

(老人)訪問看護ステーション

管理者の手引き

改訂版

山口県・山口県訪問看護ステーション協議会

目 次

目 次

I 訪問看護ステーションとは	
1. 目 的	1
2. 方 針	1
3. 開設のための具体的な準備	2
II 訪問看護ステーション管理者の要件	
1. 法的要件	20
2. リーダーとしての要件	20
3. 現職における位置づけとその責任	25
III 訪問看護ステーションの運営	
1. 運営管理とは	26
2. 基本方針について	26
3. 具体的な方法	26
4. 命令系統と意志伝達	27
5. 業務内容	31
IV 経 営 管 理	
1. 訪問看護ステーション会計・経営の特質	32
2. 経理の実際	32
3. 収支予測及び戦略	38
V 看護サービスの管理	
1. 訪問看護サービスの展開	41
2. 訪 問	43
3. 看護計画の指導	44
4. カンファレンス	44
5. 看護記録の点検と管理	44
6. 報告と連絡	44
7. 利用者の環境整備	47
8. 他機関との連携	48
VI 管理者の業務の実際	
1. 職員の管理	55
2. 会 議	60
3. 物品の管理	60
4. 職員の教育	61
5. 事故防止および事故発生時対策	62
6. 管理者の法的責任	65
7. 自己評価表	65

参 考 資 料

1. 訪問看護ステーションとは

1. 目的

指定老人訪問看護事業及び指定訪問看護事業の適正な運営及び利用者等に対する適切な指定老人訪問看護及び指定訪問看護の提供を確保するとともに、在宅における療養生活を支援し、その心身機能の維持回復を目指し生活の向上に努めるとともに、市及び他の保健医療又は福祉サービスを提供する者と密接な連携を保ち、かつ地域に貢献することを目的とする。

2. 方針

いま、在宅医療が注目されるようになり、様々な在宅支援事業が整備されつつある。このような背景として、1つの事業では在宅医療を支えることは、容易でないということがある。

例えば訪問看護では、スタッフの数の限界や訪問回数と1回の訪問時間に制限がある為、その利用者に対して十分な看護、介護サービスを提供できないというのが現実である。

そこで、訪問看護ステーションが利用者に対して、より良いサービスの提供を行うには、地域内の様々な在宅支援サービスとの連携を進め、地域ケアの一環としてのサービスを提供していくシステムを構築していかなければならない。

すなわち、地域医療（医療、保健、福祉、民間事業者）の中で、コーディネーター的役割を果たすことが重要である。

また医療、保健、福祉の大変革が進められつつある現在、訪問看護師も自らが質の向上を目標とした支援サービスを提供する必要がある。

- 老人訪問看護制度は、在宅の寝たきりの老人等に対して老人訪問看護ステーションから看護師等を訪問させて看護サービスを提供し、老人訪問看護ステーションに老人看護療養費を支給することとして、老人保健法等の一部を改正する法律（平成3年法律第89号）によって創設され、平成4年4月1日から実施される。
- 訪問看護制度は、在宅の難病患者、障害者等の医療者に対して訪問看護ステーションから訪問看護を行うもので、健康保健法等の一部を改正する法律（平成6年法律第56号）によって創設され、平成6年10月1日から実施される。
- 介護保険制度の中の訪問看護は、要介護者に対し訪問看護ステーションから看護師等を訪問させてケアプランの基に看護サービスを提供するもので、介護保険法（平成9年法律第123号）によって創設され平成12年4月1日から実施される。

3. 開設のための具体的な準備

(1) ステーション開設準備委員会の設置

従来の医療機関と異なり、ステーションの管理者には医師はなれない。看護師（または保健師）でなければならない。開設準備の段階から看護師が中心となって進めていくほうが、理想的なステーションができる。その意味から準備委員長は、管理者となる看護師が最適任である。

もちろん、所属機関の協力を得ながら準備を進めていくわけであるから、医師や看護部長、事務長など所属機関の有力メンバーも委員になってもらうことは必要である。一方で、地域の保健師、学識経験者、将来ステーションのスタッフとなる看護師なども、委員として参加してもらうほうが良い場合もある。しかし、あまり頭でっかちなプロジェクトになると、委員会としての活動が鈍り、訪問看護婦の考えが反映されにくくなる恐れもあるので、準備委員を決めることが大変重要なこととなる。

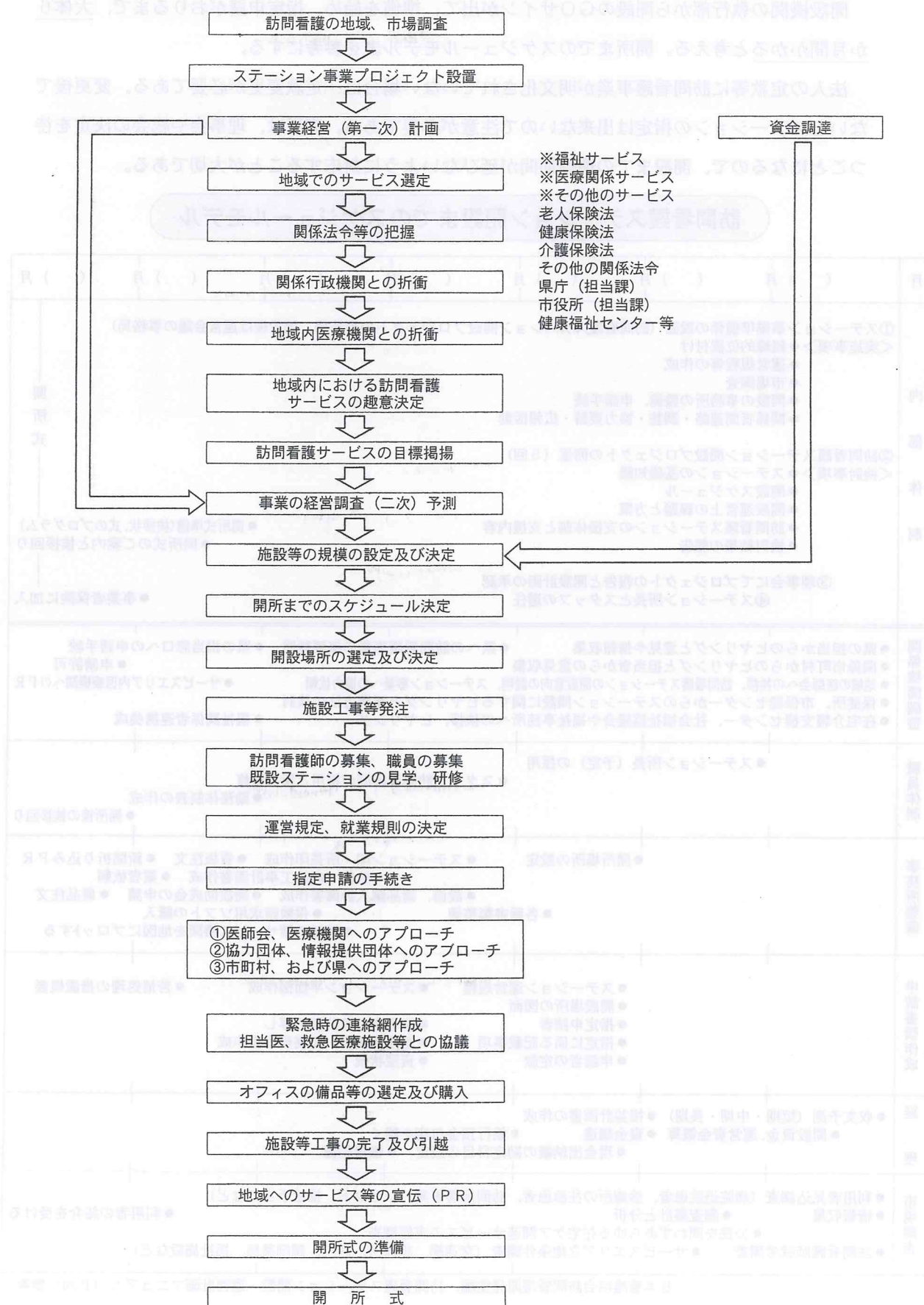
(2) ステーションに関する情報の収集

ステーション開設準備にあたっては、すでに運営しているステーションの活動が最も参考になる。同時に、訪問看護事業についての国や県、市町村の方針を熟知することも大切である。なぜならステーションの活動は、行政の動きによってかなり左右されるからである。

情報収集の方法として以下の方法がある。

- 1) 参考文献を読む
- 2) ステーションを見学する。可能ならば、そこで実習させてもらう。開設時の苦労話、運営のノウハウ、記録類も参考にさせてもらえればベストである。しかし、どこのステーションも多忙を極めているので、その点に配慮し、礼を尽くして依頼することが大切である。電話一本で用を足そうとするようなことはあってはならない。いずれにせよ、協力しあってステーションの活動を広めようとしている同じ仲間であるから、協力を惜しまない。
- 3) ステーションに関するセミナーや勉強会に積極的に参加する。（例：訪問看護師養成講習会）
- 4) 山口県訪問看護ステーション協議会に相談する。
- 5) 厚生省老人保健課訪問看護係、山口県庁の訪問看護事業担当窓口（介護保険室・高齢保健福祉課・医務課）で相談する。
- 6) 全国訪問看護事業協会や日本訪問看護振興財団のような全国組織に加入し、わからないことがあれば相談する。
- 7) 医療圏域の保健所へ相談する。

訪問看護ステーションの設立にあたってのフローチャート



(3) 開設までのスケジュールの立て方

開設機関の執行部から開設のGOサインが出て、準備を始め、指定申請がおりるまで、大体6か月間かかると考える。開所までのスケジュールモデル表を参考にする。

法人の定款等に訪問看護事業が明文化されていない場合は、定款変更が必要である。変更後でないとステーションの指定は出来ないので注意が必要である。変更は、理事会や総会の決定を待つことになるので、開設までの準備期間が延びないように対応することが大切である。

訪問看護ステーション開設までのスケジュールモデル

月	()月	()月	()月	()月	()月	()月	()月
内部体制	①ステーション事業準備係の設置（訪問看護ステーション開設プロジェクトの事務局、開設後は運営会議の事務局） <実施事項> ●組織的位置付け ●運営規程等の作成 ●市場調査 ●開設の事務所の整備、申請手続 ●関係者間連絡・調整・協力要請・広報活動 ②訪問看護ステーション開設プロジェクトの開催（5回） <検討事項> ●ステーションの基礎知識 ●開設スケジュール ●開設運営上の課題と方策 ●訪問看護ステーションの支援体制と支援内容 ●検討結果の報告 ③理事会にてプロジェクトの報告と開設計画の承認 ④ステーション所長とスタッフの選任						開所式
関係機関調整	●県の担当からのヒヤリングと意見や情報収集 ●関係市町村からのヒヤリングと担当者からの意見収集 ●地域の医師会への挨拶、訪問看護ステーションの開設意向の説明、ステーション事業への協力依頼 ●保健所、市保健センターからのステーション開設に関するヒヤリングと連携方法の検討 ●在宅介護支援センター、社会福祉協議会や福祉事務所への挨拶、ヒヤリング						●県への訪問看護事業の概要説明 ●県の担当窓口への申請手続 ●申請許可 ●サービスエリア内医療機関へのPR ●福祉関係者連携養成
職員体制	●ステーション所長（予定）の採用 ●スタッフ訪問看護師の採用と新人研修						●勤務体制表の作成 ●開所後の挨拶回り
事務所整備	●開所場所の設定 ●ステーション印・所長印作成 ●各種書類整備						●看板注文 ●新開折込みPR ●改装・内装工事計画書作成 ●業者依頼 ●設備、備品購入計画書作成 ●開設助成金の申請 ●備品注文 ●保険請求用ソフトの購入 ●地域の諸サービス機関を地図にプロットする
申請書類作成	●ステーション運営規程 ●開設場所の図面 ●指定申請者 ●指定に係る記載事項 ●申請者の定款						●ステーション平面図作成 ●管理者の免許証の写し ●勤務体制表、勤務形態表作成 ●資産状況 ●苦情処理の措置概要
経理	●収支予測（短期・中期・長期） ●開設資金、運営資金概算 ●損益計画書の作成 ●資金調達 ●現金出納帳の勘定科目の設定						●銀行預金口座を開く ●帳簿整備
市場調査	●利用者見込調査（病院退院患者、診療所の往診患者、訪問指導事業、レセプト、福祉手当てなど） ●情報収集 ●調査集計と分析 ●公民を問わずあらゆる在宅ケア関連サービスの実態調査 ●訪問看護師就労調査 ●サービスエリア立地条件調査（交通網、診療所、病院、調剤薬局、福祉施設など）						●利用者の紹介を受ける

日本看護協会訪問看護開発室編、訪問看護ステーション開設・運営計画マニュアル（P30）参考

＜訪問看護ステーション準備係の仕事＞

- ステーションの開設機関の組織に置ける位置づけ、組織図の作成
- 開設に際し、市町村や医師会など関係機関調整、協力・理解を得るための資料作りと、交渉
- ステーションの運営規程・庶務規程・職員規制・職員給与規程の作成
- ステーション運営上の損益計画、終始予測作成、資金調達の計画案を作成
- 訪問看護師の新人研修
- 訪問看護ステーション開設プロジェクトなどの検討資料作成
- 訪問看護ステーション事業者の役割、事務管掌（自分の管轄範囲として責任をもつこと）の整理
- 訪問看護ステーションの決済範囲、事務管掌の整理
- 市場調査と集計・分析
- 事務所の内装や備品購入計画書の作成
- 申請手続
- 開所式の準備、設営
- 各種問題の解決協力
- 関係者間の調整、事業所のオープン後はステーションと開設者とのパイプ役

・日本看護協会訪問看護開発室編、訪問看護ステーション開設・運営計画マニュアル（P26）参考

＜訪問看護ステーション開設プロジェクトの検討事項＞

- | | |
|---|-------|
| ●訪問看護ステーションの基礎知識
（個人的レベルの情報をメンバーが共有化するため） | — 第1回 |
| ●開設機関が訪問看護ステーション事業に参入する意義、メリット | |
| ●先駆的なステーションの実践報告 | |
| ●各関係機関の訪問看護ステーションに対する関心、期待、ヒヤリングの報告 | — 第2回 |
| ●開設までのスケジュールや開設予定地 | |
| ●訪問看護サービスの需要調査案（利用者数の見込み、訪問看護師の確保） | — 第3回 |
| ●市場の情報、調査の結果報告 | |
| ●開設・運営していく上での課題と方策（定款変更、開設資金計画など） | — 第4回 |
| ●訪問看護ステーション事業の支援（訪問看護利用者の紹介、連携の窓口、看護技術のスーパーバイズなど）体制 | |
| ●訪問看護ステーション開設に関する検討結果の報告 | — 第5回 |
- ※最終回は、拡大会議にして、多くの人の理解と協力を得られるようにする。

・日本看護協会訪問看護開発室編、訪問看護ステーション・開設運営計画マニュアル（P27）抜粋

(4) 市町村、県の担当者との相談

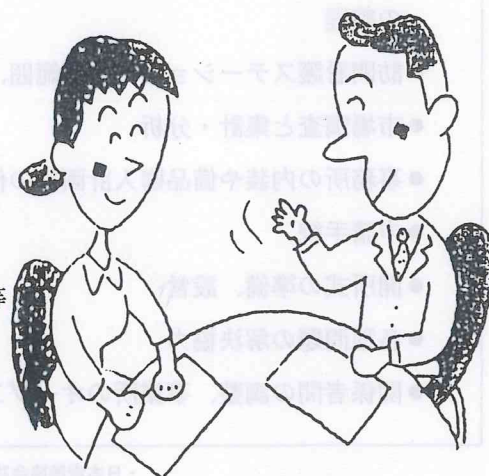
はじめに、組織としての方針が決まった段階で、事業者の代表と訪問看護ステーションの所長になる看護職が市町村の担当者に相談に行く。訪問時間を設定して、担当者を訪ね、ステーション開設の意向を説明し、市町村の意見を聞く必要がある。

また訪問看護事業の理念や運営・経営方針等を示して、市町村との連携（特に老人保健法における訪問指導事業や在宅福祉サービス）についても話し合うことが大切である。

さらに市・町・村の担当者とは、開設計画について話し合い、指定申請や開設時の補助金の申請に着いて必要な情報を収集する。

【話し合いや説明項目の例】

- 事業の理念や運営・経営方針
- ステーションの開設場所、ステーション平面図、備品等
- 事業の規模（職種別従事者数、サービス地域の範囲）
- 利用者の範囲
- 営業曜日・時間
- 利用手続き、契約の方法
- サービス内容、訪問頻度、訪問打ち切りの決定、緊急時対応
- 利用料、その他の利用料（時間外、夜間・休日、などの実費）、訪問にかかる交通費
- 訪問看護ステーションからの情報提供窓口
- 特に、公費負担医療制度の内容と担当部署、訪問看護ステーションが指定機関となるための申請や契約の手続き、訪問看護医療費の請求先、高額医療費制度の利用方法（生活保護を受けている利用者の場合の適用範囲など）
- 利用者の情報管理や守秘義務
- 訪問看護ステーションのPRの依頼（保健師活動の中で、あるいは地区報や市政だよりなどで）
- 当該市の在宅ケアサービス関係者との連携の方法
- 当該市の高齢者サービス調整チームの活動内容と、訪問看護ステーションとの連携の方法
- 当該市だけでなく、周辺市町村からの利用申し込みがあった場合の受け方



(5) 資金集めの方法

1) 開設資金の考え方

新規に事業を開始する場合、設備の購入や事務所の賃借などに要する設備資金と、材料購入や人件費などに要する運転資金が必要になってくる。

訪問看護事業の場合、立地、経営規模等により、開業に要する資金も大きく相違すると思われるが、一般的にサービス業では、設備資金600万円、運転資金300万円、合計900万円程度が必要ともいわれている。

資料によっては570万円程度の費用で済んでいるような例もみられる。(平成7年訪問看護統計調査)が、それは設備・備品関係及び改築費用のみの合計で、経営が軌道に乗るまでの事務所運営資金や人件費など運転資金部分が含まれていないため、実際の必要資金はそれ以上の金額になると想像される。

必要資金額を綿密に見積もり、この資金額をどのように調達するか資金計画をきちんと立てることが肝要である。

2) 資金の調達

訪問看護ステーションの開設にあたっては、社会福祉・医療事業団等からの融資を受けることができます。

また、訪問看護ステーションの開設等にあたり、施設整備・設備整備の費用に係る国庫補助を受けることができます。

① 融資制度

(貸付対象)

訪問看護ステーションの開設にあたって、社会福祉・医療事業団等の融資の対象となるのは、「医療法人」、「社会福祉法人」、「医師又は看護師等を会員とする民法第34条に基づく法人」及び「その他厚生大臣の定める者」となっています。

(貸付金使途及び償還期限)

貸付金の金額及び償還期間は、その使途によって次のとおりそれぞれ分かれています。

- | | | |
|---------------|-------|------------------|
| ① 建築資金(敷金を含む) | 100万円 | 7年以内償還(うち据置1年以内) |
| ② 機械購入資金 | 200万円 | 5年以内償還(うち据置6月以内) |
| ③ 長期運転資金 | 500万円 | 3年以内償還(うち据置6月以内) |

(貸付限度額)

それぞれの使途別に所要資金の80%以内で、合計金額が800万円以内。

(担保及び保証人)

原則として必要です。

(融資の手続)

社会福祉・医療事業団による直接貸付方式または代理店による代理貸付方式となります。

で、事業団本部（東京）又は大阪支店にお問い合わせください。

社会福祉・医療事業団

本 部：医療貸付部融資相談室 〒105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13

（秀和神谷町ビル9階）

TEL (03) 3438-9940（直通）

FAX (03) 3438-0659

大阪支店：融資第一課相談係 〒541-0054 大阪府中央区南本町3-6-14

（イトウビル3階）

TEL (06) 6252-0218（直通）

FAX (06) 6252-0257

② 補助制度

訪問看護ステーションの整備促進を目的として、訪問看護ステーションの施設整備・設備整備に対する補助制度が平成6年10月より実施されています。

補助の申請は、訪問看護ステーションの開設予定地（所在地）である都道府県の施設整備担当窓口で受け付けています。

（国庫補助制度のあらまし）

財 源	国の一般会計「保健衛生施設等施設・設備整備費」
交付対象者	地方公共団体、公益法人等（営利法人を除く）
補 助 率	1/2
交 付 対 象 事 業	施設整備及び設備整備の各事業ごとに補助の対象経費が50万円以上のもの（対象経費の支出予定額と基準額を比較して、少ない額の1/2とする） ●施設整備事業（自己所有の建物で施設面積が20㎡（内法）以上のものに限る） ＜対象経費＞ ステーションの新設に伴う建物の新築、改築、増築、改修に必要な工事費と工事事務費（工事費の2.6％に相当）及び既存建物の買収に必要な費用 ＜基準額＞ 都道府県別基準単価×施設の面積（42.78㎡を超える場合は42.78㎡とする。特別豪雪地域は、1.08倍を乗じた面積とする）を乗じて得た額 ●設備整備事業（備品の単価が20,000円以上のものに限る） ＜対象経費＞ ステーションの新設に伴う備品等（消耗品は除く）の整備に必要な備品購入費 ＜基準額＞ 3,000,000円

※備品の例として、訪問専用車、事務机、ファックス、パソコン、高圧滅菌器、洗濯機、テレビ、電話など

(6) 訪問看護職員を募集

1) 訪問看護ステーションの所長（管理者）

十分な在宅看護の知識と技術のうえに管理能力を持ち、社会に通用する人材を管理者として確保することが大切である。

保健師でも看護師でも資格は問わないが、ただ看護サービスそのものだけに価値観を置く人では困る。医療機関と在宅の場の違いを十分見極め、対外的な交渉力と経営感覚のある人材がのぞましい。

訪問看護師養成研修会を終了しており、その上での経験は最低でも3年以上必要である。

2) 訪問看護師

訪問看護師の募集の前に、採用規程や賃金、勤務時間と形態、福利厚生、通勤手当、ユニホームのことなどの規程の整備がされていることが重要であり、これらの条件がきちんとしているところが職場として選ばれる。

次に、訪問看護事業計画や損益計画などを踏まえて、どのような訪問看護師に、どんな勤務方法で、何人くらい来てもらいたいかを考える。

スタッフの募集は、訪問看護師養成研修会修了者であることがのぞましく、ただ、研修を終了していても、ただちに実践部隊として活動できるとは限らない。人それぞれに受けた教育、経験を積んだところなどまちまちであり、各人の家庭の事情もあるので、勤務形態もパート雇用か常勤職員かの選択をする必要がある。

さらに質的な向上と定着を図るために、ステーションで働いてもらうと決まってからも研修の場を設ける必要がある。1人1人の訪問看護師が一定レベル以上のサービスを提供できるようにマニュアルを作成したり、ベテランと同行訪問したり、ケースカンファレンスを活用して教育する必要がある。特に、利用者から苦情が出ることのないように新任者の研修がとても大切である。

求められる資質

訪問看護師に求められるケア技能

- (1) 最新の知識・技術をもって看護を提供できること
- (2) 確実にアセスメントでき、ケアプランが立案できること
- (3) 医師をはじめとする各職種とチームをうまく組むことができ、看護師としての意見が伝えられること
- (4) 看護師としての限界を知っていること
- (5) 利用者、家族の生活や価値観を尊重しつつ、客観的にニーズが捉えられることができること
- (6) 自分の提供した看護に対して評価ができること

訪問看護師の資質

- (1) 人間に関心があり、感性が豊かであること

- (2) 丁寧な対応ができること
- (3) コミュニケーションづくりが得意であること
- (4) 時間を守ること

馬庭恭子、訪問看護ステーションの現状と課題、看護、VOL. 49, NO.8, p102~107, 1997

＜スタッフが望ましいと考える訪問看護師の条件＞

山口県訪問看護ステーション協議会による調査結果から（平成8年7月）

① 人間性・性格 (57)

(人)

- ・ 思いやりがある (11)
- ・ 多くの人と良い係わりが持てる (9)
- ・ 責任感が強い (6)
- ・ 健康で明るい性格 (5)
- ・ 利用者から信頼される (5)
- ・ 共感的（利用者を受け入れる）態度で接することができる (4)
- ・ 柔軟性がある (4)
- ・ 豊かな人間性 (3)
- ・ 円満な人格・包容力がある (2)
- ・ 人間が好きである (2)
- ・ 利用者だけでなく家族を含めて、広い視野で看護ができる (2)
- ・ 利用者の話を聞いてあげたり、会話に苦痛を感じない (2)
- ・ 笑顔 (2)

② 健康体力 (17)

(人)

- ・ 健康である (11)
- ・ 元気で体力がある (2)
- ・ 体力・忍耐力がある (4)

③ 職務能力・一般的能力 (49)

(人)

- ・一般的能力 (49)
- ・家庭で、利用者のニーズに合った看護ができる (7)
- ・豊かな知識・経験がある (6)
- ・確かな知識・技術がある (5)
- ・看護技術 (計画・実施・評価) が十分である (3)
- ・臨床実験がある程度ある (4)
- ・正しい医療・看護の知識を持つ (3)
- ・判断力がある (12)
- ・観察力がある (5)
- ・応用力がある (4)

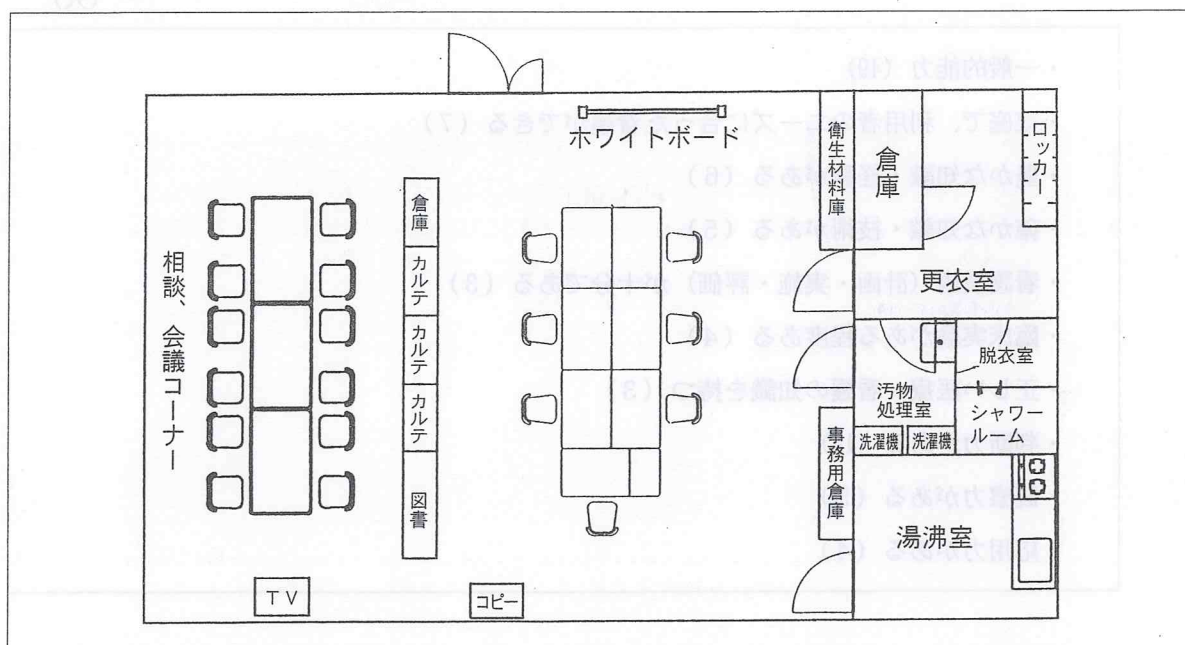
(7) 訪問看護ステーションのオフィスに必要なもの

管理者と常勤訪問看護師が中心となって、訪問看護ステーション準備係と連絡をとりながら、訪問看護ステーション事業の開設、運営をするための具体的な準備をする。

準備事項

- オフィス整備 (内装、電話、ファックス付設、手洗いやシャワー・洗濯室、看板、金庫の購入)
- 事務・PRに必要なものの整備 (記録・帳票類の整備、所長印、事業所印、銀行通帳、名刺、サービス案内パンフ、新聞折り込みPRパンフなど)
- 訪問看護サービスに必要な備品の整備
- 訪問看護ステーションのサービスフローチャートの作成 (具体的な機関名が入ったもの)
- サービスエリアの関連機関をプロットした地図の作成 (交通網、診療所、病院、薬剤薬局、福祉施設、民間介護サービス機関、介護用品売場など)

<訪問看護ステーション事務室>



<訪問看護ステーションの備品>

備 品 名	備 品 名
スチール棚	冷凍冷蔵庫
事務用机	掃除機
事務用椅子	ガスレンジ
ロッカー (4人用)	食器棚
面談用テーブル	食器類
面談用椅子	下駄箱
パソコン	傘立て
パルスオキシメーター	電気ポット
オートクレーブ (小型)	全自動洗濯機
シーラー	訪問看護カバン
電話 (FAX付)	訪問看護用品一式
コピー機	血圧計 体温計その他
携帯TEL	聴診器 爪切り
訪問車	散髪一式
自転車	スキカル はさみ
ファイルキャビネット	ケーブル CV
ホワイトボード	洗髪一式
エアコン	洗髪機 簡易シャワー
金庫	ユニホーム
時計 (壁掛けタイプ)	入浴介助エプロン
電卓	関連図書
文房具類	テレビ (ビデオ付)
	車椅子
	シャワーチェア

