

「(ALS) 昼間ロングステイの介護人、夜間専門の介護人が入っていて、訪問看護は平日毎日、1回1時間半程度。妻がいるが糖尿病で通院中」(G)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
妻										通院														
全身性介護人	夜専門介護人							介護人										夜専門介護人						
看護													訪問看護											
訪問介護(家事)										家事援助														

「週に1回は必ず看護師さんと重なるようにプランを組んでいます」(A)

	月	火	水	木	金	土
	看介	看介	看介	看介	看介	看介
8時						
9時						
10時						
11時						
12時						
13時						
14時						
15時						
16時						
17時						

<チェックポイント>

- ・ 定期的に訪問看護を利用していること
- ・ 訪問看護と訪問介護のサービス提供時間が連続する、あるいは重複するようなケアプランとなっていること

② ケアミックスの事例

訪問看護と訪問介護が同時にサービスに入って実施している内容は次のようなことであった。

【2名体制の必要性】

訪問看護、訪問介護が同時に入る時間帯は、援助者が2名いなくては出来ないことを実施するようになっている。具体的には移乗や入浴などである。

「入浴や車イスへの移乗は、看護師とヘルパーの2名体制が必要。(本人の意向にかかわらず)看護と介護が重なる時しか、車椅子への移乗ができない。」(D)

「2人でやった方がいいことは訪問看護が入った時に。シーツ交換とか清拭。スクイーピングも2人でやった方が看護師はやりやすいし」(J)

「2人いないと車イスには乗れないので、看護師さんが来るときが車イスの日になります」(A)

「人工呼吸器がついている方で、一緒に体位交換しながら呼吸リハビリをしています」(C)

【家族介護者のレスパイト】

また、外部サービスが入る時間帯は家族の休息の時間帯になる。吸引が必要な利用者宅の場合は、吸引が出来る看護師と訪問介護が同時に入ることにより、家族の外出時間などを作り出すことにもなる(訪問介護が入っている時間帯でも、吸引が出来ないヘルパーならば家族は外出することができない)。

「家族のレスパイトを図るために、訪問介護と訪問看護を引き継いで4時間程度の時間を作っている。家族は、その間に外出している。」(F)

「訪問看護と介護と一緒にいった時間は、ご家族は外出することが多いですね」(E)

#### 【吸引への対応】

利用者との契約によりヘルパーが吸引を行う場合、吸引の手技について訪問看護師が指導しているという例があった。

一方で、利用者の状態にもよるだろうが、ヘルパーによる吸引はしていないという例もあった。ひとつは、家族と訪問看護のみで吸引を行っている例である。

「ヘルパーに吸引をさせている患者は少ない。家族が対応しているが、3ヶ月に1回、20日間程度のレスパイト入院があるから、家族はがんばれるのではないか」(D)

「地域特性として、家族が介護することが多い」(I)

ヘルパーとしての基本的なケアをしっかりとやってもらって、あとは訪問看護が対応するという考え方もあった。

「ヘルパーがケアの基本をやってくれる。体の向きを変える、口を湿らす、口腔ケアも少し奥の方に入れてきちんととってくれたり…。徐々に状態が落ちてきて吸引が必要な時でも、うちのヘルパーさんたちは、まずしっかりと口腔ケアをして、訪問看護を呼んでくれる。」(D)

#### <チェックポイント>

- ・ 訪問看護が吸引の手技を指導するなど、技術確認の機会がある。
- ・ 訪問看護による専門的な「呼吸ケア+吸引」が入っている。

#### 【訪問看護から訪問介護への依頼内容】

一緒にケアに入ること以外に、訪問看護から定期的に訪問介護に対し、何らかの観察やケアの実施や環境整備を依頼されていることもあった。

「体位交換。モニター(換気量、回数等)をチェックし、数値を訪問看護が用意している記録用紙に記入しておくこと。吸引びんの洗浄や呼吸器自体のチェックなど」(J)

「服薬の管理もあります。要介護度が低いと訪問看護が入る回数が少ないのですが、そういう人でも山のように薬を飲んでいる人もいます。「今日は調子がいいので飲まない」と利用者さんがおっしゃる時とか、飲み残しを見つけた時などは、訪問看護に報告して指示をもらいます」(C)

状態が変化した場合に、訪問看護の到着前に、家族の代わりにケアを依頼することもある。定期的なケアの依頼ではなく、緊急対応である。

「ストーマの台紙のところをはがれてくるということが結構あって、スキントラブルにならないようにヘルパーさんに指示を出すことがあります。」(C)

「酸素を使っていて、80を切っていると電話が入れば、流量を上げてもらうことも。膀胱留置カテーテルの詰まりを発見したという時も、電話の指示で動いてもらうこともあります」(C)

「『水泡が出来ていてピリッと痛がってます』という電話をもらって、ヘルペスだったことがあります」(E)

訪問看護からの依頼とは別に、訪問介護が独自の判断、見よう見真似でスキージングをしていたという例も聞かれた。観察や報告の依頼とともに、「やってはいけない」ことを伝えておくこ

とも重要である。

「ヘルパーさんがスクイージングをしていたことがあります。いつも私(看護)がやるのを見ていて、真似してやってたんです。もちろん、利用者さんの為と思ってなさっているのですが、『判断の上でやっていることなんで』と説明してやめてもらいました」(C)

#### 【観察と報告ポイントの具体的な指示】

前述のように、訪問看護から訪問介護へ、利用者の状態観察及び訪問看護への報告を依頼していることもあった。適切な報告は、速やかな対応に繋がるし、状態の悪化を回避できる。しかし、訪問介護が期待通りに状態観察をしてくれるとも限らない。

「バルーンを入れてからは、訪問看護から尿の観察をするように依頼されました。でもヘルパーは尿測しかしていなかったんですね。そこで私(ヘルパーであり、看護師)が『浮遊物がないか』『濃さ』におい』など観察のポイントを教えました」(J)

「変化する状態や苦痛など説明しただけでは理解してもらえない。ギャップを感じる・・・」(F)

「『バルーンが抜けているが、次に看護師さんが来るのでほっておきました』と連絡ノートに書いてあったことがあるが、そういうことは電話連絡してくださいと・・・」(E)

介護職も養成課程においてある程度の医学知識は習得しているはずだが、重度障害者の状態の観察を頼むならば、訪問介護に対し、観察のポイントや方法の指導が必要となる。その内容は一般的な医学知識というよりも、利用者個別の観察方法を習得することが求められるだろう。しかし、気づいたことはどんなことでも、早めに報告してくれればよいという意見も多く見られた。

「(何か変化に気づいたとき)『家族ならばそうするだろう、ということをしてください』とヘルパーさんには言ってます」(C)

「『なんだか分からないけど、なんかおかしい』という連絡でいいんです。早めの連絡がいいですね。ヘルパーさんも経験を積みばわかってきますし、とんちんかんな電話をしてくるような人もいませんし」(E)

