

在宅医療助成 勇美記念財団

2010 年度在宅医療助成 指定公募（後期）報告書

「看取りを伴う在宅医療の地域ネットワーク作り」
病院の後方支援システムと在宅医療のバックアップ

入院患者の在宅移行への退院支援

-退院前カンファレンスにおける病院の退院調整準備の実情及び在宅医療に
対する理解の現状把握-

森口 靖子

山陽学園大学看護学部看護学科 教授

〒703-8501

岡山県岡山市中区平井1-14-1

T E L : 086-272-6254

平成 24 年 2 月 27 日提出

研究者

研究総括

森口 靖子

山陽学園大学看護学部

共同研究者

橋本 香代子

グッドライフ指定訪問看護ステーション

今滝 清子

おおもと病院

玉置 君江

訪問看護ステーション紙ふうせん

菅崎 仁美

岡山訪問看護ステーション看護協会

高橋 幸代

岡山しげい訪問看護ステーション

小森 栄作

ももたろう往診クリニック

I. 緒言

我々、一昨年、看護学科教員有志、訪問看護ステーションの看護師他 9 名で、「住み慣れた自宅で安らかな死を看取るケア体制を考える」のテーマで学習会を持ち、メンバーの家族事例を中心に在宅支援体制の在り方について検討した経緯がある。その結果、基本的にターミナルでなくても病院から在宅への支援が不十分であり、在宅療養が満足いくものではなかったとの結論に至った。

退院支援が必要とされる社会背景『病院という環境は、医療・看護・介護を提供する人（医療職・介護職）が常にいます。さらにモノ・環境も整っています。ですから、患者は「医療を受けること」だけに専念すればいいのです。しかし、自宅は生活の場ですから、何かと「しなくてはいけないこと」があります。就労・教育など、家族と生きていくためにしなければならない多くのことがあり、病気だけに向き合えない事情がさまざまにあります。このような状況の中、2006 年の改正医療法において、「病院から退院するときに継続して療養が必要な患者に、保健・医療・福祉サービスへの調整をすることを医療機関管理者は配慮しなければならない」と管理者としての責務が見直されました』（宇都宮 2011）。

しかし、現状としては、在宅療養がなかなか普及せず入院が長期化している。その理由の一つとして、退院支援の困難さが挙げられる。現状において、在宅療養に必要な事項が入院中考慮されず退院するケースもあり、在宅療養を始めたとたんにも都合が生じ再入院してしまうケースも散見されている。病院の地域医療連携室を中心に種々の取り組みが積極的に進められているが、その退院支援の困難を乗り越えるためには誰が何をなすべきかということを実体的に検討したものが見当たらない。

そこで、今回、5 訪問看護ステーション管理者（経験年数：7～17 年）とともに退院移行に際して、必要な準備が入院中から行われていない現状についてブレインストーミング法にて現状での問題点を出し合った。その結果 45 ラベルのワーズ（問題点）が挙げられた。

次にワーズを類似性で整理し、分類し、項目化して退院前カンファレンスチェックリストを試案した（表 1）。試案のチェックリストのプレテストを行い、退院前カンファレンスチェックリストを試作した（表 2）。個々の事例の在宅前カンファレンスに出席した訪問看護師が参加観察によって試案のチェックリストに記載・調査する方法をとった。

1 ヶ月に各 2 ケースの予定で実施出来るものと予測した。目指すものは、入院中に在宅療養に必要な準備が行われていない事項・問題点を把握して退院後の生活について視点に重きを置き退院支援、病院側への提言、在宅側の必要項目の検討を行い、試案のチェックリストも検討できるものと考えた。5 訪問看護ステーションと連携が予測される病院・有床診療所は岡山県 A 市・B 市近郊とし、22 ヶ所を予定した。そして、調査結果の分析から今後の展望として、病院側スタッフに何を行ってもらうべきかという具体的対策を立てることが可能となるであろうし、チェックリストの項目を病院側スタッフに確認・準備してもらうことによって退院支援に役立てられると考えた。

II. 研究目的

病院から在宅移行する対象者の退院前カンファレンスにおける退院支援の現状(退院前カンファレンスで、病院側からどんな情報が当日までに準備されていて、どんな情報が不足していたか、また、どの情報に準備状況のばらつきがあったか)を把握する。

III. 研究方法

1. 研究方法

ミックス法(質的・量的研究)、参加観察による調査、予備的研究

2. 研究対象

退院前カンファレンスにおいて、5訪問看護ステーション各々が連携する事例で退院前カンファレンスチェックリストに記載・調査の研究承諾の得られた患者・家族、医療者。

3. 研究方法

- 1) 事前に、病棟責任者・地域医療連携室との連携を図り、合意の下に退院前カンファレンスの現状を調査・記入する。
- 2) 研究承諾の得られた対象者の退院支援の現状について退院前カンファレンスチェックリストを用いて、記載・調査し、入院中に在宅療養に必要な準備が行われていない事項・問題点を把握して対象の本人・家族の生活を重視した退院支援、病院側の情報への提言、在宅側の必要チェック項目の検討を行う。同時に試案のチェックリストも検討できる。

4. 調査期間

平成 23 年 8 月～平成 23 年 12 月

5. 分析方法

退院前カンファレンスのチェックリストを試作するにあたり、45 ワーズ(問題点)を類似性で整理し、質的に分類し、【療養者基本情報】、【療養者の状態確認】、【医療処置】、【病状の告知・病状の説明】、家族の介護力】、【制度】、【経済的基盤】、【退院時添書、リハビリ計画】、【退院後の医療体制】の項目が抽出されチェックリストを作成し、そのチェックリストのプレテストを2例行った(平成 23 年 3 月～7 月)。

