

新潟県内の訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の連携の実態

藤川 あや・小林 恵子・飯吉 令枝・平澤 則子

新潟県立看護大学

The State of the Cooperative Relationship between Home Visit Nursing Station and Home Care Support Clinics in Niigata

Aya FUJIKAWA, Keiko KOBAYASHI, Yoshie IYOSHI and Noriko HIRASAWA

Niigata College of Nursing

要 旨

本研究は、在宅終末期を家庭で過ごすための訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所との連携について、新潟県の実態を明らかにすることを目的とした。新潟県内の訪問看護ステーション 99 か所の管理者を対象に、質問紙郵送調査を実施した。主な質問項目は、訪問看護ステーションの 24 時間対応体制、1 年間の利用者の総死亡数と自宅での死亡数、訪問看護指示書を受けている医療機関との意見交換・情報共有である。在宅療養支援診療所からの指示書の有無と訪問看護ステーションの体制、利用者の総死亡数・自宅での死亡数について、SPSS for windows 16.0J を用いた χ^2 検定、t 検定を行った。新潟県内の訪問看護ステーションが指示書を受けている医療機関の総数 805 か所のうち、在宅療養支援診療所の占める割合は約 1 割であり全国と同様であった。在宅療養支援診療所から「指示書を受けている」訪問看護ステーションは、「指示書を受けていない」訪問看護ステーションに比べ、在宅死亡率が有意に高く、在宅での看取りを実施していた。在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションの意見交換・情報共有の内容をみると「本人の症状」「治療」についての意見交換・情報共有が 9 割以上であった。一方で「療養についての本人、家族の意向」や「看取り」についての意見交換・情報共有は半数以下であり、訪問看護師は「主治医と療養者に関する十分な情報共有ができない」等の連携不足を感じていた。在宅療養者や家族の意向に沿った在宅療養や在宅看取りを可能にするための連携のあり方としては、ケアカンファレンスの開催を積極的に行うとともに、在宅ケア関係職種間の連携を促進していく必要がある。

キーワード：訪問看護ステーション、在宅療養支援診療所、連携、看取り

緒 言

近年、在院日数の短縮化が進み、疾患や障害を抱えたまま退院する患者が増加している。一方で

は、人口の高齢化にともなう高齢者の単身世帯の増加¹⁾により、家族の介護力が低下している。特に、高齢化率の高い地域における訪問看護ステーション等の在宅医療サービスの整備は差し迫った

Reprint requests to: Aya FUJIKAWA
Niigata College of Nursing
240 Shinnan-cho,
Joetsu 943-0147 Japan

別刷請求先：〒943-0147 上越市新南町 240 番地
県立看護大学 藤川 あや

課題である。

「終末期医療に関する調査等検討会報告書」²⁾によれば、一般住民の約6割は、終末期を自宅で過ごしたいと希望している。しかし、国民の約8割は、病院等の施設で終末期を過ごし死亡している。たとえ疾患や障害を抱えていても、住み慣れた場所で自分らしく過ごしたいという希望をもつ患者に対して、地域の医療サービスや介護保険サービス等の社会資源を活用し、安心して療養生活を送ることができる環境を提供することが必要である。

現在、日本の在宅療養支援体制は、平成18年の診療報酬の改定により創設された24時間往診が可能な在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションとが連携して、在宅での看取りを積極的に行うこととなっている³⁾⁴⁾。表1に在宅療養支援診療所の設置要件を示す。また、夜間にヘルパーが巡回する訪問介護や、小規模多機能型居宅介護（通所や訪問などを組み合わせた支援が受けられる）等の地域密着型サービスが創設され、住み慣れた地域で生活を続けられるようなサービスが導入されるようになった。しかし、往診できる医師の少なさ⁵⁾や、看護師の人材不足のため24時間体制をとることができない訪問看護ステーションの増加⁶⁾、過疎地域における介護サービス機関の供給

不足⁷⁾等の理由から、在宅療養者や家族にとって、安心して終末期の在宅療養生活を送ることができるサービス体制は未だ整っていない。

在宅での看取りが実現困難である理由として、一般住民は、「家族に負担がかかる」「痛みで苦しむかもしれない」ことを挙げている⁸⁾。すなわち、住み慣れた場所で最期を迎えたいという思いとともに、在宅介護や在宅医療に対する不安を感じている。在宅療養を希望する患者への支援として、訪問介護サービス、訪問看護ステーション、医療機関が連携し、本人や家族の不安に対応していくことが重要である。

