

		医療機器(コード類)の準備	呼吸器等、医療機器のチェック SaO2チェック ネブライザー	排尿介助 医療機器(コード類)の準備
16:30	団欒	食事場所の相談 本人との団欒(談話、テレビを観るなど) 湿度調整指示	吸引 回路の調整 ネブライザー 体位調整	温度・湿度の調整 食事場所の予約・見学 移動の準備
17:45	夕食	胃ろう食の準備 吸引	呼吸器等、医療機器のチェック 移動介助 体位調整 吸引(学生への指示・監督含む)	レストランのスープをミキサー食へ 移動介助 体位調整
21:30	団欒	体位調整 排尿介助	吸引 体位調整	吸引 回路調整 NC対応(テレビ等) 吸引 ネブライザー
1:00	就寝準備	回路調整 吸引 身の回りの世話 看護学生に説明・指示	(看護学生) 吸引介助 アンビュー確認 呼吸器バッテリー確認 アラーム確認	身の回りの世話 カフレーター確認・追加
2:00	就寝	湿度確認	(看護学生による夜間の対応)	

- 外出準備 家族と介護職員でF看護師作成の外出時持参物チェックリストに基づき物品の準備をした。看護師は出発前に胃ろうからの栄養剤等注入、呼吸状態と痰の性状及び気分を確認、バイタルサインの観察、吸入・吸引を実施した。呼吸器、吸引器、コミュニケーション機器その他機器の移動準備を行った。
- 移乗 全員で対応した。
- 移送 妻の運転で介護職員3名付き添って移動した(数回このスタッフで経験あり)。
- 宿泊施設 看護師は状態観察、吸入、室内では呼吸器の回路調整、アンビュー等機器チェック、SaO₂等バイタルサインの観察を主体に実施、介護職員はベッド準備、移動介助、排尿介助、体位調整、ナースコール対応等を主体に実施した。
- 夜間 看護師の同宿・オンコール体制のもとに、付き添いの介護職員が吸引した。

図表 9 外出支援サービスの第2日目のケア

時間	1日の生活	家族	看護職	介護職
8:00	起床			NC 対応(身の回りの世話)
	朝のケア	水分補給 注入食準備	吸引 ネブライザー	体位調整 胃ろう注入 薬の用意
9:15	朝食	朝食へ	吸引 呼吸器チェック 看護学生へ指示	朝食へ
10:20	外出準備	物品整理・準備 車椅子準備 整容 排尿介助 吸引介助 移乗 移動車準備	回路調整 ネブライザー 吸引 移乗 医療機器チェック・確認 移動介助	備品片付け ネブライザー介助 オムツ片付け 移乗 荷物片付け 移動介助 道路確認・駐車場確保
11:45	外出 (移動中)	運転	移動先へ	車中での待機・見守り
12:30	水族館 昼食	吸引 排泄介助	(看護学生) 胃ろう注入 移動介助 吸引介助	食事場所相談 排泄介助 吸引
14:40	帰宅準備 (移動中)	運転 見守り指示	移動先へ	車中での待機・見守り
15:45	自宅へ到着	部屋内準備 室温調整 吸引介助 移乗	移動介助 医療機器セット 吸引 移乗 体位調整 ネブライザー SaO2 チェック	エアマット準備 体位調整 荷物整理・片付け 移乗 物品の準備・後片付け
16:50	移動終了			

- 看護師同席のもとに、胃ろうからの注入を介助するなど介護職員がケアを提供した。
- 今回と同じ看護・介護職員で数回の外出経験があるため、本人・家族の意思を素早く汲み取って、そばにいる誰かが対応できる体制でケアが提供された。

④ 看護体制

CステーションからはE看護師とG理学療法士が中心となり訪問している。A氏はコミュニケーションが困難になりつつあり、家族は、来てくれる看護師は誰でも受け入れたいと考えているが、A氏が必要とする細かな要求を理解し対応することは難しい場合が多い。はじめてのスタッフには外出などA氏が楽しい気分になるような場面などを選び、同行してもらいケアに慣れ、自信をつけてもらうようにしている。

⑤ 看護サービスの標準化・マニュアル作成については慎重

ケアする看護師はE看護師が中心となっており、日々の看護サービス提供上必要なこと（技術、態度）はE看護師の中に蓄積されている。

また、Cステーションの方針として、ALS患者の看護を標準化した技術マニュアルは整備しているが、A氏固有のケアマニュアルやチェックリストを整備することについては慎重である。日々状態の変わる生活場面での支援であり、昨日は1センチ動かせばよかったところも今日は2センチ動かすということがある。マニュアルに縛られ、利用者の状態によって対応することが出来ないようなスタッフには、マニュアルの使い方から教えなくてはならないことを懸念している。

⑥ 介護サービスの標準化・マニュアル作成については慎重

D訪問介護事業所としてA氏用のマニュアルは作っていない。「マニュアルがすべてではない」、「日によって対応は変える」ということを教えることが大変になるためである。他の利用者用に基本マニュアルを作ったが、全部で50ページになってしまった。そうするとマニュアルに圧倒され、出来ないという思いばかり募ることにもなる。また、家族もマニュアルに追い詰められてしまうことがある。「安全」さえ確保すれば、まずは介護を実践し経験してもらいたいと思っている。

看護系、福祉系の学生が夜間泊り込んで家族を支援している。吸引が発生するが、A氏の妻による指導の下に実施し、看護師も訪問の際に安全を確認している。

⑦ 熟練した技術をもった看護師と熟練した技術をもったホームヘルパー間で培われた連携

概ね週1回はE看護師とH介護福祉士が同時間帯に訪問して、情報交換、情報共有を行っている。試行錯誤しながら現在のサービス形態に至っており、2人の間で形式的な役割分担、「決めごと」はしていない。「決めごと」があると動けなくなってしまうという。もちろん、医行為はE看護師が行い、H介護福祉士はサポート（物品の準備や片付け）にまわるが、それ以外のことは状況を読みながらその時に手が空いている人、A氏のそばにいる人がやっている。お互い、状況を読み予測しながら体が先に動くようになっている。

