

平成19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)
訪問看護事業の報酬体系・提供体制のあり方に関する調査研究事業

訪問看護サービスの需要と供給に関する検討

報告書

平成 20(2008)年 3月

社団法人 全国訪問看護事業協会

はじめに

わが国の少子・高齢社会における医療費適正化政策下においては、地域連携を強化した地域完結型の医療提供体制の確立が謳われている。その実現のためには、在宅医療をさらに充実していくことが求められ、ことに医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ中・重度者に対する訪問看護、あるいは看取りを可能とするための訪問看護サービスを24時間体制で確保することの必要性が強調されている。

しかしながら、訪問看護ステーションへの期待が高まる一方、訪問看護サービスの伸び悩みは介護保険法施行後、大きな改善が見られないまま推移しており、近年、各訪問看護ステーションにおいては、従事者確保が年々難しくなってきてている。地域完結型医療を敷いていくに際しては、退院支援はしたもの、その後を引き受けるステーションが手一杯ということで断るという事態の報告も散見される。訪問看護ステーションの平均職員数は依然として4.9名と少人数であり、また経費の8割以上を人件費として計上せざるを得ない経営状況でもあるため、職員に対する教育のための時間や経費を捻出することが難しいとする声も多く、小さな事業所で孤軍奮闘している看護師の実態が報告されている。

こうした訪問看護ステーションの実態を踏まえながら、そのサービスの質向上を図るために方策を検討することは、訪問看護ステーションの経営全体にかかわることであり、これから医療提供に欠かせない訪問看護ステーションの基盤を作ることに貢献するものと考える。特に、病院内においては、診療報酬体系によって、褥瘡対策チーム、緩和ケアチーム、あるいは栄養サポートチームの働きが評価され、病棟横断的に関わることのできる専門性の高いチームが育ってきているが、在宅医療の現場においては、まだその影響下ではなく、訪問看護ステーションが専門性の高い医療チームにコンサルテーションを受けるための仕組みはまだ整ってはいない。

本研究事業ではこのような背景を持つ訪問看護ステーションにおいて、職員が研修のための休暇をとる必要のない形態で、これまで以上の看護技術を獲得し、利用者に対して質の高い訪問看護サービスを提供していくことができるよう、看護技術の向上に関する支援（テクニカルサポート）システムを新たに考案し、実施、評価することを目的とした。

平成20年3月

訪問看護サービスの需要と供給に関する検討

検討委員長 山田 雅子

(聖路加看護大学看護実践開発研究センター センター長・教授)

目 次

要 旨	1
1. 本研究の目的	8
2. 研究体制.....	9
3. 本研究の方法	9
4. 研究結果.....	13
1) コンサルテーションの実施概要.....	13
(1) コンサルテーション対象事業所の概要.....	13
(2) コンサルテーション対象事業所の当該分野に関する研修や学習の機会の状況.....	15
2) コンサルテーションの実際	18
(1) 褥瘡ケア	19
(2) がん緩和ケア	32
(3) 栄養・排泄ケア	44
3) コンサルテーションの効果	58
(1) 訪問看護ステーションからみたコンサルテーションに対する評価.....	58
(ア) コンサルテーションに対する時間、内容、感想	58
(イ) コンサルテーションに相談した内容及び看護実践上で反映したい内容	61
(ウ) コンサルテーションによる効果	64
(エ) コンサルテーションの仕組みへの期待・希望	72
(オ) 専門性のあるケアを提供するのに必要なステーションの体制・業務の課題・意見	75
(2) コンサルテーション確認チェックリストの活用	79
(3) 看護師自身の振り返りチェックリストによる効果測定	88
5. まとめ及び提言	98
参考資料	99
1) コンサルテーション結果に関する自由回答	101
2) モデル事業調査票	115
(1) モデル事業調査票	115
(2) コンサルテーション確認チェックリスト	125

要　旨

1. 研究事業の目的

本研究事業は、小規模事業所である訪問看護ステーションが、医療ニーズの高い在宅療養者や看取りも含めたターミナルケアを必要とする在宅療養者に対して、質の高い看護を提供していくことができるよう、外部機関からのテクニカルサポートシステムのあり方について検討することを目的とした。

2. 実施内容

ここでいうテクニカルサポートとは、多様な医療・看護ニーズを持つ在宅療養者に対応するための訪問看護ステーションが専門看護師と認定看護師等の専門家（コンサルタント）から看護技術提供に関するコンサルテーションを受けることによって、質の高い看護サービスを提供するための支援を指す。以下には、訪問看護ステーションの求めに応じてコンサルテーションを実施した、その内容及び成果について記述し、課題をまとめた。

今回コンサルタントを依頼したのは、日ごろ業務として臨床におけるコンサルテーションを手がけている、現役のがん看護専門看護師 2 名、老人看護専門看護師 1 名、皮膚・排泄ケア認定看護師 1 名であり、それぞれ、がん緩和ケア、栄養管理及び排便ケア、褥瘡発生の予防と創傷管理及びストーマケアに関して対応することとした。具体的なコンサルテーション方法は、それぞれのコンサルタントに任せることとし、その介入方法についてもそれぞれが記述した。

事業の実施にあたって、実際に介入を行ったコンサルタント 4 名に、在宅看護の専門家 2 名を加え委員会を構成し、事業の進め方、データのまとめ方等について 3 回の委員会を開催し検討した。さらに、本研究事業 3 事業を総括する総括委員会においては、他の 2 事業の委員長、医療経済的視点、看護管理的視点、地域医療実践者の視点等からの意見をいただきながら進めた。

3. 介入した訪問看護ステーションの選定

テクニカルサポートの対象となる訪問看護ステーションは、コンサルテーションを行う専門看護師・認定看護師の活動可能な地域にある全国訪問看護事業協会の会員に対して、FAX で募った。対象地域は、がん緩和ケアが横浜市、栄養・排泄ケアが滋賀県・京都府、褥瘡ケアが東京 20 区であり、FAX を送信した訪問看護ステーションは、それぞれ 122 件、122 件、288 件であった。回収率は 3 領域とも 20% 台と少なかったが、回答した訪問看護ステーションの中で、「テクニカルサポートを是非受けたい、あるいは、機会があれば受けたい」と答えたのは、がん緩和ケア 45.2%、栄養・排泄ケア 59.3%、褥瘡ケア 69.3% と高いことがわかった。

これらのステーションの中から同意を得て、コンサルタントが関わることのできた事業所の数とコンサルテーション実施回数は、がん緩和ケアは 3 事業所に計 22 回、栄養・排泄ケア

は1事業所に12回、褥瘡ケアは4事業所に計17回であった。コンサルタントの介入期間は、平成19年9月26日から平成20年2月8日までの間で、双方の都合のつく期間で行われた。

対象となった訪問看護ステーションはいずれも、コンサルテーションを受ける分野について、ステーション内での研修や外部研修に参加しており、以前から当該分野への関心の高い事業所であると考えられた。

4. 訪問看護ステーションのテクニカルサポートへのニーズ

本研究の結果、全領域に共通にみられた訪問看護師へのテクニカルサポートニーズは、5つのニーズに大別された。看護師が求めたことは、多い順に

- ① 訪問看護利用者の状態把握のための情報収集とアセスメントのための「専門知識」に関するニーズ
- ② 利用者「個別の状態を判断する根拠」と状態に応じてどのような薬、用具を用いて、どの程度の頻度でかかわればいいのかという「対処方法」に関するニーズ
- ③ 現在の方法の確かさが「保証される」ことに関するニーズ
- ④ 看護師や他の職種との「コミュニケーションの取り方」に関するニーズ
- ⑤ 潜在する自分自身の「看護師としての役割認識を持てない」ことに関するニーズ

であった。

各ステーションの管理者からは、コンサルテーションを受けたいと考えた理由について以下の内容が挙げられていた。

- 研修会では、一般論になりがちで、個別の利用者に対応するための情報が得られない
- 研修会では、具体的に1人の利用者について検討できない
- 利用者個別の状態に対応するため、利用者個別に相談したい
- 経験の浅いスタッフが多いため、系統的に学びたい
- エビデンス・根拠に基づく、よりよいケアの方法を知りたい（自信を持ってケアをしたい）
- アセスメントや指標について知識を得たい

訪問看護ステーション管理者は、コンサルテーションを受けることにより、利用者個別の状態に対応できるようになること、スタッフ全体のケアの質の向上につながることなどを期待していた。特に、研修で得た知識を現場にどのように生かしているのかと悩んでいる管理者は多く、利用者の個別性やスタッフの能力の個別性に応じた対応を望んでいることがわかった。

5. コンサルテーションの実際

本研究において、実際にコンサルタントが行ったテクニカルサポートの流れは主に以下の手順であった。

- インテーク
- コンサルテーション内容の焦点化
- テクニカルサポート（電話、利用者への同行訪問、ステーション職員と面談、カンファ

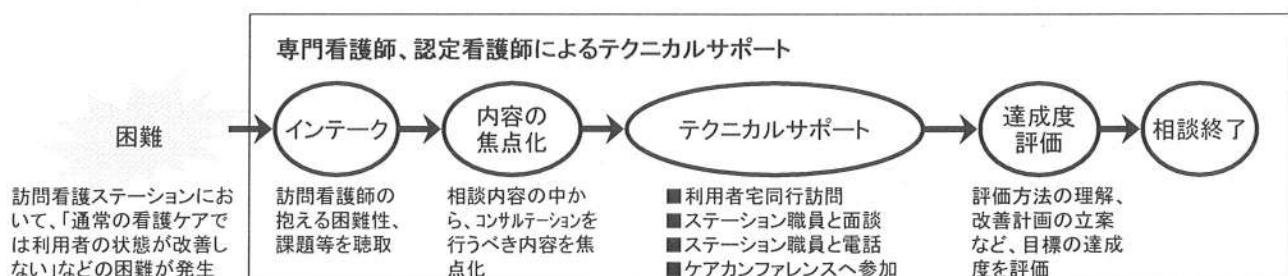
レンスへ参加等)

○達成度の評価

実際のコンサルテーション方法別の回数及び方法をみると、コンサルテーションを実施した期間が短い事業所もあり、1事業所あたり1回から最大22回までと差があった。具体的には、電話が合計26回（1回あたり平均16.1分）、訪問看護ステーションに訪問した回数は合計21回（1回あたり平均60.6分）、利用者宅への同行訪問は合計7回（1回あたり平均74.3分）であった。こうした手段を用いながら、相談を受けたケースごとに受け持ち看護師と管理者とのカンファレンス、ステーション全体のケースカンファレンス、勉強会の開催、時間を決めて定期的な電話相談等を通して、コンサルタントは訪問看護ステーション管理者及びスタッフへの介入をおこなっていた。

その後、目標の達成度を評価することになるが、今回は研究の時間的制約がある中での介入となつたため、十分に評価まで至らなかつた相談もあった。

図表1 専門看護師、認定看護師によるテクニカルサポートの流れ



6. コンサルテーションの効果

コンサルテーションの効果については、コンサルタントが事例ごとの効果について、利用者への効果、訪問看護師への効果に分けて、詳細に記述した。以下にはその主なものを要約して列挙した。

＜がん緩和ケア＞

- 痛みのアセスメント方法を理解することで利用者から痛みの状況について表現しようと努力するようになった。利用者自身が自分の状況を語り始めた。
- スタッフ間で意見を出し合い、統一したアセスメントシートができ、コミュニケーションの強化に役立った。
- 皆でアセスメントシートを作るという作業に取り組んだため、スタッフ誰もが他人事ではなく主体的に取り組めた。

＜栄養・排泄ケア＞

- 摂食嚥下能力に応じた食事内容の提供を受けることができ、結果的に栄養状態が改善した。
- 利用者の栄養状態を改善させるための正確なモニタリングと必要に応じた栄養補助食品の選択および導入ができるようになった。
- 利用者は短時間で誤嚥を繰り返すことなく、経口摂取のみで必要な栄養摂取量と水分量を確保することができるようになった。
- 訪問看護師は利用者の栄養状態を把握するケア方法、栄養摂取必要量・必要水分量の算出法および段階的にそれらを充足していくケア方法、安全に摂食嚥下を進めていくためのケア方法の一部を実施できるようになった。
- 嚥下時の覚醒度が改善するための前頸部の皮膚のマッサージを実践するなど、具体的なケアが提供できるようになった。
- 摂食嚥下障害があるという病態を觀察し把握できいても、リスクを回避しながら栄養摂取量を安全に増やしていくためのスキルが十分でない場合があった。
- 排便のコントロールについては、浣腸や座薬の使用、腹部のマッサージ、腸雑音の聴取といったことについては着目しケアが適切に提供されていた。栄養と排泄といったところでも、食物繊維を追加するところまでは考えられていたが、どのくらいの食物繊維量を目標にしていくのか、自然有形便を導くための運動や腸内細菌、水分量についてはどこをゴールとしていくのかといった知識や知識の運用といったところまではまだ未獲得な状態だった。

＜褥瘡ケア＞

- コンサルテーションを受けることで褥瘡の状況を他者に知らせる方法を学習し医師との連携強化につながった。
- 皮膚の病変についてのアセスメントができることで、治療方針について医師と相談す

る手がかりを見つけることができた。

- 話し合いを通して関係者の意向を踏まえた訪問看護計画を立案することができた。
- オムツからの尿漏れについて課題を整理するうちに、排泄の問題だけでなく ADL の向上につながる看護介入を行うことができた。
- 褥瘡処置に用いる薬剤や皮膚保護材に関する相談であったが、利用者状況を確認することでもしろ体圧をコントロールすることで悪化を防ぐことができた、また検討の中で排便管理についても副次的にADL改善に向けた看護に切り替えることができた。
- 尿器の種類の選定に関する相談が、コンサルテーションを通して、ポータブルトイレを用いて自分で排泄できるようになった。
- 褥瘡の局所処置の仕方に関する相談が、状況を整理することで創傷はすでに上皮化し、望ましい治癒過程をたどっていることを確認でき、これまでの看護が適切であったことを保証できた。

コンサルテーションを必要とした事例は、必ずしも複雑な状況下に置かれた利用者ばかりではなく、日常的な課題を抱えていることが特徴的であった。日常的な課題ではあるが、看護師は本当にこのままでよいのだろうか、もっと良い手立てはないのだろうかと悩んでいる事例が多かった。こうした日常的な課題についてコンサルテーションを受けることによって、問題の整理の仕方をマスターし、解決に導く手立てを探り出すことができるようになると、これまで研修等で学習した知識と融合し、看護師の自信につながることが分かった。つまり、看護師が座学を中心とした研修を受けただけでは、看護師のスキルアップにはつながらず、更には利用者の状況も改善されないということが今回の研究で明らかとなった。

今回対象となった訪問看護ステーションは、もともとスタッフ教育に熱心であったということを加味すると、こうしたテクニカルサポートは訪問看護師にとって欠かせない機能であると考えられた。そしてその方法は必ずしも利用者宅と一緒に訪問して利用者に直接触れなくても、カンファレンスや話し合いを通して行われていたことからも、第三者の立場からでも十分に提供が可能であることが分かった。

4名のコンサルタントが共通して実践したことは、関わる際には、まず始めに管理者と話し合いを持ち、コンサルテーションの意義や目的を話し合うことであった。スタッフの中にはコンサルタントの指示に従うといった看護師もいたが、コンサルテーションはそもそも現場のスタッフの力量をつけることを目的としているため、訪問看護師側の自主性を尊重した介入が行われていた。具体的には、利用者の状況を相談者から詳細に語ってもらうことがコンサルタントの意図により繰り返し行われていた。

7. 専門性の高い（ワンランク上の）サービスを提供できる看護師とは

上記のようなコンサルテーションを受けることで看護師が新たに獲得する能力として以下が確認された。

- ① 看護師が個別の状況に対応できること
- ② 通常では解決しない困難な状態を確かな知識と技術でアセスメントすること

- ③ 状態に応じた判断のうえで対処方法を決定できること
- ④ 多くのバリエーションを持っているため対処の選択肢が豊富であること
- ⑤ 的確な情報収集と伝達ができること
- ⑥ 一貫した方法でかかわる職種の間で、課題を共有することができること
- ⑦ 利用者家族に適切な説明ができ、安心感を与えるケアを提供することができること
- ⑧ 漠然とではなく、具体的な目標値を定めた看護計画を立案できること

8. コンサルテーションの評価表

各領域において、訪問看護師の能力を測るためのツールと利用者側の変化を追うためのツールの開発も行った。コンサルテーション開始時に、このツールを用いて現状を把握することで、コンサルテーションを受ける側（相談者）が、これからどのような能力が期待されているのかということを意識することができて有効であったとか、ステーション管理者がこのツールを用いてスタッフの能力のアセスメントに活用し始めるといった効果が見られた。

今回は、訪問看護師の変化と利用者の変化を同時に追うような形式でツールを作成したが、それぞれの変化を別個に追うことのできる形式にしたほうが使い勝手がよいとの意見があり、本ツールについては、さらに洗練させていく必要がある。

9. テクニカルサポートシステム実用化に向けた課題

今回のテクニカルサポートでは、訪問看護ステーション訪問、カンファレンス参加、利用者宅同行訪問、電話・FAX・メールなど、様々な方法でコンサルテーションが行われた。個別の利用者の状態について継続的に詳細なデータ・情報を確認しながら、コンサルテーションを行うためにはかなりの時間を要することから、コンサルテーションの仕組みをどのように評価するかについて検討することが必要と考えられる。またこうした仕組みを恒常に維持していくことが今後の課題である。

コンサルテーションによって、看護師にとって明らかに新たな知識・技術を得たことで実践が変わり看護師自身が変化していることを考えると一定の効果が見込めるシステムといえるだろう。そのコンサルテーションを広く活用するためには、誰が主体となって、コンサルテーションを提供していくのがよいのか、コンサルテーションを行うことのできる人材をどのように確保するのか、その費用は誰が負担すべきであるのかといった観点から、更に検討していくことが必要であると考えられた。

10. 提 言

医療ニーズを有する在宅療養者に対して、生活の場における支援を行うためには、本人の体に起こっていることを的確にアセスメントする能力が求められる。そこをクリアしてはじめて生活の中での支援策を模索することができるという意味では、本研究で取り組んだ、コンサルテーションを方法論としたテクニカルサポートは、訪問看護ステーションの経営に欠かせないシステムであることが分かった。これを広く活用できる環境を整える方法としては以下が考えられた。

1. 地域の中核病院に所属している緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、栄養・排泄ケアサポートチームなどの専門医療チームを院内だけでなく地域にある訪問看護ステーション等で活用できるよう位置づけてはどうか。
2. コンサルテーションを受けることで、専門性の高い（ワンランク上の）看護ケアを提供している訪問看護ステーションを増やしていくため、報酬等での評価をしてはどうか。
3. 一人のコンサルタントがコンサルテーションを受けることのできる訪問看護ステーションの件数は何件くらいか、また、専門性の高い（ワンランク上の）看護を提供することができるようになるまでには、どのくらいの介入期間が必要なのかといった視点での分析を行うことで、コンサルタントの労働条件を検討し、新たな社会的役割を担う看護師の勤務形態について考えていくことが必要である。
4. 3を実施するため、さらに調査を継続して実施してはどうか。

1. 本研究の目的

小規模事業所である訪問看護ステーションが、質の高い様々な専門領域の看護サービスを提供すること、また継続することは難しい事業所も多く、通常、訪問看護ステーションが提供している基本的な訪問看護サービスだけでは、対応が困難（状態が改善しないなど）な利用者が増えてきている。そこで、専門性のある領域のサービスを提供するためには、必要に応じて訪問看護ステーションが専門看護師や認定看護師からテクニカルサポートを受け、質の高いサービスを提供できるシステムをつくることが望ましいと考えた。

このため、本研究では、専門看護師、認定看護師による訪問看護ステーション（看護職）へのテクニカルサポートシステムにおけるコンサルテーションモデル事業を実施し、以下の3点を明らかにすることを目的とした。

- 1) 訪問看護ステーションにおけるテクニカルサポートのニーズと実践への活用可能性を明らかにする。
- 2) テクニカルサポートを行う専門看護師、認定看護師のコンサルタントの内容・プロセス・成果等を明らかにする。
- 3) 1) 2) より、在宅療養者に質の高い看護サービスを提供するための訪問看護ステーションへのサポートシステムを検討する。

2.研究体制

事業の検討・実施・報告とりまとめ等のため、地域看護の専門家、専門看護師、認定看護師である次の委員により委員会を3回開催した。

委員長	山田 雅子	聖路加看護大学看護実践開発研究センター	センター長・教授
委員	梅田 恵	オフィス梅田	代表
	小迫 富美恵	横浜市立市民病院	オンコロジー 担当係長
	長江 弘子	岡山大学大学院保健学研究科	教授
	沼田 美幸	セコム医療システム株式会社 訪問看護ステーション	看護師長
	藤田 冬子	長浜赤十字病院	看護部課長
研究協力者	宮本 千恵美	聖路加看護大学大学院看護学研究科	修士課程
調査委託	吉池 由美子	三菱総合研究所	主任研究員
	津野 陽子	三菱総合研究所	研究員
事務局	木全 真理	全国訪問看護事業協会	
	川添 高志	全国訪問看護事業協会	

(五十音順・敬称略)

3.本研究の方法

1) 用語の定義

本研究で用いる用語を以下のように定義した。

(1) テクニカルサポート

「多様な医療・看護ニーズを持つ在宅療養に対応するため、訪問看護ステーション（相談者）が専門看護師や認定看護師等の専門家（コンサルタント）から看護技術提供に関するコンサルテーションを受け、質の高いサービスの提供を可能にする仕組み」である。

(2) 専門性の高い看護ケア

この仕組みにおいては、在宅療養者が持つ医療・看護ニーズの多様化・複雑化に伴う対象者について、以下の4領域を「専門性の高い看護ケア」と位置づけた。この4領域は在宅療養生活の質の向上に寄与する「生活機能の再確立」に必要な質の高い看護サービスとして定義した。それは、通常の基本的な訪問看護サービスだけでは、対応が困難（状態が改善しないなど）な対象者である。そのため専門性の高い（ワンランク上の）質の高いサービス提供として状態の

アセスメントと特殊なケア技術と特殊な専門的知識を要する対象群である。

- ① がん緩和ケア（疼痛マネジメント）
- ② 栄養管理（摂食・嚥下障害、PEG 等のチューブ類の管理あり）
- ③ 排便に問題のある人（便秘の改善）
- ④ 褥瘡発生の予防、あるいは発生後の創傷管理、ストーマケアおよび管理

図表2 専門性の高い看護ケア（イメージ）

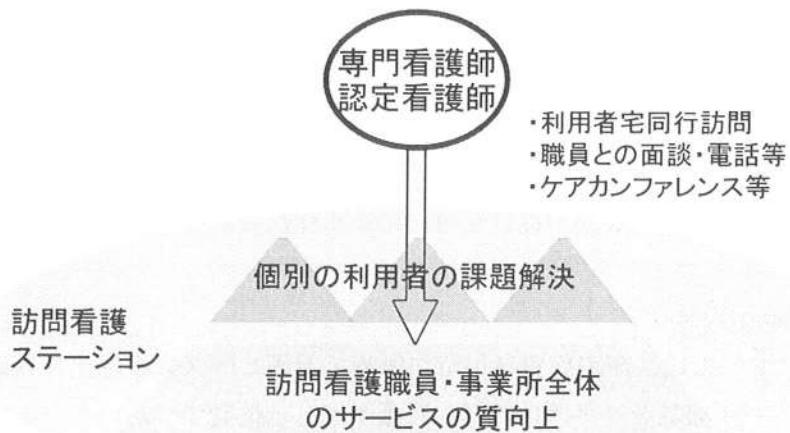


2) 研究方法の枠組み

テクニカルサポートの仕組みは、「訪問看護ステーションからの依頼に応じて、専門看護師、認定看護師が、専門性のある領域について、テクニカルサポートを行い、個別の利用者に関する課題解決を支援する。ひいては訪問看護事業所として質の高いサービス提供が可能になる。」ことを意図して実施した。

今回コンサルタントを依頼したのは、日ごろ業務として臨床におけるコンサルテーションを手がけている、現役のがん看護専門看護師 2 名、老人看護専門看護師 1 名、皮膚創傷ケア看護認定看護師 1 名であり、それぞれ、がん緩和ケア、栄養管理及び排便ケア、褥瘡発生の予防と創傷管理及びストーマケアに関して対応することとした。

図表3 テクニカルサポートの仕組み（イメージ）



3) テクニカルサポートを行う訪問看護ステーションの選定方法

テクニカルサポートの対象となる訪問看護ステーションは、コンサルテーションを行う専門看護師・認定看護師の活動可能な地域にある全国訪問看護事業協会の会員に対して、FAXで公募を行った。対象地域は、がん緩和ケアが横浜市、栄養・排泄ケアが滋賀県・京都府、褥瘡ケアが東京 20 区であり、FAX を送信した訪問看護ステーションは、それぞれ 122 件、122 件、288 件であった。回収率は 3 領域とも 20% 台であった。

回収数は褥瘡ケア 75 事業所、がん緩和ケア 31 事業所、栄養・排泄ケア 27 事業所であり、当該事業所の訪問看護利用者のうち、それぞれの分野に当てはまる利用者の割合は下記に示すとおりであった。

図表4 コンサルテーション公募概要

	FAX対象数	回答数 (事業所)	回収率	利用者 平均(人)	利用者該当率	
褥瘡ケア	288	75	26.0%	70.5	褥瘡	ストマ
					6.5%	2.7%
がん緩和ケア	122	31	25.4%	87.9	がん	
					8.8%	
栄養・排泄ケア	122	27	22.1%	88.3	栄養	排泄
					14.3%	42.3%

コンサルテーションを「ぜひ受けたい」又は「機会があれば受けたい」という回答をあわせると、褥瘡ケア 69.3%、がん緩和ケア 45.1%、栄養・排泄ケア 59.2% といずれの分野でも高かった。「ぜひ受けたい」、「機会があれば受けたい」と回答した訪問看護ステーションの中から同意を得て、コンサルタントが関わることのできた事業所の数は、がん緩和ケアは 3 事業所、栄養・排泄ケアは 1 事業所、褥瘡ケアは 4 事業所であった。

図表5 コンサルテーションの希望

	回答数 (事業所)	ぜひ受けたい	機会があれば 受けたい	わからない	受けたくない
褥瘡ケア	75	16 21.3%	36 48.0%	14 18.7%	8 10.7%
がん緩和ケア	31	5 16.1%	9 29.0%	14 45.2%	1 3.2%
栄養・排泄ケア	27	6 22.2%	10 37.0%	10 37.0%	1 3.7%

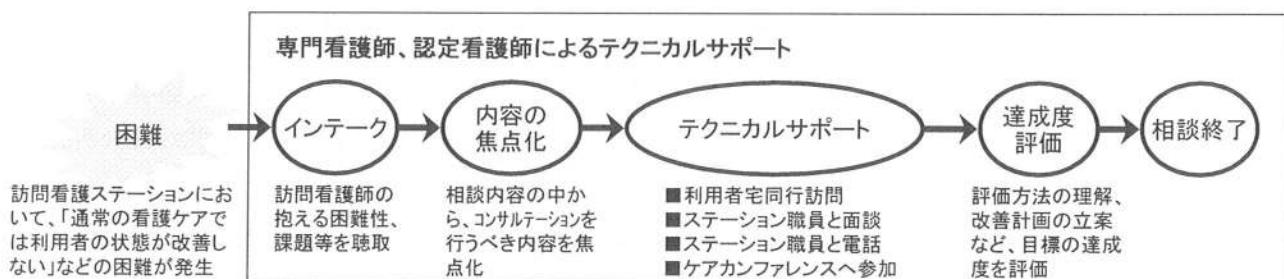
図表6 コンサルテーション実施数

コンサルテーション領域 (コンサルテーションを行う専門看護師・認定看護師の数)	対象地域	コンサル 実施数
褥瘡ケア（1名）	東京 20 区	4
がん緩和ケア（2名）	横浜市	3
栄養・排泄ケア（1名）	滋賀県・京都府	1
合計		8

4) テクニカルサポートの流れ

本研究において、実際にコンサルタントが行ったテクニカルサポートの流れは主に以下の手順であった。まず最初に、研究に関する説明とともに、直接管理者と話し合い、当該訪問看護ステーションで訪問看護師が現在抱えている困難性、課題等を聴取する（インテーク）。次に、相談内容の中から、コンサルテーションを行うべき内容を焦点化する。これは、テクニカルサポートがこれまで行われていないため、訪問看護師側も何を相談したらよいのか、どのような点についてテクニカルサポートが受けられるのか、具体的なイメージを持っておらず、利用者の状況を訪問看護師から詳細に語ってもらう中で、コンサルテーションを行うべき内容が少しずつ明らかになってくるためである。このようにコンサルテーションの内容の焦点化をしてから、実際のテクニカルサポートを行う。本研究では、具体的なテクニカルサポートの方法は、それぞれのコンサルタントに任せることとしたが、実際には電話、訪問看護ステーションに訪問、利用者宅同行訪問などの手段が用いられていた。その後、目標の達成度を評価することになるが、今回は研究の時間的制約がある中での介入となつたため、十分に評価まで至らなかつた相談もあった。

図表7 専門看護師、認定看護師によるテクニカルサポートの流れ



4. 研究結果

1) コンサルテーションの実施概要

(1) コンサルテーション対象事業所の概要

コンサルテーションの対象事業所数及び各事業所へのコンサルテーション回数は以下の通りである。褥瘡ケアは4事業所に計17回、がん緩和ケアは3事業所に計22回、栄養・排泄ケアは1事業所に12回実施した。

図表8 分野別コンサルテーション箇所数、回数

分野	事業所数	事業所	回数	期間
褥瘡ケア	4	A	1	平成19年10月11日 (1日)
		B	3	平成19年9月28日～11月9日 (40日)
		C	6	平成19年9月26日～平成20年1月23日 (117日)
		D	7	平成19年10月3日～11月20日 (48日)
がん緩和ケア	3	E	7	平成19年11月2日～平成20年1月18日 (76日)
		F	11	平成19年10月3日～平成20年2月1日 (118日)
		G	4	平成19年11月2日～平成20年2月8日 (96日)
栄養・排泄ケア	1	H	12	平成19年10月29日～平成20年1月29日 (90日)

対象となった訪問看護ステーション及び職員の概要は次の通りである。褥瘡ケアの対象事業所(4ヶ所)では、褥瘡のある利用者が合計26人となっており、がん緩和ケアの対象事業所(3ヶ所)では、疼痛コントロールが必要な利用者が合計7人、栄養・排泄ケアの対象事業所(1ヶ所)では、栄養・排泄に問題のある人が20人となっている。

いずれの訪問看護ステーションにおいても、コンサルテーションを受ける分野について、ステーション内での研修や外部研修に参加しており、以前から当該分野への関心の高い事業所と考えられる。

図表9 対象事業所および職員の概要

分野		褥瘡ケア			
事業所		A	B	C	D
開設主体		営利法人	特定非営利活動法人(NPO)	社会福祉法人	社会福祉法人
職員数	看護職員	常勤職員実人員	2	3	4
		非常勤職員実人員	1-	-	15-
		常勤換算数	2.6-	-	9.7
	PT	常勤職員実人員	3-	-	1
	OT	非常勤職員実人員	3-	-	7-
	ST	常勤換算数	-	-	0.7-
	その他職員	常勤職員実人員	1-	-	-
		非常勤職員実人員	-	1	2
		常勤換算数	-	-	1.3-
10月中の訪問看護ステーションの利用者全体の利用者数		114	23	187	98
うち、がん性疼痛コントロールが必要な人		1	2	3-	-
うち、栄養・排泄に問題のある人		4	4-	-	3
うち、褥瘡のある人		3	3	18	2
10月中の訪問回数		664	112	1103	468
コンサルテーションを受ける領域(がん緩和、栄養・排泄、褥瘡)について、これまで教育・研修等をどのように活用してきましたか		ステーション内では、教育プログラムが不十分ため、主に研修セミナーに出席し、共に学習していた。	東京都ナースプラザでの研修、貴事業協会での研修に参加。又、雑誌にて自己研鑽を積む。	研修会(内部)で講師依頼をして、スタッフ全員が受講機会を持つ。外部研修に参加したスタッフが、伝達講習をして、最新の情報を得る。なるべく外部研修に参加できるように調整する。	-
分野		がん緩和ケア			栄養・排泄ケア
事業所		E	F	G	H
開設主体		医師会	医療法人	医師会	医療法人
職員数	看護職員	常勤職員実人員	13	7	2
		非常勤職員実人員	8	7	9
		常勤換算数	8.6	10.8	5.5
	PT	常勤職員実人員	0	2	0
	OT	非常勤職員実人員	0-	-	2-
	ST	常勤換算数	-	0.6	1.7
	その他職員	常勤職員実人員	1-	-	1
		非常勤職員実人員	1-	-	1-
		常勤換算数	1.8-	-	1.7
10月中の訪問看護ステーションの利用者全体の利用者数		125-	-	130	121
うち、がん性疼痛コントロールが必要な人		4-	-	3	5
うち、栄養・排泄に問題のある人		-	-	2	20
うち、褥瘡のある人		-	-	0	4
10月中の訪問回数		659-	-	661	838
コンサルテーションを受ける領域(がん緩和、栄養・排泄、褥瘡)について、これまで教育・研修等をどのように活用してきましたか		各自、自主的に参考書を読んだり、研修会に参加して勉強していた。	スタッフ間での勉強会を行うために研修を行った。	地域の緩和ケアチームの勉強会、ホスピスケア教会での研修に参加し、基本的な知識を入手して来た。	母体病院や院外の研修を受け伝達講習を行ったり個々が受け持ちの利用者に対して個別的に実行したりしている。成果の有無を定期的に事業所内で報告といふことはしていない。何かの時に実施者聞くといった程度である。

(2) コンサルテーション対象事業所の当該分野に関する研修や学習の機会の状況

コンサルテーションの対象事業所に対して、これまで受けた研修等では不足していた点と、コンサルテーションしてほしい内容について聞いたところ、

- 研修会では、一般論になりがちで、個別の利用者に対応するための情報が得られない
- 研修会では、具体的に1人の利用者について検討できない

など、研修会では、特定の利用者についての状態や具体的なケア方法を相談することができないため、今回のコンサルテーションを希望している。

また、今回のコンサルテーションに対する希望としては、

- 利用者個別の状態に対応するため、利用者個別に相談したい
- 経験の浅いスタッフが多いため、系統的に学びたい
- エビデンス・根拠に基づく、よりよいケアの方法を知りたい（自信を持ってケアをしたい）
- アセスメントや指標について知識を得たい

などがあげられ、コンサルテーションを受けることにより、利用者個別の状態に対応できるようになることとともに、スタッフ全体のケアの質の向上につながることなどを期待していた。

これらの内容は、コンサルテーションを受ける前に訪問看護ステーションが期待していた内容であり、実際にはコンサルタントとすり合わせを行う中で、相談内容が変化することも報告されている。

3領域における訪問看護ステーションの回答を以下に示す。

①褥瘡ケア

■研修等では不足していた点

- ・どの分野も、個別性が高く要求され、特に褥瘡については、ケースバイケースの部分が大きく、一般論では対処できないことがあった。
- ・1人の利用者について検討していくことによって、ケアの具体的な方向性が定まるが、大人数の研修には限界があると思われる。
- ・個別のケースについての対応。

■コンサルテーションしてほしい内容・理由

内容	理由
褥瘡、栄養、排泄（主に排便コントロールなど）について、個別に相談できればよいと思う。	難治性であったり、個別性の必要性が大きく、人的な資源に限界があるため。
・排泄に関する教育 具体的にその解剖生理～ケアの方法。 ・主治医との連携のとり方について。	7月に開設した事業所のため、訪問看護の経験が少ない看護師の教育、研修が行き届かない。 在宅の場合、排泄に関するケアが非常に大きな割合を占めており、それを系統的に学ぶ必要性があると思われるため。

絏験の長いスタッフが多く、また、皆、向上心があり、職場内でも褥瘡について取り組み、まとめたりもしている。しかし、個別のケースについて、今のケアで本当に良いかどうか悩む点もあり、コンサルして欲しい。	絏験から、よりよいケアをしていると思うが、そのケアが良いというエビデンスの部分の補足をしてもらえたなら、今まで以上に自信をもってケアを提供できるから。
--	---

②がん緩和ケア

■研修等では不足していた点

- ・研修で学んだ事を実例に見直すと医師との壁がとても大きい。実際に看護師サイドから医師への情報共有の仕方や方法を知りたい。
- ・個別症例のケアで行きづいた時の打開策をタイムリーに見つけることが難しい。
- ・知識や理解度に個人差が出やすい。

■コンサルテーションしてほしい内容・理由

内容	理由
<ul style="list-style-type: none"> ・疼痛管理の指標。 ・がん看護全般にわたるケア。 ・医師への情報提供の仕方、方法。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今まで指標がないので、これを機会に全員で理解できるものが欲しい。 ・CNSがステーションにはいないため、根拠や裏付けがない。今までやっていることの確認をする事で自信につなげたい。 ・薬の処方1つも医師の指示である。指示を覆す事なく、共通理解できるものがないかと思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・がん性疼痛の中でも、しびれ感、悪寒、身の置きどころのなさなどの症状コントロール。医師をどのように巻き込んでいったら良いのか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・オピオイドローテーションなどの知識はある程度、広がって来ているが、種々の症状に対する対応はなかなか知識を得られない。しかし、看護師が処方せんを書けない以上、的確なケアによって症状コントロールできる方法を身につけたい。それこそが看護だと思うため。
<ul style="list-style-type: none"> ・ステーションとして共通したがん性疼痛のアセスメントが出来るようになりたい。 ・患者さんの体験にそって理解を深めるために、看護師としての心構えやコミュニケーションの方法について知りたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ステーションとして統一したアセスメントの方法がなく、個人差がある。 ・看護師間で共通理解をもちケアに望みたい。