※ 共同研究者との会議 6 回開催

退院前カンファレンスにおいて試作チェックリストを用いての調査・記録(平成 23 年 8 月～12 月)の結果を情報提供(事前にあり、当日にあり、聞き出してあり、質問してもない)別に集計して分析した。

※ 共同研究者との会議 7 回開催

6. 倫理的配慮

山陽学園大学研究倫理審査委員会の承認を得た後に研究協力依頼を行った。具体的には、退院前カンファレンスが実施される病院には、病院長宛てお願い文書の提出と病棟関係者と連携し合意を得ることを前提とする。対象者の研究協力の参加は自由意志であり、参加しなくても不利益は被らない。また、同意した後、何時でも同意を撤回することができること、チェックリストは、対象者の匿名性を保持、結果は統計的に処理し、個人情報情報の漏洩は無いことを訪問看護師が退院前カンファレンス後、または初回訪問時に研究協力への説明文書をもって説明し、同意を得た。

7. 用語の定義

- 1) 退院前カンファレンス：退院後の療養環境を整えるために必要なサポート体制を組み立てるためのカンファレンス。地域・社会資源との連携・調整を図る。
- 2) MSW：医療ソーシャルワーカー、退院支援において対象者の生活・介護上の課題について支援を行う専門職者。
- 3) ケアマネージャー：介護支援専門員、在宅介護の対象者のニーズ諸資源の接合を基本理念とし、ケアプラン作成を担う専門職者。
- 4) PT・OT：理学療法士・作業療法士、病院・在宅での個別的なリハビリテーションプランを作成し、基本的動作能力の回復を図る専門職者。
- 5) ADL・IADL：対象者の日常生活活動・手段的生活活動、生活関連活動
- 6) 病院の規模
大病院：300床以上の病床を有する病院
中病院：299-100床の病床を有する病院
小病院：99床以下の病床を有する病院

IV. 結果

1. 対象者の概要（表3に示す）

対象者27名の中、男性15名、女性12名であった。年齢は男性が50歳代から80歳代、女性が60歳代から90歳代であった。病院は（大病院18、中病院8、小病院1）であった。退院時カンファレンスの所要時間は平均60分であった。参加者のうち、本人・家族及び、病院側からは、医師、看護師、MSWが出席していたのは7例（25%）で殆どが大病院で、その他PT、OT、であった。在宅側は看護師、ケアマネージャーが出席していたのは、22事例（81%）、その他福祉用具事業者、介護タクシー業者、訪問介護事業者であった。主病名については、癌が13人・48%（男性9人、女性4人）、その他、難病3人、脳血管障害後遺症、認知症等であった。

2. チェックリストへの調査・結果について（表4に示す）。

情報提供のあり方について、事前にありを(事前)、当日にありを(当日)、聞き出してありを(聞き出して)、質問してもないを(質問しても)の様に記述する。

【療養者基本情報】

- ①年齢、性別、自宅環境、同居家族関係の情報提示について、事前19、当日7であった。聞き出して1あり、自宅環境についてであった。
- ②関係職種について、事前17、当日10であった。

【療養者の状態確認】

- ①病状についての情報提示について、事前11、当日16で、すべて情報提示があった。
- ②病状について客観的データで情報提示について、事前1、当日22であった。聞き出して4であった。(No10、18、19、24)で、10、18は中病院であった。
- ③入院中の経過について、事前8、当日19で、すべて情報提示があった。
- ④ADL. IADLの自己管理の度合いについて、事前5、当日20であった。聞き出して2 (No14、17) で大病院であった。

【医療処置】について（医療処置無しは7事例であった。）

- ①退院時必要な医療処置については、事前3、当日16であった。聞き出して1 (No24) であり、小病院であった。
- ②医療処置は誰が行うかについては、事前1、当日17であった。聞き出して2 (No14、24) で大・小病院であった。
- ③退院後の必要物品については、事前1、当日15であった。聞き出して4 (No19、23、24、26) で、大・中・小病院であった。
- ④介護者への手技と内容習得度については、事前1、当日16であった。聞き出して3 (No16、24、26) で、大・中・小病院であった。

【病状の告知・病状の説明】について(④～⑥の対象者は癌患者のみで、13名であった)

- ①病名告知については、事前6、当日19であった。聞き出して2 (No10、16) で中病院であった。
- ②在宅療養を希望していることについては、事前12、当日15であった。
- ③病気の理解の程度については、事前6、当日17であった。聞き出して4 (No10、16、19、26) で、大病院1と中病院3であった。
- ④余後告知については、事前5、当日6であった。聞き出して2 (No10、19) で中病院であった。
- ⑤最期をどのように迎えたいかについては、事前4、当日5であった。聞き出して

3(No3、10、20)で大病院2、中病院1で、質問してもが1(No19)中病院であった。
⑥看取りの場所については、事前3、当日5であった。聞き出して4(No3、5、10、20)で、大病院3、中病院1で、質問してもは1(No19)中病院であった。

【家族の介護力】について

- ①主介護者やキーパーソンについては、事前17、当日10で情報提示はあった。
- ②介護協力者については、事前14、当日9であった。聞き出して2(No14、23)で、大・中病院で、質問してもが2(No16、19)で中病院であった。
- ③家族介護力の程度については、事前15、当日9であった。聞き出して3(No9、16、23)で大病院1、中病院2であった。

