

参考資料 医療機関アンケートに記載された意見

医療機関内でのヘルパーの付き添い・介助についてのアンケート

1 医療機関側で院内介助が「できない」理由

記載意見

○通院される方は皆さん具合の悪い方です。看護師は外来業務をしながら、気配り、目配りをして対応しています。その中で院内介助をすることは、大変無理があります。他の患者へのひずみがでできますし、最近の患者さんは、権利意識も強く、対応が難しい現状です。

○普段の診療を間違いなくする事で手いっぱいです。いつ来院するかわからない患者さんのためにスタッフを待機させておく事は、出来ない。要介護の患者さんは、それぞれ事情が違って、それに応じた対応が急にできないのが常です。

○専任のスタッフがない為、出来る限り対応はしている。

○基本的には、家人、ヘルパーさんが付き添うことが望ましいです。事務員か看護師が一人の患者さんにかかりきりになると、他の患者さんに迷惑がかかってしまう。少し人員配置には余裕を持つようにはしているが、それぞれの職員の負担を少なくし、多忙によるミスを防ぐ意図である。

○車イスの方には介助が出来ます。ずっとついているのは無理。

認知症で歩き回られる方は危険。階段、外出される時の確認が難しい。

一対一の対応は無理の為。

○認知症、車イスでの来院の方は、待合室での介助はスタッフの不足にて困難な場合がある。

○一部介助は出来るものの、診察終了時までの付き添いは業務上難しい為。

○時折やっている。

すぐに対応が出来ないかもしれない。目が離せない患者様の場合の付き添いは、他の業務が止まってしまうので不可能。

○出来るだけの介助はしているつもりであるが、常に見守りの方が来られたらできない。

「医療機関のスタッフが対応すべき」との指導に対し「そうは思わない」とする理由

①スタッフが大変忙しくても対応しているが、もしマックスを超えると対応できなくなる。 ②潜在的に治療が必要な方が受診を制限していることも考えられる。
さらなる人件費を医療機関が支払わなければならなくなる。
医療側も最低限のスタッフで運営しており、1人の患者に手を取られると業務に大きな支障をきたす事になる。介護の専門家でもないので、事故が発生するリスクがあるので、むしろヘルパー介助を認めるように運動してほしい。
非現実的である
医療費抑制のため、十分な職員配置が困難
個人医院では、全ての患者を管理できず、目を放した間に転倒、落下などで骨折、外傷をおこすことがある。
院内では、家族と同様の立場で考えているので、ヘルパー介助は必要と思う。独居など、受診出来ない人が増えると思われる。
建物の中でおこった事についての全ての責任を問われる事になりかねない。
小さな診療所などでは対応できるが、病院では、個々に対応するのは難しいように思う。
最後まで1人つきっきりで十分な対応が出来ない
どのような疾患があるのか不明な状況の患者や認知症の程度がどのくらいか知らない方の対応など出来るはずもなく、院内での家族、ヘルパー等の付き添いは、絶対必要である。
慣れた人が対処した方がトラブルは少ないと思います。
できればよいが人的体制職員への教育学習への金銭的補助等ない中では難しいと考えている。
誰がやってもよいが、患者さんとの信頼関係ができあがっていることが大切であると考えています。
クリニックでは人員が不足している。
車イスからの移乗は医療機関で行うとしても、待合室で待っている時も見守りが必要な方がおられるので、ヘルパーの存在は必要です！！