ALS専門にかかわっているホームヘルパーのように、経験の浅い看護師よりもALS患者に関する知識と経験を持つような場合は、ホームヘルパー（の経験に基づく自信）と看護師（の専門職としての立場）との間で軋轢が生じることもあるというが、E看護師とH介護福祉士の場合は、お互いのプライドや専門性を尊重しあい良好な関係が築かれている。

⑧ 訪問看護・訪問介護と介護者の連携

介護者の妻が連携におけるキーパーソンである。複数のサービスを利用している家庭

でよく見られるような「連絡ノート」の類はない。記録は、看護、介護事業所それぞれで作成している。定期的なケアカンファレンスもあまり実施されていない。基本的に妻は家にいるので、妻がケアマニュアルになっている状態でケアを手伝ってくれる看護・介護職員の混乱を避けている。妻を介した連携が図られている。

最近、A氏の口の動きが悪化しており、看護師等は口の動きでA氏の意味を読み取ることが難しくなってきた。それでも妻は読み取ることができ、A氏のニーズは妻によって代弁されている。また、妻は困っていることや要望など、なんでも率直に気さくに話されるタイプである。看護師も介護福祉士も言われたことをその場で相談し、解決に向けたアクションをとるようにしている。

⑨ 本事例のまとめ

- 本人・家族の希望が明確であり、在宅生活継続のキーパーソンは妻となっている。
- A氏はきめ細かな身体ケアを必要とすること、次第にコミュニケーションが困難になっているという状態であることから、事業所では看護職員に対する訓練の機会を確保しながら、技術的にも優れており、慣れ親しんだE看護師が中心となりケアを提供している。

A氏に対する個別のケアマニュアルというものはないが、妻は一手に介護を引き受けており、妻自身がケアマニュアルと言っても過言ではない。今回の外出（泊まり含む）はA氏と離れることが困難な妻もいっしょに一泊二日を試みている。A氏とその妻が求心力となって、訪問看護師、理学療法士、介護福祉士など自主的に集まってできあがった在宅療養支援体制で、きめ細かなケア提供が継続されている。

2) 神経難病の妻を介護する夫への支援にみる訪問看護と訪問介護の連携（事例2）

① プロフィール

I氏、女性、60代（発症時48歳）。多系統萎縮症。身体障害手帳1級、要介護5

受療状況：往診（在宅療養者往診専門医）

食事：経管栄養（NGチューブ）

入浴：入浴車。訪問介護による手浴、足浴

排泄：オムツ、ポータブルトイレ

移動：全介助、座位保持不可能

更衣、整容：全介助

コミュニケーション：アイコンタクト、口の開閉でYes、Noの意思表示レベル

主介護者：夫（定年前に退職、I氏の介護に専念）

② 生活背景

夫、息子（第1子同居、第2子、第3子は別居）ともに大企業のサラリーマンである。I氏は反対するものの、夫は介護に専念するために定年を待たず退職した。以降、夫は介護に「没頭」している状態で、情報収集、介護マニュアルの作成などケアマネジメントに積極的に関与している。夫は、どんな形でもI氏には生きていて欲しいと願い、在宅生活が最も望ましいと考えている。

夫は、息子達にI氏の介護は求めている。同居の第一子は週末に食事作りを手伝う程度である。また、I氏、夫ともに近隣での散歩ではなく、車で10分程度行った先の公

園などを選んで実施している。

住居は2階建て一戸建て。I氏は1階の寝室と居間で過ごし、テレビや音楽を楽しむ。居間には家族の写真、訪問看護師や介護スタッフの写真が飾られている。

③ 家族介護者のニーズ

夫はI氏を在宅で生活させることが望ましいと考えている。I氏は朝、寝室ベッドから居間ベッドへ移動する(寝食分離)。この部分の介助に対する負担の大きさが訪問看護、介護の2人体制をとるきっかけともなった。訪問看護からはベッド移動がなければ看護師1人で対応できて効率的ということは夫に伝えられたが、夫は生活パターンを維持すること、そのために訪問看護と介護を重複利用することを選択した。

図表 10 I氏の経過と支援概要

年月	I氏の状況	夫の状況	対応(援助)
1993	歩行障害、転倒		J病院受診。ALS、パーキンソンの疑いがあるも鑑別出来ず。以降3ヶ月に1回受診
		人が入ることを拒否	開業医の往診 保健所とは医療費公費負担に関する手続き上のかかわりのみ 有償ボランティアによる家事援助(夫の外出中)
	球麻痺、嚥下困難、誤嚥リスクあり、排便コントロール困難	訪問看護を目の当たりにして「地域にこんなサービスがあるんだ」 I氏の同意を確認し、訪問看護開始へ	開業医より訪問看護ステーションに依頼 「家族は拒否しているが、顔だけでも見えてきて欲しい」 訪問看護ステーション管理者が訪問。その場で摘便、口腔ケア実施
1999.5	夜中に呼吸困難 酸素飽和度低下	訪問看護へ連絡 「どうしたらいいか」 「妻には生きていて欲しい」	開業医は延命に消極的 訪問看護ステーションは夫の意思を確認し、J病院を受診へ同行。
	安定	自分の思いに応じてもらったことに感謝。「いいメディカルスタッフに出会えた、運がよかった」	J病院で気管切開実施 気管切開で酸素飽和度が安定したため、ALSではないことが鑑別できた
1999.7	退院 気切部トラブル	「どのようにすればよいのか」 「吸引が心配で24時間そばから離れられない」「この先どうすればよいのか」	訪問看護 気切部トラブルに対して耳鼻科往診 →夫が夜眠れるように援助
		退職、介護に専念	
2002	ショートステイ	徐々に疲労困ぱい	障害者用ショートステイ、難病対策ショートステイ、老健施設→利用不可

			介護療養型医療施設での短期入所利用可→2、3ヶ月に1回、1週間の利用へ
	電解質の乱れ		入院
	膀胱結石		入院、粉碎術実施
2004		I氏を外出させたい	訪問看護、介護の同時利用開始(安全な移乗のために) 月1回の外出実施(同行者はM訪問介護事業所2名と夫)
現在	呼吸、栄養状態ともに安定。 月1回外出	訪問看護、介護の同時利用により睡眠時間の確保、外出 3ヶ月に1回のレスパイト	往診、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリ、短期入所療養介護の利用