以上のことから、在宅での看取りを実施するため、訪問看護ステーションには、「往診医との連携」、「在宅サービス関係職種との連携」「24時間看護の提供」、「高度医療技術の提供」、「退院時の医療機関との連携」⁹⁾が求められている。特に、在宅療養者や家族にとって、24時間いつでも相談できる在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションは重要である。両者が協働して在宅療養者と家族に在宅医療サービスを提供することの重要性が報告されている¹⁰⁾。先行研究では、在宅療養支援診療所の開設状況や在宅療養支援診療所の職員についての実態¹¹⁾¹²⁾は明らかになっているが、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションの連携

表1 在宅療養支援診療所の要件¹³⁾

- | | |
|---|--|
| 1 | 24時間常に主治医と連絡がとれる体制を有し、24時間緊急往診の対応を行う。もし、担当医が対応不能な場合には、あらかじめ届出している連携医が代行で往診する体制を確保する。 |
| 2 | 担当医は常に訪問看護ステーションと連携をとり、24時間の訪問看護が可能な体制を確保し、担当看護師を届け出る。 |
| 3 | 在宅療養を行っている患者が常に入院できるよう、常に病床を確保し、受け入れ病院を届け出る。 |
| 4 | 訪問看護ステーション、連携医と病院にあらかじめ患者情報、治療計画、診療内容と緊急対応に必要な診療情報を文書で随時提供する。 |
| 5 | ケアマネージャーとも密に連携を取り、医療のみでなく介護福祉サービスの情報をも集約して管理する。 |
| 6 | 年1回、在宅看取り数などを社会保険事務局長に報告する。 |

に焦点を当てた研究は少ない。

本研究では、在宅療養者や家族を中心にした、在宅での看取りを可能にする在宅医療体制のあり方を検討するために、新潟県内における訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所との連携について分析した。

材料と方法

1. 対象

新潟県内の訪問看護ステーション99か所の管理者を対象とした。

2. 調査方法

平成20年11月～12月に質問紙郵送調査を実施した。

3. 調査項目

調査項目は、①訪問看護ステーションの概要に関する項目、②訪問看護ステーションの24時間看護の提供体制に関する項目、③過去1ヵ月間で訪問看護指示書を受けている医療機関（在宅療養支援診療所またはそれ以外の病院診療所）との意見交換・情報共有の状況とした。

4. 分析方法

在宅療養支援診療所からの指示書の有無、訪問看護ステーションの体制、利用者の総死亡数・自宅での死亡数、意見交換・情報共有について、 χ^2 検定、t検定を行った。統計解析はSPSS for windows 16.0Jを使用し、統計的有意水準を5%未満とした。また、「在宅療養支援診療所との連携」についての自由記載を、「うまくいっていること」と「課題」とに分類し、類似する意味内容を集めてカテゴリー化した。

5. 倫理的配慮

調査は新潟県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認年月日 平成20年9月29日）。対象者には、文書にて、調査目的、方法、匿名性の確保、参加拒否および撤回の自由、プライバシー

の保護等について説明し、調査票の返信にて同意を得たものとした。得られたデータは、鍵のかかる保管庫で管理した。

結 果

回答が得られた訪問看護ステーションは55か所で、回収率は55.6%であった。

1. 訪問看護ステーションの特性

常勤換算職員数は4.6±2.04人であり、最大は10.0人、最小は2.5人であった。訪問看護ステーションの主な設置主体は、医療法人が31か所（56.4%）、社会福祉法人が9か所（16.4%）、地方公共団体が5か所（9.1%）であった。

24時間連絡体制をとっている訪問看護ステーションが42か所（76.4%）、24時間対応体制をとっている訪問看護ステーションが39か所（24時間連絡体制をとっているステーションの92.9%）であった。

2. 在宅療養支援診療所からの訪問看護指示書の受け取りと緊急時の対応

約半数の訪問看護ステーションが在宅療養支援診療所の指示を受けていた（表2）。訪問看護ステーションが指示書を受けている医療機関の総数は805か所であり、在宅療養支援診療所はその10.9%（88か所）を占めていた（表3）。

在宅療養支援診療所で営業時間外の対応をしたものは、指示書を受けているものが20か所（47.6%）、指示書を受けていないものが22か所（52.4%）であった（表4）。

