

平成18年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康推進等事業)

訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり
方に関する研究

訪問看護ステーションの業務基準に関する検討

平成18年度 報告書

社団法人全国訪問看護事業協会

平成19年3月

研究事業実施体制

1 検討委員会

委員長	川村 佐和子	青森県立保健大学健康科学部看護学科	教授
委員	中川 俊男	社団法人日本医師会	常任理事
委員	木下 由美子	社団法人日本看護協会	訪問看護検討委員会 委員長
委員	上野 桂子	社団法人全国訪問看護事業協会	常務理事
委員	及川 郁子	聖路加看護大学	教授
委員	小倉 朗子	東京都神経科学総合研究所	主任研究員
委員	北川 公子	新潟県立看護大学	教授
委員	酒井 郁子	千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター	教授
委員	田高 悦子	東京大学医学系研究科健康科学・看護学専攻	講師
委員	福井 小紀子	国際医療福祉大学 小田原保健医療学部	助教授

2 小委員会委員長会議

委員長	川村 佐和子	青森県立保健大学健康科学部看護学科	教授
委員	及川 郁子	聖路加看護大学	教授
委員	小倉 朗子	東京都神経科学総合研究所	主任研究員
委員	北川 公子	新潟県立看護大学	教授
委員	酒井 郁子	千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター	教授
委員	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	国際医療福祉大学 小田原保健医療学部	助教授

3 小委員会

1) 共通の業務基準作成委員会

委員長	川村 佐和子	青森県立保健大学健康科学部看護学科	教授
委員	及川 郁子	聖路加看護大学	教授
委員	小倉 朗子	東京都神経科学総合研究所	主任研究員
委員	北川 公子	新潟県立看護大学	教授
委員	酒井 郁子	千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター	教授
委員	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	国際医療福祉大学 小田原保健医療学部	助教授
委員	及川 郁子	聖路加看護大学	教授

2) 専門領域の業務基準作成小委員会

(1) がん緩和ケア

委員長	福井 小紀子	国際医療福祉大学 小田原保健医療学部 助教授
委員	伊藤 美緒子	訪問看護パリアン
委員	清水 準一	首都大学東京 健康福祉学部 看護学科 准教授
委員	高沢 洋子	淀川キリスト教病院訪問看護ステーション 管理者
委員	宮下 光令	東京大学大学院医学系研究科 助手
委員	山岸 暁美	国際医療福祉大学 小田原保健医療学部 助手

(2) 難病ケア

委員長	小倉 朗子	東京都神経科学総合研究所 主任研究員
委員	会田 久子	ひよこ訪問看護ステーション 管理者
委員	乙坂 佳代	港北医療センター訪問看護ステーション 管理者
委員	小川 一枝	都立神経病院 地域療養支援室 係長
委員	小西 かおる	昭和大学保健医療学部 教授
委員	小長谷 百絵	東京女子医科大学 看護学部 助教授
委員	近藤 紀子	日本赤十字武蔵野短期大学 助教授
委員	重信 好恵	練馬区医師会訪問看護ステーション 管理者
委員	藤井 千枝子	慶応義塾大学看護医療学部 助教授
委員	本田 彰子	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 教授
委員	松下 祥子	首都大学東京 健康福祉学部 看護学科 准教授

(3) 認知症ケア

委員長	田高 悦子	東京大学大学院医学系研究科 講師
委員	緒方 泰子	千葉大学大学院看護学研究科 助教授
委員	門田 直美	日本赤十字看護大学看護学部 講師
委員	宮崎 和加子	健和会訪問看護ステーション 顧問
委員	宮本 有紀	東京大学大学院医学系研究科 講師

(4) 高齢者ターミナルケア

委員長	北川 公子	新潟県立看護大学 教授
委員	井上 多鶴子	高島平ロイヤル訪問看護ステーション 所長
委員	唐澤 千登勢	日本看護協会 看護教育研究センター看護研修学校認 知症高齢者看護学科 専任教員
委員	瀬田 美和子	訪問看護ステーションつくしんぼ城北公園 副所長
委員	原 等子	新潟県立看護大学 助教授
委員	山田 律子	北海道医療大学 助教授

(5) リハビリテーションケア

委員長	酒井 郁子	千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター 教授
委員	赤沼 智子	千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター 講師
委員	伊藤 恵理子	柳原リハビリテーション病院 総師長
委員	井ノ口 佳子	訪問看護ステーション住吉 所長
委員	上野 まり	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部看護学科 講師
委員	曾篠 久子	みさとみなみ訪問看護ステーション 所長
委員	田中 康之	八千代市役所 健康福祉部 健康づくり課 健康増進班
委員	山本 則子	千葉大学看護学部訪問看護教育研究分野 助教授

(6) 障害者・児ケア

委員長	及川 郁子	聖路加看護大学 教授
委員	島田 珠美	川崎大師訪問看護ステーション 管理者
委員	鈴木 真知子	日本赤十字広島看護大学 教授
委員	宮谷 恵	聖隷クリストファー大学 看護学部 助教授
委員	渡辺 慶子	済生会横浜市東部病院重症心身障害児(者)サルビア 看護師長

4 事務局

事務局	清水 範明	社団法人全国訪問看護事業協会 事務局長
事務局	池田 由美子	社団法人全国訪問看護事業協会
事務局	木全 真理	社団法人全国訪問看護事業協会

はじめに

近年の医療改革施策によって、在宅医療の推進、在院日数の短縮化等が進行し、ますます在宅療養における医療・看護のニーズは高まっている。訪問看護においては、訪問看護ステーションの開設数が5,700ヶ所を超え、その提供量は増加してきた。一方、疾病構造や人口構成の変化によって、がん患者や超高齢者の在宅医療に対応する訪問看護すなわちがん緩和ケアやターミナルケアなどの専門的サービスが求められるようになってきた。訪問看護がこれらのニーズに急ぎ応えていけるために、それぞれの訪問看護ステーションが専門的サービスを提供できるシステムを構築することが重要なこととなっている。このことを支援するために、本研究は、当面、必要とされている専門的訪問看護領域について、提供する看護内容および備えるべき環境を整理し、各専門領域における訪問看護ステーションの業務基準として文書化することとし、これを目的とした。

本研究で課題とした専門領域は、社会のニーズを反映して、「がん緩和ケア」、「難病ケア」、「認知症ケア」、「高齢者ターミナルケア」、「リハビリテーションケア」「障害者・児ケア」の6領域とし、各領域のサービスを提供できる訪問看護ステーションの業務基準を作成した。

本研究の成果を用いて、訪問看護ステーションが各専門領域における専門的な訪問看護を提供するための環境整備を容易にすることができ、またそのことを開示できることになれば、利用者は自身が必要とする訪問看護を提供する訪問看護ステーションへのアクセスが容易になり、社会ニーズを充足していけるものと考えられる。訪問看護が敏感に社会ニーズに対応していくことでより訪問看護が国民に理解され、国民の健康生活の質の向上に役立てれば幸いである。

平成19年3月

訪問看護ステーションの業務基準に関する検討

主任研究者 川村佐和子（青森県立保健大学健康科学部看護学科 教授）

目次

要旨	1
第1章 研究概要	
1 研究背景と目的	5
2 研究方法	6
第2章 研究内容	
1 共通項目	9
2 専門領域	13
1) がん緩和ケア	15
2) 難病ケア	40
3) 認知症ケア	83
4) 高齢者ターミナルケア	94
5) リハビリテーションケア	120
6) 障害者・児ケア	149
3 考察	160
1) 成果	160
2) 課題	161
第3章 業務基準	
1 共通項目	163
2 専門領域	165
1) がん緩和ケア	165
2) 難病ケア	169
3) 認知症ケア	175
4) 高齢者ターミナルケア	181
5) リハビリテーションケア	191
6) 障害者・児ケア	197

要 旨

1 研究目的

本研究の目的は、必要とされている専門的訪問看護6領域について、提供する看護内容および備えるべき環境を整理し、各専門領域における訪問看護ステーションの業務基準を文書としてまとめることである。

本研究で基準作成対象とした専門領域は、社会ニーズに対応して「がん緩和ケア」、「難病ケア」、「認知症ケア」、「高齢者ターミナルケア」、「リハビリテーションケア」「障害者・児ケア」の6領域である。

昨年度においては『昨年度の研究テーマを挿入する』研究を行い「がん緩和ケア」、「難病ケア」、「認知症ケア」の3領域について、すでに専門領域における訪問看護を提供している活動を分析・整理した。本年度は、この昨年の成果物を活用しつつ、本年度新規に「高齢者ターミナルケア」、「リハビリテーションケア」「障害者・児ケア」3領域を加えて さらに検討を深め、各専門領域に特化した訪問看護ステーションの基準を作成する。

専門的訪問看護を提供している訪問看護ステーションの基準項目には共通する項目が存在していたので、業務基準を、1)各専門領域共通項目、2)各専門領域の専門的項目の2つに分類して構造化して、作成することとした。

なお、“業務”基準とは、本検討においては、重度であっても希望する生活に近づける等、利用者のQOL向上を目指し、必要な医行為を安全に行えることを基盤として作成した。

2 研究方法

昨年度の研究成果を活用して、各領域の研究進捗状況や用いるべき手法の相違を尊重して各領域ごとに研究を進めた。研究経過においては全体の討論を行い、相互に交流して高めあいかつ協力し合って研究を進めた。

業務基準は、1)専門領域別の業務基準、2)共通の業務基準に分類して記載することとした。

各専門領域は、「がん緩和ケア」、「難病ケア」、「認知症ケア」、「高齢者ターミナルケア」、「リハビリテーションケア」「障害者・児ケア」の6専門領域であるが、各領域はそれぞれ新たに立法をみたところ、長期の経験を持つところ、近年急速にニーズが生じてきたところなど、各領域の背景は多様である。また、提供する看護法も基づくべき治療基準がある場合、医療機器を用いる場合、他職種と重層的な手法を持つところなど、特徴的である。そこで、これらの特徴を踏まえた内容とするため、各専門領域ごとに特徴的な項目名を用いることとした。

3 研究結果

(1) 各専門領域共通項目

訪問看護ステーションが基本的にもつべき要素について、整理して共通項目とした。訪問看護ステーションが基本的にもつべき要素について、抽出した。各項目を法令根拠条項に基づいて検討したところ、法令に基づいて必要な項目は満たしていたが、さらに該当しない項目もあった。これは、専門領域における訪問看護サービスを提供する際に、現行の法制度に加えてさらに必要な項目があることを示すものと考えられた。

(2) 各専門領域の専門的項目

平成17年度「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」の発展として、1)「がん緩和ケア」、2)「難病ケア」、3)「認知症ケア」、さらに現在の社会ニーズに対応して、4)「高齢者ターミナルケア」、5)「リハビリテーションケア」、6)「障害者・児ケア」に拡大し、6つの専門領域を選定し、業務基準を作成した。

各領域において調査結果などをもとにして、各専門領域の項目を抽出した。各領域の結果を15ページから記載する。

4 成果

各専門領域の訪問看護ステーションの業務基準が作成され、これが活用されると次のような効果を期待できる。

(1) 専門的な訪問看護ステーションの増加を促進する

これを用いた訪問看護ステーションは各専門領域の専門的サービスを提供できる体制づくりを容易にすることができる。その結果、各専門的訪問看護サービスを提供できる訪問看護ステーションの増加を促進でき、在宅医療充実のための基盤形成に重要な役割を果たすことができる。

(2) 人々が専門的訪問看護サービスへのアクセスを容易にする

各訪問看護ステーションがそれぞれに提供できる専門的訪問看護を公開することにより、このサービスを必要とする人々がニーズに対応するサービスを提供する訪問看護ステーションにアクセスしやすくなる。

(3) 訪問看護師の研修、教育に役立つ

業務基準をもとにすれば、専門的訪問看護に関する研修や学習会、新人教育などのプログラムを容易に作成できる。

(4) 訪問看護活動の評価に役立つ

業務基準を評価項目や評価基準に用いて、訪問看護ステーションの自己点検・自己評価を容易にすることができる。

5 課題

医療改革の進行によって重要視されている在宅医療の促進のために 訪問看護ステーションは専門的な訪問看護の提供が求められている。専門的訪問看護の提供を速やかに拡大するために次の事項が課題である。

(1) 基準を満たし、専門的訪問看護を提供している訪問看護ステーションの認定

該当する訪問看護ステーションを何らかの方法で認定することができれば、該当訪問看護ステーションはこれを公開し、サービスの特徴を社会に公表することが容易になる。認定主体や認定の方法などを検討することが課題である。

(2) 専門的訪問看護ステーションの連携の促進

専門的訪問看護の提供を公開したステーションの相互理解や連携を促進できるように支援することが課題である。

(3) 専門的な訪問看護に対する報酬制度

専門的訪問看護の提供に対する報酬制度も必要である。専門的知識や技術は医療の進展とともに絶えず更新されるため、研修は必須である。また必要な用具もそろえていなくてはならない。訪問看護ステーションは研鑽を積んだ専門的技術者である訪問看護師を、これを必要とする対象者がいない期間においても雇用していなくてはならないなどのためである。

(4) 基準のさらなる推敲

本研究で作成した基準を推敲し、さらに質の高いサービスを提供できるよう、検討を継続することが必要である。

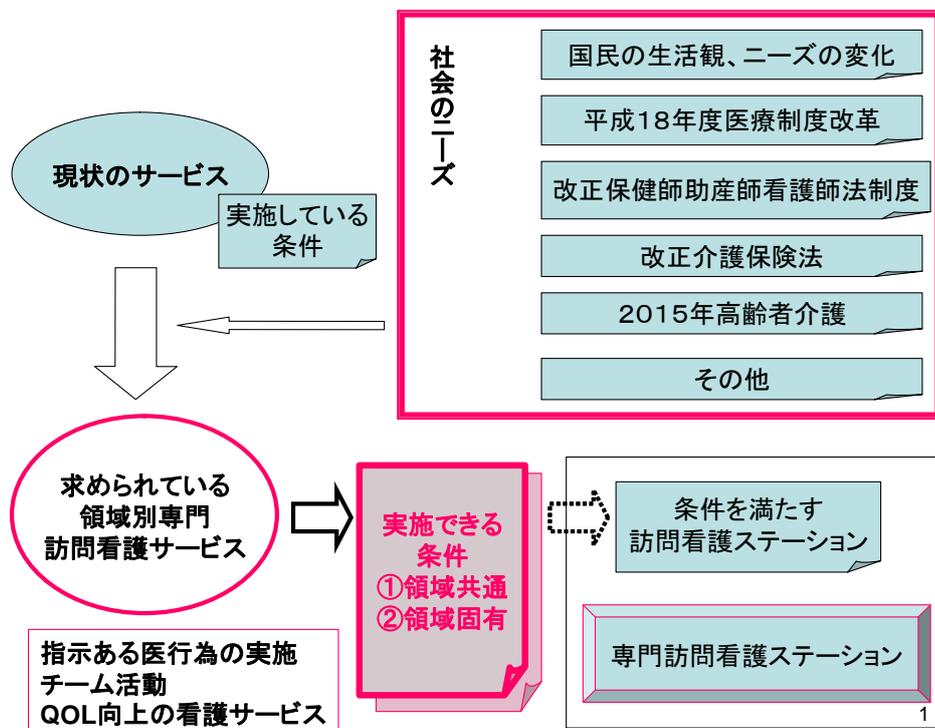
第1章 研究概要

1 研究背景と目的

平成18年の医療制度改革においては、訪問看護に対するニーズは大きく、また近年の看護制度の改正もあり、看護師の業務は拡大し専門性も高まっている。この社会状況を受け、訪問看護ステーションの活動にも指示を受けた医行為を含めた業務を行えることが必要となっている。そこで、平成17年度「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」の発展として、昨年度の対象専門領域を障害者・児に対する専門領域、高齢者ターミナルにおけるケア専門領域、リハビリテーション専門領域に拡大し、さらに現在の社会ニーズを勘案して、各専門領域に特化した訪問看護ステーションの業務に関して、昨年の成果物を活用しつつ検討し、基準としてまとめる。専門特化する訪問看護ステーションの基準の構造を、1) 各専門領域共通項目、2) 各専門領域の専門的項目の2つに分類して検討する。また、2) 各専門領域の専門的項目では、「がん緩和ケア」、「難病ケア」、「認知症ケア」、「高齢者ターミナルケア」、「リハビリテーションケア」「障害者・児ケア」の6つの専門領域を設定した。

なお、“業務”基準とは、本検討においては、重度であっても希望する生活に近づける等 QOL 向上を目的とし、指示を受けて必要な医行為をできる基準を作成した。

研究の構造図



2 研究方法

次の体制のもと、訪問看護ステーションにおける、1) 専門領域別の業務基準、2) 共通の業務基準を作成した。なお、各専門領域における社会情勢や事例報告や調査研究等の積み重ねの状況が異なるため、各専門領域により調査方法や業務基準の項目等は異なっている。

1) 業務基準検討体制（図表 1 参照）

(1) 委員会の設置

検討委員会および6つの専門領域別の小委員会を設置した。

① 検討委員会

研究の方針、調査研究計画の決定、進捗管理、とりまとめ等を行うため、主任研究者、関係団体、小委員会委員長により構成した。

② 小委員会（専門領域別）

「がん緩和ケア」、「難病ケア」、「認知症ケア」、「高齢者ターミナルケア」、「リハビリテーションケア」、「障害者・児ケア」、についての6つの小委員会を設置し、各専門領域の業務基準を作成した。各小委員会の委員は、専門領域における専門家、当該専門領域に実績のある訪問看護ステーション管理者で構成した。

(2) 小委員会委員長会議

主任研究者および小委員会委員長により構成する。検討委員会において承認された計画にそって、検討を効率的に進めるための意思決定・調整を行った。また、共通の基準の検討を行った。

2) 専門領域別の業務基準作成方法

(1) 委員会

① 検討委員会

各専門領域の小委員会で作成された業務基準を検討した。

② 小委員会（専門領域別）

必要に応じて、文献検討、調査等を実施し、業務基準を作成した。

(2) 小委員会委員長会議

6つの専門領域の業務基準の検討を行う。

(3) 小委員会（専門領域別）間での調整方法

① 6つの専門領域間での調整

適時、小委員会委員長会議を開催し、進捗状況の確認、基準作成の考え方についての調整を行う

② 関係専門領域間での調整

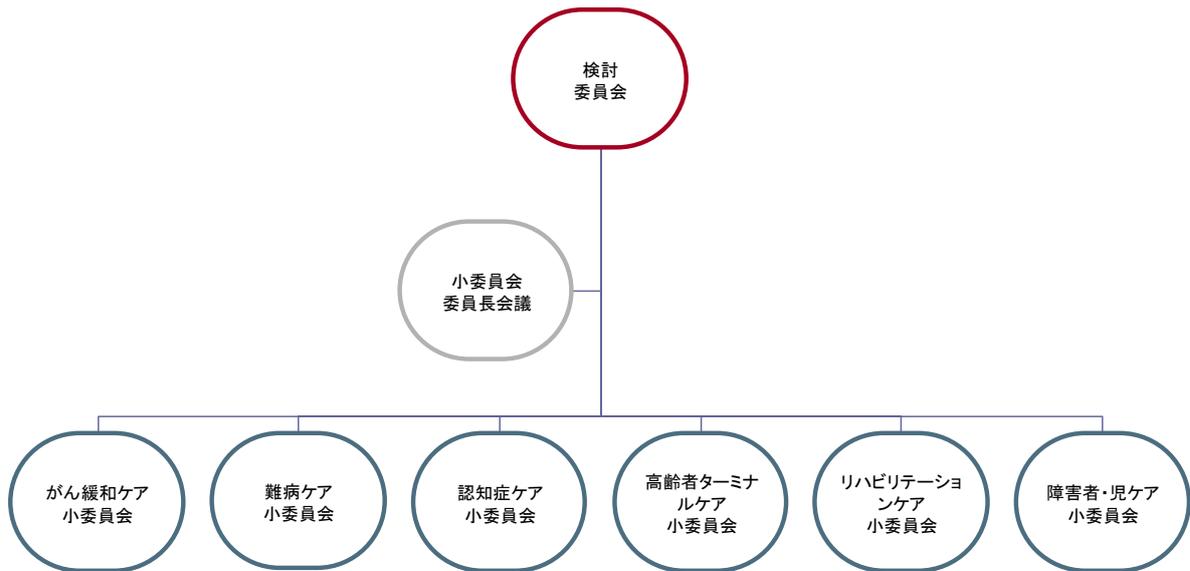
相互に関係があると思われる以下の専門領域では、委員長が相互に委員会に参加する、一部委員を重複する等により、専門領域間調整を図る。

3) 各専門領域共通の業務基準作成方法

(1) 検討委員会および小委員会委員長会議

各専門領域の小委員会で作成された業務基準より、共通の業務基準を検討し、作成した。

図表1 業務基準検討体制



第 2 章 研究内容

第2章 研究内容

1 共通項目

1) 方法

訪問看護ステーションが基本的にもつべき要素について、整理して共通項目とした。先行研究、法令集等の根拠に基づき、共通する業務基準の項目を抽出し、法令根拠条項を検討し、作成した。なお、詳細は各専門領域において専門性が異なり、また特性がある場合、各専門領域に記載がある。

2) 結果（図表2参照）

作成した基準は、(1) 大項目、(2) 中項目、(3) 分類、(4) 責務等の内容、(5) 法令根拠条項、の5つの事項で構成した。

(1) 大項目

大項目は、Ⅰ「構造基準」、Ⅱ「ケア基準」、Ⅲ「評価基準」の3つの項目が抽出され、これらの項目で構成をした。

(2) 中項目

中項目は、Ⅰ「構造基準」に1「運営方針」、2「サービス提供管理」、3「利用者（顧客）管理」、4「人事管理」、Ⅱ「ケア基準」に5「過程基準・看護実践」、Ⅲ「評価基準」に6「評価」の6つの項目が抽出され、これらの項目で構成をした。

(3) 分類

分類は、1「運営方針」に1)「組織構成の方針」、2)「事業所の専門領域の理念」、2「サービス提供管理」に3)「看護の標準化（プロトコールの活用）」、4)「フィジカルアセスメント機器の整備」、5)「リスクマネジメント」、6)「制度の活用」、7)「情報の活用」、8)「サービス提供体制」、9)「サービス評価体制」、10)「他機関との連携」、11)「他機関への支援体制」、12)「情報の整備・発信体制」、13)「ケアの普及・啓発体制」、3「利用者（顧客）管理」に14)「相談対応」、15)「広報」、4「人事管理」に16)「人員配置」、17)「人事管理」、18)「職員教育」、5「過程基準・看護実践」に19)「医療管理」、20)「心身のアセスメント」、21)「症状マネジメント」、22)「病状の進行の予測」、23)「療養方針の理解を共有」、24)「生活支援」、25)「意志の確認と合意形成への支援（家族含む）」、26)「家族支援」、27)「介護者支援」、28)「チームケア」、29)「緊急時の対応」、6「評価」に30)「アウトカム」の30の項目が抽出され、これらの項目で構成をした。

(4) 法令根拠条項

法令通知等の根拠がある項目について、以下に述べる。

I 「構造基準」 1 「運営方針」 1) 「組織構成の方針」、2) 「事業所の専門領域の理念」は、「運営規定に定める事業及び運営の方針」として、介護保険法第73条及び健康保険法施行規則第90条に定められている。2 「サービス提供管理」 4) 「フィジカルアセスメント機器の整備」は、「設備や備品の整備」として、「指定居宅サービス等の事業人員、設備及び運営に関する基準」(以下、介護保険運営基準) 第62条及び「指定訪問看護及び指定老人訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」(以下、健康保険運営基準) 第4条に定められている。5) 「リスクマネジメント」は、「衛生管理、事故発生時の対応」として、介護保険運営基準第31条、第37条、健康保険運営基準第23条、第28条に定められている。8) 「サービス提供体制」は「適切な訪問看護の提供」として、介護保険法第73条1項、第115条の31項、健康保険法第90条に定められている。6) 「サービス評価体制」は、「提供する訪問看護の質を自ら評価すること」として、介護保険運営基準第67条、健康保険運営基準第14条に定められている。10) 「他機関との連携」は、「市町村等の保健・医療・福祉サービスとの連携」として、介護保険運営基準第30条、健康保険運営基準第22条に定められている。3 「利用者(顧客)管理」 15 「広報」は、「介護サービス情報の報告及び公表」として、介護保険法第115条の29項に定められている。4 「人事管理」、5 「人事管理」は、「職員の勤務体制及び勤務形態」として、介護保険運営基準第61条及び健康保険法第74条11項に定められている。18) 「職員教育」は、「職員の資質向上のための研修の機会の確保」として、介護保険運営基準第30条、健康保険運営基準第22条3項に定められている。

II 「ケア基準」 5 「過程基準・看護実践」 19) 「医療管理」、20) 「心身のアセスメント」、21) 「症状マネジメント」、22) 「病状の進行の予測」、23) 「療養方針の理解を共有」、24) 「生活支援」、25) 「意志の確認と合意形成への支援(家族含む)」、26) 「家族支援」、27) 「介護者支援」は、「医師との密接な連携及び心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切」等として、介護保険運営基準第68条、健康保険運営基準第15条に定められている。28) 「チームケア」は、「市町村等の保健・医療・福祉サービスとの連携」として、介護保険運営基準第30条、健康保険運営基準第22条に定められている。29) 「緊急時の対応」は、「緊急時の主治医への連絡等必要な措置、運営規定」として、介護保険運営基準第72条、第73条、健康保険運営基準第19条に定められている。

III 「評価基準」 6 「評価」 30) 「アウトカム」は、「質の評価およびその改善」として、介護保険運営基準第67条2項、健康保険運営基準第14条2項に定められている。

なお、3) 「看護の標準化(プロトコルの活用)」、6) 「制度の活用」、7) 「情報の活用」、11) 「他機関への支援体制」、12) 「情報の整備・発信体制」、13) 「ケアの普及・啓発体制」、14) 「相談対応」、については、具体的な根拠条項は該当する項目がなかった。

図表2 共通の業務基準項目

大項目	中項目	分類	法令根拠条項	責務等の内容	
I 構造基準	1 運営方針	1) 組織構成の方針	介:73条 健:90条	運営規定・事業及び運営の方針	
		2) 事業所の専門領域の理念			
	2 サービス提供管理	3) 看護の標準化 (プロトコルの活用)	-	-	
		4) フィジカルアセスメント機器の整備	介:運営基準62条 健:運営基準4条	設備や備品の整備	
		5) リスクマネジメント	介:運営基準31条、37条 健:運営基準23条、28条	衛生管理、事故発生時の対応	
		6) 制度の活用	-	-	
		7) 情報の活用	-	-	
		8) サービス提供体制	介:73条1項、115条の31項 健:90条	適切な訪問看護の提供	
		9) サービス評価体制	介:運営基準67条 健:運営基準14条	提供する訪問看護の質を自ら評価すること	
		10) 他機関との連携	介:運営基準30条 健:運営基準22条	市町村等の保健・医療・福祉サービスとの連携	
		11) 他機関への支援体制	-	-	
		12) 情報の整備・発信体制	-	-	
		13) ケアの普及・啓発体制	-	-	
	3 利用者(顧客)管理	14) 相談対応	-	-	
		15) 広報	介:115条の29	介護サービス情報の報告及び公表	
	4 人事管理	16) 人員配置	介:61条 健:74条11項	職員の勤務体制及び勤務形態	
		17) 人事管理			
		18) 職員教育	介:運営基準30条 健:運営基準22条3項		
II ケア基準	5 過程基準・看護実践	19) 医療管理	介:運営基準68条 健:運営基準15条	<ul style="list-style-type: none"> ・医師との密接な連携及び心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切 ・医学の進歩に対応した適切な看護技術の提供 ・利用者またはその家族に対し、適切な看護技術の提供 ・常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握 ・利用者またはその家族に対し、適切な指導 	
		20) 心身のアセスメント			
		21) 症状マネジメント			
		22) 病状の進行の予測			
		23) 療養方針の理解を共有			
		24) 生活支援			
		25) 意志の確認と合意形成への支援 (家族含む)			
		26) 家族支援			
		27) 介護者支援			
		28) チームケア	介:運営基準30条 健:運営基準22条		市町村等の保健・医療・福祉サービスとの連携
		29) 緊急時の対応	介:運営基準72条、73条 健:運営基準19条		緊急時の主治医への連絡等必要な措置、運営規定
III 評価基準	6 評価	30) アウトカム	介:運営基準67条2項 健:運営基準14条2項	質の評価およびその改善	

※ 介＝介護保険法

介:運営基準＝指定居宅サービス等の事業人員、設備及び運営に関する基準

健＝健康保険法

健:運営基準＝指定訪問看護及び指定老人訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準

3) 関係法令・通知

(2) 介護保険

① 指定居宅サービス（訪問看護）の指定基準

法令：指定居宅サービス等の事業人員、設備及び運営に関する基準（平成 11.3.31 厚生省令 37 号）

通知：指定居宅サービス及び指定介護予防サービス等に関する基準（平成 11.9.17 老企 25 号）

② 指定居宅サービス費の算定基準

法令：指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 12.2.10 厚生省告示 19 号）

通知：指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 12.3.1 老企 36 号）

③ 介護サービス情報の報告及び公表

通知：「介護サービス情報の公表」制度の施行について（平成 18.3.31 老振発 0331007 号）

（2）健康保険・老人保健関係

① 指定（老人）訪問看護の指定基準

法令：指定訪問看護及び指定老人訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成 12.3.31 厚生省令 80 号）

通知：指定訪問看護及び指定老人訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（平成 12.3.31 保発 70 号・老発 397 号）

② 訪問看護療養費の算定基準

法令：訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成 18.3.6 厚生労働省告示 102 号）

通知：「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定に関する基準」の施行について」の改正について（平成 18.3.6 保発 0306006 号）

4）文献

- (1) 訪問看護業務の手引き，社会保険研究所，平成 18 年 11 月 30 日
- (2) 改定訪問看護実務相談 Q&A：中央法規出版株式会社，平成 19 年 3 月 20 日
- (3) 社団法人シルバーサービス振興会 看護サービス情報公表支援センター：「介護サービス情報の公表」関連法令通知集，中央法規出版株式会社，平成 18 年 7 月 10 日

2 専門領域の基準項目

平成17年度「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」の発展として、1)「がん緩和ケア」、2)「難病ケア」、3)「認知症ケア」、さらに現在の社会ニーズを勘案して、高齢者ターミナルにおけるケア専門領域として4)「高齢者ターミナルケア」、リハビリテーションのケア専門領域として5)「リハビリテーションケア」、障害者・児に対するケア専門領域として6)「障害児・者ケア」に拡大し、6つの専門領域を選定し、作成した。

1) がん緩和ケア

委員長	福井 小紀子	国際医療福祉大学 小田原保健医療学部 助教授
委員	伊藤 美緒子	訪問看護パリアン 看護師
委員	清水 準一	首都大学東京 健康福祉学部 看護学科 准教授
委員	高沢 洋子	淀川キリスト教病院訪問看護ステーション 管理者
委員	宮下 光令	東京大学大学院医学系研究科 助手
委員	山岸 暁美	国際医療福祉大学 小田原保健医療学部 助手

【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ている。なかでも、我が国の死亡原因の第1位はがんであり、今後がんによる死亡者数の更なる増加が予測されている(厚生統計協会 2005)。我が国の死亡場所の現状は、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いる。さらに、がん患者に絞ると、現在、94%が病院・診療所などの施設で死を迎えており、在宅死はわずか6%である(終末期医療に関する調査等検討会 2005)。

このような状況の中、近年、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おり、また、2007年4月から施行されるがん対策基本法においても在宅医療と緩和ケアの充実が盛り込まれている。このため、現在のがん患者に対する病院中心のケア提供から、患者が望む場合には、在宅で療養し、最期を迎えられるという選択が可能となるように、末期がん患者に対する在宅緩和ケア体制の整備・充実を計っていくことが急務といえる。

国民ががんの末期状態になった場合に、在宅にて質の保たれた緩和ケアを提供する、すなわち、末期になってもがんの症状緩和を含む全人的ケアを行い、在宅療養を継続でき、家で最期を迎えることが可能となるケアを提供するためには、緩和ケアに関する高い専門性をもつ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、在宅で働くがん看護専門看護師やホスピス認定看護師はほとんどいないのが現状であり、このような専門性を有する看護師への処遇を含めたキャリアラダーは存在していない。また、在宅ターミナルケアに関する豊富な経験をもつ訪問看護師のいる訪問看護ステーションも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である。

さらに、在宅緩和ケアを支えるための訪問看護事業所における運営・管理面から考える場合、末期がん患者は、患者の個人レベルで見た場合には病状の変動が激しく24時間のケア体制で支援することが必須となる対象であり、かつ事業所レベルでの顧客管理的な観点からみても安定性に欠ける対象、すなわち、ケア投入量が多いがケア提供期間は短いという経営リスクの高い対象であるといえる。しかし、このような末期がん患者を常時複数支えていくための訪問看護ステーションに対する診療報酬や人員配置などの経営的なバックアップ体制は、現在ほとんどない状況と言える。

このように、末期がん患者に対する緩和ケアの専門性を持つ看護師が少なく、かつ在宅で緩和ケアを支えるための経営的な配慮がほとんどなされていない状況において、将来的な増加の見込まれる在宅がん末期患者に対する質の保たれた緩和ケアの提供を可能にするためには、訪問看護事業所全体の緩和ケアレベルの底上げを計るよりも、まずは、地域の中で緩和ケアに専門特化した訪問看護ステーションを配置または育成することが、第一段階として現実的かつ重要な対策となると考える。そして、その次の段階として、需要に応じて徐々にがん緩和ケアに専門特化した訪問看護ステーションの数を増やしていく、もしくは、がん緩和ケアに専門特化した訪問看護ステーションを地域のがん拠点ステーションと位置づけ、他のステーションに対するスーパーバイズ体制をとるなどの地域看護システムを開発し軌道に乗せていくことが、在宅におけるがん緩和ケアの利用者を増やしていくために看護職としてできる対策となると考える。

【目的】

そこで、本研究では、以上のような現状を鑑み、がん患者に対する在宅緩和ケアの発展・普及のために、訪問看護として貢献するための第一段階の方策として、

- ① がん緩和ケアに専門特化した訪問看護事業所の確保もしくは育成を計るために、これら事業所の運営が可能となる構造基準を抽出すること
- ② これら事業所におけるがん緩和ケアの専門性を有する訪問看護師の確保・育成が可能となり、個々の患者に対して質の保たれたがん緩和ケアの提供が可能となるケア基準を抽出すること

の2点を目的とする。

【方法】

本研究の初年度に当たる昨年度は、以下の4段階のプロセス（表1）を経て、がん緩和ケア基準44項目（構造基準14項目、ケア基準30項目）（表2）の選定を行った。

表1：昨年度、がん緩和ケア基準抽出のために行った作業プロセス

1) 当該分野の先行研究の知見の整理、および、がん緩和ケア実績の高い訪問看護ステーション10ヶ所へのインタビュー調査の実施によるがん緩和ケア基準案の選定
2) 全国の訪問看護ステーションのうちがん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689ヶ所を対象に、1にて選定した各基準案の重要性の認識と実際の実施状況の把握のためのアンケート調査の実施
3) 対象事業所におけるがん緩和ケア年間利用者数、在宅死亡数、および在宅死亡率の3つをアウトカムとして、これらと各基準の実施・未実施との関連性の検討
4) 上記の結果を基に、学術専門家と訪問看護実践家での討議の繰り返し（専門家パネルの実施）

表2：昨年度に選定したがん緩和ケア基準

大項目	中項目	分類	項目数
I 構造基準	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 ケア基準	過程基準・看護実践	1. 疼痛緩和 2. 疼痛以外の症状緩和 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
	評価基準	1. アウトカム	4
計			44

2年目に当たる本年度は、以下の1～3のプロセスを経て、がん緩和ケア基準を洗練させ、最終基準として44項目（構造基準18項目、ケア基準26項目）を導いた（表3）。

表3：本年度、がん緩和ケア基準の最終的な選定のために行った作業プロセス

1) 昨年度に選定したがん緩和ケア基準44項目への概念枠組みの追加と各基準の再検討：複数回にわたる専門家パネルの実施
2) 新たに盛り込む必要があると判断された“がん緩和ケアに特有な安全・リスクマネジメント基準”導入の検討
3) 抽出した訪問看護領域におけるがん緩和ケア基準の妥当性の検討：国内外における他領域の緩和ケアのスタンダードとの比較

【結果】

以下に、I. がん緩和ケア基準の概念枠組みの追加と各基準の再検討の結果、II. 新たに盛り込む必要があると判断された“がん緩和ケアに特有な安全・リスクマネジメント基準”導入の

検討結果、およびⅢ. 抽出した訪問看護領域におけるがん緩和ケア基準の妥当性の検討の結果について順に述べる。

結果Ⅰ. がん緩和ケア基準の概念枠組みの追加と各基準の再検討

<構造基準>

H17年度のがん緩和専門特化訪問看護ステーションの構造基準14項目を、加味修正または改変した上で18項目とし、さらに、概念枠組みとして、Ⅰ. 理念、Ⅱ. 質の向上、Ⅲ. 環境づくり、Ⅳ. 安定した運営（安全管理含む）の4領域を挙げ、それぞれに分類した。

Ⅰ. 理念

■旧項目1. 2. 3に挙げた「事業所の理念・運営方針」および「理念・運営方針に基づく組織図」「専門領域のケア提供の方針」

がん緩和専門ステーションに限らず、訪問看護ステーション設置基準に含まれることから、以下のように変更した。

→ **新項目1. 緩和ケア提供の理念・方針：**

トータルペインに対するケア提供を理念に掲げ、実践している

Ⅱ. 質の向上

■旧項目4「専門性を有する看護師の配置」

「専門性」のレベルや内容が不明確であったことから、がん緩和ケア専門看護師の定義とその処遇に関する項目に二分し、以下のように修正した。

なお、在宅緩和ケアで働く専門看護師および認定看護師の数が現状では不足している現状を考慮し、本基準における専門看護師は、がん看護専門看護師と地域看護専門看護師の両者を含み、認定看護師は、ホスピスケア、がん性疼痛看護、がん化学療法看護、訪問看護を含むとした。しかし、将来的にがん患者に対する在宅緩和ケアが普及すれば、イギリスやオーストラリアで確立しているような、“在宅緩和ケア専門看護師”のようなスペシャリストとして一本化されることが望まれる。

また、がん緩和ケアに専門特化した訪問看護ステーション内においても、すべての看護職員におけるがん緩和ケアの専門性を確保することは人員配置上困難である状況を考慮し、在宅におけるがん緩和ケアのスペシャリストとその他のジェネラリスト（もしくは他分野のスペシャリストとして役割分担していく）に分け、将来的なキャリアラダー化も念頭に置いた。

→ **新項目2. 緩和ケア専門看護師の配置：**

緩和ケア領域の専門資格を持つ専門看護師または認定看護師が雇用されている、もしくは、緩和ケア領域についての研修（目安としてこれまでに1日間以上）を受けるまたは緩和ケア提供実績（目安としてこれまでに10件以上）があり、末期がん患者に自立して緩和ケアの提供ができる（最期まで在宅で看ることのできる）実践能力をもつ看護師が雇用

されていること。（以下、緩和ケア専門看護師とする）

→ 新項目 3. 緩和ケア専門看護師の処遇：

がん緩和ケア専門看護師の処遇（責任・権限の賦与、適切な給与体系等）が配慮されていること。

■ 旧項目 6. 7 「専門領域のケア実践の支援」「専門領域のケアに関する助言・指導」

上記と同様の理由から、がん緩和ケア専門看護師への助言・指導とジェネラルな看護職員への助言・指導とに二分し、明確化した。

→ 新項目 4. 緩和ケア実践の支援：

がん緩和ケア専門看護師に対する外部識者による助言・指導・協力体制があること。

→ 新項目 5. 緩和ケアに関する助言・指導：

看護職員に対するがん緩和ケア専門看護師または外部識者による助言・指導・協力体制があること。

■ 旧項目 8 「専門領域のケアのプロトコル」に関しては以下のように文言を修正した。

→ 新項目 6. がん緩和ケアのプロトコル：

がん緩和ケアの基準（プロトコル、基準・手順、業務マニュアル等）があること。

■ 旧項目 9 「専門的ケアの 24 時間の提供体制」

在宅療養支援診療所の設置との連携も視野に入れ、医師と共に 24 時間ケア提供体制を支えていくことを盛り込み、以下のように修正した。

→ 新項目 7. がん緩和ケアの 24 時間の提供体制

がん緩和ケア利用者に対して、医師とチームを組んで 24 時間のケア提供体制がとれていること。

III. 環境づくり

■ 旧項目 5 「専門領域の知識・技術の向上」

スペシャリストとジェネラリストでは、その教育・研修内容も異なるため、がん緩和ケア専門看護師とジェネラルな看護職員を分類し、それぞれの知識・技術の向上に関して触れた。

→ 新項目 10. 専門領域の知識・技術の向上 (1)

がん緩和ケア専門看護師および看護職員が緩和ケア領域の知識・技術の向上を行うための研修参加（事業所内外のものを問わず）が計画的に組まれていること。

→ 新項目 11. 専門領域の知識・技術の向上 (2)

既存の在宅緩和ケアチームメンバーや事業所内看護職員以外のメンバーが参加できる公開のがん緩和ケアの学習機会または交流の機会があること。

■ 旧項目 11 「サービス評価の体制」

多角的に評価する必要性から、個々の患者レベルおよび事業所レベルに分け、以下のように修正した。

→ **新項目 8. サービス評価の体制（個々の患者レベル）**

患者の死後、チームでデスカンファレンス等を行い、振り返る機会を持っていること。

→ **新項目 9. サービス評価の体制（事業所レベル）**

がん緩和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計画的かつ定期的になされていること。

■ **旧項目 12 「地域の他機関への支援」**

変更なし

→ **新項目 13. 地域の他機関への支援：**

がん緩和ケア領域に関して、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。

■ **旧項目 13 「専門領域のケアに関する情報の整備・発信」**

変更なし

→ **新項目 12. 専門領域のケアに関する情報の整備・発信**

がん緩和ケア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、整備した情報や実績等を発信する体制があること。

■ **旧項目 14 「専門領域のケアの普及・啓発」**

その対象を地域住民と関連機関に分類し、以下のように修正した。

→ **新項目 14. 在宅がん緩和ケア提供機関としての地域住民への普及・啓発**

地域住民を対象とした広報活動が行われていること（地域住民からの相談への対応をしている／ボランティア受け入れ体制があるなど）

→ **新項目 15. 在宅がん緩和ケア提供機関としての関連機関への認知・周知**

病院の退院支援部門スタッフや地域包括支援センター等のケアマネジャーからの紹介ルートとして当事業所が認知・周知されていること。

IV. 安定した運営

■ **旧項目 10 「職員の負担軽減に配慮したスケジューリング」**

看護職員の心身の負担に配慮した具体的なスケジューリング内容等について触れると同時に、IV. 安定した運営にカテゴライズした。

→ **新項目 16. 看護職員の負担軽減に配慮した労務・健康管理体制**

看護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。（看護職員の意思が通るスケジューリングを行っている／看護職員の身体心理的負担に対するリエゾンの役割を果たす相談スタッフがいる／完全に仕事がオフになる日数が確保されてい

るなど)

■追加基準

今後、在院日数短縮化の流れにおいて、在宅療養患者の医療依存度が上がることを見込み、リスクマネジメントとして必要と考えられる以下の2点を追加した。なお、本基準導入の検討については、後述する結果2で詳細に述べる。

→ 新項目 17. リスクマネジメントのための対応（緩和ケア特有の）

医療事故（モルヒネ製剤や医療機器の誤用により不本意な死を迎えることなど）の予防に努めるとともに、日常のケアを通じて利用者本人や残された遺族の満足度を高めるという視点をもって、リスクマネジメントに関する方策を講じている（リスク把握のための集約された情報入手ルートの確保、リスクを視野に入れながら最善のケア提供を検討するための定期的な情報交換の場の確保など）。

→ 新項目 18：緊急時対応ネットワークの確立

患者に想定外の事象が発生した場合に、その内容に応じて、管理者、医師、関係機関、家族等への連絡体制が個別の患者ごとに確立しており、看護職員が必要な助言、指示を得ることができること。

<ケア基準>

H17年度のがん緩和専門特化訪問看護ステーションのケア基準30項目を、加味修正または改変した上で24項目とし、さらに、概念枠組みとしてⅠ.身体・心理・社会的ケア、Ⅱ.スピリチュアルケア・死の教育、Ⅲ.家族ケア（緩和ケア特有）Ⅳ.日常生活ケア・指導、Ⅴ.チームケア、の5領域を挙げ、それぞれにカテゴライズした。

Ⅰ.身体・心理・社会的ケア

「トータルペイン」として、がんの痛みをとらえるべきであるという視点から、まず、疼痛をはじめとする身体的苦痛・心理的苦痛・社会的苦痛に対するケアに分類し項目を設けた。またアセスメントし、それを次の行動（行動と評価）に反映させることが重要であるという理由から、各領域において2段階に分けて設定した。

■ 旧項目 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」

■ 旧項目 2 「痛みの管理がマニュアルやWHOの除痛ラダーに基づいてできる」

→ 新項目 1. 身体的な痛みを客観的な指標（スケールなど）を用いて定期的にあセスメントし、記載している

→ 新項目 2. 身体的な痛みの管理を行うための根拠となるもの（マニュアルやWHO方式など）が存在し、それに基づいてケアを標準化した上で、痛みの管理（行動と評価）を行い、記載している

■ 旧項目 3 「痛み以外の身体症状を定期的にあセスメントし、記載している

■ 旧項目 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」

→ 新項目 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

→ 新項目4. 痛み以外の身体症状の管理を行うための根拠となるものが存在し、それに基づいてケアを標準化した上で、身体症状の管理(行動と評価)を行い、記載している

■ 旧項目5 「精神症状を定期的にアセスメントし、記載している」

■ 旧項目6 「精神症状の管理がマニュアルに基づいてできる」

→ 新項目5. 精神症状(せん妄、抑うつ、不安等)を定期的にアセスメントし、記載している

→ 新項目6. 精神症状の管理を行うための根拠となるものが存在し、それに基づいてケアを標準化した上で、精神症状の管理(行動と評価)を行っている

■ 旧項目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 : 代替ケアに関しては、エビデンスのないものも多く、今後リサーチによる知見が期待される。よって現段階では、「積極的に」という文言を「必要に応じて」と修正した。

→ 新項目7. 代替ケア(マッサージ・指圧、リラクゼーション、アロマセラピー、セラピューティックタッチ、音楽療法など)を必要に応じて取り入れ、実施している。

■ 社会的苦痛に関するケアとして、以下の項目を追加した。

→ 新項目8. 患者が社会的な役割を維持して日常生活を送れるよう配慮している

II. スピリチュアルケア・死の教育

■ 旧項目16 「本人が予後や死への不安について表出する機会を作ることができる」

■ 旧項目17 「家族が予後や死への不安について表出する機会を作ることができる」

スピリチュアルケアに関して、緩和ケア特有のケアとして重要であることから、旧項目16および17に基準として挙げていた。昨年度の調査により、この“スピリチュアル”という文言が抽象的でわかりにくいという指摘があったことから、死への不安という表現を採用していたが、本研究の目的ががん緩和ケアに専門特化する訪問看護ステーションの配置・育成であることから、元来の理念に見合う言葉の使用を用いるとともに、その解釈がしやすいように括弧で「生きる意味、存在の意義などの心の奥にある気持ち」という言葉を入れた。さらに、スピリチュアルペインとは、存在・生きる意味が発する痛みであり、看護師の痛みのキャッチ能力が問われる。患者は、解答を求めているわけではない。まず患者のスピリチュアルペインに気づき、何故そう思うのか、感じるのか、それを共有することが患者のスピリチュアルペインに対するケアとして重要であることから、以下のように修正した。

→ 新項目9. 患者のスピリチュアルペイン(生きる意味、存在の意義などの心の奥にある気持ち)に気づくことができ、それに適切に対応している(それを傾聴し、共に考え、患者自身での確認作業を促している)

■ 旧項目 1 1 「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」
訪問看護師の重要な役割として、ただ現状に対応し説明するのみではなく、状況を予測し早期に本人・家族に伝えることにより、心の準備や家族会議などで方向性の統一を計る時間の確保などが可能になる。よって、その旨を追加し、以下のように修正した。

→ 新項目 10. 現在起こっていること（痛みやその他の症状を含む状況）および今後起こりうることを判断・予測し、患者・家族にそれを説明し、対処している（患者・家族への情報提供）

■ 旧項目 1 2 「家族に適切な時期を見計って死までの経過説明をしている」

患者本人へ説明する機会もあることから、「患者」を追加し、以下のように修正した。

→ 新項目 11. 患者・家族（特に家族）に適切な時期を見計らって死までの経過を説明している（死までの経過説明）

■ 旧項目 1 4 「本人の死亡場所を確認し、記載している」

■ 旧項目 1 5 「家族の死亡場所の希望を確認し、記載している」

■ 旧項目 2 7 「患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができる」

■ 旧項目 2 8 「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ができる」

死を目前にした患者・家族の気持ちは常に揺れているといっても過言ではない。患者・家族がどう過ごしたいのか、訪問看護師の役割として、その揺れを共有し、支え、患者・家族の意向が異なる場合には調整を図ることも重要である。よって以下のように修正した。

→ 新項目 12. 死の受け止め方、療養場所、および死亡場所に関する患者・家族の希望のゆれを共有し、最終的に両者が納得する場所で最期を迎えることができる

Ⅲ. 家族ケア（緩和ケア特有）

緩和ケアの重要なコンセプトのひとつは、家族の再出発へのケアである。家族が満足し、後悔しないケアを提供することは、予期悲嘆や死別後の適応の援助にもつながるため、以下の2項目を追加した。

→ 新項目 13. 家族の思いを聞き、辛さを共有するとともに、今ある状況の理解を促し、家族が最終的に満足のいく（後悔をしない）ケアを提供している（家族への心理的ケア）

→ 新項目 14. 家族の介護・ケア参加を促し、家族がチームの一員として役割を果たせる状況を整え、その結果、家族の介護・ケア能力が向上するとともに、家族の精神的な成長や予期悲嘆、死別後の適応が促されるよう導いている

がん患者の場合、その疾患の特性上、亡くなる直前に短期間で集中的なケアを要することが多い。よって、家族の介護負担も大きく、心身ともに疲弊してしまうケースも少なくない。家族

の介護負担の軽減が在宅療養の継続に大きく影響することから、ケアの内容として「積極的なレスパイトケアの利用」という例示も行い、以下の項目を追加した。

→ **新項目 15. 家族の介護負担を考慮したケア（積極的なレスパイトケアの利用など）を実施している**

■ 旧項目 13 「遺族のグリーフケアを実施している」

何をもってグリーフケアというのか、ナースが行う効果的なグリーフケアとは何なのかなどが、未だ確立していない状況である。また各々の遺族のグリーフケアのニーズが各々のケースにより異なっている印象があるとのことで、以下のように修正した。

→ **新項目 16. 遺族個々の必要に応じたグリーフケアを実施している**

IV. 日常生活ケア・指導

■ 旧項目 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、積極的にサービスを取り入れている」

「予防的かつタイムリーに必要な職種と連携」するのが可能なことが、訪問看護師の特性である。よって、以下のように修正した。

→ **新項目 17. 日常生活に関するセルフケア能力に応じて、予防的かつタイムリーに必要な職種と連携をとり、サービスを導入している（終末期における ADL の変化を予測した対応をしている）**

■ 旧項目 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」

■ 旧項目 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」

EBN 実践のため、またケアの標準化推進のために、マニュアルやガイドラインの果たす役割は大きい。統一したレベル且つ家族特性に応じた家族への指導・支援を目指し、以下のように修正した。

→ **新項目 18. 家族への介護方法を指導するための根拠となるもの（マニュアルなど）が存在し、それに基づいて指導内容を標準化した上で、家族への指導を行っている（家族への介護指導）**

→ **新項目 19. 服薬指導（特にレスキューで使用する場合を含めた麻薬への認識や取り扱い方法）を指導するための根拠となるもの（マニュアルなど）が存在し、それに基づいて指導内容を標準化した上で、患者の状態に応じて適宜指導している（患者・家族への服薬指導）**

V. チームケア・連携

がんの包括的ケアが求められている中、在宅療養移行が推進され、今後ますますステーションの役割・機能の拡大が期待されるが、ステーションだけで窓口を担うことは、数・規模、質・量的にも困難な状況である。病院の医療連携質・地域包括支援センター・ケアマネージャーらと連携を取り、地域の人々を包括的に支援するシステム作りを推進していく必要がある。

■ 旧項目 18 「麻薬を扱う かかりつけ医と連携をとることができる」

■ 旧項目 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」

在宅療養の継続は、かかりつけ医との連携がキーとなる。旧項目 18、19 も含め、看取りまで診ることのできる かかりつけ医と協働することが重要である。

→ 新項目 20. 最期まで主治医として関わることのできる(看取りまで診ることのできる)かかりつけ医と連携を取っている

■ 旧項目 20 「緩和ケア方針やケア計画をケアマネージャーと共有している」

変更なし

→ 新項目 21. 緩和ケア方針・ケア計画を共有できるケアマネージャーと連携をとっている

■ 旧項目 21 「緩和ケア方針やケア計画をヘルパーと共有している」

変更なし

→ 新項目 22. 緩和ケア方針・ケア計画を共有できるヘルパーと連携をとっている

■ 旧項目 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」

欧米で在宅ホスピス、または在宅緩和ケアが成功している例を見ると、多職種が関わり連携をとって、在宅療養患者・家族を支えている。現在、在宅療養支援のための連携相手という、かかりつけ医・ケアマネージャー・ヘルパーが挙げられるが、より多くの職種を巻き込み、包括的なケアを目指すということで、以下のように修正した。

→ 新項目 23. 在宅がん緩和ケア提供のために、心理専門家やボランティアなど(かかりつけ医、ケアマネージャー、ヘルパー以外)を含むチームを組んでいる。

■ 旧項目 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」

在宅緩和ケアチームという文言を追加し、以下のように修正した。

→ 新項目 24. 在宅緩和ケアチームメンバー間で緩和ケア方針・ケア計画について情報交換を行っている

■ 旧項目 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」

在宅緩和ケアチームという文言を追加し、以下のように修正した。

→ 新項目 25. 入退院時に、病院と在宅緩和ケアチームメンバーとの間で緩和ケア方針・ケア計画について情報交換を行っている(退院前訪問を含む)

■ 旧項目 26 「患者が適切ながん緩和ケアを受けられるように、代弁者としての役割を果たすことができる」

変更なし

→ 新項目 26. がん患者・家族が適切な緩和ケアを受けられるように、代弁者としての役割

を果たすことができる

上記3項目は、構造基準の中に統合した。

■ 旧項目 25 「チームで定期的ながん緩和ケアについて学ぶ機会を持っている」

→ II. 質の向上およびIII. 環境づくり

■ 旧項目 29 「チームでデスカンファレンスを行い、記載している」

→ II. 質の向上 項目8 サービス評価の体制【個々の患者レベル】に統合した。

■ 旧項目 30 「事業所内に定期的に緩和ケアを振り返る機会を持っている」

→ II. 質の向上 項目9 サービス評価の体制【事業所レベル】に統合した。

以上の検討を経て、本年度、最終選定した訪問看護におけるがん緩和ケア基準を表に示す(表4)。

表4：訪問看護におけるがん緩和ケア基準

1) 構造要件

	項目	解釈・確認方法
I 理念		
1	緩和ケア提供の理念・方針	トータルペインに対するケア提供を理念に掲げ、実践している
II 質の向上		
2	がん緩和ケア専門看護師の配置	がん緩和ケア領域の専門資格を持つ専門看護師または認定看護師が雇用されている、もしくは、緩和ケア領域についての研修(目安としてこれまでに <u>1</u> 日間以上)を受けるまたは緩和ケア提供実績(目安としてこれまでに <u>10</u> 件以上)があり、末期がん患者に自立して緩和ケアの提供ができる(最期まで在宅で看ることのできる)実践能力をもつ看護師が雇用されていること。(以下、がん緩和ケア専門看護師とする)
3	がん緩和ケア専門看護師の処遇	がん緩和ケア専門看護師の処遇(責任・権限の賦与、適切な給与体系等)が配慮されていること。
4	がん緩和ケア実践の支援	がん緩和ケア専門看護師に対する外部識者による助言・指導・協力体制があること。
5	がん緩和ケアに関する助言・指導	看護職員に対するがん緩和ケア専門看護師または外部識者による助言・指導・協力体制があること。
6	がん緩和ケアのプロトコル	がん緩和ケアの基準(プロトコル、基準・手順、業

		務マニュアル等) があること。
7	緩和ケアの24時間の提供体制	がん緩和ケア利用者に対して、医師とチームを組んで24時間のケア提供体制がとれていること。
8	サービス評価の体制 (個々の患者レベル)	患者の死後、チームでデスカンファレンス等を行い、振り返る機会を持っていること。
9	サービス評価の体制 (事業所レベル)	緩和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計画的かつ定期的になされていること。
III 環境づくり		
10	専門領域の知識・技術の向上 (1)	がん緩和ケア専門看護師および看護職員が緩和ケア領域の知識・技術の向上を行うための研修参加 (事業所内外のものを問わず) が計画的に組み込まれていること。
11	専門領域の知識・技術の向上 (2)	既存の在宅緩和ケアチームメンバーや事業所内看護職員以外のメンバーが参加できる公開の緩和ケアの学習機会または交流の機会があること。
12	専門領域のケアに関する情報の整備・発信	がん緩和ケア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、整備した情報や実績等を発信する体制があること。
13	地域の他機関への支援	がん緩和ケア領域に関して、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。
14	在宅がん緩和ケア提供機関としての地域住民への普及・啓発	地域住民を対象とした広報活動が行われていること (地域住民からの相談への対応をしている/ボランティア受け入れ体制があるなど)。
15	在宅がん緩和ケア提供機関としての関連機関への認知・周知	病院の退院支援部門スタッフや地域包括支援センター等のケアマネジャーからの紹介ルートとして当事業所が認知・周知されていること。
IV 安定した運営 (安全管理含む)		
16	看護職員の負担軽減に配慮した労務・健康管理体制	看護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。(看護職員の意思が通るスケジューリングを行っている/看護職員の身体心理的負担に対するリエゾンの役割を果たす相談スタッフがいる/完全に仕事がオフになる日数が確保されているなど)
17	リスクマネジメントのための対応	医療事故 (モルヒネ製剤や医療機器の誤用により不

	(緩和ケア特有の)	本意な死を迎えることなど)の予防に努めるとともに、日常のケアを通じて利用者本人や残された遺族の満足を高めるという視点をもって、リスクマネジメントに関する方策を講じている(リスク把握のための集約された情報入手ルートの確保、リスクを視野に入れながら最善のケア提供を検討するための定期的な情報交換の場の確保など)。
18	緊急時対応ネットワークの確立	患者に想定外の事象が発生した場合に、その内容に応じて、管理者、医師、関係機関、家族等への連絡体制が個別の患者ごとに確立しており、看護職員が必要な助言、指示を得ることができること。

2) ケア要件

	項目
I 身体・心理・社会的ケア	
1	身体的な痛みを客観的な指標(スケールなど)を用いて定期的にあセスメントし、記載している
2	身体的な痛みの管理を行うための根拠となるもの(マニュアルやWHO方式など)が存在し、それに基づいてケアを標準化した上で、痛みの管理(行動と評価)を行い、記載している
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)を定期的にあセスメントし、記載している
4	痛み以外の身体症状の管理を行うための根拠となるものが存在し、それに基づいてケアを標準化した上で、身体症状の管理(行動と評価)を行い、記載している
5	精神症状(せん妄、抑うつ、不安等)を定期的にあセスメントし、記載している
6	精神症状の管理を行うための根拠となるものが存在し、それに基づいてケアを標準化した上で、精神症状の管理(行動と評価)を行っている
7	代替ケア(マッサージ・指圧、リラクゼーション、アロマセラピー、セラピューティックタッチ、音楽療法など)を必要に応じて取り入れ、実施している
8	患者が社会的な役割を維持して日常生活を送れるよう配慮している
II スピリチュアルケア、死の教育	
9	患者のスピリチュアルペイン(生きる意味、存在の意義などの心の奥にある気持ち)に気づくことができ、それに適切に対応している(それを傾聴し、共に考え、患者自身での確認作業を促している)
10	現在起こっていること(痛みやその他の症状を含む状況)および今後起こりうることを判断・予測し、患者・家族にそれを説明し、対処している(患者・家族への情報提供)

11	患者・家族（特に家族）に適切な時期を見計らって、予後および死までの経過を説明している（死までの経過説明）
12	死の受け止め方、療養場所、および死亡場所に関する患者・家族の希望のゆれを共有し、最終的に両者が納得する場所で最期を迎えることができる
Ⅲ 家族ケア	
13	家族の思いを聞き、辛さを共有するとともに、今ある状況の理解を促し、家族が最終的に満足のいく（後悔をしない）ケアを提供している（家族への心理的ケア）
14	家族の介護・ケア参加を促し、家族がチームの一員として役割を果たせる状況を整え、その結果、家族の介護・ケア能力が向上するとともに、家族の精神的な成長や予期悲嘆、死別後の適応が促されるよう導いている
15	家族の介護負担を考慮したケア（積極的なレスパイトケアの利用など）を実施している
16	遺族個々の必要に応じたグリーフケアを実施している
Ⅳ 日常生活ケア・指導	
17	日常生活に関するセルフケア能力に応じて、予防的かつタイムリーに必要な職種と連携をとり、サービスを導入している（終末期におけるADLの変化を予測した対応をしている）
18	家族への介護方法を指導するための根拠となるもの（マニュアルなど）が存在し、それに基づいて指導内容を標準化した上で、家族の状態に合わせて指導を行っている（家族への介護指導）
19	服薬指導（特にレスキューで使用する場合を含めた麻薬への認識や取り扱い方法）を指導するための根拠となるもの（マニュアルなど）が存在し、それに基づいて指導内容を標準化した上で、患者の状態に応じて適宜指導している（患者・家族への服薬指導）
Ⅴ チームケア・連携	
20	最期まで主治医として関わることのできる（看取りまで診ることのできる）かかりつけ医と連携を取っている
21	緩和ケア方針・ケア計画を共有できるケアマネジャーと連携をとっている
22	緩和ケア方針・ケア計画を共有できるヘルパーと連携をとっている
23	在宅緩和ケア提供のために、心理専門家やボランティアなど（かかりつけ医、ケアマネジャー、ヘルパー以外）を含むチームを組んでいる。
24	在宅緩和ケアチームメンバー間で緩和ケア方針・ケア計画について情報交換を行っている
25	入退院時に、病院と在宅緩和ケアチームメンバーとの間で緩和ケア方針・ケア計画について情報交換を行っている（退院前訪問を含む）
26	がん患者・家族が適切な緩和ケアを受けられるように、代弁者としての役割を果たすことができる

