



平成27年度 在宅医療（訪問看護）推進支援事業

地域包括ケアにおける訪問看護の活用についての

実態調査報告書

神奈川県訪問看護推進協議会

神奈川県保健福祉局保健医療保健人材課

平成28年3月

はじめに

本協議会は、神奈川県が平成17年度より、厚生労働省「訪問看護推進事業実施要領」に基づき在宅医療（訪問看護）推進支援事業を開始したのと同時に設置され、訪問看護サービスの充実と質の向上に取り組んで参りました。

近年、「治す医療」から「支える医療」へ、そして「病院完結型」から、地域全体で治し支える「地域完結型」へと転換が図られており、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が求められております。そのような中で、看護師によるケアを必要な人に、必要な時に提供するためには、地域包括ケアに関わる多職種に訪問看護の活用について理解を得ることが重要であり、多職種と連携してケアを提供していくことが喫緊の課題となっています。

本調査は、地域在宅医療に関わる職種及び団体が、訪問看護を導入するに至るまでの判断の視点や基準についての現状を明らかにし、訪問看護活用のための連携の方法等について検討することを目的として実施いたしました。

今後は、本調査の結果を踏まえ、在宅医療（訪問看護）推進支援事業にさらに取り組んで参りたいと思います。

最後に、今回の調査に御協力いただきました在宅療養支援診療所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の皆様、訪問看護推進協議会委員の皆様に、心より感謝申し上げます。

平成28年3月

訪問看護推進協議会 会長 渡辺 二治子

目 次

I 調査概要	1
II 調査結果	2
III まとめ	40
1 3事業所の訪問看護導入実績	40
2 訪問看護の必要性を判断する基準としての視点および、 訪問看護導入のタイミング	40
3 訪問看護を導入してよかった事例	41
4 訪問看護活用のための効果的な連携の方法等	42
IV 今後の課題	43
訪問看護推進協議会・作業部会委員一覧	44

別添資料

資料1 調査依頼文

資料2 調査用紙

I 調査概要

- 1 調査名 地域包括ケアにおける訪問看護の活用についての実態調査
- 2 調査目的 訪問看護導入に至る判断基準や視点についての現状を明らかにし、訪問看護活用のための連携の方法等について検討する。
- 3 調査対象 県内の在宅療養支援診療所(機能強化型)206箇所(全数)
県内の地域包括支援センター200箇所(無作為抽出)
県内の居宅介護支援事業所500箇所(無作為抽出)
- 4 調査方法 自作質問紙による質問紙法(無記名)郵送配布、郵送回収
- 5 調査期間 平成27年9月～10月
- 6 倫理的配慮
 - 1) 回答結果は統計的に処理し、事業所及び個人が特定されないように配慮する。
 - 2) 調査目的以外に、データを使用しない。
 - 3) 調査への協力の可否は回答者の自由意志を尊重し、アンケートの回答と返信をもって、協力への同意が得られたものとみなす。
- 7 分析方法
 - 1) 各調査項目についてExcelによる単純集計
※ 集計については、小数点第一位までとし四捨五入した。したがって回答結果によっては合計が100%にならない場合がある。
 - 2) 質問項目によっては、回答内容をカテゴリー化し整理した。

Ⅱ 調査結果

1 回収状況

1) 施設別回収状況

表1 施設別回収状況

項目	在宅療養支援診療所	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所
配布数	206	200	500
回収数	131	117	316
回収率	63.6%	58.5%	63.2%

2) 二次保健医療圏別回数 ※複数回答している場合は除外した

表2 在宅療養支援診療所 (n=127)

項目	回答数
横浜北部	26
横浜西部	11
横浜南部	12
川崎北部	9
川崎南部	5
相模原	8
横須賀・三浦	12
湘南東部	21
湘南西部	10
県央	3
県西	5
無回答	5

表3 地域包括支援センター (n=112)

項目	回答数
横浜北部	16
横浜西部	14
横浜南部	15
川崎北部	10
川崎南部	4
相模原	9
横須賀・三浦	10
湘南東部	10
湘南西部	5
県央	12
県西	6
無回答	1

表4 居宅介護支援事業所 (n=294)

項目	回答数
横浜北部	51
横浜西部	32
横浜南部	32
川崎北部	20
川崎南部	20
相模原	24
横須賀・三浦	28
湘南東部	21
湘南西部	19
県央	26
県西	18
無回答	3

2 施設別概要

1) 設置主体 ※複数回答している場合は除外した

表5 在宅療養支援診療所 (n=131)

項目	回答数	割合
医療法人	87	66.4%
個人	35	26.7%
その他	7	5.3%
無回答	2	1.5%

表6 地域包括支援センター (n=117)

項目	回答数	割合
市町村	5	4.3%
医療法人	9	7.7%
医師会	1	0.9%
社団・財団	1	0.9%
社協	17	14.5%
社福	81	69.2%
営利法人	0	0.0%
組合・連合	2	1.7%
NPO	1	0.9%
その他	0	0.0%

表7 居宅介護支援事業所 (n=315)

項目	回答数	割合
市町村	1	0.3%
医療法人	28	8.9%
医師会	2	0.6%
社団・財団	3	1.0%
社協	6	1.9%
社福	60	19.0%
営利法人	196	62.2%
組合・連合	4	1.3%
NPO	12	3.8%
その他	3	1.0%

2)同一法人で併設している施設の有無(複数回答)

表8 在宅療養支援診療所(n=131)

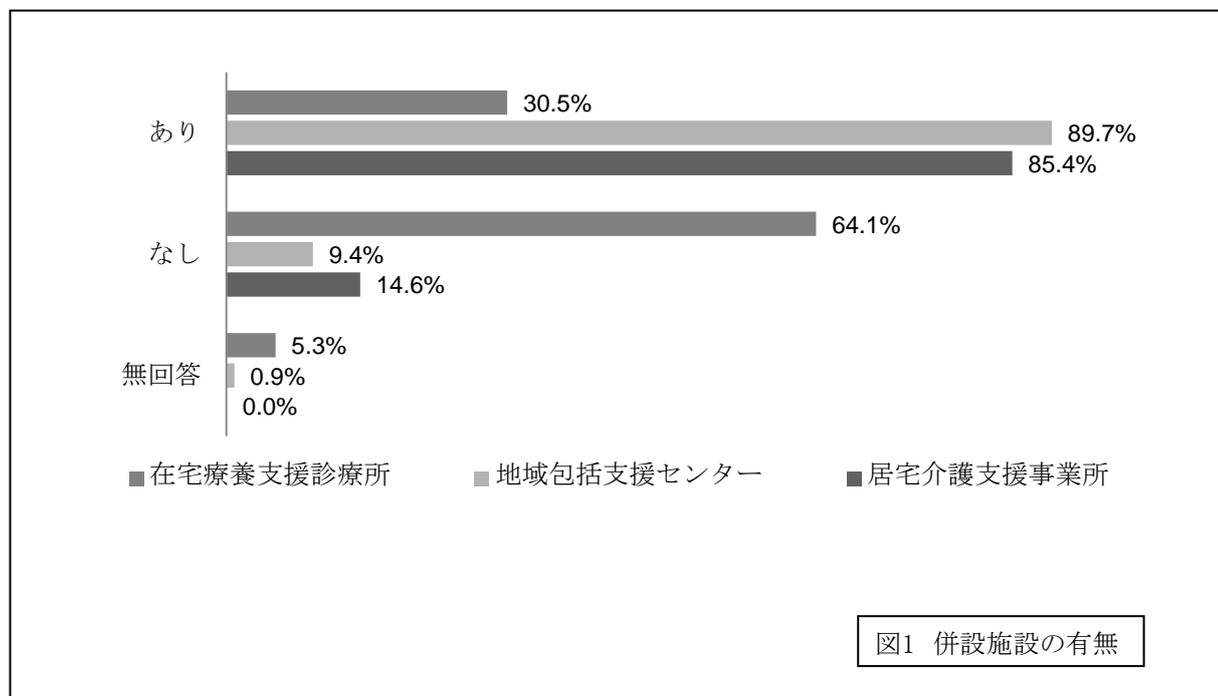
	回答数	割合
あり	40	30.5%
なし	84	64.1%
無回答	7	5.3%

表9 地域包括支援センター(n=117)

	回答数	割合
あり	105	89.7%
なし	11	9.4%
無回答	1	0.9%

表10 居宅介護支援事業所(n=315)

	回答数	割合
あり	270	85.4%
なし	46	14.6%
無回答	0	0.0%



3)同一法人で併設している施設の内容(複数回答)

表11-1 在宅療養支援診療所(n=40)

項目	回答数	割合
病院	14	35.0%
介護老人保健施設	7	17.5%
介護老人福祉施設	0	0.0%
介護療養型医療施設	2	5.0%
訪問看護	28	70.0%
サービス付き高齢者住宅	4	10.0%
有料老人ホーム	3	7.5%
その他	13	32.5%

表11-2 その他の内容 【 】は回答数

グループホーム【2】
居宅介護支援事業所【3】
訪問介護【2】
訪問リハビリ【2】
小規模多機能型居宅介護【2】
定期巡回随時対応型事業所
通所リハビリ
通所介護
デイサービスセンター

表12-1 地域包括支援センター(n=105)

項目	回答数	割合	項目	回答数	割合
病院	9	8.6%	特定施設入居者生活介護	5	4.8%
診療所	5	4.8%	福祉用具貸与	8	7.6%
介護老人保健施設	8	7.6%	特定福祉用具販売	6	5.7%
介護老人福祉施設	47	44.8%	定期巡回随時対応型訪問介護看護	3	2.9%
介護療養型医療施設	0	0.0%	夜間対応型訪問介護	3	2.9%
訪問介護	37	35.2%	認知症対応型共同生活介護	13	12.4%
訪問入浴介護	1	1.0%	地域密着型特定施設入居者生活介護	2	1.9%
訪問リハ	5	4.8%	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	3	2.9%
居宅療養管理指導	2	1.9%	小規模多機能型居宅介護	9	8.6%
通所介護	88	83.8%	看護小規模多機能居宅介護(複合型サービス)	0	0.0%
通所リハビリテーション	8	7.6%	サービス付き高齢者住宅	8	7.6%
療養通所介護	0	0.0%	有料老人ホーム	1	1.0%
短期入所生活介護	43	41.0%	居宅介護支援事業所	91	86.7%
訪問看護	16	15.2%	その他	9	8.6%
短期入所療養介護	5	4.8%			

表12-2 その他の内容 【 】は回答数

認知症対応型通所介護【2】
配食サービス
老人福祉センター
知的障害者施設
地域福祉相談室
ケアハウス
介護保険外の(自費)ホームヘルプサービス

表13-1 居宅介護支援事業所(n=270)

項目	回答数	割合	項目	回答数	割合
病院	17	6.3%	短期入所療養介護	14	5.2%
診療所	14	5.2%	特定施設入居者生活介護	9	3.3%
介護老人保健施設	17	6.3%	福祉用具貸与	42	15.6%
介護老人福祉施設	35	13.0%	特定福祉用具販売	32	11.9%
介護療養型医療施設	2	0.7%	定期巡回随時対応型訪問介護看護	9	3.3%
訪問介護	151	55.9%	夜間対応型訪問介護	10	3.7%
訪問入浴介護	14	5.2%	認知症対応型共同生活介護	25	9.3%
訪問リハ	10	3.7%	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0.0%
居宅療養管理指導	9	3.3%	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	1	0.4%
通所介護	145	53.7%	小規模多機能型居宅介護	25	9.3%
通所リハビリテーション	18	6.7%	看護小規模多機能居宅介護(複合型サービス)	3	1.1%
療養通所介護	1	0.4%	サービス付き高齢者住宅	10	3.7%
短期入所生活介護	38	14.1%	有料老人ホーム	19	7.3%
訪問看護	69	25.6%	その他	18	6.7%

表13-2 その他の内容 【 】は回答数

高齢者住宅【3】
ケアハウス【2】
認知症対応型通所介護【2】
配色サービス【2】
マッサージ治療院【2】
障害児者、ベビー預りサービス
宅老所
健康増進施設(メディカルフィットネス)
障害福祉サービス
地域包括支援センター
アロマケア

4)事業所概要

- 訪問診療を開始してからの年数は、10年以上が38.2%と最も高く、次いで、5～10年未満が29.8%となっている。
- 地域包括支援センターを開設してからの年数は、10年以上が45.3%と最も高く、次いで、5～10年未満が35.0%となっている。
- 居宅介護支援事業所を開設してからの年数は、10年以上が37.7%と最も高く、次いで、5～10年未満が26.3%となっている。

在宅療養支援診療所(n=131)

表14-1 訪問診療を開始してからの年数

項目	回答数	割合
1年未満	1	0.8%
1年～3年未満	22	16.8%
3年～5年未満	17	13.0%
5年～10年未満	39	29.8%
10年以上	50	38.2%
無回答	2	1.5%

表14-2 10年以上の内訳

項目	回答数	割合
10年～15年未満	16	32.0%
15年～20年未満	14	28.0%
20年以上	11	22.0%
10年以上年数不明	9	18.0%

地域包括支援センター(n=117)

表15-1 センターを開設してからの年数

項目	回答数	割合
1年未満	2	1.7%
1年～3年未満	6	5.1%
3年～5年未満	11	9.4%
5年～10年未満	41	35.0%
10年以上	53	45.3%
無回答	4	3.4%

表15-2 10年以上の内訳

項目	回答数	割合
10年～15年未満	8	15.1%
15年～20年未満	13	24.5%
20年以上	13	24.5%
10年以上年数不明	19	35.8%

居宅介護支援事業所(n=315)

表16-1 事業所を開設してからの年数

項目	回答数	割合
1年未満	25	7.9%
1年～3年未満	50	15.8%
3年～5年未満	29	9.2%
5年～10年未満	83	26.3%
10年以上	119	37.7%
無回答	9	2.8%

表16-2 10年以上の内訳

項目	回答数	割合
10年～15年未満	41	34.5%
15年～20年未満	47	39.5%
20年以上	5	4.2%
10年以上年数不明	26	21.8%

※複数回答していた1事業所除く

5) アンケート記載者について

- 訪問診療経験年数は、10年以上が48.9%と最も高く、次いで5～10年未満が24.4%となっている。
- 地域包括支援センター経験年数は、5～10年未満が46.2%と最も高く、次いで1～3年未満が23.1%となっている。
- 居宅介護支援事業所のケアマネジャー経験年数は、5～10年未満が36.4%と最も高く、次いで10年以上が36.1%となっている。

<在宅療養支援診療所>

表17-1 訪問診療経験年数(n=131)

項目	回答数	割合
1年未満	3	2.3%
1年～3年未満	10	7.6%
3年～5年未満	19	14.5%
5年～10年未満	32	24.4%
10年以上	64	48.9%
無回答	3	2.3%

表17-2 10年以上の内訳(n=64)

項目	回答数	割合
10年～15年未満	20	31.3%
15年～20年未満	12	18.8%
20年以上	18	28.1%
10年以上年数不明	14	21.9%

<地域包括支援センター>

表18-1 地域包括支援センター経験年数(n=117)

項目	回答数	割合
1年未満	9	7.7%
1年～3年未満	27	23.1%
3年～5年未満	21	17.9%
5年～10年未満	54	46.2%
10年以上	3	2.6%
無回答	3	2.6%

表18-2 10年以上の内訳(n=3)

項目	回答数	割合
10年～15年未満	1	33.3%
15年～20年未満	0	0.0%
20年以上	0	0.0%
10年以上年数不明	2	66.7%

表19 職種別割合(n=117)

項目	回答数	割合
主マネ	72	61.5%
社会福祉士	41	35.0%
無回答	4	3.4%

表20-1 職種経験年数(n=117)

項目	回答数	割合
1年未満	9	7.7%
1年～3年未満	17	14.5%
3年～5年未満	22	18.8%
5年～10年未満	52	44.4%
10年以上	14	12.0%
無回答	3	2.6%

表20-2 10年以上の内訳(n=14)

項目	回答数	割合
10年～15年未満	7	50.0%
15年～20年未満	1	7.1%
20年以上	0	0.0%
10年以上年数不明	6	42.9%

<居宅介護支援事業所>

表21-1 ケアマネジャー経験年数(n=316)

項目	回答数	割合
1年未満	16	5.1%
1年～3年未満	28	8.9%
3年～5年未満	36	11.4%
5年～10年未満	115	36.4%
10年以上	114	36.1%
無回答	7	2.2%

表21-2 10年以上の内訳(n=114)