「看護師だって、皆が同じように判断できるわけではありません。循環器、呼吸器と専門分野があります。介護職に多くを期待するのは酷。それよりも情報を一人で抱え込まないこと、ケアチームなんだという意識を持ってもらえば」(J)

また、まったくの偶然かもしれないが、重度障害者にサービス提供している介護職の中に看護師資格を保有する者がいた。そのようなヘルパーは当然のことながら吸引の手技自体には問題なく、さらには状態の観察や緊急的な対応も期待できる。ご家族にとっても安心であり、訪問看護側も、看護師資格を保有するヘルパーを活用していた様子がうかがえる。

「元看護職だったヘルパーの場合は、訪問看護が直接指導しないこともありますね。慣れてますし、ちょっと説明するとわかるから」(E)

「ヘルパー(准看護師の有資格者)に吸引をしてもらっている。家族は看護資格がある人に来てもらって安心している」(I)

「うちには看護師資格を持ったヘルパーがいるので、吸引もしますし、他のヘルパーへの指導も行っている」(I)

「“私(看護師)だから”ということはあったと思います。所長さんは私がシフトに入っている日にあわせて、入浴を入れていたし、回路の消毒、組み立て、劣化の点検は私の仕事になっていました。私からも『サチュレーションが〇〇だから、こうしようと思う』という報告と相談をし

ていましたし・・・」(J)

#### <チェックポイント>

- ・ 観察のポイントを個別具体的に指導する。
- ・ どのような状態の時に、誰に報告・相談するか決めておく

#### 【訪問介護から訪問看護への連絡体制】

訪問介護に何らかの観察と報告を依頼するならば、電話連絡の方法にも申し合わせが必要である。通常は、訪問看護事業所のサービス提供者からケアマネジャーを経由して訪問看護ステーションのサービス管理提供者へ情報が届けられる。しかし、それでは適切なタイミングを逃すことも想像に難くない。ヘルパーにとっては、今、目の前でおこっている状態の変化の緊急性を適切に判断することも難しいのだから、速やかに訪問看護師の判断を得ることができる体制が必要といえる。

「事業所を通して連絡することが基本だと思うけど、入った者でなければわからないこともある。『今日入った誰それですが・・・』と利用者宅から電話が入って、いいタイミングで指示が出せることもある。事業所に報告は戻しますが、ヘルパーさんから電話が来て困ることはありませんよ、こっちも、そうしてヘルパーさんに看てもらっているところもあるし。」(J)

「併設事業所で顔が見える関係なので気軽に電話して何でも聞きます。掃除機をかけていたら、薬が落ちてたけど、どうしたらいいかとか電話で聞けますし」(C)

「ベッドサイドに訪問看護ステーションの電話番号を貼っておいて、本人もしくは家族に代わってヘルパーさんが電話をかけるという約束事にしています。ヘルパーさんが怒られては気の毒だからね・・・状況の変化に応じて連絡できる体制というのを看護側も発信しないと、介護の方たちが SOS を出せないのではないかと思います」(C)

#### <チェックポイント>

- ・ 利用者の状態の変化に関する連絡方法を確認しておくこと。特に、(自事業所のサービス提供責任者への連絡よりも先に) 第 1 報を「訪問看護ステーション」へ入れて良い場合について取り決めておく

#### 【訪問看護と訪問介護の心理的な距離】

連絡体制だけではなく、訪問看護側は看護師に対して“壁”のようなものを感じている向きもあった。訪問介護側の思い込み、先入観は大きいようだ。

「ヘルパーさんは、最初、一緒に入る看護師に非常に気を遣ってるようでした。別に私たち(看護)が偉いわけでもないのに」(E)

「前の職場(ヘルパー事業所)の時は、看護師さんに直接電話するなんてあり得ませんでしたよ」(C)

「看護師でケアマネもしていますが、区のケアマネの連絡会に行くと、福祉系のケアマネからここぞとばかりに質問されます。やはり、看護は敷居が高くて、普段は質問できないって言われます」(C)

訪問看護ステーション、訪問介護事業所が同一法人の場合は、心理的にも近い関係にあるようである。

「併設のヘルパーステーションとは毎朝ケアカンファレンスをしているようなものです。ケアマネも併設しているのでプラン変更も頼みやすいし」(D)

「顔が見える関係だからこそ気軽に聞けます。医療処置に関することも教えてもらえるし」(C)

「医学書も一通りそろっているから、勉強したい人(ヘルパー)には自由に読んでもらってるし、質問されればいつでも答えますし」(C)

一方で、訪問看護と訪問介護と一緒にケアに入ることに對して、少なくとも、今回インタビューをした訪問看護師は好意的な感覚を持っていた。同時に入ることで、お互いが本来の自分が行うべきケアに専念できること、訪問介護と協働することで、新たな気づきが得られているという。また、訪問介護にとっても、普段感じている不安やちょっとした疑問を相談できたりできるという。

「私は、ヘルパーさんと一緒にいるのは好きですね。ヘルパーさんは本当に生活に密着しているというか、目のつけどころが違うなと思います」(E)

「看護職と介護職の時間の流れが違う。看護職は「テキパキ」、介護職は「ゆったり、のんびり」。看護職からみると「ゆったり、のんびり」にイライラとすることもあるが、介護職の利用者の意欲の引き出し方の見事さに、驚かされることも多い」(G)

「看護師さんと一緒にいる時は、日ごろ気になっていることを聞いたりします」(A)

「ヘルパーは、細かいことを見ていてくれるなど感じます」(D)

### 【“通訳”としての訪問介護】

ALS 療養者とのコミュニケーションは、文字盤、音読法、伝の心などのコミュニケーション装置を使いこなすことが必要となる。訪問看護に比べ、頻回にサービス提供している訪問介護の方が、コミュニケーションを取れることが多いようである。

「訪問入浴は看護師、ヘルパー、運転手兼ヘルパーの3人チームだったが、コミュニケーションを取れる人がいなかったため、滞在型のヘルパーが“通訳”になっていた」(D)

「訪問看護が入っている時でも、何かあると私(ヘルパー)を呼ぶコールがなる」(D)

## ③ サービス提供開始にあたり

②では、実際のケアミックスの事例をまとめたが、そのようなサービス提供を行うためには、以下のような準備がなされている。

### 【利用者宅でのカンファレンス】

訪問看護、訪問介護それぞれ、重度障害者にサービス提供を開始するにあたってはケアプラン外で利用者宅を訪問し、ケアの内容や留意事項を確認していた。

訪問看護が他のサービス事業者に留意事項などを指示することも多いようである。重度障害者の場合はケアに関わる人数も多く、担当者が変わるごとになると頻度も指導する頻度も高くなる。訪問看護、訪問介護のどちらかの時間に合わせて利用者宅を訪問し、指導は行われる。

「最初にそのお宅に入るときは、敢えて訪問看護師さんが滞在している時間に、私(管理者)とヘルパーで見学にうかがいます。看護師さんはどういうことをされているのかということをおぼせてもらったり、ご家族のご意向を聞いたり。2, 3回は見学させてもらいます」(A)

