

図表7 利用者の保険の種類および寝たきり度(3ステーション全体)

(平成17年3月)

	人数(人)	%
・保険		
介護保険	162	76.1
医療保険	38	17.8
介護保険と医療保険	7	3.3
・寝たきり度		
自立	20	9.4
Jランク	32	15
Aランク	48	22.5
Bランク	59	27.7
Cランク	51	23.9

2) 夜間・早朝訪問看護の提供体制構築の経過(図表8)

利用者の選定は、2005年2月から開始したが、本格的な体制づくりは2005年5月以降であった。マニュアル作成や、拠点の決定、記録用紙の作成等に合わせて、夜間・早朝帯に勤務してくれる看護師を募集した。雇用後は、質の担保のためにオリエンテーションや研修も行った。また、訪問鞆やロッカー等の備品購入、仮眠室の整備等の環境整備も行った。

さらに、夜間・早朝訪問看護の利用者を確保するためには、地域の関係機関に理解してもらう必要があるため、モデル事業開始前に関係機関を対象に説明会と交流会を開催した。参加者は、訪問エリア内の行政(保健福祉部門の部長、保健師)、医師会、社会福祉協議会会長、民生委員、介護者の会の会長、訪問看護ステーションのスタッフ、等であった。

準備の末、夜間・早朝帯の訪問看護を2005年8月22日からスタートさせ、2006年2月末日で終了した。その後も有料ではあるが、引き続き夜間・早朝の訪問看護を提供している(2006年3月現在)。

3) 夜間・早朝の訪問看護体制

夜間・早朝に最も利用者数の多い済生会訪問看護ステーションを拠点に訪問した。夜間の移動距離は延べ約100kmであり、最もステーションから遠い利用者宅までの移動時間は20分(約15km)であった。

夜間・早朝は、準夜帯（17：00～22：00）、深夜帯（22：00～6：00）、早朝帯（6：00～8：30）の3交代とし、新たに雇用した夜間・早朝専属の非常勤看護師、訪問介護士がペアで訪問した。拠点ステーションでは日勤帯との申し送りは文書か口頭で実施し、拠点ステーション以外はファクス（無記名、IDコード使用）で行った。なお、利用者からの緊急的な電話には、時間帯に拘らず3つのステーション担当者がそれぞれ対応した。

夜間・早朝帯のスケジュール例は以下の通りである。

時間	実施内容
17：00	準夜帯申し送り、情報収集
17：45	訪問出発
18：00	利用者①（30分）訪問
18：45	利用者②（30分）訪問
19：00	ステーションに戻る・記録整理・休憩
20：00	利用者③（60分）訪問
20：45	ステーションに戻る・記録整理
22：00	深夜帯申し送り、情報収集、清掃
0：00	利用者④（30分）訪問
0：45	ステーションに戻る・仮眠
3：00	利用者⑤（30分）訪問
3：45	ステーションに戻る
5：30	利用者③（30分）訪問
6：00	早朝帯申し送り・記録整理
7：00	利用者①（30分）訪問
7：45	利用者②（30分）訪問

4)夜間・早朝訪問看護を提供するための体制構築の問題点と対応策(図表9)

これまで日中のみの訪問しか行っていなかったステーションでの体制構築は、試行錯誤であり、様々な問題点に直面しつつ、その対応策を講じてきた。主な問題点とそれへの対応策を以下に述べる。

(1) 利用者選定と夜間・早朝の訪問看護導入

夜間・早朝の訪問看護必要性のアセスメントを、新規利用者には必ず行った。必要と思われた利用者には、パンフレット（付録⑪）を用いて夜間・早朝の訪問看護の必

要性等を説明した。

(2) 看護師の確保

看護師の確保は最も苦勞したことの一つであった。夜間・早朝に訪問する看護師、訪問介護士を新たに雇用するため、ナースバンク、ハローワーク、新聞の折り込み等で募集した。特に6:00~8:30の時間帯の確保が困難であった。希望者が少なかったため何度も掲載を重ねたが、結果的には口コミが人員確保に最も効果があった。漸く看護師9名(正看護師7名、准看護師2名)、訪問介護士6名を非常勤として雇った。

