

令和元年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

医療職・介護職・患者住民の視点を踏まえた質の高い
在宅医療・介護連携の在り方と評価指標に関する調査研究事業
—介護職と看護職の連携を中心に—

報告書

令和2年(2020年)3月

国立大学法人 東京大学 高齢社会総合研究機構

目次

第1章 本事業の概要	4
1. 背景	4
2. 本事業の目的	6
3. 事業実施内容	7
4. 結果の概要	9
第2章 介護職と医療職の連携に関連する要因	15
1. 専門職連携が困難な要因	15
2. 介護サービスの提供形態によるチーム構成の違い	16
3. チーム内で不安やおそれを感じることなく発言や質問ができる雰囲気(心理的安全性)	17
第3章 介護職と医療職(看護師)の連携の実態	18
1. 結果の概要	18
2. 発言や相談しにくい雰囲気の場合	19
3. 発言や相談しやすい雰囲気の場合	22
4. 事例にみる医療職(看護師)と介護職の連携の在り方	23
1) 医療処置が必要な利用者への日常の療養支援での連携	24
2) 日常の全身的な管理における連携	28
3) 急変のリスクがありながらも本人の望む暮らしを支える連携	30
4) 人生の最終段階の暮らしを支える連携	32
第4章 介護職と医療職(看護師)の連携を左右する要因	38
1. 結果の概要	38
2. 個人の要因	39
3. 事業所・法人に関する要因	41
4. 介護職と看護師の接触頻度	43
5. 情報共有ツールの利用状況	44
第5章 介護職と医療職(看護師)の連携を円滑にする有効な取組み	45
1. 結果の概要	45
2. 個人レベルでの取組み	45
3. 事業所レベルでの取組み	48
第6章 まとめ：在宅医療・介護連携推進に向けて	53
1. 在宅医療・介護連携に向けて求められる取組み	53
2. 在宅医療・介護連携の評価指標の提案	56
第7章 ワーキンググループによる事例検討	59
1. 第1回事例検討会 記録	60

事例 1	61
事例 2	67
事例 3	74
総括コメント	82
2. 第 2 回事例検討会 記録	85
事例 4	86
事例 5	93
事例 6	99
事例 7	104
総括コメント	110
実施体制	114
検討委員	114
ワーキンググループメンバー	114
オブザーバー	114
事務局	115

第1章 本事業の概要

1. 背景



1) 在宅医療・介護連携推進事業の現状

在宅医療・介護連携推進事業は、平成27年に介護保険地域支援事業の中の包括的支援事業の中に位置づけられ、市町村が主体で取り組む事業となった。8項目の事業項目が設定されて、平成30年4月から全市町村で事業が取り組まれている。

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

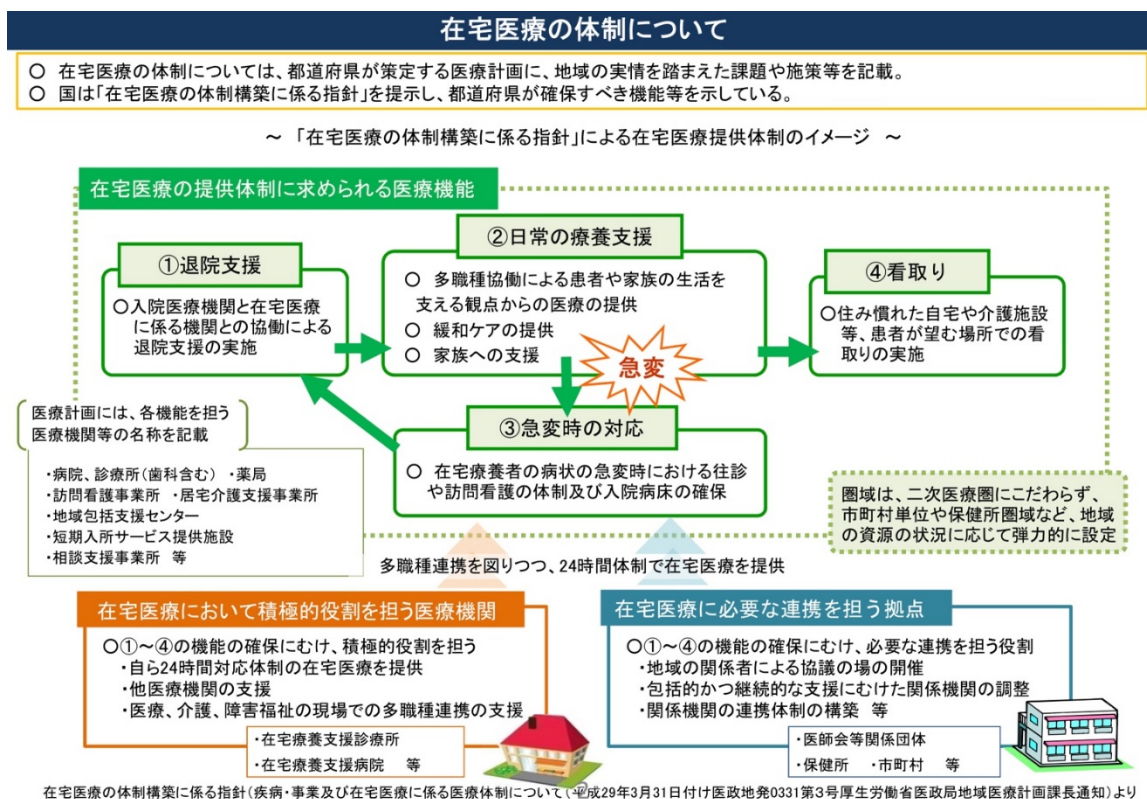
○事業項目と取組例

<p>（ア）地域の医療・介護の資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化 ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査 ◆ 結果を関係者間で共有 	<p>（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	<p>（キ）地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等 
<p>（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討 	<p>（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。 	
<p>（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進 	<p>（カ）医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得 ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等 	<p>（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

一方で、8つの事業項目の「実施」に着目するあまり、在宅医療・介護連携推進事業の「目的」や「目指す姿」を明確に設定できないまま、事業を進めざるを得なかった市町村も少なくない。PDCAサイクルによる事業展開が期待される中、地域の医療・介護専門職と自治体の十分な議論によって「目的」や「目指す姿」の設定し、その達成状況によって、事業を見直し実施していくことが、今後のさらなる推進に必要となる。

2) 在宅医療の4場面別に具体的に考える

都道府県が策定する医療計画の策定指針¹では、在宅医療は、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、の4場面ごとに必要な医療体制を整えることとされている。この4場面ごとに、必要なサービスの量と質、連携の在り方を地域で議論していくことが求められる。



¹平成29年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（医政地発0331第3号）「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」

2. 本事業の目的

自治体と在宅医療・介護専門職が、在宅医療・介護連携の「目的」を共有し、互いの取組みが有効に循環しながら、質の高い地域の在宅医療・介護連携が推進していくことに寄与するため、以下の2点を目的とした。

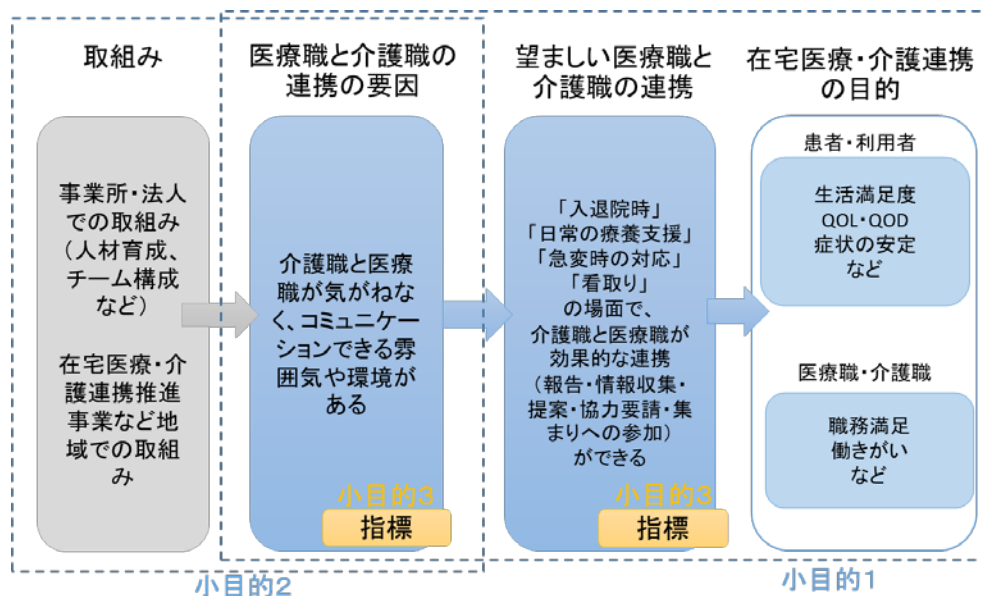
- 1) 質の高い望ましい在宅医療・介護連携の在り方と、その実現に有効な取組みを具体的に示す。
- 2) 在宅医療・介護連携の質を評価する指標を提案する。

上記を達成するため、下記の3点を小目的とした。

なお、本事業では、在宅医療・介護連携の対象として、在宅医療・介護サービスを受ける利用者・患者に最も頻度高く関わる介護福祉士を中心とした介護職と、介護職と連携頻度が高い医療職として看護師との連携に着目した。

- (1) 介護職と医療職（看護師）の連携の現状と課題、望ましい連携の要因を記述する。
- (2) 介護職と医療職（看護師）の連携を推進するための、個人や事業所・法人の取組みを記述する。
- (3) 在宅医療・介護連携推進事業の事業評価指標としての利用可能性と測定可能性の高い在宅医療・介護連携の指標を検討し、提案する。

図：本事業の目的と仮説



3. 事業実施内容

1) インタビュー調査

(1) 方法

① 看護師グループインタビュー

対象：都市近郊の訪問看護ステーション管理者（看護師）3名

小規模多機能型居宅介護に所属する介護支援専門員 兼 看護師 1名

方法：インタビューガイドに基づいたグループインタビュー 約120分

② 事業所インタビュー

対象：・都市近郊 訪問看護ステーション 10名（管理者・看護師・理学療法士）

・都市部 訪問看護・訪問介護事業所 10名

（管理者・看護師・介護支援専門員、理学療法士、福祉用具相談員）

・地方都市部 社会福祉法人 小規模多機能型居宅介護 2名

（管理者 施設長）

・地方郡部 社会福祉法人 小規模多機能型預託介護 訪問看護ステーション 3名（管理者、看護師、介護支援専門員・介護福祉士）

方法：インタビューガイドの基づくインタビュー 各施設約120分

(2) インタビュー内容

① 事業所・法人の介護職と看護師の連携の実態

② 個人、または事業所・法人で、介護職と看護師が気がねなく情報交換や相談できる雰囲気（心理的安全性）を担保するために行っている取組み

③ 介護職が気がねなく情報交換や相談できるための看護師の役割

④ 介護職と看護師の連携が上手くいった事例、課題が残った事例の詳細

(3) 分析方法

インタビューは録音し、逐語トランスクリプトを作成した上で、内容によって分類した。分類したものにカテゴリ名をつけて関連を検討した。

2) ワーキンググループによる事例検討

(1) 方法

① 事例の選定方法

事業所インタビューの結果から、目的にあった事例を選び、事業所に事例提供を依頼した。

事例提供の了承が得られた場合、追加インタビューを行い事例の詳細を把握し、7事例を選定した。

② 事例検討会

- ・第1回：2020年2月17日（月）19時～21時30分 Web会議 4事例
- ・第2回：2020年2月26日（木）19時～21時30分 Web会議 4事例

③ 検討事項

- ・事例にみられる介護職と看護師の連携の課題・特徴。
- ・異なる介護サービス形態、他事業所・地域の場合の連携
- ・介護職と医療職の連携を推進する上での個人、事業所の役割。など。

(2) ワーキンググループメンバー

一部事例提供者を含め、事業所等の管理的立場にあり、現場での看護師と介護職の連携の課題とその解決に事業所として取り組んでいる者で構成した。

事例検討は、ワーキンググループメンバーと事務局で行った。

山田 尋志	特定非営利法人介護人材キャリア開発機構 理事長 社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋 理事長
小島 操	特定非営利法人東京都介護支援専門員研究協議会 理事長
杉原 優子	社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋 地域密着型総合ケアセンターきたおおじ 統括施設長
永田 かおり	社会福祉法人ひだまり 理事長
石川 和子	株式会社ぐるんとびー 小規模多機能ホームぐるんとびー駒寄
柳澤 優子	一般社団法人Life & Com 代表理事

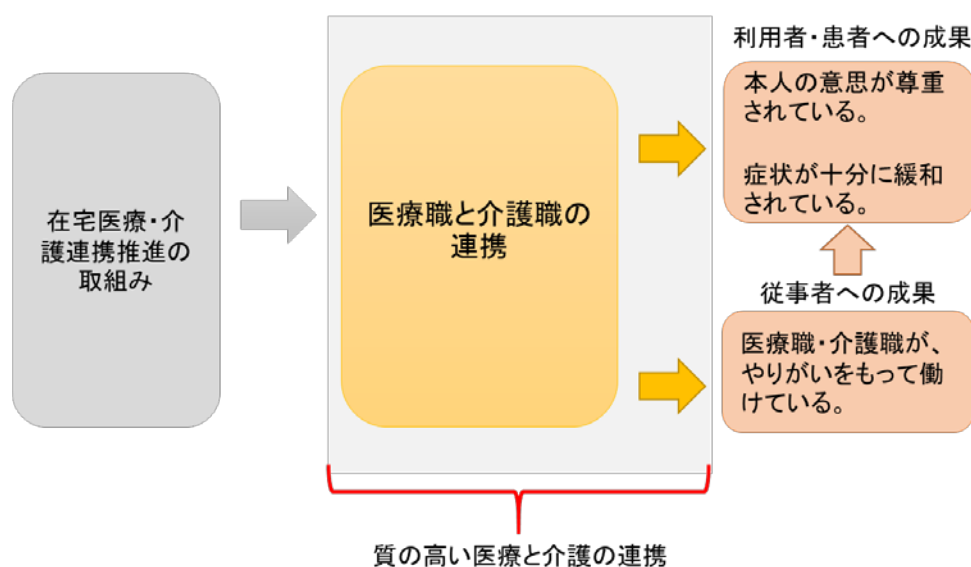
4. 結果の概要

1) 本事業における在宅医療・介護連携の「質」の考え方

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン²では、「本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階におけるケアが進められていることが最も重要な原則」であり、さらに、医療・ケアチームにより「可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和」されていることが必要と明記されている。

一方、ヘルスケアサービスでは、住民アウトカム（健康）の改善、住民のケアの体験（満足度）の改善、コストの削減、に加えて「従事者の体験の改善（満足度）」も目標³として着目されている。

そこで本事業では、医療・介護のチームが「利用者・患者の意思が尊重され、症状が緩和されていること」を目的とし、「医療・介護従事者がやりがいを持って働けていること」が達成できる医療職と介護職の連携を「質が高い」連携と操作的に定義することとした。



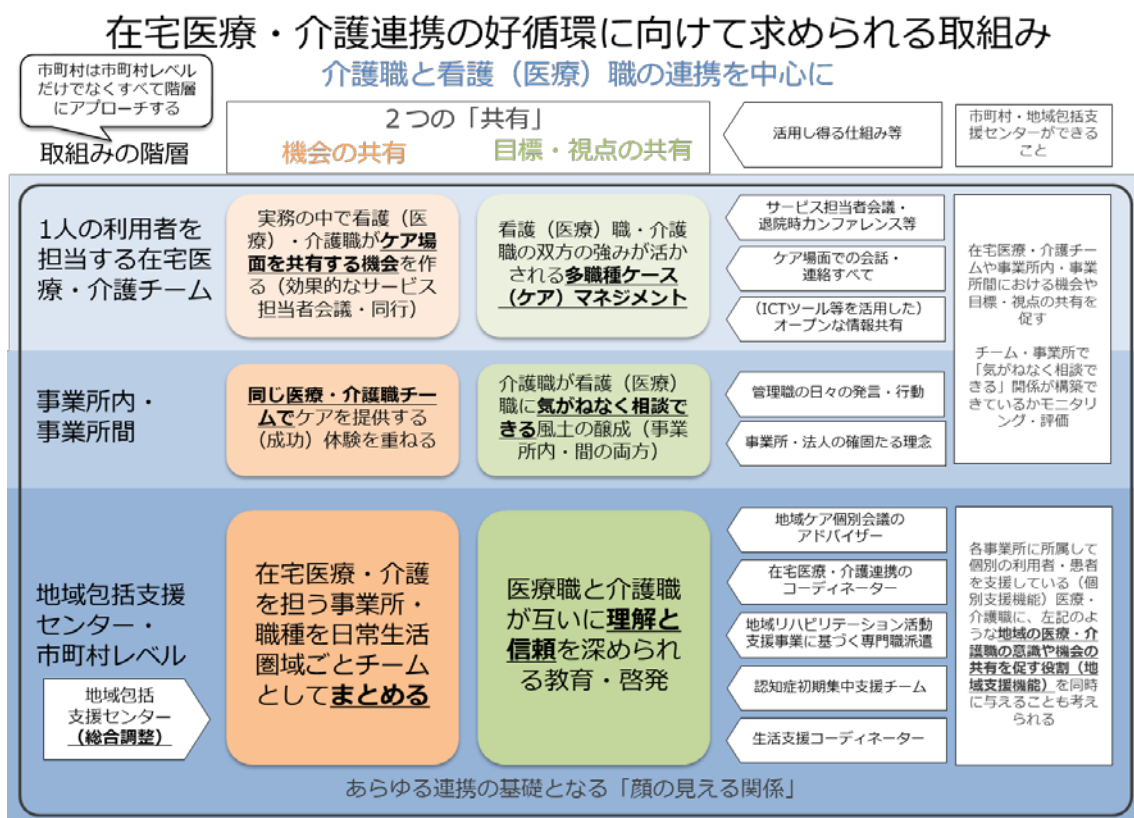
² 厚生労働省 人生の採段における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>（最終アクセス 2020年3月31日）

³ Sobal, L., et al. (2016) What's Missing From the Triple Aim of Health Care? *Cardiac Interventions Today*, 10(2).

2) 在宅医療・介護連携を推進する取組み

利用者・患者の生活を最も時間的に長く、近い場面で関わる介護職と、看護師との連携を中心に、その連携の現状と課題、個人や事業所の取組みを記述した。

その結果を踏まえ、質の高い在宅医療・介護連携を実現するために求められる取組みの方向性を、下図のように整理した。



(1) 取組みの3階層

取り組む対象は「1人の利用者を担当する在宅医療・介護チーム」、チームの従事者が所属する「事業所内・事業所間」、事業所が存在する「地域包括支援センター・市町村」、この3つのレベルに分けられた。

(2) 取組みの方向性は2つの「共有」

取組みは、介護職と医療職での「機会の共有」を促す方向と、「目標・視点の共有」を促す方向、がある。この2つの「共有」は、両方同時に目指される。

(3) 「1人の利用者を担当する在宅医療・介護チーム」での取組み

① 機会の共有

実務の中で看護（医療）・介護職がケア場면을共有する機会を作ることによって、実際のケア方法と利用者の反応を体感して共有でき、研修など業務外での話し合いよりも高い効果が見込まれる。

例：サービス担当者会議を訪問サービス時間に続けて設定する、訪問看護師の訪問時間と介護職の訪問時間を連続させて一部同行できるように時間を設定する、など。

② 目標・視点の共有

看護（医療）職・介護職の双方の強みが活かされる多職種ケース（ケア）マネジメントを行うことで、看護職による体調管理・疾病管理と、介護職による本人の意思や生活の望みの共有が可能になる。

例：医療ニーズの高い利用者・患者の場合には、実質的に介護支援専門員と看護師が共にケアマネジメントを行う、など。

（４）「事業所内・事業所間」での取組み

① 機会の共有

同じ医療・介護職チームでケア提供する（成功）体験を重ねることで、異なる事業所であっても、互いに目的と方向性が一致し、息のあった、質の高いケアが提供できるようになる。

例：チームを組んだ経験が多い事業所ほど理念ややり方を互いに共有できる、看取り後のカンファレンスで本人の意向やケアの質を振り返り次のケースへ反映させる、など

② 目標・視点の共有

介護職が看護（医療）職に気がねなく相談できる風土を醸成していくことで、医療ニーズの高い利用者・患者であっても介護職は安心してケアが実施でき、また介護職が把握した利用者本人の意向がスムーズに看護（医療）職に共有される。

例：介護職にとって医療的事項やケアは緊張度が高いことを看護師は知る、看護師は黒子として介護職を支えるという理念を事業所として持ち徹底させる、など。

（５）「地域包括支援センター・市町村レベル」での取組み

① 機会の共有

在宅医療・介護を担う事業所・職種を日常生活圏域ごとのチームとしてまとめることにより、異なる事業所どうしであっても同じ構成による医療・介護職チームでのケア提供（成功）体験の積み重ねが促進できる。

例：公に医療・介護専門職からの相談に応じ事業所間をつなぐ役割のある事業所／

専門職に持たせてエリアごとに配置する、地域ケア個別会議でエリア内での事例検討を通じた地域課題抽出と解決策の検討を繰り返す、など。

③ 目標・視点の共有

医療職と介護職が互いに理解と信頼を深められる教育・啓発を行う。

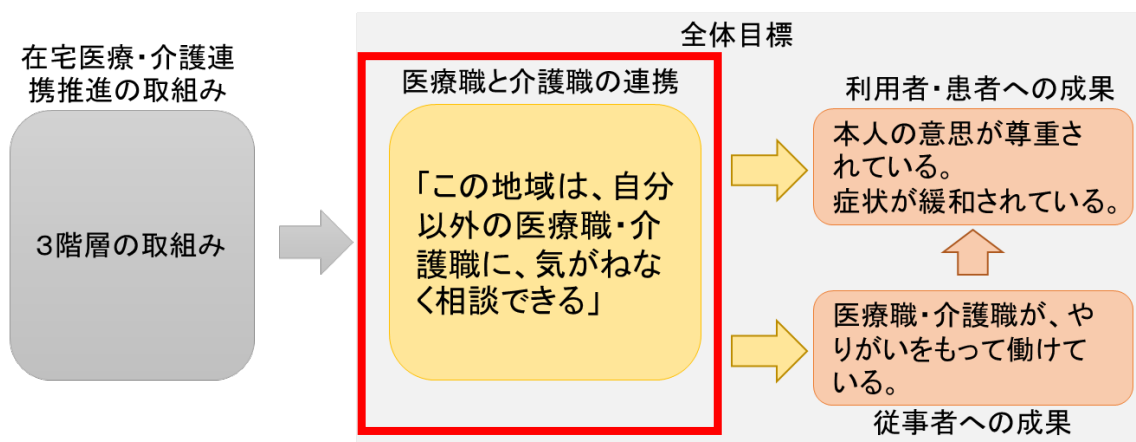
例：地域ケア個別会議の場を専門職の教育や啓発の場としても活用する、同行訪問研修や介護職が医療や身体的事項を学び介護職の専門性を認識できる研修の実施、看護師が介護の現場や役割を知る実地研修や人事交流を行う、など。

(6) 市町村に期待される取組み：他地域支援事業との連動や活用

市町村自治体に期待される主な取組みは「地域包括支援センター・市町村レベル」となる。この取組みを実施する上で、在宅医療・介護連携推進事業以外の地域支援事業で取り組んできた仕組みや場が多いに活用できる可能性がある。

上位2つのレベル（1人の利用者を担当する在宅医療・介護チーム／事業所内・事業所間）での取組みは、専門職個人や事業所の取組みが想定されるが、医療・介護資源に限られる小規模自治体では市町村が直営の地域包括支援センターや介護サービス事業所を運営して担うこともある。また大規模自治体においても専門職個人や事業所が取り組むことへの後方支援の形で関わることもできる。

3) 在宅医療・介護連携の評価指標の提案



(1) 質問項目例

「この地域は、自分以外の医療職・介護職に、気がねなく相談できる」
 1. とてもそう思う 2. そう思う 3. どちらでもない 4. 思わない 5. 全く思わない

※「自分以外の医療職・介護職に」の部分に、具体的専門職（例：訪問看護師）を入れて職種ごとに尋ねることもできる。

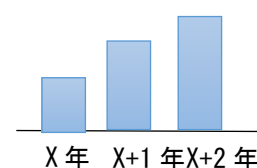
(2) 調査方法の例

医療・介護従事者を対象としたアンケート調査を、1～3年に1度実施する。

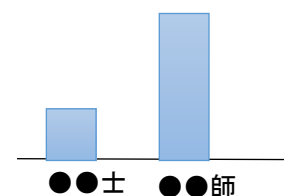
対象は、実際のケア現場での連携の状況をモニタリングし、事業実施が効果があったかどうか評価するため、地域内の医療・介護従事者全員に、事業所の管理者や責任者ではなく、実際にケアを提供している従事者を対象とすることが望ましい。

(3) 集計方法と見方

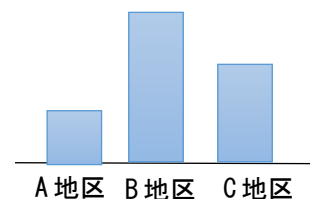
① 時系列で推移をみることで、連携が改善しているかどうかを把握する。



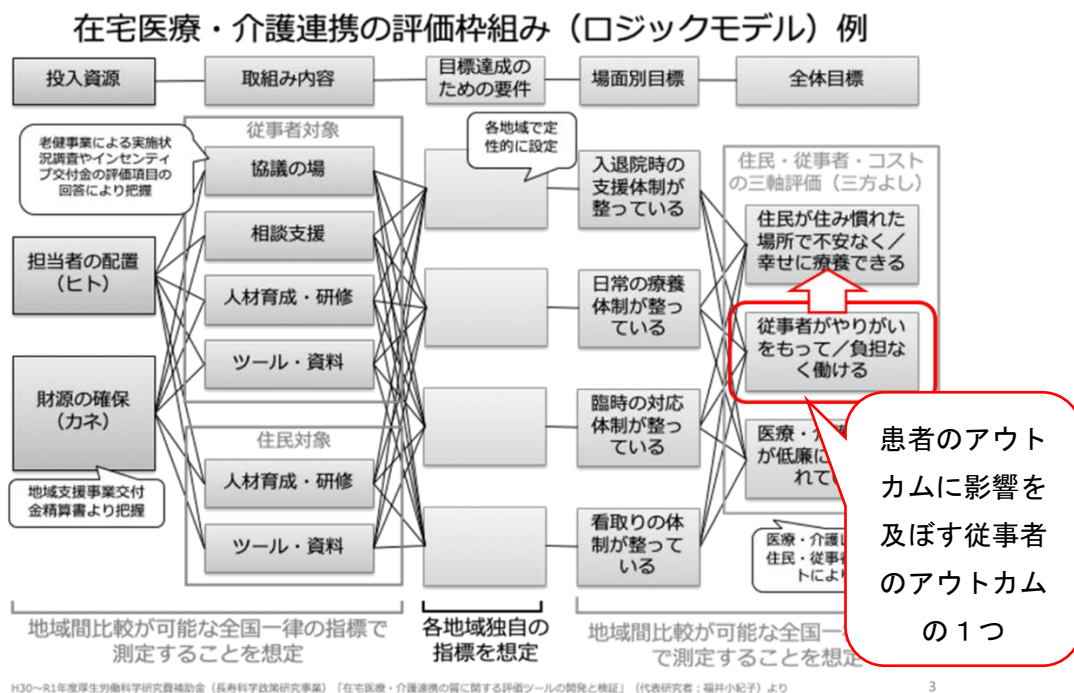
② 回答した職種ごとに集計し、職種で比較する。特に医療職と介護職の違いに着目することで、連携に課題を持つ職種間が把握できる。



③ 地域ごとに集計し、地域で比較することで、連携に課題を持つ地域を把握できる。



(4) 在宅医療・介護連携推進の評価枠組み⁴の中での位置づけ



(5) 指標分類⁵の中での位置づけ

評価指標の測定方法 (全体・場面別目標)

場面	入退院支援	日常の療養支援 (全体指標を兼ねる)	急変時の対応	看取り
ストラクチャ指標(S)	・ (入退院支援系の加算を算定している施設数)	・ 在宅医療サービスの提供施設数 (医師・看護師・リハビリテーション職種・薬剤師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士)	・ 夜間早朝の往診をする医療機関数 ・ 夜間早朝の訪問看護を提供する訪問看護ステーション数	・ 看取りをしている医療機関・訪問看護ステーション数
プロセス指標(P)	・ (入退院支援系の加算の算定人数・回数)	・ 在宅医療サービスを受けた患者数・提供回数 (医師・看護師・リハビリテーション職種・薬剤師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士) ・ 介護職の中で「医療職に相談したり話をするのは数回が高い」と感じている者の割合 ・ 医療・介護従事者の就業満足度・生活満足度	・ 夜間早朝の往診を受けた患者数・往診回数 ・ 夜間早朝の訪問看護を受けた患者数・訪問回数	・ 看取りとなった患者数
アウトカム指標(O)	・ (該当なし) SとPは主に資源の量や連携、Oはケアの質・住民の状態・費用を測定	・ 住民の主観的幸福感など ・ 療養場所 ・ 医療費・介護費	・ 訪問診療・訪問看護を受ける者のうち病院に時間外受診の回数 (これが少ない方が良質な在宅医療の管理がされていると解釈する) *** ・ 訪問診療・訪問看護を受ける者のうち夜間早朝の往診・訪問看護を受けた回数 (これが0だと24時間体制が確保されていない懸念が生じる一方、多過ぎる場合は適切な在宅医療の管理がされていない可能性がある) ***	・ 被保険者の死亡前6ヶ月*の期間における療養場所 (「日常の療養支援」の項を参照)

「日常の療養支援」場面のプロセス指標

* 被保険者の死亡前期間については6ヶ月としたが、3ヶ月、12ヶ月などそれ以外の設定も考えられる。
 ** 「在宅で療養する者」の定義については、入院・介護保険施設入居者、特定施設入居者、グループホーム入居者、サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅入居者、それら以外という区分の中で、どこで暮らしをするかをよく検討する必要がある。
 *** いずれも重症度の調整が必要であり、先行研究で示されているACSCs**などの疾患群に限定して集計することも考えられる。備考名からACSCsを定義した先行研究についてはBardsley M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-002007)などを参照のこと。

<凡例>
 ・ 黒字：医療・介護レセプトで集計可能なもの
 ・ 青字：従事者アンケートで把握するもの
 ・ 赤字：住民アンケートで把握するもの

H30～R1年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発研究事業)「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」(研究代表者:川越雅弘)及びH30～R1年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」(代表研究者:福井小紀子)より

⁴ H30～R1 年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」(代表研究者:福井小紀子)

⁵ H30～R1 年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発研究事業)「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」(研究代表者:川越雅弘)及びH30～R1 年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」(代表研究者:福井小紀子)

第2章 介護職と医療職の連携に関連する要因

1. 専門職連携が困難な要因

1) ヘルスサービスにおいて専門職の連携が困難な要因

専門職が連携を困難にする理由として下記が提唱されている⁶。これらの理由を乗り越える方向で、望ましい連携に向けた取組みを考える必要がある。

1. 目標が異なる
2. 言語（専門用語）が異なる
3. 専門性の背景と分類された専門職教育
4. 乏しいコミュニケーション
5. 専門職としての質の均一性の欠如
6. 組織の違いや報酬のための競争

2) 職種間のコミュニケーションにおける敷居

介護職（介護支援専門員）にとって連携が取りにくい専門職は医療職（主に医師）で、その理由は「忙しそう」「ためらう」などが挙げられている⁷。訪問診療時における医師と訪問看護師の間には、治療・ケアの方向性の決定過程で、認識や価値観の相違が顕在化し、コミュニケーションで齟齬が発生するが報告されている⁸。

⁶ Leathard A. (1999) Interprofessional Collaboration From Policy to Practice in Health and Social Care.

⁷ 須永恭子、他 (2018) 多職種連携推進における職種間の総理解の課題に関する検討. *Hospice and Home Care* 26(1), 52-59.

