

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

高齢者在宅医療に関する多職種協働の  
阻害要因を克服する教育システムの構築に関する研究

分担研究者 秋下雅弘 東京大学大学院医学系研究科加齢医学 准教授

研究要旨：多職種協働の阻害要因を克服するための方法の一つとして、退院前カンファレンスの有効な利用に注目した。退院前カンファレンスは、司会などファシリテーターを育成する場が見当たらないため、モデル実習を構築した。具体的には模擬症例と資料を準備し、小講義、ロールプレイ、グループディスカッションを行うもので、合計約 4 時間程度の実習である。病院医師、在宅医師、病棟看護師、訪問看護師、ケアマネージャーなどできるだけ多職種に参加してもらった。その結果、多職種協働の阻害要因に関する意見が多数共有され、モデル実習は参加者の全員に今後の仕事において役に立つと評価された。

A. 研究目的

多職種協働の阻害要因を克服するのに効果的な教育に必要な要素の一つに、多職種カンファレンスによる事例検討がある。現在、多職種カンファレンスというと、介護保険におけるサービス担当者会議に加え、医療保険における退院前カンファレンスが制度化されている。しかし、サービス担当者会議と比較し、退院前カンファレンスについては実習などでファシリテーターを育成する場が見当たらない。そこで、退院前カンファレンスのファシリテーターを養成する実習のモデルを開発した。

B. 研究方法

2012年12月1日～2日にわたり、比較的医療介護連携に経験のある、医師（病院勤務、在宅医療経験あり）、看護師（病院勤務、訪問看護ステーション勤務）、薬剤師（調剤薬局勤務）、介護支援専門員の計14名に参加してもらい、モデル実習を行った。それぞれ参加者に総括してもらい、また参加者へのアンケートも実施した。

第1部、第2部の2部構成とし、それぞれ説明と実習を合わせて2時間とした。第1部は、退院前カンファレンスのロールプレイであり、高齢がん末期患者の模擬症例を提示し、患者役、家族役、医師役、病院看護師役、訪問看護師役、ケアマネージャー役に分かれて

ロールプレイを行った。第 1 部のねらいは、退院後に起こりうることを想定し、対応法を事前に考えることの重要性（本来の退院前カンファレンスの意義）を理解してもらうことである。参考資料として、OPTIM(がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」でインターネット上で提供されている退院支援・調整プログラムを配布、説明した。第 2 部は、症例を用いたグループ・ディスカッションであり、若年のがん末期患者（介護保険対象外）の模擬症例を提示し、どのような介入が必要かについて、スモールグループ・ディスカッションを行った。第 2 部のねらいは、各専門職でも容易に答えが出せない課題について話し合うことで、話し合い（カンファレンス）自体の意義・効果を理解してもらうことである。事前に、緩和ケア医に 20 分程度の緩和ケアに関する概論を講義してもらった。

### C. 研究結果

退院前カンファレンスのロールプレイの感想・意見は、1. カンファレンスを行う前に情報共有を行い焦点の明確化することが必要であること、2. 退院が前提のカンファレンスはそもそも違和感があり、単に退院日を決めるためのカンファではなく、患者家族の意思決定支援の場となるべきこと、3. 多職種が参加するため専門用語や業界用語をできるだけ使わないこと、4. 意外とお互い「敷居が高い」と感じていることが明らかとなり、今後もっと気楽にコミュニケーションがとれるようになるとよいこと、5. 司会者の力量をあげる努力必要であるが、いままでそのための試みはなかったこと、といったものが共有された。

一方、若年がん患者支援のためのグループ・ディスカッションの感想・意見は、1. 多職種のカンファレンスにより多くの人で考えることで、新しい意見に出会えることがわかったこと、2. カンファレンスにより自分の専門外の社会資源の活用が可能になること、3. 多職種で合同の研修することが必要であるが今まで各専門職内での研修に留まっていたこと、4. 適切ながん患者への予後の告知はその後の生活の質の改善に有効であること、5. かかわるスタッフが患者の人生の目標の共有することの重要性（その人らしさを明らかにする）、6. がん患者も社会福祉の対象であること、といったものが共有された。

全体を通してのアンケートの結果では、他の職種と協働する際に困難を感じたことはありませんかとの問いに、14 名全員が「ときどきある」と回答した。多職種協働を阻害する要因は何ですかという問いに、顔が見えない、相手の人となりかわからない、なわばり意識、専門職のプライド、立場の優先、多忙、卒後教育が足りないとの回答があった。今回の実習は今後の仕事において役に立つと思いますかとの問いには、14 名全員が「そう思う」と回答した。

