



神奈川県

保健福祉局地域保健福祉部保健福祉人

平成24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
退院支援についての実態調査
報告書

神奈川県保健福祉局地域保健福祉部保健福祉人材課

平成25年3月

はじめに

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領」に基づき在宅医療（訪問看護）推進支援事業を開始し、訪問看護推進協議会を設置して、訪問看護サービスの充実と質の向上に取り組んで参りました。

本調査は、この事業の一環として、平成 24 年 4 月の診療報酬・介護報酬同時改定後の訪問看護ステーションにおける退院支援の実態及び利用者・介護者への看護の実際から、退院支援における訪問看護ステーションの役割及び課題を明らかにすることを目的として実施いたしました。

今後は、本調査の結果を踏まえて、在宅医療（訪問看護）推進支援事業にさらに取り組んで参りたいと思います。

最後に、今回の調査に御協力いただきました訪問看護ステーションの皆様、訪問看護推進協議会委員の皆様に、心より感謝申し上げます。

平成 25 年 3 月 神奈川県保健福祉局保健福祉部保健福祉人材課長
水町 友治

目 次

I	調査概要	1
II	調査結果 訪問看護ステーションにおける退院支援についての実態調査 ～平成 24 年 4 月診療報酬・介護報酬同時改定後の訪問看護 ステーションにおける退院支援の実態～	2
III	まとめ	10
IV	今後の課題	11
	資料 1 依頼用紙	14
	資料 2 調査用紙	15
	委員一覧	19

I 調査概要

- 1 調査名 訪問看護ステーションにおける退院支援についての実態調査
～平成 24 年 4 月診療報酬・介護報酬同時改定後の訪問看護ステーションに
おける退院支援の実態～
- 2 調査目的
 - 1) 平成 24 年 4 月診療報酬・介護報酬同時改定後の訪問看護ステーションにおける退院支援の実態及び利用者・介護者への看護の実際から、退院支援における訪問看護ステーションの役割及び課題を明らかにする。
 - 2) 上記 1) で得られた結果を分析し、訪問看護ステーションとして、退院支援に必要な体制整備を行えるようにする。
- 3 調査対象 県内の訪問看護ステーション 357 施設
- 4 調査期間 平成 24 年 10 月 2 日（火）～平成 24 年 10 月 31 日（水）
- 5 調査方法 自作の質問紙によるアンケート調査 返信用封筒にて郵送回答
- 6 倫理的配慮
 - 1) 調査依頼書に調査目的・方法および倫理的配慮について明記した。
 - 2) 結果は本調査目的以外では使用しないこと、また統計的に処理し、対象者のプライバシーを保護することを保障した。
- 7 分析方法
 - 1) 各調査項目について Excel による単純集計
※集計については、小数点第一位までとし四捨五入した。したがって回答結果によっては合計が 100%にならない場合がある。また、回答総数に対する割合が 0%になる場合がある。
 - 2) 質問項目によっては、回答内容をカテゴリー化し、整理した
- 8 回収状況

項目	結果
配布数	357
回収数	197
回収率	55.2%

II 調査結果

1 訪問看護ステーション概要

1) 設置主体 (n = 197)

項目	回答数	%
市町村	1	0.5%
日本赤十字社	1	0.5%
医療法人	42	21.3%
医療法人社団	20	10.2%
看護協会	7	3.6%
医師会	16	8.1%
公益財団法人・公益社団法人 (医師会・看護協会を除く)	2	1.0%
財団法人・社団法人	11	5.6%
社会福祉協議会	1	0.5%
社会福祉法人(社協以外)	23	11.7%
厚生農業共同組合及び連合会	1	0.5%
特定非営利活動法人(NPO)	3	1.5%
株式会社	47	23.9%
その他	22	11.2%

2) 同一法人で併設している施設 (複数回答)

項目	回答数
病院	51
診療所	25
介護老人保健施設	26
介護老人福祉施設	7
居宅介護支援	121
訪問介護	56
訪問入浴介護	3
療養通所介護	6
通所リハビリテーション	22
通所介護	29
福祉用具貸与	14
特定施設入居者生活介護	1
認知症対応型共同生活介護	8
小規模多機能型居宅介護	2
地域包括支援センター	13
在宅介護支援センター	4
その他	14
なし	29

3) 二次保健医療圏別の回収率 (n = 197)

