

在宅医療助成 勇美記念財団

2014 年度（後期）「在宅医療研究への助成」 報告書

「地域における、がん終末期患者の在宅移行時から終末期までの退院調整看護師と訪問看護師等との連携メカニズムの解析に関する」研究

長井 浜江

東京女子医科大学八千代医療センター 看護師

千葉県八千代市大和田新田 477-96

TEL : 047-450-6000

平成 28 年 2 月 29 日 提出

共同研究者：同 医療支援室 看護師 金野聡美

I.研究の背景と目的

近年、地域という枠組みの中、医療機関の機能分化や医療や介護の機能分担の明確化により効率的なサービス提供の促進、施設間及び職種間の連携強化による切れ目のない医療・介護サービス提供とそれによる利用者の生活の質の向上に向けたシステムづくりが課題となっている。平成 20 年度診療報酬改定でも、後期高齢者医療制度において、看護師や医療社会福祉士 (MSW) が中心となっていく退院調整が評価されるようになり、現在では、退院調整看護師を配置する病院が飛躍的に増加している。一方、がん対策基本法においても、がん患者が自宅においても適切な医療や緩和ケアを受ける体制を整備することが必要とされ、病院と地域との連携の必要性が高まっている。特に、医療ニーズの高いがん終末期患者の在宅療養移行が進むなか、医学的知識とケア技術、病気や障害を抱えた生活への理解が深い看護師による退院支援がますます重要性を増していると共にその受入れ調整先である訪問看護師及びケアマネジャー等の連携・活用が重要性を増している。

在宅下では、専門家の観察と適切なケアが遅れてしまう可能性が高く、医療者や患者や家族の不安が増強してしまうことが、在宅医療の中断に至る理由とし推測される。がん終末期患者が人生最後をどこで過ごすかを自己決定する場合、その選択肢に自分の生活圏での療養が挙げられることは重要である。そのために、がん終末期患者の病院治療から在宅医療の継続における阻害因子を明らかにすることは意義深い。

2003 年に「がん終末期患者の在宅移行時から終末までの病院看護師と訪問看護との連携システムの在り方に関する研究」で訪問看護ステーションの訪問看護師に対するアンケート調査を実施し、退院調整部門の設置や退院調整看護師の役割、訪問看護ステーションとの連携する上での課題等で一定の成果を得た。

しかし、その後 10 年余経過し、在宅医療支援環境も大きく様変わりし、それにつれ、病院・看護師、訪問看護ステーション・訪問看護師、居宅介護支援事業所・ケアマネジャー、がん終末期患者・家族等の意識も変化し、在宅医療支援や地域連携は飛躍的に進歩を遂げていると考えられるが、退院調整看護師の退院支援プロセス・役割に関する研究は多いが、退院調整看護師の視点からのその調整先である訪問看護師やケアマネジャーとの連携のメカニズムに関する研究は殆ど見られない。今回千葉県で訪問看護師(訪問看護ステーション)ばかりでなくケアマネジャー(居宅介護事業所)及び退院調整看護師(急性期病院)を調査対象に、地域におけるがん終末期患者の在宅移行時から終末までの病院退院調整看護師と訪問看護師・ケアマネジャーとの連携メカニズムを病院退院調整看護師の視点から調査研究を行い、これらを明らかにすることにした。

期待される成果

- 1.がん終末期患者・家族が退院後の病状の変化や介護不安などの課題を乗り越えられ、患者・家族の望む生き方に寄り添えることができるよう病院と在宅の医療職及び介護職の継続的な支援方法の実践的・具体的資料が得られる。

包括医療の導入による在院日数が短縮され、訪問看護を利用する患者も増加している。病診連携はもとより連携による看護の継続はより重要である。医療依存度が高く、医療的ケアと必要とするがん終末期患者を在宅看護する看護職や在宅支援するケアマネジャーと病院退院調整看護師の連携のメカニズムとしてとらえ、困りの現状が明らかになり、対策に関連付けができ、有効な援助方法が得られる。

- 2.ひとつの医療機関に限定されない連続性をもった医療の向上の足がかりとなるもので、ターミナルケアの充実に貢献できる。

病院退院調整看護師と訪問看護師及びケアマネジャーの十分な連携と信頼関係の下で、患者に起こりうる病態の変化にも対応可能な医師の指示に基づき、適切な観察と看護判断を行い、患者に対して適切な看護等を行うことが望ましいと考えられる。この点を踏まえつつ、療養生活の支援については、看護師等が病院・在宅を問わず知識・技術を高め、医師等との適切な連携のもと、その専門性、自律性を発揮し、患者の生活の質の向上に資する的確な看護判断を行い、適切な看護等を提供していくことが求められる。本研究から訪問看護から求められる連携する上での情報提供の在り方、組織としてのサポートシステムにずれがないか再確認する機会になる

- 3.研究から得られた結果から、看護の質の向上を考える際の参考資料を提供できる。

看護職としての連携の在り方が具体化されることでがん終末期患者・家族が望む在宅療養についてお互いの立場から意見交換をすることで症状コントロール、医療処置などの知識・技術の向上にもつながる。他方、ケアマネジャー等介護福祉職者との関わりなど個別に即した対応ができ、その積み重ねが医療全体にも反映される。

II.用語の定義

退院支援：患者・家族が、生活の場をかえて療養を継続するという選択肢があることを理解し、どこでどのような療養生活を送ればよいのかを自ら選ぶことができるよう関わること

退院調整：患者が居宅などの環境において必要な医療が継続していくよう、居宅サービス利用、療養環境整備、必要物品の調達、療養費の試算といった多方面からの調整をおこなうこと

退院調整看護師：診療報酬で退院調整加算を算定する医療機関においては退院調整を担う部門を設けることと位置づけられており、その業務及び役割を実践する専任の看護師

退院時共同指導：入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において、当該患者の退院後の在宅療養を担う医師、看護師等と共同して行うこと（診療点数早見表 医学通信社 2014年）

がん終末期患者：がん疾患で予後3～4ヶ月と診断されたものとした

在宅移行前：退院前とした

在宅 導入期：在宅療養開始から1週間前後とした

安定期：導入期と臨死期の間で、症状が比較的安定している時とした

臨死期：いよいよ死が近づいてきた時期をいい、臨終の10日から1週間前とした

III.研究の計画・方法：

1.調査方法

本研究は、地域における、がん終末期患者の在宅移行時から臨死期までの病院退院調整看護師と訪問看護師等の連携メカニズムを明らかにすることを目的とする。退院調整看護師の視点から訪問看護ステーションの看護師及び急性期病院の退院調整看護師を対象としたアンケート調査と共にケアマネジャーを対象にした訪問聴取調査による実態調査研究とした。

2.調査対象

千葉県看護協会発行の訪問看護ステーション事業所一覧に掲載されている191箇所に勤務する訪問看護師、居宅介護支援事業所12箇所、退院調整看護師に関しては当初は3箇所の病院と予定にしていたが急性期病院50箇所の退院調整看護師とした。

3.調査項目と調査機関

訪問看護師・ケアマネジャーが退院調整看護師に望むがん終末期患者の連携の在り方、後方支援を中心に退院時共同指導の実施状況、在宅移行後の基幹病院の退院調整看護師と訪問看護ステーションの看護師・居宅介護支援事業所のケアマネジャーとの情報交換や支援の現状など、2003年に同研究で作成したアンケート調査票をもとにした。対象者の属性、在宅移行前、在宅移行直後、安定期、臨死期、その他（連携に際して退院調整看護師に望むこと、今後の連携の在り方）5つのカテゴリーで12項目とした。

急性期病院退院調整看護師にも一部文面を変更して同様の調査項目とした。

介護事業所のケアマネジャーにおいても同様の質問項目でアンケートと聞き取り調査をおこなった。調査を行う前に近隣の訪問看護ステーション所長、ケアマネジャー、退院調整看護師にプレテストを行い質問項目の妥当性、言葉の定義、記入方法について意見を求めた。

調査期間：訪問看護ステーション 平成15年3月30日～5月30日

居宅介護支援事業所 平成15年11月12日

急性期病院退院調整看護師 平成16年1月18日～2月5日

4.分析方法

回答結果の統計解析に関しては専門家の意見を聞き研究チームで分析を行った。

IV.倫理的配慮

調査への依頼は訪問看護ステーション管理者、介護事業所、急性期病院看護部長あてに依頼文書を作成し、調査票に添付し郵送した。依頼文書には、研究以外に使用しないこと、質問紙は個人や所属ステーション名が特定できないように配慮することを明

記し同意を得た。また、調査結果の報告書の希望者には、返信用封筒に住所・施設名を記入してもらった。

V..調査結果・考察

千葉県には、所在する病院が 284 施設、在宅療養支援診療所 240 施設、在宅療養支援歯科診療所 84 施設、在宅患者訪問薬剤管理指導等対応薬局 554 施設、訪問看護ステーション 191 施設（平成 23 年度千葉県保健医療計画で検索）が存在している。全県で病院と地域が連携しながら地域一体型医療の充実を図っている。また、訪問看護や在宅医療、介護においても積極的に包括ケアへの取り組みが行われている地域でもある。「千葉県保健医療計画に関する調査において全県で訪問診療を受けた患者実数では平成 22 年は 12,803 人、平成 19 年度では 7,060 人と増加している」と報告している。

- ①訪問看護においては千葉県看護協会発行の訪問看護ステーション一覧を検索し 191 箇所「に依頼し」69 箇所の訪問看護ステーションより 96 名から回答がえられた。内、3 名は無記入の部分あり無効とした。回収率 36.1%
- ②ケアマネジャーでは、県内ではケアマネネットワークがあり、連絡会や勉強会等の企画など介護支援の充実に向け積極的な取り組みをされている A 市のケアマネジャー連絡会の責任者 12 名に聞き取りとアンケート調査を実施した。
- ③急性期病院の退院調整看護師では、県内の急性期病院一覧を検索し循環器・脳神経・精神科を専門とする急性期病院を除く 50 箇所の急性期病院の退院調整看護師に依頼し 16 箇所の急性期病院の退院調整看護師より回答が得られた。回収率 32%

1.対象の属性

①訪問看護

69 箇所の訪問看護ステーションで 96 名の訪問看護師から回答が得られた。62 施設は 24 時間対応可能で、がん終末期患者を 68 施設(99%)対応されていた。このことから医療依存度の高い患者の訪問看護を行っていることが推測される。訪問看護師の平均年齢は 40 歳代 (43.4%)、50 歳代 (29.3%)、60 歳代・70 歳代は 11.9%で全体の 84.6%を占め、看護師としての経験年数は 21 年～25 年目 (22%) と最も多く、20 年以上経験されている訪問看護師が全体の 55%を占めていた。また、訪問看護経験年数では 6～10 年目 (30%)、10 年目以上 (34%) であった。訪問看護ステーションの管理者の意見が調査結果の中で反映されていると考える。

②ケアマネジャー

全員ががん終末期患者の対応をされていた。ケアマネジャーは 40～60 歳代で、経験は 5 年～10 年目が 8 名、10 年以上の経験者は 3 名であった。11 名は介護福祉士の資格を有し、5 名は主任介護支援専門の資格を持っていた方々の意見が調査結果の中で反映されていると考える。