## D. 考察

今回の参加者は、医療連携に興味を持って就業しているものが多く、退院前カンファレンスにすでに何度も参加し、司会を務めたことがあった。しかし、行った退院前カンファレンスのふりかえりや評価は今までに行った経験はなかった。また、今までの退院前カンファレンスは実習や講義などでやり方を誰かから教わったことはなく、あくまで自己流で行われていた。

実習を行い、各専門職がそれを客観的に評価し意見を述べ合うことにより、適切な情報共有のためのポイント（各職種はそんな情報をほしがっているのか）が明確化されたという利点があったとともに、このような実習を行うことの利点も明らかとなった。

時間的には合計 4 時間と比較的短時間な実習であったが、参加者にある程度の基礎知識があり、資料が準備されていれば、十分短時間でも効果的であった。

## E. 結論

多職種協働の阻害要因を克服する教育システムの一つとして、退院前カンファレンスの実習を多職種で行うことが有用であることが明らかとなった。

## F. 健康危険情報

該当なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. [Akishita M](#), Ishii S, Kojima T, Kozaki K, Kuzuya M, Arai H, Arai H, Eto M, Takahashi R, Endo H, Horie S, Ezawa K, Kawai S, Takehisa Y, Mikami H, Takegawa S, Morita A, Kamata M, Ouchi Y, Toba K. Priorities of Health Care Outcomes for the Elderly. J Am Med Dir Assoc. E-pub 2013 Feb 14.
2. Hibi S, Yamaguchi Y, Umeda-Kameyama Y, Yamamoto H, Iijima K, Momose T, [Akishita M](#), Ouchi Y. The high frequency of periodic limb movements in patients with Lewy body dementia. J Psychiatr Res 46:1590-4, 2012.
3. Ogita M, Utsunomiya H, [Akishita M](#), Arai H. Indications and practice for tube feeding in Japanese geriatricians: Implications of multidisciplinary team approach. Geriatr Gerontol Int 12:643-51, 2012.

4. Kojima T, Akishita M, Nakamura T, Nomura K, Ogawa S, Iijima K, Eto M, Ouchi Y. Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. *Geriatr Gerontol Int* 12:425-30, 2012.
5. Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, Yamaguchi K, Yamamoto H, Eto M, Ouchi Y. Factors associated with prolonged hospital stay in a geriatric ward of a university hospital in Japan. *J Am Geriatr Soc* 60:1190-1, 2012.
6. Nagai K, Akishita M, Shibata S, Kobayashi Y, Yamada Y, Kimura S, Machida A, Toba K, Kozaki K. Relationship between testosterone and cognitive function in elderly men with dementia. *J Am Geriatr Soc* 60:1188-9, 2012.
7. Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, Yamaguchi K, Yamamoto H, Eto M, Ouchi Y. High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs: analysis of inpatient database. *Geriatr Gerontol Int* 12:761-2, 2012.
8. Yamada Y, Eto M, Yamamoto H, Akishita M, Ouchi Y. Gastrointestinal hemorrhage and antithrombotic drug use in geriatric patients. *Geriatr Gerontol Int* 12:751-2, 2012.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

研究協力者

東京大学大学院医学系研究科加齢医学

山口 潔

## 研究成果の刊行に関する一覧表

## 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
鳥羽研二		鳥羽研二 転倒研究班	高齢者の転倒 予防ガイドラ イン	メジカル ビュー社	東京	2012	165
亀井智子		亀井智子	せん妄ケアQ & A - 高齢者 の急性期から 施設・在宅ケ アまで	中央法規 出版	東京都	2013	1-200
亀井智子	7章遠隔モニタリ ング3.自覚症状の スコア化と遠隔モ ニタリング	一般社団法人日本遠隔 医療学会編 集委員会	遠隔診療マニ ュアル	篠原出版 新社	東京都	2013	198-205
亀井智子	3章7節 高齢者へ のケアマネジメン ト	堀内ふき、 大淵律子、 諏訪さゆり	ナーシンググ ラフィカ老年 看護学①高齢 者の健康と障 害	メディカ 出版	大阪府	2013	153-157
亀井智子	高齢者総合機能評 価 テレナーシング	永井良三ほ か監修	看護学大辞典 第6版	メヂカル フレンド 社	東京都	2013	740, 1538
亀井智子	第3章 高齢者の暮 らしを支える看護 の視点	六角僚子	新看護学13 老年看護 第5 版	医学書院	東京都	2013	35-53
亀井智子	第6章 在宅看護の 実際 A 在宅看護介入時 期別の特徴 G COPDの療養者 に対する在宅看護 の事例展開	河原加代子	系統別看護学 講座統合分野 在宅看護論 第4版	医学書院	東京都	2013	264-271, 331-343
亀井智子 ほか監修	DVD監修、制作	日本老年看 護学会	구강흡인 (日本語名: 口腔内吸引)	高齢者研 究情報セ ンター (韓国: ソウル 市)	韓国ソウ ル市	2012	