結果Ⅱ. “がん緩和ケアに特有な安全・リスクマネジメント基準” 導入の検討

近年、訪問看護ステーションは多様なニーズを持つ在宅療養者への訪問看護の提供だけでな

く、多機能化が進むなど、多くの期待が寄せられている。その一方で、特に病院における在院日数の短縮化の影響を受け、「難病やがん末期等、高度な医療処置を必要とする在宅療養者が増えてきており、安全管理の問題が問われることも多くなっている」との指摘¹⁾もある。

昨年度作成した「がん緩和ケアに専門特化した訪問看護ステーションに求められる業務基準」²⁾においても、このような安全やリスクマネジメントに関連した項目が含まれているが、本稿では、がん緩和ケア特有の基準として再検討するために、最新の訪問看護、特に、がん緩和ケアにおけるリスクマネジメント関連の文献を改めてレビューし、より明示的で理解のしやすいがん緩和ケア業務基準となるよう内容の検討を行った。

方法として、本稿の目的に即して医中誌 WEB (Ver. 4) を用い、2002 年から 2007 年のデータベースから「リスクマネジメント」「訪問看護」「緩和ケア」のキーワードを用いて文献検索を行い、現状として業務基準に反映させるべき内容の抽出を行った。また必要に応じて、本小委員会における議論の内容を反映させることとし、他の改正点も考慮にいれ改訂版の取りまとめに必要な内容の検討を行った。

その結果、医中誌 WEB による検索 (2006 年 1 月の件数を示した) により、「リスクマネジメント」が 15495 件が抽出されたのに対し、「訪問看護」にて絞り込み検索を行うと 95 件、同様に「緩和ケア」にて絞り込み検索を行うと 28 件のみが抽出された。

これらの文献から主要な内容を抽出したところ以下ようになった。

1. 訪問看護におけるリスク把握

リスクマネジメントと聞けば、医療事故やその後の訴訟などのネガティブなイメージが浮かぶかもしれないが、その過程を経て医療の質が確保され、結果として利用者や家族の満足感の増大や自組織の人員や士気、経済的損失などの減少をもたらすものである。

その「プロアクティブ」な対応の第一段階としてどのようなリスクが存在するのかを把握することになるが³⁾、現段階では在宅緩和ケアに特化した事故・インシデントに関する体系化された報告は見当たらなかった。

なお訪問看護全体としては、「転倒・転落」「ケア中などの骨折」が 6 割以上を占め、その後、「誤薬」、「カテーテル・チューブ事故」などが続く報告¹⁾や、ヒヤリ・ハット報告が「サービスク対応の不備」、「信頼関係の損失」「時間のロス」「転倒系」の順に多く示された報告⁴⁾があった。

在宅緩和ケアに関する体系的な事故・インシデントに関する報告がないことから、現場からの症例報告や、病院での緩和ケアの状況等からリスクを類推する必要があるため、それらを以下に示す。

2. 意思決定のゆれとケアの姿勢

高沢⁵⁾は大腸がん患者が臨終の場の決定の「ゆれ」が見られた事例を示しつつ、「本人・家族のゆれと付き合い」、「共に考える姿勢」でのケアの重要性を示している。

また宮崎⁶⁾は、高齢の脳内出血患者の家族が強固に延命治療を拒否した事例を通じて「いずれの選択枝も究極のハイリスクな選択」に適切なマニュアルがないことを指摘しつつ、「本人の人生観・価値観を共有する技術を会得することが現時点での一つの答え」として、本人・家族と

の話し合いとその結果の医療チーム内での共有化により、意思決定過程の透明度を上げることを方策としてあげている。

同様に西村⁷⁾も「患者の治療文化を家族と共有してゆく事前の作業」が治療方針の一致の一助となり、ひいては「在宅医療チームの士気の維持」と「事故発生時の医療紛争への発展防止」の点においても重要と述べている。

3. 緩和ケアに関わる職員の健康管理

佐藤⁸⁾は大学病院の緩和ケア病棟での実践を踏まえ、緩和ケアに特有のストレスとして、患者の死による喪失体験の繰り返し、患者の苦痛が緩和されないこと、倫理的な問題、医師を始めとする他職種との関係、環境や体制によるもの、自分自身の知識や技術への自信のなさをあげている。ストレスへの対応としては、個人的な対応以外の組織的な対応として「支持的で協力して働ける職場環境」、「勉強会やカンファレンスの活用」をあげ、将来的には精神科医や臨床心理士によるサポートが受けられる体制の必要性についても言及している。

以上の結果をもとに緩和ケア特有の安全やリスクマネジメントに関連する基準について考察する。一般に患者の死亡や障害の発生予防が医療におけるリスクマネジメントの目標として考えられているが、在宅緩和ケアの文脈では患者の死は最も重要な必然として存在しており、死亡や障害の発生予防が必ずしも衆目に一致した最優先の目標と言い切れない点が、在宅緩和ケアにおけるリスクマネジメントの困難さの一つといえよう。

一方で、社会からはより低コストで質が高く、透明性の高い医療が求められており、在宅緩和ケアに携わる医療者は医療事故の予防だけではなく、日常のケアを通じて利用者本人や残された遺族の満足度を高める（言い換えればクレームを減少させる）方策を準備しておくことが求められている。

結果に示した先行研究からは、①リスク把握のための集約された情報が不足していること。②意思決定における「ゆれ」に配慮し患者・家族との話し合いや、緩和ケアチームでの共有が必要であること。③緩和ケアに従事する職員の健康面への配慮と支援体制が重要であること。の3点が抽出された。

またこれら以外に「緩和ケアに欠かせない薬剤」⁹⁾であり、今後使用量の増大が見込まれるモルヒネ製剤等については、患者の疼痛緩和の適切さの観点が重要であるのは言うまでもないが、その取り扱いにおいて社会的に疑義を生じず、また職員の全員がストレスを感じずに扱えるようなマニュアルの整備や管理体制が必要であり、同様に近年、終末期においても持続的な輸液や腹膜透析など医療機器が導入されている場合も少なくなく、これらのトラブルにおいて不本意な死を迎えることがないよう、必要性の有無の検討を含め、医師や機器管理会社との連絡体制や、家族等への教育など更なる緊急時対応体制の充実が必要であろう。

本稿では在宅緩和ケアに専門特化した訪問看護ステーションの業務基準の改訂に資するべく、主にリスクマネジメントの観点から、必要とされる以下の2項目の抽出を試みた。

構造要件として新たに導入した基準

- 医療事故（モルヒネ製剤や医療機器の誤用により不本意な死を迎えることなど）の予防に努めるとともに、日常のケアを通じて利用者本人や残された遺族の満足を高めるという視点をもって、リスクマネジメントに関する方策を講じている（リスク把握のための集約された情報入手ルートの確保、リスクを視野に入れながら最善のケア提供を検討するための定期的な情報交換の場の確保など）。
- 患者に想定外の事象が発生した場合に、その内容に応じて、管理者、医師、関係機関、家族等への連絡体制が個別の患者ごとに確立しており、看護職員が必要な助言、指示を得ることができること。

結果Ⅲ. 抽出した訪問看護領域におけるがん緩和ケア基準の妥当性の検討：国内外における他領域の緩和ケアのスタンダードとの比較

緩和ケアの質の保証は、ガイドライン等のスタンダードをもとに、構造・プロセス・アウトカムの評価を行うことによってなされるべきである。本研究班では、わが国の訪問看護領域では、がん緩和ケアに対するガイドライン・スタンダードは存在しないことから、上記に述べてきたように、訪問看護領域における、がん緩和ケアにおける構造・ケア基準（以下、本基準）というスタンダードを開発した。本稿の目的は、本基準の開発過程において、参考にしたわが国の他領域における、緩和ケアのスタンダードとの整合性を検討し、本基準の妥当性を検討することである。

わが国の専門的緩和ケアは、1990年の厚生省（当時）による緩和ケア病棟入院料の算定により、主にホスピス・緩和ケア病棟を中心に発展してきた。現在では、専門的緩和ケアは一般病院における緩和ケアチーム（緩和ケア診療加算）や在宅緩和ケアなどに拡大しつつあるが、スタンダードが確立しているものはホスピス・緩和ケア病棟のみである。よって、本基準は主としてホスピス・緩和ケア病棟における一連のスタンダードとの整合性について検討することにする。

既存のガイドラインとして使用した資料は「緩和ケア入院料の施設基準（以下、施設基準）¹⁾」「緩和ケア診療加算に関する施設基準（以下、チーム基準）²⁾」「日本ホスピス緩和ケア協会ホスピス緩和ケアの基準（以下、ホスピス緩和ケアの基準）³⁾」「日本ホスピス・緩和ケア協会ホスピス・緩和ケア教育カリキュラム（多職種用）（以下、教育カリキュラム）⁴⁾」「日本医療機能評価機構の自己評価調査票 緩和ケア機能（以下、緩和ケアモジュール）⁵⁾」「厚生労働省・日本医師会 がん緩和ケアにおけるマニュアル（以下、マニュアル）⁶⁾」の6つである。「施設基準」は厚生労働省による緩和ケア病棟入院料算定のために施設が満たすべき基準である。「チーム基準」は一般病棟において緩和ケアチームががん患者を診療した場合に、緩和ケア診療加算を算定するための基準である。「ホスピス緩和ケアの基準」は日本ホスピス緩和ケア協会によって策定された、自宅や施設でホスピス・緩和ケアをうける患者・家族のケアを提供する専門職とボランティア用のスタンダードである。「教育カリキュラム」は日本ホスピス緩和ケア協会によって作成された、教育カリキュラムであり、医師・看護師を含む多職種が習得すべき教育

内容について記述されたスタンダードである。「緩和ケアモジュール」は日本医療機能評価機構の病院審査における、緩和ケア病棟対象に作成された緩和ケアモジュールに基づく自己評価票として公開されているものである。「厚生労働省・日本医師会 がん緩和ケアにおけるマニュアル」は日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の支援を受けて作成されたがん緩和ケアにおけるマニュアルである。

本がん緩和ケア基準の 1) 構造基準のうち、「I. 理念」の「1) 緩和ケア提供の理念・方針」については、ホスピス緩和ケアの基準、マニュアルの記述に対応し、また緩和ケアモジュールにおいても、評価項目に挙げられている。

「II. 質の向上」の「2) 緩和ケア専門看護師の配置」に関してはチーム基準に挙げられている。「3) 緩和ケア専門看護師の処遇」については既存のスタンダードでは触れられていないが、緩和ケアチームにおいては専従の看護師が必要であるので、それとほぼ同条件と考えられる。

「4) 緩和ケア実践の支援」「5) 緩和ケアにかんする助言・指導」に関しては、既存のスタンダードでは触れられていないが、ホスピス・緩和ケア病棟においては、全ての職員そのものが専門家と考えられるからである。これは訪問看護領域に特殊な項目であると考えられる。「6) 緩和ケアのプロトコル」については、既存のスタンダードには触れられていないが、そもそも既存のスタンダードおよびマニュアルがこれに相当するものと考えられる。「7) 緩和ケアの 24 時間提供体制」については、既存のスタンダードでは触れられていないが、ホスピス・緩和ケア病棟では 24 時間の提供体制は当然のことであり、訪問看護に特殊な項目と考えられる。「8) サービス評価の体制(個々の患者レベル)」については、緩和ケアモジュールにおいて、定期的な多職種カンファレンスの必要性について触れられており、ホスピス・緩和ケア病棟では一般的に行われている行為である。「9) サービス評価の体制(事業所レベル)」に関しては、緩和ケアモジュールで触れられている。また、緩和ケアモジュールの存在そのもの、およびその上位に存在する日本医療機能評価機構における病院機能評価において、自己評価の必要性は強調されている。これら 2 項目はホスピス緩和ケアの基準において必要な項目として記載されている。

「III. 環境づくり」の「10) 専門知識・技術の向上(1)」「11) 専門知識・技術の向上(2)」については、マニュアル、緩和ケアモジュールにおいて触れられている。教育カリキュラムはそのものが専門知識・技術の向上のためのものである。「12) 専門領域のケアに関する情報の整備・発信」については、緩和ケアモジュールにおいて、情報提供および施設内・地域・多施設との連携、協力の必要性が強調されている。「13) 地域他機関への支援」に関しても同様に、緩和ケアモジュールにおいて連携・協力という形態で必要性が強調されている。「14) 在宅がん緩和ケア提供機関としての地域住民への普及・啓発」に関しては、緩和ケアモジュールについて、情報提供について触れられている。地域への啓発に関して触れているスタンダードはないが、訪問看護に特殊な今後の課題と位置づけられる。「15) 在宅がん緩和ケア提供機関としての関係機関への認知・周知」は、緩和ケアモジュールに記載される、地域との連携と関連するが、より、訪問看護の特殊な状況と考えられる。

「IV. 安定した運営」の「16) 看護職員の負担軽減に配慮した労務・健康管理体制」に関しては、緩和ケアモジュールに記載されている。「17) リスクマネジメントのための対応」に関し

では、患者の安全の確保として緩和ケアモジュールに記載されている。「18) 緊急時対応ネットワークの確立」に関しては、既存のスタンダードには記載されていないが、訪問看護に特殊な項目と考えられる。

「2) ケア基準」の「I. 身体・心理・社会的ケア」に関しては、痛み、痛み以外の症状、精神症状、社会的ケアの必要性については、マニュアルに詳細に記述されており、ホスピス緩和ケアの基準、緩和ケアモジュールに記載されている。また、教育カリキュラムでもそれらに関する知識・技術の習得が必要とされている。本基準では、診療記録への記載を重視しているが、海外における終末期ケアの質の評価においても診療記録への記載をもとに質評価基準とすることが提唱されており⁷⁾、妥当な項目設定と考えられる。「II. スピリチュアルケア・死の教育」についても同様にマニュアル、ホスピス緩和ケアの基準に記載されており、教育カリキュラムでもそれらに関する知識・技術の習得が必要とされている。死の教育に関しては、インフォームドコンセントおよび病名、病状、予後の説明といった項目で、マニュアルに詳細に記述されており、また、教育カリキュラム・ホスピス緩和ケアの基準においてもコミュニケーションとして記載されている。「III. 家族ケア」についてもマニュアルに詳細に記載されており、また、ホスピス・緩和ケアの基準、緩和ケアモジュールにも記載されている。また、療養環境の整備の観点やグリーフケアの観点から緩和ケアモジュールにも記載されている。本基準において介護負担やレスパイトが強調されていることは、訪問看護領域に特殊な項目と考えられる。「IV. 日常生活ケア・指導」についても、マニュアルに日常生活援助として詳細に記載されており、教育カリキュラムにも記載がある。「V. チームケア・連携」に関しては、既存のどのスタンダードでも強調されている。マニュアルにおいてもチームケアの提供が前提であるし、ホスピス・緩和ケアの基準においてもチームケアは強調されている。教育カリキュラムにおいてもチームワークの章が設けられ、緩和ケアモジュールでも緩和ケア提供体制においてチームケアが前提となっている。

以上の結果から、本基準はわが国における既存の緩和ケアに関するスタンダードと整合性が高いものであることが確認された。また、既存の緩和ケアに関するスタンダードは施設ケアを前提としているが、本基準では、それに加えて訪問看護の特殊性（24時間ケアや他機関との協同、介護負担など）を加味したものであり、訪問看護の緩和ケアのスタンダードとして妥当なものであることが示唆された。

【考察】

本研究の結果を基に、今後のがん患者に対する在宅緩和ケア普及のための訪問看護の課題と展望について以下に述べる。

○現状に即した“がん緩和ケア基準”作り

我が国における在宅緩和ケアは、緒言に述べたように、未だ未整備な部分が多く、今後の普及が望まれる状況である。このような中、本研究で示した“がん緩和ケア基準”は、未来志向型の基準づくりを目指すと同時に、訪問看護の現状の中でできる限り達成可能な基準づくりとなるよう目指して作成したものである。すなわち、現時点で在宅医療の場で働いている訪問看

看護師を主体として支援体制を整えていくという第一方策という位置づけで提示したものである。

このため、例えば、構造基準の項目2に「がん緩和ケア専門看護師の配置」を掲げたが、この解釈に、“緩和ケア領域についての研修（目安としてこれまでに1日間以上）を受けるまたは緩和ケア提供実績（目安としてこれまでに10件以上）があり、末期がん患者に自立して緩和ケアの提供ができる（最期まで在宅で看ることのできる）実践能力をもつ看護師も含める”こととし、現状に見合う基準となるように考慮した。

○がん緩和ケアの質の向上のための現任の訪問看護師への教育体制整備

しかし、本来、在宅緩和ケアを提供する医療従事者には高い専門性が求められる。在宅緩和ケアの進んだ米国において、訪問看護師は継続的に疼痛などの症状管理に関する教育を受けることが必要であると共に、症状管理のゲートキーパーである医師と最善のコミュニケーションをとるためのコミュニケーションスキルを身につけることが必要不可欠であることが指摘されている(Vallerand et al. 2005)ことから、我が国においても、訪問看護師の疼痛を中心とした症状管理能力を高めるとともに、医師との適切な連携をとるためのコミュニケーション技術の向上のための訪問看護師へのできる限り早急な教育体制作りが望まれる。また、医師においても、同様に、疼痛管理を始めとする緩和ケア教育の重要性が論じられるとともに(森田 2005)、コミュニケーションスキルトレーニングの重要性が指摘されている(Baile et al 1999)ことから、訪問看護師とかかりつけ医双方に対する緩和ケア技術の継続的な教育体制の整備も重要な課題となる。

また、緩和ケアの質の向上のために、訪問看護や看取りに関わるものとして、看護師は看護の知識、技術、看護観の向上はもとより、死生観・倫理・感性など、人としての成長が求められる。ステーション内外での勉強会の開催および参加により、看護師一人一人の向上と、ステーション自体の質を向上していくことが不可欠である。しかし、少人数で運営している訪問看護ステーションでは、研修の必要性を認識していても業務に支障をきたすため研修を受けることができない場合が多い。これらのことを踏まえた研修システムを構築していくことが必要である。

○緩和ケアの質の向上のための在宅緩和ケア専門看護師の育成・配置

さらに、英国では、在宅緩和ケアに中心的に関わる職種として、日本でいう訪問看護師にあたる地域看護師(District Nurse, Community Nurse)と家庭医(General Practitioner)に加えて、患者の具体的ケアにあたる地域看護師への指導的な役割を果たす在宅緩和ケア専門看護師であるマックミランナースが挙げられる。このマックミランナースの関わりが評価され、地域におけるチームケアがうまく機能していることが明らかにされている(Clark et al. 2002)ことから、わが国においても、将来的には、質の確保された在宅緩和ケアの普及を求めていくための第二段階の課題として、英国のマックミランナースのような地域における緩和ケア専門家の養成・配置が重要となる。また、わが国のいくつかの報告に見られるように、緩和ケア病棟がコンサルテーション機能などの地域支援機能を果たす体制づくりという切り口も、もう一つの方策として挙げるができる(森田 2005、中島 2002)。

○緩和ケアの質の向上のための訪問看護に対する経済的評価

在宅緩和ケアを支える訪問看護ステーションや訪問看護師を確保していくためには、「看護師の保障・看護報酬」についても検討していかなければならない。現在、訪問看護ステーションは収入が不安定であり、病院で働く看護師より給与が低く、かつ緊急時対応等の労働条件が厳しいため、訪問看護を希望する看護師の人数が増加していかない。また、がん末期の利用者は緊急対応を必要とする機会も多く、一人の看護師にかかる負担も大きい。在宅医療・地域医療・在宅での看取りと国側が促すだけでなく、実際の労働条件および手当てに関する具体的な保障が必要である。在宅療養支援診療所に対しては、在宅末期医療総合診療料や在宅ターミナルケア加算で手厚い診療報酬を算定できるが、訪問看護ステーションへの報酬は多くはない。また、グリーフケアや地域のボランティア教育など報酬で算定できないが、その必要性があるために訪問看護ステーションが独自で実施している事業が多い。これらの実働を踏まえて、地域で働く看護師および訪問看護ステーションへの報酬を検討していく必要がある。

○即座にできる在宅緩和ケアの発展・普及のための対策

一方、このような現状ではまだ存在しない体制の立ち上げを提案するだけでは、現場の状況はなかなか改善しない。現場で働く訪問看護師が自らの専門性を高める意欲を持ち、個々の訪問看護事業所や訪問看護師の努力で達成可能な筋道を用意することも、現状に即した提言となる。訪問看護師を研修に出す人員的なゆとりがない訪問看護ステーションが大多数を占める状況の中での可能な提案として、構造基準の9番に示したように、現在行っている終末期ケアの評価を在宅緩和ケアチームで行うことを定式化することで、ケアの振り返りが可能となり、それを繰り返すことで、チームメンバー内で緩和ケア実践の共有がはかられ、ケアの質の向上に結びついていくと考える。また、構造基準の10、11、12、13に示したように、忙しさに翻弄される訪問看護実践において、研修会参加、公開の緩和ケアの学習・機会の設定、整備した緩和ケア関連情報や実績などの発信、他機関への助言・指導体制といった、現任の訪問看護師の緩和ケア能力の向上に対する意識づけにつながる活動を義務化していくことも、一つのきっかけ作りとして今後機能する可能性を持つと考える。さらに、このようにして訪問看護師が緩和ケアに対する意識・意欲を高めることで、構造基準の14に示したように、地域住民の広報活動が浸透していくことで、ボランティア活動の活発化や地域で死ねる町づくりといった、地域住民への啓発および在宅緩和ケアへの理解の促進効果も期待される。

○地域における多職種連携の実現

Oxfordの緩和ケアテキストブックには、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と述べられている(Cummings 1999)。我が国において、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(菊地 2005、苛原 2001)ことから、まずは、地域におけるかかりつけ医と訪問看護師の連携の充実が、チームケアの実現のための第一条件となる。さらに、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(Pooler et al 2003)、世界的にコンセンサスの得られた考え方である。米国では、メディケア(65歳以上の高齢者への公的医療保障制度)において、ホスピス専門医、看護師、ソーシャル

ワーカー、牧師、ヘルパーなどの多職種の配置が指定されており(NHPCO 2007)、医師・看護師以外の多くの他職種が関わるチームケアが充実している(福井 2003)。我が国においても将来的にこのような多職種による在宅緩和ケアチームの実現が望まれる。

○がん緩和ケア専門特化訪問看護ステーションと他のステーションとの連携

現状では、訪問看護ステーションの中では、がん末期患者を看取った経験数に差がある。本基準作りの目的であるがん緩和ケアに専門特化した訪問看護ステーションの配置・育成が整えば、次なる課題として、これらステーションと他ステーションとの連携・協働が必須となる。一般の訪問看護ステーションががん緩和ケアを専門特化としている訪問看護ステーションと協働することで、在宅ホスピスケアの質を高く保ち、より良いサービスを提供することが可能になる。開かれた地域医療となるためには、緩和ケアに限らず各ステーションの特性を生かしていくことが必要である。

○がん緩和ケア専門特化訪問看護ステーションと施設との連携

介護保険法の改正にともない、グループホームなどの施設に対しても訪問看護を実施することが可能となった。後期高齢者や一人暮らしの増加、老々介護、核家族化がすすむ現在において、有料老人ホームや小規模多機能型施設などに入り、そこを終の棲家として過ごしている人が増えている。その人の生活の場であるこのような施設との連携を強化し、そこで看取りを支援、推進していくことも今後重要となる。

○地域性の把握と患者数の確保

我が国において訪問看護の浸透状況には地域差があることが指摘されている(村嶋報告書 2006)ことから、各地域における特性や在宅緩和ケアの需要などに応じた在宅緩和ケア体制整備を検討する必要がある。専門特化型の訪問看護ステーションとして確立させるには、がん末期の利用者を一定に保っていなければ、ステーションの経営が困難である。しかし、がん末期利用者の緩和ケア平均利用期間は緩和ケア病棟では47日(Morita 2002)、末期がん患者の訪問診療を行っている診療所においても利用者の50%以上が1ヶ月以内(井尾ら 2005、大岩 2005)といずれも短い。訪問看護においても同様に末期がん患者の出入りが多いため、利用者数が不安定になってしまう。また、在宅での看取りを支援する上で、緊急対応できることが必要不可欠である。そのため、訪問可能な距離が限られており、その中で、状況が不安定ながん末期の患者数を常に一定に確保することはむずかしい状況にある。人口が密集している都市部では少ない移動距離で患者が確保できるが、地方ではむずかしい現状がある。その地域の特性を踏まえ、専門特化の必要性を考えていくことが重要である。

以上、本研究で示したがん緩和ケア基準をもとに、わが国における在宅がん緩和ケアの発展・普及のために、訪問看護に焦点を当てて、未来志向型の提案を行うとともに、訪問看護の現状の中で達成可能な対策を考察してきた。本研究班で作成したがん緩和ケア基準の訪問看護現場への普及を願う。

【文献】

<緒言>

- 1) 厚生統計協会、国民衛生の動向・厚生指標、臨時増刊第52巻9号、2005
- 2) 終末期医療に関する調査等検討会、今後の終末期医療の在り方、2005

<結果Ⅱ>

- 1) 上野桂子：高齢者ケアにおけるリスクマネジメント 訪問看護における医療事故とリスクマネジメント、老年精神医学雑誌、17(9)、939-945、2006.
- 2) 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 研究報告書、2006.
- 3) 社団法人全国訪問看護事業協会：社会福祉・医療事業団（長寿社会福祉基金）助成（事業）在宅療養者の安全確保のためのリスクマネジメントマニュアル作成事業、2002.
- 4) 清崎由美子：事故防止の取り組みの意義 これまでの取り組みと今後の展望、訪問看護と介護、9(3)、228-231、2004.
- 5) 高沢洋子：在宅ケアにおける看護ケアの実際 臨終時の対応を中心に、緩和ケア、16(6)、502-504、2006.
- 6) 宮崎和加子：現場の取り組み② 安楽死・尊厳死に関わるリスクマネジメント、COMMUNITY CARE、8(10)、30-31、2006.
- 7) 西村敏樹：高齢者ケアにおけるリスクマネジメント 在宅高齢者医療における医療事故とリスクマネジメント、老年精神医学雑誌、17(9)、946-950、2006.
- 8) 佐藤真紀：緩和ケアでのストレスとその対策、看護、57(14)、31-34、2005.
- 9) 角田直枝：在宅での緩和ケアに関連する制度・社会資源の活用、角田直枝（編）最新訪問看護研修テキスト ステップ2 緩和ケア. 81-88、日本看護協会出版会（東京）、2005.

<結果Ⅲ>

- 1) 厚生労働省. 緩和ケア病棟入院料の施設基準 [cited 2007 Feb 4]. Available from: <http://www.hpcj.org/>. 2006.
- 2) 厚生労働省. 緩和ケア診療加算に関する施設基準 [cited 2007 Feb 4]. Available from: <http://www.hpcj.org/>. 2006.
- 3) 日本ホスピス緩和ケア協会. ホスピス・緩和ケアの基準 [cited 2007 Feb 4]. Available from: <http://www.hpcj.org/>. 2005.
- 4) 日本ホスピス緩和ケア協会. ホスピス・緩和ケア教育カリキュラム（多職種用） [cited 2007 Feb 4]. Available from: <http://www.hpcj.org/>. 2001.
- 5) 日本医療機能評価機構. 自己評価調査票 緩和ケア機能 [cited 2007 Feb 4]. Available from: <http://jcqhc.or.jp/>. 2003.
- 6) 厚生労働省・日本医師会. がん緩和ケアに関するマニュアル. 大阪：財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団；2005.

- 7) Wenger NS, Rosenfeld K. Quality indicators for end-of-life care in vulnerable elders. *Ann Intern Med.* 2001;135(8 Pt 2):677-685.

<考察>

1. Baile WF et al. Communication Skills Training in Oncology. *Cancer*, 86, 887-97, 1999.
2. Clark D et al. Clinical nurse specialists in palliative care Part2. Explaining diversity in the organization and costs of Macmillan nursing services.
3. 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.
4. 福井小紀子 (2003): アメリカにおける在宅ホスピス事情・1 歴史と現状. *訪問看護と介護*, 8, 62-5.
5. 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 卷 11 号. P1631-1636. 2001.
6. 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 卷 4 号 Page1566-1570. 2005.
7. 森田達也. 緩和ケアの課題と将来. *癌と化学療法* 32, 176-181, 2005.
8. 中島豊. 前立腺がん多発骨転移の在宅ターミナルケア 開業医, 訪問看護, 緩和ケア施設の連携 開業医の立場から. *緩和医療* 11, 87-92, 2002
9. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO). Stats/Research/Resources. NHPCO Facts and Figures. Online. Available: <http://www.nhpco.org>
10. 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.
11. Vallerand AH et al. Home care nurses' perceptions of control over cancer pain. *Home Healthcare Nurse* 23, 647-652, 2005.
12. 村嶋報告書 2006
13. Morita, T. (2002). Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliative Medicine*. 16. 185-193.
14. 井尾和雄、中込敦子(2005). 在宅死のすすめ 見る診る看取る. けやき出版.
15. 大岩孝司(2005). 在宅緩和ケアの普及に向けて その阻害要因の検討. *微研ジャーナル友*. 28(2). 12-18.

2) 難病ケア

「難病(神経・筋疾患)ケアにおける訪問看護ステーションの業務基準に関する検討」

I. 難病ケア小委員会の組織

委員長	小倉 朗子	(東京都神経科学総合研究所 難病ケア看護研究部門)
委員	小西かおる	(昭和大学保健医療学部看護学科)
委員	近藤 紀子	(日本赤十字武蔵野短期大学)
委員	本田 彰子	(東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 在宅ケア看護学)
委員	重信 好恵	(社団法人 練馬区医師会訪問看護ステーション)
委員	乙坂 佳代	(社団法人 横浜市港北医療センター訪問看護ステーション)
委員	会田 久子	(ひよこ訪問看護ステーション)
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)
委員	藤井千枝子	(慶應義塾大学 看護医療学部)
委員	小長谷百絵	(東京女子医科大学 老年看護学)
委員	松下 祥子	(首都大学東京 健康福祉学部看護学科)

研究協力者

家崎 芳恵	(野村訪問看護ステーション)
牛込三和子	(群馬パース大学 看護学科)
大泉 謙	(野村訪問看護ステーション)
加藤 修一	(宗教法人救世軍清瀬病院)
小森 哲夫	(埼玉医科大学 神経内科)
谷口 亮一	(第一医院)
廣瀬 和彦	(医療法人社団全仁会上野病院)
村田加奈子	(首都大学東京 健康福祉学部看護学科)

医療機器供給会社 三社

長沢つるよ	(東京都神経科学総合研究所 難病ケア看護部門)
中山 優季	(東京都神経科学総合研究所 難病ケア看護部門)
松田 千春	(東京都神経科学総合研究所 難病ケア看護部門)
板垣 ゆみ	(東京都神経科学総合研究所 難病ケア看護部門)
石井 昌子	(東京都神経科学総合研究所 難病ケア看護部門)

II.目的

筋萎縮性側索硬化症(以下、ALSという)等神経・筋疾患療養者は、呼吸障害や球麻痺症状等、生命維持に困難を生ずる、進行する重篤な健康問題と、それに伴う重度の生活障害をもって療養している。その数は、重症度・看護度が高いALS在宅人工呼吸器療養者に焦点をあてた場合でも、全国で810名もの存在が報告されている¹⁾。これら療養者は、診断早期から療養全経過において、専門性の高い訪問看護ニーズを有している対象であり、訪問看護の提供にあたっては、医師との連携はもちろんのこと、保健師等他看護職との連携、あるいは生活支援に関わる介護職等との連携も必要となる^{2) 3) 4)}。また訪問看護は、それら療養者の療養環境の整備や維持、あるいは日々の療養を支える支援サービスの質や量のマネジメントにおいても、専門的な看護判断に基づく調整を行っている。

これら神経・筋疾患療養者に対する訪問看護の専門性については、「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(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 主任研究者)」において検討し、他領域と共通の構造要件14項目、難病ケア特有の過程要件37項目からなる難病ケア基準(以下、「17年度基準」という)を提示した⁵⁾。

そこで本年度は、「17年度基準」内容の妥当性を再度検討し、「18年度基準」を提示し、さらに各基準のうち訪問看護現場において達成が困難あるいは優先して取り組むべきと判断された基準項目を抽出し、課題を分析し、基準達成のために有用と考えられたツールを提示し、難病に関わる専門的訪問看護の推進により療養のQOLの向上に資することを目的とした。

III.方法

1. 神経筋疾患療養者の専門的訪問看護基準の再提示
 - 1) 難病ケア小委員会における「17年度基準」のみなおし
 - (1)関連文献の検討による、専門的看護の範囲が網羅されているか否かに関する検討
 - (2)基準項目内容の、理解しやすさ、利用しやすさからの検討
 - 2) 神経筋疾患療養者への訪問看護を行っている訪問看護ステーションの管理者、保健師等保健師、神経筋疾患療養者の在宅かかりつけ主治医による、基準内容の評価と修正に関する検討
 - 3) 1)、2)に基づく、神経筋疾患療養者の専門的訪問看護基準「18年度版」の提示
2. 神経筋疾患療養者の専門的訪問看護基準(18年度版)(以下、「訪問看護基準」)において、優先的に推進すべき基準項目の抽出と、該当基準を達成するためのツールの作成に関する検討
 - 1) 平成17年度調査結果の分析
 - 2) 在宅療養現場に生じている課題と深く関連する基準項目の分析
(関連文献、ならびに委員会での討議)
 - 3) 重点基準の抽出と、それらの基準を達成するためのツール等の作成に必要な作業内容、資料収集方法の検討
3. ツールを作成するために必要な資料収集、ならびにツールの作成

IV.結果および考察

1. 神経筋疾患療養者の専門的訪問看護基準の再提示

「平成 18 年度基準」作成のための、検討の経緯は下記のとおりである。

1) 難病ケア小委員会における「17 年度基準」のみなおし

(1)関連文献の検討による、専門的看護の範囲が網羅されているか否かに関する検討

(2)基準項目内容の、理解しやすさ、利用しやすさからの検討

2) 神経筋疾患療養者への訪問看護を行っている訪問看護ステーションの管理者、保健所等保健師、神経筋疾患療養者の在宅かかりつけ主治医による、基準内容の評価と修正に関する意見聴取

3) 1)、2)に基づく、神経筋疾患療養者の専門的訪問看護基準(18 年度版)の提示

上記検討の結果、あらたに追加すべき項目等は抽出されなかった。しかし、難病ケア領域の特徴が明示できるように、小項目に加えて大項目、中項目、分類、下位項目を提示することとし、最終的に難病ケア基準は、64 項目(構造基準 20 項目、ケア基準 44 項目)とした。

<平成 18 年度 難病ケア基準の概要> (全 64 項目)

大項目	中項目	分類	下位項目	小項目数
I 経営管理	運営方針	難病ケア理念		1
	組織構成の方針	組織構成 組織構造と機能	受け入れ体制 提供体制	3
	事業評価と計画	サービス評価 サービスの向上		2
II 業務管理	人事管理	人員配置 スケジュール管理 スーパーバイザー		4
	サービス提供体制	看護体制 看護の標準化 他機関との連携 制度の活用 フィジカルアセスメント機器の整備	複数回訪問体制 難病対策の利用体制 緊急時訪問体制	7
	利用者管理	情報の活用		3

		情報の発信 広報		
看護実践	アセスメント・ 看護実践	療養方針	疾病の理解 医療処置の意思決定 療養の場の意思決定 疾患との共存 死について考える	5
		症状マネジメント	症状進行の予測 運動および行動の障害 姿勢保持障害 呼吸障害 嚥下障害 コミュニケーション障害 自律神経障害 その他の身体症状 精神症状	17
		医学的管理	医療処置管理 定期的な指導・管理 医療機器の日常点検 衛生材料の供給管理	5
		緊急時の対応	入院施設の確保 連絡対応手順の整備 物品の整備	3
		緩和ケア	身体的苦痛の緩和 精神的苦痛の緩和 希望にそった支援	3
		生活支援	A D L 外出支援 サービスの導入 住環境の整備 Q O Lの向上	5
		家族支援	介護負担の軽減 家族のQ O L 遺伝の問題	3
		チームケア	療養方針の共有 入退院時の情報交換 ケア会議	3

＜平成 18 年度 難病ケア基準 I 経営管理、II 業務管理に関する基準項目＞

1. 運営方針	1. 難病ケア理念		1. 明文化された難病ケア理念/運営方針がある
2. 組織構成の方針	1. 組織構成		2. 難病ケア理念/運営方針に基づいた組織構成(図)がある
	2. 組織構造と機能	1. 受入体制	3. 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
		2. 提供体制	4. 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
3. 事業評価と計画	1. サービス評価		5. 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
	2. サービスの向上		6. 職員の難病ケア能力を高めるための研修計画がある
1. 人事管理	1. 人員配置		7. 難病ケアの専門性を有する訪問看護師の配置がある
	2. スケジュール管理		8. 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
	3. スーパーバイズ	1. 所内におけるスーパーバイズ	9. 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
2. 所外からのスーパーバイズ		10. 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	
2. サービス提供管理	1. 看護体制	1. 複数回訪問体制	11. 利用者と家族のニーズに応じて1日に複数回の訪問看護ができる体制を整えることができる
		2. 難病対策の利用体制	12. 「在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業」による訪問看護ができる体制を整えることができる
		3. 緊急時訪問体制	13. 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を整えることができる
	2. 看護の標準化		14. 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
	3. 他機関との連携		15. 専門医、かかりつけ医、保健所、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
	4. 制度の活用		16. 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
	5. フィジカルアセスメント機器の整備		17. 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)
3. 利用者管理	1. 情報の活用		18. 最新の難病ケアに関する情報を入手し、活用している
	2. 情報の発信		19. 難病ケアに関する情報や実績を発信している
	3. 広報		20. 外部に向けて難病ケアのPR活動をしている

なお、I.経営管理、II.業務管理 に関する基準項目の詳細は、上記に示すとおりである。
II.業務管理 2.サービス提供管理における、「1.看護体制」(複数回訪問体制、難病対策の利用体制、緊急時訪問体制)、「3.他機関との連携」(専門医、かかりつけ医、保健所、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の連携)、「制度の活用」(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)が難病ケア特有の項目として委員間で指摘された。

III 看護実践に関する基準項目の詳細は、次ページ表「その1」から「その4」に示すとおりである。

なお平成 17 年度調査における、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おける各基準項目の実施率(とでもできている、まあできているをあわせた割合)は⁵⁾、I 経営管理 59.2%から 95.2%、II.業務管理 41.4%から 81.9%、III.看護実践 33.0%から 93.4%であり、その実施率にはばらつきがあった。今後は、今年度提示した各基準項目についてその達成レベルを具体的に測定できるような形式にさらに整備し、専門的訪問看護の質向上と普及が課題である。

<平成 18 年度 難病ケア基準 III 看護実践に関する基準項目 > その 1

療養方針	1. 疾病の理解	21.	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
	2. 医療処置の意思決定	22.	経管栄養(経鼻、胃ろう)、人工呼吸療法(気管切開、非侵襲的人工呼吸療法)の実施に関わる意思決定を支援し、記載している
	3. 療養の場の意思決定	23.	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
	4. 疾患との共存	24.	疾病とともに生きることについての考えや感じていることを傾聴し、支援を行っている
	5. 死について考える	25.	予後や死についての考えや感じていることを傾聴し、支援を行っている
症状マネジメント	1. 症状進行の予測	26.	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
	2. 運動および行動の障害 (アセスメント)	27.	随意運動障害、運動失調やパーキンソニズム、不随意運動、失行、筋萎縮、筋力低下等の症状を定期的にアセスメントし、記載している
	(看護実践)	28.	症状の改善、事故(転倒等)防止のため、服薬管理、装具・自助具の工夫、環境整備等についてのケア計画立案、実施、評価を定期的に行っている
	3. 姿勢保持障害 (アセスメント)	29.	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、記載している
	(看護実践)	30.	安全で安楽な姿勢保持の工夫、合併症(褥創等)の予防等のケア計画立案、実施、評価を定期的に行っている
	4. 呼吸障害 (アセスメント)	31.	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、記載している
	(看護実践)	32.	呼吸障害に伴う生命維持への危険性への対応や医療処置管理の実施、安楽な日常生活支援、についての計画立案、実施評価を定期的に行い、その結果を医師等と共有している
	(看護実践)	33.	専門的気道ケア(唾液の管理、排痰介助、スクウィーピング、吸引等)、胸郭可動域保持のためのケアについての計画立案、実施、評価を定期的に行っている

<平成 18 年度 難病ケア基準 III 看護実践に関する基準項目 > その 2

症状マネジメント	5. 嚥下障害 (アセスメント)	34.	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、記載している
	(看護実践)	35.	嚥下障害に伴う生命維持への危険性への対応や医療処置管理の実施、安楽な食事支援、についての計画立案、実施、評価を定期的に行い、その結果を医師等と共有している
	(看護実践)	36.	水分・栄養分の適切で安全な摂取に必要な栄養補助製品や食事形態の工夫、経管栄養の導入等のケア計画立案、実施、評価を定期的に行っている
	6. コミュニケーション障害 (アセスメント)	37.	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、記載している
	(看護実践)	38.	コミュニケーション方法(透明文字盤、意思伝達装置等)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
	7. 自律神経障害 (アセスメント)	39.	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、記載している
	(看護実践)	40.	症状コントロール(血圧、排尿、排便、体温等)、事故(転倒、ショック、低体温等)に対するケア計画立案、実施、評価を定期的に行っている
	8. その他の身体症状	41.	上記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
	9. 精神症状	42.	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

<平成 18 年度 難病ケア基準 III 看護実践に関する基準項目 > その 3

医学的管理	1. 医療処置管理	43.	医療処置管理(人工呼吸療法、気管カニューレ管理、気管内吸引法、経管栄養法等)をプロトコールに基づき実施している
	2. 定期的な指導・管理	44.	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
		45.	「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と、それらの人々との連携について、また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
	3. 医療機器の日常点検	46.	人工呼吸器、吸引器等の日常管理、定期的なメンテナンスの実施状況の確認についての計画立案、実施、評価を行っている
	4. 衛生材料の供給管理	47.	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についての検討を行っている
緊急時の対応	1. 入院施設の確保	48.	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、受け入れ機関と定期的に具体的な取り決めの確認をし、記載している
	2. 連絡対応手順の整備	49.	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
	3. 物品の整備	50.	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(蘇生バック、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

<平成 18 年度 難病ケア基準 III 看護実践に関する基準項目 > その 4

緩和ケア	1. 身体的苦痛の緩和	51.	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
	2. 精神的苦痛の緩和	52.	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
	3. 希望にそった支援	53.	症状増悪時に医療処置等の意思決定の変更があることを予測し、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
生活支援	1. ADL	54.	ADLを定期的にアセスメントし、障害による身体への負担を最小限にし、安全で安楽な日常生活動作についての計画立案、実施、評価を行っている
	2. 外出支援	55.	安全で安楽な外出の計画立案、実施、評価を実施している
	3. サービスの導入	56.	医療依存度、セルフケア能力、介護力等に応じて、必要なサービス利用を支援している
	4. 住環境の整備	57.	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
	5. QOLの向上	58.	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
家族支援	1. 介護負担の軽減	59.	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支援の立案、実施、評価を行っている
	2. 家族のQOL	60.	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
	3. 遺伝の問題	61.	「疾病の遺伝」に関する相談を傾聴し、心理的社会的負担の理解やその軽減についての計画立案、実施、評価を行っている
チームケア	1. 療養方針の共有	62.	療養方針、ケア計画について定期的に確認をし、記載したものを関係機関(者)で共有している
	2. 入退院時の情報交換	63.	入退院時に療養方針やケア計画、ケア技術等について情報交換を行っている
	3. ケア会議	64.	チームで定期的に療養方針やケア計画を確認、修正している

2. 神経筋疾患療養者の専門的訪問看護基準(18年度版)(以下、「訪問看護基準」)において、優先的に推進すべき基準項目の抽出と、該当基準を達成するためのツールの作成に関する検討

難病ケア小委員会では、神経・筋疾患療養者の専門的訪問看護提供の成果を下記のように定義し、その成果の達成を拒んでいる在宅療養の場における課題と訪問看護のあり方について検討し、本年度の優先課題を選定した。

＜神経・筋疾患療養者の専門的訪問看護提供に伴う成果目標＞

- 在宅療養の安全性・安楽の向上
- 家族の安全、安楽の向上

〔取り組むべき優先課題と関連する基準項目、基準を充足のためのツールに関する検討〕

課題1：在宅人工呼吸の安全性の向上

病院あるいは在宅人工呼吸実施者における事故とそれに伴う健康被害の発生が報告されており^{11)、12)、13)}、その対策に関する提言や通知もだされている^{14)、15)}。しかし実際には、安全性を向上するためのパルスオキシメーターなどモニター機器の利用や、適切な日常点検が実施されている例は少ないことが委員から指摘された。

在宅人工呼吸に関連する訪問看護基準と平成17年度調査における実施率

分類	下位項目		小項目	平成17年度における実施率(%)
医学的管理	1. 医療処置管理	43	医療処置管理(人工呼吸療法、気管カニューレ管理、気管内吸引法、経管栄養法等)をプロトコールに基づき実施している	78.6
	2. 定期的な指導・管理	44	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	91.0
		45	「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と、それらの人々との連携について、また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	55.1
	3. 医療機器の	46	人工呼吸器、吸引機等の日常管理、定期的なメンテナンス	78.9

	日常点検		の実施状況の確認についての計画立案、実施、評価を行っている	
	4. 衛生材料の供給管理	47	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についての検討を行っている	94.5
緊急時の対応	1. 入院施設の確保	48	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、受け入れ気管と定期的に具体的な取り決めの確認をし、記載している	68.9
	2. 連絡対応手順の整備	49	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	85.3
	3. 物品の整備	50	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（蘇生バック、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	77.8
生活支援	2. 外出支援	55	安全で安楽な外出の計画立案、実施、評価を行っている	68.6
	3. サービスの導入	56	医療依存度、セルフケア能力、介護力等に応じて、必要なサービス利用を支援している	93.4
	4. 住環境の整備	57	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	87.7
家族支援	1. 介護負担の軽減	59	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支援の立案、実施、評価を行っている	88.9
チームケア	2. 入退院時の情報交換	63	入退院時に療養方針やケア計画、ケア技術等について情報交換を行っている	78.5

次に、上記基準項目の実施率を向上させるためのツールとして、下記のツールを作成した。なおツールの作成にあたっては、関連文献^{16)、17)、18)、19)}、や情報を入手し、ツール(案)を作成し、難病ケア小委員会において、内容の適切性やその使用しやすさに関して検討した。

またそれらツールを盛り込んだ解説資料を作成した。

(解説資料：「ALS等人工呼吸器装着者における在宅人工呼吸の安全性の向上のための療養環境整備と訪問看護」)

なお、これら提示したツールは、既存の在宅人工呼吸医療処置管理看護プロトコル(主任研究者川村佐和子、平成15年度厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業、在宅療養支援のための看護プロトコルの研究、2004)に反映させ、プロトコルの改定作業を行う予定である。さらに、プロトコルを運用する体制についても検討し、プロトコルを普及し、在宅人工呼吸の安全性の向上に寄与できるよう、研究活動を推進する。また各ツールの利用に伴って上記の実施率の向上がはかれるか、また在宅人工呼吸療養の安全性が高まっていくか、についての評価も今後の課題である。

<解説資料に提示したツールや解説事項>

項目名	ツールの名称 あるいは 解説事項
I 人工呼吸器装着者の在宅療養開始時の療養環境整備	人工呼吸器装着者の「退院にむけてのフローチャート」
	退院支援用フェイスシート
	家族への看護・介護方法の指導チェックリスト チェックリスト No. 1
	医療機器・衛生材料等の準備 チェックリスト No. 2
II 在宅人工呼吸におけるトラブルの発生予防・発生時の早期発見と対応のための、環境整備と訪問看護	在宅人工呼吸における医療体制図
	トラブルの発生予防
	適正な使用のための人工呼吸器の日常点検記録
	適正な使用のための人工呼吸器定期点検記録
	トラブルの早期発見
	生体モニター機器装備の必要性
	トラブルへの対応
	トラブル発生時の対応のプロセスと関係機関
	対応に関する事前協議内容
	インシデント・アクシデントレポートの必要性
III 「家族以外のもの」による「たんの吸引」の実施と訪問看護	人工呼吸器故障時の対応の原則
	災害時の備え
	家族以外の者によるたんの吸引が行政的にやむを得ない措置として許容される場合に整備すべき療養環境条件
	行政的にやむをえない措置として「家族以外の者」によるたんの吸引が許容される場合の条件整備（六条件）
	「家族以外の者」による「たんの吸引」に関する措置と訪問看護の役割

課題 2：遺伝子疾患に対する理解が不十分

療養者・家族からの相談への対応のルールがわからない

遺伝子疾患に関して看護がどのようにアプローチができるか、については、藤井が遺伝看護のフローチャートを作成し²⁰⁾、その対象範囲が母性、小児、成人、老年、そして療養者本人とその家族に及ぶこと、また慢性、急性、難病看護との広い看護領域でカバーしていくことが考えられること、それらの領域における蓄積されたノウハウを適用し、「身体、心理、社会的な支援を行うこと」の重要性を指摘している。

しかし遺伝医学・遺伝医療に関する専門職等による対応指針に関しては、近年においても遺伝子検査（あるいは遺伝学的検査）に関する指針等がわずかにだされ

ているのみであり^{21)、22)}、具体的な支援等に関してコンセンサスの得られた基準は未だ提示されていないといっても過言ではない。また、「疾病の遺伝」に関する相談において訪問看護は、「疾病とともに生きる療養者と家族を支える」、という視点からアプローチをしていることが委員会で指摘された。このようななかで、訪問看護で主体的に対応すべきではない、広く遺伝相談等に関わる専門的な対応に関しては、専門機関、相談窓口への橋渡しを行うことの重要性も同時に指摘された。しかしわが国においては、一部大学病院・専門病院等において遺伝に関する専門外来等が開かれている以外は必ずしも専門的支援ネットワークは十分には整備されていない。

そこで難病ケア小委員会では、難病ケアにおける専門的看護基準のうち遺伝に関する看護については、平成17年度版基準における下記の項目で引き続きその基準を提示することとし、対応範囲も網羅されるものとした。

遺伝子疾患をもつ人々への支援に関連する訪問看護基準

分類	下位項目		小項目	平 17 年度における実施率(%)
療養方針	1. 疾病の理解	21	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	80.9
	4. 疾患との共存	24	疾病とともに生きることについての考えや感じていることを傾聴し、支援を行っている	82.9
	5. 死について考える	25	予後や死についての考えや感じていることを傾聴し、支援を行っている	24 と共通項目として調査

〔療養者本人への支援に関わる基準項目〕

家族支援	3. 遺伝の問題	61	「疾病の遺伝」に関する相談を傾聴し、心理的社会的負担の理解やその軽減についての計画立案、実施、評価を行っている	35.6
------	----------	----	---------------------------------------------------------	------

しかし一方、訪問看護の現場においては、療養者やその家族から、遺伝に関する相談をもちかけられ困惑するなどの状況が多くあることも各委員から指摘された。そこで訪問看護師が、「遺伝性の疾患」についての基礎知識や対応の基本的なルールについて確認するための資料を作成し、その普及を行うこととした。なお、解説資料に含めた内容は下記のとおりである。

(解説資料「遺伝性の疾患に関わる基礎知識と訪問看護(藤井千枝子)」は、本文の最後に添付した。)

＜解説資料に提示した事項＞

1. 遺伝学の基礎と疾患の遺伝学的特徴の理解
2. 心理的社会的負担の理解
3. 情報をどのように取り扱うか、誰が見てよいかなど情報の扱い方のルール必要性
4. 倫理的な視座をもったアプローチの必要性
5. 対象を尊重した、相談への対応

なお今後は、訪問看護で直面する課題の範囲や内容を収集し、外部専門機関への橋渡しをすべき課題と、訪問看護で対応する事項とを分析し、この領域における訪問看護基準をより具体的に提示していくことも必要であろう。

今年度、難病ケア小委員会では、優先すべき課題として、前述の二つの課題に取り組んだが、その他に下記の課題も指摘された。

＜その他の課題＞

緩和ケアの基準化、家族の介護負担の軽減、家族のQOL、チームケアのあり方など

今後は、さらに難病ケア看護領域における支援課題についてさらに検討をすすめ、実施すべき看護内容を整理し、「平成18年度基準項目」の改定等を進める必要がある。また同時に専門的訪問看護と連携すべき専門ネットワークのあり方についても検討し、より適切でより専門性の高い療養者支援体制の構築も重要である。

IV.まとめ

神経・筋難病療養者(難病ケア)の専門的訪問看護基準とその普及に関して検討し、下記の事柄が整理された。

1. 難病ケアの専門的訪問看護基準は、Ⅰ. 経営管理、Ⅱ. 業務管理、Ⅲ. 看護実践からなる全64項目として提示された。
2. 全64項目の基準を、訪問看護の現場において普及し、専門的訪問看護ケアの質を向上させるためには、下記の必要性が指摘された。
 - 1) さらに基準の達成度等を評価するための下位基準の必要性
 - 2) 各基準達成のための、評価ツール等の開発
 - 3) 専門的訪問看護に関わる知識や技術の普及とそれらの体制整備のためのシステムづくり(研修制度、専門看護師の認定領域の拡大、専門的訪問看護に対する社会的評価(報酬等)の確立など)
3. 神経・筋難病療養者の在宅療養をめぐる生じている課題のうち、優先すべき課題と専門的訪問看護との関係性を検討し、下記の二課題についてその背景を分析し、課題解決に向けて訪問看護で行うべき事柄について、ツールを含めた解説資料を作成した。
 - 在宅人工呼吸の安全性の向上
 - 遺伝子疾患に対する理解が不十分・相談への対応のルールがわからない

<文献>

- 1) 川村佐和子：厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業 ALS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，平成15年度 研究報告書，平成16年3月
- 2) 川村佐和子編著：筋・神経難病の在宅看護、日本プランニングセンター、pp104-108、1994
- 3) 川村佐和子編著：筋・神経難病の在宅看護、日本プランニングセンター、pp108-111、1994
- 4) 川村佐和子編著：筋・神経難病の在宅看護、日本プランニングセンター、pp120、1994
- 5) 小倉朗子：難病ケア専門特化型訪問看護ステーションのサービス質基準，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，84-86，(社)全国訪問看護事業協会，平成18年3月
- 6) 川村佐和子他，厚生省特定疾患 特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究班「人工呼吸器装着者の訪問看護研究」分科会：人工呼吸器を装着しているALS療養者の訪問看護ガイドライン，平成12年3月
- 7) 東京都衛生局：医療関係者のための神経難病患者在宅療養支援マニュアル，平成12年3月
- 8) 社団法人日本看護協会：平成15年度 看護政策立案のための基盤整備推進事業報告書，人工呼吸器装着中の在宅ALS患者の療養支援訪問看護従事者マニュアル，平成16年3月
- 9) 小倉朗子：ALS等神経難病療養者の療養経過と看護サービス・療養環境整備の課題，訪問看護と介護，8巻4号，医学書院，306-312，2003
- 10) 川村佐和子編著：筋・神経難病の在宅看護、日本プランニングセンター、1994
- 11) 小倉朗子：在宅人工呼吸療法における人工呼吸システムのエラーに起因する療養者健康障害の発生状況に関する研究，御茶ノ水医学雑誌，46巻1号，13-24，1998
- 12) 小倉朗子、川村佐和子、数間恵子：在宅人工呼吸療法の安全システムと関係機関の連携，日本呼吸管理学会誌，7巻3号，166-169，1998
- 13) トラブル相次ぐ人工呼吸器 24時間介護 家族に負担」2004年12月6日 読売新聞
- 14) 人工呼吸器警報基準の制定等について，厚生労働省医薬局長，医薬発第837号，平成13年7月30日
- 15) 人工呼吸器回路の接続外れ事故の防止について，財団法人日本医療機能評価機構認定病院患者安全推進協議会，<http://www.psp.jcqh.or.jp/psp/teigen.html>
- 16) 「人工呼吸器を使用される皆様へ ～ご存知ですか？『毎回行う点検の意義』～」、東京都福祉保健局健康安全室 薬事監視課
- 17) 人工呼吸器チェックリスト東京都福祉保健局健康安全室 薬事監視課
- 18) 中山優季，小倉朗子，川村佐和子：ALS 在宅人工呼吸療養者の外出時における事故事象とその対応に関する検討，日本難病看護学会誌，11巻2号，142-153，2006
- 19) 水野優季，村田加奈子，酒井 美絵子，川村佐和子：医療機関における人工呼吸器関連ヒヤリ・ハット事例の検討，第27回日本呼吸療法医学会学術集会(東京都)，日本呼吸療法医学会誌 70，2005
- 20) 藤井千枝子：遺伝情報と看護、看護学雑誌、68：48-52、2004
- 21) 日本遺伝カウンセリング学会：遺伝学的検査に関するガイドライン、2003
- 22) 日本衛生検査所協会：ヒト遺伝子検査受託に関する倫理指針、2004

平成 18 年度厚生労働省老人保健推進費等補助金(老人保健健康推進等事業)
訪問看護ステーションに関わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研
究：訪問看護ステーションの業務基準に関する検討
難病ケア小委員会

A L S 等人工呼吸器装着者における在宅人工呼吸の安全性の 向上のための療養環境整備と訪問看護

「平成 18 年度訪問看護ステーションの業務基準に関する検討事業」

難病ケア小委員会

平成 19 年 3 月

ALSなど、神経・筋疾患で人工呼吸器を装着して療養する人々は、進行する健康問題を持ち、またそれに伴って生活障害も重度になります。そのため継続して、濃厚に医療サービスが必要であり、「人工呼吸管理看護」、「専門的気道ケア看護」などの、専門性の高い訪問看護も継続して必要です。また呼吸障害の進行・呼吸筋の完全麻痺により、まったく自発呼吸がない状況で継続的に人工呼吸を行う場合、また同時に四肢の運動障害も著しい場合が多く、万が一人工呼吸に伴うトラブルが発生した場合にも、それを療養者自身で他者に知らせることが不可能なことから、トラブルの発生に伴って健康被害を生ずる場合も報告されています。

そこで、難病(神経・筋疾患)ケア小委員会では、ALS等神経・筋疾患療養者の在宅人工呼吸の安全性を向上させるために、本年度は主として下記の三点に焦点をあてたツールを作成し、解説をつけました。

＜焦点をあてた内容＞	解説の執筆
I 人工呼吸器装着者の在宅療養開始時の療養環境整備	小川 一枝
II 在宅人工呼吸におけるトラブルの発生予防・発生時の早期発見と対応のための、環境整備と訪問看護	小倉 朗子
III 「家族以外のもの」による「たんの吸引」の実施と訪問看護	松下 祥子

なお、「難病ケア小委員会」で、必要なツールの種類やその内容、解説に含めるべき内容の検討を行い、各項の解説は、小川、小倉、松下が執筆し、IIのツールは、小西、ならびに東京都神経科学総合研究所(神経研)の研究協力者が、IIIのツールは神経研の研究協力者が作成しました。

＜難病ケア小委員会＞

(委員)

小倉 朗子 (東京都神経科学総合研究所 難病ケア看護研究部門) 小西かおる(昭和大学保健医療学部看護学科)
 近藤 紀子 (日本赤十字武蔵野短期大学) 本田 彰子 (東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 在宅ケア看護学)
 重信 好恵 (社)練馬区医師会訪問看護ステーション) 乙坂 佳代 ((社)横浜市港北医療センター訪問看護ステーション)
 会田 久子 (ひよこ訪問看護ステーション) 小川 一枝 (東京都立神経病院 地域療養支援室 医療相談係)
 藤井千枝子 (慶應義塾大学 看護医療学部) 小長谷百絵 (東京女子医科大学 老年看護学)
 松下 祥子 (首都大学東京 健康福祉学部看護学科)

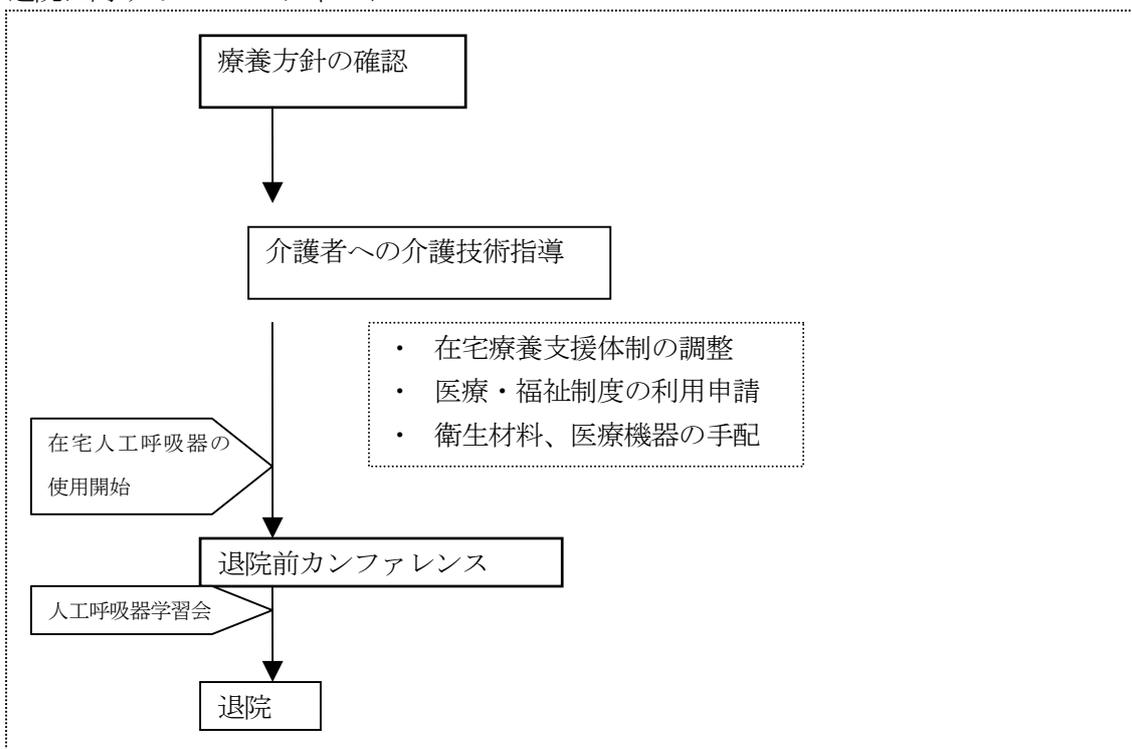
(研究協力者)

家崎 芳恵、大泉 謙 (野村訪問看護ステーション) 牛込三和子 (群馬パース大学 看護学科)
 加藤 修一 (宗教法人救世軍清瀬病院) 小森 哲夫 (埼玉医科大学 神経内科)
 谷口 亮一 (第一医院) 廣瀬 和彦 (医療法人社団全仁会上野病院)
 村田加奈子 (首都大学東京 健康福祉学部看護学科) 医療機器供給会社 3社の皆様
 長沢つるよ 中山 優季 松田 千春 板垣 ゆみ 石井 昌子 (東京都神経科学総合研究所 難病ケア看護)

I 人工呼吸器装着者の在宅療養開始時の療養環境整備

－入院中の医療機関から地域療養支援関係者への円滑な連携に向けて－

退院に向けてのフローチャート



1. 導入(在宅療養方針の確認)

在宅人工呼吸療養開始前に、入院中の医療機関内において、患者に関わるスタッフで下記の条件を確認のうえ、在宅療養導入計画の立案が必要である。

- ① 本人・家族が在宅療養を希望していること
- ② 原則として介護者がいること
*患者側の条件により検討の余地をもつ
- ③ 主治医が在宅療養が可能であると判断していること
- ④ 緊急時対応がとれること (バックベットの保障)
- ⑤ 介護者等の技術指導が行えること

【在宅療養導入にかかわるスタッフ】

主治医、担当看護師、
担当リハスタッフ、MSW
退院支援部門

2. 家族への看護・介護方法の技術指導(チェックリスト N0.1)

受け持ち看護師が中心となり、在宅療養生活に必要な看護・介護技術を指導する。清潔・不潔の概念から吸引、経管栄養の注入、在宅人工呼吸器の取り扱い等、習得する項目も多いため、介護者の理解度を確認しつつ、計画的に進めていく。この技術指導のプロセスの中で介護者の介護力も査定することができ、在宅療養を勧めていく上での看護課題が浮き彫りにされることもある。

3. 在宅療養支援体制の調整(フェイスシート)

ホームドクター、訪問看護ステーション、訪問リハビリ等の医療サービス、訪問介護、訪問入浴等の介護保険サービス、その他障害者福祉サービス(自立支援法)、難病居宅生活支援事業等の難病サービス等、患者家族が利用できるサービスを調整していく。

ホームドクターは在宅人工呼吸器の管理や気管カニューレの交換等の医療処置を行う他、日常の健康管理を行い、緊急時に往診で対応できることが必要とされる。(在宅療養支援診療所)また、診療報酬における指導管理料の範囲内において衛生材料の供給も望まれる。入院中に『情報提供書』を渡し、状況を把握した上でホームドクターを引き受けてもらう。退院後も専門医との連携を良好に行うために、入院中からコミュニケーションをよくしておく。

訪問看護ステーションは、療養者の状態、家族の介護力により訪問回数を計画する。毎日複数回の訪問看護も可能であり、複数の訪問看護事業所と調整する場合がある。在宅導入時より必要量の訪問看護を調整しておくことと在宅療養がスムーズである。訪問リハ(PT,OT)は、訪問看護ステーションが提供する場合が多く、リハも導入時より提供されるよう調整する。

介護支援専門員(ケアマネージャー)は、訪問介護、訪問入浴等のケアプランの作成、ベッドや車いす等レンタル用品の準備、住宅改造等、在宅療養支援体制の調整の鍵となる。在宅人工呼吸療養者のケアプラン作成経験がない場合は、具体的に療養者の状況を説明し、情報交換を蜜に行う。

そのほかに障害者福祉サービスや、難病居宅生活支援事業の利用等、横断的なサービスの調整も必要であり、これらを包括的に地域で調整する役割を保健師が担う。また療養者本人の健康問題だけでなく、介護者や家族の健康問題等の相談に対応できるため、保健師と早期から連携をとっておき、退院前に自宅訪問して環境整備状況の確認をしてもらうと安心である。

4. 医療・福祉制度の利用申請(フェイスシートでチェック)

各種制度の申請に診断書が必要となるため、入院中に済ませておく。自治体によって利用できるサービスが異なることもあり、フェイスシートの項目だけにとらわれず、保健師や障害者福祉課の担当者から情報を得る。

5. 衛生材料、医療機器の準備(チェックリストNO.2)

衛生材料、医療機器は家族への看護・介護技術指導がある程度進んだところで準備していく。障害者福祉制度が利用できる吸引機・意志伝達装置や、難病居宅生活支援事業のパルスオキシメーター・意志伝達装置等があるため、それらは早めに調整する。

6. 退院前カンファレンスの実施

初めて在宅人工呼吸療養の導入時には、必ず退院前カンファレンスを入院中の医療機関において実施する。家族(可能であれば本人も)と入院中の医療機関スタッフ、地域の支援者が顔を合わせて状況を確認することは、退院後の療養環境整備に欠かせない。

(診療報酬において共同指導料が請求できる。)

退院前カンファレンス

* 参加者：

入院中の医療機関；主治医、担当看護師、リハビリ担当者、MSW、退院調整者
地域の支援機関；ホームドクター、ケアマネージャー、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、保健師等

患者・家族

その他（ ）

*カンファレンスで確認すべきこと：

- ①病状経過と留意すべき病状について（主治医から説明）
- ②日常の看護：ADL、食事、排泄、保清方法、処置、体交等（担当看護師より）
- ③移動方法、コミュニケーション方法、ナースコール等（リハ担当者より）
- ④緊急時の対応
- ⑤在宅療養支援体制の確認
- ⑥予定される退院日
- ⑦その他（不安に思っていること等解決しておく）

7. 在宅人工呼吸器について

在宅療養に向けて方針が決まったら、早めに院内用人工呼吸器から在宅用の人工呼吸器の使用を開始する。在宅人工呼吸器の機種が決まり、本人への使用が安定したら、ご家族、訪問看護ステーション等に向けて『人工呼吸器の学習会』を呼吸器レンタル会社に依頼し、実施する。

また、人工呼吸器の管理をどこの医療機関が行うのか決定し、ホームドクターが行う場合は早めに人工呼吸器レンタル会社と契約を済ませておく。（人工呼吸器レンタル会社にホームドクター所属医療機関に出向いてもらう。）

8. 退院日に向けて

退院日が決まったら次の事項について確認していく。

- ① 搬送車の手配（状態に応じて選ぶ：寝台タクシー、介護タクシー、民間搬送車等）
- ② 移動時の呼吸器の取り扱いの確認（含む外部バッテリーの取り扱い）
- ③ 介護ベッド、車椅子、日常生活用具の手配（ケアマネージャーが担当）
- ④ ホームドクターへ連絡（往診日の確認。必要時専門医との対面診察を設定。診療報酬における指導管理料の確認（退院月は入院医療機関で算定）、気管カニューレ等診療材料の種類・サイズを伝える。）
- ⑤ 吸引器等の医療機器、衛生材料が整っていることの確認
- ⑥ 気管カニューレ、膀胱留置カテーテル等は1個予備を持たせる。
- ⑦ 訪問看護指示書の発行（主治医が訪問看護ステーションあてに記載する）
- ⑧ 退院時に入院中の「看護サマリー」（気管カニューレ等の最終交換日を記載）を訪問看護

ステーションに渡す。

⑨ 人工呼吸器レンタル会社が環境確認のため自宅訪問するため、退院日時を連絡し調整する。

⑩ 退院日の訪問者の設定（ケアマネージャー、訪問看護ステーション、訪問介護）

注：退院日は診療報酬上、入院に算定されるため訪問看護は算定できないが、療養環境の確認のため、訪問することが望ましい。

退院支援用フェイスシート

病棟名： 主治医： 担当Ns.