③栄養・排泄ケア

■研修等では不足していた点

在宅の対象者は長期・慢性・複雑化されている方が多いので全てをトータルに支援しないといけない。学んだことをどの場面で実践すればよいのか、実践したあとの評価など看護過程の展開までつながらない。その場限りあるいは知識として持っているといった具合で不十分さを感じる。

■コンサルテーションしてほしい内容・理由

内容	理由
<ul style="list-style-type: none">嚥下困難・誤嚥性肺炎などで必要口腔リートリーが確保できない。胃ろうにはもっていきたくない。胃ろう造設されていても逆流があり十分な1日量が確保できないので点滴を使用している。経口摂取を少しでもと思うがリスクを考えるとなかなか踏み込んだ支援ができない。	<ul style="list-style-type: none">慢性の便秘で下剤やマッサージなど試行しても反応がない。知識・情報不足で左記のような方の支援をすすめようと思ってもなかなか成果が上がらない。もっと他により方法があるのでないだろうかと思う。また今回の対象にはならないようあるが難病の方など類似した症例にも応用がきくのではないかと思った。

2) コンサルテーションの実際

コンサルテーション方法別の回数及び方法をみると、コンサルテーションを実施した期間が短い事業所もあり、1事業所あたり1回の事業所から最大22回までと差がある。

方法としては、電話が合計26回（1回あたり16.1分）、訪問看護ステーションに訪問した回数が合計21回（1回あたり平均60.6分）、利用者宅同行は合計7回（1回あたり74.3分）となっている。

訪問看護ステーションから利用者個別の状態についての相談があれば利用者宅への訪問を行い、利用者の状態を把握した上で具体的なケア内容を検討したり、職員全体への研修の希望があれば、訪問看護ステーションに出向いて勉強会を開催するなど、コンサルタントの介入方法としては、様々な形で実施された。

図表10 コンサルテーション方法別の回数と方法

分野	事業所		方法				計
			事業所訪問	利用者宅同行訪問	電話	メール	
褥瘡ケア	A	回数(回)	1				1
		時間(分)	60				60
	B	回数(回)	3				3
		時間(分)	270				270
	C	回数(回)	4		1		5
		時間(分)	190		5		195
	D	回数(回)	2	5			7
		時間(分)	70	330			400
がん緩和ケア	E	回数(回)	7				7
		時間(分)	450				450
	F	回数(回)	1		6		7
		時間(分)	120		115		235
	G	回数(回)	1		3		4
		時間(分)	60		50		110
栄養・排泄ケア	H	回数(回)	2	2	16	2	22
		時間(分)	122	190	249	10	571
計		回数(回)	21	7	26	2	56
		時間(分)	1272	520	419	10	2056
		1回あたり	60.6	74.3	16.1	5.0	36.7

註) コンサルテーション方法別の回数をカウントしたものである。

(1) 褥瘡ケア

1. ステーション別のコンサルテーション結果

(1) A 訪問看護ステーション

■ 相談 1

① 当初の相談内容

要介護度3の男性、褥瘡あり。左右の坐骨結節が治らないとの相談。

② 相談の主体

訪問看護ステーション管理者。受け持ち看護師は訪問中で会えなかった。

③ 相談内容についてステーション側とすりあわせを行った経緯

利用者の状況の振り返りで課題を明確にしていった。

④ コンサルテーションの方法と内容

1) 写真を見ながら患部の状況確認。

坐骨結節部に開放した手術創がある。

褥瘡のために手術を実施したと思われるが、その経過がわからない。

現在は、座位になることはないので、問題となっている部位は圧迫部位ではない。

医師指示書には、褥瘡であるという記載はない。

2) 関係他職種、本人、家族の状況

相談者が受け持ち看護師ではなかったので詳細は不明。

3) 相談者の悩み

現在処置に使用しているフィブラストスプレーという薬剤の処方でよいのかということを医師に確認したいという課題が明らかになった。

⑤ コンサルテーションの効果

・ 利用者にとっての効果

褥瘡局所の処置内容が明確になった。除圧や清潔方法や頻度が決まっていなかったので家族、利用者と話し合って決めることになった。

・ 訪問看護師にとっての効果

写真の撮影方法、活用方法がわかった。

医師と指示内容について話し合っていなかったことに気づき、創傷の状況が言葉で表現できないときの表現手段について学習することができた。

⑥ 課題

・ 創傷の記録用紙がなく、受け持ち看護師しか把握していない情報が多い。

・ 褥瘡についての基礎知識について十分ではない。

・ 医師との連携の方法を決めていない。

■ 相談 2

① 当初の相談内容

要介護度 1 の男性、 内踝上部に、 500 円玉大の潰瘍がある。どうすればよいか相談したい。

② 相談の主体（相談してきた人）

訪問看護ステーション管理者。受け持ち看護師は訪問中で会えない。

③ 相談内容について訪問看護ステーションとすりあわせを行った経緯 利用者の状況の振り返りで課題を明確にしていった。

④ コンサルテーションの方法及び内容

患部の写真と看護記録を見ながら話し合いを行った。

1) 写真を見ながら、患部の状況の確認を行った。

両下腿（膝から下）が角化している様子が伺えた。一部が潰瘍、びらん化している。

2) 関係他職種、本人、家族の状況

本人へ、この疾患について問い合わせたことはない。

妻は薬剤師なので、必要と思われる薬剤を塗布している。

かかりつけ医師は、仕方がないだろうと言っている。

3) 相談者一番の悩み

局所を石鹼で洗ってよいか迷っている。自分は真菌等のカビだと思うが医師が診察してくれない。

⑤ コンサルテーションの効果

・ 利用者にとっての効果

現在の処置で悪化していないことがわかった。

・ 看護師にとっての効果

褥瘻ではないことを確認でき、角質層の疾患の可能性があること理解した。

医師と写真を見て話し合っていないことと角質に起る疾患について勉強していないことを認識し、学習する機会を得ることができた。自分がほしい答えをすぐに出してくれないのは、話し合いをしていないからだと考え、医師に写真を持参して話すことになった。

⑥ 課題

- ・ 高齢者の角質疾患についての観察や看護について考えていく必要がある。
- ・ 皮膚科医師との連携が取れていないことが分かった。
- ・ 利用者、家族へのアプローチ方法も悩んでいると思われた。問題の整理までに数回必要と思われた。

(2) B 訪問看護ステーション

■ 相談 3

①当初の相談内容

要介護度 4 の 94 歳女性。主治医が 2 週間に 1 回の訪問看護でよいと言うが不十分だと思う。どうしたらよいか相談したい。

②相談の主体

受け持ち看護師。

③相談内容について訪問看護ステーションとすりあわせを行った経緯

カンファレンスで話し合いを行うこととした。

④コンサルテーションの方法及び内容

訪問看護ステーション管理者及びスタッフ 2 名とケースカンファレンスを実施した。

コンサルタントは司会を担当した。

1) スタッフの考え方

退院したばかりだが、かかりつけの医師から 2 週間に 1 回の訪問でよいと言われている。褥瘡は 1 度と思われるが、排泄の管理や清潔も不充分であるため、訪問看護の回数を増やしたいと考える。これを医師に言ってよいのか？

2) 関係他職種、本人、家族の状況

家族は訪問回数を週 1 回以上きてほしいと言っている。

ケアマネジャーは、必要ならば訪問してほしいと言っている。

医師指示書には、詳細に看護内容が記載されている。

3) 相談者の悩み

「医師が 2 週間に 1 回と言えば 2 週間に 1 回なのだろうか？どのように医師に言えばよいのだろうか？」

⑤コンサルテーションの効果

話し合いを通して医師と指示内容について話し合っていなかったことを確認した。指示書の内容を確認すると清潔や褥瘡予防、排泄などを管理するようにと記載されていた。どれくらい訪問が必要なのか看護計画を整理することにした。その結果、週 2 回～3 回の訪問を実施することにつなげることができた。

⑥課題

医師とのコミュニケーションの方法、手段を決める。

■ 相談 4

①当初の相談内容

オムツから尿が漏れるのをどうにかしたい。

②相談の主体

訪問看護ステーション管理者及び受け持ち看護師。

③相談内容について訪問看護ステーションとすりあわせを行った経緯。

管理者及び2名のスタッフでカンファレンスを実施し、利用者の状況の振り返りで課題を明確にしていった。

④コンサルテーションの方法と内容

確認できた内容：

1) 尿取パッドをたくさん当てているが、尿が漏れる。下着内に利用者が手を入れる。

2) 関係他職種、本人、家族の状況としては、仕方がない状況であり、下着内に手を入れないような寝衣にしようかと考えている段階。

3) 相談者の悩み

漏るのは本当に仕方がないのだろうか？看護師がオムツ交換や紙おむつの選択の経験がなく自信がないため、判断ができないことが明らかになった。

⑤コンサルテーションの効果

ステーション内で紙おむつに関する勉強会をすることになった。内容は、オムツの選択と交換方法、便秘についてとした。管理者がおむつ交換の経験のない看護師に同行して一緒にオムツ交換をすることになった。その後（翌月）排泄についてヘルパーや、家族と話し合いを行ったところ、利用者本人は、尿意や便意があることがわかった。また、浣腸をすると利用者は手を動かしたり、まったくの寝たきりだと思われていたが隣の部屋まで動いていたという事実を確認することにつながった。つまり、身体を動かすことができる事がわかったため、その後ポータブルトイレの利用の計画をしてアプローチしている。（継続中）

⑥コンサルトの効果

改めてオムツについての知識と排泄に関する解剖生理について確認することができた。

看護師が「オムツ交換に自信がない。」という発言があった。この問題解決のプロセスで「自信を持ってオムツ交換を看護師ができる。」「そして介護者に説明ができる。」という目標を考えたときに障害となることとしての発言だった。

これにより管理者が同行訪問するという行動に発展し勉強会を実施することにつながり、利用者の ADL に関するアセスメント能力も充実し、自立に向けた看護計画を立案することにつながった。

■ 相談 5

①当初の相談内容

88歳女性、寝たきりの状態で創部にオルセノンを塗布しラップ療法を実施しているが、創傷の状態を判断すると不要だと思う。どうすればよいか相談したい。

②相談の主体

受け持ち看護師。

③相談内容について訪問看護ステーションとすり合わせた経緯 特になし。

④コンサルテーションの方法と内容

訪問看護ステーション管理者及びスタッフ2名とカンファレンスを実施し、利用者の状況について確認作業を行った。

確認された内容：

1) 処置を行っている部位は、側臥位になっていると発赤がなくなる。

2) 関係他職種、本人、家族には状況を説明をしていない。

3) 相談者の悩み

医師から出されている褥瘡処置に関する指示事項が不要であることをどのように説明したらよいのか。

4) 話し合いの中で気づいたこと

話をしているうちに、頭の中が整理できた。医師に直接言ってみることが大事であることに気づいた。また、除圧が十分でないことにも気づくことができ、さらに排便管理についても失禁のままでよいのかを議論することができた。

⑤コンサルテーションの効果

体位変換の方法、除圧マットを直ちに入れることができ、耐圧分散の状況が改善した。

また翌月には、排便についても、大腸内が嵌とんしている状態であることに気づき、浣腸を試みた結果、大量に排泄があり、これまでの摘便だけでは管理できないことがわかった。肛門の外に便を自分で出す排泄の方法を計画的に行いたいと看護計画に自立に向けたプランが追加され始めた。

⑥課題

特になし。

■ 相談 6

①当初の相談内容

肝硬変の男性でベッド上の生活を継続している事例に対してどのような尿器がよいか相談したい。

②相談の主体

訪問看護ステーション管理者。

③相談内容について訪問看護ステーションとすりあわせを行った経緯

管理者及び2名のスタッフとカンファレンスを開催し、事例の振り返りを行う。

④コンサルテーションの方法及び内容

確認した事項：

1) 病院から退院してきたが、日中一人暮らしであり、自分では紙おむつを交換できない。

2) 関係他職種、本人、家族には、本件について説明していない。

3) 相談者の悩み

日中、紙おむつをどうやって交換することができるのか。

4) 話し合いの中で気づいたこと

現在の排泄状況について、失禁なのか、排尿なのかを議論した。利用者に聞いてみる質問事項を整理し、利用者や家族、ヘルパーと一緒に観察確認することになった。

尿意があり、排尿であるならば、スカットクリーンを使ってはどうか提案した。

⑤コンサルテーションの効果

翌月には、失禁でなく排尿であることがわかった。それに基づきポータブルトイレをベッドサイドに設置して日中は排泄できるようになった。

利用者自身も「パッドでは、夜間3回の排尿は吸わないよね。」と排泄について意識づけられた様で、安全にベッドから離れる方法を検討して夜間もトイレで排泄できるように部屋の配置の変更を考えるようになった。ベッド上での食事を止めることから離床をすすめることを計画し、手始めに端座位で食事するようにテーブルの位置をかえた。排泄の課題解決をきっかけにして療養環境を整備し、ADLの拡大が実施できた。

(3) C 訪問看護ステーション

■ 相談 7

①当初の相談内容

要介護5、78歳、アルツハイマーの利用者にどのように褥瘡の局所管理を行ったらよいか相談したい。

②相談の主体

受け持ち看護師。

③相談内容について訪問看護ステーションとすりあわせを行った経緯

ステーション管理者及び相談者と話す。

④コンサルテーションの方法及び内容

話し合いの場を設けたところ、相談者は、写真を使いながらまとめてきた資料を用いて上手に説明することができている。

⑤コンサルテーションの効果

話し合いの中で、創傷は既に上皮化していることを理解し、もう少しで治癒することを理解することができた。翌月には、治癒したことの報告があった。

⑥課題

特になし

■ 相談 8

①当初の相談内容

肛門周囲に相対する小さな潰瘍がある。どのようにドレッシングを使うか。褥瘡の局所管理の方法について相談したい。

②相談の主体

スタッフの看護師。

話し合いの方法

④コンサルテーションの方法及び内容

訪問看護ステーション内で管理者及び相談者と話す。

相談者が準備した写真などの資料を用い、以下の点について検討した：

- ・臀部の摩擦によるずれによるものだろうか。
- ・なぜそこに潰瘍ができるのか。
- ・その潰瘍に影響を及ぼすと考えられる、歩行や更衣について。

⑤ コンサルテーションの効果

相談者は話をしているうちに状況の整理ができた。もう少しで治癒することを理解した。翌月には治癒したことの報告があった。他にも同じ症例があるので、同じ視点で見てみたいと次の事例につなげて考えることができていた。

(4) D訪問看護ステーション

■ 相談 9

①当初の相談内容.

直腸がんのターミナル期にある女性、ストーマサイズが大きくなっている。

②相談の主体（相談してきた人）

訪問看護ステーション管理者、受け持ち看護師。

③相談内容について訪問看護ステーションとすりあわせを行った経緯

同行訪問。

④コンサルテーションの方法及び内容

同行訪問を 2 回実施した。

患者はターミナルである。入浴介助のときにストーマパウチの交換をしていた。

1) 関係他職種、本人、家族の状況

家族、本人の意志や方向性の説明は確認できなかった。

2) 相談者の悩み

装具の種類を変更したほうがよいかどうか判断できない

3) 相談者が気づいたこと

1回目の同行訪問後相談者はすぐに次の訪問に行ったため、気がついた内容について確認することができなかった。2回目も同様であった。

2回目の同行訪問でコンサルタントが気づいたことは、ストーマパウチから漏れがあることが問題であり、装具を変更することではなくどのように貼付するかという課題であった。その原因は、ガスの量が多いことによるものと考えられた。

⑤コンサルテーションの効果

ストーマパウチ交換の方法を指導することで漏れの問題は解決した。

⑥課題

同行訪問の目的は、ストーマパウチの管理方法について見て来ることであったが、利用者ターミナルの事例であり、ストーマの問題だけではなく「もうそろそろ入院だらうか?」「今の状況はどうなのか?」など家族からの質問を受け、コンサルタントとして課題の焦点を絞ることができなかった。利用者家族からもターミナルケアに関する相談・説明を求められることもあり、相談者の問題解決プロセスを考えられなかった。

■ 相談 10

①当初の相談内容

男性、ストーマケアを必要とする利用者でストーマ装具の選択について相談したい

②相談の主体

訪問看護ステーション管理者。

③相談内容について訪問看護ステーションとすり合わせを行った経緯

訪問後、装具の変更とサンプルの依頼をした。

④コンサルテーションの方法及び内容

受け持ち看護師と利用者宅を同行訪問し、以下の点を確認した。

- ・漏れやすいストーマであることがわかった。
- ・利用者のセルフケア能力に問題はない。今後、セルフケアへの動機付けをどのようにしていくのかについて看護師が気づいていくことが課題であった。

⑤コンサルテーションの効果

利用者にとって；

病院から持参した装具では、漏れが生じる危険性が高く変更の必要がある。サンプルを試して適した装具に変更するようにアドバイスした。

看護師にとって；

漏れやすいストーマであることは理解できた。

⑥課題

訪問看護師は利用者のセルフケア能力の向上に向けた看護介入をせず、訪問時に看護師がパウチ交換を行うことを計画していた。利用者は歩行も可能であり、手や視力、認知についても問題がなかったため、今後セルフケアへむけての動機付けをどうするか、さらに訪問看護を終了し外来受診でストーマ管理ができるように移行していくための方法の検討が必要であった。

■ 相談 11

・勉強会実施

①当初の相談内容

病棟とストーマケアの方法が異なるがどうしたらよいか相談したい。病棟での退院指導が、石鹼での洗浄、パウダーの利用が画一的であり家庭で継続できない。病棟看護師に在宅での現状を知ってもらいたい。

②相談の主体

受け持ち看護師。

③コンサルテーション方法及び内容

病棟と訪問看護ステーションで合同勉強会を実施した。

④コンサルテーションの効果

継続して話し合うことが大事であることを理解した。第3者が入って話し合うことで双方の理解が深まることを確認した。

⑤課題

勉強会を継続的に行うための時間調整。

2. 褥瘡ケアに関するコンサルテーション結果の総括

(1) コンサルテーションの必要性（ステーションの抱える課題も含めて）

個々の看護師は、能力的に高かったが、「自信がない。」「これであっているのか？」のいう疑問で立ち止まっていることが多かった。看護師個人が提供する看護サービスが「正しい」かどうかは、病院で学習した知識や企業の褥瘡セミナー、ガイドラインによって検討されているようであったが、その内容を実施することが正しいと捉えている傾向があり、学習した内容の通りに実施できていないことに対して自信をなくしている様子が伺えた。看護師たちはまた、実際に話し合いを通して利用者の清潔が保たれ、栄養状態も良好となり、褥瘡が治癒しているという多くの客観的な経験を有していた。また、自分が行った看護サービスの結果と雑誌等の情報を比較して、評価することが重要であるとも考えていた。

しかし褥瘡対策に関する医療チームを結成することが難しく、看護師が単独で試行錯誤をして悩んでいるといった現状も把握することができた。

こうした看護師たちに対して行った介入方法として、「わからないことを率直に言葉にしてほしい。」「何が問題かをまとめないうちに相談をしてほしい。」ことを伝えた。本報告では、相談者の相談内容の表記をそのまま相談者の言葉とした。コンサルテーションを通して、看護師たちが置かれた状況に潜在する課題も含めて整理することが出来て、悩みから継続的に解決できる循環をつくりたいと考えて介入を行っていった。

解決方法は相談者が、コンサルタントに話をしているうちに整理され、具体的な工夫や方法を言葉にすることができた。解決するために必要な時間の見積もりも言葉にし、実践することができた。今回は、カンファレンス、勉強会、同行訪問という手段を採用し、電話、FAXでのコンサルトは行わなかった。それは、取り扱う課題が褥瘡という皮膚の変化への対応であったため、目で見て確認が必要であると考えたためであり、看護記録の確認や写真や図の確認をともに行うことで、ステーション内の記録物の管理や利用方法についての課題も整理することに役立つのではないかと考えられた。

(2) コンサルテーションによる効果（利用者、訪問看護師）

褥瘡に関する研修は各地で開催されており、今回対象となった訪問看護ステーションにおいても、複数の研修を受けている看護師多かった。しかし個別性の高い褥瘡の変化に関するアセスメントについて自信が持てないとか、褥瘡対策に関する医療チームが機能しないといった課題を抱えている状況が観察された。コンサルタントが相談者と利用者の状況について共に確認しあうことで、学習した事柄と実際に目の前で起きている事象を結びつけることができ、訪問看護師の自信につながったのではないかと推測される。

褥瘡が抱える課題の特徴として、皮膚局所の課題だけでなく、排泄、移動、清潔といった日常生活動作に関わる広範囲の課題と連動しているため、褥瘡のコンサルテーションを行うことで、利用者のADLの拡大に向けた可能性が示唆された。具体的にはベッド上の生活であった者が座位になり食事をするといった生活に移行するためのケアプランにつながったり、寝たきりでオムツに排泄していた利用者がポータブルトイレを使うようになったといった変化を確認することができた。訪問看護師は、自分自身が行っていることがよかったですという自信を持っていった。

看護師が自信を持つことで、医師や病棟看護師と話し合いを持つことができ、訪問看護師だけで悩むのではなく、複数の職種で意見交換をし、褥瘡ケアの方針を確認し、安心して訪問看護を継続していくことにつなげができるようになったものと考える。

どのように行動すればよいのかわかった。「悩み」から問題解決のプロセスを理解し実践していた。

(3) コンサルテーションの仕組みの構築についての課題・意見

今回、3つの方法でコンサルテーションを行った。

- ① 同行訪問
- ② カンファレンス（利用者の状況からアプローチする。）
- ③ 管理者、受け持ち看護師と話し合う（看護師の課題からアプローチする。）

1) 時間と効果

①同行訪問（相談者とコンサルタントと一緒に同じ訪問に行く。）

打ち合わせ、移動、訪問、話し合いのプロセスを経て、1回の同行訪問には移動時間を含め4時間を要した。1回では解決せず、1ケースの問題解決には数回の同行訪問が必要であると感じた。利用者宅では、利用者が直接コンサルタントに質問をしたり、相談を持ちかける場面もあった。その訪問サービスの責任をステーション看護師が持たなくなってしまうことが危惧され、問題の解決を訪問看護師が自ら行うという目的は達成できなかった。同行訪問は看護師を訪問看護ステーションに採用した時のOJT等の研修として広く行われているが、褥瘡という課題に絞った場合、コンサルテーションの手段には疑問を感じる場面があった。また、費用対効果を考えると得策ではないのではないかと思われた。

②カンファレンスの開催

月1回2時間を利用して利用者の問題点について意見交換をすることを目的にカンファレンスを開催した。管理者1名、スタッフ2名の訪問看護ステーションで、コンサルタントが司会をしてカンファレンスを行った。利用者の状況を振り返りながら話し合いをすることで問題のありかを整理する。こうした作業から看護師が抱えている問題の根底を考えていく視点を重視した。カンファレンスによる介入効果は高かったが、これは介入したステーション管理者のサービス、経営への意識の高さからくるものであり、全てのステーションで成功するとは現時点ではいえない。3名という少人数も効果が高い要因の一つと考える。

利用者の状況と必要なサービスを検討していくと、看護師が「何をすればよいのか」「どのような方法をとればよいのか」「それに障害となっているものは何か」の整理が自然と始まり、「コンサルタントには電話で話せばよいのか、FAXがよいのかがわからなかった。」「おむつ交換の経験がない。」などの発言があり、それに対応することすべてのプロセスが順調に動き出していた。目標とする時間を明確にするというルールを決めてカンファレンスを行ったことで、その通りに訪問看護を行い、効率よく、利用者像は大きく変化していった。

③管理者、受け持ち看護師と話し合う（看護師の悩み、問題からアプローチした。）

1回20分で面談を行った。短時間なので、視点が課題に集中できるように局所に限定した。

話を聞くと、正しく看護されており、結果も良好であるが、看護師は「自信がない。」という発言が多かった。根拠がないのではないかという表現があつたが、よくなつた結果がある事実に着目できるよう整理を行つた。こうした促しによって看護師は、褥瘡が治癒したと確認することができたり、利用者に「大丈夫ですよ。」と声をかけられるようになつたりすることで、利用者へのサービスに還元できていたと評価できる。

1回20分、1時間3名実施可能であり、大規模な訪問看護ステーションではカンファレンスや研修とあわせてコンサルトの時間を作ることで効果は高いと考えた。

④勉強会

勉強会を2回開催した。コンサルタントから持ちかけたものではなく、相談者の要望で開催した。コンサルトの中で「何が知りたいか」を明確にして、勉強会の内容や進め方についてアドバイスを行つた。

上記4つのコンサルテーションの介入方法を検討した結果、1名のコンサルタントで10～20ステーションの契約が可能と考えられた。

2) 課題

○今回の事業を通して、訪問看護師の教育が整備されていない点が浮き彫りになった。病院の看護を訪問看護に踏襲しようとしているため、看護師は不安を抱えると考える。訪問看護師間でさえ共通の言語や書面がなく、コミュニケーションが取れない現状であり、事実確認に多くの時間を要した。しかし看護師が利用者像を詳細に話しているだけで、「わかった。理解できた。」と言う場面が多かったということは、病棟で行つてきたことを在宅の場に応用するための知恵を確認するプロセスを、コンサルテーションを通して経験していたのではないかと考えられた。病院とは異なるサービスであることを意識して、教育を行っていくことの重要性を感じた。

○記録の開発、看護サービスの開発が必要である。

看護師一人一人の話を聞いていると介入方法や思考のプロセスにおいて工夫をしたうえで実践していた。それが訪問看護師教育や訪問看護サービスのデータや根拠になっていないことに問題がある。それらを記録に残していく方法を検討していく必要性を強く感じた。

○他職種との話し合い（特に医師）と話し合う方法に課題を生じていた。

在宅ケアにはチーム医療の考え方方が欠かせないが、多職種とのコミュニケーションが滞っているために課題を抱えている事例が多かった。訪問看護師にはコミュニケーションツールと交渉能力が要求されていた。専門医の導入のシステム、医師との指示と報告の手段と方法の確立が必要である。

○指示命令の関係をコンサルタントと作らない。

コンサルタントを看護師に指示命令する役割と誤解していた看護師がいた。コンサルテーションは個々の看護師の能力向上のために力を発揮すべき役割を持っているということを事前に説明し、円滑にコンサルテーションを開始するための工夫が必要である。

○コンサルテーションの波及効果。

今回はコンサルテーションの希望を管理者に確認してから介入を行ったため、対象となったステーションは、経営面において高い意識の管理者だったため、看護師へのコンサルトは利用者への質に反映できるものであると考える。コンサルタントに何を要求するのかが明確だったといえる。今回対象となった管理者はコンサルテーションが経費の支出となつても患者サービスに還元して収入の増加が見込める意識を持っていた。彼らの意識として、コンサルテーションによりケースの問題解決を図ることでステーション経営の課題が発見されると考えられており、たとえば受け持ち看護師、チームの編成を決めるに際して活用したり、採用時に看護師の技術確認を行うようになったり、実際のステーション管理、運営への波及効果が見られていた。

(2) がん緩和ケア

(ア) がん緩和ケア（その1）

1. ステーション別のコンサルテーション結果

(1) E 訪問看護ステーション

■ 相談 1

緩和ケアにおける疼痛マネジメントのアセスメント方法とコミュニケーション

①当初の相談内容

- (i) 疼痛について看護師間で共通理解をもち、病状の進行に伴う変化に対して、継続的にアセスメントができる方法を学びたい
- (ii) 利用者さんの体験に沿って理解を深めていく（思いを共有していく）ための看護師としての心構え、コミュニケーションのとり方等について知りたい

②相談の主体（相談してきた人）

管理者および主任が中心となり、コンサルテーションを受けるにあたって、あらかじめ当該ステーションの課題を話し合っていた。

③相談内容について訪問看護ステーション側とすりあわせを行った経緯

FAXにてコンサルテーションの相談内容を送信してもらった後、電話で打ち合わせ日程を決めた。コンサルタントが訪問看護ステーションに出向き、管理者および主任看護師と話し合いの時間を一回設けた（研究参加についての説明を含んだため、1時間30分）。疼痛を抱えるがん患者のケアに関する現在のステーションの課題について話し合い、コンサルテーションの方法を考えた。その結果、対象は訪問看護ステーションの看護師全員とし、朝のカンファレンスにコンサルタントが参加する形式で4事例を検討することになった。

④コンサルテーションの方法及び内容

当初、当該ステーションは、コンサルタントから講義を受けるようなイメージを持っていたので、コンサルテーションプロセスの意味を説明した。「コンサルテーションは単にコンサルタントがアドバイスや講義をするというものではなく、相談者が把握しているケースの情報や訪問看護師として考えていること、およびケアを行ううえで困っていることや迷っていることをお互いに話し合い、整理すること。さらにより良いケアを行うために必要な知識や技術は何かを明らかにすること。さまざまな判断をどのように行うのか思考過程の訓練をコンサルテーションを通じて体験すること。コンサルタントと相談者は立場に上下ではなく、提案したことを実行するか否かは、相談者が決定できること。新たな方法を実行したら再度検討すること。コンサルテーションで学んだことを他の事例にも生かせるようにしていくこと」である。すでにステーションとしての課題が挙げられていたため、3ヶ月の期間で、実際の疼痛マネジメント事例をあげて、具体的なアセスメントやケア方法についてカンファレンス形式で行うことが、効果的ではないかと提案した。訪問看護ステーションの業務スケジュールの中で、朝のミーティング時間（30分）を利用して週一回コンサルタントが出向くことが決まった。看護チーム

は、4グループ制をとっていたため、各々のグループから毎週1例ずつ、疼痛マネジメントの相談事例を出すことになった。

⑤コンサルテーションの効果

【利用者にとっての効果】

今回のコンサルテーション期間中、コンサルタントは直接利用者宅を訪問していないため、受け持ち看護師や管理者が利用者に対する成果として挙げたものを元に述べる。

- 疼痛アセスメントシートを活用すると、利用者自身が積極的に自分の痛みについて話すようになった。
- 利用者自身が自分の痛みや苦痛症状を表現しようと努力し、自分の体調を細かく観察するようになった。それまでは、症状の程度を数値であらわすことなんかできない、どうせ自分の痛みはわかってもらえないとあきらめていた人も、看護師が真剣に痛みや苦痛をわかろうとしてくれているということが伝わり、自分から数値を使って変化を教えるようになった。
- 痛み以外にも、日常生活の様子を話してくれるようになった。
- 特定の看護師にしか本音を言わない気難しそうなケースや、自分のことを語らない印象のケースでも、自分に関わる看護師が全員で自分の痛みやつらさに正面から向き合ってくれたと感じたようで、どの看護師にも自分のことやつらさを表出するようになった。

【訪問看護師にとっての効果】

- これまで、アセスメントしていたつもりだったが、今回、知識の不足があったことに気づき、あらためて“つもり”だったことがわかった。
- 受け持ちグループ内でも、疼痛マネジメントについて意識的に話し合うことがなかったが、今回、相談ケースを選択して疼痛アセスメントやケア計画についてあらかじめ受け持ちグループ内で話し合う時間を作るようにしていた。
- 他のグループのケースの相談も全員で聞くことにより、利用者とのコミュニケーションに役立っている。
- 疼痛の性質やパターンの違いと病態との関連が大事だということを事例を通して学習することで、多角的な視点を持つようになった。
- 痛みによる生活障害にも目を向けることで、生活者として全体像をとらえようとしていた。
- 初めは「アセスメントシートに記入する作業が面倒だ、わかりづらい」と言っていたスタッフもいたが、意見を出し合い、統一したアセスメントシートができた。
- 自分の受け持ちケースに実際に活用し、その結果を次のコンサルテーションで報告するということにしたため、誰もが他人事ではなく、主体的に取り組むことができた。

⑥課題

ケースコンサルテーションの中で、チーム全体の学びを促進することを目指した。

院内コンサルテーションとは違い、外部から訪問看護ステーションにコンサルテーションを行う場合、対象となるスタッフの臨床経験、訪問看護経験、年齢、教育背景のちがい

をすべて把握することは難しい。そのため、管理者との打ち合わせで、訪問看護ステーションの人材育成の考え方を話し合っておくことが有効である。

コンサルタントは、毎回、各々の看護師の緩和ケアへの関心や自信、グループダイナミクスの作用を見ながら、相談者が疼痛マネジメントのケースに対して主体的な取り組みができるように、30分の時間で、フィードバックすることが肝要であった。

管理者のニードと看護師個々のニードへの対応をどのように効率的に行うかを考える必要があったため、朝のミーティング時の30分間をケースコンサルテーションにあて、さらにその後、毎回、管理者との話し合いを30分もち、管理コンサルテーションにあてた。すべてのステーションがこのような協力体制を取れるとは限らないが、できれば、個々のケースのアドバイスのみでなく、ステーションの管理者の抱える課題にも応じられると効果的である。そのためには、コンサルタント側に、管理コンサルテーションの準備が必要である。

当該ステーションからは4事例の相談依頼を受けた。その中から、コンサルテーション事例を一つ挙げて説明する。

■ 相談2 事例コンサルテーションの例

①当初の相談内容 事例：50歳代女性 乳がん術後 化学療法継続中

- 相談内容 i：疼痛マネジメントについて 利用者自身が痛みを我慢しているのではないか？服薬に対する抵抗があるのではないか？
- 相談内容 ii：病状が進行していく中で本人はこれからどういうふうに受け止めていたらいいかアドバイスを求めているが、訪問看護師としてどこまで担えるか、心構えやコミュニケーションをどのようにとったらいいか？
- 相談内容 iii：看護師間の持っている情報のちがいに対して現状の記録では読み取りにくく、共通認識を持つためにはどうしたらいいのか？

②相談の主体（相談してきた人）

疼痛マネジメントの必要な ○○さんを受け持つグループ（看護師3名）

③相談内容について訪問看護ステーション側とすりあわせを行った経緯

1回目の打ち合わせの際に、代表事例を一つ選定してもらうようにした。事前に情報をもらい、○○さんの治療の概要、疼痛に関する対応をコンサルタントが理解した。ケースの情報を簡単に把握し、1週間後にケースカンファレンスを行うことにした。疼痛アセスメントに必要な基礎的な資料（この場合はアセスメントシートの様式と使用方法の説明書）をコンサルタント側で用意した。

④コンサルテーションの方法及び内容

<1回目>

○○氏のケースカンファレンスおよび利用者インタビュー法の実演

ねらいとして今回の事例を通して、疼痛アセスメントの方法のモデルを示すことで、当ス

テーションの課題である「疼痛アセスメントの共通理解」という大目標の第一歩の学習の機会とする。

相談内容 i 及び相談内容 iii については、受け持ちグループの看護師が個々に持っている情報をその場で出し合えるようにコンサルタントが質問し、それらを疼痛アセスメント項目を解説しながら整理していった。○○さんの受け持ちグループ 3 人を中心として情報提供をしてもらい、事例についてコンサルタントが以下のようにコメントを返した。

看護師に質問し、「なぜそのように考えられるのか」、「利用者自身の訴え」「看護師から見た観察事項」などを再確認し、オピオイドの開始時に気分不快のため、1 回で服用中止したこと、化学療法施行日との関連があり、痛みが変動することなどが明らかになった。痛みの部位や性質にもちがいがありそうなこと、痛みの増減因子や利用者自身の対処法があること、薬物療法以外の対処法（外出や犬の世話などの気分転換、温熱刺激等）をコメントし、これらの情報を整理して共通理解するためにも、疼痛初期アセスメントシートを活用することが有用であることを話した。すでに当ステーションで参考にしているものがあるのかを尋ねたところ、○○さんの受け持ちグループの主任看護師が他院の緩和ケア研修でもらったアセスメントシートを持ってはいたが、使用には至っていないことがわかった。疼痛初期アセスメントに必要な項目が網羅されていたため、今まで訪問看護師が個々に知っている情報をシートにそって書き出してみることをすすめた。さらに、利用者自身の痛みの表現や訴えを尊重するために、身体図を用いてコミュニケーションを図るツールとしてコンサルタントの病院で使用しているシートの使用方法をその場でロールプレイしながらレクチャーした。

相談内容 ii については、○○さんが化学療法の効果を痛みと結びつけて考えていることが明らかになった。特に治療日とその後何日か経過した時の乳房の痛みのちがいをもとに、判断している可能性がある。病状の進行と痛みの程度は、イコール関係ではないが、一般にがん患者は結びつけて考えやすいこと。そのためにも、利用者が感じている痛みを看護師が共通理解する姿勢を示し、この時期に痛みへの対処法をひろげておく必要がある。これまで、痛みが強いときも薬は使わず、枇杷の葉シップ等で紛らわせていたというエピソードがある。このような現象には「痛みに対する利用者自身の意味づけ」がかかわっていることを説明した。これまでの訪問時の看護師スタッフの実践の内容を尋ねると、痛みのパンフレットを用いて利用者の誤解を解こうと働きかけており、現在は、痛みにあわせて○○さんが、鎮痛薬を服用するようになったということがわかった。このことは、今までの看護師の働きかけの成果であることをコンサルタントから強調してフィードバックして、これまで看護師が行ってきたことを保障した。そのうえで、今後の疼痛マネジメントの要点として、オピオイドの導入が必要になった場合を想定しておくこと、今度は副作用のコントロールを十分にして、服薬への抵抗感を軽減して、将来有効な薬物療法を受入れられるようにしておくことが大切であるということをアドバイスした。

チームで情報の共通理解をするためにも、疼痛初期アセスメントシートを活用することが有用であることを提案し、コンサルタントの病院で使用しているアセスメントシートを参考資料として手渡した。

