

名、インシュリン注射5名、じょくそうの処置4名の順であった。全員が本人による医療処置は困難であり、介護者による医療処置が困難であるのは11名であった。

図表Ⅲ-2-1 モデル事業対象者の基本属性

		n=45				n=45	
		n	%			n	%
年齢(歳)		72.2±14.4		病状			
性別				病状が変動しやすい		23	51.1
女性		25	55.6	ターミナル		11	24.4
男性		20	44.4	不明		11	24.4
生活自立度				必要な医療処置			
自立		4	8.9	服薬管理		26	57.8
ランクJ		3	6.7	喀痰吸引		20	44.4
ランクA		4	8.9	経管栄養		17	37.8
ランクB		13	28.9	カテーテル(留置カテーテル等)		10	22.2
ランクC		20	44.4	排便コントロール(摘便等)		10	22.2
不明		1	2.2	疼痛の看護		8	17.8
認知症生活自立度				血糖測定		7	15.6
自立		19	42.2	気管切開の処置		6	13.3
I		8	17.8	じょくそうの処置		6	13.3
II		7	15.6	インスリン注射		5	11.1
III		0	0.0	その他(5	11.1
IV		1	2.2	レスピレーター(人工呼吸器)		4	8.9
M		5	11.1	吸入		4	8.9
不明		5	11.1	点滴の管理		2	4.4
主疾患				中心静脈栄養		2	4.4
末期癌		9	20.0	酸素療法		2	4.4
筋萎縮性側索硬化症		9	20.0	継続的なモニター測定		2	4.4
肺炎		6	13.3	ストーマ(人工肛門)の処置		1	2.2
糖尿病*		5	11.1	医療処置実施の可否			
脳血管疾患		3	6.7	本人による医療処置は困難		32	71.1
その他の神経難病		2	4.4	介護者による医療処置は困難		11	24.4
骨折・関節疾患		3	6.7	不明		12	26.7
その他の難病		2	4.4				
躁うつ病		2	4.4				
心不全		1	2.2				
他		2	4.4				
不明		1	2.2				

*糖尿病を主疾患とする5名のうち4名が認知症

対象者の疾病や状態像から、夜間・早朝訪問の利用者は以下の6つに分類できた。

- ① 寝たきり等で、誤嚥性肺炎のリスクが高い事例
- ② 認知症等で、インスリンの自己注射が困難な事例
- ③ ターミナル期等で、病状が不安定な事例
- ④ 難病等、医療依存度が高く、日常的なケアの際に病態の理解が必要な事例
- ⑤ 医療依存度が高く、病院から在宅への移行に支援を要する事例
- ⑥ 確実な内服が必要であるが、自己管理が困難な事例

2.1 夜間・早朝の訪問看護利用者の総合的な評価

1) 夜間・早朝の訪問看護の利用パターン

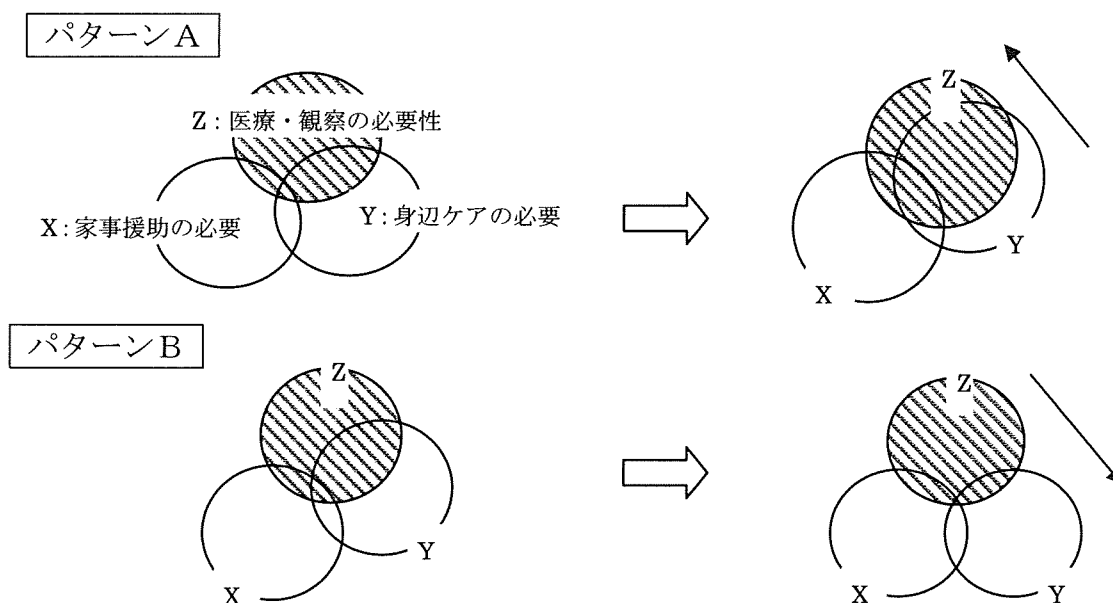
夜間・早朝の訪問看護を終了する契機を基に利用者を分類すると、以下の2つの利用パターンが見られた。

パターンA：可能な限り在宅療養を継続した後、亡くなった者

パターンB：セルフケア技術の習得や病状の安定化に至り、夜間・早朝の訪問を終了した者（その後も在宅療養を継続できている者）

2つのパターン別に利用者ニーズを、X：家事援助（戸締り、食事の準備等）の必要性、Y：身辺ケア（食事・排泄等）の必要性、Z：医療・観察の必要性（状態観察・吸引等）に分類し（村嶋他，平成17年度 長寿科学総合研究事業）、事例の経過から考察すると、パターンAは徐々に身辺ケアにも医療・観察の必要性が生じるため、訪問看護のニーズが高まる。そのため、訪問看護の回数や時間の増加や、ヘルパーから訪問看護へのサービスの変更等が見られた。一方、パターンBでは、徐々に安定化に向かい、訪問看護のニーズが減少する傾向が見られた。それに応じて、夜間・早朝の訪問看護の終了、ヘルパーへの切り替えが行われていた。