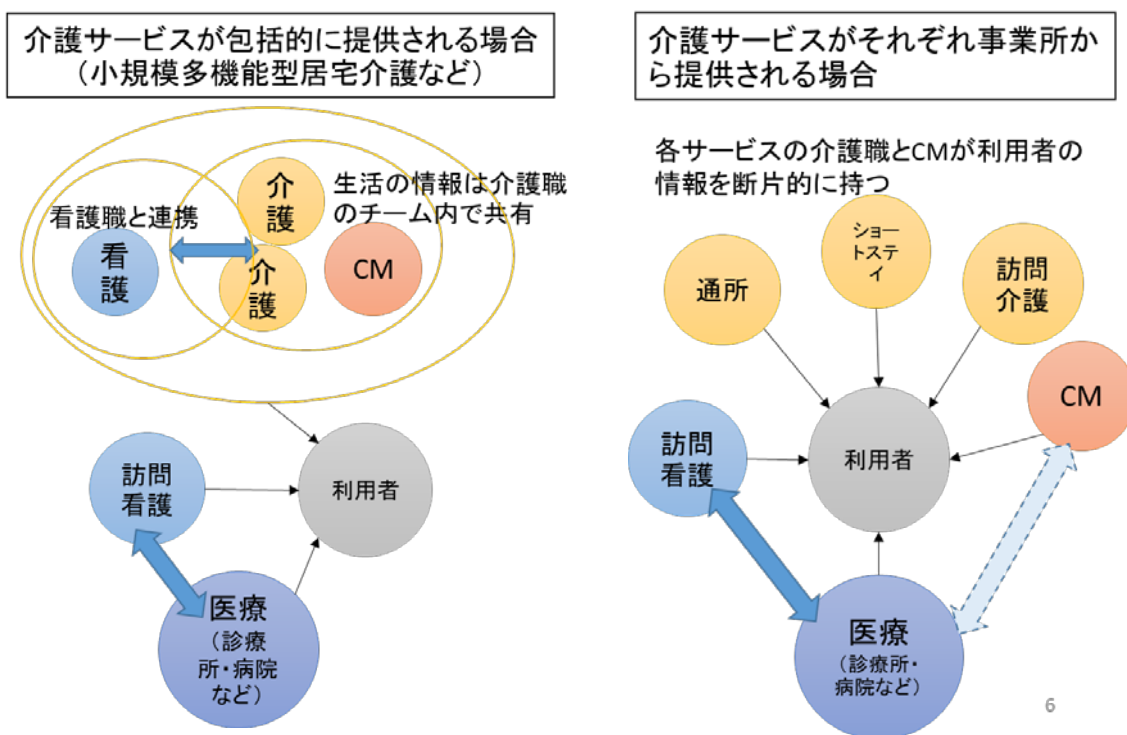
⁸ 蒔田 麻友子、他, (2018) 訪問診療医・訪問看護師に求められている連携と役割機能一両職種間におけるギャップの見える化から在宅医療の円滑化を再考するー. 第19回日本在宅医学会

2. 介護サービスの提供形態によるチーム構成の違い

介護サービスの提供形態によって、介護職のチーム構成やそれに伴う情報伝達の在り方が異なる。

小規模多機能型居宅介護の場合、通所介護、短期入所、訪問介護が1事業所から提供され、利用者の情報は1事業所に集約される。さらにその中に看護師が配置されている場合もある。1事業所内のチームの在り方が、訪問看護や診療所など外の医療機関との連携を左右する。

一方、通所介護、短期入所、訪問介護がそれぞれ別の事業所から提供される場合、それぞれ事業所が利用者の情報を断片的に持つ。これらの情報の集約と医療とのつながりが課題となる。また、法人や事業所を越えてチームを作ることも課題となる。



3. チーム内で不安やおそれを感じることなく発言や質問ができる雰囲気(心理的安全性)

成果を出し続けるチームの要素として、「チームのメンバー一人ひとりが、そのチームに対して、他者の反応に怯えたり羞恥心を感じたりすることなく、気兼ねなく発言でき、本来の自分を安心してさらけ出せる、と感じられるような場の状態や雰囲気」⁹(心理的安全性)が重要な基盤であることが知られている。

例えば、医療チームでは、小さいインシデントの報告が多いチームほど、心理的安全性が高く、開かれた雰囲気、メンバーがミスを減らすために常に話し合い、自立的に新しい方法を見出すことができ、職場満足度も高かった、という結果が示されている¹⁰。

在宅医療・介護のチームにおいても、事業所内、さらには事業所間で、メンバーが気兼ねなく発言できる雰囲気があった上で、目的を共有し各職種が専門性を発揮できることが、従事者の職務満足度を向上させ、利用者・患者の成果を生むのではないかと考えられる。

⁹ Edmondson, AC (1999) Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams Administrative Science Quarterly.44(2).

¹⁰ Edmondson, AC (1999) Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams Administrative Science Quarterly.44(2).

第3章 介護職と医療職（看護師）の連携の実態

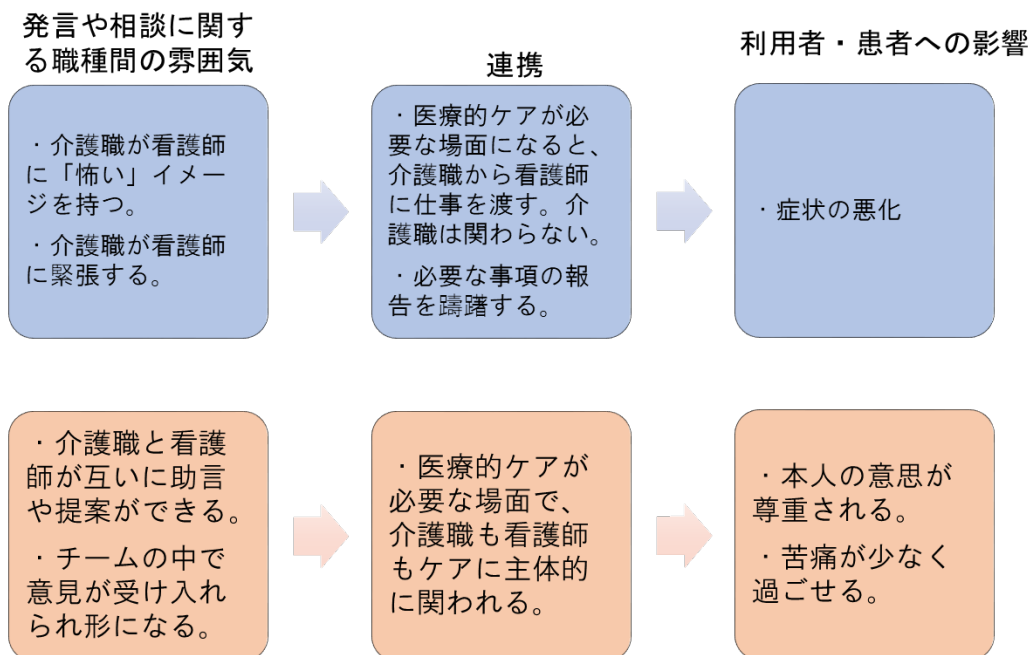
1. 結果の概要

介護職と看護師の間で、不安や恐れを感じることなく発言や相談ができる関係性（心理的安全性）が脅かされている、実態が少なからず存在した。

その場合、必要な情報伝達、特に医療的ケアが必要な場面での協働が阻害され、その結果、患者・利用者の症状の悪化につながっていた。

一方、介護職と看護師の間で、互いに助言や提案ができ、その意見が受け入れられる（心理的安全性が担保されている）場合は、医療的ケアが必要な場面になっても、介護職が利用者のケアに主体的に関わることができ、その結果、利用者・患者が苦痛少なく、本人の意思を共有し尊重されていた。この利用者・患者に良い成果が見られることは、介護職と看護師がやりがいを感じることもつながっていた。

発言や相談に関する職種間の雰囲気と連携、利用者・患者への影響の関係例



2. 発言や相談しにくい雰囲気の場合

※斜字はインタビュー調査の対象者および事例検討での発言を表す。(以下同様)

1) コミュニケーションに対する介護職と看護師の捉え方の違い

介護職から見て、看護師は「怖い」というイメージを持っている実態が語られた。看護師が介護職とコミュニケーションをとる場合、看護師としては当たり前のことを尋ねていても、医療専門用語を使ったり、医療的事項を「何で」と問うことで、介護職は答えられず、「怖い」というイメージにつながっていた。

その結果、介護職が、電話連絡や、インシデントの報告など、看護師との情報共有や相談を躊躇していた。

(介護福祉士は看護師が) 怖いらしい、結構。今日もミーティングで聞いたんですけど、「みんなどう思う？」って言ったら(看護師は) 怖いと言っていました。(小規模多機能型居宅介護、介護支援専門員・看護師)

私は介護福祉士からのケアマネジャーで(中略)、看護師さん、イメージ的にはやっぱり怖いというのは確かにありました。専門用語が分からない。(訪問看護・訪問介護事業所 介護支援専門員)

老人保健施設で働いていたとき、看護職さんってたいがいナースステーションにいて、医療が必要なときに看護師さんと呼んで動いてもらう。だから、看護師様様の状態が正直ありました。私たちがインシデントとかヒヤリを起こすと、「何で」って怒られたりとか、どうしても隠したくなくなってしまう現場がありました。(中略) やっぱり、看護師様様ですごい怖かったです。(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・介護福祉士)

多分、介護士さん、何か電話すると、看護師さんに質問攻めにされるから。「何で」とか、「いつから」「このときどうしたの」「知ってるでしょ」って。でも、(介護士は) 見てなかったりするんですよ。だから、見てないことを聞かれるから、「えー、聞かれても分からない」と思って電話したくなくなるってことあったし。(訪問看護・訪問介護事業所 看護師)

ケアマネさん対象に勉強会をさせてもらったときも、まず最初に、看護師さんが怖いという印象がケアマネさんから出て。看護師さんがいると頼りになるんだけど、やっぱり緊張するとか怖いとかいう意見はほとんどのケアマネさんがやっぱりすごい勢いで首を縦に振っていらっしやって。(訪問看護ステーション 看護師)

一方で看護師は、日常の体調管理として当たり前のことを尋ねていて、責めているわけではない、と介護職との認識には違いがあった。

普通に話してるし、普通のことを言ってるつもり。ただやっぱり、そこに怖いというイメージがつくってというのは、いきなり専門用語で難しい話をバーッとするので、多分何を言っているか分からないっていうのがある。(訪問看護・訪問介護事業所 看護師)

私たちは責めてるわけではなくて、ほんとうに情報が欲しいだけ。(訪問看護ステーション 看護師)

2) 利用者へケアを提供している介護職と看護師が直接相談することは少ない

訪問看護師と介護職、特に訪問介護の介護職とは、直接話をする機会はほとんどなく、看護師から相談を促しても介護職からは相談がないことが語られた。

また、看護師が訪問介護の介護職に連絡しようとした場合、介護支援専門員や訪問介護事業所の管理者を介すため、情報の伝達にタイムラグや齟齬が生じることもあった。

ヘルパーとは、ほとんど顔を合わせて話す機会はない。(訪問看護ステーション 看護師)

連絡ノートで、「何か心配なことがあれば直接電話をください」と伝えることがあるんですけど。ただ、それで相談の電話が来ることはほぼない。(訪問看護ステーション 看護師)

何で私たちと直接話をしたがるらないんだろうということは疑問に思っています。(訪問看護ステーション 看護師)

私たちは、本当に困ったことがあれば何でも相談してとか、あといろんな処置に関してこういうことをやってほしいんだけど、ということ伝えるのですが、どうも多くの介護士さんたち、ヘルパーさんたちというのは、間にケアマネさんを入れてほしいと。(訪問看護ステーション 看護師)

(外の) ヘルパー事業所に直接言わないですね。物を言わない。必ずケアマネを通して、「ヘルパーさんにこうこう、こうしてもらえますか」「そうすると、看護がこうできるんで助かるんですけど」みたいな感じでお願いをして。あとはもう、ケアマネジャーがどう判断するかで、じゃあヘルパーさんにそういうふうに言っとくになるのか、それ無理って、そんな必要ないって思われるのかっていうところなんで、一事業所として、意見とか希望を伝えるだけっていう感じ。(訪問看護・介護事業所 看護師)

多分、直接介護に伝えたいけど、ケアマネさんが外部になると、ケアマネさん通じてになるので、やっぱりタイムラグが出てきたりとか、解釈の違いが出てきたり、伝わり方が違ったりするので、ほんとに伝わってるのかどうかも分からない。(訪問看護・介護事業所 看護師)

3) 介護職と看護師の間で仕事を「渡す」

利用者に医療的な問題が生じると、介護職は看護師にケアを任せてしまい、それ以上は利用者ケアに関わらず、連携ではなく、仕事やその場を渡すことに留まっていた。

褥瘡ができたときとか、意識がなくなったときの対応とか。そこら辺って全部、看護師さんを取りあえず呼んだら、もう「自分たちは通常業務に戻ります」だったんです。(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・介護福祉士)

私の周りで入っているヘルパーさんという感じの方は、自分のお仕事を淡々として、私たちの仕事の範囲はここで、みたいな雰囲気は感じます。(訪問看護ステーション 看護師)

4) 利用者・患者の症状悪化、苦痛

介護福祉士やヘルパーは、最も利用者と接する時間を長く、利用者の情報をもっとも多く持っている。介護職と看護師の情報共有が躊躇されることによって、利用者の意思が尊重できなかつたり、苦痛や不安が解消できない可能性があった。

多分介護士さんたちに多いんだろうと思うんですけど、「ちょっといつもと違った」、それってすごく大事な情報で、本来、明らかに違ったら、それは状態が変わってるので、何か別に普段と変わらないんだけど、何か違うっていう、それが多分子想なので、その情報が欲しいんですけど、そこではあまり情報が流れなかったりとか、ちょっと忙しかったりすると、まあいいかってなって、流れてなくて。何か起こったときに、前兆なかったのかって後から話を聞くと、ああ、そういえば前日こうだったのかって。それを流しとけばよかったねって言っても、なかなかその、そのときのそれが思い浮かばなかったりとか、そういうのはある。(訪問看護・訪問介護事業所 看護師)

やっぱり介護士さんが一番利用者さんの思いとか、過去の生活歴とか、どうやって家で生活していきたくてかという気持ちとかは、一番よくご存じかなと。訪問回数が違うので、看護師さんが1日1回、毎日行くことはあっても、1日複数回看護師さんが行くことはほぼないに等しい。ケアマネジャーはモニタリングで月1回。何か呼ばれていっても月2回。そうになると、訪問介護は1日3回、4回とか入ってるので、日常会話もしたりとかするから、やっぱり何でも知ってるんだ、そんなことまで話してたのってというような、利用者さんの情報とか気持ちっていう部分が一番声を拾ってるのかなって。(訪問看護ステーション 看護師)

3. 発言や相談しやすい雰囲気の場合

1) 医療的ケアが必要な場面でも介護職も看護師も主体的に関わる

チーム内で意見が聞き入れられる、介護職から看護師へ助言や提案ができる、など心理的安全性が守られる雰囲気があると、医療ニーズが高い利用者・患者であっても、介護職も看護師もケアに主体的に関わることができ、利用者の意思を共有し尊重できることが語られた。さらに、利用者・患者に良い成果がもたらされることによって、介護職も看護師もやりがいを感じるできていた。

1回言ったことが形になるとか、意見が通るっていうところをみんな（経験して知っている）。（小規模多機能型居宅介護・訪問看護ステーション 看護師）

私たちは医療のことを看護師さんに教えてもらう。大きい病院から来る人って、すごい移乗も何か力任せとか、とても利用者さんしんどそうで、（看護師も）腰大丈夫？みたいなレベルの人もやっぱ来るので。これは私たちはプロだし、私たちが、こういうふうにしたほうがいいと思いますって言えるような環境になりました。（小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・介護福祉士）

嚥下機能もだいぶ落ちてきているし、誤嚥もあるし、でも、肉が食べたいと（利用者）言われたら、普通は病院なら、胃ろうにするか、ゼリー食にするかって冷たい料理になるんですけど。どうしたら食べられるかなって介護職の視点で考えて、それに看護職さんの知識を交えて。だったら1回ソフト食試してみよとか、もう、最後だしこういうのを食べてもらおうとか。リスクもあるんですけど、リスク管理された上で利用者さんの意向を、かなえられるだけかなえたいっていう話をしたことがありました。そうすると、看護師さんだけが主体の看取りじゃなくて、みんなで主体的にできたかなっていうのが大きいかなと思います。（小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・介護福祉士）

4. 事例にみる医療職（看護師）と介護職の連携の在り方 ーワーキンググループでの事例検討の結果ー

<事例と議論の内容の提示について>

事例から患者・利用者個人が特定されないよう、下記のような対応を行っている。

- ・ ワーキング内の発言者、および、発言の中に出てくる事業所名、施設名は匿名とした。
- ・ 事例の情報は、ワーキングでの議論の論点に関連する部分のみを提示し、他情報は削除した。
- ・ 個人が特定されると思われるエピソードは削除した。
- ・ 患者・利用者の基礎情報は加工を施した。
- ・ 年月日は、最終イベント発生日を X年 Y月 Z日とした。
- ・ その他、発生頻度が稀な事象など、個人が特定される可能性が高いと判断したものは削除した。
- ・ 以上の作業を行った後、事例提供者の了解を得た。

※事例の詳細は p.56～ワーキンググループによる事例検討を参照。

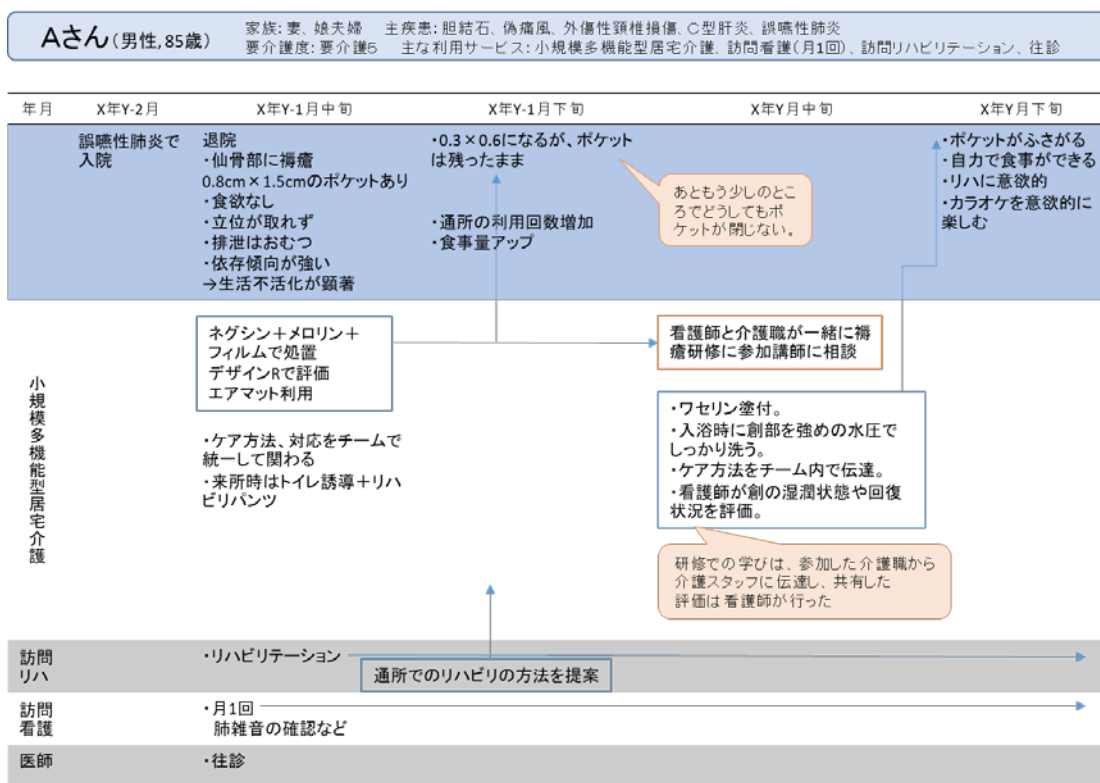
※ 地域の在宅医療・介護連携推進を目的に事例の詳細を把握されたい場合は、本調査研究事業実施事務局まで問い合わせください。

1) 医療処置が必要な利用者への日常の療養支援での連携

(1) 褥瘡のケア (詳細は p. 6 2 ~)

<概要>

- ・ 小規模多機能型居宅介護の介護職と看護師の連携
- ・ 誤嚥性肺炎で入院中に、仙骨部に褥瘡ができた。ADL 低下と意欲の減退が顕著。
- ・ 介護職と看護師でケアしていたが、ポケットが閉じなかった。
- ・ 看護師と介護職が共に褥瘡の研修を受講した。そこで学習したケアの方法をチームで共有し実践した。
- ・ 褥瘡のポケットはふさがり、利用者が意欲的になり、カラオケを楽しむようになった。



<事例検討での論点>

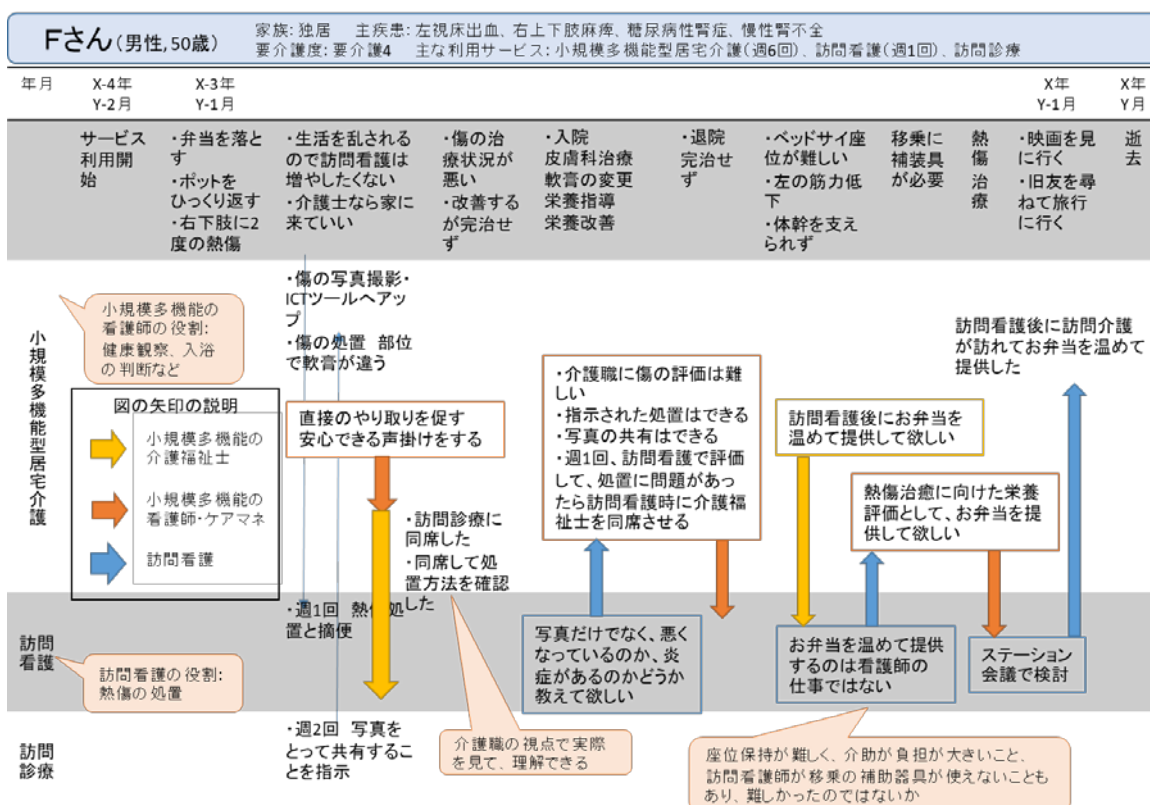
- ① 医療的処置が必要な場合の看護師によるケースマネジメント
 - ・ 褥瘡についてある程度の予測が立てられる看護師が、介護職を巻き込んで、ケア場面を共有しながら関わったことが成功の要因。
 - ・ 訪問看護、訪問介護が、別々の事業所からサービスを行う場合でも、予後の見通しがつく訪問看護師が、医療ニーズが高いうちは、介護支援専門員と協働して、ケースマネジメントを行っていくことが求められるだろう。

- ② 看護職は介護職を支える役割を持つことを法人の理念として持つ
 - ・ 小規模多機能型居宅介護の看護師には「常に黒子になった上で介護職を教えて欲しい」と伝え徹底している。そのため、介護職が主体的にケアに携わることができ、回復に近づいた。
 - ・ 看護師が介護職とケア場面を共有しながら進めることで、医療的ニーズが高い場合でも、介護職が安心して、主体的にケアができる。

(2) 熱傷のケア (詳細は p. 93 ~)

<概要>

- ・ 小規模多機能型居宅介護と訪問看護ステーション (異なる事業所) の連携
- ・ 右下肢に2度の熱傷。
- ・ 訪問看護は熱傷の処置と評価を、小規模多機能型居宅介護は、毎日の熱傷の処置と、傷の写真を撮って ICT ツールへのアップすることを担当した。
- ・ 熱傷の処置が複雑なため、介護職は、訪問診療と訪問看護にも同席し処置の方法を実際に見て確認・理解した。
- ・ 訪問看護師から熱傷の評価も求められたが、小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員・看護師が間に入って調整し、熱傷治癒までケアに関わることができた。



<事例検討での論点>

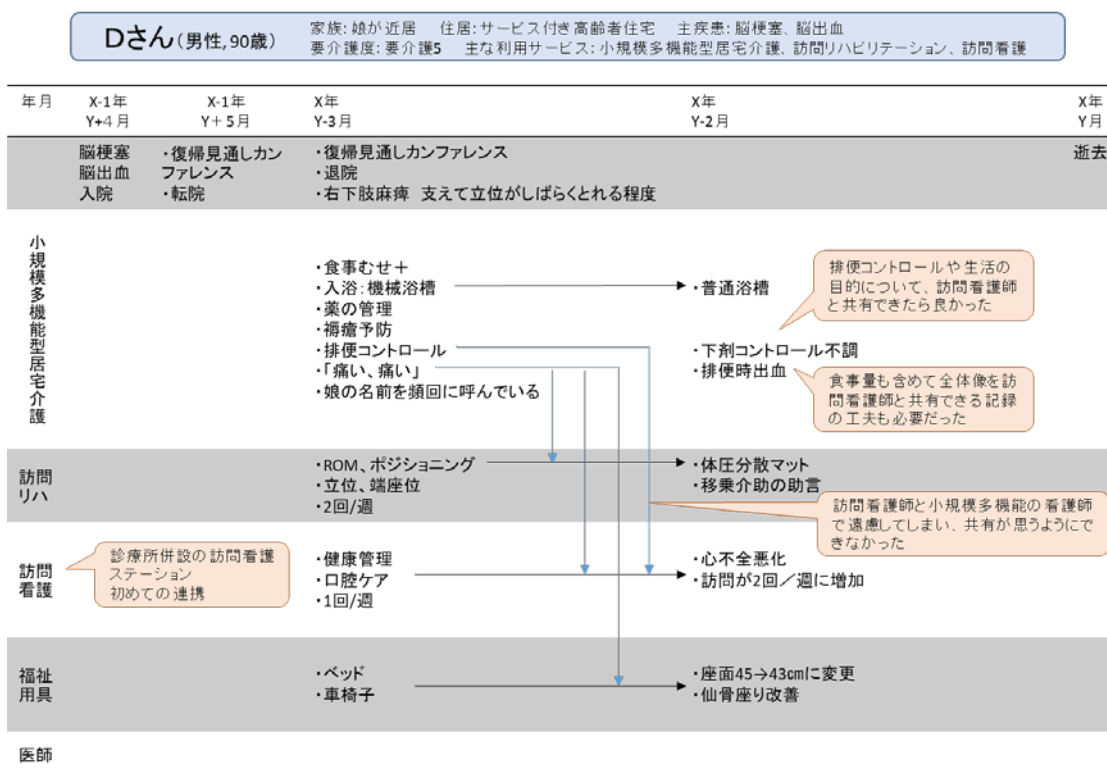
- ① 看護師と介護職の専門性の違い。
 - ・ 看護師は医療的評価を介護職に求めてくることがあるが、介護職にとって評価や医療的判断は難しい。
 - ・ 介護職と看護師の間で橋渡しをする看護師の役割が大きい。
 - ・ 介護職が担った処置の意味や結果を看護師や介護支援専門員からフィードバックする、情報共有することも大事。
- ② 組織・事業所として理念や方針を分かり合えること。
 - ・ デスカンファレンスで、ケアを振り返ることで、事業所間で理解が深まる。
- ③ 介護職が安心して積極的にケアできるように看護職との間を取り持つ役割
 - ・ 訪問診療や訪問看護の場に同席させて、介護職の視点から実際を見て理解し、方法を習得できるように促す。

2) 日常の全身的な管理における連携

(1) 排便コントロール (詳細は p. 74 ~)

<概要>

- ・小規模多機能型居宅介護と訪問看護ステーション (異なる事業所) との連携
- ・脳構想・脳出血の退院後、ADL 低下や全身管理、精神的状況のケアに当たってきたが、排便コントロールが不調で続いた。
- ・排便コントロールに関して、小規模多機能型居宅介護と訪問看護ステーションで、目的や役割の共有ができなかった。
- ・初めて組む訪問看護ステーションで、事業所の理念ややり方を共有しにくかった。



<事例検討での論点>

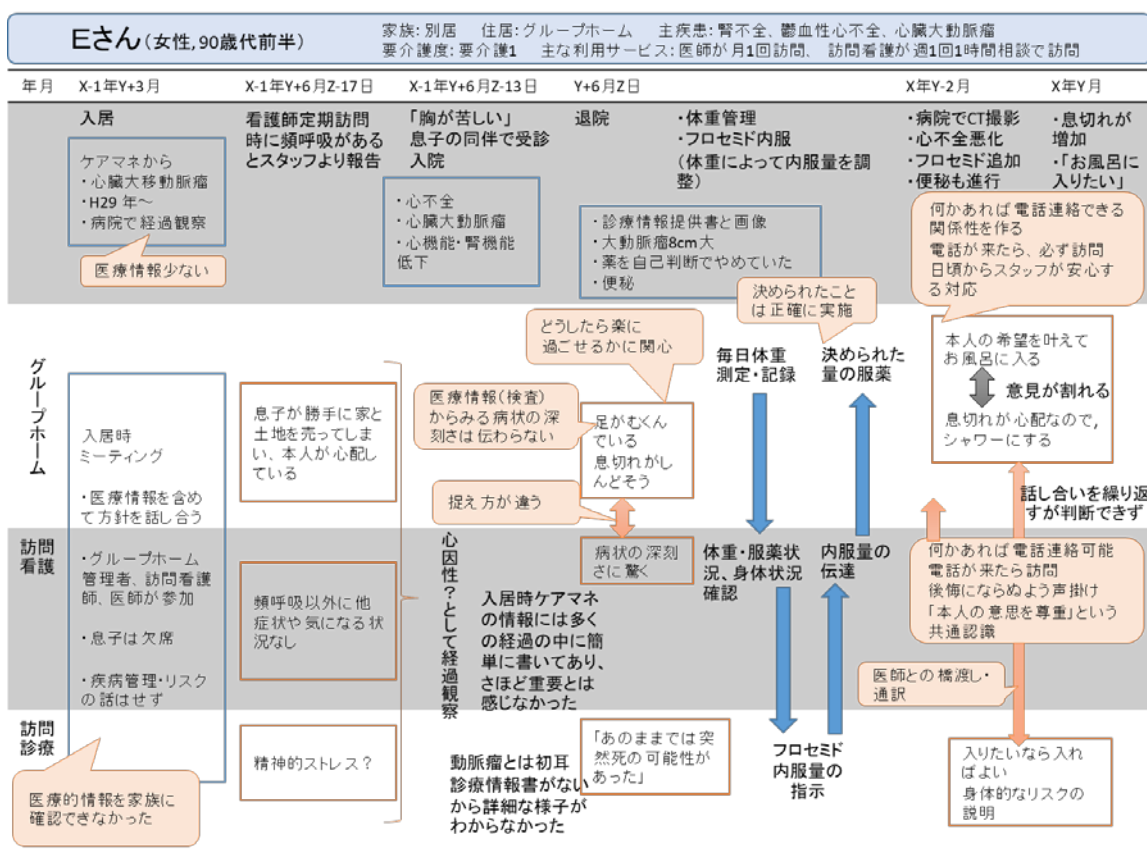
- ① 異なる法人・事業所とのチーム形成には理念や事業所のやり方の相互理解が必要
 - ・ 初めて組む事業所とは、目的の共有がしにくく、コミュニケーションが取りにくい。
 - ・ 一緒にチームを組む経験を繰り返し、互いに理解が深まる。
- ② 介護職が毎日記録することができ、看護師が全身管理できる系統的な情報の内容と共有の在り方
 - ・ 看護師が全身管理をするには、介護職の日々の情報が必要だが（例えば一週間分の系統的な情報）、介護職には難しい場合がある。
 - ・ 看護師と介護職の両者が情報共有の在り方やツールを使っていく。