項目	回答数	割合
10年～15年未満	67	58.8%
15年～20年未満	25	21.9%
20年以上	0	0.0%
10年以上年数不明	22	19.3%

表22-1 医療機関の経験(n=316)

項目	回答数	割合
あり	101	32.0%
なし	202	63.9%
無回答	13	4.1%

表22-2 医療機関での経験年数(n=101)

項目	回答数	割合
1年未満	0	0.0%
1年～3年未満	16	15.8%
3年～5年未満	11	10.9%
5年～10年未満	22	21.8%
10年～15年未満	22	21.8%
15年～20年未満	12	11.9%
20年以上	15	14.9%
無回答	3	3.0%

6)平成 26 年度の事業状況 ※回答のあったもののみ記載

<在宅療養支援診療所>

○ 平成26年度、在宅診療実施患者数は施設平均432.8人／年間、訪問看護導入患者数は平均119.5人(27.6%)となっている。

<地域包括支援センター>

○ 平成26年度、介護予防ケアプラン作成利用者数は施設平均419.3人／年間、訪問看護を導入利用者数は平均16.1人(3.8%)となっている。

○ 平成26年度、ケアマネジャー支援件数は施設平均102.7件／年間、訪問看護導入助言件数は5.7件(5.5%)となっている。

<居宅介護支援事業所>

○ 平成26年度、ケアプラン作成利用者数は要介護者平均353.4人／年間、要支援者委託平均142.5人／年間となっており、訪問看護を導入した件数は要介護者平均57.1人(16.2%)、要支援者委託平均2.8人(2.0%)となっている。

<在宅療養支援診療所(n=125)>

表 23-1 在宅診療実施患者数

計	54, 105 人/年
事業所平均	432.8 人/年

表 23-2 表 23-1 のうち訪問看護を導入している患者数

計	14, 935 人/年
事業所平均	119.5 人/年

<地域包括支援センター(n=103)>

表 24-1 介護予防ケアプラン作成利用者数

計	43,184 人/年
事業所平均	419.3 人/年

表 24-2 表 24-1 のうち訪問看護を導入した利用者数

計	1, 656 人/年
事業所平均	16.1 人/年

表 25-1 ケアマネジャー支援件数

計	10,581 件/年
事業所平均	102.7 件/年

表 25-2 表 25-1 のうち訪問看護導入を助言した件数

計	584件/年
事業所平均	5.7件/年

<居宅介護支援事業所(n=274)>

表 26-1 ケアプラン作成利用者数

	要介護者	要支援者委託
計	96, 833 人/年	39, 052 人/年
事業所平均	353.4 人/年	142.5 人/年

表 26-2 表 26-1 のうち訪問看護を導入した利用者数

	要介護者	要支援者委託
計	15, 644 人/年	775 人/年
事業所平均	57.1 人/年	2.8 人/年

3 訪問看護の必要性を判断する基準としての視点

1) 食事・栄養(複数回答)

- 「経管栄養をしている(経鼻・胃ろう)」は、3事業所とも70%以上となっている。
- 「食事の摂取量が少ない」は、在宅療養支援診療所が48.1%と他2事業所に比べ、高くなっている。
- 「水分摂取が少ない」は、在宅療養支援診療所が46.6%と他2事業所に比べ、高くなっている。
- 「誤嚥しやすい」は、在宅療養支援診療所が74.8%と他2事業所に比べ、高くなっている。

表27-1 在宅療養支援診療所(n=131)

項目	回答数	%
食事療法が必要	29	22.1%
食事の摂取量が少ない	63	48.1%
食事内容に極端な偏りがある	21	16.0%
水分摂取が少ない	61	46.6%
誤嚥しやすい	98	74.8%
脱水を起こしやすい	84	64.1%
経管栄養をしている(経鼻・胃ろう)	96	73.3%
その他	4	3.1%
無回答	5	3.8%

表27-2 その他の内容

代謝系の疾患がある
IVHが入っている

表28-1 地域包括支援センター(n=117)

項目	回答数	%
食事療法が必要	48	41.0%
食事の摂取量が少ない	32	27.4%
食事内容に極端な偏りがある	18	15.4%
水分摂取が少ない	28	23.9%
誤嚥しやすい	54	46.2%
脱水を起こしやすい	58	49.6%
経管栄養をしている(経鼻・胃ろう)	87	74.4%
その他	9	7.7%
無回答	7	6.0%

表28-2 その他の内容 【 】は回答数

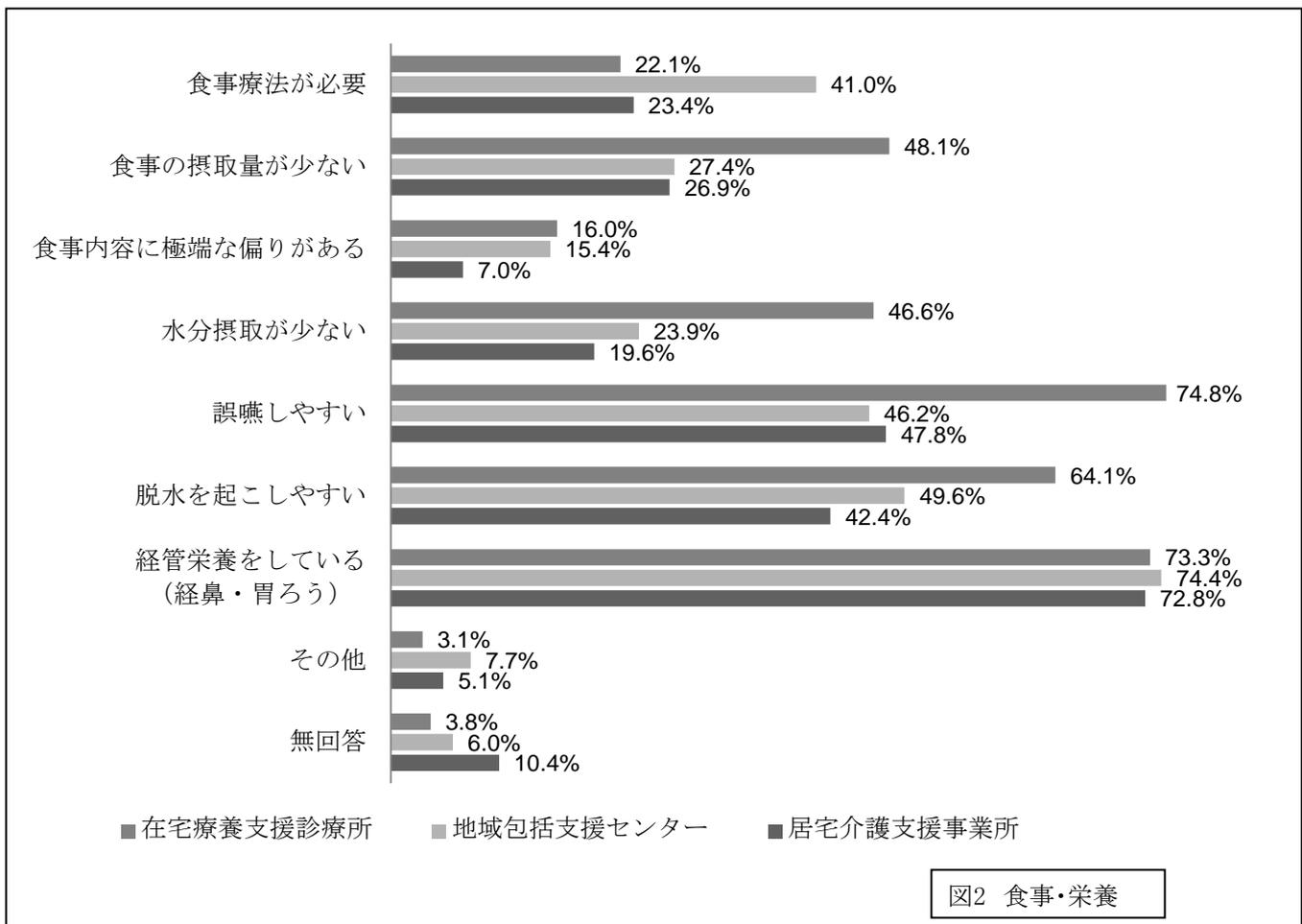
家族指導が必要【2】
栄養への意識改善、指導
精神に関わる人
体調変化が大きい人
ターミナル状態で食事が摂れない

表29-1 居宅介護支援事業所(n=316)

項目	回答数	%
食事療法が必要	74	23.4%
食事の摂取量が少ない	85	26.9%
食事内容に極端な偏りがある	22	7.0%
水分摂取が少ない	62	19.6%
誤嚥しやすい	151	47.8%
脱水を起こしやすい	134	42.4%
経管栄養をしている(経鼻・胃ろう)	230	72.8%
その他	16	5.1%
無回答	33	10.4%

表29-2 その他の内容 【 】は回答数

中心静脈栄養【2】
褥瘡がある【2】
吸引が必要【2】
機能訓練を行っている【2】
ターミナル【2】
介護者に対する指導が必要
排便コントロールが必要
点滴が必要
インスリン使用中
体重過多
脳梗塞
難病



2) 排泄(複数回答)

○「浣腸や摘便が必要」「膀胱瘻または留置カテーテルがある」は、3事業所とも67%以上となっている。

○「排便のコントロールがうまくできない」「ストーマがある」は、3事業所とも52%以上となっている。

表30-1 在宅療養支援診療所(n=131)

項目	回答数	割合
排尿障害がある (頻尿・尿が出にくいなど)	59	45.0%
自己導尿をしている	57	43.5%
排便のコントロールがうまくできない (下痢・便秘など)	85	64.9%
浣腸や摘便が必要	109	83.2%
膀胱瘻または留置カテーテルがある	110	84.0%
ストーマがある	94	71.8%
その他	4	3.1%
無回答	2	1.5%

表30-2 その他の内容

便・尿失禁がある
ストーマやカテーテルトラブルが頻回
排泄時介助方法に問題が起きた場合

表31 地域包括支援センター(n=117)

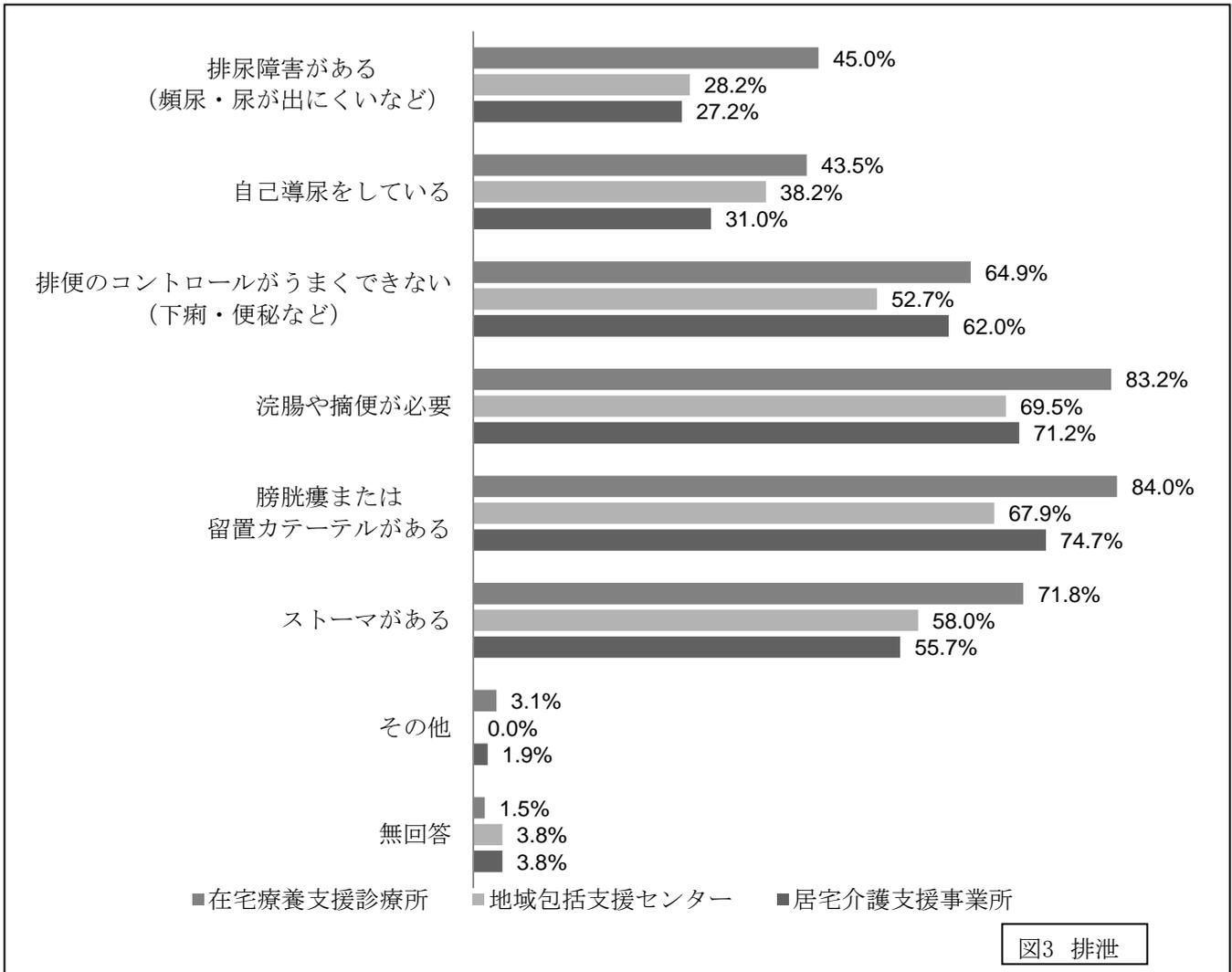
項目	回答数	割合
排尿障害がある (頻尿・尿が出にくいなど)	37	31.6%
自己導尿をしている	50	42.7%
排便のコントロールがうまくできない (下痢・便秘など)	69	59.0%
浣腸や摘便が必要	91	77.8%
膀胱瘻または留置カテーテルがある	89	76.1%
ストーマがある	76	65.0%
その他	0	0.0%
無回答	5	4.3%

表32-1 居宅介護支援事業所(n=316)

項目	回答数	割合
排尿障害がある (頻尿・尿が出にくいなど)	86	27.2%
自己導尿をしている	98	31.0%
排便のコントロールがうまくできない (下痢・便秘など)	196	62.0%
浣腸や摘便が必要	225	71.2%
膀胱瘻または留置カテーテルがある	236	74.7%
ストーマがある	176	55.7%
その他	6	1.9%
無回答	12	3.8%

表32-2 その他の内容

感染のリスクがある場合
高齢者の人工肛門管理
頸髄損傷のため自然排便できない場合
トイレ誘導の方法への指導が必要な場合
主介護者が認知症で、オムツ交換ができていない場合



3) 清潔(複数回答)

○「口腔内の清潔が保てない」は、在宅療養支援診療所が59.5%と他2事業所に比べ、高くなっている。

表33-1 在宅療養支援診療所(n=131)

項目	回答数	割合
入浴や清拭の介助が必要	99	75.6%
口腔内の清潔が保てない	78	59.5%
その他	4	3.1%
無回答	22	16.8%

表33-2 その他の内容 【 】は回答数

老衰やがん末期患者など ADL 低下患者の入浴や清潔介助 【2】
爪切り
褥瘡のリスクが高い場合

表34-1 地域包括支援センター(n=117)