図表Ⅲ-2-2 パターン別の利用者のニーズの移行



つまり、夜間・早朝の計画的な訪問看護は、病状が徐々に重症化する者に対し、その人にとってより良い療養生活がおくれるよう支援するだけでなく、一時的に病状が悪化した者や退院直後の不安定な状態にある者に対し、セルフケア能力の向上や病状の安定化を図るのにも効果的なサービスであることが示唆された。延いては、それが可能な限り在宅で療養生活をおくることに繋がっていた。

1) パターンA「可能な限り在宅療養を継続した後、亡くなった者」の評価

(1) 死亡した者のうち、半数以上の者が死亡直前まで在宅で過ごすことができていた。

夜間・早朝の訪問看護を利用した31名のうち、14名が死亡しており（平成20年2月現在）、その死亡場所は、病院9名（69.2%）、在宅5名（38.5%）であった（図表Ⅲ-2-3）。病院で死亡した者のうち4名は「入院後10日以内の死亡」であり、在宅で亡くなる事はできなかったものの、死亡直前まで半数以上の者が在宅で過ごすことができていた。

訪問看護師は、できる限り最期を在宅で過ごしたいと望む療養者のニーズに応えられるよう努力していた。

図表Ⅲ-2-3 利用者の現在および死亡時の状況

	n=45	
	人	%
現在の状況		
在宅	8	17.8
入院	0	0.0
死亡	25	55.6
不明	12	26.7
死亡場所内訳(n=25)		
在宅	8	32.0
病院	15	60.0
不明	2	8.0
病院死のうち入院から死亡までの日数(n=15)		
入院後10日以内の死亡	4	26.7
入院後10日以上1ヵ月未満の死亡	2	13.3
入院後1ヵ月以上半年未満の死亡	7	46.7
不明	2	13.3

(2) 主疾患別の特徴および効果

死亡した14名のうち、在宅療養を希望していた13名について、主疾患別に利用パターンを比較した（図表Ⅲ-2-4）。主疾患は、末期癌7名、肺炎3名、神経性難病2名、糖尿病1名であった。

夜間・早朝の訪問看護の利用開始から死亡に至るまでの週数は、主疾患が末期癌で

ある者では、 8.4 ± 4.5 週であり、他の疾患の 47.1 ± 6.9 週と比較すると有意に短い傾向が見られた ($P < 0.001$)。利用者の経過やケア内容を見ると、末期癌はこの短期間に刻々と病状が変化するため、それに応じたケア体制等の細やかな調整や、日中と夜間の訪問看護師、他職種との円滑な連絡がより頻繁に必要となるという特徴が見られた。その上、激しい病状の変化に即対応できる判断能力や医療技術、精神的な援助技術等、高度な看護技術が求められていた。これらのことから、24 時間のケア体制を提供できることはさることながら、末期癌の利用者への看護の質を確保するための工夫も必要不可欠であると考えられた。

肺炎においては、入退院を繰り返しながら死亡する者もいる一方で、夜間・早朝の訪問看護が終了可能な状態まで回復したため、日中のみの利用や、ヘルパーサービスに移行する者もいた。また、肺炎で入退院を繰り返す者の中には、24 時間のケア体制があったからこそ、症状が治まれば短期間で退院できた者がいた。このことから、訪問看護の利用により入院が回避されることが理想ではあるが、やむを得ず入院が必要になった場合は、地域の受け皿があること、つまり 24 時間のケア体制があることが、入院日数の短縮に効果的である可能性が示唆された。

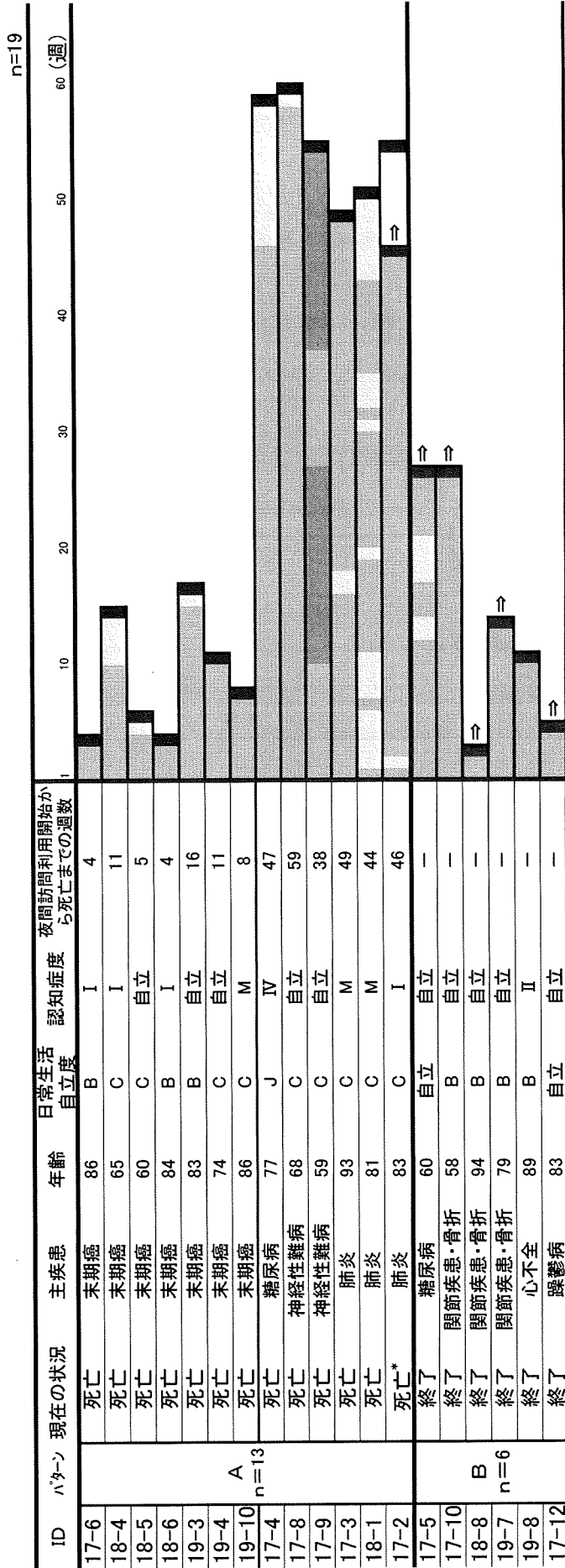
神経難病では、死亡する 3 日前まで入院することなく在宅で過ごすことができた者や、レスパイトケアを利用しながら在宅療養を継続する者がいた。それぞれの在宅療養のニーズに応じた訪問看護を柔軟に提供することで、利用者の満足度を高めていた。

