

## 研究説明書

「24時間訪問介護・看護の効果的・効率的な実施方法の開発研究」

—実践研究の実施とご協力のお願—

私は、東京大学医学部地域看護学教室教授の村嶋幸代と申します。以前より、地域に住む方々が安心して暮らせるよう、24時間ケアに関わる研究を行って参りました。

今回、厚生労働省からの研究費を受け、24時間ケアに関する研究を行うこととなりました。具体的には、目下、訪問看護を受けていらっしゃるご利用者の内、夜間・早朝に訪問看護を利用された方が良いと考えられる方に対して、実際にその時間帯に訪問看護し、その意義を明確にすると共に、効果的・効率的なケア提供方法を検討したいと考えました。

この研究について、滋賀県済生会訪問看護ステーションにご協力を頂けることになりました。できましたら、あなた様に夜間・早朝の訪問看護を利用させていただいて、その意義を明らかにしたいと希望しております。

あなた様にお願いする内容は、具体的には、以下の通りです。

- ・ ご担当のケアマネジャーと検討会を持ち、あなた様の今後〇ヶ月間のケアプランについて、必要性を検討します。その結果に基づいて、ケアマネジャーや訪問看護師がご自宅に伺い、改めてご説明をします。
- ・ 夜間・早朝の訪問看護開始前に、あなた様や介護者から、現在、在宅療養でお困りのこと等について伺います（これは、ケアマネジャーや訪問看護師にお願いをするか、研究者が伺います）。また、ご了解が得られたら、訪問看護ステーションのあなた様の看護記録を拝見したり、あなた様や介護者の方、担当の訪問看護師等にお話を聞くことがあります。
- ・ およそ〇ヶ月後のモデル事業終了時に、ケアマネジャーや訪問看護師もしくは研究者が再度お電話または訪問して、その間のご様子や在宅介護へのお考えなどについて伺います。

必要な経費は、研究費から出しますので、モデル期間の3ヶ月間は、夜間・早朝の訪問に関しては、ご利用者様には一切費用負担は有りません(日中の訪問看護に関しては、今まで通りです)。

お伺いした内容は他人に知られないように厳重に管理いたします。患者様が希望される場合以外には、担当の医師・看護師などへも話の内容を知らせることはありません。

研究結果は、数値化したり、多くの患者様から伺ったことをまとめた表現にしたりして公表しますので、患者様の個別の情報が表に出ることは一切ございません。

なお、この研究への参加・不参加によって、ご利用者様の治療や看護に影響が生じることは一切ありません。また、研究の参加にいったん同意なされた後でも、いつでも参加をとりやめたり、研究の一部を断ったりすることができます。研究者に直接お伝えいただくか、担当のケアマネジャーや訪問看護師にお話してください。

研究結果は、利用者様のよりよい在宅ケアを支援するために、生かしていきたいと思っております。

以上をご理解いただいた上で、研究への参加に同意なされる場合は、別紙にご署名をお願いいたします。

村嶋幸代（むらしま・さちよ）

〒113-0033 文京区本郷 7-3-1 東京大学医学部 地域看護学教室

電話：03-5841-3597 FAX：03-5802-2043 [murasima-tky@umin.ac.jp](mailto:murasima-tky@umin.ac.jp)

## 研究同意書

東京大学医学部長 殿

私は、下記の研究への参加に当たり、担当のケアマネジャーまたは、訪問看護師から別紙説明書記載の事項について説明を受け、これを十分理解しましたので、研究に参加することを同意いたします。

### 説明事項

1. 研究の内容について
2. 夜間・早朝に、研究として追加で行う訪問看護に関しては、自己負担が無いことについて
3. 研究に参加することに同意しなくても何ら不利益を受けないことについて
4. 研究に参加することに同意した後でも、自由に取りやめることが可能であることについて
5. プライバシーの保護、秘密保持の件について

### 記

研究課題： 24 時間訪問介護・看護の効果的・効率的な実施方法の開発研究

平成 年 月 日

訪問看護ステーション ご利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

※親族氏名 \_\_\_\_\_ 印

(利用者との続柄 \_\_\_\_\_ )

※住 所 \_\_\_\_\_

注) ※印は利用者が記載不能の場合に記入してください。

別紙説明書を参照願います。

---

### 説明事項

研究課題： 24 時間訪問介護・看護の効果的・効率的な実施方法の開発研究

私は、上記の者（又は親族） \_\_\_\_\_ 様に対し、この研究を行うにあたり、その内容等（同意書の説明事項各欄）について、別紙のとおり説明いたしました。

平成 年 月 日

滋賀県済生会訪問看護ステーション

統括所長 九里 美和子 印

説明者 \_\_\_\_\_ 印

利用者ID:

