

介護付きホームにおける看護職員を中心とした多職種連携による
医療ニーズのある入居者への対応事例集

令和5年3月

PwC コンサルティング合同会社

本事例集は、令和4年度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）「介護付きホームにおける医療行為の看護職員による円滑的な実施に向けた調査研究」を通じて作成したものです。

目 次

I . 本事例集について	1
II . 施設・法人事例集	7
III . 個別事例集	31

I. 本事例集について

1. 本事例集のねらい

高齢化の進行や高齢者人口の増加を受けて、有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅などの高齢者向け住まいは、介護保険上の特定施設入居者生活介護の指定を受けている介護付有料老人ホーム(特定施設)のほか、特定施設入居者生活介護の指定を受けない住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅も含め、着実に増加し、多様化も進んでいます。これに伴い、特定施設を中心とする高齢者向け住まいにおける医療対応や看取りの対応等への期待がより一層高まっています。

特定施設には常勤の看護職員が配置されており、入居者の医療ニーズに対応する際に重要な役割を担っています。一方で、特定施設は、特別養護老人ホームとは異なり医師の配置は義務付けられていないため、外部の協力医療機関との連携のもと、医師の指示を仰ぎ、対応していく必要があります。

特定施設の入居者に対し医療・介護を切れ目なく提供していくためにも、特定施設で働く看護職員が安心して円滑に医療行為を行うことができる環境づくりが求められます。

こうしたことを踏まえ、本事例集は、特定施設を中心とする高齢者向け住まいにおいて、入居者の医療ニーズに円滑に対応するための施設・法人の取り組みと、入居者個別の医療ニーズに対応している個別事例を紹介しています。これらの事例を、各特定施設へのケア提供を検討する上で参考として役立てて頂くことを目的としています。

2. 本事例集の構成と活用方法

本事例集は、「施設・法人事例」と「個別事例」で構成されています。この2種類の事例はそれぞれ収集した事例であり、必ずしも対応するものではありません。

1) 施設・法人事例について

「施設・法人事例」は、看護職員が円滑に医療行為を実施できる体制や仕組みを整備している介護付有料老人ホーム(以下、ホームという。)または法人の事例です。特定施設に関する5つの事例と、24時間看護職員が勤務している同一法人の病院との隣接性を活かして医療対応している1つの特定施設以外の高齢者向け住まいの参考事例を掲載しています。

ホームにおける取り組みに加え、法人による取り組みを採り上げたのは、特定施設は特別養護老人ホームと比べて複数のホームを運営している法人が多いという特性があり、法人単位で経験が蓄積できるという特徴があるためです。

ホーム内の看護職員と介護職員の連携のほか、同一法人のホーム間あるいはホームと本社との連携、ホーム外部の協力医療機関や薬局等と連携して医療対応している事例を採り上げ、そのような連携の仕組み、情報共有や研修等の仕組み・体制など、看護職員が円滑に医療行為を実施するための「環境づくり」として参考となる取り組みを紹介しています。

次ページに掲載する「施設・法人事例 一覧の事例ポイントからみた索引」を用いて、関心のある事項から事例を探して読むことができるようにしました。

ホームの看護職員が円滑に医療対応を実施できる仕組みや体制の作り方について、ホーム長やホームの看護職員だけでなく、本社統括部門や経営者の方にも参考としていただけるようまとめています。

施設・法人事例は、大きく5つの要素で構成しています。事例の中心は「医療対応のための取り組み」ですが、その内容を理解するために必要な情報をできるだけコンパクトにまとめました。

「本事例のポイント」は、本事例集の作成のために設置した有識者で構成されるワーキンググループにおいて事例を検討し、どのような点がポイントになっているのかを議論し、まとめたものとなっています。

- ホーム及び法人の概要
- 法人・ホームの医療対応に対する考え方
- 医療対応の体制
- 医療対応のための取り組み
- 当該事例のポイント

施設・法人事例一覧

【特定施設】

- 事例1 株式会社アズパートナーズ／アズハイム綱島
- 事例2 株式会社アライブメディケア／アライブケアホーム
- 事例3 株式会社ベネッセスタイルケア／グランダ府中白糸台
- 事例4 SOMPO ケア株式会社／そんぼの家十番町
- 事例5 プラウドライフ株式会社／はなことば小田原2号館

【特定施設以外の事例】

- 参考 医療法人大誠会／いきいきメディカルマイホーム(サービス付き高齢者向け住宅)

施設・法人事例の事例ポイントからみた索引

事例のポイント	掲載頁	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	参考
		8	13	16	20	23	28
看護職員の育成		●		●			
看護職員の相談体制		●				●	
本社による看護職員のサポート体制		●	●			●	
気づきの集約と看護職員による先を見越した病状変化への備え			●		●		
医療対応状況の見える化		●		●			
法人内における医療に関する対応の標準化				●		●	
損害賠償責任保険への加入等によるトラブルへの備え		●	●	●	●	●	●
ICTを活用したホーム内・医療機関等との情報共有		●		●	●		
医療対応における協力医療機関等との認識のすり合わせ		●	●	●			
地域の医療介護関係者との関係構築		●	●		●		
生活の場としての医療対応のあり方の検討			●		●		
病院隣接							●
看護師の特定行為研修							●

※上記索引内の●印は、本事例集で紹介した内容に該当する取り組みがある場合に付したものである。
 (事例で紹介していない場合は実際に取り組みが行われていても●が付いていない場合があり得る)

2)個別事例について

「個別事例」は、特定施設を中心とする高齢者向け住まいの入居者に関する個別の医療対応事例で、看護職員が医療行為を実施している事例に加え、看護職員と多職種が連携して入居者へのよりよい対応を目指し実践した事例の双方を採り上げ、特定施設における9の個別事例と、特定施設以外の高齢者向け住まいにおける2つの参考個別事例を掲載しています。

入居者の状態像や医療対応等が必要となった経緯とともに、実際に医療対応等をするにあたって行われた工夫や取り入れられている仕組み等について、看護職員の役割に注目しながら紹介しています。匿名性を担保するため、個人の特定につながる情報やホーム・事業者の情報は、事例の理解に必要な最小限の情報に留めています。

個別事例は、個別事例一覧を参照して、医療行為を必要とする入居者の状態変化や受入時などのタイミングに応じて、タイトルから事例を探すこともできれば、該当の医療行為によって事例を探すこともできます。

日常のケアで医療対応に困ったときやケアカンファレンスでの活用のほか、これらの個別事例を題材として、人材育成のための研修や模擬ケアカンファレンス、協力医療機関等との連携の在り方の見直しのための協議等にも役立てて頂けるようまとめています。

個別事例は、3つの要素で構成しています。まず、冒頭の囲み枠内に、事例を読む際に踏まえておくべきケースの状況として状態像(新規入居の場合は入居時の状態像、それ以外は事例の取り組みが行われていた時期の状態像)及び医療対応等に至る経緯をまとめ、そのあとに各ケースで行われた医療対応等についてご紹介しています。

「当該ケースに対するケアのポイント」は、施設・法人事例と同様、ワーキンググループでの事例検討を踏まえ、どのような点がポイントになっているのかをまとめています。

- 当該ケースの状況
- 当該ケースに対する医療対応等
- 当該ケースに対するケアのポイント

個別事例 一覧

個別事例	多職種連携（主治医を除く）					医療行為等										掲載頁			
	介護職員	本社の支援	訪問看護	歯科医師	薬剤師	その他	薬剤調整	喀痰吸引	胃ろう・腸ろう	中心静脈栄養	膀胱留置カテーテル	酸素療法	気管カニューレ	人工呼吸器	透析		末梢静脈からの点滴	看取り	
【入居者の体調の変化に応じて医療行為の見直しを行った事例】																			
1	ホーム看護職員が仲介役となり、本社看護職員・提携先の管理栄養士の協力を得て栄養改善に取り組んだ事例					○	○			○	管理栄養士	●						32	
2	食欲不振をきっかけに、ホーム看護職員・提携薬局の薬剤師が連携し、主治医や介護職員の協力を得て薬剤の見直しを行った事例					○				○	ケアマネジャー	●						34	
3	介護職員の観察・気づきから、看護職員が主治医と相談しながら在宅酸素やミキサー食を見直し、離床を拡大した事例					○			○				●					36	
4	喀痰吸引を必要とする入居者に対し、体位・姿勢の調整と口腔ケアに取り組み、誤嚥性肺炎を起こさなくなった事例					○												38	
【入居者の状態変化に適応して必要となった医療行為への対応事例】																			
5	入院中に人工透析が必要となった入居者を、本社の助言を受け、看護職員による介護職員への説明・指導等の準備を行い、退院受け入れを行った事例					○	○				透析病院 総合病院					●		40	
【医療行為を必要とする人の新規入居受け入れ事例】																			
6	本社の情報提供・助言を受けながら、医療行為に関する社内基準に基づき、在宅酸素療法導入に対応した事例					○	○						●					42	
【入院中に医療行為が必要となり、自宅に戻れずホーム入居となった事例】																			
7	看護職員と言語聴覚士・歯科医師の協働により胃ろうであっても味覚を楽しみつつ栄養状態・体力の回復を図り、膀胱留置カテーテル抜去につなげた事例					○		○	○		言語聴覚士		●	●		●		44	
8	多職種連携のもと、ホーム看護職員が尿量計測等のデータをもとに主治医へ働きかけ膀胱留置カテーテルの抜去をなしえた事例					○									●			46	
9	ホーム看護職員と介護職員が連携し、膀胱留置カテーテルの感染対策や口腔ケアによる誤嚥性肺炎対策を行いながら看取りを実践した事例					○		○	○								●	●	48
【参考個別事例】（特定施設以外の高齢者の住まいにおける個別事例）																			
参1	特定行為研修を修了した看護師の連携により、人工呼吸器の管理を要する四肢麻痺の利用者を受け入れ、安全に医療行為を提供している事例							○			母体病院				●	●		52	
参2	神経難病の入居者に、特定行為研修を修了した看護師と訪問看護職員との連携により、尿路感染症や胃ろうの逆流を防ぎ、安全に医療対応した事例							○			母体病院				●	●		54	

Ⅱ. 施設・法人事例集

【事例1】本社の看護アドバイザーがコーディネーターとなり中途採用看護職員の育成・相談体制の構築や各ホームの医療行為の受け入れ状況の見える化に取り組む事例



ホーム概要	ホーム名	アズハイム綱島
	所在地	神奈川県
	開設年	2021年
	室数・定員数	80名
	入居者像	平均要介護度：2.3 医療ニーズのある入居者：約2割
	職員体制	2:1 看護職員 定員80人に対し日中3人配置
	協力医療機関	訪問診療、後方支援病院含む近隣の5つの医療機関と連携
法人概要	法人名	株式会社アズパートナーズ
	本社所在地	東京都
	設立年	2004年
	展開している事業	○シニア事業 介護付きホーム(介護付有料老人ホーム)、デイサービス、ショートステイの運営 ○不動産事業 収益不動産保有、宅地住宅分譲、不動産再生コンサルティング等
	関連・協力法人等	○特になし
その他の特徴	<p>○多職種連携のためのICTツールを導入している。</p> <p>○本社に看護職員育成・定着支援等を担当する看護アドバイザーが配置されている。</p> <p>○加入している賠償責任保険に、看護職員が行う医療行為が対象となる賠償責任保険の特約を付している。これに加え、社内で起こった医療行為等のトラブル発生時には法人が契約する弁護士への相談できる。</p>	

1) 法人の医療対応に対する考え方

- 医療対応の要否に関わらず、ホームへの入居を希望している人を、できる限り受け入れるため、医療対応の体制を確保するよう努めている。
- 看護職員が、介護職員から相談しやすい存在になることを徹底し、ポリファーマシーへの取り組みを通じた看護リーダーの育成や医療ニーズのある入居者の受け入れなどをより、組織一体となって医療対応の力を向上させている。

2) 医療対応の体制

① 職員体制

- 職員は2:1と指定基準で示されている基準以上の手厚い職員配置を行っている。法人ルールとして看護職員は定員 60 人に対し常勤換算 2.5 人、50 人に対し同 2.0 人と、基準以上に配置されており、本ホームにおいては定員 80 人に対して3人の看護職員が配置されている。夜間はオンコール体制でホームの看護職員が対応する。

② 協力医療機関等の状況

- 後方支援病院2つ、診療科の異なる2つの訪問診療所、訪問歯科診療所、薬局と連携している。
- 訪問診療所を決めるにあたっては、近隣 10 km圏内で、ホームからの動線、医師の人柄や他ホームにおける先行事例などが参照され、ホームとの間で協力関係を構築できるか、事務職員同士の連携が取りやすいか、多職種情報連携のための ICT ツールを導入しているかなどを考慮している。
- 法人内で訪問診療前に実施するホームと主治医の間の事前カンファレンスの重要性が共有されていることから、当該ホームでも2週間に一度の訪問診療時、対面の事前カンファレンスの機会を設けている。入居者の想い、相談事項や困っていること、家族とのカンファレンス進行等、メールなどの文面では伝わりにくい詳細をすり合わせている。
- 訪問診療日以外で、半日、ホームの看護職員と薬剤の効果・副作用の発生について協議するためのカンファレンスを開催し、次回の訪問診療に備えている。

③ ICT の活用状況

- 多職種情報連携のための ICT ツールを導入している。当該ツールを通じて、医師へ薬剤情報、アセスメントシートなどを PDF にして送信している。ICT ツールを通じた情報共有にあたっては、連携先医療機関と情報共有することに関し、すべての入居者・家族に説明し同意を得た上で、医療機関との間で個人情報の取り扱いに関する項目を含む「協定書」を結んでいる。多職種情報連携の ICT ツールを用いることで、医師への相談段階から、薬局、ホーム長、ケアマネジャーが同じ情報をタイムリーに閲覧でき、認識の齟齬などを回避できている。
- 業務用無線機器(インカム)を導入し、リアルタイムでの指示・情報連携を行っており、迅速な情報共有ができています。

④ 地域の医療介護関係者との情報交換

- 地域で開催される医療機関主催の勉強会・研修や、全国介護付きホーム協会の定期的な勉強会・研修に積極的に参加している。

3) 本社による医療対応のための取り組み

① 看護職員の育成と定着支援を目的とする看護アドバイザーの配置

- 看護職員を安定的に育成し、定着を支援するため、本社に指導者という位置づけで看護アドバイザーを配置している。

② 中途採用看護職員のための入社後の伴走支援研修

- 看護アドバイザーが中心となり、入社後の伴走支援研修を提供している。
- 初回の研修では、アズハイムの社内規定・運営方針・看護職員として守ってほしいことや心構えなどの統一見解が示される。特に、病院と有料老人ホームの勤務環境は異なることに留意し、アズハイムの看護職員に望まれる姿は「介護職員が相談しやすい存在」であると指導している。
- 業務 OJT に関しては事業所内 OJT ができるように看護業務マニュアルを整備している。
- 入職者には看護アドバイザーとエリア内の看護リーダーが伴走支援者として付き、入社後1か月、3か月、6か月のタイミングで業務上の困っていることを相談する機会が設けられている。看護リーダーとは、看護職員としての経歴、ホーム/法人での職歴、OJT 経験、看取りやポリファーマシーへの対応経験などの社内規定要件を満たした人を選任している。

③ 看護職員同士の手厚い相談体制

- 看護職員に不明な点がある際は、ホームや近隣ホームにいる看護リーダーに電話やメールで相談する。エリア内の看護リーダー間で解決できなければ本社の看護アドバイザーに連絡することも可能である。
- 病院勤務経験のみで中途採用で入社した看護職員は介護職員への医療用語の伝え方に戸惑う相談も多く、医療用語を介護職員に伝わりやすい一般的な表現に言い換える方法などが伝達されている。