亀井智子	1.テレナーシングとは一定義、動向、関連法規 2.テレナーシングのエビデンス 3.テレナーシングに必要なテレナーシスの姿勢とコミュニケーション技術 4.在宅ケアとテレナーシングのためのアセスメントとモニタリング 5.慢性疾患を持つ在宅療養者を対象としたテレナーシングの実践	亀井智子	エビデンスにもとづくテレナーシング実践ガイドライン2012-2013	聖路加看護大学亀井智子科 研SIG	東京都	2012	1-46
亀井智子	第1章-6.気管支喘息、気管支喘息患者の看護	井上智子、佐藤千史	病期・病態・重症度からみた疾患別看護過程+病態関連図 第2版	医学書院	東京都	2012	94-102
亀井智子	第3章-第1節 呼吸のしくみと機能 第2節呼吸状態に変化が起こるのはなぜかー「いつも」の状態との違いに気づく 第3節たんの吸引とは 第6節吸引を受ける利用者や家族の気持ち、説明と同意 第7節たんの吸引に関わる呼吸器系の感染と予防 第8節たんの吸引により生じるトラブルとインシデント報告 第9節 急変・事故発生時の対応と対策	小池将文 他、監修	実務者研修テキスト8 医療的ケアの理論と実践	日本医療企画	東京都	2012	35-55, 83-105
大島浩子	I.「訪問看護」を知ってもらうために	在宅医療と訪問看護あり方検討委員	改訂版訪問看護活用ガイドライン在宅医療をはじめる方へ	公益財団法人在宅医療研究助成勇美財団	東京都	2012	4-21

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Shibasaki K, Otagawa S, Yamada S, Iijima K, Eto M, Kozaki K, Toba K, Akishita M, Ouchi Y	Association of decreased sympathetic nervous activity with mortality of elderly in long-term care.	Geriatr Gerontol Int	in press		
Akishita M, Ishii S, Kojima T, Kozaki K, Kuzuya M, Arai H, Arai H, Eto M, Takahashi R, Endo H, Horie S, Ezawa K, Kawai S, Takehisa Y, Mikami H, Takegawa S, Morita A, Kamata M, Ouchi Y, Toba K	Priorities of healthcare outcomes for the elderly.	J Am Med Dir Assoc	in press		
鳥羽研二	ロコモティブシンドロームと虚弱 長寿社会における虚弱 (Frailty)	医薬ジャーナル社	22(4)	13-19	2012
鳥羽研二	高齢者診療をめぐる現場の知識と実践の技	日本医事新報	No.4592	88	2012
Yuko Sakamoto, Satoru Ebihara, Takae Ebihara, Naoki Tomita, Kenji Toba, Shannon Freeman, Hiroyuki Arai, Masahiro Kohzuki	Fall Prevention Using Olfactory Stimulation with Lavender Odor in Elderly Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Trial.	JAGS	60	1005-1011	2012
Toba K, Nagai K, Kimura S, Yamada Y, Machida A, Iwata A, Akishita M, Kozaki K	New dorsiflexion measure device: a simple method to assess fall risks in the elderly.	Geriatr Gerontol Int	12(3)	563-564	2012
亀井智子、藤原佳典、細井孝之、深谷太郎、野中久美子、小池高史、渡邊麗子、澤登久雄、松本真澄、渡辺修一郎、田中千晶	独居認知症高齢者へのSmart home利用の包括的アセスメント評価枠組みの開発—文献レビューと介入研究事例の統合から—	聖路加看護大学紀要	第39号	印刷中	2013

