

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と介護保険施設、
グループホーム等との連携のあり方に関する検討
報告書

平成19年3月

全国訪問看護事業協会

研究事業実施体制

<主任研究者>

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

<検討委員会委員>

小川 忍 社団法人 日本看護協会 常任理事
荻野 光彦 社会福祉法人真寿会 介護老人福祉施設 真寿園 施設長
川崎 千鶴子 特別養護老人ホーム みずべの苑 施設長
木川田 典彌 特定非営利活動法人 全国認知症グループホーム協会 理事
中川 俊男 社団法人 日本医師会 常任理事
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
宮崎 和加子 社団法人 全国訪問看護事業協会 理事
山田 京子 浅草医師会立訪問看護ステーション 管理者
吉田 千文 千葉大学看護学部 COE フェロー
和田 行男 株式会社 大起エンゼルヘルプクオリティマネージャー

<ワーキンググループ委員>

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 (※)
宮崎 和加子 社団法人 全国訪問看護事業協会 理事 (※)
吉田 千文 千葉大学看護学部 COE フェロー (※)
和田 行男 株式会社 大起エンゼルヘルプクオリティマネージャー (※)
大木 正隆 あさお訪問看護ステーション
佐野 けさ美 みやのぎ訪問看護ステーション 管理者
森田 久美子 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 助手
山田 ゆかり 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 助教授

(※は検討委員会兼務)

<調査委託>

田上 豊 三菱総合研究所ヒューマン・ケア研究グループ 主席研究員
吉池 由美子 三菱総合研究所ヒューマン・ケア研究グループ 主任研究員
八巻 心太郎 三菱総合研究所ヒューマン・ケア研究グループ 研究員
川邊 万希子 三菱総合研究所ヒューマン・ケア研究グループ 研究員

<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
池田由美子 社団法人全国訪問看護事業協会
木全 真理 社団法人全国訪問看護事業協会

はじめに

現在わが国においては、急性期治療後の回復期にある人々や、疾病・健康障害を持ちつつ生活を続ける状況にある人々は、住みなれた地域で療養を続けるよう勧められ、その体制整備が医療施策の重要な課題とされる。この施策の流れを受けて、医療施設は積極的治療を短期集中で行い、その後は在宅の場に移って治療療養を継続するという動きになっている。さらに、終末期療養に関しても、医療施設から在宅へという動きも見られ、平成18年の診療報酬改定においては、在宅療養支援診療所としての加算が創設され、在宅での看取りへの評価が見直されている。

このような社会の変化による高齢者への影響は、医療のかかわりが多くない福祉施設での療養継続に表れつつあり、施設入居者の重度化が進んでいる現状がある。特に、看護職の配置が義務付けられていない施設においては、重度化する入居者に対する医療の提供が問題となってくる。平成18年の介護報酬改定においては、このような重度化する施設に対して、訪問看護ステーションとの連携が評価されるようになり、体制整備としてこの新たな連携の仕組みが整うことが急務の課題となった。

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）に関しては、介護報酬改定前に全国訪問看護事業協会によって、訪問看護ステーションとの連携を中心に医療連携のモデル事業を行い、すでに医療連携の進め方の具体について提案している。この「医療連携体制加算」は、認知症高齢者の加齢に伴い併せ持つ身体疾患の重症化、さらには看取りに至るまでの看護サービスを提供をするものであり、地域社会の中での療養継続において生じる不安のひとつを軽減させると考える。

本研究事業「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」は、グループホームとの医療連携も含め、短期入所生活事業所の「在宅中重度者受入加算」、介護老人福祉施設の「重度化対応加算」、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業所の「訪問看護」等の介護報酬改定に伴う訪問看護ステーションとの連携のあり方について検討を行ったものである。介護報酬改定内容の提示だけでは、連携の方法や内容が捉えにくく、制度が活用されるまで時間がかかると予想される。特に、創設された加算内容は今までのような介護報酬請求のしくみだけで対応できるものではなく、訪問看護ステーションと連携先の施設との契約が必要なため、新たな連携調整のプロセスが加えられる。施設との連携に取り組む訪問看護ステーションにとって、またサービス提供を受け入れる施設側にしても、この連携調整をすすめるための道筋や方向性を示すものが必要となる。本研究事業の結果は、この制度を活用した施設連携をどのように推進し、地域の中で療養する高齢者が安心して生活できる体制を調べられるかということの道筋を提示することに、少なからず貢献できることを期待している。

主任研究者 本田彰子（東京医科歯科大学大学院）

目 次

要旨	1
第1章 研究内容	3
1. 研究目的	3
2. 研究方法・内容	3
2-1 連携について	3
2-2 研究フロー	4
2-3 研究のポイント	5
2-4 研究の実施方法・内容	9
3. 研究実施体制	13
第2章 調査結果	15
1. 実態調査結果	15
2. 訪問看護ステーションと介護保険施設等との連携	23
2-1 連携の取り組み（ペア事業）	23
2-2 ヒアリング調査	67
3. 訪問看護ステーションとグループホームとの連携	70
3-1 追加調査結果	70
3-2 グループヒアリング結果	79
第3章 連携の推進に関するまとめ	83
1. 訪問看護ステーションと介護保険施設等との連携	83
2. 訪問看護ステーションとグループホームとの連携	92
3. まとめ	94
参考資料	

要旨

本研究事業は、平成18年4月の介護報酬改定において評価されるようになった訪問看護ステーションと介護保険施設、グループホーム等との連携について、実態調査やヒアリング調査等を通じて、連携を可能とする方法や課題を明らかにし、効果的な訪問看護ステーションと施設との連携のあり方を検討することを目的として実施した。

まず、本研究事業では、訪問看護ステーションにおける施設連携の実態を把握するため、全国の訪問看護ステーションを対象とした実態調査を行った。その結果、認知症対応型共同生活介護と連携している訪問看護ステーションは1割程度で、その他の施設（特別養護老人ホーム、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、外部サービス利用型特定施設）と連携している訪問看護ステーションは1%~2%程度と非常に少ないことが分かった。その理由としては、「契約の方法が分からない」「連携イメージがわからない」など、具体的な連携プロセス・方法等が明確になっていないため、連携に取り組めない実態が示唆された。

このような全国での実態を踏まえ、連携の取り組み（ペア事業）を実施し、短期入所生活介護の「在宅中重度者受入加算」、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の「訪問看護」について、連携の必要が生じた時点からサービス提供までの訪問看護ステーションと施設双方の活動の経過を調査した。この結果、連携を開始するまでに必要な訪問看護ステーションと施設との調整・契約などのプロセスや、訪問看護ステーションの職員が提供するサービス内容、施設の看護職員と訪問看護ステーションの看護職員との業務・役割分担などを明らかにすることができた。

さらに、実態調査の結果、他施設と契約している（または予定している）訪問看護ステーションを対象とした追加調査を実施し、特に認知症対応型共同生活介護との「医療連携体制加算」に関する連携の状況（連携の経緯、緊急対応の状況、連携による効果）等について明らかにした。また、認知症対応型共同生活介護及び連携している訪問看護ステーションを対象としたグループヒアリングを行い、連携を効果的に行うための双方の工夫や、連携による効果を把握した。

これらの結果から、訪問看護ステーションと介護保険施設、グループホーム等との連携について、以下のような必要性と課題があげられた。

○短期入所生活介護との連携<在宅中重度者受入加算>

短期入所生活介護の「在宅中重度者受入加算」については、訪問看護ステーション職員が短期入所生活介護の場でサービスを提供することから、訪問看護の利用者やその家族にとっては、なじみの看護師に看てもらえる安心感が大きいことが分かった。また、短期入所生活介護側にも、医療ニーズのある利用者など受け入れられる利用者の幅が拡大するなどのメリットがあることが示された。

全国的には短期入所生活介護と連携している訪問看護ステーションは1.6%にとどまっているため、この連携の仕組みの周知や、契約書の内容、連携開始までに必要な調整、連携内容等の普及・啓発をしていくことが重要と考えられる。また、「在宅中重度者受入加算」の介護報酬額が低く、訪問看護ステーションへの委託料が低いため、訪問看護ステーション側への連携のインセン

タイプにつながらないこと、利用者にも加算分の自己負担金額が必要になるため、利用者への説明・周知が必要であることなどが課題と考えられる。

○外部サービス利用型特定施設との連携<訪問看護>

外部サービス利用型特定施設は、申請の際に訪問看護との契約が必要であるため、外部サービス利用型特定施設側に訪問看護ステーションと連携するニーズが発生するが、「契約したが実績なし」という実態もあることが分かった。今回のペア事業では、訪問看護ステーションと連携することにより、外部サービス利用型特定施設の入居者のADLの向上や入居者の意欲の向上にもつながったことから、訪問看護が必要な入居者に対して、訪問看護サービスを提供していくことが重要と考えられる。

全国的には外部サービス利用型特定施設と連携している訪問看護ステーションは1.9%にとどまっているため、連携の仕組みの周知や契約書の内容、連携開始までに必要な調整、連携内容等の普及・啓発を行うことが重要と考えられる。また、外部サービス利用型特定施設が連携先の訪問看護ステーションを選ぶ際の情報が不足していることや、外部サービス利用型特定施設の「訪問看護」の介護報酬額が通常の訪問看護の9割であり、訪問看護ステーション側の経営的なインセンティブにつながりにくいことなどが課題と考えられる。

○特別養護老人ホームとの連携<重度化対応加算>

これまで地域内の特別養護老人ホームと訪問看護ステーションの連携が少なかったため、特別養護老人ホーム側、訪問看護ステーション側双方がお互いを理解するための情報共有や関係性を構築することがまず重要と考えられる。

全国的には特別養護老人ホームと連携している訪問看護ステーションは1.0%にとどまっており、連携の仕組みを周知し、24時間体制を構築する方法や入所者の情報共有の方法など、具体的な連携の方法・内容について明らかにしていくことが必要と考えられる。

○認知症対応型共同生活介護（グループホーム）との連携<医療連携体制加算>

グループホームと連携している訪問看護ステーションは9.6%と、他の施設に比べて連携割合は高かった。グループホームには看護職員の配置義務がないことから、訪問看護ステーションの職員が入ることによって、グループホームの職員が安心して介護ができるようになることや、入居者の症状への適切な対応が可能になるなどのメリットがあげられた。

今後、施設入所者やグループホーム入居者の重度化に伴い、看護サービスが必要な高齢者が益々増加すると考えられることから、訪問看護ステーションは地域に開かれた看護サービスのリソース（拠点）としての役割を果たすことが求められるようになるであろう。今回の研究事業の成果などを活かし、全国での訪問看護ステーションと介護保険施設、グループホーム等との連携を推進していくことが重要と考えられる。

第1章 研究内容

1. 研究目的

平成18年4月の介護報酬改定において、訪問看護ステーションが介護保険施設、グループホーム等と連携することについての報酬上の評価がなされるようになった。この新たな連携については、全国的な実態が明らかではないことから、研究開始にあたって、全国の訪問看護ステーションを対象とした実態調査を行った。その結果、グループホームと連携している訪問看護ステーションは1割程度あるが、その他の施設（特別養護老人ホーム、短期入所生活介護、外部サービス利用型特定施設等）については、連携がほとんどされていない実態が明らかになった。

これらの現状を踏まえ、本研究では、実際の連携事例等をもとに、訪問看護ステーションと介護保険施設、グループホーム等の連携を可能にする方法、課題を明らかにし、今後の訪問看護ステーションと施設とのより効果的な連携のあり方を検討することを目的とした。

2. 研究方法・内容

2-1 連携について

「連携」とは、同じ目的を持つものが互いに連絡を取り、協力し合って物事を行うことと定義される。医療福祉の領域において、特に介護保険制度が始まってから、多施設、多職種がともに同一利用者に対して療養を支援するサービス提供を協力して行うことが求められるようになり、「協力し合うこと」について、それぞれ専門職の立場にある人々が改めてその意味や具体的な連携の実際について考えるようになった。

「連携」を説明する主な要件としては、①知識や資源の共有、②2人以上または2つ以上の組織の協働、③単独で解決し得ないような問題への対処が挙げられている。医療福祉の実践の場においては、実際に「ともに働くこと」もサービス提供では求められ、連携することにより、療養者への複合的でトータルなサービス提供がねらいとなる。連携は協働するための重要な手段であり、また、常に協働が図れるような体制を意味するものとする。従って、「連携」自体は、知識や資源の共有の手段、および共有によって形成される体制、システムであるとする。

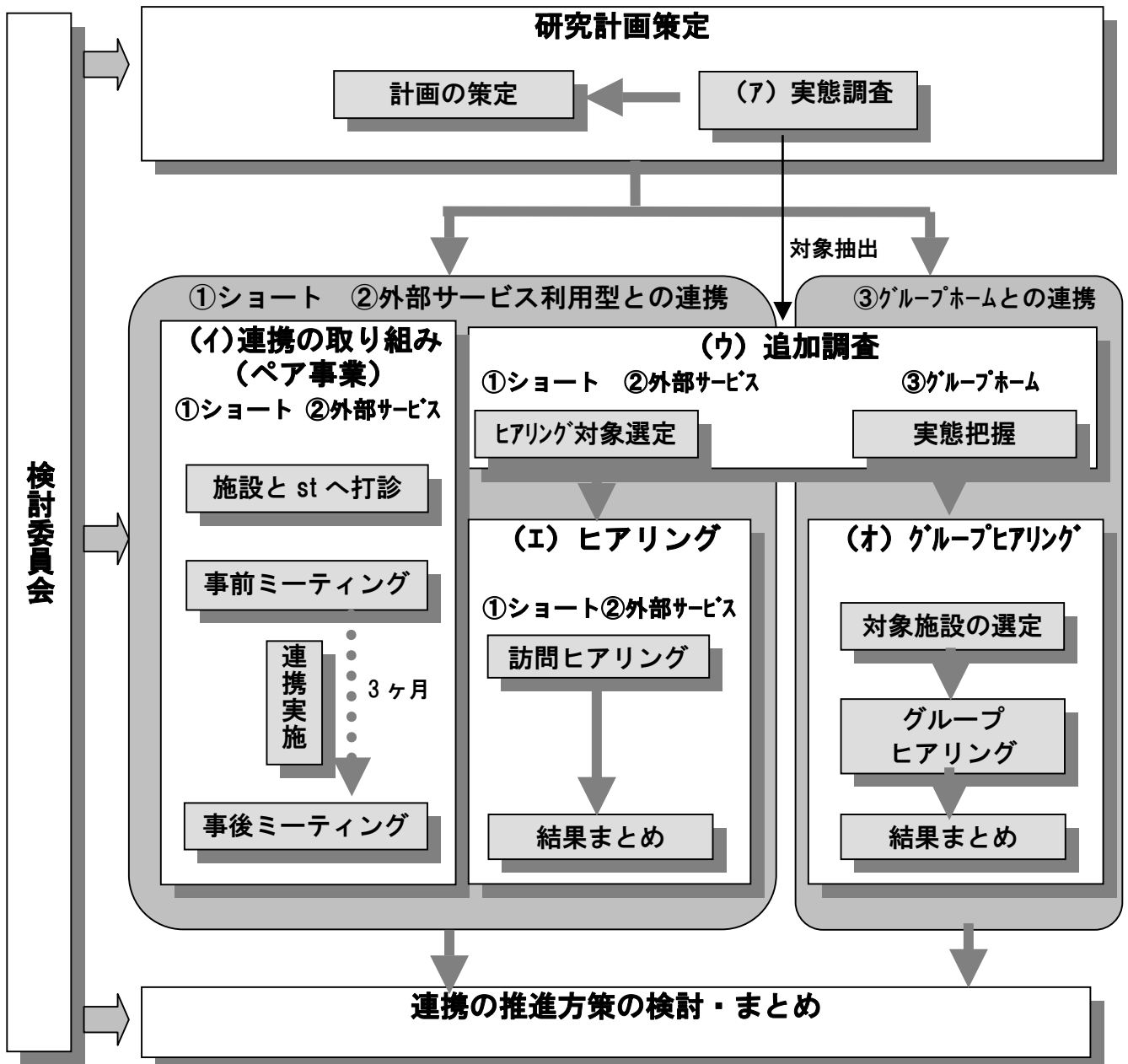
本研究事業は、協働による療養者へのサービス提供の充実を目的とした施設連携のあり方を明示することを目的としているので、「連携」という言葉を用いるには、調査や結果の分析において単に知識や資源の共有することにとどまらず、複数の組織が協働できる体制を作り上げることを含めることとする。すなわち、文書や電話による情報の共有のレベルから、実際に利用者へのサービス提供の協働やサービス内容の移譲までを含めた活動を「連携」とする。

2-2 研究フロー

本研究は、以下のフローで行った。最初に全国の訪問看護ステーションを対象とした実態調査を行い、その結果を元に、全体的な研究計画を立案し、連携の取り組み（ペア事業）の実施及び追加調査の実施、ヒアリング調査の実施を行い、それらの結果をもとに報告書を作成した。

なお、グループホームについては、前述した先行研究での取り組みの実績があるため、訪問看護ステーションとの連携イメージも整理されていることから、グループホームとそれ以外（短期入所生活介護、外部サービス利用型特定施設）に分けて研究を進めた。

図表 1 研究フロー



図中の表記方法

- ①ショート→短期入所生活介護
- ②外部サービス→外部サービス利用型特定施設
- ③グループホーム→認知症対応型共同生活介護

2-3 研究のポイント

今回の介護報酬上の「連携」の仕組みについては、訪問看護ステーションの連携先の施設の種類によって異なるため、施設種類別に本研究で明らかにすべき内容も異なることから、全国の実態調査結果を踏まえて、施設種類別に以下のような研究のポイントを設定した。

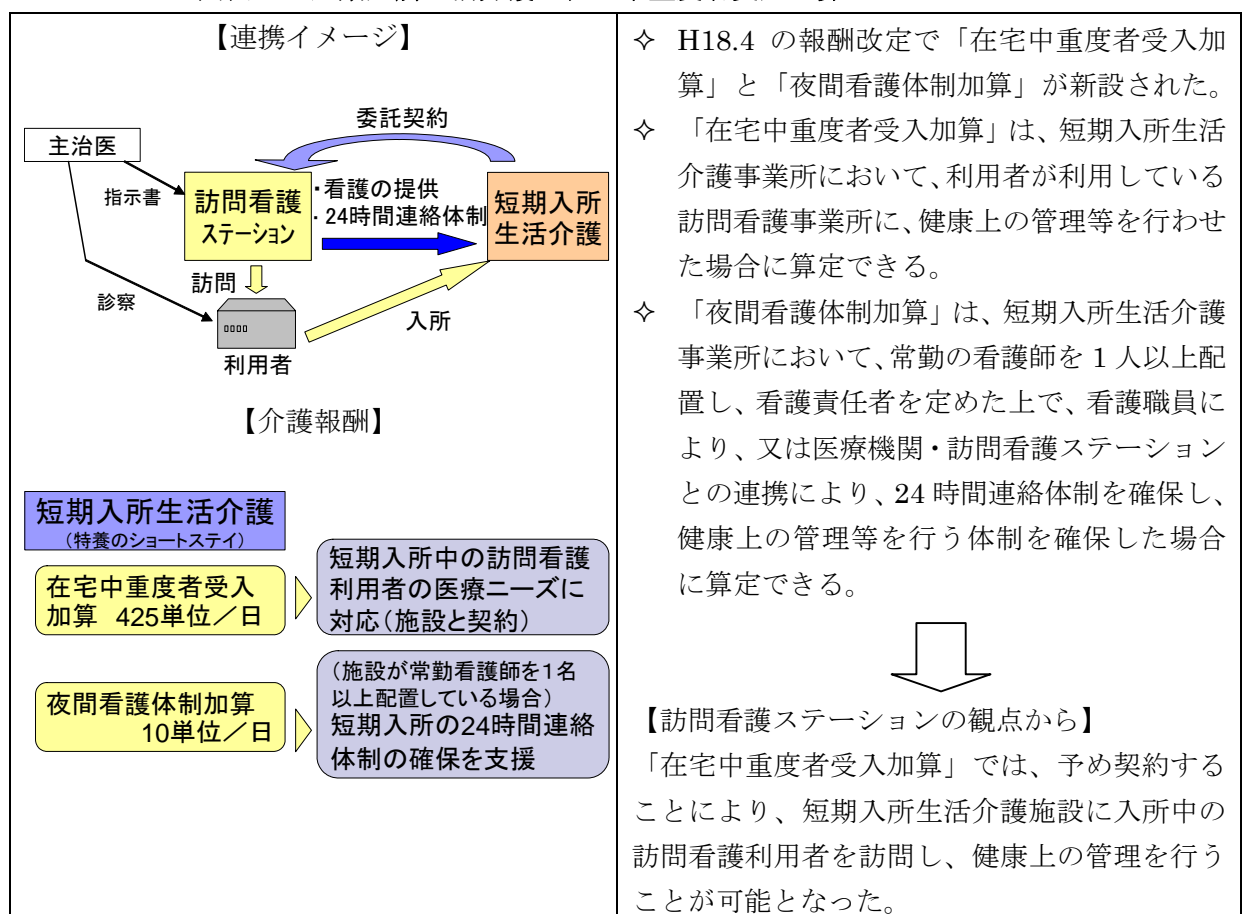
(1) 短期入所生活介護<在宅中重度者受入加算>

【研究のポイント】

実態調査結果では、短期入所生活介護と契約して連携している訪問看護ステーションの割合は1.6%と非常に少ないが、利用者が自宅にいる時も、短期入所利用中も、同じ訪問看護ステーションの職員により継続的な看護サービスを受けられるといった利用者へのメリットが分かりやすいため、訪問看護ステーションからは、「取り組みたい」との意見が多くみられた。

このため、実際に訪問看護ステーションと短期入所生活介護との連携の取り組みを行うことにより、契約に至るまでのプロセス・課題の整理や、具体的な連携内容・方法を収集し、連携イメージを全国に普及させることを目指す。また特に、短期入所生活介護の看護職員と訪問看護ステーションの看護職員との役割・機能分担の方法や、利用者の状態等に関する情報共有の方法について、明らかにする。さらに、短期入所生活介護の場で訪問看護ステーションの職員がケア提供することによる利用者への効果を示す。

図表 2 短期入所生活介護<在宅中重度者受入加算>について



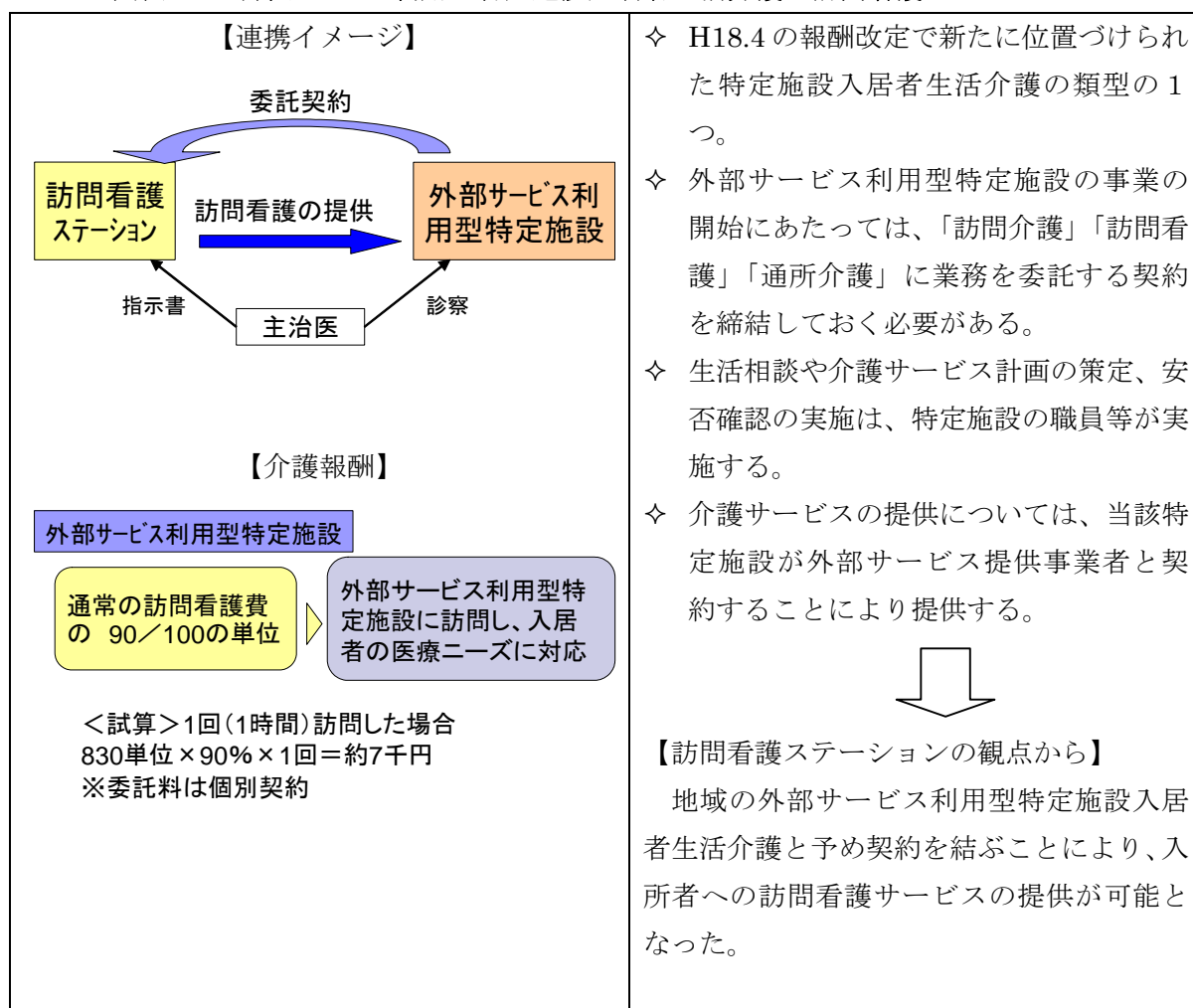
(2) 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護<訪問看護>

【研究のポイント】

実態調査結果では、外部サービス利用型特定施設と契約している訪問看護ステーションの割合は、1.9%と非常に少ないが、外部サービス利用型特定施設の指定申請の際には訪問看護事業所と契約を行うことが条件の1つであることから、施設側のニーズが比較的明確である。ただし、外部サービス利用型特定施設自体が新たなサービス類型であるため、訪問看護ステーションからは「分かりにくい」という意見が多くみられた。

このため、実際に訪問看護ステーションと外部サービス利用型特定施設との連携の取り組みを行うことにより、契約に至るまでのプロセス・課題の整理や、施設側・利用者側の訪問看護ステーションへのニーズ、具体的な連携内容・方法を収集し、連携イメージを全国に普及させることを目指す。また特に、利用者の状態等に関する情報共有の方法や外部サービス利用型特定施設で訪問看護ステーションの職員がケア提供することによる入居者へのメリット・効果を具体的に示す。