<2回目>

さらに1週間後に経過を確かめてみると、看護師は実際に利用者宅に訪問した際に、身体図を用いてインタビューを行っていた。看護師から「痛みに対する情報が増えてくるが、1枚の図に書き加えていったほうがよいのか?」という疑問があがってきた。それに対しては、「一定期間おいて、評価として新しい身体図に情報を整理してみると、初回に比べて変化が見えやすくなるため、別のシートに2週間後というように、期日を決めて書いたり、痛みの変化が大きいときに付け直すということも有効である」ということを提案した。

また、注意点として、「利用者によっては、身体図を用いて表現することのメリットとデメリットがあり、自分の痛みにあらためて向き合うことが怖くなることもあるため、このケースではどう思うか」と看護師に問い合わせ、自分たちで考えてもらったところ、「○○さんに毎回痛みのことを聞くと、その怖さを助長するケースかもしれないで、毎回聞く必要はないと思う」と言うため、今後は身体図やアセスメント用紙を看護師記録として活用する方法でもよいということに合意した。利用者の痛みの意味づけを理解する視点で、関心を注ぎながらコミュニケーションをはかるようにアドバイスした。

⑤コンサルテーションの効果

【利用者にとっての効果】

- ・ 身体図を用いて利用者に尋ねたところ、図を見ながら、自分の痛みを看護師に積極的に教えてくれた。
- ・ 看護師と一緒に痛みのアセスメントやモニタリングをすることで、痛みを自分でとらえて対処につながった。
- ・ 身体図を用いて表現をしてもらったことが、看護師と利用者が共に痛みを共有していくことにつながり、信頼感が増している。

【訪問看護師にとっての効果】

- ・ 具体的に痛みについての情報が整理された。
- ・ 今まで看護師個々に持っている情報の中にも疼痛アセスメント項目に必須の情報がたくさん含まれているということがわかった。
- ・ スタッフはアセスメントシートの活用に関心を示し、身体図を用いたコミュニケーションを具体的に○○さんに適用してみたいと希望した。
- ・ 訪問時に実際に使用してみて、「看護師が痛みを推測して記録するのではなく、利用者自身に聞くことが最も大切だということがわかった」と利用者インタビューの意義を実感している。

【管理者の期待に対する効果】

- ・ ミーティング後の管理者との話し合いで、今回のコンサルテーション場面で、○○さんの受け持ちグループの看護師が研修で持ち帰ったアセスメントシートを初めて全員の前で披露できること。これまで、使用できずにジレンマを抱えていたが、これがきっかけとなってアセスメントシートの使用が進むのではないかと管理者の期待が高まり、管理者としても引き続きスタッフに使用をすすめていくことになった。

⑥課題

今回の相談者は、外部の研修で学んだアセスメントシートを活用していきたいと切望していたが、使い方を教えたり、業務の中に新しいことを取り入れる際に、他のスタッフに負担をかけるのではないかという恐れもあったようだ。コンサルタントがインタビューの仕方を実演することにより短時間で他のスタッフもイメージをもつことができ、実際にケースに使用してみて、利用者自身にも変化が起こることを発見し、看護師と利用者との相互関係が深化していくことを実感できるかどうかがポイントである。そのため、アセスメントを始めてからの新たな疑問に対して、コンサルタントが丁寧に答え、自分たちでも考えてもらうというサイクルを継続することが必要である。今回は、この他の3ケースを加えて、計6回のコンサルテーション全体でこのサイクルを経験できた。1週間毎にカンファレンスを行う形式以外に、個々のケースの治療や服薬、訪問時のケアの方法について個別相談をするならば、電話という対応が必要であろう。しかし、その際には、外部コンサルタントであることの限界をふまえておく必要もある。

2. コンサルテーション結果の総括

(1) コンサルテーションの必要性（ステーションの抱える課題も含めて）

当該ステーションの管理者の意見として「個々のステーションの自助努力だけでは専門的な看護スキルを高めるのは限界がある。得た知識を現場にどう活かしていくかが悩みでもある。今回、専門看護師と具体的に事例を通して話し合うことができ、より理解を深め、実践に繋げることができた。地域の中核病院に在籍する専門看護師が、ステーションのコンサルテーションを担っていくことが、在宅医療、看護の質の向上に有効である」と述べている。緩和ケアに関しての知識とスキルを高めるためには、今回のコンサルテーションで明らかであったように、研修に参加して講義を聞いてくるというだけでは不十分である。実際にアセスメントを行うことが難しく、他の看護師との共通理解ができないことに対して実際にケアしている事例をとおして、がんの病態と症状の関連をどのように考えていくか、そのためにモニタリングをどのようにしていくか、利用者と共に痛みや苦痛に取り組むことを体験することで、ステーション全体の疼痛マネジメントが変化していった。

(2) コンサルテーションによる効果（利用者、訪問看護師）

【利用者に対する成果】

- ① 利用者がある程度自分で疼痛のコントロールができ、生活に変化が見られるようになる。（QOLの向上）
- ② 現在の状況を具体的に説明してくれるようになる。
- ③ 利用者自身で痛みを分析して対処法につなげる。
- ④ 医師に具体的に病状と痛みとの関連性を尋ねるようになる。
- ⑤ 利用者が自分のつらさをどの看護師にも伝えられるようになる。

【訪問看護師に対する成果】

- ① 疼痛マネジメント、アセスメントの知識不足に気づき、アセスメントの仕方や病態との関連を再認識する。

- ② アセスメントシートを実際に活用することで利用者とのコミュニケーションが促進される。
 - ③ アセスメントの情報を元に、医師との連携について積極的に関わるようになる。
 - ④ ステーションの看護師間で疼痛マネジメントが共通にできるようになる
- 副次的効果として、ステーションでそれぞれの看護師が役割を振り返り、チームで看護することの意義を考えていた。

(3) コンサルテーションの仕組みの構築についての課題・意見

外部コンサルテーションを行う場合、まず、コンサルタントと相談者代表の打ち合わせが必須である。管理者と十分話し合い、コンサルテーションの目的と形式を決める。また、何をどう相談したらよいのかも、初めはわからないため、コンサルタントができるることを具体的に示して説明することが必要である。訪問看護ステーション内の調整では、管理者がコンサルテーションを受ける意図を十分に説明できるとよいが、多くの場合、コンサルテーションの経験がないため、実際の相談者である看護師たちの理解はさまざまである。今回は、受け持ちグループの看護師と管理者とは、打ち合わせで一度対面していたが、第一回のコンサルテーションで会うのがはじめてのスタッフが大半であった。初回コンサルテーションへの通常反応として、期待感を高めている者と、抵抗を示す者が混在した。コンサルタントはこういった反応を理解し、徐々に抵抗を解いていけるように一定期間のかかわりを持つことが必要である。管理者と共に、こういったスタッフ個々の反応を話し合う機会があったほうが、お互いにコンサルテーションをすすめやすい。また、終了時まで、コンサルタントの見方、管理者としての見方で、スタッフの成長を評価することができる。コンサルテーション終了後にも、管理者としての課題や継続していくべきことが確認できるというメリットがある。

(イ) がん緩和ケア（その2）

1. ステーション別のコンサルテーション結果

(1) F訪問看護ステーション

■ 相談1

①当初の相談内容

在宅での療養を希望して退院してきた進行がん利用者と家族との関係性や協力体制についての気がかり、どのようなケアができるのかの検討

②相談の主体（相談してきた人）

ステーション管理者に勧められ、担当看護師（チームのリーダー）

③相談内容について訪問看護ステーション側とすりあわせを行った経緯

ステーションとしては、緩和ケアを必要とするケースの症状アセスメントや経過記録のためのツールの作成や、がん看護全般にわたるケアのあり方、医師への情報提供のあり方などを強化したいとの希望があった。短期間でのコンサルテーションには限界もあり、フォーカスを絞らないと成果につながりにくいと考え、まず、ケースへの関わりを相談しながら、ツールの使用や作成の検討をしていくことを約束し、利用者でがんによる症状のアセスメントが必要そうなケースを選んで相談を開始した。そのとき、終末期にあるケースはこの1ケースだけであった。したがって、コンサルテーションニーズがあり、特に症状マネジメントに困難を感じているケースというわけではなく、今回のコンサルテーションを受けるために、とりあえず選択された緩和ケアが必要そうなケースとしての提示であった。

④コンサルテーションの方法及び内容

担当看護師よりケース紹介を受け、共にケースが置かれている状況についてトータルなアセスメント（S T A S – J も含む）を行っていった。担当看護師が把握している客観的な情報からどのような症状が苦痛であり、緩和のための方策がとられているのかを確認し、さらに乳がんの骨転移のある利用者が抱えがちな家族との葛藤や病状の理解、苦痛の有無などを確認し、全人的苦痛の視点から情報を整理していった。アセスメントのプロセスを通して、客観的な情報の不足やケアとして提供できうことの模索、担当看護師が滞っていると感じているケア内容などを引き出していった。1回目は直接面接を管理者と共にを行い、その後1回（15分程度）／1～2週電話をコンサルタントより行い、経過を追いながら、アセスメントの共有とケアの視点や医療連携の強化などの推奨を行っていった。経過の中で、相談したいことがあれば、いつでもコンサルタントに連絡をいれてよいことを伝えていたが、担当看護師からの相談は1度もなかった。

a. 症状マネジメント

乳がんの脊椎転移による体動時の痛みと下肢の麻痺、下肢の浮腫、傾眠、せん妄が主な症状であった。それらの症状の要因や緩和の可能性などを共にアセスメントを行った。

安静時の痛みは意識が不安定なことやオピオイドの使用により緩和できていたが、清拭のときの痛みが出現していた。その痛みは仕方がないと考え、短時間でケアが終了できるように工夫をされていた。そこで、短時間であっても体動時の痛みは、辛い症状であり、ケア（清

拭）を心地よく受けられたほうが、利用者にとっても QOL が高まることを、検討し、レスキューの効果的な使い方や、体動時の痛みへの対応の必要性を話し合った。相談者は体動時の疼痛マネジメントの必要性を理解し、往診医とレスキュー・ドーズの使い方や効果などを話し合った。しかし、薬物だけで体動痛のコントロールは難しく、体位変換の工夫や疼痛が感じやすい姿勢などへの配慮を示唆した。ただ、利用者は脳転移や肝性脳症による傾眠傾向もあり、疼痛の主観的な評価をすることの限界もあり、体動時痛が十分に緩和できていたかどうかを確認できなかった。しかし、その後の訪問時に、利用者が家族に対する気持ちを話す場面があり、コミュニケーションが深まった。

また、上腕の浮腫に対して、対応方法に困難を感じていたが、リンパ性の浮腫に低蛋白による浮腫も併発していることが考えられ、浮腫の治癒は困難であっても、悪化させたり、スキントラブルを起こさない対応が可能であることを提案し、毎日の保湿ケアを導入した。

b. 家族関係

利用者は 40 歳代の女性で、仕事や学校に通う家族が介護を行っていた。ADL の低下や肝性脳症がある状態で、日中一人で過ごしているという状況から、現状の介護体制で利用者や家族にとってのメリットとデメリットのバランスも検討していく必要性があった。まず、在宅を継続していくことを利用者が強く希望していること、在宅療養の利用者にとっての意味や家族の意向をどこまで把握し、現状のサポートを行っているのかを共に確認していった。その中で、家族と担当看護師とのコンタクトが不足していることが見えてきた。在宅療養についての家族の意思確認を積極的に行う必要性が見出され、担当看護師は、ステーション管理者と共に、夫の訪問を行い、食事が取れなくなる、意識が低下するなど、病状がこれ以上進行した場合は、入院させたいと考えている意向を確認した。その頃より、往診医の導入も行っている。往診医は夫の在宅時に往診を行っており、夫との関係性が深まってきている様子であった。

また、傾眠の中、利用者が担当看護師に、家族への思いを伝え涙されるエピソードがあった。そのことをどう受け止めるべきか、担当看護師は、利用者が涙したのは自分が余計な刺激をしてしまったからではないかと戸惑っている様子もあった。そこで、せん妄の状態や、馴染みになった看護師に気持ちをゆるし本音が語られているのではないかということを話し合った。そのときの状況は家族には伝えてはいなかったので、大切な利用者さんの気持ちや言葉であり、家族に伝わっていないその方の思いもあるかも知れないので、そのエピソードを家族に伝えることを提案した。このことは、利用者の代弁者としての役割に繋がったと考えられる。コミュニケーションが困難になってきている利用者の思いに家族は触れることができた。

その後、状態が平行状態となり、3 ヶ月が経過したため、コンサルテーションは修了している。

⑤コンサルテーションの効果

【利用者にとっての効果】

- ・ 対応に困っていた浮腫によるスキンケアを導入し、スキントラブルを予防できた
- ・ 家族は何かあれば、すぐに入院をさせようと考えていたが、利用者が希望する在宅療養を続けることができた

- ・ 家族にタイミングよく伝えられなかつたことが看護師を通して伝えられた

【訪問看護師にとっての効果】

- ・ もう一步踏み込めなかつた家族とのコミュニケーションを深めるきっかけを得た
- ・ 症状と病状の関係を理解し、症状マネジメント（フィジカルアセスメント、オピオイドローテーション）の知識を深めることができた
- ・ ケースのニーズを広く理解できた
- ・ STAS-J の活用方法が理解できた

⑥課題

電話だけのコンタクトでは、他の事例や相談者以外のステーションスタッフへ広げることができなかつた。また、緩和ケアに関する相談のきっかけがつかめていない様子や基本的な緩和ケアの知識について確認する必要性を感じていたが、時間の制限などからそれ以上踏み込まず、相談ケースが持ちかけられるのを待つていた。コンサルタントにどのような期待を持っていいのか戸惑いを残したまま 3 ヶ月が終わってしまった。

また、往診医とステーション看護師の関係については、個々の特性があり、一概にコンサルテーションとして推奨することの限界があり、コンサルタント自身も地域の状況が把握できたところでのコンサルテーション活動ができると、調整的な役割も発揮でき、チーム医療の推進などより効果的な介入が可能なのではないだろうか。

今回の緩和ケアの効果指標として STAS-J を用いたが、短期間で変化しにくく、また、利用者の状況を STAS-J によって把握していく過程で、わかっていないことが明確になることや、がんの進行による自然な経過などより、STAS-J の判定が低下することもあり、今回のコンサルテーションの評価には適切な指標ではなかつた。

(2) G訪問看護ステーション

■ 相談 1

①当初の相談内容

在宅療養を強く希望している利用者の熱発や体動時痛に対するケア。

②相談の主体（相談してきた人）

ステーション管理者。（まずは、自分が相談してみます）

③相談内容について訪問看護ステーション側とすりあわせを行った経緯

緩和ケアや痛みについては一通り講義を受けて、疼痛マネジメントはできているので、疼痛以外の症状のマネジメント方法の習得と緩和ケアに理解のない医師との連携について強化したいという希望があった。また、ステーションで作った疼痛のフローシートがあるのでその活用方法などを検討し、マニュアルの整備などの希望もあった。しかし、今回のコンサルテーション事業は、期間も短くケースごとの成果を評価したいので、困っているケースにそつてサポートしていきたい旨を伝え、開始となる。

④コンサルテーションの方法及び内容

担当看護師よりケース紹介を受け、共にケースが置かれている状況や発熱の病態のアセスメントを行っていった。病態から、発熱原因を無くすることは難しく、発熱による不快の緩和が唯一できることであることを確認、発熱の起こりそうな初期症状で毛布をかぶるなどの対応を積極的に行うことや、利用者・家族が症状にうまく対処できていることを保障するなどのケアが行えていることを確認していった。

発熱の病態のアセスメントから、疼痛についても客観的情報を検討していく中で、脊椎への転移の有無や、疼痛の様子が変わってきていたがそれについての診断を受けていないことに、看護師として専門医師の診断を受ける必要性があるのではないかと戸惑いがあることが認識してきた。利用者の希望で在宅療養を行っているが、そのためには医療的なデメリットがあるかも知れないという倫理的な課題が見えてきた。利用者の症状の変化への対応として、専門家の受診により、より適切な対応が可能かもしれないことを情報として得ることで利用者の選択が変わるかもしれないことを示唆し、診断に基づく疼痛管理の可能性の検討と、情報不足のままで、今の症状に耐えていることにより生じる利用者の不利益を共に検討した。

⑤コンサルテーションの効果

【利用者にとっての効果】

- ・ 疼痛以外の客観的なアセスメント（症状と病状の関連性から症状への対処方法が検討できた）
- ・ 薬剤の頓用使用の意義を理解していなかったが、体調に合わせたレスキュードーズが活用できるようになった

【訪問看護師にとっての効果】

- ・ 疼痛以外の症状マネジメント（呼吸苦・悪寒・不穏）
- ・ 病院を受診されないことへの正当性に悩んでいたが、倫理的思考をすることで、利用者にとってのメリットとデメリットをふまえ、現在の対応に間違いないことが確認できた。

⑥課題

定期的に電話で経過のフォローを行っていたが、不在や訪問者の対応を行っている場合が多く、電話でのコンタクトもスムーズではなかった。どこかで定期的な時間を確保しておかなかったことで、継続したコンサルテーションが成立していなかったと考えられる。コンサルタントもしかることながら、相談者側もコンサルテーションを受ける時間の確保が重要であると考えられた。

2. コンサルテーション結果の総括

(1) コンサルテーションの必要性

緩和ケア領域でのコンサルテーションでは、テクニカルなことよりも、病態の把握や症状アセスメントのサポートを行うことが多く、明確なアウトカムとして見えにくい領域であると考えられる。また、終末期ケアは看守することや察知しケアを実施するなど客観的なデータに基づいたケアだけではなく、看護として直感や人間の洞察力、コミュニケーションスキルなどを駆使して実施するケアが多くなる。したがって、看護師としての実践に自信がもちにくく、何もできていないと自己嫌悪に陥ったり、ケアや死に逝くことの意味が一人では見出せず、看取りのケアへの苦手感に繋がることも少なくないと考えられる。そこで、実践しているケアをコンサルタントと振り返ることで、ケアを行っている実感や意義を確認でき、そのことが実践力の向上にも繋がって行くのではないだろうか。

今回は、ケースへの同行訪問まで至らなかった。それは、終末期のケースということで、余分にケースを刺激したくないという相談者の気持ちや、深く関わることへの戸惑いなどがあったためと考えられる。ケースのQOL向上に関わっていくためには、このようなケースとの距離のとり方や戸惑いに対して、もう一步踏み込めるようなサポートが必要なのではないだろうか。終末期のケースとのかかわりで、理解困難な反応や利用者とのコミュニケーションのギャップの意味、ケアできることのレパートリーの増加などにより、ケースとの関係性の深まりと共にQOL向上に看護がさらに貢献できるようになるのではないだろうか。

(2) コンサルテーションによる効果（利用者、訪問看護師）

- 最新の情報に基づき適切な症状マネジメントが受けられる
- 病態の客観的なアセスメントやモニタリングの向上により看護すべきことが認識しやすくなる。
- 的確な症状の把握により多職種への意義ある報告ができ、対応が円滑になる。

(3) コンサルテーションの仕組みの構築についての課題・意見

相談者がコンサルタントの能力を理解し、コンサルテーションの意義・意味についても共通の理解をしていることが前提となるだろう。

また、コンサルテーション関係が構築できるまでには、特に緩和ケアの領域だからかもしれないが、時間が必要であるため、相談するきっかけをコンサルタントから提示できるよう、集合教育のセッションを設け、定期的なコンタクトをとっていくことなども重要な前提ではないかと考えている。

(3) 栄養・排泄ケア

1. ステーション別のコンサルテーション結果

H訪問看護ステーション

■ 相談 1

①当初の相談内容

認知症とパーキンソン病により摂食嚥下障害がある 70 歳代の女性利用者への栄養状態改善(経口摂取)が主な相談内容だった。また、相談者がうまくケアを展開しにくいを感じていたもうひとつの要因として、同居中の息子からの協力が思うように得られないことがあげられた。相談は、利用者が退院して 3 日後からスタートし、その時の利用者は自営業の息子と二人暮らしで、訪問介護と訪問看護を利用しながら在宅療養を行っていた。

②相談の主体(相談してきた人)

相談依頼は訪問ステーションの所長であり、利用者の訪問看護を直接行っている当事者だった。

③相談内容について訪問看護ステーション側とすりあわせを行った経緯

栄養と排泄のコンサルテーションを行うにあたり、相談 1 については特に栄養面でのコンサルテーションの希望が出された。排泄面はストーマ造設中であり自然排便が可能な状態だった。主な相談内容として、摂食嚥下障害に応じた栄養摂取量の確保が目標となった。以下、コンサルテーションに至るまでの相談 1 の概要を紹介する。

事例紹介：70 歳代の女性。認知症とパーキンソン病もあり寝たきりの状態で、仙骨部に 3 cm × 4 cm で 4 cm のポケットを伴う褥瘡がある。3 年前のイレウスにて人工肛門を造設している。寝たきりとなる背景には約 10 年前に右大腿骨骨折にて人工骨頭置換術を受けたことがある。また、最近では、人工骨頭置換術部が感染し、セメント固定部を除去した状態で安定し退院となった。入院中から経口摂取は可能であったが摂食量が少ないため毎日 500ml の点滴を受けていた。介護保険を利用しており介護度はⅣである。

④コンサルテーションの方法及び内容

コンサルテーション期間は 56 日間で 1~2 週間おきに合計 6 回、電話及びメールによる資料送付により実施した。主なコンサルテーションの内容は栄養状態を正確に把握するための食事摂取状況の把握、栄養状態の改善を導くための適切なゴール設定とそのための食事内容の選択、食事内容が反映されているかといった栄養評価といったことだった。以下、6 回のコンサルテーション内容を紹介する。

第 1 回のコンサルテーションでは、利用者の食欲がなく経口摂取量が増えないことや家族の協力が得にくいくことの相談だった。そこで、まず、食事摂取状況の確認と必要エネルギー量の算出および栄養補助食品の効果的な活用をテーマにコンサルテーションを行った。栄養摂取状況の把握をするために、まず、相談者にいつどのような状況で栄養摂取をしているかを確認すると、利用者は食事のセッティングをすればヘルパーや訪問看護師の見守りのなか 350kcal が摂取できており、残りは息子さんの食事介助による摂取量ということだった。また、ストローを使えば頸部を前屈し液体状のエンシュアリ

キッド1缶（医薬品の栄養補助食品であり1缶250ccで250kcal）を飲むことができていた。これらのことから、嚥下障害の程度はさほど重くないことが推察された。

次に目標とする必要エネルギー量を確認していくと、相談者は明確な数値目標を持っていなかったため、必要エネルギー量を求めるうことになった。相談者からみた推定身長と推定体重よりハリス・ベネディクト（Harris-Benedict）の式に活動係数1.1とストレス係数1.3をかけて求めると、利用者の必要エネルギー量は1200kcal程度であることが明らかとなった。そこで、現状の350kcal+ α （家族が介助する夕食分）の摂取状況から、まずは1000kcalの摂取を目標とすることになった。そのための方法として少量で効果的に栄養改善が望める栄養補助食品の活用を勧めた。まず、高カロリーで経口摂取に向く味覚の商品を紹介し、その他、ステーション内におかれているパンフレットなどからも探すことを提案した。

第2回のコンサルテーションは1週間後であり、第1回のコンサルテーション後の経過と栄養摂取状況を聞き取り、今後の方向性を確認した。第1回のコンサルテーションで取り上げた内容のなかで、1ccが2kcalの栄養補助食品が取り寄せてあり、訪問看護師による試飲を行った後に利用者にすすめる予定として準備が進んでいた。また、訪問看護師は利用者の栄養摂取状況の正確な把握を行うため、食事日誌をつける予定をしていた。そこで、現状の栄養摂取量を再度確認すると、ヘルパーによる食事介助以外にエンシュアリキッド2缶が飲めるようになっていた。ただ、訪問看護師の中では、家族に注意を促しても巻き寿司やから揚げといった利用者の咀嚼・嚥下が難しいものを食事介助していたことが心配なようだった。

第3回のコンサルテーションは、前回から2週間後であり摂食栄養内容の解釈と今後のケアの方向性の確認をテーマとして行った。このとき、利用者は脱水傾向という診断により週に3回の点滴を受けるようになっていた。相談者は脱水を示唆するデータとして、利用者の排便が固くなっていることをあげていた。そこで、相談者に退院前と退院後の血液データから脱水傾向を示すデータの読み方を紹介するとともに、経口摂取内容を書き出し、摂取熱量とともにそれらに含まれている水分量の出し方を紹介した。たとえば、エンシュアリキッドのような1ccが1kcalのものであれば容量の8割が水分であるといわれており、1ccが2kcalのものであれば容量の7割～7.5割が水分であるといわれていると話した。そのようにして算出した経腸栄養の水分量と食事に含まれる水分量を合計し、利用者の1日の排尿量と収支のバランスを比較すると、家族による水分補給も行われていることが推察された。訪問看護師は利用者の家族に食事摂取の状況を把握するために、食事内容の記載を家族に見せていただくように働きかけていたが、「パソコンに記憶しているから」と言った反応で確認困難であり、食事内容の把握がむずかしい状況が続いていた。

第4回目のコンサルテーションは、前回から1週間後であり、これまでの経過を振り返りつつ栄養評価の具体的な方法をテーマとして行った。利用者は4日前に発熱があり訪問看護師が採血を行ったところ、BUNが前回より高くなってしまっており脱水傾向が進んでいたが点滴の継続により改善していた。また、経口摂取と栄養補助食品（エンシュアリキッド・アイソカル）を活用することにより、栄養状態は改善ってきており、褥創の黄色壞死部分の改善もみられるようになった。しかし、利用者はこれまで脱水状態を繰り返

し招いており、食事介助を行う中で水分補給を積極的に行うことが求められた。そして、それを困難にしている理由としては、利用者の認知症の拒食の出現が関係するのか、単に水分摂取介助の頻度が少ないことが課題となるのかという2つの方向が考えられた。

第5回目のコンサルテーションは前回から2週間後であり、栄養状態の評価と食事摂取量の確認をテーマに行った。前回のコンサルテーションではデイサービス先での体重増減の情報を得てもらえるように話しておいたところ、体重は確実に増えており食事摂取も栄養補助食品を取り入れながら食べている状況だった。相談者の悩みは家族からの協力が得られず、家族が利用者に何をどのくらい買い食べさせているのかが依然として不明ということであった。そこで、家族にパソコンに入力している全データではなく、1日だけでも食事内容を書き出してもらえないかお願いしてみてはどうかと提案した。

第6回のコンサルテーションは前回から2週間後であり、今後の方向性を考慮した栄養状態の評価と褥創治癒を導く栄養をテーマとした。体重は2週間前と変化なく安定していた。このことから、利用者が安定して栄養確保ができていることの評価ができた。褥創の治癒に向けての栄養については、現状をさらに良くしようとするなら、微量元素の補充も効果的であることを話した。ただ、すでにアイソカルなどの栄養補助食品を購入されているため、それ以上の購入が難しいようであれば、医師に相談し粘膜再生作用のある内服薬の処方といったことも可能であることを紹介した。

⑤コンサルテーションの効果

【利用者にとっての効果】

今回のコンサルテーションを受けることにより利用者は、食事摂取状況のモニタリングを継続的に受けることができた。その結果、摂食嚥下能力に応じた食事内容の提供を受けることができ、結果的に栄養状態が改善した。その他の栄養状態改善の評価指標としては、体重の増加、褥創サイズの縮小があげられた。利用者は認知症による摂食嚥下障害と推察され、食べられる食事内容と共に、食事を提供する回数を増やすこと、エンシュアリキッドなどの栄養補助食品を段階的に増やしていくことによって、徐々に摂食量を増やすことができた。また、具体的な摂食目標量や摂取水分量の目安を得て援助を受けることにより、点滴なども併用しながらではあるが、入院中よりも少ない点滴量で脱水状態を回避している。

【訪問看護師にとっての効果】

今回のコンサルテーションによる相談者(訪問看護師)への効果には、利用者の栄養状態を改善させるための正確なモニタリングと必要に応じた栄養補助食品の選択および導入ができるようになったことがあげられる。具体的な変化としては、栄養状態を改善するために栄養量を正確に数値化して評価すること、目標とする必要なエネルギー量・水分量を数値として把握していくことができるようになった。また、不足している栄養量を補充するためにも、効率よく栄養が取れる栄養補助食品を取り寄せ利用者に勧め、栄養状態を改善に導いている。また、高齢者の栄養評価の方法として、簡便な方法として体重測定値の把握や上腕周囲長の測定により推移を見ていく方法も実践できるようになった。

相談者はこの事例へのコンサルテーションを終えて、これまで栄養摂取状態の改善のために必要なエネルギー量を出し、それをクリアするための栄養補給をきちんと数値で

把握してこなかったと語った。さらに、今まででは、必要な栄養所要量は「これくらい」と大まかに捉え実際に食べているものを細かく見て数値として捕らえていなかったことに気づいている。そして、体重や上腕周囲長の増減と摂食量を評価していくことの大切さについても再認識したようだった。

⑥課題

利用者の栄養状態は改善したものの、経口による水分補給が十分確保できず、脱水予防のための点滴からの完全な離脱はできなかった。また、家族（同居中の息子さん）の介護参加状況が見えにくく訪問看護師との効果的な協働ができにくい状況にあった。しかし、利用者の栄養状態を丁寧に見ていくと家族による食事介助は確実にされており、家族への看護介入についても今後の課題として残った。

■ 相談 2

①当初の相談内容

誤嚥性肺炎にて入院加療後に退院してきた 80 歳代後半の女性利用者に対して、安全に経口からの栄養摂取を確立することが主な相談内容だった。利用者はもともと脳梗塞の既往があり、この 1 年間に誤嚥性肺炎で 3 回の入院を経験しており徐々に嚥下機能が低下していた。

②相談の主体（相談してきた人）

相談依頼は訪問ステーションの所長であり、利用者の訪問看護を直接行っている当事者だった。

③相談内容について訪問看護ステーション側とすりあわせを行った経緯

相談 2 についても栄養に関するコンサルテーションが希望され、この 1 年間に入退院を繰り返したことからも、特に嚥下機能の低下に応じた経口摂取の確立ということが焦点となった。また、利用者が高齢であることから家族も胃瘻造設や静脈ポート造設を望まず、経口摂取と末梢血管からの点滴が主な栄養源となっていた。主な相談内容は安全な経口摂取量の確立と点滴からの離脱だった。以下、コンサルテーションに至るまでの相談者 2 の概要を紹介する。

事例紹介：80 歳代後半の女性。脳梗塞があり言語障害があり、現在は寝たきりの状態である。発語はないが覚醒しているときは簡単な意思疎通が可能である。誤嚥性肺炎を繰り返してきたが、今回の退院前にはゼリー食での経口摂取が可能な状態となる。ただ、併用して 1 日 1000ml 分の点滴（アミノフリー）を受けていた。同居家族は 60 歳代の娘であり 2 人暮らしをしていた。

④コンサルテーションの方法及び内容

コンサルテーション期間は 9 日間で 1 週間おきに合計 2 回、電話により実施した。主なコンサルテーションの内容は、栄養状態を把握すること、必要な栄養量の把握とそれらを安全に摂取する方法（嚥下状態に応じた食事摂取）だった。以下、2 回のコンサルテーション内容を紹介する。

第 1 回のコンサルテーションでは、経口摂取量以外で必要なカロリーを補っている週 3 回の点滴量（アミノフリー）を減らしたいということ、退院直後でありこれからのかのケアの方向性を確認したいというのが主な相談だった。そこで、これまでの介護状況と現在の療養介護状況を確認した。これまで入院中の栄養補給がゼリー食と毎日の 1000ml の点滴で補われていたが、退院後の生活では、ゼリー食ではなくシリングで固形化した栄養剤（ラコール）を口腔内に注入するという方法をおこない、点滴も週 3 回で 500ml のみ行う方法に変わっていた。今回の相談では点滴に頼らずに経口摂取だけで必要な栄養量の確保を目標にしたいということだったので、まず、その時点での栄養摂取カロリーと水分量を相談者と共に計算し栄養の過不足を見た。その結果、点滴がある日は栄養摂取カロリーが 900kcal で水分量は 1130ml であり、点滴のない日は栄養摂取カロリーが 700kcal で水分量は 630ml であることが明らかとなった。

そこで、下腿長から算出する推定身長の出し方を紹介し推定体重とともに紹介した栄養計算ソフトに入力し必要エネルギー量の算出を行うと、推定 1000～1200kcal だった。現状と比較し、経口摂取をあと 400～600kcal 増やすことが求められた。また、これま

での摂食嚥下状態から見ると、咽頭期の障害が疑われたため、安全な嚥下のため野菜ジュースをゼリー状に変えてみることを勧めた。

次に栄養状態の評価を確認すると、まだ取り組めてはいないようだった。そこで、まず、血液データを確認したところ、1ヶ月以上前のデータしかなく、簡便な方法として上腕周囲長の測定を定期的に行うことやデイサービスが始まつたら体重測定のデータを紹介してもらうよう勧めた。

第2回のコンサルテーションは7日後に行った。第1回のコンサルテーション後の利用者の変化および栄養へのケア内容について確認した。利用者の嚥下状況を確認したところ、シリングを口腔内に入れても「うとうとしているときがあり、時々むせている」ということだった。摂食嚥下時の覚醒度の低下がむせを誘発しており、咽頭期の障害に加え先行期の障害も出現していた。そこで、嚥下時の覚醒度を改善するために食事の直前に前頸部の皮膚をアイスマッサージすることを提案し、その後、覚醒度が改善してからの食事摂取が安全な嚥下には必要であることを話した。

次に栄養摂取状況については、前回のコンサルテーションの結果を受けて栄養剤の量は1100kcalに増えており、野菜ジュースもゼリー状のパウチ形の製品となり、追加水分200mlが加えられていた。これらに加え以前からの点滴が週に3回500ml継続されていた。そこで、現状での栄養摂取量と水分量を相談者と算出すると、点滴のない日は1200kcalで1280mlであり、点滴のある日は1410kcalで1780mlとなっていた。この時点で、すでに利用者に必要な栄養摂取量と水分量は点滴がなくても充足されており、点滴を不要とするこのケースのゴールに到達していることが明らかとなった。

⑤コンサルテーションの効果

【利用者にとっての効果】

今回のコンサルテーションを受けることにより、利用者は短時間で誤嚥を繰り返すことなく、経口摂取のみで必要な栄養摂取量と水分量を確保することができるようになった。

【訪問看護師にとっての効果】

今回のコンサルテーションを受けることにより、訪問看護師は利用者の栄養状態を把握するケア方法、栄養摂取必要量・必要水分量の算出法および段階的にそれらを充足していくケア方法、安全に摂食嚥下を進めていくためのケア方法の一部を実施できるようになった。

栄養状態の把握では、血液データ及び上腕周囲長の測定値から栄養状態の評価を考えられるようになった。栄養摂取必要量・必要水分量の算出法および段階的にそれらを充足していくケアについては、下腿長から推定身長を求め、必要エネルギーを算出できるようになった。また、それらのデータからゴールとするエネルギー量を考えることもできるようになり、さらにそれらを実現するために具体的な注入内容の提案と共に、訪問看護も含めた体制での口腔内への注入スケジュールの立案などができていた。安全に摂食嚥下を進めていくためのケア方法については、利用者の嚥下状態に応じた食形態を選択し、また、嚥下時の覚醒度が改善するための前頸部の皮膚のマッサージを実践するなど、具体的なケアが提供できるようになった。

⑥課題

今回のコンサルテーションでは短期間にゴールを導くことができた。あえて、課題として述べるならば、2回目のコンサルテーションの中すでに栄養摂取量が充足されているなかで、点滴が継続されていた点がある。高齢の利用者によっては、過剰水分は心負荷をもたらす。今後は、経口摂取のみの移行時に、経口摂取を増やすと同時に段階的に点滴量を減量していくように医師に提案していくことが課題として残った。

■ 相談 3

①当初の相談内容

心不全、腎不全、脳梗塞があり大腸腫瘍の既往があるねたきりの 70 歳代の男性利用者への排便状態の改善、特に便秘の改善が主な相談内容だった。利用者は経口摂取が困難で胃瘻からの経腸栄養をおこなっており、週に 3 回のペースで座薬と浣腸による排便のケアをうけていたが、泥状便の後に普通便が出るという状態が続いていた。

②相談の主体（相談してきた人）

相談依頼は 10 年目の訪問看護師からだった。

③相談内容について訪問看護ステーション側とすりあわせを行った経緯

栄養と排泄のコンサルテーションを行うに当たり、相談 3 では排便のコントロールを行うにあたり、浣腸等の方法だけではなく利用者の栄養を再考することも含めて取り組んでいくこととなった。以下、コンサルテーション開始時の相談 3 の概要を紹介する。
事例紹介：70 歳代の男性。心不全、腎不全、脳梗塞がありねたきりの状態である。吸引が 24 時間必要であり嚥下障害のため経口摂取はしておらず、栄養は完全に胃瘻栄養のみとなっている。腎不全による蛋白制限のため経腸栄養剤はリーナレンとエンシュアリキッドだった。排便状況は便失禁の状態でオムツを使用しており、過去にカリメートの服用により水溶下痢や便秘となっている。コンサルテーション開始時は、週に 3 回のペースで訪問看護師が浣腸と座薬使用により排便を促していた。

④コンサルテーションの方法及び内容

コンサルテーション期間は 48 日間で、コンサルテーションの頻度は 1～3 週間おきに合計 5 回、電話とメールによる資料送付にて行った。主なコンサルテーションの内容は、自然な有形排便を誘発するための具体的なケア内容についてだった。今回の取り組みの中では、利用者の継続した自然排便を導くことはできなかったが、相談者は排便ケアの中で、食物繊維量・水分量・運動の効果といったことに留意したケアを提供できるようになった。以下、5 回のコンサルテーション内容を紹介する。

