbox"/> 介護者の負担感・ストレスが少ない
安全 Safety	*	<input type="checkbox"/> 安全な場所に器具設置の確認 <input type="checkbox"/> 食事中の窒息・誤嚥時の対処方法確認	<input type="checkbox"/> 安全な場所に器具設置の準備ができる <input type="checkbox"/> 食事中の窒息・誤嚥時の対処方法を理解し実施できる
清潔 Hygiene		<input type="checkbox"/> 口腔ケアの方法の確認 <input type="checkbox"/> 器具の清潔管理の確認	<input type="checkbox"/> 口腔ケアの意義・内容を理解し、正しく実施できる <input type="checkbox"/> 器具の清潔管理ができる
心理・社会 Psycho Social		<input type="checkbox"/> 不安・ストレスの軽減 <input type="checkbox"/> 精神状態の観察（患者・家族） <input type="checkbox"/> 家庭内役割の復帰・社会活動の参加を促す <input type="checkbox"/> 家族の健康状態・介護意欲確認	<input type="checkbox"/> 不安・ストレスを表現できる <input type="checkbox"/> 精神状態（患者・家族）が安定している <input type="checkbox"/> 家庭内役割の復帰の意欲がもてる <input type="checkbox"/> 家族の健康状態が安定している
社会資源 Social Service	*	<input type="checkbox"/> 家事援助・日常生活用具・移送サービスの申請 <input type="checkbox"/> 衛生材料・食品等調達方法の確認 <input type="checkbox"/> その他の社会資源利用申請確認 <input type="checkbox"/> 在宅支援スタッフとの連携確認 <input type="checkbox"/> 次回受診日の確認 <input type="checkbox"/> 医療機関との連携確認	<input type="checkbox"/> 必要な社会資源が利用できる <input type="checkbox"/> 移送の準備ができる <input type="checkbox"/> 衛生材料の準備・食品等調達ができる <input type="checkbox"/> 在宅支援スタッフと連絡が取れる <input type="checkbox"/> 緊急時医療機関を利用できる

評価項目 パスウェイ	在宅療養1～3日目	在宅療養4～7日目	利用者の在宅療養1～7日のアウトカム
目標 Goal	<input type="checkbox"/> 在宅での食事方法ができるることを確認 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練ができる確認	<input type="checkbox"/> 在宅での食事方法に慣れることを確認 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練に慣れることを確認	<input type="checkbox"/> 自分に合った方法で安全に必要量の食事が取れ、誤嚥がない <input type="checkbox"/> 正しい嚥下訓練ができる
疾病経過 Disease process	<input type="checkbox"/> 全身状態が良いことの確認 <input type="checkbox"/> 嚥下障害のレベルが低下していないことの確認 <input type="checkbox"/> 合併症の発症・憎悪傾向がみられないことの確認	<input type="checkbox"/> 全身状態が良いことの確認 <input type="checkbox"/> 嚥下障害のレベルが低下していないことの確認 <input type="checkbox"/> 合併症の発症・憎悪傾向がみられないことの確認	<input type="checkbox"/> 全身状態が良く安定している <input type="checkbox"/> 嚥下障害のレベルが低下しない <input type="checkbox"/> 合併症の発症・憎悪傾向がみられない
薬剤治療 Medication *	<input type="checkbox"/> 薬剤が正しく服用されているか確認 <input type="checkbox"/> 薬剤使用後の症状観察	<input type="checkbox"/> 薬剤が正しく服用されているか確認 <input type="checkbox"/> 薬剤使用後の症状観察	<input type="checkbox"/> 薬剤を正しく服用し管理している
処置 Treatment *	共通事項	<input type="checkbox"/> 食事時の体位・食物形態(温度・形状・量)・内容の確認 <input type="checkbox"/> 必要物品・器具の準備の確認	<input type="checkbox"/> 自分に合った食事時の体位がとれ、食事が準備できる <input type="checkbox"/> 必要物品・器具の準備ができる
	IOE法	<input type="checkbox"/> ガーブ挿入～抜去・後片付けの確認 <input type="checkbox"/> 確認(空気注入・音)・固定の実施状態の確認 <input type="checkbox"/> 注入速度・時間・回数の確認	<input type="checkbox"/> 手順が正確に実施できる <input type="checkbox"/> 挿入確認・固定・注入速度の管理ができる <input type="checkbox"/> 逆流・下痢・便秘・腹痛等の症状がない
	胃瘻	<input type="checkbox"/> 胃瘻挿入部・周辺皮膚状態の確認 <input type="checkbox"/> ルート接続～抜去・後片付けまでの手順を確認の確認 <input type="checkbox"/> 注入速度・注入時間・回数の確認	<input type="checkbox"/> 胃瘻挿入部・周辺皮膚の損傷がない <input type="checkbox"/> ルート接続・注入方法・速度・時間が正確にでき、その理由が言える <input type="checkbox"/> 逆流・下痢・便秘・腹痛等の症状がない
	経口摂取併用	<input type="checkbox"/> 食物形態・量・所要時間等の確認 <input type="checkbox"/> 自助具・介助用具の確認 <input type="checkbox"/> 介助者の介助ベースを確認	<input type="checkbox"/> 自分にあった形態・量・時間・ベースで食事を取ることができる <input type="checkbox"/> 自助具・介助用具を使用できる <input type="checkbox"/> 誤嚥しない
検査 Tests *	<input type="checkbox"/> 全身状態・バイタルの観察 <input type="checkbox"/> 口腔の観察 <input type="checkbox"/> 食事状態の観察 <input type="checkbox"/> 体重・身長・皮下脂肪 <input type="checkbox"/> 便・尿量	<input type="checkbox"/> 全身状態・バイタルの観察 <input type="checkbox"/> 口腔の観察 <input type="checkbox"/> 食事状態の観察 <input type="checkbox"/> 体重・身長・皮下脂肪 <input type="checkbox"/> 便・尿量	<input type="checkbox"/> 必要な検査を受けられる <input type="checkbox"/> 身体症状を表現する