図表 3 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護<訪問看護>について

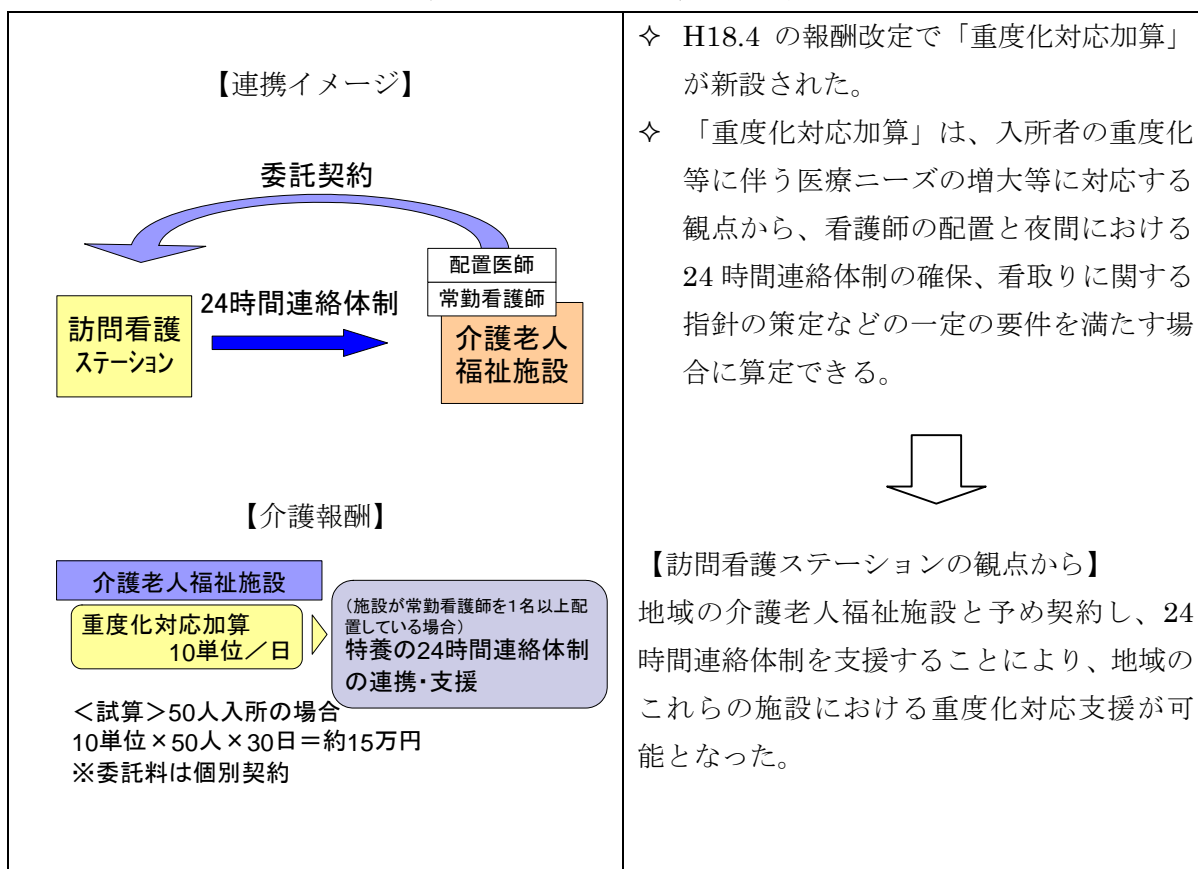


(3) 特別養護老人ホーム<重度化対応加算>

【研究のポイント】

実態調査結果では、特別養護老人ホームと契約して連携している訪問看護ステーションの割合は1.0%と非常に少なく、訪問看護ステーションからは、「特別養護老人ホームとの連携イメージがわからない」「施設側のニーズが見えない」という回答が多く寄せられた。このため本研究では、実態調査・追加調査を通じて、訪問看護ステーションと特別養護老人ホームとの連携のあり方についての特徴・課題の抽出を行なった。

図表 4 特別養護老人ホーム<重度化対応加算>について

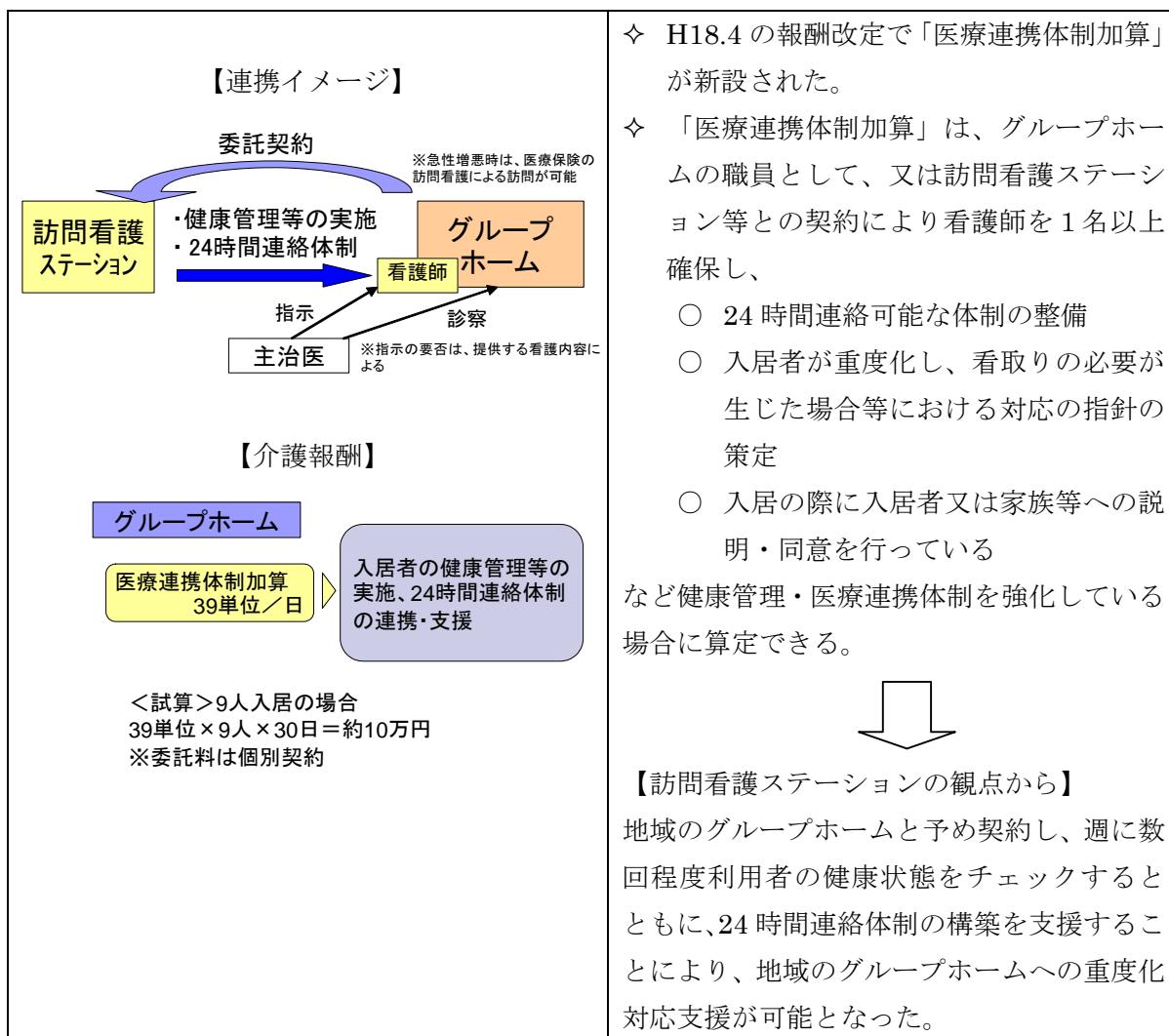


(4) グループホーム<医療連携体制加算>

【研究のポイント】

グループホームについては、「痴呆性（認知症）高齢者グループホームへの訪問看護の拡大研究事業」¹での先行的な取り組みの実績があることから、他の施設との連携に比べて連携イメージ（契約内容、連携回数、サービス内容等）が整理されており、実態調査結果によると、実際に訪問看護ステーションが契約して連携している率も 9.6%と高い。このため、本研究では、実際にグループホームと連携している全国の訪問看護ステーションへの調査やグループヒアリング等を通じて、実際の連携状況、実施上の工夫・課題・効果を抽出し、今後の更なる展開につなげる。

図表 5 グループホーム<医療連携体制加算>について



¹ 「痴呆性（認知症）高齢者グループホームへの訪問看護の拡大研究事業」 主任研究者村嶋幸代 社団法人全国訪問看護事業協会（平成17年3月）

2-4 研究の実施方法・内容

(ア) 実態調査

研究の目的・実施方法・スケジュールなど、全体の枠組みについて研究計画を策定するため、全国の訪問看護ステーション 3,375 カ所（全国訪問看護事業協会の全ての会員事業所）を対象として、実態調査を実施した。

平成 18 年 8 月下旬に、上記訪問看護ステーションに F A X による調査を行った。調査内容は訪問看護ステーションの他施設（グループホーム、短期入所生活介護、特別養護老人ホーム等）への訪問状況とし、連携の有無や意向等を尋ねた。

- 実施期間：平成 18 年 8 月 23 日～28 日
- 実施主体：(社) 全国訪問看護事業協会
- 実施方法：F A X による送信・F A X による返信
- 回収結果：
 - 發送数　　：3, 375 件
 - 有効回収数：1, 705 件　（有効回収率 50.5%）
- 調査項目：グループホーム、特別養護老人ホーム、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、外部サービス利用型特定施設の各施設別に以下の質問項目を設定

<質問項目>

- 質問 1. 平成 18 年 4 月からの報酬設定を知っているかどうか
- 質問 2. (質問 1 で「知っている」と回答した人について)
契約しているかどうか
- 質問 3. (質問 2 で「契約している」と回答した事業所について)
契約している施設数
7 月中の訪問回数
- 質問 4. 他施設との連携や訪問に関する課題・困難点について自由記述

(イ) 連携の取り組み（ペア事業）

実態調査結果では、各施設との「連携イメージがわからない」「どのように契約すればよいか分からない」といった回答が多くみられた。このため、実際に訪問看護ステーションと短期入所生活介護・外部サービス利用型特定施設との連携に取り組み、契約に至るまでのプロセス・課題を明確化し、その解決策や工夫を示すことを目的として、ペア事業を実施した。

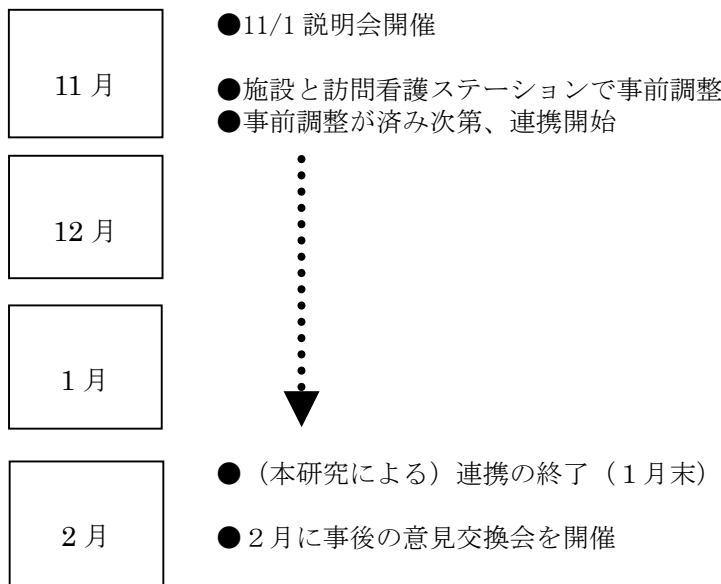
実施に当たっては、i) 実際に連携を行い、契約までのプロセス・課題・解決策等を明らかにする。合わせて、契約開始後の連携実態も把握し、具体的な連携内容・方法を収集すること、およびii) 事前・事後のミーティングを開催（2回程度）することにより、意見の集約を行い、また施設同士の情報交換の場・ネットワークの形成もねらうことに着目した。

ペア事業実施対象施設は、以下の通りである。

図表 6 ペア事業実施対象施設

都道府県	実施対象ペア（施設およびステーション）
東京都	<ul style="list-style-type: none"> ■社会福祉法人うらら 特別養護老人ホーム みずべの苑（定員 50 名） ■財団法人日本訪問看護振興財団 あすか山訪問看護ステーション
長野県	<ul style="list-style-type: none"> ■社会福祉法人恵仁福祉協会 特別養護老人ホーム アザレアンさなだ（定員 50 名） ■社会福祉法人恵仁福祉協会 訪問看護ステーション 真田
滋賀県	<ul style="list-style-type: none"> ■社会福祉法人青祥会 指定介護老人福祉施設 やまびこ ■財団法人豊郷病院 訪問看護ステーション レインボウはたしょう
佐賀県	<ul style="list-style-type: none"> ■社会福祉法人こもればい会 特別養護老人ホーム けやき荘（定員 50 名） ■社団法人佐賀県看護協会 訪問看護ステーション
大阪府	<ul style="list-style-type: none"> ■社会福祉法人福生会 養護老人ホーム 福生会（定員 70 名） ■医療法人ペガサス ペガサス訪問看護ステーション 八田

ペア事業は以下のスケジュールで行った。



事業実施にあたっての問題点、課題等を把握するため、ペア事業実施施設を対象とした調査を行った。調査票の構成は、以下の通りである。

	施設	ステーション
様式1-1 施設調査票（事前票）	○	
様式1-2 訪問看護ステーション調査票（事前票）		○
様式2-1 契約までの経過票（施設用）	○	
様式2-2 契約までの経過票（ステーション用）		○
様式2-3 契約までの打合せ・会議記録		○
様式3-1 ステーションから施設に出向いた記録		○
様式3-2 電話記録（電話をかけた人が記入）	○	○
様式3-3 会議記録（ケアカンファレンス含む）		○
様式4-1 利用者基本票【短期入所利用者】		○
様式4-2 利用者基本票【外部サービス利用型】		○
様式5-1 連携結果調査票（施設用）	○	
様式5-2 連携結果調査票（ステーション用）		○
様式6-1 介護支援専門員調査票【短期入所、外部サービス利用型利用者】		○
様式6-2 利用者家族調査票【短期入所、外部サービス利用型利用者】		○

(ウ) 追加調査

実態調査結果によれば、実際に施設と訪問看護ステーションとの間で連携をしている対象施設数が少なく、定量的分析を行うことが困難であることから、ヒアリング対象施設を選定するための情報収集を目的として、平成18年12月に追加調査を実施した。

ただし、グループホームについては、他の施設に比べて対象数が多いことから、連携状況等についても調査を行い、全国での実態を明らかにするものとした。

調査対象施設は、実態調査結果より、他施設と「契約している」または「契約予定」と回答のあった訪問看護ステーションを対象として実施した。調査対象は以下の通りである。

図表 7 追加調査の訪問看護ステーション対象数

	契約している	契約予定	合計
グループホームと連携しているステーション	164	52	216
特別養護老人ホームと連携しているステーション	17	27	44
短期入所生活介護と連携しているステーション	28	19	47
特定施設と連携しているステーション	7	9	16
外部サービス利用型と連携しているステーション	32	34	66
合 計			295

※複数の施設と連携している訪問看護ステーションがあるため、内訳の合計は「合計」と合わない。

- 実施期間：平成18年12月
- 実施主体：(社) 全国訪問看護事業協会
- 実施方法：郵送による配布、郵送による回収
- 回収結果：
 - 発送数：295 件
 - 有効回収数：117 件（有効回収率 39.7%）
- 調査項目：
 - グループホームとの連携状況（連携の有無、連携箇所数、契約に至るまでの経緯、契約内容、夜間・休日の連絡方法、連携実績、緊急対応の有無、連携による効果、課題等）
 - 短期入所生活介護との連携の有無、連携の概要
 - 特別養護老人ホームとの連携の有無、連携の概要
 - 特定施設入居者生活介護との連携の有無、連携の概要
 - 外部サービス利用型特定施設との連携の有無、連携の概要
 - 訪問看護ステーションの概要

(エ) ヒアリング調査

訪問看護ステーションと他施設との連携の実態・工夫等を明らかにし、報告書を通じて好事例の紹介を行うための資料を得ることを目的としてヒアリング調査を実施した。

対象施設は追加調査結果から、現地に出向き、聞き取りの必要がある事例を対象として実施した。また、訪問看護ステーションだけでなく、施設側からのニーズや施設側の抱える課題などを聞き取るため、施設側にもヒアリング調査を行った。ヒアリングは、3施設（短期入所生活介護1施設、外部サービス利用型特定施設1施設）を対象とし、平成19年1月～2月に実施した。

ヒアリング項目

- 施設との連携開始の経緯
- 契約までのプロセス・課題・解決策
- 連携内容について
 - ・ 契約内容
 - ・ 連携回数・内容（定期・臨時）
 - ・ 施設の看護職員との業務連携状況・情報共有 等
 - ・ 利用者・家族への説明・理解
- 他施設との連携後の変化・効果
- 他施設との連携に関する課題

(オ) グループインタビュー

訪問看護ステーションとグループホームとの連携の実態・課題等を明らかにするため、グループホーム及び連携している訪問看護ステーションを対象としたグループインタビューを実施した。

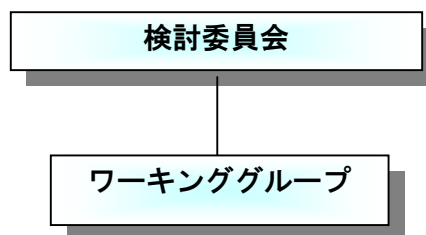
グループインタビューの対象は、ヒアリングは、5ペア（グループホーム5ヶ所、訪問看護ステーション5ヶ所）施設を対象とし、平成19年2月に実施した。

(カ) 連携の推進方策の検討

以上の結果を踏まえ、連携に関する現状及び課題等を整理し、今後の推進方策の検討を行った。

3. 研究実施体制

本研究の実施に際し、検討委員会を設置し、調査研究の企画、調査結果の分析・まとめ、報告書作成等を行った。また、検討委員会に加えて、検討委員会の委員を含めた学識経験者及び訪問看護ステーション管理者等によるワーキンググループ（WG）を設置した。



第2章 調査結果

第2章 調査結果

1. 実態調査結果

- 目的：本調査研究の研究計画の策定のため、訪問看護ステーションから他施設（グループホーム、特別養護老人ホーム、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、外部サービス利用型特定施設）への訪問状況について実態調査を行い、現状を把握する。
- 対象：全国の3375訪問看護ステーション
（全国訪問看護事業協会の全ての会員事業所）
- 実施期間：平成18年8月23日～28日
- 実施主体：(社) 全国訪問看護事業協会
- 実施方法：FAXによる送信・FAXによる返信
- 回収結果：
 - 発送数：3,375件
 - 有効回収数：1,705件（有効回収率 50.5%）
- 調査項目：グループホーム、特別養護老人ホーム、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、外部サービス利用型特定施設の各施設別に以下の質問項目を設定

<質問項目>

- 質問1. 平成18年4月からの報酬設定を知っているかどうか
- 質問2. (質問1で「知っている」と回答した人について)
契約しているかどうか
- 質問3. (質問2で「契約している」と回答した事業所について)
契約している施設数
7月中の訪問回数
- 質問4. 他施設との連携や訪問に関する課題・困難点について自由記述

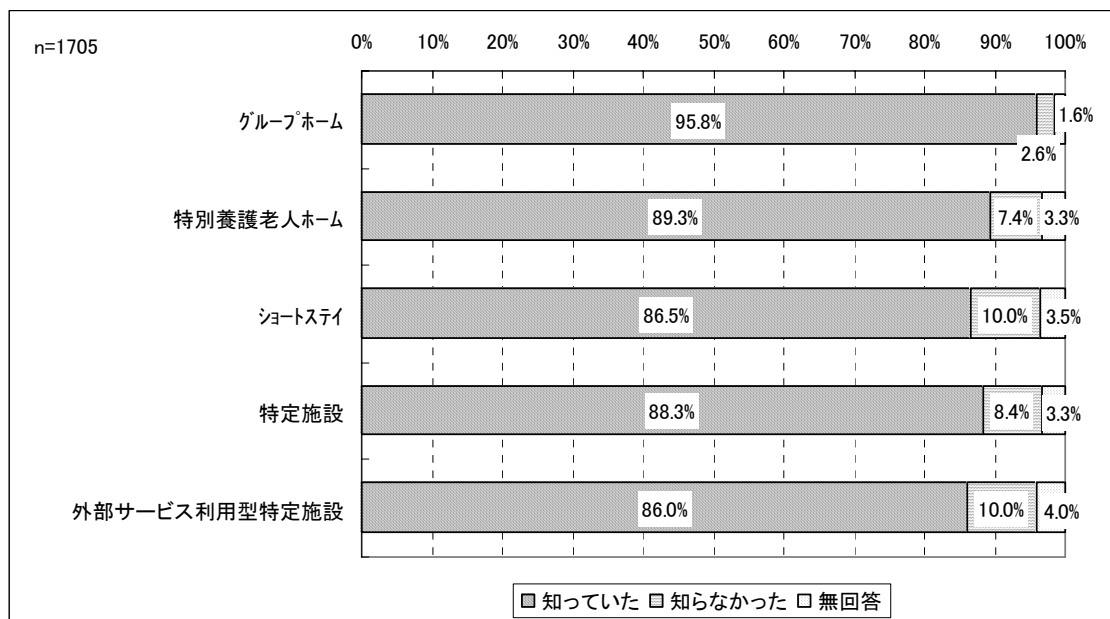
①介護報酬改定による他施設との連携・訪問の認知度

今回の介護報酬改定により、訪問看護ステーションが他の施設との連携を行った場合の報酬が新たに創設されたことについて、全国の訪問看護ステーションのほとんどが「知っていた」と回答しており、特に、グループホームとの連携については、「知っていた」が 95.8%と高かった。他の施設（特別養護老人ホーム、短期入所生活介護（ショートステイ）、特定施設入居者生活介護、外部サービス利用型）についても、8割弱の訪問看護ステーションが「知っている」と回答しており、全国的に認知度は高いことが明らかになった。

図表 8 介護報酬改定による他施設との連携・訪問の認知度①

	知っていた	知らなかった	無回答	合計
グループホーム	1634 95.8%	44 2.6%	27 1.6%	1705 100.0%
特別養護老人ホーム	1523 89.3%	126 7.4%	56 3.3%	1705 100.0%
ショートステイ	1475 86.5%	170 10.0%	60 3.5%	1705 100.0%
特定施設	1506 88.3%	143 8.4%	56 3.3%	1705 100.0%
外部サービス利用型特定施設	1466 86.0%	171 10.0%	68 4.0%	1705 100.0%

図表 9 介護報酬改定による他施設との連携・訪問の認知度②



②各施設との契約状況

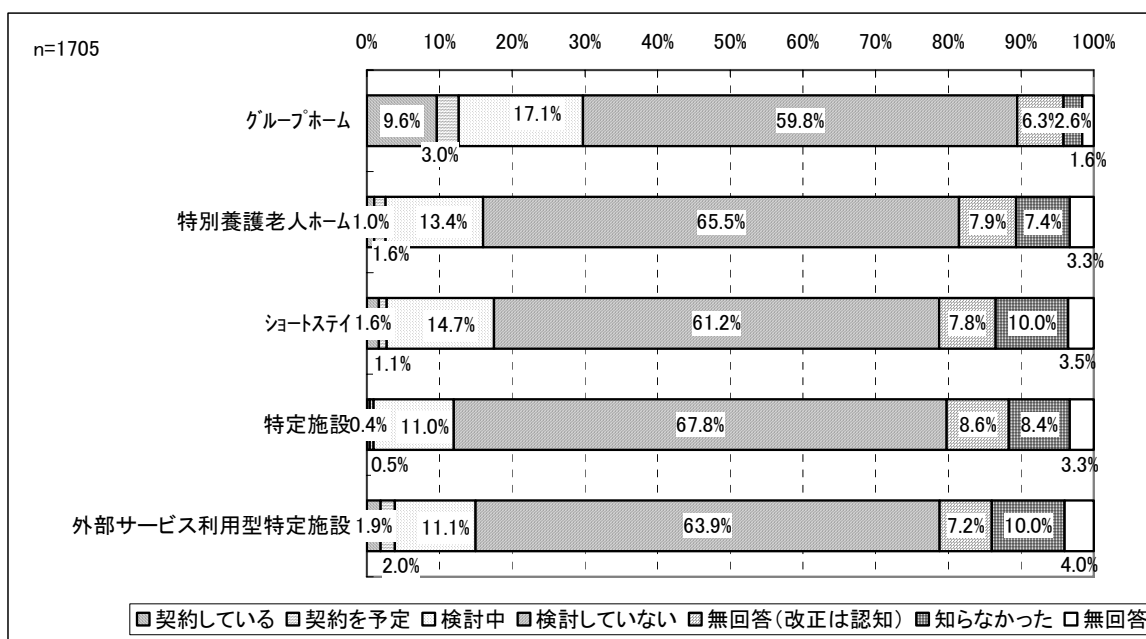
ア) 契約・検討の有無

訪問看護ステーションが他の施設と契約しているかについては、「契約している」という回答が最も多かったのはグループホーム（9.6%）であった。その他の施設については、契約率が1～2%と大変低く、全国的にほとんどの訪問看護ステーションが「検討していない」と回答している。

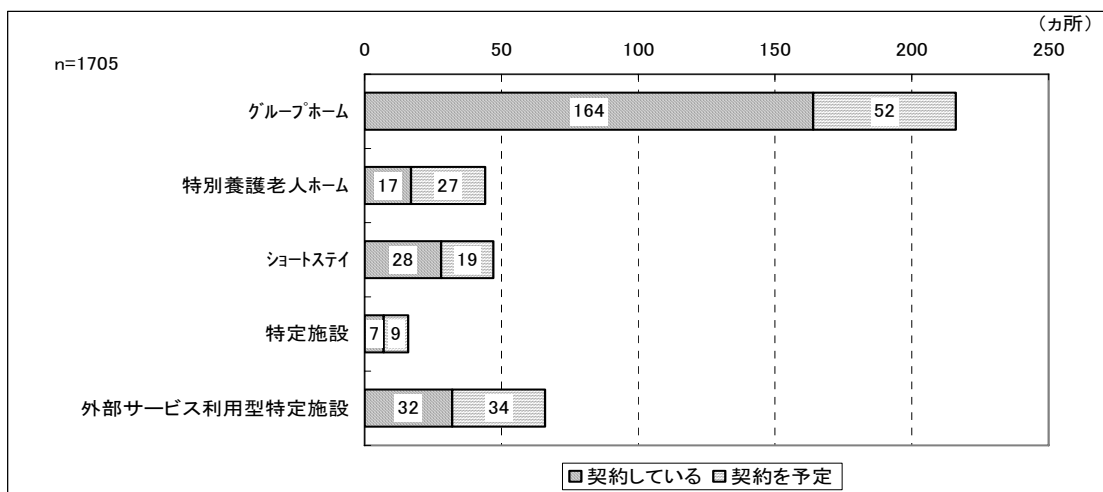
図表 10 他施設との契約状況①

	知っていた	契約状況					知らなかった	無回答	合計
		契約している	契約を予定	検討中	検討していない	無回答			
グループホーム	1634 95.8%	164 9.6%	52 3.0%	291 17.1%	1019 59.8%	108 6.3%	44 2.6%	27 1.6%	1705 100.0%
特別養護老人ホーム	1523 89.3%	17 1.0%	27 1.6%	229 13.4%	1116 65.5%	134 7.9%	126 7.4%	56 3.3%	1705 100.0%
ショートステイ	1475 86.5%	28 1.6%	19 1.1%	251 14.7%	1044 61.2%	133 7.8%	170 10.0%	60 3.5%	1705 100.0%
特定施設	1506 88.3%	7 0.4%	9 0.5%	188 11.0%	1156 67.8%	146 8.6%	143 8.4%	56 3.3%	1705 100.0%
外部サービス利用型特定施設	1466 86.0%	32 1.9%	34 2.0%	189 11.1%	1089 63.9%	122 7.2%	171 10.0%	68 4.0%	1705 100.0%

図表 11 他施設との契約状況②



図表 12 他施設と契約している訪問看護ステーション数（契約している/契約を予定の事業所）



イ) 契約施設数

実際に、契約している訪問看護ステーションに、契約先の件数を聞いたところ、いずれの施設でも平均で1施設程度であった。グループホームについては、最大7ヶ所と連携しているとの回答がみられた。

図表 13 契約施設数

施設種別	件数	1 り 施 設 平 均 あ た	最 大	最 小
グループホーム	158	1.5	7	1
特別養護老人ホーム	16	1.1	2	1
ショートステイ	26	1.2	2	1
特定施設	6	1.5	3	1
外部サービス利用型特定施設	28	1.3	4	1

③他施設との連携や訪問に関する課題・困難点について

他施設と「契約していない」と回答のあった訪問看護ステーションに、連携上の課題・困難点を聞いたところ、概ね以下の6つの内容についての回答が多かった。

1) 施設側が改正内容を知らない

- ・改正内容を施設側が知らず、話を通じない
- ・訪問看護の認知度が低く理解してもらえない

2) 施設の看護職員で対応可

- ・施設の看護職員で対応可なところには入れない
- ・施設の看護職員が手薄いところは負担が大きく入りづらい

3) 連携するための人材が不足

- ・人員増員ができず対応できない
- ・現在の訪問看護業務だけで精一杯である

4) 24時間体制への負担が大きい

- ・訪問看護の24時間対応だけで精一杯

5) 連携の具体的な内容が分からず不安

- ・契約金額、契約書の内容などがわからない
- ・訪問看護のサービス提供範囲・内容がわからない
- ・夜間呼び出しの頻度、責任範囲などがわからない
- ・施設側と契約金額の折り合いがつかない
- ・契約に向けて、どのようなことをすればよいのか分からない

以下に、それぞれの回答について、主な内容を掲載する。

1) 施設側が改正内容を知らない

■施設側が連携の必要性を感じていない

- ・ 訪問看護の場の拡大で新たな取組をしていきたいと思っているが、契約の申し出がない。殆ど法人の中での連携を行っているようである。グループホームでは新たに看護職の雇用で対応するところが多く、なかなかステーションとの連携にならない。
- ・ 報酬設定されたことは知っているが、施設側が必要性を感じていなければ契約できない。