山本由子、亀井智子	認知症高齢者のライフレビューに基づくメモリーブック作成とその利用による行動変化の検討	聖路加看護学会誌	Vol.16 No.3	1-9	2013
桑原良子、亀井智子	ライフレビューによる認知症高齢者の語りの内容分析ー中等度認知症高齢者を対象とした1事例の実践経過からー	聖路加看護学会誌	Vol.16 No.3	10-17	2013
縄秀志、小松浩子、中込さと子、山田覚、片田範子、太田喜久子、才木クレイグヒル滋子、亀井智子、宮脇美保子	病院における看護研究倫理審査体制に関する調査報告	日本看護科学会誌	第32巻 第4号	79-84	2012
亀井智子	超高齢社会における新たな老年看護の創造	老年看護学	Vol.17 No.1	3-4	2012
Kamei T, Yamamoto Y, Kajii F, Nakayama Y, Kawakami C.	Systematic review and meta-analysis of studies involving telehome monitoring-based telenursing for patients with chronic obstructive pulmonary disease	Japan Journal of Nursing Science	電子ジャーナル	1-13	2012
中込さと子、小松浩子、縄秀志、山田覚、片田範子、太田喜久子、才木クレイグヒル滋子、亀井智子、宮脇美保子	研究機関における看護研究倫理審査体制に関する調査報告	日本看護科学会誌	第32巻 第3号	45-52	2012
糸井和佳、亀井智子、田高悦子、梶井文子、山本由子、廣瀬清人、菊田文夫	地域における高齢者子どもの世代間交流プログラムの効果的な介入と効果ー文献レビューー	日本地域看護学会誌	Vol.15, No.1	33-44	2012
糸井和佳、亀井智子、田高悦子	アメリカ合衆国オハイオ州The Intergenerational Schoolにおける世代間交流を促進する教育支援	日本世代間交流学会誌	Vol.2, No.1	57-67	2012



<u>Akishita M</u> , Ishii S, Kojima T, Kozaki K, Kuzuya M, Arai H, Arai H, Eto M, Takahashi R, Endo H, Horie S, Ezawa K, Kawai S, Takehisa Y, Mikami H, Takegawa S, Morita A, Kamata M, Ouchi Y, Toba K.	Priorities of Health Care Outcomes for the Elderly.	J Am Med Dir Assoc.			E-pub 2013 Feb 14.
Hibi S, Yamaguchi Y, Umeda-Kameyama Y, Yamamoto H, Iijima K, Momose T, <u>Akishita M</u> , Ouchi Y.	The high frequency of periodic limb movements in patients with Lewy body dementia.	J Psychiatr Res	46	1590-1594	2012
Ogita M, Utsunomiya H, <u>Akishita M</u> , Arai H.	Indications and practice for tube feeding in Japanese geriatricians: Implications of multidisciplinary team approach.	Geriatr Gerontol Int	12	643-651	2012
Kojima T, <u>Akishita M</u> , Nakamura T, Nomura K, Ogawa S, Iijima K, Eto M, Ouchi Y.	Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients.	Geriatr Gerontol Int	12	425-430	2012
Kojima T, <u>Akishita M</u> , Kameyama Y, Yamaguchi K, Yamamoto H, Eto M, Ouchi Y.	Factors associated with prolonged hospital stay in a geriatric ward of a university hospital in Japan.	J Am Geriatr Soc	60	1190-1191	2012
Nagai K, <u>Akishita M</u> , Shibata S, Kobayashi Y, Yamada Y, Kimura S, Machida A, Toba K, Kozaki K.	Relationship between testosterone and cognitive function in elderly men with dementia.	J Am Geriatr Soc	60	1188-1189	2012
Kojima T, <u>Akishita M</u> , Kameyama Y, Yamaguchi K, Yamamoto H, Eto M, Ouchi Y.	High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs: analysis of inpatient database.	Geriatr Gerontol Int	12	761-762	2012

Yamada Y, Eto M, Yamamoto H, <u>Akishita M</u> , Ouchi Y.	Gastrointestinal hemorrhage and antithrombotic drug use in geriatric patients.	Geriatr Gerontol Int	12	751-752	2012
Atsushi Araki, <u>Kouichi Kozaki</u> et al and the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial Study Group	Long-term multiple risk factor interventions in Japanese elderly diabetic patients: The Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial—study design, baseline characteristics and effects of intervention	Geriatr Gerontol Int	12 (Suppl.1)	7-17	2012
Atsushi Araki, <u>Koichi Kozaki</u> , et al and the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial Research Group	Non-high-density lipoprotein cholesterol: an important predictor of stroke and diabetes-related mortality in Japanese elderly diabetic patients	Geriatr Gerontol Int	12 (Suppl.1)	18-28	2012
Kenji Toba, Kumiko Nagai, Sayaka Kimura, Yukiko Yamada, Ayako Machida, Akiko Iwata, Masahiro Akishita and <u>Kouichi Kozaki</u>	New dorsiflexion measure device: A simple method to assess fall risks in the elderly	Geriatr Gerontol Int	12(3)	563-564	2012
Nagai K, Akishita M, Shibata S, Kobayashi Y, Yamada Y, Kimura S, Machida A, Toba K, <u>Kozaki K</u>	Relationship between testosterone and cognitive function in elderly men with dementia	J Am Geriatr Soc.	60(6)	1188-9	2012
Akishita M, Ishii S, Kojima T, <u>Kozaki K</u> , Kuzuya M, Arai H, Arai H, Eto M, Takahashi R, Endo H, Horie S, Ezawa K, Kawai S, Takehisa Y, Mikami H, Takegawa S, Morita A, Kamata M, Ouchi Y, Toba K	Priorities of healthcare outcomes for the elderly	J Am Med Dir Assoc	in press		

