

(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%)
在宅移行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%)
在宅へ移行した後に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

**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、複数会を行った結果、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と確認したことで、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認してはどうか。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よいか、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も悩み、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）

（平成 21 年度実施）

### 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、退院に近い患者を確認。
- 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、連絡がと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ください、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付きやすい。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

**地域包括・行政アンケート (4名)**

**1 病院との退院調整で困ったこと**

- 院内の他科との連携ができていない
- 退院カンファレンスの内容が、不十分 (ただ経過を読み上げるだけ)、カンファレンスで専門用語が多すぎる
- 退院までの日が短く、サービス調整がうまくいかない、バタつく
- 状態評価 (病状、介護力、入院治療対象を要した疾患以外) が不十分で、退院時に必要なサービスが入らない (→その事例では、保健師が急いで調整を行った)

**2 訪問看護ステーションとの連携について地域の課題は**

- お互いの状況がわからず、批判的になりやすいこと
- 介護保険適応でない場合は、病院看護師・訪問看護師がケアマネジメントをする必要がある
- 癌末期、神経難病など看護主導となる事例では、ケアマネジャーと看護職の連携がうまくいかないこともある
- 情報源の統一 (どの職種も情報源が共有されること)
- 顔の見える関係づくり
- 関係者が課題や困りごとを互いに共有する場 (事例検討なども) をできれば定期的に設定する

**1 病院と訪問看護ステーションがうまく連携するには**

- 情報交換をすること
- 退院時カンファレンスのあり方について検討が必要
- 病院：訪問看護等サービスを利用した在宅療養のイメージを持てるようになること
- 病院：退院前に、訪問看護の必要性を一定の基準で判断できるしくみ・アセスメントツールをつくることで、病棟看護師から継続看護室、地域へと適切な時期にケースをつなぐことができるのではないか

# 平成 21 年度 湖南地域研修会(2009.10.31) 結果

(平成 21 年度実施)

## 1. 出席者について

1) 出席者 計 108 名

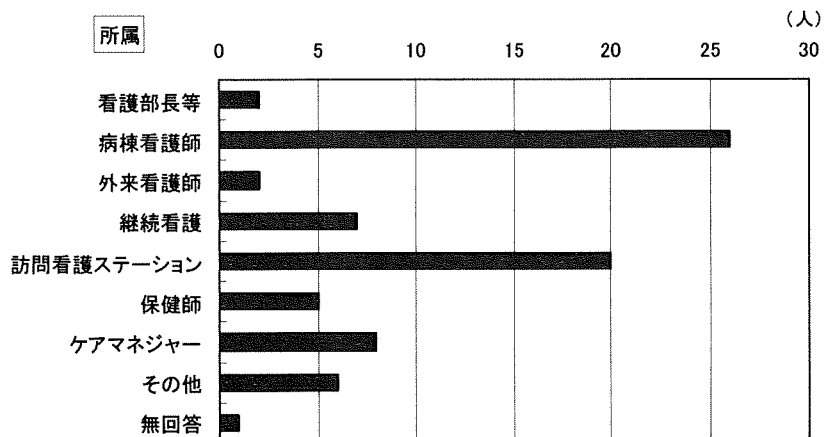
(内訳) 訪問看護ステーション 26 名、介護支援専門員 15 名、行政機関 17 名、  
病院関係 37 名 (うち看護協会経由 9 名)、その他 4 名 (東京大学)

## 2. 事後アンケート結果

1) 所属

図表2-1 (n=77)

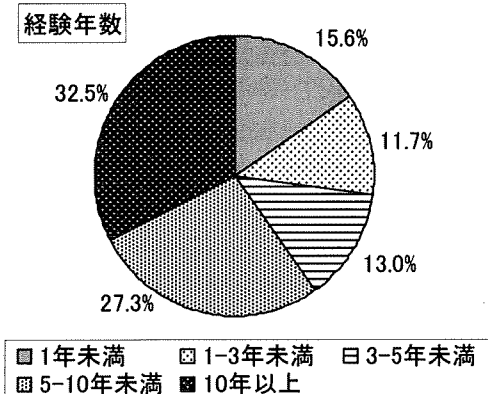
所属	n	(%)
看護部長等	2	(2.6)
病棟看護師	26	(33.8)
外来看護師	2	(2.6)
継続看護	7	(9.1)
訪問看護ステーション	20	(26.0)
保健師	5	(6.5)
ケアマネジャー	8	(10.4)
その他	6	(7.8)
無回答	1	(1.3)
計	77	(100.0)