3) 急変のリスクがありながらも本人の望む暮らしを支える連携

(1) 心不全の管理 (詳細は p. 86 ~)

<概要>

- ・ 訪問看護ステーションとグループホーム (異なる法人) との連携
- ・ グループホーム入居時の医療的な情報が少なく、心臓大動脈瘤、心不全、心機能・腎機能低下、服薬を自己判断で中止していたことを把握できず。
- ・ 胸の苦しさと病院受診時に初めて分かり、医師と訪問看護師は驚くものの、グループホームのスタッフには深刻さは伝わらず、息苦しきの軽減に関心があった。
- ・ 利用者は湯ぶねに入りたいと訴えるも、グループホームの介護スタッフは、息苦しさを心配し、シャワーか湯ぶねに入るか、判断できない。
- ・ 訪問看護師は、リスクはあるものの、本人の意思を尊重したという共通認識を持ち、何が合っても後悔にならないように、介護スタッフに関わった。



<事例検討での主な論点>

① 入所時の医療情報の伝達と把握の方法

- ・ ケアマネが医療情報を伝えることになるが、ケアマネによって異なるなど、なかなか伝わらない現状がある。医師同士で診療情報を共有している場合もあるし様々。
- ・ この時の医療情報は、治療を開始するためではなく、リスクをチームで共有したり、看取りに向かって準備や心構えをしておく、という意味がある。
- ・ 最初に誰が把握することになっても、動じずに対応していくことが必要だろう。

② 介護職が安心してケアできるための看護師の役割

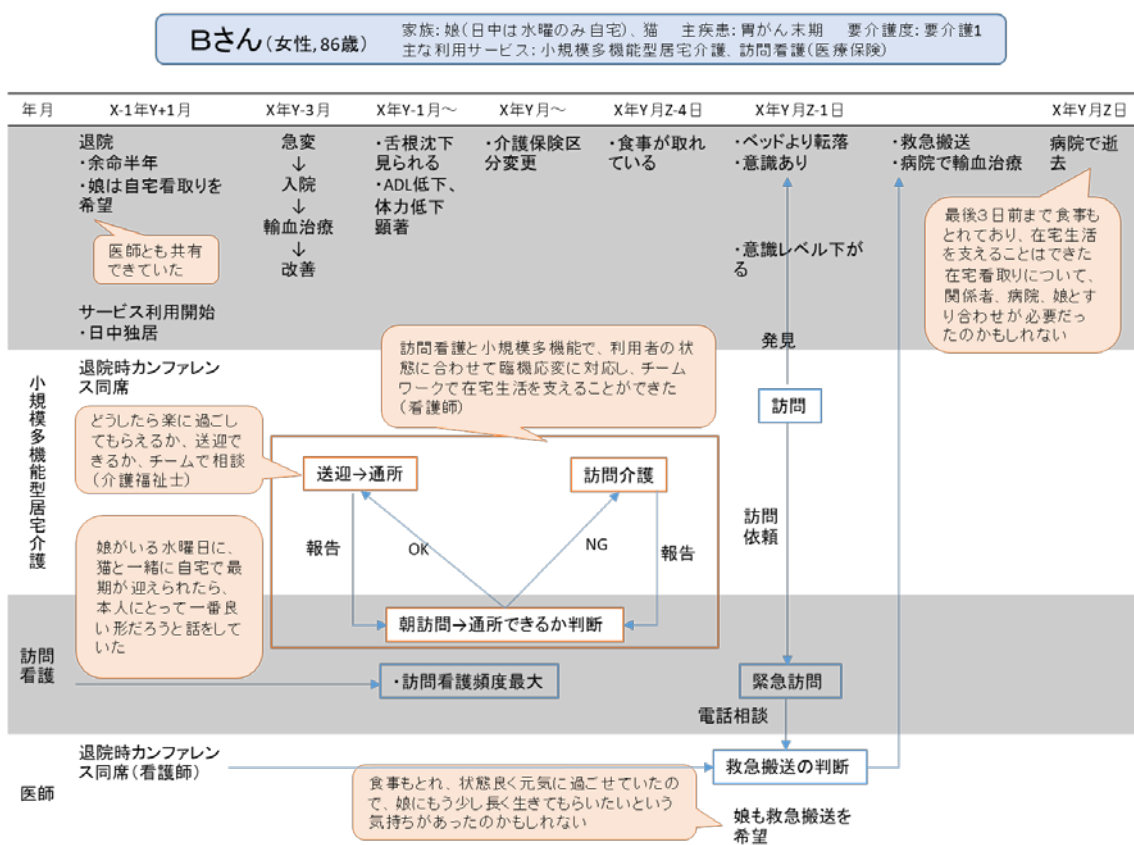
- ・ 入浴の可否は、施設の介護職がよく判断に困るポイントの一つ。自分が担当した時に急変が起ることを怖がるが、医療職から「大丈夫」という支援がある介護職は安心できる。
- ・ 急変しても、介護職が「本人の意思や希望を尊重した」という共通認識を持ち、後悔しないような声掛けや働きかけが大事になる。
- ・ 何か起こった時に介護職が看護師にすぐに電話連絡できるような関係性を作っておく。

4) 人生の最終段階の暮らしを支える連携

(1) 日中独居「自宅で最後を迎えたい」を支える（詳細は p. 67～）

<概要>

- ・小規模多機能型居宅介護と訪問看護ステーション（同じ法人）の連携例
- ・訪問看護ステーションが朝訪問し、体調をチェックした上で、訪問介護にするか、通所にするかを判断し、小規模多機能型居宅介護に引き継ぐ。
- ・最期は病院でなくなったことは残念だが、死亡4日前まで食事もとれており、状態良く過ごせていた。チームワークで支えられたことでスタッフはやりがいを感じている。



<事例での主な論点>

- ③ 介護職が終末期のケアに携われるスキルを身に着ける。
 - ・ 介護職も体や医療的なことを学び、一定のスキルを身に着けた上で、終末期のケアや看取りが可能になる。

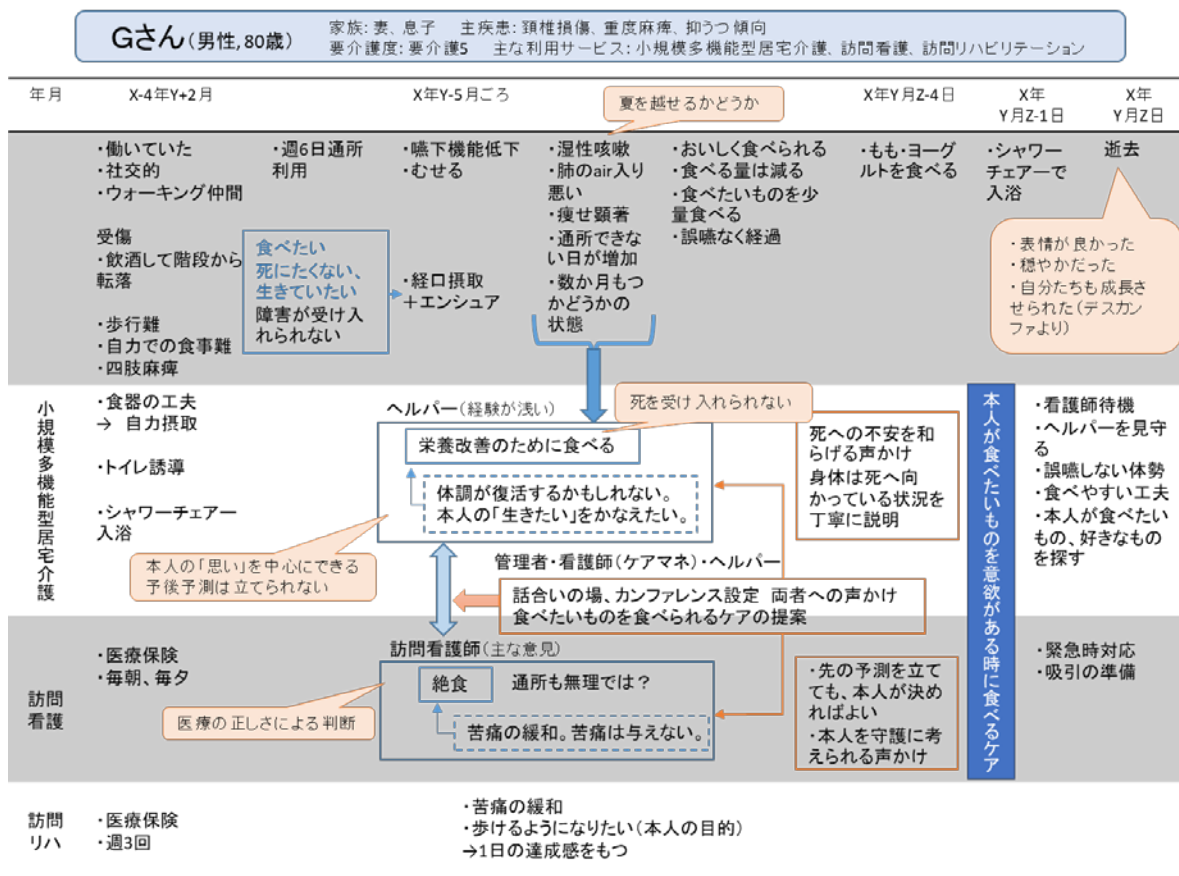
- ④ 訪問看護のケースマネジメント機能を発揮させることで、訪問看護と小規模多機能の強みを活かした効果的・効率的連携が実現できる。
 - ・ 訪問看護が朝一番で訪問して、状態の観察し、判断を要することや、日中の様子観察や注意すべきポイントについて把握し、それを介護側へ伝えて日中のケアにあたる。小規模多機能が柔軟に対応できるという強みが引き出されている。
 - ・ 小規模多機能の介護職も安心して日中のケアをすることができて良い。小規模多機能のスタッフが送迎に来た時点で判断するのは難しいだろう。
 - ・ 小規模多機能の看護師も日中の観察ポイントを訪問看護師から引き継ぎ、返すことができる。
 - ・ 訪問看護にとっても、緊急以外の日中の臨時対応を防ぐことができる。

- ⑤ 看護師が介護の現場の役割や支援を知る。
 - ・ 訪問看護ステーションの看護師が小規模多機能の役割や支援の仕方をよく理解している。
 - ・ 法人内の人事異動で、訪問看護師が小規模多機能に配属され、経験していた。

(2) 本人の「生きたい」「食べたい」を支える（詳細は p. 99～）

<概要>

- ・ 小規模多機能型居宅介護と訪問看護ステーション（同じ法人）の連携
- ・ 本人は「生きたい」ので「食べたい」という希望を持っていたが、終末期になり、状態が悪化。食べられない日も出てきた。
- ・ 若い介護スタッフは本人の思いの通り「栄養改善のために食べる」と主張し、訪問看護師(一部)は「苦痛緩和のために絶食」を主張。意見が対立した。
- ・ 管理者、看護師・介護支援専門員は、話し合いの場を設定しつつ、両者に合わせて働きかけ。「本人が食べたいものを意欲がある時に食べるケア」を提案し実施。
- ・ 亡くなる直前まで誤嚥なく食べる事ができた。



<事例検討での主な論点>

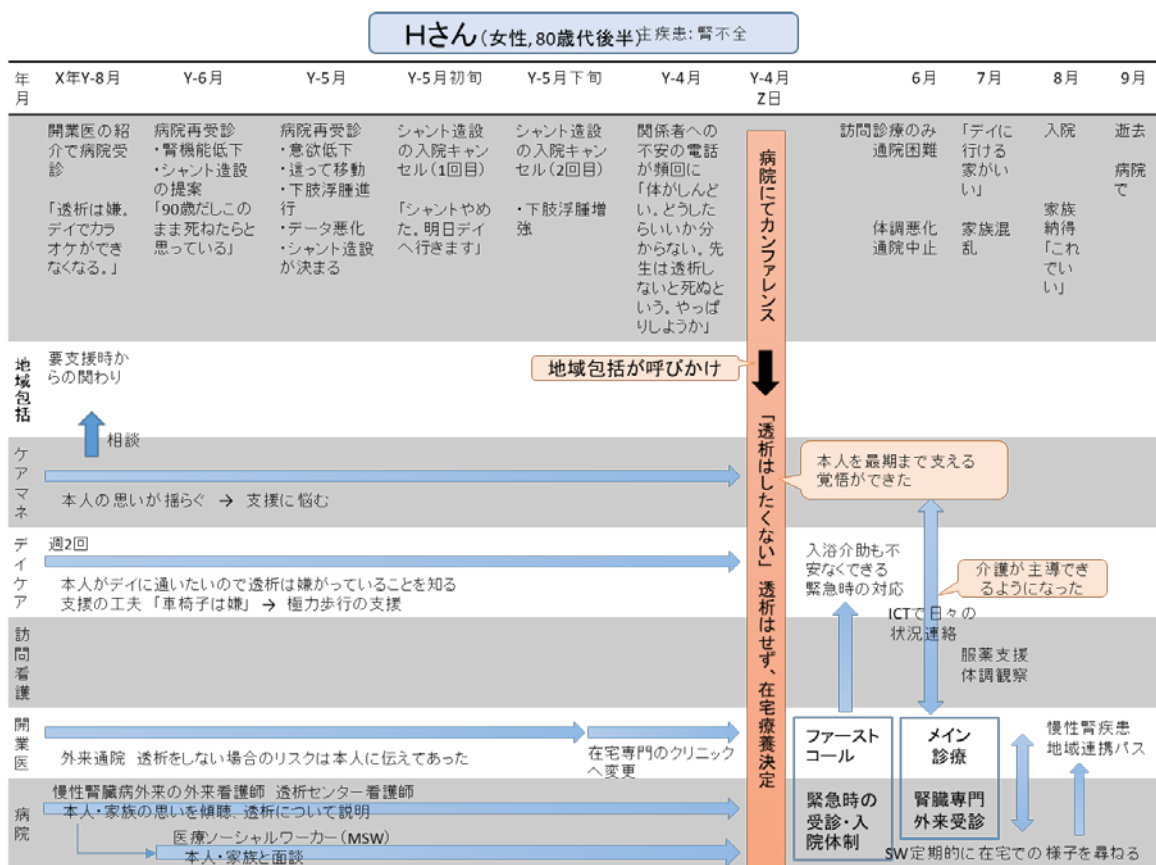
- ① 介護職と訪問看護師の意見の相違をチームとしてまとめていく役割
 - ・ 小規模多機能の看護師資格をもつ介護支援専門員が、利用者の気持ち、若いヘルパーの気持ちや視点、訪問看護師の気持ちや視点に合わせて、話合いの場を持ち、調整している。
 - ・ 介護職や家族は思いが先立ってしまうところがある。本人の体にとって良いのか冷静に言える医療職も必要。

- ② 話合いや、デスカンファレンスでケアを振り返ることで、個々のスキルアップとケアの方向性の共有ができ、チームとしての成長を促す。

(3) 透析を導入に揺れる思いを支える (詳細は p. 104 ~)

<概要>

- ・地域包括支援センターが地域の病院やケア提供者をまとめた事例
- ・透析導入となり、シャント造設の手術が予定されるも2回キャンセル
- ・症状悪化と共に不安も大きくなる。ケアマネも支援に困る。
- ・地域包括支援センターの呼びかけで、本人と家族を含め関係者でカンファレンスを開催。透析は導入せず、在宅療養の方向で決定。
- ・デイケアは、病院と診療所のバックアップにより、主体的にケアに関わるようになる。
- ・最期は病院で亡くなるも、本人、家族とも納得していた。



<事例検討での主な論点>

- ① 日常生活圏域の病院も含めた多機関・多事業所のチームをまとめる地域包括支援センターの役割
 - ・ 地域包括支援センターは、利用者が要支援の時から関わりが継続しており、ケアマネの悩みも受け止めている。
 - ・ 地域包括支援センターだから、病院や診療所も巻き込みやすい部分もある。

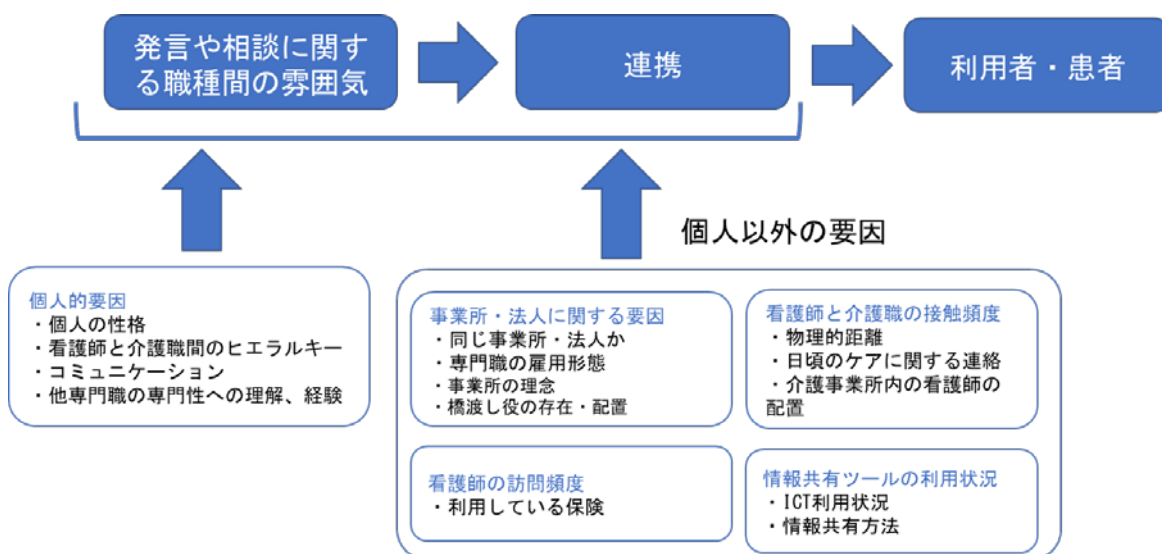
- ② 地域で連携を繰り返し機関同士の関係性を構築する
 - ・ 病院を含めて地域で連携してきた歴史があり、信頼関係が構築されている。地域の機関同士の関係性がベースになっている。
 - ・ 地域の中に想いを持って活動していた専門職が一人でもいると、その考え方や想いが地域の関係性の中で引き継がれていく。

- ③ 透析導入における意思決定支援
 - ・ 特に高齢者は、透析導入の意思決定には、長い時間をかけて寄りそうことが、病院や医療者にも求められる。
 - ・ 一度シャントを作っても、透析中止を選択することもある。

第4章 介護職と医療職（看護師）の連携を左右する要因

1. 結果の概要

発言や相談に関する介護職と看護師の間の雰囲気や連携を左右する要因として、個人的要因と、個人以外の要因に分けられた。個人以外の要因には、事業所・法人に関する要因、看護師と介護職の接触頻度、情報共有ツールの利用状況、に分類された。



2. 個人の要因

1) 看護師と介護職間にヒエラルキーが存在する

看護師と介護職の間には、介護職よりも看護師の方が上の位置にある、というヒエラルキーが存在し、それが両者の連携のしづらさに影響していることが語られた。

特に病院あがりのナースは、何となくヒエラルキーが残っていて。何となくじゃないですね、明らかにヒエラルキーが残っていて、介護職を下に見ていたりとか。もともと看護師が看護師に厳しいという文化もやっぱりあるから。そのときケアマネさんが言っていたのが、ヘルパーさんに対してもケアマネさんに対しても、本人家族に対しても、指導的なナースとかもやっぱりいるという話を聞いたときに、いると私も思ったんですけど。そういうところが看護師が怖がられるゆえんで、それが心理的安全性をだいぶ乱しているんだろうなとはすごく感じます。(訪問看護ステーション 看護師)

急性期の病院の中では、看護師さんがやっぱり強い、怖いんですよ。病院の中で、ドクターはお父さんで、看護師はお母さんで、その他は子どもたちっていう感じの立ち位置だったんです。(訪問看護・訪問介護事業所、理学療法士)

2) 他専門職への理解不足

看護師は先の予測も見越し医療的価値判断を行う一方、介護職は利用者本人の思いや現状を中心にケアを提供する。この専門性の違いを互いに理解をしていない場合、特に看護師が医療的な判断を伴う情報を介護職に求めたり、ケアを期待したりする結果、介護職は応えられず、看護師に怖いというイメージを持ってしまう。

私からすると、内服薬が変わったから変化見ようといっても、(介護職は)それに慣れていないので、誰かが柱となって声かけていかないと難しい。それが小規模多機能だから朝も一緒にミーティングしたり、ケアマネとヘルパーがミーティングする機会があって、じゃあ1週間後にどうなったかな、3日後にどうなったかなというのは声をかけられますけど、その状況がないと難しいんだろうなあとと思います。実際にそれは医療からの視点だなと思います。(小規模多機能型居宅介護、介護支援専門員・看護師)

例えば、37度5分で、お風呂に入る予定の利用者さんが、看護師さん、7度5分熱があったから入らないって判断をした。でも、ヘルパーさんは、その人がどうしてもお風呂がすごい大好きで、全然元気、ご飯も食べれたり、水分も飲むし、でも、何で入らせてあげられないんですかっていう尊厳の保持ですね、介護士さんの。(訪問看護ステーション、看護師)

お薬の内容とかが、どういうお薬を飲んでいてというのが、利尿剤を飲んでいても、下剤を飲んでいても、介護職の人、そこで働くスタッフさんにとっては同じ価値なんだなって。どっちかというとなんか便が出てくるか出ていないかのほうが気になるみたいなのところはあって。やっぱりその温度感とか共通言語のどこ

ろとかって、やっぱり難しいなあって。(訪問看護ステーション、看護師)

3) コミュニケーションの方法

看護師が医療的価値観に基づいて、介護職に情報を求め、コミュニケーションをとろうとすると、介護職は怯えてしまう傾向にあった。

普通の支援のときにも、ただ訪問看護でもやっぱり怖いという感じはしているんです。私たちが思っている医療、どうしても医療の正しさって訪問看護でも出てきてしまうと思うんです。その正しさで評価、ジャッジされること、やっぱり不安だし、「何でそんなことをしたの？」というその一言の積み重ねもあるかなあとは思いますが。医療の正しさはヘルパーさん、介護職には負担になるかなあとは思いますが。(小規模多機能型居宅介護、介護支援専門員・看護師)

4) 個人の性格

事業所内で介護職と看護師で話やすい雰囲気を作っているけども、個人の性格に左右されることもある。

事業所内の訪問看護ステーションの中も、人によるというのは、やっぱり威圧的な看護師もいます。そうになると、ちょっとつらそうだなあと思う。(小規模多機能型居宅介護、介護支援専門員・看護師)

3. 事業所・法人に関する要因

1) 同じ法人か異なる法人か

同じ事業所や法人内で連携をする場合と違い、事業所の理念やケアの方針、事情が互いに理解できていない連携は難しい。報酬上の利害関係が必要なコミュニケーションを阻害することもあった。

外部に関しては、そうですね、やっぱり社外というところでは、一つハードルがあるようには感じています。(小規模多機能型居宅介護、介護支援専門員・看護師)

訪問看護ステーションからしたら、ケアマネジャーさんから依頼をもらってるんで、そこに盾突くじゃないですけど、使いにくい訪問看護ステーションになっても、そこからもう切れちゃうっていうところも、ちょっと懸念材料としてはあるんですよ。(訪問看護・訪問介護事業所、看護師)

2) 介護事業所内の看護師の配置、介護サービスの形態

小規模多機能型居宅介や通所介護では、看護師配置が多いほど、介護職と看護師のコミュニケーションが促され、互いに相談しやすいことが語られた。

もともとA事業所は小規模多機能の中で働くスタッフの中に看護師が結構いて。私もそこでバイト2カ月ぐらいしていた時期があったんです。そのとき、私の中では結構あまり垣根がなくじゃないけど、心理的安全性は担保しやすいような、同じ空間で小規模多機能の利用者さんを一緒に見ているので、看護に頼りやすい部分もすごくありつつなんだろうなあという雰囲気はあったんですけど。(訪問看護ステーション、看護師)

日々の業務のローテーションも、看護職も、要は、介護の仕事ができるっていう、1として数えてローテーションを。入浴当番とか食事。全部一緒に垣根も全くないです。全部一緒にしてくれるので。だから、(看護師に)聞きにくいという状況が正直ないんです。(小規模多機能型居宅介護、介護支援専門員・介護福祉士)

3) 専門職の雇用形態

介護職や看護師が、非常勤やパートタイムで雇われている場合、情報共有ツールへのアクセスが制限されたり、研修会やカンファレンスへの出席が保障されず、他職種への理解や情報共有が難しい。特に、介護職に非常勤やパートタイムが多いことが語られた。

現場というのは介護事業所って非常勤が多いじゃないですか。その人たちにITツールを渡せないじゃないですか、情報漏えいとか。だから、入力する人はいないんですよ、あまり普通の事業所って。(中略)そういう意味で、情報の偏りがあるわけじゃないですか。正社員はいっぱい情報を持ってる、現場の人たち

は知らないという情報の格差があるんですよね。(中略) 非常勤の方っていうのは、直行して直帰するわけじゃないですか。在宅の場合は、そこは分からないですよね、連絡がない限りは。(訪問看護・介護事業所 経営者)

デイの看護師もそうだし、入浴の看護師もそうだし、結構派遣でなんかもうその日暮らしてやっている人も結構いたりして。ヘルパーさんも登録ヘルパーさんが結構いたりとか、パートで本当にもう直行直帰みたいな人も結構いる中で、仕事に対する向き合い方。本当はみんなが同じような雇用の在り方で、もちろん訪問もするんだけど、なんかそういうカンファレンスに出るといふ余力もあるかたちで収入が担保されていて、当然情報システムの話もあると思うんですけど。(訪問看護ステーション、看護師)

4. 介護職と看護師の接触頻度

1) 看護師の訪問回数

看護師の訪問回数が多いほど、看護師が利用者の体調管理ができ、モニタリングしやすいが、頻度が少ないと難しいことが語られた。

小規模多機能とか定期巡回は、法人を越えてやるの結構やりにくいなあと正直思っていて。ただ、それがやりやすいパターンはあって、それはもう確実に私の中では難病とかなんです。訪問看護は医療保険から給付が出ていて、小規模多機能は介護保険で目いっぱい使っていて。つまり、通常の小規模多機能とかで介護保険の範囲で組もうとすると、ほとんどは小規模多機能でやっていて、たまになんか、だからグループホームの医療連携に近いような感じ。それよりも下手したら薄いかもしれないという感じで、なんかよく分からないから、一から十まで聞くには方針とかと一緒に情報が常に共有されていないと結構きついなあと思っていて。定期巡回と組んでも、月一回モニタリングしてと言われるんだけど、そもそもモニタリングっていつも行っている人がすることだから、見えてないけど評価させられるというのはなかなか厳しくて。(訪問看護ステーション、看護師)

2) 事業所と訪問看護ステーションの物理的な距離

日ごろから雑談も含めて、立ち話程度で気軽に相談できることが大事であり、そのためには物理的にも事業所が近くにあることが用意にであった。

他の事業所に比べると、日頃雑談も含めて接点があるので、気軽に相談はできているかなあという印象はあります。事務所も上と下なので、すぐに相談に、「陰部があれれているんだけど、何塗ったらいいみたいなから」相談はきたりはします。訪問になってしまうと費用がかかってしまうので、立ち話相談みたいな。(小規模多機能型居宅介護、介護支援専門員・看護師)

5. 情報共有ツールの利用状況

1) 記録に対する認識の違い

介護職と看護職では、記録に対する認識がことなることが語られた。

(介護職は) 看護師よりも記録を残すという教育が薄いのかなあという印象はあります。それは私たちがやったことの証明でもあり、つなぐという意味でも必要だよと口すっぱく言っている、うちも不十分ですし、言い続けるしかないなあ。(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・看護師)

2) 介護事業所の ICT 利用

介護事業所の ICT 利用がなかなか進まないことで、情報共有が円滑に行われない現状が語られた。

実際のところ介護職の方が ICT になかなか参加していただけない。特にケアマネさんは最近だいぶ増えてきて、ケアマネさんのほうから新規あると、これ私も参加させてくださいと。医師とか薬剤師とケアマネさん、そういう方たちとはすごく連携取れるんですけども、介護職の方はまず連携ないです。お声がけしてもまず連携ない。今、本当に介護職の方は、2人か3人ぐらいしか連携できない状況です。(訪問看護ステーション、看護師)

訪問介護は残念ながらまだまだあまり、多分人が多すぎて、みんながみんな ICT の ID を持っていないんだと思うんですけど、訪問入浴については、結構事業所単位で ICT を使い始めて、訪問入浴したときの体の状況とかをその都度書いてくれるので。そうすると全身の皮膚状態が分かるので、こちらとしてはとても助かるなあと思ったり。介護の事業者との関連でいくと、ケアマネさんか訪問入浴は結構やりとりがあって、ヘルパーさんは人数が多すぎて直接はできないからケアマネ経由でという感じでやっています。(訪問看護ステーション、看護師)

第5章 介護職と医療職（看護師）の連携を円滑にする有効な取組み

1. 結果の概要

介護職と看護師が、気がねなく相談できる関係を作るために、個人レベル、事業所レベルで、介護職（主に介護福祉士）が自信を持ち安心してケアができる、看護師が介護職を理解しバックアップできる、という方向性で取り組まれていた。さらに、人材育成、事業所の理念、介護職と看護師のチーム編成、医療職と介護職の間の橋渡しができる人材の配置、情報共有ツール、ケアを振り返る機会、などが事業所の体制として整えられていた。

	介護職に対して (主に介護福祉士)	看護師に対して (主に訪問看護師)	体制
個人レベル	<ul style="list-style-type: none"> (介護職と看護師の間に立つケアマネ・看護師から) ・介護職が安心できる声掛けをする ・訪問看護師との直接のやり取りを促す (看護師から) ・介護職が安心してケアできるように関わる。 ・介護職に依頼した事項はその意味や結果をフィードバックする ・介護職にねぎらいの言葉をかける 	<ul style="list-style-type: none"> (介護職と看護師の間に立つケアマネ・看護師から) ・介護職の医療に対する緊張や難しさを伝える (介護職から) ・訪問看護の訪問に同席し直接質問する 	—
事業所レベル	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職と看護師が直接やり取りする機会を増やす ・介護職が身体的事項、医療事項を学ぶ機会をつくる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師は介護職をバックアップし安心してケアできる関わりを事業所内で徹底する。 ・介護職の仕事を経験し理解する研修を実施する。 ・事業所間の異動により様々な介護の現場を経験し理解する 	<ul style="list-style-type: none"> ・職種を越えて人として接する理念を持つ。 ・介護職と看護師が気軽に声を掛け合う環境をつくる ・医療職と介護職との間で連携で橋渡しができる人を配置する。 ・情報を公平に提供、収集できるツールや仕組みをもつ。 ・看護師と介護職が共にケアの振り返る機会を設ける。

2. 個人レベルでの取組み

1) 介護職（主に介護福祉士）に対する働きかけ

(1) 介護職と看護師の間に立つ介護支援専門員や管理職の関わり方

① 介護職が安心できる声掛けをする。

看護師と関わる前に、介護職を認めたり、不安なことがあってもサポートする、という声掛けによって、介護職は安心して看護職とコミュニケーションをとることができていた。

介護職にも、自分たちは悪いことをしているわけじゃないし、分からないことは分からないと言っていいということは日々伝えているところです。(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・看護師)

