

在宅医療グループ診療運営事業

第7回 在宅あるある会

活動報告

2023年10月17日開催

在宅医療グループ診療運営事業「第7回 在宅あるある会」はテーマ『在宅医療における関係職種を理解する』より、今回は訪問看護の役割や訪問看護ステーション（ST）への調査から、苫小牧での在宅医療の現状等を理解することを目的に開催しました。会場およびオンラインのハイブリッド開催で、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、介護士等の90名の皆様にご参加いただき、大変有意義な会となりました。



総合司会に苫小牧市医師会 伊賀勝康先生を迎え、まず初めに、在宅あるある会の恒例のルールとして、多職種でフランクに話すため敬称は「先生」ではなく「さん」と呼び合いました。第1部の講演は、苫小牧地域訪問看護ステーション 管理者 大澤佐登美さんを講師にお迎えし、第2部では、当センター副センター長 堀田智津子より調査報告を行いました。最後に、医療アドバイザーとして北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周さんより講評をいただき、秋田グラフィックレコーダー 佐藤まどかさんよりグラフィックレコーディングによる振り返りを行っていただきました。



総合司会 伊賀さん



医療アドバイザー 草場さん

【第1部 講演】



大澤さんには、『訪問看護の役割を知って協働しましょう！地域で利用者を支えるために～』のご講演をいただきました。

まず初めに、同じ ST の職員から大きなケーキや手作りのくす玉でご自身の還暦をお祝いしてもらった際の写真をご紹介いただき、利用者の方にも同様に自分達も楽しみながら行っていると話されました。次に事

業所についてご紹介いただきました。一般社団法人北海道総合在宅ケア事業団は、北海道における在宅ケア基盤の整備のために設立され、苫小牧地域訪問看護 ST では看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、事務職の 17 人が在籍（現在うち 2 人が休職中）し、苫小牧全域と厚真町の訪問を行っているとのこと。

訪問看護 ST の役割は、「住み慣れた家（施設）で治療を続けながら暮らしたい」「家族とケアをしながら一緒に暮らしたい」という一番の望みを叶えるため、安心して在宅療養が続けられるように療養上の相談を受ける、医療処置が継続して行えるように支援すること。しかし、訪問看護師が 24 時間一緒に生活するわけではないため、次の訪問まで利用者・家族が様子を見ながら安心して待つことができるよう、定期訪問で利用者や家族の状態を把握し、緊急時に対応できる体制を整えることが重要。そして、利用者や様子を見ている家族の不安を軽減するために、「この場合はまずこの薬を使いましょう」等の手立て・対策を練ることが安心に繋がると話されました。訪問看護の対象は、かかりつけ医が必要と認めた方で、年齢制限はなく、病状や療養生活に不安のある方、病気や症状悪化の予防のために専門的な看護やリハビリテーションが必要な方、日常生活の過ごし方や病状の判断に不安がある方、病気や障害等により寝たきりになる恐れのある方や寝たきり状態やそれに準じた生活を送っている方、在宅医療処置を必要とし医療機器の使用に不安がある方、と様々な方に対応しているとのこと。また、要介護認定を受けていないと訪問看護を受けられないのかと質問を受けることもあるそうで、介護認定がなくとも医療保険で入ることが可能であるとのこと説明いただきました。重要なのは主治医の指示書であり、指示書に記載のある期間でしか訪問できないため、指示書の期間が切れないように主治医に依頼していると話されました。

看護サービスの内容は、指示の内容によって様々ではあるが、必ずバイタルサインの測定は行なっているとのこと。他にも、日常生活の看護（食事・水分・栄養状態の管理、排泄・療養環境の整備等）、服薬管理、清潔の看護、リハビリテーション、医療機器の操作援助・管理、褥瘡の看護、介護者や施設の方への支援・療養相談、精神心理状態のケア、終末期ケア等があり、人工呼吸器装着している利用者が現在 7 人いるとのこと。褥瘡については、褥瘡ができてしまい訪問看護を導入するパターンが多いが、褥瘡ができてから治すのは本当に大変なため、骨突出が強い・栄養状態が良くない等があれば予め訪問看護を導入し、食事内容の相談・スキンケア・清潔保持等によって予防していくことが大切だと話されました。介護者や施設の方への療養相談は大きなウエイトを占めており、次の訪問まで本人・家族が不安なく対応できるよう重点を置いているとのこと。また、最近看取りが増加しており、当日訪問し翌日に亡くなる