大島浩子,松本明美,尾崎充世,中村孔美,原田敦,鈴木隆雄	高齢者の在宅療養継続の関連の検討-病院で在宅支援を受けた後の復帰困難要因の症例対照研究-	癌と化学療法	39(Suppl I)	108-109	2012
大島浩子	先進的取り組みの外観と展望:在宅ケアの先進的取り組み	Aging&Health	60:212	14-15	2012

Fall Prevention CD-ROM付



「転倒予防手順」  
収録

# 高齢者の 転倒予防 ガイドライン

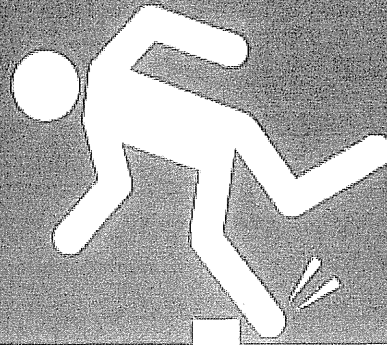
◇監修

鳥羽研二

国立成育医療研究センター 首席医

◇執筆

運動期の不安定性に関する  
姿勢と中枢制御機能に着目した  
転倒予防ガイドライン策定研究班



MEDICAL VIEW

# I

## 「訪問看護」を知ってもらうために

### 1

#### 訪問看護とは？

看護師などがお住まいを訪問し、療養生活を送っている方の看護を行うサービスです。本人や家族の意思、ライフスタイルを尊重して、QOL（生活の質）が向上できるように予防的支援から看取りまでを支えます。

本人のみならず、家族の健康状態もチェックし、一人ひとりの健康課題を早期に見出し、医師と連携して病気の発症や重症化を防止します。歯科医師や薬剤師、理学療法士、ケアマネジャーなどの多職種とも連携し、また、状況に応じて他の在宅サービスも取り入れていきます。

利用者負担	
介護保険で利用する場合	医療保険で利用する場合
原則1割負担	1割から3割負担 ・就学前の乳幼児は2割負担 ・高齢者では所得による負担割合

### 2

#### 訪問看護を受けられる人は？

病気や心身の障がいのために、療養生活の支援を必要とする方や終末期ケア（エンドオブライフケア）を必要とする方。乳幼児から高齢者まで、主治医が訪問看護の必要を認めたとすべの方が受けられます。

医療保険制度で訪問看護を利用する場合は、疾病または負傷のために在宅での療養が必要な方、介護保険制度の場合は、要介護・要支援の認定を受けた方、そのほか公的扶助や労災保険などでも利用できます。

医療処置が必要な方や重症な方だけでなく、閉じこもりがちな高齢者で寝たきりになるおそれがある方（はいようしょうぐみ 廃用症候群）、リハビリテーションや服薬指導が必要な方、認知症や糖尿病、リウマチ、パーキンソン病、慢性閉塞性肺疾患、せんいはいくせいしき 心臓病、がん治療後などで在宅療養が必要な方も訪問看護を利用できます。

在宅での療養が必要な本人はもちろん、その家族も支援します。

### 3

#### 訪問看護は誰が来てくれるの？

訪問看護ステーションに看護職員として在籍している保健師、助産師、看護師、准看護師が訪問します。訪問看護ステーションによって職種や人数は様々ですが、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が訪問看護のカテゴリーで機能訓練を行うこともあります。病院や診療所では、看護職員のみが訪問看護を行います。

## 4

## 訪問看護には、どんなサービスがあるの？

お住まいで、本人や家族が心配なこと、不安なこと、希望することについて相談にのり、療養生活がスムーズに行えるよう支援するほか、心身の健康状態や病状、治療の状況、療養や介護の状況、社会生活、療養環境などを総合的に判断して、必要な看護を行います。