項目	施設数 (a)	回答数 (b)	地域毎回答割合 (b/a)	回答割合 (%)
横浜北部 (鶴見・神奈川・港北・緑・青葉・都築)	67	35	52.2%	17.8%
横浜西部 (西・保土ヶ谷・旭・戸塚・泉・瀬谷)	54	29	53.7%	14.7%
横浜南部 (中・南・港南・磯子・金沢・栄)	48	27	56.3%	13.7%
川崎北部 (高津・宮前・多摩・麻生)	27	13	48.1%	6.6%
川崎南部 (川崎・幸・中原)	14	11	78.6%	5.6%
相模原 (中央・南・緑)	19	12	63.2%	6.1%
横須賀・三浦 (横須賀市・鎌倉市・逗子市・三浦市・葉山町)	29	17	58.6%	8.6%
湘南東部 (藤沢市・茅ヶ崎市・寒川町)	26	15	57.7%	7.6%
湘南西部 (平塚市・秦野市・伊勢原市・大磯町・二宮町)	27	13	48.1%	6.6%
県央 (厚木市・大和市・海老名市・座間市・綾瀬市・愛川町・清川村)	29	17	58.6%	8.6%
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)	17	7	41.2%	3.6%
記載無し		1		0.5%

4) 開設してからの年数 (n = 197)

項目	回答数	%
1年未満	16	8.1%
1~3年未満	19	9.6%
3~5年未満	17	8.6%
5~9年	38	19.3%
10年以上	104	52.8%
無回答	3	1.5%

10年以上の経験年数 (抜粋、n = 104)

項目	回答数	%
10年	7	6.7%
11年	0	0.0%
12年	20	19.2%
13年	16	15.4%
14年	11	10.6%
15年	12	11.5%
16年	13	12.5%
17年	11	10.6%
18年	9	8.7%
無回答	5	4.8%

5) 訪問看護ステーションの体制について (平成 24 年 10 月 1 日現在)

(1) 平成 24 年 看護職員従事者数

- ①平成 24 年度看護職員実人数 (n=197) ②平成 24 年度看護職員常勤換算数 (n=197)

項目	回答数	%
3人未満	1	0.5%
3~6人未満	78	39.6%
6~10人未満	76	38.6%
10人以上	42	21.3%

項目	回答数	%
3人未満	19	9.6%
3~6人未満	111	56.3%
6~10人未満	47	23.9%
10人以上	20	10.2%

※ 平成 24 年度看護職員常勤換算数は 5.7 人

看護職員常勤換算数総数 (1121.9 人) / 回答施設数 (197) = 5.7

- 平成 23 年度の調査と比較すると、看護職員常勤換算数の「3~6 人未満」の割合が 71.0% から 56.1%へ減少し、「3 人未満」の割合が 5.7%から 9.7%へ、「6~10 人未満」の割合が 18.1%から 24.0%へ、「10 人以上」の割合が 5.2%から 10.2%へ増加していた。平均看護職員常勤換算数では 5.2 人から 5.7 人に増加。

③平成 24 年度その他職員配置状況 (常勤及び非常勤)

職種	施設数	%
理学療法士	95	48.5
作業療法士	42	21.4
言語療法士	9	4.6
事務職員	92	46.9

- 実人数及び常勤換算数については、無回答が多いため現状反映が難しい結果となった。

(2) 訪問看護体制について (n=197)

項目	回答数	%
受け持ち制	63	32.0%
チーム制	27	13.7%
受け持ち制チーム制併用	100	50.8%
無回答	7	3.6%

(3) 夜間訪問体制について (n=197)

項目	回答数	%
無	52	26.4%
有 (オンコール体制)	136	69.0%
有 (当直制)	3	1.5%
無回答	6	3.0%

- 平成 23 年度の調査では、訪問看護体制について割合は、受け持ち制 32.9%・チーム制 16.2%併用 49.5%、夜間訪問体制について割合は、無 27.1%・オンコール体制 71.0%・当直制 1.6%と、今年度調査結果と大差なし。

(4) 夜間・早朝・深夜定期訪問について (n=197)

項目	回答数	%
有	4	2.0%
無	192	97.5%
無回答	1	0.5%

6) 平成 24 年 9 月 (1 か月間) の訪問看護利用状況について

(1) 利用者数

項目	数 (人)
利用者実数	16,238
延訪問件数	65,413

(2) 利用者の保険によるうちわけ

項目	数 (人)
介護保険	14,275
医療保険	4,566

○1 訪問看護ステーションあたり月間平均利用者数：16,238 (平成 24 年 9 月 (1 か月) の利用者数) /197 (回答施設数) =82.4 人

○1 訪問看護ステーションあたり月間平均延訪問件数：65,413 (平成 24 年 9 月 (1 か月) の延訪問件数) /197 (回答施設数) =332.1 件

○介護保険利用者：医療保険利用者=3:1

7) 外部からの相談等について

(1) 関わりの有無 (n=197)

項目	回答数	%
有	58	29.4%
無	139	70.6%

(2) (1) にて有の場合の相談元施設概要 (複数回答)

項目	回答数
介護老人保健施設	10
特別養護老人ホーム	10
有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護)	19
グループホーム (認知症対応型共同生活介護)	30
無回答	5

(3) 相談の対象となる者 (複数回答)