直接伝えることがストレスであるんだったら、私に一回、ケアマネとして間に入ったり、いろんな角度から入れるので、一回私に言ってみて、全然おかしいことじゃないよというその一言で安心して伝えられたりはするので、そういうふうな声かけをしています。(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・看護師)

② 訪問看護師との直接のやり取りを促す。

処置などの方法については、電話や記録でやり取りをするよりも、実際に現場で体験した方がより理解が深まる。

処置に関してというのは、私が理解した言葉というのは、看護師の側面を持つ私から出る言葉になってしまうので、訪問看護さんが入っている時間に、行かせると言ったら失礼ですけども、時間を合わせて直接やりとりしてきてください、分からないことは次につながらないとか、ご本人のためにはならないから、そこで聞いてくるか、もしくは後で電話してもいいんだよというのは伝えて、私はそういうふうに回しています。(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・看護師)

(2) 看護師の関わり方

① 介護職が安心してケアできるように関わる。

介護職が安心してできるように、利用者・患者の健康管理を行う、介護職からの相談には忠実にのり、医学的な管理やリスクを押し付けず介護職の専門性を尊重する、予後の説明をしながらケア方法を丁寧に説明する、などの取組みが行われていた。これらのより、介護職が安心するだけでなく、看取りなど医療依存度が高い場合でも介護職が主体的にケアに関わることができ、さらに介護職の働きがいにつながっていた。

(介護スタッフは) 本当に細かいところが心配だったりとか。結構毎週相談して、メインは食事量と排便コントロールと、うちはバイタル測るんですけど。私は別にバイタル測らなくても、ぱっと見て顔色良ければみんないいかみたいなの、活動の邪魔になるし、ぐらいいで思っているんだけど、やっぱり看護師さんが来たら、取りあえず熱と血圧と胸の音とおなかの音は聞いてほしいみたいな、そういうのがあって。(中略) 私はそれよりも足のマッサージしたり爪切ったりとか、排たんのケアしたりとかって思うんだけど、なんかそのニーズのずれはあるのと、あるんだけど、私の中ではそのグループホームの中で、働くスタッフが安心して働けることがすごく重要だと感じているので、スタッフがそっちをすることで安心感を得られるのであればいいかなあと思いながら、週1回バイタル測っているんです。(訪問看護ステーション 看護師)

訪問行った時にこういう呼吸になっていたとか、そこら辺持って帰ってきて看護師さんにしゃべること、「やっぱり、じゃあ、こういうふうに多分なっていくだろうから、もう今は声だけ掛けてあげて」とか、「こういうふうにするのと体楽になるよ」とか、そこをまた持って訪問さしてもらおうとか、も

う、これはすごいアドバイスがあるのでありがたいです。やっぱり、吸引するのも利用者さんもしんどいし、体位ドレナージ法を教えてもらったりとか。「排痰できてる」とか、サチュレーション上がったきたわ」とか、そこら辺を一緒に指導もさしてもらいながらおみとりができるというのは、だから、みとりが怖くないって思う。(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・介護福祉士)

② 介護職に依頼した事項はその意味や結果をフィードバックする

看護師から介護職に処置や観察の一部を依頼することがあるが、単に依頼するだけではなく、その意味と結果を看護師から返すことによって介護職は自信を持ってそのケアを継続できたり、次のケースに活かすことができることが語られた。

介護職の人は、この事例でもあるように、言われたことはきちんとやってくれます。ただ、たとえば(傷の)写真を送った場合、「あの写真はどうだったんだろうね」と聞かれることがよくあります。そのフィードバックがないと、介護職側にはやらされてる感だけが残りますね。介護職に依頼することの意味を伝えてもらうと同時に、そのフィードバックをぜひ返してもらいたいないつも思います。ちょっとしたことかもしれませんが、それがあれば、介護職の人が次のケースで応用できると思うのです。(居宅介護支援事業所 介護支援専門員)

③ 介護職にねぎらいの言葉をかける

接点があるときに、「お疲れさま」と一言先生のほうから。どうしてもやっぱり上下となってしまうところがあるので、ちょっと一歩下りてきてくれませんか、「お疲れさま」って、「何か困っていることある？」のその一言の積み重ねであると思うんですという話はして。

(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・看護師)

2) 看護師(主に訪問看護師)に対する働きかけ

(1) 介護職と看護師の間に立つ介護支援専門員や管理職の関わり方

① 介護職の医療に対する緊張や難しさを先に伝える

介護職が外の事業所の訪問看護師や病院・診療所の看護師と連携する前に、あらかじめ、介護職が緊張感が高いこと、ねぎらって欲しいことを先に伝えることで、介護職への理解を促していた。

訪問看護ステーションには、「結構介護職って看護師が怖いんですよって先に言っちゃいます、私」(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・看護師)

週3回の透析の付き添いをご家族と協力しながらやっていると、医療機器がある中で付き添うというのは介護職にとっては結構ストレスなんです。そのストレスの中で、その透析クリニックのル

ールに乗って、あれやっちゃいけない、これやっちゃいけない、ここにいちゃいけないとか言われると、ちょっと大変なので、「介護職結構本当緊張しています」、「一言ちょっとお疲れって言ってあげてくれるだけで、全然そのストレスって変わるんです」という話をさせていただいたりとか、最初に私がかぎ刺す。お伝えしたりすることはあります。(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・看護師)

3. 事業所レベルでの取組み

1) 介護職に対する働きかけ

① 介護職と訪問看護師の直接のやり取りの機会を増やす

あえて、介護職が直接、訪問看護師とのやり取りを進めたり、機会を作ることで、医療と介護職の距離が縮まり、介護職が言いたいことの半分くらいは言えるようになった、生活の困り事と医療の困り事の違いのズレを認識し始めた、などの効果が得られる。

直接のやりとりを増やして、怖いのは怖いけれども、食われはしないということが分かったのか、身をもって。私は勤めて2年ではあるんですけども、医療連携の部分はその2年で改善してきたというのは、社内では評価されているところかなあとは思っています。(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・看護師)

訪問診療の場に、それも接触回数だとは思うので、訪問診療の場に一定期間スタッフをあえて同席させるというのは、意識してやっていたときはあります。(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・看護師)

② 介護職が身体的事項、医療事項を学ぶ機会を作る

介護職が看護師と対等に話ができ、医療依存度の高い利用者へのケアも自信をもって関わられるよう、身体的事項を学ぶような機会を設けていた。

身体的に観察ができる介護職を育成しないと受けられないなってずっとやってきていて、そのために取り組んでるのが、病院の認定看護師さんをお願いをして、認定看護師の部分介護職さんにかみ砕いて教えてほしいっていう勉強会とか。そういうのに積極的に参加してもらったりはしています。(小規模多機能型居宅介護・看護ステーション 管理者・看護師)

カンファレンスなんか医療用語が飛び交いますので。私はもう、ケアマネジャーに、少ない情報なんですけど、病名があって、症状があって、いつごろ退院とか、その情報だけでカンファレンスで自分が病気の基礎的なところをネットで調べるとか、それでもなくてもばんばん専門用語が飛びますので、ぼけっとしてなんていけないんです、分からないから。でも、看護師さんがそばにいるから、進めてくれるんですが、でも、結局そうになると、看護師さんが話をしてくれたで終わっちゃうから、基礎的な勉強は、ネットで調

べたら、病気とか何でも出てくるので、もしくはカンファレンスに行く前に、看護師さんに聞きにいきなさいって言って、教育しているところです。(訪問看護・介護事業所 看護師)

2) 看護職（主に訪問看護師）に対する働きかけ

① 看護師は介護職をバックアップし安心してケアできる関わりをすることを事業所内で共有する

介護職が安心してケアできるような関わりやコミュニケーションの方法は、個人としてではなく、事業所全体の理念や方針として、管理者をはじめ事業所内のスタッフ間で共有されていた。それによって、介護職との信頼関係が深まり、介護職のが感じる壁がなくなっていた。

情報を一番知っているのは、家族以上に一緒に働いているスタッフさんがよく知っているから、ちゃんとスタッフさんの声を聞いて、話を聞いて、入居さんが安心して生活できることも大事だけど、スタッフさんが安心して働けることも大事だから、その目的で共有をすることと、医療的なことはあまり求めちゃいけないと思うので、そこはこっちが提案であったりアドバイスをする中で、私たちのやれることを介護職さんをお願いできることというのをちゃんと言語化していこうという話はしているんです(訪問看護ステーション 看護師)

何でも聞いてくださいというのはもう。いつでも電話くださいというのは必ず言うようにはしています。(訪問看護ステーション 看護師)

小規模多機能の看護師には常に黒子になるようにということを言っているんです。なので、黒子になった上で介護職さんを教えてあげてほしいというところですね。(社会福祉法人 管理者)

ここに入ったときに、社長から、看護師さんはおびえられているっていうのを直接言われました。管理者を始めたときに、まずはそれを、うちの会社はおびえられる看護師さんを教育しないでほしいっていうふうに言われたんですね。(訪問看護・訪問看護事業所 看護師)

② 介護職の仕事を経験し理解する研修を実施する。

看護職が介護事業所や訪問看護ステーションに入職した時は、まず一定期間、介護職としての研修を課し、基本的なケアを身に着け、介護への理解を深めていた。

訪問診療の先生が研修で来てくださっていた期間があったんですけども。そのときに、医師という免許を隠して、利用者さんには伝えないで、一介護職として研修機関を。入職時にはどの職種もまずは介護職の研修機関があります(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・看護師)

私自身も管理者ですが医療職でありまして、そこどころに垣根をどう取り払うかというこの大きな視点なんですけれども、まず、入職と同時に看護職、うち、入職してもらったら、まずお風呂からなんです、介護から入るんです。(小規模多機能型居宅介護・訪問看護ステーション 看護師)

在宅に来るとやっぱりそこが、生活が第一で、医療はその上に乗っかっていくものなので、生活を支えることが一番の役割なので、看護師が一番役割を果たすのではなくて、介護の人たちが役割をきっちり果たしてくれることで、自分たちの看護の力が生きるっていうのを、徹底的に看護師たちには教える。なので、介護士をリスペクトしていく。介護士さんたちが一番大変なんだと。(訪問看護・訪問看護事業所 看護師)

③ 事業所間の異動により様々な介護の現場を体験し理解する。

訪問看護師が、同じ法人の中で、介護事業所を経験し介護職と一緒に仕事をすることで、介護職の仕事、介護事業所の特性を知った訪問看護師を育成していた。

訪問看護さんが(小規模多機能型居宅介護のケアに)ここまで協力してくださった理由の一つに、小規模とかデイを配属だった看護師さんが訪問看護に異動させているというのもあるかもしれません。最初の初期体験ではなくて法人内異動で、小規模多機能で1年ぐらい配属をした看護師が訪看に入ったりしています。(小規模多機能型居宅介護・訪問看護ステーション 看護師)

3) 体制づくり

① 職種を越えて人として接する態度を持つ

「看護師」「介護福祉士」など職種として相手を見るのではなく、同じ人としての付き合いができること、そのような環境を事業所内で整備する心理的安全性の担保につながり、円滑な連携を導いていた。例えば、職種によらず全員同じ服装でいる、雑談を含めて日頃から気軽なコミュニケーションが取れる環境がある、飲み会がある、などがあがった。

ここに来た時に誰が看護師さんが分からなかったんです。みんな私服やから。で、誰が、だから、利用者自身も看護師さんがこの人で、っていうの多分分からないと思う(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・介護福祉士)

みんな同じ服装で会議に参加するじゃないけど、なんかそんな、誰が誰だか分からないという状況ってどうやったら作れるのかなと思います。しゃべって初めて、この人医者なんだって分かるみたいな。先生白衣禁止、私たちもこういう看護師っぽい服装禁止じゃないですけど。なんかそういう看板で見る、職業で見るというところってどうやったらなくせるんですかね。(訪問看護ステーション 看護師)

②介護職と看護師が気軽に声を掛け合う環境をつくる

看護師と介護福祉士が物理的にも同じ職場で顔を合わせたり、チームを組んで仕事をする体制をとることで、気軽に声を掛け合える環境ができ、また、看護師がアセスメントと評価をしてから介護職がケアに入る、という互いの強みを活かしたマネジメントもやりやすくなっていた。

3人看護師が勤務をしていたら看護業務に当たる者、例えば、この褥瘡のこのポケットがある人なら、入浴の担当に当たる職員が、もう1人介護職も入浴に入ってきたら、そこで教えていくとか。そういう形を取るの、随時見ていくということが出来るんですね。なので、その場で介護職も聞けるので。ここは介護職にとってもすごいプラスになっていると思います。(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・介護福祉士)

③医療職と介護職の間を橋渡しできる人材の配置

看護師資格を持った介護支援専門員、医療と介護の連携について相談に乗れる管理職を組織内に配置することによって、事業所内のみならず、事業所外との連携も円滑になる。

(介護職にとって威圧的な態度をとる医療に対して)うちの事業所単位で考えれば、私が出ればいくらかましにはなるかなあと。(小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・看護師)

連携のポイントも指導できる。何かこんなふうに言われました、看護師さんに言ったらっていったら、そうなんだって言って、ちょっと、ちょっとって看護師さん呼んで指導したりとかっていうことができるっていう。私たちが、一番、その連携の重要さを分かっているってことなんですけど。だから、下に伝えていけるという形なのかな。(訪問看護・介護事業所 看護師)

④情報を公平に提供、収集できるツールや仕組みを持つ

事業所を越えて地域でネットワークを作るには、ICTでつながることも理想だが、介護職にとっても看護師にとっても情報が共有できるツールを開発していく必要があることが語られた。

事例を通じて外部のサービス事業所とどのように今後関わっていくかというのが一つの課題になったら、これはこれから先、中でもっと協議してもいいかなと思いますし、ツールを開発していくというか、今は本当に紙しかないと思うんですけど、そのツールを少し、こういうのをういていこうかとかというのを皆さんで考えていって挑戦していくというのは一つあるかと思います。(小規模多機能型居宅介護・訪問看護ステーション 看護師)

1人の利用者さんに対していろんな情報があるじゃないですか。既往症だとか、いろんな、全てをみんなにオープンに見れる形にすれば、その優位性がないわけですよね。知ってる、知らないということがないわけなんで。できるだけオープンな形で情報を多くためられる、最初からそういうシステムをつくった。でも、そういう働き方をしてたってということだと思います。(訪問看護・介護事業所 看護師)

⑤ 看護師と介護職で振り返りの機会を設ける

実際にケアを行った介護福祉士と訪問看護師が、1つのケースについてカンファレンスを行ったり、ケアの振り返りを行うことはめったにない。この振り返りを行うことで信頼関係が深まり次のケースにつながったり、同じケアをする人としての共感が生まれる。

在宅だと、やっぱりなんか情緒的な交流がないなあというのはすごく感じていて。(中略) 実践しているのはヘルパーさんなので、本来であればヘルパーさんのほうにこっちが出向いてでもレスカンファしたりとか、何かしらアクションを起こしたほうがいいのか、そこまでは求めてないのか。(中略) やっぱりそういう機会があると、もうちょっと関係性だったりとか、みんな悩みながらやっているという共感だったりとかって生まれるんだろうなあ。(訪問看護ステーション 看護師)

第6章 まとめ：在宅医療・介護連携推進に向けて

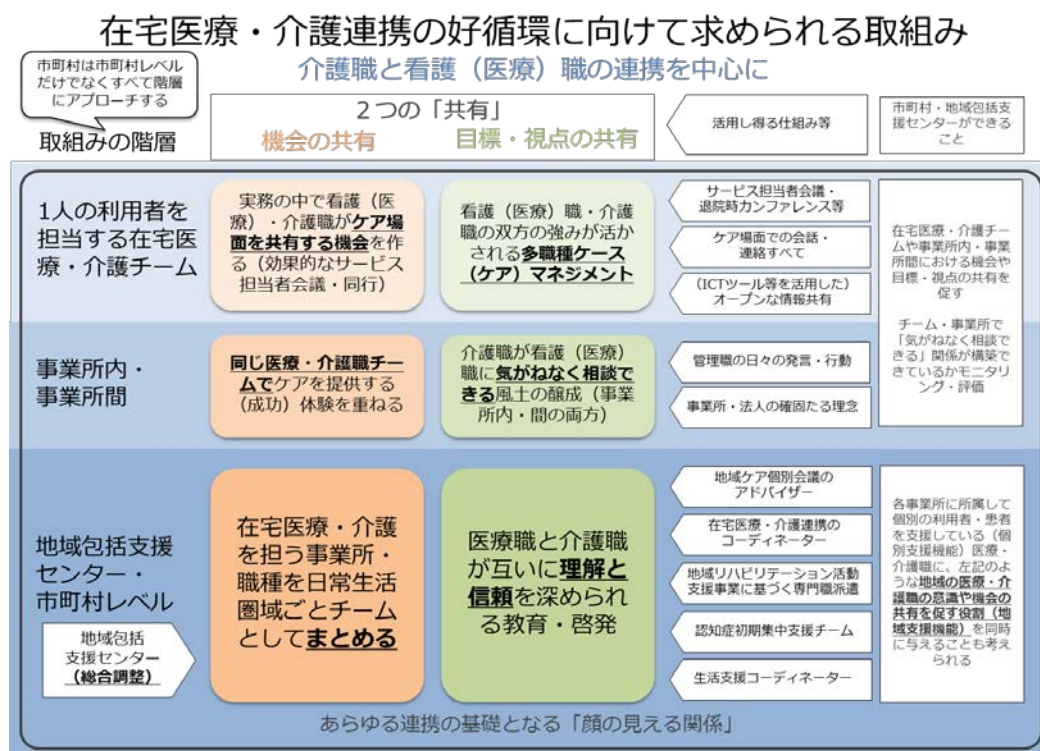
1. 在宅医療・介護連携に向けて求められる取組み

1) 現場の専門職自身の取組みからより実効性の高い取組み方向性を考える

本事業では、利用者・患者の生活に最も近く、時間的にも長く関わる介護職と、医療職の中でも介護職や生活場面により近い看護職との連携を中心に、医療と介護の連携の現状と課題を整理した。

そして、質の高い医療と介護の連携に向けて、現場の専門職個人、さらに事業所・法人が取り組んでいる内容を整理した。

これらの現場の専門職自身のニーズに沿った取組みを参照することで、より実効性が高い在宅医療・介護連携の循環に向けたヒントが得られるものと考え、下記のようにまとめた。



2) あらゆる連携の基礎は「顔の見える関係」

多職種グループワークや懇親会などを通じて、チームを組む他の職種と顔を合わせ、実際に会話をして「顔の見える関係」をされる¹¹⁾。この「顔の見える関係」が基盤となって、実

¹¹⁾ Noguchi-Watanabe M, et al. (2019) Community-based program promotes interprofessional collaboration among home healthcare professionals: A non-randomized controlled study. Geriatr Gerontol Int.19(7).660-666.

際のケア場面での連携が推進される。

3) 取組みの「3つの階層」と「2つの共有」

取組みの階層は、「1人の利用者を担当する在宅医療・介護チーム」、チームの従事者が所属する「事業所内・事業所間」、事業所が存在する「地域包括支援センター・市町村」、この3つのレベルが存在する。各階層の連携が好循環を生むように、取り組んでいく。

取組みの方向性は、介護職と医療職の「機会の共有」を促す方向と、「目標・視点の共有」を促す方向、に分類される。この2つの「共有」は両方同時に目指される。

4) 3階層ごとの連携を推進する取組み

(1) 「1人の利用者を担当する在宅医療・介護チーム」の連携を推進する取組

① 機会の共有

研修など業務外ではなく、実際の実務の中で、看護師(医療職)と介護職が利用者・患者を目の前にしてケア場面を共有する機会を作る。これにより、実際のケア方法と利用者の反応を体感して共有し、他職種への理解や気軽な相談関係、ケアの質の向上につながる。特に、医療依存度が高い利用者のケアの場合には、看護職と実際にケアに携わる介護スタッフがケア場面を共有することが効果的であった。

業務の中で異なる職種が時間を合わせるのは困難な側面もあるが、サービス担当者会議を訪問サービス時間と連続して設定する、訪問看護師の訪問時間と介護職の訪問時間を連続させて一部同行できるように時間を設定する、などの工夫が考えられる。

② 目標・視点の共有

看護(医療)職・介護職の双方の強みが活かされる多職種ケース(ケア)マネジメントを行うことで、看護職による体調管理・疾病管理と、介護職による本人の意思や生活の望みの共有が可能になる。

医療ニーズの高い利用者・患者の場合には、実質的に介護支援専門員と看護師が共にケアマネジメントを行うことによって、症状の緩和と共に、本人の意思や願いの実現に向けて協働できる。

(2) 「事業所内・事業所間」の連携を推進する取組み

① 機会の共有

同じ医療・介護職チームで(成功)体験を重ねることによって、異なる職種、異なる事業所であっても、互いに目的と方向性が一致し、息のあった、質の高いケアが提供できるようになる。チームを組んだ経験が多い事業所ほど連携しやすい。例えば、看取り後に振り返りのカンファレンスで本人の意向やケアの質を振り返り次のケースへ反映させる、などの取組みが考えられる。

② 目標・視点の共有

介護職が看護（医療）職に気がねなく相談できる風土を、個人特有のものではなく、事業所の理念として事業所単位で醸成していく。不安や気がねなく自分の意見を出せる雰囲気（心理的安全性）があることで、医療ニーズの高い利用者・患者であっても介護職は安心してケアが実施でき、また介護職が把握した利用者本人の意向がスムーズに看護（医療）職に共有される。

介護職にとって医療的事項やケアは緊張度が高いことを看護師は知る、看護師は黒子として介護職を支えるという理念を事業所として持ち徹底させる、などが取り組まれていた。

（３）「地域包括支援センター・市町村レベル」の連携を推進する取組み

① 機会の共有

在宅医療・介護を担う事業所・職種が、各事業所の任意ではなく、ある程度日常生活圏域ごとのチームとしてまとめていくことにより、異なる事業所どうしであっても同じ構成による医療・介護職チームでのケア提供(成功)体験の積み重ねが促進できる。また、他の地域包括ケアに関連する取組みや住民ネットワークとも連動が可能になる。

たとえば、公に医療・介護専門職からの相談に応じ事業所間をつなぐ役割のある事業所／専門職に持たせてエリアごとに配置する¹²。また、地域ケア個別会議でエリア内での事例検討を通じた地域課題抽出と解決策の検討を繰り返し、エリア内の事業所をつないでいく場として活用できる。

② 目標・視点の共有

医療職と介護職が互いに理解と信頼を深められる教育・啓発は、事業所単位では規模的にも難しい場合が多く、ある程度広いエリアで行われる。

例えば、前域ケア個別会議の場を専門職の教育や啓発の場としても活用する、同行訪問研修や介護職が医療や身体的事項を学び介護職の専門性を認識できる研修の実施、看護師が介護の現場や役割を知る実地研修や人事交流を行う、などがある。

（４）市町村に期待される取組み：他地域支援事業との連動や活用

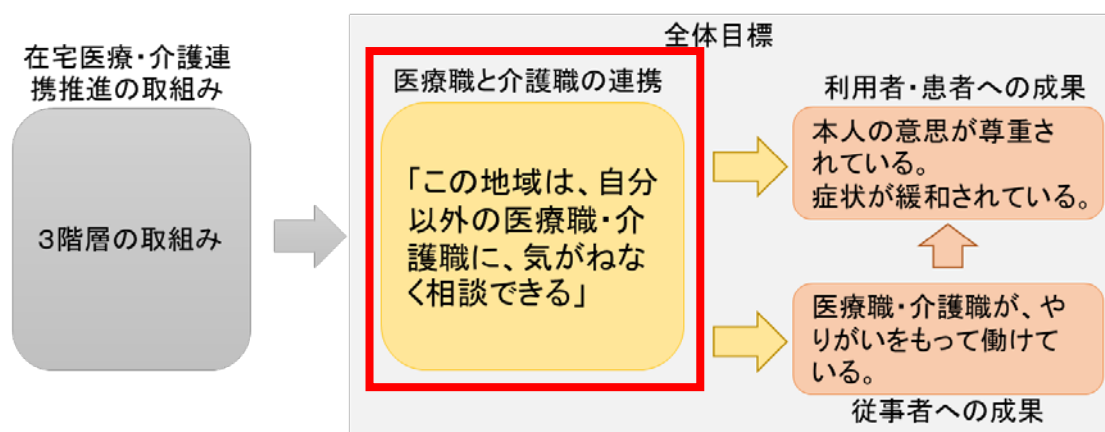
市町村自治体は、3階層の全てにアプローチをすることになる。ただし、「一人の利用者を担当する在宅医療・介護チーム」「事業所内・事業所間」は、より専門職の専門性が高

¹² 例えば、滋賀県大津市では、訪問看護ステーションに、エリア内の在宅医療・介護専門職の相談に応じる役割を持たせ、市内3か所に配置することで、実務の範囲に応じたエリアで、実情に応じた連携を推進している。

く、専門職個人や事業所の取組みが想定される。しかし、医療・介護資源に限られる小規模自治体では市町村が直営の地域包括支援センターや介護サービス事業所を運営して担うこともある。また大規模自治体においても専門職個人や事業所が取り組むことへの後方支援の形で関わることもできる。また、「気兼ねなく相談できる」関係性が構築されているかモニタリングとフィードバックを行うことも、保険者として重要な役割である。

「地域包括支援センター・市町村レベル」の取組みの実施は、市町村自治体が主体となるが、在宅医療・介護連携推進事業以外の地域支援事業の取組みを活用することが、日常生活圏域をまとめる上で重要となる。地域包括ケアシステムの実現に向けて各事業が連動性を持ち¹³、あらゆる地域資源がつながることが期待される。

2. 在宅医療・介護連携の評価指標の提案



1) 質問項目例

「この地域は、自分以外の医療職・介護職に、気兼ねなく相談できる」
 1. とてもそう思う 2. そう思う 3. どちらでもない 4. 思わない 5. 全く思わない

※「自分以外の医療職・介護職に」の部分に、具体的専門職（例：訪問看護師）を入れて職種ごとに尋ねることもできる。

¹³ 平成30年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業。実施主体：三菱UFJリサーチ&コンサルティング

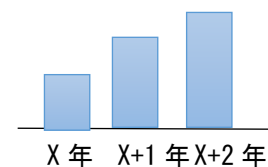
2) 調査方法の例

下記の調査方法が考えられるが、訪問介護・通所介護などで現場の実際のケアを担当する介護職を含めた、地域内の在宅医療・介護に関わる専門職全員を対象に調査することが望ましい。

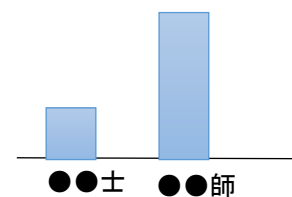
結果の信頼性	調査負担	対象	調査方法	その他
高 ↑	重 ↑	地域内の在宅医療・介護に関わる専門職全員 ※訪問介護・通所介護などで、現場で実際のケアを担当する介護職(介護福祉士・ヘルパーなど)を含める	郵送などによって配布・回収	調査実施のために予算の確保が必要となる。 回収率を上げるための工夫があると良い(各専門職団体からの協力を得るなど) 1～3年(介護保険事業計画策定年)ごとに一度実施する。
		地域内の在宅医療・介護に関わる専門職	郵送などによって配布・回収	上記と同じ。 事業所の代表者など対象者を限定すると、必ずしも現場の状況を反映した結果とはいえない。
低 ↓	軽 ↓	専門職が集まる研修などへの参加者	研修などで用いるアンケートに項目を追加する 直接、配布・回収	地域で多職種連携に関心が高い専門職のみの結果になる可能性がある。 事業評価の指標としては使いにくい。 地域の現状をざっくり把握し、地域課題を知る糸口にはなる。

3) 集計方法と見方

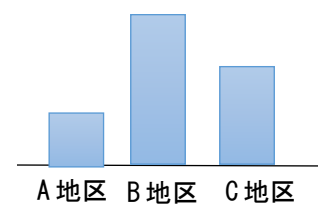
- ① 時系列で推移をみることで、連携が改善しているかどうかを把握する。



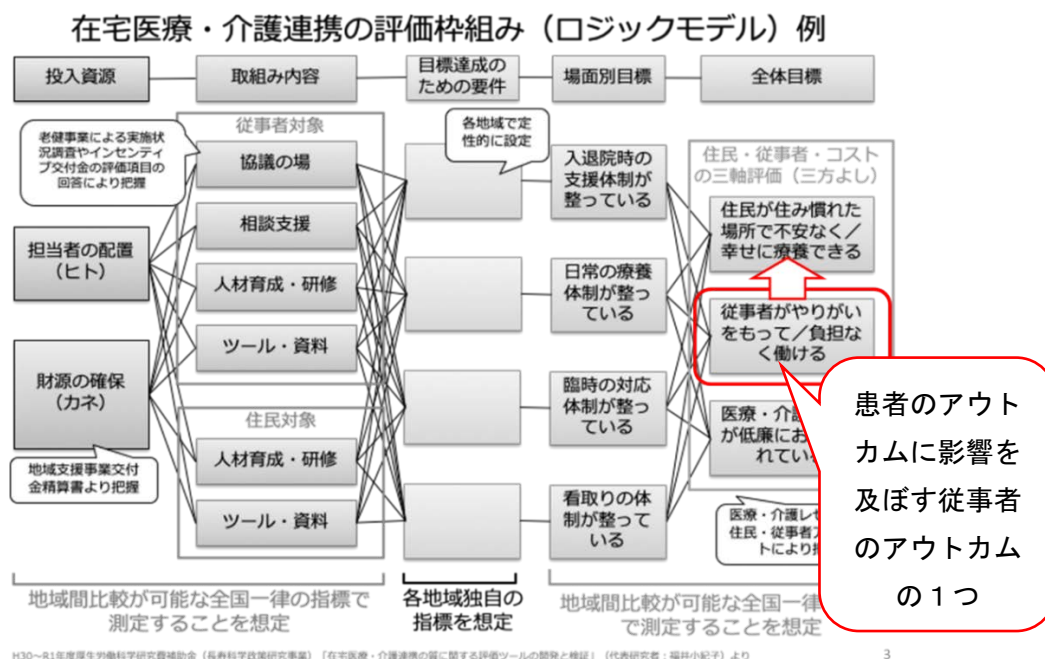
- ② 回答した職種ごとに集計し、職種で比較する。特に医療職と介護職の違いに着目することで、連携に課題を持つ職種間が把握できる。



- ③ 地域ごとに集計し、地域で比較することで、連携に課題を持つ地域を把握できる。



4) 在宅医療・介護連携推進の評価枠組み¹⁴の中での位置づけ



5) 指標分類¹⁵の中での位置づけ

評価指標の測定方法（全体・場面別目標）

場面	入退院支援	日常の療養支援（全体指標を兼ねる）	急変時の対応	看取り
ストラクチャー指標(S)	・（入退院支援系の加算を算定している施設数）	・ 在宅医療サービスの提供施設数（医師・看護師・リハビリテーション職種・薬剤師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士）	・ 夜間早朝の往診をする医療機関数 ・ 夜間早朝の訪問看護を提供する訪問看護ステーション数	・ 看取りをしている医療機関・訪問看護ステーション数
プロセス指標(P)	・（入退院支援系の加算の算定人数・回数）	・ 在宅医療サービスを受けた患者数・提供回数（医師・看護師・リハビリテーション職種・薬剤師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士） ・ 介護職の中で「医療職に相談したり話をするのは敷居が高い」と感じている者の割合 ・ 医療・介護従事者の就業満足度・生活満足度	・ 夜間早朝の往診を受けた患者数・往診回数 ・ 夜間早朝の訪問看護を受けた患者数・訪問回数	・ 看取りとなった患者数
アウトカム指標(O)	・（該当なし） SとPは主に資源の量や連携、Oはケアの質・住民の状態・費用を測定	・ 住民の主観的幸福感など ・ 療養場所 ・ 医療費・介護費	・ 訪問診療・訪問看護を受ける者のうち病院に時間外受診の回数（これが少ない方が良質な在宅医療の管理がされていると解釈する）*** ・ 訪問診療・訪問看護を受ける者のうち夜間早朝の往診・訪問看護を受けた回数（これが0だと24時間体制が確保されていない懸念が生じる一方、多過ぎる場合は適切な在宅医療の管理がされていない可能性がある）***	・ 被保険者の死亡前6ヶ月*の期間における療養場所（「日常の療養支援」の項を参照）

