平成23年度　老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

地域包括ケアの推進に寄与する
訪問看護ステーションの在り方検討事業報告書

平成２４年（２０１２年）３月

財団法人　日本訪問看護振興財団

はじめに

本調査のねらいは、訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携について実態を分析し、1 単位（ユニット）のチームとして、医療ニーズや予防ニーズのある利用者の主体性を尊重したケア体制が選択できる地域包括ケアの実現を目指し、医療と生活をつなげる連携モデルを構築することである。

平成 23 年 8 月の第 1 回検討委員会から開始された本調査は、平成 24 年 3 月までの 8 か月間の間に、①全国の訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携の実態調査、②地域包括ケアに関する事例検討（5 回）、③地域包括ケアに関するヒアリング（5 か所）の 3 部門の調査と分析を行った。

そして、これら 3 部門の分析結果を基に、④医療ニーズや予防ニーズのある利用者のニーズ分析を行い、最終成果物として、⑤医療と生活をつなげるために訪問看護ステーションがどのように機能し、役割を担うかの連携モデルを提案した。

この短期間の調査の推進力となったものは、検討委員会(3 回)と小委員会(5 回)の分析会議であった。全国の訪問看護ステーション及び地域包括支援センターへの質問紙調査やヒアリング調査、資料収集、面接データの収集、信頼性と妥当性を維持する質的データの分析方法の検討など、本調査の全工程に起きるその時々の課題や問題点をタイムリーに軌道修正できたのは、各会議の場においてそれぞれの専門性が発揮された十分な議論が得られたからである。各検討会議では常に興味深い多くの貴重な示唆が得られた。また同時にそれぞれの専門分野から発言される内容は、私たち看護職としての専門性を再度、自ら問い直す機会ともなり貴重な経験となった。厳しい時間的な制約の中でご協力いただいた委員会の皆様に、心からの感謝の気持ちを申し上げたい。

またこのような状況の中で、本調査のメンバーが多くの貴重なデータを得ることができたのも、日々、質の高い専門職としての実践活動を目指して努力をしている研究協力機関の皆様のご協力があったからである。

最後になりましたが、本研究に賛同しご協力を頂いた関係者の皆様、関係機関の皆様に心から感謝申し上げます。本調査の成果がそれぞれの地域で活用され発展させていただけることを願っております。

平成 24 年 3 月

「地域包括ケアの推進に寄与する訪問看護ステーションの在り方検討事業」検討委員会
委員長　河原加代子（首都大学東京大学院）

目　次

はじめに ……1
第１章　調査実施概要 ……1
1.背景と目的 ……1
2.事業内容 ……1
3.調査全体イメージ ……4
4.研究における倫理的配慮について ……5
第２章　訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携の実態調査 ……6
第１節　調査実施概要 ……6
1.訪問看護ステーション調査 ……6
2.地域包括支援センター調査 ……6
3.回収数 ……7
第２節　訪問看護ステーション調査結果 ……8
1.基本情報 ……8
2.利用者の状況 ……12
3.地域包括支援センターとの連携 ……17
4 地域密着型サービスへの対応 ……40
第３節　地域包括支援センターの調査結果 ……41
1.基本情報 ……41
2.地域との連携・協働 ……48
3.相談件数と利用者の特徴 ……51
4.訪問看護ステーションとの連携 ……56
5.地域密着サービス取り組みの動向 ……86
第４節　まとめ ……87
1.訪問看護ステーションの調査結果 ……87
2.地域包括支援センターの調査結果 ……88
3.訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携状況について ……90
第３章　事例調査 ……92
第１節　調査概要 ……92
1.調査目的 ……92
2.対象 ……92
3.調査方法 ……92
第２節　調査結果 ……93
1.５事例の概要 ……93
2.５事例の支援プロセスとアウトカム評価 ……94
3.地域包括支援センターと訪問看護ステーションの連携概要 ……99
第３節　地域包括支援センターと訪問看護ステーションとの地域連携モデル ……114
第４章　ヒアリング調査 ……115
第１節　調査概要 ……115

1.調査目的……115
2.調査対象……115
3.調査方法……115
4.インタビューガイド……115
第２節　調査結果……117
1.調査対象自治体の概要……117
2.調査対象地域包括支援センターの概要……117
3.ヒアリング結果と地域包括ケアモデル案との比較……118
4.考察……123
5.ヒアリングメモ……125
第５章　訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携における利用者のニーズ分析……130
1.目的……130
2.方法……130
3.今後の検討……130
第６章　医療と生活をつなげる連携モデル案～訪問看護ステーションの役割・機能～……133
総括……135
1.全国の訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携実態の現状分析……135
2.地域包括ケアにおける医療と介護の連携を要する事例分析とモデル作成……135
3.地域包括ケアに関するヒアリング調査……136
4.訪問看護ステーションと地域包括支援センター連携における利用者のニーズ分析……136
5.「医療と生活をつなげる連携モデル案～訪問看護ステーションの役割・機能～」作成……137

第１章　調査実施概要

1.背景と目的

我が国での地域包括ケアシステムで提案されている 5 つの視点（注 1）において、特に医療と介護の連携強化及び予防の推進が今後ますます重要となる。特に医療ニーズの高い状況で退院する要介護者等の在宅療養移行支援や在宅看取り、地域で暮らす認知症の要支援者で早期に医療介入が無いため自立した生活が継続できず重症化してしまう問題等があり、住み慣れた地域で介護・医療・予防・生活支援・住まいが包括的に提供され、最期まで安心して生ききることができるよう地域包括ケアを推進することが期待されている。

そこで、本調査では 24 時間医療提供体制にある在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションと地域包括支援センター等の関係者がチームで、医療ニーズや予防ニーズのある利用者の主体性を尊重しケア体制が選択できる地域包括ケアの実現を目標とし、まず医療ニーズの高い要介護者・要支援者に対して、即座に適切なサービスを結びつけるための在宅・施設サービス等のそれぞれの役割を明らかにする。さらに、地域包括ケアシステムの構築に向けて、特に医療と介護の連携強化を図るために、訪問看護ステーションが地域包括ケアの中心的役割を果たしている地域包括支援センターと、どのように連携するとよいかを検討し、連携モデル（ひな型）を提言する。また、地域のサービス体制作りでは特定の事業所に集中しないように分散化して、24 時間医療・介護体制を確保するために必要な情報の特定、その共有化の方策、定期的なケア会議での顔の見える運営ができる地域包括ケアシステムを提言する。

（注 1）地域包括ケアシステムの 5 つの視点

① 医療との連携強化
② 介護サービスの充実強化
③ 予防の推進
④ 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
⑤ 高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備

2.事業内容

１）検討委員会と小委員会の設置

検討委員会は、学識経験者、保健医療福祉・介護サービスの代表者として地域包括支援センターの主査とセンター長、ケアマネジャーの会会長、医師会副会長、訪問看護ステーション訪問看護師で構成した。

小委員会は委員長推薦の大学関係者で構成され、それぞれの事業内容についての検討を行った。

【検討委員会】

委員長	河原　加代子	首都大学東京大学院　教授
委　員	石山　麗子	東京海上日動ベターライフサービス　シニアケアマネジャー
	海老原　英子	東京都北区健康福祉部高齢福祉課滝野川高齢相談係　係長
	河村　雅明	東京都北区医師会　副会長
	木之瀬　淳子	東京都北区健康福祉部高齢福祉課王子高齢相談係　主査
	佐藤　美穂子	財団法人日本訪問看護振興財団　常務理事

上野　まり　　財団法人日本訪問看護振興財団　事業部長
平原　優美　　財団法人日本訪問看護振興財団　あすか山訪問看護ステーション統括所長

【小委員会】

委　員　島田　恵　　首都大学東京大学院　准教授
清水　準一　　首都大学東京大学院　准教授
村田　加奈子　　首都大学東京大学健康福祉部看護学科　助教
黒澤　泰子　　黒沢クリニック　看護師

【事務局】

柴崎　祐美　　財団法人日本訪問看護振興財団　研究員

【事業の一部委託先】

(株)槇コンサルタントオフィス

2）委員会の開催経緯

（1）検討委員会

日程	検討項目
第1回検討委員会 （平成23年8月30日）	・研究計画 ・小委員会の設立・開催 ・訪問看護ステーションと地域包括支援センターの調査票の内容
第2回検討委員会 （平成24年1月11日）	・事例調査の報告とモデル案 ・ヒアリング調査対象 ・訪問看護ステーション及び地域包括支援センターの調査結果（速報）
第3回検討委員会 （平成24年3月1日）	・ヒアリング調査結果について ・訪問看護ステーション及び地域包括支援センターの調査結果 ・報告書（案）

（2）小委員会

日程	検討項目
第1回小委員会 （平成23年8月4日）	・研究計画の確認 ・第 1 回検討委員会検討項目について
第2回小委員会 （平成23年9月15日）	・調査票内容の検討・倫理的検討 ・小委員会の役割分担の確認
第3回小委員会 （平成23年12月9日）	・事例調査 3 事例のまとめと枠組み検討 ・事例調査 4，5 事例での検討方向性の確認
第4回小委員会 （平成23年12月27日）	・調査票回収状況 ・事例調査内容の検討 ・ヒアリング調査の確認
第5回小委員会 （平成24年1月24日）	・調査票の集計結果の検討 ・調査票の集計分析の検討

3）検討内容

① 全国の訪問看護ステーション及び地域包括支援センターの連携の実態調査

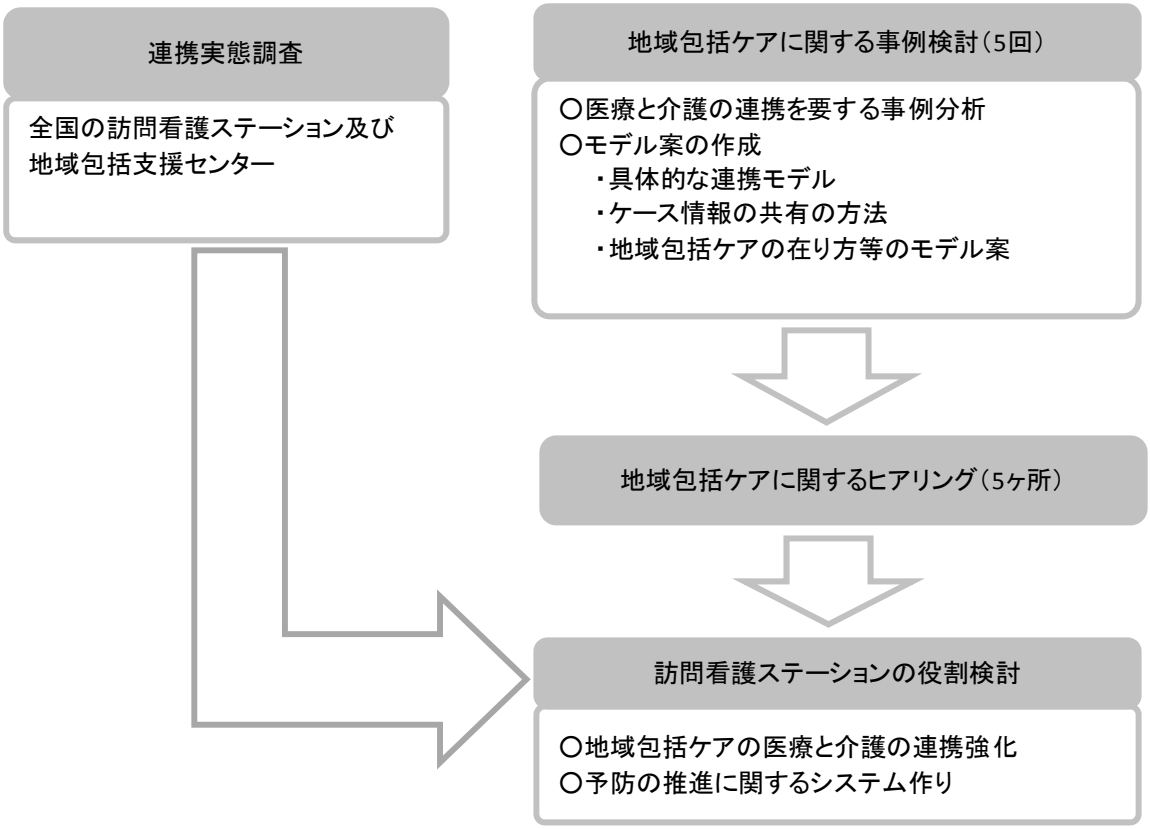
② 地域包括ケアに関する事例検討会議の開催（5 回）

③ 全国で先駆的に行われている地域包括ケアのヒアリング（5 か所）

3.調査全体イメージ

調査全体イメージを下記に示す。

図表 1-1　調査全体イメージ



4.研究における倫理的配慮について

本事業における以下の３つの調査については、財団法人日本訪問看護振興財団の研究倫理委員会の承認を得て実施した。

1）訪問看護ステーション及び地域包括支援センターの連携の実態調査（アンケート調査）

調査協力機関および調査協力者に不利益及び危険が生じないための配慮として①無記名であること、②本調査への協力は任意であること、③不参加もしくは調査の結果によって不利益が生じることはないことを依頼書で説明した。回答用紙の返送でもって同意を得たものとした。また個人情報等の安全管理等については、①プライバシーの厳守、②調査の結果は地域包括支援センター名（もしくは訪問看護ステーション名）、地域包括支援センター所属の各職種の個人名が特定しない形で公表すること、④回収した調査票は、日本訪問看護振興財団事務局内でも施錠等により厳重に管理することとした。

2）事例調査に関する倫理的配慮

事例（療養者・家族）、事例検討会参加者に係る個人情報の安全管理等については、①事例検討会の事例とされることについての協力は強制ではないこと、②不参加、中途での辞退によって不利益は生じないこと、③個人情報は本事業の目的以外に使用することはないことを説明し、利用者の同意を得た。参加者についても個人の秘密を守ること、プライバシー厳守、使用する書類は幣財団が責任を持って回収し処分することを説明した。

3）ヒアリング調査

ヒアリング対象には、①調査への参加は強制でないこと、また、②不参加、中途での辞退もしくは調査の結果によって何ら不利益が生じることがないこと、③個人情報は本事業の目的以外に使用することはなく、また施錠により外部に漏洩しないよう厳重に管理し、プライバシーの厳守、（ヒアリング調査時）ヒアリングした録音記録は報告書完成後に破棄すること、④調査の結果は報告書として、個人名と事業所名が特定しない形で公表することを説明した。

4）本調査の委託先との調査票及びデータの授受等

調査委託先との委託契約には、個人情報保護の取り扱いについて明記し、安全管理義務を課した。

第２章　訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携の実態調査

第１節　調査実施概要

訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携の実態を把握し、医療ニーズの高い要介護者・要支援者を適切にサービスにつなげるための、訪問看護ステーションの地域包括ケアへのかかわり方について調査した。

1.訪問看護ステーション調査

① 対象　:全国の政令市と特別区の訪問看護ステーション 1,000 か所を無作為抽出した。ただし、東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震による災害救助法の適用市町村（東京都を除く）を除き、また病院・診療所からの訪問看護（みなし指定）は調査対象外とした。

② 目的　:医療ニーズや予防ニーズのある利用者について、訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携の実態を明らかにする。

③ 方法　:自記式、郵送法、無記名とする。

④ 調査期間 :平成 23 年 11 月 15 日から平成 23 年 12 月 6 日まで(最終締切 12 月 16 日)。

⑤ 調査内容 :訪問看護ステーションの体制、利用者状況、地域包括支援センターとの連携、課題等

2.地域包括支援センター調査

① 対象　:全国の政令市と特別区の地域包括支援センター500 か所を全国から無作為抽出した。ただし、東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震による災害救助法の適用市町村（東京都を除く）を除いた。

② 目的　:地域包括支援センターのセンター長、保健師、社会福祉士、主任介護専門員、それぞれに、活動状況と、訪問看護ステーションとの連携の実態等を明らかにする。

③ 方法　:自記式、郵送法、無記名とする。調査票はセンター長宛に、センター長票及び職種別の調査票一式を送付し、センター長に保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員各 1 名づつへ調査票の配布を依頼した。

④ 調査期間 :平成 23 年 11 月 15 日から平成 23 年 12 月 6 日まで（最終締切 12 月 16 日)。

⑤ 調査内容 :【センター長】開設主体、体制、訪問看護ステーションとの連携、地域密着型サービスの整備状況など
【保健師】利用者の特徴、訪問看護ステーションとの連携及び連携上の課題
【社会福祉士】 保健師と同様
【主任介護支援専門員】保健師と同様

（参考）平成 22 年 10 月 1 日現在の訪問看護ステーション数と地域包括支援センター数(出典 : 平成 22 年介護サービス施設・事業所調査の概況（厚生労働省))

・訪問看護ステーション：5,903 ヶ所
・地域包括支援センター：4,336 ヶ所

3.回収数

回収数は、訪問看護ステーションから 325 件（回収率 33.7%）、地域包括支援センターからセンター長 120 件(回収率 24.1%)、保健師 123 件、社会福祉士 133 件、主任介護支援専門員 125 件であった。

図表 2-1　回収数

発送先		発送数（件）	回収数（件）	回収率
訪問看護ステーション		963	325	33.7%
地域包括支援センター	センター長	498	120	24.1%
	保健師	498	123	
	社会福祉士	498	133	
	主任介護支援専門員	498	125	

第２節　訪問看護ステーション調査結果

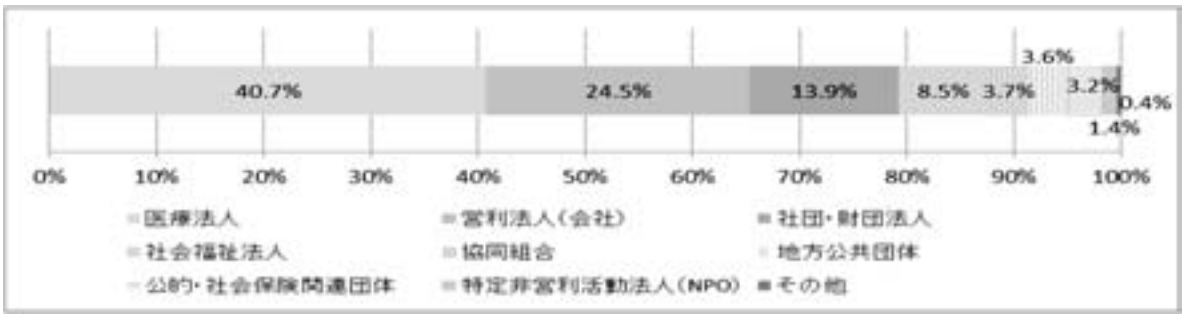
1.基本情報

1）開設主体

回答数 325 件のうち、開設主体が医療法人は 40.0%、次いで株式会社 20.9%、財団・社団法人 11.7%であった。

図表 2-2　開設主体（n=325）

なお、厚生労働省の「平成 22 年介護サービス施設・事業所調査の概況」（平成 22 年 10 月 1 日現在）は以下の図の通りであり、今回調査との大きな違いは見られなかった。



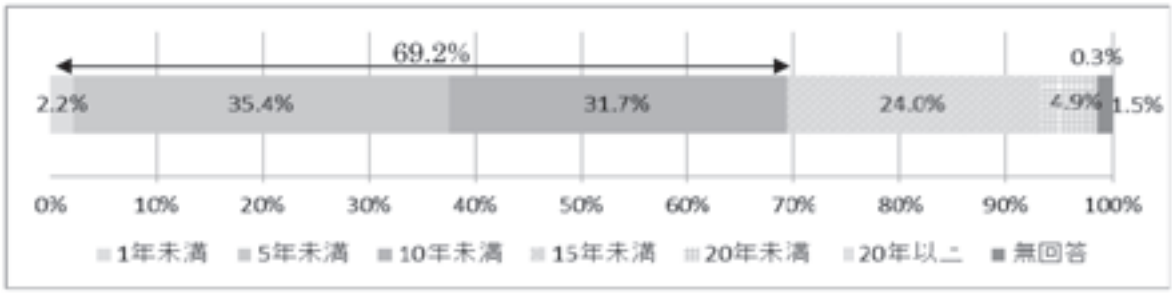
2）管理者の経験年数

管理者の平均経験年数は 6.8 年であった。経験年数分布では、10 年未満が 69.2%であった。

図表 2-3　管理者の経験年数

職種	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
管理者	320	6.8	4.5	6	20	0.3

図表 2-4　管理者経験年数分布（n=325）



3）従事者数

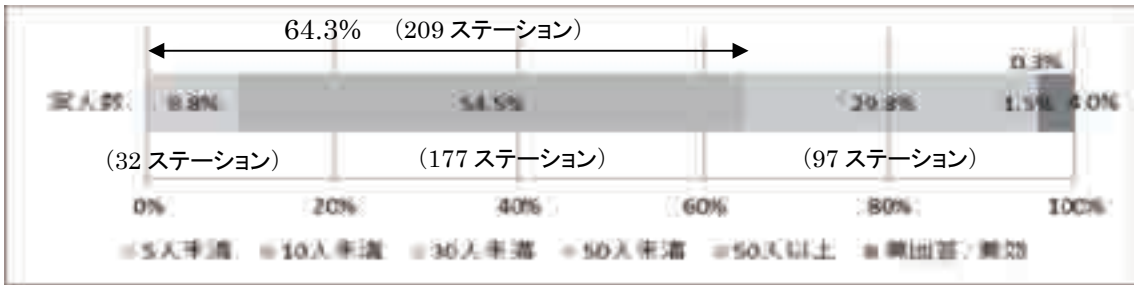
（1）実人数

平成 23 年 10 月現在の平均従事者数は、9.3 人であった。職種別では、保健師 0.3 人、看護師 6.2 人、准看護師 0.6 人、PT1.4 人、OT0.6 人、ST0.1 人、事務 0.9 人であった。合計人数の分布では、10 人未満（1~9 人）が 64.3%（209 ステーション）であった。

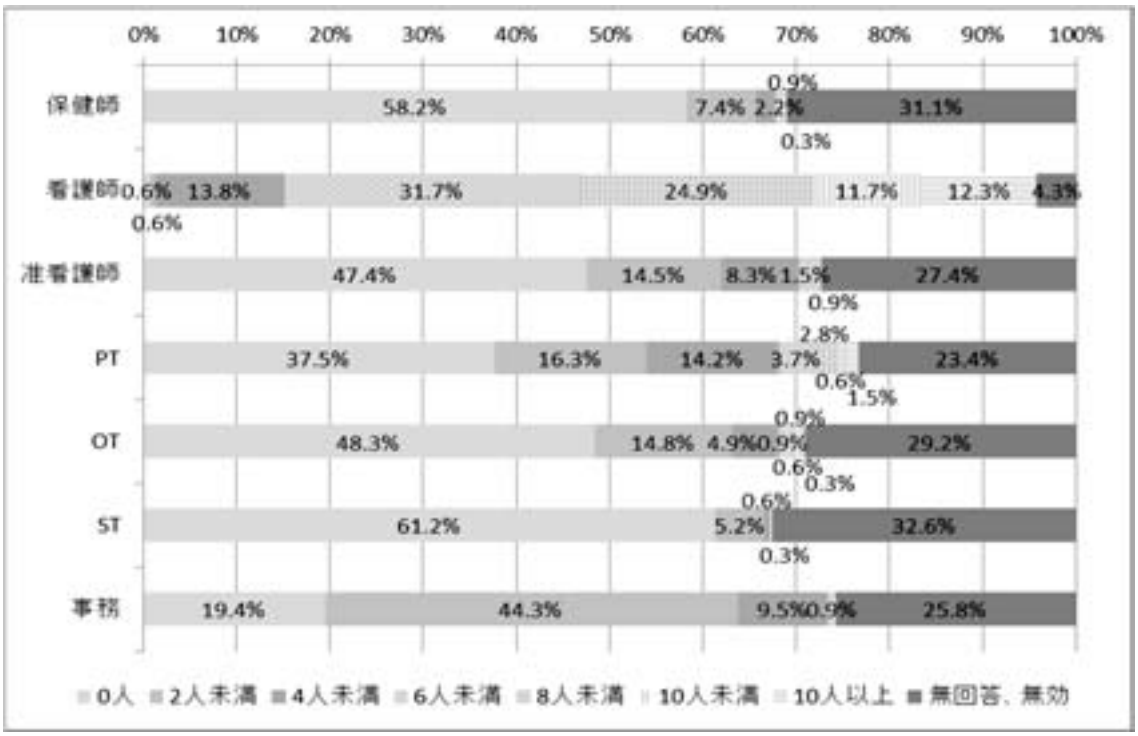
図表 2-5　従事者数

職種	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
合計	312	9.3	6.1	8	55	3
保健師	224	0.3	1.0	0	9	0
看護師	311	6.2	3.3	6	28	0
准看護師	236	0.6	1.2	0	6	0
PT	249	1.4	2.7	1	20	0
OT	230	0.6	1.5	0	12	0
ST	219	0.1	0.6	0	8	0
事務	241	0.9	0.8	1	5	0

図表 2-6　従事者数合計の分布　（n=325）



図表 2-7　職種別の従事者数分布（n＝325）



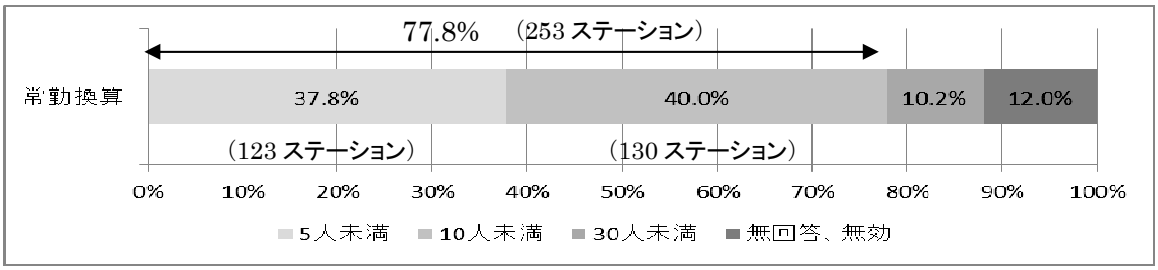
（2）常勤換算数

常勤換算の平均従事者数は、6.3 人であった。職種別では、保健師 0.2 人、看護師 4.6 人、准看護師 0.4 人、PT0.7 人、OT0.3 人、ST0.04 人、事務 0.6 人であった。合計人数の分布では、10 人未満（1~9 人）が 77.8%（253 ステーション）であった。

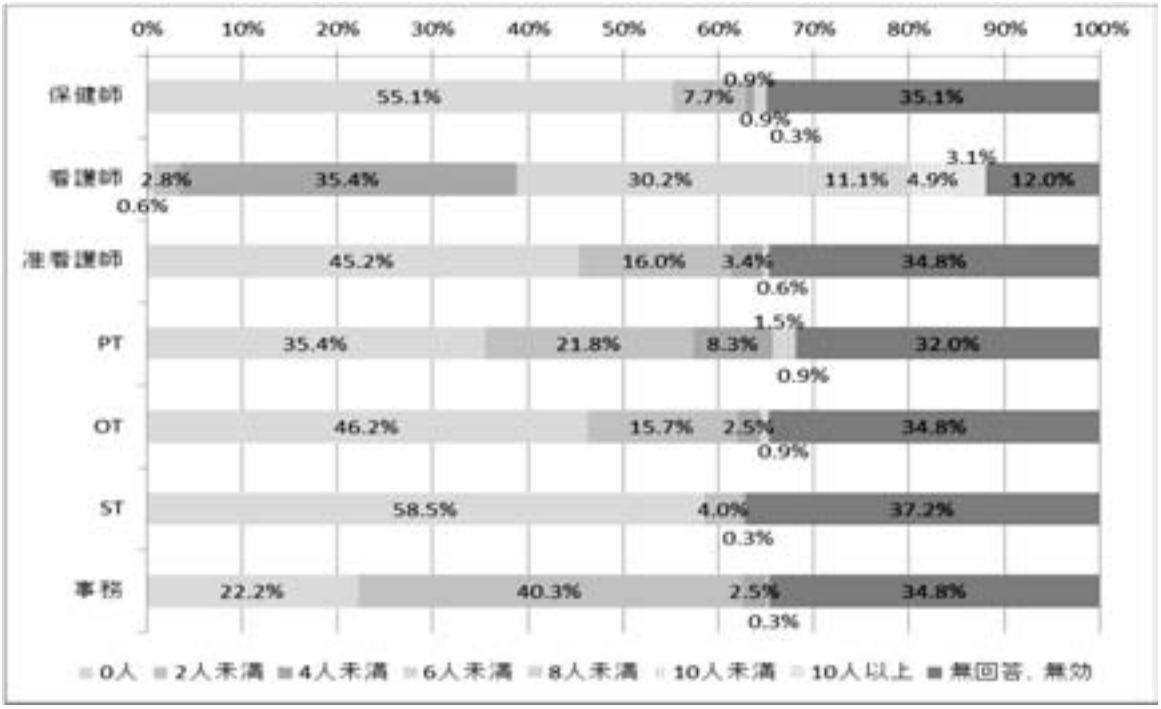
図表 2-8　常勤換算従事者数

職種	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
合計	286	6.3	3.6	5.3	25.0	2.5
保健師	211	0.2	0.8	0.0	6.0	0.0
看護師	286	4.6	2.4	4.1	17.0	0.0
准看護師	212	0.4	0.8	0.0	4.7	0.0
PT	221	0.7	1.2	0.0	7.4	0.0
OT	212	0.3	0.8	0.0	5.7	0.0
ST	204	0.04	0.2	0.0	2.2	0.0
事務	212	0.6	0.6	0.5	4.0	0.0

図表 2-9　常勤換算従事者数合計の分布（n=325）



図表 2-10　職種別の常勤換算従事者数（n=325）

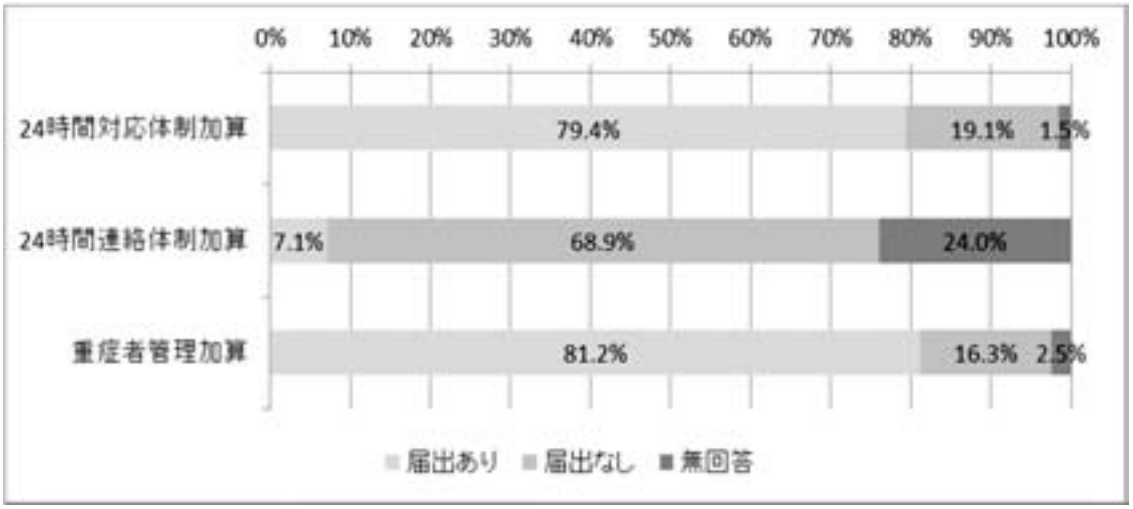


4）加算の届出状況

（1）医療保険

平成 23 年 10 月現在で、24 時間対応体制加算は 79.4%、24 時間連絡体制加算は 7.1%の届出であった。また、重症者管理加算は 81.2%届出のため、24 時間対応体制加算又は 24 時間連絡体制加算を届出したステーションのほとんどが届出している状況であった。

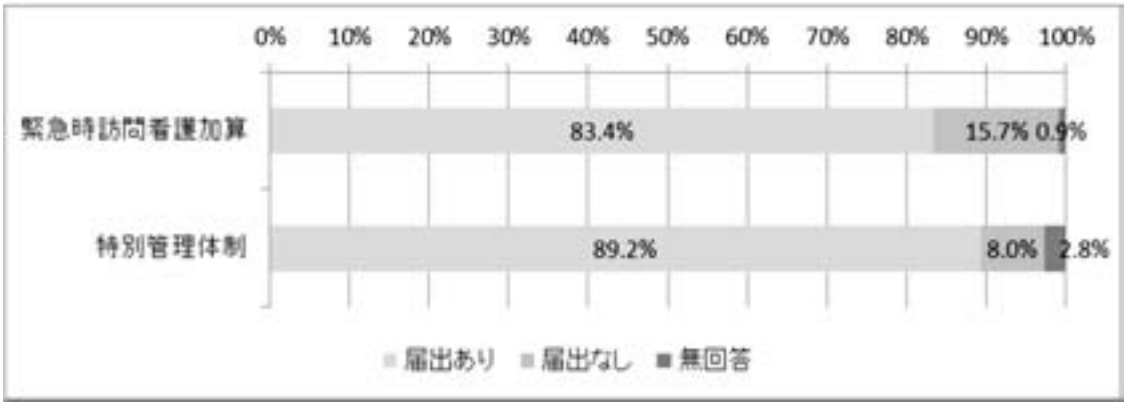
図表 2-11　医療保険の加算届出数（N=325）



（2）介護保険

緊急時訪問看護加算は 83.4%、特別管理体制は 89.2%の届出であり、概ねほとんどのステーションが届出している状況であった。

図表 2-12　介護保険の加算届出数（n=325）



2.利用者の状況

1）保険別利用者数

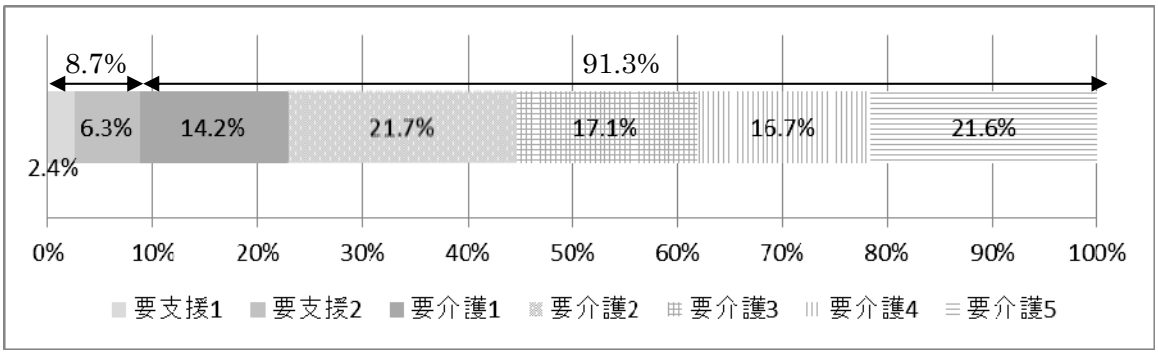
平成 23 年 10 月 1 ヶ月間の介護保険の平均利用者数（実人数）は、要支援 1 が 1.3 人、要支援 2 が 3.5 人、要介護 1 が 7.9 人、要介護 2 が 12.1 人、要介護 3 が 9.6 人、要介護 4 が 9.3 人、要介護 5 が 12.0 人であり、合計では 55.6 人であった。また、医療保険の平均利用者数（実人数）は、17.8 人であった。

介護区分別の利用者割合では、要介護が 91.3%を占めており、うち要介護 2 が 21.7%、次いで要介護 5 が 21.6%、要介護 3 が 17.1%であったが、要介護区分別に大きな違いはない結果であった。

図表 2-13　保険別利用者数

保険種別	介護区分		回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
介護保険	合計		318	55.6	38.7	48	266	0
	要支援	1	314	1.3	2.1	1	23	0
		2	316	3.5	4.4	2	45	0
	要介護	1	314	7.9	6.8	6	46	0
		2	314	12.1	9.9	11	66	0
		3	314	9.6	7.6	8	52	0
		4	314	9.3	6.9	8	47	0
		5	314	12.0	9.5	10	50	0
医療保険			316	17.8	24.3	12	211	0

図表 2-14　介護区分別利用者割合（n=17,541）



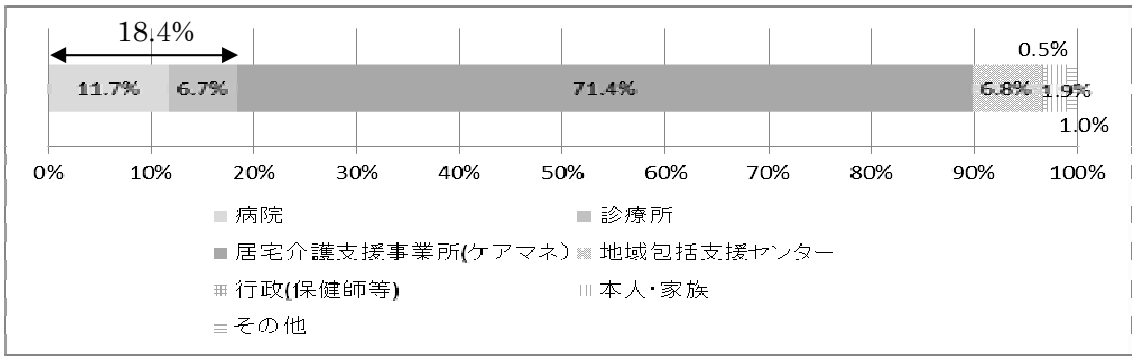
2）依頼元別利用者数

平成 23 年 10 月、1 ヶ月間の依頼元別の平均利用者数は、介護保険では居宅介護支援事業所からの依頼が 36.3 人（71.4%）と最も多く、医療保険では病院からの依頼が 6.8 人（40.7%）、次いで居宅介護支援事業所の依頼が 4.1 人（24.7%）であった。

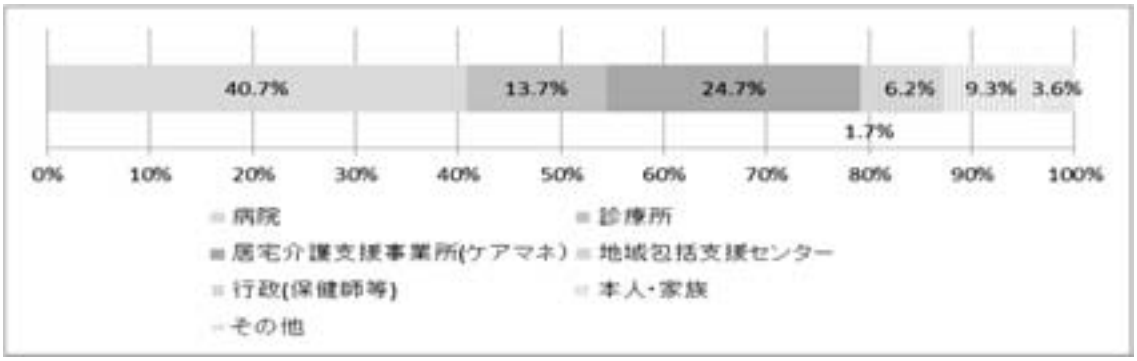
図表 2-15　依頼元別利用者数

種別	紹介元	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
介護保険	病院	266	6.1	11.0	2	83	0
	診療所	262	3.5	9.9	0	127	0
	居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)	274	36.3	33.8	31	220	0
	地域包括支援センター	272	3.5	6.8	1	66	0
	行政(保健師等)	260	0.3	0.9	0	10	0
	療養者･家族	259	1.0	2.2	0	14	0
	その他	256	0.5	1.8	0	21	0
医療保険	病院	265	6.8	17.3	3	183	0
	診療所	259	2.3	4.5	0	30	0
	居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)	265	4.1	5.1	3	32	0
	地域包括支援センター	254	0.3	0.8	0	6	0
	行政(保健師等)	261	1.0	3.5	0	48	0
	療養者･家族	259	1.6	10.6	0	167	0
	その他	255	0.6	1.7	0	16	0