2でも述べたが、ヘルパーさんになら受診目的が判る。
診療所内での移動介助も介護職員(ヘルパーさん)の仕事の一つと考えます。付き添って来てほしい。
介助は生活の一部だと思うので、介護保険や自立支援のサービスが利用できる方が望ましい。入院一退院(通院)のケアが一貫するし、継続性がある。
現場を知らない考えである。 周りの迷惑(他の重傷者を放っておいていいのか)
認知症の方など、説明しても覚えていない。(次回診察日など) 紙に書いて渡しても、どこかにしまってしまう。 家族に伝えてもらいたい。(本来なら家族が同伴すべき方でも、仕事の都合でこれず、ヘルパーさんで受診)
余剰人員がない！
過去のルールのため、病態が悪化して、むしろ介護費、治療費がかかっている。
当院も人員不足で、要介護者に対して、対応になれていない場合が多い。
診療所レベルでは、職員の数はそう多くない。要介護状態の患者さんの治療には多くの手が必要で、この患者さんの為に、他の患者さんに大変迷惑をかける事になる。
外来対応職員が配置していない。
認知症の患者さんは、見慣れない看護師だと不安で落ち着かない。診察に支障が出る。
実質的に対応できる体制は取れない。
いつも付き添っている顔見知りの方が、患者様も安心だと思う。
患者さんは高齢、認知症、身体障害を持っている人がほとんどで、日頃状態のよくわかって いるヘルパーが常に傍らに居て欲しい。職員(医療機関)と共同で介助したい。

要介護者に対して、十分に対応できる職員を配置する余裕のある医療機関は、ほとんどないと思われる。(厚労省は医療機関で対応できる、十分な労働力を確保できるよう、経済的基盤を担保する制度を設けなければ無理である)

病院と家族の連携を図ってほしい。又、転倒転落等、事故を起こさない為にも、付き添いは必要ではないかと思えます。

日常の業務に追われ、対応しきれない場面が多々あり、かえって患者に迷惑かけることがある。

医院内の職員では、片手間にしか対応できないので、患者さんの日常をよく知っている人が介助するのが筋でしょう。

現場を見ていない意見。はじめに医療費削減ありき。

当院は診療所なので、そんなに広くなく院内の移動位ならスタッフが対応するのは可能だが、ずっと付き添っていたり、トイレ介助等をするとなると、現状では人力的に難しい。経営的に困難な状況であり、これ以上の人員増は難しい。

患者の病態等がよくわからない。介助に無理がある。

ヘルパーで対応した方が現実的。

日常の状況の把握が出来ない。忙しい時の対応が出来ない時がある。

患者さんの病態等を最も把握(日常的に)している家人、又はヘルパーさんが介助すべきである(患者のためにも)

通院のみでの付き添いではないのなら、介助すべき。Ptも慣れた方に介助されることで、不安が減る。診療スタッフの人数も限られているので(病院のように)実施する所は大変。

病院の目的は治療を行うことにある。誰が介助しようとかまわない。治療できればOK。

できれば理想ですが、実際の現場では要介護の患者が多いので対応しきれない。

体制的に無理な時でも何とかやっているが、大変。患者さんも、よく知っているヘルパーに介助される方が安全安心な時もあると思います。

認知症や障害を持っている高齢者が増え、外来職員で全てをまかなうことは、とても出来ない。外来において、看護師の診察報酬は認められておらず、どこの診療所も厳しい体制で頑張っている。厚労省が、医療機関の職員が対応すべきとするなら、外来における看護師の診療報酬を認めるべき！

付き添いに来てもらったヘルパーさんは院内でも移動等の介助は行ってほしい。

診療所では、とても対応できない。

職員が専門知識を有しない為。

車イスを押す位なら事務員でも対応できるが、内科の診療所には少ないスタッフでしているところがほとんどなので、トイレの介助や検査の介助となると、ナースが一人かかりっきりになってしまう。他の患者さんにも、大変迷惑をかけてしまうことになるので、ヘルパーさんが付き添ってほしい。

医療と介護の制度を区別されているように、別で考えて欲しい。外来は通院が可能な患者様を対象としているので、介助を要するのであれば、その介助者はその場から離れないでほしい。