3. 在宅療養支援診療所からの指示書と在宅死亡率の関連（表5）

訪問看護ステーション利用者の在宅死亡率は、同ステーションが在宅療養支援診療所から「指示書を受けている」場合（52.5±28.8%）が、「指示書を受けていない」場合（33.5±30.6%）に比べ、有意に高かった（ $p<0.05$ ）。

表2 訪問看護ステーションにおける在宅支援診療所からの指示書受け取りの有無 n = 55

	訪問看護ステーション数	%
指示書受け取り有り	26	47.3
指示書受け取り無し	29	52.7
計	55	100.0

表3 訪問看護指示書を受けている医療機関 n = 805 (複数回答)

	施設数	%
在宅療養支援診療所	88	10.9
在宅療養支援診療所以外の病院	263	32.7
在宅療養支援診療所以外の診療所	454	56.4
計	805	100.0

表4 在宅療養支援診療所の指示書と緊急時訪問看護の対応との関連 n = 55

	営業時間外の対応		p	緊急訪問看護の指示		p
	あり	なし		あり	なし	
指示書あり (n=26)	20 (47.6%)	6 (46.2%)	ns	6 (42.9%)	20 (48.8%)	ns
指示書なし (n=29)	22 (52.4%)	7 (53.8%)		8 (57.1%)	21 (51.2%)	

χ^2 検定

表5 在宅療養支援診療所の指示書と在宅死亡率の関連 n = 48

	在宅死亡率 (%)	SD	p
指示書あり	52.5	28.8	*
指示書なし	33.5	30.6	

t 検定 * $p < 0.05$

表6 訪問看護ステーションと医療機関との意見交換・情報共有 (複数回答)

意見交換・情報共有の内容	在宅療養支援診療所 n=20		在宅療養支援診療所以外 の診療所または病院 n=46		p
	度数	%	度数	%	
本人の症状	20	100	45	97.8	ns
治療	19	95.0	42	91.3	ns
療養についての家族の意向	11	55.0	35	76.1	ns
ケアの内容	10	50.0	27	58.7	ns
療養についての本人の意向	9	45.0	30	65.2	ns
衛生材料	8	40.0	25	54.3	ns
往診依頼	7	35.0	19	41.3	ns
看取り	6	30.0	16	34.8	ns
医療機器	5	25.0	20	43.5	ns
指示書の内容	5	25.0	16	34.8	ns
入院	4	20.0	17	37.0	ns

χ^2 検定

4. 訪問看護ステーションと医療機関との意見交換・情報共有 (表6)

在宅療養支援診療所から「指示書を受けている」訪問看護ステーションの26か所(表2)のうち、過去1か月間に在宅療養支援診療所と意見交換・情報共有をしたステーションは2か所(70.0%)であった。

在宅療養支援診療所との意見交換・情報共有の内容は、「本人の症状」「治療」が9割以上であり、「療養についての家族の意向」「療養についての本人の意向」「看取り」についての意見交換・情報共有は半数以下であった。

5. 在宅療養支援診療所との連携で、うまくいっていることと課題

在宅療養支援診療所との連携でうまくいっていることと課題について9つのカテゴリーと18のサブカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを「」で表す。

1) 在宅療養支援診療所との連携でうまくいっていること(表7)

【主治医とのケアの方向性の合意】【主治医との療養者に関する情報共有】【在宅療養支援診療所の看護師との療養者に関する情報共有】【主治医との信頼関係の構築】の4つのカテゴリーが抽出された。

【主治医とケアの方向性の合意】は、訪問看護師が「往診に同席しケアの方向性について話し合う」ことや、「診療所で担当者会議を行い関係職種でケアの方向性を話し合う」ことで得られていた。【主治医との療養者に関する情報共有】は、訪問看護師が「主治医に利用者の状況を報告する」「主治医からの報告がある」ことで行われていた。一方で、主治医が多忙で直接報告や相談ができない場合は、「医療機関の窓口となる看護師と話し合う」ことで、【在宅療養支援診療所の看護師との療養者に関する情報共有】を行っていた。さらに、【主治医との信頼関係の構築】は、「訪問看護

