

24 時間体制の在宅療養を支えるための医師と訪問看護師の協働に関する調査研究 【研究要旨】

I. 調査の背景と目的

近年、医療機関における一層の在院日数の短縮化が進んでおり、在宅で医療／ケアサービスを安心して、継続して受けられる環境が必要である。そのため、病院施設では、入院中から退院に向けての支援（後方施設への転院も含む）が必要とされ、「地域連携室」や「退院調整室」などの取り組みが始まっている。

2008 年の診療報酬改定では、退院支援の取り組みが診療報酬上評価されることとなり、退院調整加算や退院時共同指導料などが新設された。これにより、退院支援計画を多職種で協働して作成するなど、退院支援のプロセスが標準化され、在宅療養への移行推進策の第一歩となった。訪問看護ステーションにおいても「退院支援指導加算」が設定され、従来出来なかった退院当日の訪問看護について算定が可能となり、退院後の在宅療養の継続可否にかなり影響すると考えられる退院直後の支援を十分に行うことができるようになった。

しかし、急速な高齢化の流れの中で、実際の地域の受け皿として、患者・家族が 24 時間安心して在宅療養生活を送るために在宅療養支援診療所の医師と訪問看護ステーションの訪問看護師との連携体制がうまく機能しているかについては、未だ課題が多くあると考えられる。病院や施設とは異なり、在宅で家族を含んだ場においては、関連する専門職者は患者本人や家族の意向を十分に踏まえた上で支援することが必要であり、職種間の協働を土台にした支援体制づくりが重要となる。

そこで、本事業では、在宅療養現場の活性化を推進するため、訪問看護ステーションを中心とした、在宅療養を支えている医師（在宅療養支援診療所）との連携等のヒアリング調査とアンケート調査を行い、訪問看護師、医師、患者・家族を含めた連携のあり方の現状や課題について分析し、協働体制のあり方を検討することを目的とした。

II. 研究方法

本研究では、全国の在宅療養支援診療所 3000 施設および訪問看護ステーション 3000 事業所に対して調査（郵送配布・郵送回収）を実施するとともに、在宅療養に先進的に取り組んでいる 3 地域へのヒアリング調査を実施した。調査対象は以下のとおり。

図表 アンケート調査対象施設／事業所数

種別	対象数	抽出元
在宅療養支援診療所	628	全国在宅療養支援診療所連絡会会員施設
	2372	WAM-NE Tに登録のあった全国 11,696 件から上記 628 施設を除いた 11,068 施設から無作為に抽出
訪問看護ステーション	3000	WAM-NE Tに登録のあった全国 5,956 事業所のうち、休止及び介護予防サービス提供を除いた 5,548 事業所の中から無作為に抽出

図表 ヒアリング調査対象地域

地域	選定の視点
東京都新宿区	白十字訪問看護ステーションを中心として在宅療養を実施
高知県高知市	あおぞら診療所において先進的に在宅療養を実施
長崎県長崎市	長崎在宅 Dr. ネットを構築し、がん相談支援センターを設け、在宅療養を推進

調査内容は以下のとおり。

図表 調査内容

調査種別	内容
アンケート調査	<ul style="list-style-type: none"> 施設の基本情報 訪問診療／訪問看護利用者の情報 在宅療養の実態 他機関との連携について 医師と訪問看護師の連携 今後の在宅療養の普及に向けて
ヒアリング調査	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養の現状と課題 在宅療養に関する各種施策の内容・改善策

Ⅲ. 結果のまとめと考察

アンケート調査における回収率は、在宅療養支援診療所票で18.1%、訪問看護ステーション票で26.0%であった。以下にアンケート調査とヒアリング調査結果を包括した結果のまとめと考察を示す。

1. 在宅療養の実施状況について

在宅療養の現状についてみると、診療所からの訪問看護を実施している施設も35.6%となっており、患者／利用者の状態像としては寝たきり高齢者が多い。医師や看護師の24時間体制については、双方ともオンコールで対応するケースが多くなっているが、夜勤や当直の医師がいる診療所も12.7%に上っていた。訪問看護ステーションにおいても、2.7%の事業所で夜勤・当直の訪問看護師がいるとの実態がわかった。夜間などの緊急時においては、事前に約束指示を出している診療所は4割を超え、同様に事前に約束指示を取り付けている訪問看護ステーションも4割を超えていた。夜間の電話回数は、診療所、訪問看護ステーションともに、平均7回程度（1ヶ月あたり）となっている。