等の短期間の利用者も増えており、医療機関と連携をとりながら痛みと苦痛の緩和を行い、どのような手立てをとると自宅で安心して過ごせるのか、アセスメントしながら支援していると話されました。

訪問看護を始めるにあたり保険や頻度についての質問もよく受けるとのこと。これも医師の指示書により訪問するため、主傷病名、症状・治療状態の記載により医療保険または介護保険なのかが決まる。例えば、“胃がん”が主病名であれば介護保険となるが、「厚生労働大臣が定める疾患」である“胃がん末期”であれば医療保険となるとのこと。日数・頻度・滞在時間は保険によって異なり、介護保険では20・30・60・90分と細かく分かれ、医療保険も30～90分と決められた中での対応となると説明されました。「厚生労働大臣が定める疾患」の場合には、週に1回長時間訪問、1日3回までの訪問・複数人訪問が可能



講師 大澤さん

である等、病名により条件が異なるとのこと。利用料金は医療保険・介護保険ともにその方に準じた負担割合であるが、その他にも指定難病や国・道・市町の助成があるため負担は異なり、難病の手帳があっても指示書の病名にその難病名がなければ制度が使えない注意点もあるとのこと。また、医療保険では自由設定できるその他の料金（休日料金、交通費、エンゼルケア料金）、介護保険では届出による加算があり、ST毎に料金が異なってくるため、開始にあたり経済的負担が大きい場合にはSTを選択することも考えていただければと話されました。介護保険の枠は決まっており枠を超えると利用者の10割負担となってしまうため、利用者の状態が変化した場合に『訪問看護特別指示書』が交付できる。「主治医は診療により利用者が急性感染症などの急性増悪時、末期の悪性腫瘍以外の終末期又は退院直後で週4回以上の頻回な訪問看護の必要を認めた場合」に交付可能で、交付日から14日間毎日医療保険で訪問できるため、医師が頻回な訪問が必要と判断した場合には特別指示書での訪問が可能とのこと。

こんなときどうしたらいいの？という内容もご紹介いただきました。1) 居宅から移動を伴う訪問看護：居宅以外の場合は保険適用外のため自費（例：家族の結婚式への参加）。2) 病院外泊時の訪問看護：在宅療養に備えた試験外泊等のごことであり医療保険で算定、基本的に外泊中1回のみ訪問（「厚生労働大臣が定める疾患」では2回）。3) 精神科の訪問看護：STで「精神科訪問看護基本療養費に係る届出」+該当する経験・研修を修了したスタッフの登録が必要。4) 訪問看護の導入の仕方：主治医が受診時に導入を判断するのがスムーズだがケースは少ない（訪問看護の知名度が低いのでは）、ケアマネジャー・本人・家族からのきっかけが多い、相談を受ければ主治医に指示書の依頼をするため、流れが掲載されている事業所のパンフレットをご覧になりたい方がいればお声かけくださいと話されていました。指示書について、実際の指示書の画像を使って、主傷病名の注意点（例：パーキンソン病の場合は症状やADLにより医療・介護保険が変わるためHoehn & Yahrの重症度分類の記載が必要、胃がんの場合は終末期なのか、等）、薬剤の処方薬は薬剤情報の添付でかまわないこと、2回目以降は1回目の指示書から変更点のみ訂正でかまわないこと等、具体的にご説明いただきました。また、“訪看NGワード”として、『大丈夫！訪看は毎日いつでも来てくれるから心配ないよ』と説明してくれる方がいるようですが、実際には人員の不足で行けないことや、本人・家族がケアや処置を行えるタ