図表 2-16　介護保険の依頼元別利用者構成割合（n=13,919）



図表 2-17　医療保険の依頼元別利用者構成割合（n=4,414）



3）利用者数

平成 23 年 10 月、1 ヵ月間の平均利用者数（実人数）は 72.9 人、また事務職員を除く職員 1 人当たり平均利用者数は 12.7 人であった。

利用者分布では、100 人未満（50～99 人）が 46.5%、次いで 50 人未満（10～49 人）が 31.7%であった。

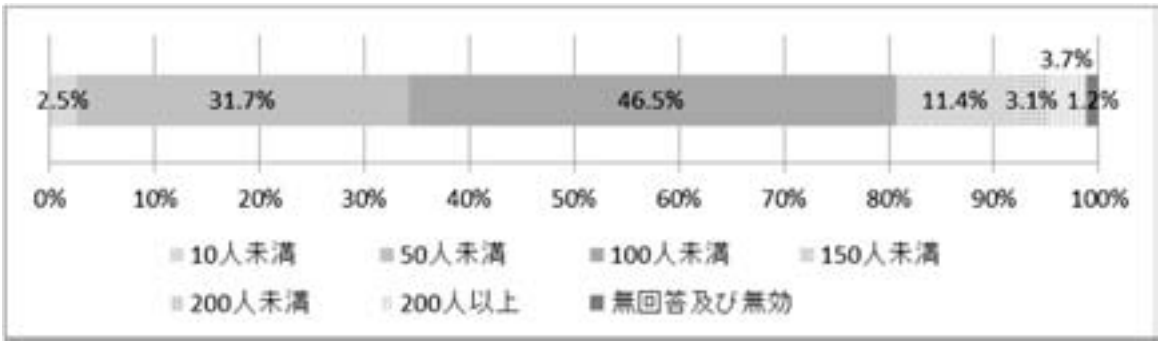
図表 2-18　利用者数

	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
利用者数	321	72.9	49.3	61	355	3

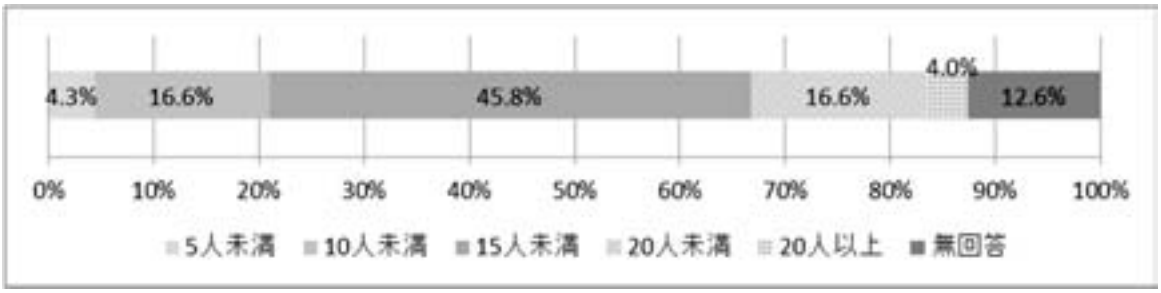
図表 2-19　事務職員を除く職員 1 人当たり利用者数

	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
事務職員を除く職員 1 人当たり利用者数	284	12.7	5.6	12	65	1

図表 2-20　利用者数分布（n=325）



図表 2-21　事務職員を除く職員 1 人当たり利用者数分布（n=325）

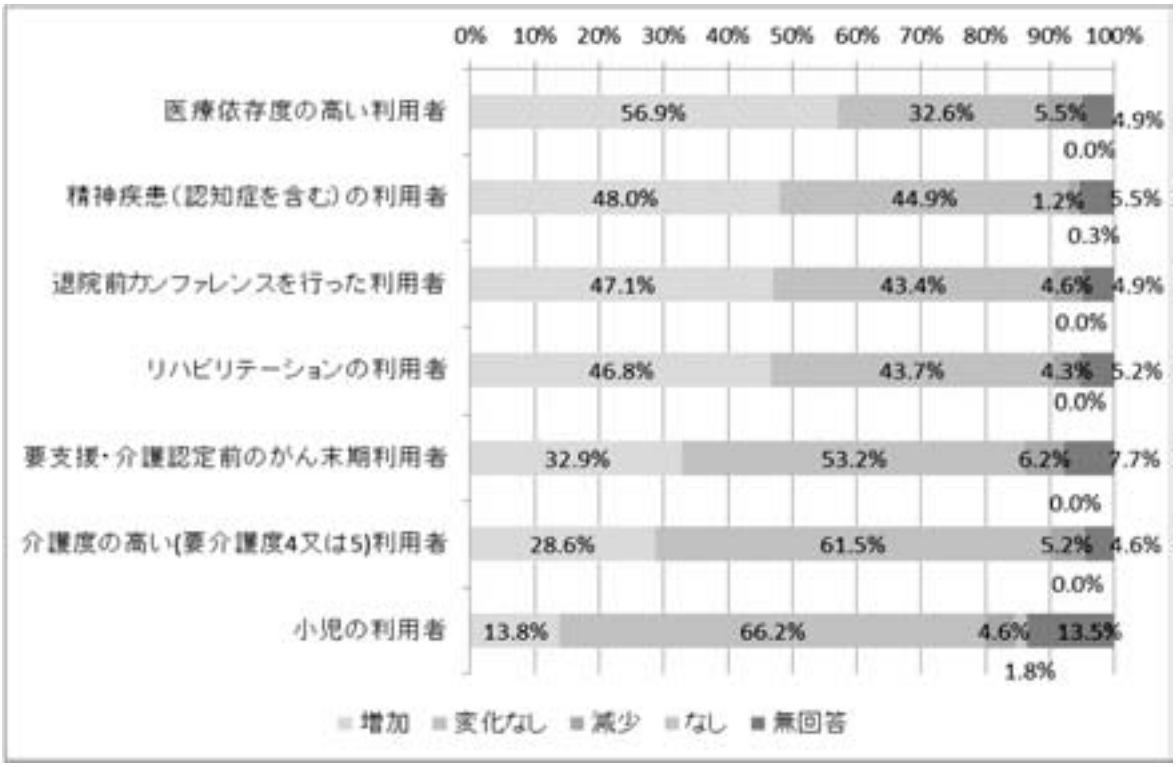


4）最近の利用者の特徴

最近の利用者の特徴として、約半数の訪問看護ステーションが「増加している」と回答した内容は、「医療依存度の高い利用者（56.9%）」、次いで「精神疾患（認知症を含む）の利用者（48.0%）」、「退院前カンファレンスを行った利用者（47.1%）」、「リハビリテーションの利用者（46.8%）」であった。

一方、過半数のステーションが「変化なし」と回答しているのは「要支援・介護認定前のがん末期利用者（53.2%）」、「介護度の高い（要介護度 4 又は 5）利用者（61.5%）」、「小児の利用者（66.2%）」であった。また、「減少している」と回答した内容は全ての内容で若干数であった。

図表 2-22　最近の利用者の特徴（n=325）



【その他の利用者（自由記載）】

〇精神疾患・認知症の利用者

精神・神経障害が増加傾向にあります。
認知症の独居、認知症の介護者。
精神専門の ST（言語療法士）。
独居の認知症が増加している。

〇医療依存度の高い利用者

一度は自宅に帰りたいと希望。ホスピス入院待機者。
重度心身障害者の利用者が増加。
24 時間定時訪問しているので医療依存度の利用者が以前から多い。

パーキンソン病関連疾患。
糖尿病の利用者で壊疽を発生して処置が困難な方（血栓による壊疽があり処置困難な利用者）が続けて 3 件対応した。壊疽による処置が困難であっても早期退院になることを再認識した。家族は老々介護で更に対応困難となっている。
ターミナルケアを必要とする利用者（在宅での看取り）。
小児の利用者は、ほぼ全員が医療依存度の高い人である。
後期高齢者のがん末期で、緩和ケア病棟入院待機の在宅療養者。

〇その他の利用者

受け入れなし。
内服管理を必要とする利用者。
独居の増加。
生活保護、独居。
独居高齢者利用者。

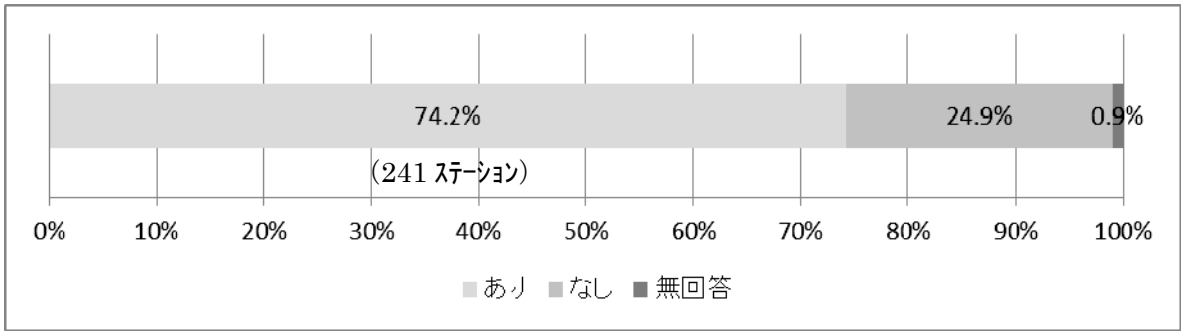
3.地域包括支援センターとの連携

1）地域包括支援センターからの相談・問い合わせ

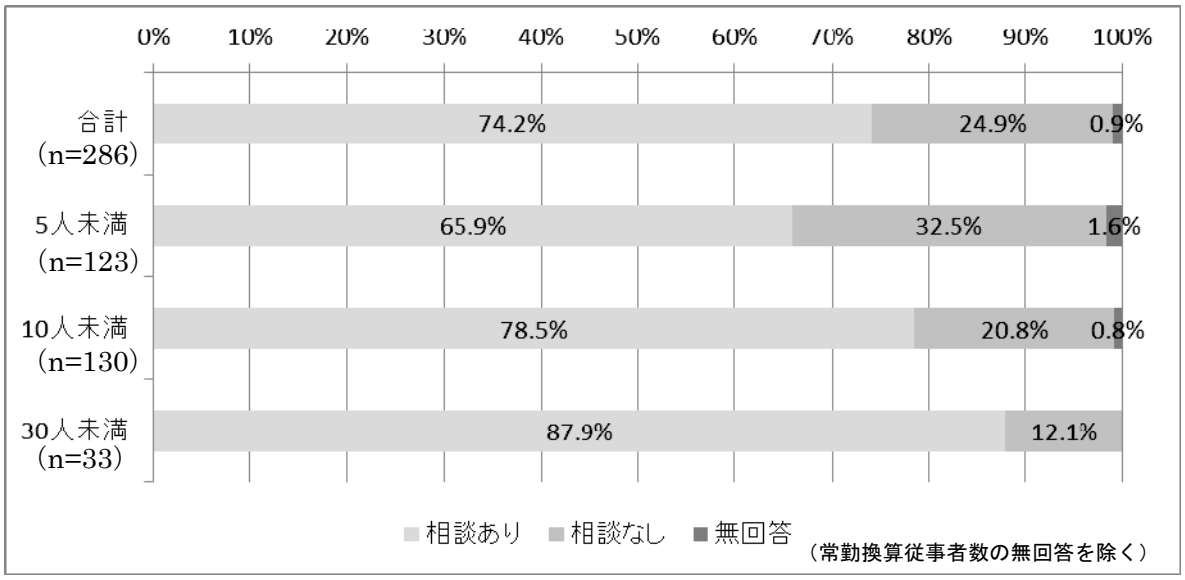
（1）相談・問い合わせの有無

地域包括支援センターから相談・問い合わがあった訪問看護ステーションは、74.2%（241 ステーション）であった。また、常勤換算従事者数区分別の相談・問い合わせの有無では、従事者数が多いほど相談・問い合わせされた傾向にあった。利用者数区分別でも同様に、利用者数が多いほど相談・問い合わせされた傾向にあった。

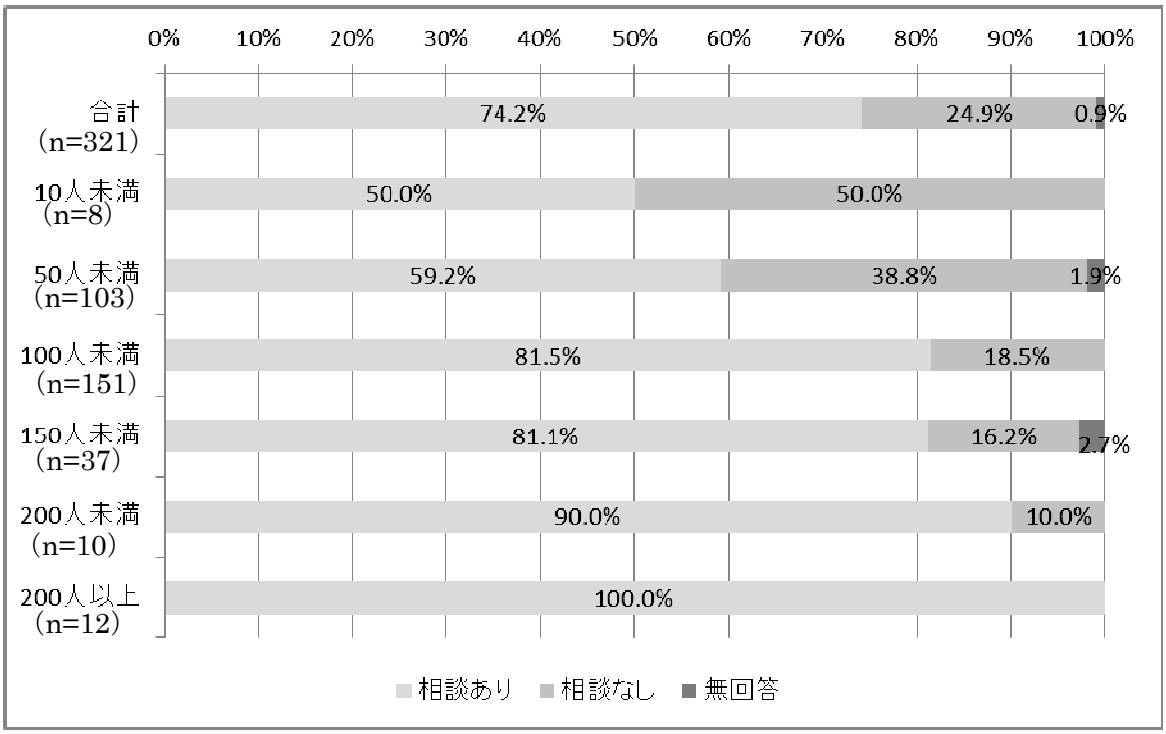
図表 2-23　地域包括支援センターからの相談・問い合わせの有無（N=325）



図表 2-24　常勤換算従事者数区分別の相談・問い合わせの有無



図表 2-25　利用者数区分別の相談・問い合わせの有無



（2）相談・問い合わせ件数

上記（1）で「あり（相談・問い合わせあり）」と回答した 241 の訪問看護ステーションが 6 ヶ月間（平成 23 年 4 月~9 月）に地域包括支援センターから相談・問い合わせされた平均件数は 8.6 件であり、過半数（51.9%）は 5 件未満であった。

図表 2-26　地域包括支援センターからの相談・問い合わせ件数（平成 23 年 4 月~9 月）

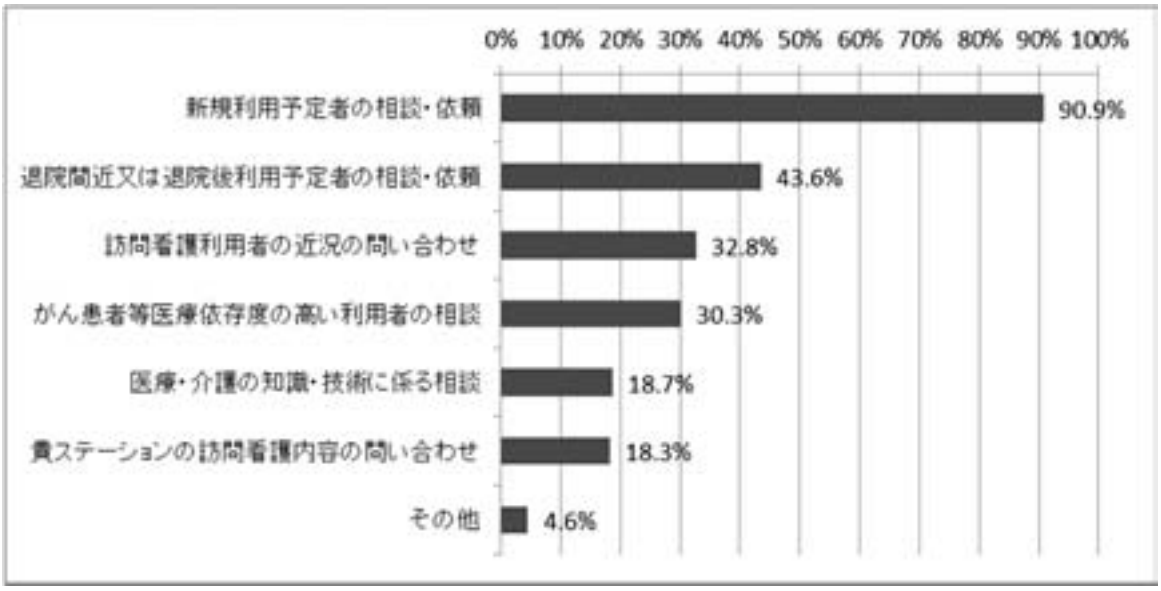
	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
合計	241	8.6	20.2	4	220	0

図表 2-27　地域包括支援センターからの相談・依問い合わせ件数分布（n=241）

（3）相談・問い合わせ内容

地域包括支援センターから相談・問い合わせされた内容は、「新規利用予定者の相談・依頼（90.9%）」、次いで「退院間近又は退院後利用予定者の相談・依頼（43.6%）」、「訪問看護利用者の近況の問い合わせ（32.8%）」、「がん患者等医療依存度の高い利用者の相談（30.3%）」であった。その他（4.6%）の内容としては、「虐待」、「家庭環境」、「地域連携」等に係る内容であった。

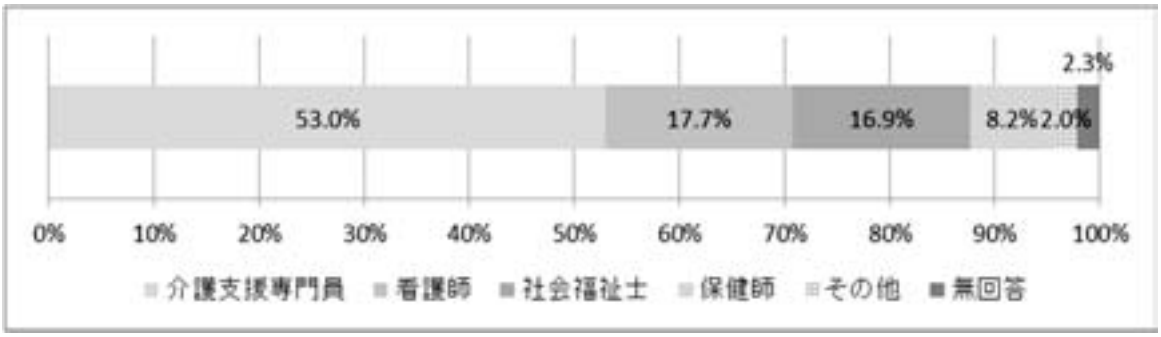
図表 2-28　地域包括支援センターからの相談・問い合わせ内容（複数回答）



（4）相談・問い合わせ元の職種

相談・問い合わせ元の地域包括支援センターの職種のうち、過半数（53.0%）が介護支援専門員であり、次いで看護師 17.7%、社会福祉士 16.9%であった。

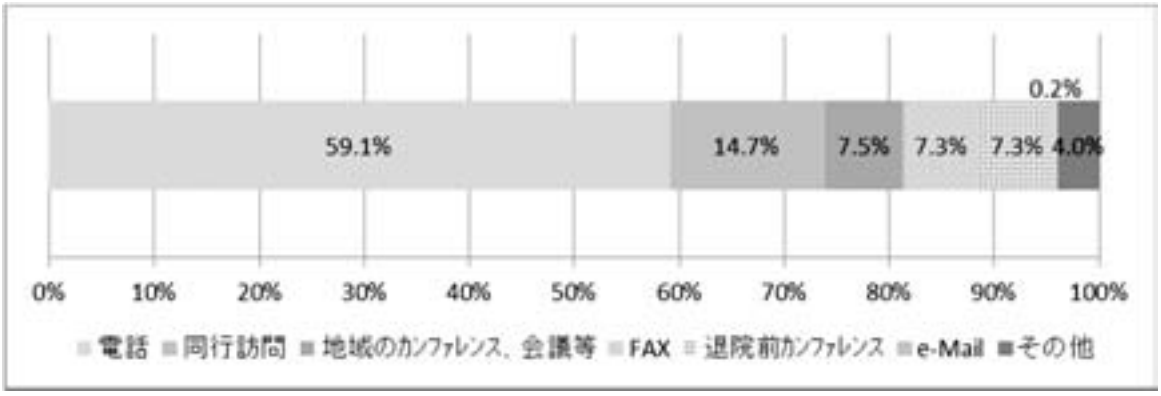
図表 2-29　相談・問い合わせ元の職種（重複回答）



（5）相談・問い合わせ手段

相談・問い合わせの手段は「電話」が 59.1%、次いで同行訪問が 14.7%、他の手段は全て 10%以下であった。

図表 2-30　相談・問い合わせ手段（複数回答）



（6）地域包括支援センターからの相談・問い合わせの具体的事例

〇がん患者等医療依存度の高い利用者の相談事例

・老人保健施設を退所し、在宅看取り目的で介護したいとのこと。居宅介護支援事業の依頼もあり、主治医を決め在宅看取りができた。
・ターミナルで数週間か～1ヶ月位だが訪問看護は受けられますか。 ・退院近い、ご家族様も訪問看護師と共に介護したいという希望が強い。
・糖尿病、腎不全あり。在宅での腹膜透析導入にて退院となる利用者の相談。
・病名：肝臓がん今回、初めて介護保険申請の為、地域包括支援センターへ相談に行かれた。居宅介護支援事業と訪問看護の新規依頼で電話相談あり。訪問看護のみ受ける。
・褥瘡、夫と二人暮らし。
・がん治療の為に外来通院開始（抗がん剤週１回）するための経過観察。ADL（日常生活動作）は保たれているが、独居のため、主治医に相談。異常の早期発見が必要。 週１回訪問看護開始。
・腹膜透析中、糖尿病のコントロール不良。足指も切端。訪問看護師に病状を見に入って欲しい。
褥瘡が多発しているため、訪問看護を導入したい。処置してもらえるか？
・留置カテーテル使用の利用者が退院した。物品の手配の方法についての問い合わせがあり、一般的な内容を説明したが、念の為、主治医・医療機関に問い合わせてみるように伝えそのようにした。
・ターミナルケア。緩和ケア。
・大腿骨骨折手術後で退院後のリハビリおよび内服管理の依頼。日中独居であるため日常生活の把握。
・パーキンソン病、体の動きが悪くなった為リハビリを希望される。糖尿病で足趾潰瘍をくり返す人のケア。
・がん末期女性、退院決まり、キーパーソンは長女。退院後の訪問必要だが現在空きがあるか？空きがあれば退院前カンファレンスへの出席依頼ありその後退院し現在訪問中。

・急激な状態変化がある方。治療を拒否している。訪問診療と訪問看護で対応してほしい（乳癌の末期状態であろう方）。
・悪性中皮腫。体力低下、痛みや呼吸困難出現、独居であり、訪問看護開始した。
・腎盂腎炎の方が退院されたが自尿がないので導尿に行けないか。
・癌・末期患者の相談が多い。
・視力障害、糖尿病による足指潰瘍。潰瘍部位の観察・処置の依頼あり。金銭的な問題もあり長期入院となり訪問看護にはつながらなかった
・肺がんターミナルの利用者が退院するが、在宅でのサービス利用を拒んでいる。家族が心配して相談に来られた。訪問看護の話は療養者も聞くと言っているので、相談にのってほしい。訪問看護の説明と相談に伺い、今後、連絡・相談をしながら定期的な訪問に連げていくこととした。1ヶ月後入院された。
・末期癌　在宅への復帰に際しサービス内容と自宅の必要物品など環境調整
・パーキンソン病の方の訪問リハビリテーションの依頼。二人暮らしのご夫婦
・がんターミナルの在宅療養支援対応について。退院前カンファレンスから退院当日までの期間に、サービス計画を行うことになっていた。退院日訪問すると何も準備がされてない状態「どうなるかわからない」といった理由でサービス計画案もなく次の居宅も探していない状況。その後もサービス計画は立案できず死亡に至る。訪問看護は医療保険だったので介護保険のサービス計画は立てないという理由。主治医、訪問看護だけで支援していた。
・骨折にて ADL 低下、どちらとも要介護状態の高齢者夫婦のケアマネジャーから訪問看護依頼。
・脳梗塞、言語リハビリテーション希望で訪問看護介入中。入浴希望にて訪問介護介入。 ・神経難病の利用者。若く医療保険の方。（現役で働いており家族を養う必要のある方）PT（理学療法師）ST（言語療法士）介入中。
・糖尿病、脳梗塞、軽い麻痺あり、独居。インスリン注射、血糖測定を行い食生活のアドバイス。
・男性60才代独居。心筋梗塞で入院。他に、糖尿病、心不全、心原性脳梗塞、心房細動、貧血等の既往が有る。退院後、状態観察、内服薬の管理援助のため依頼が有り訪問開始した。
・糖尿病、アルコール中毒　一人暮らし
・胃癌末期状態、吐・下血あり貧血著明。療養者・家族の希望で在宅療養である。在宅での輸血、IVH（中心静脈栄養）管理も含めての依頼。退院前カンファレンス施行後、在宅療養開始。在宅で IVH 挿入し輸血等の実施・管理も主治医の指示を確認しつつ行った。（訪問日は毎日）
・91 才代　男性　独居。前立腺肥大、尿閉にてバルーン留置。1 人での通院困難となるも、バルーン管理が必要。隔週訪問でバルーン交換施行。
・がん末期で入院中。治療を終了し在宅療養へ移行したいので、病院と連絡をとり退院へむけての準備と在宅支援を依頼。
・胃瘻管理を必要とする要支援者のケアについて、ヘルパーが行える範囲と内容について又、その材料の調達方法について。
・統合失調症、慢性腎不全で週 3 回人工透析中。年齢により医療保険から介護保険への変更で夫の理解がむずかしくケアマネジャー、訪問看護との連携をはかり夫へ説明し、継続訪問看護となっている。
・心不全、内服管理できず体調不安定、独居のため訪問看護依頼。初回訪問時不在。同日体調

不良で受診中。心不全悪化により入院。
・突発性間質性肺炎で HOT（在宅酸素療法）の利用者、ADL が低下してきた。介護者が地域包括に困っている旨相談されたことをきっかけに介入。妻・療養者の 2 人暮らし、妻が介護者。
・脳腫瘍　転倒繰り返し、状態悪化。介護負担増強し、入院中。在宅へ帰るために妻の不安あり。訪問看護依頼あり。
・人工肛門（ストマ）管理（イレウス手術後）82 才男 ADL は歩行可能。 独居。ストマ管理をしてほしい。病院から指導されてくるが独居老齢のためストマ交換できるか心配。
・入院中の末期癌　介護保険申請中。端座位可能な程度。退院の予定となった。息子との 2 人ぐらし（息子は遠方の勤務）PEG（胃ろう）あり。介護協力者なし。往診医なし。近所との交流なし。⇒退院後の生活についてシュミレーションし、地域包括支援センター、病院と協議し、ケアマネジャーを紹介し退院した
・COPD（慢性呼吸不全）、呼吸困難あり　在宅酸素療法を行っている。妻と二人暮し。バイタルサインのチェックや清潔援助のための訪問看護サービスを導入する。
・癌末期の利用者である。ADL は自立しているが、病状の進行や食事量が少ない等家族の不安が大きい。医師と食事や今後の受診等相談し、訪問看護を提供した。
・パーキンソン病　脳梗塞。片麻痺　精神不安定　他人を受け入れられない。夫と二人暮らし。日中独居（土・日も）。子どもの支援、望めない。
・乳がん、腰椎圧迫骨折、廃用で褥瘡のある人、長男は軽度の知的障害、次男は仕事をしている。3 人暮らし。退院時も後方支援病院もあまり関与せず、地域包括支援センターへ連絡する。地域包括支援センターから訪問看護に連絡があった時には、在宅ですでに 2 週間以上たっており、褥瘡も表皮剥離程度ときいていたが実際はひどい褥瘡で、ベッドもエアーマットも入っていない状態だった。
・乳がん（ステージ 4）…がんの骨転移（頚・腰椎）。化学療法を通院で行いたい。（1×／3w）頚椎転移により、頚部の保持が困難。（頚椎カラーの装着、車イス利用中）夫が主介護者で 2 人暮し。①バイタルサインチェック。②精神支援、③疼痛コントロール、④入浴支援　目的で介入希望。
・大腸がん末期。抗癌剤治療をしていたケース。体調管理、排泄ケアにて訪問していた 徐々に ADL 低下、痛み強くなり、通院困難となった為在宅診療医の導入、介護度の区分変更をしてヘルパー訪問看護も回数を増やした。
・①透析患者が在宅に戻る為、どの様に訪看対応できるか（内服、体調管理）、②医療処置について、どの様な処置が必要か（ポート管理上）、③今後の対応としてデイサービスへの移行、24 時間対応の追加、④特定疾患についての訪問看護の制度について（医療・介護どちらか対象か）・パーキンソンヤール判定
・がん末期で退院間近、介護認定申請中で介護度決定次第ケアマネジャーを決めてもらうが、まずは訪問看護をお願いしたい。
・生活保護すれすれの方で困難事例。家人の介護能力不足。指導、相談も含めてのケアの依頼。→介護に慣れ自宅看とりできた。癌の末期、褥瘡形成。
・難病の方が支援から要介護になったため、ケアマネジャーと訪問看護師の依頼があった。看護師の資格のあるケアマネジャーがよいと言われた
・脳梗塞、PEG、寝たきり、孫と 2 人暮し

・肺癌・悪性胸水で、食欲低下もあり、酸素両方も在宅では拒否されているが、退院希望あり。往診導入となり、要支援から区分変更され退院後のサービス調整をし、退院となった。妻と二人ぐらしの為、ヘルパー、訪看、ベッドレンタル、ポータブルトイレの購入などサービス利用となったが、1週間で再入院となった。
・労災、中皮腫末期、要支援 1 の訪問依頼を療養者、ケアマネジャー共々、病状病気の認識が正しくされていなかった。そのため、タイムリーなプランが立てられていない為、妻の判断でケアマネジャーがかわり、在宅診療医もつけ、終末期を送ることができた。
・がん末期の方で医療器具をつけて在宅に戻る事例に対しての相談。
・脳腫瘍の患者さんで現在は安定しておられるが、いずれ悪化される可能性が高いので訪問看護を入れてほしい。
・末期がん、ALS（筋萎縮側索後遺症）等他の訪問看護ステーションで対応できないケースについて、問い合せあり、当訪問看護ステーションの特長を伝え断った。
・要支援 2 の男性。在宅酸素導入。妻と二人暮し。入浴介助 1 回／W 訪問看護。経過順調。
・ALS、膀胱がんの男性、80 代。ALS により両上肢全廃。膀胱がんは一旦治療が終了し、経過観察中。介護保健申請行い、ケアプランと訪問看護と一緒に受けられないか…との相談。 ケアプラン、訪看ともに受け、訪問看護開始。
・進行性、難病の方の訪問看護依頼。
・がん末期の方、病院から帰ってくるが認定結果出ていない。訪問看護して欲しい。自立歩行可。妻と子供。
・ALS 全身の拘症、胃瘻（嚥下困難）意思伝達困難、呂律不明等、高齢の夫と二人暮（介護困難ー軽い脳梗塞）
・ターミナル期、独居、医療拒否、生活保護、肝硬変の末期、腹水貯留、寝たきり状態。
・がん末期で入院中。入院前は予防介護で包括が居宅で関わっていた。退院後、末期の状態のため医療の必要があるため、訪問看護と居宅介護支援事業を当事業所に依頼。自宅看取りとなったが、包括とは退院後の関わりは一切なし。
・新規利用予定者の相談（病名：左肺腺がん、上腕痛、ADL 一応出来ている。夫と二人暮し）。上腕に皮膚癌のあとの処置が出来ますかの問い合せで一度、ケアマネジャーと同行訪問し面談となる。
・末期癌の新規依頼。
・全身性エリテマトーデス、脳梗塞後遺症の 83 才女性、要支援 2。右大腿部痛あり、在宅生活困難にて1カ月程入院治療。退院許可も出たが、体が虚弱で室内の移動困難。夫と二人暮らしであるが、夫も病気をもっており、在宅生活にも不安もあり、リハビリや生活援助、健康管理などの相談あり。
・肺がん末期、要介護度は要支援Ⅱ。独居。重症筋無力症もあり。病状が安定あるので最後自宅に帰りたい。しかし、物忘れもあるので服薬管理を…との依頼。すぐに訪問したが、予想より重症で毎日体調管理が必要で失禁もあり 1 週間で病院へ戻った。せめて退院時カンファレンスに行きたかった。
・レビー小体型認知症、パーキンソン症候群、胃ろう造設。病状→もの忘れ、幻視、パーキンソン症状。家族状況→妻と次男との 3 人暮らし。喀痰量が多く在宅での吸引管理が必要とされた。ス

テーションの吸引器を貸し出し練習を行ってもらった所、上達され吸引がうまく出来るようになられた。
・肝ガンにて腹水貯留しているが、要支援 2 で訪問看護とデイケアを利用したいが訪問看護依頼あったが入院されてしまい、利用なし。
・独居、癌末期、健康管理支援の依頼 ・独居、癌末期、創の処置での依頼 ・不安神経症、二世帯、日中独居、健康相談の依頼あったが訪問看護のキャンセルが多く相談 ・夫と二人暮し。ADL の低下が著明。環境整備での問い合わせ。
・病院を強制退院させられ治療途中である。独居で身寄りもない。がん末期で食欲不振あり。主治医も決められず、年金収入も最低限である。介護認定、生活保護申請、主治医の決定を勧めた。即、訪問看護を開始したが、病状回復せず。主治医より医療機関を探してもらい、療養者の希望もあり入院となった。
・腎不全、子宮癌放射線後遺症による膀胱・腸瘻、外陰部のただれ、認知症高齢の療養者、介護者娘一人のみ、介護保険申請予定。在宅療養、外陰部ただれの処置について 3 ヶ月間訪問看護利用。腎不全悪化により入院となる。
・喉頭癌末期、独居の利用者、在宅緩和ケアへの移行と訪問診療導入についての相談と調整。
・癌末期。胃ろうにて、急いで対応してほしい。
・病名　脳卒中。病状　右麻痺、失語症。アルツハイマーの夫と二人くらし、子供は県外在住。リハビリを希望
・糖尿病、脳梗塞、高次脳機能障害あり、生活の構築、服薬ができず、自宅環境が著しく悪化、血糖コントロールも不良で入退院を繰り返していたケース。環境整備し、サービス導入、訪問看護指導もはいり、生活、病状とも安定した。
・脳出血後遺症、リハビリ継続歩行練習、日中独居（60 才代）。
・がん末期、疼痛コントロール。
・癌のターミナルで入院中の方のケアマネジャーと訪問看護の依頼。病院の主治医より訪問看護導入の同意得られず、ケアマネジャーも他事業所となりケースにはならなかった。
・肺癌末期状態、癌性疼痛にて、くも膜下ポートよりモルヒネ持続注入実施。感染予報に注意しつつ全身状態の観察、主治医との連携を図った。訪問看護は、週 3 回実施。他、状態に合わせて臨時、緊急時の訪問を行っていた。
・病名:#1 潰瘍性大腸炎　前立腺がん手術後ストマ造設。また入院による筋力低下あり。ストマ管理に不安あり。家族状況：近隣都市に住んでいたが退院を機に長男家族の住む東京へ転居（療養者、長男とその嫁 3 人暮らし）。訪問看護依頼あり→指示書依頼中にストマが自己管理でき訪問看護開始にならず。
・がんターミナル　結核。寝たきり　疼痛自制内。妻と 2 人暮らし
・癌で入院中、病院より、地域包括へ申請等の相談あり。訪問看護を想定し、退院前カンファレンスの同行依頼あり。参加、退院後、安定しており介護保険での訪問看護 1/W 実施中。
・高血圧、心不全、大腸癌術後、糖尿病、要支援 2（90 才）ひとり暮し。転倒予防、リハビリ目的にて訪問依頼。月 1 回訪問看護 1 で対応
・がん末期の利用者さん、現在入院中であるが、一度自宅に帰りたいと希望されている。居宅の

利用も含めて、サービスをお願いしたい。
・膵臓がん末期と診断され依頼を受ける。抗癌剤治療中にも関わらず家族とは別居で協力はほとんど得られず独居で在宅療養中。治療効果あり病状は安定してきており、現在は入浴介助、服薬支援、相談相手となっている。
・卵巣がん末期の患者。ADL の低下があり、退院時には住宅改修（手すり等の設置）が早期に必要だった。介護保険の申請を同居（主介護者）の夫にしてもらった時点で、地域包括支援センターに相談。退院前に自宅へ訪問をしてくれて、工事の準備を早期に開始してくれた。レンタルベッドの導入や訪問看護も開始し、患者の状態を定期的に情報交換していった。
・心不全でターミナル期にはいっている。家族は在宅での看取りを希望しているが不安が強い。訪問看護で今の状態と予測される状態や対処法を指導し継続中。
・末期がん。中心静脈栄養ポート・麻薬管理（皮下注射）。老夫婦 2 人暮らし。息子 2 人は医師。病院および地域包括支援センターより依頼あったが、退院支援の途中で他事業所のケアマネジャーに委託され、そのまま放置。病院と訪看で退院にむけての話をすすめるがケアマネジャーが変更したことや医療サイドからの意見の提案等ができずにトラブルあり。退院調整（MSW）とケアマネジャーでは修正不能となった様子。入院中に実施必要なケアや医療処置についても病院では指導できず。結局病状も悪化し退院できず。
・50才代女性胆のう癌末期。在宅死のぞみ外泊ののち退院。一週間在宅で介護士、在宅死される。
・膵臓がん末期、娘と 2 人暮らし。今は ADL 自立だが、不安なので訪問看護依頼され開始。
・予防介護利用者でターミナルのため訪問看護依頼。
・在宅酸素療法中の独居の利用者、認知症、内服管理と病状観察のため訪問。
・利用者は多系統委縮症で、人工呼吸器装着中。ヘルパーさんが日中滞在、介護している。（御主人がキーパーソンとして介護）。各事業所とのトラブルが多く（家族との）依頼あり、施行するケアは必ず説明し、納得のいく形で関わっている。同時に当ステーション（看護師として）ができない事もきちんと説明し、ケアをしている。現在のところ安定している。
・一人くらし。肺がん末期、下肢むくみひどく、ベッド横のポータブルトイレに何とか移動。下腿～足背創ひどく、下肢切断と病院では言われているが、痛みが内服でコントロール出来ているし、手術に耐えられる体力ではない。足の処置で訪問看護介入。黄色浸出液多量。毎日ヘルパー利用した。痛み増強し入院し死亡した。
・がん末期。介護力のないケース。要支援からケアマネジャーが決定するまでの間に病状変化進行したケース。