【制度】について

- ①公費制度については、非該当17名あり、事前3、当日に4であった。聞き出して3(No15手続き中、17、19、)で大病院2、中病院1であった。
- ②介護保険の申請や利用については、事前15、当日7であった。聞き出して2(No9、20)で大病院であった。
また、介護保険の利用につき非該当3名があった。

【経済的基盤】について

健康保険や年金の種類については、事前3、当日6であった。聞き出して8(No2、6、16、18、19、20、22、24)で、大病院2、中病院5、小病院1で、質問してもが8(No1、8、9、17、21、25、26、27)で、大病院8であった。

【退院時添書、リハビリ計画】について

- ①退院後のADLを考慮したリハビリについては、非該当6事例あった。当日19であった。聞き出して、2(No17、19)で、大・中病院であった。
- ②退院時添書の情報提示については、事前1、当日23であった。聞き出して3(No19、24、26)で、大・中・小病院であった。

【退院後の医療体制】について

- ①入院が必要になった時の対応病院については、事前2、当日21であった。聞き出して2(No16、20)で、大・中病院で、質問してもが2(No9、27)で大病院であった。
- ②在宅医の往診体制については、事前9、当日11であった。聞き出して2(No19、20)で、大・中病院で、質問してもが1(No27)で大病院であった。往診体制不要者が4名あった。

今回調査の結果集約

当日までに準備されていた項目は【療養者基本情報】、【療養者の状態確認】、【医療処置】【家族介護力】【制度】【退院時添書・リハビリ計画】[【退院後の医療体制】については、概ね情報提示があった。

情報不足していた項目は、【経済基盤】であった。

情報提示のばらつきがみられた項目は、【病状の告知・病状の説明】で特にターミナルの場合の「余後告知」、「最期をどの様に」、「看取りの場所」について、本人や家族の気持ちについての情報であった。

また、病院別でみると、情報提示不足はすべての病院でみられた。

V. 考察

退院支援の要素として、医療管理の課題と生活・介護上の課題があり、医療管理においては医療の必要性・身辺ケアの必要性があり、生活・介護においては、家事援助の必要性・経済的支援の必要性がある。そして専門的支援としての役割分担がある。退院支援の第1段階として、退院支援が必要な患者の把握、第2段階として生活の場に戻るためのチームアプローチ、第3段階として、地域・社会資源の連携・調整がある（宇都宮 2011）。

今回、その第3段階における退院前カンファレンスにおいて病院側からの在宅療養へ向けて、在宅移行に必要な情報提供について、何が情報提供があり、何が情報提供不足なのかを確認して、病院の退院調整準備の実情や在宅医療に対する理解の現状を検討することを目的とした。そして、訪問看護ステーション管理者（経験年数：7～17年）が在宅医療・看護を継続するために困っていることを出し合い、検討し項目を抽出して退院前カンファレンスチェックリストを試作し、チェックリストを用いて実態調査をおこなった。

本調査の対象者の主疾患は半数が癌であり、難病、認知症、慢性疾患等であった。また、ライフサイクルは50歳代から90歳代と幅があった。

次に今回、連携があった病院は大病院が6割、中病院が3割であった。そのような中での退院前カンファレンスの現況は2006年の改正医療法の影響を受けて、病院の退院支援に向けての頑張り等により、1年前の問題点が多かった時と比較して病院側の努力が見られるものであった。事例の4分の1にカンファレンスへ医師の参加があり、病棟看護師、退院調整看護師、MSW、PT、OTの参加があり、在宅側は、訪問看護師は基より、事例の8割にケアマネージャーの参加があり、本人・家族にとって、在宅移行へのより良い地域・社会資源との連携・調整ができるものと考えられる。従来のように病院は病気を治すことだけに終わらせず、その人らしい生活に帰すことのできる医療へ転換が迫られてきている象徴であろう。

次に、当日までに準備されていた項目について述べると、【療養者の状態確認】については、全体イメージができないと訪問看護計画を立案する上でのケアの工夫を考えにくい。予測されること、病院と在宅の環境の差を考慮し、現状維持のためのケアを考えていくために、病状についての情報提供は訪問看護師に連携出来ていると思われる。情報を客観的に提供できるならば、より対象者の病状を把握しやすくなり適切なケアへと継続される。今後考えられる状態や変化を説明して理解してもらうことが在宅ケアを成功させるポイントである。また、在宅ケアはセルフケアであるため、ADL、IADLの自己管理の状況は今後の自立生活の基本となるために現状の情報提供は重要である。【医療処置】については、明確な情報提示や在宅での処置を誰がするのかという情報提示は出来ていて、本人・家族の安心にもつながり、継続して指導する訪問看護師にとっても重要なことである。それらに必要とする物品について、当日までに提供がない場合、何を準備したら良いですかと訪問看護師に問いかけがあると良いのではなかろうかと考える。在宅生活を指導する訪問看護師からの情報を有用視することは大切であり、環境に合わせて患者や家族が自分の意思で上手に選択できるようにサポートしていくことが重要であろう。手技の習得度の情報提示不足がみられるが、必ず病院内で指導し、繰り返し練習をして手技を習得出来ておくことがベストであるが、ここまで指導して、ここまで技術習得が出来ているという情報を在宅側へ情報提供されることが望まれている。【退院時添書・リハビリ計画】については、PT、OTの出席も4割あり、専門的で環境に適した情報提供がなされていたと考えられる。院内での多職種間のカンファレンスを経てリハビリ計画を実行しての情報提供があればスムーズに在宅へ移行出来、ケアが継続されると考えられる。そして対象者の機能レベルの維持を、病院側から在宅側の医療者へケアのバトンタッチをする。

