

平成17年度
厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業)

専門特化型訪問看護ステーションの
サービス提供体制に関する調査研究事業

研究報告書

平成 18 年 3 月
社団法人全国訪問看護事業協会

平成17年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)
「専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業」

研究組織

本委員会

委員長	川越博美	聖路加看護大学看護実践開発研究センター教授
委員	野中博	(社) 日本医師会常任理事
委員	小川忍	(社) 日本看護協会常任理事
委員	上野桂子	(社) 全国訪問看護事業協会常務理事
委員(委員長代理)	田高悦子	東京大学大学院医学系研究科講師
委員	福井小紀子	首都大学東京健康福祉学部准教授
委員	小倉朗子	(財) 東京都神経科学総合研究所主任研究員

認知症ケア小委員会

小委員会委員長	田高悦子	東京大学大学院医学系研究科講師
小委員会委員	緒方泰子	千葉大学看護学部講師
小委員会委員	門田直美	日本赤十字看護大学看護学部講師
小委員会委員	宮本有紀	東京大学大学院医学系研究科講師
小委員会委員	馬場先淳子	(財)日本訪問看護振興財団立おもて参道訪問看護ステーション所長

緩和ケア小委員会

小委員会委員長	福井小紀子	首都大学東京健康福祉学部准教授
小委員会委員	柏木聖代	筑波大学大学院人間総合科学研究科講師
小委員会委員	酒井昌子	聖路加看護大学看護学部講師
小委員会委員	長江弘子	聖路加看護大学看護学部講師
小委員会委員	吉富洋子	(有)くくむ 岩本町訪問看護ステーション所長

難病ケア小委員会

小委員会委員長	小倉朗子	東京都神経科学総合研究所主任研究員
小委員会委員	本田彰子	千葉大学看護学部看護実践研究指導センター教授
小委員会委員	近藤紀子	日本赤十字武蔵野短期大学助教授
小委員会委員	小西かおる	東京都神経科学総合研究所研究員
小委員会委員	会田久子	(有) ひよこ ひよこ訪問看護ステーション所長
小委員会委員	乙坂佳代	(社) 港北医療センター訪問看護ステーション管理者
小委員会委員	重信好恵	(財) 練馬区医師会訪問看護ステーション管理者
小委員会委員	小川一枝	東京都立神経病院地域療養支援室医療相談係長

調査委託

中野夕香里 (有) Yukari & Co. 取締役社長

事務局

日高弘 (社) 全国訪問看護事業協会事務局長
木全真理 (社) 全国訪問看護事業協会
池田由美子 (社) 全国訪問看護事業協会

「専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業」

報告書目次

第1章 概要

1. 研究背景	1
2. 研究目的	1
3. 研究方法	3
4. 研究成果	3
5. 提言と課題	4

第2章 専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制

I. 専門特化型訪問看護ステーションの概況	11
II. 専門特化型訪問看護ステーションのサービスの構造の質基準	15
III. 認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質基準	21
IV. 緩和ケア専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質基準	44
V. 難病ケア専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質基準	78

第3章 研究総括

1 研究の経緯	87
2 研究の結果	87
3 提言と課題	90

資料 第一次調査結果統計表	93
第二次調査結果統計表	94

付録 第一次調査依頼状・調査票	109
第二次調査依頼状・調査票	111

第 1 章

概要

1.研究背景

わが国では、近年の超高齢化社会の到来とともに生じているさまざまな社会環境の変化、例えば、疾患構造の変化、世帯構成の変化、医療経済の変化、人々の意識の多様化などにより、在宅療養者のニーズは多様化、高度化し、提供する訪問看護の質が問われている。すなわち在宅療養者が有する多様な、かつ高度のニーズに応じて、よりよい訪問看護サービスの選択ができるように、換言すれば在宅療養者に選ばれるサービスとなるために、提供するサービスの質を確保し、向上させていくことがこれまで以上に求められている。

このような背景から、これまで訪問看護サービスの質の確保や向上に向けた質評価の試みはすでに幾つか行われてきており、その成果（日本看護協会：訪問看護質評価基準、全国訪問看護事業協会：訪問看護評価マニュアル、日本訪問看護振興財団：訪問看護サービス質評価のためのガイドラインなど）が公表されている。また、昨今では、改正介護保険制度により開始された介護サービス情報の公表等により、在宅療養者に対する、標準的な訪問看護サービスの質評価の基準は明確にされつつある。

しかしながら、多様化、複雑化する在宅療養者の訪問看護ニーズにおいて、領域を特定したニーズに応じた、専門性のある訪問看護サービスの質評価に関する基準は未だ明確ではなく、多様な、かつ高度のニーズを有する在宅療養者がおののニーズに応じて、適切に訪問看護サービスの選択をすることが困難である。とりわけ、ニーズの高い、認知症ケア、緩和ケア、難病ケア等の領域における専門性のある訪問看護サービスの質評価の基準の明確化は、利用者ならびに家族の QOL 支援の観点から、焦眉の課題である。

2.研究目的

認知症ケア、緩和ケア、難病ケアの領域における専門性のある訪問看護ステーション（以下：専門特化型訪問看護ステーション）が備えるべき質の評価基準を開発し、今後の訪問看護の質の確保ならびに向上を促進する。

3.研究方法

1)研究組織

事業全体の統括を行う本委員会を有識者により組織し、その元に、対象 3 専門領域それぞれについての具体的な検討を行う小委員会を置いた。各小委員会は、当該領域についての学識経験者、訪問看護師等により構成された。

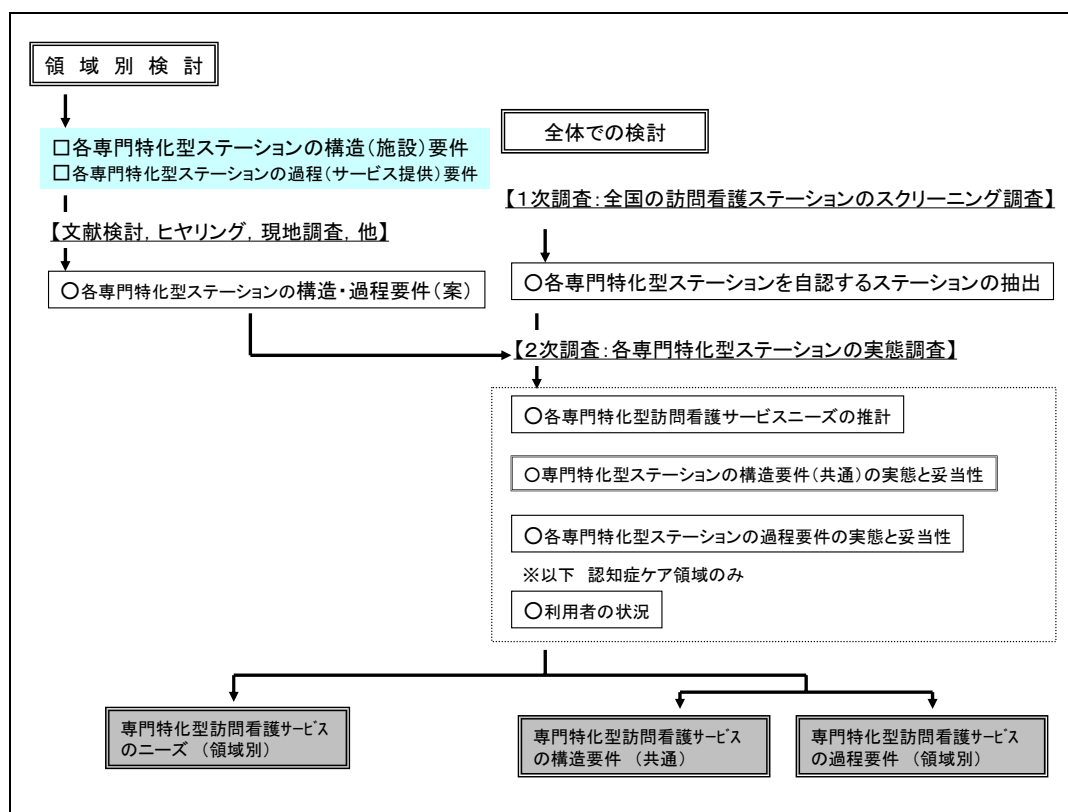


図 研究事業の流れ

2) 手順

(1) 領域別検討(2005年6月～10月): 専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質の評価基準(Quality Indicator; 以下: 質基準)作成にむけた本研究班の方針として、Donabedianモデル(1980)に基づき、専門性の高いサービス提供の体制(人、物、システム等)については、各領域に依らない、専門特化型ステーションに共通するサービスの構造の質基準とし、一方、専門性の高いサービス提供の過程については、各領域独自の過程の質基準とすることとし、主に構造の質基準については研究班全体で、過程の質基準については各小委員会でおのおの検討し各案を作成した。

(2) 全体での検討(2005年6月～2006年3月): 第1次調査として全国の訪問看護ステーションを対象として、専門特化の自認の是非を尋ねた。次いで、第2次調査として、第1次調査で抽出された事業所(専門特化型事業所)を対象に、専門特化型訪問看護サービスニーズの実態、サービスの構造の質基準案(3領域共通)および過程の質基準案(各領域)の遂行度と重要性を評価した。最終的にこれらを踏まえ、研究班全体および各小委員会で協議し、本研究課題である専門特化型訪問看護サービスの質の評価基準「構造の質基準」(共通)および「過程の質基準」(各領域)を作成した。

4.研究倫理

本研究は、社団法人全国訪問看護事業協会倫理委員会の承認を得て実施された。

5.研究成果

(1)第1次調査

全国訪問看護事業協会の会員（平成 17 年 12 月現在）である 3,556 カ所の訪問看護ステーションのうち FAX 調査に対応可能な 3,436 カ所を対象に、専門特化の自認の是非に関するスクリーニング調査を実施した結果、1467 事業所からの回答があり、うち、事業所名の特定できる 1419 事業所を有効回答とした（回収率 41.3%）。なお、本調査では、対象 3 領域以外に今後専門特化を推進すべき領域についても把握した（資料）。

有効回答 1,419 カ所中、対象 3 領域のいずれか 1 領域以上につき専門特化を自認するステーションは、925 カ所（65.2%）であった。これらのうち、559 カ所（専門特化型ステーションの 60.4%）は、2 つ以上の領域での専門特化を自認していた。3 つの領域別では、難病ケア領域での専門特化型ステーションが 497 カ所（35.0%）、緩和ケア領域が 689 カ所（48.6%）、認知症ケア領域が 539 カ所（38.0%）であった。

(2)第2次調査ならびに最終基準の決定

第1次調査により、対象 3 領域に専門特化を自認する 925 カ所の訪問看護ステーションを対象に、専門特化型訪問看護サービスニーズ（領域別）の実態ならびに、作成された構造の質基準案（領域共通 14 項目）および過程の質基準案（各領域別：認知症ケア 20 項目；緩和ケア 30 項目；難病ケア 37 項目）（付録：第2次調査票）の遂行度ならびに重要性の評価を行うことを目的に調査した結果、難病ケア領域 92 カ所（回収率：18.5%）、緩和ケア領域 138 カ所（同 20.0%）、認知症ケア領域 95 カ所（同 17.6%）（利用者データ 235 名）、全体 224 カ所（回収率 24.3%）、から回答が得られた。

構造の質基準案については、遂行度では項目によりややばらつき（「できている」および「まあできている」の割合：36.3～82.6%）がみられたが、重要度では概ね高い評価（「重要である」の割合：73.6～82.1%）が得られた。よって、構造の質基準案は、今後達成支援を行えば十分受容可能な要件であると判断し、最終基準（表 1）として決定した。また、過程の質基準案については、おのこの領域で、遂行度、重要度の結果等を踏まえて十分に協議し、最終的には、認知症ケア 20 項目（表 2）、緩和ケア 30 項目（表 3）、難病ケア 37 項目（表 4）を最終基準として決定した。

6. 提言と課題

1) 専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質の基準の活用と期待される効果

(1) 専門特化型訪問看護ステーションおよび訪問看護師における質の確保や向上

利用者の特定の領域のニーズに対応すべく、あるいは、利用者に選ばれるサービスとなるために、明示された本基準に照らして各ステーションが当該専門領域のサービスの体制要件ならびに過程要件を充足させるような自己評価・自己点検を行うことにより、当該訪問看護ステーションおよび訪問看護師の質の確保、向上が期待される。

(2) 利用者・家族、関係機関における適切な訪問看護ステーションの選択と利用促進

改正介護保険法における介護サービス情報の公表制度における本基準の活用により、当該専門領域の基準を充足した専門特化型ステーションが自ら情報を公開することにより、利用者・家族、関係機関において、特定領域のニーズに対する、専門性のある訪問看護ステーションの選択ならびに利用の促進が期待される。

(3) 自治体等における当該専門領域の地域ケアシステム構築における基盤整備の促進

各市区町村等の自治体における当該専門領域の地域ケアシステム構築における基盤整備において、中核的な施設（事業所）として、当該専門特化型訪問看護ステーションを位置づけるとともに、その地域の当該専門領域におけるケアニーズ（需要）に対する適切な供給体制を図るための計画に活用されることが期待される。

2) 今後の課題

(1) 評価基準の普及・啓発・見直しのための組織の設置の検討

本評価基準の活用の促進にむけては、まず、その基準の周知を各事業所や関係機関等のもとより、利用者や家族など広く一般に努めることが必要であり、すなわち普及・啓発のための組織的活動が必要である。また、今後、制度的背景や社会的ニーズの変遷とともに、一定期間ごとに本基準を見直し、またその必要に応じて適切に内容の修正等に対応するための恒常的な評価組織の設置も一法であり、これらの検討が課題である。

(2) 評価システムのあり方の検討

本評価基準は、専門特化型訪問看護ステーションを自認する各事業所がこれを用いて自己評価・自己点検し、さらなるサービスの質の確保・向上に努めることを意図したものであるが、評価が有すべき中立性、公正性、透明性等の性格に鑑みれば、自己評価・自己点検に加えて、第三者による評価を含めた評価システムのあり方の検討、例えば、評価者、評価目的、評価方法、評価結果の活用方法等の検討は取り組むべき課題である。

表 1 専門特化型訪問看護ステーション評価基準「構造の質基準」14項目

項目	解釈・確認方法	事業所の状況
1 事業所の理念・運営方針	事業所としての理念または基本方針が明文化されていること。また、それが職員・利用者に明示されていること（事業所内掲示・パンフレット等への記載等）。	1 2 3 4
2 理念・運営方針に基づく組織図	事業所の組織図があること。また、実態に即していること。	1 2 3 4
3 専門領域のケア提供の方針	訪問看護の基準（看護基準、看護業務マニュアル、プロトコル、ガイドライン等）の中で、当該領域のケア提供の基本的な考え方が記載されていること。	1 2 3 4
4 専門性を有する看護師の配置	当該領域について研修を受けるなど専門性を有する看護師が雇用されている。また、その処遇（責任・権限の賦与、適切な給与体系等）に配慮されていること。	1 2 3 4
5 専門領域の知識・技術の向上のための研修計画	専門性を有する看護師が当該領域の知識・技術の向上を行うための研修計画があること。	1 2 3 4
6 専門領域のケア実践のための支援体制	専門性を有する看護師が、外部識者から、助言・指導や協力を得る体制があること。	1 2 3 4
7 専門領域のケアに関する助言・指導・協力体制	職員が、専門性を有する看護師または外部識者から、助言・指導・協力を得る体制があること。	1 2 3 4
8 専門領域のケアのプロトコル	当該領域のケアのプロトコル、基準・手順、業務マニュアル等があること。	1 2 3 4
9 専門的ケアの24時間の提供体制	当該領域のケア利用者に対して緊急時の訪問体制があること（仕組みと実績）。	1 2 3 4
10 職員の負担軽減に配慮したスケジューリング	職員の身体心理的負担に配慮したスケジューリングであること	1 2 3 4
11 サービス評価の体制	当該領域のケアに関してカンファレンス、自己点検、プロトコルの見直し等の活動が定例的に（計画的に）行われる体制があること。	1 2 3 4
12 地域その他機関への支援体制	当該領域に関して、他機関から研修・実習を受け入れる体制があること。または、必要に応じて他機関に助言・指導等を行う体制があること。（いずれも実績から評価）	1 2 3 4
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信体制	当該領域に関する最新の情報を入手する体制のあること。また、整備した情報、実績等を発信する体制があること。	1 2 3 4
14 専門領域のケアの普及・啓発体制	当該領域に関して地域住民等からの相談に対応する体制がある（実績がある）こと。地域住民、サービス提供機関を対象とした広報活動体制がある（情報媒体がある）こと。	1 2 3 4

評価基準 1. ほとんどできていない 2. あまりできていない 3. まあできている 4. とてもできている

表 2 認知症ケア専門特化型訪問看護ステーション評価基準「過程の質基準」20 項目

1 利用者に対し、必要に応じて認知症スクリーニングを行い、認知症の早期把握、早期対処に努めている	1 2 3 4
2 利用者自身の認知症に対する認識や受容、今後の意向について可能な限りアセスメントを行い、それに基づき支援の方向性を検討している	1 2 3 4
3 利用者の認知機能障害について適切なスケールを用いて経時的にアセスメントを行い、それに基づき適切に支援している	1 2 3 4
4 利用者の行動・心理徴候(BPSD)について経時的にアセスメントを行い、それに基づき予防・軽減のための支援をしている	1 2 3 4
5 利用者のセルフケア(食事、排泄、更衣、整容、入浴等)についてアセスメントを行い、それに基づき維持・拡大のための支援をしている	1 2 3 4
6 利用者のIADL(金銭管理、家事、外出等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・拡大のための支援をしている	1 2 3 4
7 利用者の1日24時間の生活時間リズムや生活パターンについてアセスメントを行い、それに基づき安定した日課の継続のための支援をしている	1 2 3 4
8 利用者の生活環境(日中生活場所や就寝場所等)の安全性、安楽性についてアセスメントを行い、それに基づき適切な生活環境のための調整をしている	1 2 3 4
9 利用者の人的環境(日頃関わる人々との関係や頻度等)についてアセスメントを行い、それに基づき馴染みの関係継続のための支援をしている	1 2 3 4
10 利用者が不安感を抱いたり、混乱を来したりするような刺激や内容についてアセスメントし、それらに留意した支援をしている	1 2 3 4
11 利用者が安心感を得られたり、自信を得られたりするような話題や内容についてアセスメントし、それらを活用した支援をしている	1 2 3 4
12 利用者に今後起こりうる潜在的な生命・生活上のリスクについて予測を行い、それに基づき予防のための支援をしている	1 2 3 4
13 利用者の薬物療法の効果および副作用、ならびに服薬管理方法についてアセスメントを行い、主治医の指示のもとで調整している	1 2 3 4
14 家族介護者の心身の健康状況ならびに介護負担感についてアセスメントを行い、それに基づき必要な支援をしている	1 2 3 4
15 家族介護者の認知症にかかる介護技術や知識についてアセスメントを行い、それに基づき必要な支援をしている	1 2 3 4
16 家族介護者の認知症利用者に対する認識や受容、虐待リスクについてアセスメントを行い、それらに基づき必要な支援をしている	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
17 利用者や家族介護者の状況等に応じて緊急的もしくは一時的に利用者が入所(入院)できる地域の受入機関について確認している	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
18 主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、利用者のケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
19 担当ケアマネジャーと情報の交換を行い、利用者のケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
20 関係職種間においてサービス調整会議を行い、利用者のケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4

評価基準 1. ほとんどできていない 2. あまりできていない 3. まあできている 4. とてもできている

表 3 緩和ケア専門特化型訪問看護ステーション評価基準「過程の質基準」30 項目

1 痛みをスケールを用いて定期的にあセスメントし、記載している	1	2	3	4
2 痛みの管理がマニュアルやWHOの除痛管理ラダーに基づいてできる	1	2	3	4
3 痛み以外の身体症状(全身倦怠感、悪心・嘔吐、便秘・下痢、浮腫、呼吸困難等)を定期的にあセスメントし、記載している	1	2	3	4
4 痛み以外の身体症状の管理がマニュアルに基づいてできる	1	2	3	4
5 精神症状(せん妄、抑うつ、不安、不眠等)を定期的にあセスメントし、記載している	1	2	3	4
6 精神症状の管理がマニュアルに基づいてできる	1	2	3	4
7 アロマセラピー、リラクゼーション、セラピューティックタッチなどの代替ケアを積極的に取り入れ、実施している	1	2	3	4
8 日常生活に関するセルフケア能力を定期的にあセスメントし、必要時サービスを導入している	1	2	3	4
9 家族の介護・ケア能力について定期的にあセスメントし、記載している	1	2	3	4
10 家族に対して介護・ケアの方法についてマニュアルを用いて指導している	1	2	3	4
11 家族に現在起こっている痛みやその他の症状について説明している	1	2	3	4
12 家族に適切な時期を見計らって死までの経過説明を説明している	1	2	3	4
13 遺族のグリーフケアを実施している	1	2	3	4
14 本人の死亡場所の希望を確認し、記載している	1	2	3	4
15 家族の死亡場所の希望を確認し、記載している	1	2	3	4
16 本人が予後や死への不安について表出する機会をつくることができる	1	2	3	4
17 家族が予後や死への不安について表出する機会をつくることができる	1	2	3	4
18 麻薬を扱うかかりつけ医と連携を取ることができる	1	2	3	4
19 緩和ケア方針やケア計画をかかりつけ医と共有している	1	2	3	4
20 緩和ケア方針やケア計画をケアマネジャーと共有している	1	2	3	4
21 緩和ケア方針やケア計画をヘルパーと共有している	1	2	3	4
22 ボランティアがチームメンバーとしてケアに参加している	1	2	3	4
23 入退院時に病院と緩和ケア方針やケア計画について情報交換を行う(退院前訪問を含む)	1	2	3	4
24 チームで定期的に緩和ケア方針やケア計画を確認・修正している	1	2	3	4
25 チームで定期的に緩和ケアについて学ぶ機会を持っている	1	2	3	4
26 患者が適切な緩和ケアをうけられるように(人権擁護のために)、代弁者としての役割を果たすことができる	1	2	3	4
27 患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができる	1	2	3	4
28 患者・家族が希望する場所で最期を迎えられなかった場合でも、最期の状況の意味づけをすることができる	1	2	3	4
29 チームで、デスカンファレンスを行い、記載している	1	2	3	4
30 事業所内で定期的に緩和ケアを振り返る機会を持っている	1	2	3	4

評価基準 1. ほとんどできていない 2. あまりできていない 3. まあできている 4. とてもできている

表 4 難病ケア専門特化型訪問看護ステーション評価基準「過程の質基準」37 項目

1 利用者と家族のニーズに応じて1日に複数回等の訪問看護ができる体制を整えることができる	1 2 3 4
2 専門医、かかりつけ医、訪問看護事業所、訪問介護事業所、通所施設、医療機器メーカー等と情報交換を図る連携体制がある	1 2 3 4
3 難病対策、身障制度、介護保険等の制度を活用する窓口との連携体制がある	1 2 3 4
4 フィジカルアセスメントに必要な機器類(パルスオキシメーター、換気量計、ピークフローメーター等)を必要に応じて利用できる(*医療機関や医療機器メーカーからの借用体制も含む)	1 2 3 4
5 病状進行について定期的にあセスメントし、記載している	1 2 3 4
6 疾病に対する認識・理解について定期的にあセスメントし、必要に応じて情報提供の計画立案、実施、評価を行っている	1 2 3 4
7 経管栄養(経鼻、胃ろう)、気管切開、人工呼吸療法の実施に関わる意思決定を支援し、記載している	1 2 3 4
8 療養の場の選択に関わる意思決定を支援し、記載している	1 2 3 4
9 疾病とともに生きることや、予後、死について表出する機会をつくっている	1 2 3 4
10 随意運動障害、運動失調、パーキンソニズム、不随意運動、失行、筋萎縮、筋力低下などの症状を定期的にあセスメントし、それに基づきケア計画の立案、実施、評価を行っている	1 2 3 4
11 側彎、筋萎縮、筋力低下等による姿勢保持障害を定期的にあセスメントし、それに基づきケア計画の立案、実施、評価を行っている	1 2 3 4
12 疾患特性に応じて呼吸障害(呼吸筋麻痺、声帯外転麻痺、夜間無呼吸症候群等)を定期的にあセスメントし、それに基づきケア計画の立案、実施、評価を行っている	1 2 3 4
13 専門的気道ケア(排痰介助、スクウィーピング、吸引、口腔や気道の分泌物の管理等)や、胸郭可動域の維持についての、計画の立案、実施、評価を定期的に行っている	1 2 3 4
14 疾患特性に応じて嚥下障害(球麻痺、仮性球麻痺、舌萎縮等)を定期的にあセスメントし、それに基づき、ケア計画の立案、実施、評価を定期的に行っている	1 2 3 4

難病ケア続き

15 疾患特性に応じてコミュニケーション障害を定期的にあセスメントし、コミュニケーション方法(透明文字盤、意思伝達装置、スイッチの選定等)の助言・導入・指導、計画立案、実施、評価を定期的に行っている	1 2 3 4
16 自律神経障害(起立性低血圧、排尿排便障害、体温調節障害等)を定期的にあセスメントし、それに基づいたケア計画立案、実施、評価を定期的に行っている	1 2 3 4
17 前述以外の身体症状について定期的にあセスメントし、ケア計画立案、実施、評価している	1 2 3 4
18 精神症状(幻覚、せん妄、抑うつ、不安、不眠等)について、原因(薬の副作用、身体症状の進行、心理的要因等)を定期的にあセスメントし、ケア計画立案、実施、評価している	1 2 3 4
19 安全で安楽な外出の計画立案、実施、評価を実施している	1 2 3 4
20 医療依存度、セルフケア能力、介護力等に応じた、必要なサービス利用を支援している	1 2 3 4
21 安全性、プライバシー、ケアのしやすさ等を考慮した住環境の定期的なアセスメント、整備計画の立案、実施、評価を行っている	1 2 3 4
22 療養者の生活の質(QOL)について定期的にあセスメントし、QOL向上の計画立案、実施、評価を行っている	1 2 3 4
23 医療処置管理(人工呼吸療法、気管カニューレ管理、気管内吸引、経管栄養法等)をプロトコール等の基準に基づき実施している	1 2 3 4
24 家族による介護内容について、必要な知識や技術についての定期的な確認や、家族からの相談を受けることについての計画立案、実施、評価を行っている	1 2 3 4
25 「家族以外の者」(ヘルパー等、医師・看護師以外)による「たんの吸引」やケアについて、必要な知識や技術についての定期的な確認や、それらの人々から相談を受けることについての計画立案、実施、評価を行っている	1 2 3 4
26 人工呼吸器、吸引器等医療機器の、日常管理、定期的なメンテナンスの計画立案、実施、評価を行っている	1 2 3 4
27 衛生材料や医療機器付属物等が、医療機関から適切に供給されていることを定期的に確認し、必要な連携や体制整備を行っている	1 2 3 4
28 家族の身体的、心理的、社会的負担を定期的にあセスメントし、それに基づく支援計画の検討や、実施、評価を行っている	1 2 3 4

難病ケア続き

29 家族の生活の質を向上させるための支援についての情報収集を行い、継続的に支援計画の検討や支援の立案、実施、評価を行っている	1	2	3	4
30 「疾病の遺伝」に関する相談や、心理的・社会的負担の理解や負担軽減についての計画立案、実施、評価を行っている	1	2	3	4
31 入退院時や在宅療養継続時に、関係機関(者)からなる支援チームは、定期的に療養方針やケア計画内容について記載されたものを共有し、カンファレンスなどをつづじてそれらについて検討し、計画の修正等を行っている	1	2	3	4
32 病状急変時の入院や、レスパイト目的の入院(入所)について受入機関と定期的に具体的な取決めの確認をし、記載している	1	2	3	4
33 緊急連絡網、連絡手順、処置手順等を作成し、定期的に確認、修正している	1	2	3	4
34 病状が急変したり、停電・災害、機器の故障等に際して、必要な対応が行えるように、物品(蘇生バッグ、外部バッテリー、代替機器、人工呼吸器回路、気管カニューレ等)を整備し、定期的に点検、補充を行っている	1	2	3	4
35 「人工呼吸器非装着」の意思決定を行っている場合の緩和ケアにおいて、呼吸障害、全身の苦痛等の身体症状をアセスメントし、ケア計画立案、実施、評価を行っている	1	2	3	4
36 「人工呼吸器非装着」の意思決定を行っている場合の緩和ケアにおいて、療養者と家族の心理的な苦痛をアセスメントし、ケア計画立案、実施、評価を行っている	1	2	3	4
37 「人工呼吸器非装着」の意思決定を行っている場合の緩和ケアにおいて、人工呼吸器装着に関する意思決定に変更が生じる場合や、入院を希望する場合があることに配慮し、希望にそった選択ができるよう支援計画の立案、実施、評価を行っている	1	2	3	4

評価基準 1. ほとんどできていない 2. あまりできていない 3. まあできている 4. とてもできている

第2章

専門特化型訪問看護ステーション のサービス提供体制

I. 専門特化型訪問看護ステーションの概況

1. 目的

本稿の目的は、在宅認知症ケア、在宅緩和ケア、在宅難病ケアの領域における専門性のある訪問看護ステーション（訪問看護サービス）が備えるべき質の評価基準の開発にむけて、その基礎資料となる専門特化型訪問看護ステーションの概況ならびに利用者の状況（ニーズ）を把握することである。

2. 方法

1) 対象

全国訪問看護事業協会の会員（平成 17 年 12 月現在）である 3,556 ヲ所の訪問看護ステーションのうち、FAX 調査に対応可能なステーションを調査対象として、本対象 3 領域：在宅認知症ケア、在宅緩和ケア、在宅難病ケアにおける専門特化の自認の是非に関するスクリーニング調査（第 1 次調査）（付録）を実施した。調査時期は 2006 年 1 月である。

本研究では、本調査により対象 3 領域のいずれか 1 領域以上に専門特化の自認を是とするステーションについて、当該領域の専門特化型ステーションとすることとした。なお、本調査において、本対象 3 領域以外に、今後、専門特化を推進すべき訪問看護サービスの領域（管理者意見）についても把握した。

2) 内容

調査内容は、ステーションの概況であり、具体的には、以下のとおりである。（付録）

(1) 事業所の概要

- ① 事業開始年月
- ② 開設主体（選択式）
- ③ 併設施設（選択式）
- ④ 管理体制（緊急時訪問看護加算、特別管理加算、24 時間連絡体制加算、重症者管理加算）

(2) 従業者の状況

- ① 従事者数（常勤者および非常勤者における看護職数）
- ② 本対象 3 領域の専門性を有する看護師数とその専門性の判断根拠（自由記述）
- ③ サービス提供；利用者数（利用者実人数、うち専門領域の実人数）
- ④ サービス提供；訪問回数（述べ回数、うち専門領域の訪問回数）

3.結果

1)対象事業所数

全国訪問看護事業協会の会員（平成 17 年 12 月現在）である 3,556 カ所の訪問看護ステーションのうち FAX 調査に対応可能な 3,436 カ所を対象に、専門特化の自認の是非に関するスクリーニング調査（第 1 次調査）を実施した結果、1467 事業所から回答を得た。うち、事業所名の特定できる 1419 事業所を有効回答とした（回収率 41.3%）。

有効回答 1,419 カ所中、対象 3 領域のいずれか 1 領域以上に専門特化を自認するステーションは 925 カ所（65.2%）であった。対象 3 領域別では、難病ケア領域での専門特化型ステーションが 497 カ所（35.0%）、緩和ケア領域が 689 カ所（48.6%）、認知症ケア領域が 539 カ所（38.0%）であり、これらすべてを対象事業所と特定した。

2.対象事業所の特性

表 1 に示すとおり、回答事業所については、まず、開設からの期間は、対象 3 領域いずれにおいても「5～10 年」が 40%を占めて最も多く、次いで、「1～5 年未満」ならびに「10 年以上」がおのおの 20%程度の同順となっていた。

また、開設主体については、対象 3 領域いずれにおいても「医療法人」が 35～49%を占めて最も多く、次いで、「営利法人」が 17%、「社会福祉法人」が 7～10%、「医師会」6～13%などとなっていた。

さらに、併設施設については、対象 3 領域いずれにおいても「居宅介護支援事業所」が約 65%を占めて最も多く、次いで「病院・診療所」27.0～31.6%、「居宅介護サービス事業所」23.9～30.5%、「介護老人福祉施設」17.4～27.4%などとなっていた。

次に、従事者の状況については、表 2 に示すとおり、専門性を有する看護職員の配置については、対象 3 領域いずれにおいても、全く置いていないという事業所から、14～20 名の職員を配置している事業所までみられた。なお、ここでは示していないが、この「専門性を有する職員」をどのような根拠から判断したかという問いに対する回答を大別すると、対象 3 領域いずれにおいても、当該領域における研修受講の有無、実務経験の有無、自己研鑽の程度、関連資格（認知症ケアでは認知症ケア専門士、緩和ケアではホスピスケア認定看護師、難病ケアでは呼吸療法認定士など）の有無のほか、事業所特性として当該領域の利用者を多数擁している、などとなっていた（資料）。表 3 には、サービス提供の状況について示した。

表 1 回答事業所の特性

開設からの期間

1 年未満
1～5 年未満
5～10 年未満
10 年以上
合計

開設主体

医療法人
営利法人
社会福祉法人
医師会
自治体
看護協会
その他社団・財団
NPO
公的
その他
不明
合計

併設施設

居宅介護支援事業所
病院・診療所
居宅介護サービス事業所
介護老人福祉施設
介護療養型医療施設
介護老人福祉施設
その他の居宅介護サービス事業所
その他

管理体制:届出割合

介護報酬:緊急時訪問看護加算
介護報酬:特別管理加算
診療報酬:24 時間連絡体制加算
診療報酬:重症者管理加算

緩和ケア		難病ケア		認知症ケア	
n	%	n	%	n	%
18	13.0	14	15.2	14	14.7
30	21.7	20	21.7	22	23.2
62	44.9	38	41.3	38	40.0
28	20.3	20	21.7	21	22.1
138	100.0	92	100.0	95	100.0
緩和ケア		難病ケア		認知症ケア	
n	%	n	%	n	%
64	47.1	31	35.2	44	48.9
23	16.9	15	17.0	15	16.7
14	10.3	9	10.2	7	7.8
8	5.9	12	13.6	6	6.7
6	4.4	5	5.7	5	5.6
8	5.9	9	10.2	5	5.6
6	4.4	3	3.4	3	3.3
2	1.5	2	2.3	2	2.2
2	1.5	—	—	—	—
3	2.2	2	2.3	3	3.3
2	1.5	4	4.6	5	5.6
138		92		95	
緩和ケア		難病ケア		認知症ケア	
n	%	n	%	n	%
92	66.7	59	64.1	62	65.3
43	31.2	25	27.2	30	31.6
38	27.5	22	23.9	29	30.5
28	20.3	16	17.4	26	27.4
16	11.6	7	7.6	8	8.4
7	5.1	5	5.4	7	7.4
12	8.7	9	9.8	6	6.3
15	10.9	8	8.7	10	10.5
緩和ケア		難病ケア		認知症ケア	
n	%	n	%	n	%
122	88.4	75	81.5	76	80.0
132	95.7	82	89.1	82	86.3
122	88.4	75	81.5	74	77.9
120	87.0	75	81.5	69	72.6

表 2 従事者の状況

従事者数

(緩和ケア)

看護師数

准看護師数

看護職員数

(難病ケア)

看護師数

准看護師数

看護職員数

(認知症ケア)

看護師数

准看護師数

看護職員数

n	min	MAX	平均値	標準偏差
133	2	23	6.0	3.7
133	0	9	0.5	1.2
133	2.5	23	6.5	3.6
n	min	MAX	平均値	標準偏差
86	2	22	6.7	4.3
86	0	9	0.6	1.3
86	2.5	24	7.2	4.5
n	min	MAX	平均値	標準偏差
87	1	22	5.7	4.1
87	0	5	0.6	1.1
87	2.5	24	6.3	4.0

専門性を有する職員の配置

(緩和ケア)

看護師数

准看護師数

看護職員数

職員に占める割合

(難病ケア)

看護師数

准看護師数

看護職員数

職員に占める割合

(認知症ケア)

看護師数

准看護師数

看護職員数

職員に占める割合

n	min	MAX	平均値	標準偏差
135	0	14	2.1	2.7
134	0	3	0.1	0.4
134	0	14	2.2	2.8
134	0	1.8	0.3	0.4
n	min	MAX	平均値	標準偏差
88	0	15	2.7	3.4
86	0	3	0.1	0.4
86	0	15	2.9	3.5
86	0	1.2	0.4	0.4
n	min	MAX	平均値	標準偏差
90	0	20	1.7	3.3
88	0	5	0.1	0.6
88	0	20	1.8	3.4
88	0	1	0.3	0.4

表 3 サービス提供の状況

(緩和ケア)

利用者の割合

訪問回数の割合

利用者あたり訪問回数

職員あたり利用者数

職員あたり訪問回数

(難病ケア)

利用者の割合

訪問回数の割合

利用者あたり訪問回数

職員あたり利用者数

職員あたり訪問回数

(認知症ケア)

利用者の割合

訪問回数の割合

利用者あたり訪問回数

職員あたり利用者数

職員あたり訪問回数

n	min	MAX	平均値	標準偏差
63	0.0	0.3	0.1	0.1
57	0.0	0.4	0.1	0.1
49	0.5	68.5	9.6	10.4
45	0.0	7.0	1.5	1.6
45	0.0	66.0	11.3	12.7
n	min	MAX	平均値	標準偏差
47	0.0	0.3	0.1	0.1
42	0.0	0.7	0.2	0.1
43	0.0	55.0	11.5	9.2
30	0.1	5.8	1.7	1.5
31	0.0	63.5	19.5	17.6
n	min	MAX	平均値	標準偏差
43	0.0	0.9	0.2	0.2
38	0.0	0.9	0.2	0.2
37	2.4	18.7	6.5	3.6
20	0.0	14.0	3.4	3.4
18	0.0	52.0	19.5	16.3

Ⅱ. 専門特化型訪問看護ステーションのサービスの構造の質基準

1.目的

本稿の目的は、専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質の評価基準として、Donabedian モデル（Donabedian A；Explorations in Quality Assessment and Monitoring,1980）に基づき、専門特化型訪問看護ステーションに共通する「サービスの構造の質基準」を開発することである。

構造:Structure	過程:Process	結果:Outcome
どのような資源・体制・システム (構造)があるのか？	どのようなアクション(活動)が行 われているのか？	結果的にどのような健康関連指 標上の変化が生まれたのか？

図 1 概念枠組み(Donabedian model をもとに作成)

2.方法

(1) 領域別検討(2005 年 6 月～10 月)：専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質の評価基準作成にむけた本研究班の研究方針として、次のごとくとした。すなわち、研究の枠組みとして、ケアの質評価の古典的枠組みである Donabedian モデルに基づくこととし、うち、「構造の質基準」(専門性の高い訪問看護サービス提供の体制)については、各専門特化領域に依存せず、いずれの専門特化型ステーションに共通するものであるとの考え方に立ち、まず、各小委員会において先行研究、当該領域のステーション管理者へのインタビュー等をもとに基準案を作成した。次いで、各小委員会において作成された基準案(3 案)をもとに研究班全体でその重要性、妥当性等を協議し、内容を集約した上で、基準案(共通)を作成した。

(2) 全体での検討(2005 年 6 月～2006 年 3 月)：第 1 次調査として全国の訪問看護ステーションを対象として、専門特化の自認の是非を問うスクリーニング調査を実施した。次いで、第 2 次調査として、第 1 次調査で抽出されたステーション(専門特化型ステーション)を対象として、専門特化型訪問看護サービスニーズの実態を把握するとともに、上記の研究班で集約したサービスの構造の質基準案の妥当性を検討するため、すべてのステーション(管理者)を対象として、基準項目の遂行度(評価基準 1.ほとんどできていない, 2.あまりできていない, 3.まあできている, 4.とてもできている)と重要性(1.重要である, 0.重要でない)を評価した。最終的にこれらを踏まえ、研究班全体で再度協議し、本研究課題である専門特化型訪問看護サービスの質の評価基準「構造の質基準」を作成した。

3.結果・考察

(1) 領域別検討

各小委員会において作成された当初の構造の質基準案は 表 4 のごとくであった。これらをもとに研究班全体で協議し、表 5 のごとく基準案（共通）を作成した。

表 4 各小委員会において作成された当初の構造の質基準案

認知症ケア小委員会からの提案
認知症ケアの専門性を有する訪問看護師の研修計画がある
認知症ケアの専門性を有する訪問看護師の配置がある
認知症ケアの専門性を有する訪問看護師による職員に対する助言・指導・協力体制がある
認知症ケアの専門性を有する外部識者による職員に対する助言・指導・協力体制がある
利用者ならびに家族の状況に応じて活用可能な標準化された認知症ケアプロトコル（基準・手順）がある
緩和ケア小委員会からの提案
明文化された緩和ケア理念/運営方針が事業所内にある
緩和ケア専門の研修を受けた看護師や認定看護師や専門看護師に対する給与規定がある
緩和ケアを専門に行う能力のある看護師を雇用している
緩和ケアを受け持った職員の身体心理的負担に配慮したスケジューリングを行っている
職員の緩和ケア能力を高めるための研修計画があるか
所内の緩和ケアを専門に行う能力のある看護師から職員へ助言・指導している
緩和ケアを専門に行う能力のある看護師が外部から助言・指導をうけることができる
緩和ケアマニュアルやプロトコルを活用している
最新の緩和ケアに関する情報を入手し、活用している
緩和ケアに関する情報や実績を発信している
末期患者の在宅療養や最期を自宅で迎えることについての相談に対応している
外部に向けて緩和ケアに関するPR活動をしている
難病ケア小委員会からの提案
明文化された難病ケア理念/運営方針がある
難病ケア理念/運営方針に基づいた組織構成（図）がある
難病ケアに関連する他機関の研修や実習を受け入れる体制がある
難病ケアに関する専門的助言・指導を他の事業所や施設等に提供する体制がある
難病ケア専門特化事業所としてサービスを評価する体制がある
職員の難病ケア能力を高めるための研修計画がある
難病ケアの専門性を有する訪問看護師の配置がある
職員の身体心理的負担に配慮したスケジューリングを行っている
所内の難病ケアの専門性を有する看護師から職員へ助言・指導する体制がある
外部の難病ケアの有識者から職員が助言・指導を受ける体制がある
利用者と家族のニーズに応じて1日に複数回等の訪問看護ができる体制を整えることができる
難病ケア専門特化事業所として24時間365日の緊急時訪問体制がある
難病ケアの標準化を図るマニュアルやプロトコルを整備している
専門医、かかりつけ医、訪問看護事業所等と情報交換を図る連携体制がある
難病対策、身障制度、介護保険等の制度を活用する窓口との連携体制がある
“フィジカルアセスメントに必要な機器類を必要に応じて利用できる体制がある
最新の難病ケアに関する情報を入手し、活用している
難病ケアに関する情報や実績を発信している
外部に向けて難病ケアのPR活動をしている