2) パターンB「セルフケア技術の習得や病状の安定化に至り、夜間・早朝の訪問を終了した者（その後も在宅療養を継続できている者）」の評価

利用目的を達成し、夜間・早朝の訪問看護を終了した者は、7 名であった。6 名の利用者は退院直後からの利用であり、主疾患は、骨折・関節疾患 3 名、肺炎 1 名、糖尿病 1 名、心不全 1 名、躁うつ病 1 名であった。

退院直後は利用者本人の病状が不安定であることや、介護者の技術や知識が不足していること等により、再入院のリスクが高い時期である。病状観察や適切な医療処置の実施、本人や介護者の技術支援・指導を行うことにより、病状が安定し在宅療養にスムーズに移行しやすくなる者がいることが明らかとなった。

図表Ⅲ-2-4 利用者のパターン別療養経過



死亡
 レスバイト入院
 入院
 終了
 ⇨ 日中のみの訪問看護に変更

*: 現況としては「死亡」であるが、過程では、「夜間・早朝の利用を終了した利用者」にも該当するため、両方に入れている。

3) 訪問看護の利用を阻む要因

モデル事業の終了時には、本人や家族の今後の利用意向を確認するようにしている。16名（死亡や病状の安定等により夜間・早朝の訪問看護の必要性がなくなった者を除く）のうち、14名が利用を継続することを希望していた（図表Ⅲ-2-5）。これは利用効果や満足度を反映している結果であると考えられる。ただし、経済的理由により、やむを得ず中止した者が1名いることや、利用を継続する者の中には回数を減らす者もあった。夜間・早朝の訪問看護の利用により介護保険の上限額を越えてしまう場合が多く、利用者には経済的な負担が大きい。夜間・早朝の訪問看護が必要であっても経済的負担を理由に利用できない者への支援は必要であろう。

図表Ⅲ-2-5 モデル事業終了時の継続状況

	n=31	
	人	%
本人・家族が利用継続を希望	14	45.2
モデル期間中に死亡により終了	8	25.8
目標達成により終了	5	16.1
モデル期間中に入院により休止	2	6.5
経済的理由により中止	1	3.2
ST側の体制がとれず中止	1	3.2

2.2 夜間・早朝の訪問看護体制の評価

1) 夜間・早朝の訪問看護の稼働率（図表Ⅲ-2-6、図表Ⅲ-2-7）

夜間・早朝の平均訪問件数を年度別に算出した結果、平成19年度の7.72件をのぞき、平均8件以上であった。過去に算出した一晩で8件以上訪問すれば採算が取れるという見積（村嶋他，平成17年度 長寿科学総合研究事業）からすると、概ね採算が取れていると言える。しかし、利益を上げるには至っていない。また、3年間のうち、3回のモデル事業のインセンティブを考えると、どのように採算を取っていくかは課題であると言える。

時間帯別に見ると、早朝帯と準夜帯はコンスタントに利用者があるが、深夜帯は変動が激しいことが明らかになった。これらの実態を踏まえた経営管理が今後の課題であると言える。