(3) 拠点の整備

夜間の拠点を、当初はサテライト草津に置いていたが、徐々に利用者の構成が変わり訪問効率が悪くなったため、夜間・早朝に最も利用者数の多い済生会訪問看護ステーションに変更した。

(4) スケジュール管理

インシュリン注射の実施や、利用者の就寝前のケアで17時~22時の訪問スケジュールが過密になる傾向があった。さらに夕方は、交通渋滞のため移動に時間がかかり、予定がずれこむことが多かった。そこで、利用者のうち時間帯の変更が可能な者とそうでない者を整理し、移動時間を見込んだ訪問看護スケジュールの再検討を行った。

(5) 円滑な連絡方法

拠点ステーションでは日勤帯との申し送りは文書か口頭で実施し、拠点ステーション以外はファクス(無記名、IDコード使用)で行った(付録⑩)。しかし、連絡があまりうまくいかないため、なるべく直接口頭で申し送りできるよう心がけた。日常の申し送りだけでなく、体制上の問題点に即対応できるように連絡ノートを拠点ステーションに置き、それに挙げた課題は管理職会議で検討するようにした。

また、夜間・早朝に訪問する非常勤の看護師は、利用者の全体像を把握しにくいため、昼間の訪問看護師との交流会を開き、日中の様子や家庭環境等について情報交換を行った。

(6) 質の確保

夜間・早朝の訪問看護師には、サービスの質を担保するために随時研修会を開催した。研修会の内容は、夜間・早朝の訪問看護を実施する目的や基本的な理念に関する講義、実施内容の説明、具体的な手技実習等であった。なお、夜間・早朝の訪問に関するマニュアルを作成し(付録⑬)、誰が訪問しても同様のサービス内容を提供でき

るよう、何度も修正して実際に活用できるマニュアルになるように努めた。

(7) スタッフの安全確保

夜間帯の訪問は暗くて迷いやすいため、危険である。そこで夜間の訪問用の地図を作成した。地図には、夜間帯でも道路上で目印になるものや、安全に駐車できる場所、家への入り口等を明示した。

図表8 夜間・早朝訪問看護の提供体制構築のタイムスケジュール

2005年	体制作り	利用者選定と夜間・早朝の訪問看護導入	看護師の確保と質の担保	環境整備	関係機関との連絡
2月～5月	・役割分担 マニユアル作成 (全体・対象者別)	・全対象者のアセスメントシート記入 事例検討(会議)			
6月		← (会議)			
7月		← (会議) ・訪問時間の概略検討 ・夜間・早朝訪問看護のパ ンフレット作成、配布	看護師募集		関係機関への説明 ← (市、地域看護連絡会議、保健所) ・訪問介護事業所へ同行訪問依頼
8月	・拠点SITを設定 ・記録用紙作成 ・人件費見直し ・事業開始前確認 (契約の有無、記録、マニユアル、 物品、仮眠室等)	← (会議) ・対象者確認	← (医大と調整) 新採用者に技術指導 ・採用者にオリエン テーション	・備品購入、仮眠室 整備 (ペンライト、懐中 電灯、ハンコ、枕、ベ ッド、ソファアー ップ、等)	・同行不可と回答あり ← 説明会 (行政、地域ケアに携わる職種 に説明) ← (社協、保健所、ケアマネ・市職員(介 護支援事業所連絡会にて)、主治医)
(開始	2005年8月22日)				
9月	・開始後の混乱対処・相談 ① ・開始後の見直し ・夜勤看護師の活用について検討 ・夜勤看護師の連絡先一覧作成 ・夜間利用者の評価 ・台風の対応検討 ・収支見直し ・9/26～拠点の変更 ・シミュレーション実施のための支 出確認 ・夜勤と日勤の引継ぎ方法再検討 ← (見直し) ・積雪の対応検討	← (会議) ・タイムスケジュール 再検討			
10月			・スタッフ間の調 整		・市への資料提供 (予算要求⇒不可)
11月					
12月					
1月					・市への資料提供 (予算要求⇒不可)
2月		・研究期間終了後について 検討、意向確認			