表 5 専門特化型訪問看護ステーションのサービスの構造の質基準案

項目	解釈・確認方法
1 事業所の理念・運営方針	事業所としての理念または基本方針が明文化されていること。また、それが職員・利用者に明示されていること（事業所内掲示・パンフレット等への記載等）。
2 理念・運営方針に基づく組織図	事業所の組織図があること。また、実態に即していること。
3 専門領域のケア提供の方針	訪問看護の基準（看護基準、看護業務マニュアル、プロトコル、ガイドライン等）の中で、当該領域のケア提供の基本的な考え方が記載されていること。
4 専門性を有する看護師の配置	当該領域について研修を受けるなど専門性を有する看護師が雇用されている。また、その処遇（責任・権限の賦与、適切な給与体系等）に配慮されていること。
5 専門領域の知識・技術の向上	専門性を有する看護師が当該領域の知・技術の向上を行うための研修が計画的になされていること（研修計画の有無）。
6 専門領域のケア実践の支援	専門性を有する看護師が外部識者から助言・指導や協力を得る体制があること。
7 専門領域のケアに関する助言・指導・協力	専門性を有する訪問看護師または外部識者による職員に対する助言・指導・協力体制があること。
8 専門領域のケアのプロトコル	当該領域のケアのプロトコル、基準・手順、業務マニュアル等があること。
9 専門的ケアの 24 時間の提供体制	当該領域のケア利用者に対して緊急時の訪問体制があること（仕組みと実績）。
10 職員の負担軽減に配慮したスケジューリング	職員の身体心理的負担に配慮したスケジューリングを行っていること。
11 サービス評価の体制	当該領域のケアに関してカンファレンス、自己点検、プロトコルの見直し等の活動が定期的に（計画的に）なされていること。
12 地域・他機関への支援	当該領域に関して、他機関から研修・実習を受け入れる体制があること。または、必要に応じて他機関に助言・指導等を行う体制があること。（いずれも実績から評価）
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信	当該領域に関する最新の情報を入手する体制のあること。また、整備した情報、実績等を発信する体制のあること。
14 専門領域のケアの普及・啓発	当該領域に関して地域住民等からの相談に対応する体制がある（実績がある）こと。地域住民、サービス提供機関を対象とした広報活動体制がある（情報媒体がある）こと。

(2) 全体での検討

第1次調査により、対象3領域に専門特化を自認する925カ所の訪問看護ステーションを対象に、専門特化型訪問看護サービスニーズ（領域別）の実態ならびに、作成された構造の質基準案（領域共通14項目）の遂行度ならびに重要性の評価を行うことを目的に調査した結果、難病ケア領域92カ所（回収率：18.5%）、緩和ケア領域138カ所（同20.0%）、認知症ケア領域95カ所（同17.6%）（利用者データ235名）、全体224カ所（回収率24.3%）、から回答が得られた。ここでは、作成された構造の質基準案（領域共通14項目）の遂行度ならびに重要性の評価の結果について述べる。

表6に示すように、遂行度（全事業所における「できている」と「まあできている」の割合）では、項目によりややばらつきが見られた。遂行度の高い項目では、「事業所の理念・運営方針」が94.0%と最も高く、次いで、「理念・運営方針に基づく組織図」82.6%、「専門的ケアの24時間の提供体制」82.6%、「職員の負担軽減に配慮したスケジュールリング」79.8%、「地域他機関への支援」66.7%、「専門領域のケアに関する情報の整備・発信」62.1%などとなっていた。一方、遂行度の低い項目では、「専門性を有する看護師の配置」が36.3%と最も低く、次いで「専門領域のケアのプロトコル」が42.9%と続いた。

次に、重要性の評価（全事業所における「重要である」と回答した事業所の割合）では、すべてに70%以上の高い評価が得られた。項目別にみると、「事業所の理念・運営方針」が82.1%と最も高く、次いで、「専門領域のケア提供の方針」が81.6%、「職員の負担軽減に配慮したスケジュールリング」が80.6%、「専門領域の知識・技術の向上（のための研修計画）」が80.1%などとなっていた。

以上の結果を踏まえ、作成された構造の質基準案（領域共通14項目）について、研究班で協議した。その結果、遂行度では、項目によりややばらつきがみられたが、重要度では、総じて一定の高い評価が得られたことから、これらは今後、何らかの方策を行えば、十分達成可能な妥当な要件であると判断し、最終的に14項目案すべてを採択し、若干の字句や表現の訂正等を加えて、表7のごとく、本研究班としての最終基準14項目とした。

本稿は、専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質の評価基準として、Donabedianモデルに基づき、専門特化型訪問看護ステーションに共通する「サービスの構造の質基準」14項目を開発したものであるが、今後は、個々の項目に着眼し、例えば「専門性を有する看護師の配置」や「専門領域のケアのプロトコル」など、現行ではその達成度が必ずしも高いとは言えない項目の充足にむけて具体的な方策の検討が課題である。

表6 専門特化型訪問看護サービスの構造の質基準案における遂行度と重要性 n=224

	遂行度（上段n, 下段%）				重要性	
	1	2	3	4	n	%
1 事業所の理念・運営方針	4 2.2	7 3.8	106 57.6	67 36.4	165	82.1
2 理念・運営方針に基づく組織図	8 4.3	24 13	84 45.7	68 37	148	73.6
3 専門領域のケア提供の方針	22 12.3	59 33	82 45.8	16 8.9	164	81.6
4 専門性を有す看護師の配置	41 22.5	75 41.2	56 30.8	10 5.5	148	73.6
5 専門領域の知識・技術の向上	21 11.6	58 32	86 47.5	16 8.8	161	80.1
6 専門領域のケア実践の支援	32 17.5	51 27.9	79 43.2	21 11.5	154	76.6
7 専門領域のケアに関する助言・指導	28 15.6	42 23.5	90 50.3	19 10.6	159	79.1
8 専門領域のケアのプロトコル	28 15.4	76 41.8	68 37.4	10 5.5	160	79.6
9 専門的ケアの24時間の提供体制	19 10.3	13 7.1	65 35.3	87 47.3	160	79.6
10 職員の負担軽減に配慮したスケジューリング	5 2.7	32 17.5	116 63.4	30 16.4	162	80.6
11 サービス評価の体制	14 7.7	59 32.2	94 51.4	16 8.7	160	79.6
12 地域のお他機関への支援	30 16.7	30 16.7	89 49.4	31 17.2	147	73.1
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信	21 11.5	48 26.4	96 52.7	17 9.3	152	75.6
14 専門領域のケアの普及・啓発	41 22.8	54 30	71 39.4	14 7.8	151	75.1

遂行度: 1. ほとんどできていない 2. あまりできていない 3. まあできている 4. とてもできている

重要性: 「重要である」と回答した割合

表7 専門特化型訪問看護サービスの質の評価基準「構造の質基準」

項目	解釈・確認方法	事業所の状況
1 事業所の理念・運営方針	事業所としての理念または基本方針が明文化されていること。また、それが職員・利用者に明示されていること（事業所内掲示・パンフレット等への記載等）。	1 2 3 4
2 理念・運営方針に基づく組織図	事業所の組織図があること。また、実態に即していること。	1 2 3 4
3 専門領域のケア提供の方針	訪問看護の基準（看護基準、看護業務マニュアル、プロトコル、ガイドライン等）の中で、当該領域のケア提供の基本的な考え方が記載されていること。	1 2 3 4
4 専門性を有する看護師の配置	当該領域について研修を受けるなど専門性を有する看護師が雇用されている。また、その処遇（責任・権限の賦与、適切な給与体系等）に配慮されていること。	1 2 3 4
5 専門領域の知識・技術の向上のための研修計画	専門性を有する看護師が当該領域の知識・技術の向上を行うための研修計画があること。	1 2 3 4
6 専門領域のケア実践のための支援体制	専門性を有する看護師が、外部識者から、助言・指導や協力を得る体制があること。	1 2 3 4
7 専門領域のケアに関する助言・指導・協力体制	職員が、専門性を有する看護師または外部識者から、助言・指導・協力を得る体制があること。	1 2 3 4
8 専門領域のケアのプロトコル	当該領域のケアのプロトコル、基準・手順、業務マニュアル等があること。	1 2 3 4
9 専門的ケアの24時間の提供体制	当該領域のケア利用者に対して緊急時の訪問体制があること（仕組みと実績）。	1 2 3 4
10 職員の負担軽減に配慮したスケジューリング	職員の身体心理的負担に配慮したスケジューリングであること	1 2 3 4
11 サービス評価の体制	当該領域のケアに関してカンファレンス、自己点検、プロトコルの見直し等の活動が定例的に（計画的に）行われる体制があること。	1 2 3 4
12 地域・他機関への支援体制	当該領域に関して、他機関から研修・実習を受け入れる体制があること。または、必要に応じて他機関に助言・指導等を行う体制があること。（いずれも実績から評価）	1 2 3 4
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信体制	当該領域に関する最新の情報を入手する体制のあること。また、整備した情報、実績等を発信する体制があること。	1 2 3 4
14 専門領域のケアの普及・啓発体制	当該領域に関して地域住民等からの相談に対応する体制がある（実績がある）こと。地域住民、サービス提供機関を対象とした広報活動体制がある（情報媒体がある）こと。	1 2 3 4

評価基準 1. ほとんどできていない 2. あまりできていない 3. まあできている 4. とてもできている

Ⅲ. 認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質基準

1. 緒言

最新の報告¹⁾によるわが国の65歳以上高齢者人口における認知症の有症率は、10.0%である。これに従えば、わが国の認知症高齢者の実数は、2005年現在、約256万人であり、また、今後、2030年には、約347万人（国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口²⁾に基づく推計）に達することが予測される。すなわち、わが国における認知症高齢者数の急増は、すでに警鐘の段階から、現実の課題となっており、我々の社会の眼前に出現している。

認知症高齢者の急増をめぐる保健・医療・福祉における課題はさまざまであるが、認知症高齢者ならびにその家族介護者が、できるだけ長く、住み慣れた自宅や地域で、なじみの関係を維持しながら、その人らしい質の高い生活を維持することは、極めて重要な今日の社会的課題である。これまでこの課題の達成にむけては、さまざまな試みが行われてきているが、在宅認知症ケアにかかる地域を基盤としたサービスの充足、なかでも訪問看護サービスの質の確保・向上は、不可避の要件である。

近年、在宅認知症高齢者ならびにその家族介護者における訪問看護サービスについては、さまざまな試みや実践^{3)～6)}が報告され始めている。しかし在宅認知症高齢者ならびにその家族介護者の有するケアニーズは、認知症高齢者が有する記憶障害、認知障害、そしてこれらによる、社会的または職業的生活障害に起因する認知症特異のものであり、これらの充足にむけては、関係職種や機関との連携・協働への配慮のもとで提供される、一定水準の質を有した、認知症ケアに専門特化した訪問看護サービスが必要である。

ところで、これまで、わが国の訪問看護サービスについては、その質の確保・向上にむけた基準作成の研究がされており、主なものには、日本看護協会による「訪問看護質評価基準と自己評価票」（2001）⁷⁾、全国訪問看護事業協会（1999）による「訪問看護評価マニュアル」⁸⁾、日本訪問看護振興財団（2003）による「訪問看護サービス質評価のためのガイドライン」⁹⁾がある。しかしながらこれらは訪問看護の全般的な領域における質基準であり、特定の領域を意図したものではない。すなわち、現在、認知症ケアの領域に専門特化した訪問看護サービスの質基準は確立されていない。よって、本研究では、認知症ケアの領域に専門特化した訪問看護サービスの質の確保・向上に向けて、認知症ケア専門特化型看護ステーションが備えるべきサービスの質基準を開発することを目的とする。

2. 方法

認知症ケア専門特化型看護サービスが備えるべきサービスの質基準の開発にむけて、次に挙げる3段階の研究方法を用いた。

1) 第1段階(先行研究・報告等の文献レビュー)

目的は、当該領域における先行研究・報告等の文献レビューから重要な質基準案の示唆を得ることであり、具体的には次に挙げる用語、すなわち、在宅 home-care、地域 community、認知症 dementia、高齢者 the elderly、訪問看護 home visiting nursing、サービス service、質基準 quality indicator、評価 evaluation 等を主な検索用語として資料を検索、収集した。また、加えて、既存の訪問看護の質評価基準（日本看護協会による「訪問看護質評価基準」、全国訪問看護事業協会による「訪問看護評価マニュアル」、日本訪問看護振興財団による「訪問看護サービス質評価のためのガイドライン」など）に、さらには、既存の保健医療福祉の質評価基準等（日本医療機能評価機構による病院機能評価；改正介護保険制度における情報開示の標準化に関する資料など）も収集し、これらをデータベースとして、その内容を精査した。

2) 第2段階(事業所・施設・専門家におけるインタビュー)

目的は、当該領域におけるエキスパートオピニオンを得て、それにより重要かつ臨地に有用な質基準案の示唆を得ることであり、本研究班（認知症ケア小委員会）において特に重要視した。具体的には、機縁法にて抽出された在宅認知症ケアに一定の実績ある事業所・施設、専門家を対象にインタビュー（個別・グループ）を実施した。キークエスションは、対象事業所、施設、専門家における在宅認知症ケアの実施体制や実施状況、評価のほか、課題である認知症ケア専門特化型看護サービスが備えるべきサービスの質基準についての視点である。インタビュー調査はすべて研究班（小委員）が実施した。

3) 第3段階(コンセンサスメソッド)

目的は、当該領域におけるコンセンサスの得られる基準案を作成することである。まず、上述の第1、第2段階で抽出された知見をもとに基準の第一次案を作成し、小委員による重要性の評定（5段階）を実施した。次に、その結果を踏まえて項目を精選した第二次案を作成し、既存の指標（改正介護保険制度開示情報項目等）との重複や、内容を検討した。さらに、その結果を踏まえて項目を厳選した第三次案を作成し、これをもって全国調査（専門特化型ステーションにおける評価；後述）を実施した。最終的に、その調査結果を踏まえて、字句の訂正や内容の点検を行い、最終基準を完成した。

4) 全国調査(専門特化型ステーションにおける評価)

調査対象は、全国訪問看護事業協会の会員（2005 年 12 月 1 日現在）である 3,556 カ所の訪問看護ステーションのうち、FAX 調査に対応可能な 3,436 カ所を対象に、専門特化の自認の是非に関するスクリーニング調査を実施し、認知症ケア領域に専門特化している旨回答をし、かつ、以下の内容に関する本調査に対して、自由意志による調査協力（回答）が得られたステーション（管理者）である。

調査項目は、(1)事業所の概要、(2)認知症ケアニーズを有する利用者（訪問目的が認知症ケアである者）（1 ステーションにつきランダムサンプリングされた 3 名）における概況（基本属性、認知症の種類、自立度、行動・心理兆候：behavioral and psychological symptoms of dementia，以下 BPSD 等）および、主題である (3)認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションサービス過程基準(案)における遂行度ならびに重要度評価である。

認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションサービス過程基準（案）における遂行度と重要度については、本研究班全体で共通基準とした「構造の質基準」14 項目における遂行度と重要度と合わせ、遂行度では、4 件法（評価基準 1.ほとんどできていない、2.あまりできていない、3.まあできている、4.とてもできている）にて測定した。また、重要性では、2 件法（評価基準 1.重要である、0.重要でない）にて測定した。

なお、実施状況については、「1.ほとんどできていない」または「2.あまりできていない」と回答した場合は、その理由を研究班で設定した 5 つの選択肢、すなわち「看護師の技術・能力不十分」、「人員不足」、「報酬や制度につながらない」、「チームの連携が不十分」および「その他（自由記述）」から選択し回答するよう依頼した。分析は、各変数ごとに単純集計を用いて行った。

3.結果

1) 対象ステーションならびに利用者の概況

全国訪問看護事業協会の会員（2005 年 12 月 1 日現在）である 3,556 カ所の訪問看護ステーションのうち、FAX 調査に対応可能な 3,436 カ所を対象に、専門特化の自認の是非に関するスクリーニング調査を実施した結果、認知症ケア領域に専門特化している旨回答をし、かつ以降の調査に対して、調査協力が得られたステーション回答数は、105 カ所（回答率 20%）、有効回答数 101 カ所（有効回答率 96%）であった。その特性は、開設主体では、医療法人 48%が最も多く、開設時期では、介護保険開始以前から運営している事業所

が 65%、従事者数では、看護職員数で平均 6.3 人であった。また、認知症ケア利用者として提供された事例は 259 人で、その概況は、平均年齢が 83 歳、女性が 77%、日常生活自立度は、寝たきり（ランク BC）16%で、診断分類では、アルツハイマー型と血管性の認知症がおのおの 3 分の 1 ずつを占めた。BPSD(Dementia Behavior Disturbance Scale : DBD)の状況では、平均合計得点は、31（範囲：4～83）点であった。（資料）

2) 認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションサービス過程基準

(1) 第 1 段階(先行研究・報告等の文献レビュー)

当該領域における先行研究・報告等の文献レビューから収集された文献^{10)～69)}より、基準項目を整理する枠組みとして、次に挙げる主要な視点、すなわち、＜ケアの標準化(ケアプロトコル)ははかられているか・設備・物品管理は適切か・事故を予測・予防しているか・看護記録は適切か・情報は管理されているか・医師(かかりつけ医)との連携はとれているか・他機関との連携はとれているか・相談対応は適切か・苦情処理は行われているか・認知症ケアについての広報普及・啓蒙活動は行われているか・どのようなケアアセスメントが行われているか・どのような生活支援が実践されているか・どのような治療処置(医療管理)が行われているか・必要に応じてどのようなリハビリテーションが行われているか・どのような家族支援が行われているか・予期的・予防的対応が行われているか・適切な社会資源を利用しているか・どのようなサービスの評価が行われているか＞が抽出された。

(2) 第 2 段階(事業所・施設・専門家におけるインタビュー)

エキスパートオピニオンの提供に研究協力が得られた事業所・施設、専門家は、4 事業所・施設、32 名であった。以下に 4 事業所・施設ごとに得られた記述を示す。なお、各記述中、重要、かつ臨地に有用な質基準案を示唆した箇所については **ゴシック体**とした。

a.医療法人社団こだま会こだまクリニック（東京都品川区）

こだまクリニックは、東京都品川区で 2002 年に開院したクリニックであり、主に都内城南地域の在宅の認知症高齢者を対象として訪問診療を実施している。

こだまクリニックでは、認知症高齢者およびその介護者の支援をするために、**家族を含む介護者から認知症高齢者本人の状態およびその周辺環境に関する情報を十分に得ることを重視していた**。このため、本人がいるために話しにくいと介護者が感じたり、自分のこと

を話していることに対して本人が不快に思ったりすることを避けるために、医師と看護師が別々の部屋でそれぞれの対応をし、状況を把握する時間を取る工夫をしていた。

具体的には、医師が介護者と面談をしている間に、看護師は利用者と対話しながら**心理学的検査**（HDS-R：改訂長谷川式簡易知能評価スケール、MMSE：ミニメンタルステート検査、GDS：老年うつ尺度など）、本人の**身体状況、行動心理学的徴候**（BPSD）、ADL、および IADL 評価等を行っていた。

また、**介護者の状態や気持ちにも耳を傾け、介護者の負担を把握すると同時に、介護者への支援も行っていた**。介護者へ認知症の症状や特徴の説明、薬物療法をはじめとした治療により期待されることとそのリスクについての説明、他の資源に関する情報提供を行っていた。

また、認知症高齢者の暮らす生活環境を把握して生活の中での危険を減じるために、初診時など、訪問診療の早い時点で利用者の日中生活の場所、就寝場所、階段や段差の存在などを観察し、時にはあえてトイレを借りるなどして生活状況を把握していた。さらには、定期的に往診する中で認知症高齢者の**心理的、身体的状態の変化を観察し、予防策を立てる、必要な治療をする、介護者と協力して対策をたてる、関係職種の協力を仰ぐ**など早めに対応し症状の悪化を未然に防いでいた。夜間の電話にも対応しており、緊急事態に陥る前の対策を取ることを重視していた。なお、入院入所機関とも連携し、必要時にはそれら機関を紹介している。認知症利用者に対して、関わり方の工夫だけでは対応が困難であるような行動障害を有する利用者に対しては、必要な場合には**向精神薬**（塩酸ドネペジル、抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬など）を処方することがある。その際、対象が高齢者であることや、慢性疾患その他の理由から身体状況が良好とは言えない場合も多く、薬物に対する効果も副作用も出現しやすいことを勘案し、その**薬物の効果や副作用の状況をこまめにチェックして調整し、薬物による負の影響を最小限にするための対策**を取っていた。具体的には、向精神薬が処方された場合には、介護者に副作用チェック表を渡し、特に注意して観察して欲しい症状を強調して**助言・指導**していた。さらに、症状が出現した時や薬物使用に関わらず**状態に変化があった時のクリニックへの連絡方法を介護者に伝えていた**。また、処方後 1 日目、3 日目、そして必要に応じて随時、看護師が**介護者のサポート**をしながら状態を把握し、医師の治療実践に活用できるような内容を**タイムリーに報告**していた。排泄状況などは、身体状況のチェックや副作用チェックに欠かせないチェックポイントであるが、単に排泄状況を確認するよう介護者をお願いするだけでは、介護者が本人に「出た？」と確認して把握しようとしてしまうこともあることから、認知症利用者本人に直接尋ねても信頼できる情報を得られるとは限

らない場合の具体的な観察方法等、有用な技術を看護師が介護者に助言・指導していた。

こだまクリニックの他職種との密接な連携は特徴的である。地域の関係機関、関係職種とのつながりが各方面にあり、他機関より紹介された利用者に対して診療を行った際には、初診終了後速やかに紹介元へ結果の報告をしていた。認知症利用者に関わっているケアスタッフやケアマネージャー、保健師らと連携し、連絡をこまめに取り合っており、必要に応じて時間を合わせて同行訪問し、情報の共有や方針の確認、話し合いなどを行っていた。さらに、居宅療養管理指導による薬剤師の訪問を行っている薬局とも連携しており、効果的な医療を提供していた。

こだまクリニックでは、地域の認知症ケアに関わる人々が集う「在宅認知症ケア連絡会」の世話人としても精力的に活動していた。このクリニックは、ある特定の個人に対するケアだけでなく、地域全体のケアのあり方も考え、上記のような諸々の活動を通して地域の他職種と密接に協働し、連携していこうという姿勢が一貫しており、こまめな連絡調整により、地域の連携ネットワークがさらに強まるという良循環が生じていたといえる。さらに、こだまクリニックでは看護師同士、あるいは関係職種と協働しながら教え合うことや、絶えずその専門性を高める努力をすることを重視していた。クリニック内では、熟練看護師の活動する実際の場面を見ることでより良いケアの提供の仕方を習得してもらえるよう、時に熟練看護師と研修する看護師のペアで往診に同行して技術や知識を伝達したり、そのほかにも、訪問診療後あるいは適宜、指導看護師がスーパーヴァイズをすることで看護師のケアの質の維持向上に努めており、施設内外の関係職種からの相談にも丁寧に対応していた。また、クリニックの医師や看護師は認知症ケアに関連する学会や研究会にも積極的に参加しており、知識や技術を蓄積し研鑽を積むだけでなく、研究会の開催や、認知症ケア実践の報告、認知症ケアに関する医療的対応の留意点の講演や学会発表を多数行い、在宅認知症ケアの質の向上に寄与していた。この他にも他機関との連携についての発表も行われており、認知症ケアに関連する情報や知識の収集およびその発信に積極的な取り組みがみられた。

b. 財団法人名古屋市高齢者療養サービス事業団名古屋市天白区訪問看護ステーション（愛知県名古屋市）

名古屋市天白区訪問看護ステーションは、1999年、名古屋市に、高齢者等の在宅療養の基盤整備、保健・医療・福祉サービス水準の向上を目的として、名古屋市・名古屋市医師会・名古屋歯科医師会・愛知県看護協会・名古屋市薬剤師会が協力して設立した財団法人

(公益法人)の事業所である。

名古屋市天白区訪問看護ステーションでは、「訪問看護ステーションの運営方針」はもちろんのこと、以下のような「認知症看護方針」を有し、利用者に明示している。それは、‘一にも二にもひたすら聞こう、苦しみと希望を’‘本人の視点に立ち、自分らしく生きることをお手伝いします’‘今できること、わかることを大切に、安心した生活が送れるようにお手伝いします’である。これらの理由を管理者に尋ねたところ、「本人も家族も認知症についての相談は持ち掛けにくいもの。本人と家族の話を聴きいれ、受け止めることが何より大切。どんなに認知症の行動・心理兆候がひどいと思われる人でも、必ず本人が落ち着く状況、コミュニケーション方法がある。それを探すことから認知症看護は始まる。」と述べた。

名古屋市天白区訪問看護ステーションは、地域において、A大学病院老年科、B病院精神科、C診療所(認知症専門往診)、D認知症研究所と密に連携をとっている。そのメリットは以下3点であるとする。すなわち、認知症の主要症状や、行動心理兆候、薬の副作用・効果について、報告や情報交換が密に行える、また、利用者に限らず、介護者で認知症が疑われた場合や主治医が決まっていない人を専門医につなげられる、さらには、抗認知症薬・治療方法や認知症に関する新しい情報が素早く入手でき、研修参加の機会につながる、である。

認知症を有する利用者では、一般に薬の副作用や活動不足による便秘、便秘薬による下痢、失禁・失敗といった排泄トラブルが多くみられる。名古屋市天白区訪問看護ステーションでは、排泄トラブルは、本人にとって不快で苦痛なものであり、家族にとっても介護負担の悪化、しいては虐待や在宅介護の限界につながるものでもあるとして、この排泄ケアを重要視していた。つまり、排泄ケア(とくに排便コントロールと失禁ケア)は、本人の安楽と行動・心理兆候の軽減、介護負担の軽減、家族関係の維持、在宅介護の継続につながる重要な看護の糸口と捉えていた。

ところで、認知症は、他の疾患に比べてまだまだ一般の人に理解されにくく、認知症高齢者の家族も行動心理兆候は、病気がもたらすという認識がなく「元に戻る」と信じている(信じたい)ことが少なくない。また、介護に携わる職種であっても、必ずしも十分認知症を正しく理解していない場合もみられる。このような現状に対し、名古屋市天白区訪問看護ステーションでは、一般の人や介護者に認知症を正しく理解してもらうための啓蒙活動をしていた。具体的には、ステーションの扉を開いた付近に大きな手書きのポスターがあり、そこには、認知症と行動心理兆候が分かりやすく書かれており、機会を利用して来訪者に説明をしていた。それにより、最近では、関係者からだけでなく、一般の人からも認

認知症ケアに専門的に対応可能なステーションとして認知されるようになり、認知症高齢者、特に行動心理兆候によって介護困難なケースの紹介が増えている。最後に、今後も増え続ける認知症を早期にスクリーニングすること、薬の効果・副作用と行動心理兆候との関係性をモニターし、かつ適切に対応すること、排泄ケアなど日常生活支援を専門的見地から十分行うこと等が、認知症専門特化型訪問看護が担うべき主要な役割として挙げられた。

c. 医療法人社団さつき会さつき台訪問看護ステーション（千葉県袖ヶ浦市）

さつき台訪問看護ステーションは、千葉県南西部に位置する袖ヶ浦市に 1996 年に開設された事業所であり、周辺四市（市原市・木更津市・君津市・富津市）を含む広範囲の在宅療養者宅へ訪問看護を提供している。事務所は、JR 内房線長浦駅から徒歩 10 分ほどの比較的アクセスの良い場所にある。スタッフは、管理者を含む常勤看護師 5 名（うち兼務 2 名）、非常勤 5 名（看護師 3 名・理学療法士 2 名）であり、1 ヶ月あたり 100 名前後の利用者（実人数）に、延べ 400～450 件の訪問を行なっている。利用者のうち、10%近くが認知症を主疾患とし、他の疾患を主疾患とするものの認知症を有しているという利用者も少なくない。

母体組織は、認知症治療病棟を有する医療機関であり、千葉県内で唯一の重度認知症患者デイケア等に取り組み、認知症疾患センターの指定も受けている。母体組織自体が認知症への医療に力を入れているという特徴がある。母体を同じくする認知症対応の他の施設に介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等があり、母体組織を含め、こうした施設とも協働しやすいという特徴がみられた。

さつき台訪問看護ステーションでは、複数の精神科看護経験者が訪問看護に従事しており、認知症を有する利用者へ効果的に看護を行えるよう、以下のような点についても意識的に取組んでいる。すなわち、①複数人の訪問看護師が利用者の情報を共有し、相互に助言しあえるような体制をとっている（初回訪問後早期の段階で 2 名の看護師が一緒に訪問する等）、②出来る限り研修会へ参加できるよう配慮したり、事業所内でのカンファレンスや朝夕の申し送り等を活用したりして、事業所内で認知症ケアについて学べる複数の機会を設けている、③母体組織に限らず、多職種や家族と密接な連携をとり、安全で効果的なケア、利用者が安心し落ちついて生活できるようなケア提供を実践している、④認知症利用者の自立支援の具体的方法について他職種に対して指導・助言を行っている。例えば、ヘルパー等に対して、自立支援のためのケアのあり方について伝え、その効果についてフィードバックする

ことで、「自立支援」の意味が理解されるよう努力している。⑤家族が認知症利用者への適切な対応の仕方を習得できるように支援している（モチベーションを維持・向上させるべく、家族の介護が良くできている場合には、高く評価できることを伝える等）、⑥認知症のみならず、同時に罹患している他疾患についても、必要な治療が受けられるよう働きかけている、⑦利用者や家族の生活環境の安全性が保たれるよう具体的に支援している。

認知症を主疾患とする利用者への訪問看護実践について、さつき台訪問看護ステーションでは次のような2つのパターンを挙げた。一つ目は、認知症による活動的な症状が強く、本人に病気による症状であるという認識がない場合に、在宅での療養を可能にしていくなため、**在宅での療養を可能にしていくなため**の人的資源導入を目的とした訪問看護である。二つ目は、一見、抑うつ症状により引きこもっているように見える、活動性の低下した利用者を適切なサービスにつなげるために開始する訪問看護である。何れも**家族や多職種と如何に連携するかが鍵**を握っており、前述の内容とも共通する。さらに、このさつき台訪問看護ステーションでは、今後、認知症ケアの質保証のために目指したい試みとして、**認知症のアセスメントについて重要なポイントを示したチェック表(アセスメント項目)の活用**を挙げている。

d. 財団法人日本訪問看護振興財団おもて参道訪問看護ステーション（東京都渋谷区）

財団法人日本訪問看護振興財団おもて参道訪問看護ステーションは、財団法人日本訪問看護振興財団が1998年に開設した事業所であり、2006年現在、管理者1名、訪問看護師20数名を擁している。

おもて参道訪問看護ステーションでは、旧体制時は、訪問看護師の眼前に起こっている現象にとらわれがちな従来型のケアを試みていたが、現在では、利用者の家族をも含めて、異なる生活の場面ごとに行動を細やかに観察し、眼前の行動そのもののみではなく、行動の前後にどのような支援をしていくことが、本人を混乱させないのかという点に着眼し、予防を意図した観察を行っている。

また、生活全般の観察の中から、利用者本人の笑顔や、本人にとって喜ばしいと思われる場面、本人が安心したり、自信を得られたりするような話題や内容を観察、アセスメントし、それらの場面や話題を生活の場において意図的に設定していくような試みを実施している。喜ばしい場面や内容は、利用者の生活暦や生活背景、家族や環境等の特性により個別性があることが多いが、いずれの利用者にも試みるべき有用な働きかけであるとしている。

他方、家族介護者への支援として、訪問看護による介入初期には、十分な傾聴を心がけ、

意図的、かつ徹底的に介護者の声に耳を傾けている。ただひたすらに介護者の声に耳を傾けるような意図的なかわりをもつことで、介護者の中に話を聞いてくれているという受け止めを与え、悩みや不安、孤独な感情などをすべて吐き出せることを可能にしているとする。また、介護者が自らの心情等を話しきったときの表情の和らぎから、傾聴が重要な支援であり、介護者との信頼関係構築の第一歩となることを認識しているとする。十分な傾聴の後に初めて介護者と訪問看護師が横並びになれたことを実感するものであるとし、そうした横並びの立場で介護者の苦痛や悩み、悲しみに共感できる姿勢が重要であることを強調した。

(3) 第3段階(コンセンサスメソッド)

上述の第1段階(文献レビュー)ならびに、第2段階(エキスパートオピニオン)で抽出された知見をもとに基準の第一次案を作成し、小委員各々による重要性の評定(5段階)を実施した。その結果、表1に示すごとく、第一次案は、94項目からなり、さらに本案に対する小委員各々による重要性の評定は、3.8～5.0点の範囲となった。

次に、上記の結果を踏まえて、小委員全員が4以上の評定を付けた項目を精選して第二次案とし、かつ、内容を検討した。その結果、表2に示すごとく、第二次案は71項目からなった。ここの検討事項の概要は表のとおり、主には既存指標との重複、内容の一般性、抽象性を有した基準項目案を削除した点にある。

さらに、上記の結果を踏まえて項目を厳選した第三次案を作成し、これをもって全国調査(専門特化型ステーション評価)(資料)を実施した。その結果、3に示すごとく、第三次案は20項目からなり、重要性評価は80.0～92.6%、遂行度は、44.6～94.7%の実施状況が確認された。以上を踏まえ、最終的に字句の訂正等を行い、表4の最終基準20項目を完成した。

4. 考察

本稿は、多様化、複雑化する近年の在宅療養者のニーズにおいて、領域を特定したニーズに対する、専門性のある訪問看護の質評価に関する基準が未だ明確でないことを背景に、専門性のある訪問看護ニーズの高い領域の一つとして認知症ケアを取り上げ、利用者がそのニーズに応じてサービスを適切に選択することはもちろんのこと、訪問看護ステーションによる専門的サービスの質の保証を可能にするようなサービスの質評価の基準を開発したものである。これまでわが国の制度下における、訪問看護サービスの質基準は、全般的

なもの^{7~9)}はすでに幾つか存在していたが、領域を特定したニーズに対する、専門性のある訪問看護の質評価の基準は、本研究が本邦では初めての報告である。

本研究により明らかにされた、認知症ケア専門特化型看護サービスが備えるべきサービスの質基準は、認知症ケア専門特化型看護ステーションが備えるべきサービスの構造の質基準（共通）14項目ならびに、認知症ケア領域独自におけるサービスの過程の質基準18項目、計32項目から構成された。うち、認知症ケア領域独自のサービスの過程の質基準は、本研究班において一定の文献レビューと4事業所・施設におけるエキスパートオピニオンからの知見を基に、本研究班におけるコンセンサスメソッドを用いて段階的に協議等を重ねて検討し、最終的には、専門特化型ステーションを自認する全国のステーション管理者の評価（重要度・遂行度）も経て生成されたものである。

その特徴は、認知症の早期のスクリーニング（項目1）、利用者の意思決定支援（項目2）、認知機能障害アセスメントおよびそれに基づく支援（項目3）、行動・心理兆候アセスメントおよびそれに基づく支援（項目4）、生活機能アセスメントおよびそれに基づく支援（項目5~7）、生活環境アセスメントおよびそれに基づく支援（項目8~9）、不安・安心の感情に留意したアセスメントおよびそれに基づく支援（項目10~11）、リスクアセスメントおよびそれに基づく支援（項目12）、薬物療法支援（項目13）、家族介護者にむけたアセスメントおよびそれに基づく支援（項目14~16）、地域や関係機関との連携（項目17~20）からなる、特異な認知症ケアニーズに対する専門性かつ包括性にあるといえる。

本研究の活用により期待される成果としては、まず、認知症ケア利用者におけるニーズに十分対応するべく専門特化型ステーションが整備すべき具体的な評価の質基準が明らかになったことから、これらを充足させるような研修の強化等による質の確保や向上が期待される。また、専門領域における専門性を有する訪問看護師の育成や専門的サービス提供プロトコル・マニュアル等の作成・活用が基準に含まれたことから、これらの育成や活用にむけた取り組みの促進が期待される。また、昨今の改正介護保険制度における情報開示制度に乗じて、本基準を活用すれば、利用者、家族、関係機関、そして訪問看護ステーション間における良質な情報の授受の促進が期待される。

訪問看護における質保証については、まず利用者の生活の質や満足度の向上など利用者におけるアウトカムにつながらなければならない、今後は、この点を実証することが課題であろう。他方、本基準の普及、啓蒙に向けた効果的なシステムのあり方を検討することも有用性の高い課題と思われる。

文献

- 1) 朝田隆:厚生労働科学研究費補助金;平成14年度効果的医療技術の確立推進臨床研究事業:痴呆性疾患の危険因子と予防介入に関する研究総括分担研究報告書, 2003.
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所:日本の将来推計人口(平成14年1月推計)
<http://www.ipss.go.jp/>[accessed on 03/01/2006]
- 3) 日本訪問看護振興財団:平成13年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業;在宅痴呆性高齢者ケアの試行的研究事業研究報告書, 2002.
- 4) 日本訪問看護振興財団:平成14年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業;在宅痴呆性高齢者ケアの試行的研究事業研究報告書, 2003.
- 5) American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry. Consensus statement on improving the quality of mental health care in U.S. nursing homes: management of depression and behavioral symptoms associated with dementia. J Am Geriatr Soc 2003, 51: 1287-1298.
- 6) Kumamoto K., et al.:Use of home care services effectively reduces feelings of burden among family caregivers of disabled elderly in Japan: preliminary results. International Journal of Geriatric Psychiatry, 21(2), 163-170, 2006.
- 7) 社団法人日本看護協会:平成13年度版訪問看護質評価基準と自己評価票, 社団法人日本看護協会, 東京, 2001
- 8) 社団法人全国訪問看護事業協会:平成11年度厚生省老人保健事業推進費補助金介護保険制度下における訪問看護サービスの質の評価・向上に関する研究報告書, 社団法人全国訪問看護事業協会, 東京, 2000
- 9) 財団法人日本訪問看護振興財団:平成14年度社会福祉・医療事業団助成訪問看護サービス質評価のためのガイドライン作成事業における訪問看護サービス質評価のためのガイドライン, 財団法人日本訪問看護振興財団, 東京, 2003
- 10) American Psychiatric Association: "Treating Alzheimer's Disease and Other Dementias of Late Life: A Quick Reference Guide", [http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm]
- 11) Abraham I., et al.: (監訳阿部俊子). ベストプラクティスのための高齢者看護プロトコル. 東京: 医学書院; 2003
- 12) 阿保順子:痴呆老人が創造する世界, 岩波書店, 2004
- 13) Alan Milburn:Health Secretary Announces Ninety-One New Nurse Consultant Posts, Department

- of Health, 2000.
- 14) American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry. Consensus statement on improving the quality of mental health care in U.S. nursing homes: management of depression and behavioral symptoms associated with dementia. J Am Geriatr Soc 2003, 51: 1287-1298.
 - 15) Bartels SJ., et al.: Evidence-based practices in geriatric mental health care. Psychiatric Services, 53: 1419-1431, 2002.
 - 16) Bartels SJ., et al: Improving the Quality of Care for Older Adults with Mental Disorders: The Outcomes-Based Treatment Planning System of the NH-Dartmouth Psychiatric Center. NY: Home Care Research Initiative, Center for Home Care Policy and Research, Visiting Nurse Service of NY, 2002 [<http://www.vnsny.org/hcri/publications/index.html>]
 - 17) 馬場先淳子: 認知症高齢者と地域で共に生きる社会 痴呆性高齢者や介護者を地域の中でどう支援していくか 訪問看護師からの提言. Quality Nursing, 10(10), 922-926, 2004.
 - 18) パム・ドーンソン (山下美根子監訳): 認知症高齢者の残存能力を高めるケア, 医学書院, 2002.
 - 19) Blazer DG. : Psychiatry and the oldest old. Am J Psychiatry; 157: 1915-1924, 2002.
 - 20) Bullock R.: The needs of the caregiver in the long-term treatment of Alzheimer disease. Alzheimer Dis Assoc Disord; 18: S17-S23, 2004.
 - 21) Cambridgeshire and Peterborough Mental Health Partnership NHS Trust: Dementia Service Review Report. 2005.
 - 22) Department of Health: The NHS knowledge and Skills Framework and related development review summary. 2003.
 - 23) Department of Health: : Government response to NICE consultation on Alzheimer's drugs, 2005.
 - 24) 江草安彦(監修): 新・痴呆性高齢者の理解とケア old culture から new culture への視点, メディカルレビュー, 2004.
 - 25) 五島シズ: 痴呆老人のケアの実際 事故防止と起きたときの対応. 看護実践の科学, 30(8), 73-77, 2005
 - 26) 五島シズ: 痴呆老人のケアの実際 検査・治療への援助と拘束, 家族支援. 看護実践の科学, 30(9), 71-76, 2005
 - 27) 五島シズ: 痴呆老人のケアの実際 QOL を高めるケアをめざしたチーム作り. 看護実践の科学, 30(10), 98-104, 2005.