項目	回答数	割合
入浴や清拭の介助が必要	79	67.5%
口腔内の清潔が保てない	36	30.8%
その他	3	2.6%
無回答	24	20.5%

表34-2 その他の内容

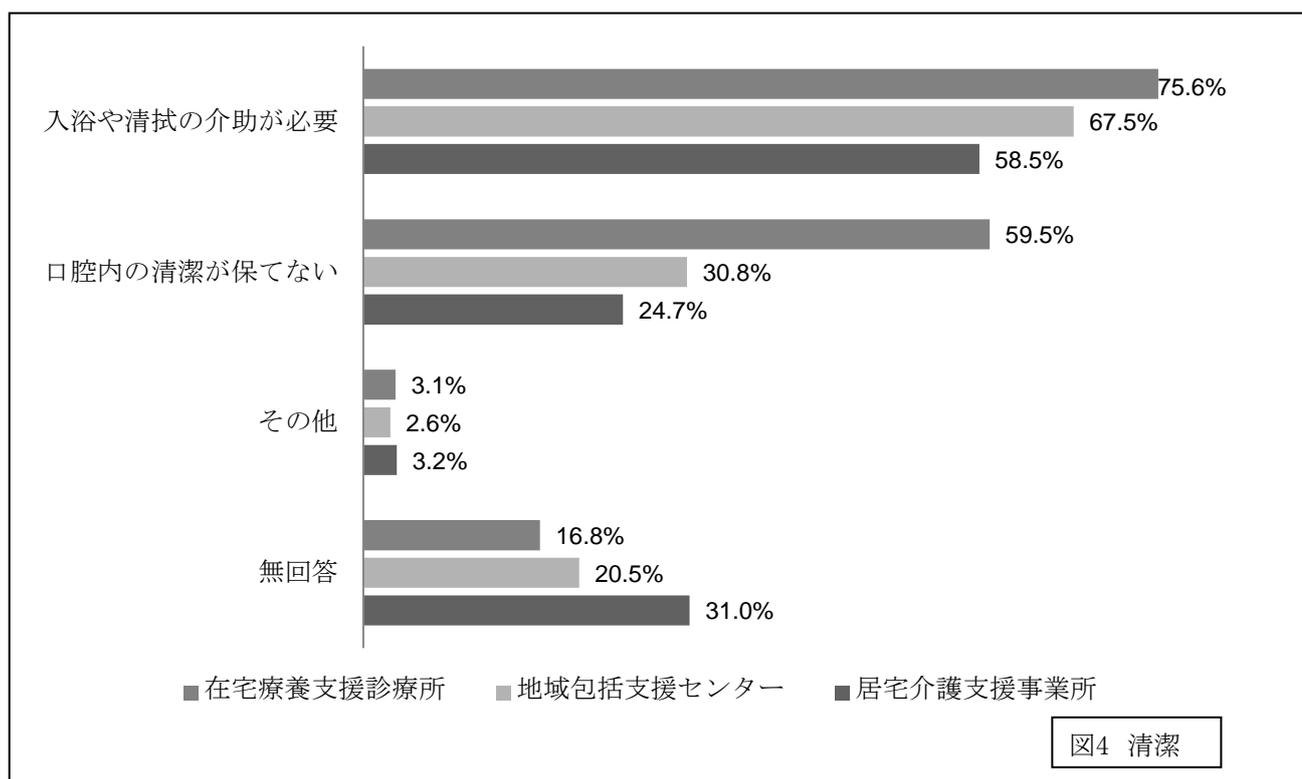
状態悪化し入浴不可となっている場合
入浴時に血圧脈が変動しやすい場合
医療的観察と特に必要としている場合

表35-1 居宅介護支援事業所(n=316)

項目	回答数	割合
入浴や清拭の介助が必要	185	58.5%
口腔内の清潔が保てない	78	24.7%
その他	10	3.2%
無回答	98	31.0%

表35-2 その他の内容 【 】は回答数

ストーマ、カテーテル、気管切開、胃ろう等のケアが必要【3】
病状不安定でよりバイタル管理が必要な場合【3】
褥瘡や皮膚疾患のケアが必要な場合【2】
在宅酸素、IVH 等の医療機器を使用している場合
通所系のサービスや訪問入浴では適切でないと考えられた時
爪切り



4) 移動(複数回答)

○「移動時に介助が必要である」は46.6%、「一人で起き上がれない」は56.5%と、在宅療養支援診療所が他2事業所に比べ高くなっている。

○「無回答」は、地域包括支援センター及び、居宅介護支援事業所で50%以上となっている。

表36-1 在宅療養支援診療所(n=131)

項目	回答数	割合
転倒の既往がある	45	34.4%
移動時に介助が必要である	61	46.6%
一人で起き上がれない	74	56.5%
その他	2	1.5%
無回答	36	27.5%

表36-2 その他の内容

移動や起立の方法を指導することが必要な場合
家族が対応できていない場合

表37-1 地域包括支援センター(n=117)

項目	回答数	割合
転倒の既往がある	26	22.2%
移動時に介助が必要である	11	9.4%
一人で起き上がれない	19	16.2%
その他	10	8.5%
無回答	68	58.1%

表37-2 その他の内容 【 】は回答数

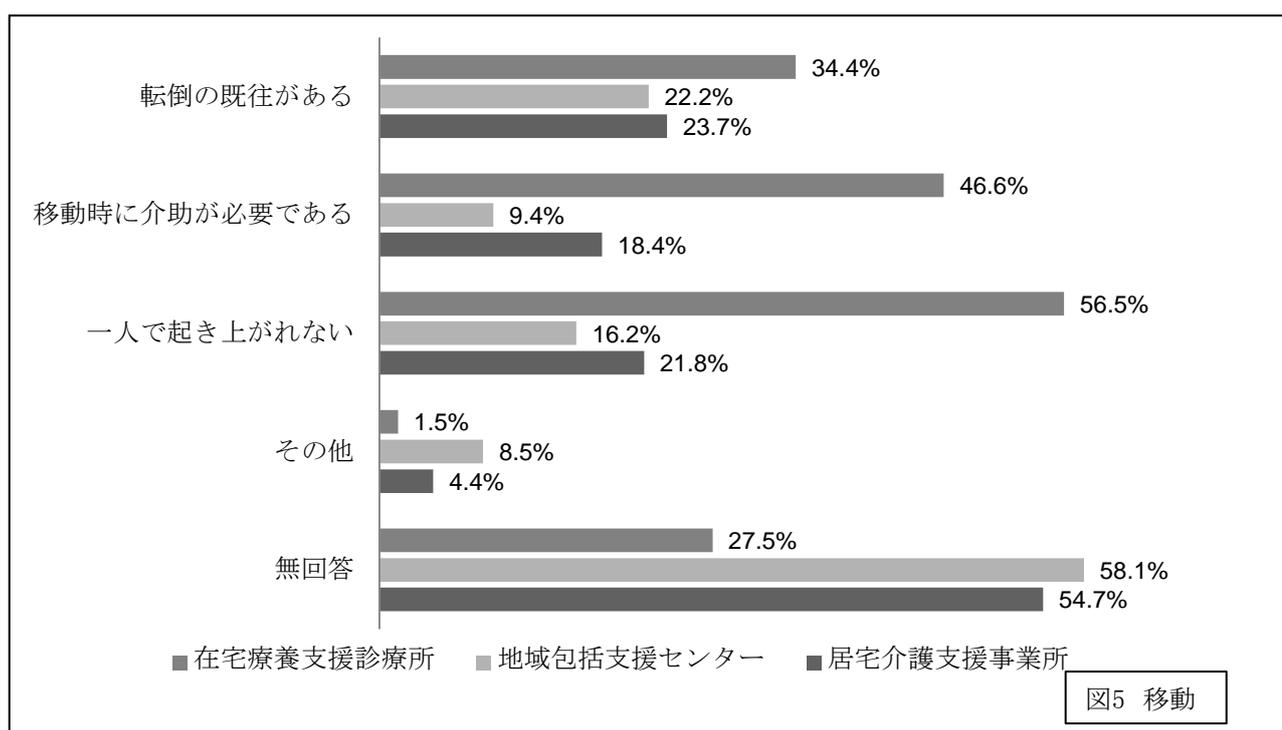
リハビリが必要な場合【6】
ADLの動作改善、指導【2】
適切な移動用具の選定
医療器具を身につけている場合

表38-1 居宅介護支援事業所(n=316)

項目	回答数	割合
転倒の既往がある	75	23.7%
移動時に介助が必要である	58	18.4%
一人で起き上がれない	69	21.8%
その他	14	4.4%
無回答	173	54.7%

表38-2 その他の内容 【 】は回答数

リハビリが必要な場合【7】
介護者や利用者へ移乗移動方法の助言、指導方法を考える際【3】
進行性の病気で能力低下が顕著になってきた場合
介護者が介助出来ない場合
高齢のため体位変換が必要な時



5) 医療管理(複数回答)

- 「吸引をしている」「点滴をしている」「疼痛コントロールをしている」「服薬管理が必要である」は、3事業所とも61%以上となっている。
- 「酸素をしている」「人工呼吸器をしている」は、3事業所とも56%以上となっている。
- 「点滴をしている」は、在宅療養支援診療所が90.1%と他2事業所に比べ高くなっている。
- 「服薬管理が必要である」は地域包括支援センターが86.3%と他2事業所に比べ高くなっている。

表39-1 在宅療養支援診療所(n=131)

項目	回答数	割合
注射をしている	79	60.3%
吸引をしている	106	80.9%
点滴をしている	118	90.1%
疼痛コントロールをしている	94	71.8%
服薬管理が必要である	80	61.1%
酸素を使用している	78	59.5%
人工呼吸器を使用している	92	70.2%
その他の医療機器を使用している	46	35.1%
無回答	1	0.8%

表39-2 その他の医療機器の内容

NIPPV
持続の腹膜灌流

表40 地域包括支援センター(n=117)

項目	回答数	割合
注射をしている	74	63.2%
吸引をしている	89	76.1%
点滴をしている	82	70.1%
疼痛コントロールをしている	80	68.4%
服薬管理が必要である	101	86.3%
酸素を使用している	78	66.7%
人工呼吸器を使用している	79	67.5%
その他の医療機器を使用している	49	41.9%
無回答	14	12.0%

表41-1 居宅介護支援事業所(n=316)

項目	回答数	割合
注射をしている	150	47.5%
吸引をしている	217	68.7%
点滴をしている	200	63.3%
疼痛コントロールをしている	211	66.8%
服薬管理が必要である	211	66.8%
酸素を使用している	203	64.2%
人工呼吸器を使用している	179	56.6%
その他の医療機器を使用している	105	33.2%
無回答	10	3.2%

表41-2 その他の医療機器内容

腹膜透析
チューブの管理

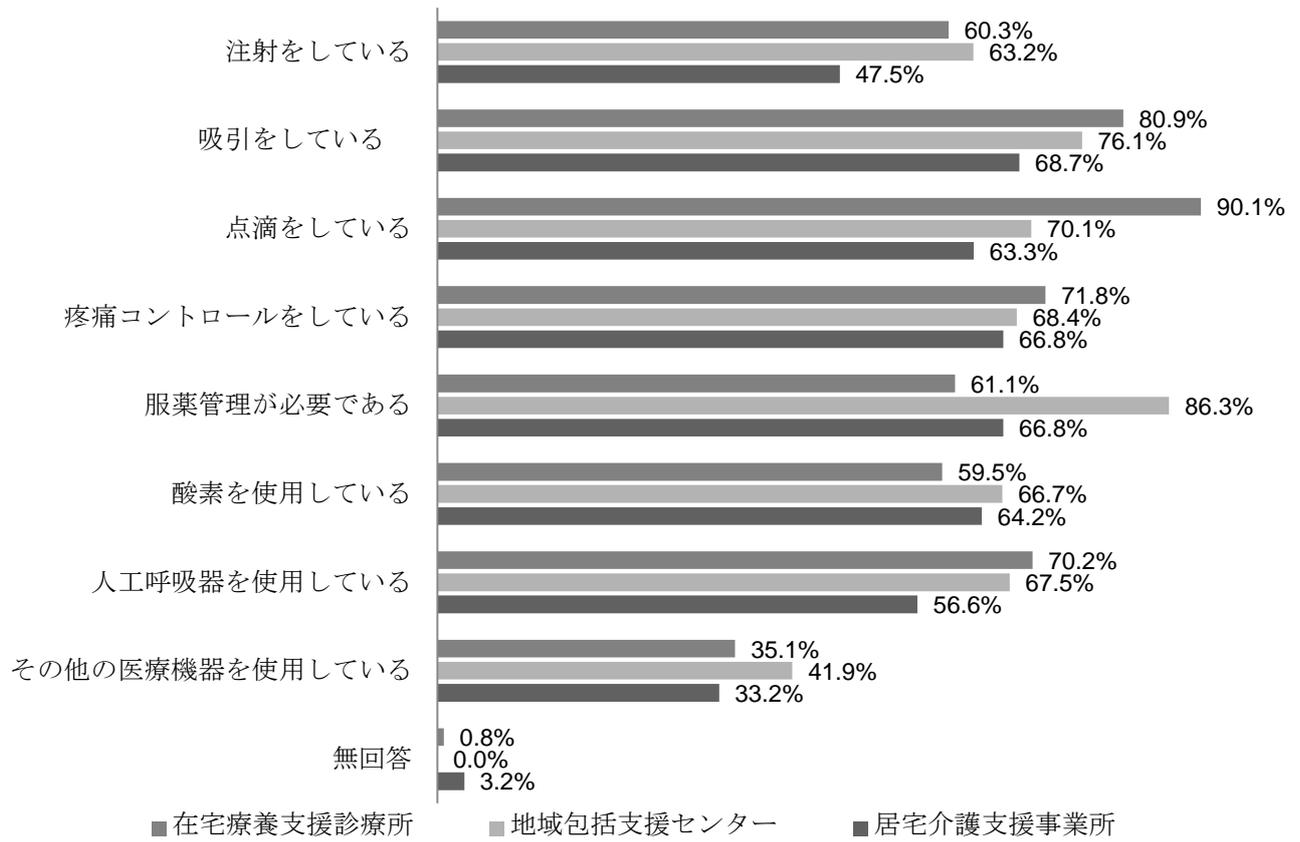


図6 医療管理

6) 疾患や状況(複数回答)

- 「難病や進行性疾患」は、3事業所とも70%以上となっている。
- 「ターミナル期」は、3事業所とも87%以上となっている。
- 「創傷や褥瘡がある」は、3事業所とも82%以上となっている。
- 「リハビリテーションが必要である」は、3事業所とも54%以上となっている。
- 「寝たきり」は、在宅療養支援診療所が71.0%と他2事業所に比べ高くなっている。
- 「慢性疾患のコントロール不良」は、地域包括支援センターが75.2%と他2事業所に比べ高くなっている。
- 「精神疾患がある」は、地域包括支援センターが50.4%と他2事業所に比べ高くなっている。

表42-1 在宅療養支援診療所(n=131)

項目	回答数	割合
難病や進行性の疾患	99	75.6%
ターミナル期	122	93.1%
認知症	64	48.9%
精神的に不安定	57	43.5%
精神疾患がある	42	32.1%
不眠がある	14	10.7%
寝たきり	93	71.0%
入退院を繰り返している	56	42.7%
創傷や褥瘡がある	113	86.3%
リハビリテーションが必要である	72	55.0%
慢性疾患のコントロール不良	52	39.7%
疾患に関わらず退院直後である	24	18.3%
その他	1	0.8%
無回答	1	0.8%

表42-2 その他の内容

慢性心不全(動作時息切れ)

表43-1 地域包括支援センター(n=117)

項目	回答数	割合
難病や進行性の疾患	95	81.2%
ターミナル期	107	91.5%
認知症	24	20.5%
精神的に不安定	52	44.4%
精神疾患がある	59	50.4%
不眠がある	5	4.3%
寝たきり	30	25.6%
入退院を繰り返している	62	53.0%
創傷や褥瘡がある	98	83.8%
リハビリテーションが必要である	68	58.1%
慢性疾患のコントロール不良	88	75.2%
疾患に関わらず退院直後である	14	12.0%
その他	4	3.4%
無回答	1	0.9%