図表9 夜間・早朝訪問看護を提供するための体制構築の問題点と対応策

問題点	対応策
(1)利用者選定と夜間・早朝の訪問看護導入	
・夜間・早朝訪問看護必要性のアセスメントが必要	・事例検討を重ねた
(2)看護師の確保	
・訪問看護師不足	・募集を継続 ・利用者の夜間の必要性を再アセスメントし、サービスを見直し
・看護師が定着しない	・夜間訪問看護利用者の声、効果をスタッフにフィードバック(評価) ・勤務シフトの再検討
・夜間・早朝のスタッフでまかないきれない部分がある	・状況に応じて日勤のスタッフを活用(時間外の取り扱いは要検討)
(3)拠点の整備	
・夜間の利用者は他の施設の方が近い	・拠点を別施設に移動
(4)スケジュール管理	
・22～0時は看護師の空き時間となるが、現在の拠点ではやることがない	・空き時間に清掃業務を実施
・17～22時の訪問看護スタッフのシフトが過密になる	・移動時間を含めて、訪問スケジュール検討
・仮眠時間の確保	
(5)円滑な連絡方法	
・日中と夜間・早朝の看護師との連絡がうまく行かない ・(夜勤看護師から)記録するまでもない情報(家庭環境など)も知りたい。 日勤看護師と話をしたい	・ミーティングを1ヶ月ごとに実施 ・全スタッフにミーティングへの参加を徹底 ・連絡ノートの作成(見たらサイン) ・二度手間を省くため、既存の記録の氏名をふせてFAX。訪問ごとに連絡する。
・各勤務帯の看護師が訪問を終えてFAX連絡をする頃には、次の勤務帯の看護師が訪問に出てしまう	・勤務時間終了30分前には訪問を終了できるようにする。 ・間に合わない場合は電話で確認
・情報が少なく、夜間・早朝の看護師が、利用者の全体像を把握できない	・居宅サービスの状況やその他の情報、週間スケジュール等も提供する(ただし、個人情報保護の点から、どこまでの情報をファイルするかは要検討)
・夜間・早朝スタッフとの意見調整が必要	・夜間・早朝スタッフと係長以上がシステム調整の意見交換をする日を設ける
・緊急時の連絡方法がわかり難い ・常勤が利用者から緊急連絡を受け、夜勤者に連絡したが、つながらなかった。 ・夜勤者が利用者から連絡を受けたが、所長につながらず、2時間後に緊急対応看護師に連絡。	・予想されるリスクを、事前に夜間・早朝看護師に情報提供 ・夜間・早朝の看護師の連絡先一覧を作成 ・マニュアルの作成・徹底 ・事前に責任者を伝える
・利用者宅の巡回記録用紙にヘルパーの記入がなく、質問にも返答がない	・記入しやすい記録用紙を検討
(6)質の確保	
・中途採用者への情報伝達が必要 ・臨床経験のない新採用者に技術指導が必要	・マニュアルを用いたオリエンテーション ・日勤帯で昼間の訪問看護で対象者を見る→次に、夜間に同行。 ・必要時は技術指導を実施
・状況の変化に対応してマニュアルが更新されていない(訪問ルート、個人データ様式など)	・更新の責任者を決定 ・役割分担の明確化
・中途採用者にすべて説明する時間がない	・マニュアル、最低限必要な情報をピックアップ
(7)スタッフの安全確保	
・夜間に一人での勤務は、真っ暗で怖い、電気をつけていると中が見えるため不安	・ブラインドの設置
・暗くなると道がわかりにくい、迷う	・初めの場合は昼のうちに確認しておく ・地図の工夫 ・状況に応じて日勤の同行訪問
(8)その他	
・訪問時間が重なると訪問かばん、携帯が受け取れない	・訪問かばんは2個整備