表7 在宅療養支援診療所と連携でうまくいっていること

カテゴリー	サブカテゴリー
主治医とのケアの方向性の合意	往診に同席しケアの方向性を話し合う
	診療所で担当者会議を行い関係職種でケアの方向性を話し合う
主治医との療養者に関する情報共有	緊急時以外は時間を決めて報告相談をする
	主治医と面談して情報共有をするように心がける
	電話やFAXで連絡を密にして情報共有をする
	主治医から療養者の状態についての報告がある
在宅療養支援診療所の看護師との療養者に関する情報共有	医療機関の窓口となる看護師と話し合う
主治医との信頼関係の構築	在宅療養支援診療所の医師と一緒に仕事をして信頼関係を築く
	在宅療養支援診療所の医師に訪問看護師ができることを伝える

表8 在宅療養支援診療所との連携の課題

カテゴリー	サブカテゴリー
主治医と療養者に関する十分な情報共有ができない	主治医と訪問看護師がお互いに多忙であり連絡がとりにくい
	主治医以外の窓口となる担当者がいない
在宅療養支援診療所と連携できない	訪問看護師が少なく24時間体制がとれない
	地域に訪問看護ステーションが少ない
地域に在宅療養支援診療所がない	地域性により在宅診療所が成り立たない
	在宅療養支援診療所の要件を満たしていても届け出をしていない
在宅療養支援診療所の制度を知らない	在宅療養支援診療所のメリットがわからない
	在宅療養支援診療所に関する診療報酬などのシステムがわかりにくい
	在宅療養支援診療所の情報が少なく訪問看護との関わりが少ない

師が在宅療養支援診療所の医師と一緒に仕事をして信頼関係を築く」ことにより図られていた。

- 2) 在宅療養支援診療所との連携の課題 (表8)
 【主治医と療養者に関する十分な情報共有ができない】
 【在宅療養支援診療所と連携できない】

【地域に在宅療養支援診療所がない】
 【在宅療養支援診療所の制度を知らない】の4つのカテゴリーが抽出された。

【主治医と療養者に関する十分な情報共有ができない】ことは、「主治医と訪問看護師がお互いに多忙であり連絡がとりにくい」「主治医以外の窓

口となる担当者がいない」というサブカテゴリーから抽出された。また、【在宅療養支援診療所と連携できない】は、「訪問看護師が少なく24時間体制をとれない」「地域に訪問看護ステーションが少ない」という、サブカテゴリーに起因していた。

県内離島の訪問看護ステーションでは、「地域性により在宅療養支援診療所が成り立たない」、診療所の医師が今以上多忙になることを懸念し「在宅療養支援診療所の要件を満たしていても届け出をしていない」という【地域に在宅療養支援診療所がない】が抽出された。さらに、在宅療養支援診療所以外の開業医が夜間も往診しているため、「在宅療養支援診療所のメリットがわからない」「診療報酬の取り方などシステムがわかりにくい」という【在宅療養支援診療所の制度を知らない】が抽出された。

考 察

1. 在宅療養支援診療所との連携と在宅での看取り

在宅医療を推進するために自宅訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の連携が期待されている³⁾。新潟県内の訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の連携状況をみると、訪問看護ステーションが指示書を受けている医療機関のうち、在宅療養支援診療所は1割にとどまっており、全国と同様¹³⁾であった。訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の連携が進まない理由として、在宅療養支援診療所の施設数の少なさや、地域偏在等が考えられる。平成18年に創設された在宅療養支援診療所は、制度上では評価されつつあるが、現在はまだ創設期であり、今後の拡大や充実が期待される。

訪問看護ステーションが受けている在宅療養支援診療所からの指示書の有無と、在宅死亡率との関連をみると、在宅療養支援診療所から「指示書を受けている」訪問看護ステーション利用者の在宅死亡率が、「指示書を受けていない」ものに比べ有意に高かった(表5)。在宅療養支援診療所には、訪問看護ステーションと連携して在宅ターミ

ナルケアを推進していく役割¹⁴⁾がある。訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所とが連携し、24時間の対応体制で在宅療養者や家族を支援することにより、療養者が安心して自分自身が思い描く在宅療養生活を継続することができ、在宅での「看取り」につながるのではないかと考えられる。在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションのより一層の連携が望まれる。