理学療法 Physical Therapy Activity *	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練の内容確認	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練の実施状況確認 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練の評価	<input type="checkbox"/> 正しい嚥下訓練が実施できている <input type="checkbox"/> 嚥下障害のレベルが低下しない
セルフケア Self Care	<input type="checkbox"/> 疾患・治療・リハビリ・食事方法の理解を確認 <input type="checkbox"/> 病状観察・病状コントロール確認 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応確認 <input type="checkbox"/> 療養日誌記入指導	<input type="checkbox"/> 疾患・治療・リハビリ・食事方法の理解を確認 <input type="checkbox"/> 病状観察・病状コントロール確認 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応確認 <input type="checkbox"/> 療養日誌記入確認	<input type="checkbox"/> 正しい食事方法がとれる <input type="checkbox"/> 疾患・治療・リハビリを理解している <input type="checkbox"/> 病状観察・コントロールできる <input type="checkbox"/> 緊急時の対応できる <input type="checkbox"/> 療養日誌記入できている
コミュニケーション Communication	<input type="checkbox"/> 家族内コミュニケーション状態の観察	<input type="checkbox"/> 家族内コミュニケーション状態の観察	<input type="checkbox"/> 意思疎通ができる
栄養 Diet, Fluid *	<input type="checkbox"/> 流動食・食事内容の摂取量確認 <input type="checkbox"/> 水分摂取量・IN-OUT確認	<input type="checkbox"/> 流動食・食事内容の摂取量確認 <input type="checkbox"/> 水分摂取量・IN-OUT確認	<input type="checkbox"/> 全身状態が安定し、検査データが正常値である <input type="checkbox"/> 必要な栄養・水分が取れている <input type="checkbox"/> 体重・皮下脂肪の減少がない
日常生活 Daily Life	<input type="checkbox"/> 生活リズムを観察 <input type="checkbox"/> 食事及び訓練時の環境づくりの確認 <input type="checkbox"/> 家族・介護者の協力と理解の状況確認 <input type="checkbox"/> 食事の準備する人や介護者の疲労・意欲・能力・本人との人間関係の観察	<input type="checkbox"/> 生活リズムを観察 <input type="checkbox"/> 家族・介護者の協力状況観察 <input type="checkbox"/> 食事及び訓練時の環境確認 <input type="checkbox"/> 介護者の観察	<input type="checkbox"/> 生活リズムがついている <input type="checkbox"/> 食事及び訓練の環境が整えられる <input type="checkbox"/> 介護者の負担感・ストレスが少ない
安全 Safety *	<input type="checkbox"/> 安全な場所に器具設置の確認 <input type="checkbox"/> 食事中の窒息・誤嚥時の対処方法確認	<input type="checkbox"/> 安全な場所に器具設置の確認 <input type="checkbox"/> 食事中の窒息・誤嚥有無の確認	<input type="checkbox"/> 安全な場所に器具設置ができる <input type="checkbox"/> 食事中の窒息・誤嚥がない <input type="checkbox"/> 合併症が起こっていない
清潔 Hygiene	<input type="checkbox"/> 口腔ケア実施の観察 <input type="checkbox"/> 器具の清潔管理実施の確認 <input type="checkbox"/> 室内環境の清潔保持の確認	<input type="checkbox"/> 口腔ケア実施の観察 <input type="checkbox"/> 器具の清潔管理実施の確認 <input type="checkbox"/> 室内環境の清潔保持の確認	<input type="checkbox"/> 口腔が清潔である <input type="checkbox"/> 器具が清潔に管理できている <input type="checkbox"/> 室内が清潔である
心理・社会 Psycho Social	<input type="checkbox"/> 不安・ストレスの訴えを聞く <input type="checkbox"/> 本人・家族の疲労感・意欲の観察 <input type="checkbox"/> 家族の健康状態の観察	<input type="checkbox"/> 不安・ストレスの訴えを聞く <input type="checkbox"/> 本人・家族の疲労状態の観察 <input type="checkbox"/> 家庭内役割復帰への動機づけ <input type="checkbox"/> 家族の健康状態・介護意欲の観察	<input type="checkbox"/> 不安・ストレスの訴えられる <input type="checkbox"/> 家庭内役割復帰をあきらめない <input type="checkbox"/> 家族の健康状態が悪化せず、介護意欲が落ちない
社会資源 Social Service *	<input type="checkbox"/> 衛生材料・食品等調達の確認 <input type="checkbox"/> 他の在宅支援スタッフとの連携・連絡 <input type="checkbox"/> サービスの利用確認・修正・変更	<input type="checkbox"/> 衛生材料・食品等調達の確認 <input type="checkbox"/> 他の在宅支援スタッフとの連携確認 <input type="checkbox"/> サービスの利用確認・修正・変更	<input type="checkbox"/> 必要なサービスが利用できる <input type="checkbox"/> 衛生材料・食品等調達できる <input type="checkbox"/> 在宅支援スタッフとの連携できる <input type="checkbox"/> サービス修正を訴えられる