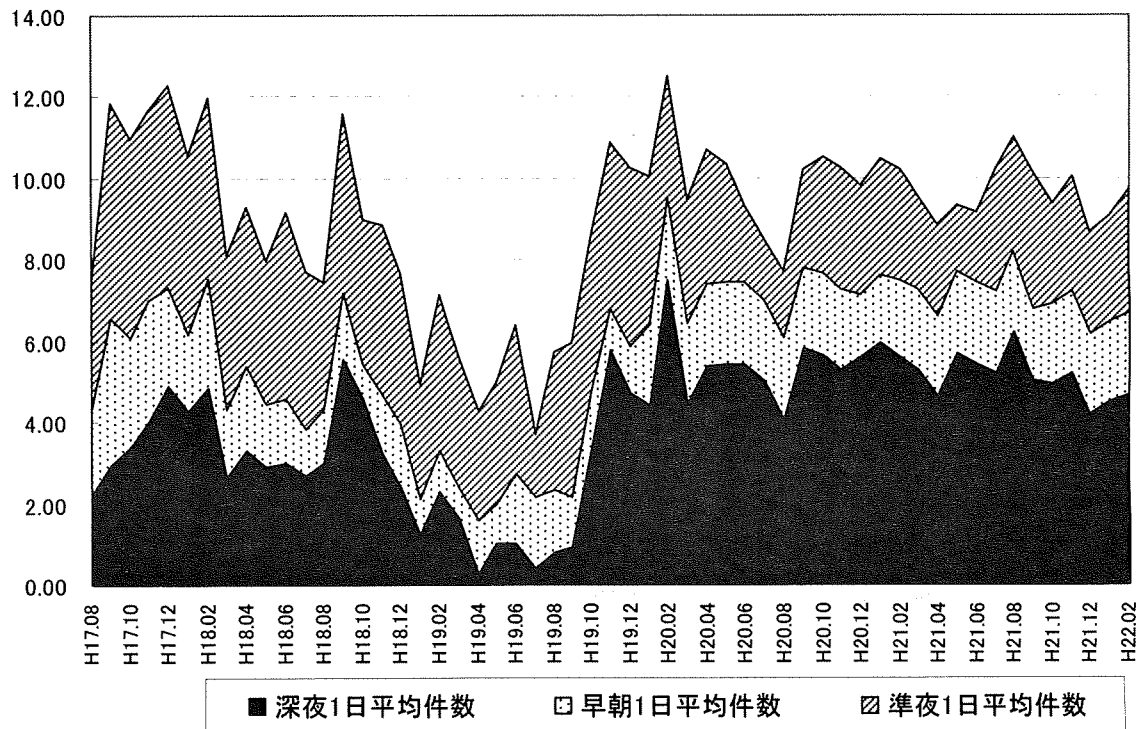
図表Ⅲ-2-6 年度別および時間帯別の稼働率（平均訪問件数）

（平成 21 年度は年度途中）

	(件)			
	深夜帯	早朝帯	準夜帯	夜間・早朝合計
平成17年度	3.71	2.51	4.51	10.73
平成18年度	3.02	1.33	3.75	8.1
平成19年度	2.84	1.52	3.35	7.72
平成20年度	5.39	1.92	2.51	9.81
平成21年度	5.09	1.98	2.56	9.63

図表Ⅲ-2-7 時間帯別：訪問看護平均件数月毎の変化（平成 17 年度～21 年度）

（*月毎の訪問回数を時間帯別に平均しグラフ化したもの）



2) 夜間・早朝の訪問看護の利用者確保

訪問看護の安定化を図るには、利用者の確保が重要である。夜間・早朝の利用契機を見ると、「退院調整会議時のモデル事業実施S T看護師の紹介」12名（38.7%）が最も多く、次に「退院調整会議以外のモデル事業実施S T看護師の紹介」11名（35.5%）であった（図表Ⅲ-2-8）。モデル事業実施S Tの看護師には、夜間・早朝の訪問看護の必要者の特徴や効果が経験知として身に付いているため、その必要性をアセスメントし、タイムリーに本人や家族に説明することができると考えられた。よって、夜間・

早朝の訪問看護の必要者の特徴や本人・家族への説明方法を明確にし、他STの看護師や他職種に伝えていく必要性が示唆された。

なお、少数ではあるが他ST看護師や市保健師、医師、ケアマネからの紹介もあった。徐々にサービスが浸透している傾向が見られた。

図表Ⅲ-2-8 夜間・早朝の訪問看護の利用契機

	n=31	
	人	%
退院調整会議時のモデル事業実施ST看護師の紹介	12	38.7
退院調整会議以外のモデル事業実施ST看護師の紹介	11	35.5
他ST看護師の紹介	3	9.7
家族からの相談	2	6.5
市保健師からの紹介	1	3.2
医師からの紹介	1	3.2
ケアマネからの紹介	1	3.2

3) モデル事業終了後の訪問体制の評価

モデル事業は平成20年度で終了したため、平成21年度ではSTの収入は、保険による報酬と利用者の自己負担のみという条件の下で夜間・早朝の訪問を行った。その結果、平成21年4月～12月の訪問実績は、平均利用者数が10名（範囲：8-12）、一日あたりの平均訪問件数は9.7件（範囲：8.5-10.9）となった（図表Ⅲ-2-9）。現在STでは、夜間・早朝専任の常勤看護師1名と、非常勤看護師2名で訪問を行っている。深夜に訪問ニーズが集中しており、訪問を断ることもあることから、現在の訪問体制では1日あたり平均9.7件の訪問は可能であり、その件数は最大でも11件程度であることが分かった。

また、夜間・早朝の利用者の多くは医療保険による利用者であり、ほぼ毎日夜間・早朝の訪問を行っていた。しかし、夜間・早朝の訪問看護を行う全てのSTで、これらの利用者のみで採算の取れる一晩8件以上の訪問件数を確保することは困難であると考えられる。そのため、①介護保険による利用者、②毎日ではないが、定期的に夜間・早朝の訪問を必要とする利用者の探索が必要となってくるだろう。これを実現させるためには、夜間・早朝の訪問看護の利用プランを含めた、必要者の状態像を明確にする必要があり、今後の課題と考えられる。

図表Ⅲ-2-9 モデル期間終了後の夜間・早朝訪問実績

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平均
実利用者数(人)	8	9	10	11	12	11	11	11	11	10
訪問回数(回)	268	290	265	336	337	300	304	290	265	295
一日平均 訪問件数(回/日)	8.9	9.4	8.8	10.8	10.9	10.0	9.8	9.7	8.5	9.7

2.3 まとめおよび提言

夜間・早朝の計画的な訪問看護を複数のステーションが連携して行う体制が、効果的かつ効率的であることは検証できた。しかし、現行の診療報酬下で実施できることの限界や人材不足と言った課題は残されている。以下にその詳細について示す。

1) 複数ステーションから同一日に行われる医療保険の訪問看護が報酬を受けられることができるようにする必要性

夜間・早朝の訪問看護を必要とする利用者には重症者が多く、日中だけでなく、夜間・早朝の訪問看護が同じ日に必要となることも多い。その場合、この「連携体制モデル」では、1人の利用者に複数のステーションが、同じ日に訪問することになる。

しかし、現在、医療保険で同一日に算定可能なのは、「1か所の訪問看護ステーションのみ」である。連携体制のモデルを実現させるためには、「複数の訪問看護ステーションが算定を受けられるよう医療保険の報酬設定の制限が緩和される必要」がある。

