

2020年度 訪問看護を提供する医療機関と  
訪問看護ステーションの連携に関する委託事業  
実施報告書

公益社団法人日本看護協会  
医療政策部在宅看護課  
2021年3月

## 内容

I. 本事業の目的・趣旨	3
II. 委託内容	4
III. 委託事業の実施結果	6
1) 医療法人聖徳会 小笠原内科・岐阜在宅ケアクリニック	6
2) 医療法人社団三誠会 北斗わかば病院	10
3) 日本赤十字社 武蔵野赤十字病院	13
4) 稲沢市民病院	17
5) 彦根市立病院	20
6) 医療法人やまと やまと診療所	23
IV. 考察	28

## I. 本事業の目的・趣旨

本会は2019年に「日本看護協会が提案する訪問看護師倍増策」を策定・公表し、訪問看護師倍増の具体的方策の1つとして、医療機関からの訪問看護の推進を掲げている。

医療機関併設の訪問看護ステーション（以下、STとする）は、緊急対応や医療ニーズの高い利用者を多く受け入れており、地域の医療資源としてのさらなる役割発揮が期待される。その役割の1つとして、医療機関併設の強みや専門性を活かし、地域のSTと連携・協働して在宅療養支援体制整備に貢献していくことが挙げられる。

そこで、訪問看護を提供する医療機関と地域（同一または隣接市町村内）のSTが効果的に連携し、利用者のニーズに応えられる体制構築を推進することを目指して試行事業を実施する。本試行事業を通じ、地域において一体的に訪問看護を提供するための役割分担や連携のあり方を明確にするとともに、医療機関からの訪問看護拡充のために必要な条件を抽出し、訪問看護提供体制の強化に向けた検討の基礎資料とする。

本試行事業の目的は以下のとおりである。

- ・訪問看護を提供する医療機関と地域（同一または隣接市町村内）のSTが、地域において一体的に訪問看護を提供するための役割分担、連携のあり方を明確にする。
- ・医療機関からの訪問看護を拡充するために必要な条件を抽出し、訪問看護提供体制の拡大を図る際の資料とする。
- ・対象者の疾患や状態像により現行の診療報酬・介護報酬では評価されていない役割分担・連携の有効性を検証し、次期改定に向けた要望・政策提言の基礎資料とする。

## II. 委託内容

### 1. 委託事業内容

- 1) 地域の訪問看護 ST の設置状況と各 ST の訪問看護提供状況を把握する。
- 2) 自施設と同一または隣接市町村内の ST から、連携先となる事業所を選定する（複数でも可。ただし自施設と同一法人内の事業所は除く）。
- 3) 上記 2) で選定した事業所と、利用者、訪問時間等に関する役割を協議し連携体制を整備する。

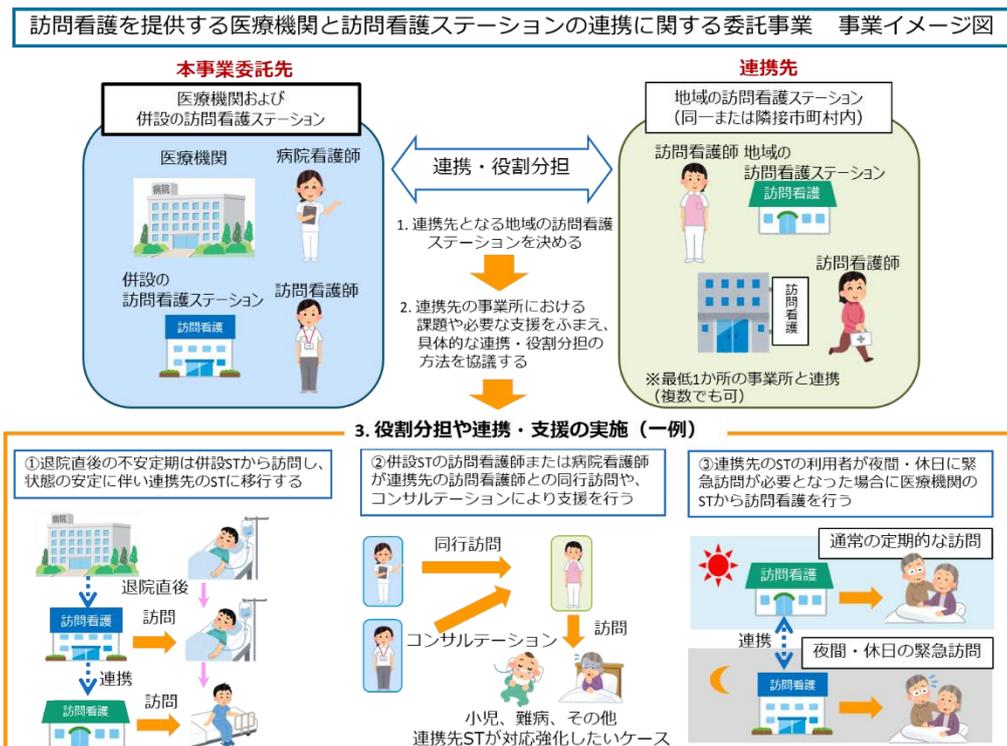
#### 【役割分担や支援・連携の具体例】（図 1 参照）

- ▶ 医療機関を退院した直後は併設の ST から訪問し、病状が安定してきた時点で連携先の ST からの訪問に移行する
- ▶ 移行期や利用者の病状に応じて同行訪問を行う
- ▶ 連携先の ST の利用者が夜間・休日に対応が必要となった場合に、医療機関併設の ST から訪問看護を行う
- ▶ 難病等や小児を対象とした訪問看護におけるコンサルテーションを行う

※具体例の全てを網羅する必要はない

- 4) 進捗確認のため、中間報告書を提出する（11 月）
- 5) 事業終了後、以下について記載した実施報告書を提出する（2 月）
  - ・ 自地域の訪問看護へのニーズ、訪問看護提供体制の現状
  - ・ ST との連携体制の構築状況（委託事業前・後の変化を含む）
  - ・ 具体的な連携手法（カンファレンス、連絡書類の様式等）
  - ・ 事業の実施結果（連携による訪問看護回数、利用者数等の定量的実績を含む）
  - ・ 成果および課題
  - ・ 今後の展望

図 1 事業イメージ図



### 3. 委託期間

2020年8月1日～2021年3月31日

### 4. 委託金額

- ・委託費基準額：1か所あたり200万円以内（申請額を上限とする）
- ・6か所の委託費合計（最終）：4,407,152円

## 2. 委託先の選定

本会ホームページ及び協会ニュース上で委託先を募集し、6か所より応募があった。

募集要項では当初上限4件としていたが、6か所全てが申請条件を満たしており、本会が期待する事業内容が計画されていること、6か所の申請額合計が本事業予算の範囲内であることを勘案し、表1の6か所を委託先として選定した。

表1 委託先一覧

	上段：医療機関	所在地
	下段：併設訪問看護ステーション	
1	医療法人聖徳会 小笠原内科・岐阜在宅ケアクリニック	岐阜県
	小笠原訪問看護ステーション	
2	医療法人社団三誠会 北斗わかば病院	静岡県
	北斗わかば訪問看護ステーション	
3	日本赤十字社 武蔵野赤十字病院	東京都
	武蔵野赤十字訪問看護ステーション	
4	稲沢市民病院	愛知県
	稲沢市民病院訪問看護ステーションあしたば	
5	彦根市立病院	滋賀県
	彦根市立病院訪問看護ステーション	
6	医療法人社団やまと やまと在宅診療所登米	宮城県
	やまと訪問看護ステーション	

### Ⅲ. 委託事業の実施結果

各委託先における実施結果の概要を以下に示す。

委託期間全般において新型コロナウイルスの感染拡大が続いていたため、委託先においては事業の一部を縮小または中止するなどの影響が出た。

#### 1) 医療法人聖徳会 小笠原内科・岐阜在宅ケアクリニック

##### ■事業概要

医療機関名	医療法人聖徳会 小笠原内科・岐阜在宅ケアクリニック【岐阜県】	
医療機関の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療連携拠点事業所</li> <li>・在宅療養支援診療所</li> </ul>	
ステーション併設の訪問看護の概要	名称	小笠原訪問看護ステーション
	開設年	1999年4月
	職員実人数(看護職員数)	15人(14人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	13.5人(12.5人)
	特徴	10年以上前から地域で安心して看取りまで支える事ができるように、他の医療機関・訪問看護ステーションと連携し、看取りまで支える活動を継続している。
連携する地域の訪問看護の概要	連携先ステーション①名称	ホームナースオフィスらいふらいず
	職員実人数(看護職員数)	5人(3人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	5人(3人)
	連携先ステーション②名称	つながる訪問看護リハビリステーション
	職員実人数(看護職員数)	16人(9人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	13人(6.6人)
	連携先ステーション③名称	ささゆり訪問看護ステーション
	職員実人数(看護職員数)	5人(5人)
職員常勤換算数(看護職員数)	2.5人(2.5人)	
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院直後から訪問し、病状が安定した後に移行</li> <li>・病状に合わせた同行訪問、コンサルテーション</li> <li>・講演会の企画、実施</li> <li>・カンファレンスの実施</li> </ul>	

##### ■訪問看護のニーズ、訪問看護提供体制の現状と、自施設の役割

- ・地域のST数は増加しており、市内に79か所ある
- ・STの規模は全国平均より大きく、機能強化型STを届け出るSTは1割程度である
- ・24時間対応体制をとっていても、管理者1人のオンコール体制であるためがん末期への対応が難しかったり、看取りの経験・スキルが少ない事業所がある。また、事業所間のコーディネートをする人材がいない
- ・地域で安心して看取りまで支える事ができるように、小笠原STでは他の医療機関・STと連携し、看取りまで支える活動を10年以上前から継続してきている