- 28) Holden UP., et al.: (訳川島みどり). 痴呆老人のアセスメントとケア リアリティ・オリエンテーションによるアプローチ. 東京: 医学書院; 1994
- 29) 本多 智子. 在宅認知症ケアにおける診療所看護師の役割 -対応困難な行動傷害を有する認知症高齢者への往診と家族支援-. 訪問看護と介護, 2005, 10(6): 452-458.
- 30) Hudson R: Dementia Nursing (A Guide to Practice), Australia, 2003.
- 31) 今井幸充: 痴呆の非薬物療法の概念-レクリエーションとの区別のために-. 老年社会科学, 26(1), 5-14, 2004.
- 32) Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations: Comprehensive Accreditation Manual for Home Care (CAMHC). Joint Comission, 2001.
- 33) 鎌田ケイ子: 老人期痴呆のアセスメント, 臨床看護, へるす出版, 18(4), P484-489.1992.
- 34) 金川克子・野口美和子(監修), 天津栄子: 認知症ケア・ターミナルケア(12 章: 認知症高齢者のターミナル), 中央法規, 2005.
- 35) 小林孝彰: 認知症高齢者への対応は家族とともに考える, 看護学雑誌, 69(10), P1010-1015.2005.
- 36) Kumamoto K., et al.: Us of home care services effectively reduces feelings of burden among family caregivers of disabled elderly in Japan: preliminary results. International Journal of Geriatric Psychiatry, 21(2), 163-170, 2006.
- 37) 松本一生: 認知症診断における告知とフォロー体制のあり方, 訪問看護と介護, 10(6), P446-451.2005.
- 38) 松下正明, 他: 個別性を重視した痴呆性高齢者のケア; 痴呆の基礎知識と痴呆性高齢者の日常生活・周辺症状への具体的な援助方法, 医学芸術社, 2002.
- 39) 宮上多加子: 痴呆性高齢者の家族における介護実践力に関する研究. 老年社会科学, 25(4), 450-460, 2004.
- 40) 元永拓郎, 他.: BPSD を呈する在宅認知症患者と家族に対する往診チーム介入のプロセス評価にむけて -介入事例の家族面接調査の分析から-(会議録). 日本認知症ケア学会誌, 2005; 4(2): 245.
- 41) 中里克治: 痴呆の非薬物療法は認知機能障害を改善するか. 老年社会科学, 26(1), 15-19, 2004.
- 42) 中村淳子: 認知症高齢者サポート事業から見てきた必要な支援体制, 訪問看護と介護, 10(6), 459-464. 2005.

- 43) 日本医療機能評価機構:書面審査 自己評価票 病床複合版:精神・療養 Version 5.0,2005
http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/jikohyoukaV5/V5DATA_MIXPL.pdf
- 44) 日本医療機能評価機構:書面審査 自己評価票 固有項目:精神科病床版 Version 5.0,2005
[\[http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/jikohyoukaV5/V5DATA_Ppeculiar.pdf\]](http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/jikohyoukaV5/V5DATA_Ppeculiar.pdf)
- 45) 日本医療機能評価機構:書面審査 自己評価票 固有項目:療養病床版 Version 5.0,2005
[\[http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/jikohyoukaV5/V5DATA_Lpeculiar.pdf\]](http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/jikohyoukaV5/V5DATA_Lpeculiar.pdf)
- 46) 認知症介護研究・研修東京センター:認知性の人のためのケアマネジメントーセンター方式の使い方・活かし方, 認知症介護研究・研修東京センター, 2005.
- 47) 新田順子:要介護高齢者の在宅ケア 介護負担軽減に向けて 訪問看護師から見た介護者の介護負担の実態. 日本老年医学会雑誌, 42(2), 181-185, 2005.
- 48) 野村豊子:コミュニケーションの視点と技法ー心の世界を手がかりに, ケアマネージャー, 7, P18-23, 2005.
- 49) 沖田裕子:認知症をめぐる現状と課題ー本人と家族に何がおきているのかを知り, 専門職の役割を考えるー, 訪問看護と介護, 10(6), P439-441.2005.
- 50) 沖田裕子, 他:在宅痴呆性高齢者のニーズをもとにしたアセスメントの留意点, 老年看護学, 7(2), P93-104.2003.
- 51) 折茂肇(監修), 平沢秀人(編集):痴呆性高齢者ケアマニュアル, 東京都老人医療センター編, メディカルレビュー, 1999.
- 52) 小澤利男, 他:高齢者の生活機能評価ガイド. 医歯薬出版株式会社:東京, 1999.
- 53) Peacock SC., et al.:Interventions for caregivers of persons with dementia: a systematic review. The Canadian Journal of Nursing Research, 35(4), 88-107, 2003.
- 54) Phillips VL, et al.:Development of a tool for assessment and care planning for dementia-related problem behaviors in home and community-based services programs: the Problem Behavior Inventory. Home Health Care Services Quarterly, 21(1), 29-46, 2002.
- 55) Rossi PH, et al.: Evaluation : a systematic approach, 7th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2004.
- 56) 六角僚子:認知症ケアの考え方と技術, 医学書院, 2005.
- 57) 社団法人シルバーサービス振興会:平成15年度厚生省老人保健事業推進費等補助金利用者による介護サービス(事業者)の適切な選択に資する介護サービス情報の公表(情報開示の標準化)について報告書,2005.

- 58) 白井みどり, 他: 行動分析による痴呆性高齢者の個別的な生活環境評価, *Quality Nursing*, 10(12), P69-80.2004.
- 59) 白木裕子: IADL(服用管理)アセスメントで何をみるのか(その5), *ケアマネジャー*, 7, P34-37, 2005.
- 60) 白井みどり, 他: 痴呆性高齢者の感情と行動に着目した生活環境評価の試み, *名古屋市立大学看護学部紀要*, 3, 2003.
- 61) Snowden M, et al.: Assessment and treatment of nursing home residents with depression or behavioral symptoms associated with dementia: a review of the literature. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1305-1317.
- 62) Solomon MD, et al.: Appropriateness of quality indicators for old patients with advanced dementia and poor prognosis. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 902-907.
- 63) 高良麻子: 認知症の利用者とその夫との面接, *ケアマネジャー*, 7, P38-43.
- 64) 高原明: 早期発見およびアセスメント, *月間ナーシング*, 26(1), P20-23, 2006.
- 65) 田中敦子: 痴呆性高齢者の在宅ケアと訪問看護ーその役割を改めて考える, *COMMUNITY CARE* 5(2), P57-59.2003
- 66) 田中ちさと: 認知症高齢者看護認定看護師の誕生と今後への期待, *月間ナーシング*, 26(1), P20-23, 2006.
- 67) 谷規久子: 認知症患者をかかえる家族へのケア, *月間ナーシング*, 26(1), P50-53, 2006
- 68) 山岸千絵, 他: 認知症高齢者のケアマネジャーが病院・施設の看護師に求めること, *看護学雑誌*, 69(10), P1005-1009, 2005.
- 69) 矢富直美: 認知症予防活動の効果評価と課題. *老年社会科学*, 27(1), 74-49, 2005

表1 認知症ケア専門特化型訪問看護ステーション基準一次案および小委員会評価

各項目の重要性について:「5.高い」「4.やや高い」「3.普通」「2.やや低い」「1.低い」「0.無回答」

項目	小委員 A	小委員 B	小委員 C	小委員 D	小委員 E	平均	全員 4以上
1 明文化された認知症ケア理念/運営方針があるか	5	5	5	5	5	5.0	○
2 認知症ケア理念/運営方針が所内で共有されているか	4	5	3	5	5	4.4	－
3 認知症ケア理念/運営方針が利用者に明示されているか	5	5	5	4	5	4.8	○
4 定期的に認知症ケア理念/運営方針を見直す体制があるか	4	4	3	4	5	4.0	－
5 認知症ケア専門特化事業所(仮)としての職業倫理規定があるか	5	5	5	5	5	5.0	○
6 認知症ケア専門特化事業所としての職業倫理規定を共有されているか	4	5	5	4	5	4.6	○
7 認知症ケア理念/運営方針に基づいた組織構成があるか	5	5	5	3	5	4.6	－
8 認知症ケアの専門性を有する訪問看護師(仮)の給与規定があるか	4	5	5	2	5	4.2	－
9 認知症ケアに関連する他機関と連携体制があるか	5	5	5	5	5	5.0	○
10 認知症ケアに関連する他機関からの研修や実習を受け入れる体制があるか	4	4	5	4	5	4.4	○
11 認知症ケア専門特化事業所の管理者間のネットワーク(仮)に関与があるか	4	4	4	4	5	4.2	○
12 認知症ケアにかかる個別相談(面接)が可能なスペースを確保しているか	3	5	5	5	5	4.6	－
13 (認知症を有する)利用者の収入・支出を管理する体制があるか	3	3	0	2	5	2.6	－
14 認知症ケア専門特化事業所としてのサービス利用状況を評価する体制があるか	3	3	4	5	5	4.0	－
15 認知症ケア専門特化事業所として利用者の満足度を評価する体制があるか	5	4	5	5	5	4.8	○
16 認知症ケア専門特化事業所として職員の満足度を評価する体制があるか	4	4	4	4	5	4.2	○
17 認知症ケア専門特化事業所として他機関からの評価を受ける体制があるか	4	3	5	5	5	4.4	－
18 認知症ケア専門特化事業所として短期目標事業計画(概ね単年度内)があるか	5	5	3	5	5	4.6	－
19 認知症ケア専門特化事業所として長期目標事業計画(概ね複数年)があるか	5	5	3	5	5	4.6	－
20 認知症ケア専門特化事業所として職員の研修にかかる投資計画があるか	5	5	5	5	5	5.0	○
21 認知症ケア専門特化事業所として認知症ケアの専門性を有する訪問看護師の研修にかかる投資計画があるか	5	5	5	0	5	4.0	○
22 認知症ケア専門特化事業所として利用者へのサービス向上にかかる投資計画があるか	3	5	5	0	5	3.6	－
23 認知症ケア専門特化事業所として職員の能力に応じた人員配置があるか	5	5	5	4	5	4.8	○
24 認知症ケアの専門性を有する訪問看護師の配置があるか	5	5	5	5	5	5.0	○
25 認知症ケア専門特化事業所として職員の能力を配慮した受け持ちを決定する体制があるか	3	5	4	5	5	4.4	－
26 認知症ケア専門特化事業所として職員の就労意欲を高める体制があるか	3	5	4	0	5	3.4	－
27 認知症ケアの専門性を有する訪問看護師による職員に対する助言・指導体制があるか	3	5	5	5	5	4.6	－
28 認知症ケアの専門性を有する外部識者による職員に対する助言・指導体制があるか	5	5	4	5	5	4.8	○
29 認知症ケアの専門性を有する訪問看護師に対するフォロー体制があるか	3	3	5	4	5	4.0	－
30 定期的な認知症ケア事例検討会があるか	5	5	5	5	5	5.0	○

(一次案)

(表1続き)

	項目	小 委 員 A	小 委 員 B	小 委 員 C	小 委 員 D	小 委 員 E	平 均	全 員 4 以 上
31	認知症ケア専門特化事業所として必要な管理者の研修計画があるか	5	4	5	5	5	4.8	○
32	認知症ケア専門特化事業所として必要な職員の研修計画があるか	5	4	5	5	5	4.8	○
33	認知症ケア専門特化事業所として人員採用基準があるか	5	5	4	5	5	4.8	○
34	認知症ケア専門特化事業所として人員採用計画があるか	5	5	3	5	5	4.6	－
35	職員の能力、状況に配慮した勤務スケジュール管理か	3	5	5	5	5	4.6	－
36	認知症ケアの専門を有する訪問看護師の能力、状況に配慮した勤務スケジュール管理か	3	4	5	5	5	4.4	－
37	認知症を有する利用者(代理人)と締結したサービス提供に関する契約書があるか	5	5	5	5	5	5.0	○
38	認知症ケア専門特化事業所として 24時間 365日の連絡体制があるか	5	5	5	5	5	5.0	○
39	認知症ケア専門特化事業所として緊急対応マニュアルはあるか	5	5	4	4	5	4.6	○
40	認知症を有する利用者と主治医及びステーションの間における緊急時の対処方法があるか	4	5	5	5	5	4.8	○
41	認知症を有する利用者と関係機関及びステーションの間における緊急時の対処方法があるか	4	5	5	5	5	4.8	○
42	認知症ケアの標準化を図るケアプロトコル(基準・手順)があるか	5	4	5	4	5	4.6	○
43	認知症ケアの標準化を図るケアプロトコルを共有されているか	4	4	4	4	5	4.2	○
44	認知症ケア専門特化事業所として整備された訪問看護過程記録(用紙)があるか	4	5	5	3	5	4.4	－
45	所内に認知症ケアに必要な物品や用具等があるか	4	4	5	0	5	3.6	－
46	所内に最新の認知症ケアに関する情報を入手する設備・備品等があるか	4	4	5	4	5	4.4	○
47	医療看護過誤への対応として組織的な取り組みや職員への教育体制があるか	5	5	5	5	5	5.0	○
48	損害賠償責任保険に加入しているか	5	5	4	5	5	4.8	○
49	認知症を有する利用者が利用可能なサービスの情報提供体制があるか	5	5	5	5	5	5.0	○
50	守秘義務、個人情報保護に配慮した利用者の情報管理体制があるか	5	5	5	5	5	5.0	○
51	守秘義務、個人情報保護に配慮した利用者の情報管理体制を事業所内で共有されているか	4	5	5	5	5	4.8	○
52	主治医に対し利用者の治療等に反映できるような情報報告体制があるか	4	5	5	5	5	4.8	○
53	主治医から利用者の治療等に関する指示を適切に授受する体制があるか	4	5	5	5	5	4.8	○
54	認知症ケアに関する相談や連携、情報交換を他機関と定期的にはかる体制があるか	4	4	5	5	5	4.6	○
55	認知症ケアに関する相談や連携、情報交換をケアマネジャーと定期的にはかる体制があるか	4	4	5	5	5	4.6	○
56	認知症ケアに関する相談や連携、情報交換を主治医と定期的にはかる体制があるか	4	4	5	1	5	3.8	－
57	利用者の他機関利用(外来受診等含む)を支援する体制があるか	4	5	5	5	5	4.8	○
58	利用者・家族からの認知症ケアにかかる相談に対応する体制があるか	5	5	5	5	5	5.0	○
59	地域住民からの認知症ケアにかかる相談に対応する体制があるか	4	4	5	4	5	4.4	○
60	認知症ケア専門特化事業所として利用者・家族からの苦情を受ける体制があるか	5	5	5	3	5	4.6	－
61	認知症ケア専門特化事業所として関係機関からの苦情を受ける体制があるか	4	5	4	1	5	3.8	－
62	地域住民に認知症ケア専門特化事業所の役割機能を周知する体制があるか	5	4	4	4	5	4.4	○

(一次案)

(表1続き)

	項目	小委員 A	小委員 B	小委員 C	小委員 D	小委員 E	平均	全員 4以上
63	関係機関に認知症ケア専門特化事業所の役割機能を周知する体制があるか	5	5	5	5	5	5.0	○
64	地域住民に認知症ケア専門特化事業所の利用方法を明示する体制があるか	4	5	5	5	5	4.8	○
65	地域住民に対する認知症ケアの啓発活動を行う体制があるか	4	5	4	4	5	4.4	○
66	利用者の権利擁護にかかる体制(委員会等の設置)があるか	5	5	4	4	5	4.6	○
67	認知症のスクリーニングを行っているか	5	4	5	5	5	4.8	○
68	定期的な中核症状(認知機能)評価を行っているか	5	4	5	5	5	4.8	○
69	定期的な周辺症状評価を行っているか	5	4	5	5	5	4.8	○
70	定期的なセルフケアレベルの評価を行っているか	5	5	5	5	5	5.0	○
71	定期的な心理機能評価を行っているか	5	5	5	5	5	5.0	○
72	定期的な身体機能評価を行っているか	5	5	5	5	5	5.0	○
73	定期的な社会機能評価を行っているか	5	5	5	5	5	5.0	○
74	定期的な生活環境(住環境)評価を行っているか	5	5	5	5	5	5.0	○
75	包括的な全般的日常生活評価を行っているか	5	5	5	5	5	5.0	○
76	定期的な薬物療法(服薬管理方法含む)の評価を実施しているか	5	5	5	5	5	5.0	○
77	利用者の家族構成と役割、関係性をアセスメントしているか	5	5	5	5	5	5.0	○
78	利用者の家族の健康状況をアセスメントしているか	5	5	5	5	5	5.0	○
79	利用者の家族の介護負担をアセスメントしているか	5	5	5	5	5	5.0	○
80	家族の介護知識・技術についてアセスメントしているか	4	5	5	5	5	4.8	○
81	虐待のリスクをアセスメントしているか	5	5	5	5	5	5.0	○
82	利用者に今後起こりうる潜在的ニーズをアセスメントしているか	5	5	5	5	5	5.0	○
83	家族に今後起こりうる潜在的ニーズをアセスメントしているか	5	5	5	5	5	5.0	○
84	利用者及び家族のニーズに応じた社会資源・機器の利用をアセスメントしているか	5	5	5	5	5	5.0	○
85	利用者の潜在的・顕在的ニーズを抽出しているか	3	3	5	5	5	4.2	—
86	利用者の潜在的・顕在的ニーズに対する長期目標を設定しているか	5	5	4	5	5	4.8	○
87	利用者の潜在的・顕在的ニーズに対する短期目標を設定しているか	5	5	5	5	5	5.0	○
88	長期目標・短期目標と整合する計画が立案されているか	5	5	4	5	5	4.8	○
89	利用者・家族の合意に基づいた計画が立案されているか	5	5	5	5	5	5.0	○
90	認知症ケアプロトコルを活用した計画が立案されているか	5	5	4	5	5	4.8	○
91	計画に基づいた訪問看護実践が行われているか	5	5	4	5	5	4.8	○
92	利用者の状況の変化に臨機応変に対応した訪問看護実践が行われているか	5	5	5	5	5	5.0	○
93	定期的なモニタリングが行われているか	5	5	5	5	5	5.0	○
94	評価に基づき、計画を立て直しているか	5	5	4	5	5	4.8	○

(一次案)

表2 認知症ケア専門特化型訪問看護ステーション基準二次案および検討事項

(開示項目とは、改正介護保険制度における介護サービスの情報開示項目)

項目		検討事項
1	明文化された認知症ケア理念/運営方針があるか	共通構造要件に移行できる
2	認知症ケア理念/運営方針が利用者に明示されているか	共通構造要件に移行できる
3	認知症ケア専門特化事業所としての職業倫理規定があるか	情報開示項目に類似している
4	認知症ケア理念/運営方針に基づいた組織構成(図)があるか	共通構造要件に移行できる
5	認知症ケアに関連する他機関と連携体制があるか	情報開示項目に類似している
6	認知症ケアに関連する他機関の研修や実習を受け入れる体制があるか	共通構造要件に移行できる
7	個別相談(面接)が可能なプライバシーに配慮したスペースがあるか	一般的事項である
8	認知症ケア専門特化事業所としての年間の収入・支出を管理する体制があるか	一般的事項である
9	認知症ケア専門特化事業所としてサービスを評価する体制があるか	共通構造要件に移行できる
10	認知症ケア専門特化事業所として利用者の満足度を評価する体制があるか	情報開示項目に類似している
11	認知症ケア専門特化事業所として職員の満足度を評価する体制があるか	情報開示項目に類似している
12	認知症ケア専門特化事業所として事業計画(概ね単年度内)があるか	情報開示項目に類似している
13	認知症ケアの専門性を有する訪問看護師の研修にかかる予算計画があるか	共通構造要件に移行できる
14	認知症ケア専門特化事業所として職員の研修にかかる予算計画があるか	情報開示項目に類似している
15	認知症ケア専門特化事業所として職員の能力に応じた人員配置があるか	抽象的な点がある
16	認知症ケアの専門性を有する訪問看護師の配置があるか	共通構造要件に移行できる
17	認知症ケアの専門性を有する訪問看護師による職員に対する助言・指導体制があるか	共通構造要件に移行できる
18	認知症ケアの専門性を有する外部識者による職員に対する助言・指導体制があるか	共通構造要件に移行できる
19	定期的な認知症ケア事例検討会があるか	他項目の内容に重複する
20	認知症ケア専門特化事業所として必要な管理者の研修計画があるか	情報開示項目に類似している
21	認知症ケア専門特化事業所として必要な職員の研修計画があるか	情報開示項目に類似している
22	認知症ケア専門特化事業所としての人員採用基準があるか	一般的事項である
23	認知症ケア専門特化事業所としての人員採用計画があるか	一般的事項である
24	認知症を有する利用者(代理人)と締結したサービス提供に関する契約書があるか	情報開示項目に類似している
25	認知症ケア専門特化事業所として 24時間 365日の連絡体制があるか	共通構造要件に移行できる
26	認知症ケア専門特化事業所として緊急対応マニュアルはあるか	情報開示項目に類似している
27	認知症ケアの標準化を図るケアプロトコル(基準・手順)があるか	共通構造要件に移行できる
28	認知症ケア専門特化事業所として整備された訪問看護過程記録(用紙)があるか	他項目の内容に重複する
29	医療看護過誤への対応として組織的な取り組みや職員への教育体制があるか	情報開示項目に類似している
30	損害賠償責任保険に加入しているか	情報開示項目に類似している
31	守秘義務、個人情報保護に配慮した利用者の情報管理体制があるか	情報開示項目に類似している
32	主治医と認知症ケアに関する相談や情報交換をはかる体制があるか	訪問看護計画書・同報告書を介して
33	ケアマネジャーと認知症ケアに関する相談や情報交換をはかる体制があるか	情報開示項目に類似している
34	関係機関と認知症ケアに関する相談や情報交換をはかる体制があるか	情報開示項目に類似している
35	利用者・家族からの認知症ケアにかかる相談に対応する体制があるか	情報開示項目に類似している
36	地域住民からの認知症ケアにかかる相談に対応する体制があるか	情報開示項目に類似している

(二次案)

(表2続き)

	項目	検討結果
37	認知症ケア専門特化事業所として苦情を受ける体制があるか	情報開示項目に類似している
38	地域住民に認知症ケア専門特化事業所の役割機能を周知する体制があるか	情報開示項目に類似している
39	関係機関に認知症ケア専門特化事業所の役割機能を周知する体制があるか	情報開示項目に類似している
40	利用者の権利擁護体制(委員会等設置や権利擁護団体との連携)があるか	情報開示項目に類似している
41	認知症のスクリーニングを行っているか	必要に応じて
42	利用者本人の認知症に対する認識のアセスメントを行っているか	今後の意向等含めて
43	定期的な認知機能のアセスメントを行っているか	経時的に行っているかを問うこと
44	定期的な周辺症状のアセスメントを行っているか	心理・行動兆候(BPSD)表現へ修正
45	定期的なセルフケアレベルのアセスメントをしているか	セルフケアおよびIADL
46	定期的な心理機能のアセスメントをしているか	他項目の内容に重複する
47	定期的な身体機能のアセスメントをしているか	他項目の内容に重複する
48	定期的な社会機能のアセスメントをしているか	他項目の内容に重複する
49	定期的な生活環境(住環境)のアセスメントをしているか	安全性、安楽性を問うこと
50	定期的な全般的日常生活のアセスメントをしているか	他項目の内容に重複する
51	定期的な薬物療法(服薬管理方法含む)のアセスメントをしているか	効果、副作用等を含め
52	利用者の家族構成と役割、関係性をアセスメントしているか	情報開示項目に類似している
53	利用者の家族の認知症に対する認識をアセスメントしているか	情報開示項目に類似している
54	利用者の家族の健康状況をアセスメントしているか	情報開示項目に類似している
55	利用者の家族の介護負担をアセスメントしているか	情報開示項目に類似している
56	家族の認知症介護に関する知識・技術についてアセスメントしているか	情報開示項目に類似している
57	虐待のリスクをアセスメントしているか	虐待を予防するような支援と連動させる
58	利用者に今後起こりうる潜在的ニーズをアセスメントしているか	一般的事項である
59	家族に今後起こりうる潜在的ニーズをアセスメントしているか	一般的事項である
60	利用者及び家族のニーズに応じた社会資源・機器の利用をアセスメントしているか	一般的事項である
61	利用者の潜在的・顕在的ニーズ(課題)を抽出しているか	一般的事項である
62	利用者の潜在的・顕在的ニーズに対する長期目標を設定しているか	一般的事項である
63	利用者の潜在的・顕在的ニーズに対する短期目標を設定しているか	一般的事項である
64	長期目標・短期目標と整合する計画が立案されているか	一般的事項である
65	利用者・家族の合意に基づいた計画が立案されているか	情報開示項目に類似している
66	認知症ケアプロトコルを活用した計画が立案されているか	前提条件としてケアプロトコルの有無
67	計画に基づいた訪問看護実践が行われているか	他項目の内容に重複する
68	計画に基づいた訪問看護実践が所定の用紙に記録されているか	他項目の内容に重複する
69	プロセスに対する定期的なモニタリングが行われているか	他項目の内容に重複する
70	アウトカムに対する定期的なモニタリングが行われているか	他項目の内容に重複する
71	評価に基づき、計画を立て直しているか	他項目の内容に重複する

(二次案)

表3 認知症ケア専門特化型訪問看護ステーション基準三次案および全国調査結果 n=101(カ所) 単位:割合(%)

項目	重要性評価	実施状況評価			
	「重要である」	1 ほとんどできていない	2 あまりできていない	3 まあできている	4 とてもできている
1 非認知症利用者に対し、必要に応じて認知症スクリーニングを行い、認知症の早期把握、早期対応に努めている	80.0	25.3	30.1	38.6	6.0
2 利用者自身の認知症に対する認識や受容、今後の意向について可能な限りアセスメントを行い、それに基づき支援の方向性を検討している	88.4	6.1	10.9	70.7	12.2
3 利用者の認知機能障害について適切なスケールを用いて経時的にアセスメントを行い、それに基づき適切に支援している	85.3	16.2	34.9	42.4	6.6
4 利用者の行動・心理徴候(BPSD)について経時的にアセスメントを行い、それに基づき予防・軽減のための支援をしている	84.2	9.2	27.5	56.3	7.0
5 利用者のセルフケア(食事、排泄、更衣、整容、入浴等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・低下軽減のための支援している	90.5	0.9	5.7	75.1	18.3
6 利用者のIADL(金銭管理、家事、外出等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・低下軽減のための支援をしている	89.5	6.6	19.5	61.9	11.9
7 利用者の1日24時間の生活時間リズムや生活パターンについてアセスメントを行い、それに基づき安定した日課の継続のための支援をしている	87.4	2.2	19.2	63.8	14.8
8 利用者の生活環境(日中生活場所や就寝場所等)の安全性、安楽性についてアセスメントを行い、それに基づき適切な生活環境のための調整をしている	89.5	0.4	10.5	73.7	15.4
9 利用者の人的環境(日頃関わる人々との関係や頻度等)についてアセスメントを行い、それに基づき馴染みの関係の継続を支援している	88.4	0.4	10.5	71.9	17.1
10 利用者が不安感を抱いたり、混乱を来したりするような刺激や内容についてアセスメントし、それらを回避するよう努めている	92.6	0	5.3	74.6	20.2
11 利用者が安心感を得られたり、自信を得られたりするような話題や内容についてアセスメントし、それらをケアに活用するよう努めている	91.6	0	5.7	75.4	18.9
12 利用者に今後起こりうる潜在的な生活リスク(廃用症候群、事故等)について予測を行い、それに基づき予防的支援に努めている	91.6	0.4	8.7	74.3	16.5
13 利用者の薬物療法の効果および副作用、ならびに服薬管理方法についてアセスメントを行い、主治医との密接な連携のもとで調整している	92.6	1.3	8.4	66.8	23.5
14 家族介護者の心身の健康状況ならびに介護負担感についてアセスメントを行い、それに基づき適切な相談・助言をしている	92.6	1.3	4.0	74.9	19.8
15 家族介護者の認知症にかかる介護技術や知識についてアセスメントを行い、それに基づき適切な指導・助言をしている	92.6	2.2	11.9	67.0	18.9
16 家族介護者の認知症に対する認識や受容、虐待のリスクについてアセスメントを行い、それらに基づき介護破綻や虐待を予防するよう支援している	90.5	3.1	16.5	64.7	15.6
17 利用者や家族介護者の状況等に応じて緊急的もしくは一時的に利用者が入所(入院)できる地域の受入機関について確認している	90.5	3.1	14.5	57.7	24.7
18 主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	92.6	1.3	7.0	56.3	35.4
19 担当ケアマネジャーと情報の交換を行い、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	91.6	0.4	6.5	56.1	37.0
20 関係職種のサービスチームと会議等を行い、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	91.6	3.1	17.9	55.5	23.6

(三次案)

表4 認知症ケア専門特化型訪問看護ステーション サービス過程基準

20項目	評価基準
1 利用者に対し、必要に応じて認知症スクリーニングを行い、認知症の早期把握、早期対応に努めている	1 2 3 4
2 利用者自身の認知症に対する認識や受容、今後の意向について可能な限りアセスメントを行い、それに基づき支援の方向性を検討している	1 2 3 4
3 利用者の認知機能障害について適切なスケールを用いて経時的にアセスメントを行い、それに基づき適切に支援している	1 2 3 4
4 利用者の行動・心理徴候(BPSD)について経時的にアセスメントを行い、それに基づき予防・軽減のための支援をしている	1 2 3 4
5 利用者のセルフケア(食事、排泄、更衣、整容、入浴等)についてアセスメントを行い、それに基づき維持・拡大のための支援をしている	1 2 3 4
6 利用者のIADL(金銭管理、家事、外出等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・拡大のための支援をしている	1 2 3 4
7 利用者の1日24時間の生活時間リズムや生活パターンについてアセスメントを行い、それに基づき安定した日課の継続のための支援をしている	1 2 3 4
8 利用者の生活環境(日中生活場所や就寝場所等)の安全性、安楽性についてアセスメントを行い、それに基づき適切な生活環境のための調整をしている	1 2 3 4
9 利用者の人的環境(日頃関わる人々との関係や頻度等)についてアセスメントを行い、それに基づき馴染みの関係継続のための支援をしている	1 2 3 4
10 利用者が不安感を抱いたり、混乱を来したりするような刺激や内容についてアセスメントし、それらに留意した支援をしている	1 2 3 4
11 利用者が安心感を得られたり、自信を得られたりするような話題や内容についてアセスメントし、それらを活用した支援をしている	1 2 3 4
12 利用者に今後起こりうる潜在的な生命・生活上のリスクについて予測を行い、それに基づき予防のための支援をしている	1 2 3 4
13 利用者の薬物療法の効果および副作用、ならびに服薬管理方法についてアセスメントを行い、主治医の指示のもとで調整している	1 2 3 4
14 家族介護者の心身の健康状況ならびに介護負担感についてアセスメントを行い、それに基づき必要な支援をしている	1 2 3 4
15 家族介護者の認知症にかかる介護技術や知識についてアセスメントを行い、それに基づき必要な支援をしている	1 2 3 4
16 家族介護者の認知症利用者に対する認識や受容、虐待リスクについてアセスメントを行い、それらに基づき必要な支援をしている	1・2・3・4
17 利用者や家族介護者の状況等に応じて緊急的もしくは一時的に利用者が入所(入院)できる地域の受入機関について確認している	1・2・3・4
18 主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、利用者のケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1・2・3・4
19 担当ケアマネジャーと情報の交換を行い、利用者のケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1・2・3・4
20 関係職種間においてサービス調整会議を行い、利用者のケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1・2・3・4

評価基準 1. ほとんどできていない 2. あまりできていない 3. まあできている 4. とてもできている

IV. 緩和ケア専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質基準

1. 緒言

近年の急速な高齢化に伴い、今後ますますの死亡者数の増加が見込まれるとともに、医療費削減を目的とした在院日数の短縮化が政策的に推進されてきている。しかし、現状では、我が国の全死亡者のうちの8割以上は、病院・診療所などの施設で死亡しており、今後は、この状況を変え、在宅療養・在宅死する患者を増やすための対策を打ち出していくことは急務と言える。その一方策として、医療提供側として、国民が末期状態になった場合に、在宅で質の高いターミナルケア、すなわち、緩和ケアが受けられる医療体制を整えていくことは重要な課題である。なかでも、末期状態になった方が、在宅にて緩和ケアを受けることを望む場合に、医療的な関わりが不可欠となることから、緩和ケアに関する高い専門性をもち、質の高いケアを提供できる訪問看護師のかかわりは必要不可欠となる。しかし、現状は、緩和ケアの専門性を有する訪問看護師のいる訪問看護ステーションの数は、十分な数の末期患者が在宅療養を行うには足りない状況と言える。このため、将来的な在宅末期患者の増加を見据え、緩和ケアに専門特化した訪問看護ステーションを増やしていくことは我が国の在宅緩和ケアの推進・普及のために必須の課題である。

次に、訪問看護ステーション全体に関する状況を以下に述べる。平成18年4月から施行された新しい介護保険制度では、「介護サービス情報の公表」が明示された。この制度は、事業者自らの責任において項目ごとに情報を公表し、利用者が当該情報を活用しながら自らの責任において主体的に事業所を選択することを可能とするものである。事業所の概要や職員の体制のほかに、営業時間（24時間対応の状況含む）、特別な医療処置等（ここに在宅での看取りも含まれる）を必要とする利用者の受け入れなど、サービス内容に関する事項も盛り込まれ、自らの訪問看護ステーションの活動をアピールできる仕組みとなっている。

一方で、この介護サービス情報の公開制度は、マニュアルや記録など客観的事実となる事項を確認し、公表するというシステムであり、マニュアルさえ整備されていれば、その看護ケアが提供されていることになるのかという点と必ずしもそうであるとはいえない。このようなジレンマが、「情報開示の標準化に関する調査研究委員会」の訪問看護部会のなかであったのも事実のようである¹⁾。

各々の得意な分野・特徴をもち、サービスを提供している訪問看護ステーションが増え

ていくなか、当該訪問看護ステーションにおける理念はどのようなものか、理念を実現していくためにステーションではどのような体制を整備しているのか、また実際にどのようなサービスを提供しているのかなど、利用者自身が確認し、評価することができるようなより専門分野ごとに特化した情報の整備が求められる。このことから、本緩和ケア部会に求められている情報は、例えば、在宅での看取りを希望している利用者が訪問看護ステーションを選択する場合、どのような要件をもった訪問看護ステーションが在宅での看取りを可能としているのかを見極めることのできるものでなければならない。

これまで在宅末期患者の終末期ケアを可能とする要件に関する研究は、国内においてもいくつか報告されている。終末期ケアに関わる訪問看護師が備えるべき要件については、荒尾ら（2003）が、訪問看護ステーションを対象とした全国調査を実施し、訪問先での療養者や家族の状況をみて、1人で判断してアセスメントすることが可能な、受け持ち看護師として責任のとれる能力が備わっている訪問看護師であることががん患者のターミナルケアに求められる要件であることを明らかにしている。また、立花ら（2001）は、訪問する医師による説明がなされ、訪問看護婦が密にかかわれた患者は在宅で死を迎える割合が高いことを明らかにしている。さらに、鈴木ら（2005）は、「家族の在宅死容認」「本人の在宅死希望」「家族介護者の有無」「訪問看護導入」「身体的苦痛の解決」がされた患者は、それ以外の患者に比べ、在宅での死が高くなること、また、松村ら（2005）は、在宅ターミナルで看護師に必要な実践能力として、「療養者の苦痛を緩和する力」「療養者・家族の希望を支える力」「家族ケアの力」「療養者・家族・医師の意向を調整する力」「医師や他職種との調整力」が必要であることをアンケート調査結果から明らかにしている。

このように利用者・家族、それから個々の訪問看護師に必要な要件については、これまでいくつかの研究が実施され、要件が明らかになっている。しかしながら、在宅末期患者の終末期ケアを実施している訪問看護ステーションの体制に焦点をあて、アウトカム評価を行った研究は少なく、既存の研究から当該訪問看護ステーションの要件を特定することは難しい。

そこで、本研究では、以下の3点を目的とした研究を行うこととする。

- 1) その1として、既存の当該分野の研究知見の整理および緩和ケア実績の高い訪問看護ステーションへのアンケート調査の実施により、訪問看護ステーションが緩和ケアに専門特化するための要件案を選定する。
- 2) その2として、全国の訪問看護ステーションのうち緩和ケアを得意分野としていると

自己評価をした事業所を対象に、その1にて選定した要件案の適切性を検討するため、それぞれの重要性の認識および実際の実施状況を明らかにする。また、要件案として挙げた項目以外に、緩和ケア提供のための要件として挙げるべき項目を自由回答にて得る。

- 3) その2として、さらに、要件案として提示した各項目の重要性を確認するために、対象事業所における年間緩和ケア利用者数、在宅死亡数、および在宅死率の3つをアウトカムとして、これらと各項目の実施・未実施との関連を検討する。そして、その結果を基に、最終的な緩和ケアの要件を決定する。

2.方法と結果

<その1:訪問看護ステーションが緩和ケアに専門特化するための要件案の選定>

1)方法

(1)先行研究の知見の整理

訪問看護ステーションが専門性の高い緩和ケアを提供するために備えるべき要件を明らかにすることを目的に、まず、本研究の第一段階のその1では、その2で行う全国調査で調査票に掲載する要件案を選定するために、その調査項目の抽出と精選を行った。その過程は、3段階の調査を経て行った(図1)。第1段階は、既存の当該分野の先行研究の知見を基盤として、緩和ケアの要件として選定すべき項目である「要件案」を選定した。第2段階は、緩和ケアの実績のある訪問看護ステーションの管理者および緩和ケアのアウトカムの1つとしての在宅死となった直近のケースを受け持った訪問看護師を対象に、1段階で作成した要件案としての項目についての重要性と実施状況を尋ねるアンケート調査を実施するとともに、要件案として挙がっていない要件となる項目が他にないかどうかを検討するために、インタビュー調査も実施した。このような過程を経て、第1段階と2段階から、緩和ケアの要件となる可能性のある項目を網羅的・包括的に抽出した。さらに、第3段階では、第2段階の調査結果をもとに、第1段階の調査項目の精選の作業を行い、全国調査に向けた要件案を選定した。

まず、第1段階で作成した調査項目は、緩和ケアの専門性を有する訪問看護ステーションとして、管理・運営に関する項目などの「構造要件」と、質の高い緩和ケア提供を行うにあたって有用なアセスメント項目やケア項目などの「ケア要件」を明らかにするための調査票を作成した。「構造要件」については、全国訪問看護事業協会の訪問看護ステーショ

ン評価マニュアルの評価⁷⁾の評価項目を参考に、ワーキンググループメンバーによって、項目を抽出した。この調査票は、緩和ケアの提供の実績のある管理者を対象に行った。それぞれの項目について、「できていない」、「あんまりできていない」、「ややできている」、「できている」、「非該当」の5段階の実施状況の評価を尋ねた。さらに、各項目の重要性についても尋ねるために、緩和ケア提供のために各項目が「必須」か「必須でない」かについても質問した。

「ケア要件」については、末期がん在宅ケアの標準化に関する研究（平成12年～平成15年度科学研究費補助金研究代表者川越博美）の先行研究⁸⁾における末期がん在宅ケアの全国調査に用いたケアの枠組みと調査項目を参考にし、「施設体制」と「ケア内容」について調査項目を作成した。

(2) アンケート調査およびインタビュー調査の実施

1で作成した調査項目に関する回答を得るために、緩和ケア実績が高いと委員が推薦した12ヶ所の訪問看護ステーションを選出し、構造要件については管理者を回答者に指定し、ケア要件については緩和ケアを担当した看護師を回答者に指定して、アンケート調査とインタビュー調査の協力を依頼した。調査項目は、管理体制などの「構造要件」およびケア内容などの「ケア要件」について要件案として選出した項目について、それぞれ重要性和実施状況について尋ねた。

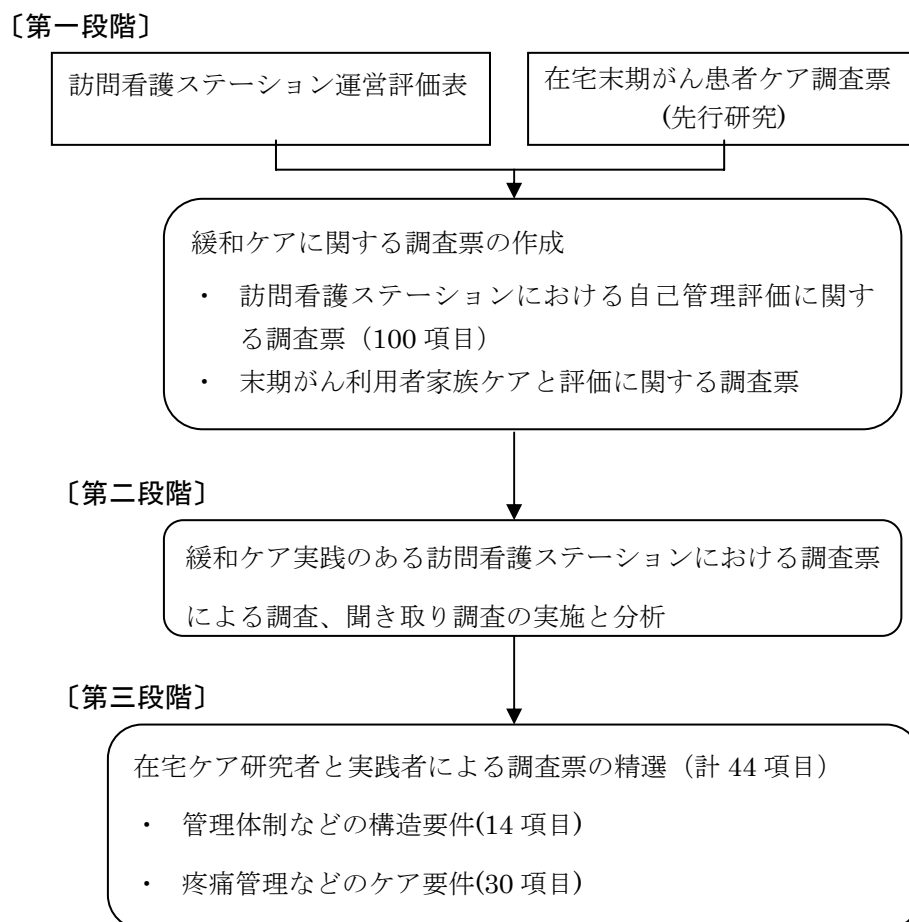
(3) 緩和ケア提供のための要件案の決定

緩和ケア実績の高い訪問看護ステーションへの管理者および訪問看護師へのアンケート調査およびインタビュー調査の結果をもとに、緩和ケア部会の委員5名で討議を繰り返し、構造要件とケア要件を精選することで、緩和ケアの専門特化する訪問看護ステーションの要件抽出のための全国調査実施に向けた「要件案」を完成させ、全国調査の調査票に盛り込むこととした。