3. 実施ポイントと今後の課題

1) 利用者の確保

これまで、ステーションが 24 時間の計画的な訪問看護体制の必要性を感じつつも踏み切れなかった理由は、その体制を維持するだけの利用者数がないのではないかという懸念であった。しかし、実際にモデル事業を開始してみると利用者は 12 名となり、夜間・早朝の訪問看護を必要とする人は予想以上に多かった。このようなサービスを受けられない在宅療養者は、入退院を繰り返しているか、施設入所している現状が推測される。全国の訪問看護師がこのような現状を認識し、必要な人に夜間・早朝の訪問看護を提供できる体制づくりに努める必要性がある。

2) 夜間・早朝の訪問看護提供者側の確保

実際に体制を構築する過程では、前例が少なく試行錯誤したため多大な労力を必要とし、日々、現実問題や制度上の制約への対応を迫られた。最も労力を要したのは、看護師の雇用である。日勤帯の訪問看護師でさえも人材不足に悩まされている状況であり、夜間・早朝帯になると益々難しくなる。これは、全国的な問題であると思われるため、早急な対応が望まれる。

3) 介護保険と医療保険制度の制約による問題

介護保険、医療保険における制度上の制約もモデル事業の実施上問題となった。介護保険においては、夜間・早朝の訪問看護の利用者は上限額を超える者が多いため、モデル事業期間終了後の利用者の負担が高額となり、やむを得ず利用を中止する者があった。医療保険では、利用者は 1 日に複数のステーションの訪問を利用できないため（厚生労働大臣の定める疾患等を除く）、今回のように、夜間は複数のステーションが連合して訪問をする場合は、ステーションの持出が生じるという問題が浮上した。これらの問題は、夜間・早朝の訪問看護を必要とする利用者サービスを提供することを阻む大きな要因となるため、制度改正を望む点である。

4) 夜間・早朝の訪問看護提供時の留意点

今回は、夜間・早朝の訪問を行う看護師は、夜間・早朝の専属にした。そのため、日勤の看護師と夜間・早朝の看護師との連絡のとり方には工夫を要し、日中に夜間・早朝の訪問看護師が訪問することや、重要な連絡は紙媒体だけでなく直接口頭で行うことが重要であった。また、移動距離が訪問の効率を大きく左右したため、地域の気候や交通事情を考慮し、提供可能な範囲を見極めておくことも必要であることが明らかになった。

さらに、新たな体制構築の成功の鍵として、それを成し遂げようとするリーダーの

強力なる意志と、差し迫る問題に臨機応変に対応しスタッフを導くリーダーシップ能力も重要であると考えます。

Ⅲ. 訪問看護師調査

1. 調査目的および方法

夜間・早朝の訪問体制を構築するには、ステーションの職員がその必要性を理解し、協力し合うことが重要である。

そこで、モデル事業実施前と実施後に、済生会訪問看護ステーション、サテライト草津、栗東市訪問看護ステーションに勤務する全ての訪問看護師を対象に、基本属性と夜間・早朝の訪問看護の必要性についての考え方を質問紙で調査した。なお、この対象者には新たに雇用した夜間・早朝の訪問看護師も含んでいる（実施前後共に含む）。

基本属性は、年齢、看護師歴、訪問看護師歴、現職の在職年数、勤務体制、養成機関、婚姻状態、同居子、私生活での介護状況、疲労度であった。疲労度には、蓄積疲労兆候調査票の簡略版（山崎ら，1991）を用いた。

