

## 退院後の医療処置やKさんの状態変化への家族の不安を軽減できた事例(Kさん)

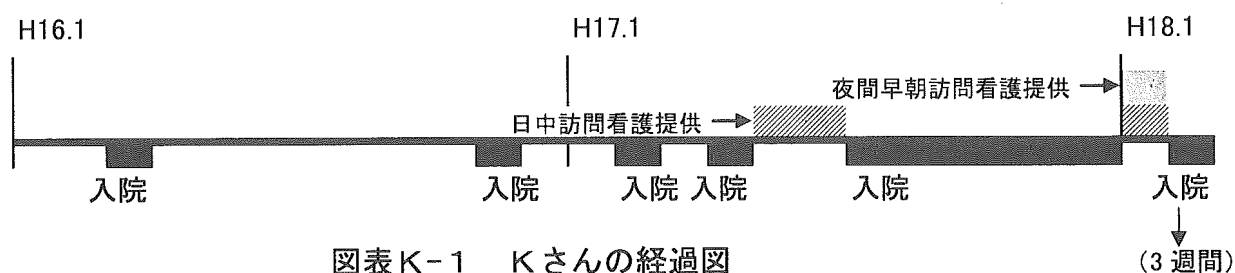
### 1. 基本情報

26歳、男性。主病名は副腎白質ジストロフィーである。日常生活自立度はC、コミュニケーションは、目は開くが発語はない。話しかけると表情が時々変化することもある。主な介護者は、日中は姉、夜間は父母である。できる限り自宅で介護することを家族は望んでいる。モデル事業開始時のKさんの基本情報

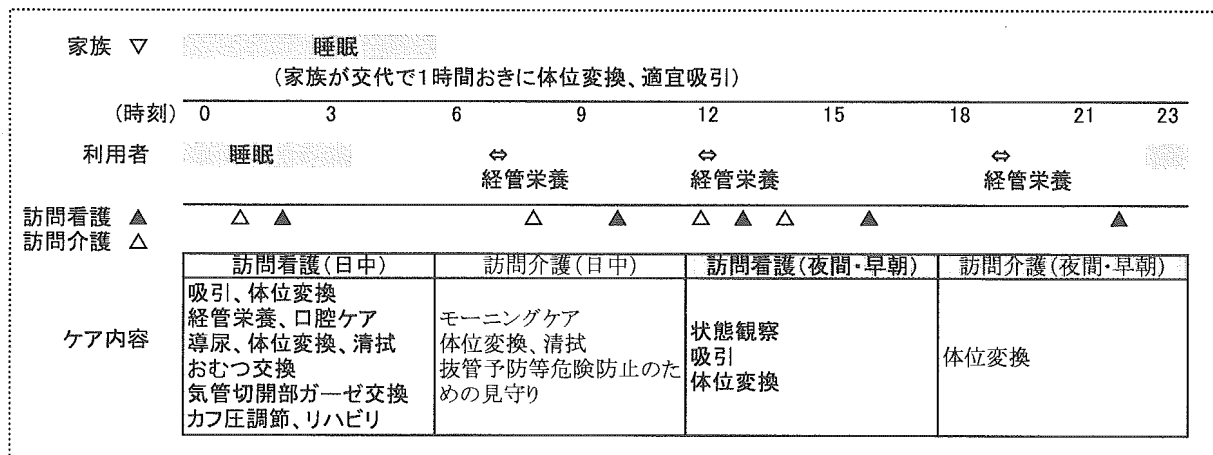
性別	: 男	同居家族	: 父母、姉
年齢	: 26歳	主介護者	: 姉
主病名	: 副腎白質ジストロフィー	介護者の状況	: 父母は日中共働きであり、姉は介護のため仕事はしていない
要介護度	: 申請なし	生計	: 父母の収入
日常生活自立度	: C	サービス	: 入浴サービス1回/週、ヘルパー
認知症自立度	: 自立	訪問看護	: 5回/日、毎日

### 2. これまでの経過

平成16年1月ごろより、歩行障害、手足の運動障害が出現し、検査入院の後、副腎白質ジストロフィーと診断される。同年11月から入退院を繰り返す。平成17年1月頃より、言語障害、嚥下障害が出現したため、2月に入院となり、徐々にADLも低下し、寝たきりの状態になる。一旦、4月に自宅に戻ったが、7月に誤嚥性肺炎のため再び入院し、気管切開し、経鼻栄養を開始した。時折熱発があるが、状態が安定してきたため、12月22日に退院し、日中および夜間の訪問を開始した。