2. 訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の意見交換・情報共有の実態

在宅療養支援診療所から「指示書を受けている」訪問看護ステーションの7割は、過去1か月の間に在宅療養支援診療所と意見交換や情報共有を実施して、連携を深めていた。在宅療養支援診療所の調査¹¹⁾においても、「ケアカンファレンス等の時間の確保」が課題であることが報告されている。訪問看護師と主治医が、療養者や家族との意見交換・情報共有を適時実施することで、療養者や家族は不安なく在宅療養生活を送ることができると考えられる。そのために訪問看護師は、主治医との意見交換・情報共有が困難な場合は、在宅療養支援診療所の窓口となる看護師等との情報共有を行い、連携を深めていくことも必要である。

訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所との意見交換・情報共有の内容をみると(表6)、「本人の症状」「治療」に関するものが9割以上であった。「療養についての本人、家族の意向」や「看取り」についての意見交換・情報共有は半数以下であった。在宅での看取りが実現する条件の1つは、療養者と家族が、終末期を自宅で療養し在宅での「看取り」を希望していることである⁹⁾¹⁵⁾。そのため訪問看護師と主治医は、療養者と家族の在宅での「看取り」の意思を確認・尊重し、在宅ケアの提供を促進していく必要がある。

3. 訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の連携の課題

訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の連携の課題として、「地域に在宅療養支援診療所がない」「在宅療養支援診療所と連携できない」

ことがあげられた(表8)。新潟県では、在宅療養支援診療所が人口の多い市に集中しており、高齢化率が高く、在宅医療サービスの需要の多い地域ほど在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションが開設されていない¹²⁾。高齢化率の高い地域では、高齢者の独り暮らしや高齢者夫婦世帯が多い。そのため、地域に24時間対応できる医療サービスや介護サービスがないことは、高齢の在宅療養者と家族の不安や介護負担をより大きくしていると推察される。今後、在宅での「看取り」を希望する療養者と家族が、安心して在宅での「看取り」を実現できるように、在宅療養支援診療所や24時間対応体制がとれる訪問看護ステーション、介護サービス等の整備が望まれる。

次に、「在宅療養支援診療所の診療報酬などのシステムが分かりにくい」等の「在宅療養支援診療所制度を知らない」ことが課題としてあげられる。在宅療養支援診療所は創設され4年が経過している。しかし、在宅療養支援診療所の地域偏在等により、施設数が不足している地域の訪問看護ステーションで、在宅療養支援診療所と連携する

機会が少ないため、制度が理解されにくいものと推察される。そのような訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所との連携を図るためには、訪問看護師の在宅療養支援診療所制度に関する理解を促していく必要がある。さらに、在宅療養支援診療所等の医療機関、訪問看護ステーションや在宅ケアの関係機関が、連絡協議会の設置や研修会等をおして連携を促進していくなど工夫が必要である。図1に、在宅医療のあるべき連携のイメージを示す。

本研究の調査対象者は、新潟県内の訪問看護ステーションに限定しているため、標本数は少なく地域偏在性がある。従って、本研究結果は必ずしも訪問看護ステーション全体の実態を代表するものではない。他方、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションの連携に関する文献は少なく、全国の在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションの連携の実態には不明な点が多い。今後は、全国の訪問看護ステーションの調査を行い、新潟県の実態と比較分析していく必要がある。さらに、居住介護支援専門員や介護事業所との連携について