項目	回答数
入所者	40
職員	33
その他	4
無回答	5

○内容として、入所者対象の相談は日常の健康管理・緊急時対応及びターミナルケア・見取りの実施、職員対象の相談は研修会等の実施・相談やアドバイス等。その他は往診医からの回答。

2 実態調査記載者概要

1) 役職 (n=197)

項目	回答数	%
管理者	189	95.9%
管理者以外	6	3.0%
無回答	2	1.0%

2) ケアマネージャーとの兼務について (n=197)

項目	回答数	%
兼務	40	20.3%
兼務でない	156	79.2%
無回答	1	0.5%

3) 訪問看護の経験年数 (他施設を含めての合計年数、n=197)

項目	回答数	%
1年未満	5	2.5%
1～3年未満	13	6.6%
3～5年未満	17	8.6%
5～9年	46	23.4%
10年以上	114	57.9%
無回答	2	1.0%

○10年以上の経験年数 (抜粋、n=114)

項目	回答数	%
10～15年未満	60	52.6%
15～20年未満	34	29.8%
20～25年未満	9	7.9%
25～30年未満	5	4.4%
無回答	6	5.3%

3 退院支援について

1) 平成24年7月～9月の利用者について

1 新規利用者	2622 名
2 新規利用者のうち、医療施設から退院した利用者数	1037 名
3 医療施設から退院した利用者のうち、入院中から退院支援に関わった利用者数	430 名
4 新規利用者ではないが、今回の入院中から退院支援に関わった利用者数	224 名

2) 1) にて3と4に該当する利用者について

退院支援を行った利用者数		保険算定できた利用者数		算定割合
退院前の共同指導	370 人	退院時共同指導加算	296 人	79.5%
特別な管理が必要な患者に対する退院前の共同指導	137 人	特別管理指導加算 (H24年4月新設)	99 人	72.3%
退院前の外泊時の訪問看護	16 人	訪問看護基本療養費Ⅲ	16 人	100.0%
退院当日の訪問看護	141 人	退院支援指導加算	99 人	70.2%

3) 訪問看護ステーションの役割と考えていること

大項目	カテゴリー
本人・家族の不安を軽減し退院後の生活のイメージ化を支援する	本人・家族の退院後の不安を察知し、支援内容を伝え、安心を提供する
	在宅療養生活をしていくための生活・健康・医療面の相談を受ける
	在宅生活準備に向けて、本人・家族がイメージでき、自己決定できるよう支援する
	再入院予防のため体調・病状管理に努める
	本人・家族の体調について配慮する
	本人・家族の精神面について配慮する
関係機関と情報共有・提供し、分担して準備する	負担の少ない在宅生活方法の検討をする
	関係者間で情報・窓口を共有し、目標・役割分担を確認する
	コーディネーターとなり、関係者を支援する
病院と在宅のケアの継続性を保つ	在宅サービスに必要なものを役割分担して準備する
	病院から自宅へ退院へスムーズ移行し、環境の継続性を保つ
	在宅生活でも継続して必要な医療ケアができるよう、調整・確認・準備を行う
本人・家族の全体的な状況を把握し、評価・検討する	在宅でも看護が継続して受けられるよう支援する
	入院前から入院中の本人の状況について知る
必要なサービス等調整し在宅生活環境を整える	家族の看護・介護力、家庭状況を含め、在宅生活が可能か検討する
	病状・介護力を理解したうえで、本人・家族・関係者と一緒に在宅サービスについて検討し、在宅生活環境を退院前に整える
	病院・在宅両方の事情を考慮して看護計画を立案する
本人・家族と関係者が安心して踏み出せるよう支援する	本人・家族が不安のない在宅療養生活をおくるために、関係者と支援体制を整える
	本人・家族・関係者と予防的視点を共有し、予測を持って対応する
	在宅生活に向けて課題を抽出し、解決に向けて援助内容を調整する
在宅で行えるケア方法を考えセルフケア能力を高める	本人・家族・関係者が在宅生活のイメージを持てるよう支援する
	在宅生活を見据えて、ケア・介護方法を検討する
訪問看護の役割を周知する	入院中から在宅生活をイメージして、本人のセルフケア能力を高める
	本人・家族に訪問看護の役割について知ってもらう
在宅生活での希望を見極め、実現のための方法を検討する	病院関係者に訪問看護の役割について知ってもらう
	本人・家族の在宅生活における想いを知る
	本人・家族が希望するものを明確にし、実現するための方法を一緒に考える