<訪問カバンの中味> ……例：山口県訪問看護ステーション協議会による調査から抜粋

物 品 名	物 品 名	物 品 名
身分証明書	爪切り	ディスポ手袋
血圧計	爪切り鉗子	滅菌手袋
聴診器	ニッパー	ディスポマスク
体温計	毛抜き	予防衣
ペンライト	耳用せつ子	速効性消毒薬
メジャー（ものさし含む）	耳かき	手洗い用タオル石鹸
ストップウォッチ	ベットブラシ	手洗いバケツ
時計	室温計	指頭消毒器
血糖測定器	湯温計	アルコール綿
舌圧子	ドライシャンプー	除菌ぬれタオル
	ドライヤー	清浄綿
	散髪道具	手拭き
セツ子	沐浴剤	ティッシュ
はさみ	かみそり	ビニール・ごみ袋
クーパー	ひげそり	ビニール敷物
コッヘル	T字かみそり	ぬれガーゼ
外科用はさみ	シェービングクリーム	ガーゼ（滅菌含）
眼科剪刀	清拭タオル	紙ガーゼ
バルーン	洗浄ボトル	包帯
ハルンバック	陰部洗浄器	絆創膏
処置用トイレ	油性マジック	ソックス
注射器・針	カットバン	綿球
真空採血用具	患者チャート	綿棒
駆血帯	スケジュール帳	イソジン液線球
浣腸	利用者関係者一覧	ヒビテン消毒液
排尿カップ	領収書	ヒビテン綿球
フラットバン	テレホンカード	生食
カテーテルチップ	お金（釣り銭電話）	アルコールガーゼ
音楽テープ	ポケベル	
音楽テープ	電卓	
	料金表	
	検査正常値一覧	
	パンフレット	
	印鑑	
	名刺	
	筆記用具	
	メモ紙	

(8) 訪問看護事業者の指定

訪問看護事業は、基準を満たしたものとして指定を受けた事業者が行うことができる。

指定には都道府県知事による居宅サービス事業者（訪問看護）としての指定（介護保険）と、地方社会保険事務局長による訪問看護事業者としての指定（健康保険）とがあるが、2つの事業を行う事業者は居宅サービス事業者（訪問看護）としての指定を受けるとみなし規定により訪問看護事業者としての指定を受けることとなる。

なお、居宅サービス事業者（訪問看護）のみの指定を受ける場合には「別段の申出」を地方社会保険事務局長に行う。

1) 介護保険法・健康保険法に基づく指定

訪問看護ステーションには、介護保険法に基づく指定と健康保険法に基づく指定がある。両者の違いは表1のとおりであるが、介護保険法の指定を受けたものは、事業者が別段の中^{出^{※1}}をしない限り健康保険法の指定訪問看護事業者とみなされる。

表1（介護保険法による指定・健康保険法による指定）

	介護保険法	健康保険法
指定の申請先 (指定を行う者)	都道府県知事	地方社会保険事務局長
指定の内容（名称）	指定居宅サービス事業者	指定訪問看護事業者
担当できる訪問看護等	要介護者・要支援者に対する指定訪問看護を行い、介護給付費（訪問看護費）の支払いを受けられる	・老人医療対象者（要介護者等を除く）に対する指定老人訪問看護を行い、老人保健法から老人訪問看護療養費の支払いを受けられる。 ・要介護者等・老人医療対象者以外の者に対する指定訪問看護を行い、健康保険法等から訪問看護療養費の支払いを受けられる
備考	介護保険法に基づく指定を受けた場合は、健康保険法に基づく指定も同時に受けたものとみなされる	

注1) 介護保険法の指定を受けた場合は自動的に健康保険法の訪問看護事業者の指定を受ける仕組みになっている。

したがって、実態的には介護保険法に基づく指定だけですべての訪問看護が担当できる。

2) 指定申請の手続き

訪問看護ステーションの指定のための申請を行う場合は、以下の書類を整えて事業所の所在地を所管する県健康福祉センター保健福祉企画室に提出する。

<ステーションの指定申請>

①指定申請を作成する

②必要書類の作成を行う

ステーションの指定に際しては、指定申請書に併せて以下の書類の添付が義務づけられており、ステーション独自のものを作成する。

ア. 定款・寄付行為

指定の前に、定款・寄付行為の変更を行うことが必要です。

イ. 謄本

法人の代表者を確認するためのもので、指定申請の直近時のものを用意する。

ウ. ステーションの平面図、設備、備品等の概要を記録した書類

ステーション内のレイアウトと、ステーションに設置する設備・備品等をすべて記入した書類を作成すること

エ. 管理者の免許証の写し

オ. 運営規程

訪問看護ステーションの事業運営についての重要事項を定めた規定である。規定に必ず明記しなければならない項目は、以下のとおり。

1. 事業の目的および運営の方針
2. 職員の職種、員数および職務内容
3. 営業日および営業時間
4. 指定老人訪問看護（指定訪問看護）
5. 緊急時等における対応方法
6. 利用料に関する事項
7. 事故・苦情に関する事項
8. その他の訪問看護ステーションの運営に関する重要事項

カ. 職員の勤務体制・勤務形態

管理者を含むスタッフ全員の勤務体制、勤務形態である。

ク. 当該申請に係る事業に係る資産の状況

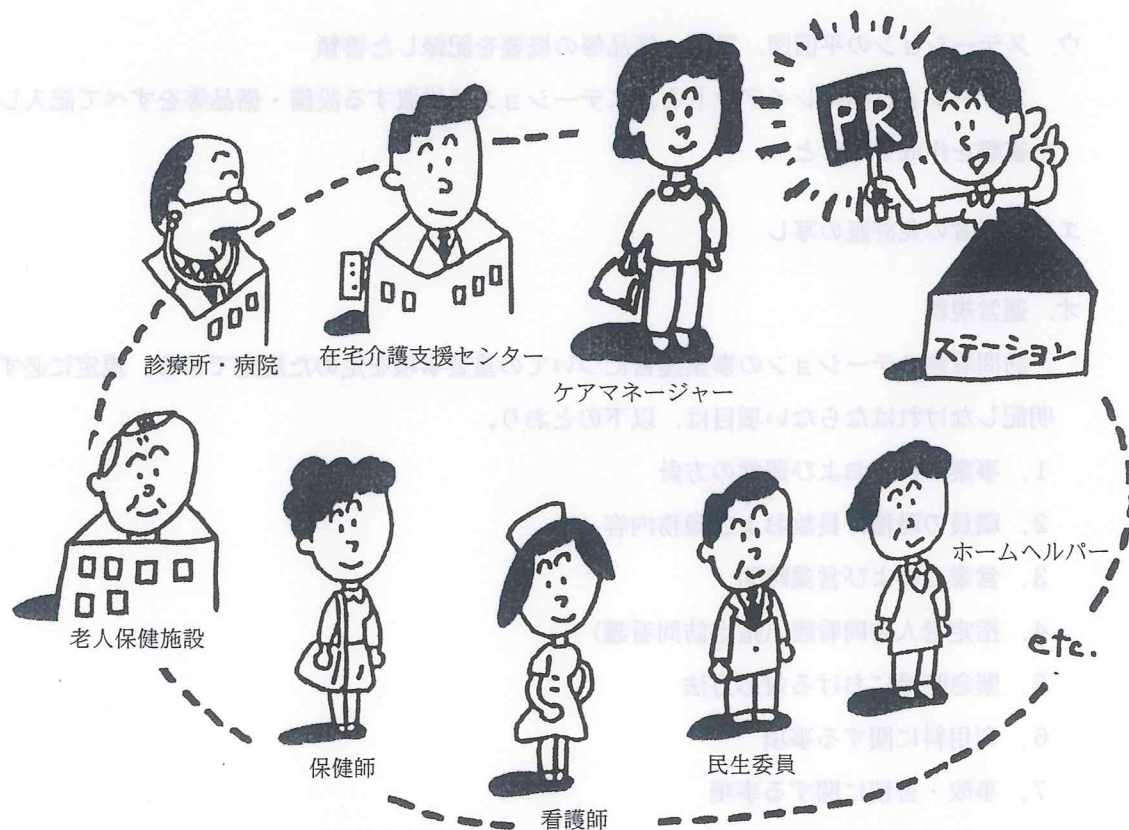
(9) サービスのPRの方法

開設に際し、訪問看護ステーションのPRは、まず、ケアマネジャーをはじめとし個別に関係者に説明してまわることが顔見知りとなり、事業の発展につながる。マスコミ・テレビ・新聞・雑誌に紹介してもらう方法も大きな力となる。

また、地域ケアを考えるさまざまな集会の講師を担当したり、出席して発言の機会を得、周知を図ったり、医師会報や市の広報紙に掲載してもらうことも必要である。

一人一人の利用者に満足のいく訪問看護サービスを提供し、そこからの口コミの広がりが、大変効果的である。主治医の先生をはじめ、家族・親戚・知人に活用してもらえれば、確実に利用者は増える。

- ・営業日と営業時間
- ・サービス内容
- ・利用者の内容
- ・ステーションの名称・場所・電話
- ・勤務する看護師の名前・経歴
- ・スタッフ数



1) これまでに実際行なわれたPR活動

① 利用者などの口コミ

訪問依頼のあったケースに、「どこでこのステーションのことをお知らせになりましたか」と尋ねると、「そちらでお世話になっている〇〇さんに聞きました」とか「ヘルパーさんが、前にいた利用者の「ところでいい訪問看護師さんが来ていた、と言って紹介してくれました」などのように、口コミで訪問看護サービスが広まっていったと思われるケースが非常に多くあった。質の高い、利用者サイドに立ったサービスを提供することが、何よりも効果的なPRであることを実感した。

② テレビ・新聞・雑誌での紹介

さすがにマスコミの力はすごいということを何度も痛感させられたケースもある。テレビでほんの数分取り上げられただけでも問い合わせがきたり、新聞社に問い合わせで電話番号を聞いたとあって訪問依頼があったりした。小さな番組や記事でも、その波及効果は大きい。個々のステーションのPRだけでなく、訪問看護事業に対する理解を深めてもらうという点でも、良いPR手段である。こうしたPR方法を一般に「パブリシティ」と呼ぶが、この方法は、費用がかからないという点でも有効な方法といえよう。

しかし、注意しなければならないのは、こちらの意図したことが曲げて伝えられることがある点で、一度マスコミに取り上げられると、それを訂正するのはかなり難しいということである。したがって、取材に応じるためには、番組のプロデューサーや記者と良く話し合い、正確に取り上げてもらえるような入念な準備が必要である。しかし、そのために費やす時間と労力は大きく、また、訪問現場の取材などは、利用者や家族、主治医など、周辺の関係者の了承を得ることや、プライバシーを厳守することにも格段の配慮が必要である。

③ 講師やシンポジストとしての発言の機会

訪問看護ステーションは新しい事業であり、在宅ケアの一つの目玉とされているので、公演会や介護教室、シンポジウムに講師として参加を求められることも多い。こうした場合は看護師という職種では不慣れであり、できれば辞退したいという気持ち強いのが率直なところであろう。しかし、公の場所で自分たちの活動を伝え、知ってもらうことはステーションにとってのPRになると考え、積極的に参加した方がよい。想像以上に大きな反響が期待できる。

④ ケアマネージャー・医療・福祉機関の在宅ケア担当者へのPR

居宅介護支援事業所のケアマネージャーや、病院の医療ソーシャルワーカー、看護師、老人保健施設の相談指導員、市町村の保健師、デイ・ケア担当者、在宅介護支援センターの職員、社会福祉協議会の担当者などにパンフレットを持参して、訪問看護ステーションのサービスについて説明する。

⑤ 開所式でのPR

お金とエネルギーをこの開所式に使うのであれば、招待客を選び、単にセレモニーとして

の式典だけでなく講演会も企画し、PRの絶好の機会としてとらえる。派手な開所式よりも、ステーションの姿勢を広くアピールすることが、信頼につながることになる。

⑥ ニュースレターによるPR

ステーションによっては、定期的にニュースを発行しているところもある。その内容は、スタッフの紹介、利用者からの投稿や、利用者が療養生活を続けるなかで詠んだ俳句や和歌のほか、地域の福祉サービスの紹介、在宅ケアの動向などさまざまな内容が盛り込まれているようである。ほとんどがスタッフの手作りだが、温かさの伝わるものが多い。このニュースの配布先を広げていくことで、PRの範囲も拡大し、また、浸透していくことになる。

(10) 医師会、医療機関への働きかけ

訪問看護事業は医師の指示書に基づいたサービスの提供であるため、かかりつけの医師の指示書が必要である。地域の医師会との良好な協力関係を築くことが不可欠である。訪問看護ステーションのサービスの方針と特性がよく分かるパンフレットを作成して、訪問看護の理解を得られるようにすることが必要である。

【医師会、医療機関との話し合いで依頼したいこと、確認したいことの例】

- 医師会に訪問看護ステーションの担当窓口を設置してもらうこと（必要時に他科を紹介、往診医を確保・紹介してもらうため、解決困難な問題の相談）
- 急変時の場合の訪問看護の処置範囲や役割分担と医師の対応、受け入れ病院の確保
- 終末期の対応方法、訪問看護師との役割分担
- 呼吸、排泄、栄養などに関してチューブ類の力を借りて生活している入の、器具器材類の処方（支給）、看護師が行う医療処置の範囲、管理内容の確認
- 必要な場合の連絡の仕方（双方に都合のよい連絡時間・曜日の取り決めなど）
- 訪問看護指示書の交付、記入項目
- 訪問看護計画書・報告書の受理
- 訪問看護ステーションを医師会報等で会員に周知してもらうこと
- 在宅看護の質を高めるための研修等の講師依頼
- 指示書に感染症の有無を明記してもらうことなど

(1) 居宅サービス関係機関との連絡

- 当該地域の在宅ケア関係機関には全て訪問して、必ず訪問看護ステーション開設の意向を伝え、サービスに関することを説明する。
- 訪問看護事業者は、訪問看護を提供するに当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める
- 訪問看護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治の医師及び居宅介護支援事業者に対する情報の提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

II. 訪問看護ステーション管理者の要件

1. 法的要件

(1) 訪問看護ステーションの常勤のものであること。

(2) 原則として保健師か看護師であること。

準看護師や理学療法士、作業療法士は、原則として、管理者にはなれない。ただし、管理者の長期の病気休暇や出張等のやむを得ない事由があり都道府県知事の承認を受けた場合は、保健師や看護師以外の者を管理者とすることができる。この場合においても指定訪問看護事業者は可能な限り速やかに常勤の保健師、看護師の管理者が確保されるように勤めること。

なお、事務職員は、いかなる場合も管理者にはなれない。また、次のような保健師や看護師は、管理者にはなれない。

1) 保健師看護師助産師法の規定によって、保健師や看護師の業務の停止を命じられ、業務停止の期間終了後2年を経過していない者

(3) 十分な在宅看護の知識や技術のうえに管理能力を持っていること

2. リーダーとしての要件

(1) リーダーシップが取れる。

スタッフに集団としての目的・目標をはっきり示し、その目指す方向に向かって集団として活動が円滑に行われるための、いわゆるチームワークを育て、職場における志気を高めることのできる者。

(2) 人間を理解する能力

利用者個人個人を理解する能力を持ち、さらにスタッフの各人についても、それぞれ個人を理解する能力がなければならない。

(3) 職務に意欲的である。

指導者とは常にグループの先頭に立って導くものと言う自覚が必要である。管理者はその業務を、目標に向かって常に意欲的に実施していくことが肝要である。

また専門職としての看護について、スタッフを指導できる能力を要望される。

(4) 教育的な資質がある。

指導するということは教育訓練すること、他の能力を伸ばすために必要な援助を与えるということである。管理者は日常業務の中で、スタッフに適切な指導訓練を与える人でなければならない。

(5) 公正な判断力

チームワークを育てるためにはまず管理者がスタッフに対して公平に接することが大切である。

管理者は、自分と相違する意見を持つ人に対しても寛容に受け入れる態度が必要である。相手の言葉を傾聴し、自己を客観的に見ることに心がけ、自分の意見に常に弾力性を持たせることか

管理者はそのチームワークの鍵をにぎる人である。感情に走らないで冷静に人に接することができないといけない。

管理者は責任者としての自覚に徹する人でなければならない。業務上に生じた行き届きない点については、自分の責任であるとの態度を持ちいたずらに責任を他に転嫁するような態度をとってはならない。

仕事に厳しく立ち向かうことは大切であるが、人間的な暖かみを失い、ただ単に管理を徹底させようとの一方的な熱意のみであってはならない。人間としての幅は、他を受け入れる方法にもあらわれやすい。他との連絡協調なしには、業務の運営は成り立たないということをわきまえ、他部門との関連においても相手の立場を考え、円滑な協調関係を保つような人柄と努力が必要とされる。

- 経営管理の理念を持つ
- 財務、会計管理をする
- 収入、支出を予測し、経営が安定する事業展開をする。

- 法的責任を知る
- 自事業所用のリスクマネジメントシステムを作る

- 利用者および関係者からのクレームに対し素早く誠意を持って対処・謝罪する
- クレームやアクシデントに対し適切な助言、支援をする
- 今後の防止策を検討する

● クレームやアクシデントに対し適切な助言、支援をする	
● 今後の防止策を検討する	
※ ヒヤリ、ハット報告書 資料参照	

ケアリスクマネジメントの手順（清崎由美子講義資料引用）

<1>経営者による導入決定

経営者自身が経営の問題として、介護関連サービス事業の事故防止を中心としたケアリスクマネジメント活動を開始する旨の意志決定を実施し、従業員に周知徹底することが必要です。

<2>ケアリスクマネジメント委員会の発足

体制作りを支援します

事業者内の全般的な問題点を把握するためにも、またその改善策を講じるためにも、組織的な委員会を設けて対応する必要があります。この委員会は、ケアリスクマネジメント活動の中核であり、機能するかどうか、ケアリスクマネジメントの成否につながると言えます。

(1) ケアリスクマネジメント委員会の立ち上げ

①ケアリスクマネジメント委員会の運用規定の作成

ケアリスクマネジメント委員会の位置付けを示すために必要となります。

貴会のご協力が必要です

②インシデント&アクシデント報告書様式の作成

MRMの報告書をベースに貴会のサービスの実態に応じた様式とすることが必要です。

③周知徹底（啓発セミナーの実施）

円滑な運営のために、導入時の周知徹底が必要です。啓発セミナーの実施は、ケアリスクマネジメントの意義や目的を従業員に理解していただくのに効果的です。

(2) インシデント&アクシデント報告制度の導入・展開

①ケアリスクマネジメント委員会におけるケース分析・予防策の検討

日常現場での“ひやり”・“はっと”し、死亡・重傷・重体の可能性があったもの（インシデント）や、実際に事故につながったもの（アクシデント）のデータを収集し、発生原因となる恐れがある背景要因を洗い出し、分析・評価をして対策を検討します。

インシデント&アクシデント報告制度を導入することにより、事故防止に対する意識高揚や事業者内での情報共有が図られます。

②集積ケースの統計的分析

統計的分析を行い、貴会の傾向を把握することにより、効果的な対策を講じることにつながります。

(3) システムの見直し

ケアリスクマネジメント展開スケジュール

	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
導入決定	■						
CRM委員会の立ち上げ	■						
①CRM委員会運用規定作成		■					
②インシデント&アクシデント報告書様式の作成		■					
③周知徹底（啓発セミナーの実施）		▶					
インシデント&アクシデント報告制度の導入・展開			■	■	■	■	■
①CRM委員会によるケース分析・予防策の検討				▶	▶	▶	▶
②集積ケースの統計的分析						■	

※CRM：ケアリスクマネジメント

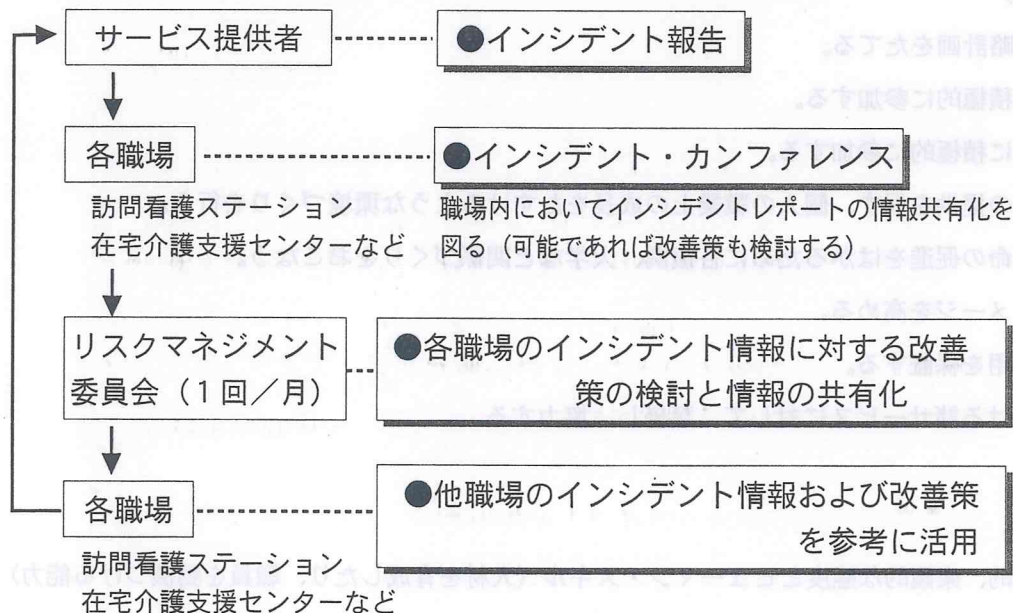
組織的なリスクマネジメント活動

日常業務の延長線上の取り組みとすべき

- 事故防止のための組織体制の構築
 - ・リスクマネジメント委員会（チーム）の設置
- サービス提供者の事故防止に対する認識の共有化
 - ・管理者による啓蒙教育
- 事故の予防に視点をおいた取り組み
 - ・インシデントレポート制度を活用した予防策の検討
- 事故発生後の適切な対応

訪問看護・在宅介護サービスにおける

インシデントレポートを活用した予防策の検討



<訪問看護ステーションの管理者としての役割>

YMCA訪問看護ステーション・ピース 所長 馬庭 恭子（平成9年2月9日 講演から）

<組織>

- ①現行の組織において、権限と伝達ラインと示した組織計画がある。
- ②組織の使命、理念、目標を述べた書面がある。
- ③組織には書面になった方策と手順があり、すべての職員に対し、各自が任じられた責任を果たす納得のいく方法が示されている。
- ④利用者ケアのアセスメントと文書化を容易にする情報システムがある。
- ⑤組織には市場分析、企画中のプログラム、財政資源に言及した戦略計画がある。
- ⑥組織の臨床面と管理面から、質の保証を測ることができる。
- ⑦組織の長は在宅看護の教育を受けた看護職である。
- ⑧あらゆる事例において、利用者サービスは教育をうけた看護職が指揮する。

<実践過程>

- ①組織の理念と目標を定める。
- ②人事方策をたてる。
- ③利用者に対するケアのアセスメント、文書化するための情報システムをたてる。
- ④予算をたてる。
- ⑤組織の長期戦略計画をたてる。
- ⑥地域の組織に積極的に参加する。
- ⑦看護職の組織に積極的に参加する。
- ⑧質の高いケアの提供を促す、個人の職業上の成長をたすけるような環境づくりを行う。
- ⑨共同研究、任命の促進をはかるために各機関、大学など関係づくりをおこなう。
- ⑩看護の職業イメージを高める。
- ⑪有資格者の雇用を保証する。
- ⑫地域社会における諸サービスに対して、評価し、協力する。

<基本姿勢>

- ①肯定的、積極的、楽観的な態度とヒューマン・スキル（人材を育成したり、職員を動機づける能力）とコンセプチュアル・スキル（全体の方向を決定する能力）の発揮
- ②発想の転換・・・「いかに働かせるか」ではなく「楽しく働いてもらうために、何をするか」

3. 組織における位置づけとその責任

(1) 組織と責任

訪問看護とは「対象者が在宅で主体性をもって健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようになることを目指し、訪問看護従事者によって、健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、健康の保持、増進、回復をはかり、あるいは疾病や障害による影響を最小限にとどめる。また、安らかな終末を過ごすことができるように支援する。そのために具体的な看護を提供したり指導をして健康や療養生活上の種々の相談にも応じ、必要な資源の導入・調整をする。」であり、福祉、保健、医療を統合したサービスが提供できる点では、在宅ケアの中核的役割が期待され、また期待に応えられるサービスとなりうるか、看護職の力量が問われている。

(2) 管理者の職責

管理者は事業者の命を受けて、職務内容について決定し実施するが、専決した事項については設置者の後閲を受けることになる。

<内容>

- ・事業計画・収支計画作成、実施・監督、実施報告
- ・勤務体制の整備及び職員の業務分担の決定・勤務表作成
- ・職員の時間外勤務、休日出勤、夜間勤務の命令
- ・研修命令及び復命の受理
- ・有給休暇、欠勤の承認
- ・利用者獲得と維持、苦情処理
- ・諸記録、業務マニュアルの管理
- ・スタッフ教育に関すること
- ・学生指導に関すること
- ・訪問看護サービス提供機関として、地域における関係機関との連絡調整
- ・緊急時に関すること
- ・その他通知・報告・照会等の回答及び文書等提出

Ⅲ. 訪問看護ステーションの運営

1. 運営管理とは

運営管理とはアドミニストレーション (administration) の訳語であり、運営・監督支配といった意味がある。

すなわち独立した組織でヒト・モノ・金を管理し運営することが求められ、何かを管理するために、計画し、組織し、命令（指揮）し、調整し、統制することである。

“組織を動かす原財”

組織には「共通の目的」「貢献（協働意志）」「コミュニケーション」いう3要素が不可欠である。つまり共通目的が明らかで、共に働き組織に貢献しようと言う意志を固め、コミュニケーションのスムーズである組織は良い仕事ができることになる。

2. 基本方針について

事業をスムーズに運営していくために「このようにしたい」という方針をステーションに掲げることが必要である。

3. 具体的な方法

(1) 共通目的を設定

- ①「訪問回数を〇〇以上にしよう」とか経営安定につながる目的設定。
- ②看護のレベルアップのための目的設定。例えば、選ばれるステーションに慣れる質の良い看護の提供。

(2) 協働意志の確保

職員全員が毎日、協働意志を持ちつづけることは大変大切であるが、よほど気にかけていないと難しい事である。

疲労や慣れ、些細な行き違いなどが積み重ねられ、“自分の仕事だけすれば良い”と思うようになりがちで、ミーティングの時などに“皆さん宜しくお願いします”とか“皆さんで考えましょう”といった発言は協働意志を確認することになる。

会議や日常の業務上の会話のたびに協働意志を確保するための配慮が必要である。

(3) コミュニケーションシステムの維持

ミーティング、事業計画化会議、研修教育、職員間のレクリエーション、文書様式や重要決定事項の文書化による確認システム、職員間の連絡方法などあらゆることがコミュニケーションシステムであり、そのシステムを維持したり不都合な部分は改善する。

(4) 運営規定に基づいた重要事項の作成

事業の適正な運営及び利用者等に対する適切な訪問看護の提供を確保するためにステーション毎に、訪問看護事業の運営に関する重要事項の規定を要する。

《重要事項説明書の内容》

- ① 事業の目的・運営の方針
- ② 職員の職種・員数・職務内容
- ③ 営業日・営業時間
- ④ 訪問看護の提供方法・内容
- ⑤ 緊急時等における対応方法
- ⑥ 事故発生時の対応方法・災害時の対応方法
- ⑦ 苦情処理について
- ⑧ 利用料に関する事項
- ⑨ 秘密保持について
- ⑩ その他訪問看護ステーションの運営に関する重要事項、業務手順

(5) その他

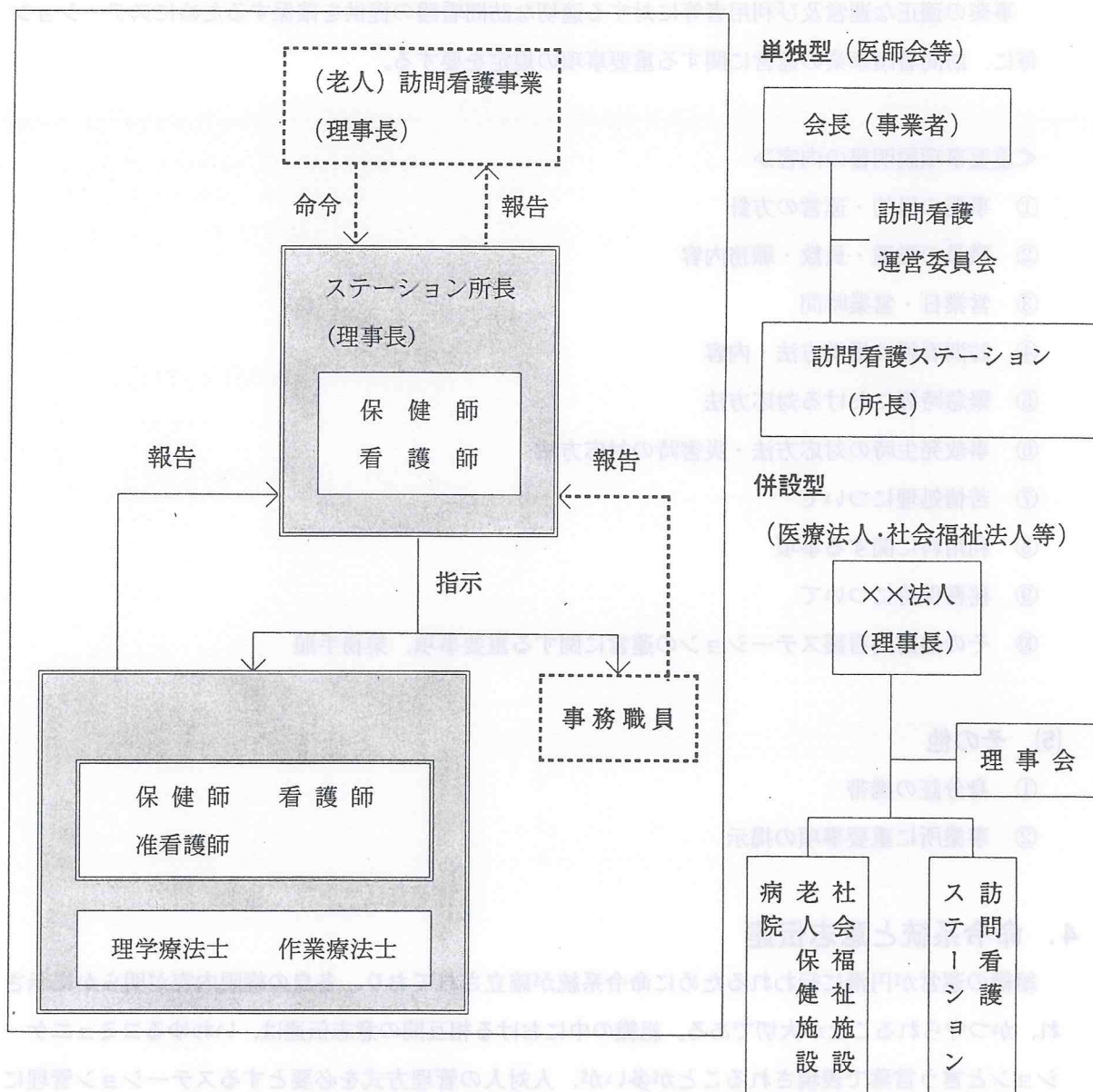
- ① 身分証の携帯
- ② 事業所に重要事項の掲示

4. 命令系統と意志伝達

組織の運営が円滑に行われるために命令系統が確立されており、各自の権限内容が明らかに示され、かつ守られることが大切である。組織の中における相互間の意志伝達は、いわゆるコミュニケーションと言う言葉で表現されることが多いが、人対人の管理方式を必要とするステーション管理においては、このコミュニケーションを重要視しなければならない。