名前		男女	生年 月日	() 歳	病名	
住所 (〒)			連絡先			
家族構成	主たる介護者 () 健康状態：良：() 副介護者 ()		住宅環境 戸建・集合住宅 (階、エレベーター 有 無) 療養居室：			
在宅療養への希望・不安等			家族介護力の査定			
医療処置 人工呼吸器 (機種：) 気管切開 (カニューレ：種類 サイズ Fr. カフエア cc) 経管栄養 (M チューブ・胃ろう：種類 サイズ Fr. 交換頻度) 膀胱留置カテーテル (種類 サイズ) その他						
ADL 状況 移動： 排泄： 食事： 保清： 体交： 吸引： コミュニケーション： その他： 注意事項						
利用できる制度 <input type="checkbox"/> 介護保険 (要介護度) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種類： 級) <input type="checkbox"/> 特殊疾病医療費助成 (重症度認定：有・無) <input type="checkbox"/> 自立支援法 <input type="checkbox"/> 障害者年金 <input type="checkbox"/> 福祉手当て () その他()						
在宅療養支援機関						
担当者名	機関名	連絡先	住所			
ホームドクター						
ケアマネージャー						
訪問看護ステーション						
訪問介護事業所						
担当保健師						
退院前カンファレンス： 月 日 退院日： 月 日						

家族への看護・介護方法の指導チェックリスト

チェックリストNo.1

- ・ 家族が看護・介護技術を習得しているかどうかチェックする。
- ・ 主たる介護者のほか、同居家族についてもできるようにすることが望ましい。

該当しない項目は斜線を引いておく。 習得状況チェック方法 (○:できる △:指示すればできる ×:できない)

チェック	項目	介護者及び家族名			
① 呼吸管理					
	基礎知識				
	呼吸器の日常管理(設定確認、点検)				
	アラーム対応				
	外部バッテリー使用切り替え				
	呼吸状態の観察(胸郭の動き、呼吸音)				
	吸引 口腔・鼻腔				
	吸引 気管内				
	排痰				
	気管切開創のケア				
	気管カニューレカフ圧の管理				
	気管カニューレ交換時の介助				
	回路消毒、部品手入れ、物品等煮沸消毒				
	蘇生バッグによる呼吸法				
② 食事・栄養管理					
	一日の食事量と水分摂取量				
	食事形態の工夫(とろみ、刻み食、ミキサー食)				
	食事介助(姿勢、一口量)				
	嚥下困難、誤嚥時のケア(吸引など)				
	経管栄養食の作り方				
	注入方法(温度、速度)				
	水分補給、内服薬注入				
	経管栄養チューブの長さの確認、交換方法				
③ 排泄					
	水分摂取量と尿量チェック				
	膀胱カテーテルの知識、管理、清潔操作				
	排便誘導(腹部マッサージ、緩下剤、座薬、浣腸)				
	摘便、後始末				
④ 保清					
	口腔ケアの知識と技術				
	全身清拭の知識と技術				
	陰部洗浄の知識と技術				
	入浴介助の知識と技術				
	衣服の着脱の知識と技術				
⑤ その他					
	コミュニケーション				
	拘縮予防のためのリハビリ知識と実技				
	体位交換の知識と実技				
	療養記録の方法				

医療機器・衛生材料等の準備

チェックリストNo.2

医療処置:人工呼吸器、気管切開、経管栄養(経鼻・胃ろう)、膀胱留置カテーテル、酸素療法、吸引、吸入、その他(

チェック	必要物品	数	金額	供給先
	①医療機器			
	人工呼吸器【機種 加温・加湿器 人工鼻 蘇生バッグ 卓上吸引機 充電式吸引機 吸入器 外部バッテリー パルスオキシメーター			
	②カテーテル			
	気管カニューレ【品名 サイズ】			
	経管栄養カテーテル【品名 サイズ】			
	胃ろうカテーテル【品名 サイズ】			
	膀胱留置カテーテル【品名 サイズ】			
	吸引カテーテル【品名 サイズ】			
	③栄養			
	経管栄養ボトル 経管栄養セット 注入用注射器(cc) 経管栄養剤【】			
	④排泄			
	尿器 便器 ハルンバック ポータブルトイレ 紙おむつ			
	⑤薬剤			
	内服薬 頓用薬 消毒薬 創部用 器材用 滅菌精製水等			
	⑥コミュニケーション			
	意志伝達装置 文字盤 ナースコール			
	⑦その他			
	血圧計 聴診器 体温計 せし・せし立て Yガーゼ 綿棒 絆創膏 ゴム手袋 懐中電灯			

II 在宅人工呼吸におけるトラブルの発生予防・発生時の早期発見と対応のための、環境整備と訪問看護

在宅人工呼吸に関わるトラブルの発生予防ならびに、発生時の早期発見と対応システムの強化によって、在宅人工呼吸の安全性を向上させるために、下記の事項に関連して、必要なツールや各項についての解説を行った。

II 在宅人工呼吸におけるトラブルの発生予防・発生時の早期発見と対応のための、環境整備と訪問看護	在宅人工呼吸における医療体制図
トラブルの発生予防	適正な使用のための人工呼吸器の日常点検記録
	適正な使用のための人工呼吸器定期点検記録
トラブルの早期発見	生体モニター機器装備の必要性
トラブルへの対応	トラブル発生時の対応のプロセスと関係機関
	対応に関する事前協議内容
	インシデント・アクシデントレポートの必要性
	人工呼吸器故障時の対応の原則
	災害時の備え

<在宅人工呼吸における医療体制図>

医療保険における在宅指導管理料の設定に伴い、在宅人工呼吸は制度化された。しかし、訪問看護の現場において、医師との連携、あるいは医療機器供給会社との依頼・連絡等に関して課題のあることがわかり、「医療体制図」の作成の必要性が指摘された。

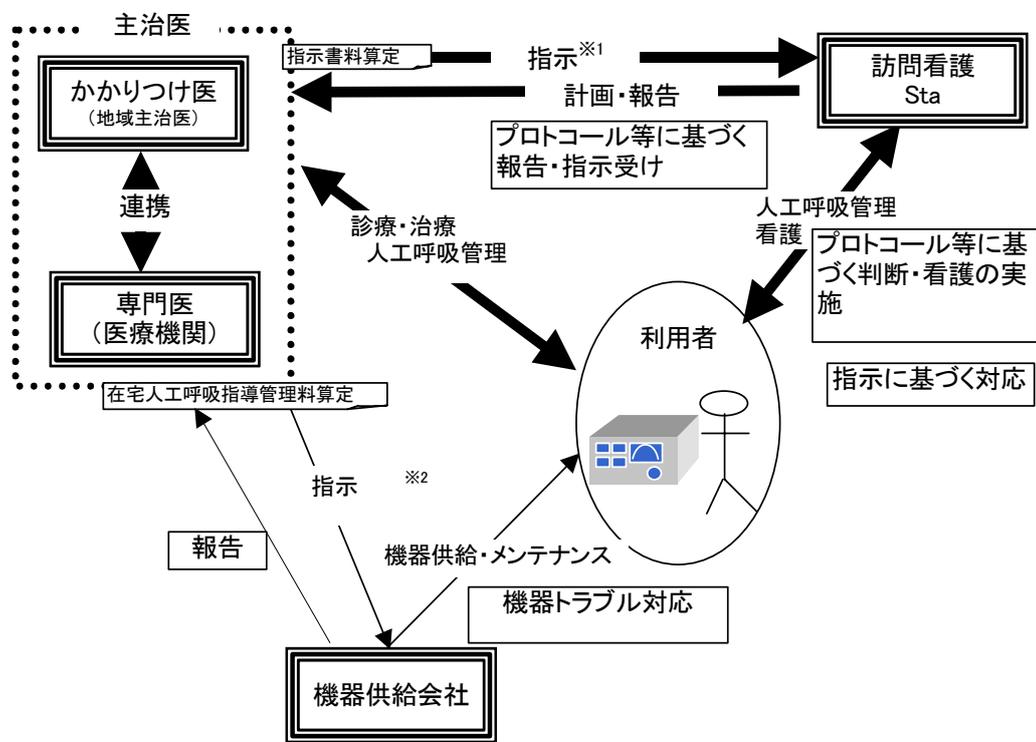
「医療体制図 その1」、「医療体制図 その2」、「医療対応の流れ」、「トラブル発生時の対応のプロセスと関係機関」を、次ページに示した。

OHMVIにおける医療体制:原則は、医療体制図 その2

医療機関は機器供給会社との契約に基づき、在宅人工呼吸指導管理を医療保険で実施する。そこで利用者(在宅人工呼吸の実施者=療養者)への対応・管理について図示したのが、HMVにおける医療体制図その1とその2である。訪問看護機関は、医療機関との指示関係に基づいて人工呼吸管理看護を実施する(プロトコール等を用いる、より具体的な看護判断・対応範囲を明示しておくことが望ましい)。医療機関は人工呼吸管理を含む診療や治療を行い、機器供給会社は、機器供給や機器のメンテナンスを、医療機関との契約に基づいて行う。そして機器供給会社は、機器供給やメンテナンスの結果を、医療機関との契約に基づいて、管理医療機関に報告を行う。

何かトラブルが発生したときには、医療機関あるいは医療機関と指示関係にある訪問看護ステーションが連絡を受け、トラブルへの対応を行うのが原則であり、従って、医療機関と訪問看護ステーションとは、トラブルの発生状況とその対応について常にその情報

在宅人工呼吸(HMV)における医療体制図(その1)



※ 1: 「指示」は、診療報酬制度に基づく「指示書料」を算定している主治医と訪問看護ステーションとの間

※ 2: 「指示(契約)」は、診療報酬制度に基づく「在宅人工呼吸指導管理料」を算定している主治医と機器供給会社との間

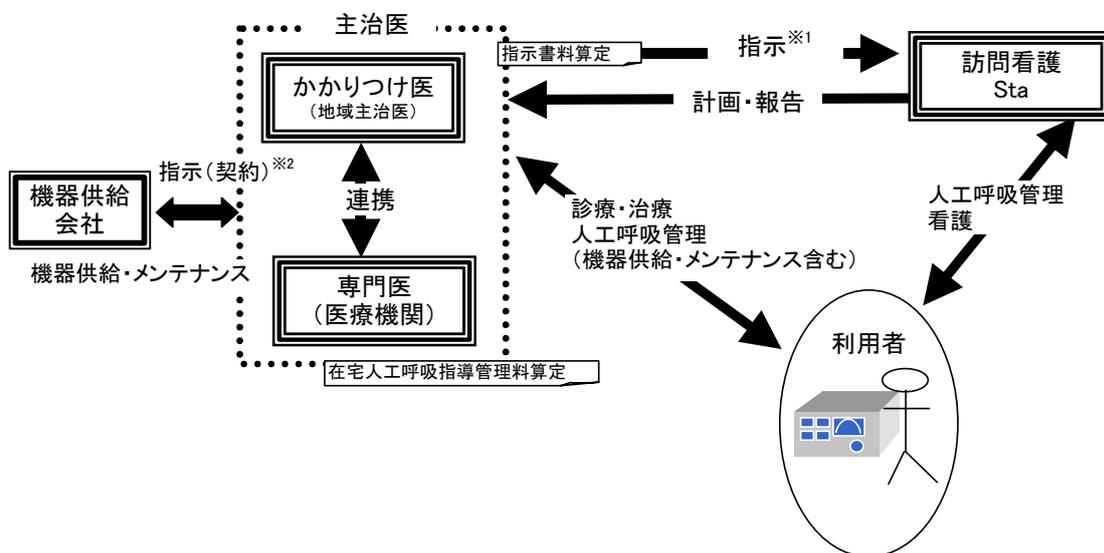
を共有し、トラブルの発生予防のための対策をとることが必要である。

トラブルが発生したときに、それが機器に由来するものか、あるいは機器に由来しないものかについてのアセスメントは医療機関あるいは医療機関と指示関係を結んでいる訪問看護ステーションが行い、機器由来である場合に機器供給会社に機器への対応を要請し、機器供給会社は機器への対応を行うものである。

しかし実際には、在宅人工呼吸指導管理料を算定している医療機関から訪問看護ステーションに対して、人工呼吸管理に関する情報が提供されなかったり、対応についての取り決めがなされていなかったり、機器供給会社から医療機関に対応の内容が伝えられない、などの状況も多く指摘されている。より適切な対応体制をつくるためにも、平常時の医療体制の検討と、トラブル発生時の対応のルートについての検討は重要である。これらの内容を含めた、「プロトコルを用いる訪問看護と医療機関、利用者との契約に基づく訪問看護の提供」を、さらに推進する必要がある。

在宅人工呼吸(HMV)に関する医療体制図(その2)

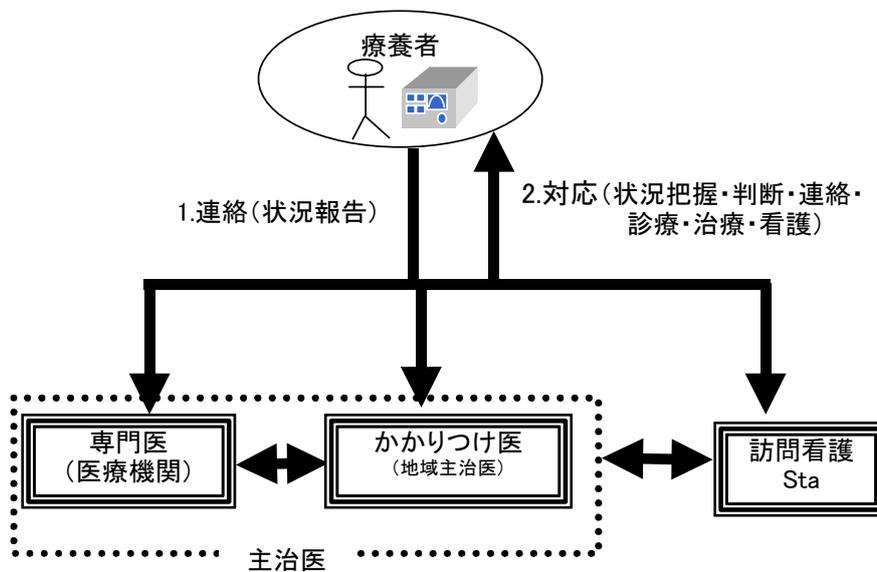
※ 1:「指示」は、診療報酬制度に基く「指示書料」を算定している主治医と訪問看護ステーション



ションとの間

※ 2:「指示(契約)」は、診療報酬制度に基く「在宅人工呼吸指導管理料」を算定している主治医と機器供給会社との間

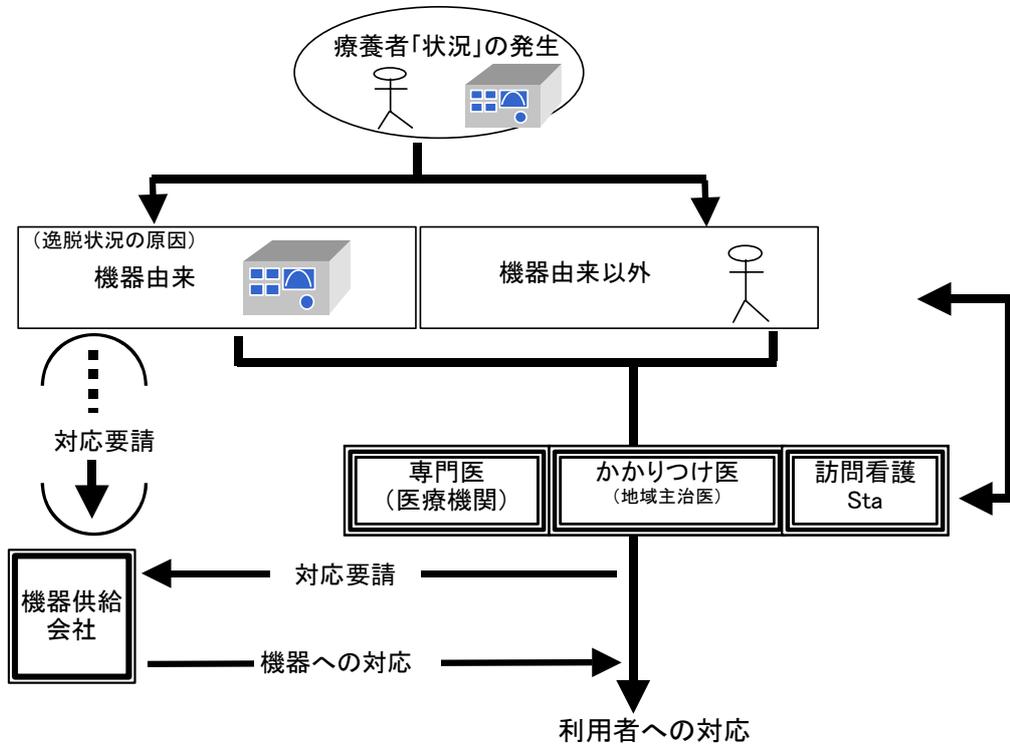
身体に影響を及ぼす可能性が生じる事象発生時の医療対応の流れ



HMV 移行時の取り決め事項(原則) : 1. 第一連絡先

2. 連絡方法、対応内容

「身体に影響を及ぼす可能性」が生じる事象(以下、「状況」)
発生時の対応のプロセスと関係機関



- HMV 移行時の取り決め事項(原則) : 1. 第一連絡先
2. 連絡方法、対応内容

<在宅人工呼吸におけるトラブルへの対応>

トラブルに対する安全性の向上のために、A. 発生予防、B. 早期発見、C. 早期対応
に関して検討した。

A.発生予防：人工呼吸器の事故防止を目的に、人工呼吸器の適正使用に関する通知等がだ
されている。訪問看護においても、人工呼吸器の正常作動等に関する点検を日常的・定期的
に実施し、また必要に応じて介護者への点検に関する指導を行い、トラブルの発生予防に
努める必要がある。「人工呼吸器の日常点検記録」(例)、「人工呼吸器定期点検記録」(例)を添付した。

B.早期発見：人工呼吸器を装着している場合に、回路の接続がはずれる、などの事故の
早期発見や容態変化をいち早く発見することを目的に、パルスオキシメーター等生体モ
ニター機器を併用することが推奨されているが、在宅療養において、これらモニター機
器を装備している割合は多くない。特に、重度のコミュニケーション障害をもち、ト
ラブル発生時に他者に生命維持に危険が生じたことを伝えることができない、神経・
筋難病等療養者においては、これらモニター機器を標準的に装備し、トラブル等が
発生した際にいち早く発見されるように、在宅療養環境を整備する必要がある。

なお、パルスオキシメーターの選定にあたっては、異常の早期発見を目的として、アラーム機能があること、療養者の体型や身体状況に応じて適正なプローブに変更できるもの、が望ましいものと考えられる。

C.早期対応：前述のように、在宅人工呼吸における医療体制について検討し、トラブル発生時の対応プロセスと関係機関(主治医、看護師、医療機器供給会社と療養者)について療養者個別に提示し、在宅人工呼吸を開始することが重要である。また、プロトコルなどを用いて対応内容についての事前協議を行い、管理協定書等に明示し、病状や医療体制の変更に伴ってその内容を修正していくことも必要であろう。

インシデント・アクシデントレポートの共有と蓄積、協議の必要性：院内では危機管理の視点から、インシデント・アクシデントレポートの作成がすすめられてきている。しかし在宅療養における危機管理体制はまだあまり進んでいないのが現状である。今後は、訪問看護ステーション等におけるインシデント・アクシデントレポートの作成と関連支援機関での共有、対策の協議も、重要である。

人工呼吸器故障時の対応の原則の周知：一般的に下記の対応の原則が知られている。インシデント・アクシデントレポートの分析などにより、トラブルの発生予防に努めるとともに、トラブルは発生するもの、として、その適切な対応方法についてのノウハウを蓄積し、共有することも必要である。

<原因不明の突然の作動停止に対する対応の原則:>

- 手動式蘇生バックによる呼吸確保
- 医師あるいは訪問看護師による病状確認と対応
- 必ず代替器の搬入の要請
- 医師あるいは訪問看護師の管理のもとでの、代替器の再装着と病状確認

<在宅人工呼吸における、災害時の備え>

震災等発生時には、停電や人工呼吸の故障、付属物の破損などにより、呼吸維持が困難となり、生命維持への危険が生ずる。平常時からの手動式蘇生バックによる呼吸確保、機器や器具・器材の予備物品の家庭内での備蓄が必要である。訪問看護においては、平常時の訪問看護をつうじて、療養者宅における災害に対する備えを強化することが必要である。また、今後は、地域の防災計画等とも連動し、震災等災害時に、在宅療養者への支援をどう組織的に行っていくか、も大きな課題となっている。

適正な使用のための人工呼吸器の日常点検記録

療養者氏名

日時<設定>	<設定>	年 月 日 ()							
記録時間		例:起床時	訪問NS ①入室時	①終了時	訪問NS ②入室時	②終了時	訪問NS ③入室時	③終了時	就寝時
設定条件									
換気モード									
1回換気量(又は設定圧)									
呼吸回数(又は、バックアップ回数)									
プレッシャーサポート圧(該当機種のみ)									
PEEP圧(該当機種のみ)									
I:E比 (又は、吸気時間)									
吸気流量									
トリガー感度									
気道内圧下限アラーム									
気道内圧上限アラーム									
分時換気量低下アラーム(該当機種のみ)									
チェック(確認)項目									
呼吸器本体									
気道内圧									
呼吸回数									
換気量(該当機種のみ)									
使用電源									
加温加湿器									
加温加湿器の温度(ダイヤル設定値)									
加温加湿器の水位									
チャンバーの亀裂・破損はないか									
呼吸器回路									
接続部の緩み・はずれはないか									
回路・フィルターの汚れはないか									
回路・チューブ内の結露はないか									
本体設置環境									
ホコリなどで汚れていないか									
直射日光はあたっていないか									
空気のとり入れ口はふさがれていないか、									
電源プラグの抜け、コードの異常はないか									
電磁波の影響はないか									
本体は熱くなっていないか									
異常な音、臭いはないか									
外部バッテリーケーブルは接続しているか(対応機種のみ) /(又は適切に充電されているか)									
点検者サイン									
メモ:									

注1: 適正な作動状況の確認上、特に重要な項目を太字で示した

注2: チェック項目のうち、気道内圧、呼吸回数、換気量(該当機種のみ)は、療養者の状態を示す観察値であり太枠とした

適正な使用のための人工呼吸器の定期点検記録 (1回 / 週)

療養者氏名

日時		/	/	/	/	/
記録時間						
アラーム作動確認						
気道内圧下限アラーム						
気道内圧上限アラーム						
無呼吸アラーム(該当機種のみ)						
分時換気量低下アラーム(該当機種のみ)						
電源切り替わりアラーム(使用電源表示)						
設定条件値と実測による確認						
1回換気量(又は設定圧)						
呼吸回数						
気道内圧						
バッテリーの確認						
外部バッテリー充電量(放電、劣化の有無)						
内部バッテリー充電量(放電、劣化の有無)						
フィルター類の確認(汚れ・埃の沈着の有無)						
空気取り入れ口のフィルター						
バクテリアフィルター						
回路交換・フィルター交換 (1回/ 週間)						
使用時間の確認						
点検者サイン						
メモ:						

災害発生時行動マニュアル

災害発生時に何が起るのか、自分は何をすべきか、日頃からのイメージ作りが大切！

- ◆家具や照明器具、医療機器等の倒壊
 - 医療機器類の散乱・破損
 - ガラスによるケガ
 - 脱出・交通経路の遮断

- ◆ライフラインの遮断
 - ガス→火災、お湯が沸かせない
 - 電気→医療機器類等・電話が使えない
 - 水道→清潔が保持できない

- ◆支援者も被災者に
 - 自分の身は、自分で守ることができるように支援する！

現
状

対
策

災害発生 0分～2分	災害発生 2分～5分	災害発生 5分～10分	災害発生 10分～半日	災害発生 半日～3日	災害発生 3日以降
とにかく、 自分と家族の 身を守ろう！	何よりも、 出火防止！ あわてず落ち着いて 行動しよう 火の始末をしたら 我家の安全確認！ 家族の身の安全は？ 医療機器の安全は？	トリアージ どこで過ごす？ どうやって過ごす？ 治療は必要？ 支援は必要？	隣近所と親戚で 安否を確認し合い 助け合おう！ 個人や家族だけでは 活動に限界があります 隣近所で協力し合って 乗り越えよう！	2～3日は、自分た ちでのごう！ ライフラインや食料の 流通が途絶えても 自分たちでしのげる 備えを日頃から 病状の安定を図り 支え合おう！	地域力を活かした 復興を進めよう！ 通常の生活に戻るた めには、地域の皆が相互 に協力し、行政機関や 支援サービス提供機関 が協働することが大切 です
我が家の安全点検 をしよう！ ①耐震診断を受けよう ②家具類の固定・補強や 落下防止を強化しよう ③療養室の安全スペース を確保しよう ④ストーブなど火気器具・ 危険物の管理・保管に 注意しよう ⑤医療機器類の管理に 注意しよう	いざという時の為に、 日常点検と訓練を 欠かさずに！ ①防災訓練に参加しよう ②蘇生バッグ等を日常的 に活用しよう ③医療機器の日常点検を 実施しよう ③バッテリー等の代替機 器類の確保と日常点検 を実施しよう	落ち着いて判断し、 行動できる準備と 訓練をしよう！ ①日常的に症状のアセス メントをしよう ②救急処置の訓練に参加 しよう ③救出用具の準備をして おこう ④緊急時の支援体制を 確認し、連絡網を作っ ておこう	普段から隣近所の 協力体制を作って おこう！ ①定期的に家族で防災会 議を開こう ②隣近所に自分たちの 状況を知ってもらおう ③災害用連絡方法の確 認しておこう ④緊急連絡先のリストを 作成しよう ⑤電力会社・消防等の 力体制の確認しておこう	日頃から“暮らしを 守る”と“命を守る” 備えを！ ①療養者と家族にあった 防災用具の備蓄をしよう ②医療用災害バッグの 準備と日常点検をしよう ③日常的に外出を実施し、 外の環境に慣れておこう	平常時から地域づく り活動に取組もう！ ①地域の会議に積極的に 参加して、災害時の対応 を話し合おう ②支援サービス提供者 (訪問看護事業所等)と 災害時の対応を一緒に 考えよう ③自分たちがどのような 行動ができ、隣近所に どのような支援が提供 でき、求められるのか イメージしておこう

小西かおる 作成

Ⅲ 「家族以外のもの」による「たんの吸引」の実施と訪問看護

平成15年7月および平成17年3月に、厚生労働省医政局長より通知された「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取り扱いについて」により、たんの吸引は医行為であるとの前提に立った上で、在宅における患者・障害者に対する家族以外の者によるたんの吸引を、一定の条件下において、当面のやむを得ない措置として許容している。（厚生労働省医政局長通知）

在宅において患者・障害者が受ける家族以外の者によるたんの吸引は、これらの通知で示す一定の条件の6項目（「療養環境の管理」「患者・障害者の適切な医学的管理」「家族以外の者に対する教育」「患者・障害者との関係」「医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施」「緊急時の連絡・支援体制の確保」）が整備された上でなされるものである。

このため、家族、入院先の医師、在宅患者のかかりつけ医、看護職員、保健所保健師等は、連携をとってこれらの整備を行なう。

訪問看護職員は、家族以外の者による吸引が安全になされる観点からも、家族以外の者に対しての支援として、患者・障害者の病状やその変化を捉えることや、効果的に排痰を行い不必要な吸引を避けられるよう排痰看護を充分に行うなど、吸引時のトラブルにつながる患者・障害者の健康問題の予防・早期対応を行なうと共に、家族以外の者に対する知識や技術の指導や、実際行われた際の家族以外の者との日常的な実施報告・相談書（「家族以外の者」によるたんの吸引に関する実施報告・相談書（例）*）、定期的な家族以外の者による吸引の同行訪問等による定期的な確認等のフォローアップ体制を整備することも役割となる。

*平成15年度 看護政策立案のための基盤整備推進事業報告書 人工呼吸器装着中の在宅ALS患者の療養支援訪問看護従事者マニュアル，日本看護協会，p72，2004年

「家族以外の者によるたんの吸引」が、行政的にやむをえない措置として許容される場合に、
整備すべき療養環境条件(通知から具体的な項目への解釈案)

I 適切な医学的管理の実施

確認日: 年 月 日()

確認者:

	条件 充足か 未充足か	未充足の 具体的内容	課題解決に向けての方向性 など
1	定期的な診療が行われている (専門診療、日常診療)		
2	適切な診療体制がとられている		
3	定期的な訪問看護が行われている		
4	適切な訪問看護体制がとられている		
5	病状変化等に際して、緊急時の病床がある		

II 療養者と家族の依頼

当該通知に沿った一定の条件が整備される場合

1	患者は、「家族以外の者」によるたんの吸引の実施を依頼している		
2	家族は、「家族以外の者」による単の吸引の実施を依頼している		

III 「家族以外の者」の条件

当該通知に沿った一定の条件が整備される場合

1	患者と家族の依頼に応ずる意思のある「家族以外の者」がいる		
2	当該「家族以外の者」は、通知に定める条件を理解している		

IV 事前の合意

1	療養者と家族は、保健所保健師、入院先の医師、かかりつけ医、訪問看護職員等に、当該通知に基づく「家族以外の者」による適正なたんの吸引の実施についての条件整備を依頼している		
2	入院先の医師は、療養者と家族の依頼に基づき、当該通知に基づいて「家族以外の者」がたんの吸引を実施するための条件整備の実施に同意している		
3	かかりつけ医は、療養者と家族の依頼に基づき、当該通知に基づいて「家族以外の者」がたんの吸引を実施するための条件整備の実施に同意している		
4	訪問看護職員は、療養者と家族の依頼に基づき、当該通知に基づいて「家族以外の者」がたんの吸引を実施するための条件整備の実施に同意している		
5	当該「家族以外の者」は、療養者と家族の依頼に基づき行われる、入院先の医師、かかりつけ医、訪問看護職員が行う、「家族以外の者」による適正なたんの吸引の実施のための条件整備に参画することに同意している		

V行政的にやむを得ない措置として「家族以外の者によるたんの吸引」が容認される場合の条件整備

	条件 充足 未充 足	未充足の 具体的内容	課題解決に向けての方向性 など
1 「家族以外の者」への知識伝播や技術指導と習得状況の確認			
1)入院先の医師や在宅患者のかかりつけ医、及び訪問看護職員は、当該「家族以外の者」に、			
(1)当該患者の(病状)ALS、に関する必要な知識を習得させる			
(2)当該患者の、たんの吸引に関する必要な知識を習得させる (吸引の範囲:口鼻腔内及び気管カニューレ内部まで)			
(3)当該患者についての「たんの吸引方法」についての(技術)指導(デモ人形等を利用)を行う			
2)「家族以外の者」は、a.入院先の医師や、b.在宅患者のかかりつけ医 c.訪問看護職員の指導の下で、当該患者の「たんの吸引」を実施する（「家族以外の者」は、実際に当該患者へのたんの吸引を、a.b.c が見ているところで実施する）			
3)a や b.および c は、「家族以外の者」がたんの吸引について、適切な知識を習得し、当該患者に適切な技術で対応していることを確認する（同行訪問など）(確認についてのチェックリスト、確認者の記名などの用紙が必要か)			
2. 「家族以外の者」が当該患者への吸引を実施する際の、連絡・相談・報告			
1)a. b. c. d. 保健所の保健師等、e. 家族、は、当該「家族以外の者」による介護提供時間帯を把握する			
2)a. ~e. f. 家族以外の者は、当該患者に「たんの吸引」を実施したことについての定例の報告様式を検討する			
3)a.~f.は、当該患者に起こりうる事柄と、a.b.c.への報告や連絡、相談の内容や対応についてのとりきめを行う			
4) 1)と定期の診療や訪問看護体制から、a~d は報告連絡・相談を受け、対応するシステムを確認する			
3. 当該「家族以外の者」が吸引を実施することについての、当該患者による同意			
1)同意書の取り交わし			
4. 整備された条件に変化がないか、条件整備に不備が生じていないかどうかについての定期的な確認			
1) 1から 3 についての定期的な見直しの実施を行う(頻度は支援チームで決める)			
2) 不適切な場合、a. b. c. d. は改善を検討する			
3) 患者および e が、「家族以外の者」に「たんの吸引」を依頼しない場合には、システムを再構築する			

- a. 入院先の医師、b. 在宅患者のかかりつけ医、c. 訪問看護職員、d. 保健所の保健師等、
e. 家族、f. 家族以外の者

社団法人日本看護協会：平成 15 年度看護政策立案のための基盤整備推進事業報告書、人工呼吸器装着中の在宅 ALS 患者の療養支援訪問看護従事者マニュアルより引用

「家族以外の者」によるたんの吸引に関する実施報告・相談書（例）

療養者 _____ 家族以外の者 _____

たんの吸引の実施時間： 年 月 日 : ~ :

専門主治医 (Tel _____ Fax _____ (に対応))

かかりつけ主治医 (Tel _____ Fax _____ (に対応))

訪問看護ステーション (Tel _____ Fax _____ (に対応))

年月日	吸引の実施			吸引時の状況など					
	口	鼻	気管切開	分泌物の様子			排痰困難の訴え		
時刻				血液の混入	黄色などの着色	粘り度が高い	実施前	実施後	自由記載

特記事項（相談したいこと、きになったことなど）

平成 18 年度厚生労働省老人保健推進費等補助金(老人保健健康推進等事業)
訪問看護ステーションに関わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研
究：訪問看護ステーションの業務基準に関する検討
難病ケア小委員会

遺伝性の疾患に関わる基礎知識と訪問看護

「平成 18 年度訪問看護ステーションの業務基準に関する検討事業」

難病ケア小委員会

執筆：藤井 千枝子

慶應義塾大学 看護医療学部

平成 19 年 3 月

私たち訪問看護師は、[疾患の遺伝]という問題に関連して、療養者やそのご家族が様々な課題を抱え、悩んでいるご様子に直面し、戸惑うことがあります。そのような場合、どのようなことに留意して、また何を目標として、その方々の看護にあたればよいのでしょうか。

ここでは、遺伝性の疾患をもつ人々への看護に際して必要な知識やルール、下記5点について解説します。

1. 遺伝学の基礎と疾患の遺伝学的特徴の理解
2. 心理的社会的負担の理解
3. 情報をどのように取り扱うか、誰が見てよいかなど情報の扱い方のルールの必要性
4. 倫理的な視座をもったアプローチの必要性
5. 対象を尊重した、相談への対応

なお、「難病ケア小委員会」委員 藤井が必要な内容項目について整理し、その内容を「難病ケア小委員会」で検討し、各項の解説は、藤井が執筆しました。

<難病ケア小委員会>

(委員)

小倉 朗子 (東京都神経科学総合研究所 難病ケア看護研究部門) 小西かおる(昭和大学保健医療学部看護学科)
近藤 紀子 (日本赤十字武蔵野短期大学) 本田 彰子 (東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 在宅ケア看護学)
重信 好恵(社) 練馬区医師会訪問看護ステーション) 乙坂 佳代 ((社) 横浜市港北医療センター訪問看護ステーション)
会田 久子 (ひよこ訪問看護ステーション) 小川 一枝 (東京都立神経病院 地域療養支援室 医療相談係)
藤井千枝子 (慶應義塾大学 看護医療学部) 小長谷百絵 (東京女子医科大学 老年看護学)
松下 祥子 (首都大学東京 健康福祉学部看護学科)

(研究協力者)

家崎 芳恵、大泉 謙 (野村訪問看護ステーション) 牛込三和子 (群馬パース大学 看護学科)
加藤 修一 (宗教法人救世軍清瀬病院) 小森 哲夫 (埼玉医科大学 神経内科)
谷口 亮一 (第一医院) 廣瀬 和彦 (医療法人社団全仁会上野病院)
村田加奈子 (首都大学東京 健康福祉学部看護学科) 医療機器供給会社 3社の皆様
長沢つるよ 中山 優季 松田 千春 板垣 ゆみ 石井 昌子 (東京都神経科学総合研究所 難病ケア看護)

1 遺伝学の基礎と疾患の遺伝学的特徴についての理解

①難病と遺伝

難病は、その定義から多くの疾患において発症原因が不明であり、病態や進行についても明らかになっていないが、近年の分子生物学の発展に伴い、単一遺伝子疾患における原因遺伝子の同定、疾患の病態についての遺伝子レベルの解明が次々となされている。

飛躍的に進歩した難病の遺伝子解析の中にあつて、特に注目すべきことはトリプレットリピート病と呼ばれる一群の疾患が存在することがわかったことである。ハンチントン病をはじめとする遺伝性神経筋疾患に見出されたことの変異は、これまでメンデル遺伝学では理解しがたい臨床像を示した疾患に対して、そのメカニズムを解明する手がかりを与え、別の疾患でありながら、共通する神経変性機構を示すことなど、病態解明に大きな役割を示している¹。

②疾患の遺伝学的特徴

疾患の発症に遺伝子が関わっているものを総称して遺伝子疾患とよび、遺伝性疾患は、①単一遺伝子病（メンデル遺伝病）、②ミトコンドリア遺伝病、③多因子遺伝病、④染色体異常症、⑤エピジェネティック機構による疾患（DNA塩基配列以外の変化によって1世代限りの可逆的な変化により遺伝子発現が変更される）に大別できる²。

疾患の遺伝的特徴は、それぞれ異なり、患を疑う症状は同じであっても、遺伝的背景は異なる可能性がある。脊髄小脳変性症では、遺伝性の要素がないと考えられる疾患と、明瞭なメンデル遺伝を示す遺伝性脊髄小脳変性症に分類され、さらに遺伝形式から、常染色体優勢遺伝性を示す群と、常染色体劣勢遺伝性を示す群に分かれる³。

ハンチントン病や筋緊張性ジストロフィーなどの家族にみられる特徴の一つに、遺伝的表現促進という現象がある。遺伝的表現促進とは、世代が進むと発症年齢が早まり、より重症化する遺伝現象である。トリプレットリピート病では、3塩基の伸長が原意であり、発症年齢と反復配列の数には負の相関が認められた⁴。すなわち、親の療養を支えた子は、親よりも早く発病し、重症化する可能性が考えられる。または、子が先に発病し、次いで親が発病した時の介護問題も生じる。

しかしながら、人の遺伝子疾患の発現は、必ずしも理論どおりにはならないことも知られている⁵。さらに、遺伝的診断を早期に希望する人や、遺伝子診断は希望しない人など、疾患に対する個人の考えは多岐に渡る。そこで、疾患の理解と遺伝医療の知識のもとで、個人に焦点をあてた看護計画の立案が必要となる。

参考資料：遺伝医療キーワード

1 山縣然太郎 難病と遺伝 特別講演遺伝情報をめぐる諸問題 日本難病看護学会誌 5 (1) 2000 14

2 新川詔夫, 阿部京子. 遺伝医学への招待 改訂第3版 南江堂 2003

3 辻省次, 中村祐輔編: 脊髄小脳変性症. 遺伝子病. 羊土社 1996 64-65

4 新川詔夫, 阿部京子. 遺伝医学への招待 改訂第3版 南江堂 2003

5 新川詔夫 阿部京子 遺伝医学への招待 第3版

2. 心理的社会的負担の理解

①療養者が知っている、知らない、そして家族が知っている、知らない

遺伝が関係する疾患を罹患していることについて、療養者本人が知っている場合と知らない場合および、家族が知っている場合と知らない場合がある。

訪問看護師によると、療養者も家族も知っている場合で、家族もその疾患遺伝子をもつ場合は、本人の自責の念から、自身を犠牲にして介護する例や、子や孫から非難や責めを受けて苦しむ例があるという。また、療養者は知っていて、家族は知らない場合では、その家族に、その疾患の症状と考えられる症状を見た時の対応について、どのような対応が必要かと悩むことがある。療養者は知らずに、家族は知っている場合の家族間の調整や、療養者も家族も知らない場合にも、疾患と考えられる症状を見た時の対応について、どのように看護師が介入するかという課題がある。

遺伝情報は、個人情報であると同時に血縁者に共有される情報である。不用意に遺伝情報の告知を行うと、血縁者の遺伝情報を告知するつもりでなくても伝わる場合が起こり、全く心の準備のない者に不十分な形で告知することになる。反対に、本人に知らされるべき遺伝情報が親や子、兄弟にも関係する問題であるために、本人に伝えられず、本人がその情報を主体的に使うことができないという場合も生じる。また、姻戚関係にも影響を与える。病気の治療を越えて、職業、結婚、出産をはじめとする人生の重大な選択に大きな影響を与えることになる⁶。家族性腫瘍の遺伝カウンセリングにおいても、被検者がこの人には知らせたくないと主張することや、被検者の意思とは別に血縁者が同じ遺伝的背景をもつものとして被検者の遺伝的状況を知りたいと主張することがある。遺伝子診断の実施とその結果は、円満な親族間でも容易になしうることではない。検査前に被検者の理解を求めておくだけでなく、検査実施後に血縁者への情報提供や血縁者間の軋轢の解決がすみやかに行われるように支援していくべきである。遺伝子診断の結果を伝える際には被検者本人に伝達し、被検者が家族の同席を希望する場合はかまわないが、自分は結果を聞かないが家族に伝えてほしいといったことは通常認められない⁷。

医師がどのような説明をするか、またどこまで説明するかによって、まったく異なった印象を与える。また、個々や、個々の心の状態によっても受け取り方は異なってくる。さらに、遺伝情報をめぐる思いは、親子や夫婦、兄弟であってもそれぞれ大きく異なってくる。それゆえ、個別の面接が必要になる⁸。診察する医師によっても、遺伝子診断や遺伝相談に対する見解は様々であろう。

家族は戸籍上の家族であっても、生物学的な家族とは限らない。遺伝子疾患に関連して、家族関係を明らかにすることも考えられる。さらに、遺伝疾患遺伝子をもっているが発症するかわからないことや、早期治療は不可能であることも考えられる。また、人種の違いなど生物学的特性の違いや、診断の精度が十分でないものもある。

明らかに遺伝性疾患の場合と遺伝性疾患の可能性がある場合が考えられる。しかしながら、

⁶ 伊藤良子, 藤田潤, 福井次矢, 藤村聡編: . 一般の外来で遺伝の相談を受けたとき 医学書院心理カウンセラーからのメッセージ 2004 169-173

⁷ 田村智英子, 恒松由記子, 宇都宮讓二監修: がんの遺伝カウンセリングの考え方. 家族性腫瘍カウンセリング 金原出版 149-163 2000

⁸ 伊藤良子, 藤田潤, 福井次矢, 藤村聡編: . 一般の外来で遺伝の相談を受けたとき 医学書院心理カウンセラーからのメッセージ 2004 169-173

明らかな遺伝性疾患であっても、発症年齢は明らかでない。また、治療法が未確立のものもあり、遺伝性疾患の可能性があると伝えることは、必ずしも療養者の利益になるとは限らない。看護の視点から、症状に対して必要な療養が必要と判断し、療養者または、その家族に受診を勧めることは重要であろう。

まず、遺伝性疾患に対する療養者や家族の療養者や家族がどのように理解し、受けとめているかの心理的社会的側面を知ることが重要である。この時の家族間の葛藤などが明らかになった際には、家族間の調整が必要かどうか考えていく。

遺伝に関する看護計画では、①遺伝性疾患に対する療養者や家族の受けとめ方、②家族間の調整の必要性をふまえた計画の立案が必要となる。しかしながら、遺伝性疾患であると伝えることの是非については、看護師がどこまで伝えるのか、どのように伝えるのか、伝えた後の支援は十分かなどの検討がまず必要である。

3. 情報をどのように取り扱うか、誰が見てよいかなど情報の扱い方のルールの必要性

遺伝性疾患については、最新の医学的知見によって解明が進められているものの、遺伝に特有の性質を持つことからいくつかの問題を抱えている。すなわち、個人の遺伝情報は原則として一生不変であること、その遺伝情報が一族の間で共有されること、その遺伝情報に基づいて発症前に病気が予知される可能性があることなどである⁹。遺伝情報は、将来の人生設計にとって貴重な情報となる反面、遺伝情報が他者に漏れてしまうことによって、雇用や就学、結婚に際して社会的差別を受ける可能性もあるし、生殖に関する意思決定に際しても他者からの強制や制限を加えられてしまう可能性も予想できる¹⁰。

遺伝情報については、保険会社、子ども、夫婦で検査を受け、カップルの相手の検査結果を知りたい、他の家族構成員の検査結果がかかっている診療録の開示の請求がある。他の医療と同様、遺伝カウンセリングでも、「守秘義務」は絶対に守るべき倫理原則の一つである¹¹。遺伝情報は、生活をともにしている家族だけではなく、面識がない一族が共有する情報とも考えられる。対象に同意をとって得た情報である知りえた情報であっても、家族にとって話してほしくないと思う情報がある。情報を得ることは、患者の利益となるかもしれないが、遺伝子を共有する家族等にとっては、第三者に知られたくない情報と考えているかもしれない。訪問看護記録などにおいても、家族に関する情報を収集することがあるが、これは遺伝的な情報源ともなりうる。これらは、目的の明確化をし、同意のもとでの収集が必要になる。家系図は、遺伝的背景を考える重要な情報源となるが、家系図の扱いについて、今後は今以上の慎重な取り扱いが求められると考える。

また、誰が閲覧することが可能であるか、情報の取り扱いに関するルールづくりが必要となる。開示請求があった時にはどうするのかといった、情報の取り扱いについてのルールづくりが必要と思われる。

⁹ 長崎遺伝倫理研究会編 遺伝カウンセリングを倫理するケーススタディ 診断と治療社 2005

¹⁰ 掛江直子, 恒松由記子, 宇都宮讓二監修: がん素因の遺伝子診断における倫理的・法的・社会的問題とバイオエシックス. 家族性腫瘍カウンセリング 金原出版 208-229 2000

¹¹ 佐藤孝道 遺伝カウンセリングワークブック 中外医学社 2000

4.倫理的な視座をもったアプローチの必要性

遺伝情報をどのように扱うかのルールの下で、疾患の特徴を知り、本人や家族にどのように伝えるかは、多くの人が同意するであろうアプローチを考えていく必要がある。すなわち倫理的な視座を含めた看護計画の立案が必要となる。

遺伝医療においては、対象者の人権を尊重し個人の意見を大切にすることが、生物界全体に影響を与えるような先進的医療を行うことには、倫理的な視点からも検討を有する。文部科学省、厚生労働省、経済産業省「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」（2001年、2004年全部改正、2005年一部改正）の基本方針には、人間の尊厳および人権が尊重され、社会の理解と協力を得て、研究の適正な推進が図られることを目的に、①人間の尊厳の尊重、②事前の十分な説明と自由意志による同意（インフォームド・コンセント）、③個人情報の保護の徹底、④人類の知的基盤、健康及び福祉に貢献する社会的に有益な研究の実施、⑤個人の人権の保障の科学的又は社会的利益に対する優先などを基本方針としている。遺伝子診断の実施に際しては、被検者個人の人生に多大なる影響を及ぼすため、遺伝医学の専門家による十分な遺伝学的情報の収集と今日的な遺伝医学的情報の提供が非常に重要となると同時に、十分な倫理的配慮や被検者の意思決定を適切に支援する遺伝カウンセリングが必要となる¹²。

倫理的視座の上でどのようにアプローチするかを考えるとともに、専門的なアプローチへの限界を明らかにし、協力機関などとのネットワーク作りが必要となる。

5. 対象を尊重した相談への対応

①自分の価値を明らかにし、対象の価値を尊重すること

実際の遺伝カウンセリングの現場では、カウンセラーはクライアント中心に対応する。出生前診断を受けることがクライアントにとってどのような利益をもたらすか、どのような不利益をもたらすか、クライアントと一緒に考える姿勢が求められる。個人的には賛同できないような意見もクライアントのためには受け入れざるを得ない場合もある。このようにクライアント1人ひとりに対して個別に対応する必要から、カウンセラーにはクライアントのさまざまな考え方を受け入れる包容力が必要である。そのうえでクライアントにより影響を与える倫理観が必要である。遺伝カウンセラーに共通思想があるとすれば、それは命あるものを慈しむ姿勢、あるいは普遍的な人類愛であろうと思う。これは医療従事者の基本的態度といえる¹³。カウンセラーはカウンセラー自身であり続けるし、カウンセラーの「自己開示」や「自律的決定」を促進する方向で、自分の考えを出す必要があることもある。カウンセリングにおいてカウンセラー自身の考えを押しついたり、カウンセラーが考える方向に誘導するのは間違いである。しかしこれはカウンセラーが自分の考えを持たないことを意味しているのでもない。むしろ、カウンセラー自身が自分の考えや判断をもたなければ、「共感」に到達することもできない。したがって、カウンセラーの立場ならどうするかという判断は重要である。カウンセラーは自分自身の価値観を失ってはならない。

安易に共感できたと考えるより、「なぜ共感できないのか」「どこが違うのだろうか」と考える方が近道である。こうしたプロセスを受けて、カウンセラーもまた「認知」の再構築と行動

¹² 掛江直子, 恒松由記子, 宇都宮譲二監修: がん素因の遺伝子診断における倫理的・法的・社会的問題とバイオエシックス. 家族性腫瘍カウンセリング 金原出版 208-229 2000

¹³ 千代豪昭 遺伝カウンセリング面接の理論と技術 医学書院 2000

への決断に至る¹⁴。

看護師の主観的な一言、表情によっても、対象は傷つくことがある。また、曖昧な情報により翻弄することも考えられる。看護師は、自分とは異なる考えにも接することがある。この自分の価値を知り、自分経験や感情を超えた、別の視点も考えることが必要となる。自分の感情の妨げなしに対象の話聞くことができるよう、自己覚知し、接することが心理・社会的負担の軽減のために必要と考える。このため、自分の価値を明らかにし、対象の価値も尊重することが求められる。

②誰もが疾患遺伝子をもつ中で、看護師自身の不安に対して

遺伝性疾患を持っていることや、先天異常、障害があることがその個人はもちろん家族においても、幸・不幸とは直接的な関係がないこと、障害という側面だけからその人を見るのは間違いであること、すべての人は、障害を持った子どもを産む可能性があること、また自らが障害を持つようになる可能性もある¹⁵。このことは、一方で、看護師自身もなんらかの疾患遺伝子をもつということや、対象と同じ遺伝性疾患をもつ家族がいる場合など、看護師自身の不安も生じうる。看護師自身の不安をどのように援助するかは視点も忘れてはならない。

③患者とのコミュニケーションにおいて特に注意すること

相談を受ける時の一般的な注意と基本は変わりがないが、言葉一つで誤解をもつ可能性がある点での注意が必要と思われる。

遺伝相談は、様々で、病気の種類、症状、家族背景、地域、文化的背景によって大いに異なる。遺伝子という言葉への抵抗はすいぶん減っている。しかし、遺伝による疾患や障害についての理解は進んだとは言えず、遺伝子治療への期待が多い分だけ、受容が困難になる傾向がみられる。遺伝相談の相談内容は、①遺伝的再発に関する相談、②出生前診断、発症前診断に関する相談、③遺伝病そのものについての相談、④先天奇形、染色体異常などに関する相談、⑤結婚に関する相談、⑥遺伝医療の研究対象者としての相談、に大別される¹⁶。治療の糸口が見え始めた遺伝性疾患がある一方で、診断はできるものの根本治療がない遺伝疾患も少なからず存在する。治療法がないのならば何も知らないほうが良いという考え方もでてこよう。遺伝性疾患に関する情報は、専門的で理解しづらいものであるだけでなく、倫理的な問題も生じて、おのずと悩みを深めることにつながる問題も少なくない¹⁷。

遺伝相談では、対象の立場になって相談を受けるという基本姿勢や、先端技術が持つ長所と短所などの科学的専門知識に通暁していること、各領域の医療スタッフや地域で働く専門職との間をコーディネートする能力など、備えるべき一般条件に加えて、医療技術が持つ倫理的な側面やクライアントの行動の倫理的な面を解釈できる能力を持っていることが要求される¹⁸。

14 佐藤孝道 遺伝カウンセリングワークブック 中外医学社 2000

15 佐藤孝道 遺伝カウンセリングワークブック 中外医学社 2000

16 富和清隆、藤田潤、福井次矢、藤村聡編：遺伝相談とは、一般の外来で遺伝の相談を受けたとき 医学書院 1-8 2004

17 長崎遺伝倫理研究会編 遺伝カウンセリングを倫理するケーススタディ 診断と治療社 2005

18 千代豪昭 遺伝カウンセリング面接の理論と技術 医学書院 2000

また、何気ない一言の重さを意識しておく必要がある。染色体異常、遺伝子異常、変性、先天異常、発育障害、奇形、珍しい、見たことがない、などは、それだけで十分にショッキングな言葉である。その概念も理解できない。あきからに不安感はさらに大きくなる。不安感は客観的な認知を妨げる¹⁹。

