

平成18年度 在宅医療（訪問看護）推進支援事業

訪問看護ステーションにおける
在宅ホスピスケアに関する実態調査
報告書

平成19年3月

神奈川県保健福祉部地域保健福祉課

はじめに

平成18年6月に成立した医療制度改革関連法では、「医療機能の分化・連携」「在宅療養の推進」による切れ目のない医療提供体制の構築が求められ、訪問看護の推進は大きな課題の一つとなっております。

また、超高齢化社会を見据えた今回の医療制度改革は、施設医療から在宅医療への転換をさらに加速させ、これまで以上に医療依存度の高い在宅療養者の増加が予想されております。特に、これから迎える超高齢化社会は、少子高齢と同時に誰も体験したことのない「多死時代」であり、看取りまでを含めた在宅療養支援のあり方が問われています。

とりわけ、本県の死因の第一位は昭和53年以来がんが占めており、実に3人に1人の方ががんで亡くなっており、がん患者への在宅療養支援の充実が求められています。

こうした中、本県では平成17年度より厚生労働省「訪問看護推進事業実施要綱」に基づき、在宅医療（訪問看護）推進支援事業を開始、訪問看護推進協議会を設置し、訪問看護サービスの充実と質の向上にむけて、在宅療養を支える新たな仕組みづくりの検討に取り組んでまいりました。

本調査は、この事業の一環として、今後在宅療養支援の充実がもっとも期待されるがん患者に対する在宅ホスピスケアの実態を訪問看護ステーション管理者の立場から明確にし、今後の在宅ホスピスケアの充実・推進に活かすことを目的に実施いたしました。

今後は、本調査の結果を踏まえ、在宅医療（訪問看護）推進支援事業を推進し、在宅療養を支える新たな仕組みづくりの検討に取り組んでまいります。

最後に、今回調査に快く応じて下さった訪問看護ステーションの皆様、および訪問看護推進協議会、関係団体の皆様に心より感謝申し上げます。

平成19年3月

神奈川県保健福祉部地域保健福祉課長

木島 俊夫

目 次

はじめに 1

調査結果 訪問看護ステーションにおける在宅ホスピスケアに関する実態調査
～がん患者に対する訪問看護の実施状況および体制整備に向けたニーズ～
. 3～21

まとめ 22～25

資料 資料1 依頼文 26

資料2 調査用紙 27～33

訪問看護ステーションにおける在宅ホスピスケアに関する実態調査結果

調査テーマ：訪問看護ステーションにおける在宅ホスピスケアに関する実態調査
～がん患者に対する訪問看護の実施状況および体制整備に向けたニーズ～

調査目的：○ 在宅ホスピスケアを充実・推進していくことを目的に、今後在宅ケアの充実がもっとも期待されているがん患者に対する在宅ホスピスケアの実態を把握する。さらにはがん患者に対する在宅ホスピスケアを充実・推進していく上での課題、ニーズを明らかにする。
○ 上記の内容を明確にし、次年度の事業展開に活かす。

調査期間：平成18年11月30日～平成19年1月26日

調査対象：県内訪問看護ステーション管理者 328名

配布数：328

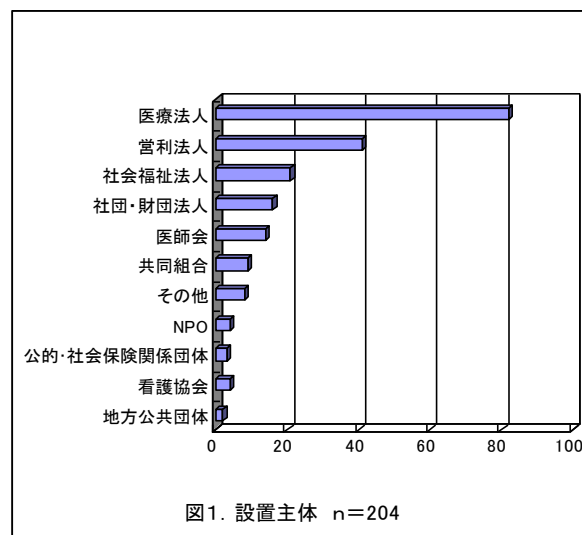
回収数：204

回収率：62%

1. 訪問看護ステーションの概要

1. 設置主体

設置主体	設置数	% (n=204)
医療法人	82	40%
営利法人	41	20%
社会福祉法人	21	10%
社団・財団法人	16	8%
医師会	14	7%
共同組合	9	4%
その他	8	4%
NPO	4	2%
公的・社会保険関係団体	3	1%
看護協会	4	2%
地方公共団体	2	1%
合計	204	100%



2. 同一法人で併設している施設（複数回答）

	病院	診療所	指定居宅 介護支援 事業所	介護福祉 施設	介護老人 保健施設	介護療養 型医療 施設	ヘルパー ステー ション	その他
併設あり	76	46	141	15	46	17	82	41
併設なし	128	158	63	189	158	187	122	163

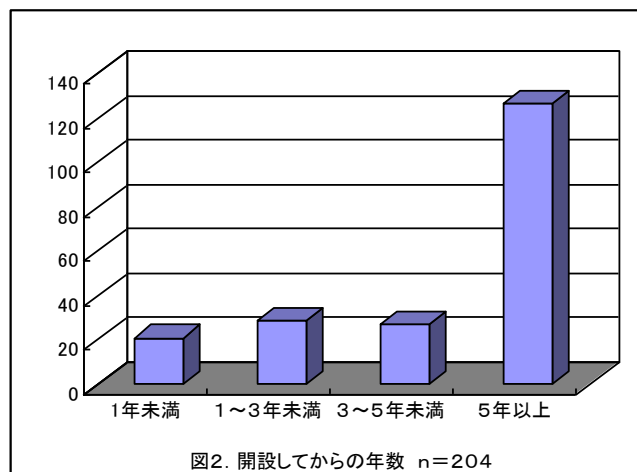
3. 訪問看護ステーションが設置されている地域

二次保健医療圏名	ST数	% (n=204)
横浜北部	33	16%
横浜西部	30	15%
横浜南部	28	14%
川崎北部	15	7%
川崎南部	11	5%
横須賀・三浦	21	10%
湘南東部	10	5%
湘南西部	17	8%
県央	20	10%
県北	9	4%
県西	10	5%
合計	204	100%

4. 開設してからの年数

年数	ST数	% (n=204)
1年未満	21	10%
1～3年未満	29	14%
3～5年未満	27	13%
5年以上	127	62%
合計	204	100%

- 開設から5年以上の訪問看護ステーションが62%をしめる。



5. 訪問看護ステーションの体制について

1) 従事者数

従事者数	ST数	% (n=204)
0～3未満	3	1%
3～6未満	77	38%
6～11未満	86	42%
10以上	34	17%
無回答	4	2%
合計	204	100%

- 38%が「3～6未満」42%が「6～11未満」であった。

2) 看護職員従事者数（常勤換算数）

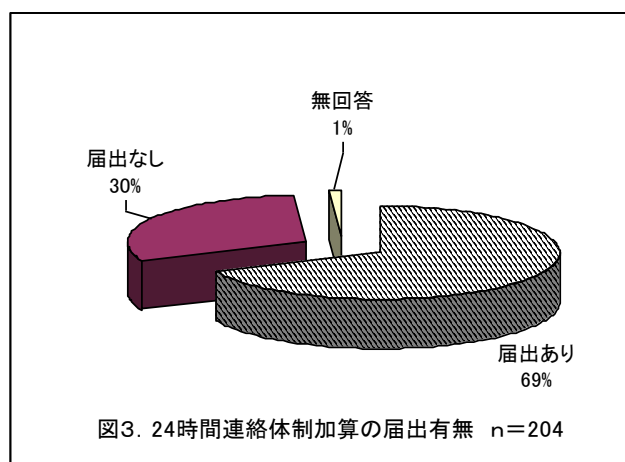
看護職員従事者数（常勤換算数）	ST数	% (n=204)
0～3未満	56	27%
3～6未満	104	51%
6～11未満	25	12%
10以上	4	2%
無回答	15	7%
合計	204	100%

- 51%が「3～6未満」であった。従事者数結果と合わせると、非常勤雇用をつないで、常勤数を確保していることがわかる。

3) 24時間連絡体制加算の届出有無

24時間連絡体制加算の届出有無	ST数	% (n=204)
届出あり	140	69%
届出なし	62	30%
無回答	2	1%
合計	204	100%

- 69%が24時間連絡体制加算の届出を行っている。

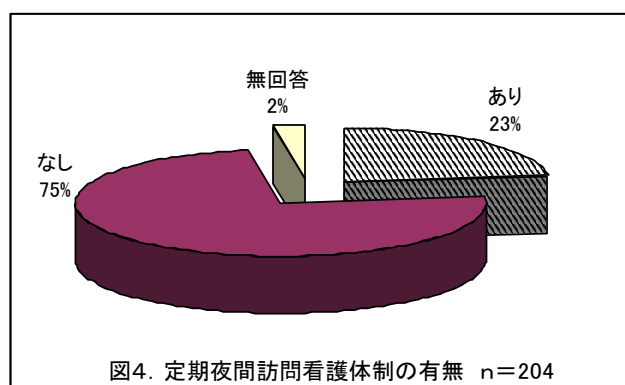


4) 定期夜間訪問看護体制の有無

定期夜間訪問看護体制の有無	ST数	% (n=204)
あり	47	23%
なし	152	75%
無回答	5	2%
合計	204	100%

- 23%が定期夜間訪問看護体制を取っている。

定期夜間訪問看護体制の種類	ST数	% (n=47)
オンコール体制	45	96%
当直制	1	2%
無回答	1	2%
合計	47	100%



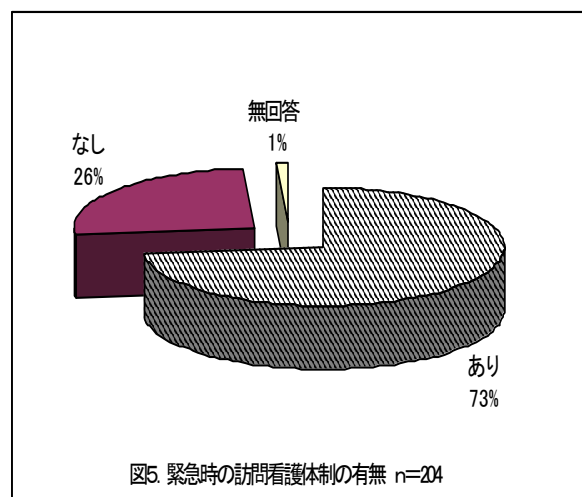
- 定期夜間訪問看護体制の種類としては、96%が携帯電話によるオンコール体制であった。