利用者本人、家族が訪問看護師から指導を受けることを望んでいる場合もある。

「ご本人、ご家族さんが『看護師さんがやっているのをまず、見て覚えて欲しい、教えてもらっ

て欲しいといひます』(E)

どちらの時間に合わせるかはケースバイケースのようである。時間の融通が利く方、あるいは追加になったサービスの方が合わせるようである。

「ケアの時間に合わせて、ヘルパー事業所さんが来てくれました。あちらの方が時間の融通が利くと言ってくださったので」(E)

「基本的なことは、訪問介護事業所のコーディネーターさんが事前に指導してくれます。私(看護師)からは、移動動作、リハビリ動作、体位調整。首がガクツとなったら鞭打ちになるからとか、ご本人の体を触りながら、これだけは押さえておいて、ということを伝えます。」(E)

もちろん、この時間はどちらかの事業所の“持ち出し”になる。事業所の収入としてはマイナスかも知れないが、ケアを開始する時点で、利用者ごとの個別、具体的なケア内容や留意点を、ご本人のベッドサイドに関係者が集まり申し送りをすることは、重要なことと考えられていた。

「最初が大切で、あまり時間が取れずに始めてしまうと、後で何度も呼ばれることになる。初期のうちに関わるメンバーで何度かお宅に行って顔を見ながら引継ぎをする。ある意味、現場でケアカンファをするような感じなんです。関係者が“どさっ”と行ってびっくりされたこともありますけど、ご家族も安心なんじゃないかしら。報酬はつかない部分ですが、後から、それが生きてきます」(C)

#### 【新人職員の場合】

訪問介護では、すぐにサービスを提供するのではなく数週間程度の見学期間を経てそれから、身体介護そして吸引と実施するケアの範囲を広げていく。

「新人の場合は2週間程度、見学をしてもらいます。足のマッサージを一緒にやってもらうこともありますが、まずは、どんなことをしているのか見学。それから、徐々に身体に障ってもらって、吸引を教えるのは次の段階ですね」(J)

#### 【吸引】

吸引は、退院後にかかわるヘルパーが病棟の看護師から指導を受ける場合と、訪問看護師が指導する場合、主治医の医療機関の看護師が指導する場合があった。退院時に病棟で吸引の指導を受けることはないという意見もあった。

「退院後、ヘルパーに吸引を頼むならば、入院中にヘルパーを病院に呼び、練習をしてもらう。患者自身が納得するまで練習をしてもらう」(D)

「退院時のカンファレンスに行くことはありますが、吸引の指導というのは、正直なところ受けたことはないですね」(A)

「利用者宅で実際に、主治医の所属する医療機関の訪問看護師が指導した。指導期間は3ヶ月」(H)

長期間の在宅療養となり、家族や看護師の吸引に加えて、ヘルパーにも吸引をという場合は、ゆっくりと時間をかけて導入していけばいいと考えられていた。まず、ヘルパーにとって、吸引は怖いことのようなのである。「怖い」と思ってもらわなくては困るという意見もあり、慎重すぎるぐらいで丁度良いという意見もあった。

「まったくの新人には、事業所の看護師資格者が指導します。本人が、自信がもてるまで」(B)

「チェックリストに従いながら、3、4ヶ月かけて指導して、再度にドクターに見てもらってOKをもらってという予定です(現在練習中)。現在2ヶ月目で本人は不安もないから、どんどんや

って欲しいといいますが、ゆっくり手順を踏んでと思ってます。」(D)

「最初は、機械のスイッチを入れるところから手がふるえてどうしようもありませんでした。今でも、ちょっとしたことで大騒ぎしています」「言ってくださるからいいんです。“まあ、いいか”で済まされることが一番困る」(A)

「ヘルパーさんには『怖いと思ってもらわないといけないことなんです』って言ってます。看護師だって怖いですよ。だから私たちにすれば“なんでもやります”ではなく、慎重すぎるぐらいの方がいいかなと」(D)

ただし、看護師が指導できるのは吸引の清潔手技や手順であって、ヘルパーがやる吸引に“OK”を出すのはあくまで利用者本人である。たとえ、看護師であっても、OK が出ないことも珍しくない。

「教えられるのは手順であって、ヘルパーに OK を出すのはあくまで本人。同じ圧で、同じ深さでやっても本人にとっては微妙な違いがあるみたいで OK がでないことがある。看護師が OK を出しても本人が OK を出すとは限らない」(J)

「吸引の練習を始めて3ヶ月たっても、やらせてもらえない人もいる(利用者の OK がもらえない)。事業所としては厳しいですね」(A)

吸引の手技は確実であっても、本人の OK が出ないかぎりはケアに入れない。よって、吸引の経験が十分あるヘルパーの場合でも、研修は不可欠となる。吸引はそれだけ個別的な対応が必要といえる。

「いきなり行って吸引をすることはあり得ない。そのお宅のやり方がある。まずは1日の流れを見学する。その後、吸引をして、先輩なり管理者がチェックをして、利用者さんの許可を頂ければスタートです」(A)

#### 【コミュニケーション】

重度障害者に対するケアでは、コミュニケーションがひとつの壁となっている場合がある。コミュニケーションをとらない看護師、介護職は、患者に受け入れてもらえないことも珍しくない。コミュニケーションさえ取れば、吸引は誰でもいいという患者もいる。前述の看護師であっても吸引をさせてもらえない、OK を出してもらえないケースも、吸引の手技よりもコミュニケーションに問題がある場合もある。

「訪問看護師はコミュニケーションがとれる所長さんと他2名に固定だった。通所介護を利用したこともあったが、文字盤が読める職員の退職と同時に、通所は止めた。コミュニケーションをとろうとしない人が口腔内吸引をした時はチューブを噛み切って拒否したこともある。」

(J)

コミュニケーションをとらないという苦情もあるという。実際、看護師、介護職のコミュニケーション能力がどれほどのものか、今回の調査の中ではわからないが、コミュニケーションがとれないことは、看護、介護側と利用者双方に負担であるといえる。まず、コミュニケーションをとってもらえないことは利用者にとって不満であることは間違いないだろう。

「コミュニケーションをとらない人は寄せ付けませんでした」(J)

「コミュニケーションをとらない人の場合、『○○さんは心が無い』と苦情がきます」(E)

コミュニケーションが取れないことはサービス提供側にも精神的に負担である。

「夜専門のヘルパーはなかなか定着しませんでした。暗闇の中で素早く察することは難しく、負担だったようだ」(J)

「新人さんは、何ですか？って顔を見ても目も合わせてくれないと“私嫌われてるのかしら？”となってしまって、おじけづいちゃいますね。そうすると、もう悪循環なんです」(A)

「うちの職員は全員コミュニケーションはとれている」という意見もあった。コミュニケーションが取れなくて、つまり、相手の意向を確認しないでどうしてケアができるのか、コミュニケーションが基本だという意見である。決して、楽にコミュニケーションが取れているというわけではなく、“聞く”という姿勢の問題である。