第 1 回のコンサルテーションでは、便秘の状態が続いており、訪問看護時に便中が出ているのでレシカルポン座薬を入れると泥状便がでて、その後グリセリン浣腸を施行すると普通便が出てくるという状態が続いていた。そこで、排便状況時から排便できる能力について、自然排便への調整方法についてコンサルテーションを行った。排便状況を確認すると、まず、最初に肛門診をしたときに便塊が触れるのかどうかを確認すること、便が触れないのであれば、直腸まで便が来ていないので腸の動きを改善する必要があることを話した。腸蠕動音の聴取を相談者に確認すると、聴診しており腸蠕動音が弱いとのことだった。そこで、

利用者が排便のタイミングにあわせて力むことが可能かどうかを確認すると、「力み」も不可能とのことだった。さらに、意図的に肛門を絞める運動(骨盤底筋運動)ができそうかどうかを問うと、そういう指示がはいらないということだった。

そこで、便塊の形成がしやすくなるような自然排便への調整ができるようなケアを紹介することとした。自然排便調整のポイントとして、まず腸内細菌層を整えることとして、ビフィズス菌等の薬剤の使用を確認すると、3 g のビフィズス菌製剤が処方されていた。次に食物繊維の摂取量を確認すると、毎日、経腸栄養剤以外に食品のファイバー

製剤(パインファイバー)が5 g程度摂取されていた。追加のファイバー製剤以外に経腸栄養内の食物繊維量も確認してみるよう話した。

最後に運動を可能な範囲で取り入れることができないかを提案し、基礎疾患に心不全や腎不全があるため注意が必要であることを留意しながら進めようとしたところ、リフトで車椅子乗車の機会があるとのことだった。そこで、便秘に効果がある腹臥位療法のバリエーションにある『車椅子での腹臥位』を取り入れてはどうかと勧めた。そして、実施時のポイントとして、腹臥位となるときには、もたれる台の上に両手掌を下向きにおくことがポイントであることを説明し、腹臥位療法に関する資料をメールで送付した。

第2回のコンサルテーションは1週間後であり電話で行った。前回、提案した車椅子での腹臥位療法が取り入れられており、訪問時にそれまでの便汁ではなく握りこぶし大の自然排便が見られたとのことだった。また、経腸栄養内の食物繊維も調べられており、リーナレン1缶に4 gが含まれており、また、パインファイバーは1本5グラムであるが含有されている食物繊維は4.6 gということだった。

第2回のコンサルテーションの主な内容は排便を促すための栄養摂取内容の確認、排便状況の確認、これらを踏まえた今後の方向性を考えていくことだった。まず、栄養摂取内容の確認をおこなった。このときの胃瘻からの注入内容は、リーナレン2.5缶とエンシュアリキッド1缶、追加水分750ml、市販の食物繊維であるパインファイバー6.1 gだった。それらを、相談者とともに計算したところ、摂取カロリーは1250kcalで水分量は1410mlであり、食物繊維は16.1 g(リーナレン2.5缶に10g、パインファイバーに6.1 g)だった。食物繊維の摂取量の目安は20 g程度といわれていることが多いが、自然排便がみられてきたことも考慮し、栄養摂取状況は摂取カロリー・水分量・食物繊維量ともに現状で様子をみていくこととなった。

次に排便状況及び腹部の観察状況等を確認すると、腸音は以前と変わらず弱めの状態であるとのことで、それならば、もう少しビフィズス菌を増やすことを考えていいてもよいのかもしれないと話した。また、自然排便があったことは、腹臥位などの運動の効果も考えられることから、その他の腹臥位のバリエーションが可能かどうかを相談者と相談した。しかし、ベッド上の臥位で半側臥位や完全な腹臥位もあることを紹介するが、訪問看護師が行うことになるため、看護師が安心して安全におこなえるような腹臥位の導入でなければならなくなる。そう考えると、現状で取り入れられるのは、毎回の排便ケアのときに半側臥位をとっていること、もしくは車椅子腹臥位ぐらいしか継続して行うことが困難であるということとなった。そのほか、相談者に排便改善のために提供しているケアを確認すると、腹部温罨法や腹部マッサージなどを行っているようだった。

これらのことふまえて今後の方向を考えていくと、現状でケアを継続していくか、もう少し食物繊維を増やす方向かいずれかを選択してはどうかと提案した。

第3回のコンサルテーションは電話で行い、年末年始をはさんだため3週間の間隔があくこととなった。第3回のコンサルテーションの主な内容は食物繊維の投与量がテーマとなった。相談者は前回のコンサルテーションの後、栄養量や水分量は変化させずパインファイバーを2本分(食物繊維9.2 g)に增量しリーナレン分の食物繊維10 gとあわせて食物繊維を19.2 gまで増やしたところ、年末に水様下痢便が自然に出たのでパイン

ファイバーを1本と1/3本分(食物繊維6.13g)に減量し、食物繊維の摂取合計は16.1gとなり再び便秘の状態となっていた。また、腹臥位療法の進行状況を確認すると、車椅子の腹臥位を継続はしているが、拘縮があるため体位を整えるのが難しく時間はそれほど確保できていないということだった。

食物繊維の增量により水様下痢便を誘発した可能性はあり、現在行っている便秘への対策は、腹臥位療法・ビフィズス菌の投与・食物繊維の投与の3つである。今回の下痢の原因が食物繊維と考え、食物繊維を減量したことにより再び便秘の状態であれば、食物繊維の摂取量を16.1g～19.2gの間で再調整してみてはどうかと勧めた。また、腹臥位による運動の効果で排便が出やすくなっていることもあるかもしれないことも話した。

第4回のコンサルテーションは前回から7日後であり電話により行った。前回のコンサルテーション後、さらに食物繊維は減量されておりパインファイバー3/5本(食物繊維2.76g)で経腸栄養とあわせて合計12.76gとなっていた。腹臥位療法の進行状況を確認すると車椅子腹臥位の継続は難しいようだったが、半側臥位の腹臥位はできているような感じだった。また、排便状況について確認すると、浣腸とレシカルボン座薬を使用しており水様下痢便と普通便がでている状態との事だった。これらの情報から第4回のコンサルテーションでは、再度、食物繊維の調整により自然な排便を目指すようにしてはどうかと進めたが、あまり取り入れるような反応は得られなかった。また、腸蠕動を促すためには運動が必要であり、車椅子での腹臥位が難しいようであれば、ベッド上で半側臥位の時間を体位変換に取り入れるようにしてはどうだろうかとすすめた。すると、相談者はそれならばできるかもしれないとはなした。その他、今回の新しい提案として、便秘改善を導く排便のツボとして「合谷」を紹介した。ツボの位置は親指と人差し指の付け根の辺りで、ツボは1回に5回ほどを押すものであること、寝たきりの高齢者にも効果があった事例を体験したことを紹介した。

第5回のコンサルテーションは、前回から1週間後に電話により行った。今回相談を受けた内容は、利用者が太ってきたと感じた介護者がリーナレン(1缶250mlで400kcal)を減らそうとしたところ、間違ってリーナレンを1缶増やし3.5缶となってしまった。その後、下痢傾向となっており、リーナレンの食物繊維による影響からの下痢のように思われるが食物繊維は増やさないほうがいいのかということだった。

相談者と栄養摂取カロリーと食物繊維量の変化を共に計算してみると、摂取カロリーは1250kcalから1650kcalに、水分量はリーナレン1缶分(189.2ml)が加わり1410mlから1599.2mlに、食物繊維量は12.76gから16.76gにそれぞれ増えていた。そこで、改めて相談者とともに、利用者の排便状況と食物繊維との関係について振り返ってみた。これまで食物繊維量が12.76gのときは便秘の状態で、レシカルボン座薬を使用後に泥状便が出てその後、グリセリン浣腸で普通便が出るという状態だった。そして、下痢傾向となったときの食物繊維量は16.76g～19.2gだった。これらのことから食物繊維量が12.76g～16.76gの間で適切な量を探すのも一つではないかと提案した。

その他、便秘と下痢を改善するその他の方法について、前回のコンサルテーションで紹介した「便秘のツボ」である「合谷」を押すケアを実施したか確認すると、試していないということだった。その理由として相談者は十分に「ツボ」についての情報を探しきれなかったこと、便秘のツボにもいろいろあるということにより「合谷」のつぼを押

すケアを取り入れなかったということだった。これまで提案してきた運動については、車椅子の腹臥位は家族がしていると思うという返事であり、半腹臥位は浣腸などの排便のケアを行うときにもしているのでできていると思うということだった。前回提案した体位変換のなかに半臥位は組み込まれてはいないようだった。

⑤コンサルテーションの効果

【利用者にとっての効果】

今回のコンサルテーションを受けることにより利用者は、腹臥位療養を取り入れた直後に自然排便をすることができた。しかし、そのときは排便の一部が出ただけで、その後に浣腸等の処置をすることによりさらに排便が見られている。今回のコンサルテーション介入中には、結局、利用者の排便状況を改善に導くことはできなかった。

【訪問看護師にとっての効果】

今回のコンサルテーションにより訪問看護師は、自然排便を促すための方法として、運動および食物繊維と腸内細菌の効果及び水分量に着目することができた。運動については、便秘に有効で利用者の体力や病状に可能な範囲での運動として、腹臥位療法の中から、車いすによる腹臥位や半腹臥位を取り入れることができた。また、便秘を改善するための栄養として、食物繊維の量について具体的に考えることができた。食物繊維量の増加によって、水様便が出たことによって食物繊維を減量し調整しようとしていた。

⑥課題

排便コントロールを行うためのケアとして、運動と栄養の内容について特に細かくコンサルテーションを行った。ただ、コンサルテーションが進む中で出現した下痢の対策を考える中では、食物繊維量の増減だけに終始してしまう傾向となりつつあった。

2. コンサルテーション結果の総括

(1) コンサルテーションの必要性（ステーションの抱える課題も含めて）

栄養と排泄のコンサルテーションでは、利用者の健康問題を解決に導くために栄養に関する内容だけを取り上げた場合と、両側面から取り組んだ事例があった。近年、医療施設では栄養サポートが重要視されており、さまざまな治療も栄養管理ができていてこそ効果が現れると考えられている。特に、腸管を使った栄養補給は免疫細胞の7割が小腸に存在していることからもその重要性が見直されてきている。

地域によっては、このような病院と連携をとりながら、地域一体型 NST (Nutrition Support Team) として共に考え栄養サポートを行っているところもある。しかし、残念ながら、まだ、地域や施設から低栄養状態・褥瘡あるいは下痢などの脱水症を合併し病院に入院してくる利用者が後を立たない。

今回のコンサルテーションを行う中で、訪問看護師は医師の指示の元に点滴や経腸栄養を施行・注入するケアを提供すること、排便コントロールのための浣腸等のケアを確実に時間をかけて行っていた。しかし、指示されたケアをおこなうこと、採血等の依頼、薬剤等の依頼などについて医師と協働してはいるが、訪問看護師独自のアセスメント能力として健康の逸脱を改善していく栄養についての知識は、感覚的であることが多かった。たとえば、利用者の病態に合わせた必要エネルギー量や水分量を把握して働きかけたり、投与あるいは経口摂取しているエネルギー量や水分量の把握をしたりということがきちんとした数値で把握されていなかった。また、摂食嚥下障害のある利用者の食事摂取は場合によっては誤嚥性肺炎を誘発するなどのリスクを伴うケアである。摂食嚥下障害があるという病態を観察し把握できても、リスクを回避しながら栄養摂取量を安全に増やしていくためのスキルが十分でない場合があった。

排便のコントロールについては、浣腸や座薬の使用、腹部のマッサージ、腸雜音の聴取といったことについては着目しケアが適切に提供されていた。栄養と排泄といったところでも、食物繊維を追加するところまでは考えられていたが、どのくらいの食物繊維量を目標にしていくのか、自然有形便を導くための運動や腸内細菌、水分量についてはどこをゴールしていくのかといった知識や知識の運用といったところまではまだ未獲得な状態だった。

限られた訪問時間でマンパワーの不足も感じながら、ひたむきに利用者へのケアをたった独りで提供している訪問看護師は、指示された医療処置や観察・清潔への援助だけで訪問時間が終了してしまう。何か新しいケアを取り入れて、利用者の病態を改善に導きたいと考えているようだったが、それらを取り入れるには時間が足りない。いずれかの健康問題へのケアが終了とならなければ、新たなケアは取り入れることは難しい状況だった。

しかし、今回のコンサルテーションを受ける中で、短時間ではあるが定期的に事例相談を積み重ねていくことにより、訪問看護師は利用者に必要エネルギー量を把握しながらこれまで述べた多くの問題を解決方向に導くことができるようになった。訪問看護師はさまざまな病態の利用者を独りで訪問し、瞬時の判断とケアのバリエーションを考えぐらせ提供し在宅療養を支えている。利用者の在宅療養を安定して長続きできるためにも、療養の基礎となる栄養管理および訪問看護師の多くが担っている排泄へのケアが継続的に支援

をうけられる体制が求められている。

(2) コンサルテーションによる効果（利用者、訪問看護師）

今回、栄養と排泄のコンサルテーションは5名の利用者について行い、その内訳は、栄養状態の改善を目指した利用者が4名、排便状態の改善を目指した利用者が1名だった。栄養状態の改善を目指した利用者への成果としては、必要エネルギー量を出したことにより、不足分のカロリーを把握しながら胃瘻や経口からの栄養量を段階的に増やし栄養状態の改善に導くことができた。また同時に、水分も必要量を算出し目標値を確保する働きかけにより、脱水等を軽減し点滴施行量を減量することができた。このような栄養状態改善の効果は、褥瘡サイズ縮小や体重の増加、点滴からの離脱や点滴の減量ということからうかがい知ることができた。また、摂食嚥下障害がある高齢者では食事摂取時の覚醒状態を改善することにより、誤嚥性肺炎を発症せず必要な栄養摂取量を増やすことができた。排泄状態の改善を目指したケアでは、腹臥位療法を取り入れた後に自然排便が見られたことであったが、持続せず十分な成果は見られなかった。

訪問看護師に対するコンサルテーションの効果については、相談者の知識や理解およびケア技術やケア内容に分けて述べる。まず、相談者の知識・理解についてであるが、今回の取り組みにより、栄養状態を改善させるためのケアの主な成果として、以下の4つが挙げられた。

- ① 栄養状態を正確に把握すること
- ② 高齢者に必要なエネルギー量を出しケアプランを実践すること
- ③ 栄養のケアの評価を行うこと
- ④ 嚥下機能の改善を引き出すこと

また排便状況を改善させるケアとしては、

- ① 排便を促すための栄養の内容である食物繊維の摂取について
- ② 排便を促すための運動について

といったことがあった。相談者はこれまで、栄養について大まかに食べている量を把握してよしとしていた傾向があり、数値として考えてこなかったことを話していた。

次に、技術・ケア内容についてであるが、相談者は栄養のコンサルテーションの中で、寝たきりの高齢者の推定身長を出す方法やそこから必要なエネルギー量を出す方法を獲得した結果を、高齢者の栄養ケアに役立てることができるようになった。また、安全に経口摂取量を増やすために、覚醒度を改善させる皮膚のアイスマッサージを取り入れたり、ケア提供者（家族・ヘルパー・訪問看護師）の中で役割を分担し調整することも行えていた。排泄（排便）のケアにおいては、食物繊維を経腸栄養の中に考えながら取り入れ調整していく姿が見られていた。また、排便を促すために車いすによる腹臥位や半側臥位などの腹臥位療法を取り入れ家族に働きかけていた。

また、相談者はコンサルテーション結果を職員カンファレンスで報告・共有したり、それを受けたほかの職員も相談事例以外にも同様の事例への適用を話し合う動きが見られていた。さらに、相談者は今回のコンサルテーションを経験するなかで、訪問看護サービスの質を高めるためには、エビデンスに基づいたケア提供プロセスを段階的に実践する重要さを述べていた。

(3) コンサルテーションの仕組みの構築についての課題・意見

今回の取り組みの中でコンサルタントとして介入するとき、困難を感じた点はフィールドまでの移動時間、コンサルテーションを行うための時間の確保だった。当初、介入事例については訪問看護に同行するようにし、2回目のコンサルテーションも対面で行った。しかし、この方法ではフィールドまでの移動時間（約90分）が必要な場合には、所属施設の仕事との両立が難しかった。コンサルタントとコンサルテーションを行う訪問看護ステーションの組み合わせにより近距離であるなら十分に解消される課題であると思われる。ただ、全国の訪問看護ステーションの分布にはバラツキがあり、希望する看護領域によってはCNSの数が少ない領域のコンサルタントでの対応となると、同様の課題が出てくることも考えられる。ただ、ある程度、コンサルテーションが安定した中では、電話やメールを効果的に活用することは可能である。

しかし、事例によっては、相談者からの観察量によりコンサルタントが得られる情報量やアセスメントに限界が生じることも考えられる。コンサルテーションを効果的に行うためには、相談者の知識や看護実践力を向上させていくことも必要となる。また、訪問看護師がコンサルテーションで受けた内容にどれくらい関心が持てるか、その領域の知識を理解し現場に適用する意欲が持てるかも重要となる。このような訪問看護師のケアへのレディネスを育成するには、ケアの効果を見ながら実践時間の蓄積で育成するのか、あるいはコンサルタントを講師とした勉強会など短時間での研修時間の確保など、研修なども織り交ぜながら利用者へのケアを提供するという両輪で行っていくことも必要かもしれない。

最後にこの仕組みを実現化させるには、いつでもコンサルタントに相談できる双方の体制を確保するとともに、訪問看護師からの能動的なシステムの活用の姿勢が持たれるかどうかといったことも、今回の仕組みを浸透させていく上での課題となってくるように思われた。

3) コンサルテーションの効果

(1) 訪問看護ステーションからみたコンサルテーションに対する評価

(ア) コンサルテーションに対する時間、内容、感想

今回の調査では、コンサルテーションを受ける都度、「コンサルテーションの長さ」「相談したかった内容に十分な答えが得られたか」「コンサルテーションを受けた内容が分かりやすかったか」「コンサルテーションを受けた結果、具体的な看護実践の変化につながるかどうか」「相談をした全般的な感想」について、訪問看護ステーション側から評価をしてもらった。それぞれの項目の評価結果は以下の通りである。

図表11 コンサルテーションを受けた結果

事業所	結果											
	コンサルテーションの時間の長さ				相談したかった内容に十分な答えが得られたか				コンサルテーションを受けた内容がわかりやすかったか			
	ちょうどよかつた	長かつた	短かつた	その他	十分	まあまあ	不十分	その他	分かりやすかった	まあまあ分かった	分かりにくかった	その他
A	1				1				1			
B	1				1				1			
C	21				19	3			19	3		
D	5				5				5			
E	3				2	1			3			
F	5			1	3			3	3	1		2
G	1					1				1		
H	2				1			1	1	1		
8事業所	39	0	0	1	32	5	0	4	33	6	0	2

事業所	結果							
	コンサルテーションを受けた結果、具体的な看護実践の変化につながりますか				相談をした全般的な感想			
	十分つながる	まあまあつながる	つながりにくい	その他	よかつた	まあまあ	あまりよくない	その他
A		1			1			
B	1				1			
C	15	7			19	3		
D	4	1			4	1		
E	3				3			
F	1	2		3	2	1		3
G			1				1	
H		2			2			
8事業所	24	13	1	3	32	5	1	3

それぞれの評価の項目について、回答した理由を記載してもらったところ、以下の回答がえられた。

① 褥瘡ケア

- コンサルテーションの時間の長さがちょうどよかった理由は、「訪問に同行してもらい、訪問時間内にアドバイスをもらえたことがよかった」となっている。
- 相談したかった内容に十分な答えが得られた理由は、「現在の状況、処置方法について理解できたこと」、「直接コンサルタントと話ができ、伝えたかったこと（利用者の状況など）が十分伝えられた上でアドバイスを受けることができた」、「気が付かなかつたこともアドバイスをもらえた」となっている。
- コンサルテーションを受けた内容がわかりやすかった理由は、「問題点や視点が具体的にわかった」、「コンサルタントと直接顔をあわせて話ができ、内容を理解しやすかった」となっていた。まあまあ分かったと回答した理由は、「自分自身にあまり具体的な褥瘡の知識がないため、まだ頭の中で整理できていない」となっている。
- コンサルテーションを受けた結果、具体的な看護実践の変化に十分つながると回答した理由は、「利用者の現在の状況に適した処置へ変更できる」、「自信をもって指導できる」、「観察ポイントの再確認ができた」、「今後ケアマネジヤーや主治医とも具体的に連携をとっていきたい」となっていた。まあまあつながると回答した理由は、「受け持ちは褥瘡をもった利用者がいないため、実践まで覚えてられるか分からない」となっている。
- 相談をした全般的な感想は、「具体的なアドバイスを得、方向性が見えた」、「すぐ実践ができる評価期間についても助言をもらえた」、「実際の場で直接みてもらい、アドバイスもらえたので安心感があった」、「このままでよいのか、なぜなかなか治癒しないのかと思っていた所・原因をアドバイスもらえたため、注意点をしぼれてよかった」となっている。

② がん緩和ケア

- コンサルテーションの時間の長さがちょうどよかった理由は、「事前にケース概要等をまとめてあったので時間を有効に使えた」となっている。
- 相談したかった内容に十分な答えが得られた理由は、「疼痛コントロールの分析の入り口の説明がきけた」、「マッサージや鎮痛剤の有効性など基礎的な情報提供をしてもらえた」、「利用者や家族への関わり方など具体的に聞けてよかった」となっている。
- コンサルテーションを受けた内容がわかりやすかった理由は、「具体的な例が出て分かりやすかった」となっている。
- コンサルテーションを受けた結果、具体的な看護実践の変化に十分つながると回答した理由は、「人体図を用いて痛みの場所の確認ができた」、「次に確認していく事項（病状把握）が明らかになった」、「痛みのアセスメントシート、人体像などを訪問看護として利用できるように改良し活用していきたい」となっている。

- 相談をした全般的な感想は、「普段何げなく行っていたことが少し整理でき、糸口がつかめた」、「今回のコンサルテーションを受けた際に痛みの状況を確認し、利用者の痛みは私達が考えていた痛みより強いことが分かった」となっている。

③ 栄養・排泄ケア

- 相談したかった内容に十分な答えが得られた理由は、「自分が気になっていたことを後押ししてもらった」となっている。まあまあ得られたと回答した理由は、「もともとのコンサルテーションの目的がわからないままケース選択をしてしまった感じで、これを相談したいというものがなくスタートしてしまった」となっている。
- コンサルテーションを受けた内容をまあまあわかったと回答した理由は、「資料をFAXでもらったが、必要カロリーの算出方法がわからない」となっている。
- 相談をした全般的な感想は、「塩分をしょうゆで摂取するとは考えもしなかった」となっている。

(イ) コンサルテーションに相談した内容及び看護実践上で反映したい内容

訪問看護ステーション側から、コンサルタントに相談した内容と、相談結果を踏まえ、看護実践上で反映したいと思う内容について記録してもらったところ、以下のような回答が得られた。

① 褥瘡ケア

■ A 訪問看護ステーション

A 訪問看護ステーションは「難治性下肢潰瘍と褥瘡についての対処法」についてコンサルタントに相談し、看護実践上で反映したい内容は、「アセスメントおよび創の写真撮影方法が参考となったが、介護者の体力・技術的な問題があり思うように指導ができない」となっていた。創の写真の撮り方を共有し統一することで、創のアセスメントができるようになっているが、介護者への指導という点では、課題が残っていると考えられる。

■ B 訪問看護ステーション

B 訪問看護ステーションの相談内容と看護実践上で反映したい内容は、以下の通りとなっていた。皮膚トラブルについて、どのような情報収集が必要であるか、客観的指標によるアセスメント方法を学んでいると考えられる。

○ 相談内容：褥瘡の出来始めのケアの視点

⇒ 看護実践上で反映したい内容：褥瘡のある利用者は、褥瘡部分の皮膚ケアだけでなく、握力、脚力、排尿状況、オムツやパットの選び方や家族指導、ベッドの選択まで含めた情報収集とプランの作成が必要であること。

○ 相談内容：胃ろうのある利用者の栄養・皮膚のケアについて

⇒ 看護実践上で反映したい内容：経管栄養に必ずラコールが必要なわけではなく利用者の状況に合わせることが大事であること、栄養過多・消化不良を起こしていないか、体重の増減だけでなく、皮下脂肪の測定による客観的判断も可能であること、またこうしたケアが利用者や家族の安心感につながること。

■ C 訪問看護ステーション

C 訪問看護ステーションでは、創の状態にあった処置の方法を相談し、その結果として、創の具体的な処置方法とそのポイントを、根拠をもって学んだと考えられる。

○ 相談内容：創の状態に合った処置の方法

⇒ 看護実践上で反映したい内容：これまで考えていたよりも、早い段階でドレッシング剤で覆ってよいということ、浸出液は縦に吸いとり横に広げない処置の仕方、アズノール等5mmの厚さで塗布すること。褥瘡の辺縁を湿潤させないこと、保護することが大切であり大きなポイントだとよくわかった。過去の事例でうまくいかなかった原因がわからなかつたが、解決でき、すっきりした。今後も生かしていきたい。

○相談内容：臀部、皮膚接触圧の褥瘡のケア

⇒看護実践上で反映したい内容：局所ケアのみではなく、褥瘡の増悪因子を教えてもらい、次回、観察・対応が早目にできると思う。

○相談内容：ストマ管理、現在の評価

⇒看護実践上で反映したい内容：今後考えられるリスクを検討できた。利用者・家族にきちんと現状を説明できると思った。

○相談内容：褥瘡のケアとして、アセスメントの仕方と記録の内容について

⇒看護実践上で反映したい内容：ステージ、計測の仕方（チームで統一すること）、浸出液の量は利用者の定量、条件によって決めること、創の写真を撮るポイントが分かった。記録の書き方など見直したい。

■D訪問看護ステーション

D訪問看護ステーションの相談内容は、「ストーマパウチの選択について」であった。看護実践上で反映したい内容は、「利用者の手技を認めつつ、ホールサイズに合ったストーマのホールカットを行うこと、ストーマの大きさの変化、皮膚（腹満の大きさによる高さ違いやくぼみなど）の状況をみて合わせた方法をとっていくこと」となっていた。

ストーマパウチを利用者のストーマの状況だけではなく、皮膚の状況に合わせて調整していく方法をとることを学んだと考えられる。

②がん緩和ケア

■E訪問看護ステーション

E訪問看護ステーションの相談内容と看護実践上で反映したい内容は、以下の通りとなっていた。新たに訪問看護ステーションで疼痛アセスメントシートを取り入れ、書式や観察項目を統一することで、疼痛評価ができるようになっている。

○相談内容：痛みのアセスメントの仕方

⇒看護実践上で反映したい内容：アセスメントシートや人体図を利用したい。一定の書式を用いて定点で評価していく（観察項目を統一する）。

○相談内容：疼痛コントロール

⇒看護実践上で反映したい内容：アセスメントシート用いて分析して、疼痛コントロール（正確な情報提供）に結びつけたい。鎮痛剤の効果評価を行い、隨時アセスメントしていくこと。

○相談内容：主治医との医療情報交換が少ない。痛みを緩和するためにマッサージの提案があるが、デメリットやアセスメントを踏まえ、ケアにつなげることが大切であること。

⇒看護実践上で反映したい内容：主治医との連携を主体的に実施していくこと。本人からの医療情報だけではなく、直接医療者から情報をもらい、本人の情報の信憑性をたしかめる等の視点をもってかかわるようにしていくこと。

■ F 訪問看護ステーション

F 訪問看護ステーションの相談内容と看護実践上で反映したい内容は、以下の通りとなっていた。家族との情報共有やコミュニケーションを学んでいる。医師との連携について、報告する内容や相談のタイミングを学んでいる。

○相談内容：利用者・家族と医療スタッフのコミュニケーション

⇒看護実践上で反映したい内容：職種間のコミュニケーションを密にとっていくこと。家族との連絡を密にしていきたい。

○相談内容：上肢の浮腫による体変時の疼痛に対するケア時の疼痛の軽減・ケア方法

⇒看護実践上で反映したい内容：体位変換時の肢位の注意、ポジショニングを実施していく。薬については、状況にあわせ、主治医に報告、相談していきたい。

③栄養・排泄ケア

■ H 訪問看護ステーション

H 訪問看護ステーションの相談内容と看護実践上で反映したい内容は、以下の通りとなっていた。低ナトリウムに対し、具体的なケア方法や日常生活の中でできる工夫を学んでいる。

○相談内容：嚥下力のアセスメントと嚥下力を高めるケアについて

⇒看護実践上で反映したい内容：嚥下力を高める運動や食べ物の選択により、お楽しみ程度は食べられる可能性がわかった。アセスメントの仕方、声を出す、歌う等、できそうなことがわかった。

○相談内容：低ナトリウム、尿が出すぎていること、カロリーが少ないと等、わかっているが、具体的にどうしていけばよいかわからない。

⇒看護実践上で反映したい内容：低ナトリウムに対して、白湯を注入している分をスポーツ飲料に変更する、またはしょうゆで塩分を摂取すること。

(ウ) コンサルテーションによる効果

訪問看護ステーション側からみて、今回のコンサルテーションによる効果を感じている点について、「利用者への成果」「ステーション職員への成果」「訪問看護ステーション全体への成果」に分けて回答してもらった。

(1) 利用者への成果

①褥瘡ケア

利用者の状態として、褥瘡の改善、早期対応によりびらん等の皮膚トラブルとなっていないことなどがあげられた。

- ベッド柵の間に体を入れてしまい、打撲を繰り返していた利用者について、低床のベッドを導入し、ベッド柵をはずしたところ、危険を回避することができた。
- ケア面、処置方法についてアドバイスをもらい実施することで、褥瘡の改善がみられた。
- ストーマケアをする看護師に対して信頼している。ストーマトラブル（皮膚、便もれ）などがあっても、早期に対応でき、びらんなどにはなっていない。

利用者・家族がコンサルテーションを受け入れたことや、悪化予防の指導につながったこと、家族の希望を含めゴールを設定することを訪問看護師が学んだことなどがあげられた。

- コンサルテーションについてとても感激され、受け入れられていた。処置法が大きく変わることはなかったが、注意点や今後の悪化予防などへの指導は役に立っている。
- 目標の設定の考え方、家族の希望を叶えるためにどういうゴールを考えていけるかの考え方の基礎のくみたて方は目からうろこでした。
- 今までのケアで良いとコンサルを受けたことで、看護師が自信をもってケアにあたることで、家族への安心感にもつながった。

②がん緩和ケア

利用者の状態では、利用者と看護師が一緒に疼痛のアセスメントやモニタリングすることで、痛みへの対処ができるようになったことなどがあげられた。

- 利用者がある程度、自分でペインコントロールができ、生活に変化がみられるようになった人もいた（QOL の向上）。その背景には看護師と一緒に痛みのアセスメントやモニタリングをすることで、痛みをきちんととらえ、対処につなげるようになったためと考えられる。
- チームで訪問看護をしているが、ある利用者はこれまで現実との戦いからいらだちが強く、特定の看護師にはそのストレスをぶつけていた。今回のモデル事業に参加する中で他の看護師も自分の痛みやつらさに正面から向き合ってくれたと感じたようで、自分のことやつらさをどの看護師にも伝えるようになった。
- リンパ浮腫があり、痛みを伴っていた利用者に、教えてもらったケアを活用することで、

苦痛の軽減が出来た。

- ・浮腫に対し保湿することを学び、トラブルを生じなかった。

利用者・家族については、利用者自身が疼痛のアセスメントを知ることで、自分の痛みを具体的に説明し、対処につなげられるようになったことが報告されている。

- ・利用者から現在の状況を具体的に説明してくれるようになった。
- ・ある利用者は、自分自身で痛みを分析し始め、対処法につなげられるようになった。
- ・利用者から医師へ具体的に病状と痛みとの関連性など尋ねるようになった。
- ・訪問時間に家族（主介護者）が不在のため、介護していく思いがつかみきれずに不安だったが、アドバイスにより、夫のいる時間に訪問し、思いを聞くことで在宅生活を続けられた。

その他、アセスメントシートを用い、利用者の疼痛等に関わったことで、利用者の看護師への信頼感へつながったと考えられる。

- ・今回4事例のコンサルテーションを受けたが、痛みやつらさに対し看護師がアセスメントシートを用い具体的に経時的に関わることで、利用者の言動から考え推測すると看護師への信頼感が増した印象がある。

③栄養・排泄ケア

利用者の状態では、栄養状態の改善・維持、点滴からの離脱、褥瘡の改善などの効果が報告されている。

- ・栄養状態が改善・維持できている。
- ・褥瘡が少しづつ改善傾向にある。
- ・利用者自身は、認知力に問題があるので判断は出来ないが、介護者には少し関心を持って貰えるようになった。
- ・栄養状態の改善を目指した利用者は、必要エネルギー量を出したことにより、不足分のカロリーを把握しながらPEGや経口からの栄養量を段階的に増やし栄養状態の改善に導くことができた。また同時に、必要な水分量についても算出し確保することができた。これらにより、褥瘡のサイズ縮小や体重の増加、点滴からの離脱ができるようになった。摂食嚥下障害がある高齢者では、食事摂取時の覚醒状態を改善することができ食事摂取量を増やすことができた。
- ・排泄状態の改善を目指したケアでは、腹臥位療法を取り入れた後に自然排便が見られることもあったが、持続せず十分な成果は見られなかった。

その他、利用者に応じた必要な栄養量を算出できるようになり、栄養状態の評価ができるようになったこともあげられた。

- ・栄養についてのコンサルテーションでは、必要な栄養等の数値を達成する目安にかかわっていくことにより、利用者の状態は改善した。

(2) ステーション職員への成果

①褥瘡ケア

訪問看護ステーション職員への成果として、技術・ケア内容については、創の写真の撮り方が訪問看護ステーションで共有できしたこと、おむつのあて方や装具選定を早期に実施できるなど技術が向上したことが報告されている。これまで実践してきたケア方法をコンサルタントに認めてもらったことが、ケアへの自信につながったと考えられる。

- ・ 写真の撮り方の共通認識ができた。
- ・ オムツのあて方については、特に技術が進歩したと思われる。
- ・ おおむね、今までの方法で良いという助言があり、スタッフも今まで学んできたこと、実践してきたことを評価してもらい、安心している。
- ・ 以前よりも技術は向上したと思われる。装具選定も早目に予測して行っている。

職員の知識・理解については、具体的に自分自身のケースやケアに結びつくようなコンサルテーションの内容により、理解が深まっている。また、さらに文献検索をするなど自分たちで学ぶ意欲へつながっている。個別にコンサルテーションを受けたことを、自発的にカンファレンス等で共有し、ステーション全体として共有できるようになったことなどの波及効果もあげられた。

- ・ 排泄（尿、便）と、その生理、解剖などの基礎的な知識を得ることができ、さらに文献の検索などへの意欲につながった。
- ・ 今までの自分たちのケアを評価してもらうことで、安心、自信につながっている。
- ・ 新しい知識については、個別に受けたことをカンファレンスで伝達講習し、ステーション全体で共有することが出来た。（これはスタッフが自発的に行い、うれしかったこと）
- ・ 2～3年に1度、外部講師を招きスタッフ全員が研修を受けている。しかし、受け持ちがないないと、他人事のように聞いているということがあった。今回は、各事例に基づいて具体的な助言であり、また予防の点で活用する工夫（オムツのあて方など）があったので、全員が自分のケースを振り返り、考えを深められたと思う。
- ・ 個別相談では、わかりやすく説明してもらい、勉強会でもアセスメント方法等全員が共通理解する上でよい講義だった。
- ・ ストマ交換時の観察ポイントを再確認できた。
- ・ 勉強会を通して、また、アドバイス頂いたことで、ストマやストマ交換方法、指導のポイントなどを学び理解することができた。自分自身、パウダーの使い方について誤っていたことがわかった。
- ・ 排泄ケアに興味を持って、知識、理解していった。排泄ケアから利用者全体を把握して継続ケアを行った。
- ・ 1ヶ月に1項目向上しようという目標の時間軸を忠実に守ってくれた。

②がん緩和ケア

職員の知識・理解については、アセスメントシートを用いること、病態整理から理解することで、利用者を生活者として全体像をとらえようとするようになったことなどが報告された。

「コンサルテーション確認チェックリスト（業務基準）」や「STAS-J」を知ったことなどにより、今度取り組むべきことの認識にもつながっている。

- ・ 「アセスメントしていたつもり」「分かっていたつもり」「利用者を尊重していたつもりが後追いになっていた。」と改めて”つもり”だったと思ったスタッフにとって、自分たちの振り返りになった。
- ・ まず病態整理を押さえることが大事だという事を改めて認識できた。
- ・ 痛みの種類（内臓痛、体性痛、神経障害性疼痛）などについて事例を通し学習することで、多角的な視点で見ていくようになった。また、その痛みによる生活障害にも目を向けることで、より生活者として全体像をとらえようとするようになってきた。
- ・ アセスメントシートを埋める作業が面倒だ、分かりづらい等といっていた人も、作業に加わってシートの記入を行い、意見を出し統一したアセスメントシートができた。
- ・ グループ看護のあり方について、関係する看護師が全て同じではなく、それぞれの役割で関わっていいということ、自分の得意不得意があってもいいこと、コミュニケーションが取れなければ心地良いケアからはいることもよしなど、又、関わった看護師の情報を集めて利用者の全体を捉えていくとよいなどが、まとめのコンサルテーションで聞けて、スタッフに抵抗なく受け入れられた。
- ・ 「コンサルテーション確認チェックリスト」や「STAS-J」を知った事により、今後取り組んでいくことがみえた。
- ・ 家族やご本人の反応について振り返り、ニーズの確認ができた。
- ・ がん疼痛のアセスメント、複雑症状のアセスメント（呼吸苦、悪寒、不穏）を学んだ。
- ・ 症状悪化に伴い、受診をすすめていたが、倫理的な思考のもと、利用者の意志を尊重することの医療者としての判断を導いた。