## ■地域の ST との連携体制の構築状況

【本委託事業前の状況】	【本委託事業による成果】
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業委託前より在宅療養診療所併設の強みを活かし、THP（Total Health Planner：トータルヘルスプランナー）と呼ぶ多職種連携のキーパーソンが関わり、地域の ST 連携する取り組みを行ってきた（年間 5～10 例程度）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同行訪問等での支援により、質の高い訪問看護での緩和ケアが可能となり、高い在宅看取り率につながった</li> <li>・効果的に連携するための役割分担と看取りサポート（コンサルテーション）の手順を作成した</li> </ul>

## ■連携体制の構築プロセス

- ・ THP が在宅療養開始前の外来受診に同席し、本人の状態や家庭環境、本人・家族の希望などを把握した。主治医との往診に同行し、在宅療養方針の決定、ACP の確認、事前約束指示、訪問看護指示内容を決定し、緩和ケアチームとしての方針を説明した
- ・ 連携先 ST を選定し、教育的在宅緩和ケアの趣旨に賛同が得られた場合、連絡方法を確認する
- ・ 地域で麻薬を取り扱い、訪問できる調剤薬局を確保する
- ・ 麻薬の保管方法を決め、持続皮下注射が必要になった際の方法なども連携先 ST に伝える（取り扱いが初めての場合には、パンフレットを用いて説明し、初回は必ず同行した）
- ・ 下記の内容を連携先 ST と取り決めた
  - ①訪問看護の加算の方法
  - ②緊急時、状態変化時の連絡方法
  - ③夜間料金や休日料金、交通費等の自費設定の有無の確認と、自費設定がある場合の対応
  - ④記録、報告の方法
  - ⑤必要物品の受け渡し方法
  - ⑥お互いの訪問日
- ・ 連携先 ST の看取りの経験の有無に応じて、事前の手技等の獲得のための勉強会、実際の同行訪問、カンファレンスを実施した。移行する場合は、利用者・家族が慣れたと判断するまで（2 回程度）同行訪問を実施した。
- ・ 連携先 ST と同行訪問、または利用者の移行にあたっては、連携先 ST へ退院時サマリーや退院情報提供書を FAX で送付するほか、日々の情報を在宅医療介護連携システムで共有する。

## ■事業の実施内容

【同行訪問】 予定同行訪問：36 人 63 回、緊急同行訪問：4 人 4 回（1 回 1 時間～2 時間程度）

【連携先 ST への利用者の移行】 2 人

【夜間・休日の訪問】 6 人 6 回

対象者：がん、看取りの利用者 等

### 〈実施内容〉

- ① 退院前や退院直後に小笠原 ST から同行訪問し退院調整や退院支援指導を行い、症状が安定した時点で連携先 ST からの訪問に移行する
- ② 利用者の病状に応じて同行訪問を行う

- ③ 連携先 ST が 24 時間対応困難で夜間・休日に対応が必要になった場合に、小笠原 ST から訪問看護を行う
- ④ がん末期や難病等の訪問看護における在宅ホスピス緩和ケアの方法（オピオイドの使用方法、緊急時・状態変化時の対応）のコンサルテーションを行う
- ⑤ 看取りまでの過程や家族ケア・グリーフケアの方法について、同行訪問やオンラインでコンサルテーションを行う

**【アンケート調査】 1 回実施**

**〈調査内容〉**

- ・ 看取りの件数、ST 間の連携の有無、ST 間の連携のメリット・デメリットについて等
- ・ 岐阜市近郊の ST84 か所に送付し、返信は 36 か所（有効回答率 42%）

**〈結果〉**

- ・ 看取りの件数は平均 10 件程度
- ・ ST 間の連携が「有」と回答したのは 73%、「無」と回答したのは 27%
- ・ 連携への関心について約 90%の ST が「関心がある」と回答
- ・ ST 間の連携によるメリット
  - 連携関係を深めることができた（78%）
  - がんに関する疼痛緩和の実践能力がついた（22%）
  - 利用者・家族の不安を支援する能力がついた（35%）
- ・ ST 間の連携のデメリット・課題
  - ケアの統一を図ることが困難（41%）
  - 2 か所の ST が介入することで利用者や家族の戸惑いがある（41%）
  - 24 時間対応体制加算や緊急時訪問看護加算は 1 か所の ST しか算定できない（41%）

**【インタビュー調査】 10 か所の ST に実施**

**〈調査内容〉**

インタビュー結果を①連携の依頼、②連携に係る診療報酬の課題、③在宅がん看護、④連携中に工夫したこと、⑤連携の効果、⑥連携中困ったこと・問題点、⑦THPに必要なスキルについて整理し、スムーズな連携のための課題と、コーディネートの必要性を明らかにした。

《メリット》

- ・ 看取りへの自信が付き、モチベーションが上がった
- ・ 個々のレベルアップだけでなく、ステーション全体もスキルアップした

《デメリット・課題》

- ・ 同日 2 か所目のステーションでは算定ができない
- ・ リハビリを定期的実施されているケースで、急遽医療処置が必要になった場合、リハビリ中心の訪問から医療優先とした訪問体制への転換がしにくい（他職種に必要性を説明してもなかなか理解が得られない）
- ・ 生命にかかわる状態悪化・重症（誤えん性肺炎、感染症、褥瘡の発生・悪化、心不全悪化、認知症増悪、脳血管障害の再発など）になってから初めて看護師が関わるケースがある

## ■全体を通しての成果と課題

### (連携先 ST への成果)

- ・スタッフの教育や育成に余裕がないと感じている連携先 ST 管理者の負担が軽減された
- ・何かあった際にすぐに相談できる体制は、スタッフの心身の負担軽減だけでなく、訪問看護への自信を持つことにつながる（離職防止にもつながる）
- ・小規模の ST でも安心して負担なく在宅緩和ケアに取り組むことができ、対応できる利用者の範囲を拡大できる
- ・在宅ホスピス緩和ケアの知識及び技術の習得により、ST の緩和ケアの質の向上が図れる

### (利用者・地域への効果)

- ・ST 同士が連携することで、利用者のニーズにきめ細かく応えられる
- ・多職種への教育的効果が期待できる
- ・普段の連携を通して“顔の見える関係”が構築されたことにより、コロナの影響により訪問休止となった際の代替訪問がスムーズに実施できた

### (課題)

- ・現行制度では、訪問看護基本療養費は同日 2 か所目の ST は算定ができない
- ・ST の方針により、夜間や休日の料金、交通費の自費設定の差があり、自費の設定を急遽しなければならぬなど運営方針の変更が必要となる場合があった
- ・医師によって緩和ケアのスキルや体制に差があるため、在宅で看取れない事例がある
- ・コロナの影響もあり大勢での同行訪問ができなかったため、連携先 ST の看護師が変わるたびに同行訪問せざるを得なかった。また、スキルを習得するまでの時間に個人差があり、個別性に応じた支援が必要であった

## ■展望

- ・県看護協会と協力しながら、ST 同士がスムーズに連携し地域で安心して看取るための活動をしていきたい
- ・緩和ケアのスキルをもつ ST が 24 時間対応をすることにより在宅看取りに対応できる体制が医師の負担軽減になることを発信していく
- ・在宅で安心して看取りまで支えた事例を知ってもらうために、病院でのデスカンファレンスなどに参加し情報提供していく
- ・在宅療養に関わる多職種への働きかけを行い、地域の拠点となる ST を目指し活動していきたい

## 2) 医療法人社団三誠会 北斗わかば病院

### ■事業概要

医療機関名	医療法人社団三誠会 北斗わかば病院【静岡県】	
医療機関の特徴	慢性期医療療養病院（神経難病や医療依存度の高い患者を多く受け入れている）	
併設の訪問看護ステーションの概要	名称	北斗わかば訪問看護ステーション
	開設年	2017年5月
	職員実人数(看護職員数)	4人(4人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	2.94人(2.94人)
	特徴	神経疾患患者への訪問看護を積極的に行っている
連携する地域の訪問看護ステーションの概要	連携先ステーション①名称	聖隷福祉事業団訪問看護ステーション三方原
	職員実人数(看護職員数)	18人(15人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	13.6人(10.8人)
	連携先ステーション②名称	聖隷福祉事業団訪問看護ステーション貴布祢
	職員実人数(看護職員数)	18人(15人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	13.2人(11.2人)
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状に合わせた同行訪問、コンサルテーション</li> <li>・コミュニケーション研修会の開催</li> <li>・定例会議</li> <li>・ヒアリングの準備、実施</li> <li>・カンファレンス、事例検討会の実施</li> </ul>	

### ■訪問看護のニーズ、訪問看護提供体制の現状と自施設の役割

- ・市内に44のSTがある。自施設のある地区では、STの平均常勤換算数が5.16人と県内で最も多く、24時間対応体制がないSTは1か所のみである
- ・STによっては過疎地にも訪問しており、市内で訪問看護が提供できない地域はない。また、新規利用者の受け入れが可能なSTが多い
- ・地域のSTからは日頃から神経難病に関する疑問や困難についての専門的知識・助言を求める声が寄せられている
- ・当院は神経難病の患者を県内外から多数受け入れており、専門的知識とスキルを有していることから、地域のSTと連携協力し市内に暮らす神経難病療養者の在宅療養支援体制の整備を図る