図表K-1 Kさんの経過図



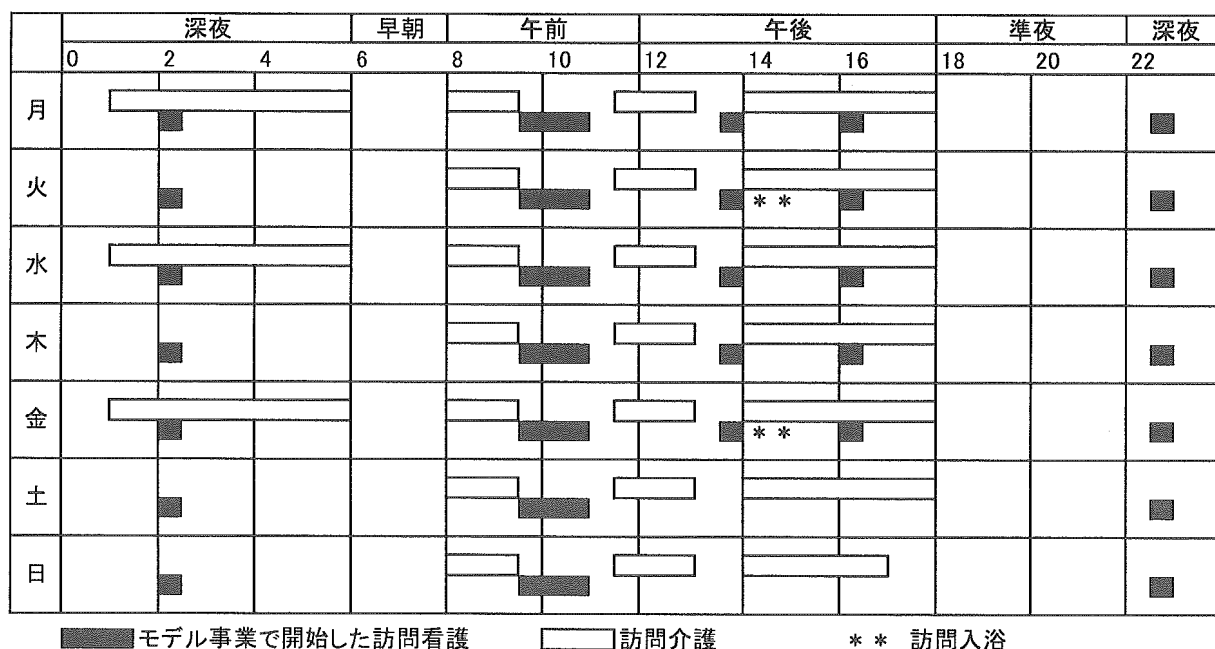
図表K-2 Kさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）

### 3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

痰の量はそんなに多くはないが、吸引の必要性や急な発熱への対応に対して家族は不安がある。①就寝前に吸引して、夜間の本人や家族の睡眠時間を確保すること、②急な変化への対応を目的に夜間の訪問を退院当日の12月22日から開始した。

利用時間帯：午後10時30分～10時、午前2時～2時30分（毎日）

評価指標： 家族の介護負担軽減、家族の安心感、在宅生活の継続



※上記は特別訪問看護指示書が有効な期間のケアプラン。本来は必要であるが、特別訪問看護指示書の期間外は、医療保険制度の制約上、日中の訪問看護を週3回、1日1回のみしか利用できないのが現状である。

図表K-3 Kさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

#### 4. 夜間・早朝の訪問看護の評価

##### <退院時の評価>

7月の入院前と比べると、Kさんは気管切開や経鼻栄養の開始等、多くの医療処置が必要になった。訪問看護師は、Kさんや家族が在宅で療養生活を安心してスタートできるよう、サービス担当者会議でのケア体制づくりだけでなく、実際にKさんが生活する予定の部屋を見た上で、必要な物品の準備や環境整備を家族と話し合いながら行った。また、褥創や吸引等の医療処置の指導も行った。

訪問看護師は、在宅療養がイメージしにくい家族や関係機関に、具体的なイメージを与えることができるため、スムーズな在宅への移行に重要な役割を果たしていると言える。

##### <療養生活の評価>

平成17年12月22日に退院した後、誤嚥性肺炎を起こし、平成18年1月12日から3週間程、再び入院となった。しかし、今回の肺炎は、早期に兆候を発見できたため、入院は短期間で済んだ。訪問看護師の定期的な訪問、医師との円滑な連携体制が、肺炎の早期発見につながったと思われる。夜間の訪問では、吸引と状態観察を行っているが、父母が夜間に睡眠を中断して、ケアする時間を減らすことができているため、介護負担の軽減に役立っていると考えられる。