〇新規利用予定者の相談・依頼事例

・精神自立支援医療での訪問看護依頼。
・訪問看護のサービス利用方法について。
・訪問リハビリはできますか？
・新規受入は可能か？又、訪問に入れる回数、日時などに関する問い合せがあった
・支援 2 の単位内で訪看をどう入ってもらおうかと相談。結核で特に内服確認や副作用、再発予防等重要な点を伝える。

・独居、筋力低下、高血圧、歩行不安定によりリハビリの介入依頼あり。訪問開始し、身体状態良好となる。
・要支援から要介護に変わると思われるが訪問看護の依頼。
・介護予防訪問看護の依頼。（要介護→要支援になったためリハビリが個別で受けられないため、訪問看護 1 でリハビリをしてほしい）
・独居　病名　体部白癬。全身にしっしんがあり。背部などへの塗布が困難な状況のため訪問看護の依頼あり。2 日／週　30 分の訪問。療養者の入浴後に薬を塗布する。1ヶ月ほどの訪問。
・左膝関節機能障害により日常生活に支障有り転倒リスク高いので主治医より訪問看護、PT の導入を勧められた。（療養者 1 人暮らし、生保受給中）受け入れ可能か？→訪問看護、訪問リハビリ開始し異常の早期発見、リハビリの実施等行い経過良好。
・独居で認知症女性。他人を家に入れたがらない為ケアが出来ない。どうかかわりを持つべきか？という相談あり。
・夫婦 2 人暮し、要介護者は訪問看護を利用、介護者が認知症がすすんで申請を出し支援になった。ともにサービス提供を希望したい（等の相談が多い）。
「脳血管障害後遺症、排便困難あり、今日訪問に行って欲しい」新規依頼あり。訪問看護ステーションより主治医へ連絡を取り、許可を得る。訪問看護実施「介護保険申請したが、介護が出そうなので、ケアマネジャーもそちらでお願いしたい」と。
高血圧、要支援 1、A1、I（70才代）1 人暮し 服薬指導目的で訪問看護導入。週 1 回、訪問看護 1 で対応する。
自己免疫性浴血貧血でステロイド内服中。腰椎圧迫骨折、独居だが近所の息子さんのお嫁さんが食事の準備に来てくれる。痛みの為今まで出来ていたことが出来なくなり不安。訪問開始、リハビリを行っている。 70 歳才女性、もの忘れ、妄想、向精神薬や降圧剤をのんでいるが、薬の管理の依頼。独居。週 1 回訪問。医師との連絡・内服薬のセット等
認知症、一人暮しが困難、支援内容によっては現在の生活を行って行きたいので、訪問看護開始した
相談：機能訓練所より食欲低下、医療が必要ではないかと地域包括支援センターに連絡あり。訪問看護ステーションに依頼があった。 経過：多系統萎縮症、食欲低下、飲み込みｶﾞ悪くなってきた。突然尿閉でバルンカテーテル挿入。妻と息子 2 人の 4 人生活。 対応：主治医に連絡。入院にて胃瘻造設
介護保険の限度額がすでに他のサービスでいっぱいなので、定期の訪看は不要で緊急時のみ対応してほしいと言われ、それはできないことを伝え、契約に至らず。 ケアマネジャーは「訪看は必要と思っているが、療養者が受け入れない」と悩まれていた。
予防訪問看護利用の依頼 インシュリン自己注射をしている利用者で、ご家族の介護協力が得られず、食事面でのコントロールが上手く出来ていないため、低血糖症状を起こしがちなので、食事指導、緊急時対応をして欲しいとの事で契約に至った。
多くの疾患があり、3 病医院に通院中。独居で認知症・うつ病もあるため服薬管理ができていない。 健康・服薬チェックのための訪問となり、訪問開始から穏やかに対応して下さり安定。

統合失調症、認知症の患者 ・症状は安定 ・単身生活 生活能力低く、見守り、一部介護が必要。 ケア会議でヘルパー導入へ
・新規依頼の受け入れ可能かどうか。 ・慣性腎不全 入浴中意識消失あり。 医師へ報告→経過観察となった。息子と 2 人ぐらし
「自立していたが、病状悪化してきている。悪化していると利用者療養者、自覚していないが、かかわってもらえないだろうか」という相談。
支援から介護になった方の利用について
訪問看護提供となった。
寝たきり状態で近所の開業医がずっと往診をしていた。褥瘡もあり医師が処置を行っていたが全く治らないとの内容。訪問すると全身褥瘡見られ仙骨部に黒色壊死を伴う深い褥瘡を確認。栄養状態不良で治療は難しいと思われた。開始後 3 ヵ月後め死亡。
独居で家族が近くにいない方。 体調不良の場合のよりどころとして訪問看護依頼あり。 体調管理と、うつ傾向に対して支援。
・病院主治医から医療依存度の高い方の病名を挙げ経験のあるナースは？と地域包括支援センターに問い合せありと連絡を受ける。 ・以前紹介下さった利用者の状態確認。
独居で生保受給者の新規の依頼。 アルコール依存で、インシュリンや服薬の管理ができないケース。
ストーマ造設され長年自己管理していたが高齢と脱水。昼間独居のためケアマネジャーと同行訪問し理解が得られたため訪問看護開始となる。これまでサービス利用していなかったが 1 回／週の訪問で体調チェック、ストーマ管理、下肢筋力低下見られ通所リハビリへの利用追加。
夫の入院と共に一人暮しとなり、体調も悪い。訪問して様子観察依頼だったが夫の見舞時に外来受診を定期的に行う事となった。
老人性うつ病 日常生活が一人で充分にできていない方 サービスの介入を拒否している。 病状観察や話を聞くというところから訪問看護開始となる。
新規の依頼、訪問看護の対象になるかなど。
3 日前より息苦しさが続いていた。主治医受診後総合病院に入院。僧帽弁閉鎖不完全症で手術対象であるが、内服治療となり、退院した。 夫と 2 人暮し。山奥で、近くに病院なし。20Km 以上かかり受診している。我慢強く、無理をしてしまう傾向があるため、観察して早く受診につなげてほしい。週 1 回訪問看護となる。

左迷走神経麻痺、左福神経麻痺（病名）。えん下困難にてトレーニングの依頼（症状）。ADL は自立、胃ろうの管理とえん下のトレーニングが必要な状況（身体状況）訪問看護施行により誤嚥もなく経過は良好。独居、家族（娘息子夫婦）が近所に居住（家庭状況）
肥満、被害妄想、心不全、気管支喘息で入退院を繰り返している。病状の悪化防止の為新規依頼あり受ける。
要支援の方で要介護への区変申請中の方の依頼。
新規利用者サービス内容の相談
脳梗塞後遺症、自宅における生活動作の改善を目的に（軽度のマヒ残存）1 ヶ月限定でリハビリテーションを目的に訪問した。
・血液透析中の 2 号被保険者。独居。 ・体重 80～90k、階段多く外出は通院以外なし。リハビリ目的 ・多々の症状で入退院繰り返す。介護全般の指導。 ・家族の介護放棄。医療サービスを入れ、介護体制をとる。
気管支喘息、在宅酸素療法 1L、要支援 1、独居 間質性肺炎 退院後 HOT（在宅酸素療法）開始となる。ヘルパー週間毎日。 療養生活指導、呼吸リハビリの依頼あり。毎週 30 分の訪問看護依頼であったが、30 分ではリハビリまで困難であり、隔週 60 分訪問で対応。
統合失調症、重症筋無力症の方で独居。 服薬管理をして欲しいと相談依頼→訪看開始。
新規利用者の受け入れ可能か
要支援 2 の利用者さん、両足背に褥瘡Ⅱ度あり、病院へ行く以外の日（土・日・祝を含め）処置に行ってもらえないか。
パーキンソン病の利用者様。ご自宅で転倒が多く、訪問してくれるリハビリと看護師を探しているとのことで PT と訪問看護開始することとなった。
糖尿病 50 歳代。認知症あり。インシュリン指導非対症 内服も一人で出来ない。一人くらし。食事も自分で用意出来ず、人に用意してもらう必要がある。妹が 1 回／週、入浴介助と食事を持ってきてくれる。訪看も入るが、限度額を超えるため 1 回／月とし、ヘルパーを多く利用し、食事の用意と内服の確認をすることとした。
新規ケース。認知症があり内服管理ができないケース。サービス拒否があって、関わりのむずかしい。いっしょに訪問看護から導入となった。
糖尿病。1 年に 3～4 回、入退院（血統コントロール）くり返しており、療養者病識うすく、医療職の介入を拒否。しかし、主治医もケアマネジャーも訪看の希望強く相談⇒訪看、顔合わせから導入。
・大きな病名なし、独居、90才台。 すべて 1 人で頑張ってきたが、転倒が増えたため、ヘルパーを開始したが、認知があることも発覚…。訪問看護必要がある（薬のこと、生活のこと）指示するかを納得してもらうために同行して必要性の評価をした。月 1 回の訪問看護で利用者に慣れてもらいその後便秘のトラブル等、薬がのめない、忘れる等で現在毎週訪問している。
新規訪問の依頼

腎不全がすすみ、透析、適応直前の方で状態観察予防のため、訪問看護を依頼された。 訪問開始した。
支援の方で、自分は訪看は必要ないといわれ、包括からは訪看に行って欲しいと依頼があり…困った。結果的には、訪看中止となり、生活サポートをしてもらう。ヘルパーさん利用となりました。
新規受け入れ状態に関する問い合わせ。訪問診療の必要性や、対応してくれる診療所等についての相談があった。
夫が訪看を利用しており妻が支援となり、体調確認にて依頼された
独居世帯、介護度が低いが毎日インシュリン注射が必要。週 1 回 30 分訪問し、病院と連携してほしいと依頼あり。安定した言動がむずかしい為、再度対応して頂いた。
小脳変性症、歩行不安定、構音障害、独居。 リハビリ 立位のバランス、体幹と下肢の筋力維持、動作練習。
独居で主治医が訪問看護必要との依頼で CM が療養者に説明。しかし、サービス拒否して終了。
術後で、内服が必要だが認知症の為、内服管理・確認をして欲しい
変形性膝関節症　人工関節置換術施行。 下肢筋力低下にて歩行困難みられてきた。 週一回の訪問でリハビリ実施。
内科的には大きな問題はないが、緑内障のため視力が弱く ADL が低下している。理学療法士による訪問リハの依頼。
退院中であるが家族介護の状況がつかめず療養上の課題が顕在化せず、訪問看護を導入し状況把握したいという依頼。
前立腺肥大、尿カテーテル留置にて退院予定。又日中独居 80 才。訪問看護での管理依頼
（病院→包括に相談があったケース） 若年性認知症で介護保険申請したが、認定が入るか否か微妙なくらいに ADL 自立しているひとりぐらしで、今回の入院も脱水であり緊急入院は 2 回目である⇒特定疾患既往あり。再申請し、医療保険で訪看開始。
慢性関節リウマチで室内の移動が大変になってきた。PT に入ってもらって環境整備や福祉用品の選択をしてほしい。
独居で近所からゴミ屋敷と言われ、孤独死する可能性あり、病院も通っていないので、まず、全身状態の確認のため訪問看護を開始
廃用性症候群 別居していた息子がひきとり介護保険サービスを開始。息子の要望があまり強く、対応がむずかしい。当センターでケアマネジャーをうけ、継続中
認知症状のある方
要支援の利用者、ケアマネジャーが包括支援センター 独居、動脈閉塞症、足の傷の処置、高齢（90才台）
糖尿病、慢性腎不全、うっ血性心不全、閉塞性動脈硬化症。 妻と 2 人暮し。閉塞性動脈硬化症により、下肢先の壊疽あり。 毎日処置が必要。（3／w 通院中）訪看で、2／w 程度

①バイタルサインの管理、②下肢の処置、③家族への介護相談、指導
年齢相応の ADL 低下、下痢にて入院したが、治療も終了し、在宅へ。 ほぼ一日ベッド上の生活。近くに住む娘様の介護→在宅主治医の紹介、訪問看護を開始、介護指導
老夫婦二人暮し、糖尿病、脊柱管狭窄症、いざりながら移動。サービスの支援拒否あり主治医相談の上訪問看護のみ開始。全身状態観察目的
糖尿病、認知症、インシュリン施注。娘と 2 人暮し
統合失調症で家族の介護困難あり 訪問開始となった。
要支援 2　パーキンソン氏病、排便困難。1 回／W 排便コントロール、緊急時、浣腸の為訪問。経過順調
病院に家族が薬だけを取りに来ている糖尿病利用者がおり、大学病院の医療連携室の看護師が介護認定を受けるよう説得し、今回介護認定を受ける事になった。褥瘡もあり訪問して欲しい旨依頼あり。訪問している。
高血圧症、リウマチ、歩行障害 1 人暮し 1/W の訪問看護の導入
認知症、独居、歩行自力では困難、応答不可、返事（ハイハイのみ）。 室内はゴミの山、台所は調理物はコゲた状態で鍋に入ったまま。 トイレ内、台所はカビが発生した状態一区保健師、地域包括支援センター職員訪問は受け入れ拒否とのこと。訪問看護は素直に応じ、トイレ介助、水分補給をしている。姿を見ないと民生委員より区に報告あったケース。
精神不安定により地域やご家族に迷惑、負担がかかっており、そんな方の相談、安定に結びつくよう訪問を依頼される。
糖尿病でインスリン 4 回法しているが血糖コントロール不良、視力障害あり、インスリン操作困難 同居の夫が一時的に入院したこともあり、その間知人に助けてもらっていた経過より訪問看護へ依頼。緊急対応体制が整った。
パーキンソンで無動固縮、不随意運動をくり返している独居女性 60 才台。生活保護。関節拘縮が出てきている。 訪看が入り、薬剤の使い方や福祉用具の調節セラピストを入れた家事動作の工夫など、今では生活がなんとかできている。（独居はムリと思われていたが）
右ソケイヘルニア手術その後左ソケイヘルニアの手術を受ける。慢性心不全がある。（今回手術も、ヘルニアの一部分が崩頃し小腸穿孔した。）入院中も便秘が続くため、便のコントロールと手術後の傷の処置で訪問依頼がある。山間地域で、独居である。退院後一ヶ月は親族が泊るが、その後は独居となる。高齢であるため、薬管理と便のコントロール相談をして、1 回／週訪問となる。
糖尿病性腎症、陳旧性脳梗塞にて倦怠感強く ADL 低下あり。訪問看護と訪問リハビリ導入となった。妻と息子夫婦と 4 人暮らし。訪問施行により、ADL やや改善し、病状管理も上手くいっていたが、うつ傾向が出現して入院となった。
スモン病患者。両下肢歩行障害あり。左不全麻痺。室内では、ゆっくりと杖を使用し、日常生活はほぼ自立。外出は介助要する。リハビリ希望で導入。夫と二人暮らし。夫の介護力は協力的で安心であ

る。
・訪問が導入できない利用者の訪問看護師から訪問し看護の必要性を説明して欲しい
転倒後、硬膜外血腫、ドレナージ後退院。 独居、支援 1、下肢筋力低下による歩行に対する不安感あり。病状観察及びリハビリ目的にて週 1 回 60 分の訪問看護開始。半年後の介護保険で非該当になり終了
腎不全のため食事管理、薬の管理等の相談依頼を受け訪問をはじめる

○医療・介護の知識・技術に係る相談事例

・認知症、服薬管理や清潔ケアができていない（セルフケア不足） ・日中独居、家族の関心も少ない ・下垂体腫瘍 40 歳代、支援 2、外出可、リハビリ、メンタルケアなど
・リハビリで OT（作業療法師）と PT のどちらがよいかケースの相談 ・サービス内容の相談 ・訪問看護報酬の加算についての質問
高齢者世帯の「認認夫婦」の療養支援について。 高齢者世帯の「老々介護」の療養支援について。 高齢者世帯の「独居老人」の療養支援について。
病状がはっきりわからない利用者の為もどのようにアセスメントしてよいかわからず、とりあえずの方向性を一緒に考え、主治医に困っている旨伝えるようアドバイスした。 心不全の利用者のくりかえし入院について日常生活の把握、栄養指導について一緒に考えた。
在宅での輸血について
精神疾患の利用者
認知症男性、独居、訪問看護継続中。サービスを入れたほうがいいと思うが、療養者の拒否が強くて受け入れられない。病状、生活の状態はどうか？
ALS の利用者の吸引について
要支援者で認知があり、インスリンが適切に利用出来ず、コントロールが出来ない。
腰痛再発防止
精神、うつ、内服管理、状態観察等（独居）
相談は患者様の状況からみて、在宅療養することが可能であるかどうか、又は、当訪問看護ステーションでサービスを受け入れられるか等が多い。いろいろな選択肢があることをアドバイスし、最終決断を療養者・家人に促すよう話している。基本的に新規利用者は断らない方針。
難病の利用者の受け入れについて
医療依存度が高いが、要介護度が低く（要支援）訪看の利用方法がわからない。医療保険での導入機関が短すぎる（2 週間）。
ALS の介護について
がん利用者の在宅療養について ケアマネジャーとしてどう動いたらよいか？

・介護予防利用者の状態変化に伴う情報提供と訪問看護内容追加依頼 ・介護予防利用者の薬に関する相談 ・特定疾患利用者の訪問看護導入の相談
生活状態を確認され、認知症状が進行していることを伝えた結果、総合病院受診し認知症の診断を受けた。
温熱療法とは、何をやってくれますか
認知症、知的障害を併う息子と 2 人暮し。 息子の介護力不十分（理解力不十分で病状理解が難しく）。ショートステイ、デイサービス利用となる。
計画停電時、医療機器使用者に対する確認
・糖尿病（DM）で低血糖など不安定な症状を自己管理能力が乏しくくり返している。 ・DM はあるが他は自立度がなく、性格的な問題に起因する事が多かった為、ヘルパーさんが食事等の介護をしており、訪問看護は金銭的な問題もあり中止となる。
精神症状の悪化にともなう介入の方法についての相談
ADL について

○退院間近又は退院後利用予定者の相談・依頼事例

退院にあたり、訪問看護の依頼あり、カンファレンスにも参加し訪問看護開始する。ただ、支援から、介護に変更になるかわからないケースがあり、ケアマネジャーが区分変更の結果しだいでしか、プランが計画できないケースがあり、介護サービスが入れられずに困った。
現在入院中。退院に向けての調整中であるが受け入れ可能か？ 結局は退院出来ず病院にて永眠。
病院から訪看依頼あり。（DM、インシュリン治療中も、低血糖くり返し、救急搬送を何度もされている。娘夫婦と同居中）病院で訪看すすめられたが、同行訪問すると、医療不信あり。医師、看護師へ対して、怒りもあり導入難しい状態。 訪問看護へは厳しい対応だったが、地域包括支援センター職員への対応は良く、今後は地域包括で見守るようにした。
今回ストマの手術をして、初めて認定を受ける。多分要介護認定になると思われ、ストマの管理、指導をお願いしたい旨依頼あり。 退院後すぐに訪問開始し、その後要介護認定が出て現在も訪問している。
＜尿路感染症、女性、独居＞ ・自宅での 1 人で入浴することの不安 ・体調の変化を早くにみつけたい というご療養者の希望 ・入浴に関してはデイサービスの利用 ・体調面での不安については訪問看護利用と決め、退院となる。
・病院退院される利用者さんが人工呼吸器を使われているので訪問看護さん入って下さい→担当者会議行ない受け入れた。

当院を退院後の十二指腸がん（末期）の患者。主介護者は同居の妻。ケアマネジャーに在宅改修等の相談があり、訪問したところ、ADL の低下による日常生活の援助や痛みなどの症状コントロールが必要ではないかと、訪問看護導入の相談があった。サービス導入を嫌がっていた利用者であったが、ケアマネジャーと訪問看護師が同行訪問し、必要性を説明、了解が得られ、訪問看護開始した。
入院中。退院近いが介護申請がされていない。病状・独居・支援拒否の方への支援協力できないか。退院後包括支援センター職員とともに協力しあい、在宅生活できている。 自宅で倒れ救急入院したが、入院中、ADL↓認知症出現あるため、健康管理等をお願いする。地域包括支援センターと生活をととのえた。今後の治療や生活のカンファレンスにも参加、助言を頂いた。
入院中、介護認定はまだ受けていない。慢性閉塞性肺疾患で在宅へ戻ったら、HOT（在宅酸素療法）導入の予定。認知症のある妻と二人暮らし。退院後の介入について相談あり入院中にカンファレンス行い、退院され現在も訪問看護導入している。
甲状腺腫瘍で気切中、大学病院入院中退院にむけての相談。
入退院を繰り返し、在宅酸素を導入しての退院。状態の確認をして欲しいとの相談。 依頼を受ける予定であったが、再度入院をしてしまう。
インシュリン 5 回／日必要な Pt が退院するので、ケアプラン、訪問看護の依頼 →退院し、訪看開始、ディサービスも導入中。 インスリンの管理コントロール不良 病院とのコンタクトが難しく、緊急時、どうするか只今検討中。
入院中の老夫婦のみの世帯のプランとサービス依頼。退院後すぐにサービスが導入できました。
腎不全、認知症あり。長男が介護していた。長男が妻の死などあり精神的ダメージがあり、介護力低下、放棄状態となり、療養者の状態悪化し、家への訪問拒否もあり包括へ相談。介入し、入院から状態安定し退院カンファレンスに至った。
予防訪問看護で介入していた利用者が透析が必要となるまで悪化し入院。結局、シャントを造設し、週 3 回透析することとなり在宅へ戻る予定が決定し、入院先へ包括ケアマネジャー、訪問看護師、家族と出向き、主治医、病棟看護師と退院前カンファレンスを行った。
肝性脳症で入院された方が退院が近いので退院前カンファレンスに出席。
明日退院、手術はしないのでいずれ ADL 低下、夫と 2 人暮らしなのでフォローしてほしい

○訪問看護利用者の近況の問い合わせ事例

独居、若年者世帯の緊急時対応について（生活保護） 民生委員、地域住民の協力で日頃の見守りが必要だが日頃の見守りも緊急時対応をとっている訪問看護でしてほしいとの依頼あり。緊急時対応の目的を説明させて頂き、他の手段を対応とした。
経過と評価され計画したものを文章で頂いています。
COPD（慢性閉塞性肺疾患）、在宅酸素中、独居、現在の病状の問い合わせ。
急激な ADL 低下・食欲低下等が目立ち、家族へのサポート・状態観察の依頼などあり。又、訪問開始までの間は、利用者の身体の変化への対応等の相談もあった。
認知症、廃用性症候群、ねたきり、家族（子供 2 人）は精神疾患あり、介護力弱い。 ネグレクト事例として地域包括支援センターがかかわっている。

定期的な情報交換。
状態観察依頼

○ステーションの訪問看護内容の問い合わせ事例

ケースごとの対応やサービス導入について
老夫婦 2 人暮しで 2 人とも要介護者。 他に手伝える人もおらず、毎日処置が必要だが事情があって入院したくない。費用もかけられない。 どう対処したらよいか、当事業所は入れないので他の事業所紹介し、特別指示書などの助言をした。
ターミナル期の受け入れ体制について
褥瘡の処置について（実施してもらえるか） 胃瘻について（実施状況について） 喀痰吸引について（実施してもらえるか）等
脳梗塞後遺症　心不全をくり返す。飲酒。ADL はほぼ自立。独居であるが娘が毎日訪問している。緊急時の対応に問題があり訪問看護ステーションを変えたいと相談あり。再度現在のステーションと話し合って下さいとお断りした。
独居で高齢な方の入浴介助が出来ますかの問い合せ（病名肝硬変、ADL 可、症状－全く訴えず）

○その他の事例

・担当者会議開催のお知らせなどがほとんど。しかし実際、当日には顔合わせだけの様な感じで会議にならないケアマネジャーもいる。 ・介護保険申請したが介護度によっては地域包括支援センターが関わらないが・・・と訪問看護の依頼
家族関係 暴力等についての情報の問い合わせ
夫と 2 人暮し、夫からの虐待状態の確認の電話があり対応する。
夫婦と息子と 3 人暮し。ほとんどねたきり状況。 入浴介助が必要。介護相談等必要があったが夫のサービス拒否により同行訪問し説明する。しかし結果的には何もサービス利用はなかった。
家族がいるが、勤務しており、介護できない（同居）。
糖尿病　服薬管理ができない。 同居している友人が困っている。 家庭状況はゴミ屋敷。 療養者がサービスに全く拒否→療養者が体調が悪くなると自分で救急車を呼べるため、しばらくは見守る。
病名　統合失調症、双極性精神障害、人格障害、薬物依存など 症状　陽性症状、陰性症状 身体状況　ADL　自立 家庭状況 ・単身生活者が多い ・家族がいても疎遠

・家族の見守りと協力の得られる方もあり
家族の虐待の相談 認知症の妻へ、主介護者の夫が時々暴力をふるい身体にアザがふえていた事例への対応
70歳代男性　要介護 5　脳出血後、自宅での介護されている妻（母親）への息子の虐待。 介護者の妻も高齢にて、介護疲れもあり十分にケアができず褥瘡は形成。必要なサービスを金銭面から切って訪問リハビリ 30 分のみ。以前より息子の母親への暴力が悪化。妻に対し何かあれば避難できること、療養者妻の施設入所も検討していく。妻の健康状態に注意。サービス増を希望していた。
独居の男性　糖尿病で血糖コントロール不良　外食多い。 介護保険の認定　非該当。 内服確認と食事指導の依頼。 療養者の訪問拒否にて介入せずに終了した。
・熱中症→入院し改善→ADL 低下あり→娘とその夫と生活。 ・ADL アップのためのリハビリ、食事等の管理。娘さんへの介護指導、相談。→ADL アップされ通所サービスへ切り替えし終了。
夫から暴力を受けている妻の訪問依頼。介護度は高くなく、ヘルパー利用もしていない状況で家庭への介入のきっかけがほしいために訪問看護を導入したいという相談であったが、話合の結果、現状では必要なさそうと判断。
病状、身体状況、家庭の状況
地域包括支援センターの関わっている方で、肺気腫の人で、娘さんの具合が悪く自宅に戻れず。訪問看護の再開は連絡をと伝言。
認知症でいろいろなところに電話を行い、皆が困ってる。
特定疾患のリハビリ（生活リハビリ）、ALS、上肢筋萎縮、肺炎 夫との二人暮し（老々介護）
妄想思考のある療養者で、警察や民生委員をふり回していたが、定期的に訪問し、話を聴くことで落ち着いてきた。
ケアマネジャーから地域包括のケアマネジャーに大変なのでケアマネジャーを変更してほしいと依頼があったとの事。 訪問看護の内容や困っていることはないかなどの問い合わせの連絡がありカンファレンスに参加した。
訪問看護が必要と判断された。
成年後見人制度の導入について 独居のため、今後について検討
・通所介護利用を希望したが二転三転する。本意はどうか？ ・幼い孫を預り、心身ともに消耗してしまうようだ。娘とのかかわりはどうなっているか。
・他の訪問看護ステーションがすでに、訪問し、大変長い間かかわっていたが、様々な療養者の要望があり、対応しきれなくなったため ・療養者は神経難病（多発性硬化症）で独居の状態、下半身・体幹麻痺状態で排便コントロールに苦労している。 ・現在週 2 回訪問し、落ちついて過ごしている。（訪問毎に十分な説明を行い、利用者納得のもとに 1

時間 30 分／回訪問看護を行っている）
訪問看護ステーションからのリハビリで ADL 自立度が改善したケース。終了にむけて今後のプランなど相談・検討するはずだったが、療養者・家族に説明せず、結果更新しないことになった。支援 1 程度だったので今後急に悪化するリスクもあったが説明訪問をしないままの結果だった。
現在在宅療養中。近医に通院中であるが、通院が出来なくなった。往診の医師を紹介して欲しい
利用者の年金を、無職で精神疾患のある息子が奪ってしまい経済的に困っている事例
虐待ケースの状況確認
ネグレクトの虐待事例（娘が父へ）栄養失調、関節の変形症。状況は改善しつつあり。
精神障害を持つ家族の現在状況確認（以前に母親へ訪問していたが死亡され、娘のみが独居生活となっている。サービスではないが、ごくまれに様子伺いを当方がしているため）
パーキンソン病。 日によって動けているが介助が必要な状況。夫も要介護状態。金銭的に困っている。息子が介護しているが父親に対して暴力的になっている
相談：処方箋を渡した翌日に内服がないと受診している。もの忘れがひどくなったと自覚し他診療所受診して MRI の予約をしたが、他病院は何をしに来たかわからず予約が入っていたので MRI 検査をして、その病院より地域包括支援センターに連絡。内服管理で訪問。 病名：レビー小体脳認知症 日常生活はなんとか送れているが独居 対応：息子に連絡し今後の対応を考慮
＜イレウス、高尿酸血症、腹部大動脈瘤、70才台、男性＞ 脳梗塞の妻との 2 人暮らし。妻の薬の管理や細々とした事等の介護担当。ご療養者自身忘れっぽくなっている。介護による気分転換や筋力低下を防ぐ目的でデイサービスの利用検討→見学することを了解
飲酒による生活のみだれあり、相談。家人にて経過観察中。
訪問看護が必要と判断されたーとの由、詳細はきいてません。
利用料等の銀行ひき落とし対応手続きについて

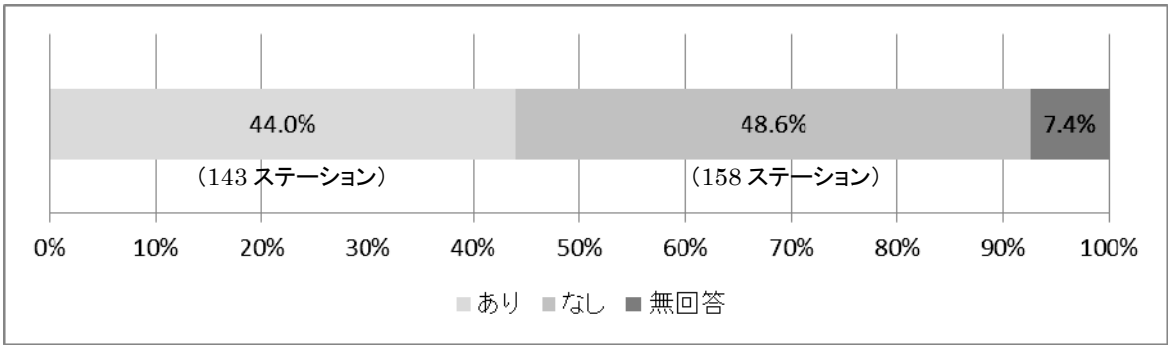
2）地域包括支援センターへの相談・問い合わせ

（1）相談・問い合わせの有無

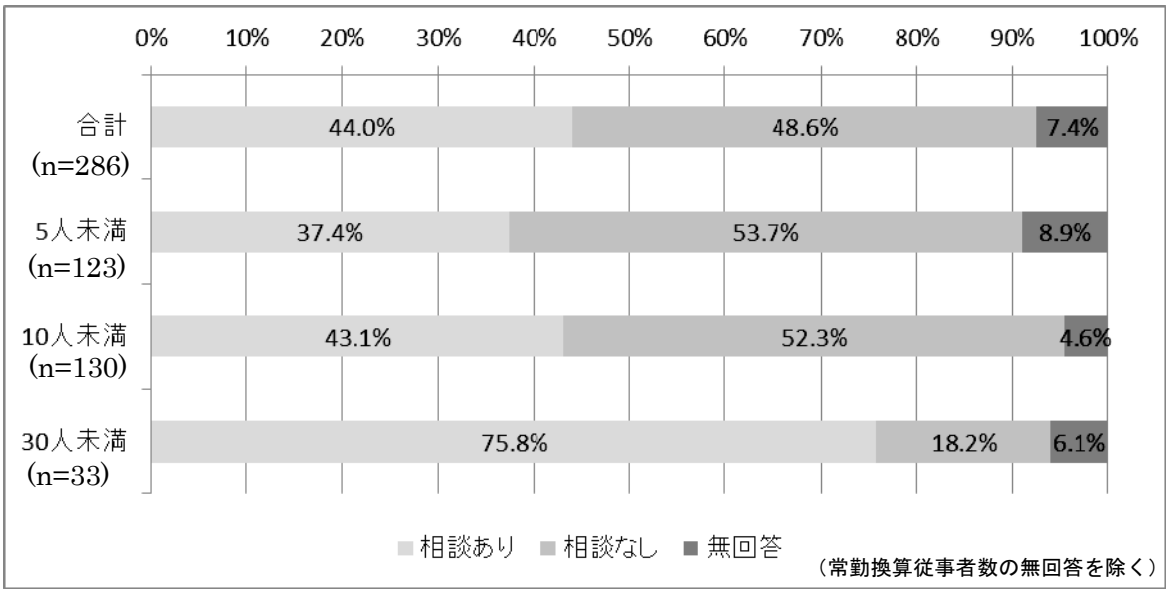
地域包括支援センターに相談・問い合わせした訪問看護ステーションは、44.0%（143 ステーション）であり、48.6%（158 ステーション）は相談・問い合わせしていなかった。

また、常勤換算従事者数区分別の相談・問い合わせの有無では、従事者数が多いほど相談・問い合わせした傾向にあった。利用者数区分別でも同様に、利用者数が多いほど相談・問い合わせした傾向にあった。

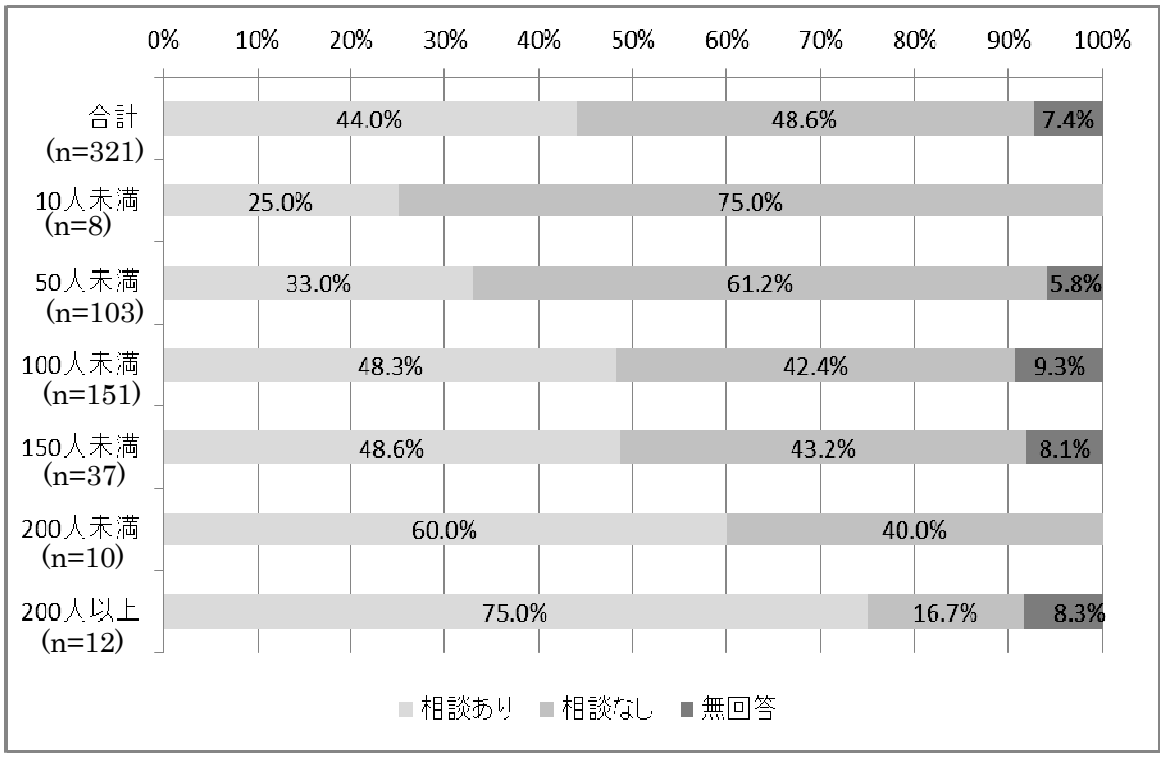
図表 2-31　地域包括支援センターへの相談・問い合わせの有無（n=325）



図表 2-32　常勤換算従事者数区分別の相談・問い合わせの有無



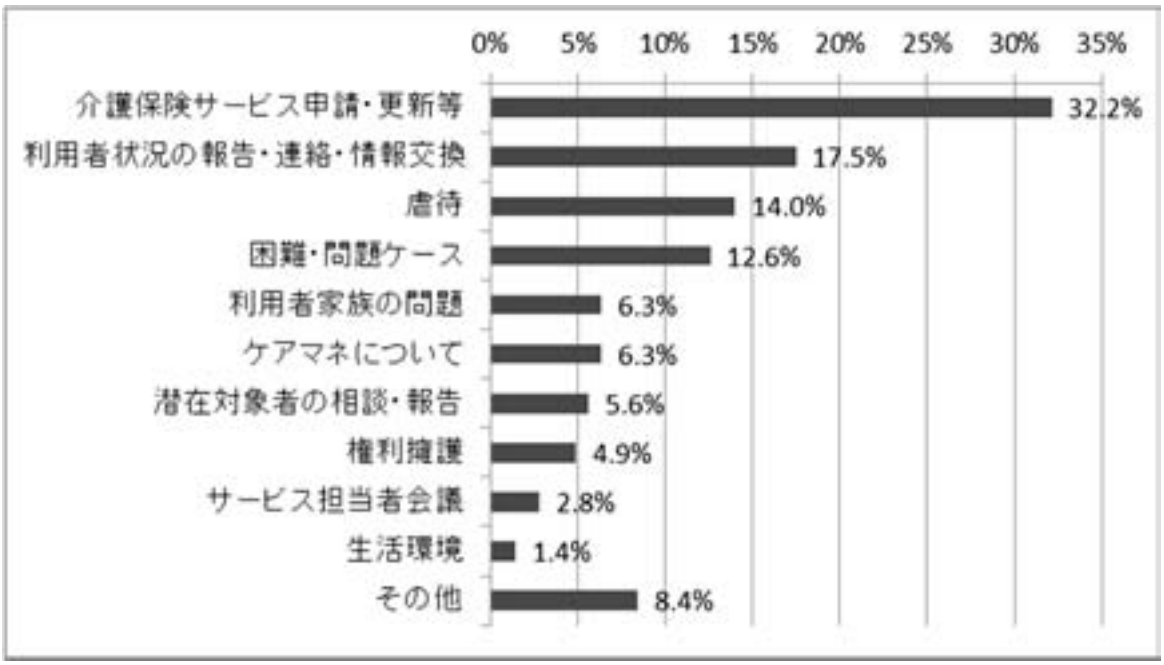
図表 2-33　利用者数区分別の相談・問い合わせの有無



（2）相談・問い合わせの内容

143（44.0%）の訪問看護ステーションが地域包括支援センターへ相談・問い合わせした内容を分類すると「介護保険サービス申請・更新等（32.2%）」、「利用者状況の報告・連絡・情報交換（17.5%）」、「虐待（14.0%）」、「困難・問題ケース（12.6%）」であった。その他（8.4%）の内容では、医療器具の貸し出し、住宅改造、地域活動等であった。