■ 利用者票 ■ (記入者 ) 記入日:平成 年 月 日

8月時点利用者の方の状況をお聞かせください。

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)主傷病	1. 脳血管疾患 2. 心疾患 3. 高血圧性疾患 4. 呼吸器疾患 5. 悪性新生物 6. 痴呆及びアルツハイマー 7. パーキンソン病 8. 糖尿病 9. 消化器系疾患 10. 精神疾患 11. 筋骨格系の疾患 12. その他の疾患 ( )	(4)副傷病	1. 脳血管疾患 2. 心疾患 3. 高血圧性疾患 4. 呼吸器疾患 5. 悪性新生物 6. 痴呆及びアルツハイマー 7. パーキンソン病 8. 糖尿病 9. 消化器系疾患 10. 精神疾患 11. 筋骨格系の疾患 12. その他の疾患 ( )
(5)処方薬	1. 抗生物質 2. 抗がん剤、免疫抑制剤 3. 副腎皮質ステロイド剤 4. 抗リウマチ剤、痛風治療剤 5. 糖尿病用剤 6. 降圧剤 7. 降圧剤以外の循環器系剤 8. 呼吸器系に作用する薬剤 9. 消化性潰瘍治療剤 10. 睡眠剤 11. 麻薬 12. 非麻薬性鎮痛剤 13. 抗不安剤 (マイナートランキライザー) 14. パーキンソン病治療剤 15. その他の神経系剤 16. その他 ( )	(6)寝たきり度	自立・J・A・B・C
		(7)認知症	自立・I・II・III・IV・M
		(8)要介護認定	1. 有 2. 申請中 3. 無 →【1.有の場合】(支・1・2・3・4・5)
		(9)ターミナル	1. 該当 2. 非該当
		(10)難病 (特定疾患)	1. 該当 (疾患名 ) 2. 非該当 公費負担認定年月 (昭和・平成 年 月)
		(11)小児慢性 疾患	1. 該当 (疾患名 ) 2. 非該当 公費負担認定年月 (昭和・平成 年 月)
(12)心身の状況	自立=1 見守り=2 一部介助=3 全介助=4 として、各項目の ( ) 内に数字を記入		
※「見守り」には「介護側の指示」を含む	①移乗 ( ) ②食事摂取 ( ) ③嚥下 ( ) ④排泄 ( ) ⑤排便の後始末 ( ) ⑥排尿の後始末 ( ) ⑦便意の有無 ( ) ⑧尿意の有無 ( ) ⑨入浴 ( ) ⑩整容 ( ) ⑪更衣 ( )		
	・生年月日を 1.答えることが出来る 2.答えることが出来ない		
	・つけている医療器具 ( )		
(13)主介護者	1. 配偶者 2. 娘 3. 息子 4. 息子の配偶者 4. 親 5. その他 ( )		
	主介護者の年齢: 歳	主介護者との関係性: 1. 良い 2. 普通 3. 悪い	
(14)副介護者	0. なし 1. 配偶者 2. 娘 3. 息子 4. 息子の配偶者 4. 親 5. その他 ( )		
	副介護者の年齢: 歳	副介護者との関係性: 1. 良い 2. 普通 3. 悪い	
(15)生計	1. 年金 2. 恩給 3. 生活保護 4. その他 ( )		
(16)経済的余裕	1. あり 2. 普通 3. 少ない		
(17)本人の希望	1. 可能な限り在宅生活を継続し最後は病院で亡くなりたい 2. 在宅で亡くなりたい 3. 入院・入所したい 4. その他 ( )		
(18)家族の希望	1. 可能な限り在宅生活を継続し最後は病院で亡くなりたい 2. 在宅で亡くなりたい 3. 入院・入所したい 4. その他 ( )		

利用者ID:

