

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

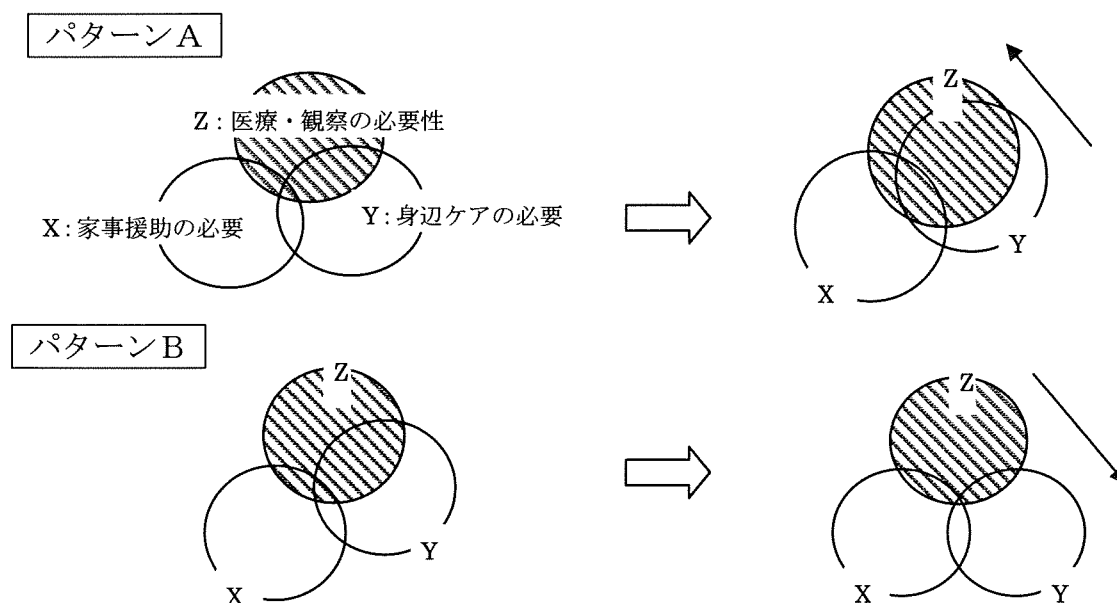
夜間・早朝の訪問看護を終了する契機を基に利用者を分類すると、以下の2つの利用パターンが見られた。

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IV-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IV-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IV-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IV-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。

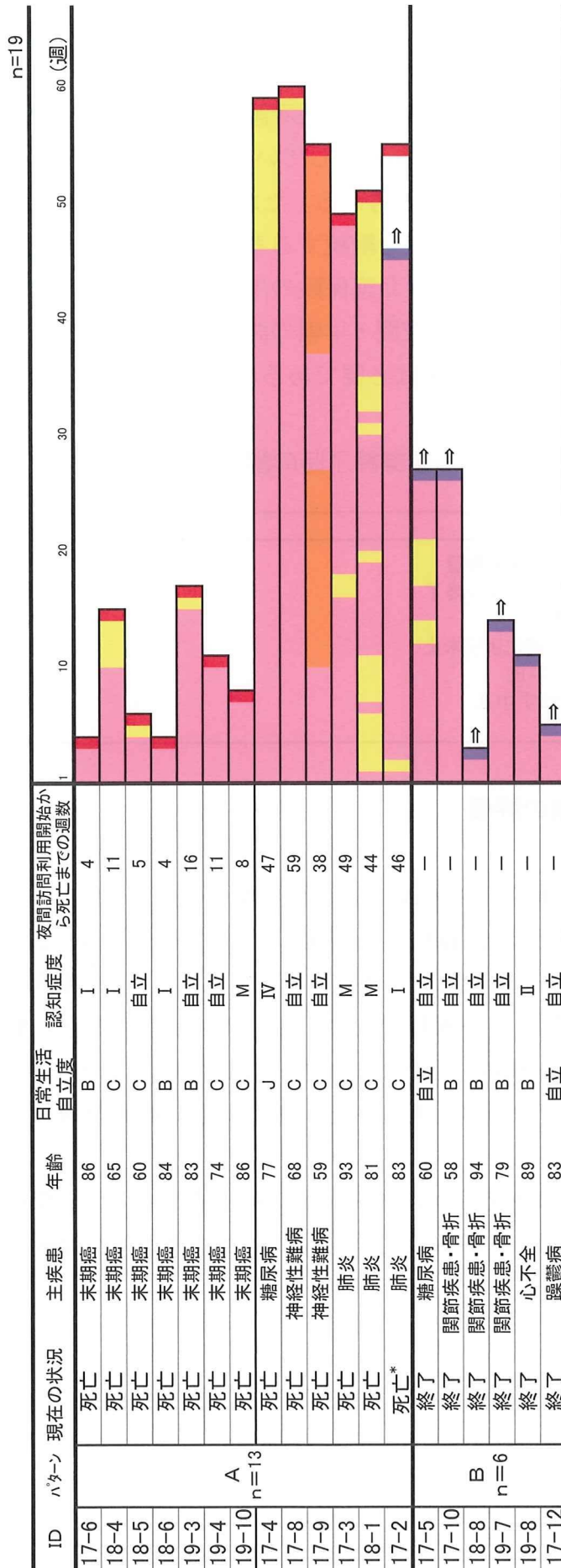
神経難病では、死亡する 3 日前まで入院することなく在宅で過ごすことができた者や、レスパイトケアを利用しながら在宅療養を継続する者がいた。それぞれの在宅療養のニーズに応じた訪問看護を柔軟に提供することで、利用者の満足度を高めていた。