「日常の療養支援」場面のプロセス指標

* 被保険者の死亡前期間については6ヶ月としたが、3ヶ月、12ヶ月などそれ以外の設定も考えられる。
 ** 「在宅で療養する者」の定義については、入院・介護保険施設入居者、特定施設入居者、グループホーム入居者、サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅入居者、それら以外という区分の中で、どこで暮らしをするかをよく検討する必要がある。
 *** いずれも重症度の調整が必要であり、先行研究で示されているACSCs**などの疾患群に限定して集計することも考えられる。症例名からACSCsを定義した先行研究についてはBardsley M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-002007)などを参照のこと。

<凡例>
 ・黒字：医療・介護レポートで集計可能なもの
 ・青字：従事者アンケートで把握するもの
 ・赤字：住民アンケートで把握するもの

H30～R1年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発研究事業）「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」（研究代表者：川越雅弘）及びH30～R1年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」（代表研究者：福井小紀子）より

¹⁴ H30～R1年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」（代表研究者：福井小紀子）

¹⁵ H30～R1年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発研究事業）「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」（研究代表者：川越雅弘）及びH30～R1年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」（代表研究者：福井小紀子）

第7章 ワーキンググループによる事例検討

1. ワーキンググループ開催日

- ・第1回：2020年2月17日（月）19時～21時30分
- ・第2回：2020年2月26日（水）19時～21時30分

2. 事例の提示について

患者・利用者個人が特定されないよう、下記のような対応を行っている。

- ・ ワーキング内の発言者、および、発言の中に出てくる事業所名、施設名、市町村名は削除した。
- ・ 事例の情報は、ワーキングでの議論の論点に関連する部分のみを提示し、論点に関係ないと判断した情報は削除した。
- ・ 患者・利用者の基礎情報は加工を施した。
- ・ 年月日は、最終イベント発生日をX年Y月Z日とした。
- ・ その他、発生頻度が稀な事象など、個人が特定される可能性が高いと判断したものは削除した。
- ・ 以上の作業を行った後、事例提供者の了解を得た。

※ 地域の在宅医療・介護連携推進を目的に事例の詳細を把握されたい場合は、本調査研究事業実施事務局まで問い合わせください。

1. 第1回事例検討会 記録

発言者

A：司会

B：小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・看護師

C：訪問看護ステーション 看護師

D：社会福祉法人 代表

E：小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・介護福祉士

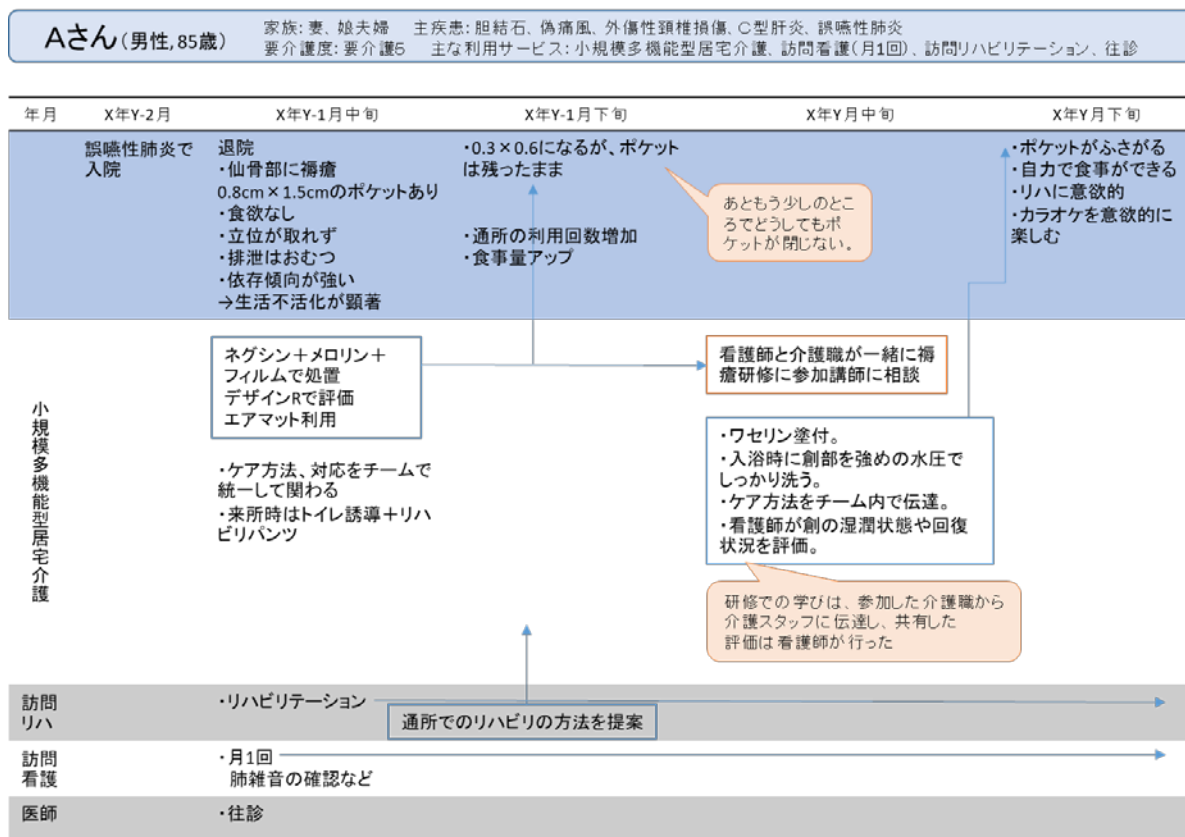
F：社会福祉法人 代表

G：訪問看護ステーション 看護師

事例 1

医療処置が必要な利用者への日常の療養支援での連携

—褥瘡のケア—



事例の概要

- ・ 誤嚥性肺炎で入院して戻ってきた方。
- ・ 仙骨部に褥瘡があり、ポケットも形成されていた。
- ・ 訪問リハが入って活動量も上げていったが、ポケットがどうしても閉じなかった。
- ・ 看護師と介護職のチームの成功体験にしたかった。
- ・ 看護職と介護職と一緒に研修に参加。どちらかという医療向けの研修で、入浴をしたときに創部をしっかり洗うという方法を教えてもらった。看護師が傷の状態を評価。これを続けることでポケットがやっと塞がった。
- ・ ご本人も趣味のカラオケに意欲的に行くようになったり、食事を楽しめるようになったりした。
- ・ 看護職と介護職と一緒に研修に参加するというのがこの事例のポイント。これが心理的安全性を支えている。

事例提供者からの補足

- ・ 小規模多機能の管理者が看護師なのでよりスムーズに進んだというはあるかもしれない。褥瘡の状況について、だいたいの予測を立てやすいので。介護職を巻き込んでいって、成功体験にしたいという見通しが立てられた。
- ・ この事業所には看護師が三人いる。多く配置すると経営も大変。そこで正規職員は一人で、あとはパートさん。一人が看護業務に入れる場合、そこで介護職に入浴について教えていくといったことができる。その場で聞けるので、介護職にとってはプラスではないか。
- ・ 看護師が一人しかいないと、入浴のケアには入れない。内服の仕分けをしたりということになる。
- ・ 小規模多機能の看護師には、「常に黒子になるように」と伝えている。黒子になった上で介護職を教えて欲しい。それがうまくいったケース。
- ・ 訪問看護をほとんど使っていないケース。月1回。訪問看護は+αの存在で、小規模多機能の中での連携が強かった。

ディスカッション

注：事例1は小規模機能型居宅介護の中の看護師と介護福祉士の連携事例だったが、訪問看護と訪問介護が別々の事業者から提供された場合の連携についてディスカッションを行った。

A （訪問看護と訪問介護が毎日入っている場合は）訪問看護と訪問介護と一緒にケアすることもできたのではないかと思います。

D 私もそう思います。ケアマネさんが意図的にそういう時間を作ることは必要ではないでしょうか。事業所が違う上、訪問看護が医療保険で入っていて、介護保険ではないとなると、サービス提供票に載ってこなくなります。余計に距離感が出ると思います。ケアマネさんがある程度コーディネートしないと訪問看護師さんにとってはきついかもかもしれません。自主性がある介護職の方なら、がんがん行くと思いますが、そうでないと受け身の姿勢になってしまいます。受け身の方ならケアマネさんの役割がますます重要です。訪問介護単独の事業所だとすると、体の勉強はしづらいですね。生活支援はできるけれども、重度のケースだと難しそうです。

A （介護職が体のことを）勉強する機会はありませんでしょうか。

E 経験年数にもよると思います。ホームヘルパー事業所に入っている方だと、施設に入っている方ほどには馴染んでいないと思います。見たことがないというか。退院時カンファレンスも含めて、今どうしてこの状況なのか、何が起きているのか、今後の見通しがどうなのかといった話があったのかどうか。それを踏まえてヘルパーさんが関われば、看護師さんとの連携もしやすくなると思います。ヘルパーが場面場面で動くのはすごく難しい場合もあると思います。管理者同士、責任者同士が連携していかないといけないかなど。訪問介護の方々がチームとして動くには、同行訪問をするときなどに責任者がそう伝えないと。それができていないというのが課題かなと感じました。それをするためには、退院時に看護師なのか、ケアマネさんなのか今後の見通しを共有しないと。

途中でできていなくても、サービス担当者会議で、修正していくことはできます。

F 先ほど、小規模多機能で看護師さんが複数名おられるという話がありましたね。入浴するとき、看護師さんが一緒に、褥瘡の洗浄をするという話をきいて、実習場面のような感じだと思いました。そういうことが繰り返されているというのが特長かなと。

このケースでも「ヘルパー」という言い方をしていますね。「介護人材」、「介護福祉士」といろいろな言い方がありますが、本来、家庭奉仕員という名前で始まり、利用者の生活支援や家族との関わりというところからスタートした仕組みですね。医療と介護、というときの「介護」について概念整理が十分にできていないと感じます。特に今回話題になっているような医療ケアが必要な方に対するとき、「ヘルパー」という言い方自体がどうなのかなと。そういうことをきちんと教育を受けた介護専門職を育てていかないといけないと思います。予防の段階、軽度要介護者、身体の障害や疾病が関係する重度の要介護者。重度の要介護の利用者に対しては、高度な技術をもった介護職がどうしても必要だと思います。そのあたりの概念整理ができていない中で、「ヘルパー」と医療という議論をすると混乱する面もあるのかなと感じました。

D 小規模多機能型居宅介護でも、訪問だけだと連携は取りづらいと思います。1日でも2日でも通ってきてもらったところで、複数の方が、看護も介護も利用者さんを見て、現場で相談ができるというところが大きいです。一人一人は自分が訪問したときにできることをするのもかもしれません。でも訪問した情報を共有するのは容易なことではありません。直行直帰の方もいます。他の事業以上に情報共有は難しいです。かつ、ケース自体が難しい場合は、連携が取りづらいと感じました。もし、デイサービスに来ているというような状況があれば、そこに見に行ってみるということもできます。

G 退院時カンファレンスのときにヘルパーさんをお願いするにあたって、訪問看護側が介護側の事情をよく把握しておうことが必要だと思います。褥瘡だけではなく、バルーンカテーテルや中心静脈栄養のカテーテルが入っているなど、医療依存度が高い方について、へ

ヘルパーさんが介護をできるかという点について、認識を共有しておくことが大切です。スタート地点はそこではないでしょうか。そして、ある程度褥瘡が治り医療依存度が下がってきたところで、具体的にお願いしたいところをヘルパーさんに提示しないと。CVが入っているだけで体位変換するのは不安だという介護職もいると思います。バルーンが入っているだけで陰部洗浄が怖いという方もやはりいると思います。そのあたりで想像力が大事です。

A 最初のコミュニケーションのとき、自分たちに何ができて何ができないのか、訪問看護として大変な部分がどこなのか、どう役割分担をするのか、という調整が必要ですね。

B 私は、最近、看護師として予後の予測を説明したというケースがありました。ケアマネさんも予後の予測ができなくて、サービス自体は整っているのに、ヘルパーさんたちがどちらを向いて進んでいるのか分からない状態になっていたのです。そこで、こちらでこういうふうに辿るよ、という説明をしたわけです。パーキンソン病など、看護職であれば予後の予測がつくという場合、看護職もコーディネーターとして関わっていかなければいけないのかなと感じる事例はありますね。

C 今、コーディネートと表現されたことは、ケアマネジメントやケースマネジメント、あるいは看護分野では看護過程と表現する機能だと思うのですね。ケアニーズに対してどう配置していくかを考える人がケアマネジャーなのですが、介護支援専門員だからといって、医療面も含めてそれをできるかという点と苦しいですね。

パーキンソン病のような疾患の場合、看護師とケアマネジャーが一緒になって考えれば、大体やれるかなという気はしています。しかし、お互いの歩み寄りがなければうまくいきません。ケアマネさん側に「このヘルパーさんと難しいから、他の方にしよう」とか「どうしたらできるだろう」という思考回路も必要です。そして、看護職のほうもおそらくケアマネさんにそういった意見を言うていく必要があります。ケアマネジメントの機能を果たしていくということだと思います。

D 一般的にケアマネさんはいろいろな職種からなられていますよね。ケアマネさんの医療依存度の高い方を持った経験も関係します。その上、医療保険を適用する訪問看護は、介護保険とは少し違った角度から入るところもあります。そこをケアマネさんがうまくマネジメントすることが必要です。困難なケースや状態が不安定なケースでは、看護師をベースとしたケアマネさんにお任せするという方法がよいかもしれません。そして、その方に看護と介護の部分の連携を取っていただくことができます。

D 看護と介護で連携するとき、看護師さんのほうが橋渡し役を務めやすいだろうと思っています。介護職さんでは分からないこともあるので、十分に連携したいと思っても力量を

発揮できないかもしれません。そこで遠慮が生じてしまうこともあるかもしれません。

A ケアマネさんですね。

D 介護職さんには、ケアマネさんに対しても看護師さんに対しても遠慮される人が多い印象があります。

A そうなのですね。

D ケアマネさんにも遠慮する人が多いように思うのです。「位が上」というような感じで。それは現場で感じます。一般の居宅のケアマネさんに対しての話です。

A ケアマネさんのほうが上と。

D というように思っているように見える、ということです。私は「それは違う」といつも言うのですが。たとえば、「何となくケアマネさんには言えない」など。先ほど出てきた、看護師さんに対する考え、と同じような思いをケアマネさんに対して抱いている介護職さんも決して少なくはないと思います。

A ケアマネさんと介護職の方の間に、ヒエラルキーみたいなものがあるということですよ。

C そういうヒエラルキーのようなものは、あるところにはあるし、ないところもあるということだと思います。全国の平均的な人数で医療職が配置されている小規模多機能では、医療依存度の高いケースはなかなか持てないと思います。訪問看護は組みにくいし、介護だけで全部点数を使ってしまう。看護職はいなかったり、仮にいたとしても、あまりケースマネジメントの機能を担ってくれないような方だったりします。おそらく、ごく一般的な居宅介護サービス事業所のケアマネさんと訪問看護、訪問介護の組み合わせでもやりようによってはできるし、小規模多機能でもやりようが必ずあります。しかし、どちらでもうまくいかない場合があると思います。

E 役割分担をもう少しはっきりとさせないと訪問介護は動ききれないと思います。やはり医療職は、専門性がはっきりしています。例えば医療の人たちが一度集まってそれぞれ役割分担をしたら、そこから先は、訪問看護、リハ、で分かれてやっていったとしても、それぞれの責任において見通しを立てながらやっていきますね。そして、必要になれば、またカンファレンスを開くということが当たり前のようにできます。ところが、介護職はまだそこ

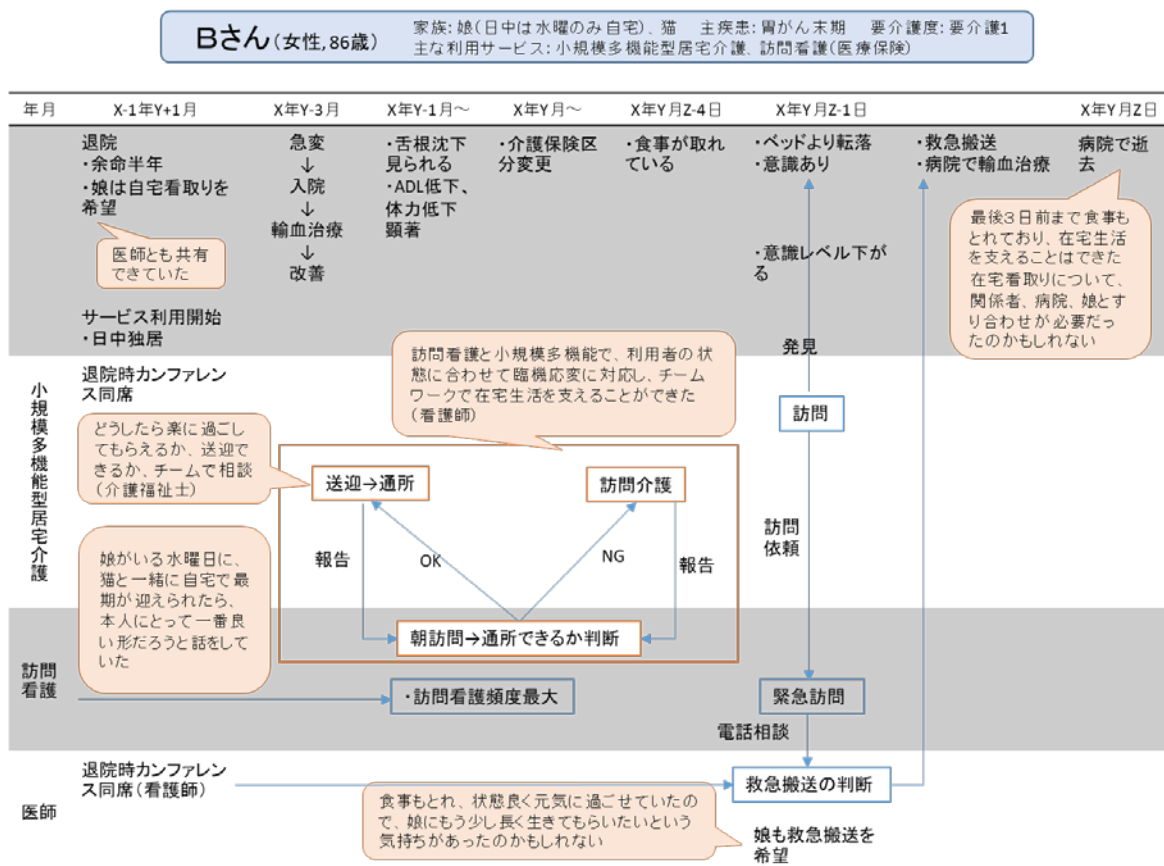
まで専門性を確立できていません。自分たちが何をできるのか、をきちんと説明できる専門職は少ないと思っています。看護職やリハ職はきちっと目的を持って関わることができるのですが、介護職の場合、生活全般をどうしていくかという話なので、焦点を定めにくいのです。訪問看護職は他の医療職、医療専門職のチームに対してするように、「私たちはケアで90分かかるから、あとはよろしくね」と介護職に投げたら、投げられたほうは、そういう仕組みにはまだ慣れていないので受け止められずにいたと。「言われたけど何をするんだ」というような話ですね。私たちは、暮らしの何を、どこを支えたらよいのか、ということでは止まってしまったというパターンだと思います。役割分担したらあとは分かれてやってもできる、という感覚で訪問看護師さんがヘルパーさんをお願いするのはよく分かります。しかし、お願いされたほうは、そういう投げられ方では受け止められないと思います。

A 自分たちでもヘルパーとしての専門性がまだよく分かっていないときに、「よろしく」と投げられても、ということですね。ありがとうございます。では、次の事例に進みたいと思います。

事例2

人生の最終段階の暮らしを支える連携

—日中独居で「自宅で最後を迎えたい」を支える—



事例の概要

- ・ 人生の最終段階を小規模多機能と訪問看護の連携でしっかり支えたという事例。
- ・ 生活を支えたのだけれども、最期は病院で亡くなった。スタッフにとっては、とても心残りの事例だったとのこと。
- ・ 胃がんの末期、余命半年、自宅で看取りたいということで退院した。水曜日だけは娘さんが日中在宅。
- ・ その方もご本人も自宅でということを目指しての退院。医師、訪問看護師、小規模多機能、すべてそれは共有していた。
- ・ 小規模多機能と医療保険で訪問診療、訪問看護を使っていた。日中は独居になるので、小規模多機能へ通ってきていた。

- ・ 夏頃に1度状態が急変して、入院。そのときは輸血治療をして退院。
- ・ 日中は、朝、訪問看護師が訪れて、その方が通所できるかどうかの判断をする。通所ができるようであれば送迎に行く。通所が難しい場合は訪問に切り替える。毎日、この方の状況に応じて通所にするのか訪問にするのかを判断するという形で支えていた。
- ・ ヘルパー（介護福祉士資格を有する）は、どうしたらこの方が楽に過ごせることができるのかを一生懸命考えた。統括看護師は、利用者の状態に合わせて臨機応変に毎日対応していた。在宅生活を支える上でチームワークが力を発揮した事例。
- ・ 食事も口から取れていたが、秋頃からADLが低下し始めて、舌根沈下も見られるようになった。かなり体力も低下して、最大限の回数で訪問看護を利用するようになった。
- ・ 1か月たった後、訪問介護が訪問した際、ベッドから転落していた。意識はあった。訪問看護師が緊急訪問し、訪問診療をしている主治医を電話で呼んだ。その主治医が救急搬送の判断をし、娘さんも救急搬送に同意をされた。
- ・ 救急搬送され輸血治療を行ったが、その晩に亡くなられた。
- ・ 介護スタッフとしては、3日前までしっかり食事も取れていたし、在宅生活を支えることができていたが、後悔が残っている。在宅看取りについて、病院のほうでも治療するという判断になっていたので、病院や娘さんとすり合わせておく必要があったのではないかと、話してくれた。
- ・ 娘さんとしては、自宅で看取りということでやってきたし、食事も取れてだんだん元気になってきていた。救急搬送の際も、「もしかしたら元気になるのではないか」という望みを持ってそうされたのではないかと思う。

事例提供者による補足説明

- ・ この小規模多機能は、X年で9年目の事業所。看取りをすることになる事例についても、積極的に、きちんと看取りまでやりましょうという方針でやってきた。
- ・ このケースでも看取りを前提としていた。ただし、この事例の前までも、介護職が皆看取りに関わられたわけではなかった。力量差がとてもしんどかった。介護職の中にも、経験の浅い人も入れば、10年クラスの経験を有する人もいる。小規模多機能で経験の浅い人にとって、最後の最後の部分はやはり体がとてもしんどくなる。患者さんにとってもそういう時期なので、下手に触ると余計に苦しまれることもある。そこで、一定の技術力を持ってから関わろうという方針でやっていた。そこへ、この事例の方がやってきたという流れ。
- ・ 日中独居だったという点が不安だった。それは娘さんも同じ。
- ・ 小規模多機能にも看護師はいるが、訪問看護と連携し、訪問看護師がしっかり入ることで、隙間をなくしていこうというプランが作られた。朝、訪問看護師が訪れて、状況によって（小規模多機能型居宅介護事業所へ）来ていただくか、来ていただかないかを決める。場合によっては、訪問看護師が乗せて来てくれることもあった（いいのか悪いのか

かという問題はあるが)。これから小規模多機能の職員が急に迎えに行くのは大変だろうから、「私が事業所の前まで送っていきましょう」と言ってくれるくらい、連携を取ってくれた。

- ・ 状態がよくない場合は、そのまま（小規模多機能型居宅介護事業所に）泊まるということもあった。
- ・ 終末期というのが決まっている中で受けたので、リハ職や歯科衛生士も関わった。リハ職が週1回巡回してきて、ポジショニングをした。歯科衛生士も週に1回巡回してきて、どういもの食べていただくか、どうしたら食べられるかというところまで相談した。
- ・ 半年と言われていた余命がとても延びていき、職員も喜んでいて。家族とも連携が取れていた。
- ・ 最終的には、緊急受診して入院されたが、看取りのために入院というよりも、希望を持って治療して帰ってくる、という思いだった。最後は後悔が残ったが、いつも介護職員などに「最後の死んだ場所、亡くなった場所にフォーカスするのではなくて、ぎりぎりまでみんながきちんと連携を取って、納得してやったかどうかフォーカスしてほしい」と伝えている。「息を引き取るころは、本人さんの運命の部分です」とも伝えている。気持ちとして、介護職は落ち込んだり、後悔したりしたことはあった、後悔はあったと思うが、最後の1日というのはね、というケース。
- ・ 身体的に観察ができる介護職を育成しないと、（医療依存度の高い利用者を）受けられないと思ってずっとやってきていた。病院の認定看護師さんをお願いして、わかりやすくかみ砕いて教えてもらうための勉強会を開いている。ここの職員も参加。

ディスカッション

A 勉強会は何の認定看護師さんですか。

D いろんな方がいます。心不全や呼吸器、褥瘡といった方々に、勉強会に来てほしいとお願いしています。介護職さんに教えてあげてほしいということです。介護職さんは体の一個一個を覚えていくというか、分かっていくというか。おそらく、そういったことを学んだことで、ここの介護職さんの体の部分に関する力量が少し上がってきていて、それでこの余命半年の方についても、すぐ「受けます」という回答になったのだと思います。

G 1点質問があります。余命半年で小規模多機能さんにご依頼された方の目的というか、ニーズは何だったのでしょうか。たとえば、通所が楽しみなど。

D 娘さんの、ご自宅で看取りたいという思いが強くありました。しかし、娘さんは仕事もしているので、何かの時に自宅で、というわけにはいきませんでした。やはり不安があった

のですね。小規模多機能であれば、急に数日間でも1か月でも泊まることができます。そういう柔軟性を求められての選択でした。

G ありがとうございます。

E 素敵な支援だなと思って伺っていました。

D 訪問看護師さんがここまで協力してくださった理由の一つに、小規模多機能やデイに配属されていた看護師さんが、訪問看護に異動されていたというのもあるかもしれません。法人内の小規模多機能に1年間くらい配属された看護師さんが訪看に入っているのです。それで、訪看側も小規模多機能の役割というか、支援の仕方を少し知っているのかもしれない。

F 僕もそれを感じました。小規模多機能の役割をこれだけ知ってくれているというのは、ネットワークがすごいなど。全国的には、そこに課題があると感じています。

A そうなのですね。それでは、この訪問看護師さんの動き方はだれでも簡単にできるものではない。

E はい。(できる人は)限られているかもしれません。

C これは同じ法人なのですか。

B そうです。うちの訪問看護のスタッフです。送迎に関しては、特定の時間帯だけ小規模のスタッフとして登録しておいて、送迎するという形で行うことがまれにあります。訪看として行うのは、本当になかなかないことだなと思います。それから、最期まで家でご家族が看取りたいと話されていましたね。最後に入院されたというのはあっても、ぎりぎりまで踏ん張ったと言いますか。医療的には、他事業所の訪看さんから「もう限界でしょう」という話が出たり、自分の訪看のスタッフから「もうご家族が限界」という話が出たりすることがあります。ただ、「ご家族が限界」というのは、スタッフが決めていたりするのですよね。ご家族だけで考えると無理があるけれども、小規模多機能と訪問看護、訪問診療があれば、もう無敵だよという話をしています。柔軟性と、誰が限界を決めるのかということを見ると、思いの共有というところが大きいだろうなど。

D あともう一つ工夫していたことがあります。各事業所から集まって行われる朝礼があるのです。訪看から1人、小規模多機能から1人が参加しています。両者が共有している

利用者さんがいる場合、そこで申し送りができます。それも日々の連携がうまくいった要因かもしれません。

A そこで情報が共有されるということですね。

D はい。1日の情報が共有されて、それを受けて、朝、訪問することができます。もしくはその日訪問する予定の方に一報を入れることができます。それはよかったのかもしれませんが。

G このケースでは、本当にうまく連携が取れていますね。介護負担が重いときに、宿泊ができるというのも小規模多機能ならではのなと感じています。結果論はもうしようがないと思います。ベッドからの転倒はイレギュラーな事象だと思いますし、それでそのレベルが低下したということが衰弱の一因だったと思います。回復の見込みがどうなのか、救急搬送することによる利益はどれくらいなのか、というところは医学的な判断であって本当に難しいところですね。結果的にどうなるかは分からないところなので、症例全体としてご本人の意向やケアの提供という面で見ると、よく連携が図れていた事例なのかなと感じます。

B この事例を通してみると、利用者の医療的、あるいは身体的側面だけではなくて、社会的文化的な背景、生活に関することがしっかり共有されていたように感じました。それは朝のミーティングだけでできたのでしょうか。それとも、それ以外の部分でも共有されていたのでしょうか。

G Y月Z-1日(死亡1日前)時点の見立てでは、どのような予後だったのでしょうか。まだあと1~2か月ぐらいいはありそうだと、というような共通認識があったのでしょうか。

D 目に見えた衰弱はなかったです。最初の予後予測から考えると、だいぶ進んできてはいましたが、ドクターも含めて、数日間で(亡くなるというような見立て)ということはありませんでした。

C 80代後半ですよ。60歳だったら小規模多機能に入れたのでしょうか。私にも分からないのですが、小規模多機能の利用者層や具合で違うとは思いますが。

B 訪問だけで支えたかもしれないです。

C このお歳だと、がんの進行が緩徐かなと想像します。介護の要素が強くなることや、社会的な要素へも対応するとなると、臨機応変な対応ができる小規模多機能(がよいのかもしれ

れません)。この事例をケースマネジメントの観点でみたとき、私がもう一ついいなと思うのは、朝に訪問看護がラインで入っているという点です。それによって訪問看護師が実際に見て、1日の流れのアセスメントをすることができます。小規模多機能のどなたかが迎えに行き、そこで判断できるかという点、少しそこは（疑問があります）。できるかもしれませんが、がん末期という特性なども踏まえると（難しいような気がします）。もし、訪問看護が後ろのほうだった場合、もろもろの組み合わせが変になる気がしました。経営という点でも、訪問看護のシフトを組む場合は、朝一番の固定された時間にしたほうが楽です。

A 経営的にも。

C 小規模多機能のよいところは、通い、訪問、泊まりを臨機応変に使い分けられるというところですね。その臨時対応を訪問看護に渡されると、しんどくなってきます。もちろん緊急のときに行くのは当然なのですが、日常的に臨機応変な対応を重ね過ぎると訪問看護側がつかなくなってきます。

D 実は、訪問看護師さんが朝、行く理由として、状態観察ができるから、というのも確かにあります。一方で、小規模多機能側にとっても、朝は業務が一番重なる時間です。他にも訪問があり、送迎があります。朝、見に行き、今日はどうするのかという部分の分担をお願いした、という面があるのは確かです。これは言っていないでしたけれども。小規模多機能のスタッフで迎えに行くかもしれないというスタッフは、携帯電話を持っています。送迎をしながら、訪問看護師さんがみて、（通所）オーケーですよ、という場合に連絡をもらって、そのまま（そのお宅を）回ってくる、という連携（の在り方は考えられるの）だと思っています。効率はよかったのではないのでしょうか。

B 私の場合、身体介助や判断が必要な利用者さんの場合、朝一で（訪問を）入れることが多いですね。

D そうですね。訪問看護師さんが朝一で（訪れて）、日中の様子観察や注意すべきポイントについて、小規模多機能側の看護師に連絡を入れておいてくれます。そして、受けた側の小規模多機能の看護師が昼間の状態観察に入っていく形になっています。

A その連携もスムーズになっているのですね。

D はい。もし（利用者さんが）泊まれた場合、緊急コールや何かあった場合、夜勤職員は小規模多機能の看護師に連絡をして、そこから指示をもらうというように役割分担を決めています。

B 訪問看護、小規模多機能と分かれていても包括的にケアができるという形であれば、朝のケアを担当してもらえると、小規模多機能側にとっては楽になる部分がありますね。そして訪問看護側としても朝が見られるのは、いいですね。分担もできて、包括的で良いなど。