コミュニケーションの方法としては、命令伝達の他に報告、連絡、文書回覧、話し合い、会議・面談・意見調査、検討会・研究会などがあるが、直接業務上のコミュニケーションでないものとして、レクリエーションクラブ活動などがあり、これもインフォーマルな関係においてお互いを理解する上に役立つものである。

命令系統に関する関係図



(1) 指示と命令

指示とは、上司が部下に仕事を割り当て、仕事を実施、実行するようにしむけることであり、スタッフを動機づけ、自ら自分のやるべき仕事を実行するようにしむけることである。

1) 的確な指示をする

① 指示は簡潔明解に正確に伝える

何を、なぜ、だれが、いつまでに、どこで、どのように、どれだけするのか、 5W2Hの要領で、正確に分かりやすく伝える。

その後、十分に伝わったか、理解できているかを確認する。質問を受けたり、質問をしたり、意見を述べさせたり、フィードバックしたりするなど配慮する。

② なぜ行うのか、目的を理解し、納得できるようにする

「これは病院の命令だから」「看護部長の命令だから」というのではなく、なぜ行うのかの、「なぜ」に関する情報をできるだけ多くスタッフに提供し、周囲の状況が自分に何を求めているのかを、スタッフ自ら理解できるようにすることが大切である。さらに、スタッフの疑問をきちんと受けとめ、訴えに耳を傾け、相手のいいたいことをフィードバックして確かめるなど、対話的コミュニケーションにより、スタッフが納得して行動に移せるようにすることも大切である。

2) 状況による指示の出し方

指示の出し方は当然その時の状況によって変わるが、判断する材料は以下のようなものである。

① スタッフサイドの諸条件

能力、性格、年齢、仕事の忙しさの度合いなど、スタッフ側の条件がまず基本となる。

② 指示する仕事の性質

指示する仕事の分量、緊急度、優先度、複雑さなど。

③ 職場の精神風土

職場風土やチームワーク、志気なども成果に大きな影響を与える。

④ 上司の事情

管理者がその仕事をどこまで直接指導し、支援・助力ができるか、その程度などを知らなければならぬ。

上記の状況を判断して、タイミングの良い指示をすることが大切である。つまり、スタッフの能力により、細かい指示をするが、方針のみ指示してあとはスタッフの創意工夫に期待するほうがよいかを判断する。また、口頭による指示にするのか、文書にするのか、それとも両方を併用する指示がよいかなどを判断するのである。

指示には、強制・命令型、依頼型、相談型、募集型、示唆型、暗示型、とも呼ばれるようなタイプに別れるが、これらの使い分けをして効果的に指示を出す。

3) 報告を正しく受ける

① 報告のしかた、結果の確認のしかたを決めておく

指示の出し方を変えるときはいつかを判断する状況を考慮して、いつ、どんな点に付いて報告すべきかをスタッフに理解させておく。

② 始めから終わりまでよく聞く

事実と意見を分けて聞くと共に、最後に報告の要点をまとめて確認する。

③ 評価をし、必要に応じて指導する。

仕事をしたことに対して評価し、ねぎらう。同時に、報告内容、報告のしかたなど、必要

に応じて、注意したり指導をする。

4) 動機づけ

「動機づけ要因」としてF. ハーツバーグは以下の6つをあげている。

- ① 達成：仕事をなしとげた満足感、達成感。
- ② 承認：仕事ぶりを公正に評価し認められる。
- ③ 責任：仕事をまかされる。
- ④ 仕事そのものへの興味
- ⑤ 成長の可能性
- ⑥ 昇進

意欲をひき出すには、上記以外にも管理者が部下の仕事に関心をもって、仕事で困っているときに、サポートをしてくれる、タイミングよく励ましてくれるなども大切になる。また、職場の雰囲気、人間関係も意欲に大きく影響をおよぼす。

明るく、活気があって、安心していいことが自由に発言できる職場。若い人の意見にも十分耳を傾け、新しいことに取り組み、改革していこうという気風のある職場。

人間関係については、上司と部下との関係、スタッフ同士の関係がよくないときはやる気をそがれる。

スタッフのなかでも、自己中心的な者、反抗的な感じの者、肌が合わない者、自分に甘く、他人にきびしい者など、人間関係がよくない者に対しては、管理者が意識的に近づき、タイミングよく本人に気づかせるようにかかわり、スタッフ同士の人間関係を少しでもよくするように努めることが大切である。

さらに職場環境も意欲に大きく影響する。職場の設備、機器の充実もさることながら、各専門職がお互いの立場を尊重し、患者にとって最もよい医療が実施できるように専門の力を発揮できる職場環境にする。看護職にとっては、看護の専門性を発揮できる職場になるよう管理者が中心になって環境を整える。

管理者は部下を動機づけるとき注意しなければならないことは、スタッフの個人差があること、個人の状況、つまり健康状態などにより差がでてくることである。部下の状態を注意して観察し、そのときの状況に合った動機づけをして、意欲をおこさせることが大切である。

5. 業務内容

(1) 訪問看護ステーションの管理者

管理者が事業者の命を受けて、決定し実施するが、専決した事項については、理事長の後閲を受けることになる。

<内容>

- 事業計画・収支計画作成、実施・監督、実施報告
- 勤務体制の整備及び職員の業務分担の決定・勤務表作成
- 職員の時間外勤務、休日出勤、夜間勤務の命令
- 有給休暇、欠勤の承認
- 利用者獲得と維持、苦情処理
- 諸記録、業務マニュアルの管理
- 訪問看護療養費・利用料等の請求及び受領
- 物品の衛生管理
- 訪問看護婦の業務に関する指導・監督、研修企画、健康管理、人事考課、職員採用に関すること
- スタッフ教育と学生指導に関すること
- 訪問看護サービスの提供者として、地域における関係機関との連携・調整
- 緊急時対応に関すること
- その他通知・報告・照会等の回答及び文書等提出

(2) 訪問看護担当職員

- 訪問看護の実施（看護計画の作成と実施、報告書の作成）
- 看護記録、報告
- 担当利用者についての主治医連絡及び居宅介護支援専門員、保健師、理学療法士、作業療法士、ホームヘルパー等関係者との連絡
- その他上司の指示を受けて受理する

(3) 事務職員

- 諸規定、文書に関すること
- 経理に関すること
- 物品の購入手続き・購入、営繕、医療廃棄物処理など
- 印鑑等の管理に関すること
- 管理者が事故等で決済できない場合の代決及び、代決した事務の後閲を受ける
- その他上司の指示を受けて受理する、担当事務・業務

IV. 経営管理

1. 訪問看護ステーション会計・経営の特質

- (1) ステーション事業として、独立した会計単位で事業を行わなければならない。

運営基準の第24条

「指定（老人）訪問看護事業者は、（老人）訪問看護ステーションごとに経理を区分すると共に、指定（老人）訪問看護の事業の会計と病院・老人保健施設または社会福祉施設等の会計とを区分しなければならない。」

- (2) 会計経理規則を定めるに当たっては、「指定（老人）訪問看護の事業の会計・経理準則」にしたがうものとする。そして、事業会計・経理は、すべての取引につき正規の簿記（複式簿記）の原則にしたがって正確な会計帳簿を作成しなければならない。

2. 経理の実際

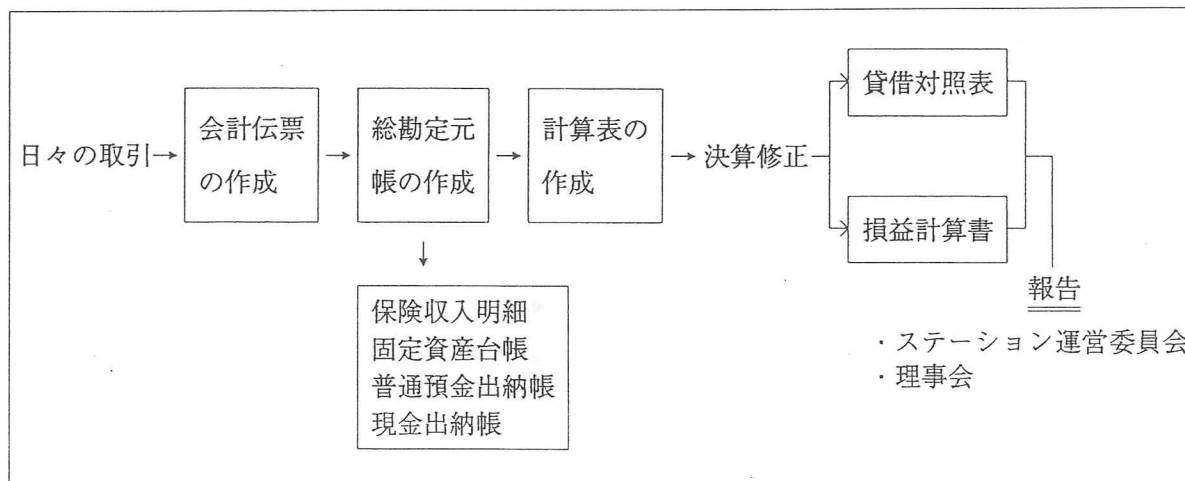
(1) 経理とは

経理とは「経営管理」の略です。経理の目的は、ステーションの業務に伴う取引を処理し、財政状態及び経営成績を明確にし、経営管理に役立たせる事にある。

訪問看護ステーションは独立した一つの企業であり、企業での社長であるステーションの管理者は、自分で経営しているという自覚を持ち、積極的に経理に関する知識を身につけ、計画的・効果的に事業を進める責任がある。

(2) 経理の流れ

会計作業は日々取引の記録から始まり、期末には貸借対照表及び損益計算書を作成して終了する。



1) 会計伝票の作成

日々の取引を借方・貸方に仕訳し記入する。

この場合、必ず借方・貸方の合計は同じでなければならない。

2) 総勘定元帳及び補助簿の作成

会計伝票の勘定科目ごとに総勘定元帳に転記する。

(会計伝票から総勘定元帳への転記ミスを防ぐために3枚複写式の伝票を用いれば会計伝票と総勘定元帳を同時に作成することができる。)

総勘定元帳を補助する帳簿として

- ・現金出納長
- ・普通預金出納長
- ・固定資産台帳
- ・保険収入明細

があり、これらの補助簿は経理上の重要な科目についてより詳細な取引を記録した帳簿である。

※財務諸表の勘定科目は「会計・経理準則」の別表第1による

3) 試算表の作成

総勘定元帳から導かれる全勘定科目を集計した表で、毎月作成するのが原則

この場合にも、必ず貸方・借方の合計は同じとなる。

4) 貸借対照表(B/S)及び損益計算書(P/L)の作成

試算表の科目をそれぞれ貸借対照表・損益計算書に転記する。

決算においては、修正すべき事項(減価償却費等)を加算・減算する。

※財務諸表の様式は「会計・経理準則」の別表第2による

(3) 会計記録について

- ・損益計算書
- ・貸借対照表
- ・利益処分計算書(損失処理計算書)
- ・付属明細表

①会計・経理に関する記録は完結の日から3年間備えておく(通知・老健35)

※商法上では10年整理保存されなければならない。

②会計記録の正確性・信頼性を検証し、ステーションの財産を保護することを目的として会計監査等の内部牽制制度が必要。

③証憑書類(領収書・納品書・見積書・契約書等取引の発生を証明し、内容を示す証拠となるもの)は、種類別・日付順に整理しなければならない。(会計伝票裏に貼って整理する方法もある)冠婚葬祭など社会通念上領収書が入手できないときには、内部で『支払い証明書』を作成

する。

出張等による旅費の精算は『旅費精算書』を使用する。

(4) 金銭会計

①金銭の出納及び保管責任

金銭の出納及び保管責任者は管理者とし、その統括の下で出納責任者が出納を取り扱うものとする。責任者は、日々の出納取引を発生した日ごとに記録し常に実残高を明瞭にしておく事。日々の現金支払いは、定額資金前渡制度をとるとよい。

※定額資金前渡制度とは、小口現金への入金を一定金額とし、残金が少なくなった場合に支出した金額だけを補充する方法をいい、この制度をとれば、現金残高に証憑書類の金額を加えるといつも受入金額と同額となる。

②利用料の徴収について

利用料を徴収する方法として、毎回訪問の都度徴収する方法と一カ月まとめて徴収する方法があるが、それぞれに長所短所があり、ステーションでどちらかの方法をとるか決めるとよい。

- ・ 1回ずつの徴収では毎日の会計処理が繁雑である。
- ・ まとめての徴収方法では、入院や死亡などで訪問中止となった場合、集金の為の訪問（他の手段）が必要となる。
- ・ 1か月間まとめて徴収すると、請求金額が高額となるが、1回ずつ徴収すれば低額となり支払いやすい。
- ・ 自動引き落としによる徴収方法もある。

③領収書の発行について

利用料などの金銭を収納した時は、所定の領収書を発行する。この領収書は2枚複写の様式とし（控えが必要）番号順に使用し、書き損じ・汚染等があった時は、使用した用紙を綴じ込みのまま保存し欠番になった証拠にしておく。

(5) 労務会計

職員に対する支給金については、その支払い基準を人事諸規定（就業規則・給与規定・退職金規定・旅費規定等）の文面によって、明らかにしておくことが必要。

①給与の計算

- ・ 給与の種類は、基本給と諸手当（管理職手当・通勤手当・時間外手当等）からなる。
- ・ 通勤費は、所法9①五、所令20の2により課税されない額が決められている。
- ・ 給与から控除されるもの

②退職金

退職給与引当金として、毎年利益の中から積み立てをしておくこと（目安として1カ月分の給与費の額）

表-1 給与から控除されるもの

	内 容	対象者 (被保険者)	金 額 ・ 負 担 割 合	必要書類・備考
社 会 保 険	健康保険料 事業主は法律によって保険料を納入する義務があり、給与から被保険者負担を控除できる。 ※当月分の給与から前月分の保険料を控除	①常用的使用関係である人 ②パートの場合は、勤務時間・勤務日数でそれぞれ一般社員の4分の3以上である場合。	・標準報酬をもとに、保険料の月額を決定 (事業主1/2 被保険者1/2) ・賞与の場合 健康保険 総支払額の8/1,000 (事業主5/1,000 被保険者3/1,000) 厚生年金 総支払額の10/1,000 (事業主5/1,000 被保険者5/1,000) ※児童手当拠出金も同時に納入(事業主が負担)	「報酬月額算定基礎届」 - 毎年8月提出 「賞与支払い届」 - 5日以内
	介護保険料 医療保険の保険料として一括して徴収 保険料の計算の仕方や額が加入している医療保険によって異なる。	40歳から64歳までの人 パートの場合、扶養になっている人は外く	健康保険加入者は保険料は給料によって異なる。 保険料の半分は事業主が負担。	
労 働 保 険	雇用保険料 雇用保険と労災保険の保険料は、あわせて「労働保険料」となり、事業主が労働者に支払う賃金を基礎として算定する。	①常用的使用関係である人 ②パートは、次のいずれにも該当する場合 ・1週間の所定労働時間が20時間以上 ・反復継続して就労するもの ・年収90万円以上見込まれる者 労働者を雇用するすべての事業主負担	総支給額の11.5/1,000 (事業主 7.5/1,000 被保険者 4.0/1,000) 雇用するすべての労働者に支払う賃金総額の6/1,000 (全額事業主負担)	「労働保険料算定基準賃金等の報告」- 毎年3月
	(労災保険料)			
源 泉 所 得 税	事業所として、給与から所得税を差し引き給与支払い者に代わって税務署に納付する義務あり。		給与所得の源泉徴収税額表 (月額表…所得税法別表第二) 賞与に対する源泉徴収税額の算出率の表 (所得税法別表第四) 12月に年末調整を行う	「給与所得者の扶養控除等(移動)申告書」 「給与所得者の保険料申告書」
市 民 税 ・ 県 民 税	給与支払者が毎月給与等を支払う際に、納税者から市県民税を徴収し、その税額を納入する。(特別徴収)		「市民税・県民税特別徴収額の通知書」記入の各納税者の月割額	

表-2 指定訪問看護事業者及び病院・診療所に係る租税特別措置の比較

税 目 及 び 特 例	指定訪問看護事業者		病 院 ・ 診 療 所	
	医 療 課 税	医 療 法 人	医 療 課 税	医 療 法 人
法 人 税				
非課税の特例	○オープン病院を設置していること等の要件を満たす地区医師会については非課税	○オープン病院を設置していること等の要件を満たす地区医師会については非課税	○オープン病院を設置していること等の要件を満たす地区医師会については非課税	○オープン病院を設置していること等の要件を満たす地区医師会については非課税
所得計算の特例	○社会保険診療に要する経費の計算の特例（4段階経費率）	○社会保険診療に要する経費の計算の特例（4段階経費率）	○社会保険診療に要する経費の計算の特例（4段階経費率）	○社会保険診療に要する経費の計算の特例（4段階経費率）
軽減税率 $\left[\begin{array}{l} 37.5\% \\ \Rightarrow 27\% \end{array} \right]$	○特定医療法人については、軽減税率の特例	○特定医療法人については、軽減税率の特例	○特定医療法人については、軽減税率の特例	○上記以外の地区医師会
法 人 税				
非課税の特例	○オープン病院を設置していること等の要件を満たす地区医師会については非課税	○オープン病院を設置していること等の要件を満たす地区医師会については非課税	○オープン病院を設置していること等の要件を満たす地区医師会については非課税	○オープン病院を設置していること等の要件を満たす地区医師会については非課税
課税標準の特例	○指定（老人）訪問看護について支払いを受けた金額は益金に参入せず、また、要した経費については、損金に参入しない。	○指定（老人）訪問看護について支払いを受けた金額は益金に参入せず、また、要した経費については、損金に参入しない。	○指定（老人）訪問看護について支払いを受けた金額は益金に参入せず、また、要した経費については、損金に参入しない。	○指定（老人）訪問看護について支払いを受けた金額は益金に参入せず、また、要した経費については、損金に参入しない。
軽減税率	$\sim 350\text{万円}$ 6% $350\text{万円} \sim$ 8%	$\sim 350\text{万円}$ 6% $350\text{万円} \sim$ 8% $700\text{万円} \sim$ 12%	$\sim 350\text{万円}$ 6% $350\text{万円} \sim$ 8% $700\text{万円} \sim$ 12%	$\sim 350\text{万円}$ 6% $350\text{万円} \sim$ 9% $700\text{万円} \sim$ 12%

3. 収支予測及び戦略

(1) 収益と収入の不一致

訪問看護を提供し翌月看護療養費を請求しても、実際に入金（回収）されるのは翌々月となる。帳簿上（損益計算所）利益があがっていても、実際には資金がない状況が生まれる。したがって、看護師給与や運営費など少なくとも2カ月分の運転資金の準備が必要となる。

(2) 費用と支出の不一致

費用には実際の支出を伴う費用以外に、資金の支出を伴わない費用がある。

その代表的なものが、車両などの固定資産の減価償却である。

減価償却とは、固定資産の取得原価をその資産の使える年数に応じて、少しずつ費用化していくことをいい、毎年決算期により減価償却を行う。

(3) 利益増強法

利益を増やす方法として大きく2つに分かれる。

①収入（売上）を増やす方法

訪問看護ステーションの収入は看護に対する利用料と療養費です。したがって訪問回数を増やせば収益がある。

②経費支出を少なくする方法。

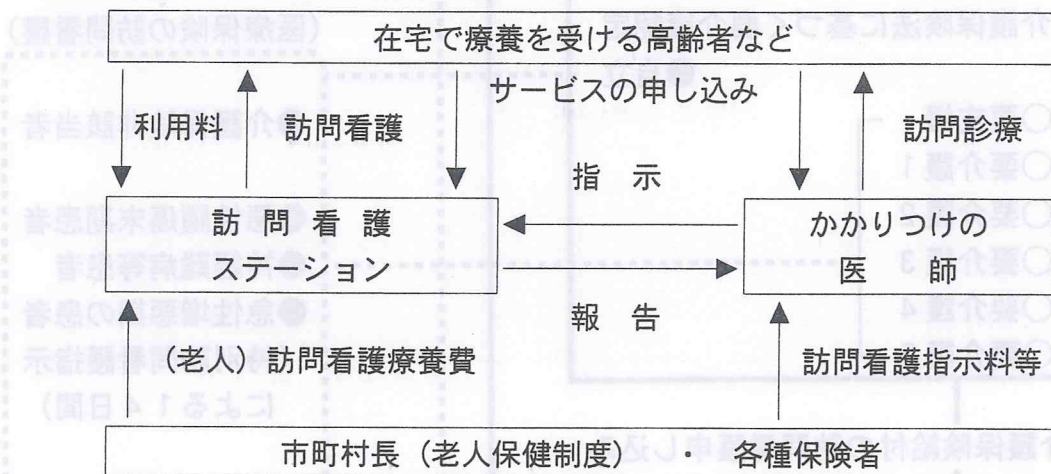
支出の大部分は人件費で占められている。人件費を抑制すれば支出は抑えられるが、優秀な人材確保のためには適正な給与の設定が必要である。できれば、人件費の抑制は避けたい。

質の高い訪問看護の提供が、競争相手に勝つ戦略である。そのためには、看護師の待遇改善を図り、良質な看護師の確保をおこなう。そして、訪問看護師たちがエネルギーを蓄えながら走り続ける環境づくりが、結果的に経営・採算にかえてくる。

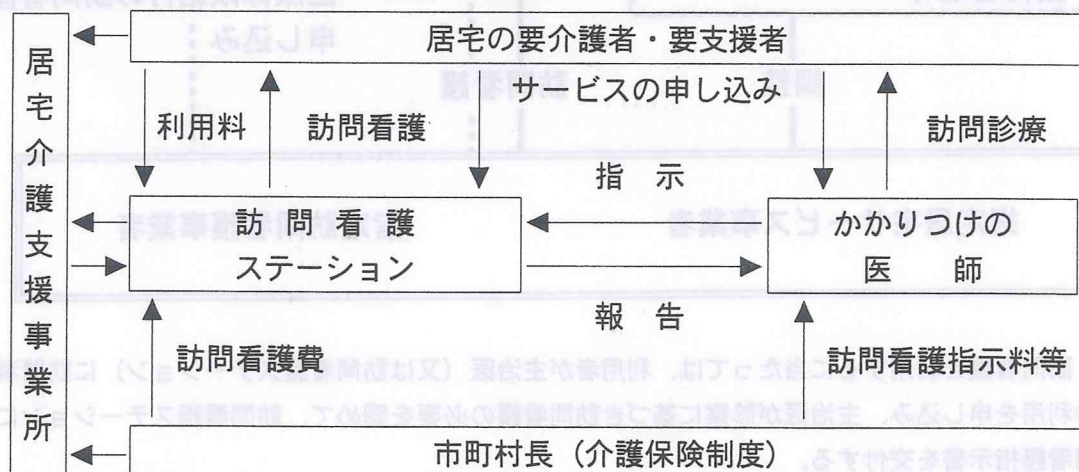
V. 看護サービスの管理

1. 訪問看護サービスの展開

(1) 医療保険による訪問看護制度のしくみ

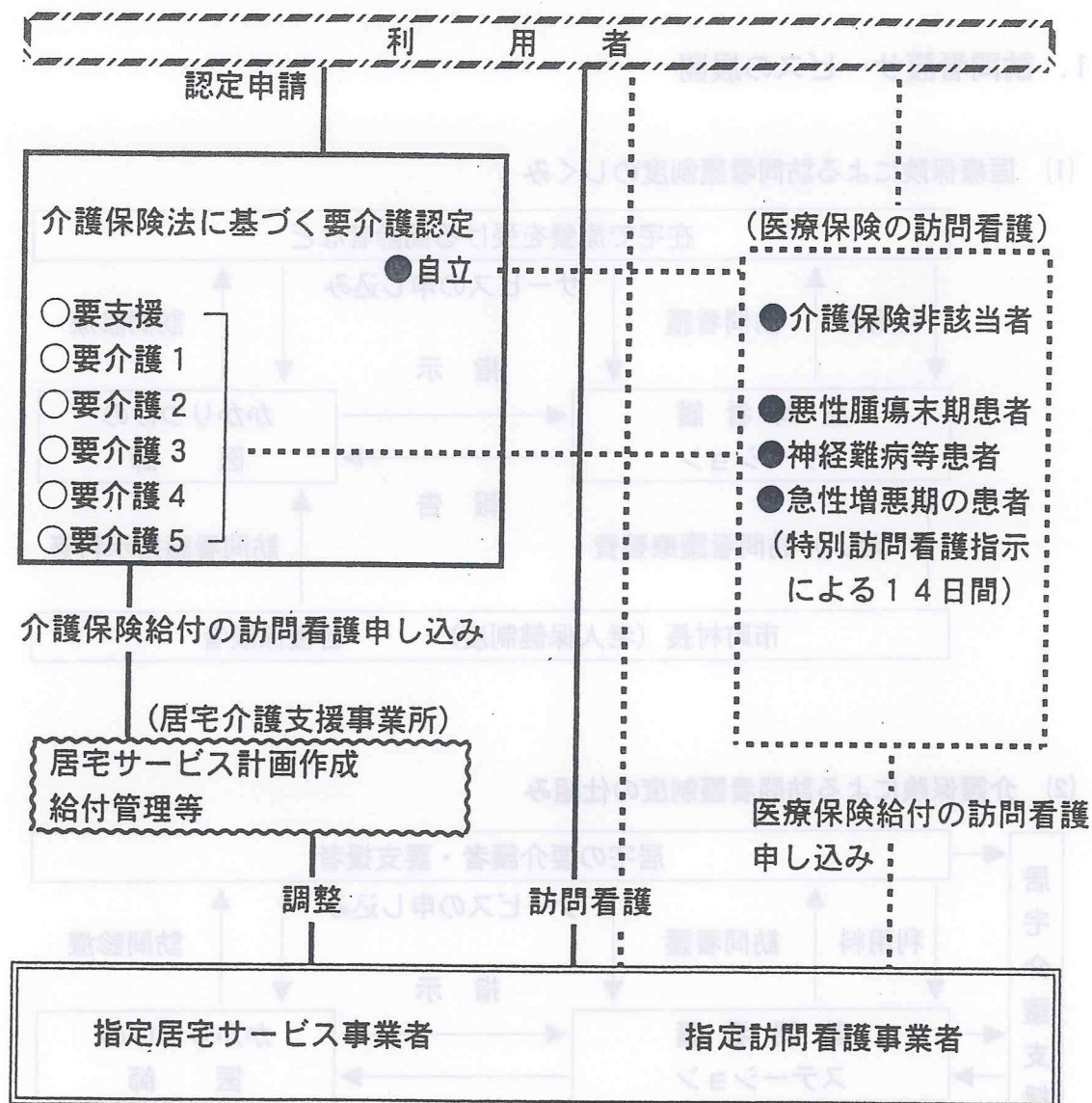


(2) 介護保険による訪問看護制度の仕組み



※ 訪問看護ステーションは、居宅介護支援事業者と連携し、介護支援専門員が立てたケアプランに沿って訪問看護計画を作成する。訪問回数の変更等については、居宅介護支援事業者と連携し調整する。利用者の支給限度額の範囲で訪問看護費が介護保険から支払われる。

(3) 介護保険と医療保険の訪問看護の利用のしくみ



※1 訪問看護を利用するに当たっては、利用者が主治医（又は訪問看護ステーション）に訪問看護の利用を申し込み、主治医が診察に基づき訪問看護の必要を認めて、訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付する。

※2 介護保険から訪問看護の給付を受けるためには、給付管理表に位置づけられる必要がある。

2. 訪問

1) 初回訪問

- ・主治医から指示書を受け管理者と担当訪問看護師は一両日中に訪問する。
- ・情報を出来るだけ多く準備する。
- ・患者家族を含めてお互いの信頼関係を作る。
- ・方針をたて必要なことを相手に知らせる。
- ・重要事項にもとづいた説明を行い、契約書をかわす。