「私は、初めて入った時から文字盤が出来てしまったのです。ただ、状態が悪くなるにつれて、コミュニケーションの幅が狭くなったので、スランプのように読めない時期があった。友達づきあいと一緒に、気が合う人同士だと文字盤も使えるようだった」(J)

「病院からの実習生に『目を見てケアするんですね』って驚かれたことがある。目を見ないでどこを見るのでしょうか？音読法を使うことが多いです。はまってしまって、どうしてもわからない時、相手の目が“チツ”となりますよ。時間かかるけど、私も一生懸命聞きますから、という姿勢を見せていればわかってもらえます」(E)

「どうしても今日は時間に余裕がないという時は「今日はダッシュで次のお宅に行かなくてはならない」と正直に言います。そうすると相手も理解してくれます」(E)

初めてケアに入るヘルパーには、コミュニケーションのとり方も重要な申し送り事項となる。

「パソコンを読めばわかるが、画面ではなく、音声(その方の声)を聞いてから返事をしてくださいと言ってある。また、ヘルパーさんは、のどに穴が開いてて、機械がついていてという状況に気もそぞろになってしまうが、『とにかく顔を見て、にっこりしてください。相手もにっこりしたら大丈夫ですよ』と伝えています」(E)

ALS 療養者がスムーズに自分の気持ちを伝えられないというもどかしさを理解することもコミュニケーションの第一歩であろう。コミュニケーションツールを使いこなすことだけではなく、観察力や想像力は必須といえる。

「○さんの場合は、Yes/No も分からないし、起きているか寝ているかも分からなくなりました。でも、自分の感覚ですが、苦しくないかな、暑くないかなと感ずることがあります」(A)

「患者さんは、清潔手技が出来ていない状態で吸引しようとする手を『やめろ』と振り払うことも出来ない。額にかかった髪を振り払うこともできない。介護者は慎重に、そしてよく観察しなければ」(J)

#### ④ 情報共有

##### 【訪問看護と訪問介護の情報共有】

重度障害者の場合は、訪問看護、訪問介護を中心に利用しているサービス種類も多く、サービスごとにみても関わる人数は多い。情報の共有は重要な課題である。

ケアカンファレンスの開催状況は様々であった。保健所が主催して利用者宅で開催するカンファレンスが3ヶ月に1回というところや、1度も開催したことはないというところもあった。また、そのようなカンファレンスはサービス提供責任者が参加しており、実際にケアに入っている担当者同士は、利用者宅で会った時に自然と情報交換をしているようである。

一番多く聞かれたのは連絡ノートの活用である。ノートを使って、訪問看護が訪問介護からの質問に答えていた。なかには、サービス事業者ごとにノートがあるようなケースもあったが、訪問介護の方が多くサービスに入っているため、訪問看護も、訪問介護のノートと一緒に書かせ

てもらっているということもあった。連絡ノートの利用は一般的なようだが、ノートを確実に読んでいるかどうかを確認する術はない。どうしても伝えたいことは、ノートではなく手紙にしておいてくれることもあるということだった。

#### 【事業所内の情報共有】

一人の利用者に複数の担当者が関わることは、円滑にケアを進めるためであるが、それだけ、情報の共有も難しくなる。担当者が事業所内に一堂に集まることさえも難しい。

「週に1回、看護師さんが来るのですが、毎回「1ヶ月前から便秘がちです」などと同じことを説明することになる。毎回、同じ看護師さんに来て欲しいとは言わないが、横の連絡はあまりないのかなと思います。毎回、同じことを聞かれるような気がしますが、ヘルパーでは出来ないことに時間をかけて欲しいなどと思ってしまう」(A)

#### 【本人、家族を通じた情報共有】

家族が常にお宅は、ご家族を通して情報を共有することができる。ケアのコツなども、ご家族から教えていただくことも多い。

また、ALS療養者の場合は、コミュニケーションに時間はかかっても、要望はきちんと伝えているので、ALS療養者はケアマネジメントを自分でしているともいえるだろう。新人ヘルパーが入った時など、「もうすこし、〇〇について教育して欲しい」というメールが事業所に入ることもあるという。コミュニケーションをとらない看護師を拒否しているのは、自分のケアチームを自分でマネジメントしていると解釈することもできるだろう。以下は、療養者自身がケアチームを作り上げていたという興味深いエピソードの例である。

「患者さんのお葬式のあと、『あなたは、一番、吸引が上手だ』と言われたことがあるという思い出話を語るヘルパーが何人も出てきた。患者さんは入院先の病棟ナースの吸引さえも拒否するところもあったが、一方で、こうやってヘルパーを育てていたんだなーということがわかりました」(J)

#### <チェックポイント>

- ・ 利用者宅で、カンファレンスを開催する
- ・ サービス提供開始前には、見学期間を設ける（新人職員の場合特に）
- ・ 吸引の指導はゆっくりと手順を踏んで進める。吸引が適正にできるようになったことを医師、看護師が確認する。（利用者の納得は必須であるが、利用者のOKサインだけで進めないこと）
- ・ 利用者とのコミュニケーションの重要性を認識する。（コミュニケーションツールを習得するだけではなく、まずコミュニケーションをとろうという姿勢が重要）
- ・ 連絡ノートの活用など、情報共有にしくみを整える

#### 5) 小括

#### 【利用者宅で、訪問看護と訪問介護が顔を合わせた申し送りの重要性】

- ・ 訪問看護と訪問介護は、サービス提供を開始するにあたり、サービス提供責任者や担当者が利用者宅に集まり、ケアの内容や注意点などの申し送りを行っていた。利用者宅でケアカンファレンスを開催しているといえる。
- ・ 訪問看護、訪問介護のどちらかが、ケアの時間に合わせて訪問しケアの様子を見学したり、必要な指導を受けたりしている。この場合、どちらかの事業所にとっては、

“持ち出し（報酬上の評価なし）”になっている。しかし、このような申し送りは不可欠なことで、サービス開始時点でこの部分に時間をかけると、その後のサービス提供はスムーズに進むことも多い。

- ・ サービス提供開始後も、定期的に同じ時間帯に訪問しサービスを提供していた。ただし、サービス提供時間が重なることや連続することは望ましくないとするケアマネジャーもいる。同時訪問の利点を現場から発信していくことが必要だろう。

**【緊急事態の対応方法確認】**

- ・ 訪問介護が利用者の状態の変化を観察し、訪問看護に伝えることで適切な対応が出来たという例が多く聞かれた。一方で、必ずしも適切なタイミングで伝えられていないという例もあった。どのような状況が、その利用者にとって緊急事態なのか、観察や報告のポイントを訪問看護から訪問介護に指導しておく必要がある。