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IV-2-4 利用者のパターン別療養経過



■ 死亡 ■ 入院 ■ レスパイト入院 ■ 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・早期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IV-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IV-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IV-2-6, 図表IV-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。

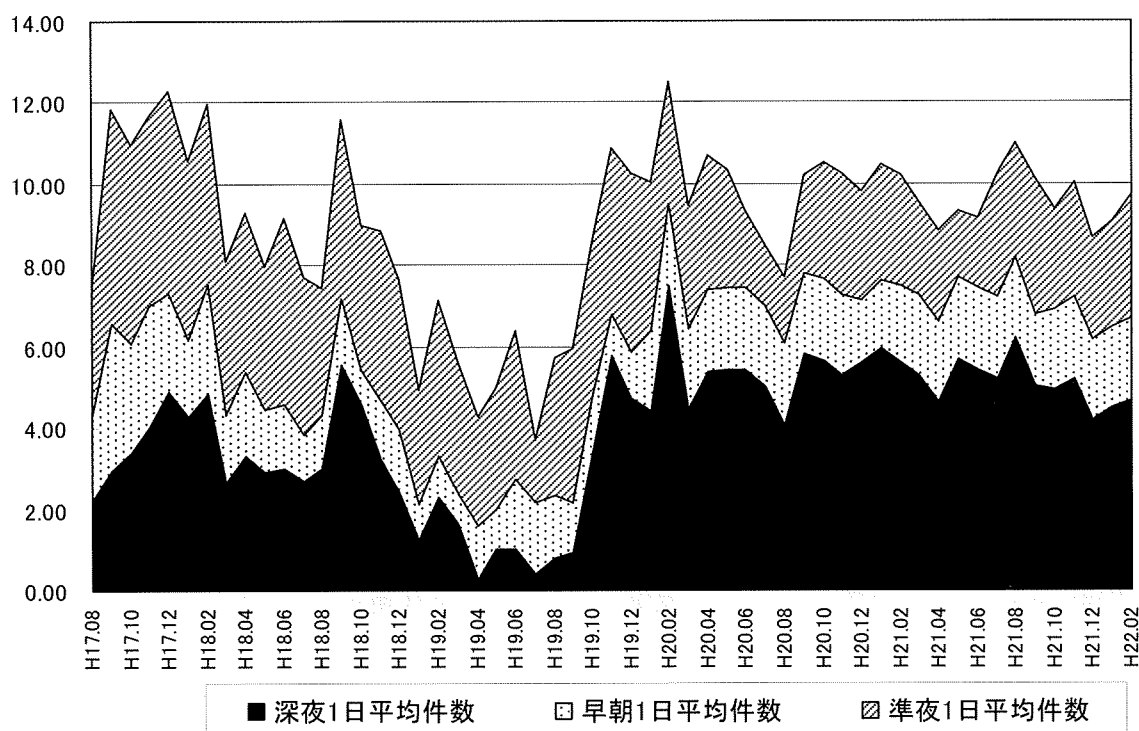
表IV-2-6 年度別および時間帯別の稼働率（平均訪問件数）

（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IV-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たものをグラフ化）