### ■地域のSTとの連携体制の構築状況

#### 【本委託事業前の状況】

- ・文書での情報共有が中心で、退院時カンファレンスで担当者が顔を合わせる程度であった
- ・年に2回は連携施設として病院より地域のSTへ訪問し、相互の情報を交換していた

#### 【本委託事業による成果】

- ・月に一度の会議を通じて、地域のSTが抱えている困難や希望する支援内容について情報収集できた。病院として提供できる支援を検討し、積極的に同行訪問や出前講座等を行った
- ・委託事業終了後も、STからメールで質問が来たり、学習会のニーズが寄せられる等の連携関係を維持している

- ・相談できる関係が構築され、利用者の環境設定や福祉用具、レスパイト入院依頼等の相談を受けている。

## ■連携体制の構築プロセス

- ・連携先 ST に積極的に訪問し、月に 1 回会議を開催した。コミュニケーションの機会を増やし、意思疎通を図った。

### 〈同行訪問までのプロセス〉

- ・連携先 ST から自院の地域連携室に同行訪問の依頼がくる
- ・日程調整や利用者、家族の同意は連携先の ST の側で行う
- ・院内で同行訪問できる人を選定し、利用者の都合と院内の都合を調整する
- ・同行訪問前までに、連携先 ST は問題点や同行訪問する目的を明確にし、事前に医療機関（併設 ST）の同行者と情報共有する

## ■事業の実施内容

### 【同行訪問】9回9人実施（1回1時間程度、予定の同行訪問のみ）

対象者：パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症患者等

### 【出前講座】5回実施

〈テーマ〉

- ①パーキンソン病に特化したリハビリテーションプログラム
- ②神経難病について（疾患、看護）
- ③筋萎縮性側索硬化症患者の病態と経過に添った、療養方針の意思決定について
- ④神経難病患者に対する呼吸リハビリテーションの概要と実際
- ⑤神経難病療養者が利用できる社会福祉制度について

### 【合同カンファレンス】6回実施（1回1時間程度）

参加者：地域 ST の看護師、セラピスト（1回15名～20名程度）

内容：パーキンソン病患者の内服の問題（薬効や時間内服の意味、正確な内服のための工夫、粉砕や溶解など剤型を変える場合の注意点、飲み忘れや災害時に備えての管理等）

### 【事例検討会】1回実施

〈テーマ〉筋萎縮性側索硬化症患者の意思決定支援の事例

今後の療養方針や日常生活ケア（排せつや食事摂取など）、生活スタイルの変更が必要になった際の支援方法など

### 【研修会】2回開催（各4時間）

〈コミュニケーション支援研修会〉	〈呼吸理学療法について〉
参加者：43名	参加者：40名
講師：ICT 救助隊（Web 参加）	講師：院内看護師とリハビリ職
内容：4つのブースに分かれ、文字盤やコミュニケーション機器等を体験	内容：講義と演習を実施

### 【定例会議】毎月第3金曜日に開催（1時間）

内容：研修会の打ち合わせや同行訪問、カンファレンスの報告を行い、全員で共有

## ■全体を通しての成果と課題

### (連携先 ST の成果)

- ・ 同行訪問を通して疾患に対する疾患に対する知識や観察視点が広がっただけでなく、相談しやすい体制ができた
- ・ 研修会の開催を通して、支援者の神経難病と神経難病に対する知識・技術の向上ができた

### (医療機関；併設 ST の成果)

- ・ 研修会や出前講座を通じて連携先 ST や地域の ST との関係性を構築し、情報共有を行う体制が整備でき、入院の紹介などにつながった

### (利用者・地域への効果)

- ・ 地域の ST との看看連携を強化し、医療機関より退院する患者等に対しての同行訪問やコンサルテーションを行うことで療養者の在宅療養支援を行うことができた

### (課題)

- ・ 難病は進行に応じてケア方法の見直しが必要となるため、病状の進行に合わせた継続した同行訪問が必要である。そのため、安定的な事業継続に向けた予算確保が課題である

## ■展望

- ・ 神経難病に関する研修会や講演会の企画運営、事例検討会や同行訪問の継続を通し、地域で神経難病療養者のケアに携わる医療・介護・福祉の専門職を育成していきたい
- ・ そのために、事業継続に必要な予算確保に努めていく

### 3) 日本赤十字社 武蔵野赤十字病院

#### ■事業概要

医療機関名	日本赤十字社 武蔵野赤十字病院【東京都】	
医療機関の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期病院</li> <li>・地域がん診療拠点病院(高度型)</li> <li>・地域医療支援病院</li> </ul>	
ステーション併設の訪問看護の概要	名称	武蔵野赤十字訪問看護ステーション
	開設年	1993年4月
	職員実人数(看護職員数)	8人(7人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	8.0人(6.5人)
	特徴	退院当初の訪問看護導入期をステーションで支えた後は、近隣の訪問看護ステーションへ移行する取り組みを行っている。
連携する地域の訪問看護ステーションの概要	連携先ステーション①名称	えいる訪問看護ステーション
	職員実人数(看護職員数)	19人(11人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	15.9人(9.1人)
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院直後から訪問し、病状が安定した後に地域のSTに利用者を移行</li> <li>・病状に合わせた同行訪問、コンサルテーション</li> <li>・連携ステーションとの合同会議の実施</li> <li>・圏域の訪問看護ステーションとの会議の実施</li> </ul>	

#### ■訪問看護のニーズ、訪問看護提供体制の現状と自施設の役割

- ・市内、隣接市内に73のSTがあり、ほとんどのSTで24時間対応を実施している
- ・医療機関併設のSTは少ない

#### ■地域のSTとの連携体制の構築状況

##### 【本委託事業前の状況】

- ・訪問看護の依頼や利用者の情報提供で連絡を取り合う程度であった
- ・各市の訪問看護・訪問リハビリテーション事業者連絡会において施設間の情報交換はされているが、他市のSTとの情報交換等を行われていなかった
- ・自院の専門性の高い看護師等と地域のSTとの連携を2014年から進めているが、地域のSTからの申し込みは1~5件/年程度であった

##### 【本委託事業による成果】

- ・2次医療圏のSTに対するアンケート調査を実施したことで、各STの体制や強みを把握し、自院が提供できる支援内容や支援方法について検討することができた
- ・上記調査や圏域内の会議で、当院に対する要望や生活ケアおよび医療処置で困っている状況を把握でき、一部は解決に向けての対策を明示することができた
- ・2回の拡大会議(圏域内の会議)等を通して、各STと意見を交わす機会が増え、顔の見える関係性が深まった
- ・事例を通して、専門性の高い看護師等の活用のメリットや具体的な活用方法、相談しやすい環境を地域のSTに実感してもらう事ができた

## ■連携体制の構築プロセス

- ・連携先 ST（えいる ST）と第 1 回合同会議を開催し、実態調査実施に向けたアンケート調査方法や設問、第 1 回拡大合同会議に向けての打ち合わせを実施した
- ・直接電話等で地域の ST に対し調査の説明を行い、メール送付によるアンケート調査を実施した
- ・第 1 回拡大合同会議を開催し（えいる ST を含め 9 施設が参加）、以下 3 点について情報共有・意見交換を行った
  - ①自院と連携先 ST との連携の事例発表・意見交換
  - ②アンケート調査の結果を踏まえた意見交換
  - ③疼痛コントロールに関する疑問解決、ジレンマ
- ・第 1 回拡大合同会議後のアンケート調査で、地域の ST から以下のような要望・意見が寄せられた。
  - ①自院の問い合わせ窓口の一本化
  - ②訪問看護指示書等の内容の差異に関すること
  - ③訪問看護指示書の速やかな発行

上記について外来や医療連携センターで現状を調査・検討の上、院内での改善策を決定した。

- ・改善策および事業の進捗を協議するため、第 2 回合同会議を開催した。院内の専門性の高い看護師等による同行訪問や研修の開催等が進まない状況を共有し、MCS（完全非公開型医療介護専用 SNS）に事業の案内を掲示することにした（その後、患者依頼のみ 1 件）
- ・第 2 回拡大合同会議では、①併設 ST と地域の ST との連携、②併設 ST の特定行為研修修了者と連携先 ST との連携の事例を紹介した  
また、③訪問看護の指示書に関する要望の解決策の提示、④がん化学療法認定看護師による講義（在宅における抗がん剤治療中の利用者への看護のポイント）を実施した
- ・専門性の高い看護師等による同行訪問や研修を進めるため、今後は地域の ST の集まりに合わせて定期的な研修会を計画していく

## ■事業の実施内容

### 【同行訪問】3人3回

目的：ストマ管理、陰圧閉鎖療法の治療継続、褥瘡ケア

### 〈実施までの流れ〉

連携先 ST が実施する内容	医療機関の認定看護師・専門看護師や特定行為研修修了者が実施する内容
1) 利用者に専門性の高い看護師との同行訪問について提案し同意を得る	1) 依頼元の ST に自分で連絡し日程調整等を行う
2) 同行訪問に伴う費用の説明 ①医療機関医等に支払う医療費 ②交通費 ③支払方法 ④専門性の高い看護師への病状と健康保険症等の情報提供の了解（在宅患者訪問看護・指導料を算定する場合、同意書有）	2) 支援日程が決まったら、院内メールで窓口担当者に報告する 3) 同行訪問を実施する場合は、訪問看護指示書を交付した主治医にも報告する
3) 主治医に同行訪問について相談する	4) 支援実施後は速やかに実施報告書を作成し窓口担当者まで提出する