2) 継続訪問

- ・初回の訪問で得た事やその他の情報をもとに看護計画をたて目的をもって訪問する。
- ・前回の訪問で相手がどのように受け止めているかを知り、自分が行った訪問を評価する。
- ・担当患者の看護が継続出来るように援助する。



※単独訪問を主とするがケースによっては同伴訪問することもある。

※訪問が終了ししばらく期間をおき訪問する

この場合軽快、入院、入所、死亡があるが訪問してスタッフの反省資料とする。

●訪問看護のマナー●

- ・服装・身だしなみをきちんとする。決められたユニホームが決まっていなければ清潔で仕事のしやすい、明るくて洗濯しやすいなどを考慮した服装。
- ・挨拶・言葉づかいに気をつける。
- ・各家庭の生活リズムやライフスタイルを尊重して、訪問時間を約束し、約束した時刻に訪問する。
- ・挨拶を終えて家に上がらせていただく、この時、履き物をきちんと揃える。
- ・洗面室に案内してもらい、手持ちの石鹸で十分に手を洗いうがいをする。
- ・使い捨てタオル（ティッシュペーパー）は汚物入れにしまい持ち帰る。
- ・ガウンあるいはエプロンをする。
- ・笑顔でベッドに近づきゆっくりした声で挨拶し、気分や体の調子をうかがう。
- ・利用者とのよい人間関係づくり・信頼関係づくりを第一に考える。
- ・利用者との同じく家族ともよい人間関係づくり・信頼関係を作る。
(家族と話し合う時間をつくる)



3. 看護計画の指導

適切な看護計画が立てられているか指導・援助する。

- 1) 利用者や家族と相談して個別の看護計画が立てられているか。
- 2) 利用者や家族の希望、緊張度、総合的な状況判断がされているか。
- 3) 現状改善や予防の視点から実現可能な目標設定がされているか。
- 4) 家族などの介護能力を評価して実行可能な方法が考えられているか。
- 5) 一回の訪問時間に利用者ニーズにふさわしい看護が計画されているか。
- 6) 必要に応じて看護計画は立て替えられているか。
- 7) ステーション以外の保健医療福祉サービスの利用状況はどうか。
- 8) だれが見てもわかりやすく理解できるか。
- 9) 記録は読みやすく書かれているか。

4. カンファレンス

- 定期的に必ず行うようにする。
- 司会者と記録者をきめ記録をのこす。
- 全員が意見がのべられるよう習慣づける。
- 管理者は助言者として側面から協力する。

5. 看護記録の点検と管理

- 訪問した患者の看護記録は訪問した看護師がその日のうちに書く。
- 時々看護記録を点検し観察事項や表現方法について指導する。
- 看護記録は診療録の一部であり、これを管理するのは管理者である。

6. 報告と連絡

主治医報告書、情報提供書、訪問看護計画書、訪問看護報告書、実績報告書、その他必要に応じて各関係機関へ報告・連絡する。



<記録物一覧>

<頁一第番第>

記 録 物 名	保 存 期 間 (年)
利用者別訪問看護記録（1患者に1ファイル）	2(5)
管理日誌（業務日誌）毎日の実施業務を一枚にまとめる	3
月間勤務予定表&実施記録表	1
週間訪問計画書&実施記録表	1
ステーション業務計画表・年間計画表・月間計画表・週間計画表	1
患者台帳	5
備品台帳（固定資産台帳）	5
保険収入明細	10
普通預金通帳	10
現金出納帳	10
消耗品受け払い簿	1
苦情処理ノート	1
超過勤務控え	1
出張命令及び復命書	1
カンファレンスノート	1

＜報告物一覧＞

名 称	提出先	提出期限	様 式	法的根拠
訪問看護報告書	主 治 医	月 末	参 考 様 式	
訪問看護情報提供書	市 町 村 長	月 末	別紙様式 1	
訪問看護事業変更届	県	変 更 時	参 考 様 式	
訪問看護休止・廃止 再開始届	県	変 更 時	参 考 様 式	
24時間連絡体制加算・重症 者管理加算による届出書 (変更、取り消し)	県	変 更 時		
(老人) 訪問看護基本療養 型 (Ⅱ) による届出書 (変 更、取り消し)	県	変 更 時		
訪問看護実態調査	厚 生 省	6 月 頃		
訪問看護療養費明細書	市 町 村	月 初 め	様 式 第 一	第二条関係
訪問看護療養費明細書	市 町 村	月 初 め	様 式 第 二	第二条関係
訪問看護療養費明細書	市 町 村	月 初 め	様 式 第 三	第二条関係
訪問看護療養費明細書	市 町 村	月 初 め	様 式 第 四	第三条関係
訪問看護療養費明細書	市 町 村	月 初 め	様 式 第 五	第三条関係
訪問看護療養費明細書	市 町 村	月 初 め	様式第六(一)	第二条関係
訪問看護療養費明細書	市 町 村	月 初 め	様式第二(二)	第三条関係
療養費請求書	市 町 村	月 初 め		
特別指示書による (老人) 訪問看護・基本療養費算定 例			参 考 1	
(老人) 訪問看護療養費の 算定例 (看護師の場合)			参 考 1	

7. 利用者の環境整備

居宅介護支援専門員や各関係機関と連絡を取り在宅で療養しやすい環境を作る。

介護保険対象福祉用具一覧

対象品目		機能または構造
貸与（レンタル）対象品	車いす 車いす附属品	次のいずれかに限る ・自走用標準型車いす ・普通型電動車いす ・介助用標準型車いす クッション、電動補助装置等で、車いすと一体的に使用されるものに限る
	特殊寝台	サイドレールが取り付けられているものまたは取付可能なものであって、次のいずれかの機能を有するもの ・背部または脚部の傾斜角度を調整できる機能 ・床板の高さを無段階に調整できる機能
	特殊寝台附属品	マットレス、サイドレール等で、特殊寝台と一体化に使用されるものに限る
	じょくそう予防用具	次のいずれかに該当するものに限る ・送風装置または空気圧調整装置を備えた空気マット ・水等によって減圧による体圧分散効果をもつ全身用のマット
	体位変換器	空気バッド等を身体の下に挿入することにより要介護者等の体位を容易に変換できるもの（体位の保持のみを目的とするものを除く）
	手すり	取付に際し工事を伴わないものに限る
	スロープ	段差解消のためのものであって、取付に際し工事を伴わないものに限る
	歩行器	歩行が困難な者の歩行機能を補う機能を有し、移動時に体重を支える構造を有するものであって、次のいずれかに該当するものに限る。 ・二輪、三輪、四輪のものにあっては、体の前および左右を囲む把手等を有するもの ・四脚を有するものにあつては、上肢で保持して移動させることが可能なもの
	歩行補助杖	松葉づえ、カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチまたは多点杖に限る
	痴呆性老人徘徊感知機器	痴呆性老人が屋外へ出ようとしたとき等、センサーにより感知し、家族および隣人等へ通報するもの
購入対象品	移動用リフト （つり具部分を除く）	床走行式、固定式または据置式であり、かつ、身体をつり上げまたは体重を支える機能を有するものであって、その構造により、自力での移動が困難な者の寝台と車いすとの間等の移動を補助する機能を有するもの（取付けに住宅改造を伴うものは除く）
	腰掛便座	次のいずれかに該当するもの ・和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの ・洋式便器の上に置いて高さを補うもの ・電動式またはスプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの ・ポータブルトイレ（便座、バケツ等からなり、居室において利用可能であるもの）
	特殊尿器	尿が自動的に吸引されるもので老人または介護者が容易に使用し得るもの
	入浴補助用具	入浴に際しての座位の保持、浴槽への出入り等の補助を目的とする用具で、次のいずれかに該当するもの ・入浴用いす・浴槽用手すり・浴槽用いす ・入浴台（浴槽の縁にかけて利用する台で、浴槽への出入りのためのもの） ・浴室内すのこ・浴槽内すのこ
	簡易浴槽	空気式または折りたたみ式等で容易に移動できるものであって、取水または排水のための工事を伴わないもの
	移動用リフトの つり具部分	

8. 他機関との連携

◆より良い連携を保つためのルール

第一は、相手の立場を理解し尊重すること。

第二は、相手の限界と己の限界を十分知っていること。

第三は、1つ1つの行動をおこし実践することで、「人」を知り「仕事」を知って、そして「訪問看護」を知らせていくこと。

(1) 医療機関

1) 病院との連携

①病院という組織の理解

病院はその規模や方針、性格により地域との窓口がちがっている。医療相談室や総合相談室といった窓口を正式に設置しているところはまだ少なく、それぞれの主治医自身が個別的な窓口になっている場合が多いのも実情である。したがって、訪問看護の依頼を受けたら、まず受療中の病院、主治医、病棟名、窓口となる組織、人（職種も）について確認する必要がある。入院中の主治医と外来通院時の主治医が違う場合や看護上の課題も入院中に問題であったことと現在のそれとは異なる場合がある。どこの誰を窓口として今後の連絡や相談を持ち込むか、あるいは今後のスムーズな受療につながるにはどんな方法が効果的かを念頭に置いた初期の対応が大切である。

一方、病院に着いて理解すると同時に大切なことは、医療者側から訪問看護の依頼を受けた場合、かならず患者家族がそのことを十分了解しているか否かを確認する必要がある。とかく大きい病院ほど多種職がかかわっており、医療者側からのみ必要性から訪問看護を勧めている場合があるからである。病院内の方針がどのようなチームメンバーで検討され、誰を窓口として訪問看護につなごうとしているかを確認しながら受け入れ準備を勧める必要がある。

②退院前の病院訪問の必要性

対象者がまだ入院中で、退院後の訪問看護を依頼してきた場合、可能な限り病院訪問を第一歩にする。退院前の病院訪問は、次の点で相互理解を深めるよい機会になる。

- ・患者、家族、主治医、看護師、ケースワーカーなどに面談することにより、病院から地域へ確実な引き継ぎが出来る。
- ・病院は、地域の実情を認識した上で、地域の主治医への連絡・依頼を行うと同時に、病院として今後の受け入れに関わる役割を明確にする。
- ・在宅看護に必要な滅菌消毒器材や機器について、地域の実情に応じた対策を協議し、不十分な体制を相補うことができる。
- ・双方の各職種間で相互理解を深め、今後の退院患者や入院患者についての対応をよりスムーズにする。

③病院と診療所とのパイプ役

在宅療養者の中には病状が悪化し通院困難になってもなお遠い病院にこだわり続ける場合があるが、もし在宅療養者と家族が最後まで在宅療養を望むならば、出来るだけ早期に地域の医師とのよい関係を作っておく必要がある。訪問看護開始の初期に、このことを家族と十分話し合い、通院できる時期から近くの診療所につながるよう病院とのパイプ役を果たすことも役割の1つである。この場合、訪問看護師が常日頃、地域の中で、診療所の医師との間に密接な信頼関係を作る努力をしていることが、このような場合の対応に貴重なちからとなる。

2) 看護職との連携

退院患者の抱える課題は

- ・治療の継続はどんな方法で
- ・緊急時の対応は、どこが、誰が
- ・医療的処置はどこが、誰が
- ・諸物品、機材の滅菌、消毒や入手方法はどこから、どんな方法で
- ・病状観察や看護技術を確かなものにするための、家族指導のあり方は
- ・家族の日常的な介護相談はだれが
- ・居宅介護支援事業所はどこの窓口に
- ・福祉サービスの相談はどこに、誰に
- ・介護環境の整備はどのように、どこの窓口に など、

たくさんの課題を解決するためには、病院と地域の看護職が、意図的に、計画的にきちんと連携することが大切である。

退院前の病院訪問も、これらの課題を解決する有効な手段といえる。訪問看護師は地域の状況や諸条件を分かり易く病院に示し、より良い在宅療養環境を作るために橋梁を得よう努力することが大切である。

<看護職の間で具体的な連携手順>

- ・まず入院中（入院時）の患者・家族教育がきちんとされていることが前提。
- ・退院時（入院時）にサマリーを提供。
- ・退院（入院）に関して相談（受け入れの是非）。
- ・病院訪問、病棟訪問（受入れ姿勢）。
- ・トラブルが発生したときには電話相談、情報提供。
- ・必要に応じて同行訪問。
- ・必要に応じてケースカンファレンスの設定。
- ・文書による定期報告、連絡、終了時連絡。
- ・主治医などとの面談などの取り次ぎや調整を依頼。
- ・介護支援専門員の依頼。



3) 医療ソーシャルワーカー (MSW) との連携

医療ソーシャルワーカー (MSW) は社会福祉学を教育基盤としながら、主として医療分野で働く職種。

新たに国家免許資格になった社会福祉士のような資格免許はないが医療機関に所属しているソーシャルワーカーもしくはケースワーカーを一般的にMSWと称している。

医学や看護学を教育基盤にしてきた看護職にとって、この職種との上手な連携は、在宅療養者の生活という側面を支え、幅広い援助を可能にしてくれる。

現在、日本ではすべての病院にMSWは設置されていない。むしろいない病院のほうが多いとさえいえる。また、組織上の位置づけも、医療相談室、社会福祉相談室などの名称で正式に位置づけられているところは少なく、単に医事課の一事務職が兼務しているところなど実情はさまざまである。

さらに、職務内容 (実際の活動) でも、入退院に関わる重要な関わりを担い、医師や看護部門と調整しながら地域に繋ぐ活動が定着しているところから、単に医療費の公費負担手続きに終始しているところまで差のあることも知っておく必要がある。

いずれにしても、訪問看護師は、在宅療養者の援助にあたってMSWとの積極的な連携により、看護とは異なった視点から判断などを参考にしながら幅広い対象像の把握や対応を試みることが大切である。

<具体的連携内容>

- ・主治医との面談の設定。
- ・病棟看護師との連絡調整。
- ・PT、OTなど他の医療スタッフとの連絡調整。
- ・ケースカンファレンスの設定。
- ・訪問看護師同行受診時の外来との調整。
- ・退院前の準備に必要なスケジュールの調整。
- ・入院、転院に関する相談。
- ・社会、経済的な問題について地域の福祉関係者との調整。等

MSWは、入院から退院に至るまで、患者の医療費問題、療養相談、家族間の調整、社会復帰に向けての援助など幅広い活動を仕事としている。近年、医療依存度の高い患者の在宅療養志向が高まり、また医療機関が早期退院を促す傾向と相まって、今後ますます在宅療養条件の整備が求められる。

訪問看護師は、MSWとのよい連携のもとに、それらの条件づくりを担っていかなければならない。

4) その他の医療スタッフとの連携

①理学療法士（P T）、作業療法士（O T）、言語療法士（S T）との連携

P Tの場合

- イ. かつて一度もリハビリテーションに関する指導を受けたことのない患者が、明らかに間違った判断に基づいて寝たきりになっていたり、廃用性症候群が見られるとき。
 - ロ. 看護判断である程度の移動や運動をさせたいと思っても、長い間寝たきり状態にあったため、機能的にどのレベルまで可能か判断に迷うとき。
 - ハ. ある程度動いているが、より改善の可能性が予測でき、そのための具体的な調練プログラムを示してほしいとき。
 - ニ. 生活環境の改善により、生活活動の変化が予測ができそうなときと介護機器の選定や家屋の改造に助言を必要とするとき。
 - ホ. 補装具が必要または不適切であると思うとき。
 - ヘ. 看護師自身がリハビリテーション看護や技術が未熟で、P Tとの同行訪問により実践を通して学習したいとき。
- このように、訪問看護師の判断だけでなく、他の職種の視点で改善の余地を見いだしたいと思うときなどに、P Tの同行訪問を必要とする。

O Tの場合

- イ. 日常的な家事機能を少しでも可能にするために道具や場の改善、工夫、方法や手順の工夫など、いっしょに考える役割を担ってほしいとき。
- ロ. 痴呆老人やうつ症状を伴う老人の場合、なんらかの手作業、遊び、創作活動などによって少しでも興激を受けたいとき。
- ハ. 訪問看護師が脳の高次機能障害について正しく理解できず、手指の動きなどから障害のレベルを知り、具体的な援助方法を学びたいとき。

S Tの場合

- イ. 担当している患者の言語障害、コミュニケーション障害に着いて、専門家に意見を求める。
- ロ. 構音障害、失語症、痴呆、うつ状態、心因反応、筋萎縮などのどれによるものかわからない複合的な障害を示すものもある。

②歯科医師との連携

口腔ケアは病院では日常的に行なわれているが、在宅ではほとんどの場合、家族は病気や障害トラブルに目を奪われ、手をとられており、食べることすなわち生命の維持に最も密接な口腔内の状態に関心なことが多い。

訪問看護師は、このような家族の気づきにくいケア上の問題を上手に引き出し、日常的に

可能なケア方法を示し助言しなければならない。また口腔内に無関心な結果は、不潔、悪臭だけでなく、炎症、う歯、義歯の不都合などをひきおこしているの、いわゆる清潔ケアだけでは解決できない問題に出会うこともある。このようなとき、歯科医師との連携が有効になる。また、最近では、開業歯科医も往診するところが出てきているので地域の医療機関情報をいち早くキャッチするアンテナの役割も訪問看護師には日常的な仕事と言える。

また自治体では、「在宅歯科訪問診療事業」開始するところが増えてきたので、所属する市町村の保健事業について常に情報を得る努力をすると共に、本事業を実施している地域では、担当所管部との連携を取りながら、この制度を適用させる働きかけが必要である。

はじめての歯科医師訪問時には、できるだけ訪問看護師も同席することがのぞましい。

③栄養士との連携

訪問看護では、保健所もしくは市町村に属する栄養士との連携が主となる。

在宅療養者の食事管理は日常性の中にあつてなかなか困難なものである。とくに治療食を必要とする場合、流動食しか取れない場合、褥創改善が急がれる場合などニーズが非常に高いが、そのことをきちんとチェックすることは一般にはなかなか困難である。

訪問看護師は、家族が可能な方法で、最低3～7日間の食事内容を記録してもらい、栄養士に送付し分析してもらえることで栄養量を確認できる。また、補足すべき食品のヒントや食べやすい調理方法などコメントしてもらったり、必要に応じて栄養士が訪問することにより直接的な助言を受けることもできる。

最近、男性の介護者も増えているので、簡単で便利な調理方法なども実践してもらうのもよい。

訪問看護師は栄養士の指導の必要性があると判断したときには栄養士の所属する機関に率直に相談してみるのが大切である。

(2) 介護支援専門員との連携

介護保険利用者は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携をもつ。

(3) 地域医師会との連携

1) 地域医師会

地域にある診療所や病院との連携・協力なくしては、在宅療養者の保健・医療ニーズに応えることは出来ない。そこ地域医師会との協力体勢が不可欠となる。

地域医師会は行政の健康に関する施策に協力することで地域の福祉に貢献しているといえる。後別的な診療活動のほかに、行政の委託を受け夜間休日診療や訪問看護などに協力しているの、在宅療養者の訪問看護なども、その市町村独自の連携体勢やシステムが出来ている場合がある。

訪問看護の実施主体がどこであっても、在宅療養者の居住する市町村と医師会との関係に注

目して、よりスムーズな連携のとれるよう心配りが大切である。

2) 地域の診療所

在宅療養者にとって最大の安心は、身近なところに、いつでも往診をしてもらえたり、相談できる医師がいることである。

訪問看護では、可能な限り主治医が近くにあることが望ましく、老人はもちろろん訪問看護師にとっても重要な要件である。

地域の医師は、また地域の住民であり、その地域の生活や人々の変化をよく知っている。永年そこに暮らしている医師からの情報や連絡や助言は、看護上に多くの示唆を与えてくれる。また、いざというときの対応も身近にあればこそ容易に可能となる。

在宅療養をのぞむならば、できるだけ地域の医者と良い関係の保てるような条件作りをする必要がある。

家族に対し、医師への関わり方について助言すると共に、訪問看護師との相互理解を深めるためにも事あるごとにきちんとした医師連絡や報告をすることが大切である。

(4) 保健所・市町村等との連携

1) 保健所

- 保健所には、大きく分類して「県立保健所」と「政令市（下関市立保健所）」とがある。

県立保健所の場合、いくつかの市町村を管轄しているので、保健所の機能もどちらかといえば市町村への指導・協力あるいは情報収集と提供などが多く、直接的なサービスは少なくなる。保健事業も、保健所で行なうもののほかに市町村独自の事業がたくさんあり、老人保健事業の訪問指導事業なども市町村が直接実施している。

- 保健師には保健所保健師と市町村保健師とがある。したがって、保健師との連携については、組織的な位置づけをきちんと認識する必要がある。

また、「政令市（下関市立保健所）」の場合は政令市が直接保健所を設置しているので、その自治体の保健事業はほとんどの場合保健所が実施している。したがって、政令市の保健師は、ほとんど保健所に所属していることになる。

保健師は、臨床看護を主とした業務はしていない。主として地域保健活動、なかでも一次予防（健康教育活動）、二次予防（健診、検診、相談など）を中心とした健康増進や疾病予防、寝たきり予防などの活動を、個別的、組織的に展開していく役割をもっている。これらの活動のなかに在宅療養者からの相談も含まれてくるので訪問看護が重なり合うことが出てくる。このような場合の保健師の主な役割は保健活動を通して地域の在宅ケアが必要な老人や家族の把握を行ない、訪問看護サービスを紹介したり、地域ぐるみで在宅ケアに取り組む活動を喚起したりすることである。

個人をとりまくさまざまな援助活動は保健師にかぎらず、種々の関係者によることが多い。いずれにしても訪問看護の対象者が他にどのようなサービスを受けているかを、できるだけ

早期に把握し、連絡を取り、情報の共有化をはかり、方針を確認していくことが大切である。連携の方法には電話、面談、同行訪問、ケースカンファレンス、文書連絡などがあり、定期的でも随時でも必要に応じて行なえる体制が必要になる。

◆山口県は平成9年4月から、保健、医療、福祉、環境サービスを一体的に提供するための機関として健康福祉センターを設置した。健康福祉センターは、社会福祉事務所と保健所を構成機関として、健民の日常生活に関わりの深い保健、医療、福祉、環境について、市町村とともに総合的な行政サービスを提供する。(県内9か所。詳しくは資料参照)

2) 市町村

- ・市町村はさまざまな保健事業を実施している。たとえば、痴呆性老人専門相談、機能訓練事業、デイケア、精神保健相談、難病検診、在宅難病訪問指導事業、家庭看護教室、障害者のグループ活動育成、ボランティア活動の育成、介護器機の展示などある。これらの事業が訪問看護の対象者や家族に有効に利用されることがのぞましく、訪問看護師はいつでも自治体広報や動きに注目している必要がある。市町村の保健事業を上手に活用できる柔軟性も訪問看護師に求められる。

・市町村の在宅療養者施策

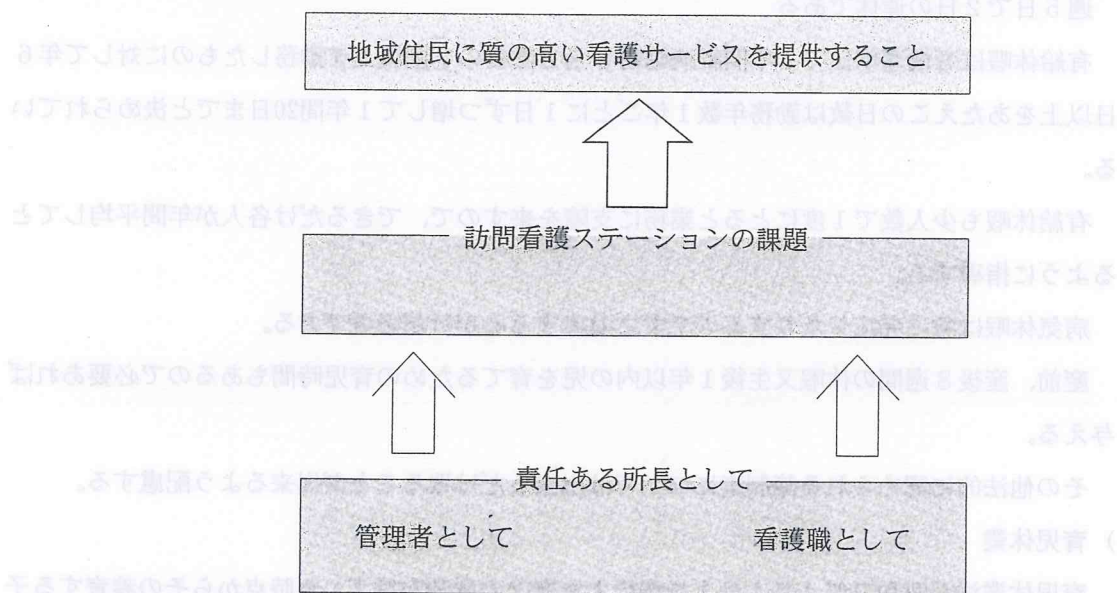
市町村の規模は、その面積、人口、産業、財政力などさまざまな因子によって異なり、高齢者を中心とした在宅療養者を支える施策にもかなり大きな差がある。このように市町村の実施する施策が自治体によって異なるということをまず知っているべきである。また、どの市町村も組織体系や窓口の標榜もちがうということも当たり前のことだが、確認する必要がある。人口の少ない町や村では、保健と福祉が一体化した組織もあるし、市町村保健センターという名称で一括して行なっているところもある。また、在宅福祉サービスを、すべて地区の社会福祉協議会に委託し、そこに保健師が派遣されている場合もある。このように、市町村は個々の家庭の事情と同じく、個々の事情をかかえているため、訪問看護師は、対象者の所在する自治体について、その組織や人、役割、事業内容を十分調べておく必要がある。そして、市町村に働く保健師やケースワーカーと連絡を密にして、少ない看護マンパワーを有効に機能させる努力をするべきである。

なお、訪問看護ステーションは、ひとつの居宅サービス提供事業所として連絡調整機関に組織的に参加し、地域の総合的なケアシステムに組み込まれることがのぞましい。

VI. 管理者業務の実際

管理者としての役割の再認識

・ ・ 責任ある所長への目ざめ ・ ・



1. 職員の管理

(1) 勤務計画

勤務計画作成にあたっての目的

- 1) 患者のニーズを十分に満たしうるような人数である。
- 2) 業務の遂行に支障のない人数である。
- 3) 職員の労務管理という面からも無理でない計画であること。
- 4) 職員各自にとって公平な計画であること。

※は、訪問看護ステーションで実際に使用している計画表である

(2) 職員の労働管理

- 1) 労働時間・・・1日の法定労働時間は8時間、1週間の法定労働時間は原則40時間である。

(労働基準法第32条)

夜間訪問しているステーションは夜間料金が請求出来るので正確に時間の記入をする。

- 2) 休憩休息時間・・・労働時間が6時間を超える場合においては、少なくとも45分、8時間を超える場合においては、少なくとも1時間の休憩時間を労働時間の途中に与えなければならない。(労働基準法第34条第1項)

訪問途中ではとれないし又つぎの訪問が遅れないようにするため休憩がとれない日が多いので取れる日に調整する。

又、休憩が出来るように間じきりをして取りやすくする。

3) 時間外労働・・・自ら範を示して時間内に業務を終えるようにするが、月末や月初めに書類が多くて超過勤務する時があれば皆で協力し効果をあげる。又正当な理由により時間外労働した時は理由、時間を記入し控えておく。

4) 休日・休暇・病休

週5日で2日の連休である

有給休暇は労働基準法で1年間継続勤務し全労働日の8割以上を勤務したのに対して年6日以上をあたえこの日数は勤務年数1年ごとに1日ずつ増して1年間20日までと決められている。

有給休暇も少人数で1度にとると業務に支障を来すので、できるだけ各人が年間平均してとるように指導する。

病気休暇は急に発症したりするので常に対応する心が必要である。

産前、産後8週間の休暇又生後1年以内の児を育てるための育児時間もあるので必要あれば与える。

その他法的に認められる諸制度については出来るだけ取ることが出来るよう配慮する。

5) 育児休業

育児休業法が昭和51年4月1日より施行され産後の休暇が終了した時点からその養育する子が満1歳に達するまでの間に本人が育児休業の許可を申請すれば許可することになっている。