情報の提供では、①誤った情報を提供する、②提供する情報の範囲を限定する（部分的・断片的情報公開）、③提供する情報の質を落とす（エビデンスに基づかない情報や曖昧な情報提供）、④「確率」について、高いとか、低いとか「評価」を言う、⑤疾患や病態について「重い」「軽い」「よい」「悪い」などの表現をする、⑥方針を指示する、これは、指示的な情報提供の例であり、こうした説明は行ってはならない例として検討していただきたい²⁰。

また、①情報の内容と正しさ：正確な診断、関連した医学的事実、応用しうる遺伝学的考慮、②情報の適切な提示：わかりやすく差別的でない言葉を用いる、紙に書いて説明する、パンフレットを使って説明する、③別の側面からの説明：ものごとにはいくつかの側面があることの説明、④曖昧な表現を避ける、⑤非指示的に情報を提示する²¹。

このように、情報の質や、言葉の選択が重要であり、わかりやすい表現で、非指示的な対応が求められ、コミュニケーション能力を磨くことも必要である。

19 佐藤孝道 遺伝カウンセリングワークブック 中外医学社 2000

20 佐藤孝道 遺伝カウンセリングワークブック 中外医学社 2000

21 佐藤孝道 遺伝カウンセリングワークブック 中外医学社 2000

参考資料: 遺伝医療キーワード

		Key Word
分子生物学の基礎	はじめに	遺伝小史、看護と遺伝、これからの医療と遺伝
	遺伝と環境	遺伝と環境
	遺伝・遺伝子・ゲノム	遺伝、遺伝子、ゲノム、偽遺伝子
	細胞の構造・核	細胞、核小体
	DNAとRNA 塩基	セントラルドグマ、DNA、RNA、mRNA、rRNA、tRNA、リボソーム、塩基対、ヌクレオチド、DNAポリメラーゼ、半保存的複製、相補性、RNAポリメラーゼ、コドン、トリプレット、非翻訳領域、エクソン、イントロン、選択的スプライシング、転写、キャップ構造、DNAヘリカーゼ、cDNA、タンパク質、構造遺伝子、プロモーター、オペレーター、アンチコドン、リーディング鎖、ラギング鎖、ジエンクDNA、RNA干渉
染色体	ヒストン、ヌクレオソーム、プロマチン、短腕、長腕、核空、相対染色体、常染色体、性染色体、X染色体、Y染色体、ライオニゼーション、連鎖と組み換え、対立遺伝子(アレル)、ハプロタイプ	
多様性の意義	遺伝と環境	飲酒とALDH2/鎌状赤血球貧血とマリア/俊約遺伝子を例に
	集団遺伝学	Hardy-Weinbergの法則、突然変異、自然選択
	ヒト遺伝学の特徴	ヒト遺伝学の特徴
	進化と適応	寄生と共生、真核生物と原核生物、有性生殖、体細胞分裂、減数分裂
	多様性の社会的な意義	生物多様性条約、多様のままの共存
疾患と遺伝	染色体異常	倍数性異常、異数性異常(トリソミー、モノソミー)、構造異常(転座、ロバートソン転座、逆位、挿入、欠失、環状染色体、同腕染色体、重複)、キアズマ、染色体交叉、細胞周期、染色体不分離
	染色体検査法	分染法、バンド、染色体領域、G分染法、Q分染法、核型表記法
	メンデル遺伝	遺伝子型、表現型、メンデルの法則、分離の法則、独立の法則、連鎖の法則、優性、劣性、単一遺伝子疾患、不完全優性、到死遺伝子、複対立遺伝子、補足遺伝子、条件遺伝子、抑制遺伝子、同義遺伝子、表現型、遺伝子型、ホモ接合、ヘテロ接合、ヘミ接合
	非メンデル遺伝	多因子遺伝
	ミトコンドリア遺伝疾患	ミトコンドリア遺伝、細胞質遺伝
	多因子遺伝病	量的形質、連続形質、閾形質、閾値
	単一遺伝子疾患	一塩基多型
	トリプレットリピート	トリプレットリピート病
	腫瘍	がん遺伝子の活性化、がん抑制遺伝子の変異、DNA修復異常、発癌のステップ、2ヒット仮説
患者・家族支援	家系図	家系図、家族例と散発例、性腺モザイク
	常染色体優性遺伝	浸透率、表現度、生殖適応度、遺伝的表現促進、新生突然変異、表現型の性差、共優性遺伝と遺伝的多型、ゲノム刷り込み、発症年齢、遺伝的異質性、アレル異質性、創始者効果、表現模写、個体と分子レベルでの優劣関係、多面発現、ハプロ不全、優性阻害因子、遺伝子量過剰
	常染色体劣性遺伝	近親婚の影響とは、遺伝的隔離と創始者効果、準(偽)優性遺伝、遺伝的複合、遺伝的異質性と相補性、中間遺伝、新生突然変異、片親性ダイソミー、近親度、近親係数、再発危険率、ベイズの定理
	X連鎖優性遺伝	表現型の男女差、ヘミ接合体、偽性像染色体遺伝
	X連鎖劣性遺伝	女性罹患率、X不活性化と遺伝子量補正、新生突然変異、性腺モザイク、半優性遺伝
	Y連鎖遺伝	
	生殖医療	生殖補助医療、着床前診断、出生前診断
	親子鑑定	DNA鑑定
遺伝子診断・治療の進歩	ヒトゲノムプロジェクト	遺伝病地図、染色体地図、連鎖地図、物理地図、ポストゲノム、順行遺伝学、逆行遺伝学
	診断法の進歩	養子研究法、双生児研究法、人間行動遺伝学
	非メンデル遺伝	多因子遺伝病、一塩基多型
	遺伝子診断	制限酵素、クローニング、ハイブリダイゼーション、PCR
	遺伝子治療	原理と方法、遺伝子導入、ベクター
	再生医療	再生医療、クローン技術、発生、ES細胞、
	遺伝情報	OMIM
遺伝カウンセリング	遺伝カウンセリング	
倫理	倫理やガイドライン	生命倫理、ガイドライン

都立保健科学大学看護学科(2001~2004年)首都大学(2005~2006年)の講義の進行のために遺伝医療のキーワードを挙げた。日本人類遺伝学会遺伝医学セミナー、新川詔夫、阿部京子「遺伝医学への招待」南江堂を参考にした。

3) 認知症ケア

小委員長	田高悦子	東京大学大学院医学系研究科講師
小委員	緒方泰子	千葉大学大学院看護学研究科助教授
小委員	門田直美	日本赤十字看護大学看護学部講師
小委員	宮本有紀	東京大学大学院医学系研究科講師
小委員	宮崎和加子	特定医療法人健和会訪問看護ステーション顧問

I. 緒言

本研究は、多様化、複雑化する近年の在宅療養高齢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サービスの質の評価基準が未だ明確でないことを背景に、ニーズの高い一領域である認知症ケアにおいて、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評価基準として開発された「認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションにおけるサービスの質の評価基準」（平成 17 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康推進等事業）「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」、以下：平成 17 年度基準）（全国訪問看護事業協会，2006；田高ら，2007）を基にして、各訪問看護ステーションが各評価基準の達成に向けた自己評価・点検を可能にするためのさらに具体的な業務基準（評価基準）を作成することを目的とするものである。

平成 17 年度基準の特徴の一つは、Donabedian モデル（Donabedian, 1980）に基づくサービスの構造の質と過程の質の評価基準からなることにあり、前者は、専門特化型訪問看護ステーションに共通する訪問看護ステーションの人的、物的、組織的基準を含む 14 項目から構成され、また後者は、各専門特化領域における特異的なサービス体制の基準、すなわち、認知症ケアでは、認知症のスクリーニングから残存能力を活かした地域（在宅）での日常生活の継続のための支援、ターミナルにおける支援、家族介護者の介護負担軽減や虐待予防等に向けた支援、地域の関係機関との連携等を含む包括的な 20 項目から構成されている。これらは、認知症特有の生活機能障害や多彩な行動心理兆候（AGS&AAGP, 2003；Blazer, 2002）、また介護負担感（Kumamoto, 2006）等へ適切に対応しつつ、利用者とその家族がその人らしく住み慣れた地域（在宅）で豊かな生活を送ることを支援する在宅認知症ケアにおける訪問看護サービスの特性を反映したものである。

本年度の研究事業では、この H17 年度基準のうち、サービスの過程の評価基準である認知症ケア専門特化型の評価基準 20 項目に基づき、認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションを志向するステーションが各基準の達成に向けた自己評価・点検をより適切に行うことができるように、また、それにより認知症ケア専門特化型訪問看護サービスはもとより、在宅認知症ケアのサービスの質の確保への具体的な道筋を見出すことを意図して、各基準のさらなる具体的な評価基準を作成することを目的とした。

II. 方法

1. 第1段階(H18年度基準案の作成)

在宅認知症ケアにかかる学識経験者ならびに卓越した実践家からなる小委員会メンバーにおいて小委員会を構成するとともに、同小委員会における検討を重ねて、H17年度基準20項目について、個々の項目ごとに「自己評価・点検のための材料(確認のための材料)」ならびに「考え方と留意点」を補足するH18年度基準案を作成した。

H18年度基準案における「確認のための材料」では、各評価基準について、より具体的かつ客観的に評価・点検する際に用いることができる材料について提示することとした。また、「考え方と留意点」では、各「確認のための材料」の解釈にその手引きとなるように、標準的な考え方と留意点について示すこととした。

なお、「確認のための材料」ならびに「考え方と留意点」に用いる語や字句については、既存の訪問看護の質の評価基準(日本訪問看護振興財団, 2003; 日本看護協会, 2001; 全国訪問看護事業協会, 2000)や医療の質の評価基準(日本医療機能評価機構による自己評価票)等を参考とし、出来るかぎり明解で平易な表現となるよう留意した。

2. 第2段階(H18年度基準案の評価)

H18年度基準案に対する妥当性等を検証するため、H17年度研究において、認知症ケア専門特化型ステーションを自認した全国の訪問看護ステーションのうち、次の要件を満たす認知症ケアの専門性を有する訪問看護師、すなわち1)認知症ケアに関連する専門有資格者、2)認知症ケアに関連する専門研修履修者、3)認知症対応専門施設における臨床経験者、これらを配置する8訪問看護ステーションの管理者を対象に調査を実施した。

調査方法は、インタビュー調査であり、調査項目は、H18年度基準案における認知症ケア専門特化型評価基準の重要度(1:重要である、2:重要でない)および遂行度(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)、ならびに「確認のための材料」および「考え方と留意点」における適切さ、分かりやすさ等(自由回答)である。

倫理的配慮として、研究の対象となる訪問看護ステーションならびに個人の人権擁護対策のため、研究目的・内容等については研究代表者より文書にて説明し、自由意志による同意を取得した上で調査を実施するとともに、得られた回答の匿名性を保障した。なお、これらの調査の結果を踏まえて、再度小委員会で内容を確認、検討するとともに、字句の訂正等を行った上で、最終的なH18年度基準を作成した。

III. 結果

1. H18年度基準案の作成

在宅認知症ケア小委員会における複数回の協議を経て、H17年度基準20項目について、個々の項目ごとに「自己評価・点検のための材料(確認のための材料)」ならびに「考え方と留意点」を補足したH18年度基準案を作成した。例えば、基準項目1の【認知症スクリーニング: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】については、確認のための材料として「認知症スクリーニングのための評価スケール（用紙）」ならびに「当該利用者に対して認知症スクリーニングを実施した訪問看護記録」とし、前者の考え方や留意点については、「評価スケールの種類や方法については問わないが、信頼性や妥当性が確認されているもの（Mini Mental State Examination、改訂長谷川式簡易知能尺度、Frontal Assessment Battery 等）を用いること」とし、後者のそれについては、「認知症スクリーニングの実施のみならず、認知症の早期発見、早期受診（主治医及び専門医への連絡・調整）、早期診断への支援に繋がっていること」とした。確認のための材料としては、原則として記録を重視することとしたが、適宜、担当訪問看護師に問うこと（訪問看護師が把握していること）も採用した。

2.H18 年度基準案の評価

H17 年度研究にて、認知症ケア専門特化型ステーションを自認した全国の訪問看護ステーションのうち、要件を満たした 8 訪問看護ステーションの管理者を対象に調査を実施した。対象事業所の概況（事業所数、単位：ヵ所）は次のとおりである。まず、開設主体については、医療法人 3、営利法人 2、医師会 2、看護協会 1 であり、開設からの期間については、5 年～10 年未満が 4、10 年以上が 4 であった。また、併設施設（重複回答）については、居宅介護支援事業所が 8、病院・診療所が 3、他の事業所が 2 などとなっていた。訪問看護ステーションの届出管理体制については、緊急時訪問看護加算が 7、特別管理加算が 8、24 時間連絡体制加算が 7、重症者管理加算が 8 となっていた。なお、1 事業所あたり平均訪問看護師従事者数は 5.2 人であり、うち、認知症ケア関連資格を有する平均訪問看護師数は 2.4 人であった。

H18 年度基準案に対する重要度の結果については、平均スコア（範囲：0～1.00；割合）は、〔1.認知症スクリーニング〕 0.75、〔2.利用者の意思決定支援〕 0.75、〔3.認知機能障害のアセスメントと支援〕 0.87、〔4.行動心理兆候予防〕 0.87、〔5.セルフケア支援〕 1.00、〔6.IADL 支援〕 0.75、〔7.生活時間リズム支援〕 1.00、〔8.生活環境調整〕 1.00、〔9.なじみの関係支援〕 0.87、〔10.不安・混乱刺激の調整〕 1.00、〔11.安心・自信材料のケア活用〕 1.00、〔12.リスクアセスメント〕 1.00、〔13.薬物療法支援〕 0.75、〔14.介護負担支援〕 1.00、〔15.介護技術支援〕 1.00、〔16.虐待予防支援〕 1.00、〔17.緊急時対応〕 1.00、〔18.主治医との連携〕 1.00、〔19.ケアマネジャーとの連携〕 1.00、〔20.サービスチームとの連携〕 1.00 となっていた。

また、遂行度の平均スコア（範囲：0～4.00；得点）については、〔1.認知症スクリーニング〕 3.37、〔2.利用者の意思決定支援〕 3.50、〔3.認知機能障害のアセスメントと支援〕 3.37、〔4.行動心理兆候予防〕 3.37、〔5.セルフケア支援〕 3.50、〔6.IADL 支援〕 3.50、〔7.生活時間リズム支援〕 3.37、〔8.生活環境調整〕 3.50、〔9.なじみの関係支援〕 3.37、〔10.不安・混乱刺激の調整〕 3.50、〔11.安心・自信材料のケア活用〕 3.50、〔12.リスクアセスメント〕 3.50、〔13.薬物療法支援〕 3.50、〔14.介護負担支援〕 3.50、〔15.介護技術支援〕 3.50、〔16.虐待予防支援〕 3.50、〔17.緊急時対応〕 3.50、〔18.主治医との連携〕 3.50、〔19.ケアマネジャーとの連携〕 3.50、〔20.サービスチームとの連携〕 3.50 となっていた。

さらに、「確認のための材料」および「考え方と留意点」における適切さ、分かりやすさ等（自由回答）については、〔2.利用者の意思決定支援〕に対して、「家族の意思との調整、確認が実態であり、これをどのように評価するか」「成年後見制度の活用に触れなくてよいか」という意見が得られた。また、〔6.IADL 支援〕に対しては、「認知症を有する利用者の金銭管理については、事件・事故防止の観点から家族が行っている場合もあり、他方、虐待が絡んでいることもあって、解釈には慎重さが必要である」という意見が得られた。さらに、〔12.リスクアセスメント〕について、「徘徊時などでは、近隣との関係づくりや連携がとても重要であり、これらを含めてはどうか」という意見が得られた。

これらの結果をもって、再度小委員会で内容を確認し、自由回答により得られた意見等を反映させた最終的なH18年度基準 20 項目版（表）を決定した。

IV.考察

本研究は、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基準として開発された「認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションにおけるサービスの質の評価基準」（平成 17 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康推進等事業）：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）（全国訪問看護事業協会，2006；田高ら，2007）のうち、サービスの過程の評価基準 20 項目に基づき、認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションを志向するステーションが各基準の達成に向けた自己評価・点検をより適切に行うことができるように、また、それにより認知症ケア専門特化型訪問看護サービスはもとより、在宅認知症ケアのサービスの質の確保への具体的な道筋を見出すことを意図して、各基準のさらなる具体的な評価基準として「確認のための材料」ならびに「考え方と留意点」を新たに作成したものである。

作成されたH18年度基準は、H17年度研究において、認知症ケア専門特化型ステーションを自認した全国の訪問看護ステーションのうち、認知症ケアの専門性を有する訪問看護師を一定数配置する認知症ケア専門特化型ステーションにおいて、重要性については、最小 0.75（6/8 事業所）－最大 1.00（8/8 事業所）の割合で重要であることが認められ、また、遂行度については、1 事業所得点最低 3.37－最大 3.50 点（3：まあできている、4：とてもできている）の範囲でその実行性が認められたものである。すなわち、認知症ケア専門特化型ステーションにおけるサービスの過程の質の評価基準として、概ねその妥当性が認められたものと言える。

本研究の成果により、認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションを志向するステーションが各基準の達成に向けた自己評価・点検をより適切に行うことができるようになり、また、それにより認知症ケア専門特化型訪問看護サービスの質の確保はもとより、在宅認知症ケア全体のサービスの質の確保が可能になると考える。加えて、先般、改正介護保険制度によって義務付けられた、介護サービス事業者における介護サービス情報の公表に乗じて、事業所自らが本評価基準を用いて自己評価・点検した結果を公表することにより、利用者ならびに家族がそのニーズに応じて適切にサービスを選択する際に十分資するものになることが期待される。

今後は、個々の評価基準の達成に向けた認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションの人的、

物的、システムの整備支援や、認知症ケアの専門性を有する訪問看護師の育成等の研修強化、ならびに質の高い専門特化型サービスの対価に見合う報酬制度の検討等が必要である。

本研究の実施にあたりご支援を賜りました関係各位・関係機関ならびに調査にご協力を頂きました訪問看護ステーションの皆様方に心より謝意を表します。

文献

American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry (2003): 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, 51, 1287-1298.

Donabedian A (1980) : Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment,1,Health Administration Press, WA.

Blazer DG. (2002) : Psychiatry and the oldest old, Am J Psychiatry, 157, 1915-1924.

Kumamoto K. Arai Y. Zarit SH (2006) : 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), 163-70.

社団法人全国訪問看護事業協会(2006):平成 17 年度厚生省老人保健事業推進費補助金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, 社団法人全国訪問看護事業協会, 東京.

社団法人日本看護協会(2001):平成 13 年度版社団法人日本看護協会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.

社団法人全国訪問看護事業協会(2000):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.

社団法人シルバーサービス振興会(2005):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, 社団法人シルバーサービス振興会, 東京.

田高悦子, 川越博美, 宮本有紀, 緒方泰子, 門田直美 (2007) : 認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションにおけるサービスの質の評価基準の開発, 日本老年看護学会誌, in press

財団法人日本訪問看護振興財団(2003):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.

財団法人日本訪問看護振興財団(2000):平成 10 年度日本訪問看護振興財団研究事業;訪問看護の質に関する調査研究報告書, 財団法人日本訪問看護振興財団, 東京.

H18年度版認知症ケア専門特化型訪問看護サービス評価基準【サービスの過程の評価基準20項目】

番号	項目	評価基準	確認のための材料	考え方と留意点
1	認知症スクリーニング	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	認知症スクリーニングのための評価スケール(用紙)がある。	評価スケールの種類や方法については問わないが、信頼性や妥当性が確認されているもの(Mini Mental State Examination、改訂長谷川式簡易知能尺度、Frontal Assessment Battery 等)を用いること。
			当該利用者に対して認知症スクリーニングを実施した訪問看護記録がある。	認知症スクリーニングの実施のみならず、認知症の早期発見、早期受診(主治医及び専門医への連絡・調整)、早期診断への支援に繋がっていること。
2	意思決定の支援	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	訪問看護記録書に利用者自身の認識や受容、今後の意向に関するアセスメントを行った結果がある、もしくは担当訪問看護師が把握していることを確認できる。	利用者自身の認知症に対する認識や受容、意向については、困難ではあっても把握を試みていること。また、その際、家族の意思との調整や確認も行っていること。なお、成年後見制度の活用にも留意すること。
			訪問看護計画書に上記を踏まえた支援の方向性や目標が記載されている、もしくは担当訪問看護師が把握していることを確認できる。	上記を踏まえた支援の方向性や目標が具体的に設定されていることが望ましい。また、その設定は、利用者の意向の変更等、必要に応じて適宜見直されていることが望ましい。
3	認知機能障害に応じた支援	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	訪問看護計画書に認知機能障害のアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	利用者の認知症の段階や状態に応じて用いるべきスケールやアセスメントが異なるため、その種類や方法は問わないが、信頼性・妥当性があり、利用者の状況に照らして適切なものであること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果について記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	上記を踏まえた支援の結果について経時的に記載されていること、もしくは担当訪問看護師が十分にその状況を把握していること。
4	BPSDの予防・軽減	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	訪問看護計画書にBPSDのアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	BPSD(behavioral and psychological symptoms of dementia)とは、認知症の行動・心理徴候(国際老年精神医学会国際会議、1996)であり、問題行動とは呼ばないことに留意すること。あくまでも予防を重視していること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果について記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	上記を踏まえた支援(家族に対する説明や助言も含む)の結果について具体的に記載されていること、もしくは担当訪問看護師が把握していること。

番号	項目	評価基準	確認のための材料	考え方と留意点
5	セルフケアの維持・低下軽減	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	訪問看護計画書にセルフケアのアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	利用者の認知症の段階や状態に応じて用いるべきスケールやアセスメントが異なるため、その種類や方法は問わないが、利用者の状況に照らして適切、かつ具体的に実施されていること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果について記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	上記を踏まえた支援の結果が訪問看護記録に記載されていること、もしくは担当訪問看護師が常に把握していること。なお、家族に対する説明や助言も支援として含むこと。
6	IADLの維持・低下軽減	利用者のIADL（家事、金銭管理、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	訪問看護計画書にIADLのアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	利用者の性別、年齢、認知症の段階等に応じてIADLは多様であり、用いるべきスケールやアセスメントが異なるため、その種類や方法は問わないが、アセスメントが利用者の状況に照らして適切に実施されていること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果について記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	上記を踏まえた支援の結果が訪問看護記録に記載されていること、もしくは担当訪問看護師が常に把握していること。なお、家族に対する説明や助言も支援として含むこと。
7	生活リズムや日課の継続	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	訪問看護計画書に「その人らしさ」を重視した生活リズムや日課のアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	「その人らしさ」あるいは「その人らしい生活」を重視し、これまでの日常生活パターン、趣味、楽しみ、嗜好、休息と活動のバランス、体調等、生活全般についてアセスメントしていること。
				「その人らしさ」が発揮できる、あるいは「その人らしい生活」を支援する立場に立って、活用することが可能な残存能力（可能性）に着目していること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果が記載されている、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	上記を踏まえて捉えられた「その人らしさ」や「その人らしい生活」の継続が目標に含まれていること、またそれに向けた計画の立案及びケアの提供が実際に行われていること。
			上記に関して、訪問看護による直接的な支援を実施しない場合でも、関係職種と連携して間接的に支援している場合はどのような連携や協力を行ったかについて確認できること。	

番号	項目	評価基準	確認のための材料	考え方と留意点
8	生活環境の安全・安楽	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	訪問看護計画書に生活環境のアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	生活環境のどのような側面から、安全性、安楽性についてアセスメントをおこなったのか、またその時期等について、訪問看護記録から具体的に確認できること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果が記載されている、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	訪問看護による直接的な支援を実施しない場合でも、関係職種と連携して間接的に支援している場合はどのような連携や協力を行ったかについて確認できること。
9	馴染みの関係の継続	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	訪問看護計画書に利用者の人的環境のアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	利用者の人的環境として、例えばキーパーソンや家族、サービス提供者等周囲との関係性を担当訪問看護師が十分に把握していること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果が記載されている、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	訪問看護による直接的な支援を実施しない場合でも、関係職種と連携して間接的に支援している場合はどのような連携や協力を行ったかについて確認できること。
10	不安・混乱の予防	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	訪問看護記録に利用者が不安や混乱を抱いたりするような刺激や内容についてアセスメントしていることが記載されている、もしくは、担当訪問看護師から確認できる。	利用者が不安・混乱を抱きやすい刺激や内容には、人、物、環境、気候、時間帯等が想定される。当該利用者のそれについて、十分把握していること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果が記載されている、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	当該刺激や内容を回避するような支援については、関係者間で当該情報の共有(申し送り、カンファレンス、訪問看護記録等)が図れていること。
11	安心・自信の保持	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	訪問看護記録に利用者が安心感や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を行っていることが記載されている、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	利用者が安心感や自信を得られたりするような話題や内容は、過去の回想から得られることが期待される。当該利用者のそれについて、十分把握していること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果が記載されている、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	当該話題や内容を日常に活用するような支援については、関係者間で情報の共有(申し送り、カンファレンス、訪問看護記録等)が図れていること。

番号	項目	評価基準	確認のための材料	考え方と留意点
12	リスクアセスメント	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	訪問看護記録に利用者の危険察知能力、物理的環境、家族等介護者状況等から、多面的かつ総合的なリスクアセスメントを行っていることが記載されている、もしくは担当訪問看護師に確認できる。	利用者本人の危険回避能力については、危険認知力、視空間認知障害、注意力、体感バランスの変調、睡眠障害、薬物療法副作用、意欲低下、閉じこもり、廃用性症候群等、様々な視点からアセスメントしていること。
				物理的環境については、屋内では、火事・転倒・転落・水の事故に連なるような危険な状況がないか、また、屋外では、交通事故・転倒・迷子等が起こりえる状況がないか等、家族等介護者の状況も勘案して、具体的にアセスメントしていること。
			上記を踏まえ、リスクが予測されている場合には、その予防に関する看護計画の立案ならびにそれに基づいた支援が行われていることが訪問看護記録に記載されている、もしくは担当訪問看護師に確認できる。	上記を踏まえ、リスクが予測されている場合には、当該利用者本人だけでなく、物理的環境や家族等介護者に対する予防的支援が具体的に計画されていること、また、リスクが発生した場合の対応が文書(マニュアル等)として整備されていること。
				訪問看護による直接的な支援を実施しない場合でも、必要に応じてケアマネジャーや関係職種とリスクの予防・対処に関する連携を行っていること、また、地域の状況や本人、家族の意向も踏まえて地域の近隣関係(民生委員等を含む)との関係作りや連携を行っていることが望ましい。
13	薬物療法の対応	利用者の薬物療法の効果及び副作用、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	訪問看護記録に、利用者に薬物療法の適応がある場合、その処方内容、効果及び副作用、ならびに服薬管理方法についてアセスメントしていることが記載されている。	常に最新の処方内容について担当訪問看護師が十分に把握していること。処方内容や利用者の状態に変化があった場合には、そのアセスメント結果が訪問看護記録に記載されていること。
			上記を踏まえ、利用者の薬物療法について主治医の指示の下で調整していることが訪問看護記録に記載されている。	利用者の薬物療法にかかる主治医からのすべての指示ならびに日付について、記録(主治医からの訪問看護指示書、訪問看護計画書、その他の訪問看護記録等)に保存されていること。

番号	項目	評価基準	確認のための材料	考え方と留意点
14	家族等介護者の健康支援	家族等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	訪問看護計画書に家族等介護者の心身の健康状況ならびに介護負担感のアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	家族等介護者の心身の状況ならびに介護負担感に関するアセスメントについては、身体的(時間・量・体力等)ならびに心理的(精神的・関係性・社会的役割行動等)側面の双方について行っていること。
			上記を踏まえた支援していることが訪問看護記録に記載されている、もしくは担当訪問看護師に確認できる。	家族等介護者の心身の状況ならびに介護負担感への支援については、予防的支援(心身の健康状態に支障が出ない、悪化しないための支援)を重視していること。
15	家族等介護者の介護支援	家族等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	訪問看護計画書に家族等介護者の介護技術や知識のアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	家族等介護者が、認知症介護に対する適切な知識・技術(コミュニケーション、関わり方)が出来ているかをアセスメントしていること。
			上記を踏まえた支援していることが訪問看護記録等から確認できる、もしくは担当訪問看護師に確認できる。	家族等介護者における認知症の誤解や介護方法の不適切さは、利用者の状態や生活に重大な影響を与えることに留意し、必要に応じて認知症の正しい理解や適切な介護方法の習得に向けた支援を行っていること。
16	家族等介護者の虐待予防	家族等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	訪問看護計画書に家族等介護者の認知症に対する認識や受容、虐待のリスクアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	家族等介護者が認知症に対してどのように認識し、受容しているかをアセスメントしていること。また、介護者との関係性や雰囲気についてもアセスメントしていること。
				家族等介護者の虐待のリスクについては、身体・心理・経済的の側面から十分にアセスメントしていること、また、日常の介護の質(過干渉及び放置の有無)についても注意深くアセスメントしていること。
			上記を踏まえた支援していることが訪問看護記録等から確認できる。	家族等介護者の虐待リスクや不適切な対応、受容困難が判断された場合には、適切な支援を行っていること。なお、適宜、ケアマネジャー・主治医・関係職種と連携をとること。
			家族等介護者の虐待が明らかである場合には高齢者虐待防止法に基づき市町村へ通報する他、主治医やケアマネジャー等と連携して当該利用者の権利擁護のための迅速な介入を行っていること。また一連のプロセスは記録されていること。	

番号	項目	評価基準	確認のための材料	考え方と留意点
17	緊急時対応	利用者や家族等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	利用者の受け入れ機関を把握していることが確認できる資料/訪問看護記録がある。もしくは担当訪問看護師に確認することができる。	利用者の受入機関が決まっている場合には、その施設等の連絡先が確認できること。緊急時等に相談する資源(施設、往診医、ソーシャルワーカー、ケースワーカー等)について、「相談先の名称、連絡方法等」の記載された資料があること。これらについて利用者や家族の意向や同意が確認されていること。
18	主治医との連携	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	主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出していることが確認できる資料/訪問看護計画書及び同報告書の写しがある。	主治医に提出した認知症に関する訪問看護計画・訪問看護報告書が、ファイルされていること。
			医師と訪問看護師間で、ケア方針が共有されているとともに日常の連携を確認できる資料/訪問看護記録がある。	医師と訪問看護師間の情報の授受(FAXやemail等)が保管されていること。口頭での場合にも、その内容と日付が訪問看護記録に記載されていること。
19	ケアマネジャーとの連携	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	ケアマネジャーとの情報交換の実績を確認できる当該資料/訪問看護記録がある。	訪問看護計画の見直しやケア方針の変更等により、居宅サービス計画の見直しが必要になった場合に行ったケアマネジャーとの情報の授受について保管文書があること、あるいは訪問看護記録等で確認できること。
			ケアマネジャーと訪問看護師間で、ケア方針が共有されていることを確認できる当該資料/訪問看護記録がある、または、担当訪問看護師に確認することができる。	ケアマネジャーと訪問看護師間で行われた情報の授受が訪問看護記録等から確認できること、あるいは担当訪問看護師が把握していること。
20	関係職種との連携	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	サービスチームでの会議の実績を確認できる当該資料/訪問看護記録がある。	訪問看護記録等で、サービスチームでの会議の内容が確認できること。記載内容には、開催日、参加者、共有されたケア方針、連携方法等が含まれていること。
			関係職種と訪問看護師間で、ケア方針を共有していることが確認できる当該資料/訪問看護記録がある、または、担当訪問看護師に確認することができる。	関係職種と訪問看護師間で行われた情報の授受が訪問看護記録等から確認できること、あるいは担当訪問看護師が把握していること。

4) 高齢者ターミナルケア

「高齢者ターミナルケア」小委員会の組織

委員長	北川公子	(新潟県立看護大学 教授)
委員	井上多鶴子	(高島平ロイヤル訪問看護ステーション 所長)
委員	唐澤千登勢	(看護教育研究センター看護研修学校認知症高齢者看護学会 専任教員)
委員	瀬田美和子	(訪問看護ステーションつくしんぼ城北公園 副所長)
委員	原 等子	(新潟県立看護大学 助教授)
委員	山田律子	(北海道医療大学 助教授)
研究協力者	菅原峰子	(新潟県立看護大学 助手)
研究協力者	長瀬亜岐	(新潟県立看護大学 助手)
研究協力者	村川英伸	(新潟県立看護大学 助手)

I 緒言

1. 高齢者ターミナルの範囲

わが国の 2005 年の平均寿命は男性 78.53 歳、女性 85.49 歳（財団法人厚生衛生統計協会，2006）であり、老年後期以降に死亡することが平均的な事象となっている。しかし、性差や個人差に加えて疾患による影響を考慮すると、年齢によって機械的に高齢者ターミナルの範囲を限定することは難しい。かといって疾患を限定すれば、限られた一時期のみではあるが、多くの人々に等しく関与する“高齢者ターミナル”と表記することの意味を失う。そこで本論では、高齢者ターミナルの範囲を、「疾病の如何によらず“加齢の進展”を主な原因として、近い将来、死に至ることが予測される状態」とする。

2. 在宅死亡にみる高齢者ターミナルケアの可能性

表 1 は 1997 年と 2005 年の年齢階級別自宅死亡割合（人口動態統計）を示したものである。この表をみると介護保険以降、後期高齢者、特に 85 歳以上の自宅死亡比率が減少したことがわかる。その一方、興味深いのは 20～44 歳の若年層で、自宅死亡の比率が増加している点である。

85 歳以上で自宅死亡が減少した主な理由は大きく 2 点、考えられる。一点は、介護保険の施行によって施設整備が進み、保健福祉施設への入所増に伴う施設死亡の増加が考えられる。もう一点は、核家族化のさらなる進行である。年齢階級が高くなるにつれて自宅死亡が増加する 1997 年の家族形態を想像すると、老夫婦のどちらかが要介護状態になった時点、あるいは死亡した時点で子ども世帯との同居を始めるケースが多かったことが予想される。しかし近年は、老夫婦の片方が虚弱になっても、もしくは一人暮らしになったとしても子ども世帯との同居を選ばないで施設を利用する、あるいは独居を継続して最終的に病院で亡くなるという、最期ま

で核家族を通す暮らし方が増えているのではないだろうか。

訪問看護ステーションが提供する高齢者ターミナルケアとは、必ずしも自宅死亡に限定したことはない。ターミナル期を自宅で過し、死亡の数日前に入院して死に至る、といったケースを支援することも重要な役割である。しかしさきほどの定義のとおり高齢者ターミナルを、「疾病の如何によらず“加齢の進展”を主な原因として、近い将来、死に至ることが予測される状態」とするのであれば、果たして「病院」が亡くなる場所として望ましいのだろうか。

加齢の進展であれば、治療により治癒を見込むことはできない。治癒を目指す疾患ではないのだから、病院に期待することは治療ではなく、苦痛の緩和、もしくは介護力と考えられる。すなわち、介護力さえクリアできれば、在宅死はある程度増加に転じる可能性を否定できない。その手がかりが表1にみる2005年の20～44歳の自宅死亡の微増傾向である。この年代は、親世代、配偶者ともにまだ若く、その両方からの支援を期待できる年代といえる。これは、在宅死に対する決断と介護力があればかなえられるほどに在宅ケア資源が整いつつあることを示しているのではなだろうか。(もちろん死因と死亡場所との関連など詳細な検討を経ていないため、心疾患や脳血管疾患による突然の自宅での死亡を多く含む可能性も否定できない。)

2005年の国民生活基礎調査から65歳以上の世帯構成をみると、夫婦のみの世帯が29.2%と最も多く、次いで独居世帯22.0%と続き、三世代世帯(21.3%)を上回った(財団法人厚生衛生統計協会、2006)。これからも、介護力の保証なくして高齢者の在宅死が成り立ち得ないことがわかる。しかし今回の業務基準の検討にあたり、介護者がいなくても在宅で看取ってもらえるところまでを現実的に想定することはできなかった。なぜなら、今ある施策の将来像を見通すことができないためである。

このような理由により、加齢の進展による亡くなり方の自然な姿として自宅を想定し、そこで亡くなりたいと希望を持つ高齢者を看る介護者がいるという条件で、最期まで在宅生活を支援するための基準の案出を目指して作業にあたった。

表1 人口動態統計にみる年齢階級別自宅死亡割合の比較

	1997年	2005年
全 体	16.1%	12.2%
0～4歳	7.9%	8.9%
5～9歳	6.5%	7.5%
10～14歳	7.3%	10.3%
15～19歳	9.4%	15.0%
20～24歳	13.9%	22.7%
25～29歳	18.0%	24.6%
30～34歳	18.7%	22.5%
35～39歳	17.8%	22.1%
40～44歳	15.2%	20.9%
45～49歳	14.0%	18.5%
50～54歳	13.1%	16.6%
55～59歳	11.6%	14.7%
60～64歳	10.5%	13.1%
65～69歳	9.8%	11.4%
70～74歳	10.8%	10.4%
75～79歳	12.6%	10.5%
80～84歳	16.0%	10.5%
85～89歳	21.8%	11.1%
90～94歳	29.7%	13.3%
95～99歳	34.7%	15.8%
100歳以上	39.9%	18.6%

II 調査活動の目的

小委員会の調査活動の目的は、高齢者のターミナルケアに関する資料分析、ならびに先進的に実践に取り組んでいる訪問看護ステーションへの見学研修および従事者への聞き取り等を通して、質の高いターミナルケアの提供を可能にするための業務基準を案出することである。

III 調査計画

1. 既存資料の収集と分析方法

2000年以降発行された保健医療・福祉系雑誌のうち、訪問看護ステーションの従事者自身が著者となり、高齢者のターミナルケアの実態や事例、現状の問題点や今後の課題等をレポートしている文献を任意に収集した。

最終的に収集された文献は 17 編（資料 1）であり、これら文献を 2 名の小委員会メンバーで精読し、業務基準のヒントになる記載を抽出した。なお、選択した文献の中から、がん患者支援に関する部分的な記載内容を除外することが困難だったため、実際には高齢がん患者のターミナルケアに関する記述もこの中には含まれた。

資料 1 分析に用いた文献

- 1) 秋山正子：高齢者の終末期ケア, *Geriatric Medicine*, 44(8), 1063-1067, 2006
- 2) 鮎沢豊子：在宅での終末期, その人らしい人生の最期を, *Nurse eye*, 15(5), 14-17, 2002
- 3) 石本由香里, 土田富枝, 高渕由紀 ほか：ターミナルケアにおける訪問看護師の役割 当訪問看護ステーションにおける症例の検討, *月刊ナーシング* 22(13), 136-142, 2002
- 4) 茨城県看護協会 土浦訪問看護ステーション：在宅で終末期を迎える認知症高齢者の看護過程, 170-177,
- 5) 今岡節子：ターミナル期患者の在宅での看取り, *月刊ナーシング*, 23(3), 42-45, 2003
- 6) 馬面千春, 馬庭恭子：チームケア, 連携, 24 時間ケアの現状 訪問看護ステーションからの実践報告, *訪問看護と介護*, 8(6), 481-485, 2003
- 7) 大平久美, 東清巳：「ギア・チェンジ—人生の最後の日々におけるマネジメントのための指針」を活用した訪問看護, *家族看護*, 1(2), 125-133, 2003
- 8) 小杉淑子：在宅ターミナルケアを支えるチームケア① 訪問看護師の立場から 学際的チームケアのすすめ, *COMMUNITY CARE*, 4(8), 24-27, 2002
- 9) 柴田三奈子：終末期にある在宅療養者への看護の実際, *看護教育*, 45(11), 930-933, 2004
- 10) 白井由里子, 江田梅子, 坂本久代 ほか：在宅での看取り支援の条件 八幡医師会における「利用者とかかりつけ医を支援するための連携システム」の実際, *訪問看護と介護*, 8(6), 486-490, 2003
- 11) 高砂裕子：在宅でのターミナルケア, ハイテクケアに取り組んで, *訪問看護と介護*, 11(7), 657-660, 2006
- 12) 寺井由加里, 安井千明：在宅死を希望する療養者へのサポート 本人・家族の意欲と力を引き出す看護を, *Nurse eye*, 15(5), 4-8, 2002
- 13) 戸上ゆかり, 木田川千里, 尾寄律子 ほか：在宅で死を迎えた高齢者への関わりを考える～利用者・家族の生活を大切にしたい支援体制づくりを進めた事例～, *東海四県農村医学会雑誌*, 27, 20-22, 2001
- 14) 新妻しげ子, 会田由美, 関口暢子：移行時の病棟との連携と訪問看護の実際, *臨床看護*, 27(11), 1644-1650, 2001
- 15) 宮崎和加子：その人らしい終末期—ケアのありかた, スタッフのありかた, 総合ケア, 別冊 住み慣れたまちで最期まで暮す, 8-20, 2003
- 16) 宮本恵子, 中村伊世子, 大西史 ほか：在宅終末期を看取った家族へのアンケート調

査 今後の取り組みにむけて、訪問看護と介護, 11(5), 498-503, 2006

17) 吉富洋子: 在宅での看取りをマニュアルを通して振り返る 好きなビールを飲みながら旅立たれた事例, 看護実践の科学, 28(9), 20-24, 2003

2. 実地研修の実施計画と分析方法

高齢者ターミナルケアの現状に対する理解を深め、かつ課題を探索する目的で、小委員会メンバーおよび研究協力者による訪問看護ステーション研修をおこなった。研修場所は小委員会メンバーの勤務先である2つの訪問看護ステーションであり、本報告では仮にAステーション、Bステーションと表記する。

Aステーション(含、同一法人内の別のステーション)では、2006年12月22日(金)、2007年1月11日(木)、1月29日(月)の3日間にわたって延べ6名、Bステーションでは2007年1月30日(火)に3名の小委員会メンバー・研究協力者が研修に参加した。研修時間はいずれも9時から17時までで、事前に許諾の得られた家庭にスタッフの訪問スケジュールに従い同行訪問を行った。

研修後、研修参加者にはレポート提出を求め、このレポートの記載内容の中から業務基準のヒントになる記載を抽出した。分析資料としたレポートの分量は14ページ(1ページあたり1,600字)である。

3. 聞き取り調査の実施と分析方法

1) 現任者に対する聞き取り調査

(1) 実施機関および方法

聞き取り調査も、小委員会メンバーの勤務先にて実施した。A、B両ステーションとも、勤務時間終了後、所長が推薦し、かつ内諾の得られた訪問看護師に参集いただき、そこに小委員会メンバー・研究協力者も加わり、グループインタビュー方式にて実施した。各ステーションでの実施概略は次の通りである。

Aステーション

実施日: 2007年1月11日(水) 17時30分~20時30分

場 所: Aステーション

参加者: Aステーション、および同一法人の別ステーションに勤務する常勤・非常勤の訪問看護師6名で、うち2名は両ステーションの所長である。参加者の訪問看護師としての経験年数は3~10年(平均7.0年)である。途中より、同法人の診療所の医師も議論に加わった。

Bステーション

実施日: 2007年1月3日(火) 17時~19時30分

場 所: Bステーション

参加者: 同ステーションに勤務する訪問看護師5名。うち1名は所長であり、それぞれの訪問看護師としての経験年数は3~14年(平均8.4年)である。

(2) インタビュー内容

がん患者のターミナルケアとの区別を可能な限りつけるために、高齢者ターミナルに該当する高齢者の範疇を、認知症や脳血管疾患後遺症等による予備力の減退、あるいは疾病の如何によらず“加齢の進展（老衰）”を主な原因として死に至ったケース（現実的な年齢としては老年後期が想定される）とし、これをイメージしながら討論することを開始前に説明した。しかし、Bステーションでは、現状としてがん患者のターミナル支援が多く、非がんの場合のターミナルケアの実績が近年、少ないこともあり、発言者の中で明確な区別に至ったとは言い難い状況であった。

インタビューガイド

- ① ターミナル期にある高齢者への訪問看護開始のタイプ分類は、以下のとおりか。
 - a) ターミナル期での退院によって訪問が開始される場合
 - b) 訪問を継続していたケースがターミナル期に入る場合
- ② b) の場合、ターミナルケアが開始されるのは、どのような状態になったときか。
- ③ ターミナルケアの開始される時期は、死亡前のどのくらいの時期からか。
- ④ よい看取りができたケースについて。いつ（ターミナルケアの開始、ターミナルケアの期間中、死亡時、事後の各時点）、どのような状況に対して、何を行ったのか。あるいは行わないことを選んだのか。その時のルールは何か。
- ⑤ オンコールの内容はどのようなものか。オンコールの所要時間、ならびに訪問を要する場合はあるのか。その際の状況など。
- ⑥ 心残りのあるケースについて。その理由はどのようなものか。どのような条件があれば心残りを生じないですんだのか。
- ⑦ その他

(3) 分析方法

録音したインタビュー内容を逐語録におこし、ターミナルステージの進行プロセスに従い介護者に何がおき、訪問看護師およびチームがどのような対処を行っているのか、について分析した。

2) 業務基準案評価のための聞き取り調査

(1) 実施機関および方法

先進的に高齢者ターミナルに取り組んでいることが文献から推測されたステーション（以下 C ステーション）、ならびに看取りの事例が非常に多いと小委員会メンバーから情報提供されたステーション（以下 D ステーション）、それぞれの所長に業務基準案に対する意見聴取を行った。

C ステーションは、東京都の区部に所在する、歴史のあるステーションである。有限会社立であり、ヘルパーステーションを併設する。組織内に医療機関を持たないが、いくつかのクリニックとの連携が深い。月に一度、往診医を含めたグリーンカンファレンスを開催するなど、ターミナルケアに先進的に取り組んでいる。中でも、所長はターミナルケアに関する確かな理

念と多くの経験をもち、スタッフの信頼も厚い。聴取は2007年2月28日（水）に、Cステーション内で実施した。

Dステーションは東京都の市部にあり、法人内には総合病院、介護老人保健施設、ヘルパーステーション、居宅支援事業所、在宅介護支援センターを有するため、地域の高齢者総合支援機能に担っている。したがって、法人内の病院の退院者が訪問看護を利用する場合や、訪問看護利用者が法人内の病院に入院する場合が少なくないという。同ステーションの所長に対し、2007年2月27日（火）に、同ステーション内で業務基準案に対する意見を聴取した。

（2）分析方法

追加の提案のあった事項、および追加の提案ではないが重要性の指摘のあった事項を加え、最終的な業務基準とした。

4. 実地研修および聞き取り調査における倫理的配慮

1) 同行訪問受入れ家庭への説明と同意、および倫理的配慮

A、Bステーションの訪問看護師を通して、研修の意図が説明され、同行訪問に対して口頭で承諾の得られた家庭に伺った。研修後に研修者が作成したレポートでは、受入れ家庭と利用者個人に関する記載は全て記号化した。

2) グループインタビュー参加者への説明と同意、および倫理的配慮

グループインタビュー参加者の人選は、A、Bステーションに属する小委員会メンバーに一任した。

インタビューの開始時に小委員会委員長（および代理者）から、口頭で以下の説明をおこない、参加者からは口頭にて了解を得た。

- ・辞退の保証：いつでも、グループインタビューの途中でも、事後でも、参加を取りやめることができ、そのことで仕事上、なんら不利益を被ることがないこと。
- ・研究過程及び研究公開時における情報保護および匿名性の保証：インタビュー参加者は記号化した上でデータ管理を行い、研究成果公開においても、個人が特定されるような記載は一切行わない。また、インタビューの中で語られた利用者に関しても、同様に匿名性を保証する。録音した媒体は、第三者に閲覧されることのないよう厳重に保管管理すること。
- ・成果の共有：分析結果がでた段階と報告書案を作成した段階でインタビュー参加者に資料を送付し、意見を求めることを通して発言の意図を正しく反映した研究成果を導くようつとめること。

表2 文献にみる高齢者ターミナルに携わる訪問看護ステーションの役割

意思の確認と合意形成への支援		<ul style="list-style-type: none"> ① 高齢者がターミナル期および死を、どこで、誰と、どのように過し、むかえたいのかを、たえず知ることにつとめる ② 高齢者の延命に対する希望を、たえず知ることにつとめる ③ 高齢者、介護者、家族、親族間での意思の食い違いが起りやすいこと、状況に応じてそれら意思は変化することを承知し、継続して高齢者・家族らの意思の把握につとめる ④ 訪問看護サービス提供開始時の患者・家族ニーズに応じた相談援助（準備のないまま急に退院を迫られている、関係者間で合意形成されていない、など） ⑤ 患者・家族等、あるいはターミナルケア支援チームも含めた多様な話し合いの場のセッティングと調整機能
ターミナルケア支援チームづくり	情報と目標の共有	<ul style="list-style-type: none"> ① チームカンファレンスを主催する、あるいは主催させる ② チームカンファレンスを開くべきタイミングがわかる
	医療サービスのコーディネート	<ul style="list-style-type: none"> ① 夜間・休日の電話対応および死亡確認ができる往診医を用意する ② 往診医のターミナル支援への不安軽減のための、具体的な提案ができる ③ 往診医と主治医の双方がいる場合、その橋渡しができる ④ 往診医、主治医との連絡体制の方法のマニュアル化
	訪問看護サービスのコーディネート	<ul style="list-style-type: none"> ① 状況に応じた訪問回数と滞在時間の査定と変更ができる ② 訪問スケジュール変更に耐えられる人的余力を備える ③ 非常勤と常勤間、プライマリーと電話対応者間の連携のマニュアル化
	ホームヘルプサービスのコーディネート	<ul style="list-style-type: none"> ① ホームヘルパーのターミナルケアに対する不安軽減をはかる ② ターミナルケア支援経験の豊富なホームヘルパー育成への貢献 ③ 24時間ホームヘルプの活用
地域社会づくりへの貢献		<ul style="list-style-type: none"> ① 独居ターミナルを支えられるボランティアの育成 ② 在宅ターミナルに対する啓発活動
日常生活援助	入浴・保清	<ul style="list-style-type: none"> ① 実施可能性を最後の最後まで査定できるアセスメント力と勇気 ② 最後まで希望すれば入浴できるための医師・看護師・入浴業者共有のマニュアルづくり
	食 事	<ul style="list-style-type: none"> ① 食べたいものを、食べたいときに食べられるための食事介助技術をもつ ② 介助方法の家族への指導 ③ 患者が食べられないことへの介護者の不安への対応
高齢者への精神的支援		
苦痛緩和		<ul style="list-style-type: none"> ① 関節と筋肉の可動性の確保（倦怠感と拘縮予防） ② 体内（循環・呼吸・代謝）の安楽 ③ 苦痛緩和への介護者の参加
リスク管理		<ul style="list-style-type: none"> ① 後悔を残す事故への備え（吸引器の用意） ② 誤嚥、転倒などの予防
介護者支援	介護負担の軽減をはかる	<ul style="list-style-type: none"> ① 介護負担・疲労、介護者の力量の評価 ② 外部資源の導入（ホームヘルパー、短期入院）、休息支援
	精神的支援	
	介護方法の指導	<ul style="list-style-type: none"> ① 介護者なりの方法の尊重 ② 外部資源の導入（エアーマット、体圧分散マット、吸引器など） ③ 医療処置の指導・助言
	臨死期に対する準備状況を高める	<ul style="list-style-type: none"> ① 臨死期の観察ポイントの伝達 ② 死亡確認、死亡時の連絡方法のマニュアル化 ③ 死後の処置や葬儀のための物理的な準備
臨終での支援		<ul style="list-style-type: none"> ① 家族だけの心おきなり臨終場面の保証 ② 死後の処置の実施（看護師2人で）
死亡後のフォローアップ		事後訪問

IV 結果

1. 文献にみる高齢者ターミナルのニーズ・課題

17の文献から抽出した高齢者ターミナルにおけるニーズは表2のとおり、①意思の確認と合意形成への支援、②ターミナルケア支援チームづくり（情報と目標の共有、医療サービスのコーディネイト、訪問看護サービスのコーディネイト、ホームヘルプサービスのコーディネイト）、③地域社会づくりへの貢献、④日常生活援助（入浴・保清、食事）、⑤高齢者への精神的支援、⑥苦痛緩和、⑦リスク管理、⑧介護者支援（介護負担の軽減をはかる、精神的支援、介護方法の指導、臨死期に対する準備状況を高める）、⑨臨終での支援、⑩死亡後のフォローアップ、の10項目であった。中でも、高齢者、介護者・家族の意思の確認の重要性、医師（主治医・往診医）をコーディネイトすることの難しさ、介護者、特に高齢介護者や病気のある介護者の心身状態を継続的にアセスメントしつつ、看取りへの準備状態を高めておくことの必要性が指摘されていた。

また文献からは、高齢者ターミナルを取り巻く困難な現状として、⑦予後予測が難しい、④精神的・物的準備のないままに退院を迫られる高齢者・家族が近年、増加傾向にあること、⑨独居、あるいは老夫婦二人暮らしでなど介護力の乏しい事例が増えていること、の3点が指摘されていた。

2. 研修レポートにみる訪問看護師の実践内容

1) 実践内容

同行訪問先は必ずしもターミナル期にある高齢者ばかりではなかったが、特に加齢による衰退が進行していると思われるケースに関するレポート内容から、訪問看護師の実践項目を抽出した。それは表3のとおりで、①ターミナルケア支援チームづくり（情報と目標の共有、訪問看護サービスのコーディネイト、ホームヘルプサービスのコーディネイト）、②心身のアセスメント（病状、精神心理状態）、③日常生活援助（入浴・保清・スキンケア、食事、排便コントロール、身体可動性への援助、服薬管理）、④医療処置、⑤介護者支援（介護負担の軽減、精神面のアセスメントと支援、臨死期に対する準備状況を高める）、の5項目であった。

表2にはなく、新たに見出された項目は、心身のアセスメント、日常生活援助における“スキンケア、排便コントロール、身体可動性への支援、服薬管理”、医療処置、介護者支援における“精神面のアセスメントと支援”、であった。実際に見学した処置的更衣は、吸引、膀胱洗浄、褥瘡の処置であり、高齢者ターミナルケアに特化していると思われる行為は見られなかった。むしろ、身体拘縮を予防するための他動運動、家族では躊躇される浣腸・摘便による排便コントロール、暖かい手で全身をさする（軟膏を塗布する）行為、そのような基本的な看護技術の中に、ターミナルケアへの準備が込められているように見受けられた。

表3 研修レポートにみる訪問看護師の実践内容

ターミナルケア支援チームづくり	情報と目標の共有	④ 連絡ノートによる情報交換と共有 ⑤ 確認すべき異変の見極めと主治医への連絡確認
	訪問看護サービスのコーディネイト	④ 高齢者への援助をしつつ、介護者への傾聴の双方を1時間で納めることも、経済的に90分にすることも困難な状況の中での運営
	ホームヘルプサービスのコーディネイト	① ホームヘルプと重なる時間に訪問しての排便援助（便いじりがある患者）
ト 心身のアセスメン	病 状	④ バイタルサインズ（血圧、体温、脈拍、SpO2） ⑤ 皮膚の状態（褥瘡・発生リスク、乾燥、清潔、冷感） ⑥ 薬剤の副作用 ⑦ 外来受診により主治医が患者・家族に与えた情報
	精神心理状態	① せん妄状態 ② 予後に対する現実離れした希望
日常生活援助	入浴・保清・スキンケア	① 清拭、更衣、スキンケア ② 自宅風呂での入浴介助 ③ 口腔ケア ④ （トイレでの）陰部洗浄
	食 事	① 食事摂取量、飲水量の確認 ② 「食べたいものを、食べたいときに」など、患者が食べられないことへの介護者の不安への対応 ③ 経管栄養注入時の姿勢に対する助言
	排便コントロール	① 訪問前日に下剤投与を介護者に指示 ② 浣腸、排便（残便のないように、便汁によるおむつ交換回数の増加がないように）
	身体可動性への援助	④ 下肢筋力 ⑤ 関節可動域訓練 ③ 呼吸リハ
	服薬管理	① 薬の残量の確認 ② 下剤の服薬量と日時の指示
医療処置		① 膀胱洗浄 ② 吸引 ③ 褥瘡の処置
介護者支援	介護負担の軽減	① 介護者・家族の健康チェック（介護者がうつ状態） ② 介護者に対する介護保険制度活用の支援 ③ サービス利用のタムリーな提案
	精神面のアセスメントと支援	① 高齢者に聞かれないよう見送りに出た玄関先でのわずかな会話 ② 衰えていく患者を見続ける介護者の精神的苦痛への傾聴 ③ 介護者の努力へのねぎらいと承認 ④ 患者の予後に対する査定状態の変化（過剰な希望、あるいは過剰に悲観的な見通し）
	臨死期に対する準備状況を高める	① 予備力がある頃から、死を語り合える雰囲気づくり

2) その他の状況

研修先が都市部だったせいもあるかもしれないが、同行訪問家庭には、高齢者の独居世帯、老夫婦二人の世帯が多く含まれていた。そのため研修レポートからは、高齢者ターミナルを取り巻く困難な状況として次のような点が指摘されていた。

- ・ 高齢介護者：記憶力の低下（下剤の服用依頼の電話を訪問前日に入れる、残薬数の確認）、認知機能の低下、観察の遅れ（臀部の発赤に気づかない）、介護技術修得困難
- ・ 高齢男性介護者：家事が不得手である。
- ・ 介護者・副介護者の健康問題：慢性病、介護疲労の蓄積、手術を要するような疾患、介護者もがんである、など。そのため介護者も訪問看護利用者であったり、要介護認定を受けていたりする。
- ・ 副介護者がいても、有職者であったり、独身男性であたりして、戦力になりにくい。
- ・ 独居世帯で、親族の介護者がいない：知人・友人、元妻、ホームヘルパーなどが介護者であり、ターミナル期の前半は在宅生活を継続できても、在宅で死を迎えることは困難と思われる。
- ・ 家庭に外部者（サービス提供機関）が入ることに対する介護者・家族のストレス

3. グループインタビューにみる高齢者ターミナルのニーズ、課題

1) A、Bステーションのそれぞれの特徴

グループインタビューを行った2つのステーションには、ターミナルケアに取り組む体制に大きな違いがあった。

表4のように、Aステーションは、高齢者専門病院に勤務していた医師・看護師グループが理念を同じくして設立した法人組織による運営であり、法人内診療所の常勤医師、2ステーションの所長とも、法人設立当初からのメンバーであった。法人でリーダー役割を担う常勤医師には、高齢者ターミナルに対する明らかな信念があり、この医師らが訪問看護利用者の往診医をつとめている点がBステーションとの大きな違いであった。また、組織内には、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーションがあり、訪問看護以外の在宅サービスに関しても、その信念に共鳴した保健医療・福祉従事者が集う傾向にあるため、同一法人内で支援に当たる場合、チーム内での意思統一に対する揺れは非常に小さい。

一方、Bステーションは総合病院を同一法人内にもち、その他大学病院等からの紹介ケースが大半を占めるという特徴をもつ。そのためか、ターミナルケアの提供ケースの大半ががん患者であり、近年、非がんの高齢者ターミナルケアの経験は非常に少ないという。

主治医は利用者の紹介元である総合病院・大学病院の勤務医が大半であり、在宅医療・訪問看護に対する価値や信念、理解も多様であるという。また、往診医をもたない、もしくは主治医と往診医とが異なるケースを支援することも少なくない。したがって、ターミナルケアに対する経験、価値、理解も多様な医師グループを相手に、一方で揺れ続ける高齢者・介護者家族の意思を支えながら、選択しうる最良のターミナルケア提供に腐心する現状は、現在の日本の標準型なのかもしれない。ここでは揺れを落ち着かせる支柱の役割を、経験の豊富な所長が担

っていた。

表4 グループインタビュー実施ステーションの特徴

	Aステーション	Bステーション
看護師人数	5名（常勤2、非常勤3）	13名（常勤5、非常勤8）
法人組織と組織内の機関	医療法人社団 ・ 診療所 ・ 居宅介護支援事業所 ・ 訪問看護ステーション（2箇所）	医療法人社団 ・ 総合病院 ・ 外来透析施設 ・ 訪問看護ステーション
訪問看護の依頼元	協力クリニック 50%（法人医師と元同僚で、ステーションと同敷地内） 法人診療所 25% その他 25%	法人総合病院 44% 他の病院 33% その他 23% （在宅に熱心な医師からの紹介は10%程度）
主治医と往診医	高い確率で一致し、しかも法人医師あるいは関係の深い医師	病院の主治医と往診医とを別にする患者の割合は低くない
オンコール体制	所長・副所長の2名が交代	5名の常勤の交代制だが、第一待機と第二待機の2名体制
ターミナルケアに対する方針	法人医師により明確である	多様な主治医によりケースバイケースであるが、所長がスタッフの精神的支柱である。
高齢者ターミナルのケース	比較的多い	がんが多く、非がんのケース数は多くない

2) ターミナル期の進行プロセス

非がんで、加齢を主因とした高齢者の死亡時期の予測は、グループインタビューの参加者全員が異口同音に「難しい」「がん患者の予測はそんなに外れないけど、高齢者、特に老衰の高齢者の予測は難しい」と言っていた。しかし、繰り返しその状況を尋ねると、死亡前1ヶ月の予測はほとんど外れることがなく、また1週間、24時間、といったごく近い死亡の予測はなおさら外さない（経験年数による相違はあるにしても）と述べていた。

聴取することのできたターミナルの進行プロセスで、最も訪問看護師が着目している事項は「食べられるかどうか」であった。食べられなくなること、日中も眠りがちになること（うとうとする）、体動や姿勢保持、寝返りなどの活動性が低くなり、寝付いた状態になること、などが死亡前の1~2ヶ月以降にみられる変化として語られたものだった。「なんとなく今までと違うからわかるんです」「今まで処置なんかに抵抗していた人が、その気力もなくなるっていうか・・・」「急に改まってお礼を言ったりして・・・」など、質問者の「何を、どのように見て