④ 看護職員のシフト協力体制

- エリア内の相談体制が土台となり、ホーム間での看護職員のシフト協力体制も構築されている。
- 看護職員同士の顔が分かる関係性を構築するためエリア内で小規模ミーティングが定期的開催されているほか、急なシフト協力を備えて他ホームを見学し、健康管理室のケア物品の置き場なども確認できている。この取り組みは、状況に応じてはホーム間の異動希望の受け皿となるなど、離職防止にもつながっている。
- 看護業務マニュアルと電子介護記録ツール、多職種情報連携ツールは全ホーム共通のため、他ホームへ急遽業務支援に入ったとしても、看護職員はすぐに業務対応できるようになっている。
- 近隣エリア内のホーム同士の場合、協力医療機関も同じであることが多いため、医療連携も円滑に行うことができる。薬局についても運用方法や相談窓口は共通である。
- 災害時等の非常時には看護職員が他のホームに業務支援に入っても円滑に医療行為を提供ができる体制が構築されており、業務継続計画 (BCP) 対応としても有効である。

⑤ 看護職員と介護職員等との円滑な連携を促すための取り組み

- ケアに関する全職種対象の研修が実施されている。講義とワークショップで構成され、ワークショップでは実際の事例をもとに事故報告書を作成するなど、専門職同士の連携にとどまらず、ホーム内の一体感が醸成されるよう工夫されている。
- 看護職員が介護職員に対して、応急時の対応手順やケアの技術を向上させるための知識や技術に関する研修の他、介護職員の要望に応じた研修を開催している。看護アドバイザーから研修開催にあたっての助言とともに、他ホームでの好事例を匿名化してケーススタディの素材とする等、研修で使用できる素材が共有されている。匿名化する場合でも、研修等に活用する際には、必ず、入居者・家族に同意を得た上で、その旨を記録に残すといった配慮がなされている。
- ホームでは、多職種間で相談しやすい環境作りを心がけており、ホーム新設の際は、建物のレイアウトを検討する段階から会話の生まれやすい配置を考慮している。また、多職種で共同の休憩室を利用している(ただし、感染症等の状況による)。

⑥ ポリファーマシー改善研修を通じた看護リーダー育成のための OJT 研修

- 看護職員向けの研修として、ポリファーマシーの改善に取り組む OJT 研修も行っている。法人として、厚生労働省「高齢者医薬品使用適正指針 総論編」を参考資料(※参考1)として、ポリファーマシー改善の取り組みを進めており、その中で、ホームと医療機関をつなぐ橋渡し役として情報収集・アセスメントし、コミュニケーションを取る経験が積み重ねられ、看護リーダーの育成につながっている。
- 訪問診療医が講師となり、ポリファーマシーの概念や減薬に向けた医療機関とホームの役割分担や、取り組みにあたりホーム看護職員に求めること(入居者の状態・生活の様子に関するデータ収集と医師への報告)について研修が行われた。研修内容はすべて動画に録画され、社内フォルダに格納しており、会社の PC からいつでも学習できるように整備されている。
- 研修は、アセスメントの際に薬剤による影響の視点を持つことを再度確認する機会となっている。研修を修了した看護職員には、看護リーダーが伴走し、医師と相談しつつ本人の状況や各種データを参考に、入居者の薬剤の影響を検討する。副作用等の影響などが疑われ、薬剤の見直しが必要な入居者がいた場合は、医師に相談の上、減薬等の薬剤の見直しについて家族との話し合い、本人・家族の了解を得る。
- 医師により指示があった際には、減薬し、看護職員は減薬の影響を評価するために必要なデータの一覧表を準備し、定期的な訪問診療の際に評価する。
- 各ホームでの取り組みを定例の本社主催看護ミーティングで事例として発表する。減薬の経過、今の入居者の様子などが共有される。事例発表の資料も、匿名化し、入居者・家族に同意を得、その旨を記録に残した上で作成される。事例の共有の場で、担当の看護職員の関わりが承認され、モチベーションが高まるように工夫されている。
- 事例の発表は動画に収められ、社内の PC から閲覧できる状態が作られている。

※参考1 指導参考資料:厚生労働省「高齢者医薬品使用適正指針 総論編」

高齢化の進展に伴い、加齢による生理的な変化や複数の併存疾患を治療するための医薬品の多剤服用等によって、安全性の問題が生じやすい状況があることから、2017(平成 29)年4月に厚生労働省は「高齢者医薬品適正使用検討会」を設置し、高齢者の薬物療法の安全対策を推進するための調査・検討を行い、「高齢者の医薬品適正使用の指針」をとりまとめている。

https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kourei-tekisei_web.pdf

⑦ 医療対応が必要な利用者の受け入れ状況の見える化

- ホームにおいて入居受け入れ可能な医療行為については一覧表が作成されており、一覧表にないものについては、看護アドバイザーや受け入れ経験を持つホーム看護職員等を含めた話し合いがもたれ、受け入れの可否を検討している。
- 看護アドバイザーは、ホームから相談・照会があった際にすぐに状況を答えられるようにするため、看護職員や介護職員の配置の人数、看護職員のスキル、今行われている医療行為の状況などをまとめた、各ホームスタッフの受け入れキャパシティに関する情報を管理している。ホームの看護職員が入社直後であるなどの不安定な状況や、業務過多になっている場合は、ホーム状況を赤色で明示するなどの工夫が施されている。逆に、医療対応のキャパシティとして余裕がある場合も明示している。入居希望者を受け入れることが出来るかどうか調整し、極力受け入れている。
- 円滑な受け入れを実施するため、入居相談員と看護職員がコミュニケーションを取りながら、定期的にホームの医療対応に関するキャパシティ等について情報交換を行っている。

【本事例のポイント】

【本社による看護職員のサポート体制】

- 法人として、本社に、現場の看護職員の業務を俯瞰して見守り、助言・支援を行う立場の「看護アドバイザー」を配置し、現場の看護職員任せとせず、法人として責任をもって看護業務が行える体制を構築している。ホームの看護職員の立場から見ると、看護アドバイザーがいることによって、現場で困ったことが生じた際にひとりで悩むといった状態に陥ることがなく、安心して業務に向き合える環境、一定のチャレンジを行い経験や能力の獲得ができる環境となっていると考えられる。法人内で複数ホームの運営を行っている事業者であるからこそ行える取り組みと言える。
- 看護アドバイザーには、一定の経験と判断力を有する看護職員を配置し、看護に関する相談・助言・育成といったスーパーバイザーとしての役割を果たしているほか、ホーム間の情報連携や入居者受け入れ時のキャパシティ調整の機能も発揮している。また、法人内の連携にとどまらず、必要に応じて、協力医療機関や薬局、業界団体等ともつながりを持ち、問題解決に必要な調整も行っている。
- 本社の方針として、全ホームで統一した看護業務マニュアルや ICT ツールを用いることや、エリア内の看護職員間で普段から顔の見える関係の構築やホーム見学を実施を促すことで、急遽ヘルプを求められた時にも他ホームで円滑に医療対応ができるシフト協力体制が構築されている。

【看護職員の育成】

- 看護職員の入職時には看護アドバイザーとエリア内の看護リーダーが伴走して支援する体制がある他、看護業務マニュアルを活用した OJT 研修や、ポリファーマシー改善 OJT 研修を活用した看護リーダー育成など、伴走支援や OJT 研修を通じた看護職員の育成に力を入れていることによって、看護職員に寄り添いながら、業務を通じて成長も感じられるような工夫が見られる。

【看護職員の相談体制】

- エリア内での看護職員同士でミーティングや研修、ホーム見学などの顔の見える関係づくりを行った上で、日常業務においては電話やメールでもタイムリーに相談できる体制が築かれており、その体制が、いざという時のシフト協力にもつながっている。
- 病院勤務経験のみの中途採用の看護職員がホームの勤務環境でスムーズに活躍できるよう、看護職員と介護職員のコミュニケーションについてサポートしており、看護職員が介護職員にとって相談しやすい存在になることで、ホーム内の円滑な医療対応における介護職員との連携につながっている。

【損害賠償責任保険への加入等によるトラブルへの備え】

- 同社では、法人として加入している賠償責任保険に、看護職員が行う医療行為が対象となる特約を付していることに加え、医療行為等に起因するトラブルが生じた際には法人が契約する弁護士への相談できる体制が作られている。

【医療対応における協力医療機関等との認識のすり合わせ】

- 協力医療機関との連携体制の構築にあたっては、事前にホームの方針や理念に基づいて選定するとともに、個々の訪問診療に関しても事前カンファレンスで認識のすり合わせを図っている。
- 法人として、ポリファーマシーの改善への取り組みを表明し、法人をあげての取り組みが進められている。法人が方針を示すことで、看護職員に限らず、ホーム長も介護職員も同じ目的・目標に向かって取り組む態勢となっているほか、協力医療機関等外部に対しても協力を求めやすい状況を作ること成功している。

【ICT を活用したホーム内・医療機関等との情報共有】

- 多職種情報連携の ICT ツールを用いることで、医師に相談した段階から、ホーム長、ケアマネジャー、薬局等が同じ情報をタイムリーに閲覧でき、認識の齟齬を回避できている。ホーム内での多職種の情報共有の場としても機能している。また、インカムによりスタッフ全員が同じ情報を聞くことができるため、情報共有や連絡の効率化が図られている。

【地域の医療介護関係者との関係構築】

- 地域で開催される医療機関主催の勉強会・研修や、全国介護付きホーム協会の定期的な勉強会・研修に積極的に参加することによって、円滑な医療対応を行う上での知識の向上や関係者との顔の見える関係性が構築されている。

【医療対応の状況の見える化】

- 医療対応が必要な入居者の受け入れに関しては、原則として断らない方針で、現場の看護職員と看護アドバイザーとで前向きに検討することとしている。そのため、看護アドバイザーは、各ホームの医療対応が必要な入居者の状況と看護職員の経験・能力、介護職員や協力医療機関等の状況など、受け入れ時の対応キャパシティに影響を与える要素の状況を把握し、まとめた資料を作成し、適宜更新・管理を行っている。医療対応が必要な新規入居の相談があった場合に、そのホームで受け入れが難しいと想定される場合も、近隣のホームでの受け入れを提案する形で、利用者本位の姿勢を採りつつも安全に医療対応する観点から吟味して受け入れ態勢が作られている。

【事例2】法人の事情で医療依存度の高い方の入居を断らないため、現場を巻き込むマニュアルやガイドラインの作成・浸透や看護職員のスポット派遣の調整を仕組み化した事例



ホーム概要	ホーム名	アライブケアホーム
	所在地	都内の城南・城西地域
	定員規模	27～64名
	入居者像	平均年齢約90歳、平均要介護度2.5 医療ニーズのある入居者 <ul style="list-style-type: none"> 服薬等軽度な医療ニーズのある者：入居者の6～7割 看護職員しか対応できない医療ニーズのある者：入居者の1割程度
	職員体制	1.5:1～2:1 看護職員 <ul style="list-style-type: none"> 定員30名以下のホーム：日勤帯に常勤換算数で2人 30名以上64名以下のホーム：同2～3人配置
	協力医療機関	ホームは生活の場であることを重視し、アライブケアホームのケアの理念や方針に賛同する医療機関と連携
法人概要	法人名	株式会社アライブメディケア
	本社所在地	東京都
	設立年月	1980年
	展開している事業	介護付きホームの企画・運営
	関連・協力法人等	セコム株式会社の連結子会社 株式会社荒井商店 医療法人社団三喜会
その他の特徴		○本社に看護職員などが配属されている『ケアサービス室』が設置されており、ホームのサービス向上や看護職員のシフト調整などの取り組みが実施されている。 ○看護職員が行う医療行為が適用となる賠償責任保険に本社で一括加入している。

1) 法人・ホームの医療対応に対する考え方

- ホームは生活の場であることを基本理念とし、入居者の状態に応じて、協力医療機関に相談し、医師の指示により看護職員が医療対応を行っている。入居者のケアにおいては、①水分、②栄養(食事)、③運動、④排便(排泄)の4つのケアに⑤睡眠、⑥減薬を加えた6つを基本ケアを通じて身体の状態を整える「自立支援ケア」と、認知症による行動・心理症状の改善を目指す「認知症ケア」の2つを掛け合わせ、入居者に最適化したケアが実践されている。

2) アライブケアホームにおける医療対応の体制

① 職員体制

- 各ホームの職員体制は、1.5:1～2:1で基準より手厚い体制が採られている。医療ニーズのある入居者に対応するため、看護職員は、定員30名以下のホームには日勤帯に常勤換算数で2名、30名以上64名以下のホームには同3名配置し、うち2つのホームは24時間看護職員常駐の体制を採っている。

② 協力医療機関等の状況

- アライブケアホームのケアの理念や方針に賛同する医療機関と連携している。
- 看護職員のいない夜間になるべく医師に連絡しなくてすむよう、看護職員は日勤帯のうちに何らか悪化が予測される入居者に関して、介護職員からの気づきなどを集約したうえで状況を整理して医師に相談し、予め方針を立てている。その方針を踏まえ、夜間に対応が必要な際は、介護職員から協力医療機関に直接連絡し、医師の指示を仰ぐ。
- 主治医とのカンファレンスは、2週間に1回の訪問診療時に必要な入居者に関して実施される。
- 訪問診療の事前準備として、看護職員自身が行ったアセスメントや記録のほか、介護職員やケアマネジャー、薬剤師等からヒアリングした事項等医師に伝えるべき事項を整理し、訪問診療の前日に、主治医に情報共有を行っている。
- 訪問診療には看護職員のほか、提携先である薬剤師が同席し、薬剤の影響を含めた多角的なアセスメントができるチームケアの体制がとられている。その場で解決できない場合は、多職種や家族との面談機会があるかどうか等が確認される。訪問診療時にカンファレンスを行うことで、速やかに課題への対策、実行、経過の評価ができると考えられている。
- 訪問診療時に見直された方針や変更点(薬剤の変更等)に関する情報は、生活上のどのような変化を観察すべきなのかをアセスメントし、看護職員から介護職員に共有されている。

③ ホームでの医療対応

- 24時間看護職員が常駐しているホームを除く一般のホームでは、看護職員は日中のみの勤務のため、酸素の流量の設定等の医療行為はなるべく本人による対応が採られている。
- 24時間看護職員が常駐するホームでは、夜間でも看護職員による対応が可能のため、入居時点でホームを選ぶ際に、ホームでできる医療行為・できない医療行為を説明し、それを踏まえて入居の選択してもらう。看護職員が日勤帯のみのホームで対応が難しいケースには、喀痰吸引が頻回に必要なケースなどが挙げられる。
- 医療ニーズのある入居者の対応として、各ホームで、利用者毎に、看護職員と介護職員等が協議して方法を決め、ケア方法の統一化をはかっている。

④ ICTの活用について

- サービスの質の向上と職員の業務負担軽減を目的として、試験的に、一部のホームで見守りセンサー(トイレの排尿・排尿状況が分かるセンサー、睡眠センサー、歩行の姿勢・距離が計測できる歩行器)が導入されている。

⑤ 地域の医療介護関係者との情報交換

- 協力医療機関が主催する不定期の勉強会や月1回のホスピスコミュニティー、認知症カフェ(ケアマネジャーとの交流目的)への参加、地域包括支援センターへの訪問などが実施されている。

3) 本社による医療対応のための取り組み

① 本社「ケアサービス室」による現場支援

- 本社に設置されたケアサービス室は、室長ほか看護職員等合計4名の体制となっている。いずれも現場経験があり、調整力がある人が配置されている。ケアサービス室の職員には社内・社外に横断的に協業できるようなコミュニケーションスキルが求められる。