5) 緊急時の訪問看護体制の有無

緊急時の訪問看護体制の有無	ST数	% (n=204)
あり	149	73%
なし	53	26%
無回答	2	1%
合計	204	100%

- 73%が緊急時の訪問看護体制があり、その体制の種類は90%が携帯電話によるオンコール体制である。

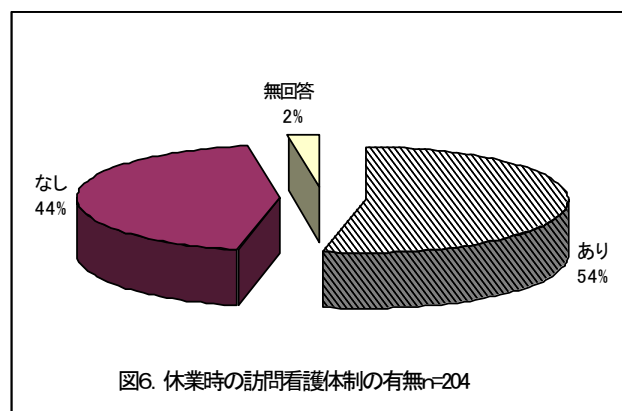
緊急時の訪問看護体制の種類	ST数	% (n=149)
オンコール体制	134	90%
当直制	4	3%
無回答	11	7%
合計	149	100%



6) 休業時の訪問看護体制の有無

休業時の訪問看護体制の有無	ST数	% (n=204)
あり	109	54%
なし	90	44%
無回答	5	2%
合計	204	100%

- 54%が休業時の訪問看護体制がある。



7) 認定看護師の配置について

認定看護師の種類	配置あり	配置なし	無回答	合計ST数
がん性疼痛看護認定看護師	1	200	3	204
ホスピスケア認定看護師	3	197	4	204
WOC看護認定看護師	1	199	4	204
訪問看護認定看護師	0	199	5	204

- がん性疼痛看護認定看護師1名、ホスピスケア認定看護師3名、WOC看護認定看護師1名が訪問看護ステーションに配置され勤務している。

今後の認定看護師の配置希望	ST数	% (n=204)
あり	118	58%
なし	80	39%
無回答	6	3%
合計	204	100%

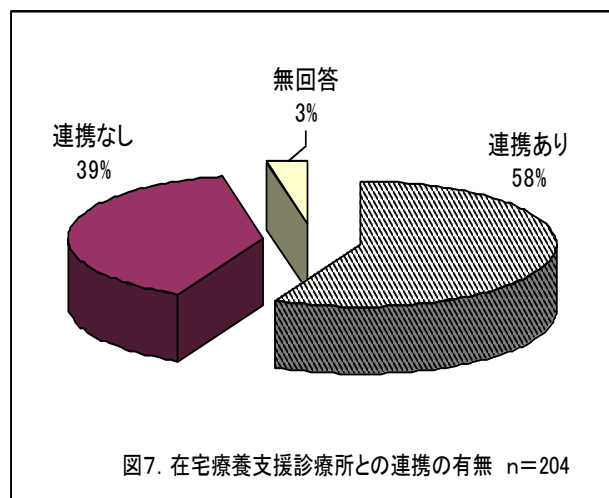
- 58%の管理者が今後認定看護師を配置したいと考えているが、一方39%の管理者は配置を考えていない。(配置したいが長期研修には派遣できない現状があると考えている。)

6. 診療所等との連携について

1) 在宅療養支援診療所との連携

在宅療養支援診療所との連携	ST数	% (n=204)
連携あり	117	58%
連携なし	80	39%
無回答	7	3%
合計	204	100%

在宅療養支援診療所との連携数	ST数	% (n=117)
1ヶ所	35	30%
2ヶ所	20	17%
3ヶ所	10	9%
4ヶ所	10	9%
5ヶ所	2	2%
6ヶ所	0	0%
7ヶ所	1	1%
8ヶ所	1	1%
9ヶ所	3	3%
10ヶ所以上	3	3%
無回答	32	27%
合計	117	100%



- 58%の訪問看護ステーションが在宅療養支援診療所と連携している。
- 訪問看護ステーションが連携している在宅療養支援診療所の数は、30%が1ヶ所であった。10ヶ所以上と連携していると回答したものも3%あった。

2) 在宅療養支援診療所以外の往診可能な診療所との連携

連携診療所の有無	ST数	% (n=204)
連携あり	143	70%
連携なし	44	22%
無回答	17	8%
合計	204	100%

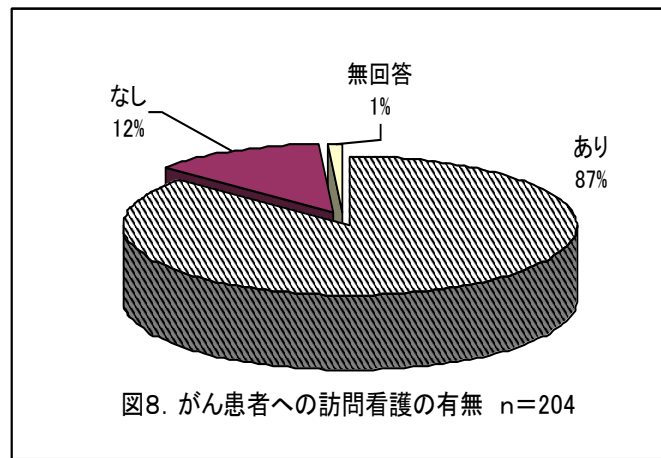
3) 上記1) 2) と連携している保険薬局の有無

診療所が連携している 保険薬局の有無	ST数	% (n=204)
連携あり	76	37%
連携なし	41	20%
わからない	64	31%
無回答	23	11%
合計	204	100%

II. がん患者への訪問看護について

1. 平成17年10月から平成18年9月までの1年間のがん患者への訪問看護の有無

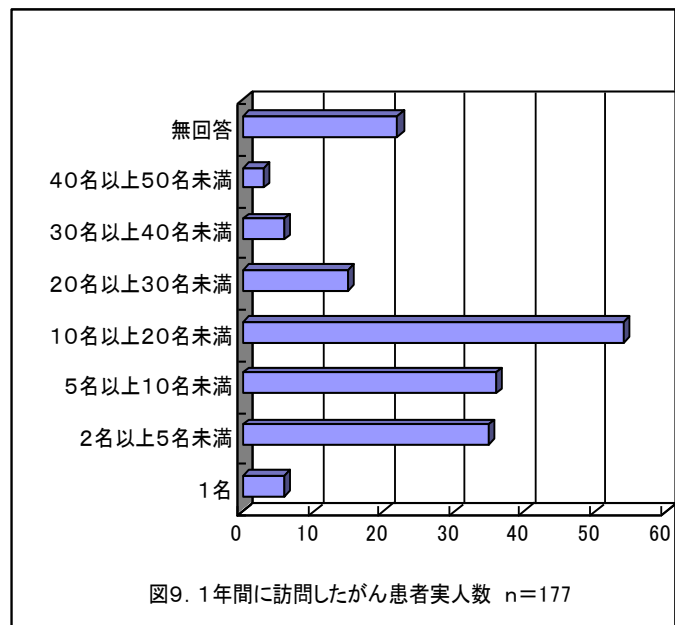
がん患者への訪問看護の有無	ST数	% (n=204)
あり	177	87%
なし	25	12%
無回答	2	1%
合計	204	100%



- 87%が、がん患者への訪問看護を実施している。

2. 1年間に訪問したがん患者の実人数

がん患者実人数	ST数	% (n=177)
1名	6	3%
2名以上5名未満	35	20%
5名以上10名未満	36	20%
10名以上20名未満	54	31%
20名以上30名未満	15	8%
30名以上40名未満	6	3%
40名以上50名未満	3	2%
無回答	22	12%
合計	177	100%



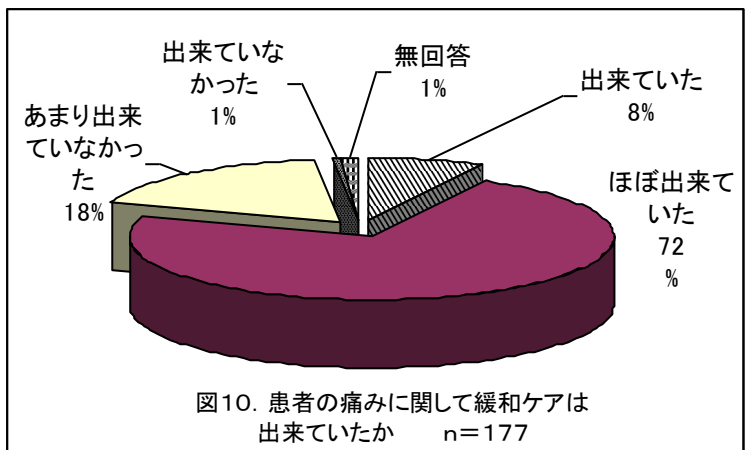
- 1年間に訪問したがん患者の実人数は31%が10名以上20名未満で最も多かった。1つの訪問看護ステーションにおいて、1年間に訪問したがん患者の平均実人数は、11.94名であった。

3. 訪問看護の状況

1) 患者の痛みに関して緩和ケアは出来ていたと思うか？

痛みに関する緩和ケア	ST数	% (n=177)
出来ていた	14	8%
ほぼ出来ていた	128	72%
あまり出来ていなかった	32	18%
出来ていなかった	1	1%
無回答	2	1%
合計	177	100%

- 72%が「ほぼ出来ていた」と回答。
18%は「あまり出来ていなかった」と回答。



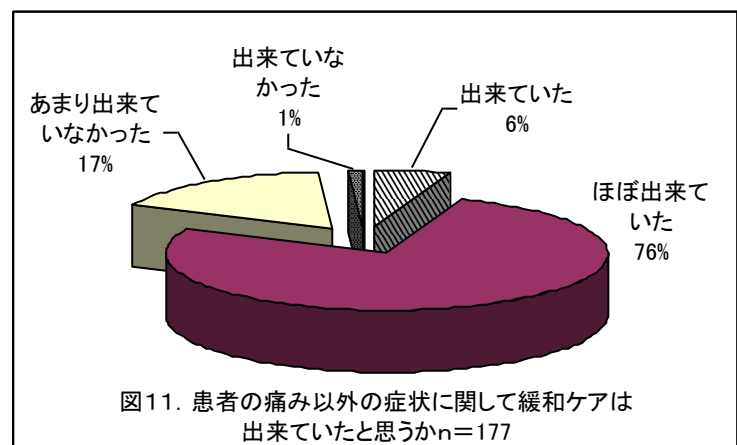
【あまり出来ていなかった・出来ていなかった理由】

理由	回答数	%
医師によって疼痛コントロールの実施に格差がある	11	33%
退院から死亡まで訪問期間が短く、本人・家族に対する服薬指導ができなかった	9	27%
利用者のニーズが把握しきれなかった	4	12%
医師との連携不足	3	9%
無回答	6	18%
合計	33	100%