4) 支援申込書を記入し送付する	
5) 同行訪問の実施	
6) 同行訪問後の専門性の高い看護師と情報共有（継続的介入の必要性等の検討）	
7) 支援を受けた後、支援報告書を送る	

#### 〈実施内容〉

- ・ストマ管理において適した製品の選定について助言
- ・担当看護師に観察およびアセスメントの結果、今後のケア方法について提案
- ・陰圧閉鎖の観察と評価、処置方法の説明、毎日のケア方法の説明や指導
- ・褥瘡に対する除圧ケアの見直しと評価、スキンケア方法のアドバイス

#### 【連携先 ST への利用者の移行】1人

- ①退院前カンファレンスに参加
- ②特別指示書が発行され頻回（毎日）の訪問が必要な利用者に、曜日を分担し2か所のSTから訪問する（初回、1週間後など適宜同行訪問する）
- ③電話で情報を共有する
- ④担当者会議でケア内容の引継ぎを行う
- ⑤特別指示書の期限を目途に、連携先STへ利用者を引継ぐ

#### 【専門性の高い看護師による相談対応】4人、延べ7件

#### 〈実施内容〉

- ・ストマ用具の頻回な交換による経済的負担についての相談を受け、改善策を助言した
- ・褥瘡のケアに関する相談を受け、同行訪問を計画した（訪問前に入院となり未実施）
- ・陰圧閉鎖療法後の皮膚トラブルに関する相談・助言を実施し、状態が改善した
- ・家族ケアに関する相談を受け、多職種と情報を共有することを提案した

### ■全体を通しての成果と課題

#### （連携先 ST への成果）

- ・専門性の高い看護師等が関わることで知識や技術的なフォローが得られ、視点の広がり、ケア力の向上・ケアの時間短縮につながった
- ・医療処置が多い状態で退院した利用者に、2か所のSTで分担して訪問することができ安心感があつた

#### （併設 ST への効果）

- ・専門性の高い看護師の役割、活用のメリットを地域のSTに実感してもらうことができた

#### （利用者・地域への効果）

- ・同行訪問やコンサルテーションにより、物品のコストダウンやケア負担の軽減、状態の改善につながった。在宅でのケアや療養環境体制を整えるための物品活用方法についてアドバイスが得られた。
- ・専門性の高い看護師や相談窓口の存在が認知された

#### （課題）

- ・現行の診療報酬では、特定行為研修修了者による同行訪問は評価されていない

- ・地域の ST に専門性の高い看護師による支援・助言の有効性を理解し、積極的に活用してもらうことが課題である
- ・地域の ST では専門性の高い看護師に同行訪問してもらいたいが、主治医の同意を得ることが難しい
- ・専門性の高い看護師に過度な負担がかからず、かつ地域の ST にとって依頼・利用がしやすい仕組み作りが必要である

#### ■展望

- ・各市の ST の集まりなどの勉強会等を通して、顔の見える関係を強化していく
- ・今回の拡大合同会議に参加した ST を含め、IT を活用しながら退院前カンファレンスや研修会を継続していく
- ・患者の退院前カンファレンスに、状況に応じて認定・専門看護師や特定行為研修修了者が参加し、同行訪問や地域の ST との連携につなげていく

#### 4) 稲沢市民病院

##### ■事業概要

医療機関名	稲沢市民病院【愛知県】	
医療機関の特徴	一般病床、感染症病床、結核病床等を有する地域中核病院	
ステーション併設の訪問看護の概要	名称	稲沢市民病院訪問看護ステーションあしたば
	開設年	2020年2月
	職員実人数(看護職員数)	7人(7人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	6.5人(6.5人)
特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院に勤務する看護師が、がん患者や医療依存度の高い人への在宅看護(夜間、休日を含む)を行っている</li> <li>・市民病院の12名の認定看護師や特定行為研修修了者が、がんや心不全患者の緩和ケア、摂食嚥下予防、認知症患者の対応、褥瘡ケア等について同行訪問を行い、CVポートの感染予防などを在宅で積極的に介入している</li> </ul>	
連携する地域の訪問看護ステーションの概要	連携先ステーション①名称	稲沢市医師会訪問看護ステーション
	職員実人数(看護職員数)	9人(4人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	7.5人(3人)
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院直後から訪問し、病状が安定した後に移行</li> <li>・病状に合わせた同行訪問</li> <li>・夜間、休日の訪問</li> <li>・カンファレンスの実施</li> <li>・スキルアップ研修の実施</li> <li>・利用者や関係機関へのアンケートの作成、実施</li> </ul>	

##### ■訪問看護のニーズ、訪問看護提供体制の現状と自施設の役割

- ・市内にSTは13か所あるが小規模STが多く、24時間体制、夜間休日対応の体制をとっているSTは2か所である

##### ■地域のSTとの連携体制の構築状況

###### 【本委託事業前の状況】

- ・認定看護師や特定行為研修修了者が同行訪問を行い、在宅へ積極的に介入している
- ・母体が病院であることや、併設STを開設して間もないため、一部の地域のSTからは利用者確保で競合することへの懸念も聞かれている

###### 【本委託事業による成果】

- ・地域のSTにおいて、病院併設STの役割に対する理解が深まりつつある

##### ■連携体制の構築プロセス

###### ①地域全体の包括ケアシステムについて情報共有(事業の説明)

対象：稲沢市内のST会議、稲沢市高齢介護課担当者会議

###### ②患者カンファレンスの定期開催

参加者：訪問看護ST、開業医、ケアマネジャー、高齢者施設職員、病院医師、看護師

※新型コロナ感染症の感染拡大のため、症例を絞り少人数で集まり、開催した

###### ③連携先STへのスムーズな移行のための準備

医療依存度の高い時期は病院併設のSTが訪問し、状態の安定に伴い連携先STへ移行していくことを利用者へ説明し、理解と同意を得た

#### ④連携先 ST の看護師の知識・スキルの底上げ

- ・がんの終末期（緩和ケア、麻薬等が必要）や糖尿病患者のインシュリン指導など、医療依存度の高い時期は、院内の特定行為研修修了者の看護師と認定看護師が同行訪問を実施した
- ・Microsoft Teams を利用して事業所間の情報交換、教育の場を構築し、地域の ST に勤務する看護師、介護職員への知識伝達・スキルアップ支援を行った

#### ⑤夜間・休日の緊急訪問とサブアキュートの受け入れ態勢の整備

- ・併設 ST の開設に合わせ 2020 年 1 月に在宅後方支援病院の承認を受けており、在宅療養中の患者の緊急時にスムーズに受診・入院ができる体制が整備された
- ・病院の地域連携室の看護師が中心となって開業医を訪問し登録者の診療情報の収集をした

#### ⑥アンケート調査

新型コロナ感染症の対策・対応にマンパワーと時間を要したため、実施しなかった

### ■事業の実施内容

#### 【同行訪問】 38 人、延べ 38 回

目的：糖尿病の血糖コントロール、簡易精神機能検査（HDS-R・MMSE）の実施、褥瘡処置、ストーマ処置など

#### 【連携先 ST への利用者の移行】 0 人

退院後など医療依存度の高い患者を積極的に受け入れ、移行に向けた調整を行ったが、病状悪化により亡くなった事例等があり、事業期間中に完全な移行に至ったケースはなかった

#### 【連携先 ST からの利用者の移行】 2 人

- ①在宅で褥瘡が悪化した事例
- ②胃ろう造設患者で訪問回数が増加し、地域で対応できなかった事例

#### 【院内のサブアキュートの受け入れ態勢の整備】

- ・2020 年 1 月に承認を受け、延べ 41 人が登録
- ・在宅からサブアキュートの受け入れ件数 11 件（病院全体）
- ・在宅からレスパイトの受け入れ件数 48 件（病院全体）

### ■全体を通しての成果と課題

#### （連携先 ST への成果）

- ・専門性の高い看護師が同行訪問することで、地域の ST における知識、技術の獲得につながった

#### （併設 ST への効果）

- ・医療依存度の高い時期の、病院併設 ST による介入の有効性がある程度共有でき、地域における病院併設 ST の役割が認知されつつある

#### （利用者・地域への効果）

- ・専門性の高い看護師が同行訪問することで、症状の改善や早期の受診へとつながっている。

#### （課題）

- ・連携先 ST への利用者移行が想定通り進まなかった

- ・引き続き、①地域の ST の利用者のサブアキュート時の受け入れ体制の整備、②患者・利用者への納得できる説明、③すべての訪問看護 ST に勤務する看護師等の知識と技術の底上げに向けた支援を実施する
- ・地域の ST と分担して夜間、休日の訪問を実施した場合、現行の制度では 2 か所目の ST で「特別管理加算」等を算定できない
- ・医療依存度の高い利用者を中心に訪問し、状態が安定した後は地域の ST へ利用者を移行するという病院併設 ST の役割について、地域の ST へ情報発信し理解を深める

## ■展望

医療依存度の高い時期は当院の ST が介入し、処置やケアの内容に合わせて徐々に地域の ST へ利用者を移行する体制を強化していきたい

その対策として

- ①同行訪問や、教育の場の提供により、地域の訪問看護ステーションに勤務する看護師等の知識の底上げに向けた取組を継続する
- ②特定行為研修修了者（令和 3 年度 3 名に増加予定）、認定看護師の院外活動を増やす
- ③稲沢市医療介護連携協議会に参加し、特定研修修了看護師や認定看護師の同行訪問の事例について、介護施設、訪問看護ステーション、開業医などを対象に説明、プレゼンテーションを実施する