■施設側の訪問看護や看護に対する認識不足

- ・ 施設側の訪問看護の認知度が低く、説明しても理解してもらえない。
- ・ 他施設へ訪問看護のポスター・パンフレットなど持参し、担当の方々に話をするも、なかなか依頼・相談もない。
- ・ 施設において看護職員の位置づけが薄い。施設看護職のレベルアップ、教育が必要。
- ・ 他施設にとって訪問看護を利用した場合のメリットがイメージができていない。

■施設側のスタッフとの交流が少ない

- ・ 施設側のスタッフとの理解が困難ではないのか（必要性を感じているかどうか、領域をおかされると考えていないか）。
- ・ 在宅と施設のスタッフ交流が日常的にない。日常的に交流を深めるなかで施設での看取りにステーションのスタッフのかかわりが可能になるのではないか。

2) 施設の看護職員で対応可

- ・ 施設に打診したが、施設で看護師を確保しており対応できるとの返事が多かった。
- ・ 施設内に医療スタッフがいればわざわざ訪問看護ステーションと連携する必要はない。
- ・ 当ステーション近辺の施設では、常勤看護師が勤務しているため、契約の必要性を考えていない。報酬改定された時点で施設に出向き、どのような考えかを聞いた所、重症者もおらず、めったに夜間も呼び出すこともないという事であった。
- ・ グループホームを含む他施設との連携を希望しているが、夜勤看護体制が導入されている施設が多く、訪問看護の希望がない。

3) 連携するための人材が不足

- ・ 現在の人員では他施設への訪問が困難。人員増員もなかなかできない。
- ・ マンパワーの不足。
- ・ 人員不足により24時間体制がとれず、他施設との連携は困難。
- ・ 現在の訪問看護ステーションの訪問だけで一杯である（人員確保が難しい）。
- ・ 看護師の慢性的欠員が続いている。在宅でのサービスが精一杯という現状である。
- ・ ステーションの人員不足により、当事業所の24時間体制で一杯。
- ・ 特にグループホームとショートステイ中の依頼があったが、人員確保が困難な為、実施には至っていない。

4) 24時間体制への負担が大きい

- ・ 夜間の対応をできるスタッフが少ないので、ステーションの利用者への対応だけでも負担感が強いのが現状。
- ・ 在宅の24時間体制の維持だけで精一杯であるので、これ以上職員の負担を大きくしたくない。
- ・ 夜間の緊急依頼の回数が増えて、本来の訪問に影響が出てくるのではないかと心配。
- ・ 夜間何回も呼び出しがあっても丸めの利用料金では対応できない。「何かあったら訪問看護を呼べば良い」という安易な考えを施設職員にもたれてしまいそう。
- ・ 夜間緊急の場合、緊急時携帯で相談等の対応は可能だが、待機看護師によっては施設に着くのに時間がかかる場合がある。

5) 連携の具体的な内容が分からず不安

■利用者の状態把握が困難

- ・ 施設の利用者の病状を把握していないのに、たまに訪問してその場で病状を観て判断することは難しい。
- ・ 他施設の多人数の利用者を把握することがなかなか困難。
- ・ 施設との定期的な情報交換(病状把握)をどうするか。
- ・ 訪問看護では利用者の把握が出来ているので、適切な判断、処置が可能。施設利用者を1週間に1回程度1時間の定期訪問では十分把握できない。

■業務の範囲・責任の範囲などが分からない

- ・ 夜間の呼び出しや責任の範囲など、どの程度のニーズがあるのか不透明。
- ・ 施設利用者の状態の把握やどの部分まで介入していくのか、とても難しい面がある。
- ・ 定期的な状態観察・スタッフへの指導程度は可能と思われるが、24時間体制となると具体的な指導があればよいと思う。
- ・ 役割内容の明確化、それに伴う拘束時間の予定など、ステーションと施設に違いがあり、難しい。

■ 契約料・契約内容等についての課題

- ・ 契約時の報酬について、施設等が低い金額で考えている。
- ・ 実際に契約するとなると契約料の設定が問題となり、ガイドラインがあればと思う。
- ・ 報酬についても契約者間で決めるのはやりにくい方法だと思う。
- ・ 契約書の具体的な内容も知りたい。
- ・ 施設側への報酬設定であるため、ステーション側へ支払いすると、施設側にマイナスが出ることを理由に折り合いがつきにくい。
- ・ グループホームと契約の話があったが、「緊急」の意味や報酬の折り合いがつかず、契約にいたらなかった。
- ・ 契約する時の方法（契約書や報酬以外の契約料など）、モデルで参考になるものがほしい。

■ 医師との関係が分からない

- ・ 利用者毎の指示書がない中で看護ケアを行う事に不安がある。
- ・ 外部の主治医との指示連絡方法をどうするのが課題。
- ・ 主治医との連携の取り方、責任の所在等をどれだけ明確にできるか。
- ・ 指示書の印はどうして良いのか解らない。

■ 連携の具体的なイメージがつかない

- ・ 具体的なことがつかめない。近くに例がない。どこに相談すればいいのかわからない。具体策、流れがわかるパンフレット等がほしい。
- ・ ステーション利用者がショートステイ等を利用する際に、施設との連携方法が施設によってまちまちで、各個人の意識・意欲によるところが大きい。
- ・ グループホームとの連携について、委託費が相手方との契約で一律化されていないし、サービスの内容もはっきりしない。

2. 訪問看護ステーションと介護保険施設等との連携

2-1 連携の取り組み（ペア事業）

ペア事業は、平成18年11月から平成19年2月にかけて実施した。11月に説明会を行い、各ペア（施設と訪問看護ステーション）の間で、事業実施に関する事前調整を行い、調整ができた段階で、ペア事業を開始し、実際の連携を開始した。

その後、平成19年1月末までペア事業を行い、連携内容、利用者へのケアの内容、連携に当たっての問題点、課題等を調査するための調査票を2月に回収した。

また、連携内容等をより深く把握するため、1月～2月に、ペア事業参加施設・訪問看護ステーションを対象としたヒアリングを実施した。

1) 短期入所生活介護と訪問看護ステーションとの連携

短期入所生活介護と訪問看護ステーションとの連携として、次の4地域でペア事業を実施した。

図表 14 短期入所生活介護と訪問看護ステーションとの連携（ペア事業）

都道府県	実施対象ペア（施設およびステーション）
東京都	■社会福祉法人うらら 特別養護老人ホーム みずべの苑（定員 50名） ■財団法人日本訪問看護振興財団 あすか山訪問看護ステーション
長野県	■社会福祉法人恵仁福祉協会 特別養護老人ホーム アザレアンさなだ（定員 50名） ■社会福祉法人恵仁福祉協会 訪問看護ステーション 真田
滋賀県	■社会福祉法人青祥会 指定介護老人福祉施設 やまびこ ■財団法人豊郷病院 訪問看護ステーション レインボウはたしょう
佐賀県	■社会福祉法人こもればい会 特別養護老人ホーム けやき荘（定員 50名） ■社団法人佐賀県看護協会 訪問看護ステーション

(ア) 事例紹介

【連携事例1】：東京都（別法人、別敷地）

<p>■社会福祉法人うらら 特別養護老人ホーム みずべの苑（定員 50名）</p> <p>■財団法人日本訪問看護振興財団 あすか山訪問看護ステーション</p>

○施設および訪問看護ステーションの概要

(2006.12 現在)

	施設	訪問看護ステーション
入所者・利用者数	特養 50名、ショート 10名	40名（介護保険 25名、医療保険 15名）
看護職員数	常勤看護職 1名（換算 1名） 非常勤看護職 7名（換算 2.8名）	常勤看護職 2名（換算 1.41名） 非常勤看護職 3名（換算 2.52名）
看護職員の勤務体制	日勤（9:00～18:00） 1人 遅番（12:00～20:00） 1人 夜勤（20:00～8:30） 1人	夜間はオンコール体制
看護職員のオンコール体制	（夜勤体制）	3人で持ち回り
加算	（特養）重度化対応加算 あり （特養）看取り介護加算 あり（看取り介護加算Ⅰ 1名※半年間） （ショート）夜間看護体制加算 あり	<p>【介護保険法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急時訪問看護加算 なし ・特別管理加算 あり（7件） ・ターミナルケア加算 なし <p>【健康保険法等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間連絡体制加算 なし ・重症者管理加算 なし ・ターミナルケア療養費 なし

○連携開始の理由

これまで、訪問看護ステーションの利用者が特別養護老人ホーム併設の通所介護やショートステイを利用する際にケースを通じて連携をしたことがあった。

施設側としては、継続的な観察の質とケアが充実できると考えたことが連携開始の理由となっており、今後、特別養護老人ホーム入所者でも最期は自宅で看取ることを可能にするためにも、訪問看護ステーションとの連携強化が必要と考えた。

訪問看護ステーション側としては、これまで、一般的に医療処置が必要な訪問看護利用者がショートステイを利用した場合、ショートステイ利用中にトラブルがあつて在宅に戻るケースなどを経験しており、ショートステイの場に訪問看護が出向くことへの利用者・家族のニーズはあると考えていた。訪問看護の利用者がショートステイを利用する際にも継続した看護を行えると、重症の利用者も安心してショートステイが利用できると考えたため開始した。

【連携事例2】：長野県（両者が同一敷地内、同一法人）

- 社会福祉法人恵仁福祉協会 特別養護老人ホーム アザレアンさなだ（定員 50名）
- 社会福祉法人恵仁福祉協会 訪問看護ステーション 真田

○施設および訪問看護ステーションの概要

(2006.12 現在)

	施設	訪問看護ステーション
入所者・利用者数	特養 50名、ショート 24名	39名（介護保険 37名、医療保険 2名）
看護職員数	常勤看護師 4名	常勤看護職 5名（換算 4.1名） 非常勤看護職 2名（換算 0.8名）
看護職員の勤務体制	早番（7:30～16:30）1人 日勤（8:30～17:15分）1人 遅番（10:00～19:00）1人 夜間はオンコール体制	夜間はオンコール体制
看護職員のオンコール体制	4人で持ち回り	3人で持ち回り
加算	（特養）重度化対応加算 あり （特養）看取り介護加算 あり （看取り介護加算Ⅰ 3人 ※半年間） （ショート）夜間看護体制加算あり	【介護保険法】 ・緊急時訪問看護加算 あり（3件） ・特別管理加算 あり（13件） ・ターミナルケア加算 あり（1件） 【健康保険法等】 ・24時間連絡体制加算 あり（1件） ・重症者管理加算 あり（0件） ・ターミナルケア療養費 あり（1件）

○連携開始の理由

同一法人・同一敷地内の訪問看護ステーションのため、これまでもショートステイ利用の際には利用者の在宅での様子について、電話や連絡ノートで情報提供をお互いに行っていた。法人として様々なサービスを行っている中で、看護を担ってきた人材を訪問看護ステーションに集中させ、そこから展開していくような新たな方法を考えるため連携を検討した。

施設側としては、訪問看護の利用者がショートステイ中、在宅時と同等の頻度で、訪問看護の職員によるサービスを受けることにより、ショートステイ中の状態の把握ができる、家族の安心につながると考えた。（状態観察・皮膚状態の観察・排泄ケアなど）

訪問看護ステーション側としては、継続した処置や看護の必要な利用者に継続的な看護をすることができるメリットがあると考えた。これまで、訪問看護の利用者で、ショートステイ中に状態が悪化して入院を余儀なくされたり、在宅へ帰ってから家族や利用者が不穏になり、緊急訪問をするなど、継続した処置や看護の必要な利用者がいたため、継続看護の必要性を感じていた。

【連携事例3】：滋賀県（両者が同一敷地内、別法人）

- 社会福祉法人青祥会 指定介護老人福祉施設 やまびこ
- 財団法人豊郷病院 訪問看護ステーション レインボウはたしょう

○施設および訪問看護ステーションの概要

(2006.12 現在)

	施設	訪問看護ステーション
入所者・利用者数	特養 50 名	120 名（介護保険 100 名、医療保険 20 名）
看護職員数	常勤看護職 4 名（換算 3.4 名） 非常勤看護職 2 名（換算 1.2 名）	常勤看護職 4 名（換算 2.7 名） 非常勤看護職 2 名（換算 1.1 名）
看護職員の勤務体制	日勤（9:00～18:00）6 名 夜間はオンコール体制	夜間はオンコール体制
看護職員のオンコール体制	2 名で持ち回り	4 名で持ち回り
加算	（特養）重度化対応加算 あり （特養）看取り介護加算 あり （看取り介護加算Ⅰ 4 名、看取り介護加算Ⅱ 4 名※半年間） （ショート）夜間看護体制加算 あり	【介護保険法】 ・緊急時訪問看護加算 あり（89 件） ・特別管理加算 あり（23 件） ・ターミナルケア加算 あり（2 件） 【健康保険法等】 ・24 時間連絡体制加算 あり（20 件） ・重症者管理加算 あり（7 件） ・ターミナルケア療養費 あり（1 件）

○連携開始の理由

同敷地内（別法人）の訪問看護ステーションのため、これまでも訪問看護の利用者が入所する際にもともと連携していた経緯があり、今回の報酬改定を好機として連携を開始した。

施設側としては、居宅で訪問看護を受けている利用者が、ショートステイ利用中でも引き続き同じ看護が受けられることは「治療の継続」を意味し、利用者とその家族にとってより安心感が増すと考えた。

訪問看護ステーション側としては、報酬改定以前はショートステイ先に訪問してケアを提供することができず、訪問は無報酬のボランティアであったが、連携を契機に報酬面でのメリットが見込めると考えた。また、以前より褥瘡、排便コントロール等については帰宅後のトラブルも多く問題意識を感じており、その他にも朝のインシュリン注射の必要がある訪問看護対象者がショートステイを利用する場合などショートステイ先との連携の必要性を感じていた。

【連携事例4】：佐賀県（別法人、別敷地）

- 社会福祉法人こもればい会 特別養護老人ホーム けやき荘（定員 50名）
- 社団法人佐賀県看護協会 訪問看護ステーション

○施設および訪問看護ステーションの概要

（2006.12 現在）

	施設	訪問看護ステーション
入所者・利用者数	特養 50名、ショート 20名	46名（介護保険 19名、医療保険 27名）
看護職員数	常勤看護師 4名	常勤看護職 5名（換算 5名）、 非常勤看護職 7名（換算 6.8名）
看護職員の勤務体制	早出（8:00～17:00） 日勤（9:00～18:00） 遅出（10:00～19:00） 夜間はオンコール体制	夜間はオンコール体制
看護職員のオンコール体制	ショートステイの看護職のオンコール体制はとっているが、病院の看護師に毎日申し送りしており、夜間緊急時は病院から看護師（必要に応じて医師）が来てくれる。1名で持ち回り	5名で持ち回り
加算	（特養）重度化対応加算 なし （特養）看取り介護加算 なし （ショート）夜間看護体制加算 なし	【介護保険法】 ・緊急時訪問看護加算 あり（16件） ・特別管理加算 あり（4件） ・ターミナルケア加算 あり（0件） 【健康保険法等】 ・24時間連絡体制加算 あり（27件） ・重症者管理加算 あり（12件） ・ターミナルケア療養費 あり（1件）

○連携開始の理由

施設としては、ショートステイの利用者・家族から、訪問看護ステーションの看護職員がショートステイの場にも来ることについて、とても希望が多かったため、連携を開始した。特に、インシュリンの自己注射（朝）、バルーンカテーテルの詰まりなどがある人などは訪問看護ステーションとの連携が有効と考えた。状態の変化、点滴などの医療的処置が必要な場合、施設側に看護体制が常時整っていない場合でもショートステイを利用することができる考えた。

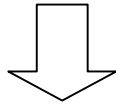
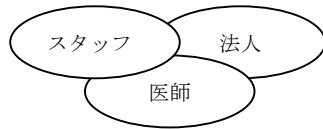
また、短期入所と訪問看護との連携を強化し、地域のケアネットワークをつくりたいという思いもあり、連携を開始した。

(イ) 連携開始までの経緯

短期入所生活介護（ショートステイ）と訪問看護ステーションとの連携の場合、連携開始までの経緯は主に以下の5ステップであった。

●STEP 1

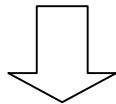
連携開始にあたっての情報交換・関係者への周知



- ショートステイと訪問看護ステーションとの間で、以下のよう
な事項について情報交換を行なう。
 - ①法人について（設置主体・経営者・管理者等）
 - ②スタッフについて（人数・職種・経歴等）
 - ③利用者について（人数・状態等）
 - ④運営体制について（運営規定・訪問地域・営業時間等）
- 特に、ショートステイの職員にとっては、外部の訪問看護師
が入ることになるため、この段階での職員への周知・理解が
重要。
- 必要に応じて保険者との調整も必要（加算の事前届出は不
要）

●STEP 2

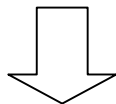
連携開始の準備



- 施設と訪問看護ステーションとで、以下のような準備を行
なう。（場合によっては、合同勉強会等の開催）
 - ①施設見学・打ち合わせ等により、施設の特徴を共有する。
 - ②訪問看護が必要な利用者についての打ち合わせを行なう。
 - ③契約内容（金額・期間等）についての打ち合わせを行なう。
- 施設側関係者（配置医、ケアマネジャー等）、訪問看護ステ
ーション関係者に、在宅中重度者受入加算算定開始の周知
を行なう。

●STEP 3

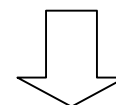
施設と訪問看護ステーション との間で連携契約を締結



- 施設・ステーション間で契約を締結する。
（特に委託料については調整に時間がかかる場合もあり、在
宅中重度者受入加算（夜間看護体制加算を算定している場合
415 単位）に対して○%という決め方をした事業所が多い）

●STEP 4

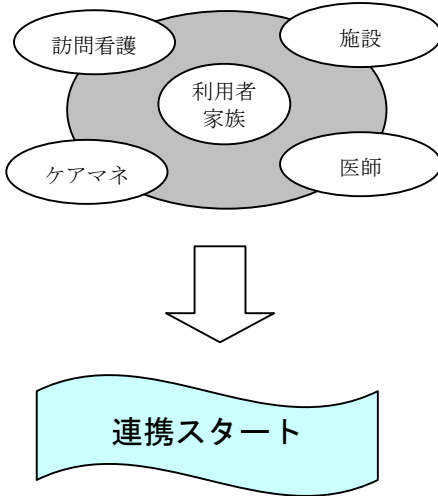
候補者の選定、関係者への 調整



- 訪問看護の利用者でショートステイを利用するケース（在
宅中重度者受入加算の候補となるケース）が出た場合、利
用者本人、家族の意向を確認する。（特に、加算部分の自己
負担の説明が必要）
- 主治医、ケアマネジャー等の関係者間で、訪問看護がショ
ートステイに出向くことについて調整。（ケアマネジャーに
ケアプラン上に位置づけてもらうことが必要）

●STEP 5

契約後、連携開始にあたっての確認・関係者間の調整



○施設と訪問看護ステーションとで、以下のような事項について内容の確認を行ない、関係者間の調整を行なう。

- ①訪問内容について（頻度・滞在時間等）
- ②役割分担について（ケア提供内容・物品準備等）
- ③情報共有方法について（カンファレンス開催方法・記録様式等）
- ④緊急時対応について（対応者・連絡方法等）
- ⑤主治医との連携について（連携頻度・報告方法等）

●STEP 1 連携開始にあたっての情報交換・関係者への周知

連携開始にあたっては、施設・訪問看護ステーションの概要（法人、スタッフ、利用者、運営体制等）を相互に確認することが必要となる。具体的に相互に確認した内容は、以下の通りである。

図表 15 連携開始に向けた確認事項（例）

<p>【相互に確認する事項】</p> <p><input type="checkbox"/>所在地 <input type="checkbox"/>設置主体 <input type="checkbox"/>経営者・管理者</p> <p><input type="checkbox"/>法人の概要（実施している事業の概要、経営状況等） <input type="checkbox"/>事業所の運営規定</p> <p><input type="checkbox"/>スタッフ数 <input type="checkbox"/>スタッフの職種構成 <input type="checkbox"/>スタッフの経歴</p> <p><input type="checkbox"/>入所者数</p> <p>【ショートステイ側から訪問看護ステーションについて確認する事項】</p> <p><input type="checkbox"/>訪問地域 <input type="checkbox"/>営業時間 <input type="checkbox"/>利用者数 <input type="checkbox"/>サービス提供上の特徴 <input type="checkbox"/>他の施設との連携状況</p>
--

この段階では、ショートステイと訪問看護ステーションの契約関係が成り立つかといった視点で、まず法人同士が事業概要・運営規定等について情報交換をする打ち合わせが行われていた。ショートステイと訪問看護ステーションが同一法人の場合は、この調整がほとんど必要なく、連携開始に入っている。

また、施設と訪問看護ステーションとの連携は、介護報酬上、新しく設定されたことから、まず制度や介護報酬の仕組み等についての情報がショートステイ側・訪問看護ステーション側にも必要になっている。さらに、保険者にとっての初めてのケースとなった事例では、保険者との調整にも時間がかかっていた。

●STEP 2

連携開始の準備

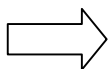
施設と訪問看護ステーション両者の中で契約締結に向けて、以下のような項目について検討が必要となる。

図表 16 契約締結に向けた検討事項（例）

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 契約内容について<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 契約書内容<input type="checkbox"/> 契約金額<input type="checkbox"/> 契約の更新頻度2. 訪問看護ステーションの役割と業務について<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員が施設に出向く頻度・時間の決め方<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員が行う業務範囲の決め方<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員が行う業務についての責任の所在<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員と施設の看護職員との役割・業務分担の決め方<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員が対象とする利用者の選定方法3. 利用者の情報共有の方法について<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 利用者情報のステーションからの事前提供方法・内容<input type="checkbox"/> カンファレンスの頻度・方法<input type="checkbox"/> 記録様式・共有方法4. 連絡窓口・連絡対応について<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 営業時間内・外の連絡方法<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションの対応者5. 医師との連携について<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 配置医との連携頻度・方法<input type="checkbox"/> 主治医との連携頻度・方法<input type="checkbox"/> 緊急時の対応方法6. その他<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 衛生材料・物品の準備方法<input type="checkbox"/> 評価・見直しの方法・時期 |
|---|

法人同士で連携することがほぼ決まった段階で、具体的な連携開始のために、訪問看護ステーションの職員が施設見学に行き、実際の施設の現場について理解を深めるようにしたり、施設職員、訪問看護ステーション職員、ケアマネジャー等が一堂に会して、連携の開始に向けた勉強会（制度・基準等について）をしている事業所があった。

契約内容を詰める際には、施設とステーションの業務役割分担や、利用者の選定、連絡窓口、医師との連携、衛生材料・物品の準備など、様々な調整が必要となる。ペア事業を実施した事業所においては、事前にこれらの内容について話し合いを行い、具体的な方法を検討したが、「実際に始めてみないと分からないこともあった」という回答もみられた。連携を行う中で、少しずつ連携内容や情報共有方法などの改善を行いながら進めることも必要と考えられる。



【工夫点】具体的な連携方法について分からないことが多かったため、施設職員、訪問看護ステーション職員、ケアマネジャー等が一堂に会して、連携に関する制度や基準等についての勉強会を実施して解決。

●STEP 3 施設と訪問看護ステーションとの間で契約を締結

具体的な連携内容・契約内容のすりあわせを行った上で、施設と訪問看護ステーションとの間の契約締結が行われている。下記は、実際にペア事業で連携を行った事業所で取り交わされた契約書の項目（例）である。

図表 17 契約書の項目（例）

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 委託業務の内容 | <input type="checkbox"/> 契約期間 |
| <input type="checkbox"/> 委託料 | <input type="checkbox"/> 委託料の請求および支払い |
| <input type="checkbox"/> 守秘義務 | <input type="checkbox"/> 個人情報の保護 |
| <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 | <input type="checkbox"/> 損害賠償 |
| <input type="checkbox"/> 契約の解除 | <input type="checkbox"/> 本契約に定めのない事項 |

●STEP 4 利用者候補の選定、関係者への周知

1) 利用者候補の選定・意向の確認

ショートステイと訪問看護ステーションが契約を結んだ後、実際に訪問看護ステーションの職員がショートステイに出向く必要のある利用者候補の選定を行う必要がある。契約先のショートステイの利用希望があった場合、在宅中重度者受入加算を利用するかどうか、利用者本人・家族の意向を確認する。

利用者候補の選定の段階で、訪問看護ステーションから利用者本人、家族に以下のような内容の説明がなされていた。

図表 18 利用者・家族への説明内容（例）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>在宅中重度者受入加算に関する制度・介護報酬の説明<input type="checkbox"/>訪問看護ステーション職員によるショートステイの場でのサービス内容<input type="checkbox"/>在宅中重度者受入加算に伴う利用者負担金額<input type="checkbox"/>在宅中重度者受入加算を利用することによるメリット（継続的ケアの提供、安心感等） |
|--|

今回のペア事業で連携を行った利用者については、訪問看護ステーションの看護師が継続してショートステイの場でケアを提供することについて、積極的に同意がなされていた。中には、今回のペア事業を通じて、初めてショートステイを利用した事例もあった。この事例では、「訪問看護ステーション職員がショートステイでケアを提供してくれるならショートステイを利用したい」という意向があり、それまではレスパイトのために短期入院をしていたが、ショートステイに切り替えることができた事例である。

一方で、利用者によっては、これまでショートステイに配置されている看護職員が実施してくれていたのに、「なぜ加算分を支払う必要があるのか」と、同意が得られないケースがあったことも報告されている。

2) 主治医・配置医への説明・理解

連携を行うに当たっては、主治医の理解を得ておくことも重要となる。実際に連携を行った事例の中には、主治医から「ショートステイ先には配置医がいて施設看護師もいるのに、訪問看護がなぜ必要なのか」という見解もあったケースもみられた。制度的には、ショートステイの配置医が施設看護師に指示を出し、訪問看護ステーション職員は、その施設看護師の業務を一部分担する形になるため、主治医はショートステイ期間中の訪問看護について指示を出す必要はないが、主治医の理解を得ることは重要である。上記事例については、主治医側が「配置医の領域を侵すことにならないか」と危惧していたため、配置医から主治医に向けて連携開始についての依頼文を出し、連携を開始することができた。このように配置医と主治医の関係の調整も重要な事項であり、連携開始前に主治医へ十分に制度の趣旨や訪問看護の役割等を説明し、理解を得ることが重要である。

3) ケアマネジャーへの説明・理解

また、連携を行うにあたって欠かせないのがケアマネジャーとの連携である。区分支給限度基準額を超えそうな利用者は、在宅中重度者受入加算が利用できない、あるいはケアマネジャーが在宅中重度者受入加算の必要性を理解してくれず、連携できないケースもあったなどの報告もあった。今回の連携の仕組みは、介護報酬上で位置づけられた新たな仕組みであるため、ケアマネジャーへの周知・PRを行っていくことが重要である。

●STEP 5

契約後、連携開始にあたっての確認・関係者間の調整

連携する対象の利用者が選定された後、実際の連携開始にあたっては、利用者個別に以下のような事項について確認・調整が行われている。

図表 19 利用者個別に確認・調整する事項（例）

【利用者の属性・概要】			
<input type="checkbox"/> 属性	<input type="checkbox"/> 傷病名・状態	<input type="checkbox"/> 本人・家族の希望	<input type="checkbox"/> 状態急変の可能性の予測
<input type="checkbox"/> 在宅での訪問看護の内容	<input type="checkbox"/> 主治医の指示内容	<input type="checkbox"/> 利用者・家族への説明・同意	
<input type="checkbox"/> 訪問看護計画書	<input type="checkbox"/> ケア提供上留意すべきこと		
【訪問看護ステーション職員によるケア提供】			
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員が施設に出向く頻度・時間			
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員が行うケア内容			
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員と施設の看護職員との役割・業務分担			
<input type="checkbox"/> 営業時間内・時間外の連絡方法・訪問看護ステーションの対応者			
【医師との連携】			
<input type="checkbox"/> 配置医との連携頻度・方法	<input type="checkbox"/> 主治医との連携頻度・方法	<input type="checkbox"/> 緊急時の対応方法	
【その他】			
<input type="checkbox"/> 家族への連絡方法	<input type="checkbox"/> 衛生材料・物品の準備方法		

また、今回のペア事業では、ショートステイとの連携自体が始めてであったため、まず訪問看護ステーションの職員が訪問したらどこに行くか（荷物はどこに置くか、申し送りはどこで受けるか等）、利用者へのケアに必要な物品はどこで準備するか（お湯、タオル等）、ケア提供終了後の物品の片付けは誰がどうするのか、記録の方法・引継ぎはどうするのか、といった具体的な事項についても調整がなされていた。



【工夫点】 個別の利用者により、ショートステイに出向く時間帯、ケアに必要な時間、施設の看護職員との業務分担等が異なるため、連携開始にあたっては、個別の利用者の情報を共有し、検討することで対応。

