

2. 特養と訪問看護ステーションの連携（夜間の連携パターン）

1) 特別養護老人ホームと訪問看護ステーションの概要

図表 C-II-50 ペアDの概要

		所在地	連携内容
ペアD	特養D 訪問看護ステーションD	D 県	従来型特養（定員 90 人）と併設の訪問看護ステーションの連携

D 特別養護老人ホームは、特養定員 90 人、短期入所定員 28 人の施設であり訪問介護、訪問看護、通所介護、短期入所、居宅介護支援、認知症対応型通所介護、在宅介護支援センターに併設している。モデル事業は、併設している訪問看護ステーションとの連携を実施。看護職員は 5 人であり、うち 1 人が夜間・早朝のオンコールに対応している。

なお、D 訪問看護ステーションは、常時、計画的な訪問看護を夜間・早朝にも提供する体制を整備している。全国的に見ても夜間・早朝の体制を整備している事業所は未だ少ない。通常は在宅療養者を訪問しているため（1 晩 5～8 件）、特養への訪問は初の試みであった。

日中は看護体制が整っているが、夜間・早朝は施設の看護師は不在であり緊急時のみの対応となるため、今回のモデル事業においては、両事業所の話し合いにより、日中の訪問は行わず夜間・早朝のみ特養に訪問する方法で行った。

図表 C-II-51 D 特別養護老人ホームと D 訪問看護ステーションの概要

(2007.11 現在)

	D 特養	D 訪問看護ステーション
併設施設の状況	訪問介護、訪問看護ステーション、通所介護、短期入所生活介護、居宅介護支援・介護予防支援、認知症対応型通所介護、在宅介護支援センター	訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、居宅介護支援・介護予防支援、認知症対応型通所介護、在宅介護支援センター
入所定員・利用者数	特養 90 名、ショート 28 名	233 名 (介護保険 164 名、医療保険 69 名)
ユニットケア	なし	—
看護職員数	常勤 5 名 (換算 4.5 名)	常勤 11 名 (換 11 名) 非常勤 20 名 (換算 8.91 名)
看護職員の勤務シフト	早番 (7:15~16:00) 1 名 日勤 (8:30~17:15) 1 名 遅番 (10:00~18:45) 1 名	平日 8:30~17:00 (土曜~12:00 まで)
夜間・早朝の看護体制	夜間・早朝は定常的に電話 (オンコール) でのみ対応している	準夜帯 (17:00~22:00)、深夜帯 (22:00~6:00)、早朝帯 (6:00~8:30) にも在宅への計画的な訪問看護を提供している
往診回数	定期的に週 1 回	—
加算	重度化対応加算 あり 看取り介護加算 (I) あり 看取り介護加算 (II) あり	【介護保険法】 ・緊急時訪問看護加算 あり (91 件) ・特別管理加算 あり (41 件) ・ターミナルケア加算 あり (3 件) 【健康保険法等】 ・24 時間連絡体制加算 あり (60 件) ・重症者管理加算 あり (20 件) ・ターミナル療養費 あり (0 件)

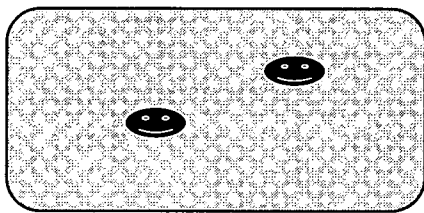
2) 特別養護老人ホームと訪問看護ステーションの連携方法・内容

(1) 対象者の選定方法

あらかじめ、夜間・早朝に訪問看護の必要性がある人の特徴をD訪問看護ステーションよりD特別養護老人ホームの看護師に説明し、夜間・早朝の訪問看護の必要性アセスメントシートを参考に選定してもらった。次に、特養看護師・介護職員、訪問看護師、研究者をメンバーとして、事例検討会を持ち、モデル事業対象者を選定した。事例検討会では、夜中に吸引が必要な者2名、早朝と夕方にインシュリンが必要な者2名が特養から挙げられた。そのうち、その時点でステーションが提供可能な時間帯であった、夜中に吸引が必要な2名を対象者とすることにした。

図表 C-II-52 特別養護老人ホームへの訪問頻度・滞在時間

開設から41年 定員90人
同敷地内に訪問看護ステーション併設



D特養

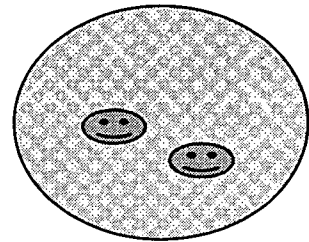
全体の中から痰の吸引が必要な2人に介入

2人で訪問

1回30分

毎日夜間・早朝

定期訪問



Dステーション

2人の看護師が訪問

利用者選定理由

痰の吸引が看護職のいない夜間、早朝必要な対象者

(2) 体制構築方法

同一法人であるため、両事業所の職員は面識があり、モデル事業実施までの話し合いはスムーズであった。また、特養とステーションは、建物が廊下でつながっており、行き来がし易い。まずは、ステーションの所長が、特養に出向き、対象者の状況、申し送りや情報収集の仕方、吸入・吸入器の配置場所、使用方法等の確認を行った。