イミングでの訪問が望ましいことから、訪問したくともできない現状を知ってほしいと話されました。病院との退院時の連携でも、何をどこまでできれば退院できるか、ここまで退院時指導すれば良いとお互いにすり合わせスムーズな退院に繋がると良いと話されました。

具体的な事例もご紹介いただきました。

80代女性、90代の夫と二人暮らし

- ・ケアマネジャーから高齢の夫が上手くケアをできずに困っていると依頼
- ・初回訪問時、本人は布団をかぶり口数も少ない。夫からは便秘がひどく、何度もトイレに行く・間に合わず周囲を汚してしまうことに困っていると。
- ・・・本人は歩いてトイレに行ける。便の性状・回数を把握し、下剤調整で排便コントロールを目指した。
⇒食事摂取量アップ⇒活気がでてきた⇒デイサービスに行けるようになった

たかが便秘と見過ごされがちだが、排泄は全身状態を映す大事なサイン

他にも、ほぼ寝たきり・全介助の妻の介助で疲労している夫がやや介入拒否気味だったが、多職種で連携を取りながら本人の状態に合わせてケアを継続していたところ、少しずつ歩み寄ってくれた事例もご紹介いただきました。訪問していると様々な言葉で途中挫折そうになるときもある、担当している多職種の皆と一緒に考えることが大事だとお話されました。できないことに目が行きがちになるところを少しでも良い点に目を向ける、絶対こうの方が良い等自分の尺度を押し付けず、本人・家族が大事にしていることは何かを多職種でたくさんの意見を出し合う・共有する、それらが大切であるとのこと。

当センターが発刊した「地域ではぐくむ在宅医療 2021 年度」の多職種学習会資料より、他職種から訪問看護への質問や意見についてお答えいただきました。①がん末期の方など入院予定や情報を教えてほしい→入院のタイミングで病院へ情報提供するため注意しているが、他のサービスを止める場合もあり、ケアマネジャーへ気をつけて連絡をしていきたい。②緊急時加算を算定している事業所では、緊急時や休日退院者の相談や薬の確認等対応してほしい→加算を算定しているため対応は必要、しかし当番待機の人員を増やすのが難しい現状があることや、薬を確認した際に病院・薬局へ問合せが可能な平日になるべく退院してほしいという思いはある。③医療保険での訪問時には連絡がほしい→介護保険のヘルパーや訪問入浴と時間調整が必要であるため、お互い連絡を取り合いたい。他にも、ケアプランに基づきケアを行っていることをつい忘れがちになるため、もし気になる点があればケアマネジャーから看護師へ遠慮なく声掛けしてほしいと話されました。

次に、こんな依頼あるあるとして4つご紹介いただきました。

- ・バルーンを管理してほしい・・・泌尿器科が主治医ではない場合、夜間や休日にバルーンがつまる等の異常があった際に、対応してもらうことができず困ることも多い。訪問看護依頼時に泌尿器科のバックアップ体制があるとありがたいと思う。
- ・服薬管理をしてほしい・・・薬の副作用、頓服の使用時間・頻度等の確認を行っており、麻薬による疼痛管理も増えている。服薬カレンダーにセットも行うが、間違わないように必死に作業していると時間が経ってしまうこともあり、薬剤師が介入し服薬管理・残薬確認・セッティング等を行ってくると非常に助かり、その時間を看護師が利用者と向き合う時間にあてることできるため連携していきたい。

- ・認知症の患者で医療処置はないけど訪問看護は行ってもらえるの？・・・指示書があれば可能。ケアプランの中で一員として、衣食住の環境整備を行うヘルパー・配食サービス・デイサービス等と連携をとりながら、看護師としての気づきや対応ができるのではと思う。
- ・緊急時だけ対応してほしい・・・緊急時訪問看護加算は最低月 1 回訪問しないと算定できない。しかし月 1 回の訪問では、緊急連絡を受けた際の聞き取りに時間がかかってしまうため、状態がある程度わかっている方が良い。