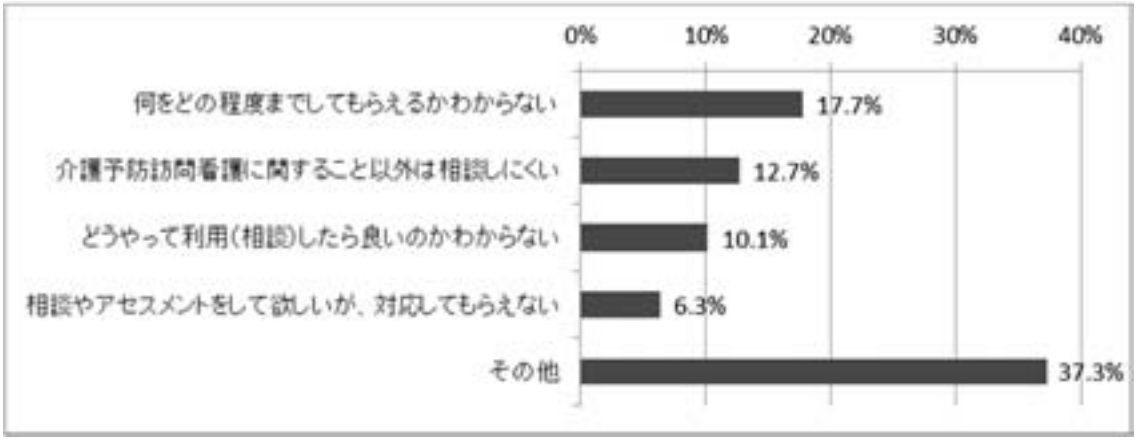
図表 2-34　相談・問い合わせ内容（複数回答）



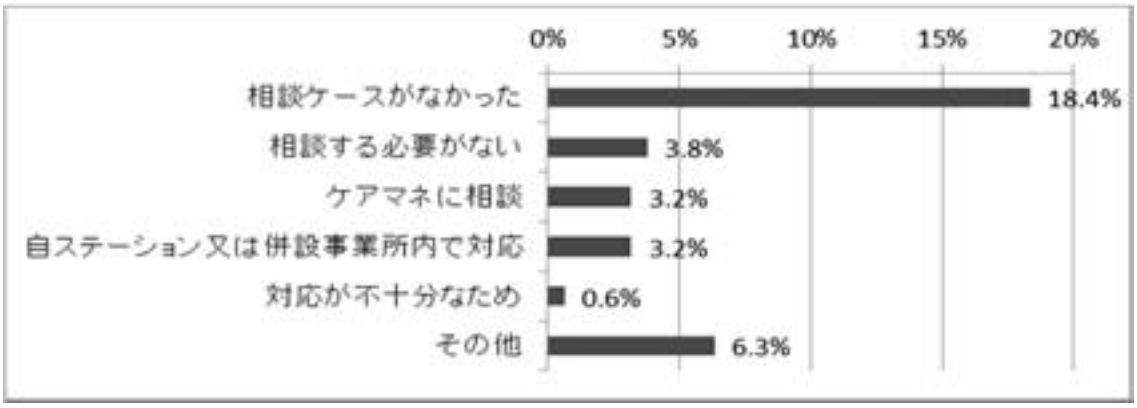
（3）相談・問い合わせしない理由

上記（1）で地域包括支援センターへ「相談・問い合わせなし」と回答した 158 ステーション（48.6%）の相談・問い合わせしない理由では、「その他」が 37.3%となっており、その内容を分類すると「相談するケースがなかった」が 18.4%を占めていた。次いで、「何をどの程度までしてもらえるかわからない（17.7%）」、「介護予防訪問看護に関すること以外は相談しにくい（12.7%）」、「どうやって利用（相談）したらよいかわからない（10.1%）」であった。

図表 2-35　相談問い合わせしない理由（複数回答）



図表 2-36　上記分類の「その他」の内訳



4 地域密着型サービスへの対応

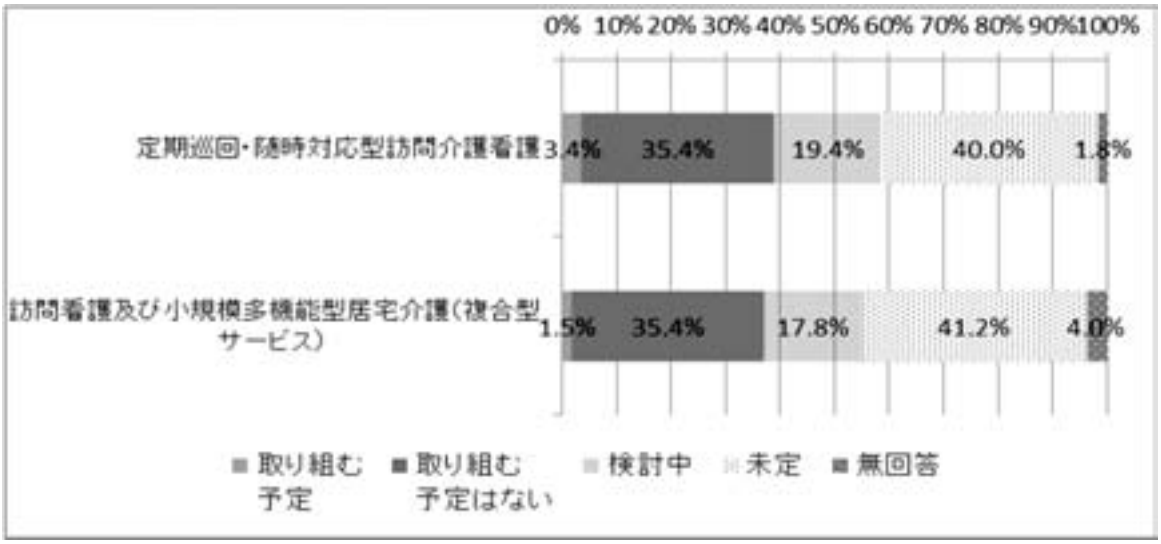
1）定期巡回・随時対応型訪問介護・看護への対応

本調査時点で、定期巡回・随時対応型訪問介護・看護に「取り組む予定」のステーションは 3.4%であり、「取り組む予定はない（35.4%）」、「検討中」又は「未定」は 59.4%であった。「取り組む予定はない」、「検討中」、「未定」と回答した理由には、人員不足、事業方針による又は方針未定、制度詳細不明・情報不足等が挙げられていた。

2）訪問看護及び小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）への対応

訪問看護及び小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）に「取り組む予定」のステーションは 1.5%であり、「取り組む予定はない」が 35.4%、「検討中」又は「未定」が 59.0%となっている。「取り組む予定はない」、「検討中」、「未定」と回答した理由は上記（1）と同様の理由が挙げられていた。

図表 2-37　地域密着型サービスへの対応（n=325）



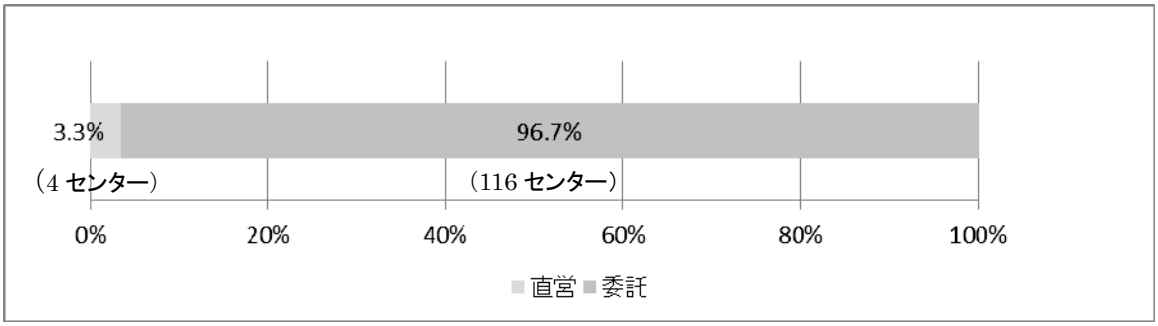
第３節　地域包括支援センターの調査結果

1.基本情報

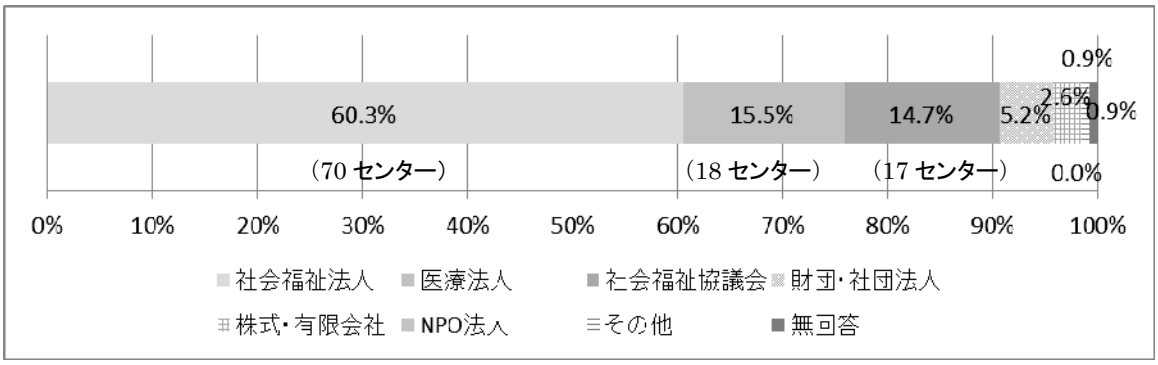
1）開設主体

回答のあった 120 の地域包括支援センターのうち、開設主体が直営は 3.3%（4 センター）、委託は 96.7%（116 センター）であった。委託先別には、社会福祉法人が 60.3%（70 センター）、次いで医療法人が 15.5%（18 センター）、社会福祉協議会が 14.7%（17 センター）であった。

図表 2-38　センターの開設主体（n=120）



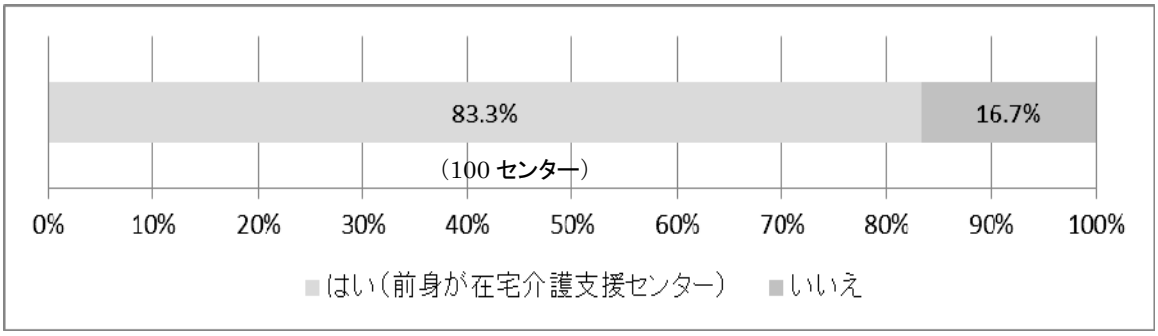
図表 2-39　委託先の割合（n=116）



2）開設主体の前身

開設主体の前身が在宅介護支援センターであったのは、83.3%（100 センター）であった。

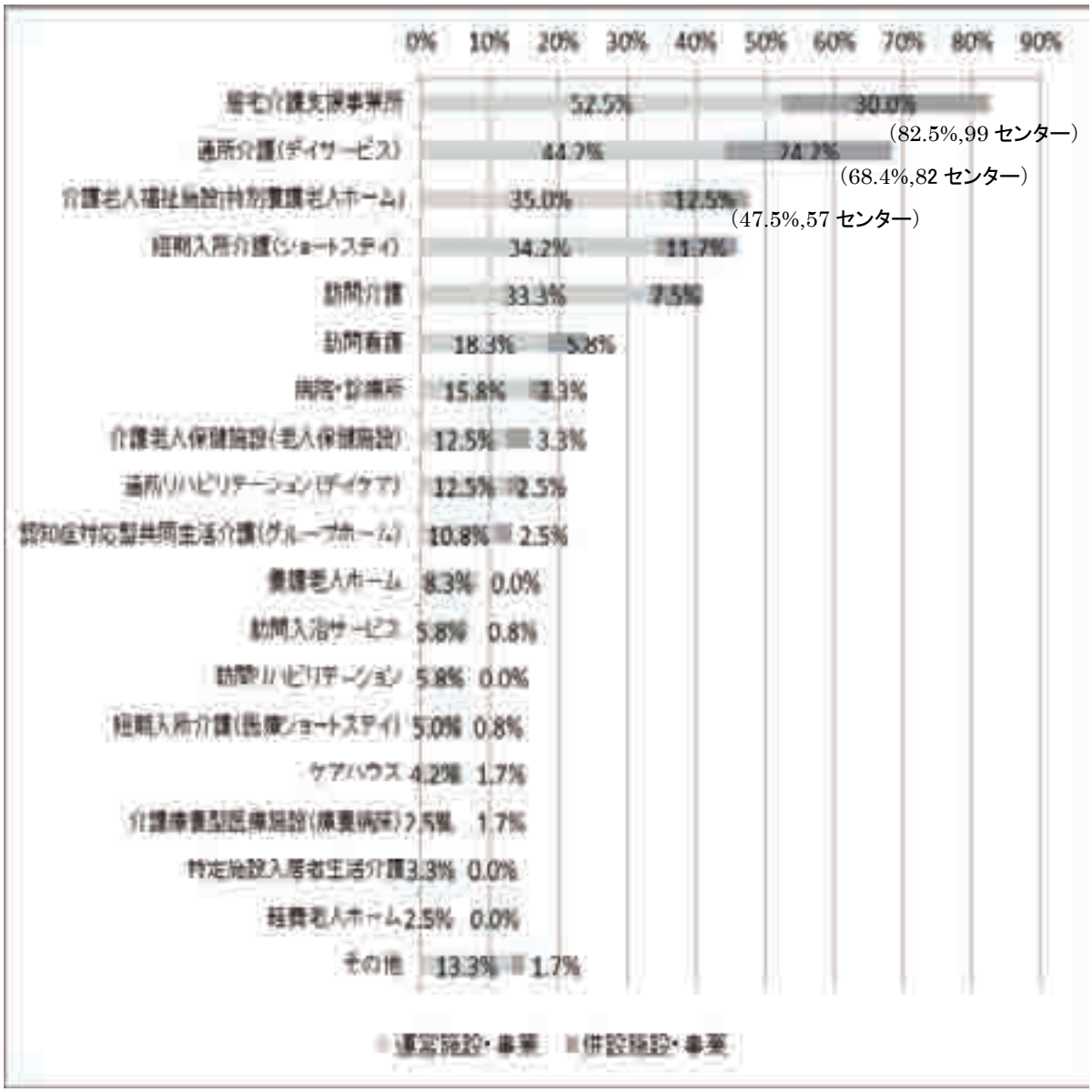
図表 2-40　前身が在宅介護支援センターの割合（n=120）



3）開設主体の運営している施設・事業

併設を含めた開設主体が運営している施設・事業は、居宅介護支援事業所が 82.5%（99 センター）、次いで通所介護（ディサービス）が 68.4%（82 センター）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が 47.5%（57 センター）であった。

図表 2-41　開設主体の運営施設・事業（複数回答）



4）担当地域の人口と高齢者数

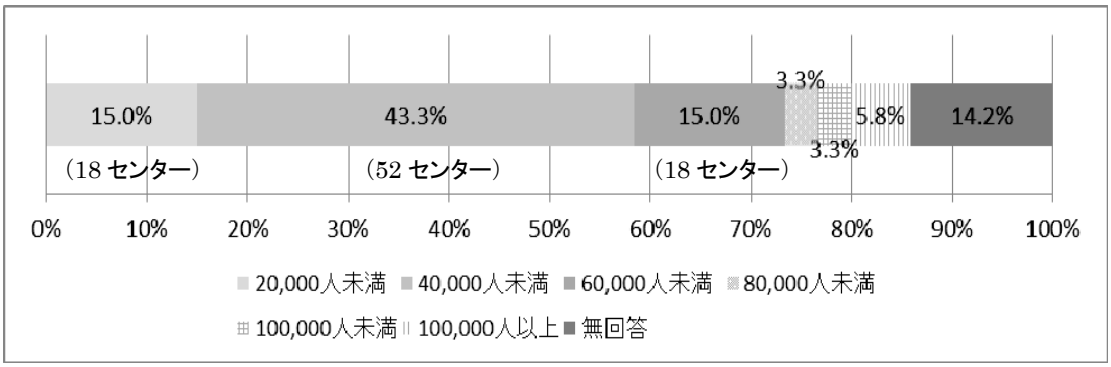
地域包括支援センターの担当地域の平均人口は 38,696 人、高齢者数は 8,105 人であった。

担当地域の人口分布では、40,000 人未満（20,000~39,999 人）が 43.3%（52 センター）、次いで、20,000 人未満と 60,000 人未満（40,000~59,999 人）が 15.0%（各 18 センター）であった。また、高齢者数の分布では、6,000 人未満（3,000~5,999 人）と 10,000 人未満（6,000~9,999 人）が 33.3%（各 40 センター）であった。

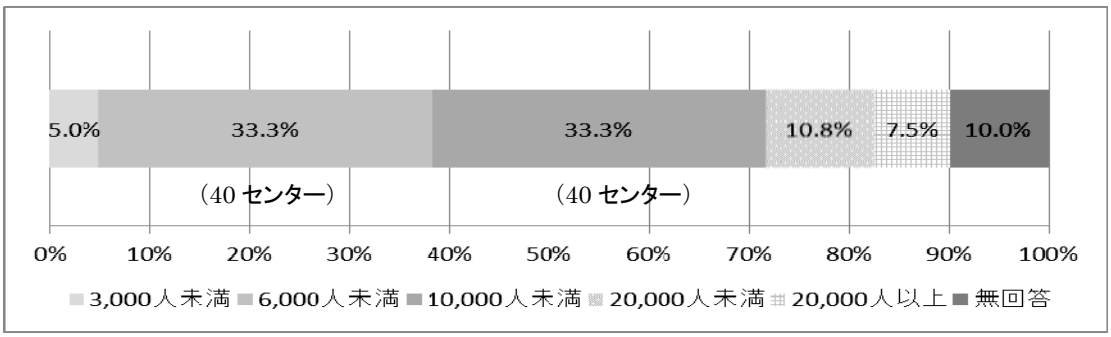
図表 2-42　担当地域の人口と高齢者数

種別	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
担当地域人口	120	38,696	26,411.8	31,000	138,542	8,286
高齢者数	120	8,105	5,651.9	6,537	30,171	2,442

図表 2-43　担当地域の人口分布（n=120）



図表 2-44　高齢者数分布（n=120）



5）従事者数

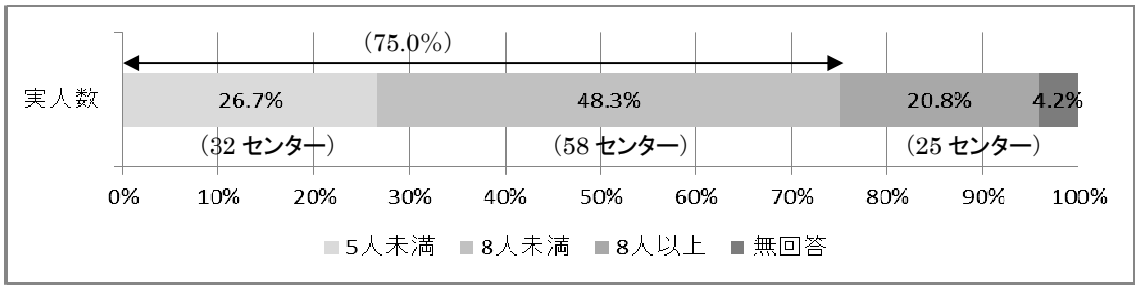
（1）実人数

平成 23 年 10 月現在の平均従事者数は、6.5 人であった。職種別には、保健師 1.1 人、社会福祉士 1.9 人、主任介護支援専門員 1.3 人、看護師 0.3 人、介護支援専門員 1.6 人、事務員 0.5 人、その他 0.2 人であった。合計人数の分布では、8 人未満(1~7 人)が 75.0%（90 センター）であった。

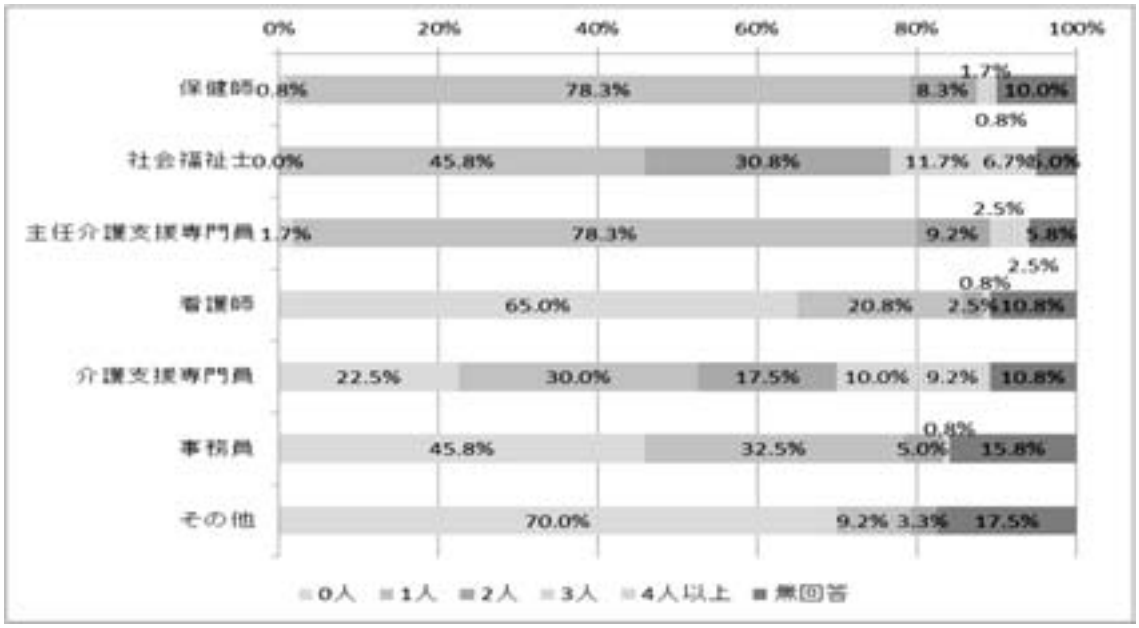
図表 2-45　従事者数（実人数）

職種	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
合計	115	6.5	3.8	6	32	2
保健師	108	1.1	0.5	1	4	0
社会福祉士	114	1.9	1.4	2	12	1
主任介護支援専門員	113	1.3	0.9	1	7	0
看護師	107	0.3	0.6	0	3	0
介護支援専門員	107	1.6	1.5	1	8	0
事務員	101	0.5	0.7	0	3	0
その他	99	0.2	0.5	0	2	0

図表 2-46　従事者数合計の分布(n=120)



図表 2-47　職種別従事者の分布(n=120)



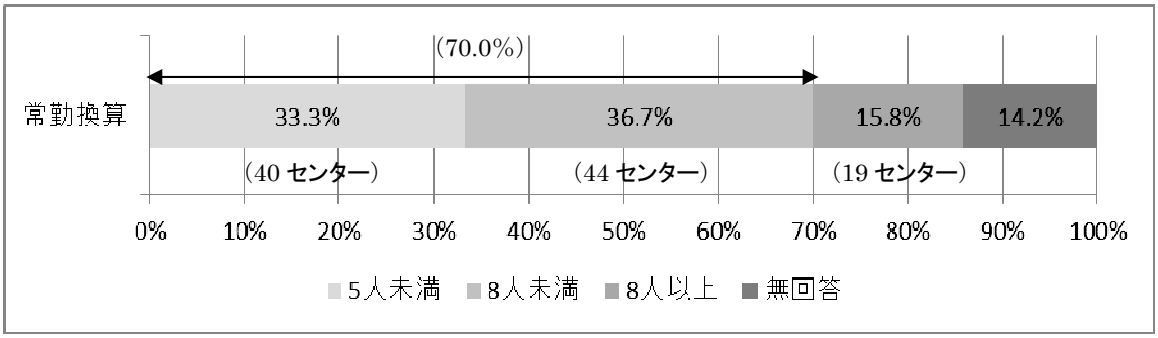
（2）常勤換算数

常勤換算の平均従事者数は、6.1 人であった。職種別には、保健師 1.1 人、社会福祉士 1.8 人、主任介護支援専門員 1.2 人、看護師 0.3 人、介護支援専門員 1.4 人、事務員 0.4 人、その他 0.1 人であった。合計人数の分布では、8 人未満（1~7 人）が 70.0%（84 センター）であった。

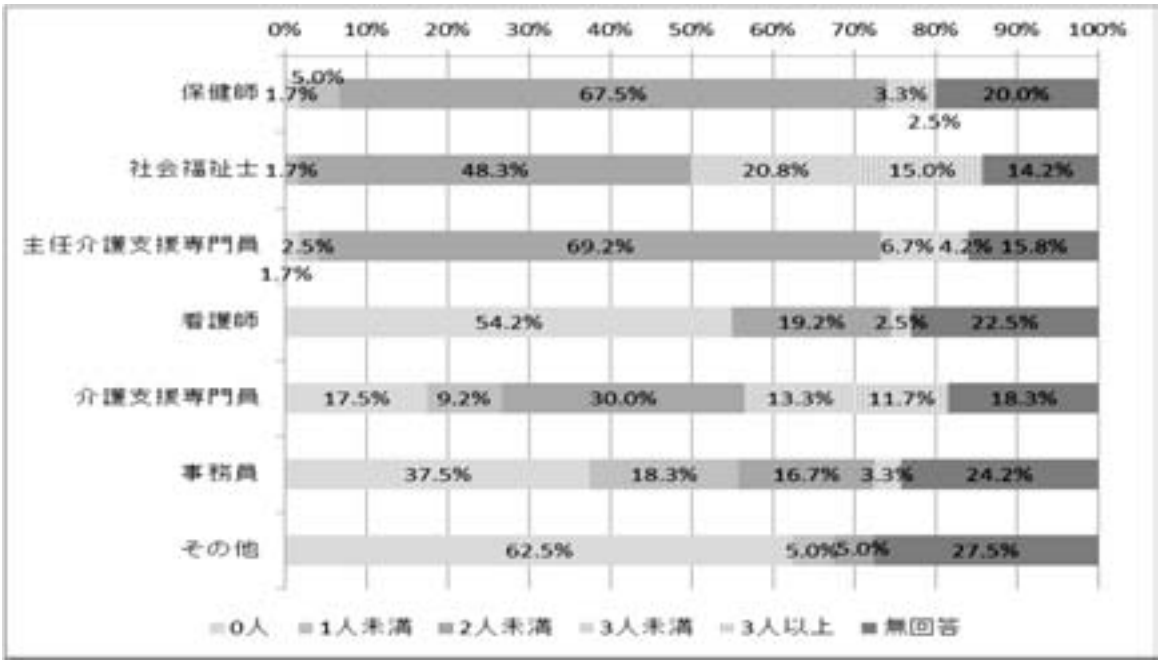
図表 2-48　常勤換算従事者数

職種	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
合計	103	6.1	3.8	5.0	32.0	2.0
保健師	96	1.1	0.5	1.0	4.0	0.0
社会福祉士	103	1.8	1.4	1.0	12.0	0.5
主任介護支援専門員	101	1.2	0.8	1.0	7.0	0.0
看護師	93	0.3	0.6	0.0	2.5	0.0
介護支援専門員	98	1.4	1.3	1.0	6.0	0.0
事務員	91	0.4	0.5	0.2	2.0	0.0
その他	87	0.1	0.3	0.0	1.0	0.0

図表 2-49　常勤換算従事者数の分布（n=120）



図表 2-50　職種別の常勤換算従事者数の分布（n=120）

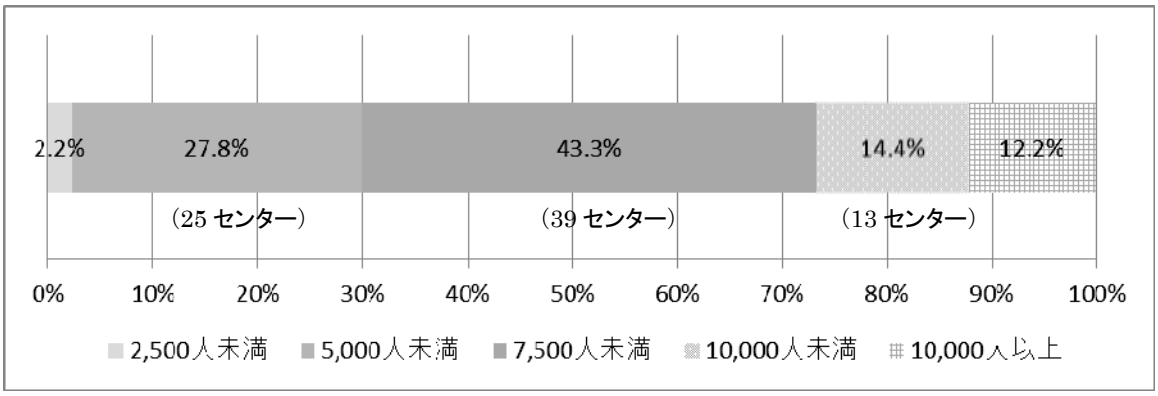


また、常勤換算従事者 1 人当たりの担当地域の平均人口は 6,766 人で、高齢者数は 1,399 人であった。担当地域の人口区分別では、7,500 人未満（5,000~7,499 人）が 43.3%（39 センター）、次いで 5,000 人未満（2,500~4,999 人）が 27.8%（25 センター）であった。高齢者数分布では、2,000 人未満（1,000~1,999 人）が 59.1%（55 センター）、次いで 1,000 未満が 28.0%（26 センター）であった。

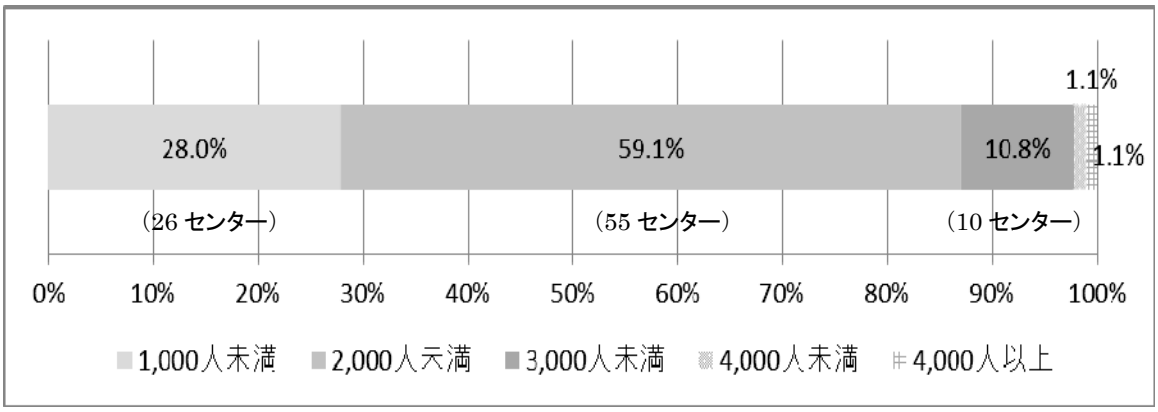
図表 2-51　常勤換算従事者 1 人当たりの担当地域人口

種別	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
従業者 1 人当たり地域人口	90	6,766	3,687.7	6,000	30,000	1,507
従業者 1 人当たり高齢者数	93	1,399	811.0	1,244	7,500	516

図表 2-52　常勤換算従事者 1 人当たりの担当地域人口分布（n＝90）



図表 2-53　常勤換算従事者 1 人当たりの高齢者数分布（n＝93）



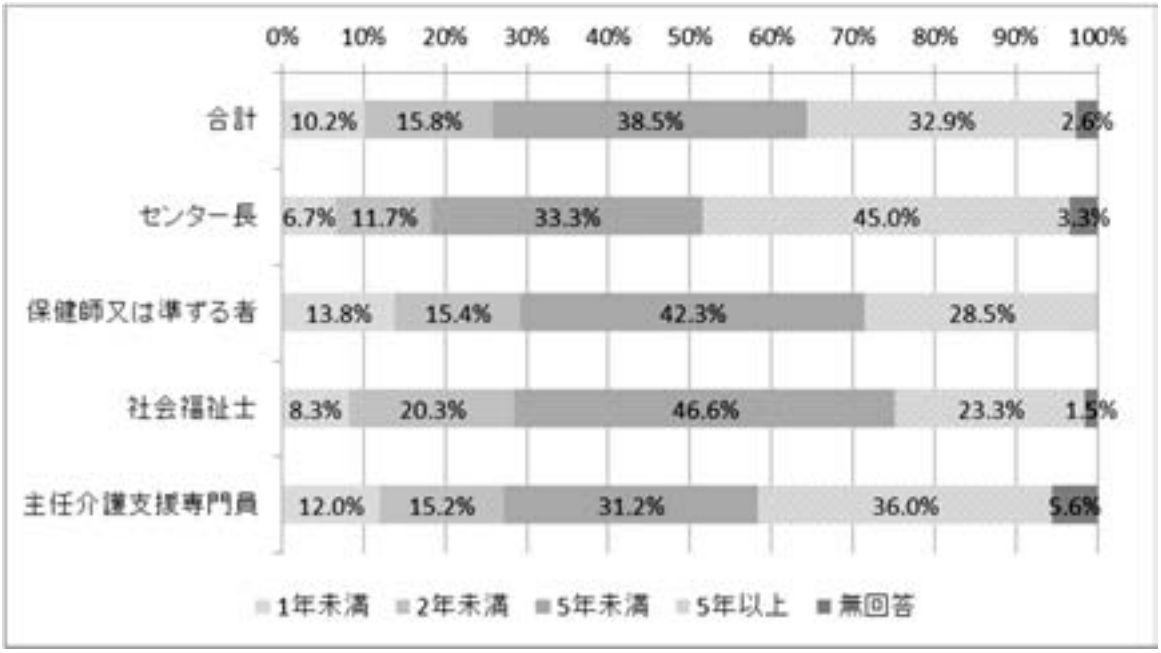
6）経験年数

職種別の平均経験年数はセンター長が 3.7 年、保健師又は準ずる者と社会福祉士が 2.9 年、主任介護支援専門員が 3.2 年であった。経験年数分布では、職種別に違いがみられた。

図表 2-54　職種別経験年数

職種	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
センター長	116	3.7	1.7	4	5.5	0.1
保健師又は準ずる者	123	2.9	1.8	3	5.5	0
社会福祉士	131	2.9	1.6	3	5.5	0
主任介護支援専門員	118	3.2	1.8	3	5.5	0.3

図表 2-55　職種別経験年数分布



2.地域との連携・協働

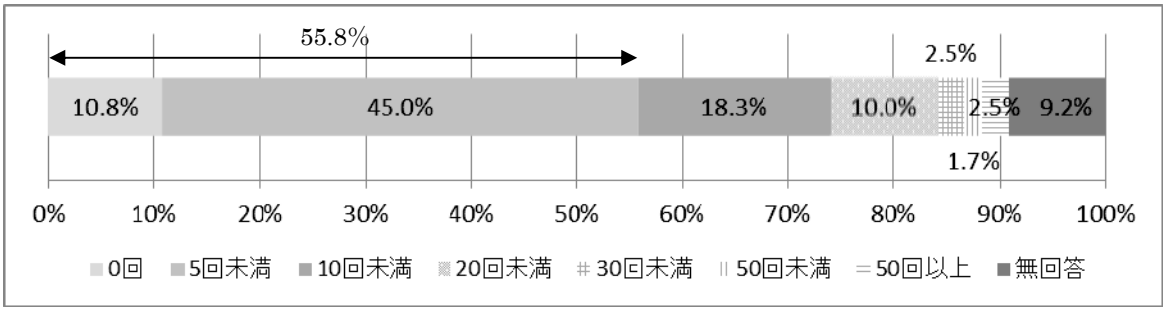
1）地域ケア会議の開催回数（過去 1 年間）

過去 1 年間の地域ケア会議の平均開催回数は、7.7 回であった。開催回数分布では過半数（55.8%）が 5 回未満であった。

図表 2-56　地域ケア会議開催回数

	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
開催回数（過去 1 年間）	109	7.7	15.2	3	124	0

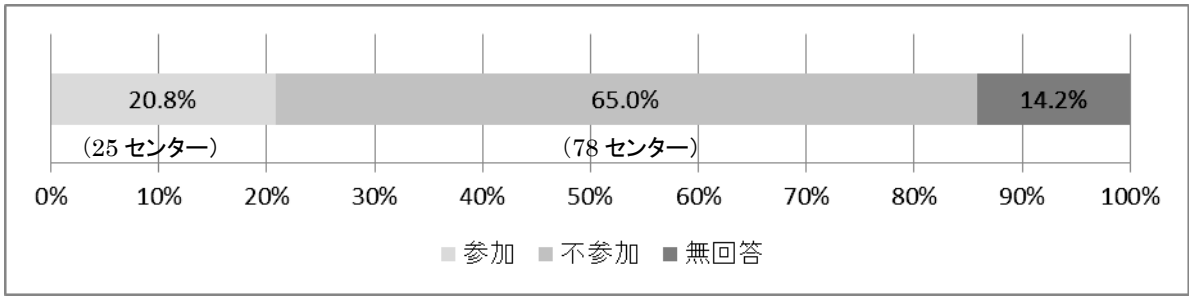
図表 2-57　地域ケア開催回数分布（n=120）



2）地域ケア会議への訪問看護ステーションの参加

地域ケア会議に訪問看護ステーションが参加していると回答した地域包括支援センターは 20.8%（25 センター）しかなかった。

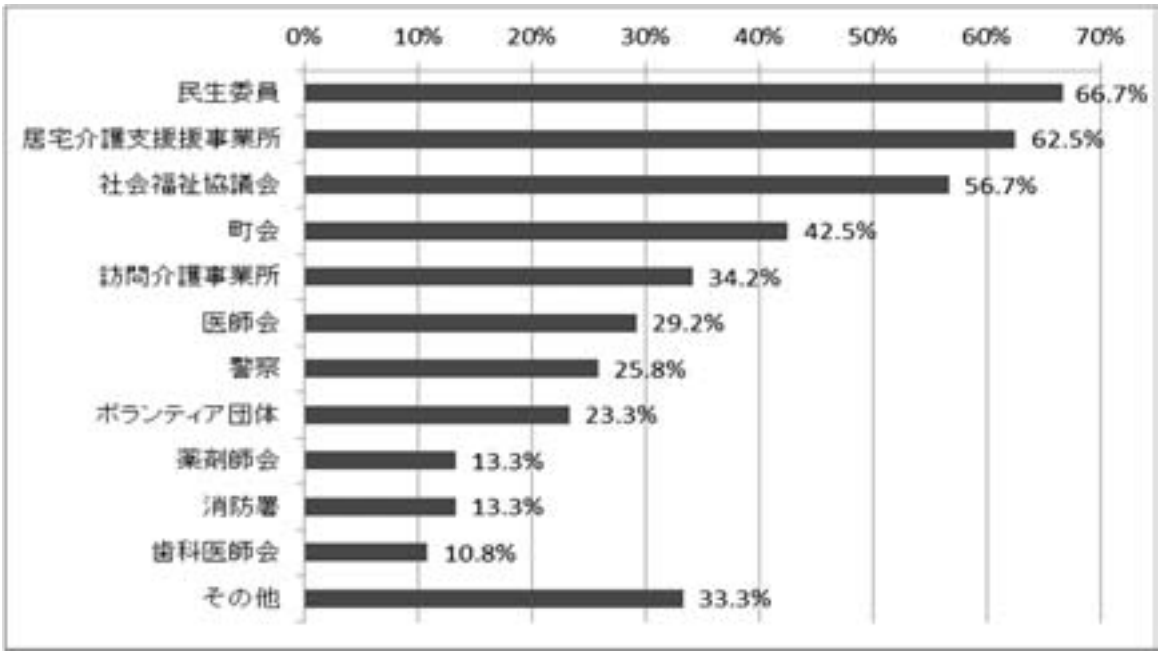
図表 2-58　地域ケア会議への訪問看護ステーションの参加（n=120）



3）地域ケア会議への参加機関

地域ケア会議への参加機関では、「民生委員」が 66.7%、次いで居宅介護支援事業者が 62.5%、社会福祉協議会が 56.7%であり、医師会は 29.2%しか参加していなかった。その他（33.3%）は、老人会（クラブ）、柔道整復師会、弁護士会、商店会等であった。