嚥下障害事例 訪問看護標準枠組（案） 在宅療養8～30日目

＊：別紙参照

評価項目 パスウェイ	在宅療養8～14日目	在宅療養15～30日目	利用者の30日目までのアウトカム
目標 Goal	<input type="checkbox"/> 食事方法の安定的な実施を確認 <input type="checkbox"/> 正確な嚥下訓練が実施できることを確認	<input type="checkbox"/> 食事方法・嚥下訓練の評価 <input type="checkbox"/> 本人の意欲、家族の介護意欲と実践能力の持続を確認	<input type="checkbox"/> 食事方法の安定的な実施を確認 <input type="checkbox"/> 嚥下障害のレベルが低下せず向上する <input type="checkbox"/> 誤嚥、合併症がない
疾病経過 Disease process ＊	<input type="checkbox"/> 全身状態が良いことの確認 <input type="checkbox"/> 嚥下障害のレベルの確認 <input type="checkbox"/> 合併症の発症、憎悪傾向がみられない事の確認	<input type="checkbox"/> 全身状態が良いことの確認 <input type="checkbox"/> 嚥下障害のグレード・状態の確認 <input type="checkbox"/> 合併症を起こしていない事の確認 <input type="checkbox"/> 通院・嚥下機能の評価	<input type="checkbox"/> 全身状態が良い <input type="checkbox"/> 嚥下障害の状態の安定、向上している <input type="checkbox"/> 合併症を起こしていない <input type="checkbox"/> 呼吸状態が良好である <input type="checkbox"/> 通院・嚥下機能の評価
薬剤治療 Medication ＊	<input type="checkbox"/> 薬剤管理の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤使用後の症状観察	<input type="checkbox"/> 薬剤管理の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤使用後の症状観察	<input type="checkbox"/> 薬剤が正しく服用され、薬の調達などの管理ができる
処置 Treatment (経管栄養法) ＊	<input type="checkbox"/> 食事時の体位（角度）の確認 <input type="checkbox"/> 食事内容の確認（温度・形状・量） <input type="checkbox"/> 必要物品の準備と器具の確認	<input type="checkbox"/> 食事時の体位の確認 <input type="checkbox"/> 食事内容の確認（温度・形状・量） <input type="checkbox"/> 必要物品・器具の準備の確認 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自分に合った食事の体位が取れる <input type="checkbox"/> 食事の準備ができる <input type="checkbox"/> 器具・材料の交換・補充ができる
	<input type="checkbox"/> カテーテル挿入～終了後までの手順が安定して実施できる <input type="checkbox"/> 注入速度・時間・回数の管理の確認	<input type="checkbox"/> カテーテル挿入～終了時までの手順が安定してできる <input type="checkbox"/> 注入速度・時間・回数の管理の確認	<input type="checkbox"/> カテーテル挿入～片付けまでの手順が安定して実施できる <input type="checkbox"/> 注入速度・時間・回数が正確である <input type="checkbox"/> 逆流・下痢・便秘・腹痛等の症状がない
	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 胃瘻部・周辺皮膚状態の確認 <input type="checkbox"/> ポート接続～片付けまでの方法の確認 <input type="checkbox"/> 注入速度・時間・回数の確認	<input type="checkbox"/> 胃瘻部・周辺皮膚状態の確認 <input type="checkbox"/> ポート接続～片付けまでの方法の確認 <input type="checkbox"/> 注入速度・時間・回数等の確認	<input type="checkbox"/> 胃瘻挿入部の皮膚状態の損傷がない <input type="checkbox"/> ポート接続～片付けまでの方法が安定してできる <input type="checkbox"/> 注入速度・時間・回数が正確である <input type="checkbox"/> 逆流・下痢・便秘・腹痛等の症状がない
	<input type="checkbox"/> 経口摂取併用 <input type="checkbox"/> 食物形態・食事内容の確認 <input type="checkbox"/> 一回量・所要時間等の確認 <input type="checkbox"/> 介助者の介助ペースを確認	<input type="checkbox"/> 食物形態・食事内容の確認 <input type="checkbox"/> 一回量・所要時間等の確認 <input type="checkbox"/> 介助者の介助ペースを確認	<input type="checkbox"/> 自分にあった形態・量・時間・ベースで食事を取ることができる <input type="checkbox"/> 自助具・介助用具を使用できる <input type="checkbox"/> 誤嚥しない
検査 Tests ＊	<input type="checkbox"/> 全身状態・パイヤケイの観察 <input type="checkbox"/> 口腔の観察 <input type="checkbox"/> 食事状態の観察 <input type="checkbox"/> 体重・身長・皮下脂肪 <input type="checkbox"/> 便・尿量	<input type="checkbox"/> 嚥下障害グレードの評価・確認 <input type="checkbox"/> 全身状態・パイヤケイの観察 <input type="checkbox"/> 口腔の観察 <input type="checkbox"/> 食事状態の観察 <input type="checkbox"/> 体重・身長・皮下脂肪 <input type="checkbox"/> 便・尿量	<input type="checkbox"/> 必要な検査を受けられる <input type="checkbox"/> 身体症状を表現する
理学療法 Physical Therapy Activity ＊	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練の実施状況確認 <input type="checkbox"/> 不明な点等の確認	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練の実施状況と効果の評価	<input type="checkbox"/> 段階に合わせた嚥下訓練ができ、効果が確認できる
セルフケア Self Care	<input type="checkbox"/> 食事・訓練の実施状態の確認 <input type="checkbox"/> 病状観察・病状コントロール確認 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応確認 <input type="checkbox"/> 療養日誌記入確認	<input type="checkbox"/> 食事・訓練法の実施状態の確認 <input type="checkbox"/> 病状観察・病状コントロール確認 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応確認 <input type="checkbox"/> 療養日誌記入確認	<input type="checkbox"/> 正しい食事・訓練法の実施する <input type="checkbox"/> 病状観察・コントロールできる <input type="checkbox"/> 緊急時の対応できている <input type="checkbox"/> 療養日誌記入できている
コミュニケーション Communication	<input type="checkbox"/> 家族内コミュニケーション状態の観察	<input type="checkbox"/> 家族内コミュニケーション状態の観察	<input type="checkbox"/> 家族内コミュニケーション状態が良好である
栄養 Diet, Fluid ＊	<input type="checkbox"/> 流動食・食事内容の摂取量確認 <input type="checkbox"/> 水分摂取量・IN-OUT 確認	<input type="checkbox"/> 流動食・経口食事内容の摂取量確認 <input type="checkbox"/> 水分摂取量・IN-OUT 確認	<input type="checkbox"/> 全身状態が安定し、検査データが正常値である <input type="checkbox"/> 必要栄養素・熱量・水分が取れている <input type="checkbox"/> 体重・皮下脂肪の減少がない
日常生活 Daily Life	<input type="checkbox"/> 生活リズム観察 <input type="checkbox"/> 本人・家族の疲労感・満足感の観察 <input type="checkbox"/> 家族・介護者の協力状況観察 <input type="checkbox"/> 食事・訓練時の環境確認 <input type="checkbox"/> 介護者の観察	<input type="checkbox"/> 生活リズム観察 <input type="checkbox"/> 本人・家族の疲労感・満足感の観察 <input type="checkbox"/> 家族・介護者の協力状況観察 <input type="checkbox"/> 食事・訓練時の環境確認 <input type="checkbox"/> 介護者の観察	<input type="checkbox"/> 生活のリズムができる <input type="checkbox"/> 本人・家族の疲労感・満足感がある <input type="checkbox"/> 家族・介護者の協力状況観察 <input type="checkbox"/> 安定した環境で食事・訓練ができる
安全 Safety ＊	<input type="checkbox"/> 安全な場所に器具設置の確認 <input type="checkbox"/> 窒息・誤嚥有無の確認	<input type="checkbox"/> 安全な場所に器具設置の確認 <input type="checkbox"/> 窒息・誤嚥有無の確認	<input type="checkbox"/> 窒息・誤嚥がない <input type="checkbox"/> 事故がない <input type="checkbox"/> 合併症がない
清潔 Hygiene	<input type="checkbox"/> 口腔ケア実施の観察 <input type="checkbox"/> 皮膚状態の観察 <input type="checkbox"/> 器具の清潔管理実施の確認 <input type="checkbox"/> 室内環境の清潔保持の確認	<input type="checkbox"/> 口腔ケア実施の観察 <input type="checkbox"/> 皮膚状態の観察 <input type="checkbox"/> 器具の清潔管理実施の確認 <input type="checkbox"/> 室内環境の清潔保持の確認	<input type="checkbox"/> 口腔ケア・皮膚の状態が清潔である <input type="checkbox"/> 器具の清潔に管理できる <input type="checkbox"/> 室内環境の清潔保持できる
心理・社会 Psycho Social	<input type="checkbox"/> 不安・ストレスの訴えを聞く <input type="checkbox"/> 本人・家族の疲労状態の観察 <input type="checkbox"/> 家庭内役割復帰への動機づけ <input type="checkbox"/> 家族の健康状態、介護意欲の観察	<input type="checkbox"/> 不安・ストレスの訴えを聞く <input type="checkbox"/> 本人・家族の疲労状態の観察 <input type="checkbox"/> 家庭内役割復帰への動機づけ <input type="checkbox"/> 家族の健康状態、介護意欲の観察	<input type="checkbox"/> 不安・ストレスが少ない <input type="checkbox"/> 本人・家族の疲労状態の観察 <input type="checkbox"/> 家庭内役割復帰できる <input type="checkbox"/> 家族の健康が安定し、介護意欲がある
社会資源 Social Service ＊	<input type="checkbox"/> 衛生材料・食品等調達の確認 <input type="checkbox"/> 他の在宅支援スタッフとの連携確認 <input type="checkbox"/> 必要なサービスの確認、修正	<input type="checkbox"/> 衛生材料・食品等調達の確認 <input type="checkbox"/> 他の在宅支援スタッフとの連携確認 <input type="checkbox"/> 必要なサービスの確認、修正	<input type="checkbox"/> 必要なサービスが利用できる <input type="checkbox"/> 衛生材料・食品等調達できる <input type="checkbox"/> 医療機関に受診する