2) 経験年数

図表2-2 (n=77)

経験年数	n	(%)
1年未満	12	(15.6)
1-3年未満	9	(11.7)
3-5年未満	10	(13.0)
5-10年未満	21	(27.3)
10年以上	25	(32.5)
計	77	(100.0)



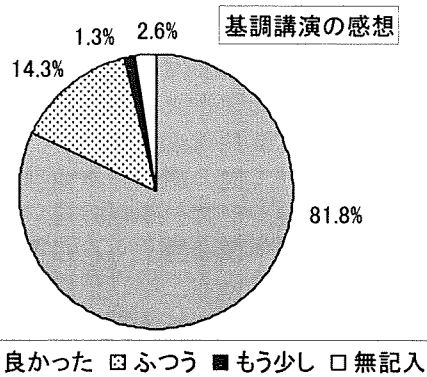


(平成 21 年度実施)

### 3) 基調講演の感想

図表2-3 (n=77)

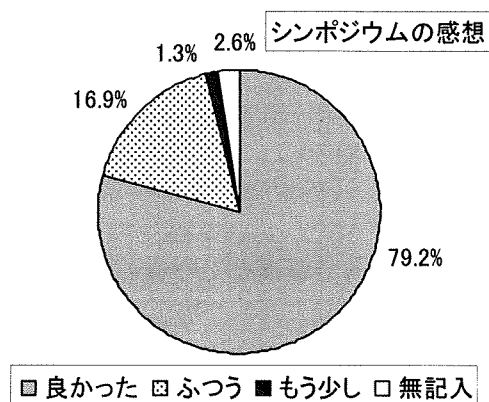
基調講演の感想	n	(%)
良かった	63	(81.8)
ふつう	11	(14.3)
もう少し	1	(1.3)
無記入	2	(2.6)
計	77	(100.0)



### 4) シンポジウムの感想

図表2-4 (n=77)

シンポジウムの感想	n	(%)
良かった	61	(79.2)
ふつう	13	(16.9)
もう少し	1	(1.3)
無記入	2	(2.6)
計	77	(100.0)



### 5) 自由記載の内容

(1) 基調講演の感想、(2) シンポジウムの感想、(3) 今後の看護活動に活かしていきたいこと・研修に関する希望について尋ねたところ、以下のような回答があった。

#### (1) 基調講演の感想

<滋賀医大の具体的な仕組みや経緯・努力が分かった、参考になった、勉強になった>

- ・ 具体的な努力が聞けて参考になった
- ・ 具体的に分かってよかった
- ・ 経緯や取り組みが良く理解できた
- ・ カンファレンス開催までの流れがいつもスムーズで情報も豊富にいただけるシステムが良く分かった
- ・ 良く分かった。
- ・ 良く分かった。参考にしたい。
- ・ 勉強になった
- ・ 分かりやすくてよかった。

- ・ ここまで確立するには大変だったと思う (平成 21 年度実施)
- ・ パイオニアの知識や情報がもらえて嬉しい。院内で認知されるための努力や苦労に同感し、今後も努力していく必要性を再確認した
- ・ 医大だが積極的に前進されて学びが多かった
- ・ 大学病院も大きく変わってきた
- ・ 今後の連携に向けて他の病院の貴重な話を聞いた
- ・ 他施設の現状が分かった。規模の違いがあると思った
- ・ どのように現在の体制を整えられたのかを聞かせていただけてありがたい
- ・ 日頃対象でない科にいるため、仕組みというところで学習が深められた
- ・ 理想とする継続看護をされており、今後のシステム構築の勉強になった

#### <ひとづくり・教育>

- ・ 活気を感じた。特に p9 のラダー化で退院後の生活情報を取れるよう病棟 Ns に意識付けされていることに、「ひとづくり」に力を入れている結果を十分感じた
- ・ 大学病院という高度医療専門機関の看護部がこのように退院支援のシステム作りをしてきたことを知れてよかった。看護の格差も感じつつ「人をつくる」ことの重要性を再認識した
- ・ 退院計画を書いていないのでその必要性を感じており、リーダーとなる調整看護師の育成も必要と感じた
- ・ 当院のシステムもこれからなので、病棟看護師の臨床能力を向上する目標の中に退院支援に関する目線を持つというのは勉強になった

#### <心強い>

- ・ 看護部が病院内で頑張っていることが非常に嬉しく、心強く思った
- ・ 力強く感じた

#### <活かしたい>

- ・ 急性期の病院での情報発信、共有など参考になった。現場に活かしていきたい
- ・ 病院の仕組みが分かり、今後の連携に活かせると思った。システム作り、ツール作りの大切さを感じた