2) 患者の痛み以外の症状に関して緩和ケアは出来ていたと思うか？

痛み以外の症状に関する緩和ケア	ST数	% (n=177)
出来ていた	10	6%
ほぼ出来ていた	135	76%
あまり出来ていなかった	30	17%
出来ていなかった	2	1%
無回答	0	0%
合計	177	100%

- 76%が「ほぼ出来ていた」と回答。
17%は「あまり出来ていなかった」と回答。



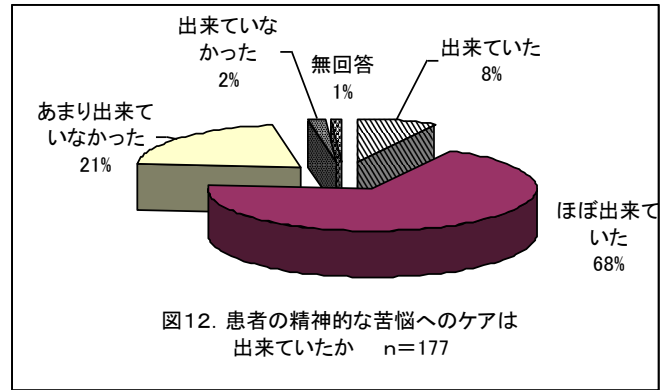
【あまり出来ていなかった・出来ていなかった理由】

理由	回答数	%
訪問期間・訪問回数が少なく十分に対応ができなかった	11	34%
症状コントロールに対する知識・技術不足	5	16%
利用者のニーズが把握しきれなかった	7	22%
呼吸困難の緩和は困難	3	9%
医師との情報交換不足	2	6%
医療機関の後方支援がない	1	3%
無回答	3	9%
合計	32	100%

3) 患者の精神的な苦痛へのケアは出来ていたと思うか？

患者の精神的な苦痛へのケア	ST数	% (n=177)
出来ていた	14	8%
ほぼ出来ていた	121	68%
あまり出来ていなかった	37	21%
出来ていなかった	3	2%
無回答	2	1%
合計	177	100%

○ 68%が「ほぼ出来ていた」と回答

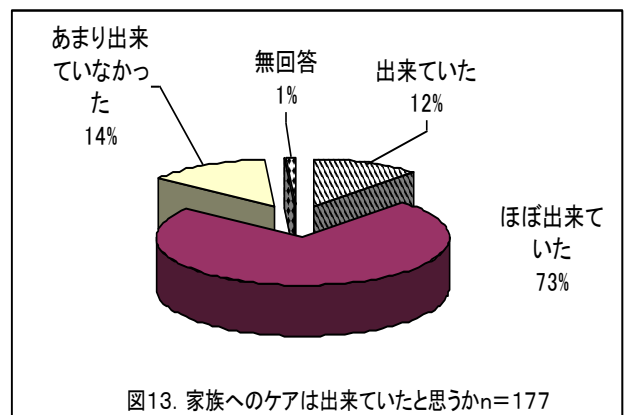


【あまり出来ていなかった・出来ていなかった理由】

理由	回答数	%
訪問回数・訪問時間が短く精神的なケアまで出来ていなかった	19	48%
最期を迎えることについて本人と話す機会をもてなかった	8	20%
告知されていないケースでは困難さを感じた	3	8%
認知症患者のニーズが把握出来なかった	2	5%
看護師の経験年数で差がある	1	3%
精神的ケアの評価が難しい	1	3%
無回答	6	15%
合計	40	100%

4) 家族へのケアは出来ていたと思うか？

家族へのケア	ST数	% (n=177)
出来ていた	21	12%
ほぼ出来ていた	130	73%
あまり出来ていなかった	24	14%
出来ていなかった	0	0%
無回答	2	1%
合計	177	100%



【あまり出来ていなかった・出来ていなかった理由】

理由	回答数	%
訪問回数・訪問時間が短く家族へのケアのゆとりがなかった	12	50%
ニーズを十分把握出来ていなかった	5	21%
急な変化に対応が出来ていなかった	2	8%
経験・知識が不足している	2	8%
無回答	3	13%
合計	24	100%

5) ケアに参加していたメンバー（複数回答）

	医師	看護師	ヘルパー	薬剤師	栄養士	理学療法士	保健師	ケアマネジャー
ケアに参加していた	163	173	137	40	6	30	10	151
ケアに参加していない	14	3	39	136	170	146	165	25
無回答	0	1	1	1	1	1	2	1
合計	177	177	177	177	177	177	177	177

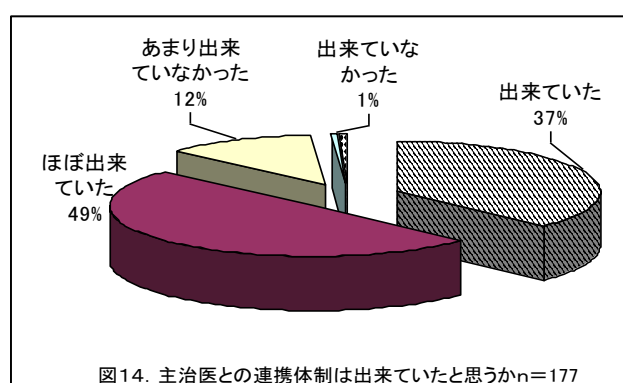
	MSW	宗教家	ボランティア	その他
ケアに参加していた	45	6	7	16
ケアに参加していない	131	170	169	160
無回答	1	1	1	1
合計	177	177	177	177

- 薬剤師（23%）、栄養士（3%）、宗教家（3%）、ボランティア（4%）と連携している訪問看護ステーションがある。

4. 主治医との連携等

1) 主治医との連携体制は出来ていたと思うか？

主治医との連携体制	ST数	% (n=177)
出来ていた	66	37%
ほぼ出来ていた	88	50%
あまり出来ていなかった	21	12%
出来ていなかった	1	1%
無回答	1	1%
合計	177	100%



- 「ほぼ出来ていた」50%、「出来ていた」37%を合計し87%は概ね主治医との連携体制が出来ている。12%が「あまり出来ていなかった」と回答。

2) 主治医はオピオイド鎮痛薬の処方が可能でしたか？

主治医はオピオイド鎮痛薬処方が可能であった	ST数	% (n=177)
可能であった	110	62%
ほぼ可能であった	47	27%
不可能な場合が多かった	9	5%
不可能であった	3	2%
無回答	8	5%
合計	177	100%

- 「可能であった」62%、「ほぼ可能であった」27%、合計89%はオピオイド鎮痛薬の処方が可能であった。
- 7%が「不可能な場合が多かった」もしくは「不可能であった」であった。

3) 緊急時の往診体制は整っていましたか？

緊急時の往診体制	ST数	% (n=177)
整っていた	64	36%
ほぼ整っていた	76	43%
整っていない場合が多かった	23	13%
整っていなかった	10	6%
無回答	4	2%
合計	177	100%

- 「整っていた」36%、「ほぼ整っていた」43%、合計79%が緊急時の往診体制が整っていた。
- 19%が「整っていない場合が多かった」もしくは「整っていない」であった。

4) 必要な場合入院できる体制は整っていましたか？

必要な場合入院できる体制は整っていたか	ST数	% (n=177)
整っていた	81	46%
ほぼ整っていた	84	47%
整っていない場合が多かった	7	4%
整っていなかった	0	0%
無回答	5	3%
合計	177	100%

- 「整っていた」46%、「ほぼ整っていた」47%、合計93%は必要な場合入院できる体制が整っていた。

5. 在宅での看取りの現状について

1) 平成17年10月から平成18年9月までの1年間に訪問したがん患者のその後の経過について

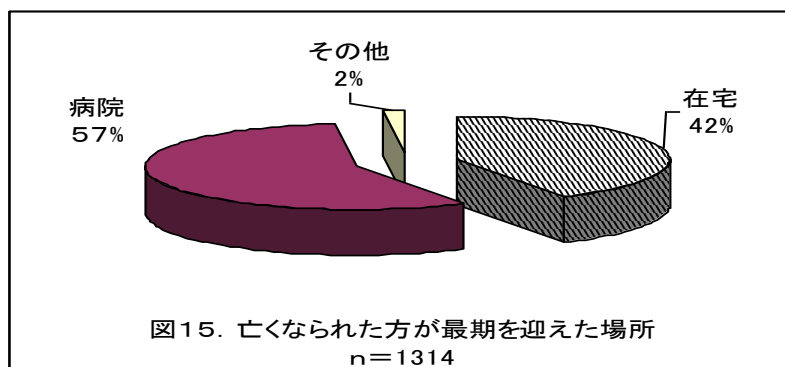
	在宅療養中	病院へ入院	死亡	その他	合計
実人数	363	172	1314	76	1925
1年間のがん患者実人数との割合	19%	9%	68%	4%	100%

- 1年間に訪問したがん患者のその後の経過は、19%が在宅療養中、9%は病院へ入院、68%が死亡、4%がその他（ホスピスへの入院等）であった。

2) 亡くなられた方が最後を迎えられた場所について

	在宅	病院	その他	合計
実人数	548	744	22	1314
1年間の訪問看護を実施したがん患者の死亡総数との割合	42%	57%	2%	100%

- 42%が在宅、57%が病院、その他が2%であった。
- 「その他」の具体的な場所
- ・ホスピス
 - ・有料老人ホーム
 - ・グループホーム



病院、その他で死を迎えた理由	回答数	%
最期は病院と本人・家族が希望	31	25%
病状悪化に伴い本人・家族が希望	28	22%
介護力不足	20	16%
独居	12	10%
家族の不安が強く希望	12	10%
呼吸困難が強く在宅介護が困難	9	7%
看取りをする医師がいない	8	6%
ホスピス入所を希望	4	3%
施設での看取りが難しく	2	2%
合計	126	100%

- 病院、その他で死を迎えた理由について、25%が「最期は病院と本人・家族が希望」、22%が「病状悪化に伴い希望」と回答。

3) 1年間のがん患者の訪問看護の中で、在宅での看取りの有無

在宅での看取り	ST数	% (n=177)
あり	137	77%
なし	18	10%
無回答	22	12%
合計	177	100%

○ がん患者に対する訪問看護を実施した177ヶ所のうち、77%は在宅での看取りを行っていた。

4) 在宅での看取り時の対応としてどのような対応が最も多かったか。

対応状況	ST数	% (n=137)
家族が死亡時刻を確認した後、訪問看護師が訪問	22	16%
家族が死亡時刻を確認した後、訪問看護師・医師が訪問	69	50%
訪問看護師が死亡前に訪問し、家族と看取った	21	15%
訪問看護師・医師が死亡前に訪問し、家族と看取った	10	7%
その他	8	6%
無回答	7	5%
合計	137	100%