この際、以下の3点の視点から精選作業を行った。

- ① 平成18年4月1日から介護保険におけるサービス提供事業所に義務つけられる「介護サービス情報の公表」制度における項目と重ならないこと。
- ② 難病ケア・認知症ケア班の項目数との整合性を持たせるために、緩和ケア要件としての項目数を50項目程度とすること。
- ③ 緩和ケアの実践者としての訪問看護師の意見を反映させ、現状に即した要件の選定を目指すこと。

図1 緩和ケアの要件案選定のための項目抽出の過程



2) 結果

(1) 先行研究の知見の整理による項目の選定

第一段階の先行研究を参考とした緩和ケア提供のための要件案となる項目選定では、「構造要件」として、管理に関する 71 項目と訪問看護サービスに関する 29 項目の計 100 項目を選定した。また、「ケア要件」については、「施設体制」と「ケア内容」に分類し、「施設体制」としては、24 時間連絡体制加算、緊急時訪問看護加算などの有無、医療・福祉サービス機関の併設状況、時間外の訪問体制、ケアチームメンバーの実態などの項目を含むこととした。また、「ケア内容」については、在宅ケア時期（導入期、安定期、臨死期、死別期）ごとに、ケア内容として、身体症状のケア（痛みのケア、全身倦怠感のケア、悪心・嘔吐ケア、便秘・下痢のケア、浮腫のケア、呼吸困難のケア、不眠のケア）、精神症状のケア、療養上のケア、死の教育、家族ケアチームケア、グリーフケアについて、時期別に各ケアを実施したか否かを項目として選定した。

(2) アンケート調査およびインタビュー調査の実施による検討課題

上記の項目を載せた調査票を用いて、調査協力の得られた訪問看護ステーションの看護師を対象に、インタビュー調査とアンケート調査を行った結果、いずれのステーションから、構造要件としては、緩和ケアの専門性を考慮する、しないに関わらずほとんどが“必須”という回答が得られるとともに、実施しているかどうかについては、「できる限り調査票に挙げられた各要件を実施するように努めているが、実際の実施状況としては、利用者ごとに、ケースバイケースでばらつきがある」という回答が大半を占め、更なる要件の精選が必要であることが明らかにされた。また、ケア要件の実施状況については、利用者の特徴や訪問看護ステーションの利用の経緯により各要件の必要性が異なり、また、提供するケアの種類や時期が大きく変わってくるという個別性を考慮した要件の選定が必要となるという意見が出された。このため、緩和ケアの提供に当たり、緩和ケアに限って専門性を要する特有な要件、かつ、患者の個別性に限定されない緩和ケア提供に普遍的な要件の更なる検討が必要であることが明らかになった。また、インタビュー調査にて、訪問看護ステーションにおける緩和ケアの管理・運営などに関する構造要件、および緩和ケア提供に重要なケア要件について、項目に挙がっていない要件として、主にケア体制の整備、ケアの経済的な保証、緩和ケアの技術についての内容が挙げられた。表 1 にその内容を示す。

表 1 インタビュー調査による結果

A. 管理・運営に関すること

- ①緩和ケアを専門特化していくためには管理体制より、ケアに専門特化に基づくケア実践が重要である。
- ②在宅末期医療総合診療料は医師がいないと使えない制度であり、独立型の訪問看護ステーションにとっては利用者の拡大には至らず、不利である。訪問看護においても「まるめ」の制度があれば経済性や訪問の自由裁量が確保できる。
- ③医師によって末期の捉え方は異なるため、医師による診断がされないと末期として扱えない。そのため、在宅に関わる医師、看護間で統一した定義づけが必要である。
- ④特別訪問看護指示書は上限 2 週間であるが、末期ケアの場合は短いことも多い。この制度をしらない職種もいるので、ケアチームである医師、ケアマネジャー、MSW などへの制度の周知が必要である。
- ⑤病院医師や地域住民の緩和ケアや在宅死への理解を広めることが必要である。
- ⑥24 時間ケア、緊急時に対応できる訪問看護師が勤務していること。
- ⑦往診の対応があるかかりつけ医との連携があること。

- ⑧新人とベテランナースの2人で利用者を受け持つ看護体制を持っていること。
- ⑨利用者、家族のケア満足度調査などを実施するなど自己評価機能を持っていること。

B.チームケア

- ①末期患者の症状管理(特に疼痛管理)ができる、麻薬を取り扱える開業医の増加が必要である。
- ②地域に常時麻薬を取り扱う薬局、取り寄せできる薬局の情報の整理や拡充が必要である。
- ③かかりつけ医、薬局、ヘルパー等を含むケアチームの存在と、ケアチームが共有できる緩和ケアの基準やマニュアルが必要である。それによって緩和ケアに関する的確なアセスメントや一貫したケアが実施される。
- ④介護保険開始後、ケアマネジャーが調整を取ることが増えた。ケアマネジメントを担う緩和ケアチームメンバーとして中心的役割を担う。そのためにもケアマネジャーの緩和ケアの知識や緩和ケアに関する地域情報を持つことが重要である。
- ⑤適切な緩和ケアの実施のために、医師をはじめとする緩和ケアチームメンバーの本人、家族、およびメンバー間のコミュニケーション能力の向上が求められる。
- ⑥専門性を有する看護師として、ケアメンバーのケアマネジャーやヘルパーに対して介護方法や必要なサービスについて適切な助言ができることが求められる。

C.緩和ケアの時期におけるケア

c-1 導入期(在宅ケア開始1週間)に必要なケア

- ①退院前訪問の実施と適切な評価ー緩和ケア計画立案は必須であり、かつ労力がかかる。現在、医療保険の場合の退院時共同加算がそれに見合っていない。介護の場合は、ボランティア的に実施し、評価されていないので改善が必要である。
- ②在宅移行前のチームカンファレンスは、病院側の医師と看護師およびかかりつけ医、訪問看護師によって実施することが必要である。
- ③退院前もしくは在宅導入時に、病院主治医から本人もしくは家族に、予後告知もしくは今後の方針を明らかにする。曖昧なままに在宅に移行するケースが多く、本人や家族とのケアチームとの緩和ケアの認識にギャップを生じやすい。
- ④在宅移行後もヘルパーや家族を含めたチームカンファレンスの評価が必要である。評価されるということは報酬で認められるということであり、経済的な保証の上に立って初めて専門特化した独立型訪問看護ステーションの可能性を考えることができる。経済的な見通しが訪問看護ステーションにとって重要である。

c-2 安定期に必要なケア

- ① 長期間、介護者を支える体制(例:家族レスパイト、メンタルケア、介護休暇等)の充実が必要である。

- ② 患者の QOL を高めるための通所介護などの通所サービス施設の充実、増加が必要である。
- ③ 緩和ケアでは、この時期が本人、家族にとって重要な時期であることを看護師が認識し、働きかける。
家族の絆を深め、次の段階に進むための準備として対応していく能力を把握する。

c-3 臨死期(死亡前 1 週間)に必要なケア

- ① 臨死期ということを家族に伝えていくそのタイミングが難しい。しかし、これを適切に実践することで家族ケアの満足につながる。臨死期を含み緩和ケア基準が必要である。
- ② 起こりうる変化について家族に繰り返し説明できる。
- ③ 在宅ケアチームカンファレンスの開催は必要であるが、地域という特性から頻回に開催することは困難である。重要な時点として、在宅ケア開始時、臨死期に入る時、チーム内で方針を明らかにするカンファレンスの開催が重要である。(カンファレンスは回数でなく、ケア変化の状況に合わせて開催できるかが大切である。)
- ④ 家族の小規模化の中で、最後の 1 週間は、在宅に家族以外のサポート的なかかわりするサービス(例えばヘルパーサービス)が必要である。そのためにヘルパーにも緩和ケアの教育が求められる。

c-4 死別期に必要なケア

- ① 遺族へのケアの評価は重要であり、既にルーチン化している。

D.各職種への教育体制

- ① 緩和ケアの経験のある常勤看護師が必要である。このような看護師を確保するための賃金の保証、福祉厚生面の充実が必要であり、ステーションの大規模化の検討も必要である。
- ② 緩和ケアの研修体制の整備とスタッフが数ヶ月の研修に参加可能なステーションの規模化や体制づくりが必要である。
- ③ 緩和ケアに関われるヘルパーの教育整備(緩和ケアの理念や介護について)の必要がある。

(3)緩和ケア提供のための要件案の決定

上記に述べたアンケート調査およびインタビュー調査による結果および出された意見をもとに、緩和ケア部会の委員 5 名により、全国調査実施のための要件案の最終決定を行うための討議を 4 回にわたり実施した。その結果、緩和ケアに専門特化する訪問看護ステーションの要件を選定するにあたり、管理・運営を含む施設に関する要件は、質の高いケアを提供する訪問看護ステーション機能として、他のケア班においても共通する項目と捉え、むしろ、緩和ケアの提供を特徴づけるには、根拠ある緩和ケア実践が提供されることが重要と考えた。そして、緩和ケアの実践として必要不可欠な項目に絞って基準項目を精選す

ることとした。なお、要件の選定にあたり、各項目において具体的な看護実践として理解しやすい表現とするよう心がけた。具体的には、以下のように項目の精選を行った。

<事業評価と計画>

「介護サービス情報の公表」制度の「事業の計画性」と重なるため削除した。

<人事管理>

- ①「末期患者を複数抱えた場合に他のステーションに紹介するなど、緩和ケア提供のための地域のステーション間ネットワークが整っているか」は、緩和ケアに限らず訪問看護ステーションを経営していく上で基本的な体制ということで削除した。
- ②「職員の能力に応じた人員配置があるか」「職員の緩和ケアに関する能力を配慮した受け持ちを決定する体制があるか」は、緩和ケアの専門性を有さない管理者が職員の能力や緩和ケアに関する能力について判断しにくいことから削除した。
- ③「職員の身体心理的負担に配慮した受け持ち決定体制をとっているか」は、「職員の能力、状況に配慮した勤務スケジュール管理をしている」と重なることと緩和ケアに限らず配慮してスケジュールを作成することが原則と考えられたため削除した。
- ④「緩和ケアに適している人材として、利用者の意思や価値観を引き出し、尊重することのできる人か」、「緩和ケアに適している人材として人間の生き方に対して敏感な人か」は、緩和ケアに適している人材、人間の生き方に対して敏感かどうかの評価が難しいことから削除した。

<サービス提供管理>

- ①「看護体制」「緊急時体制」は、「介護サービス情報の公表」制度の基本情報項目と重複するため削除した。
- ②「看護の標準化を行うために整備された訪問看護過程記録（用紙）があるか」は、「介護サービス情報の公表」制度の調査情報項目と重複するため削除した。
- ③「最新の緩和ケアに関する情報を入手しているか」は、「情報の活用」としてまとめた。「研修計画」は人事管理に組み入れた。
- ④「ボランティアを育成する体制があるか、またはその体制作りの準備をおこなっているか」は、訪問看護ステーションの規模も一律ではなく一訪問看護ステーションで育成する体制や体制作りの準備は難しいと考え削除した。しかし、チームの一員として組み入れていることは緩和ケアを行ううえで大切なのでチームケアの項目とすることとした。

<利用者（顧客）管理>

「関係機関、地域住民に利用方法を明示する体制はあるか」「緩和ケア専門特化事業所としての役割機能があることを発信する取り組みをしているか」は、「介護サービス情報の公表」制度の目的と一致することと基本情報項目に事業所の特色として記入できるため削除した。

<アセスメント>

- ①「療養生活の支援」の包括的な全般的日常生活評価を行っているかは、評価のイメージがわきにくいことから削除した。
- ②「薬物療法の評価を定期的の実施しているか」は、「介護サービス情報の公表」制度の「服薬管理の支援」に重複することと緩和ケアに限らないことから削除した。
- ③「退院前に福祉器具のレンタルなどの介護環境を整えて受け入れ体制の手続きをしているか」は、利用者が必ずしも病院からくるとは限らないことから在宅療養開始前に変え、介護環境を整える体制は福祉用具のレンタルに限らないため削除した。
- ④「家族支援」の家族構成と役割、関係性や健康状態、心理状態のアセスメントは、「介護サービス情報の公表」制度の中項目「サービス利用開始時の説明、契約等に当たり、利用者の権利擁護等のために講じている措置」、小項目「家族への支援」に重複するために削除した。

<家族の看取り能力査定>

「在宅で最後までケアをすることができる家族であるかどうかのアセスメントをしているか」は、「家族支援」のアセスメントと重複することと、家族は常に気持ちがゆらいでいるものと考え、ここで「在宅で最後までケアをすることができるか」アセスメントすることは不適当と考え削除した。「家族支援」に組み入れた。

<チームケア：主治医との連携>

- ①「主治医と共通の考えが持てているか」は、共通の考えが持てるように連携していく、働きかけていくことがチームケアであるため不適当と考え削除した。
- ②「病院医師と予後の説明を確認する」は、大きな意味で在宅療養開始前に介護環境を整えることに含まれるため削除した。
- ③「病院医師の予後説明を本人・家族が理解する」は、目標であるため削除した。

<チームケア：他機関との連携>

他項目や介護サービス情報項目と重複する項目は削除した。「主治医との連携」「他機関との連携」にわけていたが、チームケアとしてまとめ、かかりつけ医、ケアマネジャー、

ヘルパー、ボランティアの項目を作成した。また、一連の流れを通してアセスメント、実践を行っているので時期（初期、臨死期など）ごとの項目は削除した。

＜チームケアの評価＞

項目の内容が重複しておりアウトカムの項目に組み入れた。

＜計画＞

「介護サービス情報の公表」制度の「利用者・家族の意向に沿った訪問看護計画」に重複するため削除した。

＜実践＞

分類を「疼痛緩和」「疼痛以外の症状緩和」「生活支援」「家族支援」「死の教育、スピリチュアル」「チームケア」と整理して各々小項目にアセスメント、実践をいれた。

以上の内容の討議を経て項目を精練した。さらに、大項目・中項目を整理し、最終的な調査項目の最終分類案を表2に示し、最終項目 44 項目を表3および表4に示した。

表2 緩和ケアの要件案として選定した項目の最終分類案

大項目	中項目	分類	小項目数
Ⅰ 構造要件	運営方針	1. 緩和ケア理念 2. 人事管理	3
	人事管理	1. 人員配置 2. 人事管理 3. 職員教育	5
	サービス提供管理	1. 看護の標準化 2. 情報の活用	3
	利用者(顧客)管理	1. 相談対応 2. 広報	3
Ⅱ ケア要件	過程要件・看護実践	1. 疼痛緩和 2. 疼痛緩和以外の症状緩和 3. 生活支援 4. 家族支援 5. 死の教育、スピリチュアルケア 6. チームケア	26
	評価要件	1. アウトカム	4
計			44項目

表3 「構造要件」として選定した 14 項目の内容

項目	解釈・確認方法
1 事業所の理念・運営方針	事業所としての理念または基本方針が明文化されていること。また、それが職員・利用者に明示されていること(事業所内掲示・パンフレット等への記載等)。
2 理念・運営方針に基づく組織図	事業所の組織図があること。また、実態に即していること。
3 専門領域のケア提供の方針	訪問看護の基準(看護基準、看護業務マニュアル、プロトコル、ガイドライン等)の中で、当該領域のケア提供の基本的な考え方が記載されていること。
4 専門性を有す看護師の配置	当該領域についての研修を受けた看護師が雇用されている。また、その処遇(責任・権限の賦与、適切な給与体系等)に配慮されていること。
5 専門領域の知識・技術の向上	専門性を有す看護師が当該領域の知識・技術の向上を行うための研修が計画的になされていること(研修計画の有無)。
6 専門領域のケア実践の支援	専門性を有す看護師が外部識者から助言・指導や協力を得る体制があること。
7 専門領域のケアに関する助言・指導	専門性を有する訪問看護師または外部識者による職員に対する助言・指導・協力体制があること。
8 専門領域のケアのプロトコル	当該領域のケアのプロトコル、基準・手順、業務マニュアル等があること。
9 専門的ケアの24時間の提供体制	当該領域のケア利用者に対して緊急時の訪問体制があること(仕組みと実績)。
10 職員の負担軽減に配慮したスケジュールリング	職員の身体心理的負担に配慮したスケジュールリングを行っていること。
11 サービス評価の体制	当該領域のケアに関してカンファレンス、自己点検、プロトコルの見直し等の活動が定例的に(計画的に)なされていること。
12 地域その他機関への支援	当該領域に関して、他機関から研修・実習を受け入れる体制があること。または、必要に応じて他機関に助言・指導等を行う体制があること。(いずれも実績から評価)
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信	当該領域に関する最新の情報を入手する体制のあること。また、整備した情報、実績等を発信する体制のあること。
14 専門領域のケアの普及・啓発	当該領域に関して地域住民等からの相談に対応していること(実績がある)。地域住民、サービス提供機関を対象とした広報活動が行われていること(情報媒体がある)。

表4 「ケア要件」として選定した 30 項目の内容

1 痛みをスケールを用いて定期的にアセスメントし、記載している
2 痛みの管理がマニュアルやWHOの除痛管理ラダーに基づいてできる
3 痛み以外の身体症状(全身倦怠感、悪心・嘔吐、便秘・下痢、浮腫、呼吸困難等)を定期的にアセスメントし、記載している
4 痛み以外の身体症状の管理がマニュアルに基づいてできる
5 精神症状(せん妄、抑うつ、不安、不眠等)を定期的にアセスメントし、記載している
6 精神症状の管理がマニュアルに基づいてできる

7 アロマセラピー、リラクゼーション、セラピューティックタッチなどの代替ケアを積極的に取り入れ、実施している
8 日常生活に関するセルフケア能力を定期的にあセスメントし、必要時サービスを導入している
9 家族の介護・ケア能力について定期的にあセスメントし、記載している
10 家族に対して介護・ケアの方法についてマニュアルを用いて指導している
11 家族に現在起こっている痛みやその他の症状について説明している
12 家族に適切な時期を見計らって死までの経過説明を説明している
13 遺族のグリーフケアを実施している
14 本人の死亡場所の希望を確認し、記載している
15 家族の死亡場所の希望を確認し、記載している
16 本人が予後や死への不安について表出する機会をつくることができる
17 家族が予後や死への不安について表出する機会をつくることができる
18 麻薬を扱うかかりつけ医と連携を取ることができる
19 緩和ケア方針やケア計画をかかりつけ医と共有している
20 緩和ケア方針やケア計画をケアマネジャーと共有している
21 緩和ケア方針やケア計画をヘルパーと共有している
22 ボランティアがチームメンバーとしてケアに参加している
23 入退院時に病院と緩和ケア方針やケア計画について情報交換を行う(退院前訪問を含む)
24 チームで定期的に緩和ケア方針やケア計画を確認・修正している
25 チームで定期的に緩和ケアについて学ぶ機会を持っている
26 患者が適切な緩和ケアを受けられるように(人権擁護のために)、代弁者としての役割を果たすことができる
27 患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができる
28 患者・家族が希望する場所で最期を迎えられなかった場合でも、最期の状況の意味づけをすることができる
29 チームで、デスカンファレンスを行い、記載している
30 事業所内で定期的に緩和ケアを振り返る機会を持っている

＜その2:訪問看護ステーションが緩和ケアに専門特化するための要件を最終決定するための全国調査＞

1)方法

調査時期を平成17年2-3月とし、調査対象を、全国訪問看護事業協会に加盟しているすべての訪問看護ステーションのうち、緩和ケアに専門特化していると自己評価し、調査協力の得られた事業所とした。

調査項目は、事業所の概要として、開設からの期間、開設主体、併設施設、管理体制を尋ねた。また、従業者の状況として、看護職員数（看護師および准看護師数）、緩和ケアの専門性を有す看護師数とその判断根拠、サービス提供の状況について尋ねた。

また、緩和ケアに専門特化した訪問看護ステーションとして備えるべき要件（案）として、その1で選定した「構造要件」14項目と「ケア要件」30項目それぞれの重要性と実施状況について尋ねた。なお、要件44項目の重要性については、「重要である」または「重要でない」の2択で回答を得、実施状況については、「1：ほとんどできていない」、「2：あまりできていない」、「3：まあできている」、「4：とてもできている」の4択で回答を得た。さらに、実施状況について、「1：ほとんどできていない」または「2：あまりできていない」と回答した場合は、その理由を「看護師の技術・能力不十分」、「人員不足」、「報酬や制度につながらない」、「チームの連携が不十分」、および「その他（この場合は自由記載欄にその理由の記載を依頼した）」の5つのうちから選択してもらった。また、事業所における緩和ケアの年間利用者人数とそのうちの在宅死亡数についても回答を得た。

分析は、各事業所における緩和ケアの年間利用者数、在宅死亡数、および在宅死率と各要件の実施状況との関連をt検定にてSASを用いて行った。なお、各要件の実施状況については、回答を4段階評価で得たため、3または4と評価した場合を“実施あり”、2または1の評価の場合を“実施なし”と2群に分けて分析を行った。

これらの一連の過程を経て、要件案として選んだ44項目の重要性、実施状況、およびアウトカム指標として選んだ「年間緩和ケア利用者数」、「年間在宅死亡数」、および「年間在宅死率」との関連性の結果を総合的に踏まえ、緩和ケア要件の最終的な選定を行った。

2)結果

(1)全国調査における訪問看護ステーションの緩和ケアの実施状況の集計結果

緩和ケアに専門特化していると自己評価した訪問看護ステーションは689箇所、そのうち回答が得られた訪問看護ステーションは141箇所（回答率20.5%）であった。調査時期が2-3月という年度末であったことから、再度調査票の返送依頼をFAXにて行ったが、回

答率は高まらなかった。対象とした事業所の概要を表5に、従業者の状況を表6に示す。開設からの期間は約半数（44.9%）が5-10年未満、開設者区分としては約半数（47.1%）が医療法人であった。併設施設として最も多かったのは居宅介護支援事業所の66.7%であった。また、対象事業所の看護職員数（常勤換算）は 6.5 ± 3.7 人、緩和ケアの専門性を有す看護師数は 2.2 ± 2.8 人であった。緩和ケアの専門性を有す看護師数について尋ねた際の、その判断根拠について表3に示した。緩和ケア関連の研修会・勉強会への参加が60件、緩和ケア経験を挙げたものが35件と上位2位を占めた（表7）。

表5 事業所の概要

	n	%
(1) 開設からの期間		
1年未満	18	13.0
1～5年未満	30	21.7
5～10年未満	62	44.9
10年以上	28	20.3
合計	138	100.0
(2) 開設主体		
自治体	6	4.4
公的	2	1.5
医療法人	64	47.1
医師会	8	5.9
看護協会	8	5.9
その他社団・財団	6	4.4
社会福祉法人その他	14	10.3
営利法人	23	16.9
NPO	2	1.5
その他	3	2.2
合計	136	100.0
システム欠損値	2	
	138	
(3) 併設施設		
介護老人福祉施設	7	5.1
介護老人福祉施設	28	20.3
介護療養型医療施設	16	11.6
以外の病院・診療所	43	31.2
訪問看護ステーション	48	34.8
居宅介護支援事業所	92	66.7
ヘルパーステーション	38	27.5
上記以外の居宅介護サービス事業所	12	8.7
その他	15	10.9
(4) 管理体制(届出割合)		
介護報酬:緊急時訪問看護加算	122	88.4
介護報酬:特別管理加算	132	95.7
診療報酬:24時間連絡体制加算	122	88.4
診療報酬:重症者管理加算	120	87.0

表6 従業者の状況

(1)従事者数

看護師数
准看護師数
看護職員数(常勤換算)

n	min	MAX	平均値	SD
134	1	23	6.0	3.7
134	0	9	0.5	1.2
134	1	23	6.5	3.7

(2) 緩和ケアの専門性を有す看護師数

看護師数
准看護師数
看護職員数
職員に占める割合

n	min	MAX	平均値	SD
135	0	14	2.1	2.7
134	0	3	0.1	0.4
134	0	14	2.2	2.8
134	0	1.8	0.3	0.4

3) サービス提供の状況

利用者の割合
訪問回数の割合
利用者あたり訪問回数
職員あたり利用者数
職員あたり訪問回数

n	min	MAX	平均値	SD
63	0.0	0.3	0.1	0.1
57	0.0	0.4	0.1	0.1
49	0.5	68.5	9.6	10.4
45	0.0	7.0	1.5	1.6
45	0.0	66.0	11.3	12.7

表7 看護師の緩和ケアの専門性についての判断根拠

<研修会・勉強会への参加 (60件)>
疼痛コントロールの研修を受けた
領域認定研修、県内各緩和ケア研修会受講。
末期癌在宅ケア研修会(聖路加看護大学) 訪問看護ステーション緩和ケア勉強会(県癌センター)への参加
訪問看護研修ステップ2、緩和ケア修了証あり
訪問看護推進事前のターミナルケア研修を受けた。
当STの研修、看護協会の研修、ガンセンター勤務
痛みのケアの研修を受けた
大阪医師会・癌疼痛管理法の研修
日本訪問看護振興財団 在宅終末期看護セミナー受講 領域別修了認定証あり
常勤者が研修をうけ皆で職場内研修を行い訪問でも実践しながら行ってきた為
集中した研修会参加はない 地域の医師会等の研修会へ参加(訪問看護師養成講習会8名受講)
研修を数多く受けている。
三多摩緩和ケア研究会参加(都研修ターミナルケア)
財団、県看護協会のターミナルケアの研修を受けた。
在宅終末期看護セミナー・Ⅰ・Ⅱの研修受講
在宅緩和ケア研修に参加(オピオイドの研修)
在宅ホスピスの実際 ターミナルケアにおける看護師の役割 癌性疼痛とその対処方法 癌化学療法と留意点
在宅ホスピスカ研修会
在宅ホスピスカ研修 訪問看護ケア研修会ターミナルケア 難病 病棟経験
緩和ケアの研修受講
在宅ホスピス勉強会(毎月)出席。
在宅ターミナルケア研修を受講 家族ケアセミナーを受講 がん患者の退院支援講座を受講

在宅ケアを手がけるきっかけが緩和ケアを必要とするケースからだった為ターミナルケア研究会を立ち上げ学んでいる
広島県緩和ケアナース専門コース終了 訪問看護事業財団緩和ケア終了
県内外の研修会に参加。緩和ケアに積極的に取り組んでいる
研修経験あり(様々な)
研修会の参加
研修を受けている
研修を受けた経験がある。
研修を受けた
研修を受けた
研修を受けた
広島県「緩和ケアに関する専門看護職の育成研修」(2名)
癌末期等研修会参加
緩和医療科医師より不定期だが直接指導、研修を受けている
緩和をふくめたターミナルケアの研修に2～3名出席している。
緩和ケア研修会を頻回に受けています
緩和ケア研修会を受講
緩和ケアを行なう地域医院と連携している。振興財団終末期セミナー受講
緩和ケアの研修会に数回参加している
緩和ケアナース養成研修終了
緩和ケアアドバイザー研修受講
緩和ケア、研修会への参加。県主催(看護協会)訪問看護ステップⅡへの参加
緩和ケア、ターミナルケアの経験がある 緩和ケア、ターミナルケアの研修会に継続参加している
看護協会及び医師会の研修の受講病院内
看護協会緩和ケア研修に参加
看護協会の研修を受けている、すでに緩和ケアの経験がある
看護協会の研修
看護協会が主催する研修に参加
事業協会の研修、又、振興財団の研修
医療法人、中＝連絡会 緩和ケア研修参加
ホスピス病院での実習・研修
ホスピス研修
各種緩和ケアの研修参加
ホスピスケア研究会会員で随時研究会研修会に参加している
ターミナルケアの勉強会に積極的
ガン疼痛緩和アロマセラピーの研修を受けた。
「在宅終末期看護」の研修を受講
「いのちと生きがい」の研修、県の研修
“福岡緩和ケア研究会”への参加・定期的2ヶ月／1回
<緩和ケア経験 (35 件)>
臨床にて外科経験、末期Ptケアの経験、救急救命センターの経験あり
訪問看護の経験が長くいろんな経験の場を踏んでいる
訪問看護の経験あり
訪問看護での経験やホスピス・緩和ケア病棟での経験あるため
訪看の経験も長く、在宅で看取った経験も多い。

利用者の在宅での看取りの経験がある。
総合診療科の医師と共に在宅での看取りに関わる経験ができたため
年間4～5ケース程度の、末期状態の利用者への訪問、そのうち2～3例の看取りの経験あり。(各自)
在宅死の経験年間10件・5年間
在宅看取りを多く経験しているNs
在宅での末期ケアを多く経験している
在宅での看取りの経験が数回あり。
在宅での看取りの経験(複数)あり
在宅がん終末期を専門とする診療所での勤務経験がある。がん専門病院での勤務経験がある
在宅看取りの経験が多い 緩和ケアを必要とするターミナルケースを受け持つ事が多い
経験(症例)が多い
癌ターミナルのPt在宅で看取ったりIVH治療、麻薬などケアの経験がある
癌センターでの臨床経験あり
癌センターでの勤務が長く、訪問看護でそれを生かしている
緩和ケアが必要な利用者の担当数が多い
緩和ケア病棟勤務の経験2名あり
緩和ケア病棟3年の経験者(1名)、在宅ホスピスの実践10年以上の経験者(2名)
緩和ケアの経験を人数を多くうけもっている
在宅ホスピスの経験が10年ある
ホスピス、緩和ケアネットワークに参加し在宅での看取りや緩和ケアに携わった
開設当時～在宅で看取るキカイがおおかった(肺癌末期胃K)
過去7年の訪問看護にて経験。緩和ケアに取り組むPTが在職。
家での看取りの経験、緩和のケアを経験している
ホスピス病棟ホスピスケアの経験がある
在宅死含むホスピスケアに長年従事
ターミナル対象者が多い(事業所の特色として)
ターミナルの利用者について関心もあり、経験もある
ターミナルケアを受ける利用者の方が常時1～2名サービスを受けている為経験がある
ターミナルケアを何例か経験している
病院で、がん末期の方の看護の経験がある。
<緩和ケアチームとの連携、コンサルテーション (5件)>
日本訪問看護財団のターミナルケアのコンサルテーションを受けた。
併設病院の緩和ケアチームに所属し、1回/wのカンファレンス、コンサルテーション等に参加
病院の緩和ケアチームに入って発表研究等行っている
受け持ち症例数多数で経験あり。
関連病院の緩和ケアチームに参加している
<所属機関の理念・運営方針 (4件)>
併設の病院が主として緩和ケアを目指している
併設の総合病院の勤務移動でスタッフが配属となる為、にがて意識をもため様どの様な利用者にも関わられる様、取り組んでいる。近い将来、専門性も検討していきたい
在宅ホスピスケアを中心とした訪問看護ステーションであるため
今まで訪問ケースの中で緩和ケア実践・学習を前向きに行っている
<認定看護師 (2件)>
ホスピスケア認定看護師1名
ホスピスケア認定看護師

＜学会参加・研究参加（5件）＞
学会参加
日本がん看護学会員で学会発表研究会に参加
がん告知をうけた人に対するNSの対応に関する研究をした。
「医療現場における生と死」－緩和ケアの立場から－に参加
“日本ホスピス在宅ケア研究会”への参加4回／年 約2年間継続中

次に、構造要件 14 項目の重要性について、「重要である」と回答した事業所の数(n)と割合(%)を表 8 に示した。すべての項目において約 8-9 割の事業所が「重要である」と回答した。また、構造要件 14 項目の実施状況について、「1：ほとんどできていない」から「4：とてもできている」までのそれぞれの事業所の数(n)と割合(%)を表 9 に示した。実施状況については、項目間で実施の程度の回答割合に差があった。

表8 構造要件の重要性

	「重要である」	
	n	%
1 事業所の理念・運営方針	119	86.2
2 理念・運営方針に基づく組織図	111	80.4
3 専門領域のケア提供の方針	118	85.5
4 専門性を有す看護師の配置	108	78.3
5 専門領域の知識・技術の向上	116	84.1
6 専門領域のケア実践の支援	113	81.9
7 専門領域のケアに関する助言・指導	117	84.8
8 専門領域のケアのプロトコル	118	85.5
9 専門的ケアの 24 時間の提供体制	118	85.5
10 職員の負担軽減に配慮したスケジュールリング	119	86.2
11 サービス評価の体制	117	84.8
12 地域他機関への支援	107	77.5
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信	111	80.4
14 専門領域のケアの普及・啓発	113	81.9

表9 実施状況（上段 n 下段％）	1	2	3	4
1 事業所の理念・運営方針	4	4	77	47
	3.0	3.0	58.3	35.6
2 理念・運営方針に基づく組織図	5	16	62	49
	3.8	12.1	47.1	37.1
3 専門領域のケア提供の方針	17	43	57	12
	13.2	33.3	44.2	9.3
4 専門性を有す看護師の配置	32	55	37	7
	24.4	42.0	28.2	5.3
5 専門領域の知識・技術の向上	15	43	63	9
	11.5	33.1	48.5	6.9
6 専門領域のケア実践の支援	26	39	54	14
	19.5	29.3	40.6	10.5
7 専門領域のケアに関する助言・指導	23	29	64	14
	17.7	22.3	49.2	10.8
8 専門領域のケアのプロトコル	20	58	48	7
	15.0	43.6	36.1	5.3
9 専門的ケアの 24 時間の提供体制	9	5	51	68
	6.8	3.8	38.3	51.1
10 職員の負担軽減に配慮したスケジュールリング	3	23	89	17
	2.3	17.4	67.4	12.9
11 サービス評価の体制	9	46	67	10
	6.8	34.8	50.8	7.6
12 地域他機関への支援	25	20	64	20
	19.4	15.5	49.6	15.5
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信	16	37	66	12
	12.2	28.2	50.4	9.2
14 専門領域のケアの普及・啓発	32	42	46	9
	24.8	32.6	35.7	7.0

表 10 には、ケア要件 30 項目の重要性、実施状況、および実施できていない場合の理由について示した。各要件の重要性についての回答は、「22 ボランティアがチームメンバーとしてケアに参加している」について重要であると回答した事業所の割合が最も低く、64.5%であったが、それ以外の 29 項目については概ね 8-9 割の事業所が重要であると回答した。

各ケア要件 30 項目の実施状況については、「22 ボランティアがチームメンバーとしてケアに参加している」についての実施割合が最も低く、「1 ほとんどできていない」と「2 あまりできていない」を併せて 92%を占めた。この理由としては「その他」の回答が 60.6%を占めたが、これらの内容の多くは、「必要性は感じている」が「その体制の整備が難しい」や「管理・調整の方法がわからない」などの運営に関することの問題点が多く挙げられていた。その他に、「1 ほとんどできていない」と「2 あまりできていない」を併せた実施割合が 50%以上であった項目は、「2 痛みの管理がマニュアルやWHOの除痛管理ラダーに基づいてできる」、「4 痛み以外の身体症状の管理がマニュアルに基づいてできる」、「6 精神症状の管理がマニュアルに基づいてできる」、「7 アロマセラピー、リラクゼーション、セラピューティックタッチなどの代替ケアを積極的に取り入れ、実施している」、および「10 家族に対して介護・ケアの方法についてマニュアルを用いて指導している」であった。

さらに、これらの要件についての実施を「ほとんど」または「あまり」できていない場合のその理由について調べた結果、大半の項目において「看護師の技術・能力不十分」が挙げられた。これらの結果から、看護師自身が、各要件は重要を感じつつも技術・能力が不足しているためにケア提供できていないという実態が明らかにされたといえる。

なお、調査票の最後に、44 項目以外に専門性の高い緩和ケア提供のために必要と考える要件として自由記載を求めたところ、28 件の回答が得られた（表 11）。これらの回答については、いずれも既に挙げている要件に盛り込めると判断し、新たに要件としての項目を追加することは行わなかった。

表 10 ケア要件の重要性、実施状況、および実施できていない場合の理由

項目内容 (一部割愛)	重要である		事業所の状況			「できていない」理由		
	n	%		n	%		n	%
1 痛みをスケジュールを用いて定期的なアセスメントし、記載している	126	91.3	1 ほとんどできていない	17	12.4	1 看護師の技術・能力不十分	17	45.9
			2 あまりできていない	28	20.4	2 人員不足	3	8.1
			3 まあできている	76	55.5	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	16	11.7	4 チームの連携が不十分	2	5.4
						5 その他	15	40.5

2 痛みの管理がマニュアルやWHOのラダーに基づいてできる	122	88.4	1 ほとんどできていない	26	19.4	1 看護師の技術・能力不十分	34	55.7
			2 あまりできていない	52	38.8	2 人員不足	5	8.2
			3 まあできている	46	34.3	3 報酬や制度につながらない	1	1.6
			4 とてもできている	10	7.5	4 チームの連携が不十分	3	4.9
						5 その他	18	29.5
3 痛み以外の身体症状を定期的にアセスメントし、記載している	130	94.2	1 ほとんどできていない	5	3.6	1 看護師の技術・能力不十分	7	58.3
			2 あまりできていない	9	6.5	2 人員不足	1	8.3
			3 まあできている	94	68.1	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	30	21.7	4 チームの連携が不十分	1	8.3
						5 その他	3	25.0
4 痛み以外の身体症状の管理がマニュアルに基づいてできる	119	86.2	1 ほとんどできていない	21	15.6	1 看護師の技術・能力不十分	19	33.3
			2 あまりできていない	52	38.5	2 人員不足	6	10.5
			3 まあできている	55	40.7	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	7	5.2	4 チームの連携が不十分	2	3.5
						5 その他	30	52.6
5 精神症状を定期的にアセスメントし、記載している	126	91.3	1 ほとんどできていない	8	5.9	1 看護師の技術・能力不十分	13	44.8
			2 あまりできていない	24	17.6	2 人員不足	3	10.3
			3 まあできている	85	62.5	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	19	14.0	4 チームの連携が不十分	2	6.9
						5 その他	11	37.9
6 精神症状の管理がマニュアルに基づいてできる	111	80.4	1 ほとんどできていない	33	25.0	1 看護師の技術・能力不十分	32	40.0
			2 あまりできていない	67	50.8	2 人員不足	6	7.5
			3 まあできている	31	23.5	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	1	0.8	4 チームの連携が不十分		
						5 その他	42	52.5
7 代替ケアを積極的に取り入れ、実施している	107	77.5	1 ほとんどできていない	47	34.6	1 看護師の技術・能力不十分	42	67.7
			2 あまりできていない	37	27.2	2 人員不足	6	9.7
			3 まあできている	44	32.4	3 報酬や制度につながらない	4	6.5
			4 とてもできている	8	5.9	4 チームの連携が不十分		
						5 その他	10	16.1
8 日常生活セルフケア能力をアセスメントし、必要時サービスを導入	123	89.1	1 ほとんどできていない	3	2.2	1 看護師の技術・能力不十分	4	57.1
			2 あまりできていない	5	3.7	2 人員不足	2	28.6
			3 まあできている	98	72.1	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	30	22.1	4 チームの連携が不十分		
						5 その他	1	14.3
9 家族の介護・ケア能力について定期的にアセスメントし、記載している	124	89.9	1 ほとんどできていない	3	2.2	1 看護師の技術・能力不十分	4	57.1
			2 あまりできていない	10	7.4	2 人員不足	1	14.3
			3 まあできている	94	69.1	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	29	21.3	4 チームの連携が不十分		
						5 その他	2	28.6

10 家族に対して介護・ケアの方法をマニュアルを用いて指導している	110	79.7	1 ほとんどできていない	20	15.0	1 看護師の技術・能力不十分	12	25.0
			2 あまりできていない	47	35.3	2 人員不足	4	8.3
			3 まあできている	57	42.9	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	9	6.8	4 チームの連携が不十分	1	2.1
						5 その他	31	64.6
11 家族に現在起こっている痛みやその他の症状について説明している	127	92.0	1 ほとんどできていない	2	1.5	1 看護師の技術・能力不十分	7	87.5
			2 あまりできていない	7	5.1	2 人員不足		
			3 まあできている	89	65.0	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	39	28.5	4 チームの連携が不十分		
						5 その他	1	12.5
12 家族に適切な時期を見計らって死までの経過説明を説明している	126	91.3	1 ほとんどできていない	1	0.7	1 看護師の技術・能力不十分	7	77.8
			2 あまりできていない	11	8.0	2 人員不足		
			3 まあできている	81	59.1	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	44	32.1	4 チームの連携が不十分	1	11.1
						5 その他	1	11.1
13 遺族のグリーフケアを実施している	118	85.5	1 ほとんどできていない	15	11.2	1 看護師の技術・能力不十分	4	10.5
			2 あまりできていない	35	26.1	2 人員不足	18	47.4
			3 まあできている	44	32.8	3 報酬や制度につながらない	5	13.2
			4 とてもできている	40	29.9	4 チームの連携が不十分		
						5 その他	11	28.9
14 本人の死亡場所の希望を確認し、記載している	125	90.6	1 ほとんどできていない			1 看護師の技術・能力不十分	4	26.7
			2 あまりできていない	18	13.1	2 人員不足		
			3 まあできている	81	59.1	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	38	27.7	4 チームの連携が不十分		
						5 その他	11	73.3
15 家族の死亡場所の希望を確認し、記載している	127	92.0	1 ほとんどできていない			1 看護師の技術・能力不十分	3	37.5
			2 あまりできていない	7	5.1	2 人員不足		
			3 まあできている	81	59.1	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	49	35.8	4 チームの連携が不十分		
						5 その他	5	62.5
16 本人が予後や死への不安について表出する機会をつくることができる	127	92.0	1 ほとんどできていない	2	1.5	1 看護師の技術・能力不十分	12	80.0
			2 あまりできていない	17	12.7	2 人員不足	1	6.7
			3 まあできている	90	67.2	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	25	18.7	4 チームの連携が不十分	1	6.7
						5 その他	1	6.7
17 家族が予後や死への不安について表出する機会をつくることができる	126	91.3	1 ほとんどできていない	2	1.5	1 看護師の技術・能力不十分	6	75.0
			2 あまりできていない	6	4.4	2 人員不足		
			3 まあできている	94	68.6	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	35	25.5	4 チームの連携が不十分	1	12.5
						5 その他	1	12.5