##### <家族の評価>

ヒアリング対象者：姉

家族は、吸引、経鼻栄養等の医療処置がある状態で、Kさんを自宅につれて帰るまでは不安であったが、思い切って決めてよかったと言う。12月に退院してから一度は入院したが、再び自宅に戻ってからはKさんの体力がついて、安定している。訪問看護は、医療処置を行ってもらえるので、今の生活にはなくてはならない存在になっている。ただ、一日を通して見るとまだ家族が担う医療処置が多いため、家を離れられない。このため、1日のかなりの時間（姉はおよそ15時間）を介護に費やしているのが現状である。少しでも必要な医療処置をサービスで賄えるようになることを希望している。

夜間の訪問は、夜中にKさんが起きてしまうというマイナス面もあるが、肺炎による入院を繰り返していたため、定期的に状態を見てもらえることは、大変安心できるという評価であった。

##### <研究者のコメント>

夜間の訪問看護は、医療処置を行うだけでなく安心感も与えていたといえる。しかし、この事例では、特別訪問看護指示書が有効である期間では、毎日1日5回の訪問

看護を利用できるが、特別訪問看護指示書の期間外は、医療保険制度の制約上、日中の訪問看護を週3回、1日1回のみしか利用できないのが現状である。感染を起こしやすい状態にある K さんのケアには定期的な吸引と状態観察が効果的と考えられるため、医療保険の制限の緩和が望まれる。

#### 5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

家族は、夜間・早朝の訪問看護の利用を継続したいが、経済的な理由により継続しないこととなった。

確実な内服が必要であるが、自己管理が  
困難な事例

- Lさん（57歳 女性）

## 眠剤の服薬状況を把握し、今後の支援方針を立てることができた事例(Lさん)

### 1. 基本情報

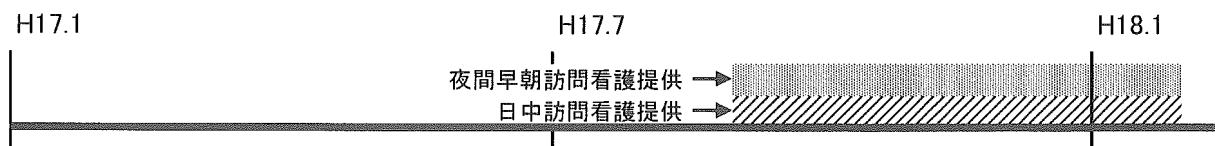
57歳、女性。躁うつ病。日常生活自立度は自立しており、認知症もない。妹の自宅の近所で生活保護を受けて一人暮らしをしている。病院生活や援護寮生活が長く、今回が初めての一人暮らしである。日中は作業所に行くのが日課である。

#### モデル事業開始時のLさんの基本情報

性別	: 女	世帯	: 独居
年齢	: 57	主介護者	: なし
主病名	: 躁うつ病	介護者の状況	: 妹が近所に住んでいる
要介護度	: なし	生計	: 生活保護
日常生活自立度	: 自立	サービス	: 作業所 5回/週
認知症自立度	: 自立		: 訪問介護 41回/週
		訪問看護	: 新規
		加算	: なし

### 2. これまでの経過

19歳ごろに躁うつ病を発病。躁状態の時には高揚して不要な買い物をし続ける傾向がある。入退院を繰り返しながら、結婚、子育ても経験している。平成17年6月に援護寮を退寮し、一人暮らしを始めた。就寝前に眠剤を自己判断で規定量以上に内服してしまい、次の日に作業所に行けなくなることが頻繁にあったため、生活保護のケースワーカーから訪問看護師に内服管理の依頼があり、平成17年9月12日より日中と夜間の訪問看護の利用が同時に開始となった。