- 日々のサービスの質を支えるマニュアルやガイドラインの作成などは、ケアサービス室が起点となり、現場の意見を踏まえて、作成、浸透させていく。
 - 例えば、新型コロナウイルス感染症に関する感染対策ガイドラインの作成時にはケアサービス室の看護職員が中心となり、厚生労働省や学会などから発信されている情報をもとに、原案を作成した。
 - 原案を現場で実際に運用してもらい、不具合があるところは改訂を繰り返した。建物の動線、職員体制、入居者像等の影響を受ける運用に関する部分は現場の意見を踏まえて調整した。
- なんらかの理由で急遽看護職員への支援が必要になった場合は、ケアサービス室の看護職員が現場に赴いてサポートする体制も確保されている。
 - 看護職員の休職、急な欠勤や、子育て等の事情で時短勤務をする看護職員がいるホームの支援体制など、支援が必要な際には、ケアサービス室の看護職員が自らサポート役としてホームで勤務したり、余裕のあるホームにシフト協力を要請したりする役割を担っている。

② 看護職員の研修体制

- 全社員に共通の内容で行われる入社時研修では、会社のビジョン・ミッション・バリュー、介護現場で必要な知識、社内外で必要とされるスキル、虐待や感染症、リスクマネジメントに関する研修等多岐にわたる内容について、2日間で実施される。

③ 介護職員の研修体制

- 年2回、感染対策や急変時の対応を内容として、看護職員がホームの介護職員に行う実技研修が実施されている。適切な手指衛生、防護服の着脱、ノロウイルス発生時の対処や意識消失や誤嚥等による急変時の対応としてAEDや心肺蘇生等の対応が教育され、介護職員の対応力の向上を図っている。

【本事例のポイント】

【本社による看護職員のサポート体制】

- 本事例も、法人として、本社に、現場のケアサービスの業務・品質を俯瞰して見守り、助言・支援を行う「ケアサービス室」を置き、所属する看護職員を中心に、現場の看護職員が安心して医療対応を行うためのサポートが行われている。医療対応を現場任せにせず、現場で困ったことが生じた際に職員が悩みを抱えることなく、安心して業務に向き合えるよう、法人として責任を持つ体制となっている。
- 特に新型コロナウイルス感染症によって看護職員が欠勤等を余儀なされた場合等に、職員体制によってケアに対応できない状況を作らないよう、本社「ケアサービス室」がホーム間の調整機能を持ち、応援体制・バックアップ体制の調整・構築が行われている点も重要なポイントである。

【気づきの集約と看護職員による先を見越した病状変化への備え】

- 看護職員の勤務が日中のみの体制の中、入居者の健康状態にとって必要なことをどのように提供するかという視点から検討し、協力医療機関と日勤帯の内に連絡し、状態の悪化等が予測される入居者についてあらかじめ方針を確認しておく体制が作られている点がポイントとなっている。

【損害賠償責任保険への加入等によるトラブルへの備え】

- 万一のトラブルへの備えとして、看護職員が行う医療行為が適用対象となる損害賠償責任保険に、本社で一括加入し、看護職員が安心して医療対応できる環境が作られている。

【医療対応における協力医療機関等との認識のすり合わせ】

- 協力医療機関との連携については、ホームは生活の場であるという理念や医療対応に関する考え方を丁寧に伝えることで、その後の医療対応における円滑な連携につながっていると言える。
- 訪問診療時の主治医とのカンファレンスの実施や、主治医とのカンファレンスに先立ち、介護職員、ケアマネジャーや薬剤師の見解を集め備えることで、速やかに課題への対策、実行、経過の評価ができ、円滑な医療対応の実施につながっていると言える。

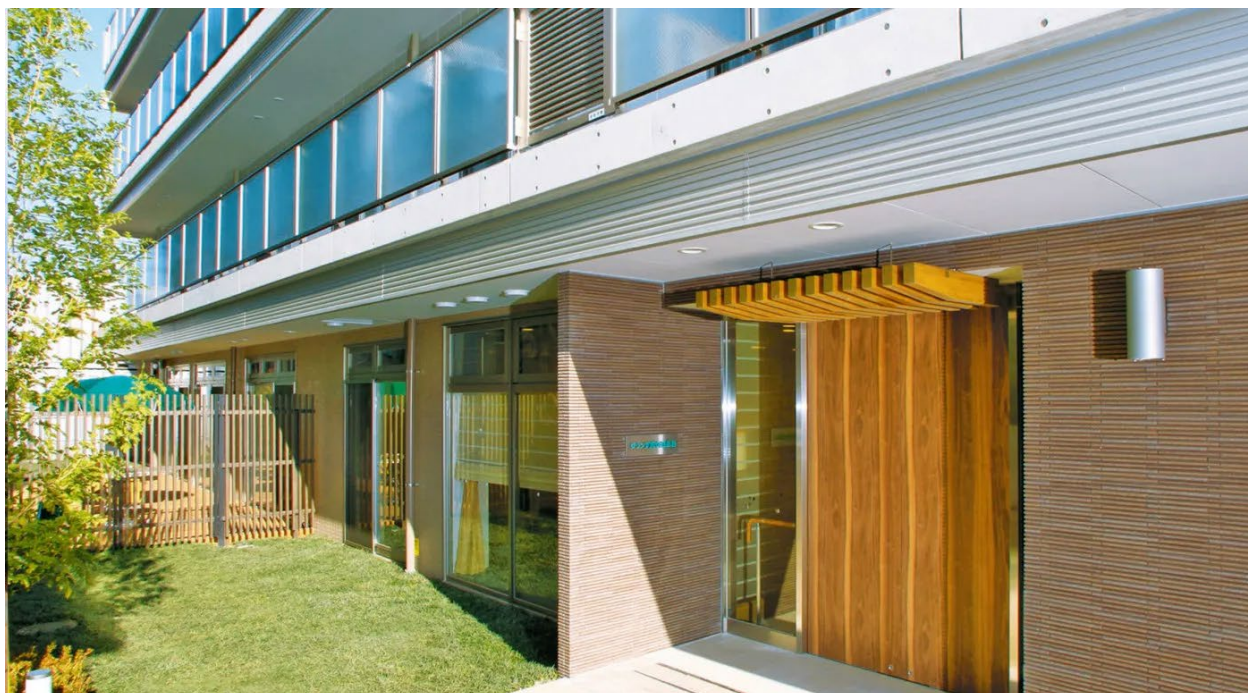
【地域の医療介護関係者との関係構築】

- 協力医療機関が主催する不定期の勉強会や月 1 回のホスピスコミュニティ、認知症カフェ(ケアマネジャーとの交流目的)への参加、地域包括支援センターへの訪問を通じて、円滑な医療対応を行う上での知識の向上や関係者との顔の見える関係性が構築されている。

【生活の場としての医療対応のあり方の検討】

- ホームは生活の場であることを基本理念として、入居者の状態に応じて、協力医療機関に相談しながら医療対応を行っている。入居者の意向や健康状態、ホームのスタッフの経験・スキルや状況等を踏まえ、ホーム／法人と協力医療機関とが協議調整をして役割分担や連絡方法等を決めておくことが必要である。入居者本人や家族、介護職員、看護職員、医師など、多様な人が関わる中、対応方針への相違が生じるような場面も想定されるため、多職種を交えて、議論を重ねていくことが、利用者本位で、安全に医療対応し、法人として職員を守るということにもつながっている。

【事例3】事故防止への強い思いから、本社主導で医療行為に関する全社共通基準等を作成、受け入れ時点からの綿密な準備を仕組み化した事例



ホーム概要	ホーム名	グランダ府中白糸台
	所在地	東京都
	開設年	2010年
	室数・定員数	56人
	入居者像	平均要介護度 1.9 強 医療ニーズのある入居者 2人
	職員体制	2.5:1以上 看護職員は日中1人体制、夜間3人体制。
	協力医療機関	往診を行う近隣の2クリニック+1病院
法人概要	法人名	株式会社ベネッセスタイルケア
	本社所在地	東京都
	設立年	2003年
	展開している事業	○高齢者介護サービス事業 ・入居型介護サービス ・在宅介護サービス ・研修・人材サービス ○高齢者住宅事業 ・サービス付き高齢者向け住宅運営 ○保育事業 ○学童クラブ事業
	関連・協力法人等	株式会社ベネッセホールディングス 等
その他の特徴		○入居者と看護職員を守るため、医療事故防止の観点から本社主導で医療行為に関する医療行為に関する全社共通の基準や医療ニーズのある入居者の新規受け入れ時のチェックポイントをまとめた資料が作成されている。 ○看護職員の賠償責任保険は本社が一括加入している

1) 法人・ホームの医療対応に対する考え方

- 高齢者の住まいにおける医療対応のニーズの高まりや社会的使命を受け、本社で医療行為に関し、ガイドラインとなるような全社共通の基準を定め、遵守できているかをホーム外のマネジメントラインで確認することにより、各ホームにおいて、看護職員が安全かつ円滑に医療行為を提供できるように整備している。
- 特に医療対応は専門性が高いことから、ホームの看護職員と協力医療機関の医師に任せきりになることが現場では多く、このことが事故を生む要因の一つでもあると考えられている。事故防止の観点からも、「看護職員に任せきりにしない」ということが、入居者の生命を守るのみならず、医療事故が生じた際の看護職員を守ることに繋がると考えている。

2) グランダ府中白糸台における医療対応の体制

① 職員体制

- 職員体制は 2.5 : 1 で、看護職員は常勤看護職員2人のシフト制により、日中必ず1人以上いる体制が採られている。訪問診療の日は看護職員2人とも出勤している。夜勤においては、介護職員3人体制が採られている。

② 協力医療機関等の状況

- 近隣2つの訪問診療の診療所と1つの病院と連携している。
- 訪問診療の前後に医師、看護職員、薬剤師等が参加し、定期的なカンファレンスを実施される。診療前は診療予定者の健康状態等の確認が、診療後は診療方針と処方内容等の確認が行われる。また、往診後や、看取り前など、必要に応じて主治医とのカンファレンスが持たれている。
- 医療行為の対応は、看護職員が勤務している日中のみとなるため、主治医とホーム間で相談・連携し、日中に医療行為が実施できるよう、医師からの指示を得ている。
- ホームの看護職員が連携の核となり、平時から主治医と連携しながら、入居者の状態や様子についてホーム・主治医・家族三者間の認識をすり合わせている。
- 夜間の救急搬送は利用者本人にとっても負担となるため、医療行為の対応は、往診、病院受診など医療対応の選択肢の多い日中帯に協力医療機関と連携している。夜間は訪問診療所のオンコール体制と連携しており、協力医療機関の看護職員や主治医が対応している。
- 各協力医療機関の体制や医師のコミュニケーションの方法にはばらつきがあり、ホーム側に現状の連携に疑問があっても、声を上げにくいという傾向が見受けられた。そのため、本社の担当部門が、ホームに対して年1回、協力医療機関に関するアンケートを実施し、ホームが感じている課題を確認する取り組みが実施されている。事実確認をしたうえで、必要があれば、本社の担当部門が中心となり、医療機関と話し合い、課題を解決する支援体制が構築されている。

③ ICT の活用について

- 社内の介護記録システムには、医療行為に関する詳細な事故記録やヒヤリハット、利用者ごとの看護職員の記録した医療対応に関する特記事項、介護職員の記録した生活面の特記事項等が共有されている。
- 看護職員向けの教材として、医療行為の手順の動画等が掲載されている E ラーニングが活用されている。

④ 地域の医療介護関係者との情報交換

- 新型コロナウイルス感染症がまん延する以前は、地域の医療・介護関係者との交流や勉強会も開催されていた。

3) 法人による医療対応のための取り組み：本社主導による医療対応の標準化

① 本社医療連携部による統括

- 現場を良く知るホーム長経験者で構成される経営層により、医療事故防止という観点からホームの医療対応について検討され、本社の安全管理本部に医療連携部が設置された。医療連携部がホームにおける医療対応の標準化を主導している。

② 医療対応に対する方針と手順の統一

- 医療行為に関する全社共通の基準や受け入れることの多い医療行為ごとに作成されている受け入れ時のチェックポイントをまとめた資料を通じて、事故再発防止に努めながら、安心安全に医療行為を必要とする入居者を受け入れる体制が構築されている。
 - 医療行為に関する全社共通の基準には主に医療行為の提供における留意点が書かれており、現場運用の実態を踏まえたうえで、常に更新されている。
 - 医療ニーズのある入居者の新規受け入れ時のチェックポイントをまとめた資料には、入居者受け入れの時系列に沿って確認すべきポイントが記載されている。例えば、どのタイミングで、ホーム長や看護職員は何を確認するのか、主治医は何をするのか、等が記載されている。

③ 医療対応開始時の入念な準備

- 医療ニーズのある入居者の受け入れを行う場合には、事故のリスクも伴うため、新規入居時や状態変化があった際に医療行為の話が出た段階で、ホーム長は本社へ即時報告による情報共有を行い、リスクをホームで抱えないように指導されている。最終的な受け入れの判断は本社によって行われる。検討にあたっては、必要に応じて、エリア担当の看護職員も参画し専門職の視点から助言が行われる。
- 医師からの指示書の内容は、ホームと本社で共有している。
- 受け入れ可能と判断された場合は、該当する医療行為を受け入れ時のチェックポイントをまとめた資料で確認して、その方の受け入れ準備が行われる。
- 医療行為に関する指示内容は、会社指定の指示書に記載され、明確化されている。
- 医療行為を必要とする入居者を受け入れる際には、複数の看護職員間で手順や留意点を共有している。
- それらのプロセスを踏まえて、事前に家族に来所してもらい、家族、ホーム、協力医療機関を含めた三者面談が行われる。

④ ホーム任せにしない支援体制(医療対応の見える化)

- 医療ニーズのある入居者の受け入れが適切に行われているか、無理な受け入れを行っていないか等を本社がモニタリングするため、エリア担当の看護職員が管轄するエリアごとに専用のメールが設けられている。専用メールの宛先には本社の管理職やエリア担当看護職員等が設定され、各ホームから医療行為の内容、医師からの指示内容、受け入れ準備の状況等が共有され、医療対応が見える化され、必要に応じてエリア担当の看護職員が支援をすることもある。
- 本社開催のナース会議が毎月開催され、医療行為のリスク共有や他ホームの実施例の共有、ケアカンファレンス等が行われる。ナース会議には、エリア看護職員、ホームの看護職員のほか、本部長、ホーム長、介護職リーダーも参加する。

⑤ 看護職員の採用時研修体制

- 看護職員の採用研修時は、介護職員やケアマネジャー、機能訓練指導員等の多職種とともに 5 日間にわたり実施される。事業理念、人事制度の説明、接遇、高齢者の身体理解や基本的な介護技術等の確認などの内容で構成されている。
- プログラムの一部に、看護職員に特化した研修内容が含まれ、看護職員に求められる役割の説明や、医療事故再発防止ラインの説明等が実施される。
- 採用時研修以降は、2 か月後に看護職員を対象としたフォローアップ研修が開催され、看護職員の役割を日々の業務で実践していくための考察および議論が行われる。また、入社する看護職員のほとんどは前職が病棟勤務歴のある中途採用であることを踏まえ、病院とホームの勤務環境や求められる役割の違いなどが説明される。
- 入社後 8 か月後には他職種との合同開催の研修が開催される。

【本事例のポイント】

【法人内における医療に関する対応の標準化】

- 「事故防止」のための医療行為に関する全社共通の基準の作成を通じて、医療対応に関してホーム任せ、看護職員任せとせず、法人として責任を持つ仕組みを構築している点がポイントとなっている。法人が姿勢・方針を打ち出し、その方針を全社員が共有・認識することによって、多職種で構成されるチームの中で看護職員が専門性・能力を発揮できる環境につながっている。また、「事故防止」を重視して取り組むということは複数ホームを持たない法人／ホームの場合でも参考とすることができる取り組みである。
- 医療ニーズのある入居者の新規受け入れ時のチェックポイントをまとめた資料は、新規入居者の受け入れ時だけでなく、入居者に新たな医療行為が導入される場合に安全に対応できるようにするために、医療行為ごとに必要な確認事項や準備事項が示されている。
- 協力医療機関との連携について、現場レベルではなかなか疑問を口に出しにくい状態があっても、本社が定期的にホームの声を吸い上げることにより、必要に応じて本社が間に入って、協力医療機関との適切な関係構築が行われている。