夜間・早朝の訪問看護の必要性についての考え方は、「夜間・早朝」についてそれぞれ、「緊急訪問看護」と「計画的な訪問看護」の必要性を4段階（「そう思う」「まあそう思う」「あまりそう思わない」「そう思わない」）の選択肢で尋ねた。また、各々の必要性について、「一般的（社会的）にはどうか」、「自分の所属するステーションではどうか」を分けて尋ねた。

分析は、モデル事業開始前（以下、「実施前」とする）と開始後（以下、「実施後」とする）を比較し、検定にはt検定または χ^2 検定を用いた。

2. 結果及び考察

1) 基本属性

回収率・回答率共に100%（モデル事業実施前33名、モデル事業実施後34名）であった。

実施前と実施後の看護師の基本属性は、図表10の通りである。すべての属性項目について実施前と実施後をt検定または χ^2 検定を行ったところ、有意差のある項目はなかった。

モデル事業実施前において、平均年齢は 38.5 ± 7.7 歳、看護師歴は 12.4 ± 7.7 年、訪問看護師歴は 3.0 ± 3.0 年であった。他での看護師経験を積んだ上で、現職場に在籍している者が多い傾向が見られた。常勤は12名（36.4%）、非常勤は21名（63.6%）であり、非常勤看護師の方が多かった。また、24名（72.7%）が既婚者であり、20名（60.6%）が子どもを持っていた。そのうち4歳未満の子どもがいる者は1名であった。蓄積疲労度兆候調査は 4.5 ± 4.2 （範囲0-18）であり、共働き世帯夫婦の調査（東京都立労働研究所，1994）の妻の蓄積疲労度の平均値7.60よりも低かった。

また、蓄積疲労度の平均値を実施前後で比較すると、実施後は、実施前より有意に低かった（ $p=0.05$ ）。さらに、項目ごとに比較を行った（図表11）ところ、「このご

ろ全身がだるい」、「疲れやすい」の項目について、実施前に比べて実施後は、有意に低くなっていた。

この理由として、実施前は、夜間・早朝の訪問体制構築に向けた準備のために蓄積疲労度が高まるが、事業後は体制が軌道に乗ったため低下した可能性が考えられた。

図表 10 3か所のステーションに勤務する看護師の基本属性(モデル事業実施前後)

	事前 (n=33)	事後 (n=34)
性別: 女性	33 (100.0%)	34 (100.0%)
年齢(平均±標準偏差) (最小値-最大値)	38.5 ±7.7 (28-56)	39.9 ±7.2 (27-57)
看護師歴(平均±標準偏差) (最小値-最大値)	12.4 ±6.9 (4-31)	12.1 ±6.3 (4-32)
訪問看護師歴(平均±標準偏差) (最小値-最大値)	3 ±3.0 (0-11)	3.5 ±3.3 (0-12)
現職の在職年数(平均±標準偏差) (最小値-最大値)	3 ±3.1 (0-11)	3.3 ±3.4 (0-12)
勤務体制		
常勤	12 (36.4%)	15 (44.1%)
非常勤	21 (63.6%)	19 (55.9%)
養成機関		
大学	1 (3.0%)	1 (2.9%)
短大専攻科	3 (9.1%)	3 (8.8%)
専修学校・専門学校	29 (87.9%)	30 (88.2%)
婚姻状態		
既婚	24 (72.7%)	27 (79.4%)
未婚	6 (18.2%)	5 (14.7%)
離婚	3 (9.1%)	2 (5.9%)
同居子あり (うち、4歳未満の子あり)	20 (60.6%) (1)	24 (70.6%) (4)
私生活で介護している (うち、要介護者と同居)	1 (3.0%) (1)	3 (8.8%) (1)
疲労度(範囲0-18)	4.5 ±4.2	2.94 ±3.3