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IV-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IV-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IV-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Ⅳ-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。そのための人員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 年度と 21 年度は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) 平成 19 年度～20 年度にかけては、保健所保健師が、湖南地域在宅ホスピスケア推進事業の一環として、訪問看護ステーションの課題の整理と基盤強化を行った。

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Ⅳ-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	・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	・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	・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	・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、助け合っ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	・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

< 滋賀参考資料 1 >

平成 20 年度 病院でやっている看護処置は在宅で適応可能だろうか？
～病院看護師と訪問看護師、お互いが分かり合おう～

1. 開催の背景：

今後、入院期間の短縮等により、在宅療養者は益々増加すると考えられ、湖南地域ではその受け皿を早急に強化していく必要がある。平成 18 年度より、滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会（湖南地域）と、東京大学医学系研究科とが共同して、実際に夜間・早朝の訪問看護体制を構築し、滋賀県済生会訪問看護ステーションを拠点に利用者の方にサービスを提供してきた。ここでは、その効果と展望を明らかにすることができたが、それ以上に、地域の関係職種との理解や連携が必要不可欠であることが課題として明らかになった。特に、病院と在宅のつながりは重要であり、そのつながりをスムーズに行う方法を関係職種が考えることは急務である。そこで、今回は、病院と訪問看護ステーションの連携の必要性を共有し、その方法を考えることを目的に本会を企画した。

2. 日時：平成 20 年 11 月 8 日（土） 13:30～16:00

3. 場所：栗東市総合福祉センター（なごやかセンター）集会室

4. 目的：①湖南地域における病院と訪問看護ステーションとの連携についての課題を共有できる。

②病院と訪問看護ステーションとの連携方法について参加者各々が考えることができる。

③病院と訪問看護ステーションが連携していくモチベーションが高まり、具体的な連携方法を考えるきっかけができる。

5. 主催者：滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会第 2 地区支部

滋賀県看護協会第 2 地区支部

滋賀県南部振興局地域健康福祉部

東京大学大学院医学系研究科 地域看護学分野

6. 参加者：①病院看護師、②訪問看護ステーション看護師、

③地域包括支援センター、④滋賀県南部振興局、⑤大学関係者

7. プログラム：①基調講演、②自己紹介、グループワーク、③発表、④まとめ

研修事前アンケートのまとめ

① サマリーについて

病院⇒ST、ST⇒病院の 2 種類のサマリーがあること。

それぞれのサマリーについて、送る時期、内容についての意見・疑問・要望があった。

病院⇒ST；送られてくる時期が遅い（初回訪問に間に合わない）。

内容が不十分（ST）。

必要な情報が伝えられているか不安（病院）。

完璧なサマリーを求められる。

ケアマネ・訪問看護の 2 通のサマリーが必要。

必要時は早めにサマリーを送っており、問題なし。

必要な情報を明示して欲しい。

ST⇒病院；送られてくる時期が遅い事がある。

サマリーだけではなく、話し合いの機会があればよい。

退院した後の情報をフィードバックしてもらえるとよい。（サマリーではないかも）

⇒次回に生かすことが出来る。モチベーションの向上につながる。

私見ですが、ST スタッフから内容に関する意見は少なかったように思います。

⇒ST の中での病院へのサマリーの位置づけは？

<ディスカッションポイントとして考えられる事>

- ・サマリーの内容について、お互いが必要としている情報の把握・共有
- ・サマリーを送る適切な時期（早く送るために必要な事？）
- ・共通のサマリーが出来ると良い？どのようなものが考えられるか。