2) 訪問看護師の確保

夜間・早朝の訪問看護体制の構築において最も苦勞している点は、訪問看護師の確保である。現在、訪問看護師は不足しているといわれているが、24時間365日、安心して住みなれた自宅で療養生活を送るためには24時間365日の訪問看護が必須である。そのための人材確保が早急に必要である。

このために、重要な役割を果たすのは都道府県である。地域特性に応じた在宅医療の提供システムの中でステーションの位置づけを示し、必要な看護師数の確保や質を担保する方策を明確にすることが必要である。それが人材の確保につながると考えられる。

なお、国においても訪問看護師の必要数の算出と必要数確保のための方針の明確化、訪問看護師の質の保証が図れるような仕組みづくりが必要と考えられる。また、看護

協会などの職能団体は、魅力ある訪問看護師のイメージづくり、研修や認定制度の活性化を図る必要があるだろう。それに加えて、訪問看護が24時間365日地域ケアを支えるものであり、夜間も定期的に訪問するものであることを明確に打ち出していくことも重要である。さらに、各ステーションでは、在宅看護実習を積極的に引き受け、将来の人材を確保する等の努力が必要であろう。

3. 滋賀県湖南地域における訪問看護が 24 時間計画的に提供されるためのシステム構築方法の検討

3.1 方法

平成 18 年度より行っている、滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会と保健所保健師、地域包括支援センター保健師、研究者から成るワーキング委員会を 2 か月に 1 回の頻度で開催した（年 6 回）。その中で、夜間・早朝の訪問看護の必要者について事例検討を行いながら、湖南地域のステーションが連携して夜間・早朝の訪問看護体制を構築・維持するにはどうしたらよいか、夜間・早朝の訪問看護の必要者に適切に訪問看護が提供されるための地域の課題は何か、等を検討した。

3.2 結果

1) 湖南地域の訪問看護ステーションが連携し、夜間・早朝の訪問看護体制を構築する必要性の認識が高まった

モデル事業終了後も 1 か所の法人の違うステーションとの連携を継続している。ステーション管理者から、難病患者を 24 時間・365 日支えるしくみを湖南地域に作りたいとの提案があった。

2) 保健所の事業に合わせてステーションと病院との連携を推進した(参考資料参照)

平成 20 年度に引き続き、今年度も保健所と県の看護協会と共済し、病院と連携を推進するための研修会を開催した。その準備はワーキングメンバーで行った。これにより、病院との連携に関する課題が明らかとなり、具体的な方策として、ステーション、病院、ケアマネジャーが共通して使用できるサマリーの様式の作成を行い、活用が始まった。ステーション看護師、病院看護師両者の連携の必要性の認識が高まった。

3.3 考察および今後の課題

ワーキング委員会を立ち上げた当初は、夜間・早朝の訪問看護の必要性にも疑問を持つ発言が多かったが、徐々にメンバーが地域全体を面で支えるという視点を持ち、取り組むようになった。平成 20 年度からはメンバーから、難病患者を 24 時間・365 日支えるしくみを湖南地域に作りたいとの提案や病院との共通サマリーの作成等、主体的に地域の課題に取り組む動きが生じた。今後も、具体的な地域課題の解決に向けて取り組んでいく予定である。

図表Ⅲ-3-1 滋賀県湖南地域における在宅ケアシステムの構築

	経過
平成 17 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設立母体が同じ 3 ヶ所の ST が協働し、夜間・早朝の訪問看護サービスの提供を開始
平成 18 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 湖南地域にある全 ST (12 ヶ所) が協働し、夜間・早朝の訪問看護サービスの提供を開始 ・ 湖南地域の ST 管理者と研究者等をメンバーに、2 ヶ月に 1 回、24 時間在宅ケアについて話し合うワーキンググループ (WG) を立ち上げる
平成 19 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ WG に保健所・各市の地域包括支援センター保健師も加わる → 地域全体で在宅ケアシステムの構築に取り組む重要性の認識が高まる ・ ケアマネジャー、家族会、行政、等との情報交換会を実施
平成 20 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院と ST との情報交換会を実施： 連携する上での困りごと、助け合えていること等を話し合う → 連携をスムーズにするために、病院、ST、ケアマネジャーが共通して使える連絡用のサマリーを作成
平成 21 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院と ST との情報交換会を実施： → 訪問看護サービスの利用効果を知ってもらうこと等を目的に、ST が病棟看護師にフィードバックする仕組みを検討中

病棟看護師アンケート (115 名)

1 どうして在宅に向けた支援を (大切だと思うけど) やらないのか？

在宅に向けた支援を行いにくい、病棟内の理由

【やろうとしてもうまく行えない】

- 病棟内業務だけで忙しく、現状の改善に集中してしまう
- 患者・家族の在宅に対する不安や考えを聞く機会があまりない
- プライマリー患者の決定が遅い、自身が休みの間に決定しているなどは、特に対応しきれない
- 退院日が急に決まったときは十分な準備やカンファレンスができない
(入院後すぐ、退院にむけたカンファレンスが必要だと感じている)
- 医師と連携したくても、話し合う時間が調整できない
- 退院調整の進捗状況は、担当看護師も把握できていない
(退院調整の進捗状況や情報を共有するような共通のツールがあるとよい)
- 経済状況や家族調整は病棟看護師の介入できる範囲を超えている、情報も聞きにくい

在宅に帰ってからの情報がない、支援の方法がわからない

- 退院後の情報が入ってこないで、フィードバックが得られず、考えなくなってしまう
(退院後、どのようなことで困っているのか等の情報があれば、活用できると思う)
- 退院後の情報が入ってこないで、具体的な動き方、必要な情報、連携をとるタイミングがわからない
- 関係機関と連携をとるタイミングがよくわからない

在宅に向けた支援を他の人に任せてしまっている

- ケアマネジャー
- 地域連携部署のスタッフ (社会福祉士、看護師など)

2 退院に向けた連携で、訪問看護に期待するものは？

看護の継続

- 看護計画の継続 (精神面の援助、体調管理、医療処置)