#### <要望>

- ・ 経験豊富な方ばかりで意見を言えなかったが、退院カンファレンスの話ばかりであり、退院後外来通院になってから病院スタッフは支援してくれず、そんな時は継続看護室の協力は得られるのだろうかと思った。現実には私たちが病院受診日に時間を狙って出向いているが、まったくサービスです
- ・ 現状はようやく糸口が見えてきた段階で、問題は山積だと思う。医療との連携にも触れて欲しかった

#### <連携の必要性>

- ・ 退院患者さんが 1 ヶ月ほどで脱水、食欲不振で入院したことがあり、連携の必要性を今回の講演で考えさせられました
- ・ 退院調整看護師の役割と連携の必要性を痛感しています。今後の御活躍を期待しています。また共に考えていきたい
- ・ 切れ目のない看護はこれからとても重要。看護職の中での連携というシンポジウムはかっさ的だと感じた

#### <入院時からの退院調整>

- ・ 入院時からスクリーニングが行われており、病院側も在宅看護への継続を意識していることが分かった

- ・ 入院時からの退院調整の必要性が十分理解できた (平成 21 年度実施)
- ・ 入院時からのマニュアルがしっかり出来ていて、病棟 Ns も支援しやすい病院ですごい。私たちも頑張らなくては。
- ・ 早期からの退院調整が必要なことが分かった

#### <他>

- ・ 専門知識を持つ Ns が調整に関わることは患者さんにも力強く安心できると思う
- ・ 退院支援が理解できよかった
- ・ 退院支援システムがしっかりしていることで、退院後必要なサービスがスムーズに導入でき、退院カンファレンスでも在宅を想定した内容になり、有効なカンファレンスがもてると思った
- ・ 当院にはスクリーニング表がないが、あれば受け持ち Ns だけでなく病棟全体でもどういった Pt なのか把握しやすいと思った
- ・ 病院システムの中核に Ns が関わっていることがすばらしい。医療と生活をあわせて考えることが出来るのは Ns だと常々思っていた
- ・ 病棟看護師より働きかけることの大切さを改めて知った
- ・ 病院内で継続看護部の方が色々な仕事をされていることが分かった
- ・ 他の病院にも波及させ、地域全体で取り組んでいけたらよい
- ・ 予防的看護の必要性をアピールしていきたい。病棟からもつないで欲しい
- ・ 連携についてもこういった会で顔見知りになり、声をかけやすい関係になればいいと思う。

## (2) シンポジウムの感想

### <要望>

- ・ 時間が少し短かったです
- ・ 意見交換での時間が短い。聞きたいことがあったがこの場で聞いていいのか判断ができなかった
- ・ もう少し時間を取ってもらい、看看連携を深めたかった
- ・ 具体的にどう動けばよいかわからなかった。アンケート内容を基にディスカッションしたかった
- ・ 通所介護で勤務する看護師の報告や要望も聞きたい
- ・ 現状はようやく糸口が見えてきた段階で、問題は山積だと思う。医療との連携にも触れて欲しかった

### <様々な立場からの意見が良かった>

- ・ 色々な立場での発言が参考になった。特に継続の中での情報共有についてなど
- ・ 色々な立場からの話が聞けてよかった
- ・ 各立場からの役割やシステムや希望要望を聞けて、今後の業務の参考になった
- ・ 各分野の話が聞けてよかった。顔がアピールされて良かった。
- ・ 様々な職種の方の話を聞くことができてよかった
- ・ 様々な分野からの意見があり、知識が広がったと思います。
- ・ それぞれの現状と意見を聞き、連携システム作りが大きく進んだと感じた
- ・ それぞれの現場での工夫や大切にしている視点がはっきり分かり参考になった。地域性を活かした退院支援ができればよいと考えながら今後活かしていきたい
- ・ それぞれの立場から意見が聞けてよかった
- ・ それぞれの立場から現状問題点を出示していただいて、お互いを知る良い機会になった
- ・ それぞれの立場からそれぞれの意見を聞き勉強になった
- ・ それぞれの立場からの現状、問題提起で良く理解できた。病棟でプライマリ Ns が対象にうまく退院支援プロセスが進み、そこに喜びが見出せたら理想的。