在宅における看取りの実施状況についてみると、92.1%の診療所、および84.7%の訪問看護ステーションが看取りを実施していた。在宅療養支援診療所のうち、平成22年に看取りを実施しているのは約半数との調査結果もあり¹、今回の調査対象となった診療所は在宅療養に積極的に取り組んでいる施設といえる。今回の調査は、在宅療養を積極的に実施している全国在宅療養支援診療所連絡会の会員施設を中心として調査票を配布しているため、全国の在宅療養支援診療所の平均よりも、各種実施状況が高めに出ている可能性はある。

さらに、看取りの状況についてみると診療所では、医師数にかかわらず9割以上の診療所で看取りを実施していたが、訪問看護ステーションでは、看護職員常勤換算数が多いほうが看取りを実施している傾向が見られている。また、平成21年度1年間の看取り件数についてみると、診療所・訪問看護ステーションともに「1～2件」との回答割合が高かった（それぞれ28.5%、25.3%）が、一方で診療所の11.4%が「11～20件」、11.6%が「21件超」と回答しており、看取り対応に力を入れて、積極的に看取り対応を実施している診療所も多くなっていた。訪問看護ステーションでは、看護職員の常勤換算数が多いほうが看取り対応を行っており、「2.5～3.4人」のステーションにおいては、看取り件数が「21件超」は1.7%であったのに対し、「7.5人以上」のステーションでは、「21件超」は24.6%に上っている。この結果からも、在宅療養を行い積極的に看取りまでの対応をしていくためには、診療所やステーションのスタッフを充実させて、ある程度大規模化を行う必要があると考えられる。

2. 在宅療養における連携体制について

他機関との連携についてみると、地域連携のために実施している取り組みとしては、「医療機関等との研修会・勉強会等」が診療所では44.5%、訪問看護ステーションでは53.5%と多くなっていた。一方、「訪問看護ステーションとの研修会や勉強会」を実施している診療所は29.9%、訪問看護ステーションは66.3%となっており、訪問看護ステーション同士では研修会・勉強会など

¹ 第16回社会保障審議会医療部会資料 資料2 厚生労働省保険局医療課調べ。ただし、平成22年7月1日（半期分）時点の状況である。

研究要旨

に取り組んでいることがわかったが、診療所と訪問看護ステーションの連携はさらに進める必要があることが示唆された。また、地域住民に向けた講演会等の実施は診療所で 25.3%、訪問看護ステーションで 15.4%となっており、在宅療養に関する住民向けの普及活動については、まだ広まっていないことが明らかとなった。

在宅療養に関して、在宅療養支援診療所と病院との連携や診療所同士の連携については、「できている」という割合が約半数を占め、訪問看護ステーションとの連携も 62%が「できている」と回答していた。一方、訪問看護ステーション側から見ると、病院・診療所との連携が「できている」のは約 4 割であり、訪問看護ステーション同士の連携が「できている」と回答したのは約 2 割だった。これは、ステーション同士の連携が進んでいないことを示唆していると考えられる。

また、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションにおいて、在宅療養推進のための連携体制の構築のための実施事項に差が見られている。「病院の退院カンファレンスへの参加」「退院と同時に指示書を取得／交付」などでステーションのほうが実施割合が高い。一方、デスカンファレンスの実施や連携ツールを共通作成することなどは診療所・訪問看護ステーションともにできていなかった。

よって、地域で診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等が連携して在宅療養に当たれるような連携ツール等を作成することは大きな意義がある。特に、訪問看護ステーション同士の連携や協働は未だ発展途上といえる。同一患者への複数訪問や、退院時カンファレンスへの複数ステーションの参加など、ステーション同士の連携は大変重要となろう。現在は連携の試みは始まってはいるが、手探り状態のため、各々のステーションの強みを生かした連携方策を検討することが必要となってくる。

