

看護職と介護職の連携による

# 在宅療養支援リスク管理 プログラム

## 【内 容】

1. 療養支援場面に潜むリスクを知る
2. 連携の重要性を知る
  - 1) なぜ連携が必要なのか
  - 2) 連携できずに発生したヒヤリ・ハット
  - 3) 連携のエピソード（例）
3. 連携のポイント（療養支援場面別）



# はじめに

本邦の医療機関の医療安全体制は、2001年に厚生労働省が医療安全対策ネットワーク整備事業を開始し、日本医療機能評価機構による医療事故情報収集等事業(2004年から)や病院等における医療機器安全管理責任者の配置の義務付け(2007年)などより、安全管理体制が構築されています(表1)。

一方で、**在宅における医療安全体制**はこれらのシステムが確立されておらず、個々の事業所・ケアチームで安全を担保している現状です。

近年、在宅医療の推進によって、医療ニーズと介護ニーズを併せもった療養者の支援には、多職種による連携が重要視されています。特に、治療や医療機器を用いながら療養生活を安心して過ごすためには、**看護職と介護職の連携**が重要です。

この冊子は、看護職と介護職がそれぞれの専門性を発揮しながら、療養者が安心して安全に過ごせるよう支援するための、きっかけとなれるように**連携の視点**を提案しています。実際のヒヤリ・ハットや看護職・介護職の皆様から寄せていただいたご意見を元に作成しています。この冊子で紹介している内容は、**3. 連携のポイント(療養支援場面別)**までですが、リスク管理プログラムには以下のような続きがあります。

## 4. 連携の機会をもつ・リスク管理の意識を共有する

## 5. 連携の成果とリスク管理の成果を共有する

連携の視点をそれぞれの事業所内、さらには事業所を超えた事業所間の連携のためのツールの一つとして、使いやすいように修正・工夫しながら活用していただければ幸いです。

2018年 原口道子

表1 医療安全のとりくみ

1999年	患者取り違え事故 発生
2002年10月	医療法施行規則改定：病院・有床診療所の安全管理体制 (指針・委員会・職員研修・改善のための方策)
2004年	厚生労働省 医療事故情報収集等事業(日本医療機能評価機構)
2006年4月	診療報酬改定「医療安全対策加算」新設 (急性期入院医療の医療安全対策・医療安全管理者の配置の評価 →医療安全管理体制未実施減算廃止)
6月	良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を 改正する法律」(改正医療法)公布
2007年4月	改正医療法施行(無床診療所・助産所への安全管理体制拡大)
2010年4月	診療報酬改定「医療安全対策加算」の対象すべての医療機関に拡大

※ 訪問看護事業所・訪問介護事業所は、この「医療機関」に含まれていない。

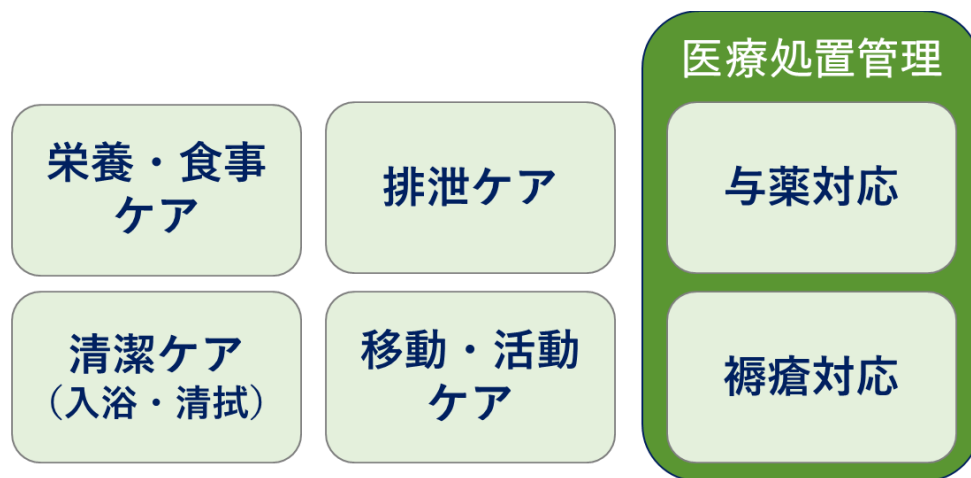
# 1. 療養支援場面に潜むリスクを知る

看護職と介護職が支援（ケア）をする療養者は、日常生活行動（ADL）に支援が必要な人や、病気の症状による苦痛や困難があったり、症状を治療や薬によって回復を目指したり調整をしている人など、さまざまです。

療養者の生活のなかで支援（ケア）をすることは、単に、“行動をお手伝いする”ということではありません。専門的な視点をもって安全で効果的な支援をすることで、苦痛を最小限にし、安楽や楽しみが得られることを目指します。