【看護職員の育成】

- 看護職員フォローアップ研修では、入社する看護職員のほとんどの前職は病棟勤務歴のある中途採用であることを踏まえ、病院とホームの勤務環境や求められる役割の違いなどが説明され、看護職員の役割を日々の業務で実践していくための考察および議論が行われるなど、看護職員がホームの中で円滑に職務を遂行する上で必要な育成が行われている。

【医療対応の状況の見える化】

- 医療対応が必要な入居者の受け入れ後、本社職員あての専用メールでの医療対応報告・相談体制や本社執行役員やエリア担当の看護職員などが参加しているナース会議でモニタリングするなど、法人内の全ホームで行われる医療行為を集約し、見える化することで、医療ニーズのある入居者の受け入れ状況や負荷がかかっているホームへのサポートができています。

【損害賠償責任保険への加入等によるトラブルへの備え】

- 万一のトラブルへの備えとして、看護職員が行う医療行為が適用対象となる損害賠償責任保険に、本社で一括加入し、看護職員が安心して医療対応できる環境が作られている。

【ICTを活用したホーム内の情報共有】

- 介護記録システムに医療行為に関する詳細な事故記録やヒヤリハット、入居者の状態が共有されていたり、看護職員向けの E ラーニングを活用することにより看護職員が効率的に学習できる環境が作ったりするなど、ICT を積極的かつ効果的に活用している。

【医療対応における協力医療機関等との認識のすり合わせ】

- 看護職員が安全に医療対応できる職場環境の整備のためには、医師からの指示を明確に受けることが重要となる。多くの場合、医師はホームの運営法人とは別法人の所属であるため、同一法人内の病院・訪問看護事業所間で行われる指示以上に、文書による明確化の重要性が高く、全国介護付きホーム協会等でも文書による指示を推奨している状況にある。同法人では、独自の取り組みとして、協力医療機関等と協議をして文書として指示を受けられるよう仕組み化を本社主導で推進している点が、現場の看護職員が安心して医療対応を行いやすい環境づくり、安全な医療ケアの実現のためのポイントとなっている。
- 訪問診療の前後に実施される多職種による定期的なカンファレンスや必要時に行われるカンファレンスが円滑な多職種連携につながっていることもポイントである。

【事例4】気づく力を重視し、複層的に「気づき」を集約する仕組みを構築している事例



ホーム概要	ホーム名	そんぼの家 十番町
	所在地	愛知県
	開設年	2003年
	定員数	69名
	入居者像	平均年齢 88.7 歳、平均要介護度 2.4 医療ニーズのある入居者：1割強前後
	職員体制	2.7:1 日勤：看護職員 2 人/介護職員 8 人、夜間：夜勤 3 人（看護職員は不在）
	協力医療機関	往診を専門に行う近隣の 5 医療機関と連携
法人概要	法人名	SOMPO ケア株式会社
	本社所在地	東京都
	設立年	1997年
	展開している事業	有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・グループホームの運営、 居宅サービス事業
	関連・協力法人等	○特になし
その他の特徴		○入居者の変化を看護職員に集約するための複層的な情報共有の仕組みが作られている。 ○看護職員が行う医療行為が対象となる賠償責任保険に法人が一括加入している。

1) 法人・ホームの医療対応に対する考え方

- SOMPO ケアでは、介護職員の「気づき」を重視しており、日々のケアにおいて、「いつもと違う」入居者の状況に気づけるよう、研修体系の中に誤嚥や疾患などの知識を習得する内容が含まれている。
- そんぼの家十番町は、医療対応が必要な方も円滑に受け入れられるよう、入居前のヒアリングにて必要な対応を確認し、適切な対応ができるよう職員間の情報共有が徹底している。ホームは生活の場であるため、協力医療機関に相談しながら、入居者の意思を尊重した対応が行われるよう配慮されている。

2) そんぼの家 十番町における医療対応の体制

① 職員体制

- 日勤帯の職員数は、看護職員2人、介護職員8人の体制で、職員体制は 2.7:1となっている。このほかに計画作成担当者(ケアマネジャー)を2人配置している。
- 夜勤帯は、介護職員3名体制をとっている。
- 看護職員の役割は、健康管理、医療行為の対応、医師の訪問診療に向けた準備・同席など、医療的な側面の対応に特化している。
- 検討事項がある場合には、全看護職員と、介護職リーダー、介護職リーダーの補佐役、ケアマネジャーで相談する体制となっており、これをリーダーミーティングと位置付けている。

② 協力医療機関等の状況

- 近隣地域にて、訪問診療を専門に行う5つの協力医療機関と契約を結んでいる。協力医療機関選定においては、ホームのケアの理念や方針への賛同を重視している。
- 入居者の状態が変化した時や本人・家族との要望があった際に、病状説明や今後の方針などを決めるために、主治医を交えたカンファレンスを開催している。
- 夜間、看護職員がいない時間帯に急な発熱等があった場合は、本社に夜間コールセンターが設置されており、何らか相談する必要が生じた場合には相談ができるバックアップ体制が作られている。

③ ICT の活用

- 看護職員間では、支給されているスマートフォンの電話やショートメールを用いて、リアルタイムな情報共有も適宜行われている。業務用のスマートフォンを活用することにより、出勤者全員へ一斉に必要な連絡事項を配信でき、ホーム内のどこにいても記録等の入力作業が行えるほか、医師ともタイムリーに相談連携できる。また、看護業務に関わるノウハウなどを伝えるための画像や動画が共有される。

④ 地域の医療介護関係者との情報交換

- 新型コロナウイルス感染症がまん延する以前は、地域で医療介護関係者間の勉強会や医師会・歯科医師会・薬剤師会との勉強会に参加していた。

3) 医療対応のための取り組み

① 看護職員による先を見越した病状変化への備え

- 日中に発熱があった場合は、日勤の看護職員が医師への相談や早めの受診に対応し、夜間に急変等が起これにくいように工夫している。
- 夕方に発熱があった場合は、すぐに看護職員から医師に相談し指示を仰ぎ、指示に応じ頓用の解熱剤を服用してもらう等の対応を行っている。同時に解熱しない場合の方針を確認するなど、看護職員不在の時間帯の対応方法を予め決めておき、先を見越して協力医療機関と連携している。

② 「気づく」力を重視し、「気づき」を看護職員が複層的に集約して適切な医療対応を実施できる仕組み

- 入居者の様子を観察し、普段と違うところに早く「気づく」ことを重視している。介護職員が日常的に入居者に接しているからこそ気づく小さな変化にいち早く気づき、その情報を看護職員に集約するため、以下のような複層的な仕組みが用意されている。
- 「気づき」ノートを用いた情報共有
 - …日常的な業務に関する情報共有は、ICT システムを活用し、入居者毎の介護記録や申し送り等が記載される業務日誌を通じて行われる。一方、業務上の ICT システムに載せるべきかどうか迷うような小さな「気づき」や職員の想いは、「気づき」ノートに書き留められる。この取り組みは、法人全体で行われているものではなく、当該ホーム独自の取り組みである。
 - システム上に記録するのはためらうようなちょっとした気づきや悩みを気軽に書けるように、という考えから、ICT を活用した記録でなく、ノートを利用している。
 - ノートの記載内容は幅広く、記入した介護職員の疑問や悩み、「こうしたほうがよいのでは」という意見や感想、職員間の情報共有(例えばケア物品の使い勝手や勤務環境)などが記載される。

● 定例ミーティングにおける情報共有

- …看護職員と介護職員を対象とした定例ミーティングは2週間に1回の頻度で開催し、「気づき」の情報を共有している。定例ミーティングの前にリーダーミーティングを行い、各種記録やノートの記載事項などを確認し、議題となるテーマを選定する。
- 多くの職員が参加できるよう開催時間を工夫している。
- 日常的な申し送り等の場で解決できないことは、定例ミーティングの議題として採り上げ、議論している。
- あらかじめリーダーミーティングにおいて、一定程度解決の方向性を事前に想定しておくことで定例ミーティングを効率的に運用している。ただし、事前にリーダーミーティングで方向性を想定してはいても、方針の決定は定例ミーティングで行われる。職員に自分たちも方針決定に関与したという意識を持ってもらうためである。
- 定例ミーティングで方針を出した事項については定量的な指標を設定し、PDCA サイクルを回している。

● 月1回の看護ミーティングにおける情報共有

- …医療対応に特化した重要課題に関する検討は月1回1時間程度の看護ミーティングで行われる。
- 主要な議題は、新規入居者の医療面の対応に関する事項、看取りに関する事項、食事の誤嚥リスクに関する事項など多岐にわたる。議論すべき対象は、個々の看護職員が日々のケアの中で見つけていく。例えば、食事介助を要する入居者で、誤嚥が疑われる場合は、言語聴覚士につなぐべきか、医療機関につなぐべきか、その前にできることはあるか等を議論する。

【本事例のポイント】

【生活の場としての医療対応のあり方の検討】

- ホームの考え方として、入居者の思いを尊重した生活を提供するにあたり、適切な医療対応は何か、よりよい方法はないかについて問い、看護職員が中心となり協力医療機関と相談・連携しながら、検討する流れが作られている。

【気づきの集約と看護職員による先を見越した病状変化への備え】

- 日々のケアにおいて最も入居者と接点の多い介護職員の生活面の観察での「気づき」を情報共有する仕組み（「気づき」ノート、日々の申し送りやケース記録／業務日誌、隔週で行う定例ミーティング、リーダーミーティング、月1回の看護ミーティング）が複層的に構築され、看護職員に集約され、看護職員が医療機関等へ必要な相談・依頼を行う、という行動の流れが定着している。このような流れの中で介護職員と看護職員の連携が定着していることで、チームの中で専門性・能力を発揮するということにつながっている。
- 会議等オフィシャルな場では発言しにくい／正式な記録では書きにくい小さな気づきを共有するツールとして「気づき」ノートが用いられている点もポイントである。介護現場の情報共有においてICTの活用が進む中で、あえて手書きのノートを活用することで、小さな気づきを共有しやすくする効果が示唆される。
- 看護職員が先を見越して病状変化に備えることで、夜間の急変を予防でき、急変が起きたとしても、協力医療機関と円滑に連携できる体制が構築されている。

【損害賠償責任保険への加入等によるトラブルへの備え】

- 万一のトラブルへの備えとして、看護職員が行う医療行為が適用対象となる損害賠償責任保険に、本社で一括加入し、看護職員が安心して医療対応できる環境が作られている。

【ICTを活用したホーム内・医療機関等との情報共有】

- 看護職員間では、支給されているスマートフォンの電話やショートメールを用いて、ホームの看護職員同士や協力医療機関と連絡したり、看護業務に関わるノウハウなどを伝えるための画像や動画が共有されるなど、タイムリーに相談し合える体制が構築されている。

【地域の医療介護関係者との関係構築】

- 新型コロナウイルス感染症感染拡大前は、地域の医療介護関係者、医師会や歯科医師会、薬剤師会との勉強会などを開催し、顔の見える関係性づくりを行うことによって、情報収集や円滑な医療対応のための連携体制の構築につながっていたと考えられる。

【事例5】受け入れ可能な医療行為のリスト化や多職種の役割理解のための研修等の準備により、医療ニーズのある入居者を受け入れている事例



ホーム概要	ホーム名	はなことば小田原2号館
	所在地	神奈川県
	開設年	2011年
	定員数	45名
	入居者像	平均要介護度2.8 難易度の高い医療ニーズのある入居者：3割弱
	職員体制	3:1以上 看護職員 日中1.5~2人
	協力医療機関	訪問診療所1つと病院1つ
法人概要	法人名	プラウドライフ株式会社
	本社所在地	神奈川県
	設立年	2006年
	展開している事業	有料老人ホーム「はなことば」等の管理・運営・企画
	関連・協力法人等	ソニー・ライフケア株式会社
その他の特徴	<p>○ホームで受け入れ可能な医療行為をリスト化している。</p> <p>○看護職員の賠償責任保険は本社が一括加入している。</p>	

1) 法人・ホームの医療対応に対する考え方

- プラウドライフ株式会社では、対応可能な医療行為を明確にすること、利用者の受け入れに当たって多職種がそれぞれの役割を理解しケアを提供することにより、医療行為を必要とする入居者を安全安心に受け入れる体制を構築している。また、医療行為リストにない疾患の場合でも、本人、家族、主治医との連携を取り、ホーム内での十分な準備を整えることで、極力受け入れる方向で検討される。
- 医療行為を必要とする入居者については、ホームでの生活を継続できるよう検討される。

2) はなことば小田原 2 号館における医療対応の体制

① 職員体制

- 日中は看護職員 1.5～2人、介護職員5人前後の体制で、職員体制は 2.5:1となっている。
- 夜間における看護職員の配置はない。

② 協力医療機関等の状況

- ホームの理念や考え方に理解を示す協力医療機関と連携している。
- 複数の専門医が所属している医療機関と連携しているため、入居者の主治医とは別に、疾病ごとに専門医が対応できる体制が採られている。
- 訪問診療時に個別カンファレンスが適宜実施される。
- 医療連携に課題が生じた場合、協力医療機関との会議に本社職員が同席することもある。

③ ICT の活用について

- 職員の業務負担軽減、業務効率化、入居者に関わる時間の捻出(サービス品質の向上)等を目的として、記録システム、見守りセンサー、バイタル測定器等が導入されている。

3) 本社による医療対応のための取り組み

① 医療行為に関する認識の統一

- ホームにおいて対応可能な医療行為がリスト化されており、さらに、記載のない疾患についても、本人、家族、主治医との連携により、ホーム内で十分な準備を行うことで、極力受け入れられるように検討される。受け入れに当たっては、施設内で、多職種がそれぞれの役割を正しく理解できるよう、入社時等に研修を実施している。
- 日々のケアにおいては、医療行為を必要とする状態を作らないための予防的な対応を実践している。
 - 誤嚥性肺炎を予防するために、訪問歯科と連携し口腔ケアを徹底するだけでなく、食事時の姿勢や食事形態を検討する。
 - 排便は、水分摂取量を把握し、トイレ誘導、温罨法等を行う。

② 本社ナーススーパーバイザーによる看護職員支援・研修体制

- 本社事業部に配置されているナーススーパーバイザーによって、ホームの看護職員の個別相談やスタッフ面談、ホームの要望に応じた研修開催などを通じ、看護職員の職務全体が支援されている。
- 年3回、各ホームの役職付看護職員が対象となる看護研修が開催されている。内容は各期に設定されるが、例えば「多職種連携」については、看護職員、介護職員、主治医それぞれの視点を認識した上で、ケアの方向性を明確にし、より良いサービスにつなげるための研修が行われている。

③ 研修を通じた看護職員等の相談体制

- 医療対応を必要とする入居者のケアの提供にあたっては職員の心身に負荷がかかりやすいため、職員の精神的負担を下げ、前向きにケアに向き合える環境を作るために、研修が用意されている。
 - 職種別階層別の研修や、ホームからの要請に応じて個別研修など、研修体制を充実化させることにより、看護職員同士、介護職員同士、リーダー同士など、同じ悩みを抱える職員たちがつながれる場を通じて相談しやすい環境が提供されている。

【本事例のポイント】

【法人内における医療に関する対応の標準化】

- 本事例では、ホームにおいて対応可能な医療行為をリスト化するとともに、施設の多職種がそれぞれの役割を正しく理解できるよう、入社時等に研修を実施するなど、医療行為を必要とする入居者を安全安心に受け入れる体制を構築している。
- また、医療行為を必要とする状態を作らないための予防的な対応も実践されている。