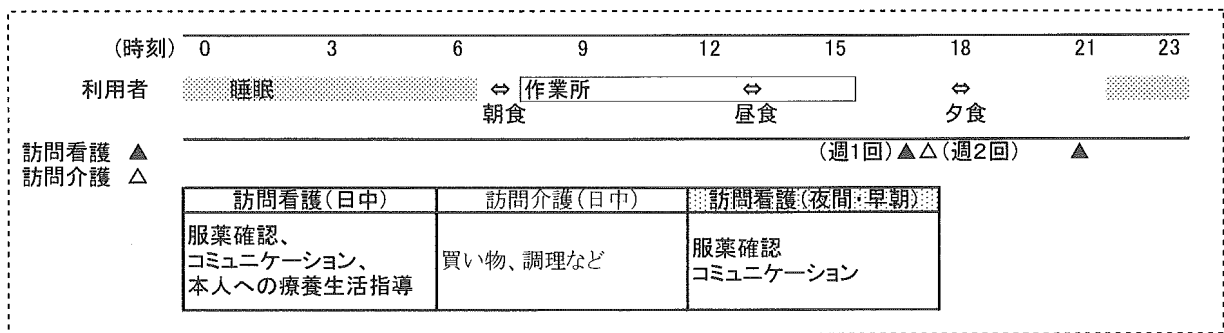
図表L-1 Lさんの経過図

### 3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

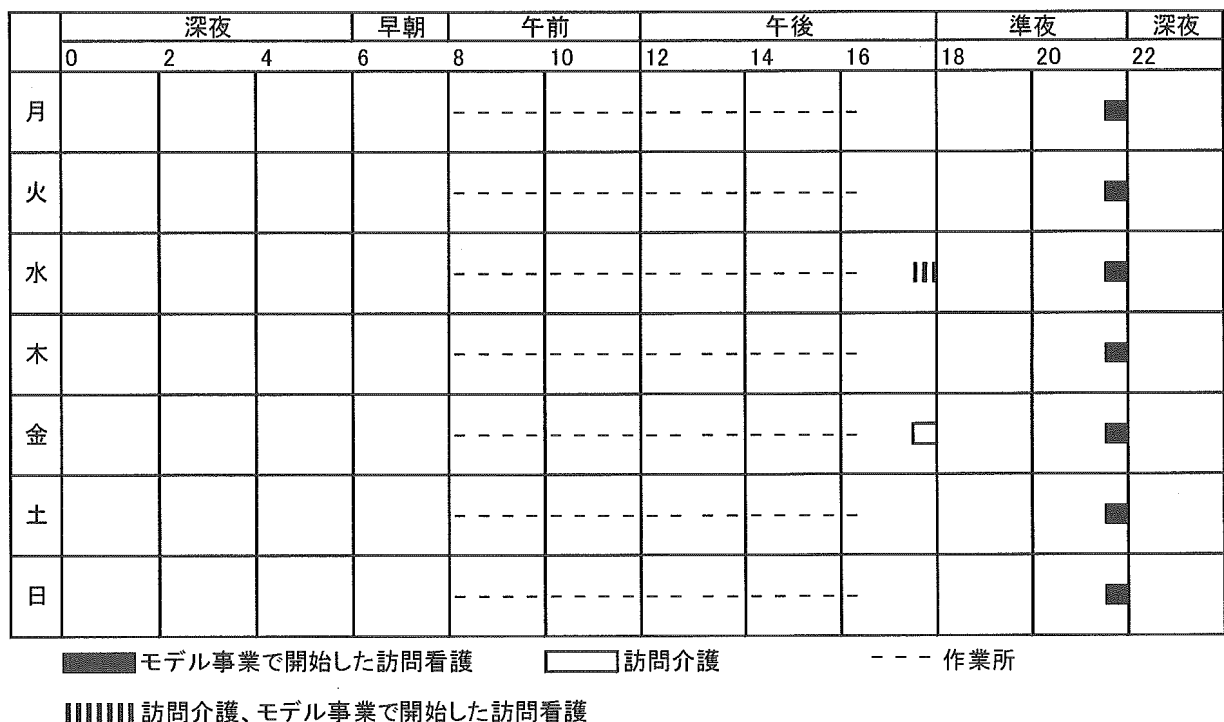
眠剤を既定量以上に内服してしまう原因をアセスメントし、内服管理と生活リズムをつけることを目的に開始した。ケア内容は、内服薬および眠剤量の確認である。

利用時間帯：午後9時～9時30分（毎日）

評価指標：服薬管理ができるようになる、作業所に定期的に行くことができる



図表L-2 Lさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）



図表L-3 Lさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

#### 4. 夜間・早朝の訪問看護の評価

モデル事業開始後も、Lさんが眠れそうにないと感じたときは、夜間の訪問看護師が帰った後に、既定量以上に眠剤を内服し、その翌朝は起床できない状況は変わらなかった。訪問看護師は、内服量を守ることの重要性を何度か説明したが効果はなかった。また、作業所の指導員の情報によると、Lさんは冬になると作業所を休みがちになるようである。実際に、モデル期間中の12月～2月には、前日の眠剤内服量にかかわらず、作業所を月に5日～10日休んでいた。

これらのことから、夜間の訪問看護によって、眠剤の内服量を守り、作業所に毎日通うように変化させることは、Lさんのモチベーションが低いいため、難しいと考えられた。そこで、夜間の訪問は12月で中止し、週1回の日中訪問に切り替えた。