4) 日ごろ課題に感じていること

大項目	カテゴリー
病院との連携に関する問題・課題	退院前カンファレンスへの参加を早期から訪問看護へ依頼してほしい
	退院前カンファレンスの形骸化や開催がない場合、課題が明確にならない
	早期から訪問看護が関わられるように病院側から情報を発信してほしい
	病院職員も予防・予測的視点から在宅生活のイメージを持って準備に関わってほしい
	病院職員の訪問看護に対する理解が不十分で退院支援の認識にギャップがある
地域関係者との連携に関する問題・課題	退院後の在宅生活の課題を予測し必要なサービス調整のためにケアマネジャーと連携する必要性
	退院後や病状悪化後に訪問看護に依頼があり、繋がる時期が遅い
	ケアマネジャーのニーズアセスメントが不十分な場合もあり、担当者会議を開いてほしい
	関係機関同士の情報共有と連携体制の構築が必要
	在宅医との緊密な連携体制の構築が必要
	ターミナル事例など在宅医との連携がないと困難
	訪問看護ステーション同士の協力体制の構築が必要
ステーションの体制に関する問題・課題	退院時カンファレンスに参加するための時間確保が難しい
	退院時カンファレンスに参加するための日程調整が難しい
	遠方の入院病院の退院時カンファレンスへの参加は地理的に困難
	看護師不足のため退院時カンファレンスへの参加が困難
	退院後すぐに訪問、連携できる体制作りが必要
	在宅生活支援のために必要な知識・技術を習得することが必要
	高医療依存・独居など在宅移行困難なケースへの対応
	本人・家族が安心して在宅生活に移行するために、関係者との密な関係づくりが必要
	訪問看護から在宅生活について発信することが必要
制度に関する問題・課題	加算条件外でも退院当日訪問が必要なケースに対する報酬制度が必要
	ケースの状況に応じて必要な退院支援回数分の報酬制度が必要
	医療保険の場合には同一設置医療機関からの依頼では退院支援を行っても報酬につながらない
	退院時支援を行っても在宅移行とならなければ報酬につながらない
	報酬改定されたが退院支援に見合った収入が望めない
	小児への退院支援は訪問看護が担っても加算がとれず負担が大きい

5) 退院支援を行った利用者について

(1) 事例の概要 (n = 90)

○年齢構成

小児	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代	未記入
6	1	1	2	5	14	23	22	10	6

○介護状況

寝たきり	要介護	未記入
5	5	80

(2) 家族の状況 (n = 90)

○家族形態

配偶者	18
子ども	19
親	2
配偶者+子ども	6
親+他家族	6
単身	14
未記入	25

○介護者

配偶者	12
子ども	23
親	5
その他	5
未記入	45

(3) 疾患・障害の状況とケア内容 (複数回答)

○疾患概要 (疾患関連疾患含む)

癌	30
心疾患	11
脳血管疾患	17
精神疾患	5
難病	9
糖尿病	10
呼吸器系疾患	12
腎臓系疾患	3
褥瘡	10
外傷性疾患	4
骨折	5
消化器系疾患	11
脳・神経系	8

その他、染色体異常・多発奇形症候群等

○必要とする医療・看護

在宅酸素	13
CVポート	5
経管栄養	11
吸引	12
胃ろう	10
膀胱留置カテーテル	20
中心静脈栄養	2
疼痛管理	8
ストマ	7
血糖コントロール	4
褥瘡処置	3
人工呼吸器管理	2
排便ケア	8
保清ケア	3

その他、自己導尿・ペースメーカー・
家族指導等

(4) 退院支援事例における評価

効果	課題
退院前に訪問看護師が相談できる職種として認識することで本人・家族の安心につながった	特に食事面で、在宅でできる方法の検討が必要だった
時間をかけて関わることで在宅療養生活のイメージをもって退院できた	退院時カンファレンス開催にあたり効率化を図る検討が必要である
外泊支援により具体的な対応方法を確認できた	退院前のどの時期に開催するか検討が必要である 本人・家族・関係者が顔の見える関係が築け、安心して在宅生活へ移行できる
退院前から関わっている訪問看護師が退院直後に訪問することで初回訪問がスムーズに実施できた	医療依存度の高いケースの在宅生活は、家族介護力と経済力の影響を受ける
入院中からの病状把握と介護力評価によりケースに合ったケア方法が選択できた	退院支援をしても家族介護力が脆い場合は特に社会資源の限界を感じる
緊急時の病院のバックアップ機能の確認によりスムーズに在宅移行ができた	退院指導を実施に見学できればよかった
関係者でサービスの調整と役割分担ができたことでスムーズにサポート体制が構築できた	退院カンファレンスに関係者全員参加が難しく、一部サービス未調整であったのは改善の余地あり
独居や家族介護が困難なケースへの対応により混乱なく在宅生活に移行できた	入院中に訪問看護の役割を説明したが、退院直後は理解されていないと感じた
関係者との顔合わせによりスムーズな連携がとれるようになった	訪問看護の理解を得るには、看護を継続する中で信頼を得ていくしかない
医師との連携により効果的な支援につなげることができた	書類での情報交換では家族の不安や退院指導内容詳細が分からず、退院時カンファレンスでもっと情報交換が必要であった