【看護職員の相談体制】

- 研修体制を充実化させることにより、看護職員同士、介護職員同士、リーダー同士など、同じ悩みを抱える職員たちがつながれる場が提供されている。

【本社による看護職員のサポート体制】

- 本社事業部に配置されているナーススーパーバイザーによって看護職員の職務全体が支援されている。

【損害賠償責任保険への加入等によるトラブルへの備え】

- 万一のトラブルへの備えとして、看護職員が行う医療行為が適用対象となる損害賠償責任保険に、本社で一括加入し、看護職員が安心して医療対応できる環境が作られている。

参考事例

【参考】特定行為研修を修了した施設長および訪問看護師による健康管理・相談体制によって医療依存度の高い入居者の受け皿となっている事例



ホーム概要	ホーム名	いきいきメディカルマイホーム(サービス付き高齢者向け住宅)
	所在地	群馬県
	開設年	2013年
	定員数	50人
	入居者像	平均要介護度 2.8 (難病などの特定疾病を持つ医療依存度の高い方々も受け入れており、胃ろう、喀痰吸引や尿道カテーテル、酸素投与、ストーマ、中心静脈・末梢静脈栄養など、医療行為が必要な入居者が2割いる)
	職員に関する特徴	日中 施設長(特定行為研修修了看護師)と事務員、直接介護2~3人 夜間は看護職員と同一法人のヘルパーステーションのスタッフが対応
	協力医療機関	2つの病院、1つの診療所、1つの歯科診療所
法人概要	法人名	医療法人大誠会
	本社所在地	群馬県
	設立年月	1976年
	展開している事業	内田病院 介護老人保健施設 大誠苑 特別養護老人ホーム くやはら 有料老人ホーム ゆうハイム・くやはら グループホーム ゆうゆう・うちだ 在宅部療養通所介護 療養通所介護 デイサービス 藤さくら倶楽部 複合施設 いきいき未来のもり 等
	関連・協力法人等	○特になし
その他の特徴		○内田病院と隣接している。

1) 法人・ホームの医療対応に対する考え方

- いきいきメディカルマイホームは同一法人が運営する内田病院に隣接し、入居者の急な体調の変化にも、24 時間緊急往診対応ができるサービス付き高齢者向け住宅である。医療を必要とする方でも安心して入居できる環境のため、医療行為が必要な方を優先的に受け入れている。
- いきいきメディカルマイホームでは特定行為研修(※参考2)を修了した看護師が施設長をしており、内田病院系列の同じく特定行為研修を修了した訪問看護師と情報連携を密にしている。

2) いきいきメディカルマイホームにおける医療対応の実態

① 職員体制

- 日中は、特定看護研修を修了した看護師である施設長と事務員、直接介護を行う介護職員2～3名が介助にあたっている。
- 夜間は同一法人で内田病院に併設しているヘルパーステーションの訪問介護職員が対応している。
 - ・ 看取り時等は、夜間でも施設長に連絡が入り、必要に応じ対応している。

② 協力医療機関等の状況

- 内田病院のほか、救急病院や訪問診療所や歯科診療所と連携している。
 - ・ ホームの母体となる内田病院とは隣接しており、入居者の健康状態が悪化した場合は、外来を受診する。週末の急変も同様に対応される。
 - ・ 入居者の主治医はそれぞれ異なるが、ほとんどの方の主治医は内田病院の医師である。
- 様々な医療機関と連携するためにソーシャルワーカーと密な連携をとっている。
 - ・ 入居者の退院時には、病院からの依頼で訪問看護職員が入院先の医療機関の退院相談看護師、ソーシャルワーカーと話し合いをすすめ、ホームでの受け入れ体制が整えられている。

③ 家族との情報共有

- 新型コロナウイルス感染症まん延前は家族が受診の付き添いをしていたが、感染対策のため家族による付き添いが不可となったため、受診後、施設長が家族に対して受診の概要を報告している。

3) 医療対応のための取り組み

① 取り組みの概要

- ホームでは特定行為研修を修了した看護師(施設長)による健康管理が行われている。
- 特定行為研修には『臨床推論』という科目が含まれ、施設長は臨床推論に基づくアセスメントを行い、入居者の健康状態について、様々な情報を取りまとめ、管理している。特定行為研修にて臨床推論を学んだことで、受診の必要性を的確に判断したり、入居者の状態悪化を予防し、医療行為が必要な方でも、ホームでの生活を継続できる体制を構築している。
 - ・ 直接介護にあたる介護職員からの申し送りノートや口頭での報告を受け、何か「いつもと違う」と感じることは、施設長自らが入居者のもとへいき、ADL(食事、動作、排泄、意識レベル)等を確認し、外来受診が必要かどうか判断している。
 - ・ 脱水などの場合、あらかじめ特定行為の手順書が発行されていれば、特定行為研修を修了した施設長や訪問看護師が補液の必要性を判断し手順書に従って点滴等の医療行為を行う。
- 施設長でも判断に迷う場合は、法人内の看護職員に相談し、外来受診の必要性を見極め、早めの対応や主治医への相談を行う体制が作られている。
- ホームと連携している同一法人の訪問看護ステーションの看護職員にも特定行為研修修了者がおり、施設長と共に「特定行為を活用すればホーム内で対応できるかどうか」を検討・相談できている。ホームの職員と訪問看護職員も常に顔の見える間柄であり、一緒に入居者を看ているという意識が生まれている。

② 取り組みの経緯

- 医療行為を必要とする入居者のニーズをとらえた法人理事長の指示により、当時法人の統括看護部長(現いきいきメディカルマイホームの施設長)が、法人として初めて特定行為研修を受講することになった。

③ ホームにおける特定行為の実態

- 入所時、医療行為が必要な方については、予め施設長から家族に対し、特定行為について説明し、特定行為研修修了者による特定行為の実施について説明し同意を得ている。
- 脱水症状に対する輸液による補正や2週間に1回の気管カニューレの交換等が特定行為として実施されている。

【本事例のポイント】

【病院隣接】

- 本事例は、24時間救急対応ができる病院に隣接したサービス付き高齢者向け住宅の事例である。母体病院と同一の医療法人が運営していることや、ホームの施設長や訪問看護を特定行為研修を修了した看護師が担っていることなどの特徴的を生かした事例と言える。

【看護師の特定行為研修】

- 特定行為研修は、看護師が手順書により特定行為を行う場合に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るための研修制度であり、そのような高度な技術と判断力を持つ看護師がホーム長として勤務していることで、日常的なケアの報告を受ける中で、医師がどう考え、どう治療を進めていくかを意識して健康状態の観察が行えることから、医療的に留意が必要な状態を早期に見つけ、早期に対応する体制ができています。予め手順書が発行されている事項については特定行為研修を修了した看護師の判断ですぐ対応できるため、より迅速に対応できるメリットがある。

※参考2 特定行為研修

保健師助産師看護師法(抄)第三十七条の二によって、「特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る特定行為研修を受けなければならない」と定められている。特定行為とは、診療の補助であり、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる38行為を指している。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>

Ⅲ. 個別事例集

1. 入居者の体調の変化に応じて医療行為の見直しを行った事例

【ケース1】ホーム看護職員が中心となり、本社看護職員・提携先の管理栄養士の協力を得て栄養改善に取り組んだ事例

【ケースの状況】

● 状態像

80代後半、要介護4

食道裂孔ヘルニア、貧血

● 医療対応等に至る経緯

- 入居者は食道裂孔ヘルニアのため、常時嘔気を訴えていた。貧血を改善するため鉄剤が処方されたが、鉄剤の服用によって、嘔気に加えて、嘔吐を繰り返すようになった。そのため、鉄剤を内服することに消極的な姿勢を示すようになった。
- 鉄剤の服用ができないことが生じていたため、家族の勧めにより補助的に鉄分を含むヨーグルト飲料を飲むようになったが、貧血の改善は見られなかった。顔面蒼白でふらつきがあり、転倒リスクも高かった。
- 食道裂孔ヘルニアの再発で入院し、退院後、ホームに戻ってから、シロップの鉄剤を飲み始めた。

① 入居者・家族の意向を踏まえ、鉄分の補給方法を見直し

- 貧血改善のため鉄剤シロップを飲み始めたことや、輸血により貧血の検査データに改善が見られるようになった。しかし、鉄剤シロップの甘い味やにおいを好まず、内服継続が難しい状況となった。家族も本人が好まない鉄剤シロップの継続は望んでいなかった。こうした状況に気づいた介護職員がホームの看護職員に報告したことから、入居者・家族の意向に沿った薬剤見直しについてホーム看護職員から主治医に相談が行われ、検討が始まった。

② 本社看護職員を仲介役とした薬局の管理栄養士との連携による鉄分補給方法の検討

- 検討にあたり、ホームの看護職員より本社の看護職員へ、対応方法について相談がなされた。
- 入居者の生活状況等は、介護記録としてシステム上に登録されており、ホーム内の看護職員と介護職員の間で共有されている。ホームを統括する立場の本社看護職員が入居者のことで相談を受けた際には、この介護記録にアクセスして、介護・看護記録などを閲覧しながら相談にのることができる。このときも、本社看護職員は本人入居者の情報を閲覧し、解決策を模索した。
- 検討の結果、本社看護職員は、ホームの看護職員に対し、連携先である薬局の「管理栄養サポート」プログラムを紹介した。同ホームでは食事の提供を委託しており、給食会社所属の管理栄養士の業務は献立立案に特化していたため、薬局と連携し入居者個別の相談を受け、管理栄養サポートが行える体制を築いていた。入居者が薬局と管理栄養サポートの契約を結び、個人情報等の取り扱いに関して本人・家族の同意を得ることによって、管理栄養士にも、入居者の血液検査データ、薬剤情報、食事や排泄の状況などの情報が共有できるようになる。これによって、ホーム看護職員と薬局所属の管理栄養士とが、必要な情報を共有しながら協議・検討できる状況となった。
- 管理栄養士から、ビタミンのバランスの崩れも予測されることから、鉄分が配合されたビタミンジュースが提案された。

- ホーム看護職員が該当のジュースを試飲したところ、鉄の匂いなども感じられなかったため、入居者の嗜好に合うのではないかと考え、主治医と相談し、家族の同意も得て、このジュースを試してみる事となった。
- 試飲の結果、入居者も、味を気に入り、抵抗なく摂取できることが確認されたため、主治医にも状況を報告し、鉄分配合のビタミンジュースを飲用することになった。このジュースと内服の鉄剤の併用により、徐々に貧血も改善が見られるようになった。

【本ケースにおけるケアのポイント】

- 本事例では、ホーム看護職員が本社看護職員へ相談し、提携している薬局の助言を受けて入居者・家族の意向に沿った栄養改善をおこなった事例である。
- 貧血の改善という課題に対して、ホーム看護職員が、介護職員が入居者の日常生活の状況・状態の観察から得た気づきや本人・家族の意向を的確に汲み取り、本社や社外の専門職(管理栄養士、薬剤師、主治医)と連携し、協議・協働して入居者本人の嗜好にあった鉄分補給方法を見出し、貧血が改善につながっている。
- こうした専門職間の情報連携に対し、本社の看護職員がホーム看護職員の相談先となり、本社としてホームの円滑な医療対応を支えていることもポイントとなっている。

【ケース2】食欲不振をきっかけに、ホーム看護職員・提携薬局の薬剤師が連携し、主治医や介護職員の協力を得て薬剤の見直しを行った事例

【ケースの状況】

● 状態像

100歳代、要介護1
くも膜下出血後、高血圧、不眠症

● 医療対応等に至る経緯

- 8剤の薬を服用していた。
- 100歳になった頃から、食欲不振が続いており、その状況が介護職員から看護職員へ情報共有されていた。

① 薬剤や食事内容の見直しを通じ、食欲の回復・栄養状態の改善を達成

- 看護職員と介護職員が協議する中で、入居者の食欲不振の原因としてポリファーマシー（多剤服用による有害事象）の可能性を考え、まず提携先の薬剤師に相談し、訪問診療の際に看護職員と薬剤師の両者から医師に相談した。
- 相談を受けた医師は、服用中の薬剤のうち、副作用として食欲不振が生じる可能性がある薬剤を試行的に減量する方針を採用した。
- また、血液検査データから低タンパクと考えられたため、薬剤の見直しとあわせ食事内容を工夫し、食欲不振と栄養状態の双方の改善に取り組んだ。これらの取り組みによって全身状態が安定したため、さらにその他の薬剤の見直しも検討することとなった。

② ホーム全体でのポリファーマシーへの取り組み

- 当該ホームでは、このケース以外にも複数の薬剤を服用している入居者が多く、一人当たりの平均薬剤数は7～8剤であったが、入居者の状態に合わせ細やかに薬剤の見直しを医師と検討することで、平均薬剤数は5剤となった。
- 内服忘れは介護現場で起きやすい事故の一つであり、服用回数や服用する薬剤の種類が多いとそのリスクが増えることや、薬の副作用によって転倒につながることもあるため、ポリファーマシーの改善に向けた減薬や定期的な薬剤の見直しは入居者にとってメリットがあると考えている。また、入居者が安定して過ごせるようになれば、結果的にホームで働く職員の業務負担や介護事故・インシデント等のリスクも軽減し、ケアの質が向上するという側面でも意味があると考えられている。
- このため、薬剤の見直しを行う際には、医療専門職だけが取り組むのではなく、日頃の生活に関わっている介護職員も含め全職員で取り組む内容という認識が共有されており、当該ホームでは職員一丸となってポリファーマシーに取り組んでいる。
- 介護職員も入居者の日常生活を観察する際に、薬剤の影響という視点を持つようになり、日々の申送りやカンファレンスを通じた看護職員への報告が増えている。報告・協議された内容は、ケアマネジャーや機能訓練指導員なども含め、全職員に共有される。

【本ケースにおけるケアのポイント】

- 本事例は高齢者に多いポリファーマシーに関する事例である。本事例では、100歳超という高齢の入居者の食欲不振や、その原因が薬剤にある可能性を見逃すことなく、減薬に結びつけることができた、生活の場である高齢者向け住まいらしい取り組みである。多剤併用のリスクを考慮し、入居者の生活を重視して QOL を高める観点で、入居者にとってより適切な医療対応が模索されている。このような検討が本事例に限らず、ホームの入居者全体に対して行われている点も重要な点である。
- 介護職員が入居者の生活状況・状態をよく観察し、そこで得た気づきを発言できる雰囲気・環境ができており、看護職員がこうした介護職員の気づき・発言の中から重要な情報を的確に汲み取り、ホーム内で共有し、次の行動(必要な専門職への相談、見直し方針の検討・実行等)につなげていることで、その時々に応じた必要な医療対応を継続的に検討できている。
- 外部の医療機関・薬局との多職種連携においても、各専門職とホームの看護職員・介護職員が対等なパートナーとして意見を出し合える関係性が構築されており、方針・考え方のすり合わせが円滑にできる状況が築かれている。

【ケース3】介護職員の観察・気づきから、看護職員が主治医と相談しながら在宅酸素やミキサー食を見直し、離床を拡大した事例

【ケースの状況】

- 状態像

90代後半、要介護5
誤嚥性肺炎、廃用症候群、認知症、骨粗鬆症

- 医療対応等に至る経緯

- 誤嚥性肺炎となったことをきっかけに入院し、酸素療法が開始され、肺炎の回復に伴い徐々に酸素投与量が減らし、退院時には0.5ℓ/分となった。
- 退院してホームに戻ってからも酸素投与量0.5ℓ/分のまま継続されていた。
- ホームでは、在宅酸素を行っていることを理由に、食事以外の時間をベッド上で過ごす生活をしてきた。このため、関節の拘縮が進み、全介助の状態となっていた。

① 身体機能低下の原因の仮説を立て、医師に相談

- 入院前は、入居者は自分で食事や歯磨きをしていたという情報を確認し、元々できていたことを少しでもできるようにするため、離床を進められないか、現状でも在宅酸素療法の継続が必要なのか、という点について、訪問診療のタイミングで、ホーム看護職員から医師に相談してみることとなった。
- 医師に相談したところ、その場で数十分間酸素を外し、酸素飽和度や入居者の様子を医師が確認することとなった。その結果、酸素飽和度に変化がなかったため、医師より数時間経過しても変化がないか、動いた後に酸素飽和濃度が下がらないか等を確認して問題なければ在宅酸素療法を中止する旨の指示が出された。