職員の技術・ケア内容については、疼痛アセスメントとケアが結びつき、ケアの効果を実感することができている。

- ・ 具体的にアセスメントシートを利用し、どのように利用者にモニタリングしているのか、他のスタッフから話を聞くことができ、利用者とのコミュニケーションに役立っている。
- ・ 医師との連携について積極的に関わるようになった。
- ・ ステーション全員が集まる朝ミーティングの時間を使ってコンサルテーションを行ったことで、全員が4事例のアセスメントと評価を共有する機会となった。
- ・ 利用者の反応の変化や疼痛アセスメントとケアの結びつき、ケアの効果の有無などを実感をもって報告できた。
- ・ ケアの効果（薬物療法以外の温罨法や姿勢の工夫等）も痛みの出現の有無や変化をとら

えて行っていた。

- ・浮腫に対するケアを学んだ。
- ・看取りが近づく利用者のサポートは、本人の言葉数が少なくなり、提供しているケアに不安を感じることがしばしばあるが、実施しているケアの意味、意義を振り返ることができ、自信をもってかかわることができた。

その他、コンサルタントの話により、訪問看護ステーションにおいて言葉が共通言語として認識され、職員の知識となっている。また、コンサルテーション終了後も学習を自主的に継続していく意欲につながっている。

- ・チームで看護することの有効性、またはチームの中での自分の役割などを改めて考えさせられ、認識することができた。(チームメンバーに自分の気持ちを率直に伝えること、一人でつらさを抱え込まないことが大切)
- ・朝のミニケースカンファレンスや学習(約30分)を今後も充実させ、継続していくたい。
- ・コンサルタントから同時に話(共通言語)を聞くことで、スタッフ全員がその内容を共通理解でき、視点が統一された。
- ・主任を中心として、疼痛アセスメントシートの様式を決めて、今後、当ステーションとして共通で使用することを提案していた。
- ・今後は全員がこれを活用していこうという合意まで達成できた。
- ・行われていたケアの意義の振り返りができた。

③栄養・排泄ケア

職員の知識・理解については、利用者の必要栄養量を根拠をもって算出できるようになっている。

- ・栄養について:今まで体格を見ながらこれぐらいのカロリーは必要で、資料をみながら食品を勧めたり、目安でこれぐらいは取れているかなと、日ごろの多忙に甘え、漠然と進めて行っていたと思う。今回のコンサルテーションでしっかりと根拠を元に進めていく必要性を再認識した。それが一番の成果だった。
- ・排泄について:アドバイスを元に実践し、こういうやり方もあるのだと参考になった。今後同じような対象者に早期から実践できると思う。

職員の技術、ケア内容については、必要なエネルギー量に応じ、栄養状態を評価しケアへつなげられている。排泄ケアでは、排便を促すケアを取り入れたり、家族への働きかけもできている。

- ・実践として使用できる資料をその都度迅速にもらいとても参考になり直ぐに利用者に試行することができた。また、朝のショートカンファレンスで報告したりしていたのでスタッフの意識の変容になったと思う。今後も対象の利用者がいたら実践していこうと思う。

- ・期間が短かったので技術・ケア内容まで評価することは出来なかったが（初段階）を作ってもらった。
- ・栄養のコンサルテーションの中で、寝たきりの高齢者の推定身長を出す方法やそこから必要なエネルギー量を出す方法を獲得し、高齢者の栄養ケアに役立てることができた。また、安全に経口摂取量を増やすために、覚醒度を改善させる皮膚のアイスマッサージを取り入れたり、ケア提供者（家族・ヘルパー・訪問看護師）の中で役割を分担し調整することもおこなわれていた。
- ・排泄（排便）のケアにおいては、食物繊維を経腸栄養の中に考えながら取り入れ調整していく姿が見られていた。また、排便を促すために車いすによる腹臥位や半側臥位などの腹臥位療法を取り入れ家族に働きかけていた。

(3) 訪問看護ステーション全体への成果

①褥瘡ケア

これまでの実践してきたケアをコンサルタントに認めてもらうことで、自信をもって利用者に関わることができるようになったことなどが報告されている。

正しい知識を勉強会により訪問看護ステーション全体として共有できている。事例により個別にコンサルテーションを受けた内容を、職員全体で共有し、それにより訪問看護ステーション全体として統一した知識を持つことができている。

〈訪問看護ステーションの評価〉

- とても参考になり、知識・技術ともに役立った。しかし、家族への指導となると、経済面、介護力の問題から実践が難しく、その家のやれる事をポイントをしぼって応用していく必要性を感じた。
- プラスのストロークをたくさんもらい、スタッフが自分達のケアに自信を深めた。それに加え、コンサルの内容を伝達講習しあうことで、より確実な知識を持って、適切なケアを提供できるようになった。カンファレンスでも活発に意見交換したり、報告ができるようになった。
- ステーションのチームワークが以前よりも高まったと思う。
- ストーマ交換方法や各種メーカーのストーマ用品など勉強会を通して正しい知識を得たため、(統一の)実践やサービス内容について見直しができたと思う。
- 今まで行って来たことの確認や、解決しないことなどにアドバイスを頂き、安心や改善が出来た。

〈コンサルタントからの評価〉

- 看護師の経験に差があるが、チームワークよく看護を行っていた。契約直後のカンファレンスにより、看護方針が明確になっていった。訪問看護師の役割について、わかりやすい言葉で率直に話し合う習慣ができた。また、利用者家族にも率直になんでも説明していた。
- 各利用者の課題や問題が挙がってから解決するという姿勢から、訪問看護開始時から課題や計画を明確にしたいという管理者の考えがスタッフにもつながると感じた。

②がん緩和ケア

訪問看護ステーションとして、統一した疼痛アセスメントシートを用いることにより、同じ視点で利用者の疼痛アセスメントをすることができる。

今後の課題として、訪問看護ステーション独自のマニュアルを作成していくことが望まれる。

〈訪問看護ステーションの評価〉

- これまで痛みの表記がバラバラ（自由記載）であったが、同じ視点で多角的に時系列に観ることができるようにアセスメントシートを選定し利用することにした。そのアセスメントシートを、場合によっては医療機関への情報提供のツールとして利用しようと思っている。

〈コンサルタントからの評価〉

- ステーション全員が集まる朝ミーティングの時間を使ってコンサルテーションを行ったことで、全員が4事例のアセスメントと評価を共有する機会となった。
- 主任を中心として、疼痛アセスメントシートの様式を決めて、今後、当ステーションとして共通で使用することを提案していた。今後は全員がこれを活用していこうという合意まで達成できた。

③栄養・排泄ケア

高齢者の必要エネルギーを算出することができるようになり、ケアを考えることができるようになっている。

個々の利用者の状況をアセスメントし、ケアにつなげ改善していくことは課題となっている。

〈訪問看護ステーションの評価〉

- より専門性を高めていく必要性の意識が高まった。コンサルテーションを受けた内容に対しスタッフ間で同じような利用者に対して実践可能かどうか意見交換や情報交換などを行う場面が増えた。
- 少しでも質の高い看護サービスが提供出来る様にと日々努力はしてきたつもりでも確かな部分が抜けていた。質の高いサービス提供とはこういった過程を踏むことであるとヒントをもらった。

〈コンサルタントからの評価〉

- これまで高齢者の栄養へのケアが大まかに感覚的にしか行われていないことが認識された。
- 高齢者の身体状況に応じた必要エネルギー量の算出法を紹介したことによって、現状の栄養状態や実際の栄養補給量を書き出し正確に把握することに取り組めるようになった。
- 排泄ケアに関しては、食物繊維を計算したり水分量を計算したりということに積極的に取り組めた。介入中に下痢となつたとき、食物繊維量を減量し再び便秘になつたときは、食物繊維以外へのアセスメントがどの程度であったのか、下痢を誘発するアセスメ

ント全般についての不十分さがあった。

(エ) コンサルテーションの仕組みへの期待・希望

今回モデル事業でコンサルテーションを受けた訪問看護ステーションからは、コンサルテーションの仕組みが制度化され、訪問看護ステーションの質の底上げになることへの期待があげられた。また、コンサルタント側からも今回のモデル事業を通じて、コンサルテーションの仕組み・方法等に関する意見があげられた。

①褥瘡ケア

訪問看護ステーションからの期待・希望として、コンサルテーションを受けることにより、サービスの質向上につながることから、制度化され、全体の訪問看護ステーションの質の底上げになることが望まれている。

- ・ 年数回でも定期的にコンサルの機会があれば、確実にサービスの質向上になる。またスタッフの意識も変わる。しかし、コンサル費用が訪問看護ステーションの持ち出しでは全ての訪問看護ステーションが受けすることは難しい。是非制度化され、全体の質の底上げになればよいと思う。
- ・ コンサルテーションの方法として、症例を通しての勉強会開催や、同行訪問によるアドバイスなどが行われるとよい。

コンサルタントからの期待・希望は、コンサルテーションの方法として、ケースカンファレンスは効率的であり、同行訪問に比べコストパフォーマンスも良好であろうという意見や、コンサルテーションをうまく進めるには、管理者の事業所としての方針が明確であることが重要であるといった意見などがあげられた。さらに、コンサルテーションを受けた結果、利用者のケアにどのように反映されたか評価が行われるべきであるという意見もあった。

- ・ 話し合われた内容がどのように利用者に反映されるのか確認できるようにする必要がある。
- ・ ケースカンファレンスを継続的に行なうことは、時間の効率とコストパフォーマンスも良好であろう。ケースカンファレンスによるコンサルテーションを成功させるためには、管理者の看護、サービスの方針が明確であることが重要である。
- ・ 同行訪問を主とした介入方法では、同行訪問中に看護師がコンサルタントからの指示を受けたいという発言が多く、学習の効果が失われると感じた。また同行訪問前後に話し合いの時間がもてなければコンサルトの効果が現れないと考える。

②がん緩和ケア

訪問看護ステーションからの期待・希望としては、具体的な事例を通じて理解を深める機会として、コンサルテーションの仕組みができるとよいという意見や、特にがんの領域では利用者の状態は変化しやすく、今回のモデル事業のような短期間では事例を通してのコンサルテーションが十分行えないため、1年を通じてコンサルテーションを受けたいといった回答であった。

- ・自ら学習することはもちろん大切であるが、個々のステーションの自助努力だけでは、看護スキルを高める学習には限界がある。得た知識を現場にどう生かしていくのかが悩みもある。コンサルテーションを受けることにより、具体的に事例を通して話し合うことができ、より理解を深め実践につなげることができるとよい。
- ・地域の中核病院に在籍する認定（専門）看護師が地域のステーションのコンサルテーションを担ってもらえた在宅医療・看護の質を上げていくのに有効と考える。今後住院期間の短縮をうたう医療政策の中、医療依存度の高い利用者が安心して地域で生活できる仕組みづくりのために、認定看護師・専門看護師の活躍に期待したい。
- ・期間は3ヶ月ではとても短く、もっと色々な刺激を受けたかったという思いがある。特にがんの領域では、利用者を決めていても入院になり、やりたかった事ができないことがある。1年を通じてかかわって欲しいと思う。
- ・実際のケースを通じて行うのが有効だと思う。講義だけでは他の勉強会への参加で補えるので、同行訪問することで、看護師に足りないことを指導していただきたい。

コンサルタントからの期待・希望として、最初の段階の話し合いにおいて、コンサルタントと相談者が目標を共有することが重要であるという意見や、コンサルタント、訪問看護ステーションとともに、コンサルテーションを時間を意識的に確保しなければ、十分な成果は得られないだろうといった意見がみられた。

- ・コンサルタントと相談者は、最初の話し合いで、十分目標を共有することが大切であり、第1回目の話し合いは重要である。
- ・管理者とともに、スタッフの中で核になるメンバーを交えて会議をもつことが必要であり、有効である。コンサルタントの能力やコンサルタントから学びたい内容についての意識付けのために学習会が必要である。
- ・学習会や定期的な事例検討を行った上で、ニーズのある時に応じるコンサルテーション体制に結びつけられるとよいのではないか。
- ・コンサルタントとしての時間の確保が重要である。不規則な対応時間では訪問ステーションスタッフも多忙さを極めて活動しているため、コンサルテーションを受ける時間がストレスに感じてしまう可能性がある。

③栄養・褥瘡ケア

訪問看護ステーションからの期待・希望として、実践の過程を相談・指導してもらうコンサルテーションの仕組みがあれば、エビデンスに基づく看護の提供ができるといった回答などがみられた。

- ・ 研修等で学んだことを実践してもその後の評価や評価を行っても次にどう生かしていくかなど自分たちだけでは戸惑うことが多く諦めてしまうこともあるため、実践の過程を相談・指導してもらえる仕組みがあれば、新しい知識を取り入れながらエビデンスに基づいた看護の提供ができる。また、スタッフのモチベーションの維持が得られると思うので今後も体制として確立してほしい。
- ・ 自分たちで努力しても成果が上がらず、病状的に複雑で一筋縄では成果の上がらない利用者のコンサルテーションを受けたいと思う。入院になつたり、実践の途中で状態が変化したりで進まないことが多いのではと思うので成果主義での評価は難しいと思う。コンサルテーションを受け、しっかり実践し、記録に残して行っていることが証明されることで報酬は可能かと思う。
- ・ コンサルタントとの電話相談だけではなく、数ヶ月に1回程度の勉強会の実施。
- ・ 専門性のあるケア研修が衛星通信などどこでも受けられる。

コンサルタントからの期待・希望として、相談者のレディネスとして、主体的に受ける姿勢が重要であるといった意見がみられた。

- ・ コンサルタントが介入する際、フィールドまでの交通、コンサルテーションを行うための時間の確保の困難さがあった。介入事例については訪問看護に同行するようにし、2回目のコンサルテーションも対面で行った。しかし、この方法ではフィールドまでの移動時間（約90分）が必要な場合には、コンサルタント所属施設の仕事との両立が難しかった。その後、他の介入方法を知り、電話やメールを活用することによりコンサルテーションのペースは週に1回と安定し行うことができた。ただ、新規事例についてケアの場を見ない状況では、相談者からの観察量によりコンサルタントの情報量やアセスメントに限界が生じ、また、栄養と排泄以外のケアに時間がかかり訪問時間の制限から相談者がコンサルトで得たケアを実施できないこともあった。
- ・ 訪問看護師がコンサルテーションで受けた内容を実施するには、コンサルテーションで受けた内容にどれくらい関心が持てるか、その領域の知識を理解し現場に適用する意識が持てるかが重要となる。このような訪問看護師のケアへのレディネスを育成するには、ケアの効果を見ながら実践時間の蓄積で育成するのか、研修時間（コンサルタントを講師とした勉強会など短時間で）とケアの実践の両輪でしていくのかどちらかとなる。いつでもコンサルタントに相談できる体制を確保するとともに、訪問看護師からの能動的なシステムの活用の姿勢が持たれるかどうかも今回の仕組みを浸透させていく上では課題となってくるように思われた。

(才) 専門性のあるケアを提供するのに必要なステーションの体制・業務の課題・意見

訪問看護ステーション側に、訪問看護ステーションにおいて専門性のあるケアを提供するのに必要なステーションの体制・業務の課題等について回答してもらった。ステーションの体制としては、スタッフ確保や研修の定期的な受講、スキルチェックの必要性などがあげられ、ステーションの業務内容としては、専門性のあるスタッフの確保やモニタリングによるケアレベルの向上などがあげられた。

① 褥瘡ケア

○ ステーションの体制（支援体制・職員研修等）

- ・ スタッフの定期的なスキルチェック・確認を行う。専門性の高さを維持するためのセミナー、学会等へ参加する。
- ・ 認定課程の進学支援について、必要なことなので、会社（事業所）として、給与保障して進学支援出来れば良いが、財政面では難しい。
- ・ スタッフの確保や研修におもむき、知識の向上に努めて、より、利用者に適し、合わせられるケアを提供できるよう努める必要があると思う。
- ・ 研修の必要性は大きいが、日々の訪問業務が時間ぎりぎりで組まれるため、なかなか研修に参加することができない。

○ ステーションの業務内容（ケアのレベル・業務内容等）

- ・ ケアレベルについては、カンファレンス・記録内容とともに、モニタリングで同行訪問をしていく。
- ・ ケアレベルを向上していくには、ステーション中にも、それぞれ専門性のあるスタッフがいることで、ケア全体のレベル向上が望められると思う。そのためには、研修や資格確保など知識の向上に努めていく必要があると思う。

○ その他

- ・ バックアップとして、メールのコンサルタントが可能であればよい。
- ・ 訪問看護ステーション内では、月1回勉強会を実施して事例検討、基礎知識など深めている。

②がん緩和ケア

○ ステーションの体制

- ・ 研修時間の確保（共通理解を持つことが大切なのでなるべく全員で受けたい）と医療機関との連携が必要である。
- ・ 計画性のある教育体制（例、認定看護師）を作る必要性がある。
- ・ 当ステーション独自の緩和ケアマニュアルを作成したい。
- ・ 管理者の考え方方が明確で、コンサルテーションを受けて、何を目指したいのかを明言できること。時間の調整やスタッフへのオリエンテーションをしっかりできること。今回は、3人一組の看護師グループに対して、コンサルテーションを行うことを、管理者と主任、コンサルタントで合意したことがよかったです。
- ・ 研修に対しても、情報提供して積極的に参加を促しており、勤務終了後の夕方でも、熱心なスタッフは、参加できていた。（担当地区の基幹病院が行う緩和ケアセミナーなど）
- ・ 講義を受けて、効率的なツールを使う必要性は認識されていても、実践に結びついておらず、有効に活用できていない。使用しながら、指導が行えれば、もっと有効な時間活用ができるのではないか。

○ ステーションへの業務内容（ケアのレベル・業務内容等）

- ・ 標準の看護計画の立案（質の確保）、同行訪問（ステーション内・外）、看護技術の向上（より安全・安楽なケア）を行うことが必要である。
- ・ がん患者を3人一組のグループで担当していた。個々の看護師の力量や継続勤務年数のちがいを考慮して、グループを組み、皆ががん患者のケアを体験できるようにしていた。ベテラン看護師のケアのパターン化を防ぐために、最近の臨床の知識を若い看護師が発揮しやすいように意図していたが、このコンサルテーションを通じて、第三者から知識提供やケアの評価をしてもらうことをきっかけにして、スタッフ同士の情報共有の必要性に気づき、グループ内の話し合いが実行できている。
- ・ コンサルテーションにより疼痛アセスメントや病態の理解をしたうえで、在宅ケア中の評価を伝える動機付けが高まり、要点がつかめたという管理者の感想があったので、コンサルテーション終了後にも、継続できることが重要である。
- ・ 管理者と相談しながら、円滑にアドバイスを受けており、困難なコミュニケーションの場合では管理者が同行訪問するなどを積極的に行ってはいたが、管理者の経験や知識による限界があると考えられた。
- ・ 多くの往診医とチームを組み、矛盾を感じながらも、往診医の考え方には左右されている。直接利用者と関わりをもつ専門職としての意見に自信がもてるとい。
- ・ 保険点数はついてないが、グリーフケアは必須の事項として行っていた。
- ・ 在宅という場で、利用者、家族と関わるため、深い関わりになり、そのことが、ケアの質にもつながっているが、看護師のストレスになることも予測され、外部からのスタッフサポートのニーズは高いのではないかと感じられた。

○ その他

- 専門看護師のコンサルテーションを受けるということ以外に、病院との人材交流を図りたい。
- 臨床看護師経験を何年かして、訪問看護ステーションへのローテーションを行い、臨床と在宅ケアの両方のキャリアをもつ看護師を増やしたい。
- 訪問看護ステーションの管理者として、管理コンサルテーションを受けたい。

③栄養・褥瘡ケア

○ ステーションの体制（支援体制・職員研修等）

- 当ステーションはターミナル・リハビリ・ハイケア・小児・認知症など精神以外の分野に長けられるようスキルの向上に努めスタッフの意欲に応じて担当を振り分けている。しかし自分たちだけでは限界があり全てが中途半端になってしまっているように思う。
- 栄養と排泄へのケアについて専門性をもたせるためには、まず、ステーションの管理者がこの領域のケア方法に关心を持ち、ケアが提供されている利用者のケア状況を大まかにでも把握し、職員にコンサルテーションを勧められることが必要となる。さらに、コンサル内容の理解を深め、実践できるモチベーションを高めるためには、栄養と排泄のケアの基本およびケア展開の方法についての研修を並行して受けていることが効果的のように思われる。このような研修を受け利用者に実践しケアの効果を感じることができれば、訪問看護師の実践能力も高まり自信を持つことができるのではないだろうか。

○ ステーションの業務内容（ケアのレベル・業務内容等）

- ケアのレベルが上がって利用者・家族からも信頼感が高まる。地域への訪問看護の浸透も深まる。
- ステーションのランク付けにはならないか懸念される。
- コンサルトによるケアの評価を行ってほしい。
- 一領域の専門性だけではスタッフが集まらない。栄養・排泄は全ての利用者に応用可能だが、がん緩和・小児などそれほど利用者が発生しない。
- 1ステーション内で複数の専門性のあるケアの提供ができる体制がよい。一領域だけ専門性があっても利用者は複数を必要とする人がいる。スタッフはそれだけの力量を持っている。
- 2-3ヶ月毎に確かな力となるまで勉強会を行ってほしい。
- 利用者の病態に応じた必要エネルギーや水分量、便秘を改善させるために必要な食事・運動・腸内細菌について意識できるようになった。訪問看護で提供されるケアの中心の清潔ケアは排便処理が中心で所要時間も長いため、今回の介入までは栄養ケアについて知識に基づいたケアということが十分に提供されてこなかったように見受けられた。
- 栄養状態の把握が大まかで、栄養状態改善に向けたケアが点滴に頼りがちな傾向があった。しかし、その割には点滴で確保できるカロリーの把握は十分でないといったこともあった。

- ・ 清潔のケアも排便処理のケアも栄養が基本になっているところも多いため、栄養のケアによる身体づくりをもう少し意識して取り組まれてはどうかと思われた。

(2) コンサルテーション確認チェックリストの活用

本モデル事業では、コンサルテーションをすることによる「看護師のアウトカム」「患者のアウトカム」の2つの面から、事前・事後の評価を行った。

以下に、各領域でコンサルテーション確認チェックリストを活用した例を掲載する。

① 植瘍ケア

大項目	看護師のアウトカム		看護師の実践の状態		患者のアウトカム		患者の状態		備考
	中項目	小項目	前	後	小項目	前	後		
I 身体・植瘍の状態	看護職の目標	□植瘍の看護目標を作成した。	×	○	□植瘍が改善、治癒する		はい		
		□植瘍の看護計画を立案した。	×	○	□植瘍治療、予防のための介護上の問題を解決できる		はい		
	身体・植瘍状態の観察				□疾病的安定		はい		
		□植瘍の局所記録を開始した。	×	×	□表面積の縮小、肉芽、表皮化進行		はい		
		□観察の頻度を決めた。	×	○	□得点が下がる		はい		
					□植瘍の新規発生がない		はい		
	薬剤治療・処置	□医師と方針について話し合う	×	○	□処方通りの服薬ができる	いいえ	はい	(前)医師と話し合う方法がわからなかった	
		□方針を記録に書いた。	×	×	□診療計画どおり実施される		はい		
		□往診(受診)の回数を決めた。	×	×	□必要な頻度のガーゼ交換が実施される		はい		
		□必要な衛生材料が家庭に置かれた。	×	○					
		□必要な薬剤が家庭に置かれた。	×	○					
II 植瘍の改善への働きかけ	体圧分散	□食事の摂取内容を把握する方法を決めた。	×	○	□変化なし、あるいは改善		はい		
		□水分の摂取内容を把握する方法を決めた。	×	○	□摂取量が変わらない		はい		
		□栄養状態を把握する方法を決めた。	×	○	□低栄養症状がない(浮腫、るい瘦等)		はい		
					□水分1000ml以上摂取する		はい		
					□体重の著明な低下がない、あるいは皮下脂肪の変化がない				
	摩擦ずれ	□全身用の除圧マットを準備する	×	○	□変化なし、あるいは改善		はい	開始すぐ	
		□除圧マットの使用方法を説明した。	×	○	□寝具上で創部体圧30mmHg以下、あるいは発赤なし		はい		
		□効果の確認をした。	×	○	□創部が下になっていない		はい		
					□体圧分散寝具の底づき、空気の入りすぎがない		はい		
	清潔	□車椅子要の除圧マットを準備する	×	×	□骨突出部に発赤がない			不要	
		□摩擦の実事を把握した	○	○	□体位交換時に仙骨部がずれない		はい		
		□すれ摩擦があることを予測した	○	○	□キヤン・アップ30度以下か90度保持				
		□すれ摩擦への問題解決を検討した		○	□移動時創ずれない				
					□座位時姿勢保持できる				
III 日常的ケアの継続	排泄	□清潔の方法を決めた。	×	○	□皮膚の乾燥がない				
		□誰が行うか決めた	×	○	□他に植瘍発生なし		はい		
		□間隔を決めた	×	○	□創周囲に落垢がない				
					□週に1回は入浴もしくはシャワー浴		はい		
	家族支援・指導	□尿の回収方法の工夫をした	×	○	□変化なし、あるいは改善				
		□便の回収方法の工夫をした	×	○	□創部が排泄物による汚染なし				
		□失禁装具が適切に使用可能	×	○	□おむつの枚数での圧迫、ずれなし				
					□下痢によるスキントラブルなし				
	理学療法	□ADL拡大のための工夫をした	×	○	□転倒しない				
		□患者が動きやすい方法を工夫した。	×	○	□拘縮がない、もしくは悪化がない				
		□衣服の工夫をした。	×	×	□ADLが拡大する				
		□植瘍治療の見通しを話した。	×	○	□本人・家族が不安、ストレスを伝達可能				
		□植瘍についての基本を話した。	×	○	□可能なセルフケアが行える				
	安全の確保	□各職種の役割を話した。	×	○	□適切な社会資源の活用ができる				
					□適切な専門家の援助が受けられる				

褥瘡ケアにおいては、WOC認定看護師によって通常活用されている介入評価指標を用いて看護師の変化と患者の変化を捉えることを試みた。テクニカルサポートによるコンサルタントの介入前後で看護師のアセスメント能力や新たなケア技術の獲得を示す効果として、「×」→「○」に変化している項目が多く見られた。

特に看護計画の立案や必要な衛生材料の確保、対象者の創局部だけでなく、全身状態として栄養状態の把握ができるようになったことが示された。また創の悪化防止として除圧や清潔・排泄などケアの方法の改善、日常的なケアを継続できるように家族指導ができるようになったことが示されていた。

また、患者の変化も同様に褥瘡の状態の安定や改善が示されていた。しかし未記入や評価不可能の項目が見られた。

以上のことから、看護師の変化が大まかに把握できた一方で、患者の創の回復・改善の状態が十分に把握できない結果となった。それは看護師の変化は、介入前後の相対的な評価で捉えることが可能であるが、患者の状態改善に至るかどうかを把握するためには、今回用いた看護師の変化をベースにした評価方法では、変化を捉えるには不適切な方法であると考えられた。つまり、これらの項目の活用は、褥瘡ケアに実施にあたり、経時的に変化を追っていくときに用いる評価項目であり、創の変化や療養環境に応じて、看護師自身が「いつ、何の目的で、何を実施したか」という意図的プロセスを記録していくよう作られている。したがって、今後は、看護師の実践のプロセスの中で、創の状態の変化を記録していく方法で看護師自身が患者の変化を捉え、チェック項目として活用できるように修正し改善していく必要がある。

②がん緩和ケア

訪問看護ステーション E

訪問看護ステーション F

小項目	看護師の実践の状態	
	前	後
1 痛みをスケールを用いて定期的にアセスメントし、記載している。	○	○
2 痛みの管理がマニュアルやWHOの除痛管理ラダーに基づいてできている	×	×
3 痛み以外の身体症状(全身倦怠感、恶心・嘔吐、便秘、下痢、浮腫、呼吸困難等)を定期的にアセスメントし、記載している。	○	○
4 痛み以外の身体症状の管理マニュアルに基づいてできている。	×	×
5 精神症状(せん妄、抑うつ、不安、不眠等)をティ規定にアセスメントし、記載している。	○	×
6 精神症状の管理がマニュアルに基づいてできる	×	×
7 アロマセラピー、リラクゼーション、セラピューティックタッチなどの代替ケアを積極的に取り入れ、実施している。	×	○
8 日常生活に関するセルフケア能力を定期的にアセスメントし、必要時サービスを導入している。	○	×
9 家族の介護・ケア能力について定期的にアセスメントし、記載している。	○	×
10 家族に対して介護・ケアの方法についてマニュアルを用いて指導している	×	×
11 家族に現在起こっている痛みやその他の症状について説明している。	○	×
12 家族に適切な時期を見計らって死までの経過説明をしている。	×	×
13 遺族のグリーフケアを実施している。	×	×
14 本人の死亡場所の希望を確認し、記載している。	○	○
15 家族の死亡場所の希望を確認し、記載している。	○	○
16 本人が予後や死への不安について表出する機会を作ることができる。	×	×
17 家族が予後や死への不安について表出する機会を作ることができる。	×	×
18 麻薬を扱うかかりつけ医と連携をとることができる。	○	○
19 緩和ケア方針やケア計画をかかりつけ医と共有している。	○	×
20 緩和ケア方針やケア計画をケアマネジャーと共有している。	○	×
21 緩和ケア方針やケア計画をヘルパーと共有している。	?	×
22 ボランティアがチームメンバーとしてケアに参加している。	×	×
23 入退院時に病院と緩和ケア方針やケア計画について情報交換を行う(退院前訪問を含む)	○	○
24 チームで定期的に緩和ケア方針やケア計画を確認・修正している。	×	○
25 チームで定期的に緩和ケアについて学ぶ機会を持っている。	×	○
26 患者が適切な緩和ケアを受けられるように(人権擁護のために)、代弁者としての役割を果たすことができる。	×	×
27 患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができる。	○	○
28 患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができない場合でも、最期の状況の意味づけをすることができる。	×	○
29 チームで、デスカンファレンスを行い、記載している。	×	○
30 事業所内で定期的に緩和ケアを振り返る機会を持っている。	×	○

小項目	看護師の実践の状態	
	前	後
1 痛みをスケールを用いて定期的にアセスメントし、記載している。	×	×
2 痛みの管理がマニュアルやWHOの除痛管理ラダーに基づいてできている	○	○
3 痛み以外の身体症状(全身倦怠感、恶心・嘔吐、便秘、下痢、浮腫、呼吸困難等)を定期的にアセスメントし、記載している。	×	×
4 痛み以外の身体症状の管理マニュアルに基づいてできている。	×	×
5 精神症状(せん妄、抑うつ、不安、不眠等)をティ規定にアセスメントし、記載している。	○	○
6 精神症状の管理がマニュアルに基づいてできる	×	×
7 アロマセラピー、リラクゼーション、セラピューティックタッチなどの代替ケアを積極的に取り入れ、実施している。	×	×
8 日常生活に関するセルフケア能力を定期的にアセスメントし、必要時サービスを導入している。	変化があつた時に、定期的ではない	変化があつた時に、定期的ではない
9 家族の介護・ケア能力について定期的にアセスメントし、記載している。	×	×
10 家族に対して介護・ケアの方法についてマニュアルを用いて指導している	○	○
11 家族に現在起こっている痛みやその他の症状について説明している。	○	○
12 家族に適切な時期を見計らって死までの経過説明をしている。	△	△
13 遺族のグリーフケアを実施している。	○	○
14 本人の死亡場所の希望を確認し、記載している。	○	○
15 家族の死亡場所の希望を確認し、記載している。	○	○
16 本人が予後や死への不安について表出する機会を作ることができる。	△	△
17 家族が予後や死への不安について表出する機会を作ることができる。	△	△
18 麻薬を扱うかかりつけ医と連携をとることができる。	家族へ指導されていることを共有	家族へ指導されていることを共有
19 緩和ケア方針やケア計画をかかりつけ医と共有している。	○	○
20 緩和ケア方針やケア計画をケアマネジャーと共有している。	○	○
21 緩和ケア方針やケア計画をヘルパーと共有している。	ケアマネジャーを通して	ケアマネジャーを通して
22 ボランティアがチームメンバーとしてケアに参加している。	×	×
23 入退院時に病院と緩和ケア方針やケア計画について情報交換を行う(退院前訪問を含む)	○	○
24 チームで定期的に緩和ケア方針やケア計画を確認・修正している。	定期的ではない	定期的ではない
25 チームで定期的に緩和ケアについて学ぶ機会を持っている。	×	×
26 患者が適切な緩和ケアを受けられるように(人権擁護のために)、代弁者としての役割を果たすことができる。	○	○
27 患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができる。	○	○
28 患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができない場合でも、最期の状況の意味づけをすることができる。	○	○
29 チームで、デスカンファレンスを行い、記載している。	×	×
30 事業所内で定期的に緩和ケアを振り返る機会を持っている。	×	×

がん緩和ケアにおいて用いた看護師の変化は、これまでの研究成果を検討した結果、「がん緩和ケア専門特化型訪問看護ステーションの施設基準」として示されている指標で評価を試みた。その結果、テクニカルサポートの前後で通常は「×」→「○」に変化すると期待していたが、実際は「○」→「×」に変化している項目が見られたことが特徴であった。それは、がん緩和ケアでは、このコンサルテーション確認チェックリストを訪問看護ステーション職員とともににつけており、コンサルテーション前には「○(できている)」とス

テーション職員自身が考えていた内容が、コンサルテーションすることで「できていない」ということに気づき、コンサルテーション後には「×（できていない）」という評価につながったことが報告されている。コンサルテーションによって得た知識や技術を活用すると、これまで気づくことができなかった精神症状に関するアセスメントや家族の介護、ケア能力に関するアセスメントがあることに、看護師や所長自身が気づいたことがある。

訪問看護ステーションG

小項目	看護師の実践の状態	
	前	後
1 痛みをスケールを用いて定期的にアセスメントし、記載している。	○	○
2 痛みの管理がマニュアルやWHOの除痛管理ラダーに基づいてできている	○	○
3 痛み以外の身体症状(全身倦怠感、悪心・嘔吐、便秘、下痢、浮腫、呼吸困難等)を定期的にアセスメントし、記載している。	○	○
4 痛み以外の身体症状の管理マニュアルに基づいてできている。	×	×
5 精神症状(せん妄、抑うつ、不安、不眠等)をティ規定にアセスメントし、記載している。	×	×
6 精神症状の管理がマニュアルに基づいてできる	×	×
7 アロマセラピー、リラクゼーション、セラピューティックタッチなどの代替ケアを積極的に取り入れ、実施している。	○	○
8 日常生活に関するセルフケア能力を定期的にアセスメントし、必要時サービスを導入している。	○	○
9 家族の介護・ケア能力について定期的にアセスメントし、記載している。	○	○
10 家族に対して介護・ケアの方法についてマニュアルを用いて指導している	○	○
11 家族に現在起こっている痛みやその他の症状について説明している。	○	○
12 家族に適切な時期を見計らって死までの経過説明をしている。	○	○
13 遺族のグリーフケアを実施している。	○	○
14 本人の死亡場所の希望を確認し、記載している。	○	○
15 家族の死亡場所の希望を確認し、記載している。	○	○
16 本人が予後や死への不安について表出する機会を作ることができる。	○	○
17 家族が予後や死への不安について表出する機会を作ることができる。	○	○
18 麻薬を扱うかかりつけ医と連携をとることができる。	○	○
19 緩和ケア方針やケア計画をかかりつけ医と共有している。	○	○
20 緩和ケア方針やケア計画をケアマネジャーと共有している。	△	△
21 緩和ケア方針やケア計画をヘルパーと共有している。	○	○
22 ボランティアがチームメンバーとしてケアに参加している。	×	×
23 入退院時に病院と緩和ケア方針やケア計画について情報交換を行う(退院前訪問を含む)	○	○
24 チームで定期的に緩和ケア方針やケア計画を確認・修正している。	○	○
25 チームで定期的に緩和ケアについて学ぶ機会を持っていている。	○	○
26 患者が適切な緩和ケアを受けられるように(人権擁護のために)、代弁者としての役割を果たすことができる。	○	○
27 患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができる。	○	○
28 患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができなかった場合でも、最期の状況の意味づけをすることができる。	○	○
29 チームで、デスカンファレンスを行い、記載している。	○	○
30 事業所内で定期的に緩和ケアを振り返る機会を持っている。	○	○

がん緩和ケアにおいては患者の変化を捉えるために「STAS-J」を活用して痛みのアセスメントを行った。しかし、「STAS-J」のアセスメント表の活用は医療スタッフチームで患者の状況を確認しながら実践の中で使用するように作られており、実際に本研究で使用したがその結果を安易に患者の状態変化として捉えるには限界があった。そのため、今回は報告することはできなかった。

③栄養・排泄ケア

(栄養・排泄ケアの「相談1」の前後比較；栄養ケア)