次に生活・介護上の課題について考えてみると【家族の介護力】について、在宅医療は介護力が保障されていることが前提になる。本人、家族の思いと介護力、これが在宅医療の要点で、介護力の何が不足しているのかを確認して在宅ケアチームを編成して継続することも全国各地で試みられている。家族の介護力に関連することで、自宅で看取られ、安定した在宅療養ができた人は8割で、2割が不安定だったという結果がでている。その原因は介護者が1人、住環境が整わなかった等が挙げられている。介護者が1人の場合、その人にかかる負担が多いため安定した在宅療養ができにくい。家族全員が関わり、バランスをとれることが大切である。【退院後の医療体制】については、本人・家族が安心して在宅療養に取り組める1番、大きな要素であるが、在宅医が必要か否かはケースバイケースである。外来通院しながらの在宅療養も多い。在宅医が必要な場合は、地域医療連携室のMSWまたは看護師にアドバイスを受け患者・家族で決定する。退院前カンファレンスで在宅医の打ち合わせがあることが対象者の最大の安心につながるので、在宅医の参加がのぞまれる。【制度】については、ほぼ情報提供はあったが、国が在宅医療推進に24時間チームケアなどの制度を掲げて努

力しているが、思うように浸透しない理由の1つに介護保険制度を十分に利用しても介護力には限界があるということだと考えられる。

不足していた項目の【経済基盤】について考えてみると、健康保険や年金の種類についての情報は不足気味であった。退院支援の要素と役割分担で生活的課題、経済的支援の必要性・家事援助の必要性については、MSWが専門性を発揮して担うべきと発言している（宇都宮）。そのための退院支援各職種の専門性を発揮し、より良い退院支援をしなければならない。2006年の改正医療法に従っての準備状況（物的・人的）の関連があるものと考えられた。

情報提示のばらつきがみられた項目【病状の告知・病状の説明】について考えてみると、病名告知については概ね情報提供があり本人・家族ともに納得されての在宅移行と考えられる。また、基本的な要素である在宅を希望していることも確認されている。病気の理解の程度についても概ね理解されている様子であるが、在宅療養の過程での心の動揺は図り知れないものがあることを認識しなくてはならない。在宅側のケア職種、訪問看護師、ケアマネージャー、福祉事業者等と面識ができることで本人・家族の在宅への心構えができるものと考えられ、在宅移行の決心がより強まることであろう（杉原 2010）。ターミナルの場合の余後告知や最期をどのように迎えたいか、看取りの場については、情報提示のバラつきがみられ検討の余地が大きいと考えられた。自宅で最期を迎えたいと考える人が多く「末期がんで終末期医療を受ける場合、どのような場所が理想か」との質問に33.8%が自宅を挙げている（神津 2008）。このように最期を迎える場として「家」を希望している人が多いにも関わらず実際には家で亡くなる人が少ないという結果を受け、在宅で看取れるような環境を作るため、2006年に「在宅療養支援診療所」が設けられた。今回、癌の患者が約半数を占めた。このことは今後も癌患者の在宅療養が増え、看取りまでが増えるかも知れない。在宅看取りが増加するためには、主治医や病棟看護師長に対し指導的立場の取れる退院調整の得意なTHP（トータルヘルスプランナー）が活躍できるシステムが最も重要である（小笠原 2010）。また、患者の状態が変化したら24時間体制でチームワーク・ネットワークを使って対応できるようにしておく等いくつかの規定が設けられている。

癌や難病等で医師に積極的な治療法がないと宣言された時、できるだけ住み慣れた家で過ごしたいと考えるのは自然なことであり、在宅医療とは尊厳と安心の医療である。（松下 2010）そのためには、入院時が一番、生活意識が強い時であり、在宅ケア者とできるだけ早く出会うことが大切である。統計的に末期がんの場合は平均1ヶ月半で亡くなると言われている。折角の在宅療養の意味を発揮するためにも入院したその日から退院後の準備のスタートが必要であると言われている。また、末期癌患者が在宅療養を躊躇する理由に癌の痛み・苦痛をどうするのか、家族はその状況を乗り越え

られるのかという問題がある。痛みは肉体的・精神的・社会的・魂の痛みというトータルペインであり、そのことについても在宅で十分に管理できることを入院中からの指導が必要である。看取りの場ということを考えてみると、在宅では家族が看取ることになる。主治医がその場になくても、病気の経過があり、その病気で亡くなったことが明らかであれば死亡診断書の発行ができる。医師が到着するまで少し時間があっても法律的な問題はない。また、亡くなった後の処置は訪問看護師や葬儀屋が行い、病院と異なり静かに時は流れ、看取ることができる（長尾 2010）、この説明と同意が必要であろう。

VI. 結論

今回、退院前カンファレンスチェックリストを用いての実態調査で、1年前の状況と比較して病院からの情報提供が一段と進んでいるものと考えられた。今後の検討課題として、特に癌患者の在宅療養が増える状況に備えて、本人・家族が安心・納得・信頼を得る退院支援づくりが必要であると考えられた。2012年4月からの24時間体制の在宅ケアも1つの方策であり、対象者個々の在宅ケアチームができ、有機的な連携・協働が急務であろう。また、対象者の生活・介護上の課題については、病院側のMSWの専門性の発揮と在宅側のケアマネージャーが融合しての支援が必須である。

おわりに

対象者のより良い退院支援出来るためには、病院・在宅相互の連携に有用なチェックリストの検討を継続し、また対象者が在宅で生活する上で実際にどのような利点があったのか否かについて確認するなど、在宅側のケアの利用者を対象としたケアの利用状況や満足度などを評価するなど今後も研究を続けていく必要があると考える。連続した研究をすることでより良い退院支援が見えてくるのではないだろうかと考える。今回はあくまで予備的研究であり、対象件数少なく研究結果を一般化するには限界があったが、退院支援の現状把握はできた。