質の高い支援（ケア）の前提として、**療養支援場面に潜むリスク**を知っておきましょう。

この冊子では、訪問看護師・訪問介護職員の皆様から寄せられたヒヤリ・ハット事例から、以下の支援（ケア）について、療養支援場面に潜むリスクの代表的なものを紹介します。



実際に、訪問看護師・訪問介護職員の皆様にご提供いただいた療養支援場面の【連携が必要な場面】【連携によりリスク回避できた事例】【連携できずに発生したヒヤリ・ハット事例】の数は以下の通りでした。

## 支援場面（ケア）別の提供事例

合計事例数（看護職提供数, 介護職提供数）

	栄養・食事	排泄	清潔	移動・活動	与薬対応	褥瘡対応
連携が必要な場面	91 (62, 29)	89 (61, 28)	78 (63, 15)	62 (41, 21)	26 (16, 10)	37 (19, 18)
連携によりリスク回避した事例・できたこと	13 (7, 6)	6 (3, 3)	10 (3, 7)	11 (9, 2)	14 (8, 6)	6 (4, 5)
連携できずに発生したヒヤリハット事例	4 (3, 1)	11 (7, 4)	6 (3, 3)	10 (9, 1)	13 (7, 6)	4 (3, 1)

その他の場面を含め  
**全 60 事例**



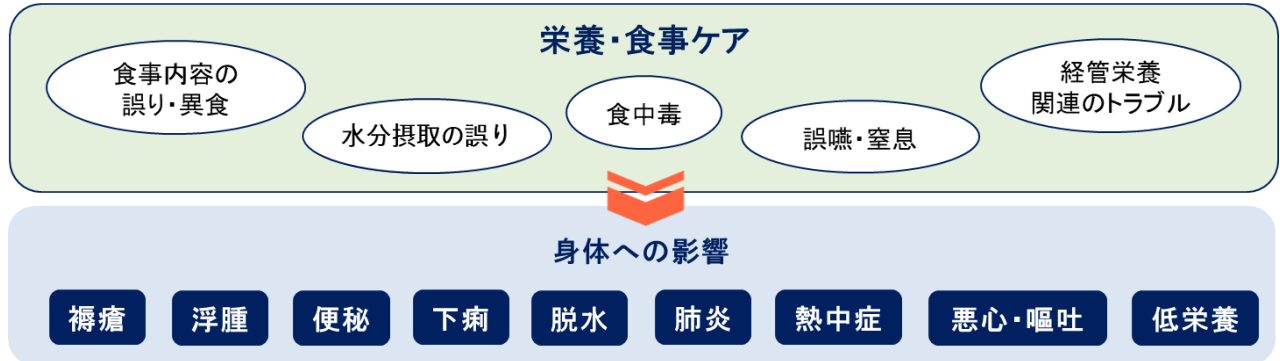
P-mSHELLモデルの枠組みを参考にリスクの発生要因を分析

出典) 原口道子 他：在宅療養支援における看護職と介護職の連携に関連したヒヤリ・ハットのリスク分析, 第 22 回日本看護管理学会学術集会, 2018.