④ 現在のサービス利用状況

訪問看護 7回/週

訪問介護 3回/週 (L訪問介護)、4回/週 (M訪問介護)、1回/週 (社協：生活支援のみ) 計7回

訪問入浴介護 週2回

訪問リハビリテーション 隔週1回

短期入所療養介護 1週間/3ヶ月

外出援助 1回/月 (M訪問看護の身体障害者居宅介護事業)

通所看護モデル事業に参加。90分/回を5回利用予定。

図表 11 訪問看護、訪問介護の利用パターン

	月	火	水	木	金
	看護 介護				
9:00	■	■	■	■	■
10:00	■	■	■	■	■
11:00					
12:00					
13:00					
14:00		■		■	
15:00					
16:00					
17:00					



K訪問看護、L訪問介護
M訪問介護

※ このほか、社協の訪問介護(生活援助)週1回、訪問入浴を利用

図表 12 火曜、木曜の訪問看護、訪問介護の利用パターン

時刻	9		10		11		12		13		14		15		16
夫	睡眠						外出								
訪問看護															
訪問介護															

- 夫はモーニングケア（寝室ベッドから居間のベッドへの移動、排泄ケア、歯磨き、洗顔、経管栄養）を訪問看護と介護にまかせることで睡眠時間を確保している。
- 訪問介護が訪問看護より 30 分早く入り環境整備を行っている。このことで、看護の効率が上がる。
- 夫は午後の訪問看護と介護重複利用時間帯を利用して外出することができる。

図表 13 モーニングケア時の訪問看護と介護（サービス提供内容の概要）

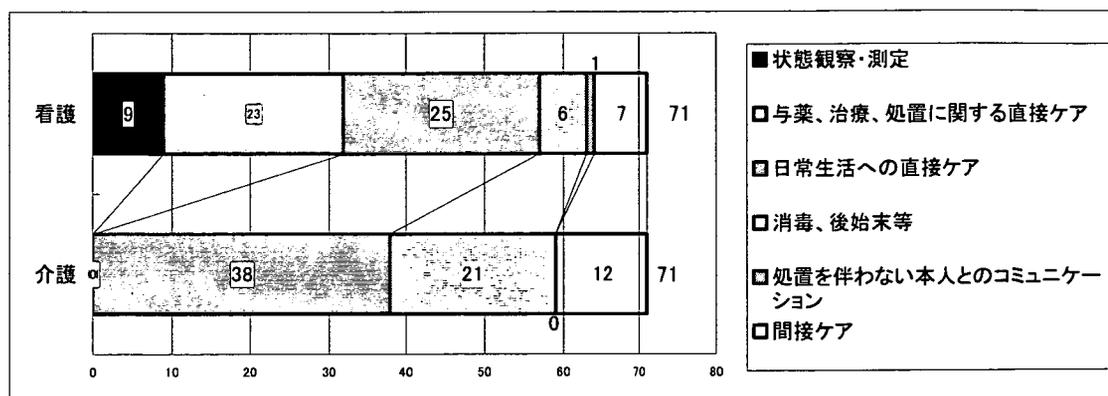
時間	9分	10	20	30	40	50	10分	10	20	30
訪問看護				Y氏を寝室から居間へポータブルトイレ、摘便、洗浄	吸引経管栄養準備	口腔ケア	気切部のケア	ネブライザー検温、血圧	吸引経管栄養開始 サチュレーション	記録 吸引
訪問介護	居間の準備（カーテン、温度、湿度、掃除）、保清準備（石鹸、タオル）、ベッドメイク、オムツ準備			Y氏の姿勢の補助	洗顔、足の清拭	記録	片付け			

- ホームヘルパーは居間の環境整備を行い、看護師の到着を待つ
- 看護師は I 氏を居間へ移動、排泄ケア、居間のベッドへ寝かせる。ホームヘルパーは看護師のサポート、肩を支えるなど I 氏の姿勢保持を補助する
- 看護は経管栄養の準備。その間、ヘルパーは整容を行い業務を終了する
- 看護師が吸引、口腔ケア、気管切開部処置などを行い、経管栄養を開始し業務を終了する
- ホームヘルパーは記録、後片付けを行う

1 分間タイムスタディの結果からみると、「状態観察・測定」「与薬、治療、処置に関する直接ケア」は看護職が行い、「日常生活への直接ケア」は看護と介護の両者が実施、「消毒、後始末(洗浄)等」は主に介護職が行っていることが分かる。

図表 14 1分間タイムスタディ(ワークサンプリング)の結果

(単位:分/1訪問)



※看護、介護別・ケア別合計を出している。

図表 15 午後の訪問看護と介護(1日の2回目のサービス提供内容の概要)

時間	13分	40分	50分	14分	10分	20分	30分	40分	50分	0分
訪問看護				検温、血圧 ポータブル トイレ	吸引 経管栄養 準備	手浴、足浴支援 状態観察	体の位置調整	吸引 観察	経管栄養開始 血圧	
訪問介護	吸引まわりの器具の洗浄、消毒			Y氏の姿勢 の補助	石鹸、タオル 準備	手浴、足浴	体の位置調整	片付け	片付け 顔拭き	

- ホームヘルパーは吸引のビン、チューブ類の洗浄、煮沸消毒
- 看護師が到着して排泄ケア。ホームヘルパーは肩を支えるなど補助する
- ホームヘルパーが主となり手浴、足浴を実施。看護師は手足の状態を観察しながらホームヘルパーを支援する
- 看護師は吸引を行った後、経管栄養を開始し、業務を終了する

⑤ 看護、介護のサービス内容の一貫性を保持する介護マニュアル

夫作成の介護マニュアル、チェックリスト、記録用紙がある。ショートステイ先にもマニュアルを提示し、在宅と同じようなサービスを提供してもらえるよう依頼している。これにより、担当者が変わってもそれなりに満足の得られる対応が可能となっている。