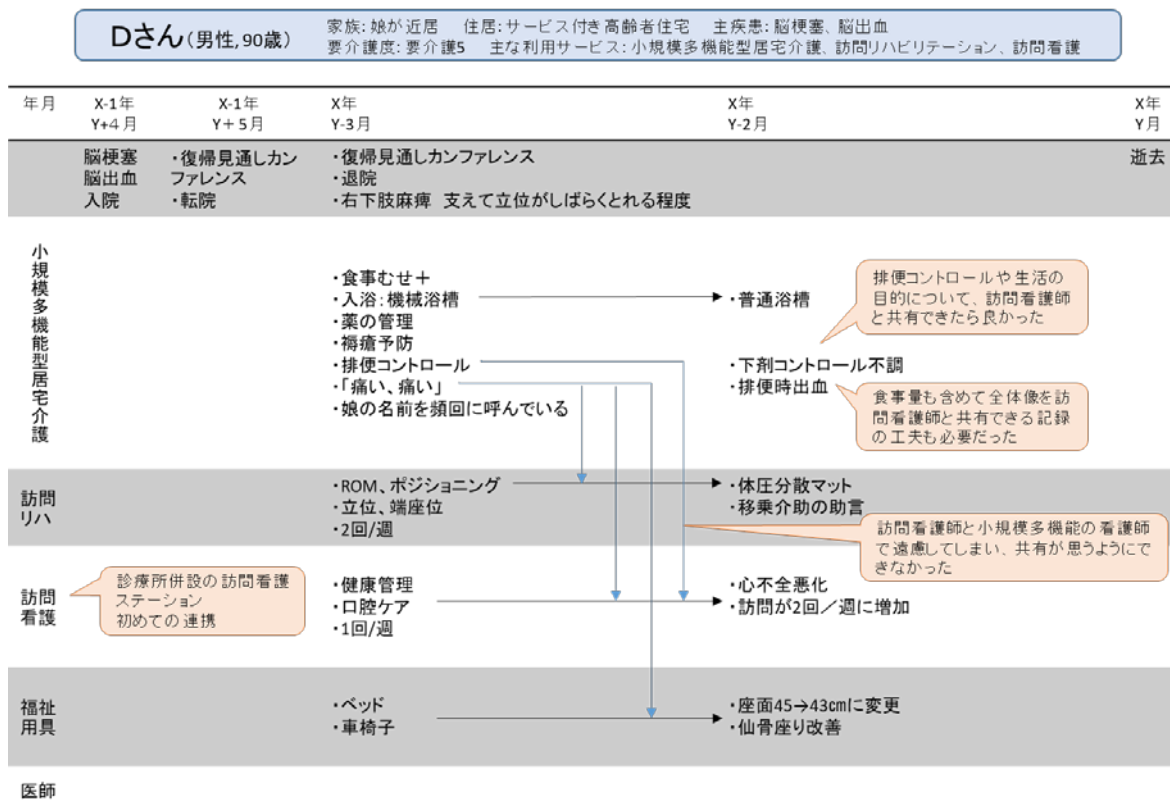
A 朝に（訪問看護師が）入ることは、小規模多機能側にとっても訪看さん側にとっても互いにやりやすいということですね。

B そして利用者さんにとってもよい。

A もちろんそうですね。利用者さんもそうでした。大事なところを忘れていました。ありがとうございます。この事例については、ここまでにさせていただいて、次の事例を紹介させていただきます。

事例3

日常の全身的な管理における連携 —排便コントロール—



事例の概要

- ・ 排便コントロールをどこが担うのか、という点で少し課題が残ったと感じた事例。
- ・ 90歳の男性で、サ高住（サービス付き高齢者向け住宅）に居住。小規模多機能を利用。訪問リハと訪問看護、福祉用具と医師の訪問診療を利用。脳梗塞、脳出血でX-1年に入院し、Y+5月に転院。そのとき、カンファレンスが行われて、X年Y-3月に退院。そこから利用が始まった。復帰見通しカンファは退院前にも開かれた。
- ・ 転院するときにまたサ高住に戻りたいという希望。そのためにリハビリテーションを頑張るため、転院。
- ・ 退院するときにカンファレンスをして、サービス調整を実施。入るときにかなりしっかり役割分担が成された。
- ・ 小規模多機能は、食事、入浴、薬の管理、褥瘡の予防、排便のコントロールを行っていた。
- ・ 利用者は娘さんの名前を呼びながら、「痛い、痛い」とかなり強く訴えていた。

- ・ 訪問リハは週に2回、ROM (Range of motion、関節可動域リハビリテーションのこと) とポジショニング。立位と端座位の訓練。
- ・ 訪問看護は併設の訪問看護ステーションから。そこが、健康管理と口腔ケアを中心に入っていた。
- ・ 福祉用具がベッドと車椅子で入っていた。
- ・ 「痛い、痛い」という訴えについて、訪問リハビリテーション、訪問看護、福祉用具とで共有。この訴えに合わせて、1か月後には方針が少しずつ変わっていった。小規模多機能側としては、排便コントロールに関しても、もう少し訪問看護と共有してやりたかった。しかし、あまり返事がなく、心不全が悪化した。週2回に訪問看護が増えていたが、排便コントロールにはあまり関わっていなかった。
- ・ 「痛い、痛い」という訴えについて、恐らくお腹も心も体も関わっていて、それで排便コントロールがちょっとうまくいかなくなっていた。最終的にはY月に亡くなった。結局最後まであまり排便コントロールがうまくいかず、血便も出ていたようである。
- ・ 亡くなられたものの、お嬢さんはもう満足しているということであった。しかし、下剤の使用や排便コントロールのことで、訪問看護師ともう少し共有ができたなら良かった、と小規模多機能のスタッフは思っている。
- ・ 食事量も含めて全体的にアセスメントが共有できる、内容が共有できるような取り組みができたならよかった。
- ・ 訪問看護師は初めて連携する相手だった。それで、なかなか小規模多機能側のやり方や方針を理解してもらえなかった。

事例提供者による補足説明

- ・ 脳梗塞と脳出血で入院される前から付き合いをしている方だった。その前は要介護2で自立歩行もできていた。退院してきたときには、何とかようやく支えて立位がしばらく取れるか取れないかぐらいの状態。左・両下肢麻痺であった。
- ・ 入院前は話もしっかりできていて、自身がやりたいことをしっかり伝えてくれた。
- ・ 退院してきた時、食事は右手を使って自分で食べられていた。それ以外の部分はほぼ全介助になっていた。
- ・ 帰ってきてから「痛い、痛い」という訴えが多くなっていた。小規模多機能の皆で話し合っていたところ、痩せてきていたので、座っているときも姿勢によっては骨の部分が痛みそうだと、という話がでた。そこでポジショニングだけではなくて、座位の体圧分散のマットを使ったり、椅子を変えたりした。それから、福祉用具の方と相談して、車椅子の座面の座幅を変えた。
- ・ 「娘がすぐ近くにいるので呼んでくれ」とよくおっしゃった。そのあたりもサポートをして、娘さんにもよく来ていただけるようになり、いろいろな「痛い」が改善していった。

- ・ 「おなか痛い」というところだけがうまく改善できなかった。下剤が処方されていたが、すっきり出るような感じではなく、泥状便が出たり、下痢になったりしていた。
- ・ そこを何とかしたいということで訪看さんにも働き掛けていたが、「いやいや、あなたの小規模多機能の中にも看護師がいるから、そっちでされたらどうですか」と言われた。小規模多機能側の看護師も「私がするの?」といった感じで、お互いの意地の張り合いのようになったこともあった。そのあたりのことをチームとして、もう一度踏みとどまって考えることができなかったという点で悔いが残った。
- ・ 排便コントロールについてはいろいろなことがあったが、後半になると、それ自体がそれほど「痛い」という訴えにはつながらなくなっていた。看取りのときは、比較的穏やかに過ごせた。最期は、娘さんが2日ほど泊まっていた間に、手を握りながら亡くなられた。ご本人も大好きな娘さんと一緒に、それは良かったとは思っている。
- ・ 今まで付き合いのなかった訪問看護ステーションとやりとりをするのにとても苦労した。訪リハや福祉用具とは、コミュニケーションも取りやすく改善のための手が打ちやすかった。
- ・ 自分たち自身も、もう少し全体像の情報を出して、本当に下剤が必要なのか、食事の内容や量をどうしたらよいのか、といったことを一緒に相談できたらよかった、と反省している。

ディスカッション

A 排便コントロールをどこがやるのかという、問題ですよ。みんながやることなのですが。

E そうなんですよ。本来はみんなで見るとのことなのですが。

A いかがでしょうか。

G 下剤の調整といった、お薬の管理は小規模多機能の看護師さんがされていたのですか。

E お薬については、訪問看護とその診療所のかかりつけの先生とずっとされていました。小規模多機能の看護師としては、そこに働き掛けるという形で動いていました。

G 小規模多機能の看護師さんと訪問看護師さん同士のコミュニケーションはあったのですか。

E それが……。

G なかなか？

E 毎回は会えないです。(先方が) 訪問されたときにタイミングが良ければ、うちの(小規模多機能の) 看護師が行くという形になっていました。

G 普段のコミュニケーションは、小規模多機能のスタッフさんと訪問看護師さんとでとっていたということでしょうか。

E そうですね。

G 訪問看護師さんと小規模多機能のスタッフさんとは、排便コントロールの相談はしにくい関係だったのでしょうか。

E というよりも、(訪問看護師さんを) 捕まえるのが大変だったような気がします。

G 入っているときに介護士さんたちが一緒に入ったり、その状況の報告を受けたりするということが。

E そうですね。こちらからこの時間だぞとってお部屋に行かないと出会えないのです。そのタイミングをつかむのが大変だったかもしれません。ただ、訪問看護師さんが来ているときに、介護やケアマネのスタッフが皮膚の発赤の状態を伝えたりしていました。でも、あまり信頼されていなかったのかもしれない。

右足の爪が剥がれたと伝えたのに、訪問看護師さんは左足の爪にガーゼを貼って帰られた、というようなこともありました。そのようにコミュニケーションが取れていなかったくらいなので、率直に意見交換ができるという関係にまではなっていなかったと思います。

G 小規模多機能のスタッフさんが訪看さんをあまり信頼してないということですね。

E そういう場面があった、ということは、(信頼感の欠如が) どこかにあったかもしれないですね。

B 情報共有もできないなと思って、訪看を切り替えたということがありました。この人たちとは理解し合えないかも、というときにそれはしました。

E 主治医の先生とついて来られているので、変えるのはなかなか難しいのです。その関

係がありました。

B 主治医の先生はどう思っいらっしゃったのでしょうか。

E そこまで踏み込んでよかったかもしれないですね。「お宅の訪問看護ステーション」と、そういう切り込み方はしてないですね。両方に働き掛けても良かったかもしれないですね。

D 主治医の先生と同じところの訪問看護さんということですね。

E はい。

D セットで入られているので、主治医とのコンタクトは主に訪看さんが取られています。小規模多機能の看護師よりも訪問看護さんが主治医とのコンタクトを密に取るという形です。そうすると、小規模多機能の看護師としても主治医への連絡は訪問看護側にお願ひしようかな、となっていたのかなと思うのです。

E 医療と看護というよりは、看護と看護での遠慮のし合いのような部分もあったかもしれません。

D もしそれがあるとすると、全身的な健康管理、口腔ケアが確かに成されているのかわからないですね。されているとしても、訪問看護師さんは週に1回か2回しか入らないので、生活に直結した内容、たとえば排便に関しては小規模多機能の看護師のほうで預らせてもらうというやり方もありますよね。医師への報告についても、「これに関してだけはうちのほうで状況を報告させていただきますでしょうか」と。全ての内容について、マウントを取るのはやめたほうがいいと私も思います。訪問看護と医師の信頼という問題もあります。

日常生活については、日々関わる介護職などのほうが分かります。1週間分、2週間分の状態を報告させていただくのはこちらから、という形です。その上で、たとえば内服調整などの指示は訪看さんのほうにさせていただければ、それに従います、と。そうもっていかれても良かったのかと思います。

E なるほど。

D 遠慮されているんだろうなというのはよく……。

E そうですね。他の場面でもとても気を使っていると思います。

C 「食事量も含めて全体像を看護師と共有できる記録」と書いてありますが、これは実際にはなかったけれども、何かあったら良かった、ということでしょうか。

E この方のケースでは使っていないのです。しかし、そういう情報共有シートを使ってみたくいくこともあります。最近、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が出したライフサポートプランというケアプランのシートの中に、補助シートとして情報共有シート¹⁶というのがあります。そこに、1週間分の食事量といったインと、排泄のアウト、そして睡眠の状態などをまとめて記録をして、俯瞰してみることができます。認知症があって、せん妄などが出てきそうな方に対して、こういったシートを使って先手を打つようなことをしています。そういったシートなども使いながら、みんなでもう少ししっかりと状態を把握しても良かったかなと思っています。

C この事例と直接的に関係ない話も含まれますが、サ高住に週1回だけ、あるいは2週間に1回だけ、というような頻度で訪問することがあります。今の排便のお話のようなことはよくあるな、という感じがしています。きたおおじさんだから、これをネガティブなケースとして扱われていますが、全国的にはよくある話だと思います。だからこそ、今回の研究事業では、そういった課題をどう突破していくかという話が入っていたほうが良いだろうと思います。

一般的なサ高住では、ヘルパー事業所しか付いていなかったり、1階に併設されたデイサービスに居住者が通っていたりするところが本当に多いです。ヘルパー事業所だと看護師はいません。では、サービス提供責任者とどうやるかという話になります。通所介護の事業所だと看護師はいるのですが、その看護師がケースマネジメントの機能を果たしてくれたというケースはほとんど見たことがありません。排泄や食事のことというのは、2週間に1回や週に1回行っても分かりません。今おっしゃったような1週間の記録を、理想的にはオンラインで共有して、常に更新してほしいのです。それを見ておかしいなと思ったら、体重の変化も含めてすぐ言うことができます。ただ、それはうちでも実現されているケースはほとんどありません。次善策として紙で1週間という状況です。

ただし、入居されている方全員分がそうなっているということもほとんどありません。こちらから投げ掛けて、ようやくそうしてくれるかなという状況です。その背景には、サ高住の介護のスタッフがとても忙しそうとか、人手が足りなさそうです。そこは小規模多機能ではなくて普通の訪問介護です。系統的に必ず食事量や排便を記録してくれていないことが多いです。申し訳ないなと思いつつ手間を割いていただいたのに、結局、こちらが見て

¹⁶全国総規模多機能型居宅介護事業者連絡会、ライフサポートプラン記録用紙補助様式「情報共有総合記録シート」<http://www.shoukibo.net/lifesupportwork2019/index.html>

も便が出ているのか出ていないのか分からないということがあります。その辺は、とても難しいですね。

そういうときの排便管理となると、訪問したときに全力でフィジカルアセスメントをするということではできません。もちろん、その方の排便のペースにもよりますが。しかし、それは連携では全くありません。本来は、日々の食事量や水分量といったいろいろな情報をもとに、「大丈夫」なのか、「何かおかしいことが起きているな」ということを感じるべきなのです。しかし、1週間に1回の訪問時に触診や聴診、脱水徴候を見る、ということをしてやるような形になっています。今のケースはむしろ良いほうだと、残念ながら思っています。

B オンラインで情報共有するとすると、ライフサポートのシートで抜けが出るのですよね。この人だけ、と決めても、動きのある事業所であるが故に、申し訳ないのですけれども抜けてしまいます。そこで、オンラインで排便量だけ、たとえば卵1個分なのかといった内容を週2回上げると決めました。月曜日と水曜日には、便だけをオンラインに上げる。ご飯の量や水分摂取量が明らかに少なくなったらそのときにも上げるといった形で、端的なものを継続できるようにしました。

究極（の選択）でしたけどね。お互いの間を取りながら。その方は、入浴すると排便ショックを起こして、お風呂場で意識消失してしまう方だったのです。介護のスタッフも困っていました。しかし、最初の頃、訪問看護が入るのは2週間に1回でした。「邪魔をされたくない」と言われましたね。そこから、「意識消失するのはあなたも大変でしょう」という話をして、データも先生たちに出して、先生たち、訪看さんからも説得してもらいました。介護としても妥協して、継続可能なデータの共有に協力してもらおうと思いました。

必死にできるところだけやっていると、「必死なんだな」というのは伝わります。うちのスタッフの場合、食事に関しては、ヨーグルトだ、オリゴ糖だ、それぞれに合うものは何だろうな、この人は寒天が合うのではないかと伝えていくことはしていました。しかし、なかなか難しいですね。

C 看護でも必ず漏れが生じます。私が働いていた病院では、各勤務帯でやるのが看護計画の中に入っていて、電子カルテで入力欄が自動的に出てきます。すると、その計画が変わらない限りはロボットのように入力します。訪問看護でいうと、記録書IIのような文書の中に「必ずこの項目は聞くように」と書いてあるのです。看護職はまじめなのでそれは絶対抜けないのですよね。将来、そのようになれば、ヘルパーさんの記録も抜けないのかなと。

現在の手書き方式は、一律のフォーマットで何でも書ける分、何を書いていいんだか分からない状態になっているとは思っています。ケアプランや看護計画と実施項目や観察項目が連動しているような記録体系になると、訪問看護の側から連絡ノートに「これを見ておいてほしい」と書くと、申し訳ないぐらい詳細に書いてくださる方が多いと思います。ヘルパーさんにはまじめな方がとても多いので。

おっしゃる通りで、連携する内容を明確にしていないと駄目だと思います。何でもかんでも書くように、というのは怒ってよい指示だと思います。ただ、そういったことはなかなかヘルパーさんからは言い出せません。看護の側から言うときは、できる範囲のことをお願いする、という形がよいのかなと。

E 今のケースでは、外部の人とそういったネットワーク環境を共有できていなかったという問題がありました。(事業所の)中ではそれがあります。そこで、先ほど出たシートを使ってみることもあります。外部の訪問看護や他の事業所さんとそういった形のネットワークでつながっていると、やりやすいことはとても多いのではないかと感じます。

D 一般の在宅以上に、サ高住だと中での連携は取りやすいですね。ただ、そこではない方との連携は少し取りにくいかもしれません。いろいろなことが、中である程度完結してしまっていますよね。職員さんの中にもそういった認識があるかもしれません。こういう事例を通じて、外部のサービス事業所と今後どのように関わっていくのかということが一つの課題になれば。ツールを開発していくというか、どういうやり方がいいのかを模索して挑戦していくというのは大事かと思います。

反対に外部側、たとえば私が訪問看護でサ高住に入るとしたら、結構安心してしまう気がします。サ高住だとある程度のことは整っているのも、一般のおうちに行くよりも、向こう側もやってくれるのではないかと、というような安心感が少しあると覆います。それがかえってお互いの遠慮を産んでいるのかもしれません。「そっちでやってください」というか。それならば、その部分もこれから明確にしていきましょう、ということを一箇一箇の事例で積み上げていくといいのかなというのは感じました。

E ありがとうございます。

総括コメント

A もう時間が来ましたので、最後に一言ずつ、重要なポイントやご感想を頂けたらなと思っています。

D 私は、病院から在宅に出たときに本当に衝撃を受けました。介護職員さんが分かっていないことがまだまだいっぱいありました。素人レベルだと思えるようなこともいっぱいありました。その差をどうしたら埋められるのか、という問題意識でいろいろなことに取り組んできました。一般的に、介護の事業所に属していて、在宅に出てこられる看護師さんは、もともと病院に勤めていた方が多いと思います。事業所側も「病院を経験しました」と言われると、採用することが多いのではないのでしょうか。しかし、病院と在宅や介護といった分野とで、看護師の役割には少し違いがあります。そこをしっかりと勉強する機会やツールがあればいいかなと。たとえば、そういった研修が頻回にあって、毎回でなくともそこに行って少し視野を広げる、など。ポイントが少し違う、というところを学ぶことが大切です。おそらく病院に勤務していた方は院内だけの、いわば箱の中のものを持って在宅にいらっしゃいます。そこで介護職や在宅側とずれが生じるような気がしています。そういったところに少し切り込んだほうがいいのかと思います。

A ありがとうございます。今日伺った中でも、看護師として資格は同じでも、立ち位置や役割が違うということがよく分かりました。

G 医療依存度が高い場合、訪問看護がある程度イニシアチブを取って、ケアマネジャーさんと協働してケアマネジメントしていくのがよい、あるいはそうしていくべきだろうな、と思っています。その上で介護職にお願いする、という感じでしょうか。やはり医療面での管理が必要なので。在宅医療において、こういう方は今後増えていくので、そういった連携のあり方は重要かなと感じました。

B なかなかない貴重な時間を頂きました。私が介護職のそばにいて感じること、尊敬することは多々あります。利用者の方に寄り添うという面では、看護師以上だと感じることもあります。互いに学び合える関係性であることが大事だと思いますが、どうしても看護師は「怖い」というイメージはあるようです。今日うちのスタッフに「看護師について」と聞くと、「怖い」や「話を聞いてくれる存在だとは思っていない」といった話が出ていました。私自身もその間を取り持っていきたいなと思うところはあります。総合病院であっても、訪問看護さんとの連携であっても、目の前の人の健康、その人らしくというところに働き掛けていきたいなと改めて感じました。ありがとうございました。

F 今日はありがとうございました。訪問看護師さんが小規模多機能との連携の現場で情報共有していて、介護現場のことをよく理解されているなど感じる経験をされたというお話がありました。私の地域では、病棟看護師さんが小規模多機能で実習するということが何年か繰り返されました。私ども地域密着型の事業者交流会に地域の看護協会から依頼があったという形です。そのレポートは感動的でした。「病棟とは違う」と。あるいは地域で暮らす認知症の方について、など。それを読んで、改めて医療の専門職の養成課程でもう少し地域や生活の場面を取り入れられたらいいのかなと思いました。

一方で、先ほど申し上げたように、介護の専門職は圧倒的に本人と接する時間が多いです。しかし、200万人の介護職全員が高度な専門職になる、というのは無理だと思っています。せめて小規模多機能のリーダーさんぐらいは、そうした専門職になればと考えています。今、認定介護福祉士の養成では、医療や薬のこと、看取り、リハなどについて、看護師さん並みの基礎教育を受けた人材を作って配置するということができればと考えています。20年ほどかかるとは思いますけれども、介護の側もそういう養成課程を含めて努力が必要かなと思っています。今日の話聞いていますますその感を深めました。ありがとうございました。

E 今のお話と同じです。お互いに何ができる人なのかを理解しながら協働していくということと、同じ場면을共有していくことの重要性を感じました。今回の事例でもそうでしたが、そして、そういった連携や機会を意識的に作っていくことが大切ですね。今のお話にあった基礎教育という機会も重要です。その上で連携の在り方についても、今日ご意見をたくさん頂いて、考えるきっかけになりました。ありがとうございました。

C 最初に出てきた、「介護職が医療職に遠慮する」という話については、私も明文化はしていませんが、同業者にそういう話はしているような気がします。個人レベルの話ですが、事業所や法人レベルの取り組みに昇華することは恐らくできるのではないのでしょうか。それは、残念ながら医療職の側が言ってあげないといけないのかなと。介護職の側がいくら言うてくださってもなかなか変わりません。看護と介護の関係であれば、看護側が言わなければいけないでしょうし、医師と看護師の間であれば、医師が言っていかないといけないと思います。それは前から考えていることでもあります。

C たとえばうちの訪問看護ステーションであれば、「介護職に対して上から目線でものを言わない」ということを組織として伝えていきます。それは個人レベルの取り組みかもしれませんが、それが法人のルールになっていけば。

A 黒子としての役割を。

C そうです。それと全く同じことです。風土としてそう言っていけないといけないんだらうなど。ヒエラルキーができることに、管理者が加担している場合もあります。管理者自らが「黒子に徹しろ」というようなことを言っていくことも大事です。

ただし、医療面での管理まで放棄することとは全く違います。声の掛け方一つだと思えます。さきほど話したパーキンソンの方のケースでは、怒ってくるようなケアマネさんで、結構強いんだらうなどは思いますが、我々のほうが専門性があるわけなので、ケースマネジメントの機能は失礼ながらほぼ完全にこちらが持っているわけです。毎日行っていますし。しかし、ケアマネさんに接するときは、常に敬意を払って接しています。やり方次第かなと感じています。

まともりませんが、ヒエラルキーがあるとは思っているので、上のほうから言っていけないとしようがないなど。

2. 第2回事例検討会 記録

発言者

A：司会

B：小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・看護師

C：訪問看護ステーション 看護師

D：社会福祉法人 代表

E：小規模多機能型居宅介護 介護支援専門員・介護福祉士

F：社会福祉法人 代表

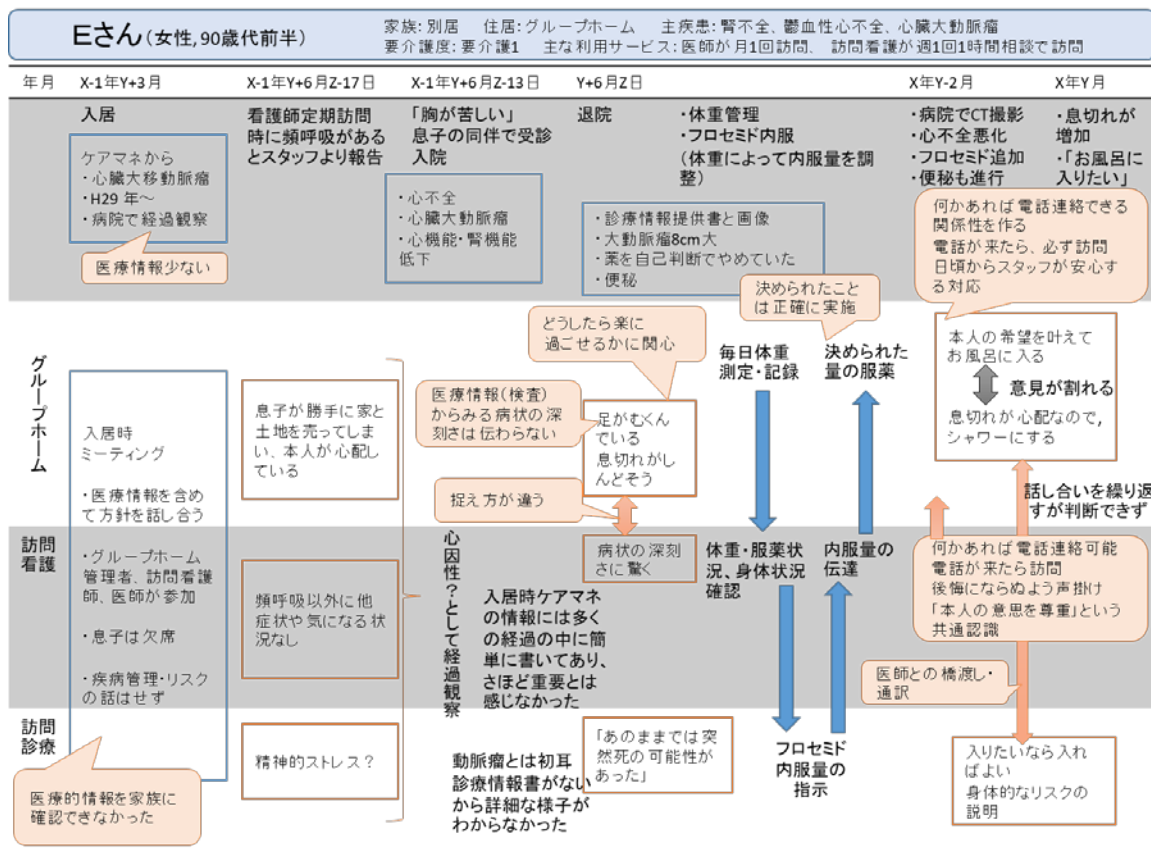
G：訪問看護ステーション 看護師

H：居宅介護支援事業所 介護支援専門員・社会福祉士

事例 4

急変のリスクがありながらも本人の望む暮らしを支える連携

—心不全の管理—



事例の概要

- ・ 90歳代前半の女性で、グループホームに入居。
- ・ 腎不全、うっ血性心不全と、心臓に大動脈瘤があった。
- ・ 要介護1の認定。
- ・ X-1年のY+3月末に入居されたときにミーティングが行われ、グループホームの管理者と訪問看護師、医師とで、どういう方針でいくのかの相談が行われた。
- ・ 入居時のミーティングが始められたきっかけには、前の事例（医療情報が少なく、入居されてすぐ、医師の診察がないままに救急搬送されて看取られた）がある。入居時に医療情報をしっかり把握しておかないと、ということで3者での集まりが始まった。
- ・ 入居時ミーティングには、息子が欠席。疾病管理やリスクの話はなかった。

- ・ 入居して2週間後、訪問看護師が定期的に週1回訪問して相談に乗っていた。そのときにグループホームのスタッフから、頻呼吸があると言われた。息子が勝手に土地を売ってしまったので心配だということも言われた。そうした情報と、特に症状が見受けられないことから、訪問診療の医師も、精神的なストレスではないかと考えた（心因性の頻呼吸の経過観察）。
- ・ その4日後に胸が苦しいということで、息子同伴で病院を受診。心不全、心臓の大動脈瘤が見つかり、心機能と腎機能がかなり低下しているということが判明。入院した。
- ・ 訪問看護師によると、入居時のケアマネからの情報にはさらっと書いてあっただけで、さほど重要だと感じなかった。具体的には、心臓大動脈瘤で、2017年から病院で経過観察中とだけ書いてあった。
- ・ 医師は、「大動脈瘤については初耳だ。診療情報提供書がないので詳しい様子が分からなかった」と驚いた。Y+6月Z日に退院したとき、診療情報提供書が家族から医師に共有された。心臓に8cm大というかなり大きな大動脈瘤があった。画像を見て、かなり驚かれたよう。
- ・ 自己判断で薬をやめていたり、かなり便秘が進んでいたりすることも分かってきた。訪問看護師も医師も、「こんな爆弾を抱えていたとは」とその深刻さに驚くような状況であった。
- ・ 医師は、あのままでは突然死の可能性があったと記録に書いていた。
- ・ 介護スタッフは、どちらかという、「足がむくんでいる」や「息切れをしてしんどそうである」といった内容に関心があったようである。
- ・ 介護の方は現象について説明できるものの、病状や治療関係、なぜこの症状が出ているのか、といったところには、なかなか関心が向かわない、ということ。医療関係の検査値だけでは、深刻さがなかなかスタッフには伝わらない。
- ・ 最初の時点で、家族がいなかったが、家族に対して「過去に大きな病気はありましたか」と必ず聞く。すなわち、医療の情報をきちんと医療者が把握しておくことが大切だろうと言われた（事例提供者から）。
- ・ 利尿剤のフロセミドを内服。体重によってフロセミドの量を変えなければならないので、グループホームで毎日体重測定もされており、その記録もされていた。看護師がそれを確認して、服薬状況も確認して、医師に報告して内服量が決まっていた。そして、その内服量がスタッフにも伝えられていた。決められた量の内服もきちんと行われていた。
- ・ 利用者は風呂が好きな方だった。ただ、かなり息切れがあるので、介護の方、スタッフの方が心配をしていた。本人の希望をかなえるべきか、シャワー浴にするのか、という会議を開くぐらい、介護職としては真剣に考えていた。訪問看護と医師に対して、その意見を尋ねたところ、医師は「入りたければいいですよ」という答えだった。看護師も、「ご本人の思いを尊重して入浴してはどうですか」と働き掛けていた。

事例提供者から追加説明

- ・ 医師とグループホームの間の橋渡し、通訳のようなことは大事だと考えた。
- ・ 介護のスタッフには、リスクはあってもなるべくやりたいことの制限はしないという姿勢で取り組んでいる。何があってもリスクはあるので、後悔にならないような声掛けやフィードバックを心掛けている。
- ・ 本人の意思を尊重したいという共通認識を持っている、というフィードバックは必ずしている。
- ・ 何かがあれば、連絡ができるという関係性を保っておくことが大事だ。電話が来たら必ず訪問して、スタッフの方が安心するような働きかけで関係性をつくっていく。

ディスカッション

A この場合、医療情報をそのまま把握できないでいたら、おそらく急変が起きたのだらうと思います。そもそもケアマネさんから来た情報にも、それほど医療情報は入っていなかったようです。このあたりのことが皆さんの事業所ではどうなっているのか、といったお話や、どうすればよいのか、といったお話を伺えればと思います。