実際に訪問する夜間の訪問看護師には、ステーションの所長が同伴し、説明を行った。夜間の訪問看護師は4名でローテーションを組んでいたため、4回説明を行った。

(3) 夜間の訪問看護の提供方法

- ①特養に行き、まずは対象者のカルテを見る。特別な変化や申し送りがなければ、通常通りケアを行う。
- ②ケアを実施した後、カルテに実施内容等を記録する。
- ③訪問中には、対象者以外の施設入所者についても、介護職員の相談にはのる。ただし、判断や対処の難しいことについては、特養看護師に連絡を入れる。
- ④ステーションに戻り、記録・片付けを行う。

(4) モデル事業実施期間

モデル事業実施期間は、平成20年1月28日～2月29日であった。

3) 介入の実際

痰の吸引を必要とする入居者への夜間介入
(Dペア)

事例1 日中・夜間を通して痰の量が多く、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例

1. 基本情報

85歳、女性。要介護度5。平成14年から、外出しても自宅に帰れない等の認知症の症状が顕著となった。主な介護者は同居の息子であった。ショートステイやデイサービスを利用しながら自宅で過ごしていたが、徐々に寝たきりとなり、自宅での介護が難しくなったため、平成17年8月に入所となった。

入所当時からコミュニケーションは困難な状態であったが、ペースト食をスプーンで経口摂取できていた。その後、徐々に経口からの食事が困難となり平成18年8月より経管栄養となった。むせや痰の量はその当時から多く、平成19年10月の早朝に、痰の窒息による心肺停止の状態で見つかり、救急搬送された。一命は取り留め、同年12月に施設に戻るが、医師からは「何があってもおかしくない状況」と家族は説明を受けている。看取り介護の手続きを行い、家族は施設で看取ることを希望している。長男が週1回面会に来ている。

夜間・早朝の訪問看護導入時の基本情報

性別	: 女性
年齢	: 85歳
主病名	: 脳血管疾患
要介護度	: 要介護5
日常生活自立度	: C
認知症自立度	: コミュニケーション不可
キーパーソン	: 息子

2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の状態

痰の量が多いため、日中は特養看護師により吸入2回、吸引5~6回程度行っていた。夜間も痰の量は変わらず、痰の溜まっている音がすると介護職員が口腔内のみの痰の除去を行っていた。朝は特に痰が溜まった状態となり、粘調度も高く吸引しにくい状態であった。常時口臭や舌苔もあった。体温は1月半ばまでは37℃台が続いたが、その後は36℃台に落ち着き、5~7日に1回程度37度台の発熱がある程度であった。経皮的動脈血酸素飽和度(SpO₂)は90~96%であった。

3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性、提供目的および提供時間帯

これまで夜間は、痰の溜まっている音がすると、介護職員は口腔内のみガーゼで除去していた。そのため、気になりつつも、夜間は気管内の痰は残留させたままの状態であった。そこで、誤嚥性肺炎の予防を目的に、夜間の訪問看護を導入した。

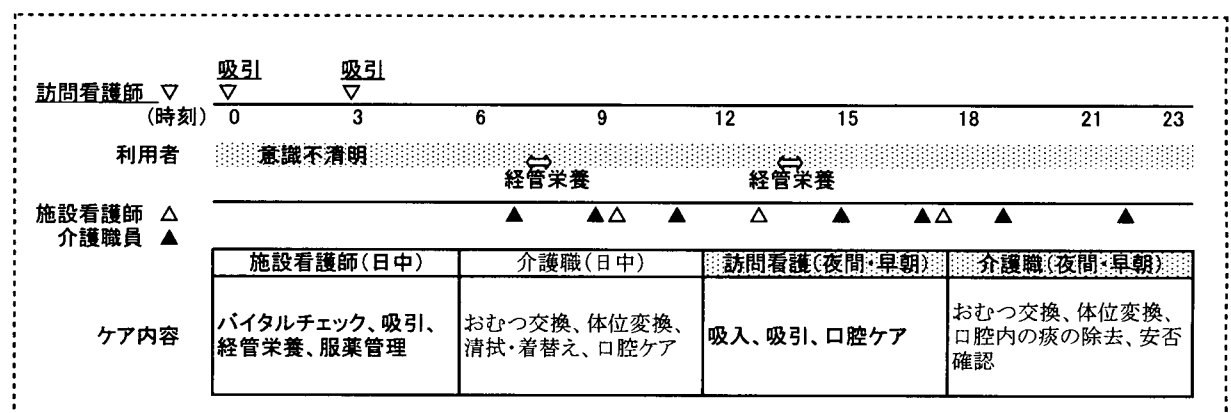
- ・ 夜間・早朝訪問看護利用時間帯：0時15分～0時45分、2時～2時30分
- ・ 評価指標：入院の有無、誤嚥性肺炎の有無、発熱の回数、ケアワーカーの負担感