いるのですか」という問いにはとても答えにくそうだった。

死亡前1週間になると、極端に食べられない、もしくは全く食べられない状況となり、さらに水分摂取量の低下に並行して尿量の減少が現れ、これ以降の予測は本当に外れないと、特に高齢者ターミナルの経験の多いAステーションの看護師は皆、自信をもっている様子だった。病院を退職して数年前からAステーションに勤務している訪問看護師は、「亡くなった後に、体から黒い液体が出てこない、きれいな死に方を、ここに来て初めて見ました。」と述べ、病院での亡くなり方と、在宅での枯れるような亡くなり方の違いを、改めて述べていた。

3) 高齢者ターミナルの現状と課題

両ステーションでの発言内容（実践内容や現状の問題点）を、ターミナル期の進行に即して整理したものが表5、6である。両ステーションで訪問看護の重要な役割として語られていたことは、「意思確認と合意形成への支援」である。これには次の4点の要素が含まれる。一つには、利用側である高齢者、介護者、家族・親族、それから支援側の看護師、医師、ケアマネジャー、ホームヘルパーなど、関係する人々の意思を確認するということである。二つには、継続的に（ターミナル期の全期間にわたって）意思確認に対する感度を上げ続けておくということである。なぜなら、高齢者や介護者・家族の意思のありようは、高齢者の状況や介護者の状況により絶えず揺れるし、その影響を受けて支援側の意思も揺れるからである。その揺れの察知に遅れをとると、高齢者や介護者不在のまま発言力のある親族の意思によって入院が決断されたり、チームの意思を無視して援助者の個人的な価値に基づく助言が提供されたり、という事態が発生するためである。三つには、高齢者・家族の意思を共有したサービス提供チーム作りを行う、ということである。ターミナルケアにおいて必ずチームに含まれるのは、訪問看護師、医師はもちろんのこと、ケアマネジャー、ホームヘルパー、巡回入浴サービス事業者などである。Aステーションでは、いつ、誰に対して、高齢者自身の死に対する希望が語られるかわからないので、それを聞いた職種は誰でもカルテにその内容を記載する仕組みをとっているということだった。また、医師に関しては、往診医と主治医が異なる場合、ターミナルケアに関する見解の相違がおきやすい。予後の予測や在宅ターミナルの準備を積んでも、月に1度の（主治医への）外来受診のたびに高齢者・介護者が予後に対する希望を強くして帰宅し、積み上げた準備との間に大きな齟齬が生じるという事態が発生しやすいという。また、ケアマネジャーやホームヘルパーから、「こんな状態なの入院させなくていいんですか」というような発言が、直接、介護者に向けられ、介護者が不安や混乱をきたすということもあるという。四つには、ケアカンファレンスの企画・運営を行う、ということである。チームの合意形成のために、カンファレンスは必要不可欠である。必要に応じて、高齢者、介護者、家族・親族にも参加を求める。特に重要なのが、ターミナル期の入り口、つまり予後1~2ヶ月の時点での時間をかけた丁寧なカンファレンスの必要性が示唆されていた。ここでの関係者間の意見のズレを明らかにしていけないと、予後1週間以降での予想外の方針変更を家族が選択するということがおきやすいという。場合によっては、家族の仕事が終わった夜間に開催することもあるというが、このようなカンファレンスに対する診療報酬上の評価はない。

そのほかの役割としては、「医師のコーディネイト」（病院の主治医しかいない場合、タイミングをはかって往診医の必要性を家族に知らせる。在宅ターミナルへの関心に温度差のある主治医に必要な事をしてもらうための説明や調整を行う。など）、「在宅サービスのコーディネイト」（高齢介護者への介護保険利用の説明。必要な介護機器の時期に即した導入。ホームヘルパーや入浴業者のバックアップ。など）、「訪問看護師の高齢者ターミナルにおける予後に対する見通し・予測能力」（病院死亡のあり方、あるいはがん死亡の様相とは異なるようので、経験の浅い者は経験の深い看護師からのバックアップが必要。）、「高齢者の側に立ち、安楽のために不必要なことはしないことに耐えられる看護師の覚悟」、などが語られた。

4) 訪問看護の評価に対する要望

診療報酬、あるいは介護報酬として評価されることを希望する実践内容としては、以下のようない事項があげられていた。

- ・ 退院当日の訪問：土日をはさんで月曜日に訪問すると、状況が著しく悪くなっていた、など
- ・ 合意形成のためのカンファレンスの評価：医師、看護師等がケース宅に参集してカンファレンスを行っても、評価につながらない
- ・ 電話での長時間支援：カウンセリング機能を担っているとみえる。高齢者の状態変化に揺れる介護者には、一緒に見てくれる支えが欲しい。

表5 ターミナルステージの進行プロセスと出来事（Aステーション）

時期	死亡前 1~2 ヶ月	死亡前 1~2 週間	死亡前 24 時間	事 後
高齢者の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・意欲の低下 ・応答パターンの変化 ・食事摂取量の低下（量・回数とも） ・日中の睡眠時間の増加 ・寝付く（最終臥床） ・褥瘡発生リスクの増加 	<ul style="list-style-type: none"> ・いつもと違うバイタルサインズ ・全く食べない ・尿量の減少 ・傾眠傾向 ・血圧の低下 	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸の変化 ・血圧の低下 ・脈拍の異常 <p>（体内から液体が出ることもなく、きれいで安らかである）</p>	
意思確認と合意形成	<p>高齢者・家族の意思を聞いた場合（いつ・誰に対して表明されるかわからない）、職種に関りなく誰でもがその情報をカルテに記載することになっている。</p> <p>介護者は自分の命ではないので、絶えず揺れるので、意思は一度確認したら終わりではない。</p> <p>何もしないことに耐えられなくなって、電話をかけてくる。60分では足りないことが多い。90分を請求しにくい。</p> <p>※揺れない医師、の存在が大きい</p>			
	<p>予後の説明、家族間の意思確認などで、最も時間がかかる→評価されていない</p>			
チームの運営	<p>チームでの合意形成→担当者会議を開いても報酬なし</p> <p>外部資源の導入→ベッド、エアーマット、体圧分散マット、ホームヘルプは重要。ただし、病院に行かないのか、点滴をしないのか、というケアマネ、ホームヘルパーはいる</p>			
	<p><医師との関係></p> <p>これに手間を取られることはほとんどない。稀に主治医と往診医とが異なる（見解も）場合ぐらい</p>			
訪問看護活動	<p>電話でのカウンセリング機能</p> <p>家族の揺れが強ければ訪問を増やすが、普通、増えない。むしろ減る。</p>	<p>訪問回数増えない場合が多いので、ターミナル加算とれない</p>	<p>家族の時間をたっぷりとってもらう。</p>	<p>お悔やみ、カードの送付→報酬は望まない。グループケアと位置づけられるか疑問</p> <p>家族がその次の利用者になることが何よりの評価</p>

表6 ターミナルステージの進行プロセスと出来事（Bステーション）

時期	死亡前 1~2 ヶ月	死亡前 1~2 週間	死亡前 24 時間	事 後
高齢者の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・意欲の低下 ・応答パターンの変化 ・食事摂取量の低下（量・回数とも） ・日中の睡眠時間の増加 ・寝付く（最終臥床） ・褥瘡発生リスクの増加 	<ul style="list-style-type: none"> ・いつもと違うバイタルサインズ（例：血圧が 20 低い） ・全く食べない ・尿量の減少 ・傾眠傾向 ・血圧の低下 	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸の変化 ・血圧の低下 ・脈拍の異常 	
意思確認と入意形成	<p>家族の意思はあいまい。高齢者の状態変化、介護者の健康状態、他者の意見により絶えず揺れる。揺れを当然と捉え、それを支え、機会あるごとに意思の確認。</p> <p>退院時、訪問開始時、ターミナル開始期に最も時間をかける。関係者間の意思およびそのズレの確認。→退院日の訪問、退院前の家族カンファは評価の対象外。</p>			
チームの運営	<p>外部資源の導入→ベッド、エアーマット、体圧分散マット、ホームヘルプ、は重要。ただし、ターミナルを支援できないケアマネジャーやホームヘルパーはいる。</p>	外部資源の導入→吸引器	<p>入浴は最後の最後まで、希望があれば名提供する。</p> <p>臨死の連絡が入ったら、第一待機が家庭訪問、第二待機が病院医師を同道する。</p>	
	<p><医師との関係></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の説明（予後予測）を看護師がサポート ・家族の希望により往診医を捜す。 	<p><医師との関係></p> <p>主治医が病院勤務医である場合、死亡診断にあたる医師の手配。</p>		
訪問看護活動	<p>ターミナル開始期に経験豊富な看護師が訪問し、査定機能を担う。</p>	<p>24 時間連絡（電話増える）</p> <p>訪問回数増える→特別指示書のタイミングが難しい</p>	<p>24 時間</p> <p>エンゼルケアに 2 名である。一人は精神的フォロー、一人は家族とともに死後の処置、など</p>	<p>2 週間から 1 ヶ月後、訪問。（点数化されることは望まない。学習の機会）</p>
	<p><看護師の能力></p> <p>予後の予測→往診医の用意を家族に提案する。医師に死亡診断のための往診準備をさせる</p> <p>揺れる家族を、揺れずに支え続ける力。医師を動かせる説明力とパワー</p>			

V 考察にかえて～高齢者ターミナルケア・業務基準の案出

1. ターミナルの期間

インタビューの中では、訪問看護師がほぼ間違いなく予後を予測できると述べられていた最長の期間は、死亡前1～2ヶ月であった。しかしその判断根拠は、経験に裏打ちされている部分が多いこと、数量的な評価基準の提示が困難な項目であること、提供される医療行為による予後の違いなどから、耐える基準を作成することはできなかった。また、「いつ頃からターミナルを意識してかかわるか」という問いに対して、「訪問看護の開始時点から」という意見も聞かれた。これは、年単位の将来に死が予測されるケースであっても、機会あるごとに死亡場所や延命処置などに対する希望を話し合う、などの活動を指していた。すなわち訪問看護師個々のターミナルケアに対する価値のおき方によって、規定される期間も多様であることを示している。

日本老年医学会は、2001年に「高齢者の終末期の医療およびケアに関する日本老年医学会の立場表明」（社団法人日本老年医学会、2001）を出した。この中で終末期を「病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と定義し、その論拠の中で、「余命の予測が困難であるため、終末期の定義に具体的な期間を設けなかった」とした。

本論でも、今回の調査活動を通してターミナル期を特定するに至る確信的な語りや事象を手に入れることはできなかった。しかし、議論を繰り返す中で徐々に予後1～2ヶ月、予後1～2週、予後24時間の3時点において、訪問看護師、とくにエキスパートとみなされる人々は、確信を持って観察し、残りの期間を推測していた。そのため、この3時点をアセスメントのポイントとして業務基準の中に明記した。その他の基準（臨終時や死亡後の支援項目を除く）を時間軸とすり合わせて評価することが求められる場合には、1～2ヶ月よりも長い年単位ほどには長期的ではない範囲の中で、訪問看護師が「月単位の予後に入った」と感じた時に自身の看護活動を再点検する指針となることを想定した。

2. 業務基準の案出

今回の文献検討および都心部での訪問看護研修を通して、予想以上の家族形態の変化に愕然とした。表1で示したように、もはやわが国において高齢者が自宅で亡くなることは稀な現象であり、それを増加に転じるためには、基本的に独居高齢者が一人きりでも安心して自宅で死ねる仕組みを作る以外には考えられない。もしくは訪問看護ステーションが支える“高齢者ターミナルケア”の概念を、必ずしも在宅死を支援することではなく、死亡の間近まで在宅生活を支援し、最後は病院で亡くなるという終末のあり方、もしくは在宅という場を“自宅のみ”、から“自宅+多様な居住形態”と規定しなおすことではないだろうか。

しかし一方で、治療の対象とならない（すべきでない）ターミナル期の高齢者が、何の準備もないままに病院から地域へと放出されている。そんな高齢者をなんとか自宅で看たいと思う介護者・家族がいることもまた真実である。今回、将来を見越すことは極めて困難だったが、少しでも在宅で看取りたい気持ちのある介護者・家族があきらめないで済むよう支援するため

の業務基準を提案する。

高齢者ターミナルケアの業務基準は表7の通りである。「実践に関する要件」と「組織運営に関する要件」の2要素から業務基準を案出するとともに、各基準を実現するために必要とされる基準や手順（表中、必要なプロトコル、と標記）、ならびに実践活動に対して期待される評価（表中、必要な評価保証、と標記）を示した。資料分析や研修レポートから抽出した項目の多くが最期まで生かされたが、いくつかの項目は大項目の中に小項目として内包され、あるいは必要性の優先順位において外された。最終的な業務基準の大項目（表中、■にて標記）以下の9項目となった。

- 意思の把握と合意形成への支援
- 円滑な退院支援
- ターミナルケア支援チームづくり
- ターミナル期の進行状態に関するアセスメント
- 死亡診断（書）に関する正しい知識
- 日常生活支援
- 苦痛緩和に貢献する治療あるいは医療処置の提供
- 介護者および家族への支援
- 臨終での支援
- 死亡後のフォローアップ

表2、3にはなかった項目は、「円滑な退院支援」と「死亡診断（書）に関する正しい知識」の2項目である。これは、業務基準案に対する聴取ならびに最後の小委員会において委員から指摘された事項である。

「円滑な退院支援」とは、ターミナル期での退院から訪問看護が開始される場合と、ターミナル期ですでに訪問看護を利用していたケースが一時的に（例えば肺炎など）入院を余儀なくされた場合の支援との双方を含む。

「死亡診断（書）に関する正しい知識」は、文献的な指摘や委員からの間接的な指摘はあり、「ターミナルケア支援チームづくり」の中の医療サービスとの関係性においてカバーすることを考えていた。しかし、往診医や主治医をいかにコーディネートしようとしても、その元になる制度的知識が訪問看護師に不足しては取り返しのつかない事態となる。したがって訪問看護に関する諸制度のみならず、死亡診断に関連する医師法、その法的解釈、許容の範囲、主な検討会報告（新たな看護のあり方に関する検討会、2003）等を熟知しておくことが特に求められると考え、追加した。

その他、必要なプロトコル（表中◇）としては、急ぎ基準化が求められ、しかも現実可能性の高い4点を挙げた。特にターミナル期の入浴は、入浴を中止する方向ではなく、入浴の可能性の最大限をひろげて入浴できる方向での基準作りが求められる。

必要な評価保証（表中◆）は、加算等のかたちで提供した支援が評価されるようになることを提案した。すでにステーションごとに料金設定をしている項目も含まれるが、その支援が公に評価されるかどうか、という点も非常に大きい。特に高齢者ターミナルケアにおいては、高

高齢者ターミナルケアカンファレンスの評価（もしここで調整がうまくいき、往診医がきちんと機能し、家族が力をつけると、必ずしも死亡前1週間に訪問回数は増加しない、という指摘もあり）、退院日の訪問、ターミナル期（特に死亡前1週間）における訪問回数や滞在時間の自由度の保証、へのニーズは高い。

3. 課題と展望

業務基準に含まない事項であるが、高齢者ターミナルを推進するには以下の4点について、更なる検討を行う必要があることを付記して本報告を終えることとする。

①事前指示の法制度化

高齢者がどこで死にたいと思うか、医療処置、延命処置の選択の意思などを表明し、公的な文書として扱われるための制度整備が必要である。

②在宅支援診療所による支援の充実

大多数のクリニックが在宅支援診療所として登録されたが、実際に24時間対応を行う機関は多くないという。小委員会で語られた言葉としては、「ターミナル期の援助は訪問看護ステーションに任せ、死亡診断の際だけ往診し、診療報酬を手にする」である。ターミナルケア支援チームの一員としてターミナル期を伴走する在宅支援診療所であることが期待される。

③在宅死を支援できる訪問看護師（エキスパート）の育成

ターミナル期の進行プロセスに関する確かな観察眼に加え、加齢変化を主とした高齢者ターミナルは看護が十分に対応できるという自信と覚悟をもつことが期待される。そのためには、オンザジョブ・トレーニングのほかに、法制度面も含めた系統的な学習の機会が求められる。エキスパート育成のための支援が求められる。

④独居高齢者でも在宅死が実現できるほどの支援体制

わが国の世帯構成をみても、同居家族の介護力をあてにした高齢者ターミナルは現実的ではない。在宅死も含め、高齢者ターミナルのニーズに応えるためには、介護力を外部資源から、介護保険の範囲で持ち込める制度整備がなければ、現在の施設死亡を減少に転じさせる可能性は乏しいと思われる。

表7 高齢者ターミナルケアのための業務基準

業務基準		必要なプロトコル(◇)、必要な評価保証(◆)
実践に関する要件	組織運営に関する要件	
<p>■意思の把握と合意形成への支援</p> <p>□関係者の意思の継続的な把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者および介護者・家族が死について負担なく話すことのできる関係を形成している。 ・高齢者がターミナル期および死を、どこで、誰と、どのように過し、あるいは迎えたいのかを知ることにつとめている。 ・高齢者が延命処置に対して、どのように希望しているのかを知ることにつとめている。 ・介護者・家族が、(高齢者の)ターミナル期の過し方、死の迎え方、ならびに延命処置に対してどのように希望しているのかを知ることにつとめている。 ・高齢者、介護者、家族、親族間での看取りに対する意思の相違が起こりやすいことを理解している。 ・高齢者、介護者、家族、親族の看取りに対する希望は、状況に応じて変化する(揺れる)ことを理解している。その上で、継続して、関係する人々の意思の把握につとめている。 <p>□合意形成のための準備と運営</p> <ul style="list-style-type: none"> ・合意形成に関する話し合い・カンファレンスの必要な時期・タイミングを判断する。 ・合意形成に必要な関係者(高齢者および介護者・家族、ターミナルケア支援チーム)を特定する。 ・合意形成のための話し合い・カンファレンスの場を用意し、運営する。 ・合意形成において、高齢者の意思に収斂するよう支持的な役割を果たす。 	<p>■意思の把握と合意形成への支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者、ならびに介護者・家族の表明された意思について、情報を残し(そのための定式化された書式を有し)、ターミナルケア支援チームで共有できる仕組みをもつ。 	<p>◇ターミナルケア・カンファレンスの開催基準</p> <p>◆ターミナルケア・カンファレンスを定義するとともに、その開催に対する評価がなされることを提案する。その際には、同一法人からのサービス提供による制限が緩和されることが望ましい。</p>
<p>■円滑な退院支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(ターミナル期での退院であり、かつ初めて訪問看護を利用する場合) 病院に事前訪問し、現時点での高齢者・家族の意向を把握する。 ・(ターミナル期での一時増悪による入院の場合) 治療の提供状況と身体状況との不一致の有無を把握し、必要に応じて病院スタッフとの話し合 		<p>◆ターミナル期における退院前の病院訪問、および自宅死亡を前提としたターミナル期における一時入院期間中の病院訪問が評価されることを提案。</p>

<p>いをもつ。</p>		<p>◆ターミナル期における退院日の家庭訪問が評価されることを提案。退院日が金曜日の場合などの高齢者に対する不利益が大きい。</p>
<p>■ターミナルケア支援チームづくり</p> <p>□ターミナルケア支援チームの形成と運営</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チームを形成する関係者を特定し、関係者と協力の上、チームを形成する。 ・チームカンファレンスを開くべきタイミングがわかり、それを運営する。 ・職種個々の目標を、チーム共通の目標に仕立て直す。 ・職種の機能を最大限に生かす役割分担に貢献する ・(ターミナル期において) チーム内のマネジメント機能を担う。 <p>□医療サービスのコーディネイト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(往診医のいない高齢者に対して) 在宅死を支援できる往診医を紹介する。 ・ターミナル期の進行に即した情報を往診医に提供することで、必要な指示を引き出す。 ・(往診医と主治医とが異なる場合) 双方の見解の相違が起きない、もしくは見解の相違による高齢者・家族の混乱が生じないようにする。 <p>□訪問看護サービスのコーディネイト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要性により滞在時間の延長を判断する。 ・ターミナル期の進行を判断し、訪問回数の変更を判断する(特別指示書の必要性を判断する)。 ・必要性(死亡前1~2ヶ月、死亡前2週間と予測される時期)を判断し、エキスパートナースの支援を求める(バックアップ体制の活用)。 <p>□ホームヘルプサービスのコーディネイト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームヘルパーのターミナルケアに対する不安軽減をはかる。 ・ホームヘルパーに良いターミナルケアを経験してもらえる環境と支援を提供する。 ・介護者・家族の力量および疲労等に即したホームヘルプサービスの活用計画を提案する。 <p>□その他在宅サービスのコーディネイト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・時期を逃さず、必要な機器を導入する(主たる機器:体圧分散マット、 	<p>■ターミナルケア支援チームづくり</p> <p>□ターミナルケア支援チームの形成と運営</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報共有のための連絡体制・マニュアルが整備されている。 ・緊急時の定義が明確であり、チーム内で共有している。 ・ホームヘルパー、その他サービス提供者が緊急時に遭遇した場合の連絡マニュアルを作成し、チームで共有している。 ・往診医、主治医との連絡体制の方法のマニュアルがある。(特に休日・夜間) <p>□訪問看護サービスのコーディネイト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライマリナースを支援するバックアップ体制を用意している。 ・プライマリナースとオンコール対応者間の情報の共有化、ならびに連携・緊急訪問体制が整備されている。 <p>□ホームヘルプサービスのコーディネイト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパーステーションとの情報の共有化、連携体制が整備されている。 	<p>◇滞在時間を延長して対処に当たることが今後の高齢者、介護者・家族にとって有効である可能性が高い状況の特定とその判断基準</p> <p>◆ターミナル期に頻回の訪問が必要となった場合、最期の2週間に限り、訪問回数と滞在時間を制限なく保証できることを提案。その場合、2週間の判断基準の明確化が不可欠。</p> <p>◆ターミナルケアを支援できるホームヘルパーに基準を設け、評価されることを提案。</p>

<p>エアーマット、吸引器)。 <input type="checkbox"/>地域社会づくりへの貢献</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ターミナル期にある独居高齢者を支援するボランティアの育成を企画する。 ・在宅ターミナルに対する啓発活動を企画する。 <p><input type="checkbox"/>グリーフカンファレンスの開催</p>		
<p>■ターミナル期の進行状態に関するアセスメント</p> <p><input type="checkbox"/>進行状態のアセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予後1～2 ヶ月を予測する。(観察ポイント：食事摂取量・食事回数の減少、活動性の低下・臥床傾向、褥瘡ができやすい、意欲の低下) ・予後1～2 週間を予測する。(観察ポイント：食事摂取量の極端な減少、水分摂取量の減少、尿量の減少、傾眠傾向・眠っている時間が長くなる、下肢浮腫) ・予後24 時間以内を予測する。(観察ポイント：呼吸状態の変化、脈拍の緊張の減退、呼名に開眼しない、目がうつろ・目に力がない、四肢冷感の増強) <p><input type="checkbox"/>回復の見込める病状、あるいは合併症のリスクのアセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・肺炎の兆候がわかり、ふさわしい対処をする。 ・褥瘡のリスクをアセスメントし、予防する。 ・誤嚥・窒息のリスクをアセスメントし、予防する。 ・脱水のリスクアセスメントし、予防する。 ・治療的介入および処置に伴う苦痛を測り、予後の予測に基づき優先順位を判断する。 <p><input type="checkbox"/>精神心理状態のアセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・うつ状態のリスクをアセスメントし、ふさわしい対処をする。 ・せん妄のリスクをアセスメントし、予防する。 		<p>◆ターミナルケアをデザインできるエキスパートナースの育成が不可欠。そのためには、OJT のほかにも研修の機会の保証を提案したい。</p>
<p>■死亡診断（書）に関する正しい知識</p> <ul style="list-style-type: none"> ・死亡診断（書）に関する法制度およびその解釈を知っている。 ・死亡診断（書）に関して訪問看護師が果たす役割と責任を知っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・法制度およびその解釈に従い、適切に死亡診断書が書かれるためのフローチャートが作成されている。 	

<p>■日常生活支援</p> <p>□入浴・保清</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の“入浴したい”という意思を尊重する方策を考える。 ・介護者・家族の“入浴させたい”という意思を尊重する方策を考える。 ・入浴のリスクと有効性を査定する。 ・(入浴が有効と判断した場合)入浴を保証する主治医(往診医)の意見(書)を用意できる。 ・入浴に携わる入浴サービス事業者およびホームヘルパーが安心してサービスに従事できる支援を行う。 ・入浴サービスあるいはホームヘルプサービス事業者による入浴不可基準に該当する状態であったとしても、高齢者および介護者・家族の意思に基づき、入浴できる方策を開発する。かつ、それに耐えうる看護技術をもつ。 <p>□食事、水分摂取</p> <ul style="list-style-type: none"> ・嚥下機能に適した食事形態、姿勢(体位)がわかる。 ・嚥下機能に適した水分の粘度、形態、姿勢(体位)がわかる。 ・身体機能に対して、摂食行為および取り込まれた栄養・水分が負担になりはじめたことがわかる。 <p>□身体可動性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・頸部、脊椎・腰椎、四肢の関節の拘縮を予防する。 ・可動低下に伴う筋肉の緊張や凝りの軽減を図る。 		<p>◆ターミナル期における入浴に対する評価を提案。</p> <p>◇予後1ヶ月以降の入浴における身体的リスクに対する調査研究に基づく基準が必要。</p>
<p>■苦痛緩和に貢献する治療あるいは医療処置の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・水分(栄養剤を含む)の過剰状態を査定し、主治医(往診医)から補液や栄養剤注入の減量もしくは中止の指示を引き出す。 ・吸引等の医療処置を提供する場合としない場合との(長期的・短期的・瞬間的)苦痛を査定し、苦痛緩和を優先した判断をする。 		<p>◇過剰補液・過剰な栄養注入に対するアセスメント基準</p>
<p>■介護者および家族への支援</p> <p>□介護負担の軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期介護、高齢者による介護、仕事を持ちながらの介護、遠距離介護など、様々な介護状況に伴う介護負担や疲労をアセスメントする。 ・外部資源(ホームヘルパー、短期入院)やレスパイトケアを導入する。 ・介護者・家族がほとんど手出しをしないで済むほどに、排便コントロー 	<p>■介護者および家族への支援</p>	<p>◆死亡前1ヶ月内の長時間(30分以上)による電話対応が、カウンセリング機能として評価されることを提案。</p>

<p>ルを担う。</p> <p>□精神心理状態のアセスメントと支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・衰えていく高齢者を見守ることへの精神的苦痛や介護者の無力感を知り、その軽減をはかる。 ・高齢者が食べられないことへの介護者・家族の不安を知り、その軽減をはかる。 <p>□最期まで介護者・家族が参加できるターミナルケア</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が摂取しやすい食事・水分の形態を説明する。 ・高齢者が摂取しやすい姿勢（体位）を説明し、モデルを示す。 ・“食べたいものは何でも食べてよい”という価値の転換を支援する。 ・応答がなくても話しかけることの重要性を説明する。 <p>□死に対する準備状況を高める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師による予後の説明に主体的に参加し、介護者・家族を補佐する。 ・予後1~2ヶ月から1~2週間（食事・水分摂取量の低下、寝たきり状態、尿量・回数の減少、衰弱した様子）、予後24時間以内（意識の低下、呼吸の不整、死戦期呼吸、四肢冷感）の観察ポイントの説明をする。 ・死亡時の変化（呼吸の停止、呼びかけや体をゆすっても反応がない、唇が白くなり、体が冷たくなる）を説明する。 ・呼吸停止を確認した際の連絡方法を説明するとともに、書面を渡す。 ・介護者・家族が検死に対する予備的な不安を持っている場合は、その不安を払拭する説明をする。 <p>□死亡後に対する準備状況を高める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・死後の処置や葬儀のための準備について、あらかじめ説明しておく。 	<p>□死に対する準備状況を高める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・説明用のパンフレット（衰退のプロセス、死亡時の変化、心構え、主治医・訪問看護師への連絡方法等を明記）を作成している。 	
<p>■臨終での支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(24時間以内に死亡が予測される、もしくは呼吸停止状態で家族から連絡が入った場合)滞りなく死亡診断書が作成されるよう主治医（往診医）に状況説明を行う。あるいは、介護者・家族による主治医（往診医）への連絡状況を確認する。 ・死の三徴候（心停止、呼吸停止、瞳孔散大）を確認する。その上で、介護者・家族が希望していることを大前提とし、マニュアルに定められている条件がそろえば、チューブ類の抜去、身体の清潔等の行い、遺体の安らかな状態にととのえる。 	<p>■臨終での支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医（往診医）の到着前に訪問看護師が何らかの処置をおこなう場合、その処置を行ってよい場合の条件、および行ってよい処置の内容についてマニュアルを作成している。 	<p>◆臨終の際の二人訪問が保証されることを提案。</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・医師の死亡診断の後、死後の処置を行う。希望があれば、介護者・家族とともに行う。 ・悲嘆の強い介護者・家族がいる（事前にその可能性が予測される）場合、その他必要性がある場合には、訪問看護師二人での訪問を行う。 		
<p>■死亡後のフォローアップ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・死亡後1～2ヶ月を目安に訪問し、介護者・家族の健康状態を確認する。 ・死亡後1～2ヶ月を目安に訪問し、看取りに対する介護者・家族の自己評価、およびサービス提供者に対する評価を把握する。 		

謝 辞

本報告を終えるにあたり、小委員会・研究協力者の同行訪問をお受けいただいた利用者様・ご家族様にお礼申し上げます。また、同行訪問、グループインタビューその他聴取などを通して、高齢者ターミナルケアにおける訪問看護活動の可能性をお示しくくださった訪問看護師の皆様に心から感謝の意を表します。

引用・参考文献

早坂信哉, 岡山雅信, 石川鎮清ほか: 高齢者入浴サービスの方法とその現状, 厚生指標, 29(11), 23-30, 2002.

医療'98 編集部: 死亡診断書、死体検案書の運用についての Q&A, 医療'98, 14(2), 23-28, 1998.

社団法人日本老年医学学会: 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学学会の「立場表明」, 38(4), 582-586, 2001.

庄司宗介, 野中博: 死亡診断書、死体検案書をどう理解すればいいか, 医療'98, 14(2), 14-22, 1998.

財団法人厚生衛生統計協会: 国民衛生の動向, 63(9), 2006.

5) リハビリテーションケア

平成 18 年度厚生労働省老人保健健康増進事業
訪問看護ステーションの業務基準に関する検討

リハビリテーション専門特化型訪問看護ステーション業務基準

リハビリテーション小委員長

酒井郁子 千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター 教授

小委員会 委員

山本則子 千葉大学看護学部訪問看護教育研究分野 助教授

赤沼智子 千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター継続看護研究部 講師

上野まり 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 看護学科 講師

伊藤恵理子 柳原リハビリテーション病院 総師長

曾篠久子 みさとみなみ訪問看護ステーション 所長

井ノ口佳子 訪問看護ステーション住吉 所長

田中康之 八千代市役所 健康福祉部 健康づくり課 健康増進班

I. はじめに

●リハビリテーション医療と看護

看護の目的は、その人なりの自立を達成できるように援助していくことであり、「その人なりの自立」とは、「その人がどうなりたいか、自分で考えて決めた自立」である¹⁾。つまり看護には、もともと「自立支援」「自己決定の尊重」というリハビリテーション（以下リハ）医療を支えている理念が内包されている。また看護職は「療養上の世話」業務とともに「診療の補助」を業務とする「医療職」でもあるため、看護師は治療・訓練の意味や効果を把握し、患者の理解を助け、効果の評価をともに行う。看護師が診療の補助として行っている体調のモニタリングや検査の援助、与薬などの医療行為は、患者の全身状態を把握し、健康状態の悪化につながる因子を予測し、環境を調整することは、リハビリテーションを円滑に進めるための基盤となる。リハチームにおける看護の存在意義は、診療の補助と療養上の世話の両方を患者のニーズに合わせて実施できることにある²⁾。看護師は、医学モデルを理解し、それに沿ってエビデンスベースで動き、効果の評価し、医療チームとして協働する。なおかつ、その保有する「看護」の専門性において「その人は、どうなりたいのか」「その人が幸せだと思いうために、どのように援助したらよいか」という「ケアリングモデル」³⁾で実践を行う。リハ看護の専門性を明確にしようとするとき以上のことを前提に置く必要がある。

一方、リハ医療の専門性とはなにかということについて、社会からの理解が得られにくい状況にある。リハビリテーションという言葉が一人歩きし、人によってその意味合いがさまざまに使われている。そのためリハに携わる医師をはじめとする関連職種、および関わる看護職の認識にもかなりのずれがあり、リハを必要としている当事者たちとのあいだにも大きなギャップがある⁴⁾。リハ医療は障害をターゲットにし、その低減や解消を図り、その人の「生活」や「人生」の質を高めていくことに貢献するものであり、単純な疾病の治癒がゴールではない。だからこそ患者の人生や生活の「質」の効果として、どのようにエビデンスを高め、リハビリテーションの社会的な価値を創出していくかはリハ医療にとって大きな課題である。

●リハ医療における現状と課題

2006年4月の医療保険改正によって、医療保険適用のリハビリテーションに日数制限が行われることとなった。たとえば脳卒中の場合発症から180日、手足の骨折などで150日、心筋梗塞などの心血管疾患で150日と日数が限定されている。一方、この日数以内であれば従来の1.5倍の訓練時間が可能となった。これに先立って2000年から回復期リハ病棟加算が認定されており、急性期から回復期にかけての最もリハ効果が高いとされる時期に最大限の機能回復と障害の低減を図ることを目的として、専従の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等リハ関連職種の病棟常駐、一日最大3時間の訓練時間の確保と土日の訓練実施などが行われている⁵⁾。

一方、機能回復がそれ以上見込めなくとも、現状の機能およびQOLを維持するために行われる維持期リハは原則として介護保険適用となり、介護保険においてリハビリテーションマネジメント加算が認められることとなった。しかし介護保険によるリハビリテーションの提供はニーズに対して十分ではない⁶⁾。介護現場にリハ関連職種が少ないこと、効果的なりハ処方を

提示できる医師が不足していることなどが原因とされている。またリハ実施における医療保険と介護保険とのシームレスな連携の必要性は今回の改正によってさらに高まっている。とくに維持期リハが介護保険適用になったことによって、40歳以下のため介護保険を適用したリハを受けられない、介護保険施設の現場にリハ資源が乏しく医療保険で行われてきたような個々の障害にあわせた訓練を受けたくても受けることができない、外来での維持的リハが期限を限定されたことによって必要な状態であるにもかかわらずリハを受けられないというように、リハ資源へのアクセシビリティが阻害される「リハ難民」が出現したのも事実である。

このように改正施行から1年が経過した現在、介護保険適用のリハについて課題がクローズアップされているが、医療保険適用のリハに関しても課題は山積している。その一つが、急性期を経過した後の受け皿である。現在のところ回復期リハ病棟あるいはリハ専門病院で医療保険適用のリハビリテーションを行うようになっているが必要数を確保していない⁷⁾。急性期病院は入院日数の制限が厳しくなり、これまで以上に退院調整に拍車がかかっている。リハを必要とする人は救命救急技術が進歩したことによって増加している。リハを専門的に行う病棟にすぐに入院できればよいが、タイミングが悪くベッドが埋まっていれば、待機している内に制限日数を超えてしまうケースも出てくる。急性期治療が終了したらすぐに、リハは違う病院・病棟に入院して日数制限内のリハを受けるか、療養型病床にいくか、リハを受けずに在宅かという選択を迫られることとなる。入院費も高額となるため、急性期治療が終了した時点でリハ医療を受けないことを選択するケースも増加することが予想される。このように様々な問題を抱えた利用者の看護を訪問看護ステーションが担っている現状があり、そのために、訪問看護ステーションの管理運営も年々厳しいものになっている。

●地域リハの展開

元来、地域リハ（Community Based Rehabilitation）は社会資源やマンパワーが乏しい開発途上国でのリハビリテーション推進のための用語であった。1981年のWHOによる地域リハの定義は「地域社会のレベルにおいて、障害者自身、そして家族、そして地域住民を包含した地域社会の資源を用い、かつそれを育成するためにとられる措置を含めたもの」であった⁸⁾。その後、この概念は開発途上国だけでなく、先進諸国に適用できる概念とされ、1994年に、ILO、UNESCO、WHOによる共同声明論文が発表された。それを参照すると、地域リハの定義は「障害のあるすべての人々のリハビリテーション、機会の均等、そして社会の統合を地域の中において進めるための作戦である。」「障害のある人々とその家族、そして地域、さらに適切な保健、教育、職業および社会サービスが統合された努力により実施される。」⁹⁾とされている。

日本においては、上記のWHOの定義に先駆けて日本リハビリテーション病院協会によって、1991年に「地域リハビリテーションとは、障害を持つ人々や老人が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに一生安全に生き生きとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉および生活に関わるあらゆる人々がおこなう活動すべてを言う」¹⁰⁾と定義された

すなわち、地域リハとは、医療的リハの継続に留まらず、地域のノーマライゼーションを目指して、障害を持つ人を含めた住民とともに住民のために行われる活動である。それは保健医

療福祉関連の専門職だけではなく、行政、民間事業者、教育機関、NPO、NGO 組織を包括し、近隣住民、家族、当事者といった生活者がその活動の主体となって、自らの健康を勝ち取っていく実践がその根底になければならない。

この考え方は、従来行われてきた機能訓練中心、専門職集団による特殊な技術提供という医学モデルのリハビリテーションから、地域生活に価値をおく QOL モデルのリハビリテーションへの転換を意味している。実際に地域リハビリテーションの方向性は大きく二つに分類できる。一つは直接援助活動であり、二つ目は、必要な人に必要なときに必要なところで、求めるリハサービスや情報を提供できるしくみづくりである。リハは「専門的技術提供」のみならず「システム構築」を含むものへと転換しつつある。

直接援助活動は①当事者の情報へのアクセシビリティの確保、②援助チームの形成、③当事者のニーズ把握、④サービスの実施、④自立支援と地域統合という地域リハの目的に即した個別評価とサービス計画の修正を含む過程である¹¹⁾。

①の情報へのアクセシビリティは確保されているとは言い難く、急性期病院から回復期、維持期のリハ提供の過程で、当事者が主体的にリハ情報を獲得し自己決定してリハ資源を選択するまでの選択肢や受け皿は確保されていないことが多い。②の援助チームの形成は、リハ提供を行うどのような場でも必須である。とくに医療サービスから介護サービス、あるいは福祉サービスへ継続するとき、援助チームを利用者に負担をかけず円滑に形成するためには地域リハシステムとネットワークが機能している必要がある。①と②が推進されることで、個別援助がより円滑に実施されていく。とくに介護保険適応の維持期リハでは非専門職が援助を提供する場合も多いため、専門職の保有するリハ関連技術（医学的知識、体の動かし方、環境調整、制度の活用など）を非専門職に積極的に委譲していく必要がある。

● 地域リハを支える看護の展開

・ 個別援助と評価

どの組織に所属していても看護職者は何らかの形でリハに関わるか、リハチームのメンバーとなる可能性がある。リハプロセスのどの時期にどのような立場で関わっているのか、当事者にとってのリハの目的は何なのかを常に意識して援助提供し、所属組織で行っている個別援助について責任を持って次の組織に継続していくことが必須である。訪問看護ステーションにおける看護活動の展開においても例外ではない。

・ 住民の学習と予防活動を支える保健活動

リハが必要となる状態を予防するための生活習慣の改善にむけた保健指導や発症時の対応に関する住民への啓発活動などは地域の看護職の重要な役割である。それとともに介護予防に関連したさまざまな活動も、障害の拡大予防策としての地域リハ資源となる。当事者の家族を含めた生活習慣改善のための学習支援や介護方法の学習支援は、長期的にみれば次世代の発症予防や介護への肯定的価値観の育成につながる活動である。このような保健活動は住民との共同によるノーマライゼーションの推進となり、それによる具体的な環境整備は、障害者のみならず、高齢者、妊産婦、子どもや認知症のひとたち、といった地域を構成するあらゆる人たちにとっても住みやすい地域を作ることを促進する。

- ・ 地域リハのしくみづくりを支える地域看護管理

地域リハシステムが機能していなければ、リハを必要としている利用者は、他の地域に流出していくため、結局はその地域でのリハの展開が困難となる。そのためリハ資源はいつまでも増加せず、量が増えないことでその質も確保できない。これからは、当事者のリハの展開をその地域で支える、すなわち当事者の QOL をその人の住み慣れた地域で支えることができる、という地域リハの目的と利益をかかわる組織、機関が共有することが必要である。地域看護管理者、すなわち、行政に所属する看護管理者、複数の施設や組織を統轄しその地域に根付いた看護・保健活動を統括している看護管理者、訪問看護ステーション管理者という立場の者は、その地域が保有しているリハ資源の把握、地区診断によるニーズ把握といった、集団への看護活動のスキルを駆使し、地域リハのシステム化を支えることができる。

- 地域リハ資源としてリハ専門特化型訪問看護ステーションを置くことの意義

地域リハ資源としてリハ専門特化型訪問看護ステーションを位置づけることは、利用者の選択肢を増やすこととなる。また生活環境の中で実際的なリハ活動を行いやすいことから得られる効果も大きい。入院して医療保険で実施するリハと比較すると、コストを削減でき、かつ住み慣れた地域でその地域にある資源を活用してリハ提供がなされることで患者負担が低減する。加えて医療と介護の円滑な継続には看護職の連携・協働技術が必須であるが、訪問看護師はその技術を蓄積している。また前述したとおり看護の目的はリハの目的である利用者の自立支援と QOL の向上を内包しており、かつ法律上診療の補助業務、療養上の世話という業務を独占している。つまり、リハビリテーションは包括的な活動であるが、訪問看護師は利用者の健康管理から身体運動機能の向上、家族調整、他職種との調整など必要に応じてリハ活動のほとんどの側面をカバーすることが可能であるということであり、地域リハの一端を担う貴重な資源として期待される。加えてもし訪問看護ステーションが地区診断技術を駆使して地域のリハ資源を査定したうえで、「リハ専門特化型訪問看護ステーション」の活動を展開するなら、訪問看護ステーションの社会的価値の向上につながると考えられる。

II. 目的

本報告書は、前述したような背景からリハビリテーション専門特化型訪問看護ステーションのあり方を検討し、その業務基準を明確にすることをねらいとする。目的は以下の 2 点である。

1. 地域リハシステムにおけるリハ専門特化型訪問看護ステーションの位置づけを検討し専門特化するための基準の枠組みを作成する
2. 1 で作成した枠組みをもとに、リハ専門特化型の訪問看護ステーションで提供される看護の質の基準項目を作成し、項目内容の妥当性、実現可能性について検討する。

III. 方法

1. 先行研究レビューによるリハ専門特化型訪問看護ステーションの枠組みの検討

先行研究レビューによってリハシステムの現状から訪問看護ステーションの機能と役割を検討し、明確にした。また業務基準の構造を明確にした。

2. 小委員会による業務基準 (Ver1) の作成

リハ看護領域の専門性と訪問看護においてリハ看護を提供するための体制、管理、必要なスキルを明確にし、業務基準項目を明確にするために小委員会で検討を重ねた。小委員会のメンバーにリハ専門施設看護管理者、訪問看護ステーション管理者、訪問看護学研究者、リハ看護学研究者、リハ専門職（理学療法士）に参加を依頼し多面的に検討できるようにした。

検討の際には①現状のリハ提供システムから専門特化型訪問看護ステーションの業務基準を検討するのではなく、将来のリハニーズおよびリハシステムのあり方を見据え、利用者の最大限の QOL の向上に資するためのリハ専門特化型訪問看護ステーションの業務基準を考える、②ともすれば訓練と区別をつけにくく、その定義が曖昧になってしまうリハ看護の専門性に対して正当な評価が得られるような業務基準を検討する、という 2 点を重視して行った。合計 5 回の小委員会を開催し、1 をもとに専門特化型訪問看護ステーションに必要な業務基準項目を検討した。基準項目の構成は、構造基準、過程基準、成果基準の 3 つに大きく分類した¹²⁾。

3. 訪問看護ステーション管理者へのインタビューによる業務基準 (Ver1) の検討

9 カ所の訪問看護ステーションの管理者にそれぞれ 60 分程度のヒアリングを行った。ヒアリング対象の訪問看護ステーションは、リハ資源およびリハニーズの豊富な都市部で訪問看護を展開していることに加えて、安定した運営を行い地域からの信頼が高いと判断された 5 カ所の訪問看護ステーション (タイプ A) および、リハを受けている利用者への看護実績が高いと判断された 4 カ所の訪問看護ステーション (タイプ B) を選択した。

表 1 インタビュー対象訪問看護ステーションリスト

NO	名称	経営形態
1	タイプ A	独立
2	タイプ A	系列病院あり
3	タイプ A	診療所併設
4	タイプ A	救急診療所, 保険センター併設
5	タイプ A	独立
6	タイプ B	系列病院隣接
7	タイプ B	診療所併設
8	タイプ B	独立
9	タイプ B	独立

これらの訪問看護ステーションの管理者にリハ専門特化型訪問看護ステーションの実現可能性および業務基準 (Ver1) の妥当性についてインタビューを行った。インタビュー項目を下記に示した。

<リハ専門特化型訪問看護ステーションの実現可能性に関するインタビュー項目>

◇ 地域のリハニーズとリハ資源をどのようにとらえているか

- ◇ 自ステーションが所属している地域ケアシステム（つまり自組織が関わっている様々な組織がある地域）において、リハ専門特化型訪問看護ステーションが存在したら、どのようなメリットやデメリットがあるか。
- ◇ リハ専門特化型という専門的な訪問看護ステーションのあり方への意見
- ◇ どのような条件が整ったらリハ専門特化型の訪問看護ステーションは実現可能か
- ◇ それぞれの項目に関してどのようにしたら、あるいはどのような条件なら実現可能だと思うか
- ◇ 保険点数が必要な項目はどれか

<業務基準（Ver1）の妥当性に関するインタビュー項目>

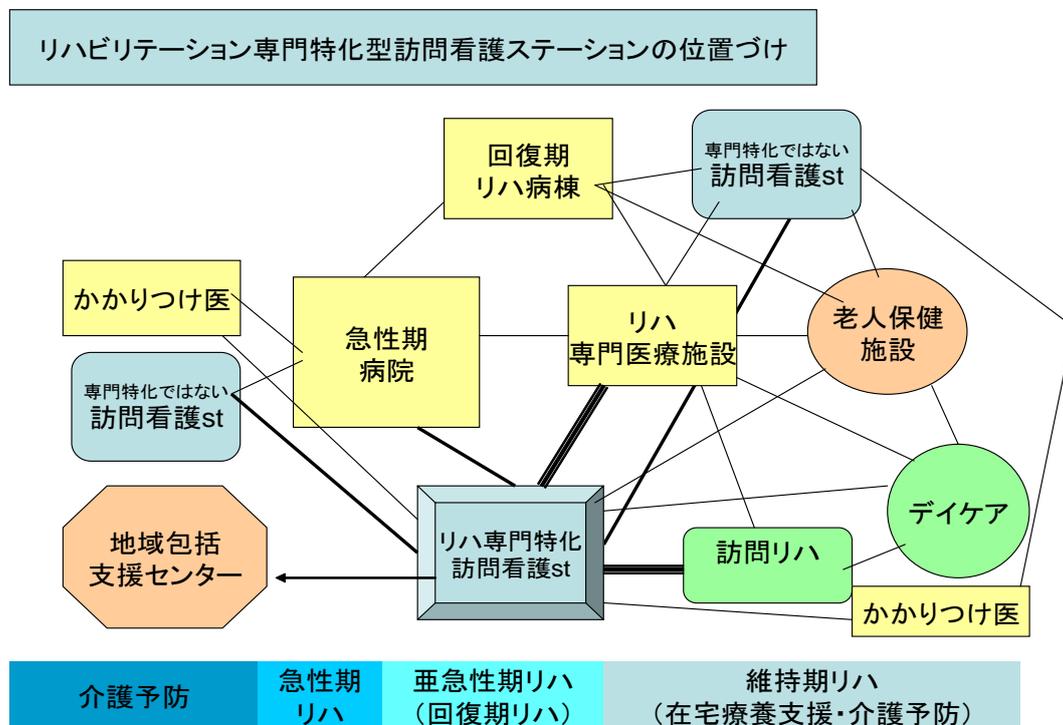
- ◇ わかりにくい項目やカテゴリーはどれか、それはなぜか
- ◇ わかりにくい用語はどれか、それはなぜか
- ◇ 不要だと思われる項目やカテゴリーはどれか、それはなぜか
- ◇ リハ専門特化型訪問看護ステーションの業務に必要不可欠だと思われる項目やカテゴリーはどれか、それはなぜか。

4. 1-3 を総合的に検討し業務基準（Ver2）を作成する。

3 のインタビュー結果を、タイプ A,B ごとに①リハ専門特化型訪問看護ステーションの実現可能性、②リハ専門特化型訪問看護ステーション業務基準の構成と項目の妥当性の視点からまとめ、業務基準を再検討し、リハ専門特化型訪問看護ステーション業務基準（Ver2）を作成した。

IV. 結果

1. リハ専門特化型訪問看護ステーションの位置づけ (図 1)



Chin によればリハにおける看護師の最も重要な役割は「患者教育」である¹³⁾。またリハビリテーション活動は本来、利用者が主体的に自分の生活を再構築していく活動である¹⁴⁾。そのため病棟や外来で「訓練」を行うだけではリハの展開には結びつかず、「訓練」で学習した動き方や体の使い方、注意の向け方、考えのまとめ方などを実際の生活の場で自分なりに応用しながら自分の生活を組み立て治していく「再学習」の過程である¹⁵⁾。利用者がどこで訓練を受けていようと、そこには生活全体を見て、必要時ケアを提供しながら利用者の再学習を援助する看護職者の存在が欠かせない。またリハを必要とする利用者は多くの健康問題を有している場合が多く、生活の再構築のための学習のみならず、血圧の管理や服薬といった生活調整が必要となるため、看護職の教育的介入は必要である。リハ専門特化型訪問看護ステーションが提供する看護サービスは、看護の専門性から言って、利用者への情報提供、教育活動を核とすることが望ましい。すなわち決して理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の代替資源ではないということの特徴づけるように業務基準を作成する必要がある。

在宅におけるリハ専門看護師の介入に関して、欧米ではいくつか報告がなされている。たとえば、脳卒中患者において急性期病院から退院してから 12 ヶ月間、リハ専門看護師の自宅への訪問によって、リハ情報の提供、生活指導を受けた群は受けなかった群と比較すると、3 ヶ月後、6 ヶ月後、12 ヶ月後のいずれの時期においても有意に社会的活動が促進されていた¹⁶⁾。また専門看護師が病院を退院した脳卒中患者と介護者に対して、退院日から訪問し、回復の可能性について全体的にアセスメントしたうえでケア計画を立案し提供したことによって 1 年後

には、対照群と比較すると有意に包括的健康認識が改善し、とくに否定的感情と社会的孤立感が低下していた。この結果ではさらに3ヶ月後の介護者の介護負担感の減少がみられ、3ヶ月後から12ヶ月後の身体機能低下は見られなかった¹⁷⁾。また、専門看護師の情報提供と生活指導、全体的なアセスメントとケア計画は利用者の全体的な回復を促進すること、在宅ベースで行うことが利用者にとってメリットになりうることが示唆されている¹⁸⁾。

また回復期リハ病棟やリハ専門施設のカウンターパートとして、リハ専門特化型訪問看護ステーションを置くことは、利用者の選択肢を増やすことになる。今後さらに急性期の治療が進歩していくことが予想される血管系の疾患からの障害については、急性期病院の在院日数が短縮されること、治療の効果から後遺障害が低減されることが予測される。すなわち身体機能障害に対応した専門的集中的「訓練」のニーズはないが生活機能の活動、参加に障壁があり、生活の中でリハが必要となるケース、再発防止のための生活調整が必要なケースが増加するということであり、このようなケースは、入院の必要性は特になくたとえ入院しても他の重度障害を有している患者に埋没してしまうことが多い。

現状では在宅ベースで行われるリハは、維持期リハに焦点が当てられている。しかし維持期リハに関してはリハ専門特化型訪問看護ステーションが行うのではなく、既存の訪問看護ステーションが長期的に看護する中で、「生活機能の維持」に責任をもち展開することが望ましい。なぜなら看護活動の中にはもともと「生活機能の維持・向上」「廃用性変化の予防」「死のそのときまでその人らしく、健康的な生活を援助する」ということが包含されており、維持期リハはまさにこのような理念で行われるものだからである。リハ専門特化型訪問看護ステーションは、そのエキスパートを、様々な事例を受け入れ訪問看護を展開している専門特化型ではないステーションに提供し、リハ活動の展開に必要なコーディネーションを行うことによって、地域リハの質の向上に資する存在である必要がある。

2. リハに専門特化するための業務基準の枠組み

業務全体を構造、過程、成果に3分類し、その内容をリハ専門特化型訪問看護ステーションの位置づけと照らし合わせて検討した。

1) 基準①：構造要件

運営方針として理念と使命にリハを展開することが明記されていること、人事管理としてリハ看護の専門性を有する看護師の配置がなされており、リハビリテーションに関する職員教育が行われていること、利用者の獲得・管理としてリハ専門特化型訪問看護ステーションのサービス適用の範囲と限界が明記されていること、地域リハ活動として相談対応、周知・広報、フォローアップ体制が価値づけられていること、必要な設備として、リハの展開に必要な設備を有していること、またリハ専門特化型という特徴を活かす地域ケアシステムの構築に資することとして他のステーションへのコンサルテーション、インタープロフェSSIONナルワーク(IPW)、他組織との連携についての方針が明記されていることを要件とした。

2) 基準②：過程要件

連携・協働基準として、カンファレンス・担当者会議、リハビリテーション実施に関わる記

録，サマリーの実施の方向性が明記されていることを要件とした。

看護実践項目（ケア項目）の作成の考え方として以下のように考え要件を作成した，リハは障害への対応の医療であるため，疾患別の考え方になじまない。しかし，リハ専門特化型訪問看護ステーションの位置づけが，回復期リハ病棟のカウンターパートであることから，疾患別の看護実践項目は利用者にも訪問看護ステーションにとっても必要であると考えられた。地域連携パスの導入が試みられている昨今の状況から，疾患別のプロトコールはさらに必要になっていくだろうと思われた。そのため，多少の重複はあるが，「機能障害別のケア項目」と「疾患別ケア項目」の二つに分類した。

機能障害別ケア項目は，呼吸循環機能の再獲得，精神機能障害（注意・集中機能，知覚・認知機能，感情機能，学習・記憶機能）の低減と代替機能の発達の促進，コミュニケーション機能障害の低減，摂食嚥下障害のアセスメントと障害の程度にあわせた環境調整，栄養機能障害の査定と介入，排泄障害（排尿，排便）の低減と機能再獲得，身体運動機能障害（基本動作の獲得（機能），ADL 動作の自立（活動），IADL 動作の自立（参加）¹⁹⁾）の低減と再獲得から構成した。

疾患別ケア項目は，脳卒中モデルのリハが必要な疾患，すなわち急激な発症と急性期治療が必要であり，その後回復期のリハを要する疾患として，脳卒中，大腿骨頸部骨折（その他の外傷骨折），脊髄損傷，心筋梗塞を取り上げた。

3) 基準③：アウトカム要件

リハ専門特化型訪問看護ステーションが提供する看護サービスは，期限が区切られていることを前提にした。そのため以下のアウトカム要件を満たしたら専門特化型ではないステーションに引き継ぐ，あるいはサービスを終了するという前提に基づいたアウトカムの設定を行った。リハ医療はゴールを明確にしたうえでその達成状況を評価しながら展開する科学であり，リハ専門特化型とするからには，「終わりのあるリハの展開」が必要条件である。維持的リハ活動は，訪問看護活動に包含され専門特化型ではないステーションが責任を持って担っていく看護活動の一つとして考えた。リハ専門特化型訪問看護ステーションが，ゴールと期限を区切って，サービス提供し，その責務を果たした後，専門特化型ではないステーションやその他の組織に，ケア継続することによって訪問看護ステーションの棲み分けも可能となり専門性を活かすことも容易になる。以下にアウトカムのカテゴリーについて説明する。

第一に，廃用性変化の防止（骨・関節・筋の廃用性変化防止，呼吸・循環器の廃用性変化防止，膀胱の廃用性変化防止など）である。これはリハ看護においては急性期リハから維持期のリハ看護までが達成すべき必要最低条件である。また急性期を乗り越え，障害が固定していない時期の利用者へのサービス提供であるから最も重要なアウトカム要件である。つぎに生活の再構築がなされること，たとえば生活機能の再獲得，家庭・地域での役割獲得，職場復帰などが含まれる。そして健康増進・体力増強であり，これには行動範囲の維持・拡大，運動習慣の形成などが含まれる。また現疾患の再発予防方策の獲得であり，脳卒中再発予防のための生活習慣調整，心筋梗塞再発予防のための生活習慣調整が含まれる。そして，地域リハの理念から，介護予防に関するアウトカムが必要である。具体的には介護予防が必要な対象として介護保険

のルートにつなげる活動が完了していることである。対象とする利用者は時期的にも医療保険から介護保険へのつなぎ目にあたるため、重要なアウトカムである。

アウトカム指標として、ADL能力の測定指標を組み入れた。とくにFIM²⁰⁾はリハを展開する上でのグローバルな指標であり、信頼性・妥当性も確立しており、疾患を選ばずにリハのプロセス全般で活用できる。また他施設との比較も容易である。リハ専門特化型の成果は、訪問看護ステーション間で比較検討することとともに、回復期リハ病棟、リハ専門施設と比較検討されそのアウトカムを検証していく必要がある。回復期リハ病棟、リハ専門病院では、リハチームの共通言語として広く普及していること、研修会も多く開催されていることからリハ資源の一つとしてリハ特化型訪問看護ステーションを位置づけるなら、可能な限りFIMを効果指標とすることが望ましい。

QOLの向上は、最近のリハ活動目的として位置づけられており、効果指標を活用したアウトカムの提示はリハの効果測定として重要である。QOL測定指標に関しては、包括的健康関連QOL測定指標と疾患特異的QOL測定指標があるが、今回は包括的QOL測定指標としてSF36²¹⁾を推奨した。これは疾患特異的QOL測定指標と組み合わせるとより明確にアウトカムを測定できる。

3. 小委員会で検討されたリハ専門特化型業務基準項目

基準①の構造要件は15項目から構成され、確認項目として31項目を設定した。基準②の過程要件は連携・協働基準として6項目、確認項目として14項目を提示した。また看護実践項目（ケア項目）のうち、身体機能別のケア項目を10項目、確認項目として58項目を設定した。ついで疾患別ケア項目4項目（脳卒中確認項目13項目、大腿骨頸部骨折確認項目9項目、心筋梗塞確認項目10項目、脊髄損傷項目8項目）と設定した。そのため看護実践項目（ケア項目）は20項目、確認項目112項目と設定した。基準③の成果要件は6項目から構成され、確認項目として23項目を設定した。

4. 既存の訪問看護ステーションからみたリハ専門特化型業務基準

1) リハ専門特化型訪問看護ステーションの実現可能性（表2）

9カ所の訪問看護ステーション管理者に、リハ専門特化型訪問看護ステーションの実現可能性についてインタビューを行った。NO1-5が先駆的取り組みにより安定した経営を展開している訪問看護ステーション（タイプA）であり、NO6-9はリハを受けている利用者への看護実績が高いと判断された訪問看護ステーション（タイプB）である。

リハビリテーション専門特化型訪問看護ステーションの実現可能性に関する意見

分類	回答	st NO
地域のリハニーズとリハ資源	一世帯構成人数が少なく介護力が低い。転倒リスク、脳血管障害後遺症、廃用性変化性症候群などリハニーズは大きい。地域には急性期病院が多いがリハ機能を担う病院・施設が少ない。訪問看護ステーション24箇所中、リハに対応できるのは21箇所、そのうちの5箇所に訓練職種がいる。ニーズは大きいが対応できるハード面が整っていない	1
	脳卒中で入院し、治療・ある程度のリハビリを終了し在宅生活が可能になって退院しても、リハ(訓練)は続けたいという希望は、要支援状態の方で退院してからの期間が短い人の方が強い。しかし、外来でのリハビリの制限と介護保険制度の制約(通所リハビリと訪問リハビリを併用できない。限度額や定額でのサービスの範囲が決められている。訪問看護でのセラピスト訪問は看護師の回数を超えてはいけない。等)があるため介護度が軽い人ほどニーズに応えきれないと思う。リハに対する回復の期待も大きい。	2
	本ステーションではセラピストが3名いるため技術的な面やリハビリの評価を受けることができる。連携を取っている同一法人の中には通所リハビリもあり充実している方だと思うが、在宅調整に必要な家屋評価等についてはある程度の経験と知識が必要なため、十分とはいえない。市全体でいえば、通所リハビリは2ヶ所、訪問看護以外の訪問リハは1ヶ所である。独自のリハ施設、若年の障害の人の通所リハビリは無い状況にあるため、都内に比べれば資源は不足している。	2
	生活レベルが高い地域で在宅死を多く看取っており、どちらかと言うと、地域のニーズはそちらになり、リハビリはあまり結果も出なければやりがいも感じにくく、看護師に人気がない	4
	本ステーションでは前月数でセラピスト対応が10人くらい、ナースプログラムで10人~20人で制限している。訪問看護数と訪問リハの回数制限で、需要はあるが、制限している現状がある。	6
	ターミナル期から、難病、脳血管疾患、高齢者、例えば、ちょっと風邪を引いてADLが落ちたという例など、幅広くリハニーズがある。	7
	具体的にこの地域で行うとすると、市内27ヶ所のステーションと9ヶ所の総合病院の理解と連携が必要になり、地域の医師会の理解と協力が必要だと思われる。	9
リハ専門特化型 stメリット	今あるリハニーズに応える存在があることはよい	1
	連携している病院は常にベッド不足の状態であるため、亜急性期でも在宅でリハビリができるとなれば、自宅に早く帰りたい方などは退院を早めて、ベッドが開けられる状況になることで、病院側のメリットになると思われる。早く自宅に帰りたい人や、入院環境に適應できない人などは、自宅でリハビリを継続できることがメリットと思われる。	2
	現在は訓練回数の制約があるので、制約がなくなれば、リハ(訓練)の提供が今よりできる。	6
	リハスタッフがいる訪問看護ステーションではリハ専門特化することができると思う。デメリットは思いつかないが、メリットに変えればよい。	7
	特化型のステーションがあれば、コンサルテーションを依頼したい。自ステーションで無理なケースならお願いするなどの連携をとると思う。	8
	施設内リハに不適応なケースなど、実際に、亜急性期のケースを依頼されることもあり、退院が早くなっている昨今では、リハ特化型のステーションは、現実的だと思う。	8
リハビリに専門特化したステーションがあれば、亜急性期のリハビリの必要な方が自宅の環境や生活に合ったリハビリを受けることができる。	9	