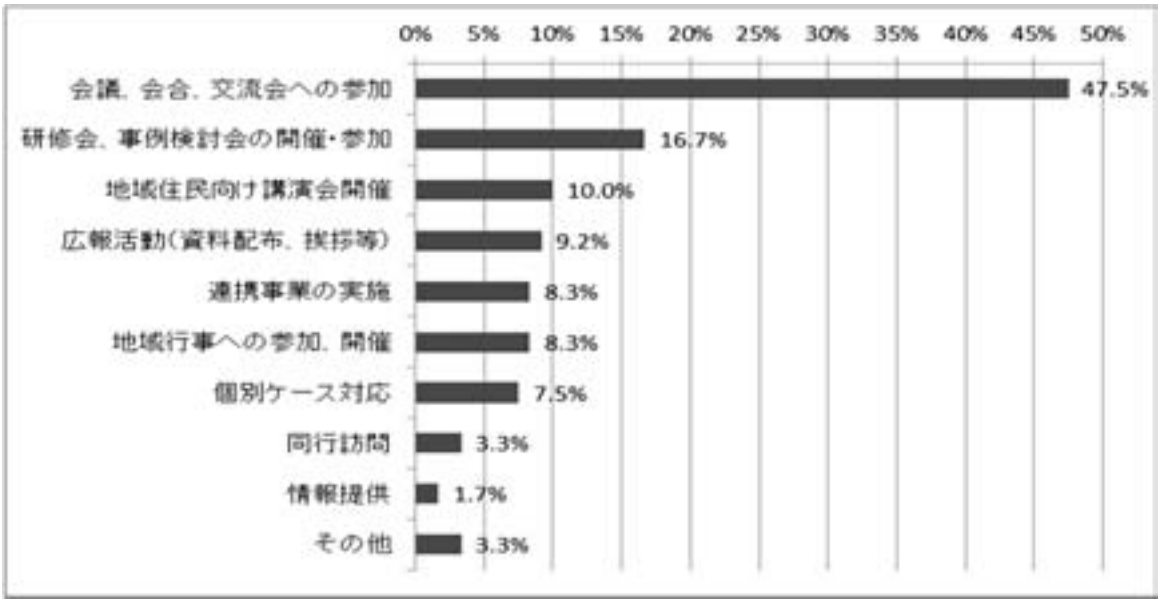
図表 2-59　地域ケア会議への参加機関（複数回答）



4）関係機関との連携づくり

関係機関との連携づくりの内容（自由記載）を分類すると「会議、会合、交流会への参加」が 47.5%、次いで「研修会、事例、検討会の開催・参加」が 16.7%であった。

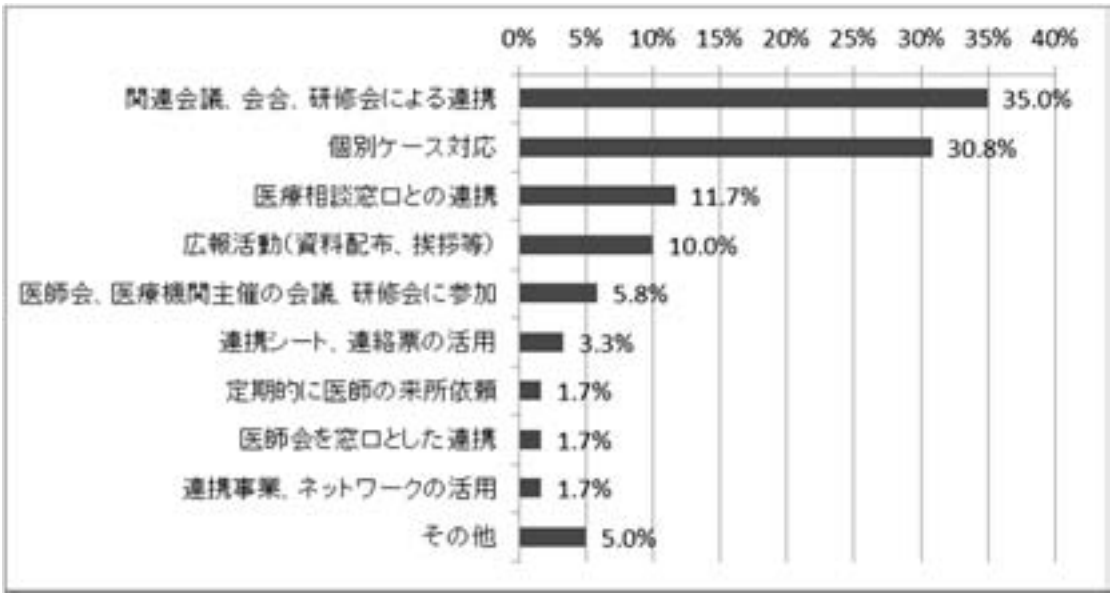
図表 2-60　関係機関との連携づくりの内容（複数回答）



5）医療機関との連携方法

医療機関との連携方法（自由記載）を分類すると「関連会議、会合、研修会による連携」が 35.0%、次いで「個別ケース対応」が 30.8%であった。

図表 2-61　医療機関との連携方法（複数回答　n=120）



6）地域のインフォーマルサービスとの連携づくり

地域のインフォーマルサービスとの連携づくり（自由記載）を分類すると「組織の会議、交流会への参加、講話」が 33.3%、次いで「会議、研修会等の開催」が 15.0%、「インフォーマルサービス育成、交流、協力依頼」が 10.0%であった。

図表 2-62　地域のインフォーマルサービスとの連携づくり（複数回答）

3.相談件数と利用者の特徴

1）相談件数

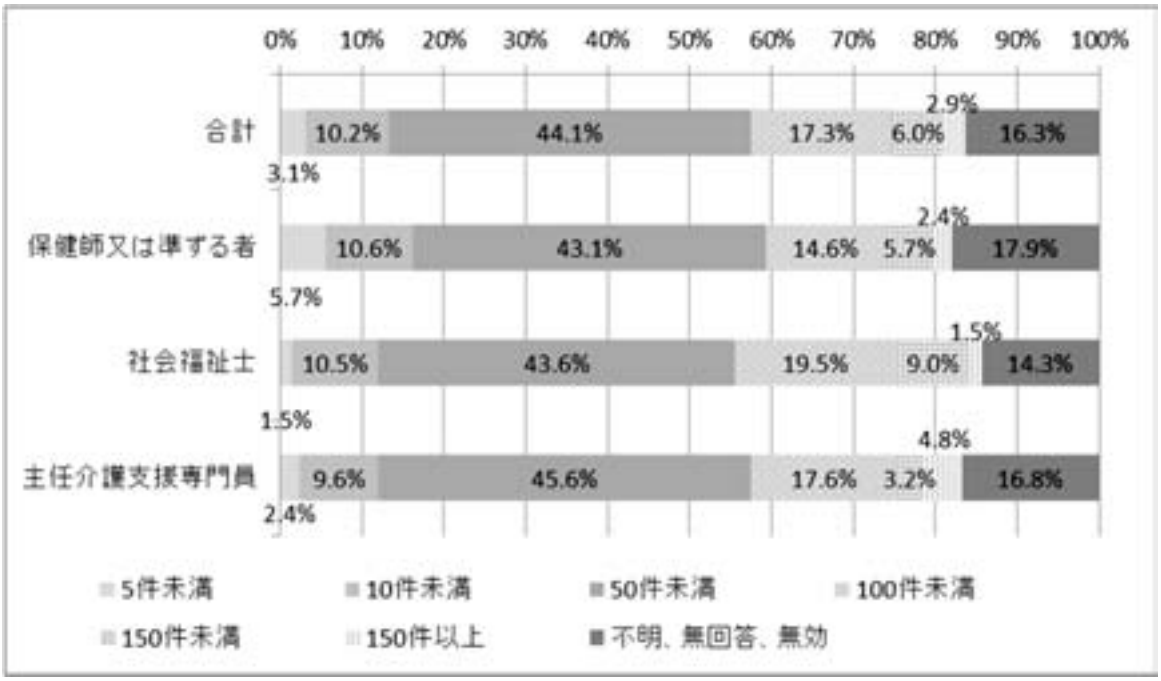
平成 23 年 10 月、1 ヶ月間の地域包括支援センターの平均相談件数は 43.7 件であった。職種別の月平均件数では、主任介護支援専門員が 49.5 件、次いで、社会福祉士が 43.8 件、保健師又は準ずる者が 37.4 件であった。

職種別相談件数分布ではに大きな違いは見られなかった。

図表 2-63　相談件数（平成 23 年 10 月）

	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
合計	319	43.7	50.4	29	430	0
保健師又は準ずる者	101	37.4	39.7	25	220	2
社会福祉士	114	43.8	41.1	25.5	220	0
主任介護支援専門員	104	49.5	66.2	30.5	430	2

図表 2-64　職種別相談件数分布



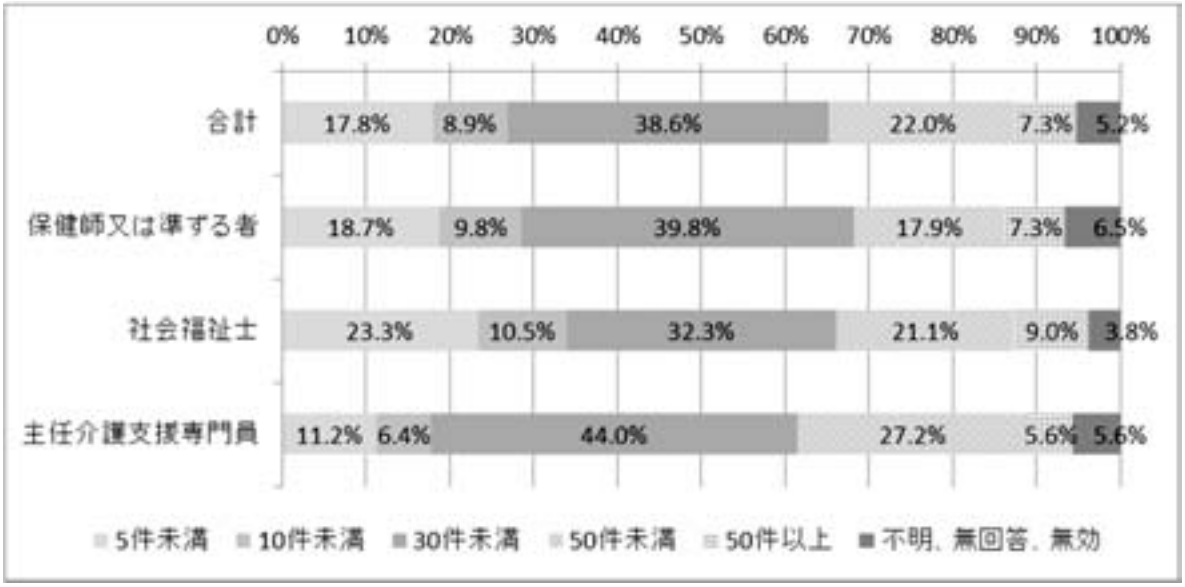
2）予防プラン作成件数

平成 23 年 10 月、1 ヶ月間の予防プラン平均作成件数は 21.6 件であった、職種別には、主任介護支援専門員が 23.7 件、社会福祉士が 21.2 件、保健師又は準ずる者が 20.1 件であった。

図表 2-65　予防プラン作成件数

	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
合計	362	21.6	16.0	20	71	0
保健師又は準ずる者	115	20.1	15.7	17	62	0
社会福祉士	129	21.2	17.2	20	71	0
主任介護支援専門員	118	23.7	14.8	23	69	0

図表 2-66　職種別予防プラン作成件数分布

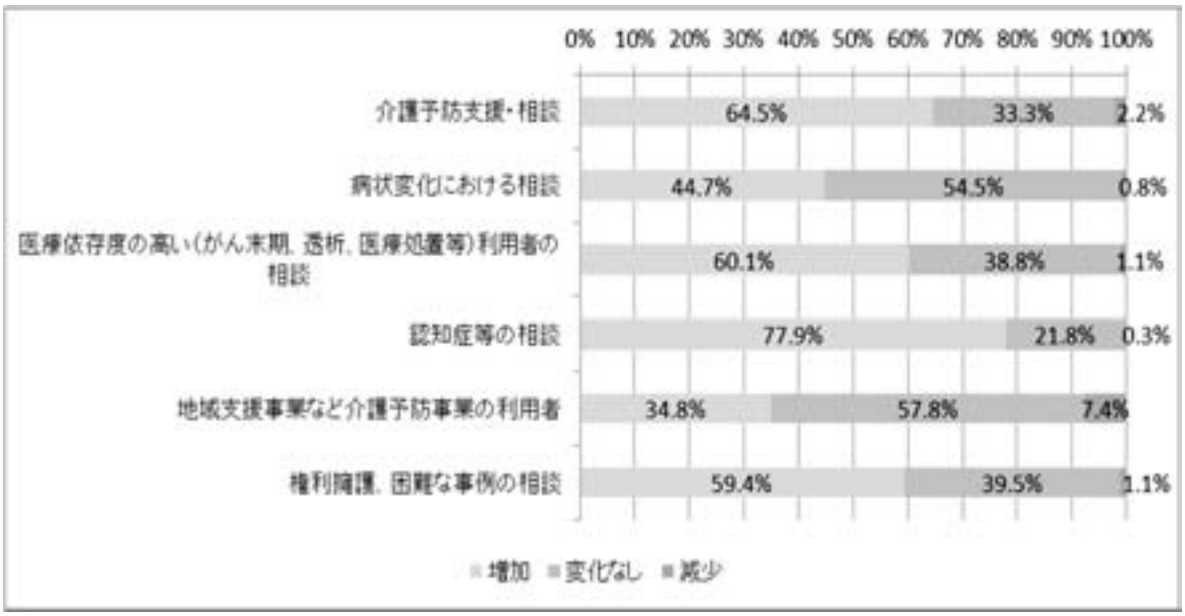


3）最近の利用者の特徴

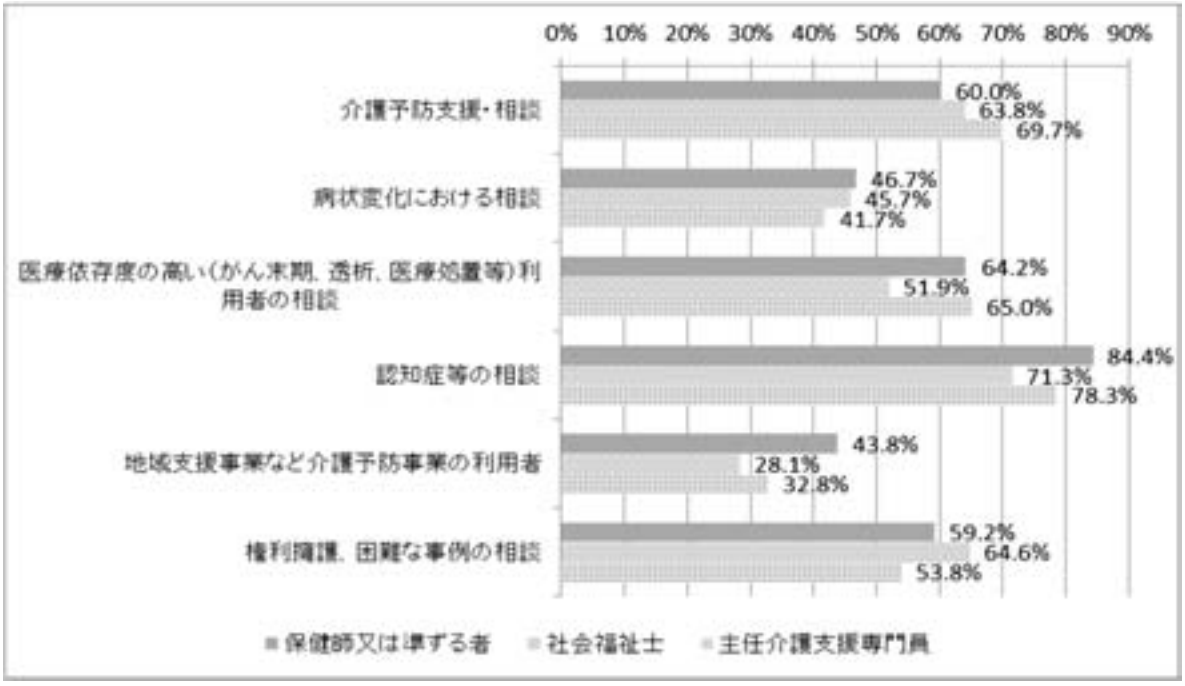
最近の利用者の特徴として、半数以上の地域包括支援センターが「増加している」と回答した内容は、「認知症等の相談（77.9%）」、次いで「介護予防支援・相談（64.5%）」、「医療依存度の高い（がん末期、透析、医療処置等）利用者の相談（60.1%）、「権利擁護、困難な事例の相談（59.4%）」であった。過半数のセンターが「変化なし」と回答しているのは「地域支援事業など介護予防事業の利用者（57.8%）」、「病状変化における相談（54.5%）」であった。また、「減少している」と回答した内容は全ての内容で若干数（8%以下）であった。

職種別の増加回答割合には、大きな違いは見られなかった。

図表 2-67　最近の利用者の特徴



図表 2-68　職種別の「増加回答」割合



【その他の特徴（自由記載）】

〇精神疾患・認知症関連

精神疾患及びその疑い	増加	保健師又は準ずる者
独居や精神、虐待問題などすべてにおいて増加している	増加	保健師又は準ずる者
精神疾患を持つ子供世代と認知症の親が生活困難になる事例	増加	保健師又は準ずる者
精神疾患を持っている方＋家族にいる方の CM の相談	増加	保健師又は準ずる者
精神疾患対応事例	増加	保健師又は準ずる者
精神疾患（うつ病）	増加	保健師又は準ずる者
精神科疾患をもっている家族が親を介護する時の理解のなさ。サービスが受け入れられない相談	増加	保健師又は準ずる者
精神疾患の療養者、家族の問題の相談が増加	増加	主任介護支援専門員
精神疾患を持った方の相談	増加	主任介護支援専門員
精神の相談	増加	主任介護支援専門員

〇家族関連

身寄りのない高齢者の相談	増加	保健師又は準ずる者
家族の介護力が弱まり、多問題をもった人が多い	増加	保健師又は準ずる者
独居や精神、虐待問題などすべてにおいて増加している	増加	保健師又は準ずる者
独居高齢者、高齢者と独身無職の子ども同居家庭	増加	保健師又は準ずる者
家族関係が問題のケース：1	増加	保健師又は準ずる者
特に身寄りのない方の支援に対する相談	増加	社会福祉士
精神疾患の療養者、家族の問題の相談が増加	増加	主任介護支援専門員
家族間の看護トラブル	増加	主任介護支援専門員

〇虐待関連

独居や精神、虐待問題などすべてにおいて増加している	増加	保健師又は準ずる者
虐待ケース	増加	保健師又は準ずる者
虐待も増えてきている	増加	保健師又は準ずる者
虐待	増加	主任介護支援専門員

〇経済関連

経済的困難事例	増加	保健師又は準ずる者
金銭的な問題支援の相談増加	増加	社会福祉士
経済的な支援の必要な相談	増加	主任介護支援専門員

〇介護関連

介護保険の相談	変化なし	保健師又は準ずる者
介護者の精神的肉体的疲労の相談	増加	主任介護支援専門員

○困難ケース

ケアマネジャーからの困難ケースの相談	増加	保健師又は準ずる者
ストマ、病気や感染症、末期ガンの退院が増えている	増加	保健師又は準ずる者

○その他

退院後の生活についての相談、施設入所	増加	保健師又は準ずる者
民生委員、地域住民より、近隣の気になる方に対する相談		社会福祉士
7ヶ月のセンターなので比較が難しいです。		社会福祉士
住宅に関する相談	増加	社会福祉士
包括へ異動し、3ヶ月目にて増減はよくわからず判断できない		主任介護支援専門員

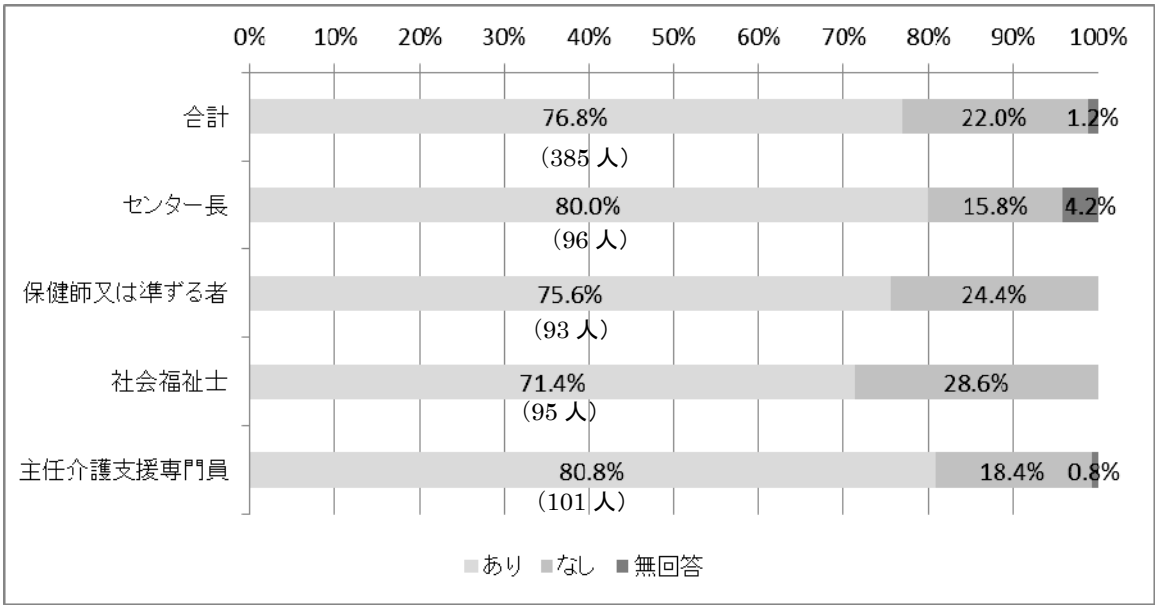
4.訪問看護ステーションとの連携

1）訪問看護ステーションへの相談・問い合わせの有無

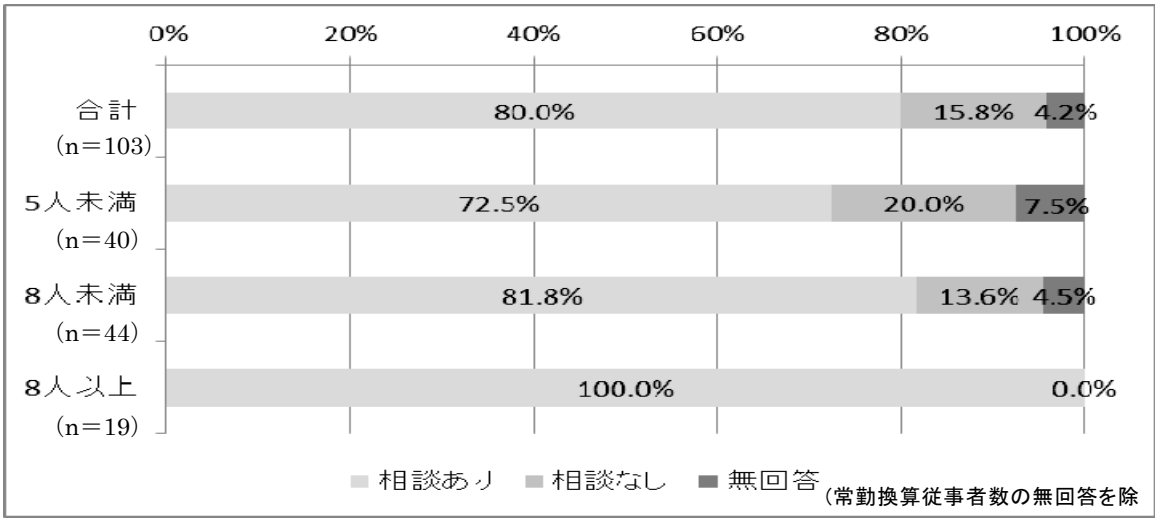
訪問看護ステーションに「相談・問い合わせした」と回答した人は 385 人（76.8%）であり、職種別に大きな違いはみられなかった。常勤換算従事者数区分別の相談・問い合わせの有無では、従事者数が多いほど相談・問い合わせした傾向にあった。

地域ケア開催頻度別の相談・問い合わせの有無では、頻度別の母数が少ないこともあり大きな違いは見られなかった。

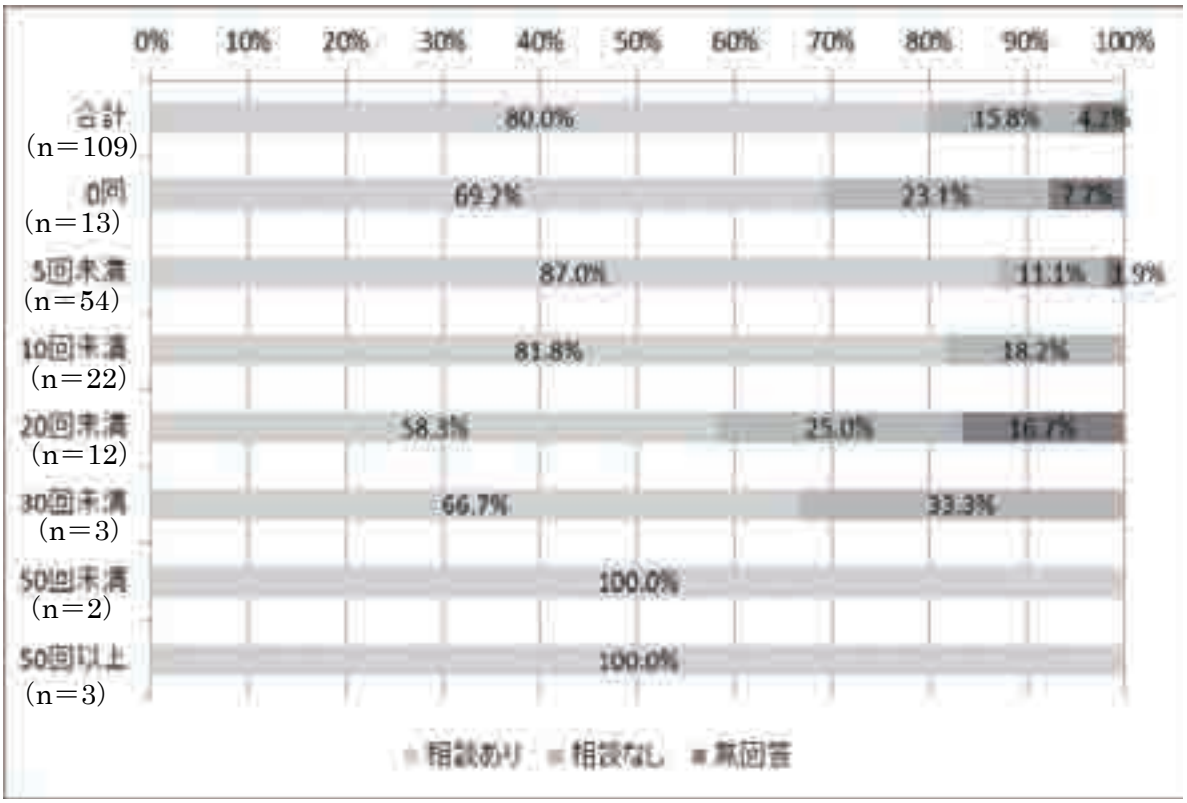
図表 2-69　訪問看護ステーションへの相談・問い合わせの有無



図表 2-70　常勤換算従事者数区分別の相談・問い合わせの有無



図表 2-71　地域ケア開催頻度別の相談・問い合わせの有無



2）相談・問い合わせ件数

上記１）で「あり（相談・問い合わせあり）」と回答したセンター長に平成 23 年 10 月、1 ヶ月間に地域包括支援センターから訪問看護ステーションへの相談・問い合わせ件数を尋ねた。他の職種には平成 23 年 4 月～9 月の 6 ヶ月間の件数を尋ねた。

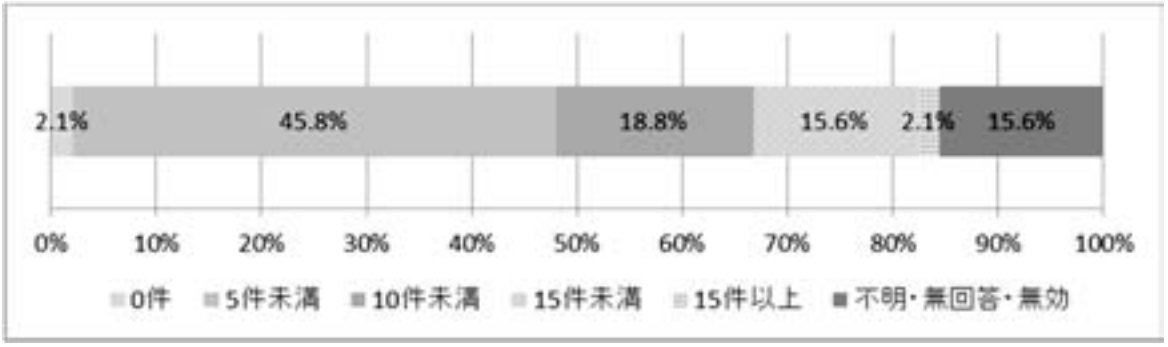
（1）センター長

センター長が訪問看護ステーションへ相談・問い合わせした月平均件数は、5.0 件であった。

図表 2-72　　相談・問い合わせ件数（平成 23 年 10 月　1 ヶ月）

職種	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
センター長	81	5.0	4.1	4	23	0

図表 2-73　相談・問い合わせ件数分布（n=96）



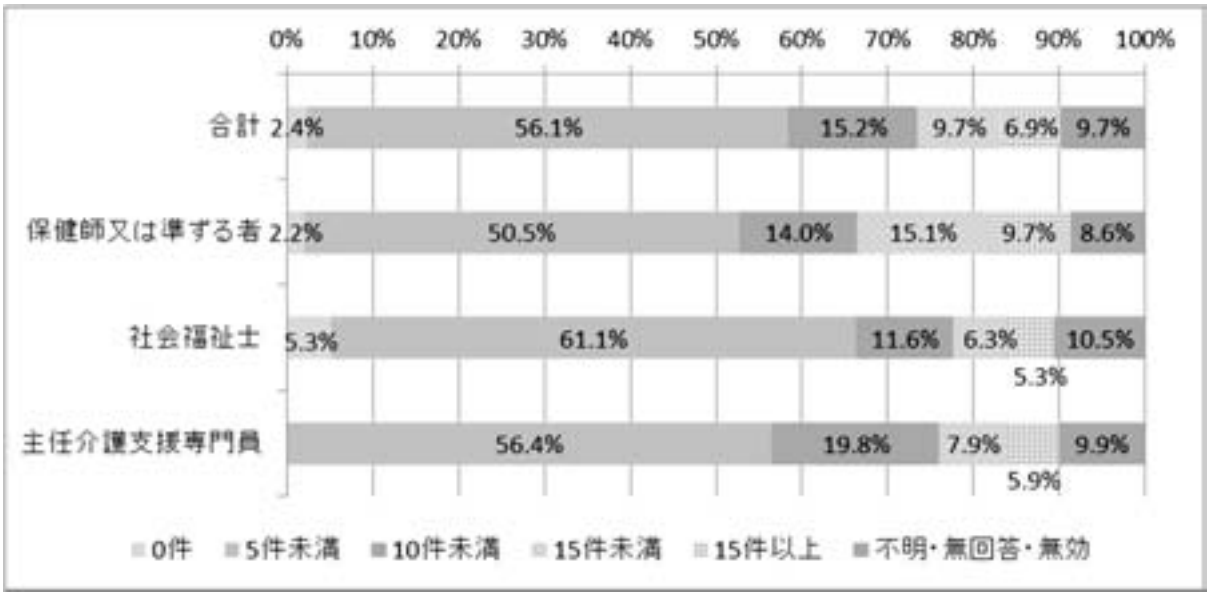
（2）他の職種（保健師又は準ずる者、社会福祉士、主任介護支援専門員）

他の 3 職種が訪問看護ステーションへ相談・問い合わせした 6 ヶ月間の平均件数は、5.7 件であった。職種別分布では、保健師又は準ずる者が、社会福祉及び主任介護支援専門員よりも相談・問い合わせ件数が若干多い程度であった。

図表 2-74　相談・問い合わせ件数（平成 23 年 4 月~9 月　6 ヶ月）

職種	回答数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
3 職種の合計	261	5.7	8.5	3	70	0
保健師又は準ずる者	85	6.5	7.4	3	45	0
社会福祉士	85	5.0	9.3	3	70	0
主任介護支援専門員	91	5.6	8.7	3	60	1

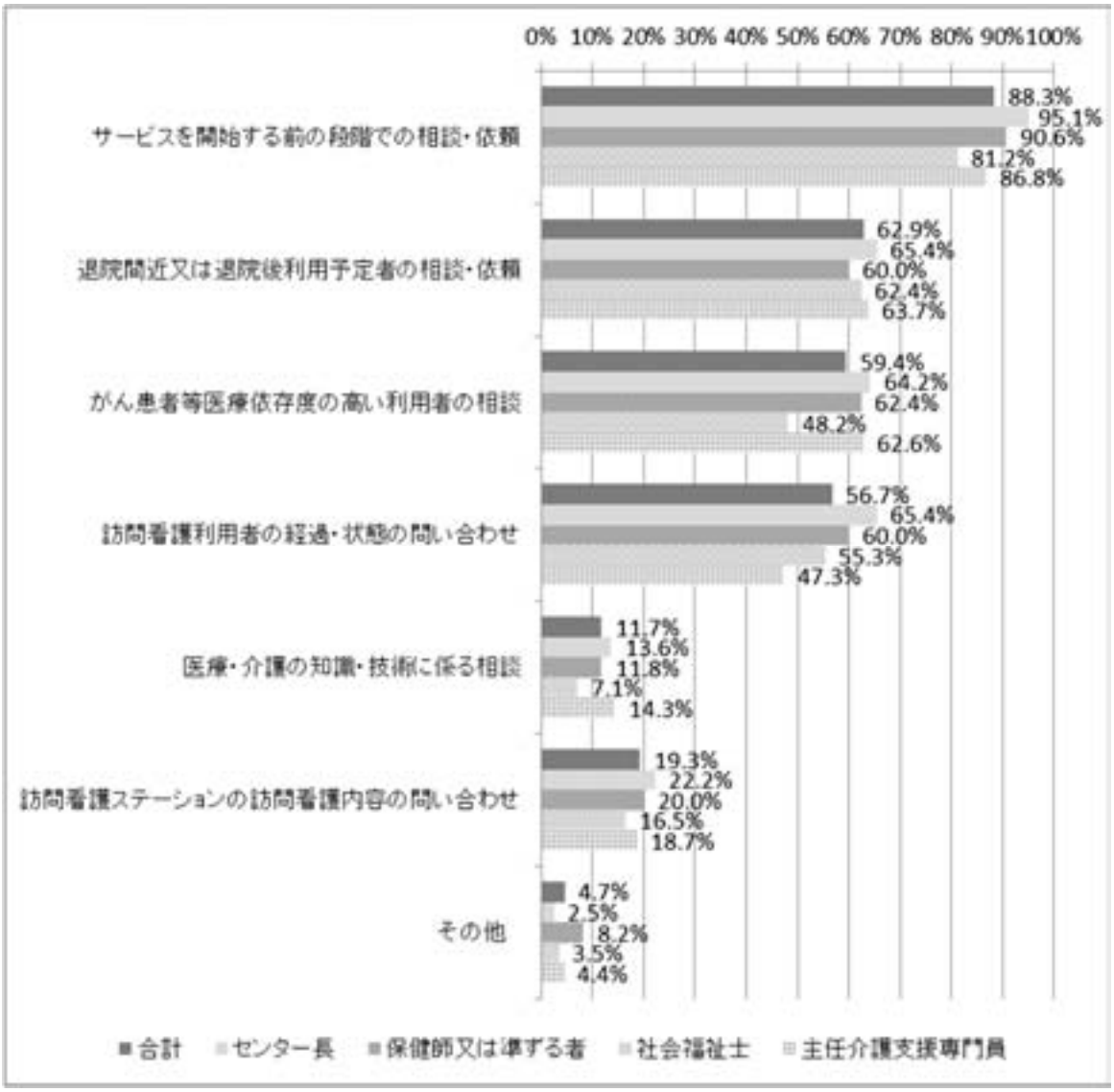
図表 2-75　職種別の相談・問い合わせ分布



3）相談・問い合わせ内容

相談・問い合わせ内容については、職種別に大きな順位差は見られず、4 職種合計では「サービスを開始する前の段階での相談・依頼（88.3%）」、次いで「退院間近又は退院後利用予定者の相談・依頼（62.9%）」、「がん患者等医療依存度の高い利用者の相談（59.4%）」、「訪問看護利用者の経過、状態の問い合わせ（56.7%）」の順であった。

図表 2-76　相談・問い合わせ内容（複数回答）



【その他の相談・問い合わせ内容（自由記載）】

〇センター長

ターミナル
訪問看護サービス利用中の方の相談

〇保健師又は準ずる者

介護保険の地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への引継ぎ
在宅診療をしている医師の情報
利用者が入院した為病状連絡、報告
高齢者の精神的問題に対する相談
施設から在宅にもどる相談
難病患者のリハビリについて
訪問リハビリの経過と今後について

〇社会福祉士

難病・特定疾患の利用者の相談
介護保険の訪問看護の依頼（ケアマネジャー依頼も含む）
利用者の対応方法、サービス内容の見直し

〇主任介護支援専門員

共催事業等の相談
訪問リハビリの相談
入院相談
在宅酸素療法

4）相談・問い合わせの具体的事例

（1）具体的事例 1

〇センター長

独居高齢者 アセスメントしたところ食生活や健康管理がうまくいってなかった。通院手段もあまりないようなケースだったので訪問看護を依頼したが、面接の結果、親族の同意が得られず利用に至らなかった。
・がんターミナルで在宅になるケースの依頼→受け入れ可 ・医療保険、介護保険による訪看の取り扱い→説明をうけた
がん末期患者の退院支援について、家族からの相談があり、病院、ケアマネジャー、訪看と調整をはかった。介護保険の申請を代行し、ケアマネジャーへ引き継ぐ。
接骨院通院を行っているが訪問リハビリテーションを希望（療養者より）療養者の強い希望で外での歩行器使用、転倒リスク大きいが許可は可能か、主治医の見解を得る。 歩行器使用時必ずついていること、ころび方の練習することで許可。
医療ニーズの高い方は、同法人内のステーションに相談し、サービスにつながらなくても助言を得ることがある
ターミナル期における在宅相談
・腹膜透析の方が在宅に帰る調整時。 ・ALS 利用者の今後の相談
・ケアマネジャーから相談のあったケースについて、担当者会議開催。
・特定疾患の方の医療保険 or 介護保険どちらが優先かの確認 ・リハビリの状況確認
病院からターミナルケアが必要な患者の退院に向けてケアマネジャーや訪問看護の利用について依頼した。
・利用状況
疾患により前かがみになれない方で DM 等疾患によりケアが必要だが可能か？
ターミナル利用者の在宅移行 精神疾患の利用者の在宅復帰
訪看 7（訪問リハビリ）導入について 医療保険の訪問看護の利用者の訪問に同行・情報共有。
状態悪化につき区分変更の必要性について
訪問リハビリをしてくれる訪問看護ステーション双方で連携をはかりとりくんで欲しい難病 Pt 精神を有する利用者、精神的家族支援
在宅ケアの継続にあたり、相談する。
リハビリ内容等
退院後訪問看護サービスを利用することになったため訪問看護の内容と日程・時間についての相談
入退院をくり返している方が、退院となることの連絡を受けたので、状況報告とサービスの再開のお願い