- ・それぞれの立場からの事情・状況が聞けてよかった
- ・それぞれの立場で意見が出し合え、様々な視点で考えられる貴重な時間だった
- ・それぞれの立場での話を聞くことができよかった
- ・それぞれの立場の意見や思いが聞けてよかった
- ・それぞれの立場の意見を聞いた。在宅ではしっかり 1 日を過ごすことができること、夜はぐっすり寝ること、排便はスムーズに出来ること、食事はおいしく食べること、そのことを病院側は意識して関わって欲しい。そうすると退院はとてもスムーズです。
- ・それぞれの立場の思いを知ることが出来た
- ・それぞれの立場の話が聞けてよかった。
- ・それぞれの立場の人の発表が良かった。村嶋先生の司会がうまい

#### <具体的>

- ・具体的でありがたい。これから安心して病院と連携を取っていききたい
- ・具体的な内容が参考になった
- ・小川さんの内容が具体的で理解しやすかった。病棟でどんなことに留意して支援していけばいいのかわかり、活用できそう
- ・切れ目のない連携が必要ということが具体的にイメージできるようになった。お互いの立場での連携を利用し、より良い看護が展開できるようにしたい
- ・病院側からの退院連携システムを具体的に教わった。病院職員の出席も大変良かった。病院で行うカンファレンスを重ねていくことが訪問看護と病院の連携に繋がるということが印象に残った

#### <連携の必要性>

- ・多くの学びがあった。看看連携の必要性を感じる。今後きめ細かな情報提供が出来るよう頑張りたい
- ・入院患者の高齢化が進み、継続看護の必要性は高まると思う。もっとこまめに関係者間でのコミュニケーションを取っていかなければいけないと思うし、そうすることで看護ケアの内容を持って充実させることが可能になると思った
- ・他職種・地域との連携が必要なことが分かった
- ・病院と外部との連携の大切さ、お互いが分かり合おうとする心も重要。病棟 Ns が主体となり、方向性を見極め、自己では難しいところや分からないところを退院調整 Ns に手助けしてもらうようなかわりに変化させていかないといけない
- ・病棟でのケアが在宅ではどうかを常に考えながら連携する必要があることを再認識した

#### <フィードバック>

- ・自分たちの援助が退院後効果があったのか教えてもらえれば評価できるので、継続看護室を通して教えて欲しい
- ・フィードバックの必要性を強く感じた。そうすることで在宅・病院の看護の向上がさらに可能になると思った
- ・退院後の情報も得られれば、今以上に患者さんに満足できる調整が行えると思う。自分もどこに誰がいつ関わったらよいかもっと知ることが出来るよう努力していきたい
- ・退院後どうなったか情報が欲しいと思っていたが、入院中から訪問 Ns やケアマネにしっかり伝えることがまず第一の始まりだと思った

#### <心強い>

- ・病院の方もみんな患者さんのことを考えていることがわかり、勇気を感じた
- ・病院の退院調整部署がとても意欲的に地域連携活動をしていることがわかり、包括としても心強く思った

<他>

- ・ 病院での Ns の役割、地域での困りごとが良く分かった (平成 21 年度実施)
- ・ 在宅への情報提供は細かいことまで伝えることの重要性を感じた
- ・ 退院後のスムーズなケアのために必要な内容を理解することが出来た
- ・ 流れ、システムが理解できた
- ・ シンポジウム前に紹介があつてよかった。
- ・ ADL に目がいきがちだが、IADL の確認の必要性があると思った。医療者が行っていた部分を誰が担うのか、担えないときにどう対応するのかを把握していくことが必要だと思いました
- ・ ケアマネに訪問看護の生活における有用性をアピールして欲しい。管理・指導の大切さが理解してもらいにくいので、もっと一般化して分かりやすくアピールしてもらえたらと思う
- ・ 入院直後からのかかわりは必要と思う。本当にかかわることができたらすばらしい。
- ・ 病院側へ在宅をイメージしやすいように具体的に考えられるようなアドバイスを継続室の方をお願いしたい。継続室が調整窓口にいることが心強い
- ・ 保健師の役割について、現在の地域の資源（質を含め）をどう活かしてどうつなげるか、足りない資源（質を含め）は何でそれをどう分配するか取り組みたいが頭の整理がつかない

### (3) 今後の看護活動に活かしていきたいこと・研修に関する希望

<研修の感想>

- ・ このような病院と在宅 NS のシンポは有効だった
- ・ 事例があつたほうが分かりやすい
- ・ それぞれの本音を聞いた気がするので、アンケートが興味深い。
- ・ 地域全体が前向きで、この会が開催されたことに感謝する
- ・ 連携の重要性がわかり、今後の看護のあり方に繋がると感じた