リハ専門特化型st デメリット	利用者を病状・病気でわけ、サービス提供を行うとサービス提供者の視点からは利用者の生活がなくなってしまう。	1
	自ステーションのある地域の病院は地域の人が利用している為、病状が変化している段階の退院は望まない可能性があり、自宅から離れている病院に入院している人のほうが、家族が病院に通うのが大変だから、リハの専門特化型ステーションを利用して早く退院したいというひとがいると思われる。デメリットというわけではないが。	2
	あまり要件が厳しくなると、嚙下ケア加算のように、誰もとろうとしない加算になりかねない。	3
	単体としての経営がなりたつかが読めない。それほどの対象を確保できるのか？訪問地域を拡大して確保していくのは困難になるのではないか。	6

地域のリハニーズは多様であり、かなり需要もあると思われるが、今回提示したリハ専門特化型訪問看護ステーションの機能がより発揮できるような急性期から回復期リハ適応の利用者のニーズについて把握できているステーションは多くない。訪問看護ステーションが担ってきたこれまでのリハ活動は、維持期リハに集中しており、急性期から回復期にかけての経験事例が少ないことも理由の一つではないかと考えられた。たとえば、緩和ケアの必要な利用者に対して、関節拘縮予防のためにROMエクササイズを行うことや、なにかの原因で寝たきり状態になったさいに、筋力の維持・向上を目指してエクササイズを行うことなども「リハビリ」として加えられていたのではないかと考えられる。

今回提示した、リハ専門特化型訪問看護ステーションが行うリハ活動のコンセプトは今回ヒアリングを行ったステーションの多くに受け入れられたと考えるが、具体的にどのように実現するのかということに対しては、イメージを持ちにくい状況があった。具体的な活動としてわかりやすく説明し、地域リハ資源の一つとして位置づけること、可能な限り保険点数の加算を行うこと、医療保険でカバーできるシステムを取り入れることなどによって、利用者、急性期病院、そして訪問看護ステーション自体からも理解を得られるようになると思われる。

根本的にはリハビリテーション看護という専門領域が未発達といわざるを得ない状況にあることが大きな障壁であろう。看護職自身がリハ看護の専門性を認めなければリハ専門特化型訪問看護ステーションは存在することが難しいだろう。関係諸機関が連携し、リハ看護領域の知識の体系化と継続教育システムのオーソライズをしていくことが喫緊の課題であると考えられる。

リハ専門特化型stのあり方	今までに近隣で2箇所の事業所がリハ特化型の訪問看護ステーションを目指したが、撤退した。介護保険上、PT、OTの訪問に回数制限がかかったことが直接の原因であった。利用者に効果的なリハを提供できるのなら意味があるが、そのためには病院スタッフとの連携を行い、ニーズに対応できないと意味がない。訓練職種の人員確保、在宅チームがついていない急性期を脱した利用者にサービスを提供しコンスタントに短期で回していくためには病院とのやりとりなど初期調整への加算が必要である	1
	実際に生活する中での困難とその対処、効果を評価してほしい。急性期病院の出前ではもったいない。IADLの項目をアウトカム指標に入れてほしい	1
	発達段階によって在宅でのリハゴールは変更されるが、そのことが反映されていない業に見えるためリハ専門特化型stの対象者の特徴が見えにくい	1
	急性期－回復期－維持期だけではとらえきれない利用者の姿がある。生活機能低下の早期発見と早期対応が必要な場合もある。このような視点もリハ専門特化型stでは考慮してほしい	1
	セラピストだけではなく、リハ専門医との連携を密にすること、亜急性期に関わるため急性期病院との連携も密に行なう必要があると思われる。訪問看護の視点という点では病院でできる急性期リハを自宅でするのではなく、自宅でこそこできるその人の生活を重要視した急性期リハが出来る必要があると思われる。	2
	医療費の加算が増え、個人の負担が大きくなっている最近の医療事情を考えると、利用者の負担が増える加算が付くことを良しと言えない。在宅のリハは、もっとほんわかとその人のライフスタイルに合わせて無理なくやって行くものというイメージである。専門的なリハは、やはりOTやPTなどがもっと増えて提供できれば良いのではと思います。看護としては、その人たちときちんと連携が取れることが重要である。	3
	受診できる人は、通所や通院でリハをすればいいのだから、生活の中でリハに取り組むのなら、現在行っている特化してないものと変わらないと思う。	3
	このようなステーションがあったら確かにいいだろう。しかし、人材があるのか、かなり高度なレベルなので、それならPTに頼んだ方が早いかもしれない。PT、OTとうまく連携すれば、今までどおりのステーションでもできなくはない	4
	老人保健施設と関係する線がイメージ図の中にないが、老健のPTを中心に積極的にデイを実施してる場合もあり、その影響は大きい。老健との線があったほうがいい。	4
	単体で、その機能を持つのは困難ではないか？	6
「リハ特化型」と聞いたときに、そうでない訪問看護ステーションの看護師たちは、どう思うだろうか？「看護」と「リハ看護」の明確な相違を提示できなければ、特化型でないステーションの看護師は納得できないのではないかと思う。「看護」と「リハ看護」の違いはないように思っているので、あえてそのように「特化」とする必要があるのか疑問である。	7	
図でいくと、特化型から一般のステーションへ移行しているが、このようにステーションが入れ替わるようなことは、想像できない。最初、関わったら、その期間(リハ対象)のみということにはならないし継続した関わりになるだろう。	7	
リハ看護は、セラピストの代わりではなく、リハが中心の療養をしているケースに特有な看護問題に対する看護だと思っているので、あくまでも、OT・PT・STなどとの連携を重視したい。	8	

実現可能となる条件	病院と他の在宅サービスとの連携に工夫が必要である。しよっちゅう病棟を回り、退院調整看護師とやりとりするなどの努力が必要である。短期間で患者を回すことは経営が安定しにくい。時期によっては他の新規患者を受けられなくなってしまう。	1
	人材、ニーズ、連携機関	2
	人、金(診療報酬を高く)、立地条件、	6
	外泊支援について、条件を整えるのに(要介護認定)が無いと、ベッドやポータブルトイレの準備ができない。仮に、見込みでレンタルしても、要支援になれば、レンタル商品ではなくなる。また、ケアマネとの連携はどの地点からできるのか？現状の制度の中では、考えられない。	6
	依頼方法が明確になること	7
	本当に連携出来、ゴールを共有できると、本当に望ましい結果を出せる経験をしているし、それが出来ないことで、うまく行かなかった経験もしている。	8
	訪問看護におけるリハは、特化というより、ほとんど全例に必要なこと。訪問看護を行うなら、リハに関しては、一定以上の知識や技術を持ってほしいが、実情では、全く知らない看護師も居り、課題だと思う。	8
	地域での他職種、他事業所と、本当に良い連携が取れ、チームが組めることが、実現の鍵だと思う。そして、やはり、リハの認定Ns.や専門看護師の制度が早く出来て欲しい。	8
	若年者(40才以下)を基準に含めるのかはっきりしていない。	1
	高齢者で認知症がある場合、病気別の考え方が利用者に受け入れられるかわからない。骨折のリハが終了した後長期的に生活に密着してリハとしてかわることもある	1
	介護予防まで考えるなら、ケアマネージャーや地域包括支援センターとの協力関係が必要	1
	報酬を必要とする項目	他職種、とくに訓練職との連携に対して加算をつけてほしい
初期調整に時間がかかるのでそこに加算をつけてほしい		1
一般のステーションやケアマネージャーとの連携に加算をつけてほしい		1
保険点数をつけるなら、何かの項目ごととか、1行為ごとのようなとりかたでなく、ある特定の期間や条件の間だけ算定できる、というのが現実的だと思う。		3
保険請求できる項目が存在すること…残尿測定など、		6
情報提供書や、報告書の記入等による算定		6
医療保険対象になるとよい。		6
急性期病院との間に、緊急時加算が絶対必要。		6
全ての診療報酬の単価を上げてほしい。		7
スキルアップにかかる費用、教育についての報酬。		7
保険点数は、項目や処置ごとに加算するような方式はなじまないと思う。包括型の算定になるのでは無いかと思う。		8
リハビリの経験を積んだ看護師が、定期的に研修を受け専門性の高いリハ看護を提供するとしたら、その看護師が行う訪問看護には、それなりの報酬がほしい。		9

2) リハ専門特化型訪問看護ステーション業務基準項目の妥当性 (表 3)

基準①リハビリテーション専門特化型訪問看護ステーション構造要件

チェック項目は、絶対に必要→☆ わかりにくい→▲、不要→× その他コメントあり→●で、理由を明記してください

項目	確認方法	1	2	3	4	5	6	7	8	9	コメント
事業所の理念・運営方針	活動地域の住民が抱える健康増進、介護予防、疾病の悪化防止、苦痛の緩和等の課題に対して、看護的視点から専門的に支援していく事業所であり、特に重急性期～回復期のリハビリテーションに重点を置いて利用者にかかわることを明文化している。またそのことが職員、利用者に対しても明示され理解されている。	☆		☆	☆	☆	☆	☆			一般ステーションと区別するために必要である8
理念・運営方針に基づく組織図	組織図が明示されていること。特に専門とするリハビリテーションおよび看護のケアの質を確保できる組織体制を保持していることを、利用者へ理解しやすく図示されている	☆	▲	☆	☆	☆	☆	☆			どうい組織図かと、それがいえるのか。図さえあればいいのか。3 一般ステーションと区別するために必要である8
	リハビリテーション看護について中心的に運営に当たる職員と他の職員との関係性を明確に図示できている	▲		☆	☆	▲	☆	☆			他の職員とはセラピストのこと。2 フロー図のようなものか? 6 一般ステーションと区別するために必要8 下線部はわかりにくくなりやすいので特記必要8
専門領域のケア提供の方針	リハビリテーションに関する利用者・家族の希望と意思が確認されている	☆		☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	下線部分は重要8 在宅はご本人と家族が主体ですので、一番大切なことである。9
	個別で評価可能なリハビリテーションゴールを利用者・家族と共有している	☆		☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	利用者・家族もチームの一員8 在宅はご本人と家族が主体ですので、一番大切なことだと思います。9
	リハビリテーションゴールに向けて具体的なプログラムが立案されている	☆		☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	チームがプログラムを周知していること8
	提供するリハビリテーション看護は脳卒中モデルの回復期に限定している (脳卒中、心筋梗塞、脊髄損傷、大脳骨頸部骨折など急激な発症・受傷からの回復過程の促進を対象としたリハビリテーションに限定している)	☆	●	▲	●	☆	☆	▲			「限定」という表現が、訪問看護の現場ではなじみよく理解しにくい。限定した条件でなくなったら、終わってしまうということか。限定というより、症状・疾患・時期などを明示し「まうが分かりやすい」と思う。「脳卒中回復モデル」といふ言い方が良く分からない。9。その後の括弧の中での書き方のまうがよい。3 脳卒中モデルがわかりにくい。大腿骨以外の骨折の人のリハビリもあり、寝たきりになりやすい4 パーキンソン病を入れてほしい。早期に内服とリハを入れると効果がある5 脳卒中モデルの意味が分からない。8 カッコ内の書き方のまうが分かりやすい8
	急性期を脱した状態であるべく早期に在宅でのリハビリテーションを希望する利用者限定している	☆	▲	☆	●	☆	☆	☆			急性期を脱した状態とは誰が判断するのか? 利用者が希望することか 一番大切なことか? 3 限定が解られているかもう少し枠を広げて扱ってもらえればと思う5 一般的ステーションとの違いを明確にする上で重要8
	利用者の症状が安定し、進行がない状態であることを確認し、リハビリテーション開始の指示が医師から出ていることを確認している。(総合リハビリテーション実施計画書などの処方確認されている)	☆	●	▲	▲	☆	☆	☆			利用者・家族の希望よりもこちらの方が優先順位が高いのでよいのか。3 リハの指示が出せない医師からの指示もありうるかも。そんな指示を受けてもやる必要があるか。4 現行の医師の指示書をリハ用に改良するのならよいが、指示書が複数になるのは避けたい5
	利用者の希望に応えられる専門的な看護ケアを提供できる業務体制である。(例えば一人のリハビリテーション看護担当者に対して利用者の人数制限を設けるなど)	☆	▲	☆	☆	☆	●	▲			訪問回数の確保という意味か? 3 人数制限は不要(教育すれば、特定のNsに限定できるような)7 リハ専門看護師がすべての訪問をこなすことは困難ではないか。9
総合リハビリテーション計画書のゴール(医師の指示)到達をもって、終了と判断する。		●	☆	☆	☆	●	●			指示と利用者の希望がゴールである2 チームで結論を出すことが必要である(最終指示は医師が)7 利用者・家族の持っているゴールの方が、現実的で、かつ医師が判断しているよりよくなることが多い8	
専門性を有する看護師の配置	リハビリテーション専門病院等の勤務経験があり、研修などをうけた専門性の高い看護師が従事している。一将来的には、リハ専門看護師、リハ認定看護師などの配置が確認されること	☆		☆	●	☆	●	▲			勤務経験年数や研修の内容は問わなくてよいのか5 不要である。現場で育てられる(環境があれば)7 スタッフ配置の基準が分かりにくい8
専門領域の知識・技術の向上のための研修計画	年次計画の中に、リハビリテーションに関する研修が定期的、段階的に毎年計画されている。	☆		☆	☆	☆	☆	☆			
	研修計画はどのスタッフでも勤務年数に応じて平等にリハビリテーション看護に必要な研修を受けることができる。	☆	▲	☆	☆	●	×				下線部の意味が分からない。要件であるなら、「出来る」ではなくて「ねばならない」なのでよいのか。3 一般の訪問看護ステーションでも普通にやっていることである8 一般的なSTという呼び方はどうか? 7
リハ専門のケア実践のための支援体制	リハビリテーションを専門とする看護師が、さらに専門性の高いリハビリテーション医や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などから必要時に助言、指導を受けることができる体制がある。	☆		☆	●	☆	☆	☆			実際には難しいだろう4
	必要時には、リハビリテーションに関する研修会を企画できる地域専門職団体のネットワークをもっている。	☆		☆	☆	☆	●	☆			地域となくともいいのではよいのか7
	急変時の受け入れ施設を明確にしておき、緊密な連携体制をとっている。	☆	▲	☆	●	☆	☆	☆			リハ的な緊急とは、どんな状態か? 緊密な連携とはどのようなことか? 3 実際受け入れられるか疑問4
	近隣の一般的な訪問看護ステーションとの緊密な連携体制がある。	☆	▲	☆	☆	●	☆				利用者にとって、もうひとつのST、という意味なのか、特化型STに比べての近隣という意味なのか、何のための連携かが分からない。3 「一般的な」という表現は注意を要する他のステーションなどにしてはどうか7
リハ領域のケアに関する助言・指導・協力体制	リハビリテーションを専門とする看護師が、ステーション内の他の職員に対し、必要時には適宜専門的知識、技術を提供し、助言、指導できる体制がある。	☆	●	☆	☆	●	☆				専門の看護師が質問しなくても、特化型の訪問になるのか3 看護師でなくてもよい7
専門領域のケアのプロトコール	利用者に合わせてリハビリテーションの進め方(マニュアル等)が明示された文書があり、職員全員が理解している。	☆		☆	▲	☆	☆				マニュアルとは疾患別で作られるのか? 5 リハの方向性を共有することは大切。8

職員の負担軽減に配慮したスケジュールリング	リハビリテーションを専門とする看護師に負担過重がないように緊急時対応の体制がとれること。	▲	▲	★	●	★	★	★	★	具体的にどういことなのか2 過重負担のほうがいい。緊急時だけの体制でなく、普段から専門ナースへの過重負担にならないような体制が必要。3 難しいだろう4 カバー出来る体制は必要8
	リハビリテーションを専門とする看護師不在時の対応体制が整備できている。	▲	★	●	★	★	★	★	★	具体的にどういことなのか2 の、いらぬ3 難しいだろう4 カバー出来る体制は必要8
	リハビリテーションを専門とする看護師の人数に合わせた利用者への訪問や対応体制がとれている	★	▲	★	★	★	★	★	★	3-7との関係を明らかに。同じことを言いたいのか。3 カバー出来る体制は必要8
サービス評価の体制	リハビリテーション専門特化型訪問看護ステーションとしての体制評価や実績評価が定期的実施されている。	★	★	★	★	★	★	★	★	質の確保と向上のために必要8
地域・他機関への支援体制	地域内の他のステーションから、看護師のリハビリテーション看護に関する研修を受け入れている。	★	★	★	●	★	★	★	★	夜や日曜日になるが、コストは加算されるのか？4 リハスタッフの研修もある7
	必要時には、他のステーションからのリハビリテーション看護に関する相談に応じている。	★	★	★	★	★	★	★	★	リハスタッフが2名配置されている関係で、研修や相談がよくある。一般の訪問看護は、リハのニーズが多いが対応できず困っている。報酬をいただき時間を取って指導したほうがよい。9
専門領域のケアに関する情報の整備・発信体制	リハビリテーションおよびリハビリテーション看護については、常時最新情報を把握し、利用者やその家族だけでなく、地域内の他のステーション等に対して必要時最新情報を発信している。	★	▲	★	★	●	★	★	★	これを条件にしたい気持ちはあるが、本当にやっていたら、ステーションはつぶれる。せめて、「積極的」という条件だけでもはらずして、何かやっていたらよいと思う。3 難しいだろう4 常時は、どこまでの範囲がわかりづらい。必要時7
専門領域のケアの普及・啓発体制	リハビリテーション看護に関する専門的な知識や情報を、地域の専門職や地域住民に対して、自発的に発信する活動を積極的に実施している。(例：脳卒中後遺症患者を対象とした日常生活訓練方法普及のためのイベントに、ステーションとしても共催で参加するなど)	★	★	★	★	★	★	★	★	ステーションにより位置する地域や活動内容など様々なので、できることとできないところがあるかもしれない4 「看護」ないほうが語弊が少ない。看護と「リハ看護」の明確な相違が提示できれば納得できるかも知れないが、現状では難しいのではないかと考える。7
必要設備・機器類	身体機能のアセスメントやリハビリテーションプログラムの実行に必要な物品が整備されている。	★	★	★	★	★	★	★	▲	必要物品としてはいろいろあるがコストが高い現状がある4 ここで言う物品で、どの程度のものか。あまり。大掛かりなものは無理だし、現行のステーションでも運べる程度のものでないかと思えるが...8

コメントの末尾についている番号は訪問看護ステーションのNOである。構造要件の妥当性については、確認項目に対して表現上のコメント（わかりにくい不適切など）はあったが、項目そのものの意義についてのコメントはほとんどなかった。

基準②-1過程要件(連携・協働基準)

チェック項目は、絶対に必要→★ わかりにくい→▲ 不要→× その他コメントあり→●で、理由を明記してください

番号	分類	項目	確認方法	1	2	3	4	5	6	7	8	9	コメント
1	リハチーム運営方針の明確化	利用者中心のリハチームアプローチ	リハビリテーションは専門職連携・協働によって実現するものであり、目指すところは利用者のQOLの向上であることをステーションスタッフが理解している	★	★	★	★	★	★	★	★	★	
		リハビリテーション目標の共有	利用者・家族の希望を叶えるためのリハビリテーションゴールを明確にし、チームで共有するためのフォーマル、インフォーマルな場と機会を確保している	★	★	★	★	★	★	★	★	▲	理想だが、現状では努力が必要4 「インフォーマルな場」とは？よく分かりません。9
		リハビリテーション関連職種との相互理解のもとでのチームビルディング	リハビリテーション関連職種の専門性をお互いに理解、尊重し、訪問看護師と関連職種がイコールパートナーとしてチームを構築している	★	★	★	★	★	★	★	★	★	
2	リハチーム連携協働方法	カンファレンス・担当者会議の開催	訪問看護指示書、リハビリテーション看護実施指示の記載があることを確認している。また訪問看護報告書を提出し、利用者のケアの方針、目標について共有するとともに必要に応じてカンファレンスを開催している	★	★	★	★	★	★	★	★	★	
		関連職種、組織間においてサービス調整会議を行い、利用者のリハビリテーションゴールを共有するとともに効果的な具体策を検討している	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	
		利用者が急性期病院を退院する前に、利用者・家族の許可を得て病棟とコンタクトをとり訪問開始前の状況について情報の共有をしている	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	●
	リハビリテーション実施に関わる記録の整備	利用者・家族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	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	
		リハビリテーション看護に必要な情報が記載されている	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	
		リハビリテーション関連職種間で情報を共有できるように記録が整備されている	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	
連携に必要な情報の整備	紹介元に訪問看護実施中および援助過程終了後の評価を報告書にして送付している	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★		
	訪問看護サマリーはリハビリテーション看護に関連した成果について記載した内容である	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★		
	紹介先にとって必要な情報を把握し、その内容で訪問看護サマリーを作成している	★	▲	★	★	★	★	★	★	★	★		
		紹介先によって必要な情報を把握し、その内容で訪問看護サマリーを作成している	★	★	★	★	★	★	★	★	★		
		ICF(国際生活機能分類)の枠組みを使用した生活機能のアセスメントおよび介入後評価を実施し記録している	★	★	★	★	★	★	★	★	★		

基準②-2過程要件(機能障害別看護基準)

チェック項目は、絶対に必要→★ わかりにくい→▲ 不要→× その他コメントあり→●で、理由を明記してください

番号	分類	項目	確認方法	1	2	3	4	5	6	7	8	9	コメント		
1	身体運動機能障害	基本動作の獲得(機能)	基本動作の獲得が出来ない原因・要因について環境因子個人因子、健康状態や病態など多角的な視点から分析している	★			★	★	★	★	★				
			利用者の意欲の維持・向上支援を行いながら基本動作を獲得するための段階的な介助方法の工夫を行っている	★			★	★	★	★	★	★			
			利用者、家族、他の介護職等に病態および病態に基づく基本動作上のリスクとその予防方法を説明している	★			★	★	★	★	★	★			
			利用者にとっての、基本動作を獲得する目的を利用者、家族、関わるチームで共有している	★			★	★	★	★	★	★			
			理学療法士等が提示する動作方法を生活の中で安全に、利用者が安心して活用するための多様な手段を駆使している	★			★	★	★	★	★	★	▲		
			利用者の基本動作実施機会を最大限確保し、動作修得のための明確なプログラム、手順を利用者と家族、リハチームで共有している	★			★	★	★	★	★	●	★		関連職種の方が適切ではないか？7
			利用者のQOLの向上に向けた援助の目的を利用者・家族に説明し共有している	★			★	★	★	★	★	★	★	●	理学療法士との役割分担をどう行うのが分からない。経験のある訪問看護師ならできると思う。9
			標準化されたADL評価基準を利用している(たとえばFIMなど)	★			★	▲	★	★	★	★	★		FIMに限定しなくてもいいのでは？4
			利用者にとってのADL自立の目的を利用者、家族、関わるチームで共有している	★			★	★	★	★	★	★	★		
			ADLの制限や制約の原因・要因を、環境因子、個人因子、健康状態や病態など多角的な視点から分析している	★			★		★	★	★	★	★		
	ADL動作を行う上で生じる可能性のある2次障害の予測を行い、予防策を用意し、リスクマネジメントを行っている	★			★		★	★	★	★	★				
	利用者の意欲の維持・向上支援を行いながら、ADLが自立するための環境整備、段階的な介助方法の工夫を理学療法士等とともにやっている	★			★		★	★	★	★	★	●	理学療法士とともに行うことは必須ではないと思う。看護師対応でよい。9		
	利用者、家族、他の介護職等がADL状況、今後の見通し、動作を行う上でのリスクを理解できるように説明している	★			★		★	★	★	★	★				
	理学療法士等が提示する動作方法の提示を生活の中で安全に、利用者が安心して活用するための多様な手段を駆使している	★			★		★	★	★	★	●	★	リハチームをどう考えるかによるが、あえて理学療法士と入れるのはどうか？7		
	利用者のADL動作実施機会を生活の中で最大限確保し、動作修得のための明確なプログラム、手順を利用者と家族、リハチームで共有している	★			★		★	★	★	★	★				
	利用者の活動の拡充を通してQOLの向上を目指している	★			★		★	★	★	★	★				
	ADL動作の自立(活動)	ADL動作の自立(活動)	標準化されたADL評価基準を利用している(たとえばFIMなど)	★			★	▲	★	★	★	★		FIMに限定しなくてもいいのでは？4	
			利用者にとってのADL自立の目的を利用者、家族、関わるチームで共有している	★			★	★	★	★	★	★			
			ADLの制限や制約の原因・要因を、環境因子、個人因子、健康状態や病態など多角的な視点から分析している	★			★		★	★	★	★	★		
			ADL動作を行う上で生じる可能性のある2次障害の予測を行い、予防策を用意し、リスクマネジメントを行っている	★			★		★	★	★	★	★		
			利用者の意欲の維持・向上支援を行いながら、ADLが自立するための環境整備、段階的な介助方法の工夫を理学療法士等とともにやっている	★			★		★	★	★	★	★	●	理学療法士とともに行うことは必須ではないと思う。看護師対応でよい。9
			利用者、家族、他の介護職等がADL状況、今後の見通し、動作を行う上でのリスクを理解できるように説明している	★			★		★	★	★	★	★		
			理学療法士等が提示する動作方法の提示を生活の中で安全に、利用者が安心して活用するための多様な手段を駆使している	★			★		★	★	★	★	●	★	リハチームをどう考えるかによるが、あえて理学療法士と入れるのはどうか？7
			利用者のADL動作実施機会を生活の中で最大限確保し、動作修得のための明確なプログラム、手順を利用者と家族、リハチームで共有している	★			★		★	★	★	★	★		
			利用者の活動の拡充を通してQOLの向上を目指している	★			★		★	★	★	★	★		
			IADL動作の自立(参加)	IADL動作の自立(参加)	IADLの制限や制約の原因・要因を、環境因子、個人因子、健康状態や病態など多角的な視点から分析している	★			★	★	★	★	★	★	
	利用者・家族の社会参加を促進できるような地域資源を提示している	★					★	★	★	★	★	★		地域によって社会資源に差があるだろう4	
IADL動作を行う上で生じる可能性のある2次障害の予測を行い、予防策を用意し、リスクマネジメントを行っている	★					★		★	★	★	★	★			
利用者の意欲の維持・向上支援を行いながら、IADLが自立するための環境整備、段階的な介助方法の工夫を理学療法士、作業療法士等とともにやっている	★					★		★	★	★	★	★			
利用者、家族、他の介護職等がIADL状況、今後の見通し、動作を行う上でのリスクを理解できるように説明している	★					★		★	★	★	★	★			
理学療法士等が提示する動作方法の提示を生活の中で安全に、利用者が安心して活用するための多様な手段を駆使している	★					★		★	★	★	★	★			
利用者のIADL動作実施機会を最大限確保し、動作修得のための明確なプログラム、手順を利用者と家族、リハチームで共有している	★					★		★	★	★	★	★			
社会活動への参加を通して利用者のQOLの向上を目指している	★					★		★	★	★	★	★			
2	精神機能障害	注意・集中機能の再獲得			注意・集中機能のアセスメントを定期的に行い、それに基づきケア計画を立案、実施、評価を行っている	★			★	●	●	★	★	★	PT,OTの視点と看護師の視点と同じなのか疑問4 ゴールが設定しにくい5
					注意・集中機能の障害が生活におよぼしている影響をアセスメントし利用者・家族に説明し障害の拡大を防ぐ方法を工夫し実施している	★			★	★	★	★	★	★	
			意識レベル、注意機能と服用している薬剤の関係をアセスメントしている	★			★	★	★	★	★	★			
			作業療法士、心理療法士等へのコンサルテーションの必要性を定期的にあセスメントしている	★			★	★	●	●	★	●	★	PSWがあまりいない。地域差があるだろう4 実践が難しいのでは？5	

過程要件については、「機能障害別」と「疾患別」に大きく分類し項目を作成したが、疾患別の過程要件は、利用者を限定することにつながり、現場からは受け入れにくい状況もあった。しかし、行政側からは地域連携パスの推進がなされており、大腿骨頸部骨折に関しては地域に広まりつつある。このような背景から、心筋梗塞、軽度から中等度の脳梗塞などは、急性期治療からリハまでを定型化できる可能性があり、そのようなパスをもとに在宅でリハ看護が展開できれば、利用者のQOLの向上とともに医療費の抑制にも直結すると考え、今回はこのまま残すこととした。

3	コミュニケーション障害	コミュニケーションの確保	コミュニケーション障害の有無、程度、性質について定期的にアセスメントし、障害に合わせたコミュニケーション方法を立案、実施、評価している	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	
			利用者の言語訓練へのニーズを把握し、必要があれば言語聴覚士を含めたチームを構築できる基盤を持っている	☆	☆	●	☆	●	☆	基盤は必ずしもない。努力を要する。4 あえて職種を出したほうがいいのか疑問7	
			利用者のコミュニケーション意欲、代替的に用いているコミュニケーションスキルを定期的にアセスメントしよりよいコミュニケーション方法を志向している	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
			利用者も周囲の人も、人と関わり続けるというコミュニケーション意欲を維持・向上できるようにケア計画を立案する	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
4	摂食嚥下栄養障害	安全に摂食・嚥下できる	摂食嚥下障害の有無、程度をアセスメントし、ケア計画を立案評価実施している	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
			摂食嚥下障害の評価を共有し適切な専門職を含んだチームを構築し包括的な嚥下障害対応計画を立案している	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
			生活上の誤嚥のリスクをアセスメントし予防のためのケア計画を立案実施評価している	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
			利用者と家族が生活上のニーズに合わせ食事摂取を行えるように指導、相談に応じている	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
			栄養状態の評価を共有し適切な専門職を含んだチームを構築し包括的な栄養状態改善計画を立案している	☆	▲	●	☆	☆	☆	適切な専門職とは具体的に誰か？管理栄養士や医師か？4 専門職に歯科医師、歯科衛生士も含めるのか？5	
5	排尿障害	排尿機能の改善	医師の指示のもと、定期的に残尿の測定を行って(ブラダースキャンなどを整備)リハチームによる総合的な排尿機能改善プログラムを立案実施している	●	☆	☆	☆	☆	☆	ブラダースキャンがわからない5	
			尿管留置機能の障害の病態を理解し、尿意の有無、尿失禁の型、排尿回数などの個別性に合わせた対応方法を検討できる	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
			尿意がない場合、失禁の程度や生活に合わせた用具の選択ができる	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
			尿管留置機能の障害に対する薬物療法について、有用性・適応を理解し、全身状態を含めた身体への影響を観察しアセスメントできる	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
			尿管留置機能の回復のための援助方法を理解し実践できる	☆	☆	▲	☆	☆	☆	これは具体的に膀胱訓練のことがわからない5	
			利用者の希望、生活環境、介護資源を把握した上で、排尿機能の障害に合わせた間歇的導尿法や留置カテーテルの適応を検討できる	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
			間歇的導尿法が継続して行われるための条件を理解し、自己導尿・介助導尿による生活への影響、利用者の希望、身体運動機能を考慮した管理や指導ができる	☆	●	☆	☆	☆	☆	▲ 利用者の希望だけでなく、介護環境、経済力も考慮に入れないと長続きしない3 アンダーラインのところがよくわからない。9	
			利用者および介護者の排泄(排便)に関する意識を把握し、個々の個別性に合わせた援助ができる	☆	☆	☆	☆	☆	☆	▲ 排便に対する意識→意思の方がわかる9	
			利用者の排便状況をアセスメントし、残された機能を活用し、なるべく自然な排便状態に近づけるように計画を立案、実施評価している	☆	●	☆	☆	☆	☆	なるべく自然な排便状態に近づけるように計画を立案、実施評価している	
			排便に伴うリスク(ショック、血圧上昇など)をアセスメントし、予防策をたてている	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
	利用者・家族が、食事と排便のバランスについてアセスメントし、整えられるようにともに考え実施する	☆	☆	☆	☆	☆	☆				
	排便動作の確立	排便動作の自立を目指して、座位保持機能・手指機能・移動機能の障害程度および利用者の生活リズムと希望に合わせ、排便方法を利用者・家族とともに検討し実施する	☆	☆	☆	☆	☆	☆			
		利用者の排便の状況や介護状況を的確にアセスメントし、できる限り自立でき、能力を最大限発揮できるへ方向へ援助するよう方針が統一されている	☆	☆	☆	☆	☆	☆			
身体運動機能・移動能力の向上に合わせて、より自然に近い姿勢や方法で(臥位から→半臥位、ホーカトルからトイレなど)排便ができる方向に変えていける様支援できる		☆	☆	☆	☆	☆	☆				
			障害や自立度にあわせ、安全な排便動作が確保できるよう、ホーカトルの選定・トイレまでの移動方法の選択や手摺やトイレなどの改修を含めた環境調整を理学療法士とともに行うことができる	☆	☆	☆	☆	☆	市のPTを活用している。入院先のPTのアドバイスや運た業者と協働している5		

過程基準②-3 (疾患別基準)												
1	脳卒中	利用者の脳卒中の病態および急性期治療の概要と効果を把握している	☆	☆	☆	●	☆	☆	☆	☆	主治医が専門外の場合もある5	
		脳外科医、神経内科医、リハ専門医などとの緊密な連携のもとに訪問看護を実施している	☆	☆	●	☆	☆	☆	☆	電話FAXでも連絡が取れにくい4		
		利用者の中枢神経症状、麻痺の程度などをアセスメントし、再発作の早期発見、早期対応に努めている。(意識レベル、再発予防など)	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆			
		利用者の脳卒中後の合併症(浮腫、拘縮、廃用の進行等)について、アセスメントし、ケア計画を立案実施評価している	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆			
		利用者の発症前の生活状況を把握し、脳卒中後の機能障害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し、それらに基づき支援の方向性を検討している	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆			
		利用者の現病歴・既往歴から、脳卒中発症のリスクファクターをアセスメントし、利用者、リハチームとともに再発作を予防するための対策を検討している	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆			
		利用者の高次脳機能障害について定期的にアセスメントし、ケア計画を立案実施評価している(認知症との違いがわかる)	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆			
		利用者のうつ状態について定期的にアセスメントし、必要な医療介入を検討しケア計画を立案している	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆			
		睡眠・覚醒について、定期的にアセスメントし、適切な支援をしている。(薬剤使用状況、生活リズムなど)	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆			
		利用者の転倒リスクについて定期的にアセスメントし、適切な予防対策を利用者・家族とともに立案し実施評価している	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆			
		利用者に今後起こりうる脳卒中特有のリスク(認知症、うつ、閉じこもり)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	☆	☆	●	☆	☆	☆	☆	一次予防には関われない。二次予防なら可能4		
家族の脳卒中後の機能障害にかかる介護技術や知識について、アセスメントし、それに基づき必要な支援をしている	☆	☆	●	☆	☆	☆	☆	もっと入院中の院内から実施すべき4				
家族の脳卒中後の機能障害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し、それらに基づき必要な支援をしている	☆	☆	●	☆	☆	☆	☆	もっと入院中の院内から実施すべき4				

2	大腿骨頭部骨折	地域連携バス等を活用し、利用者の骨折の部位・術式について確認し、骨折に伴う機能障害のアセスメントをし、機能障害の回復に向けたケア計画を立案実施評価している	☆	☆	☆	☆	☆	☆			
		利用者の受傷前の生活状況を把握し、骨折後の機能障害に対する認識や受容、今後の意向についてアセスメントし、それに基づき支援の方向性を検討している。	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		利用者の骨折後の機能障害について、医師、理学療法士等とともに経時的にアセスメントし、それにもとづきケア計画を立案実施評価している	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		利用者の移動機能について定期的にアセスメントし、それに基づき維持・拡大のための支援をしている。	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		利用者の生活環境の安全性、安楽性について、理学療法士等とともにアセスメントし、それに基づき適切な生活環境のための調整をしている	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		骨折後の機能障害に関係する介護者の介護技術や知識について、アセスメントし、それに基づき必要な支援をしている。	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		機能障害の状況から、利用者の機能拡大及び介護者負担軽減につながる補助器具、自助具の導入について、リハチームで検討しケア計画を立案実施評価している。	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		検討し終わった結果を再評価するほうがふさわしい4
		利用者の再骨折のリスクをアセスメントし、予防のためのケア対策を立案実施評価している	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		利用者の生活行動範囲縮小のリスクをアセスメントし予防のためのケア対策を立案実施評価している	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
3	心筋梗塞	心疾患リハビリテーションに関する最新のガイドラインが利用されている。	☆	●	☆	☆	☆	☆		ガイドラインに合致しないケースもあるのでは？「原則として」としてどうか？4	
		循環器専門医、かかりつけ医との緊密な連携のもとに訪問看護を実施している	☆	☆	☆	☆	☆	☆		人材が地域に不十分なので主治医選択にも関与する5	
		心臓リハビリテーションに伴う合併症の兆候を観察し発見し可能な対処ができる。	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		運動負荷試験等の結果から、利用者の運動耐容能をアセスメントする、もしくは、主治医のアセスメントの根拠を理解する。	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		利用者の状態と運動負荷の関係から運動に伴うリスクをアセスメントする。	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		利用者および家族の病状に対する、理解・知識・希望などを把握する	☆	☆	●	☆	☆	☆	☆		気持ちが病状に反映するので、そういう配慮を表現として入れたらどうか？5
		心筋梗塞リスクファクター低減に向けた生活上の課題をアセスメントしケア計画を立案実施評価できる。	☆	☆	●	☆	☆	☆	☆		気持ちが病状に反映するので、そういう配慮を表現として入れたらどうか？5
		病状を悪化させる可能性がある生活、社会環境をアセスメントし、ケア計画を立案実施評価している。	☆	☆	●	☆	☆	☆	☆		気持ちが病状に反映するので、そういう配慮を表現として入れたらどうか？5
		心筋梗塞の罹患に関連した、自尊心の低下や、健康への不安を解消することへのアプローチが取り入れられている。	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
利用者が自覚症状や運動負荷のセルフチェック技術を身に付けられるように指導し、訪問時に運動負荷状態の把握や病状変化の把握を適切におこなっている。	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆				
4	脊髄損傷	整形外科医、リハ専門医、および脊髄損傷患者のリハビリテーションに精通しているメンバーとチームを組んでおり、利用者・家族・リハチームが在宅でのリハビリテーション活動が可能であると判断している。	☆	☆	☆	☆	☆	☆		リハに精通していると必ずしも言えないのではない4	
		利用者の脊髄損傷の部位、それに伴う機能障害のアセスメントをし、包括的なリハ計画の元でケア計画を立案実施評価している	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		利用者の脊髄損傷後の機能障害に対する認識や受け止め、今後の意向についてアセスメントし、それに基づき支援の方向性を検討している。	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		利用者のADL自立に向けた包括的なリハ計画のもと、生活環境からうける制限をアセスメントし、リハ専門職と連携しながら環境調整を行っている	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		利用者のADL自立に向けた包括的なリハ計画のもと、残存機能を活用した動作方法をリハ関連職と検討し利用者の希望に合わせて取り入れている	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		利用者の褥瘡発生リスクについてアセスメントし、予防のために必要な支援をしている。(体圧分散マットレス、エアマット、ピローなど)。	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		自律神経障害のアセスメントのもと、必要なケア計画、および指導教育を行い、利用者および家族が体調管理を主体的に行えるようにする	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		
		利用者の機能拡大及び介護者負担軽減につながる補助器具、自助具の導入について、本人、家族、リハ関連職種と検討し決定している	●	☆	☆	☆	☆	☆	☆		検討した後の再評価に関与することになるのではないか4

基準③ 成果要件(リハ専門特化型訪問看護終了時のアウトカム)

チェック項目は、絶対に必要→☆ わかりにくい→▲、不要→× その他コメントあり→●で、理由を明記してください

番号	項目	確認方法	1	2	3	4	5	6	7	8	9	コメント		
1	廃用性変化の防止 (ミニマムエッセンシャルズ)	どの関節にも発症後新しくできた拘縮がない	☆		☆	☆	☆	●	☆			評価時期はいつごろを目安にしているのか？5 以前の状態で変わらない評価はどうするのか？7		
		健全な部位の筋力低下がない	☆		☆	☆	☆	☆	☆					
		どの体表にも発症後新しくできた褥創がない	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆				加算がほしい	
		留置尿管カテーテルは挿入されていない	×	●	×	▲	▲	☆	●	×			留置カテーテルが入ることでADLが改善する人もいるため、適切ではない1 外出が自立している人でも入っている事がある2 留置カテーテルを入れる事情は様々なので、介護者のことも考慮すると、一概に挿入しないことが良いとは言えない。3 疾患により必須の場合もあるので、「原則的に」と、入れてはどうか4、5 外せない人もいる7 膀胱ろうなどのケースもあり、必ずないとはいえない8	
		残尿がない		●		▲	▲	☆	☆	☆			残尿が増加していないということ2 疾患により必須の場合もあるので、「原則的に」と、入れてはどうか4 何CC以下とするのか？5	
		H-J-R評価による呼吸機能の悪化がない	▲	☆		☆	☆	☆	☆	☆	▲			嚥下の評価は？加算がほしい1 用語の意味が分からない8
		起立性低血圧は出現しない	☆	☆		☆	☆	☆	☆	☆	●			加算がほしい1 起立性低血圧はなくなるのではなく、対処できるようになるのでは？8
2	合併症の防止	肺炎は発症しない	☆	☆	●	☆	☆	☆	●	☆		加算がほしい(ST的なかわりにたいして)1 合併症は、肺炎と骨折だけではないはず。3 発症していない7		
		新たな骨折受傷がない	☆	☆	●	☆	☆	☆	☆	☆			加算がほしい1 合併症は、肺炎と骨折だけではないはず。3	
3	身体機能の回復	歩行・移動距離が延長する	▲	☆		●	▲	☆	☆	☆		歩行だけでなくIADLの評価が必要1 延長だけでなく、「維持・延長」か？4 杖か歩行器か？何も使用せずか？5		
		立位保持時間が延長する		☆		●	▲	☆	☆	☆		IADLの評価が必要1 延長だけでなく、「維持・延長」か？4 つかまり立ちはありか？5		
		座位保持時間が延長する		☆		●	▲	☆	☆	☆			延長だけでなく、「維持・延長」か？4 つまつての座位保持はありか？5	
		両側の握力が向上する		☆		●	▲	☆	☆	▲ or ×			IADLの評価が必要(OT的なかわりに対して)1 完全な片麻痺があっても「健康な側の」にはどうか？4 片麻痺の場合、両側は無理では？5 患側は、全く動かないケースもあるのでは・・・8	
4	生活機能の改善	FIMなどの標準化されたADL評価指標が改善する	▲	☆		▲	☆	☆	☆	☆		FIMはわかりにくい1 FIMでなくても、指標を活用していれば良いのでは？4		
		SF36などの健康関連QOL指標が改善する	▲	☆	●	☆	☆	☆	☆	▲			わかりにくい、痛み、心の健康、役割等のアウトカム指標がほしい。さらに、認知症の有無や介護など直接的ではないが、健康関連QOLのアウトカムに関連してくると思われる1 精神面の評価項目を作って欲しい。活気があるとか、笑顔があるとか、自発的な他者との交流とか、うつ症状がないとか3 用語の意味が分からない8	
5	再発リスクファクターの低減	血圧が適正範囲である		☆		☆	▲	☆	☆	☆		適正範囲とはどの程度まで？4 いつ測定するのか？日内変動ある5		
		主治医の診療を定期的を受けている		☆		☆	☆	☆	☆	☆				
		必要薬剤(ワーファリン、スタチン、降圧剤、骨粗鬆症治療剤など)内服できる(adherenceが高い)	▲	☆		☆	☆	☆	☆	☆			adherenceはわかりにくい1	
6	要介護状態の予防 (どれか一つが満たされている)	地域包括支援センターでサービスを受けることになっている		☆		☆	▲	●	☆	☆		地域包括の活動だけではリハビリ機能は怪しい5 内容が他のものと比べるとレベル違うのでは7		
		必要な介護認定の手続きが開始されている		●		×	×	☆	☆	×		予防給付の申請2 行政によって認定が様々。この要件だけでは不可4 これだけでは無意味5 リハを受けている時点で、既に手続き後ののだから、おかし18		
		新予防給付特定高齢者のスクリーニングを受けている		☆		☆	▲	☆	☆	☆			このサービスも怪しい5	
		デイケアに参加している		☆		☆	●	☆	☆	☆			これらのどちらかに限定した方が、リハの継続としての効果は高いと思う。5	
		訪問リハビリテーションを受けている		☆		☆	●	☆	☆	☆			これらのどちらかに限定した方が、リハの継続としての効果は高いと思う。5	

成果要件に関しては、「留置膀胱カテーテルは挿入されていない」という項目に対して、現実的ではなく妥当ではない、というコメントが多く寄せられた。機能障害に応じた処置であるかどうかについて見極め、介護者負担の軽減などの目的でのカテーテル挿入ではないことが明記されるように表現を修正することとした。

要介護になることを予防する、いわゆる介護予防の項目については、リハ専門特化型訪問看護ステーションのコンセプトから考えると医療保険適応の利用者も多くなると思われる。その場合、確実に介護保険につなぎ、介護予防のルートに乗ってもらうことが地域リハ活動として重要になるため、項目はそのまま表現を修正することとした。

5. 今回の検討で得られたリハ専門特化型訪問看護ステーション業務基準（Ver2）（表 4）

基準①リハビリテーション専門特化型訪問看護ステーション構造要件

番号	項目	確認方法
1	事業所の理念・運営方針	活動地域の住民が抱える健康増進、介護予防、疾病の悪化防止、苦痛の緩和等の課題に対して、看護的視点から専門的に支援していく事業所であり、特に亜急性期～回復期のリハビリテーションに重点を置いて利用者にかかわることを明文化している。またそのことが職員、利用者に対しても明示され理解されている。
2	理念・運営方針に基づく組織図	組織図が明示されていること。特に専門とするリハビリテーションおよび看護のケアの質を確保できる組織体制を保持していることを、利用者に理解しやすく図示されている
3		リハビリテーション看護について中心的に運営に当たる職員と他の職員との関係性を明確に図示できている
4	専門領域のケア提供の方針	リハビリテーションに関する利用者・家族の希望と意思が確認されている
5		個別で評価可能なリハビリテーションゴールを利用者・家族と共有している
6		リハビリテーションゴールに向けて具体的なプログラムが立案されている
7		脳卒中、心筋梗塞、脊髄損傷、大腿骨頸部骨折など急激な発症・受傷からの回復過程の促進を対象としたリハビリテーション（脳卒中モデル）を受けているに限定して訪問看護サービスを提供している
8		急性期を脱した状態であるべく早期に在宅でのリハビリテーションを希望する利用者限定している
9		利用者の症状が安定し、進行がない状態であることを確認し、リハビリテーション開始の指示が医師から出ていることを確認している。
10		利用者の希望に応えられる専門的な看護ケアを提供できる業務体制である。
11		設定されたリハビリテーションのゴール到達をもって、訪問看護終了と判断する。
12	専門性を有する看護師の配置	リハビリテーション専門病院等の勤務経験があり、研修などをうけた専門性の高い看護師が従事している。→将来的には、リハ専門看護師、リハ認定看護師などの配置が確認されること
13	専門領域の知識・技術の向上のための研修計画	年次計画の中に、リハビリテーションに関する研修が定期的、段階的に毎年計画されている。
14		所属している訪問看護師はリハビリテーション看護の実践に必要な研修を受けている。
15	リハ専門のケア実践のための支援体制	リハビリテーションを専門とする看護師が、さらに専門性の高いリハビリテーション医や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などから必要時に助言、指導を受けることができる体制がある
16		必要時には、リハビリテーションに関する研修会を企画できる専門職同士のネットワークをもっている
17		急変時の受け入れ施設を明確にしており、緊密な連携体制をとっている。
18		近隣の訪問看護ステーションとの緊密な連携体制がある。
19	リハ領域のケアに関する助言・指導・協力体制	リハビリテーションを専門とする看護師が、ステーション内の他の職員に対し、必要時に専門的知識、技術を提供し、助言、指導できる体制がある。
20	専門領域のケアのプロトコール	リハビリテーション看護の進め方（マニュアル等）が明示された文書があり、職員全員が理解している。
21		リハビリテーション関連職種と連携する上での手順、基準等が明示された文書があり、職員全員が共通認識できている。
22	専門的ケアの24時間の提供体制	利用者の緊急時の連絡体制、必要時の訪問体制がある。
23	職員の負担軽減に配慮したスケジューリング	リハビリテーションを専門とする看護師に過剰負担がないように緊急時対応の体制がとれること
24		リハビリテーションを専門とする看護師不在時の対応体制が整備できている。
25		リハビリテーションを専門とする看護師の人数に合わせた利用者への訪問や対応体制がとれている
26	サービス評価の体制	リハビリテーション専門特化型訪問看護ステーションとしての体制評価や実績評価が定期的実施されている。
27	地域の他機関への支援体制	地域内の他のステーションから、看護師のリハビリテーション看護に関する研修を受け入れている。
28		他のステーションからのリハビリテーション看護に関する相談に必要時応じている。
29	専門領域のケアに関する情報の整備・発信体制	リハビリテーションおよびリハビリテーション看護について、積極的に最新情報を把握し、利用者やその家族だけでなく、地域内の他のステーション等に対して必要時最新情報を発信している。
30	専門領域のケアの普及・啓発体制	リハビリテーションに関する専門的な知識や情報を、地域の専門職や地域住民に対して、発信する活動を積極的に実施している。（例：脳卒中後遺症患者を対象とした日常生活訓練方法普及のためのイベントに、ステーションとしても共催で参加するなど）
31	必要設備・機器類	身体機能のアセスメントやリハビリテーションプログラムの実行に必要な物品が整備されている。

基準②-1過程要件(連携・協働基準)

番号	分類	項目	確認方法
1	リハチーム運営方針の明確化	利用者中心のリハチームアプローチ	リハビリテーションは専門職連携・協働によって実現するものであり、目指すところは利用者のQOLの向上であることをステーションスタッフが理解している
2		リハビリテーション目標	利用者・家族の希望を叶えるためのリハビリテーション目標を明確にし、チームで共有するための場と機会を確保している
3		リハビリテーション関連職種との相互理解のもとチームビルディング	リハビリテーション関連職種の専門性をお互いに理解、尊重し、訪問看護師と関連職種がイコールパートナーとしてチームを構築している。
4			利用者の状態変化を、関わるリハチームで共有し、必要なチームメンバーを定期的に検討している
5	リハチーム連携協働方法	カンファレンス・担当者会議の開催	訪問看護指示書、リハビリテーション看護実施指示の記載があることを確認している。また訪問看護報告書を提出し、利用者のケアの方針、目標について共有するとともに必要に応じてカンファレンスを開催している。
6			関連職種、組織間において担当者会議を行い、利用者のリハビリテーションゴールを共有するとともに効果的な具体策を検討している。
7			利用者が急性期病院を退院する前に、利用者・家族の許可を得て病院とコンタクトをとり訪問開始前の状況について情報の共有をしている
8			利用者、家族の状況等に応じて緊急の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。
9		リハビリテーション実施に関わる記録の整備	リハビリテーション看護に必要な情報が記載されている。
10			リハビリテーション関連職種間で情報を共有できるように記録が整備されている
11		連携に必要な情報の整理	紹介元に訪問看護実施中および援助過程終了後の評価を報告書にして送付している
12			訪問看護サマリーはリハビリテーション看護に関連した成果について記載した内容である。
13			紹介先にとって必要な情報を把握し、その内容で訪問看護サマリーを作成している。
14			ICF(国際生活機能分類)の枠組みを使用した生活機能のアセスメントおよび介入後評価を実施し記録している

基準②-2過程要件(機能障害別看護基準)

番号	分類	項目	確認方法
1	身体運動機能障害	基本動作の獲得(機能)	基本動作の獲得が出来ない原因・要因について環境因子個人因子、健康状態や病態など多角的な視点から分析している
2			利用者の意欲の維持・向上支援を行いながら基本動作を獲得するための段階的な介助方法の工夫を行っている
3			利用者、家族、他の介護職等に病態および病態に基づく基本動作上のリスクとその予防方法を説明している
4			利用者にとっての、基本動作を獲得する目的を利用者、家族、関わるチームで共有している
5			訓練専門職が提示する動作方法を生活の中で安全に、利用者が安心して活用するための多様な手段を駆使している。
6			利用者の基本動作実施機会を最大限確保し、動作修得のための明確なプログラム、手順を利用者と家族、関連職種で共有している
7			利用者のQOLの向上に向けた援助の目的を利用者・家族に説明し共有している
8		ADL動作の自立(活動)	標準化されたADL評価基準を利用している(たとえばFIMなど)
9			利用者にとってのADL自立の目的を利用者、家族、関わるチームで共有している。
10			ADLの制限や制約の原因・要因を、環境因子、個人因子、健康状態や病態など多角的な視点から分析している。
11			ADL動作を行う上で生じる可能性のある2次的障害の予測を行い、予防策を用意し、リスクマネジメントを行っている。
12			利用者の意欲の維持・向上支援を行いながら、ADLが自立するための環境整備、段階的な介助方法の工夫を行っている
13			利用者、家族、他の介護職等がADL状況、今後の見通し、動作を行う上でリスクを理解できるように説明している。
14			訓練専門職が提示する動作方法を生活の中で安全に、利用者が安心して活用するための多様な手段を駆使している

15			利用者のADL動作実施機会を生活の中で最大限確保し、動作修得のための明確なプログラム、手順を利用者と家族、リハチームで共有している
16			利用者の活動の拡大を通してQOLの向上を目指している
17		IADL動作の自立(参加)	IADLの制限や制約の原因・要因を、環境因子、個人因子、健康状態や病態など多角的な視点から分析している。
18			利用者・家族の社会参加を促進できるような地域資源を提示している。
19			IADL動作を行う上で生じる可能性のある2次的障害の予測を行い、予防策を用意し、リスクマネジメントを行っている。
20			利用者の意欲の維持・向上支援を行いながら、IADLが自立するための環境整備、段階的な介助方法の工夫を訓練職と連携しながら行っている
21			利用者、家族、他の介護職等がIADL状況、今後の見通し、動作を行う上でのリスクを理解できるように説明している。
22			訓練職が提示する動作方法の提示を生活の中で安全に、利用者が安心して活用するための多様な手段を駆使している
23			利用者のIADL動作実施機会を最大限確保し、動作修得のための明確なプログラム、手順を利用者と家族、リハチームメンバーで共有している
24			社会活動への参加を通して利用者のQOLの向上を目指している
25	精神機能障害	注意・集中機能の再獲得	注意・集中機能のアセスメントを定期的に行い、それに基づきケア計画を立案、実施、評価を行っている
26			注意・集中機能の障害が生活におよぼしている影響をアセスメントし利用者・家族に説明し障害の拡大を防ぐ方法を工夫し実施している
27			意識レベル、注意機能と服用している薬剤の関係をアセスメントしている
28			作業療法士、心理療法士などの関連職種へのコンサルテーションの必要性を定期的のアセスメントしている
29		感情機能の安定	抑うつ状態の有無を定期的のアセスメントしている
30			抑うつ状態を把握した場合、早急に医師と連携をとり医療介入をタイミング良く行っている
31			抑うつ状態で薬物治療を行う際の効果のモニタリングを行っている
32			抑うつに伴うリスクを利用者・家族に説明し、緊急医療介入のしきりを関わるチームと利用者、家族で共有している
34			障害と共に生きること、喪失の意味、生活の困難などを表出する機会をつくっている
35			抑うつ状態にある利用者の看護プロトコルを整備している
36	コミュニケーション障害	コミュニケーションの確保	コミュニケーション障害の有無、程度、性質について定期的のアセスメントし、障害に合わせたコミュニケーション方法を立案、実施、評価している
37			利用者の言語訓練へのニーズを把握し、必要があれば言語聴覚士を含めたチームを構築できる基盤を持っている
38			利用者のコミュニケーション意欲、代替的に用いているコミュニケーションスキルを定期的のアセスメントしよりよいコミュニケーション方法を志向している
39			利用者も周囲の人も、人と関わり続けるというコミュニケーション意欲を維持・向上できるようにケア計画を立案する
40	摂食嚥下栄養障害	安全に摂食・嚥下できる	摂食嚥下障害の有無、程度をアセスメントし、ケア計画を立案評価実施している
41			摂食嚥下障害の評価を共有し適切な専門職を含んだチームを構築し包括的な嚥下障害対応計画を立案している
42			生活上の誤嚥のリスクをアセスメントし予防のためのケア計画を立案実施評価している
43			利用者と家族が生活上のニーズに合わせて食事摂取を行えるように指導、相談に応じている
44			栄養状態の評価を共有し栄養士や歯科医師、STなど適切な専門職を含んだチームを構築し包括的な栄養状態改善計画を立案している

45	排泄障害	排尿機能の改善	医師の指示のもと、定期的に残尿の測定を行い、リハチームによる総合的な排尿機能改善プログラムを立案実施している。
46			尿貯留機能の障害の病態を理解し、尿意の有無、尿失禁の型、排尿回数などの個別性に合わせた対応方法を検討できる
47			尿意がない場合、失禁の程度や生活に合わせた用具の選択ができる。
48			尿貯留機能の障害に対する薬物療法について、有用性・適応を理解し、全身状態を含めた身体への影響を観察しアセスメントできる。
49			尿貯留機能の回復のための援助方法を理解し実践できる。
50			利用者の希望、生活環境、介護資源を把握した上で、排尿機能の障害に合わせた間歇的導尿法や留置カテーテルの適応を検討できる。
51		間歇的導尿法が継続して行われるための条件を理解し、自己導尿・介助導尿による生活への影響、利用者の希望、残存機能を考慮した管理や指導ができる。	
52		利用者および介護者の排泄（排便）に関する認識を把握し、個々の個別性に合わせた援助ができる。	
53		排便障害の改善	利用者の排便状況をアセスメントし、残された機能を活用し、なるべく自然な排便状態に近づけるように計画を立案、実施評価している
54			排便に伴うリスク（ショック、血圧上昇など）をアセスメントし、予防策をたてている
55			利用者・家族が、食事と排便のバランスについてアセスメントし、整えられるようにともに考え実施する。
56		排泄動作の確立	排泄動作の自立を目指して、座位保持機能・手指機能・移動機能の障害程度および利用者の生活リズムと希望に合わせ、排泄方法を利用者・家族とともに検討し実施する。
57			利用者の排泄の状況や介護状況を的確にアセスメントし、できる限り自立でき、能力を最大限発揮できるへ方向へ援助するよう方針が統一されている。
58	身体運動機能・移動能力の向上に合わせて、より自然に近い姿勢や方法で（臥位からホータルトイレ、ホータルトイレからトイレなど）排泄ができる方向に変えていける様支援できる		
59	障害や自立度にあわせ、安全な排泄動作が確保できるよう、ホータルトイレの選定・トイレへまでの移動方法の選択や手摺やトイレなどの改修を含めた環境調整を関連職種と連携しながら行うことができる。		

過程基準②-3（疾患別基準）

1	脳卒中	利用者の脳卒中の病態および急性期治療の概要と効果を把握している
2		脳外科医、神経内科医、リハ専門医などとの緊密な連携のもとに訪問看護を実施している
3		利用者の中枢神経症状、麻痺の程度などをアセスメントし、再発作の早期発見、早期対処に努めている。
4		利用者の脳卒中後の合併症（浮腫、拘縮、廃用の進行等）について、アセスメントし、ケア計画を立案実施評価している
5		利用者の発症前の生活状況を把握し、脳卒中後の機能障害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し、それらに基づき支援の方向性を検討している。
6		利用者の現病歴・既往歴から、脳卒中発症のリスクファクターをアセスメントし、利用者、リハチームとともに再発作を予防するための対策を検討している。
7		利用者の高次脳機能障害について定期的にあセスメントし、ケア計画を立案実施評価している（認知症との違いがわかる）
8		利用者のうつ状態について定期的にあセスメントし、必要な医療介入を検討しケア計画を立案している。
9		睡眠・覚醒について、定期的にあセスメントし、適切な支援をしている。（薬剤使用状況、生活リズムなど）
10		利用者の転倒リスクについて定期的にあセスメントし、適切な予防対策を利用者・家族とともに立案し実施評価している。
11		利用者に今後起こりうる脳卒中特有のリスク（認知症、うつ、閉じこもり）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。
12		家族の脳卒中後の機能障害にかかる介護技術や知識について、アセスメントし、それに基づき必要な支援をしている。
13		家族の脳卒中後の機能障害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し、それらに基づき必要な支援をしている。

1	大腿骨頸部骨折	地域連携バス等を活用し、利用者の骨折の部位・術式について確認し、骨折に伴う機能障害のアセスメントをし、機能障害の回復に向けたケア計画を立案実施評価している
		利用者の受傷前の生活状況を把握し、骨折後の機能障害に対する認識や受容、今後の意向についてアセスメントし、それに基づき支援の方向性を検討している。
		利用者の骨折後の機能障害について、医師、理学療法士等とともに経時的にアセスメントし、それにもとづきケア計画を立案実施評価している
		利用者の移動機能について定期的にアセスメントし、それに基づき維持・拡大のための支援をしている。
		利用者の生活環境の安全性、安楽性について、理学療法士等とともにアセスメントし、それに基づき適切な生活環境のための調整をしている
		骨折後の機能障害に関係する介護者の介護技術や知識について、アセスメントし、それに基づき必要な支援をしている。
		機能障害の状況から、利用者の機能拡大及び介護者負担軽減につながる補助器具、自助具の導入について、リハチームで検討しケア計画を立案実施評価している。
		利用者の再骨折のリスクをアセスメントし、予防のためのケア対策を立案実施評価している
		利用者の生活行動範囲縮小のリスクをアセスメントし予防のためのケア対策を立案実施評価している

1	心筋梗塞	原則として心筋梗塞リハビリテーションに関する最新のガイドラインが利用されている。
		循環器専門医、かかりつけ医との緊密な連携のもとに訪問看護を実施している
		心臓リハビリテーションに伴う合併症の兆候を観察し発見し可能な対処ができる。
		運動負荷試験等の結果から、利用者の運動耐容能をアセスメントする、もしくは、主治医のアセスメントの根拠を理解する。
		利用者の状態と運動負荷の関係から運動に伴うリスクをアセスメントする。
		利用者および家族の病状に対する理解・知識・希望などを把握しケア計画を立案する。
		心筋梗塞リスクファクター低減に向けた生活上の課題をアセスメントし、セルフケア能力の向上を目指したケア計画を立案実施評価できる。
		病状を悪化させる可能性がある生活、社会環境をアセスメントし、生活調整に関するケア計画を立案実施評価している。
		心筋梗塞の罹患に関連した、自尊心の低下や、健康不安を解消することへのアプローチが取り入れられている。
		利用者が自覚症状や運動負荷のセルフチェック技術を身に付けられるように指導し、訪問時に運動負荷状態の把握や病状変化の把握を適切におこなっている。

1	脊髄損傷	整形外科医、リハ専門医、および脊髄損傷患者のリハビリテーションに精通しているメンバーとチームを組んでおり、利用者・家族・リハチームが在宅でのリハビリテーション活動が可能であると判断している。
		利用者の脊髄損傷の部位、それに伴う機能障害のアセスメントをし、包括的なリハ計画の元でケア計画を立案実施評価している
		利用者の脊髄損傷後の機能障害に対する認識や受け止め、今後の意向についてアセスメントし、それに基づき支援の方向性を検討している。
		利用者のADL自立に向けた包括的なリハ計画のもと、生活環境からうける制限をアセスメントし、リハ専門職と連携しながら環境調整を行っている
		利用者のADL自立に向けた包括的なリハ計画のもと、残存機能を活用した動作方法をリハ関連職と検討し利用者の希望に合わせて取り入れている
		利用者の褥瘡発生リスクについてアセスメントし、予防のために必要な支援をしている。(体圧分散マットレス、エアマット、ピローなど)。
		自律神経障害のアセスメントのもと、必要なケア計画、および指導教育を行い、利用者および家族が体調管理を主体的に行えるようにする
		利用者の機能拡大及び介護者負担軽減につながる補助器具、自助具の導入について、本人、家族、リハ関連職種と検討し決定している

基準③ 成果要件(リハ専門特化型訪問看護終了時のアウトカム)		
番号	項目	確認方法
1	廃用性変化の防止 (ミニマムエッセンシャルズ)	どの関節にも発症後新しくできた拘縮がない
2		健全な部位の筋力低下がない
3		どの体表にも発症後新しくできた褥創がない
4		留置尿路カテーテルは原則として挿入されていない
5		原則として残尿はない。
6		呼吸機能の悪化がない
7		起立性低血圧は出現しない
8	合併症の防止	肺炎は発症しない
9		新たな骨折受傷がない
10		身体どこにも新たな疼痛の出現がなく、かつももとの疼痛は軽減する、あるいは利用者・家族が対処方法を獲得する
11	身体機能の回復	歩行・移動距離が延長する
12		立位保持時間が延長する
13		座位保持時間が延長する
14		両側の握力が向上する
15	生活機能の改善	FIMなどの標準化されたADL評価指標が改善する
16		利用者なりの生活リズムが安定する
17		在宅生活を送るうえでの困難感・負担感が低減する
18		行動範囲が拡大する
19		SF36などの健康関連QOL指標が改善する
20	再発リスクファクターの低減	血圧が適正範囲(WHO推奨基準に基づく)である
21		主治医の診療を定期的に受けている
22		必要薬剤(ワーファリン、スタチン、降圧剤、骨粗鬆症治療剤など)を内服できる
23	要介護状態の予防 (どれか一つが満たされている)	地域包括支援センターでサービスを受けることになっている
24		医療保険適応のリハから介護保険適用のリハに円滑に移行していることを確認している(必要時介護認定の手続きが開始されているなど)
25		新予防給付特定高齢者のスクリーニングを受けている
26		デイケアに参加している
27		訪問リハビリテーションを受けている

V. 今後の課題

リハ専門特化型訪問看護ステーションの経営を実現し利用者のリハニーズに応える資源として機能するためには、以下のような解決すべき課題がある。

- ①医療保険でカバーしているリハニーズと介護保険でカバーしているリハニーズの実態を検討し、リハ専門特化型訪問看護ステーションとしての経営の安定化のために、業務基準としてどのような項目が必要かさらに検討する。
- ②リハを受けている利用者への看護実績の高い訪問看護ステーションをいくつかモデルとして選定し、今回得られた業務基準 Ver2 を導入し、前向きに追跡調査を実施し、妥当性を詳細に検証する。
- ③リハ専門特化型訪問看護ステーションの効果的・効率的な運営に必須であるリハビリテーシ

ョンの知識と技術を有した専門性の高い看護師の育成についてその実現可能性を探索する。

④維持期のリハビリテーション資源として専門特化型ではない訪問看護ステーションの力量を向上させる方策が必要である。リハ活動なくして生活機能の維持はなく、維持期リハは利用者・家族の QOL の向上のために必要不可欠である。リハ専門特化型訪問看護ステーションの成果保証は維持期リハ活動をより効果的・効率的に実施するためのリハ資源であると位置づけることが地域リハの充実を促進する。また維持期のリハ活動が充実していることによってリハ専門特化型訪問看護ステーションのより効果的・効率的な活動が保証されると考える。

文献

- 1) 井上幸子他編：看護学大系 1 看護とは① 看護の概念と看護の歴史 第2版，日本看護協会出版会，27，2005.
- 2) 酒井郁子：リハビリテーションにおける看護の役割と機能，地域リハビリテーション，8，396-399，2006.
- 3) 酒井郁子：超リハ学 看護援助論からのアプローチ，文光堂、32，2005
- 4) 前掲書，415.
- 5) 西山正徳：新診療報酬大系における回復期リハビリテーション病棟の位置づけ，日本リハビリテーション病院・施設協会 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会編集 回復期リハビリテーション病棟 新しいシステムと運営のしかた，6-11，2003.
- 6) 畑野栄治：地域でのリハビリテーション医の役割-医療保健と介護保険から-，リハビリテーション医学 43(5)，279-290，2006.
- 7) 橋本洋一郎，寺崎修司他：急性期病院から回復期リハビリテーション病棟への期待と注文，日本リハビリテーション病院・施設協会 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会編集 回復期リハビリテーション病棟 新しいシステムと運営のしかた，114-123，2003.
- 8) 上田敏：目で見えるリハビリテーション医学 第2版，東京大学出版会，P 1994.
- 9) 澤村誠志監修：地域リハビリテーション白書2，三輪書店，P401，1998.
- 10) 再掲8)，7
- 11) 酒井郁子：リハビリテーション看護の継続と地域リハビリテーションシステム，貝塚みどり，大森武子他編集 QOLを高めるリハビリテーション看護 第2版，267，2006.
- 12) アメリカ看護婦協会編：病院看護の通信簿，日本看護協会出版会，3-10，2001.
- 13) P. A. Chin et al: Rehabilitation Nursing Practice. 10. 1998.
- 14) 再掲3) 24.
- 15) 再掲3) 25.
- 16) Forster A. Young J.:Specialist nurses support of patient with stroke in the community: A randomized controlled trial. BMJ 1996;312:1642-1646)
- 17) E Grasel et al. Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. Clinical

Rehabilitation 2006;20:577-583

18) Zohar Nir, Zoly Zolotogorsky, Heidi Sugarman. Structured Nursing Intervention Versus Routine Rehabilitation After Stroke. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 2004; 83(7):522-529

19) 世界保健機関 (WHO) 編: 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—, 中央法規, 9-10, 2002.