サービス提供にあたり、夫は担当者を一定させるよりも、提供パターン(時間帯、内容)を一定させることを優先している。事業者側からすると、他の利用者の緊急対応が入れば、I氏へのサービス提供時間を変更するか、I氏に対し他の看護師を訪問させることになるが、夫の意向によれば他の看護師でもいいから時間通りサービスに入って欲しいということになる。その結果、複数の訪問看護師、訪問介護がI氏にかかわることになるが、だからこそ詳細なマニュアルが必要だったともいえる。

⑥ 24時間、365日のサービス提供

医療ケアを必要とするI氏の介護に休みはない。土日も含め、1日2回、1回あたり2時間程度の訪問看護を利用できることを介護者としては希望しているが、訪問看護は平日のみで、訪問時間も1回あたり1時間というのが現実である。

また、訪問介護を利用しても、身体介護の場合でも医行為は行えず、家事援助の場合はI氏に関わることは出来ない。訪問介護が入っても夫はI氏のそばを離れることができないことになる。

⑦ 訪問看護と訪問介護の連携

現在、I氏及びその介護者には、主にK訪問看護事業所5名、L訪問介護事業所3名、M訪問介護事業所3名がかかわって次のような連携を図っている。

○看護職員と介護職員の役割分担

看護師は「状態観察・測定」「摘便、口腔ケア」「与薬、治療、処置に関する直接ケア」を行い、「日常生活への直接ケア」は看護と介護の両者が実施、「消毒、後始末(洗浄)」等環境整備はヘルパーの役割分担である。拘縮の進行がみられるため、ボディタッチやオムツ交換は看護師とホームヘルパーが一緒に行っている。

役割分担はマニュアルにも示されているが、状況に応じて看護師がヘルパーを手伝うなど臨機応変な対応がとられている。この点については両者とも「あ・うんの呼吸」と表現している。

より具体的には、声のかけ方を変えるなどしてスムーズな連携を心がけているといえる。互いのシフトにより看護師とヘルパーの組合せが初めての場合や、久しぶりに組合せとなった状況では、看護師はいつもより声かけを多くしたり、いつもは声をかけないような場面でも声かけをするという。ケアを開始して数年経過した現在、こういった連携について、訪問看護事業所の管理者が特別な指導をする必要はなくなっており、管理者は職員が現場で回数を重ねることで培ってきたと認識していた。

また、I氏に対しては訪問看護サービスを提供するなかで、看護だけでは手が足りないところを補うように訪問介護が入ったという経緯もあり、重複利用する時間帯に関しては、看護が主導し介護がサポートするという、「チームケア」の形が出来上がっている。

一方で、ホームヘルパーは「日常生活の楽しみ、外出(社会的、文化的援助)」において専門性を発揮しようとしていた。月1回の外出も、当初は看護師が同行(ボランティア)し、リスクがないことを確認した後はホームヘルパー2名と夫の援助により実施するようになっている。

○事業所間の連携

K訪問看護事業所とL訪問介護事業所は開設母体が同一法人で同フロアにある。I氏のケースに限らず、発熱、スキントラブル、尿の出が悪いなど気になる症状がある場合は、看護師からホームヘルパーに対し観察が必要なポイントを指示し、ホームヘルパーが訪問時に観察し看護師に結果を報告するということが行われている。この連携について看護師は「ホームヘルパーはよく見てくれるし、助かる」と言っている。両者が同じフロアにあることもプラスに影響しているだろう。

⑧ 訪問看護、訪問介護と介護者の連携

夫の睡眠中、外出中にサービスが入るため、訪問回数の多さに比べ夫とのコミュニケーションの機会は少ない。

夫からは、文書で要求が伝えられる(朝、訪問すると夫からのメモが机においてある)。夫は介護に熱心だからこそ、要求もあるし、不安もあるし、質問もある。しかし、自分が睡眠、あるいは外出中にサービスが入るため、要望はメモで伝えるしか方法がなく大

量のメモが渡される結果となったので、電話など使って話し合いの機会を持つようにしている。

夫から問題提起がある場合や共通理解が必要な場合は、夫、往診医、訪問看護師の3者が集まりケアカンファレンスを実施している。訪問介護を交えたケアカンファレンスは未実施である。

⑨ 本事例のまとめ

- 夫は介護マニュアル、チェックリストを作成して、それを中心に看護・介護サービスを活用していた。マニュアル、チェックリストがあるため、訪問看護、介護の担当者が変わってもI氏は一貫性のあるサービスを受けることが出来ている。
- 訪問看護と介護を同時に利用することは、夫の生活リズムを整え、外出、睡眠時間の確保し、I氏の移乗の際の安全の確保と職員の身体的負担の軽減（腰痛防止）となっていた。
- 同一時間帯に入る看護と介護の役割分担の基本は「専門職の立場」で、医療行為は看護師、環境整備はヘルパーが行っていた。介護職員が30分先行してケアをスタートし環境整備や器具の洗浄を行ったところで、訪問看護が入るため、看護職は直接的なケアに多くの時間を配分でき、効率的なサービス提供が図れていた。両者の連携は「声をかけあいながら」現場実践を積み重ねることで培ってきたものであった。

3) 滞在型の訪問介護を利用し、日中独居重度障害者の在宅生活支援（事例3）

① プロフィール

O氏、女性、50代。全身性エリテマトーデス（SLE）。身体障害手帳1級、要介護5、支援費207時間支給

受療状況：往診、半年に1回大学病院受診

食事：経管栄養（NGチューブ）

入浴：入浴車

排泄：オムツ

移動：移動、座位保持不可能

更衣、整容：全介助

コミュニケーション：不能。表情の変化、瞬きの変化などで感情を表出している。

主介護者：夫（ただし、夫は就業中のため日中独居）

図表 16 O氏の経過の概略

年月	O氏の状況	夫の状況	対応(援助)
1978	シェーングレン症候群 全身性エリテマトーデス発病		
1995	多発性脳梗塞、脳幹部の出血		
1996.10	再発作、脳幹部の出血		P病院で気管切開、経管栄養開始 自宅退院、訪問看護開始
2000			介護保険導入後、 訪問介護を滞在型にする
			役所と交渉し支援費の支給額を増やす
	肺炎、総胆管結石手術、尿路感染で入院。年に2,3回は入院	総胆管結石手術では子どもたちと意見が分かれた。夫は「やれることはやりたい」	医療についてはP病院に夫の意向を尊重する。
現在	安定入院もしていない	定年まであと2年、訪問介護と看護を利用しながら、在宅生活を維持したいという意欲をみせる ケアマネに対しても、ニーズを伝え、感情を表出するようになる	夫の「病院ではなく『在宅』」という思いに添いながらサービスを提供していく。