B 最近、私に関わらせていただいた事例の中では、医師と医師との間の連携で情報提供が問題になったことがありました。精神疾患を患っている方で、コーディネートする方がいませんでした。精神科の先生は、「急性期の病院から問い合わせがあったら言うよ」と言っていて、急性期の病院側は「そちらから直接来るものだろう」と言っているという話がありました。一般的にお医者さん同士は難しいものですかね。最近そういうケースが多くて。

C 人によるのではないのでしょうか。

B やはりそこにつきますかね。

C 知らない間に電話している人もいますしね。

G 退院直後は、診療情報提供書を持ってきてくださいますね。ただ、間が空いてしまったり、施設入居の方だったりすると、完全にお願ひしないと（情報をもらえないことがあります）。あるいは、外来に引き続きかかっていたりすると、却って情報をもらえないことがありますね。

C 主治医が複数名いるような感じ、というか、特定の科だけある病院で診てもらっているということがままありますね。そういうとき、医療機関の間で連絡がされているとは思いません。そこで、看護師やケアマネと一緒に、その間をつなぐことをしています。本当は医師

同士でやることなので、良いことなのかどうかはわかりませんが。

B そうですね。

C この事例の大動脈瘤のような話は、結構ある気がしませんか。高齢者で、腹部に拍動を感じる人は時々居ますね。もちろん、危ないから気にするのですが。入り口、というか、利用開始の時点で把握されていないことは結構ある気がしています。そういう場合、もちろん予め知っておきたいのですが、それは、治療を開始するため、というのとは少し違いますね。何かあってもしょうがない、ということを経験するという感じでしょうか。搬送をすることになる可能性があることを共有するとか。それから、痛みが強く出る可能性があることで、破裂したときには、痛みの緩和だけはやって、看取りをするか、というような。おおよそ2択かなとは思っています。そしてその準備ができる、心構えができるという感じです。

最初に見つける人というのは様々です。看護師が見つかることもあれば、訪問診療で新たに入った先生が見つかることもあります。当然、診療情報提供書で情報提供されることもあります。ヘルパーさんが、「ここ脈打ってますけど」といって見つけてくれたこともあったように思います。なかなか完璧にはいきません。いい加減にきこえるかもしれないかもしれませんが、誰かがどこかで見つけてくれたら、動じずに対応していく、というように考えています。

G この症例については、医師ともスタッフとも、「もし知っていたら『心因性』ということには絶対ならなかったよね」という話をしています。その後、利尿剤も服用して、体重のコントロールをしていきます。動脈瘤があるということと、体重管理をしていることにつながり、というのはなかなか理解が難しいのだなという印象があります。医療の見え方と介護の見え方の違いをすごく痛感している症例です。

昨日また相談に行ってきました。本人は湯船に入ることを希望されているのですが、いまだに入らせてもらえていませんでした。私や主治医の先生は、本人の希望をかなえてあげてはどうかと言っているのですが。心配であれば、私達が行って入浴介助しましょうか、と伝えたり、医師が「心配であれば、訪問診療の回数を1回増やしましょうか」と伝えたりしています。それに対するレスポンスはなく、昨日のお話では、「暖くなるまではシャワーでいきます」とのことでした。ご本人は「寒いから湯船にも入りたい」とおっしゃっていて、何なのだろうという状態です。

ただ、介護職の人は、日々の体調の変化の激しさを身近に感じています。すぐに息切れしてしまうし、すぐに疲れて寝てしまいます。そういった目に見える事象に対する不安というのが強いんだろうなとは感じていました。

ところが、そのグループホームでは、お風呂は駄目だけれども外出はOKでした。結構遠くまで外出することもあるのです。それはそれでよいのですが、そこまで遠出するのがよいのなら、お風呂もいいのではないかとこちらは思うわけです。医療と介護の違いなのか、何

か不可思議なことが起こるなと思います。

C うちもグループホームと連携していますが、それ以上は踏み込まないですね。お風呂に入れるかどうかについては、介護の方がどう考えるかを待ってあげないといけないのかなとは思っています。

制度的に限界はあるのですが、訪問入浴の方にグループホームへ来てもらって入浴するということが今まで（にはありました）。この時も、グループホーム側が「そうしましょう」と言えば、そうしたのですが。やりようはいくらでもあるし、提案もするのですけれども。

ただ、特に居住系のサービスで、看護が踏み込みすぎると全体のバランスが崩れるなどいうことは時々感じます。ご自宅の場合は、訪問看護がお風呂に入れてしまえばすんでしまいます。サ高住でもそうですが、グループホームだと特に介護の方が決心するまでは（待つ）という感じがあります。

看取りのときもそうですね。医療関係者は点滴をやめたほうがいいのではないかと考えていても、最後のところで、という経験をしますね。

G そうなんですよね。こちらとしては、仮に明日急変した場合、「お風呂入れてあげたかったな」と介護職の方が後悔しないかな、ということまで気になります。しかし、お風呂に入れて、その後急変しても後悔はするのだろうかというのもなんとなく感じます。家族に近い感覚なので、絶対入れなさいとも言えません。「いいと思いますよ」と尊重しつつ、意思決定はグループホームのスタッフさんに委ねるべきなのかなと、日々感じています。あまり仕事を取ってはいけないなど常日頃思っています。

B うちでは、逆に訪問看護側がお風呂を止めたという事例があります。もう亡くなる日で、状態も悪かったので、私たちとしてはお風呂は入れてあげたかった。ただ、元々、不全麻痺もありましたし、うちの小規模多機能のほうには家庭浴しかない状況でした。ご家族と相談して、自費で訪問入浴を入れてはどうかと。結構体の大きい方だったので、訪問入浴の方だけでなく、うちのヘルパーも一緒に介助に入ることにしました。

その訪問入浴の前、訪問看護側も排便コントロールや状況確認で入ってはいました。そして、医師もその訪問看護も、（入浴について）いいよと言っていたのですが、最後になって、訪問看護が「こんな状態だから入れるのはやめましょう」と言い出しました。それに対して、私と管理者は、「今しかないでしょう」ということで入ったのです。

珍しいケースなのだろうとは思いますが、それでも、最後の日に、入浴できて良かったねと私達としては思うわけです。しかし、果たしてそれが若いスタッフにできるかという（難しいです）。そこでGさんのような方のサポートがあれば、ケアスタッフも心強いのではないかと思います。

A 何があっても後悔をしないように、という姿勢が介護職の方を支えているのだろうなと思います。違いがある中で、あえてそう関わるのが大事なのかなと思いますが、いかがですか。

H 在宅からグループホームに移られるとき、ギャップというか、情報がきちんと伝わっていなかった、という残念さがありました。私達がケアマネジメントをやっていると、グループホームに入るとき、持って行ってもらいたい情報はたくさんあるのになかなかつながらないことがありますね。医療情報こそは、何が何でも伝えないと、と思いますが、伝わるように意外と伝わらないのだなと。ご家族が知っているから大丈夫、と思っけていても伝わらない。

私が担当していた方でグループホームに入った方の場合、お風呂のことを結構気にしておられました。ただ、スタッフから見ると、その人だけ特別扱いするわけにもいかず、入居者一律で入っていて、個別性がない感じはしましたね。

私たちも後悔しないように、とよく言います。しかし、後悔しなかったことは一度もないのですね。ただ、そのときに、こうだったから、こうなったので、しょうがないよねと思いたいのです。そこで、お風呂に入ることについても、看護師さんにも聞いて、医師にも聞いて、「大丈夫だよ」と言われたら入るといような、情報がうまく循環する仕組みがあるといいなと思います。

私が関わったケースでもそうでしたが、グループホームでは、シャワー浴と浴槽に入るとでは時間的に大きく違います。そういうところで拒まれることもありますね。それでも、医師はいいと言っている、看護師さんも大丈夫だと言っている、とおせっかいに踏み込んでもらったほうが、スタッフも自信を持って入れられるかもしれません。

介護職さんは、自分が担当したときに何かあるのを嫌がる場所がありますね。それはよく分かります。それに対して、「大丈夫だよ」というフォローがあるといいなと思います。

G グループホーム内でも、お風呂に入れたいスタッフと入れたくないスタッフがいて、ぶつかるのですね。何を大切にするかを共有しようと会議を開いた結果、シャワーだけになってしまいました。その会議に、私たちや医師を呼んでくれていいですよと言ったのですが、呼んでもらえませんでした。ICTの情報共有ツールを使っているのですが、それはあまり活用されていません。リテラシーの問題なのか、意識の問題なのか。

ただ、このグループホームとは看取りを4例ぐらい一緒にやってきています。なので、看取りまでのイメージはかなりできています。しかし、スタッフさんが替わることもあります。新しいスタッフさんは、喘鳴を見るだけでビビってしまう。それもよく分かります。その喘鳴が良くなることも伝えてはいます。ところが、どうやれば良くなるだろうと思っているスタッフさんも明らかにいます。なので、どのスタッフさんに話しかけるかも結構重

要です。

グループホーム内の介護職同士の意識の差というのは難しいですね。小さいグループホームだとスタッフ数が限られていて、なおかつ濃厚です。だからこそ、そういう意識のすり合わせが難しいなと感じます。

A ありがとうございます。

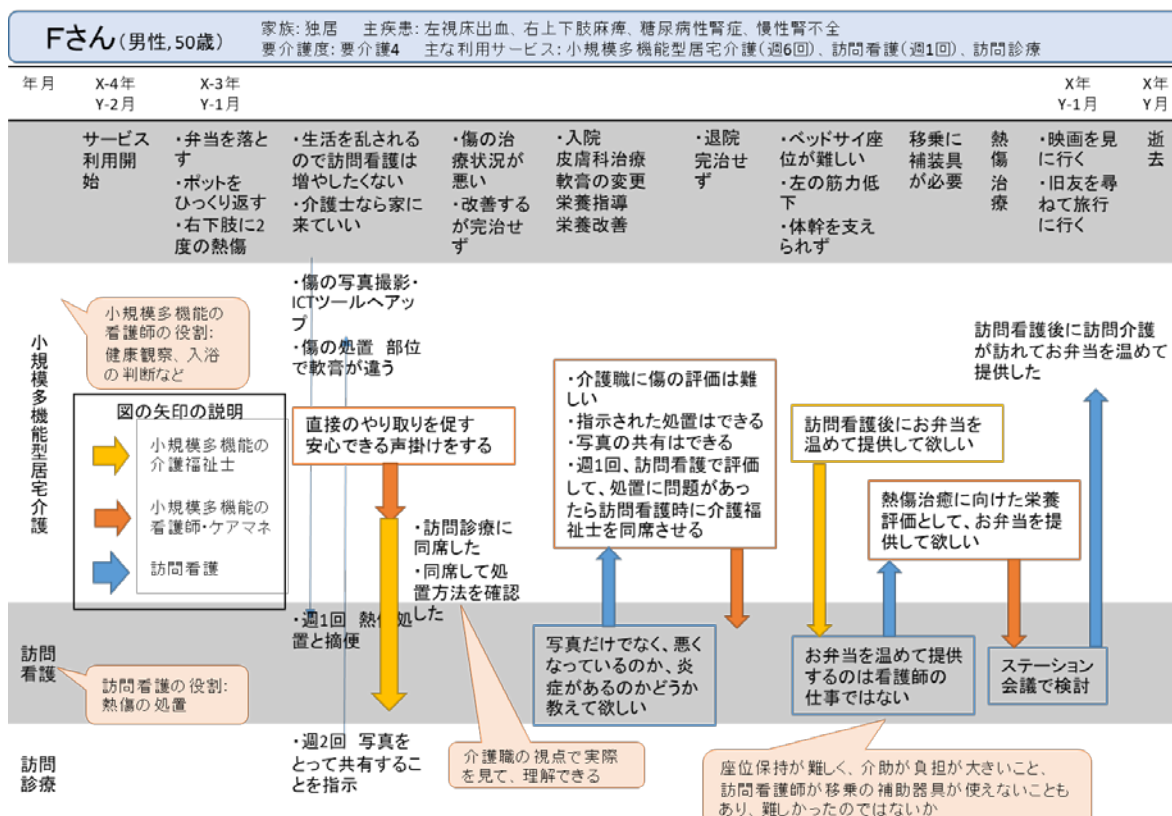
E 医師も訪問看護さんも「お風呂に入れていいよ」と言ってくれているのならば、うちであれば、「ありがとうございます」と言って、進めるだろうなと思っていたのです。それがなぜできないのかなと考えると、グループホームの中で、病気の予後予測が共有されていないのかなと思いました。毎日体重を測ることにしても、その意味が分かっているスタッフと分かっているスタッフがいますね。そういったチーム内の課題もあるのかなと思って聞いていました。たとえば、グループホームの中に経験の豊富な介護職がいて、「大丈夫だよ」と言えたり、「誰がやっても急変はあり得るよ」と言えたりする。どうやって本人の望みに応えていこうかと考えるときに、「バックアップしてくれる医療があるじゃない」と言えるか、が大事なのかなと感じました。そういう意味では、グループホーム側に「バックアップしているよ」ということを医療側から強く伝えないと変わらないのかもしれないなと思いました。

A ありがとうございます。それでは、次の事例に移らせていただきたいと思います。

事例 5

医療処置が必要な利用者への日常の療養支援での連携

—熱傷のケア—



事例の概要

- ・ 50歳の男性で、要介護度は5に近い4。左視床出血で、右上下肢が麻痺していて、重度の糖尿病性腎症もあった。
- ・ X-3年に、ポットをひっくり返して、右足に2度の熱傷。
- ・ 熱傷の処置、ケアに入るのが、別の法人の訪問看護事業所（2-A事業所）で週に1回であった。週に1回というのは、看護は増やしてほしくない、生活を乱されるから、というご本人の希望だった。
- ・ 週1回だと、熱傷の処置や評価がなかなか難しい。そこを小規模多機能（2-B事業所）で担うことに。
- ・ 小規模多機能（2-B事業所）は週6回入っている。医師からは、週2回写真を撮って共有するよう指示があった。写真のアップや傷の処置（部位で軟膏が違う）に慣れるのに

時間がかかった。

- ・ 小規模多機能（2-B 事業所）のヘルパーでは熱傷の処置が難しい。そこで、訪問看護師（2-A 事業所）がいるときに同席して教えてもらう、訪問診療には必ず同席する、ということ意識的にされた。直接やりとりすることを促して、小規模多機能（2-B 事業所）のスタッフがおびえるのを和らげたり、安心したりすることを心がけた。「大丈夫だよ」と声を掛けて、訪問看護への同席を促していた。
- ・ 医師から「処置の仕方に問題にあるのではないか」、「治りが悪いのは処置の仕方のせいではないか」という指摘もあった。
- ・ 小規模多機能（2-B 事業所）のスタッフは、摩擦を防ぐために段ボールで囲いを作るといふ工夫をして取り組んでいた。改善はしたものの、治らないので入院へ。退院してきたときには、まだ治っていなかった。訪問看護師（2-A 事業所）から小規模多機能（2-B 事業所）に対して、写真だけではなくて、悪くなっているのか、炎症があるのかどうかを教えてほしいという依頼があった。
- ・ 小規模多機能（2-B 事業所）のスタッフにこの評価はとても難しいので、「写真を撮って共有はできます。指示された処置はできます。しかし、ヘルパーが評価をするのは難しいので、週 1 回、訪問看護（2-A 事業所）のときに評価をして、処置に問題がある場合は連絡をください。そのヘルパーを同席させます」というように伝えた。
- ・ 今度は訪問看護が朝に入った後にお弁当を温めて朝ご飯を提供することが必要になった。訪問看護師（2-A 事業所）が、「お弁当を温めるのは看護の仕事ではない。卵を割るのはヘルパーの仕事であって、私たちの仕事ではない」と伝えてきた。小規模多機能（2-B 事業所）のケアマネは、「傷の治癒に向けた栄養評価としてお弁当を提供してほしい。それも看護の一部ではないでしょうか」と返した。訪問看護側（2-A 事業所）からは、「ステーション会議にかけて検討します」と言われて、大事になってきてしまった。結局、訪問看護が帰った後に、小規模多機能（2-B 事業所）のヘルパーが訪問して、お弁当を温めて提供するという流れになった。
- ・ 訪問看護ステーション（2-A 事業所）が、（熱傷の）評価を求めたり、自分の仕事ではないと線引きをしたりしたことについて、小規模多機能（2-B 事業所）のケアマネが間に立たなかったら、スタッフの皆さんは、恐らくとても困られた、混乱をしたらろう。

事例提供者からの補足

- ・ 写真については、角度や色も指摘を受けたので、明かりを調整して、2 方向から写真を撮り、報告をしていた。

ディスカッション

H さもありなん、という感じです。そういうことを言う訪問看護ステーションってありますね。当たり前のように「できません。看護ですから」と言うのですよね。人によっても違います。外にあるヤクルトを持ってこるだけでも、全く気にせずやる人もいれば、「それは違う。私の仕事ではない」という人もいますね。訪問看護師さんにとって褥瘡や火傷のような刻々と変わる外傷のケアは好きなのではないかと思うことがあります。そこで、そういうことに関しては、「あなたたちプロなんだから」といってお任せするような気持ちもあります。

一方で、介護職の人は、この事例でもあるように、言われたことはきちんとやってくれます。ただ、たとえば写真を送った場合、「あの写真はどうだったんだろうね」と聞かれることがよくあります。そのフィードバックがないと、介護職側にはやらされてる感だけが残りますね。介護職に依頼することの意味を伝えてもらうと同時に、そのフィードバックをぜひ返してもらいたいなといつも思います。ちょっとしたことかもしれませんが、それがあれば、介護職の人が次のケースで応用できると思うのです。

A フィードバックをすることで。

H やってることの意味が分かります。「こういう写真を2枚撮って送って」と言われると、「はい」となります。しかし、その意味と、昨日と今日はどう違ってたのかというフィードバック。そういった細かいことが大事だなと思っています。誰かが仲介して情報共有したほうがいいのかもかもしれません。ケアマネの役割なのかもしれませんね。

A 今はHさんが担っていらっしゃるんですね。

H はい。どうやってフィードバックをするのか、というのはいつも課題になりますね。ケアマネに時間があって、こういう理由でお願いした、今日の結果はこうだった、という内容が即座に共有できるといいなと思います。以前、メーリングリストで共有したことがありました。それはみんなが情報を知って行って学んでいくことになりました。情報共有の仕方って、いろいろ方法が考えられると思います。

A フィードバックがあるとやりがいにもつながりますよね。

H はい。フィードバックがあると、「私が撮った写真が役に立っている」と思えますものね。それは嬉しいと思う。やらされ感だけだと、「またですか」というような感じ方につながりかねない。

A それだとただ使われているだけですものね。

H 意味があっってお願ひしているんだよと。

A 利用者さんにとって意味があるんだということが伝わったほうがいい。

G この症例の場合、看護師ケアマネとして間に入っているから良かったですが、その方ではなければトラウマになりますよね。あなたたちも週1回、訪問に行っているのだから、自分たちで写真を撮ればいいたろうと思うでしょうし。なぜ介護職に写真を撮らせるのか、しかもそれほど指定して、と思いますよね。

C 訪問診療の医師と、ここの訪問看護ステーション(2-A事業所)は同じ法人なのでしょうか。

B 違います。なぜ、訪問看護が小規模多機能(2-B事業所)ではないのか、というと、いかにせんこの方のキャラクターが濃かったのです。(訪問看護を)小規模多機能に切り替えることも検討していたのですけれども、その方に合わせたのですね。小規模多機能(2-B事業所)に対する愚痴は訪問看護(2-A事業所)に言い、訪問看護(2-A事業所)に対する愚痴は小規模多機能(2-B事業所)に言いながら、という(利用者さんの)自由がそれぞれをばらばらにした面があったかもしれません。訪問看護と訪問診療も別な法人でありながら、良好な関係かというところでもないとは思っていました。

フィードバックという意味で言うと、摩擦が原因で少し悪化していた時期がありました。うちのスタッフが段ボールで囲いを作って、摩擦が除去されて改善したとき、医師からも訪問看護師からも「やるじゃん」という声がありました。それで皆のモチベーションが少し上がったということがありましたね。褒められたという(笑)。

A 「褒められる」というのは大事ですね。

B 成果が出たんだなということが自分たちでも分かりますからね。1年かかったので、介護のスタッフにとっては分からなかったのですよ。私は、様子を見に行きますけれども、処置はしなかったのです。ヘルパーさんたちは、毎日の処置というところで憤りといいますか、やるせなさを感じつつも頑張ってくれたなと思っています。

それから、情報共有の仕方というところではいろいろやり方がありますね。情報共有を含めた信頼関係の構築のために、敢えて接触回数を増やすようにはしています。訪問診療に対しても、こちらから歩み寄ることが大事だなと思っています。ヘルパーたちにも一緒に入ってもらっています。訪問診療に同席が必要な場合は、私が行くときもあれば、うちの介護福

社士が行くときもあります。こちらから歩み寄って、「怖い人じゃないよ」、「取って食われやしないよ」と感じてもらって、信頼関係を構築する。そのために、こちらから出向いています。

G この訪問看護ステーション(2-A事業所)の看護師さんは、介護職の人に対してどう思っているのでしょうか。もう上から目線なのでしょうか。

B 最後のデスクカンファレンスのときはとても良かったです。ただ、途中、利用者さんは小規模多機能(2-B事業所)の悪口を言っていたわけですよ。一方で、小規模多機能(2-B事業所)には、「一番頼っているのはあなたたちなんだ」と。(訪問看護側は)その悪口を聞きつつも、やって当然でしょうみたいなところはありましたよね。正直に言うと、上から、というところは若干ありました。

C しかし、やけどの治療の関係で、(介護職のことを)見直したりされているとは思いますが。ヘルパーや介護の方たちの動き次第で、看護師側の見方も変わっていくものだと思います。ご本人のキャラクターがね。訪問看護を増やしたくないと言っているところも、少し気になります。それは訪問看護側の態度がそう言わせているのか、あるいはご利用者のキャラクターなのか。1か所に集約するとよくない、というのも分かります。

ただ、そのように複数の法人が関わっている場合、お互いに利用者さんからクレームを聞きあっている場合があります。そういうときに、法人を越えた連携をどう行っていくか。当然、(そのクレームが)的を射ていることもあります。それが場合によっては、チームの信頼感を揺らがせる方向に動いちゃうこともあります。きちんとご本人の話を聞くことと、その話を冷静に捉える面と、両方大切ですね。それは医療と介護の連携にとどまらず、チーム内でも同じ事が言えますね。たとえば、看護師Aさんに看護師Bさんの文句を言うということがあります。別の看護師Cさんがいくと、その看護師にBさんの文句を言うなんてことがあるわけです。そういうときは高度なチームの連携の在り方が問われますね。でも、そういう連携ができる医療と介護のチームっていうのは良いなと思いますね。

B そこが課題だったなというところはありました。デスクカンファレンスのときのやりとりで「ああ分かり合えたのかな」と思ったことがありました。ご存命のときにもう少し共有ができていたら、チームとしてのパフォーマンスがもう少し違っていたかなとも思いますね。

A こういう上から来る看護師さん、訪問看護ステーションは他にもかなりあるかと思いますが。

E ありますよね。やはりチームとしてコミュニケーション、連携が取れているかが大事ですね。組織同士がどこまで知り合っていたのが、とても大きかったような気がします。

F 勉強になるなと思うところは本当にいろいろあります。敢えて話し出すと、皆さんの発言の繰り返しになってしまうので申し上げますが。

A ありがとうございます。

C もう少しいいですか。この弁当や食事の問題は「あるある」だと思っています。本当によくある。ついでにやればいいじゃないか、という話なのですが、やらないのです。

H そう、そう。やりません。

C うちの事業所のスタッフで言うと、訪問している間に何一つ医療的な内容、看護でないといけない内容が含まれていないときには、「さすがにこれはヘルパーさんがやればいいのではないか」と言いますが、主たる内容があってその前後、5分ぐらいできてしまうことであれば全然。栄養のことを考えれば、やはりやったほうが良いと思ってやっているところはありますね。ただ、そういったことを介護側から提案されると気に食わない、という心理が働くのかもしれませんが。変な見方ですが。

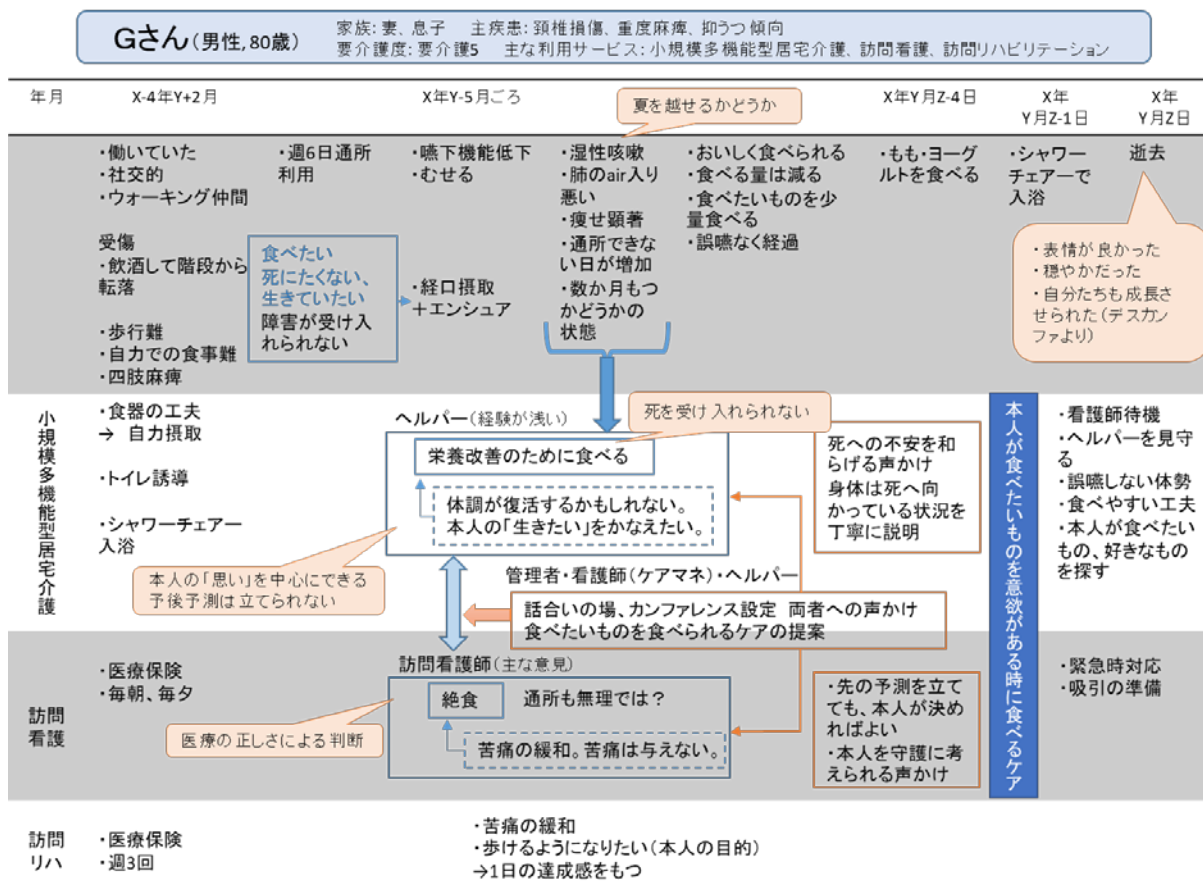
B もっと低姿勢でもよかったかもしれません。この方が入院して、熱傷が完治はしなくても、改善はしました。その理由は何かという、(自宅でいたときの)不摂生なのですよね。食生活のところと皮膚科での専門的な処置をやることで完治はしなくても改善はしたということがあったので、看護としてもね、、、と感じるところはありました。

A ありがとうございます。それでは、次の事例にいきたいと思います。

事例6

人生の最終段階の暮らしを支える連携

—本人の「生きたい」「食べたい」を支える—



事例の概要

- ・ 80歳の男性。頸椎損傷で重度の麻痺があった。要介護5で、小規模多機能と訪問看護、訪問リハと診療、という形で全て使っていた。
- ・ X-4年に受傷されるまでは、とても元気で、働いていたし社交的だった。受傷して四肢麻痺になり、歩行ができなくなってきた。障害を受け入れるのは難しいけれども、生きていたいから食べたいという意志を強く持っていた。
- ・ この方にとっては小規模多機能に通うことが出勤になっていた。ずっと働いていたので、そこに通うことでこの人の満足度というか達成感があった。
- ・ X年のY-5月ごろから嚥下機能が低下して、むせるようになってきた。「生きたい」、「食べたい」という思いがあったので経口摂取もしていたが、栄養補給のためにエンシュア

を飲んでいた。

- だんだん体調が下降してきて、夏を越せるかどうかという見立てにまでなった。小規模多機能の介護スタッフと同じ事業所の訪問看護師とで意見が分かれた。経験の比較的浅いスタッフは、「栄養改善のために食べてもらいたい」という思いを強く持っていた。ご本人が「生きたい」とおっしゃっているので、やはりそれをかなえたいという思い。体調が戻るかもしれないではないか、とも考えていた。死への経過という見通しが付かないこと、そして死をなかなか受け入れられないというところもあった。
- 訪問看護師のほうは、絶食を提案した。これ以上の苦痛は与えたくない、新たな苦痛は生まないようにという意味合い。もしかしたら、もう通所も難しいのではないかという状況での判断。
- 管理者は話し合いの場を設定して、両者に話し掛けた。ご本人が食べたいものを食べられるようなケアをしてはどうかという提案をされた。話し合いは続いていくのですが、そのときに管理者は、ヘルパーに対して、死への不安を和らげるような声掛け、働き掛けをすることを心がけた。それから体はもう死に向かっていっているんだということを丁寧に説明された。
- 訪問看護師としては、先の予測は立てられているので、あとは本人が決めることだと考えていた。通所に行くか、行かないかも看護の判断ではなくて、ご本人が決めればいいとのこと。訪問看護師に対しては、今やっていることの主語がご本人なのかどうかを考えられるような声かけをしていた。
- 結局、この方は本人が食べたいものを意欲があるときに食べるという形で進んでいった。ご本人が好きなものをヘルパー、スタッフの方が探してきて、提供してみたりもした。看護のほうは緊急事の対応や急変に対する備えを常にしておくということになった。
- Y月Z日に死亡。亡くなられました。亡くなった日にも、桃とヨーグルト、という好きなものを食べたそうです。亡くなる1日前にもシャワー浴ができたそうです。本当に死ぬ直前まで生活を続けられたと。
- 管理者としては、小規模多機能のヘルパーに、誰にとっての「食べたい」なのかを考えてほしかったと言っていた。「これが食べられるのではないか」ということでいろんなものを探してくるが、なかなか本人は食べられないということがあった。いったい誰にとっての「食べたい」なのか、ということ。それから、本人が「食べたい」と言ったそのときに動くということを大事にして関わっていた。

事例提供者からの補足

- 訪問看護師の中でも意見は分かれていました。「苦痛を緩和するために絶食したほうがいいのではないか」というスタッフと、「いや、食べたいものを食べてもらおう」というスタッフがいた。そこも話し合いながらヘルパーの気持ち、利用者の気持ちに寄り添えるように話し合いをしていた。

- ・ 振り返ってみると、ご本人は栄養改善のために「食べたい」と思っていた。若手ヘルパーは、そこに向かおうとしていた。「可能性がゼロだなんて言わないでください」と怒られたりしたくらい。「可能性がゼロとは言わないけどね」、「でも、実際、可能性ゼロではないこともあるかもしれないよね」という話し合いを繰り返し、繰り返しで進んでいった。私自身は後ろで見守りつつ、利用者さんの「食べたい」という言葉、体の変化、そして言語以外の気持ちに寄り添うというところで、若手のスタッフも変化していった。そして、それに訪問看護師としても寄り添ってくれたなという事例だった。

ディスカッション

G 「食べる、食べない」問題は、どこでも起きますね。介護職だけではなくて、家族との関係性においても生じます。誤嚥性リスクがある方でも、老衰に向かう方でも起きます。がんの末期で衰弱してきたときもそうです。その人が食べる目的がどこにあるのかと考えるのは大事だと常に思います。今回の経験の浅いヘルパーさんも含めて、感情が関わってきますね。なかなか理屈では伝わらなかったり、頭では分かっているけど感情が追いつかなかったりということもあります。よくあるけれども、難しいなと思って聞いていました。私たちは、もう何年も見てるから分かることなのですが、経験という部分もありますね。