図表 11 疲労度調査のモデル事業前とモデル事業後の比較

	実施前(n=33)		実施後(n=34)		p値
	n	%	n	%	
1)このごろ全身がだるい	16	48.5	4	11.8	**
2)腰が痛い	15	45.5	13	38.2	
3)目が疲れる	12	36.4	11	32.4	
4)よく肩がこる	19	57.6	17	50.0	
5)胃腸の調子がわるい	6	18.2	6	17.6	
6)しばしば目まいがする	3	9.1	3	8.8	
7)このところ頭が重い	5	15.2	2	5.9	
8)かぜをひきやすい	3	9.1	1	2.9	
9)疲れやすい	19	57.6	8	23.5	**
10)このところ寝つきがよくない	5	15.2	1	2.9	
11)根気がない	7	21.2	3	8.8	
12)自分の好きなこともやる気がしない	7	21.2	2	5.9	
13)頭がさえない	7	21.2	3	8.8	
14)イライラすることが多い	5	15.2	5	14.7	
15)ささいなことが気になる	5	15.2	5	14.7	
16)心配ごとが多い	8	24.2	7	20.6	
17)気が散ることが多い	6	18.2	5	14.7	
18)生活に、はりあいを感じない	3	9.1	4	11.8	

Fisher's exact test **<0.01

%は「はい」と回答した人の割合

2) 夜間・早朝の訪問看護の必要性についての実施前と実施後の考え方の変化

(1) 一般的（社会的）には必要と考えるか

「夜間・早朝の緊急対応訪問看護は必要」に対して、「そう思う」「まあ思う」と回答した看護師は、実施前 30 名（90.9%）より実施後 32 名（94.1%）にわずかに増加した。

「夜間・早朝の計画的な訪問看護は必要」に対して、「そう思う」「まあ思う」と回答した看護師は、実施前 30 名（90.9%）、実施後 30 名（88.2%）であった。実施前より実施後の割合が低くなっているが、「そう思う」と回答した対象者の割合を見ると、実施前 14 名（42.4%）から、実施後 21 人（61.8%）に増えていた。

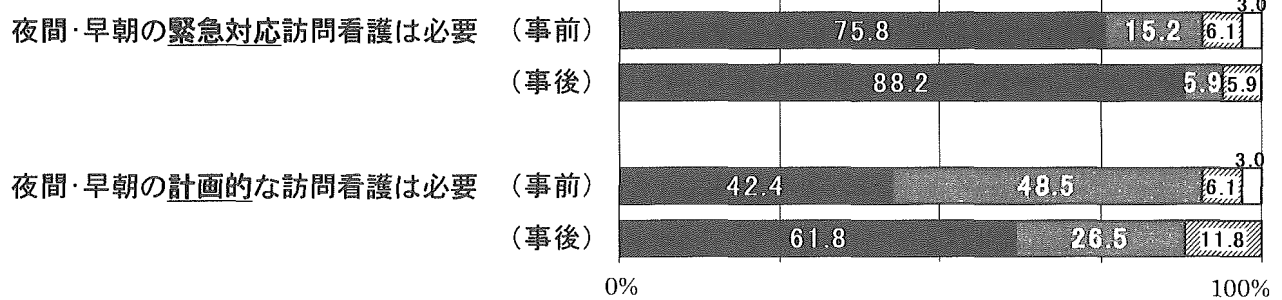
(2) 自分の所属するステーションでは必要と考えるか

「夜間・早朝の緊急対応訪問看護は必要」に対して、「そう思う」「まあ思う」と回答した看護師は、実施前 28 名（84.8%）から、実施後 33 名（97.1%）に増加した。同様に、「夜間・早朝の計画的な訪問看護は必要」に対して、「そう思う」「まあ思う」と回答した看護師は、実施前 26 名（78.8%）から、実施後 30 名（88.2%）に増加していた。