(19) 担当のケア マネジャー	職種：1. 福祉職 2. 看護職 3. その他 ( )		
	所属場所：1. ステーションと同敷地内 2. ステーションの敷地外		
	関係性：1. 良い 2. ふつう 3. 悪い		
(20) サービス 内容 ※ ( ) 内に 回数を記入	1. 訪問介護(身体介護)(週 回) 2. 訪問介護(家事援助)(週 回) 3. 訪問入浴(週 回) 4. デイサービス(週 回) 5. デイケア(週 回) 6. 訪問リハビリ(週 回) 7. 福祉器具貸与 8. 短期入所 9. 居宅療養管理指導：医師(月 回) : 歯科医師(月 回) : 服薬(月 回) : 栄養(月 回)		
(21) サービス 調整会議	頻度(例：2ヶ月に1回)：( ) 会議の出席メンバー：1. ケアマネ 2. 担当訪問看護師 3. 主治医 4. 担当理学療法士 5. 担当作業療法士 6. 栄養士 7. 保健所保健師 8. その他 ( )		
(22) 受診状況	1. 通院(月 回) 2. 訪問診療(月 回) 3. その他 ( )		
(23) 主治医との 連携	1. 方針を話し合うことができる 2. 情報を交換することができる 3. 同行訪問できる 4. 連携していない		
(24) 訪問看護への 抵抗感 (本人)	0. なし 1. あり(下欄も記入)		
1. の理由	1. 経済的理由 2. 世間体 3. 訪問看護は必要ないと考えている 4. その他 ( )		
(25) 訪問看護への 抵抗感 (家族)	0. なし 1. あり(下欄も記入)		
1. の理由	1. 経済的理由 2. 世間体 3. 訪問看護は必要ないと考えている 4. その他 ( )		
(26) 訪問看護 開始時期	昭和・平成 年 月	(27) 計画的な 夜間・早朝訪問 開始時期	昭和・平成 年 月
(28) 指示書の 種類(該当する もの全てに○)	1. 訪問看護指示書 2. 特別訪問看護指示書 3. 精神訪問看護指示書		(29) 看護観察・ 対応の必要性 1. 1日2回以上訪問が必要 2. 1日1回訪問が必要 3. 週3回以上訪問が必要 4. 週1~2回訪問が必要 5. 2週間に1回訪問が必要 6. 2週間に1回未満の訪問が必要
(30) 医療保険に よる加算	1. 難病等複数回訪問加算 2. 長時間加算 3. 訪問看護管理療養費 4. 重傷者管理加算 5. 24時間連絡体制加算		
(31) 訪問看護 の利用目的	①現在の訪問看護全般の利用目的 (該当するもの全てに○)		②現在の夜間・早朝の訪問看護の利用目的 (該当するもの全てに○)
	1. 本人・家族の自立支援 2. 病状悪化・再発の予防 3. 安全・安楽の提供 4. 問題解決のための観察・アセスメント 5. 医療処置の提供 6. ターミナルケア 7. リハビリテーション(機能保持を含む) 8. 家族の介護負担軽減 9. 移行期(退院直後等の環境変化)の適応支援 10. その他 ( )		1. 本人・家族の自立支援 2. 病状悪化・再発の予防 3. 安全・安楽の提供 4. 問題解決のための観察・アセスメント 5. 医療処置の提供 6. ターミナルケア 7. リハビリテーション(機能保持を含む) 8. 家族の介護負担軽減 9. 移行期(退院直後等の環境変化)の適応支援 10. その他 ( )

利用者ID: 

(32) 介護者の状況	1. 夜間・早朝に介護者が不在 2. 介護者が高齢（65歳以上） 3. 夜間訪問で介護者の介護負担が軽減する可能性あり 4. 介護者の健康状態がよくない、もしくは悪化する可能性あり 5. 介護のために介護者の仕事への影響がある 6. 介護者の介護意欲の低下がある 7. 本人が介護者の世話になりたくない 8. その他の介護者の状況→ ( )			
	1. 高齢者（等）以外の介護者で常時あり 2. 高齢者（等）の介護者であるが介護力として頼れる介護者が常時あり 3. 高齢者（等）以外の介護者であるが介護者として頼れない介護者が常時あり 4. 9時～18時の間に介護者のいない時間が4時間未満 5. 9時～18時の間に介護者のいない時間が4時間以上 6. 9時～18時の間に介護者のいない時間が4時間以上かつ18時～20時にいない時間帯あり 7. 9時～18時の間に介護者のいない時間が4時間以上かつ18時～22時にいない時間帯あり 8. 独居であるが親族からの定期的援助無し 9. 独居であるが一週間に一回以上の親族の定期的援助あり 10. その他 ( )			
(33) 計画上の 月1ヶ月の 予定訪問 回数		①月～金の合計	②土曜日	③日曜日
	a 早朝 (6:00～8:00)	回/月	回/月	回/月
	b 昼間 (8:00～18:00)	回/月	回/月	回/月
	c 準夜 (18:00～22:00)	回/月	回/月	回/月
	d 深夜 (22:00～6:00)	回/月	回/月	回/月
	e 合計	回/月	回/月	回/月
(34) 実際の 月1ヶ月の 訪問回数 (実績値)	_____回/月  内訳を右欄に 記入ください→		①訪問回数	②1回あたりの訪問時間
		a うち早朝 (6:00～8:00)	回/月	分/回
		b うち昼間 (8:00～18:00)	回/月	分/回
		c うち準夜 (18:00～22:00)	回/月	分/回
		d うち深夜 (22:00～6:00)	回/月	分/回
(35) 夜間・早朝の1回の訪問スタッフ数 ※通常の訪問人数を記入ください	_____人  内訳を右欄に 記入ください→	a うち貴ステーションのスタッフ		人
		b うちその他の訪問看護スタッフ		人
		c うち訪問介護スタッフ		人
		d その他 ( )		人
(36) 利用している夜間・早朝の他のサービス (該当するもの全てに○)	1. 貴ステーション以外からの訪問看護	→ ( ) 回/週 → 【内容】 ( )		
	2. 訪問介護	→ ( ) 回/週 → 【内容】 ( )		
	3. その他 ( )	→ ( ) 回/週 → 【内容】 ( )		