6) パートタイマー者の活用

午前や午後又時間帯により訪問を必要とする時間にパートタイマーとして働いてもらう。この場合初回訪問をきちんとしよ人間関係を保ち利用者に迷惑をかけない。

(3) 人間関係の調整

- 1) 相手を知る
- 2) 声をかける
- 3) 対話とよい聞き手
- 4) 協働する

・人間関係は和気あいあいとした関係

・親しい関係ではなく、何の不安もなく役割を分担し合っていける関係、信頼関係である

(4) 服務規律の管理

- 1) 公私の区別を明確にする
- 2) 勤務時間を守る(自分の所在をはっきりさせておく)
- 3) 諸規定を守る
- 4) 服装を整える

・よい仕事をするためにはステーションにふさわしい服装

(5) 保健・安全の管理

1) 定期健康診断

① 年1～2回 胸部レ線、EKG、血液検査、検尿、検便、血圧、体重 等。

② 自己管理指導 腰痛予防（コルセット着用）、腰痛体操、予防接種、

※ 腰痛肩こり体操・別紙参照

2) 感染予防

職員に対して疾病感染の危険性と利用者に対して職員の持ち込む感染の危険性在宅で多い感染症

MRSA・緑膿菌・結核菌・HIV・疥癬・ウイルス感染など

注意事項

① 流水での手洗い・うがいの励行

② 必要時、ゴム手袋・マスク・予防衣の着用

③ 汚物や医療廃棄物の適切な処理…自宅で処理できるものは持ち帰らない。

④ 体温計・血圧計・聴診器は出来るだけ利用者専用にする

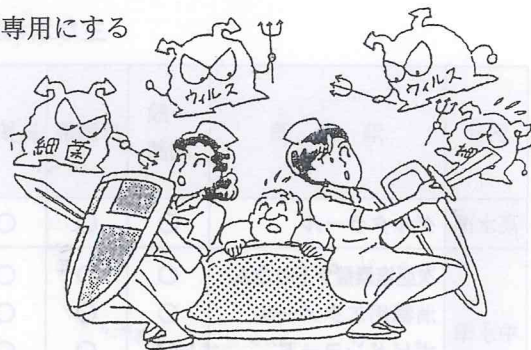
使用後はアルコールで清拭する

⑤ 訪問をその日の最後にする

⑥ 関係者への情報提供

⑦ 家族指導

※ 感染予防対策マニュアル参考



在宅感染対策マニュアル

利用者が安心して在宅療養が送れるようにという視点に常に立ち、利用者が感染に罹患しないよう対策を講じたり、注意を払う必要がある。

1. 手洗いがすべての基本

訪問バッグに必ず携帯するもの

1. 手指消毒用アルコール

各自の訪問バッグに入れておき、必要時使用する。

2. (ペーパー) タオル

利用者宅の手洗いで手を洗い、拭く。訪問時と帰宅時に手洗いする。

手洗いの方法

1. 流水と石鹸を使って手洗いする（目安15～30秒）

2. 両手で全面をしっかりとこすりあわせる

3. 流水で十分に洗い流す

4. タオルで水分をふき取る

手洗いをする時

原則

- 患者宅を訪問したら、できればまず手洗いする
 - 医療処置をする時には、必ず、事前に手洗いする
 - 処置後、あるいは利用者宅を出る前に手洗いする
- 原則は、上記のように洗面所で流水で手洗いする。ただし、どうしても流水での手洗いができない場合は、手持ちの手指消毒用アルコールで手指消毒をする。

特に注意し手洗いをする時

1. 無菌的処置の前後
2. 体液や排泄物（血液・尿・便・痰・膿など）を扱った時
3. 汚染した器具・廃棄物・洗濯物を扱った時
4. 手袋を外した時
5. 飲食物の配膳・介助前
6. 自分が食事に入る前、トイレ後や明らかに手が汚れたと思われる時
7. 事業所への出勤時と退勤時

主な消毒薬の殺菌スペクトル

区分	消毒薬	一般細菌	緑膿菌	結核菌	真菌*1	芽胞	ウイルス		
							エンベロープのない小型ウイルス	エンベロープのある中型ウイルス	HBV
高水準	グルタラル	○	○	○	○	○	○	○	○
中水準	次亜塩素酸ナトリウム	○	○	○	○	△	○	○	○
	消毒用エタノール	○	○	○	○	×	○	○	○
	ポビドンヨード	○	○	○	○	×	○	○	○
	クレゾール石けん*2	○	○	○	△	×	×	○	×
低水準	両性界面活性剤	○	○	△	△	×	×	○	×
	第四級アンモニウム塩	○	○	×	△	×	×	○	×
	クロルヘキシジン	○	○	×	△	×	×	○	×

*1：酵母様真菌。*2：排水規制あり。HBV：B型肝炎ウイルス

○：有効。△：効果が得られにくい。高濃度の場合や時間をかければ有効となる場合がある。×：無効

〔厚生省保健医療局結核感染症課監修。小林寛伊編著：消毒と滅菌のガイドライン。ヘルス出版。1999。p.20より一部改変〕

消毒薬の使用領域

区分	消毒薬	環境	金属器具	非金属器具	手指皮膚	粘膜	排泄物による汚染物
高水準	グルタラル	×	○	○	×	×	△
中水準	次亜塩素酸ナトリウム	○	×	○	×	×	○
	消毒用エタノール	○	○	○	○	×	×
	ポビドンヨード	×	×	×	○	○	×
低水準	両性界面活性剤	○	○	○	○	○	△
	第四級アンモニウム塩	○	○	○	○	○	△
	クロルヘキシジン	○	○	○	○	×	×

○：使用可能。△：注意して使用。×：使用不可

〔日本医師会感染症危機管理対策室・厚生省保健医療局結核感染症課監修。大久保憲ほか著：感染症の診断・治療ガイドライン。日本医師会雑誌臨時増刊号。122（10）1999。p.297〕

3) 職場の安全管理

思わぬ災害に対して管理者は起こりうる事故を想定して、予防対策について留意するとともに、万一事故が起こった場合は、労働災害補償の対象となることがあるので状況報告の記録を万全にする。

訪問宅での事故や訪問中の交通事故などには十分留意する。

リスクマネジメント委員会を設置し、ヒヤリ・ハット事故報告書などで、事故防止対策をおこなう。

(6) 職員の評価

能力・適正を知り助長すべき点と是正すべき点を明らかにし、指導助言する。

1) 自己評価について

自己評価表を使って、定期的に行う。(資料参照)

2) 第三者評価について

利用者、家族の満足度を知る努力をし関連職種からの評価を受けるようにする。

(7) 運営評価

収支状況、サービスの利用状況、利用者数などを指標として運営の評価を行う。



2. 会議

(1) ステーション内での会議

運営会議

連絡会議

母体病院内の会議

(2) ステーション外での会議

各種ブロック会議

サービス担当者会議、その他

(3) 役員会議

(4) その他多くの会議に出席して意見を述べる

＜会議の十則を守る＞

- 1) 開会の15分前には出席すること。
- 2) 会議の第一原則は公平平等であること。
- 3) 1人の発言は1回につき3分以内に終わること。
- 4) 反対論も堂々と述べること。
大声や攻撃的な発言をしない
- 5) 話し上手よりも聞き上手になるように心がける。
- 6) 会議の主題から脱線したり、雑談の糸口をつくったりしないこと。
- 7) 自分勝手の発言や感情的な受けとめ方、上司に追従するような態度をとらないこと。
- 8) 会議中の離席や、中座は止むを得ない場合を除いてしないこと。
- 9) 会議で決まったことは、出席者で確認し合うこと。
- 10) 会議は定時に終了するように皆で協力すること。

3. 物品の管理

(1) 備品の管理

- ・ 備品台帳により適宜チェックし性能上適しているか効果的に能率よく使用されているか損失したものはなかチェックする。
- ・ 医療用器具で使用後は必ず点検しておく。

(2) 看護用具の管理

- ・ 訪問カバンの内容（協議会のアンケート参照）
- ・ 必要により看護用具を購入する。

- ・修理可能な物は修理する。

- ・効果的に能率よく使用されているかチェックする。

(3) 消耗品その他の管理

- ・1、2と同じように管理するが種類が多くデッドストックのないようにする。
- ・性能上適しているか。
- ・品切れ物品はないか。
- ・使用上誤りはないか等、常に在庫管理、品質管理に気をつける。

(4) 薬品の管理

- ・必要最小限に請求する。
- ・ラベルほきちんとついているか。
- ・正しい使用方法、使用量を示す。
- ・品質管理に気をつける。
 - 1) 有効期限
 - 2) 直射日光にあてない
 - 3) 冷所保存又は暗所保存

4. 職員の教育

(1) ステーション内での教育

毎日のミーティング

内容 1) 初回訪問の患者説明

- 2) 看護目標や計画で困ったこと
- 3) 看護技術で困ったこと（聞きたい事、知らせたいこと）
- 4) 医療処置でお互いに注意したいこと
- 5) 痴呆老人の看護技術
- 6) 福祉機器の活用
- 7) 地域の福祉サービスの活用と連携
- 8) ターミナルケアー
- 9) 医師とのコンタクトのとりかた
- 10) それぞれの看護上の悩み…等

カンファレンス又は症例検討会

- ・ミーティングで時間内に終了しなかった症例やめずらしい症例、その他時間をかけて検討したい症例を検討する。

※ 司会、記録係りをきめ記録を残し、一定時間内に終わる。

管理者はカンファレンスが行えるよう諸条件を整え、その実行を推進する助言者として側面から協力する。

新人のオリエンテーション

研 究

地域、県内、全国での学会発表の原稿作成。

(2) ステーション外での教育

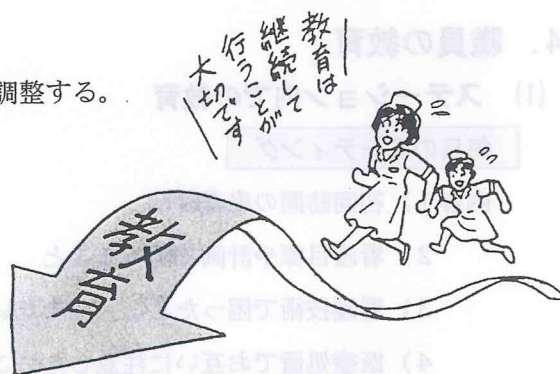
研 修

- ・山口県訪問看護ステーション協議会によるもの。
- ・山口県看護協会によるもの。
- ・日本訪問看護振興財団によるもの。
- ・全国訪問看護事業協会によるもの。

※研修計画表は、早めに貼り参加できるように調整する。

出来るだけ自ら進んで出席するようにする。

順番をきめ公平に参加させる。



5. 事故防止および事故発生時対策

(1) 発生する事故

- 1) 訪問中対人事故
- 2) 訪問中対物事故
- 3) 訪問途中対人事故
- 4) 訪問途中対物事故

〈訪問看護賠償責任保険事故例〉参照

(2) 事故発生時の対策

万一事故が発生した場合に、指示されている手続き・方法に従って、迅速かつ慎重に処理する。

- 1) 状況の把握を正確に行う

- 2) 報告を正確に行う
- 3) 記録を正確に詳細にする
- 4) その後の観察を正確に行う
- 5) 事後の事故調査・分析を行って全員で反省し二度と事故を起こさないようにする

(3) 事故発生への対応

<賠償責任保険制度>

老人訪問看護事業者やその事業従事者が、業務の実施に際して万一利用者やその家族等の第三者にケガや物損を与えてしまったために法律上の損害賠償義務を負った場合、その賠償によって生じる損害を総合的に支援するための賠償制度です。

1) 対象となる事故

次のような事故がこの保険の補償対象となります。

- 1) 入浴介助を行う際に誤って老人を落としてしまい、ケガをさせてしまった。
- 2) 体位変換をしたところ、実施方法が適当でなかったため、老人が骨折してしまった。
- 3) カテーテルの管理を行った際に消毒が不完全であったため、老人が感染症を併発してしまい入院した。
- 4) 胃チューブの操作を誤り経管栄養剤を気管内に流し込んだため、老人が嚥下性肺炎を起こし入院した。
- 5) 歩行訓練を行う際に、誤って高価な花瓶を落とし、壊してしまった。
- 6) 自転車で利用者宅に行く途中、通行人にぶつかってケガをさせてしまった。

2) 対象とならない場合

- 1) 故意に起こした事故
- 2) 業務の結果を保証する事により加重される賠償責任
- 3) 所定の免許を有しない者が行った訪問看護業務に起因して負担する賠償責任
- 4) 名誉毀損または秘密漏洩に起因する賠償責任
- 5) 自動車の所有、使用もしくは管理に起因する賠償責任

1) 故意に起こした事故					
2) 業務の結果を保証する事により加重される賠償責任					
3) 所定の免許を有しない者が行った訪問看護業務に起因して負担する賠償責任					
4) 名誉毀損または秘密漏洩に起因する賠償責任					
5) 自動車の所有、使用もしくは管理に起因する賠償責任					
1) 故意に起こした事故	1/1	05/1	1/1	1/1	05/1
2) 業務の結果を保証する事により加重される賠償責任	1/1	05/1	1/1	1/1	05/1
3) 所定の免許を有しない者が行った訪問看護業務に起因して負担する賠償責任	1/1	05/1	1/1	1/1	05/1
4) 名誉毀損または秘密漏洩に起因する賠償責任	1/1	05/1	1/1	1/1	05/1
5) 自動車の所有、使用もしくは管理に起因する賠償責任	1/1	05/1	1/1	1/1	05/1

訪問看護賠償責任保険事例

「対人事故」 訪問看護中に、リハビリをかねて自転車に乗っていた患者が看護人の指導上のミスのために、転倒して骨折——患者本人の過失もあることから治療費のみ約12万円が保険から支払われた。

「対人事故」 患者の入浴介助中、看護婦が目を離した間に患者が転倒して顔を負傷した——治療費と慰謝料を合わせて約8万円が保険から支払われた。

「対物事故」 介護サービス中に、患者を転倒させてしまい、患者宅の窓ガラスを割ってしまった——修理費用として約6千円が保険より支払われた。「対物事故」 看護中、カテテルのコックを閉め忘れて尿が流出。カーベットや畳等を汚損した——汚損物の交換費用約6万円が保険から支払われた。

平成9年5月から1年間に起こった訪問看護賠償責任保険事故を18号と二回に分けて取り上げてきた。保険はあくまでも万が一の備え。訪問看護中、事故が発生しないようくれぐれも注意していただきたい。

3) 保険料とてん補限度額

① 年間保険料

1 訪問看護ステーションにつき12,000円

② てん補限度額

ア 身体（対人賠償）

1人 1億円／1事故 1億円

（医療行為に関する事故については保険期間中3億円）

イ 財物（対物賠償）

1事故 1,000万円

③ 期中で加入の場合の保険料

郵便局受付日	補償開始日	保 険 料	郵便局受付日	補償開始日	保 険 料
～5/20	6/1	11,000円	～11/20	12/1	5,000円
～6/20	7/1	10,000円	～12/20	1/1	4,000円
～7/20	8/1	9,000円	～1/20	2/1	3,000円
～8/20	9/1	8,000円	～2/20	3/1	2,000円
～9/20	10/1	7,000円	～3/20	4/1	1,000円
～10/20	11/1	6,000円			

（補償終了日は～平成10年5月1日）

4) 訪問看護保険の申込先・事故が起きた場合の連絡先

詳細は全国訪問看護事業協会（保険契約上の団体）まで問い合わせて下さい。

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-3-12 1丁目3番館302

☎ 03-3351-5898 FAX 03-3351-5938

〒101-8011 東京都千代田区神田駿河台3-9

三井海上火災保険株式会社内（訪問看護事業者総合補償制度係）

☎ 03-3259-3018 FAX 03-3292-5896

6. 管理者の法的責任

国民はすべて法によって守られ、又、法を守ることが求められる。

看護管理者として他に保健師助産師看護師に定められた業務上の法的な責任と業務制限をみずからも守りスタッフにも守らせる責任がある。

民事関係法制…民法等のように患者（家族）との関係についての法

民法第709条

刑事関係法制…刑法すなわち行為実行者（人）の刑事責任を規定する法

刑法第211条

秘密漏洩の罰………刑法第134条第1項

刑事訴訟法第149条

民事訴訟法第281条

国民（社会）の衛生保持の見地からの法制…予防衛生、公衆衛生

環境衛生等に関する法律

7. 自己評価表

資料参照



腰痛体操

指導／日本医科大学教授

石田 肇

- 体操をはじめる前にならず 医師に相談して下さい。
- 「基本姿勢」から始めて下さい。
- ゆったりした気持ちでゆっくりとやりましょう。
- 根気よく続けましょう。

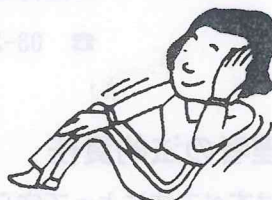
朝晩行なう腰痛体操



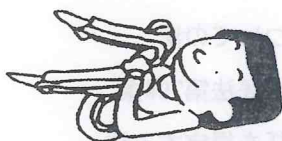
□基本姿勢 腹式深呼吸



□起き上り運動



□ねじり運動



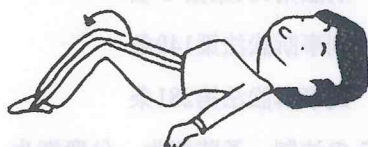
□両足かかえ



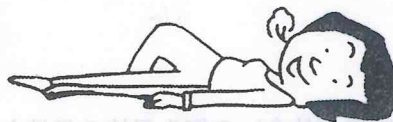
□へそのぞき



□ひざ立て



□ひざ倒し



□腰ひねり

仕事のあいまの腰痛体操



□へそのぞき



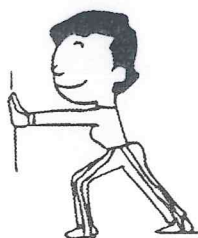
□そりかえり



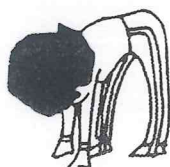
□ひざかかえ



□腕組みおじぎ



□かべおし



□おじぎ



□しゃがみ

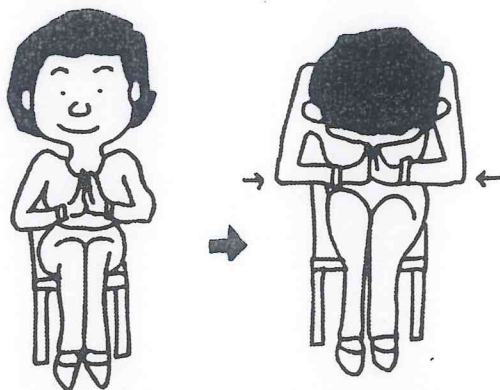
肩こり体操

指導／日本医科大学教授

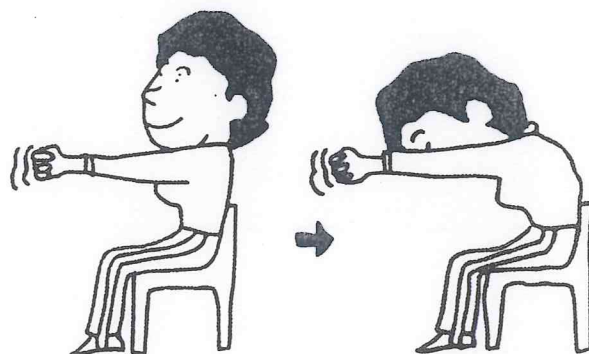
石田 肇

- 体操をはじめる前にならず医師に相談して下さい。
- ゆったりした気持ちでゆっくりとやりましょう。
- 根気よく続けましょう。

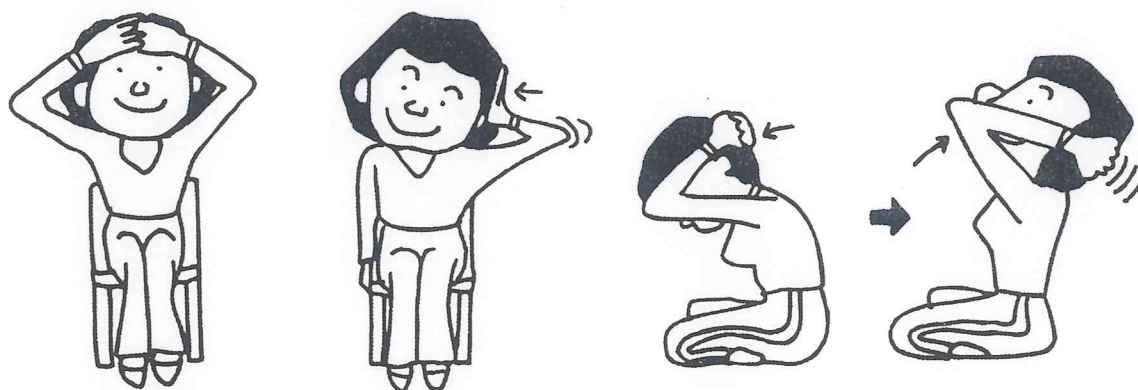
1 お祈り



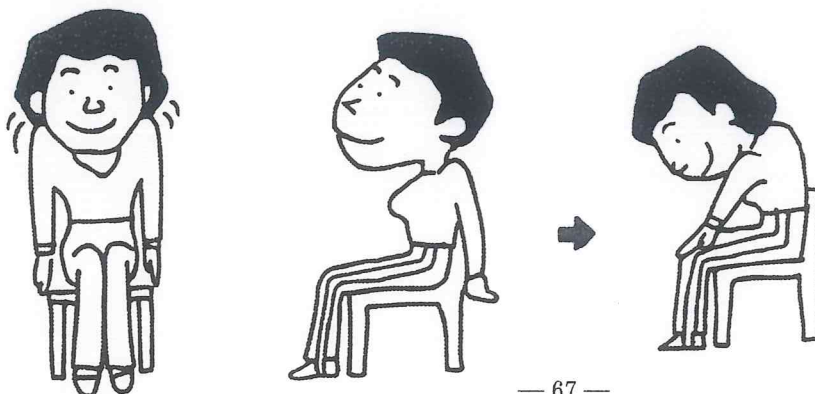
2 ひじ伸ばし 手のひら圧迫



3 おでこ押え 側頭押え 後頭押え



4 肩すくめ 胸はり 胸すくめ



資 料

目 次

・ 指定訪問看護事業所に係る看護職員に関する事項	69
・ ㊦指定居宅サービス事業所指定申請書	70
・ ㊦訪問看護事業所の指定に係る記載事項	72
・ ㊦従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	73
・ 月度勤務表	74
・ 訪問看護ステーション管理日誌	75
・ 訪問看護日誌	76
・ ㊦利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	79
・ ヒヤリ・ハット報告書	80
・ 健康福祉センター	81
・ 平成13年度版日本看護協会訪問看護質評価基準と自己評価票	83
・ 訪問看護満足度調査アンケート	125

指定訪問看護事業所に係る看護職員に関する事項

人員に関する基準（平成11年 厚生省令第37号）	解釈通知（平成11年9月17日付け 老企第25号）
看護婦等の員数（第60条） 当腹事業を行う事業所ごとに置くべき看護婦その他の員数は、次に上げる指定訪問看護事業所の区分に応じて、次に定めるとおりとする。 一 病院または診療所以外の指定訪問看護事業所（以下「指定訪問看護ステーション」と言う。） イ 保健婦、保健士、看護婦、看護士、准看護婦または准看護士 常勤換算方法で2.5以上となる員数 ロ 理学療法士または作業療法士 訪問看護ステーションの実情に応じた適当数 二 前項第1号イの看護職員のうち1名は、常勤でなければならない。	看護婦等の員数（基準第60条） イ、指定訪問看護ステーションにおける保健婦、保健士、看護婦、看護士、准看護婦または准看護士の員数については、常勤換算方法で2.5人以上と定められたが、これについては、職員の支援体制等を考慮した最小限の員数として定められたものであり、各地域におけるサービス利用の状況や利用者数及び指定訪問看護の事業の業務量を考慮し、適切な員数の人員を確保するものとする。 ロ、勤務日数及び勤務時間が不定期な看護婦等についての勤務延時間数の算定については、指定訪問看護の場合と同様である。 ハ、理学療法士及び作業療法士については、実情に応じた適当数を配置するものとする。（配置しないことも可能である。） 二、出張所等があるときは、常勤換算を行う際の事業所の看護職員の勤務延時間数とは、出張所等における勤務延時間数も含めるものとする。
管理者（第61条） 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーション専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該訪問看護ステーションの他の職務に従事し、または同一敷地内にある他の事業所の職務に従事することができるものとする。 2 指定訪問看護ステーションの管理者は、保健婦、保健士、看護婦または看護士でなければならない、ただし、やむを得ない事情がある場合は、この限りではない。 3 指定訪問看護ステーションの管理者は、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技術を有する者でなければならない。	指定訪問看護ステーションの管理者（基準第61条） ① 訪問看護ステーションの管理者は常勤であり、且つ、原則として専ら当該指定訪問看護ステーションの管理業務に従事するものである。ただし、以下の場合であって、当該訪問看護ステーションの管理業務に支障が無いときは、他の業務を兼ねることができるものとする。 イ 当該訪問看護ステーションの看護職員としての職務に従事する場合 ロ 当該訪問看護ステーションが兼営健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションである場合に、当該訪問看護ステーションの管理者または看護職員としての職務に従事する場合 ハ 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該訪問看護ステーションの管理業務に支障が無いと認められる範囲に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所等の管理者又は事業者として職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、併設される入所施設における看護業務並管理業務を含む。）との兼務は管理者の業務に支障があると考えられるが、施設における勤務時間が極めて限られている職員の場合は、例外的に認められる場合もありうる。） ② 訪問看護ステーションの管理者は、管理者としてふさわしいと認められる保健婦、保健士、看護婦又は看護士であって、保健婦助産婦看護婦法（昭和23年法律第203号）第14条第3項の規定により保健婦、保健士、看護婦又は看護士の業務の停止を命ぜられ、業務停止の期間終了後2年を経過しない者に該当しないものである。 ③ 長期間の傷病又は出張などの緊急やむ終えない理由がある場合には、老人の福祉の向上に関し相当の知識、経験及び熱意を有し、過去の経歴などを勘案して指定訪問看護ステーションの管理者としてふさわしいと都道府県知事に認められた者であれば、管理者として保健婦、保健士、看護婦及び看護士以外の者を当てることができるものとする。ただし、この場合においても、可能な限り速やかに常勤の保健婦、保健士、看護婦及び看護士の管理者が確保されるよう努めなければならないものである。 ④ 訪問看護ステーションの管理者は、医療機関における看護、訪問看護又は老人保健法19条の訪問指導の業務に従事した経験のある者である必要がある。さらに、管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修などを受講していることが望ましい。

⑥指定居宅サービス事業所指定申請書

(第1号様式)

受付番号

指定居宅サービス事業所
指定居宅介護支援事業所指定(許可)申請書
介護保険施設

平成 年 月 日

知事 殿

所在地

申請者

名 称

印

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)を受けたいので、下記のとおり、
関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町村番号

申 請 者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 県 郡市 (ビル名称等)				
	連絡先 法人の種別	電話番号	FAX番号			
	代表者の職・氏名	職 名	フリガナ 氏 名			
	代表者の住所	(郵便番号 県 郡市				
指 定 (許 可) を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	事務所等の所在地	(郵便番号 県 郡市				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施 事業	指定(許可)申請を する事業等の 事業開始予定年月日	既に指定等を受け ている事業等の 指定(許可)年月日	様 式	
	訪問介護				付表1	
	訪問入浴介護				付表2	
	訪問看護				付表3	
	訪問リハビリテーション				付表4	
	居宅療養管理				付表5	
	通所介護				付表6	
	通所リハビリテーション				付表7	
	短期入所生活介護				付表8	
	短期入所療養介護				付表9	
	痴呆対応型共同生活介護				付表10	
	特定施設入所者生活介護				付表11	
	福祉用具貸与				付表12	
	居宅介護支援事業				付表13	
	介護老人福祉施設				付表14	
	介護老人保健施設				付表15	
介護療養型医療施設				付表16		
介護保険事業所番号	(既に指定又は許可を受けている場合)					
医療機関コード等						

- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、今日申請するもの及び指定等を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「指定（許可）申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。
- 6 「既に指定等をうけている事業等」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定（許可）された年月日（法第71条又は72条に基づき指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日、施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定（許可）があったものとみなされたものについては、「12.4.1」）を記載してください。

7 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

⑥訪問看護事業所の指定に係る記載事項

付表 3 - 1 訪問看護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ							
	名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
当該事業の実施について定める定款・寄附行為等の条文					第	条第	項第	号
病院、診療所、訪問看護ステーションの別								
管 理 者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏 名							
	※職種及び登録番号							
	※当該訪問看護事業所内で兼務する他の職種（業務の場合記入）							
主 な 掲 示 事 項	※同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 （兼務の場合記入）		名称					
			兼務する職種 及び勤務時間等					
	従業者の職種・員数		看 護 師	保 健 師	准 看 護 師	理学・作業療法士		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常 勤（人）							
	非常勤（人）							
	※常勤換算後の人数（人）							
	※基準上の必要人数（人）							
	適 合 の 可 否							
	営 業 日							
営 業 時 間								
利 用 料		決定代理受領分（一割負担分）						
		決定代理受領分以外						
そ の 他 の 費 用								
通常の事業実施地域								
添 付 書 類		別添のとおり						

- 備考
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別途資料として添付して差し支えありません。
 - ※欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記入してください。
 - 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
 - 出張所がある場合、所在地、営業時間を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 - 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

7 各事業所・施設において使用している勤務割表等（既に事業を実施しているときは直近月の実績）により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

※

実施検印		計画検印	

月 度 勤 務 表

担当者名

印

	月		火		水		木		金		土		出勤	出張	有代休	欠勤	計
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM					
計画実施																	
第一週																	
計画実施																	
第二週																	
計画実施																	
第三週																	
計画実施																	
第四週																	
計画実施																	
第五週																	
計画実施																	

訪問看護ステーション

(参 考)

訪問看護ステーション管理日誌

平成	年	月	日	曜日	所長		次長		記録者	
契約者数	男				女				総件数	
主治医及び訪問患者数	1.		医院	名	16.		医院	名		
	2.		医院	名	17.		医院	名		
	3.		医院	名	18.		医院	名		
	4.		医院	名	19.		医院	名		
	5.		医院	名	20.		医院	名		
	6.		医院	名	21.		医院	名		
	7.		医院	名	22.		医院	名		
	8.		医院	名	23.		医院	名		
	9.		医院	名	24.		医院	名		
	10.		医院	名	25.		医院	名		
	11.		医院	名	26.		医院	名		
	12.		医院	名	27.		医院	名		
	13.		医院	名	28.		医院	名		
	14.		医院	名	29.		医院	名		
	15.		医院	名	30.		医院	名		
転帰状況	氏	名	年齢	医療機関名	担当者	転帰状況				
	1.									
	2.									
	3.									
	4.									
	5.									
新規契約者	氏	名	年齢	医療機関名	病名	住	所	担当者		
	1.									
	2.									
	3.									
	4.									
	5.									
相談・連絡等	氏	名	連絡内容			応対者			老人保健法	健康保険法等
	1.						訪問延べ回数	保健婦(士)		
	2.							看護婦(士)		
	3.							准看護婦(士)		
	4.							理学療法士		
	5.							作業療法士		
	6.									
	7.									
	8.									
	9.									
	10.							計		
管 理 事 項					申 し 送 り 事 項					
					公休・代休： 有 休： 出 張：					