○ 「家族が死亡時刻を確認した後、訪問看護師・医師が訪問」が50%で最も多かった。

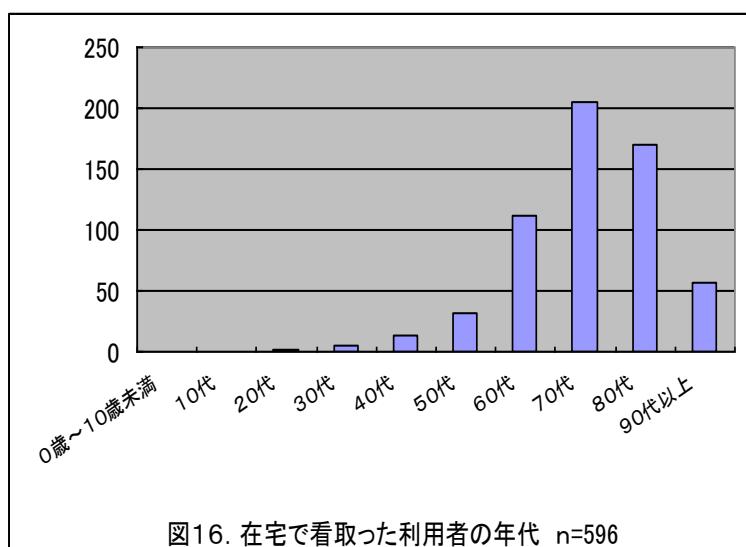
5) 訪問看護開始から死亡までの期間

	人数	% (n=548)
1週間未満	77	14%
1週間以上2週間未満	57	10%
2週間以上3週間未満	64	12%
3週間以上4週間未満	76	14%
4週間以上	274	50%
合計	548	100%

○ 訪問看護開始から死亡までの期間は、「4週間以上」が50%で最も多かった。一方、「1週間未満」も14%あった。

6) 利用者の年代

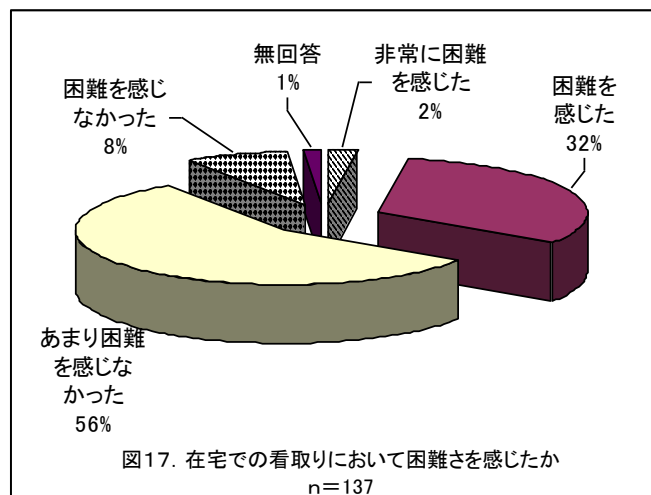
	人数
0歳～10歳未満	0
10代	0
20代	2
30代	5
40代	14
50代	32
60代	111
70代	205
80代	170
90代以上	57
合計	596



○ 70代が最も多く、ついで80代であった。

7) 在宅での看取りにおいて困難さを感じたか

在宅での看取りの困難さ	ST数	% (n=137)
非常に困難を感じた	3	2%
困難を感じた	44	32%
あまり困難を感じなかった	77	56%
困難を感じなかった	11	8%
無回答	2	1%
合計	137	100%



- 56%は「あまり困難を感じなかった」と回答しているが、一方32%は「困難を感じた」と回答している。

在宅での看取りについて、困難さあり群（「非常に困難さを感じた」「困難さを感じた」）と困難さなし群（「あまり困難を感じなかった」「困難を感じなかった」）に分類し、各項目ごとに比較

項目		困難さあり	困難さなし	無回答	有意確率
開設年数 *	1年未満	5	0	2	0.006
	1～3年未満	7	10		
	3～5年未満	3	15		
	5年以上	32	63		
常勤看護職員換算数	0～3未満	10	17	9	0.802
	3～6未満	24	49		
	6～11未満	10	14		
	10以上	2	2		
24時間連絡体制加算の有無	届出あり	35	62	3	0.692
	届出なし	12	25		
在宅療養支援診療所との連携有無	連携あり	29	55	6	0.666
	連携なし	18	84		
主治医との連携	出来ていた	14	33	2	0.531
	ほぼ出来ていた	25	45		
	あまり出来ていなかった	8	9		
	出来ていなかった	0	1		
必要な場合に入院できる体制の有無 **	整っていた	16	37	6	0.001
	ほぼ整っていた	23	48		
	整っていない場合が多かった	7	0		
	整っていなかった	0	0		
痛みに関する緩和ケア	出来ていた	5	7	4	0.324
	ほぼ出来ていた	29	66		
	あまり出来ていなかった	12	13		
	出来ていなかった	0	1		
痛み以外の症状に関する緩和ケア *	出来ていた	4	4	3	0.024
	ほぼ出来ていた	29	73		
	あまり出来ていなかった	13	9		
	出来ていなかった	0	2		
精神的な苦悩へのケア	出来ていた	3	7	4	0.917
	ほぼ出来ていた	32	61		
	あまり出来ていなかった	11	16		
	出来ていなかった	1	2		
家族へのケア	出来ていた	3	13	2	0.078
	ほぼ出来ていた	35	68		
	あまり出来ていなかった	9	7		
	出来ていなかった	0	0		

- 困難さあり群と困難さなし群を比較したところ、「開設年数」「必要な場合に入院できる体制の有無」「痛み以外の症状に関する緩和ケア」に有意差があり。

8) 亡くなられた後の家族へのケアを行いましたか

亡くなられた後の家族へのケア	ST数	% (n=137)
全事例に行った	75	55%
事例により行う場合と行わない場合があった	41	30%
行っていない	19	14%
無回答	2	1%
合計	137	100%

○ 55%が全事例に、亡くなられた後の家族へのケアを実施している。

具体的な実施内容	ST数	% (n=137)
後日訪問し家族と話す	64	47%
後日電話し家族と話す	3	2%
1週間後に訪問する	9	7%
2週間～3週間後に訪問する	5	4%
1ヵ月後に訪問する	8	6%
49日前後に訪問する	4	3%
一周忌前に訪問もしくは電話する	2	1%

6. ターミナルケア加算等の状況

1) ターミナルケア療養費（1）算定状況

	該当ステーション数	算定あり	算定なし	無回答
ターミナルケア療養費（1）	104	41(39%)	57(55%)	6(6%)

2) ターミナルケア加算等を算定できなかった理由（複数回答）

理由	回答数
死亡前24時間以内の訪問看護を行えなかった	41
在宅での看取りができなかった（病院に搬送された）	34
その他	22

○ その他、24時間連絡体制加算の届出ができていないため、介護保険でのターミナルケア加算を算定できない。

Ⅲ. がん患者のケア、終末期ケアに関する教育について

1. 訪問看護ステーション内部での勉強会や研究会を実施しているか

内部での勉強会や研究会の実施	ST数	% (n=204)
すでに実施	68	33%
今後計画予定	57	28%
今のところ考えていない	73	36%
無回答	6	3%
合計	204	100%

- 「すでに実施」「今後計画予定」合計で、61%となるが、一方36%は「今のところ考えていない」という回答である。

2. 外部研修への派遣を実施しているか

外部研修への派遣	ST数	% (n=204)
すでに実施	98	48%
今後計画予定	44	22%
今のところ考えていない	56	27%
無回答	6	3%
合計	204	100%

- 「すでに実施」「今後計画予定」合計で70%となるが、27%は「今のところ考えていない」という回答である。

3. 県で実施予定の研修会等への参加希望

1) 在宅ホスピス研修

在宅ホスピス研修	ST数	% (n=204)
積極的に参加したい	76	37%
都合がつけば参加したい	102	50%
参加したいが困難な問題がある	23	11%
あまり必要ないと思う	1	0%
無回答	2	1%
合計	204	100%

- 37%が「積極的に参加したい」と回答。

2) 在宅ホスピスに関するアドバイザー派遣

在宅ホスピスに関するアドバイザー派遣	ST数	% (n=204)
前向きに受け入れたい	71	35%
状況に応じて受け入れたい	92	45%
受け入れたいが困難な問題がある	24	12%
あまり必要ないと思う	13	6%
無回答	4	2%
合計	204	100%

- 35%が「前向きに受け入れたい」と回答。

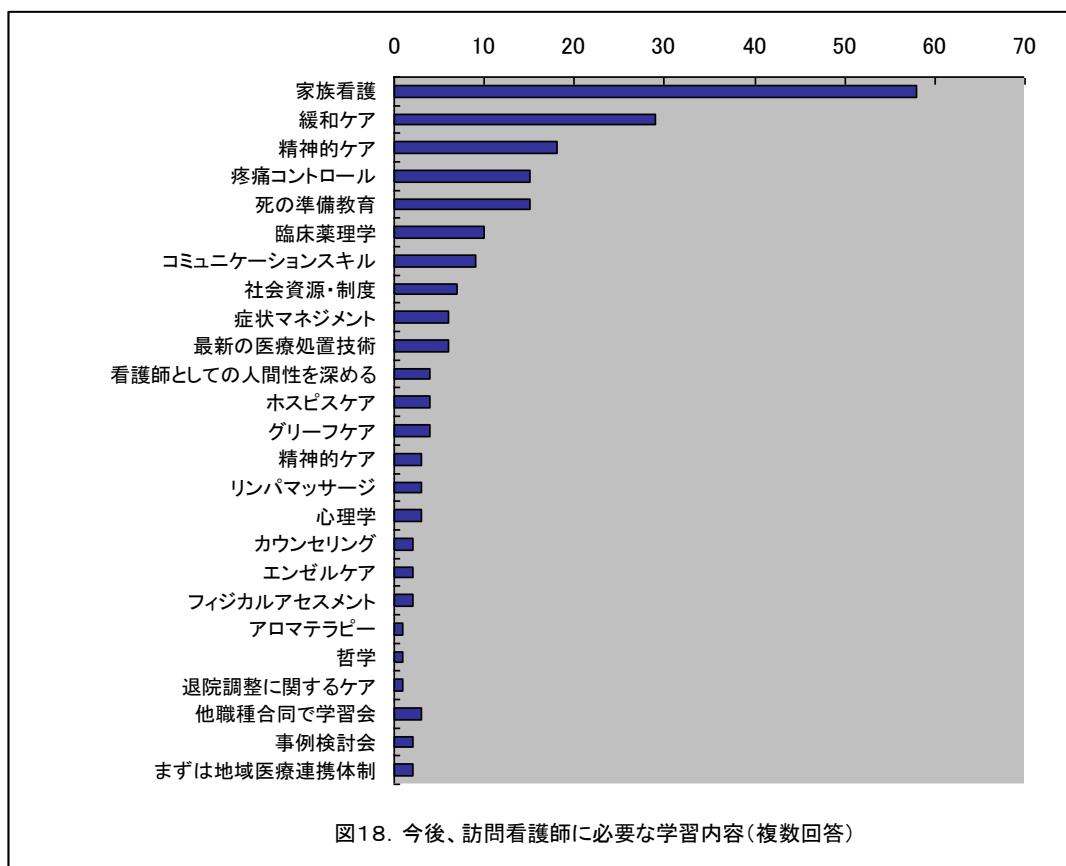
3) 在宅ホスピスケア等普及のための利用者と医療者を参加対象とした講演会等

普及のための講演会等	ST数	% (n=204)
積極的に参加したい	74	36%
都合がつけば参加したい	102	50%
参加したいが困難な問題がある	22	11%
あまり必要ないと思う	3	1%
無回答	3	1%
合計	204	100%