介助する側が困難。初診の場合に介助方法が不明。

ヘルパーの付き添いがなくて困った事例

点滴中の不穩、転落の危険など、常時監視が必要な場合
スタッフの数が足りない時は、トイレ介助とかに困る場合もある。
点滴が必要になり実施したところ時間がかかり、担当ヘルパーが次の予定があるからと帰ってしまったため、患者さんが自分1人で帰ることになった。こちらが帰りのタクシーを手配したり、タクシーに乗せたりなどの事例が数件ある。
単身、独居高齢者の受診では、日常生活状態を知っているヘルパーが付き添わないと実際の診療に必要な情報が入らない
患者が待ち時間に排泄介助が必要になった時、診療中の診察介助をぬけなければならなかった。
ふだんのADLがわからない
症状の急変時や転倒など。認知症の人
診察を待つ間のトイレ介助や診察後のタクシーを呼ぶ電話やらで1人が個人に付いている状態であり、診察介助以外で手を取りすぎる。
認知症の患者が処方されたことをすっかり忘れ、薬を服用しないことがあった。
認知症患者様で、外来が忙しく、目を放したすきに、院外へ出てしまった事がある。すぐに気づいた為駐車場までしか行っておらず、何なくを得ました。
認知症の人は、薬などを処方しても本人に渡したら管理できない。
認知症の方がウロウロされて外に出て行こうとした。 認知症の方車いすの方が動こうとされる。 認知症の方が順番待てず「帰る」と言いだした。
レントゲン撮影時に、車いすから撮影台への移乗に人手が足らなかった。大変重たい方だったので、職員女性3人でも難しかった。
家族(介護者)が高齢である。 1人で来院したが、帰られる際、送り出す病院側も心配するケースがある。
家族との連携がとれなかった。
認知症のつよいケースについては、日常の様子や薬の内服状況、病歴、家人の状況がよくわからない。
ほとんど会話にならない方が来院された時に情報収集ができない。そのままタクシーで帰ると言っていたが、心配なので家まで送って行った。
諸々の検査の移動時その度、介助付き添いに1人とられる。
視力障害患者

85歳の男性独居で認知症がある。子供は二人あり、長男は東京在住、娘は、尼崎の医院に嫁ぎ毎日の仕事にいそがしく河内長野市の実家に帰ってくる時間がなく、ヘルパーに介護、家事の世話をしてもらっていた。主治医としては、介助者のヘルパーから報告を聞き、病状に必要なあれば往診等していた。上記の状態になる前ヘルパーの付き添いがなく1人で来院。その際には家まで送り届けたこともあった。
脳梗塞後遺症で発語障害。失語症あり。患者さんとのコミュニケーションをとるのが困難である。説明してもわかってもらえない。患者さんの訴えが理解できない。
待っている間に失禁。 認知症の方で、指示が通らない、状況が認識できず騒ぎたてるなど。
自宅での患者さまの状況がつかみきれない。介助等に職員の手をとられてしまい待ち時間が発生する。
診察時に呼ばれるまで、そのまま1人にしていることが多い。患者さんが声をかけてきたら、事務や看護師が対応している。
可能な場合、事前に介助依頼書を提出してもらいボランティアによる介助を実施。無理な場合は、ヘルパーをケアマネに依頼してもらっている。
来院された時に症状の把握が出来ない。院内で転ぶ。失禁等。
認知症の患者さんで大声を発したり、外へ出ようとしたりされた事がある。
独居の認知症患者がおひとりで来院され、今の診療内容がわからなかった。また身体の悪い方や婦人科診療が極めて困難であった例があります。
ヘルパーが車いすをおして通院してきているが、一人では通院できない。
スタッフが少ない中での業務で、その人に一人手が取られて、本来の業務に支障が出た。
何をしてもらうための来院か判らない。
①薬の説明が困難 ②帰りが心配で、家までスタッフに送らせた事がしばしばある。
同伴外出時に人手が取られて困る。
意思疎通がとれない。
完全寝たきり。暴力行為のある患者に対する検査。
本人が一人で来院され、受診目的や既往症等の確認ができない。
障害者、認知症、外国人の要介護者 日常のADLがわからない。コミュニケーションができない。患者の性格が解らない。等で慣れるまでてまどう。
薬の服用法
転倒の危険性。説明したことを覚えていない。薬局に薬をとりにいけない。
診察を待っている間、患者さんが一人で大丈夫かどうか、不安だった。