#### 4. 看護と介護の連携に関する実態調査

##### 1) 回収数

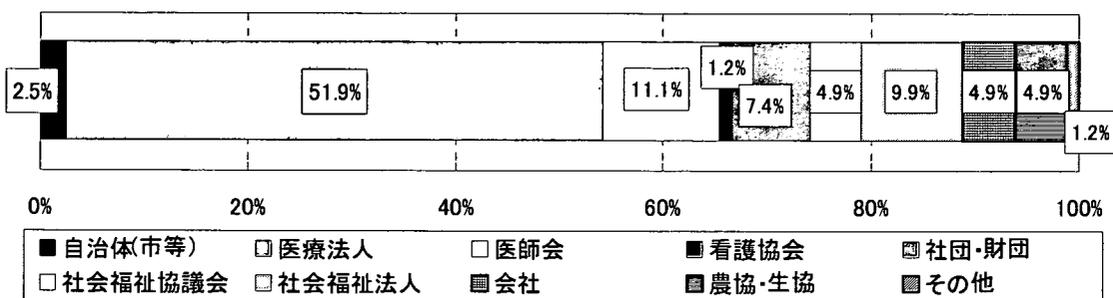
回収数は 82 件(回収率 34.3%)で、うち1件は休止中だったため、有効回収数は 81 件だった(有効回収率 33.9%)。

##### 2) ステーションの概要

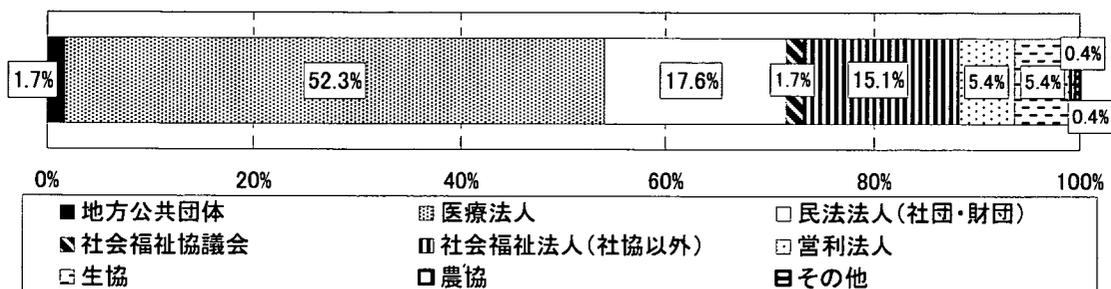
##### ① 開設主体 (問 1)

開設主体は、「医療法人」が 51.9%で半数を占めた。

図表 21 開設主体 n=81



図表 22 発送先全数の開設主体 n=239

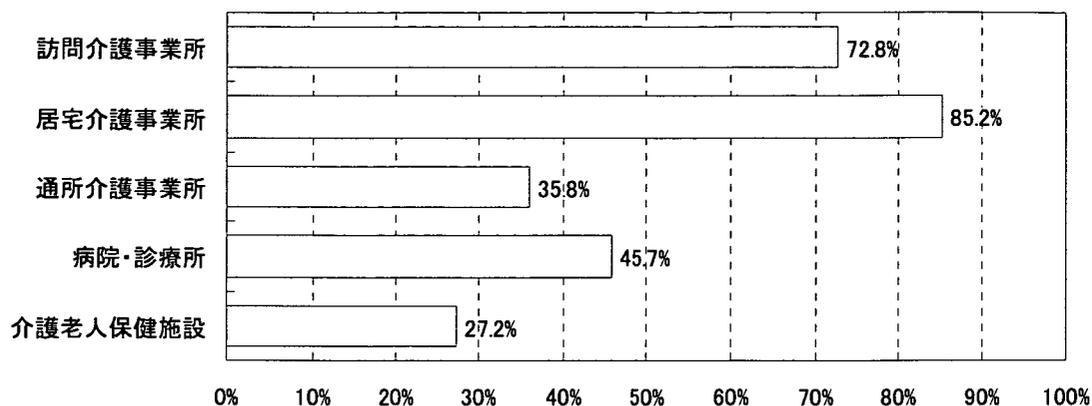


##### ② 併設事業所の種類 (問 2)

併設事業所については、「居宅介護事業所」が 85.2%、「訪問介護事業所」が 72.8%、「通所介護事業所」は 35.8%だった。

「その他」の具体的な内容としては、グループホーム(6 件)、通所リハビリテーション(6 件)、地域包括支援センター(4 件)、福祉用具レンタル(2 件)、訪問入浴事業所(2 件)、精神科デイ(2 件)等が挙げられた。

図表 23 併設事業所 n=81



### ③ 従事者数 (問 3)

訪問看護ステーションの従事者数は、平均 6.6 人(標準偏差 3.9)、中央値 5.6 人だった。  
併設の訪問介護事業所の従事者数は、平均 11.4 人(標準偏差 9.4)、中央値 9.5 人だった。

図表 24 従事者数

	訪問看護事業所	併設の訪問介護事業所
回答件数	76	45
平均値	6.6	11.4
標準偏差	3.9	9.4
中央値	5.6	9.5

### ④ 利用実人数 (問 4)

訪問看護ステーションの利用実人数は、平均 80.4 人(標準偏差 69.8)、中央値 63 人だった。

併設の訪問介護事業所の利用実人数は、平均 79.0 人(標準偏差 69.2)、中央値 60 人だった。

図表 25 利用実人数

	訪問看護事業所	併設の訪問介護事業所
回答件数	71	42
平均値	80.4	79.0
標準偏差	69.8	69.2
中央値	63	60

### 3) 分析対象利用者数 (問 5 ①~⑬)

本調査が対象とした①~⑬の状態の利用者の人数(平成 19 年 2 月中)は、81 ステーションの合計で、1,171 人だった。

併設の訪問看護事業所の利用者数は 272 人、その他の訪問介護事業所の利用者数は 362 人で、これらの合計は 634 人であった。この合計に対し、併設の訪問介護事業所の利用者は 42.9%、その他の訪問介護事業所の利用者は 57.1%だった。

項目別の利用者数について、該当の利用者がいた事業所数、回答ステーションでの合計、平均は表のとおりだった。

該当する利用者がいた事業所が多かった順に、「胃瘻より経管栄養が必要な状態」63件、膀胱内留置カテーテルの管理が必要な状態」61件、「褥瘡処置が必要な状態」59件、「口腔内・鼻腔内吸引が必要な状態」55件だった。

少ない順には、「心肺蘇生(緊急時対応・アンビューバッグを使用等)の状態」6件、「中心静脈栄養の管理が必要な状態」17件、「経鼻経管栄養が必要な状態」30件、「点滴の管理が必要な状態」31件だった。

※ なお、該当の利用者数は、ホームヘルパーの利用をしている利用者数を想定していたが、ホームヘルプを利用していない利用者も含めた人数の記入があったり、ホームヘルプの利用先内訳の未記入があったため、記入された合計値と内数の計算上の合計値は一致しなかった。