② 生活背景

夫は、市内の会社に勤務するサラリーマンである。会社までは自宅から車で20分程度、毎朝8時に出社し18時ごろ帰宅する毎日である。O氏は平日の日中独居となるため、毎日8時から18時まで訪問介護を利用しながら在宅生活を継続している。夫の残業時にはヘルパーも最大19時まで残ってもらい、出張時や出社時間が早まる場合には、近隣に住む息子夫婦や親戚の手を借りている。休日は、サービスを利用せず夫が介護をしている。家族はO氏の在宅生活継続に意欲的で、レスパイト入院は利用していない。

③ 現在のサービス利用状況

訪問看護： 10回/週（1回30分、1日2回訪問）介護保険から訪問。

訪問介護： 5回/週（8:00-18:00までの滞在。訪問看護ステーションと同一法人の訪問介護事業所、担当者は途中で交代する支援費と介護保険から訪問）

訪問入浴介護： 週1回

住宅改修：（現在、O氏の居室は増築部分であり、庭から居室へ直接アプローチできる）

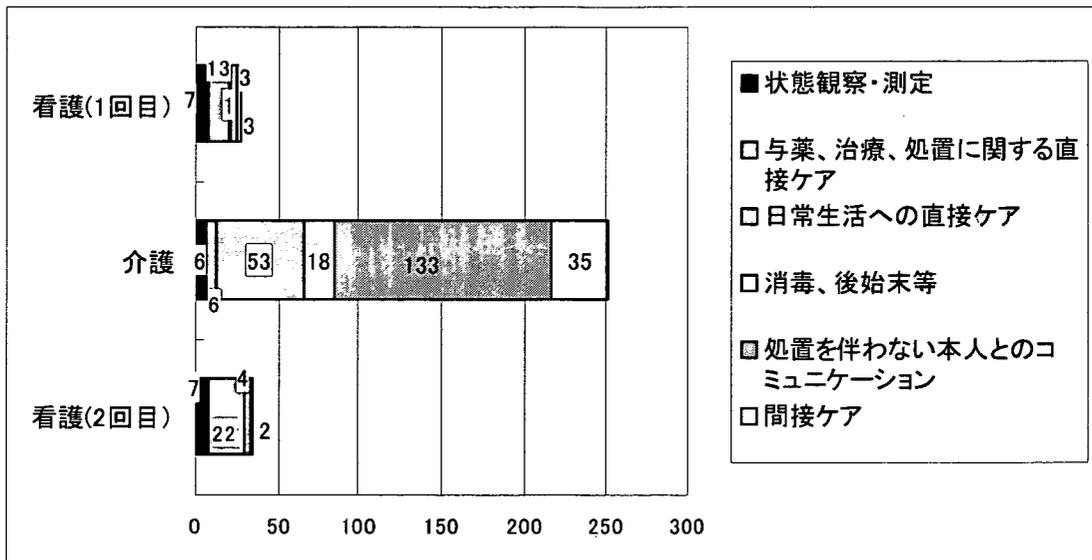
図表 17 訪問看護、訪問介護の利用パターン

時刻	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
夫		出社										帰宅	
訪問看護													
訪問介護			訪問介護(滞在)										

- 訪問介護は 8:00-18:00、夫の帰宅時間に合わせ、最大 19 時まで滞在する
- 夫が 8 時前に出社する場合は、近隣に住む親戚や息子が対応する
- 訪問看護は昼食時（経管栄養）と 15 時（水分補給、リハビリ）に訪問
- 与薬、経管栄養は誤嚥の危険性があるため看護師の業務としている
- ホームヘルパーは看護師の一連のケアの進み具合を見ながら、ラコールを冷蔵庫から出して並べたり、お茶を入れて、ベッドサイドで看護師に手渡す
- 看護師が与薬や経管栄養の準備のためにベッドサイドと台所を往復するようなことはない

図表 18 訪問看護と介護(昼食時)1分間タイムスタディ(ワークサンプリング)の結果

(単位:分/昼食時間帯)



図表 19 看護・介護職員の1回あたりのケア時間

(単位:分)

	看護(1回目)	介護	看護(2回目)
状態観察・測定	7	6	7
与薬、治療、処置に関する直接ケア	13	6	22
日常生活への直接ケア	1	53	4
消毒、後始末等	3	18	2
処置を伴わない本人とのコミュニケーション	0	133	0
間接ケア	3	35	0

④ 家族介護者への援助

○夫の気持ちの受け止めとニーズの把握

〇氏の在宅療養にかかる介護者の負担は大きい。経済的な面では、介護保険と支援費の支給と〇氏の障害年金が入るが経済的な負担感が残る。例えば酸素療法に加え、室温、湿度を保つためにエアコン（複数台）や加湿器、空気清浄機等が24時間稼働しており電気代だけでも月10万円を超えるという。夜間の排泄ケア、体位交換、吸引もあり身体的な負担も大きい。しかし夫はそのような負担を口にせず〇氏の介護と会社勤めを両立させてきた。Qケアマネジャーは夫の介護に対する気持ちを自由に表現できるよう援助している。

○介護指導・助言

夫は、病院で退院時に指導された介護方法を忠実に実践している。例えば、オムツ交換の際にはすべて尿量を計測している。また夫が作った記録用紙があり、訪問看護、介護にも記入を求めすべてチェックしている。看護師から見れば病院と在宅は異なるので、少し緩やかでもいいのではないかと、あまり神経質にならなくてもいいのではないかとすることもあがるが、夫の思いを汲んでいる。