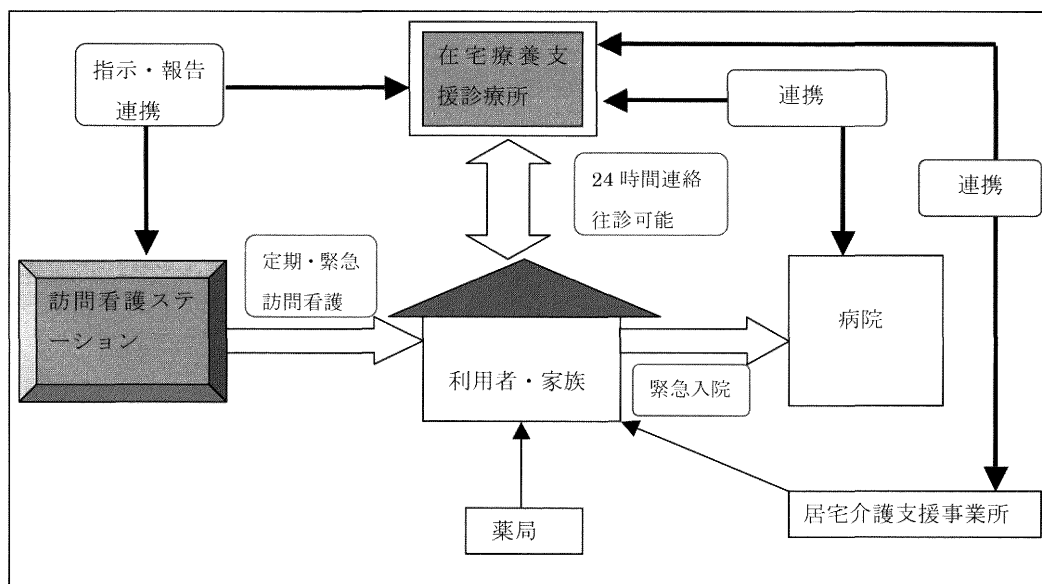


図1 在宅医療の連携のイメージ

も調査を行い、在宅療養者や家族の視点に立った在宅ケアサービスの在り方を確立していくことが課題である。

結 論

1. 新潟県内の訪問看護ステーションが指示書を受けている医療機関のうち在宅療養支援診療所は1割であり、約半数の訪問看護ステーションが1件以上の在宅療養支援診療所の指示を受けていた。
2. 在宅療養支援診療所から「指示書を受けている」訪問看護ステーション利用者の在宅死亡率は、「指示書を受けていない」ものに比べ有意に高かった ($p < 0.05$)。
3. 在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションの情報共有の内容をみると「本人の症状」「治療」についてが9割以上であった。「療養についての本人、家族の意向」や「看取り」についての情報共有は半数以下であった。
4. 訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の連携の課題として「地域に在宅療養支援診療所がない」「在宅療養支援診療所と連携する訪問看護ステーションが少ない」「療養者に関する十分な情報共有・意見交換ができない」「在宅療養支援診療所の制度が普及していない」が挙げられた。医療機関や訪問看護ステーションや在宅ケアの関係機関が、連絡協議会等を設置して連携を促進していくことが必要である。

この研究は新潟県立看護大学看護研究交流センターの助成を受けて実施した。

文 献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向。56(9)，厚生統計協会，東京，pp41-42，2009。
- 2) 厚生労働省医政局：終末期医療に関する調査等研究会報告書—今後の終末期医療の在り方について。 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8a.html>
- 3) 厚生労働省：厚生労働白書。平成18年版，ぎょうせい，東京，pp298-299，2006。
- 4) 秋元 聡：在宅療養支援診療所運営ハンドブック。日本医療企画，東京，2006。
- 5) 川島孝一郎：在宅療養支援診療所の必要性。在宅ケア学会誌，12: 20-21，2009。
- 6) 日本看護協会：24時間365日安心で，安全な在宅ケアを提供するための現状と課題。日本看護協会ニュース。495，2008。
- 7) 村嶋幸代：地域特性に応じた訪問看護ステーションの機能・役割に関する検討。 <http://www.zenhokan.or.jp/surveillance/outline/17-1.html>
- 8) 浅見 洋，水島ゆかり，金川克子，浅見美千江，桜井瑞彦，松栄拡美，吉田由紀江：人口減少地域における在宅終末期医療の実態と住民意識—第1報：中能登町の場合—。石川看護雑誌，4: 11-18，2007。
- 9) 宮崎和加子：在宅での看取りのケア—家族支援を中心に。日本看護協会出版会，東京，pp96，2006。
- 10) 松尾英男，沢田香代子，廣川直美，高瀬義昌：在宅療養支援診療所の現状と訪問看護ステーションの連携。コミュニティケア，8: 14-20，2006。
- 11) 野口真美，出口真弓：在宅医療の提供と連携に関する実態調査—在宅療養支援診療所調査，183: 3-13，2009。
- 12) 武田誠一：新潟県内の在宅医療のサービス基盤に関する研究—新潟県における「在宅療養支援診療所」の開設状況。新潟青陵大学紀要，7: 73-85，2007。
- 13) 堀川尚子：訪問看護ステーションにおける在宅療養支援診療所との連携に関する研究。調査結果の概要。看護，59: 28-29，2007。
- 14) 齊木和夫，松田栄子：在宅療養支援診療所連携ガイドブック。医歯薬出版，東京，2007。
- 15) 高木照幸：在宅ターミナルケア成立条件。日本在宅ケア学会誌，1: 67-71，1998。

(平成22年7月26日受付)