18 麻薬を扱う かかりつけ医と 連携を取ること ができる	127	92.0	1 ほとんどできていない	5	3.6	1 看護師の技術・能力不十分	3	30.0
			2 あまりできていない	8	5.8	2 人員不足	1	10.0
			3 まあできている	64	46.7	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	60	43.8	4 チームの連携が不十分	1	10.0
						5 その他	5	50.0
19 緩和ケア方 針やケア計画 をかかりつけ 医と共有してい る	125	90.6	1 ほとんどできていない	3	2.2	1 看護師の技術・能力不十分	1	9.1
			2 あまりできていない	11	8.1	2 人員不足	2	18.2
			3 まあできている	82	60.7	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	39	28.9	4 チームの連携が不十分	6	54.5
						5 その他	2	18.2
20 緩和ケア方 針やケア計画 をケアマネジャ と共有している	119	86.2	1 ほとんどできていない	4	2.9	1 看護師の技術・能力不十分	1	6.3
			2 あまりできていない	21	15.4	2 人員不足		
			3 まあできている	81	59.6	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	30	22.1	4 チームの連携が不十分	10	62.5
						5 その他	5	31.3
21 緩和ケア方 針やケア計画 をヘルパーと 共有している	117	84.8	1 ほとんどできていない	5	3.8	1 看護師の技術・能力不十分	1	4.2
			2 あまりできていない	32	24.4	2 人員不足	1	4.2
			3 まあできている	72	55.0	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	22	16.8	4 チームの連携が不十分	14	58.3
						5 その他	8	33.3
22 ボランティ アがチームメン バーとしてケア に参加している	89	64.5	1 ほとんどできていない	87	69.6	1 看護師の技術・能力不十分		
			2 あまりできていない	28	22.4	2 人員不足	14	19.7
			3 まあできている	6	4.8	3 報酬や制度につながらない	1	1.4
			4 とてもできている	4	3.2	4 チームの連携が不十分	13	18.3
						5 その他	43	60.6
23 入退院時に 病院と情報交 換を行う(退院 前訪問を含む)	121	87.7	1 ほとんどできていない	2	1.5	1 看護師の技術・能力不十分		
			2 あまりできていない	16	11.8	2 人員不足	4	36.4
			3 まあできている	85	62.5	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	33	24.3	4 チームの連携が不十分	4	36.4
						5 その他	3	27.3
24 チームで定 期的に緩和ケ ア方針やケア 計画を確認・修 正している	121	87.7	1 ほとんどできていない	2	1.5	1 看護師の技術・能力不十分	3	15.8
			2 あまりできていない	27	20.0	2 人員不足	5	26.3
			3 まあできている	81	60.0	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	25	18.5	4 チームの連携が不十分	6	31.6
						5 その他	5	26.3
25 チームで定 期的に緩和ケ アについて学 ぶ機会を持っ ている	120	87.0	1 ほとんどできていない	11	8.1	1 看護師の技術・能力不十分	1	2.9
			2 あまりできていない	44	32.4	2 人員不足	14	40.0
			3 まあできている	60	44.1	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	21	15.4	4 チームの連携が不十分	6	17.1
						5 その他	14	40.0

26 代弁者としての役割を果たすことができる	115	83.3	1 ほとんどできていない	9	6.8	1 看護師の技術・能力不十分	16	69.6
			2 あまりできていない	26	19.7	2 人員不足	2	8.7
			3 まあできている	78	59.1	3 報酬や制度につながらない	1	4.3
			4 とてもできている	19	14.4	4 チームの連携が不十分	1	4.3
						5 その他	3	13.0
27 患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができる	121	87.7	1 ほとんどできていない	2	1.5	1 看護師の技術・能力不十分	2	25.0
			2 あまりできていない	9	6.6	2 人員不足	1	12.5
			3 まあできている	80	58.8	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	45	33.1	4 チームの連携が不十分	1	12.5
						5 その他	4	50.0
28 最期の状況の意味づけをすることができる	116	84.1	1 ほとんどできていない	1	0.8	1 看護師の技術・能力不十分	5	55.6
			2 あまりできていない	14	10.7	2 人員不足	2	22.2
			3 まあできている	82	62.6	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	34	26.0	4 チームの連携が不十分		
						5 その他	2	22.2
29 チームで、デスカンファレンスを行い、記載している	115	83.3	1 ほとんどできていない	26	19.5	1 看護師の技術・能力不十分	8	20.5
			2 あまりできていない	39	29.3	2 人員不足	11	28.2
			3 まあできている	47	35.3	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	21	15.8	4 チームの連携が不十分	8	20.5
						5 その他	12	30.8
30 事業所内で定期的に緩和ケアを振り返る機会を持っている	117	84.8	1 ほとんどできていない	13	9.8	1 看護師の技術・能力不十分	6	15.8
			2 あまりできていない	45	33.8	2 人員不足	15	39.5
			3 まあできている	57	42.9	3 報酬や制度につながらない		
			4 とてもできている	18	13.5	4 チームの連携が不十分	3	7.9
						5 その他	14	36.8

表 11 緩和ケア提供のためのその他の要件として挙げられた内容(自由回答)

- ・主治医が緩和ケアを理解していること(麻薬の使用について等)
- ・主治医との連携で利用者の訴えをしっかり伝えそれに基づいた治療内容をほどこすこと
- ・他の関係者(医療関係者外)との意志の統一
- ・ケアマネが医療系でない場合、その必要性がなかなか理解されない場合があるため、訪問看護が主に動く必要がある。
- ・リラクゼーションと継続
- ・かかりつけいの対応と密な連絡体制の確保。ケアマネージャーの能力
- ・退院前訪問、退院時連携
- ・退院前よりサービス事業者と病院、家族(本人)でサービス調整した后で退院。痛みのコントロール
- ・患者・家族の代弁、かかりつけ医にたいする報告
- ・24時間の対応

- ・医師の役割。特に、看取りの場合。
 - ・グリーフケア(診療報酬)
 - ・在宅か再入院かをまよう御本人と御家族に対しての言葉のかけ方、接し方、支え方
 - ・スピリチュアルペインに対するCare。全人的Care。など
 - ・コミュニケーション技術 ・リラクゼーションのためケア ・ASケア(高濃度人工炭酸泉浴)
 - ・DOLの確認と実現に向けての機会づくり(計画立案・実施・評価)
 - ・かかりつけ医との連携、在宅で安心して最期を迎えるための医師との連携
 - ・プライマリーの概念(導入から死亡までを一人のNSが責任を持ってかかわる)。
 - ・退院時当日の最終的なカンファレンス、訪問看護
 - ・「認定看護師」コースの受講条件(勤務を継続しながら参加できる日程ではない)
 - ・医師の認識(painコントロールや麻薬の使い方に理解がある医師)
 - ・心理療法士等、メンタルな面での援助ができるスタッフのいること
 - ・リラックスさせる為の音楽療法やアロマ、アニマルセラピー、リラクゼーション、マッサージ等苦痛緩和策が提供できること
 - ・Drと家族と他のサービスとのチーム
 - ・地域医療、看護、介護のトータル的に質の高いサービス
 - ・疼痛緩和(スタッフ研修)
 - ・各自の意識の高さ
 - ・ペインコントロール
-

(2) 全国調査における各訪問看護ステーションの年間緩和ケア利用者数および在宅死亡数と各要件の実施の有無との関連

緩和ケア年間利用者数は 13.3 ± 13.4 人、うち在宅死亡数は 5.9 ± 8.9 人、在宅死亡率は $44.2 \pm 29.5\%$ であった。対象事業所の「年間緩和ケア利用者数」、「在宅死亡数」、および「在宅死亡率」をアウトカムとして、これらと各要件の実施の有無との関連を検討した。

その結果、年間緩和ケア利用者数を有意に高める要件として、「構造要件」のうち「6 専門領域のケア実践の支援」、「7 専門領域のケアに関する助言・指導」、「9 専門的ケアの24時間の提供体制」、「12 地域他機関への支援」、「13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信」の5項目、および「ケア要件」のうち「3 痛み以外の身体症状を定期的にアセスメントし、記載している」、「18 麻薬を扱うかかりつけ医と連携を取ることができる」、「25 チ

ームで定期的に緩和ケアについて学ぶ機会を持っている」、「26 患者が適切な緩和ケアをうけられるように、代弁者としての役割を果たすことができる」の4項目が示された(表12)。

また、年間在宅死亡数を有意に高める要件として、「外部識者から緩和ケアの専門性を有す看護師への助言・指導体制がある」、「専門性を有す看護師から職員への助言・指導体制がある」、「緩和ケアプロトコル・マニュアル等がある」、「24 時間の訪問体制がある」、「他機関への助言・指導体制がある」、「最新の情報を入手する体制がある」の6項目の構造要件、および「痛みをスケールを用いて定期的にアセスメントしている」、「痛みの管理が疼痛管理ラダーに基づいてできる」、「痛み以外の身体症状を定期的にアセスメントしている」、「麻薬を扱うかかりつけ医と連携がとれる」、「患者の代弁者としての役割を果たせる」、「患者・家族の希望する場所で最期を迎えられる」の6項目のケア要件が示された(表13)。

なお、在宅死率と各要件の実施の有無との関連も検討したが、構造要件のうち「8 専門領域のケアのプロトコル」の1項目、およびケア要件のうち「29 チームで、デスカンファレンスを行い、記載している」の1項目のみに有意な関連が認められた。

表 12 年間緩和ケア利用者数と構造要件・ケア要件の実施との関連

＜構造要件＞	その要件を実施していると回答した事業所における緩和ケア利用者数 (mean±SD)	その要件を実施していないと回答した事業所における緩和ケア利用者数(mean±SD)	p値
1 事業所の理念・運営方針	13.76±13.67	6.00±8.12	ns
2 理念・運営方針に基づく組織図	14.10±13.86	9.56±11.06	ns
3 専門領域のケア提供の方針	14.30±14.36	11.20±11.92	ns
4 専門性を有す看護師の配置	14.32±11.08	12.69±14.63	ns
5 専門領域の知識・技術の向上	13.39±11.84	13.40±15.59	ns
6 専門領域のケア実践の支援	16.98±16.56	9.36±7.39	0.002
7 専門領域のケアに関する助言・指導	16.00±16.29	9.83±7.27	0.009
8 専門領域のケアのプロトコル	14.71±14.97	12.29±12.29	ns
9 専門的ケアの24時間の提供体制	14.06±14.01	7.46±5.55	0.003
10 職員の負担軽減に配慮したスケジューリング	12.02±10.23	18.91±22.06	ns
11 サービス評価の体制	14.62±14.93	11.40±10.96	ns
12 地域・他機関への支援	16.52±15.58	8.03±6.41	0.0001
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信	16.10±14.77	9.25±10.30	0.005
14 専門領域のケアの普及・啓発	15.30±15.40	12.32±12.10	ns

<ケア要件>

1 痛みをスケールを用いて定期的にアセスメントし、記載している	14.56 ± 14.46	10.46 ± 10.40	ns
2 痛みの管理がマニュアルやWHOの除痛管理ラダーに基づいてできる	15.62 ± 15.34	11.84 ± 11.73	ns
3 痛み以外の身体症状(全身倦怠感、悪心・嘔吐、便秘・下痢、浮腫、呼吸困難等)を定期的にアセスメントし、記載している	13.91 ± 13.79	7.45 ± 5.45	0.005
4 痛み以外の身体症状の管理がマニュアルに基づいてできる	13.62 ± 15.72	13.28 ± 11.38	ns
5 精神症状(せん妄、抑うつ、不安、不眠等)を定期的にアセスメントし、記載している	14.15 ± 14.20	10.89 ± 10.28	ns
6 精神症状の管理がマニュアルに基づいてできる	17.04 ± 19.89	12.47 ± 11.05	ns
7 アロマセラピー、リラクゼーション、セラピューティックタッチなどの代替ケアを積極的に取り入れ、実施している	13.11 ± 14.59	13.52 ± 12.67	ns
8 日常生活に関するセルフケア能力を定期的にアセスメントし、必要時サービスを導入している	13.81 ± 13.54	8.00 ± 9.64	ns
9 家族の介護・ケア能力について定期的にアセスメントし、記載している	13.49 ± 13.58	12.75 ± 11.83	ns
10 家族に対して介護・ケアの方法についてマニュアルを用いて指導している	14.16 ± 15.78	13.09 ± 11.05	ns
11 家族に現在起こっている痛みやその他の症状について説明している	13.61 ± 13.50	8.43 ± 10.28	ns
12 家族に適切な時期を見計らって死までの経過説明を説明している	13.78 ± 13.56	7.56 ± 9.32	ns
13 遺族のグリーフケアを実施している	13.03 ± 15.02	14.27 ± 10.39	ns
14 本人の死亡場所の希望を確認し、記載している	13.30 ± 13.57	13.31 ± 12.32	ns
15 家族の死亡場所の希望を確認し、記載している	13.39 ± 13.51	11.67 ± 10.97	ns
16 本人が予後や死への不安について表出する機会をつくることができる	13.71 ± 13.96	10.25 ± 9.31	ns
17 家族が予後や死への不安について表出する機会をつくることができる	13.37 ± 13.38	12.17 ± 14.02	ns
18 麻薬を扱うかかりつけ医と連携を取ることができる	13.49 ± 13.59	11.30 ± 10.80	0.005
19 緩和ケア方針やケア計画をかかりつけ医と共有している	13.39 ± 13.46	12.50 ± 13.58	ns
20 緩和ケア方針やケア計画をケアマネジャーと共有している	13.30 ± 13.76	13.32 ± 11.72	ns
21 緩和ケア方針やケア計画をヘルパーと共有している	12.30 ± 12.43	15.82 ± 14.99	ns

22 ボランティアがチームメンバーとしてケアに参加している	21.33±26.45	12.46±11.37	ns
23 入退院時に病院と緩和ケア方針やケア計画について情報交換を行う(退院前訪問を含む)	13.40±13.39	12.69±13.57	ns
24 チームで定期的に緩和ケア方針やケア計画を確認・修正している	13.20±13.72	14.16±12.23	ns
25 チームで定期的に緩和ケアについて学ぶ機会を持っている	15.36±15.39	10.31±9.00	0.03
26 患者が適切な緩和ケアを受けられるように(人権擁護のために)、代弁者としての役割を果たすことができる	15.23±14.78	9.03±7.74	0.004
27 患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができる	13.46±13.55	11.60±11.55	ns
28 患者・家族が希望する場所で最期を迎えられなかった場合でも、最期の状況の意味づけをすることができる	13.87±13.67	10.07±12.24	ns
29 チームで、デスクカンファレンスを行い、記載している	12.18±13.66	14.22±13.12	ns
30 事業所内で定期的に緩和ケアを振り返る機会を持っている	12.31±13.30	14.73±13.65	ns

表 13 年間在宅死亡数と構造要件・ケア要件の実施との関連

<構造要件>	その要件を実施していると回答した事業所における平均在宅死亡数(mean±SD)	その要件を実施していないと回答した事業所における平均在宅死亡数(mean±SD)	p値
1 事業所の理念・運営方針	6.15±9.27	1.67±1.63	ns
2 理念・運営方針に基づく組織図	6.25±9.66	4.50±4.95	ns
3 専門領域のケア提供の方針	7.30±11.84	4.14±3.71	ns
4 専門性を有する看護師の配置	6.26±5.27	5.78±10.57	ns
5 専門領域の知識・技術の向上	5.84±5.39	6.14±12.35	ns
6 専門領域のケア実践の支援	7.75±11.78	4.00±3.86	0.02
7 専門領域のケアに関する助言・指導	7.59±11.42	3.92±3.99	0.02
8 専門領域のケアのプロトコル	8.10±12.79	4.36±4.27	0.02
9 専門的ケアの24時間の提供体制	6.25±9.50	3.54±3.38	0.04
10 職員の負担軽減に配慮したスケジューリング	4.95±4.86	10.18±17.7	ns
11 サービス評価の体制	7.06±11.22	4.27±3.72	ns
12 地域・他機関への支援	7.28±10.89	3.64±3.86	0.01
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信	7.22±10.89	4.07±4.88	0.04
14 専門領域のケアの普及・啓発	8.15±12.75	4.56±4.65	ns

<ケア要件>			
1 痛みをスケールを用いて定期的にアセスメントし、記載している	6.79±10.38	3.95±4.02	0.04
2 痛みの管理がマニュアルやWHOの除痛管理ラダーに基づいてできる	7.9±12.64	4.47±4.20	0.04
3 痛み以外の身体症状(全身倦怠感、悪心・嘔吐、便秘・下痢、浮腫、呼吸困難等)を定期的にアセスメントし、記載している	6.19±9.27	3.00±2.93	0.02
4 痛み以外の身体症状の管理がマニュアルに基づいてできる	7.31±12.42	4.84±4.42	ns
5 精神症状(せん妄、抑うつ、不安、不眠等)を定期的にアセスメントし、記載している	6.44±9.81	4.32±5.15	ns
6 精神症状の管理がマニュアルに基づいてできる	9.92±17.14	4.81±4.32	ns
7 アロマセラピー、リラクゼーション、セラピューティックタッチなどの代替ケアを積極的に取り入れ、実施している	7.07±12.85	5.15±5.02	ns
8 日常生活に関するセルフケア能力を定期的にアセスメントし、必要時サービスを導入している	6.06±9.11	4.13±6.29	ns
9 家族の介護・ケア能力について定期的にアセスメントし、記載している	6.08±9.26	4.67±5.52	ns
10 家族に対して介護・ケアの方法についてマニュアルを用いて指導している	7.11±11.97	5.07±4.83	ns
11 家族に現在起こっている痛みやその他の症状について説明している	6.01±9.04	4.00±6.86	ns
12 家族に適切な時期を見計らって死までの経過説明を説明している	6.06±9.10	3.78±6.20	ns
13 遺族のグリーフケアを実施している	5.96±10.63	6.04±5.48	ns
14 本人の死亡場所の希望を確認し、記載している	5.87±9.29	6.00±6.26	ns
15 家族の死亡場所の希望を確認し、記載している	5.84±9.02	6.83±7.36	ns
16 本人が予後や死への不安について表出する機会をつくることができる	6.10±9.41	4.38±5.08	ns
17 家族が予後や死への不安について表出する機会をつくることができる	5.90±9.00	5.67±7.87	ns
18 麻薬を扱うかかりつけ医と連携を取ることができる	6.19±9.23	2.60±2.63	0.005

19 緩和ケア方針やケア計画をかかりつけ医と共有している	5.94±9.01	5.80±8.64	ns
20 緩和ケア方針やケア計画をケアマネージャと共有している	5.94±9.36	5.68±6.78	ns
21 緩和ケア方針やケア計画をヘルパーと共有している	6.23±10.17	5.56±5.83	ns
22 ボランティアがチームメンバーとしてケアに参加している	16.44±26.58	5.09±4.91	ns
23 入退院時に病院と緩和ケア方針やケア計画について情報交換を行う(退院前訪問を含む)	5.90±9.22	5.81±6.90	ns
24 チームで定期的に緩和ケア方針やケア計画を確認・修正している	5.87±9.58	6.12±6.21	ns
25 チームで定期的に緩和ケアについて学ぶ機会を持っている	6.89±10.78	4.44±4.86	ns
26 患者が適切な緩和ケアをうけられるように(人権擁護のために)、代弁者としての役割を果たすことができる	6.99±10.15	3.44±3.98	0.008
27 患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができる	6.22±9.22	2.30±2.54	0.002
28 患者・家族が希望する場所で最期を迎えられなかった場合でも、最期の状況の意味づけをすることができる	6.25±9.41	3.64±5.21	ns
29 チームで、デスカンファレンスを行い、記載している	6.93±11.86	4.97±4.74	ns
30 事業所内で定期的に緩和ケアを振り返る機会を持っている	6.71±11.28	5.00±4.55	ns

以上の全国調査の結果を基に、その1に述べた過程を経て選定した44項目の要件案について、最終の精選を委員間で行った。重要性かつ実施の割合が最も低かったケア要件である「22 ボランティアのケア参加」に関する項目において要件として残すかどうかを検討した。その結果、本項目に関して、重要であると回答した事業所が64.5%と約3分の2を占めること、また、92%の事業所が実施できない理由として、その必要性は認識しているが体制の整備が困難であるといった回答が多くを占めたことから、この項目も最終的な緩和ケアの要件として必要と判断し、残すこととした。また、その他の緩和ケアの要件として自由記載欄に示されたすべての内容は、緩和ケアに限定されない共通の要件となる、もしくは、既出の項目に盛り込めると判断し、最初に選定した44項目の要件を緩和ケアの最終的な要件として決定した。

3.考察

本研究において、訪問看護ステーションが緩和ケアに専門特化するための要件を明らかにするために、3段階にわたる研究調査を実施した。まず、第一段階にて先行研究を基に緩和ケアの要件となる項目を網羅的かつ詳細に抽出した。第二段階にて、これらの項目を精選するために、緩和ケア実績の高い訪問看護ステーション12箇所へのアンケート調査とインタビュー調査を実施し、この結果をもとに、緩和ケア部会の委員5名で全国調査に載せる要件案の44項目の選出を行った。第3段階として、選定した緩和ケア要件案44項目の適切性を検討するために、各要件の重要性、実施状況、および実施できていない場合のその理由をしらべ、これらの結果をもって、要件としてあげた各項目が適切であると判断した。さらに、8割以上の事業所が重要であると回答しつつも半数以上の事業所が実際には実施できていない“困難度が高い要件”として、「2 痛みの管理がマニュアルやWHOの除痛管理ラダーに基づいてできる」、「4 痛み以外の身体症状の管理がマニュアルに基づいてできる」、「6 精神症状の管理がマニュアルに基づいてできる」、「7 アロマセラピー、リラクゼーション、セラピューティックタッチなどの代替ケアを積極的に取り入れ、実施している」、および「10 家族に対して介護・ケアの方法についてマニュアルを用いて指導している」の5項目が明示されたことから、訪問看護実践現場における課題として、今後、これらの技術を高めるための系統的な訪問看護師教育体制の整備^{9,10)}などの対応が必要であることが、本研究結果により明らかにされたとと言える。

また、本研究では、緩和ケアの専門性を高めるために満たすべき重要な要件を明らかにすることを目的として、緩和ケアに専門特化する事業所の最終的なアウトカムとなると考える「事業所における年間在宅緩和ケア利用者数」および「在宅死亡数」と、各要件の実施状況との関連を検討した。その結果、事業所に求められる管理・構造面に関する要件として、緩和ケア技術を高めるための訪問看護師間や外部識者による助言・指導体制の整備、24時間のケア提供といった継続的なケア提供体制の整備、および、マニュアルの作成・保有や最新の情報を入手する体制の整備などの緩和ケアの標準化・最適化のための取り組みが重要であることが示された。また、看護師個々に求められる要件としては、痛みのアセスメントと管理および痛み以外の身体症状のアセスメントに関する看護技術能力、麻薬を扱うかかりつけ医との連携や患者の代弁者としての役割の遂行などの他職種との連携能力、および患者・家族の希望する場所で最期を迎えられるための緩和ケアの全般的コーディネート力といった多面的な能力が重要であることが提示された。

在宅緩和ケアに関する先行研究では、質の高い在宅緩和ケアを提供するためには、チームケアが重要であることが指摘されるとともに¹¹⁾、チームの中心となる職種は、在宅緩和ケアに関わる医師と看護師であることが言及されている^{12,13)}。また、在宅緩和ケアを行うにあたって重要となるものは、疼痛などの症状管理を大前提として、患者・家族のQOLを高めるための身体、心理、社会、およびスピリチュアルな側面を含めた全人的ケアであることは、WHOの定義をはじめ、数々の報告でも指摘されており¹⁴⁾、世界的にコンセンサスの得られた考え方といえる。本結果は、これまでに実践経験を中心に挙げられてきた緩和ケア提供のための要件となる「疼痛アセスメント」や「疼痛管理」、および「医師と連携」や「全体的なコーディネート力」の重要性を、エビデンスとして実証した知見となるといえる。このことから、今後の緩和ケアに専門特化したステーションの育成・増加と目指すためには、ここに挙げられた内容を最重要の要件として挙げ、これらを実現するための具体的な取り組みが有用となると考える。

文献

- 1) 川越博美. 訪問看護ステーションの情報公表項目. 優れたサービスであることをアピールするチャンスに. 訪問看護と介護 2005, 10(10): 811-816.
- 2) 荒尾晴恵. 【ターミナルケア再考】 終末期を支えるナースに必要な条件 実態調査から見えてくるもの. 訪問看護と介護 2003, 8(6): 469-474.
- 3) 立花純子, 杉山純子, 遠藤由美子, 井上あかね, 高田真由美, 石井美世子, 岩丸晶子, 野口薫, 加賀智美, 立山礼子, 川田純也, 相澤信行. 患者の希望に沿った終末期を迎えるための訪問看護婦の役割. 訪問看護登録患者の死亡場所からの検討. 癌と化学療法 2001, 28(Suppl. I): 128-131.
- 4) 平山美香(), 白髭豊, 飯田美恵子, 塚原貴美子. 在宅終末期における診療所看護師の役割 患者家族. 訪問看護ステーションのアンケート調査より. プライマリ・ケア 2005, 28(4): 273-276.
- 5) 鈴木央, 鈴木荘一. 何が在宅での看取りを可能にするのか. 当院における末期がん在宅ターミナル・ケア 74 例の検討 2005. プライマリ・ケア 2005, 28(4): 251-260.
- 6) 松村ちづか. 在宅ターミナルで看護師に必要な実践能力. 必要な看護実践能力の内

- 容と課題. 埼玉県立大学紀要 2005, 6: 61-66.
- 7) 訪問看護ステーション評価マニュアルの評価; 全国訪問看護事業協会,
 - 8) 末期がん在宅ケアの標準化に関する研究(平成12年～平成15年度科学研究費補助金研究代表者川越博美)
 - 9) 竹村節子, 藤田きみゑ, 横井和美. 地域における在宅ホスピスケアの実態 滋賀県開業医へのアンケート調査から. 消化器外科ナーシング. 10(7). 747-754. 2005
 - 10) 蘆野吉和. 【緩和医療における教育】在宅ホスピスケアの教育. 緩和医療学 5(2). 150-155. 2003
 - 11) Cummings I 1999, The interdisciplinary team. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (eds) Oxford Textbook of palliative medicine. Oxford University Press, New York, pp19-30.
 - 12) 苛原実. 在宅緩和ケアの様々な取り組み かかりつけ医を中心とした在宅緩和ケア かかりつけ医としての在宅緩和ケアの実際. 臨床看護27巻11号.P1631-1636. 2001.
 - 13) 菊地惇. がん治療後の患者ケア 家庭医に知ってもらいたいこと:ターミナルケア・緩和ケア. 治療(0022-5207)87巻4号 Page1566-1570. 2005.
 - 14) Pooler J, et al. Dying at home: a care pathway for the last days of life in a community setting. International J Palliat Nurs 9, 258-264, 2003.

V. 難病ケア専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質基準

1. 緒言

筋萎縮性側索硬化症、進行性筋ジストロフィーなど、神経・筋疾患をもつ人々は、進行する重度の健康問題・生活障害をもち、長期にわたる医療処置管理を必要とするなど、専門的看護判断とそれに伴う看護実践、つまり専門性の高い看護を必要としていることが指摘されてきた^{1)~4)}。またこれら療養者の療養環境を整備し療養支援を行うに際しては、他職種との連携が必要であること、また1日複数回の訪問など、長期にわたり多くの量の訪問看護が必要であること、複数の訪問看護ステーションが連携して看護を提供する必要があること、なども指摘されており^{5) 6)}、また一般的にいう、健康問題の重症度の適確な判断に基づく療養調整などのコーディネートの機能の重要性も指摘されてきた¹⁾。しかし、これら専門的看護の質を評価する基準は、いまだ提示されていない。

本研究では、これら神経・筋疾患等難病療養者への看護実践活動内容の分析から、神経・筋疾患等難病ケア(以下、難病ケアという)における専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質基準を作成、提示し、自ら難病ケアに専門特化していると回答した訪問看護ステーションに、基準案各項目に対する重要度の判断、および実施状況について調査し、基準案の妥当性、および難病ケアの看護実態に関する課題や展望について検討することを目的とした。

2. 方法

1)三領域共通の質基準案の枠組みの提示

緩和ケア領域および認知症ケア領域とともに、専門特化型訪問看護サービス基準提示に向けての、枠組みの作成を目的に、先行研究・報告等に関する文献レビューを行った。

2)難病ケア小委員会における難病ケア基準項目の抽出

難病ケア領域における看護の専門性とそれを提供するための体制整備基準案の作成を目的として、サービスの構造の質基準およびサービスの過程の質基準に関して、小委員会メンバーによるグループ討論を行った。次に討論の内容から逐語録を作成し、質基準および過程基準における、中項目ならびに分類項目、下位項目、小項目として分類整理し、基準第一次案とした。なお、小委員会委員は、訪問看護ステーション管理者3名、神経・筋疾患拠点病院在宅療養支援にかかわる保健師1名、訪問看護ステーションや拠点病院での管

理者としての経験のある大学教員2名、難病看護を専門とする研究員2名で構成し、本基準案抽出にかかわるグループ討論および討論結果の分析に際して、各委員が、各所属機関からのスタッフの意見資料、あるいは訪問看護連絡会から得た上記にかかわる意見内容、匿名化した看護資料を利用した。

3) 難病ケア基準項目の検討

次に、基準案の妥当性の検討を目的として、第一次案について、難病看護の研究者3名および訪問看護ステーションの管理者3名に閲覧を依頼し、表現のわかりやすさや提示された内容の範囲についての妥当性に関する検討を依頼し、その意見に基づき第二次案を作成した。また第二次案について、小委員会および委員長会で検討し、他領域との表現の整合性、既存の指標との重複等に関して検討し、第三次案を作成した。

4) 全国調査(専門特化型ステーションにおける基準の実施状況と重要度に関する評価)

第三次案から、専門特化基準の実施状況と重要度に関して調査するための調査票を作成した。そして、全国訪問看護事業協会の会員(2005年12月1日現在)3,556カ所の訪問看護ステーションのうち、FAX調査に対応可能な3,436カ所を対象に、ファックスによる一次調査を実施し、難病ケア領域に専門特化しているとの回答が得られ、かつ本調査への協力の同意が得られた訪問看護ステーションに対して、郵送による調査を行った。

調査内容は、(1)事業所の概要、(2)調査時の難病ケアニーズを有する利用者の医療処置管理等の状態像、(3)サービス基準(案)各項目に対する実施状況ならびに重要度の判断である。なお基準案については、他領域と共通の「構造の質基準」14項目に加えて、難病ケアの「過程基準(案)」37項目とし、他領域と同様に、実施状況については、4件法(評価基準 1.ほとんどできていない, 2.あまりできていない, 3.まあできている, 4.とてもできている)で、重要度に関しては、2件法(評価基準 1.重要である, 0.重要でない)で測定した。なお同時に、実施状況に関する評価については、そう回答した理由を尋ねた(調査票参照)。

なお回答結果については単純集計を行い、その結果について分析した。

3. 結果

1) 難病ケア基準案

グループ討論の内容分析による基準項目内容の分類と、分類結果の妥当性の検討に伴って提示された基準案は **表 1** に示すとおりである。サービス提供管理における複数回訪問体制、難病対策の利用体制等のほか、神経・筋疾患の特性から、医学的管理に必要な機器

類の日常点検や衛生材料の供給管理、家族支援に関わる項目に遺伝に関する心理・社会的支援等に関する項目等が含まれた。

2) 郵送による全国調査結果

(1) 対象ステーションおよび利用者の概況

全国訪問看護事業協会の会員（2005 年 12 月 1 日現在）で FAX 調査に対応可能であった 3,436 ヶ所の訪問看護ステーションのうち、難病ケアに専門特化していると回答し、本調査への協力の同意が得られた 497 の訪問看護ステーション(全 3,436 ヶ所中 14.5%)を対象に本調査を実施した。返送は 105 票(全 497 ヶ所中、21.1%)であり、うち有効票 97 票(全 497 ヶ所中、19.5%)であった。

これら訪問看護ステーションの開設者は、医療法人が 34 件(36.6%)、医師会が 13 件(14.0%)、看護協会が 10 件(10.8%)の順であり、開設からの期間は 5 年から 10 年未満がもっとも多く 41 件(42.3%)、診療報酬における 24 時間連絡体制加算および重症者管理加算の体制をとっていたのは、それぞれ 80 件(82.5%)、79 件(81.4%)であった。従事者数は、看護職員数が、平均 7.2 ± 4.4 人、専門性を有する看護職員の配置数は平均 2.7 ± 3.5 人、全職員に占める割合は 0.3 ± 0.4 人であった。なお、各訪問看護ステーション自らが、難病ケアに専門特化していると判断していた根拠は、「関連する研修に参加している」、「長期間にわたり神経・筋疾患療養者の訪問看護に携わっている」、などであった。なお調査時の、対象疾患の利用者数は、筋萎縮性側索硬化症療養者で、1 ステーションあたり 2.6 ± 3.2 人(N=79)、うち人工呼吸器装着者数は、 1.5 ± 2.0 人であり、1 利用者あたりの 1 か月の訪問回数は、 12.1 ± 14.0 回などの状況であった。一方、調査時に該当する利用者がいないステーションもあった(全国調査結果参照)。

(2) 難病ケア専門特化型訪問看護ステーションサービス構造基準

難病ケア基準第三次案から作成された調査票から、基準各項目ごとに、その重要度の判断と、実施状況を調べた結果は、下記のとおりであった。

a) 重要度

他領域と共通の 14 項目について、重要であると回答した割合は別表に示すとおりであり、すべての項目で全 97 ステーション中、70.1%から 80.4%のステーションが、重要、と回答していた。

b) 実施状況

他領域と共通の 14 項目について、「まあできている」、「とてもできている」をあわせた

実施状況をみると、もっとも実施率が高かったのは、事業所の理念・運営方針の提示 84 件(全 97 件中、86.6%)、次いで、専門的ケアの 24 時間の提供体制、職員の負担軽減に配慮したスケジューリングがそれぞれ 73 件(同 75.3%)、68 件(同 70.1%)、一方実施率が最も低かったのは専門性を有する看護師の配置 37 件(同 38.1%)、ついで専門領域のケアのプロトコル 38 件(39.2%)などであった。

(3)難病ケア専門特化型訪問看護ステーションサービス過程基準

a)重要度

全 37 項目すべてで、「重要である」と回答したステーションの割合が 70%以上であった。

b)実施状況

「まあできている」、「とてもできている」をあわせた実施状況を分類項目ごとにみると、Ⅲ.看護実践、アセスメントと実施の項のなかで、1.病状の進行、2.療養方針、3.症状マネジメント、4.生活支援、については、おおむねすべての項目で 70%以上の実施率であったが、5.医学的管理の、【「家族以外の者」によるたんの吸引やケアについて、必要な知識や技術についての定期的な確認や、それらの人々から相談を受けることについての計画立案、実施評価を行っている】は 50 件(51.5%)、6.家族支援における、【「疾病の遺伝」に関する相談や、心理的・社会的負担の理解や負担軽減についての計画立案、実施評価をおこなっている】は 32 件(33.0%)で実施率が低かった。また、9.緩和ケアにおける各項目の実施率が 60%代であった。

4.考察

神経・筋疾患等療養者は、進行する重度の健康問題を持ち、またそれに伴って、進行する重度の生活障害も伴うことから、病状進行に応じた看護判断および高度の看護技術が必要であり、また継続的に多くの看護量が必要な対象である。そのため、在宅療養環境の調整も含めて、専門性の高い看護ニーズのあることが指摘されてきた。しかし、これら複雑で多岐にわたる専門的な看護についての評価の基準はいまだ提示されておらず、これら専門的な訪問看護を評価し、訪問看護を推進するためにも看護サービスの質基準を示す必要性が生じ、本研究を実施した。

本研究は、難病ケア領域の看護サービス基準を当該領域の専門看護師等によるグループ討議、さらに討議結果の妥当性についての検討を行い、さらに、その基準に関して、難病ケアに専門特化していると回答した全国の訪問看護ステーションを対象に、その重要度、

および実施状況に関して調査したものであり、難病ケア領域における、難病ケア基準の妥当性ならびに専門特化型訪問看護の推進に関する展望について検討することを目的に実施した。

難病ケア領域におけるサービスの質基準は、他領域と共通としたサービスの構造の質基準 14 項目と、難病ケア領域のサービスの過程の質基準 37 項目で表示した。なおこれらの基準項目すべてについて、70%以上の訪問看護ステーションが重要と回答しており、おおむね、基準案が容認されていたが、詳細の分析をさらにすすめ、この妥当性を検討することの必要性が示唆された。

また、基準各項目についての実施状況に関しては、医学的管理に関わる他職種との連携について(51.5%)、あるいは疾病の遺伝に関する事柄(33.0%)、緩和ケアに関する事柄(60%)、が他の項目に比べて実施率が低値であった。今後は、これら実施率に関する評価結果の背景を分析し、在宅医療における専門的看護ケアの提供体制の整備などに関して検討していく必要がある。

なお、以上述べてきた本調査結果は、自ら専門特化していると回答した訪問看護ステーションは、497 ケ所(全 3,436 ケ所中 14.5%)、このうち本調査における有効票 97 票、この 97 ケ所の訪問看護ステーションが難病ケア基準について、その重要度の判断と実施状況などについて回答したものである。回答した訪問看護ステーションは、「関連する研修を受けている」、あるいは「それら療養者の訪問看護に携わっている」などの理由から専門特化型ステーションとしての回答を行っており、難病ケア実践に関しては、多様な背景をもつ対象として推察される。しかしそれら対象の層別化とそれに伴う調査結果の分析・検討などは現段階ではまだ行っていない。今後それらの分析をすすめることで、基準の妥当性や基準をものさしとして計測した場合の、よりの確な、訪問看護における難病ケア看護の実態等が明確になるものと示唆され、早急にこれらの分析をすすめることの必要性が指摘された。

5.結論

難病ケアに専門特化した訪問看護の推進を目的に、文献資料、および神経・筋疾患等難病ケアに携わる訪問看護師・保健師、大学等研究者からなるメンバーによって難病ケアの専門特化に関するサービスの基準を作成し、専門特化していると回答した訪問看護ステーション 97 ケ所に、基準案各項目に関する、重要度の判断と実施状況に関して調査した。基準案各項目すべてについて、70%以上の訪問看護ステーションが重要と回答し、また実

施状況が低率であった項目は、専門性を有する看護師の配置、専門領域のケアのプロトコル、医学的管理に関する事柄、家族支援に関する事柄などであった。今後は回答者の背景を分析し、それに基づく回答内容の詳細な分析をすすめ、基準の妥当性の検討、および難病ケアにおける看護提供の実態と課題についての検討が必要である。

文献

- 1) 厚生省特定疾患 難病のケア・システム調査研究班地域ケア分科会長 川村佐和子編
著：筋・神経系難病の在宅看護、日本プランニングセンター、1994
- 2) 岡戸有子、小川一枝、川崎芳子、白木富幸、小倉朗子：A L S療養者における在宅療養継続の困難要因に関する検討-介護体験者へのインタビューをとおして-、日本難病看護学会誌 9:200-204,2005
- 3) 松下祥子、和田ユキ、田中重子、渡辺裕之、小倉朗子、小西かおる、石井昌子：神経難病に関する在宅サービス提供者の研修ニーズへの保健所の取り組み、日本難病看護学会誌 9:144-149,2004
- 4) 会田久子：在宅人工呼吸器使用A L S療養者への専門的看護とレスパイトケア、難病と在宅ケア、11：14-19、2005
- 5) 厚生労働科学研究費補助金 A L S患者にかかる在宅療養環境の整備状況に関する調査研究(主任研究者 川村佐和子)、平成 15 年度研究報告書、2004
- 6) 東京都福祉保健局保健政策部疾病対策課、在宅人工呼吸器使用難病等患者実態調査報告書、平成 17 年

表 1 難病ケア基準案

-
- 1 利用者と家族のニーズに応じて 1 日に複数回等の訪問看護ができる体制を整えることができる
 - 2 専門医、かかりつけ医、訪問看護事業所、訪問介護事業所、通所施設、医療機器メーカー等と情報交換を図る連携体制がある
 - 3 難病対策、身障制度、介護保険等の制度を活用する窓口との連携体制がある
 - 4 フィジカルアセスメントに必要な機器類(パルスオキシメーター、換気量計、ピークフローメーター等)を必要に応じて利用できる(* 医療機関や医療機器メーカーからの借用体制も含む)
 - 5 病状進行について定期的にアセスメントし、記載している
 - 6 疾病に対する認識・理解について定期的にアセスメントし、必要に応じて情報提供の計画立案、実施、評価を行っている
 - 7 経管栄養(経鼻、胃ろう)、気管切開、人工呼吸療法の実施に関わる意思決定を支援し、記載している
 - 8 療養の場の選択に関わる意思決定を支援し、記載している
 - 9 疾病とともに生きることや、予後、死について表出する機会をつくっている
 - 10 随意運動障害、運動失調、パーキンソニズム、不随意運動、失行、筋萎縮、筋力低下などの症状を定期的にアセスメントし、それに基づきケア計画の立案、実施、評価を行っている
 - 11 側彎、筋萎縮、筋力低下等による姿勢保持障害を定期的にアセスメントし、それに基づきケア計画の立案、実施、評価を行っている
 - 12 疾患特性に応じて呼吸障害(呼吸筋麻痺、声帯外転麻痺、夜間無呼吸症候群等)を定期的にアセスメントし、それに基づきケア計画の立案、実施、評価を行っている
 - 13 専門的気道ケア(排痰介助、スクウィーピング、吸引、口腔や気道の分泌物の管理等)や、胸郭可動域の維持についての、計画の立案、実施、評価を定期的に行っている
 - 14 疾患特性に応じて嚥下障害(球麻痺、仮性球麻痺、舌萎縮等)を定期的にアセスメントし、それに基づき、ケア計画の立案、実施、評価を定期的に行っている
-