研究の限界

今回、調査期間も少なく、調査者、対象件数も27と少なく一般化することはできなかった。

謝辞

今回、調査にご協力いただきました岡山県 A 市、B 市の病院、対象者の方々、調査して下さった 5 訪問看護ステーションの皆様に深く感謝申し上げます。

また研究をまとめるにあたり、ご助言をいただきました、おおもと病院・森川看護師に深く感謝いたします。

参考文献

1. 宇都宮宏子・三輪恭子編（2011）“これからの退院支援・退院調整”－ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域，日本看護協会出版会，東京，p 3-4, 31-40.
2. 松下正明監修（2010）“チームで行う退院支援”－入院時から在宅までの医療・ケア連携ガイドー，中央法規，東京，p 20-25.
3. 杉原みずほ：病院の地域連携室からみた訪問看護．訪問看護と介護，vol.15 No3, 178-190（2010.03）.
4. 小笠原文雄：病院の意識はこう変える－文化の変容を呼び起こす実践－．訪問看護と介護，vol.15 No3, 191-196,（2010.03）.
5. 神津 仁(神津内科クリニック院長)、在宅で看とりたい、看取られたい
http://www.j-health.jp/egao/kenkou_kyositsu/191/index.html(2008).
6. 長尾和宏(2010)“初めての在宅医療”－10の素朴な疑問に在宅医がお答えします－，在宅医療を考える会編集（勇美記念財団支援事業）.
7. 高橋佳子、佐々木裕子、飯盛茂子：臨床から在宅への退院支援－多職種 of 専門職者が重視した I P W（Inter Professional Work）の視点－．日本看護福祉学会誌（1344-4875），15 卷 2 号，27-41,（2010.03）.

尚、本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団から研究助成を受けて研究させていただきました。

表1 項目化

| 項目 | サブカテゴリ | ワーズ |
|--------------------|--------------------|---|
| 1.療養者基本情報 | 年齢、性別、自宅環境 関係職種 | 年齢、性別、環境については在宅での基本であるが、それも解らない場合があった。1番に情報が欲しい。 すでにケアマネが決まっている場合、他にどのような職種がかかわっているか等の情報がある。 |
| | 病状 | 病棟看護師が参加されていても、利用者の現在の状況(動作の仕方、排泄、食事、入浴等ADLを含め、現在どうしているのか)がわからない。どうやって動いているのかわからない人が参加している。カルテも持ってこない |
| 2.療養者の状態確認 | 客観的データ | 客観的データで情報を教えてほしい。 |
| | 入院中の経過 | 認知症があるということで、頭から「こんな人は在宅では無理、施設を探して下さいと言われた」。そう言いながら、施設はすぐには入れないのに退院日は、〇日に決定しているので、変えられませんという。ご本人の能力は本当のものに見ようとなし。在宅へ帰れば見守りで自立できました。 |
| | ADL IADLの度合い | ADL IADLはどの程度なのか、入院中での状況と自分ではどこまでできているのかを教えてください。 |
| 3.医療処置 | 明確な情報 | ストーマ処置 ENT時、皮膚トラブルなしパウダー、保護シールetc何もなくENT後、皮膚トラブルあり困った 指示書の内容と本人が持っているインシュリンが異なって初回困った。 通院中の利用者 胃ろう管理できていない。胃ろう交換の予約もできていない。 治療がない為に在宅移行した場合、説明の方法により見捨てられた感を感じている患者さんがいる。Ns MSWがフォローして欲しい。 |
| | 在宅で誰が行うか | 処置がある方は、くわしい処置方法を本人、家族への(誰に)したのか?・食事指導の内容 |
| | 必要物品 | ストーマのトラブル、退院後の体動、食事内容の変化などの予測がなく、パウチが合わなくなってしまい、在宅で種類を変えた。(数日で) ポット(IVHの被覆材)、退院時の処方になかったり、主治医から少なかったり、たちまち困る。利用者さん個人の負担になることもきつい。 パウチのサイズ タイプ(ワンピース・ツーピース)の検討はもっと細やかにしてほしい 介護指導や介護用品のアドバイス 購入を予定しているが、在宅にあったものにならず、使えないことがある。在宅の人と相談してからにして欲しい。 衛生材料 自宅では、こんなもの利用→生活の場イメージを。お金がかかって困る。 |
| | 手技・習得度 | 1日1回吸引しているのに吸引のことは指導なく退院してきた。吸引の必要性について予測がない。 フィルターチューブ洗浄etc自宅訪問をして再度理解度の評価を!! シーパップ等機械の説明十分理解できていない。パンフレットなし、医療機器とNsとの連携 PEGの利用者さんの薬の注入の方法を実際にやってもらって指導して欲しい。 |
| | 病名告知 | 病名告知は本人や家族にどのようになされているのか、どの程度本人や家族が病状を分かっているか?受け入れられているかを教えてください。 |
| 4.病状の告知・ 病状説明 | 在宅希望 | 本人は本当に在宅を希望しているのか、家族の思いはどうなのかを確認してほしい。 |
| | 病気の理解 | 検査データが欲しい。・告知の場合本人と家族がどこまで、受け止めているか。在宅でどこまでするのか? O ₂ 、点滴 本人、家族が症状をどのように把握しているか伝えて欲しい。予後の説明をどのようにしているかおしえてね。 |
| | 余後告知 | 癌、ターミナル 余後的に週単位、日にち単位の場合教えて欲しい。治療方法がないので、在宅というあいまいな表現ではなく、くわしい情報を知りたい。 |
| | 最期をどのように 看取り場所 | 家族は最期は病院に行こうと思っているのか、どうなのかを教えてください。 余後説明、家族理解、悪化した時 在宅か入院か |
| | 主介護者・キーパーソン | 家族構成、キーパーソンは誰か?誰が介護をどの程度可能であるか? |
| 5.家族の介護力 | 介護協力者 | DM患者本人がインシュリン施注できない為妻に指導されたが手技習得できないままENT。訪問し指導をおこなっていった。手技確認をしてENTして欲しい。 |
| | 介護力の程度 | バルーンカテーテル留置中の方、ウロガードの尿の捨て方をハイハイと聞いて帰ったが、実際どうすればよいのかわからないと訪問開始前に連絡が入った。説明ではなく、実施指導が必要 |
| 6.制度 | 公費制度 | 疾病、年齢など、どの制度を利用可能かについて確認してほしい。 |
| | 介護保険制度 | 介護保険のシステム、ケアマネの存在を知っていない |
| 7.経済的基盤 | 健康保険や年金 | 胃ろう一日どれくらいコストがかかるのか家族への説明をしておいてほしい 経済的負担の説明がなく退院し、お金がたくさんかかることで、ひつくりした(本人家族) ・新薬を使っており、9万円/月かかった。 ・長事代(流動長)9~6万円/月かかった |
| | ADLを考慮したリハビリ | 退院後もADL向上が見込める場合、退院前に実際自宅でどの程度動けるのかPT、OT交えて評価してもらいたい。不用の住宅改修をすることにならないように |
| 8.退院時添書・ リハビリ計画 | 退院時添書 | 退院日が決まっていて、直前であったり、退院後自宅への訪問が初回であったりすること 退院前カンファレンスで話合ったことが、退院までにしてもらえなかった。退院カンファレンスが活かされていない。 退院に向けての会議が、退院ギリギリ、又、当日に行われる。(準備訪問計画できにくい) 看護添書をかいて渡しても退院時に何もない施設があり様子がわからなくて困った。 退院日が、急に決まる時が困る。在宅での支援体制を整える時間が欲しい。 サービスのマンパワーを考慮せず病院の方法と同じ方法で、在宅で療養を行おうとする。病院の中だけでカンファレンスし退院の計画をたてていた。 |
| | 対応病院 | 退院したら後は知らない。在宅医になんとかしてもらってと言わんばかりの対応。特に精神的に不安定、不安の強い方(介護者を含めて)には、いつでも相談にのりますという対応してほしい。 |
| | 往診体制 | 主治医なのに、訪問Nsから、連絡(かかりつけ医)しても緊急受け入れはできないとことわられた。まず、近くの救急へ行き、そこから受けると言われた。 |
| 9.退院後の医療体制 | 医師間の連携・問題点 | 主治医が2人いる場合等、医師間での統一ができていない緊急受け入れをしてもらえず、困った。(退院時は、OKといわれていたにもかかわらず) ALSの利用者、気切をしなさいとのことで、説明できていたが医師が気切した。 |