図表 C-II-53 夜間・早朝の訪問看護導入前後の医療処置・ケア内容の変化

	夜間・早朝の訪問看護導入前	⇒	夜間・早朝の訪問看護導入後
日中	吸入 2回 (特養看護師) 吸引 5～6回 (特養看護師) 口腔ケア 1回 (介護職員)		吸入* 2回 (特養看護師) 吸引 5～6回 (特養看護師) 口腔ケア 1回 (介護職員)
夜間	吸入 0回 (介護職員) ガーゼによる痰の除去 1～2回 (介護職員)		<u>吸入*</u> 2回 (訪問看護師) <u>吸引</u> 2回 (訪問看護師) ガーゼによる痰の除去 1～2回 (介護職員) <u>口腔ケア</u> 1回 (訪問看護師)

*2月6日より吸入器の故障により中止、下線はモデル事業後に増えた医療処置・ケア内容

図表 C-II-54 事例1の1日の生活およびケア内容 (モデル事業開始時)



4. 夜間・早朝の訪問看護導入後の経過

これまで朝は口腔内に痰が張り付き、吸引し難かったが、夜間・早朝の訪問看護利用後は、スムーズに吸引できるようになった。また、痰の性状や量は変わらないが、舌苔や口臭は軽減した。

発熱は以前と変わらず、5～7日に1回程度 37℃台の発熱があったが、状態は安定していた。

5. 夜間・早朝の訪問看護提供の評価

<特養看護師による評価>

朝に吸引しやすくなったことや、舌苔や口臭は軽減したのはよかった。しかし、発熱には特に変化が見られなかった。身体状況の安定が維持できたのを効果と考えるこ

ともできるかもしれない。

<介護職員による評価>

これまで、痰が溜まっている音がしても、口腔内のみの痰の除去しかできなかったため、呼吸困難や窒息の可能性を考えて、夜は特に不安な思いをしていた。夜間・早朝の訪問看護の利用中は、ある時刻になれば訪問看護師に吸引してもらえるとということによって安心感を持つことができた。

事例2 夜間の痰の貯留により口腔内の清潔を保つのが難しい事例

1. 基本情報

71歳、女性。要介護度5。昭和53年に筋ジストロフィーを発症し、下半身麻痺のため、歩行困難となる。車椅子の生活を続けていたが、平成3年、手指が不自由となり、家事ができなくなったため、自宅生活が立ち行かなくなり平成6年に入所となった。

入所当時から、経管栄養であった。平成13年に筋萎縮性側索硬化症、平成15年にうっ血性心不全、平成17年に気管支喘息を患い、徐々に意識レベルが低下していった。

夜間・早朝の訪問看護導入時の基本情報

性別	: 女性
年齢	: 71歳
主病名	: 肺炎、筋ジストロフィー
要介護度	: 要介護5
日常生活自立度	: C
認知症自立度	: コミュニケーション不可
キーパーソン	: 息子

2. 夜間・早朝の訪問看護導入前の状態

喀痰量は、吸引が日勤帯は1~3回必要な程度。夜間は週に1~3回程度、遅出の特養看護師が吸引しており、その後の時間帯は、口腔内の痰をガーゼで除去するのみであった。自力で嚥下は可能ではあるが、常に咽頭部分に痰が溜まっている音がしていた。朝は口唇の周りが涎等で汚れており、口臭が強い状態であった。体温は36℃台で安定しているが、月に1回程、37℃台に上がることがあった。

3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性、提供目的および提供時間帯

これまで夜間は、痰の溜まっている音がすると、事例1と同様に、介護職員は口腔内のみガーゼで除去していた。そのため、気になりつつも、夜間は気管内の痰は残留させたままの状態であった。そこで、誤嚥性肺炎の予防を目的に、夜間の訪問看護を導入した。