●STEP 1から5 **連携開始までの打ち合わせ内容**

連携開始までには上記の事項を両者が共有するため、内容についてのコンセンサスを得るべく複数回の打合せを実施する必要がある。

例えば、契約を実施するための問題点等の解決のための会合として、今回の事例では、以下のような打合せを実施した施設があった。

図表 20 連携開始までの打ち合わせ事項（例）

施設側出席者	ステーション側出席者	議題	決定事項
施設長 課長	所長	<ul style="list-style-type: none"> * 在宅中重度受入加算についての説明理解 * 契約を実現するための、双方の問題点や疑問点の解決 * 契約金と契約内容 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 連携開始に向けての契約書を作成する（この事例の場合は施設側が作成） ・ 契約の金額について調整。 ・ 在宅で行っている医療処置に限り看護の提供を行い、それ以外は施設看護師が対応する。 ・ 緊急時も基本的に訪問は行わない。ただし相談は受け付ける。 ・ ケアマネジャーへの周知は施設側が、利用者への説明はステーション側から行う。 ・ 新規のケースには、必ず事前のカンファレンスを行い、施設、ステーション看護師間で情報共有する。 ・ 訪問時間等細部の連絡は、訪問当日に電話でステーションから調整する。

(ウ) 連携内容

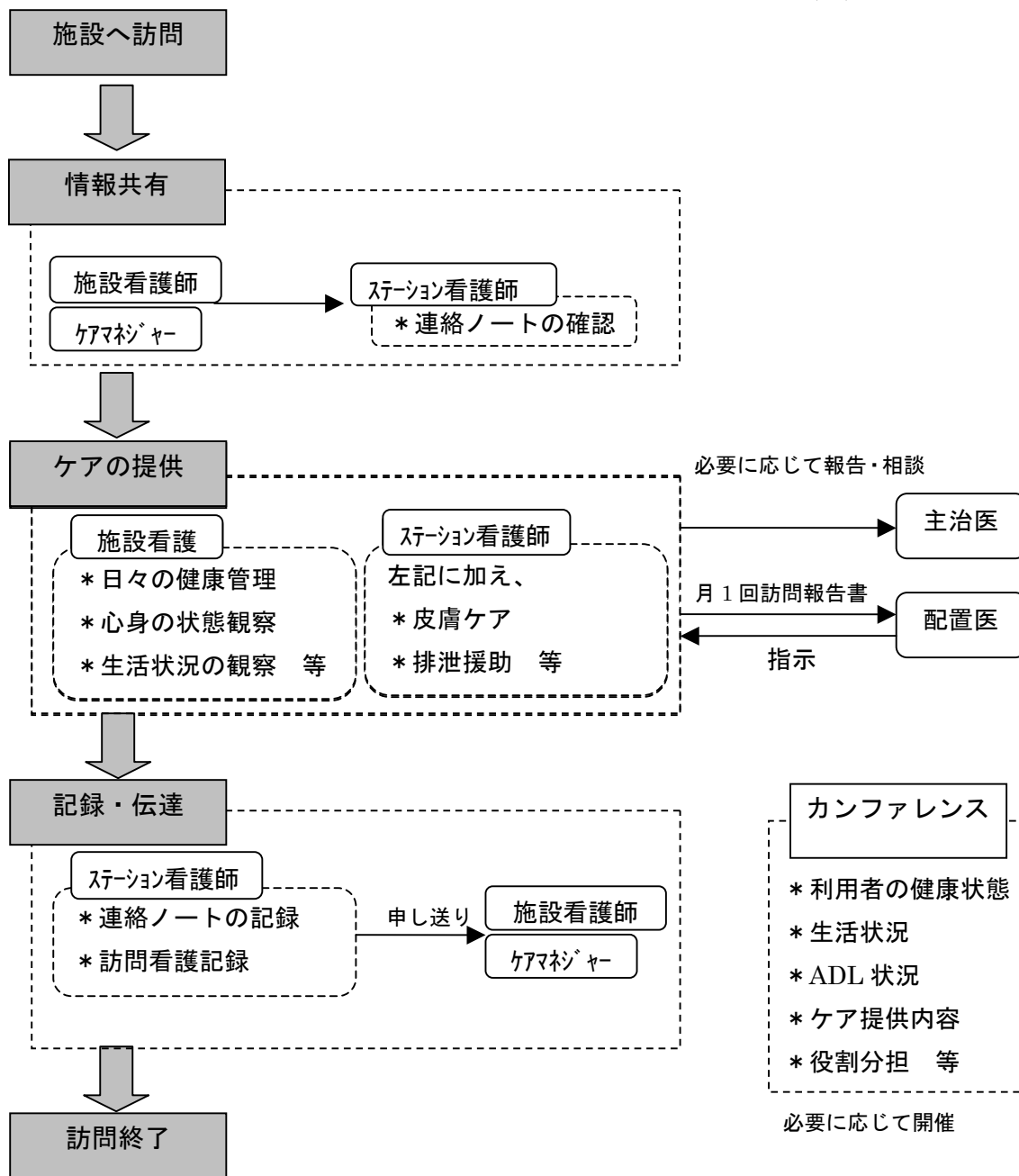
1) 実際の訪問日の流れ

実際の訪問日の大まかな流れは次図の通りである。訪問看護ステーションの看護職は、施設に訪問して、まず施設看護職等と打合せ等を行い、その日の利用者の状態を把握し、前回訪問日以降の利用者の日々の状態を看護記録等からチェックする。

次に、訪問看護ステーションの看護職は、日常的に施設の看護職が行なっている健康管理、状態観察、生活状況の観察に加え、自宅での訪問看護で実施しているサービス内容と薬の副作用の観察、褥瘡予防のための対応、排泄援助、リハビリテーションといった利用者1人1人の健康状態に合わせた個別看護を行っている。その日行なったケアの提供内容および利用者の健康状態等については、連絡ノートや訪問看護記録に随時記録し、訪問終了時には施設の看護職もしくは介護職に引き継ぎを行なう。利用者の状況等を共有するカンファレンスも、必要に応じて開催している。

実際の訪問時間は、1回平均50分程度となっているが、利用者の状態によっては1時間以上のケースもあった。訪問看護ステーションからの回答の中には、「訪問看護1の訪問時間を考えていたが、時間が超過したり、目的以外の看護提供の場合もある。内容や時間延長に関しての契約を見直す必要がある」という意見も見られた。また、ケア提供時間以外にも、ケア実施後の記録、連絡調整等などについて、訪問の度に5分程度かかっていた。

図表 21 ショートステイへの訪問日の1日の流れ (例)



2) 利用者の属性

今回の事例で対象となったショートステイ利用者の属性（10名）は以下の通りである。

図表 22 ショートステイ利用者の属性

ID	1	2	3	4	5	
性別	女	女	女	女	女	
年齢	70代	80代	70代	80代	80代	
要介護度	要介護5	要介護5	要介護5	要介護5	要介護2	
主傷病名	脳梗塞 糖尿病 便秘症 なし	脳梗塞後遺症	心不全 多発性脳梗塞 てんかん発作 肺炎	心不全 摂食障害	糖尿病 間質性肺炎	
病歴		肺炎、下痢症		栄養障害 心不全	高血圧 慢性肺炎 恒久的ペースメーカー植込術後 神経因性膀胱シェーングレン症候群 腰痛 肺炎	
認知症高齢者の日常生活自立度	ランクⅣ	ランクM	ランクM	ランクⅠ	ランクⅢ	
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	ランクB	ランクC	ランクC	ランクB	ランクA	
11月中の介護保険サービスの利用状況	(介護予防)訪問看護	○	○	○	○	
	(介護予防)訪問入浴介護	-	-	-	-	
	(介護予防)訪問リハビリテーション	-	-	-	-	
	(介護予防)居宅療養管理指導	-	-	-	-	
	(介護予防)通所介護	○	-	-	○	
	(介護予防)通所リハビリテーション	○	-	-	-	
	(介護予防)短期入所生活介護	○	○	○	○	
	(介護予防)短期入所療養介護	-	-	-	-	
	(介護予防)福祉用具貸与	○	○	○	○	
	夜間対応型訪問介護	-	-	-	-	
(介護予防)認知症対応型通所介護	-	-	-	-		
(介護予防)小規模多機能居宅介護	-	-	-	-		
4～11月の短期入所の利用回数	9	8	30	30	4	
4～11月の短期入所の利用回数のうち今回の連携先の短期入所の利用回数	9	8	30	30	4	
短期入所利用中にトラブルや状態悪化の経験の有無	あり	1	1	1	0	
	なし	0	0	0	1	
トラブルがあった場合の内容		皮膚・排便・摂食トラブル 骨折	発熱症状	発熱症状 皮膚トラブル		
11月の訪問看護の回数(回)	介護保険法	20分未満(早期・夜間・深夜)	0	0	0	0
		30分未満	2(緊急訪問)	0	0	4
		30分以上1時間未満	3	2	1	4
		1時間以上1時間30分未満	0	0	0	0
	健康保険法(急性増悪含む)	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	

ID	6	7	8	9	10	
性別	男	女	女	男	男	
年齢	70代	70代	60代	80代	70代	
要介護度	要介護5	要介護5	要介護4	要介護4	要介護5	
主傷病名	頸髄梗塞	老年期認知症 夜間せん妄 椎間狭窄症 両下肢神経痛	パーキンソン病	パーキンソン病 脳出血後遺症	脊髄小脳変性症	
病歴	なし	慢性腎盂炎 十二指腸潰瘍 頸椎OP 腰椎OP 心筋梗塞 右後腹膜膿瘍 肺炎 脱水 脳梗塞(疑)	高血圧 変形性頸椎症	筋力低下 嚥下障害	前立腺癌 歩行障害 筋力低下	
認知症高齢者の日常生活自立度	ランクⅠ	ランクⅢ	ランクⅠ	ランクⅠ	認知症なし	
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	ランクC	ランクC	ランクB	ランクC	ランクB	
11月中の介護保険サービスの利用状況	(介護予防)訪問看護	○	○	-	○	
	(介護予防)訪問入浴介護	○	-	-	-	
	(介護予防)訪問リハビリテーション	○	-	-	-	
	(介護予防)居宅療養管理指導	-	-	-	-	
	(介護予防)通所介護	-	○	○	-	
	(介護予防)通所リハビリテーション	-	○	○	-	
	(介護予防)短期入所生活介護	-	○	○	-	
	(介護予防)短期入所療養介護	-	-	-	○	
	(介護予防)福祉用具貸与	-	-	○	○	
	夜間対応型訪問介護	-	-	-	-	
(介護予防)認知症対応型通所介護	-	-	-	-		
(介護予防)小規模多機能居宅介護	-	-	-	-		
4～11月の短期入所の利用回数	2	4	1	21	0	
4～11月の短期入所の利用回数のうち今回の連携先の短期入所の利用回数	2	4	1	11	0	
短期入所利用中にトラブルや状態悪化の経験の有無	あり	0	0	1	0	
	なし	1	1	0	1	
トラブルがあった場合の内容				発熱・食欲低下	脱水 膀胱炎	
11月の訪問看護の回数(回)	介護保険法	20分未満(早期・夜間・深夜)	0	0	0	0
		30分未満	0	3	0	0
		30分以上1時間未満	6	4	0	4
		1時間以上1時間30分未満	0	0	0	0
	健康保険法(急性増悪含む)	0	0	2	9	0
その他	0	0	0	0	0	

訪問看護ステーションとショートステイとの連携を行うべき利用者の状態を回答してもらったところ、以下のような回答が得られた。

【連携が必要な利用者の状態像】

- ・ 医療依存度の高い利用者（重度の褥瘡や摘便）
- ・ 医療行為が必要で定期的にサービスプランを立てて、経過観察が必要な方
- ・ 癌、難病など特別な病態があり観察が必要である利用者
- ・ 排痰リスクの高い人
- ・ 嚥下訓練、口腔体操、留置カテーテル、在宅酸素などの対象の人
- ・ 排尿障害や脱水症状へ陥りやすい人
- ・ 点滴や処置など医療的な対応を必要とされる人
- ・ 医療処置、医療管理が必要であり、在宅で毎日行っている処置、リハビリテーションを短期間でも行えないと機能低下や感染などのトラブルをきたしやすい人
- ・ 褥瘡、インスリン注射、排痰管理、膀胱洗浄、摘便などが必要な人

3) ケアの提供内容

利用者に対するケアの提供内容は以下の通りであった。全ての利用者に対してほぼ毎行なつたケアは、バイタル測定、心身の状態観察、声かけ・タッチ等のコミュニケーションである。その他、合計36回の訪問のうち、半数以上で行われていたのが、薬の副作用の観察、褥瘡予防のための対応、排泄援助、リハビリテーションであった。

また、全ての利用者に対してほぼ毎回、施設職員と訪問看護職員間で、内服薬・外用薬、皮膚の観察・保清、排泄コントロールに関して情報共有が行われている。定期訪問に伴って発生した事項としては、主治医への連絡・相談、家族への説明、連絡などがあつた。

図表 23 訪問看護ステーション看護職のサービス提供内容（自宅の訪問看護/ショート）

ID	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		計
	自宅	施設	自宅	施設	自宅	施設	自宅	施設	自宅	施設	自宅	施設	自宅	施設	自宅	施設	自宅	施設	自宅	施設	
訪問回数	3	4	3	5	3	2	1	2	12	1	36										
コミュニケーション・状態観察	バイタル測定	○ 3	○ 4	○ 3	○ 5	○ 3	○ 2	○ 1	○ 2	○ 7	○ 1	○ 31									
	心身の状態観察	○ 3	○ 4	○ 3	○ 5	○ 3	○ 2	○ 1	○ 2	○ 12	○ 1	○ 36									
	生活状況の観察	○ 0	○ 0	○ 0	○ 0	○ 3	○ 2	○ 1	○ 2	○ 12	○ 1	○ 21									
	声かけ、タッチ、談話	○ 3	○ 4	○ 3	○ 5	○ 3	○ 2	○ 1	○ 2	○ 12	○ 1	○ 36									
	一緒に○○をする：家事、娯楽、散歩、買い物、○○するのを見守る	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1								
	本人への療養指導・説明	○ 3	○ 0	0	○ 5	0	○ 2	0	0	○ 0	○ 0	○ 1	○ 11								
診療の補助	薬理の管理	薬の副作用の観察	○ 3	○ 4	○ 3	○ 5	0	○ 2	0	○ 0	0	○ 1	○ 19								
		整理、分包化	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
		医師への報告、調節の提案	0	0	0	0	0	○ 0	○ 0	○ 1	0	0	○ 1								
	与薬	点眼薬、軟膏、坐薬、湿布などの与薬	○ 3	○ 4	○ 3	○ 5	0	0	0	0	0	0	○ 15								
		点滴、IVHの実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
		注射、インシュリン注射の実施	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2	○ 5								
	医療処置	褥瘡の処置	3	0	0	0	0	○ 2	○ 1	○ 1	0	0	○ 7								
		褥瘡予防のための対応	○ 3	○ 4	○ 3	○ 5	○ 0	○ 2	○ 1	○ 1	1	○ 20									
		創傷部の処置（褥瘡以外）	0	0	0	○ 0	0	0	0	0	0	0	0								
		経管栄養	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
洗腸、摘便		○ 1	○ 0	0	0	0	○ 2	0	○ 0	2	○ 5										
人工肛門、人工膀胱の管理		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
膀胱留置カテーテルの管理		0	0	0	0	0	○ 2	○ 1	0	0	○ 1	○ 4									
気道内吸引	0	○ 4	○ 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
酸素療法の指導、援助	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
その他()	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
療養上の世話	栄養・食事の援助	0	0	0	0	0	0	0	0	0	○ 1	○ 1									
	排泄の援助	○ 3	○ 4	○ 3	○ 5	0	○ 2	○ 1	○ 0	○ 4	○ 0	○ 22									
	口腔ケア	○ 1	○ 0	○ 0	○ 0	0	0	○ 1	0	○ 0	0	○ 2									
	爪きり	○ 0	○ 0	○ 0	○ 0	0	0	○ 2	0	0	○ 0	○ 2									
	入浴、手浴、足浴、陰部洗浄	○ 2	○ 0	○ 0	○ 0	0	0	○ 2	○ 1	0	○ 3	○ 8									
	体位交換、移動・移乗の介助	○ 2	○ 0	○ 0	○ 0	0	○ 3	○ 2	○ 1	○ 2	○ 6	○ 16									
	認知症・精神障害に対するケア	○ 0	○ 0	○ 0	○ 0	0	○ 3	0	○ 1	1	0	○ 5									
	嚥下訓練	○ 0	○ 0	○ 0	○ 0	0	0	0	0	0	○ 6	○ 1	○ 7								
	呼吸リハビリテーション・肺理学法	0	○ 4	○ 3	0	0	0	0	0	0	0	○ 7									
	その他リハビリテーション	○ 1	○ 4	○ 3	○ 5	0	0	0	0	0	○ 6	○ 1	○ 20								
	その他()	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
職員との情報共有	認知症以外の疾患	0	0	0	0	1	0	1	1	0	○ 3										
	認知症の症状	0	0	0	0	3	0	1	0	0	○ 4										
	内服薬・外用薬	3	4	3	5	0	2	1	2	12	0	○ 32									
	皮膚の観察・保清	3	4	3	5	0	2	1	1	12	0	○ 31									
	排泄コントロール	3	4	3	5	0	2	1	0	12	0	○ 30									
	栄養・水分	0	0	0	5	3	2	1	1	12	0	○ 24									
	ADL維持・向上	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	○ 5									
	精神面へのケア（うつ等）	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	○ 1									
	悪化・再発・事故の予防	3	4	3	5	1	2	1	1	1	0	○ 21									
	その他()	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
	当日の1日あたり平均所要時間(分)	54	50	65	44	38	65	70	40	38	60	47									
定期訪問に伴って発生した事項																					
施設の配置医への連絡、相談	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0										
主治医への連絡、相談	0	1	0	2	0	0	○ 0	0	0	0	○ 3										
家族への説明、連絡	3	4	3	0	2	0	○ 0	0	1	0	○ 13										
他機関、他専門職等への連絡、相談	0	1	0	1	0	○ 2	○ 1	0	0	0	○ 6										
物品の消毒、整理、調達、手配	0	0	0	0	0	○ 2	0	0	0	0	○ 2										
その他()	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0										

* 「自宅」の列の「○」は、当該ケアを自宅で通常実施していることを示す。

* 「施設」の列の数値は、訪問看護ステーションの看護職員が訪問回数のうち当該ケアを実施した回数を示す。

* 色塗り箇所は、訪問回数のうち8割以上行なっているケアの提供内容を示す。

4) 施設の看護職と訪問看護ステーションの看護職の業務内容、役割分担

施設と訪問看護ステーションの職員によるケア提供内容は下記の通りである。

日常的に施設の看護職が行なっている健康管理、状態観察、生活状況の観察に加え、訪問看護ステーションの職員は、薬の副作用の確認、褥瘡予防のための対応、リハビリ等を実施している。

図表 24 ショートステイ看護職と訪問看護ステーション看護職のサービス提供内容

ID	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		計		
	施設看護職	ST看護職	施設看護職	ST看護職	施設看護職	ST看護職	施設看護職	ST看護職	施設看護職	ST看護職	施設看護職	ST看護職	施設看護職	ST看護職	施設看護職	ST看護職	施設看護職	ST看護職	施設看護職	ST看護職			
訪問回数	3	4	3	5	3	2	1	2	12	1	2	7	12	1	36								
コミュニケーション・状態観察	バイタル測定	○	3	○	4	○	3	○	5	○	3	○	2	○	1	○	2	○	7	○	1	31	
	心身の状態観察	○	3	○	4	○	3	○	5	○	3	○	2	○	1	○	2	○	7	○	1	36	
	生活状況の観察	○	0	○	0	○	0	○	0	○	3	○	2	○	1	○	2	○	7	○	1	21	
	声かけ、タッチ、談話	○	3	○	4	○	3	○	5	○	3	○	2	○	1	○	2	○	7	○	1	36	
	一緒に○○をする：家事、娯楽、散歩、買い物、○○するのを見守る		0		0		0		0		0		0		0		0		0		1	1	
	本人への療養指導・説明		3		0		0		5		0		2		0		0		0		1	11	
	その他()		0		0		0		0		0		0		0		0		0		1	19	
診療の補助	薬の管理	○	0	○	0	○	0	○	0	○	0	○	0	○	0	○	0	○	0	○	0	0	
	整理、分包化		0		0		0		0		0		0		1		0		0		0	1	
	医師への報告、調節の提案		0		0		0		0		0		0		1		0		0		0	1	
	点眼薬、軟膏、坐薬、湿布などの与薬		3		4		3		5		0		0		0		0		0		0	15	
	点滴、IVHの実施		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	
	注射、インシュリン注射の実施	○	0	○	0	○	0	○	0	○	3	○	0	○	0	○	0	○	2	○	0	5	
	褥瘡の処置	○	3	○	0	○	0	○	0	○	0	○	2	○	1	○	1	○	0	○	0	7	
	褥瘡予防のための対応	○	3	○	4	○	3	○	5	○	0	○	2	○	1	○	1	○	1	○	0	20	
	創傷部の処置(褥瘡以外)		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	
	経管栄養		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	
	浣腸、摘便	○	1	○	0	○	0	○	0	○	0	○	2	○	0	○	0	○	2	○	0	5	
	人工肛門、人工膀胱の管理		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	
	膀胱留置カテーテルの管理		0		0		0		0		0		2		1		0		0		1	4	
	気道内吸引		0		0		4		0		0		0		0		0		0		0	7	
酸素療法の指導、援助		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0		
その他()		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0		
療養上の世話	栄養・食事の援助		0		0		0		0		0		0		0		0		0		1	1	
	排泄の援助	○	3	○	4	○	3	○	5	○	0	○	2	○	1	○	0	○	4	○	0	22	
	口腔ケア		1		0		0		0		0		0		0		0		0		0	2	
	爪きり		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	2	
	入浴、手浴、足浴、陰部洗浄	○	2		0		0		0		0		2		1		0		3		0	8	
	体位交換、移動・移乗の介助		2		0		0		0		0		3		2		1		2		6	16	
	認知症・精神障害に対するケア		0		0		0		0		0		3		0		1		1		0	5	
	嚥下訓練		0		0		0		0		0		0		0		0		6		1	7	
	呼吸リハビリテーション・肺理学療法		0		4		3		0		0		0		0		0		0		0	7	
	その他リハビリテーション		1		4		3		5		0		0		0		0		6		1	20	
	その他()		0		0		0		0		0		0		0		0		0		1	1	
	職員との情報共有	認知症以外の疾患		0		0		0		0		1		0		1		1		0		0	3
		認知症の症状		0		0		0		0		3		0		1		0		0		0	4
内服薬・外用薬			3		4		3		5		0		2		1		2		12		0	32	
皮膚の観察・保清			3		4		3		5		0		2		1		1		12		0	31	
排泄コントロール			3		4		3		5		0		2		1		0		12		0	30	
栄養・水分			0		0		0		5		3		2		1		1		12		0	24	
ADL維持・向上			0		0		0		0		0		2		1		0		1		1	5	
精神面へのケア(うつ等)			0		0		0		0		0		0		0		1		0		0	1	
悪化・再発・事故の予防			3		4		3		5		1		2		1		1		1		1	21	
その他()			0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0	
当日の1日あたり平均所要時間(分)		54		50		65		44		38		65		70		40		38		60	47		
定期訪問に伴って発生した事項																							
施設の配置医への連絡、相談		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0		
主治医への連絡、相談		0		1		0		2		0		0		0		0		0		0	3		
家族への説明、連絡		3		4		3		0		2		0		0		1		0		0	13		
他機関、他専門職等への連絡、相談		0		1		0		1		0		0		0		1		0		0	1		
物品の消毒、整理、調達、手配		0		0		0		0		0		0		2		0		0		0	2		
その他()		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0		

* 「施設看護職」の列の「○」は、当該ケアについては施設看護職も実施していることを示す。
 * 「ST看護職」の列の数値は、訪問看護ステーションの看護職員が訪問回数のうち当該ケアを実施した回数を示す。
 * 色塗り箇所は、訪問回数のうち8割以上行なっているケアの提供内容を示す。

施設の看護職と訪問看護ステーションの看護職の連携の内容、役割分担については、下記のような分担が行われていた。

図表 25 施設の看護職員と訪問看護ステーションの看護職員との役割分担（例）

- ・ 施設の看護職員は全身状態、バイタルサインのチェックによる看護判断をし、異常があれば訪問看護ステーションと連携を取り合う。
- ・ 施設の看護師が排泄管理、一般状態の観察をし、訪問看護師が病状の観察、皮膚の観察をする。
- ・ 施設側の看護職員は、利用者の状態を把握し、状態に変化が見られる場合は、訪問看護ステーションへ連絡を行う。訪問看護ステーションの看護職員は、必要に応じて主治医との連絡を行い、ショートステイ中、状態に変化がみられた場合は、訪問し、施設の看護職員等とともに対応する。
- ・ 訪問看護ステーション職員は、在宅で行っている医療処置を行い、必要に応じて、オムツ交換や体位の交換など同時に行う。それ以外に必要なケアを施設の看護職員が行う。

また、訪問看護ステーションには、ショートステイの場でケアを提供することだけでなく、日ごろの利用者の生活情報や主治医からの医学的情報を施設側に提供し、利用者のニーズを伝えるといった役割も期待されている。利用者の居宅での生活を基本として、訪問看護ステーションから生活状況等の情報を引き継ぎ、同じ視点から看護が継続できるようにすることが大切であるという回答もあった。

訪問看護ステーション側からショートステイ側にケース紹介のレポートを送り、ショートステイ責任者・看護師と訪問看護ステーション管理者・担当看護師がカンファレンスを行って情報共有を行っている施設もあった。

このような取り組みは、これまでも訪問看護ステーション側からボランティア的に行われてきた実態もある。訪問看護ステーションからショートステイ側に利用者の情報提供をしたり、必要な場合は訪問看護ステーションからボランティアで利用者の状態を確認しに行く例などがある。

今回の連携については、訪問看護ステーション側からの単なる「情報提供」に終わることなく、施設側がこの情報を十分に活かして、「居宅との継続したケア」を訪問看護ステーションと一体となって提供できるようになった点が大きいと考えられる。

5) 施設の看護職と訪問看護ステーションの看護職の情報共有方法、物品の取り扱い

ショートステイ開始時には、初めにショートステイの職員と訪問看護ステーション職員が参加するカンファレンスを行い、そこで利用者の状態を訪問看護ステーション職員から申し送りするペアもあった。また、利用者の状態が変わった時には、同じように関係者で情報共有を行うペアもあった。その他には、ケアマネジャーを交えてサービス担当者会議等を実施している。

当日、訪問看護ステーション職員が訪問した際には、施設側の看護職と打ち合わせをし、ショートステイ利用中の経過報告を受けている。

図表 26 訪問看護ステーション職員が出向いた際の施設職員からの引継ぎ・情報共有（例）

- ・ 施設に出入りしやすいように看護室に荷物等置いていただき、施設看護職員と情報交換をし、ショートステイ利用中の経過報告を行う。そして、記録の開示、介護職員とのコンタクトを取りやすくするため、訪問看護ステーションのケア内容を看護職員に説明する。
- ・ 訪問看護ステーションの職員が訪問した際に、必ず施設の看護職員が対応し、ショートステイ利用中の本人の状態（食事・水分摂取量、排泄状況、日中の過ごし方など）を口頭で報告する。

また、ケア終了後には訪問記録（施設に提出するもの）を作成し、施設に記録を残すことにより、施設の看護職員等との情報共有を行っている（その記録は訪問看護ステーションにFAXすることで、訪問看護ステーションでも共有している例もあった）。また、大まかな記録を訪問当日に施設に残し、後日、詳細なケア内容を訪問看護ステーションから施設にFAXしているところもあった。

図表 27 訪問看護ステーションから施設への訪問記録事項（例）

- ・ 訪問日時
- ・ 訪問種別（予定訪問／予定外訪問／事務連絡訪問）
- ・ 経緯（定例／施設より訪問依頼／その他）
- ・ 利用者の状態（血圧、脈拍、体温、呼吸、SPO₂）
- ・ 看護の実施内容
- ・ 特記事項
- ・ 連絡事項

6) 配置医、主治医との関係

主治医との関係については、訪問看護ステーションを通じて連携がとりやすくなったことなどが報告されている。それまで、発熱等があった場合は、家族に迎えにきてもらい、主治医に受診することも多く、家族への負担が大きかった。今回の連携においては、ショートステイ利用中、状態の変化が見られる場合はすぐに訪問看護ステーションへ連絡し、訪問看護ステーションから主治医への連絡をするようにした結果、病院に受診しないで済むこともあり、結果として家族に迎えにきてもらう頻度が低くなったなどの事例もあげられた。家族にとっても、ショートステイを利用中も病院受診の送り迎えがあるなど、ゆっくりと休むことが難しかったが、安心して預けられるようになったとの報告もあった。