② 介護職員が観察から得た気づきをもとに看護職員が原因を検討し、ケアを見直し

- 長期間の安静によって、関節が固くなり腕が広げられず、足は床につけられないほど拘縮していたが、介護職員が声かけをして離床を促す対応が採られた。徐々に可動域が広がるようになり、活動範囲を広げていった。
- 当初はトイレで排泄できず、ベッド上でおむつ交換を行う必要があったが、活動範囲が広がったことにより、入居者が介護職員に対し「トイレに行きたい」と要望を伝えるようになった。このため、トイレで排泄をする習慣を取り戻すべく、日中はリハビリパンツに着替え、トイレ誘導を行うこととした。徐々に手足の拘縮が改善され、床に足がつく面積が広がり、つかまり立ちができるようになった。当初は2人介助で行っていたトイレ介助が1人介助でできるようになった。
- 食形態はミキサー食だったが、食欲もあり、活動範囲が広がってもミキサー食である必要があるか、という疑問が介護職員から呈された。これを受け看護職員が状態を観察したところ、飲み込みはできるが、義歯が合っておらず咀嚼力が不足している状態であること確認された。そのため、訪問歯科医に相談し、義歯を作成し直したことで、入居者は2年ぶりに義歯を装着し、咀嚼力を取り戻すことができた。それまでは食事を全介助で摂取していたが、咀嚼ができるようになると、「パンを食べたい」と自ら手でつかむことができたため、補助具の見直しが行われた。これら一連の食事の見直しや口腔ケアの強化等の取り組みを始めてから3か月後には、体重も増え、自分でカップを持ちコーヒーが飲めるようになった。また、必要な食事量・栄養素の摂取ができるようになり、活動量が増えたこと等から、下剤を飲まなくても排便が見られるようになった。
- これらに共通しているのは、入居者の日常生活の状態観察から得られた介護職員の気づきを、看護職員が丁寧に受け止め、看護の視点でアセスメントすることによって、何が原因となっている可能性があるのかを考え、ケアの方法の見直しにつなげるというプロセスである。

③ 多職種による協議を通じた医療行為・ケアの見直し手法の確立

- 当該ホームでは、入院から生活の場であるホームに戻ってきた際には必ず、入院中に行われていた医療行為が、ホームでの現在の入居者の状態と合致しているか考える、というプロセスが取り入れられている。こうした検討を行う際には訪問診療医をはじめとする多職種が集まるサービス担当者会議等の機会を活用したカンファレンスが重視されている。
- 何らかのケアの見直しを行う場合には、ホームで安定して生活できる状態になるためにはまず体力の回復が必要不可欠との考えから、食事(栄養)、水分量、薬剤(ポリファーマシーの影響はないか、下剤使用による栄養・水分吸収能に妨げになっていないか等)、排泄状況、運動、睡眠の状況等、多角的な視点で現状の再アセスメントが行われる。その上で、現在の疾患や状態と医療行為や関連するケアの方法が合致しているか、多職種で話し合いが行われている。
 - 例えば、刺激性の下剤をやめられないかについては、介護職員が排泄の状態を観察し、看護職員に報告しながら経過を確認し、カンファレンスの中でその状態に応じて何ができるか検討される。

【本ケースにおけるケアのポイント】

- 誤嚥性肺炎で入院した際に酸素療法が開始された入居者が退院してホームに戻った後、酸素療法の継続が必要なのか、食事形態がミキサー食である必要があるのかということに疑問を持ったことが本事例の医療行為・ケアの見直しの出発点となっている。
- 酸素療法のため活動範囲がベッド上に限定され、そのことが身体機能の低下を招きやすい状態となっているという課題を、看護職員が介護職員からの報告・相談をもとに的確に分析・考察し、看護職員・介護職員と一緒に課題解決に向き合う体制となっている。
- また、訪問診療の機会をとらえ、看護職員が主治医に相談し指示を仰ぎ、検査データを確認しながら、医療行為の見直しを安全にできるかどうか検討し、実践に移していることもポイントと言える。その結果、離床につながり、入居者の QOL や ADL の向上、入居者本人の意欲向上に寄与している。
- ホームにおけるケア／生活では、入居者の日常生活の観察から、気づきを得ていくことが重要であるが、当該ホームでは、本事例にとどまらず、他の医療行為・他の入居者にも同様のスタンスで、状態変化に合わせて主治医の指示を仰ぎながら医療の必要性を問い直す姿勢・仕組みとしていることも重要な点である。

【ケース4】喀痰吸引を必要とする入居者に対し、体位・姿勢の調整と口腔ケアに取り組み、誤嚥性肺炎を起こさなくなった事例

【ケースの状況】

● 状態像

90代前半、要介護3
アルツハイマー型認知症

● 医療対応等に至る経緯

- 認知症の進行とともに、嚥下機能が低下し、誤嚥性肺炎を繰り返していた。
- 入居者自身は認知症であったため、入居者が誤嚥性肺炎を生じる度に、主治医より家族へ状態説明と今後のケアの方向性について説明されていた。医師の説明を踏まえ、家族は長生きしてほしいとの意向を示し、胃ろうが造設されることとなり、ホームも家族の意向を尊重するため、主治医や家族と連携しながらこれを受け入れるための体制を整えた。

① 安全に去痰するための対応方針の立案

- 胃ろうを造設し、経管栄養を開始すると、粘稠性の痰が多くなり、日勤帯で多い時には4回の喀痰吸引が必要となったため、看護職員により、以下のような方針が立てられ、それによってケアが行われた。
 - 自己排痰ができなかったため、日中は看護職員が喀痰吸引を行いつつ、看護職員がいない夜間については、介護職員がタッピングやスポンジで口腔内の痰をふき取る方法で痰の除去を行う。
 - 経管栄養の逆流や誤嚥性肺炎のリスクを下げるため、経管栄養注入時には、ベッドを45度にギャッジアップし、注入後も30分は45度の角度を維持する。角度を下げる際もフラットにはせず、常時20度に維持する。
- また、看護職員と介護職員の間で、入居者の苦痛の軽減のためにも、吸引回数をなるべく少なくするにはどうしたらいいのかという視点で、水分摂取量、体位や体位交換の時間についても検討が行われた。

② 経管栄養時の口腔内観察から原因を考察し、介護職員に対し口腔ケアの手技を指導

- 看護職員が経管栄養を注入する際に口腔内の観察を行ったところ、口腔ケアが十分できておらず、口臭が強くなっている状況が確認された。そこで、看護職員から介護職員へ口腔ケアについて手技の指導が行われた。
- 手技の指導を受けた介護職員が、毎食後の口腔ケアに加え、夜間帯も含め必要時に歯磨きと洗口剤を用いた洗浄が行われるようになった。その結果、痰が減り、平時は吸引不要な状態になり、誤嚥性肺炎も起こさなくなった。

【本ケースにおけるケアのポイント】

- 本事例は、喀痰吸引を要し、誤嚥性肺炎を繰り返している入居者に関し、いかに苦痛のない状態を作れるか、という発想でケアが検討・提供されている点が、生活の場である高齢者向け住まいらしい事例である。
- 看護職員が介護職員と議論し、主治医とも連携しながら、ホームの職員体制下で安全に去痰するための方法を検討している。また看護職員は、喀痰吸引が必要となる状況を減らし、誤嚥性肺炎を起こさないようにするためにはどうしたらよいかを考え、ベッドの角度調整や水分量、口腔ケア等ケアを多面的に捉え、方針を考え、介護職員に対し必要な技術指導を実施している。リスクを回避する目的で多面的なアプローチが採られたことにより、喀痰吸引がほぼ必要ない状態にまで状態の改善・安定を図ることができ、入居者のQOL向上に貢献している。

2. 入居者の状態変化に応じて必要となった医療行為への対応事例

【ケース5】入院中に人工透析が必要となった入居者を、本社より助言を受け、看護職員による介護職員への説明・指導等の準備を行い、退院受け入れを行った事例

【ケースの状況】

● 状態像

70代前半、要介護4
糖尿病、脳梗塞後、慢性腎不全

● 医療対応等に至る経緯

- 手の浮腫が出現し、主治医よりネフローゼ症候群の可能性を指摘された。紹介された総合病院の腎臓内科では、当初、利尿剤等を処方され経過観察となったが改善が見られず、専門病院で腎生検を受けたところ、慢性腎不全と診断された。人工透析が必要と判断され、総合病院の腎臓内科にて人工透析導入となった。
- 治療方針決定後、人工透析導入のための入院までの期間に、入居者の状態が悪化、頸部にも浮腫が見られ、酸素飽和度が低下し、入居者から苦しいとの訴えがあった。看護職員から訪問診療医（主治医）に緊急往診を依頼し、主治医から人工透析を導入する予定の総合病院の医師に連絡し、即日入院となった。
- このような経緯から、当該入居者には、訪問診療医（主治医）のほか、総合病院腎内科の医師、専門病院の医師の3人の医師が関わっている。

① 入院中からホームで安全に対応できる人工透析方法を検討

- 総合病院で人工透析を導入した後、浮腫が強いため、シャント*¹ではなく右鎖骨下にカテーテルを留置して透析を開始した、その後状態は安定しており退院可能である、と総合病院の医師より連絡があった。
- ホーム看護職員は、ホームに戻りたいという本人の意思を尊重しつつ、人工透析を必要とする入居者を、現状のホーム体制下でどのようにしたら安全にケアできるか、本社の看護職員に相談した。協議の結果、カテーテル留置による透析は、感染リスクと、介護職員が介助した際、誤って抜去してしまった場合に入居者に大きな苦痛を与え、生命にかかわるという理由で、当該ホームではカテーテルによる透析を必要とする入居者の受け入れは難しく、シャントによる透析であれば対応可能ではないか、という結論に至った。
- その旨をホーム看護職員より総合病院の医師に伝え、入居者が希望しているホームでの生活を継続するために、シャントによる透析に変更することは可能かどうかを相談した。医師と入居者の間で相談し、最終的にシャントが造設された後に退院となった。

② 安全に介助するための介護職員向け説明の実施

- 退院しホームに戻ってきた時点で、看護職員から介護職員に対し、シャントについて説明が行われた。その際、圧迫によりシャントが潰れることを回避するため、着替えや入浴の介助時に圧迫しないように心がけるよう指導が行われた。
- ホーム看護職員は、全身状態の観察のほか、浮腫のアセスメント、シャントのスリル（拍動）の触知確認や、シャント音の聴診を毎日行った。また、介護職員は、観察した入居者の状態をホーム看護職員に報告し、主として訪問診療の際に看護職員から訪問診療医に報告するという流れで情報共有して入居者の状態を見守った。

*1 血液透析を行う際、十分な血液量が確保できるように、動脈と静脈を直接つなぎ合わせた血管のこと

③ 訪問診療医、透析病院との連絡・対応体制の構築

- 入居者が週3回通院する透析病院の医師からは診療情報提供書により訪問診療医に入居者の状態や透析に関する情報が共有された。訪問診療医は、月2回の定期訪問診療で状態の把握・管理と、状態の急変に備え夜間のオンコール対応を担当した。ホームから訪問診療医に対しては、訪問診療前に、介護記録システムに登録された情報を看護職員がとりまとめて情報提供した。日常で気になることは、訪問診療を待たずに、適宜連絡して指示を仰いだ。
- 透析病院の看護職員とは、ホーム看護職員が入居者の様子を細かく記載した連絡ノートで情報交換が行われた。連ホーム看護職員の日勤帯に何か気になることがあれば、透析病院にすぐ連絡し、照会を行うなどの連携がとられた。

【本ケースにおけるケアのポイント】

- 本事例は、腎機能障害の悪化により人工透析のため透析専門の医療機関への通院を要する入居者支援の一例である。通常の訪問診療を担う医師のほか、総合病院の医師、透析専門病院の医師など、複数の医師が関わっており、役割分担をしながら相互に連携している点が特徴となっている。
- 医療機関ではなく生活の場であるホームであっても、医療行為が必要になったことですぐに受け入れ不能と判断せず、入居者の状態や希望を踏まえてホームで受け入れ可能な方法を模索したこと、退院前から医療機関と協議を開始し、日常生活の中で安全に生活できることを重視して透析の方法が選択されている点がポイントとなっている。
- その際、ホームの施設長や看護職員だけで受け入れの可否を判断せず、本社の看護職員に相談し助言を得ることで、ホームで安心・安全に人工透析を受けながら生活するための解決策を見出すことができた。看護職員が介護職員に対して、シャントを造設している入居者のケアについて、構造や取り扱い方法等を説明している点も重要なポイントで、感染症や事故のリスクの低下に貢献している。
- さらに、透析の実施や、それに関連した状態変化に対応するため、ホーム看護職員が、訪問診療医、総合病院、透析病院という複数の医療機関の医師や看護職員との情報共有の仲介役として機能し、医療機関とホームの円滑な連携体制がとられている点もポイントとなっている。

3. 医療行為を必要とする新規入居者の受け入れ事例

【ケース6】本社の情報提供・助言を受けながら、医療行為に関する社内基準に基づき、在宅酸素療法導入に対応した事例

【ケースの状況】

- 入居時の状態像

90代前半、要支援1

- 新型コロナウイルス感染症まん延のため認定更新を見合わせており、実際には要介護1相当慢性閉塞性肺疾患(COPD)

- 医療対応等に至る経緯

- 慢性閉塞性肺疾患(COPD)の持病があるため、自宅でひとり暮らしをする中で、呼吸苦により、これまでに3回救急搬送された経験がある。主治医により、在宅酸素療法の導入を勧められたが、本人は拒否していた。
- しかし、呼吸苦が生じることへの不安から眠れない等、在宅でのひとり暮らしに支障が生じたため、ホームに入居することになった。

① 本社の確認・支援を受けながら、ハイリスクな医療対応が必要な入居者の受け入れ準備

- ホーム入居が決まった時点では、在宅酸素療法が必要な状態でありながら、本人の希望で導入が見送られている状態にあった。しかし、在宅酸素療法が導入される可能性が高かったため、入居時点から在宅酸素療法への対応を念頭に、入居受け入れの検討・準備が行われた。
- 当該法人では、医療行為を必要とする入居者の受け入れにあたり、全社基準の円滑な医療対応のための医療行為に関する社内基準を定めている。この基準は、入居者の意思を尊重しながら、安全安心に生活できるようにする観点から、主治医との連携や家族との情報共有等に関する手順・ルールに加え、ハイリスクと想定される医療行為(在宅酸素療法もそのひとつ)についてはホームだけでなく法人としても状況を把握・支援できる体制をとること等が記載されている。
- また、ハイリスクな医療行為を要する入居者の情報は、本社が設けている専用メールで、報告・情報共有することとなっている。ホーム看護職員が報告した内容を、本社側で、必要な準備ができているか、確認すべきことはもれなく確認できているか、医師からの指示をもらえているか、指示内容に不明点やわかりにくい点がないか等の観点で確認し、入居者の受け入れ手順や留意点を確認しながら、受け入れ体制を構築する仕組みとなっている。
- 入居者は意思がしっかりしており、自立心が強かった。入居後も、呼吸苦によるパニックから過呼吸等が起きていたが、本人は在宅酸素療法の導入を拒んでいた。
- 入居者との信頼関係を構築するため、介護職員が対話を重ねた結果、徐々に入居者より介護職員に「苦しい」と伝えられるようになった。また、入浴の際に居室から浴室に歩行で移動するときに肩呼吸になる等、苦しそうにしている様子が介護職員の目によく留まるようになった。
- 介護職員からこうした入居者の生活の様子が看護職員に伝えられ、看護職員から主治医にもこまめに報告・相談を行っていた。その後、訪問診療の際に、入居者から主治医に呼吸苦が生じることへの不安の訴えがあったため、主治医から入居者へ改めて「在宅酸素療法を導入してはどうか」と提案し、入居者の納得が得られたため、在宅酸素療法の導入となった。