以下に、事例のリスク分析を経てみえてきた**療養支援場面に潜むリスク**を場面ごとに示します。

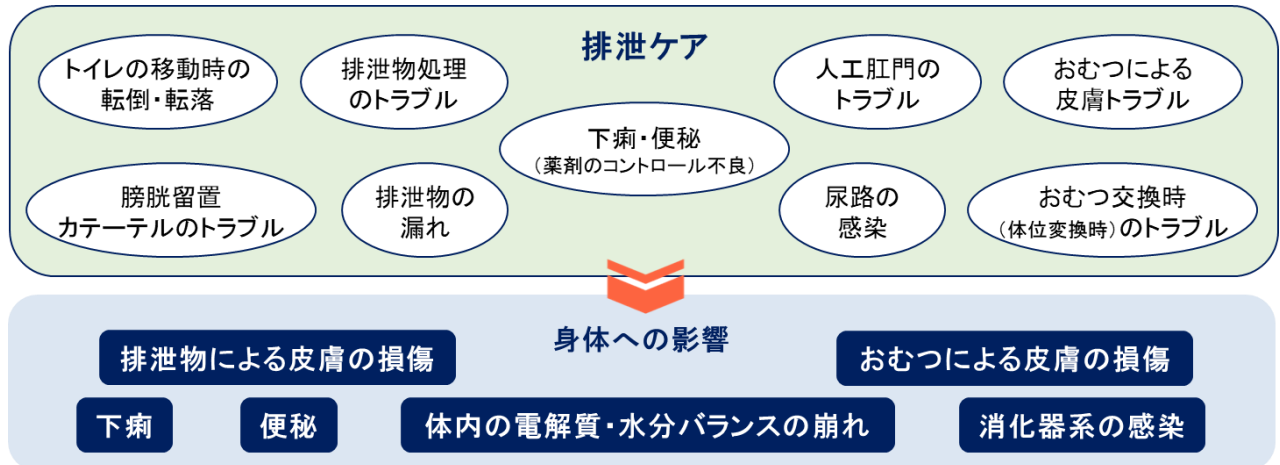
### A) 栄養・食事ケアに潜むリスク

食欲・食事の楽しみ、活動意欲など、気持ちにも影響する。



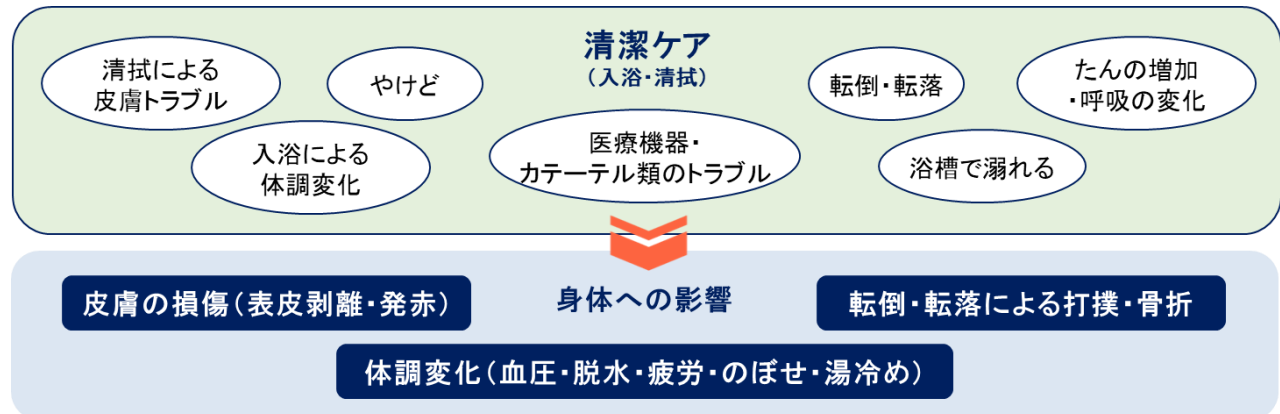
### B) 排泄ケアに潜むリスク

食欲、心地よい睡眠、活動意欲など、気持ちにも影響する。



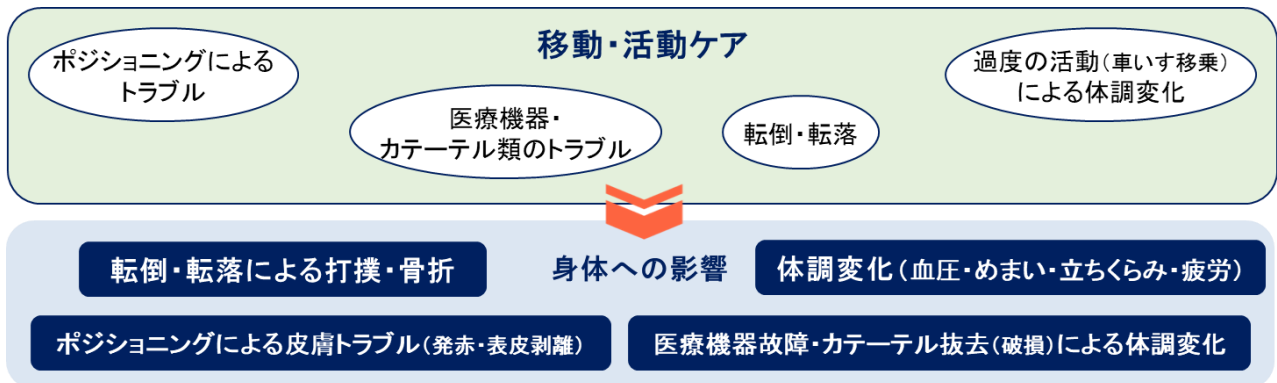
### C) 清潔ケア（入浴・清拭）に潜むリスク

入浴への恐怖心・活動の制限や安静による活動意欲の低下など、気持ちにも影響する。



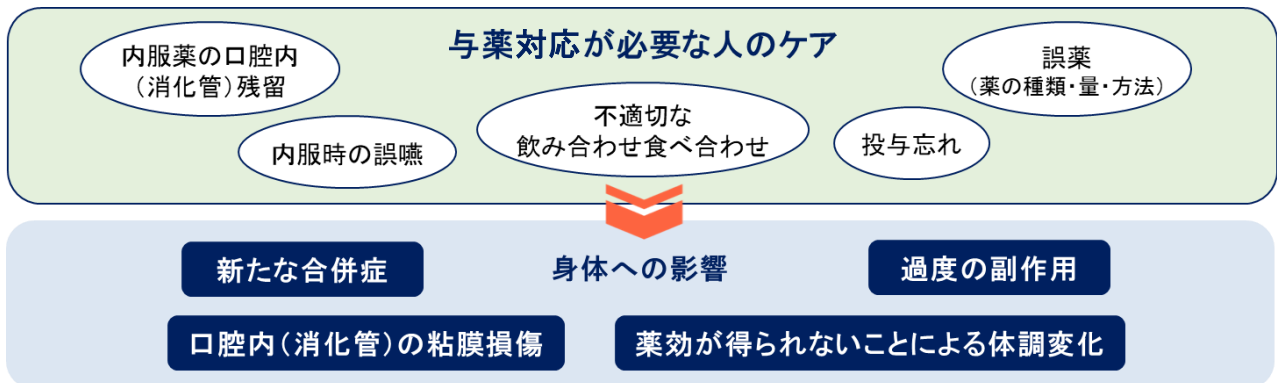
## D) 移動・活動ケアに潜むリスク

再転倒への恐怖・活動制限や安静による活動意欲の低下など、気持ちにも影響する。