**図表 26 該当の利用者がいた事業所数・該当の利用者数**

	該当の利用者がいた事業所数		合計 人数 (人)	平均 人数 (人)
	件	割合		
①点滴の管理が必要な状態	31	38.3%	74	2.4
②中心静脈栄養の管理が必要な状態	17	21.0%	25	1.5
③経鼻経管栄養が必要な状態	30	37.0%	59	2.0
④胃瘻より経管栄養が必要な状態	63	77.8%	356	5.7
⑤膀胱内留置カテーテルの管理が必要な状態	61	75.3%	265	4.3
⑥ストーマケアが必要な状態	37	45.7%	84	2.3
⑦口腔内・鼻腔内吸引が必要な状態	55	67.9%	253	4.6
⑧気管内(カニューレ含む)吸引が必要な状態	44	54.3%	104	2.4
⑨褥瘡処置が必要な状態	59	72.8%	181	3.1
⑩心肺蘇生(緊急時対応・アンビューバッグを使用等)の状態	6	7.4%	9	1.5

※平均人数は、1人以上の該当利用者がいた事業所における平均人数

#### 4) ホームヘルパーの関わり方

##### ① ホームヘルパーの実施内容

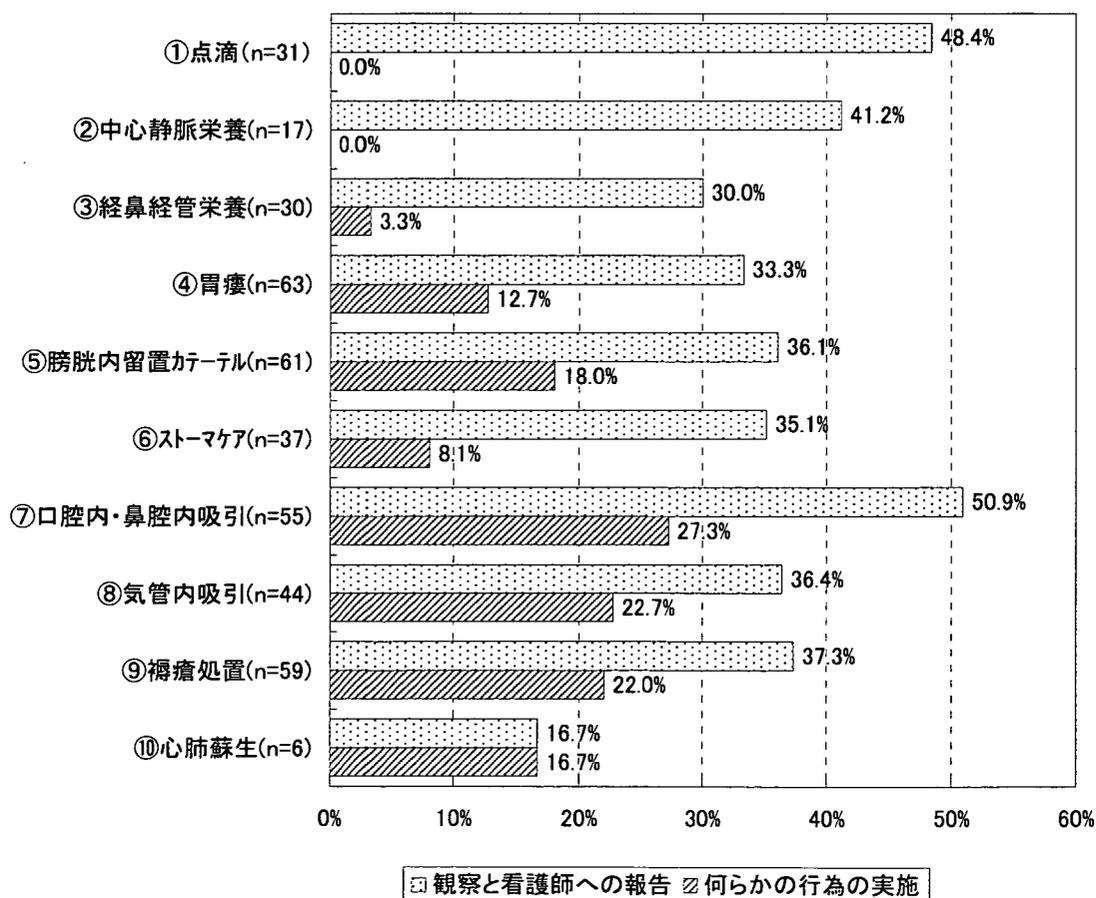
ホームヘルパーが実施したこととして、対象利用者がいる事業所のうち、「観察と看護師への報告」の実施率が高かったのは、「口腔内・鼻腔内吸引が必要な状態」(50.9%)、「点滴の管理が必要な状態」(48.4%)の場合だった。

「何らかの行為の実施」の実施率が高かったのは、「口腔内・鼻腔内吸引が必要な状態」(27.3%)、「気管内吸引が必要な状態」(22.7%)「褥瘡処置が必要な状態」(22.0%)、の場合だった。

具体的な実施行為は、以下のとおりだった。

- ・ 経鼻経管栄養が必要な状態：「固定のテープがはがれそうな時は上からテープで固定する」
- ・ 胃瘻より経管栄養が必要な状態：「栄養注入・内服薬注入」、「注入後に水分注入し、終了後後始末」「胃ろう部洗浄」「イルリガートルを外す」「ペグ周辺のガーゼ交換（汚れている時）」「栄養剤の準備」
- ・ 膀胱内留置カテーテルの管理が必要な状態：「膀胱洗」「尿処置・陰部洗浄」「ハルンバック尿を出す・クレンメを止める行為」「ハルンバック内の尿の性状観察」「尿を捨てる」「バック内の尿測」「つまりやすいのでカテーテルを手でミルキングする」
- ・ 口腔内・鼻腔内吸引が必要な状態：「口腔ケア」「吸引」
- ・ 気管内（カニューレ含む）吸引が必要な状態：「吸引」「人工呼吸器回路内の水抜き」
- ・ 褥瘡処置が必要な状態：「介護者の処置時に身体を支えたり、介助している」「ガーゼ交換（軽い人、汚染した場合、おむつ交換時／等）」「ラップ処理」「体交」「軟膏塗布」
- ・ 心肺蘇生（緊急時対応・アンビューバッグを使用等）の状態：「看護師、家人の管理下でアンビュー施行」

図表 27 ホームヘルパーの実施内容(複数回答)