4 行政等への意見・要望等自由意見（抜粋、原文のまま）

- 退院調整を円滑に行っていくためには、主治医・病院関係者が、早くから家族（在宅で関係者）と関わってどのように生活してきた・どのように生活していきたい等、情報収集しアセスメントして欲しい。教育の必要性を感じる。
- 生活保護担当者や障害福祉課等が関わるケースについては、担当者の退院共同指導やサービス担当者会議への出席を望む。
- 相談機能に対する評価が診療報酬で出ないので、時間をかけて丁寧に相談に応じる程訪問看護ステーションにとっては負担となる。
- 根本は、訪問看護師不足と思われる。訪問看護ステーションの規模が小さすぎる。大きくないと訪問件数に余裕がなく退院時訪問も出来ない。ひとつ一つの訪問看護ステーション規模拡大できる活動を望む。
- 介護保険でも退院時共同指導加算が算定できるようになって良かったと。このように、今までボランティア的に行ってきたことに加算がつくと積極的に連携をとろうという動きにもつながると思う。

Ⅲ まとめ

1 退院支援にかかる保険算定の活用について

- 保険算定できた割合は項目によりばらつきがみられた。本調査は平成24年7月から9月の利用者について回答を求めており、平成24年4月に行われた診療報酬・介護報酬改定の過渡期であることを踏まえると、制度活用の割合は比較的高いと言える。
- 本調査では保険算定できなかった理由を問うていないため、未加算の背景の詳細は明らかにはできなかったが、理解不足によるもの、あるいは退院指導を実施したが退院に至らなかったため加算条件に該当しないなどの理由が推測される。
- 今後、退院支援への参画が活発に行われるために、制度の理解を高めていくと同時に制度上の課題の明確化が必要と考える。

2 医療福祉関係者への訪問看護の役割周知の必要性

- 平成19年度に当事業にて、病院における在宅療養に向けた退院調整に関する実施状況調査を行った中で、多くの病院が「退院調整システムの確立」のための課題として「病院職員に訪問看護を含めた在宅療養に関する情報・知識が必要」を挙げていた。さらに「どの訪問看護ステーションがどこまで対応してくれるか分からない」「訪問看護利用までの手続きが分からない」等、情報や知識がないために退院調整のための情報提供が十分できない、という意見も聞かれた。本調査の対象である訪問看護ステーションからも同様に「病院・地域関係者に訪問看護が理解されていない」という課題認識が挙げられたことから、退院支援を円滑に推進していく上で、病院・地域関係者へ訪問看護の役割を周知していく必要性があらためて確認されたと考える。
- 本調査における退院支援の評価から、退院時カンファレンスや退院前の外泊時訪問看護は、訪問看護の役割・支援内容を病院等関係者だけでなく、利用者・家族に知ってもらう機会となっているという認識が明らかとなった。
- 現在、神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会や神奈川県看護協会では、県内の訪問看護ステーションの情報をインターネット上で公開しており、県内の訪問看護ステーション全体の情報にアクセスしやすくなるよう工夫していることを関係者へ周知する必要があると考える。

3 退院支援における訪問看護師の役割と課題

- 退院支援における訪問看護師の役割として、「本人・家族の不安を軽減し、退院後の生活のイメージ化を支援する」「本人・家族・関係者が安心して在宅生活へ踏み出せるよう支援する」との声が聞かれた。どうしたら地域で暮らせるのか、地域生活の難点となることは何なのか、負担なく暮らすためには何が必要なのかを、本人・家族の希望を把握し、一緒に考えていくことが求められる。そのためには、現在行っている訪問看護から学ぶと同時に、最新の知識・技術を身に付けるよう日々の努力も必要となる。
- 退院支援に訪問看護師が参画していく上での課題として、報酬改定がなされても条件に縛りがあるために保険算定ができないケースがあることをあげる訪問看護ステーションが多かったことから、今後の実績を検証していきながら適切な保険算定条件となるように問題意識を持ち発信していく必要がある。
- 退院前カンファレンスについては、その必要性を理解し、参加が必要と感じてはいる

が、実際には看護師不足に加え通常業務である訪問看護の合間での退院支援対応となるため日程調整が困難である、との意見が多く書かれていたことから、訪問看護ステーションの体制上の課題が関連していると考えられる。

- 「病院・地域で退院指導の際に使用するツールが共有されていない」「多職種と連携する際の、それぞれの役割分担及び共用できる資料フォーマットの作成が必要」との意見も聞かれた。
- 在宅生活移行に向けては、病院内で入院時より退院計画の作成・支援が必要となる。しかし、病院内での退院調整に係る人材育成・組織作りは十分ではない。