## 5) 彦根市立病院

### ■事業概要

医療機関名	彦根市立病院【滋賀県】	
医療機関の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域がん診療連携拠点病院</li> <li>・災害拠点病院</li> </ul>	
ステーション併設の訪問看護の概要	名称	彦根市立病院訪問看護ステーション
	開設年	1995年9月
	職員実人数(看護職員数)	8人(7人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	7人(6人)
	特徴	併設の病院は、公立病院で地域がん診療連携拠点病院であり、災害拠点病院にも指定されている。また、圏域における急性期医療だけでなく、地域包括ケア病棟をもつ地域包括ケアシステムの中核病院としての役割も担っている。
連携する地域の訪問看護ステーションの概要	連携先ステーション①名称	訪問看護ステーションここあ
	職員実人数(看護職員数)	5人(3人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	4.8人(2.8人)
	連携先ステーション②名称	びあ野訪問看護ステーション
	職員実人数(看護職員数)	10人(6人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	6.4人(3.9人)
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院直後から訪問し、病状が安定した後に移行</li> <li>・夜間、休日の訪問</li> <li>・移行基準マニュアルの作成</li> <li>・スキルアップ研修の実施</li> </ul>	

### ■訪問看護のニーズ、訪問看護提供体制の現状と自施設の役割

- ・圏域内に16か所のSTがあり、医療機関併設のSTが多い。そのため、小規模な個人事業所には新規依頼が少ない傾向がある
- ・各STの強み(精神科訪問看護・療養通所・看護小規模多機能型居宅介護を有する等)や規模の違いにより、利用者の層に違いがある
- ・すべての事業所が「緊急時訪問看護加算」を取得している
- ・設置主体における併設STの運営方針の変更により、併設STの規模を縮小することになった。併設STの役割としては、主に医療的処置を有する利用者の在宅療養への移行期や、身体状況の変化が著しい終末期・在宅看取り期の利用者とその家族への支援に注力していく方針である

### ■地域のSTとの連携体制の構築状況

#### 【本委託事業前の状況】

- ・圏域内のSTの管理者は連絡協議会を通じて定期的に情報交換を行っている
- ・医療依存度の高い利用者や、終末期等で頻回な訪問を要する利用者は、2か所のSTが連携して訪問する場合もある。

#### 【本委託事業による成果】

- ・医療機関併設STとしての役割を果たすために、地域のSTとどのように役割分担し、連携していくか、課題と方策を明らかにすることができた

## ■連携体制の構築プロセス

### ①医療機関併設 ST の役割の検討

併設 ST スタッフ、連携先 ST の管理者およびスタッフ、そして病院内の退院支援部門のスタッフの意識改革のため、急性期病院併設 ST での豊富な経験を有し、現在は病院の入退院支援センターで入退院支援を行っている講師を招き講演会を実施した。

### ②連携先 ST への聞き取り調査

上記の講演会の修了後、地域の ST の看護師がこれまでに経験した困難を明らかにし、それらを解決するための具体策を検討することを目的に、連携先の 2 か所の ST 管理者への聞き取り調査を行った。

## ■事業の実施内容

【地域の ST への利用者の移行】【夜間・休日の訪問】2 人（①移行中に死亡②移行途中）

対象：在宅での看取り、膀胱全摘出・尿管皮膚ろう造設術後

### 〈実施の流れ〉

連携先 ST と役割分担し、 退院直後から 2 か所の ST で訪問を実施	退院後は併設 ST の訪問が中心 連携先 ST へ段階的に移行を図る
1) 退院前カンファレンスに参加 併設 ST と連携先 ST が参加 ※報酬の算定は併設 ST 2) 家族への退院指導に同席 3) 連携先 ST と曜日を担当し、訪問 ※事前に必要な情報は院内とも連携して取得 ※夜間休日の訪問も実施 ※加算等は併設 ST が算定 〈結果〉 定期訪問 5 回 夜間・休日の訪問：7 回	1) 入院中のストーマケアに同席 2) 3 週間併設 ST のみで訪問 3) 連携先 ST と協働して訪問（1 回/週） 4) 連携先 ST へ移行予定 〈結果〉 定期訪問 10 回

## ■全体を通しての成果と課題

### （連携先 ST への成果）

- ・入院時の情報や訪問診療の結果など、介入前だけでなく介入中にも詳細な情報を提供してもらい、スムーズに連携することができた

### （併設 ST への効果）

- ・併設 ST としても上記のように医療依存度の高い利用者の訪問を連携先 ST と分担して実施することで、職員の負担の軽減となった

### （利用者・地域への効果）

- ・併設 ST が主治医のいる併設病院と連携先 ST との間に入り報告・相談を行うことで、スムーズな連携体制が構築できた
- ・併設 ST が入院中に行われる退院指導などから在宅療養開始後まで介入することで、医療依存度の高い患者のスムーズな在宅療養への移行・継続が可能となった

- ・連携先 ST への利用者の移行にあたり、段階を踏むことで、利用者・家族や連携先 ST への急激な変化を回避し、スムーズに移行できた

(課題)

- ・訪問看護師が病棟を訪問し、入院中の患者に対して実際のケアやケア指導にあたることに對し、現行制度では報酬がない
- ・「退院前カンファレンス」や「24 時間対応体制加算」は 2 事業所で算定できないため、2 事業所で連携する場合は事前の協議が必要である
- ・同一日に 2 か所目の ST が訪問した場合、「訪問看護基本療養費」を算定できるのは 1 つの事業所であるため、曜日によって訪問を分担する必要がある。(利用者からの窓口を一本化している事もあり、利用者への訪問に若干のタイムラグが生じる)
- ・連携先に訪問の情報をタイムリーに伝えたくても電話が繋がらず、伝えられないことがある

■展望

- ・医療的処置の指導時に可能な限り訪問看護師が同席し、必要に応じて指導に参加し、退院に向けての移行準備期から徐々に関わりを持つ取り組みを継続する
- ・段階的に地域の ST へ利用者を移行する取り組みを推進する

## 6) 医療法人やまと やまと診療所

### ■事業概要

医療機関名	医療法人やまと やまと在宅診療所登米【宮城県】	
医療機関の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅診療専門の診療所</li> <li>・宮城県登米市と東京の双方に診療拠点あり</li> </ul>	
ステーション併設の訪問看護の概要	名称	やまと訪問看護ステーション
	開設年	2020年4月
	職員実人数(看護職員数)	5人(5人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	5人(5人)
	特徴	2020年4月に同法人内に訪問看護ステーションを開設し、地域の訪問看護ステーションで受け入れが難しい医療依存度の高い重症患者を中心として訪問看護を行っている
連携する地域の訪問看護ステーションの概要	連携先ステーション①名称	合同会社訪問看護ステーション和み
	職員実人数(看護職員数)	8人(8人)
	職員常勤換算数(看護職員数)	6.4人(6.4人)
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間、休日のオンコールシエア</li> <li>・地域のステーションの実態調査、困りごとの把握</li> <li>・認定看護師等への相談できる仕組みの確立</li> <li>・訪問看護師による講義</li> <li>・症例検討会</li> </ul>	

### ■訪問看護のニーズ、訪問看護提供体制の現状と、自施設の役割

- ・地域内にSTが16か所あり、うち24時間対応体制をとっていないSTは2か所である
- ・STによって受け入れ可能な疾患や医療的手技に差がある
- ・地域のSTは職員の平均年齢が高く、常勤換算数が少ないため、看護師一人にかかる夜間待機の頻度は多く負担が大きい
- ・中山間、豪雪地帯であるためSTが偏在しており、移動に時間がかかる
- ・自STは医療機関併設のSTとして、地域のSTで受け入れが難しい医療依存度の高い重症患者を中心として訪問看護を行っている

### ■地域のSTとの連携体制の構築状況

#### 【本委託事業前の状況】

- ・診療所開業後から、地域の医療介護従事者だけでなく、同じ地域に暮らす人々や行政なども巻き込んで皆で考えて取り組むOpenMedicalCommunity(OMC)と名付けた全員参加型の医療活動をしており、地域のSTとの顔の見える関係性は構築できていた
- ・地域の医療介護職とタイムリーな情報共有ができるようにMedicalCareStation(以下MCS)を活用しシームレスな連携を心掛けている
- ・登米市内の訪問看護ST同士の連携については、一人の利用者に関する事業所間の連携はあまり行われておらず、困難事例や困りごとなどを共有する機会もなかったが、連携や情報共有が必要という声は上がっていた

#### 【本委託事業による成果】

- ・登米市内のST管理者会議を2ヶ月に1回のペースで開催することができるようになり、新型

コロナウイルス感染症の対策についても話し合うことができた

- ・オンラインで県北の訪問看護師同士がつながりをもつことができるようになった
- ・連携先の ST でスタッフが新型コロナウイルス感染症の濃厚接触の疑いで訪問継続が困難となったケースがあったが、本事業で連携体制を構築し2か所で訪問を行った実績があったことから、スムーズに代替訪問を行うことができた。

## ■連携体制の構築プロセス

- ・併設 ST と連携先 ST で、地域の課題の把握と、訪問看護師の人材育成について取り組んだ
- ・地域の ST の管理者へ事業の目的を説明した。また、地域の課題の把握、今後の方向性と具体的な実践内容（夜間休日オンコール・シェア体制構築に向けた取り組み、人材育成・交流、医療機関・訪問看護ステーションとの連携強化）を共有した