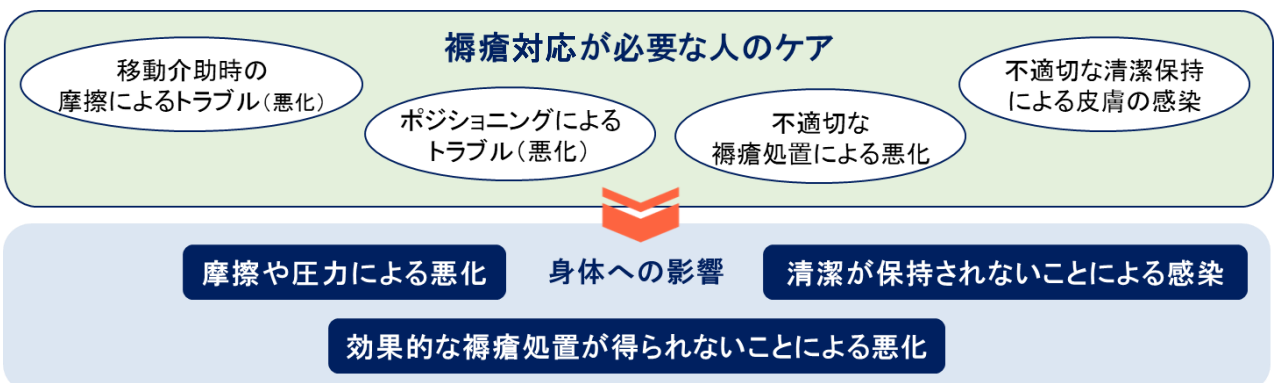
## E) 与薬対応が必要な人のケアに潜むリスク

薬効が得られないと闘病意欲など、病気に向き合う気持ちにも影響する。



## F) 褥瘡対応が必要な人のケアに潜むリスク

褥瘡の悪化による痛みなど苦痛が増し、活動意欲などの気持ちにも影響する。



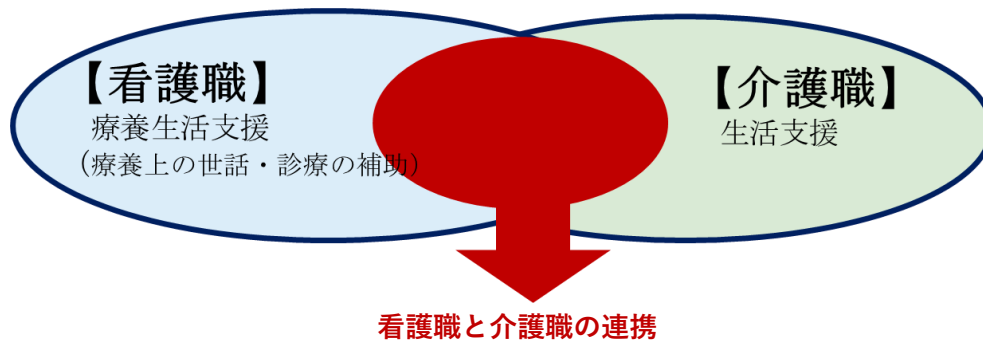
## 2. 連携の重要性を知る

### 1) なぜ連携が必要なのか

近年、医療機関の入院期間の短縮化や在宅医療の推進によって、医学的な管理を必要としながら、自宅で生活している人々が増えています。しかし、家族だけでは医療処置や医療機器の管理は難しく、病状が悪化したときの判断も容易には行えません。そのようなときに、生活支援の専門家である**介護職**と医療と生活の間を結び付けて支援する**看護職**の連携が重要な力になります。