病棟への情報提供・連携

【対象者の入院時】

- 自宅でのどのような生活をしていたかなど、具体的な情報を伝えてほしい

【対象者の退院時】

- 退院時カンファレンスで知りたいことを、事前に知らせておいてもらえるとありがたい
- 在宅に移行した時に起こる問題を予測してもらいたい
- 病棟に来てもらって、退院後について一緒に考えてほしい (退院時カンファレンスに参加してほしい)
- 事前に、処置や補助具など、聞き取りにきてくれると相談もできるので助かる

【対象者の退院後】

- 終末期、看取りに対する家族教育に協力してほしい。訪問看護師が、すぐ入院させる傾向があるのでは。
- 在宅に移行した後の情報をフィードバックしてほしい
(使用した補助具の選択、処置や内服薬の調整、病状、家族状況の変化など)
→その後の患者さんへの退院時ケアに活用できる
→退院支援のモチベーションがあがる
→自分のケアを振り返ることができる

(平成 21 年度実施)

病棟看護師へのアンケート 問2.3 退院支援部署との関わりについて

退院支援部署があること 知っている	100 (87.0%)
退院支援部署への連絡手段(複数回答可) (n=100)	
電話	45 (45.0%)
用紙	45 (45.0%)
その他	25 (25.0%)

注)無回答を除く

病棟看護師へのアンケート 問7 入院している患者さんの退院支援について、病棟看護師の役割認識と実施程度

n=115

	全く大切でない	あまり大切でない	やや大切	とても大切	全く実施していない	あまり実施していない	まあ実施している	よく実施している
入院中から、患者さんの在宅での療養生活をイメージする	0 (0.0%)	1 (0.9%)	8 (7.0%)	101 (87.8%)	1 (0.9%)	17 (14.8%)	55 (47.8%)	26 (22.6%)
在宅での療養生活の際に起こる看護問題を考える	0 (0.0%)	0 (0.0%)	14 (12.2%)	96 (83.5%)	2 (1.7%)	24 (20.9%)	49 (42.6%)	24 (20.9%)
在宅へ移行した後起こる看護問題を考える	0 (0.0%)	3 (2.6%)	29 (25.2%)	78 (67.8%)	2 (1.7%)	37 (32.2%)	40 (34.8%)	19 (16.5%)
在宅移行後の経済状況を検討する	0 (0.0%)	10 (8.7%)	40 (34.8%)	59 (51.3%)	11 (9.6%)	52 (45.2%)	32 (27.8%)	3 (2.6%)
在宅移行後に必要となるサービスを考える	0 (0.0%)	4 (3.5%)	23 (20.0%)	82 (71.3%)	6 (5.2%)	28 (24.3%)	45 (39.1%)	19 (16.5%)
病棟カンファで在宅移行時や移行後について話し合う	0 (0.0%)	0 (0.0%)	25 (21.7%)	85 (73.9%)	3 (2.6%)	28 (24.3%)	40 (34.8%)	26 (22.6%)
退院に向けて、患者さんに必要なサービスを、関係諸機関と連絡をとって整える	1 (0.9%)	2 (1.7%)	24 (20.9%)	83 (72.2%)	7 (6.1%)	36 (31.3%)	35 (30.4%)	19 (16.5%)
退院後の情報を知る・知らされる	0 (0.0%)	6 (5.2%)	52 (45.2%)	52 (45.2%)	31 (27.0%)	46 (40.0%)	19 (16.5%)	3 (2.6%)
院外との連携について								
連携した先の相手がどのような情報を求めているか尋ねる	0 (0.0%)	4 (3.5%)	37 (32.2%)	66 (57.4%)	12 (10.4%)	40 (34.8%)	33 (28.7%)	10 (8.7%)
在宅移行後のケア担当者に退院後のケアのための留意点が伝わるようにする	0 (0.0%)	1 (0.9%)	18 (15.7%)	88 (76.5%)	7 (6.1%)	20 (17.4%)	46 (40.0%)	22 (19.1%)
退院に向けて、どのような機関といつ連携するかを事前に考えておく	0 (0.0%)	7 (6.1%)	35 (30.4%)	65 (56.5%)	14 (12.2%)	41 (35.7%)	27 (23.5%)	13 (11.3%)

注)無回答を除く

訪問看護ステーションアンケート (10名)**1** あなたのこれまでのご経験の中で、病院のアセスメントが不足していて困ったことは？在宅で家族介護者が実施する処置の説明が不十分

- 手技（吸引、経管栄養、体位変換等）が全く～ほとんど指導されていない
- 同居している主介護者ではなく、別居している息子夫婦に説明されている
- 在宅に適した物品の準備ができていない（吸引の例：ネラトンばかり大量に購入、蒸留水等の準備が大変）
- →家族やケアマネからの呼び出しで緊急訪問、説明・指導／不安に対する相談対応

内服管理の準備が不十分

- 必要に応じて一包化されていない（管理方法について、シートで渡されるのみだった）
- 退院時カンファレンスで説明を受けた時と内服薬・方法が異なっていた
- →訪問看護で分包／薬の内容について訪問看護に緊急相談があり対応

サービスの調整が不十分**2** 退院時カンファレンスに期待するものは？退院時カンファレンスで訪問看護が知りたい情報・行いたいこと

- 病院医師・看護師から本人・家族への病気・病状（ターミナルなど）の告知内容と、本人・家族の受け止め方
- 病院医師・看護師からの指導内容（特に特殊な処置の場合は、病院に見学・学習に行きたい）
- 退院後の生活で問題となること、継続すべきケアの内容（専門的すぎる略語は控えてほしい）