嚥下障害事例 訪問看護標準枠組（案） 在宅療養31日目～60日

評価項目		在宅療養31日目～60日目	利用者の60日目のアウトカム
目標 Goal		<input type="checkbox"/> 食事方法の安定的な実施を確認 <input type="checkbox"/> 本人の回復意欲の持続を確認 <input type="checkbox"/> 家族の介護意欲と実践能力の持続を確認	<input type="checkbox"/> 本人・家族が病状の経過を理解し、積極的・安全に訓練・食事方法を行なっている <input type="checkbox"/> 誤嚥・合併症がなく、嚥下障害のグレードが低下しない <input type="checkbox"/> 在宅支援スタッフとの連携体制が確立している
疾病経過 Disease process		<input type="checkbox"/> 全身状態が良いことの確認 <input type="checkbox"/> 嚥下障害のグレード・状態の確認 <input type="checkbox"/> 合併症の確認	<input type="checkbox"/> 嚥下障害のグレード・状態が向上している <input type="checkbox"/> 障害にあった新しい嚥下機能を獲得している <input type="checkbox"/> 合併症を起こしていない
薬剤治療 Medication		<input type="checkbox"/> 薬剤使用の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤使用後の症状観察	<input type="checkbox"/> 薬剤使用の管理を正しく行なっている
処置 Treatment	共通事項	<input type="checkbox"/> 食事時の体位の確認 <input type="checkbox"/> 食事内容の確認（温度・形状・量） <input type="checkbox"/> 必要物品の準備と器具の確認 <input type="checkbox"/> 使用ガーラ等の物品の観察	<input type="checkbox"/> 自分に合った食事の体位が取れる <input type="checkbox"/> 食事の準備がスムーズにできる <input type="checkbox"/> 器具・材料の交換・補充ができる
	IOE法	<input type="checkbox"/> ガーブ挿入～終了後までの手順が安定して実施できる <input type="checkbox"/> 注入速度・時間・回数の管理の確認	<input type="checkbox"/> ガーブ挿入～片付けまでの手順が安定して実施できる <input type="checkbox"/> 注入速度・時間・回数が正確である <input type="checkbox"/> 逆流・下痢・便秘・腹痛等の症状がない
	胃瘻	<input type="checkbox"/> 胃瘻部・周辺皮膚状態の確認 <input type="checkbox"/> ポート接続～片付けまでの方法の確認 <input type="checkbox"/> 注入速度・時間・回数等の確認	<input type="checkbox"/> 胃瘻挿入部の皮膚状態の損傷がない <input type="checkbox"/> ポート接続～片付けまでの方法が安定してできる <input type="checkbox"/> 注入速度・時間・回数が正確である <input type="checkbox"/> 逆流・下痢・便秘・腹痛等の症状がない
	経口摂取併用	<input type="checkbox"/> 食物形態・食事内容の確認 <input type="checkbox"/> 一回量・所要時間等の確認 <input type="checkbox"/> 介助者の介助ペースを確認	<input type="checkbox"/> 自分にあった形態・量・時間・ベースで食事を取ることができる <input type="checkbox"/> 自助具・介助用具を使用できる <input type="checkbox"/> 誤嚥しない
検査 Tests		<input type="checkbox"/> 嚥下障害グレードの評価・確認 <input type="checkbox"/> 全身状態・バイタルの観察 <input type="checkbox"/> 口腔の観察 <input type="checkbox"/> 食事状態の観察 <input type="checkbox"/> 体重・身長・皮下脂肪 <input type="checkbox"/> 血液検査データ <input type="checkbox"/> 便・尿量	<input type="checkbox"/> 必要な検査を受けられる <input type="checkbox"/> 身体症状を表現する
理学療法 Physical Therapy Activity *		<input type="checkbox"/> 嚥下訓練の実施状況確認	<input type="checkbox"/> 段階に合わせた嚥下訓練ができ、効果が確認できる
セルフケア Self Care		<input type="checkbox"/> 食事・訓練法の実施状態の確認 <input type="checkbox"/> 病状観察・病状コントロール確認 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応確認 <input type="checkbox"/> 療養日誌記入確認	<input type="checkbox"/> 正しい食事・訓練法の実施する <input type="checkbox"/> 病状観察・コントロールできる <input type="checkbox"/> 緊急時の対応できている <input type="checkbox"/> 療養日誌記入できている
コミュニケーション Communication		<input type="checkbox"/> 家族内コミュニケーション状態の観察	<input type="checkbox"/> 家族内コミュニケーション状態が良好である
栄養 Diet, Fluid		<input type="checkbox"/> 流動食・食事内容の摂取量確認 <input type="checkbox"/> 水分摂取量/IN-OUT確認	<input type="checkbox"/> 全身状態が安定し、検査データが正常値である <input type="checkbox"/> 必要熱量・栄養素・水分を摂取できる <input type="checkbox"/> IN-OUTの管理ができる <input type="checkbox"/> 体重・皮下脂肪の減少がない
日常生活 Daily Life		<input type="checkbox"/> 生活リズム観察 <input type="checkbox"/> 本人・家族の疲労感・満足感の観察 <input type="checkbox"/> 家族・介護者の協力状況観察 <input type="checkbox"/> 経管栄養時・訓練時の環境確認 <input type="checkbox"/> 介護者の観察	<input type="checkbox"/> 生活リズムが安定している <input type="checkbox"/> 本人・家族の満足感・活気が見られる <input type="checkbox"/> 家族・介護者の疲労感・ストレスが少ない
安全 Safety *		<input type="checkbox"/> 安全な場所に器具設置の確認 <input type="checkbox"/> 気管切開時の管理方法観察 <input type="checkbox"/> 窒息・誤嚥有無の確認	<input type="checkbox"/> 窒息・誤嚥・合併症がない <input type="checkbox"/> 事故がない <input type="checkbox"/> 緊急時の対応・準備ができている
清潔 Hygiene		<input type="checkbox"/> 口腔ケア実施の観察 <input type="checkbox"/> 皮膚状態の観察 <input type="checkbox"/> 器具の清潔管理実施の確認 <input type="checkbox"/> 室内環境の清潔保持の確認	<input type="checkbox"/> 口腔ケアの意義・内容を理解し、正しく実施できている <input type="checkbox"/> 器具の清潔管理している <input type="checkbox"/> 室内環境を清潔保持している
心理・社会 Psycho Social		<input type="checkbox"/> 不安・ストレスの訴えを聞く <input type="checkbox"/> 本人・家族の疲労状態の観察 <input type="checkbox"/> 家庭内役割復帰への動機づけ <input type="checkbox"/> 家族の健康状態、介護意欲の観察	<input type="checkbox"/> 不安・ストレスの訴えを表現できる <input type="checkbox"/> 家庭内役割復帰が果たせる <input type="checkbox"/> 家族の健康状態が安定している <input type="checkbox"/> 介護意欲が持続している
社会資源 Social Service *		<input type="checkbox"/> 必要なサービスの把握 <input type="checkbox"/> 衛生材料・食品等誤嚥の確認 <input type="checkbox"/> 他の在宅支援スタッフとの連携確認	<input type="checkbox"/> 随時必要なサービスを利用でき、修正できる。 <input type="checkbox"/> 衛生材料・食品等調達ができている <input type="checkbox"/> 他の在宅支援スタッフとの良好な関係ができている <input type="checkbox"/> 定期的な受診ができている

嚥下障害事例 訪問看護標準枠組 別紙

ここでは、嚥下障害のある事例の標準看護計画での追加文書及び処置方法別の標準看護計画を下記に示す。

[疾病経過]

摂食・嚥下障害は、特に栄養や食生活に関係しているため全身体諸機能に影響を及ぼす。そのため患者は合併症を起こしやすいため、患者の原疾患とともに全身状態管理が必要である。特に注意すべき合併症については以下に示す。