-
- 15 疾患特性に応じてコミュニケーション障害を定期的にアセスメントし、コミュニケーション方法(透明文字盤、意思伝達装置、スイッチの選定等)の助言・導入・指導、計画立案、実施、評価を定期的に行っている
- 16 自律神経障害(起立性低血圧、排尿排便障害、体温調節障害等)を定期的にアセスメントし、それに基づいたケア計画立案、実施、評価を定期的に行っている
- 17 前述以外の身体症状について定期的にアセスメントし、ケア計画立案、実施、評価している
- 18 精神症状(幻覚、せん妄、抑うつ、不安、不眠等)について、原因(薬の副作用、身体症状の進行、心理的要因等)を定期的にアセスメントし、ケア計画立案、実施、評価している
- 19 安全で安楽な外出の計画立案、実施、評価を実施している
- 20 医療依存度、セルフケア能力、介護力等に応じた、必要なサービス利用を支援している
- 21 安全性、プライバシー、ケアのしやすさ等を考慮した住環境の定期的なアセスメント、整備計画の立案、実施、評価を行っている
- 22 療養者のQOLについて定期的にアセスメントし、QOL向上の計画立案、実施、評価を行っている
- 23 医療処置管理(人工呼吸療法、気管カニューレ管理、気管内吸引、経管栄養法等)をプロトコル等の基準に基づき実施している
- 24 家族による介護内容について、必要な知識や技術についての定期的な確認や、家族からの相談を受けることについての計画立案、実施、評価を行っている
- 25 「家族以外の者」(ヘルパー等、医師・看護師以外)による「たんの吸引」やケアについて、必要な知識や技術についての定期的な確認や、それらの人々から相談を受けることについての計画立案、実施、評価を行っている
- 26 人工呼吸器、吸引器等医療機器の、日常管理、定期的なメンテナンスの計画立案、実施、評価を行っている
- 27 衛生材料や医療機器付属物等が、医療機関から適切に供給されていることを定期的に確認し、必要な連携や体制整備を行っている
- 28 家族の身体的、心理的、社会的負担を定期的にアセスメントし、それに基づく支援計画の検討や、実施、評価を行っている
- 29 家族の生活の質を向上させるための支援についての情報収集を行い、継続的に支援計画の検討や支援の立案、実施、評価を行っている
-

30 「疾病の遺伝」に関する相談や、心理的・社会的負担の理解や負担軽減についての計画立案、実施、評価を行っている

31 入退院時や在宅療養継続時に、関係機関(者)からなる支援チームは、定期的に療養方針やケア計画内容について記載されたものを共有し、カンファレンスなどを通じてそれらについて検討し、計画の修正等を行っている

32 病状急変時の入院や、レスパイト目的の入院(入所)について受入機関と定期的に具体的な取決めの確認をし、記載している

33 緊急連絡網、連絡手順、処置手順等を作成し、定期的に確認、修正している

34 病状が急変したり、停電・災害、機器の故障等に際して、必要な対応が行えるように、物品(蘇生バッグ、外部バッテリー、代替機器、人工呼吸器回路、気管カニューレ等)を整備し、定期的に点検、補充を行っている

35 「人工呼吸器非装着」の意思決定を行っている場合の緩和ケアにおいて、呼吸障害、全身の苦痛等の身体症状をアセスメントし、ケア計画立案、実施、評価を行っている

36 「人工呼吸器非装着」の意思決定を行っている場合の緩和ケアにおいて、療養者と家族の心理的な苦痛をアセスメントし、ケア計画立案、実施、評価を行っている

37 「人工呼吸器非装着」の意思決定を行っている場合の緩和ケアにおいて、人工呼吸器装着に関する意思決定に変更が生じる場合や、入院を希望する場合があることに配慮し、希望にそった選択ができるよう支援計画の立案、実施、評価を行っている

第3章

研究総括

1.研究の経緯

本研究は、多様化、高度化する在宅療養者ならびに家族のニーズを背景として、特定の領域に対する専門性のある訪問看護サービス、すなわち、専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質の確保ならびに向上が課題となっていることを踏まえ、利用者や家族、また関係機関がそのニーズに応じて選択をすることが可能となるような水準の、サービスの質の基準について、ニーズの高い3専門領域、認知症ケア、緩和ケア、難病ケアにおいて明確にすることを目的としたものである。

研究の枠組みとして用いたモデルは、サービス（ケア）の質の評価の古典として知られる Donabedian モデルである。Donabedian モデルとは、ケアの質とは、ケアのあるべき姿（norm）であるという定義の下に、その評価軸として、「構造（structure）」「過程（process）」「成果（outcome）」の3側面を提唱したモデルである。ここでの構造とは、ケアの場における人的、物的、財源的各資源と配置のあり方等であり、過程とは、ケアの提供過程（予防、診断、介入、フォローアップ等）を構成する内容であり行為を指している。

これに従い、本研究では、専門性の高いサービス提供の体制（サービスの構造）の質基準については、各領域に依拠せず、専門特化型ステーションに共通する基準とし、一方、専門性の高いサービス提供の過程（サービスの過程）の質基準については、各領域独自の基準とすることとし、主に構造の質基準については研究班全体で、過程の質基準については各専門領域の学識経験者および訪問看護師等による構成された小研究班（小委員会）でおのおの検討し、その結果、本研究目的に即した次述の成果を挙げた。

2.研究の成果

1) 専門性特化型訪問看護ステーションのサービス提供の体制(構造)の質基準

作成された基準は、全 14 項目、すなわち、〔1.事業所の理念・運営方針〕、〔2.理念・運営方針に基づく組織図〕、〔3.専門領域のケア提供の方針〕、〔4.専門性を有する看護師の配置〕、〔5.専門領域の知識・技術の向上のための研修計画〕、〔6.専門領域のケア実践のための支援体制〕、〔7.専門領域のケアに関する助言・指導・協力体制〕、〔8.専門領域のケアのプロトコル〕、〔9.専門的ケアの 24 時間の提供体制〕、〔10.職員の負担軽減に配慮したスケジューリング〕、〔11.サービス評価の体制〕、〔12.地域他機関への支援体制〕、〔13.専門領域のケアに関する情報の整備・発信体制〕、〔14.専門領域のケアの普及・啓発体制〕である。

本基準は、専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質を生み出す前提要件として、

おのおのの専門領域に依拠しない、普遍的な内容を精選したものであるが、ステーションの「構造」の評価に必要とされる主要な概念、すなわち、経営管理、業務管理、利用者（顧客）管理の各側面を十分網羅しているといえる。評価は、質の査定のみでなく、充足の可能性を含めることが重要であるが、本基準は、適切なステーション支援を行えばその充足の可能性は高い。後続するおのおのの専門領域が定めるサービスの過程の質の評価と連動させて用いられることを推奨する。

2) 認知症ケア専門性特化型訪問看護ステーションのサービス過程の質基準

作成された基準は、全 20 項目、すなわち、〔1.認知症スクリーニング〕、〔2.利用者の意思決定支援〕、〔3.認知機能障害支援〕、〔4.行動・心理兆候（BPSD）予防〕、〔5.セルフケア支援〕、〔6.IADL 支援〕、〔7.生活時間リズム支援〕、〔8.生活環境調整〕、〔9.なじみの関係支援〕、〔10.不安・混乱刺激の調整〕、〔11.安心・自信材料のケア活用〕、〔12.リスクアセスメント〕、〔13.薬物療法支援〕、〔14.介護負担支援〕、〔15.介護技術支援〕、〔16.虐待予防支援〕、〔17.緊急時対応〕、〔18.主治医との連携〕、〔19.ケアマネージャとの連携〕、〔20.サービスチームとの連携〕である。

本基準は、先述の構造の質基準に一体とさせて用いることを想定した、認知症ケア専門性特化型訪問看護ステーションのサービスの過程の質基準であるが、その包含範囲は、認知症の前駆段階・初期段階における対応から、残存能力を活かした在宅を基盤とする自立した日常生活の継続のための支援、ターミナルにおける支援、家族介護者にむけた全般的支援、地域の関係機関との連携に至るまで幅広く意図しており、包括的である。なかでも、〔1.認知症スクリーニング〕は、非認知症利用者において必要に応じて実施し、認知症の早期把握・早期対応に繋げることを意図したものであり、特筆に値する。

他方、これらのサービスの過程の質基準の充足にむけては、先述の構造の質基準における充足の連動が不可避の課題である。具体的には、認知症ケアと在宅ケアの両者の専門性をカバーする指導的人材としての、〔4.専門性を有する看護師の配置〕が必須であり、そのための人材養成が急がれる。また、在宅という場における訪問看護による認知症ケアの標準化を図るための〔8.専門領域のケアのプロトコル〕は現在十分確立しているとは言えず、効果の見られる臨床知を早急に収集し、科学的評価も踏まえた一つでも多くのプロトコルの確立が求められる。今後はこれらの課題の達成にむけた取り組みが期待される。

3) 緩和ケア専門性特化型訪問看護ステーションのサービス過程の質基準

作成された基準は、全 30 項目、すなわち、〔1.痛みのアセスメント〕、〔2.痛みの管理〕、〔3.痛み以外の身体症状のアセスメント〕、〔4. 痛み以外の身体症状の管理〕、〔5.精神症状のアセスメント〕、〔6.精神症状の管理〕、〔7.代替ケア〕、〔8.セルフケアのアセスメント〕、〔9.家族アセスメント〕、〔10.家族への指導〕、〔11.家族への症状説明〕、〔12.家族への死期説明〕、〔13.グリーフケア〕、〔14.本人の死亡場所の確認〕、〔15.家族の死亡場所の確認〕、〔16.本人の不安の表出の機会創出〕、〔17. 家族の不安の表出の機会創出〕、〔18.麻薬取り扱いかかりつけ医との連携〕、〔19.かかりつけ医との連携〕、〔20.ケアマネージャとの連携〕、〔21.ヘルパーとの連携〕、〔22.ボランティアの参加〕、〔23.病院との情報交換〕、〔24.チームにおけるケア方針の確認〕、〔25.チームにおける緩和ケアの学習〕、〔26.代弁者としての役割〕、〔27.最期の場所〕、〔28.最期の状況の意味づけ〕、〔29.デスカンファレンス〕、〔30.緩和ケアを振り返る機会〕である。

これまで、在宅末期患者の終末期ケアを可能とする要件に関する研究は、国内においてもいくつか報告されており、終末期ケアの利用者・家族、訪問看護師に必要な要件については明らかになってきた。しかしながらそれらは、終末期ケアの利用者や家族が、訪問看護ステーションを選択する場合の意思決定の際に十分資するものとは、必ずしも言えなかったことから、本基準は、在宅での看取りを希望している利用者や家族が、訪問看護ステーションを選択する場合に、どのような要件をもった訪問看護ステーションが適切であり、また可能であるのかを見極めることのできるものであることを意図して、在宅末期患者の終末期ケアを実施している訪問看護ステーションの体制に焦点をあてて作成したものである。先述の構造の質基準 14 項目と上述の 30 項目からなる本基準は、利用者や家族の意思決定に資する十分な網羅性を有している。

一方、基準にも含まれる、緩和ケアの専門性を有する訪問看護師のいる訪問看護ステーションの数は、現状では、十分な数の末期患者が在宅療養を行うには足りない。将来的な在宅末期患者の増加を見据えれば、緩和ケアに専門特化した訪問看護ステーションを増やしていくことは、我が国の在宅緩和ケアの推進・普及のために必須であり、そのための専門を有する人材の養成は焦眉の課題といえる。また、8 割以上の事業所が重要であると回答しつつも半数以上の事業所が実際には実施できていない“困難度が高い要件”として、〔2. 痛みの管理〕、〔4. 痛み以外の身体症状の管理〕、〔6.精神症状の管理〕、〔7.代替ケア〕、〔10.家族への指導〕の 5 項目が明示されたことから、訪問看護実践現場における課題とし

て、今後、これらの技術を高めるための系統的な訪問看護師教育体制の整備などの対応が必要であり、これらへの取り組みが期待される。

4) 難病ケア専門性特化型訪問看護ステーションのサービス過程の質基準

作成された基準は、全37項目、すなわち、〔1.1日複数回の訪問〕、〔2.事業所等との連携〕、〔3.制度活用窓口との連携〕、〔4.必要な機器類使用〕、〔5.病状進行アセスメント〕、〔6.疾病認識アセスメント〕、〔7.医療に対する意思決定支援〕、〔8.療養場に対する意思決定支援〕、〔9.死の表出機会の創出〕、〔10.随意運動障害等アセスメント〕、〔11.姿勢保持障害アセスメント〕、〔12.呼吸障害アセスメント〕、〔13.専門的気道ケア〕、〔14.嚥下障害アセスメント〕、〔15.コミュニケーション障害アセスメント〕、〔16.自立神経障害アセスメント〕、〔17.身体症状アセスメント〕、〔18.精神症状アセスメント〕、〔19.外出計画〕、〔20.サービス利用支援〕、〔21.住環境アセスメント〕、〔22.利用者のQOLアセスメント〕、〔23.医療処置管理〕、〔24.家族介護者指導〕、〔25.ヘルパー等への支援〕、〔26.人工呼吸器メンテナンス〕、〔27.衛生材料供給〕、〔28.家族介護者負担支援〕、〔29.家族のQOLアセスメント〕、〔30.遺伝相談〕、〔31.支援チームでの検討〕、〔32.病状急変時の取り決め確認〕、〔33.緊急時連絡網の作成〕、〔34.緊急物品整備〕、〔35.人工呼吸器非装着者の身体症状支援〕、〔36.人工呼吸器非装着者の心理的支援〕、〔37.人工呼吸器非装着の意思決定支援〕である。

難病を有する利用者には、進行する重度の健康問題、またそれに伴う、重度の生活障害から、病状進行に応じた看護判断および高度の看護技術が必要であり、かつ、在宅療養環境の調整も含めて、専門性の高い訪問看護ニーズのあることが指摘されている。本研究で作成された基準は、これら複雑で多岐にわたる専門的な訪問看護ニーズの充足におけるサービスの質の基準を本邦で初めて具体的に提示したものであり、在宅難病ケアにおける専門特化型訪問看護サービスの推進に資するものである。今後は、基準の妥当性や、基準をものさしとして計測した場合の、よりの確な訪問看護における難病ケアの質の実態等が明確になるものと示唆され、早急にこれらの分析をすすめることが課題である。

3. 提言と課題

本研究の成果（専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質基準；認知症ケア領域・緩和ケア領域・難病ケア領域）の活用と期待される効果について提言するとともに、今後の課題について述べる。

1) 専門特化型訪問看護ステーションのサービスの質の基準の活用と期待される効果

(1) 専門特化型訪問看護ステーションおよび訪問看護師における質の確保や向上

利用者の特定の領域のニーズに対応すべく、あるいは、利用者に選ばれるサービスとなるために、明示された本基準に照らして各ステーションが当該専門領域のサービスの体制要件ならびに過程要件を充足させるような自己評価・自己点検を行うことにより、当該訪問看護ステーションおよび訪問看護師の質の確保、向上が期待される。

(2) 利用者・家族、関係機関における適切な訪問看護ステーションの選択と利用促進

改正介護保険法における介護サービス情報の公表制度における本基準の活用により、当該専門領域の基準を充足した専門特化型ステーションが自ら情報を公開することにより、利用者・家族、関係機関において、特定領域のニーズに対する、専門性のある訪問看護ステーションの選択ならびに利用の促進が期待される。

(3) 自治体等における当該専門領域の地域ケアシステム構築における基盤整備の促進

各市区町村等の自治体における当該専門領域の地域ケアシステム構築における基盤整備において、中核的な施設（事業所）として、当該専門特化型訪問看護ステーションを位置づけるとともに、その地域の当該専門領域におけるケアニーズ（需要）に対する適切な供給体制を図るための計画に活用されることが期待される。

2) 今後の課題

(1) 評価基準の普及・啓発・見直しのための組織の設置の検討

評価基準の活用の促進にむけては、まず、その基準の周知を各事業所や関係機関等とはもとより、利用者や家族など広く一般に努めることが必要であり、すなわち普及・啓発のための組織的活動が必要である。また、サービスの質の評価基準は、評価時点での制度的背景や社会的ニーズを十分反映すべきものであるが、今後、制度的背景や社会的ニーズの変遷とともに、一定期間ごとに本基準を見直し、またその必要に応じて適切に内容の修正等に対応するためには、恒常的な評価組織を設置するとともに、同組織による、利用者、評価者、事業所などから最新の資料の収集、蓄積も一法であり、これらの検討が課題である。

(2) 評価システムのあり方の検討

本研究において開発された基準は、自己評価・自己点検が可能なように明示されており、当面、専門特化型訪問看護ステーションを自認する各事業所がこれを用いて自己評価・自己点検するとともに不足を充足してさらなるサービスの質の確保・向上に努めるとともに、

それらの情報を公益に供すべき情報として公表することが望まれる。他方、評価が本来有すべき中立性、公正性、透明性等の性格に鑑みれば、自己評価・自己点検に加えて、第三者による評価を含めた評価システムのあり方の検討、具体的には、評価者、評価目的、評価方法、評価結果の活用方法等の検討は取り組むべき有用性の高い課題である。

謝辞

本研究事業の推進にあたって、多大なるご協力、ご支援を賜りました関係各位・関係機関に対し、ここに衷心より謝意を表します。

資料

第1次調査結果統計表

1.調査票回収状況等

① 訪問看護事業協会会員事業所(全数)	3,556
② ①のうち、休止中等の施設を除いた第一次調査対象事業所(全数)	3,436
③ ②のうち、調査票回収事業所数	1,467
④ ③のうち、事業所名の特定ができる事業所数	1,419
(有効回答率:41.3%)	

2.専門特化事業所等

1)専門特化事業所としての認識

n=1419

	難病ケア	緩和ケア	認知症ケア	回答数	割合
難病ケア＋緩和ケア＋認知症ケア	○	○	○	241	17.0%
難病ケア＋緩和ケア	○	○		128	9.0%
難病ケア＋認知症ケア	○		○	39	2.7%
緩和ケア＋認知症ケア		○	○	151	10.6%
難病ケア	○			89	6.3%
緩和ケア		○		169	11.9%
認知症ケア			○	108	7.6%
計				925	65.2%

難病ケア(再掲)	497	35.0%
緩和ケア(再掲)	689	48.6%
認知症ケア(再掲)	539	38.0%

2)その他の領域における専門特化の優先性

サービスの領域	回答数	割合
(1)医療依存度の高い利用者へのサービス	1,229	86.6%
(2)リハビリテーションサービス	887	62.5%
(3)小児である利用者へのサービス	526	37.1%
(4)精神疾患の利用者へのサービス	777	54.8%
(5)重度障害者・児へのサービス	698	49.2%
(6)その他	205	14.4%

第2次調査結果統計表

調査票回収状況等

	事業所数	
	配布数	回収数(%)
全体	925	213(23.0)
緩和ケア領域	689	138(20.0)
難病ケア領域	497	92(18.5)
認知症ケア領域	539	95(17.6)

(認知症ケア領域利用者個票:235名)

調査票A 集計

	緩和ケア		難病ケア		認知症ケア	
	n	%	n	%	n	%
1)事業所の概要						
(1) 開設からの期間						
1年未満	18	13.0	14	15.2	14	14.7
1～5年未満	30	21.7	20	21.7	22	23.2
5～10年未満	62	44.9	38	41.3	38	40.0
10年以上	28	20.3	20	21.7	21	22.1
合計	138	100.0	92	100.0	95	100.0
(2) 開設者 再区分						
自治体	6	4.4	5	5.7	5	5.6
公的	2	1.5				
医療法人	64	47.1	31	35.2	44	48.9
医師会	8	5.9	12	13.6	6	6.7
看護協会	8	5.9	9	10.2	5	5.6
その他社団・財団	6	4.4	3	3.4	3	3.3
社会福祉法人その他	14	10.3	9	10.2	7	7.8
営利法人	23	16.9	15	17.0	15	16.7
NPO	2	1.5	2	2.3	2	2.2
その他	3	2.2	2	2.3	3	3.3
合計	136	100.0	88	100.0	90	100.0
システム欠損値	2		4		5	
	138		92		95	
(3) 併設施設:併設割合						
介護老人福祉施設	7	5.1	5	5.4	7	7.4
介護老人福祉施設	28	20.3	16	17.4	26	27.4
介護療養型医療施設	16	11.6	7	7.6	8	8.4
以外の病院・診療所	43	31.2	25	27.2	30	31.6
訪問看護ステーション	48	34.8	37	40.2	37	38.9
居宅介護支援事業所	92	66.7	59	64.1	62	65.3
ヘルパーステーション	38	27.5	22	23.9	29	30.5
上記以外の事業所	12	8.7	9	9.8	6	6.3
その他	15	10.9	8	8.7	10	10.5
(4) 管理体制:届出割合						
介護報酬:緊急時訪問看護加算	122	88.4	75	81.5	76	80.0
介護報酬:特別管理加算	132	95.7	82	89.1	82	86.3
診療報酬:24時間連絡体制加算	122	88.4	75	81.5	74	77.9
診療報酬:重症者管理加算	120	87.0	75	81.5	69	72.6

2) 従事者の状況

(1) 従事者数

(緩和ケア)	n	min	MAX	平均値	標準偏差
看護師数	133	2	23	6.0	3.7
准看護師数	133	0	9	0.5	1.2
看護職員数	133	2.5	23	6.5	3.6
(難病ケア)	n	min	MAX	平均値	標準偏差
看護師数	86	2	22	6.7	4.3
准看護師数	86	0	9	0.6	1.3
看護職員数	86	2.5	24	7.2	4.5
(認知症ケア)	n	min	MAX	平均値	標準偏差
看護師数	87	1	22	5.7	4.1
准看護師数	87	0	5	0.6	1.1
看護職員数	87	2.5	24	6.3	4.1

(2) 専門性を有す職員の配置

(緩和ケア)	n	min	MAX	平均値	標準偏差
看護師数	135	0	14	2.1	2.7
准看護師数	134	0	3	0.1	0.4
看護職員数	134	0	14	2.2	2.8
職員に占める割合	134	0	1.8	0.3	0.4
(難病ケア)	n	min	MAX	平均値	標準偏差
看護師数	88	0	15	2.7	3.4
准看護師数	86	0	3	0.1	0.4
看護職員数	86	0	15	2.9	3.5
職員に占める割合	86	0	1.2	0.4	0.4
(認知症ケア)	n	min	MAX	平均値	標準偏差
看護師数	90	0	20	1.7	3.3
准看護師数	88	0	5	0.1	0.6
看護職員数	88	0	20	1.8	3.4
職員に占める割合	88	0	1	0.3	0.4

(3) 専門性の判断 → 別掲

3) サービス提供の状況

(緩和ケア)	n	min	MAX	平均値	標準偏差
利用者の割合	63	0.0	0.3	0.1	0.1
訪問回数の割合	57	0.0	0.4	0.1	0.1
利用者あたり訪問回数	49	0.5	68.5	9.6	10.4
職員あたり利用者数	45	0.0	7.0	1.5	1.6
職員あたり訪問回数	45	0.0	66.0	11.3	12.7
(難病ケア)	n	min	MAX	平均値	標準偏差
利用者の割合	47	0.0	0.3	0.1	0.1
訪問回数の割合	42	0.0	0.7	0.2	0.1
利用者あたり訪問回数	43	0.0	55.0	11.5	9.2
職員あたり利用者数	30	0.1	5.8	1.7	1.5
職員あたり訪問回数	31	0.0	63.5	19.5	17.6
(認知症ケア)	n	min	MAX	平均値	標準偏差
利用者の割合	43	0.0	0.9	0.2	0.2
訪問回数の割合	38	0.0	0.9	0.2	0.2
利用者あたり訪問回数	37	2.4	18.7	6.5	3.6
職員あたり利用者数	20	0.0	14.0	3.4	3.4
職員あたり訪問回数	18	0.0	52.0	19.5	16.3

4)専門特化事業所としての体制

(1) 重要性:「重要である」とした割合(特化事業所全数に対する割合)

	全事業所 (N=201)		緩和ケア (N=138)		難病ケア (N=92)		認知症ケア (N=95)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 事業所の理念・運営方針	165	82.1	119	86.2	74	80.4	83	87.4
2 理念・運営方針に基づく組織図	148	73.6	111	80.4	64	69.6	76	80.0
3 専門領域のケア提供の方針	164	81.6	118	85.5	72	78.3	83	87.4
4 専門性を有す看護師の配置	148	73.6	108	78.3	67	72.8	74	77.9
5 専門領域の知識・技術の向上	161	80.1	116	84.1	72	78.3	79	83.2
6 専門領域のケア実践の支援	154	76.6	113	81.9	71	77.2	77	81.1
7 専門領域のケアに関する助言・指導	159	79.1	117	84.8	73	79.3	78	82.1
8 専門領域のケアの Protokol	160	79.6	118	85.5	73	79.3	79	83.2
9 専門的ケアの24時間の提供体制	160	79.6	118	85.5	73	79.3	76	80.0
10 職員の負担軽減に配慮したスケジューリング	162	80.6	119	86.2	73	79.3	79	83.2
11 サービス評価の体制	160	79.6	117	84.8	72	78.3	78	82.1
12 地域・他機関への支援	147	73.1	107	77.5	67	72.8	71	74.7
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信	152	75.6	111	80.4	69	75.0	74	77.9
14 専門領域のケアの普及・啓発	151	75.1	113	81.9	68	73.9	74	77.9

(2) 事業所の状況 (1:ほとんどできていない 2:あまりできていない 3:まあできている 4:とてもできている)

	全事業所		緩和ケア		難病ケア		認知症ケア	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 事業所の理念・運営方針	4	2.2	4	3.0	1	1.2	2	2.2
2 理念・運営方針に基づく組織図	7	3.8	4	3.0	3	3.6	4	4.4
3 専門領域のケア提供の方針	106	57.6	77	58.3	46	55.4	49	54.4
4 専門性を有す看護師の配置	67	36.4	47	35.6	33	39.8	35	38.9
5 専門領域の知識・技術の向上	8	4.3	5	3.8	5	6.0	2	2.2
6 専門領域のケア実践の支援	24	13.0	16	12.1	12	14.5	12	13.5
7 専門領域のケアに関する助言・指導	84	45.7	62	47.0	38	45.8	39	43.8
8 専門領域のケアの Protokol	68	37.0	49	37.1	28	33.7	36	40.4
9 専門的ケアの24時間の提供体制	22	12.3	17	13.2	8	9.9	7	8.0
10 職員の負担軽減に配慮したスケジューリング	59	33.0	43	33.3	25	30.9	25	28.7
11 サービス評価の体制	82	45.8	57	44.2	41	50.6	43	49.4
12 地域・他機関への支援	16	8.9	12	9.3	7	8.6	12	13.8
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信	41	22.5	32	24.4	10	12.2	14	15.7
14 専門領域のケアの普及・啓発	75	41.2	55	42.0	38	46.3	39	43.8
1 事業所の理念・運営方針	56	30.8	37	28.2	28	34.1	27	30.3
2 理念・運営方針に基づく組織図	10	5.5	7	5.3	6	7.3	9	10.1
3 専門領域のケア提供の方針	21	11.6	15	11.5	8	9.9	5	5.7
4 専門性を有す看護師の配置	58	32.0	43	33.1	22	27.2	27	31.0
5 専門領域の知識・技術の向上	86	47.5	63	48.5	43	53.1	45	51.7
6 専門領域のケア実践の支援	16	8.8	9	6.9	8	9.9	10	11.5
7 専門領域のケアに関する助言・指導	32	17.5	26	19.5	14	17.1	13	14.6
8 専門領域のケアの Protokol	51	27.9	39	29.3	22	26.8	23	25.8
9 専門的ケアの24時間の提供体制	79	43.2	54	40.6	38	46.3	40	44.9
10 職員の負担軽減に配慮したスケジューリング	21	11.5	14	10.5	8	9.8	13	14.6
11 サービス評価の体制	28	15.6	23	17.7	11	13.8	11	12.8
12 地域・他機関への支援	42	23.5	29	22.3	23	28.8	19	22.1
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信	90	50.3	64	49.2	39	48.8	43	50.0
14 専門領域のケアの普及・啓発	19	10.6	14	10.8	7	8.8	13	15.1
1 事業所の理念・運営方針	28	15.4	20	15.0	14	16.9	10	11.5
2 理念・運営方針に基づく組織図	76	41.8	58	43.6	32	38.6	34	39.1
3 専門領域のケア提供の方針	68	37.4	48	36.1	30	36.1	36	41.4
4 専門性を有す看護師の配置	10	5.5	7	5.3	7	8.4	7	8.0
5 専門領域の知識・技術の向上	19	10.3	9	6.8	11	13.3	11	12.4
6 専門領域のケア実践の支援	13	7.1	5	3.8	4	4.8	7	7.9
7 専門領域のケアに関する助言・指導	65	35.3	51	38.3	29	34.9	31	34.8
8 専門領域のケアの Protokol	87	47.3	68	51.1	39	47.0	40	44.9
9 専門的ケアの24時間の提供体制	5	2.7	3	2.3	3	3.7	1	1.1
10 職員の負担軽減に配慮したスケジューリング	32	17.5	23	17.4	16	19.5	17	19.3
11 サービス評価の体制	116	63.4	89	67.4	50	61.0	57	64.8
12 地域・他機関への支援	30	16.4	17	12.9	13	15.9	13	14.8
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信	14	7.7	9	6.8	6	7.3	3	3.4
14 専門領域のケアの普及・啓発	59	32.2	46	34.8	26	31.7	30	33.7
1 事業所の理念・運営方針	94	51.4	67	50.8	42	51.2	46	51.7
2 理念・運営方針に基づく組織図	16	8.7	10	7.6	8	9.8	10	11.2
3 専門領域のケア提供の方針	30	16.7	25	19.4	13	16.0	10	11.5
4 専門性を有す看護師の配置	30	16.7	20	15.5	12	14.8	14	16.1
5 専門領域の知識・技術の向上	89	49.4	64	49.6	39	48.1	46	52.9
6 専門領域のケア実践の支援	31	17.2	20	15.5	17	21.0	17	19.5
7 専門領域のケアに関する助言・指導	21	11.5	16	12.2	5	6.2	11	12.5
8 専門領域のケアの Protokol	48	26.4	37	28.2	22	27.2	20	22.7
9 専門的ケアの24時間の提供体制	96	52.7	66	50.4	45	55.6	45	51.1
10 職員の負担軽減に配慮したスケジューリング	17	9.3	12	9.2	9	11.1	12	13.6
11 サービス評価の体制	41	22.8	32	24.8	18	22.5	13	14.9
12 地域・他機関への支援	54	30.0	42	32.6	21	26.3	21	24.1
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信	71	39.4	46	35.7	34	42.5	42	48.3
14 専門領域のケアの普及・啓発	14	7.8	9	7.0	7	8.8	11	12.6

緩和ケア	難病ケア	認知症ケア
疼痛コントロールの研修 領域認定研修、県内各緩和ケア研修 末期癌在宅ケア研修 訪問看護ステーション緩和ケア勉強会 ガン疼痛緩和アロマセラピーの研修 在宅終末期看護セミナー 「いのちと生きがい」の研修 痛みのケアの研修 癌疼痛管理研修 地域の医師会等の研修会 在宅終末期看護セミナー オピオイドの研修 在宅ホスピスケア研修会 日本ホスピス在宅ケア研究会 家族ケアセミナー がん患者の退院支援講座 県の緩和ケアナース専門コース修了 緩和ケアアドバイザー研修 ホスピス病院での実習・研修 外科経験 末期患者のケアの経験 救急救命センターの経験 在宅での看取りの経験(複数) 在宅での看とりの経験(総合診療科の医師と共に) 訪問看護の経験が長い ホスピス・緩和ケア病棟の経験 ターミナルケア病棟経験 在宅がん終末期を専門とする診療所での勤務経験 がん専門病院での勤務経験 IVH治療、麻薬などケアの経験 緩和ケアの経験(多数) 在宅ホスピスの経験 ターミナルケア研究会など立ち上げを学んでいる 緩和ケア実践・学習を前向きに行っている 緩和医療科医師からの指導、研修 ホスピスケア研究会で勉強 日本がん看護学会で学会発表研究会に参加 在宅での看取りや緩和ケアに携わった がん告知をうけた人への看護師の対応に関する研究 ホスピス、緩和ケアネットワークに参加 ホスピスケア認定看護師を有している 緩和ケアに取り組むPTがいる ターミナル対象者が多い 職場内で研修成果の共有 在宅ホスピスケアを中心とした訪問看護ステーション 併設の病院が主として緩和ケアを目指している 緩和ケアを行なう地域医院と連携している 病院の緩和ケアチームに参加している ターミナルの利用者について関心がある	看護協会主催の研修会 難病看護考える会 パーキンソン等の研修 訪問看護ケア研修会 ALS患者の在宅療養支援の研修会 難病病棟勤務 難病地域ケアマネジメントシステム会議 難病研修会(ALS)の研修 ハイテクケア研修 都における医療機器貸与事業に関わる研修 都難病医療従事者研修 地域での研修 保健所研修 呼吸器疾患患者の管理の研修 呼吸生理研修 呼吸ケアやりハビリテーションの研修 呼吸アシストの研修 人工呼吸器管理の研修 エキスパート神経難病患者の訪問看護研修 呼吸理学療法運動プログラム研修 難病ケアの研修 吸引の研修 難病利用者ケアの経験 難病対象の病棟勤務の経験 難病家族のケア経験 大学病院・専門病棟に勤務 神経難病等の勤務経験 神経内科外来病棟勤務経験 在宅でのALSなどの看護の経験 ALS人工呼吸器装着患者の在宅支援・訪問看護 緩和ケアの経験(多数) 告知から看取りまでの看護と病院療養看護の経験 ALSの症例を長期にわたり複数担当 ALS、パーキンソン等の訪問実績 ALS支援の研修講師経験 難病医療ネットワーク事業6年間経験 ALS等のレスピレーター利用者等への経験 脊椎小脳変形症等の利用者への経験 難病支援学習会 毎月「難病看護考える会」に出席 図書の購入 在宅難病看護で修士課程終了 講師をよんだ勉強会 毎日のミティンングでもとりあげる STを有している 県ALS協会運営ボランティアを有している ALSの会役員を有している 呼吸療法認定師を有している 小脳変性他、難病対象者が多い ALS等難病ケースが多く学ぶ機会が多い ALSの方の利用者(呼吸器使用)が常時3名以上 難病地域ケアマネジメントシステム会議に出席 訪問を通して学習意欲がある	専門病院での研修 認知症研修 日本精神病院協会 上級コース修了 全国保国連地域医療活動交流会研修会 市町村の研修 厚生省老人性痴呆疾患対策研修 県主催の研修(高齢者虐待の理解と対応) 県看護協会主催の研修会 精神訪問看護研修参加 障害者ケアマネジメント従事者養成研修会 在宅医療推進のための実施研修 精神訪問看護研修会 高齢者の心を支えるバリエーション 専門認知症委員(連絡協議会)である 訪問看護の経験 脳外科病棟に勤務 認知症病棟の立ち上げから病棟展(F)を経験 精神科勤務経験 認知症患者の看護経験 担当するケースが他のスタッフより多い 認知症デイケア管理の経験 介護老人保健施設経験 精神認知専門ITSP勤務 老人施設の病棟経験 緩和ケアの経験を人数を多くうけもっている 福祉施設勤務の経験 ケアを拒否する認知症の方をうけもった経験 ケアマネジメント経験 認知症タウンミーティングを実施 独自に講師よんで勉強会を定期的に実施 国際TA協会正会員を有する 精神科認定看護師を有する 人間科学学位者を有する 認知症ケア専門士の認定資格者を有する 産業カウンセラーを有する 呆け老人をかかえる家族の会会員を有する 併設型の病院に専門外来あるため 専門医に研修を受けている グループホームへの医療的支援の実施している KOMI理論による認知症のアセスメント 認知症ケアに研究心、関心ある

調査票B-1（緩和ケア）集計

1)専門特化事業所としての体制

	重要である		事業所の状況				「できていない」理由			
	n	%		n	%		n	%		%
1 痛みをスケールを用いて定期的にあセスメントし、記載している	126	91.3	1 ほとんどできていない	17	12.4	1 看護師の技術・能力不十分	17	45.9		
			2 あまりできていない	28	20.4	2 人員不足	3	8.1		
			3 まあできている	76	55.5	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	16	11.7	4 チームの連携が不十分	2	5.4		
						5 その他	15	40.5		
2 痛みの管理がマニュアルやWHOの除痛管理ラダーに基づいてできる	122	88.4	1 ほとんどできていない	26	19.4	1 看護師の技術・能力不十分	34	55.7		
			2 あまりできていない	52	38.8	2 人員不足	5	8.2		
			3 まあできている	46	34.3	3 報酬や制度につながらない	1	1.6		
			4 とてもできている	10	7.5	4 チームの連携が不十分	3	4.9		
						5 その他	18	29.5		
3 痛み以外の身体症状(全身倦怠感、悪心・嘔吐、便秘・下痢、浮腫、呼吸困難等)を定期的にあセスメントし、記載している	130	94.2	1 ほとんどできていない	5	3.6	1 看護師の技術・能力不十分	7	58.3		
			2 あまりできていない	9	6.5	2 人員不足	1	8.3		
			3 まあできている	94	68.1	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	30	21.7	4 チームの連携が不十分	1	8.3		
						5 その他	3	25.0		
4 痛み以外の身体症状の管理がマニュアルに基づいてできる	119	86.2	1 ほとんどできていない	21	15.6	1 看護師の技術・能力不十分	19	33.3		
			2 あまりできていない	52	38.5	2 人員不足	6	10.5		
			3 まあできている	55	40.7	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	7	5.2	4 チームの連携が不十分	2	3.5		
						5 その他	30	52.6		
5 精神症状(せん妄、抑うつ、不安、不眠等)を定期的にあセスメントし、記載している	126	91.3	1 ほとんどできていない	8	5.9	1 看護師の技術・能力不十分	13	44.8		
			2 あまりできていない	24	17.6	2 人員不足	3	10.3		
			3 まあできている	85	62.5	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	19	14.0	4 チームの連携が不十分	2	6.9		
						5 その他	11	37.9		
6 精神症状の管理がマニュアルに基づいてできる	111	80.4	1 ほとんどできていない	33	25.0	1 看護師の技術・能力不十分	32	40.0		
			2 あまりできていない	67	50.8	2 人員不足	6	7.5		
			3 まあできている	31	23.5	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	1	0.8	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	42	52.5		
7 アロマセラピー、リラクゼーション、セラピューティックタッチなどの代替ケアを積極的に取り入れ、実施している	107	77.5	1 ほとんどできていない	47	34.6	1 看護師の技術・能力不十分	42	67.7		
			2 あまりできていない	37	27.2	2 人員不足	6	9.7		
			3 まあできている	44	32.4	3 報酬や制度につながらない	4	6.5		
			4 とてもできている	8	5.9	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	10	16.1		
8 日常生活に関するセルフケア能力を定期的にあセスメントし、必要時サービスを導入している	123	89.1	1 ほとんどできていない	3	2.2	1 看護師の技術・能力不十分	4	57.1		
			2 あまりできていない	5	3.7	2 人員不足	2	28.6		
			3 まあできている	98	72.1	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	30	22.1	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	1	14.3		
9 家族の介護・ケア能力について定期的にあセスメントし、記載している	124	89.9	1 ほとんどできていない	3	2.2	1 看護師の技術・能力不十分	4	57.1		
			2 あまりできていない	10	7.4	2 人員不足	1	14.3		
			3 まあできている	94	69.1	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	29	21.3	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	2	28.6		
10 家族に対して介護・ケアの方法についてマニュアルを用いて指導している	110	79.7	1 ほとんどできていない	20	15.0	1 看護師の技術・能力不十分	12	25.0		
			2 あまりできていない	47	35.3	2 人員不足	4	8.3		
			3 まあできている	57	42.9	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	9	6.8	4 チームの連携が不十分	1	2.1		
						5 その他	31	64.6		
11 家族に現在起こっている痛みやその他の症状について説明している	127	92.0	1 ほとんどできていない	2	1.5	1 看護師の技術・能力不十分	7	87.5		
			2 あまりできていない	7	5.1	2 人員不足				
			3 まあできている	89	65.0	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	39	28.5	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	1	12.5		
12 家族に適切な時期を見計らって死までの経過説明を説明している	126	91.3	1 ほとんどできていない	1	0.7	1 看護師の技術・能力不十分	7	77.8		
			2 あまりできていない	11	8.0	2 人員不足				
			3 まあできている	81	59.1	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	44	32.1	4 チームの連携が不十分	1	11.1		
						5 その他	1	11.1		
13 遺族のグリーフケアを実施している	118	85.5	1 ほとんどできていない	15	11.2	1 看護師の技術・能力不十分	4	10.5		
			2 あまりできていない	35	26.1	2 人員不足	18	47.4		
			3 まあできている	44	32.8	3 報酬や制度につながらない	5	13.2		
			4 とてもできている	40	29.9	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	11	28.9		
14 本人の死亡場所の希望を確認し、記載している	125	90.6	1 ほとんどできていない			1 看護師の技術・能力不十分	4	26.7		
			2 あまりできていない	18	13.1	2 人員不足				
			3 まあできている	81	59.1	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	38	27.7	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	11	73.3		
15 家族の死亡場所の希望を確認し、記載している	127	92.0	1 ほとんどできていない			1 看護師の技術・能力不十分	3	37.5		
			2 あまりできていない	7	5.1	2 人員不足				
			3 まあできている	81	59.1	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	49	35.8	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	5	62.5		