※ 対象者No.

表2 退院前カンファレンスチェックリスト

| | | | | | |
|---|--|-----------|-----------|-------------|-------------|
| 下記項目の[], ()は適切なものに○を、または数字を記入して下さい。 | | | | | |
| 病院 [大(300床以上) 中(299-100床) 小(99床以下)] 有床診療所 [19床以下] | | | | | |
| 退院前カンファレンス実施日 (月 日 : ~ :) | | | | | |
| 共同指導実施者(訪問看護師以外) 病院側:[医師 看護師 PT OT MSW 管理栄養士 薬剤師 本人 家族 その他] | | | | | |
| 在宅側:[医師 看護師 PT OT ケアマネ. その他 | | | | | |
|]] | | | | | |
| | | 事前に あり | 当日に あり | 聞き出し てあり | 質問しても ない |
| 1 療養者基本情報 下記項目の()は適切なものに○を、または数字を記入してください。 | | | | | |
| 年齢(歳代) ・性別(男 女) ・自宅環境 ・同居家族関係の情報提示があった。 | | | | | |
| 関係職種についての情報提供があった。(PT OT 栄養士 ケアマネ. その他) | | | | | |
| 2 療養者の状態確認 医師・看護師どちらからの情報提示でも良いです。 | | | | | |
| 病状についての情報提示があった。 | | | | | |
| 病状について客観的データで情報提示があった。 | | | | | |
| 入院中の経過についての情報提示があった。 | | | | | |
| ADL、IADLの自己管理の度合いについて情報提示があった。 | | | | | |
| 3 医療処置 (有 無) 適切なものに○をしてください。 | | | | | |
| 退院時必要な医療処置について明確な情報提示があった。 | | | | | |
| 在宅ではその処置は誰が行うかが明確な情報提示があった。 | | | | | |
| 退院後に必要とする物品について情報提示があった。(該当 非該当) | | | | | |
| 本人または介護者へ手技についての指導内容と習得度について情報提示があった。 | | | | | |
| 4 病状の告知 ・ 病状の説明 下記項目の()は適切なものに○をしてください。 | | | | | |
| (本人と家族または家族)への病名告知について情報提示があった。 | | | | | |
| (本人と家族または家族)が在宅療養を希望していることの情報提示があった。 | | | | | |
| (本人と家族または家族)病気の理解の程度についての情報提示があった。 | | | | | |
| (ターミナルの場合のみチェックしてください。) (本人と家族または家族)への余後告知について情報提示があった。 | | | | | |
| (ターミナルの場合のみチェックしてください。) 最期をどのように迎えたいかの本人や家族の気持ちの情報提示があった。 | | | | | |
| (ターミナルの場合のみチェックしてください。) 看取りの場所について本人や家族の気持ちの情報提示があった。 | | | | | |