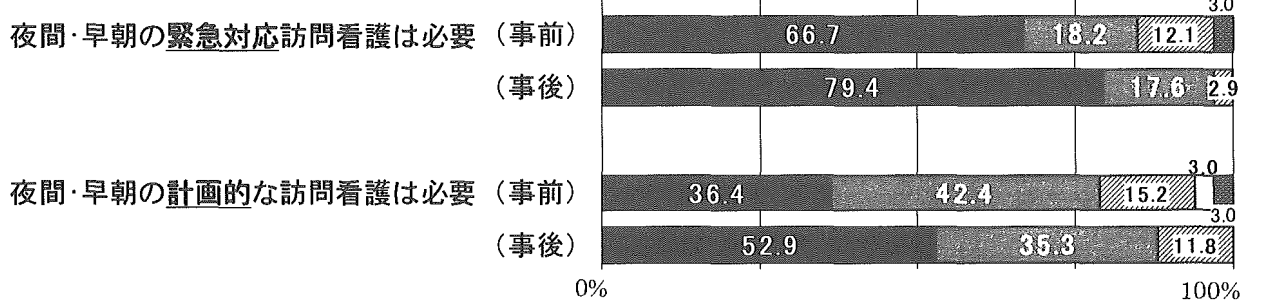
これらの結果から、看護師は夜間・早朝訪問体制の構築によって、必要者の発掘や実施効果が実体験でき、夜間・早朝訪問看護の必要性の認識が高まったと考えられた。

図表 12 訪問看護のあり方（実施前後の比較）

一般的（社会的）には



自分の所属するステーションでは



■ そう思う ■ まあ思う ▨ あまり思わない □ 思わない ■ 無記入

〔参考文献〕

- 1) 東京大学医学部保健社会学教室編, 保健・医療・看護調査ハンドブック, 東京大学出版会, 1992.
- 2) 東京都立労働研究所, 共働き世帯のライフスタイルと疲労・ストレス, 1994.

IV. 夜間・早朝の訪問看護を必要とする 利用者の特徴、およびサービス提供の 効果

1. 夜間・早朝の訪問看護を必要とする利用者の特徴

夜間・早朝の訪問看護を必要とする要介護者の選定は、「夜間・早朝訪問看護の必要者チェックシート Ver.7」（村嶋ら,2005）による選定、および事例検討会による選定の2段階に分けて行なった。その上、同意が得られた12名をモデル事業の対象者とした。属性には、以下の特徴があった（図表13）。

- ・ 吸引、インシュリン等の医療処置が夜間・早朝に1つ以上必要である。
- ・ 主疾患は、脳血管疾患、誤嚥性肺炎、糖尿病、悪性新生物、神経難病である。
- ・ 本人は自分で医療処置を行うことが難しい、病状が変動しやすい、退院後1か月以内、ターミナル等である。
- ・ 主介護者は、介護による睡眠の中断がある、介護者自身が医療処置を行うことが困難である、高齢（65歳以上）である、健康状態が悪い、仕事をしている。

さらに、個々の事例の主なニーズの特徴によって分類したところ、以下の6つに分けられた。この6つの分類ごとに、次ページより各々の事例の詳細について説明する。

- ① 寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例（事例A、B、C）
- ② 認知症等で、インシュリンの自己注射が困難な事例（事例D、E）
- ③ ターミナル期等で、病状が不安定な事例（事例F、G）
- ④ 難病等、医療依存度が高く、日常的なケアの際に病態の理解が必要な事例（事例H、I）
- ⑤ 医療依存度が高く、病院から在宅への移行に支援を要する事例（事例J、K）
- ⑥ 確実な内服が必要であるが、自己管理が困難な事例（事例L）