	重要である		事業所の状況				「できていない」理由			
	n	%		n	%		n	%		%
16 本人が予後や死への不安について表出する機会をつくることができる	127	92.0	1 ほとんどできていない	2	1.5	1 看護師の技術・能力不十分	12	80.0		
			2 あまりできていない	17	12.7	2 人員不足	1	6.7		
			3 まあできている	90	67.2	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	25	18.7	4 チームの連携が不十分	1	6.7		
						5 その他	1	6.7		
17 家族が予後や死への不安について表出する機会をつくることができる	126	91.3	1 ほとんどできていない	2	1.5	1 看護師の技術・能力不十分	6	75.0		
			2 あまりできていない	6	4.4	2 人員不足				
			3 まあできている	94	68.6	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	35	25.5	4 チームの連携が不十分	1	12.5		
						5 その他	1	12.5		
18 麻薬を扱うかかりつけ医と連携を取ることができる	127	92.0	1 ほとんどできていない	5	3.6	1 看護師の技術・能力不十分	3	30.0		
			2 あまりできていない	8	5.8	2 人員不足	1	10.0		
			3 まあできている	64	46.7	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	60	43.8	4 チームの連携が不十分	1	10.0		
						5 その他	5	50.0		
19 緩和ケア方針やケア計画をかかりつけ医と共有している	125	90.6	1 ほとんどできていない	3	2.2	1 看護師の技術・能力不十分	1	9.1		
			2 あまりできていない	11	8.1	2 人員不足	2	18.2		
			3 まあできている	82	60.7	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	39	28.9	4 チームの連携が不十分	6	54.5		
						5 その他	2	18.2		
20 緩和ケア方針やケア計画をケアマネジャーと共有している	119	86.2	1 ほとんどできていない	4	2.9	1 看護師の技術・能力不十分	1	6.3		
			2 あまりできていない	21	15.4	2 人員不足				
			3 まあできている	81	59.6	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	30	22.1	4 チームの連携が不十分	10	62.5		
						5 その他	5	31.3		
21 緩和ケア方針やケア計画をヘルパーと共有している	117	84.8	1 ほとんどできていない	5	3.8	1 看護師の技術・能力不十分	1	4.2		
			2 あまりできていない	32	24.4	2 人員不足	1	4.2		
			3 まあできている	72	55.0	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	22	16.8	4 チームの連携が不十分	14	58.3		
						5 その他	8	33.3		
22 ボランティアがチームメンバーとしてケアに参加している	89	64.5	1 ほとんどできていない	87	69.6	1 看護師の技術・能力不十分				
			2 あまりできていない	28	22.4	2 人員不足	14	19.7		
			3 まあできている	6	4.8	3 報酬や制度につながらない	1	1.4		
			4 とてもできている	4	3.2	4 チームの連携が不十分	13	18.3		
						5 その他	43	60.6		
23 入退院時に病院と緩和ケア方針やケア計画について情報交換を行う(退院前訪問を含む)	121	87.7	1 ほとんどできていない	2	1.5	1 看護師の技術・能力不十分				
			2 あまりできていない	16	11.8	2 人員不足	4	36.4		
			3 まあできている	85	62.5	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	33	24.3	4 チームの連携が不十分	4	36.4		
						5 その他	3	27.3		
24 チームで定期的に緩和ケア方針やケア計画を確認・修正している	121	87.7	1 ほとんどできていない	2	1.5	1 看護師の技術・能力不十分	3	15.8		
			2 あまりできていない	27	20.0	2 人員不足	5	26.3		
			3 まあできている	81	60.0	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	25	18.5	4 チームの連携が不十分	6	31.6		
						5 その他	5	26.3		
25 チームで定期的に緩和ケアについて学ぶ機会を持っている	120	87.0	1 ほとんどできていない	11	8.1	1 看護師の技術・能力不十分	1	2.9		
			2 あまりできていない	44	32.4	2 人員不足	14	40.0		
			3 まあできている	60	44.1	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	21	15.4	4 チームの連携が不十分	6	17.1		
						5 その他	14	40.0		
26 患者が適切な緩和ケアをうけられるように(人権擁護のために)、代弁者としての役割を果たすことができる	115	83.3	1 ほとんどできていない	9	6.8	1 看護師の技術・能力不十分	16	69.6		
			2 あまりできていない	26	19.7	2 人員不足	2	8.7		
			3 まあできている	78	59.1	3 報酬や制度につながらない	1	4.3		
			4 とてもできている	19	14.4	4 チームの連携が不十分	1	4.3		
						5 その他	3	13.0		
27 患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができる	121	87.7	1 ほとんどできていない	2	1.5	1 看護師の技術・能力不十分	2	25.0		
			2 あまりできていない	9	6.6	2 人員不足	1	12.5		
			3 まあできている	80	58.8	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	45	33.1	4 チームの連携が不十分	1	12.5		
						5 その他	4	50.0		
28 患者・家族が希望する場所で最期を迎えられなかった場合でも、最期の状況の意味づけをすることができる	116	84.1	1 ほとんどできていない	1	0.8	1 看護師の技術・能力不十分	5	55.6		
			2 あまりできていない	14	10.7	2 人員不足	2	22.2		
			3 まあできている	82	62.6	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	34	26.0	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	2	22.2		
29 チームで、デスカンファレンスを行い、記載している	115	83.3	1 ほとんどできていない	26	19.5	1 看護師の技術・能力不十分	8	20.5		
			2 あまりできていない	39	29.3	2 人員不足	11	28.2		
			3 まあできている	47	35.3	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	21	15.8	4 チームの連携が不十分	8	20.5		
						5 その他	12	30.8		
30 事業所内で定期的に緩和ケアを振り返る機会を持っている	117	84.8	1 ほとんどできていない	13	9.8	1 看護師の技術・能力不十分	6	15.8		
			2 あまりできていない	45	33.8	2 人員不足	15	39.5		
			3 まあできている	57	42.9	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	18	13.5	4 チームの連携が不十分	3	7.9		
						5 その他	14	36.8		

2)年間利用者数および在宅死亡数

	n	min	MAX	平均	標準偏差
利用者実人数①:訪問目的が緩和ケア	115	0	11264	111.0	1049.2
利用者実人数②:①の内、診断名が「がん」	114	0	88	10.6	11.2
利用者実人数③:②の内、在宅で死亡	112	0	86	4.8	8.5
利用者実人数④:①の内、診断名が「がん」以外	89	0	11254	131.2	1192.5
利用者実人数⑤:④の内、在宅で死亡	90	0	14	1.9	2.9

(外れ値の1事業所 および ①＝欠損である事業所を除く)

	n	min	MAX	平均	標準偏差
利用者実人数①:訪問目的が緩和ケア	114	0	88	13.2	13.5
利用者実人数②:①の内、診断名が「がん」	110	0	88	10.6	11.4
利用者実人数③:②の内、在宅で死亡	108	0	86	4.8	8.7
利用者実人数④:①の内、診断名が「がん」以外	87	0	34	3.7	5.4
利用者実人数⑤:④の内、在宅で死亡	88	0	13	1.7	2.5

調査票B-2（難病ケア） 集計

1) 専門特化事業所としての体制

	重要である		事業所の状況				「できていない」理由			
	n	%		n	%		n	%		
1 利用者と家族のニーズに応じて1日に複数回等の訪問看護ができる体制を整えることができる	80	87.0	1 ほとんどできていない	4	4.4	1 看護師の技術・能力不十分	16	88.9		
			2 あまりできていない	15	16.7	2 人員不足	2	11.1		
			3 まあできている	42	46.7	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	29	32.2	4 チームの連携が不十分				
						5 その他				
2 専門医、かかりつけ医、訪問看護事業所、訪問介護事業所、通所施設、医療機器メーカー等と情報交換を図る連携体制がある	82	89.1	1 ほとんどできていない			1 看護師の技術・能力不十分	2	66.7		
			2 あまりできていない	4	4.5	2 人員不足				
			3 まあできている	53	59.6	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	32	36.0	4 チームの連携が不十分	1	33.3		
						5 その他				
3 難病対策、身障制度、介護保険等の制度を活用する窓口との連携体制がある	81	88.0	1 ほとんどできていない			1 看護師の技術・能力不十分				
			2 あまりできていない	5	5.6	2 人員不足				
			3 まあできている	63	70.8	3 報酬や制度につながらない	1	25.0		
			4 とてもできている	21	23.6	4 チームの連携が不十分	3	75.0		
						5 その他				
4 フィジカルアセスメントに必要な機器類（パルスオキシメーター、換気量計、ピークフローメーター等）を必要に応じて利用できる	78	84.8	1 ほとんどできていない	1	1.1	1 看護師の技術・能力不十分	1	11.1		
			2 あまりできていない	12	13.3	2 人員不足				
			3 まあできている	50	55.6	3 報酬や制度につながらない	2	22.2		
			4 とてもできている	27	30.0	4 チームの連携が不十分	1	11.1		
						5 その他	5	55.6		
5 病状進行について定期的にアセスメントし、記載している	80	87.0	1 ほとんどできていない	1	1.1	1 看護師の技術・能力不十分	8	57.1		
			2 あまりできていない	14	15.7	2 人員不足	2	14.3		
			3 まあできている	56	62.9	3 報酬や制度につながらない	2	14.3		
			4 とてもできている	18	20.2	4 チームの連携が不十分	1	7.1		
						5 その他	1	7.1		
6 疾病に対する認識・理解について定期的にアセスメントし、必要に応じて情報提供の計画立案、実施、評価を行っている	80	87.0	1 ほとんどできていない	3	3.4	1 看護師の技術・能力不十分	6	42.9		
			2 あまりできていない	14	15.7	2 人員不足	3	21.4		
			3 まあできている	59	66.3	3 報酬や制度につながらない	1	7.1		
			4 とてもできている	13	14.6	4 チームの連携が不十分	1	7.1		
						5 その他	3	21.4		
7 経管栄養（経鼻、胃ろう）、気管切開、人工呼吸療法の実施に関わる意思決定を支援し、記載している	78	84.8	1 ほとんどできていない	5	5.7	1 看護師の技術・能力不十分	3	30.0		
			2 あまりできていない	5	5.7	2 人員不足				
			3 まあできている	53	60.9	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	24	27.6	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	7	70.0		
8 療養の場の選択に関わる意思決定を支援し、記載している	80	87.0	1 ほとんどできていない	1	1.1	1 看護師の技術・能力不十分				
			2 あまりできていない	3	3.4	2 人員不足				
			3 まあできている	59	67.0	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	25	28.4	4 チームの連携が不十分	1	33.3		
						5 その他	2	66.7		
9 疾病とともに生きることや、予後、死について表出する機会をつくっている	81	88.0	1 ほとんどできていない	1	1.1	1 看護師の技術・能力不十分	3	23.1		
			2 あまりできていない	14	15.9	2 人員不足	2	15.4		
			3 まあできている	64	72.7	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	9	10.2	4 チームの連携が不十分	1	7.7		
						5 その他	7	53.8		
10 随意運動障害、運動失調、パーキンソニズム、不随意運動、失行、筋萎縮、筋力低下などの症状を定期的にアセスメントし、それに基づきケア計画の立案、実施、評価を行っている	77	83.7	1 ほとんどできていない	1	1.1	1 看護師の技術・能力不十分	11	73.3		
			2 あまりできていない	19	21.3	2 人員不足				
			3 まあできている	60	67.4	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	9	10.1	4 チームの連携が不十分	2	13.3		
						5 その他	2	13.3		
11 側彎、筋萎縮、筋力低下等による姿勢保持障害を定期的にアセスメントし、それに基づきケア計画の立案、実施、評価を行っている	76	82.6	1 ほとんどできていない	1	1.1	1 看護師の技術・能力不十分	11	57.9		
			2 あまりできていない	20	22.7	2 人員不足	1	5.3		
			3 まあできている	60	68.2	3 報酬や制度につながらない	1	5.3		
			4 とてもできている	7	8.0	4 チームの連携が不十分	4	21.1		
						5 その他	2	10.5		
12 疾患特性に応じて呼吸障害（呼吸筋麻痺、声帯外転麻痺、夜間無呼吸症候群等）を定期的にアセスメントし、それに基づきケア計画の立案、実施、評価を行っている	77	83.7	1 ほとんどできていない	3	3.4	1 看護師の技術・能力不十分	11	64.7		
			2 あまりできていない	19	21.3	2 人員不足				
			3 まあできている	62	69.7	3 報酬や制度につながらない	1	5.9		
			4 とてもできている	5	5.6	4 チームの連携が不十分	2	11.8		
						5 その他	3	17.6		
13 専門的気道ケア（排痰助動、スクウィーピング、吸引、口腔や気道の分泌物の管理等）や、胸郭可動域の維持についての、計画の立案、実施、評価を定期的に行っている	78	84.8	1 ほとんどできていない	1	1.1	1 看護師の技術・能力不十分	6	66.7		
			2 あまりできていない	11	12.4	2 人員不足				
			3 まあできている	61	68.5	3 報酬や制度につながらない	1	11.1		
			4 とてもできている	16	18.0	4 チームの連携が不十分	1	11.1		
						5 その他	1	11.1		
14 疾患特性に応じて嚥下障害（球麻痺、仮性球麻痺、舌萎縮等）を定期的にアセスメントし、それに基づき、ケア計画の立案、実施、評価を定期的に行っている	74	80.4	1 ほとんどできていない	3	3.4	1 看護師の技術・能力不十分	7	77.8		
			2 あまりできていない	16	18.0	2 人員不足	1	11.1		
			3 まあできている	61	68.5	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	9	10.1	4 チームの連携が不十分	1	11.1		
						5 その他				
15 疾患特性に応じてコミュニケーション障害を定期的にアセスメントし、コミュニケーション方法（透明文字盤、意思伝達装置、スイッチの選定等）の助言・導入・指導、計画立案、実施、評価を定期的に行っている	74	80.4	1 ほとんどできていない	3	3.4	1 看護師の技術・能力不十分	6	46.2		
			2 あまりできていない	17	19.1	2 人員不足	1	7.7		
			3 まあできている	55	61.8	3 報酬や制度につながらない	1	7.7		
			4 とてもできている	14	15.7	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	5	38.5		

	重要である		事業所の状況				「できていない」理由			
	n	%		n	%		n	%		
16 自律神経障害(起立性低血圧、排尿排便障害、体温調節障害等)を定期的にアセスメントし、それに基づいたケア計画立案、実施、評価を定期的に行っている	74	80.4	1 ほとんどできていない	2	2.2	1 看護師の技術・能力不十分	6	54.5		
			2 あまりできていない	15	16.7	2 人員不足	1	9.1		
			3 まあできている	68	75.6	3 報酬や制度につながらない	1	9.1		
			4 とてもできている	5	5.6	4 チームの連携が不十分	1	9.1		
						5 その他	2	18.2		
17 前述以外の身体症状について定期的にアセスメントし、ケア計画立案、実施、評価している	73	79.3	1 ほとんどできていない	3	3.4	1 看護師の技術・能力不十分	5	41.7		
			2 あまりできていない	20	22.5	2 人員不足	1	8.3		
			3 まあできている	58	65.2	3 報酬や制度につながらない	1	8.3		
			4 とてもできている	8	9.0	4 チームの連携が不十分	2	16.7		
						5 その他	3	25.0		
18 精神症状(幻覚、せん妄、抑うつ、不安、不眠等)について、原因(薬の副作用、身体症状の進行、心理的要因等)を定期的にアセスメントし、ケア計画立案、実施、評価している	73	79.3	1 ほとんどできていない	3	3.4	1 看護師の技術・能力不十分	7	53.8		
			2 あまりできていない	18	20.7	2 人員不足	1	7.7		
			3 まあできている	61	70.1	3 報酬や制度につながらない	1	7.7		
			4 とてもできている	5	5.7	4 チームの連携が不十分	1	7.7		
						5 その他	3	23.1		
19 安全で安楽な外出の計画立案、実施、評価を実施している	71	77.2	1 ほとんどできていない	5	5.6	1 看護師の技術・能力不十分	3	17.6		
			2 あまりできていない	23	25.8	2 人員不足	7	41.2		
			3 まあできている	49	55.1	3 報酬や制度につながらない	2	11.8		
			4 とてもできている	12	13.5	4 チームの連携が不十分	1	5.9		
						5 その他	4	23.5		
20 医療依存度、セルフケア能力、介護力等に応じた、必要なサービス利用を支援している	75	81.5	1 ほとんどできていない			1 看護師の技術・能力不十分	1	50.0		
			2 あまりできていない	6	6.7	2 人員不足				
			3 まあできている	60	66.7	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	24	26.7	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	1	50.0		
21 安全性、プライバシー、ケアのしやすさ等を考慮した住環境の定期的なアセスメント、整備計画の立案、実施、評価を行っている	73	79.3	1 ほとんどできていない	1	1.1	1 看護師の技術・能力不十分	3	42.9		
			2 あまりできていない	10	11.1	2 人員不足	3	42.9		
			3 まあできている	67	74.4	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	12	13.3	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	1	14.3		
22 療養者の生活の質(QOL)について定期的にアセスメントし、QOL向上の計画立案、実施、評価を行っている	73	79.3	1 ほとんどできていない	2	2.3	1 看護師の技術・能力不十分	6	66.7		
			2 あまりできていない	14	15.9	2 人員不足	2	22.2		
			3 まあできている	57	64.8	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	15	17.0	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	1	11.1		
23 医療処置管理(人工呼吸療法、気管カニューレ管理、気管内吸引、経管栄養法等)をプロトコル等の基準に基づき実施している	73	79.3	1 ほとんどできていない	2	2.2	1 看護師の技術・能力不十分	4	33.3		
			2 あまりできていない	17	19.1	2 人員不足	4	33.3		
			3 まあできている	60	67.4	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	10	11.2	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	4	33.3		
24 家族による介護内容について、必要な知識や技術についての定期的な確認や、家族からの相談を受けることについての計画立案、実施、評価を行っている	74	80.4	1 ほとんどできていない	1	1.1	1 看護師の技術・能力不十分	1	50.0		
			2 あまりできていない	7	7.9	2 人員不足	1	50.0		
			3 まあできている	65	73.0	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	16	18.0	4 チームの連携が不十分				
						5 その他				
25 「家族以外の者」(ヘルパー等、医師・看護師以外)による「たんの吸引」やケアについて、必要な知識や技術についての定期的な確認や、それらの人々から相談を受けることについての計画立案、実施、評価を行っている	67	72.8	1 ほとんどできていない	19	21.3	1 看護師の技術・能力不十分				
			2 あまりできていない	21	23.6	2 人員不足	3	12.5		
			3 まあできている	37	41.6	3 報酬や制度につながらない	1	4.2		
			4 とてもできている	12	13.5	4 チームの連携が不十分	4	16.7		
						5 その他	16	66.7		
26 人工呼吸器、吸引器等医療機器の、日常管理、定期的なメンテナンスの計画立案、実施、評価を行っている	71	77.2	1 ほとんどできていない	4	4.4	1 看護師の技術・能力不十分	1	11.1		
			2 あまりできていない	15	16.7	2 人員不足	1	11.1		
			3 まあできている	55	61.1	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	16	17.8	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	7	77.8		
27 衛生材料や医療機器付属物等が、医療機関から適切に供給されていることを定期的に確認し、必要な連携や体制整備を行っている	72	78.3	1 ほとんどできていない	2	2.2	1 看護師の技術・能力不十分	1	100.0		
			2 あまりできていない	3	3.3	2 人員不足				
			3 まあできている	59	65.6	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	26	28.9	4 チームの連携が不十分				
						5 その他				
28 家族の身体的、心理的、社会的負担を定期的にアセスメントし、それに基づく支援計画の検討や、実施、評価を行っている	72	78.3	1 ほとんどできていない	3	3.3	1 看護師の技術・能力不十分	3	60.0		
			2 あまりできていない	7	7.8	2 人員不足	2	40.0		
			3 まあできている	64	71.1	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	16	17.8	4 チームの連携が不十分				
						5 その他				
29 家族の生活の質を向上させるための支援についての情報収集を行い、継続的に支援計画の検討や支援の立案、実施、評価を行っている	71	77.2	1 ほとんどできていない	1	1.1	1 看護師の技術・能力不十分	3	33.3		
			2 あまりできていない	17	19.1	2 人員不足	1	11.1		
			3 まあできている	56	62.9	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	15	16.9	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	5	55.6		
30 「疾病の遺伝」に関する相談や、心理的・社会的負担の理解や負担軽減についての計画立案、実施、評価を行っている	65	70.7	1 ほとんどできていない	26	29.9	1 看護師の技術・能力不十分	15	48.4		
			2 あまりできていない	30	34.5	2 人員不足	1	3.2		
			3 まあできている	28	32.2	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	3	3.4	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	15	48.4		

	重要である		事業所の状況				「できていない」理由			
	n	%		n	%		n	%		
31 入退院時や在宅療養継続時に、関係機関(者)からなる支援チームは、定期的に療養方針やケア計画内容について記載されたものを共有し、カンファレンスなどをつうじてそれらについて検討し、計画の修正等を行っている	71	77.2	1 ほとんどできていない	3	3.4	1 看護師の技術・能力不十分	1	9.1		
			2 あまりできていない	16	18.2	2 人員不足	1	9.1		
			3 まあできている	51	58.0	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	18	20.5	4 チームの連携が不十分	5	45.5		
						5 その他	4	36.4		
32 病状急変時の入院や、レスパイト目的の入院(入所)について受入機関と定期的に具体的な取決めの確認をし、記載している	73	79.3	1 ほとんどできていない	5	5.6	1 看護師の技術・能力不十分	2	13.3		
			2 あまりできていない	23	25.6	2 人員不足	1	6.7		
			3 まあできている	43	47.8	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	19	21.1	4 チームの連携が不十分	3	20.0		
						5 その他	9	60.0		
33 緊急連絡網、連絡手順、処置手順等を作成し、定期的に確認、修正している	73	79.3	1 ほとんどできていない	1	1.1	1 看護師の技術・能力不十分	2	22.2		
			2 あまりできていない	12	13.6	2 人員不足	1	11.1		
			3 まあできている	57	64.8	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	18	20.5	4 チームの連携が不十分	1	11.1		
						5 その他	5	55.6		
34 病状が急変したり、停電・災害、機器の故障等に際して、必要な対応が行えるように、物品(蘇生バッグ、外部バッテリー、代替機器、人工呼吸器回路、気管カニューレ等)を整備し、定期的に点検、補充を行っている	73	79.3	1 ほとんどできていない	9	10.0	1 看護師の技術・能力不十分				
			2 あまりできていない	11	12.2	2 人員不足				
			3 まあできている	50	55.6	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	20	22.2	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	9	100.0		
35 「人工呼吸器非装着」の意思決定を行っている場合の緩和ケアにおいて、呼吸障害、全身の苦痛等の身体症状をアセスメントし、ケア計画立案、実施、評価を行っている	70	76.1	1 ほとんどできていない	17	19.5	1 看護師の技術・能力不十分	4	21.1		
			2 あまりできていない	14	16.1	2 人員不足				
			3 まあできている	46	52.9	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	10	11.5	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	15	78.9		
36 「人工呼吸器非装着」の意思決定を行っている場合の緩和ケアにおいて、療養者と家族の心理的な苦痛をアセスメントし、ケア計画立案、実施、評価を行っている	69	75.0	1 ほとんどできていない	17	20.0	1 看護師の技術・能力不十分	7	31.8		
			2 あまりできていない	16	18.8	2 人員不足				
			3 まあできている	43	50.6	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	9	10.6	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	15	68.2		
37 「人工呼吸器非装着」の意思決定を行っている場合の緩和ケアにおいて、人工呼吸器装着に関する意思決定に変更が生じる場合や、入院を希望する場合があることに配慮し、希望にそった選択ができるよう支援計画の立案、実施、評価を行っている	69	75.0	1 ほとんどできていない	18	21.2	1 看護師の技術・能力不十分	4	21.1		
			2 あまりできていない	13	15.3	2 人員不足				
			3 まあできている	43	50.6	3 報酬や制度につながらない				
			4 とてもできている	11	12.9	4 チームの連携が不十分				
						5 その他	15	78.9		

2)年間利用者数および利用者の状態

	n	min	MAX	平均値	標準偏差
①:筋萎縮性側索硬化症	86	0	24	2.7	3.2
①':内人工呼吸器装着	71	0	10	1.4	2.0
②:多系統萎縮症	66	0	12	0.8	1.7
②':内、気管切開	61	0	5	0.5	0.9
③:大脳皮質基底核変性症	80	0	5	1.4	1.3
③':内、気管切開	52	0	5	0.6	1.1
④:進行性筋ジストロフィー	48	0	2	0.1	0.4
④':内、人工呼吸器装着	32	0	1	0.0	0.2

調査票B-3（認知症ケア）集計

1)専門特化事業所としての体制

	重要である	
	n	%
1 非認知症利用者に対し、必要に応じて認知症スクリーニングを行い、認知症の早期把握、早期対処に努めている	76	80.0
2 利用者自身の認知症に対する認識や受容、今後の意向について可能な限りアセスメントを行い、それに基づき支援の方向性を検討している	84	88.4
3 利用者の認知機能障害について適切なスケールを用いて経時的にアセスメントを行い、それに基づき適切に支援している	81	85.3
4 利用者の行動・心理徴候(BPSD)について経時的にアセスメントを行い、それに基づき予防・軽減のための支援をしている	80	84.2
5 利用者のセルフケア(食事、排泄、更衣、整容、入浴等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・低下軽減のための支援している	86	90.5
6 利用者のIADL(金銭管理、家事、外出等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・低下軽減のための支援をしている	85	89.5
7 利用者の1日24時間の生活時間リズムや生活パターンについてアセスメントを行い、それに基づき安定した日課の継続のための支援をしている	83	87.4
8 利用者の生活環境(日中生活場所や就寝場所等)の安全性、安楽性についてアセスメントを行い、それに基づき適切な生活環境のための調整をしている	85	89.5
9 利用者の人的環境(日頃関わる人々との関係や頻度等)についてアセスメントを行い、それに基づき馴染みの関係の継続を支援している	84	88.4
10 利用者が不安感を抱いたり、混乱を来したりするような刺激や内容についてアセスメントし、それらを回避するよう努めている	88	92.6
11 利用者が安心感を得られたり、自信を得られたりするような話題や内容についてアセスメントし、それらをケアに活用するよう努めている	87	91.6
12 利用者に今後起こりうる潜在的な生活リスク(廃用症候群、事故等)について予測を行い、それに基づき予防的支援に努めている	87	91.6
13 利用者の薬物療法の効果および副作用、ならびに服薬管理方法についてアセスメントを行い、主治医との密接な連携のもとで調整している	88	92.6
14 家族介護者の心身の健康状況ならびに介護負担感についてアセスメントを行い、それに基づき適切な相談・助言をしている	88	92.6
15 家族介護者の認知症にかかる介護技術や知識についてアセスメントを行い、それに基づき適切な指導・助言をしている	88	92.6
16 家族介護者の認知症に対する認識や受容、虐待のリスクについてアセスメントを行い、それらに基づき介護破綻や虐待を予防するよう支援している	86	90.5
17 利用者や家族介護者の状況等に応じて緊急的もしくは一時的に利用者が入所(入院)できる地域の受入機関について確認している	86	90.5
18 主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	88	92.6
19 担当ケアマネジャーと情報の交換を行い、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	87	91.6
20 関係職種のサービスチームと会議等を行い、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	87	91.6

項目1の事業所の状況		
	n	%
1 ほとんどできていない	21	25.3
2 あまりできていない	25	30.1
3 まあできている	32	38.6
4 とてもできている	5	6.0

項目1の「できていない」理由		
	n	%
1 看護師の技術・能力不十分	18	52.9
2 人員不足	10	29.4
3 報酬や制度につながらない	1	2.9
4 チームの連携が不十分	2	5.9
5 その他	3	8.8

調査票B-3（認知症ケア 利用者データ） 集計

1)利用者の状況

(1)性別×年齢

	性別	
	n	%
男	53	22.6
女	180	76.6
合計	233	99.1
欠損値	2	0.9
	235	100.0

	年齢(歳)	
	平均値	標準偏差
男	80.8	7.0
女	83.5	8.1
合計	82.9	7.9
欠損値	2	0.9
	235	100.0

(2)認知症分類

	n	%
アルツハイマー型	84	36.4
血管型	77	33.3
混合型	37	16.0
その他	33	14.3
合計	231	100.0
欠損値	4	
	235	

(3)要介護度

	n	%
要支援	5	2.2
要介護1	45	19.6
要介護2	47	20.4
要介護3	39	17.0
要介護4	42	18.3
要介護5	50	21.7
その他	2	0.9
合計	230	100.0
欠損値	5	
	235	

(4)認知症度

	n	%
ランクⅠ	11	5.0
ランクⅡ	71	32.1
ランクⅢ	77	34.8
ランクⅣ	49	22.2
ランクⅤ	13	5.9
合計	221	100.0

(6)日常生活自立度

	n	%
ランクJ	53	23.0
ランクA	80	34.8
ランクB	56	24.3
ランクC	35	15.2
障害なし	6	2.6
合計	230	100.0
欠損値	5	
	235	

(5)BPSD(DBDスケール全項目に有効回答のあった者のみ)

DBD各項目別の分布 n=199

	%					平均値	標準偏差
	0	1	2	3	4		
1 同じこと何度も聞く	12.6	12.6	18.1	31.2	25.6	2.4	1.3
2 よく物をなくす	17.6	16.6	24.1	24.1	17.6	2.1	1.3
3 日常的な物事に関心を示さない	7.5	17.6	24.6	29.1	21.1	2.4	1.2
4 夜中に起き出す	22.6	32.7	22.1	17.1	5.5	1.5	1.2
5 根拠なしに人に言いがかりをつける	38.2	28.6	16.6	10.1	6.5	1.2	1.2
6 昼間、寝てばかりいる	15.6	25.1	26.6	22.1	10.6	1.9	1.2
7 やたらに歩き回る	41.2	32.2	13.6	10.1	3.0	1.0	1.1
8 同じ動作をいつまでも繰り返す	31.2	33.2	16.1	14.1	5.5	1.3	1.2
9 口汚くののしる	42.2	29.6	13.6	9.0	5.5	1.1	1.2
10 場違い・不適切な服装をする	38.7	30.7	16.1	9.5	5.0	1.1	1.2
11 不適切に泣いたり笑ったりする	33.2	40.7	13.6	7.0	5.5	1.1	1.1
12 世話をされるのを拒否する	21.6	23.1	30.2	16.6	8.5	1.7	1.2
13 明らかな理由なしに物を貯めこむ	39.7	38.2	12.1	8.5	1.5	0.9	1.0
14 落ち着きなくあるいは興奮	37.2	34.2	16.6	8.5	3.5	1.1	1.1
15 引き出しの中味を出してしまう	51.3	33.7	7.5	5.5	2.0	0.7	1.0
16 夜中に家の中を歩き回る	47.2	29.6	13.6	7.0	2.5	0.9	1.1
17 家の外に出て行ってしまう	49.7	27.6	13.6	6.5	2.5	0.8	1.0
18 食事を拒否する	42.2	33.2	18.6	5.5	0.5	0.9	0.9
19 食べ過ぎる	34.2	34.7	16.6	8.0	6.5	1.2	1.2
20 尿失禁する	18.1	25.1	13.6	18.6	24.6	2.1	1.5
21 日中、目的なく歩き回る	47.7	35.7	9.5	6.0	1.0	0.8	0.9
22 暴力をふるう	60.8	23.1	8.0	4.0	4.0	0.7	1.1
23 理由なく金切声をあげる	59.3	26.1	6.0	5.5	3.0	0.7	1.0
24 不適切な性的関係をもとうとする	85.4	12.6	0.5	1.5		0.2	0.5
25 陰部を露出する	85.4	14.6				0.1	0.4
26 衣服や器物を破ったり壊したりする	76.4	16.6	5.0	1.5	0.5	0.3	0.7
27 大便を失禁する	42.2	18.1	11.6	9.0	19.1	1.4	1.6
28 食物を投げる	75.4	19.6	2.0	1.5	1.5	0.3	0.7

0:まったくない 1:ほとんどない 2:ときどきある 3:よくある 4:常にある

(7)利用期間

	n	%
1年未満	89	39.2
1～2年	49	21.6
2～3年	25	11.0
3～4年	22	9.7
4～5年	16	7.0
5～10年	23	10.1
10年以上	3	1.3
合計	227	100.0
欠損値	8	
	235	

(8)1カ月間訪問回数

	n	%
4回まで	130	55.8
5回～8回まで	70	30.0
9回～12回まで	23	9.9
13回以上	10	4.3
合計	233	100.0
欠損値	2	
	235	

2) ケアの提供状況

n=235

	n				%			
	1 ほとんどできていない 2 あまりできていない 3 まあできている 4 とてもできている							
	1	2	3	4	1	2	3	4
2 利用者自身の認知症に対する認識や受容、今後の意向について可能な限りアセスメントを行い、それに基づき支援の方向性を検討している	14	25	162	28	6.1	10.9	70.7	12.2
3 利用者の認知機能障害について適切なスケールを用いて経時的にアセスメントを行い、それに基づき適切に支援している	37	80	97	15	16.2	34.9	42.4	6.6
4 利用者の行動・心理徴候(BPSD)について経時的にアセスメントを行い、それに基づき予防・軽減のための支援をしている	21	63	129	16	9.2	27.5	56.3	7.0
5 利用者のセルフケア(食事、排泄、更衣、整容、入浴等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・低下軽減のための支援している	2	13	172	42	0.9	5.7	75.1	18.3
6 利用者のIADL(金銭管理、家事、外出等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・低下軽減のための支援をしている	15	44	140	27	6.6	19.5	61.9	11.9
7 利用者の1日24時間の生活時間リズムや生活パターンについてアセスメントを行い、それに基づき安定した日課の継続のための支援をしている	5	44	146	34	2.2	19.2	63.8	14.8
8 利用者の生活環境(日中生活場所や就寝場所等)の安全性、安索性についてアセスメントを行い、それに基づき適切な生活環境のための調整をしている	1	24	168	35	0.4	10.5	73.7	15.4
9 利用者の人的環境(日頃関わる人々との関係や頻度等)についてアセスメントを行い、それに基づき馴染みの関係の継続を支援している	1	24	164	39	0.4	10.5	71.9	17.1
10 利用者が不安感を抱いたり、混乱を来したりするような刺激や内容についてアセスメントし、それらを回避するよう努めている		12	170	46		5.3	74.6	20.2
11 利用者が安心感を得られたり、自信を得られたりするような話題や内容についてアセスメントし、それらをケアに活用するよう努めている		13	172	43		5.7	75.4	18.9
12 利用者に今後起こりうる潜在的な生活リスク(廃用症候群、事故等)について予測を行い、それに基づき予防的支援に努めている	1	20	171	38	0.4	8.7	74.3	16.5
13 利用者の薬物療法の効果および副作用、ならびに服薬管理方法についてアセスメントを行い、主治医との密接な連携のもとで調整している	3	19	151	53	1.3	8.4	66.8	23.5
14 家族介護者の心身の健康状況ならびに介護負担感についてアセスメントを行い、それに基づき適切な相談・助言をしている	3	9	170	45	1.3	4.0	74.9	19.8
15 家族介護者の認知症にかかる介護技術や知識についてアセスメントを行い、それに基づき適切な指導・助言をしている	5	27	152	43	2.2	11.9	67.0	18.9
16 家族介護者の認知症に対する認識や受容、虐待のリスクについてアセスメントを行い、それらに基づき介護破綻や虐待を予防するよう支援している	7	37	145	35	3.1	16.5	64.7	15.6
17 利用者や家族介護者の状況等に応じて緊急的もしくは一時的に利用者が入所(入院)できる地域の受入機関について確認している	7	33	131	56	3.1	14.5	57.7	24.7
18 主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	3	16	129	81	1.3	7.0	56.3	35.4
19 担当ケアマネジャーと情報の交換を行い、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1	15	129	85	0.4	6.5	56.1	37.0
20 関係職種のサービスチームと会議等を行い、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	7	41	127	54	3.1	17.9	55.5	23.6

付録

(第一次調査依頼状)

平成18年1月11日

(社) 全国訪問看護事業協会 会員
訪問看護ステーション管理者 各位

(社) 全国訪問看護事業協会
会長 相川 宗一

平成17年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業

訪問看護ステーションにおけるサービス提供に関する調査へのご協力のお願い

当協会では、平成17年度厚生労働省老人保健健康増進等事業として、標記の調査研究事業を実施することとなりました。本事業では、訪問看護サービスにおける特定の領域に着目し、より質の高いサービス提供のあり方を検討することを目的としています。本年度は、特にニーズの高い、緩和ケア、難病ケア、認知症ケアをとりあげ、訪問看護ステーションにおけるそれらの提供実態を把握するとともに、より質の高いサービス提供のための体制整備に向けての検討を行うこととしております。

本調査はその第1段階として、全国の訪問看護ステーションにおける、これらの領域のサービス提供の現状を把握するためのものです。

ご多用中とは存じますが、訪問看護サービスの充実・推進のために、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業
主任研究者／聖路加看護大学看護実践開発研究センター 川越博美
主任研究者（代理）／東京大学大学院医学系研究科 田高悦子

次頁にご記入・ご回答いただき、
1月17日(火)までに、FAXにてご返送ください

返送 FAX 番号:03-3351-5938

返送 F A X 番号 : 0 3 - 3 3 5 1 - 5 9 3 8

都道府県名 _____ ステーション名 _____

1. 貴ステーションは、以下の領域において、該当する利用者数が相当数いる、積極的に受け入れている、得意としている等の観点から、特に専門的な訪問看護を提供していますか。該当する領域について、当てはまるもの全てに○をつけてください。

(1) () 難病ケア：筋萎縮側索硬化症、進行性筋ジストロフィーなど呼吸管理を必要とする神経・筋疾患をもつ人々へのケアで、在宅人工呼吸療養等実施者に対する専門的呼吸ケアなども含むもの

(2) () 緩和ケア：末期の状態の方へのケア、すなわち、治癒を目指した治療に反応せず、進行性かつ治癒困難又は治癒不能と考えられる状態の方へのケア

(3) () 認知症ケア：認知症の診断を有しているか、あるいは一定の認知症症状（認知機能障害ならびに周辺症状）を有している利用者に対するケア

※ ○をつけていただいたステーションには、専門的な訪問看護の提供実態に関する調査（2月上旬実施予定）にご参加いただきたいと考えております。良質のサービスの確保・充実のために、ぜひ、ご協力ください。

2. 訪問看護の多様な領域の中で、今後、専門性の充実がより求められるものにはどのようなものがあるでしょうか。以下から、その優先性が高いとお考えのもの全てに○をつけてください。

(1) () 医療依存度の高い利用者へのサービス

(2) () リハビリテーション・サービス

(3) () 小児である利用者へのサービス

(4) () 精神疾患の利用者へのサービス

(5) () 重度障害者・児へのサービス

(6) () その他 ()
具体的にお書きください

ご協力いただきましてありがとうございました

お問合せ先：(社) 全国訪問看護事業協会 木全 (TEL 03-3351-5898)

(第二次調査依頼状)

平成 16 年 3 月 17 日

訪問看護ステーション 管理者 各位

(社) 全国訪問看護事業協会
会 長 相 川 宗 一

平成17年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
「専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業」

アンケートへのご協力のご依頼

拝啓

早春の候、時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。また先日は、FAX によるアンケートにご協力を頂き、誠にありがとうございました。

先のアンケート調査の実施の際にもご説明しましたように、全国訪問看護事業協会では、厚生労働省の補助(※1)を受け「専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業」(※2)を進めています。本研究では、訪問看護サービスにおける特定の領域に着目し、より質の高いサービス提供のあり方を検討することを目的とし、特にニーズの高い、緩和ケア、難病ケア、認知症ケアをとりあげ、訪問看護ステーションにおけるそれらの提供実態を把握するとともに、より質の高いサービス提供のための体制整備に向けての検討を行うこととしております。先のアンケート調査の結果を受けまして、より細かな実態を把握するとともに検討をさらに深めるため、この度、本調査の実施を企画いたしました。つきましては、本調査の主旨にご理解を賜り、ご協力くださいますようお願いいたします。

年度末のご多用中、誠に恐縮ですが同封の調査票にご記入の上、返信用封筒にて **3月24日(金)** までに本会宛にご返送をくださいますようお願い申し上げます。

ご回答頂いた内容は統計的に処理され、事業所および利用者個人が特定される形で公表されることはございません。また、本研究以外の目的で使用されることもありません。また、都合によりご協力いただけない場合、たいへん残念ではありますが、そのことにより不利益は被ることは一切ありません。

本調査は本年 4 月から開始となる「介護保険サービスの情報の公表制度」と併せて、訪問看護ステーションの機能を利用者の方々などに広く理解していただくための貴重な資料となります。細かい調査票となっており誠に恐縮ですが、何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。

敬具

※1 平成17年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

※2 主任研究者:川越博美 聖路加看護大学実践開発研究センター 主任研究者代理: 田高悦子 東京大学大学院医学系研究科

記

<送付内容>

- 1) 訪問看護ステーションにおける専門性の高い訪問看護サービス提供の実態調査 第二次調査 調査票 1 部
※ 調査票 B:「認知症ケア」の専門的サービスは、「緩和ケア」、「難病ケア」と異なる形式となっておりますので、ご注意ください。
- 2) 返信用封筒

以上

【照会先】(社)全国訪問看護事業協会 担当: 木全 (きまた)
TEL 03-3351-5898 FAX 03-3351-5938

専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業

訪問看護ステーションにおける専門性の高い訪問看護サービス提供の実態調査
第二次調査 調査票

本調査の主旨をご理解いただき、ご協力いただけます場合は、以下にご署名いただき、「調査票の構成と回答方法について」をご一読のうえ、ご回答ください。

専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業 訪問看護ステーションにおける専門性の高い訪問看護サービス提供の実態調査
第二次調査への回答に同意します。

平成 18 年 3 月 日

事業所名 _____

管理者名 _____

調査票の構成と回答方法について

- ☐ 本調査票は、調査票A、調査票B:緩和ケア、B:難病ケア、B:認知症ケア、の4つの部分から構成されています。
- ☐ 調査票A(p2～p4)は、全ての事業所にご記入ください。
- ☐ 調査票Bは、貴事業所宛封筒の宛名ラベル下部に印刷された内容に従って、該当する事業所にご記入ください。

ラベル下部に…

「緩和ケア」と印刷されている場合 → 調査票B:緩和ケア(p5～p6)にご回答ください。

「難病ケア」と印刷されている場合 → 調査票B:難病ケア(p7～p9)にご回答ください。

「認知症ケア」と印刷されている場合 → 調査票B:認知症ケア(p10～p15)にご回答ください。

例:宛名ラベル下部に、「難病ケア 認知症ケア」と印刷されている場合

→「調査票B:難病ケア」「調査票B:認知症ケア」の両方にご回答下さい。

調査内容に関するお問い合わせ先:(社)全国訪問看護事業協会 担当:木全(きまた) TEL 03-3351-5898 FAX 03-3351-5938

調査票A：全ての事業所がご記入ください

1)事業所の概要

(1)事業開始年月	昭和・平成 年 月				
(2)開設主体	1 都道府県 2 市区町村 3 広域連合・一部事務組合 4 日本赤十字社・社会保険関係団体 5 医療法人 6 医師会 7 看護協会 8 社団・財団法人(医師会・看護協会以外)	9 社会福祉協議会 10 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 11 農業協同組合及び連合会 12 消費生活協同組合及び連合会 13 営利法人(株式・合名・合資・有限会社) 14 特定非営利活動法人(NPO) 15 その他法人	(3)併設施設 (当てはまるものの全てに○)	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 3以外の病院・診療所 5 訪問看護ステーション	6 居宅介護支援事業所 7 ヘルパーステーション 8 上記以外の居宅介護サービス事業所 9 その他 ()
(4)管理体制	介護報酬 診療報酬		2 特別管理加算の届出 2 重症者管理加算の届出		

2)従事者の状況

(1)従事者数	常勤者				非常勤者			
	人数 *2	緩和ケア	難病ケア	認知症ケア	人数 *2	緩和ケア	難病ケア	認知症ケア *3
看護師*1								
准看護師								
(2)専門性*4	1で、「以下の領域を得意とする看護師」と判断した理由(○○の研修を受けた、△△の経験がある…等)を、ご自由にお書きください。 緩和ケア 難病ケア 認知症ケア							