また、緊急・夜間の対応としては、施設側からの連絡に対して、訪問看護ステーションの管理者と看護師がオンコールで対応しているペアもあった。

(エ) 連携の効果

1) 職員側から見た連携の効果

訪問看護ステーション職員がショートステイの場でサービスを提供することについては、利用者や利用者の家族にとってもなじみの看護師に看てもらえる安心感があるというメリットもあげた回答が多かった。

また、それまでショートステイの受け入れに際して、緊急時の対応に関する不安が多かったが、すぐに訪問看護に対応してもらえるようになり、施設職員の安心感につながったという回答もあった。さらに、医療ニーズの高い利用者についても受け入れられるようになったという回答もみられた。

些細な情報でも訪問看護師と情報交換するようにしているため、ショートステイ利用中の状態観察の必要性を再認識することができたことや、連携を図るために、記録の必要性や記録の内容について意識するようになったという回答もあり、施設内に外部の訪問看護が入ることにより、施設内の業務の見直しにもつながっていることが考えられる。

■ショートステイの受入利用者の幅の拡大

- ・朝食前のインスリン注射の対応が訪問看護ステーションとの連携で可能となり、利用者の受け入れの幅が広がった。
- ・医療ニーズが高い方のショートステイ利用者の受け入れは敬遠していた部分があるが、この制度を利用することで、ショートステイ利用者の受け入れにおいて、幅が広がった。

■職員の意識の変化

【ショートステイの職員への変化】

- ・施設外の連携を意識することでよい刺激となり、看護師としての意識向上に繋がった。
- ・訪問看護師が入ることにより、いままで以上に緊張感をもつ事ができた。
- ・ショートステイ利用中、特に夜間帯に急変（緊急な対応）などが見られた場合、すぐに頼れる医療機関との連携が確立されているため、利用期間中安心してケアを行うことができるようになった。
- ・情報を他の機関へ伝達するためにも、観察や記録の重要性や些細な変化にも気付くことの大切さを痛感させられた（職員一人ひとりの力量）。
- ・外部からの訪問を定期的に受けることで、施設の行っているサービス全体を振り返ることなど良い緊張があった。

【訪問看護ステーションの職員への変化】

- ・施設での認知症の対応などとても自然で好感もてた。施設での対象者の様子がわかり、自宅との変化や社会性を垣間見ることができ、より、その人らしさを捕らえることができた。
- ・ショートステイでのイメージができずにいたが、介護状況や1日の過ごし方がわかり、ショートステイ利用後のケアに活かせるようになった。

■利用者・家族の変化

- ・安心して、過ごしてもらう事ができた。
- ・介護負担の軽減のためにショートステイを利用しているのに、これまでショートステイ利用中、体調不良などにより家族が同伴して病院受診などが必要になるなど、家族の負担の軽減を図ることができなかった。しかし、この制度を利用することにより、医療面での連携がきちんと図られているため、安心してショートステイを利用できるようになった。
- ・これまで、本人や家族はショートステイ利用してこなかったため、互いにストレスをためていて、訪問時も言い争いが耐えなかったが、ショートステイを利用してから、本人と家族が笑顔で話し合えるようになった。訪問看護があれば、ショートステイを利用したいと希望するようになった。

2) 利用者家族から見た連携の効果

今回のペア事業実施における利用者は、4地域で計10名であった。利用者家族からは、訪問看護師がショートに行くことで、「安心できた」「電話で状況報告してくれるので様子がよく分かった」など、なじみの訪問看護師がショートステイの場に出向くことへの安心感に関する回答が多くみられた。

訪問看護師が出向くことにより、ショートステイ利用中の自己負担額が上乗せになるものの、なじみの訪問看護師が出向くことへの安心感があるため、連携に対して積極的な回答が多かった。具体的な回答としては以下の通りである。

【なじみの訪問看護師が出向くことへの安心感】

- ・今まで、ショートステイ中の様子について、家族が出向いていって様子を伺っていたが、訪問看護師が入ることで、入所中の相談にのってもらえたり、電話で状態報告をしてもらえるので、安心した。
- ・なじみの看護師に様子を見てもらったり、ケアを行ってもらえることは、家族として安心できる。
- ・一週間に一度ショートステイに看護師が出向いて頂き、電話での状態報告をしてくれたことで、様子がよくわかった。
- ・何もかも知っており、分かってもらえるので心強い。

【訪問看護師による在宅と継続したサービス提供】

- ・痰も便も出してもらえ、膀胱洗浄もしてもらえるので、安心して預かってもらえる。
- ・短期入所中何かあるたびに、連絡が入っていたため、気が気ではなかったが、ステーションが入ることで安心して預けることができた。
- ・通院や注射処置が必要な時は短期入所をデイサービスに変更して通院を余儀なくされたりしたのが、入所中にも医療処置をしてもらえるのが一番助かった。
- ・自宅で行っていた排便処置（浣腸や摘便）も入所中と訪問でコントロールしてもらい助かる。

3) ケアマネジャーからみた連携の効果

ケアマネジャーからみた効果として、以下のような意見がみられた。

【在宅と継続したサービス提供による効果】

- ・ 訪問看護でのケアをショートステイ中にも反映できるので効果的と思う。
- ・ 在宅で過ごしているときと同様の良肢位（リラクゼーションできる体位）が工夫できた。
- ・ 訪問看護ステーションと連携することで、いつもと同じ手順でしてもらえ、身体的負担も少ないと思う。
- ・ 在宅からショートステイ、ショートステイから在宅への継続的なケアをすることでご本人もご家族も安心してショートステイを利用出来る様になったのではないだろうか。

【状態の安定・改善】

- ・ 一ヶ月間の長期のショートステイであったが、状態悪化なく安定した状態で過ごせた。
- ・ バルントラブル、排便のコントロールでショートステイ利用が少し不安であったが、訪問看護師が入ることにより、トラブルが発生しなかった。
- ・ 仙骨部に褥瘡有。ショートステイ中も訪問看護師による処置、観察により、主治医とも情報共有しやすく、早期治癒につながった。
- ・ 症状の安定がみられる。排尿障害や尿路感染など悪化せずに経過された。

【状態変化時の適切な対応】

- ・ 不定期の胸部症状（動悸、圧迫感、咳嗽時の胸痛）や頻脈、感冒罹患による発熱症状などがあり、症状出現時には訪問看護と連絡をとり、安定剤の服用や主治医との連絡にて往診や受診などの対応が即座にできた。

【利用者・家族の安心感】

- ・ 普段、在宅で関わってもらっている看護師ということで安心されている様子である。
- ・ なじみの関係がある訪問看護師がショートステイという場所へ出向き、状態をみたり、コミュニケーションを行うことで、安心感が生じている。
- ・ 慣れた看護師が訪問して顔を見せることで安心感が得られる。
- ・ パーキンソン病の病態不安定さにより、鬱傾向が強く、不穏状態となる時間が長くなってきた。不穏時間により食事が摂れなかったり日常生活に支障が見られることもあり、家族の不安も大きい。いつもの体調を把握している顔見知りの看護師のかかわりにより安心感が得られた。

【在宅と施設との情報共有】

- ・ 看護師の専門的な立場から現在の状態が把握され、より綿密な報告・連絡・相談ができており、円滑にサービスが提供されている。

【介護者のレスパイト】

- ・ 当初、通所系サービスを導入できなかったが、施設と訪問看護ステーションが連携することで、サービスを勧めやすかった。拒否することもなくショートステイの日数、回数も増やすことが可能になり、介護者のレスパイトにも役立った。

2) 訪問看護ステーションと外部サービス利用型特定施設との連携

(ア) 事例紹介

両者の連携のモデル事業として、次の1地域でペア事業を実施した。

【連携事例5】：大阪府

- 社会福祉法人福生会 養護老人ホーム 福生園 (定員 70名)
- 医療法人ペガサス ペガサス訪問看護ステーション八田

○施設および訪問看護ステーションの概要

(2006.12 現在)

	施設	訪問看護ステーション
入所者・利用者数	養護老人ホーム 70名 特定施設入居者生活介護 40名	92名 (介護保険 70名、医療保険 22名)
看護職員数	常勤看護職 1名	常勤看護職 7名 (換算 7名) 非常勤看護職 2名 (換算 1.4名)
看護職員の勤務体制	早出 (7:00~16:00)、日勤 (8:30~17:30)、遅出 (12:00~21:00) 宿直 (21:00~8:30)	夜間はオンコール体制
看護職員のオンコール体制	1名で対応	6名で持ち回り
加算		【介護保険法】 ・緊急時訪問看護加算 あり (30件) ・特別管理加算 あり (14件) ・ターミナルケア加算 あり (1件) 【健康保険法等】 ・24時間連絡体制加算 あり (18件) ・重症者管理加算 あり (5件) ・ターミナル療養費 あり (1件)

○連携開始の理由

養護老人ホーム福生園は平成18年の介護保険制度改正を受け、新型養護老人ホームとして外部サービス利用型特定施設となり、入所者に介護保険サービスを提供することとなった。外部サービス利用型特定施設入所者生活介護の事業所指定を受けるためには訪問介護、通所介護、訪問看護の事業所と契約しておく必要があるが、同法人内に訪問看護事業所がなかったため、インターネットで地域の訪問看護ステーションを検索し、母体病院の評判が良い近隣のペガサス訪問看護ステーション八田に連絡をした。これが連携を開始するきっかけとなった。

福生園より連絡をもらったペガサス訪問看護ステーション八田は、施設内看護や施設内の介護状況への興味があり、また訪問先(施設への訪問)の環境が大きく変化することでスタッフの訪問意欲の向上が見込めると考え、連携についての検討を開始した。

(イ) 連携開始までの経緯

外部サービス利用型特定施設入居者生活介護と訪問看護ステーションとの連携の場合、連携開始までの経緯は以下の5ステップであった。

●STEP 1

連携開始にあたっての情報交換・関係者への周知

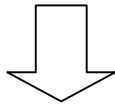


○施設と訪問看護ステーションとで、以下のような事項について情報交換を行ない、関係者に周知を行なう。

- ①法人について（設置主体・経営者・管理者等）
- ②スタッフについて（数・職種・経歴等）
- ③利用者について（数・症状・生活歴等）
- ④運営体制について（運営規定・訪問地域・営業時間等）

●STEP 2

契約するにあたっての準備

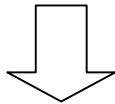


○施設と訪問看護ステーションとで、以下のような準備を行なう。

- ①施設見学・打ち合わせ等により、施設の特徴を共有する。
- ②訪問看護が必要な利用者についての打ち合わせを行なう。
- ③契約書（金額・期間等）についての打ち合わせを行なう。

●STEP 3

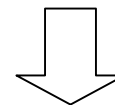
事業者の契約・届出



- 施設・ステーション間で契約を締結する。
- 都道府県知事に「外部サービス利用型特定施設入所者生活介護事業者」の届出をする。

●STEP 4

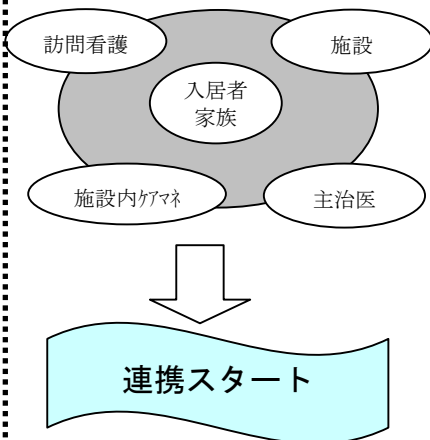
候補者の選定、関係者への調整



- 訪問看護を利用すべき入居者の検討、入居者本人、家族の意向を確認する。（特に、訪問看護を利用するための自己負担の説明が必要）
- 主治医、ケアマネジャー等の関係者間で、訪問看護が外部サービス利用型特定施設に出向くことについて調整。（ケアマネジャーは施設ケアプラン上に位置づける）

●STEP 5

契約後、連携開始にあたっての確認・関係者間の調整



○施設と訪問看護ステーションとで、以下のような事項について確認を行ない、関係者間の調整を行なう。

- ①訪問内容について（頻度・滞在時間等）
- ②役割分担について（ケア提供内容・物品準備等）
- ③情報共有方法について（カンファレンス開催方法・記録様式等）
- ④緊急時対応について（対応者・連絡方法等）
- ⑤主治医との連携について（連携頻度・報告方法等）

●STEP 1 連携開始にあたっての情報交換・関係者への周知

連携開始にあたっては、施設・訪問看護ステーションの概要（法人・スタッフ・利用者・運営体制等）を確認することが必要となる。具体的な確認事項としては以下のものが挙げられる。

図表 28 連携開始に向けた確認事項（例）

<p>【相互に確認する事項】</p> <p><input type="checkbox"/>所在地 <input type="checkbox"/>設置主体 <input type="checkbox"/>経営者・管理者</p> <p><input type="checkbox"/>法人の概要 <input type="checkbox"/>事業所の運営規定</p> <p><input type="checkbox"/>スタッフ数 <input type="checkbox"/>スタッフの職種構成 <input type="checkbox"/>スタッフの経歴</p> <p>【外部サービス利用型特定施設側から訪問看護ステーションについて確認する事項】</p> <p><input type="checkbox"/>訪問地域 <input type="checkbox"/>営業時間 <input type="checkbox"/>利用者数 <input type="checkbox"/>サービス提供上の特徴</p> <p><input type="checkbox"/>他の施設との連携状況</p>
--

連携開始に向けて、まず施設側では、インターネットで地域にある訪問看護ステーションのリストから経営母体がしっかりしていると考えられる「ペガサス訪問看護ステーション八田」を選び、電話をした。訪問看護ステーション側にとってみると、当初養護老人ホームという施設や制度の概要についてわからない点が多かったため、施設見学・カンファレンス等を通して、少しずつ理解を深めた。



【工夫点】当初訪問看護ステーション側は、施設（養護老人ホーム）や制度に関して不明な点が多かったため、施設見学やカンファレンスを重ねることで相互理解を深めることに対応。

●STEP 2 契約するにあたっての準備

施設と訪問看護ステーション両者の間で契約締結に向けて、以下のような項目について検討が必要となる。

図表 29 契約締結に向けた検討事項（例）

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 契約内容について<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 契約書内容<input type="checkbox"/> 契約金額<input type="checkbox"/> 契約の更新頻度2. 訪問看護ステーションの役割と業務について<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員が施設に出向く頻度・時間の決め方<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員が行う業務範囲の決め方<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員が行う業務についての責任の所在<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員と施設の看護職員との役割・業務分担の決め方<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員が対象とする利用者の選定方法3. 入居者の情報共有の方法について<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 入居者情報の施設から訪問看護ステーションへの事前提供方法・内容<input type="checkbox"/> カンファレンスの頻度・方法<input type="checkbox"/> 記録様式・共有方法4. 連絡窓口・連絡対応について<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 営業時間内・外の連絡方法<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションの対応者5. 医師との連携について<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 主治医との連携頻度・方法<input type="checkbox"/> 緊急時の対応方法6. その他<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 衛生材料・物品の準備方法<input type="checkbox"/> 評価・見直しの方法・時期 |
|--|

法人同士で連携することがほぼ決まった段階で、具体的な連携開始のために、訪問看護ステーションの職員が施設見学に行き、外部サービス利用型特定施設といった新しいサービス形態や、母体施設である養護老人ホームについての理解を深める機会がもたれていた。

今回の事例においては、利用者個別の具体的な連携方法は、契約後の打ち合わせにより決められた。(STEP5 参照)

●STEP 3

事業者の契約・届出

具体的な連携内容・契約内容のすりあわせを行った上で、施設と訪問看護ステーションとの間の契約締結が行われている。下記は、実際にペア事業で連携を行った事業所で取り交わされた契約書の項目（例）である。

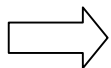
図表 30 契約書の項目（例）

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 職務 | <input type="checkbox"/> 契約期間 | <input type="checkbox"/> 個別サービス計画 |
| <input type="checkbox"/> 委託料（20分・30分・30分以上1時間未満・1時間以上1時間30分未満） | | |
| <input type="checkbox"/> 損害賠償 | | |
| <input type="checkbox"/> 守秘義務 | <input type="checkbox"/> 苦情対応 | |
| <input type="checkbox"/> 本契約に定めのない事項 | | |

特に、契約書を交わすにあたっては、委託料についての調整に時間がかかっている。

もともと外部サービス利用型の訪問看護は通常の介護報酬の9割であり、単価が安い。さらに、報酬請求は施設側が行い、訪問看護ステーションに委託料を支払う仕組みのため、施設側にも事務処理の手間がかかる。このため、今回の事例では、外部サービス利用型特定施設の訪問看護（通常の90/100）のさらに90/100といった金額設定を考えた。ただし、この場合、金額に端数に出てしまい、事務処理が煩雑になることから、端数の調整を行った上で1回あたり（訪問時間区分に応じて4種類）の委託料を決定した。

また後日、委託費の中から訪問看護ステーション側で消費税を払わなければならないことが法人の税理士から指摘されたため、訪問看護ステーション側は委託を受けた金額の中から消費税を支払うこととなるなど、当初予想していなかったことが発生した。



【工夫点】 契約料の設定には時間がかかったが、施設側の事務手続き、訪問看護ステーション側の希望を考慮し、訪問1回あたりの単価を設定することで合意した。また消費税の扱い等当初想定していなかった事態が発生するなど、契約料の締結に係る調整には時間を要した。

●STEP 4

利用者候補の選定、関係者
への周知

施設と訪問看護ステーションが契約を結んだ後、実際に訪問看護ステーションの職員がショートステイに向く必要のある利用者候補の選定を行う必要がある。

利用者候補の選定の段階で、施設の職員（ケアマネジャー）から利用者本人、家族に以下のような内容の説明がなされていた。

図表 31 利用者・家族への説明内容（例）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>外部サービス利用型特定施設における訪問看護の制度・介護報酬の説明<input type="checkbox"/>訪問看護ステーション職員によるサービス内容<input type="checkbox"/>訪問看護利用に伴う利用者負担金額<input type="checkbox"/>訪問看護を利用することによるメリット |
|--|

今回の事例では、施設の職員（ケアマネジャー）が訪問看護の候補者をリストアップし、ご本人・家族への説明を行った。その結果、認知症、精神疾患など、訪問看護の受け入れの悪い利用者3人からは断りを受け、了承の得られたケースについて、訪問看護の利用開始となった。

入所者の家族には、訪問看護を利用する際の1割負担についての説明が重要になる。ただし、今回の事例では、母体が養護老人ホームであり、措置費から1割負担への補助が出る人も多かったため、特に自己負担については問題となったケースは報告されていない。

●STEP 5 契約後、連携開始にあたっての確認・関係者間の調整

契約後の連携開始にあたっては、利用者個別の連携方法を確認することが必要となる。具体的な確認事項としては以下のものが挙げられる。

図表 32 利用者個別に確認・調整する事項（例）

【利用者の属性・概要】				
<input type="checkbox"/> 属性	<input type="checkbox"/> 傷病名・状態	<input type="checkbox"/> 本人・家族の希望	<input type="checkbox"/> 状態急変の可能性の予測	
<input type="checkbox"/> 主治医の指示内容	<input type="checkbox"/> 利用者・家族への説明・同意			
<input type="checkbox"/> 施設サービス計画書	<input type="checkbox"/> ケア提供上留意すべきこと			
【訪問看護ステーション職員によるケア提供】				
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員が施設に出向く頻度・時間				
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員が行うケア内容				
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション職員と施設の看護職員との役割・業務分担				
<input type="checkbox"/> 営業時間内・時間外の連絡方法・訪問看護ステーションの対応者				
【医師との連携】				
<input type="checkbox"/> 主治医との連携頻度・方法				<input type="checkbox"/> 緊急時の対応方法
【その他】				
<input type="checkbox"/> 家族への連絡方法				<input type="checkbox"/> 衛生材料・物品の準備方法

今回の事例では、訪問看護ステーション側の看護職が出向く頻度は、週 2 回、月の午前中と木曜日の午前、午後とした。

カンファレンスは月 1 回 2 時間程度、各ケースについて 15 分程度ずつ情報共有するために行なうこととした。日々の情報共有については、入居者の個人情報保護の観点から、入居者全員の情報が掲載されている施設側の資料については、訪問看護ステーションへ開示せず、施設の看護職員と訪問看護ステーションの看護職員のみが記録を書き込める「連絡ノート」を作成して活用した。この情報共有方法は、当初予定していなかったが、利用者の容態が継続的に一目でわかるため、結果として非常に有効な情報共有方法となった。

役割分担としては、訪問看護ステーション側の看護職は、個別のケースにより異なるものの、主に、下肢のリハビリ、皮膚疾患、清拭、入浴、服薬管理、摘便、排便コントロール、認知症進行予防、環境整備などを定期的に行なうこととし、その他、臨時で必要なケアについては、その都度役割分担を検討した。一方、施設側の看護職は健康管理、バイタルサインチェックなど日々の健康管理を担うこととし、緊急時は施設側の看護職が対応することとした。

この施設では、入居者 70 人に対して看護職員が 1 人の配置のため、看護職員は専ら全員の健康管理や発熱等のある入居者への対応に追われており、個別の利用者に時間をかけてケアを提供で

きる体制になかったことから、施設と訪問看護ステーションの看護職員の役割分担についてはあまり問題となることは起きなかった。

また、同じ敷地内に診療所が併設され、その医師が入居者の主治医であり、施設内看護職に必要に応じて指示を出しているため、基本的にはその指示に従って訪問看護ステーションの職員もケアを提供することとしたため、特に混乱はなかった。訪問看護ステーション側からは、訪問看護報告書を主治医に毎月提出し、その他、状態悪化などの際には、入居者に付き添って、併設の診療所に受診し、その場で主治医への報告を行い、指示を受けた。



【工夫点】 連携を実施する中で、月 1 回のカンファレンスだけでは利用者個別の情報共有には不十分であることがわかった。そのため施設の看護職員と訪問看護ステーションの看護職員のみが記録を書き込める「連絡ノート」を独自に作成し、日々の情報共有として活用するなどの工夫を行なった。

●STEP 1 から 5 連携開始までの打ち合わせ内容

連携開始までには上記の事項を両者が共有するため、内容についてのコンセンサスを得るべく複数回の打ち合わせを実施する必要がある。今回の事例では、連携開始までに以下のような打合せ（計 4 回）を実施している。

図表 33 連携開始までの打ち合わせ事項（例）

回数	施設側出席者	ステーション側出席者	議題	決定事項
1	施設長 生活相談員 ケアマネ	統括所長 所長	* 契約依頼の経緯の説明 * 施設の概要 * 訪問看護が必要な入所者の情報提供 * 施設見学	契約の是非は法人で検討を返答する
2	施設長 生活相談員	法人企画運営局 局長 統括所長 所長	* 契約是非の返答	* 契約する旨伝える * 具体的な内容・委託料等に関しては後日担当者と話を進める
3	施設長	法人	* 委託料について	委託料
4	施設長 ケアマネ	統括所長 所長 主任 リーダー	* 訪問看護が必要な方の情報提供 ①氏名 ②家族構成 ③生活歴 ④主な症状 ⑤現在の生活状況 ⑥問題点 ⑦訪問看護にして欲しい事	* 利用者の選定 * 訪問曜日は 月曜日午後 3 名 木曜日午前 2 名 午後 3 名 * 連携開始日

(ウ) 連携内容

1) 実際の訪問日の流れ

今回の事例では、施設の入居者合計 9 名について、訪問看護の対象者とした。訪問看護ステーションが訪問する曜日は、月曜の午後、木曜の午前・午後とし、入所者 1 人あたり 1 時間程度の訪問を行った（平均 55.3 分）。

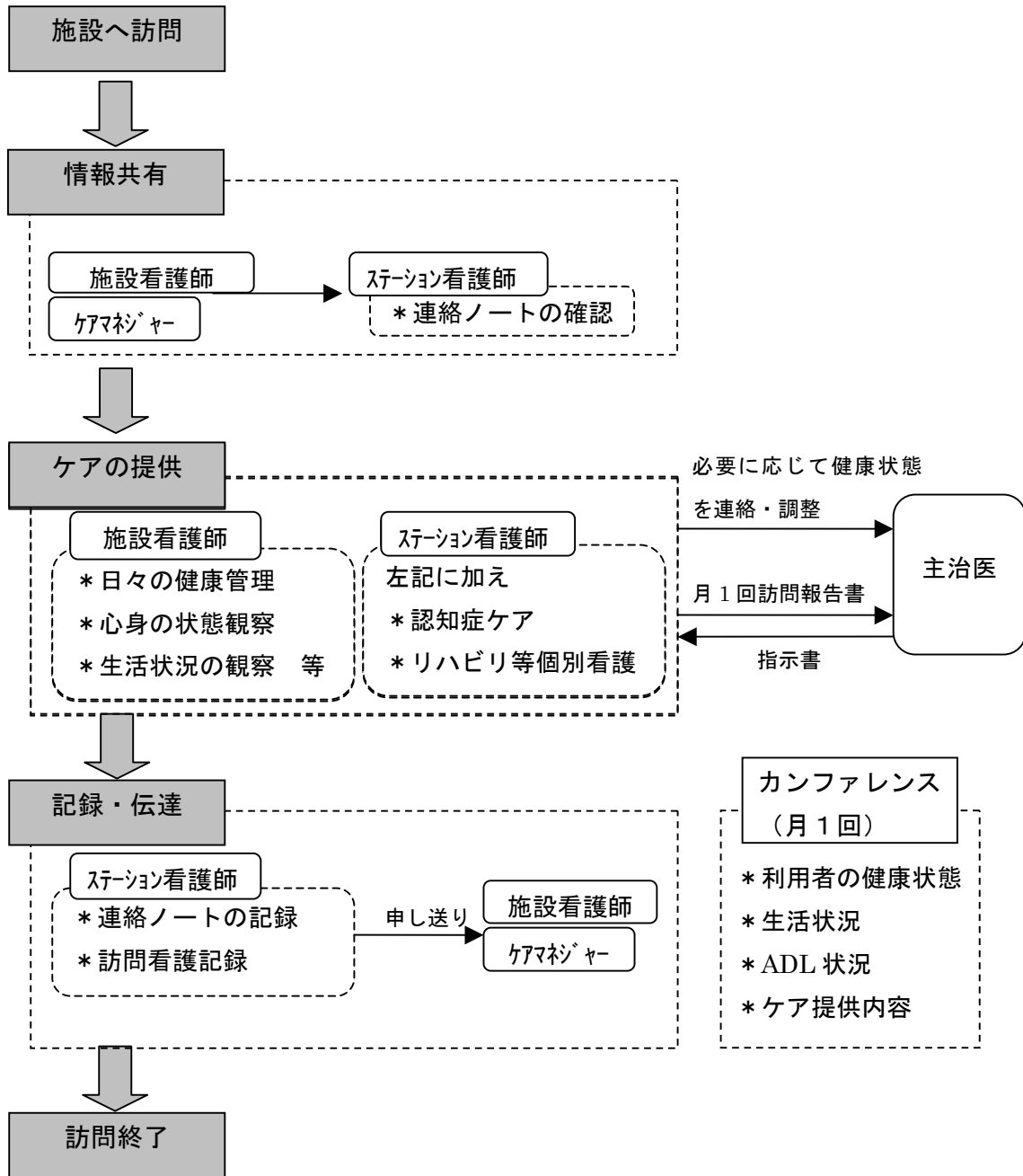
実際の訪問日の大まかな流れは下図の通りである。施設へ訪問後、訪問看護ステーション職員は、当日までの状態を把握するため、施設の看護師が記入した「連絡ノート」を確認する。この連絡ノートには、利用者の日々のバイタルサインの状況、気になる症状、提供したケア内容等が記録されており、施設の看護師と訪問看護ステーション職員とが相互に書き込む方式がとられている。

連絡ノートの確認後、訪問看護ステーションの看護職は、日常的に施設の看護職が行なっている健康管理、状態観察、生活状況の観察に加え、認知症に対するケア、移動・移乗の介助、リハビリといった利用者 1 人 1 人の健康状態に合わせた個別看護を行う。必要に応じて、施設の同一敷地内にある同一法人の診療所医師（訪問看護を利用した入居者の主治医）に健康状態を確認に行ったり、利用者の状態によっては、利用者と一緒に診療所に受診したりするなどの連携を図っており、その他、月 1 回の訪問看護報告書提出と指示書の受け取りを行った。