## ● 医療保険で訪問看護サービスを利用する場合

1回のサービス時間……30分から1時間30分  
精神科訪問看護の場合……30分未満または30分以上

## ● 介護保険で訪問看護サービスを利用する場合

1回のサービス時間……20分未満、30分未満、30分～1時間未満、  
1時間～1時間30分未満のいずれか

※20分未満の場合、週1回は20分以上の訪問看護を必要とします。  
※理学療法士などの訪問看護は、1回20分以上で、週6回までです。

## ○ 療養生活の相談・支援

食事や運動、<sup>くちばし</sup>口腔ケア、<sup>はいせつ</sup>排泄のケアなど様々な療養上の助言を行い、健康状態の維持・改善を図るとともに、生活のリズムを整えます。

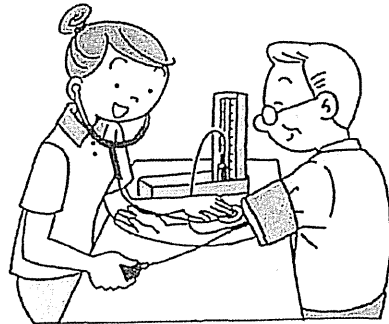
たとえば、皮膚の清潔を保つためには、どんな方法で、誰がどの程度行うのが適切かを病状などから判断し、洗髪、入浴介助、<sup>せいしき</sup>清拭、陰部洗浄などのケアを行います。入浴がよいか、シャワーがよいか、清拭がよいかをアドバイスすることもあります。

また、退院直後で<sup>きん</sup>気管を切開している方、<sup>びょうごう</sup>ストーマ（人工膀胱や人工肛門など）を造設している方、<sup>かいはう</sup>皮膚の潰瘍（<sup>そうしやう</sup>創傷）などがある方、病状が不安定な方の場合は、訪問看護師が安全性とケア方法を判断し、訪問介護員と協力して支援します。床ずれ（<sup>しよくそう</sup>褥瘡）の予防に関する助言や排便管理の助言、介助なども行います。



## ○ 病状や健康状態の管理と看護

バイタルサインズ（体温、脈拍、血圧、酸素飽和度、呼吸の状態など）をチェックし、感染症の有無、心身の健康状態、障がいの状態などを観察し、状態に応じた助言と予防的支援をします。肺炎や脱水などの症状を早期発見し、重症化を防ぐための助言を行うとともに、必要に応じて主治医に連絡をとります。高血圧や糖尿病などの慢性疾患の自己管理ができるよう支援します。

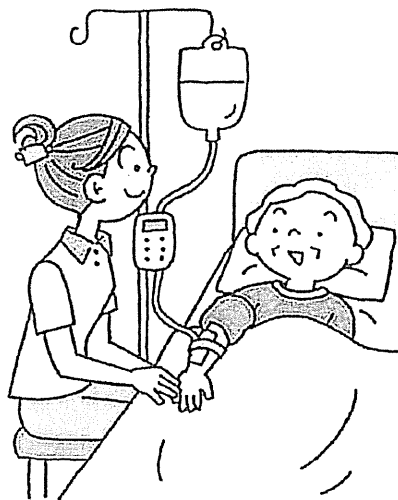


## ○ 医療処置・治療上の看護

主治医の指示に基づく医療処置（点滴静脈注射、たんの吸引や吸入、経管栄養、創傷処置、チューブ類の交換など）や検査を行います。

在宅酸素療法を行う場合は、主治医の指示の範囲内で酸素量を増減したり、効果を確認します。また、薬剤師とも連携して服薬に関する助言をしたり、服薬の副作用の有無を確認します。

膀胱留置カテーテル、経管栄養、胃瘻、在宅酸素療法、人工呼吸器、気管カニューレ、人工肛門などの管理、緊急時の対応などを行います。廃液の性状や量の観察、薬剤注入、水分バランスの計測などの管理を計画的に行います。



## ○ 苦痛の緩和と看護

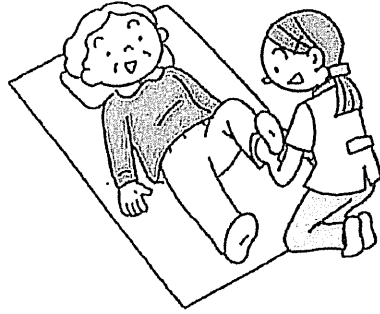
痛み（疼痛）、呼吸困難、発熱、不眠、便秘と下痢、倦怠感などの緩和を行います。病状を観察し、主治医や薬剤師の処方範囲内で薬の量を調整して、適切なケアを行います。