- 36%が「積極的に参加したい」と回答。

4. 今後、がん患者の在宅ケア、在宅での看取りを支援していく場合、訪問看護師としてどのような学習が必要か（複数回答）

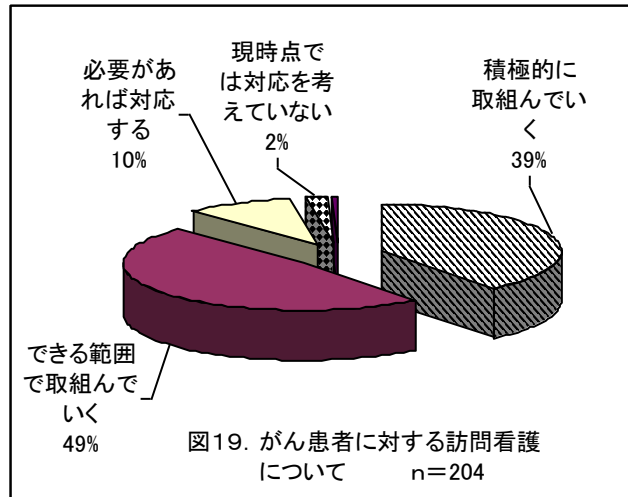
必要な学習内容	回答数	% (n=204)
家族看護	58	28%
緩和ケア	29	14%
精神的ケア	18	9%
疼痛コントロール	15	7%
死の準備教育	15	7%
臨床薬理学	10	5%
コミュニケーションスキル	9	4%
社会資源・制度	7	3%
症状マネジメント	6	3%
最新の医療処置技術	6	3%
看護師としての人間性を深める	4	2%
ホスピスケア	4	2%
グリーフケア	4	2%
精神的ケア	3	1%
リンパマッサージ	3	1%
心理学	3	1%
カウンセリング	2	1%
エンゼルケア	2	1%
フィジカルアセスメント	2	1%
アロマセラピー	1	0%
哲学	1	0%
退院調整に関するケア	1	0%
他職種合同で学習会	3	1%
事例検討会	2	1%
まずは地域医療連携体制	2	1%



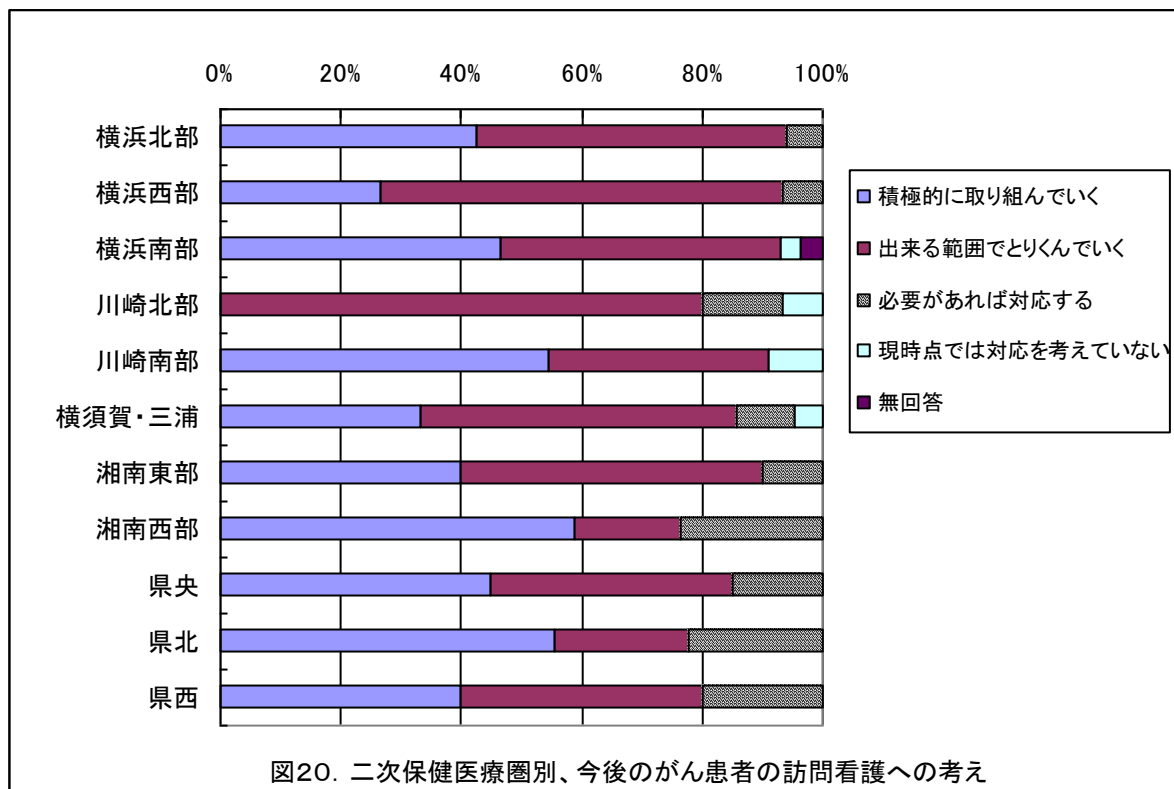
IV. がん患者の在宅ケアに関して

1. がん患者の訪問看護についてどのように考えているか

がん患者の訪問看護について	ST数	% (n=204)
積極的に取り組んでいく	80	39%
できる範囲で取り組んでいく	99	49%
必要があれば対応する	20	10%
現時点では対応を考えていない	4	2%
無回答	1	0%
合計	204	100%



- 39%は「積極的に取り組んでいく」と回答。また、2%は現時点では「対応を考えていない」と回答している。
- 二次保健医療圏ごとの回答は下図のとおり。

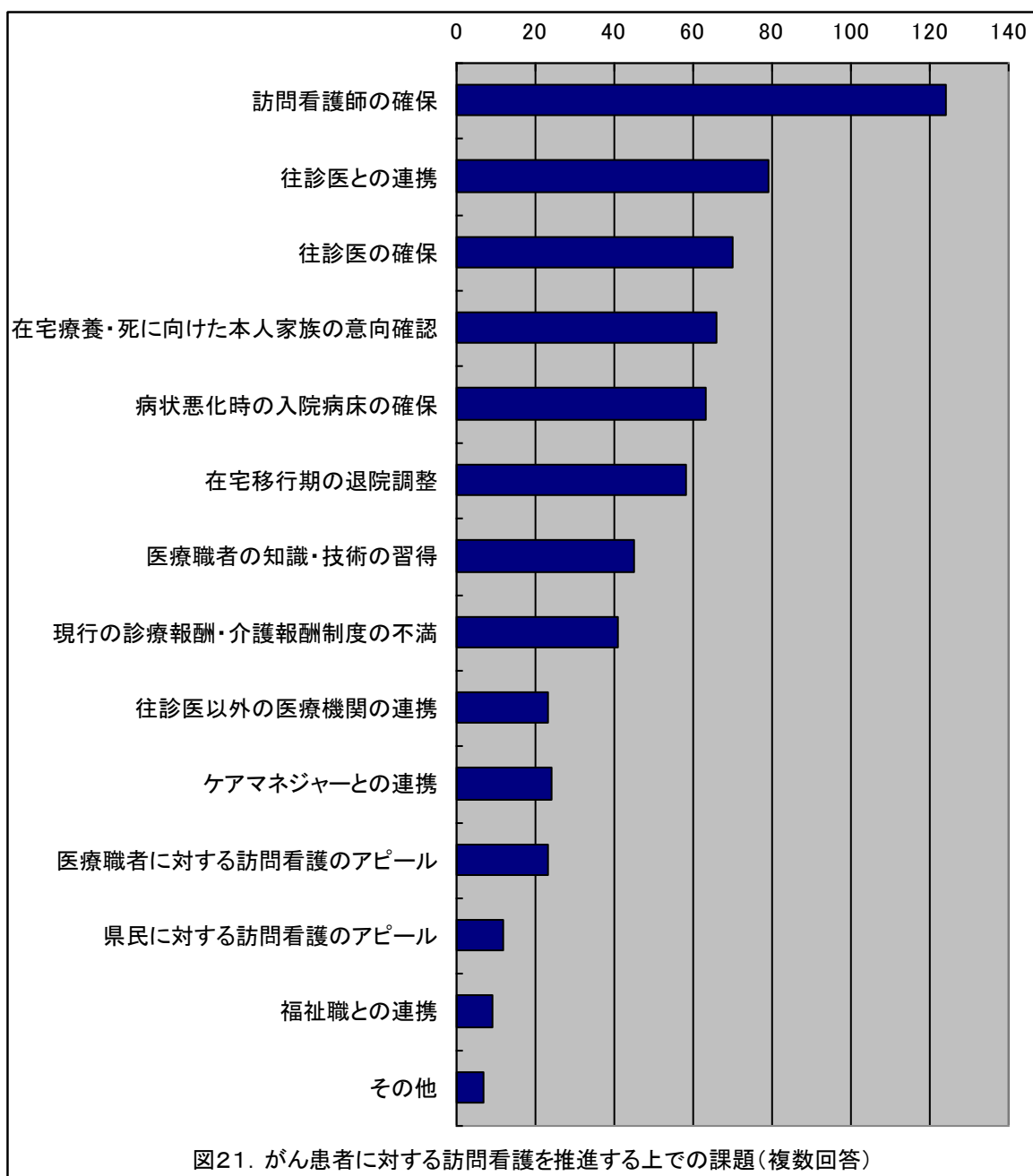


2. がん患者の在宅ケアを推進する上での課題（複数回答）

項目	ST数	% (n=204)
訪問看護師の確保	124	61%
往診医との連携	79	39%
往診医の確保	70	34%
在宅療養・死に向けた本人家族の意向確認	66	32%
病状悪化時の入院病床の確保	63	31%
在宅移行期の退院調整	58	28%
医療職者の知識・技術の習得	45	22%
現行の診療報酬・介護報酬制度の不満	41	20%
往診医以外の医療機関の連携	23	11%
ケアマネジャーとの連携	24	12%
医療職者に対する訪問看護のアピール	23	11%
県民に対する訪問看護のアピール	12	6%
福祉職との連携	9	4%
その他	7	3%