大項目	訪問看護師のアウトカム				高齢者のアウトカム	
	中項目	小項目	看護師の実践の変化		中項目	高齢者の状態の変化
			前	後		
I ・栄養状態	1. 栄養状態の変化に応じたケアの必要性を考えることができる。	(1)栄養状態の推移を把握している	x	○	1.高齢者の栄養状態が低下しない	x ○
		(2)低栄養のリスクを把握するために、以下の情報を収集しアセスメントしている ①体重または上腕皮下脂肪厚や上腕三頭筋囲の推移を把握している ②血清アルブミン値や総蛋白値の把握 * 血清アルブミン値が3.5g/dl以下、総蛋白値が6.0g/dl以下	x	○		
		③身長を把握(測定困難時は臥位で測定)している ・臥位の測定⇒男性(cm): 64.19-(0.04×年齢)+(2.02×膝下高)/女性(cm): 84.88-(0.24×年齢)+(1.83×膝下高)	x	○		
		④必要エネルギー量の算出をしている	x	○		
		⑤摂取カロリーと必要カロリーから栄養の過不足を把握している	x	○		
II ・摂食・嚥下機能	1. 摂食・嚥下障害のレベルを把握することができる	(1)摂食・嚥下障害のレベルを把握している	○	○	1.嚥下能力に応じた食事が摂取できる	x ○
		(2)摂食・嚥下障害のレベルを改善に導く方法を知っている * 嚥下障害の各期、先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期のどの障害か判断する。 * 嚥下障害の各期に応じたトレーニングを提案し、実施する。	x	○	2.嚥下能力を回復させるための方法を実践できる	x ○
	2. 摂食・嚥下機能障害に応じた食事内容の選択ができる	(1)摂食・嚥下障害のレベルをに応じた食品の形態や種類の選択を提案する	○	○	3.安全に食事が摂取できる	x ○
		(2)提案した食事が安全に食べることができているかについて、摂食量や摂食状況を確認する	○	○		
	3.摂食・嚥下障害のリスク管理を把握し、指導することができる	(1)利用者及び家族介護者が行っているリスク管理(窒息・誤嚥性肺炎・低栄養・脱水)、どのようなときに経口摂取を中止し、どのようなときに継続しているかなどに関してアセスメントを行っている。 (2)利用者及び家族介護者が行っている以下の誤嚥・窒息など緊急時の対応に関してアセスメントを行っている。 * 吸引器の準備、吸引の方法なども確認 (3)栄養状態の推移を把握する	○	○		
III ・意欲保持	1. 経口摂取への移行に向けたケアに関する利用者と家族介護者の不安を受けてくる	(1)経口摂取移行に関する利用者本人の気持ちを確認している	○	○	1.高齢者と介護している家族が安心し楽しみながら食事摂取を行うことができる	○ ○
		(2)経口摂取移行に関する家族介護者の困難さを聞き把握している	○	○		
		(3)経口摂取移行に関する利用者と家族の不安解消に向けた方法を具体的に提案している	○	○		
備考欄						

(栄養・排泄ケアの「相談2」の前後比較；栄養ケア)

大項目	訪問看護師のアウトカム					高齢者のアウトカム			
	中項目		小項目		看護師の実践の変化		中項目	高齢者の状態の変化	
					前	後		前	後
I ・栄養状態	1. 栄養状態の変化に応じたケアの必要性を考えることができる。	(1)栄養状態の推移を把握している			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1.高齢者の栄養状態が低下しない	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		(2)低栄養のリスクを把握するために、以下の情報を収集しアセスメントしている							
		①体重または上腕皮下脂肪厚や上腕三頭筋囲の推移を把握している			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		②血清アルブミン値や総蛋白値の把握 * 血清アルブミン値が3.5g/dl以下、総蛋白値が6.0g/dl以下			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
		③身長を把握(測定困難時は臥位で測定)している ・臥位の測定⇒男性(cm):64.19-(0.04×年齢)+(2.02×膝下高)/女性(cm):84.88-(0.24×年齢)+(1.83×膝下高)			<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>			
II ・摂食・嚥下機能	1. 摂食・嚥下障害のレベルを把握することができる	(1)摂食・嚥下障害のレベルを把握している			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1.嚥下能力に応じた食事が摂取できる	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		(2)摂食・嚥下障害のレベルを改善に導く方法を知っている * 嚥下障害の各期、先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期のどの障害か判断する。 * 嚥下障害の各期に応じたトレーニングを提案し、実施する。			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	2. 摂食・嚥下機能障害に応じた食事内容の選択ができる	(1)摂食・嚥下障害のレベルをに応じた食品の形態や種類の選択を提案する			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3.安全に食事が摂取できる	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		(2)提案した食事が安全に食べることができているかについて、摂食量や摂食状況を確認する			<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>			
		(3)摂食・嚥下障害のリスク管理を把握し、指導することができる			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
III ・意欲保持	1. 経口摂取への移行に向けたケアに関する利用者と家族介護者の不安を受けてくる	(1)経口摂取移行に関する利用者本人の気持ちを確認している			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1.高齢者と介護している家族が安心し楽しみながら食事摂取を行うことができる	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		(2)経口摂取移行に関する家族介護者の困難さを聞き把握している			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
		(3)経口摂取移行に関する利用者と家族の不安解消に向けた方法を具体的に提案している			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
備考欄									

(栄養・排泄ケアの「相談3」の前後比較；排泄ケア)

大項目	訪問看護師のアウトカム					高齢者のアウトカム	
	中項目	小項目	看護師の実践の変化		高齢者の状態の変化		
			前	後	前	後	
I 排便状況の把握	1.利用者の排便状態を把握し、それらの情報の中から何が問題となっているか気づいている	(1)利用者の以下の排便状態の情報から正常な排便状態からの逸脱をアセスメントしている			1.高齢者や介護者が日常生活の中で便秘を招く理由がわかる	x	○
		(1)排便パターンを把握している	○	○			
		(2)排便障害に関連する症状を把握している	○	○			
		(3)食事内容と量、水分摂取、運動習慣を把握している	×	○			
		(4)排便に影響する薬剤の使用を把握している	×	○			
		(5)ストレスなど精神的な問題とその原因を把握している	○	○			
		(6)運動障害の有無を把握している	○	○			
		(7)排便環境を把握している	○	○			
		(8)介護状況を把握している	○	○			
	2.利用者の排便状態についてのフィジカルアセスメントから健康逸脱に関係する情報を得る	(1)利用者の身体的アセスメントを行う(腸ぜんどう音の聴取、腹部触診、腹部打診、直腸診[宿便の有無・肛門の弛緩と収縮の程度の把握]、肛門周囲の皮膚の観察をおこなう)	○	○			
II 便秘の改善	3.便秘のタイプに応じた介入の必要性を考えることができる	(1)利用者や家族介護者から排便時の状況を聞き、便秘のタイプを判断する *器質的便秘・機能性便秘・逸脱性便秘	×	○	1.便秘が改善し自然排便がみられる	△ (一度だけあり)	○
		(2)便秘のタイプに応じた対応策を検討する ①器質性便秘：医師と協働しコントロール法を検討する ②機能性便秘：以下の中で高齢者・家族と実施可能な方法を検討する ・便意をうまく伝えられない場合には、排便の前後のサイン[怒りっぽい・落ち着かない・オムツに手を入れる、etc]をみつける ・本人の排便パターンに合わせて定期的な排便誘導を行う ・訪問看護の時間に合わせて排便誘導ができるよう、排便を促進するケアをおこなう ・トイレの位置をわかりやすく表示する ・肛門に湯をかけるなどの工夫で排便習慣をつける[刺激] ・着脱しやすい衣服の工夫 ・ポータブルトイレの使用など ③溢流性便失禁：便秘の解消へのケア、医師と相談の上にて摘便や浣腸により便塊を取り除く。	×	○			
		(1)便秘についてのケア方針について主治医と相談し方針を立てている。	○	○			
		(1)便秘を改善するための運動を取り入れられる指導をしている ・骨盤底筋運動 ・座位訓練・車椅子乗車など排便状況に影響する運動	×	○			
		(2)便秘の改善に役立つ栄養について以下のような提案をしている ・水分の補給 ・起床時に冷水を飲める(または、PEGより注入)ようにする ・食物繊維の補充 ・腸内発酵を促す食品や薬剤の摂取	○	○			
		(3)利用者・家族のできる範囲内で、以下の便秘改善に向けたケアを提案し助言している ・食後の胃・結腸反射にあわせて一定の時間に排便を試みる ・腹部マッサージ・便秘改善のツボ刺激・腹腰背部の温罨法・肛門刺激の実施 ・腹圧がかけやすい体位の工夫	○	○			
		(1)便秘改善にむけた取り組み状況について確認し、困難な点はないかを聞き、改善する方向で継続できるようにケア内容をアレンジする方法を共に考える。	○	○			
		(2)利用者や家族介護者の便秘改善にむけた取り組みをねぎらい、また、効果が出ている場合は具体的に言語化しねぎらう。	×	○			
III 意欲の保持	1.便秘改善にむけたケア継続の意欲を保つ				1.排便改善に向けた取り組みが、日常生活の中で継続できる	x	○
備考欄							

栄養・排泄状態については、入院患者にも用いる栄養のアセスメントとケア技術の評価指標を用いた。その結果、コンサルテーションによって看護師の「栄養状態の把握」「排泄状態の把握」というアセスメント能力の獲得が見られた。またその状況に応じて援助方法の改善がみられ、ケア方針の修正、代替的方法への組み換えなどが行われ、看護師のケア技術の改善が示された。コンサルテーションによって看護師のアセスメント能力やアセスメントの結果を反映したケア技術の展開が根拠に基づきおこなわれたことが推測された。

こうした看護師の変化は患者の状態改善へと導く結果が見られた。それは看護師が的確な状況アセスメントを利用者に説明することで「利用者が今の状態をわかる」ことになり、介護の仕方やどうすれば改善するのかについて介護家族が理解することにつながったという結果が示された。これは「利用者の状態が改善する」という直接的改善ではなく、状態を理解することから主観的状況認知が肯定的に変化し、「理解する」ことが安心感へつながっていることが推測される。

しかし、その一方で状態の改善がある事例にもかかわらず、評価表には反映されない場合が見られた。

その理由は、既存の評価尺度では、在宅療養の患者の状態把握に適応できず、測定できなかつたためである。入院中の患者とは異なり在宅療養中の患者の状態は、かなり症状が固定化し重症化している傾向があったため、実際に実施していた技術やケア項目がチェックリストに反映できないものであったことや患者の状態が改善しているにもかかわらず、指標にチェックできないこともあった。ゆえに、看護師の実践能力の変化が利用者の状態改善につながっている事実をコンサルテーション前後で的確に変化として捉えることができなかつたと考えられた。よって、今後は項目の内容や表現を在宅療養患者に適応できるような詳細な項目に変更する必要性が示唆されたと考える。また、看護師の変化が捉えられたとしても、今回のモデル実施においては期間的な限定もあり、看護師のアセスメント技術が向上しても、それが患者の状態改善につながるという二次的効果までは捉えることは時間的限界であったとも考えられる。

今後、在宅療養患者にあったアセスメントシートやケア技術項目に修正していく必要性があるとともに、どのような活用の仕方で変化を捉えていくのか、チェック方法にも改善の必要性が示されたと考える。

(3) 看護師自身の振り返りチェックリストによる効果測定

コンサルテーションを受けた訪問看護師に、自己効力感および自尊感情の調査を行ったところ、コンサルテーション前後比較は以下の通りであった。

図表12 自己効力感・自尊感情介入前後比較

項目	分野	事業所	n	前	→	後
自己効力感 (Range23-115)	褥瘡ケア	A	1	93		98
		B	2	78.50 ± 7.50		85.50 ± 10.50
		C	14	78.50 ± 8.17		73.21 ± 9.62
		D	4	72.00 ± 12.63		69.75 ± 8.35
	がん緩和ケア	E	11	68.25 ± 12.29		65.73 ± 10.79
		F	11	72.82 ± 9.52		73.82 ± 6.64
		G	1	103		97
	栄養・排泄ケア	H	10	73.70 ± 11.37		71.58 ± 9.39
自尊感情 (Range10-50)	褥瘡ケア	A	1	39		50
		B	2	39.50 ± 9.50		43.50 ± 6.50
		C	14	38.30 ± 5.18		37.14 ± 5.69
		D	4	35.00 ± 8.06		34.50 ± 2.69
	がん緩和ケア	E	11	32.66 ± 8.25		33.09 ± 6.92
		F	11	32.91 ± 7.08		33.45 ± 5.38
		G	1	41		46
	栄養・排泄ケア	H	10	33.27 ± 4.65		33.10 ± 5.99

本研究においては、コンサルテーションを受けた看護師個人の自尊感情の高まりや、自己効力感の上昇を期待した。実際、コンサルテーションを受けた看護師は自信を持って医師や対象者・家族と向き合うことができたと回答していたが、質問紙では捉えることができなかつた。

結果の数値はむしろ下降している傾向があった。その理由として考えられるのは、看護師がコンサルテーションを受けたことによって得た知識や技術によって、従来の看護実践に対する内省によって気づきが深まり、これまで「わかったつもり」であったことが「わかつていなない」ことに気づいたために、自尊感情や自己効力感は下がる傾向が示されたのではないだろうか。

このような結果の背景には、第一に用いた尺度の特性がある。これらの尺度の感受性は、100名以上のサンプル数でしかも年単位で変化を測定する場合に効果的であるとされている。しかし、本研究においては、サンプル数は1から14と論外の数であることや介入期間が3ヶ月という短期間であったことが測定における限界でもあった。

本研究の結果、数値の上昇で示すことはできなかったが、コンサルテーションによって看護師自身が自らの看護師であり続ける自信を感じることができた経験をしたこと、実践を継

続する上で必要な知識を得た結果、批判的思考力がつき、「わかっていない自分」に気づいたことは、コンサルテーションによる看護師の変化として示されていると考えられる。

今後、こうした看護師の気づきを促すことによって何が変化するのか、またどのように測定できるのかを検討することが課題であると同時に、看護師のテクニカルサポートシステムによって、看護師自身の自己効力感や自尊感情の向上に寄与するのみならず、所長へのアプローチやかかわりなどによって所属する訪問看護ステーション全体の組織風土変化が看護師にどのように影響するのかを捉えていく必要があると考えられた。

4) 結果と考察

ここでは、これまで述べてきたコンサルテーションの実際から見出された結果をどのように活用できるのか、本事業の目的に沿って考察を述べる。

(1) 訪問看護ステーションにおけるテクニカルサポートのニーズと実践への活用可能性

本研究の結果、領域に共通にみられた訪問看護師へのテクニカルサポートニーズは、5つのニーズに大別された。看護師が求めたことは、多い順に①状態把握のための情報収集とアセスメントのための「基本的な専門知識」に関するニーズ、②利用者「個別の状態の判断する根拠」と状態に応じてどのような薬、用具を用いて、どの程度の頻度でかかわればいいのかという「対処方法」に関するニーズ、③現在の方法の確かさが保障されることに関するニーズ、④看護師や他の職種とのコミュニケーションの取り方に関するニーズ、⑤潜在する自分自身の看護師としての役割認識を持てないことに関するニーズであった。順に内容を述べる。

①状態把握のための情報収集とアセスメントのための「基本的な専門知識」に関するニーズ

訪問看護ステーションの利用者は、様々な疾患を抱え、状態像も様々である。今回コンサルテーションの対象となった利用者についても、褥瘡・創の状態が様々であり、それぞれの利用者に出ていた医師の指示（薬剤の処方や洗浄方法等）が異なる中で、利用者に一番適した褥瘡・創のケア方法は何かということに悩んでいる事例が多く報告された。

あるいは、痛みの評価や原因のアセスメント、薬との関連でのコントロール方法など、今どのような状態であるかを確かな知識でとらえることのむずかしさをどう解決すればいいのかを求めていた。栄養や排せつの領域では、嚥下のメカニズムや嚥下力を維持することに関する知識のなさが、漠然とした感覚的な対応で終わっていることに不安を感じていた。

②利用者「個別の状態の判断する根拠」と状態に応じてどのような薬、用具を用いて、どの程度の頻度でかかわればいいのかという「対処方法」に関するニーズ

訪問看護師から目の前にある問題点（ストーマからの漏れなど）について、対処方法（装具の種類を交換すべきかどうか）を相談したい、臀部にできた創の処置方法やストーマ装具のカットの仕方、創の回復には全身の栄養状態や皮下脂肪の状態など、影響要因を幅広く考えることができずに対処方法を見出せずにいる場合もみられた。また嚥下力のアセスメントでは、嚥下力を高める方法として食の選択、楽しみを作る方法など、その人にあった方法を持ちかけることが必要であるにもかかわらず、わからない状態であった。看護師は雑誌や研修で知識は持っていても、その知識を個別的な利用者の状況に応じて実際の現場で使うことができないでいた。

③現在の方法の確かさが保障されることに関するニーズ

「褥瘡・創が改善しない」「ケア方法はこれでよいか」といった褥瘡ケアに関する正しい専門的な知識をコンサルタントから得たいという相談が多くみられた。コンサルテーションを受けたいという訪問看護師の多くは、現在行っているケア方法が正しいのかどうかが分からず、個別の利用者へのケア方法について、具体的にコンサルタントに相談し、確認したいというニーズが多かった。

病院での経験や、褥瘡セミナー等の研修で学んだ知識をもとに、「その通りに実施できない」ことに自信をなくしている場合もあり、自信を持ってケアを提供できない状況がみられた。

④看護師や他の職種とのコミュニケーションの取り方に関するニーズ

訪問看護師は医師や看護師同士でうまくコミュニケーションが取れないと悩んでいた。「どうすればスタッフ同士のコミュニケーションを良くすることができるのか」「医師とどう連携していくかわからない、何を話せばいいのか、話してもいいのか」「チーム医療やケアをしていく方法がわからない」というように看護師は関係職種や看護師同士での連携の要点がつかめない、具体的に何をどうすればいいかわからないという内容であった。周囲との関係性や一貫した方針やかかわり方の共通理解をどのようにして作ればいいのか、考えあぐねていた。

⑤潜在する自分自身の看護師としての役割認識を持てないことに関するニーズ

以上の様な看護師のニーズは直接的に語られたニーズであるが、現状を正しくアセスメントできない、現在の方法が妥当であるか確かめられない、周囲とのコミュニケーションがうまく取れない、自信が持てないという状況下にある看護師の実践の環境は、とても不安定な状況に置かれていると考えられた。こうした状況では、自分自身が看護師としてきちんと役割を果たしているかどうかに迷いや疑いを感じ、その結果、利用者や医師と正面から向き合うことができず、ただケアや処置をこなしているため、一層自信を喪失し看護師としての役割認識をしっかりと持てないという悪循環を引き起こしていると考えられた。

（2）テクニカルサポートを行う専門看護師、認定看護師が対応した相談内容・プロセス・成果等から実用化の意義

専門看護師や認定看護師は、訪問看護師や管理者から寄せられたテクニカルサポートのニーズに対応する際、共通して行った手順がある。それは、管理者との面接である。そして、そのステーションでどのような困難を抱えているのか、なぜ解決できないのか、管理者はどういう意図でその問題点を指摘しているのかを把握していた。そしてその結果、どのような形でかかわり解決することが最も効果的効率的であるのかを話し合い、合意の上で、コンサルテーションの方法を決定していた。

それはコンサルテーションということがどういうことか、それ自体の理解がさまざまだからである。またどのような形で入ることが最も効果的か、それはなぜか、という一連の方法について、双方が共通理解することが重要だからである。このことはお互いの立場を理解し、

ともに取り組むための前提条件なのである。しかし、時にはコンサルテーションに依存的になり、指示を受けるものと考えている場合やスタッフの代行として訪問してくれると考えている場合もあり、訪問看護ステーションによってさまざまに解釈されていた。

それゆえ、コンサルタントは、初期の段階でかなりの時間をテクニカルサポートのための方法を決めるここと、目的を決めることに費やしていた。そして目的に応じて方法を組み合わせていた。

では、どのような意図でコンサルテーションの方法がとられたか、テクニカルサポートを受けて訪問看護ステーションにおける効果に対してどのような方法がとられていたかについて考察する。

①状態把握のための情報収集とアセスメントのための「基本的な専門知識」に関するニーズ

このニーズに対しては、「個別相談」という方法を中心に行っていた。そして、「新たな確かな知識と技術の習得をする」よう働きかけていた。

おもに、コンサルタントが訪問看護ステーションに出向いて、管理者や訪問看護師から様々な相談を受ける方法である。その場で訪問記録や写真を見ながら話し合いが行われており、現在提供しているケア内容・方法について、コンサルタントが確認・助言を行った事例が多い。

そのような経緯においては必要な教材としてアセスメントツールを紹介し、実際に使って示すことで、具体的なイメージを持って実際に使い「わかった」「よかったです」「使える」という感覚を得るように促していた。コンサルテーションを受ける前の看護師はそのツールがあるのは理解していたが、使えるようにはなっていなかった。また管理者も使ってほしかったが、「使ってくれない」と導入を諦めていた。しかし、一度使い方がわかると、それがコミュニケーションツールとして、共通理解に必要な分かり合える道具となって、チームの方針や痛みの評価やコントロールに使えることなどを理解し、多様なメリットを感じていた。そして看護師は確かなアセスメント力を身につけていた。

②利用者「個別の状態の判断する根拠」と状態に応じてどのような薬、用具を用いて、どの程度の頻度でかかわればいいのかという「対処方法」に関するニーズには、具体的な対処方法を検討するように「個別相談」「カンファレンス」「同行訪問」「電話相談」を併用して、「対処方法のバリエーションを獲得する」よう働きかけていた。

このコンサルテーションではタイミングと教材が重要な要因であった。どんなタイミングでサポートするかは、看護師の問題認識の緊急性度に関連していた。電話で相談を受けた場合でも、訪問看護ステーションに訪問して個別相談に応じるのと同じような内容が相談されていた。必要な資料については、適宜FAXで追加するなど、電話による相談が効率的に行われたと考えられる。ただし、電話の場合、コンサルタント側が受け取れる情報が限られるため、コンサルテーションできる内容に限界があると考えられた。そのため、電話やメールを効率的に活用しつつ、定時に電話を入れるなど、ステーションのコンタクトを継続的に、ルーチン化し、必要な時につながるように方法を決めていた。このように訪問看護ステーションで

生じた問題にどう応えていくか、個別のみでは限界があり、一堂に集めて勉強会や研修開催等も計画的に入れながら、学びを共有できるような方略も必要がある。今回、コンサルタントが訪問看護ステーションで勉強会を開催したり、病棟と訪問看護ステーションの合同勉強会を開催した事例が報告されていた。こうした、複数の方法を併用することで方法のバリエーションを獲得するよう働きかけていた。

③現在の方法の確かさが保障されることに関するニーズに対して、「今までいい方法である」と支持することで「現状の対処方法の最善性・妥当性の保証」を得るように働きかけていた。

訪問看護師は「今のやり方で本当にいのか」「この薬と材料で正しいのか」「この方法で回復が見込めるのか」と今現在の対処方法に「正しさ」「よくなる見込み」を求めていた。そのため、コンサルタントは、今の状況を説明したり、今後どうなるかについて見通しを説明するなど、一定の正しい知識を伝達した。それは、「個別相談」であるが管理者と同席で行うことが多かった。そうすると看護師は、「現状から状態把握の正しい知識として理解することになり、「正しい方法を学ぶ機会」となっていた。そうしてより複雑で個別的な療養環境や状態に応じて今行っているケアが、「今後の見通し」を持って、よくなると予測でき、今のケアは効果があると見込ることになるのである。こうしたケアの妥当性や最善性の獲得には、個別相談だけでは自己満足的になるため、管理者の同席が重要であり、さらにカンファレンスや病棟と訪問看護ステーションの合同勉強会などを行い、ステーション内での共有化や病院に対し在宅での方法を伝達することで確かな知識としての定着を狙っていた。特に象徴的であったのは、退院時の指導では、「石鹼での洗浄⇒パウダーの利用」が画一的に行われているが、家庭では継続できないため、その家のやり方に合わせて行うという意味を理解しあうために勉強会を開催した事例があった。退院前の利用者・家族への指導内容と、退院後に訪問看護が提供するサービス内容は、統一を図っていくべきであり、第三者的に専門家（コンサルタント）が入り、確からしさを保証することで、よりスムーズに病棟と訪問看護ステーションでケアの統一を図れることが考えられる。

④看護師や他の職種とのコミュニケーションの取り方に関するニーズに対して、どのような情報を根拠として用いるか、「要点を示し的確な情報を根拠として用いる」ことを示し、「説明力」をつけるよう働きかけていた。

訪問看護師は、効率的な情報交換の方法として、連絡、報告、相談したいと考えていた。しかし、実際に状況を報告しようとするとき、適切な用語や的確な情報が何かを確信が持てないでいた。そこでコンサルタントは、カンファレンス（訪問看護ステーション、又は訪問看護ステーションと病棟合同）に出席し、専門的な観点からアドバイスを行い、説明して示すというモデリングを行っていた。そうした場面では、訪問看護師はコンサルタントから専門的な視点を学ぶだけでなく、看護師自身が問題点を客観的に把握し、問題の解決のために必要なプロセスを検討する訓練の場にもなったと考えられた。コンサルタントがカンファレンスに参加することで、訪問看護ステーション職員だけのカンファレンスに比べて、具体的

な解決方法の検討につながる可能性が高いと考えられる。

こうした説明する力は、専門看護師や認定看護師には教育課程において特に求められる力であり、こうした理論的な説明が可能になることがワンランク上の実践を可能にする看護師の資質とも言えるのではないだろうか。

⑤自分自身の看護師としての役割認識を持てないことに関するニーズに対しては、こうしたコンサルテーションをすることにより、看護師が「自分自身の成長の兆し」を感じることができるように支援できたことである。

看護師自身が看護師としての成長や自覚が芽生え、自分の日々の実践を振り返り、予測できる自分や自分にもできるようになった喜びを感じ「自己が進歩・発展していく感覚を得る」ことは、これまでの4つのニーズを満たしていくために働きかけた結果の総体として得られたものと考えられた。「新しい知識や技術を獲得」した看護師は、アセスメントと対処能力のバリエーションを得た。そして、現在、行っている看護実践の確からしさを得て、効率的な情報交換のもとに適切な用語を使ってのコミュニケーションができるようになった。適切な用語での説明力を身に付けた看護師は、医師や同僚という身近な専門職との意思疎通ができるようになるのである。これまでのような手さぐりで混沌とした実践ではない根拠に基づき、効果を見越した看護実践ができるようになる自分を感じるのである。それは自分自身が看護師であるという自覚となり、明日の実践への責任や意欲にもつながり、利用者や家族とも向き合い、丁寧な説明ができるようになる自分を感じるのである。そして、「やっていける」、「自分も看護師として成長できる」と感じるのである。

こうした実践ができるようになることで、おのずと利用者にとっての利点である、状態改善、状態悪化予防、利用者・家族の安心が見込めるであろう。またそうした看護師が増えることで訪問看護ステーションへの効果は個別の利用者についてのケア方法の改善、訪問看護師の専門知識の習得、訪問看護師のケア技術の向上、問題解決による訪問看護師の自信が見込めると考えられる。

(3) (1)(2)より、在宅療養者に質の高い看護サービスを提供するための訪問看護ステーションへのテクニカルサポートシステムの検討

○ コンサルテーションの仕組みによる利用者のメリット

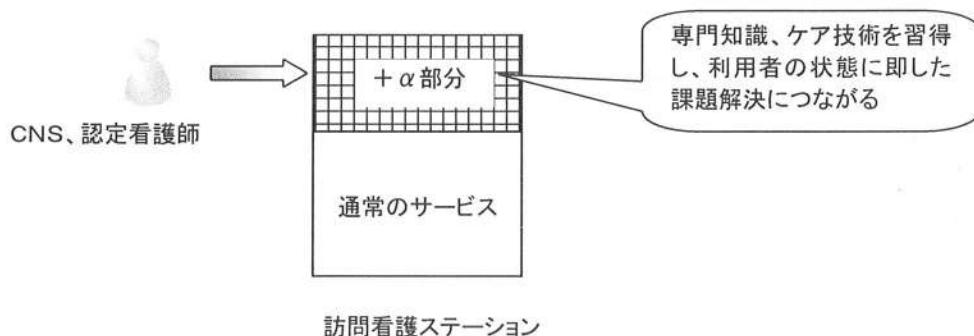
今回、コンサルテーションを行う中で、訪問看護ステーションの訪問看護師は、様々な状態の利用者に対応するために、利用者が抱える課題について、当該領域の専門家からのコンサルテーションを必要としていることが分かった。

医師からの指示に基づき、訪問看護を継続的に行うだけでは改善できなかった課題が、コンサルタントから専門的な知識や技術を習得することで、実際に利用者の状態改善につながったことが大きな効果と考えられる。コンサルテーションを受けることで、医師の指示に基づく通常のサービス提供に加え、利用者の状態に即した課題解決方法を導くことができるといった効果が認められた。

○ 専門性の高い（ワンランク上の）サービスができる看護師とは

このことから、専門性の高い（ワンランク上の）質の高いサービスとは、今回のテクニカルサポートで訪問看護師や訪問看護ステーションで効果として感じ取った内容と言えるのではないだろうか。すなわち、①看護師が個別の状況に対応できること、②通常では解決しない困難な状態を確かな知識と技術で状態をアセスメントすること、そして③状態に応じた判断のうえで対処方法を決定できること、しかも④多くのバリエーションを持っているため対処の選択肢が豊富であること、⑤的確な情報収集と伝達ができること、⑥一貫した方法でかかる職種で共有することができること、さらに、⑦利用者家族に適切な説明ができ、安心感を与えることができるケアを提供することができることなどの要素があると言えるのではないだろうか。

こうした実践ができることによって、テクニカルサポートを受けた看護師は、自分が今回得た知識をさらにほかの利用者にも活用しようと考えたり、今後も様々な状況に対応できる可能性を感じ、自分が看護師としての成長するきざしや看護師としての自信を取り戻し、訪問看護への意欲を感じていた。また、そうした看護師としての自覚は、利用者や家族、医師とも直接話し合う重要性を感じ、深くかかわりあう努力をする必要性を感じていた。そして自分自身の変化を感じ取っていたのである。



○ 訪問看護師への教育効果と訪問看護ステーションの組織風土の変化という効果

さらに本研究の結果、4つの特殊な専門的ケアについて行ったテクニカルサポートは、訪問看護師個人の看護実践におけるサポートのみではなく、管理者のスタッフ教育の在り方への示唆にもなると同時にステーション全体への波及が見られたことが特徴である。それは、訪問看護ステーションという組織が訪問看護師一人一人の活動を支えるバックアップシステムであるからである。そして、そのサポートを組織内の人間ではなく、外部の人間として、専門看護師や認定看護師という資格を持ったエキスパートが第三者的にかかわることで、閉鎖しがちな訪問看護ステーション内の緊張が生まれ、新たな刺激とともに組織風土を活性化し教育的効果を果たしたものと考えられた。

小規模で小さな職能集団である訪問看護ステーションでは、互いに支えあうことが必要であっても等身大の姿であり、一人一人の看護師に力量に差がない場合が多い。リーダーが必

要であるその一方で、メンバーに優劣をつけることは組織運営上、関係性が難しくグループダイナミックスが悪くなることもある固定化した小さな集団である。利用者に関する必要な情報交換の場を作ることや互いを高めあうことは事例や所内のカンファレンスを活用するほかなく、その場合は所長が多くはリーダーである。このような環境において、看護師一人一人の力量を伸ばしていくためには、所長である管理者の力に委ねられてしまうのである。

今回のモデル事業では、こうした閉鎖的な環境を揺るがし、風通しを良くすることで訪問看護師自身が看護師としての自分と向き合い、新たに成長できる看護師としての自分の気づきがあり、また、そうした看護師の気付きを目の当たりにして管理者自身もスタッフへの働きかけのヒントに気づかされ、管理者自身も変化していったように思われた。

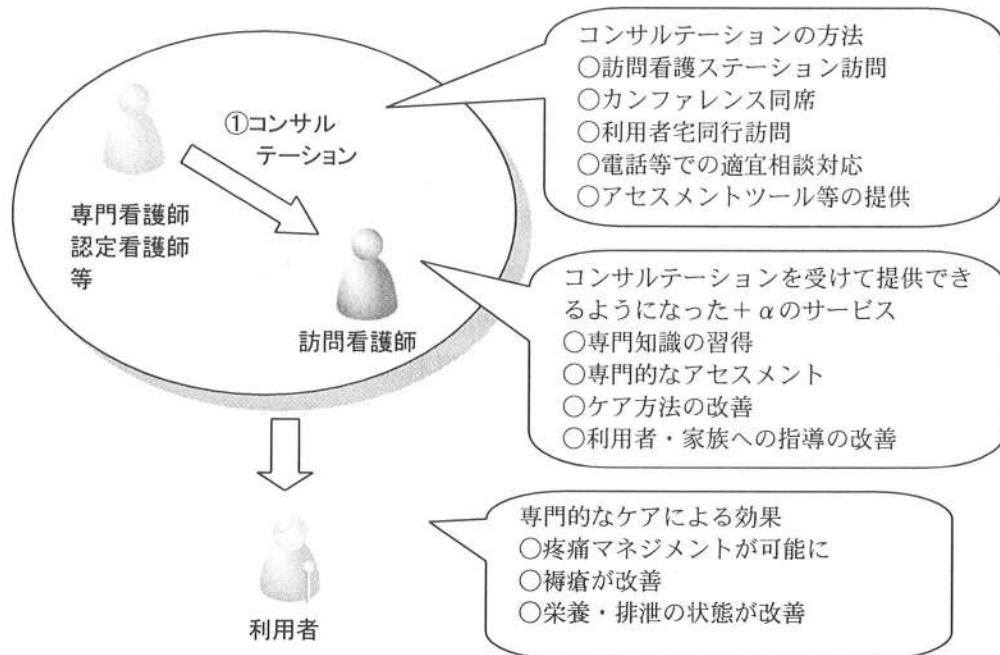
○ コンサルテーションシステムの実用化への課題

今回のコンサルテーションでは、訪問看護ステーション訪問、カンファレンス参加、利用者同行訪問、電話・FAX・メールなど、様々な方法でコンサルテーションが行われた。個別の利用者の状態について継続的に詳細なデータ・情報を確認しながら、コンサルテーションを行うためにはかなりの時間を要することから、コンサルテーションの仕組みをどのように評価するかについて検討することが必要と考えられる。またこうした仕組みに対し、どこが支払いをするのかといったことは、継続的恒久的なサポートシステムにするために、今後の検討課題である。

コンサルテーションによって、看護師にとって明らかに新たな知識・技術が得られたことで実践が変わり看護師自身が変化していることを考えると一定の効果が見込めるシステムといえるだろう。今後も新しい知識を個別性の高い、多様な対象者に適用するという高い技術に転換していかなければならない訪問看護の実践現場においては、こうしたサポートシステムの構築は急務の課題である。これまで多くのマニュアルやガイドラインが世の中に生み出されても実用化するためには限界があるので、こうした実用化におけるサポートが必要だからである。

よって、ステーション単位での支援協力体制では限界があり、人材育成が継続的に行われサービスの質を担保するための仕組みづくりを今後具体的に検討していく必要があろう。

<コンサルテーションの仕組み（イメージ）>



5. まとめ及び提言

本研究で明らかになったこと

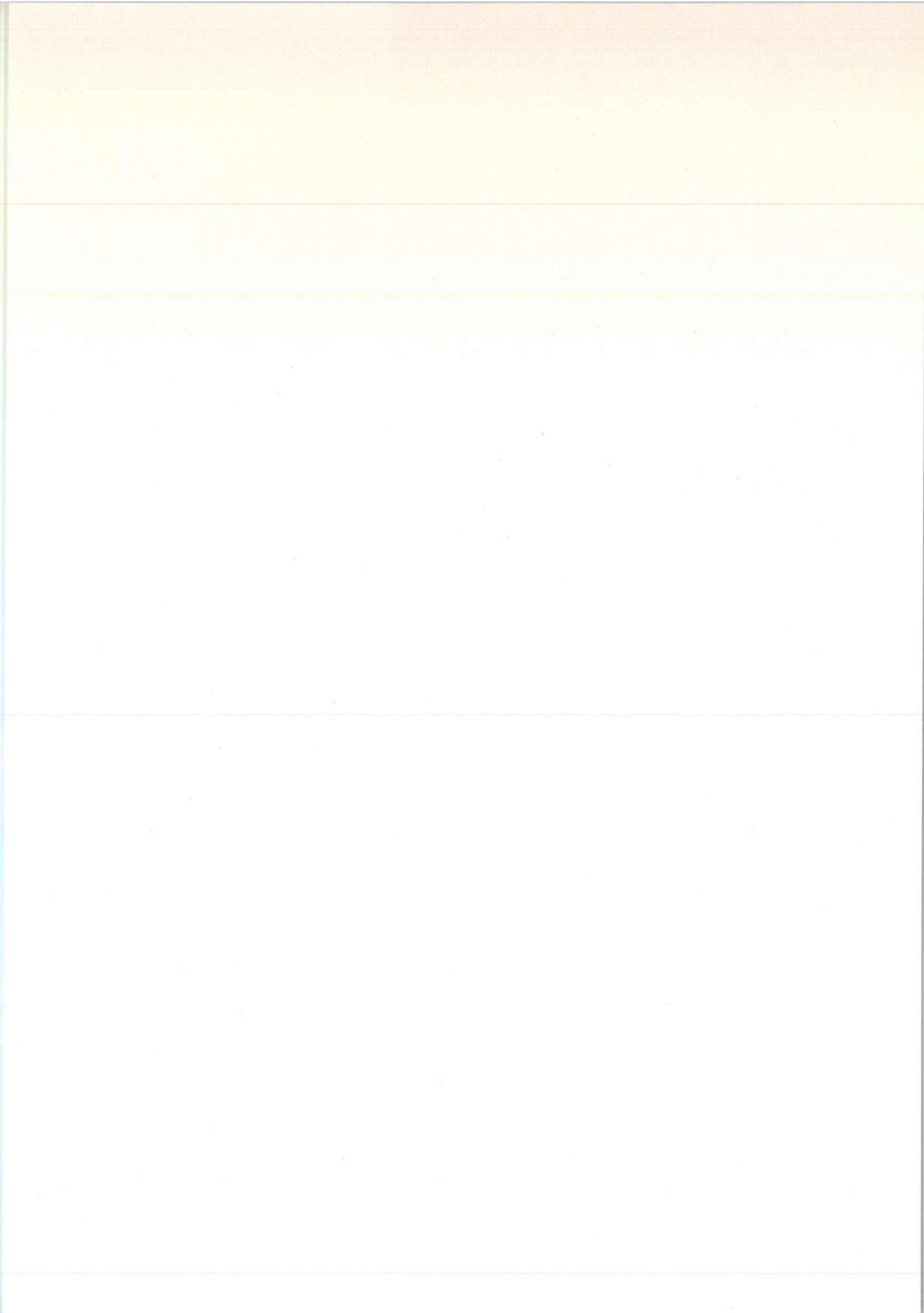
1. 訪問看護ステーションは、質の高い看護を提供するためにコンサルテーションを求めていた。
2. コンサルテーションを受けることで、訪問看護師は専門性の高い（ワンランク上の）看護を実践するのに必要な能力を獲得することができる可能性が示唆された。
3. コンサルテーションを訪問看護ステーションが受けることで、利用者は病気について看護師に話し始めるとか、ADL レベルが向上するといった変化が見られた。
4. コンサルタントとして専門看護師、認定看護師は有効に機能していた。
5. コンサルテーションの導入においては、訪問看護ステーションの管理者とコンサルタントが話し合いを持ち、その目的や役割について相互理解することが必要である。
6. コンサルテーションの方法には、カンファレンス、勉強会、電話相談、同行訪問といった手段が活用されていた。
7. 今後訪問看護ステーションに対するテクニカルサポートシステムを恒常的に維持していくための方策を検討する必要性が示唆された。