表43-2 その他の内容

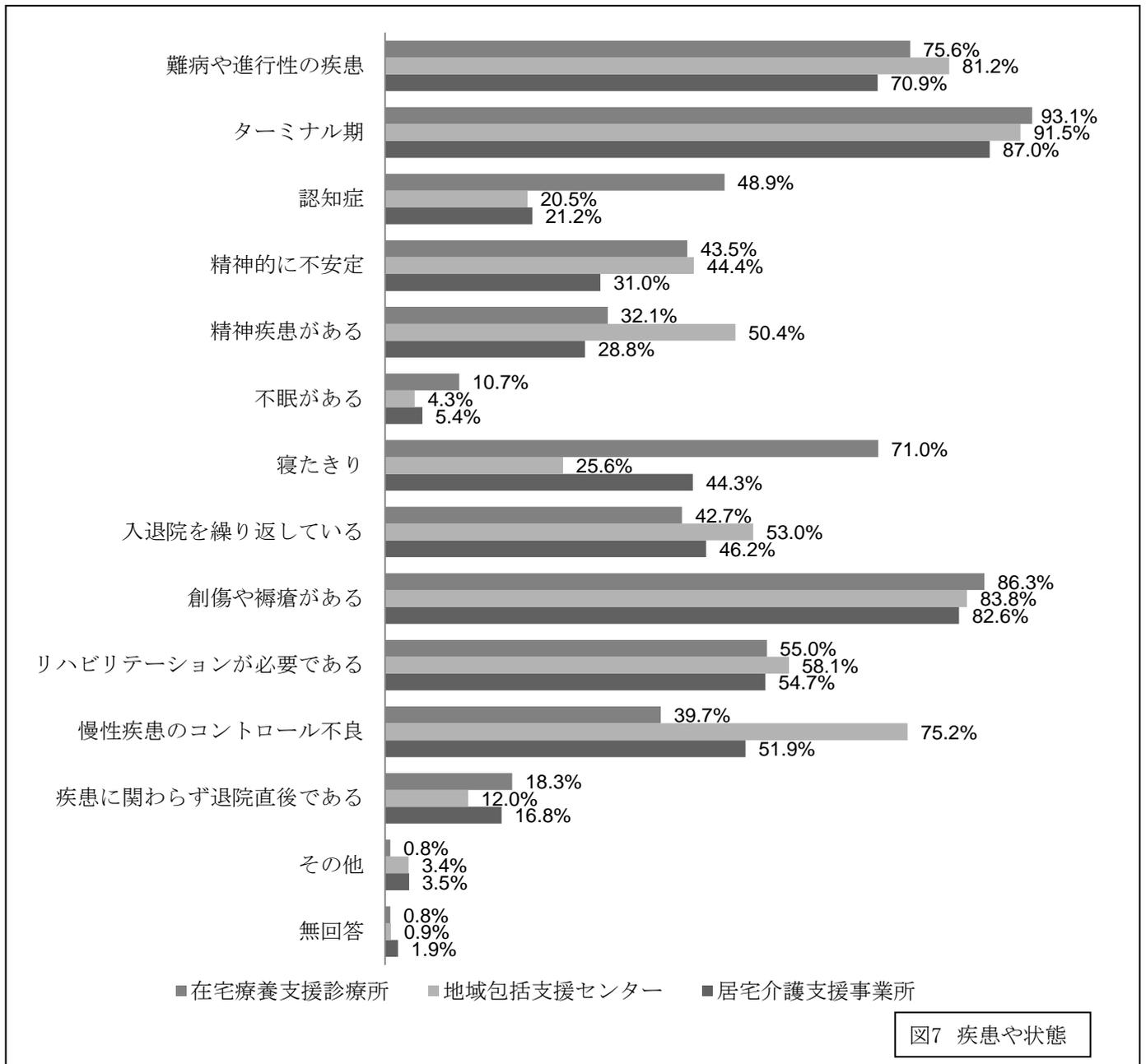
アルコール依存症
薬物依存症
退院前調整

表44-1 居宅介護支援事業所(n=316)

項目	回答数	割合
難病や進行性の疾患	224	70.9%
ターミナル期	275	87.0%
認知症	67	21.2%
精神的に不安定	98	31.0%
精神疾患がある	91	28.8%
不眠がある	17	5.4%
寝たきり	140	44.3%
入退院を繰り返している	146	46.2%
創傷や褥瘡がある	261	82.6%
リハビリテーションが必要である	173	54.7%
慢性疾患のコントロール不良	164	51.9%
疾患に関わらず退院直後である	53	16.8%
その他	11	3.5%
無回答	6	1.9%

表44-2 その他の内容【 】は回答数

医療との連携が常に必要な状態の場合【4】
全身状態の観察、状態の把握が必要な場合【2】
医療的に緊急訪問の必要がある場合
体力低下
廃用症候群
緩和ケア



7) その他の状況(複数回答)

- 「独居」は、在宅療養支援診療所が63.4%と他2事業所に比べ高くなっている。
- 「介護度が高い」は、在宅療養支援診療所が76.3%と他2事業所に比べ高くなっている。
- 「利用者・家族の希望」は、在宅療養支援診療所が71.0%と他2事業所に比べ高くなっている。
- 「予防的な関わりが必要である」は、3事業所とも35%以下となっている。
- 「利用者の経済状況に余裕がある」「利用限度額に余裕がある」は、3事業所とも9.2%以下となっている。

表45-1 在宅療養支援診療所(n=131)

項目	回答数	割合
独居	83	63.4%
介護度が高い	100	76.3%
利用者・家族の希望	93	71.0%
予防的な関わりが必要である	44	33.6%
介護者の精神的支援が必要である	73	55.7%
利用者の経済状況に余裕がある	12	9.2%
利用限度額に余裕がある	11	8.4%
家族関係調整が必要な状況	37	28.2%
その他	7	5.3%
無回答	5	3.8%

表45-2 その他の内容 【 】は回答数

介護者の介護力が低い【2】
介護手技や手順の教育が必要な場合
利用者の精神的支援
ケアマネが実力不足な場合
看取りが近い
本人や家人の性格に応じて判断
説明同意が得られるかどうか

表46-1 地域包括支援センター(n=117)

項目	回答数	割合
独居	38	32.5%
介護度が高い	22	18.8%
利用者・家族の希望	58	49.6%
予防的な関わりが必要である	41	35.0%
介護者の精神的支援が必要である	70	59.8%
利用者の経済状況に余裕がある	8	6.8%
利用限度額に余裕がある	7	6.0%
家族関係調整が必要な状況	9	7.7%
その他	5	4.3%
無回答	12	10.3%

表46-2 その他の内容

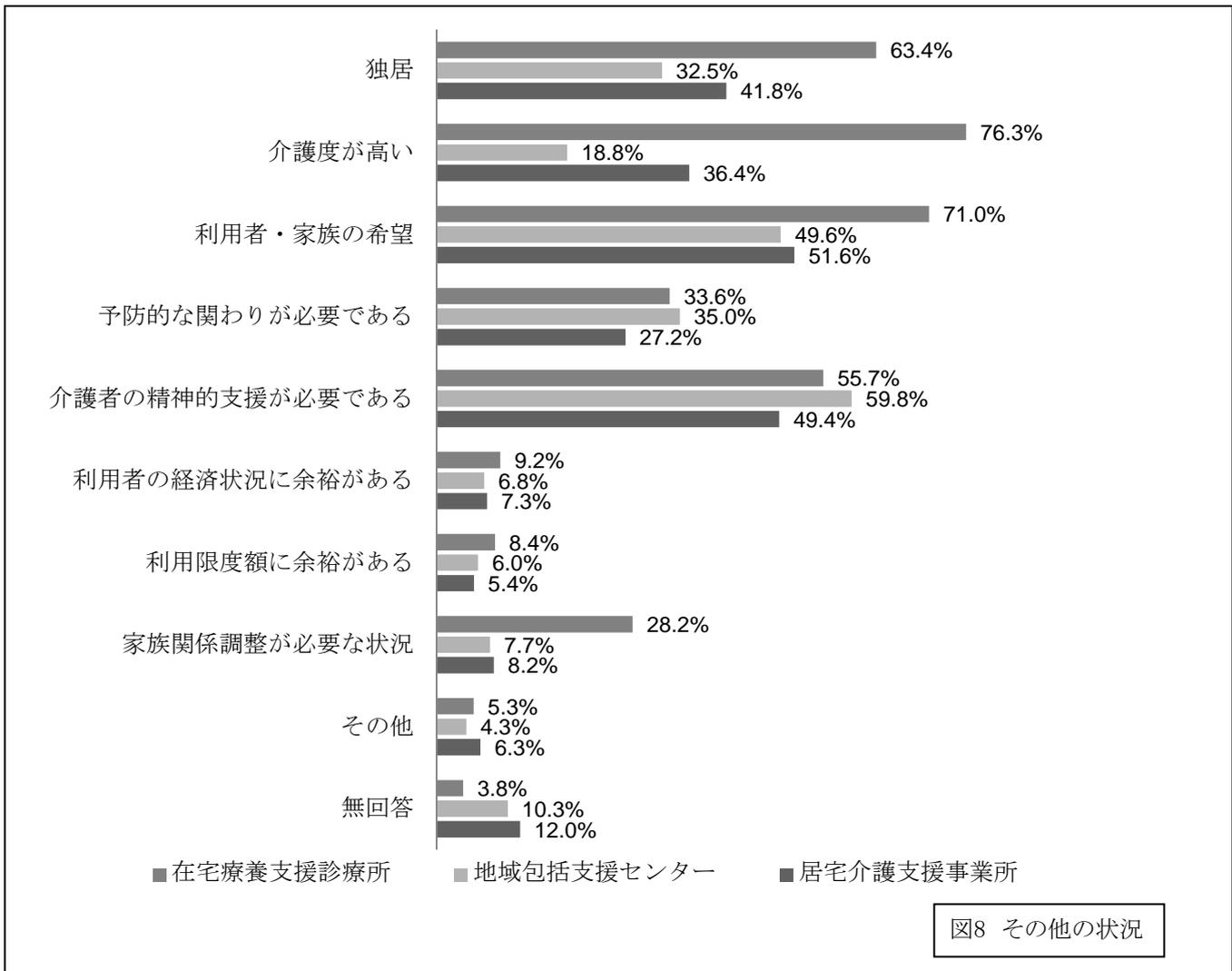
利用者や家族が在宅療養に不安を持っている
介護者の身体的負担軽減が必要な場合
介護方法の指導が必要な場合
一人暮らしや日中独居
生活に支障のある場合
認知症対応
病識がない
老々介護

表47-1 居宅介護支援事業所(n=316)

項目	回答数	割合
独居	132	41.8%
介護度が高い	115	36.4%
利用者・家族の希望	163	51.6%
予防的な関わりが必要である	86	27.2%
介護者の精神的支援が必要である	156	49.4%
利用者の経済状況に余裕がある	23	7.3%
利用限度額に余裕がある	17	5.4%
家族関係調整が必要な状況	26	8.2%
その他	20	6.3%
無回答	38	12.0%

表47-2 その他の内容 【 】は回答数

医師、病院からの指示がある【6】
介護者の介護力が低い【3】
医師との間に連携が必要【2】
家族への教育的な指導が必要な場合【2】
介護拒否の方のサービス受け入れのとっかかりとする
本人や家族に病気に対する理解がない
家族が在宅療養に不安を持っている
独居で医療処置の必要がある
限度額に余裕がない
虐待を受けている
悪化を防ぐ



8) 訪問看護導入のタイミング(複数回答)

- 「在宅移行時」は、3事業所とも50%以上となっている。
- 「状態変化時」は、3事業所とも69%以上となっている。
- 3事業所とも、「本人の希望時」に比べ、「介護者の希望時」が若干ではあるが、高くなっている。

表48-1 在宅療養支援診療所(n=131)

項目	回答数	割合
在宅移行時	94	71.8%
状態変化時	91	69.5%
本人の希望時	53	40.5%
介護者の希望時	68	51.9%
ケアマネジャーまたは地域包括職員から依頼が来たとき	75	57.3%
サービス担当者会議で意見があったとき	43	32.8%
介護判定が出たとき	10	7.6%
介護者が介護できなくなったとき	58	44.3%
必要性を判断した時	97	74.0%
その他	4	3.1%
無回答	2	1.5%

表48-2 その他の内容

緊急事態発生時
訪問診療決定後すぐに導入
24時間対応を要すると判断すればすぐに導入
状態変化する前に入っていないと意味がない
依頼が来たときに医療依存度が高くなりそうな要素があると思った時

表49-1 地域包括支援センター(n=117)

項目	回答数	割合
在宅移行時	66	56.4%
状態変化時	90	76.9%
本人の希望時	45	38.5%
介護者の希望時	47	40.2%
医師からの相談時	82	70.1%
介護判定が出たとき	4	3.4%
サービス担当者会議で意見があった時	45	38.5%
介護者が介護できなくなったとき	10	8.5%
必要性を判断した時	100	85.5%
その他	1	0.9%
無回答	1	0.9%

表49-2 その他の内容【 】は回答数

家族の疾患理解が乏しい

表50-1 居宅介護支援事業所(n=316)

項目	回答数	割合
在宅移行時	159	50.3%
状態変化時	219	69.3%
本人の希望時	89	28.2%
介護者の希望時	107	33.9%
医師からの相談時	210	66.5%
介護判定が出たとき	10	3.2%
サービス担当者会議で意見があった時	113	35.8%
介護者が介護できなくなったとき	30	9.5%
必要性を判断した時	248	78.5%
その他	9	2.8%
無回答	6	1.9%

表50-2 その他の内容【 】は回答数

退院時【4】
医療的なケアが必要な時【3】
がんの末期である【2】
家族の介護負担の軽減につながる指導的役割が必要な時
予防から入るとよいと思われる状況の時
デイサービスやデイケアへ行かれない場合
虐待が疑われる時

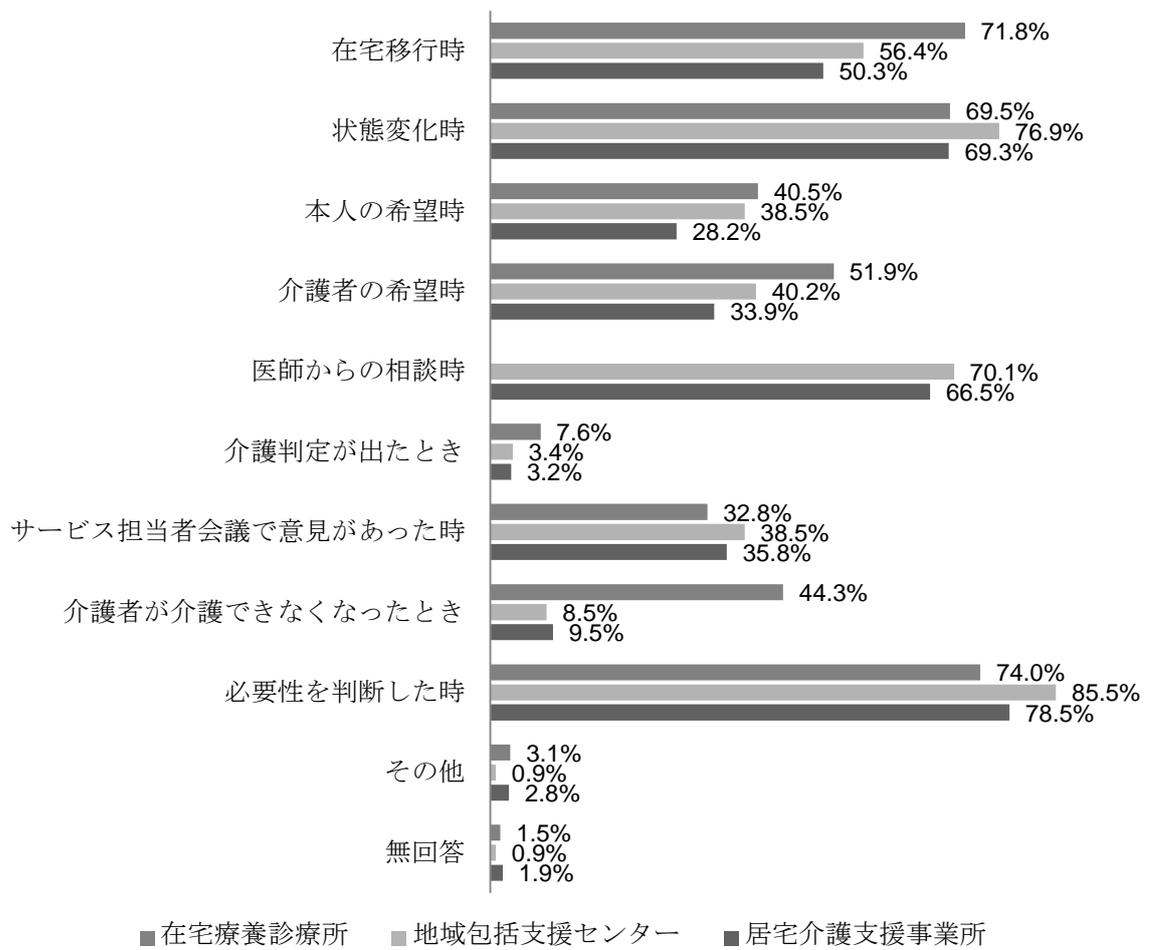


図9 訪問看護導入のタイミング

9) 文書やチェックリストの活用(複数回答)

○「なし」が3事業所とも75%以上となっている。

表51-1 在宅療養支援診療所(n=131)

項目	回答数	割合
あり	9	6.9%
なし	116	88.5%
無回答	6	4.6%

表51-2 「あり」の内容 【 】は回答数

指示書【4】

表52-1 地域包括支援センター(n=117)