## ■事業の実施内容

### 【オンコールシェア体制構築】

※新型コロナウイルス感染症等の影響により、本事業期間内では体制の構築までにとどまり、オンコールシェアの実施には至っていない。

#### 〈併設 ST と連携先 ST のオンコール実態調査〉

対象：やまと訪問看護ステーション・訪問看護ステーション和み

調査期間：2020年8月1日～10月31日

結果

- ・2か月間で併設 ST は48回、連携先 ST は72回
- ・臨時訪問の理由としては、両事業所ともに呼吸苦や吸引等呼吸器系の症状が5～8割を占めていた
- ・出勤に要する移動時間は、連携先 ST では比較的スタッフも市街地に居住しているため「30分以内」が9割を占めているのに対し、併設 ST ではスタッフの居住地も ST から離れているため「30分以内」が6割、「30分以上1時間以内」が4割であった。

#### 〈地域の ST のオンコール実態調査〉

対象：大崎市、栗原市、登米市

結果：

- ・常勤換算数5人未満が約7割と小規模 ST が多い
- ・回答した ST 全てが緊急時訪問看護加算の届け出をしており、利用者の約7割が加算に同意している
- ・ひと月で夜間待機を担当する看護師数は1～3人が56%と最も多かった
- ・看護師1人当たりの1ヶ月の夜間待機回数は6～10回が6割、11回以上行っている看護師も約2割いた
- ・夜間や緊急時に訪問する場合の利用者情報の共有方法は、タブレット等を携帯する事業所が一番多く50%であった
- ・1週間で出勤が必要な件数は0～3件以内で、負担になる数ではなかった
- ・出勤理由はカテーテルトラブルが最も多く、次いで看取り、吸引の順であった

### 〈オンコールシェアの体制作り：課題の抽出と対応策について〉

- (1) 移動に片道 30 分以上要する場合、精神的に負担と感ずるという意見が 7 割を超えていたため、両 ST からの移動距離がほぼ同程度の地域（栗原市瀬峰地区）の利用者に限り協力体制をとる（オンコールシェアのために新規の受け入れを調整することはしない）
- (2) 両 ST で 1 名ずつ待機看護師を配置し、どちらかの ST が遠方の利用者に訪問している際、訪問している利用者とは逆方向の利用者に訪問が必要になった場合に協力体制をとる
- (3) ①両 ST の契約書・重要事項説明書に、連携 ST の看護師が臨時対応する場合もあること、  
②個人情報や日頃の状態について常に両 ST で情報共有し対応に備えていることを明記し説明、同意を得る（MCS に指示書・看護記録Ⅱ・内服薬や事前指示を記載することで情報を得ることは可能）
- (4) 実際に普段訪問していない看護師が対応する場合、看護師の精神的ストレスについても配慮する必要がある。そのため、①日頃からの関係性作り、②状態変化が予測される場合はあらかじめ情報共有しておく、③どんな内容のコールにどのように対処したか、自分だったらどのように対応するか等、日常的に共有する時間をもつ、④在宅医療の現場で使用している機器や処置の方法について学ぶ機会を設けることが必要と考えられた。
- (5) 請求については、未契約側からの保険請求は不可能なため、ST 間で調整・精算する。緊急時訪問看護加算は契約側で算定し、臨時訪問にかかった夜間・深夜加算を含めた訪問分の料金は訪問した ST へ支払う。

### 【勉強会（人材育成交流）】3 回開催（1 月に勉強会開催を予定していたがコロナにより中止）

#### ①「他地域の訪問看護のプロフェッショナルから学ぶ～意思決定支援～」

開催日：2020 年 10 月 2 日

講師：さくら醫院 緩和ケア認定看護師 倉持雅代 氏

参加者：20 名（コロナ感染拡大防止のため入場制限）、オンライン 30 名

#### ②「聞き書き人のいるまち登米～人を知り、心を伝える、伝え残していく～」

開催日：2020 年 11 月 27 日

講師：アンダンチ暮らしの保健室 仙台聞き書き隊 玉井照枝 氏

参加者：18 名

#### ③「知って安心！がん患者の症状管理」

開催日：2021 年 2 月 24 日

講師：やまと訪問看護ステーション 緩和ケア認定看護師

がん看護専門看護師 菅野喜久子 氏

参加者：21 名（コロナ感染拡大防止のためオンラインのみ）

### 【同行訪問（人材育成交流）】2 名 2 回

#### 〈実施内容〉

自 ST の訪問に連携先 ST の看護師が見学同行

- (1) がん終末期にある利用者への看護と症状緩和について、実際に同行して学ぶ
- (2) 同行訪問後、緩和ケアに関する課題について緩和ケア認定看護師がレクチャーする
- ①ご家族へご利用さんの状態が落ちて来た時に予後予測の伝え方や伝えるタイミングの方法について

- ②疾患別（胃癌、乳癌、肺癌など）アプローチ方法について
  - ③本人に告知・予後などを伝えていない人に対してのアプローチ方法について
  - ④主治医への情報提供を行う際にオピオイドの使用経験が少ない医師や緩和ケアについて理解が少ない医師への伝え方について
  - ⑤ADLが自立している段階や疼痛コントロールが良好な状況での訪問看護の必要性について
- ※1ヶ月ごとにフォローする予定だったが新型コロナウイルス感染症の感染拡大もあり休止。

#### 【事例検討会（人材育成交流）】1回

内容：デスクケースカンファレンス（40代 両側乳癌終末期）

参加者：東北大学病院：医師、乳がん認定看護師、やまと在宅診療所：非常勤医師4名  
やまと訪問看護ステーション：看護師4名

#### 【専門性の高い看護師への相談（医療機関・訪問看護ステーションとの連携強化）】

目的：地域包括ケア・多職種連携のためのコミュニケーションツールMCSを利用し、ST同士のつながりと、認定看護師/専門看護師等の専門性の高い看護師に気軽に相談できる仕組みを作る

グループ名：「訪看よろず相談所@宮城県北」

参加者：STに勤務する看護師 37名、医療機関に勤務する看護師 2名

認定看護師・専門看護師の分野：がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師

皮膚排泄ケア認定看護師、乳がん看護認定看護師

相談内容：

##### ①持病に糖尿病のある方の褥瘡管理について

相談内容：深い褥瘡があり、連日処置しているが悪化してきている。現在の処置方法で良いのか相談したい

回答内容：創面の清浄化を図るために創部の状態をアセスメントし、各段階にあった処置内容にすること、血糖コントロールについて確認したほうが良い

結果：主治医へ軟膏の変更について提案してみる事となった

##### ②悪性髄膜腫の腫瘍の処置について

相談内容：頭部の腫瘍が日々増大し浸出液が多く、処置回数が増えることで家族の介護負担になっている。負担軽減のために工夫できることはないか

回答内容：①剥がす際に出血しないようワセリンをたっぷり塗ったガーゼを使用してみてもどうか②抗菌作用、消臭目的にロゼックス処方を主治医と相談してみてもどうか。③浸出液が多く、処置回数が増えているなら高吸収のマインパッド（乳がん患者用に開発されたパッド）を使用してみてもどうか

結果：ロゼックスへ変更し臭いが軽減された。処置方法を変更したことで家族の負担が減り、最期まで在宅療養を続けることができた（相談終了）

##### ③乳がん自壊創の処置について

相談内容：処置中の痛みが強いため、緩和できる方法はないか。実際の処置における問題点はあるか

回答内容：変更できそうな処置方法についてアドバイスした

結果：処置に伴う痛みが1/10程度に軽減されたという声が聞かれた

##### ④緩和ケアに関する相談

相談内容：お別れが近いと思われる方のご家族へ、どのようなタイミングでどんな説明をしているか具体的に知りたい

回答内容：死が間近に迫っている時に話すよりも、段階を踏みながら予測される経過を話す（予後予測スケールの共有。伝え方についてレクチャー）

結果：訪問看護師が予測されることを家族に説明できるようになった  
どのように伝えたらいいか、実際の例が参考になり関わりに自信がもてた

## ■全体を通しての成果と課題

### （連携先 ST への成果）

- ・専門性の高い看護師と連携することによって疑問や悩みが解決し、利用者の状態に合わせたより良いケアを見出すことができた
- ・同行後は看取りが近い利用者へ訪問する際の漠然とした不安が自信に変わり、積極的に関わることができるようになった（管理者による評価）
- ・同行訪問により、継続的に相談できる体制ができた

### （利用者・地域への効果）

- ・日頃から ST 同士で顔の見える関係性作りをしたことで、訪問が困難になった際に、迅速に協力体制を整えることができた
- ・自 ST 内では解決しにくい問題を医療機関の専門性の高い看護師に相談することで、患者満足度の向上につなげることができた

### （課題）

- ・地域内で専門性の高い看護師との同行訪問を調整するまでの方法が浸透していないため、今後地域の ST と成果を共有し、周知普及を図っていく
- ・同行するにあたっては両 ST 間で訪問調整の必要がでてくる
- ・診療報酬上、利用者の自己負担が増加する

## ■展望

- ・人生の最終段階までをそばで支えることができる人材を増やしていくために、研修会を継続的に開催していく
- ・24 時間 365 日支えている訪問看護師が疲弊しないためにも、夜間の負担軽減については引き続き検討を重ねていきたい
- ・出向事業についても、社会状況に合わせて継続していきたい
- ・医療法人やまもでは、宮城県北のプラチナタウン構想（在宅ケアがリードする地域創生）の実現に取り組んでいる。職場という枠を越えた支えあいと学びあいができるようにリーダーシップを執り、この地域に魅力を感じて新たな仲間が増えるように、宮城県北から活動を発信していきたい