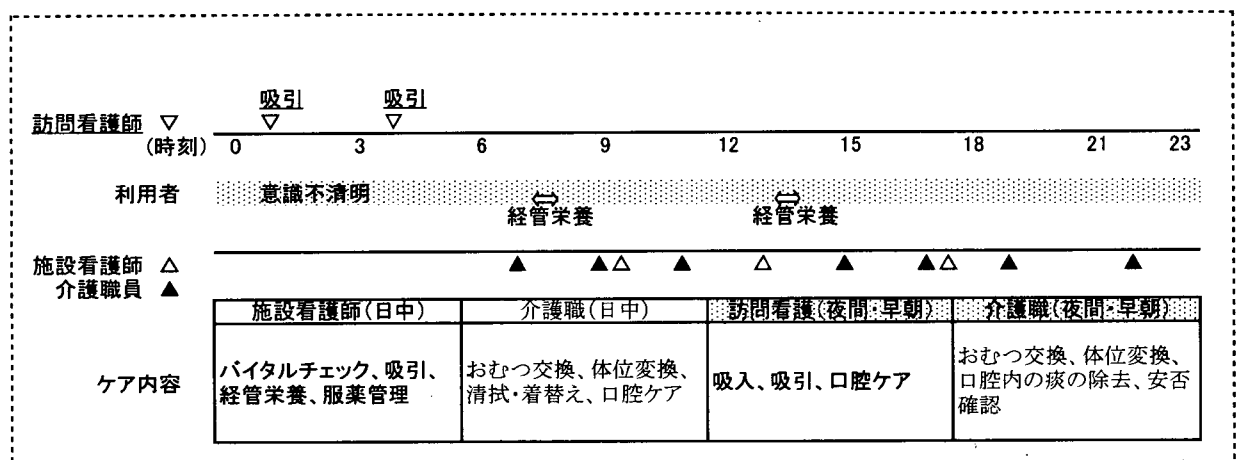
- ・ 夜間・早朝訪問看護利用時間帯：0時45分~1時15分、2時30分~3時00分
- ・ 評価指標：入院の有無、誤嚥性肺炎の有無、発熱の回数、介護職員の負担感

図表 C-II-55 夜間・早朝の訪問看護導入前後の医療処置・ケア内容の変化

	夜間・早朝の訪問看護導入前	⇒	夜間・早朝の訪問看護導入後
日中	吸入 2回 (特養看護師) 吸引 1~3回 (特養看護師) 口腔ケア 1回 (介護職員)		吸入* 2回 (特養看護師) 吸引 1~3回 (特養看護師) 口腔ケア 1回 (介護職員)
夜間	吸入 0回 (介護職員) ガーゼによる痰の除去 1~2回/週 (介護職員)		吸入* 2回 (訪問看護師) 吸引 2回 (訪問看護師) ガーゼによる痰の除去 1~2回/週 (介護職員) 口腔ケア 1回 (訪問看護師)

*2月6日より吸入器の故障により中止、下線はモデル事業後に増えた医療処置・ケア内容

図表 C-II-56 事例2の1日の生活およびケア内容 (モデル事業開始時)



4. 夜間・早朝の訪問看護導入後の経過

痰の性状や量は変わらないが、口臭が軽減し、口腔内の分泌物がベタベタしていたのも軽減した。発熱は、以前と変わらず、月に1回程度37℃台の発熱があったが、状態は安定していた。

5. 夜間・早朝の訪問看護提供の評価

<特養看護師による評価>

口臭が軽減し、口腔内の清潔が保たれるようになったのはよかった。しかし、痰の量や発熱には特に変化が見られなかった。事例1と同様に身体状況の安定が維持できたのを効果と考えることもできるかもしれない。

<介護職員による評価>

これまで、痰が溜まっている音がしても、口腔内のみの痰の除去しかできなかった

ため、呼吸困難や窒息の可能性を考えて、夜は特に不安な思いをしていた。夜間・早朝の訪問看護を利用中は、ある時刻になれば訪問看護師に吸引してもらえるとということによって安心感を持つことができた。

<その他の評価>

(1) 夜間に介護職員が安心できた

夜間の訪問中に、訪問看護師は他の入所者についても相談を受けていた（図表 C-II-57）。モデル事業期間中の約1ヶ月の間に、吸引の依頼や発熱時の相談等、5回の相談があった。夜間、介護職員は、医療的な判断が必要な入所者の状態の変化や訴えに、不安な思いをしている。毎日同じ時間に訪問看護師が特養に訪問することにより、介護職員からは、何か不安な状況が起こった時にも「訪問看護師の訪問時間まで待てば相談できる」という、安心感を持つことができたため、今後もしばしば続けて欲しいとの意見が聞かれた。

図表 C-II-57 夜間の訪問看護師が介護職員から受けた相談内容とそれへの対処

	月日	ID	介護職員からの相談内容	訪問看護師の対処
1	2/2	A	・吸引の依頼	・吸引の実施
2	2/5	B	・腹痛への対処方法	・状態観察後、自内であったため、特に処置はせず
3	2/6	C	・39℃の発熱の対処方法	・発熱時の指示薬があったため、施行するように伝えた
4	2/8	D	・吸引の依頼	・吸引の実施
5	2/20	E	・吸引の依頼	・吸引の実施

(2) 特養看護師の負担を軽減できる可能性

図表 C-II-57 の入所者の腹痛や発熱の相談については、訪問看護師が相談を受けることで、介護職員から特養看護師への夜間の電話を防いだとも考えられる。

対象者以外の入所者の相談を、訪問看護師が受けることについては、日常の状態を知らないため対処が難しいことや、責任の所在等、まだ検討が必要ではあるが、訪問看護師の訪問は、夜間の特養看護師の負担を軽減することに効果がある可能性が示唆された。