項目	回答数	割合
あり	10	8.5%
なし	99	84.6%
無回答	8	6.8%

表52-2 「あり」の内容 【 】は回答数

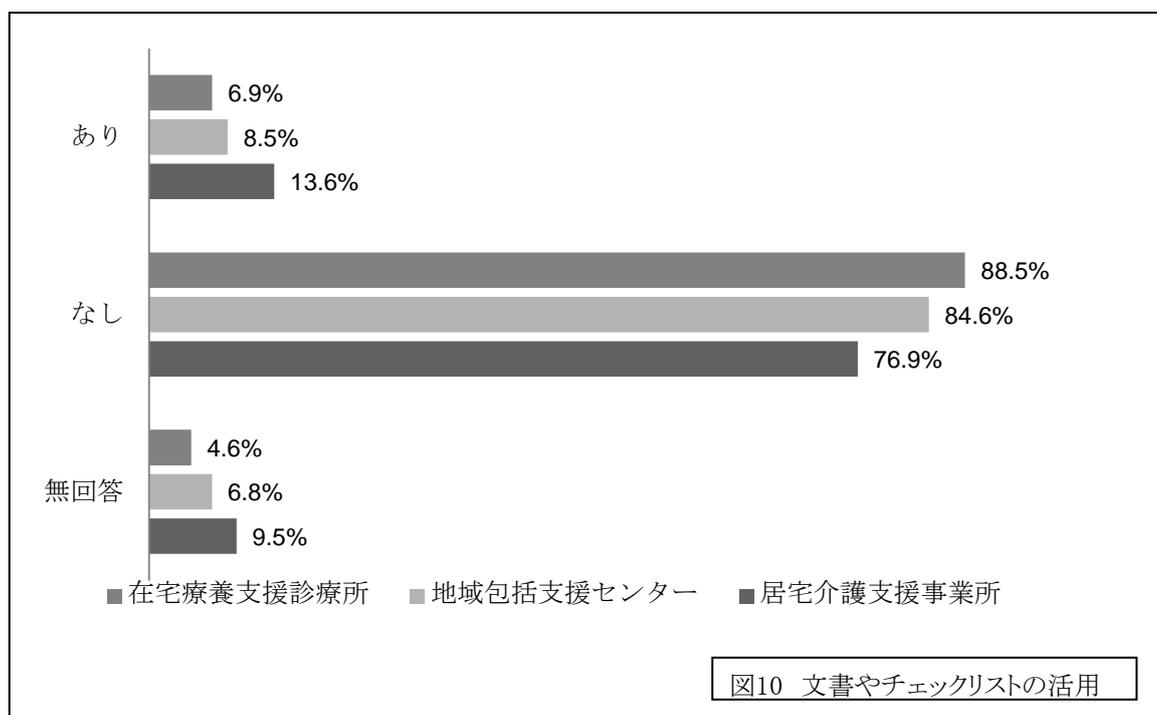
医師の指示書【6】
サマリー【2】
通院時や退院時における医師からの勧め
作成しているアセスメントシート
サービス担当者会議録

表53-1 居宅介護支援事業所(n=316)

項目	回答数	割合
あり	43	13.6%
なし	243	76.9%
無回答	30	9.5%

表53-2 「あり」の内容 【 】は回答数

医師の意見書【13】
訪問看護活用マニュアル等訪問看護に関する資料【10】
担当者会議の内容【2】
サマリー【2】
介護者からの意見



4 訪問看護が必要であると判断したが、利用につながらなかった事例等について

1) 訪問看護の利用につながらなかった事例の有無（複数回答）

- 「あり」は、在宅療養支援診療所が48.9%と最も高くなっている。
- 「なし」は、居宅介護支援診療所が65.8%と最も高くなっている。

表54 在宅療養支援診療所(n=131)

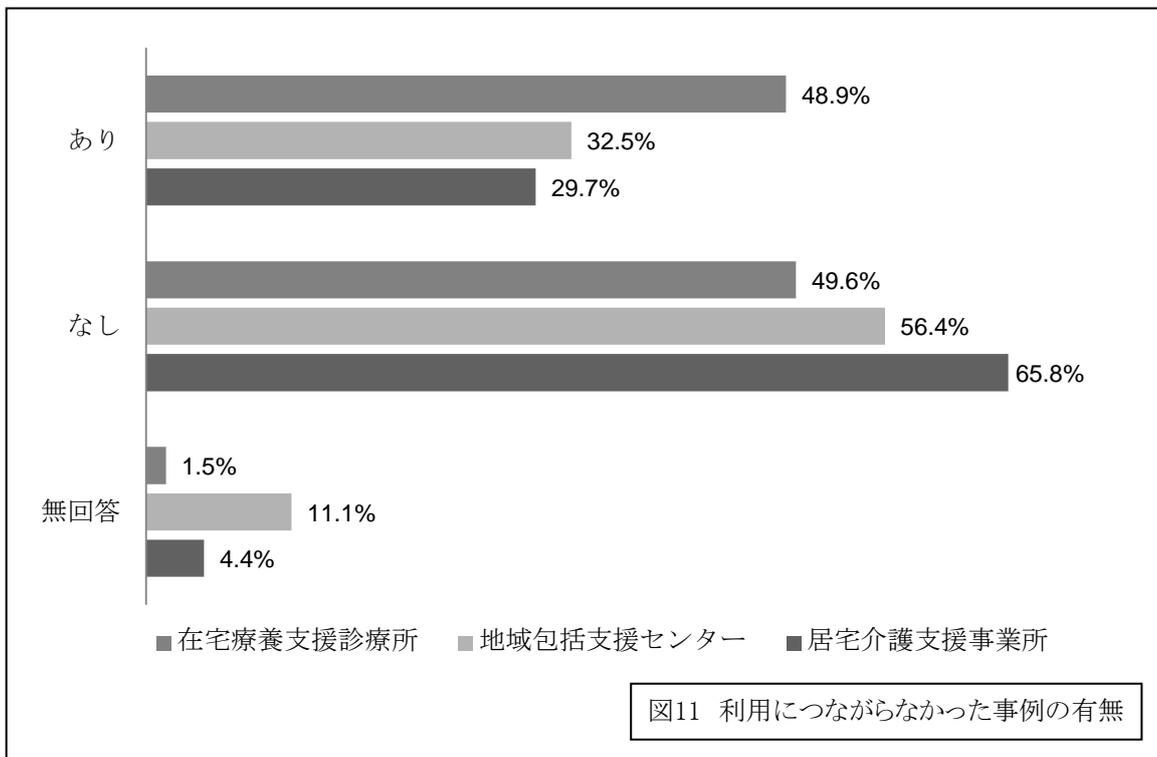
項目	回答数	割合
あり	64	48.9%
なし	65	49.6%
無回答	2	1.5%

表55 地域包括支援センター(n=117)

項目	回答数	割合
あり	38	32.5%
なし	66	56.4%
無回答	13	11.1%

表56 居宅介護支援事業所(n=316)

項目	回答数	割合
あり	94	29.7%
なし	208	65.8%
無回答	14	4.4%



2) 訪問看護の利用につながらなかった理由(複数回答)

- 「介護者の理解が得られなかった」は、在宅療養支援診療所が78.1%と他2事業所に比べ高くなっている。
- 「利用者の理解が得られなかった」は、地域包括支援センターが71.1%と他2事業所に比べ高くなっている。

表57-1 在宅療養支援診療所(n=64)

項目	回答数	割合
介護者の理解が得られなかった	50	78.1%
利用者の理解が得られなかった	41	64.1%
利用限度額を超えてしまった	25	39.1%
ST に必要性がないと言われた	1	1.6%
ST がみつからなかった	3	4.7%
その他	6	9.4%
無回答	0	0.0%

表57-2 その他の内容

当初に必要と判断し家族にも説明したが、契約時に家族に拒否された
他のサービスを限度額一杯利用していたため
利用者の状況悪化にてタイミングが遅かった
日曜に訪問してくれる事業所がない
ケアマネに必要性がないと言われた
施設が許可しなかった

表58-1 地域包括支援センター(n=38)

項目	回答数	割合
介護者の理解が得られなかった	18	47.4%
利用者の理解が得られなかった	27	71.1%
利用限度額を超えてしまった	1	2.6%
ST に必要性がないと言われた	2	5.3%
医師に指示をもらえなかった	5	13.2%
その他	6	15.8%
無回答	2	5.3%

表58-2 その他の内容

病院の相談室に必要性がないと言われた
ケアマネに理解してもらえなかった
金銭的な理由
指示書を書けないと言われた
医師の理解が得られなかった。
認知症の為、うまく利用できなかった

表59-1 居宅介護支援事業所(n=94)

項目	回答数	割合
介護者の理解が得られなかった	55	58.5%
利用者の理解が得られなかった	42	44.7%
利用限度額を超えてしまった	6	6.4%
ST に必要性がないと言われた	2	2.1%
医師に指示をもらえなかった	11	11.7%
その他	16	17.0%
無回答	0	0.0%

表59-2 その他の内容 【 】は回答数

利用前に入院や入所、死亡となったため【8】
経済的理由【4】
介護者に危機感がない
他人が家に来るのが嫌
家族は隔週利用を希望したが ST に難しいと言われた
本人と家族が希望した ST に空きがなかった
ST にターミナルでないので優先度が低いと断られた
通院対応で解決された

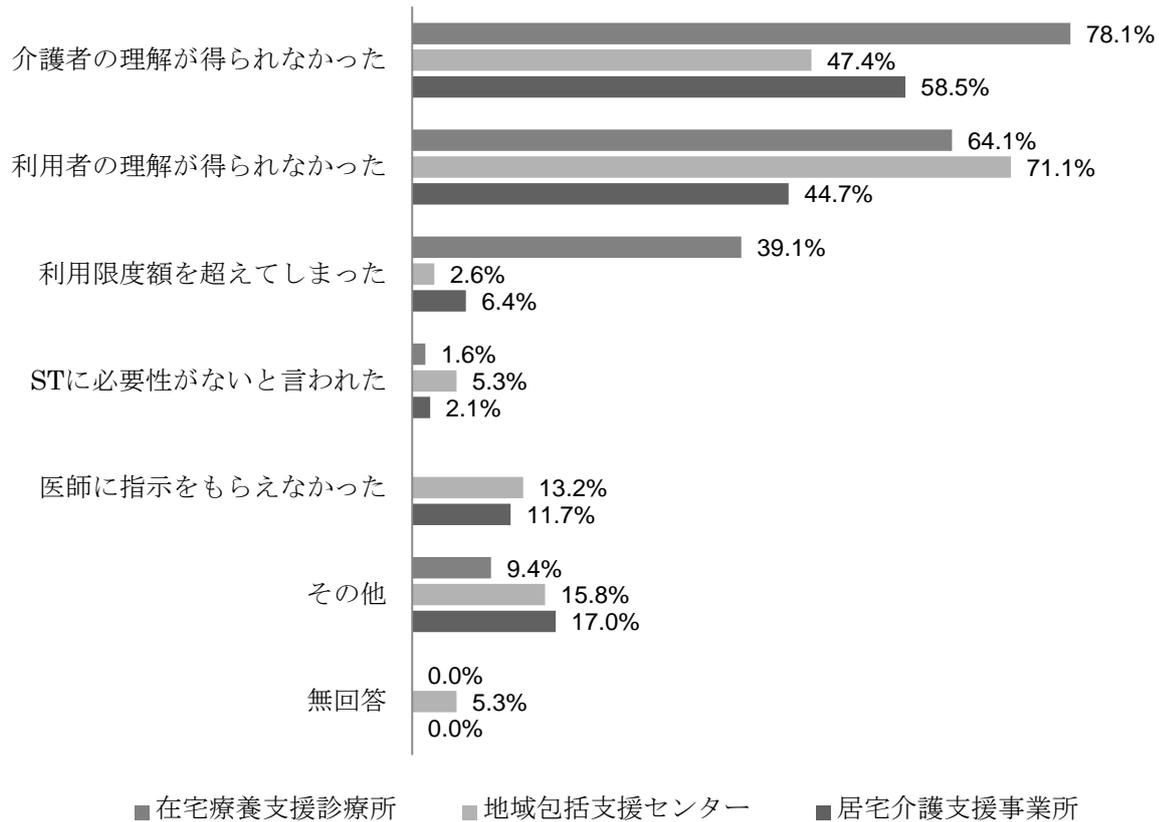


図12 利用につながらなかった理由

3)訪問看護の導入についての相談先(複数回答)

○「利用したことのあるST」は、3事業所とも75%以上となっている。

表60-1 在宅療養支援診療所(n=131)

項目	回答数	割合
市区町村・保健所	0	0.0%
病院(地域連携室等)	12	9.2%
看護協会	0	0.0%
県訪問看護ステーション連絡協議会	1	0.8%
居宅介護支援事業所	54	41.2%
地域包括支援センター	46	35.1%
利用したことのあるST	99	75.6%
その他	15	11.5%
無回答	4	3.1%

表60-2 その他の内容 【 】は回答数

ケアマネジャー【6】
利用者の地域のST【3】
医師会【2】
在宅医療連携拠点

表61-1 地域包括支援センター(n=117)

項目	回答数	割合
市区町村・保健所	5	4.3%
地域のかかりつけ医	56	47.9%
病院	71	60.7%
看護協会	0	0.0%
県訪問看護ステーション連絡協議会	2	1.7%
利用したことのあるST	91	77.8%
居宅介護支援事業所	16	13.7%
その他	16	13.7%
無回答	2	1.7%

表61-2 その他の内容 【 】は回答数

包括内で相談【4】
在宅医療相談室【3】
包括の保健師【3】
在宅医療連携拠点
病棟看護師

表62-1 居宅介護支援事業所(n=316)

項目	回答数	割合
市区町村・保健所	5	1.6%
地域のかかりつけ医	164	51.9%
病院	149	47.2%
看護協会	0	0.0%
県訪問看護ステーション連絡協議会	1	0.3%
利用したことのあるST	245	77.5%
その他	32	10.1%
無回答	13	4.1%

表62-2 その他の内容 【 】は回答数

地域包括支援センター【8】
利用者の地域のST【5】
ケアマネジャー【4】
看護師資格を持つ職員【2】
在宅医療相談室
在宅医療拠点
信頼できるNs

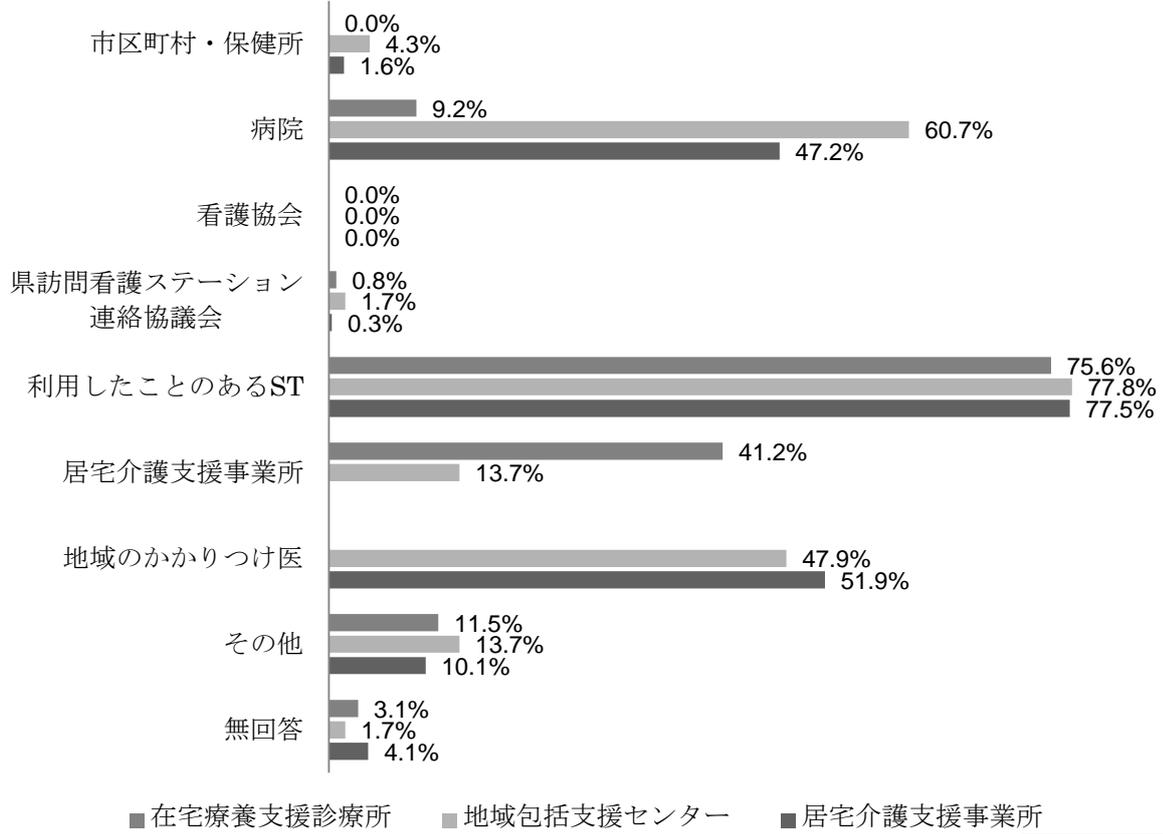


図13 相談先

4) 訪問看護を依頼する際にハードルと感ずること(上位3つを選択)