当日行なったケアの提供内容および利用者の健康状態等については、連絡ノートや訪問看護記録に随時記録し、訪問終了時には施設の看護職もしくは介護職に引き継ぎを行った。

利用者の状態等を情報共有するため、カンファレンスは月 1 回開催した。施設側からは施設長、ケアマネジャーが出席し、訪問看護ステーション側からは総括所長、所長、看護職が出席し、利用者の健康状態、生活状況、ADL 状況、ケア提供内容等について話し合うこととした。

図表 34 外部サービス利用型への訪問日の1回の流れ (例)



2) 利用者の属性

今回の事例で対象となった外部サービス利用型の利用者の属性（9名）は以下の通りである。

図表 35 外部サービス利用型の利用者の属性

ID	1	2	3	4	5
性別	女	女	女	男	男
年齢	60代	70代	80代	80代	90代
要介護度	要介護1	要介護4	要介護4	要介護2	要介護3
主傷病名	腰部脊柱間狭窄症術後	クモ膜下出血術後	認知症 多発性脳梗塞	多発性脳梗塞 後遺症 腰痛症	認知症 右大腿骨頸部 外側骨折
病歴	慢性心不全 糖尿病 高脂血症 便秘	クモ膜下出血 (U-Pシャント) 手術 白内障手術	狭心症 頸肩腕症候群 慢性胃炎	多発性脳梗塞 慢性胃炎 腰痛症 老人性皮膚掻痒症 S状結腸過長症	左大腿骨頸部 内側骨折
認知症高齢者の日常生活自立度	ランクⅡ	ランクⅣ	ランクⅣ	ランクⅢ	ランクⅢ
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	ランクB	ランクB	ランクB	ランクB	ランクB
11月中の介護保険サービスの利用状況	訪問介護	○	○	○	○
	訪問入浴介護	-	-	-	-
	訪問看護	○	○	○	○
	訪問リハビリテーション	-	-	-	-
	通所介護	○	○	-	○
	通所リハビリテーション	-	-	-	-
	福祉用具貸与	-	-	-	-
	認知症対応型通所介護	-	-	-	-

ID	5	6	7	8	9
性別	男	女	女	女	女
年齢	90代	80代	70代	80代	80代
要介護度	要介護3	要介護2	要介護3	要介護2	要介護1
主傷病名	認知症 右大腿骨頸部 外側骨折	変形性膝関節症 認知症	認知症 甲状腺機能亢進症	認知症 慢性湿疹	脳血管性認知症
病歴	左大腿骨頸部 内側骨折	高血圧症 脳梗塞	高血圧症	心筋障害 不整脈	
認知症高齢者の日常生活自立度	ランクⅢ	ランクⅡ	ランクⅣ	ランクⅢ	ランクⅣ
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	ランクB	ランクB	ランクJ	ランクA	ランクA
11月中の介護保険サービスの利用状況	訪問介護	○	○	○	○
	訪問入浴介護	-	-	-	-
	訪問看護	○	○	○	○
	訪問リハビリテーション	-	-	-	-
	通所介護	○	○	○	○
	通所リハビリテーション	-	-	-	-
	福祉用具貸与	-	-	-	-
	認知症対応型通所介護	-	-	-	-

3) ケアの提供内容

利用者に対するケアの提供内容は以下の通りであった。全ての利用者に対してほぼ毎行なったケアは、バイタル測定、心身の状態観察、生活状況の観察、声かけ・タッチ等のコミュニケーション、移動・移乗の介助、認知症に対するケア、リハビリテーションであった。また、施設・訪問看護ステーション間で情報共有をはかったことは、利用者の状態により様々であるが、認知症の症状やADL維持・向上に関しては、ほぼ全回情報共有を行っている。

1日あたりのケア提供平均所要時間は、利用者1人あたり55.3分であった。ケア提供以外の、施設職員との打ち合わせ、記録、連絡調整（引継ぎ）などにかかった所要時間は、利用者1人あたり10分程度であった。

また、定期訪問に伴って発生した事項としては、主治医への連絡・相談、他機関・他専門職等への連絡・相談などがあつた。

図表 36 訪問看護ステーション看護職のサービス提供内容（外部サービス利用型）

外部サービス利用型特定施設												
ID		1	2	3	4	5	6	7	8	9	計	
訪問回数		13	13	6	13	10	12	12	12	12	103	
コミュニケーション	バイタル測定	13	13	6	13	10	12	12	12	12	103	
	心身の状態観察	13	13	6	13	10	12	12	12	12	103	
	生活状況の観察	13	13	6	13	10	12	12	12	12	103	
	声かけ、タッチ、談話	13	13	6	13	10	12	12	12	12	103	
	一緒に〇〇をする：家事、娯楽、散歩、買い物、〇〇するのを見守る	0	0	6	0	10	12	12	12	12	64	
	本人への療養指導・説明	11	13	6	13	10	12	12	12	12	101	
診療の補助	薬の管理	薬の副作用の観察	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		整理、分包化	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
		医師への報告、調節の提案	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3
	与薬	点眼薬、軟膏、坐薬、湿布などの与薬	0	0	0	10	0	0	1	12	0	23
		点滴、IVHの実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		注射、インシュリン注射の実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	医療処置	褥瘡の処置	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		褥瘡予防のための対応	0	0	0	0	0	0	0	12	0	12
		創傷部の処置（褥瘡以外）	0	0	0	0	0	0	0	12	0	12
		経管栄養	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		浣腸、摘便	3	2	0	0	0	0	0	0	0	5
		人工肛門、人工膀胱の管理	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
		膀胱留置カテーテルの管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		気道内吸引	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
酸素療法の指導、援助	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
その他（ ）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
療養上の世話	栄養・食事の援助	13	0	0	0	10	0	12	4	0	39	
	排泄の援助	13	13	0	0	0	0	5	0	0	31	
	口腔ケア	9	2	3	0	1	2	0	0	4	21	
	爪きり	0	0	4	3	4	8	9	5	11	44	
	入浴、手浴、足浴、陰部洗浄	8	13	5	8	5	7	11	8	12	77	
	体位交換、移動・移乗の介助	13	13	6	9	10	12	12	12	12	99	
	認知症・精神障害に対するケア	11	13	6	9	10	12	12	12	12	97	
	嚥下訓練	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	呼吸リハビリテーション・肺理学法	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	その他リハビリテーション	13	13	6	9	10	12	12	12	12	99	
その他（ ）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
職員との情報共有	認知症以外の疾患	13	7	0	13	0	0	0	0	0	33	
	認知症の症状	13	13	6	13	10	12	12	12	12	103	
	内服薬・外用薬	0	0	0	13	0	0	12	0	0	25	
	皮膚の観察・保清	13	13	6	13	0	12	0	12	8	77	
	排泄コントロール	13	10	6	0	0	0	0	0	0	29	
	栄養・水分	0	4	6	0	10	12	12	12	12	68	
	ADL維持・向上	13	13	6	12	10	12	12	12	12	102	
	精神面へのケア（うつ等）	0	0	0	0	0	0	12	12	0	24	
	悪化・再発・事故の予防	0	0	6	0	10	8	12	12	12	60	
その他（ ）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
当日の1日あたり平均所要時間(分)		63	60	50	60	46	52	60	50	51	55.3	
定期訪問に伴って発生した事項												
施設の配置医への連絡、相談		13	13	0	5	0	0	0	0	1	32	
主治医への連絡、相談		3	3	0	5	1	0	1	0	0	13	
家族への説明、連絡		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
他機関、他専門職等への連絡、相談		0	0	6	0	10	12	12	12	12	64	
物品の消毒、整理、調達、手配		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
その他（ ）		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

*各列の数値は、訪問看護ステーションの看護職員が訪問回数のうち当該ケアを実施した回数を示す。

*色塗り箇所は、訪問回数のうち8割以上行なっているケアの提供内容を示す。

4) 施設の看護職と訪問看護ステーションの看護職の業務内容、役割分担

今回の施設では、入居者 70 人に対して 1 人の看護職員の配置となっているため、個別の利用者に時間をかけた看護ケアを提供することが困難な状況にあった。このような中で、施設の看護職は施設の入居者全体の日常的な健康管理、状態観察、発熱等への対応、悪化・再発・事故の予防を行うという基本的なケアを担当し、訪問看護ステーションの職員は、利用者 1 人 1 人の個別ニーズに応じたケアを比較的時間をかけて実施するといった役割分担・業務分担がなされた。

図表 37 施設看護職と訪問看護ステーション看護職のサービス提供内容

外部サービス利用型特定施設													
ID	1	2	3	4	5	6	7	8	9	計			
	施設看護職	ST看護職	施設看護職	ST看護職	施設看護職	ST看護職	施設看護職	ST看護職	施設看護職	ST看護職	施設看護職	ST看護職	計
訪問回数	13	13	6	13	10	12	12	12	12	12	12	12	103
コミュニケーション 状態観察・ コミュニケーション	バイタル測定	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	103
	心身の状態観察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	103
	生活状況の観察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	103
	声かけ、タッチ、談話	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	103
	一緒に○○をする：家事、娯楽、散歩、買い物、○○するのを見守る	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	64
	本人への療養指導・説明	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	101
	薬の副作用の観察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
診療の補助 管理 薬の 与薬 医療処置	整理、分包化	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	1
	医師への報告、調節の提案	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	3
	点眼薬、軟膏、坐薬、湿布などの与薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	23
	点滴、IVHの実施	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
	注射、インシュリン注射の実施	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
	褥瘡の処置	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
	褥瘡予防のための対応	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12
	創傷部の処置（褥瘡以外）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12
	経管栄養	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
	浣腸、摘便	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	5
	人工肛門、人工膀胱の管理	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	1
	膀胱留置カテーテルの管理	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
	気道内吸引	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
	酸素療法の指導、援助	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
その他（ ）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0	
療養上の世話	栄養・食事の援助	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	39
	排泄の援助	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	31
	口腔ケア	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	21
	爪きり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	44
	入浴、手浴、足浴、陰部洗浄	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	77
	体位交換、移動・移乗の介助	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	99
	認知症・精神障害に対するケア	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	97
	嚥下訓練	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
	呼吸リハビリテーション・肺理学法	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
	その他リハビリテーション	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	99
その他（ ）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0	
職員との情報共有	認知症以外の疾患	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	33
	認知症の症状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	103
	内服薬・外用薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	25
	皮膚の観察・保清	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	77
	排泄コントロール	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	29
	栄養・水分	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	68
	ADL維持・向上	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	102
	精神面へのケア（うつ等）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	24
	悪化・再発・事故の予防	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	60
	その他（ ）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
当日の1日あたり平均所要時間(分)	63	60	50	60	46	52	60	50	51	55.3			
定期訪問に伴って発生した事項													
施設の配置医への連絡、相談	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	32
主治医への連絡、相談	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	13
家族への説明、連絡	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
他機関、他専門職等への連絡、相談	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	64
物品の消毒、整理、調達、手配	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
その他（ ）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0

* 「施設看護職」の列の「○」は、当該ケアについては施設看護職も実施していることを示す。
 * 「ST看護職」の列の数値は、訪問看護ステーションの看護職員が訪問回数のうち当該ケアを実施した回数を示す。
 * 色塗り箇所は、訪問回数のうち8割以上行なっているケアの提供内容を示す。

5) 施設の看護職と訪問看護ステーションの看護職の情報共有方法、物品の取り扱い

情報共有方法としては、主として「連絡ノート」を用いた。施設の看護職に利用者1人1人の日々の状態や気になる症状、提供したケア内容等を記載してもらい、訪問看護ステーションの看護職も訪問時の状況を記録し、お互いに情報共有が効率的に行えるようにした。また、訪問の都度、施設の看護職や主任支援員、ケアマネジャーに利用者の状態を報告し、引継ぎを行った。

さらに、「連絡ノート」の他にも「訪問看護記録（Ⅰ～Ⅴ）」により、利用者の状態について申し送りを行なった。また「訪問看護計画書」「訪問看護報告書」「訪問看護記録用紙」により訪問看護ステーションからのケアの提供記録の共有を行なった。記録の項目は以下の通りである。

図表 38 情報教共有したケア記録の項目（例）

【訪問看護記録Ⅰ】	【訪問看護記録Ⅱ】	【訪問看護記録Ⅲ】	【訪問看護記録Ⅳ】	【訪問看護記録Ⅴ】
主たる病名	食事	1日の生活	看護目標	内服薬一覧表
現病歴	栄養	週間予定	問題リスト等	(開始日、薬品名、1回用量、作用・副作用等)
既往歴	代謝	関連機関		
経済状況	清潔	家族介護状況		
疾患・在宅療養に対する気持ち	排泄	家族協力体制		
生活歴	睡眠	介護者の役割		
生育歴	ADL			
家族構成	精神面			
自宅間取り	趣味・嗜好			
住居状況等	宗教等			

【訪問看護計画書】	【訪問看護記録用紙】	【訪問看護報告書】
要介護認定の状況	肺音・呼吸	要介護認定の状況
訪問予定	栄養状態	訪問日
看護目標	排泄状態	訪問看護の状況内容
看護上の問題点	睡眠状態	症状の経過・評価
解決策等	内服状況	家庭での療養・介護の状況等
	清潔介助	
	管理指導	
	リハビリ	
	訪問時の状態等	

カンファレンスは月1回開催し、施設側からは主に施設長、ケアマネジャーが出席し、訪問看護ステーション側からは主に総括所長、所長、看護職が出席した。利用者の健康状態、生活態度、ADL状況、ケア提供内容等について利用者1人あたり10分程度で話し合いを行なった。

6) 緊急時の対応方法・配置医、主治医との関係

緊急時対応に関しては、訪問看護ステーションの看護職は基本的には連携しておらず、施設側が協力病院と契約して対応している。ただし、施設の同一敷地内に同一法人の診療所があり、午後は医師がいるため、利用者の状態が悪い時は、訪問看護ステーションの看護職が診療所に付き添い、受診をする際に医師と連携することもあった。

(エ) 連携の効果

1) 職員側から見た連携の効果

今回の事例では、利用者の心身状況の改善、継続的な看護提供の良さ、職員相互のスキルアップ等の効果があげられた。

利用者についてはADLの向上、意欲の向上が見られたことが報告されている。訪問看護の対象者でない入所者についても、廊下で歩行訓練などのリハビリなどを行う際には、集まって一緒にリハビリを行うなど、施設全体の入所者に対して良い刺激を与えている。

養護老人ホームの施設内看護職員の配置は70対1のため、それまで個別の入所者に対し継続的なケアの提供が困難であった。しかし連携により、訪問看護ステーションの看護職は施設内の少ない看護・介護職員体制を補う、という役割を担うようになった。例えば、訪問看護ステーション側の看護職は、対象者への訪問看護を提供するだけでなく、近くに別の入居者がいれば転倒しないかなど、様子はうかがうようにしている。また施設側の職員が手薄になる昼休み時間帯にも、訪問看護ステーション側の看護職がいるため、施設側にとっては人員不足の補強という点で非常に助かったとの報告があった。加えて、カンファレンス等で訪問看護師から専門的な知識・アドバイス・意見をもらえる機会増えたことで、特に介護職にとっての専門的なスキルの向上につながっている。

訪問看護ステーション側にとっては、「自宅」ではない「施設」への訪問により、新たな気持ちで訪問看護を行なうことにつながった。また連携を通じて認知症への対応やケアについて知識や技術を習得することができ、もともと訪問看護ステーションの利用者に認知症の人が多いため、連携によって訪問看護のケアの質が高まったとの報告があった。また、経営面で安定的な収入源を確保することができている。

2) 利用者家族から見た連携の効果

利用者の家族から利用者が元気になった等感謝の声があがった。具体的な効果は以下の通りである。

- ・ 娘さんが大変喜ばれている。
- ・ 訪問看護に対しては「賛成」「ありがたい」とのこと。
- ・ 息子さんの面会有り（施設生活に順応されていることを喜ぶ）

3) ケアマネジャーから見た連携の効果

施設のケアマネジャーから見た連携の効果として、以下のような意見がみられた。

【状態の安定・改善】

- ・ リハビリをすることで体力回復、歩行訓練。
- ・ 褥創治癒・褥瘡予防。
- ・ 皮膚疾患の治癒（全身のかゆみ減少）。
- ・ リハビリをすることで少し歩くことができた。
- ・ 清潔保持。
- ・ 巻き爪解消。

- ・ 清潔保持、服を着るようになった（以前下着姿）。
- ・ 歩行器使用減少。

【必要な医療処置の実施】

- ・ 糖尿があるので服薬によるインシュリン管理。

【精神的な効果】

- ・ 励ましながらリハビリをしてもらうことにより、精神的な支えとなった。
- ・ 自分が充分ケアされることの喜び、満足から精神的安定。
- ・ 精神的安定。
- ・ 表情が豊か、明るくなった。
- ・ 意欲の向上。

2-2 ヒアリング調査

(ア) ヒアリング対象施設の選定

- 訪問看護ステーションと他施設との連携の実態・工夫等を事例を通じて明らかにすることを目的として、ヒアリング調査を実施した。
- 対象施設は追加調査結果から抽出し、訪問看護ステーションだけでなく、施設側からのニーズや施設側の抱える課題などを聞き取るため、施設側にもヒアリング調査を行った。ヒアリングは、以下の3施設を対象とし、平成19年1月～2月に実施した。

【外部サービス利用型特定施設】

特定施設入居者生活介護（静岡県浜松市）

- ・ 養護老人ホーム入居者の一部が特定施設入居者として介護保険によるサービスを受け始めた。

【短期入所生活介護】

単独型短期入所生活介護（秋田県能代市）

- ・ 療養通所介護を併設する。ステーションと施設の管理者は同一。

特別養護老人ホーム併設型短期入所生活介護（福岡県福岡市）

- ・ 都市型の施設。ステーションは医療依存度の高い医療保険利用者や特定疾病の利用者を中心に看護を提供している。

(イ) ヒアリング結果

(1) 介護保険施設等と訪問看護ステーションの連携実施に影響を与える要因

①連携の必要性の検討に影響する要因

連携を検討するには、それぞれの**地域の特徴や利用者のニーズ**、また、地域における**施設への変革の役割期待**などがそのきっかけになっていることがわかった。

レスパイト的な意味合いでショートステイを希望する神経難病患者、医療ニーズの高い利用者のショートステイでの看護の必要性、特定施設における対象者への定められた訪問看護提供体制の確保などが、実際の連携のきっかけになっていた。これらのきっかけには、制度改定に向かわせるようになった社会情勢の変化、介護状況の変化およびニーズ、療養者医療ニーズの変化がある。この実践例から読み取れることは、制度改定に至るような全体的変化を認めることに加えて、施設個々のニーズや役割期待が明確になってくことで連携を検討する動機付けになるということである。

■地域の特徴や利用者のニーズ

短期入所も含めて入居施設が少ない、または遠い

医療ニーズの高い利用者がショートステイ利用を希望

■施設への役割期待

養護老人ホームが外部サービス利用型特定施設として介護保険利用に移行する期待

②連携開始に影響する要因

実際の連携を開始するにあたり、契約や体制作りに関しては、どのような形で双方が連携を受け止めるのか、また、そのケア提供を行っていくのかということへの「相互理解」を確実に行った経緯が見られる。相互理解には、**制度利用の経済的負担に関する理解、ケア提供内容に関する理解**がある。

外部サービス利用型特定施設に関しては、介護保険を利用していなかった入居者が1割負担を負う形で介護保険でのサービスを受けることへの理解を求める患者家族会を何度も開いていること、短期入所生活介護においては短期入所に入る在宅中重度者受入加算の全額をステーションに支払うことへの理解を得ていること、また、夜間看護体制加算など利用者負担に入れずに先にケア提供の実績を利用者に理解してもらうことなどが、この経済的負担に関する理解の内容である。ケア提供内容に関する理解においては、重度者の施設連携に力を入れていた。難病患者のショートステイでは、基本的なケアに関しては、視覚的な内容も含んだマニュアルの作成に加えて、介護職員の入れ替わりがある特徴を考慮して、複数回の職員に対する説明を行っていた。

■制度利用の経済的負担に関する理解

特定施設移行に伴う利用料1割負担に関する家族等の理解

在宅中重度者受入加算のうち高い割合で訪問看護ステーションに支払う施設管理者の理解

■ケア提供内容に関する理解

具体的ケア提供方法に関する十分な説明

多様な施設職員に対する理解を求める説明の繰り返し

③連携調整に影響する要因

実際の連携における**医療支援の保証**が、これらの動機と相互理解の背景にあったと考える。特定施設での連携に関しては、近隣の在宅療養に関心のある嘱託医が定期的に往診する形を取っており、訪問看護ステーションとは指示書の関係ではあるが、関係性ができていることと、施設看護師と嘱託医の関係、施設看護師と訪問看護師の関係が築かれつつある。特別養護老人ホームのショートステイの場合、利用者の主治医が施設の嘱託医、理事であることが大きく影響している。療養通所介護併設のショートステイの場合は、医師との関係は通常の規定されている関係ではあるが、医療施設、介護施設の少ない地域のなかで、医療ニーズへの対応にかかわる看護師のこれまでの実績がある。これらは、療養支援における医師のかかわりの程度が影響しているものの、利用者がその結果どのように保証されていると受け止めているかによると考えられる。

■医療の保証

利用者それぞれに対する主治医の十分なかかわり

医療施設や主治医との間で適切な受診を可能とする看護師の調整能力

(2) 介護保険施設等と訪問看護ステーションの医療連携の効果と課題

① 特定施設との連携

増える医療ニーズに対応できる体制での看護提供：特定施設においては施設看護師が多くの入居者に対応しているため、個別の状態を把握し、それに応じて必要なケアを提供する訪問看護師の関わりが、看護の質の向上につながるものと捉えられた。今後入居者の高齢化、医療的ケアが必要な入居者が増えることが考えられる。あらゆる状態の入居者に十分対応できるための、夜間の看護対応、看取り対応、緊急時の対応等に対する適当な報酬について検討をすることが望まれる。

特定施設は自宅療養として受け止める：また、今まで医療ニーズに対応することが必要ではなかったこのような施設においては、これからは高齢化により医療ニーズが高くなったとしても、病院や特別養護老人ホームに移ることなく、終の棲家として生活するようになってくる。特別養護老人ホームよりも自宅生活していると言う意味合いが強い生活状況である養護老人ホームになじみがない訪問看護師は多いと思われる。このような施設への訪問看護師のケア提供は、自宅療養の中での医療的支援であるという受けとめ方をしてかかわることが必要であると考えられる。

② 短期入所生活介護（ショートステイ）との連携

利用者家族のニーズの尊重：医療ニーズが高い重症者であっても、利用者の気分転換、介護する家族のレスパイトや健康管理など、利用者家族のニーズに対応するためのショートステイとなっていた。これらは、重度化する在宅療養者の支援を、すべて家族や居宅での医療支援を行う者だけで対応するのではなく、連携により多様な対応の中で在宅療養を継続できると思えるきっかけになると考えられる。このような新たな対応方法で、利用者家族のニーズが充足されることを適切に提示していくことが、制度利用につながると考えられる。

連携対応できる訪問看護師の存在：実践例にある訪問看護ステーションは、スタッフの人数は余裕のあるところではなかった。このしくみを適応した利用者の人数が大変少なく、緊急時の対応をしていないため、医療連携をとることができたともいえる。したがって、夜間や緊急時にも、また複数の利用者からの要望があった場合には、スタッフ増員を考えなければならない。増員を果たせるようなステーションへの経済効果を確認すること、また、行うケア内容に対応した報酬設定をどのように行うかということを検討するのが必要となると思われる。

3. 訪問看護ステーションとグループホームとの連携

3-1 追加調査結果

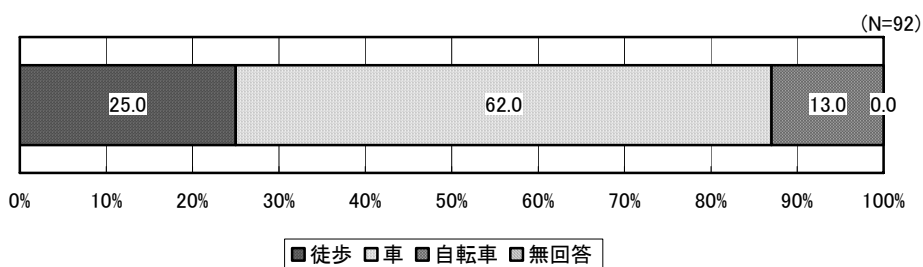
追加調査は、実態調査結果より、他施設と「契約している」または「契約予定」と回答のあった訪問看護ステーションを対象として実施した。以下の結果については、このうち、グループホームと連携しているステーションからの回答（92 事業所）をもとにまとめたものである。

ア) 調査結果

①連携事業所数

訪問看護ステーションが契約しているグループホーム数は、1 か所から最大5 か所までであった（平均 1.5 か所）。訪問看護ステーションからグループホームまでの移動手段は「車」が 62.0%、「徒歩」が 25.0%、自転車 が 13.0% であり、車の場合平均 13 分、徒歩の場合平均 3 分、自転車の場合平均 10 分となっており、比較的近隣のグループホームとの連携を行っている。

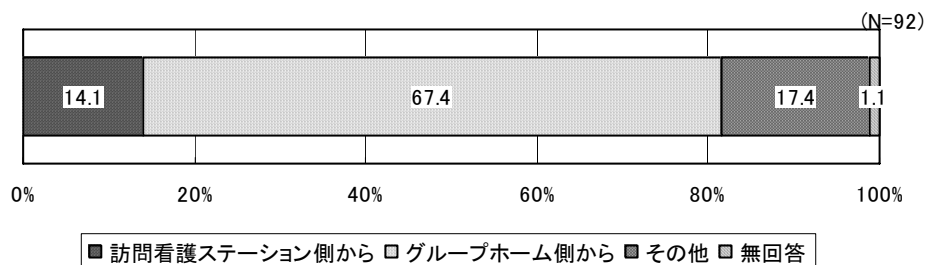
図表 39 訪問看護ステーションからグループホームまでの移動手段



②契約に至るまでの経緯

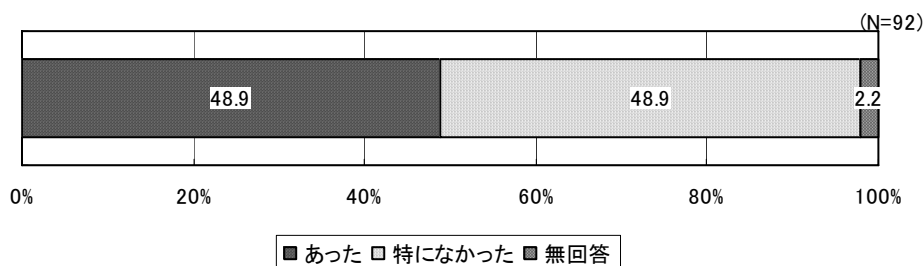
契約に至るまでの経緯として、どちらから最初に連絡をとったかについては、「グループホーム側から」が 67.4%で、「訪問看護ステーション側から」は 14.1%となっており、グループホーム側からの連絡に訪問看護ステーションが対応していることが多い。

図表 40 最初の連絡をどちらからとったか



契約するまで、特に当該グループホームとのつながりが「あった」のが 48.9%、「特になかった」のが 48.9%となっており、もともとつながりのあったグループホームと契約して連携を開始した訪問看護ステーションが約半数である。

図表 41 契約するまでのグループホームとのつながり

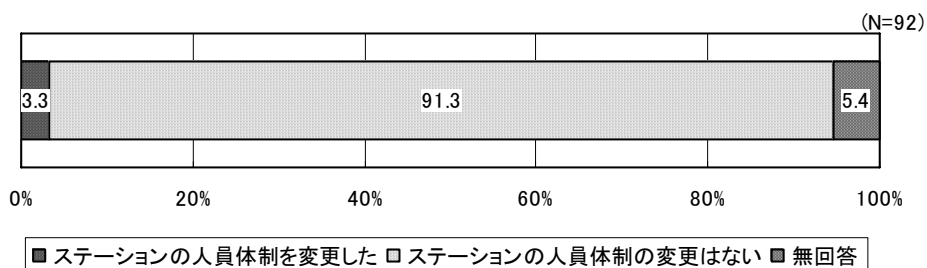


③夜間・休日の対応体制

訪問看護ステーションが夜間・休日に連絡を受ける体制は、「携帯電話でオンコール対応」が平日夜間 91.3%、休日日中 92.4%、休日夜間 91.3%となっており、いずれも訪問看護師が携帯電話で対応しているところがほとんどである。

グループホームとの連携開始にあたって、訪問看護ステーション側の人員体制については、「変更していない」が 91.3%であり、ほとんど体制変更なく契約を開始している。