それぞれの職種の専門性とはどのようなことでしょうか。一見、「行為」としては、同じことをやっているように見える日常生活の支援（ケア）。しかし、看護職・介護職、それぞれが支援のなかで特に重要視している視点、支援しながら考えていることを確認してみると、それぞれの専門性が見えてきました。

以下に、皆様から寄せられた連携エピソードとして、「**連携できずに発生したヒヤリ・ハット**」の**リスク要因分析例**と**連携のエピソード（連携できてよかったこと・連携できず困ったこと）**の一部をご紹介します。看護職と介護職の専門性がうまくミックスされたときに、素晴らしい支援（ケア）が生まれているようです。



職種役割と職種の専門性を基盤としながら、一部の業を共有して療養者の支援を行う

### 2) 連携できずに発生したヒヤリ・ハット

実際に、訪問看護師・訪問介護職員の皆様にご提供いただいた療養支援場面の**【連携できずに発生したヒヤリ・ハット事例】**のリスク要因の分析例をご紹介します。

全 60 事例を **PmSHELL モデル** の視点で要因分析を行い、L（当事者）、L（周囲の人）に該当する要因をそれぞれ**【看護職要因】****【介護職要因】****【連携要因】**として、分類しました。

さらに、その要因は一連のプロセスの段階ごとに分類して整理しました。

連携できずに発生したヒヤリハット事例

**リスクの発生要因**

	看護職要因		連携要因	介護職要因	
	看護職	対介護職		対看護職	介護職
関係・意識	9	6	8	5	41
体制	—	—	55	—	—
情報	9	21	42	2	8
観察・アセスメント	16	—	—	—	—
計画	25	48	56	19	16
実施	15	2	4	3	26
結果	13	2	5	17	12
評価	3	1	—	—	—

出典) 原口道子 他：在宅療養支援における看護職と介護職の連携に関連したヒヤリ・ハットのリスク分析，第 22 回日本看護管理学会学術集会，2018.

## 排泄ケア（分析例）

排泄の自己管理が難しい利用者で、おむつを着用し、普段は介護職が適宜おむつ交換を行っている。下痢が続いているのに、排便の状況が共有できておらず、看護職が緩下剤を飲ませてしまった。

### 要 因

P：患者	<ul style="list-style-type: none"><li>自己管理が難しい。</li><li>緩下剤で排便コントロール中である。</li></ul>
M：管理	<ul style="list-style-type: none"><li>日々の排せつ状況を共有する連携体制が十分でない。</li><li>排泄状況の記録を共有するシステムがない。</li></ul>
S：ソフトウェア	<ul style="list-style-type: none"><li>緩下剤を使用して排泄コントロール中の利用者の排せつ排泄状況を共有するためのケア計画がない。</li><li>緩下剤の使用基準（判断基準）とその必要性が共有されていない。</li></ul>
L：当事者 【看護職】	<ul style="list-style-type: none"><li>排泄ケアのケア計画を立案して、介護職に情報提供を依頼していない。</li><li>下痢が続いていることを確認せずに緩下剤を与薬してしまった。</li><li>排泄状況を経過として把握していない。（介護職にまかせっきりである）</li></ul>
L：他者 【介護職】	<ul style="list-style-type: none"><li>下痢が続いているという情報は、特に看護職が必要とする情報であるという認識がない。</li><li>緩下剤を使ってコントロールしている利用者であることを認識していない。</li><li>排泄状況は、看護職が既に把握しているものと思っている。</li></ul>
連携 【看護・介護】	<ul style="list-style-type: none"><li>排泄状況を共有するためのケア計画・ケア方針を共有していない。</li><li>下痢が続いているという情報を共有していない。</li><li>下痢が続いているにも関わらず対応策を一緒に検討していない。</li><li>排泄状況を経過として共有していない。</li></ul>

## 与薬対応（分析例）

降圧剤等を服用し、残薬チェックしている利用者（本人が管理不能）に対し、ヘルパーが本人の希望だからと市販の風邪薬を買ってきて服用したことを後で知った。そのときはまだ密な連絡体制が取れていなかった。