○ 課題となる上位5位

- ・ 訪問看護師の確保
- ・ 往診医との連携
- ・ 往診医の確保
- ・ 在宅療養、在宅死に向けた本人家族の意向確認
- ・ 病状悪化時の入院病床の確保



3. 在宅ホスピスケアを推進するうえでの課題解決に向けた体制整備に関するニーズ

- がん患者の在宅ケアにおける課題解決のための体制整備に関するニーズについて記述したものをカード化しカテゴリー化した。
- 表内の数字はカードの数

	大カテゴリー		中カテゴリー		小カテゴリー	
人材確保	看護師確保	94	24時間体制を可能にする人材確保	53	24時間体制を可能にする看護師確保	23
					募集しても集まらない（人材確保困難）	19
					臨時・緊急時対応が可能な看護師確保	9
					夜間対応が可能な看護師確保	2
			働きやすい職場環境	29	雇用条件の改善	12
					看護師の精神的負担が大きい。	7
					安定した経営を支える報酬制度	6
					訪問看護師を支える地域連携システムの構築	3
			訪問看護に人材が動く確保対策	5	医療機関からステーションへ人材が動くシステムづくり	2
					潜在看護師の確保	3
	在宅ホスピスケアに対応する人材育成	7	在宅ホスピスケアに対応できる人材育成	7		
	往診医の確保	56	在宅ホスピスケアを支える往診医の増加	35	往診医の増加	28
					24時間対応が可能な往診医の確保	5
					看取りに対応する医師の増加	2
緩和ケアに対応する専門医の育成			15	緩和ケアに対応する専門医の育成	15	
往診医を支える地域医療連携の推進			6	医師会との連携強化	4	
		地域医療連携を推進し、特定の医師だけに負担をかけない	2			
連携体制の確立・推進	往診医と訪問看護ステーションとの連携体制の確立	47	連携システムの確立	34	具体的な連携方法（報告→指示→報告）の確立	19
					在宅医療を積極的に推進する医師の増加	11
					常時連絡が取れる体制の確立	4
			往診医との関係づくり	13	定期的な情報交換による関係づくり	9
					訪問開始前から連携を取る	2
					往診可能な医師の情報公開の推進	1
					医師会等との連携強化	1
	地域医療連携の推進	60	病診連携の推進	31	在宅医を支えるバックアップ体制の整備	22
					退院時にバックベッドを確保	6
					往診医が使用できるバックベッドの確保、体制整備	3
		地域連携室との連携推進	11	地域連携室との連携推進	6	
				医療機関側の窓口の明確化	5	
		病状悪化時の入院病床の確保	17	症状の変化に伴う意向に合わせた入院病床の確保、体制整備	12	
				緩和ケア病床の増床	4	
緩和ケア病床に関する情報発信	1					
訪問対応できる薬局の整備	1	訪問対応できる薬局の整備	1			

	ケアマネジャーとの連携	1 3	終末期に対応するケアマネジャーの増加	8	終末期に対応するケアマネジャーの増加	8	
			合同カンファレンス・研修会の実施	5	合同カンファレンス・研修会の実施	5	
本人・家族の意向確認と退院調整	本人・家族の意向確認	5 4	病状変化とともに変化する意向に対応したケアの実践力	19	病状変化とともに変化する意向に対応したケアの実践力	19	
			入院時から本人家族の意向確認	入院時から本人家族の意向確認を行う	25	入院時から本人家族の意向確認を行う	18
				インフォームドコンセントの充実		7	
	本人家族への「死の準備教育」の充実	10	本人家族への「死の準備教育」の充実	10			
	在宅移行期の退院調整	5 3	早期に在宅移行期の見極め	早期に在宅移行期の見極め	21	早期に在宅移行期の見極め	13
				介護力の見極め		6	
				肺がんで呼吸苦が強い場合、在宅ケアはむずかしい。		2	
			医療機関⇄訪問看護ステーションの相互理解	退院前カンファレンスの実施	27	退院前カンファレンスの実施	13
				病院スタッフの在宅ケアに対する理解を深める		9	
	病院内における在宅ケアを想定した家族ケアの充実			5			
退院調整看護師の確立	5	退院調整看護師の確立	5				
訪問看護のPR	県民・医療職者へのアピール	3 6	在宅ホスピスケアについてのPR	在宅での看取りも可能であることを知ってもらう	25	在宅での看取りも可能であることを知ってもらう	14
				訪問看護を知ってもらう		11	
		訪問看護の魅力(PR (看護職を対象))	10	看護職に対し訪問看護の魅力(PR	10		
		訪問看護の魅力(PR (往診医を対象))	1	訪問看護のPR	1		
知識・技術の習得	医療職者の知識・技術の習得	3 3	研修会・事例検討会の実施	緩和ケアに関する研修会の実施	27	緩和ケアに関する研修会の実施	10
				最新医療の知識と技術が習得できる研修会の実施		6	
				家族看護の充実		4	
				事例検討会の実施		4	
				地域と連携した研修会		2	
				各制度の学習		1	
			研修受講しやすい体制整備	6	研修受講しやすい体制整備 (料金・日程・回数・人員確保・方法)	6	
報酬制度の改善	現行の報酬制度の改善	2 9	利用者ニーズに対応できる報酬制度	死亡時24時間以内の訪問要件は必要ない	15	死亡時24時間以内の訪問要件は必要ない	7
				緊急訪問や複数回訪問に対応しやすい報酬制度		4	
				末期の場合の介護認定		2	
				二人体制を可能にする報酬制度		1	
				退院時共同指導の報酬化		1	
		安定した経営を支える報酬制度	11	安定した経営を支える報酬制度	11		
		利用者の負担軽減	3	若年層への対応		1	
家族の負担の軽減				2			

まとめ

～がん患者に対する訪問看護の実施状況および体制整備に向けたニーズ～

I. がん患者に対する訪問看護の実施状況（調査期間：平成17年10月～平成18年9月）

1) 実施状況

がん患者への訪問看護については、県内の87%（177ヶ所）の訪問看護ステーションが実施していた。また、1年間に訪問したがん患者の実人数については、10名以上20名未満が最も多く、ひとつの訪問看護ステーションにおける平均実人数は11.94名であった。

さらに今後の将来展開について、がん患者の訪問看護に「積極的に取り組んでいく」39%、「できる範囲で取り組んでいく」49%と回答し、88%の訪問看護ステーションが、がん患者の訪問看護に対応していきたいと考えていた。

2) 訪問看護によるケアの実施状況

訪問看護によるケアの実施状況について、管理者の立場から訪問看護ステーションの状況を主観的に評価してもらい、『患者の痛みに関する緩和ケア』『患者の痛み以外の症状に関する緩和ケア』『患者の精神的な苦痛へのケア』『家族へのケア』の4項目について回答を求めた。結果、各項目とも約80%が「出来ていた」「ほぼ出来ていた」と回答し、日々のケアが概ね出来ていると評価していることが分かった。一方、約20%前後は、「あまり出来ていない」「出来ていない」と評価しており、その理由としては、「訪問回数・訪問時間が短く十分に対応出来なかった」が多くあげられた。

また主治医との連携体制については、「ほぼ出来ていた」50%、「出来ていた」37%と、現在連携している主治医とは、87%が概ね連携体制が出来ていると回答している。

さらに、今年度の診療報酬改定において創設された在宅療養支援診療所との連携については、58%の訪問看護ステーションが連携しており、今後の在宅療養支援の充実を目指し、さらなる連携体制の充実が期待される。

3) 在宅での看取りの現状について

調査期間中の1年間に訪問看護を実施した利用者のうち亡くなられた方が最期を迎えた場所については、42%が在宅、57%が病院、その他が2%であった。さらに病院・その他で死を迎えた理由については、25%が「最期は病院と本人・家族が希望」、22%が「病状悪化に伴い希望」と、合計47%は本人・家族の意向によって在宅ではなく病院等を選択されていた。

また、在宅での看取りを実施した訪問看護ステーションにおいて『在宅での看取りに困難さを感じたか』について回答を求めたところ、56%は「あまり困難を感じなかった」と回答した。一方、32%は「困難を感じた」と回答した。困難さを感じなかった訪問看護ステーションと困難さを感じた訪問看護ステーションを比較したところ、『開設年数』『必要な場合に入院できる体制の有無』『痛み以外の症状に関する緩和ケア』に有意差があり、開設年数が短いほど医師も含めた他機関との連携体制が未確立なことから困難さを感じていることが分かった。

4) 診療報酬におけるターミナルケア加算等の算定状況について

在宅療養支援診療所と連携した場合の診療報酬におけるターミナルケア加算療養費（1）の算定状況について回答を求めたところ、算定出来る該当訪問看護ステーションのうち39%は実際に算定出来ているが、55%は算定出来ていなかった。算定出来なかった理由は「死亡前24時間の訪問看護を行えなかった」「在宅での看取りが出来なかった（病院へ搬送された）」であり、算定要件である死亡前24時間の訪問看護を行えなかったことにある

ことが分かった。55%はケアを実施しても診療報酬加算が算定出来ていない状況にあるが、この状況の改善のためには、在宅療養に入った段階からではなく、入院時から本人・家族の意向を確認し、早期に在宅移行期の見極めを行う医療機関側の退院調整が必要であり、安定した時期からの訪問看護の開始が求められる。さらには、亡くなるまでの症状変化に対して、変化が起こる前から予測的に本人・家族へのケアが出来る訪問看護師の能力が求められていると考える。

4) がん患者のケア、終末期ケアに関する教育について

今後、がん患者の在宅ケア、在宅での看取りを支援していく場合、訪問看護師としてどのような学習が必要かについて回答を求めたところ、上位5位までの回答は『家族看護』『緩和ケア』『精神的ケア』『疼痛コントロール』『死の準備教育』であった。

管理者は今後さらに『家族看護』を学習していく必要があると考えており、在宅での看取りまでを含めたがん患者へのケアについては、在宅療養を支える家族への支援が何よりも重要であると考えていることが分かった。

II. がん患者への訪問看護の体制整備に向けたニーズ（ P25 図1参照 ）

がん患者への在宅ケアを推進する上での課題について回答を求めたところ、上位の回答は『訪問看護師の確保』『在宅医との連携』『在宅医の確保』『在宅療養、在宅死に向けた本人家族の意向確認』であった。

これらの課題解決に向けた方策として管理者は次の6つの体制整備が必要と考えている。『人材確保』『連携体制の確立・推進』『本人家族の意向確認と退院調整』『訪問看護のアピール』『知識・技術の習得』『報酬制度の改善』である。

1. 『人材確保』『連携体制の確立・推進』について

がん患者を対象とした訪問看護サービスについては、緊急時にも対応できる24時間体制が求められる。しかしながら現状では、県内の51%の訪問看護ステーションが常勤換算看護職員数が3～6名未満の小規模運営であり、さらに訪問看護ステーション全体の73%は夜間も携帯電話によるオンコール体制をとるという過酷な労働体制にあり、訪問看護師の確保が今後のサービスの充実には重要な課題となっている。この改善に向けては訪問看護師の確保と同時に、一事業所だけで対応していくことには限界があることから、同じ訪問エリアを持つ訪問看護ステーションが連携体制を組んでいく必要性もあると考える。