訪問看護日誌

所 長	管理者	記入者

〇〇訪問看護ステーション

平成 年 月 日 (曜日)		天気	
勤 務 者	日 勤	半 日 勤	休
		年 休	
		出張 他	
本日訪問件数 () 件		〇〇病院 () 名 訪問利用者総数 () 名 開業医、他 () 名	
訪問依頼 「〇〇 病院」		利用者に関する事項	
「開業医、他」			
研修会・会議		海外関係・他	
		職員に関する事項	

[illegible]

(参 考)

年間計画表

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
上旬	行事 研修 会議											
中旬	行事 研修 会議											
下旬	行事 研修 会議											
報告・連絡												
経理												

月間勤務予定表

日	曜日	事業計画	職員名					
			○木○子	△田△子	×山×美	○川○代	△井△江	×岩○子
1								
2								
3								
⋮								
⋮								
31								

週間勤務予定表

氏名	月	火	水	木	金	土	日

(参考資料 6)

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記入してください。

ヒヤリ・ハット報告書

平成 年 月 日

局長	ケアコーディネーター	管理者	記入者

■報告区分 ①ヒヤリ・ハット ②事故

■重要度区分 (担当者) ①大 ②中 ③小 ④なし (管理者) ①大 ②中 ③小 ④なし

■ヒヤリ・ハット対象者 ①ご利用者本人 ②ご利用者家族 ③担当者 ④その他 ()

■担当者情報

事業所名	
担当者名	職種 ①看護師 ②介護福祉士 ③ホームヘルパー ④理学療法士 ⑤作業療法士 ⑥社会福祉士 ⑦事務部門 ⑧その他 ()

■ご利用者情報

氏名	様	年令	歳	性別	①男性 ②女性
本人特性	障害による日常生活の自立度	①J ②A ③B ④C			
	痴呆による日常生活の自立度	①0 ②I ③II ④III ⑤IV ⑥M			
	要介護度	①1 ②2 ③3 ④4 ⑤5 ⑥要支援 ⑦自立 ⑧対象外			

■内容

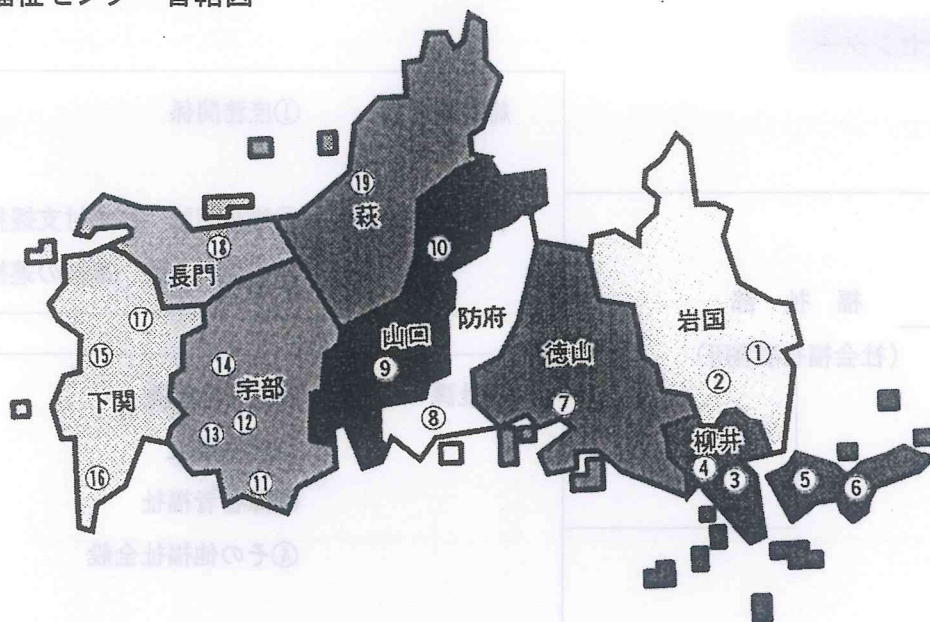
タイトル	の件について		
日時	平成 年 月 日 午前 午後 時 分		
場所	①居室内 ②廊下 ③浴室 ④トイレ ⑤キッチン ⑥階段 ⑦エレベーター ⑧玄関 ⑨ベランダ ⑩屋外 ⑪その他 ()	介助 有無	①あり ②なし
行為	日常行為 医療行為 その他	①臥床 ②体位交換・起き上がり ③座位 ④移乗・立ち上がり ⑤歩行 ⑥衣類着脱 ⑦外出 ⑧食事 ⑨排泄 ⑩洗顔・整容(爪切・口腔等) ⑪清拭・洗髪 ⑫入浴 ⑬シャワー浴 ①経管栄養・胃ろう注入 ②吸引・吸入 ③褥瘡・創処置 ④軟膏処置 ⑤洗腸・排便 ⑥与薬 ⑦人工肛門・パウチ等交換 ⑧膀胱洗浄 ⑨注射・IVH・点滴 ⑩カテーテル・チューブ交換 ⑪リハビリ ①移動中(利用者宅等への) ②連絡関連(日程調整等) ③その他 ()	
リスク形態 (想定を含む)	①転倒 ②転落 ③ずり落ち ④溺れ ⑤接触(ぶつかり) ⑥誤飲・誤嚥 ⑦異食 ⑧誤薬(内服・塗布) ⑨誤薬(注射・点滴) ⑩チューブトラブル ⑪外傷(やけど等) ⑫感染 ⑬徘徊 ⑭経済的損失(汚損・破損・粉失) ⑮衝突(交通手段を含む) ⑯その他 ()		
内容とその程度 状況図			
なぜ 起こったか		ご家族へ の連絡	①あり ②なし
上記への対応			
監督責任者の コメント			

上記のとおり報告いたします。

No.

健康福祉センター

■健康福祉センター管轄図



センター名	機 関	所 在 地	代表電話
岩国健康福祉センター	福 祉 部	◆ 玖珂社会福祉事務所 ①	岩国市三笠町1丁目1-1 0827-29-1524
	保健環境部	岩国環境保健所	
	支 所	岩国環境保健所玖珂支所②	玖珂郡玖珂町6264-3 0827-82-2525
柳井健康福祉センター	保健環境部	◆ 柳井環境保健所 ③	柳井市古閑作中東条658-1 0820-22-3631
	福祉第一部	周南社会福祉事務所 ④	熊毛郡田布施町下田布施3559-1 0820-52-2136
	福祉第二部	大島社会福祉事務所 ⑤	大島郡久賀町新開 08207-2-0192
	支 所	柳井今日保健所大島支所⑥	大島郡橘町土居1086-1 08207-3-0121
徳山健康福祉センター	保健環境部	◆ 徳山環境保健所 ⑦	徳山市毛利町2-38 0834-31-6394
		(周南社会福祉事務所)	熊毛郡田布施町下田布施3559-1 0820-52-2136
防府健康福祉センター	保健環境部	◆ 防府環境保健所 ⑧	防府市駅南町14-28 0835-22-3740
		(中部社会福祉事務所)	山口市大字吉敷3325-1 0839-34-2525
山口健康福祉センター	福 祉 部	◆ 中部社会福祉事務所 ⑨	山口市大字吉敷3325-1 0839-34-2525
	保健環境部	山口環境保健所	
	支 所	山口環境保健所阿東支所⑩	阿武郡阿東町生雲中91-2 08395-4-0021
宇部健康福祉センター	保健環境部	◆ 宇部環境保健所 ⑪	宇部市常盤町2丁目3-28 0836-31-3200
	福 祉 部	厚狭社会福祉事務所 ⑫	厚狭郡山陽町鴨庄108 0836-72-0206
	支 所	宇部環境保健所厚狭支所⑬	厚狭郡山陽町鴨庄108 0836-73-2500
	支 所	宇部環境保健所美祢支所⑭	美祢市大嶺町東分341-3 08375-2-0180
豊浦健康福祉センター	保健環境部	◆ 豊浦環境保健所 ⑮	豊浦郡豊浦町小串石堂5-2 0837-72-2241
	福 祉 部	豊浦社会福祉事務所 ⑯	下関市貴船町3丁目2-1 0832-34-3294
	支 所	豊浦環境保健所豊田支所⑰	豊浦郡豊田町殿敷1893-5 08376-6-1121
長門健康福祉センター	保健環境部	◆ 長門環境保健所 ⑱	長門市東深川1344-1 0837-22-2811
		(長北社会福祉事務所)	萩市江向河添沖田531-1 0838-22-3355
萩健康福祉センター	福 祉 部	◆ 長北社会福祉事務所 ⑲	萩市江向河添沖田531-1 0838-25-2663
	保健環境部	萩環境保健所	

健康福祉センターに関するお問い合わせは… 山口県健康福祉部厚政課

TEL0839-33-2710 FAX0839-33-2739

健康福祉センターの組織及び業務

健康福祉センター

総務課

①庶務関係

健康福祉企画室

①総合相談、市町村支援指導
②保健、医療、福祉の連携業務

福祉部

(社会福祉事務所)

福祉課

①高齢者福祉
②児童福祉
③障害者福祉
④その他福祉全般

保護課

①生活保護関係等

健康増進課

①健康づくり、栄養改善指導
②成人高齢者、専門母子保健
③精神保健、難病、感染症対策
④市町村保健活動の支援

生活環境課

①環境衛生・薬事
②食品衛生・食肉検査・動物管理
③大気・水質等環境保全
④廃棄物・浄化槽

試験検査課

①伝染病・食品・公害検査

環境保健部

(環境保健所)

地域保健課

①防疫、健康づくり、保健指導
②精神保健相談、訪問指導

生活環境担当

①環境衛生、薬事、衛生全般に係る窓口

支所

参 考 文 献

I. (老人) 訪問看護ステーションとは

- 1) 厚生省老人保健福祉局老人保健課保険局医療課監修：訪問看護業務の手引，社会保険研究所，2000.
- 2) 厚生省老人保健福祉局老人保健課監修：老人訪問看護Q & A，中央法規出版，2000.

II. (老人) 訪問看護ステーション管理者の要件

- 1) 日本訪問看護振興財団／編：訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル，日本看護協会出版会，1993.
- 2) 大森文子、吉武香代子：婦長必携，医学書院，1969.

III. (老人) 訪問看護ステーションの運営

- 1) 日本訪問看護振興財団／編：訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル，日本看護協会出版会，1993.
- 2) 厚生省老人保健福祉局老人保健課保険局医療課監修：訪問看護業務の手引き，社会保険研究所，2000.
- 3) 山崎摩耶著：訪問看護ハンドブック，日本看護協会出版会，1995.
- 4) 大森文子、吉武香代子著：婦長必携，医学書院，1997.
- 5) 稲田美和著：看護管理その1，日本看護協会出版会，1996.

IV. 経営管理

- 1) 川村佐和子・山林良夫企画編集：老人訪問看護ステーションの実務運営と経理・税務，日本プランニングセンター，1993.
- 2) 日本訪問看護振興財団／編：訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル，日本看護協会出版会，1993.
- 3) 服部万里子著：病医院のための訪問看護実践・運営マニュアル50，日本医療企画
- 4) 山口県健康福祉部保険課：社会保険の手続，社会保険研究所，1998.
- 5) 国税庁監修：年末調整のしかた，(財)大蔵財務協会，1998.
- 6) 山口県商工労働部雇用保険課：雇用保険の早わかり，山口県雇用保険課公共職業安定所，1998.
- 7) 厚生省老人保健福祉局老人保健課保険局医療課監修：訪問看護業務の手引き，社会保険研究所，2000.
- 8) 小山秀夫著：訪問看護と介護Vol.1 No2, P135~138, ステーションの経営，1996.

V. 看護サービスの管理

- 1) 厚生省老人保健課，医療課，看護課監修：訪問看護研修テキスト，日本看護協会出版会，1995.
- 2) 厚生省老人保健福祉局老人保健課保険局医療課監修：訪問看護業務の手引き，社会保険研究所，1997.
- 3) 村嶋幸代編：始めよう24時間訪問看護・介護，医学書院，1996.
- 4) 宮崎和加子／編：リスクマネジメントマニュアル，日本看護協会出版会，2002.
- 5) 川村治子著：書きたくなるヒヤリ・ハット報告，医学書院

VI. 管理者の業務の実際

- 1) 大森文子、吉武香代子著：婦長必携，医学書院，1997.
- 2) 日本訪問看護振興財団／編：訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル，日本看護協会出版会，1993.
- 3) 厚生省老人保健福祉局老人保健課保険局医療課監修：訪問看護業務の手引き，社会保険研究所，2000.
- 4) 服部万里子著：病医院のための訪問看護実践・運営マニュアル50，日本医療企画
- 5) 荒井蝶子編：看護管理その3，医療のしくみを知る，日本看護協会出版会，1996.
- 6) 日本看護協会編：保健婦業務便覧，日本看護協会出版会，1994.
- 7) 山崎摩耶著：訪問看護ハンドブック，日本看護協会出版会，1995.
- 8) 竹中浩治、鎌田ケイコ他：訪問看護評価マニュアル，日本公衆衛生協会，1996.
- 9) 高田利広著：保健婦助産婦看護婦の法的責任，日本看護協会出版会，1968.
- 10) 高田利広著：看護の安全性と法的責任，日本看護協会出版会，1976.
- 11) 訪問看護管理マニュアル：日本訪問看護振興財団／編

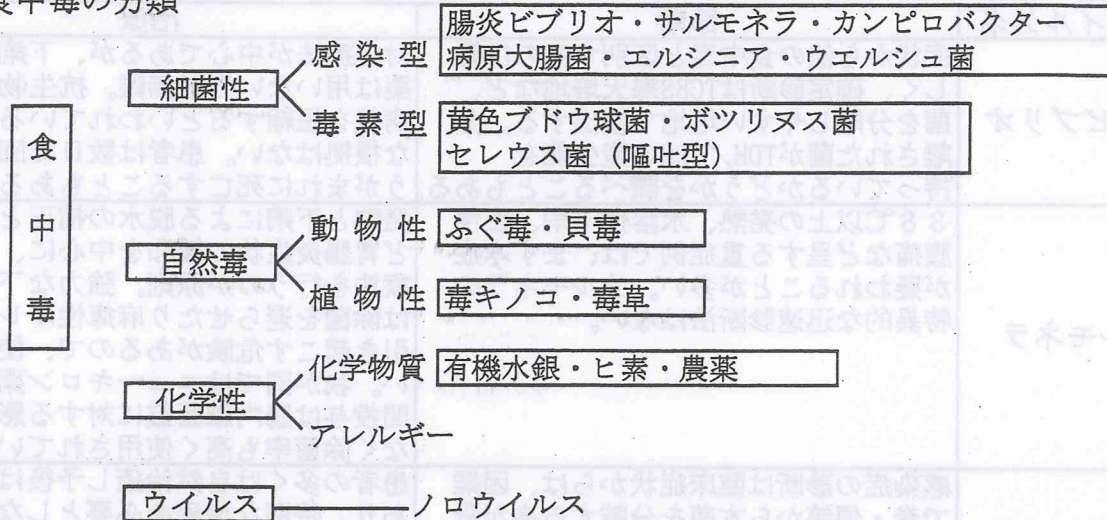
改訂版

氏 名	所 属
小林 令子	訪問看護ステーション ハローナース防府 管理者
稗田 朱美	訪問看護ステーション はくあいナース 管理者
藤井江美子	済生会山口地域ケアセンター訪問看護ステーション 管理者
後藤 嘉子	湯田温泉訪問看護ステーション 管理者
浅原カヨコ	さきがけ訪問看護ステーション 管理者
原田 典子	山口県訪問看護ステーション協議会 会 長

食中毒マニュアル

- 1、食中毒とは
有害・有毒な微生物や化学物質等毒素を含む飲食物、水を人が口から摂取した結果として起こる下痢や嘔吐や発熱などの疾病（中毒）の総称である。
- 2、食中毒の発生機序
食中毒には①細菌性②自然毒③化学性④ウイルスの4つに分類されほとんどが菌性であるがここ数年ではノロウイルスによる食中毒が増加している。

食中毒の分類



- *感染型は食物や飲料水・器具などに（付着）している細菌を経口的に直接摂取することにより腸管内で増殖して感染を起こす。
- *毒素性は食物中などに存在する細菌由来の毒素を摂取することによって急性の胃腸炎症状を呈す。
- *細菌性食中毒の原因菌として頻度の高いものはサルモネラ属菌・大腸ビブリオ・黄色ブドウ球菌などである。
- *細菌性食中毒には法定伝染病のコレラ・赤痢・腸チフスなどは含まれず、人から人への伝播はまれで多くは夏季に集中して発生することが多い事が特徴である。
- *次のような食品に多く含まれる。

病原菌	おもな食品
腸炎ビブリオ	魚
サルモネラ菌	キノコ、生卵
カンピロバクター	鶏類
病原大腸菌 O157	肉、焼き魚
黄色ブドウ球菌	おにぎり、ケーキ類
ボツリヌス菌	魚の燻製、缶詰、びん詰
ノロウイルス	かき
セレウス菌	焼き飯、スパゲッティー、ピラフ
ウエルシュ菌	肉、魚介類、野菜など、カレー類

- *食事時の食中毒はなし
- *食事1～2時間後に発生し易い
- *調理後4時間程度で食べるようにする

3、症状

病原菌	症状	発症までの時間
腸炎ビブリオ	腹痛、下痢、嘔吐、発熱	8～24時間
サルモネラ	下痢、腹痛、嘔吐、吐き気、発熱、頭痛	5～72時間
カンピロバクター	発熱、下痢、腹痛	2日～7日
病原大腸菌	下痢、腹痛、発熱、吐き気、嘔吐、血便	12時間～8日
黄色ブドウ球菌	吐き気、嘔吐、下痢、腹痛	1～5時間
ボツリヌス菌	めまい、頭痛、かすみ目、発語障害、呼吸困難、嚥下困難	8～36時間
ノロウイルス	吐き気、嘔吐、下痢	24～48時間
セレウス菌	吐き気、嘔吐、腹痛、下痢	30分～16時間
ウエルシュ菌	腹痛、下痢、下腹部のはり	6～18時間

4、診断・治療

菌・ウイルス名	診断	治療
腸炎ビブリオ	症状から他の食中毒と区別するのは難しく、確定診断はTCBS寒天培地など、菌を分離しやすい培地で検出する。分離された菌がTDH/TRHの産生能を持っているかどうかを調べることもある。	対症療法が中心であるが、下痢止め薬は用いない方が無難。抗生物質は病気を短縮するといわれているが十分な根拠はない。患者は数日で回復に向うがまれに死亡することもある。
サルモネラ	38℃以上の発熱、水溶性下痢、血便腹痛など呈する重症例では、まず本症が疑われることが多い。サルモネラの特異的な迅速診断法はない。	発熱と下痢による脱水の補正と腹痛など胃腸炎症状の緩和を中心に、対症療法を行うのが原則。強力な下痢止めは除菌を遅らせたり麻痺性イレウスを引き起こす危険があるので、使用しない。我が国ではニューキロン薬の7日間投与は腸内細菌叢に対する影響もなく除菌率も高く使用されている。
カンピロバクター	感染症の診断は臨床症状からは、困難で糞・便等から本菌を分離する事が最も確実である。培養は微好気培養により最低2日間（37～42℃）要する。同定は通常3～5日間程度必要であり、迅速正確性を期する為に、PCR法等の遺伝子診断技術が必要不可欠である。	患者の多くは自然治癒し予後は良好であり、特別な治療を必要としないが、重篤な症状・敗血症などを呈した場合は対症療法と共に適切な化学療法が必要である。第一選択薬剤としてはエリスロマイシン等のマクロライド系薬剤が勧奨される。
病原菌大腸菌	便等から腸管出血性大腸菌を分類し生化学的性状、血清型別、ベロ毒素産生性及び生型別、ベリ毒素産生遺伝子の検出等の検査が行われている。	対症療法と抗菌薬治療があるが、感染したら医療機関に早めに受診する。
黄色ブドウ球菌	原因食品、便や吐物を検体とし、分離培養（卵黄加マンニット食塩寒天、B-P寒天等）による菌の分離、コアグラゼストグラム染色などにより同定。更にエントロトキシンの検査も重要。	黄色ブドウ球菌自体が体内に入る感染症では無い為抗菌薬の投与は不要であり、輸液により水分、糖、電解質を補充して症状の改善を待つ。
ボツリヌス菌	特徴的な症状と因果関係から推定される食物又、集団発生など複数の患者が同時に発生することなどから診断。	下痢、嘔吐による脱水の治療のため輸液療法又、原因菌が判明されればそれに対する抗生物質を投与（抗菌剤）
ノロウイルス	培養方法がまだ見つかっていないため糞便中のウイルス粒子を直接検査する必要がある。従来は電子顕微鏡下で糞便中に小型球型のウイルス粒子が見られるかどうかを指標としていた。更にERISA法・RT-PCR法も開発され診断に用いられている。	現在ノロウイルスに有効な抗ウイルス薬はない。下痢がひどい場合には輸液などを対症療法的に用いる場合がある。
セレウス菌	臨床症状、潜伏期間、および関係検体からの原因菌検出頻度などによって診断されているのが現状である。	下痢や嘔吐に対する水分や栄養補給などの対症療法程度で特別な治療は必要ないと考えられる。
ウエルシュ菌	患者の糞便や推定原因食品等からエンテロトキシン産生性のウエルシュ菌の分離	症状に対する対症療法が主になる。

5、予防方法と実際

食中毒予防3原則

- * 食中毒菌をつけない・・・清潔
- * 食中毒菌を増やさない・・・迅速、冷却
- * 食中毒菌を殺す・・・加熱、冷却

食品に食中毒菌をつけない

- 1) 十分洗浄を行うことが肝心（手洗い、調理器具、食品の原材料）。
- 2) 調理器具の用途別の使い分け。
- 3) 冷蔵庫内の二次汚染防止。
- 4) ねずみ、ゴキブリなどの衛生害虫の駆除。

食中毒菌を増やさない

- 1) 仕入れた原材料は、できるだけ冷蔵保存する。
- 2) 食中毒菌が増えないよう、手際よく調理する。
- 3) 調理した食品は、長時間常温に放置することがないように、早く食べる。
- 4) 器具にあった容量で調理する。

食中毒菌を殺す

- 1) 食べる前に十分加熱する。（75℃以上で1分間以上。ノロウイルスは85℃以上で1分間以上）
- 2) 生食用野菜類は十分塩素消毒を行い、流水でよくすすぐ。
- 3) 保存する食べ物はすばやく冷凍する。

訪問看護師の指導

ア、予防のポイント

1) 食品の購入

- ・ 生鮮食品は新鮮なものを購入し賞味期限などの表示を確認する。
- ・ 購入後、肉や魚などは水漏れしないようにビニール袋などにわかる。
- ・ 冷蔵、冷凍が必要な食品は、なるべく買い物の最後を買う。

2) 家庭での保存

- ・ 冷蔵、冷凍が必要な物は持ち帰ったらすぐに冷蔵庫にいれる。
- ・ 細菌の多くは10℃では繁殖がゆっくりとなり-15℃では繁殖が停止するが、細菌が死ぬわけではない。
- ・ 冷蔵庫や冷凍庫の詰めすぎに注意。目安は7割程度にする。
- ・ 冷蔵庫は用途別に管理する。（冷凍室-18℃）（チルド室、氷温室0℃）（冷蔵庫上、中段3～5℃）（冷蔵庫下段5～10℃）（野菜室6℃）
- ・ 肉、魚、卵などを取り扱う時は、前後に必ず手洗いをする。

3) 下準備

- ・ 手洗いをする。
- ・ 冷凍したものは室温で解凍せず、冷蔵庫内や電子レンジでの解凍とする。
- ・ また、水を使って解凍する場合には気密性の容器にいれ流水で解凍する。
- ・ 使う分だけ解凍する。（冷凍や解凍を繰り返すのは危険）
- ・ 肉や魚などの汁が生食するものにかからないようにする。
- ・ 肉、魚を切った包丁やまな板は、洗ってから熱湯をかけて使う。
- （野菜類と別々に備えるとさらに安全）

4) 調理

- ・ 手洗いをする。
- ・ 加熱して調理する食品は十分加熱する。
- 食品の中心部が75℃で1分間以上加熱する。（ノロウイルスは85℃以上）

5) 食事

- ・ 調理後は早く食べる。
- ・ 手洗いをする。
- ・ 清潔な手で、清潔な器具を使い、清潔な食器に盛り付ける。
- ・ 食品を長く室温に放置しない。（例0157は15～20分で2倍に増える）

6) 残った食事

- ・ 手洗いをする。
- ・ 残った食品はきれいな器具、皿を使って保存する。
- ・ 温めなおす時は、十分加熱する。
- ・ 時間が経ち過ぎたり、怪しいと思ったら、食べずに捨てる。
- （外観上は見分けられない）

7) お弁当について

- ・前日に調理したおかずを使用する時は、入れる前に加熱し、必ず冷ましてから入れる。
- ・温かいうちにふたをしない。
- ・弁当は長時間持ち歩いたり、持ち帰って食べたり、翌日食べたりするのは厳禁。

イ、蔓延の防止

1) 手洗い

食中毒の菌は、トイレ、洗面所のドアノブなどを介して他の人にうつっていく。またオムツについた便が介護者の手に付着し、料理などを介して家庭内、施設内に菌が伝播する。人から人への感染を防ぐには手洗いの励行が最も大切なので、排便後、食事の前、排泄の世話をした時には、石鹸と流水でよく手を洗う。

2) 消毒

トイレ、洗面所のドアノブなど、患者が触れた可能性のある部分を消毒する。吐物や排泄物は逆性石鹸や消毒用アルコールを布に浸して拭き取りビニール袋に入れて捨てる。(噴霧しない。)患者の寝衣、リネンは家庭用漂白剤に浸けてから洗濯する。もし糞便で汚染されていたら、消毒液に浸けてから他の人の衣類とは別に洗濯する。糞便の処理をする場合はデイスポの手袋使用。(別紙参照)

3) 入浴

入浴の際は、患者はシャワーまたはかけ湯を使うようにする。他の人と一緒に入浴することは避け、またタオルも共用しないこと。

4) 食品

患者がいる家庭では治まるまでの間、野菜を含め食品すべてに十分な加熱を行う。食器は洗剤と流水で洗う。

6、訪問看護師としての感染予防の心得

ア、感染源にならない為に

- ・健康的な生活習慣の維持。(栄養、休養、睡眠を十分にとる)
- ・家族に感染を疑う人の有無。
- ・うがい、手洗いの励行。
- ・自ら感染している時は、訪問は避ける。

イ、感染の媒体にならない為に

- ・訪問前後の手洗い、うがいの実施。
- ・ケア前後の手洗いの実施。
- ・持ち帰った廃棄物の適切な処理、使用した物品や器具の処理。

ウ、気配りを忘れずに

- ・感染予防はいつでも誰にでも必要なことで、特別扱いではないことを知らせる利用者や家族に恐怖心を与えないようにする。(免疫力のある健康な人は感染しにくいことや、環境や器具の衛生管理を正しくすれば感染を防げることなどを説明)利用者の使用していた物品を汚いもののように扱わない。

*手洗いは「疥癬予防マニュアル」を参照のこと

<参考、引用文献>

- 1) 厚生労働省：食中毒・食品監視関連情報
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/syokuchu/>)
- 2) 厚生労働省通知：ノロウイルスによる感染症胃腸炎の集団発生に係る指導等の実施困難事例における対応について
(<http://www2.city.shimonoseki.yamaguchi.jp/www/contents/1134537023705/file>)
- 3) goohヘルスケア
(<http://health.goo.ne.jp/medical/search/10Q10100.html>)
- 4) 食品衛生情報～日本食品衛生協会
(http://www.n-shokuei2.jp/hood_poisoning/faq/page07.shtml)
- 5) ICHG研究会：在宅ケア感染予防対策マニュアル、
(株)日本プランニングセンター、2005
- 6) 日本看護協会：腸管出血性大腸菌・感染症の基礎知識

消毒方法

対象	方法		備考
食器具 金属・合成樹脂 陶磁器・耐熱ガラス などの食器具 合成樹脂製まな板	煮沸	煮沸消毒器または大型なべなどにより 煮沸する。沸騰してから5分間以上 100℃以上30秒間 90℃以上5分間以上 75℃以上15分間以上 蒸気消毒器で100℃5分間 温熱式食器消毒保管庫で80℃20分間以上	消毒終了後布きんを 使用しないで予熱で 乾燥させる。
加熱が不適当な 食器具漆器・普通 ガラス製品・塩化 ビニール製品	逆性石鹼液	200～500倍希釈液に5分間以上浸漬し 水洗する。	消毒終了後は清潔 な布きんを使用する か、自然乾燥させる。
	次亜塩素酸 ナトリウム	50～100ppm溶液3分間以上浸漬し水洗 する。	
合成樹脂製 まな板	次亜塩素酸 ナトリウム	50～100ppm溶液を表面に塗布し3分間 以上放置したのち、水洗し乾燥する。	包丁キズの多くなっ たときは、表面を削 って平滑にすること が必要である。
ふきん	日光	洗浄後直射日光で乾燥する。	
	煮沸・日光	洗剤とともに煮沸し、水洗後直射日光で 乾燥する。	汚れの多い場合。
	次亜塩素酸 ナトリウム	洗浄後50～100ppm溶液に5分間以上 浸漬したのち水洗し直射日光で乾燥する。	汚れに応じて10～ 30分間浸漬すると 漂白することもできる
寝衣・リネン	日光	洗濯したのち直射日光で乾燥し、アイロンを かけて仕上げる。	
手指	逆性石鹼液	石鹼でよく汚れを落とし、よく水洗してから、 市販の液を5～6滴たらし30秒以上もみ洗 いしてから水洗し、清潔なペーパータオル 等で拭くか温風機で乾かす。	石鹼分を十分洗い 落としてから使用す ること。
	アルコール	75～80%アルコールを脱脂綿に含ませた もので手指を拭く。	
包丁	紫外線	紫外線殺菌灯のついた保管箱に入れる。	
	アルコール	75～80%アルコールを脱脂綿に含ませた もので手指を拭く。 又は、吹き付ける。	
野菜	次亜塩素酸 ナトリウム	次亜塩素酸ナトリウムの200ppm溶液 に5分間(100ppmの場合は10分間) 浸漬したのち、十分に水洗する。	