土日はサービスを利用せず夫が介護しているが、月曜日に発熱することもある。夫は発熱を恐れ、安静にしすぎる（N氏を起こさない）傾向があったが、排痰ができず発熱するという悪循環に陥ってしまうので、起こすことの必要性を説明している。

⑤ 訪問看護師間の連携（プライマリーナーシング方式）

R訪問看護ステーションはプライマリーナーシングを基本にチーム制を組み合わせた体制をとっている。ステーションとしては、プライマリーナーシングは利用者も安心が得られ、ベターな方式だと判断している。

〇氏に対してはプライマリーナース（受け持ち看護師）のS看護師中心となりサービスを提供している。S看護師が〇氏を訪問するようになってから4年になり、現在、平日5日間、1日2回の訪問はすべてS看護師によって行われている。S看護師の不在時や他の利用者の緊急対応等で〇氏の訪問ができないときは、チームのメンバーがサポートするし、夜間は当直の看護師が対応できるような体制がとられている。

⑥ 訪問看護、訪問介護間の連携

○事業所間の連携

〇氏は平日の5日間、訪問介護と訪問看護を利用しているが、係わる事業所はR訪問看護ステーション、Tホームヘルパーステーション、U居宅介護支援事業所のみである。すべて同一法人内の事業所である。

月例ミーティング、スーパービジョンは訪問看護、介護合同で開催し、看護師がホームヘルパーに対して研修、指導を行うなど密接な関係にある。また、地域で重度障害者を支えていくという事業所としての理念、心意気のようなものは看護、介護ともに共有している。

医行為（与薬、処置に関する直接ケア）は看護師、日常生活に関する直接ケアはホームヘルパーという役割分担がある。

以前（介護保険制度前）は訪問看護が1.5時間～2時間程度訪問しており、その当時は清拭等のケアも看護師が行っていた。しかし、介護保険制度が開始され、訪問看護が

医療保険から介護保険で支給されるようになると、以前と同じように長時間訪問していたのでは区分支給限度基準額との関係で経済的な負担が大きくなる。少しでもホームヘルパーにケアの部分の部分を担ってもらい、看護師は短時間の訪問で効率化をはかることが必要となった。現在、看護師の訪問は昼食時と3時の2回、各30分である。30分は与薬、治療、処置に関する直接ケアに大半が費やされる。

○吸引

滞在型ホームヘルパーも吸引を行っているが、その場合チューブを10cm以上深く入れることを禁じている。

看護師は1日2回の訪問時に吸引するが、吸引の間隔が2、3時間空いても良いように、排痰ケアを行い、気管内の吸引を十分行うようにしている。

○与薬

看護師の仕事である。ホームヘルパーは薬を冷蔵庫から出す、計量するところまでであり、実際にシリンジに吸い上げ注入するのは看護師である。

○経管栄養

誤嚥の危険があり、注入するのは看護師の仕事である。

朝食、夕食は夫が注入（ラコール）している。投与速度にもよるが注入に1、2時間かかっている。昼食はラコールをゼリーで固めたものを注入することで、注入時間を大幅に短縮している。昼食用のラコールを作るのは夫である。ホームヘルパーは冷蔵庫から取り出し、シリンジを看護師に手渡すだけである。

経管栄養を1日に2回にしようとしたが、体に負担となることがわかった。よって経管栄養は1日に3回に分けて注入することとし、30分の訪問看護で対応しなくてはならない昼食については、ラコールをゼリーで固めることで注入時間を短縮するという方法がとられるようになった。

15時には水分補給として緑茶を注入する。緑茶を淹れるのはホームヘルパーであるが注入するのは看護師である。

○器具の消毒

ホームヘルパーの仕事である。薬液消毒（ミルトン）を行う。

○清拭

ホームヘルパーの仕事である。（以前は看護師が清拭も行っていた）

現在、週に1回は訪問入浴車を利用している。入浴車には看護師が同乗しているので、入浴の際、ホームヘルパーは立ち会うだけである。

○排泄ケア

ホームヘルパーの仕事である。ただし同性介助としており、男性ヘルパーは排泄ケアが必要ない時間帯に配置している。

○移動

気切部から常時酸素を流しているの必ず看護師の観察下で行う。

ただし、現在は車いすへの移乗、移動はほとんど行っていない。寝かせきりにしていると排痰が促されず発熱、肺炎をおこす。そこで看護師が手足のマッサージや関節可動域訓練などを行うようにしている。

○緊急時の対応

急変時に備え、ホームヘルパーはアンビューバッグの使用方法を習得しており、看護師の指示により行うことが出来る。

発熱等の気になる状態の変化は、①ホームヘルパーが看護師に連絡ノートや電話で報告し、②看護師が訪問時に確認し、③看護師から主治医に報告し指示をもらう。

万が一、自宅で呼吸停止となった場合は夫の判断になるだろう。今まで10年あまりがんばってこられたから受容できるかもしれない。医療的なことはP病院に任せている。

⑦ ホームヘルパー教育、質の確保

O氏については本人家族の同意の下に、訪問看護ステーション併設事業所のホームヘルパーに対して、徹底的な教育と看護師の監督下での実習を経て移行を進めた結果、ホームヘルパーも厚労省医政局通知に従って吸引を行っている。看護師はホームヘルパーの吸引についてのスーパーバイザーでもある。

吸引については、訪問看護ステーションの看護師が講義形式の集合教育を3時間、個別指導を1回30分、複数回実施。さらに、看護師の訪問時間を長くとり、ホームヘルパーに対し実地指導、評価を行いながら指導を進めた。吸引の手技に熟練すると、ホームヘルパーは何でも出来るような錯覚に陥りがちであるが、すべてエビデンスに基づいて行うこと、看護師の指示の下で行うという認識を疎かにしないように指導している。

さらに、吸引時の事故を回避するために、ホームヘルパーは、吸引のチューブを10cm以上差し込まないというルールを課している。チューブには10cmの部分にラインを引いて、徹底している。現在、O氏に対して吸引ができる7人のホームヘルパーが訪問している。1人は筋ジストロフィーの実子を介護した経験があり、吸引は熟練しており、重度障害者に対する配慮も出来るホームヘルパーである。