Ｌさんは、自炊や掃除等は訪問介護の支援を受けながら自立に向けて頑張っており、以前のように高揚して買い物し続ける等の大きな生活リズムの乱れはない。作業所も休みがちになる時もあるが、止めることはなく継続できているため、長いスパンで評価を考えていくことが必要であろう。

#### 5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

そこで、夜間の訪問は12月で中止し、週1回の日中訪問に切り替えた。



## 2. 夜間・早朝訪問看護の提供効果

夜間・早朝の訪問看護の提供による効果として、1)利用者への効果、2)ステーションへの効果、3)地域(関係機関)への効果の3つがあると考えられた。

### 1)利用者への効果

12名の利用者の評価について、訪問看護ステーションの看護師6名と研究者2名で、収集したデータを基にディスカッションした。その結果を、以下にまとめる(図表15)。

#### (1)寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例

スクイーミングや、発熱への早期発見・早期対処によって、誤嚥性肺炎による入院を防ぐことができた。また、医師との連携、確実な吸引、全身観察等により、在宅で誤嚥性肺炎を治癒させることができた。夜間の訪問看護師による吸引は、家族の睡眠の中断を少なくし、介護負担を軽減していた。

#### (2)認知症等で、インシュリンの自己注射が困難な事例

認知症のある事例では、確実なインシュリン注射の実施により、ヘモグロビンA<sub>1c</sub>が落ちついた。また、視力障害によりインシュリンの自己注射が難しかった事例では、訪問看護師による技術指導により、自己注射が可能になった。

#### (3)ターミナル期等で、病状が不安定な事例

ターミナル期の事例では、医師や訪問介護と連携し、24時間の定期的な全身状態の把握、吸引、疼痛のコントロール等のケアを提供した。それにより、在宅での看取りや一時的な在宅療養を可能にすることができた。また、夜間の定期的な訪問は、在宅で過ごすことができた。家族への安心感も与えていた。

#### (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

看護師によるボディメカニクスを活かした移乗により、本人の苦痛を少なくできるようになった。移乗による家族の介護負担も軽減することができた。

#### (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

退院前の調整の後、退院直後から訪問看護師が夜間を含めた定期訪問を行うことで、在宅生活をスムーズにスタートすることができた。また、退院直後は、病院とのギャップで家族は不安が高い状態であったため、夜間の定期訪問は、家族に安心感を与えていた。

## (6) 確実な内服が必要であるが、自己管理が困難な事例

夜間の訪問によって、眠剤を内服しすぎてしまうパターンが把握でき、今後のケアの方針を立てることができた。

## 2)ステーションへの効果

### (1) 夜間・早朝訪問の人件費を賄えるだけの利用者数が確保できた

1か所のステーションだけだと、夜間・早朝の利用者数は1~4人のみであるが、3か所のステーションが夜間・早朝帯に連合することによって、常時8~10人程度の利用者数を確保できた。これによって、一晩平均5万円以上の収入が確保でき、夜間・早朝の人件費を賄えた。

### (2) 実際に夜間・早朝に訪問看護を提供することによって必要性が顕在化してきた

ステーションスタッフは、夜間・早朝に計画的訪問を提供することの必要性は感じていたものの、採算が取れる程の利用者数が確保できるかを懸念していた。しかし、夜間・早朝の計画的訪問を開始、継続することで、利用者は増加していった。これは、ステーションが、ケアマネジャー、病院、診療所等と成功事例を重ね、夜間・早朝の訪問看護の必要者のイメージが持てるようになったために、これまで顕在化していなかった夜間・早朝訪問の必要者が利用につながったと考えられた。

## 3)地域(他機関)への効果

### (1) 病院から在宅へスムーズに移行できた

退院が難しいとされていた事例を、夜間・早朝の訪問看護の提供により病院から在宅へ移行させた事例もあった。椎間板炎である患者は、炎症が治まるまでは夜間に安静を保った体位変換が定期的に必要であり、それには医療的知識と技術を要した。そこで訪問看護師は、退院に向けた病院との密な話し合いを重ねた後、退院後直ぐに夜間の訪問看護を開始させ、スムーズに在宅生活をスタートさせることができた。

### (2) 夜間・早朝の訪問看護サービス提供により、他機関からの信用が高まった

インシュリン注射を確実に実行できないため、低血糖様症状で頻繁に診療所を受診していた事例への訪問について、診療所から依頼があった。夜間・早朝に訪問して、訪問看護師がインシュリン注射を確実に行うようになり、血糖値が安定した。これにより、事例の安全性を確保すると共に、診療所からの信頼を高め得た。