(3) ケアを見直すことや情報交換ができた

特養看護師は、口腔ケア等、訪問看護師の看護ケアを知ることにより、特養で実施しているケアを見直すことができたとのことであった。特養看護師や介護職員は、研修の機会等も少なく、新しい情報も入って来にくい。そのため、訪問看護師が入ることによって、新たな情報を入手し、日常的に行っていたケアを見直す機会になることが期待できると考えられた。

他にも、今回のモデル事業では、特養において医療ニーズを有する入所者が増える中、吸引機等の医療設備の見直しを行う必要性が課題として明らかになった。

(4) 訪問看護師は効率よく訪問できた

ステーションにとって特養は、同敷地内であり移動が短時間で済むこと、1回の訪問で複数の対象者を訪問できること、介護職員がいるため看護業務に専念できること等、特養は効率的に訪問できる場であることが明らかになった。

5) まとめ

夜間については、1ペアのみの実施であったが、訪問看護が特養に訪問することによる両者にとってのメリットと課題を整理することができた(図表C-II-58)。このように、夜間の特養への訪問看護サービスの提供は両者にとってメリットがあることや、現在、全国の特養において夜間に特養看護師を配置しているところは少ないことから、制度が整備されれば、特養への夜間の訪問看護の需要はあると考える。しかし、一方では、夜間・早朝の計画的訪問を行っているステーション自体が少ないことから、実現に向けては、制度的な働きかけだけでなく、ステーションの整備も同時に進める必要があるだろう。

図表 C-II-58 夜間に訪問看護が特養に訪問することによるメリットと課題

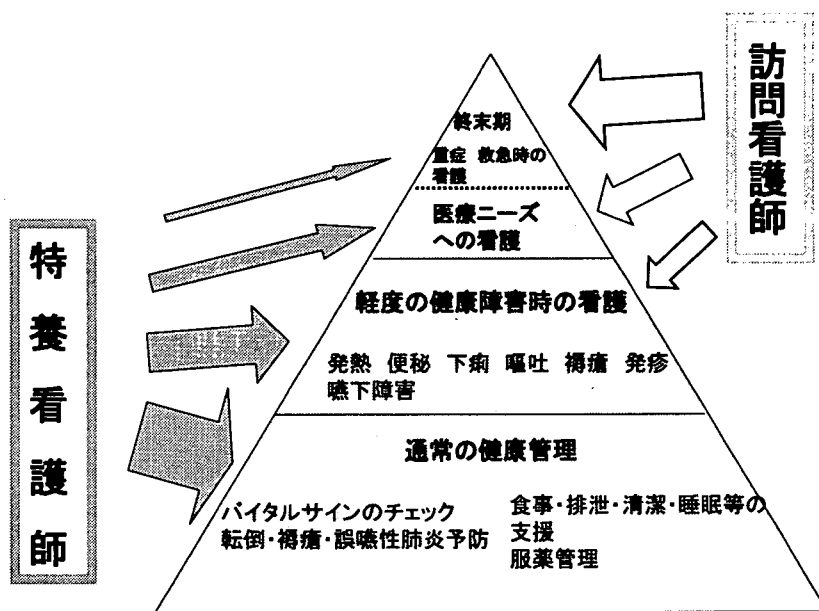
	メリット	課題
特別養護老人ホーム	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間の医療的な判断を伴うケアや医療処置を計画的に入所者が受けることができる ・夜間に介護職員が安心できる ・特養看護師の夜間の緊急電話の負担を軽減できる可能性がある ・現在のケアを見直すことや情報交換ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・責任の所在が不明確 ・家族の意向や看護計画を理解した上で訪問看護師に関わってもらうには、カンファレンス等による情報共有が必要 ・医療機器の整備が必要
訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・同敷地内にあるため移動時間が短時間で済む ・1回の訪問で複数の利用者を訪問することができる ・介護職員がいるため看護業務に専念できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・責任の所在が不明確 ・看護目標が見えにくい ・利用者以外の入所者について相談を受ける際に、日常の状態を知らないため対処が難しい ・ケアの内容を統一し質を保つのが困難

Ⅲ. 特別養護老人ホームへの訪問看護導入効果のまとめと考察

特別養護老人ホーム（以下特養）入居者へ訪問看護ステーションの訪問看護師による看護を提供した結果、入居者に対しては、健康状態のアセスメントを的確に行ったことによる健康管理の改善、入居者の安全確保、入居者のQOLの改善につながる成果を得た。さらに、特養看護師や介護士に対しても特養における看護や介護のあり方へ影響を与える成果も得ることができた。