そのほか、ホームヘルパーステーションの月例ミーティングには、訪問看護ステーションの所長が参加するようにし、ホームヘルパーの悩みなどを共有するようにしている。ホームヘルパーが勉強会を企画し、訪問看護ステーションの所長が講師として招かれることもある。

⑧ 訪問看護、訪問介護と介護者の連携

ケアマネジメントは法人内のQケアマネジャー（看護師）が担当している。月1回の訪問のほか、問題がある時や夫から相談があるときなど随時訪問する。夫の帰宅後、夜の訪問となることが多い。

担当者会議は、入院時やサービス変更時に開催する（毎月定例ではない）。

O氏の状態は、夫が定めた記録用紙に記録され、夫がチェックしている。そのほかに連絡ノートがおかれている。

⑨ O氏にサービス提供している事業所の概要

○訪問看護ステーション

法人内に4ヶ所のステーションがあり、3市にまたがる広い訪問エリアに対応している。O氏を担当しているR訪問看護ステーションは看護7名、理学療法士1名。訪問看護ステーション立ち上げから携わってきた看護師が、現在各ステーションの所長になっている。

退院時カンファレンスには積極的に関与しイニシアティブをとっている。例えば、病

院の地域連携室から連絡が入り病院に出向いた時点で、退院予定患者の主治医が決まっていなかった場合は、地域での主治医探しから始まる。

看護師は医師に対してリコメンド出来、サービスをコーディネート出来なくてはならないと考えている。そのため、教育研修に力を入れ、目標管理制度による人事考課も取り入れている。

○Tホームヘルパーステーション

法人としては訪問看護ステーションを先に開設後、その後ホームヘルパーの必要性を感じて開設した。サービスの質を維持するために、介護福祉士を常勤で採用することを基本方針としている。

⑩ 本事例のまとめ

- 主介護者である夫は、定年まであと2年、O氏の訪問介護と看護を利用しながら、在宅生活を維持したいという意欲をみせる。土日の介護は夫が引き受けている。
- 滞在型の訪問介護で、ホームヘルパーの時間の多くは「見守り」に費やされている。ワークサンプリングでは、53.6%が処置を伴わない本人とのコミュニケーション（見守り、声かけ等）だった。
- 看護職員は1日に30分×2回の訪問と、短時間に効率的な看護業務を行っている。ホームヘルパーは1日滞在し、O氏の生活空間が快適であること、また、ゆったりとした時間が流れるように管理する存在と感じられた。また、看護師滞在中は、看護師の業務が効率的に進むように、準備と介助を行っていた。（例えば、看護師が患者に注入する栄養のシリンジを冷蔵庫から出して手渡すのは、ホームヘルパーの業務。看護師が必要な物品を取りに室内を動き回るようなことはない）
- 併設のヘルパーステーションも含めて、事業所として、地域の重度障害者を支えていく、という理念を看護、介護で共有している。

4) 小括 看護と介護のケアミックスの実態

① ケアミックスの実現のためのニーズ把握

事例1は非言語によるコミュニケーション、事例2～3は言語、非言語ともにコミュニケーションが不可能である。このような状況で、利用者本位のサービスを目指そうとしても、利用者のニーズを的確に把握することは難しいのが今回の3つの事例である。

事例1の場合、コミュニケーションは可能であるが決して容易ではなく、看護師・介護福祉士に高い技術が求められる。また、いずれの事例も介護者が利用者の代弁者となっているが、事例2では介護のために退職を選んだ夫が妻の代弁者となっている。事例3は困難ケースとして居宅介護支援事業所の管理者自らが担当ケアマネジャーとなりニーズの抽出とサービス調整を行っている。

② 熟練した看護師と熟練した介護福祉士の連携による質の保証

事例1ではコミュニケーションが困難で、きめ細かな身体ケアを必要とする利用者に対しては、熟練した技術を持つ看護師と介護福祉士が中心となり対応していた（両者はそれぞれ事業所の管理者でもあった）。長期間のケアを提供するなかで、試行錯誤しながら現在のサービス形態に至っている。医行為は看護師が行い、介護福祉士はサポート（物品の準備や片付け）にまわるが、2人の間で「決めごと」はしていない。状況を読みこな

がらその時に手が空いている人、A 氏のそばにいる人がやるなど、お互い、状況を読み予測しながら頭より体が先に動くようになっている。連絡ノート類は使用していないが、週に 1 回は看護、介護双方の管理者が同時間帯に訪問して、家族と共に情報交換、ケアの検討、情報共有を行っている。看護師と介護福祉士は、お互いのプライドや専門性を尊重しあい良好な関係が築かれている。またサービス調整のキーパーソンは妻であり、妻を介した連携が図られているという面もある。

③ 個別ケアマニュアルによるケアミックスで、本人・家族の生活リズムを一定に保持

介護者作成のケアマニュアルとチェックリスト及び記録用紙の活用により、複数の看護師やホームヘルパーが時間どおりに同じ内容のサービスを行うことが可能となったのは事例 2 である。たとえ担当者が変わっても、ショートステイ先でもマニュアルを提示することによって満足の得られる、一貫した、オーダーメイドのケアとなる。

ただし、ここに至るまでに、介護者からは多くの要望がメモで看護師に渡されたり、医師を交えた話し合いが行われたりしている。マニュアルはこのようなプロセスを重ねながら作成、改定が繰り返されたものである。

事例 1 では、処置の手順など基本的なマニュアルは作成されているが、A 氏に特化した個別のマニュアルは作られていない。日々変わるケアの内容をマニュアル化することは不可能で、妻自身がケアマニュアルの役割となっている。事例 2 でもマニュアルの作成と改定が繰り返されている。事例 3 の場合は 1 日 2 回訪問しているプライマリーナースが、マニュアルに反映しきれない日々のケアの変更に対応していることが推察される。事例 2、3 の場合、マニュアルはあるものの、職員や家族の観察、情報収集力がマニュアルを補完する重要な役割を果たしている。