③急性期病院の退院調整看護師

16か所の急性期病院の退院調整看護師より回答が得られ回収率32%であった。

退院調整看護師の所属する病院機能は地域医療支援病院(9)、がん診療連携拠点病院(5)、災害拠点病院(5)、DPC対象病院(15)、在宅療養支援病院(1)二次救急医療指定病院(1)であり、病床数は400~499床が31.3%で最も多く、600床以上が12.5%であった。すべての病院に退院調整部門が配置され、退院調整担当看護師が配属されていた。管轄の部門は看護部37.5%、独立部門43.8%であった。責任者は医師68.8%、看護師31.3%であった。部門には医師・MSW・事務員などで構成しチーム医療を提供していた。1ヶ月の平均退院患者数639人(197±1225)、平均在院日数11から15日、病床稼働率平均77.8%(63±97)であった。退院調整看護師は看護師長、認定看護師、保健師、ケアマネジャー等の役職と資格を有し、平均年齢は49.1歳で、退院調整看護師としての平均経験年数は4.3年であった。業務としては、「訪問看護ステーションの紹介調整」・「ケアマネジャーの紹介・調整」が93.3%で最も多かった。次いで「退院準備・在宅ケア移行支援の病棟カンファレンスの企画・開催」・「退院時共同指導の企画・開催」が86.7%であった。これらの状況下にある退院調整看護師の意見が調査結果に反映されていると考える。

2..退院調整部門でのがん終末期患者の退院支援の現状

過去1年間のがん終末期患者の退院調整患者数、在宅移行患者数、急性期病院等退院調整加算算定患者から退院支援の状況を調査し回答が得られた11病院の結果では、地域支援病院・がん診療連携拠点病院・DPC対象病院で、661床を有し300名のがん終末期患者退院支援に関わり、在宅移行患者数は150名だった。次いで、455床を有し退院調整患者数が176名、在宅移行患者数72名であった。他の病院は、50名以内の退院調整で在宅移行患者は30名以内の対応であった。このことから病院機能・病床数と退院調整患者数・在宅移行患者数・退院調整加算算定数は関連していると云える。また、平均在院日数は13.3日以内、病床稼働率は80.5%であるが、がん終末期患者の退院調整との関連性については評価できなかった。退院調整部門へのがん終末期患者の依頼は担当看護師からが回答者の87.5%と最も多かった。次いで担当医師で81.3%であった。依頼方法としては電話連絡が100%、文書(退院支援計画書・スクリーニングシート)での連絡が81.3%、家族を介して50%であった。他にカンファレンスや介入ツール等で積極的に介入している病院もあった。退院調整は退院決定時から開始が56.3%、入院時からが43.8%、外来通院時より調整開始をしているが25%であった。退院直前の調整開始は18.3%だった。どのようなシステムになっているかは今回の調査では限界があった。尚、当センターでは、病床稼働率が90%、平均在院日数は10日前後であり入院時に担当看護師が退院支援計画書を作成し、支援が必要な患者は医療支援室にてチェックし早期からの介入をシステムにしている。

2.訪問看護師・ケアマネジャーのがん終末期患者の受け入れの現状

訪問看護ステーションとして、過去1年間のがん終末期患者を1名~10名が38%、11名~20名が17%、31名~40名が12%であった。最高は178名のがん終末期患者を受け入れたという訪問看護ステーションもあった。がん終末期患者でターミナルケア療養

費算定数では1名～10名が35%、21名～30名が18%、最高では124名のターミナルケア療養費を算定された訪問看護ステーションがあった。訪問看護自身が過去1年間に2人～5人のがん終末期患者を受け持ったが38%、30人以上が6%で、最高は130人のがん終末期患者を受け持っていた。又、過去1年間に2人～5人のがん終末期患者を在宅で看取りをされた方が全体の34%で、10人～20人が11%、40人以上は3%、最高は120人の看取りをされていた。反面、がん終末期患者を受け持ったが0～1人未満が22%、在宅での看取りをしたが0～1人未満が38%であった。これらのことから、訪問看護ステーションの受け入れ状況と比例していることが伺える。10名のケアマネジャーは、過去1年間にがん終末期患者を2名から3名を担当、7名のケアマネジャーは2名から3名のがん終末期患者の在宅での看取りをしていた。訪問看護ステーションのマンパワーや体制により受け入れ状況が異なることや、往診医との関係も影響があると考えられる。

3.退院調整看護師と訪問看護・ケアマネジャーとの連携状況

1) 退院調整看護師の相談依頼から在宅移行するまでの地域連携について

退院調整看護師が在宅移行にあたり訪問看護ステーション、かかりつけ医、ケアマネジャーに連携した1年間の実数から病院機能及び退院調整患者数と在宅移行患者数から見る訪問看護ステーション・かかりつけ医・ケアマネジャーとの連携状況(表1)ではがん診療連携拠点病院では退院調整患者数・在宅移行患者数と同様に訪問看護・かかりつけ医・ケアマネジャーと連携していた。最も多く訪問看護ステーションとケアマネジャーに連携している病院については退院調整患者数と在宅移行患者数と一致しないため「がん終末期患者」とは限らないと推測する。

2) 退院調整看護師から訪問看護ステーション及びケアマネジャーへのがん終末期患者の依頼状況

93名の訪問看護師から回答結果から、がん終末期患者の依頼は国公立病院が87.1%で最も多く、大学病院が73.1%であり、これらのことは包括医療による在院日数の短縮に伴う病院としての在宅医療の取り組みの結果と考える。また、クリニックからの依頼が51.3%であることはがん終末期患者が訪問診療を受けていることが伺える。ケアマネジャーにがん終末期患者の依頼状況は訪問看護と同様であると云える。病院からの依頼は退院調整看護師からであった。この結果から退院調整看護師が訪問看護ステーションの紹介・調整していることが明らかに出来た。ケアマネジャーへの依頼は11/12名は退院調整看護師から依頼があると回答、5/12名は医療社会福祉士からも依頼を受けていた。訪問看護師とは異なっていたのは、訪問看護ステーションや包括支援センターを介しての依頼があったことだった。このことは、依頼する病院内で退院調整看護師と医療社会福祉士が協働で調整をしていること、介護支援の要にケアマネジャーがなって活動していることが推測される。平成23年3月に財)日本訪問看護振興財団：退院調整看護師に関する実態調査報告書では、入院基本料金7:1の一般病院での退院調整部門の設置率

78%、10:1は62.2%だった。看護師の配置率84.2%で、退院調整看護師が中心となつて行う業務の中で訪問看護ステーションの紹介・調整が70.1%、ケアマネジャーの紹介・調整は59.3%と報告されていた。

3.退院調整看護師・訪問看護師及びケアマネジャーががん終末期患者への退院調整または在宅で困難とする対応

1) 退院調整看護師ががん終末期患者への退院調整で困難とする対応

退院調整看護師が、がん終末期患者の退院支援・調整で看護問題としていることは、「患者・家族の不安が強い」、「サービス調整不十分等介護力に問題がある」と全員が回答、次いで「医療処置の手技ができない」86.7%、「疼痛コントロールが不良」80%、「介護認定が出来ていないため介護サービスが利用できない」80%であった。「症状緩和の対処がされていない」73.3%、「家族が病状を理解していない」「経済的に問題がある」「必要物品・薬剤等の不足」「キーパーソンが不明確」「緊急時の受け入れ体制が不明確」「患者が病状を理解していない」53.3%の順に多かった。

2) 訪問看護師・ケアマネジャーががん終末期患者の在宅で困難とする対応

がん終末期患者で困難とする看護対応が「ある」と回答された方は69.1%であった。「ある」場合の看護対応や医療処置では「疼痛コントロール」が50%と最も多く、「中心静脈栄養」「褥創を含む創部処置」「喀痰吸引」・「人工呼吸器」「PCAポンプ管理」「抹消点滴のラインの確保と管理」「乳癌自壊創の管理」「せん妄への対応」「精神的な援助」「家族への支援・ケア」などであった。9名のケアマネジャーはケアマネージメントで対応困難なことは「家族の意見の集約」が7名、「患者本人の本心や意志の聴取、把握」5名、「病状理解、予後予測」4名がであった。

1) 2) から退院調整看護師には、がん終末期患者が抱える様々な看護問題を解決できるように退院支援・調整してしているが、特に「在宅療養が可能な症状コントロールの情報提供と調整」、「患者・家族への支援やケアを含めた十分な退院指導」ができていないことが明らかであった。

4.在宅移行するまでの連携について

1) 依頼から在宅移行期間

退院調整看護師は、がん終末期患者の退院調整を開始して2週間以内に在宅移行するが53.8%、訪問看護師は依頼から在宅移行されるまでの平均日数は1週間以内が42.5%と、2週間以内が41.3%であった。訪問看護師の体制として在宅での受け入れ可能な日数では、1週間以内が52.5%と最も多かった。ケアマネジャーは依頼から平均1週間(6名)、理想とする在宅移行までの期間は、1週間(4名)、2週間(5名)であった。退院調整看護師では、がん終末期患者が入院されると、病棟看護師の退院支援計画に基づいて1週間～2週間で在宅移行できるよう退院調整を実施していた。これらから、在宅移行期間においては依頼する側と受け入れる側に相違はなかった。退院調整加算、退院支援計画作成加算などの取り組みが診療報酬で算定できるように

なり、各病院で専門部署を設置し専任の退院調整看護師が関わり在宅療養に向けた退院支援・調整が推進された結果 1～2 週間でも可能になり、受け入れる訪問看護師・ケアマネジャーも体制が整えられてきていると云える。

2) 在宅移行前の患者情報収集について

訪問看護師は、看護サマリーでの情報提供 89.3%、退院前カンファレンス (82.1%)、訪問看護指示書 (79.8%)、電話での情報 (77.4%) など情報を得られていた。また、ケアマネジャーからの情報 (75%)、病院訪問を 2～3 回 (7.9%) などもあった。ケアマネジャーは院時共同指導 (10/12 名)、病院訪問 (8/12 名) 家族面談 (8/12 名) 電話連絡 (8/12 名) で患者の情報収集をしていた。依頼されたがん終末期患者が退院するまでに入院先の病院を 2～3 回の訪問をするが 6/12 名であった。有機的な連携を図るために看護サマリーや退院時共同指導 (カンファレンス) は必要不可欠の条件と云える。訪問看護師やケアマネジャーの病院訪問はがん終末期患者の在宅療養生活に安心に繋がる効果的な援助と考える。但し、看護サマリーの内容に関しては活用できないとの意見も多々あった。

5.退院時共同指導について

1) 退院調整看護師

退院時共同指を開催しているかの質問に回答者 16 名のうち、15 名 (93.7%) が開催し訪問看護師は回答者の 88%、ケアマネジャーは全員参加されていた。得られる効果としては「患者・家族との信頼関係が築きやすい」「医療者間の連携が図りやすい」、「看護・病状理解や治療方針の共有がしやすい」「緊急時の連絡対応が確認できる」「退院支援計画がたてやすい」「ケアプランが立てやすい」であった。参加状況では病棟看護師とケアマネジャーで全員 (100%)、訪問看護師 92.9%で他に、PT・OT・ST、主治医、在宅医、薬剤師、ヘルパー、福祉用具相談員、外来看護師であった。

これらから、退院時共同指導を実施することは病院側の医療者と地域の医療者や介護担当者である訪問看護師・ケアマネジャーの情報共有や退院に向けた調整等で相互の療養生活支援において必要不可欠の調整の場と云える (2003 年度の本調査では退院時共同指導の実施率は 55%)

6.在宅移行時 (導入期)

1) 在宅移行時の病状の受け止め方のずれ

①在宅移行時に訪問看護師 66 名 (81%)、ケアマネジャー 8/12 名 (66%) は、病院の医療者と患者・家族とは病状の受け止め方に「ずれ」があると感じると回答されていたが、退院調整看護師に訪問看護師から在宅移行直後に「ずれ」があり在宅困難と連絡あるが 33.3%であった。

②病院の医療者と患者・家族とは病状の受け止め方に「ずれ」があり在宅困難となった時の対処で「退院調整看護師に連絡し、いきさつを確認する」訪問看護師は 43.9%、ケアマネジャーは 2/12 名 (16.6%) であった。