苫小牧では、数年前と比較し訪問看護 ST 数は増えている（病院併設の訪問看護室も含め現在 19 事業所）。東胆振訪問看護連絡会にて管理者が研修や情報交換を行っており、各 ST の特徴（人員配置・対応エリア等）を把握し対応していければと話されました。複数 ST で訪問する制度もあり、難病等の利用者に初めから 2～3 事業所で介入することも可能。その他にも、災害や感染症で事業所閉鎖となった際にも助け合いができるだけでなく、つらい気持ちをお互いに共有できる点が良いと話されました。

最後に、自宅で絶え間なく、長く介護を続けることは容易ではない。訪問看護師はその一端を担う事しかできないが、必要な時に手を差し伸べることができる。定期的に訪問していると今必要なのかと立ち止まってしまうこともあるが、定期的に入り続けることで本人・家族が安心できるよう支援の輪が広がる事を期待する。最初は難色を示しても、状態の変化による転機やタイミングがある。信頼関係は回数によって得られるものではなく、1 回 1 回の誠意が大切であり、一生懸命利用者のために考えたり、答えは出なくてもプロセスと一緒に歩むことが大事である。『みんなが一生懸命やってくれて安心だ』という言葉が一番嬉しい。皆さんと一緒に協働していければと思いますので、今後ともよろしくお祈りしますと話されました。

Q A 質疑応答

A さん：「今月訪問看護事業所を開設しました。まさに先週『訪看さんに入ってもらったらいつでも電話していいから』と言われたばかりで、対応したい気持ちはあるのですが私自身うまく説明ができません。（利用者へ）不安を与えずに説明でき、安心して対応できるワードがあれば教えていただきたいです。」

大澤さん：「私の ST では、約 130 人の利用者のうち約 80 人が緊急時加算の契約をしています。そのため、『できるだけ電話が来ない作戦』をとっています。これは、電話が来るぐらいだったら、事前にこちらから連絡し定期訪問を組む、事前に約束指示をもらっておき体調変化時に対応する、夜間に変化があった方には次の日必ず電話を入れて確認する等、“先回りする作戦”です。電話が来るのを待っていると待機の人が疲弊してしまうので、そうならない対策であることに加え、『いつでも電話して』ということは利用者・家族が心配な時間が長いということでもあります。不安にさせてない手立てをとるのが大事だと思いますので、今度その辺りを一緒にお話しましょう。」



意見・感想①

1. 泌尿器科クリニック 医師

- ・医師の立場としては訪問看護がどのような状況で仕事をしているのかあまりわかっていない。現場での良いお話を聞くことができた。
- ・指示書の病名による保険の違いも含め気をつけて指示書を作成していきたい。
- ・バルーントラブルは本当に大変。泌尿器科としてできることは協力したい。

2. 訪問看護 ST 管理者

- ・講演内容が自分達が日々考えている内容だったので嬉しく感じた。
- ・私もスタッフに対し利用者に興味を持ってくださいと伝えており、ただ業務をすればいいでなく、プラスアルファを大事にしていきたいと思う。
- ・利用者・家族の不安を少しでも解決して帰ってくるのが、訪問看護の基本だと思う。

3. 訪問看護 ST 管理者

- ・訪問看護連絡会が LINE で繋がっており、対応エリア外の依頼について相談したところ他事業所が対応してくれた。お互いが助け合えば良いと思う。
- ・各 ST の休日料金等を開示できるとより利用しやすくなるのではないと思う。
- ・指示書の依頼時は、事前に必要な記載事項を記入して送る等対応している。不明点があれば気軽に問合せしてほしい。

4. 訪問看護 ST 管理者

- ・とても良い講演内容で、胸のつかえがすっきりした。とても嬉しかった。
- ・これまで言語聴覚士の場合で 2 つの ST が入ることはあったが、看護はこれまでなかった。そのような機会を増やしていけば ST 同士の繋がりも作っていけると感じた。