サービスを依頼した→断られた
利用者の病気、状況、サービス内容を確認させていただいた。
精神疾患の服薬管理もできますか。
退院後の患者の訪問看護利用の可能性の有無
家人の都合による利用日の変更。 導尿の援助の際に確認できた尿量について
がん末期の患者で膀胱洗浄への指導が必要な方への対応が介護保険のサービスで可能か確認。介護申請につなげ、同行訪問後、見込みでサービスを導入した。
新規相談ケース 認定前に親族より訪看の希望があり、みなし利用の相談・調整したが、主治医より必要なしとの意見で利用なく終了。
福祉用具利用に際し、療養者病状の確認 糖尿病の日常インスリン管理について
利用者の病状について変化があるかどうか？
・ターミナルの方で退院前に在宅療養の為の準備に関わってもらった。
訪問看護が医師との連絡をした内容確認
訪問看護サービス利用が可能かどうか？ 訪問リハビリの状況の確認 薬の管理の方法について
退院後の訪問看護サービスの利用開始について。
急性期大病院から近日中に退院予定の利用者支援の依頼あり。親族遠方で、一人暮らしが可能かどうかの判断に必要な事項に関する相談と、連携方策について
がん末期で退院 退院後のサービス調整で相談
退院後在宅療養において、サービス提供の可否 往診可能な医師の情報
サービスの依頼、空き状況の問合わせ 利用中の方の相談
精神疾患の利用者で最近の様子について問い合わせた。
退院にあたり、医療行為（パウチ）が家族対応が困難だったため訪問看護に対応依頼をした。（介護認定申請中）
腎臓疾患で入院した方、退院をきっかけに、在宅での食生活の改善、病状管理のための支援開始。
退院予定の利用者サービス調整 サービス内容変更 etc ケアマネジャー支援としてプランの相談など
利用者の体調等について
医療依存度の高い方へのケアマネジャーとセットにした対応依頼が主（全て法人外）
IVH で在宅療養を希望された方の訪問看護の依頼。IVH をはずすことができたため、利用に至ら

ず。
疾患について治療内容、通院はどれくらいになりそうか等
退院にあたり、在宅支援に訪問看護が必須となり、病院の MSW（医療ソーシャルワーカー）主導でサービス調整を実施し、導入となった。
がん末期でこれから在宅となる方。 要介護認定が出そうな方だったので、居宅併設の訪問看護ステーションへ依頼した。
がんの手術をし退院するにあたり、在宅での訪問看護の必要性を検討。結局、介護者が少し様子をみてから導入を考えるということになった。
医療機関へ同行訪問を行い在宅生活の不安な医療的な所の指導等行ってもらう。
医療リハと訪問リハの併用 若年認知症
在宅生活をする上での担当者としての注意点

○保健師又は準ずる者

退院調整で病院よりいきいきへ連絡が入り、訪看利用が前提の療養者であったので訪看へつないだ。ターミナル期の人であった。
・薬の管理、インスリン注射確認の依頼。療養者の拒否で終了 ・足の爪切りでの訪看依頼中。 ・精神での訪看利用中の方の情報共有、担当固定についての相談
がん末期の利用者が在宅での生活を希望された。（認知症もある人）訪看で内服管理・状態把握を受けながら在宅生活を継続。状態悪化し最後は病院で亡くなられたが、在宅生活継続したことで、その利用者らしく過ごすことができたと話している。
訪問リハの導入。
・家族から包括へ相談 療養者は施設入所中。頸髄症によりほぼ寝たきりであるが車いすにはのる事可能。 県外の実家に一度、日帰りでよいので帰省させてやりたい。 家族の付き添いだけでは不安な為、看護師に付き添ってもらいたいとの相談。 ・医療保険及び介護保険での訪看の利用不可。かかりつけの病院にも相談するが、対応不可。 別件で関わりのあった訪看ステーションの看護師へ相談したところ、自費対応をしている訪問看護ステーションを紹介してくれた為、その事業所へ対応をお願いする。
・介護保険サービスの利用 or 仕方についての相談 ・医療的な情報の収集のため。
退院予定の方のサービス調整で、相談。 暫定で認定前にサービスを調整していただいた。 又、主治医からの指示書も相談にのっていただいた。
がん末期の方で自宅で看とりをしたい希望があり。 介護保険利用で訪問したら上記のような相談があった。 すぐに訪問看護の相談した。結果、すぐにステーションから訪問をして頂き、家族はとても安心出来た。

在宅看取りに向けた相談、依頼。
・退院後、医療的処置の必要な方へのサービス依頼。
・訪問看護を依頼するにあたっての諸手続きの内容確認。 ・訪問看護導入後の利用者の状況確認、対応について、終末期 Pt 独居で終末期 Pt の動向において、カギの開閉（身寄りなし）どうしてるか。 褥瘡処理についての問合せ ・往診医の利用や主治医変更についての相談（手順）どのようにしたらよいか
・新規利用の受け入れやサービス開始直後の様子確認 ・サービスの調整（回数）や利用者の様子、他サービスで注意する点など確認。
末期がん患者の在宅医療に関する相談から入り実際のサービス利用、ターミナル期へ移行し看とりまで。
重複で数回問い合わせすることもあります。 股関節の疾患で前かがみになれず、爪切り等のケアが必要だが DM があり、ヘルパーも家族の支援が受けれない方の相談。
①うつで退院すみ対応できるか？ ②癌末期で入院をしぶっている（エホバの証人？）最期まで対応できるか？ ③乳 Ca で 1 人ぐらし、毎日ガーゼ交換あり、みとる人がいない。対応できるか？ ④地方から人工透析等必要。ひっこしてくる。対応出来るか。 ⑤ALS で地方から娘宅へきた。しかし、家族関係がこわれ、又ひっこす。対応出来るか？ ⑥ポートがはずれ処置のため入院。今後、退院したら、訪 Ns 入れるか 他にもあるが、いずれも対応してもらいとてもたすかっている。
・退院直後の在宅でのバイタルチェックや栄養管理、精神的支援についての依頼。 ・パーキンソン病による、筋力低下、関節の拘縮予防に向けての訪問リハビリの相談。
体調が安定し再発予防でき健やかに在宅生活が送られるよう疾病予防、介護予防支援目的での利用について相談しました。
娘さんの思いとサービスでできることのくいちがい。専門的意見が娘さんに入らない。 結果要介護になりケアマネジャーに引きつぐ。 家族と療養者、病院側の意向があわず、退院に向けての支援について調整。在宅環境整え、訪問介護の支援医療で開始。
・認定結果が、支援か介護になるかわからない段階でターミナルの患者様が、退院となるケース（併設以外の病院より依頼あり） ・ご療養者が在宅療養を希望されたものの、家族に不安が強く、退院前に居宅 CM、訪問調整し、退院前より関わってもらった。 ・医療行為としては HOT のみであったが、療養者・家族の不安も大きく、緊急対応、在宅医との調整等お願いした。 ・在宅での生活は 2W 間程で亡くなった。
大腸の手術後、ストーマ管理の為、入院中の連携室と相談し、訪問看護ステーションに連絡。退院前に、療養者、家族、訪看、CM とでカンファレンスを行い、週に 2 回、ストーマケア及び自己管理への指導に向け調整しました。
療養者の状態確認

がん末期（在宅）
・ケアマネジャー紹介時に医療介入が必要な場合は訪看を併設している居宅に依頼し情報提供 ・看護資格のケアマネジャーだと、スムーズに事が運ぶ場合が多い。
退院前に医療機関から情報提供があり、医療依存度が高い場合やターミナルを在宅でというケースについては、退院前から相談し、場合によっては病院でのカンファレンスに参加してもらう様にしていますし、自分で判断できない事案や迷ったことは、ご迷惑かなと思いつつ相談させてもらうことがあります。顔がみえている連携先なのでそういう関係は築けていると思います。他メンバー（包括内の）が連絡をとりにくいケースについて橋わたしをすることもあります。
区役所より、認定調査を終えたが、療養者の状態が著しく悪く、介入してほしいとの相談あり。 訪問行うもかなり状態悪く、寝たきりの状態であった。 受診をしておらず、2ヶ前に肝臓がん末期である事を宣告されていた。その後、食事等も摂れず、放置されていた。 療養者希望であるベッドの手配と訪看の手配を行った。 翌日ベッド納品されるもその翌日、亡くなられた。
ガンの末期の方
・皮フガン末期、在宅での療養を療養者、家族が希望。 処置が多いため訪看は医療で調整。その他は介護保険で調整。処置方法をディNSなどへ指導してもらう。在宅で継続中。 ・在宅酸素療法の方へ病状の悪化を防止するため、療養者、家族に予防の啓発。呼吸リハビリ、管理、相談相手として利用をお願いした。今も継続中だが、支援2から介護1になった。
インスリンの支援 サービスのプランにくみ入れするとして、どういう方法ができるか、空き情報など。
訪看さんによるリハビリの様子 ADLの変化などの確認
ターミナルケースの受入れ：週単位の配置回数等と在宅のホームドクターの依頼先情報収集。
①慢性閉塞性肺疾患の患者さん、ご療養者が「毎日体を動かした後、呼吸が苦しくなり救急車を呼ばんならんか？」と不安になるとのこと。訪看で健康チェックを依頼したら、リハビリも導入していただき、療養者、家族の安心につながった。 ②嫁を亡くし、間をあけず息子が脳梗塞で倒れた80代の女性。動く気力がなくなり、ADLは以前とさほどかわらないものの、活動性低下によってADL低下は予測され、デイサービス再開を目標に訪看によるリハ導入。医療機関と薬の調整もしてもらえ今後を期待している。
がん末期の方が退院するにあたり、病院へ訪問し関係者、療養者等で話し合いをします。その後、訪問看護ステーションに連絡をし、退院後、スムーズにケアーが受けられる様に、事前に連絡をとり、話しをします。
独居・心臓疾患で入院治療歴あるも、定期受診もせずひとり暮しも外へ出ていること多く食事も不規則。自立支援事業を受けており担当から、眼の中が赤い出血？しているから血圧を測定してほしいと連絡入り訪問。血圧も200以上あり受診を再三勧めるが拒否。そのうち、具合悪くなり再入院した。退院の際に、このままでは同じことの繰り返しになるため、ワーファリンの大事な薬も服用になることから訪看に体調管理と服薬管理で週1回入ってもらうようにした。

訪問エリアの確認。訪問が受けられるかの確認（スタッフスケジュール、人数等） 利用者の状況確認
癌末期の PT の依頼があり、担当していただけるかどうかの問い合わせ（ケアマネジャージメント）
・サービスの利用が可能かどうか？ ・訪問看護によるリハビリ利用の場合住宅環境の検討 ・リハビリの状況の確認 ・薬の確認（内服状況）
B カテを留置し、退院する方を退院とともに訪問看護 ST と担当者会議サービスを行った。
・主治医との連携に関すること。 ・訪問リハに関すること。 →療養者が元々病院嫌いで訪問診療、訪看を導入したが、結果、療養者と医師の関係がこじれ中止となった。その後、要介護となり担当が変わったため、現在の様子は不明。
50 才、女性、子宮体癌終末期、某病院より 在宅復帰要請あり。療養者の強い希望もあり、在宅へ。但し、病状コントロールがつかなくなった時点で緩和ケアに戻るという条件。 病状ケア、腎盂ろう管理弁を在宅訪看が中心になって行なう。1 ヶ月間を在宅で過ごしたが、常に連携をとり合った。ドレーン挿入部より尿もれが続いたことでその都度ケアに入ってもらった。
転倒した利用者さんの創処置を経過報告
胃癌末期の男性、独居、身寄りなし、生保 在宅での生活希望により退院になるという連絡を受け（MSW より）訪問看護ステーション NS とケアマネジャーと連携しサービス調整し、退院。 在宅ケアにあたる。 暫定利用の方の為サービスの量を入れる事ができず医療保険で訪看に多くのケアを担ってもらった。
・がんや病状悪化に伴っての相談。
・49 才の糖尿病腎症（2 号保険者）の男性　脳梗塞の後遺症のリハビリと経過観察を依頼した。その後の状態報告うけている。 ・76 才の男性　パニック障害あり。内服管理と精神的フォローを依頼した。その後パニック発作は落ちついてきた。
退院間近で、在宅に戻った場合 訪問診療と合わせて訪問看護も利用したいという相談がありました。手順の流れを説明した。 元々介護保険の認定もお持ちで、早急に探しておられたので、まずは入院先の MSW より主治医へ相談してみるよう促しました。
・困難ケースのサービス提供状況の問合せ ・胃瘻寝たきり高齢者の在宅に向けての支援。退所して在宅中。
要支援 2、男性 91 歳、S 状結腸の念転にて腸閉塞を繰り返し入退院が頻発であった。 導入から、主治医と相談し、排便コントロール、浣腸実施のため依頼し、在宅生活を継続できた。 再度、腸閉塞にて死亡。緊急時にも対応してくれ、家族はとても安心できたとの事。

認定前、暫定プランで開始するケース 難病、医療病院対応のケース ガン末期で連日訪問のケース 状況等
・退院前に膀胱 3 のストマ―管理をどの程度、療養者ができるのか、訪看と一緒に病院に行った。自宅に戻った後、スムーズに訪看が導入でき、療養者の不安も軽減された。
末期癌の在宅療養相談があり、訪問診療含めて、訪問看護ステーションの複数紹介したが、エリアや空き状況などの確認と、主治医の意向などもあり、結局は通院先の相談室の方で手配した形となった。
退院間近の患者の退院後のサービス利用の相談が病院の医療相談室から入り、ターミナルとのことで訪問看護は医療で入る為、ケアマネジャーを通さず、直接訪問看護ステーションに依頼し、調整した。
末期癌患者の退院後利用について、退院前カンファから参加の依頼や在宅での相談等
がんの Pt でサービス導入前の依頼
がん末期、未告知独居の虚弱高齢者。 受診は出来ているが、介護サービスは拒否。 訪問看護での在宅支援からサービス導入。 はじめは玄関先でしかコミュニケーションがとれなかったが、居室内に入れてくれるようになり、ヘルプも導入。ご希望の在宅でさいごをむかえることができた。
血糖値が安定しない人の訪問看護による状態の確認の方法とリハビリの内容について伺った。療養者のやる気低下で話相手で終わることもあるとのことであった。
専門的な知識として泌尿器疾患の対応ができる方がいるのか（Dr からの要望もあり）確認した
①要支援 1 の女性、直腸癌手術後ストマになり、5 日後に退院の予定。独居で、歩行時ふらつきがある方で、退院直後からの訪問を相談し、了解され指示書を主治医に依頼した。 ②40 代末期癌の男性の支援を医療相談室から依頼され訪問看護の必要性が高いが医療費 3 割負担のため、介護保険での訪問が可能かを相談した。結局医療保険での訪問が始まったが、費用負担が大きくその後中断し、往診のみとなっている。
・うつで自殺企図のある方に訪問看護を導入した。 →始めは（開始前）拒否的だったが、Ns が訪問開始すると、とても落ちついてきた（マッサージしてもらったりして気分転換できたため） ・訪問看護ステーションに、PT がいるため、訪看によるリハビリを行ってもらった。
・入院中の方→退院後のサービス導入にあたり入院中の病状把握での同行訪問 ・利用の様子初回時は必ず連絡とり合う。
I病院に入院中、直腸癌でストマ造設。退院後に訪問看護を利用。 始めてストマ管理を行うので不安（療養者、家族）。処置や指導、精神面でのフォローをして欲しいと依頼。 1/W 利用。精神的にも安定している。
・食事・褥瘡・ベット・エアマットの相談（がん患者）

・退院前の状況連絡と退院後の状況確認。 ・療養者からの要望、質問等の連絡とその後の対応確認。
自宅で転倒を繰り返すケースに対し、訪問リハビリの導入を検討して相談した。
がん末期の独居の方。最後の時までご自宅で過ごされたいと希望あり、訪問看護さんと連携し、対応しました。毎日のように経過報告をし、結局最後まで自宅で過ごされました。
がん患者の在宅支援
パーキンソン患者に対する医療面の支援と介護面の支援について

〇社会福祉士

・疾患に対する利用者の不安解消について、アドバイス方法等を相談し、助言をいただいた。
末期がん患者様で入院せず、在宅での生活をご希望の方の支援。（医療受診対抗ありの方）
末期がんで退院となるが、療養者・家族ともに療養者がターミナル状態であることを知らず退院するケース（理由は不明だが、家族と病院側のコミュニケーションが上手くいっていなかった様子→療養者と家族の関係は良くなく、療養者は入院中医師や看護師に暴言をあびせたり、治療拒否も目立った。）療養者は全盲・独居で、経管栄養と、麻薬による痛みの管理を受けており、帰宅後訪看は必要な状態だったが、金銭面の負担を気にして訪看利用を拒否し、また「自分はすぐに治るから訪看なんかいらない」と言っていた。退院後、療養者が体がしんどくて訪問看護を受け入れる気になったときに、すぐ対応は可能か打診の相談をした。
サービスを開始するにあたっての内服管理
要支援 2 で一見自立だが、実は服薬がほとんど出来ておらず、急に認知症も歩行も悪化の方向をたどっている為、訪看による服薬管理をお願いした。主治医と必要性を相談の上、位置づけることとした。結果、デイやヘルプでは見えていない観点からの療養者の生活状況把握も出来、ほんの少し改善もしくは維持くらいのレベルで継続できている。
これから訪看を検討する際、医療保険か介護保険、どちらで対応していくか。
・ストマ対応（介護保険の予防では単位が足りず、区分変更となる） ・末期がんの緩和ケア（介護保険の予防では単位が足りず、区分変更となる）
・病気により、医療保険 or 介護保険、どちらの対応になるのかの確認 ・処置をしている場合、病状の確認
ストマ造設した方の、退院後のフォローを依頼－相談しました。
・がん末期の終末医療（ターミナル）の対応について ・難病患者の入浴介助希望に対しての相談
退院時に合わせて訪問看護利用希望があり病院と連携しながらステーションに相談をしました。
・要支援の独居の方。既往に心筋梗塞があり、1 人での入浴、日頃の健康管理のニーズがあり訪問看護のケース依頼をした。 数回利用した後「来てくれる訪問看護師と気が合わない」との理由で sy 中止となった。
訪問看護利用中の方。 内容を確認。

1. について ①抗ガン剤治療開始にともない、療養者の状態観察が必要となるが、家族が遠方で対応できず、ヘルパーと訪看を組み合わせて利用するため相談・依頼した。 ②生活保護、精神障害のある方が諸事情により病院を変更することとなり、訪看ステーションの変更も伴なったケース。 4. について 療養者の状態観察のため、継続利用している方の情報交換
・服薬管理を依頼 ・独居、在宅利用者の生活相談 ・ガン末期患者の在宅ケア
・心不全で救急搬送され、入院。退院後も体調不安定であり健康チェックと入浴介助目的で訪看を利用したいと相談し、利用開始した。定期的な体調の確認と夜間の緊急加算もつけたことで、家族の安心感にもつながった。 ・意識消失をくり返している高齢者の家族がデイサービスについて相談にこられたが、服薬管理ができていることが影響しているかもしれないと考えられたので、訪看を導入した。その後体調安定し、意識消失の回数が減った。 ・全般性不安障害の方。主治医より利用をすすめられたとのことで、訪看を導入。定期的に話しをきいてもらい、服薬についても確認してもらうことで、一定落ち着かれた。
・ストマ、がん、精神的不安の夫婦について全般支援。糖尿病 ストマ管理、糖尿病、精神不安（うつ） 訪看と常に情報交換している
がん末期の方の退院相談にて訪問看護事業所と連携してすすめています。
＜相談内容＞ 末期ガンで急遽退院となり、自宅で終末期ケアをすることにしたとの相談。すぐにケアマネジャー、訪看、在宅診療、介護保険申請を手配する様に病院から言われたとの相談が多い。44 歳男性の小脳腫瘍末期のケースもそうだった。 ＜経過＞ 多くの場合、必要な情報が不足しているので、病院の相談室に問い合せし、療養者、家族に面接をした上でサービス内容と依頼先を検討し情報提供する。小脳腫瘍のケースは、退院までに時間がなく、家族からの情報だけで、すぐに介保申請とケアマネジャー、訪看（医療保険対応いる方）をつないだ。 ＜結果＞ すぐに動けるケアマネジャー、訪看同一事業所でさがし、診療所もそこから紹介してもらった。その約 1 ヶ月後死去された。
・末期がんの方の退院時ケース、在宅でサービス未利用ケース それぞれ介護保険サービスの利用予定がなく、訪問看護の利用希望のみがあった。 ・片マヒの方、何とか通院しているが、緊急時の不安強いケース 訪問看護利用にあたってのサービス内容について打合せ ・暫定プランでの依頼は時折あります。

・訪問看護利用してからの療養者の身体状況等変化や、リハビリについて相談。 経過良好であること、継続したリハビリの必要性についてアドバイスを受けました。
退院前カンファレンス等何もなく、在宅へ退院してきた患者の在宅療養の手配をした。（舌ガン末期） HP 側は外来通院としたが、独居・遠方という理由もあり療養者からの相診で往診にした。病気だけではなく、その人の生活環境等も考えてほしいと思ったが、大学 HP だと難しいのか。
大腸ガンでパウチをつけて退院。 退院の指導では、妻がパウチ交換できていたが実際に退院してみると、パウチ交換のトラブルが多く、離れて住む長男より相談があった。 次回、受診時に、外来で訪問看護師が立ち会いで医師、患者、家族の話し合いを行い、すぐに訪問看護を開始することが出来た。
夫婦世帯で妻がうつ性の頻尿。それに困り夫は、色んな医療機関へ連れていってしまう。服薬について多少知識をつけていた為、訪問看護ステーションのケアマネジャーに同行していただき担当していただいた。
要支援の夫婦、夫は進行性肝細胞がん最後の看取りをしていたいとの相談で対応しました。
3…脊髄小脳変性症の方の症状変化とその対応 4…独居、認知症進行の方の対応。さらに痛みの訴えあり、その対応
ターミナルの方の在宅における急なうけ入れ。相談があった 2 日後に退院。おうちに戻られて 5 日でお亡くなりになった。
腹部大動脈瘤の患者さんが、退院してくるにあたり、初介護申請、独居であり、薬の管理にも心配があるかただったため、訪看の利用が望ましいとの判断にて、対応が可能かを問いあわせた。
支援 2 の認定が下りているひとり暮らしの男性へのサービス依頼の問い合わせ。（男性の基礎疾患は心疾患と脳梗塞）爪切り、バイタルチェック、清拭を依頼した。主治医からのサービスの必要性の指示もあり、スムーズに利用に結びついた。
急性胆のう炎で入院し、ドレーン導入した。退院に向けて、処置についての指導を受けていたが、一人で行うことに不安を抱えていた。既に要支援 1 の認定が出ていたため、訪問看護のサービス利用について説明し、利用意向が示された。医師と相談し、抜去するまでの間、サービス入れることとなり、ENT 後 3 ヶ月、訪看サービス利用となる。
ストマ交換ができないclの指導と実際の交換＋入浴支援
高齢の要支援者が往診よりの働きかけで訪看によるリハビリに意欲的となり、今まで受けつけなかったがリハビリ開始となった。
膝人工関節置換手術後、退院したが予後不良で、歩行困難。個別リハ実施に向けて、訪問で対応可能か問い合わせ。 →区 PT の助言もあり、訪看 PT でのリハビリてーション開始。現在、改善傾向にあり。
嚥下困難な利用者に言語聴覚士の派遣の可否
・高齢者世帯、認知度低下している方の健康管理・服薬管理について、また大きな病院から往診可能な近医の医院への主治医変更の相談。
・医師と利用者のコミュニケーションがうまくいかないケースがあり、受診同行を含めて相談にのって頂いた。継続支援できている。

・高のみ世帯でなかなかサービス利用がスムーズにいかず、衰弱傾向にあったが、心理的サポートからリハビリまで幅広く対応して頂き、継続支援できている。
・認知症独居、介護保険申請中の方 暫定で早めのサービス導入の相談 ・末期がんの方 医療保険で既にサービスが入っていた方の相談
医療依存度の高い方へのケアプラン作成を兼ねた支援
虐待ケースへの会議への参加依頼
末期ガンの利用者。年内は、もたないだろうとの宣告うけている。病院の MSW より介護保険の申請の手伝いをたのまれ援助開始。療養者、帰宅願望が強いため、介護度確定前に在宅へ戻し、悪化すれば即入院とのことで、家族と共に訪看ステーション捜しからはじめる。認定前は暫定のケアマネジャーとして連絡、サービス調整を行う。退院をして介護度確定したため、ケアマネジャーを紹介し、包括としては、後方支援へ退く。
50 代介護保険未申請。難病（＋）。生活支障（－）いろんな相談所で訪看を勧められ、医療での訪看を希望。近くの訪看を紹介し利用となった。
90 代の夫婦のみ世帯の要支援の利用者様ですが、ご夫婦ともに物忘れが強く、薬の管理ができていないので、薬の管理と健康管理で、週 1 回サービスに入って頂いております。お 2 人とも高齢な為、新しい事の導入に関しての拒否が強くありますが、信頼を得ている訪問看護師さんのおかげもあり、介護タクシーの利用や脳梗塞の早期対応等々で順調に生活を送って頂いております。
サービス利用中の方の状態確認の為
認知症の利用者に対する内服管理の依頼し、週 1 回の訪看を導入し、安定する。協働する。ケアマネジャーチームへのアドバイスも頂く。
・内服管理 1/W 介護保険サービスで利用
要支援 2　週 1 回（1 時間）利用 バイタルチェック、爪切り、健康相談、主治医との連携
退院間近又は退院後のがん患者の相談。 退院後の生活支援について。
特に明確な病気が理由ではないが、不定愁訴のような状況にある方に対する訪看導入が適切かどうかの相談。その上で導入となり、結果療養者の安心感につなげることができた。
医療的に見守りが必要な方の入浴支援を依頼し、継続利用している。
療養者が医療、治療の拒否があるが、自宅に退院して帰っている相談を医療機関の MSW から受けたことで、新たに医療につなげなくてはいけない。
認知症が進みアリセプト等の薬の管理が困難になったので主治医と相談し訪看を導入。結果、飲み忘れもなく、全身状態の観察もでき、安定している。
人工肛門の管理が不安な方の退院後の支援のお願い
・90 代後半の方でかなり状態に波があり、ヘルパーから得た情報を伝えたり、家族とのやりとりの中で医療面の高い部分を相談。訪問時に家族にアドバイスしていただいたり、ヘルパーに気をつけて観察しておいたらよいことなどを教えてもらいながら支援者、家族で連絡していった。
・廃用症候群で ADL 低下がみられる利用者へのリハビリについて相談し、サービス利用となる。

悪性リンパ腫で入院した患者について病院より相談があり、退院後の体調管理や必要に応じて点滴も必要になる可能性がある事から、週 3 回で訪看に入ってもらっている。経過は良好で在宅生活を継続中。
退院し在宅生活をする上での担当者としての注意点
症状が不安定で不安に思っている療養者に、薬の説明やバイタルチェックをおこなってもらうことで、療養者が健康把握をする手助けやアドバイスをサービスとして実施してもらうようになりました。

○主任介護支援専門員

・医療依存度の高いがん患者の相談 ・訪問看護ステーションに居宅があり、そちらでケアプランと共に引き受けてもらいたいと依頼。
エンゼルケアの料金について（生活保護の方（独居）で在宅での看取りを行うケースがあり、お金がなかったケース）
訪問リハの導入
介護保険申請前から医療での訪問看護をうけていた。認定結果が出てから、包括が居宅届を出して契約したが居宅届を出す前の申請日から居宅届を出す期間の請求方法について解決をした。
通院→在宅医療への移行となり同時に訪問看護導入が必要となりがん患者ターミナルの方の対応を相談しすぐに対応していただいた。
ケースの身体状況や訪問看護の内容や家族の様子などについて 福祉用具の利用について
がんターミナルで退院後、在宅サービス希望利用者の、ケアプランと訪看依頼。
・サービスの受け入れ状況 ・介護保険か医療保険かどちらの保険での利用になるのか（難病）
入院中病院から退院間近との事で、MSW さんからの連絡で相談する事がほとんどです。
精神疾患の独居の高齢者の内服コントロールや生活支援について相談 （精神のディサービスへの支援、医療との連携指導。定期的な見守り体制支援）
デイケア利用時の療養者の様子を訪問看護利用中、聞きとり、デイケアとの調整がスムーズに行きました。常に、連携を取っていくことの大切さを感じています。
支援での導入の相談→OK と返事 明日退院といわれたガン患者の在宅での受け入れについて→OK と返事
がん患者家族からの相談 主治医より訪問看護をすすめられたが、介護保険を申請したばかり。どうしたら良いか。 訪問看護ステーションに連絡、暫定サービスの依頼とケアマネジャー調整を行なう。
C 型肝炎からの肝癌発症。K 癌センターで定期受診をしていたが、肝動脈閉栓術を数回施術したが腹水のため実施できなくなり、地域での緩和ケアとなった。Fa も療養者も「死」に対する受け入れが悪く訪看も在宅生活となってから腹水で歩行不可となった 2 ヶ月後であった。訪看導入後 2 週間後に昏睡状態となり 2 日後に御逝去された。
家族関係がうまくいっていない方への関わり方、役割分担

・40 代がん末期の方。ベッドレンタル希望あり。訪看 Sta.と連携し調整した。 ・病院または医師が訪問看護ステーション.を決めてから、ケアマネジャー捜しの依頼があることも多い。 ・医療依存度の高い方はできれば訪問看護ステーション.併設の居宅にケアマネジャージメントをお願いしたいが、要支援の認定が届く方も最近は多く、訪問看護ステーションでは受けてくれない。
新規、認定待ちのケース。往診にすでに入っておられた方（NS）からの紹介 訪看を調整しました
入院中の在宅復帰 ターミナル 精神
末期がん患者の在宅での看取り希望での退院支援
療養者の状態悪化により区分変更についての照会
医療処置の必要な方に対しての連携・サービス利用の相談。
新規依頼
末期がんの方が退院され、在宅で生活する上で必要なサービス導入。 訪問診療、訪問看護、福祉用具等の調整。 緊急時の対応と、受け入れ先病院との連絡、調整。3 ヶ月後、訪問看護より、救急搬送依頼 訪問医より病院へ連絡。6 時間後逝去
訪問看護の内容と往診医との連携について
退院近い HOT（在宅酸素療法）
独居、要支援、単独外出困難なケース、うっ帯性動脈瘤による両下肢皮フ炎。毎日洗浄と軟膏の塗布が必要であるが、限度額が足りなく、主治医・MSW・訪問 NS とカンファレンス「特別指示書」にて対応。
・がんターミナルで在宅で生活をしたいとの利用者様の希望があり、訪看と連携をとった。 ・認知症で、独居のための薬の管理ができない人 1 回／週利用
ストーマ管理の依頼
・糖尿病疾患の為、退院後のサービス利用の為、居宅も合わせて依頼。居宅・訪介・訪看調整 ・呼吸器疾患の為、HOT 管理の為依頼。 週 1 回経過観察含め利用 ・転倒後の歩行訓練の為、相談依頼 週 1 回 OT（作業療法士）訪問となる。
・訪看利用中の要支援者の状況を聞きコントのサービス内容を検討した。
ケアマネジャーの出席。進行性の病気の悪化 福祉課（障害）も同席。 チームでひとりの利用者様にかかわった。 その後も協力しあいながらケアを行っている。
回数を減らしてほしいと依頼があったため、理由を聞いた。

①気管切開をしている方の依頼 ②COPD（慢性閉塞性肺疾患）で不安の強い方の依頼と、経過報告、状況確認の連絡 ☆地域包括ケアで、訪看ステーションが核のような存在であるのであれば、夜間の体制や、緊急時の対応について、もっと動けるよう人員体制をととのえてほしい。
在宅がん末期で入退院があり、介護保険の申請のみしており、調査、認定もされていない。介護力も弱い家庭。
転倒して動けなくなったため、リハビリについて相談した。（訪問リハビリテーションを訪看ステーションで利用していた）
要支援者が、訪問リハビリを希望したため、訪問看護（PT）を依頼し、同行訪問後、サービスを導入した。
・療養者・妻ともに認知があって在宅酸素を利用しているケース。 酸素の管理ができず、薬も飲めていないため、何度も状態が悪化して訪看に緊急で対応してもらった。（金銭的に入所ができなかった）
糖尿病の利用者のインスリン自己注射管理方法の相談
訪問看護利用している方の受診同行報告（訪問介護より）を送る際、意見を求めている。（糖尿病の病状について。最近は薬疹が出たので、症状や処置について。訪問介護との連携について）
・病状変化の方への訪問看護依頼 ・DM の方の退院後の在宅支援依頼 ・ターミナルの方の在宅の看護依頼
肺疾患の方の退院援助 医師より状態的に今しか退院ができない。多分すぐに入院となるので、在宅サービス調整をお願いしたいとの事だった。 自宅での状態観察等必要な為、訪問看護依頼。 自宅で 1 週間過ごし、再入院し亡くなられた。
・サービスの利用が可能か？ ・住宅環境を理学療法士に判断を仰ぐ ・リハビリの状況確認 ・薬の管理の確認
在宅でご家族が介護をしていたが、ご療養者の低血糖による入退院がくり返され、入院先の主治医から近医の往診に切りかえ、訪問看護の利用について相談があり、最終の退院時に状態の観察・緊急時の連携でお願いした。 週一回訪問可能となった。
がん末期で退院後すぐに利用希望があり対応をお願いした。
服薬管理の依頼
・呼吸器疾患患者への呼吸リハビリの対応の可否。 ・退院予定の重度患者の院内カンファレンス同席依頼。
①血糖コントロールのため入院した糖尿病の方の退院後の支援について相談・依頼。その後の経過の問い合わせ。 ②介護者による虐待の疑いがあるケースについて

利用者の経過状態の問い合わせと情報共有
ターミナル患者の退院に向けて、医療機関連携室より依頼があり、訪問診療・訪問看護うけ入れ先をさがした。
内容 がん末期、在宅でのターミナルケア希望での訪問看護導入 指示を入院中の病院から受けたご家族からの相談 経過 ケアマネジャー確保、支援計画、ケアマネジャーから訪看確保、担当者会議等実施して頂く 結果 在宅開始から 4 ヶ月後前日まで家族と自宅で過ごされ逝去された。
パーキンソン病患者の病状と対応について
・在宅サービスに付いて ・ケアマネジャーの相談 ・今後どのようにしたら良いかなど
・末期ガン（入院中）の方の在宅準備 在宅訪問診療に併せて、訪看ステーションも調整（ホスピス待機）2 ヶ月余りで他界された（自宅で看取り） ・パーキンソンの方のリハ目的でのサービス調整（2 件）
・退院後サービス導入
末期がんの方の訪問看護と居宅介護支援を依頼。退院調整からかかわっていただいた。
・要支援 1 の独居の女性利用者が転倒を機に排尿障害が出る。訪看導入に併せて区分変更→要介護 1 となり居宅介護支援事業所にプラン依頼。 ・胆のうがん術後、在宅復帰。術後のせん妄が酷く、申請後、訪看依頼→予防でも介護でも引き受けてくれる居宅介護支援事業所にプラン依頼。 ・直腸ガン末期。大学病院 MSW が訪看ステーションをみつけ当方にプラン依頼。申請中で要支援要介護でもプラン受けてくれる居宅介護支援事業所にプラン依頼
訪問看護を利用している利用者の状況を聞き、在宅生活が可能かどうかを相談した。
・がん末期の方が退院してくるので全身管理・入浴等で早急に対応してもらえるか相談した。 ・訪問看護ステーションの訪問看護師と PT の派遣が可能かどうか
保険について（医療保険か介護保険）
介護保険申請中の利用者。認知症の疑いあり。 服薬管理ができていないことから、訪問看護サービスの導入について相談した。
・特定疾患、難病の方。医療保険か？限度額もあり、医療保険利用。 ・医療依存度の高い利用者の対応でどこまでが家族が行うのか？（点滴の管理など）点滴を抜く、もれた時連絡するのは家族 ・家人の吸引指導に関して、鼻から行うことはなかなか難しいがどのように対応していったらよいか？とりきれない場合は訪看に連絡

・認知症での薬管理 ・訪問診療を快く受けて下さる先生の問い合せ ・ストーマ管理
糖尿病合併症のため壊疽が悪化しないための管理・支援について
退院後の在宅生活について
間質性肺炎で呼吸困難、介護認定は「要支1」限度オーバー。訪問回数、支援内容の相談。
ストーマ管理 癌患者の精神不安 疾患について相談

（2）具体的事例２（上記４）以外での相談・問い合わせの具体的事例）

〇センター長

独居高齢者。 癌末期であった。不安が強く、メンタル面のサポートを含め依頼した結果医療機関への情報提供もスムーズになった。
特定疾患を持っている方は相談するようにしている。
ALS の支援について
ケアマネジャーとの勉強会の講師依頼
利用者の経過についての状況把握→状況を fax してくれた
医師より訪看が必要との連絡で、相談・調整し利用となる。 （最終的に要介護と確認できたため、包括支援センターの担当ではなくなった）
・新規利用者の受入れについて
褥瘡処置の依頼。
要支援 1・2 のケースケアマネジャージメントでの訪看サービス利用中のサービス継続必要性の検証等の問い合わせ及び担当者会議前打ち合わせ。
訪問看護ステーションからの PT 等によるリハビリ。外出のための歩行用具や入浴補助具の選定でアドバイス受ける等。
高齢の父親に暴力を奮った統合失調症の娘に訪問看護が入っていたため、情報提供を依頼。経過の把握、支援方針の決定に役立った。
今、胃瘻で使われている薬類種類等
癌患者の方で精神不安な所を相談に乗ってもらう。

〇保健師又は準ずる者

近頃多いと感じているのは、ent 時に介護保険申請して認定おりる前に訪看が必要ではと思う事例があるも自費等などを考えて必要性と調整に差がでることがあり、医療保険での訪看の相談とさせて頂いたことが何例があります。
市大から 24h 対応出来るかきかれ、いずれも区内になく、対応出来る所なく、ことわった。 癌末期の人だった。
介護保険以外で透析シャントのヘパブロックの為の訪問依頼。
・ストマ管理が十分できずに退院が延びている独居高齢者のケース。 ・退院前より、病棟 NS と連携し、退院の準備をすすめる。居宅 CM も Ns であったため、それぞれが退院前より、連携がとれ、在宅への移行がスムーズにできた。 ・ENT 後、徐々に自己管理ができるようになり、安定した在宅生活が送れている。
ALS 初期 思ったより進行が速い 認定確定診断前に事前相談をした。 確定診断には時間を要す。 その間の療養者、家族の不安は測りしれない。そんな方に社会資源提供のため。