### 要 因

P：患者	<ul style="list-style-type: none"><li>自己管理が難しい。</li><li>降圧剤服用中で風邪をひいた利用者である。</li></ul>
M：管理	<ul style="list-style-type: none"><li>服薬管理体制が十分確立していない。</li><li>介護職と看護職の連絡体制</li><li>相談体制が十分確立していない。</li></ul>
S：ソフトウェア	<ul style="list-style-type: none"><li>服薬管理の一覧やチェックリスト、禁忌について整理していない。</li></ul>
L：当事者 【看護職】	<ul style="list-style-type: none"><li>利用者が介護職に風邪薬の購入を依頼することを想定していない。</li><li>利用者と介護職に対する降圧剤などの服薬指導として、勝手に薬を併用してはいけないことの説明をしていない。</li></ul>
L：他者 【介護職】	<ul style="list-style-type: none"><li>降圧剤と風邪薬の併用がよくないことを把握していない。</li><li>薬については、医師（看護職）に確認することを認識していない。（利用者の希望を優先して）</li></ul>
連携 【看護・介護】	<ul style="list-style-type: none"><li>服薬管理は、看護職が責任をもって管理するという役割分担が共有・確認できていない。</li><li>降圧剤を服用している利用者の注意点を共有していない。</li><li>相談体制（関係性）ができていない。</li></ul>



### 3) 連携のエピソード


訪問看護師・訪問介護職員の皆様にご提供いただいた【連携が必要な場面】【連携によりリスク回避できた事例】【連携できずに発生したヒヤリ・ハット事例】の内容から、連携のエピソードとして、【連携できてよかったこと・連携できずに困ったこと】のエピソードをご紹介します。

事業所内もしくは、看護職と介護職の間でエピソードを共有しながら、「リスク管理」や「連携」について、話し合える機会がもてると、より意識が深まります。


#### A) 食事・栄養ケア

	看護職	介護職
よかった	<ul style="list-style-type: none"> <li>ムース食、ゼリー食など特別に調理が必要な食事を各種作ってくれたことにより、利用者の嚥下の状態に合わせて、<b>タイムリーに微調整</b>がお願いでき、摂取量が維持できる。</li> <li>時間をかければ、食事摂取が可能な利用者の場合、看護職から介護職へと<b>介入時間をつなげて継続して</b>支援することで、本人のペースで食事量を確保できた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>妻が夫の介助を行う事例で、誤嚥の危険がある食事介助を行っているケースがあった。ヘルパーの助言を受け入れてもらえず、看護職から<b>説明</b>してもらい、介助方法を改めてもらった。</li> <li>体重減少があり、栄養状態を看護師に管理してもらっている。情報共有できると、生活面での介護法に活かせる。</li> </ul>
困った	<ul style="list-style-type: none"> <li>経口摂取を中止していた利用者だが、訪問入浴の方に伝わっておらず（介護職同席）、訪問入浴では経口水分摂取をさせていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>むせこみがある人の食事介助で、姿勢やあごの角度はわかるが、どのような状態で<b>中止</b>にしなければならないのか、目安がわからなかった。</li> </ul>

#### B) 排泄ケア

	看護職	介護職
よかった	<ul style="list-style-type: none"> <li>人工肛門のパウチ内の便が水様状であるとの報告を介護職から受け、看護職が早めに訪問した。パウチからのもれとスキントラブルに早期に対処できた。</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>重度の利用者は皮膚トラブルが発生しやすくなるので、排泄介助（オムツ交換）時に、何かトラブルがあったりすると専門職につなぎ悪化を防ぐ。</li> <li>排便時、側臥位の体位変換を共にを行い、看護職が浣腸や摘便をして、介護職は気管カニューレを保持しながら異常がないか見守っている。</li> </ul>
困った	<ul style="list-style-type: none"> <li>以前から下痢が続いている情報を把握しておらず、下痢（感染していた）の処理で、家族や訪問サービス担当者が感染した。</li> <li>尿が出ていないことについて、介護職からの連絡がなく、膀胱内に尿が多量貯留して膀胱炎になっていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>肛門近くに褥瘡があり、排便するごとに処置をしなければならずどこまでやっていいのか、やり方もあいまいで困った。</li> </ul>

### C) 清潔ケア（入浴・清拭）

	看護職	介護職
よかった	<ul style="list-style-type: none"> <li>ターミナル期の患者で、体調が不安定のため、すべての清潔ケアを一度に行うことができない。情報を交換しながら、部分的にケアを分担して負担が少なくなるよう行えた。</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>清潔ケアの際に、皮膚の状況など気づいたことをすぐに看護職に伝えることにより、悪化を防ぐ。</li> <li>皮膚疾患があって介護職だけでは、入浴介助ができなかった。訪問看護に入ってもらうことで、皮膚の状態観察や軟膏処置をしてもらうことによって、一緒に入浴介助ができるようになった。</li> </ul>
困った	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問入浴介助時・入浴終了時・浴槽からあがりベッドに移動する際、身体を一緒に持ち上げる時に、声かけと移動のタイミングが合わず、利用者の身体が斜めになり危険だった。</li> <li>尿道留置カテーテル挿入中の利用者の陰部洗浄が不十分で、垢の付着著明であった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護師の判断で入浴可となっていたが、血圧の数値による入浴可の判断基準が人によって異なり統一されていなかった。そのため、入浴後に低血圧になり意識状態が変化してしまった。</li> </ul>