・肺炎
・尿路感染その他の感染症
・低栄養、脱水症
・褥創、皮膚の損傷
・ADL低下
・下痢、便秘、消化管疾患

[薬剤治療]

今のところ嚥下障害に著効を示す薬剤は知られていない。¹⁾ そのため、嚥下障害のみの薬剤治療としてではなく、嚥下障害をきたす病因に対する薬剤治療を行う。嚥下障害をきたす病因には、静的嚥下障害の原因として、口腔・咽頭の悪性腫瘍摘出術後の嚥下障害、食道狭窄、炎症性疾患などがある。また、動的嚥下障害の原因は、中枢神経系の障害（脳血管疾患、ALS等）・末梢神経系の障害（多発性脳神経炎等）・神經-筋接合部疾患、筋疾患（筋ジストロフィー、MS等）、蠕動運動の障害（食道痙攣等）・食道括約筋機能異常（アカラシア、パーキンソン病等）・筋力低下（膠原病など）・心因性などがあり、これらの疾患に対しての薬物治療が行われる。薬剤によっては、嚥下障害に有効であった機能低下を起こすものがあったり、また、両面性を持つものがあるため嚥下機能に影響を及ぼす薬剤の使用への注意が必要である。よって、使用薬物の選定及び、薬物による障害の変化などの観察が必要である。また、服用が経口摂取か経管摂取かによって薬の形態や服用までの手技が変わるので考慮すべきである。以下、参考に嚥下障害に影響を及ぼす薬剤・口腔乾燥を引き起こす薬剤をあげた。

▼嚥下障害に影響を及ぼす薬剤

抗コリン剤、睡眠薬、鎮静剤、筋弛緩剤、脳代謝賦活剤、脳循環改善剤、抗パーキンソン薬

▼口腔乾燥を引き起こす薬剤

利尿剤	フロセミド（ラシックス） スピロノラクトン（アルダクトンA）
交感神経抑制剤	クロニジン（カタプレス） メチルドバ（アルドメット）
抗不整脈剤	ジソピラミド（リスマダン）
抗腫瘍薬	塩酸ジサイクロミン（コランチル）
抗ヒスタミン薬	ジフェンヒドラミン（レスタン） 塩酸プロメタジン（ピレチア）
抗パーキンソン薬	トリヘキシフェニジル（アーテン）
三環系抗うつ薬	イミプラミン（トフラニール） アミトリプチニン（トリプタノール）
抗精神病薬	クロルプロマジン（コントミン）

出典： 藤谷順子、嚥下障害をきたす病因・病態・障害、JNスペシャルNo.52<摂食・嚥下リハビリテーションマニュアル>, p30, 1996

[処置]

嚥下障害の栄養摂取の代償的アプローチとしては、主に中心静脈栄養（IVH）経鼻的経管栄養（NG 法）胃瘻・腸瘻・間欠的口腔一食道経管栄養（OE、IOE 法）が取られる。現在、嚥下機能回復がこれ以上見込めない場合や障害のレベルが安定している場合、後者 2 つの方法が取られる事が多い。

但し、嚥下機能回復が見込めないと判断されても、嚥下機能回復には個人差があり、リハビリテーションによる機能回復は期待でき、間欠的口腔一食道経管栄養（OE、IOE 法）の利用者では、機能回復が見られた事例もあるため、²⁾ 必ずしも障害のレベルが固定してしまうわけではないので、検査と平行して、その状態の変化に応じたアプローチを行うことが必要である。

[検査]

検査については、ケア項目内の内容についてしめす。特に注意すべきは嚥下障害機能診断については嚥下造影検査などの施設での検査や、医師、言語療法士、理学療法士などの医療者の判断が正確な嚥下障害機能診断になるので、退院前の検査とともに、在宅でも医療機関での検査を考慮すべきである。

また、検査によって嚥下機能を診断することと、検査ではないが嚥下機能を訪問看護婦が在宅において視覚的に捉えることも必要であり、嚥下障害の検査に加えて、食事場面と全身状態からの情報³⁾ を下記に記す。

検査	内容	
嚥下障害の検査	嚥下障害の機能診断	嚥下造影検査（VF）、咽頭・食道内圧検査、超音波検査、内視鏡検査、電気生理学的検査（筋電図）、嚥下音響検査など
	嚥下障害スクリーニング	水飲みテスト・反復唾液飲みテスト
全身状態からの情報	全身状態の観察	意識状態・顔の表情・話し方・理解度・姿勢・座位保持・頭部保持・呼吸状態（回数、性質、雜音、分泌物など）・気管切開の有無・流えんや咳・痰、声の質・チアノーゼ・発汗
	口腔の観察	義歯・欠損歯・虫歯の状態・歯肉の状態舌の乾燥や舌苔の状態・口唇の片寄り・開閉状態
食事場面からの情報	食事状態の観察	所要時間・食事中のむせやこぼし・咳き込みの有無・食品の好みの変化・食後の口腔内食物残渣の有無・鼻から食物や水分の流出・姿勢
感染に関するもの	バイタルサイン	体温・呼吸状態（回数、性質、雜音、分泌物など）
	血液検査データ	白血球数・CRP・Alb・Hb・Ht・BUN・電解質・血算・血清鉄・血清脂質
	レントゲン	胸部X-P・
栄養に関するもの	全身状態の観察	体重・皮下脂肪・便尿
	血液検査データ	総蛋白・Alb・Hb・BUN・電解質・血算・血清鉄・血清脂質

[理学療法]

嚥下訓練の内容は以下に示す。退院前に利用者に合った、また施行可能なりハビリテーションを計画する。

特に、直接的嚥下訓練法については嚥下機能診断及び医師の指示のもとに行い、誤嚥などのリスク時の緊急時対応の準備が必要である。

間接的（基本）嚥下訓練	・咽頭アイスマッサージ ・空嚥下 ・氷なめ ・ストロー吸い ・口すぼめ呼吸
-------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ・咳そう訓練 ・pushing exercise (声門内転訓練) ・口唇・頬・舌の運動、マッサージ、ブラッシング ・皮膚のアイスマッサージ ・構音訓練 ・嚥下体操 ・メンデルゾーン手技 ・座位、姿勢保持訓練 ・体力、持久力訓練、バランス ・頭部保持訓練 ・頸部ROMなど
直接的（摂食）嚥下訓練	<p>1) 先行期 切迫的摂食防止のペーシング、強制笑い防止の環境 介護者性誤嚥予防の指導</p> <p>2) 段階的摂食訓練 体位・食物形態・代償的嚥下パターンなど</p>

[安全]

疾病経過でも述べたように、全身諸機能に影響するものであるためリスク管理は重要であるが、特に呼吸機能とは密接であり、吸引器の設置し、誤嚥、窒息時に吸引器を使用した吸引の処置やハイムリッヒ法やタッピングなどの対処方法の家族、介護者への指導が必要である。

また、気管切開の利用者にはその管理方法の指導が必要である。

[社会資源]

嚥下障害は、障害のレベルが固定するものではなく、レベルに応じた治療・リハビリテーションの方針を変化させる必要がある。そのためには在宅においても正確な定期的な機能診断が必要であり、外来などで嚥下機能診断の可能な病院や医師との連携が必要である。また、嚥下障害の患者は食事の問題がネックになってショートステイやデイケアが利用しにくい^{③)}ことも考慮し、社会資源利用のケアプランを立てていかねばならない。