【第 2 部 調査報告】

堀田より、『令和 5 年度の訪問看護ステーションへの調査から在宅医療の提供と連携に関する実態調査報告』を行いました。

在宅医療において重要な役割を担う訪問看護 ST の訪問施設、訪問看護指示書交付による連携医療機関、在宅医療に関する困り事等の現状と課題の経年変化の把握、苫小牧市における在宅医療・在宅看取り推進のための基礎資料の一部とすることを目的に調査を行いました。調査対象は調査時点において苫小牧市内で開設している訪問看護 ST 18 事業所（医療機関併設の ST（併設）：3 事業所、通常の ST（通常）：12 事業所、精神訪問看護 ST（精神）：3 事業所）とし、全ての事業所から回答が得られました。

市内の訪問看護 ST における職員数は看護職 118 人、保健師 1 人、リハビリ職 21 人、事務職 9.5 人であり、令和 4 年度と比較し看護師・理学療法士・言語聴覚士数は増加していました。1 年間における訪問先・人数は全体で 2,916 人（自宅 2,561 人、グループホーム（GH）141 人、共同住宅 135 人、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）71 人、等）と自宅中心でした。施設分類で見ると、GH は 23 施設、共同住宅は 17 施設、サ高住は 17 施設と多く、1 施設あたりの訪問人数が多いところでは 18～45 人と訪問看護 ST と繋がりが持たれていることがわかりました。一方で、特別養護老人ホームは 0 施設と訪問看護利用が進んでいないことが伺え、住み慣れた生活施設が終の棲家になるには訪問診療の導入と看取りの推進が必要であり、そのためにはまず訪問看護の役割・活用の仕方の周知が必要だと考えられます。

1 ヶ月間で市内医療機関から訪問看護指示書が交付された利用者は 946 人でした。訪問診療の利用者 180 人のうち 130 人は 1 つの病院から交付されていました。診療所通院では 189 人に対し 30 診療所から交付されており、通常 ST へ交付している 30 診療所中 13 診療所が 2 人以下への交付であることから、訪問看護 ST の利用が浸透しているとは言い難いと考えられます。通常 ST における保険別割合をみると、介護保険のみ利用は診療所通院している利用者で 79%と最も高く、医療保険のみ利用は退院時新規の利用者が 80%と最も高いことから、診療所通院では比較的病状・病態が安定しており、退院時では不安定な時期であることや療養環境の変化から特別指示書等で手厚く対応されていると考えられます。ターミナルケアの実施状況としては、1 年間の医療保険のターミナルケア療養費（医療保険）算定は 83 件、ターミナルケア加算（介護保険）算定は 25 件、在宅がん医療総合診療料の算定は 24 件、在宅看取りを希望していたが病院搬送で死亡は 3 人、在宅看取りを希望しなかったが自宅・施設で死亡は 1 人でした。人生の最終段階で本人の意思が尊重される環境を在宅医療・救急医療連携で整える必要があると考えられます。訪問看護としての困り事では、訪問診療医や訪問看護に携わる人材の確保、訪問看護の理解、指示書の適切な記載と交付が課題として挙がっていました。



今回の訪問看護 ST への調査では、併設・通常・精神 ST それぞれの機能・医療機関との連携の違い・現状を捉えることができました。高齢化の進行により、通院困難のため家族による薬受診も多くなっており、いわゆる在宅医療予備軍の患者への訪問看護の介入が望ましいと考えられます。医療ニーズの高い方へ訪問看護指示書が適切な時期に交付され、訪問看護 ST と繋がるのが重要であり、主治医・ケアマネジャー・病院地域連携室等が訪問看護 ST を理解し、積極的に活用することが望まれます。また連携が必要な四つの場面における在宅医療に関連する実態を把握し、いくつかの課題を抽出することができました。医療機関向け『在宅医療の取り組み状況に関するアンケート』と関連づけた調査・分析により、在宅医療・在宅看取りを推進するための有用な資料となることから、今後も内容を精査し調査を継続していきます。ご協力いただいた訪問看護 ST の皆様へ感謝申し上げます。