提 言

訪問看護ステーションに対するテクニカルサポートを仕組みとして動かすために以下が考えられた。

1. 地域の中核病院に所属している緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、栄養・排泄ケアサポートチームなどの専門医療チームを院内だけでなく地域にある訪問看護ステーション等で活用できるよう位置づけてはどうか。
2. コンサルテーションを受けることで、専門性の高い（ワンランク上の）看護ケアを提供している訪問看護ステーションを増やしていくため、報酬等での評価をしてはどうか。
3. 一人のコンサルタントがコンサルテーションを受けることのできる訪問看護ステーションの件数は何件くらいか、また、専門性の高い（ワンランク上の）看護を提供することができるようになるまでには、どのくらいの介入期間が必要なのかといった視点での分析を行うことで、コンサルタントの労働条件を検討し、新たな社会的役割を担う看護師の勤務形態について考えていくことが必要である。
4. 3 を実施するため、さらに調査を継続して実施してはどうか。

參考資料



1) コンサルテーション結果に関する自由回答

コンサルテーションの効果に関して、訪問看護ステーション側、コンサルタント側双方からの回答を以下に示す。

①褥瘡ケア

○ 利用者への成果

訪問看護ステーション	コンサルタント
<ul style="list-style-type: none"> ○利用者の状態 両者とも、大きくケア内容が変わったわけではなく、介護者への指導を行ったが、今までのやり方をどうしても通してしまうため、創に対しては変化みられなかった。 ○利用者・家族の理解 コンサルテーションについては、とても感激され、受け入れられていた。処置法が大きく変わる事はなかったが、注意点や今後の悪化予防などへの指導は役に立っている様子である。 	経過報告なし。
<ul style="list-style-type: none"> ○利用者の状態 ベッド柵の間に体を入れてしまい、打撲を繰り返していた利用者について、低床のベッドを導入し、ベッド柵をはずしたところ、危険を回避することができた。 ○利用者・家族の理解 目標の設定の考え方、又、家族の希望を叶えるためにどういうゴールを考えていけるかの考え方の基礎のくみたて方は目からうろこでした。 	<ul style="list-style-type: none"> ○利用者の状態 排泄管理を中心にケアをしていった。ADLや介護方法の変化により、排泄管理からケア全般が変化した。 ○利用者・家族の理解 訪問看護ステーション、ヘルパーと話し合い、ケア内容を変えていった。
<ul style="list-style-type: none"> ○利用者の状態 ケア面、処置方法についてアドバイスをもらい、実施することで、褥瘡の改善がみられた。(1名については、全身状態悪化、肺炎により死亡されたが、褥瘡については改善傾向であった) ○利用者・家族の理解 今までのケアに加えて、「認定看護師からアドバイスをもらい～にした方がより効果的」と説明することで、家族も安心し、協力的であった。また、今までのケアで良いとコンサルを受けたことで、看護師が自信をもってケアにあたることで、家族への安心感にもつながった。 	
<ul style="list-style-type: none"> ○利用者の状態 <ul style="list-style-type: none"> ・ストマケアする看護師に対して信頼している。ストマトラブル（皮膚、便もれ）などがあっても、早期に対応でき、びらんなどにはなっていない。発赤程度である。 ・①大腸がん術後、ストマ造設したターミナルの方。腹満著明、パウチ交換はご家族も指導受けており実施できるが、毎回訪問時看護師にて交換。週2回訪問。両足背浮腫あり。下肢筋力低下もみられている。意識レベルクリアな方。ストマ浮腫にてサイズが変わった上に腹満著明のためパウチ選択にアドバイス頂く。 ・②アルツハイマー（重度）にて運動、言語機能ともに障害みられる方。発生から急速に進行し、寝たきり状態の全介助。仙骨に度褥瘡形成がある。なかなか治癒せずアドバイス頂く。 ・①について・・使用中のパウチサイズが現在のストマの 	<ul style="list-style-type: none"> ○利用者の状態 相談者は局所ケアに集中している様子だった。 問題解決には、全体的な状況が必要であることが説明できなかった。 ○利用者・家族の理解 なぜストマケアで訪問看護師と契約したのかが明瞭ではなかった。 看護方針を検討する時間が必要だと思った。

<p>大きさぎりぎりであったため、パウチ変更を検討。腹満によりストマ周囲に凹凸があり、イーキンシールにて高さ調節。</p> <ul style="list-style-type: none"> ②について・・褥瘡の原因が座位時のずれや摩擦であったこと発明。車イス導入を検討となる。又、除圧マット設定についてアドバイス頂き、変更。 みて頂いたと言うことに、満足を得ている。 <p>○利用者・家族の理解</p> <ul style="list-style-type: none"> ご自身で交換はしていないので、変化はあまりないが、コンサルタントをストマの専門家と認識している。 ①、②共に利用者の理解は困難。ご家族の理解得られた。 	
--	--

○ステーション職員への成果

訪問看護ステーション	コンサルタント
<p>○技術・ケア内容について 写真の撮り方の共通認識ができた。 技術、ケア内容については、指導の部分が大きく、家族の介護力の問題もあり、難しいと思った。</p>	<p>○知識・理解について 高齢者の皮膚疾患について学習する必要があること。 ○技術・ケア内容について 医師や家族との調整については今後の課題。</p>
<p>○知識・理解について 排泄（尿、便）とも、その生理、解剖などの基礎的な知識を得ることができ、さらに、文献の検索などへの意欲につながった。 ○技術・ケア内容について オムツのあて方については、特に、技術が進歩したと思われる。</p>	<p>○知識・理解について 排泄ケアに興味を持って、知識、理解していった。排泄ケアから利用者全体を把握して継続ケアを行った。 1ヶ月に1項目向上しようという目標の時間軸を忠実に守ってくれた。 ○技術・ケア内容について 排泄ケアを利用者に行ったことがない看護師がいたが、看護師は経験のことやわからないことを話し、カンファレンス中に解決したり、何を学習するのかの方針を決めていた。管理者はどの場面で同行訪問するのかを看護師と話し合いを持っていた。微細なケアプランの立案とそれを遂行する能力がある。 ○その他 ケースカンファレンスを主体にコンサルを行った。司会はコンサルタントが実施した。利用者の状態、情報をよく話し合い、方針が明確になった。また行動の結果を元に翌月に継続していった。利用者の変化が大きく、訪問看護師のテクニックを感じられたステーションだった。管理者の看護方針が明確であることもカンファレンスが看護内容に反映する要因である。</p>
<p>○知識・理解について ・今までの自分たちのケアを評価してもらうことで、安心、自信につながっている。 ・新しい知識については、個別に受けたことをカンファレンスで伝達講習し、ステーション全体で共有することが出来た。（これはスタッフが自発的に行い、私自身うれしかったこと）</p>	

<ul style="list-style-type: none"> 当事業所では2~3年に1度、外部講師を招きスタッフ全員が研修を受けている。しかし、どうしても受け持ちがないと、他人事のように聞いているということがあった。今回は、各事例に基づいて具体的な助言であり、また予防の点で活用する工夫（オムツのあて方など）があったので、全員が自分のケースを振り返り、考えを深められたと思う。 個別相談では、わかりやすく説明してもらい、勉強会でもアセスメント方法等全員が共通理解する上で良い講義だった。 <p>○技術・ケア内容について おおむね、今までの方法で良いという助言があり、スタッフも今まで学んできたこと、実践してきたことを評価してもらい、安心している。 問題点としては、スタッフ数が多く、全員同じレベルの技術を提供できていないということである。どうしても出来る人にケースが偏りがちである。苦手な看護師と得意な看護師をペアにして、学んでもらうように、今後も計画していく必要がある。</p> <p>○その他 今回、個別のコンサルを受けた看護師が、自発的に伝達講習をしてくれたことは、スタッフの意識の高さの表れだと思う。皆、向上心が強く、より良いケアを追求しているので、お互い良い刺激を与えていた。</p>	
<p>○知識・理解について <ul style="list-style-type: none"> ストマ交換時の観察ポイントを再確認できた。 勉強会を通して、また、アドバイス頂いたことで、ストマやストマ交換方法、指導のポイントなどを学び理解することができた。自分自身、パウダーの使い方について誤っていたことがわかった。 <p>○技術・ケア内容について <ul style="list-style-type: none"> 以前よりも技術は向上したと思われる。装具選定も早目に予測して行っている。 石けんをよく泡立てる。パウダーはストマと面板のすき間をうめる時はたっぷりと・・。又、面板カットについてもストマよりやや大きめ（0.5 cm）にカットしても大丈夫なことを学んだため。実践に活かしていこうと思う。 </p> </p>	<p>○知識・理解について わからないことを相談したり、わからないことが何かを述べることができることも出来ており、その看護師の行動を評価した。</p> <p>○技術・ケア内容について ストーマ装具交換の手技は、正確に行っていいることを伝えた。</p>

○訪問看護ステーション全体への成果

訪問看護ステーション	コンサルタント
とても参考になり、知識・技術ともに役立った。しかし、家族への指導となると、経済面、介護力の問題から実践が難しく、その家のやれる事をポイントをしぼって応用していく必要性を感じた。	
	看護師の経験に差があるが、チームワークよく看護を行っていた。契約直後のカンファレンスにより、看護方針が

		明確になっていた。訪問看護師の役割について、わかりやすい言葉で率直に話し合う習慣ができた。また、利用者家族にも率直になんでも説明していた。
	今回はコンサルテーションで、プラスのストロークを沢山もらい、スタッフが自分達のケアに自信を深めた。それに加え、コンサルの内容を伝達講習しあうことで、より確実な知識を持って、適切なケアを提供できるようになった。カンファレンスでも活発に意見交換したり、報告ができるようになった。	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ステーションのチームワークが以前よりも高まったと思われる。 ・ストマ交換方法や各種メーカーのストマ用品など勉強会を通して正しい知識を得たため、(統一の)実践やサービス内容について見直しができたと思う。 ・今まで行って来たことの確認や、解決しないことなどにアドバイスを頂き、安心や改善が出来た。 ・看護の深まる部分が有った。 ・質の向上にもなり、良い機会になった。 	訪問看護師との勉強会を行った。各利用者の課題や問題が挙がってから解決するという姿勢から、訪問看護開始時から課題や計画を明確にしたいという管理者の考えがスタッフにもつながると感じた。

②がん緩和ケア

○ 利用者への成果

訪問看護ステーション	コンサルタント
<p>○利用者の状態</p> <p>①本人がある程度、自分でペインコントロールでき生活に変化がみられるようになった人もいた（QOL の向上）。その背景には看護師と一緒に痛みのアセスメントやモニタリングをすることで、痛みをきちんととらえ、対処につなげられるようになったためと考えられる。</p> <p>②私たちは、チームで訪問看護をしているが、ある利用者はこれまで現実との戦いからいだちが強く、特定の看護師にはそのストレスをぶつけていた。今回のモデル事業に参加する中で他の看護師も自分の痛みやつらさに正面から向き合ってくれたと感じたようで、自分のことやつらさをどの看護師にも伝えるようになった。</p> <p>○利用者・家族の理解</p> <p>①利用者から現在の状況を具体的に説明してくれるようになった。</p> <p>②ある利用者は、自分自身で痛みを分析し始め、対処法につなげられるようになった。</p> <p>③利用者から医師へ具体的に病状と痛みとの関連性など尋ねるようになった方もいた。</p> <p>○その他</p> <p>今回、4事例のコンサルテーションを受けたが、痛みやつらさに対し看護師がアセスメントシートを用いて具体的に経時的に関わることで、利用者の言動から考え推測すると看護師への信頼感が増した印象がある。</p>	<p>○利用者の状態</p> <p>今回は、コンサルタントは、利用者宅には訪問を行っていないので、看護師からの間接的な情報である。</p> <p>全4ケースに疼痛アセスメントシートを用いて情報をまとめることを進めた結果、利用者本人に主観的な痛みの表現を促すことになり、利用者自身が積極的に痛みを表現してくれるようになった。</p> <p>ケース2は、高齢者で、あまり自分の苦痛を表現しない印象であったが、コンサルテーション開始後、訪問看護師のかかわり次第で「実は、こんなに自分のことを話すのだ」という発見をしている。</p> <p>特にケース3については、コンサルテーション前には、「どうせ痛みはわかっちゃえない、表現しにくい、スケールなんかで聞かれたくない」と言っていたが、コンサルテーション開始し、アセスメント表を用いて、看護師が痛みの理解をしてくれていることがわかると、自らスケールでその変化を伝えるようになった。</p> <p>○利用者・家族の理解</p> <p>痛みの部位や性質を、身体図を用いながら（見せながら）訪問看護師が一緒に確認していくプロセスについては、利用者の抵抗はなかった。むしろ共通理解できることに关心をもっていた。</p>

		ケース1については、化学療法の効果と痛みを結びつけて考える傾向がわかつたため、2回目のコンサルテーションでは、ケース1は痛みに向き合うことが、ストレスになるケースかもしれない、痛みを無理に聞き出さないようにし、セルフケア日記は適用しなかった。代替案として、看護師が訪問日以外の日常生活の変化をとらえ、痛みの日常生活への影響を評価することをすすめた。
	<p>○利用者の状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リンパ浮腫があり、痛みを伴っていた⇒ケアを教えてもらい活用する事で、苦痛の軽減が出来た。 ・浮腫に対し保湿する事を学び、トラブルを生じなかつた。 ・疼痛管理に対しては、変化や変更なく、又、本人（利用者）も評価できなかつた。 <p>○利用者・家族の理解</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問時間に家族（主介護者）が不在のため、介護してゆく思いがつかみきれずに不安だったが、アドバイスにより、夫のいる時間に訪問し、思いを聞く事で在宅生活を続けられた。 <p>○その他</p> <p>実際に同行訪問してもらえた方が、より具体的なアドバイスを受けたのかと思う。</p>	<p>○利用者の状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護者へのサポートが行われた。 ・ネットワーク（地域）との連携を密接にとるようになった。 ・終末期浮腫への適切なケアを受けた。 <p>○利用者・家族の理解</p> <p>利用者とは直接かかわらなかつた。</p>
		<p>○利用者の状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅療養が、さいごまで続けられた。 ・薬物以外の症状緩和方法の工夫。（病状の日内変化に応じたサポート） <p>○利用者・家族の理解</p> <p>利用者とは直接関わらなかつた。</p>

○ステーション職員への成果

訪問看護ステーション	コンサルタント
<p>○知識・理解について</p> <p>①「アセスメントしていたつもり」「分かっていたつもり」「利用者を尊重していたつもりが後追いになっていた。」と改めて”つもり”だったと思ったスタッフがいた。自分たちの振り返りになつた。</p> <p>②まず病態整理を押さえることが大事だという事を改めて認識できた。</p> <p>③痛みの種類（内臓痛、体性痛、神経障害性疼痛）などについて事例を通して学習することで、多角的な視点で見ていくようになった。また、その痛みによる生活障害にも目を向けることで、より生活者として全体像をとらえようとするようになってきた。</p> <p>④アセスメントシートを埋める作業が面倒だ、分かりづらい等といっていた人も、作業に加わってシートの記入を行い、意見を出し統一したアセスメントシートができた。</p>	<p>○知識・理解について</p> <p>①疼痛は利用者の主観的苦痛であること。がん性疼痛は一箇所とは限らず、それぞれに性質がちがうこと。性質を利用者の表現する言葉を大切にして評価すること。身体図を用いて、利用者が表現しやすいようにし、看護師が聞きながら、実際に部位や痛み方を記入すること。</p> <p>②評価指標として、痛みのスケールを決めて表現してもらい、その人にあった方法を用いること。</p> <p>スケールの種類</p> <p>③継続的に変化を見ること。</p> <p>訪問しない日の様子も利用者や家族自身が、セルフケア日記のようにしてつけることができる。看護師が記録としてつけることもできる。</p> <p>④疼痛の部位や性質は、利用者の病態と関</p>

<p>⑤グループ看護のあり方について、関係する看護師が全て同じではなく、それぞれの役割で関わっていいということ、自分の得意不得意があってもいいこと、コミュニケーションが取れなければ心地良いケアからはいることもよしなど、又、関わった看護師の情報を集めて利用者の全体を捉えていくとよいなどが、まとめのコンサルテーションで聞けて、スタッフに抵抗なく受け入れられた。</p> <p>○技術・ケア内容について</p> <p>①具体的にアセスメントシートを利用し、どのように利用者にモニタリングしているのか、他のスタッフから話を聞くことができ、利用者とのコミュニケーションに役立っている。</p> <p>②医師との連携について積極的に関わるようになった。</p> <p>○その他</p> <p>①チームで看護することの有効性、またはチームの中での自分の役割などを改めて考えさせられ、認識することができた。(チームメンバーに自分の気持ちを率直に伝えること、一人でつらさを抱え込まないことが大切)</p> <p>②朝のミニケースカンファレンスや学習(約30分)を今後も充実させ、継続していきたい。</p> <p>③コンサルタントから同時に話(共通言語)を聞くことで、スタッフ全員がその内容を共通理解でき、視点が統一された。</p>	<p>連させてその機序を理解すること。</p> <p>○技術・ケア内容について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3人一組のグループで担当しているがん利用者4名に対して、それぞれ、疼痛アセスメントを実際に行った。 ・ステーション全員が集まる朝ミーティングの時間を使ってコンサルテーションを行ったことで、全員が4事例のアセスメントと評価を共有する機会となった。 ・グループ当事者になった場合、利用者の反応の変化や疼痛アセスメントとケアの結びつき、ケアの効果の有無などを実感をもって報告できていた。 ・2グループ目、3グループ目と進むにつれて、アセスメントの仕方がわかつてあらかじめ、グループ内で話し合ってからコンサルタントへの質問や疑問をまとめていた。 ・ケアの効果(薬物療法以外の温罨法や姿勢の工夫等)も痛みの出現の有無や変化をとらえて行っていた。 <p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主任を中心として、疼痛アセスメントシートの様式を決めて、今後、当ステーションとして共通で使用することを提案していた。 <p>今後は全員がこれを活用していくという合意まで達成できた。</p>
<p>○知識・理解について</p> <p>「コンサルテーション確認チェックリスト」や「STAS-J」を知った事により、今後取り組んでゆく事がみえた。</p> <p>○技術・ケア内容について</p> <p>浮腫に対するケアを学んだ。</p>	<p>○知識・理解について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・浮腫があるときのケアを学んだ。 ・家族やご本人の反応について振り返り、ニーズの確認ができた。 ・がん疼痛のアセスメントを学んだ。 <p>○技術・ケア内容について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・浮腫のスキンケア。 ・看取りが近づく利用者のサポートは、利用者の言葉数が少なくなり、提供しているケアに不安を感じることが、しばしばあるが、実施しているケアの意味、意義を振り返ることができ、自信をもってかかわることができた。 ・傾聴。
	<p>○知識・理解について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・複雑症状のアセスメント。(呼吸苦、悪寒、不穏) ・症状悪化に伴い、受診をすすめていたが、倫理的な思考のもと、利用者の意志を尊重することの医療者としての判断を導いた。 <p>○技術・ケア内容について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行われていたケアの意義の振り返り。 ・アロマオイルの使用。

○訪問看護ステーション全体への成果

訪問看護ステーション	コンサルタント
これまで痛みの表記がバラバラ（自由記載）であったが、同じ視点で多角的に時系列に観ることができるようにアセスメントシートを選定し利用することにした。そのアセスメントシートを、場合によっては医療機関への情報提供のツールとして利用しようと思っている。	
緩和ケアに対し、今後学び、ステーション独自のマニュアル作成してゆく必要があると思っている。	事例の提示者と管理者とのかかわりのみで、ステーション全体への影響が確認できるまでは至らなかった。 研究の手続きと、コンサルテーション関係づくりとの混迷があり、3ヶ月と短い介入期間がさらに1ヶ月以上は短くなっていた。
	管理者としかかかわらなかつたため全体への影響がみえなかつた。

③栄養・排泄ケア

○ 利用者への成果

訪問看護ステーション	コンサルタント
<p>○利用者の状態 栄養状態が改善・維持できている。 褥瘡が少しずつ改善傾向にある。 3件とも特に成果があらわれなかつた。 利用者自身は、認知力に問題があるので判断は出来ないが、介護者は少し関心を持って貰えるようになつた。</p> <p>○利用者・家族の理解 1件目：家族の理解力が悪く、新しい事にはなかなか取り組めない。何かをしようと思えば、訪問内での対応になつてしまふ。 2件目：同居の配偶者は理解力が悪く、自分の健康状態も良くないため現在の介護で精一杯。娘は理解力はあるが、同居しておらず、通って介護を手伝っている状態。忙しく、良い事だとわかっていてもなかなか手が回らない状況。 3件目：理解は良く前向きに取り組んでもらえる。成果が出ればもっとがんばってくださつたと思う。</p> <p>○その他 成果が出なかつたのが残念だが、色々な事を教えてもらって、勉強になつた。“相談できる所”があると、非常に心強い。 活動量だけでだいたいこんなも</p>	<p>○利用者の状態 栄養状態の改善を目指した利用者4名と排便状態の改善を目指した利用者1名に対して、コンサルテーションを行つた。 栄養状態の改善を目指したコンサルテーションの成果としては、必要エネルギー量を出したことにより、不足分のカロリーを把握しながらPEGや経口からの栄養量を段階的に増やし栄養状態の改善に導くことができた。また同時に、必要な水分量についても算出し確保することができた。これらにより、褥瘡のサイズ縮小や体重の増加。点滴からの離脱ができるようになった。摂食嚥下障害がある高齢者では、食事摂取時の覚醒状態を改善することができ食事摂取量を増やすことができた。 排泄状態の改善を目指したケアでは、腹臥位療法を取り入れた後に自然排便が見られたこともあったが、持続せず十分な成果は見られなかつた。</p> <p>○利用者・家族の理解 5名の利用者および家族の理解について、特に変化は見られていない。5名のうち4名が要介護度Vで残り1名も要介護度IVの状態で、意思の疎通が十分に図れる状態ではなかつた。また介護者のうち、効果的な栄養補給のための栄養補助食品の購入に協力したり食事摂取内容の記述をした利用者家族が1件、経口摂取量を増やすために家族内で役割分担し食事介助（口腔内にシリンジで経腸栄養を注入する）する体制をとつた利用者家族が1件、排便コントロールのため食物纖維量をアドバイス通り入れてくれた利用者家族が1件だった。 総体的に家族は訪問看護師からの提案に協力的だった。ただ、どの程度の理解の状況であるかは把握しきれなかつた。</p> <p>○その他 栄養についてのコンサルテーションでは、必要な栄養等の</p>

	んだろうと思っていた。必要エネルギー量も感染や褥瘡の有無でもかわって来て、しっかりとした係数がある事も学んだ。	数値を達成する目安にかかわっていくことにより、利用者の状態は改善した。排泄についてのコンサルテーションでは、すでに慢性の便秘で座薬や浣腸によるケアを受けているものが多く、また、病態的にも不安定な病状あるいは拘縮もあり効果的に運動等を進めていくことが困難だった。
--	---	--

○ ステーション職員への成果

訪問看護ステーション	コンサルタント
<p>○知識・理解</p> <p>栄養について:今まで体格を見ながらこれぐらいのカロリーは必要で、資料をみながら食品を勧めたり、目安でこれぐらいは取れているかなと、日ごろの多忙に甘えだんだんと漠然と進めて行っていたと思う。今回のコンサルテーションでしっかりとした根拠を元に進めていく必要性を再認識しました。それが一番の成果だったと思います。</p> <p>排泄について:アドバイスを元に実践し、こういったやり方もあるんだと参考になりました。今後同じような対象者に早期から実践できると思います。</p> <p>○技術、ケア内容</p> <p>実践として使用できる資料をその都度迅速に頂きとても参考になり直ぐに利用者に試行することができました。また、朝のショートカンファレンスで報告したりしていましたのでスタッフの意識の変容になったと思います。今後も対象の利用者がおられたら実践していくと思います。</p> <p>期間が短かったので技術・ケア内容まで評価することは出来ませんが（初段階）を作っていただきました。</p> <p>○その他</p> <p>期間が短く対象者に制限があったので関わるスタッフが半分もいなかった。私たちが関わっている方々は重度の方が多い。対象者を制限せずスタッフが困惑している内容に対して対応してもらえた良いのにと思った。</p>	<p>○知識・理解</p> <p>栄養と排泄のコンサルテーションを行った結果、まず、栄養状態を改善させるためのケアの主な成果としては、①栄養状態を正確に把握すること、②高齢者に必要なエネルギー量を出しケアプランを実践すること、③栄養のケアの評価を行うこと、④嚥下機能の改善を引き出すことといったことがあった。排便状況を改善させるケアとしては、①排便を促すための栄養の内容である食物繊維の摂取について、②排便を促すための運動についてといったことがあった。</p> <p>相談者はこれまで、栄養について大まかに食べている量を把握してよしとしていた傾向があり、数値として考えてこなかったこと、覚醒度が低下した高齢者の食事場面で、覚醒を促すための方法【皮膚のアイスマッサージ】などについて新しく知ったケアの方法であることと話していた。</p> <p>○技術、ケア内容</p> <p>栄養のコンサルテーションの中で、寝たきりの高齢者の推定身長を出す方法やそこから必要なエネルギー量を出す方法を獲得し、高齢者の栄養ケアに役立てることができた。また、安全に経口摂取量を増やすために、覚醒度を改善させる皮膚のアイスマッサージを取り入れたり、ケア提供者（家族・ヘルパー・訪問看護師）の中で役割を分担し調整することもおこなわれていた。</p> <p>排泄（排便）のケアにおいては、食物繊維を経腸栄養の中に考えながら取り入れ調整していく姿が見られていた。また、排便を促すために車いすによる腹臥位や半側臥位などの腹臥位療法を取り入れ家族に働きかけていた。</p>

○訪問看護ステーション全体への成果

訪問看護ステーション	コンサルタント
<p>より専門性を高めていく必要性の意識が高まった。</p> <p>また、コンサルテーションを受けた内容に対しスタッフ間で同じような利用者に対して実践可能かどうか意見交換や情報交換などをを行う場面が増えた。</p> <p>少しでも質の高い看護サービス</p>	<p>栄養と排泄のコンサルテーションの結果により、これまで高齢者の栄養へのケアが大まかに感覚的にしか行われていないことが認識された。</p> <p>コンサルテーション中に高齢者の身体状況に応じた必要エネルギー量の算出法を紹介したことによって、現状の栄養状態や実際の栄養補給量を書き出し正確に把握することに取り組まめるようになった。</p> <p>排泄ケアに関しては、PRG から注入中の栄養について、食</p>

	が提供出来る様にと日々努力はしてきたつもりでも確かな部分が抜けていた。質の高いサービス提供とはこういった過程を踏む事とヒントを頂いた。	物繊維を計算したり水分量を計算したりということに積極的に取り組まれた。ただ、介入中に下痢となつたとき、食物繊維量を減量し再び便秘になつたときには、食物繊維以外へのアセスメントがどの程度であったのか、下痢を誘発するアセスメント全般についての不十分さが気になつた。
--	---	--

■コンサルテーションの仕組みへの期待・希望

訪問看護ステーション	コンサルタント
	受け持ち看護師ではない看護師からの相談である。また相談者は患者に訪問していない状況である。 医療処置や内容について、特に医療行為についての話し合った内容がどのように伝言されるのか、疑問を感じた。今ケースは、管理者の立場での相談ではないので、ケースについての話し合いは困難だった。 話し合われた内容がどのように利用者に反映されるのかを確認できるようする必要あり。
提出するものが多く、又、何を目的としたかが不明なものもあった。	ケースカンファレンスを継続して行うことは、時間の効率ひいてはコストパフォーマンスも良好であると推測される。この場合の成功は、管理者の看護、サービスの方針が明確であることに委ねられているのではないかと推察する。同様のケースを引き続き行き検証したい。
年数回でも定期的にコンサルの機会があれば、確実に質の向上になる。またスタッフの意識も変わる。・・・が、報酬の点でどうかと気になるのが、訪問看護ステーションの持ち出しでは全ての訪問看護ステーションが受けることは難しい。利用者負担の場合、利用者の同意が得られるかどうか・・・。 しかし、現在訪問看護ステーションの質についていろいろ言わわれているので、是非制度化されて、全体の底上げになればよいと思う。	
・自分達だけでは、(褥瘡軟こうや貼布剤種類の選択含め) どのパウチを使用していったらよいか、また、難しい症例の場合、どのように工夫してパウチを貼布していったらよいか悩むことがあるため、症例を通して勉強会開催や、同行によるアドバイスなど、行って頂けると嬉しいと考える。 ・褥瘡で、毎日洗浄後、カルトスタッフの使用の試しをアドバイス頂きましたが、毎日では利用者さん、私達の負担にもなり、良いと思っても試し不可能です。利用者さんや私達の負担が少なく、効果のある方法など、アドバイス頂ければ、より効果的だと感じた。	本ステーションでは、同行訪問により効果を経験したく、同行訪問を主に行つた。しかし、同行訪問中、看護師コンサルタントからの指示を受けたいという発言が多く聞かれた。学習の効果を失われると感じた。利用者もコンサルタントに話し掛けることが多くなり、相談者との関係が築かれない。同行訪問はコンサルトの効果として疑問を感じた。 また必要時間も訪問件数が多く、同行訪問前後に話し合いがもてない。コンサルトの効果が現れないと考える。
自ら学習することはもちろん大切であるが、個々のステーションの自助努力だけでは、看護スキルを高	・コンサルタントとステーションは、最初の話し合いで、十分目標を共有す

	<p>める学習には限界がある。得た知識を現場にどう生かしていくのかが悩みでもある。今回、専門看護師と具体的に事例を通して話し合うことができ、より理解を深め実践につなげることができたように思う。地域の中核病院に在籍する認定（専門）看護師が地域のステーションのコンサルテーションを担つていただけたら在宅医療・看護の質を上げていくのに有効と考える。今後住院期間の短縮をうたう医療政策の中、医療依存度の高い利用者様が安心して地域で生活できる仕組みづくりのために、認定看護師の活躍に期待したい。</p>	<p>することが大切なので、第一回目の話し合いは重要である。管理者と共に、スタッフの中で核になるメンバーを交えて会議をもつことが必要で、有効であった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回は、研究参加への同意を得るための説明と、コンサルテーションそのものの説明が、コンサルタントに課せられたため、研究参加の説明は、別にするべきであったと思う。
	<p>①事前の書類や説明を詳細にして欲しい。最初は「疼痛」で受けましたが、実際はがんであれば何でもOKと説明内容に変化がありました。</p> <p>②期間は2ヶ月ではとても短くて、もっと色々な刺激を受けたかったという思いです。特にがんの領域では、利用者を決めていても、入院になりやりたかった事ができなかったと思っています。せめて1年を通じてかかわって欲しいと思いました。</p> <p>③実際のケースを通じて行うのが有効だと思います。講義だけでは他の勉強会での出席で任えるので、同行訪問する事で、看護師に足りない事を指導していただきたいと思いました。</p> <p>上手いタイミングで利用できず、成果が得られず残念でした。</p>	<p>問題があった時に連絡を受け、相談者の意識を尊重することを優先したが、問題と感じるレベルは様々であり、相談に結びつけるのが難しかった。</p> <p>学習会や定期的な事例検討を行った上で、ニーズのある時に応じるコンサルテーション体制に結びつけられるとよかったです。</p>
	<p>利用者は重度の方が多く、介護者の力量もあり、個別性に応じた指導や支援が必要であるが重度の方には更なる工夫が必要であり、療養型などの対象と思われる方でもスタッフは在宅でと頑張っている。研修等で学んだことを実践してもその後の評価や評価を行っても次にどう生かしていくかなど自分たちだけでは戸惑うことが多く諦めてしまうこともある。よって、実践の過程を相談・指導していただける仕組みがあれば新しい知識を取り入れながらエビデンスに基づいた看護の提供ができる。また、スタッフのモチベーションの維持が得られると思うので今後も体制として確立して頂けたらと思います。</p> <p>報酬上の評価について：私たちが望むのは自分たちで努力しても成果が上がらず、病状的に複雑で一筋縄では成果の上がらない対象者にコンサルテーションを受けたいと思う。よって入院になったり、実践の途中で状態が変化したりで進まないことが多いのではと思うので成果主義での評価は難しいと思う。コンサルテーションを受けしっかり実践し、記録に残して行っていることが証明されることで報酬は可能かと思う。</p> <p>コンサルトとの電話相談だけでなく数ヶ月に1回でも勉強会の実施。</p> <p>専門性のあるケア研修が衛星通信などどこでも受け</p>	<p>コンサルタントとしての時間の確保の重要性を感じた。不規則な対応時間ではステーションスタッフも多忙さを極めて活動しているため、コンサルタントをする時間がストレスに感じてしまうのではないかと思った。</p> <p>コンサルタントとして介入するとき、困難を感じた点はフィールドまでの交通、コンサルテーションを行うための時間の確保だった。当初、介入事例については訪問看護に同行するようにし、2回目のコンサルテーションも対面で行った。しかし、この方法ではフィールドまでの移動時間（約90分）が必要な場合には、所属施設の仕事との両立が難しかった。その後、ほかのコンサルタントの活動をしり、電話やメールを活用することによりコンサルテーションのペースは週に1回と安定し行うことができた。</p> <p>ただ、新規事例についてケアの場を見ない状況では、相談者からの観察量によりコンサルタントの情報量やアセスメントに限界が生じ、また、栄養と排泄以外のケアに時間がかかり訪問時間の制限から相談者がコンサルトで得たケアを実施できないこともあった。訪問看護師がコンサルテーションで受けた内容を実施するには、コンサルテーションで受けた内容にどれぐらい関</p>

	<p>られる。</p>	<p>心が持てるか、その領域の知識を理解し現場に適用する意識が持てるかが重要となる。このような訪問看護師のケアへのレディネスを育成するには、ケアの効果を見ながら実践時間の蓄積で育成するのか、研修時間（コンサルタントを講師とした勉強会など短時間で）とケアの実践の両輪で行っていくのかどちらかとなる。</p> <p>いつでもコンサルタントに相談できる体制を確保するとともに、訪問看護師からの能動的なシステムの活用の姿勢が持たれるかどうかも今回の仕組みを浸透させていく上では課題となってくるように思われた。</p>
--	-------------	--

■専門性のあるケアを提供するのに必要なステーションの体制・業務（様式等）の課題・意見

訪問看護ステーション	コンサルタント
<ul style="list-style-type: none"> ○ステーションの体制（支援体制・職員研修等） 人材⇒定期的なスキルチェック、確認。専門性の高さを維持するためのセミナー、学会等への出席。 ○ステーションへの業務内容（ケアのレベル・業務内容等） 変化はみられなかった。（1回のコンサルだけだったため。継続的に実践できるとケアのレベル上昇は得られると思う） 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ステーションの体制（支援体制・職員研修等） 研修の必要性は大きいが、日々の訪問業務が時間ぎりぎりで組まれるため、なかなか研修に参加することができない。 ○その他 バックアップとして、メールのコンサルタントが可能であればよい。 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ステーションの体制（支援体制・職員研修等） 認定課程の進学支援については、今のところ制度化されておらず、休職（欠勤）となってしまう。今現在制度化を検討中。 必要なことなので、会社（事業所）として、給与保障して進学支援出来れば良いが、財政面では難しい。 ○ステーションへの業務内容（ケアのレベル・業務内容等） ケアレベルについては、カンファレンス・記録内容とともに、モニタリングで同行訪問をしていく。 ○その他 当訪問看護ステーションにはがん疼痛の認定看護師が在籍しているので、当訪問看護ステーションのみでなく、事業団内の4訪問看護ステーション全てのコンサルをお願いしている。また訪問看護ステーション内では、月1回勉強会 	