図表 15 モデル事業の事例ごとの評価

\*○：効果あり △：まあ効果あり ×：効果なし（訪問看護師と研究者の判定によるもの）

基本情報	モデル期間中の入院	モデル事業後の利用状況	評価	
			個別の評価項目及び評価	総合評価
○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	なし	継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>誤嚥性肺炎の予防</li> <li>介護負担の軽減</li> <li>入院回避</li> <li>スムーズな病院から在宅への移行</li> </ul>	○ ○ ○ ○
B 83歳、女性 要介護度5 Cランク 誤嚥性肺炎	あり (胃ろう造設)	継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>誤嚥性肺炎の予防</li> <li>介護負担や不安の軽減</li> <li>入院回避</li> </ul>	○ ○ △
C 93歳、男性 要介護5 Cランク 誤嚥性肺炎	なし	継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>誤嚥性肺炎の予防</li> <li>介護負担の軽減</li> <li>入院回避</li> </ul>	○ ○ ○
○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	なし	継続 (夕のみ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>血糖コントロールの改善</li> <li>介護負担や不安の軽減</li> <li>入院回避</li> </ul>	○ ○ ○
E 60歳、男性 Jランク 糖尿病	あり (低血糖発作、シヤント造設)	終了 (目標達成のため、日中の利用に変更)	<ul style="list-style-type: none"> <li>自己注射技術の習得</li> <li>血糖コントロールの改善</li> <li>スムーズな病院から在宅への移行</li> <li>入院回避</li> </ul>	○ △ ○ △
○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	なし	死亡	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護負担や不安の軽減</li> <li>在宅での看取り</li> <li>入院回避</li> </ul>	○ ○ ○

G	37歳、男性 Bラング ペーチェット病	あり (計画的)	入院中	・スムーズな病院から在宅への移行 ・ターミナルをできるだけ在宅で過ごせる	○ ○	日中・夜間の定期的な訪問により、ターミナル期を在宅で過ごすことができた。介護者に在宅療養を継続できる自信がついた。
○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ラング ALS	なし	継続	・苦痛や痛みを最小限にできる ・本人の介護者に負担をかけることへの精神的負担の軽減 ・介護負担の軽減	○ ○ ○	夜間の訪問により、苦痛の少ない移乗を行えるようになった。 仕事を持つ家族の介護負担を軽減できた。
I	59歳、女性 Cラング ALS	あり (計画的)	継続	・苦痛や痛みを最小限にできる ・介護負担の軽減	○ △	夜間の吸引を代替することで、介護者の睡眠の中断を少なくすることを期待したが、同室に休んでいるため結局は目を覚ましてしまっていた。介護者は、身体的な観察を行ってもらえらえることは安心できたと評価していた。
○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ラング 椎間板炎	なし	継続	・家族の不安や介護負担の軽減 ・スムーズな病院から在宅への移行 ・炎症が治まりコルセットなしで生活できる	○ ○ ○	安静を保持した体位変換の知識が必要であるため、退院が難しいと思われていたが、退院直後から訪問看護師が夜間の体位変換を行うことで、在宅生活をスムーズにスタートさせることができた。
K	26歳、男性 Bラング 副腎白質ジストロフィー	あり (誤嚥性肺炎)	中止 (夜間の訪問は経済的な理由で中止)	・誤嚥性肺炎の予防 ・介護負担や不安の軽減 ・スムーズな病院から在宅への移行	○ ○ ○	医療処置の多さやKさんの状態変化に不安を抱える家族に、日中・夜間の定期的な訪問看護を提供することで、病院からの移行をスムーズにすることができた。
○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ラング 躁鬱病	なし	終了 (日中の訪問で内服管理のフォローアップを行っていく)	・夜間の内服状況が分かる ・眠剤が正しく服薬できる ・生活リズムができる	○ × △	眠れないことへの不安を強く感じた時には、夜間の訪問の有無に限らず眠剤を内服していたことが把握できた。これにより内服へのコンプライアンスを高めることが必要と判断できた。

## V. 提 言

## 提 言

夜間・早朝の訪問看護の必要者は地域に存在し、そのサービスを提供することで、住み慣れた地域で在宅生活を継続できることが実証された。また、夜間・早朝の訪問看護がなければ帰宅できない者もこれを用いて退院が可能になっていた。

＜今回のモデル事業から明らかになった夜間・早朝の効果の特徴＞

- ・夜間の定期的な吸引が必要な事例に対しての、看護アセスメントやスクリーニングによる誤嚥性肺炎の予防および治癒の促進
- ・ボディメカニクスや解剖学に基づいた移乗による、安静の保持や安楽の確保
- ・認知症や視力障害等がある者への、確実なインシュリン注射実施による血糖値の安定
- ・医療依存度の高い者の退院を支援することによる、スムーズな在宅療養への移行
- ・ターミナル期の事例に対して、定期的な病状観察や疼痛コントロールによる、在宅での看取りの実現