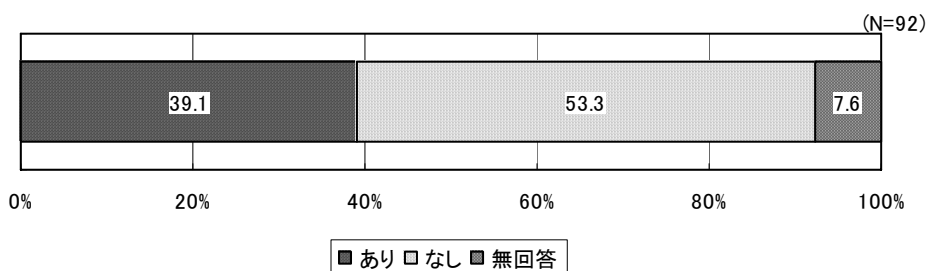
図表 42 グループホームとの連携開始にあたっての訪問看護ステーション側の人員体制の変更



④緊急対応

11 月中（1 ヶ月間）に緊急対応が「あり」が 39.1%、「なし」が 53.3%となっており、4 割程度が 1 ヶ月間に緊急対応を行っている。

図表 43 緊急対応の有無



図表 44 緊急対応した内容

■発熱

- ・ 発熱、嘔吐下痢、血尿、摂取困難、異食等。
- ・ 発熱、痙攣、転倒（外傷）、吐血。
- ・ 発熱（2件）。主治医と連携を取り、点滴指示、健康管理にて対応。
- ・ 採血の為。浣腸の為。
- ・ 右肘熱感あり、痛み・腫れ診に行く。血圧低下ふらつきあり。
- ・ 低血糖症状あり、対応。

■転倒

- ・ 転倒後（入院リハビリ）の為、退院時カンファレンス参加。
- ・ 転倒による外傷（顔面打撲）。
- ・ 転倒後、右眼周囲の腫瘍、皮下出血がみられ、受診の必要性の判断と主治医への報告を行った。
- ・ 体調不良（胸痛、頭痛）。転倒。
- ・ 転倒創傷。
- ・ 関節痛、転倒による創。

■排便

- ・ 排便3日なく、解下剤を昨日飲ませたが、反応ない。浣腸をしてほしい。
- ・ 排便困難の方の腹部マッサージ、肛門周囲の刺激。
- ・ いつもより元気がなく、排便不良や腹部痛の症状、また痛み（どことなしの）があり。

■感染

- ・ グループホームで感染性胃腸炎が発生し、19人の嘔吐・下痢のため緊急での主治医との連絡が必要となった。

■ターミナル

- ・ ターミナル期の人がいたため（胃がん末期）。
- ・ 死後処置2回（グループホームの看護師が休みの時は吸痰、バイタルチェック等の対応あり）。

■その他

- ・ 糖尿病でインシュリン注射使用中の利用者の血糖値が不安定であり、対応をどうすれば良いかとの連絡あり。主治医につなげる。
- ・ 頭痛のある方が夜間痛みを訴えたが、心因性的様子でどう対応するかとの問い合わせ。
- ・ 痙攣があり、電話。主治医へ報告し、救急車で搬送。
- ・ 夜明けより咳がひどく、きつそうと連絡あり、訪問。酸素飽和度80%台。病院と連絡を取り、すぐ受診。
- ・ 経鼻チューブのつまりにより、緊急訪問にて入れ替えをした。
- ・ 入浴後、閉眼したまま声かけに返答なく、生あくびばかりするので診てほしいとの事で訪問。
- ・ 利用者に心室性頻拍があり、受診困難な為、主治医に状況報告、往診の要請をした。
- ・ 褥瘡発生。呼吸状態悪化（間質性肺炎）→入院となる。
- ・ 血圧の件（高め）。
- ・ ストマ交換。
- ・ 嘔吐している。病院へ受診した方が良いかどうか。
- ・ おむつかぶれの相談（3回）。
- ・ 肺炎発症。

⑤連携による効果

訪問看護ステーションがグループホームと連携することによる効果について、訪問看護ステーションに回答してもらった。「グループホームのスタッフの安心感」「介護知識・技術の向上」「訪問看護ステーションからのアドバイス」「利用者の症状への適切な対応」「医師との連携の強化」「入居者の幅の拡大」などの回答があげられた。一方で、訪問看護ステーション側へのメリットとしては、「認知症への理解」「状態変化への適切な対応」「訪問看護ステーション職員の知識の習得」「グループホームへの理解」「事業拡大・安定収入」などの回答があげられた。

図表 45 グループホーム側への効果（訪問看護ステーションによる回答）

■グループホームのスタッフの安心感

- ・ 介護では症状の変化等を相談でき、また、看護師の観察等がある為、スタッフが安心感を得ている。
- ・ 医療専門職が入っていく事でスタッフの安心につながっていると思う。受診は必要性やどの科へ診察を受けたら良いか等、分かりやすいのではと思う。
- ・ スタッフは医療面での判断に不安があったが、看護師が話を聞き、助言する事で安心して介護できる。
- ・ 介護職員だけでは不安あり。利用者の健康管理が強化できる。職員の安心と利用者の安心。
- ・ 巡視や訪問を行ってもらえるので、体調等の疑問点に対してのアドバイス等が受けられ、安心してケアにあたれる。
- ・ グループホームスタッフの安心感が強くなった。看取りが可能。
- ・ 入居者の健康管理に対する不安の軽減。異常時、即対応。施設的な考え方でなく、在宅的な考え方で訪問するので（情報提供）、より在宅に近い生活への支援ができる。
- ・ 24時間相談先がある安心感。医師への状態報告、クリニックへの連絡、緊急時の指示等、特に夜間、安心できる。
- ・ 訪問看護が入る事により病状の変化の説明、指導を行う事により、介護が安心しているとの由。また、緊急の対応もあり。

■介護知識・技術の向上

- ・ 未経験の介護員が多く、不安感が強い為、勉強会等も含めて安心感がある。対応方法など効果あり。
- ・ 医療連携がとれる事から、スタッフの不安の解消に繋がってきている。訪問日までの様子を報告としてまとめる作業が加わり、まとめ方、報告すべき内容等の学びとなっているとの事。
- ・ 医療的なアドバイスができ、日常のケアの質を高める事ができる。
- ・ 看護師の介入により病状・生活に対する観察点が深まっているように思われる。予防援助について説明しているので悪化の予防にもスタッフへの意識づけがされているのではないかと。在宅酸素の導入が可能になった。
- ・ 予防的な処置しかできない為、スタッフに指導する事で予測したケアができるようになったのではないかと。
- ・ 介護方法の質の向上。医療依存度の高い人への観察点や処置の方法の収集等。

■訪問看護ステーションからのアドバイス

- ・ 病院受診するか否かの判断をしがたい時、看護師へ相談し助言、判断を求める事ができる。
- ・ 医療的な指導を受ける事ができる。介護について相談できる。
- ・ 看護職員がいないので、医療的判断が必要になった時、相談できる場ができた。

- ・ 病気・医療の事について相談しやすくなったと言われる（グループホーム職員より）。
- ・ 下剤の使い方、湿疹等、日常のケアについて相談しやすくなった。
- ・ 異常時、すぐ相談ができる。
- ・ 安心して相談できる窓口ができた。
- ・ 入居者の日常生活での変化（スキントラブルや転倒や感情の変化等）に対しアドバイスをする事により、受診する回数が減った。

■利用者の症状への適切な対応

- ・ 日常の体調管理、特に排便コントロールや皮膚疾患への対応等、定期的にフォローする事で安定できる。受診するほどでもないが、相談したいというようなケースに対応ができる。
- ・ 早期発見、早期処置ができ、受診の必要性を判断してもらえる。
- ・ 入居者の健康管理ができ、24時間対応できるので、職員の負担も軽減している。早期発見・予防につながっている。
- ・ 症状観察に対する認識の変化。観察の留意点にそって変化がある時は、早期に報告が訪問看護に入るようになった。
- ・ 症状の改善、異常の早期発見、対応方法の統一。
- ・ 認知症及び身体的疾患による症状の早期からのリスク回避。
- ・ 耳漏を放置。褥創を繰り返していた利用者を受診につなげ、治療。体位変換の指導等で褥創完治。

■医師との連携の強化

- ・ 主治医との連携の強化（予想される問題に対し主治医に報告、対処法等の方針確認）。
- ・ 医師との連絡が取りやすくなった。
- ・ 往診医に聞かないまでもない事でも相談でき、安心できているとのこと。病状報告や訪問時の様子の報告により往診医が以前より密接になった。
- ・ 主治医との連携により特別指示書での医療保険でのサービスを随時行い、入院される方が少なくなった。疾患や介護方法に対しての助言、指導を行った事で不安が解消された。
- ・ 受診、入院等がスムーズに行える。
- ・ これまで看護職がいなかったので、訪問時、疑問等について相談できる。また、医療機関との橋渡し等も援助できるので助かるとコメントあり。グループホームの1回/月のモニタリングへも訪問看護ステーションより参加。
- ・ 医師との連携を取りやすくなった。すぐに相談ができ、安心。
- ・ 緊急時、主治医との連絡がスムーズに行えるようになった。認知症の為、医療機関からの入院等が難しい人達への援助ができるようになった。
- ・ 医師の指示が理解できる（看護師の助言による）。

■入居者の幅の拡大

- ・ 入所者の幅が拡大された。相談できる機関があり、不安を解消できる。入院せず、グループホームでの生活を継続しながら最低限の治療はできる。
- ・ 医療度の高い方も入院せず、グループホームで生活できるようになった。

図表 46 訪問看護ステーション側への効果（訪問看護ステーションによる回答）

■認知症への理解

- ・ 認知症の方との関わりが一步前進してきている。
- ・ グループホーム及び認知症に対する理解が深まった。勉強会や研修会への参加も増えた。
- ・ 認知症の方達への接し方を学ぶ事ができる。
- ・ 認知症に対するコミュニケーションについての対応に良い結果が出ている。
- ・ 認知症の方への理解が深まる。個を大切にしたケア等、在宅ケアへも役立てられるような学びができる。
- ・ 急性増悪時などの対応依頼で訪問が増える。認知症の学びが経験を通して得られる。
- ・ 認知症の方への対応について学び深めた。
- ・ 自覚症状のない利用者の観察、アセスメントの重要性について学ぶ事ができる。

■状態変化への適切な対応

- ・ 巡視により通常の様子を知っているため、異常時に対応しやすい。また、職員ともコミュニケーションが取りやすくなり、予防的助言も行いやすい。
- ・ 対応困難、相談、急変時、すぐ連絡があるので入居者の対応ができる。
- ・ 医師の往診結果（報告）を受ける事で、訪問時、観察を密にする事ができ、早期対応できた。
- ・ 急性増悪等によって訪問の依頼があった場合でも、普段からの健康状態をチェックしている為、状態の把握がしやすい。
- ・ 毎週バイタルチェックを行う事により、入居者の状態が大体分かる。その都度スタッフ等と情報交換できる。

■訪問看護ステーション職員の知識の習得

- ・ 他施設の学びとして現場の生活をみる事で、また指導する事に対して勉強会、チームカンファレンスが多くなった。
- ・ グループホームへの理解が以前より深まった。
- ・ 職員の質問に的確に答えられないといけないので、自己研鑽となっている。
- ・ 訪問看護師の認知症高齢者に対する理解の深まり、アセスメント能力及び看護技術やコミュニケーション能力等のスキルアップ。集団生活を行う場でのリスクマネジメント（感染症対策、食中毒発生予防等）に対して改めて認識する事ができた。
- ・ 他職種との交流、連携。
- ・ 在宅の広がりを感じ、いろいろな方向への考え方ができるようになった。
- ・ ワーカー等の連携により、より看護の役割を明確にできる。ワーカーのケアの質が理解できる
- ・ 他職種連携について学ぶ事ができた。

■グループホームへの理解

- ・ 訪問看護提供の場の拡大、連携の広がり。グループホームでの状況の認識拡大。
- ・ グループホームについてと、認知症についての理解が深まった。
- ・ グループホームのスタッフの利用者への関わり方を見る事により学べる。
- ・ グループホームのスタッフへの説明、指導、教育等をする事により看護師自身の学びとなる。
- ・ 1対1ばかりでなく、複数の利用者との関わりができる。
- ・ グループホームの利用者への関わりについて勉強会を開いたり、カンファレンスを実施。認知症の理解。

■事業拡大・安定収入

- ・ 事業の拡大。

- ・ 負担は増したが、収入の安定にはなる。
- ・ 固定収入になる。グループホームの内容を理解できる。
- ・ 経営面で安定した収入がある。
- ・ 収益が上がっている。
- ・ 新たな収入源となった。
- ・ 定額の報酬が見込める。看護師として認知症ケアに対する学習意欲の高まり。

■その他

- ・ グループホーム職員のご利用者さんの対応を通して、ご利用者さんの接し方、対応の仕方、本人さんのペースに合わせて対応していく事の必要性を感じている。

イ) 結果のまとめ

医療連携の体制づくりに影響した要因

環境要因

施設間の関係性

利用者のニーズ

実施における努力と効果の受け止め

グループホームの努力（実施・工夫）と効果の受け止め

訪問看護ステーションの努力（実施・工夫）と効果の受け止め相互の関係

(1) 医療連携の体制づくりに影響した要因

① 環境要因

- ・ 比較的近隣のグループホームと連携。
(距離：車平均 13 分 徒歩平均 3 分 自転車平均 10 分)
- ・ 連携先グループホームは少数。
(契約施設：1ヶ所から最大5ヶ所)
- ・ 医師の対応が充実している、またはステーションがかかわることで充実する。
(主治医との連絡および指示が取れていた、緊急時の指示が早い、在宅支援診療所等)
- ・ 医療施設受診で対応するには利用者の搬送が必要である。

■時間のかからない範囲の地域で、単数または少数のグループホームに看護提供

■主治医との連絡がとりやすい環境

② 施設間の関係性

- ・ 施設連携の話を持ちかけたのはグループホーム側からが多い。
(グループホームから 67.4%、ステーションから 14.1%)
- ・ 以前から施設間のつながりがあったのが半数。
(以前からあった 48.9%、なかった 48.9%)

- ・以前はグループホームについての理解が不十分であったが、グループホームに関する理解が深まった。
- ・病気や医療について相談できる人がほしかった。

- 施設間のつながりは半数が以前からあった。
- 連携の希望は訪問看護ステーションよりもグループホームからの方が多い。

③ 利用者のニーズ

- ・転倒一歩行可能な認知症高齢者に生じる健康問題
- ・嘔吐、下痢、白癬など施設で起こりやすい感染症
- ・ 血圧・血糖コントロールなど継続的観察が必要な慢性疾患の管理
- ・ 発熱、肺炎、呼吸状態悪化など加齢に起因する健康問題
- ・ 褥瘡、排便コントロール経鼻チューブ交換などの医療処置
- ・ 生命維持に関連する病状の急変への対応

■医療ニーズは

- ・認知症高齢者に起こりやすい健康問題
- ・施設で起こりやすい健康問題
- ・在宅で訪問看護を受ける高齢者と同様に生じる健康問題

(2) 実施における努力と効果の受け止め

① グループホームの努力（実施・工夫）と効果の受け止め

この内容に関しては、直接グループホーム職員を対象とした調査ではなく、訪問看護ステーションが捉えた効果を示したものである。実際のグループホームの実施・工夫や連携効果の受け止めに関しては、双方の施設を交えたグループヒアリングで補うものとする。

- ・医療連携体制を制度化させる時点で予測されていた効果
 - 介護職員の不安の軽減
 - 受診や入院する利用者が軽減する
 - 疾病の早期発見と対応
 - 医療依存度の高い利用者の受け入れ

■予測されていた効果以上に認められた効果

- ・利用者と家族が安心感を持つ。
- ・訪問看護師と顔なじみになる、気軽に相談できる。
- ・医療を受ける状態でも病院/施設を考えず、自宅に近い生活を続ける考えで支援できる。
- ・介護職員が予測して観察、対応し、状態を的確に報告できるようになった。

② 訪問看護ステーションの努力（実施・工夫）と効果の受け止め

- ・ 行っていること（契約内容以外の努力）
 - ステーション内での勉強会やカンファレンス
 - 主治医との密な連絡
 - 記録・電話対応の充実
- ・ 医療連携体制を制度化させる時点で予測されていた効果
 - 認知症の理解が深まる
 - グループホームについての理解が深まる
 - 経営的利点（利用者確保、安定した収入）

■ 予測されていた効果以上に認められた効果

- ・ 認知症に関連したことについての研修や勉強会への参加。
- ・ 介護職員へのアドバイスをすることから、更なる知識技術を習得するよう自己研鑽の意識が生じた。
- ・ 他職種との連携や地域とのつながりの重要性がわかった。
- ・ 利用者に対する介護職員の対応から認知症の対応の実際を学びとる。

3-2 グループヒアリング結果

追加調査で回答のあった訪問看護ステーションに対して、連携相手のグループホームと併せて連携の実際についての聞き取り調査（グループヒアリング）を計画した。ステーションが全国に散らばっていること、グループヒアリングの日程が限られていること、連携施設双方の参加を希望したため、2組の対象者から了解が得られた。さらに、調査で回答が寄せられなかったが、すでに連携を実施している都内施設へ協力を依頼し、最終的に5組が対象者となった。

ア) グループヒアリングの実施

日 時：平成19年2月3日 土曜日 10:00-12:00

グループヒアリングの対象：

北海道	有限会社 リアン	グループホームえみな栄町
	社団法人 北海道総合在宅ケア事業団	岩見沢訪問看護ステーション
滋賀県	財団法人 豊郷病院	甲良町グループホーム らくらく
		訪問看護ステーションレインボウひこね
世田谷区	株式会社 大起エンゼルヘルプ	グループホームなごみ高井戸
	社会福祉法人 康和会	くがやま訪問看護ステーション
台東区	株式会社 大起エンゼルヘルプ	グループホームなごみ浅草
	社団法人 浅草医師会	浅草医師会立訪問看護ステーション
足立区	社会福祉法人 すこやか福祉会	グループホーム千住大川
	医療法人財団 南葛勤医協	訪問看護ステーション

- ヒアリング項目：
- ・ 医療連携に関する期待と契約に至るまでの困難
 - ・ 連携の実際（実施内容）
 - ・ 実施の効果
 - ・ 要望や意見、感想

内容の分析方法： 追加調査の取りまとめの下記の視点を参考に発言内容を分類整理し、実際の医療連携で得られた効果および課題を提示する。

イ) グループヒアリングの結果

(1) 連携の体制づくりに影響した要因

連携の体制づくりの土台となる双方に対する期待については、肯定的・否定的両方の内容が含まれていた。

■グループホームの期待・抵抗感

- ・ 医療的支援の必要性から生じる看護への期待。
- ・ 介護職を下に見るイメージから看護への抵抗感。

■訪問看護ステーションの期待・抵抗感

- ・ 自宅に近い環境での看護提供ができることへの期待。
- ・ グループホームの職員ほど利用者のことがわからないことへの戸惑い。

■連携における相互理解

- ・ 連携したくても連携先が見つからない（連携先探し）。
- ・ 契約の金額。
- ・ 実施内容が現実以上に受け取られないよう説明必要（適切な期待を持つ）。
- ・ 連携加算に関する自治体の理解。

(2) 実施における努力と効果の受け止め

グループホームと訪問看護ステーション双方が、相手に対する期待や抵抗がある中で、連携に向けての相互理解のプロセスを経て実施に至っている。

①グループホームと訪問看護ステーションの努力

■グループホームの努力

- ・ グループホームの楽しさのPRをする。
- ・ 職員が利用者と看護師の仲介役になる。
- ・ 試行錯誤により方法を模索する。
- ・ 連携の継続（回を重ねて相手を理解）。
- ・ 利用者の擁護（選択判断できない利用者）。

■ステーションの努力

- ・ 自然体でかかわる心づもりで看護提供。
- ・ グループホームのイメージ作りビデオを用いての学習
- ・ 学びの姿勢で取り組む。

連携実施においては、双方事前に準備をしたり、実施の経過で連携がうまくいくための努力を行っていたりしている。「医療連携体制加算」を算定するために、実施すべき内容以外での準備や工夫が報告された。また、連携を実現しその成果を挙げるためには、何か新たな取り組みや工夫をすることではなく、「継続する」「続けること」や生じた問題へその都度対応する「試行錯誤」も必要であり、地道に実績を積み重ねていた。

実施のプロセスにおいては、連絡調整をとり、それぞれの努力が連携実施の成果につながって

いる。この特徴は二者関係で完結するのではなく、周囲を巻き込み、記録等を通してオープンにしていることがあげられる。

②グループホームと訪問看護ステーションにみられる成果

■グループホームに見られる効果

- ・ 利用者が看護師の役割を認める。
- ・ 毎日見ていて気付かない変化に気付いてくれる。
- ・ グループホーム内での看取りが実現する。
- ・ 安心感からグループホーム職員の勤務に余裕が出る。
- ・ 職員の困難への対処能力が上がる。
- ・ 看護師との連携方法が分かった。

■ステーションに見られる効果

- ・ グループホームの雰囲気から訪問する看護師の気持ちが穏やかになる。
- ・ 専門看護の分野として認知症看護に関心を持つ。
- ・ グループホーム利用者の健康管理ができるという自信をもつ。
- ・ 訪問看護の多様性に気づく。

グループホームに見られる成果としては、医療や他職種とのかかわりが少ないグループホームの環境の中で、職員の負担感の解消に繋がっている。ステーションとしては、訪問看護師の活動の多様性に気づき、自らの発展を考えるきっかけとなることに連携の効果が認められる。

(3) 今後の課題

契約金については、グループホームについての医療連携体制加算をどのように配分するかについて当該ペアの話し合いに一任しているが、合意がなされず契約締結に至らないというケースもある。訪問看護ステーションに支払われる金額が少ないと、その中で充実したケアを提供するためには訪問看護ステーションのボランティア的などに頼ることになるため、それらにかかるコストに対して適切な評価をしていく必要がある。また、現在は連携を図るために双方の持ち出しで会議などが実施されているが、実際の訪問時間だけでなく、連携体制作りに必要な会議や準備にかかる費用も考慮されなければならない。

自立している認知症高齢者を入居の対象としてはいるが、何らかの慢性疾患を有しており、定期的な体調管理が必要とされる。また、グループホームは、終の棲家となる可能性があり、そこでの生活を支える手段の一つとしての訪問看護を充実させるためには、グループホームにおいても利用者が必要な医療を受けられるような体制が必要である。自宅でターミナル期を迎える利用者と同様に、手厚い訪問看護が必要な回数だけ受けられる報酬設定が必要である。

グループホームは地域密着型サービスであるため、保険者（自治体）によって医療連携体制加算を認めないところもあり、グループホームと訪問看護ステーションとで契約内容（料金設定）を協議し、運営しているという実態もある。介護保険の制度改革に関して、実施者である自治体が十分理解できるよう働きかける必要がある。

第3章 連携の推進に関するまとめ

第3章 連携の推進に関するまとめ

1. 訪問看護ステーションと介護保険施設等との連携

(1) 訪問看護ステーションと短期入所生活介護（ショートステイ）との連携

①連携の必要性と効果

- ・全国の訪問看護ステーションのうち、ショートステイと契約し、連携しているのは1.6%と少ない。
- ・連携していない理由としては、「ショートステイ側から依頼がない」「契約料の設定が分からない」「具体的な連携方法が分からない」などが多かった。
- ・訪問看護ステーションとショートステイが連携することにより、利用者への切れ目のないケアの提供が可能になり、また、利用者の状態の維持・改善につながり、本人・家族の安心感にもつながるなど、そのメリットは大きいと考えられる。
- ・今回、ペア事業により、実際に訪問看護ステーションの職員がショートステイと連携したことにより、以下のような効果があることが確認された。

■利用者・家族側への安心感の提供（なじみの看護師への安心感）

- ☞ 利用者家族からは「呼び出しが少なくなり、安心して預けられた」との感想があった
- ☞ 訪問看護ステーションの職員が入ることで初めてショートステイを利用できた事例もある

■利用者の状態維持・改善、適切な対応

- ☞ 「褥瘡処置が適切に行われ、早期治癒につながった」「排尿障害、尿路感染などが悪化せずに経過できた」など、利用者の状態維持・改善につながった
- ☞ 発熱症状、頻脈などの症状出現時にも訪問看護と連絡をとり、主治医ともスムーズに連携が行えた

■ショートステイ側へのメリット

- ☞ ショートステイ側が医療ニーズのある利用者など、受け入れられる利用者の幅が拡大した
- ☞ 訪問看護ステーション職員と主治医との連携が密にとれているため、ショートステイ中、介護職員が安心してケアを提供できた

■訪問看護ステーション側へのメリット

- ☞ ショートステイとの連携を行うことにより、自宅以外の訪問先が増え、ショートステイ利用中にも収入源が確保できた

- ・上記のように、ショートステイ側、訪問看護ステーション側にも双方にメリットがあることが報告された。

②今後の課題と方策

全国の実態調査結果、ペア事業等から、訪問看護ステーションとショートステイの連携を進めていくための課題として以下があげられる。

課題 1

..... 連携の仕組みの周知・理解に関する課題

- ・平成 18 年 4 月から導入された新しい連携の仕組みであり、訪問看護ステーション側、ショートステイ側ともに、その制度の詳細な内容を把握できていない現状にある。
- ・実態調査結果から、訪問看護ステーション側からは、「ショートステイとの契約方法や連携内容が分からないため、不安で連携できない」といった回答も多く見られた。今後、制度の内容や具体的な契約方法・連携内容等を周知していく必要性が高い。

■方策■

- ・今回の研究成果等を踏まえ、制度の周知とともに、契約書内容や連携開始までに必要な調整、連携後に活用可能な様式等を普及・啓発していくことが必要である。

<今後普及すべき内容>

- 連携の仕組みの概要（訪問看護ステーション用、施設用、ケアマネジャー用、利用者用）
- 契約書例
- 契約開始までのプロセス・調整事項
- 訪問看護と連携してサービスを提供する利用者像（状態、ニーズ等）
- 具体的な連携内容（訪問回数、滞在時間、サービス提供内容、情報共有方法等）
- 連携上活用できる様式（訪問記録様式、情報共有のための書式等）
- 連携による効果・メリット

なお、今回のペア事業では、訪問看護と連携してサービスを提供する利用者の状態として、主に以下のような観点が示された。

【連携が必要な利用者の状態像】

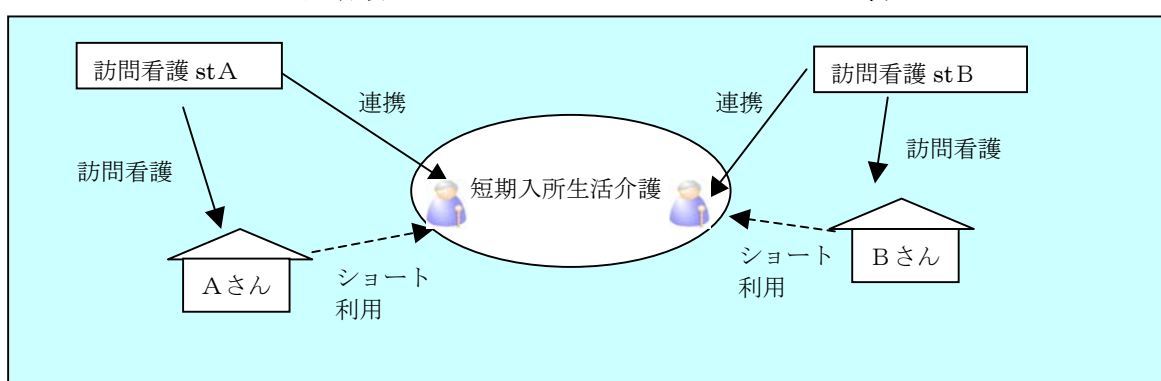
- ・医療依存度の高い利用者（重度の褥瘡や摘便）
- ・医療行為が必要で定期的にサービスプランを立てて、経過観察が必要な方
- ・癌、難病など特別な病態があり観察が必要である利用者
- ・排痰リスクの高い人
- ・嚥下訓練、口腔体操、留置カテーテル、在宅酸素などの対象の人
- ・排尿障害や脱水症状へ陥りやすい人
- ・点滴や処置など医療的な対応を必要とされる人
- ・医療処置、医療管理が必要であり、在宅で毎日行っている処置、リハビリテーションを短期間でも行えないと機能低下や感染などのトラブルをきたしやすい人
- ・褥瘡、インスリン注射、排痰管理、膀胱洗浄、摘便などが必要な人

課題 2

..... 相互に連携先を探す上での課題

- ・訪問看護ステーション側にとっては、利用者が入所するショートステイ先と契約をする必要があるため、地域にある複数のショートステイとの連携を進める必要がある。(ショートステイ側も同様である)
- ・このため、例えば、1か所のショートステイと契約しても、訪問看護ステーションの利用者が当該ショートステイを利用しなければ、実際の連携は開始できない。この煩雑さが契約へのインセンティブにつながらない1つの要因と考えられる。