② カンファレンスについて

カンファレンスの日程調整に関する事。

⇒日程調整が急である、関係者が全員そろうことが難しい。

余裕をもった日程調整。入院時からの退院調整。

カンファレンスの必要性について

⇒病院、ST ともにカンファレンスの必要性は認識している。

内容の充実が必要である。何を話し合えばよいのか？

カンファレンスまでに問題点の整理が必要である（ST）。

カンファレンスしか話し合いの場がないことに対する要望（病院、ST）

⇒実際にカンファレンスが行われている場合も多いが、現在のカンファレンスの頻度・回数で足りているのか？

足りていない場合は、どのような形で補足するのか。カンファレンスを増やす or 他の機会を設けるなど。

退院前だけではなく、退院後の開催の可能性について。

⇒病院側からは、退院後の情報への要望が見られた。情報を共有する場としての退院後カンファレンス？

その他：若い病棟 Ns にとっては「怖い」。病棟看護師と訪問看護師の縄張り意識（適切な表現か？）により、交流・情報共有の阻害されている可能性。

<ディスカッションポイントとして考えられること>

- ・カンファレンスを有意義なものにするために必要なことは何か？
(内容・時期・回数・雰囲気？等)
- ・現状のカンファレンスは本当に機能しているのか？
- ・カンファレンス以外の交流・情報共有の方法について。
(内容・時期等)：病院・ST の実情、実態の把握が必要では。

③ 退院指導について

家族への退院指導が難しい状況がある。

⇒介護者が高齢者（老老介護・認知症）、そもそも家族の協力が得られない。(病院)

退院前指導の内容を共有する必要性

⇒在宅の実情を踏まえた退院指導が必要。特に再入院の場合は在宅での情報が重要になってくる。(訪問看護も退院前の指導に参加)

病院での退院指導の結果のフィードバックを行う必要がある。

病院視点での指導が行われており、在宅への意識が薄い場合もある。

<ディスカッションポイントとして考えられること>

- ・どのような情報を共有したらよいのか。(ST から知りたい情報、病棟でしてほしい指導、指導結果をフィードバック等)
- ・退院指導が難しい場合への対処の仕方をもとに考えることはできるか？

<その他の意見>

多くの情報は上の 3 つのトピックに関連するものだった。その他のトピックとしてあげられたのは、困難事例に関するものだった。

- ・老老介護、独居に関するものが病院から多くあげられていた。
- ・家族の協力が得られない場合も何点か挙げられていた。
- ・そのほか、医療処置が多いケースについてなど。

これらのケースに関する情報を病院・在宅の双方で情報を共有し、解決策を検討できればよいのではないだろうか。

グループワークについて

○グループワークのテーマ

事前アンケートを病院、訪問看護ステーション、行政に行ったところ、主に事前アンケートの課題が挙がりました。下記の 3 つのテーマに沿って、病院と訪問看護ステーションがそれぞれの立場で困りごとや課題を挙げ、今後病院と在宅のスムーズなつながりを実現できるよう具体的な解決策を話し合います。

- ①サマリーについて⇒1・2・3グループ
- ②カンファレンスについて⇒4・5・6グループ
- ③退院指導について⇒7・8グループ

○方法

- 1) ファシリテータ、書記、発表者を決める
- 2) テーマについて事前アンケートの内容 (3~4 ページ) を共有する
- 3) 事前アンケートを基に病院と訪問看護ステーションがかかえる課題、解決策を話し合う
- 4) 具体的な解決策を話し合い、整理する
- 5) 発表する

(平成 20 年度実施)

<研修事後アンケート>

病院でやっている看護処置は在宅で適応可能だろうか？

～病院看護師と訪問看護師、お互いが分かり合おう～

アンケート結果

日時： 平成 20 年 11 月 8 日 (土) 13:30～16:00

場所： 栗東市総合福祉センター (なごやかセンター) 集会室

参加人数：79 名 (病院看護師、訪問看護ステーション看護師、行政機関、大学関係者、等)

		n=56	
問1:所属、問2:勤続年数 回答のあった 56 名のうち、 病棟看護師 16 名	病棟看護師	16	28.6%
	うち勤続年数:1年未満	3	
	1～3年未満	0	
	3～5年未満	3	
	5～10年未満	5	
	10年以上	5	
訪問看護 ST24 名	訪問看護ST	24	42.9%
	うち勤続年数:1年未満	4	
	1～3年未満	6	
	3～5年未満	7	
	5～10年未満	4	
	10年以上	2	
保健師 7 名	保健師	7	12.5%
	うち勤続年数:1年未満	0	
	1～3年未満	1	
	3～5年未満	0	
	5～10年未満	2	
	10年以上	4	
継続看護 2 名	継続看護	2	3.6%
	外来看護	1	1.8%
	その他	6	10.7%
	外来看護	1	1.8%
	その他	6	10.7%
	その他	6	10.7%

その他 6 名 (うち老健 2 名)