アルコール依存、糖尿病、脳梗塞等の複数の疾患を持っていながら生活管理が出来ない利用者が、家族の言うことも全くきかない場合に医療職のバンと意見を言ってくれて、理論的にも間違っていないと療養者が認めたケースが、訪問 NS の言うことは素直にきいてくれて状況が改善したことがあります。包括としても利用者の性格や家族の考え方によって、あの訪看のあの人に頼めばはまるかもという判断をして依頼し、正直に何故頼みたいのか話すと、忙しくても協力してくれたりもします。
・ある利用者の訪看導入時、介護で入るか医療で入るか問いあわせ ・事業所の特長形態について問い合わせ
・関節骨折後のサポーターをはいたままはける靴について 医療保険上のリハビリについて 訪問看護ステーションの利用者に相談したことがある
相談内容・要支援 1、2 の方でサービスを利用したい 経過…訪問し、介護サービスの説明又はサービス希望を聞く。 結果　他に、その方の身体的な病歴や現病状などを聞く事で、医療的なサービスが入る事で安定した生活や病状悪化→介護度の変化を予防できる場合、療養者・家族の方の意思を確認後、訪問看護ステーションに相談。
神経難病の方でまだ歩行可能であるが、訪問看護をお願いして、在宅で寝たきりとなった後も、意志が伝わり、入院し、亡くなった。
私自身が訪看出身であり、若干知っている地域ですので、かなり案がまとまってからお互い確認という形でさっくりと調整会議となりました。
不安神経症で何かと訴えが多い利用者への対応 週に 1 回程度傾聴も含めて、心のケアを要請
地域包括支援センターは、軽度レベルの人が対象なのであまり訪看とかかわることは少ないです。病状悪化や訪看症の相談位です。
品川区では、別紙のとおり高齢者福祉課が在宅介護支援センターを統括する「統括（基幹型）在宅介護支援センター」として、全体調整と地区在宅介護支援センターのバックアップを行う役割を担っています。別紙図にもあるように、予防マネジメント（予防プラン）は、地区在宅介護支援センターがその機能を担っています。
認知症が進んでいるが、療養者がサービス利用を拒否している。サービス利用のとっかかりとして訪問看護による服薬管理を導入したいと思い依頼した。
最近の検査、治療等
インシュリン自己注射を自己管理できない独居の高齢者の注射と公事の管理について相談。 毎日の訪問は無理との回答
子供の頃左下肢切断で身障の 70 代男性。パーキンソン病になり、症状悪化し費用負担なく訪問看護が可能であり、老々介護の不安もあり家族も訪問看護を強く希望したが、主治医が必要性を理解せず、指示書を書いてくれないため訪看ステーションに相談し神経内科開業医を紹介していただき、やっと、訪看がスタートとなりました。
人工透析後低血圧となり、家族で対応が不安な方について相談。 病院へは片道車で 20 分。サービスを利用して支援するとすれば、どのような方法が考えられるか

○社会福祉士

在宅酸素利用の要支援の方に入浴支援を依頼すると同時に、同居者からの虐待疑いへの見守りも意識してもらえるか相談した。 細めに療養者の状況、同居者の様子の情報連絡をいただき、権利擁護支援に生かせた。
肺ガン術後、肺気腫があり在宅酸素利用の 70 代男性ですが、夏過ぎより、急激に体力、筋力が低下。 ひとりでの外出、入浴が難しい為、訪問看護事業所に相談。体調管理、入浴、機能訓練の実施でサービスの導入を行う。その後、ガンの転移が見つかり、さらに体力が低下したため、区分変更を行い、ケアマネジャーに引き継ぎを行いましたが、訪問看護のサービスは継続して行っています。
自宅でのターミナルについて、訪問診療と共に対応し、在宅で最後を迎えられた。
精神疾患をお持ちの方の経過観察のための訪問が可能かどうか、問い合わせた。必要性があれば可能との返答をいただいたが、療養者から利用は見合わせたいとの話あり、利用には至っていない。
認知症状があり、服薬管理等できない状態であるが、訪看の時間内では限界がある。 夫による暴言、暴力がある場合も限界がある。 家族等の協力がいかに大切か。
・在宅酸素療法を行っている利用者への状態視察、入浴介助について相談し、週 1 回サービス利用を開始する。
ターミナルを自宅でと考えている療養者とその家族の支援について考えるカンファレンスに参加してもらい。 自宅復帰に協力いただきました。

○主任介護支援専門員

地域での訪問看護ステーションが集まった研修会などの必要性の有無。
がん末期の医療と介護との連携のマネジメント 利用者の体調変化への家族と医療介護チームへのアドバイス
地域のケアマネジャー連絡会の中の医療福祉推進部会に所属しているので、定期的に訪問看護ステーションの管理者の方に会う機会があり、常にいろいろ相談できる体制となっている。
イレウスの為入院。 高齢者世帯であり、夫婦共認知症状あり。 （老人性うつ傾向か？）服薬管理ができず、過剰服薬あるいは飲み忘れがあり。 退院後の病状管理及び服薬管理を依頼。但し、療養者は自分で管理できると思っており、導入に関しては未定。
人工肛門をつくった方が退院する HP から相談があり、訪問看護に依頼の相談
ガン末での退院での相談が多い。介護保険申請しても、訪看のみだと、医療での点数となり、CM（ケアマネジャー）には、何のメリットもない。包括では動けても、地域のケアマネジャーには、お願いしにくい。介護保険の点数で足りない分を医療でまかなえると助かるが。病院からの退院に際し、訪看の調整をたのまれ、調整したら往診医から、CM、訪看セットで自事業所でないと受けないと云われた。

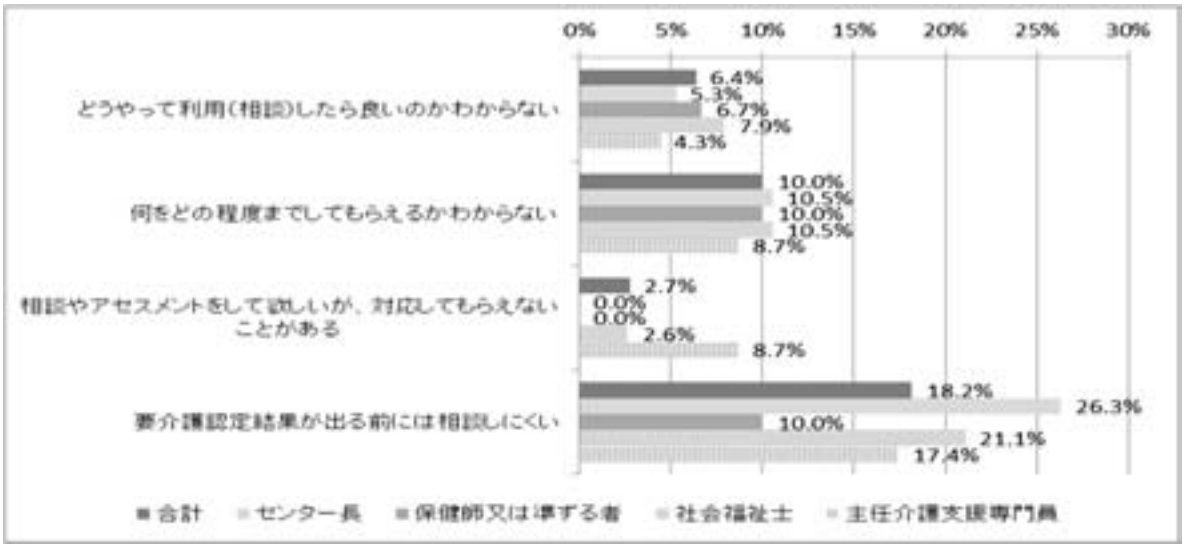
リハビリについて。（独居で心疾患などあるので訪問看護のリハビリを依頼（相談）した。）
自宅で転倒の回数が増えた利用者に訪問リハビリの相談をしました。 下肢筋力の低下の為、週一回利用可能になる。
認知症も疑われる独居の患者様の服薬指導、病院管理を相談 同居していない家族にも参加してもらい担当者会議開催。主治医の指示も出て、訪問看護スタートするが元々食事のコントロールについては独自の考え方をもつ人で入浴も促しても入らず、NSによる清拭なども拒否。現在も訪問を継続、徐々にご療養者が看護を受入れていくよう働きかけをお願いしている。
在宅で看取りをしたいと言ってプランを作成したが、介護者が不安になり一週間で再度入院になりました。
・認知症の高齢者夫婦 通院が困難なため、訪看に入ってもらい、病状の把握や、介護相談等の対応をしてもらった。
難病の方のケアプラン作成について、ケアマネジャーに訪看の視点でアドバイスをお願いした。 （事例検討会にて）
(3)で出した事例もすんなりとステーションがみつかったわけでなく何回か数ヶ所のステーションに相談した。
・医療訪問看護と介護保険の訪問看護点数のちがい ・特定疾患（医療）の問い合せ
・軽症者ではではあるが服薬管理を必要とする場合 ・インスリンの対応

5）相談・問い合わせしない理由、訪問看護サービスを利用しない理由

（1）相談・問い合わせしない理由

1）で訪問看護ステーションへ「相談・問い合わせなし（合計 22%、110 件)」と回答した人のうち、18.2%が「要介護認定結果が出る前には相談しにくい」を理由として挙げていた。

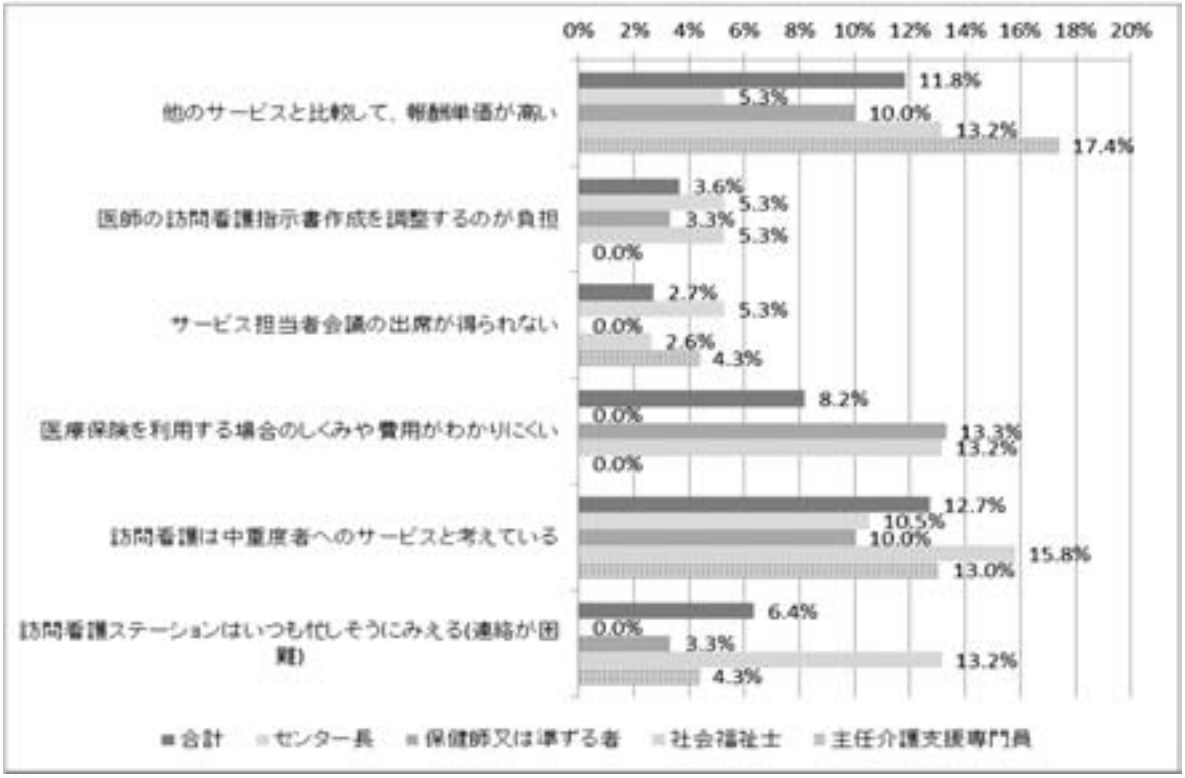
図表 2-77　相談・問い合わせしない理由（複数回答）



（2）訪問看護サービスを利用しない理由

上記の（1）と同様に1）で「相談・問い合わせなし」と回答し、訪問看護サービスを利用しない理由では職種別に違いがあるものの、「他のサービスと比較して、報酬単価が高い」、「訪問看護は中重度者へのサービスと考えている」、「医療保険を利用する場合のしくみや費用がわかりにくい」を理由に挙げていた。

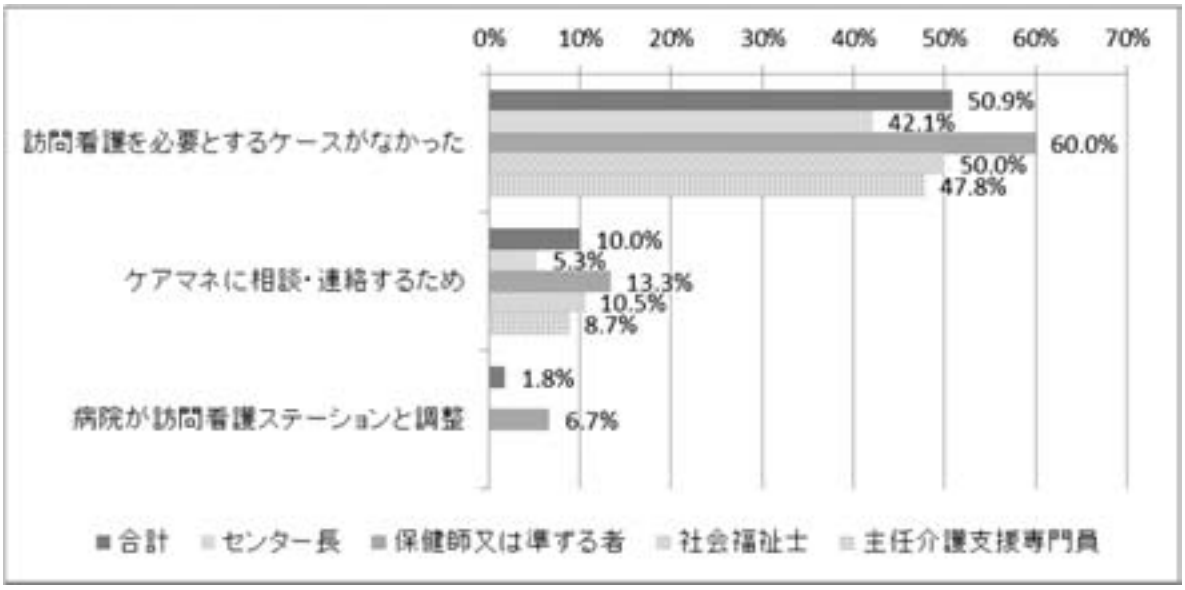
図表 2-78　訪問看護サービスを利用しない理由（複数回答）



（3）その他の理由（自由記載）

上記の（1）と同様に1）で「相談・問い合わせなし」と回答したうち、その他の理由（自由記載）を分類すると過半数（50.9%）は「訪問看護を必要とするケースがなかった」と回答していた。

図表 2-78　相談・問い合わせなし回答の「その他」の理由の内容（自由記載）



【その他の理由の内容】

○センター長の回答

・予防プランにおいて訪看を用いることはまずない為
・訪問看護の依頼がなかった
・直接プランをたてることはないので具体の相談をしていない。
・10 月には訪看を必要とするケースがなかった。
・療養者がいない。紹介を居宅 CM にして同行訪問しその際訪看をすすめることはある
・療養者なし
・利用の療養者（ケース）がない
・包括センターから直接というより CM が間に入るので直接相談の機会がない
・訪問看護を要するケースがない。相談しにくい忙しそうなどの理由は感じない。
・たまたま 10 月には、相談・問い合せがなかった。
・10 月は訪問看護サービスが必要な方がいなかったため

○保健師または準ずる者の回答

・訪問看護を対象もしくは利用する方がいなかった。
・病院から退院前に MSW が療養者の身体状況を把握して訪看ステーションの調整をしていただいているため ・医療か介護か請求面でどちらを選択すればよいのか分からない

・特別に相談することがなかった。 医療サービスが必要な際には、訪看ステーションをもっている居宅介護事務所に相談している。
・支援の方で利用する方がいなかった。 ・暫定のケアプランを居介に依頼してしまうから。
・この時期は医学的管理を必要とする方がいなかったので。
・訪看職員不足などで、予防、介護軽度者の相談していない
・過去 6 ヶ月間に該当者がいなかった為
・医療機関との連携で、医療機関より連絡してもらう事が多い。
・訪問看護を利用しなければいけない利用者がいない為相談した事がない。（訪問看護師の経験があり支援の段階での必要性を感じた事は少ない）
・連絡を必要とするケースの対応をしたことがない為。
・たまたま必要なケースが無かった。
・ケアマネジャーが中心にやっている。
・医療度の高いケースがいなかった
・必要なケースがなかった。
・対象となるような利用者の担当をしていない
・訪看の必要対象事例なかった。
・訪問看護ステーションの利用を必要としていない。要支援者だと、まだまだ身の回りのことや健康管理の面が自立している。
・今回たまたま相談ありませんでしたが必要があればしています。又訪看ではないがクリニックの看護師などには良く相談させてもらってます。
・たまたま訪問看護ステーションに関わってもらう必要のある人が発生しなかった。
・相談を必要とする事例がなかった。
・訪問看護を必要とする状態の方がおられません。
・医療依存度が高く、必要と思われる時は、居宅にお願いしている。
・訪問看護が必要なケースがなかった。

○社会福祉士の回答

・地域包括から直接訪看 ST へ相談するような案件がない。（CM につないで、そちらから相談する etc）
・医療機関より依頼されるケースが多いです。こちらから依頼したケースは、近々ございません。
・介護予防療養者は比較的元気な方が多く、訪問看護へのニーズが少ない。
・サービスに関してはケアマネジャーが行うため
・訪看が必要な相談がなかったため（要支援者） ・相談があったとしても介護プランにつながる（要介護見込）の場合はまずケアマネジャーを依頼、そこから訪看へ連絡依頼となるため直接依頼はしない。 ・主治医⇔訪看の関係があり、主治医がはっきりしないと訪問看護への依頼、問合わせもしにくい面あり。 ・当市は訪看ステーションのナースによる相談コールセンターあり（在宅医療等の問い合わせが

できる）
・ケースがない
・医療依存度が高い、通院できず定期的な訪問看護が必要など、訪問看護の必要性の高い方がいなかった為。
・要支援の方は基本的に医療管理を自身で出来ているため。逆に言えば出来ない方は要介護以上の認定が出るか、区変をかけるため
・利用を必要とするケースにあたらなかった。 ・がん末で HP とステーションが直接やりとりしていたので、必要なかった。
・医療依存の強いケースに関しては、看護職か主任ケアマネジャー（看護師）に対応して貰うようにしている。
・担当する利用者の中に訪問看護サービスを利用する方がいなかったため。 ・看護職やケアマネジャーの方は、何件か利用されていました。
・自分が担当する利用者の中に訪問看護が必要な人が 10 月時点でいないこと
・訪問看護の事業所が少ない。 ・訪問看護をプランに入れるような利用者を担当していない。
・療養者がいなかった。
・サービスのない地域（山間地で遠いので来てくれない）が多い
・必要もなかったから
・療養者がいない。必要があれば問い合わせます。
・相談事例がなかったため
・予防プランで訪看サービス導入するケースはほとんどなく、介護のケースでも CM がいるので、CM に連携してもらうので包括が直接連絡とることは少ない。
・訪問看護を利用するケースが少なく、必要の場合は看護師が関わることが多くなっている。
・今必要なケースがいないので。
・プラン上必要な方がいなかった為
サービスの利用のニーズがなかった為
・訪問看護に常駐している看護師が少ない気がする。 ・医療的なサポートが必要になった時点で、要介護になり、支援の方へのつなぎ方がまだ、自分として分かっていない

○主任介護支援専門員の回答

・公の相談窓口をしているというイメージがない。又は実施しているかがわからないため、サービスにつながらないようなケースなどについて、相談するという段取りとなっていない感じ。 ※包括に病院や療養者、家族からサービス依頼についての相談があり、医療的ケアが大幅を占める方については、対応依頼をした事はある。ケアマネジャージメントを依頼しているという事なので、依頼したあと、包括と常々連携が必要な状況なのかという点で、「2」の質問において「いいえ」を選択しました。
・訪問看護のある居宅支援事業所に相談つなぐ。今回、自分自身でのプランではニーズがなかった。

・相談や問い合わせするケースがなかったため。（赴任期間が短いこともあります。）
・退院時病院のMSW あるいは 看護師から必要があると云われた時は利用するがそれ以外での判断が難しい事もある。主治医が医師会加入でなければ受けられないという訪看もあるので利用しにくいのが現状です。
・療養者がいません。要支援の方でお元気な方が多い。包括より居宅へ紹介した療養者が同行訪問時利用をおすすめすることはあります。
・地域包括支援センター内の保健師に相談している。
・訪問看護が必要だと思われるケースの相談がなかった。
・ニーズがほとんどない為
・新規の予防プランがなく、継続の利用者で新規に必要な人がいない。（継続して利用している利用者はいます。）相談で必要と思える方は、CMを紹介し、CMから直接相談をしていただくようにしています。
・訪問看護につなぐ相談は6ヶ月以内にはなかった。それ以前は未申請（介保）のターミナルなどで相談重ねている。
・現段階でケアプラン作成上訪問看護が必要な事例がない
・がん患者のために訪看導入したく主治医に相談したが「必要ない」と言われてしまった。
・現在必要なケースがいないので。
・現在訪問看護の必要な方がいない。
・利用療養者がいなかった
サービス利用ニーズがなかった。

5.地域密着サービス取り組みの動向

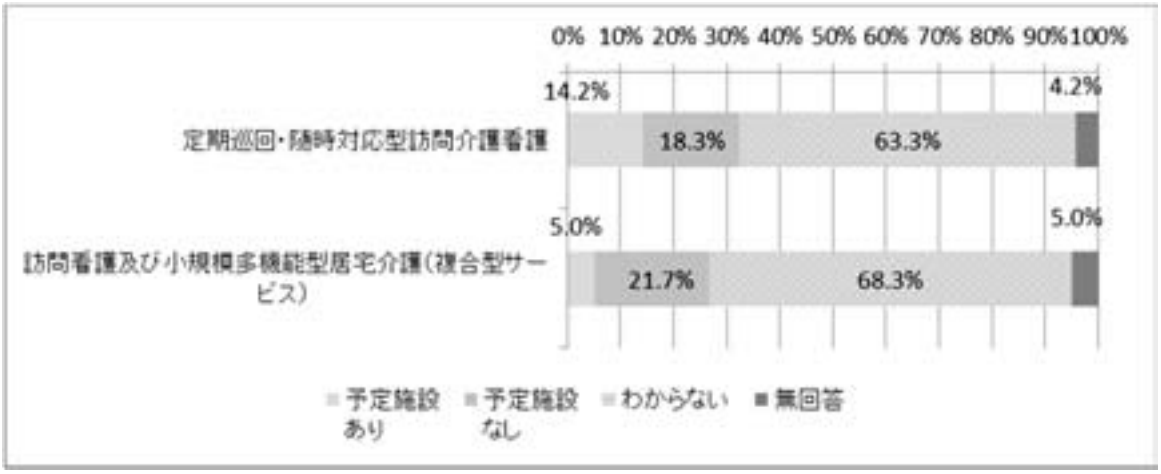
1）定期巡回・随時対応型訪問介護看護への取り組みの動向

調査時点で地域包括支援センターが把握している定期巡回・随時対応型訪問介護看護の動向については、「取り組む予定施設あり」は 14.2%、「取り組む予定施設なし」が 18.3%、「わからない」が 63.3%であった。

2）訪問看護及び小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）への取り組みの動向

上記同様に、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護（複合サービス）の動向では、「取り組む予定施設あり」は 5.0%であり、「取り組む予定施設なし」が 21.7%、「わからない」が 68.3%となっている。

図表 2-79　地域密着型サービス取り組みの動向



第４節　まとめ

1.訪問看護ステーションの調査結果

1）基本情報

（1）開設主体

回答数 325 件のうち、「医療法人」が 40.0%、次いで株式会社 20.9%、財団・社団法人 11.7%であった。

（2）従事者数

平成 23 年 10 月現在の実人数の平均従事者数は、9.3 人であった。職種別には、保健師 0.3 人、看護師 6.2 人、准看護師 0.6 人、PT1.4 人、OT0.6 人、ST0.1 人、事務 0.9 人であった。また、常勤換算の平均従事者数の合計は、6.3 人であり、10 人未満（1~9 人）が 77.8%であった。職種別には、保健師 0.2 人、看護師 4.6 人、准看護師 0.4 人、PT0.7 人、OT0.3 人、ST0.04 人、事務 0.6 人であった。

（3）加算の届出状況

平成 23 年 10 月現在で、医療保険の 24 時間対応体制加算は 79.4%、24 時間連絡体制加算は 7.1%、また重症者管理加算は 81.2%の届出であった。

介護保険の緊急訪問看護加算は 83.4%、特別管理体制加算は 89.2%の届出であり、概ねほとんどのステーションが届出している状況であった。

2）訪問看護ステーションの利用者の状況

（1）保険別利用者数

平成 23 年 10 月 1 ヶ月間の介護保険の平均利用者数（実人数）は、55.6 人であり、医療保険の平均利用者数（実人数）は、17.8 人であった。

介護区分別の利用者割合では、要介護が 91.3%を占めており、うち要介護 2 が 21.7%、次いで要介護 5 が 21.6%、要介護 3 が 17.1%であったが、要介護区分別に大きな違いはない結果であった。

（2）依頼元利用者数

平成 23 年 10 月、1 ヶ月間の依頼元別の平均利用者数は、介護保険では居宅介護支援事業所からの依頼が 36.3 人（71.4%）と最も多く、医療保険では病院からの依頼が 6.8 人（40.7%）、次いで居宅介護支援事業所の依頼が 4.1（24.7%）であった。

（3）最近の利用者の特徴

約半数の訪問看護ステーションが「増加している」と回答した内容は、「医療依存度の高い利用者（56.9%）」、次いで「精神疾患（認知症を含む）の利用者（48.0%）」、「退院前カンファレンスを行った利用者（47.1%）」、「リハビリテーションの利用者（46.8%）」であった。

病院の在院日数の短縮化や高齢化率の上昇に伴い、訪問看護ステーションのニーズが増加している状況と言える。

3）地域包括支援センターとの連携

（1）地域包括支援センターからの相談・問い合わせ

地域包括支援センターから相談・問い合わせがあった訪問看護ステーションは、74.2%であった。「相談・問い合わせあり」と回答した 241 の訪問看護ステーションが 6 ヶ月間に相

談・問い合わせされた平均件数は 8.6 件であり、従事者数が多いほど地域包括支援センターからの相談・問い合わせされた傾向にあった。

地域包括支援センターから相談・問い合わせされた内容は、「新規利用予定者の相談・依頼（90.9%）」、次いで「退院間近又は退院後利用予定者の相談・依頼（43.6%）」、「訪問看護利用者の近況の問い合わせ（32.8%）」、「がん患者等医療依存度の高い利用者の相談（30.3%）」であった。その他（4.6%）の内容としては、「虐待」、「家庭環境」、「地域連携」等に係る内容であった。

（2）地域包括支援センターへの相談・問い合わせ

地域包括支援センターに相談・問い合わせした訪問看護ステーションは、44.0%であり、従事者数が多いほど相談・問い合わせをした傾向にあった。

相談・問い合わせした内容を分類すると「介護保険サービス申請・更新等」が 32.2%、「利用者状況の報告・連絡・情報交換」が 17.5%、「虐待」が 14.0%、「困難・問題ケース」が 12.6%であった。その他の内容では、医療器具の貸し出し、住宅改造、地域活動等であった。

地域包括支援センターへ「相談・問い合わせなし」と 48.6%のステーションが回答しており、その理由として「相談するケースがなかった（18.4%）」、次いで「何をどの程度までしてもらえるかわからない（17.7%）」、「介護予防訪問看護に関すること以外は相談しにくい（12.7%）」、「どうやって利用（相談）したらよいかわからない（10.1%）」であった。

4）地域密着型サービスへの対応

調査時点で「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「訪問看護及び小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）」ともに「取り組む予定」としているステーションは、5%に満たず、また「検討中」及び「未定」と回答しているステーションが過半数であった。

2.地域包括支援センターの調査結果

1）基本情報

（1）開設主体・前身

回答数 120 件のうち、直営は 3.3%、委託が 96.7%であった。委託先別には、社会福祉法人が 60.3%、次いで医療法人が 15.5%、社会福祉協議会が 14.7%であった。

また、開設主体の前身が在宅介護支援センターであった施設は、83.3%であった。

（2）運営施設・事業

併設を含めた開設主体が運営している施設・事業では、居宅介護支援事業所が 82.5%、次いで通所介護（ディサービス）が 68.4%、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が 47.5%であった。開設主体が社会福祉法人及び医療法人が 7 割超であるためと考えられる。

（3）担当地域の人口と高齢者数

地域包括支援センターの担当地域の平均人口は38,696人、高齢者数は8,105人であった。担当地域の人口分布では、40,000 人未満（20,000~39,999 人）が 43.3%、次いで、20,000 人未満と 60,000 人未満（40,000~59,999 人）が 15.0%であった。また、高齢者数の分布では、6,000 人未満（3,000~5,999 人）と 10,000 人未満（6,000~9,999 人）が 33.3%であった。

（4）従事者数

平成 23 年 10 月現在の実人数の平均従事者数は、6.5 人であり、8 人未満(1~7 人)が 75.0%

であってであった。常勤換算の平均従事者数は、6.1 人であり、8 人未満（1~7 人）が 70.0%であった。

また、常勤換算従事者 1 人当たりの担当地域の平均人口は 6,766 人で、高齢者数は 1,399 人であった

2）地域との連携

（1）地域ケア会議

過去 1 年間の地域ケア会議の平均開催回数は、7.7 回であり、過半数が 5 回未満であった。地域ケア会議に参加している訪問看護ステーションは 20.8%しかなく、また医師会も 29.2%しか参加していなかった。

（2）関係機関との連携づくり

関係機関との連携づくりでは、「会議、会合、交流会への参加」が 47.5%、「研修会、事例、検討会の開催・参加」が 16.7%であった。

（3）医療機関との連携方法

医療機関との連携方法では、「関連会議、会合、研修会による連携」が 35.0%、「個別ケース対応」が 30.8%であった。

（4）地域のインフォーマルサービスとの連携づくり

地域のインフォーマルサービスの連携づくりでは、「組織の会議、交流会への参加、講話」が 33.3%、「会議、研修会等の開催」が 15.0%、「インフォーマルサービス育成、交流、協力依頼」が 10.0%であった。

3）相談件数と利用者の特徴

（1）相談件数と予防プラン作成件数

平成 23 年 10 月、1 ヶ月間の平均相談件数は 43.7 件、予防プラン平均作成件数は 21.6 件であった。

（2）最近の利用者の特徴

半数以上の地域包括支援センターが「増加している」と回答した内容は、「認知症等の相談（77.9%）」、次いで「介護予防支援・相談（64.5%）」、「医療依存度の高い（がん末期、透析、医療処置等）利用者の相談（60.1%）、「権利擁護、困難な事例の相談（59.4%）」であった。職種別の増加回答割合には、大きな違いは見られなかった。

訪問看護ステーションと同様に高齢化率の上昇や平均在院日数の短縮に伴う医療に係るの利用者数とともに介護予防や権利擁護に係る利用者も増加していると言える。

4）訪問看護ステーションとの連携

（1）訪問看護ステーションへの相談・問い合わせ

訪問看護ステーションに相談・問い合わせした地域包括支援センター数は、76.8%であり、従事者数が多いほど相談・問い合わせした傾向にあった。職種別には大きな違いはみられなかった。

平成 23 年 10 月に相談・問い合わせした月平均件数は、5.0 件であった。保健師又は準ずる者、社会福祉士、主任看護支援専門員が 6 ヶ月間（平成 23 年 4 月～9 月）に相談・問い合わせした平均件数は、5.7 件であった。職種別分布では、保健師又は準ずる者が、社会福祉及び主任介護支援専門員よりも相談・問い合わせ件数が若干多い程度であった。

相談・問い合わせ内容については、職種別に大きな順位差は見られず、4 職種合計では「サ

ービスを開始する前の段階での相談・依頼」が 88.3%、次いで「退院間近又は退院後利用予定者の相談・依頼」が 62.9%、「がん患者等医療依存度の高い利用者の相談」が 59.4%、「訪問看護利用者の経過、状態の問い合わせ」が 46.7%の順であった。

（2）相談・問い合わせしない理由、訪問看護サービスを利用しない理由

訪問看護ステーションへ「相談・問い合わせなし（22%）」と回答した理由では、「要介護認定結果が出る前には相談しにくい」が 18.2%であった。

訪問看護サービスを利用しない理由では、職種別に理由の回答数に違いがあるものの、「他のサービスと比較して、報酬単価が高い」、「訪問看護は中重度者へのサービスと考えている」、「医療保険を利用する場合のしくみや費用がわかりにくい」を挙げていた。

その他の理由として、50.9%が「訪問看護を必要とするケースがなかった」と回答していた。

5）地域密着型サービスの動向

調査時点で地域包括支援センターが把握している「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「訪問看護及び小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）」の動向については、「取り組む予定施設あり」は、それぞれ 14.2%、5.0%と低く、「わからない」と回答した施設が過半数であった。

3.訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携状況について

1）訪問看護ステーションと地域包括支援センターの相談・問い合わせ状況

地域包括支援センターの約 7 割が訪問看護ステーションへ相談・問い合わせはしているが月平均 5.0 件程度であった。一方、訪問看護ステーションからの相談・問い合わせは約 4 割程度であるため、今回の調査では頻繁に連携をしているとは言えない状況であった（図表 2-80 参照）。地域包括支援センターが相談・問い合わせしない理由で「要介護認定結果が出る前は相談しにくい（18.2%）」が挙げられていることから、訪問看護ステーションに無償で依頼することを躊躇していると考えられ、利用者の初動介入に重要な医療の視点が十分に配慮されているか課題があると言える。

2）訪問看護ステーションへ利用者の依頼元について

訪問看護ステーションへの利用者紹介は、介護保険では居宅介護支援事業所から 71.4%、医療保険では医療機関（病院・診療所）から 54.4%、居宅介護支援事業所から 24.7%であり、保険制度の違いによる連携状況が確認された（図表 2-81 参照）。

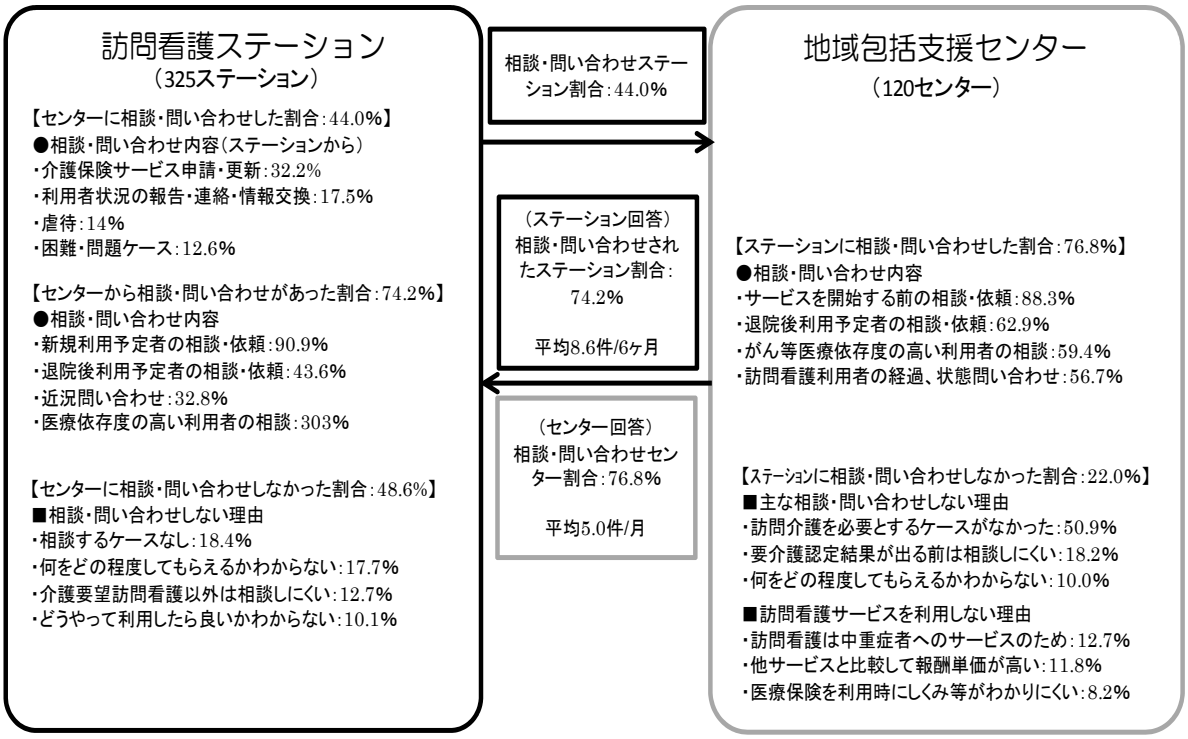
3）地域ケア会議への訪問看護ステーションの参加について

地域ケア会議に参加している訪問看護ステーションは 20.8%しかなく、またまた医師会も 29.2%しか参加していないなかった。両方の施設で「医療依存の高い利用者」、「精神疾患（認知症を含む）の利用者」が増加している状況にあることから、今後、医療機関の参加推進が必要と言える（図表 2-22、2-58、2-67 参照）。

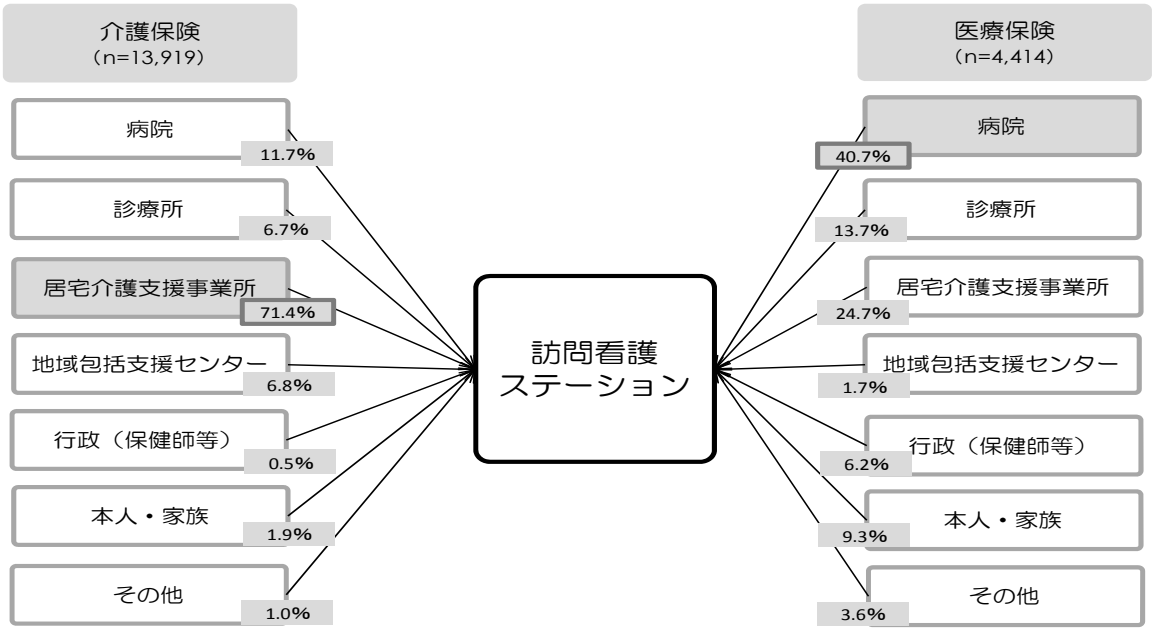
4）医療機関との連携について

地域包括支援センターと医療機関との連携方法では、約 3 割の「関連会議等での連携」や「個別ケースの連携」にとどまったが、最近の利用者の傾向や在院日数の短縮傾向を踏まえると、今後は医療機関との連携が増えることとが想定され、「顔の見える連携」の推進が期待される（図表 2-61 参照）。