ノロウイルス対策

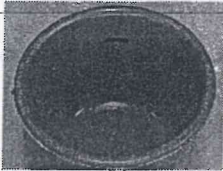
1、便の性状	水溶性下痢で白色から黄色で酸臭で長期間の下痢
2、嘔吐物、便などの処理	嘔吐物、便などの拭き取りと消毒が徹底されていない場合は、乾燥した後にウイルスが室内に拡散し、感染が拡大するおそれがある。そこで、嘔吐物、便などを処理する時は必ず、使い捨てのビニール手袋とマスク、エプロンを着用し、さらに室内の適切な換気を行うことが大切である。 ①嘔吐物などの処理時とその後は、大きく窓を開けるなどして室内に新鮮な空気を入れ換気を行う（室内にウイルスを滞留させることのないようにする。） ②嘔吐物が付着した部分や便座への汚染が危惧される時は、次亜塩素酸ナトリウムで拭くか噴霧する。
3、寝衣類の消毒	汚物が付いたおむつやシーツ、寝衣類等を取り扱うときは、取り扱った人の手にウイルスが付着し感染を拡大させてしまう可能性があり、二次感染を防ぐための適切な処理が必要である。 【汚物がついた寝衣類の洗濯・消毒】 ①汚物がついた寝衣類を取り扱うときは、必ず、使い捨てのビニール手袋とマスク、エプロンを着用し、汚物が直接皮膚に触れたり、飛沫を吸い込んだりすることのないよう防御する。 ②汚物がついた寝衣類は専用のビニール袋等に入れ、周囲を汚染しないように十分注意する。 ③汚物を十分に落とした後、塩素系消毒液（0.02%次亜塩素酸ナトリウム）に10分間浸すか、85℃で1分間以上になるように熱湯消毒をする。 ④消毒後、他のものと分けて最後に洗濯する。
4、手を触れる場所や身の回りの物の清潔・消毒	人が直接手を触れる場所は、ノロウイルスに汚染されている可能性がある。また、子供は身のまわりの物を直接口にしてしまうことが多く、汚染されると二次感染の原因ともなる。 ①手を触れる場所や身の回りの物はきれいな布で水拭きし、常に清潔を保つ。 ②感染予防のため、人が手を触れる場所や身のまわりの物は定期的に消毒する。（手すり・ドアノブ・水道の蛇口など、0.02%次亜塩素酸ナトリウムを浸した布で拭く。但し、次亜塩素酸ナトリウムは金属を腐食させるので、金属部分に使用した場合は10分たったら水拭きする。又、塩素ガスが発生することがあるので十分換気する。）
5、有効な消毒	①他の微生物などと比べると熱に弱く、85℃で1分間以上の加熱が必要。 ②塩素系漂白剤の次亜塩素酸ナトリウムは効果がある。 （逆性せっけん、アルコールの消毒効果は十分ではない。） *次亜塩素酸ナトリウムの作り方は別紙参照
6、その他	食事内容は下痢の性状に合わせて、水のような下痢のときは、水のような粥、便がどろどろしてきたら、少しどろどろした中身のある粥、水分摂取を十分に

〇-157対策

1、便の性状	初期は水溶性の下痢で発症後1～2日で便に鮮血が混入し固形物のない血性下痢便
2、嘔吐物、便などの処理	①嘔吐物、便を取り扱うときには、使い捨てのビニール手袋、ガウン、エプロンをする。 ②便座の汚染が危惧される場合は、アルコールなどでよく拭いておく。 ③おむつなどはビニール袋に密封して出す。 ④感染者の糞便に触れた場合は、石鹼と流水で十分に手洗いし、逆性石鹼又は、70%アルコールで消毒する。
3、寝衣類の消毒	汚物が付いたおむつやシーツ、寝衣類等を取り扱うときは、取り扱った人の手に菌が付着し感染を拡大させてしまう可能性があり、二次感染を防ぐための適切な処理が必要である。 【汚物が付いた寝衣類の洗濯・消毒】 ①汚物が付いた寝衣類を取り扱うときは、必ず、使い捨てのビニール手袋とエプロンを着用し汚物が直接皮膚に触れたりしないようにする。 ②汚物が付いた寝衣類は専用のビニール袋等に入れ、周囲を汚染しないように十分注意する。 ③汚物を十分に落とした後、75℃以上の温湯で洗う。温湯で洗えない場合でもよく洗い流すことが原則。心配であれば、塩素系漂白剤を使用する。 ④洗濯した後は、天日でよく乾かす。
4、手を触れる場所や身の回りの物の清潔・消毒	①手を触れる場所や身のまわりの物はきれいな布で水拭きするなど、常に清潔を保つようにする。 ②感染予防のため、人が手を触れる場所や身のまわりの物は定期的に消毒する。(手すり、ドアノブ、水道の蛇口などを、70%アルコール液に浸した布などで拭く等) ③感染者が用便した後、感染者は十分な手洗い・消毒を実施し、使用したトイレ・洗面所のドアノブを70%アルコールか逆性石鹼を布に浸し消毒する。トイレの手拭きタオルは共有しない。感染の拡大を防止する為に、ペーパータオルの使用が望ましい。
5、有効な消毒	①75℃で1分間以上の加熱が必要。 ②逆性石鹼、または消毒用アルコールで消毒する。 (心配であれば塩素系消毒剤を使用する。)
6、その他	食事内容は下痢の性状に合わせて、水のような下痢の時は、水のような粥、便がどろどろしてきたら、少しどろどろした中身のある粥。

次亜塩素酸ナトリウム消毒液の作り方

ふき掃除には **0.02%**
 汚物が付いている場合は **0.1%**
 汚物の量が多い場合は **0.5%**



5L程度のバケツに
 ← 印をつけておくと
 便利です

濃度	水1L に加える目安量	
0.02% (200ppm)	ミルトン	20mL
	ハイター	4mL
0.1% (1000ppm)	ミルトン	100mL
	ハイター	20mL
0.5% (5000ppm)	ハイター	100mL

汚れの少ない洗濯物など

約50Lの洗濯機の場合
すすぎ水に入れる

濃度	水50 Lに加える目安量
0.02% (200ppm)	ハイターをカップ1杯 (約200mL)

疥癬予防マニュアル

1、 疥癬とは

ヒゼンダニというダニが皮膚角質層内に寄生し、強い掻痒感を伴う皮膚科疾患である。

2、 疥癬虫の特徴

疥癬虫は、体長は雄約 0.2mm・雌 0.4mm、4 対の足を持ち、前 2 対に吸盤がある。体の形体上衣類を通過することが出来ない。

通常の疥癬は 1000 匹程度であるが、ノルウェー疥癬は 100 万～200 万匹。皮膚に付着した疥癬虫は角質層内に侵入する。雌の作ったトンネル内で交尾し雄はまもなく死滅するが、雌は 1 日約 2 mm 移動し疥癬トンネルを作りながら約 2 ヶ月の寿命のうちに毎日 1～2 個の卵を産み続ける。受精卵は 3～4 日で孵化し脱皮を繰り返した後、2 週間前後で成虫となる。

疥癬虫は人体から離れると 6～24 時間程度で死滅し、特に高温・乾燥には弱い。

人肌 36℃程度では活発に動き、成虫は 1 分間に約 2.5cm の速度で動くが、15℃以下ではほとんど動かなくなる。温度 25℃（室温）湿度 90%で 2 日間生存する。環境温が 50℃になると湿度に関係なく 10 分で死滅する。

皮下に潜り込んだダニの糞便が、人体にアレルギー反応をおこし、発疹や痒みの原因になる。潜伏期間は約 1 ヶ月でその後、激しい痒み（特に夜間に強く眠れないほどの痒み）がある。特徴的な皮疹は、疥癬トンネルで指間・手掌に長さ 5 mm 程度の線状の水疱ないし膿疱を認める。陰囊・臀部などに小豆大の暗赤色の小結節、その他、体幹・腋窩・上腕内側などに紅色の 5 mm 大の小丘疹が散在して認められる。掻破により二次感染性変化を伴うことがあり、慢性湿疹などと鑑別が困難なこともある。

3、 感染経路

○普通の疥癬からの感染

皮膚と皮膚が長時間接触したらすべての人に感染する直接感染で、寝具・リネン類・医療器械・介護用品などの間接感染はまれである。

人肌の温度でないと動作が鈍くなり、布地をかき分けて中に入り込む力はない。

○ノルウェー疥癬からの感染

免疫の低下（高齢者・重症感染症・悪性腫瘍・ステロイドや免疫抑制剤の投与を受けている等）している人にヒゼンダニが感染すると、多量発生し、ノルウェー疥癬に変わる可能性がある。数が多い為、感染力も非常に強くなり4～5日で感染することがある。ダニを含んだ皮膚の垢が飛び散り寝具やリネン類からも容易に感染する。その為、家族間の感染や訪問者への感染などで二次感染に注意する必要がある。

4、 診断と治療

○疥癬と疑われる人の皮膚からヒゼンダニの卵、卵の抜け殻や糞、虫体が見つかった場合診断される。指間の疥癬トンネルや真新しい丘疹等から採取して顕微鏡検査で確定する。普通の疥癬の場合発見が困難な場合があり、1回の視診では診断が困難な場合もある。ノルウェー疥癬の場合は、容易に検出し、垢や塵からでも検出しやすい。

○治療は、硫黄製剤（ムトーハップ外用薬）・安息香酸ベンジル・クロタミトン（オイラックス軟膏）などがあり、首から下より全身にまんべんなく塗布し24時間後、完全に洗い流す。この繰り返しを行う。長期に使用することは、毒性がある為、医師の指示を厳重に守ることが大切。

5、 予防方法と実際

○本人・家族に疥癬の特徴について十分説明して、直接触わる時以外の不必要な介護への気遣いをなくす。

○訪問時は、感染者に直接触るため、ゴム手袋・ビニールの予防衣を着用することの了解を得る。

○処置や軟膏塗布時、素手で皮膚を触らないように注意し、触った場合は直ちに流水で手洗いを行う。

○更衣した衣類・リネン類はすぐにビニールの袋に入れ、ピレスロイド系殺虫剤（※即効性をもち、ヒトに対する毒性が少ない）をスプレーして殺虫し感染を断つ。その後、50℃以上の湯に10分浸漬、又は、ビニール袋に密封し、2～3日放置でも完全に死滅する。その後は一般の洗濯方法でよい。

《入浴介助の実際》

- ① 本人・利用者の了解を得た後、入浴介助前にビニールエプロン・ゴム手袋・長靴などの身支度をする。
- ② 利用者の脱衣は浴室内で行う。更衣した衣類・リネン類はすぐにビニールの袋にいれ密封しておくか、50℃以上の温湯をバケツに準備して置いて浸漬するのも良い。
- ③ 入浴介助はシャワー浴が望ましい。流しながら行えば物理的に洗いがされる為、素手でも素足でも感染は予防できる。
タオルは専用として、しっかり泡をたてて洗う。使用した後は、衣類と同様に取り扱う。
足拭きマットは専用とし、よく乾燥させる。
※風呂の掃除は通常の方法でよいことを家族に説明する。
- ④ 介助終了後は、手足の出ている部分をシャワーで流し、タオルで拭き取る。
介助時に使用したエプロン・靴下・ユニホーム・使用したタオルはビニールに入れ殺虫剤スプレーをして持ち帰る。
- ⑤ 帰ステーション後はすぐに訪問着の更衣をし、袋に入れ殺虫剤をスプレーして 24 時間冷暗所に放置する。洗濯は通常の洗濯方法でよい。

6、その他留意事項

- 疥癬の疑いがあれば直ちに診断を受け、疥癬の種類を確認する。
- 治療薬のオイラックス軟膏は、含有成分（クロタミトン）に毒性がある為、やたらに長期に使用してはならない。オイラックス H やオイラックス S は治療薬ではないので注意する。
- 血圧計カフ・聴診器・体温計は専用とすることが望ましい。
- 訪問かばんなど必要なもの以外は、部屋に持ち込まない。
- 訪問は、その日の最後の訪問に組み入れる。
- 六－〇ハップでの入浴は、長期に使用すると皮膚の荒れや、肝臓障害など人体の影響がある。治療効果的には無効。
- 居室の掃除は通常でよいが、毎日洗濯機を使用。天日にリネン類を干すか、はたく事をすればよい。フィルター付のものでダニが飛び散らないようにする。
- 床面はピレスロイド系の殺虫剤使用も可。

MRSA 感染マニュアル

1. MRSA とは

MRSA とは、Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）の頭文字をとったものです。

2. MRSA の特徴

MRSA は種々の β -ラクタム薬に耐性を有する。0.8～1.2 μ m 大のグラム陽性球菌で、1 m 以上は飛ばない。その形態・症状はメチシリンの黄色ブドウ球菌と差異は認められない。

黄色ブドウ球菌は常在菌で、髪の毛や皮膚、鼻の粘膜、口腔内、傷口などよく付着する。しかし、黄色ブドウ球菌は弱毒菌のため、抵抗力がしっかりあれば、特に重症化することはない。

MRSA が重症化（深部感染）すると敗血症、髄膜炎、心内膜炎、骨髄炎などに陥って死亡する事もある。

患者に対する抗生剤の頻回の使用により、MRSA の選択が起こり、患者は保菌者あるいは発症者となる

易感染性患者として

- 高齢者、特に寝たきりの高齢患者・新生児・未熟児
- 免疫不全状態にある患者（悪性腫瘍、重症糖尿病、免疫抑制剤や抗癌剤の投与）
- 第二・三代セフェム系抗生剤の長期投与患者・ステロイド使用患者
- 侵襲が大きく長時間を要する手術患者・気管切開・カテーテル長期留置患者
- 感染症を起こし易い疾患患者（低栄養状態・慢性貧血・重症熱症・褥瘡）

3. 感染経路

間接接触感染である。

- 感染症患者、保菌者、医療従事者、介護者の手指から人へ
- 人から医療器具を介して人へ
- 環境汚染（シーツ交換後の空中浮遊菌、病室内の器物、汚染された寝具）から人への経路等を通じて伝播していく。

4. 診断と治療

MRSA 感染により、臨床的に問題となるような感染症状を呈している患者を発症患者と定義する。

MRSA 感染症は、その特有多剤耐性という以外は、一般の黄色ブドウ球菌感染症と同様の臨床像を呈すると考えられている。

MRSA 感染症も治療は一般の感染症と同様に、抗生物質による治療が主体となるが、時として死亡例もあるための確な診断と迅速な治療が要求される。

抗生剤の種類として、ミノサイクリン、リファンピシン、アルベカシン、バンコマイシン等である。

5. 予防方法と実際

ア、菌の蔓延防止のために

蔓延防止の方法は、基本的な清潔行為『手洗い・うがい』を守ること、病原体の蔓延を防ぐ事ができる。きちんとした『手洗い・うがい』・床をきれいに掃除(消毒)する事が簡単でもっとも効果的な方法。

○ 手洗いは、石鹸を使ってしっかり 30 秒程度かけて洗う。石鹸は固形より液体のほうが衛生的。流水で十分すすいだ後は、できれば使い捨てのペーパータオルかティシュペーパー、それが無理なら毎日変えた衛生的なタオルを用い水分を完全に拭き取る。その後、手指消毒用アルコール（0.2%塩化ベンザルコニウムエタノールや 0.5%クロルヘキシジンエタノール）を噴霧するとさらによい。ハンドクリームを擦りこむように、手全体に行き渡らせる。こまめに手を洗う習慣がつくと良い。

○ MRSA は人体から離れてもある程度の湿度があればいつまでも生存する。乾燥した条件下おくと、かなり早く死滅。菌そのものを乾燥させると、ほぼ 21 時間で死滅する。MRSA に限らず黄色ブドウ球菌の最も良い防御法は、乾燥させること。

イ、家庭での具体的な対応

① 衣類、リネン類等は特別な汚染がない場合は、通常の洗濯で十分。ただし乱暴に扱ってほこりが立たないようにする。汚れがひどい場合や血液、体液、濃が付着している場合は、通常の洗濯を行う前に汚れを予備洗浄

して落とすか、ハイターに浸け置き、又は 80℃以上の熱湯に 15 分浸して洗濯する。

- ② MRSA の保菌者の隔離、ガウンテクニック、マスクの着用、床の粘着マットの使用は不要
- ③ 食器は別々にする必要はなく、洗浄も通常の家計用洗剤でよい。
- ④ 発症していなければ、入浴についても特別な対応は不要。褥創や創から検菌される場合はフィルムドレッシングなどで密閉し保護する。
(膿 1 滴には、何十万、何百万匹菌がいる。)

MRSA 保菌者の入浴は以下の点に注意する

- MRSA 保菌者の入浴はその日の最後が良い
 - 入浴後は、浴槽のお湯を流し、浴槽や洗い場は洗剤で洗浄後、高温のお湯で洗う
 - 汚染が強いところがあればエタノールなどで消毒する
 - 脱衣かごは家族と別にして、使用後はエタノールで消毒をする
 - 入浴施行者や介護者は、入浴前後の『うがい・手洗い』を励行する
- ⑤ 清掃、居室の換気は通常通りで良い。
 - ⑥ マットレス、布団などは、日光消毒で良い。
 - ⑦ シーツを交換する際は、バサバサするのではなく、ホコリが立たないように包み込むように交換する。
 - ⑧ 使用した医療器具や汚染物質の消毒は特別なことは必要なく、通常通りの消毒で良い（オ、消毒方法の項参照）

ウ、訪問看護師の対応

- ① 何処から MRSA が検出されているのか確認する。
- ② 咳や痰が多い場合は、マスクの着用が望ましい。創傷処置などは手袋・プラスチック製のエプロン（菌は布に付着し運ばれる為つきにくい物）を着用。
- ③ 血圧計（カフ）・体温計・聴診器は専用として使用。又は、使用後はエタノールで消毒する。エタノールスプレーの噴霧は効果が低い。噴霧ムラが生じエタノールがかかった部分しか消毒されない。綿繊維でできた物は、布がびしょびしょになるくらい噴霧しなければ、確実な殺菌はできない。
- ④ 訪問カバンは、感染者から 1 m 以上離れた所に置くか、専用にする。
- ⑤ ケア後、流水での手洗い施行。全ての処置前後に液体石鹸で 30 秒洗う。手拭後消毒用エタノールを擦り込む。
- ⑥ 訪問はその日の最後に組み入れる。

⑦ 帰ステーション時のうがい励行。

エ、廃棄物管理

- ① 在宅で出た医療廃棄物は、内容が出ないようにプラスチックの袋に入れ可能な限り自宅の可燃ゴミに出す。(ガーゼ・カテーテル類・点滴チューブ・プラスチックボトル等)
- ② 針類は栓のある容器に入れ持ち帰り、指示を出した医療機関に返却するのが望ましい。
- ③ 返却が難しい場合は、各ステーションの廃棄基準に基づいて処理する。

オ、消毒方法

① 一般的注意事項

すべての病原体に有効な、いわゆる万能な消毒薬はない。使用目的や対象となる病原体によって使い分けが必要である。消毒薬による殺菌は化学反応によるものであるから、温度が 10℃ 上昇すると反応速度が 2 倍になるという原理が、消毒薬による殺菌の場合にもあてはまる。

たとえば、5%グルコン酸クロルヘキシジンの 250 倍溶液は、20℃で黄色ブドウ球菌を 1 分で死滅させるが、5℃では 2～3 分要する。

また、消毒薬は 20℃で最大の殺菌効果が得られるように濃度が設定されている。

したがって、使用する場合は、消毒薬ごとに指定された温度と濃度で使用することが原則。

②MRSA に殺菌効果がある各種消毒薬

対象	消毒剤一般名	商品名	使用方法
手指	0.2%塩化ベンザルコニウムエタノール液	ウェルパス	塗擦(1回 3ml)
	10%ポピドンヨード液	イソジン液他	洗浄
	塩化ベンザルコニウム	オスバン ハイアミン他	
	消毒用エタノール	エタノール	清拭
	0.5%グルコン酸クロルヘキシジン	マスキン ヒビテン他	
患者の皮膚	10%ポピドンヨード液	イソジン液他	清拭
	0.5%グルコン酸クロルヘキシジン	マスキン ヒビテン他	
	消毒用エタノール	エタノール	

口腔	ポピドンヨードガーグル	イソジン ガーグル	含嗽
医療用具機械	0.5%クロルヘキシジン	マスキン ヒビテン他	緊急時、清拭 あるいは浸漬
	消毒用エタノール	エタノール	清拭あるいは浸漬 30分以上浸漬
	0.2%塩化ベンザルコニウムエタノール液	ウェルパス	
浴槽	消毒用エタノール	エタノール	清拭 噴霧
	塩素化イソシアヌール酸	フロ水ワンダー	錠剤水量に応じて 投入し一夜放置
リネン マットレス類	消毒用エタノール	エタノール	部分的に噴霧
	加熱処理		80℃以上で 10 分
室内	0.2%塩化ベンザルコニウムエタノール液	ウェルパス	噴霧(30～50m ³) 対象物の表面の 菌。
ドアノブ ベッドサイド テーブル等	消毒用エタノール	エタノール	清拭
	0.5%クロルヘキシジン	マスキン ヒビテン他	
床・スリッパ 等	0.2%塩化ベンザルコニウムエタノール液	ウェルパス	清拭
	消毒用エタノール	エタノール	
汚物 便器・血液 膿汁喀痰・糞 便尿等排泄物	0.2%塩化ベンザルコニウムエタノール液	ウェルパス	洗浄後 15 分以上 侵漬
	クレゾール石鹼液	クレゾール石鹼 液	2 時間以上放置
訪問カバン	0.2%塩化ベンザルコニウムエタノール液	ウェルパス	噴霧
	紫外線殺菌灯照射		照射されない影の 部分には作用しない ことに注意

*消毒用エタノールは、脱脂作用があって頻回の使用では手が荒れるので、使用後はハンドクリームを塗っておくことが必要。

*塩化ベンザルコニウム(逆性石鹼)は普通石鹼と併用すると殺菌力がなくなり、また、有機物が混ざると効果が低下する。さらに、低濃度では、緑膿菌等が増えるので頻回の交換が必要。

6. その他、在宅での留意事項

*記録物は、最後に手を洗ってから記入する。

*細かな決め事は事業所で徹底する

*抗菌剤を使用している方で MRSA 検出の可能性が考えられれば、検査を勧める。また、保菌者の場合も留意する。

●うがいして、洗って、拭いて、殺菌・消毒

感染経路になりやすい口やノドはうがいで、^{でんばけいろ}伝播経路になりやすい手は手洗いと手指の消毒で、「うがいして、洗って・拭いて・殺菌消毒」で感染を予防しましょう。

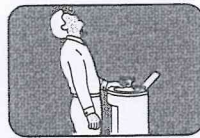
うがいして



①ペダルを踏むと
うがい液がでてくる

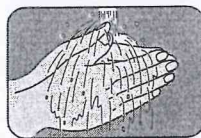


②うがい液を口で受ける

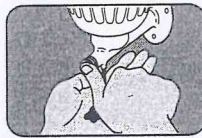


③上へ向って背筋を伸ばし
ゴロゴロとうがする

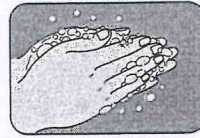
洗って



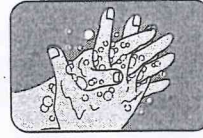
④手指を流水でぬらし



⑤石鹸液を適量とり出す



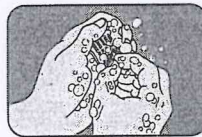
⑥よく泡立てる



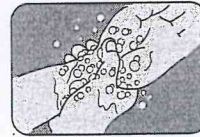
⑦指の間



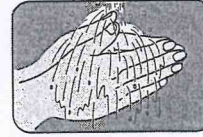
⑧手の甲



⑨爪先はつまみブラシで

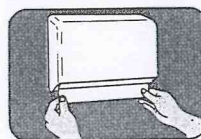


⑩手首までいねいに



⑪流水ですすぐ

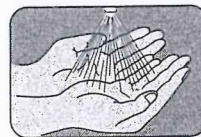
拭いて



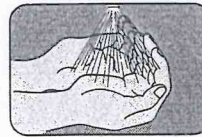
⑫使い捨てのペーパータオルで水気を拭いてください



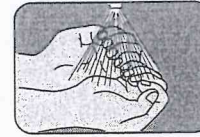
殺菌・消毒



⑬ヒビコールSを
手のひらに受け



⑭指先から



⑮爪の部分まで



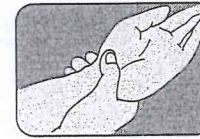
⑯手のひらをこすり合わせ



⑰指の間



⑱手の甲



⑲手首まで

消毒剤と有効な微生物および消毒対象

消毒剤の区分 \ 消毒剤	高 度	中 等 度					低 度		
	グルタルアルデヒド	ホルムアルデヒド	次亜塩素酸ナトリウム	消毒用エタノール	ヨードホル	クレゾール石けん	塩化ベンザルコニウム	グルコン酸 クロルヘキシジン	両性界面活性剤
一般細菌	○	○	○	○	○	○	○	○	○
緑膿菌	○	○	○	○	○	○*	○*	○*	○*
MRSA	○	○	○	○	○	○	○	○	○
結核菌	○	○	△	○	○	○	×	×	△
芽胞	○	△	△	×	△	×	×	×	×
真菌	○	○	○	○	○	△	△	△	△
ウイルス	○	○	○	○※	○※	×	×	×	×

○：有効 △：効果が劣る ×：無効

環 境	△	○	△	△	×	×	△	△	△
器具：金属	○	△	×	○	×	△	△	△	△
器具：非金属	○	△	△	○	△	△	△	△	△
手指、皮膚	×	×	△	○	○	△	○	○	○
粘 膜	×	×	△	×	○	△	○	×	○
排 泄 物	○	△	△	×	×	○	×	×	×

○：推奨 △：使用可能 ×：使用不適

* 通常の濃度では有効だが、抵抗性を示す菌が検出されている。

※HBVに対し、有効であるという報告があるが、WHOや、厚生省B型肝炎研究班のガイドライン(1987)には示されていない。

感染症の原因微生物と有効な消毒剤

病 名	原因微生物	感染性を有する期間	人由来の感染源	感染経路 (媒介物)	有効な消毒剤
上気道感染 鼻咽喉炎 咽頭炎 副鼻腔炎	化膿レンサ球菌 黄色ブドウ球菌 インフルエンザ菌 腸内細菌など	炎症のある期間	咳飛沫	飛沫感染	クロルヘキシジン、塩化ベンザルコニウム、両性界面活性剤ほか、一般的な低度の消毒剤でも有効
ウイルス性かぜ症候群	ライノウイルス、アデノウイルス、コクサッキーウイルスなど	症状のある期間	咳飛沫、鼻分泌物	飛沫感染	アルコール、ヨードホルム、次亜塩素酸ナトリウム、グルタルアルデヒド
下気道感染 細菌性肺炎	肺炎球菌 上気道感染原因菌 レジオネラ	菌陽性期間 人→人の感染はなし	喀痰、咳	飛沫感染 微粒子塵の吸入による経気道感染	クレゾール、アルコール、ヨードホルム、次亜塩素酸ナトリウムなど 次亜塩素酸ナトリウム、アルコール、ヨードホルムなど
インフルエンザ	インフルエンザウイルス	急性有熱期 (3～4日)	咳飛沫	飛沫感染が主、間接接触(手指、器物)もあり	アルコール、ヨードホルム、次亜塩素酸ナトリウムなど
百日咳	百日咳菌(ボルデテラ属)	発症前数日～カタル期	咳飛沫	飛沫感染、直接接触感染	塩化ベンザルコニウムほか低度の消毒剤、ヨードホルム、アルコール、次亜塩素酸ナトリウムなど
オウム病	グラミジア・シッタシ	急性期 感染性低い	咳飛沫	トリの糞を直接、間接に吸入、飛沫	クロルヘキシジン、塩化ベンザルコニウム、両性界面活性剤ほか、一般的な低度の消毒剤でも有効
結核 非定型抗酸菌症	結核菌 非定型抗酸菌	喀痰中に菌陽性期間 人→人の感染はなし	咳飛沫	飛沫感染 水や土壌から	クレゾール、アルコール、ヨードホルム、グルタルアルデヒド。 クレゾール、アルコール、ヨードホルム、グルタルアルデヒド。
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	ムンプスウイルス	発症4日前～9日後	咳飛沫	飛沫感染、直接接触感染	アルコール、ヨードホルム、次亜塩素酸ナトリウム、グルタルアルデヒド
風疹	風疹ウイルス	発症7日前～発疹出現	咳飛沫	飛沫感染、直接接触や間接接触も	アルコール、ヨードホルム、次亜塩素酸ナトリウム、グルタルアルデヒド
麻疹(ハシカ)	麻疹ウイルス	発症時～発疹出現後4～5日	咳飛沫	飛沫感染	アルコール、ヨードホルム、次亜塩素酸ナトリウム、グルタルアルデヒド
水痘・帯状ヘルペス	水痘・帯状ヘルペスウイルス	疱疹出現～2日前から消失まで	分泌物、咳飛沫	直接接触、飛沫、空気伝播、汚染器物からの間接	アルコール、ヨードホルム、次亜塩素酸ナトリウム、グルタルアルデヒド
溶連菌感染症 (猩紅熱)	A群溶血性レンサ球菌	局所の菌陽性期間	咳飛沫	飛沫感染	クロルヘキシジン、ヨードホルム、アルコール、グルタルアルデヒドなど

