

在宅医療コーディネーターの事業所訪問 （訪問看護師へのヒアリング）について

在宅医療コーディネーターの訪問看護事業所訪問（看護師へのヒアリング）

背景・目的

- ❑ 病気により入院となると、元の暮らしに戻ることを望みながらも、現実には医療依存度が高い人はなかなか早期に在宅等に戻ることができない場合や希望に反し、施設に入所となる場合がある。
 - ❑ 高齢化の進展により医療が必要となる人が増える一方、入院ベッドの減少、入院期間の短縮傾向がさらに進み、医療依存度の高い人であっても在宅等で支えていく体制構築が求められている。
 - ❑ このような中、地域包括ケアシステムの構築に向け、医療依存度の高い患者であってもできる限り早期に生活の場に戻り、在宅等での生活を継続できるよう、地域の体制を整えていくことが重要
 - ❑ 在宅医療においては、往診・訪問診療を行う医師のみならず、24時間対応する訪問看護の役割が重要である旨、地域医療審議会等において指摘されている。
 - ❑ 高齢者に限らず、医療が必要な障がい児・者や精神疾患の患者の在宅生活を支えるうえでも訪問看護は重要な役割を担う
 - ❑ これらを踏まえ、市内の訪問看護の提供体制の現状や医療機関、他の介護サービス等との連携上の課題等を把握し、今後の取組に生かすことを目的とする。
- 〔併せて病院の立場として〕
- ❑ 市医療センターから訪問看護につないだケースについて、問題等を把握する。
(退院支援担当者、病棟担当者へのフィードバック)

実施方法

- ❑ 依頼文書と併せ、聴取したい事項を示したシートを送付し、事前に記入していただく。
- ❑ 在宅医療コーディネーター及び地域医療推進室の職員の2名で訪問し、面談により、現状や問題・課題を聴き取る。

対象

- ❑ 訪問看護ステーション、訪問看護を行っている診療所 [管理者・担当看護師]
(「高齢者の健康と介護 お役立ちガイドブック」に掲載のある訪問看護提供機関)

在宅等での生活を継続できるように地域の体制を整えていくために、ヒアリングにより確認された主な課題と今後の取り組み（方向性）

1. 地域で支える体制に係る課題

- 疾患、医療行為によっては、在宅での対応に難しさもある
 - ・人工呼吸器を装着している患者
 - ・進行性の難病
 - ・がんの疼痛コントロール など
- 小規模の事業所では、24時間体制での受入に苦勞している
 - ・休日・夜間の対応ができる人員に限られる
 - ・オンコール当番の心理的負担感・拘束感
- 小児の訪問看護を受入できる事業所に限られる

⇒ 医療技術等、看護の質を向上するための研修や事例検討会等の実施

また、訪問看護の現場レベルの連絡会により事業所間の横の連携を図るなどにより、取り組みを検討していく

2. 在宅移行支援に係る課題

- 急な退院では、訪問看護側も受入体制が整えきれないことがある
- 患者・家族の病気の受け止めが不十分なことや家族間での認識が違ったり、又精神的に不安定なことがあるが、その状況が訪問看護側に伝わっていないこともあり、本人の希望に反して再入院となってしまう場合がある

⇒ ・退院後に介護サービスの利用が見込まれる場合には、早期に連携を図り、カンファレンス等で情報を共有

・市内病院の地域連携・退院支援部門による連絡会等において共通課題について協議

ヒアリング結果（現状・課題等）

1. 早朝・夜間、休日の体制、緊急対応
2. 対応に難しさを感じるケース
 - （1）主に環境に起因するもの
 - （2）対応が難しい疾病、医療行為など
3. 障がい児・者へのサービス提供
4. 医療機関との連携
5. 病院から在宅への移行支援
6. チームで支えるための連携推進のアイデア等
7. その他

1. 早朝・夜間、休日の体制、緊急対応

- ① いずれの事業所も夜間等はオンコールの体制をとっているが、当番制や特定の職員が緊急連絡の携帯電話を持つなど、体制はそれぞれ異なる。
- ② ターミナル自体は多くはないが、ターミナルの患者は夜間の呼び出しが多い。
- ③ 緊急時には、まず訪問看護が対応し、主治医の指示を仰いでいる。
- ④ 状態が悪化しそうな場合は、あらかじめ在宅医に連絡し、指示を仰ぐことや家族等に予測を伝えておくことで、緊急の呼び出しを避けられる場合もある。
- ⑤ いずれの事業所でも、職員は多くなく夜勤対応できる者が限られるため、特定の者に夜間等の当番が偏ったり、休日の出勤率が高くなったり、職員に負担がかかっている。事業所によっては一人に対応するところもあり、負担が重い。
- ⑥ 医療依存度が高い患者を受け持つと、24時間対応（電話等）があり、外出等が制限されることが多い。常に携帯電話を持たなければならず、拘束感が強い。
- ⑦ オンコールを担当する職員は、家庭との両立も大変。家族の理解、協力が必要。