4 退院支援事例を踏まえた評価

- 退院支援の実施をした事例として回答のあった 90 事例の概要は、60 代以上で高齢者世帯や独居など家族形態も様々であり、疾患や医療処置の種類は多岐にわたっていたことから、訪問看護師が多様な事例への退院支援へ参画している実態の一端が明らかになったと考える。
- 退院支援に対する評価を求めた自由記載からは「状況が分かった上でサービス・ケア調整ができ充実する」「外泊支援により具体的な対応方法を確認できた」「連携・初回訪問がスムーズにできる」「独居や家族介護が困難なケースへの対応により混乱なく在宅生活に移行できた」「本人・家族・関係者の安心に繋がる」等の効果についての評価が抽出された。一方、実施したからこそ見えてきた課題として、指導内容やカンファレンスでの情報収集内容や効率化などの評価も抽出されたことから、今後の退院支援の質を向上させていく上での有用な基礎資料が得られたと考える。
- 今回は、訪問看護師による退院支援への保険算定制度が確立されてから半年を経ない段階での調査であったことから、業務としての位置づけもまだ不十分な体制での実施の状況であったと考えられ、評価に関する十分なデータが得られたとは言いがたい結果となった。病院の退院調整看護師の機能に焦点を当てた調査・研究はあるが、訪問看護師の退院支援機能を対象に実施した調査・研究は見当たらないことから、今回の調査結果をさらに分析し、退院支援の評価の方法や視点について検討していく必要があると考える。

IV 今後の課題

1 退院支援にかかる保険算定の活用に向けて

- 平成 24 年 4 月の診療報酬・介護報酬改定により、訪問看護ステーションの訪問看護師が退院支援に参画していくことが保険制度の中で位置づけられた。しかし、訪問看護ステーションの体制は、その制度を十分に活用していくために必要なマンパワー、環境を備えているとは言えない状況にある。今後は、制度を熟知しつつ、関係機関と連携を取りながら、訪問看護の役割を発揮していくための体制の改善努力がさらに求められる。
- 当県では、訪問看護ステーションの提供する看護の質の向上を目標に、神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会を設立し、研修開催や訪問看護師同士の意見交換の場を確保している。この場を活用し、退院支援に関する知識とスキルの向上に向けた継続

した取り組みをしていくことも方法として考えられる。

- 保険算定条件などの制度と現状の退院支援ニーズにはギャップがあることが明らかとなったことから、訪問看護ステーションとしても問題意識を持ち発信していく必要がある。

2 訪問看護の役割周知のために

- 訪問看護側からは、「訪問看護の紹介が退院後や病状悪化後の場合があり、支援が難しい」との声も聞かれた。患者が医療施設を退院した後、心身状況ともに安定して在宅生活を継続するためにも、地域サービスの1つとして訪問看護の役割が周知される必要がある。
- 訪問看護の役割理解のために、訪問看護ステーションは訪問依頼を待っているだけでなく、普段の活動を通して役割を病院等関係者へ伝えていく必要がある。
- 多職種連携は、退院時だけでなく、実際に在宅生活が始まった後からも重要となる。そのため、より効率的に退院支援が行える方法を訪問看護ステーションと病院・地域関係機関と一緒に検討し、制度を十分に活用していくことが必要である。
- 今後は、それぞれの地域で、訪問看護を必要とする全ての人々がタイムリーに看護の提供を受けながら在宅生活へ移行できるように、各訪問看護ステーションが連携をしながら、相互に役割を分担し補うシステムの構築が求められている。そのための方略としては、複数の訪問看護ステーションが同一利用者へ関われる制度を活用し、ケースを通じた連携・役割分担の継続・推進を図ることや、研修や連絡会で顔を合わせる機会を活用した相談・補完体制作りの検討が考えられる。
- 訪問看護の役割周知と相互補完のための効果的な連携やシステム構築へ向けて必要なスキルを習得するための研修も今後は必要と考える。

3 充実した退院支援のために

- 退院前カンファレンスは、本人・家族・関係者による顔合わせができ、安心感を得られる一方、病院からの急な開催連絡や訪問の合間での参加となるため、訪問看護ステーションの体制として対応困難な場合が生じるという現状がある。そのため、事前に日程調整ができる仕組みや、状況に応じて、メール・ファックス等での簡便な方法による退院支援への参画が選択できるようなツールや制度の必要性、効果や課題を明確にして発信していく必要がある。
- 効率的な退院支援を実現させるためには、病院内の組織的な取り組みとして、退院調整部門の専任による担当者が訪問看護を活用した退院調整機能を果たすことが必要となる。病院がその必要性をさらに認識する機会となるよう、退院前カンファレンス等で、訪問看護ステーションから在宅生活移行のために必要な視点等を伝えていく必要がある。
- 退院前カンファレンスの必要性について、思いと現状が一致できるよう、課題・目的の明確化等、開催にあたり工夫が必要である。