| | | | | | |
|------------------------|---|-----------|-----------|-------------|-------------|
| | | 事前に あり | 当日に あり | 聞き出し てあり | 質問しても ない |
| 5 | 家族の介護力 | | | | |
| | 主介護者やキーパーソンについて情報提示があった。 | | | | |
| | 介護協力者についての情報提示があった。 | | | | |
| 家族介護力の程度についての情報提示があった。 | | | | | |
| 6 | 制度 下記項目の()は適切なものに○をしてください。 | | | | |
| | 公費制度の利用についての情報提示があった。(該当 非該当) | | | | |
| | 介護保険の申請や利用について情報提示があった。(該当 非該当) | | | | |
| 7 | 経済的基盤 | | | | |
| | 健康保険や年金の種類の情報提示があった。 | | | | |
| 8 | 退院時添書 ・ リハビリ計画 下記項目の()は適切なものに○をしてください。 | | | | |
| | 退院後のADLを考慮したリハビリについて情報提示があった。(該当 非該当) | | | | |
| | 退院時添書の情報提示があった。 | | | | |
| 9 | 退院後の医療体制 | | | | |
| | 入院が必要になった時の対応病院について情報提示があった。 | | | | |
| | 往診体制について情報提示があった。 | | | | |

調査日 平成 年 月 日

調査者: () 訪問看護ステーション

表3 対象者基本情報

| 対象者No. | 年齢(歳代) | 性別 | 病院 | カンファレンス時間 | 参加者 | | | 主病名他 |
|--------|--------|----|----|-------------|-------|---------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | | | | | 対象者 | 病院側 | 在宅側 | |
| 2 | 70 | 男 | 中 | 11:00-12:00 | 本人、家族 | 看護師、PT、OT、MSW | 看護師、ケアマネ | 脳血管障害後遺症、褥創 |
| 3 | 70 | 男 | 大 | 10:30-11:50 | 本人、家族 | 医師、看護師、PT、OT、MSW | 看護師、ケアマネ | 肺癌末期、糖尿病 |
| 5 | 70 | 男 | 大 | 13:00-13:30 | 家族 | 医師、看護師、PT、OT、MSW | 医師、看護師 | 膵臓癌末期、輸液ポンプ、腹腔ドレン |
| 7 | 70 | 男 | 中 | 10:45-11:45 | 本人、家族 | 看護師、MSW | 看護師、ケアマネ、福祉用具事業者、ヘルパー、福祉用具事業者 | 多発性脳梗塞、嚥下障害(IVH) |
| 8 | 70 | 男 | 大 | 11:30-12:30 | 本人、家族 | 看護師 | 看護師 | 肺癌末期、看取りたい |
| 10 | 60 | 男 | 中 | 13:00-14:00 | 家族 | 医師、看護師、PT、OT | 医師、看護師、ケアマネ、福祉用具事業者 | 癌末期、間質性肺炎 |
| 13 | 70 | 男 | 大 | 13:00-14:00 | 本人、家族 | 医師、看護師、退院調整Ns | 看護師、ケアマネ | 膵臓癌末期、肝転移、持続点滴(ポンプ)腹腔ドレン |
| 14 | 80 | 男 | 大 | 15:00-16:00 | 家族 | 医師、看護師 | 看護師、ケアマネ | 肺気腫、肺炎 |
| 15 | 70 | 男 | 大 | 11:00-12:10 | 本人、家族 | 医師、看護師 | 看護師、ケアマネ、HP、福祉用具事業者 | 再生不良性貧血、蜂窩織炎 |
| 16 | 80 | 男 | 中 | 11:30-12:10 | 家族 | 医師、看護師、MSW | 看護師、ケアマネ、その他 | 慢性呼吸不全、肺癌、アルツハイマー認知症 |
| 17 | 60 | 男 | 大 | 10:30-11:30 | 家族 | 医師、看護師、PT、MSW | 看護師、ケアマネ、訪問介護、訪問入浴、福祉用具事業者 | 頸椎症術後合併症、呼吸不全 |
| 20 | 50 | 男 | 大 | 10:30-11:30 | 家族 | 医師、看護師、PT、OT、MSW | 看護師、ケアマネ、その他 | 血管周囲細胞腫多発転移、右腎原発 |
| 23 | 60 | 男 | 中 | 13:00-14:30 | 本人、家族 | 看護師、PT、MSW | 看護師、ケアマネ | 肺アスペルギルス症 |
| 26 | 80 | 男 | 大 | 15:30-16:20 | 家族 | 医師、看護師、MSW、言語聴覚士 | ケアマネ | 肺癌、肝転移 |
| 21 | 80 | 男 | 大 | 16:30-17:30 | 本人、家族 | 医師、看護師、地域連携室Ns | 看護師、ケアマネ、福祉用具事業者 | 肺癌末期、骨・脳転移 |
| 4 | 80 | 女 | 大 | 11:00-12:00 | 家族 | 医師、看護師、PT | 医師、看護師、ケアマネ、福祉用具事業者、ヘルパー | 認知症、パーキンソン |
| 6 | 80 | 女 | 大 | 16:30-17:30 | 家族 | 医師、看護師、その他 | 医師、看護師、ケアマネ、その他 | 大転子部骨折、心不全 |
| 9 | 60 | 女 | 大 | 11:00-12:00 | 本人 | 医師、看護師、PT、MSW、管理栄養士 | 看護師 | 糖尿病、腎症、病識乏しくコントロール不良 |
| 11 | 70 | 女 | 大 | 10:30-11:30 | 家族 | 医師、看護師、PT | 看護師、ケアマネ | うっ血性心不全 肺炎 |
| 12 | 60 | 女 | 大 | 9:30-10:30 | 本人、家族 | 医師、PT | 看護師、ケアマネ | ALS |
| 1 | 70 | 女 | 大 | 13:00-14:00 | 本人、家族 | 医師、看護師 | 看護師、ケアマネ、訪問介護、福祉用具事業者 | 骨髄腫 |
| 18 | 90 | 女 | 中 | 13:30-14:20 | 家族 | 看護師、MSW | 看護師、ケアマネ、その他 | 食道癌 |
| 19 | 60 | 女 | 中 | 14:00-14:50 | 家族 | 看護師、MSW | 看護師、ケアマネ | 子宮体癌再発、肺転移、腸閉塞 |
| 22 | 80 | 女 | 中 | 13:30-14:30 | 家族 | 看護師、MSW | ケアマネ、その他 | パーキンソン症候群、認知症、嚥下障害 |
| 24 | 90 | 女 | 小 | 15:30-16:20 | 家族 | 医師、看護師 | 看護師、ケアマネ、福祉用具事業者、介護タクシー業者 | 慢性腎不全、Ⅱ型糖尿病、尿路感染症 |
| 25 | 80 | 女 | 大 | 13:30-14:30 | 家族 | 看護師 | 看護師、ケアマネ | 胃癌、肺癌末期 |
| 27 | 60 | 女 | 大 | 13:00-14:00 | 本人、家族 | 看護師、MSW | 看護師、ケアマネ | 関節リュウマチ |