1. 入居者への効果

特養看護師の主な業務は入居者の健康管理に関することである。しかし、特養の入居者の重度化、重症化に伴って、特養看護師が行う通常健康管理業務の範囲を超えて専門的知識や技術を必要とする看護、最新の知識と技術を要する看護、医療ニーズを有する入居者への看護、通常健康管理業務の範囲ではあるが現在実施できないでいる看護などが、特に必要とされている現状が把握できた。



図表 C-II-59 特養看護師と訪問看護師の役割

特養看護師の業務が健康管理を中心とする、ジェネラルな働きを求められる看護であるとすれば、訪問看護は特に医療ニーズを有する入居者への看護や専門的な技術を必要とする看護などで、特養入居者へ介入することが考えられる。例えば、人工肛門を設置した入居者へのパウチの選択やケアの方法の工夫をすること、胃瘻周囲の皮膚の保護のための洗浄方法の指導、褥瘡のケアなど、さらに、胃瘻からの栄養剤の選択

や量と身体的症状との関連性や必要栄養量とのアセスメントなどの専門性を必要とする看護や、夜間看護師が不在となる時間帯での訪問看護師による吸引などである。

今回、特に訪問看護の介入によって、効果が得られた看護内容は、アセスメントによる健康管理の改善、安全確保、QOLの改善、特養看護師と介護士への影響、などが考えられる。

1) アセスメントによる健康管理の改善

特養入居者は、高齢者であり、脳血管疾患や肺疾患などの慢性疾患をもち、かつ、認知症特有な症状を有するという健康上の問題がある。このような高齢者の健康管理には、専門的な知識に基づき、日常生活の状態を把握し、ケアを実践することが求められる。したがって、特養における看護師は、健康管理として、入居者の健康状態を把握し、分析し、悪化の予防、新たな健康問題の発生予防に向けて、支援をする。このために、看護としての専門領域である「療養上の世話」において、アセスメントが重要な要素となる。特養入居者のバイタルサインの観察、栄養状態や排泄状態、コミュニケーションの状態、精神的状態などのアセスメントをすることは特養看護師が通常行っている役割の一つである。しかし、このような通常の特養看護師の役割とは別に、入居者の健康管理上効果を上げた訪問看護師のアセスメントがあった。

特養の高齢者への訪問看護の介入効果として、看護の専門性を最も必要とし、かつ、その効果を挙げたと評価できる実践例を紹介する。

(1)療養上の世話に関連する看護としてのアセスメントの実施

①胃瘻から注入する栄養剤の種類、量の変更による健康状態の改善

訪問看護師は、事例の嘔吐の状態、食事、姿勢などの情報を基にアセスメントをして、嘔吐が胃瘻から注入する栄養剤の量が多いことに起因することを指摘した。これには、事例のBEE, TEEの把握、栄養剤の組成、注入の1回量および1日量、嘔吐の状況、回数、時間などを詳細に観察し、分析した。その結果、訪問看護師は、量を減量すること、栄養剤の種類をかえることを提案した。これを受けて、特養看護師は栄養士からの情報収集、医師への相談をし、連携をもち、医師の指示のもと、栄養剤の種類と注入量の変更を行った。

栄養剤の種類は、便秘のため、栄養剤の組成から、繊維質の多い栄養剤に変更することを提案した。この結果、注入量を変更した日から、事例の嘔吐はまったく無くなった。

②BMIの改善

やせの入居者の食事について、身長、体重、年齢からBEE、TEEの数値をもとに、必要栄養量を算出し、食事摂取にむけた支援を行い、体重増加にいたった事例があつ

た。入居者が自力で摂取できるように介護士と協働するには、エビデンスに基づくアセスメントによって、共通理解が得られる。

(2) 専門的知識と技術に基づくアセスメントの実施

①人工肛門ケアのアセスメント

皮膚、排泄ケアの認定看護師の資格をもつ訪問看護師が、人工肛門のアセスメントを行い、人工肛門装具の選定に貢献した。入居者は、同じ人工肛門装具を長い年月使ってきたが、人工肛門周囲の皮膚の発赤や糜爛、腸の凹みがあって、問題となっていた。認定看護師は人工肛門のアセスメントをし、数種類のパウチを試用し適切な装具を選定するアドバイスをしたり、人工肛門が凸になるように工夫したりして、人工肛門ケアの改善をしてきた。このことは、特養看護師や介護士にとっても、専門的な、最新の情報を得る機会になり、看護や介護に役立つものであった。

②低血圧状態をアセスメントし、入居者の安全確保につながった

食事中に意識低下がある事例に対して、介護士や特養看護師は、食事摂取の意欲がない、単なる意識の低下と捉えていた。訪問看護師は臥位、座位による血圧の変化、食事中の血圧変化を把握して、介護士、特養看護師に示した。食事により血圧低下が起きる現象を生理学的に解明したのである。このことによって、介護士、特養看護師の入居者への対応が変化し、食事中の意識低下への対応も適切に行われるようになった。