カンファレンスに求めること・困ったこと

- 在宅への移行で発生しうる問題を明確にし、入院中に解決するような対策を立ててもらいたい
- 退院後の生活のイメージを病院のスタッフにも持ってもらえるような場にしてほしい
- 在宅療養のために必要なサービスを検討してもらいたい
- 医療依存度が高い対象者の場合は、在宅医が参加してもらった方がよい
- 入院前に利用していた場合は必ずカンファレンスに呼んで欲しい（早めに連絡がほしい）
- 1か月に3回も入退院を繰り返している患者に、退院時カンファレンスが全くないこともあった
- 利用者についての質問に答えられない看護師が参加していることも多い

3 うまく行った事例とは？在宅のための調整がうまく行った事例

- 早めのカンファレンスの結果、うまく経管栄養の調整ができた
（毎朝、早朝に訪問看護を利用して経管栄養を行うことは、限度額等の理由から難しかった）
- 退院時カンファレンスに在宅医が同席、複数会行った結果、具体的なサービス調整をしっかりと行えた
- 退院カンファレンス前に病棟訪問し、訪問看護の説明を（本人・家族に？）行った結果、カンファレンスで
訪問看護をイメージしてもらいやすかった
- 退院時カンファレンスで処置内容をしっかり確認したことで、移行による処置のズレを起こさなかった
- 入院中から、在宅での処置方法を導入したことで、移行による処置のズレを起こさなかった
- 地域連携室が訪問看護ステーションからの問い合わせ窓口になってくれたおかげで病院に連絡しやすかった

4・5 地域連携の場において、訪問看護ステーションはどう機能すべきか、また十分機能しているか？

訪問看護ステーションの役割＝入院中から在宅への架け橋

- 退院後のイメージを具体的にもってもらえるような働きかけを、病院・利用者双方に対して行うこと
- 在宅への移行後の問題点・キーパーソン・を明確にし、病院側へ提案すること
- 在宅へ戻ってから、訪問看護でできることとそうでないことをきちんと提示し、家族に安心してもらうこと

その機能が十分果たせていないと感じる理由（十分果たせていない…5/7人）

- 退院時カンファレンスに参加する機会がほとんどない
- 病棟看護師と話す機会がない
- 入院している患者に関する情報がほとんどない、知らない間に退院していたこともあった

6 病院への連絡を躊躇することってある？

医師への連絡しにくさ

- 医師の忙しさがわかるので、迷惑がかかると思うとかけにくい。手の空いている時間がわからない
- 直接問い合わせても、「診察にきてください」もしくは「今忙しいので」と対応されてしまう

地域連携室への期待

- 地域連携室があり、医師とのパイプ役になってくれる所はとても聞きやすい、助かる
- 地域連携室を経由するため、どうしても時間がかかってしまう

7 その他

上記以外で困っていること、要望など

- 夜間は、医療機関に連絡がつかないことが多い。在宅で対応する際、大変困る。
- 病院に長期間入院し、家族が離れてしまっている患者もいれば、在宅で介護しながらギリギリの生活をしている人もたくさんいる。そういう人たちへの支援がもっと必要なのではないか。
- 利用者が希望しても、病院の医師が「訪問看護不要」と判断することもある。訪問看護のことをもっと理解してもらうにはどうすればよいか。
- 病院～（連携室）～訪問看護のルートを確立してはどうか。在宅療養中断リスクの高い患者さんに、漏れなく支援するにはどうすれば良いか、病棟看護師も訪問看護師も一緒に考えていきたい。
- 病院看護師の研修に「訪問看護研修・体験」があっても良いのでは。
- 医療依存度の高い方は、特に早めに連絡を。
- 退院前のカンファレンスは、必ず行ってほしい。「明日午前中に退院です」と言われても、対応が難しい。

アピール！

- 一日でも早く退院していただくには、訪問看護がキーになります。わずかな期間でも利用可能ですので、ぜひ！
- 在宅では、利用者さん・ご家族はささいなことで悩み、不安を持つため、病院や訪問看護の助言はとてもありがたいものようです。ぜひ訪問看護に声をかけてください。
- 在宅のことでわからないことがあれば、気軽に声をかけてください。

退院支援部署アンケート (7名)**1 退院支援部署の職員数 (名)**

病院	看護師	SW	事務	その他	部署設置時期
A	0	1	3	-	-
B	5	0	2	相談員 2	H18 年～
C	1	2	1	-	H15 年～
D	21	1	5	-	H1 年～
E	1	6	0	-	H18 年～
F	3	4	0	-	H16 年～
G	1	2	2	-	-

2 退院支援の仕組みについて

1. 病棟から貴部署への紹介基準の設定 ①あり…5 (71%) ②なし…2 (29%)
 2. 病棟での退院支援必要性のスクリーニングの実施 ①あり…5 (71%) ②なし…2 (29%)
- 特に基準や流れの取り決めがないので学んでいきたい。
 - 主治医、ケアマネージャー、セラピスト、家族、行政などから直接介入依頼がくる。

3 退院支援部署の取り組み

1. 貴部署での退院支援必要性のスクリーニングの実施 ①あり…6 (86%) ②なし…1 (14%)
 2. 病棟ラウンド (病棟カンファへの出席、カルテ閲覧など) ①あり…6 (86%) ②なし…1 (14%)
 3. 部署外スタッフへの退院支援についての啓発 (資料配布、勉強会など)
①あり…4 (57%) ②なし…1 (14%) ③無回答…1 (14%)
- スクリーニングや病棟ラウンド、部署外スタッフへの退院支援についての啓発は行っているが、スクリーニングは具体的には深く行っていない現状であり、退院支援についての認識も乏しい状況。
 - 各病棟に 1 名退院支援リーダー看護師を育成中
 - 病棟と退院支援必要患者のカンファレンスを週に 1 回行う
 - 退院前にサマリー作成、内服定期処方 (分包・朝昼夕の記載)、介護認定調査、ケアマネージャーへの連絡