- 「他のサービスと比較して報酬単価が高い」は、居宅介護支援事業所で53.2%、地域包括支援センターで45.3%となっている。
- 「介護者の理解が得られない」は、在宅療養支援診療所が64.9%と他2事業所に比べ高くなっている。
- 「利用者の理解が得られない」は、在宅療養支援診療所が52.7%、地域包括支援センターが34.5%となっている。
- 「利用限度額を超えてしまう」は、在宅療養支援診療所が56.5%と他2事業所に比べ高くなっている。

表63 在宅療養支援診療所(n=131)

項目	回答数	割合
どのように利用したらよいかわからない	3	2.3%
どのSTを選択していいかわからない	22	16.8%
STと連絡を取るのが困難	5	3.8%
他のサービスと比較して報酬単価が高い	23	17.6%
介護者の理解が得られない	85	64.9%
利用者の理解が得られない	69	52.7%
利用限度額を超えてしまう	74	56.5%
制度の活用方法がわからない	5	3.8%
指示書の記載方法がわからない	0	0.0%
その他	16	12.2%
無回答	8	6.1%

表64-1 地域包括支援センター(n=117)

項目	回答数	割合
利用すること自体に抵抗がある	3	2.6%
どうやって利用したらよいかわからない	6	5.1%
どのSTを選択していいかわからない	18	15.4%
STと連絡を取るのが困難	3	2.6%
他のサービスと比較して報酬単価が高い	53	45.3%
医師に必要性を理解してもらえない	43	36.8%
介護者の理解が得られない	45	38.5%
利用者の理解が得られない	54	46.2%
利用限度額を超えてしまう	33	28.2%
その他	12	10.3%
無回答	7	6.0%

表65-1 居宅介護支援事業所(n=316)

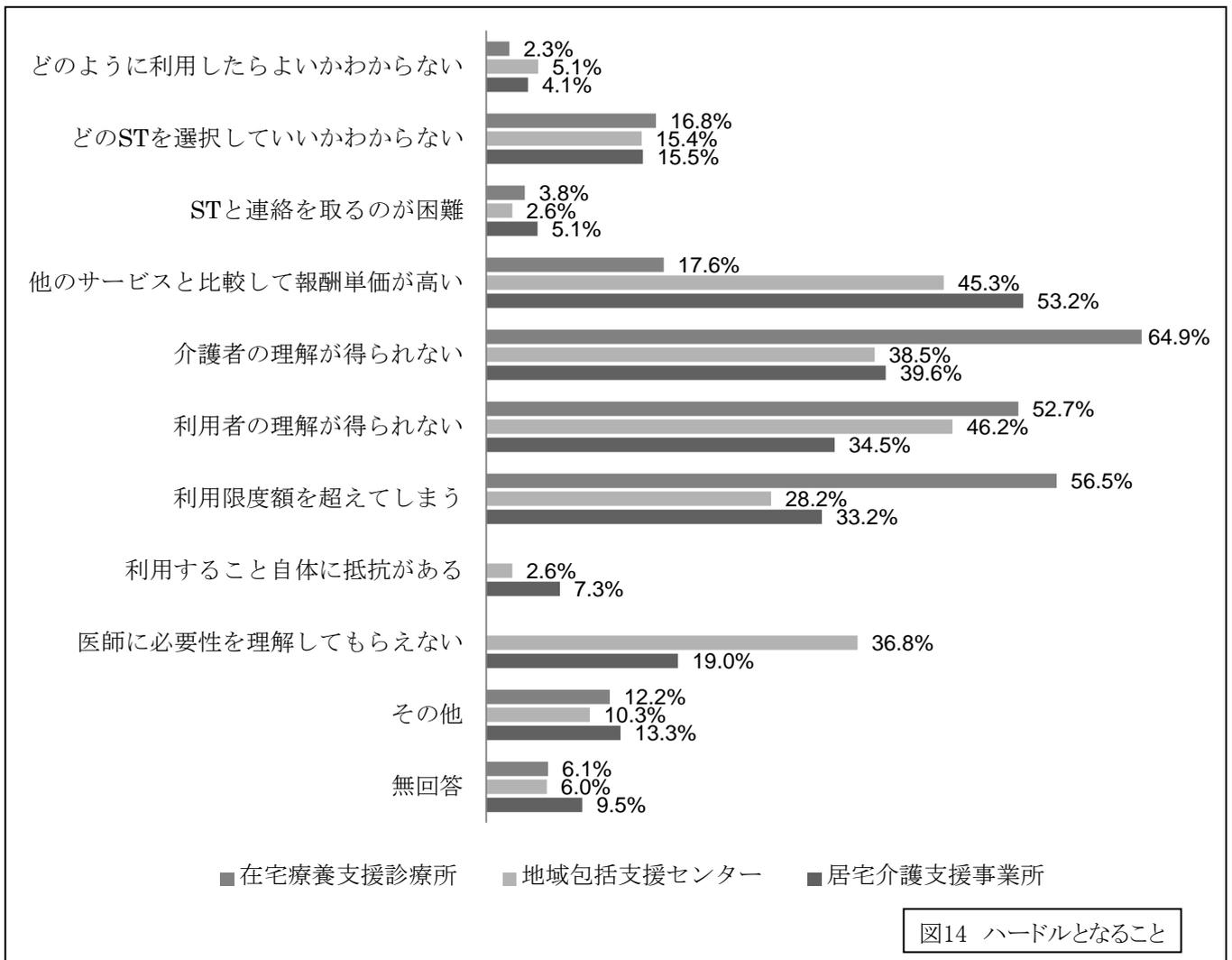
項目	回答数	割合
利用すること自体に抵抗がある	23	7.3%
どうやって利用したらよいかわからない	13	4.1%
どのSTを選択していいかわからない	49	15.5%
STと連絡を取るのが困難	16	5.1%
他のサービスと比較して報酬単価が高い	168	53.2%
医師に必要性を理解してもらえない	60	19.0%
介護者の理解が得られない	125	39.6%
利用者の理解が得られない	109	34.5%
利用限度額を超えてしまう	105	33.2%
その他	42	13.3%
無回答	30	9.5%

表64-2 その他の内容

忙しい
医療系者は上から目線であること

表65-2 その他の内容 【 】は回答数

敷居が高い【3】
高圧的、横柄な態度をとられることがある【2】
空きがないと断られる【2】
報告等の仕方、言い方を考えてしまうことがある
担当者会議に行かれないと言われる
時間まで活動せず退室してしまう所が多い
いやな思いをしたことがある
もっと重度な人がいると断られる
緊急で訪問はしないと断られる



5 訪問看護を導入してよかったと思う事例

表 66 在宅療養支援診療所

カテゴリー	サブカテゴリー	内容（一部抜粋）
ターミナル・看取りの支援【15】	連携ができ在宅看取りができた【9】	訪問看護なしで在宅看取りはできない。ほぼ全例で最終的には導入が当然。
		医師一人では即対応が困難な時、訪看連携電話指示で突発的問題を乗り切ったり、無駄な往診をしないで済む。看取りにすぐ行けない状況の時に、先に行って確認してもらえる。
		ターミナルケアで連携が出来たことで、在宅看取りが可能となった。
	看取りに向けた利用者・介護者の支援【6】	無事に看取りが出来た。
		在宅療養を不安に思う本人や家族が、訪問看護の関わりで安心して自宅で最期まで過ごすことができた。
		がんのターミナルの方で、家での看取りを本人、家族が希望。STと連絡を密に取り合い、不安の強くなった家族の支えになり、家での看取りができた。
利用者・介護者の精神的支援【13】	利用者・介護者の精神的支援【13】	がんのターミナル期の看取り時に、当院とSTで連絡し合いながら、利用者や介護者を支援する事ができ、とてもよい看取りができています。
		介護者の安心につながる。
		医療や看護面でのサービスの質の向上はもちろん、患者本人や患者家族への精神的サポートは、訪問看護師がいればこそその対応と思う。
		家族の不安を柔らかく吸収してくれ、家族の安心感が増す。
		介護者の精神的な状態が不安定な際に、対応をこまめにさせていただいて改善した。
		在宅往診もしているが、訪看も入り双方で関わっていると、本人や家族も安心してられる。
		医師が診に行けない時に、かわりに訪問し、報告してもらえる。家族も安心される。
		介護者の精神的支えを担ってる。 本人や家族の療養理解を促せる。
医療的な管理の実施【12】	異常の早期発見・早期対応【7】	異変の早期発見につながる。
		褥瘡の早期発見につながる事例が多い。
		早期発見と治療が行え、安定した在宅生活が続けられた。
	医療的処置の実施【3】	緊急に処置が必要な時、先に訪問して処置をしてもらえる。
		医療的管理のサポートをしてもらえる。 特に夜間、状態確認し適切な情報を報告してくれ、指示のもと処置をしてくれた。
	褥瘡ケアの実施【2】	毎日の観察と処置が有用であった褥瘡治療。 褥瘡処置をしてもらえる。
	排便・排泄コントロールの実施【2】	排泄トラブル頻回の対応（浣腸、膀胱洗、尿道留置カテーテル）。 便通コントロールを上手に担ってくれる。
	点滴の実施【2】	老衰の状況で、脱水時に点滴をしてもらう事が可能であり助かった。 毎日、点滴を看護師にしてもらえるので助かる。
	疼痛コントロール【1】	ターミナル（疼痛コントロール）。
リハビリの実施【1】	転倒予防リハビリ、呼吸筋リハビリなど。	
医師が動けない時に対応してもらえる【8】	医師が動けない時に対応してもらえる【8】	土日の訪問を看護師にさせていただけるので助かる。
		医師が間に合わない時に先に駆けつけて状況を教えてくれる。
		医師一人では即対応が困難な時、訪看連携電話指示で突発的問題を乗り切ったり、看取りにすぐ行けない状況の時に、先に行って確認してもらえる。 急変時は別として、在宅患者の訪問依頼の多くは緊急性がないことも多く、まずはNsが連絡を受けてトリアージしてもらうようにしている。
情報の共有ができ支援につながる【7】	利用者の状態把握と共有【4】	退院時に訪問した結果を報告してもらい、往診時に必要な対策ができる。 在宅では分かりきれない病状について、訪看と連絡し合い、入院のタイミングを逃さずに対応可能だった。
		訪問診療では把握できない状況を把握できる【3】

表 67 地域包括支援センター

カテゴリー	サブカテゴリー	内容（一部抜粋）
病状・状態が改善した【42】	定期的な病状確認・体調管理による状態の改善・安定【11】	定期的な状態確認により、心身共に安心してすごせている
		体調・服薬管理がなされるようになり、体調・精神安定につながってきたため、日常生活が安定した。
		定期的な病状確認と療養相談により、発作の軽減、精神的安定が図れた。
		入退院をくり返していた利用者だったが、訪問看護による食事の指導や病状管理により入院することがなくなった。
	服薬管理により体調が安定【9】	服薬がきちんと出来て、利用者が落ち着いた。
		服薬管理があいまいで必要な治療が出来ていなかったが定期的にアドバイスや工夫があり健康管理ができるようになった。
		統合失調症の既応がある方が、訪問看護を導入し定期的に体調確認・相談することで、精神的に安定するようになった。
		服薬管理がなされるようになり、体調・精神安定につながってきたため、日常生活が安定した。
	リハビリやフットケアによる ADL の維持向上【6】	両膝関節の人工関節置換後、訪問看護でリハビリを実施し、移動の自立度が高まり、屋外での歩行距離も延びた。
		入院中3週間で7kg体重が減り、一人で外出できない程体力が落ちたが、訪看による点滴と病状管理により食事が徐々に摂れるようになり、現在では一人で外出もでき、家事も一人で行っている。
		うおの目、たこの処置により歩行が安定してきた。
	生活に対して前向きとなり QOL 向上【5】	利用者が生活全般に前向きに取り組むようになった。
		精神疾患があり地域から孤立し、精神科病院への入退院をくり返していた方が、精神科病院併設のステーションから訪問看護を利用することで生活が安定し、社会的活動も拡大（地域のサロンに参加など）した。
	異常の早期発見・早期対応【8】	閉じこもりがちの方がすこしずつ外出の機会を得て、通所介護利用に結びつき、自力で受診の継続ができています、
病状の変化を早期発見し、早期対応ができた。（独居慢性疾患） 身体の異常（ちょっとした変化）に気づいてもらい、治療につながった。 急変時に連絡調整がとれて命を守ることが出来た		
清潔の保持【2】	清潔管理が出来るようになった。	
精神疾患の利用者への支援が受けられた【1】	精神疾患があり地域から孤立し、精神科病院への入退院をくり返していた方が、精神科病院併設のステーションから訪問看護を利用することで生活が安定し、社会的活動も拡大（地域のサロンに参加など）した事例。	
利用者・介護者の精神的支援【20】	医療や介護について相談や助言を受けられることにより安心できる【10】	介護している家族が、介護について相談することができ、安心された。
		家族の傾聴することで、家族が安心して療養生活を行うことが出来た。
		急に血圧が高くなるなどの不調により、救急車を呼んでいた利用者さんが、訪問看護導入により、相談・助言が得られる安心感もあり、救急車を呼ぶことがなくなった。
		本人の在宅生活で安心感が増した。 本人の生活の場で、本人主体の支援を行うための十分な時間をとって対応してもらえる。
	利用者・介護者が精神的に安定する【6】	家族・本人の心の支え(支援)になっている。
		高齢世帯で介護者の精神面での負担軽減につながった。
		精神的に安心につながるのはどのケースにも言える。 介護者の負担が大きく精神的に追いつめられているケースについては、訪問看護を導入することで本人及び介護者の安定に繋がるケースが多い。
	在宅療養が受け入れられよう関わり【3】	当初、家族は訪問看護に何をしてもらえるか明確には理解していなかったが、様々な助言をしてもらい介護が楽になり、家族に訪問看護に来てもらって良かったと思ってもらえた。
		退院時にはすぐに疾患の理解受容ができていなかった家族本人に対し、在宅環境で共に「病気と生きる」方法や、受容と理解を促してもらえた。 ただ指導するのではなく家族を支援し、家族が苦しみをわかってもらえたという実感がもてるように関わってくれた。

利用者・介護者の精神的支援【20】	利用者・介護者との信頼関係の構築【1】	本人、家族が訪問看護に信頼を寄せていることが分かった時。(医療系サービスのため、ケアマネジャーより本人、家族と深い話をする)
提供するサービスの向上となる【18】	専門職としての相談・アドバイスが受けられる【6】	家族の相談等適切なアドバイスが受けられた。 専門職としての意見が聞ける 「介護」と「看護」では役割が異なるため、看護師の立場での助言や確認は説得力がある。こまかな様子観察と報告をもらえる。 服薬管理や体調不良時に相談できる
	利用者や介護者についての情報提供がされ、適切な支援につながった【5】	介護者が利用者の疾患や体調を適切に理解できず介護が行えない時、サービスを提供して頂きつつ、利用者の体調悪化や病気の進行を見極め、受診や入院等の判断となる情報・意見を頂けた。 本人の病状を細かく丁寧に把握できるので、生活全体をとらえ、適切な介護支援の体制やタイミングが構築できる。介護計画等支援方針が作成しやすい。 生活状況、家族の介護状況の事態を把握できて、適切な支援につながった。
	医師との連携が円滑になった【4】	在宅での様子が主治医に伝わるようになった。 Dr.との連携がスムーズになったこと。
	他サービスを受け入れるきっかけとなる【3】	医療職からサービスに入ることにより、その他の福祉サービス利用につながる。 直腸がんでストマの管理が不十分となったケースに訪問看護を導入したところ、それまでは全てのサービスを拒否していた対象者が必要なサービス利用を受け入れるようになった。
	利用者・介護者の不安軽減【3】	ターミナル期の方(とくに介護者)の精神的な安定を得ることができた。 在宅での看取りの際に本人や家族の安心が得られた。
	ターミナル・看取りの支援【9】	ターミナル期の身体的苦痛の緩和【2】
	在宅看取りの実現【2】	ターミナルのケースでは、訪問看護を利用することで、最後まで在宅での生活が支援できている。
	ターミナル期の支援【2】	ターミナルの方の支援。
医療機関との連携【1】	医療機関との連携が取れた【1】	入院、救急手配などスムーズに行く。