3. 在宅医療移行に当たっての課題

病院における退院時カンファレンスが「重要である」と考えている割合は、訪問看護ステーションが診療所の約 2 倍であり、意識が高くなっている。退院と同時の訪問看護指示書の作成も同様にステーションの方が重要性を高く認識していた。全体的に、各々の項目について、ステーションの方が重要性を高く評価している傾向が見られた。一方で、退院時カンファレンスへの参加状況は、診療所では 2 割弱、訪問看護ステーションでも 4 割強となっていた。

このように、調査結果から、病院からの退院の際の情報共有は重要であるという認識はあるが、実施できていないことが明らかとなった。ヒアリングにおいても、病院側の意識（在宅療養へつなげる意識）が低いことも挙げられており、在宅療養を実施している側からとの意識差、温度差が浮き彫りとなってきている。

在宅療養を知悉している医師が病院にいないというのも、在宅になかなかつなげられない一因となっていると考えられるため、今後は病院におけるカンファレンスに際し、在宅療養者側、すなわち診療所、訪問看護ステーション等の関係職種の参加が非常に重要になると考えられる。

4. 今後の在宅医療普及に向けた方策

(1) コーディネート機能の充実

今後の在宅医療の普及に向けて必要な事項についてみると、特に、訪問看護ステーションでは「患者が入院から在宅へ移行する際のコーディネート機能の充実」が必要であるとの回答が、在宅療養支援診療所よりも高くなっていた。かかりつけ医制度の整備や在宅療養を行う診療所医師

同士の連携ネットワークの構築なども、同様の傾向が見られている。

退院調整については、従来の「病院から在宅に退院させる」という退院調整の概念だけではなく、在宅から外来通院を経て一度病棟に戻り、また在宅復帰をし…など、一度退院したらそれで終わりではなく、再入院等の場合も含めて検討する必要がある。よって、診療所・訪問看護ステーションとの連携パターンも様々であり、このような状況を踏まえて、幅広く対応していくコーディネーターが求められている。在宅側も、退院に向けて調整していく段階においては入院時から積極的に患者に働きかけていく必要があり、たとえば試験外泊で不安になり、在宅へ移行することができなくなるような事例も存在する。そのような場合は、在宅側がその患者にしっかり関わることで在宅への不安の解消にもなる。

ヒアリングの結果からは、まずは病院の医師・看護師、在宅医、訪問看護師、ケアマネジャーなどが、地域で実施する会合、研修会などに積極的に参加し、顔の見える関係を構築して、互いの立場、何ができるか、などを認識することが重要とのことであった。特に、在宅医の専門性や、訪問看護師のスキルなどを病院側に知ってもらい、紹介・逆紹介の仕組みを円滑に構築することが重要である。「病院に通ってまずは看護側から在宅療養に関するアプローチを行った」との声もみられている。

このように、「いかにうまく病院から在宅へつなげるか」が、今後の在宅療養体制の普及において非常に重要となってくる。特に地域の状況を知悉したコーディネーターが、地域の資源の特徴を生かしてうまく機能すると、スムーズに在宅に移行することができる。医師、訪問看護師、ケアマネジャーなどが「顔の見える関係」を築くことが重要である。訪問看護師は在宅療養を実施する上で重要な役割を果たしているため、看護師がコーディネーター機能を担い、病院から在宅移行への橋渡しを行っていくようなスキームを地域で構築することが重要と考えられる。また、これまでは在宅側から病院へのアプローチが多かったが、今後は病院の医師や看護師が、積極的に地域の状況を知る機会を増やすことも必要であろう。

(2) 訪問看護師への裁量・確保についての検討

個々の患者の状況に応じた包括的指示を行っている（診療所）、もしくは医師から包括的指示をもらっている（訪問看護ステーション）ことを重要と思うかどうかについて尋ねたところ、「重要である」と「やや重要である」を合計すると、診療所では72.8%、訪問看護ステーションでは86.8%が重要であると回答しており、包括的指示の重要性は医師側、看護師側ともに認識していることが明らかになった。

そのうち、医師の包括的指示により実施している訪問看護ステーションが実施しているケアの内容についてみると、「服薬管理」「リハビリ」「褥瘡ケア」「排泄ケア」「清潔ケア」などが8割を超えており、その他多くの項目が該当していた。また、医師の包括的指示は「不要」と思われる業務の回答について、ステーション側の回答をみると、「排泄ケア」「清潔ケア」「生活動作の指導」「介護方法の指導」など療養上の世話に関連する項目が多くあげられていた。