2. 対応に難しさを感じるケース

(1) 主に環境が要因のもの

- ① 患者、家族の病気の理解、受け止め方が不十分な場合や思いにずれがある場合
 - ・ 家族の認識が甘く、水分補給ができておらず脱水等で状態が悪化する
 - ・ 本人は最期まで自宅を希望していても、家族が救急要請する、入院させてしまう、家族も枯れるように逝かせたいと言いながら、点滴を多く求める
 - ・ 告知を受けておらず、病状に対する不安が強い など

⇒

 - ・ サマリー等の書面だけでは情報が正確には伝わらない
 - ・ ICの同席、退院前カンファレンスで病気の告知状況や本人・家族の理解、精神状態を共有できれば、受入体制の構築もしやすい

- ② 病院と自宅の環境の違い
 - ・ 吸痰が必要な場合に家族の手技では不十分で、退院時カンファレンスの時点での予測を超えて対応が必要なケースがある
 - ・ 実際に帰ってみて課題が見つかる場合がある（段差があり、老人車を降ろせないなど）
 - ・ 服薬管理が出来ない（病院では職員が手渡し）

- ③ 胃ろう、経管栄養などは支援時間が重なる

- ④ 独居の場合など、退院時に訪問するとゴミ屋敷となっていることもある（予測できれば、対応もできる）

2. 対応に難しさを感じるケース

(2) 対応が難しい疾病、医療行為など

- ① 人工呼吸器を装着している患者の急変時対応
- ② 浮腫等により血管の点滴ルート確保等が困難な状態
⇒ 病院には退院時にポートの留置も検討してほしい
- ③ 脱水、低栄養状態、誤嚥リスクの高い状態
- ④ ストーマトラブル
 - ・訪問介護が訪問時に対応できるものだが、知識や技術が不足
- ⑤ 進行性の難病
 - ・休日等、医師が休みのときの緊急対応に困ることがある
- ⑥ がん末期（疼痛のコントロール）
- ⑦ 認知症
 - ・薬剤の管理（無くした、誰かが持っていったなど）
- ⑧ 精神疾患
 - ・不安障害があり、多少の血圧変動で昼夜問わず電話がかかる
 - ・アルコール依存で、自分勝手なルールをつくる、受診拒否、妄想がある など
- ⑨ その他
 - ・バルーンカテーテルの自然抜去（特に夜間）
 - ・皮膚トラブル
 - ・暴力行為

など

3. 障がい児・者へのサービス提供

- ① 対応している、経験のある傷病、処置等
 - 全前脳胞症
人工呼吸器管理、経管栄養、尿崩症による排尿管理
 - ファロー四徴症
気管切開管理
 - 筋ジストロフィー
経鼻栄養管理、レスピレーター管理など
 - ALS（筋萎縮性側索硬化症）
レスピレーター管理
 - 全般性不安障害

- ② 小児の訪問看護を担う資源が少ない
 - 小児看護の経験者が少なく、受入できる事業所は限られる
 - 療育を担える人材が少なく、連携が難しい
 - リスク予測を一人で判断することもあり、難しさがある
 - 親との関係性の構築、母親のメンタルのケアが必要

5. 病院から在宅への移行支援

- ① 退院前の状態に関する情報（病棟からの情報）と実際の状態に大きな差があり、対応に困ることがある
- ② 医療ニーズの高い患者の急な退院では、迎え入れる体制が整えきれないことがある
 - ⇒ ・迎える体制の準備、関係づくりのためにも、入院中の早い段階から病院と訪問看護の連携が必要
 - ・退院カンファレンスに参加し、患者・家族等の理解、告知の状況などを把握したい
 - ・退院時に病棟看護師が訪問看護に同行できれば、異常の有無の発見や処置方法の確認ができるなど安心

6. チームで支えるための連携推進のアイデア等

- ① 他の職種と情報を共有（報告・連絡・相談）
- ② 終末期の看護、介護は個別性が高い。事例の積み重ねが重要ではないか
- ③ 事例を通じた多職種間での意見交換などを行う
- ④ チームづくり、質の向上を図るための研修会、医療技術の研修会などを行う
- ⑤ 研修会等あとの親睦会で交流を図る
- ⑥ 市内の訪問看護事業所の横のつながりがあると良いのではないか
 - ・訪問看護師同士での学習、悩みの共有 など

7. その他

- ① 一定数の利用者がいなければ、事業所として人員の維持が難しい
(入院、死亡等により利用が終了するなど、変動がある)
- ② 少人数の事業所では、受入にも限度があり、断らざるを得ない場合がある
- ③ 医療ニーズの高い利用者の支援は単独では受けられず、複数の事業所で合同で支援に入るケースがある。
 - ・ 現在、1人の利用者に4事業所が関るケースあり
 - ・ 協働して支援を行うにあたり事業所間でカンファレンスを実施
 - ・ 発熱等の情報をメールなどで共有している