説明が理解できず、筆談、口頭とも理解できず。早くに介入できれば避けられた。
認知症の方に説明、(薬の服用法、病の状態、気をつけること)しても理解できていない。
全盲の要介護者が来た場合、ヘルパーが見つからないと対応できない。寝た切り状態の要介護者が来た場合、当院に体制がない。人員不足で対応できない。
<ul style="list-style-type: none"> ・院内で徘徊することがある。 ・介助がないと歩行できない状態で、介助に時間がかかり、他の患者さんの迷惑になる。 ・点滴を引き抜いたり、ベットで騒いだりして、治療が不可能になるし、他の患者さんの迷惑になる。 ・診察室で一言もしゃべらず、何をしに来たかわからない患者さんがおられた。
認知症の方で、感染性胃腸炎にかかっており、点滴中(おい子さんがついていたが)便失禁してしまった。(ベットの上で)
病状等十分に主訴が言えず、家族を呼び出し、長時間待ってもらった。
移動、トイレ介助等に看護師に手が取られたケースや、認知症により他の患者さんに迷惑をかけたケース。
認知症がある場合、受診目的や患者情報が不明確である。介助に人が取られて、診療が十分にできなくなる。
多忙の時は目がいき届かないから、転倒が心配。
待合で脱糞された。移動時にこけそうになった。認知症の為、会話が通じないので症状が解らない。
<ul style="list-style-type: none"> ・帰られる時、所持金がなく、タクシーを呼ぶこともできず困った。本人は入院するつもりだった。 ・点滴中、側に誰もいない為不安があり、動かしてしまう為、看護師が診察からはずれてずっと付き添うことになり、他の患者に迷惑がかかり不満があった。
<ul style="list-style-type: none"> ・家での情報(症状など)が、正確に把握できない事があった。 ・診察内容の伝達がスムーズに行えない時がある。患者さんに伝えていても、忘れたり、覚えられなかったり。(絶食の必要性。内服薬の変更。食事や生活内での注意点など) ・コミュニケーションがとりにくい時がある。
自宅での状況がわかりにくい。認知症の患者さんは、見慣れない看護師だと不安で落ち着かなくなり、診察がしにくい。
<ul style="list-style-type: none"> ①待ち時間を静かに座って過ごせない。 ②点滴を受けられない。

<p>外来勤務して、診察の段階になり、車イスで来院の為「付き添いの方は？」と聞くと、「時間制限があるから・・・とヘルパーさんは帰られた」「受付だけ済ませて帰られた・・・」と時々あります。後でケアマネジャーに聞いたら、こんなシステムになっている事を聞いて、指示により検査が多く全部介助が必要となり、1対1看護となり時間を要する為、多患外来時、大変であった。</p>
<p>今のところは何とか出来ている。</p>
<p>薬の説明が出来ない。→内服薬等が出来ない。病気(既往症)等がわからない。</p>
<p>職員が院内ですべての時間ヘルプできる事は不可能。</p>
<p>業務が忙しい時に付き添っていけない(業務をしながらの為、横に付き添ってられない為、患者さんから声をかけるのを気兼ねしている) 先生から状態を尋ねても、返答が出来ない時がある。病院の玄関を出る迄が介助になる為、診療後迎えがすぐにこない。</p>
<p>徘徊する人。ヘルパー付き添いなしで来られたら、目がいき届かず困る。</p>
<p>一人で来られる場合は少ないが、家族が連れてきて置いて帰ってしまうことが多い。</p>
<p>歩けない。院内の段差のある廊下を、他の待ち合い患者さんの補助を得て歩いた。</p>
<p>今まで、ヘルパーか家族が必ずついてくれていましたので、困ったことはないです。</p>
<p>余っているはずの薬を「ない」ということでご希望。スタッフが付きっきりとなり、業務(他の患者さんや電話対応)に支障あり。 歩行が不自由な為、独力で帰宅することが出来ず介助。</p>
<p>患者情報が取れない。一職員の手が取られる。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の為、点滴等に付き添いを要する場合がある。(点滴の針を自己抜去等) ・尿・便失禁により、病院職員が衣類脱着やオムツ交換の対応に当たる場合がある。 ・治療の為の状況把握の限界、医療事故(怪我をさせる)に繋がる恐れを感じた。
<ul style="list-style-type: none"> ・片マヒがあり、椅子に座っていたが、上体が傾き転倒してしまった。 ・認知があり、注意するようにしていたが、目を離れたすきに行方不明になった。スタッフが車で捜しまわり、見つける事が出来たが、事故になっていたらと考えると、ゾッとします。
<p>クリニックスタッフも最小限の人数で働いている為、介助の必要な患者様の場合、手間を取られきびしい時があります。診察後、毎回お迎えに来る人にクリニックから電話しないといけない。</p>
<p>移動等。</p>
<p>スタッフが少ない為、介助出来る体制ではないので、来院されたら、その方の介助に一人取られるなど。</p>
<p>連絡先がわからない。</p>