上気道感染マニュアル

1. 上気道感染とは

空気の通り道である気道は、鼻前庭に始まり鼻腔、咽頭、気管、気管支、細気管支を経て肺胞まで達している。このうち鼻前庭から喉頭までを上気道、気管より抹消を下気道といい外界（ほとんどは大気中）から微生物が侵入して上気道で感染が起こったものを上気道感染という。

2. 上気道感染の発生機序

ほとんどがライノウイルスやコロナウイルス、アデノウイルスなどのウイルスが上気道から粘膜にくっついて感染、炎症を起こすために起こる。

感染性、流行性で原因の 90% 以上がウイルスで、ほかに最近やマイコプラズマなども原因となる。非感染性の原因としてアレルギー性原因（ダニ、スギ花粉など）、物理的原因（寒冷、乾燥、誤嚥）、科学的原因（刺激性ガスなど）があり多彩である。

原因になる病原ウイルスはその数が細かく見ると 230 以上といわれる。ウイルスには高温多湿の環境を好むものもあれば、低温や乾燥した環境を好むものもあるので、季節によって感染しやすいタイプが大体決まっている。

感染している患者の鼻やのどから、くしゃみや咳により、鼻水や痰などの小粒子に含まれて飛び散った病原ウイルスは別の人の鼻やのどなどの上気道粘膜に付着して、20 分ほどでその人の身体に入り込み、18～24 時間で増殖する。ウイルスの増殖によって上気道細胞が壊れ、粘膜としての防御作用がなくなり、二次感染を起こしてしまう。

3. 主な症状

- ①鼻症状：鼻詰まり（鼻閉）、鼻水（鼻汁）、くしゃみ
- ②のど症状：咳・痰・咽頭周辺の腫れや痛み、嚥声（声がれ）
- ③発熱：微熱（多くは 38℃ 以下）
- ④全身症状：悪寒、倦怠感（や関節痛）、脱力感など
- ⑤その他：頭痛、腰痛、胃腸症状（下痢、軟便など）

4. 治療

確実に有効な抗ウイルス薬はない。その為予防と対症療法が主体となる。

家庭で「休養＋睡眠＋栄養」を取るという 3 原則を守ることが最も重要な治療事項といえる。

〈積極的な受診が勧められるケース〉

- ①熱・咽頭痛が 3 日以上持続 ②激しい頭痛
- ③呼吸困難 ④胸痛 ⑤膿性分泌物(鼻汁、痰)
- ⑥扁桃腫脹

5. 予防策

- ① 部屋の換気・加湿を心がける
(ウイルスは汚れた空気に強い)。
- ② 家族全員のうがい・手洗いの励行
- ③ 予防接種の推奨
- ④ マスクの励行 (自分の吸気に湿気を与え乾燥から守ってくれる。ウイルスの遮断は不可)
- ⑤ 口腔ケアの必要性

口腔内感染を引き起こさないためにも、口腔ケアは非常に重要である。また、口腔ケアを行なうことによって、口腔衛生に対する意識を向上させ、口腔疾患と感染症の予防や口腔機能の維持・回復をはかる。

6. 訪問看護師としての感染予防の心得

- ① 感染源とならないために
 - ・ 健康的な生活習慣の維持(栄養・休養・睡眠を十分に取る)
 - ・ うがい・手洗いの励行
 - ・ 予防接種等の積極的感染予防
 - ・ 自らが感染しているときは訪問を避ける

- ② 感染の媒体にならないために

- ・ 訪問前後の手洗い・うがい
- ・ ケア前後の手洗いを実施する

- ③ 感染予防のケア

- ・ 口腔ケア

口腔ケアの目的は、口腔疾患の予防、誤嚥性肺炎の予防、QOL の向上である。

〈口腔の観察〉

口腔ケアを始める前に次のポイントに沿って行う

- ① 歯の数 ② 歯の状態 (ぐらつき、むし歯、残根)

- ③ 歯垢（歯間、歯と歯ぐきの間など）
 - ④ 歯茎（出血、炎症、色など） ⑤ 口蓋、のど（左右差、色など） ⑥ 舌苔（色、付着範囲、厚さなど）
 - ⑦ 口角（ただれ、裂傷、ヘルペスなど）
 - ⑧ 唇（乾燥、ヘルペスなど） ⑨ 食べカス（口腔内全体）
 - ⑩ 舌の動き（左右前後に動かせるか）
 - ⑪ 開口（口が大きく開くか、音がしないか）
 - ⑫ ほほ（ふくらむか）
 - ⑬ 入れ歯の汚れ（食べカス、歯垢、歯石）
- 〈ケアの方法〉

① コミュニケーション

口腔内に問題がある方ほど口を開けたがらない（見られたくない）傾向があるので、ケアを始める前に「これから口の中をきれいにしますね」と声をかける。声かけはケアごとに行い、感想などを聞いていく。

② 体位の調整

口腔ケアはリハビリテーションも兼ねているので、できるだけ洗面台に移動して対象者本人にやっていただく。寝床から移動できない場合は寝床で行なうが、その方の身体状態に合った体位で行なう。

・ ファーラー位またはセミファーラー位

比較的誤嚥しにくい体位。疲れやすい体位でもあるのでクッションなどを使用し安楽な姿勢を取る。この時本人が介護者を見上げる姿勢にならない様注意する。

・ 仰臥位一顔だけ横にむける。

・ 側臥位一片麻痺の方に適している。麻痺側を上にする。

③ 入れ歯をはずす

両手で入れ歯をはずす。総入れ歯の場合は、入れ歯と粘膜の間に空気や水を入れると簡単にはずすことができる。

④ 含嗽または口腔清拭

食べカスや老廃物をとる為に行う。含嗽ができない方は口腔清拭を行う。

・ 含嗽

口に少量の水を含ませ、上下・左右・前後に頬を動かす。含嗽は口周辺の筋肉を動かす運動にもなる

・ 口腔清拭

含嗽ができない、経管栄養、麻痺のある場合等はスポンジブラシ等を水に含ませ余剰な水分を絞り、口

腔内粘膜面や歯肉面を清拭する。スポンジブラシが汚れたらその都度水で洗う。

⑤ 歯磨き

歯ブラシを使用しての歯磨きは、口腔清掃の基本的な方法でむし歯や歯周病の原因となる歯垢除去の効果が最も期待できる。毛のかたさは「ふつう」が良いが出血しやすい時は「やわらかめ」を選ぶ。また、細菌は就寝中に増殖するので就寝前に磨くのが効果的である。歯間、歯と歯肉の間、奥歯の溝等が磨き残しやすい箇所なので注意する。

⑥ 舌清掃

舌には咀嚼（食べ物を噛み碎き唾液と混ぜ合わせる）・嚥下（食べ物を喉に送り飲み込む）・発音などの機能がある。また、舌を動かすことによって唾液が出るようになる。舌の表面は新陳代謝が激しく、老廃物や食べカス、唾液成分、細菌などがたまと舌苔ができるので、食べカスや過剰な舌苔を取り除く。口腔内が乾燥している方は、口腔内を湿らせてから清掃する。

⑦ うがいまたは口腔殺菌

歯磨きや舌清掃で取り出した細菌を吐き出す為に、含嗽をする。含嗽が無理な場合はイソジンなどの含嗽消毒液を約 60 倍に薄めスポンジブラシ等で清拭にて口腔殺菌する。

⑧ 口腔粘膜マッサージ（口腔乾燥の方のみ）

口腔内には 3 大唾液腺（耳下腺・顎下腺・舌下腺）と、舌や唇などの口腔粘膜に多数ある小唾液腺がある。口腔内を湿らせてから口腔粘膜をマッサージすることで唾液分泌を促す。

⑨ 保湿（口腔乾燥の方のみ）

洗口液や保湿剤で口腔粘膜を保湿する。唇にもワセリンを塗り、乾燥ひび割れを防ぐ。

⑩ 入れ歯清掃 ⑪ 入れ歯装着 ⑫ あいさつ

口腔ケアが終わったことを告げて感想を聞く。この時、自分でできたところはほめたり励ましたりすることで、本人にやる気を出させ、自立を促す。

《付録》

* 鼻腔の基礎知識

鼻の生理機能としては①呼吸機能②臭覚機能③構音機能④反射機能があげられる。

鼻腔側壁は複雑に入り組んだ粘膜ひだを形成し呼吸に際して吸気の送室、加温、徐塵を行い下気道を保護している。また咽頭と喉頭は鼻腔と気管を結び気道の一部を形成すると同時に外界からの異物の侵入を防ぎ下気道を保護している。

* 口腔の基礎知識

口腔内には、常に 300 種類以上の細菌が数千億個も存在しており、食べカス等があるとすぐに有害な細菌やカビ・ウイルスなどの微生物が繁殖する。また、口腔内が汚れていると虫歯や歯周病といった口腔における障害が生じるだけでなく誤嚥性肺炎のような全身への障害も生じる。

○要介護高齢者の口腔内の特徴

・口腔乾燥

唾液には、消化・咀嚼の補助・味覚・中和・洗浄・殺菌などの作用があるが、加齢、服用薬剤や生活習慣により唾液分泌量が低下し口腔乾燥が起きている。

・高い入れ歯装着率

75～79歳の機能現存歯は9本、身体障害老人は5.6本、痴呆性老人は3.5本となっており、殆どの方が入れ歯を装着している

・嚥下・咀嚼障害

咀嚼から嚥下という一連の動作機能に何らかの障害があり誤嚥を起こし易い状態になっている。

○要介護高齢者におこりやすい口腔内感染症

・口腔カンジダ症

一種の糸状菌によって起こる疾患。多くは栄養失調、抗生剤治療、その他身体の抵抗力の弱った時に起こる。口腔粘膜特に頬粘膜、また口蓋、咽頭粘膜に孤立した白色の小斑点状として時に癒合してみられる。

・口腔内細菌感染症

・誤嚥性肺炎

口に入った物が細菌とともに気管に入り込んだ時に、むせたり咳込んだりできないために排出できず徐々に肺炎を起こしていく細菌性肺炎であり、体力の弱っている高齢者に多い。

－誤嚥性肺炎とは－

誤嚥性肺炎とは食物や水分、唾液などが誤って気管に入り、咳嗽反射による喀出が充分でないため生じる肺炎。

意識障害のある患者に起こりやすく、右の主気管支の方が左の主気管支に比べ傾斜角がゆるやかで短く（右約30度、2 cm、左約45度、4 cm）圧倒的に右肺に発生しやすい。高齢者の肺炎の大部分はこの誤嚥性肺炎であり、問題となっている。

＜誤嚥性肺炎の特徴とメカニズム＞

1. 嚥下のメカニズムを知る

嚥下は大きく分けて3つの流れがある。

①口腔期：食べ物を咀嚼し、食塊を形成し、咽頭へ。

傷害する因子：脳血管疾患、意識障害、認知症

②咽頭期：食塊の認識から、鼻咽頭腔閉鎖、輪状咽頭筋弛緩、喉頭挙上、喉頭蓋による気道閉鎖、声帯閉鎖が起こる事によって食塊が気道に入らないように食道へと導く。

傷害する因子：脳血管疾患、神経疾患

③食道期：食道の蠕動により食塊を胃内へ

傷害する因子：食道腫瘍、アラカジア、食道憩室、逆流性食道炎

2. 誤嚥が起こる理由

誤嚥による問題は、嚥下反射のみならず、咳反射がうまくいかない場合にも起こってくる。嚥下に失敗しても、食道に異物が入ってきても、咳嗽反射によって喀出が可能であれば問題はない。誤嚥がある時には、嚥下反射、咳嗽反射のどこに障害があるかを見極める必要がある。誤嚥やむせにはベースとなる基礎疾患が関連していることが多く、疾病の一症候として捉える事が大切。

3. 気管への侵入物

気管への侵入物には摂食時の食塊や唾液内の細菌が気道に入る口腔由来のものと、胃内容物、胃酸、胃内残渣、細菌、腸液等が気道に入る食道逆流によるものがある。

①口腔由来の侵入物

高齢者では加齢による唾液の分泌低下により、唾液内に含まれている免疫グロブリンが減少する。また、抗生剤の投与による細菌叢の変化が起りやすく、抗生剤の効きにくい強い病原菌へと置き換わっている

事がある。このような菌に汚染された唾液を飲み込む事により誤嚥性肺炎を起こす可能性が高くなる。

② 胃・食道からの逆流による誤嚥

胃内容物が逆流して気道に入った場合、胃液は酸性のため、逆流を起こす科学的刺激となり、誤嚥性肺炎の原因となる。高齢者の胃酸はPHが高く、胃内の細菌繁殖が起こりやすくなり、細菌による肺炎を起こす危険が高い。特に胃の摘出をしている場合は、腸液の逆流もあり、科学的刺激がある。逆流による誤嚥は経口摂取時の誤嚥とは異なり、咽頭期より発症するため、生体反応としての準備不足の点からもそのリスクは大きい。(二次性誤嚥という)二次性誤嚥の場合、加齢に伴う咽口頭閉鎖反射(声門閉鎖の反射)の低下により、高齢者では特に誤嚥しやすい。またカルシウム拮抗剤、気管支拡張剤など服用中の患者は下部食道括約筋低下を起こすため逆流が起こりやすい。

<誤嚥性肺炎を見逃さない為の留意事項>

1. 典型的な誤嚥と不顕性誤嚥があることを認識

誤嚥には典型的な誤嚥と慢性的に起こる不顕性誤嚥がある。不顕性誤嚥はむせのない誤嚥であり十分な観察が必要。ポイントは慢性の咳、湿性咳嗽がおこる場合は誤嚥性肺炎の乾性咳嗽の場合は誤嚥性細気管支炎を疑う。喘鳴が見られる場合も誤嚥が疑われ、夜間咳嗽が見られる場合には不顕性誤嚥を疑う。流涎が見られる場合も誤嚥の疑いがある時がある。経管栄養に関しては、涎に注入食のにおいがする場合は、逆流の可能性があり、嚥下機能の低下を疑う。注入中や注入後の咳嗽や、苦しがるなどの状況では誤嚥の疑いがある。不顕性誤嚥は、いつでも起こる可能性があり、夜間や就寝時の観察も大切になる。

2. その他の誤嚥性肺疾患

びまん性嚥下性細気管支炎について

不顕性感染に伴い、誤嚥を起こしたものが細気管支レベルで肉芽腫となるもの。

喘息様の喘鳴や呼吸困難、発熱等の症状が見られるが、肺実質には炎症が無く、単純X Pにては顕著な所見が見られない。(CTにてびまん性の小粒上影が認められる)

3. 経鼻胃管と誤嚥

経鼻胃管には誤嚥のリスクが高い。胃管チューブの周囲には細菌の膜がはり、病原細菌叢の温床となる。また、チューブによる刺激は唾液の分泌を促し誤嚥の頻度が高くなる。また、喉頭蓋にチューブが

接触するため、嚥下運動を阻害する。したがって、経鼻胃管の場合は逆流のみならず、チューブ留置によるリスクも考えられる。

<誤嚥性肺炎の発症を防ぐには>

1. 食事中の体位

安全なギャジアップの角度について知る。経口摂取が可能な場合は、できるだけ座位をとる。経管栄養の場合は90度もしくは30度にて(30度の場合は頸部に枕やタオル) 中途半端なギャジアップは皮膚トラブルを起こしやすい。経管栄養の場合も食事は出きるだけ家族と共に。視覚や嗅覚などによる刺激で唾液の分泌を促進する。食後は2時間くらい座位を保持する。

2. 食品の工夫

嚥下機能が低下している場合、食品には適不適がある。誤嚥を予防し安全に飲み込むための工夫も必要。逆流などの危険性が高い場合は、不顕性誤嚥を防止する目的で固形化栄養(栄養剤を寒天を利用して固形化する)とする方法も検討。

(適した食品)

- ・ 食材が均一(大きさ・固さ)
 - ・ 口の中でバラバラにならない
 - ・ 咽頭通過時変形しやすい
 - ・ 粘着、付着しにくい
- ゼラチン、とろみをつけた食品
プリン、ババロア

(適してない食品)

- ・ 硬すぎて咀嚼しにくい
 - ・ 液体
 - ・ 変形しにくい
 - ・ 粘膜に付着する
- 揚げ物、こんにゃく、
海藻、もち、芋

3. 本人の状態に合わせた量、質の工夫

経口摂取を開始する際の注意点は嚥下の可能性についての評価。嚥下訓練を実施していないケースでは水のみテスト等にて、嚥下の可否を評価し、嚥下訓練の適応であるか否かを判断する。経口摂取が可能とされた場合、少量のゼリーなどから開始し、徐々に量や質を検討していく。大切なことは本人が好きな食品で訓練をする事。温度もやや冷た食品のほうが嚥下反射を誘発しやすい。食前に嚥下訓練ができるよう簡単なプログラムを作る。

食べる前の準備訓練 : 資料1 唾液腺刺激の方法 : 資料2

注: 資料は「老年看護・訪問看護のポイント」メディカ出版より引用

表3 食べる前の準備体操

食べる前の準備体操

1. 首のストレッチ

堀川病院嚥下研究会

首を前に倒す

左右に4~5秒ずつゆっくり曲げたり

まわしたりする



2. 肩の上げ下げを5回行う

肩をあげてそのまま

“1 2 3と数を数えて”

力を抜きましょう (ストーン)



3. 舌の運動

舌を出したり、ひっこめたりする 舌を上下左右に動かす、左右の口角につける



4. 発音練習 強くしっかり発音します

パッパッパッと唇の運動 タッタッタッと舌の先の運動 カッカッカッと奥舌の運動



5. あごの運動

口を大きく開ける

パッと閉じる



6. 唾液腺のマッサージ

耳下腺のマッサージ

顎下腺、舌下腺のマッサージ



・耳下腺への刺激は、人さし指から小指までの4本の指を、2本づつにして、耳をはさんで上下にマッサージする。

・両手の親指をそろえて顎の真下から、「1 2 3」と舌を突き上げるように、押し上げ「1 2 3」と力を抜くようにする。

・親指を顎、骨の内側のやわらかい部分にあて、顎の下から耳の方向に向かって押す。

嚥下障害のある人は、口腔内が乾燥していると飲み込みにくいので、唾液の分泌を促すために唾液腺を刺激する。

絶食や経管栄養の人は、咀嚼することがないので、唾液の分泌が低下し口腔内が乾燥しやすいため、唾液腺を刺激して唾液を分泌させるマッサージが必要である。

- ①最初に唾液腺の位置を確認する。
- ②マッサージは、食べる前にすると、唾液が出て、食べ物が飲み込みやすくなる。
- ③三大唾液腺（図5）を刺激すると効果がある。
- ④痰の吸引や口腔ケアのたびに刺激すると効果的である。



図5 三大唾液腺の位置

<三大唾液腺の刺激方法>（図6）

①耳下腺への刺激

人差し指から小指までの4本の指を、2本ずつにして、耳を挟んで上下にマッサージする。



図6-a 耳下腺

②顎下腺への刺激

親指を顎の骨の内側のやわらかい部分に当て、顎の下から耳の方向に向かって押す。



図6-b 顎下腺

③舌下腺への刺激

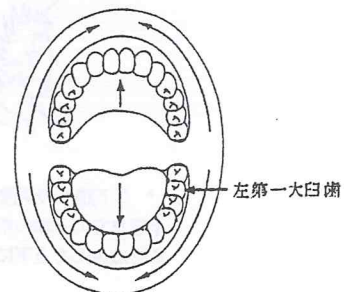
両手の親指をそろえて顎の真下から、「1, 2, 3」と段階的に舌を突き上げるように押し上げ、「1, 2, 3」と力を抜くようにする。



図6-c 舌下腺

④オーラルエステ®（パッド付きナイロンの手袋）（図9）を使って唾液腺を刺激する方法

- 下の第一大臼歯（六歳臼歯）のところをマッサージして唾液腺を刺激すると、唾液が分泌されて、乾燥を予防できる。
- 粘膜は傷つきやすいので、力を入れ過ぎない。
- ⑤口腔清拭の部位と方法は、図7を参照する。
- いきなり口の中に、指を入れない。口唇や口角が荒れている人が多いので、まずパッドで湿らせる。
- 指を歯に沿って奥に入れ、奥のほうから手前に拭き取る。
- 口の中の上のほうと舌の汚れを拭き取る。



矢印の方向に向かって拭いていく。

図7 口腔清拭の部位と方法

インフルエンザ感染マニュアル

1. インフルエンザとは

伝染力の強い、急性呼吸器感染症で、インフルエンザウイルスが、鼻や口から侵入し、咽頭や口頭などの上気道に感染する疾患である。

2. インフルエンザの特徴

インフルエンザウイルスはウイルス粒子内の核蛋白複合体の抗原性の違いから、A、B、C の3つの型に分けられる。流行的な広がりを見せるのはA型とB型。A 型ウイルスの表面に赤血球凝集素 (HA) とノイラミニターゼ (NA) という糖蛋白があり、HAには15の亜型が、NAには9の亜型がある。これらは様々な組み合わせをして、ヒト以外にもブタやトリなどその他の宿主に広く分布。A型インフルエンザウイルスは人畜共通感染症としてとらえられ、最近では、渡り鳥がインフルエンザウイルスの運び屋として注目されている。

ウイルスの表面にあるHAとNAは、同一の亜型内でわずかな抗原性の変化によって、A型ウイルスは巧みにヒトの免疫機構から逃れ、流行し続ける。これを、連続抗原変異又は小変異といい、いわば、ウイルスのマイナーモデルチェンジで、古いタイプのウイルスの免疫のある人でも、新しいインフルエンザに感染することがある。さらに、A型は数年から数10年単位、突然別の亜型に取って代わることがあり、これを不連続抗原変異又は大変異といい、インフルエンザウイルスのフルモデルチェンジとなる。人々は新型インフルエンザウイルスに対する抗体はないため、大流行となる。1918年スペインかぜ(H1N1)は39年間続き、世界では3000万人が死亡したと推定されている。

インフルエンザウイルスは低温、低湿度を好み、流行は1月から2月がピーク。くしゃみ1回で約200万個、咳で10万個のウイルスが飛散。ウイルスを吸い込むと増殖をはじめ、1個のウイルスが24時間後は100万個に増殖し、感染力も強い。

インフルエンザは通常の風邪とは違い、症状が重く、全身症状も顕著に現れる。潜伏期間は1〜3日で、悪寒、急激な発熱(38〜40℃)、全身の筋肉痛、関節痛、頭痛、全身倦怠感などの全身症状で始まり、3〜4日後、咳、痰などの呼吸器症状が出現する。肺炎などの合併症がないと1週間位で治癒するが、高齢者やハイリスク患者が罹ると肺炎を

併発したり、持病を悪化させ、重篤になり、最悪の場合、死に至ることがある。

3. 感染経路

飛沫感染による。咳、くしゃみ、会話などにより、ウイルスを含む飛沫が短距離にある人の結膜、鼻粘膜或いは、口腔などに付着して感染する。

4. 診断と治療

○迅速診断キットでウイルスの種類を判定

迅速診断キット(QUICK VIEW 等)が普及。喉や鼻の奥を数回擦った綿棒と試薬により、約10～20分でウイルス感染の有無とウイルスの型(A,B 型)が分かる。

○治療

①風邪だと考えず、早めに医療機関を受診し、治療を受ける。

発症後 48 時間以内に抗インフルエンザ薬を服用する。インフルエンザウイルスには抗生物質は無効。

	アマンタジン	ザナミビル	リン酸オセルタミビル
商品名	シンメトレル	リレンザ	タミフル
対象	大人・子供	大人	大人
使用法	内服・最長1週間	吸入・朝、夕2回	内服・5日間
治療目的	A 型	A 型・B 型	A 型・B 型

②安静と休養、特に睡眠をとることが最も大切

③保温・保湿

④栄養・水分補給 お茶・ジュース・スープなど

⑤薬物療法 発熱は病原体に対する防御反応なのでウイルスを抑制する作用がある。38℃以上の高熱が続き体力が消耗する時は、解熱鎮痛薬を使用する場合があるが、慎重を要する。15歳未満に投与してはいけない解熱鎮痛薬は非ステロイド系のジクロフェナクトリウムやメフェナム酸で、使用すると脳炎・脳症が重症化し、死亡率が高くなるという調査報告がある。また、アスピリンとライ症候群の関連性も指摘されていることから、使用を禁止されている。どうしても解熱鎮痛薬が必要な時は、アセトアミノフェノンが比較的安全である。体を冷やす場合、動脈が表面近くを走る首やわきの下、鼠径部を冷やすと効果がある。

5. 予防方法と実際

①マスクの利用

咳は時速150kmにもなり飛び散る。マスクはウイルスの飛散を防止し、呼気を加湿して吸い込むことになるので鼻や喉の保湿が出来、粘膜を保護して細菌の増殖を抑える効果がある。また、マスクの使用により、鼻や唇を触らないので手指からの感染を防げる。ガーゼマスクはウイルスの遮断にならない。不織布の立体型のマスク(N75)が呼吸が楽で遮断効果も高い。また、介護者が感染している場合、双方がマスクを使用する。

②手洗い

手洗いは手のひら、指の間、手の甲を石鹸で念入りに洗う。固形石鹸は表面が汚染されているので、ポンプ式の方が衛生的で良い。また、ウイルスに汚染された手で口や鼻に触れるのは鼻粘膜にウイルスを転嫁するので避ける。手すり、テーブルやドアノブなど要注意。

③うがい

お茶や紅茶はカテキン効果により、また、水道水(浄水器は不可)は微量の塩素を含んでいるのでウイルスの殺菌効果がある。うがいはぶくぶくうがい(口に中を吐き出す)を15秒、喉の奥のがらがらうがいを15秒×2回を1日3回程度行くと良い。

④ワクチン接種で重症化を防ぐ

インフルエンザワクチンは、HA抗原を濃縮、精製して摂取することで、体の中に抗体を作る。効果が現れるのは、通常2週間後。さらに免疫の効果が頂点に達するのは4週間後で、効果は5ヶ月持続する。流行時期に合わせて、11月中には摂取は終えておくことが望ましい。

○ワクチンを接種した方がいい人

65歳以上の人・乳幼児・肺や心臓病の持病のある人・糖尿病、腎臓病等で免疫力が低下している人・高齢者と同居したり介護している人・アスピリンの長期投与を受けている6ヶ月から18歳の人・医療・福祉施設従業者、保育園幼稚園学校関係者ならびにその家族。

○ワクチン接種に注意が必要な人

心臓病、腎臓病、肝臓病、血液などの慢性の病気で治療を受けている人。以前にインフルエンザの予防接種を受けた際に、2日以内に発熱、発疹などのアレルギー症状が現れた人。けいれんの既往のある人。免疫不全の診断がなされている人。気管支喘息の患者。インフルエンザワクチンの成分または鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のものに対して、アレルギーがある人。

○予防接種の副作用

一般的には軽く、接種した箇所の反応が主で、発赤、腫脹、痛みのある場合もあるが、2、3日で治る。まれに、発熱、頭痛、悪寒、倦怠感

も起こることもある。また、ワクチンを作るのに、鶏卵を用いるため、鶏卵や鶏肉アレルギーの人には、蕁麻疹、発疹、口腔のしびれ、アナフィラキシーショックなどの可能性がある。

⑤加湿や換気

インフルエンザウイルスは低温、乾燥状態で長く生きるので、部屋の温度を20～23度、湿度50～70%を目標にする。湿度が40%以下になると急激にウイルスが増える。加湿器の水は頻繁に取替え、スチーム型が良い。超音波型は雑菌が繁殖しやすい。また、時々、窓を開けて、浮遊するウイルスの換気を心がける。濡れたタオルを部屋で振り回すと部屋の中のウイルスが50%程取れ浄化される。空気清浄機でウイルスを除去、不活性化する。

⑥掃除をこまめに行う

ごく細かい粒子は長い間空気中に浮遊し、また一旦落下した比較的大きい粒子でも水分を失うとウイルスは埃とともに再び空気中に舞い上がり、感染するため室内の掃除も丁寧にする。

⑦栄養と休養を十分に取る

抵抗力の低下は感染しやすくなるため、栄養バランスの良い食事を取る。とくに、インフルエンザを予防するときは、蛋白質やビタミンを意識的に取ると良い。また、日頃から適度な運動で体力をつけておく。介護者は疲労やストレスが蓄積すると抵抗力が弱まるため、十分な睡眠やぬるめの入浴、アロマセラピーなど、自分にあった方法でストレスを解消し、心身をリフレッシュさせると良い。

⑧流行に関する情報収集を得る

国立感染症研究所感染情報センター等より、情報を得る。
地域の流行状況を把握。

6. 訪問看護師の対応

感染源とならない、感染ルートの遮断、防御力をつける。

①訪問看護師の健康管理。

②ワクチンの接種。

③衛生の確保、手洗い、マスク(N75使用)、うがい。

④シーズン前からインフルエンザの情報を集め、地域における流行状況を把握。

⑤訪問先の生活状況や生活背景の実態の把握。

⑥職員がインフルエンザに罹患した場合、症状が改善するまで就業停止とする。