表 68 居宅介護支援事業所

カテゴリー	サブカテゴリー	内容（一部抜粋）
症状や状態が改善した【92】	異常の早期発見・早期対応ができた【18】	病状が悪化する前に予防ができた。
		早期治療ができた。
		体調変化の発見が早めにできた。
		急激な体調変化に対し、迅速な対応ができた。
		病態悪化が早期発見できて、重篤にならずに済んだ。
		緊急時の支援や相談が受けられる。
		体調が変化した時に相談できる。本人の様子をみているので、体調の変化に気付き、すぐに入院できた。
	リハビリによるADLの向上【14】	高次脳機能障害で言葉が出にくく、歩行にふらつきがあったが、少しずつ改善されてきていて転倒に対する不安はほとんどなくなってきた。
		リハビリ効果があらわれ、歩けるようになる。
		ベッド上の生活中心で歩行の機会も少なく下肢機能低下し転倒しやすかったが、リハビリにより歩行が安定。介助により近くを散歩出来るようになった。
		リハビリで外を散歩し、体力が少しずつついてきている。
		リハビリによりADL向上につながった。
		言語と書字に向上が見られているケースがある。
	定期的な病状確認・体調管理による状態の改善・安定【11】	ケアマネジャーは、最少で月1度の訪問はするが、日々の状態観察や相談にきめ細かく対応できない。精神的な面でも生活のフォローができ、結果的に安定した生活を営めることができた。
		生活指導にて血糖値が安定。
		退院後の体調管理がうまくいった。
		24時間のサポートが得られ、利用者の安定につながった。
		認知症があり、週3回インスリン自己注射の支援を受ける事で、在宅生活が維持できた。
	褥瘡の予防・改善ができた【11】	困難ケース(独居を含め)でも入退院をくり返さなくて済むようになった。
		床ずれ等の早期発見処置で重度化せず。
		壊疽や褥瘡の処置。
		退院時、臀部に骨が見える褥瘡があった。治癒は年単位で必要と言われた褥瘡が、3ヶ月で肉が盛り上がりポケットも小さくなり、医療関係者が「こういうケースはなかなかお目にかかれぬ」と言うほど回復している。
		仙骨部Ⅱ～Ⅲ度の褥瘡があり、ずっと車椅子に座っていたが、毎日導入して飲食や姿勢の改善、生活習慣を変え、創の処置をしてぐんぐん良くなった。
		褥瘡の処置を行い改善できた。
	服薬管理が行えた【11】	両足の膝から下に浮腫があり、水泡のある方に導入。4ヶ月で状態が改善した。
		服薬管理ができるようになり、病状が安定した。
		服薬指導にて血糖安定。
飲み残しの大量の薬を、主治医や薬局と連絡を取り整理してもらえた。		
薬を規則正しく飲む様になった。		
服薬管理が適切にできていなかった際に導入し、指導により服薬管理が改善され、健康状態が良好になった。		
認知症悪化時の状態把握が適切に行え、服薬変更で症状が改善できた。		
不定愁訴のため薬が大量になり、服薬管理が必要で訪看を入れ、主治医をきちんと決めて薬の管理ができた。		
病状管理、服薬管理が出来て病状が安定した。		
精神疾患の利用者への支援が受けられた【9】	精神疾患の利用者と家族の不安の除去など。	
	精神疾患があり、閉じこもり傾向の方が、外出リハビリを行うことにより前向きな考え方になった。	
	精神科疾患の利用者に定期的に訪問し話を聴くことで落ち着いてきた。	
	鬱病等の精神疾患が有るケースでは、看護と介護者及び家族の連携で、本来の介護サービスを提供できた。	
		細かく説明しながらケアしてもらえ、本人の病状を家族が理解できるようになった。

		排便コントロールが 行えた【6】	排便コントロールができた。 便秘があり、末期がんの利用者が、痛みの為便秘も苦しんでいて、日に 2 回出動し対処していただいた。 排便コントロールがうまくいき、デイサービスなどに行けるようになった。
		QOL が向上 【5】	疾病に対する不安は大きく、主治医に聞いて答えてもらっても理解できず精神的に参っている利用者に対し、時間をかけて話を聴き、しっかり説明してもらった事でリハビリ等に取り組む事ができるようになった。 うつ病か認知症かの判断が難しいと医師から言われ、日頃から不安が強くなり「怖い」と訴える。物忘れが目立ち、話さないため意思疎通の困難さも見られる。生活全般に介助が必要で徘徊もある。こうしたことから、精神的安定や心を開いてもらうこと、介護者への助言等を目的として、訪看の導入をした。その結果、看護師にも最初の頃は反発したり、目を合わせず無視していたが、3 ヶ月を経過した頃から徐々に心を開き始め、目を合わせ質問にも応えてくれ、デイサービスでも、集団の中に入ってゲームに参加したりすることも出来るようになってきた。
		清潔の保持【3】	入浴ができるようになり、保清が保たれるようになった。 認知症が進行し、入浴拒否の方がいたが、上手に保清を促してくれ、最後は入浴ができるまでになった。 入浴嫌いの方が誘導で浴槽へ入る事ができ、白癬も軽減している。
		ストーマ管理が できるようになった【3】	ご家族も介護者もストーマの管理ができず、訪問看護サービスを導入。現在は週 2 回の入浴後のストーマ交換でトラブルなし。ご家族も介護者も訪問看護サービスに感謝されている。 ストーマの利用者。本人や家族に対し、医療の見地から素人にも解りやすくアドバイスをしてくれるので感謝している。
		疼痛コントロールが 行えた 【1】	リウマチで痛みが強く、不安が大きかった方に導入。相談に乗ってくれたり注射で痛みのコントロールをして貰えるようになり、落ち着いて生活ができるようになった。
ターミナル・看取り の支援【61】	利用者や介護者が望む 最期の時間や看取りが できた【18】	水分や食物の経口摂取が困難となってきた HOT 使用の利用者について、主治医は点滴が入らなくなっても CV ポートがあると主張していたが、訪問看護がご家族とよく話し合ってお家族の意向をくみとって、無理な延命はせず看取り体制を作って看取ってくれた。 娘さんと一緒に最期を自宅で迎えられる。おしゃれな方だったので、看護師さんに最期とてもきれいにしてもらい、好きな洋服を着せてあげ見送ることができた。 自宅での看取り希望の利用者で、自宅で最期まで過ごせた時。本人の希望通り、入浴や家族の作った食事を食べる事ができて、とても満足されていた。 本人も家族も自宅で最期の日を迎えたいとの事で、訪看さんに入っていたいただいた(吸引、服薬管理、バイタル等)。急変時に往診医より早く来ていただけて、いろいろと対応してもらえ、本当に家族も感謝していた。 ターミナル期の利用者が在宅生活を望まれ、短い期間ではあったが本人も家族も希望通りの生活を送ることができた。 自宅で最期を迎えたいとご本人が強く希望。医療度も高く家族の負担は大きかった。訪問看護への緊急コールは頻繁だったが徐々に慣れ、Ns とも信頼関係ができ、穏やかに本人の最期を見られた家族は最後は笑顔で送れた。 看取りをした時に、家族より、自分たちだけではできなかった事が、看護師を入れてくれたので在宅看取りができてよかったと言われた。 在宅での看取りを希望されるケースは、訪問 Ns の関わりで、本人と家族共に穏やかな時間が作れていると思う。亡くなった後、家族からの感謝も多く聞かれている。 早めに導入を行い、状態悪化の際にあわてることなく回数を調整し、看取ることができた。	

ターミナル・看取りの支援【61】	利用者・介護者に対する看取りのための心の準備や不安の軽減【18】	ターミナル期の利用者に対し、一緒に、本人や家族の意志、最期をどこで迎えるのかなど、難しい内容に取り組んでいただき、利用者や家族の思いをみんなで受け止めて、最期までケアできた。
		家族や本人への死への教育をきちんとしてくれた。孫には絵本を使って何回も行ってくれていた。
		家族がどのように看取りに向き合っていけば良いのか理解ができた。ターミナルの時は導入して良かったと必ず思う。
		ターミナル利用者の家族に対し、死期が近くなった時の状態変化について説明を行い、心構えをつくって頂いた。
		病院入退院をくり返していた方及び家族に共同退院指導から共に入り、がんの緩和ケアや老衰の看取りを、本人や家族が理解し受け入れ、それぞれが「死」という別れを受容できた事。
		看取りの時に死が訪れるまでの移行状況を Ns から説明があったので、家族が落ち着いてお別れができた。
		死亡した利用者の家族、後日の精神支援(半年 or 1 年後)をしてくれた。
		家族が精神的におちついて看取りができたのは、看護師と相談でき、安心して介護ができたから。家族支援も大切だと感じた。
		がん末期の際、精神面での支えの重要性を実感した。
		看取りは訪問看護が必須。ご利用者やご家族のメンタル面までケアしてもらっている。ケアマネは全てをまとめるオブザーバー。
	がんの末期利用者。ご本人や家族の精神的安定が得られた。	
	ターミナルで家族の精神的支えになってもらった。	
	ケアマネや介護職の頼りになった【9】	ターミナルについて安心感。
ターミナルケアの場合など、医師に聞きにくい場合にも看護師にいろいろ聞くことができ、利用者もケアマネも助かる。		
医療面の専門性を介護者に何度も何度も説明して下さりありがたく感じた。		
ターミナルを一緒に支援し、心強かった。		
老々介護や身寄りのない利用者の終末の関わりに対し、非常に心強かった。		
ターミナル期の利用者へケアが提供できた【9】	ターミナル医療依頼度の高いケース(気切、褥瘡、カテ挿入)など。	
	ターミナル期のケアや看取り、体調不良時の対応。	
	ターミナル期には利用を家族等へ説明し、利用している。	
医師との連携により急変や苦痛に対応ができた【8】	ターミナル期の利用者に関しては、多大なる協力が必要。	
	在宅で看取りをする時に、看護師と医師との連携がとれ、本人の苦痛の軽減でき、家族の不安が取り除けた。	
	脳腫瘍ターミナル期。いつ、けいれんが起こるか、急変するか分からない状態で、食事摂取量が減ってきていた。訪問看護と主治医と連携して点滴がすぐ出来た。また、在宅療養の継続が困難と看護師が判断し、入院して病院で亡くなる。家族はそれ程あわてることがなかった。	
	がん末期の利用者の看護。医師との連携がうまくいき、利用者や家族の不安を解消できた。	
安心感を与えられた【2】	ターミナルケアを行った際に、利用者様の状態が日々変化していく中で、迅速に対応して頂き、医療機関との連携がスムーズに行われた。	
	ターミナルの方の在宅介護の際、家族に安心感を与えてもらった。	
提供するサービスの向上となった【46】	ケアマネ等が専門的な相談ができ、アドバイスをもらえる【18】	ターミナル期の利用者さんやご家族の方にも安心感を与えられる。
		体調の変化が続いた方について、訪看にヘルパーも相談できる体制作りがあった為、体調変化にも落ち着いたヘルパー支援ができた。
		通所リハビリより医療的ケアについて連絡があると、いつもアドバイスもらえる。
		病的相談にのってもらえる事。
		医療的な観点から、適切な指示やアドバイスがもらえる。
		専門的なアドバイスを受けられる。
		医療的数値や、他業種よりも利用者様の健康状態や医療にどのようにつながれば良いかアドバイスをくれたり、何よりも看護師さんが定期的に訪問してくれることで安心感が違う。
看護師の立場から、今まで気付けずにいた事を指摘してもらえ感謝している。		

提供するサービスの向上となった【46】	医療的な視点での状態観察してもらえ、その結果を情報提供してもらえた【19】	寝たきりの利用者では皮膚トラブルが多くあったが、情報を共有し福祉用具の変更等で改善がみられた。
		状態が変化する方の全身の状態を見てくれ、必要なサービスへすぐにつながるができる。
		健康状態の管理をしてもらえ、他業種間と連携し利用者のケアができた。
		定期的な訪問により、利用者の状態変化を把握してくださる。
		訪問看護からの随時報告により御本人の状態が直ぐに分かるので、その後の対処が行い易い。
		医学的管理をきちんとでき、報告がきちんとある。
		必要なサービスの提案をもらえる。
		ステーションの看護師がこちらで考えていた以外の課題を抽出し、それに対する具体策を提案してもらい、医療職の視点をプランに加えることができた。
		看護計画が具体的で明確なので、問題と目標がはっきり分かり、サービスによる効果の評価がしやすい。
		在宅介護全体の方向性が明確になる。
なかなか生活改善が図れなかったケースに看護師が関わる事によって、食生活や住環境の整備が改善され、困難事例の方向性が明確になり、プランが順調にまわる事ができた。		
サービスを拒否している利用者に、訪問看護ならと受け入れてもらえた【9】		精神不安定でサービス拒否がある方で、看護師ならと了承してもらい、その後デイやヘルパー等のサービス利用ができるようになった
		認知症独居でサービスの受け入れをしなかった利用者宅に訪問看護に入ってもらい、本人も「看護師」ということで受け入れがスムーズで、そこから他サービス利用につながった。
		サービス利用に繋がらない人が、看護師ならと受け入れてくれた。
		認知症の初期段階、他のサービスを受け入れない利用者さんの服薬管理など、とっかかりに有効な場合もあると思う。
		CMからは伝えづらい内容も、訪看からだとなんか伝わりやすいし理解も得やすい。
利用者・介護者の精神的支援【43】	精神安定となった【19】	自分の体調を心配しすぎている方は多く、その事で実際に体調を崩す事もあるので、精神的フォローで導入し、落ち着かれるケースは多い。
		病状が進行することで家族の不安が強くなり、指導や支援があって精神的に落ち着かれた様子がみられた。
		一人で介護している人の精神的支えとなった。
		ターミナル、老々介護等、医療的助言があり、精神的支援につながっている。
		介護者の精神的支えになっている。
		家族や本人の病気に関する精神安定。
		在宅を維持するにあたり、疾病により専門職の専門的知識がご家族やご本人様の精神的安定にもつながる為、介護者も在宅で看る事に心強く感じてもらえる。
	利用者の相談相手が出来て精神的に安定した。	
	家族の相談にのってくれ、精神的に安定した。	
	相談に乗ってもらえることで安心できる【14】	ご本人の体調不良の訴えに対応してもらえ、ご本人が安心できた。
		Nsと家族に信頼関係ができ、相談でき安心を得ることができた。
		看護や介護に不安を抱えている家族も支援が受けられる。
		不安の強い家族の相談相手になってもらい、感謝していた。
		医療の専門職が入ることで、療養上心配なことを家族で細かく相談できるようになり、安心感をもってもらえた。
利用者や介護者に適切なアドバイスをしてもらえた。介護者が相談できる体制を取ってもらえ、医療処置についても介護者が習えて安心感を持てた。		
心気症等の対応にも時間を割いてかかわってくれ、本人や家族の安心感につながっている。		

利用者・介護者の精神的支援【43】	安心して療養生活を送れる【5】	本人や家族が安心する(暮らせる)。
		介護者がとても安心できる。
	いつでも来てもらえるという安心がある【5】	利用者が安心する。
		緊急時訪問加算をつけた事で、緊急時に来てもらえるという安心感があり、家族の不安が軽減した。
介護者への療養指導が行え、適切な対応ができるようになった【6】	介護者への療養指導が行え、適切な対応ができるようになった【6】	24時間連絡が取れるステーションがあるので、介護者の不安が解消される。「いつでも相談できる」という安心感が得られた(がん末期の方)。
		夜中も来てくれるという安心感があるので、家族が夜寝られる。
介護者への療養指導が行え、適切な対応ができるようになった【6】	介護者への療養指導が行え、適切な対応ができるようになった【6】	夜間でも相談や訪問に応じてくれる(24時間対応)。
		専門的な立場から介護者に状態を説明してくれるので、急な状態変化の時も介護者が慌てて救急車を呼ぶのではなく、一呼吸おくことができ、在宅医につなげてくれた。
難病の利用者へ支援が行えた【3】	難病の利用者への対応【3】	家族の判断で不適切な介護となっていたこと(食事や床ずれの処置)についてアドバイスしてもらえるようになり、利用者本人の利益にもなっている。
		パーキンソン症の既往症の利用者
独居者の支援が行えた【2】	独居者の安全が確保された【2】	ALSの利用者への対応。
		独居の安全が確保された。