③訪問看護師は「今の患者・家族の思いを受け止め、対処できる範囲で補足修正する」が 74.2%、「ケアマネジャーや関わる人々と情報共有し調整する」39.4%であり、ケアマネジャーは「患者・家族の意思を確認する」、「訪問看護師に相談する」と 8/12 であった。

④退院調整看護師は「ケアマネジャーや関わる人々と情報共有し調整する」86.7%、「訪問看護師に連絡し、いきさつを確認する」は 66.7%であった。

これらから、訪問看護師は療養者の支援者として多方面に働きかけて調整し、ケアマネジャーは医療的なことは訪問看護師に相談しながら調整してこた。また、退院後の訪問看護師やケアマネジャーの相談窓口で退院調整看護師が担当していることが明らかであった。「ずれがある」は療養場所が病院から在宅となり、退院前に説明をうけてからの時間の経過の中で患者・家族なりの解釈に変わることは容易に理解できるので「気持ちの変化」として捉え、対応していくことが解決策と云える。退院調整看護師は在宅移行後も訪問看護師の連携窓口となり解決できるよう支援していく役割があると考えられる。

2) 在宅移行直後の訪問看護師の困り

「患者・家族の不安が強い」が 62.9%と最も多く、次いで「家族が病状を理解していない」59.6%、「患者が病状を理解していない」46.1%、「経済的に問題がある」46.1%、「疼痛コントロールが不良」43.8%、「緊急時の受け入れ体制が不明確」38.2%、「症状緩和の対処がされていない」37.1%、「サービス調整不十分、介護力に問題がある」36%の順に多かった。

3) ケアマネジャーの困り

「患者・家族の不安が強い」が 9/12 名、「家族が病状を理解していない」「患者が病状を理解していない」は 8/12 名、「サービス調整不十分、介護力に問題がある」が 5/12 名であり、「ケアマネジャーは環境調整、介護面でサポートする役割となり、医療職の方々から話を聞くと医療と介護、病院と在宅生活等考え方が異なり、お互いに理解の差があると感じる、病院にとって当たり前なのが、在宅支援側にとって、当たり前ではないこともある」などの意見もあった。

これら 2) 3) は、2003 年度に実施した調査結果と同様であった。退院支援・調整に関わる病院医療者は患者・家族の抱える問題を在宅移行前に解決できるような取り組みが不十分と云える。宇都宮 2)、長谷川 4) 大堀 5) 等も在宅移行支援の中で退院調整看護師は生活者として捉えた患者・家族への退院支援を早期から介入や、そのためにスクリーニングシステムの整備、医療者間カンファレンスの積極的開催、教育、支援困難事例の直接介入等、院内医療チームの連携強化などをより充実させる必要があると述べている。当センターでは MSW、理学療法士、栄養士、薬剤師が個々の患者に対応し、定期的に担当医師・看護師とカンファレンスを実施し、治療方針、看護問題、生活上での支援の必要性の評価などを共有し問題解決への支援や調整を行い、退

院支援調整看護師と MSW で地域の医療機関への連携調整や介護支援の調整を行わない進捗状況を確認しながら在宅移行へと進めている、また退院時共同指導の場でそれぞれの担当者から地域の担当者に継続できるようにしている。

7.安定期の退院調整看護師と訪問看護師・ケアマネジャーの連携の現状

退院調整看護師はがん終末期患者が在宅移行し病状が安定期間では、訪問看護師看護師情報交換を実施しているのは 80%、訪問看護師は 62%、ケアマネジャーは 6/12 (50%) これらから、安定期では、訪問看護師もケアマネジャーも状況に合わせて退院調整看護師と情報交換などで連携していると云える。

8.臨死期の退院調整看護師と訪問看護師・ケアマネジャーの連携の現状

訪問看護師はがん終末期患者の臨死期に退院調整看護師と連携しているが 74.2%、ケアマネジャーでは 9/12 名 (75%) がであった。退院調整看護師もケースによって連携している 75%であった。主な理由は「患者自身が入院を希望したとき」92.3%、「病状変化にともない、家族が対応できないと判断したとき」84.6%、「看取りは病院で行うと決めているとき」84.6%であった。これらは退院時共同指導を実施した際に確認されている事項と推測、病院としては後方支援の役割であり、その窓口で退院調整看護師が担当し支援・調整していることが明らかになった。

9.今後の課題

訪問看護師・ケアマネジャーは以下の事項を退院調整看護師の調整で不十分と回答されていた。

- ①より良い在宅療養とするための退院前のインフォームドコンセントの充実
- ②患者・家族の生活スタイルに即した退院指導の実施
- ③退院前カンファレンスをできる限り早く計画・実施すること
- ④看護ケアに活用できる看護サマリーの提供又は看護サマリーの質的向上
- ⑤在宅療養決定後の連携連絡の迅速性

これらから、退院調整看護師としては院内及び地域におけるコーディネーター的な役割を最大限に発揮するために退院支援と退院調整をより充実させていくことが重要であり課題であることが明らかになった

10.がん終末期患者の在宅療養支援で看護ケアの向上のために病院看護師と一緒に取り

組むことしたら、「在宅で行うための処置内容を検討」が 55.3%と最も多く、次いで「病院看護師の訪問看護研修」54.1%であった。また、「事例終了後に病院の担当者との振り返り」では 37.6%、「症状コントロールの勉強会」は 35.3%、「看護に活用できる看護サマリーや連携パスの検討」31.8%等を希望されていた。ケアマネジャーは「事例終了後に病院の担当者との振り返り」7/12 名 (58.3%) が多かった。急性期病院の退院調整看護師は「事例終了後に病院の担当者との振り返り」「病院看護師の訪問看護研修」が多かった。回答者の意見ではあるが「病院医師・退院調整看護師・MSW・在宅医等でデスカンファレンスや振り返りカンファレンスを行うことも増え、お互いの立場から意

見交換ができて病院との連携の機会がおおくなり困難に感じる事が少なくなっている。お互いの立場を知ることによってスムーズな移行、連携ができていくと思う」と述べられていた。このような機会を多く持つことが看護ケアの向上に繋がると考える

VI.まとめ

地域一体型の医療体制、急性期医療における DPC の導入、退院調整加算の算定などによる医療制度が大きく変化している現状、在宅医療、包括ケアシステムなどの取り組みで介護支援の強化にむけて訪問看護師・ケアマネジャーの病院訪問なども実施されている。今回の研究は勇美記念財団 2003 年度在宅医療助成にて「がん終末期患者の在宅移行時から終末期までの病院看護師と訪問看護師の連携システムの在り方に関する」研究報告書結果をもとに、10 年を経過したその後の現状について調査を行った。調査に関しては 2003 年度の調査項目をベースにその後の医療・福祉・介護環境の変化に対応修正し、がん終末期患者の看護連携システムに焦点をあて、千葉県内の訪問看護師、ケアマネジャー、急性期病院の退院調整看護師を対象に調査を行った。69 箇所の訪問看護ステーションより 96 名、16 箇所の急性期病院の退院調整看護師より回答が得られた。A 市のケアマネジャー連絡会の責任者 12 名に聞き取りとアンケート調査の協力を得ることができた。

《明らかになったこと》

- 1) 病院と在宅の医療職及び介護職者は、がん終末期患者・家族が退院後の病状の変化や介護不安などの課題を乗り越えられるよう継続的に支援を実践していた。
- 2) 急性期病院では専門職同士が一体となりがん終末期患者・家族の望む生き方に寄り添えるために入院前から継続的に支援し、入院と同時に在宅での療養が可能になるために支援活動をしていた。
- 3) この中心的役割を担っている退院調整看護師は回答された全病院に配置され退院調整を実践していた。その調整は訪問看護師やかかりつけ医との連絡調整、介護支援のための社会資源の活用やケアマネジャーとの連絡調整、関係する職種と共に退院支援計画に基づいた退院支援などが主とした業務であった。
- 4) 包括医療の導入による在院日数が短縮され、訪問看護や介護支援を利用できるように退院調整看護師は外来通院中や入院時から訪問看護ステーションやケアマネジャーと看護の継続が図れるよう連絡・調整していた。
- 5) 訪問看護師・ケアマネジャーは患者・家族への病状説明の不足、在宅での生活に即した退院指導など不十分のまま在宅移行され困りの要因になっていた。
- 6) 退院時共同指導を実施することは病院側の医療者と地域の医療者や介護担当者である訪問看護師・ケアマネジャーの情報共有や退院に向けた調整等で相互の療養生活支援において有効であった。退院時共同指導を退院調整看護師は開催の企画し、訪問護

師・ケアマネジャーは極的に参加されていた。双方に必要不可欠の場であった。

- 7) 退院調整看護師は医療依存度が高く、医療的ケアを必要とするがん終末期患者の在宅移行時の医療者と患者・家族の受け止め方のずれから生じる問題や、臨死期の緊急対応など状況に合わせて訪問看護師やケアマネジャーと共に在宅移行後も継続して支援していくことが在宅で療養する患者・家族の安心に繋がっていた。
- 8) 退院調整看護師はがん終末期患者が退院後も訪問看護師・ケアマネジャーと連携しながら患者・家族の療養支援を実施していた。
- 9) 退院調整看護師は終了したケースの振り返りを行うためのデスカンファレンスを企画し病院・地域間でフィードバックする場を企画していた。

《課 題》

1. 困りや問題を解消していくために、退院調整看護師は院内の専門職種間でのカンファレンス、地域の専門職との共同指導やカンファレンスを実施することで患者・家族の抱える問題を明確にでき、状況に合わせた対応ができるのではないかと考える。急性期病院の退院調整看護師の取り組みとして早期介入に向けてのスクリーニングシステムの整備、医療者間カンファレンスの積極的開催、教育、支援困難事例の直接介入等院内医療チームの連携強化などをより充実させていくことが求められる。訪問看護師・ケアマネジャーは以下の事項を退院調整看護師の調整で不十分と回答されていた。
 - ① より良い在宅療養とするための退院前のインフォームドコンセントの充実 60% (前回 77.9%)
 - ② 患者・家族の生活スタイルに即した退院指導の実施 58.8% (前回 84.5%)
 - ③ 退院前カンファレンスをできる限り早く計画・実施すること 48.2%、
 - ④ 看護ケアに活用できる看護サマリーの提供又は看護サマリーの質的向上 34.1%
 - ⑤ 在宅療養決定後の連携連絡の迅速性 32.9%、

これらは2003年の同調査結果より改善の傾向にあるが、より良い在宅療養とするための退院前のインフォームドコンセントの充実、患者・家族の生活スタイルに即した退院指導の実施、看護ケアに活用できる看護サマリーの提供又は看護サマリーの質的向上、などは病院の看護師はがん終末期患者・家族を生活者として捉えての退院支援、がん終末期と診断された患者・家族の不安に寄り添えていない現状があると云える退院調整看護師としては院内及び地域におけるコーディネーター的な役割を最大限に発揮するために退院支援と退院調整をより充実させていくことが重要であり課題であることが明らかになった

- 2 病院退院調整看護師と訪問看護師及びケアマネジャーの十分な連携と信頼関係の下で、患者に起こりうる病態の変化にも対応可能な医師の指示に基づき、適切な観察と看護判断を行い、患者に対して適切な看護等を行うことが望ましいと考えられる。この点を踏まえつつ、療養生活の支援については、看護師等が病院・在宅を問わず知識・技術を高め、医師等との適切な連携のもと、その専門性、自律性を発揮し、患者の生活の質の

向上に資する的確な看護判断を行い、適切な看護等を提供していくことが求められる。退院調整看護師、訪問看護師、ケアマネジャーはがん終末期患者の在宅療養支援で看護ケア向上のため取り組みとして以下のことを希望されていた。