【参考文献】

- 1) 宇都宮宏子, 三輪恭子 (2011) : これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域, 日本看護協会出版会
- 2) 濱奈津美, 岡部明子 (2012) : 病棟看護師への在宅移行後の情報提供に関する訪問看護師の認識と行動, 第 16 回日本在宅ケア学会学術集会講演集, pp151
- 3) 神奈川県保健福祉部地域保健福祉課 (2008) : 平成 19 年度在宅医療 (訪問看護) 推進支援事業 病院における在宅療養に向けた退院調整に関する実施状況調査」報

平成24年10月2日

訪問看護ステーション
管理者各位

神奈川県保健福祉局地域保健福祉部保健福祉人材課長
＜ 公 印 省 略 ＞

平成24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
における退院支援についての実態調査」の実施について(依頼)

時下ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

本県の保健福祉行政の推進につきましては、日ごろ格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本県では、訪問看護サービスの質の向上・充実を目指して、平成17年度から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いるところです。

本年4月に診療報酬と介護報酬が同時に改定され、退院促進の強化が図られたことにより、訪問看護ステーションが退院支援に果たす役割が今後一層求められるのではないかと考えています。そこで今回の調査は、訪問看護ステーションの管理者の皆様から退院支援の実態をお聞きし、現状及び課題を明らかにすることを目的としております。

ついては、お忙しいところ誠に申し訳ございませんが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。皆様のご回答が貴重な資料となります。どうぞよろしくようお願いいたします。

- 1 調査名 「訪問看護ステーションにおける退院支援についての実態調査」
- 2 調査対象 県内の訪問看護ステーション管理者
- 3 調査方法 別紙調査用紙に記入の上、同封の返信用封筒でお送りください。
- 4 提出期日 平成24年10月31日(水)まで
- 5 その他

(1) 調査に当たっては、次の事項を遵守します。

回答いただいた内容は、他の目的には使用しません。調査結果は、施設や個人が特定できな

いように統計的に処理し、個人情報等が流失しないよう細心の注意を払います。

(2) 調査結果は各訪問看護ステーションにお知らせするとともに、学会及び紙上等で発表させていただきます予定です。

問い合わせ先
看護指導グループ
電話 (045)210-4759
ファクシミリ (045)210-8857

3) 夜間に訪問が必要な場合に訪問看護の体制がありますか。(有 無) 有の場合→a. オコール体制 b. 当直制

4) 夜間・早朝、深夜の定期的な訪問看護を実施していますか。(有 無)

6. **平成24年9月1日～末日まで(1か月間)**の貴訪問看護ステーションの利用者について伺います。

1) 利用者数 _____ 人 (延べ _____ 人/月)

2) 利用者の保険によるうちわけ 介護保険 人 医療保険 人

7. **平成23年4月～平成24年9月末日まで**、貴訪問看護ステーションへの外部からの相談等についてお聞きます。

1) 下記施設の入所者への看護ケアや、職員を対象とした研修会、相談・アドバイス等の関わりがありましたか。

① 有 ② 無

施設	A 介護老人保健施設	B 特別養護老人ホーム
	C 有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)	D グループホーム(認知症対応型共同生)

2) ①有の場合、下の表の施設の記号に当てはまるものに○を付け、関わりの内容等についてご記入ください。

施設の記号	対象	関わりの内容と対象人数及び実施回数		同一設置主体の施設ですか	施設との契約はありますか		
A	入所者	① 日常の健康管理・緊急時対応	人	① はい	① 有		
		② ターミナルケア・看取りの実施	人				
	職員	③ 研修会 等の実施	回			② いいえ	② 無
		④ 相談・アドバイス 等	回				
	D	⑤ その他 ()	(人) (回)				
B	入所者	① 日常の健康管理・緊急時対応	人	① はい	① 有		
		② ターミナルケア・看取りの実施	人				
	職員	③ 研修会 等の実施	回			② いいえ	② 無
		④ 相談・アドバイス 等	回				
	D	⑤ その他 ()	(人) (回)				

問2. 記載者(回答を記入していただいている方)についてお聞きます。

1. 役職について該当するものに○をつけてください。

① 管理者 ②管理者以外(具体的に職位をお書きください)

2. 記載者の方は、ケア・マネジャーと兼務ですか。(①兼務である ②兼務でない)

3. 訪問看護の経験年数 (他施設を含めての合計年数)
- ①1年未満 ②1年～3年未満 ③3年～5年未満 ④5年～9年
⑤10年以上 () 年)

問3. 貴訪問看護ステーションにおいて、医療施設からの退院支援に関する状況についてお聞きます。

1. 平成24年7月～9月までの3か月の利用者に関する以下の人数をお答えください。

- 1) 新規利用者数 _____ 人
- 2) 1) のうち、医療施設から退院した利用者数 _____ 人
- 3) 2) のうち、入院中から退院支援に関わった利用者数 _____ 人
- 4) 新規利用者ではないが、今回の入院中から退院支援に関わった利用者数 _____ 人