Ⅲ まとめ

1 3事業所の訪問看護導入実績（P.9 表23～表26、P.25～31 表54～表65 図11～図14）

各事業所の利用者数に対する訪問看護の導入割合をみると、在宅療養支援診療所27.6%、居宅介護支援事業所要介護者16.2%、地域包括支援センター5.5%～3.8%であり、医療機関である在宅療養支援診療所と比較して、地域包括支援センターの導入割合が著しく低かった。在宅療養支援診療所においても、訪問看護が必要であると判断したが利用につながらなかった事例「あり」と約半数が回答しており、他の2事業所と比べその割合が高かった。訪問看護が活用されるために一定の役割を果たすことが期待される医療機関、ケアマネジメント機関の導入の実績は3割を下回る低い結果であり、訪問看護の情報を得ることや、訪問看護の機能を十分理解し導入につなげることの困難さや、必要性があっても導入できない場合があるなど、その活用には課題があることが示唆されたと考える。

利用につながらなかった理由と訪問看護を依頼する際にハードルとなることは、3事業所とも「介護者の理解が得られない」「利用者の理解が得られない」の回答率が最も高く、次いで「他のサービスと比較して報酬単価が高い」であった。これは、利用者や介護者に訪問看護の機能が、十分に理解されていないこと、訪問看護の単価が比較的高いために介護保険の給付枠内で他のサービスが受けづらくなることが要因となっていると思われる。自由記載では、訪問看護を依頼する際のハードルとして「敷居が高い」「高圧的、横柄な態度をとられることがある」「空きがないと断られる」があげられている。これまでの関わりが、事業所と訪問看護ステーションとの連携に影響を及ぼしていると考えられる。

一方で、訪問看護を導入する際の相談先は、3事業所とも「利用したことのあるST」の回答率が最も高かった。このことから、訪問看護ステーションと顔の見える関係性があることで相談につながり、訪問看護の導入に対して効果的であることが示唆されたと考える。

以上のことから、まずは一度でも訪問看護を利用してもらうために、3事業所に対し、訪問看護の活用について情報発信するとともに、訪問看護サービスの内容や効果、訪問の回数など具体的な提案を利用者に十分情報提供できる体制や、必要とされる場面で依頼を断らないための訪問看護ステーション間の協力体制を構築することが必要であると考えられる。

2 訪問看護の必要性を判断する基準としての視点および、訪問看護導入のタイミング（P.10～24 表27～表53 図2～図10）

訪問看護の必要性を判断する基準としての視点について、3事業所別に特徴をみると在宅療養支援診療所においては、『食事・栄養』では「食事摂取量が少ない」「水分摂取が少ない」「誤嚥しやすい」が、『清潔』では「口腔の清潔が保てない」、『移動』では「移動時に介助が必要である」「一人で起き上がれない」、『疾患や状況』では「寝たきり」、『その他の状況』では「独居」「介護度が高い」という項目の回答率が他の2事業所と比べ高かった。在宅療養支援診療所は、在宅で医療的ケアが必要な利用者が多いことから、療養生活に影響を及ぼすリスクに着目し、その予防に訪問看護を導入していることがわかる。また、地域包括支援センターは、『食事・栄養』では「食事療法が必要である」、『医療管理』では「服薬管理が必要である」、『疾患や状況』では「慢性疾患のコントロール不良」「精神疾患がある」という項目の回答率が他の2事業所に比べ高くなっている。地域包括支援センターが対象とする利用者は、比較的日常生活は自立しているが、慢性疾患や精神疾患など疾病の自己管理が必要な場合が多く、症状の悪化なく在宅での生活が継続できるよう、病状管理のための関わりが求められていると考える。一方、居宅介護支援事業所は、他の2事業所と比べ回答率が高い項目は特に見られなかった。

3事業所とも回答率が高かったのは、『食事・栄養』では「経管栄養をしている」であり、『排泄』では「排便のコントロールがうまくできない」「浣腸・摘便が必要」「膀胱瘻または留置カテーテルがある」「ストーマがある」であった。また、『清潔』では「入浴や清拭の介助が必要」であり、『医療管理』では「吸引をしてい

る」「点滴をしている」「疼痛コントロールをしている」「服薬管理が必要である」「酸素を使用している」「人工呼吸器を使用している」であった。さらに、『疾患や状態』では「難病や進行性疾患」「ターミナル期」「創傷や褥瘡がある」「リハビリテーションが必要」であった。このことから、具体的な医療行為や病状の変化等がある場合には、訪問看護の必要性を判断し、導入に至っていると考える。

訪問看護導入のタイミングでは、3事業所とも「在宅移行時」「状態変化時」の回答率が高い。これは、在院日数の短縮化により、急性期治療を終え回復途上で医療機関から在宅への移行が多いこと、状態変化により、医療的介入が必要となることで、訪問看護を導入していることがわかる。今後は、異常の早期発見・対応のみならず予防的な視点からの看護介入ができるよう、早期からの導入が増えることが望ましいと考える。

以上のことから、訪問看護導入に至る判断基準や視点としては、利用者に“医療行為がある”場合や“病状の変化等がある”場合、“在宅療養への移行時”であり、さらに療養生活のリスクの予防や疾病の管理など、療養の継続を目的とした医療的な介入が必要な場合であることがわかる。

訪問看護の必要性を判断する際の文書やチェックリストの活用状況については、3事業所とも「なし」が最も多く、これまでの経験等から利用者の状況を見極め判断していると推察される。一方、「あり」と回答した事業所は、在宅療養支援診療所が6.9%、地域包括支援センターは8.5%、居宅介護支援事業所は13.6%であり、「医師の指示や意見書」「訪問看護活用マニュアル 等訪問看護に関する資料」の活用であった。このことから、訪問看護の導入を判断するための具体的な例示などが記載されている「訪問看護活用マニュアル」等の周知のための働きかけが今後、必要であると考えられる。

3 訪問看護を導入してよかった事例 カテゴリー【 】、サブカテゴリー< >とする (P. 32～39 表66～表68)

訪問看護を導入してよかった事例について、3事業所ともに共通するカテゴリーは、【ターミナル・看取りの支援】【利用者・介護者の精神的支援】であった。これらのニーズへの対応は、今後もさらに、訪問看護に期待される役割であると考えられる。

事業所別の特徴をみると、在宅療養支援診療所では、【ターミナル・看取りの支援】が最も多く、これに次いで【医療的な管理】【医師が対応困難な日時への対応】【情報共有】であった。このことから、利用者に必要な医療管理の提供について、訪問看護を活用し、連携していることがわかる。

地域包括支援センターと居宅介護支援事業所では【症状や状態の改善】の記載が最も多く、サブカテゴリーから<体調管理><服薬指導><異常の早期発見・対応><リハビリによるADLの向上><褥瘡の改善>で訪問看護を導入した効果があったとされ、訪問看護が症状の改善に対して総合的にアプローチできることが評価されたものと考えられる。次いで【ターミナル・看取りの支援】【提供するサービスの向上】【利用者・介護者の精神的支援】が多くなっている。医療的な管理が訪問看護導入のきっかけになることが多いが、医療の知識と技術の提供により、療養生活に対する安心感が増すことや、在宅療養の受入や継続という効果が認識されていることが示唆されたと考えられる。

1) 期待されるターミナルケアにおける役割と連携

【ターミナル・看取りの支援】について、在宅療養支援診療所では<連携ができ在宅看取りができた>、<看取りに向けた利用者・介護者への支援>が、地域包括支援センターでは<利用者・介護者の不安軽減>、<ターミナル期の身体的苦痛の緩和><在宅看取りの実現>が、居宅介護支援事業所では<利用者や介護者が望む最期の時間や看取りができた>、<利用者・介護者に対する看取りのための心の準備や不安の軽減>、<ケアマネや介護職の頼りになった>というサブカテゴリーが抽出された。これらから、在宅の看取りでは、訪問看護が在宅医との連携による症状のコントロールのみならず、利用者・介護者の不安軽減に努め結果としてケアマネや介護職から信頼を得て利用者や介護者が希望する

在宅看取りの実現に貢献している姿が浮かび上がった。すなわち、利用者や介護者に対する精神的支援の効果が、高く評価されていることが確認されたと考える。

事業所別にみると、在宅療養支援診療所では、在宅における看取りに関し、訪問看護との連携は欠かせないものとして期待していることがわかる。また、居宅介護支援事業所では、介護職の持つターミナル期や看取りに対する不安に対し、安心してケアを提供できるよう連携することを期待していることが分かる。

平成25年度に実施した「訪問看護ステーションにおける独居者の見取りについての実態調査」において、在宅での生活を支えるために連携した職種は、ケアマネジャー(87.3%)、在宅(往診)医(68.9%)、介護福祉士(またはヘルパー)(58.0%)であった。また、在宅での看取りを望む人のおよそ半数が、実際に在宅での看取りが行えたことも明らかになっている^{*1}。このことから、ターミナル期の支援や在宅での看取りについては、訪問看護の活用について一定の理解が得られ、職種間の緊密な連携が図れていると判断できる。

こうした在宅での看取り支援の豊富な経験を生かし、在宅療養や看取りについての地域全体の理解度をあげていくための市民教育や啓発についても、今後、役割を発揮できるのではないかと考える。

2) 予防的ケアにおける役割と連携

先にも述べたが、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所で、最も多く記載があったカテゴリーは【症状や状態の改善】であり、サブカテゴリーから訪問看護が症状の改善に総合的に、アプローチできることが評価されたものとする。また、【症状や状態の改善】の効果をもたらす<服薬管理>、<リハビリ>、<ADLの改善>などのサブカテゴリーの特徴から、訪問看護の活動成果として状態悪化の予防が、在宅療養を継続する上での重要な要素であり、期待される役割であることが伺える。

このように、訪問看護により予防的視点からの介入が行われることで、利用者のADLが改善することが期待される一方で、限られたマンパワーを有効に活用するためには、服薬管理における在宅支援薬剤師や、在宅リハビリテーションにおけるリハビリ関係職種など、各専門職種との連携が重要と考える。

また、数は多くはないが、期待される効果としては精神疾患の利用者への支援についてもあげられており、精神疾患の利用者に対し、医療職者としての訪問看護師が関わることのへの評価が高い。しかし、「訪問看護ステーションにおける人材育成についての実態調査」では、精神科看護の研修は専門的で困難な項目の一つにも挙げられ、精神疾患の利用者に対応できる訪問看護ステーションは限られる現状がある。今後、精神疾患の利用者に対応できる訪問看護師の育成に努めていく必要がある。さらに精神疾患に慢性疾患を併せもつ利用者に対応できるよう、精神科医師と在宅療養支援診療所等の医療機関との協力も課題となってくる。

4 訪問看護活用のための効果的な連携の方法等

訪問看護の効果から、医療的な管理、ターミナルケア、在宅での看取りへの期待、さらに「服薬管理」「リハビリ」「ADLの改善」など症状の改善や病状の悪化を予防し、自律を促す活動が期待されることが明らかとなった。こうした期待に訪問看護が応えるためには、訪問看護師一人一人が、医療的な視点から先を見通したアセスメントを行うとともに、生活の改善(質向上を)図るために「生活支援者としての視点」を持ち、効果的な予防的ケアを実施できることが必要である。加えて、必要に応じ介護と医療機関との連携の橋渡しができる能力が重要である。さらに、日常的に利用者に関わる介護職との連携を強化できるよう、今後も介護職への情報提供や技術的な支援を積極的に展開する役割が求められる。

特に、「他のサービスと比較して報酬単価が高い」ことが、訪問看護導入のハードルとしてあげられ、導入するにあたり訪問の回数などに制約が生じることなどを考えると、ケアマネジメントの担当者への訪問看護師の機能に関する情報発信や支援能力を十分に備えた訪問看護師を育成するための体制をつくる

必要があると考える。

一方、利用者や家族の訪問看護の理解を促進するためには、利用者と訪問看護を結びつける医療施設や地域の事業所など多職種に向け、訪問看護ステーションから積極的に情報を発信し、訪問看護サービス活用による効果や具体的な提案を利用者に十分情報提供できる体制を構築する必要がある。また、訪問看護ステーション間の協力体制の構築など、利用しやすい環境づくりも同時に進めることが求められている。そして、ターミナルケアと予防的ケアにおける役割に留まらず、在宅療養や看取りについての地域住民への啓発についても、役割を発揮することが今後求められる。こうした訪問看護に期待される役割を担うことのできる人材育成と、訪問看護を利用しやすい環境づくりにより、連携が促進され、利用者の地域での生活がより希望にそった形で継続できるものとする。

IV 今後の課題

調査結果から、地域包括ケアにおいて、訪問看護が効果的に活用されるための課題は大きく「訪問看護に期待される役割を担うことのできる人材育成」と「訪問看護についての情報提供」の2点であり、これらの課題に取り組むことにより、地域での多職種連携が強化されると考える。

- 訪問看護に期待される役割を担うことのできる人材育成
 - ・介護職への技術的・精神的支援を行える訪問看護師の育成
 - ・ターミナルケアについて知識・技術を持った訪問看護師の育成
 - ・予防的な視点を持ち、ケアを提供できる訪問看護師の育成
 - ・介護と医療機関との連携の橋渡しができる能力を備えた訪問看護師の育成
 - ・在宅での看取り支援の経験を活かし、在宅療養や看取りについての地域理解を促進するための市民教育や啓発が行える訪問看護師の育成
 - ・多職種との調整の力を有する訪問看護師の育成
- 訪問看護についての情報提供
 - ・必要な人に早期に訪問看護が提供されるように、訪問看護の導入を判断するための具体的な例示などの周知
 - ・ケアマネジメントの担当者や一般市民への訪問看護師の機能や効果に関する情報発信
 - ・訪問看護サービス活用による効果や具体的な提案が利用者・家族に十分に情報提供できる体制の構築

<参考・引用文献>

- 1) 神奈川県保健福祉局保健人材課（2014）：平成25年度在宅医療推進事業 訪問看護ステーションにおける独居者の看取りについての実態調査報告書

平成27年度 神奈川県訪問看護推進協議会 構成委員 一覧

1. 訪問看護推進協議会委員

H27.8現在

	所属	職	氏名
有識者	財団法人ライフ・プランニング・センター ピースハウスホスピス教育研究所	所長	松島 たつ子
	東海大学健康科学部看護学科	准教授	岡部 明子
職能 団体	公益社団法人神奈川県医師会	理事	佐々木 秀弘
	公益社団法人神奈川県病院協会	常任理事	高原 和享
	公益社団法人神奈川県看護協会	常務理事	渡辺 二治子
	神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	清崎 由美子
保健所 政令市	横浜市健康福祉局高齢健康福祉部高齢在宅支援課	課長	賀谷 まゆみ
	横浜市医療局がん疾病対策課在宅医療	担当課長	藤井 裕久
	川崎市健康福祉局医療政策推進室	担当課長	畑 泰寿
	相模原市健康福祉局保健所地域保健課	主幹(医師)	吉田 綾
	横須賀市健康部地域医療推進課	課長	惣田 晃
	藤沢市保健所地域保健課	課長	大森 利一
県	平塚保健福祉事務所 保健福祉課	課長	弘中 千加
	医療課	課長	中澤 よう子
	がん対策課	課長	佐々木 つぐ巳
	高齢社会課	課長	笹島 大志
	障害福祉課	課長	中元 春一
	保健人材課	課長	楠 顕子

2. 作業部会委員

	所属	職	氏名
	公益社団法人神奈川県看護協会 地域看護課	統括課長	草場 美千子
	神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	清崎 由美子
	公益社団法人神奈川県看護協会かがやき訪問看護ステーション	所長	望月 洋子
	公益財団法人横須賀市健康福祉財団よこすか訪問看護ステーション	課長	桐ヶ谷 明子
	東海大学健康科学部看護学科	准教授	岡部 明子
	社会福祉法人試行会 青葉台地域ケアプラザ	所長	成田 すみれ
	厚木保健福祉事務所 保健福祉課	課長	小嶋 博子
	保健人材課	副課長	藤澤 なお子

3. 事務局

	所属	職	氏名
保健人材課		グループリーダー	加藤 健太
		主査	飯島 かおり
			平井 幸代
			伊集院 知子



神奈川県

保健福祉局 保健医療部 保健人材課 看護指導グループ
〒231-8588 横浜市中区日本大通1 電話 045-210-1111 (代表)