同時に、夜間・早朝の訪問看護を提供するための体制構築には、困難や課題があることも明らかとなった。安定的に夜間・早朝の訪問看護を提供するための制度上の改善点および課題は以下の通りである。

### 1) 複数ステーションから同一日に行われる医療保険の訪問看護が報酬を受けられることができるようにする必要性

夜間・早朝の訪問看護を必要とする利用者には重症者も多く、日中だけでなく、夜間・早朝の訪問看護が同じ日に必要となることも多い。その場合、この「連携体制モデル」では、1人の利用者に複数のステーションが、同じ日に訪問することになる。

現在、医療保険では同一日に複数のステーションが訪問することは、厚生労働大臣が定めた疾患等以外では算定できない。例えば末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、筋萎縮性側索硬化症等である。しかし今回、厚生労働大臣が定めた疾患以外にも、糖尿病や副腎白質ジストロフィー等の対象者に夜間・早朝の訪問看護を行うことにより、血糖値の安定、誤嚥性肺炎の予防、家族の介護負担の軽減等の効果があることが実証された。このような対象に対しては、医療保険の報酬で算定できるようになることが望ましい。医療保険の報酬設定上の制限が緩和される必要がある。

### 2) 特別指示書の制限緩和

夜間・早朝の訪問看護必要者の多くは、介護保険制度のみでは利用者の自己負担額が大きいため、医療保険制度の特別指示書で訪問することになる。しかし、この特別

指示書の発行には「1か月に2週間に限る」という期間制限、「急性増悪等に限る」という制限がある。

しかし今回、インシュリンの自己注射の習得には、合計154日(308回)の訪問を要している。また、誤嚥性肺炎による入院を回避できた事例についても、吸引は毎日必要である。これらの事例にも適応できるよう、特別指示書の制限を緩和することが望まれる。

### 3) 訪問看護管理療養費の制限の緩和

夜間・早朝の訪問看護は毎日訪問するのが大部分であり、月12回を上回ることが多い。現行では、月13回以上の訪問看護管理療養費は、月12回と同額である。夜間・早朝の訪問看護を提供するためには、そのための体制構築、看護師確保、朝夕の申し送り等の管理業務が必要になる。このため、月13回以上訪問した場合でも、回数に応じた訪問看護管理療養費を算定していただきたい。

### 4) 難病等複数回訪問加算の制限の緩和

難病等複数回訪問加算については、厚生労働大臣が定める疾患等に対して、週4回以上、1日3回の訪問看護までは算定が認められている。しかし、今回の対象者をみても、副腎白質ジストロフィー等、厚生労働大臣が定める疾患等以外でも1日4回目以上の訪問が必要となることもある。この場合も算定を可能にして欲しい。

### 5) 訪問看護師の確保

モデル事業の実施で最も訪問看護師の確保に労を要した。このことから、現在、訪問看護師が、不足していると考えられる。24時間365日、安心して住みなれた自宅で生活していくためには24時間365日の訪問看護が必須である。そのための人員確保が早急に必要である。

このために、重要な役割を果たすのは都道府県である。地域特性に応じた在宅医療の提供システムの中で訪問看護ステーションの位置づけを示し、必要な看護師数の確保や質を担保する方策を明確にすることが人材確保につながると考える。

なお、国においても訪問看護師の必要数の算出と必要数確保のための方針の明確化、訪問看護師の質の保証が図れるような仕組みづくりが必要と考えられる。また、看護協会などの職能団体は、魅力ある訪問看護師のイメージづくり、研修や認定制度の活性化を図る必要があるだろう。それに加えて、訪問看護が24時間365日地域ケアを支えるものであり、夜間も定期的に訪問するものであることを明確に打ち出していくことも重要であると考えられる。さらに、各ステーションでは、在宅看護実習を積極的に引き受け、将来の人材を確保する等の努力が必要であろう。

## 第2章

### 訪問看護必要性のチェックシートの開発



## 訪問看護チェックシート Ver.8 の開発

平成 16 年 2 月に実施した「訪問看護の必要性チェックシート Ver. 7」(付録⑳)を用いた調査(本研究事業平成 16 年度報告書参照)において、チェック項目で拾いたい情報が拾いきれていないことが課題として明らかになった。これは、チェック項目の用語の定義が記入者に正しく理解されていないと考えられたため、用語の定義があいまいな項目について変更や補足を行い、Ver. 8 (付録㉑)とした。また、チェック項目の解釈の差を少なくするため(信頼性の確保)、チェックシートの記入マニュアル(付録㉒)を作成した。