<研修の希望>

- ・ No.2 を企画して下さい
- ・ 高齢者のことをまたして下さい
- ・ ステーションのレベル up のため、認定専門看護師等の利用→施設内研修、出前講座など
- ・ 病院看護師へ直接指導研修してほしい
- ・ 病棟 Ns の教育。今後も地域を結ぶ研修を継続して欲しい
- ・ 訪問看護への実習研修、包括支援センター活動など、実務経験を中心とした研修を希望

<体験>

- ・ 地域で働き始めてすぐに元職場の看護部長に「患者さんがこんなに困っておられます」といったことを思い出した。あれから 10 年「うちの看護の文句」のように捉えられてしまったことも、1 人でばたばた動いても失敗ばかりでしたのに、たくさんで動く大切さを感じました。

<今後の活動への示唆>

(具体的な連携)

- ・ 今以上に積極的に病院に働きかけていく。地域の思いを病院に伝えていく
- ・ 今時分の受け持ちは全員退院調整が必要な方。早め早めに情報交換を行い、安心して退院してもらえるよう、もっとコミュニケーションを密にとっていきたい
- ・ 訪問看護も積極的に病棟 Ns とコンタクトを取っていくようにしていきたい
- ・ 病棟 Ns として、地域で関わっている方が病院へ来るタイミングを見計らっていることが分かったので、意識して病院・病棟から積極的に働きかけをしていこうと思う

- ・ 連携のフィードバックはケアマネの立場も同じ。次へのモチベーションになる。退院後、病棟からサマリーと共に、アンケートみたいに数ヵ月後にこの点について現状はどうですかとケアマネとかに質問してみてもどうか

(教育)

- ・ 在宅ケアに従事するスタッフの教育システムを充実させていかないと

(考え)

- ・ 安心して在宅で最後を迎えられる地域づくりと一緒に研究できたらよい
- ・ 在宅に役立つ退院調整、生活や気持ちに寄り添える退院支援を地域連携で達成したい
- ・ スムーズな在宅移行に向けて考えていきたい
- ・ 連携を大切にしていきたい
- ・ 繋がりたいと思う気持ちを大切に行動をうつしていきたい

(他)

- ・ 当院ではSWの負担が大きいので、その負担が軽減できるよう考え取り組んでいきたい
- ・ 病棟の退院支援Nsなので、研修会に積極的に参加して学びを増やしていきたい。他のスタッフも自己にて支援できるよう、動きやすいシステムを作っていきたい
- ・ 医療面が苦手だが、今後の支援に活かせるようにしたい

**V. 行政が取り組む 24 時間体制の訪問看護  
ステーションの整備・拡充(福岡県)  
ー在宅医療推進事業を通してー**

## 1. モデル事業の背景とこれまでの経緯

本事業は、24 時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充を目指し、福岡県保健医療介護部医療指導課が在宅医療推進事業と名を打って施策化・事業化された。今年度は 4 か所の保健所が医療指導課と協働しモデル的に事業を実施した。いずれは、他の県下全保健所も同様に事業を行う予定になっている。

その発端は、以前より在宅療養者が安心して生活するための受け皿が整っていないことを地域の課題と感じていた保健師が、医療制度改革という大きな国の流れをきっかけに、その整備に取り組むことを考案したことから始まっている。特に訪問看護ステーションは経営が厳しく、近年、閉鎖するステーションが後を絶たない。訪問看護ステーションの質も様々である。在宅療養者の生活を支える訪問看護が十分に提供されない状況は、さらなる在宅医療の脆弱化を招く。そこで、訪問看護ステーションの整備・拡充には行政支援が必要不可欠であるという考えの基、本モデル事業は企画・立案された。

### 1.1 福岡県の基本統計

#### 1) 人口

福岡県の面積は 4676.12Km<sup>2</sup>、人口は 5,049,908 人（平成 17 年国勢調査）で、全国第 9 位である。平成 12 年から平成 17 年の 5 年間の人口増加率は 0.7%（34,209 人）となっており、平成 7 年から平成 12 年の 5 年間の増加率 1.7%を下まわった。年齢別人口構成比は、老年人口は 19.8%（平成 17 年国勢調査）、年少人口は 13.9%である。

#### 2) 死亡

平成 17 年の死亡数は 42,675 人であり、前年より 1,531 人増加している。死亡率（人口千対）は 8.5 と前年より 0.3 あがり、全国平均（8.6）とほぼ同率で推移している。主要死因は、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順に高く、平成 11 年以降同じ順位である。悪性新生物の死亡数は、前年から 285 人増加して 13,700 人で、死亡率（人口 10 万対）も全国平均の 258.3 を上回る 273.4 である。