「在宅で行うための処置内容を検討」「事例終了後に病院の担当者との振り返り」

「症状コントロールの勉強会」「看護に活用できる看護サマリーや連携パスの検討」

「病院看護師の退院後に病院からの訪問に診療報酬上認められるようにする」

看護職としての地域連携の在り方が具体化されることで患者・家族が望む在宅療養についてお互いの立場から意見交換をすることで症状コントロール、医療処置などの知識・技術の向上にもつながる。他方、患者の満足度向上及び介護者の負担軽減にも貢献できるものである。ケアマネジャー等介護福祉職者との関わりなど個別に即した対応ができ、その積み重ねが医療全体にも反映されると考える。

《結 論》

今回は、「地域におけるがん終末期患者の在宅移行時から終末期までの退院調整看護師と訪問看護師・ケアマネジャーとの連携メカニズムの解析に関する研究」を調査手法により千葉県域で実施したが、送り手の病院＝退院調整看護師側と受け手の訪問看護ステーション＝訪問看護師及び居宅介護支援事業所＝ケアマネジャーの間には当該患者のために最大限のケアをする認識はそれぞれケア担当として職務を超えた崇高な心で有しているものの、対応には「ずれ」があり、特に、受け手側からの「ずれ」の意識と要望が散見され、上記「明らかになったこと」・「課題」により現状と課題を把握できることとなり、本調査の意義を深く感じるも、「ずれ」の要因を探ることが課題である。

謝辞

本研究に公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団「在宅医療研究への助成」を頂いただき心よりお礼申し上げます。又アンケート調査にご協力を頂いた訪問看護ステーションの管理者の方・訪問看護師の方々、急性期病院の看護部長及び退院調整看護師の方々、インタビューに協力していただいたケアマネジャーの方々、調査結果の統計処理方法についてコメントを頂いた諸先生、その他お世話になった関係者の方々に深く感謝いたします。

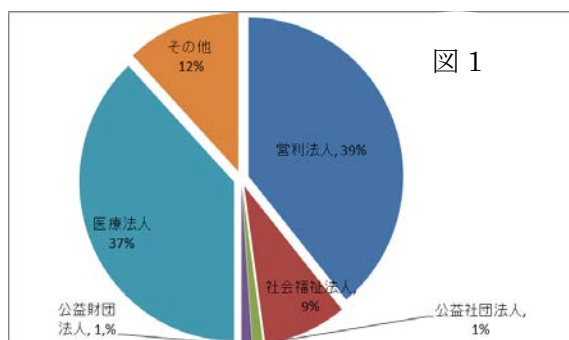
「がん終末期患者の在宅移行時から終末期までの退院調整看護師と訪問看護師・ケアマネジャーとの連携の現状」についてのアンケート調査結果

1.訪問看護師 2.ケアマネジャー 3.急性期病院退院調整看護師

1.訪問看護師

1.対象の属性 千葉県全域の訪問看護ステーション 69 施設であった。

1) ステーションの母体 (図 1)、



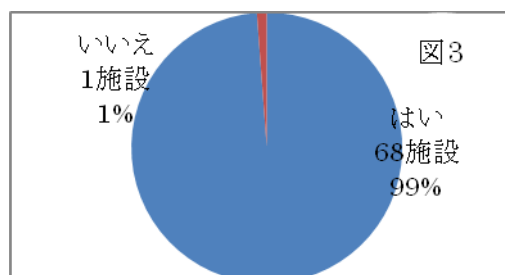
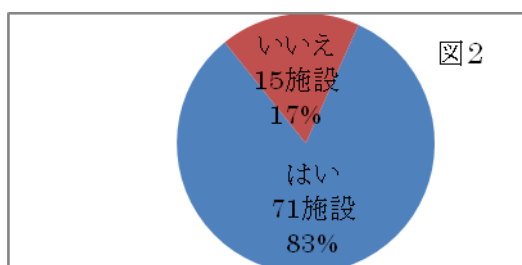
2) がん終末期患者の依頼はどのような施設かあるでは 93 名の訪問看護師から回答が得られた。依頼のあった施設を複数回答とした。国公立病院から依頼があると回答した訪問看護師は 81 名 (87.1%) で最も多かった。

大学病院	国公立病院	一般病院 (100 床未満)	一般病院 (100 床以上)	ホスピス	有床診療所	クリニック
68	81	38	57	3	16	57
73.1%	87.1%	40.9%	61.3%	3.2%	17.2%	61.3%

4) ステーションの体制

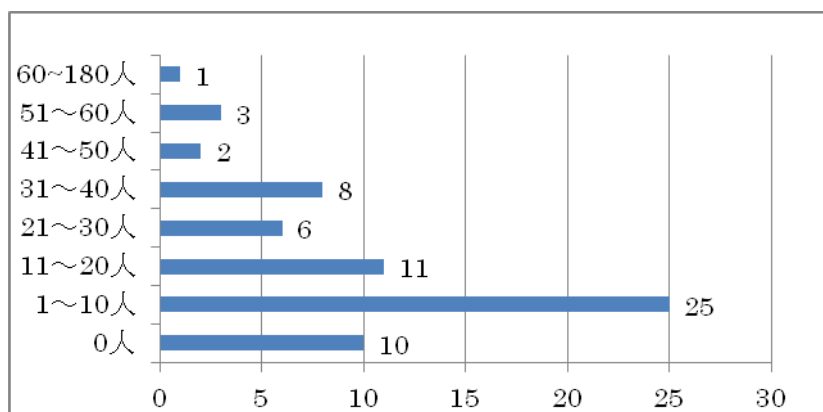
① 24 時間対応可能体制 71 施設が受け入れ可能な体制で全体の 83%であった。(図 2)

② がん終末期患者は 1 施設を除く 68 施設で受け入れていて (99%) 殆どの施設が対応されていた (図 3)



③ 過去 1 年間にがん終末期患者を受け入れ患者数

がん終末期患者を 1 名～10 名が 38%で最も多かった。最も多く受け入れが多い施設では 178 名のがん終末期患者を受け入れていた。(n : 66 施設)



0人	10	15%
1~10人	25	38%
11~20人	11	17%
21~30人	6	9%
31~40人	8	12%
41~50人	2	3%
51~60人	3	5%
60~180人	1	1%

④ターミナルケア療養費算定患者数

がん終末期患者でターミナルケア療養費を算定された施設では、1名～10名が35%、であった。最も多く算定された施設では124名であった。30%の施設ではターミナル療養費算定されていなかった（n：66施設）

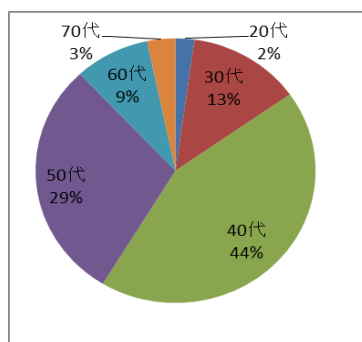
ターミナル療養費算定数	0人	1-10人	11-20人	21-30人	41-50人	61-180人
ステーション数	20名	23名	9名	12名	1名	1名
	30%	35%	14%	18%	1%	2%

2.1) 訪問看護師の背景

女性が87名で96.6%であった。（n：90名）

2) 訪問看護師の年齢別内訳（n：92名）

40代が43.4%、50代が29.3%、60代・70代は11.9%で全体の84.6%を占めていた。



3) 資格

資格は看護師が88%であった。（n：93名）

資格	保健師	助産師	看護師	准看護師	合計
人数	7名	7名	82名	3名	93名
割合 (%)	8%	1%	88%	3%	100%

4) 訪問看護師の看護師としての経験年数（n：91名）

看護職としての経験年数は21～25年目の方が22%と最も多かった。20年以上経験されている方が全体の55%を占めていた。最高は55年目、最少では5年目であった。

1～5年	6～10	11～15	16～20	21～25	26～30	31～35	36～40	55
1名	6名	16名	18名	20名	17名	9名	3名	1名
1%	6%	18%	20%	22%	19%	10%	3%	1%

5) 訪問看護師としての経験年数

訪問看護経験年数では6～10年目が30%、11年以上が34%であった。(n : 91名)

1年目	2年目	3～5年目	6～10年目	11～15年目	16～20年目	21～25年目
12名	2名	19名	27名	16名	12名	3名
13%	2%	21%	30%	18%	13%	3%

6) 訪問看護師となつてがん終末期患者受け持った経験

96%の訪問看護師はがん終末期患者を受け持った経験があった。(n : 91名)

はい	87名	96%
いいえ	4名	4%
合計	91名	100%

7) 過去1年間がん終末期患者の受け持った人数

過去1年間に2～5人のがん終末期患者を受け持ったことがあるが38%であった。1人未満が22%であった。その反面、30人～130人のがん終末期患者を受け持ったが6%であった。(n : 88名)

0～1人	2～5人	6～10人	11～20人	21～30人	31～40人	41～50人	51～60人	60～130人
19名	33名	14名	12名	4名	1名	3名	1名	1名
22%	38%	16%	13%	5%	1%	3%	1%	1%

8) 過去1年間がん終末期患者を在宅で看取りをした人数

過去1年間に2～5人のがん終末期患者を在宅で看取りをされたが全体の34%であった。最も多い訪問看護師は120人のがん終末期患者の看取りをされていた。1人未満の看取りをされた方は38%であった。(n : 90人)

0～1人	2～5人	6～10人	11～20人	21～30人	31～40人	41～50人	51～60人	60～130人
34名	31名	11名	9名	2名	0名	2名	0名	1名
38%	34%	12%	11%	2%	0%	2%	0%	1%

在宅移行前 《定義：退院前とする》

3.がん終末期患者の依頼について

訪問看護師88名より回答が得られた。但し1) 2) とも複数回答とした。

1) 病院からの依頼は退院調整看護師からが 75 名で回答者の 85.2%と最も多かった。(比率は 88 名を母数にして計上)

退院調整 看護師	MSW	担当 看護師	病棟師長 主任	担当 医師	患者 家族	その他
75 名	62 名	8 名	5 名	19 名	23 名	18 名
85.2%	70.4%	9%	5.6%	21.5%	26.1%	20.4%

2) 依頼の連絡方法

電話連絡が最も多く 80 名で 90.9%であった。(比率は 88 名を母数に計上)

電話連絡	文書・依頼状・紹介状	家族を介して	その他
80 名	25 名	11 名	6 名
90.9%	28.4%	12.5%	6.8%

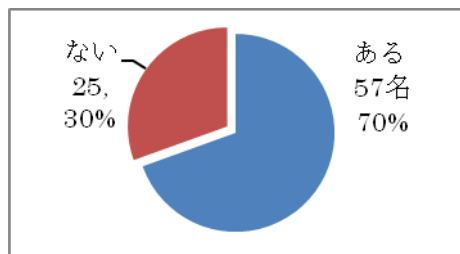
3) 退院までの訪問回数

がん終末期患者の訪問依頼があり、退院するまで 0~1 回の病院訪問は 85.2%であった。

0~1 回	69
2~3 回	7
4 回以上	2

4.がん終末期患者の看護対応について

1) がん終末期患者への対応で困難とする看護対応とする処置で、「ある」と回答された方は 69.1%であった。(n : 82)



2) 57 名の方は困難が「ある」場合の看護対応や医療処置で「疼痛コントロール」が 50%で最も多かった。その他の困難な対応として「せん妄への対応」「精神的な援助」「家族への支援・ケア」「PCA ポンプ管理」「抹消点滴のラインの確保と管理」「乳癌自壊創の管理」「医師との連絡」などがあつた。但し、複数回答可とした。(比率は 57 名を母数に計上)

喀痰吸引	人工呼吸器	留置カテーテル	経管栄養	人工肛門	ドレーン	中心静脈栄養	褥創を含む創部処置	在宅酸素	疼痛コントロール	その他
7 名	7 名	3 名	1 名	3 名	6 名	8 名	8 名	2 名	45 名	14 名
7.8%	7.8%	3.3%	1.1%	3.3%	6.7%	8.9%	8.9%	2.2%	50%	15.6%