20) 千野直一編著: 脳卒中患者の機能評価 SIAS と FIM の実際, シュプリンガー・フェアラーク東京, 43, 1997.

21) <http://www.sf-36.jp>

6) 障害者・児ケア

委員長	及川 郁子	聖路加看護大学教授
委員	島田 珠美	川崎大師訪問看護ステーション所長
	鈴木 真知子	日本赤十字広島看護大学教授
	宮谷 恵	聖隷クリストファー大学看護学部助教授
	渡辺 慶子	済生会横浜市東部病院重症心身障害児（者）サ ルビア 看護師長
研究協力者	眞鍋 裕紀子	聖路加看護大学
	長谷 美智子	聖路加看護大学大学院

緒言

ノーマライゼーションの理念が浸透し、医療機器の進歩、社会状況の変化により、医療処置を伴う重症心身障害児も在宅ケアに移行するようになってきた。近年では、低年齢で医療処置を持ちながら退院する児が増えてきており、訪問看護へのニーズはますます高まっている。小児の訪問看護が本格化されたのは、平成6年の健康保険法改正により、訪問看護ステーションから小児の訪問ができるようになったことによる。東京都では¹⁾、重症心身障害児の支援事業として昭和57年から訪問看護事業が開始され、現在は、法人への委託事業として訪問看護が継続されている。

重症心身障害児は、原疾患のほかにさまざまな合併症をもち、日常生活において、医療や福祉の専門的ケアを要する子どもたちである。また重症心身障害児のケアは、子どもたちの成長に応じた療育支援を欠かすことができず、子どもを取り巻く家族、地域への働きかけも児のQOLを支える上で重要な要因となっている。

昨年度行われた研究によると²⁾、訪問看護において今後専門特化を推進すべき領域として、重度障害児・者へのサービスもその一領域として上げられている。しかし、重症心身障害児のケアについては、施設ケアを中心に多くの文献が出されているが、在宅ケアや訪問看護に特化されたものはほとんどなく、東京都による在宅重症心身障害児(者)訪問事業ハンドブックが唯一のものといつてよいであろう。

近年の訪問看護へのニーズの高まる中、重症心身障害児を専門的に訪問看護するステーションとしてのありようについて検討することは、今後の小児の訪問看護全般を考えるうえでも意義あることと考える。

目的

本研究では、重症心身障害児の訪問看護を実施する訪問看護ステーションが、重症心身障害児を専門的に訪問看護するステーションとしてあるための業務基準案を作成することである。

本小委員会は重症心身障害児・者となっているが、今回は重症心身障害児（以下、「重心児」という）を対象とした。

方法

1. 重心児の訪問看護経験者 1 名、訪問看護ステーション管理者 1 名、重心児の実践および在宅ケア経験のある大学教員・院生 5 名で小委員会を構成した。
2. 重心児の看護に関する資料や文献、意見交換から重心児の在宅ケアに必要な看護内容を検討し、基準第一次案を作成した。
3. 作成した基準第一次案について、重心児の訪問看護の実績のある訪問看護ステーション 5 箇所（大阪 1 箇所、静岡 2 箇所、東京都 1 箇所、神奈川 1 箇所）および在宅重症心身障害児東京都委託事業部にヒアリングを行い、その内容を含めて再度小委員会で検討し基準案を作成した。ヒアリング内容は、分類の適切性、必須内容が満たされているかどうか、重心児に対する基準案作成に対する意見、などである。

結果

1. 基準第一次案の作成

1) 基準案の枠組

基準案の作成に当たって、その基準の枠組みやレベルをどのように考えるかが問題となったが、本研究では、重心児のケアと類似している、難病ケア小委員会が昨年度作成した看護実践に関する基準案を参考にすることとした。難病ケア小委員会が作成した看護実践に関する基準項目は、9 分類 42 項目である。①症状の進行（1 項目）、②療養方針（5 項目）、③症状マネジメント（8 項目）、④生活支援（5 項目）、⑤医学的管理（4 項目）、⑥家族支援（4 項目）、⑦チームケア（3 項目）、⑧緊急時の対応（3 項目）、⑨緩和ケア（2 項目）である。管理項目については 16 分類 20 項目が上げられている。

重症心身障害の原因の多くは、中枢神経系脳障害である。原疾患はさまざまであるが、重篤な健康状態によって生じた障害である。重症心身障害児(者)とは「身体的・精神的障害が重複し、かつ、それぞれの障害が重度である児童および満 18 歳以上のもの」(昭和 41 年厚生省次官通達)と定義され、一般には大島の分類区分の 1～4 に該当する人たちである。重度な身体障害とは、呼吸障害、運動障害、摂食障害、排泄障害などを併せもった状態であり、また同時に活動性の疾病を伴うことも珍しくなく、医療処置を含めた高度な専門的ケアが必要とされる。重度な精神的障害とは、コミュニケーション障害、知的障害、対人関係障害などがあるために、日常の活動制限や社会参加の機会が制約される状態であり、医療のみならず療育を通して生活の質を高めるケアが必要となってくる。

このような点では、難病ケア小委員会の看護内容と重複する部分も多く、重心児のケアの基本とその特徴を加味した、基準案作成を試みることにした。管理項目は他領域とも共通する内容であり、看護実践に関してより多く検討を行なった。

2) 基準案の内容

重心児のケア内容については、文献等^{1) 3) -16)} から、以下の項目が抽出された。

- ・ 症状：一般状態、けいれん、筋緊張など

- ・ 合併症
- ・ 呼吸管理/呼吸障害
- ・ 栄養管理/摂食嚥下障害/経管経腸栄養管理
- ・ 清潔管理/口腔衛生/褥瘡
- ・ 排泄管理
- ・ 運動/姿勢、体位/移動介助、機能訓練
- ・ コミュニケーション
- ・ 発達/療育
- ・ 生活環境整備
- ・ 家族支援
- ・ 連携とチーム医療

また意見交換の中で出されたことは、

①重心児の成長発達のアセスメントと支援について：これは重症心身障害者とは明らかに異なる、子どもの成長・発達の可能性と療育という考えが必要となること

②家族支援・生活支援の視点：特にここでは、(たとえば入浴介助など)家族が支援者に頼ってしまうことによる家族の自立をどう促すか、子どもであることから介護が家族のみで行なわれがちになることによる、介護負担と家族の生活とのバランスを、いかに訪問看護師が調整できるかということが話題となった。

③訪問看護ステーションと他機関との連携：訪問看護ステーションから学校(学校看護師や養護教諭)にどのようなバックアップをしていくのか。学校やボランティアの活用、レスパイトケア時に、どのような申し送りをするべきかについて検討すること、また利用者の緊急時入院施設への依頼の基準についても検討が必要ではないかと話された。

④症状マネジメントと人材育成について：特に重心児の状態を判断する(症状マネジメント)には、小児看護経験者がスタッフとしても必要、などである。

意見交換や文献、資料等を参考に、医療的ケア、成長・発達のアセスメントと支援方法、生活支援(栄養と食事介助と注入、排泄コントロール、体位交換など)、家族支援、他機関との連携に関する視点については、より具体的に織り込むこととした。症状マネジメントについては子どもの状態アセスメントとし、症状と生活と発達を項目として入れることとした。重心児の採血は、静脈確保が困難なため、多くは医師が行っている。点滴静脈注射については、まだ実施数が多いとはいえない状況であるが、このような処置については項目として起こし、確認事項として誰が(医師か看護師か)行なうかについて入れることとした。医療機器に関わる内容、事故防止、緊急時の対応などはリスクマネジメントの項目を立て、管理項目として入れることとした。

確認方法については、今回の時間内では検討することが難しいこと、さらには確認のための記録物が多くなることへの懸念もあり、各施設や公表されているチェックリスト、マニュアル等の活用を期待する範囲に留めることとした。

3) 基準第一次案

作成した基準第一次案は表1のように、＜看護実践＞8分類45項目141内容、＜管理項目＞4分類8項目40内容である。

表1 基準第一次案

＜看護実践＞

分類	下位項目	具体的内容数
＜アセスメント＞ 1. 療養の方針	1. 障害の理解	1
	2. 医療処置の意思決定	2
	3. 療養の場の意思決定	2
	4. 障害との共存	3
	5. 予後について考える	2
2. 子どもの状態－症状	1. 原因の理解	1
	2. 主病態の理解	1
	3. 合併症の理解	1
	4. 感染症	3
	5. 呼吸障害	3
	6. 消化機能・GER	3
	7. 骨折	4
	8. 脊柱側弯・変形	3
	9. 痙攣	3
	10. 歯科口腔外科疾患	3
	11. 皮膚疾患	3
	12. 水分バランス	3
	13. 精神障害	3
	14. コミュニケーション	3
	15. 嚥下障害	3
	16. そのほかの身体症状	2

3. 子どもの状態－生活	1. 生活リズム	1
	2. 環境	1
	3. 衣服と寝具	1
4. 子どもの状態－発達	1. 遊び	3
	2. 療育	2
	3. 発達	3
	4. 教育(学習)	2
<援助> 1. 医療処置・看護技術	1. 呼吸－呼吸障害	8
	呼吸障害－吸引	2
	呼吸障害－気管切開管理	4
	2. 栄養	4
	栄養－経管栄養	6
	栄養－経口摂取	6
	栄養－栄養と褥瘡	5
	3. 排泄	4
	4. 姿勢	5
	5. 清潔	3
	6. 与薬	4
	7. 移動	3
	8. 注射(点滴注射管理)	7
	2. 発達支援	1. 訓練
2. 心のケア		2
3. 社会的関わり		2
3. 家族支援	1. 介護負担の軽減	1
	2. 知識・技術指導	1
	3. 成長・発達への支援	1
	4. 家族の QOL	1
4. 経済的側面	1. 経済的負担の軽減	1
	2. 情報提供	1

<管理項目>

経営管理—運営方針	1. 理念	3
	2. 事業評価	3
人事管理	1. 人員配置	2
	2. 教育制度	1
業務管理 — サービス管理		6
— リスクマネジメント	1. 事故対策	7
	2. 感染症対策	3
	3. 医療機器管理	8
	4. 緊急時の対応	7

2. 基準第一次案のヒアリング

1) 各項目に対する意見

各項目に出された意見は、看護実践 82 件、管理項目 33 件の合計 115 件であった。出された意見を個々に検討し、最終的な基準案として看護実践 8 分類 44 項目 153 内容、管理項目 4 分類 9 項目 40 内容とした（第 3 章業務基準参照）。

なお、基準案に用いる用語として、訪問看護の利用対象者は、「子ども」という表現を基準とし、子どもでは意味が不明瞭な点については、「重心児」を用いることとした。子どもの親・保護者、居宅を共にする人については「家族」を用い、「きょうだい」「介護者」については、特定する場合において用いている。

2) 全体的意見

今回作成した基準第一次案のヒアリングを通し、重心児の訪問看護基準全般に関する意見として次のような内容が出された。

① 重症心身障害児のケアに対する理念について：重心児のケアは、医療のみならず精神面も含めたその子らしいあり方、QOL を考えていくことが基本である。それを踏まえての看護内容であることが大事であり、それを明記できるようにしたほうがよい。

② 子どもを生活の視点からトータルに見るとのこと：項目一つひとつでみると内容は網羅されているが、項目ごとに分断されている。重心児のケアでは、呼吸—姿勢—コミュニケーションなどのように全体の流れの中で捉えることが必要であるし、またそれぞれの項目を統合して生活全体としてアセスメントしていく視点が重要である。そのような視点ではわかりにくい。

③ 子どもと大人の差異が見えにくい

④ 子どもの成長や病状などによる段階的考え方などが必要ではないか

⑤ 重症児のキャリアオーバーについて

③～⑤については、重心児の成長・発達や成長に伴う病状の変化、支援の変更などを、どのように盛り込んでいくかという指摘である。またこの発達による変化に見合う援助をできる力量が、訪問看護師には必要であるという意見が付加されていた。

⑥ 家族（介護者）の介護能力のアセスメントと指導をするという視点：訪問看護師の役割として直接子どもを援助することもあるが、家族に指導することも多い。その際の家族の状態をどのようにアセスメントし教育的関わりを行うのか、項目だけではわかりにくい。

⑦ 管理項目で重症児に必要な内容と共通項との区分けはどのように考えるか

⑧ この基準と訪問看護ステーションの役割についての考え方

⑨ 基準案の活用方法

⑦～⑨については、領域を超えて、作成された業務基準の活用と関連した内容である。今回の意見では、重心児に必要なケアが全体に含まれており、自己点検として活用するには良い内容であったとの意見があり、この内容を特化することで保険診療への反映を望むとするものもあった。反面、項目・分量の多さ、マニュアル作りが大変、訪問看護ステーションによってはこの基準を満たすことができずに、重心児の訪問を避けるのでないか、という懸念の声も上がっていた。

考察

1. 基準案の内容

本研究は、重症心身障害児の訪問看護を実施する訪問看護ステーションが、重症心身障害児を専門的に訪問看護するための業務基準案を作成することである。文献やヒアリングを基に作成した基準案は、おおよその内容を網羅したものとする。しかし、ヒアリングにあったように、子どもの成長発達に応じた支援内容の特徴、今後増えていくと予想されるキャリアオーバーの重心児への支援などについては、重心児と重症心身障害者との区分を含め検討されなければならないことと考える。

また、実際の援助内容や方法、その評価については、確認方法としての資料や手順、マニュアル、記録物に頼っている。本来はそれらの内容と同時平行して検討される必要があり、それによって重心児の特徴をより反映できるものとする。特に手順やマニュアルには、必要物品、関わり方や声のかけ方、観察ポイントなど、子どもならではのスキルが要求される。徐々に、在宅での医療処置内容やケアに関するマニュアル¹⁷⁾やテキスト¹⁸⁾も増えており、基準内容と併せて、訪問看護ステーション用に整備することも可能であろう。また、実際、医療機関から退院してくるときの指示書の内容、訪問中の指示内容なども含めて、基準内容を再確認、整理することも必要と考える。

重心児のみならず小児の訪問看護にあたっては、制度上の制約や体制の不備等により、訪問看護の困難さや要望が多く挙げられている^{19) - 22)}。重心児とその家族のQOLを高めるためにも、以下の内容を今後の検討すべき課題として付記しておく。

①訪問時間、訪問回数の柔軟な対応

訪問時間を自由に設定することができることや訪問回数を柔軟に変更できることは、重心児のケアに掛ける時間のみならず、親のための時間、きょうだいのための時間を確保する上でも必要である。特に発育期にあるきょうだいは、重心児と同じように親の十分な愛情と保護を必要としている。きょうだいの学校行事や授業参観などへは、易感染傾向にある重心児を連れては出席できない。また、重心児本人のみならずきょうだいの急病時等に、緊急訪問によってきょうだいを受診できるようにすることも必要不可欠である。核家族化が進んでいる都心部では、夜遅くまで仕事をしている父親の協力も困難な事が多い。介護者の負担も多く、短時間では精神的サポートまで十分に行えないこともある。現在川崎市では週1回、3時間の滞在が認められており、神奈川県ではモデル事業が始まっている。このような対応が全国的に広がることを期待したい。

②親の在宅を条件としない訪問看護やヘルパーでの対応

上述のことと関連しているが、親の介護負担を軽減するためにも訪問看護時間を延長し、介護者の外出できる時間を確保することや、ヘルパーでの対応が可能な家庭では、状況に応じて親がいなくともヘルパーによるケア体制が取れることなど検討できるとよい。また、親が重心児のケアで手が足りないときには、きょうだいのケアをヘルパーに依頼できるなど柔軟な対応が可能になることも必要である。安心・安全なサービスを提供することは大前提であるが、家族にとっては少しでも心身の負担が軽減され、さらに利用負担が少ないことは大事である。

③居宅以外での訪問看護の提供の拡大

子どもの発達を支えていくには、療育が欠かせず、そのための通園や通学は子どもにとって重要な場である。しかし、どんなに要請があっても、現制度では居宅以外の訪問看護はできないこととなっている。一部の一般学校のように訪問看護師が特例でケアしているところ以外は、学校看護師の配置されている養護学校でも毎日の送迎や郊外学習には親が付き添わざるを得ない状況もあり、介護負担を軽減できるまでには至っていない。また、現場では専門職の導入が出来ないために通園や通学を拒否されることもある。高齢者の特別養護老人ホームやグループホームへの訪問看護と同じように、居宅以外の訪問看護の提供の場を拡大できるようにしてほしい。

④訪問看護料金の設定について

利用者側からすると、訪問看護に関わる費用は、利用する助成制度や自治体によって異なる。そのために負担が増す家族にとっては、訪問看護の利用を控えることもあり、公正な負担となることが望まれている。一方、訪問看護ステーション側では、現制度内で適切なケアを提供しようとしても、援助内容が診療報酬に還元されにくいこと(例：遊びなどの発達援助)や、時間延長や看護師の負担となっている。援助内容が適切に評価されることが必要である。

⑤その他

重心児の場合、その原疾患が稀少まれな難病であることも多く、小児科医との連携が欠かすことができないが、小児というだけでも往診医やかかりつけ医を確保することが困難である。また、子どもの発達や生活に応じたサービスマネジメントにおいては、専任の調整者（ケアマ

ネージャー) がいないために、調整不足やさまざまサービスから漏れるなどの問題もあり、家族が調整を行なっていることも多い。訪問看護師が調整を行なう場合や連携会議などが行なわれる場合、加算がないのが現状である。

訪問看護サービスの提供には上記の課題のみではないが、ある一定の業務基準をクリアしていくためにも、早急に対策が立てられることがよりよい訪問看護の提供となる。

2. 基準案の活用方法

ヒアリングの結果でも述べたように、今回の基準案は重心児のケアにおける自己点検・評価として活用できる内容と考えることができる。具体的な評価方法や評価回数などは定めていないため、どのように評価することが最も妥当性、信頼性のある評価になるかは今後の検討課題である。また、重心児の受け入れを検討しているステーションが、その準備のための指針として活用することもできると考える。

一方、小児の訪問看護件数からみると、重心児専門の訪問看護提供施設がどれほど必要であるかは明確になっていない。小児の訪問看護の受け入れについては、ステーションによるばらつきや地域による差がある。そのような中で訪問看護ステーションに基準を求めることは、むしろ小児の訪問にブレーキを掛けるのではないかと懸念もされている。少子化の中で、小児の医療供給体制そのものが見直されてきているが、小児の訪問看護においても、重心児を含めた小児の訪問看護の需要と供給のバランスを見て、ある一定地域における専門特化型のステーションと一般ステーションとの役割分担を行い、連携を図るシステムを構築していくことが必要と考える。

また、小児の場合は医療機関・施設との関係も強く、ステーション同士の役割分担のみならず、重症心身障害児を専門的にケアしている医療機関や施設との協働・連携についても視野に入れて検討することが必要ではないだろうか。

3. 重心児の訪問看護師の養成

専門性をもった訪問看護を行っていくには、訪問看護師の力量も高めていかなければならない。基準案では、管理項目の人員配置において「小児または重心児のケアの経験があるか、経験がない場合には相応の研修体制がとれる」としている。ヒアリングにおいても、子どもの成長発達や生活能力をアセスメントできる力、家族に教育的に関わる、相談に応じるためのスキルなどが必要であると言われている。

基準案を満しているための個々のスタッフの能力をどのように判断するのか、また判断する必要があるのか。また、基準案を満すための研修や教育の機会を、誰がどのように確保していくのか。そして、その能力を維持、促進するための手立ては何か。今回作成した基準案に沿って研修や学習が促進されることが望ましいし、これまでに以上に重症心身障害児を専門的にケアしている医療機関や施設との連携が活かされることも必要であろう。また、重心児のケアを専門とする小児専門看護師などの関わりについても、今後検討されることが望まれる。

結語

本研究では、訪問看護ステーションが重症心身障害児を専門的に訪問看護するための業務基準案を作成した。文献や委員会での意見交換、ヒアリングを基に作成した基準案は、おおよその内容を網羅することができた。今後はこの基準案をどのように活用していくのか、活用に必要なマニュアルや資料をどのように整備していくのか、さらには専門のスタッフをどのように要請するかが課題である。

文献

- 1) 東京都福祉保健局障害者施策推進部：在宅重症心身障害児(者)訪問看護事業ハンドブック <運営編><技術編>、2006.
- 2) 社団法人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、平成 17 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金研究報告書、2006.
- 3) 浅倉次男 監：重症心身障害児のトータルケアー新しい発達支援の方向性を求めてー、へるす出版、2006.
- 4) 今泉昭雄：障害児の療育ハンドブック、社会福祉法人日本肢体不自由児協会、2004、p11-p37、p63-p81、p101-p194
- 5) 今川忠男：発達障害児の新しい療育ーこどもと家族とその未来のためにー、三輪書店、2000.
- 6) 岩崎鎮枝：在宅ケアが必要な子どもの在宅療養に向けた支援、小児看護、30(1)、p42-p49、2007.
- 7) 江草安彦：重症心身障害療育マニュアル、医歯薬出版株式会社、1998、p 68-p 160.
- 8) 岡田喜篤、末光茂、鈴木康之 編：重症心身障害療育マニュアル第 2 版、医歯薬出版、2005.
- 9) 岡田喜篤 他 編：重症心身障害通園マニュアルー在宅生活を支えるためにー、医歯薬出版、2000.
- 10) 大石史博、西川隆蔵、中村義行 編：発達臨床心理学ハンドブック、ナカニシヤ出版、2005.
- 11) 島田珠美：訪問看護ステーションにおける難病の子どもの支援、小児看護、30(1)、p56-p61、2007.
- 12) 鈴木真知子：在宅生活を支える訪問看護のあり方を考える、訪問看護と介護、11(2)、p139-p148、2006.
- 13) Nancie R. Finnie 編 著、梶浦一郎、鈴木恒彦 訳：脳性まひ児の家庭療育第3版、医歯薬出版、1999.
- 14) Barbara Sharpe Banus 他 著、山田孝 他 共訳：発達障害の評価と治療ー小児の作業療法ー、協同医書出版社、1984.
- 15) 特集：重症心身障害児へのアプローチとトータルケア、小児看護、24 (9)、2006
- 16) 特集：慢性疾患や障害をもつ子どもの在宅に向けた支援を考える、小児看護、27(10)、2004.
- 17) 神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会医療処置安全推進委員会：在宅における医療処置の指標作成と技術の標準化ツールの開発ー神奈川県下で行ったアンケート調査の分析を

踏まえて一、平成17年度日本訪問看護振興財団訪問看護研究助成報告書。

- 18) 日本小児神経学会社会活動委員会：医療的ケア研修テキスト、クリエイツかもがわ、2006.
- 19) 大阪府訪問看護ステーション連絡会調査報告書：大阪府の訪問看護ステーションにおける小児（6歳以下）の訪問看護の現況と問題点、2006年3月.
- 20) 人工呼吸器をつけた子の親の会（バクバクの会）：バクバクっ子の生活実態アンケート調査結果、No.68、No71、2006.
- 21) 下山郁子：重症心身障害児の家族から訪問看護に望みたいこと、訪問看護と介護、10(3)、p 200－p 207、2005.
- 22) 吉野浩之、吉野真弓、田中裕次郎 他：小児の在宅医療への課題と訪問看護師への期待、訪問看護と介護、11(2)、p 112－p 118、2006.

3 考察

1) 成果

(1) 専門領域共通の業務基準

訪問看護ステーションが基本的にもつべき要素について、整理して共通項目とした。訪問看護ステーションが基本的に持つべき要素について抽出した。各項目を法令根拠条項に基づいて検討したところ、法令に基づいて必要な項目は満たしていたが、さらに該当しない項目もあった。これは、専門領域における訪問看護サービスを提供する際には、現行の法制度に加えてさらに必要な項目があることを示すものと考えられた。具体的には、「構造基準」として、「サービス提供管理」における、「看護の標準化（プロトコールの活用）」「制度の活用」「情報の活用」「他機関の支援体制」「情報の整備・発信体制」「ケアの普及・啓発体制」、「利用者（顧客）管理」における「相談対応」であった。

(2) 各専門領域の業務基準

平成17年度「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」の発展として、1)「がん緩和ケア」、2)「難病ケア」、3)「認知症ケア」、さらに現在の社会ニーズに対応して、4)「高齢者ターミナルケア」、5)「リハビリテーションケア」、6)「障害児・者ケア」に拡大し、6つの専門領域を選定し、業務基準を作成した。

各領域において調査結果などをもとにして、各専門領域の項目を抽出した。

(3) 業務基準の活用方法

各専門領域の訪問看護ステーションの業務基準が作成され、これが活用されると次のような効果を期待できる。

① 専門的な訪問看護ステーションの増加を促進する

これを用いた訪問看護ステーションは各専門領域の専門的サービスを提供できる体制づくりを容易にすることができる。その結果、各専門的訪問看護サービスを提供できる訪問看護ステーションの増加を促進でき、在宅医療充実のための基盤形成に重要な役割を果たすことができる。

② 人々が専門的訪問看護サービスへのアクセスを容易にする

各訪問看護ステーションがそれぞれに提供できる専門的訪問看護を公開することにより、このサービスを必要とする人々がニーズに対応するサービスを提供する訪問看護ステーションにアクセスしやすくなる。

③ 訪問看護師の研修、教育に役立つ

業務基準をもとにすれば、専門的訪問看護に関する研修や学習会、新人教育などのプログラムを容易に作成できる。

④ 訪問看護活動の評価に役立つ

業務基準を評価項目や評価基準に用いて、訪問看護ステーションの自己点検・自己評価を容易にすることができる。

2) 課題

医療改革の進行によって重要視されている在宅医療の促進のために 訪問看護ステーションは専門的な訪問看護の提供が求められている。専門的訪問看護の提供を速やかに拡大するために次の事項が課題である。

(1) 基準を満たし、専門的訪問看護を提供している訪問看護ステーションの認定

該当する訪問看護ステーションを何らかの方法で認定することができれば、該当訪問看護ステーションはこれを公開し、サービスの特徴を社会に公表することが容易になる。認定主体や認定の方法などを検討することが課題である。

(2) 専門的訪問看護ステーションの連携の促進

専門的訪問看護の提供を公開したステーションの相互理解や連携を促進できるよう支援することが課題である。

(3) 専門的な訪問看護に対する報酬制度

専門的訪問看護の提供に対する報酬制度も必要である。専門的知識や技術は医療の進展とともに絶えず更新されるため、研修は必須である。また必要な用具もそろえていなくてはならない。訪問看護ステーションは研鑽を積んだ専門的技術者である訪問看護師を、これを必要とする対象者がいない期間においても雇用していなくてはならないなどのためである。

(4) 基準のさらなる推敲

本研究で作成した基準を推敲し、さらに質の高いサービスを提供できるよう、検討を継続することが必要である。

第3章 業務基準

第3章 業務基準

1 共通項目

大項目	中項目	分類	法令根拠条項	責務等の内容		
I 構造基準	1 運営方針	1) 組織構成の方針	介:73条 健:90条	運営規定:事業及び運営の方針		
		2) 事業所の専門領域の理念				
	2 サービス提供管理	3) 看護の標準化 (プロトコルの活用)	-	-		
		4) フィジカルアセスメント機器の整備	介:運営基準62条 健:運営基準4条	設備や備品の整備		
		5) リスクマネジメント	介:運営基準31条、37条 健:運営基準23条、28条	衛生管理、事故発生時の対応		
		6) 制度の活用	-	-		
		7) 情報の活用	-	-		
		8) サービス提供体制	介:73条1項、115条の31項 健:90条	適切な訪問看護の提供		
		9) サービス評価体制	介:運営基準67条 健:運営基準14条	提供する訪問看護の質を自ら評価すること		
		10) 他機関との連携	介:運営基準30条 健:運営基準22条	市町村等の保健・医療・福祉サービスとの連携		
		11) 他機関への支援体制	-	-		
		12) 情報の整備・発信体制	-	-		
		13) ケアの普及・啓発体制	-	-		
	3 利用者(顧客)管理	14) 相談対応	-	-		
		15) 広報	介:115条の29	介護サービス情報の報告及び公表		
4 人事管理	16) 人員配置	介:61条 健:74条11項	職員の勤務体制及び勤務形態			
	17) 人事管理					
	18) 職員教育	介:運営基準30条 健:運営基準22条3項	職員の資質向上のための研修の機会の確保			
II ケア基準	5 過程基準・看護実践	19) 医療管理	介:運営基準68条 健:運営基準15条	<ul style="list-style-type: none"> ・医師との密接な連携及び心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切 ・医学の進歩に対応した適切な看護技術の提供 ・利用者またはその家族に対し、適切な看護技術の提供 ・常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握 ・利用者またはその家族に対し、適切な指導 		
		20) 心身のアセスメント				
		21) 症状マネジメント				
		22) 病状の進行の予測				
		23) 療養方針の理解を共有				
		24) 生活支援				
		25) 意志の確認と合意形成への支援 (家族含む)				
		26) 家族支援				
		27) 介護者支援				
		28) チームケア			介:運営基準30条 健:運営基準22条	市町村等の保健・医療・福祉サービスとの連携
		29) 緊急時の対応			介:運営基準72条、73条 健:運営基準19条	緊急時の主治医への連絡等必要な措置、運営規定
III 評価基準	6 評価	30) アウトカム	介:運営基準67条2項 健:運営基準14条2項	質の評価およびその改善		

2 専門領域

1) がん緩和ケア

1) 構造要件

	項目	解釈・確認方法
I 理念		
1	緩和ケア提供の理念・方針	トータルペインに対するケア提供を理念に掲げ、実践している
II 質の向上		
2	がん緩和ケア専門看護師の配置	がん緩和ケア領域の専門資格を持つ専門看護師または認定看護師が雇用されている、もしくは、緩和ケア領域についての研修（目安としてこれまでに <u>1日間以上</u> ）を受けるまたは緩和ケア提供実績（目安としてこれまでに <u>10件以上</u> ）があり、末期がん患者に自立して緩和ケアの提供ができる（最期まで在宅で看ることのできる）実践能力をもつ看護師が雇用されていること。（以下、がん緩和ケア専門看護師とする）
3	がん緩和ケア専門看護師の処遇	がん緩和ケア専門看護師の処遇（責任・権限の賦与、適切な給与体系等）が配慮されていること。
4	がん緩和ケア実践の支援	がん緩和ケア専門看護師に対する外部識者による助言・指導・協力体制があること。
5	がん緩和ケアに関する助言・指導	看護職員に対するがん緩和ケア専門看護師または外部識者による助言・指導・協力体制があること。
6	がん緩和ケアのプロトコル	がん緩和ケアの基準（プロトコル、基準・手順、業務マニュアル等）があること。
7	緩和ケアの24時間の提供体制	がん緩和ケア利用者に対して、医師とチームを組んで24時間のケア提供体制がとれていること。
8	サービス評価の体制（個々の患者レベル）	患者の死後、チームでデスカンファレンス等を行い、振り返る機会を持っていること。
9	サービス評価の体制（事業所レベル）	緩和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計画的かつ定期的になされていること。
III 環境づくり		
10	専門領域の知識・技術の向上（1）	がん緩和ケア専門看護師および看護職員が緩和ケア領域の知識・技術の向上を行うための研修参加

		(事業所内外のものを問わず) が計画的に組み立てられていること。
11	専門領域の知識・技術の向上 (2)	既存の在宅緩和ケアチームメンバーや事業所内看護職員以外のメンバーが参加できる公開の緩和ケアの学習機会または交流の機会があること。
12	専門領域のケアに関する情報の整備・発信	がん緩和ケア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、整備した情報や実績等を発信する体制があること。
13	地域他機関への支援	がん緩和ケア領域に関して、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。
14	在宅がん緩和ケア提供機関としての地域住民への普及・啓発	地域住民を対象とした広報活動が行われていること(地域住民からの相談への対応をしている/ボランティア受け入れ体制があるなど)。
15	在宅がん緩和ケア提供機関としての関連機関への認知・周知	病院の退院支援部門スタッフや地域包括支援センター等のケアマネジャーからの紹介ルートとして当事業所が認知・周知されていること。
IV 安定した運営 (安全管理含む)		
16	看護職員の負担軽減に配慮した労務・健康管理体制	看護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。(看護職員の意思が通るスケジューリングを行っている/看護職員の身体心理的負担に対するリエゾンの役割を果たす相談スタッフがいる/完全に仕事がオフになる日数が確保されているなど)
17	リスクマネジメントのための対応(緩和ケア特有の)	医療事故(モルヒネ製剤や医療機器の誤用により不本意な死を迎えることなど)の予防に努めるとともに、日常のケアを通じて利用者本人や残された遺族の満足度を高めるという視点をもって、リスクマネジメントに関する方策を講じている(リスク把握のための集約された情報入手ルートの確保、リスクを視野に入れながら最善のケア提供を検討するための定期的な情報交換の場の確保など)。
18	緊急時対応ネットワークの確立	患者に想定外の事象が発生した場合に、その内容に応じて、管理者、医師、関係機関、家族等への連絡体制が個別の患者ごとに確立しており、看護職員が必要な助言、指示を得ることができること。

2) ケア要件

	項目
I 身体・心理・社会的ケア	
1	身体的な痛みを客観的な指標（スケールなど）を用いて定期的にあセスメントし、記載している
2	身体的な痛みの管理を行うための根拠となるもの（マニュアルやWHO方式など）が存在し、それに基づいてケアを標準化した上で、痛みの管理（行動と評価）を行い、記載している
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）を定期的にあセスメントし、記載している
4	痛み以外の身体症状の管理を行うための根拠となるものが存在し、それに基づいてケアを標準化した上で、身体症状の管理（行動と評価）を行い、記載している
5	精神症状（せん妄、抑うつ、不安等）を定期的にあセスメントし、記載している
6	精神症状の管理を行うための根拠となるものが存在し、それに基づいてケアを標準化した上で、精神症状の管理（行動と評価）を行っている
7	代替ケア（マッサージ・指圧、リラクゼーション、アロマセラピー、セラピューティックタッチ、音楽療法など）を必要に応じて取り入れ、実施している
8	患者が社会的な役割を維持して日常生活を送れるよう配慮している
II スピリチュアルケア、死の教育	
9	患者のスピリチュアルペイン（生きる意味、存在の意義などの心の奥にある気持ち）に気づくことができ、それに適切に対応している（それを傾聴し、共に考え、患者自身での確認作業を促している）
10	現在起こっていること（痛みやその他の症状を含む状況）および今後起こりうることを判断・予測し、患者・家族にそれを説明し、対処している（患者・家族への情報提供）
11	患者・家族（特に家族）に適切な時期を見計らって、予後および死までの経過を説明している（死までの経過説明）
12	死の受け止め方、療養場所、および死亡場所に関する患者・家族の希望のゆれを共有し、最終的に両者が納得する場所で最期を迎えることができる
III 家族ケア	
13	家族の思いを聞き、辛さを共有するとともに、今ある状況の理解を促し、家族が最終的に満足のいく（後悔をしない）ケアを提供している（家族への心理的ケア）
14	家族の介護・ケア参加を促し、家族がチームの一員として役割を果たせる状況を整え、その結果、家族の介護・ケア能力が向上するとともに、家族の精神的な成長や予期悲嘆、死別後の適応が促されるよう導いている
15	家族の介護負担を考慮したケア（積極的なレスパイトケアの利用など）を実施している

16	遺族個々の必要に応じたグリーフケアを実施している
IV 日常生活ケア・指導	
17	日常生活に関するセルフケア能力に応じて、予防的かつタイムリーに必要な職種と連携をとり、サービスを導入している（終末期におけるADLの変化を予測した対応をしている）
18	家族への介護方法を指導するための根拠となるもの（マニュアルなど）が存在し、それに基づいて指導内容を標準化した上で、家族の状態に合わせて指導を行っている（家族への介護指導）
19	服薬指導（特にレスキューで使用する場合を含めた麻薬への認識や取り扱い方法）を指導するための根拠となるもの（マニュアルなど）が存在し、それに基づいて指導内容を標準化した上で、患者の状態に応じて適宜指導している（患者・家族への服薬指導）
V チームケア・連携	
20	最期まで主治医として関わることのできる（看取りまで診ることのできる）かかりつけ医と連携を取っている
21	緩和ケア方針・ケア計画を共有できるケアマネジャーと連携をとっている
22	緩和ケア方針・ケア計画を共有できるヘルパーと連携をとっている
23	在宅緩和ケア提供のために、心理専門家やボランティアなど（かかりつけ医、ケアマネジャー、ヘルパー以外）を含むチームを組んでいる。
24	在宅緩和ケアチームメンバー間で緩和ケア方針・ケア計画について情報交換を行っている
25	入退院時に、病院と在宅緩和ケアチームメンバーとの間で緩和ケア方針・ケア計画について情報交換を行っている（退院前訪問を含む）
26	がん患者・家族が適切な緩和ケアを受けられるように、代弁者としての役割を果たすことができる

2) 難病ケア

<平成 18 年度 難病ケア基準の概要> (全 64 項目)

大項目	中項目	分類	下位項目	小項目数
I 経営管理	運営方針	難病ケア理念		1
	組織構成の方針	組織構成 組織構造と機能	受け入れ体制 提供体制	3
	事業評価と計画	サービス評価 サービスの向上		2
II 業務管理	人事管理	人員配置 スケジュール管理 スーパーバイザー		4
	サービス提供体制	看護体制 看護の標準化 他機関との連携 制度の活用 フィジカルアセスメント機器の整備	複数回訪問体制 難病対策の利用体制 緊急時訪問体制	7
	利用者管理	情報の活用 情報の発信 広報		3
看護実践	アセスメント・ 看護実践	療養方針	疾病の理解 医療処置の意思決定 療養の場の意思決定 疾患との共存 死について考える	5
		症状マネジメント	症状進行の予測 運動および行動の障害 姿勢保持障害 呼吸障害 嚥下障害	17

			コミュニケーション障害 自律神経障害 その他の身体症状 精神症状	
		医学的管理	医療処置管理 定期的な指導・管理 医療機器の日常点検 衛生材料の供給管理	5
		緊急時の対応	入院施設の確保 連絡対応手順の整備 物品の整備	3
		緩和ケア	身体的苦痛の緩和 精神的苦痛の緩和 希望にそった支援	3
		生活支援	A D L 外出支援 サービスの導入 住環境の整備 Q O Lの向上	5
		家族支援	介護負担の軽減 家族のQ O L 遺伝の問題	3
		チームケア	療養方針の共有 入退院時の情報交換 ケア会議	3

＜平成 18 年度 難病ケア基準 I 経営管理、II 業務管理に関する基準項目＞

1. 運営方針	1. 難病ケア理念		1. 明文化された難病ケア理念/運営方針がある
2. 組織構成の方針	1. 組織構成		2. 難病ケア理念/運営方針に基づいた組織構成(図)がある
	2. 組織構造と機能	1. 受入体制	3. 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
		2. 提供体制	4. 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
3. 事業評価と計画	1. サービス評価		5. 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
	2. サービスの向上		6. 職員の難病ケア能力を高めるための研修計画がある
1. 人事管理	1. 人員配置		7. 難病ケアの専門性を有する訪問看護師の配置がある
	2. スケジュール管理		8. 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
	3. スーパーバイズ	1. 所内におけるスーパーバイズ	9. 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
2. 所外からのスーパーバイズ		10. 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	
2. サービス提供管理	1. 看護体制	1. 複数回訪問体制	11. 利用者と家族のニーズに応じて1日に複数回の訪問看護ができる体制を整えることができる
		2. 難病対策の利用体制	12. 「在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業」による訪問看護ができる体制を整えることができる
		3. 緊急時訪問体制	13. 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を整えることができる
	2. 看護の標準化		14. 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
	3. 他機関との連携		15. 専門医、かかりつけ医、保健所、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
	4. 制度の活用		16. 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
	5. フィジカルアセスメント機器の整備		17. 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)
3. 利用者管理	1. 情報の活用		18. 最新の難病ケアに関する情報を入手し、活用している
	2. 情報の発信		19. 難病ケアに関する情報や実績を発信している
	3. 広報		20. 外部に向けて難病ケアのPR活動をしている

<平成 18 年度 難病ケア基準 III 看護実践に関する基準項目 > その 1

療養方針	1	11	疾病の理解	21	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
	2	21	医療機器の音用決定	22	経管栄養(経鼻 胃スラ) / 呼吸器療法(気管切開 非侵襲的 / 呼吸器療法)の音用に関わる意思決定を支援し、記載している
	3	22	療養の場の音用決定	23	療養の場の選択に関わる音用決定を支援し、記載している
	4	23	疾患と生活リズム	24	疾患と生活リズムに関する考えや感じていることを把握し、支援を行っている
	5	24	死について考える	25	死後や死についての考えや感じていることを把握し、支援を行っている
症状マネジメント	1	26	症状進行の予測	26	症状進行について定期的にアセスメントし、記載している
	2	27	運動および行動の障害 (アセスメント)	27	随音運動障害 運動生調やパフォーマンス、不随音運動 生行 筋萎縮 筋力低下等の症状を定期的にアセスメントし、記載している
		28	(看護実践)	28	症状の改善 事故(転倒等)防止のため 照察管理 装具、自他目的 / 主 環境整備等についてのケア計画立案、実施、評価を定期的に行っている
	3	29	姿勢保持障害 (アセスメント)	29	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、記載している
		30	(看護実践)	30	安全で安楽な姿勢保持のため 合併症(振盪等)の予防等のケア計画立案、実施、評価を定期的に行っている
	4	31	呼吸障害 (アセスメント)	31	疾患特性に応じて呼吸障害(呼吸器障害 気管炎 肺腫瘍 肺気腫 呼吸器疾患等)を定期的にアセスメントし、記載している
		32	(看護実践)	32	呼吸障害に伴う生命維持への危険性への対応や医療機器管理の支援 安楽な日常生活支援 についての計画立案、実施、評価を定期的に行い、その結果を医師等と共有している
	33	(看護実践)	33	呼吸器系ケア/呼吸の管理 排痰介助 フカウ / ムンダグ 吸引(筆) 胸部可動域保持のためのケアについての計画立案、実施、評価を定期的に行っている	

<平成 18 年度 難病ケア基準 III 看護実践に関する基準項目 > その 2

症状マネジメント	5.	34.	嚥下障害 (アセスメント)	34.	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、記載している
		35.	(看護実践)	35.	嚥下障害に伴う生命維持への危険性への対応や医療処置管理の実施、安楽な食事支援、についての計画立案、実施、評価を定期的に行い、その結果を医師等と共有している
		36.	(看護実践)	36.	水分・栄養分の適切で安全な摂取に必要な栄養補助製品や食事形態の工夫、経管栄養の導入等のケア計画立案、実施、評価を定期的に行っている
	6.	37.	コミュニケーション障害 (アセスメント)	37.	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、記載している
		38.	(看護実践)	38.	コミュニケーション方法(透明文字盤、意思伝達装置等)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
	7.	39.	自律神経障害 (アセスメント)	39.	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、記載している
		40.	(看護実践)	40.	症状コントロール(血圧、排尿、排便、体温等)、事故(転倒、ショック、低体温等)に対するケア計画立案、実施、評価を定期的に行っている
	8.	41.	その他の身体症状	41.	上記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
	9.	42.	精神症状	42.	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

<平成 18 年度 難病ケア基準 III 看護実践に関する基準項目 > その 3

医学的管理	1. 医療処置管理	43.	医療処置管理(人工呼吸療法、気管カニューレ管理、気管内吸引法、経管栄養法等)をプロトコールに基づき実施している
	2. 定期的な指導・管理	44.	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
		45.	「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と、それらの人々との連携について、また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
	3. 医療機器の日常点検	46.	人工呼吸器、吸引器等の日常管理、定期的なメンテナンスの実施状況の確認についての計画立案、実施、評価を行っている
	4. 衛生材料の供給管理	47.	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についての検討を行っている
緊急時の対応	1. 入院施設の確保	48.	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、受け入れ機関と定期的に具体的な取り決めの確認をし、記載している
	2. 連絡対応手順の整備	49.	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
	3. 物品の整備	50.	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(蘇生バック、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

<平成 18 年度 難病ケア基準 III 看護実践に関する基準項目 > その 4

緩和ケア	1. 身体的苦痛の緩和	51.	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
	2. 精神的苦痛の緩和	52.	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
	3. 希望にそった支援	53.	症状増悪時に医療処置等の意思決定の変更があることを予測し、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
生活支援	1. ADL	54.	ADLを定期的にアセスメントし、障害による身体への負担を最小限にし、安全で安楽な日常生活動作についての計画立案、実施、評価を行っている
	2. 外出支援	55.	安全で安楽な外出の計画立案、実施、評価を実施している
	3. サービスの導入	56.	医療依存度、セルフケア能力、介護力等に応じて、必要なサービス利用を支援している
	4. 住環境の整備	57.	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
	5. QOLの向上	58.	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
家族支援	1. 介護負担の軽減	59.	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支援の立案、実施、評価を行っている
	2. 家族のQOL	60.	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
	3. 遺伝の問題	61.	「疾病の遺伝」に関する相談を傾聴し、心理的社会的負担の理解やその軽減についての計画立案、実施、評価を行っている
チームケア	1. 療養方針の共有	62.	療養方針、ケア計画について定期的に確認をし、記載したものを関係機関(者)で共有している
	2. 入退院時の情報交換	63.	入退院時に療養方針やケア計画、ケア技術等について情報交換を行っている
	3. ケア会議	64.	チームで定期的に療養方針やケア計画を確認、修正している

3) 認知症ケア

H18年度版認知症ケア専門特化型訪問看護サービス評価基準【サービスの過程の評価基準20項目】

番号	項目	評価基準	確認のための材料	考え方と留意点
1	認知症スクリーニング	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	認知症スクリーニングのための評価スケール(用紙)がある。	評価スケールの種類や方法については問わないが、信頼性や妥当性が確認されているもの(Mini Mental State Examination、改訂長谷川式簡易知能尺度、Frontal Assessment Battery 等)を用いること。
			当該利用者に対して認知症スクリーニングを実施した訪問看護記録がある。	認知症スクリーニングの実施のみならず、認知症の早期発見、早期受診(主治医及び専門医への連絡・調整)、早期診断への支援に繋がっていること。
2	意思決定の支援	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	訪問看護記録書に利用者自身の認識や受容、今後の意向に関するアセスメントを行った結果がある、もしくは担当訪問看護師が把握していることを確認できる。	利用者自身の認知症に対する認識や受容、意向については、困難ではあっても把握を試みていること。また、その際、家族の意思との調整や確認も行っていること。なお、成年後見制度の活用にも留意すること。
			訪問看護計画書に上記を踏まえた支援の方向性や目標が記載されている、もしくは担当訪問看護師が把握していることを確認できる。	上記を踏まえた支援の方向性や目標が具体的に設定されていることが望ましい。また、その設定は、利用者の意向の変更等、必要に応じて適宜見直されていることが望ましい。
3	認知機能障害に応じた支援	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	訪問看護計画書に認知機能障害のアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	利用者の認知症の段階や状態に応じて用いるべきスケールやアセスメントが異なるため、その種類や方法は問わないが、信頼性・妥当性があり、利用者の状況に照らして適切なものであること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果について記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	上記を踏まえた支援の結果について経時的に記載されていること、もしくは担当訪問看護師が十分にその状況を把握していること。
4	BPSDの予防・軽減	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	訪問看護計画書にBPSDのアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	BPSD(behavioral and psychological symptoms of dementia)とは、認知症の行動・心理徴候(国際老年精神医学会国際会議,1996)であり、問題行動とは呼ばないことに留意すること。あくまでも予防を重視していること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果について記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	上記を踏まえた支援(家族に対する説明や助言も含む)の結果について具体的に記載されていること、もしくは担当訪問看護師が把握していること。

番号	項目	評価基準	確認のための材料	考え方と留意点
5	セルフケアの維持・低下軽減	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	訪問看護計画書にセルフケアのアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	利用者の認知症の段階や状態に応じて用いるべきスケールやアセスメントが異なるため、その種類や方法は問わないが、利用者の状況に照らして適切、かつ具体的に実施されていること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果について記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	上記を踏まえた支援の結果が訪問看護記録に記載されていること、もしくは担当訪問看護師が常に把握していること。なお、家族に対する説明や助言も支援として含むこと。
6	IADLの維持・低下軽減	利用者のIADL（家事、金銭管理、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	訪問看護計画書にIADLのアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	利用者の性別、年齢、認知症の段階等に応じてIADLは多様であり、用いるべきスケールやアセスメントが異なるため、その種類や方法は問わないが、アセスメントが利用者の状況に照らして適切に実施されていること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果について記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	上記を踏まえた支援の結果が訪問看護記録に記載されていること、もしくは担当訪問看護師が常に把握していること。なお、家族に対する説明や助言も支援として含むこと。
7	生活リズムや日課の継続	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	訪問看護計画書に「その人らしさ」を重視した生活リズムや日課のアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	「その人らしさ」あるいは「その人らしい生活」を重視し、これまでの日常生活パターン、趣味、楽しみ、嗜好、休息と活動のバランス、体調等、生活全般についてアセスメントしていること。
				「その人らしさ」が発揮できる、あるいは「その人らしい生活」を支援する立場に立って、活用することが可能な残存能力（可能性）に着目していること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果が記載されている、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	上記を踏まえて捉えられた「その人らしさ」や「その人らしい生活」の継続が目標に含まれていること、またそれに向けた計画の立案及びケアの提供が実際に行われていること。
			上記に関して、訪問看護による直接的な支援を実施しない場合でも、関係職種と連携して間接的に支援している場合はどのような連携や協力を行ったかについて確認できること。	

番号	項目	評価基準	確認のための材料	考え方と留意点
8	生活環境の安全・安楽	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	訪問看護計画書に生活環境のアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	生活環境のどのような側面から、安全性、安楽性についてアセスメントをおこなったのか、またその時期等について、訪問看護記録から具体的に確認できること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果が記載されている、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	訪問看護による直接的な支援を実施しない場合でも、関係職種と連携して間接的に支援している場合はどのような連携や協力を行ったかについて確認できること。
9	馴染みの関係の継続	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	訪問看護計画書に利用者の人的環境のアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	利用者の人的環境として、例えばキーパーソンや家族、サービス提供者等周囲との関係性を担当訪問看護師が十分に把握していること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果が記載されている、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	訪問看護による直接的な支援を実施しない場合でも、関係職種と連携して間接的に支援している場合はどのような連携や協力を行ったかについて確認できること。
10	不安・混乱の予防	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	訪問看護記録に利用者が不安や混乱を抱いたりするような刺激や内容についてアセスメントしていることが記載されている、もしくは、担当訪問看護師から確認できる。	利用者が不安・混乱を抱きやすい刺激や内容には、人、物、環境、気候、時間帯等が想定される。当該利用者のそれについて、十分把握していること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果が記載されている、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	当該刺激や内容を回避するような支援については、関係者間で当該情報の共有(申し送り、カンファレンス、訪問看護記録等)が図れていること。
11	安心・自信の保持	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	訪問看護記録に利用者が安心感や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を行っていることが記載されている、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	利用者が安心感や自信を得られたりするような話題や内容は、過去の回想から得られることが期待される。当該利用者のそれについて、十分把握していること。
			訪問看護記録に上記に基づいた支援の結果が記載されている、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	当該話題や内容を日常に活用するような支援については、関係者間で情報の共有(申し送り、カンファレンス、訪問看護記録等)が図れていること。

番号	項目	評価基準	確認のための材料	考え方と留意点
12	リスクアセスメント	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	訪問看護記録に利用者の危険察知能力、物理的環境、家族等介護者状況等から、多面的かつ総合的なリスクアセスメントを行っていることが記載されている、もしくは担当訪問看護師に確認できる。	利用者本人の危険回避能力については、危険認知力、視空間認知障害、注意力、体感バランスの変調、睡眠障害、薬物療法副作用、意欲低下、閉じこもり、廃用性症候群等、様々な視点からアセスメントしていること。
				物理的環境については、屋内では、火事・転倒・転落・水の事故に連なるような危険な状況がないか、また、屋外では、交通事故・転倒・迷子等が起こりえる状況がないか等、家族等介護者の状況も勘案して、具体的にアセスメントしていること。
			上記を踏まえ、リスクが予測されている場合には、その予防に関する看護計画の立案ならびにそれに基づいた支援が行われていることが訪問看護記録に記載されている、もしくは担当訪問看護師に確認できる。	上記を踏まえ、リスクが予測されている場合には、当該利用者本人だけでなく、物理的環境や家族等介護者に対する予防的支援が具体的に計画されていること、また、リスクが発生した場合の対応が文書（マニュアル等）として整備されていること。
				訪問看護による直接的な支援を実施しない場合でも、必要に応じてケアマネジャーや関係職種とリスクの予防・対処に関する連携を行っていること、また、地域の状況や本人、家族の意向も踏まえて地域の近隣関係（民生委員等を含む）との関係作りや連携を行っていることが望ましい。
13	薬物療法の対応	利用者の薬物療法の効果及び副作用、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	訪問看護記録に、利用者に薬物療法の適応がある場合、その処方内容、効果及び副作用、ならびに服薬管理方法についてアセスメントしていることが記載されている。	常に最新の処方内容について担当訪問看護師が十分に把握していること。処方内容や利用者の状態に変化があった場合には、そのアセスメント結果が訪問看護記録に記載されていること。
			上記を踏まえ、利用者の薬物療法について主治医の指示の下で調整していることが訪問看護記録に記載されている。	利用者の薬物療法にかかる主治医からのすべての指示ならびに日付について、記録（主治医からの訪問看護指示書、訪問看護計画書、その他の訪問看護記録等）に保存されていること。