※何らかの行為の実施とは、何らかのかかわりを持つことを含めて言う。

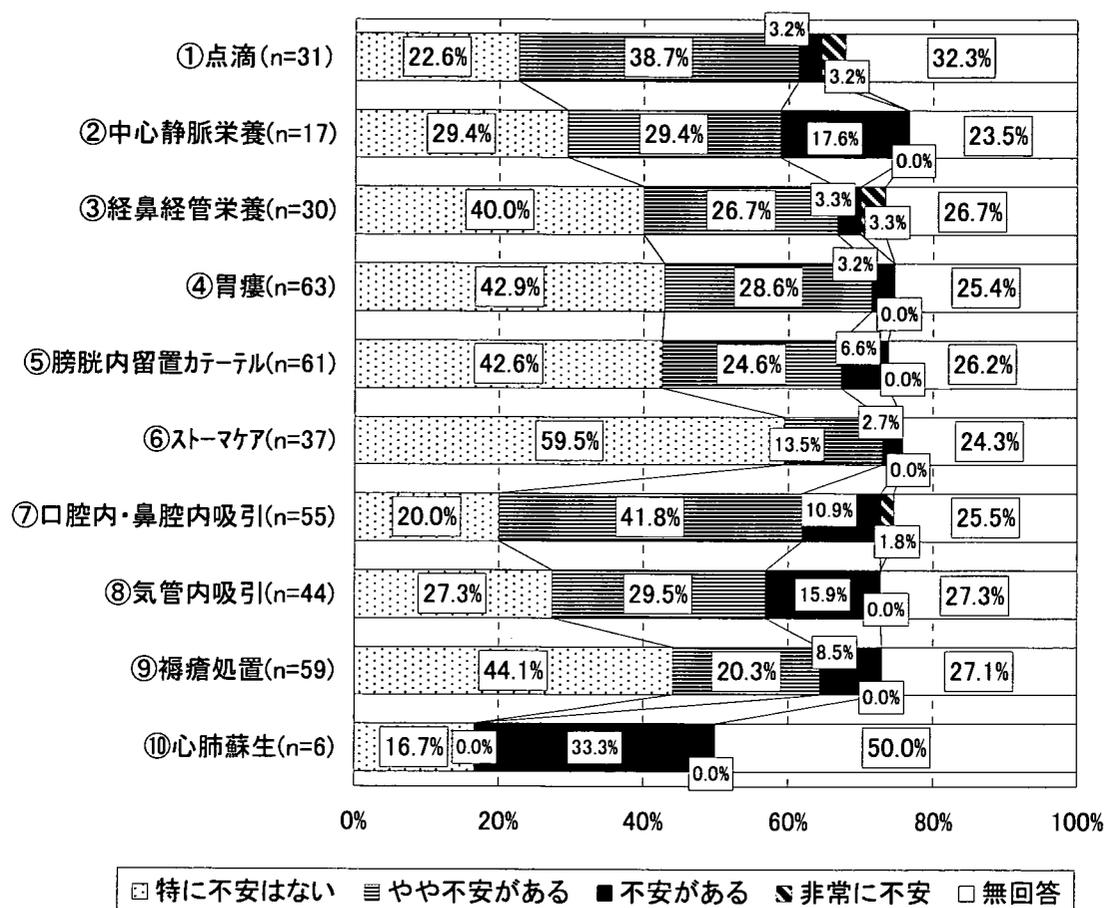
## 5) ホームヘルパーの不安の状態

### ① 状態別不安の状況

患者の状況別のホームヘルパーの不安をみたところ、「ストーマケア」の必要な状態については「特に不安がない」という回答が 59.5%と高かった。

「非常に不安」「不安がある」「やや不安がある」の合計の割合が高かったのは、「口腔内吸引・鼻腔内吸引が必要な状態」(54.5%)、「中心静脈栄養の管理が必要な状態」(47.0%)、「気管内(カニューレ含む)吸引が必要な状態」(45.4%)、「点滴の管理が必要な状態」(45.1%)、であった。

図表 28 ホームヘルパーの不安



### ② 何らかの行為の実施の有無別 ホームヘルパーの不安

ここでは、処置の内容にかかわらず、何らかの行為の実施の有無別に、ホームヘルパーの不安の状態をみた。

「何らかの行為を実施していない」場合は、「特に不安はない」が 39.0%、「無回答」が 31.1%と割合が高かった。「何らかの行為を実施」している場合は、「やや不安がある」が 51.6%、「不安がある」が 19.4%となっており、行為を実施している場合には、何らかの不安がある場合が多いことが分かった。

図表 29 何らかの行為の実施の有無別 ホームヘルパーの不安

	特に不安 はない	やや不安 がある	不安があ る	非常に不 安	無回答	合計
何らかの 行為を実施	16 25.8%	32 51.6%	12 19.4%	0 0.0%	2 3.2%	62 100.0%
実施していない	133 39.0%	79 23.2%	20 5.9%	3 0.9%	106 31.1%	341 100.0%
全体	149 37.0%	111 27.5%	32 7.9%	3 0.7%	108 26.8%	403 100.0%

③ ホームヘルパーの具体的な不安内容

ホームヘルパーが不安に思っていることは以下のように分類される

図表 30 ホームヘルパーの不安の内容

	具体的な不安の内容（原文まま）
①点滴の管理が必要 な状態	肺気腫で HOT の方なので呼吸困難が強い時に不安感がある
	末期であったり一時的に状況が悪化した場合が多いので、状況把握が できない為、体動させたりしていいのか、反応が鈍いのがどのような 状態なのか不安
	トラブル発生時の対応が適切にできるか
	訪問時の急変
	褥瘡等もあり、入浴介助を行ってよいのかどうか、日々状態が変わる ので心配だった様子
	途中で点滴が落ちなくなった時の対応
	利用者の訴えが、不定愁訴なのか、問題となるものなのか
	全身状態が悪い 内服によるペインコントロールを行っているが、処置時全身苦痛増 肛門部に腫瘍がある 仙骨部・石腸骨部に褥創がある
②中心静脈栄養の管 理が必要な状態	ヘルパー訪問中に点滴の滴下が遅くなったり、止まる時、針が抜けて しまった時。家人が速度を調整している時、排泄介助を同時に行う時。 保清時の呼吸苦や排痰困難時の対応
	ひとりでみているのは不安と、何がおこるかわからないからと
	ご本人がラインを気にする（引っ張る）。 アラームの作動（誤作動）
	病状が不安定であり、体位変換等すべて全介助のため、業務中にひっ かかり、抜去してしまわないか不安
	ポンプのアラームが鳴った時に心配になる
固定テープがずれていた。周辺の皮膚発赤が見られた。テープの補強	

	緊急時の対応 状態の変化が分かるかどうか	
③経鼻経管栄養が必要な状態	ちょっとしたはずみで管がはずれたらどうしよう…。 鼻腔内の清潔ケアの際、やりづらさからくる不安。 不随意運動時、怖くなる	
	カニューレが抜けたりしないか？	
	手が自由に動くため、カテーテルの自己抜去がないか不安	
	以前カテーテルが自然に抜けてしまったことあり	
	痰の吸引が必要なとき	
	抜管したらどうしようという不安	
④胃瘻より経管栄養が必要な状態	逆流等があった人のトランスが心配。 皮フトラブルの対処。 もし抜けたら…など	
	胃ろう部がただれていたり、微出血があると「大丈夫かな～」と思う	
	家族も不在中でのケアに何かあったら…という不安。困った事があればステーションで対応する旨を伝えていても不安はある。	
	注入量が少なくなった時に、空気が入ったらどうしよう…。 注入時の手加減（圧）	
	胃ろうのボタンが外れたりしないか？	
	胃ろう部周辺のトラブル時の対応	
	胃ろう部に浸出液等がある時に洗浄に不安がある	
	抜けないようにしよう	
	一緒にケアをするため、胃ボタン抜去の危険はあるものの、注意している	
	更衣などのとき、抜けないか気をつけている	
	医療依存度高く、状態が不安定な方の場合、滴下速度が適切なのかどうか心配である	
	オムツ交換等体位変換時、ペグが抜けないよう注意が必要 観察ポイントや留意事項が不安 急変したらどうかの不安 高齢介護であり介護力の問題 手技の問題 痰の吸引が必要なとき 身体介護中、チューブを誤って引っ張る事はないか	
	⑤膀胱内留置カテーテルの管理が必要な状態	尿もれ。 ケア時にひっばったりしないか。 抜けたら…など
		血尿、漏尿等
留置カテーテルの管理についてのみではなく、利用者様の全体の状態について不安（高齢、血糖コントロールに伴う意識レベル、転倒、等）		