今後は、Ver. 8 の妥当性を高め、チェックシートの記入マニュアルを洗練させる必要がある。そのためには、ケアマネジャーや看護師を対象に、実際にチェックシートの記入とマニュアルの使用を依頼し、項目のさらなる検討が必要である。

図表 15 Ver. 7 から Ver. 8 への変更点

Ver. 7	問題点	Ver. 8 への変更点
<b>チェック 1：医療的管理</b>		
■医療処置（チェック 1 の総称）	チェック 1 の項目である服薬管理が、「医療処置」に含まれると捉えにくい	「医学的管理」に変更
■モニター測定	モニター測定に $SpO_2$ も含めて解釈する人がいる	モニター測定（血圧、心拍等の継続的な測定）
■カテーテル	様々なカテーテル管理が含まれる可能性がある	留置カテーテル（尿を排出させるためのカテーテル）とマニュアルで定義
<b>チェック 2：現在・過去の疾患のうち特に注意すべき疾患</b>		
■消化器疾患	訪問看護が必要な疾患である可能性が低い、必要な場合はチェック 1 でチェックされる可能性が高い	削除
■じょくそう	チェック 1 の項目の「じょくそうの処置」と重複	削除
<b>チェック 3：現在の状態およびハイリスク状態</b>		
■肺炎	チェック 2 の「呼吸器疾患」に含まれる	削除
■鬱または鬱状態	判断しにくい。鬱では服薬管理が重要であるため、チェック 1 の服薬管理にチェックされる。明らかな症状がある場合はチェック 2 の精神疾患にチェックされる。	削除
■脱水	脱水を繰り返す傾向のある人を拾いたい	「脱水が原因で入院経験がある」に変更
■食事量の低下	判断しにくい	削除
■激しい痛み	チェック 1 の「疼痛の看護」と重複	削除
<b>その他</b>		
■本人が管理不可	「管理」の意味が大きいため、判断があいまいになる	「本人は医学的手技や適切な対処が難しい」「本人に医学的手技に対する不安がある」に変更
■左記の導入が必要	判断があいまいになる	削除
■モニタリングが必要	判断があいまいになる	削除
■医療処置の代替が必要	判断があいまいになる	「家族は医学的な手技や適切な対処が難しい」「家族は医学的手技に対する不安がある」に変更
■訪問看護の必要性のあり・なし	訪問看護必要性の有無を記入する項目がない	訪問看護必要性のあり・なしを記入する項目を追加
■夜間・早朝の訪問看護の必要性のあり・なし	夜間・早朝訪問看護の必要性の有無を記入する項目がない	夜間・早朝訪問看護の必要性のあり・なしを記入する項目を追加

# 付 録

## 付録目次

モデル事業のデータ収集様式	ページ
付録① 研究説明書 .....	付録-1
付録② 研究同意書 .....	付録-2
付録③ 利用者基本属性票.....	付録-3
付録④ 介護者用アンケート .....	付録-7
付録⑤ 月間訪問スケジュール表 .....	付録-11
付録⑥ 1日のケア提供内容と生活状況の記録 .....	付録-12
付録⑦ ヒアリングガイド.....	付録-13
付録⑧ 週間サービス利用及び本人・介護者の生活の状況 ..	付録-15
付録⑨ 夜間・早朝訪問体制を構築するための実施記録.....	付録-16
付録⑩ 訪問看護師調査票.....	付録-17
夜間・早朝訪問看護の体制構築に関する資料	
付録⑪ 夜間・早朝訪問看護申し送り表 (FAX) .....	付録-18
付録⑫ 利用者用パンフレット .....	付録-19
付録⑬ 夜間・早朝訪問看護実施マニュアル .....	付録-21
付録⑭ 夜間・早朝訪問カルテ .....	付録-26
付録⑮ 夜間・早朝訪問実施内容記録表 (一覧表) .....	付録-29
付録⑯ 夜間・早朝訪問介護記録 (介護士用) .....	付録-30
付録⑰ 巡回訪問記録表 (利用者宅設置用) .....	付録-31
付録⑱ 夜間・早朝訪問看護タイムスケジュール.....	付録-32
付録⑲ 夜間・早朝業務記録.....	付録-33
訪問看護の必要性チェックシート開発に関する資料	
付録⑳ 訪問看護の必要性チェックシート (Ver.7) .....	付録-34
付録㉑ 訪問看護の必要性チェックシート (Ver.8) .....	付録-35
付録㉒ 訪問看護の必要性チェックシート項目解説 .....	付録-37
付録㉓ 学会発表抄録.....	付録-67