	<p>を実施して事例検討、基礎知識など深めている。</p>	
	<p>○ステーションの体制(支援体制・職員研修等) 今後、在宅を望む声も増えてきており、高齢化がすすむ中、訪看ステーションを希望する利用者が増えるのでは・・と考えている。スタッフの確保や研修におもむき、知識の向上に努めて、より、利用者に適し、合わせられるケアを提供できるよう努める必要があると思う。 ○ステーションへの業務内容(ケアのレベル・業務内容等) ケアレベルを目指していくには、ステーション中にも、それぞれ専門性のあるスタッフがいることで、ケア全体のレベル向上が望められると思う。そのためには、研修や資格確保など知識の向上に努めていく必要があると思う。</p>	
	<p>○ステーションの体制 ①研修時間の確保。(共通理解を持つことが大切なのでなるべく全員で受けたい) ②医療機関との連携。 ○ステーションへの業務内容(ケアのレベル・業務内容等) ①標準の看護計画の立案。(質の確保) ②同行訪問。(ステーション内・外) ③看護技術の向上。(より安全・安楽なケア)</p>	<p>○ステーションの体制 管理者の考え方方が明確で、コンサルテーションを受けて、何を目指したいのかを言明できること。時間の調整やスタッフへのオリエンテーションをしっかりとできること。今回は、3人一組の看護師グループに対して、コンサルテーションを行うことを、管理者と主任、コンサルタントで合意したことが、よかつた。 研修に対しても、情報提供して積極的に参加を促しており、勤務終了後の夕方でも、熱心なスタッフは、参加できていた。(担当地区の基幹病院が行う緩和ケアセミナーなど) ○ステーションへの業務内容(ケアのレベル・業務内容等) がん患者を3人一組のグループで担当していた。個々の看護師の力量や継続勤務年数のちがいを考慮して、グループを組み、皆ががん患者のケアを体験できるようにしていた。ベテラン看護師のケアのパターン化を防ぐために、最近の臨床の知識を若い看護師が発揮しやすいように意図していたが、このコンサルテーションを通じて、第三者から知識提供やケアの評価をしてもらうことをきっかけにして、スタッフ同士の情報共有の必要性に気づき、グループ内の話し合いが実行できている。 以前は、病院の主治医と訪問看護師は病状について直接連絡できにくいたことがあったが、疼痛アセスメントや病態の理解をした上で、在宅ケア中の評価を伝える動悸付けが高まり、要点がつかめたという管理者の感想があったので、コンサルテーション終了後にも、継続できることが重要である。 ○その他 ・専門看護師のコンサルテーションを受けるということ以外に、病院との人材交流を図り</p>

		<p>たい。 臨床看護師経験を何年かして、訪問看護ステーションへのローテーションを行い、臨床と在宅ケアの両方のキャリアをもつ看護師を増やしたい。 ・訪問看護ステーションの管理者として、管理コンサルテーションを受けたい。</p>
	○ステーションの体制 ・計画性のある教育体制作り（例）認定看護師を作る必要性があると思います。又、当ステーション独自の緩和ケアマニュアルを作成したいです。	<p>○ステーションの体制 定期的な研修計画が組まれていたが、今年は、緩和ケア以外のテーマで行われる予定になっていた。 ○ステーションへの業務内容（ケアのレベル・業務内容等） ・管理者と相談しながら、円滑にアドバイスを受けており、困難なコミュニケーションの場合では管理者が同行訪問するなどを積極的に行ってはいたが、管理者の経験や知識による限界があると考えられた。 ・多くの往診医とチームを組み、矛盾を感じながらも、往診医の考え方を左右している。直接利用者と関わりをもつ専門職としての意見に自信がもてるといいのだが。</p>
		<p>○ステーションの体制 講義を受けて、効率的なツールを使う必要性は認識されていても、実践に結びついておらず、有効に活用できていない。使用しながら、指導が行えれば、もっと有効な時間活用ができるのではないか。 ○ステーションへの業務内容（ケアのレベル・業務内容等） 保険点数は、ついてないが、グリーフケアは必須の事項として行っていた。 在宅という場で、利用者、家族と関わるため、深い関わりになり、そのことが、ケアの質にもつながっているが、看護師のストレスになることも予測され、外部からのスタッフサポートのニーズは高いのではないかと感じられた。（特にステーションでは、スタッフの数が限られているので）</p>
	○ステーションの体制（支援体制・職員研修等） 専門性のあるケアの提供とは今回のようなコンサルテーションのことでしょうか。それとも専門特化型ステーションの想定を意味するのでしょうか。 現状のステーションでもターミナル・リハビリ・ハイケア・精神など得意とする分野に分かれていると思われるが実際は混合型が多い。でないと専門分野だけでは利用者の獲得は難しいし、経営も成り立たない。当ステーションはターミナル・リハビリ・ハイケア・小児・認知症など精神以外の分野にやいざれも長けていられるようにスキルの向上に努めスタッフの意欲に応じて担当を振り分けている状況である	<p>○ステーションの体制（支援体制・職員研修等） 栄養と排泄へのケアについて専門性をもたせるためには、まず、ステーションの管理者がこの領域のケア方法に関心を持ち、ケアが提供されている利用者のケア状況を大まかにでも把握し、職員にコンサルテーションを勧められることが必要となる。さらに、コンサルタント内容の理解を深め実践できるモチベーションを高めるためには、栄養と排泄のケアの基本およびケア展開の方法についての研修を並行して受けていることが効果的のように思われる。このような研修を受け利用者に実践しケアの効果を感じることが</p>

る。しかし自分たちだけでは限界があり全てが中途半端になってしまっているように思う。

○ステーションの業務内容（ケアのレベル・業務内容等）

1. 記録物の簡素化。
2. ケアのレベルが上がって利用者・介護者からも信頼感が高まる。地域への訪問看護の浸透も深まる。
3. ステーションのランク付けにはならないか。
4. コンサルトによるケアの評価を行ってほしい。

○その他

1. 一領域の専門性だけではスタッフが集まらない。栄養・排泄は全ての利用者に応用可能だが、がん緩和・小児などそれほど利用者が発生しない。
2. 当ステーションは病院併設型で母体病院のカラーに添う形となっているので専門特化すると主治医の変更があったりで利用者が困惑する面があると思う。
3. がん拠点病院との連携強化。
4. ステーションの質の格差が生じ閉鎖するステーションが出るのでは。
5. 一ステーション内で複数の専門性のあるケアの提供ができる体制がよい。一領域だけ専門性があっても利用者は複数を必要とする人がいる。スタッフはそれだけの力量を持っている。
6. 2-3ヶ月毎に確かな力となるまで勉強会を行ってほしい。

できれば、訪問看護師の実践能力も高まり自信を持つことができるのではないだろうか。

○ステーションの業務内容（ケアのレベル・業務内容等）

今回のコンサルテーションにより利用者の病態に応じた必要エネルギーや水分量、便秘を改善させるために必要な食事・運動・腸内細菌について意識されるようになった。訪問看護で提供されるケアの中心が清潔ケアは排便処理が中心で所要時間も長いため、今回の介入までは栄養ケアについて知識に基づいたケアということが十分に提供されてこなかったように見受けられた。

つまり、栄養状態の把握が大まかで、栄養状態改善に向けたケアが点滴に頼りがちな傾向があった。しかし、その割には点滴で確保できるカロリーの把握は十分でないといったこともあった。

これらのことから考えると、清潔のケアも排便処理のケアも栄養が基本になっているところも多いため、栄養のケアによる身体づくりをもう少し意識して取り組まれてはどうかと思われた。

2) モデル事業調査票

(1) モデル事業調査票

コンサルタント記入欄（対象とした訪問看護ステーションごとに記入）

コンサルタント記入票(対象とした訪問看護ステーションごとに記入)

訪問看護ステーション名

【ヨンサンサルテーション塞施中に記入】

A-2

日付と時間	月 日	時 分～	時 分
コンサルテーションの方法	1. 訪問看護ステーションへ訪問 2. 利用者宅へ同行訪問 3. 電話 4. メール 5. その他 ()		
訪問看護ステーション名			
職員 ID			
利用者 ID			
相談を受けた内容：			
コンサルテーションをした内容と結果：			

A-3

利用者個別票(コンサルタントが利用者1人1枚記入)

【コンサルテーション開始時に記入】

訪問看護ステーション名	訪問のあつた 職員ID	相談のあつた 職員ID	利用者 ID
-------------	----------------	----------------	-----------

性別	男	女	年齢 ()歳
保険の種類	1. 介護保険法 2. 健康保険法等	→ (要支援 1・2 経過的要介護 1・2・3・4・5)	要介護 1・2・3・4・5
傷病名	主傷病名: 副傷病名:		
病歴	既往歴(最近の入院歴も含む):		
同居家族の状況	(同居者すべてを○で囲み、主な介護者に○をつけください) 1 夫又は妻 2 息子 3 娘 4 息子の妻 5 娘の夫 6 父母 7 孫 8 その他 9 一人暮らし 10 その他 ()		
心身の状況(ADLも含めて)			

医療処置等の状況

訪問看護の訪問回数(11月中)	回
1回の訪問看護の滞在時間(11月中)	平均 時間 分

【コンサルテーション実施中に記入】

当該利用者について、コンサルティー(ステーション職員)から相談のあった内容:

【コンサルテーション実施中・実施後に記入】

当該利用者に関するコンサルテーションの回数 コンサルテーションによる当該利用者に対する成果(コンサルテーションを受けて利用者の状態等が変化したこと)	全 _____回
---	----------

A-4 コンサルタント事後記入票(対象とした訪問看護ステーションごとに記入)

訪問看護ステーション名	
-------------	--

【コンサルテーション調査（モデル事業）終了後に記入】

1. コンサルテーションによる利用者に対する成果（コンサルテーションを受けて利用者の状態等の変化がなかったこと）

○利用者の状態について：

○利用者・家族の理解について：

○その他：

2. コンサルテーションによるコンサルティー（ステーション職員）に対する成果（コンサルテーションを受けて看護実践においてわかったこと／変化したこと）
- コンサルティー（ステーション職員）の知識・理解について：

○コンサルティー（ステーション職員）の技術、ケア内容について

○その他：

3. コンサルテーションによる訪問看護ステーション全体への成果（ステーションの体制やサービス内容等全般に関して変化・改善したこと）

5. 専門性のあるケアを提供するのに必要なステーションの体制・業務（様式等）への意見
○ステーションの体制（支援体制・職員研修等）：

○ステーションの業務内容（ケアのレベル・業務内容等）：

○その他：

4. コンサルテーションの仕組みへの意見（コンサルテーションをして難しかったこと、報酬上での評価をする際に課題として考えられることなど）

B-1

訪問看護ステーション事前記入票

訪問看護ステーション名

【コンサルテーション開始時に記入】

開設主体	1 都道府県・市区町村・広域連合・一部事務組合 2 日本赤十字社・社会保険関係団体 3 医療法人 4 医師会 5 看護協会 6 社団・財団法人(4.5.以外) 7 社会福祉法人（社会福祉協議会含む）	8 農業協同組合及び連合会 9 消費生活協同組合及び連合会 10 営利法人株式・合名・合資・有限会社 11 特定非営利活動法人(NPO)	
職員数	常勤職員（実人員） 看護職員 PT・OT・ST その他職員	非常勤職員（実人員） 人 人 人 人	常勤換算数（小数点一桁） 人 人 人 人
(10月中) 利用者数	訪問看護ステーションの利用者全体 訪問回数	うち、がん性疼痛コントロールが必要な人 回	うち、がん性疼痛コントロールが必要な人 人
コンサルテーションを受ける領域（がん疼痛コントロール、栄養・排泄、褥瘡）について、これまで教育・研修等をどのように活用してきましたか：			
研修等では不足していた点：			
コンサルテーションしてほしい内容・理由 内容： 理由：			

B-1'

事業所記入票（訪問看護ステーションごとに記入）

訪問看護ステーション名

訪問看護ステーション名

◆ 各職員に対するIDは、コンサルタントから聞いてください。コンサルタント側で付いている職員IDと同じにしてください。	
コンサルテーションの対象となった職員の状況（全員）	
職員 ID 1	役職 訪問看護ステーション勤務歴 主な勤務歴
イニシャルまたは お名前 (※記入は任意)	() 年
職員 ID 2	役職 訪問看護ステーション勤務歴 主な勤務歴
イニシャルまたは お名前 (※記入は任意)	() 年
職員 ID 3	役職 訪問看護ステーション勤務歴 主な勤務歴
イニシャルまたは お名前 (※記入は任意)	() 年
職員 ID 4	役職 訪問看護ステーション勤務歴 主な勤務歴
イニシャルまたは お名前 (※記入は任意)	() 年

返送先 全国訪問看護事業協会 FAX番号：03-3351-5938

B-3

訪問看護ステーション事後記入票

コンサルテーション記録票

※コンサルテーションを受けた度に1枚記録し、上記へFAXして下さい。

訪問看護ステーション名		月	日	時	分～	時	分
コンサルテーションを受けた 方法	日付と時間						
1. 訪問看護ステーションへコンサルタントが訪問 2. 利用者宅へコンサルタントと同行訪問 3. 電話で連絡 4. メールで連絡	5. その他（ ）						
コンサルテーションを受けた結果							
①コンサルテーションの時間の長さはどう でしたか	ちよほどかかった 理由（ ）	<input type="checkbox"/>					
②相談したかった内容に十分な答えが得ら れましたか	十分 理由（ ）	<input type="checkbox"/>					
③コンサルテーションを受けた内容がわか りやすかったですか	分かのややかかった 理由（ ）	<input type="checkbox"/>					
④コンサルテーションを受けた結果、具体的 な看護実践の変化につながりますか	十分ややかる 理由（ ）	<input type="checkbox"/>					
⑤相談をした全般的な感想	よかったです 理由（ ）	<input type="checkbox"/>					

相談した内容

相談結果を踏まえ、看護実践上で反映したいと思う内容：

○その他：

【コンサルテーション調査（モデル事業）終了後に記入】

1. コンサルテーションによる利用者に対する成果（コンサルテーションを受けて利用者の状態等の変化があ
ったこと）
○利用者の状態について：

○利用者・家族の理解について：

○その他：

2. コンサルテーションによるコンサルティー（ステーション職員）に対する成果（コンサルテーションを受けて看護実践においてわかつたこと／変化したこと）
○ステーション職員の知識・理解について：

3. コンサルテーションによる訪問看護ステーション全体への成果（ステーションの体制やサービスの内容等全般に関する変化したこと）

○ステーション職員の技術・ケア内容について：

4. コンサルテーションへの仕組みへの期待・希望（コンサルテーションを受けて離しかつたこと、報酬上の評価をする際に課題として考えられるごとなど）

○その他：

5. 専門性のあるケアを提供するのに必要なステーションの体制・業務（様式等も）の課題・意見
 ○ステーションの体制（支援体制・職員研修等）：

○ステーションの業務内容（ケアのレベル・業務内容等）：

○その他：

6. コンサルテーションを受けて、業務時間が増加した業務内容（コンサルテーションを受けた時間は含めないで結構です）

增加了した業務内容	実施・参加した職員数	增加了した業務時間（1ヶ月間）
(例) がん疼痛緩和ケアについてステーション内カンファレンスを2回開催した	職種：看護師 人数：5人 職種： 人数：	2時間（1回1時間×2回） <u>2時間×5人=10時間と</u> <u>は記入しないで下さい。</u>
	職種： 人数： 職種： 人数：	

(2) コンサルテーション確認チェックリスト

訪問看護ステーション名()	職員ID()	記入日 年 月 日
----------------	---------	-----------

褥瘡ケアコンサルテーション確認チェックリスト いずれかに○→(前・後)

大項目	看護師のアウトカム		看護師の実践の状態	基準日から実施日まで			患者のアウトカム	患者の状態	備考
	中項目	小項目		できている	できていない	日数	訪問回数	工程数	
I 身体・ 褥瘡の 状態	看護職の目標	□褥瘡の看護目標を作成した。						□褥瘡が改善、治癒する	はい・いいえ
		□褥瘡の看護計画を立案した。						□褥瘡治療、予防のための介護上の問題を解決できる	はい・いいえ
II ・ 褥瘡の 改善への 働きかけ	身体・ 褥瘡状態の 観察	□褥瘡の局所記録を開始した。						□疾病の安定	はい・いいえ
		□観察の頻度を決めた。						□表面積の縮小、肉芽、表皮化進行	はい・いいえ
	薬剤治療・処置	□医師と方針について話し合う						□得点が下がる	はい・いいえ
		□方針を記録に書いた。						□褥瘡の新規発生がない	はい・いいえ
	栄養	□往診(受診)の回数を決めた。						□処方通りの服薬ができる	はい・いいえ
		□必要な衛生材料が家庭に置かれた。						□診療計画どおり実施される	はい・いいえ
	III ・ 日常的 ケアの 継続	□必要な薬剤が家庭に置かれた。						□必要な頻度のガーゼ交換が実施される	はい・いいえ
		□食事の摂取内容を把握する方法を決めた。						□変化なし、あるいは改善	はい・いいえ
	体圧分散	□水分の摂取内容を把握する方法を決めた。						□摂取量が変わらない	はい・いいえ
		□栄養状態を把握する方法を決めた。						□低栄養症状がない(浮腫、るい瘻等)	はい・いいえ
	摩擦ずれ	□車椅子要の除圧マットを準備する						□水分1000ml以上摂取する	はい・いいえ
		□摩擦の事実を把握した						□体重の著明な低下がない、あるいは皮下脂肪の変化がない	はい・いいえ
	清潔	□除圧マットの使用方法を説明した。						□変化なし、あるいは改善	はい・いいえ
		□効果の確認をした。						□寝具上で創部体圧30mmHg以下、あるいは発赤なし	はい・いいえ
	排泄	□効果の確認をした。						□創部が下になっていない	はい・いいえ
		□車椅子要の除圧マットを準備する						□体圧分散寝具の底づき、空気の入りすぎがない	はい・いいえ
	理学療法	□摩擦ずれの問題解決を検討した						□骨突出部に発赤がない	はい・いいえ
		□車椅子要の除圧マットを準備する						□骨突出部に発赤がない	はい・いいえ
	安全の確保	□摩擦の事実を把握した						□体位交換時に仙骨部がずれない	はい・いいえ
		□ずれ摩擦があることを予測した						□キャシアップ30度以下か90度保持	はい・いいえ
	家族支援・指導	□ずれ摩擦への問題解決を検討した						□移動時創ずれない	はい・いいえ
		□清潔の方法を決めた。						□座位時姿勢保持できる	はい・いいえ
	備考欄	□誰が行うか決めた						□皮膚の乾燥がない	はい・いいえ
		□間隔を決めた						□他に褥瘡発生なし	はい・いいえ
		□尿の回収方法の工夫をした						□創周囲に落垢がない	はい・いいえ
		□便の回収方法の工夫をした						□週に1回は入浴もしくはシャワー浴	はい・いいえ
		□失禁装置が適切に使用可能						□変化なし、あるいは改善	はい・いいえ
		□おむつの枚数での圧迫、ずれなし						□創部が排泄物による汚染なし	はい・いいえ
		□下痢によるスキントラブルなし						□おむつの枚数での圧迫、ずれなし	はい・いいえ
		□各職種の役割を話した。						□下痢によるスキントラブルなし	はい・いいえ
		□本人・家族が不安、ストレスを伝達可能						□可能なセルフケアが行える	はい・いいえ
		□褥瘡についての基本を話した。						□適切な社会資源の活用ができる	はい・いいえ
		□各職種の役割を話した。						□適切な専門家の援助が受けられる	はい・いいえ

訪問看護ステーション名()	職員ID()	記入日 年 月 日			
緩和ケアのコンサルテーション確認チェックリスト いずれかに○→(前 ・ 後)					
看護師の状態			患者の状態		
小項目	看護師の実践の状態		小項目	患者・家族の状態	
	できている	できていない		スコア・コメント	
1 痛みをスケールを用いて定期的にアセスメントし、記載している。			痛みのコントロール: 痛みが患者に及ぼす影響 ()		
2 痛みの管理がマニュアルやWHOの除痛管理ラダーに基づいてできている			0=なし 1=時折の、または断続的な単一の痛みで、患者が今以上の治療を必要としない痛みである。 2=中程度の痛み。時に調子の悪い日もある。痛みのため、病状からみると可能なはずの日常生活動作に支障をきたす。 3=しばしばひどい痛みがある。痛みによって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。 4=持続的な耐えられない激しい痛み。他のことを考えることができない。	コメント	
3 痛み以外の身体症状(全身倦怠感、恶心・嘔吐、便秘、下痢、浮腫、呼吸困難等)を定期的にアセスメントし、記載している。			症状が患者に及ぼす影響: 痛み以外の症状が患者に及ぼす影響 ()		
4 痛み以外の身体症状の管理マニュアルに基づいてできている。			0=なし 1=時折の、または断続的な単一または複数の症状があるが、日常生活を普通に送っており、患者が今以上の治療を必要としない症状である。 2=中等度の症状。時に調子の悪い日もある。病状からみると、可能なはずの日常生活動作に支障をきたすことがある。 3=たびたび強い症状がある。症状によって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。 4=持続的な耐えられない激しい症状。他のことを考えることができない。	コメント	
5 精神症状(せん妄、抑うつ、不安、不眠等)をティ規定にアセスメントし、記載している。			患者の不安: 不安が患者に及ぼす影響 ()		
6 精神症状の管理がマニュアルに基づいてできる			0=なし 1=変化を感じている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。 2=今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の兆候が見られる。 3=しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその兆候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。 4=持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。	コメント	
7 アロマセラピー、リラクゼーション、セラピューティックタッチなどの代替ケアを積極的に取り入れ、実施している。			家族の不安: 不安が家族に及ぼす影響 ()		
8 日常生活に関するセルフケア能力を定期的にアセスメントし、必要時サービスを導入している。			0=なし 1=変化を感じている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。 2=今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の兆候が見られる。 3=しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその兆候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。 4=持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。	コメント	
9 家族の介護・ケア能力について定期的にアセスメントし、記載している。			チームでの対応: チームが患者に及ぼす影響 ()		
10 家族に対して介護・ケアの方法についてマニュアルを用いて指導している			0=なし 1=変化を感じている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。 2=今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の兆候が見られる。 3=しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその兆候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。 4=持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。	コメント	
11 家族に現在起こっている痛みやその他の症状について説明している。			チームでの対応: チームが家族に及ぼす影響 ()		
12 家族に適切な時期を見計らって死までの経過説明をしている。			0=なし 1=変化を感じている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。 2=今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の兆候が見られる。 3=しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその兆候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。 4=持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。	コメント	
13 遺族のグリーフケアを実施している。			チームでの対応: チームが患者に及ぼす影響 ()		
14 本人の死亡場所の希望を確認し、記載している。			0=なし 1=変化を感じている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。 2=今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の兆候が見られる。 3=しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその兆候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。 4=持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。	コメント	
15 家族の死亡場所の希望を確認し、記載している。			チームでの対応: チームが家族に及ぼす影響 ()		
16 本人が予後や死への不安について表出する機会を作ることができる。			0=なし 1=変化を感じている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。 2=今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の兆候が見られる。 3=しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその兆候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。 4=持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。	コメント	
17 家族が予後や死への不安について表出する機会を作ることができる。			チームでの対応: チームが患者に及ぼす影響 ()		
18 麻薬を扱うかかりつけ医と連携をとることができる。			0=なし 1=変化を感じている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。 2=今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の兆候が見られる。 3=しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその兆候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。 4=持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えことができない。	コメント	
19 緩和ケア方針やケア計画をかかりつけ医と共有している。			チームでの対応: チームが家族に及ぼす影響 ()		
20 緩和ケア方針やケア計画をケアマネジャーと共有している。			0=なし 1=変化を感じている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。 2=今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の兆候が見られる。 3=しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその兆候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。 4=持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えことができない。	コメント	
21 緩和ケア方針やケア計画をヘルパーと共有している。			チームでの対応: チームが患者に及ぼす影響 ()		
22 ボランティアがチームメンバーとしてケアに参加している。			0=なし 1=変化を感じている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。 2=今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の兆候が見られる。 3=しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその兆候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。 4=持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えことができない。	コメント	
23 入退院時に病院と緩和ケア方針やケア計画について情報交換を行う(退院前訪問を含む)			チームでの対応: チームが家族に及ぼす影響 ()		
24 チームで定期的に緩和ケア方針やケア計画を確認・修正している。			0=なし 1=変化を感じている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。 2=今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の兆候が見られる。 3=しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその兆候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。 4=持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えことができない。	コメント	
25 チームで定期的に緩和ケアについて学ぶ機会を持っている。			チームでの対応: チームが患者に及ぼす影響 ()		

26	患者が適切な緩和ケアを受けられるように(人権擁護のために)、代弁者としての役割を果たすことができる。			患者の病状認識:患者自身の予後に対する理解 ()	()
27	患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができる。			0= 予後について十分に認識している。 1= 予後を2倍まで長く、または短く見積もっている。例えば、2~3ヶ月であろう予後を6ヶ月と考えている。 2= 回復すること、または長生きすることに自信が持てない。例えば「この病気で死ぬ人もいるので、私も近々そうなるかも知れない」と思っている。 3= 非現実的に思っている。例えば、予後が3ヶ月しかない時に、1年後には普通の生活や仕事に復帰できると期待している。 4= 完全に回復すると期待している。	コメント
28	患者・家族が希望する場所で最期を迎えることができなかった場合でも、最期の状況の意味づけをすることができる。			0= 予後について十分に理解している。 1= 予後を2倍まで長く、または短く見積もっている。例えば、2~3ヶ月であろう予後を6ヶ月と考えている。 2= 回復すること、または長生きすることに自信が持てない。例えば「この病気で死ぬ人もいるので、本人も近々そうなるかも知れない」と思っている。 3= 非現実的に思っている。例えば、予後が3ヶ月しかない時に、1年後には普通の生活や仕事に復帰できると期待している。 4= 患者が完全に回復することを期待している。	コメント
29	チームで、デスカンファレンスを行い、記載している。			患者と家族のコミュニケーションとのコミュニケーションの深さと率直さ ()	()
30	事業所内で定期的に緩和ケアを振り返る機会を持っている。			0= 率直かつ誠実なコミュニケーションが、言語的・非言語的になされている。 1= 時々、または家族の誰かと率直なコミュニケーションがなされている。 2= 状況を認識してはいるが、その事について話し合いがなされていない。患者も家族も現状に満足していない。あるいは、パートナーとは話し合っても、他の家族とは話し合っていない。 3= 状況認識が一致せずコミュニケーションがうまくいかないため、気を使いながら会話が行われている。 4= うわべだけのコミュニケーションがなされている。	コメント
				職種間のコミュニケーション:スタッフ間での情報交換の早さ、正確さ、充実度 ()	()
				0= 詳細かつ正確な情報が関係スタッフ全員にその日のうちに伝えられる。 1= 主要スタッフ間では正確な情報伝達が行われる。その他のスタッフ間では、不正確な情報伝達や遅れが生じることがある。 2= 管理上の小さな変更は、伝達されない。重要な変更は、主要スタッフ間でも1日以上遅れて伝達される。 3= 重要な変更が数日から1週間遅れで伝達される。 例) 退院時の病棟から在宅担当医への申し送りなど。	コメント
				4= 情報伝達がさらに遅れるか、全くない。他のどのようなスタッフがいつ訪ねているのかわからない。	
				患者や家族が求めたときに医療スタッフが提供する情報の充実度 ()	()
				0= すべての情報が提供されている。患者や家族は気兼ねなく尋ねることができる。 1= 情報は提供されているが、充分理解されてはいない。 2= 要求に応じて事実は伝えられるが、患者や家族はそれより多くの情報を望んでいる可能性がある。 3= 言い逃れをしたり、実際の状況や質問を避けたりする。 4= 質問への回答を避けたり、訪問を断る。正確な情報が与えられず、患者や家族を悩ませる	コメント
				7: 入院直後や家族はいるが面会に来ないなど、情報が少ないため評価できない場合	
				8: 家族がいないため、家族に関する項目を評価できない場合	
				9: 認知状態の低下や深い鎮静により評価できない場合	

栄養ケア コンサルテーション確認チェックリスト

大項目	訪問看護師のアウトカム					高齢者のアウトカム		
	中項目		小項目		看護師の実践の変化	高齢者の状態の変化		
	前	後	前	後		前	後	
I ・栄養状態	1. 栄養状態の変化に応じたケアの必要性を考えることができる。	(1)栄養状態の推移を把握している				1.高齢者の栄養状態が低下しない		
		(2)低栄養のリスクを把握するために、以下の情報を収集しアセスメントしている ①体重または上腕皮下脂肪厚や上腕三頭筋団の推移を把握している ②血清アルブミン値や総蛋白値の把握 * 血清アルブミン値が3.5g/dl以下、総蛋白値が6.0g/dl以下						
		③身長を把握(測定困難時は臥位で測定)している ・臥位の測定⇒男性(cm): 64.19-(0.04×年齢)+(2.02×膝下高)/女性(cm): 84.88-(0.24×年齢)+(1.83×膝下高)						
		④必要エネルギー量の算出をしている						
		⑤摂取カロリーと必要カロリーから栄養の過不足を把握している						
II ・摂食・嚥下機能	1. 摂食・嚥下障害のレベルを把握することができる	(1)摂食・嚥下障害のレベルを把握している				1.嚥下能力に応じた食事が摂取できる		
		(2)摂食・嚥下障害のレベルを改善に導く方法を知っている * 嚥下障害の各期、先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期のどの障害か判断する。 * 嚥下障害の各期に応じたトレーニングを提案し、実施する。				2.嚥下能力を回復させるための方法を実践できる		
	2. 摂食・嚥下機能障害に応じた食事内容の選択ができる	(1)摂食・嚥下障害のレベルをに応じた食品の形態や種類の選択を提案する (2)提案した食事が安全に食べることができているかについて、摂食量や摂食状況を確認する				3.安全に食事が摂取できる		
III ・意欲保持	1. 経口摂取への移行に向けたケアに関する利用者と家族介護者の不安を受けとめる	(1)利用者及び家族介護者が行っているリスク管理(窒息・誤嚥性肺炎・低栄養・脱水)、どのようなときに経口摂取を中止し、どのようなときに継続しているかなどに関してアセスメントを行っている。 (2)利用者及び家族介護者が行っている以下の誤嚥・窒息など緊急時の対応に関してアセスメントを行っている。 * 吸引器の準備、吸引の方法なども確認				1.高齢者と介護している家族が安心し楽しみながら食事摂取を行うことができる		
		(3)栄養状態の推移を把握する						
		(1)経口摂取移行に関する利用者本人の気持ちを確認している (2)経口摂取移行に関する家族介護者の困難さを聴き把握している (3)経口摂取移行に関する利用者と家族の不安解消に向けた方法を具体的に提案している						
備考欄								

大項目	訪問看護師のアウトカム				高齢者のアウトカム		
	中項目	小項目	看護師の実践の変化		中項目	高齢者の状態の変化	
			前	後		前	後
I ・排便状況の把握	1. 利用者の排便状態を把握し、それらの情報の中から何が問題となっているか気づいている	(1)利用者の以下の排便状態の情報から正常な排便状態からの逸脱をアセスメントしている ①排便パターンを把握している ②排便障害に関連する症状を把握している ③食事内容と量、水分摂取、運動習慣を把握している ④排便に影響する薬剤の使用を把握している ⑤ストレスなど精神的な問題とその原因を把握している ⑥運動障害の有無を把握している ⑦排便環境を把握している ⑧介護状況を把握している			1.高齢者や介護者が日常生活の中で便秘を招く理由がわかる		
	2. 利用者の排便状態についてのフィジカルアセスメントから健康逸脱に関係する情報を得る	(1)利用者の身体的アセスメントを行う(腸ぜんどう音の聴取、腹部触診、腹部打診、直腸診(宿便の有無・肛門の弛緩と収縮の程度の把握)、肛門周囲の皮膚の観察をおこなう)					
	3. 便秘のタイプに応じた介入の必要性を考えることができる	(1)利用者や家族介護者から排便時の状況を聞き、便秘のタイプを判断する *器質的便秘・機能性便秘・逸脱性便秘 (2)便秘のタイプに応じた対応策を検討する ①器質性便秘: 医師と協働しコントロール法を検討する ②機能性便秘: 以下の中で高齢者・家族と実施可能な方法を検討する ・便意をうまく伝えられない場合には、排便の前後のサイン[怒りっぽい・落ち着かない・オムツに手を入れる、etc]をみつける ・本人の排便パターンに合わせて定期的な排便誘導を行う ・訪問看護の時間に合わせて排便誘導ができるような、排便を促進するケアをおこなう ・トイレの位置をわかりやすく表示する ・肛門に湯をかけるなどの工夫で排便習慣をつける[刺激] ・着脱しやすい衣服の工夫 ・ポータブルトイレの使用など (3)溢流性便失禁: 便秘の解消へのケア、医師と相談の上にて摘便や浣腸により便塊を取り除く。					
II ・便秘の改善	1. 便秘の改善に向けたケア方針をたてる	(1)便秘についてのケア方針について主治医と相談し方針を立てている。			1.便秘が改善し自然排便がみられる		
	2. 便秘改善のケア計画を立案し実践する	(1)便秘を改善するための運動を取り入れられる指導をしている ・骨盤底筋運動 ・座位訓練・車椅子乗車など排便状況に影響する運動 (2)便秘の改善に役立つ栄養について以下のような提案をしている ・水分の補給 ・起床時に冷水を飲める(または、PEGより注入)ようにする ・食物繊維の補充 ・腸内発酵を促す食品や薬剤の摂取 (3)利用者・家族のできる範囲内で、以下の便秘改善に向けたケアを提案し助言している ・食後の胃・結腸反射にあわせて一定の時間に排便を試みる ・腹部マッサージ・便秘改善のツボ刺激・腹腰背部の温罨法・肛門刺激の実施 ・腹圧がかけやすい体位の工夫					
	3. 便秘改善にむけたケア継続の意欲を保つ	(1)便秘改善にむけた取り組み状況について確認し、困難な点はないかを聞き、改善する方向で継続できるようにケア内容をアレンジする方法を共に考える。 (2)利用者や家族介護者の便秘改善にむけた取り組みをねぎらい、また、効果が出ている場合は具体的に言語化しねぎらう。			1.排便改善に向けた取り組みが、日常生活の中で継続できる		
備考欄							

B-4

※ コンサルテーションを受ける前・受けた後の2回(2枚利用)記入してください。
看護師自身の振り返りチェックリスト (前 ・ 後) 前後どちらかに○

訪問看護ステーション名()		記入日 年 月 日
コンサルテーション対象職員ID()・イニシャルまたはお名前(※記入は任意)()		
次の質問項目について、あなた自身にどの程度当てはまるかをお答えください。 右の欄のあてはまるところに○を付けてください。 他からどう見られているかではなく、あなたがあなた自身をどのように思っているかをありのままにお答えください。		<small>あてはまる</small> <small>ややあてはまる</small> <small>どちらともいえない</small> <small>ややあてはまらない</small> <small>あてはまらない</small>
1	少なくとも人並みには、価値のある人間である。	
2	色々な良い素質をもっている。	
3	敗北者だと思うことがよくある。	
4	物事を人並みには、うまくやれる。	
5	自分には、自慢できるところがあまりない。	
6	自分に対して肯定的である。	
7	だいたいにおいて、自分に満足している。	
8	もっと自分自身を尊敬できるようになりたい。	
9	自分は全くだめな人間だと思うことがある。	
10	何かにつけて、自分は役に立たない人間だと思う。	
11	自分が立てた計画はうまくできる自信がある。	
12	しなければならないことがあっても、なかなかとりかからない。	
13	初めはうまくいかない仕事でも、できるまでやり続ける。	
14	新しい友達を作るのが苦手だ。	
15	重要な目標を決めても、めったに成功しない。	
16	何かを終える前にあきらめてしまう。	
17	会いたい人を見かけたら、向こうから来るのを待たないでその人の所へ行く。	
18	困難に出会うのを避ける。	
19	非常にややこしく見えることには、手を出そうとは思わない。	
20	友達になりたい人でも、友達になるのが大変ならばすぐに止めてしまう。	
21	面白くないことをする時でも、それが終わるまでがんばる。	
22	何かをしようと思ったら、すぐにとりかかる。	
23	新しいことを始めようと決めても、出だしでつまづくとすぐにあきらめてしまう。	
24	最初は友達になる気がしない人でも、すぐにあきらめないで友達になろうとする。	
25	思いがけない問題が起こった時、それをうまく処理できない。	
26	難しそうなことは、新たに学ぼうとは思わない。	
27	失敗すると一生懸命やろうと思う。	
28	人の集まりの中では、うまく振舞えない。	
29	何かをしようとする時、自分にそれができるかどうか不安になる。	
30	人に頼らない方だ。	
31	私は自分から友達を作るのがうまい。	
32	すぐにあきらめてしまう。	
33	人生で起きる問題の多くは処理できるとは思わない。	

最後にあなた自身のことをお聞かせください。ご協力ありがとうございました。

性別(男性・女性) 年齢(歳) 訪問看護師経験年数(年) 臨床看護経験年数(年)

平成 19 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康推進等事業）
訪問看護事業の報酬体系・提供体制のあり方に関する調査研究事業

訪問看護サービスの需要と供給に関する検討
報告書

平成 20 年 3 月

発行・編集 社団法人 全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壱丁目参番館 302

TEL. 03-3351-5898 FAX. 03-3351-5938

本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になります
のでご注意ください。