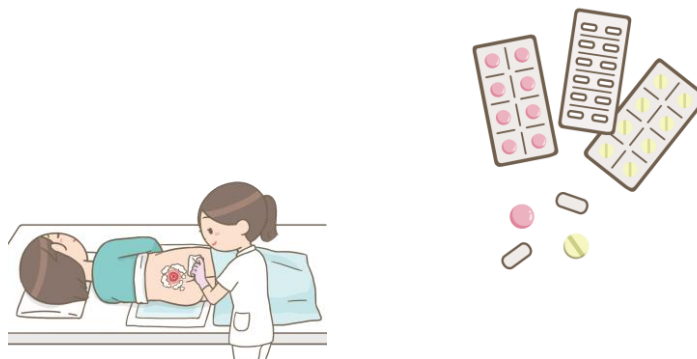


### D) 移動・活動ケア

	看護職	介護職
よかった	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護職の方が介入する時間が多く、ADLの変化、転倒のリスクマネジメントに関連する情報を伝えてもらえる。</li> <li>利用者の身体状況によって、複数でのケアや移動が望ましい場合、それぞれの訪問時間を連続して重なりを作ることで、安全に行える。（統一もできる）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体（特に足）に拘縮があり、本人は「腰が痛い」とうので、移動や動かすことが怖かったが、動かしても大丈夫なこと、動かし方を伝えてもらい、移乗できている。</li> <li>車イスの変更などあった際は、使い方やリクライニングの角度などを伝達してもらう。</li> </ul>
困った	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族の車イスに乗せてほしいという訴えを聞き、状況を把握しないままに車イスへ移乗したことがあり、体調を崩す恐れがあった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヘルパーの訪問時「転倒している」と報告があった時に聞き手の勝手な思い込みで、連絡をもらったときは安全なところにいると思いい対応が遅れたケースがあった。</li> </ul>

### E) 与薬対応が必要な人のケア

	看護職	介護職
よかった	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の為、薬の飲み忘れがある。訪問看護が薬の管理を行い、訪問介護が訪問時、その日の分の薬を持っていき服薬介助をすることで、飲み忘れを防いでいる。</li> <li>低血糖時にすぐに訪問介護から連絡をもらい、訪問看護が駆けつけ、ブドウ糖投与が迅速に行えた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>重症心身障害者で、発作時の坐薬のタイミングを訪問看護から家族に説明してもらう。発作が止まらない場合の対応方法も確認できると安心である。</li> <li>薬の情報は正確なものが必須だが、家族の理解や服薬管理が曖昧になっている。訪問看護師から正確な情報を説明してもらう。</li> </ul>
困った	<ul style="list-style-type: none"> <li>がんの疼痛コントロール中の方、オピロイドを内服していたが、麻薬は飲むとよくないと誤った情報が流れ服薬を中断してしまい困った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護職が薬をセットして介護職が服薬介助を行っている。その日の日付の薬が無く飲んだのか確認できなかった。担当の看護師にもすぐ確認がとれず困った。</li> </ul>



### F) 褥瘡対応が必要な人のケア

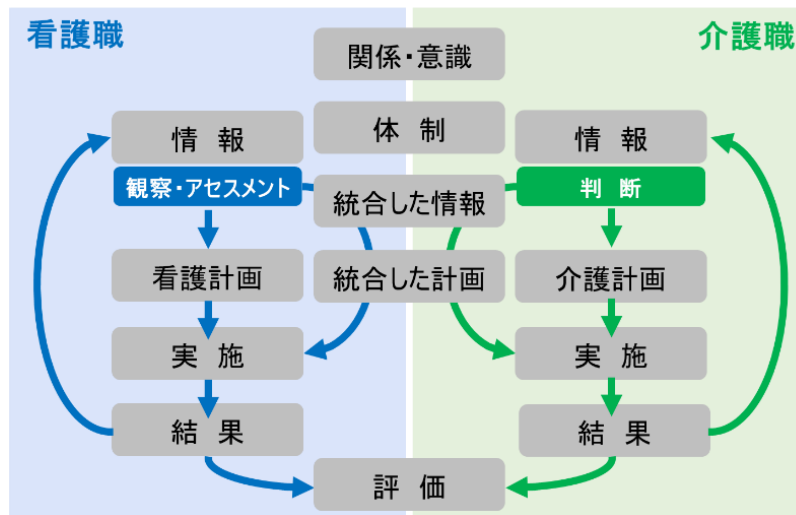
	看護職	介護職
よかった	<ul style="list-style-type: none"> <li>褥創処置は、介護職は全部はできないが、ガーゼ交換のみを依頼し、徹底してもらうことで、褥瘡が改善した。（できるケアを統一）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>褥瘡になりそうな傷を介護職が発見し、訪問看護につなげて、適切な処置が行われたことによって悪化を防いだ。</li> <li>褥瘡の危険性がある利用者について、その人に合った姿勢や移動の方法を説明してもらうことで、褥瘡を予防した。</li> </ul>
困った	<ul style="list-style-type: none"> <li>移動方法が、看護職・介護職ともに十分に統一されず、ベッド上でひっぱり上げられ、褥瘡が悪化した。</li> <li>褥瘡部分が汚染していた際に、違う処置方法で対応されていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>褥瘡があり、明らかに汚れていても、介護職がどこまで対処してよいのかがわからない。</li> </ul>