## IV. 考察

本事業を通して、医療機関併設の ST は地域の訪問看護提供体制について把握し、自施設と地域の ST との役割分担を検討し、地域のニーズに応じた体制を構築していた。これら一連の流れを浸透させていくためには、医療機関併設の ST がリーダーシップをとり、地域の ST への働きかけや情報提供を進めていくことが期待される。

病院併設の ST は利用者の入院時の状況や疾患に関する情報を取得しやすいという強みを生かし、退院後の状態が不安定な方や医療依存度の高い方を受け入れ、訪問看護を提供しながら利用者の状態安定や家族の介護方法の習得状況等を見極め、地域の ST へと移行していく役割が期待される。

また、診療所併設の ST は、在宅でのがんの疼痛緩和や在宅看取りなど、医療依存度が高いケースの対応実績やスキルを活かし、同行訪問等を通して地域の ST にノウハウを提供していく役割が期待される。

病院及び診療所併設の訪問看護 ST が地域の ST と連携・役割分担することは、地域の訪問看護提供体制の充実及び質の向上において意義は大きく、本事業では以下のモデルが抽出された。

### 1. 地域の ST への利用者の移行

医療機関併設 ST が実施した「地域の ST への移行」に関する一連の流れを別添表 1・表 2 に示す。

地域の ST への移行の成果として、連携先 ST からは「自 ST では受け入れ経験がなく不安があったが、処置方法についての指導・助言を受け、今後は自信をもって対応できる」「利用者、家族が安心するだけでなく、連携先 ST の看護師も混乱せず自信をもって移行することができた」「医療依存度が高い利用者に対する経験値をあげることができた」といった評価があった。

退院直後に併設 ST が介入し医療機関と地域の ST との橋渡し役を担うことで、患者・家族はスムーズに在宅療養生活を開始し、安定化が図れるものと考えられる。また、自 ST では経験頻度が少ない医療処置を必要とするケースや、退院後に頻回の訪問が予想されるケースなどでは、同行訪問等を通して病院併設 ST の看護師から直接助言・指導を受けられるため、人手の少ない小規模の ST や開設後間もない ST の対応スキルの向上・負担の軽減につながる効果がある。

さらに、「(移行に向けた) 同行訪問をきっかけに、ST 間での情報交換や相談体制が整備されたことにより、新型コロナの影響で訪問を休止せざるを得ない状況の時に、代替訪問がスムーズに行えた」との意見も得られた。本事業で実施した移行の仕組みは平時だけでなく、災害時等における ST 間の協力体制としても有効に機能し得ると考えられる。

### 2. 同行訪問・コンサルテーション

「同行訪問・コンサルテーション」に関する一連の流れを別添表 3～表 5 に示す。

医療機関併設 ST による同行訪問・コンサルテーションの成果として、「必要な知識・技術が習得でき、視点が広がった」「スタッフの教育や育成に余裕がないと感じている地域の ST の管理者の負担軽減につながった」「自 ST で対応可能な利用者像の拡大にもつながった」等の評価があった。医療機関併設 ST の側から積極的に情報提供し同行訪問・コンサルテーションを実施することにより、連携先 ST の顕在的な課題だけでなく、潜在的な課題への気づき・解決につながり、地域の ST の対応力向上を支援する効果があったと考えられる。

また、専門性の高い看護師等による同行訪問により、「利用者の状態が改善した」「早期受診につながり状態悪化を防止できた」等の成果が指摘された。現行の診療報酬上で評価されている領域は褥瘡、緩和ケアなど一部に限られていることから、診療報酬上の評価や自治体の事業化などの恒常的な仕組みづくりについては、今後さらに検証が必要である。

### 3. 夜間・休日の訪問（オンコールシェア）

「夜間・休日の訪問」（オンコールシェア）に関する一連の流れを別添表 6 に示す。（※オンコールシェアに関しては新型コロナウイルスの影響により、連携先 ST との協議にもとづく体制構築までの試行であり、オンコールシェアの仕組みの実働には至らなかった）

オンコールシェアの仕組みが実働した場合の期待される成果としては、「夜間の長距離移動に伴う負担の軽減や、緊急訪問中に緊急訪問が必要になった場合に対応可能な看護師がいることによる安心感が得られる」という意見があった。

夜間・休日の時間帯でオンコール当番看護師への訪問要請が重なってしまった場合や、ST の人員体制上、恒常的な 24 時間対応が難しい場合などに、医療機関併設の ST が訪問を分担することで、地域の小規模な ST の負担軽減や、24 時間対応可能な事業所や訪問地域の拡大につながると考えられる。また、中山間地域や豪雪地帯など移動に時間を要する地域では、オンコールシェアの仕組みを導入することで、利用者及び訪問看護師の安全確保と負担軽減につながり、在宅療養の限界点を高めることが期待される。

一方、診療報酬では複数 ST によるオンコールシェアは過疎地等に限定されており、現行制度下では「1 か所の ST が 24 時間 365 日責任をもつ」ことが多くの ST の常識であることから、オンコールシェアの必要性については地域の ST から疑問や戸惑いの声もきかれたという。また、実際にオンコールシェアで夜間緊急訪問を実施し適切に対処するためには、利用者・家族の了解を得た上で、日頃から利用者の状態や療養環境に関する情報共有が必要だと考えられる。利用者の安全や尊厳に配慮し、かつ実効性の高いオンコールシェアの仕組みについては、今後さらに検討が必要である。

### 4. 今後の課題

今後、在宅療養者に占める高齢者や重度者の増加、看護職を含む労働人口の減少等をふまえ、特に医療資源の少ない地域においては、医療機関併設の ST が地域の ST と連携し、それぞれの強みや特性を活かして地域の訪問看護体制を構築していく視点が求められる。一方で、訪問看護サービスは自由参入の市場であり、同じ地域にある ST は競合関係にもなり得ることから、医療機関併設の ST の役割強化については地域の ST から不安や懸念がきかれることもある。

今回の試行事業を通じて、「地域の ST への利用者の移行」に取り組んだ医療機関併設の ST は、利用者確保が競合するのではないかという地域の ST の懸念に対し、あくまで退院後などの依存度の高い時期を医療機関併設の ST が担い、状態が安定したら地域の ST へ移行し、移行後も何かあればフォローすることを丁寧に繰り返し説明し、理解を得ていた。また、専門性の高い看護師による同行訪問を実施した医療機関併設 ST では、専門性の高い看護師による支援の有効性を地域の ST に理解してもらい、積極的に活用してもらうための働きかけに苦心したという感想があった。地域の ST をはじめとする関係者の理解・協力を得るためには、医療機関併設 ST の側に地域ニーズに関する情報収集力や情報発信力、利害や意見が異なる場合の調整力も求められる。

そのため、本事業で試行した連携スキームについては、連携の趣旨・目的や必要性とともにわかりやすく提示し、医療機関や訪問看護 ST に向けて広く周知・普及していくことが必要である。取組みの社会的意義とともに、医療機関と地域の訪問看護 ST 双方に得られるメリットを整理し、報酬上の評価や基金を活用した自治体事業化に向け、要望や政策提言への反映を検討していきたい。

## 別添表（委託先6か所の支援モデル）

### 病院併設のSTによる支援モデル（病院併設STから地域のSTへの利用者の移行）

表1

武蔵野赤十字病院

#### 1. 訪問看護ニーズや訪問看護提供体制の把握、地域のニーズの把握

- ・質問紙調査を実施し、訪問看護ST数、常勤換算数、加算等算定状況（24時間体制、機能強化型等）、STの強み等を把握した
- ・地域のST管理者会議等で、医療機関と連携する上での困り事等について意見交換を行った

#### 2. 実施内容

移行事例：下肢の皮膚症状があり、毎日処置が必要な利用者。家族は処置に不安があり、可能な限り医療者が処置し家族に指導をする目的で、訪問看護導入。家族の訪問看護の希望時間や連日の医療処置のため、自宅近くに開設したばかりのSTと医療機関併設のSTが連携を実施した  
 連携先STの特徴：開設後間もないST

##### 〈事前の準備・取り決め〉

- ・事前に連携先STと下記について取り決めを行い、利用者・家族へ説明・同意を得る
  - ①緊急時の連絡先について ②移行の方法（訪問の分担）や以降のタイミングについて
- ・入院中の状況や利用者家族に関する情報を収集し、連携STと共有する
- ・日程調整し、可能な限り2か所のSTで退院前カンファレンス等に出席する
- ・頻回訪問するために2か所のSTに特別指示書の交付を依頼する

##### 〈連携の実際〉

退院当日（同行訪問）・・・入院中の情報共有、今後の目標設定や役割分担、訪問予定確認  
 翌日初回訪問（同行訪問）・・・処置方法の共有、目標設定  
 ※上記以外は医療機関併設のSTが3回/週、連携先STが3回/週、家族が1回/週処置を実施  
 翌週・・・創部の状態確認、介護保険切り替え後の訪問看護の体制  
 ※受診時の報告は、医療機関併設のSTが実施  
 特別指示書終了とともに連携先STへ利用者を移行

#### 3. 成果

- ・処置方法について指導・助言が受けられ、今後自信をもって対応できる（連携先ST）

### 病院併設のSTによる支援モデル（病院併設STから地域のSTへの利用者の移行）

表2

彦根市立病院

#### 1. 訪問看護ニーズや訪問看護提供体制の把握、地域のニーズの把握

- ・本事業で連携するSTの管理者に、半構造化面接法にて医療依存度の高い利用者を支援する上での困難についてインタビュー調査を実施した

#### 2. 実施内容

移行事例：膀胱全摘出・尿管皮膚瘻造設後尿管ステントを挿入したまま退院となる。高齢の夫婦で暮らしており、不安が強いため、2回/週の装具交換に合わせて訪問看護を導入する