軽い認知症の患者様で処方箋が出て薬を薬局から取り寄せて渡しましたが、自宅での管理が不明であった。ヘルパーがいたら、説明し管理について教えてもらえると思った。

全介助が必要な患者が沢山おり、状態悪い方と重なった時。

認知症等の患者への診察終了時まで付き添いで、他の患者への配慮が出来ず、勤務者人数内では対応が難しい為。

救急で搬入された方が独居で、入院手続きに大変難儀した。

一度に介助が必要な患者が受診した時や、認知症の患者の点滴時等、常時見守りや介助が必要な時はてんてこまいで、事故を起こしかけた。実際にベットからの転落もあり。

認知症の方で、一人で見えても経過が解らない。

歩行不能、車イス使用者の方で、体温上昇のため来院される。当院の車で送迎しましたが、ヘルパーの付き添いがなし。そのため、情報収集に時間を要した。

認知→情報不明。薬局行けない。用便等の始末不可。

片マヒ等→移乗等でも待ち時間発生。付きっきりにはなれない。リスク大。

高齢で杖歩行、一人で初診来院。いくつかの医院ですでに投薬を受けている様子。診察後入院となるも、一人で来院していた為、ケアマネの連絡先もはっきり答えられず、困った。受付時から、診察、検査、入院に至るまで看護師一人が、付きっきりで同行せざるを得ないこととなり、日常業務に支障が出た。また担当のケアマネに連絡を取るまでに時間がかかり、入院の準備に困った。

診療所ではスタッフの数はたくさんいないので、その方にかかりつきりになれない。が、トイレに行かれる時、診療所スタッフが介助しなければならず、他の患者さんを待たせることになった。

「電話をかけて欲しい」(複数)など、医療や介護でない用事まで依頼される。

車イスで自宅の玄関から部屋まで登れない。

認知症

認知症がある場合、ベットからの転落など危険行為がある為、そばに誰か付き添ってもらいたい場合。

人手が足りない時の院内介助。

必要な情報が得られない。

・検尿等の指示が出て、一人でトイレに行けない。常に座位保持見守りが必要な方ですが、ついておれない。

・点滴治療が必要だったのですが、自己抜針され、付き添っていないと治療が出来ない状況であった。

参考 キャリアブレインニュースより転載

「院内介助への保険適用の有無が、地域の医療格差を招く」



今年4月、厚生労働省は訪問介護サービスによる医療機関内での介助(院内介助)について、必要に応じて介護報酬上で算定できるといった内容の事務連絡を都道府県などの介護保険担当課などにあてて出した。しかし、院内介助に対する介護報酬については、2003年の通知でも同様の内容が明記されていた。7年経過した今、なぜ厚労省は同じような事務連絡を発したのか。そもそも、院内介助に対する介護報酬の有無は、要介護者にどんな影響を与えるのか。今年2月、院内介助についてケアマネジャーに聞き取りを実施した淑徳大の結城康博准教授に話を聞いた。

—今年4月に出た事務連絡と03年の通知では、どこが違うのでしょうか。

基本姿勢が違います。03年の通知では、院内介助について「基本的には院内のスタッフにより対応されるべきものであるが、場合により(介護報酬の)算定対象となる」と明記されていました。さらに同年5月には、「ヘルパーの院内の待ち時間は算定できない」などの内容を盛り込んだ厚労省のQ&Aまで出ました。