#### 3) 受療率および在院日数

平成 17 年の患者調査によると、入院受療率は人口 10 万対で 1,627 人（全国平均 1,145 人）、外来受療率は 6,129 人（全国平均 5,551 人）であった。疾病別の入院受療率は、ほぼ全ての疾患において全国平均を上回っている。

平均在院日数は、全病床 42.9 日（全国平均 34.7）、一般病床は 20.6 日（全国平均 19.2 日）、療養病床 178.4 日（全国平均 171.4 日）、精神病床 360.9 日（全国平



均 320.3 日) である (平成 18 年 病院報告)。

#### 4) 医療提供施設

病院数は 471 施設であり全国 4 位である。病床数は、一般病床 43,348 床、療養病床 22,532 床、精神病床 21,823 床である (平成 19 年 3 月現在)。人口 10 万人当たりの病床数は 1749.3 床 (全国平均 1273.1 床)、病床種別ごとにみると、一般病床 845.8 床 (全国平均 713.0 床)、療養病床 459.8 床 (全国平均 274.1 床)、精神病床 432.1 床 (全国平均 275.8 床) となっている (平成 18 年 医療施設調査)。

一般診療所は、4,483 施設 (有床 817 施設、無床 3666 施設) であり、人口 10 万人当たりの病床数は全国平均値を上回っている。

#### 5) 死亡場所別死亡率

自宅における死亡割合は現在約 1 割 (厚生労働省「人口動態調査平成 14 年～18 年」) であり、全国平均値と比較すると (約 15%) 低位である。

#### 6) 在宅医療に関するサービス提供状況

##### i. 医療機関

病院・診療所において、往診や訪問診療を行っているのは、病院 127 施設 (26.6%)、診療所 771 施設 (17.6%) である。全国値と比較すると、病院は下回っているが (全国値 31.6%)、診療所はほぼ全国値と同等である (全国値: 17.4%)。

##### ii. 訪問看護ステーション

222 か所が存在する (厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査 (平成 17 年 10 月)。

##### iii. 薬局

薬局数は 2,590 か所であり、増加傾向にある。人口 10 万対では 51.5 か所 (全国平均 40.7 か所) である (県薬務課調べ 平成 19 年 3 月末)。

### 1.2 在宅医療に関する医療計画 (福岡参考資料 1)

平成 20 年度の医療計画の重点項目として、下記の 6 項目を挙げている。

- ① 在宅医療に関する情報提供の推進
- ② 在宅医療の利用者の負担軽減
- ③ 在宅医療の提供に関わる医療機関等の活動促進
- ④ 在宅医療に関する総合的な連携体制の構築
- ⑤ 在宅緩和ケア・終末医療の推進
- ⑥ 訪問看護の推進

できるよう、在宅における薬局・薬剤師の適切な関与を促すとともに、訪問薬剤指導や麻薬取扱に関する弾力化といった新制度についての関係者への周知を図り、適切な通用を推進します。

- 在宅寝たきりの高齢者等に対し、地域における在宅での歯科医療を推進します。

4 在宅医療に関する総合的な連携体制の構築

○ 在宅医療を推進する上での具体的課題を明らかにし関係機関間の連携を促すための協議の場を設け、病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護事業所及びボランティア等から成る地域在宅医療ネットワークの構築について検討し、地域の特性に応じた連携促進を図ります。また、訪問診療の提供が少ない地域については、医療機関の抱える課題等の把握に努め、活動の促進について検討します。

5 在宅緩和ケア・終末期医療の推進

○ 医療機関や訪問看護ステーション等の医療従事者の資質向上対策として、次の取り組みを行います。

- ・在宅緩和ケア、がん性疼痛看護に関する資質向上のための研修の実施
- ・患者や家族、遺族への精神的ケアに関する研修の実施

○ がん末期患者が希望に応じ自宅での療養を選択できるよう、在宅へスムーズに移行するための連携のあり方や退院調整支援について検討を行うとともに、在宅医療に必要な専門的な知識や技術を提供するため、アドバイザーを訪問看護ステーションに派遣する事業に取り組みます。