意見・感想②

5. 居宅介護事業所 ケアマネジャー

- これまで訪問看護 ST は 1 ヶ所しか利用できないと思っていたため勉強になった。複数利用が進めば利用者にあった ST を選びやすくなるのではと感じる。
- 疾患が重い利用者も多く、指示書等を主治医へ依頼する際に医療機関の窓口が明確だと、より依頼しやすいなと感じている。

6. 訪問看護 ST 大澤さん

- 訪問看護指示書はなんとなく決まった医療機関から受けているような気がしていた。どのようにすれば訪問看護の内容を医師に知ってもらうことができるのかと考えながら報告を聞いていた。若い医師は在宅実習があるが、それ以外でも興味があれば現場に顔を出してもらえたらと思う。

【講 評】

北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周さん

私も様々な場で『訪問看護を使ってください』と話しますが、やはり当事者でなければ伝えられないものがあります。大澤さんの具体的な事例を共有していただけて非常に分かりやすく良かったと思います。外来通院ができていても『病状も不安定だし外来診療だけで大丈夫かな』と思う患者に訪問看護を早めに活用することが重要で、訪問診療に入れなくとも医師から訪問看護に気軽に依頼をかけていくことが大事だと今回感じました。多職種で関わって工夫していると思われぬ解決策が出てくる可能性も感じさせてくれる素晴らしい内容でした。

調査報告では、訪問看護の利用が進んでいる中でも特定の病院・診療所からの指示に頼ってしまっている状況がある等、地域で十分に浸透しているとは言えないことが数字的に明らかになったと思います。継続的な調査によって、数年後にどれだけ成果が出たかがわかりますし、成果を出すための活動に繋がると思います。今後訪問看護がどういった形で活用されるかを見ていくためにも重要な内容だったと思います。

毎回話していますが、苫小牧の皆さんは在宅医療に対して他地域と比べ熱意や実践も高まっています。大澤さんの発表後にたくさんの ST の方が応援を含めた感想を語っていたことからネットワークの強さを感じましたし、まだまだ訪問診療を導入する余地がある地域だと思いますので、ネットワークを組んで地域の力として在宅医療が定着することを目指していただきたいと心から願っております。



総合司会からのまとめ

私自身いつも訪問診療や訪問看護、保険の制度について本を見ながら頭を捻っていて、訪問看護の制度や利用については周知しながらやっていく必要があると思います。また、やはり大事なものはそれぞれの家庭における思いと過程だと思います。アドバンス・ケア・プランニング（ACP）も答えが出るかわからないことを一緒に関わりながら考えていこうという、大澤さんが訪問看護の立場から関わり続けていることが素晴らしいと思いました。他にも、尿道カテーテルが夜中に突然破れてそういう人に限って入りにくいという身につまされる問題もたくさんあり、これから皆で考えていければと思います。

訪問看護指示書を様々な医療機関が出していますが、たくさん出している医療機関とそうではない医療機関があり、訪問看護のことがよくわからないからとあまり利用していない医療機関も多いのかなと思います。苫小牧市の在宅医療ニーズは 1,000 人程度と推定されており、訪問看護を利用するレベルの市民は 1 万人近くになると予想されます。調査報告から訪問看護を利用している約 3,000 人を約 140 人の看護・リハビリ職で支えているという厳しい状況も見えてきました。苫小牧市の高齢化率が 30%を超え、2040 年にピークを迎えるまでニーズは増えていく一方で、病床は削られていく可能性があります。地域で受け止めるためには、訪問診療や訪問看護に目を向け備えなければならないと感じるデータだと思います。これからも在宅の輪を広げていくために皆さん一緒に頑張りましょう。