在宅末期がん患者の場合、疼痛を緩和するための服薬支援、体位の工夫、マッサージなど身体的・精神的な支援を行います。



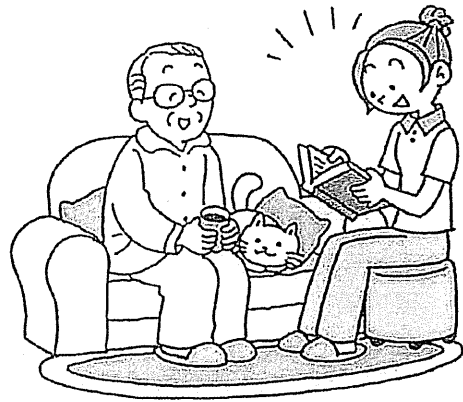
## ○ リハビリテーション

ADL（日常生活動作）の訓練、運動機能の回復・維持・低下予防、安楽な体位、床ずれ（褥瘡）や肺炎などの合併症の予防、呼吸機能や摂食、嚥下機能の回復・維持・低下予防、関節拘縮（関節の動きが悪くなる状態）の予防などについて助言や指導を行います。福祉用具の利用相談や導入は、福祉用具相談員などと協力して支援します。



## ○ 家族の相談と支援

安楽な介護方法を助言したり、訪問介護員など他の職種と連携することで家族の介護負担を軽減し、よりよい家族関係が保たれるよう支援します。



## ○ 住まいの療養環境の調整と支援

福祉用具相談員など他の専門職と連携して、ベッドまわりの医療機器の配置、薬の保管場所、移動方法に関する助言を行ったり、入浴や排泄に必要な福祉用具、手すりの設置や段差の解消など転倒防止を目的とした住宅改修について助言します。

## ○ 地域の社会資源の活用

地域包括支援センター、保健所、居宅介護支援事業所、市区町村の担当者などと連携して、保健・医療・福祉の制度の紹介や導入、各種サービス提供機関との連絡や調整を行います。また、民生委員やボランティアの活用など、利用者が自立した生活を営めるように地域の見守り体制を整えます。





## ○ 認知症の人の看護

認知症の症状を理解したうえで心身の健康状態を観察し、服薬を調整したり、周囲とのコミュニケーションがスムーズにいくよう援助します。家族や訪問介護員、主治医と協働してケアを行い、その人らしい生き方ができるよう支援します。

## ○ 精神障がい者の看護

精神障がいでは、コミュニケーションに障がいがある場合が多いため、自分の生活や将来などを主体的に語る機会をつくり援助します。心身の健康状態を観察し、服薬の管理、治療の継続、生活リズムの調整、必要なサービスの活用（デイケアなど）を、訪問介護員と協働して支援します。

## ○ エンドオブライフケア

最期までその人らしい尊厳のある療養生活を送ることができるよう、本人や家族の思いにそって援助します。苦痛や倦怠感<sup>けんたいかん</sup>などを緩和するための看護や医療処置、精神的な支援を行います。

医師や訪問介護員などと連携し、本人と家族を支えます。また、緊急時の対応や看取りにかかわる支援を行うとともに、遺族の精神的な支援も行います。

## ○ 在宅移行支援（外泊中の訪問看護など）

訪問看護師が病院などに直接出向き、入院先の医師や看護師などと連携しながら、退院後の在宅療養の準備・指導を行います。入院中の患者が退院に向けて一時的に外泊した場合も、訪問看護を行います。

また、医療器具を使用している方、がん末期や神経難病の方など、退院当日に自宅でのケアが必要な場合は、訪問看護師が自宅を訪問してケアを行うことができます。訪問看護を希望する方は、病院の相談窓口に申し込んでください。病院側で訪問看護が必要と判断した場合は、患者の同意を得て訪問看護ステーションに連絡します。

### 認知症の症状

#### ● 中核症状

● 記憶障がい  
新しいことを覚えられなくなったり、以前のことを思い出せなくなる

● 見当識障がい  
日付や時間、自分がいる場所がわからなくなる

● 実行機能障がい  
手順がわからなくなったり、計画を立てられなくなる

● 異常行動  
周囲が理解できない行動をとる

そのほか、2つのことを同時にできなくなる、食事や着替えなど日常生活を送るための基本的な動作ができなくなる、会話ができなくなるなど、症状は多岐にわたります。

#### ● 周辺症状

ものを盗られたなどの妄想、徘徊、意欲低下、不安による身体の不調、暴言、暴力など

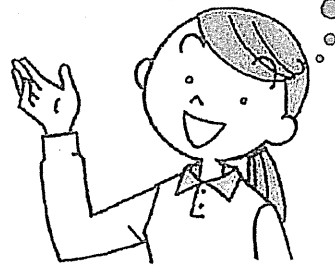
## こんなときは「訪問看護」を利用しましょう！

「訪問看護」を利用することによって、在宅療養に関する心配や不安が軽減するだけでなく、病状の悪化を防ぐことができます。「こんなことを相談してもいいのかしら」と思うようなことでも、まずは相談してみましょう。