利用者ID:

(37) 月1ヶ月間に貴ステーションで昼間、夜間・早朝に実施した看護・介護ケア (該当するもの全てに○)	①昼間(8~18時)に実施した看護・介護ケア	②夜間・早朝(18~翌8時)に実施した看護・介護ケア
	1. 病状観察・脈拍血圧測定等 2. 本人の療養生活指導 3. 体位変換 4. 栄養・食事の援助 5. 排泄の援助・おむつ交換 6. 整容・衣服の着脱の援助 7. 移動・移乗・散歩時の介助 8. 口腔の清潔援助・入浴介助 9. 生活のリズム・仕方の把握 10. 痴呆・精神障害者に対するケア 11. リハビリテーション 12. 環境整備 13. 社会資源の紹介と相談 14. 家族の介護指導・支援 15. 家屋改善のアドバイス 16. 介護機器導入時の管理 17. 外来受診同伴 18. その他( )	1. 病状観察・脈拍血圧測定等 2. 本人の療養生活指導 3. 体位変換 4. 栄養・食事の援助 5. 排泄の援助・おむつ交換 6. 整容・衣服の着脱の援助 7. 移動・移乗・散歩時の介助 8. 口腔の清潔援助・入浴介助 9. 生活のリズム・仕方の把握 10. 痴呆・精神障害者に対するケア 11. リハビリテーション 12. 環境整備 13. 社会資源の紹介と相談 14. 家族の介護指導・支援 15. 家屋改善のアドバイス 16. 介護機器導入時の管理 17. 外来受診同伴 18. その他( )
(38) 月1ヶ月間に貴ステーションで昼間、夜間・早朝に実施した医療処置 (該当するもの全てに○)	①昼間(8~18時)に実施した医療処置	②夜間・早朝(18~翌8時)に実施した医療処置
	1. 点滴の管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析(腹膜透析も含む) 4. ストーマ(人工肛門の処置) 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器) 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養 10. モニター測定(心拍、酸素飽和度数等) 11. 褥瘡の処置 12. カテーテル(自己導尿も含む) 13. 吸引・吸入等 14. 浣腸・排便 15. 在宅での看取り 16. 点耳・点眼・貼付・座薬の投与 17. 服薬の介助と確認 18. 医療処置なし	1. 点滴の管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析(腹膜透析も含む) 4. ストーマ(人工肛門の処置) 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器) 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養 10. モニター測定(心拍、酸素飽和度数等) 11. 褥瘡の処置 12. カテーテル(自己導尿も含む) 13. 吸引・吸入等 14. 浣腸・排便 15. 在宅での看取り 16. 点耳・点眼・貼付・座薬の投与 17. 服薬の介助と確認 18. 医療処置なし

		平日		土・日祭日	
		①昼間 (8:00~18:00)	②夜間・早朝 (18:00~8:00)	③昼間 (8:00~18:00)	④夜間・早朝 (18:00~8:00)
(39) 月1ヶ月間の訪問の費用負担状況	a 医療保険・介護保険でカバーされている訪問回数	_____回/月	_____回/月	_____回/月	_____回/月
	b 市町村独自の上乗せでカバーされている訪問回数	_____回/月	_____回/月	_____回/月	_____回/月
	c ステーションの持ち出しで賄われている訪問回数	_____回/月	_____回/月	_____回/月	_____回/月
	d 利用者の全額自己負担で賄われている訪問回数	_____回/月	_____回/月	_____回/月	_____回/月
	e その他で賄われている訪問回数	_____回/月	_____回/月	_____回/月	_____回/月

(40) 利用料 ※ 月中の本 人負担分	1. 介護保険の自己負担額...	( )	円)
	2. 医療保険の自己負担額...	( )	円)
	3. 特定療養費.....	( )	円)
	4. 支援費.....	( )	円)
	5. 交通費.....	( )	円)

\*これまでの簡単な生活歴、病歴、入院歴、サービス利用後の経過等のサマリーは、訪問看護記録から調査者が転記させていただく予定。

## 在宅での介護に関するアンケート

### —記入上のご注意—

- 患者さんを介護されているご家族の方がお答えください。
- 各設問ごとに、あてはまる番号を○で囲んでください。または、あてはまる言葉や数字を〔 〕の中にご記入下さい。
- 「その他」を選んだときには、〔 〕内に具体的な内容をご記入下さい。