4 退院支援が必要な患者さんの把握漏れがないような工夫**ツールの利用**

- 受け持ちナースが必ず 1 週間以内に依頼書を記入して送ってくる。
- 退院スクリーニング表 (ケース依頼書) の使用。

カンファレンス・会議への参加

- リハビリカンファレンスや亜急性期運営会議などへの参加で必要なケースの拾い上げを行う。
- 病棟と週 1 回のカンファレンスを行う。また、他患の情報収集に病棟を訪れた時に対象患者以外のことも情報収集している (入院患者全て)。

病棟スタッフ及びカルテからの情報収集

- MSW による (担当病棟) 入院患者のチェック及び病棟ラウンド時に師長から情報収集。
- 電子カルテで患者の在院日数と疾患、病状の回復状況を把握し、退院が近い患者を確認。
- 病棟スタッフから情報収集。

5 地域の関係機関への連絡方法は？

- ①主に部署から連絡する…3 (43%)
- ②主に病棟から連絡する…1 (14%)
- ③貴部署または病棟から連絡する…3(43%)

- 具体的な処置、ケアについては病棟ナースより情報提供・相談がある
- 入院による生活レベル、IADL 低下がみられない場合や、看護サマリー対応で可能である人（拡大カンファレンスが不要な者、新規サービス介入の必要がない者）は病棟より連絡、それ以外は部署から
- 特に決まっていない。関係機関の連絡先について問い合わせが病棟からあった時、病棟から退院日決定の報告があり退院調整カンファレンスの日程調整をする時に部署から病棟に連絡している

6 地域の関係機関からの連絡を受ける方法は？

- ①主に貴部署が連絡を受ける…6 (86%)
- ②主に病棟が連絡を受ける…1 (14%)
- ③貴部署または病棟が連絡を受ける…0

- 訪問看護連絡票、居宅介護支援利用者情報連絡票が送られてくる
- 訪問看護室が独立しておらず、患者の退院時にケアマネジャーを決定、または以前からの担当ケアマネジャーに病棟ナースが連絡し、訪問看護の必要があれば当院の訪問看護師が患者宅に訪問するという形をとっている

7 院内での連携において、困難、または助かったことや良かったことは？

困難なこと

病棟内・病棟スタッフとの連携不足

- 病棟内でのカンファレンスの不足、医師と病棟ナースとの連携不足のため、介護保険の申請や転院調整に日数を要し、退院の延長が発生することがある
- 主治医からなかなか退院調整についての協力が得にくい。記録が乏しい
- 病棟との連携の中で受け持ち看護師が不在のときに具体的な相談ができないことがある
- 病棟ナース（特にプライマリー）が 3 交替であるため、情報共有や、カンファレンスなどの日程調整が難しい
- 受け持ちナースと部署との役割分担を明確にしにくい

退院支援のシステムが不十分

- 退院支援の流れがないため、退院患者の情報連携が図れず、急に退院となっていたり、他機関との連携を病棟が意識していないことがある。

病棟ナースの認識の違い

- 退院支援の理解が病棟個人により差があり、情報把握が遅れる、情報伝達が正確にできない
- 時間的なこともあるが在宅療養についての認識が薄く、カンファレンスへの参加が少ない
- 受け持ちナースや部署によっては退院調整をすべて部署に任せてしまう、スタッフの退院調整力がない

助かったことや良かったこと

情報把握・共有について

- 関心のあるナースはオーダーリング内の記録をよく読み、自分のとった情報をメールで送ってくる
- 窓口を1つにすることで患者情報を得やすくなった
- スクリーニングシートを活用することでハイリスクの患者把握を早期に行うことができた
- 入院中の変化など連絡が取りやすい

病棟と連携した支援について

- 主治医から直接退院支援の依頼がある場合は情報も細かく地域連携カンファレンスを調整するなど円滑に行うことができた
- 老々介護のため介護保険の手続きも分からず、支援がなされていない患者の在宅支援ができた
- 退院後の療養生活で必要と思われるサービスなどが提案してもらえ、具体的なプランが立てられた
- 医療依存度の高い患者に対し、在宅に向けて協力して指導が実施できる
- 退院調整にあたり、医師、看護師以外にも PT、OT、ST、栄養士との連絡を密に行うことが出来る。週 1 回のミーティングも効果的

8 訪問看護ステーションや地域の諸機関において困難、または良かったことなどは？

困難なこと

連携のシステムが不十分・連絡がとりにくい

- 介護保険の情報連携加算などに伴い、ケアマネからの問い合わせ、文書依頼、電話での回答依頼など当院の一人体制では対応困難なことが多く、連携システムを確立したい
- 忙しいため、連絡が取りにくいことが多い。夕方からの連絡が多くなり、確認や返答が後日になることがある
- 入院患者全員を当部署が把握していると思われる問い合わせがあること
- 他職種がたくさん集まることで色々な情報共有ができるが、時間調整が難しい
- 情報を共有するツールがない

良かったこと

情報共有することで在宅での生活が見えやすい

- 在宅での指導の内容を教えてもらい、院内でも同じ方法を指導している
- 入退院を繰り返す患者情報を共有できるようになった
- 在宅生活での課題が情報提供されてくるため、解決の方法を共に考えることができるようになった
- 拡大カンファレンスにも参加してもらうことで、地域へつなげられる、在宅での情報提供してもらえる
- 訪問看護サマリーやケアマネジャーからの情報提供により、患者の在宅での様子が理解できるため、在宅療養に向けてのイメージがつきやすい。在宅での介護力の様子もわかる

9 今回の研修会・行流会で知りたいこと・要望など

- 他院がどのような退院支援、流れを組んでいるのか、どのような退院支援が円滑に必要な連携が図れるのかアドバイスが欲しい
- 院内での退院時指導はどこまで行えばいいのか？
- 退院後の生活を考えると期間が必要と考えても、入院日数の制限などで退院を早期に設定される。修正を行っても病棟が退院後のイメージを捉えておらず、今必要な看護やアセスメントができていないことがあるため、病棟ナースへの指導について教えてもらいたい