一方、診療所側が「包括的指示は不要」としている割合の方がステーションの回答より多い項目についてみると、「疼痛コントロール」（診療所7.9%、ステーション2.0%）、「在宅酸素導入」（診療所11.3%、ステーション2.4%）、「点滴・注射」（診療所6.8%、ステーション1.6%）などがあげられている。ヒアリングにおいても、在宅療養は訪問看護ステーションが中心となって取り組んでいく必要があるとの声や、医師側もステーションの力量を考えながら患者を任せたい

研究要旨

るなどの意見もきかれており、医療的ケアについても、スキルを持った訪問看護師には任せてもよいと考えている医師もいることが示唆された。例えば、夜間の在宅看取りへの対応についても、医師の負担を削減するために、包括的指示の中で死亡診断書の交付前に死亡後の処置を行うなど、柔軟な対応を行っていくことも考えられる。ヒアリング結果からは、「看護師には、患者に今後起こりうる症状を予測し、医師に事前に相談して対策を打つというアセスメント能力が求められる」との発言も聞かれており、看護技術のみならず、事態を予測して対応する、トータルコーディネーター力が看護師のスキルとして重要となると考えられる。よって、訪問看護師のスキル向上に取り組むつつ、看護師の裁量権を広げていくことも在宅療養を進める上での一つの選択肢となろう。

また、訪問看護師のスキルアップを図り、自律性を向上させていくにあたっては、ステーションが安定的な経営基盤を確立し、研修や勉強会で等積極的なスキルアップを行う機会が得られるような就業体系にする必要もある。現在は小規模なステーションが多いため、スタッフを増やす、あるいは合併するなどして大規模化し、人員配置等の面からも安定した経営基盤を確立することも考えられるが、一方で訪問看護の診療報酬・介護報酬自体についても、再検討する必要がある。今後の在宅療養推進体制の構築に当たっては訪問看護師が鍵となると考えられるため、訪問看護師・訪問看護ステーションを増やしていくためにも、重要な点と考えられる。訪問看護師の絶対数は現状でも不足しており、24時間体制の在宅療養システムを推進していくためには、さらなる訪問看護師の確保が重要となる。

(3) 家族・国民への「在宅療養」の意識啓発・普及

在宅療養の推進に当たっては、在宅療養に関する家族の意識や、国民全体の意識の向上も重要なポイントである。急性期医療と慢性期医療の違いを理解し、患者が抜本的に治癒することが難しい状況であることを認識し、暮らしていく上で必要な医療処置を行っていくことが重要であるという共通理解を持つことが必要となろう。ヒアリング結果からも、住民の大病院志向があることが指摘されており、退院して在宅療養を行うか、入院を継続するかで迷う患者・家族も多いとのことである。ただし、介護保険サービス等を利用しながら在宅療養を試み、可能であることがわかると、在宅療養の継続に方針転換する家族もいるとのことであった。また、ターミナル期においては家族が不安になり、最後には病院に搬送するケースも見られている。死を迎えるにあたってのプロセスについて、医療者側が患者家族に明確に伝える、デスプロセスエデュケーションが必要である。

終末期医療のあり方に関する懇談会の報告書²によれば、自分や家族が自宅で最後まで療養することが困難な理由として、「介護してくれる家族に負担がかかる」「症状が急に悪くなったときに家族も不安」などが挙げられている。このような状況に対応するための家族からの相談体制の確立は重要であり、上記報告の中でも「患者・入所者、家族への相談体制の充実」が重要と記されている。

² 終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について（平成22年12月）

今後、在宅療養体制の構築を推進していくためには、在宅療養を担う医師・看護師の質の担保は言うまでもないが、病院医師、診療所医師、訪問看護師等を中心とし、医療提供側の連携を積極的に深めていくとともに、家族等に対する教育・啓発や、在宅療養についての相談体制の構築についても必要となると考えられる。

最後に、本調査研究の実施にあたり、ご協力いただいた皆様に厚く御礼を申し上げます。