- 在宅医療をサポートするための在宅ホスピタリティの育成を行います。

6 訪問看護の推進

○ 訪問看護に関する普及・啓発として次の取り組みを行います。

- ・訪問看護に関係する従事者等を対象とした研修会の実施
- ・県民や関係者向けの在宅療養に関するパンフレットの作成

○ 訪問看護ステーションの機能強化として、24時間対応可能な訪問看護ステーションの育成を支援します。

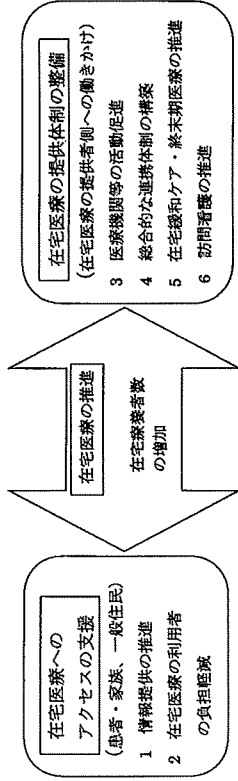
・患者の状況に応じた訪問看護の実施、特に緊急時の対応を含めた訪問看護サービスの充実と機能強化のための研修会、検討会の開催

- ・訪問看護師の確保及び質の向上のための研修
- ・在宅緩和ケアや看取りが実施できる看護師の養成のための研修
- ・提供施設の地理的偏在や提供内容の不足等に関する課題の検討

【目標の設定】

指 標	現 状	目標値 (平成 24 年度)
在宅医療を受ける患者数	福岡県 2,100 人 / 1 日 (厚生労働省「平成 17 年患者調査」)	30%増

【今後の方向】



1 在宅医療に関する情報提供の推進

- 在宅医療サービスを提供する県民が必要な情報を得るために次の取り組みを推進します。
  - ・在宅医療に関する相談窓口の設置 (若しくは明示)
  - ・積極的な県民への情報提供 (医療機関の所在地・提供医療内容・費用に関する参考情報) の推進