### 3. 連携のポイント（療養支援場面別）

訪問看護師・訪問介護職員の皆様にご提供いただいた【連携が必要な場面】【連携によりリスク回避できた事例】【連携できずに発生したヒヤリ・ハット事例】を整理することで見えてきた【看護職と介護職の連携モデル】を示します。

看護職と介護職は、互いの〈関係〉を構築して、一緒に連携する〈意識〉をもって、〈体制〉を整え、たとえば、〈情報〉〈計画〉を共有・統合して、それぞれが〈実施〉します。それぞれが得た〈結果〉から〈評価〉を共有することでして、はじめて一人の療養者の支援が成り立つのです。

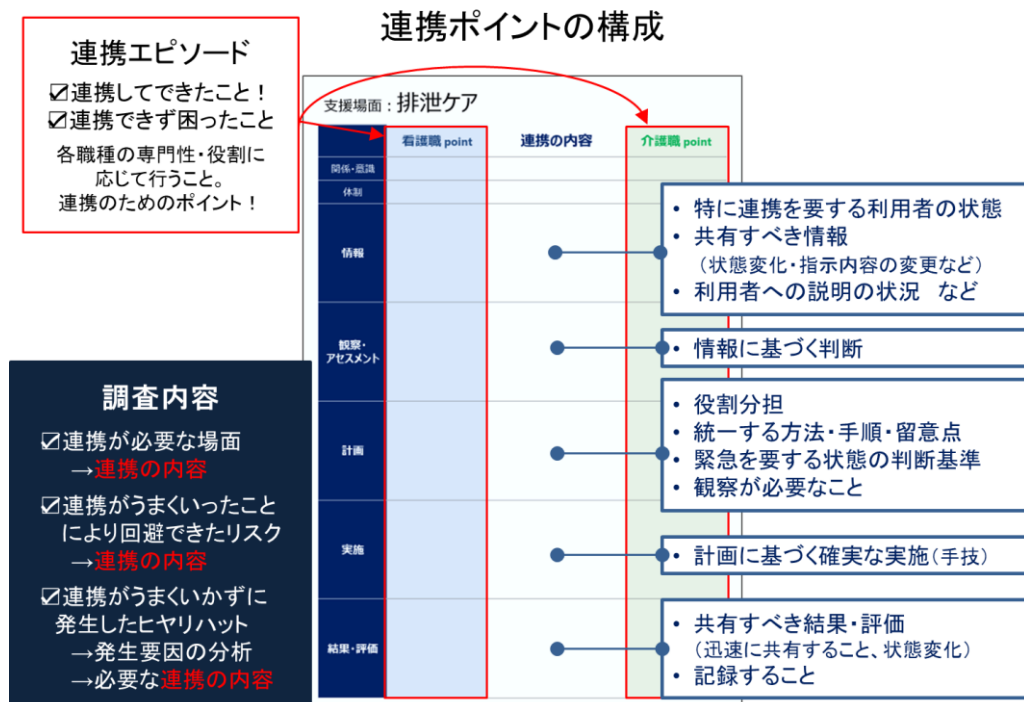
#### 看護職と介護職の連携モデル



出典) 原口道子 他：在宅療養支援における看護職と介護職の連携に関連したヒヤリ・ハットのリスク分析，第 22 回日本看護管理学会学術集会，2018.

この連携モデルの流れにしたがって、療養支援場面別に【連携のポイント】を整理しました。看護職と介護職がお互いを知ったり、連携のきっかけとなるように活用してもらえればよいかもしれません。※この冊子では、一部の療養支援場面のものを示します。

#### 連携ポイント(支援場面別)





# nurse

※この冊子は、文部科研基盤C（課題番号 16K12019）の助成を受けて作成しました。  
※この冊子は、リスク管理プログラムの一部です。

## 看護職と介護職の連携による 在宅療養支援リスク管理プログラム

公益財団法人東京都医学総合研究所 難病ケア看護プロジェクト

研究代表者 原口 道子

共同研究者 中山 優季

小倉 朗子

松田 千春

板垣 ゆみ

笠原 康代

編集 小林 佐知子

# care worker