E 経験の浅い場合、利用者さんに「食べたい」、「行きたい」と言われるとそのまま真っすぐに応えようとしてしまいます。この方がそうだったかどうかは分かりませんが、「食べたい」の裏に、「死ぬのが怖い」、「寂しい」、「不安だ」という気持ちがあることもあります。そうなるとう、本当に関わっていかないといけないのは、そのところかもしれないと思います。そうなるとう、必死になって食べ物を調達するという関わり方は、ご本人にとってうれしいことであるものの、それだけではやはりダメです。他のチームメンバーは、もう少し深いところで、死ぬことへの怖さのようなところでどう寄り添っていくのかを考えて、話し合っ、関わりが深められるといいのかなと感じました。

そうした見方で見ると、「食べたいものを意欲があるときに食べてもらいましょうよ」ということで、みんながいろいろな工夫をして関わられました。それが結果として、この方の「死ぬのが怖い」という不安に答えられていたのではないかとも思います。皆さんでスッタモンダしながら関わっていったこと自体が、すてきなケアにつながったのではないかということです。意見の対立があったからこそ、関わりが豊かになっていったよかったのかなという気もしています。

F 若いヘルパーさんは、このケースを通して変わられましたか。

B はい。途中で、「死んでほしくない」というか、死への恐怖が自分自身にあることに気がきました。そこで、食べておいしいという幸せも大事にしつつ、それ以外の時間にも注目

するようになりました。ご本人が休める環境とか。たとえば、小規模多機能の事業所で一人で横になっているときにも、若いスタッフが横で洗濯物をたたんだりするような、ぬくもりある関わりですね。20代前半のスタッフで、「声を掛けていいか分からない」というスタッフもいました。ただ、「生活の音やぬくもりという部分を考えるのも一つの手なのではないか」という話がありまして、そういう環境をつくるケアにも取り組むようになりました。

F ヘルパーさんの声で看護師さんも学んだと思います。管理者さんの存在がやっぱり大きいなとも感じました。

G 看護師さんが「絶食」と言ったのは、誤嚥性リスクが高いからですか。

B そうですね。「むせて、最後に苦しい思いをしなくてもいいのではないかと」。

G 頑張ってお飯を食べてほしいという人と、もう絶食という人の間を取るのは大変でしたか。

B そこはそれほど大変ではありませんでした。大変というよりも、理解し合いたいなと思っていましたね。話し合いの時間は多かったのですが、お互いに理解し合おうという姿勢があったのかなと感じたところがあります。咳嗽ができていた時期もあったので、「一度、客観的な評価をしましょうか」ということもありました。

G おそらく同じ法人内ですものね。訪看と小規模の間の事例ですよ。

B はい。

G 役割分担や利用者さんとの関係性は明確だったのでしょうか。利用者さんから見た訪問看護と、利用者さんから見たヘルパーとの関係性の違いなど。

B 訪問看護に勤務するスタッフで、週何日か小規模多機能に入るスタッフもいます。小規模多機能の中での役割というと、健康観察などかなと思っていますが、明文化しているわけではありません。明文化したほうがいいのか、しないほうがいいのか、悩ましいですね。

G それでは、「これは看護、これはヘルパー」、たとえば先ほどの法人が違う事例でたような「食事を温めるのはヘルパー」というようなことはなく、やりやすさはあるのでしょうか。

B そうですね。そのやりやすさにはありますね。ただ、訪問看護の看護師、小規模のヘルパーとでは、まだ話し合いの場が必要だなというところは多々あります。小規模多機能に勤務する看護師とヘルパーに関しては、特に業務量の違いはないです。

H こういった「食べる」、「食べさせたい」、「食べたい」、「食べないほうがいい」というのは、在宅でもよくありますね。そして、おっしゃったように家族も絡んできますね。いろいろな人がいろんな思いで食べることに挑戦するというようなことがあります。しかし、やはり「食べて苦しんだらとても辛い」ということで、医療職が関わって上手く家族や介護職に伝えるのが大事なかなと思っています。圧倒的に関わる時間が多いのが、家族であり介護職なので。「こういう瞬間もあった。あのときだったら飲めたんじゃないか」や「これなら大丈夫なんじゃないか」など。「大福、好きだったから」だけではなく、「中のアンコだけ取り出して、薄めて、ちょっと舌に乗せてあげたら飲めるんじゃないか」など、いろんな工夫をする介護職や家族がいるのですね。そういう思いを見ていると、「うーん」と思うんですけども、それが本人の体にどうなのかを冷静に言える医療側というのがとても必要なのだと思います。冷静に、というところが大事です。介護職も家族も「『食べたい』と言ってる」という思いが先立ってしまうところがあります。やはり食べることについては、医療職が冷静に言わないと。「医療職は冷たいわね」と思われてもしょうがないと思うのです。そうすると、みんなが一度冷静になれるということはよくありました。言うべき人に言ってもらおうという場面が要ると思うんです。

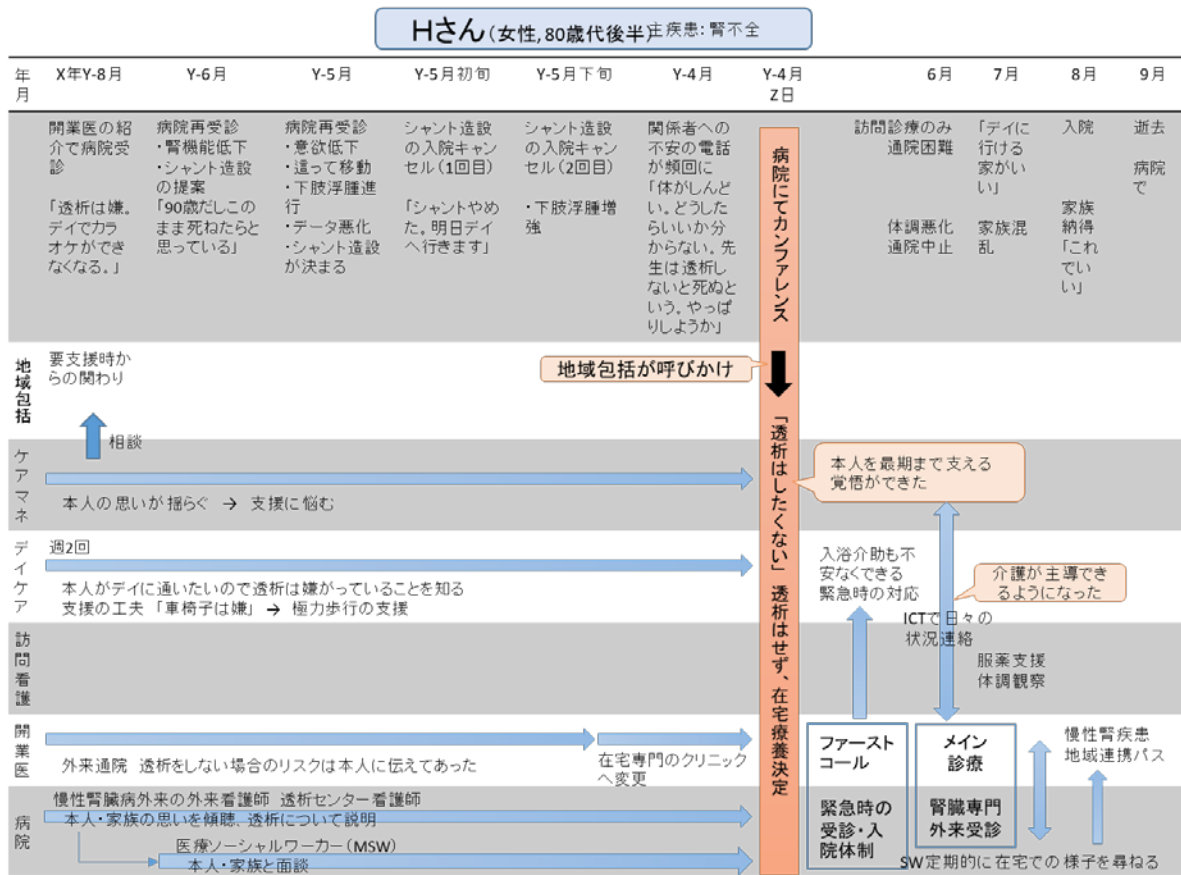
C うちのばあい、ST (Speech-Language-Hearing Therapist, 言語聴覚士) がいます。なので、飲み込み関係について、看護師はほとんどそちらを頼っています。厳密な嚥下機能評価など。飲み込んでいる感じだけでも、実際にはたまってしまっている場合もありますから。今、おっしゃった医療従事者としての冷静な判断は、そちらに頼んでいますね。それによって、我々も立ち回りやすいという面があります。食べさせたい気持ちは分かるというふうに集中できるというか。我々が中途半端にやるよりも、そちらのほうがいいというのがあります。その経験からすると、看護師が「この人、無理だよ」と言っている割に、評価してみたら、体位などの工夫で何とかなる場合もあると思います。先ほどのご意見にありましたが、ヘルパーさんが「食べさせたい」という思いを遠慮なく発信されてること自体が、素晴らしいという感じはします。残念ながら、看護師が少し強めに言ったら、全く食べさせなくなってしまうパターンもありますからね。その点では、「食べさせたい」という思いを持つこと自体はいいので。

A ありがとうございます。もう1事例だけ紹介させていただきたいと思います。

事例 7

人生の最終段階の暮らしを支える連携

—透析を導入に揺れる思いを支える—



事例の概要

- 80代後半で、X年Y-8月に腎不全のため、紹介される形で病院を受診。しかし、「透析は嫌だ。週に2回のデイでカラオケをするのがものすごく楽しいので、そこに行けなくなるんだったら透析は嫌だ」とはっきりおっしゃっていた。このとき受診した病院に慢性腎臓病専門の外来があって、その看護師もその思いは聞いていた。
- 腎機能はどんどん低下。Y-6月にはシャントをつくることが提案されて、Y-5月に一度つくると決定。下肢の浮腫も進行して、ご飯も食べられなくなり、しんどくなっていった。Y-5月初旬に手術をするため、デイにも「手術をするから休みます」という連絡が入った。ところが、当日になったら「やめた」と言っ、手術はキャンセルして、デイ

に行った。

- ・ 2週間後の Y-5 月下旬にシャント造設のための入院が決まっていたが、これもキャンセルした。ケアマネもデイケアの方も知っていた。
- ・ Y-4 月になると、今度は不安だ、という電話がかなり頻繁にいろんなところにかかるようになった。「体がしんどいし、どうしたらいいか分からない、医師は「透析しないと死ぬ」と言っていた。」「しようか、どうしようか」と悩んでいた。
- ・ 要支援のときから関わっていた地域包括支援センターの方が呼び掛けて、ご本人とご家族、息子さんと、ケアマネ、デイケアの看護師、相談員さん、訪問診療の医師、病院の看護師、ソーシャルワーカーに集まってもらい、1 回、カンファレンスを持つことになった (Y-4 月下旬)。外来通院が難しくなって、途中で在宅専門のクリニックに変えたため、訪問診療の医師も参加した。
- ・ このカンファレンスで、それぞれから今後どういうことが予想されるかという説明がなされた。説明を聞いて、ご本人は、それでもやはり透析はしたくないと言った。「しんどくなったら在宅でも診るし、緩和はできます」という説明はされたよう。透析はしないということで、在宅療養が決まった。
- ・ このカンファレンスを機に、バラバラで情報を持っていたのが、まとまっていった。
- ・ デイケアの方々が、最後まで見るという覚悟ができて、介護が主導してケアに当たれるようになった。入浴介助もかなり不安だったが、血圧が 200 を超えてもお風呂に入ることができるようになった。
- ・ 緊急時の対応についても、開業医にまずファーストコールをすることが決まった。緊急時には受診、入院ができる態勢が整ったので、かなり安心してケアができるようになった。
- ・ ICT で日々の状況の連絡が密に取れるようになった。これも介護の方の安心につながっているようだ。
- ・ 診療面でも、メインは開業医として、腎臓の専門外来も引き続き診るという連携ができた。結局、病院に行けなくなり、訪問診療だけになるが、その間も病院のソーシャルワーカーが定期的に在宅の医師に情報を求めて聞いていた。恐らく病院側は「いつでも」と考えていたのではないか。
- ・ Y-2 月になって、かなり体調が悪くなってきたので、家族が不安になり、相談された。ご本人は「デイに行きたいので、家がいい」と言っていた。結局、ご本人もご家族も納得して 8 月に入院。最後は病院で自分の好きな洋服を飾ってもらったりして、亡くなられた。
- ・ ポイントは、地域包括支援センターが声をかけて、カンファレンスを開き、ご本人の意思を確認し、周りが同じ方向を向くことができたということではないか。地域でこういう場を設定するということをやっていないと、今後はなかなか難しいのではないか。

事例提供者による補足説明

- ・ 当初、ケアマネジャーは開業医から「透析が必要だ」と言われたものの、本人は「行くのは嫌だ」と言っていたとのこと。どうしようかとバラバラに悩んでいた。病院のチームも「悩んでるなら待ちますよ」ということでバラバラに動いていた。Y-4月に一度顔を合わせて、きちんと方向性を決められたことが大きな転機になったと言っていた。バラバラのままだったら、満足のいく最期にはならなかったのではないかとも言っていた。

ディスカッション

F Y-5月の上旬と下旬に2回、(入院を)ドタキャンしているのですよね。それに対して、医師も看護師も非常に、何というか、親和的なのです。キャンセルに対して、「それはそうだろうな」という。関係者がご本人の気持ちに寄り添っている雰囲気があったのが、大変印象的でした。

A こんな病院がもっとあるといいなと思いますね。ただ、もう少し前にこのカンファレンスを設定できたならよかったのではないかと、という指摘もありました。ご本人が不安でゆらいでいらっしまったので。

F 要支援時から、地域包括支援センターが継続して関わっていました。ケアマネに対する悩みや、病院との葛藤を全て地域包括が受け止めていた形です。地域包括が連携の核になったという意味で、良いケースだなと思いつながら聞いていました。

H 地域包括って、やることが多くて忙しいですからね。言い方は悪いのですが、虐待事例でもない限り、これほど丁寧に関わってくれないという面もあります。ただ、もう少し早い段階で全体会議のようなことができていたら、この方がY-5月ごろに抱いた不安がなくてすんだかもしれないと思います。結果論ですが、包括としても、どのタイミングで集めたらいいのか、悩まれたかもしれないですね。病院側に地域連携室のような部署はなかったのでしょうか。

E 地域連携室はありましたが、いろいろな診療科のある病院でしたので、地域連携室というよりは直接、センターのチームとつながっていたようです。

A 地域包括じゃなくてもいいのかなという。

H 今回、この会議を招集したのは、地域包括でしたが、ケースによっては誰でもいいのかもしれません。

F そのとおりだと思います。カンファレンスを招集したり、寄り添ったりすることができるのはどこであってもいいと思います。たとえば、ケアマネさんがこういう役割を果たすこともあるでしょう。デイケアが活躍する場合もあっていいし。地域包括がこういう形でシームレスな関わりをしてくれたら嬉しいなとは思いました。

A ケアマネさんやデイケアがこういう組織を超えた集まりを招集することもできると思いますが、難しくはないのでしょうか。病院や、開業医に来てくださいというのが言いにくかったりしないのでしょうか。その点、地域包括はより中立的というか。

F この市内に、措置時代からカリスマ的存在になっている病院のメディカルソーシャルワーカーがいます。その一人がこの病院にいらっしゃいました。そのためか、この病院自体が地域としっかり連携をしてきた、という歴史もあります。そのワーカーの方はもう退職されていますが、その雰囲気は病院の中に残っているんです。そういう発信の仕方が地域を作ってきたのだと思う事例ですね。

H ケアマネさんがこのような会議を呼びかける場合も、地域包括を巻き込んだほうがいい。

F そう思いますね。

H 地域包括も入っていると、地域の病院も巻き込みやすいという感じはあります。ケアプランだけのサービス担当者が来ているのではなく、もっと広がりがある話なのだとということがアピールできます。

F この市では、医療介護連携の推進センターを医師会に委託しています。初期救急は各行政の病院に委託しているのですが。医師会も病院も、地域包括をととても頼りにしているという関係性がベースにあります。その上、たまたまこの地域包括のセンター長が看護師さんで、ずいぶん前から病院のメディカルソーシャルワーカーを含めたチームと関係が深かったそうです。いずれにしても、地域の歴史というか機関同士の関係性がベースにはありました。

B 地域包括の方が「ナイスおせっかい」な感じで素敵ですね。とはいえ、ケアマネさんもいるわけなので、「かじ取りを」と言ったのかなとか思いました。でも、地域包括が手を挙げなくても、別の人が手を挙げたのでしょね。やる人しかやらないのではなく、その時々役割分担が地域のチームとしてできているのはすごいなと。私自身の今の課題でもあり

ます。病院の在り方としても、医療の正しさだけでなく、ご本人の変化に対応していらっしゃるところが。病院の特性もあるのかもしれませんが。ソーシャルワーカーさんの「心配しよう」という考え方が素敵です。

A ずっと様子を聞いているのがとても良いソーシャルワーカーさんだと思いました。

B このチームも深いんですね。私自身が今後、地域に働き掛けていく活力をいただきました。

F あまり関係のないエピソードですが、1999年、介護保険が始まる前の話です。この病院のメディカルソーシャルワーカーの一人、さっき言ったカリスマの1人です。もう今は退職してますけれども。当時、私はある特養の経営をしていて、ヘルパーステーションを熱心にやっていました。そのメディカルソーシャルワーカーの方は、とても一人暮らしは無理だ、火事を起こすかもしれない、認知症の症状も重い、近所の方とトラブルが多いという方を支えていました。そして、介護保険が始まったところ、いわゆる支給限度額では支え切れない人だったのです。そこで、私のところに、限度額を超えた部分を何とか値引きしてサービスしてくれと頼みに来ました。私は、「分かりました」ということで、値引きしたことがありました。介護保険が始まったころののどかな時代の話です。彼女はその一人暮らしの方を懸命に支えていたのですが、火災になって焼死してしまったのです。その後、彼女と話すと、「私は良かったと思う」と語っていました。最後までその方の思いを遂げられたと。大変複雑な思いがしました。一人一人に懸命に寄り添うタイプの方で、そういう伝統をつくってきた人がいました。我々もそれに巻き込まれていきましたね。

G 職種に関係なく、その人の人生に寄り添う人が誰か一人でも入れれば救われますね。ケアマネでも包括でも訪問看護でも誰でもいいのだと思います。そういう方がいるのが大切ですね。私も病棟看護師時代に腎臓内科で働いていて、シャントを造設するかどうか、高齢者にとってとても大切な問題だというのを実感していました。こうやって揺れることもありますね。

自立度が高くて、要介護1、2なのだけれども、腎不全や心不全があって、他の疾病で意思決定が必要な場面が結構ありますね。要介護度、医療依存度が低い場合の意思決定に訪問看護はどれだけ関わっていけるのか、と考えると、やはり医療的な側面ですかね。このケースであれば、シャントを造設するかどうかのメリット、デメリット、シャントをしなかった場合の緩和ケア、どうやって在宅医療に切り替えていくか、在宅医療に切り替えた後、入院をするのか、在宅医療で緩和ケアをするのか、というあたりが結構重要な部分ですね。今後、こういう方は増えていくと思います。

意思決定までいかなくても、包括さんが困ったり、ケアマネさんが困ったりした時に相談

できるような関係性が作れたらいいなと常々思いながらやっています。こういうケースはたくさんあると思うのですが、相談自体はほぼありません。どうしていけばいいんだろうなと感じています。

A こういった相談はどこが受ければよいのでしょうか。

H シャント造設という医療的なことに関しては、ご本人と医師とが話されていることですよね。

G 意外と、病院で決まってしまうことのほうが多いですね。たとえば、手術の日が決まると、ほぼキャンセルできることなんてないですね。病院を逃げ出すしかありません。それでも、キャンセルしたくなる人はいるんですね。それぐらい大事なことなので、意思決定の時間がもう少しあったほうがいいなと思います。特に高齢者は。

C クリニックについても伺いたいです。最初の開業医は透析をしないリスクを伝えたとありますが、このクリニックは透析もしているのでしょうか。

E していないクリニックでした。

C もしシャントを作ったら、透析はこの病院がやることになったのですか。

E そうです。

C それならば、もし仮にシャントを作ったとしても、撤退というか、そういう可能性も残してくれそうなイメージがありますけれども。ここの病院ならば、よくある透析専門のクリニックの場合、一度透析を始めたらやめないと思います。

Gさんも言ったとおりで、元々の主治医の診療所や紹介先の病院、その後の透析クリニックでコミュニケーションが終わってしまう、というケースがほとんどです。看護やケアマネ、そういう人たちが参画することはなかなかありません。訪問看護が入っていれば相談に乗るとは思いますけれども、実際はなかなか。週3回、透析に行っている人のところへ訪問看護やリハビリに入ることもあるのですが、いつまでやるのかという話になかなか出口がないのですが。

H 高齢になってから透析になってしまった場合、しかも認知症の方だったりすると、週3回通うのは、とても辛いのです。もう少し考える時間があったほうがいいのではないかと思いますね。

総括コメント

A それでは、最後に皆さんにコメントをいただければと思います。心理的安全性を担保するという取り組みについてもそうなのですが、医療と介護の違い、どう埋めていくか、というところについてもお話し頂ければと思っています。

C おそらくどの事例にも通じることなのですが、ケアチームの時間的な流れというか、継続性が大事かなと思いました。プライマリーケアで ACCCA という概念があります¹⁷。その中に、Continuity、継続性という項目があります。住民に対してプライマリーケアを提供するに当たって、やはり継続的に関わっていないとその方の文脈がわかりません。一般論としてよく言われることではあります。それをチームのレベルや、最後の事例で言えば地域レベルで文脈を共有していかないといけません。たとえば、若いヘルパーさんが「食べさせたい」と考えていたという話も、現時点では一つのエピソードに過ぎません。しかし、その方が10年同じ地域で働き続けたとして、昔はこういう考え方で働いていたということをチームが知っていたり地域が知っていたりする、ということって医療介護連携においては強みになると思うんです。

訪問看護が初めて組んだところや一般事業所が初めて組んだところというのは、どの事例を聞いてても厳しいなという印象があります。その中であうんの呼吸をどう育てていくかということが大事です。

介護保険では、利用者の選択が大事で、それ自体は良い面もあり悪い面もあります。田舎だともともと選択肢がありませんし。ただ、そういった地域では、文脈がほぼ共有されていたりします。「ああ、あのね」という感じで、そのキャラクターに合わせてチーム編成ができる気がするんです。住民も従事者も含めてです。

一方で、都市部では、今回はここ、次はあそこ、と別の事業所とチームを組むことができずしてしまいます。そうすると文脈の共有は難しいですね。それでも、結局組みやすい相手というのがあるので、ある程度固まる気はしています。利己心に基づいて、ただ組みやすいから、というだけで閉鎖的にチームを組んで我田引水するのではなくて、continuityを保つためのチーム編成の在り方を考えるということがポイントだと思います。

F 今おっしゃったことはとても心に響きました。私は20年前のエピソードをお話ししましたが、そういうつながりといったものが地域の中、行政区や圏域の中でつながっていているというのは、大事なポイントとして書いていただければと思いました。

¹⁷ Accessibility、Comprehensiveness、Coordination、Continuity、Accountabilityの五つ。

G 感想ですが、私は医療介護連携に関しては、看護師が圧倒的に悪いと思っているところがあります。怖い看護師、というのを早く撲滅したいなと思っている身です。看護師側が何か変わらないといけないなと常々思っています。看護業界の文化、というのがありますが、怖いナースは本当に多いです。後輩に対しても、他の職種に対しても上から目線でマウントを取ろうとするナースは多いなと思っています。とはいえ、今の若い世代を見ていると、育ち方にもよりますが、優しい子も多いです。今までと異なる文化を育てていかないとけないなと感じています。

それから、在宅診療と介護職の間とつなぐにあたって、専門用語というよりは、分かりやすい言葉。共通言語でうまく会話をしていけるといいなと思いましたね。

介護職の専門性と看護職の専門性は違います。看護職の専門性を介護職に押し付けるのは違うなと思う部分があるのです。ところが、それを求め過ぎてしまうことが多いのかなと感じます。介護職の専門性を尊重しつつ、うまくやっていくのがいいなと思いますが、それを看護師自身があまり理解してないのか、ヒエラルキーがあるためなのかわかりませんが、そこに大きな課題があるなと思っています。

A 恐らくBさんも日々看護師と介護職の間を取り持ってくださいっていると思うのですが、いかがでしょう。

B マウントを取ろうとするのは、日々ありますね。それだけではなく、課題はいろいろなところにあるなと思います。私自身、病院との退院調整など、この2か月も医療連携にたくさん関わってきました。病院とどう関わっていくか、というのは私自身の課題でもあります。地域づくり、町づくりにつながる場所もありつつ、医療介護連携でもありつつ、お互いの歩み寄りやリスペクトし合うということはやはり大事だなと思います。

私の所属している事業所は凸凹な小規模多機能です。自分のところの訪問看護ですら、うまくいっていない事例というのが実際にはあります。それでもその都度対話していききたいなと思っています。それから、私は看護学生の受け入れをずっとやりたかったのです。次年度からそれが始まります。そこに关われる、そして、介護の現場を見ていただけるということを経験していききたいなと個人的には思っております。

H 前回の事例も、今回の事例も見せて頂いて、医療と介護が利用者さんの前でそろうということはあんまりないのです。在宅のプランだとサービスが重なっていないのだろうと思うのですが。しかし、そういう場があるのは大事ではないかと思います。一人の人の褥瘡の処置なり火傷の処置なり、こうやっているんだよとかいうことを介護職が見るということがなかなかないので、何か共有できないものがあるのかなと感じました。

褥瘡がひどい人のケアをしていたとき、看護師さんが1回見に来なよと言ってきて、同席できたことがあります。そういう作業の場面を共有するという事は大事かなと思います。

ました。

A 行政では、研修の場で顔を合わせてきたのですが、実際に仕事上で会うということは少ないんだということがわかりました。顔を合わせて話はしていても、実際に仕事の中で顔を合わせることがないと。

H 見えているようで見えていないのかなという感じがしました。とても残念だなと思うことがあります。

C 途中でHさんに聞きたいなと思ったことがあるんです。とても嫌な質問ですけども、グループホームに入所するときに居宅のケアマネさんから医療情報を送ってほしいとおっしゃっていましたよね。率直に言って、それはなかなか難しいのかなという気もします。私は訪問看護の立場なので、なおさらそう思うところがあります。自分でやればいいやと思ってやってしまうと、その場はそれですむのですが、看護師が入っていないこともあるわけですよね。そういうとき、医師は医師で情報を共有できていなくて、仮にやる気のあるケアマネさんであっても、何をやってよいか分からない、どの情報を取ってくればよいか分からないというところもあります。そうすると、仮に情報を取ってきても誰もそれを分からないという状況が生まれます。医師は医療的には分かっていますが、それを生活に落とし込むという知恵はなかなか持っていません。それを提供されてもあまり実際の役には立たない気がします。

ケアマネさんに医療面の情報も期待したいのですが、実態としてなかなかそこをお任せできる方はいないのですよね。どちらかというと、ソーシャルワーカーとして頼りにしている人はたくさんいます。それは社会資源とかのことで頼りにしている感じですね。医療面について、少なくとも看護、訪問看護とのお付き合いの中では、こちらが持ってしまう面が大きいですね。とはいえ、訪問看護というのは、全体の要介護者の中で使っている方はごく一部です。透析のACPの話はだいぶ早めからやっておかなければいけません、顕在化することがないケースもあるだろうなど。

H だからこそ、「この認知症の人に透析やることになったの？」という驚きを持つべきなんですよね。「やらなきゃよかったでしょ」とまでは言わないし、やらざるを得ない体の状況というのも分からなくはありません。ただ、そこを考えなくていいのかなと。透析はそのあともずっと続けなくてはいけませんから。

A やはり病院の影響も大きいですね。さきほどの病院は地域に理解がある、生活に理解がありましたけれども、その理解がないと情報がいかないですね。

H そうです、先ほど指摘されたように、どこかの病院に絡み取られて、どこぞの医療機関に通うことになっている、そういうシステムの中に入ってしまったというようなこともあります。残念です。透析の人が施設入所ということになると本当に大変ですし、認知症が進行していくともう行き場がないなんてことになってしまいます。

G 今、おっしゃったこと、私もよく感じています。自立度は高いけれども慢性疾患を持っているという高齢者がほとんどですからね。私も医療情報については、それほどケアマネさんには期待していません。失礼な言い方ではなくて、病気のことってやはり分からない部分が多いと思うのです。しかし、その方の生活や人生についてはケアマネジャーさんがよくよく分かっているわけですね。そこでの連携や意思決定支援の部分で、課題があるのを感じますね。

生活へ落とし込む、という部分での課題は、今回のように顕在化すれば気づくことができますが、そこまで上がってこないこともあります。その場合、こちらは手の出しようがないです。訪問看護に依頼するしかないのですが、訪問看護ってなかなか使ってもらえるサービスでもありません。そこが難しいですね。

B 今、要介護4で透析をしていて、認知症の症状がどんどん進行していて、区分変更を申請している、という方がいらっしゃいます。私達が透析のクリニックに支援に入ったりしています。ここまではやってくれない透析クリニックだったので（笑）。透析クリニックの中に入って中から、というような関わりをしたりするので、本当はもっと前の意思決定のところから関わっていたら、という思いがあります。うちに来たときにはもう透析は始まっていたから。

それから、今回の熱傷の事例でも、透析をしないという選択をして、それからの時間がありました。そこで、利用者の方に訪問看護や小規模多機能が関われる時間があったと思います。いろいろな局面で訪問看護の役割は大きいなとは思っています。

A ありがとうございます。今日も、皆さんに長時間お付き合いいただきましてほんとうにありがとうございました。

実施体制

検討委員

委員長	川越 雅弘	埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 教授
委員	江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会 常任理事
委員	後藤 裕子	公益社団法人 日本看護協会 医療政策部 部長
委員	山田 尋志	特定非営利法人介護人材キャリア開発機構 理事長 社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋 理事長
委員	小島 操	特定非営利法人東京都介護支援専門員研究協議会 理事長
委員	角野 文彦	滋賀県健康医療福祉部 理事
委員	小田島 史恵	釜石市地域包括ケア推進本部事務局 副主幹

ワーキンググループメンバー

山田 尋志	特定非営利法人介護人材キャリア開発機構 理事長 社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋 理事長
小島 操	特定非営利法人東京都介護支援専門員研究協議会 理事長
杉原 優子	社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋 地域密着型総合ケアセンターきたおおじ 統括施設長
永田 かおり	社会福祉法人ひだまり 理事長
石川 和子	株式会社ぐるんとびー 小規模多機能ホームぐるんとびー駒寄
柳澤 優子	一般社団法人 Life&Com 代表理事

オブザーバー

田上 真理子	厚生労働省老健局老人保健課 医療・介護連携技術推進官
畦地 美幸	厚生労働省老健局老人保健課介護技術係 主査

事務局

全体統括	飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構 教授
全体計画・実施・調整（主）	松本 佳子	東京大学高齢社会総合研究機構 学術支援専門職員
全体計画・実施・調整（副）	吉江 悟	東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員
調査実施	渋川 勉	東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員
調査実施	沖田 征也	東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員
調査実施	細萱 一立	東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員
調査実施	小林 寛範	東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員

令和元年度厚生労働省

老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

医療職・介護職・患者住民の視点を踏まえた質の高い在宅医療・

介護連携の在り方と評価指標に関する調査研究事業

—介護職と看護職の連携を中心に— 報告書

令和2年3月 発行

発行 国立大学法人 東京大学 高齢社会総合研究機構

〒113-8656 東京都文京区本郷 7-3-1 工学部 8 号館 713

TEL：03-5841-1662 FAX：03-5841-1662

MAIL：homecare_info@iog.u-tokyo.ac.jp

禁無断転載