引用・参考文献

- 1) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害第2版医師薬出版株式会社, p156, 1998
- 2) 平井里香他, 口腔ネラトン法の在宅実施状況調査, 第8回日本リハビリテーション看護学会会誌, p25, 1996
- 3) 藤島百合子, 藤島一郎, 地域での対応, JJNスペシャルNo.52<摂食・嚥下リハビリテーションマニュアル>, p99, 1996
- 4) 鎌倉やよい, 深田順子：生活場面における摂食・嚥下障害のアセスメント, 看護技術 Vol.44 No.1 1998

引用文献

- 1) 厚生統計協会：厚生の指標臨時増刊 国民衛生の動向，第巻第号，p.1998
- 2) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害 第2版 医歯薬出版株式会社，p12, 1998
- 3) 日本看護協会・日本訪問看護振興財団：1995年全国における訪問看護・訪問指導サービス定点モニター調査，p 128-129, 1996
- 4) 水上美樹，山本文吾，綾野理加：慢性脳血管患者における在宅（施設）での摂食・嚥下状況について，日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会抄録集，p20, 1998
- 5) 山本美千代：嚥下障害者のケア，平成10年度済生会リハビリテーション看護研修会，p111, 1998
- 6) 才藤栄一，馬場尊，鈴木美保：摂食・嚥下障害，JJNスペシャルNo.52摂食・嚥下リハビリテーションマニュアルp8, 1996
- 7) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害 第2版 医歯薬出版株式会社，p 15-17, 1998
- 8) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害 第2版 医歯薬出版株式会社，p 84, 1998
- 9) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害 第2版 医歯薬出版株式会社，p 85, 1998
- 10) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害 第2版 医歯薬出版株式会社，p 122, 1998
- 11) 木佐俊郎：リスク管理，JJNスペシャルNo.52摂食・嚥下リハビリテーションマニュアルp76, 1996
- 12) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害 第2版 医歯薬出版株式会社，p 51, 1998
- 13) 厚生統計協会：厚生の指標臨時増刊 国民衛生の動向，第巻第号，p.1998
- 14) 原純子：障害を持つ患者の欲求と回復意欲，第8回 日本リハビリテーション看護学会，p99-100, 1996
- 15) 高倉アツ子，藤岡真：ワーレンベルグ症候群による嚥下障害患者の経口摂取確立への援助，第8回 日本リハビリテーション看護学会，p87-88, 1996
- 16) 平井利香，関いく子，石井修二：口腔ネラトン法の在宅実施状況調査，第8回 日本リハビリテーション看護学会，p87-88, 1996
- 17) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害 第2版 医歯薬出版株式会社，p 16-18, 1998
- 18) 藤谷順子：摂食・嚥下障害をきたす病因・病態・障害，JJNスペシャルNo.52摂食・嚥下リハビリテーションマニュアルp 28, 1996
- 19) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害 第2版 医歯薬出版株式会社，p 156, 1998
- 20) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害 第2版 医歯薬出版株式会社，p 62, 1998
- 21) 間川博之，正門由久，他：脳卒中－急性期から自宅復帰まで－，総合リハビリテーション，25巻10号，p905-929, 1997
- 22) 馬場尊，田中ともみ，斎藤栄一：摂食・嚥下障害の病歴・身体所見，JJNスペシャルNo.52摂食・嚥下リハビリテーションマニュアルp34, 1996
- 23) Horner J, Massey W : Silent aspiration. Neurology 38, p317-319, 1988
- 24) 松瀬健：嚥下性（誤嚥性）肺疾患の病態，第3回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会抄録集，P23
- 25) 藤島百合子，藤島一郎：地域での対応，JJNスペシャルNo.52摂食・嚥下リハビリテーションマニュアルp98, 1996

参考文献

- 1) 才藤栄一，向井美恵，半田幸代，藤島一郎 編：摂食・嚥下障害，JJNスペシャルNo.52摂食・嚥下リハビリテーションマニュアル，1996
- 2) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害第2版医師薬出版株式会社，1998
- 2) 山本美千代：嚥下障害の看護，リハビリ看護，Vol11. No 6, P97-107, 1998

- 3) 平井利香, 関いく子, 石井修二: 口腔ネラトン法の在宅実施状況調査, 第8回 日本リハビリテーション看護学会, p87-88, 1996
- 4) 原純子: 障害を持つ患者の欲求と回復意欲, 第8回 日本リハビリテーション看護学会, p99-100, 1996
- 5) 高倉アツ子, 藤岡真: ワーレンベルグ症候群による嚥下障害患者の経口摂取確立への援助, 第8回 日本リハビリテーション看護学会, p87-88, 1996
- 6) 胃瘻・間欠的経管摂取法, 別冊エキスパートナース, P78-P86, 1998
- 7) 石川明美, 半田幸代: フィジカル・メンタルなアセスメントによる嚥下障害のリスク管理, 別冊エキスパートナース, P64-67, 1998
- 8) 平松喜美子, 入江幸江, 武内茂伸: 嚥下障害患者への栄養管理の実際, 別冊エキスパートナース, P80-81, 1998
- 9) 水野雅康, 鈴木美保, 皿井祥子, 才藤栄一: リスク・マネジメントから考える嚥下障害のケア, 別冊エキスパートナース, P46-49, 1998
- 10) 板橋繁, 佐々木英忠: 嚥下反射から見る嚥下性肺炎の予防, 別冊エキスパートナース, P60-63, 1998
- 11) 小口和代, 才藤栄一, 水野雅康, 鈴木美保, 奥井美枝, 藤本一恵, 村瀬幸枝, 別冊エキスパートナース, P50-51, 1998
- 12) 今西正吉: 総合リハ 7巻3号, P217-219, 1978
- 13) 滝口みさ子, 林淑子, 鈴木マサ子, 静明美, 堀江いすず: 脳血管障害患者の流涎に対するアイス・マッサージの効果について, 第16回日本看護学会 成人看護 P61-64, 1985
- 14) 松瀬健: 嚥下性(誤嚥性)肺疾患の病態, 第3回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会抄録集, P23
- 15) 武田幸, 北島清影, 広川雅之: 嚥下障害を持つ患者の在宅生活の継続状況に関する検討, 第回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会抄録集
- 16) 藤島一郎: 摂食・嚥下障害への対応; チームアプローチについて, 看護技術 Vol.44 No.1 1998
- 17) 鎌倉やよい, 深田順子: 生活場面における摂食・嚥下障害のアセスメント, 看護技術 Vol.44 No.1 1998
- 18) 中口恵子: 摂食・嚥下障害患者へのチームアプローチ-食事栄養管理と嚥下食の工夫・改善, 看護技術 Vol.44 No.1 1998
- 19) 間川博之, 正門由久, 他: 脳卒中-急性期から自宅復帰まで-, 総合リハビリテーション, 25巻10号, p905-929, 1997
- 20) 大熊るり, 藤島一郎: 重度の摂食・嚥下障害に対する対策, 総合リハビリテーション, 25巻10号, p905-929, 1997
- 21) 斎藤和豊 監訳: ホームケア Part2 訪問看護のためのマニュアル, 医歯薬出版株式会社, p256-286, 1993