言い換えれば、マニュアルは効果的であるが、マニュアルは基本に過ぎず、ケアの内容は日々変わるものだということが認識されていなければ、両刃の剣となる可能性がある。

④ 医療ニーズに対しては看護主導で介護職員の協力によりケアの効率的な提供

看護と介護の役割分担をみると、当然のことながら医行為は看護師が実施するという結果であった。医行為以外の部分を介護職が支援するということにより看護師は効率的にケアが提供できるようになっていたことも共通することである。どの家族もより多くの回数、長い時間の訪問看護を望んでいるが、現行制度内でその希望を叶えることは難しいのが実状である。そこで、限られた訪問回数、時間の中で効率的なケアを提供することを考えざるをえなくなっている。

事例 2 ではホームヘルパーが 30 分早く訪問して、居室の環境整備、物品の準備、消毒を行い看護師の到着を待っている。看護師は到着するとすぐに状態観察や与薬、処置等を行うことができ、直接ケアに訪問時間の多くを配分することができている。

事例 3 でも、就業中の夫に代わりに日中滞在している介護職が、物品の準備、消毒や経管栄養の準備をしておき、看護職は到着と同時に直接ケアを開始することができている。

医行為については看護師が行う行為であり、本来、看護師が器材の準備から実施後の状態観察と物品の片付けまで一連の過程として実施することになる。看護師が一貫して

関わられるようにするためには、現行制度の不備な点の改善を求めつつ、状況によっては介護職の協力を得て遂行できる体制も必要と考える。

⑤ 事業所間の連携によるケアミックスの実現

事例2、事例3では同一法人から看護・介護サービスが提供されていた。これらの法人では、ミーティングなどを合同で開催し、また看護師がヘルパーに対して研修、指導を行う関係にある。また、法人として重度障害者の在宅生活を支えていくという理念を共有できている。そのような理念のもと、看護、介護職、それぞれの専門性を活かし何をやるべきか、そのために何を学ぶべきかを考える姿勢ができている。この点は、母体となる法人は違うが事例1にも共通すると言えるだろう。

3. 訪問看護ステーションと訪問介護事業所へのケアミックスに関するインタビュー調査①

1) 調査対象

在宅重度障害者の訪問看護あるいは訪問介護に従事している看護師、ホームヘルパー等を中心とした 23 名を対象にインタビューを実施した。

図表 20 調査対象者の概要

A 訪問介護事業所	管理者、介護職 1 名
B 訪問介護事業所	管理者
C 訪問看護ステーション	管理者、訪問看護師 2 名
C 訪問介護事業所	管理者、介護職 2 名
D 病院	看護部長、C 病院併設の訪問看護ステーション管理者
E 訪問看護ステーション	管理者、訪問看護師（ケアマネジャー兼務）1 名
F 訪問看護ステーション	管理者、訪問看護師 5 名
G 氏	訪問看護ステーション管理者、療養通所介護事業所管理者
H 訪問看護ステーション	管理者
I 訪問看護ステーション	管理者
J 氏	元 J 県全身性障害者介護人派遣サービス 介護人（看護師）

2) データの収集方法

調査対象者が所属する事業所等を訪問しインタビューを実施した。所要時間は 1 時間半程度で、了解を得て録音した。

インタビューを実施するにあたっては、まず、昨年度からの調査研究の経緯を説明し、実際に収集した事例を提示し、ケアミックスのイメージを伝えた。また、看護と介護のケアミックスについて、筆者らが考えるスタンスを伝えた。具体的には次の通りである。

【ケアミックスが必要な状態】

- ・ 生命にかかわる医行為を必要としている。
- ・ その医行為は不定期に発生するものである。
- ・ 従って 24 時間 365 日のケア体制を必要としている。
- ・ 看護職等医療従事者と家族介護者のケア体制では不十分で、介護サービスの協力・支援が必要な場合である。

【ケアミックスの考え方】

- ・ 在宅重度障害者の生活全体のケアを俯瞰したケアプランに基づき、それぞれの機能に応じた役割分担をする。チームケアである。
- ・ 「ケアミックス」が必要とされる場合、介護職が看護行為まで拡大して行うことではない。
- ・ 「療養上の世話」「診療の補助」にかかわる業務については、周辺業務を指示、指導のもとに行う場合があるが、その場合においても、基本的にはお互いの専門性を尊重した連携となる。

3) インタビュー項目

- 訪問看護、訪問介護が連携して重度障害者を支援している例を教えてください
(ケアプラン、サービス提供の具体例、緊急対応に関する取り決め、情報共有の方法／等)
- 人材育成について
(採用時の留意点、研修計画 / 等)
- 訪問介護の方へ
(自身のケア内容に不安を感じる事、事業所内の日常的な指導体制、看護師とのかかわり / 等)
- 訪問看護の方へ
(自身のケア内容に不安を感じる事、事業所内の日常的な指導体制、ホームヘルパーとのかかわり / 等)
- その他ケアチームメンバーへの要望
(利用者本人へ、利用者家族へ、ケアマネジャーへ、病院・診療所へ、通所・ショートステイサービスへ、自治体へ / 等)
- 在宅医療、在宅ケアに関する制度について

4) 分析結果

収集したデータに考察を加えながらテーマごとに分類した。参考までに、着目したデータの例を付記した。また、調査対象者の発言は文意を変えない範囲で省略、及び、読み手の理解を助けるために、発言内容を筆者が補足し()内に表記した。なお、文末の()内のアルファベットは発言者を示す。

また、重度障害者を支援する上で参考となる点をチェックポイントとして付記した。

① ケアプランの例

在宅重度障害者は、多くの訪問系サービスを利用しており、定期的に訪問看護と訪問介護を重ねて利用しているプランや、滞在型の訪問介護を利用し、定期的に訪問看護が入っているプランが聞かれた。昨年度の収集した事例と同様のプランである。ALS療養者の場合は、訪問介護は毎日、あるいは滞在型で入っており、訪問看護に比べてサービス提供回数、時間ともに多くなっている。

(人工呼吸器使用の在宅重度障害者の例)

「(人工呼吸器装着の重度障害者)ホームヘルパー週6日(1日3回)、訪問看護週6回(1日2回)」(H)

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
訪問看護													
訪問介護													