ご記入後、お渡しした封筒をご利用いただき、\_\_\_\_\_にお渡し下さい。  
 よろしく願いいたします。

介護の状況について、おうかがいします。

問1. 患者さんに、介護が必要になってからどのくらいになりますか。

〔 〕年〔 〕ヶ月

問2. 患者さんと同居し始めてから何年くらいになりますか。

約〔 〕年間

問3. あなたが1日のうちで介護に要する時間は、だいたいどのくらいですか。各時間帯ごとにお答え下さい。

- ・ 早朝（6:00～8:00）のうち 約〔 〕時間
- ・ 午前（8:00～12:00）のうち 約〔 〕時間
- ・ 午後（12:00～18:00）のうち 約〔 〕時間
- ・ 夜間（18:00～22:00）のうち 約〔 〕時間
- ・ 深夜（22:00～6:00）のうち 約〔 〕時間

計 \_\_\_\_\_ 時間

問4. あなたの睡眠時間は、だいたいどのくらいですか。

約〔 〕時間〔 〕分

問5. 介護のために睡眠が中断されることがありますか。

1. はい
2. いいえ

問6. 介護を代わってくれる他のご家族やご親族はいらっしゃいますか。

1. いる → それは誰ですか。あなたから見た関係でお答え下さい。〔 \_\_\_\_\_ 〕
2. いない

問7. あなたは現在、仕事をしていますか。

1. 常勤の仕事をしている ⇒出勤時間： 時 分ごろ、帰宅時間： 時 分ごろ
2. パートの仕事をしている ⇒出勤頻度：週 回  
⇒出勤時間： 時 分ごろ、帰宅時間： 時 分ごろ
3. していない

問8. あなたが長時間（3時間以上）外出できるときは、どのくらいありますか。仕事に出かける時間を含めてお答え下さい。また、実際は外出していなくても、外出が可能かどうかについてお答えください。

1. ほとんど毎日外出できる
2. 週1～2回
3. 月に数回
4. 年に数回
5. 長時間の外出はできない

問9. あなたは、近所の方とどの程度おつきあいをしていますか。この中から1つ選んでお答え下さい。

1. お互いに訪問しあう人がいる
2. 立ち話をする程度の人がある
3. あいさつをする程度の人がある
4. つきあいはない

問10. 介護を受けている方の介護上の困りごとや悩みについて、相談に乗ってくれる人はいますか。

1. いる
2. いない

問11. 現在、患者さんの「特別養護老人ホーム」への入所申請をしていच्छいますか。

1. している
2. していない

問12. 将来的に、患者さんの施設への入所を考えていच्छいますか。

1. 考えている
2. 考えていない

問13. 現在の、全般的な暮らし向きはいかがですか。

1. 余裕がある
2. やや余裕がある
3. 普通
4. やや苦しい
5. かなり苦しい

問14. ご家族にとって、患者さんの治療や介護に要する費用のご負担の程度はいかがですか。

1. かなり負担を感じる
2. やや負担を感じる
3. あまり負担に感じない
4. 負担に感じない



あなたご自身のことについておうかがいします。

問15. あなたは、ご自身の近ごろ（ここ1ヶ月くらい）の体調をどう感じていますか。

1. 非常に健康である
2. まあ健康である
3. あまり健康ではない
4. 健康ではない

問16. あなたは現在、介護の負担になるような健康上の問題がありますか。

1. ある ⇒差し支えなければ、その健康上の問題を教えてください（ ）
2. ない

問17. あなた自身にとって、今の生活をどのように感じていますか。

1. とても充実している
2. まあ充実している
3. あまり充実していない
4. ぜんぜん充実していない

問18. 患者さんの介護や世話を続けてきて、あなた自身にとってよかったと思うことはありますか。

1. ある ⇒具体的にはどのようなことですか〔 〕
2. ない

問19. 以下の各質問について、あてはまるものすべての番号を、○で囲んでください。

1. このごろ全身がだるい
2. 腰が痛い
3. 目が疲れる
4. よく肩がこる
5. 胃腸の調子がわるい
6. しばしば目まいがする
7. このところ頭が重い
8. かぜをひきやすい
9. 疲れやすい
10. このところ寝つきがよくない
11. 根気がない
12. 自分の好きなことでもやる気がしない
13. 頭がさえない
14. イライラすることが多い
15. ささいなことが気になる
16. 心配ごとが多い
17. 気が散ることが多い
18. 生活に、はりあいを感じない

最後になりましたが、介護サービスなどについて何かご意見やご要望がございましたらお聞かせ下さい。

アンケートへのご協力ありがとうございました。

2005年 8月

記入方法... ○:訪問 △:訪問以外(電話、FAX、手紙など)

時間	月		火		水		木		金		土		日		
	0時~8時	8時~18時	0時~8時	8時~18時	0時~8時	8時~18時	0時~8時	8時~18時	0時~8時	8時~18時	0時~8時	8時~18時	0時~8時	8時~18時	
●往診医 ●訪問看護師 ●ヘルパー 他	1	2	3	4	5	6	7								●往診医 ●訪問看護師 ●ヘルパー 他
●往診医 ●訪問看護師 ●ヘルパー 他	8	9	10	11	12	13	14								●往診医 ●訪問看護師 ●ヘルパー 他
●往診医 ●訪問看護師 ●ヘルパー 他	15	16	17	18	19	20	21								●往診医 ●訪問看護師 ●ヘルパー 他
●往診医 ●訪問看護師 ●ヘルパー 他	22	23	24	25	26	27	28								●往診医 ●訪問看護師 ●ヘルパー 他
●往診医 ●訪問看護師 ●ヘルパー 他	29	30	31	備考											
●往診医 ●訪問看護師 ●ヘルパー 他															