### たとえば……

- 家族は、本当に介護ができるのかな？
- 退院してから容態が急変したらどうするの？
- 間違えずにちゃんと薬が飲めるかな？
- 日常生活はちゃんとできるのかな？
- 再入院することになったら、どうすればいいの？
- ちゃんと通院できるのかな？
- 転んだらどうしよう？
- ひとりでも自宅でリハビリできるのかな？
- 家で最期を迎えられるかしら？
- 療養生活を考えると不安だらけで、どうしたらいいの？

こんな心配や不安があるときは、訪問看護ステーションなどにお気軽にご相談ください。



### 訪問看護師の声

病院と違って訪問看護では、本人や家族の希望にそった看護ができ、大きな力になれることに魅力を感じて訪問看護師になりました。

最近、私自身が利用者から優しさをいただいたり、生き方を教わったりして、それが「元気」のもとになっていることに気づきました。子育て中ですが、訪問看護ステーションの仲間が助けてくれるので、家庭と訪問看護を両立できます。

## 5

### 訪問看護を提供する事業所は？

#### ●訪問看護ステーション

都道府県知事の指定を受け、訪問看護を専門に行う事業所です。

#### ●医療機関（病院・診療所）

病院や診療所内に「訪問看護部門」を設け、退院時に在宅療養が必要な方、病院や診療所に通院したり、訪問診療・往診を受ける方に訪問看護を行っています。

#### ●地域密着型サービス

##### ●定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所

24時間対応の訪問や相談を行う介護と訪問看護の一体型サービスです。

##### ●複合型サービス事業所

小規模多機能型居宅介護と訪問看護のサービスです。

#### ●民間企業などが行う訪問看護サービス

民間企業と利用者との契約で行われる訪問看護サービスです。保険給付ではない料金体系で、特殊なケアやオリジナルのサービス内容があります。

## 6

### 訪問看護は、保険の種類によって利用方法が違うの？

訪問看護は、本人の保険の種類によって介護保険または医療保険制度で利用できます。どちらの場合も訪問看護の利用に際し、主治医の「訪問看護指示書（病院・診療所の訪問看護の場合は指示でよく文書は不要）」が必要です。看護師などが住まいを訪問して、サービスの説明を行い、療養状況などを判断して、看護内容や必要回数、利用料などを相談したうえで訪問看護が開始されます。

また、他の訪問看護ステーションと組み合わせることもできます。曜日や時間などの要望を伝えて訪問看護の利用を相談します（それぞれの保険による利用法は、16ページより。入院中からの利用手続きは18ページ）。



#### ケアマネジャーの声

在宅医療は、ますます増えています。特別訪問看護指示期間や、がん末期などは訪問看護が医療保険で提供されます。保健・医療・看護・介護・福祉をトータルにケアマネジメントできるよう訪問看護師さんと密接に連携していきたいと思います。

## ○訪問看護ステーション

訪問看護ステーションは、医療法人、社会福祉法人、医師会や看護協会、市区町村、NPO法人、営利法人などが都道府県知事の指定を受けて、介護保険法の指定居宅サービス事業者（指定介護予防サービス事業者）となり、訪問看護ステーションを開設します。

訪問看護ステーションは2.5人以上の看護職員配置が基準。保健師または看護師が管理者として訪問看護事業を適切に管理しながら訪問看護を行います（健康保険法の指定事業所の場合は助産師も管理者になれます）。

訪問看護師の多くは病院の看護を経験して、都道府県看護協会などが実施する「訪問看護師養成研修」、日本訪問看護財団が提供する「訪問看護eラーニング」などを受け、訪問看護に必要な知識や技術を習得しています。

### ●24時間365日対応

24時間体制をとっている訪問看護ステーションでは、24時間365日、いつでも連絡がとれます。

安心して療養できるよう、必要なときに訪問してくれます。

### ●主治医・介護支援専門員（ケアマネジャー）などとの連携

主治医の治療方針やケアマネジャーのプランに沿って、他のサービスとも連携し、必要な看護を提供します。

※居宅介護支援事業所を併設している訪問看護ステーションもあります。

### ●訪問看護ステーションの詳しい情報を集めるには

- 地域の訪問看護ステーション（電話や訪問して相談しましょう）
- 病院の医療相談室（地域医療連携室など名称は病院によって様々）
- 市区町村役所（介護保険課や医療担当課など）
- 保健所、保健センター
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター
- インターネット、地域の情報誌など