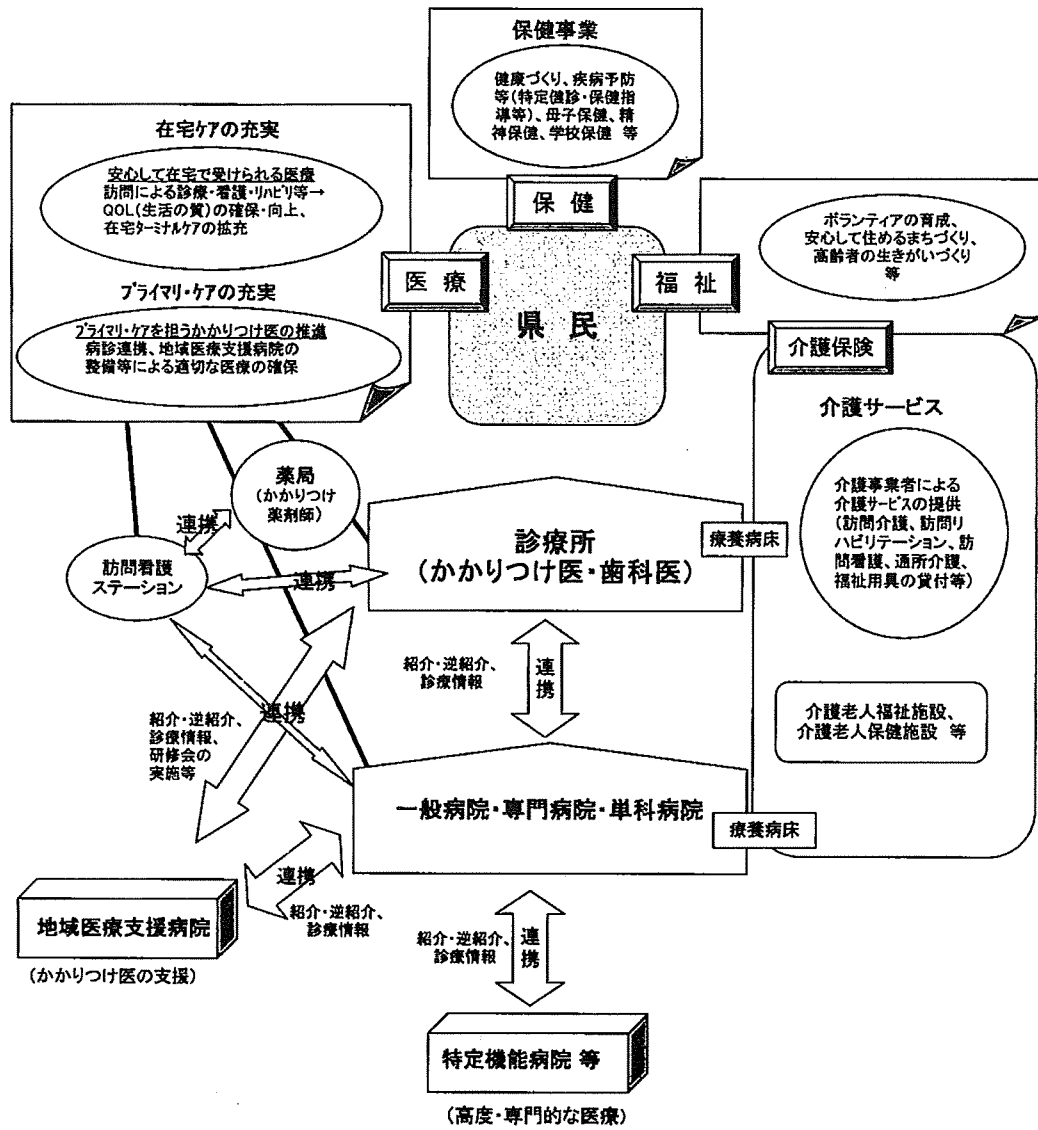
2 在宅医療の利用者の負担軽減

- 在宅医療を受けながら生活する上で必要となる各種制度や有料サービス等の情報を患者、家族に対して提供を行ったり、相談窓口を設置して、在宅医療利用者の負担軽減につなげます。
- 広く関係者から意見を募り、在宅医療の利用者の精神的・身体的負担を軽減するための方策を検討します。
- 在宅医療をサポートするための在宅ホスピタリティの育成を行います。

3 在宅医療の提供に関わる医療機関等の活動促進

- 医療機関、関係団体、市町村への情報の提供を行います。
- 在宅で療養する患者が飲み薬や貼り薬、医療用医薬品など複数の薬を適切に管理・使用

◆ 保健・医療・介護(福祉)の連携のイメージ図



### 1.3 これまでの県庁医療指導課の取り組み(これまでの経緯)

#### 1) 新規事業の予算の確保および新規事業の立ち上げ

平成17年に医療構造改革が示され、当時、当該課の医師・看護師の養成や質の向上に関わる業務に携わっていた保健師は、「看護の質の向上」が目標に掲げられていることに着目し、このような大きな医療構造改革の中に、看護が位置づくべきと考えた。日頃仕事の中で課題と感じていることを解決するチャンスと捉え、福岡県では何が必要かを考えた。

また、同時に、在宅医療の推進も掲げられていた。保健師は、以前に在宅を希望する住民を病院から在宅に帰すための支援をした際に、受けてくれるステーションがないという経験をしていた。その理由は、訪問看護ステーションに、人工呼吸器を装着している患者等、医療依存度が高い患者を引き受けた経験がない、つまり、重症化した住民を受け入れるスキルがないためである。訪問看護に指示書を出す診療所も同様で、24時間往診可能な診療所は殆どなかった。訪問看護や診療所のスキルや体制、そして急変した際のバックベッドの確保等、多くの課題が山積しており、在宅療養や在宅での看取りを望む住民を受け入れる地域の受け皿が少ないことを保健師は実感していた。

そこで保健師は、今がこれらの課題を解決するチャンスだと考え、福岡県ではどのように訪問看護や診療所のスキルアップを図り、医療機関同士の連携を強化し、在宅医療を推進していくべきかを考え、現状と課題、今後の構想を整理し具体化した。資料作成の際には住民の目線でも考えるようにした。

一方で、保健師は事業を立ち上げるには、当該課の課長の理解を得る必要があった。課長に在宅医療の整備が急務であることを説明し、まずは現状を知ってもらうために訪問看護ステーションの視察を提案した。課長も在宅医療に関しては問題意識を持っていた。そして、課長と保健師は訪問看護ステーションの管理者を訪ね実情を聞き、訪問看護ステーションが、難病患者やがん患者が在宅で亡くなることのできるためには必要不可欠なサービス提供機関であることを改めて実感した。

その後、当該課では、在宅医療の推進に向けて、まずは訪問看護ステーションを強化する方針を決め、そのための新規事業を立ち上げるため、財政課や主幹課との調整を図った。幸い、財政課に所属経験のあった課長の采配の下、以前より準備していた資料を提出し予算を確保することができた。

#### 2) 平成17年度～平成19年度のモデル事業

上記の経緯で立ち上がったモデル事業の実施内容は下記の通りであった。