一方、今回の事務連絡では算定できる要件の一例として、「適切なケアマネジメント

が行われている上、院内スタッフらによる対応が難しく、利用者が介助を必要とする心身の状態である」などを提示した上、介助に対し適切に保険を適用している地方自治体の具体例も明示されています。また、文中には「院内介助であることをもって、一概に算定しない取り扱いとすることのないよう願います」というただし書きまで付きました。

—つまり、「院内介助への保険適用は、基本的に NG」という姿勢が、「適用すべき事例には積極的に適用しよう」と変わったわけですね。

その通りです。特に通院が必要な要介護者にとって、この変更は大きい。ただ、これで完璧というわけではありません。100 点満点でいえば 50 点といったところですね。合格点には達していません。

—随分厳しい採点ですね。50 点の減点要素は何ですか。

保険が適用できるかどうかの判断を、自治体任せにしている点です。確かに、今回の連絡事項では、判断材料となる条件について提示されている上、自治体の具体的な取り組みも示されています。それでも、こうした条件は「保険適用を判定する基準」として連絡されたのではなく、「参考として活用していただきますよう願います」という姿勢で提示されたにすぎません。

—しかし、保険適用の判断を自治体任せにすることが、なぜ問題なのでしょう。

判断を自治体に任せていては、院内介助のサービスに対する地域格差が広がる恐れがあるからです。事実、今年2月、12都府県のケアマネジャーやヘルパー26人に、院内介助に対して介護保険がどのように適用されているかといった点や、制度そのものに対する意見などについて、聞き取りを実施した結果、地域によって状況が随分違うことが分かりました。

—具体的には、どんな格差が確認できたのでしょうか。

認知症や車いすが必要な要介護者への院内介助には介護保険を適用する自治体がある一方で、利用者がどんな状態であっても適用を認めない自治体もありました。中には失明し、一人では何もできない状態なのに、保険適用されない場合もあったほどです。また、介助に保険が適用されないため、通院そのものをあきらめてしまったという報告もありました。

—院内介助への保険適用に消極的な地域では、利用者が必要な治療まで自粛せざるを得ないことがある、ということですね。

まさにその通りです。しかも、自粛しているのは利用者ばかりではありません。

—どういうことでしょうか。

例えば、院内介助や通院介助をケアプランに組み込むことを自粛してしまった事業所もありました。さらに、保険適用に消極的な地域の病院では、介助の担い手を確保できないため、認知症の方の通院治療を自粛する例もあります。

こんな状況ですから、聞き取りしたケアマネジャーのほとんどは、院内介助における保険内適用を緩和すべきと訴えていました。具体的には、「1時間程度の介助」「生活保護の受給者」「独自で服薬管理ができない人」といった例については、無条件で保険を適用すべきという声が多かったで



院内介助への保険適用について「まずは国が明確な基準を示すべき」と提言する淑徳大の結城康博准教授

すね。

—格差解消に向け真っ先に努力すべきなのは、どういう組織や人々でしょうか。

まずは厚労省でしょう。先に述べ

たような現場の声を参考にして、拘束力を持った明確な判断基準を自治体に向けて提示すべきです。それができなければ、いつまでたっても院内介助の地域格差は解消しません。結果、院内介助への保険適用に消極的な地域では、そこに住んでいるというだけで、必要な治療を断念せざるを得ない要介護者が増え続けるでしょう。

現場のケアマネジャーも、意識を変えるべきです。今年4月の事務連絡で、院内介助に対する国の姿勢が大きく転換したのは間違いありません。この事務連絡を“錦の御旗”とし、行政に対して積極的に保険適用するよう働き掛けましょう。言い換えるなら、ケアマネこそが、介護の現場を知り尽くしたプロフェッショナルであるという自負と責任感を持って行政を動かし、役人を啓発するくらいのつもりで活動してほしいということです。それが専門職としての責務ではないでしょうか。