3) 困難と感じる理由

困難が「ある」と回答された看護師 81 名の困難と感じる理由は、マンパワーの不足が 25.9%、対応する医師が居ないが 21%であった。その他に述べられていることでは「指導内容が統一されていない」「家族への精神的ケア」「感染管理」「24 時間体制での対応」「周囲の理解が得られない」「本人が帰りたいからと退院するケースが多く、在宅移行する期間が短い」「在宅では常時看護師がいる状況ではなく、トラブルの対応等で不信が生じたとき」「担当医師が症状コントロールできない」「病状変化の受け入れなどメンタルを含む対応」、「医師の説明不足の時」「連日訪問はスケジュール調整が難しい」「医師との連携がスムーズにいかない場合」「独居の看取り」「家族の力量不足の時」「本人が病状を理解されていない」等であった。

技術の経験がない	対応する医師が居ない	医療器材の調達ができない	マンパワーの不足	その他
10 名	17 名	8 名	21 名	25 名
12.3%	21%	9.9%	25.9%	30.9%

5.相談依頼から在宅移行するまでの連携について

- 1) 訪問看護の依頼があってから在宅移行されるまでの平均日数は 1 週間以内が 42.5%と一番多く、次いで 2 週間以内が 41.3%であった。(n:81 名)

2~3 日	6 名	7.5%
1 週間以内	34 名	42.5%
2 週間以内	33 名	41.3%
1 か月以内	7 名	8.8%

- 2) 訪問看護師の体制として在宅での受け入れ可能な日数では、1 週間以内が 52.5%と最も多かった。3 日以内でも可能と回答された方は 17.5%であった。(n:81 名)

2~3 日	14 名	17.5%
1 週間以内	42 名	52.5%
2 週間以内	25 名	30%

- 3) 依頼された患者の情報を在宅移行前にどのような方法で得られるかでは、看護サマリーが 89.3%であった。その他としては診療情報提供書、地域連携パスシートが挙げられていた。但し、複数回答とした。(比率は 84 名を母数に計上)

電話	65 名	77.4%
訪問看護指示書	67 名	79.8%
看護サマリー	75 名	89.3%
患者・家族への指導パンフレット	10 名	11.9%

検査データ	34名	40.5%
処方内容	33名	39.3%
患者への説明書	16名	19%
病院訪問	39名	46.4%
家族面接	30名	35.7%
退院前カンファレンス	69名	82.1%
ケアマネジャー情報	63名	75%
その他	5名	6%

6.退院時共同指導について

1) 退院時共同指導に参加しているかの質問に 88%が参加されていた。(n : 92名)

参加している	81名	88%
参加していない	11名	12%

2) 退院時共同指導に参加されていない理由としては、時間がないと全員が回答されていた。但し、複数回答とした。(比率は母数を 11名と計上)

実施しても、しなくても看護介入には差がない	2名	18.2%
マンパワーの問題	6名	54.2%
診療報酬料金に見合わない	2名	18.2%
病院が遠い	5名	45.5%
時間がない	11名	100%
交通費がかかる	0名	0%
その他	3名	27.3%

3) 退院時共同指導に参加していると回答された 81名は得られる効果として、「患者・家族との信頼関係が築きやすい」が 80.2%、「医療者間の連携が図りやすい」79%、「看護・病状理解や治療方針の共有がしやすい」が 76.5%であった。但し、複数回答可とした。(比率は母数を 81名として計上)

患者・家族との信頼関係が築きやすい	65名	80.2%
訪問計画が立てやすい	39名	48.1%
看護・病状理解や治療方針の共有がしやすい	62名	76.5%
医療者間の連携が図りやすい	64名	79%
緊急時の連絡対応手段が確認できる	43名	53.1%
効果についてはなんともいえない	3名	3.7%
その他	2名	2.5%

4) 退院時共同指導に参加し、同席者の誰に声をかけているかの質問では、最も多く声をかけているではケアマネジャーが72.5%であった。その他にはMSW、栄養士であった。但し複数回答可とした。(比率の母数は80名で計上)

主治医	在宅医	病棟 看護師	退院調整 看護師	病院内 PT OT・ST	薬剤師
50名	31名	53名	50名	30名	15名
62.5%	38.8%	66.3%	62.5%	37.5%	18.8%
ケアマネ ジャー	訪問 看護師	ヘルパ ー	福祉用具 相談員	その他	
58名	49名	27名	25名	9名	
72.5%	61.3%	33.8%	31.3%	11.3%	

在宅導入期 《定義：在宅療養開始から1週間前後》

7.在宅移行直後に、患者・家族に関わる際に、困難を感じたことや問題として、多い項目は「患者・家族の不安が強い」が62.9%と最も多く、次いで「家族が病状を理解していない」59.6%、「患者が病状を理解していない」46.1%、「経済的に問題がある」46.1%、「疼痛コントロールが不良」43.8%、の順に多かった。但し、質問項目より5項目選択とした(比率は母数を89名で計上)

患者が病状を理解していない	41名	46.1%
家族が病状を理解していない	53名	59.6%
患者・家族の不安が強い	56名	62.9%
病院から見捨てられたとの思いでいる	17名	19.1%
病院に対して不信を持っている	12名	13.5%
サービス調整不十分、介護力に問題がある	32名	36%
経済的に問題がある	41名	46.1%
キーパーソンが不明確	13名	14.6%
医療処置の手技ができない	10名	11.2%
症状緩和の対処がされていない	33名	37.1%
疼痛コントロールが不良	39名	43.8%
緊急時の受け入れ体制が不明確	34名	38.20%
必要物品・薬剤等の不足	18名	20.2%
介護認定が出来ていないため介護サービスが利用できない	11名	12.4%

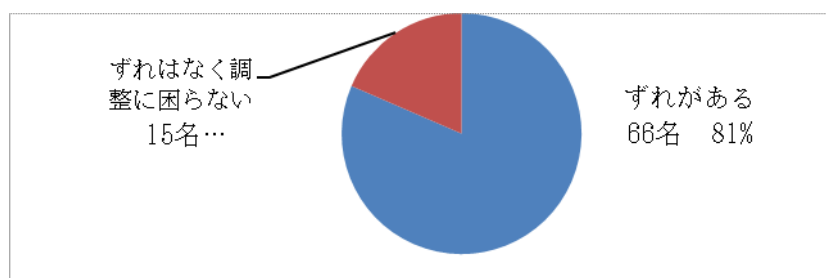
8.在宅療養生活が困難と感じた時の対応する相手は、「ケアマネジャー」が78.7%と多かつ

た。「退院調整看護師へ連絡・確認する」は 33.7%であった。但し、複数回答可とした。(比率の母数は 89 名で計上)

患者・家族の意思確認	69 名	77.5%
ステーション内で検討	55 名	61.8%
往診医	67 名	75.3%
ケアマネジャー	70 名	78.7%
在宅療養に関わる人々とカンファレンス	26 名	29.2%
退院調整看護師	30 名	33.7%
病院主治医	15 名	16.9%
担当看護師	12 名	13.5%
病院 MSW	21 名	23.6%

9.在宅移行時(在宅移行直後)に病院医療者と患者・家族の病状の受け止め方について

1)訪問看護師として、在宅移行時(在宅移行直後)に病院医療者と患者・家族の病状の受け止め方に「ずれがあると感じる」が 81%であった。(n : 81 名)

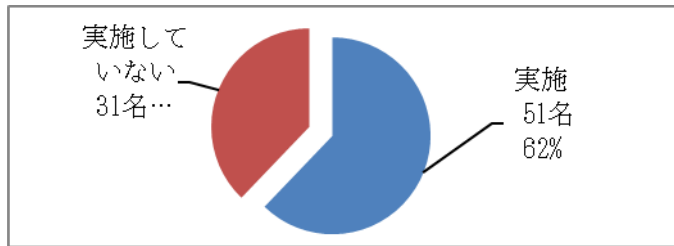


2)訪問看護師として、在宅移行時(在宅移行直後)に病院医療者と患者・家族の病状の受け止め方に「ずれがある」と感じた時の対処として、74.2%の訪問看護師は「今の患者・家族の思いを受け止め、対処できる範囲で補足修正する」と答えていた。「退院調整看護師に連絡し、いきさつを確認する」は 43.9%であった。但し複数回答とした。(比率の母数は 66 名で計上)

退院調整看護師に連絡し、いきさつを確認する	29 名	43.9%
担当医師や関わる人々と情報共有し調整する	22 名	33.3%
ケアマネジャーや関わる人々と情報共有し調整する	26 名	39.4%
今の患者・家族の思いを受け止める	17 名	25.8%
今の患者・家族の思いを受け止め、対処できる範囲で補足修正する	49 名	74.2%
その他	4 名	6.1%

安定期《定義：導入期と臨死期の間で、症状が比較的安定しているときとする》

10. 1) 退院調整看護師との間で情報交換を実施しているのは 62%であった。



2) 退院調整看護師との間で情報交換を実施していない理由としては「必要性を感じない」は 32.3%であった。(n : 31 名)

必要性を感じない	10 名	32.3%
報告書を出している	14 名	45.2%
時間がない	7 名	22.6%

臨死期《定義：いよいよ死が近づいてきた時期をいい、臨終の 10 日から 1 週間前とする》

11.1) 臨死期に退院調整看護師との連携では「ケースによって連携している」が 67.1%、「常に連携している」は 7.1%であり、これらを合計すると連携しているが 74.2%となっていた。(n : 85 名)

常に連携している	6 名	7.1%
ケースによって連携している	57 名	67.1%
連携していない	19 名	22.4%

2) 臨死期に退院調整看護師との連携では「ケースによって連携している」、「常に連携している」と回答された 63 名の訪問看護師は「病状変化にともない、家族が対応できないと判断したとき」79.4%、が主な理由であった。但し、複数回答とした。(比率は母数を 63 名で計上)

病状変化にともない、家族が対応できないと判断したとき	50 名	79.4%
病状変化にともない医療処置が必要なとき	28 名	44.4%
家族が延命治療を希望するとき	25 名	39.7%
看取りは病院で行うと決めているとき	49 名	77.8%
かかりつけ医（在宅医、病院担当医）との調整がとれないとき（又は、看取を行っていない、夜間の連携が取れない等）	21 名	33.3%
患者自身が入院を希望したとき	49 名	77.8%
24 時間体制をステーションがとっていないため、対応ができないとき	8 名	12.7%

3) 臨死期に退院調整看護師と連携していないと回答された 19 名の訪問看護師は、「かかりつけ医（在宅医、病院担当医）と連携ができている」と全員が回答されていた。その他として「病院との連携を退院後していない」「退院した時点で病院看護師の介

入はない」「MSW と連絡にする」「退院調整看護師がいない」などが退院調整看護師と連携をしていない理由だった。但し、複数回答とした。(比率は母数を 19 名で計上)

家族が患者の状態を受け入れて介護されている	9 名	47.4%
患者自身が病状を理解し、在宅死を希望している	10 名	52.6%
かかりつけ医（在宅医、病院担当医）と連携ができています	19 名	100%
病院の担当医師と連携している（従って、退院調整看護師と連携する必要がない）	3 名	15.8%
その他	4 名	20.8%

その他

12. 訪問看護師の立場から、退院調整看護師又は病院看護師が連携する際の不十分なこととして「より良い在宅療養とするための退院前のインフォームドコンセントの充実」が 60%、「患者・家族の生活スタイルに即した退院指導の実施」は 58.8%回答されていた。但し、複数回答可とした。(比率の母数は 85 名で計上)