2) 入居者の安全確保

特養入居者の中には、嚥下障害や意識障害、麻痺のある高齢者も多く、呼吸の確保、誤嚥の防止、褥瘡の予防と対処、四肢の循環不全への対応、移動時の安全確保など、看護が必要な人々が多くなってきている。呼吸、嚥下、循環の確保、褥瘡などはいずれも入居者の生命の安全を確保することにつながる重要な看護である。これらの項目において、訪問看護師による介入の効果を上げることができた。

(1) 特養看護師の不在時間帯（夜間）に訪問看護師の吸引による呼吸管理、誤嚥性肺炎予防の効果

嚥下ができない場合、呼吸の確保や肺炎予防のため痰の吸引が必要になってくる。特養では、介護士も口腔内の吸引を行っているが、呼吸の確保や肺炎の予防などには、看護師による気道内までの確実な痰の吸引が必要である。今回、昼間には特養の看護師が痰の吸引を行えるが、特養の看護師が不在になる夜間帯の訪問看護を導入した結果、その効果を挙げるることができた。痰の十分な吸引を行ったことによって、口腔内

の清潔も保つことができた。

(2) 医療的処置に最新の看護技術導入効果

① 褥瘡の回復、予防

訪問看護師は、褥瘡のある入居者に対して、褥瘡のアセスメントシートを用いてケアを行い、褥瘡が軽快した。特養看護師も褥瘡のケアを実施していたが、訪問看護師によるアセスメントにより効果があった。

② 胃瘻造設部の皮膚管理

胃瘻造設部の皮膚管理に際して、洗浄をすることや、PEGの固定など、最新の看護技術を用いて、皮膚の状態を改善した。

(3) 下肢、上肢の循環不全の軽減

下肢の循環不全によって疼痛を伴う皮膚の色が紫色に変化している入居者に、訪問看護師が足浴を実施した結果、循環不全が軽快した。特養看護師や介護士が足浴を行える状態でなかったため、訪問看護師が行ったが、特養に十分な職員数が整っていれば、本来は、特養看護師の業務として行われる範囲であると考えられる。

3) 入居者のQOLの向上

特養入居者の日常生活の中で、食事、排泄、コミュニケーション、移動などは、心身の健康状態や医療処置などの影響を受け、入居者のQOLを大きく左右する。これらの日常生活行動において、特養の入居者に訪問看護師が介入することで、入居者のQOLの向上になった。しかし、これらの日常生活への看護においては、特養看護師の役割と、介護士の役割と連携が重要であり、かつ、訪問看護師として、特に介入が必要かどうかを慎重に判断する必要があると考えられる。理由として、①入居者は殆どの日常生活行動を、介護士による介護を受けている。②特養看護師の役割とされる入居者の健康管理に関することが、身体症状やADLの状態の影響を受けて、行われている。例えば、排泄の調整、食事と必要栄養量の観察、体重測定、などは、通常特養看護師がアセスメントしている項目の中にある。

このような現状を踏まえ、入居者のQOLの改善、向上という視点に立って、訪問看護師が特養の入居者に看護を提供する場合、以下の場合が考えられる。

①健康上の問題が著しく影響を及ぼし入居者のQOLを低下させている場合、健康状態、ADL、疾病、治療などを総合的にアセスメントし、入居者のQOLの向上に向けた看護を特に必要とする場合。

②入居者のQOLが低下していることは把握されているが、特養看護師が業務の中で十分に時間をとって、看護をすることができない場合。

③看護として一時的に濃厚な介入をすることによって、入居者のQOLの改善が見込まれ、それを維持できることが可能な場合。

④家族との関係に関することで、特養看護師や介護士、生活指導員が家族への対応に苦慮し、入居者のQOLの維持のうえで、家族指導が必要な場合。施設外の専門職が家族から相談を受けたり、説明したり、指導したりすることによって、家族関係を良好に保つことができる場合。

以下に、入居者のQOLの改善に向けた訪問看護師の介入で効果があった事例を示す。

(1) 排便コントロールが改善し、入居者のQOLが向上

オムツの交換時にいつも泥状便が常に出ており、入居者は汚れたオムツをいつもしている状態であった。介護士はオムツを変えるたびに泥状便が付着しているので、1日7回のオムツ交換のたびに臀部を清拭していた。訪問看護師は硬い便が肛門部にふれるので摘便したところ、片手一杯の便が排出された。その摘便後は、だらだらと便が出ることは無くなった。この事例は、訪問看護師が週に2回訪問するときに摘便をすることによって、排便回数が週に2回～4回になった。入居者はいつもオムツが汚れている状態から開放され、QOLが向上した。加えて、介護士はオムツの交換回数が著しく減少し、ケアが楽になったことを話していた。このことは、オムツの消費枚数が減少し経済効果もあったことになる。オムツの消費量が減少することは、オムツを処分するための費用の減額、処理廃棄物の減量にもつながり、効果は環境問題にも波及すると考えられる。