	尿漏れがあった際やバルンの管を少し引いてしまった際など
	不注意で引っ張ってしまった時の対応
	新人のヘルパーでハルンパックを見るのが初めてだったため、指示することが理解するまで（TELで）時間がかかり本人は不安だった。
	業務中にひっかかり抜去してしまわないか不安、バック内の尿の色・量が気になる
	抜けたらどうしよう
	以前カテーテルが抜けたことがある
	勉強会を開いて理解はしたものの、全員に不安はある。利用者ごとにbagも違うため、捨てる方法に不安がある。入院をされてしまい、退院後に再度指導を受ける。
	時間尿量が少ない、尿もれがある、混入物が多い、ミルキングの方法、カテーテルの固定
	管が抜けたらどうしよう（不安） バルン管理上の不安 尿もれ 便汚染していた場合は、特に陰部洗浄に不安あり カテーテルが抜けないか？ 本人や家族にカテーテルに対して質問をされた時、答えられない
⑥ストーマケアが必要な状態	自分でできているため、ヘルパーは見ないことも多い
	家族の介護力が良く、ケア中も、家族に聞く、もしくは家族が困ったら看護師が訪問し、アドバイスしたりしている為、報告だけはしっかりあります
	人工肛門周辺のスكىントラブル（洗浄時の出血など）時の対応
	日常管理上の留意点など不安 皮膚トラブルへの不安
⑦口腔内・鼻腔内吸引が必要な状態	痰がたまっても自分ではひけないため不安
	利用者が苦しそうな表情をする時、口腔内を傷付けてはいないかと不安になる
	直接吸引等のケアは実施していないが、一人でケア（家族が不在時に）している時は常に不安。
	チューブが喉の奥に入り過ぎていないか不安。 分泌液が引けているかどうかの加減が不安
	創をつけたらどうしよう
	緊急時、すぐに対応が必要な場合に備えて研修はしているが、不安
	適切な吸引範囲を守れているか？
	喉がゴロゴロしているが、吸引のできる家族が帰宅されるまでだいじょうぶか心配・看護師に報告することで不安解消できる

	<p>対象者一人は、家人のみが吸引 ・鼻腔にチューブが入りにくい事があり ・痰が取りきれない事がある</p> <p>※手技的な事への不安があるが、行為に慣れすぎ、吸引事故に対する恐れがない様に感じられる。看護師としては不安がある。本人、家人のため、恐怖心をあおる事のない様指導するのも大変である</p>
	呼吸困難が起きないか・病状が急変しないか・吸引手技は問題ないか
	介護者が仕事のため、痰がとりきれしていない状態や多い日に退室しがたい
	口腔内にあるタンはクルリーナブラシ等で取り除いているが、取り除けない状況の際、不安が大きい
	なかなか引けない、深いところにあるそうで怖い
	対応する HH によって力量に差があること
	日中独居者の緊急時の対応及び状態の変化に気付けるかどうか。
	吸引時に口腔粘膜等傷付けないかという不安
	訪問時にゴロゴロした時にどうしよう
⑧気管内(カニューレ含む)吸引が必要な状態	<p>ALS については pt が口がきけるのでききながら行うが、直接吸引状態の変化を招くこともあるため不安</p> <p>吸引による状態変化があった場合の対応。 レスピレーターへの対応について (アラーム音)</p> <p>「ピ〜ッ」と呼吸器が鳴ると、どこがはずれているのかと確認し、ドキッとす (人工呼吸器装着者の場合)</p> <p>気切している方のケア全般に対して不安がある。Ns といっしょにケアする事を望んでいる。</p> <p>時間をかけ過ぎていないか、と同時に痰が引けているかどうか。 苦しさを与えているのではないかという不安。</p> <p>適切な吸引範囲を守れているか? (気管内では効果が無い時の対応)</p> <p>呼吸困難、急変が起きないか・痰の閉塞が起きないか・吸引手技は問題ないか</p> <p>体位交換時、カニューレをおさえるときなど、痰がふきだして力が入りすぎることもある</p> <p>痰のからみがある場合、Ns を呼ぶ状態かどうかの見極めが難しい</p> <p>対応する HH によって力量に差があること</p> <p>痰が多く、すっきり吸引できない</p> <p>清拭中の状態の変化</p>
⑨褥瘡処置が必要な状態	<p>状態の把握ができず、休み中にガーゼ交換をしても悪化した時に対処がわからず不安。・できはじめの状態をみすごし悪化させてしまうことがあります</p> <p>ラップ処理の効果は認めているが、ジクジクしている時には不安になる</p>

	創をみる事に不安あり、出血などすれば不安増
	Ns の、又は Dr の指示にきちんと対応できているかどうか判断に迷う時、Ns に実際のやり方をみせて頂く
	(処置行為はしないが) 最新の知識が入っていない
	体位による褥瘡の悪化
	感染が不安・どこまで手を出していいかわからない・痛みがどの程度あるのか不安
	「褥瘡が悪くなったら」という不安
	ガーゼ等がはがれてしまったときどうしたらよいのか
	褥瘡のガーゼがはがれたときに不安大きい
	悪化した時や、疑われる時の判断、対応に不安
	褥瘡になりかけの時の対応、見きわめがつかない 経過の判定ができない
	便がもれて傷汚染
	部位によって異なるが、清拭や陰部洗浄時に悪化させてしまわないか不安。
	感染予防に対する不安、痛みに対しての対処方法の不安
⑩心肺蘇生(緊急時対応・アンビューバッグを使用等)の状態	基本的な知識が無い。見よう見まねでやっている

## 6) ホームヘルパーへの対応

### ① 状態別 ホームヘルパーへの対応

「留意点などの綿密な情報提供」について実施率が高かったのは、「中心静脈栄養の管理が必要な状態」(47.1%)、「点滴の管理が必要な状態」(45.2%)だった。

「同行訪問での指導・助言」について実施率が高かったのは、「中心静脈栄養の管理が必要な状態」(35.3%)、「口腔内・鼻腔内吸引が必要な状態」(29.1%)だった。

「その他」の対応の具体的な内容としては、「簡単なる留意点」、「必要時、電話での指導助言」、「サービス担当者会議」、「連携ノート」という記入があった。