なお、対象者の属性、及び在宅療養を継続するために必要な主なケア内容（基本属性、主な医療処置、主介護者および介護者の状況、看護ケア内容）は、図表14の通りである。

図表 14 対象者の属性、及び在宅療養を継続するために必要な主なケア内容

	本人および主介護者の基本属性		主介護者および介護者の状況		在宅療養を継続するために必要な主な看護ケア内容
	年齢・性別・要介護度・ADL	主疾患	主な医療処置および頻度	おおよび介護者の状況	
○寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例					
A	78歳、男性 要介護度5 Cランク	脳血管疾患	吸引 (1時間ごと)	妻(78歳)と娘のため介護負担が大きい	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎のアセスメント・ケア 介護者の負担軽減(吸引)
B	83歳、女性 要介護度5 Cランク	誤嚥性肺炎	吸引 (1時間ごと)	嫁(50代)：仕事をしている(フルタイム)ため介護負担が大きい	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎のアセスメント・ケア 介護者の負担軽減(吸引) 急変に対する不安を持つ家族のケア
C	93歳、男性 要介護5 Cランク	誤嚥性肺炎、 認知症	吸引 (15～30分おき)	妻(92歳)と息子夫婦：妻は高齢のため負担が大きい	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎のアセスメント・ケア 介護者の負担軽減(吸引)
○認知症等で、インシュリンの自己注射が困難な事例					
D	77歳、男性 要介護度4 Aランク	糖尿病、 認知症	インシュリン (朝・夕)	妻(75歳)：高齢のため介護負担が大きい(軽度の認知症あり)	<ul style="list-style-type: none"> 血糖コントロール状況のアセスメント・ケア インシュリン注射 急変に対する不安を持つ家族のケア
E	60歳、男性 Jランク	糖尿病、 虚血性心疾患	インシュリン (朝)	独居	<ul style="list-style-type: none"> 自己注射技術習得のための援助 血糖コントロール状況のアセスメント・ケア 病院から在宅へのスムーズな移行への支援
○ターミナル期等で、病状が不安定な事例					
F	86歳、男性 要介護度5 Bランク	肺癌 ターミナル	吸引 (15分ごと・ 不定期)	妻(78歳)：妻は高齢のため介護負担が大きい	<ul style="list-style-type: none"> 痛み・苦痛のアセスメント・ケア 急変の予測・準備 急変に対する不安を持つ家族のケア
G	37歳、男性 Bランク	パーフェット病	インシュリン (朝・夕)	母(70歳)：高齢のため介護負担が大きい	<ul style="list-style-type: none"> 痛み・苦痛のアセスメント・ケア インシュリン注射 急変に対する不安を持つ家族のケア

○難病等、医療依存度が高く、日常的なケアの際に病態の理解が必要な事例				
H	68歳、女性 要介護5 Bランク	ALS	安楽な体位の保持	息子夫婦(44歳):共働き であり負担が大きい 夫(63歳):夫は糖尿病を 患っているが、介護はし っかり行っている ・体位変換 ・痛み・苦痛のアセスメント ・本人の安全・安楽を確保した移乗 ・介護者の負担軽減(移乗) ・医療機器の管理 ・痛み・苦痛のアセスメント ・介護者の負担軽減(吸引)
○医療依存度が高く、病院から在宅への移行に支援を要する事例				
J	58歳、女性 Bランク	椎間板炎	安静を保持した体 位交換 コルセットの装着 (朝・夜)	姉(75歳)と弟の嫁:姉で 膝関節炎があるため介護 負担が大きい ・安静を保った体位変換 ・退院直後の在宅療養に不安を持つ家族のケア
K	26歳、男性 Bランク	副腎白質 ジストロフィー	吸引 (2時間おき)	姉(28歳)と父母:父母は 仕事をしている。姉は1 日中付き添っている ・誤嚥性肺炎のアセスメント・ケア ・医療機器の管理 ・退院直後の在宅療養に不安を持つ家族のケア
○確実な内服が必要であるが、自己管理が困難な事例				
L	57歳、女性 Jランク	躁鬱病	眠剤の服薬	独居 ・眠剤の管理がどの程度可能のアセスメント

寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例

- Aさん (78 歳 男性)
- Bさん (83 歳 女性)
- Cさん (93 歳 男性)