退院調整看護師及び担当看護師と連携をとる方法の提示	23 名	27.1%
看護ケアに活用できる看護サマリーの提供又は看護サマリーの質的向上	29 名	34.1%
より良い在宅療養とするための退院前のインフォームドコンセントの充実	51 名	60%
最新の医療処置、機器の資料提供	12 名	14.1%
患者・家族の生活スタイルに即した退院指導の実施	50 名	58.8%
在宅療養決定後の連携連絡の迅速性	28 名	32.9%
主治医を病院医か在宅医のいずれにするかの決定の迅速性	24 名	28.2%
介護認定申請を患者・家族にできる限り早く助言すること	26 名	30.6%
退院前カンファレンスをできる限り早く計画・実施すること	41 名	48.2%
後方支援	26 名	30.6%
退院調整看護師の設置	1 名	1.2%

13. がん終末期患者の在宅療養支援で看護ケアの向上のために病院看護師と一緒に取り組むことを希望するかでは、「在宅で行うための処置内容を検討」が 55.3%と最も多く、次いで「病院看護師の訪問看護研修」54.1%であった。但し、複数回答とした。(比率の母数は 85 名で計上)

事例終了後に病院の担当者との振り返り	32 名	37.6%
最近の医療機器の取り扱いの説明会	20 名	23.5%
ケアの勉強会	21 名	24.7%
症状コントロールの勉強会	30 名	35.3%
在宅で行うための処置内容を検討	47 名	55.3%
看護に活用できる看護サマリーや連携パスの検討	27 名	31.8%

病院看護師の訪問看護研修	46名	54.1%
訪問看護師の病院研修	22名	25.9%
退院指導について	1名	1.2%

2. ケアマネジャー

千葉県 A 市ケアマネネットワーク連絡会のメンバー12名にアンケートと聞き取り調査を行った

1. 所属する事業所について

- 1) .居宅介護支援事業所の母体は営利法人 4 名、社会福祉法人 4 名、医療法人 3 名、包括支援センター1名であった。
- 2) がん終末期患者の依頼は大学病院からは 1 施設を除く 11 施設が依頼を受けていた。依頼がないと回答された施設は介護施設のケアマネジャーであった。
- 3) 居宅介護事業所の体制
 - ①所属する事業所でのがん終末期患者を 12 施設全員が受け入れ可能であった。
 - ②所属する事業所で過去 1 年間にがん終末期患者を受け入れていた。

2. 調査協力者の属性

ケアマネジャーネットワーク連絡会の方々に、各々の事業所の実務責任者であった。年代は 40 歳～60 歳であった。ケアマネジャーとしての経験は 5～10 年目が 8 名、10 年以上の経験者は 3 名であった。11 名は介護福祉士の資格を有していた。その内 5 名は主任介護支援専門の資格を持っていた。今回の調査協力者の中に看護師の有資格者は居なかった。10 名のケアマネジャーは、過去 1 年間にがん終末期患者を 2～3 名を担当していた。その内 7 名のケアマネジャーは 2～3 名のがん終末期患者の在宅での看取りをしていた。(表 1)

在宅移行前 定義：退院前

3. がん終末期患者の依頼について (表 1)

11 名のケアマネジャーはがん終末期患者は大学病院からの依頼を受けていた。ケアマネジャーへの依頼の連絡は退院調整看護師からが殆どであった (11 名)、他に訪問看護ステーション、家族、包括支援センターを介しての依頼もあった。依頼されたがん終末期患者が退院するまでに入院先の病院を 2～3 回の訪問をするが 6 名、1 回の訪問が 4 名であった。

(表

1)

居宅介護事業所	営利法人 (企業)				社会福祉法人				医療法人		同	
	A	B	C	D	E	G	I	J	F	H	K	L
性別	女	女	女	女	女	男	女	女	女	女	女	女

属性	年齢（年代）	50代	40代	40代	50代	40代	40代	30代	50代	40代	40代	60代	50代
	資格（介護福祉士）	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●	●
	主任介護支援専門資格の有・無	無	無	無	無	無	有	有	無	有	有	無	有
	経験年数（年）	5	6	9	8	6	14	10	6	6	15	13	6
	がん末期患者の受け入れ（事業所）	可	可	可	可	可	可	可	可	可	可	可	可
	1年間のがん末期患者を受け入れ件数（事業所として）	3件	3件	3件	4件	3件	0件	3件	5件	3件	16件	1件	4件
	1年間の担当件数	3	3	2	2	3	0	3	0	3	4	1	3
	1年間に在宅で看取りをした件数	2	3	2	1	0	0	0	0	2	2	1	0
患者の依頼状況	依頼元	大学病院	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		国・公立病院		●					●		●		
		一般病院（100床以上）	●					●		●		●	
		一般病院（100床未満）	●	●				●		●		●	
		クリニック/診療所									●		
	依頼者	退院調整看護師	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		社会福祉相談員	●	●	●			●			●		
		患者・家族	●					●			●		
		病棟師長・主任	●										
		担当医師							●				
	依頼方法	電話連絡	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		訪問看護を介し		●	●						●	●	
		家族を介して		●				●	●			●	
		包括支援センターを介して	●	●								●	
		病院訪問回(回)	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3	1	不明	1	1	不明

2. ケアマネージメント対応について (表 2)

がん終末期患者のケアマネージメントで困難なことがあると 9 名のケアマネジャーは回答していた。対応困難な要因としては「家族の意見の集約」が 7 名、「患者本人の本心や意志の聴取、把握」5 名、であった。困難要因の理由では「医療知識不足」、「死に対するケアマネージメント不足」であった。また、困難ありと回答したケアマネジャーとしての経験年数は 5～8 年であった。

(表

2)

	居宅介護事業所	営利法人 (企業)				社会福祉法人				医療法人			他
		A	B	C	D	E	G	I	J	F	H	K	
	困難の有・無	有	有		有	有	有	有		有	有		有
ケア マネ ー ジ メ ン ト の 理 由	困難	本人の本心・意志の聴取、把握	●			●	●	●		●			
	要因	家族の意見の集約	●	●		●		●		●			●
	要因	病状理解、予後予測	●	●			●	●					
	要因	在宅困難時のベッドの確保										●	
	要因	対応する医師が居ない		●				●					
	理由	医療知識不足	●	●			●		●				●
	理由	実務経験不足	●										
	理由	死に対するケアマネージメント不足		●		●							
	理由	マンパワー不足						●			●	●	
	理由	担当医師や看護師との調整										●	

5. 相談依頼から在宅移行するまでの連携について (表 3)

対応するがん終末期患者の依頼を受けてから平均 1 週間 (6 名)、2 週間 (4 名) 在宅移行していた。ケアマネジャーが理想とする在宅移行までの期間は、1 週間 (4 名)、2 週間 (5 名) であった。患者の情報収集の手段としては退院時共同指導 (10 名)、病院訪問 (8 名) 家族面談 (8 名) 電話連絡 (8 名) であった。

(表

3)

居宅介護事業所	営利法人 (企業)	社会福祉法人	医療法人	他
---------	-----------	--------	------	---

	A	B	C	D	E	G	I	J	F	H	K	L	
在宅移行までの日数	1w	2w	1w	1w	1w	2w	2w		2w	1w		1w	
理想とする日数	2w	2w	1w	1w	2w	2w	1w		1w	2w		2-3日	
情報収集の手段	電話		●	●	●		●	●		●	●		●
	病院訪問	●		●	●		●	●		●	●		●
	家族面接	●	●	●			●	●		●	●		●
	退院時共同指導	●	●	●	●	●	●	●		●	●		●
	検査データ									●			
	処方内容									●			
	患者への説明書			●									
	看護サマリー	●			●	●		●		●	●		●
	診療情報提供書	●		●							●		●

6.退院時共同指導について（表 4）

退院時共同指導に関しては1名を除いた事業所が参加されていた。参加していないと回答された方は病院から連絡がなかったとの理由であった。退院時共同指導に参加することで「看護・病状理解、治療方針や今後の在宅での生活でのあり方・方針が共有しやすい」と全員、効果が得られると回答されていた。

	居宅事業所	営利法人				社会福祉法人				医療法人				他
		A	B	C	D	E	G	I	J	F	H	K	L	
退院時共同指導	参加の有・無	有	有	有	有	有	有	有	無	有	有	有	有	
効果	患者・家族との信頼関係が築きやすい	●	●	●	●		●			●	●	●	●	
	ケアプランが立てやすい	●	●	●	●	●		●	●		●	●		
	看護・病状理解、治療方針や今後の在宅での生活のあり方・方針が共有しやすい	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	医療者間の連携が図りやすい		●	●	●		●	●		●			●	
	緊急時の連絡対応手段を確認できる			●			●	●	●	●				
	退院後の関係者間の連携が図りやすい	●	●	●	●		●		●		●		●	

（表

4)

在宅導入期 《定義：退院直後から1週間》

7.在宅移行直後に患者・家族に関わる際、困難を感じたことや問題と感ずること（表 5）

がん終末期患者が在宅移行し、マネジメントする際での困りでは「患者・家族の不安が強い」が9名、「家族が病状を理解していない」「患者が病状理解していない」は8名

であった。これらの困りや問題を解決するための方法としては8名のケアマネジャーは「患者・家族の意思を確認する」、「訪問看護師に相談する」であった。「往診医に相談する」は5名であった。「退院調整看護師に確認・相談する」は2名であった。

	居宅事業所	営利法人				社会福祉法人			医療法人				他	
		A	B	C	D	E	G	I	J	F	H	K	L	
在宅 導 入 期	関 わ り で の 困 り ・ 問 題	患者が病状理解して いない		●	●	●		●		●				●
		家族が病状を理解し ていない	●	●	●	●				●	●			●
		患者・家族の不安が 強い	●	●	●	●		●		●	●	●	●	
		病院から見捨てられ たとの思いでいる		●	●									
		病院に対して不信を 持っている									●			
		サービス調整不十 分、介護力に問題が ある		●				●			●		●	●
		経済的に問題がある	●		●		●							
		キーパーソンが不明 確					●							
		介護申請未済のため 介護サービスが利用 しづらい						●	●				●	
		家族不在時の急変時 の対応	●											
		病院での様子と異な った行動をするので 予想がつかない											●	
	対 応 と し て	患者・家族の意思の 確認	●		●		●			●	●	●	●	
居宅介護支援事業所 内で検討		●	●		●		●			●	●			
往診医に相談		●		●			●			●				

の 相 談 者	訪問看護師に相談	●	●	●	●			●		●	●	●	
	在宅療養に関わる 人々とカンファレン ス	●		●	●								
	退院調整看護師に確 認・相談				●		●						
	病院主治医に確認・ 相談												●
	担当看護師に確認・ 相談						●						
	病院 MSW に確認・ 相談		●				●			●			
	地域包括支援センタ ーに相談								●				

(表 5)

8.在宅移行後から臨死期までの退院調整看護師との連携の現状

1) 在宅導入期の退院調整看護師との連携 (表 6)

在宅移行にあたり退院調整看護師等と退院共同指導に参加、病院訪問など多数のケアマネジャーは実施されているが、在宅導入時に患者・家族の病状の受け止め方にずれがあり大変と 8 名のケアマネジャーは回答されていた。しかし、「退院調整看護師にいきさつを確認する」は 1 名であった。「訪問看護師や関わる人々と情報を共有し調整する」や「対処できる範囲で補足修正する」等で対応されていた。

2) 安定期の退院調整看護師との連携 (表 6)

安定期では退院調整看護師と連携しているケアマネジャーは 6 名、連携していないは 5 名であった。連携していない理由としては「必要性がない」、「医療のことは訪問看護師に確認している」「時間がない」などであった。

3) 臨死期の退院調整看護師との連携 (表 6)

臨死期では 9 名のケアマネジャーは退院調整看護師と連携していた。連携している理由として 8 名のケアマネジャーは「看取りは病院で行うと決めているとき」であった。