##### 〈事前の準備・取り決め〉

- ・初回訪問時に、段階を踏んで連携先STへ移行することを利用者・家族へ説明し同意を得る
- ・連携先STへの移行の方法について検討
  - ストーマ増設後に在宅療養に移行する場合、生活環境の変化から入院中に生じなかった皮膚トラブルが生じやすい。そのため、トラブルが発生するリスクを予測し、それを回避するための管理方法の検討や生活指導を皮膚・排泄ケア認定看護師が直接利用者や家族に支援するとともに、連携するSTの看護師の不安を軽減する目的で、①医療機関併設のSTのみが介入、②連携先STと協働して介入、③連携先のSTへ利用者を移行の3段階で介入する
- ・入院中の状況や利用者家族に関する情報を収集し、連携STと共有する
- ・入院中のストーマケアの指導に同席（医療機関併設のSTから1名）

##### 〈連携の実際〉

- ①退院～3週間・・・利用者と家族の状況に応じ、在宅に適したストーマケア指導を実施（2回/週：医療機関併設のSTのみ訪問）
- ②3週間～・・・連携先のSTへストーマケア方法を伝え、訪問（医療機関併設のSTが1回/週、連携先のSTが1日/週）  
 ※尿管ステントの抜去と共に、連携先STに利用者を移行する予定であったが、抜去後にトラブルが発生し尿管ステントを再挿入したため、報告時点では連携先のSTへの移行に至っていない

#### 3. 成果

- ・利用者、家族が安心するだけでなく、連携先のSTの看護師の混乱を招かず円滑に移行準備ができた
- ・医療依存度が高い利用者に対する経験値をあげることができた（連携先ST）

## 病院併設のSTによる支援モデル(同行訪問・コンサルテーション)

表3

北斗わかば病院

### 1. 訪問看護ニーズや訪問看護提供体制の把握、地域のニーズの把握

- ・訪問看護ST管理者の会議を通じて地域のSTが困難に感じていること、必要な支援内容について情報を収集し、自院で提供できる支援について検討した

### 2. 実施内容

#### 【研修会・出前講座の開催・事例検討会】

- ・神経難病について、神経難病療養者の看護について
- ・神経難病療養者が利用できる社会福祉制度について
- ・難病療養者の意思決定支援に関する事例検討

#### 【同行訪問】

- ①地域のSTから同行訪問の依頼が病院の地域連携室に入る
- ②院内で同行訪問ができる人材を選出し、地域のSTと日程調整する  
※利用者・家族への説明と同意は同行訪問を依頼するSTが実施する
- ③地域のSTは事例の問題点や同行訪問の目的を明確化し、同行者へ共有する
- ④同行訪問を実施

#### 〈同行内容〉

- ・パーキンソン病利用者の生活環境の調整、ALS利用者を初めて受け持つ訪問看護師の支援(リハビリプログラム、疾患の特性を踏まえた福祉用具の導入、コミュニケーションツールの使用方法のレクチャー等)

#### 〈同行訪問後〉

- ・必要に応じて地域のSTからの相談に対応する

### 3. 成果

- ・研修会や出前講座等、同行訪問により新たな知識を習得することができ、看護の視点が広がった(連携先ST)
- ・地域のSTのスキルアップに貢献する機会や、自施設の取組を地域に知ってもらう機会が得られた(医療機関併設のST)
- ・同行訪問をきっかけに連携がスムーズになり、情報交換しやすくなった(連携先ST、医療機関併設のST)

## 病院併設のSTによる支援モデル(同行訪問・コンサルテーション)

表4

稲沢市民病院

### 1. 訪問看護ニーズや訪問看護提供体制の把握、地域のニーズの把握

- ・ST管理者の会議を通じ、自院や併設STの役割(医療依存度の高い時期は、専門性の高い看護師等が地域のSTと連携して同行訪問を実施すること)を説明した。また、地域のSTが訪問看護の実施にあたり日頃困難に感じていること、必要としている支援内容について情報収集を実施した

### 2. 実施内容

#### 【知識・技術獲得のための講義・研修会・カンファレンス】

※新型コロナウイルス感染症の流行拡大により、申請時の計画、実施方法を一部変更して実施した

- ・新型コロナウイルス感染症防止対策と発熱患者への対応の相談と訪問指導
- ・「新型コロナウイルス感染予防」研修会の開催
- ・独居患者に対する支援内容の検討(他院退院予定患者の訪問看護介入までの調整会議)

#### 【同行訪問】

- ・がんの終末期や医療依存度の高い時期は自院の皮膚排泄ケア認定看護師(特定行為研修修了者)、糖尿病認定看護師、認知症認定看護師等が、地域のSTと同行訪問を実施した

#### 〈同行内容〉

- ・褥瘡処置、ストーマ処置(同行訪問後、必要な処置内容、日常生活上の留意点をまとめSTへ提供)
- ・持続血糖測定が必要な利用者への指導と継続的な確認
- ・簡易精神機能検査を実施し、担当医へ情報提供を実施

### 3. 成果

- ・同行訪問により専門性の高い看護師から助言を受け、知識や技術の獲得につながった(連携先ST)
- ・専門性の高い看護師の同行訪問により早期の症状改善や、早期受診につなげることができた

診療所併設STによる支援モデル(同行訪問・コンサルテーション、夜間・休日の訪問)

表5

小笠原クリニック

1. 訪問看護ニーズや訪問看護提供体制の把握、地域のニーズの把握

- ・地域のSTを対象に、看取りやST間の連携の状況に関するアンケート調査を実施した
- ・連携先STの管理者を対象にインタビュー調査を実施した

2. 実施内容

- 〈対象〉がん(主な医療処置:CSI、輸血、ハンブ点滴、褥瘡・創処置)
- 〈同行訪問の流れ〉
- ①連携先STを選定する(緊急対応の可否や連絡方法を確認する)
  - ②退院調整をする
    - ・利用者、家族に複数のSTが連携し関わることを説明し同意を得る。
  - ③調剤薬局を確保する(麻薬の取扱いや訪問が可能な調剤薬局)
  - ④連携先STに対し下記の内容を実施
    - ・麻薬の保管方法や持続皮下注射が必要になった際の方法について説明
    - ※初めての経験する場合は、事前の説明とともに、実施の際は必ず同行訪問を実施
    - ・緩和ケアチームとしての方針の説明
    - ・訪問日の調整
    - ・加算の算定や自費設定、緊急時・状態変化時の連絡方法、記録・報告方法、必要物品の受け渡し方法等の取り決め
  - ⑤同行訪問(夜間・休日も含む)
- 〈同行内容〉
- ・がん末期等利用者の訪問看護における在宅ホスピス緩和ケアの方法の指導(オピオイドの使用方法、緊急時・状態変化時の対応)
  - ・看取りの過程や家族ケア・グリーフケアの方法についてのコンサルテーション

3. 成果

- ・がん末期等利用者の訪問看護や看取りに必要な知識・技術を習得できた(連携先ST)
- ・スタッフの教育・育成に余裕がない地域のSTの管理者の負担軽減につながった(連携先ST)
- ・未経験の手技についても安心して負担なく在宅緩和ケアが実施でき、STの受入れ対象患者の拡大にもつながった

診療所併設のSTによる支援モデル(オンコールシェア ※体制構築まで)

表6

やまと診療所

1. 訪問看護ニーズや訪問看護提供体制の把握、地域のニーズの把握

- ・診療所併設のSTと連携先STとで地域の問題点を把握した
- ・地域のSTにおけるオンコール対応の実態調査を実施した

2. 役割分担や支援・連携の体制づくり

- 〈オンコールシェアの実施地域〉
- ・アンケートの結果から、片道30分以上要する場合は精神的に負担を感じやすいことから、両STから移動距離がほぼ同程度の地域の利用者に関し、協力体制をとることとした
  - 例:南部在住の利用者へ緊急訪問中に、北部の利用者に訪問が必要となった場合に協力体制をとる
  - ※オンコールシェアのために新規利用者の調整や利用者の移行などは実施しない
- 〈利用者・家族への説明〉
- ・両STの契約書、重要事項説明書に連携先STの看護師が緊急訪問することもある旨と、個人情報や日頃の状態について常に情報共有し、対応に備えていることを明記し、利用者及び家族の説明と同意を得る
- 〈情報の取り扱い〉
- ・情報共有ツールとして医療介護専用のコミュニケーションツールを使用し、指示書・看護記録・内服薬や事前指示を記載し、診療所併設STと連携先STの間で随時共有した
- 〈連携先のSTの利用者へ訪問する上での準備〉
- ・両STのオンコール当番看護師がフォローし合えるよう、日頃から関係づくりを心掛けた
  - ・利用者の状態の変化が予測される場合は、あらかじめ情報を共有しておく
  - ・利用者・家族からの緊急連絡に対する対処事例を両STの看護師が共有し、自分だったらどのように対処するかの確認や振り返り、医療機器の管理や医療処置の方法について学ぶ機会を設けた
- 〈請求について〉
- 緊急時訪問看護加算は利用者と契約しているST側で算定し、実際に緊急訪問を行ったSTへ夜間・深夜加算を含めた費用相当を支払う

3. 期待される成果

- ・夜間の長距離移動に伴う訪問看護師の負担が軽減される
- ・緊急訪問中に別な緊急コールがあった場合に、連携STから迅速な対応が可能であり、利用者の安全確保、訪問看護師の負担軽減につながる