表4 退院前カンファレンスチェックリスト調査・結果

| 大項目 | 小項目 | 情報提供数 | | | | |
|------------------------|--|-------|-------|---------|---------|---------------|
| | | 事前にあり | 当日にあり | 聞き出してあり | 質問してもない | その他 |
| 療養者基本情報 (n=27) | 年齢(歳代)・性別(男 女)・自宅環境・同居家族関係の情報提示があった。 | 19 | 7 | 1 | | |
| | 関係職種についての情報提供があった。(PT OT 栄養士 ケアマネ. その他) | 17 | 10 | | | |
| 療養者の状態確認 (n=27) | 病状についての情報提示があった。 | 11 | 16 | | | |
| | 病状について客観的データで情報提示があった。 | 1 | 22 | 4 | | |
| | 入院中の経過についての情報提示があった。 | 8 | 19 | | | |
| | ADL、IADLの自己管理の度合いについて情報提示があった。 | 5 | 20 | 2 | | |
| 医療処置(有 無) (n=27) | 退院時必要な医療処置について明確な情報提示があった。 | 3 | 16 | 1 | | 無7 |
| | 在宅ではその処置は誰が行うかが明確な情報提示があった。 | 1 | 17 | 2 | | 無7 |
| | 退院後に必要とする物品について情報提示があった。(該当 非該当) | 1 | 15 | 4 | | 無7 |
| | 本人または介護者へ手技についての指導内容と習得度について情報提示があった。 | 1 | 16 | 3 | | 無7 |
| 病状の告知・病状の説明 (n=27) | (本人と家族または家族)への病名告知について情報提示があった。 | 6 | 19 | 2 | | |
| | (本人と家族または家族)が在宅療養を希望していることの情報提示があった。 | 12 | 15 | | | |
| | (本人と家族または家族)病気の理解の程度についての情報提示があった。 | 6 | 17 | 4 | | |
| | (ターミナルの場合のみチェックしてください。)余後告知について情報提示があった。 | 5 | 6 | 2 | | ターミナル以外 14 |
| | (ターミナルの場合のみチェックしてください。)最期をどのように迎えたいかの本人や家族の気持ちの情報提示があった。 | 4 | 5 | 3 | 1 | |
| | (ターミナルの場合のみチェックしてください。)看取りの場所看取りの場所について本人や家族の気持ちの情報提示があった。 | 3 | 5 | 4 | 1 | |
| | | | | | | |
| 家族の介護力 (n=27) | 主介護者やキーパーソンについて情報提示があった。 | 17 | 10 | | | |
| | 介護協力者についての情報提示があった。 | 14 | 9 | 2 | 2 | |
| | 家族介護力の程度についての情報提示があった。 | 15 | 9 | 3 | | |
| 制度 (n=27) | 公費制度の利用についての情報提示があった。(該当 非該当) | 3 | 4 | 3 | | 非17 |
| | 介護保険の申請や利用についての情報提示があった。(該当 非該当) | 15 | 7 | 2 | | 非3 |
| 経済的基盤 (n=27) | 健康保険や年金の種類の情報提示があった。 | 3 | 6 | 8 | 8 | 不要2 |
| 退院時添書・リハビリ計画 (n=27) | 退院後のADLを考慮したリハビリについて情報提示があった。(該当 非該当) | | 19 | 2 | | 非6 |
| | 退院時添書の情報提示があった。 | 1 | 23 | 3 | | |
| 退院後の医療体制 (n=27) | 入院が必要になった時の対応病院について情報提示があった。 | 2 | 21 | 2 | 2 | |
| | (在宅医の)往診体制について情報提示があった。 | 9 | 11 | 2 | 1 | 不要4 |