	生活の状況		訪問看護		訪問介護	備考 (状態変化、連絡相談等も記入)	
	本人	介護者	実施内容	実施の根拠・判断	実施内容		
0:00							0:00
1:00							1:00
2:00							2:00
3:00							3:00
4:00							4:00
5:00							5:00
6:00							6:00
7:00							7:00
8:00							8:00
9:00							9:00
10:00							10:00
11:00							11:00
12:00							12:00
13:00							13:00
14:00							14:00
15:00							15:00
16:00							16:00
17:00							17:00
18:00							18:00
19:00							19:00
20:00							20:00
21:00							21:00
22:00							22:00
23:00							23:00
0:00							0:00

その他

## ヒアリングガイド

### ヒアリング1. ご本人・ご家族の一週間の過ごし方および訪問看護等に関するお考え(モデル事業実施前)

実施時期：モデル事業開始前（直後）

実施方法：家庭訪問

対象者：ご本人、ご家族

実施者：東京大学

<ヒアリング内容>

- 1) 夜間・早朝の訪問看護を利用される前の 1 週間の過ごし方についてお聞かせ下さい（体調、介護負担感、生活状況、睡眠など）。
- 2) 介護に対してのお考えやお困りなことをお聞かせ下さい。
- 3) 夜間・早朝の訪問看護を利用したいと思われた理由をお聞かせ下さい。
- 4) 訪問看護にご要望があれば教えてください

### ヒアリング2. 看護提供内容について

実施時期：モデル事業実施中

実施方法：対象者への看護ケア内容を観察およびヒアリングによって明らかにする

①同行訪問し、観察を行う。

②同行終了後、それぞれの場面について実施看護師や担当看護師にヒアリングする

対象者：訪問看護師

実施者：東京大学

<ヒアリング内容>

- 1) 今回の訪問の中で、判断されたことについてお聞かせください。
- 2) 夜間・早朝だからこそ必要だと考えられたケアはありますか。あれば、その理由もお聞かせください。
- 3) 日勤の看護師に引き継ぐべきと考えられたことはありますか。あれば、その理由もお聞かせください。
- 4) 夜間・早朝の訪問が開始になってから、ご本人、ご家族に変化がありましたか。それはどのようなことですか。

### ヒアリング3. ご本人・ご家族の一週間の過ごし方および訪問看護等に関するお考え(モデル事業実施前)

実施時期：モデル事業開始後

実施方法：訪問

対象者：ご本人、ご家族

実施者：東京大学

<ヒアリング内容>

- 1) 夜間・早朝の訪問看護が始まって、変化したことは何ですか（体調、介護負担感、生活状況、睡眠など）
- 2) 夜間・早朝の訪問看護を利用してよかった点についてお聞かせ下さい
- 3) 夜間・早朝の訪問看護を利用してお困りのことについてお聞かせ下さい。
- 3) 一週間のスケジュールについて教えてください。
- 4) 訪問看護にご要望があれば教えてください
- 5) 今後は有料になりますが、夜間・早朝の訪問看護を利用したいとお考えですか。1 ヶ月どれくらいまでなら支払ってもよいと思いますか。

#### ヒアリング4. 体制構築について

実施時期：モデル事業実施前、実施中、実施後

実施方法：夜間・早朝の計画的訪問看護を実施するための準備や実施方法を記述（調査票⑧）してもらい、その記録を見ながらヒアリングを行い、補足する。記録に表現されていない理念や夜間・早朝の訪問看護へのお考えも伺う。

対象者：訪問看護師（管理職）

実施者：東京大学

<ヒアリング内容>

- 1) 夜間・早朝の訪問看護の必要性をお感じになった理由をお聞かせください。
- 2) 夜間・早朝の訪問看護を立ち上げるために準備された中で最も大変だとお感じになったことは何ですか。それは何故そうお感じになったのですか。
- 3) 夜間・早朝の訪問看護を立ち上げる際に生じた問題は何ですか。それにはどう対処されましたか。
- 4) 夜間・早朝の訪問看護を始められてから、ステーションのスタッフに変化はありましたか。それはどんな変化ですか。
- 5) 夜間・早朝の訪問看護を始められてから、新規利用者数や関係機関からの紹介や問い合わせ等、そのことがインセンティブになっているような変化はありましたか。

週間 サービス利用 及び 本人・介護者の生活の状況 (ヒアリング記録用紙)