番号	項目	評価基準	確認のための材料	考え方と留意点
14	家族等介護者の健康支援	家族等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	訪問看護計画書に家族等介護者の心身の健康状況ならびに介護負担感のアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	家族等介護者の心身の状況ならびに介護負担感に関するアセスメントについては、身体的(時間・量・体力等)ならびに心理的(精神的・関係性・社会的役割行動等)側面の双方について行っていること。
			上記を踏まえた支援していることが訪問看護記録に記載されている、もしくは担当訪問看護師に確認できる。	家族等介護者の心身の状況ならびに介護負担感への支援については、予防的支援(心身の健康状態に支障が出ない、悪化しないための支援)を重視していること。
15	家族等介護者の介護支援	家族等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	訪問看護計画書に家族等介護者の介護技術や知識のアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	家族等介護者が、認知症介護に対する適切な知識・技術(コミュニケーション、関わり方)が出来ているかをアセスメントしていること。
			上記を踏まえた支援していることが訪問看護記録等から確認できる、もしくは担当訪問看護師に確認できる。	家族等介護者における認知症の誤解や介護方法の不適切さは、利用者の状態や生活に重大な影響を与えることに留意し、必要に応じて認知症の正しい理解や適切な介護方法の習得に向けた支援を行っていること。
16	家族等介護者の虐待予防	家族等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	訪問看護計画書に家族等介護者の認知症に対する認識や受容、虐待のリスクアセスメントについて立案されている。また訪問看護記録にその実行結果の記載がある、もしくは担当訪問看護師から確認できる。	家族等介護者が認知症に対してどのように認識し、受容しているかをアセスメントしていること。また、介護者との関係性や雰囲気についてもアセスメントしていること。
				家族等介護者の虐待のリスクについては、身体・心理・経済的の側面から十分にアセスメントしていること、また、日常の介護の質(過干渉及び放置の有無)についても注意深くアセスメントしていること。
			上記を踏まえた支援していることが訪問看護記録等から確認できる。	家族等介護者の虐待リスクや不適切な対応、受容困難が判断された場合には、適切な支援を行っていること。なお、適宜、ケアマネジャー・主治医・関係職種と連携をとること。
			家族等介護者の虐待が明らかである場合には高齢者虐待防止法に基づき市町村へ通報する他、主治医やケアマネジャー等と連携して当該利用者の権利擁護のための迅速な介入を行っていること。また一連のプロセスは記録されていること。	

番号	項目	評価基準	確認のための材料	考え方と留意点
17	緊急時対応	利用者や家族等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	利用者の受け入れ機関を把握していることが確認できる資料/訪問看護記録がある。もしくは担当訪問看護師に確認することができる。	利用者の受入機関が決まっている場合には、その施設等の連絡先が確認できること。緊急時等に相談する資源(施設、往診医、ソーシャルワーカー、ケースワーカー等)について、「相談先の名称、連絡方法等」の記載された資料があること。これらについて利用者や家族の意向や同意が確認されていること。
18	主治医との連携	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	主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出していることが確認できる資料/訪問看護計画書及び同報告書の写しがある。	主治医に提出した認知症に関する訪問看護計画・訪問看護報告書が、ファイルされていること。
			医師と訪問看護師間で、ケア方針が共有されているとともに日常の連携を確認できる資料/訪問看護記録がある。	医師と訪問看護師間の情報の授受(FAXやemail等)が保管されていること。口頭での場合にも、その内容と日付が訪問看護記録に記載されていること。
19	ケアマネジャーとの連携	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	ケアマネジャーとの情報交換の実績を確認できる当該資料/訪問看護記録がある。	訪問看護計画の見直しやケア方針の変更等により、居宅サービス計画の見直しが必要になった場合に行ったケアマネジャーとの情報の授受について保管文書があること、あるいは訪問看護記録等で確認できること。
			ケアマネジャーと訪問看護師間で、ケア方針が共有されていることを確認できる当該資料/訪問看護記録がある、または、担当訪問看護師に確認することができる。	ケアマネジャーと訪問看護師間で行われた情報の授受が訪問看護記録等から確認できること、あるいは担当訪問看護師が把握していること。
20	関係職種との連携	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	サービスチームでの会議の実績を確認できる当該資料/訪問看護記録がある。	訪問看護記録等で、サービスチームでの会議の内容が確認できること。記載内容には、開催日、参加者、共有されたケア方針、連携方法等が含まれていること。
			関係職種と訪問看護師間で、ケア方針を共有していることが確認できる当該資料/訪問看護記録がある、または、担当訪問看護師に確認することができる。	関係職種と訪問看護師間で行われた情報の授受が訪問看護記録等から確認できること、あるいは担当訪問看護師が把握していること。

4) 高齢者ターミナルケア

業 務 基 準		必要なプロトコル (◇)、必要な評価保証 (◆)
実践に関する要件	組織運営に関する要件	
<p>■意思の把握と合意形成への支援</p> <p>□関係者の意思の継続的な把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者および介護者・家族が死について負担なく話すことのできる関係を形成している。 ・高齢者がターミナル期および死を、どこで、誰と、どのように過し、あるいは迎えたいのかを知ることにつとめている。 ・高齢者が延命処置に対して、どのように希望しているのかを知ることにつとめている。 ・介護者・家族が、(高齢者の)ターミナル期の過し方、死の迎え方、ならびに延命処置に対してどのように希望しているのかを知ることにつとめている。 ・高齢者、介護者、家族、親族間での看取りに対する意思の相違が起りやすいことを理解している。 ・高齢者、介護者、家族、親族の看取りに対する希望は、状況に応じて変化する(揺れる)ことを理解している。その上で、継続して、関係する人々の意思の把握につとめている。 <p>□合意形成のための準備と運営</p> <ul style="list-style-type: none"> ・合意形成に関する話し合い・カンファレンスの必要な時期・タイミングを判断する。 	<p>■意思の把握と合意形成への支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者、ならびに介護者・家族の表明された意思について、情報を残し(そのための定式化された書式を有し)、ターミナルケア支援チームで共有できる仕組みをもつ。 	<p>◇ターミナルケア・カンファレンスの開催基準</p> <p>◆ターミナルケア・カンファレンスを定義するとともに、その開催に対する評価がなされることを提案する。その際には、同一法人からのサービス提供による制限が緩和されることが望ましい。</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・合意形成に必要な関係者（高齢者および介護者・家族、ターミナルケア支援チーム）を特定する。 ・合意形成のための話し合い・カンファレンスの場を用意し、運営する。 ・合意形成において、高齢者の意思に収斂するよう支持的な役割を果たす。 		
<p>■円滑な退院支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・（ターミナル期での退院であり、かつ初めて訪問看護を利用する場合）病院に事前訪問し、現時点での高齢者・家族の意向を把握する。 ・（ターミナル期での一時増悪による入院の場合）治療の提供状況と身体状況との不一致の有無を把握し、必要に応じて病院スタッフとの話し合いをもつ。 		<ul style="list-style-type: none"> ◆ターミナル期における退院前の病院訪問、および自宅死亡を前提としたターミナル期における一時入院期間中の病院訪問が評価されることを提案。 ◆ターミナル期における退院日の家庭訪問が評価されることを提案。退院日が

		<p>金曜日の場合などの高齢者に対する不利益が大きい。</p>
<p>■ターミナルケア支援チームづくり</p> <p>□ターミナルケア支援チームの形成と運営</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チームを形成する関係者を特定し、関係者と協力の上、チームを形成する。 ・チームカンファレンスを開くべきタイミングがわかり、それを運営する。 ・職種個々の目標を、チーム共通の目標に仕立て直す。 ・職種の機能を最大限に生かす役割分担に貢献する ・(ターミナル期において) チーム内のマネジメント機能を担う。 <p>□医療サービスのコーディネイト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(往診医のいない高齢者に対して) 在宅死を支援できる往診医を紹介する。 ・ターミナル期の進行に即した情報を往診医に提供することで、必要な指示を引き出す。 ・(往診医と主治医とが異なる場合) 双方の見解の相違が起きない、もしくは見解の相違による高齢者・家族の混乱が生じないようにする。 <p>□訪問看護サービスのコーディネイト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要性により滞在時間の延長を判断する。 ・ターミナル期の進行を判断し、訪問回数の変更を判断する(特別指示書の必要性を判断する)。 	<p>■ターミナルケア支援チームづくり</p> <p>□ターミナルケア支援チームの形成と運営</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報共有のための連絡体制・マニュアルが整備されている。 ・緊急時の定義が明確であり、チーム内で共有している。 ・ホームヘルパー、その他サービス提供者が緊急時に遭遇した場合の連絡マニュアルを作成し、チームで共有している。 ・往診医、主治医との連絡体制の方法のマニュアルがある。(特に休日・夜間) <p>□訪問看護サービスのコーディネイト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライマリナースを支援するバックアップ体制を用意している。 ・プライマリナースとオンコール対応 	<p>◇滞在時間を延長して対処に当たることが今後の高齢者、介護者・家族にとって有効である可能性が高い状況の特定とその判断基準</p> <p>◆ターミナル期に頻回の訪問が必要となった場合、最期の2週間に限り、訪問回数と滞在時間を制限なく保証できることを提案。その場合、2週間の判断基準の明確化が不可欠。</p> <p>◆ターミナルケアを支援できるホームヘルパーに基準を設け、評価されることを提案。</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・必要性（死亡前1～2ヶ月、死亡前2週間と予測される時期）を判断し、エキスパートナースの支援を求める（バックアップ体制の活用）。 □ホームヘルプサービスのコーディネート <ul style="list-style-type: none"> ・ホームヘルパーのターミナルケアに対する不安軽減をはかる。 ・ホームヘルパーに良いターミナルケアを経験してもらえる環境と支援を提供する。 ・介護者・家族の力量および疲労等に即したホームヘルプサービスの活用計画を提案する。 □その他在宅サービスのコーディネート <ul style="list-style-type: none"> ・時期を逃さず、必要な機器を導入する（主たる機器：体圧分散マット、エアーマット、吸引器）。 □地域社会づくりへの貢献 <ul style="list-style-type: none"> ・ターミナル期にある独居高齢者を支援するボランティアの育成を企画する。 ・在宅ターミナルに対する啓発活動を企画する。 □グリーフカンファレンスの開催 	<p>者間の情報の共有化、ならびに連携・緊急訪問体制が整備されている。</p> <p>□ホームヘルプサービスのコーディネート</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパーステーションとの情報の共有化、連携体制が整備されている。 	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>■ターミナル期の進行状態に関するアセスメント</p> <p>□進行状態のアセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予後 1～2 ヶ月を予測する。(観察ポイント：食事摂取量・食事回数の減少、活動性の低下・臥床傾向、褥瘡がしやすい、意欲の低下) ・予後 1～2 週間を予測する。(観察ポイント：食事摂取量の極端な減少、水分摂取量の減少、尿量の減少、傾眠傾向・眠っている時間が長くなる、下肢浮腫) ・予後 24 時間以内を予測する。(観察ポイント：呼吸状態の変化、脈拍の緊張の減退、呼名に開眼しない、目がうつろ・目に力がない、四肢冷感の増強) <p>□回復の見込める病状、あるいは合併症のリスクのアセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・肺炎の兆候がわかり、ふさわしい対処をする。 ・褥瘡のリスクをアセスメントし、予防する。 ・誤嚥・窒息のリスクをアセスメントし、予防する。 ・脱水のリスクアセスメントし、予防する。 ・治療的介入および処置に伴う苦痛を測り、予後の予測に基づき優先順位を判断する。 <p>□精神心理状態のアセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・うつ状態のリスクをアセスメントし、ふさわしい対処をする。 ・せん妄のリスクをアセスメントし、予防する。 		<p>◆ターミナルケアをデザインできるエキスパートナースの育成が不可欠。そのためには、OJT のほかにも研修の機会の保証を提案したい。</p>
<p>■死亡診断（書）に関する正しい知識</p>		

<ul style="list-style-type: none"> ・死亡診断（書）に関する法制度およびその解釈を知っている。 ・死亡診断（書）に関して訪問看護師が果たす役割と責任を知っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・法制度およびその解釈に従い、適切に死亡診断書が書かれるためのフローチャートが作成されている。 	
<p>■日常生活支援</p> <p>□入浴・保清</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の“入浴したい”という意思を尊重する方策を考える。 ・介護者・家族の“入浴させたい”という意思を尊重する方策を考える。 ・入浴のリスクと有効性を査定する。 ・(入浴が有効と判断した場合) 入浴を保証する主治医（往診医）の意見（書）を用意できる。 ・入浴に携わる入浴サービス事業者およびホームヘルパーが安心してサービスに従事できる支援を行う。 ・入浴サービスあるいはホームヘルプサービス事業者による入浴不可基準に該当する状態であったとしても、高齢者および介護者・家族の意思に基づき、入浴できる方策を開発する。かつ、それに耐えうる看護技術をもつ。 <p>□食事、水分摂取</p> <ul style="list-style-type: none"> ・嚥下機能に適した食事形態、姿勢（体位）がわかる。 ・嚥下機能に適した水分の粘度、形態、姿勢（体位）がわかる。 ・身体機能に対して、摂食行為および取り込まれた栄養・水分が負担になりはじめたことがわかる。 <p>□身体可動性</p>		<p>◆ターミナル期における入浴に対する評価を提案。</p> <p>◇予後 1 ヶ月以降の入浴における身体的リスクに対する調査研究に基づく基準が必要。</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・頸部、脊椎・腰椎、四肢の関節の拘縮を予防する。 ・可動低下に伴う筋肉の緊張や凝りの軽減を図る。 		
<p>■苦痛緩和に貢献する治療あるいは医療処置の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・水分（栄養剤を含む）の過剰状態を査定し、主治医（往診医）から補液や栄養剤注入の減量もしくは中止の指示を引き出す。 ・吸引等の医療処置を提供する場合としない場合との（長期的・短期的・瞬時的）苦痛を査定し、苦痛緩和を優先した判断をする。 		<p>◇過剰補液・過剰な栄養剤注入に対するアセスメント基準</p>
<p>■介護者および家族への支援</p> <p>□介護負担の軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期介護、高齢者による介護、仕事を持ちながらの介護、遠距離介護など、様々な介護状況に伴う介護負担や疲労をアセスメントする。 ・外部資源（ホームヘルパー、短期入院）やレスパイトケアを導入する。 ・介護者・家族がほとんど手出しをしないで済むほどに、排便コントロールを担う。 <p>□精神心理状態のアセスメントと支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・衰えていく高齢者を見守ることへの精神的苦痛や介護者の無力感を知り、その軽減をはかる。 ・高齢者が食べられないことへの介護者・家族の不安を知り、 	<p>■介護者および家族への支援</p>	<p>◆死亡前1ヶ月内の長時間（30分以上）による電話対応が、カウンセリング機能として評価されることを提案。</p>

<p>その軽減をはかる。</p> <p>□最期まで介護者・家族が参加できるターミナルケア</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が摂取しやすい食事・水分の形態を説明する。 ・高齢者が摂取しやすい姿勢（体位）を説明し、モデルを示す。 ・“食べたいものは何でも食べてよい”という価値の転換を支援する。 ・応答がなくても話しかけることの重要性を説明する。 <p>□死に対する準備状況を高める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師による予後の説明に主体的に参加し、介護者・家族を補佐する。 ・予後 1~2 ヶ月から 1~2 週間（食事・水分摂取量の低下、寝たきり状態、尿量・回数の減少、衰弱した様子）、予後 24 時間以内（意識の低下、呼吸の不整、死戦期呼吸、四肢冷感）の観察ポイントの説明をする。 ・死亡時の変化（呼吸の停止、呼びかけや体をゆすっても反応がない、唇が白くなり、体が冷たくなる）を説明する。 ・呼吸停止を確認した際の連絡方法を説明するとともに、書面を渡す。 ・介護者・家族が検死に対する予備的な不安を持っている場合は、その不安を払拭する説明をする。 <p>□死亡後に対する準備状況を高める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・死後の処置や葬儀のための準備について、あらかじめ説明をしておく。 	<p>□死に対する準備状況を高める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・説明用のパンフレット（衰退のプロセス、死亡時の変化、心構え、主治医・訪問看護師への連絡方法等を明記）を作成している。 	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>■臨終での支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(24 時間以内に死亡が予測される、もしくは呼吸停止状態で家族から連絡が入った場合) 滞りなく死亡診断書が作成されるよう主治医（往診医）に状況説明を行う。あるいは、介護者・家族による主治医（往診医）への連絡状況を確認する。 ・死の三徴候（心停止、呼吸停止、瞳孔散大）を確認する。その上で、介護者・家族が希望していることを大前提とし、マニュアルに定められている条件がそろえば、チューブ類の除去、身体の清潔等の行い、遺体の安らかな状態にととのえる。 ・医師の死亡診断の後、死後の処置を行う。希望があれば、介護者・家族とともに行う。 ・悲嘆の強い介護者・家族がいる（事前にその可能性が予測される）場合、その他必要性がある場合には、訪問看護師二人での訪問を行う。 	<p>■臨終での支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医（往診医）の到着前に訪問看護師が何らかの処置をおこなう場合、その処置を行ってよい場合の条件、および行ってよい処置の内容についてマニュアルを作成している。 	<p>◆臨終の際の二人訪問が保証されることを提案。</p>
<p>■死亡後のフォローアップ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・死亡後 1～2 ヶ月を目安に訪問し、介護者・家族の健康状態を確認する。 ・死亡後 1～2 ヶ月を目安に訪問し、看取りに対する介護者・家族の自己評価、およびサービス提供者に対する評価を把握する。 		

5) リハビリテーションケア

基準①リハビリテーション専門特化型訪問看護ステーション構造要件

番号	項目	確認方法
1	事業所の理念・運営方針	活動地域の住民が抱える健康増進、介護予防、疾病の悪化防止、苦痛の緩和等の課題に対して、看護的視点から専門的に支援していく事業所であり、特に亜急性期～回復期のリハビリテーションに重点を置いて利用者にかかわることを明文化している。またそのことが職員、利用者に対しても明示され理解されている。
2	理念・運営方針に基づく組織図	組織図が明示されていること。特に専門とするリハビリテーションおよび看護のケアの質を確保できる組織体制を保持していることを、利用者に理解しやすく図示されている
3		リハビリテーション看護について中心的に運営に当たる職員と他の職員との関係性を明確に図示できている
4	専門領域のケア提供の方針	リハビリテーションに関する利用者・家族の希望と意思が確認されている
5		個別で評価可能なリハビリテーションゴールを利用者・家族と共有している
6		リハビリテーションゴールに向けて具体的なプログラムが立案されている
7		脳卒中、心筋梗塞、脊髄損傷、大腿骨頭部骨折など急激な発症・受傷からの回復過程の促進を対象としたリハビリテーション(脳卒中モデル)を受けているに限定して訪問看護サービスを提供している
8		急性期を脱した状態であるべく早期に在宅でのリハビリテーションを希望する利用者限定している
9		利用者の症状が安定し、進行がない状態であることを確認し、リハビリテーション開始の指示が医師から出ていることを確認している。
10		利用者の希望に応えられる専門的な看護ケアを提供できる業務体制である。
11		設定されたリハビリテーションのゴール到達をもって、訪問看護終了と判断する。
12	専門性を有する看護師の配置	リハビリテーション専門病院等の勤務経験があり、研修などをうけた専門性の高い看護師が従事している。→将来的には、リハ専門看護師、リハ認定看護師などの配置が確認されること
13	専門領域の知識・技術の向上のための研修計画	年次計画の中に、リハビリテーションに関する研修が定期的、段階的に毎年計画されている。
14		所属している訪問看護師はリハビリテーション看護の実践に必要な研修を受けている。
15	リハ専門のケア実践のための支援体制	リハビリテーションを専門とする看護師が、さらに専門性の高いリハビリテーション医や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などから必要時に助言、指導を受けることができる体制がある
16		必要時には、リハビリテーションに関する研修会を企画できる専門職同士のネットワークをもっている
17		急変時の受け入れ施設を明確にしており、緊密な連携体制をとっている。
18		近隣の訪問看護ステーションとの緊密な連携体制がある。
19	リハ領域のケアに関する助言・指導・協力体制	リハビリテーションを専門とする看護師が、ステーション内の他の職員に対し、必要時に専門的知識、技術を提供し、助言、指導できる体制がある。
20	専門領域のケアのプロトコール	リハビリテーション看護の進め方(マニュアル等)が明示された文書があり、職員全員が理解している。
21		リハビリテーション関連職種と連携する上での手順、基準等が明示された文書があり、職員全員が共通認識できている。
22	専門的ケアの24時間の提供体制	利用者の緊急時の連絡体制、必要時の訪問体制がある。
23	職員の負担軽減に配慮したスケジューリング	リハビリテーションを専門とする看護師に過剰負担がないように緊急時対応の体制がとれること
24		リハビリテーションを専門とする看護師不在時の対応体制が整備できている。
25		リハビリテーションを専門とする看護師の人数に合わせた利用者への訪問や対応体制がとれている
26	サービス評価の体制	リハビリテーション専門特化型訪問看護ステーションとしての体制評価や実績評価が定期的実施されている。
27	地域の他機関への支援体制	地域内の他のステーションから、看護師のリハビリテーション看護に関する研修を受け入れている。
28		他のステーションからのリハビリテーション看護に関する相談に必要時応じている。
29	専門領域のケアに関する情報の整備・発信体制	リハビリテーションおよびリハビリテーション看護について、積極的に最新情報を把握し、利用者やその家族だけでなく、地域内の他のステーション等に対して必要時最新情報を発信している。
30	専門領域のケアの普及・啓発体制	リハビリテーションに関する専門的な知識や情報を、地域の専門職や地域住民に対して、発信する活動を積極的に実施している。(例:脳卒中後遺症患者を対象とした日常生活訓練方法普及のためのイベントに、ステーションとしても共催で参加するなど)
31	必要設備・機器類	身体機能のアセスメントやリハビリテーションプログラムの実行に必要な物品が整備されている。

基準②-1過程要件(連携・協働基準)

番号	分類	項目	確認方法
1	リハチーム運営方針の明確化	利用者中心のリハチームアプローチ	リハビリテーションは専門職連携・協働によって実現するものであり、目指すところは利用者のQOLの向上であることをステーションスタッフが理解している
2		リハビリテーション目標	利用者・家族の希望を叶えるためのリハビリテーション目標を明確にし、チームで共有するための場と機会を確保している
3		リハビリテーション関連職種との相互理解のチームビルディング	リハビリテーション関連職種の専門性をお互いに理解、尊重し、訪問看護師と関連職種がイコールパートナーとしてチームを構築している。
4			利用者の状態変化を、関わるリハチームで共有し、必要なチームメンバーを定期的に検討している
5	リハチーム連携協働方法	カンファレンス・担当者会議の開催	訪問看護指示書、リハビリテーション看護実施指示の記載があることを確認している。また訪問看護報告書を提出し、利用者のケアの方針、目標について共有するとともに必要に応じてカンファレンスを開催している。
6			関連職種、組織間において担当者会議を行い、利用者のリハビリテーションゴールを共有するとともに効果的な具体策を検討している。
7			利用者が急性期病院を退院する前に、利用者・家族の許可を得て病院とコンタクトをとり訪問開始前の状況について情報の共有をしている
8			利用者、家族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。
9		リハビリテーション実施に関わる記録の整備	リハビリテーション看護に必要な情報が記載されている。
10			リハビリテーション関連職種間で情報を共有できるように記録が整備されている
11		連携に必要な情報の整理	紹介元に訪問看護実施中および援助過程終了後の評価を報告書にして送付している
12			訪問看護サマリーはリハビリテーション看護に関連した成果について記載した内容である。
13			紹介先にとって必要な情報を把握し、その内容で訪問看護サマリーを作成している。
14			ICF(国際生活機能分類)の枠組みを使用した生活機能のアセスメントおよび介入後評価を実施し記録している

基準②-2過程要件(機能障害別看護基準)

番号	分類	項目	確認方法
1	身体運動機能障害	基本動作の獲得(機能)	基本動作の獲得が出来ない原因・要因について環境因子個人因子、健康状態や病態など多角的な視点から分析している
2			利用者の意欲の維持・向上支援を行いながら基本動作を獲得するための段階的な介助方法の工夫を行っている
3			利用者、家族、他の介護職等に病態および病態に基づく基本動作上のリスクとその予防方法を説明している
4			利用者にとっての、基本動作を獲得する目的を利用者、家族、関わるチームで共有している。
5			訓練専門職が提示する動作方法を生活の中で安全に、利用者が安心して活用するための多様な手段を駆使している。
6			利用者の基本動作実施機会を最大限確保し、動作修得のための明確なプログラム、手順を利用者と家族、関連職種で共有している
7			利用者のQOLの向上に向けた援助の目的を利用者・家族に説明し共有している
8		ADL動作の自立(活動)	標準化されたADL評価基準を利用している(たとえばFIMなど)
9			利用者にとってのADL自立の目的を利用者、家族、関わるチームで共有している。
10			ADLの制限や制約の原因・要因を、環境因子、個人因子、健康状態や病態など多角的な視点から分析している。
11			ADL動作を行う上で生じる可能性のある2次的障害の予測を行い、予防策を用意し、リスクマネジメントを行っている。
12			利用者の意欲の維持・向上支援を行いながら、ADLが自立するための環境整備、段階的な介助方法の工夫を行っている
13			利用者、家族、他の介護職等がADL状況、今後の見通し、動作を行う上でのリスクを理解できるように説明している。
14			訓練専門職が提示する動作方法を生活の中で安全に、利用者が安心して活用するための多様な手段を駆使している

15			利用者のADL動作実施機会を生活の中で最大限確保し、動作修得のための明確なプログラム、手順を利用者と家族、リハチームで共有している
16			利用者の活動の拡大を通してQOLの向上を目指している
17		IADL動作の自立(参加)	IADLの制限や制約の原因・要因を、環境因子、個人因子、健康状態や病態など多角的な視点から分析している。
18			利用者・家族の社会参加を促進できるような地域資源を提示している。
19			IADL動作を行う上で生じる可能性のある2次的障害の予測を行い、予防策を用意し、リスクマネジメントを行っている。
20			利用者の意欲の維持・向上支援を行いながら、IADLが自立するための環境整備、段階的な介助方法の工夫を訓練職と連携しながらに行っている
21			利用者、家族、他の介護職等がIADL状況、今後の見通し、動作を行う上でのリスクを理解できるように説明している。
22			訓練職が提示する動作方法の提示を生活の中で安全に、利用者が安心して活用するための多様な手段を駆使している
23			利用者のIADL動作実施機会を最大限確保し、動作修得のための明確なプログラム、手順を利用者と家族、リハチームメンバーで共有している
24			社会活動への参加を通して利用者のQOLの向上を目指している
25	精神機能障害	注意・集中機能の再獲得	注意・集中機能のアセスメントを定期的に行い、それに基づきケア計画を立案、実施、評価を行っている
26			注意・集中機能の障害が生活におよぼしている影響をアセスメントし利用者・家族に説明し障害の拡大を防ぐ方法を工夫し実施している
27			意識レベル、注意機能と服用している薬剤の関係をアセスメントしている
28			作業療法士、心理療法士などの関連職種へのコンサルテーションの必要性を定期的にアセスメントしている
29		感情機能の安定	抑うつ状態の有無を定期的にあセスメントしている
30			抑うつ状態を把握した場合、早急に医師と連携をとり医療介入をタイミング良く行っている
31			抑うつ状態が薬物治療を行う際の効果のモニタリングを行っている
32			抑うつに伴うリスクを利用者・家族に説明し、緊急医療介入のしくみを関わるチームと利用者、家族で共有している
34			障害と共に生きること、喪失の意味、生活の困難などを表出する機会をつくっている
35			抑うつ状態にある利用者の看護プロトコルを整備している
36	コミュニケーション障害	コミュニケーションの確保	コミュニケーション障害の有無、程度、性質について定期的にあセスメントし、障害に合わせたコミュニケーション方法を立案、実施、評価している
37			利用者の言語訓練へのニーズを把握し、必要があれば言語聴覚士を含めたチームを構築できる基盤を持っている
38			利用者のコミュニケーション意欲、代替的に用いているコミュニケーションスキルを定期的にあセスメントしよりよいコミュニケーション方法を志向している
39			利用者も周囲の人も、人と関わり続けるというコミュニケーション意欲を維持・向上できるようにケア計画を立案する
40	摂食嚥下栄養障害	安全に摂食・嚥下できる	摂食嚥下障害の有無、程度をアセスメントし、ケア計画を立案評価実施している
41			摂食嚥下障害の評価を共有し適切な専門職を含んだチームを構築し包括的な嚥下障害対応計画を立案している
42			生活上の誤嚥のリスクをアセスメントし予防のためのケア計画を立案実施評価している
43			利用者と家族が生活上のニーズに合わせて食事摂取を行えるように指導、相談に応じている
44			栄養状態の評価を共有し栄養士や歯科医師、STなど適切な専門職を含んだチームを構築し包括的な栄養状態改善計画を立案している

45	排泄障害	排尿機能の改善	医師の指示のもと、定期的に残尿の測定を行い、リハチームによる総合的な排尿機能改善プログラムを立案実施している。
46			尿貯留機能の障害の病態を理解し、尿意の有無、尿失禁の型、排尿回数などの個別性に合わせた対応方法を検討できる
47			尿意がない場合、失禁の程度や生活に合わせた用具の選択ができる。
48			尿貯留機能の障害に対する薬物療法について、有用性・適応を理解し、全身状態を含めた身体への影響を観察しアセスメントできる。
49			尿貯留機能の回復のための援助方法を理解し実践できる。
50			利用者の希望、生活環境、介護資源を把握した上で、排尿機能の障害に合わせた間歇的導尿法や留置カテーテルの適応を検討できる。
51		間歇的導尿法が継続して行われるための条件を理解し、自己導尿・介助導尿による生活への影響、利用者の希望、残存機能を考慮した管理や指導ができる。	
52		利用者および介護者の排泄（排便）に関する認識を把握し、個々の個別性に合わせた援助ができる。	
53		排便障害の改善	利用者の排便状況をアセスメントし、残された機能を活用し、なるべく自然な排便状態に近づけるように計画を立案、実施評価している
54			排便に伴うリスク（ショック、血圧上昇など）をアセスメントし、予防策をたてている
55			利用者・家族が、食事と排便のバランスについてアセスメントし、整えられるようにともに考え実施する。
56		排泄動作の確立	排泄動作の自立を目指して、座位保持機能・手指機能・移動機能の障害程度および利用者の生活リズムと希望に合わせ、排泄方法を利用者・家族とともに検討し実施する。
57			利用者の排泄の状況や介護状況を的確にアセスメントし、できる限り自立でき、能力を最大限発揮できるへ方向へ援助するよう方針が統一されている。
58	身体運動機能・移動能力の向上に合わせて、より自然に近い姿勢や方法で（臥位からホータルトイレ、ホータルトイレからトイレなど）排泄ができる方向に変えていける様支援できる		
59	障害や自立度にあわせ、安全な排泄動作が確保できるよう、ホータルトイレの選定・トイレへまでの移動方法の選択や手摺やトイレなどの改修を含めた環境調整を関連職種と連携しながら行うことができる。		

過程基準②-3（疾患別基準）

1	脳卒中	利用者の脳卒中の病態および急性期治療の概要と効果を把握している
2		脳外科医、神経内科医、リハ専門医などとの緊密な連携のもとに訪問看護を実施している
3		利用者の中枢神経症状、麻痺の程度などをアセスメントし、再発作の早期発見、早期対処に努めている。
4		利用者の脳卒中後の合併症（浮腫、拘縮、廃用の進行等）について、アセスメントし、ケア計画を立案実施評価している
5		利用者の発症前の生活状況を把握し、脳卒中後の機能障害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し、それらに基づき支援の方向性を検討している。
6		利用者の現病歴・既往歴から、脳卒中発症のリスクファクターをアセスメントし、利用者、リハチームとともに再発作を予防するための対策を検討している。
7		利用者の高次脳機能障害について定期的にあセスメントし、ケア計画を立案実施評価している（認知症との違いがわかる）
8		利用者のうつ状態について定期的にあセスメントし、必要な医療介入を検討しケア計画を立案している。
9		睡眠・覚醒について、定期的にあセスメントし、適切な支援をしている。（薬剤使用状況、生活リズムなど）
10		利用者の転倒リスクについて定期的にあセスメントし、適切な予防対策を利用者・家族とともに立案し実施評価している。
11		利用者に今後起こりうる脳卒中特有のリスク（認知症、うつ、閉じこもり）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。
12		家族の脳卒中後の機能障害にかかる介護技術や知識について、アセスメントし、それに基づき必要な支援をしている。
13		家族の脳卒中後の機能障害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し、それらに基づき必要な支援をしている。

1	大腿骨頸部骨折	地域連携バス等を活用し、利用者の骨折の部位・術式について確認し、骨折に伴う機能障害のアセスメントをし、機能障害の回復に向けたケア計画を立案実施評価している
2		利用者の受傷前の生活状況を把握し、骨折後の機能障害に対する認識や受容、今後の意向についてアセスメントし、それに基づき支援の方向性を検討している。
3		利用者の骨折後の機能障害について、医師、理学療法士等とともに経時的にアセスメントし、それにもとづきケア計画を立案実施評価している
4		利用者の移動機能について定期的にアセスメントし、それに基づき維持・拡大のための支援をしている。
5		利用者の生活環境の安全性、安楽性について、理学療法士等とともにアセスメントし、それに基づき適切な生活環境のための調整をしている
6		骨折後の機能障害に関係する介護者の介護技術や知識について、アセスメントし、それに基づき必要な支援をしている。
7		機能障害の状況から、利用者の機能拡大及び介護者負担軽減につながる補助器具、自助具の導入について、リハチームで検討しケア計画を立案実施評価している。
8		利用者の再骨折のリスクをアセスメントし、予防のためのケア対策を立案実施評価している
9		利用者の生活行動範囲縮小のリスクをアセスメントし予防のためのケア対策を立案実施評価している

1	心筋梗塞	原則として心筋梗塞リハビリテーションに関する最新のガイドラインが利用されている。
2		循環器専門医、かかりつけ医との緊密な連携のもとに訪問看護を実施している
3		心臓リハビリテーションに伴う合併症の兆候を観察し発見し可能な対処ができる。
4		運動負荷試験等の結果から、利用者の運動耐容能をアセスメントする、もしくは、主治医のアセスメントの根拠を理解する。
5		利用者の状態と運動負荷の関係から運動に伴うリスクをアセスメントする。
6		利用者および家族の病状に対する理解・知識・希望などを把握しケア計画を立案する。
7		心筋梗塞リスクファクター低減に向けた生活上の課題をアセスメントし、セルフケア能力の向上を目指したケア計画を立案実施評価できる。
8		病状を悪化させる可能性がある生活、社会環境をアセスメントし、生活調整に関するケア計画を立案実施評価している。
9		心筋梗塞の罹患に関連した、自尊心の低下や、健康不安を解消することへのアプローチが取り入れられている。
10		利用者が自覚症状や運動負荷のセルフチェック技術を身に付けられるように指導し、訪問時に運動負荷状態の把握や病状変化の把握を適切におこなっている。

1	脊髄損傷	整形外科医、リハ専門医、および脊髄損傷患者のリハビリテーションに精通しているメンバーとチームを組んでおり、利用者・家族・リハチームが在宅でのリハビリテーション活動が可能であると判断している。
2		利用者の脊髄損傷の部位、それに伴う機能障害のアセスメントをし、包括的なリハ計画の元でケア計画を立案実施評価している
3		利用者の脊髄損傷後の機能障害に対する認識や受け止め、今後の意向についてアセスメントし、それに基づき支援の方向性を検討している。
4		利用者のADL自立に向けた包括的なリハ計画のもと、生活環境からうける制限をアセスメントし、リハ専門職と連携しながら環境調整を行っている
5		利用者のADL自立に向けた包括的なリハ計画のもと、残存機能を活用した動作方法をリハ関連職と検討し利用者の希望に合わせて取り入れている
6		利用者の褥瘡発生リスクについてアセスメントし、予防のために必要な支援をしている。(体圧分散マットレス、エアマット、ピローなど)。
7		自律神経障害のアセスメントのもと、必要なケア計画、および指導教育を行い、利用者および家族が体調管理を主体的に行えるようにする
8		利用者の機能拡大及び介護者負担軽減につながる補助器具、自助具の導入について、本人、家族、リハ関連職種と検討し決定している

基準③ 成果要件(リハ専門特化型訪問看護終了時のアウトカム)		
番号	項目	確認方法
1	廃用性変化の防止 (ミニマムエッセンシャルズ)	どの関節にも発症後新しくできた拘縮がない
2		健全な部位の筋力低下がない
3		どの体表にも発症後新しくできた褥創がない
4		留置尿路カテーテルは原則として挿入されていない
5		原則として残尿はない。
6		呼吸機能の悪化がない
7		起立性低血圧は出現しない
8	合併症の防止	肺炎は発症しない
9		新たな骨折受傷がない
10		身体のどこにも新たな疼痛の出現がなく、かつももとの疼痛は軽減する、あるいは利用者・家族が対処方法を獲得する
11	身体機能の回復	歩行・移動距離が延長する
12		立位保持時間が延長する
13		座位保持時間が延長する
14		両側の握力が向上する
15	生活機能の改善	FIMなどの標準化されたADL評価指標が改善する
16		利用者なりの生活リズムが安定する
17		在宅生活を送るうえでの困難感・負担感が低減する
18		行動範囲が拡大する
19		SF36などの健康関連QOL指標が改善する
20	再発リスクファクターの低減	血圧が適正範囲(WHO推奨基準に基づく)である
21		主治医の診療を定期的に受けている
22		必要薬剤(ワーファリン、スタチン、降圧剤、骨粗鬆症治療剤など)を内服できる
23	要介護状態の予防 (どれか一つが満たされている)	地域包括支援センターでサービスを受けることになっている
24		医療保険適応のリハから介護保険適用のリハに円滑に移行していることを確認している(必要時介護認定の手続きが開始されているなど)
25		新予防給付特定高齢者のスクリーニングを受けている
26		デイケアに参加している
27		訪問リハビリテーションを受けている

6) 障害者・児ケア

<実践内容>

項目	分類	下位項目	具体的内容	確認方法	
ア セ ス メ ン ト	療養の方針	1. 障害の理解	1. 子どもと家族の、障害に対する認識・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	これら当該事項について、実施内容を記録したものを確認することができる	
		2. 医療処置の意思決定	1. 子どもと家族の、医療処置・方針の変更(経管栄養、人工呼吸療法等)に関わる意思決定を支援し、記録している		
			2. 医療処置の意思決定にかかわる情報交換を、医師などの関係者と実施している		
		3. 療養の場の意思決定	1. 子どもと家族の、療養の場の選択に関わる意思決定を支援し、記録している		
			2. 療養の場の選択に関わる意思決定についての共通理解をする機会を医師や関係者ともっている		
	4. 障害との共存	1. 家族が、子どもの障害について思いを表出する機会をもっている			
		2. 子どもが自身の障害について思いを表出する機会をもっている			
		3. 家族や子どもの思いについて、医師や関係者とカンファレンスや書面などを通して、共通理解をしている			
	5. 子どもの将来・予後への検討	1. 子どもの将来・予後について子どもと家族が思いを表出する機会をもっている			
		2. 子どもの将来・予後について子どもと家族の思いを医師や関係者がカンファレンスや書面などを通して共通理解する機会をもっている			
子 ど も の 状 態 - 症 状	子どもの状態 - 症状	1.原因の理解	1. 重症心身障害の原因について理解し、説明できる	当該事項について定めた資料があることを確認できる	
		2.主病態の理解	1. 重症心身障害の主病態(脳性麻痺・てんかん・知的障害)および程度(大島分類など)について理解し、説明できる		
		3.合併症の理解	1. 重症心身障害児に起こりやすい合併症について理解し、説明できる。(感染症・呼吸器疾患・消化器疾患・栄養障害・骨折・てんかん痙攣重積・歯科口腔外科的疾患・皮膚疾患・泌尿器疾患・精神心理的異常)		
			2. 合併症の発生の予防について理解し、説明できる		
		4.感染症	1. 重症心身障害児の感染症や予防について理解し、説明できる	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する	
			2. 感染症に対して定期的にあセスメントし、記載している		
			3. 症状の改善、感染予防のため、服薬管理、環境整備、清潔ケアなどケア計画を立て、実施、評価を定期的に行なっている		
		5.呼吸障害	1. 呼吸障害のメカニズムを理解し、説明できる	当該事項について定めた資料があることを確認できる	
			2. 疾患や状態の特殊性に応じた呼吸障害に対して、定期的にあセスメントし、記載している		
			3. 専門的排痰ケア、服薬、酸素療法、姿勢、胸郭関節可動域訓練のケア計画を立案、実施、評価を定期的に行なっている		
		6.消化機能・GER	消化機能・GER	1. 消化機能・GERのメカニズムを理解し、説明できる	当該事項について定めた資料があることを確認できる
				2. 疾患や状態の特殊性に応じた消化機能障害の予防について理解し、説明できる	
3. 疾患や状態の特殊性に応じた消化機能障害に対して、定期的にあセスメントし、記載している	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する				
4. 疾患や状態に応じて、体位、薬物療法、栄養内容、栄養投与方法のケア計画を立案、実施、評価を定期的に行なっている					

項目	分類	下位項目	具体的内容	確認方法
		7.骨折	1. 重症心身障害児の骨折のメカニズムについて理解し、説明できる	当該事項について定めた資料があることを確認できる
			2. 疾患や状態に応じた易骨折・姿勢、移動に対して定期的にあセスメントし、記載している	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
			3. 疾患や状態に応じて、体位、移動、更衣方法、栄養内容・方法、日常生活上での活動、外気浴、に対してケア計画を立案、実施、評価を定期的に行なっている	
			4. 骨折の部位、症状、治療法に応じたケア計画を立案、実施、評価を定期的に行なっている	
		8.脊柱側弯・変形	1. 重症心身障害児の脊柱側弯・変形についてのメカニズムを理解し、説明できる	当該事項について定めた資料があることを確認できる
			2. 疾患や症状の特殊性に応じた脊柱側弯、変形、筋萎縮、筋力低下、筋緊張を定期的にあセスメントし、記載している	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
			3. 安全で、安楽な姿勢の保持の工夫、症状の悪化、合併症(骨折や褥創など)の予防などのケアの計画立案、実施、評価を定期的に行なっている	
		9.痙攣	1. 痙攣のメカニズムを理解し、説明できる	当該事項について定めた資料があることを確認できる
			2. 重積発作の起こりやすさについてあセスメントし、重積発作に対してすぐに対応できる準備が整っているかを確認している	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
			3. 痙攣発作時の特殊性、症状に応じたケア計画を立案、実施、評価を定期的に行なっている	
		10.歯科口腔外科的疾患	1. 患児の成長・発達に合わせた歯科口腔外科的疾患のメカニズムを理解し、説明できる	当該事項について定めた資料があることを確認できる
			2. 疾患や状態の特殊性に応じた歯科口腔外科的疾患に対して、定期的にあセスメントし、記載している	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
			3. 症状や状態に応じた安全で安楽な口腔ケア方法を立案し、実施、評価を定期的に行なっている	
		11.皮膚疾患・スキントラブル	1. 皮膚疾患・スキントラブルのメカニズムを理解し、説明できる	当該事項について定めた資料があることを確認できる
2. 疾患、症状の特殊性から、皮膚疾患・スキントラブルについて、定期的に観察、あセスメントし、記載している	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する			
3. 疾患、症状の特殊性に応じた皮膚疾患・スキントラブルに対するケア計画を立案し、実施、評価を定期的に行なっている				
12.水分出納バランス	1. 水分出納バランスのメカニズムを理解し、説明できる	当該事項について定めた資料があることを確認できる		
	2. 疾患、症状の特殊性から水分出納バランスをあセスメントし、定期的に記載している	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する		
	3. 疾患、症状の特殊性に応じた水分出納バランスに対するケア計画を立案、実施、評価を定期的に行なっている			
13.精神障害	1. 睡眠障害、ストレスなど精神行動障害のメカニズムについて理解し、説明できる	当該事項について定めた資料があることを確認できる		
	2. 疾患、症状の特殊性や環境から睡眠障害やストレスをあセスメントし、定期的に記載している	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する		
	3. 環境整備、服薬管理、日常生活管理、療育、など精神行動障害に対するケア計画を立案し、実施、評価を定期的に行なっている			
14.コミュニケーション	1. コミュニケーション障害について理解し、説明できる	当該事項について定めた資料があることを確認できる		
	2. 個々の能力や機能に応じて、コミュニケーション方法を定期的にあセスメントし、記載している。(コミュニケーション能力:理解力と表現力)	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する		
	3. 子どもの機嫌や表情を見て、子どもの訴えを捉えることができる			

項目	分類	下位項目	具体的内容	確認方法
		15.嚥下障害	1. 嚥下障害についてメカニズムを理解し、説明できる	当該事項について定めた資料があることを確認できる
			2. 症状、疾患の特殊性から嚥下障害の状況をアセスメントし、定期的に記載している	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
			3. 水分・栄養分の適切で安全な摂取方法(食事形態の工夫や選択、姿勢、介助方法など)についてケアを立案し、実施、評価を定期的に行っている	
		16.その他身体症状	1. 上記以外の身体症状について理解し、説明できる	当該事項について定めた資料があることを確認できる
			2. 上記以外の身体症状について定期的にあセスメントし、ケア計画を立案、実施、評価を定期的に行っている	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
	子どもの状態 -生活	1.生活リズム	1. 子どもの病状、活動状況、休息状態、服薬の影響などを考慮し、子どもの生活リズムについて確認でき、定期的にあセスメントしている	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
		2.体温管理	1. 居室の室温、湿度、換気、照明などが、子どもの状態に叶ったものであるかどうか確認し、定期的を確認している 2. 子どもの体温調節機能を理解し、子どもの状態に応じた衣服や寝具等であることが確認できる	
	子どもの状態 -発達	1.遊び	1. 日々の中で子どもが好む遊びについて確認できる	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
			2. 子どもの状態や発達に応じた遊びの内容や用具であるかどうか、定期的にあセスメントする	
			3. 子どもの能力を引き出すための遊びを家族に提案し、定期的にあ評価する	
		2.療育	1. 子どもに必要な療育内容を定期的にあ評価し、記録を行っている	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
			2. 療育機関と連携し、子どもに必要な療育ケアを提案し、計画立案、実施、評価を定期的に行っている	
		3.発達	1. 発達の特殊性、診断や評価の意味について理解し、説明できる	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
			2. 運動能力、知的能力、情緒表現力、視覚、聴覚の能力など、を定期的にあセスメントする	
			3. 子どもの能力を伸ばすための働きかけを工夫するなど、ケア計画に組み入れることができる	
4.教育(学習)	1. 子どもの学習状況についてアセスメントできる	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する		
	2. 子どもの発達能力に応じた学習提供の方法について、必要時、関係機関と検討することができる			
ア セ ス メ ン ト ・ 援 助	医療処置・看護技術援助	1. 呼吸 ー呼吸障害	1. 呼吸を楽にするような姿勢づくりができる	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
			2. 呼吸障害の症状が観察できる	
			3. 呼吸障害への対策がとれる	
			4. 排痰困難への対応ができる	
			5. 痰(分泌物貯留)への対応が適切に行える	
			6. 様々な方法による酸素吸入療法の長所と短所が説明できる	当該事項についての内容や実施マニュアル等の資料があることを確認できる
			7. 呼吸不全のアセスメントができる	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
			8. 喘息発作のアセスメントと対応ができる	

項目	分類	下位項目	具体的内容	確認方法
		1.呼吸障害 一吸引	1. 口鼻腔吸引の注意点が説明できる 2. 主治医等の指導した方法に基づき口鼻腔吸引の方法が適切に行える	当該事項についての内容や実施マニュアル等の資料があることを確認できる
		1.呼吸障害 一気管切開管理	1. 気管切開や気管カニューレに伴う事故や合併症について理解し、説明ができる 2. 気管カニューレ内吸引の注意点が説明できる 3. 主治医等の指導した方法に基づき気管カニューレ内吸引の手順が適切に行える 4. 気管カニューレが抜けた時の対応ができる 5. 気管切開部のケアができる	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
		2. 栄養	1. 重心児の嘔吐の原因が説明できる 2. 重心児における水分、電解質バランスの障害が説明できる 3. 栄養所要量と臨床的特徴が説明できる 4. 微量元素の欠乏防止策が説明できる	当該事項についての内容や実施マニュアル等の資料があることを確認できる
		2. 栄養 一経管栄養	1. 食事をする環境づくりができる 2. 子どもに合った食事姿勢が整えられる 3. 経管栄養法の適応、目的、種類、特徴が説明できる 4. 胃瘻/経腸栄養の観察、注意事項がわかり、適切に実施できる 5. 胃食道逆流症の評価方法を説明できる 6. 子どもの栄養チューブの種類、サイズ、挿入の長さがわかり、適切に実施できる	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
		2. 栄養 一経口摂取	1. 食事をする環境づくりができる 2. 子どもに合った食事姿勢が整えられる 3. 子どもに合った食事形態をアセスメントし、選択できる 4. 子どもに合った方法や用具(プレート、専用乳首)で食事介助ができる 5. 誤嚥を防ぐような適切な経口摂取介助ができる 6. 誤嚥の評価と対応ができる 7. 摂食・嚥下障害のマネジメントができる	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する

項目	分類	下位項目	具体的内容	確認方法
		2. 栄養-栄養と褥瘡	1. 褥瘡の発生要因がわかる 2. 栄養状態の評価ができる 3. 子どもに合った褥瘡発生予防法をアセスメントし、ケア計画を立案、実施、評価を定期的に行なっている 4. 創状態に合わせた褥瘡処置の方法がわかる 5. 家族および関係者に栄養指導ができる 6. 家族に褥瘡の発生予防対策や処置方法を指導できる	当該事項についての内容や実施マニュアル等の資料があることを確認できる これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
		3. 排泄	1. 排泄・排泄障害のメカニズムについて理解し、説明できる 2. 子どもの状況に応じた排便コントロール方法を定期的にあセスメントし、必要に応じてケア計画を立案、実施、評価を行なっている 3. 導尿を行なっている場合は、これを定期的にあセスメントし、ケア計画を立案、実施や評価を定期的に行なっている 4. 人工肛門、膀胱瘻、腎瘻の管理方法について定期的にあセスメントし、ケア計画を立案、実施や評価を定期的に行なっている 5. 排泄介助の具体的な方法についてアセスメントし、必要な用具の選択を行っている。必要時はOT、PT、WOCと共同して対応している	当該事項についての内容や実施マニュアル等の資料があることを確認できる これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
		4. 姿勢	1. 重症心身障害児に起こりやすい姿勢障害について理解し、説明できる 2. 子どもが協力しやすい(子どもを尊重した)体位変換方法が明確になっており、安全・安楽で自立を促す体位変換を計画・立案、実施し定期的に評価を行っている 3. 筋緊張、側彎、拘縮について定期的にあセスメントをしており、適切なポジショニングを計画に位置づけ、実施し、定期的に評価を行っている 4. 子どもの全身状態や運動機能に合わせた除圧・減圧方法を計画・立案し定期的に評価を行っている 5. 子どもの呼吸状態について定期的にあセスメントを行っており、呼吸状態に適したポジショニングを計画に位置づけ、実施し、定期的に評価を行っている 6. 姿勢管理に必要な道具の選択を行っており、必要時はOTやPTと共同して対応している	当該事項についての内容や実施マニュアル等の資料があることを確認できる これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録、情報システムがあることを確認する
		5. 清潔	1. 清潔ケアの必要性についてアセスメントし安全やプライバシーに配慮した入浴やシャワー浴等の清潔ケアを計画に位置づけ、実施し、定期的に評価を行っている 2. 口腔ケアの必要性についてアセスメントし計画に位置づけ、実施し、定期的に評価を行っている 3. 入浴に必要な道具や環境、サービス(ヘルパーや入浴サービスなど)についてアセスメントを行っており、必要時にはPT・OTと共同して対応している	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する
		6. 与薬	1. 服薬の必要性や児や介護者の服薬管理能力についてアセスメントし計画に位置づけ、実施し、定期的に評価を行っている 2. 薬の保管方法や薬局の利用方法を知っており、必要時は家族に説明ができています 3. 服薬が上手くできない場合の対応方法を提示でき、児に合わせた服薬方法を工夫できる 4. 誤薬が起こった場合の対応方法を知っており、状況に応じた対応ができる	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録、情報システムがあることを確認する

項目	分類	下位項目	具体的内容	確認方法	
		7. 移動	1. 安全で安楽な移乗・移動方法の計画、立案、実施、評価を行っている	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録、情報システムがあることを確認する	
			2. 安全で安楽な外出計画の立案、実施、評価を行っている		
			3. 移乗や移動に必要な物品や用具の選択を行っており、必要時はPTやOTと共同して対応したり、ヘルパーや外出支援サービスの紹介ができる		
		8. 注射：点滴注射管理	1. 点滴注射の利用者の目的と実施条件を理解している		これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録、情報システムがあることを確認する
			2. 必要物品の調達方法がわかる		
			3. 利用者の苦痛を最小限にした点滴の実施が行える(医師が実施するか、看護師が実施するかも含めて確認)		
	4. 実施前から実施後の観察項目が説明できる				
	5. 点滴中のトラブルの対処方法がわかる				
	6. 家族指導の要点を理解し、実施できる				
	発達支援	1. 訓練	1. 重症心身障害児のリハビリテーションについて理解し、説明できる	当該事項についての内容や実施マニュアル等の資料があることを確認できる	
			2. 日常生活の中での姿勢・運動・感覚・理解・意思疎通・聴覚・視覚・手の使用について定期的にあセスメントし、記載をしている	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録、情報システムがあることを確認する	
			3. PT・OT・STと連携し、リハビリプログラムを組み込んだ日常生活の工夫やケアについて計画・立案、実施、評価を定期的に行っている		
4. 嚥下障害について定期的にあセスメントし、記載をしている。必要に応じて嚥下・摂食外来の医師やSTと共同して対応している					
5. 水分や栄養分の適切で安全な摂取方法の計画・立案、実施、評価を定期的に行っている					
6. 栄養補助食品や介助用具の選択を行っており、必要時はOT、ST、栄養士と共同して対応している					
2. 心のケア	1. コミュニケーションや遊び、問題行動について定期的にあセスメントし、記載をしている	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録等があることを確認する			
	2. 子どもの特性に応じたコミュニケーション、遊びや問題行動(自傷行為等)の修正についての計画立案、実施、評価を定期的に行っている				
3. 社会的関わり	1. 関係機関(療育センター、児童相談所、福祉事務所、保健所、保育所、幼稚園、学校、養護学校、通所施設、訪問介護、訪問入浴、ケアマネージャー、医療機関、レスパイト施設など)の役割を知っており、必要時共同して対応できる	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録、情報システムがあることを確認する			
2. 地域社会の中で関わりのある機関や人(親の会や障害者団体、民生委員、ボランティア等)の役割や連絡方法を知っており、必要時共同して対応できる					
家族支援	1. 介護負担の軽減	1. 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、介護負担を軽減する支援計画の立案、実施、評価を行っている	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録、情報システムがあることを確認する		
	2. 知識・技術指導	1. 介護者の、症状、ケア等に関する適切な知識、ケア技術について定期的にあセスメントし、指導計画立案、実施、評価を行っている			
	3. 成長・発達への支援	1. 子どもの成長に合った必要な情報(仲間、社会資源、必要な用具・機器等について)を随時提供し、成長・発達や自立を促すための支援計画の立案、実施、評価を行っている			
	4. 家族のQOL	1. 介護されている子どもの生活、および介護をしながらの家族全体の生活が円滑に営まれているかどうか定期的にあセスメントし、必要時他機関と連携しながら、支援計画の立案、実施、評価を行っている	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録、情報システムがあることを確認する		
2. 介護者が自らの人生について考える機会を作り、自分らしく生きる時間を作るよう支援計画の立案、実施、評価を行っている					
3. きょうだいがいる場合は、その生活状況や精神面の状態等について定期的にあセスメントし、特に介護者がきょうだいにも目を向けられるよう支援し、世話をしたり一緒に過ごす時間が持てるように、必要時他機関と連携しながら、支援計画の立案、実施、評価を行っている					
4. 介護者の配偶者について、介護への参加度、理解度、考え方等について定期的にあセスメントし、必要な支援を行っている					
5. その他の家族(祖父母等)について、介護への参加度、理解度、考え方等について定期的にあセスメントし、必要な支援を行っている					
6. 家族の住環境について、子どもにも介護者にも快適になるよう、経済状態等に合わせた工夫、改修について、必要時他機関と連携しながら、支援計画の立案、実施、評価を行っている					
経済的側面	1. 経済的負担の軽減	1. 家族の経済的負担を定期的にあセスメントし、関係機関と連携して負担を軽減する支援計画の立案、実施、評価を行っている	これら当該事項について、実施マニュアルや実施した内容について確認できる資料、記録、情報システムがあることを確認する		
	2. 情報提供	1. 子どもの障害、成長等に応じた必要な情報を具体的に提供し、活用できる社会資源の申請を勧めている			

<管理>

項目	分類	下位項目	具体的内容	確認方法
経営管理	運営方針	1. 理念	1. 重心児のケアを行うに当たっての基本姿勢がある(ステーションの理念)	これら当該事項を定めた資料が確認できる
			2. 重心児やその家族に提供される支援内容が明らかになっている	
			3. 訪問に関わる規定が明文化されている	
	2. 事業計画・管理	1. 訪問事業の計画・実施・報告・評価の一連が明らかである	当該事項を定めた資料を確認するとともに、評価内容が確認できる	
		2. 訪問看護対象者の管理方法が明らかである	当該事項を定めた資料を確認するとともに、実際の記録内容を確認できる	
		対象者の把握		
		訪問看護計画の作成・評価		
カンファレンスの実施				
3. 重心児のケアに関する専門的助言や指導を他の機関に提供する体制が整っている	当該事項を定めた資料を確認するとともに、実際の助言・指導にかかわる内容を確認できる			
人事管理	1. 人員配置	1. 訪問看護従事者の管理体制が明らかである	これら当該事項を定めた資料を確認できる	
		2. 採用基準が明確である(小児または重心児のケアの経験があるか、経験がない場合は相応の研修体制がとれる)		
業務管理	サービス管理	2. 教育制度	1. 教育・研修制度の整備がある	当該事項を定めた資料を確認するとともに、研修実績記録・内容の確認ができる
			1. 重心児のケアに関する標準化を図るマニュアル等が整備されている	当該事項を定めた資料が確認できる
			2. 子どもと家族のニーズに応じた訪問体制を確保できる(複数回訪問、短時間訪問、時間延長など)	当該事項を定めた資料を確認するとともに、訪問実績記録について確認する
			3. 重心児の専門的訪問看護事業所として、24時間365日の緊急訪問体制が整っている	当該事項を定めた資料を確認する
			4. 関係機関との連携がスムーズである(主治医、医療機関、保健・福祉センター、療育機関、教育機関等)	当該事項を定めた資料を確認するとともに、実際に行われた連携内容の資料を確認する
			5. 重心児にかかわる制度を活用するための窓口との連携体制が整っている	

項目	分類	下位項目	具体的内容	確認方法	
	リスクマネージメント	1. 事故対策	1. 子どもの骨折について、注意点が説明できる	これら当該事項について実施マニュアルや実施した内容について確認できる記録、資料、情報システムがあることを確認できる	
			2. 子どもの熱傷について、注意点が説明できる		
			3. 子どもの誤嚥について、注意点が説明できる		
			4. 子どもの転倒・転落について、注意点が説明できる		
			5. 事故・ミスを起こした場合、適切な対応ができる		
			6. 事故・ミスを起こした場合は速やかに医師、管理者に報告ができる。また、報告ルートが明確になっている		
			7. 家族に事故を予防するための指導ができる		
		2. 感染症対策	1. 家族に感染症が発生した場合の対応・処置が適切にできる		これら当該事項について実施マニュアルや実施した内容について確認できる記録、資料、情報システムがあることを確認できる
			2. 子どもに感染症が発生した場合、家族が適切に対応・処置できるように指導ができる		
			3. 看護師が感染源にならないような対応ができる		
			4. 小児特有の感染症について理解し、予防接種や感染症対策について指導できる		
		3. 医療機器管理	1. 人工呼吸器の原理について理解し、適切に使用できる		これら当該事項について実施マニュアルや実施した内容について確認できる記録、資料、情報システムがあることを確認できる
			2. 人工呼吸器のメンテナンスの確認をする		
			3. 人工呼吸器装着中の利用者の全身状態を観察し、適切に対応・処置ができる		
			4. 吸引器・ネブライザー・輸液ポンプなどの医療機器を適切に使用できる		
			5. 吸引器・ネブライザー・輸液ポンプなどの医療機器のメンテナンスを確認する		
			6. 医療機器に故障が生じた場合、業者と連携し、適切に対応できる		
			7. 医療機器使用に必要な物品の整備ができる		
			8. 医療機器を適切に使用できるように、家族等に指導できる		
		4. 緊急時の対応	1. 病変(心肺停止・痙攣重積など)の緊急時に適切な処置・対応ができる		これら当該事項について実施マニュアルや実施した内容について確認できる記録、資料、情報システムがあることを確認できる
			2. 緊急時の連絡先、連絡手順の整備・確認・修正ができる		
			3. 緊急時に必要な物品(アンビューバックなど)の点検・整備ができる		
			4. 緊急時に家族が対応・処置できるように指導できる		
			5. 停電や災害などの緊急時に対応できる		
			6. 停電や災害などの緊急時に必要な物品の整備・確認ができる		
			7. 停電や災害などの緊急時に家族が対応できるように、指導できる		

平成18年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康推進等事業）
訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究
訪問看護ステーションの業務基準に関する検討
報告書

平成19年3月31日

発行・編集 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 壺丁目参番館 302

TEL 03-3351-5898 FAX 03-3351-5938