2. 上記 3)と4)に該当する利用者のうち、医療施設からの退院前後に、下記の A～D の種類に該当する退院支援を行った利用者数及び保険算定できた利用者数（無の場合は0 人と）を右の欄にお書きください。

	退院支援を行った利用者数		保険算定できた利用者数
A	退院前の共同指導 _____ 人	⇒	退院時共同指導加算 _____ 人
B	特別な管理が必要な患者に対する退院前の共同指導 _____ 人	⇒	特別管理指導加算 (H24年4月新設) _____ 人
C	退院前の外泊時の訪問看護 _____ 人	⇒	訪問看護基本療養費Ⅲ _____ 人
D	退院当日の訪問看護 _____ 人	⇒	退院支援指導加算 _____ 人

3. 退院支援について、訪問看護ステーションの役割はどのようなことだと考えていますか。
また、日ごろ退院支援について課題と感じていることをお書きください。

退院支援における訪問看護の役割について

[]

退院支援における訪問看護の課題について

[]

4. 2で退院支援を行った利用者が1人以上と回答された方に退院支援を行った利用者についてお聞きします。1つの事例について、1) 事例の概要、2) 退院支援に関わった関係者へのアプローチ、3) 利用者及び家族へのアプローチ、4) 退院支援の評価についてお書き下さい。加算があれば○を付けてください。

1) 事例の概要 (年齢、疾患や障害の状況、介護者の状況、医療機器利用、医療ケア、など)
2) 支援関係者へのアプローチ (退院支援に関わった関係者について () 内に部署、職種、人数を記入の上、その職種に対し退院支援として行った連携行動、アプローチについて具体的に) <u>入院医療機関</u> () <u>その他の機関</u> ()
3) 利用者及び家族へのアプローチ (誰にどんな支援を、その際に工夫、配慮した点を具体的に) <u>利用者本人</u> <u>家族</u> (主介護者、その他の家族の場合は具体的に)
4) 評価 (退院支援の効果、改善すべき点など)
5) この事例に関して、算定できた項目に○を付けてください。(複数回答可) 1 『退院時共同指導加算』 2 『特別管理指導加算』 3 『訪問看護基本療養費Ⅲ』 4 『退院支援指導加算』

県や行政へのご意見・ご要望など、ご自由にお書きください。

()

ご協力ありがとうございました。

平成24年度 神奈川県訪問看護推進協議会 構成委員 一覧

1. 訪問看護推進協議会委員

	所属	職	氏名
有識者	財団法人ライフプランニングセンター ピースハウスホスピス教育研究所	所長	松島 たつ子
	東海大学 健康科学部看護学科	准教授	岡部 明子
職能 団体	公益社団法人神奈川県医師会	理事	玉城 嘉和
	公益社団法人神奈川県病院協会	常任理事	高原 和享
	公益社団法人神奈川県看護協会	常務理事	渡辺 二治子
	神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	乙坂 佳代
保健所 政令市	横浜市健康福祉局 高齢在宅支援課	課長	堀内 俊幸
	川崎市健康福祉局	医務監	坂元 昇
	相模原市保健所 地域保健課	主査(医師)	吉田 綾
	横須賀市健康福祉部保健所健康づくり課	課長	高木 英俊
	藤沢市保健所	副所長	室伏 信嘉
県	三崎保健福祉事務所 保健福祉課	課長	片岡 光枝
	健康増進課	課長	仲谷 政二郎
	保健予防課	課長	河鍋 章
	医療課	課長	相原 雄幸
	障害福祉課	課長	石黒 敬史
	介護保険課	課長	菊地原 義夫
	保健福祉人材課	課長	水町 友治

2. 作業部会委員

	所属	職	氏名
	公益社団法人神奈川県看護協会 地域看護課	課長	草場 美千子
	神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	乙坂 佳代
	公益社団法人神奈川県看護協会かがやき訪問看護ステーション	管理者	望月 洋子
	社団法人相模原市医師会訪問看護ステーション	管理者	白倉 すみ江
	財団法人横須賀市健康福祉協会よこすか訪問看護ステーション	係長	桐ヶ谷 明子
	平塚保健福祉事務所 保健予防課	課長	小枝 恵美子
	保健福祉人材課	副課長	吉岡 幸

3. 作業部会オブザーバー

	所属	職	氏名
	神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会	副会長	清崎 由美子

4. 事務局

	所属	職	氏名
保健福祉人材課		グループリーダー	本田 祐子
		主査	田邊 三千世
		技師	工藤 美香
			伊集院 知子



神奈川県

環境農政部 環境農政総務課 企画調整班
横浜市中区日本大通1 丁目231-8588 電話 (045) 210-1111 (代表)

URL: <http://www.pref.kanagawa.jp/oseirase/kankyonoseisomu/watakura/index.html>