時間	月		火		水		木		金		土		日	
	本人の生活状況とサービス利用	介護者の生活状況	本人の生活状況とサービス利用	介護者の生活状況	本人の生活状況とサービス利用	介護者の生活状況	本人の生活状況とサービス利用	介護者の生活状況	本人の生活状況とサービス利用	介護者の生活状況	本人の生活状況とサービス利用	介護者の生活状況	本人の生活状況とサービス利用	介護者の生活状況
0:00														0:00
1:00														1:00
2:00														2:00
3:00														3:00
4:00														4:00
5:00														5:00
6:00														6:00
7:00														7:00
8:00														8:00
9:00														9:00
10:00														10:00
11:00														11:00
12:00														12:00
13:00														13:00
14:00														14:00
15:00														15:00
16:00														16:00
17:00														17:00
18:00														18:00
19:00														19:00
20:00														20:00
21:00														21:00
22:00														22:00
23:00														23:00
0:00														0:00

概要・備考など

ヒアリング①:一週間の過ごし方(本人・介護者)

夜間・早朝訪問体制を構築するための実施記録

記録者名( )

No	日付	時間帯	実施項目	連絡相手/ 会議メンバー	実施目的	結果・感想
1	7月1日	15:30~15:45	電話連絡	〇〇訪問介護事業所	夜間・早朝訪問に同行訪問してもらえるか否か交渉するため	夜間・早朝の訪問看護・介護の必要性を理解してもらったが難しい感触を受けた
2	7月2日	17:30~18:30	会議	ステーションスタッフ:〇〇(所長)、 〇〇(係長)、〇〇(ケア担当者)、 〇〇、〇〇、〇〇(その他のスタッフ) →氏名+位置づけがあれば分かりやすい	夜間・早朝の訪問体制をどのように運営するかを話し合った	決定事項:1. マニュアル作成の役割分担、 2. 連絡方法の決定、 難点:セキュリティー、安全面について、各々のスタッフは不安に思い、対応策が十分に決定できなかった。 →ここに詳細に記載するのはスペース的に難しい場合、議事録などを別途残しておいて頂ければ有難いです(別紙にNoを記載)。
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

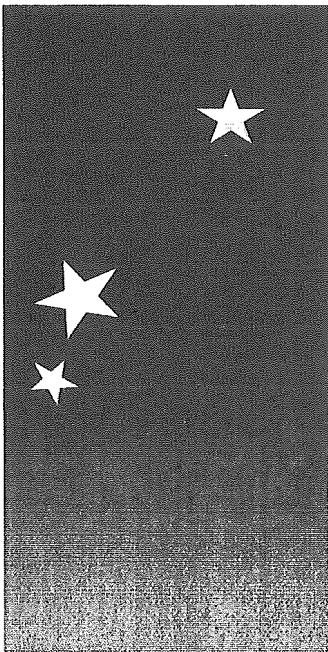


■ 訪問看護師調査票 ■

1) 性別	1. 男      2. 女			
2) 年齢	(      ) 歳			
3) 看護師歴	(      ) 年			
4) 訪問看護師歴	(      ) 年			
5) 現在の職場での在職年数	(      ) 年			
6) 現在の職場での勤務体制	1. 常勤      2. 非常勤			
7) 卒業した看護師養成機関	1. 大学      2. 短大専攻科 3. 専修学校・専門学校			
8) 婚姻状態	1. 既婚      2. 未婚      3. 離婚      4. 死別			
9) 同居している子供 (いる場合は、(      ) 内に人数を記入)	1. いない    2. いる (以下記入) 4歳未満 (      ) 人、 4~12歳 (      ) 人 13~18歳 (      ) 人、 19歳以上 (      ) 人			
10) 私生活での介護 (している場合は、同居・別居の別を記入)	1. していない    2. している (以下記入) 要介護者は (      同居    ・      別居 (含: 施設入所))			
11) 自覚症状の有無 (該当するものすべてに○)				
1. このごろ全身がだるい	10. このところ寝つきがよくない			
2. 腰が痛い	11. 根気がない			
3. 目が疲れる	12. 自分の好きなことでもやる気がしない			
4. よく肩がこる	13. 頭がさえない			
5. 胃腸の調子がわるい	14. イライラすることが多い			
6. しばしば目まいがする	15. ささいなことが気になる			
7. このところ頭が重い	16. 心配ごとが多い			
8. かぜをひきやすい	17. 気が散ることが多い			
9. 疲れやすい	18. 生活に、はりあいを感じない			
12) 訪問看護のあり方 (それぞれ右の数字を一つ選んで○)	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
<u>一般的(社会的)には</u>				
1. 土日の緊急対応訪問看護は必要	1	2	3	4
2. 土日の計画的な訪問看護は必要	1	2	3	4
3. 夜間・早朝の緊急対応訪問看護は必要	1	2	3	4
4. 夜間・早朝の計画的な訪問看護は必要	1	2	3	4
<u>自分の所属するステーションでは</u>				
1. 土日の緊急対応訪問看護体制は必要	1	2	3	4
2. 土日の計画的な訪問看護体制は必要	1	2	3	4
3. 夜間・早朝の緊急対応訪問看護体制は必要	1	2	3	4
4. 夜間・早朝の計画的な訪問看護体制は必要	1	2	3	4