(2) 表情が豊かになる、コミュニケーション能力の向上

訪問看護師が週に2回ではあるが、入居者に対して、褥瘡の看護、人工肛門の看護、胃瘻周囲の皮膚への看護などに、約30分間、話しかけたり、会話をもったりしてじっくりと向き合うことによって、入居者の笑顔が増え、「介護士や看護師に“ばか”といわなくなった」といった感想があった。特養のユニット型では、入居者10人に対して介護士が一人または2人で昼間の介護をしている状態である。介護士は、要介護度の高い入居者へのケアに集中するので、会話ができたり、話を聞くことができる入居者へのケアだけに集中できる時間的ゆとりができない現状である。介護士は「会話ができたり、介護士の言うことが理解できるような入居者は、どうしてもケアに関わる時間が少なく、話をする時間が少ないと思う」と話していた。

看護師がケアをしながら入居者へ話しかけることによって、入居者の感情や人とのコミュニケーション機能への刺激となったことは、看護に付随して生じた効果であると考えられる。

(3) ADLの向上

脳梗塞によって半身麻痺になった入居者が、左手を使って食事を自力摂取できるようになった。入居者の回復過程に適した支援をするように、介護士や特養看護師と協働し、入居者のADLが向上していったことが報告されている。しかし、ADLの向上は、短期間の介入で効果がでることは少ない。長期的に、かつ、日常生活の中で、支援していくことによってADLの向上につながるようにしていくので、特養への訪問看護師の介入として適切かどうかは慎重に考えていく必要がある。

今回のモデル事業でも、短期間の介入で効果を得られるものと、長期にわたり定期的に介入する必要性がある看護ニーズ、特養での対処困難事例などがあった。

短期間の訪問看護介入で効果が得られる看護上のニーズ
① 人工肛門、褥瘡のケアなどアセスメントの実施とケア方針の決定
② 胃瘻からの栄養剤注入量と嘔吐との関係のアセスメント
③ 栄養状態と栄養量のアセスメント
④ 体位ドレナージ、スクイーピングなどの肺理学療法の実施
長期間の定期的な訪問看護介入が必要と考えられる看護上のニーズ
① 夜間の痰の吸引
② 難治性の褥瘡ケア
③ 適切な排泄間隔にむけての調整や支援、特に調整が難しい事例
④ 循環障害のケア
特養看護師・介護士が対処困難とする事例
① 家族指導、家族相談
② 対応に困っている場合（本事業では、夜間奇声を発して困っている入居者）

なお、今回の事業で明らかにできた効果的な訪問看護の介入方法から一部の例を示す。

例1 人工肛門ケア

人工肛門ケアの必要な入居者への訪問看護、認定看護師によるアセスメントの必要な場合		
実施前	情報交換、連携のあり方	入居者の基本情報、訪問看護導入目的、訪問看護導入時間と期間、記録、施設内の情報など基本的情報などの取り決め 施設内の看護師、介護士など職員との連携の取り方
実施	訪問看護	約1時間 内訳 ①入居者の状態把握 15分 ②人工肛門の状態観察、パウチの選定 40分 入居者との相談、看護師・介護士との情報交換など ③記録など 5分
実施後	情報交換相談	入居者の状態把握の方法、パウチの選定に関する情報など、今後の連携方法

人工肛門ケアの必要な入居者への訪問看護		
実施前	情報交換、連携のあり方	入居者の基本情報、訪問看護導入目的、訪問看護導入時間と期間、記録、施設内の情報など基本的情報などの取り決め 施設内の看護師、介護士など職員との連携の取り方など
実施	訪問看護	約30分 内訳 ①入居者の状態把握 10分 ②パウチの交換、皮膚の保護など 15分 ③特養看護師、介護士への情報報告、介護方法の相談など 5分 パウチは週2-3回の交換を想定。
実施後	情報交換相談	実施した内容、入居者の情報を認定看護師、特養看護師との相談、支援

例2 排泄ケア

排泄の調整が必要な事例（泥状便が常に出ている状態）		
実施前	情報交換、連携のあり方	入居者の基本情報、訪問看護導入目的、訪問看護導入時間と期間、記録、施設内の情報など基本的情報などの取り決め 施設内の看護師、介護士など職員との連携の取り方など
実施	訪問看護	<p>約30分</p> <p>内訳 ①入居者の状態把握 10分 ②排泄のアセスメント } 15分 ③排泄への援助（摘便） } ④特養看護師、介護士への情報報告、 5分 介護方法の相談など</p> <p>*初回から数回は、アセスメント、入居者との関係作りのための会話などで、時間を要する。 *訪問看護導入期間は2～4週間を目安とする。</p>
実施後	情報交換相談	実施した内容、入居者の情報を認定看護師、特養看護師との相談、支援