*1 看護師:保健師・助産師を含む人数を計上してください。

*2 人数:1月31日現在の看護師数を計上してください。出張所等のあるステーションにおいては、その数も含めて計上してください。常勤者には、併設施設・事業所の勤務を兼ねる者(兼務)も含めて計上してください。兼務および非常勤者については、貴ステーションでの勤務時間を、貴ステーションの所定勤務時間で除した数値を、四捨五入し小数点第1位まで計上してください。

*3 以下の領域を得意とする看護師(再掲):貴ステーションに在籍する看護師のうち、当該専門領域の訪問看護の経験がある、研修を受講したことがある等で、当該領域の訪問看護を得意とすると考えられる看護師につき、その実人数を計上してください。封筒の宛名ラベルに書かれている専門領域(緩和ケア、難病ケア、認知症ケア)についてのみ記入してください。各専門領域の定義は以下の通りです。

・認知症ケア:認知症の診断を有しているか、あるいは一定の認知症症状(認知機能障害ならびに周辺症状)を有している利用者に対するケア

・緩和ケア:末期の状態の方へのケア、すなわち、治癒を目指す治療に反応せず、進行性かつ治癒困難又は治癒不能と考えられる状態の方へのケア

・難病ケア:筋萎縮側索硬化症、進行性筋ジストロフィーなど呼吸管理を必要とする神経・筋疾患をもつ、主として成人へのケアで、在宅人工呼吸療養等実施者に対する専門的呼吸ケアなども含むもの

*4 専門性:該当する専門領域についてのみご回答ください。

3) サービス提供の状況

平成 18 年 1 月中の利用者実人数および訪問回数、介護保険による訪問、健康保険等による訪問、その他に分けて計上してください。

利用者実人数: 介護保険法による訪問看護を受けている利用者が何らかの事由により健康保険法等や自費による訪問看護を受けた場合、その利用者は「介護保険」欄に計上してください。「医療保険等」には、介護保険法による訪問看護を 1 度も利用せず健康保険法等のみを利用する者について計上してください。「その他」には、介護保険・医療保険の給付を受けていない利用者と、1 月中の全ての訪問看護を自費により受けた者および市町村事業による者を計上してください。

訪問回数: 1 月中の全ての訪問について、介護保険、健康保険等、その他に分けて計上してください。介護保険法による訪問を受けている利用者について、保険適用外の訪問看護を自費により行ったり、急性増悪により医療保険による訪問看護を行った場合には、それぞれ該当する欄に計上してください。

介護保険法の利用者 その他: 要介護認定を申請中の利用者を計上してください。

サービスの提供状況 (平成 18 年 1 月実績)		①介護保険法							③その他	④合計
		要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他		
(再掲)	訪問目的が緩和ケアである者									
	訪問目的が認知症ケアである者									
	訪問目的が難病ケアである者									
訪問回数 (延回数)										
(再掲)	訪問目的が緩和ケアである者									
	訪問目的が認知症ケアである者									
	訪問目的が難病ケアである者									

4) 専門特化事業所としての体制

①各項目について、専門領域のケア提供を行う事業所にとっての重要性を、「○ 重要である」、「× 重要でない」でご記入ください。
 ②各項目について、貴事業所の状況を 1.:ほとんどできていない 2.:あまりできていない 3.:まあできていない 4.:とてもできている 4段階で評価し、○をつけてください。また、「1」または「2」と回答した場合は、その理由をご自由にお書きください。

項目	解釈・確認方法	重要性	事業所の状況	「できていない」理由
1 事業所の理念・運営方針	事業所としての理念または基本方針が明文化されていること。また、それが職員・利用者に明示されていること(事業所内掲示・パンフレット等への記載等)。		1 2 3 4	
2 理念・運営方針に基づく組織図	事業所の組織図があること。また、実態に即していること。		1 2 3 4	
3 専門領域のケア提供の方針	訪問看護の基準(看護基準、看護業務マニュアル、プロトコル、ガイドライン等)の中で、当該領域のケア提供の基本的な考え方が記載されていること。		1 2 3 4	
4 専門性を有す看護師の配置	当該領域についての研修を受けた看護師が雇用されている。また、その処遇(責任・権限の賦与、適切な給与体系等)に配慮されていること。		1 2 3 4	
5 専門領域の知識・技術の向上	専門性を有す看護師が当該領域の知識・技術の向上を行うための研修が計画的になされていること(研修計画の有無)。		1 2 3 4	
6 専門領域のケア実践の支援	専門性を有す看護師が外部識者から助言・指導や協力を得る体制があること。		1 2 3 4	
7 専門領域のケアに関する助言・指導	専門性を有する訪問看護師または外部識者による職員に対する助言・指導・協力体制があること。		1 2 3 4	
8 専門領域のケアのプロトコル	当該領域のケアのプロトコル、基準・手順、業務マニュアル等があること。		1 2 3 4	
9 専門的ケアの 24 時間の提供体制	当該領域のケア利用者に対して緊急時の訪問体制があること(仕組みと実績)。		1 2 3 4	
10 職員の負担軽減に配慮したスケジューリング	職員の身体心理的負担に配慮したスケジューリングを行っていること。		1 2 3 4	
11 サービス評価の体制	当該領域のケアに関してカンファレンス、自己点検、プロトコルの見直し等の活動が定例的に(計画的に)なされていること。		1 2 3 4	
12 地域その他機関への支援	当該領域に関して、他機関から研修・実習を受け入れる体制があること。または、必要に応じて他機関に助言・指導等を行う体制があること。(いずれも実績から評価)		1 2 3 4	
13 専門領域のケアに関する情報の整備・発信	当該領域に関する最新の情報を入手する体制のあること。また、整備した情報、実績等を発信する体制のあること。		1 2 3 4	
14 専門領域のケアの普及・啓発	当該領域に関して地域住民等からの相談に対応していること(実績がある)。地域住民、サービス提供機関を対象とした広報活動が行われていること(情報媒体がある)。		1 2 3 4	

調査票B:緩和ケアの専門的サービス

封筒の宛名ラベル下部に「緩和ケア」と印刷されている事業所がご回答ください

1)専門特化事業所としての体制

(1)以下の項目についてお答えください。

- ①各項目について、緩和ケア領域のケア提供を行う事業所にとっての重要性を、「○ 重要である」、「× 重要でない」でご記入ください。
 ②各項目について、貴事業所の状況を 1:ほとんどできていない 2:あまりできていない 3:まあできていない 4:段階で評価し、○をつけてください。
 ③②で「1」または「2」と回答した場合は、最もあてはまる理由を 1～5 から1つ選んでください。15 その他」を選んだ場合は具体的に記入してください。

項目	重要性	事業所の状況	「できていない」理由				
			1 看護師の技術・能力不十分	2 人員不足	3 報酬や制度につながらない	4 チームの連携が不十分	5 その他
1 痛みをスケールを用いて定期的にあセスメントし、記載している			1	2	3	4	
2 痛みの管理がマニュアルやWHOの除痛管理ラダーに基づいてできる			1	2	3	4	
3 痛み以外の身体症状(全身倦怠感、悪心・嘔吐、便秘・下痢、浮腫、呼吸困難等)を定期的にアセスメントし、記載している			1	2	3	4	
4 痛み以外の身体症状の管理がマニュアルに基づいてできる			1	2	3	4	
5 精神症状(せん妄、抑うつ、不安、不眠等)を定期的にアセスメントし、記載している			1	2	3	4	
6 精神症状の管理がマニュアルに基づいてできる			1	2	3	4	
7 アロマセラピー、リラクゼーション、セラピューティックタッチなどの代替ケアを積極的に取り入れ、実施している			1	2	3	4	
8 日常生活に関するセルフケア能力を定期的にアセスメントし、必要時サードピスを導入している			1	2	3	4	
9 家族の介護・ケア能力について定期的にアセスメントし、記載している			1	2	3	4	
10 家族に対して介護・ケアの方法についてマニュアルを用いて指導している			1	2	3	4	
11 家族に現在起こっている痛みやその他の症状について説明している			1	2	3	4	
12 家族に適切な時期を見計らって死までの経過説明を説明している			1	2	3	4	
13 遺族のグリーフケアを実施している			1	2	3	4	
14 本人の死亡場所の希望を確認し、記載している			1	2	3	4	
15 家族の死亡場所の希望を確認し、記載している			1	2	3	4	
16 本人が予後や死への不安について表出する機会をつくることできる			1	2	3	4	
17 家族が予後や死への不安について表出する機会をつくることできる			1	2	3	4	
18 麻薬を扱うかかりつけ医と連携を取ることができ			1	2	3	4	

調査票B: 難病ケアの専門的サービス

封筒の宛名ラベル下部に「難病ケア」と印刷されている事業所がご回答ください

1) 専門特化事業所としての体制

- (1) 以下の項目についてお答えください。
 ① 各項目について、難病ケア領域のケア提供を行う事業所にとつての重要性を、「○ 重要である」、「× 重要でない」でご記入ください。
 ② 各項目について、貴事業所の状況を 1: ほとんどできていない 2: あまりできていない 3: まあできていない 4: とてもできていない 5: 4 段階で評価し、○をつけてください。
 ③ ②で「1」または「2」と回答した場合は、最もあてはまる理由を 1～5 から1つ選んでください。、また、よろしければその理由をお書きください。

項目	重要性	事業所の状況	「できていない」理由				
			1 看護師の技術・能力不十分	2 人員不足	3 報酬や制度につながらない	4 チームの連携が不十分	5 その他
1 利用者と家族のニーズに応じて 1 日に複数回等の訪問看護ができる体制を整えることができる		1 2 3 4			その理由		
2 専門医、かかりつけ医、訪問看護事業所、訪問介護事業所、通所施設、医療機器メーカー等と情報交換を図る連携体制がある		1 2 3 4					
3 難病対策、身障制度、介護保険等の制度を活用する窓口との連携体制がある		1 2 3 4					
4 フィジカルアセスメントに必要な機器類(パルスオキシメーター、換気量計、ピークフローメーター等)を必要に応じて利用できる (* 医療機関や医療機器メーカーからの借用体制も含む)		1 2 3 4					
5 病状進行について定期的にアセスメントし、記載している		1 2 3 4					
6 疾病に対する認識・理解について定期的にアセスメントし、必要に応じて情報提供の計画立案、実施、評価を行っている		1 2 3 4					
7 経管栄養(経鼻、胃ろう)、気管切開、人工呼吸療法の実施に関わる意思決定を支援し、記載している		1 2 3 4					
8 療養の場の選択に関わる意思決定を支援し、記載している		1 2 3 4					
9 疾病とともに生きることや、予後、死について表出する機会をつくっている		1 2 3 4					
10 随意運動障害、運動失調、パーキンソンズム、不随意運動、失行、筋萎縮、筋力低下などの症状を定期的にアセスメントし、それに基づきケア計画の立案、実施、評価を行っている		1 2 3 4					
11 側彎、筋萎縮、筋力低下等による姿勢保持障害を定期的にアセスメントし、それに基づきケア計画の立案、実施、評価を行っている		1 2 3 4					
12 疾患特性に応じて呼吸障害(呼吸筋麻痺、声帯外転麻痺、夜間無呼吸症候群等)を定期的にアセスメントし、それに基づきケア計画の立案、実施、評価を行っている		1 2 3 4					
13 専門的気道ケア(排痰介助、スクウィーピング、吸引、口腔や気道の分泌物の管理等)や、胸部可動域の維持についての、計画の立案、実施、評価を定期的に行っている		1 2 3 4					

14	疾患特性に応じて嚥下障害(球麻痺、仮性球麻痺、舌萎縮等)を定期的にアセスメントし、それに基づき、ケア計画の立案、実施、評価を定期的に行っている		1	2	3	4		
15	疾患特性に応じてコミュニケーション障害を定期的にアセスメントし、コミュニケーション方法(透明文字盤、意思伝達装置、スイッチの選定等)の助言・導入・指導、計画立案、実施、評価を定期的に行っている		1	2	3	4		
16	自律神経障害(起立性低血圧、排尿排便障害、体温調節障害等)を定期的にアセスメントし、それに基づいたケア計画立案、実施、評価を定期的に行っている		1	2	3	4		
17	前述以外の身体症状について定期的にアセスメントし、ケア計画立案、実施、評価している		1	2	3	4		
18	精神症状(幻覚、せん妄、抑うつ、不安、不眠等)について、原因(薬の副作用、身体症状の進行、心理的要因等)を定期的にアセスメントし、ケア計画立案、実施、評価している		1	2	3	4		
19	安全で安楽な外出の計画立案、実施、評価を実施している		1	2	3	4		
20	医療依存度、セルフケア能力、介護力等に応じた、必要なサービス利用を支援している		1	2	3	4		
21	安全性、プライバシー、ケアのしやすさ等を考慮した住環境の定期的なアセスメント、整備計画の立案、実施、評価を行っている		1	2	3	4		
22	療養者の生活の質(QOL)について定期的にアセスメントし、QOL向上の計画立案、実施、評価を行っている		1	2	3	4		
23	医療処置管理(人工呼吸療法、気管カニューレ管理、気管内吸引、経管栄養法等)をプロトコール等の基準に基づき実施している		1	2	3	4		
24	家族による介護内容について、必要な知識や技術についての定期的な確認や、家族からの相談を受けることについての計画立案、実施、評価を行っている		1	2	3	4		
25	「家族以外の者」(ヘルパー等、医師・看護師以外)による「たんの吸引」やケアについて、必要な知識や技術についての定期的な確認や、それらの人々から相談を受けることについての計画立案、実施、評価を行っている		1	2	3	4		
26	人工呼吸器、吸引器等医療機器の、日常管理、定期的なメンテナンスの計画立案、実施、評価を行っている		1	2	3	4		
27	衛生材料や医療機器付属物等が、医療機関から適切に供給されていることを定期的に確認し、必要な連携や体制整備を行っている		1	2	3	4		
28	家族の身体的、心理的、社会的負担を定期的にアセスメントし、それに基づき支援計画の検討や、実施、評価を行っている		1	2	3	4		
29	家族の生活の質を向上させるための支援についての情報収集を行い、継続的に支援計画の検討や支援の立案、実施、評価を行っている		1	2	3	4		
30	「疾病の遺伝」に関する相談や、心理的・社会的負担の理解や負担軽減についての計画立案、実施、評価を行っている		1	2	3	4		
31	入退院時や在宅療養継続時に、関係機関(者)からなる支援チームは、定期的に療養方針やケア計画内容について記載されたものを共有し、カンファレンスなどをつづじてそれらについて検討し、計画の修正等を行っている		1	2	3	4		

調査票B: 認知症ケアの専門的サービス:

封筒の宛名ラベル下部に「認知症ケア」と印刷されている事業所がご回答ください

【1】専門特化事業所としての体制

- (1) 以下の各項目についてお答えください。
① 各項目については、認知症ケア領域のケア提供を行う事業所にとつての重要性を、「○ 重要である」、「× 重要でない」でご記入ください。
② 項目1については、貴事業所の状況を 1: ほとんどできていない 2: あまりできていない 3: まあできている 4: とてもできている 5: すべてできている 6: その他でご記入ください。
③ ②で「1」または「2」に回答した場合は、最もあてはまる理由を 1～5 から1つ選んでください。15 その他を選んだ場合は具体的に記入してください。

項目	重要性	事業所の状況					「できていない」理由				
		1	2	3	4		1 看護師の技術・能力が不十分	2 人員不足	3 報酬や制度につながらない	4 チームの連携が不十分	5 その他
1 非認知症利用者に対し、必要に応じて認知症スクリーニングを行い、認知症の早期把握、早期対処に努めている											
2 利用者自身の認知症に対する認識や受容、今後の意向について可能な限りアセスメントを行い、それに基づき支援の方向性を検討している											
3 利用者の認知機能障害について適切なスケールを用いて経時的にアセスメントを行い、それに基づき適切に支援している											
4 利用者の行動・心理徴候(BPSD)について経時的にアセスメントを行い、それに基づき予防・軽減のための支援をしている											
5 利用者のセルフケア(食事、排泄、更衣、整容、入浴等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・低下軽減のための支援をしている											
6 利用者の IADL(金銭管理、家事、外出等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・低下軽減のための支援をしている											
7 利用者の1日24時間の生活リズムや生活パターンについてアセスメントを行い、それに基づき安定した日課の継続のための支援をしている											
8 利用者の生活環境(日中生活場所や就寝場所等)の安全性、安楽性についてアセスメントを行い、それに基づき適切な生活環境のための調整をしている											
9 利用者の人的環境(日頃関わる人々との関係や頻度等)についてアセスメントを行い、それに基づき馴染みの関係の継続を支援している											
10 利用者が不安感を抱いたり、混乱を来したりするような刺激や内容についてアセスメントし、それらを回避するよう努めている											
11 利用者が安心感を得られたり、自信を得られたりするような話題や内容についてアセスメントし、それらをケアに活用するよう努めている											
12 利用者に今後起こりうる潜在的な生活リスク(廃用症候群、事故等)について予測を行い、それに基づき予防的支援に努めている											
13 利用者の薬物療法の効果および副作用、ならびに服薬管理方法についてアセスメントを行い、主治医との密接な連携のもとで調整している											

14 家族介護者の心身の健康状況ならびに介護負担感についてアセスメントを行い、それに基づき適切な相談・助言をしている	
15 家族介護者の認知症にかかる介護技術や知識についてアセスメントを行い、それに基づき適切な指導・助言をしている	
16 家族介護者の認知症に対する認識や受容、虐待のリスクについてアセスメントを行い、それらに基づき介護破綻や虐待を予防するよう支援している	
17 利用者や家族介護者の状況等に応じて緊急的もしくは一時的に利用者が入所(入院)できる地域の受入機関について確認している	
18 主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	
19 担当ケアマネジャーと情報の交換を行い、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	
20 関係職種とのサービスチームと会議等を行い、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	

(2)以上 20 項目以外に、認知症ケアの専門特化事業所の体制について、重要と思われる事項、アピールしたい点があれば、ご自由にお書きください。

※次の頁にお進みください。

【2】専門領域のケアの提供状況

次頁以降は、貴事業所における、訪問の主たる目的が認知症ケアである利用者3名を選んでいただき、それぞれについて、ご回答ください。なお、対象者を無作為に抽出するため、利用者3名の選び方は、以下の方法に従ってください。

① 平成18年1月中に訪問を行った利用者を対象とします。

② 誕生日の日付が早い順(「1日」→「31日」)に、3名選んでください。同一誕生日(日付)の利用者がいる場合は、姓の50音順の早い順に選んでください。

調査票へのご記入にあたって：調査項目中、脚注のあるものについては、以下をご参照ください。

*1 年齢：1月最後の訪問日における年齢を書いてください。

*2 認知症分類：該当するものを選んでください。該当するものがない場合は「4 その他」を選択し、ご記入ください。

*3 要介護度：1月の最後の訪問日における利用者の要介護度について記入してください。「7 その他」には、要介護認定を受けて自立と判定された者、要介護認定を申請中の者、要介護認定を受けていない者、医療保険等を利用している者が該当します。

*4 認知症度：1月中の最後の訪問日における利用者の認知症度について、「認知症老人の日常生活自立度判定基準」により、該当する番号を○で囲んでください。

*5 DBDスケール：当該対象者について、最近1週間位の間に、以下の28症状が認められるかどうか、0～4(0:まったくなくない, 1:ほとんどなくない, 2:ときどきある, 3:よくある, 4:常にある)のいずれかに○をつけてお答え下さい。尺度の得点化のため、28症状すべてにお答え下さい。

*6 寝たきり度：1月中の最後の利用日における利用者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準について、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」により、該当する番号を○で囲んでください。身体状態はほぼ自立しているが、認知症のために介助を要す場合は「ランク」を選んでください。「5 障害なし」を選んでください。

*7 利用開始時期：利用開始時期：初めて貴ステーションを利用した年月を記入してください。入院、その他の理由で利用が一旦中断していた場合は、再び利用するようになった年月を記入してください。

*8 1月訪問回数：訪問回数：1月中に利用者が訪問看護を受けた回数の合計を記入してください。

**認知症ケア
利用者1**

1)利用者の状況

性別	1 男 2 女	年齢*1	()歳																																																																																																																																																																								
認知症分類*2	☐ アルツハイマー病(アルツハイマー性認知症) ☐ 血管性認知症 ☐ 混合型認知症 ☐ その他()																																																																																																																																																																										
要介護度*3	☐ 要支援 ☐ 要介護(1 2 3 4 5) ☐ その他																																																																																																																																																																										
認知症度*4	☐ ランク (I II III IV M)																																																																																																																																																																										
DBDスケール*5	<u>0:まったくない, 1:ほとんどない, 2:ときどきある, 3:よくある, 4:常にある</u> <table border="0"> <tr><td>1. 同じことを何度も何度も聞く</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>2. よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>3. 日常的な物事に興味を示さない</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>4. 特別な理由がないのに、夜中に起き出す</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>5. 根拠なしに人に言いがかりをつける</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>6. 昼間、寝てばかりいる</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>7. やたらに歩き回る</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>8. 同じ動作をいつまでも繰り返す</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>9. 口汚くののしる</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>10. 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>11. 不適切に泣いたり笑ったりする</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>12. 世話をされるのを拒否する</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>13. 明らかな理由なしに物を貯めこむ</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>14. 落ち着きなくあるいは興奮してやたらに手足を動かす</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>15. 引き出しや箆笥の中味をみんな出してしまう</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>16. 夜中に家の中を歩き回る</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>17. 家の外に出て行ってしまう</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>18. 食事を拒否する</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>19. 食べ過ぎる</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>20. 尿失禁する</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>21. 日中、目的なく屋外や屋内を歩き回る</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>22. 暴力をふるう(殴る、噛み付く、引っ掻く、蹴る、唾を吐きかける)</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>23. 理由なく金切声をあげる</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>24. 不適切な性的関係をもとうとする</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>25. 陰部を露出する</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>26. 衣服や器物を破ったり壊したりする</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>27. 大便を失禁する</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>28. 食物を投げる</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>			1. 同じことを何度も何度も聞く	0	1	2	3	4	2. よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	0	1	2	3	4	3. 日常的な物事に興味を示さない	0	1	2	3	4	4. 特別な理由がないのに、夜中に起き出す	0	1	2	3	4	5. 根拠なしに人に言いがかりをつける	0	1	2	3	4	6. 昼間、寝てばかりいる	0	1	2	3	4	7. やたらに歩き回る	0	1	2	3	4	8. 同じ動作をいつまでも繰り返す	0	1	2	3	4	9. 口汚くののしる	0	1	2	3	4	10. 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0	1	2	3	4	11. 不適切に泣いたり笑ったりする	0	1	2	3	4	12. 世話をされるのを拒否する	0	1	2	3	4	13. 明らかな理由なしに物を貯めこむ	0	1	2	3	4	14. 落ち着きなくあるいは興奮してやたらに手足を動かす	0	1	2	3	4	15. 引き出しや箆笥の中味をみんな出してしまう	0	1	2	3	4	16. 夜中に家の中を歩き回る	0	1	2	3	4	17. 家の外に出て行ってしまう	0	1	2	3	4	18. 食事を拒否する	0	1	2	3	4	19. 食べ過ぎる	0	1	2	3	4	20. 尿失禁する	0	1	2	3	4	21. 日中、目的なく屋外や屋内を歩き回る	0	1	2	3	4	22. 暴力をふるう(殴る、噛み付く、引っ掻く、蹴る、唾を吐きかける)	0	1	2	3	4	23. 理由なく金切声をあげる	0	1	2	3	4	24. 不適切な性的関係をもとうとする	0	1	2	3	4	25. 陰部を露出する	0	1	2	3	4	26. 衣服や器物を破ったり壊したりする	0	1	2	3	4	27. 大便を失禁する	0	1	2	3	4	28. 食物を投げる	0	1	2	3	4
1. 同じことを何度も何度も聞く	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
2. よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
3. 日常的な物事に興味を示さない	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
4. 特別な理由がないのに、夜中に起き出す	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
5. 根拠なしに人に言いがかりをつける	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
6. 昼間、寝てばかりいる	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
7. やたらに歩き回る	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
8. 同じ動作をいつまでも繰り返す	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
9. 口汚くののしる	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
10. 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
11. 不適切に泣いたり笑ったりする	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
12. 世話をされるのを拒否する	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
13. 明らかな理由なしに物を貯めこむ	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
14. 落ち着きなくあるいは興奮してやたらに手足を動かす	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
15. 引き出しや箆笥の中味をみんな出してしまう	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
16. 夜中に家の中を歩き回る	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
17. 家の外に出て行ってしまう	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
18. 食事を拒否する	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
19. 食べ過ぎる	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
20. 尿失禁する	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
21. 日中、目的なく屋外や屋内を歩き回る	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
22. 暴力をふるう(殴る、噛み付く、引っ掻く、蹴る、唾を吐きかける)	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
23. 理由なく金切声をあげる	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
24. 不適切な性的関係をもとうとする	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
25. 陰部を露出する	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
26. 衣服や器物を破ったり壊したりする	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
27. 大便を失禁する	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
28. 食物を投げる	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
7.寝たきり度*6	☐ ランク(J A B C) ☐ 傷害なし																																																																																																																																																																										
8.利用開始時期*7	平成()年()月																																																																																																																																																																										
9.1 月訪問回数*8	()回																																																																																																																																																																										

2)ケアの提供状況

(1) 当該対象者(利用者 1)に対する、各項目の実施状況を 1:ほとんどできていない 2:あまりできていない 3:まあできている 4:とてもできている の4段階で評価し、○をつけてください。

項目	実施状況			
1 利用者自身の認知症に対する認識や受容、今後の意向について可能な限りアセスメントを行い、それに基づき支援の方向性を検討している	1	2	3	4
2 利用者の認知機能障害について適切なスケールを用いて経時的にアセスメントを行い、それに基づき適切に支援している	1	2	3	4
3 利用者の行動・心理徴候(BPSD)について経時的にアセスメントを行い、それに基づき予防・軽減のための支援をしている	1	2	3	4
4 利用者のセルフケア(食事、排泄、更衣、整容、入浴等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・低下軽減のための支援している	1	2	3	4
5 利用者の IADL(金銭管理、家事、外出等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・低下軽減のための支援をしている	1	2	3	4
6 利用者の1日24時間の生活時間リズムや生活パターンについてアセスメントを行い、それに基づき安定した日課の継続のための支援をしている	1	2	3	4
7 利用者の生活環境(日中生活場所や就寝場所等)の安全性、安楽性についてアセスメントを行い、それに基づき適切な生活環境のための調整をしている	1	2	3	4
8 利用者の人的環境(日頃関わる人々との関係や頻度等)についてアセスメントを行い、それに基づき馴染みの関係の継続を支援している	1	2	3	4
9 利用者が不安感を抱いたり、混乱を来したりするような刺激や内容についてアセスメントし、それらを回避するよう努めている	1	2	3	4
10 利用者が安心感を得られたり、自信を得られたりするような話題や内容についてアセスメントし、それらをケアに活用するよう努めている	1	2	3	4
11 利用者に今後起こりうる潜在的な生活リスク(廃用症候群、事故等)について予測を行い、それに基づき予防的支援に努めている	1	2	3	4
12 利用者の薬物療法の効果および副作用、ならびに服薬管理方法についてアセスメントを行い、主治医との密接な連携のもとで調整している	1	2	3	4
13 家族介護者の心身の健康状況ならびに介護負担感についてアセスメントを行い、それに基づき適切な相談・助言をしている	1	2	3	4
14 家族介護者の認知症にかかる介護技術や知識についてアセスメントを行い、それに基づき適切な指導・助言をしている	1	2	3	4
15 家族介護者の認知症に対する認識や受容、虐待のリスクについてアセスメントを行い、それらに基づき介護破綻や虐待を予防するよう支援している	1	2	3	4
16 利用者や家族介護者の状況等に応じて緊急的もしくは一時的に利用者が入所(入院)できる地域の受入機関について確認している	1	2	3	4
17 主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1	2	3	4
18 担当ケアマネジャーと情報の交換を行い、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1	2	3	4
19 関係職種とのサービスチームと会議等を行い、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1	2	3	4

(2) 以上 19 項目以外に、当該利用者へ提供したケアで重要と思われるものがあれば、ご自由にお書きください。

**認知症ケア
利用者 2**

1)利用者の状況

性別	1 男 2 女	年齢^{*1}	()歳																																																																																																																																																																								
認知症分類^{*2}	☐ アルツハイマー病(アルツハイマー性認知症) ☐ 血管性認知症 ☐ 混合型認知症 ☐ その他()																																																																																																																																																																										
要介護度^{*3}	☐ 要支援 ☐ 要介護(1 2 3 4 5) ☐ その他																																																																																																																																																																										
認知症度^{*4}	☐ ランク (I II III IV M)																																																																																																																																																																										
DBDスケール^{*5}	<u>0:まったくない, 1:ほとんどない, 2:ときどきある, 3:よくある, 4:常にある</u> <table border="0"> <tbody> <tr><td>1. 同じことを何度も何度も聞く</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>2. よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>3. 日常的な物事に関心を示さない</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>4. 特別な理由がないのに、夜中に起き出す</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>5. 根拠なしに人に言いがかりをつける</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>6. 昼間、寝てばかりいる</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>7. やたらに歩き回る</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>8. 同じ動作をいつまでも繰り返す</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>9. 口汚くののしる</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>10. 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>11. 不適切に泣いたり笑ったりする</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>12. 世話をされるのを拒否する</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>13. 明らかな理由なしに物を貯めこむ</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>14. 落ち着きなくあるいは興奮してやたらに手足を動かす</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>15. 引き出しや箆笥の中味をみんな出してしまう</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>16. 夜中に家の中を歩き回る</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>17. 家の外に出て行ってしまう</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>18. 食事を拒否する</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>19. 食べ過ぎる</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>20. 尿失禁する</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>21. 日中、目的なく屋外や屋内を歩き回る</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>22. 暴力をふるう(殴る、噛み付く、引っ掻く、蹴る、唾を吐きかける)</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>23. 理由なく金切声をあげる</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>24. 不適切な性的関係をもとうとする</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>25. 陰部を露出する</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>26. 衣服や器物を破ったり壊したりする</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>27. 大便を失禁する</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>28. 食物を投げる</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>			1. 同じことを何度も何度も聞く	0	1	2	3	4	2. よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	0	1	2	3	4	3. 日常的な物事に関心を示さない	0	1	2	3	4	4. 特別な理由がないのに、夜中に起き出す	0	1	2	3	4	5. 根拠なしに人に言いがかりをつける	0	1	2	3	4	6. 昼間、寝てばかりいる	0	1	2	3	4	7. やたらに歩き回る	0	1	2	3	4	8. 同じ動作をいつまでも繰り返す	0	1	2	3	4	9. 口汚くののしる	0	1	2	3	4	10. 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0	1	2	3	4	11. 不適切に泣いたり笑ったりする	0	1	2	3	4	12. 世話をされるのを拒否する	0	1	2	3	4	13. 明らかな理由なしに物を貯めこむ	0	1	2	3	4	14. 落ち着きなくあるいは興奮してやたらに手足を動かす	0	1	2	3	4	15. 引き出しや箆笥の中味をみんな出してしまう	0	1	2	3	4	16. 夜中に家の中を歩き回る	0	1	2	3	4	17. 家の外に出て行ってしまう	0	1	2	3	4	18. 食事を拒否する	0	1	2	3	4	19. 食べ過ぎる	0	1	2	3	4	20. 尿失禁する	0	1	2	3	4	21. 日中、目的なく屋外や屋内を歩き回る	0	1	2	3	4	22. 暴力をふるう(殴る、噛み付く、引っ掻く、蹴る、唾を吐きかける)	0	1	2	3	4	23. 理由なく金切声をあげる	0	1	2	3	4	24. 不適切な性的関係をもとうとする	0	1	2	3	4	25. 陰部を露出する	0	1	2	3	4	26. 衣服や器物を破ったり壊したりする	0	1	2	3	4	27. 大便を失禁する	0	1	2	3	4	28. 食物を投げる	0	1	2	3	4
1. 同じことを何度も何度も聞く	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
2. よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
3. 日常的な物事に関心を示さない	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
4. 特別な理由がないのに、夜中に起き出す	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
5. 根拠なしに人に言いがかりをつける	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
6. 昼間、寝てばかりいる	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
7. やたらに歩き回る	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
8. 同じ動作をいつまでも繰り返す	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
9. 口汚くののしる	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
10. 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
11. 不適切に泣いたり笑ったりする	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
12. 世話をされるのを拒否する	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
13. 明らかな理由なしに物を貯めこむ	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
14. 落ち着きなくあるいは興奮してやたらに手足を動かす	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
15. 引き出しや箆笥の中味をみんな出してしまう	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
16. 夜中に家の中を歩き回る	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
17. 家の外に出て行ってしまう	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
18. 食事を拒否する	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
19. 食べ過ぎる	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
20. 尿失禁する	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
21. 日中、目的なく屋外や屋内を歩き回る	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
22. 暴力をふるう(殴る、噛み付く、引っ掻く、蹴る、唾を吐きかける)	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
23. 理由なく金切声をあげる	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
24. 不適切な性的関係をもとうとする	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
25. 陰部を露出する	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
26. 衣服や器物を破ったり壊したりする	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
27. 大便を失禁する	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
28. 食物を投げる	0	1	2	3	4																																																																																																																																																																						
7.寝たきり度^{*6}	☐ ランク(J A B C) ☐ 傷害なし																																																																																																																																																																										
8.利用開始時期^{*7}	平成()年()月																																																																																																																																																																										
9.1 月訪問回数^{*8}	()回																																																																																																																																																																										

2)ケアの提供状況

(1) 当該対象者(利用者 2)に対する、各項目の実施状況を 1:ほとんどできていない 2:あまりできていない 3:まあできている 4:とてもできている の4段階で評価し、○をつけてください。

項目	実施状況			
1 利用者自身の認知症に対する認識や受容、今後の意向について可能な限りアセスメントを行い、それに基づき支援の方向性を検討している	1	2	3	4
2 利用者の認知機能障害について適切なスケールを用いて経時的にアセスメントを行い、それに基づき適切に支援している	1	2	3	4
3 利用者の行動・心理徴候(BPSD)について経時的にアセスメントを行い、それに基づき予防・軽減のための支援をしている	1	2	3	4
4 利用者のセルフケア(食事、排泄、更衣、整容、入浴等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・低下軽減のための支援している	1	2	3	4
5 利用者の IADL(金銭管理、家事、外出等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・低下軽減のための支援をしている	1	2	3	4
6 利用者の1日24時間の生活時間リズムや生活パターンについてアセスメントを行い、それに基づき安定した日課の継続のための支援をしている	1	2	3	4
7 利用者の生活環境(日中生活場所や就寝場所等)の安全性、安楽性についてアセスメントを行い、それに基づき適切な生活環境のための調整をしている	1	2	3	4
8 利用者の人的環境(日頃関わる人々との関係や頻度等)についてアセスメントを行い、それに基づき馴染みの関係の継続を支援している	1	2	3	4
9 利用者が不安感を抱いたり、混乱を来したりするような刺激や内容についてアセスメントし、それらを回避するよう努めている	1	2	3	4
10 利用者が安心感を得られたり、自信を得られたりするような話題や内容についてアセスメントし、それらをケアに活用するよう努めている	1	2	3	4
11 利用者に今後起こりうる潜在的な生活リスク(廃用症候群、事故等)について予測を行い、それに基づき予防的支援に努めている	1	2	3	4
12 利用者の薬物療法の効果および副作用、ならびに服薬管理方法についてアセスメントを行い、主治医との密接な連携のもとで調整している	1	2	3	4
13 家族介護者の心身の健康状況ならびに介護負担感についてアセスメントを行い、それに基づき適切な相談・助言をしている	1	2	3	4
14 家族介護者の認知症にかかる介護技術や知識についてアセスメントを行い、それに基づき適切な指導・助言をしている	1	2	3	4
15 家族介護者の認知症に対する認識や受容、虐待のリスクについてアセスメントを行い、それらに基づき介護破綻や虐待を予防するよう支援している	1	2	3	4
16 利用者や家族介護者の状況等に応じて緊急的もしくは一時的に利用者が入所(入院)できる地域の受入機関について確認している	1	2	3	4
17 主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1	2	3	4
18 担当ケアマネジャーと情報の交換を行い、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1	2	3	4
19 関係職種とのサービスチームと会議等を行い、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1	2	3	4

(2) 以上 19 項目以外に、当該利用者へ提供したケアで重要と思われるものがあれば、ご自由にお書きください。

**認知症ケア
利用者 3**

1)利用者の状況

性別	1 男 2 女	年齢*1	() 歳
認知症分類*2	☐ アルツハイマー病(アルツハイマー性認知症) ☐ 血管性認知症 ☐ 混合型認知症 ☐ その他()		
要介護度*3	☐ 要支援 ☐ 要介護(1 2 3 4 5) ☐ その他		
認知症度*4	☐ ランク (I II III IV M)		
DBDスケール*5	<u>0:まったくない, 1:ほとんどない, 2:ときどきある, 3:よくある, 4:常にある</u> 1. 同じことを何度も何度も聞く 0 1 2 3 4 2. よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする 0 1 2 3 4 3. 日常的な物事に関心を示さない 0 1 2 3 4 4. 特別な理由がないのに、夜中に起き出す 0 1 2 3 4 5. 根拠なしに人に言いがかりをつける 0 1 2 3 4 6. 昼間、寝てばかりいる 0 1 2 3 4 7. やたらに歩き回る 0 1 2 3 4 8. 同じ動作をいつまでも繰り返す 0 1 2 3 4 9. 口汚くののしる 0 1 2 3 4 10. 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする 0 1 2 3 4 11. 不適切に泣いたり笑ったりする 0 1 2 3 4 12. 世話をされるのを拒否する 0 1 2 3 4 13. 明らかな理由なしに物を貯めこむ 0 1 2 3 4 14. 落ち着きなくあるいは興奮してやたらに手足を動かす 0 1 2 3 4 15. 引き出しや箆笥の中味をみんな出してしまう 0 1 2 3 4 16. 夜中に家の中を歩き回る 0 1 2 3 4 17. 家の外に出て行ってしまう 0 1 2 3 4 18. 食事を拒否する 0 1 2 3 4 19. 食べ過ぎる 0 1 2 3 4 20. 尿失禁する 0 1 2 3 4 21. 日中、目的なく屋外や屋内を歩き回る 0 1 2 3 4 22. 暴力をふるう(殴る、噛み付く、引っ掻く、蹴る、唾を吐きかける) 0 1 2 3 4 23. 理由なく金切声をあげる 0 1 2 3 4 24. 不適切な性的関係をもとうとする 0 1 2 3 4 25. 陰部を露出する 0 1 2 3 4 26. 衣服や器物を破ったり壊したりする 0 1 2 3 4 27. 大便を失禁する 0 1 2 3 4 28. 食物を投げる 0 1 2 3 4		
7.寝たきり度*6	☐ ランク(J A B C) ☐ 傷害なし		
8.利用開始時期*7	平成()年()月		
9.1 月訪問回数*8	()回		

2)ケアの提供状況

(1) 当該対象者(利用者 3)に対する、各項目の実施状況を 1:ほとんどできていない 2:あまりできていない 3:まあできている 4:とてもできている の4段階で評価し、○をつけてください。

項目	実施状況			
1 利用者自身の認知症に対する認識や受容、今後の意向について可能な限りアセスメントを行い、それに基づき支援の方向性を検討している	1	2	3	4
2 利用者の認知機能障害について適切なスケールを用いて経時的にアセスメントを行い、それに基づき適切に支援している	1	2	3	4
3 利用者の行動・心理徴候(BPSD)について経時的にアセスメントを行い、それに基づき予防・軽減のための支援をしている	1	2	3	4
4 利用者のセルフケア(食事、排泄、更衣、整容、入浴等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・低下軽減のための支援している	1	2	3	4
5 利用者の IADL(金銭管理、家事、外出等)の状況についてアセスメントを行い、それに基づき機能の維持・低下軽減のための支援をしている	1	2	3	4
6 利用者の1日24時間の生活時間リズムや生活パターンについてアセスメントを行い、それに基づき安定した日課の継続のための支援をしている	1	2	3	4
7 利用者の生活環境(日中生活場所や就寝場所等)の安全性、安楽性についてアセスメントを行い、それに基づき適切な生活環境のための調整をしている	1	2	3	4
8 利用者の人的環境(日頃関わる人々との関係や頻度等)についてアセスメントを行い、それに基づき馴染みの関係の継続を支援している	1	2	3	4
9 利用者が不安感を抱いたり、混乱を来したりするような刺激や内容についてアセスメントし、それらを回避するよう努めている	1	2	3	4
10 利用者が安心感を得られたり、自信を得られたりするような話題や内容についてアセスメントし、それらをケアに活用するよう努めている	1	2	3	4
11 利用者に今後起こりうる潜在的な生活リスク(廃用症候群、事故等)について予測を行い、それに基づき予防的支援に努めている	1	2	3	4
12 利用者の薬物療法の効果および副作用、ならびに服薬管理方法についてアセスメントを行い、主治医との密接な連携のもとで調整している	1	2	3	4
13 家族介護者の心身の健康状況ならびに介護負担感についてアセスメントを行い、それに基づき適切な相談・助言をしている	1	2	3	4
14 家族介護者の認知症にかかる介護技術や知識についてアセスメントを行い、それに基づき適切な指導・助言をしている	1	2	3	4
15 家族介護者の認知症に対する認識や受容、虐待のリスクについてアセスメントを行い、それらに基づき介護破綻や虐待を予防するよう支援している	1	2	3	4
16 利用者や家族介護者の状況等に応じて緊急的もしくは一時的に利用者が入所(入院)できる地域の受入機関について確認している	1	2	3	4
17 主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1	2	3	4
18 担当ケアマネジャーと情報の交換を行い、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1	2	3	4
19 関係職種とのサービスチームと会議等を行い、利用者の認知症ケアの方針について共有するとともに日常密接な連携を図っている	1	2	3	4

(2) 以上 19 項目以外に、当該利用者へ提供したケアで重要と思われるものがあれば、ご自由にお書きください。

平成17年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)；
専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業研究報告書
2006 年3月発行

主任研究者：川越博美(聖路加看護大学)

〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

発行：社団法人全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壱丁目参番館 302

印刷：文陽堂

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1 東京大学法文2号館B1F