4) ケアマネジャーの立場から連携する際の退院調整看護師への要望 (表 6)

11 名のケアマネジャーは以下の事を要望されていた。

- ・患者・家族の生活スタイルに即した退院指導 (6 名)
- ・より良い在宅療養とするための退院前のインフォームドコンセント (4 名)
- ・主治医を病院医か在宅医のいずれにするかの決定の迅速性 (4 名)
- ・退院前カンファレンスをできる限り早く計画・実施すること (4 名)

- ・介護認定申請を患者・家族にできる限り早く助言すること（3名）
- ・在宅療養決定後の連携連絡の迅速性（3名）

(表6)

居宅事業所		営利法人				社会福祉法人			医療法人			L	
		A	B	C	D	E	G	I	J	F	H		K
在宅 導 入 期	調整		●		●	●	●		●	●	●		●
	調整 大変												
在宅 導 入 期	調整	●		●				●			●	●	
	調整 困らない												
対 処 方 法	対 処 方												●
	対 処 方						●						
	対 処 方		●			●	●		●				
	対 処 方				●	●							
	対 処 方		●		●				●	●	●		
連 携	連 携	●	●		●	●	●			●			
	連 携							●	●		●	●	●
安 定 期 無 理 由	安 定 期										●	●	
	安 定 期							●					
	安 定 期							●					
	無 理 由								●				
連 携	連 携	●	●		●	●	●	●	●	●			

臨 死 期 を 延 ば す 理 由	実 施 し て い る	病状変化にともない、 家族が対応できないと 判断したとき		●		●				●	●	●		
		病状変化にともない医 療処置が必要なとき	●	●				●						
		家族が延命治療を希望 するとき		●							●			
		看取りは病院で行うと 決めているとき	●	●			●	●	●	●	●	●		
		患者自身が入院を希望 したとき	●	●				●		●	●	●		
		訪問看護からの情報が 不足しているとき								●				
	退 院 調 整 の 要 望	1	退院調整看護師及び担 当看護師と連携を取る 方法の提示			●								
2		より良い在宅療養とす るための退院前のイン フォームドコンセント	●					●			●			●
3		患者・家族の生活スタ イルに即した退院指導	●					●		●	●	●		●
4		在宅療養決定後の連携 連絡の迅速性								●	●	●		
5		主治医を病院医か在宅 医のいずれにするかの 決定の迅速性	●	●				●		●				
6		介護認定申請を患者・ 家族にできる限り早く 助言すること	●	●										●
7		退院前カンファレンス をできる限り早く計 画・実施すること		●			●			●				●
8		後方支援	●						●					

9.今後の取り組み（表7）

がん終末期患者の在宅療養支援でケアマネージメントの向上のために「事例終了後に病

院担当者との振り返り」を希望されていた。

(表 7)

今 後 の 取 り 組 み	事例終了後に病院の担当者との振り返り	7
	在宅で行うための処置内容を検討	3
	病状理解のための勉強会	3
	看護サマリーや連携パスの検討	2
	ケアの勉強会	2
	病院看護師の介護研修	1

10.聞き取り

- ①2~3 日で退院のケースは在宅療養の準備が間に合わない。また認定申請中の場合、比較的症状が安定していると計介護度の判定が出ることもあり、予想して単位限度額を超えないようサービスを調整する必要があるので十分な体制が整えられないこともあった。
- ②ほとんどのケースは退院後、在宅医に移行し、入院していた病院との連携はなくなってしまうが、退院調整看護師や担当看護師に相談しても良いのか？在宅医に失礼ではないかと思ひ退院したらそれっきりになってしまう。
- ③アセスメントはケアマネの目線で行うのでサービス調整はケアマネに任せていただけると調整しやすい。仕事をするために事業所の選定は重要になります
- ④終末期をどのように過ごすか患者本人が理解しているかどうかがとても大きい問題だと思う。迷がある方はその迷いも受け止めて支援していけるように心がけている。
- ⑤ケースごとの振り返りは大切だと思う
- ⑥訪問看護師とのやりとりは敷居の高さを感じるが、ケアマネの提案で動かなかったケースが専門職である看護師の口添えで動たり、スムーズに展開したことがある。
- ⑦顔と顔が見える関係は大切にケースを共有することで、その機会も多くある。
- ⑧退院の時にサービス事業所まで決まっているが、早めに相談して頂ければと思う
- ⑨病院の窓口（MSW や連携室）から初めに聞く話と実際の家族の考えが違うことが多い
- ⑩在宅医との連携がスムーズに行っていると助かる。
- ⑪身体的な介護（おむつ交換等）や処置があれば病院にいる間にある程度家族指導しておく必要があると思う。
- ⑫かなり通院がづらい状況になってもなかなか在宅医への移行がされず本人と家族が病院から離れられないことがある。本人たちが望んでいるかもしれませんが自宅での看取りには在宅医との信頼関係が大切なのでうまく連携して欲しい（選択肢を多く持つ方法を確立したい）
- ⑬在宅療養が困難になった時の行先があると家族は安心して介護ができる
- ⑭医療で訪問看護師が入るため、訪問看護・病院・本人・家族で経過を見ながらすすむこ

とになる。ケアマネジャーは環境調整、介護面でサポートする役割となり、医療職の方々から話を聞くと医療と介護、病院と在宅生活等考え方が異なり、お互いに理解の差があると感じる。

⑮病院にとって当たり前のことが、在宅支援側にとって、当たり前ではないこともある。

⑯病院もケアマネジャーを巻き込んでほしい

3.急性期病院の退院調整看護師

1. 属性

1) 年齢

回答者は36～60歳の15名、1名は不詳であった。その内、45～55歳が半数を占めていた。平均値は49.1歳であった。(n:15名)

35-40歳	41-45歳	46-50歳	51-55歳	56-60歳
3名	1名	4名	4名	3名
20%	6.7%	26.7%	26.7%	20%

36±60 平均値 49.1歳

2) 性別 回答者の全員が女性であった。(n:16名)

3) 資格

回答者の50%は看護師長であった。(n:16名)

保健師	認定看護師	ケアマネジャー	看護師長・主任	看護師	医師
3名	2名	1名	8名	5名	1名
18.8%	12.5%	6.3%	50%	31.3%	6.3%

4) 退院調整看護師として経験

退院調整看護師の経験年数は2～3年が37.5%であった。平均すると4.3年だった。

1年未満	2-3年	4-5年	6-10年	10年以上(17年)
3名	6名	4名	2名	1名
18.8%	37.5%	25%	12.5%	6.3%

2. 病院の組織

1) 病院の種類

病院の種類、承認等についてはDPC対象病院が93.1%、地域支援病院56.3%、がん拠点病院が31.3%であった。但し複数回答とした。(母数を16で計上)

二次救急医療	地域医療支援病院	開放型病院	在宅療養支援病院	がん診療連携拠点病院	災害拠点病院	DPC対象病院
1名	9名	2名	1名	5名	5名	15名
6.3%	56.3%	12.5%	6.3%	31.3%	31.3%	93.1%

2) 病床の規模

病院の病床で規模をみると400～499床が31.3%であった。600床以上は12.5%で

あった。(n : 16)

150-199 床	200-299 床	300-399 床	400-499 床	600 床以上
1 名	4 名	4 名	5 名	2 名
6.3%	25%	25%	31.3%	12.5%

3) 療養病床の有無

療養病床を有しているは 2 病院、他は療養病床なしであった (87.5%)。

4) 一般病床の退院患者数

1ヶ月間(平成26年11月)における退院患者数では501~800人が33.3%であった。これらの病院の平均退院患者数は639.5人であり、退院患者数の少ない病院では197名、最も多い病院は1225名であった。(n : 15)

150-200 人	201-500 人	501-800 人	801-1000 人	1001-1300 人
1 名	4 名	5 名	3 名	2 名
6.7%	26.7%	33.3%	20%	13.3%

5) 病床利用率について (n : 14)

1ヶ月間(平成26年11月)の病床稼働率では71~80%稼働率の病院が28.6%、また、91~95%の稼働率の病院は14.3%であった。平均値は77.8%であった。

55-60%	61-70%	71-80%	81-85%	86-90%	91-95%
1 名	2 名	4 名	2 名	3 名	2 名
7.1%	14.3%	28.6%	14.3%	21.4%	14.3%

6) 平均在院日数について

1ヶ月間(平成26年11月の平均在院日数は「12~13日」「14~15日」が28.6%であった。(n : 14)

8-9 日	10-11 日	12-13 日	14-15 日	16 日以上
2 名	2 名	4 名	4 名	2 名
14.3%	14.3%	28.6%	28.6%	14.3%

8.8±16.8日 平均在院日数 13.8日

3. 退院調整部門

1) 退院調整部門は設置の有無

15名が退院調整部門の設置「有り」と回答されていた。

2) 退院調整部門の所属部署

退院調整部門として独立している病院が43.8%で最も多かった。但し重複回答とした(比率の母数を16病院で計上)

看護部門	診療部門	診療支援部門	事務部門	独立部門
6 名	1 名	1 名	3 名	7 名
37.5%	6.3%	6.3%	18.8%	43.8%

3) 配置職員の職種

退院調整部門の職種では「看護師」が100%で配置されていた。「医師」「看護師」「MSW」「事務」の全職種が配置されているが7病院あった。

病院 職種	A	B	C	D	E	F	G	H	I	G	K	L	M	N	O	P
医師	●	●	●	●	●	●					●				●	●
看護師	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MSW		●	●	●	●	●	●		●		●	●		●	●	●
事務		●	●		●	●			●		●	●		●	●	●
PSW	●															

4) 責任者の職種

退院調整部門の責任者では、「医師・歯科医師」が68.8%であった。(n:16人)

医師・歯科医師	看護師	MSW	事務
11名	5名	1名	1名
68.8%	31.3%	6.3%	6.3%

4. 退院調整部門でのがん終末期患者の退院支援

過去1年間でのがん終末期患者の退院調整患者数、在宅移行患者数、急性期病院等退院調整加算算定患者数から退院支援の状況を調査した結果、11病院から回答が得られた。最も多い病院では300名のがん終末期患者退院支援をされ、在宅移行患者数が150名いた。このF病院は600床を有し地域支援病院・がん診療連携拠点病院・DPC対象病院であった。次ぎに多いK病院455床を有し退院調整患者数が176名、在宅移行患者数72名で、F病院と同様の施設であった。病院機能・病床数と退院調整患者数・在宅移行患者数・退院調整加算算定数と関連していた。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
地域医療支援病院			●	●				●	●	●	
がん診療連携拠点病院			●	●		●		●	●		
DPC対象病院	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●
病床数 (床)	380	280	400	661	304	664	249	455	400	197	315
退院調整患者数 (人)	20	30	10	300	37	50	3	176		4	18
在宅移行患者数 (人)	7	5	5	150	24	30	3	72		3	9
退院調整加算算定(人)	20	0	0	不明	不明	35	不明	不明	1077	0	9

在宅移行前 《定義：退院前とする》

4) 退院調整部門へのがん終末期患者の依頼について

①依頼は担当看護師からが回答者の87.5%、担当医師で81.3%であった。但し、複数回

答可とした。(比率は16名を母数にして計上)

担当看護師	病棟師長・主任	担当医師	患者・家族	その他
14名	10名	13名	8名	
87.5%	62.5%	81.3%	50%	

②依頼の連絡方法

電話連絡が最も多く100%であった。その他にカンファレンスや介入ツール等で積極的に介入している病院もあった。但し、複数回答可とした(比率は16名を母数に計上)

電話連絡	文書(退院支援計画書・スクリーニングシート)	家族を介して	その他
16名	13名	8名	2名
100%	81.3%	50%	12.6%

③がん終末期患者の退院調整開始時期

退院調整は退院決定時から開始するが56.3%であり、入院時からは43.8%であった。

但し、複数回答可とした(比率は16名を母数に計上)