II. 各事例群別の費用・効果分析

1. 研究方法

各事例群別に標準化枠組に沿ってケアを実施し、その効果と費用を測定し、費用効果比の算出を試みた。

1) 効果測定：各事例群別に標準化枠組に沿ってケアを行い、開始後2ヶ月間の患者アウトカム項目に基づいて到達率を算出し、それを効果と定めた。2ヶ月期間に満たない事例ではその途中までの最終アウトカムの到達率を算出した。

2) 費用の算出：各事例群別にケア実施における訪問頻度、時間帯、訪問滞在時間、連携や管理に要した時間から費用を算出した。

(1) 訪問頻度・時間の測定：訪問看護標準化枠組に沿ってケアを実施したその都度、訪問看護婦が訪問日、時間帯、計画・臨時訪問、訪問滞在時間、連携時間、管理時間を調査票に記載する。ここでいう連携時間とは他職種や他機関との連絡や調整など連携に要した時間をいい、管理時間とは、ケア会議や記録時間、物品準備等、ケア実施のために必要な諸管理事項に要する時間とした。

(2) 訪問看護料金と人件費の算出：①にもとづき、費用を以下の方法で算出した。A：平成9年経営実態調査「訪問看護統計調査」による訪問1回あたりの訪問看護療養費の単価9,126円（平成9年度1事業所あたりの訪問看護療養費2,219,500円÷訪問回数243.2回）を訪問回数をもとに算出した。B：平成9年度老人保健健康増進等事業「介護保険の導入を展望した訪問看護業務分析に関する研究」の調査対象である訪問看護婦の看護婦としての経験年数（訪問看護婦経験含む）が平均21.3年であることから、一般公務員である看護職の平均時間給1,924円（国立病院医療職棒給表（三）2級23号棒333,500円×12月÷1週間の勤務時間40時間×1年間の週数52週）を算出した。これをもとに本調査で明らかになった総業務時間（訪問滞在時間、連携時間、管理時間を合わせたもの）をかけて人件費を算出した。

(3) 経済的評価：上記より費用効果比を算出することで、費用効果分析を行った。

2. 結果・考察

1) 効果について

患者の最終アウトカム到達率で高い値を示したものは在宅酸素療法事例であり、ついでターミナル期事例、CAPD事例が続いた。CAPD事例、痴呆事例や大腿骨頸部骨折事例、褥瘡事例は事例によって個人差があった。

2) 訪問頻度・時間について

痴呆事例や大腿骨頸部骨折事例では計画的訪問、日勤帯での訪問であった。

他の事例群では臨時訪問で準夜、深夜、早朝訪問を必要とした。特に、ターミナル期事例やCAPD事例は時間外の訪問回数が多かった。これは、ターミナル期では癌末期特有の症状の出現や生命に異常急変がおこりやすい状況であることや、CAPD事例では在宅で自己管理を行う際にトラブルが生じ、自分で対処できず、訪問看護を必要としている状況にあることが影響している。

排泄障害事例では連携・管理時間が多くかかっている。これは、標準化枠組実施にあたって、留置カテーテル抜去にあたってスタッフ間との調整、打ち合わせに時間が必要なことを示している。ターミナル期事例に関しては、かかりつけ医との連携調整やケア会議、物品の準備等に時間が必要であり、大腿骨頸部骨折事例ではリハビリ関係職種との連携などが求められ、時間を要している。介護保険実施にあたって、他職種、他機関との連携を重要視しているが、訪問看護の標準化枠組実施にあたっても、このような連携・管理時間は必要であり、費用算定の際にも考慮すべき事項であると考える。

3) 費用について

訪問看護料金の平均値で一番高い群はCAPD群であり、ついで褥瘡事例であった。ターミナル期事例や排泄障害事例ではほぼ同様であった。訪問頻度や時間外訪問回数が多くなると、費用がかかるといえる。ターミナル期事例では死亡により期間が短いため費用はそれほど高くはならなかった。

人件費では連携・管理時間を利用した排泄障害事例が10万円を超え、ついでCAPD事例、ターミナル期事例、褥瘡事例が7万円前後となった。

4) 経済的評価について

費用効果比で低い値を示したものは、在宅酸素療法事例、大腿骨頸部骨折事例であり、高い比を示したのは、褥瘡事例、CAPD事例であった。費用効果の面で良好であった在宅酸素療法事例、大腿骨頸部骨折事例は制度内の訪問頻度内に留まり、制度外、時間外の訪問がなかったことが要因であったと考える。

在宅酸素療法群では退院前から外来治療と上気道感染予防等の指導が十分に行われれば、在宅の合併症を防ぎ比較的安定しやすいといえる。反対にCAPD事例は最初から合併症を持ち自己管理が困難で時間外のトラブルが発生しやすく、在宅ケア開始時期は費用がかかりやすいといえる。

褥創事例は褥創自体がその治癒に時間がかかること、褥瘡ケアが体位変換やドレッシング等の処置に頻回の訪問を要することが影響し、費用効果比は高くなる。しかし、悪化すればさらに時間や費用を要することになるので、退院直後から標準化枠組にしたがってケアを行うことは効果的であるといえる。

3. 今後の課題

今回、退院直後から2ヶ月間までの費用効果分析を行った。しかし、問題が

発生しやすいこの時期に標準化枠組に沿ったケア投資を行うことは、長期的に渡って問題発生を予防することができ、全体の費用効果は良好となることが考えられる。今後の課題として、経済的評価研究を深めるために材料費などの費用も算出すること、長期的な期間での調査を行なうこと等があげられる。

表)各事例別訪問頻度と時間から算出したコストとアウトカム比(2ヶ月間の平均値)