② 在宅酸素療法導入後の対応

- 在宅酸素開始直後は、酸素濃縮装置は使いたくないという入居者の意向から、歩く時だけ、携帯用酸素ボンベを使用することになった。
- しかし、酸素がなくなるかもしれない、という不安から、パニックに陥り、不安から血圧が上がるなど、夜間、主治医に頻回に連絡するようになった。
- 看護職員と主治医が相談し、パニック時も酸素飽和度の低下が見られないことや、パニックが生じた際に、介護職員が駆けつけ丁寧に傾聴し、落ち着いて呼吸するよう声かけを行うと落ち着いていくという様子から治療が必要な状態ではなく、夜間の不安が原因で過呼吸を起こしている可能性が考えられた。主治医から入居者に勧めて、夜間の不安軽減のために、酸素残量を気にする必要がない酸素濃縮装置を使うこととなった。
- 在宅酸素療法導入後は、介護職員、看護職員、主治医が協力して入居者を見守る体制が構築された。
 - 看護職員の役割・・・介護職員からの日々の申送りや記録等から生活の様子や全身状態を確認する。毎日訪室し、健康状態のアセスメントや酸素流量、本人の在宅酸素装置の取扱い手技等を確認し、必要に応じて主治医に報告する。
 - 介護職員の役割・・・生活の様子を観察や機材の確認(コンセントが入っているか、電源が入っているか等)を行い、その中で気づいたことを看護職員と共有する。
- 看護職員とホーム長等を含む多職種で構成する医療対応に関する情報の共有を目的とした会議が毎月定期的にホームで開催されており、当該ケースについても毎回報告が行われた。会議には、本社の看護職員も参加し、入居者に対する医療行為に関する現状把握を行い、ホームの困りごとなどに対し、法人としての経験蓄積を活かして助言する役割を果たしている。
- 在宅酸素導入後は、呼吸苦への不安が軽減されたことにより、パニック症状を起こすことが徐々に減った。

【本ケースにおけるケアのポイント】

- 在宅酸素療法をなるべく使いたくないという入居者の希望を尊重しながらも、慢性閉塞性肺疾患(COPD)に対応し、呼吸苦が生じることへの不安を軽減する観点から在宅酸素の導入が必要という判断がなされた。在宅酸素導入の判断時に、入居者本人の「安心」を重視し、看護職員を中心に主治医と連携し丁寧な説明が行われている点がポイントと言える。ホーム全体で入居者に寄り添い、信頼関係が構築されたことで、在宅酸素療法に対する本人の抵抗感が薄れ、主治医や看護職員の提案を受け入れ、在宅酸素療法が導入できた。
- 看護職員による円滑な医療対応という観点では、在宅酸素療法への対応において、医療行為に関する社内基準に則って、在宅酸素療法を必要とする入居者の受け入れ手順や留意点を確認することによって、介護職員が観察の際に留意すべき点を理解し、看護職員への報告内容の質が上がり、ホーム内の看護介護連携が円滑に行われるようになった。本社が法人全体の経験の蓄積に基づき適宜情報提供・助言する体制となっている点が重要なポイントとなっている。法人としてバックアップすることで、ホームの看護職員・介護職員が自信をもって対応できる状況が作られている。
- また、在宅酸素療法導入後は、看護職員と主治医だけでなく、介護職員とも目的や観察事項を共有し、チームでモニタリングする体制を作った点も重要な点である。

4. 入院中に医療行為が必要となり、自宅に戻れずホーム入居となった事例

【ケース7】看護職員と言語聴覚士・歯科医師の協働により胃ろうであっても味覚を楽しみつつ栄養状態・体力の回復を図り、膀胱留置カテーテル抜去につなげた事例

【ケースの状況】

● 入居時の状態像

90代前半、要介護4
新型コロナウイルス感染症の重症化

● 医療対応等に至る経緯

- 自立に近い状態で過ごしていたが、新型コロナウイルス感染症に罹患し入院。病状は回復したが、誤嚥性肺炎を繰り返したため、経口摂取は困難との判断にて胃ろうが造設された。
- 胃ろう造設後、喀痰吸引が必要となった。また、不整脈と血圧低下が見られるようになり、離床が難しくなったため、膀胱留置カテーテルを挿入した。
- その後退院許可が出たが、身体の衰弱に加え、起立性低血圧や不整脈が続いていたこと、胃ろう、膀胱留置カテーテル、喀痰吸引と複数の医療行為が必要であったことから、当該ホームへ入居することとなった。

① 本人の食への意欲を尊重し、言語聴覚士・歯科医師と連携し、嚥下訓練・呼吸訓練等を実施

- 入居後は胃ろうから栄養摂取を続けていたが、体調も安定しており、入居者に食事をしたいという意欲が生まれた。この時点で、入居者は意識清明であるが、声がかすれ発語ができず、身振り手振りやホワイトボードの活用により意思表示をする状態であった。
- 本人の食事の経口摂取への意欲に気づいた看護職員は、経口摂取に向けて対応ができないかと考え、言語聴覚士に嚥下機能評価、歯科医師に嚥下内視鏡検査(VE 検査)^{*2}を依頼した。これらの評価・検査結果では、嚥下は困難と判断されたが、言語聴覚士が、嚥下を伴わない形で好きな食べ物の味覚を感じる試みをしてよいか、と提案したことにより、言語聴覚士の協力を得ながら、生活の場として「よりよく生活するために」との観点から、本人が希望する食品を味わう(なめる)という試みを始めることとなった。
- はじめは棒付きのキャンディで試行されたが、本人の希望により酢昆布で試みることとなった。時間は1分と決め、飲み込まないよう注意しながら、週2回程度実施された。
- 並行して毎日、看護職員と言語聴覚士の連携により嚥下訓練が開始された。また、肺活量を鍛えるため、呼吸訓練や、発声練習で声帯や喉など嚥下に関わる部位の訓練も実施された。
- この間も胃ろうによる経管栄養を継続したことにより、栄養状態が良くなり、体力の向上が見られ、かすれて聞こえにくかった声も、しっかり発話できるようになった。同時に、痰絡みも減り、自己喀出ができることも増えた。その結果、本人の「離床したい、膀胱留置カテーテルを抜いてほしい」という気持ちが高まっていった。

② 本人の意向を踏まえ、主治医と相談して膀胱留置カテーテル抜去の試行を企画・準備

- 日ごろ本人と接している介護職員が膀胱留置カテーテル抜去に対する本人の希望を聞き取り、その旨看護職員に情報共有した。看護職員が栄養状態や体力の回復が見られることも勘案し、本人の意向を尊重して、主治医にカテーテル抜去について相談した。当初、主治医は慎重な意見であったが、看護職員から「ご本人の気持ちを尊重して、一度試してはどうか」と伝え、事前に「超音波検査で残尿量を

^{*2} 摂食機能療法を安全かつ有効に行うための精密検査法。食物の咀嚼から嚥下に至る摂食・嚥下機能を鼻咽腔内視鏡を用いて摂食・嚥下にかかわる諸器官の動態や、食塊の動態などを観察し、咀嚼機能や嚥下機能を評価する

計測して、もし残尿量が多くなったらカテーテルを再挿入する」という方針を決めた上で、2週間、試行的に抜去してみる事となった。

- 看護職員と介護職員とが協議して、トイレへの動線を整えるため、事前に部屋のレイアウト変更を行い、介護職員が排尿・排便のリズムを意識し、トイレへ誘導することとした。
- カテーテル抜去の試行期間は、特別訪問看護指示書(※参考3)により毎日訪問看護を受け、超音波検査による残尿測定が行われた。
- また、本人が排尿日誌をつけ、尿意の有無、尿量等を記録し、下剤の種類や処方量、使用のタイミング等の話し合いに参加してもらうという工夫が行われた。
- 医師が状況を把握しやすいよう、本人の健康状態のアセスメント等、必要な情報を看護職員がわかりやすく取りまとめ、報告する対応が採られた。
- 看護職員が把握した本人の健康状態や医師の決定については、記録やミーティングを通し介護職員に伝達され、ホーム全体でケアを推進できるよう体制が構築された。
- 入念な準備を経た試行と、本人の頻回にトイレに行く心掛けにより、カテーテル抜去後も安定した排泄が維持できた。夜間に尿閉を起こした場合は、訪問看護が対応することも想定していたが、結果的にその必要は生じなかった。トイレで排泄できるようになり、急速に離床が進み、健康状態も大きく回復した。自立歩行が安定し、入浴形態も仰臥位のまま入浴する特浴から一般浴に変更されるなど、生活面の自立度も大幅に改善し、要介護度3へ改善した。
- 1日7～8回の自尿が見られるようになり、徐々におむつ→紙パンツ→布パンツとなり、最終的に排泄は完全に自立となった。本人を交えて方針を決めたことで本人の納得度が高く、そのことが回復の意欲にもつながった。本人が喜びや状態などを伝え(フィードバック)してくれたことが、看護職員、ケアマネジャー、ホーム長などの役職者だけでなく全ての職員にとって取り組みの成果の確認(評価)となり、ケアの見直し・振り返りとして役立った。
- 取り組みの中心となった看護職員だけでなく、観察や生活面の介助等で関与した介護職員も含め、ケアの方法次第で入居者の健康状態を回復させられるということに自信を持つことができた。また、要介護度が改善したことで、介護職員のケア量も大きく減るという効果も見られた。

【本ケースにおけるケアのポイント】

- 本事例は、入院中に導入された膀胱留置カテーテルを維持して、生活の場であるホームに入居した事例で、経口摂取に向けた取り組みとカテーテルの抜去に向けた試行の2つの取り組みが展開されている。いずれも、生活の場として「よりよく生活するために」との観点から取り組まれている点が高齢者向け住まいらしい点と言える。
- 経口摂取に向けた取り組みでは、身近にいて状態をよく把握しているホームの介護職員や看護職員が、言語聴覚士や歯科医師と連携しながら、嚥下訓練や呼吸訓練を行い、胃ろうによる栄養改善を図りつつ、味覚を楽しむ機会を作り本人の意欲向上をはかることによって、経口摂取できるまで状態が改善された。それにより、本人よりカテーテル抜去の意向が示された。
- カテーテル抜去の試行では、看護職員が医師と相談し、介護職員や本人を交えて協議しながらカテーテル抜去の試行を入念に計画・準備し、試行を進めたことで安全にカテーテル抜去を成し遂げた。試行にあたっては、本人による排尿日誌等と、訪問看護との連携による超音波検査での残尿計測により、丁寧な観察・モニタリングを行っている。

※参考3 特別訪問看護指示書

特別訪問看護指示書とは、主治医が、診療に基づき、急性増悪期等により、週4日以上頻回の訪問看護を一時的に行う必要性を認めた場合に、訪問看護ステーションに対して交付される。原則、月1回、14日間が上限とされている。

【ケース8】多職種連携のもと、ホーム看護職員が尿量計測等のデータをもとに主治医へ働きかけ膀胱留置カテーテルの抜去をなしえた事例

【ケースの状況】

● 入居時の状態像

80代後半、要介護5
腰椎圧迫骨折後

● 医療対応等に至る経緯

- 腰椎圧迫骨折により入院。安静の必要があったため膀胱留置カテーテルが挿入され、留置したまま退院となった。
- 入院前から、居室にて一人で過ごすことが好きな方で、病院ではほとんどベッド上で過ごしていた。
- このため、家族との話し合いのもと、主治医やケアマネジャーより、自宅での生活は難しいと判断され、入居が決まった。

① 退院時の環境変化のタイミングを捉え、介護記録等のデータを見極め、医師に膀胱留置カテーテル抜去の可能性を相談

- 当該法人の方針として、膀胱留置カテーテルを留置している入居者については、既往歴やカテーテル留置が必要となった理由を踏まえ、カテーテル抜去の可能性を検討することになっている。そのため、本ケースについても、既往症、ADL、排泄等の状況や、リハビリ意欲の向上、活動意欲の向上等のカテーテル抜去により得られるメリットなどを総合的に考えながら多職種で話し合いが行われた。
- 入居当初は、動きたくないという本人の意向も強く、全介助が必要な状況であった。そのため、まずはホームでの生活に慣れることを目標とし、2～3か月間、カテーテルを留置したまま様子を見ることとなった。
- その後、骨折の治癒が進むにつれ徐々に入居者が身体を動かす場面が確認されるようになった。
 - 入居当初はリハビリテーションへの参加を促してもなかなか興味を示さなかったが、日々のコミュニケーションを通じ介護職員との間に徐々に信頼関係が築かれたことで、介護職員の促しにより、車いすでダイニングへ行くなど、離床時間も増えていき、長く座位を取れるようになった。
 - 排泄に関しては、午前中にトイレに座る習慣があり、トイレへ誘導し、排便ができることも確認された。
- 排尿に関しては、介護職員が1日3回の尿破棄の際に記録するほか、看護職員が尿量、混濁、浮遊物の有無や、水分摂取量を確認していた。排尿の状況は毎日安定しており、尿の性状等に問題はないと判断できる状態となった。
- そのため、訪問診療のタイミングで、看護職員から主治医に対して、カテーテルの抜去が可能か、可能な場合はどのような方法で抜去することが望ましいかについて、複数回にわたって相談した。
- 主治医より、カテーテルの導入目的が安静確保であったことや、現在のADLや排尿の状態から、カテーテルを抜去しても問題はないという見解が示され、カテーテルの抜去の方針が立てられた。
- 訪問診療の当日の朝、起床時にカテーテルを抜去し、訪問診療までの時間に自尿が確認されたため、そのまま2週間経過観察を行うこととなった。
- 主治医がカテーテル抜去1週間後、2週間後の訪問診療時に残尿を計測し、問題ないと判断したため、カテーテルを抜いた状態を継続できることになった。
- カテーテル抜去後、入居者はトイレまで見守りで自立歩行し、居室内では自由に歩行できるようになった。

【本ケースにおけるケアのポイント】

- 本事例は、前事例と同様、入院中に安静確保の目的で挿入された膀胱留置カテーテルを留置したままホーム入居した事例である。このように、退院等の環境が変わるタイミングは、医療処行為の必要性を再検討する好機であり、医師等と相談・協議することが重要である。
- 本事例では、介護職員が記録する排尿の記録や、水分摂取量、尿量・状態などを観察・記録した看護職員がそれらのデータを読み解き、カテーテルの抜去が可能ではないかと考え、主治医に相談したことで、カテーテル抜去を実現した。また、カテーテル抜去後も看護職員が引き続きデータを集め、それをもとに主治医と慎重に状態の見極めを行ったことで合併症もなく安定した状態を保つことができた。
- カテーテルを抜去することで、行動範囲が広がり、自力でトイレまで行ったり、テーブルで食事をしたりすることができるようになり、入居者の QOL 向上にもつながっている。

【ケース9】ホーム看護職員と介護職員が連携し、膀胱留置カテーテルの感染対策や口腔ケアによる誤嚥性肺炎対策を行いながら看取りを実践した事例

【ケースの状況】

● 入居時の状態像

90歳代半ば、要介護4

- 認知症の識別診断は受けていないが、認知機能の低下が見られ、自発的な発語はほとんど見られない。耳元で大きな声で話しかけると反応がある状態。

脳梗塞後、尿路感染症

● 医療対応等に至る経緯

- 脳梗塞を発症し、入院。
- 入院中、脳梗塞の後遺症による誤嚥リスクがあり、経鼻経管栄養による栄養管理を行っていた。しかし、嘔吐を繰り返したため、誤嚥性肺炎のリスクを回避する観点から、鼠径部からの中心静脈栄養に変更となった。
- 排泄も全介助の状態、それまでに尿路感染症を発症したこともあったため尿の性状を観察し再発防止のため、膀胱留置カテーテルが留置された。
- 退院にあたり、自宅では中心静脈栄養や膀胱留置カテーテルの管理が難しいことから、ホームへ入居することとなった。この時点では、身体機能低下により、ほとんどベッド上で過ごす状態であった。ホームへの入居に際し、感染リスクを考慮し、中心静脈栄養から末梢挿入型中心静脈カテーテル(PICCカテーテル)^{*3}に変更することになった。
- しかし入居後、微熱が続き、PICCカテーテルからの感染が疑われたため、CVポート^{*4}を造設することとなり、再度入院となった。CVポート造設後も微熱や点滴の漏れにより、合計3回、CVポート入れ替えを行った。