## 夜間・早朝訪問看護申し送り表 (FAX)

ID			
訪問日	年 月 日 ( )		
訪問者氏名			
時間	: ~ :	: ~ :	: ~ :
血圧			
脈拍			
体温			
排便の有無と量			
排尿の有無と量			
SPO2			
DX			
インシュリン			
痰の量と性状			
その他			
連絡事項			
備考			



夜間・早朝にも  
訪問看護を利用  
してみませんか？



### 在宅療養生活は、24時間続いているのに…

療養生活は24時間続いています。このため、在宅療養を安心して続けるためには、24時間の生活を考慮したケアが必要です。しかし現在、その対応は社会的には十分とはいえません。

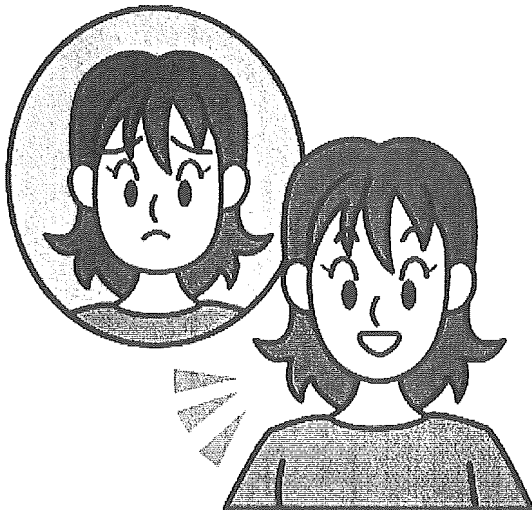
### 滋賀県済生会訪問看護ステーションは、夜間・早朝も訪問します！

在宅療養している方やそのご家族が安心して暮らすためには、365日・24時間の生活を考慮したケアプランを作成して、必要なケアを、必要な時に、専門職が計画的に、継続して提供することが大切です。そこで、滋賀県済生会訪問看護ステーションでは、夜間・早朝にも訪問看護を提供することを考えています。

### 夜間・早朝の訪問看護は、どんな人に必要なの？

- ① 夜間・早朝に医療処置がある方
- ② 病状が不安定な方（退院直後など）
- ③ ターミナル期の方
- ④ 適切なケア提供のために、  
心身状態の観察や判断が必要な方  
（例えば、日中の観察だけでは問題の原因がわからない方）
- ⑤ ご家族の介護負担が大きい方

上記のような方で、夜間・早朝の訪問看護のご希望があれば、訪問看護師とケアマネジャーが相談の上、夜間・早朝の訪問看護を提供することになります。



## 夜間・早朝の訪問看護は、どんな効果があるの？



一例として、夜間・早朝の訪問看護を利用することで、以下のような効果が見られています。

- ・ 原因不明だった毎朝の便汚染を、夜間の観察と判断によって解決した例  
ストーマ（人工肛門）をもつ認知症（痴呆）の方。  
夜間訪問→ 観察と判断によってパウチの変更  
→ 毎朝の便汚染がなくなった
- ・ 夕食時の誤嚥を夜間の巡回訪問看護で発見した例  
家族が「きょうはとてもむせた」と言ったことにより、聴診をして発見。  
その後、吸引と排痰ケアにて対応し、主治医に連絡。誤嚥に早期対応できました。
- ・ 利尿剤を服用している人の夜間尿量の多さを発見した例  
主治医に連絡し、利尿剤の服用時間を変更→夜間のおむつ交換が不要に。
- ・ 介護者が実施していた夜間の吸引を看護師が行うことによって、介護者が睡眠を確保でき、社会生活が広がった例

他にも以下のような効果が考えられます。

- ・ 夕食の準備等で忙しい時間に起こる様々な症状に、訪問看護師が対応することで介護者が家事に専念でき、他の家族も満足して過ごせる。
- ・ 朝夕に必要な処置（例えばインシュリン注射など）を安全に任せられて安心。
- ・ 専門的に観察してもらえたり、夜間・早朝でも敏速に対応してもらえて安心。

## 費用はどうなるの？

研究事業により、3ヶ月間は個人負担分が無料で利用できます。その後も利用のご希望があれば、医療保険、もしくは介護保険を使って継続することができます。

ご希望の方・お問い合わせは、  
**滋賀県済生会訪問看護ステーション**  
まで、お気軽にどうぞ！

電話： 077-552-2777  
FAX： 077-551-2802