入院時	退院決定時	退院直前	外来通院時(入院前)
7名	9名	3名	4名
43.8%	56.3%	18.3%	25%

5. がん終末期患者への退院調整について

1) 退院調整看護師が、がん終末期患者の退院支援・調整で看護問題としていることでは、全員が「患者・家族の不安が強い」「サービス調整不十分等介護力に問題がある」であった。但し、質問項目より5項目選択とした(比率は母数を15名で計上)

患者が病状を理解していない	8名	53.3%
家族が病状を理解していない	11名	73.3%
患者・家族の不安が強い	15名	100%
病院から見捨てられたとの思いでいる	7名	46.7%
病院に対して不信を持っている	3名	20%
サービス調整不十分等介護力に問題がある	15名	100%
経済的に問題がある	10名	66.7%
キーパーソンが不明確	10名	66.7%
医療処置の手技ができない	13名	86.7%
症状緩和の対処がされていない	11名	73.3%
疼痛コントロールが不良	12名	80%
緊急時の受け入れ体制が不明確	9名	60%
必要物品・薬剤等の不足	10名	66.7%
介護認定が出ていないため介護サービスが利用できない	12名	80%

2) 退院調整看護師の業務内容

退院調整看護師の行う業務としては、「訪問看護ステーションの紹介調整」・「ケアマネジャーの紹介・調整」が93.3%で最も多かった。次いで「退院日の調整」・「患者・家族との関係調整」・「利用可能な社会資源・制度の情報提供」・「退院準備・在宅ケア移行支援の病棟カンファレンスの企画・開催」・「退院時共同指導の企画・開催」が86.7%、「かかりつけ医の紹介・調整」・「在宅療養に必要な医療・介護用品の準備と供給ルートの確保」が80%であった。

病状・治療方針の患者・家族への説明	9名	60%
退院日の調整	13名	86.7%
退院支援計画書の作成	8名	53.3%
転院・入所先の探索と交渉	11名	73.3%
患者・家族との関係調整	13名	86.7%
退院後の療養指導	7名	46.7%
患者・家族への介護技術と医療技術の指導	6名	40%
利用可能な社会資源・制度の情報提供	13名	86.7%
ケアマネジャーの紹介・調整	14名	93.3%
かかりつけ医の紹介・調整	12名	80%
訪問看護ステーションの紹介・調整	14名	93.3%
ホームヘルパーの紹介・調整	6名	40%
在宅療養に必要な医療・介護用品の準備と供給ルートの確保	12名	80%
退院準備・在宅ケア移行支援の病棟カンファレンスの企画・開催	13名	86.7%
退院時共同指導の企画・開催	13名	86.7%

3) 相談依頼から在宅移行するまでの地域連携について

退院調整看護師が訪問看護ステーション、かかりつけ医、ケアマネジャーに連携した1年間の件数について12名から回答が得られた。訪問看護ステーションとの連携では1年間に250名の患者を連携したが最も多かった。

	5-10	11-20	21-30	31-40	50-60	100-150	200-250	300-400
訪問看護ステーション	3名	1名	1名	2名	2名	2名	1名	
かかりつけ医	4名	2名	1名	2名	1名	1名		
ケアマネジャー	2				2名	3名	1名	3名

《病院機能及び病床数と1ヶ月間の退院調整患者数と訪問看護ステーション・

かかりつけ医・ケアマネジャーとの連携状況》

(表1)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
地域医療支援病院			●	●				●	●	●	
がん診療拠点病院			●	●		●		●	●		
DPC 対象病院	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●
病床数 (床)	380	280	400	661	304	664	249	455	400	197	315
病床稼働率 (%)	71.4		87	74%	92.5	90.3	88.3	77.5	87.3	55	82.3
平均在院日数 (日)	12.8		11.3	11.5	16.3	14.5	15.8	15.7	13	12.4	9.7
退院調整患者人数	20	30	10	300	37	50	3	176		4	18
在宅移行患者人数 (7	5	5	150	24	30	3	72		3	9
退院調整加算算定	20	0	0	不明	不明	35	不明	不明	1077	0	9
訪問看護ステーション	40	5	5	60	55	123		35	120	6	250
かかりつけ医 (人)		1	5	36	30	100		37	50	4	20
ケアマネジャー (人	220	5	3	360	105	147		51	多数	46	400

在宅移行されるまでの日数

退院調整を開始して「2週間以内に在宅移行する」が53.8%であった。(n:13名)

2～3日以内	1週間以内	2週間以内	1ヶ月以内
0名	3名	7名	3名
	23.1%	53.8%	23.1%

6. 退院時共同指導について

1) 退院時共同指を開催しているかでは93.7%が開催していた。(n:16名)

開催している	15名	93.3%
開催していない	1名	6.7%

2) 開催していないと答えた1名は「マンパワーの問題」が理由であった。

3) 退院時共同指導に開催して得られる効果として、「患者・家族との信頼関係が築きやすい」が92.9%、「医療者間の連携が図りやすい」「看護・病状理解や治療方針の共有がしやすい」85.7%であった。但し、複数回答可とした。(比率は母数を15名で計上)

患者・家族との信頼関係が築きやすい	13名	92.9%
退院支援計画が立てやすい	6名	42.9%
看護・病状理解や治療方針の共有がしやすい	12名	85.7%
医療者間の連携が図りやすい	12名	85.7%
緊急時の連絡対応手段を確認できる	8名	57.1%
効果についてはなんともいえない	0名	0%

4) 同席者について

退院時共同指導を開催にあたり、出席を促す職種の質問では、最も多く声をかけているのは病棟看護師とケアマネジャーは100%、訪問看護師92.9%であった。その他には薬剤師、ヘルパー、福祉用具相談員も声をかけていた。21.4%と少ないが外来看護師の同席もあった。但し複数回答可とした。(比率の母数は15名で計上)

主治医	在宅医	病棟 看護師	病院内 PT/OT/ ST	薬剤師	ケアマ ネジャ ー	訪問 看護師	ヘルパ ー	福祉用 具相談 員	外来 看護師
9名	9名	14名	10名	8名	14名	13名	6名	6名	3名
64.3 %	64.3 %	100%	71.4 %	57.1 %	100%	92.9 %	42.9 %	42.9 %	21.4 %

7. 在宅移行後の訪問看護師との連携について

1) 在宅移行直後に、訪問看護師より病院の医療者と患者・家族の病状の受け止め方「ずれ」があり在宅困難と「連絡がない」は66.6%であった。(n : 15名)

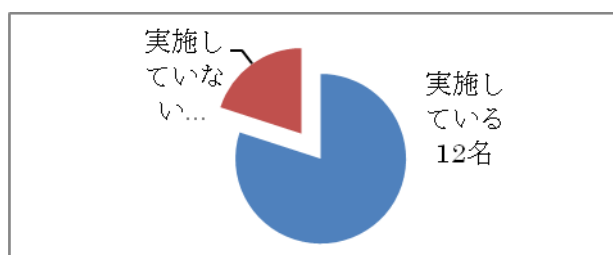
ずれがあり在宅困難の連絡あり	5名	33.3%
連絡なし	10名	66.6%

2) 在宅移行時(在宅移行直後)に訪問看護師から在宅療養困難と連絡があった場合の対応では86.7%の退院調整看護師は「ケアマネジャーや関わる人々と情報共有し調整する」であった。但し複数回答とした。(比率の母数は15名で計上)

訪問看護師に連絡し、いきさつを確認する	10名	66.7%
担当医師や関わる人々と情報共有し調整する	10名	66.7%
ケアマネジャーや関わる人々と情報共有し調整する	13名	86.7%
今の患者・家族の思いを受け止める	12名	80%
今の患者・家族の思いを受け止め、対処できる範囲で補足修正する	10名	66.7%

安定期《定義：導入期と臨死期の間で、症状が比較的安定しているときとする》

3) 安定期では、訪問看護師看護師との間の情報交換を実施しているのは80%であった。
(n : 15人)



連携していない理由

必要性を感じない	訪問看護報告書がある	外来に移行している	その他
	1名	2名	

臨死期《定義：いよいよ死が近づいてきた時期をいい、臨終の10日から1週間前とする》

4. 臨死期での訪問看護師との連携

- 1) 訪問看護師との連携では「ケースによって連携している」が73.3%、「常に連携している」は6.7%で、合計すると連携しているが80%であった。(：15名)

常に連携している	1名	6.7%
ケースによって連携している	11名	73.3%
連携していない	3名	20%

- 2) 「ケースによって連携している」、「常に連携している」の内容
但し、複数回答とした。(比率は母数を15名で計上)

病状変化にともない、家族が対応できないと判断したとき	11名	84.6%
病状変化にともない医療処置が必要なとき	7名	53.8%
家族が延命治療を希望するとき	6名	46.2%
看取りは病院で行うと決めているとき	11名	84.6%
かかりつけ医（在宅医、病院担当医）との調整がとれないとき（又は、看取りを行っていない、夜間の連携が取れない等）	4名	30.8%
患者自身が入院を希望したとき	12名	92.3%
24時間体制をステーションが取っていない為、対応ができないとき	3名	23.1%
その他	1名	7.7%

- 3) 臨死期に訪問看護師と連携していない理由

家族が患者の状態を受け入れて介護されている	1名	33.3%
患者自身が病状を理解し、在宅死を希望している	1名	33.3%
かかりつけ医（在宅医、病院担当医）と連携ができていない	1名	33.3%
病院の担当医師と連携しているため退院調整看護師と連携する必要がない	2名	66.7%
退院後は連携していない	3名	100%

8. がん終末期患者の在宅療養支援で看護ケアの向上のために訪問看護師と一緒に取り組むことを希望するかでは、「事例終了後に病院の担当者との振り返り」と「病院看護師の訪問看護研修」が80%であった。但し、複数回答とし比率の母数は16名で計上

事例終了後に病院の担当者との振り返り	12名	80%
最近の医療機器の取り扱いの説明会	7名	46.7%
ケアの勉強会	5名	33.3%
症状コントロールの勉強会	7名	46.7%
在宅で行うための処置内容を検討	7名	46.7%

看護に活用できる看護サマリーや連携パスの検討	9名	60%
病院看護師の訪問看護研修	12名	80%
訪問看護師の病院研修	6名	40%

引用文献

- 1) 日本訪問看護振興財団：退院調整看護師に関する実態調査報告書 平成 23 年
[Http://www.junf.or.jp/taiinn.pdf](http://www.junf.or.jp/taiinn.pdf) accessed.2015.12
- 2) 千葉県保健医療計画：「千葉県保健医療計画策定に関する調査結果」平成 25 年 5 月
- 3) 長井浜江：「がん終末期患者の在宅移行時から終末までの病院看護師と訪問看護師のとの連携システムあり方に関する」研究 在宅医療助成 勇美記念財団 2003 年度在宅医療助成 報告書

参考文献

- 1) 佐野カンナ：退院調整の現状と今後の課題 県立がんセンター新潟病院医誌巻：49 号 2010.3
- 2) 宇都宮宏子、山田雅子：看護がつながる在宅療養移行支援 日本看護協会出版会 2014
- 3) 塩見美幸：入院前から始まる在宅療養中のがん患者への包括的支援 看護管理 Vol.26 No.02 2016
- 4) 長谷川泰子、宇都宮宏子：京都府における看護連携に基づく地域包括ケアシステムの構築看護管理 Vol.25 No.08 2015
- 5) 大堀洋子：大学病院が地域と取り組むかんかん連携 看護管理 Vol.25 No.02 2015
- 6) 吉田智美、柴野昌子、藤本泉子：外来で支援が必要な患者を見逃さない 看護管理 Vol.26 No.02 2016