① 尿路感染予防のための清潔保持

- 入居後、尿路感染による微熱が続いたことから、主治医から特別訪問看護指示書が出され、訪問看護にて点滴での抗生剤の投与を行う体制がとられた。
 - 2週間の抗生剤投与により解熱し、尿の混濁もなくなった。しかし、しばらくするとまた発熱し、それ以降、解熱と発熱を繰り返していた。
 - 発熱の原因となり得る尿路感染を防ぐため、ホーム看護職員は尿の量・性状等の確認や皮膚トラブルへの対応を、介護職員は、排泄介助時の丁寧な陰部洗浄、入浴により、清潔保持を徹底した。

② 誤嚥性肺炎予防のための統一化した口腔ケアの徹底

- 誤嚥性肺炎を起こさないため、歯科医師の協力を得て口腔ケアの方法を統一した。その統一化した方法で、看護職員は毎食後、介護職員はその他就寝等のタイミングにて、こまめに口腔ケアを行った。
 - 統一化した口腔ケアの方法を習得するため、歯科医師が実際に口腔ケアを行う様子を収めた動画を作成し、口腔ケアを担う看護職員や介護職員はその動画を見て学ぶことで方法の統一化が図られた。

*3 腕から挿入する中心静脈カテーテルのこと。心臓付近の静脈は腕の静脈に比べて太く、また血液の流れも多いので薬剤がすぐに薄まり、刺激性のある抗がん剤でも影響を受けにくい投与方法とされる。また、腕から簡単に挿入できるため安全性に優れ、感染を起こしにくいなどの特徴がある。

*4 皮下埋め込み型中心静脈カテーテルのこと。繰り返し薬剤の投与が必要な場合や、長期間にわたり薬剤投与を行わなければならない場合などに用いられる。

③ 看取りに向けた家族とのすり合わせ

- 入居中に、2回、いずれも日中に救急搬送されたことがあった。その際は、ホームから家族に詳しく状況を伝達した上で、治療やケアの方針について説明し同意を得るなど、家族の意向の確認を丁寧に行った。
- 二度の救急搬送を経験した後、サービス担当者会議の機会を利用し、家族と今後の対応について話し合う機会が設けられた。家族から、「治療で苦しい思いをさせたくない。病院との行き来も本人にとって負担になるのではないか。ホームで看取ってほしい」との発言があった。入居者の状態としても看取り期に差し掛かる状態と考えられたため、家族の了解を得て、今後は救急搬送せず、ホームでできることを行うという方針とした。
- その後も、入居者の状態を随時主治医へ報告し、痰の増加が見られた時には、主治医からの特別訪問看護指示を受け、訪問看護職員が夜間の喀痰吸引等を行った。特別訪問看護指示書のない期間は、日中はホーム看護職員による喀痰吸引、夜間は介護職員による口腔ケアによりできるだけ痰を取り除くこととした。また、医師から家族に対し、痰が詰まり窒息する可能性があることを説明した上で、その場合は救命を望まないことを確認した。
- 看取りの方針に従い、侵襲性のある医療行為を徐々に減らしていったことで、苦しむことなく安らかにご逝去された。
 - 浮腫や低酸素、痰による窒息などによる身体的負担を生じさせないため、中心静脈栄養の輸液量の調整や、在宅酸素療法、日中の喀痰吸引は最期まで継続した。
 - 家族は、看取りと判断されてから頻繁に面会に来ていたため、息を引き取る瞬間に立ち会うことができた。看取り後、家族から、「最大限やれることができた、本人も苦しまずに楽に逝けた、ホームから密な連絡があったことで臨終にも立ち会えた」との言葉があった。
 - ケアに関わった看護職員、介護職員も「最大限対応した」という達成感を感じることができ、実施したケアに自信を持つことができた。

【本ケースにおけるケアのポイント】

- 本事例は、入院中に導入された中心静脈栄養や膀胱留置カテーテルに関し、自宅では対応が難しいとの判断から、当該ホームに入居となった事例である。中心静脈栄養に関し、ホーム入居に先立って、ホームで対応可能な手法に見直しが行われている。
- 度重なる発熱について、原因となり得る尿路感染や誤嚥性肺炎を防ぐ観点から治療とケアの方針を立て、実践している。口腔ケアの方法を統一化するなど、それぞれの専門性を発揮した連携が行われている。看護職員の役割として、介護職員がケア方法を学ぶ機会を作ったほか、介護職員には対応できない医療行為(喀痰吸引等)と、入院などについて、医師と連携し、指示を仰ぐ連絡役を担っている点もポイントとなっている。
- 看取り期においては、生活の場における看取りとして、家族とも密に連絡をとり、治療に重点を置いたケアから看取りに重点を置いたケアに移行していったことも、家族が納得感を感じられる安らかな死を迎える上でポイントとなっている。ホームで看取ることや救命処置を望まないという家族の意向を確認し、方針の決定につなげて行く過程でも看護職員が重要な役割を担っている。

参考個別事例

5. 参考個別事例

【参考ケース1】特定行為研修を修了した看護師の連携により、人工呼吸器の管理を要する四肢麻痺の利用者を受け入れ、安全に医療行為を提供している事例

【ケースの状況】

- 状態像

70代前半、要介護1

脊椎化膿性脊椎炎、頸椎損傷・脊髄損傷

- 医療対応等に至る経緯

- 自宅で転倒、四肢麻痺が出現し、脊椎化膿性脊椎炎と診断され、病院に入院した。病院では人工呼吸器管理がされていたが、治療により、呼吸状態が改善し、人工呼吸器を外せるまで回復した。
- 気管カニューレが入っている状態でリハビリが行われ、ADLが向上し退院となったが、医師により自宅で気管カニューレの管理をすることは難しいと判断され、本人・家族の希望により、医療行為に対応できる当該ホームに入居することになった。

① 特定行為研修修了看護師による気管カニューレの定期交換

- 入居当初は2週間ごとに病院外来で、医師により気管カニューレの交換が行われていた。その後、病院の主治医により、気管カニューレの定期交換を対象とする「特定行為に係る手順書」が発行されたことにより、特定行為研修を修了した看護師が、居室で対応できるようになった。ホームに所属する看護師はホーム長1名であり、夜間は必ずしも看護職員が勤務しているわけではないため、特定行為研修を修了した看護師(ホーム長)と、同じく特定行為研修を修了した訪問看護師2名のローテーションによって対応する体制が作られた。
- 特定行為研修を修了した看護師が対応したことにより、本人は2週間ごとの外来通院が必要であったが、居室で対応できるようになり、受診に伴う身体的負担が軽減され、居室にて生活リズムに沿った処置が可能となった。

② 本人の意思を尊重し、発話可能な気管カニューレに交換、発話練習を支援

- 入居当初は体力が落ちている状況であった。そのため、まず、脊椎損傷にかかる医療区分での訪問看護や訪問リハビリテーションが導入され、主に体力向上を目的として、運動や呼吸のリハビリと、訪問介護による支援が行われた。
- 入居後半年ほど経過し、体力が向上するにつれ、本人の意欲の向上が見られた。当初は気管カニューレのため発声ができず、身振り手振りでコミュニケーションを取っていたが、気管カニューレの定期交換時に、本人より交換を担当する看護師に発話したいという希望が伝えられるようになった。
- 本人からの希望を受けたホーム看護師と訪問看護師は、外来受診の際に主治医に本人の意向を伝えた。本人の意を汲んだ医師により、スピーチタイプの気管カニューレ(コーケンネオブレス)への変更が行われた。発話可能なカニューレとなったことから、発話練習も開始された。初めは看護師によりスピーチバルブに交換してもらっていたが、自分で交換できるよう看護師が指導したことにより、自分でスピーチバルブに交換し、発話練習をするようになった。

③ 自立支援の視点から自己吸引を尊重しつつ、リスク管理しながら喀痰をコントロール

- 当初、喀痰吸引については主に訪問看護師が実施していたが、訪問看護師が本人に吸引方法を指導して、自己吸引ができるようになった。

- 訪問看護師は、喀痰吸引が十分に行われているかどうか確認し、吸引が十分に行われていない場合は、自ら吸引を行うという形で、自立を支援しつつも、リスク管理しながら喀痰のコントロールが行われた。

【本ケースにおけるケアのポイント】

- 本事例は、夜間は必ずしも看護職員がいない一般的な特定施設では対応が難しい、夜間も迅速な対応が求められる医療行為や、定期的な通院が必要な医療行為に対応している事例である。病院併設のホーム(非特定施設)であること、ホーム長が特定行為研修を修了した看護師であり、特定行為研修を修了した看護師による訪問看護と連携しやすい環境を活用している。特定行為研修は、チーム医療の推進や効果的・効率的なケアの提供を目指し、看護師が手順書により特定行為を行う場合に必要とされる知識や技能等の向上を図るための研修であり、介護施設や高齢者向け住まいの看護師が受講しているケースはまだ少ない。このような専門性の高い看護師を活用することで、より高度な医療ニーズに対応できるようになり、住み慣れたホームでの生活を継続できた事例である。
- 同じ特定行為研修を修了した看護師間で、知識・技術の共有基盤の上に、適宜、情報共有や相談が行われており、看護師間の相談を経て、主治医への相談をするという仕組み・体制も確立されている。
- こうした環境を活かしつつ、看護師が入居者の意向を重視して、発話したいという希望を主治医に伝えたことで、カニューレのタイプを変更するなど、医師も本人の希望を叶えるための対応につながり、発話練習に向けた本人の意欲向上を引き出し、QOLの向上に貢献できている。

【参考ケース2】神経難病の入居者に、特定行為研修を修了した看護師と訪問看護職員との連携により尿路感染症や胃ろうの逆流を防ぎ、安全に医療対応した事例

【ケースの状況】

● 状態像

90代前半、要介護4
進行性核上麻痺(神経難病)

● 医療対応等に至る経緯

- 嚥下状態が悪くなり、病院で胃ろうを造設された。
- 胃ろう造設後、ホームに入居した。一時、新型コロナウイルス感染症により入院したが、退院後ホームに再入居した。
- 再入居後、尿が濁り、尿路感染症が頻繁に起こるようになった。
- また、進行性核上麻痺(神経難病)により栄養剤が逆流しやすくなっていた。

① 特定行為研修を修了した看護師による尿路感染症時の対応

- 尿路感染症を頻繁に発症するようになったため、病院の主治医より、抗生剤使用に関する特定行為に係る手順書が作成され、抗生剤も手順書に従って必要時内服できるよう予め処方された。
- この手順書により、特定行為研修を修了した訪問看護師がホーム内で入居者の状態について臨床推論に基づくアセスメントを行い、タイムリーに抗生剤を投与できたことで、外来受診や入院に至ることなく、尿路感染症の治療を行うことができた。

② 尿路感染症を起こさないための予防的な対応

- 尿検査により尿性状の異常が明らかになったため、尿路感染症の発症を防ぐために、特定行為研修を修了したホーム看護師と訪問看護師が相談連携し、水分摂取量が調整された。
- また、入居者は進行性核上麻痺(神経難病)に係る医療保険での訪問看護を毎日受けており、訪問看護師が訪問した際に毎朝陰部洗浄を行い、リハビリで離床時間を増やすなど、尿路感染症を起こさないように工夫された。
- 同時に、療養通所介護で週3回入浴をすることで、陰部の清潔を保つ工夫がなされた。

③ 胃ろうの逆流等の対応

- 進行性核上麻痺により、経管栄養剤が逆流しやすくなっていることが確認され、胃ろうの挿入部から液漏れが起きていることをホーム看護師と訪問看護師との間で情報共有確認し、注入の間隔や注入量の検討を行った。検討の結果、それまで液体の経管栄養剤を注入していたが、液状のため逆流しやすいのではないかと考えられた。
- 逆流性誤嚥性肺炎を起こす可能性も懸念されたため、ホーム看護師と訪問看護師とが連携し、主治医に経管栄養剤を液体栄養剤から半固形化栄養剤に変更できないか相談し、主治医により処方の変更された。
- 胃ろう周辺の皮膚トラブルが生じたため、清潔な状態を保つように管理された。
- 慢性的な尿路感染症による発熱と胃ろう逆流による誤嚥性肺炎のリスクが高かったが、特定行為研修を修了したホーム看護師と訪問看護師とが連携することで、発熱等が生じた際にも早期に対応することができ、入院することなくホームでの生活が継続できた。

【本ケースにおけるケアのポイント】

- 本事例は、病院併設のホーム(非特定施設)であること、ホーム長が特定行為研修を修了した看護師であり、特定行為研修を修了した看護師による訪問看護と連携しやすいという環境を活用し、繰り返す尿路感染症に対して特定行為手順書に基づきタイムリーに抗生剤を投与できたことによって、ホームでの生活を続けられた事例である。高齢者向け住まいとしては必ずしも一般的とは言えないが、特定行為研修制度を活用することは有意義である。
- こうした環境をベースに、ともに特定行為研修を修了したホームの看護師と訪問看護師が所属組織の壁を超えて情報共有・役割分担をしてケアを担っている。こうした連携によって、随時医療的なケアを要する状態にあっても安定した状態や、ホームでの生活が維持されており、入居者の QOL 向上につながっている。

(参考)

本事例集は、規制改革実施計画(令和4年6月7日)を踏まえ、有料老人ホームにおいて看護職員が円滑に医療行為を実施している好事例について収集・整理を行い、周知することを目的に作成しており、施設・法人事例がそれに該当します。

事例集の内容は、令和4年度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)「介護付きホームにおける医療行為の看護職員による円滑的な実施に向けた調査研究」を通じ、下記研究会委員の助言を得て作成しました。

各事例のポイントは、ワーキンググループ(WG)での議論を踏まえ、とりまとめています。

高齢者住まいにおける看護職員の医療対応のあり方研究会

委員名簿

(50音順/敬称略, *はWG委員)

(委員)

* 伊東 美緒	群馬大学大学院 保健学研究科 教授
菊井 徹也	一般社団法人 高齢者住宅協会 副会長・代表理事
* 島田 千穂	佐久大学 人間福祉学部 教授
藺田 宏	一般社団法人 全国介護付きホーム協会 理事
田母神 裕美	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
* 長田 洋	株式会社アズパートナーズ 経営管理部部長・経営企画室長
* 久富 護	株式会社メディヴァ コンサルティング事業部 マネージャー
山本 晃弘	公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 理事
座長 吉村 直子	株式会社長谷工総合研究所 取締役・主席研究員

(オブザーバー)

厚生労働省 老健局 高齢者支援課

厚生労働省 医政局 看護課

(事務局)

PwC コンサルティング合同会社 公共事業部

令和4年度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)
介護付きホームにおける医療行為の看護職員による円滑的な実施に向けた調査研究

**介護付きホームにおける看護職員を中心とした多職種連携による
医療ニーズのある入居者への対応事例集**

令和5年3月

PwC コンサルティング合同会社

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1

Otemachi One タワー

TEL : 03-6257-0700(代表)

[JOB コード:Y164]

Copyright (C) 2023 PwC Consulting LLC. All rights reserved.

本報告書の内容、テキスト、画像等の無断転載・無断使用を固く禁じます。