図表 47 訪問看護ステーションとショートステイとの連携イメージ



■方策■

- ・訪問看護ステーションとショートステイとの連携をよりスムーズに開始するためには、連携する確率が高い以下のような施設と連携を開始するとよいと考えられる。
 - ①同一法人や同一敷地内にあるショートステイ
 - ②訪問看護ステーションの利用者が多く利用しているショートステイ
- ・また、例えば地域内のショートステイと訪問看護ステーションが集まる会議などを開催し、地域の中でお互いが情報共有・交換し、連携先を探せるような取り組みも重要である。

1) 「在宅中重度者受入加算」の介護報酬額の課題

- ・ 1回の訪問にあたり、ショートステイ側に入る介護報酬が425単位（夜間看護体制加算を取得していない場合）であり、この報酬の中から、訪問看護ステーションに委託料として支払われるため、通常の訪問看護（30分～1時間；830単位）に比べて収入が低くなる。
- ・ ペア事業結果によると、訪問看護ステーション職員が自宅で行っているケア内容と、ショートステイ先で行ったケア内容は類似しており、1回あたりの平均所要時間も47分となっていることから、自宅への訪問看護と同程度の介護報酬の設定を検討する必要がある。

2) 区分支給限度基準額の課題

- ・ 区分支給限度基準額一杯を利用している場合、「在宅中重度者受入加算」分がつけられない利用者もいる。
- ・ ケアマネジャーに必要性を理解してもらえず、ケアプランに加算を入れてもらえなかったケースも報告されたことから、ケアマネジャーへの理解の促進が課題と考えられる。

3) 利用者の自己負担増額の課題

- ・ 「在宅中重度者受入加算」をつけると、その分の利用者自己負担額が増加する。
- ・ 利用者によっては、自己負担額が増額するため、「これまでショートステイの看護職は十分なケアを提供していなかったのか」といった疑問を持たれるケースもある。

■方策■

- ・ 訪問看護ステーション側にとって、連携を開始するインセンティブがわくような介護報酬額の設定を検討する必要がある。
- ・ 地域の訪問看護ステーションやショートステイ、ケアマネジャーによる勉強会を開催し、地域の訪問看護ステーション側から利用者・家族に連携の必要性や効果などを説明し、利用者・家族の理解を得ることが重要である。
- ・ また、利用者への説明（自己負担金を含む）に利用できるパンフレットの普及などが必要である。

(2) 訪問看護ステーションと外部サービス利用型特定施設との連携

①連携の必要性和効果

- ・全国の訪問看護ステーションのうち、外部サービス利用型特定施設と契約し、連携しているのは1.9%と少ない。
- ・連携していない理由としては、「外部サービス利用型特定施設から依頼がない」「契約料の設定が分からない」などが多かった。
- ・ただし、外部サービス利用型特定施設は、指定申請の際には訪問看護との契約が必須のため、今後、外部サービス利用型施設の増加に伴い、連携する訪問看護ステーションも増加することが予想される。
- ・外部サービス利用型特定施設は、施設と在宅の間に位置する居住系サービスの中でも、外部の在宅サービス（訪問介護、訪問看護、通所介護等）を利用する類型として注目されており、訪問看護ステーションにとっても連携することによるメリットが大きいと考えられる。
- ・今回、ペア事業により、実際に訪問看護ステーションが外部サービス利用型特定施設と連携したことにより、以下のような効果があることが確認された。

■利用者の状態維持・改善、精神的な効果

- ☞ 「歩行訓練によりADL向上」「褥瘡治癒」「皮膚疾患の治癒」など、利用者の状態維持・改善につながった
- ☞ 入所者の精神的安定や意欲の向上、表情が明るくなったなど

■外部サービス利用型特定施設側へのメリット

- ☞ 看護職員が配置されていない／少ない施設では、訪問看護ステーションから看護職員が来ることで、個別に時間をかけた看護ケアが可能になり、入所者の状態改善・満足につながった
- ☞ 訪問看護の対象となる入所者だけでなく、周りの入所者も一緒に運動するなど、意欲の向上がみられた

■訪問看護ステーション側へのメリット

- ☞ 定期的に訪問できる対象が確保できるため、安定した収入源が確保できる
- ☞ 在宅だけでなく、施設への訪問を行うことにより、職員への教育効果があった
- ☞ 認知症の理解が深まった

- ・上記のように、外部サービス利用型特定施設側、訪問看護ステーション側にも双方にメリットがあることが報告された。

②今後の課題と方策

全国の実態調査結果、ペア事業等から、訪問看護ステーションと外部サービス利用型特定施設との連携を進めていくための課題として以下があげられる。

課題 1

..... 連携の仕組みの周知・理解に関する課題

- ・平成 18 年 4 月から導入された新しい連携の仕組みであり、訪問看護ステーション側、外部サービス利用型特定施設側ともに、その制度の詳細な内容を把握できていない現状にある。
- ・実態調査結果をみると、訪問看護ステーション側からは、「契約したが実績なし」という回答がみられた。外部サービス利用型特定施設は、指定申請の際に、訪問看護ステーションと契約していることが求められることから、外部サービス利用型特定施設側から訪問看護ステーションと連携するニーズが発生しているが、現実的には、契約のみで実際の訪問看護ステーションからの訪問がないという状況が考えられる。今後、具体的な連携内容等を周知し、訪問看護が必要な入居者に対して、サービスを提供できる体制を構築していく必要性が高い。

■方策■

- ・今回の研究成果等を踏まえ、制度の周知とともに、契約書内容や連携開始までに必要な調整、連携後に活用可能な様式等を普及・啓発していくことが必要である。
 - ＜今後普及すべき内容＞
 - 連携の仕組みの概要（訪問看護ステーション用、施設用、ケアマネジャー用、利用者用）
 - 契約書例
 - 契約開始までのプロセス・調整事項
 - 具体的な連携内容（訪問回数、滞在時間、サービス提供内容、情報共有方法等）
 - 連携上活用できる様式（訪問記録様式、情報共有のための書式等）
 - 連携による効果・メリット
- ・また、例えば地域内の外部サービス利用型特定施設と訪問看護ステーションが集まる会議などを開催し、地域の中でお互いが情報共有・交換できるような取り組みも重要である。
- ・「契約したが実績なし」の訪問看護ステーションにおいては、入居者の訪問看護の必要性について、外部サービス利用型特定施設との具体的な話し合いを行っていく必要がある。

課題 2

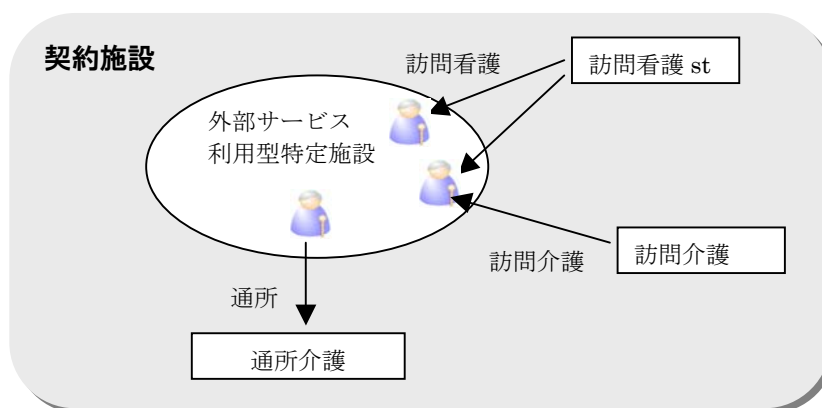
..... 外部サービス利用型特定施設が訪問看護ステーションを探す上での課題

- ・外部サービス利用型特定施設が指定申請をする時点で、同一法人内に訪問看護ステーションを保有していない場合などは、地域内の訪問看護ステーションを探し、突然連携の依頼をすることも考えられる。
- ・地域の訪問看護ステーション名簿からリストアップを行う場合は、連携先を選定するための情報が不足していると考えられる。

■方策■

- 外部サービス利用型特定施設が訪問看護ステーションを探す際の相談・情報提供窓口（各地域の訪問看護ステーション連絡協議会等）を明確化し、施設からの相談を受けやすくする。

図表 48 外部サービス利用型特定施設と訪問看護ステーションの連携図



課題 3

..... 委託費の課題

1) 外部サービス利用型特定施設の「訪問看護」の委託費の課題

- 外部サービス利用型特定施設への訪問看護は、通常の訪問看護費の90%である。30分～1時間の場合、外部サービス利用型特定施設側に入る介護報酬が747単位（830単位×90%）となり、この報酬の中から、訪問看護ステーションに委託料として支払われることになるため、通常の訪問看護（30分～1時間；830単位）に比べて収入が低くなる。
- ただし、施設では複数人の入居者への訪問看護が可能であり、自宅への訪問に比べて移動効率がよいため、外部サービス利用型特定施設との委託料の交渉によっては、必要な収入を得ることが可能と考えられる。

■方策■

- 訪問看護ステーション側にとって、収入面でのデメリットが出ないように、適切な委託料で契約を行う。このため、経営シミュレーション等を行った上で、外部サービス利用型特定施設との契約交渉を行う。
- また、訪問看護を利用することにより、利用者負担が増加するため、入居者への説明に利用できるパンフレット（自己負担金含む）の普及などが必要である。

(3) 訪問看護ステーションと特別養護老人ホームとの連携

①連携の必要性

- ・全国の訪問看護ステーションのうち、特別養護老人ホームと重度化対応加算について契約し、連携しているのは1.0%と少ない。
- ・連携していない理由としては、「施設側が訪問看護ステーションのことを知らない」「施設側が連携の必要性を感じていない」といった施設側に関する回答と、「入所者全員の状態を把握するのが困難」「24時間体制への負担が大きい」「契約料の設定が分からない」など、連携を行う上での不安等に関する回答が多かった。
- ・特別養護老人ホームの入所者の重度化が進む中で、医療ニーズを持ち、看護サービスを必要とする人が今後も増加すると考えられる。
- ・特に施設に看護職員数の配置が少ない場合など、施設内の看護職員が24時間体制をしき負担が大きいため、外部の訪問看護ステーションと連携することによる施設の職員の負荷軽減のメリットがある。
- ・全国的な看護職員不足の中で、各施設に看護職員を配置するだけでなく、今回の連携の仕組みのように、必要に応じて訪問看護ステーションが地域の看護サービス提供拠点として、様々な施設に看護サービスをする仕組みも有効と考えられる。

②今後の課題と方策

全国の実態調査結果等から、以下の課題が考えられる。

課題1

●●●●● 連携の具体的な方法・内容の明確化

- ・平成18年4月から導入された新しい連携の仕組みであり、訪問看護ステーション側、特別養護老人ホーム側ともに、その制度の詳細な内容を把握できていない現状にある。
- ・今後、引き続き以下のような点について引き続き検討していく必要がある。
 - 施設と訪問看護ステーションとの契約までのプロセス
 - 入所者全員の状態の把握方法
 - 24時間対応が必要と想定される事態
 - 施設側の看護職員との役割分担・業務分担
 - 施設側の看護職員との日々の情報共有方法・手段
 - 訪問看護ステーションとの連携による施設側へのメリット
 - 従来型特別養護老人ホームとユニット型特別養護老人ホームでの連携上の違い 等
- ・また今後、ユニット型特別養護老人ホームが増えていくことを考えると、より小さい単位で訪問看護ステーションの職員が係わることができ、それによって入所者の状態把握がしやすく、24時間対応の支援可能性が広がることから、ユニット型特別養護老人ホーム等も視野に入れて検討していく必要がある。

課題 2

.....施設の看護職員と訪問看護ステーションとの看看連携の強化

- ・実態調査結果からは、「特別養護老人ホーム側の訪問看護ステーションの認知度が低い」「在宅と施設の看護職員同士の交流する機会がない」などの回答がみられた。
- ・在宅のサービス事業者同士の連携については、サービス担当者会議等で進められてきているが、在宅と施設の職員同士の連携はこれからの課題と考えられる。
- ・特に、この連携の仕組みでは、入所者について施設側の看護職員と訪問看護ステーションの看護職員が情報を十分に共有しながら、同じ視点で看護サービスを提供していく必要があるが、現状では、意識の差があるという回答もあった。

■方策■

- ・施設・在宅と問わず、地域の看護職員同士が「利用者（入所者）にとって何が最善か」を同じ視線に立って検討できるような看看連携の仕組みをつくることが重要である。
- ・施設と訪問看護ステーションの1対1の連携だけではなく、地域の病院や施設、在宅サービス事業所などに所属する看護職員が一同に介して、相互理解を深める機会などをつくる必要性がある。

課題 3

—————介護報酬上の課題

- ・特別養護老人ホーム側にとって、「重度化対応加算」は、施設内の看護職員が24時間連絡体制を確保した場合でも算定可能なため、訪問看護ステーションと連携する必要性が低い。
- ・このため、訪問看護ステーションと連携する必要性を感じていない特別養護老人ホームもある。

■方策■

- ・連携を進めるためには、訪問看護ステーションと連携した場合には介護報酬を少し高くするなど、施設側が連携を行うインセンティブが高まる報酬の仕組みを検討する必要がある。
- ・また、施設内に看護職員を雇用するのに比べて、必要に応じて訪問看護ステーションと連携する方が雇用に伴うリスクが低くなり、経営面でもメリットがあることを示していく必要がある。
- ・さらに、地域の訪問看護ステーションと連携することで、これまでの施設ケアとは違った在宅ケアの観点や個別の看護技術を取り入れられることにもつながるといった施設側へのメリットの明確化も必要である。

2. 訪問看護ステーションとグループホームとの連携

(1) 訪問看護ステーションとグループホームとの連携

①連携の必要性と効果

- ・すでにグループホームとの医療連携の体制を取っている訪問看護ステーションの調査からは、比較的近隣にあり、以前から関係のある施設で、加齢の影響が強い健康問題を併せ持つ高齢認知症患者という医療ニーズがはっきりしている状況が読み取れた。
- ・グループホームと訪問看護ステーションの職員が連携調整をとりつつサービス提供を行う中で、施設側、ステーション側双方に、想定された効果以上のものも見出された。これは、施設・ステーションの役割機能を、職員同士のかかわりの中で理解していくなかで、自らの役割を振り返ることとなり、状況への対処能力がいたり、実践力向上に向けての自己研鑽という効果につながったと考えられる。
- ・医療連携体制をとっているグループホームと訪問看護ステーションのグループヒアリングでは、双方に対する肯定的・否定的な期待はあるものの、実際にそれぞれがサービス提供に向けて、この取り組みを継続する双方の努力により、利用者に対する効果のみならず、グループホーム職員や訪問看護師に肯定的な変化が出てきていることがわかった。

■グループホーム入居者の医療ニーズへの対応

- ☞ 加齢の影響が強い健康問題を併せ持つ高齢認知症患者
- ☞ 施設特有の感染症等の健康障害

■環境要因の連携への影響

- ☞ 近隣地域での以前から関係のある施設間の連携
- ☞ 主治医や医療機関との関係が十分ある

■グループホーム職員に見られる効果

- ☞ 健康状態の変化を予測して対応し、的確に連絡報告できる

■訪問看護師に見られる効果

- ☞ 認知症への対応の実際を学びとる
- ☞ グループホーム職員へのアドバイスの経験から、更なる知識技術の習得

■医療連携の取り組みの継続による効果

- ☞ 他職種との連携・地域とのつながりの重要性を理解する

- ・このような効果を見るためには、特別何か新たな取り組みや工夫をすることではなく、「継続する」「続けること」や生じた問題へその都度対応する「試行錯誤」が必要であり、地道に小さな問題の解決による実績を積み、それを自信に変えていることがわかった。

②今後の課題と方策

医療連携を行っているグループホームと訪問看護ステーションの調査結果から、今後さらにこ

の連携を進めていくための課題として以下があげられる。

課題 1

●●●●● 継続してかかわることができる環境での体制作り

看護職員の配置の義務付けられていないグループホームでは、医療ニーズへの対応は訪問看護ステーションに係ってくる。近隣であること、主治医との連携が取れやすいこと、24時間対応が可能なステーションの人員が確保されていること等、継続して安定したサービス提供ができる環境での連携体制が取れることが必要となってくる。連携が継続されうる環境にあるかどうかを事前に確認しておくことにより、グループホームと訪問看護ステーションの連絡調整に力を入れることができる。

■方策■

- ・調査結果で特徴的に捉えることができた医療連携の体制等から、グループホームと訪問看護ステーションの連携調整を取る際に、施設等の置かれている環境等を確認し、十分な体制がとれるよう準備することも念頭に進めていくことが必要である。
- グループホームの位置と訪問看護ステーションの活動（営業）範囲
- 利用者の主治医と訪問看護ステーションの関係
- グループホームおよび訪問看護ステーションの設置主体、併設施設、関係のある事業所の存在

課題 2

●●●●● グループホームと訪問看護ステーションの具体的交流の場

・物理的環境のみならず、利用者に対する役割機能やサービス提供方法の特徴について相互に理解することは、否定的な期待を除くためには必要なことであると考え。ともに協力して利用者へのサービス提供を考えるうえで、お互い肯定的な受けとめをして関係性を築くことが連携への第一歩である。

■方策■

- ・利用者を取り巻くサービス提供者間の交流の場を持ち、契約書によるかかわりではなく、サービス提供の質の向上を目指す交流が必要である。
- 家族やステーション設置主体を交えた契約説明会の開催
- 顔をあわせての定期的な情報提供
- 仕事の量を増やさない連絡や記録方法の工夫

3. まとめ

1) 地域内の看護サービス提供拠点としての役割

今後の方向性

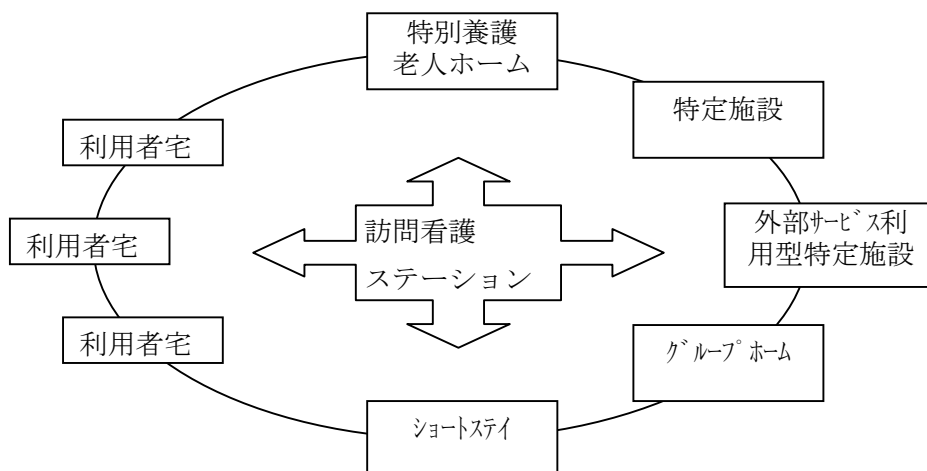
今回の訪問看護ステーションと介護保険施設、グループホーム等との連携については、上述したように、対応内容が施設の種類によって大きく異なるものの、「連携」する上で共通していることは、施設の中に訪問看護ステーションの職員が実際に出向くことである。

介護保険施設等における看護体制のあり方については、今後、介護保険施設のあり方の議論の中で、検討されていくと考えられるが、少なくとも訪問看護ステーションが地域に開かれた看護サービス提供のリソース（拠点）として位置づけられたことの意義は大きい。

今回の研究結果からは、施設内では十分に個別の看護ケアができない部分に、訪問看護ステーションの職員が個別の看護サービスを提供すること（ショートステイ、外部サービス利用型特定施設）のメリットや、自宅と短期入所生活介護といった2つの場で、同一の看護師がサービス提供をシームレスに行うことのメリットがあげられた。また、看護配置義務のないグループホームでは、入居者の重度化に伴い、訪問看護ステーションの職員が入ることによって健康管理を行うメリットがあげられた。

今後、施設入所者やグループホーム入居者の重度化に伴い、看護サービスが必要な高齢者が益々増加すると考えられることや、施設と在宅の中間としての「住まい」（特定施設やグループホーム等）が拡大すると考えられることから、訪問看護ステーションは、地域に開かれた看護サービスのリソース（拠点）としての役割が益々求められるようになると考えられる。今後は在宅への訪問ではなく、施設との連携を中心とした訪問看護ステーションが出てくる可能性も考えられる。

図表 49 地域への看護サービス提供拠点としての役割（イメージ）



共通課題 1 ●●●●● 人材確保上の課題

- ・実態調査結果では、「訪問看護ステーションの人材不足のため、他施設と連携する余裕がない」といった回答が多くみられた。訪問看護サービスを提供するための人材確保が難しい中で、他施設と連携するほどの余裕がない訪問看護ステーションが多いと考えられる。
- ・訪問看護ステーションの人材不足は全国的に喫緊の課題となっており、他施設との連携を推進する上でも、訪問看護ステーションの人材確保策について、早急に検討する必要がある。
- ・その一方で、全国的な看護職不足の観点から考えると、各施設に看護職員を配置するのではなく、今回の連携の仕組みのように、必要に応じて訪問看護ステーションが地域の看護サービス提供拠点として、様々な施設に看護サービスする仕組みが有効と考えられることから、これらの連携の仕組みを推進する必要性が高い。

共通課題 2 ●●●●● 連携の仕組みの周知・理解に関する課題

- ・今回の訪問看護ステーションと他施設との連携の仕組みは、平成 18 年 4 月の介護報酬改定で新たに導入された仕組みであり、訪問看護ステーション側、施設側にとっても、具体的な制度上の仕組みや実際の連携方法等についての理解が十分にできていない状況にある。
- ・本研究で明らかになったように、施設の種別別に連携の方法や訪問看護ステーションに求められる役割も異なることから、より分かりやすい情報提供を行っていく必要がある。

＜今後普及すべき内容＞

- 連携の仕組みの概要（訪問看護ステーション用、施設用、ケアマネジャー用、利用者用）
- 契約書例
- 契約開始までのプロセス・調整事項
- 具体的な連携内容（訪問回数、滞在時間、サービス提供内容、情報共有方法等）
- 連携上活用できる様式（訪問記録様式、情報共有のための書式等）
- 連携による効果・メリット

共通課題 3 ●●●●● 介護報酬額・委託費の課題

- ・訪問看護ステーションと他施設との連携を推進するためには、他施設と連携することにより、訪問看護ステーション側に経営的なメリットがあることが必要である。現在の介護報酬額をみると、ショートステイについては、「在宅中重度者受入加算」の設定が低いため、訪問看護ステーションが連携を開始するインセンティブがわくような介護報酬額の設定を検討する必要がある。
- ・外部サービス利用型特定施設、特別養護老人ホーム、グループホームとの連携については、契約時の交渉によって、訪問看護ステーションに経営面でのデメリットが出ないように設定をす

れば、安定的な収入につながると考えられる。このことを訪問看護ステーション側に周知することによって、他施設との連携を進める訪問看護ステーションが増えることが想定される。

- また、これまで訪問看護ステーション側にとっては契約金額の交渉などの経験が少なかった。今後は、他の事業所とこれらの契約を行うために必要な諸手続きの方法や契約交渉の仕方など、改めて研修等を行っていくことも必要と考えられる。

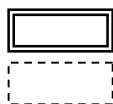
2) 施設別の特徴を踏まえた連携の強化

施設別の特徴

今回の訪問看護ステーションと介護保険施設、グループホーム等との連携については、対応内容が施設の種類によって大きく異なる。そこで、訪問看護ステーションの職員に求められる役割を大きく3つ（①健康管理、②個別の医療ニーズ対応、③24時間対応）に分けて整理を行った。

図表 50 施設種類別の連携上の特徴

	①ショートステイ ＜在宅中重度者受入加算＞	②外部サービス利用型 特定施設＜訪問看護＞	③特別養護老人ホーム ＜重度化対応加算＞	④グループホーム ＜医療連携体制加算＞
看護配置	○	×	○	×
対象範囲	一部利用者	一部利用者	施設全体	事業所全体
対応する 内容	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">① 健康管 理・予防 (一部利用者)</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;">③ 24時 間対 応</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">② 個別の医 療ニーズ[*] 対応 (一部利用者)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">① 健康管 理・予防 (一部利用者)</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;">③ 24時 間対 応</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">② 個別の医 療ニーズ[*] 対応 (一部利用者)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">① 健康管 理・予防</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;">② 個別の医 療ニーズ[*] 対応</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">③ 24時 間対 応</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">① 健康管 理・予防</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;">② 個別の 医療ニーズ[*] 対応</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">③ 24時 間対 応</div>
連 携 上 の 特 徴	<p>■「在宅との一環したケアの継続」という観点から、訪問看護が入る必要性について、理解が得られやすい。</p> <p>■ショートステイには、看護職員が配置されているが、訪問看護が自宅で提供している個別ケア（例えば、1時間程度かかる個別ケア）を提供するのは困難な場合が多い。</p> <p>■訪問看護は①健康管理、②個別の医療ニーズ[*]への対応の両方を提供できる。③24時間対応については、「夜間看護体制加算」による連携が別途可能。</p>	<p>■外部サービス利用型特定施設の指定を受けの際に、訪問看護事業所との契約が必須であるため、施設側からのニーズが明確。</p> <p>■外部サービス利用型特定施設には、看護職員の配置義務はなく、訪問看護は、一部の利用者について、①健康管理、②個別の医療ニーズ[*]への対応を行うことが可能。</p>	<p>■特別養護老人ホーム内に看護職員が配置されており、①健康管理、②個別の医療ニーズ[*]への対応、③24時間対応をしている。</p> <p>■訪問看護は③への対応が可能となったが、利用者の状態を把握するためには、①②にも関与する仕組みが必要と考えられ、実際に連携している例は非常に少ない。</p> <p>■医療ニーズ[*]が高い入所者が多い施設では看護師も多く配置され、③も夜勤看護師などで対応している。一方、医療ニーズ[*]が低い入所者が多い施設では看護体制が薄い、③24時間対応への必要性も低いことから、施設側のニーズが出にくい。</p>	<p>■グループホーム内に看護職員の配置義務はなく、訪問看護が①事業所全体の健康管理、②個別の医療ニーズ[*]対応、③24時間も含めて対応可能。</p> <p>■①～③を一括で請け負うことになるため、訪問看護側にとっても分かりやすい。</p> <p>■①健康管理を外部の訪問看護が可能な理由としては、事業所が小規模なため、定期的な訪問をすれば入居者全員の状態が訪問看護側でも把握できることが大きいと考えられる（特別養護老人ホームとの違い）。</p>



報酬上、訪問看護ステーションが対応する範囲

報酬上、訪問看護ステーションの対応は位置づけられていないが、契約により対応可

- ・訪問看護ステーションと施設との連携を考える上では、まず施設に看護職配置が義務付けられているかといった施設内の看護職員配置が大きく係ってくる。
- ・制度上、①ショートステイと③特別養護老人ホームについては、看護職が配置されていることから、施設の看護職と訪問看護ステーションの看護職が実施することへの役割分担・業務分担が必要になるが、①ショートステイについては、「在宅との継続」といった観点から、施設側・訪問看護ステーション側・利用者側にもそのメリットが理解されやすく、制度利用へのインセンティブとなっている。一方で、③特別養護老人ホームについては、入所者の状態をどのように訪問看護ステーションの看護職が把握し、24時間対応を行うことができるかについては、今後継続的に検討すべき課題と考えられる。
- ・また、②外部サービス利用型特定施設と④グループホームについては、看護職の配置義務がないことから、入居者の医療ニーズ等に応じるために、訪問看護ステーションの職員が入ることについて、施設側・訪問看護ステーション側・利用者側の理解は得られやすい。特に、外部サービス利用型特定施設は、指定申請時点で訪問看護との連携が必須であるため、今後とも連携ケースは増加するものと考えられる。また、④グループホームについては、入居者全体の健康管理、個別の医療ニーズへの対応、24時間対応を行うことになるが、グループホームが小規模施設であるために、入居者全体の状態把握と24時間対応が可能になっていると考えられる。
- ・このように施設の種類により、訪問看護ステーションに求められる役割が異なることから、制度の理解や施設と訪問看護ステーションの認識のすり合わせなどが大変重要になると考えられる。
- ・特に今回、ペア事業を行った施設・訪問看護ステーションにおいては、最初は連携イメージがつかず、契約内容や連携方法について分からない点も多く、実際には連携を開始し、その実施方法を検討しながら進めていることから、このような連携の取り組みを全国的に共有していくことの必要性が高いと考えられる。

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と介護保険施設、
グループホーム等との連携のあり方に関する検討
報 告 書

平成19年3月

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

本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になります
のでご注意ください。