勤続年数は様々な年数の方が参加していた。

問3:講演会について

n=56		
良かった	43	76.8%
ふつう	12	21.4%
もう少し	0	0.0%
無回答	1	1.8%

感想:

- 入院と退院を分けて考えるのではなく、入院時からの退院指導が必要だと感じた(病棟)
- 具体的な現状の情報・データが知りたかった。実際に大学(東大)が集めている情報を知ることができたらよかった(病棟)
- 退院後の情報のフィードバックをあまり考えたことがなかったが、今回考えることができた(ST)
- 病棟→在宅と場所が変わっても継続できるケアは何か、そのための情報は何かと考えられた(ST)

(平成 20 年度実施)

- 退院支援について病院 Ns、訪問 Ns が一同に聞く機会を持てたことは非常によかった(保健師)
- 時間が短く、残念(複数)

問4: 情報交換会について

		n=56
良かった	45	80.4%
ふつう	7	12.5%
もう少し	1	1.8%
無回答	3	5.4%

感想:

- 他職種の声が聞けてよかった(多数)
- 患者さんに関わっている人がこれだけおられるのかと思った(病棟)
- ST 管理者の方が多く、現場の具体的な話ができなかったことが残念(病棟)
- フィードバックの必要性や、退院してからの患者さんにとって何が必要かポイントをおさえて指導していく必要性を感じた(ST)
- 病院も訪看もしたいという思いはあるが、実現できていない。理想と現実を一致させるのは難しい(ST)
- 参加者のうち、看護協会役員の割合が高かったように感じた。もう少し現場の Ns が参加してほしかった(ST)
- 看護職がもっと気軽に情報交換ができれば、より良い在宅サービスが行えるのではないかな(ST)
- 情報交換会ではなく、要望的なことばかりで少し不愉快な思いをした。お互いを知り合うことが必要なのではないかな(継続)
- 年に1度評価できる会が持てたらよいのでは(その他)

問5: 今後に生かしていきたいこと、研修に関する希望

- 病棟に持ち帰りスタッフに伝達したい(病棟)
- 病院において、退院調整をシステム化すること(病棟)
- 退院時のサマリーと同時に退院指導したパンフレットを渡していく(病棟)
- 在宅での看取りについて研修がほしい(ST)
- 患者さんや家族から訪看に期待することが聞けるような研修がしたい(ST)
- 保健師の地域看護へのかかわりを学んでみたい(ST)
- ケアマネとの話が出てきたので、ケアマネとの交流会もほしい(ST)
- 認知症高齢者・老老世帯のことの研修がしたい(外来)
- 在宅看護の体験実習(継続)

＜滋賀参考資料 2＞

湖南地域在宅ホスピスケア推進事業

滋賀県草津保健所では、滋賀県の在宅医療推進事業の一環として、平成 19 年、20 年に在宅ホスピスケア推進モデル事業に取り組んでいた。

目的と事業内容は以下の通りである。

【事業目的】

在宅で人生の最後の時を充実して過ごし、在宅での看取りができるよう支援するため、がん末期の緩和ケアを在宅で進める支援体制の構築を図り在宅ホスピスケアを推進する。

【事業内容】

1) 湖南地域在宅ホスピスケア推進会議の開催

在宅医療、保健、福祉、介護とのネットワークの構築、サービス提供の総合調整と推進を図ることを目的に開催する(平成 20 年度から継続看護調整会議を開催)。

2) 在宅ホスピス看護モデル推進事業(平成 19 年度事業)

医療保険外の訪問看護を提供し、在宅ホスピスケアにおける訪問看護の必要量、効果、地域課題について検討する(医務薬務課から済生会訪問看護ステーションへ委託)。

3) 在宅ホスピスケアアドバイザー事業

在宅ホスピスケアとして訪問看護を提供するステーションに対し、アドバイザーを派遣し、事例の対応について検討する。

4) 在宅ホスピスケア実践講習会

かかりつけ医、訪問看護ステーションに対して、緩和ケアについての研修を行う。実践講習会として職種間の交流を行う。

5) 在宅ホスピスケア講習会

一般住民を対象に在宅での看取りの理解を深めるための啓発事業を行う。

1)～5)の事業実施と平行して、関係機関職員への聞き取り調査を実施した。

出典:湖南地域在宅ホスピスケア推進事業報告書(滋賀県草津保健所)

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きたかなど、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