連携体制の確立・推進については、往診医と訪問看護ステーションとの具体的な連携方法の確立や定期的な情報交換による関係作りが求められる。県内にはすでに先駆的に取り組んでいる訪問看護ステーションが複数あることから、その状況をモデル的に報告し他の訪問看護ステーションと共有していくことも必要とされると考える。

2. 『本人家族の意向確認と退院調整』について

今回の調査において特徴的なニーズがこの『本人家族の意向確認と退院調整』であり、多くの管理者がこの体制整備が重要であると考えていた。

がん患者や家族にとって、日々変化する病状の中で、どういった人生を送りたいのか、どういった最期を迎えるのかについては日々揺れ動くものである。その揺れ動く患者・家族の在宅療養を支える訪問看護にとって、早期に在宅移行期の見極めが行われることは安定した時期からの訪問看護の実施を可能とする点から重要であり、そのためには医療機関における

『在宅移行期の退院調整』が重要な鍵となる。

今回、訪問看護開始から亡くなるまでの期間を調査したところ、50%は4週間未満であり、このうち14%は1週間未満という短い期間で在宅受入から看取りまでが実施されていた。さらに、がん患者への訪問看護が「出来なかった」と回答している理由に『訪問期間・訪問回数が少なく十分出来なかった』があげられていることから、訪問看護ステーションの体制整備だけではなく、医療機関側の在宅移行期のスムーズな退院調整に向けた体制整備が求められる。さらには患者・家族の意向にもなって、自宅で療養しつつ必要になれば病院、ホスピス、緩和ケア病棟への入院が選択できる包括的な保健・医療・福祉サービス提供体制の整備も必要とされる。

3. 訪問看護のアピールについて

県内の87%の訪問看護ステーションが、がん患者への訪問看護を実施していること、また実施している訪問看護ステーションの約80%はがん患者への在宅ケアが概ね出来ていると自己評価していることが分かった。「出来ている」と評価しているケアの質については今後さらに調査していく必要はあるが、80%の訪問看護ステーションが「出来ている」と評価している訪問看護の実際をもっと広く県民、医療機関スタッフに理解を促していく必要がある。がん患者の在宅療養がこれだけ可能であること、さらには自宅での看取りも可能であることを具体的な事例をとおしてアピールしていく必要がある。

特に医療機関に対しては、その地域エリアの訪問看護ステーションにおいてどれだけのケアが実施可能なのかアピールし、在宅移行期の退院調整につなげていく必要があると考える。

Ⅲ. 調査の限界について

今回の調査は、自作の質問用紙による調査のため各訪問看護ステーションが抱える課題等のおおよその把握であること、さらに62%の回収率であることから結果の一般化には限界がある。今後はさらに実践されているケアの質や他職種との連携状況等を客観的に評価していくことが必要とされる。

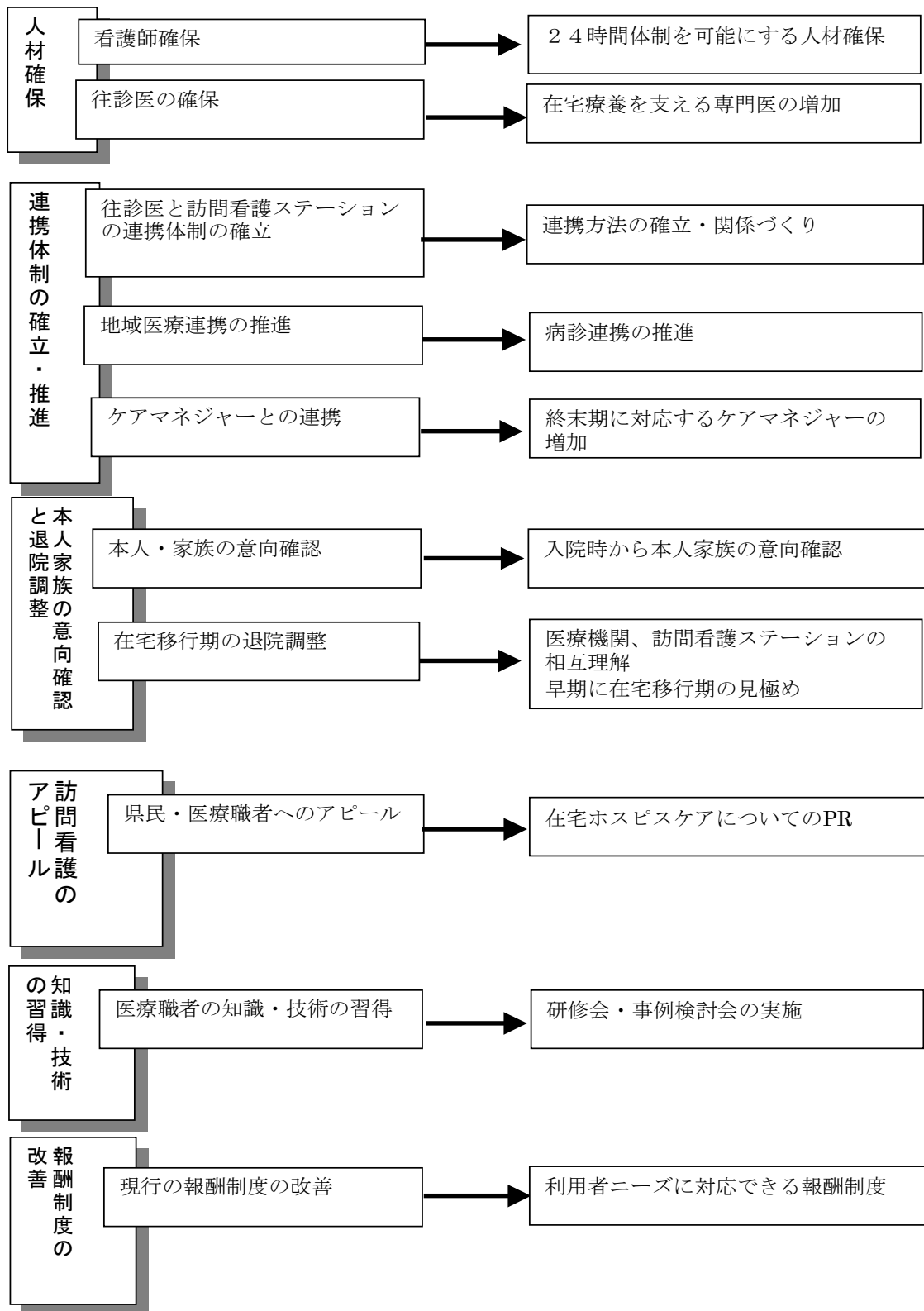


図1. 在宅ホスピスケアを推進するうえでの課題解決に向けた体制整備に関するニーズ

**『訪問看護ステーションにおける在宅ホスピスケアに関する実態調査』
～がん患者に対する訪問看護の実施状況および体制整備にむけたニーズ～
ご協力をお願い（依頼）**

神奈川県訪問看護推進協議会長
神奈川県保健福祉部地域保健福祉課長

神奈川県では、平成17年度より訪問看護サービスの質の向上・充実を目指し、訪問看護推進協議会を設置し、在宅医療（訪問看護）推進支援事業に取り組んでおります。

この在宅医療（訪問看護）推進支援事業では、今後の充実・推進が期待されている在宅ホスピスケアの推進にむけた事業を次年度以降に実施することを計画しております。

そこで今回、在宅ホスピスケアの対象者のなかでも特にその患者数が増加し、看取りまでを含めた在宅療養の支援体制を充実させていくことが強く求められているがん患者に対する訪問看護に焦点をあて、実態調査を計画いたしました。

本調査は、在宅ホスピスケアの充実・推進をめざし、がん患者に対する訪問看護の実施状況および体制整備にむけた訪問看護ステーションのニーズを把握することを目的とし、神奈川県全域の訪問看護ステーション管理者の皆様を対象としております。

また本調査の結果は、次年度以降に予定している在宅ホスピスケアの推進に向けた事業の企画に活用させていただきます。

調査にあたっては、次の内容を守ることをお約束いたします。

- ご回答いただいた結果は、他の目的に使用されることはありません。
- 調査結果は、個人が特定できないよう統計的に処理し、個人情報流失しないよう細心の注意を払います。
- 調査結果については報告書にまとめ、ご回答いただいた皆様にお知らせいたします。
また、訪問看護の質の向上を目的に学会および誌上発表を行なわせていただきます。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、以上の趣旨をご理解の上、ぜひ本調査へのご協力のほどお願い申し上げます。

1. 調査名 **「訪問看護ステーションにおける在宅ホスピスケアに関する実態調査
～がん患者に対する訪問看護の実施状況および体制整備にむけたニーズ～**
2. 調査対象 神奈川県全域 訪問看護ステーションの管理者
3. 調査方法 別紙アンケート調査用紙にご記入のうえ、返信用封筒にてご返送願います。
4. 調査期限 **平成18年12月20日(水)まで**
5. その他 ご回答いただく内容につきましては、利用者の個別状況ではなく、貴訪問看護ステーション全体の状況で管理者としてのお考えをご記入ください。

何かご不明な点やご質問がございましたら下記事務局までご連絡ください。

ご多忙中大変お手数ですが、ぜひご協力くださいますようお願い申し上げます。

**事務局（お問い合わせ先）
神奈川県保健福祉部地域保健福祉課 看護指導班**

**訪問看護ステーションにおける在宅ホスピスケアに関する実態調査
～がん患者に対する訪問看護の実施状況および体制整備にむけたニーズ～**

各設問について当てはまる項目に○印、または必要事項をご記入ください。

問 I. 貴訪問看護ステーションの概要についてお伺いします。

1. 設置主体

- ①地方公共団体 ②公的・社会保険関係団体 ③医療法人 ④社会福祉法人
 ⑤医師会 ⑥看護協会 ⑦社団・財団法人
 ⑧協同組合 ⑨営利法人 ⑩NPO
 ⑪その他 ()

2. 同一法人で併設している施設 (複数回答可)

- ①病院 ②診療所 ③指定居宅介護支援事業所 ④介護老人福祉施設
 ⑤介護老人保健施設 ⑥介護療養型医療施設 ⑦ヘルパーステーション
 ⑧その他

3. 貴訪問看護ステーションが設置されている地域について該当する番号に○印をつけて下さい。

- ① 横浜北部 (鶴見区・神奈川区・港北区・緑区・青葉区・都筑区)
 ② 横浜西部 (西区・保土ヶ谷区・旭区・戸塚区・泉区・瀬谷区)
 ③ 横浜南部 (中区・南区・港南区・磯子区・金沢区・栄区)
 ④ 川崎北部 (高津区・宮前区・多摩区・麻生区)
 ⑤ 川崎南部 (川崎区・幸区・中原区)
 ⑥ 横須賀・三浦 (横須賀市・鎌倉市・逗子市・三浦市・葉山町)
 ⑦ 湘南東部 (藤沢市・茅ヶ崎市・寒川町)
 ⑧ 湘南西部 (平塚市・秦野市・伊勢原市・大磯町・二宮町)
 ⑨ 県央 (厚木市・大和市・海老名市・座間市・綾瀬市・愛川町・清川村)
 ⑩ 県北 (相模原市・城山町・藤野町)
 ⑪ 県西 (小田原市・南足柄市・中井町・大井町・松田町・山北町・開成町・箱根町・真鶴町・湯河原町)