各事例群名	訪問頻度と料金			時間(分)と人件費					④最終アウトカム 割合(%)	費用効果比		
	訪問回数	訪問の時間帯 総合計(回)	②訪問料金(円) =①×9,126円 *日勤以外は料金倍	③毎訪問滞在 時間(分)	④通達時間 時間(分)	⑤管理 時間(分)	⑥職業者 時間(分)	⑦人件費 料金(円) =⑥×1,824円				
ターミナル期	44	日勤34回 普段3回 緊急3回	¥428,922	3870	330	1716	5916	¥189,706	100.0	861.7	2054.5	
	13	日勤10回 普段1回 緊急1回	¥132,327	830	240	285	1355	¥43,450	100.0			
	21	日勤19回 普段1回 緊急1回	¥200,772	1570	133	435	2138	¥68,559	100.0			
	29	日勤26回 普段2回 緊急1回	¥278,343	3010	505	755	4270	¥136,825	91.7			
	17	日勤12回 普段1回 緊急2回	¥177,957	1530	280	1005	2815	¥90,288	100.0			
	11	日勤9回 年休1回 緊急1回	¥109,512	690	0	620	1310	¥42,067	100.0			
	36	日勤35回 普段3回	¥333,099	2185	745	1095	4025	¥129,068	50.0			
	10	日勤10回	¥91,260	540	10	280	830	¥26,615	98.2			
	7	日勤7回	¥63,882	330	105	495	930	¥29,822	41.7			
	7	日勤7回	¥63,882	625	233	391	1249	¥40,051	50.0			
	4	日勤3回 普段1回	¥41,067	260	90	660	1010	¥32,387	90.7			
	3	日勤2回年休1回	¥31,941	170	65	90	325	¥10,422	24.1			
	17	日勤16回 普段1回	¥159,705	915	190	355	1460	¥46,817	81.5			
	M	16.8		¥162,513	1271.2	225.1	629.4	2125.6	¥68,161	79.1		
					(59.6)	(10.6)	(29.6)	(100.0)				
発展期	10	日勤:10回	¥91,260	660	65	160	885	¥28,379	66.7	773.9	2789.4	
	19	日勤:19回	¥173,394	960	15	465	1440	¥46,176	27.8			
	21	日勤:21回	¥191,646	1620	10	165	1795	¥57,500	83.3			
	17	日勤:17回	¥155,142	1000	0	170	1170	¥37,518	41.2			
在宅療養 療法	M	16.75		¥152,861	1080.0	22.5	240.0	1322.5	¥42,408	54.8	372.5	713.8
					(80.2)	(1.7)	(18.1)	(100.0)				
	8	日勤:7回 年休1回	¥77,571	335	30	475	840	¥26,936	89.7			
CAPD	5	日勤:5回	¥45,630	465	20	660	1165	¥37,358	82.8	904.0	5026.6	
	M	6.5		¥61,601	400.0	25.0	577.5	1002.5	¥32,147	86.3		
					(39.9)	(2.5)	(57.6)	(100.0)				
	39	日勤12回 普段13回 早朝14回	¥479,115	1755	50	545	2350	¥75,357	88.2			
	17	日勤17回	¥155,142	1235	30	85	1350	¥43,290	82.4			
	16	日勤16回	¥146,016	825	0	80	905	¥29,020	94.1			
	12	日勤12回	¥108,512	895	60	65	1020	¥32,708	--			
	80	日勤15回 普段32回 早朝33回	¥1,026,675	4135	226	405	4766	¥152,830	94.1			
	34	日勤23回 普段1回 早朝10回	¥360,477	1980	55	220	2255	¥72,310	100.0			
	17	日勤17回	¥155,142	815	0	215	1030	¥33,028	47.1			
嚥嚿	93	日勤26回 第3回29回 早朝38回	¥1,154,439	5065	275	790	6130	¥196,569	47.1	1127.2	3235.9	
	11	日勤11回	¥100,388	550	15	65	630	¥20,202	70.6			
	8	日勤8回	¥73,008	570	0	80	650	¥20,843	50.0			
	M	32.7		¥375,991	1782.5	71.1	255.0	2108.6	¥67,616	74.8		
					(64.5)	(3.4)	(12.1)	(100.0)				
	28	日勤:27回 普段1回	¥280,091	1690	90	560	2340	¥75,036	62.0			
	20	日勤:20回	¥182,520	1200	60	750	2010	¥64,454	64.4			
	12	日勤:12回	¥109,512	720	120	420	1260	¥40,404	91.1			
栄養障害	8	日勤:7回 普段1回	¥77,571	510	120	280	910	¥29,161	51.6	-	-	
	29	日勤:28回 普段1回	¥289,217	3280	0	810	4080	¥131,153	46.9			
	40	日勤:40回	¥385,040	1980	170	970	3120	¥100,048	54.6			
	M	22.83		¥210,659	1563.3	93.3	631.7	2268.3	¥73,379	65.1		
					(68.3)	(4.1)	(27.6)	(100.0)				
	13	日勤10回 普段3回	¥132,327	800	340	215	1155	¥37,037	--			
	28	日勤27回 普段1回	¥260,091	1598	1470	1535	4603	¥147,603	35.7			
大腸食管部 骨折	9	日勤:9回	¥82,134	220	140	145	505	¥16,194	--	-	-	
	22	日勤22回	¥200,772	1117	345	350	1812	¥58,105	--			
	24	日勤24回	¥219,024	1142	540	430	2112	¥67,725	--			
	32	日勤29回 普段3回	¥305,721	1485	810	808	3103	¥99,503	--			
	M	21.33		¥200,012	1027.0	607.5	580.5	2215.0	¥71,028	--		
M	10	日勤:10回	¥91,260	590	0	315	905	¥29,020	46.6	468.2	1162.1	
	5	日勤:5回	¥45,630	310	35	470	815	¥26,134	71.2			
	7.5		¥68,445	450.0	17.5	392.5	860.0	¥27,577	58.9			

引用・参考文献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部編、平成9年厚生省訪問看護統計調査、財団法人 厚生統計協会、1998
- 2) 山口昇、島内節他、介護保険の導入を展望した訪問看護業務分析に関する研究成果報告書、平成9年度厚生省老人保健健康増進等事業、P5、平成10年3月
- 3) 武藤孝司、保健医療プログラムの経済的評価法、篠原出版、1998

おわりに

訪問看護は介護保険制度スタートを1年後にひかえて、しくみが大きく変化しようとしている。わが国が社会全般において経済問題をかかえる一方で医療経済のあり方も厳しく問われている。介護保険制度スタート後には、「国民からケアの質保証（頻度・種類・ケアプラン・ケアそのものの質）」を求めてさまざまな要求が噴出するにのではないかと予測される。訪問看護の質を国民に対して保証することは看護職の責任であり、本研究に取り組んできた。

病院ではクリティカルパスを導入するところが拡大しつつある。このたびは在宅ケアにおいて、わが国ではじめてバス法の発想に基づいて訪問看護の期間別目標、頻度、ケア内容と方法、評価方法を含めてその手順をセットにして標準化したものを作成した。実施する前にこれらが明示されることによって、訪問看護婦の個人的判断のみによらず、標準的なもの（スタンダード）を利用して、看護職への教育と実践力のレベル向上の意義が高く、全スタッフの共有化による目標と手順の統一性を可能にしてケアの質を保証することが可能になるとを考えた。また、費用効果分析を加えて、どの時期に集中的ケアを加えるべきかを明示した。訪問看護は事例のニーズに応じて介護保険制度内にとどまらず診療報酬制度も併用し、訪問頻度の弾力的実施とその経済保障の必要性を根拠データを加えてまとめた。

本研究報告書に基づいて、標準的実施方法と評価方法、いわゆる訪問看護のバス法を著書として「訪問看護の質保証とクリティカルパスの実施マニュアル」を中心法規から平成11年8月に出版予定である。訪問看護の職場や教育において大いに利用していただけることを期待している。

いよいよ21世紀に向けて訪問看護は人々の生活の中に浸透し、ますます飛躍のチャンスが拡大している。本報告書やマニュアル書がこの飛躍の一歩として、お役に立てば大変幸いである。

平成11年3月

主任研究者 島内 節（東京医科歯科大学 教授）

平成10年度 厚生省老人保健健康増進等事業
困難度の高い訪問看護業務の実施方法とサービス頻度・期間の標準化
およびサービス効果の評価方法の開発 成果報告書

平成11年3月

発 行
〒722-0311 広島県御調郡御調町市124番地
公立みづぎ総合病院 管理者 山 口 昇

〒113-5819 東京都文京区湯島1-5-45
東京医科歯科大学医学部保健衛生学科地域看護学 教授 島 内 節
TEL 03-5803-5355 FAX 03-5803-0158