4. 開設してからの年数

- ① 1年未満
 ② 1年～3年未満
 ③ 3年～5年未満
 ④ 5年以上

5. 訪問看護ステーション体制について

- 1) 従事者数（事務職員を除く）（ ）名
- 2) 常勤換算看護職員従事者数 （ ）名
- 3) 24時間連絡体制加算の届け出 ①あり ②なし
- 4) 定期夜間訪問看護体制の有無 ①あり（ア. オンコール体制 イ. 当直制） ②なし
- 5) 緊急時の訪問看護体制の有無 ①あり（ア. オンコール体制 イ. 当直制） ②なし
- 6) 休業時の訪問看護体制の有無 ①あり ②なし
- 7) 認定看護師等の配置について
 - (1) がん性疼痛看護認定看護師が勤務している ① はい ②いいえ
 - (2) ホスピスケア認定看護師が勤務している ① はい ②いいえ
 - (3) 創傷・オストミー・失禁（WOC）看護認定看護師が勤務している
 - ① はい ②いいえ
 - (4) 訪問看護認定看護師が勤務している ① はい ②いいえ
 - (5) 今後、上記認定看護師を配置したいと考えている ① はい ②いいえ

6. 診療所等との連携について

- 1) 在宅療養支援診療所との連携 ①あり（連携診療所数 ） ②なし
- 2) 在宅療養支援診療所以外の往診可能な診療所 ①あり（診療所数 ） ②なし
- 3) 上記1) 2) の診療所と連携している保険薬局 ①あり ②なし ③わからない

7. 利用者の状況

- 1) 平成17年10月から平成18年9月までの1年間の利用者実数 （ ）名

問Ⅱ. がん患者への訪問看護について伺います。

貴訪問看護ステーションでは、平成17年10月から平成18年9月までの1年間に、がん患者への訪問看護はありましたか。

① あり



下記の質問へお進みください



- 1. 一年間に訪問したがん患者の実人数は何人でしたか。（ ）人

② いいえ



6ページ 問Ⅲ. へお進みください

2. 患者の痛みに関して緩和ケアはできていたと思いますか。

- ① できていた ② ほぼできていた
③ あまりできていなかった ④ できていなかった

③④を選択された場合、その理由についてご記入ください。

理由

3. 患者の痛み以外の症状に関して緩和ケアはできていたと思いますか。

- ① できていた ② ほぼできていた
③ あまりできていなかった ④ できていなかった

③④を選択された場合、その理由についてご記入ください。

理由

4. 患者の精神的な苦悩へのケアはできていたと思いますか。

- ① できていた ② ほぼできていた
③ あまりできていなかった ④ できていなかった

③④を選択された場合、その理由についてご記入ください。

理由

5. 家族へのケアはできていたと思いますか。

- ① できていた ② ほぼできていた
③ あまりできていなかった ④ できていなかった

③④を選択された場合、その理由についてご記入ください。

理由

6. ケアに参加していた全てのメンバーに○印をつけて下さい。

- ① 医師 ② 看護師 ③ ヘルパー ④ 薬剤師 ⑤ 栄養士
⑥ 理学療法士 ⑦ 保健師 ⑧ ケアマネジャー
⑨ ソーシャルワーカー ⑩ 宗教家 ⑪ ボランティア
⑫ その他（ ）

7. 主治医との連携体制はできていたと思いますか。

- ① できていた ② ほぼできていた
③ あまりできていなかった ④ できていなかった

③④を選択された場合、その理由についてご記入ください。

理由

8. 主治医はオピオイド鎮痛薬（モルヒネ・フェンタニル等）の処方が可能でしたか。

- ① 可能であった
- ② ほぼ可能であった
- ③ 不可能な場合が多かった
- ④ 不可能であった

9. 緊急時の往診体制は整っていましたか。

- ① 整っていた
- ② ほぼ整っていた
- ③ 整っていない場合が多かった
- ④ 整っていなかった

10. 必要な場合には入院できる体制は整っていましたか

- ① 整っていた
- ② ほぼ整っていた
- ③ 整っていない場合が多かった
- ④ 整っていなかった

11. 問Ⅱ. 1で伺った、平成17年10月から平成18年9月までの1年間に訪問したがん患者のその後の経過についてお答えください。

- ① 在宅療養中 (例)
- ② 病院へ入院中 (例)
- ③ 死亡 (例)
- ④ その他 (例、具体的には：)

12. 亡くなられた方が、最期を迎えられた場所についてお答えください。

- ①在宅 (例) ②病院 (例) ③その他 (例、具体的な場所：)

在宅での看取り時の対応として、以下のどのような対応が最も多かったですか？

- ① 家族が死亡時刻を確認した後、訪問看護師が訪問
- ② 家族が死亡時刻を確認した後、訪問看護師・医師が訪問
- ③ 訪問看護師が死亡時前に訪問し、家族と看取った
- ④ 訪問看護師・医師が死亡時前に訪問

どのような理由から「②病院」「③その他」で最後を迎えられましたか？

理由

次のページへお進み下さい

6ページ、問Ⅲ. へお進み下さ

13. 在宅で看取られた場合の訪問看護の利用状況等についてお答えください。

1) 訪問看護開始から死亡までの期間

- | | | | |
|------------|------|------------|------|
| 1週間未満 | ()名 | 1週間以上2週間未満 | ()名 |
| 2週間以上3週間未満 | ()名 | 3週間以上4週間未満 | ()名 |
| 4週間以上 | ()名 | | |

2) 利用者の年代

- | | | | | | |
|----------|------|-----|------|-----|------|
| 0歳～10歳未満 | ()名 | 10代 | ()名 | 20代 | ()名 |
| 30代 | ()名 | 40代 | ()名 | 50代 | ()名 |
| 60代 | ()名 | 70代 | ()名 | 80代 | ()名 |
| 90代以上 | ()名 | | | | |

3) 在宅での看取りにおいて困難さを感じましたか。(困難さ・・・むずかしさ)

- | | |
|----------------|-------------|
| ① 非常に困難を感じた | ② 困難を感じた |
| ③ あまり困難を感じなかった | ④ 困難を感じなかった |

①②を選択された場合、その具体的内容をご記入ください。

14. 亡くなられた後の家族へのケアを行いましたか。行った場合、具体的にはどのような内容でしたか。

- | | |
|-------------------------------|---|
| ① 全事例に行った(具体的内容: |) |
| ② 事例により行う場合と行わない場合があった(具体的内容: |) |
| ③ 行っていない | |

15. ターミナルケア加算等の状況について、平成18年4月から平成18年9月の6ヶ月間の状況をお答えください。

1) 医療保険

- | | | | | |
|---------------|-----------|---|---------|---|
| ターミナルケア療養費(1) | ①あり(算定実人数 |) | ②なし(実人数 |) |
| ターミナルケア療養費(2) | ①あり(算定実人数 |) | ②なし(実人数 |) |
- * (1) 在宅療養支援診療所との連携 (2) それ以外

2) 介護保険

- | | | | | |
|-----------|-----------|---|---------|---|
| ターミナルケア加算 | ①あり(算定実人数 |) | ②なし(実人数 |) |
|-----------|-----------|---|---------|---|

3) 上記1) 2)、ターミナルケア加算等の算定要件を満たさなかった理由はなんですか

- | | |
|----------------------------|---|
| ① 死亡前24時間以内に訪問看護を行えなかった | |
| ② 在宅での看取りができなかった(病院に搬送された) | |
| ③ その他(|) |

問Ⅲ. がん患者のケア、終末期ケアに関する教育についてお答えください。

1. ステーション内部での勉強会や研究会を実施していますか

- ① すでに実施（具体的には：)
- ② 今後企画予定（具体的には：)
- ③ 今のところ考えていない

2. 外部研修への派遣の現状

- ① すでに派遣（具体的には：)
- ② 今後派遣予定（具体的には：)
- ③ 今のところ考えていない

3. 神奈川県では、今後がん患者の在宅ケア・在宅での看取りが広く行われるよう在宅ホスピスケアに関する研修会の開催やアドバイザー派遣等を検討しています。

このような機会について貴訪問看護ステーションではどのように考えていますか。

1) 在宅ホスピスに関する研修会

- ① 積極的に参加したい
- ② 都合がつけば参加したい
- ③ 参加したいが困難な問題がある
- ④ あまり必要ないと思う

2) 在宅ホスピスに関するアドバイザー派遣

（がん看護専門看護師等をアドバイザーとして派遣し、現状にあった在宅ホスピスケアについての助言等を行う）

- ① 前向きに受け入れたい
- ② 状況に応じて受け入れたい
- ③ 受け入れたいが困難な問題がある
- ④ あまり必要ないと思う

3) 在宅ホスピスケア等普及のための利用者や医療者等を参加対象とした講演会等

- ① 積極的に参加したい
- ② 都合がつけば参加したい
- ③ 参加したいが困難な問題がある
- ④ あまり必要ないと思う

4. 今後、がん患者の在宅ケア、在宅での看取りを支援していく場合、訪問看護師としてどのような学習が必要と思いますか。

[]

問Ⅳ. がん患者の在宅ケアに関してお答えください。

1. 貴訪問看護ステーションでは、がん患者への訪問看護についてどのように考えていますか。

- ① 積極的に取り組んでいく
- ② できる範囲で取り組んでいく
- ③ 必要があれば対応する
- ④ 現時点では対応を考えていない

2. がん患者の在宅ケアを推進する上で、課題となるものはどんな点ですか。以下の中から、緊急に取り組むべきと思われる課題を3つ選択し、項目記号を解答欄にご記入ください。

また、その課題解決に向けて必要とされる体制整備の具体的な内容についての考えをご記入ください。

- ア. 訪問看護師の確保
- イ. 往診医の確保
- ウ. 往診医との連携
- エ. 往診医以外の医療機関との連携
- オ. 福祉職との連携
- カ. ケアマネジャーとの連携
- キ. 病状悪化時の入院病床の確保
- ク. 在宅移行期の退院調整
- ケ. 在宅療養・在宅死にむけた本人・家族の意向確認
- コ. 医療職者の知識・技術の習得
- サ. 県民に対する訪問看護のアピール
- シ. 医療機関に対する訪問看護のアピール
- ス. 現行の診療報酬・介護報酬制度の不備
- セ. その他 ()

記号番号	課題解決に向けて必要な体制整備の具体的な内容

3. その他、がん患者の在宅ケアに関するご意見がありましたご記入ください。

()

ご協力ありがとうございました