図表 2-80　訪問看護ステーションと地域包括支援センター間の相談・問い合わせ状況



図表 2-81　訪問看護ステーションへの依頼元別利用者割合



第３章　事例調査

第１節　調査概要

1.調査目的

地域包括ケアシステムの構築に向けて、特に医療と介護の連携強化を図るために連携モデルに必要な内容を抽出し、訪問看護ステーションが地域の諸機関とどのように連携すべきかをヒアリング調査で検証する「地域包括ケアモデル案」の作成を行う。

2.対象

検討委員会委員から提供された、医療との連携を要する事例とする。

3.調査方法

１）支援対応のプロセスの分析

事例検討会を開催して検討し、支援対応のプロセスを基軸として分析する。

（1）支援対応のプロセスの整理

支援プロセスを下記のように整理する。

①事例の把握（把握）
↓　　支援を要するとして初めて依頼があり事例を把握した時点
②把握後の初動（初動）
↓　　把握した時点での判断にもとづいて最初に行った支援に向けた動き
③初動後の連携の拡大（連動）
↓　　初動に続き更なる判断のもとに展開した多職種との連携
④連携体制の維持（維持）
↓　　支援のために構築された連携体制を維持し、平常時を経過するための取り組み
⑤臨時の対応（臨時）
　　変化出現時、緊急事態や突発事項に対する判断と臨時の対応、方針転換

（　）：分析表内の略語

（2）看護の視点からの検討

各プロセスの判断、タイミング、スピード、的確さなどについて看護の視点から検討を加える。

２）アウトカムの評価

事例検討の作業そのものを通じて療養者・家族が得た成果、介護・保健・医療関係者それぞれが得た学びをアウトカムとして評価する。

３）「地域包括ケアモデル案」の作成

上記１）、２）の結果をもとに医療と介護の連携強化につながるモデル案を作成する。

第２節　調査結果

1.５事例の概要

地域包括支援センターがかかわった事例のうち、医療と介護の連携が困難であった事例やスムーズに連携が取れた事例の 5 事例である。

事例	事例概要	検討者
事例 1	失禁、認知症と被害妄想疑いのある 80 代の独居女性 ケアマネジャーとヘルパーだけで支援したケース	・地域包括支援センター（ケアマネジャー） ・健康福祉部高齢福祉課（高齢相談係係長）
事例 2	統合失調症の 60 代の独居女性 地域包括支援センターと居宅介護支援事業が協力しながら支援したケース	・保健福祉部障害福祉課障害相談係（保健師） ・地域包括支援センター（看護師） ・居宅介護支援事業所（ケアマネジャー） ・訪問介護事業所（サービス責任担当者） ・訪問看護ステーション（訪問看護師）
事例 3	高齢者夫婦世帯の 80 代女性 看護師資格をもつ介護支援専門員が介入し、看護師の視点で支援体制の維持に努めたケース	・地域包括支援センター（センター長（保健師）、保健師、ケアマネジャー（看護師）） ・訪問看護ステーション（訪問看護師、理学療法士）
事例 4	末期がんの 80 代女性 療養者の強い希望により在宅療養を開始したが、短期間で救急搬送により再入院になったケース	・地域包括支援センター（看護師） ・訪問介護事業所（サービス提供責任者） ・訪問看護ステーション（訪問看護師） ・生活福祉課保護係（ケースワーカー） ・福祉用具事業（福祉用具専門相談者）
事例 5	80 代の独居女性 介護および医療サービスの拒否があり介入が困難だったケース	・健康福祉部高齢者福祉課高齢相談係（理学療法師） ・地域包括支援センター（ケアマネジャー） ・訪問看護ステーション（所長、訪問看護師） ・訪問介護事業所（介護福祉士、サービス提供責任者）

2.5 事例の支援プロセスとアウトカム評価

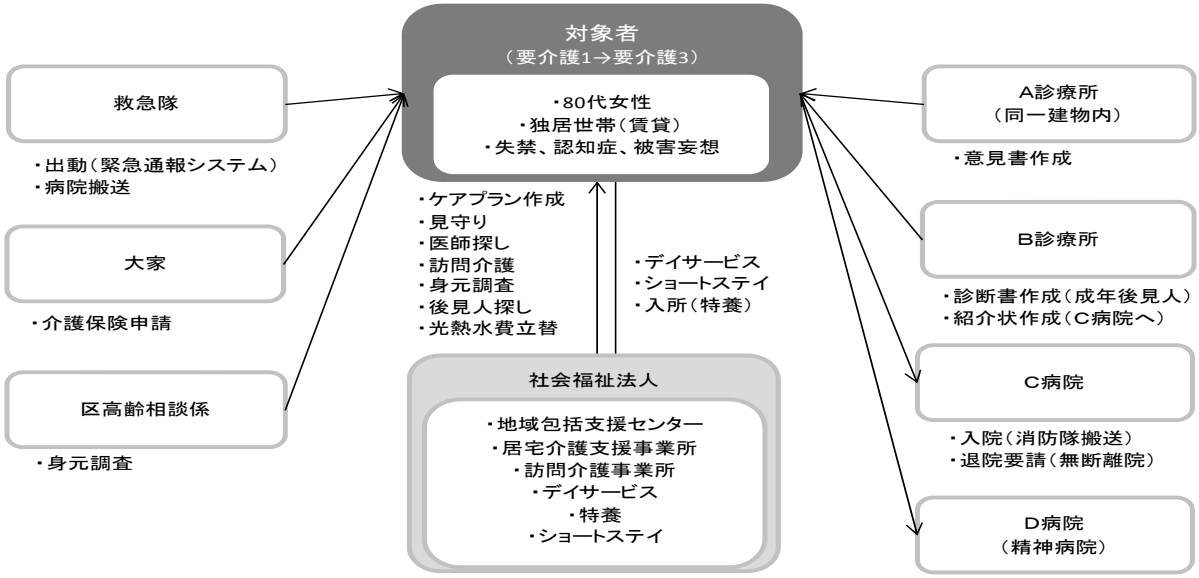
1）事例1　失禁、認知症と被害妄想疑いのある80代の独居女性
ケアマネジャーとヘルパーだけで支援したケース

課題　診断と主治医が未確定で、治療が実施されないまま介護サービス中心に支援が展開されたため、症状コントロールできず支援に苦労した。医療ニーズに関して気軽に相談や質問ができ、アドバイスを得られる医療職者が身近にいると初動から違ってくるのではないか。

支援プロセス	実際の展開	看護の視点からの分析
把握	緊急通報システムの誤作動をきっかけに消防から高齢相談係に連絡があり、介護保険申請を目的に居宅支援事業所のケアマネジャーへ依頼。認知症だが診断は未。	・診断の確認と症状管理のための治療の検討が最優先される。 ・高齢の独居者は医療を受ける時の代弁者がいない事から診断が難しく適切な医療が遅れることがある。 ・リスクが高い対象者である時点で訪問看護師が導入されるとよい。
初動	ヘルパー導入を目的に居宅の大掃除を実施。	・住環境や本人の言動の奇異さに対し、症状管理できれば介護支援もスムーズに展開できる可能性があった（疾患、症状に適した接し方など）。 ・失禁の原因やかたずけられない理由を医学的にアセスメントし見極めが必要であった。
連動	①診療所医師：書類作成の依頼が中心 ②デイサービス：デイサービスからのすすめがあり、療養者も関心を持った	・主治医の決定が優先される。地域の様々な往診医の特徴、病院の特徴を知っている訪問看護師の医療情報により状態にあった医療選択(医師選び)ができる ・。福祉職のケアマネジャーは医師を選択する際にどうしても話しやすさで判断してしまいがち。
体制維持	・ケアマネージャーが中心となり日々の訪問、見守りを続けた。 (デイサービス1回/週→3回/週、ショートステイ)	・ケアマネジャーの個人的な取り組みで支援が維持されていた。 ・ケアマネジャーが窓口になることの難しさ（特に医師など医療者との関係）があったと考えられる。 ・高齢で既往のある利用者は予防看護・予防医学の考えで見守る事が必要である。
臨時対応	①1回目入院：年末年始の休み明けに肺炎と腎盂腎炎で緊急入院 ②2回目入院：便失禁と黒色便の精査目的で入院→無断離院 ③3回目入院：道路へ排便などの問題行動fがみられたため精神病院へ入院	・休日中の体制づくりと予防的な介入が必要であった。 ・既往歴（大腸がん）と症状から精査のための入院につなぐのは、医療者以外には困難と思われる。 ・24時間体制でのケアができる訪問看護ステーションの役割は、医療ニーズの高い利用者には必要である。

●アウトカム評価

療養者・家族	・ケアマネジャーによる親身な支援で、本人は感謝していた。 ・確定診断と治療が実施されておらず、体調管理ができなかった。
ケアマネジャー	・今なら初回訪問時の尿失禁を認知症によるものだけではないと判断できる。 ・訪問看護は、癌末期など重症のみに利用するものと思っていた。予防目的で訪問看護の導入は考えない。退院時に問い合わせがあるくらい。 ・訪問看護師の活用の仕方が分からなかったが、ALSの患者と関わった経験からも訪問看護が理解できた。 ・医療職者とのコミュニケーションの壁を感じるが、コミュニケーションは必要である。



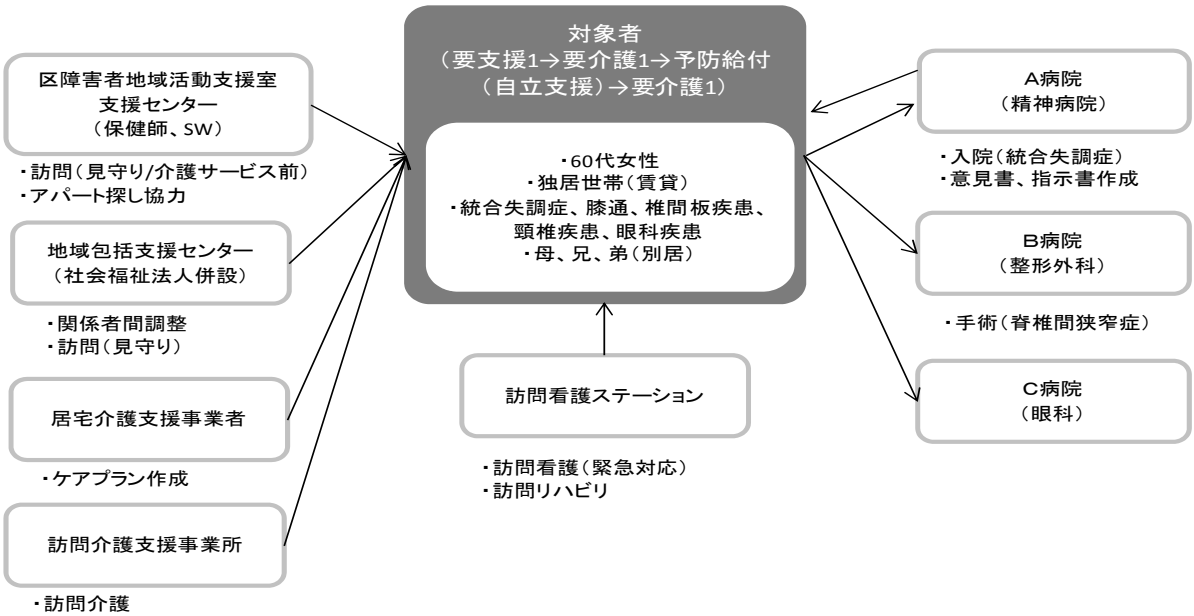
2）事例2　統合失調症の60代の独居女性
地域包括支援センターと居宅介護支援事業が協力しながら支援したケース

課題　看護師資格をもつケアマネジャーが看護的な視点で活動し、支援体制を維持することが出来たのではないか

支援プロセス	実際の展開	看護の視点からの分析
把握	生活保護受給者として福祉ケースワーカーから保健師が把握し、長年、精神事例として関わっていた。	精神症状悪化の前に訪問看護と連携し生活状況や身体症状への対応ができたのではないか。（ただし年代的に訪問看護サービスなどがまだ一般的ではなかった可能性あり）
初動	妄想状態が悪化してきたため、病院のソーシャルワーカーから訪問看護師に訪問看護の依頼があり、訪問看護師、ソーシャルワーカー、保健師で初回訪問を実施。	・今後住民とのトラブルに対する対応は独居である場合、ケア体制の確立が必要である。 ・ステーションの24時間緊急対応で夜間の問題の場面を確認したおかげで、早急な診断と治療に結びつけることができた。
連動	ヘルパー導入：初回訪問の結果から検討。膝腰痛	・訪問看護師との関係ができてからヘルパーを導入しようというアセスメントがあった。 ・人間関係の適応能力が低い利用者へのサービスを受ける為の導入に訪問看護師の役割がある。 ・ケアの具体的な注意点を医療的視野に立って他のケアチームにアドバイスする必要があった。
体制維持	保健師、ヘルパー、訪問看護師からの日々の情報をケアマネジャーが把握し、ケア会議を適宜開催して、情報の共有と役割分担の確認を行っていた。	・看護的な視点をもって、ケアマネジャーが情報共有や役割分担の必要性を判断していた。そのおかげで訪問看護師は病院主治医との連携に時間をかけ必要な治療の導入ができ、寝たきり状態を予防することができた。
臨時対応	①「2Fの人が薬をまいている」：実際に訪問看護師が訪問しシンナー臭を確認し、関係者に情報提供、引っ越しへ。 ②椎間板ヘルニア再手術：訪問看護師が拒否的な本人に働きかけつつ、精神科と整形外科の調整や手を実施する病院探し。 ③鎮痛剤大量服薬で救急搬送	・療養者の訴えに対応しながら、正確な情報の収集により的確な支援につながっていた。また、治療を検討するため、現症と既往歴に基づいてアセスメントし、適切な医療機関探しも実施した。 ・何があっても、関わるケアチームや支援が変わらないのは療養者の大きな安心に繋がる。

●アウトカム評価

保健師	訪問看護師がしっかりと医療的な関わりを行うと他の所へ力を注ぐことができる。
ケアマネジャー（看護師）	サービス提供に上限があるが、精神疾患の場合、病状によってはADLに関係なく、訪問看護師は必要である。生活と病状はミックスされている。医療と生活を総合的に看られるのは看護師。福祉職のケアマネジャーの見方はまだまだ一面的で浅いことが多く、これから学んでいくであろう。彼らへは看護職のケアマネージャーとしてスーパーバイザー的に関わっている。
ヘルパー	初回訪問時の動向訪問は本人に安心を与える。精神疾患はヘルパーにとって難しい。教育を望む。



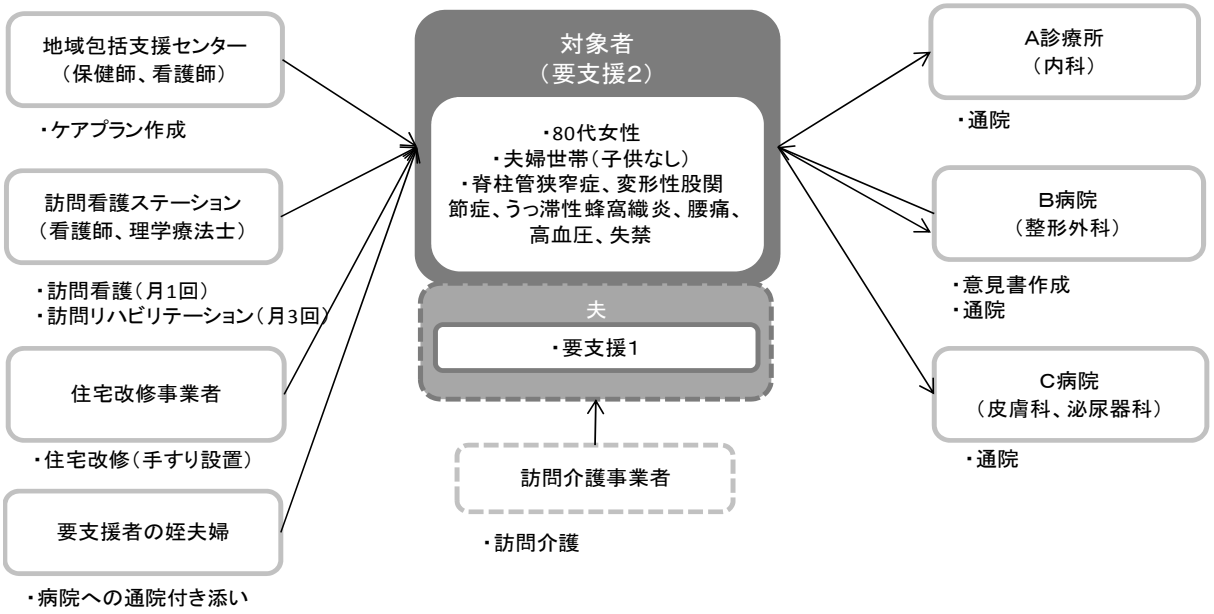
3）事例3　高齢者夫婦世帯の80代女性
看護師資格をもつ介護支援専門員が介入し、看護師の視点で支援体制の維持に努めたケース

課題　複数の疾患があるにもかかわらず、充分な受診ができない。本人に効果的であろう事柄を提案するも、本人や家族が否定的になりがち。

支援プロセス	実際の展開	看護の視点からの分析
把握	介護認定をきっかけに本人から家事援助の希望があり保健師が把握。	療養者のニーズが時に健康問題より生活や個別の価値観によるニーズを優先することがあることは理解しながらも、医療の受け入れは抵抗がない事を説明し、訪問看護師をヘルパーより先行して導入すると生活しにくさ、夫婦関係の問題の原因になっている身体的苦痛の緩和ができたのではないか。
初動	地域包括支援センターにケアプラン作成を依頼。ヘルパー導入、福祉用具貸与、住宅改造などを実施。	住宅改造時に現在の身体的機能アセスメントと可動可能性、リスクマネジメントを訪問看護と理学療法士ができればよかった。訪問看護を導入すれば早期に病院医師とのコンタクトがとれ、適切な医療が受けられる機会つくることができた。
連動	①訪問看護・リハビリテーション：1年半の間に歩行困難になったためリハビリテーション目的で導入。月４回のうち3回がリハビリテーション、1回が訪問看護。 ②主治医：本人受診できておらず。家族が代理受診し薬処方される。	最初に訪問看護が入っていれば、機能低下を予防するためのかかわりも可能であったと考えられる。主治医への受診が必要。今後の症状悪化が予測されることから、体調の安定を図る必要がある。複数の疾患を抱え、それらの留意点が違う場合は医師との連携は欠かせない。
体制維持	地域包括支援センターが支援体制全体と家族関係を把握しており、情報の窓口となっている。	ケアマネジャーは看護師であり、役所のスタッフとして信頼を得ている。看護師としてアドバイスしているが、受診していないため血液検査のデータなど客観的情報が不足している。訪問看護師のかかわりによって、血圧を把握できるようになり、今後は本人に内服と血圧の関係を知らせるかかわりも可能となる。
臨時対応	介護者である夫が療養者である妻に厳しくあたることがある。ケアマネージャーや理学療法士が相談にのっている。 むくみ防止防止ストッキングの使用を試行。 ケア会議への姪の参加を検討。 往診依頼を検討。	妻の体調不良が夫婦の精神状態や関係に影響していることから、体調の安定を図ることが重要である。 ケア提供者が時に、家族間の諍いに苦慮するようなので、ケア会議で検討する機会をもつ。

●アウトカム評価

ケアマネージャ	役所からの派遣ということで、当初から療養者に信頼された。訪問看護師による血圧の報告はケアプランの見直しや訪問リハの実施に役立った。



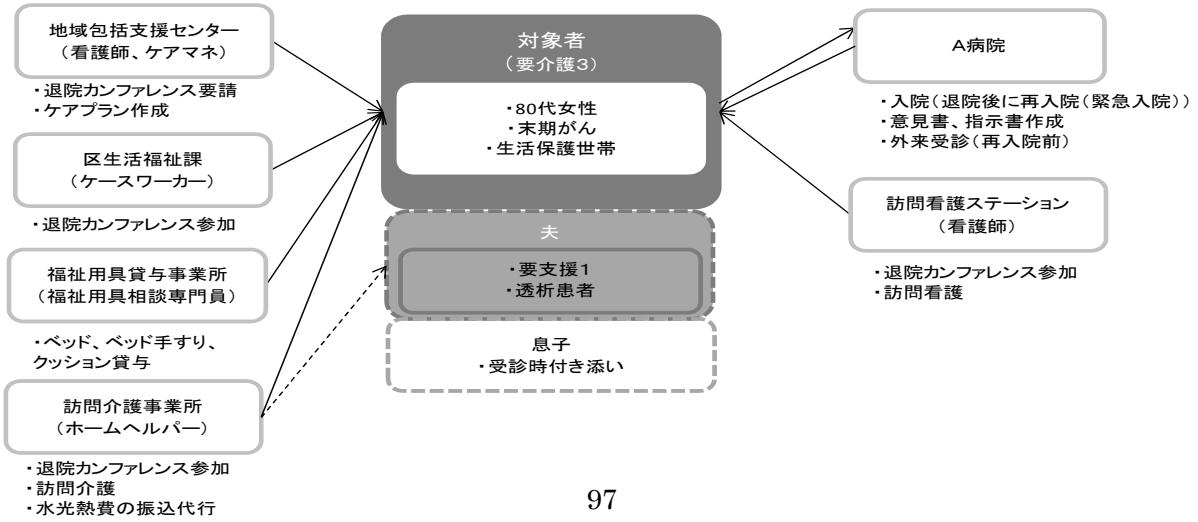
4）事例4　末期がんの80代女性
療養者の強い希望により在宅療養を開始したが、短期間で救急搬送により再入院になったケース

課題　ケアマネジャーを介しての情報交換が主であったため、的確、スピーディさに欠け、急変時の対応に無念さが残った。連絡ノート（所在不明となる）や受診時の処方薬の未周知などがあり、関わる職種各々が直にコミニュケーションを図れる、顔の見える関係にした方が良かったのではないか。

支援プロセス	実際の展開	看護の視点からの分析
把握	退院時、療養者が強く在宅療養を希望したため、病院のソーシャルワーカーより地域包括支援センターへ支援の依頼あり。退院2週間後に病院受診予定。	
初動	地域包括支援センターのケアマネージャー1(看護師)が病状予測に基づき訪問看護師、ヘルパー、ケースワーカーを召集し、病院にて退院時カンファレンスを開催した。介護認定の早期認定と福祉用具を要請した。	ケアマネージャー1が看護師資格を有していたため、緩和ケアを念頭に置き、がんターミナルの在宅療養と病状予測にもとづき、関係職種者を召集し、退院時カンファレンスや福祉用具をスピーディーに要請できた。
連動	①福祉用具専門相談員：退院日にベッド、手すりを設置した。 ②ケアマネージャー：関係者間の「連絡ノート」を家族に説明し、渡した。 ③ヘルパー：療養者ががん末期であること、できるだけ長期間の在宅療養、気持ちよく過ごせる環境の提供、緊密な事務所との連絡を共通認識し、覚悟をしていた。 ④訪問看護師：在宅療養での状態悪化を予測し、痛みのアセスメント、浮腫の軽減、安楽、少しでも長い在宅療養生活が可能となる支援を考えた。	速やかに退院時カンファレンスが開催され、その時点から関係者が集まって、支援の方向性を確認することができた。しかし、在宅での状態悪化に対応するため往診医を決めておく、訪問看護師との連絡方法を確認しておくなどの必要があったと考えらえる。
体制維持	①ヘルパー：1日1時間半の介護であったが、家族の買い物を代行するため、3回/週、夕方の介護を追加して支援した。 ②訪問看護師：初回から1週間は毎日、2週目からは3回/週訪問し、下肢マッサージ、弾性包帯の巻き直し、服薬確認を実施した。 ③ケアマネージャー1：往診医を依頼することを考えていた。	
臨時対応	①ヘルパーからケアマネージャーへ「痛み増強」と連絡あり。ケアマネージャーは福祉用具専門相談員にクッションの利用を提案し、福祉用具専門相談員は家族に拒否されつつも、床づれ防止マットの使用を提案した。 ②薬の服用ができておらず、ケアマネジャーからお薬カレンダーの使用を提案した。当初は拒否するも、訪問看護師の勧めで利用を決定した。 ③床ずれに対し、受診時に軟膏を処方され、トイレの時のみヘルパーが処置していた。後日、訪問看護師がその軟膏が適していないと判断し、変更した。	ヘルパー、訪問看護師ともに、処置に関する情報を家族を介して得ており、正しい情報を得るのが難しかったと考えられる。

●アウトカム評価

ケアマネジャー	福祉職のケアマネジャーに何を聞いてくればよいのか質問される。
福祉用具専門相談員	より療養者の細部を知り、医療的な部分の情報があれば、よりよい用具をタイムリーに提供できる。
ヘルパー	介護と医療の壁は無しにしないといけない。急変時に訪問看護師と連絡が取れないのは、本人・家族が不安になる。



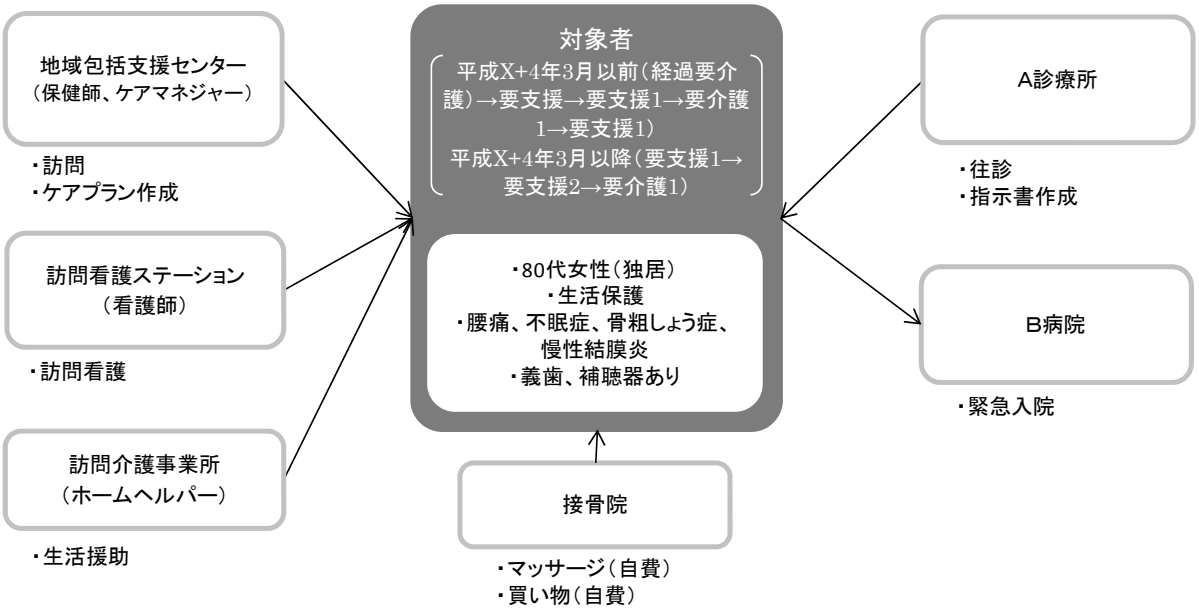
4）事例5　80代の独居女性
介護および医療サービスの拒否があり介入が困難だったケース

課題　保健師が3人代わったため、継続的関わりが難しく、誰がどの職種が中心になって”責任者”になっているのか、分かりづらい。また、行政と介護の連携だけでは解決が難しかった。

支援プロセス	実際の展開	看護の視点からの分析
把握	訪問看護導入の5年前から、生活保護受給者として福祉ケースワーカー、保健師、ケアマネジャーが把握していた。	主治医の決まっていない療養者に対して訪問看護を行うことができる「居宅療養管理指導料」を活用して、医療ニーズに関するアセスメントを行うことができたと考えられる。
初動	ヘルパーにごみ捨てと買い物を依頼した。	腰痛や骨粗しょう症の病名が付いていたので、医療的介入に踏み込んだ方が良かったのではないか。
連動	ケアマネジャー：義歯が合わず食事に時間がかかったため、訪問歯科診療を勧めた（拒否）	
体制維持	トイレ歩行困難のため、部屋に洗面器を置き排泄していた。ヘルパーは週2回排泄物の処理をはじめ、生活介護に努めた。 接骨院は、療養者の依頼買い物を担当していた。 知人が現金引き出しを担当していた。	4年前までは通院もできていたが、3年前に銭湯へ行けなくなり、つかまり歩行となった時点で、精神疾患の精査を含む十分な医療的介入ができれば、症状の進行を予防できたのではないか。
臨時対応	①保健師：洗面器排泄から1年2ヶ月後、ポータブルトイレを紹介し、使用開始した。 ②訪問看護師：蜂窩織炎のため、訪問を開始した。主治医に往診依頼し、足浴、処方薬内服、軟膏塗布を行った。	

●アウトカム評価

訪問看護師	訪問看護師1：医療・介護が最初に十分介入した方がよい事例で、その体制ができれば一気に身体状態も生活状態も改善できることがある。 訪問看護師2：強固な意思はあるものの、どのように生きていきたいのか、どのような希望があるのか誰も聴いていない。じっくり本人と向き合うべきであった。



3.地域包括支援センターと訪問看護ステーションの連携概要

1）ケース１

（1）事例概要

失禁､認知症と被害妄想疑いのある 80 代の独居女性をケアマネジャーとヘルパーだけで支援したケース

（2）サービス利用までの経緯

① 緊急情報システム作動により救急隊が出動し、区高齢相談係へ相談

② 独居で身寄りがないため、大家が介護保険申請し、A診療所が意見書を作成し、認定後に特養併設の居宅介護支援事業所でケアプラン作成

③ ケアマネジャーらが介護サービス開始前に療養者宅の大掃除をしたが、これによって療養者との信頼関係悪化

④ ケアマネジャーは毎日出勤前に療養者を訪問し、信頼関係の修復に努め介護サービスを利用するよう提案

（3）介護・医療サービス

① 介護認定の更新と並行し､デイサービス見学を契機にデイサービス利用開始（介護開始）

② 成年後見人の申請のために戸籍調査（後日、従兄弟を確認）と後見人（約 1 年後に決定）探しに協力し、B 診療所に診断書作成を依頼

③ 年末年始のデイサービス休業後に利用が途絶えたため、ヘルパーが訪問したところ衰弱、失禁していたため、救急車を要請し C 病院へ入院（腎盂腎炎の疑い）

④ 入院時に要介護の変更申請し、その後に要介護度 3 認定

⑤ C 病院退院後に病状悪化により、再入院

⑥ C 病院から脱走後に徘徊していたところを発見したが、C 病院では対応できないので退院要請され、退院

⑦ 特養（地域包括支援センター併設）のショートステイを利用後に D 精神病院へ入院

⑧ D 病院を約 1 年後に退院し、特養へ入所し、3 ヶ月後に死亡

（4）その他のサービス提供

滞納していた光熱水費のケアマネジャーによる立替

（5）本ケースの特徴・教訓

① 事例展開するにあたり、医療の視点が抜けていた。失禁を確認し、認知症を疑った時点で医療サービスの必要性を考慮し、医師又は訪問看護師に相談されるべきであった。

② サービス提供前に療養者との信頼関係構築を優先することが重要であった。特に認知症と診断されたり、それを疑うケースの場合は、療養者の意向を尊重しながらのかかわりが重要となる。

③ 訪問看護ステーションを含めた関係機関に関する情報収集と、サービス提供内容の確認や事前相談が必要である（ケアマネジャーは、認知症を訪問看護の対象外と誤解していた）。

（6）地域ケア連携にあたっての課題・要望

① 関係者は支援を必要とする人に対し､状態の如何にかかわらず積極的に関わって欲しい。

② 地域包括支援センターが各種サービスの提供開始までに積極的にかかわって欲しい。

③　退院患者の場合、地域の実情も考慮できる看護師にかかわって欲しい。

④　地域包括ケア推進のために地域包括支援センターに在宅医療の経験ある看護師を配置してほしい。

⑤　医療者と介護職者間のコミュニケーションの壁を如何に解消できるかが課題である（介護職者から医療者への連絡・相談は、経験上、圧力を感じることが多く、連絡しにくいと感じている）。

（7）サービス提供の経緯（時系列）

項目		内容
療養者の状況	年齢	・大正生まれの 80 代の独居女性
	家族構成	・独居（後日、従兄弟（A区居住）を確認）
	症状	・認知症、被害妄想の疑い ・失禁（万年床から異臭あり）
	性格	・社交的な性格（特に男性に好意的）
	住環境	・賃貸（隣はA診療所/大家さんは K 市在住） ・家中にゴミが散乱（ゴミ屋敷状態） ・風呂のガス釜故障 ・冷蔵庫の腐敗臭
	職歴	・現在、無職（年金生活） ・以前は飲食店経営（その前は銀行、商社勤務）
	その他	・数種類の健康食品とパンフレットあり ・A診療所にはケアマネジャー資格のある看護師がおり、緊急通報システム協力員であったが、療養者の認知症が進行すると協力員を辞退） ・近所の協力員も療養者の緊急通報には非協力的
支援契機	平成 X 年 2 月	・電気料金未納のため、緊急通報システムが作動し、消防隊が出動 ・消防隊から区高齢相談係へ相談し、相談係が居宅介護支援事業所へ相談
	4 月	・居宅介護支援事業所から大家に介護保険申請を依頼（意見書は同一建物内の A 診療所が作成）
介護保険サービス提供	平成 X 年 5 月	・要介護認定（要介護 1）
	6 月	・ケアプラン作成
	8 月	・介護サービス提供前に包括、ケアマネジャー、ヘルパーで大掃除（療養者との信頼関係が悪化） ・ケアマネジャーが、信頼回復のために毎朝訪問 ・ケアプラン作成以降、療養者がサービス拒否
	9 月	・介護認定更新申請 ・デイサービス見学（地域包括ケアマネジャー同行）後に利用開始
	11 月	・成年後見人の申請（B 診療所が診断書作成／A 診療所は人

		権にかかわるとの理由で拒否）
入院・入所	平成 X+1 年 1 月 2 月 4 月 7 月	 ・救急車で C 病院へ入院（ヘルパー訪問時に連絡、腎盂腎炎と診断） ・Ｂ診療所が紹介状作成 ・退院後に排泄物を近所へまき散らすようになる ・退院後に病状悪化で C 病院へ再入院 ・介護変更申請（要介護度 3 に変更） ・C 病院脱走のため捜索（屋外での失禁あり） ・特養のショートステイ利用 ・I 区の D 病院（精神病院）へ入院 ・成年後見人決定
	平成 X+2 年 4 月 7 月	 ・特養へ入所 ・死亡

2）ケース２

（1）事例概要

統合失調症の 60 代独居女性。状態により要支援や要介護に変更になり、介護・医療・障害自立支援サービスおよび生活支援を地域包括支援センターと居宅介護支援事業が協力しながら行ったケース

（2）サービス利用までの経緯

① A 病院（精神病院）ソーシャルワーカーからの依頼で区障害者地域活動支援室の保健師、ソーシャルワーカーと訪問看護ステーション看護師が訪問

② A 病院（精神病院）が意見書、指示書作成

（3）介護・医療・障害者自立支援サービス

① 要支援 1 認定後に訪問看護（24 時間緊急対応）と訪問介護開始

② 統合失調症で A 病院（精神病院）に入院

③ 退院後、被害妄想により賃貸先で住人（塗装業者）とトラブルになり、引っ越し

④ 介護保険区分変更（要支援 1→要介護 1）

⑤ 障害者自立支援での福祉サービス（予防給付）開始

⑥ 脊椎間狭窄症のため B 病院に入院

⑦ 退院後に介護サービス追加、病状安定により訪問看護を終了

⑧ 解熱鎮痛消炎剤の過剰服用で A 病院（精神病院）に入院

⑨ 退院後に訪問介護再開、訪問リハ開始

⑩ 障害者福祉サービス（自立支援給付）終了、介護保険区分変更（要支援 1→要介護 1）

（4）本ケースの特徴・教訓

① 従前から顔見知りの担当者でチーム構成できたため、役割分担と責任が明確で顔が見える各種サービス提供が可能であった。

・支援方針の共有化が図れ（定期的および必要時にサービス担当者会議の開催）、各担当者のサービス提供内容を明確にして実施することができた。

・日常的な担当者間の連絡が細やかに徹底して行われ、必要時には複数職種での同行訪問行うなど柔軟な対応が可能であった。

② 在宅医療・介護の実務経験が豊富な担当者によるチーム編成ができた。特に、精神疾患のある療養者への看護経験がある訪問看護師が参加していたことがより良いケアにつながった。

③ 地域包括支援センターに看護師が配置されており、適宜、療養者を訪問し、医療および介護の両面から療養者の身体状況の変化（揺れ）を迅速に察知でき、サービス改善のための関係者への連絡と調整が円滑にできた。

④ 介護保険と障害者自立支援の窓口が同一の保健福祉センターであったことが効率の良さにつながった。

⑤ 療養者が望む生活を実現するためには、身体状況の安定が最重要であると再認識した。

⑥ 顔の見える地域ケアを推進するためには、担当者がいつでも直接コミュニケーションできることが重要であるため、情報共有のためにコンピュータを利用したシステム等はあまり必要と感じない。療養者の表情をみながら、各担当者がサービスをすり合わせていく必要がある。

⑦　複数の医療機関を受診していたため重複処方があったが、訪問看護師による適切な管理と、医師および看護関係者に対する医療面の調整が他の担当者にとっては非常に助かった（療養者の多科連携時に訪問看護師がキーパーソンとなった）。

（5）地域ケア連携にあたっての課題・要望

①　医療機関から関係者への退院連絡と情報提供がもっと早い段階で欲しい。

②　複数の医療機関を受診している場合、重複処方による薬剤事故が危惧されるので、薬剤給付時に一層の服薬指導をして欲しい。

③　統合失調症等の精神疾患患者には、在宅療養の医師のかかわりが必要を考える。

④　精神疾患のある療養者に対応できる訪問看護及び訪問介護事業者の増加が望まれる。

（6）サービス提供の経緯（時系列）

項目		内容
療養者の状況	年齢	・60 代の独居女性
	家族構成	・独居（母、兄、弟別居）、離婚歴あり
	症状	・統合失調症（精神障害者） ・椎間板疾患（身体障害者）、膝痛、頸椎疾患、眼科疾患
	性格	・社交的（人から好かれる）
	住環境	・賃貸アパート
支援契機	平成 X 年	・生活保護申請 ・精神障害者手帳更新 ・K 区障害者地域活動支援室 支援センターの保健師が月 1～3 回訪問
	平成 X+6 年 2 月	・医療相談ソーシャルワーカー（以下 SW）と福祉課 SW から保健師に連絡あり
	平成 X+8 年 6 月	・大家と関係悪化で引っ越し（立ち退き要求あり）
	平成 X+10 年 4 月	・B 病院入院（腰椎椎間板手術（身体障害者）） ・A 精神病院の SW から訪問看護の相談があり、障害者地域活動支援室の保健師、SW と訪問看護ステーションの看護師が訪問 ・引っ越し（A 精神病院 SW と K 区保健師アパート探し協力）
	5 月	・介護保険申請
介護サービス提供	平成 X+10 年 5 月	・週 1 回 1 時間の介護予防サービス開始（暫定 要支援 1） ・新居の 2 階に塗装業者とのトラブル（塗料臭や作業音による被害妄想） ・24 時間緊急対応による訪問看護開始 ・精神病院に統合失調症で入院
	6 月	・退院、訪問介護週 2 回（介護サービス慣れ）

	8 月 9 月 12 月	・引っ越し（夕方、夜間の被害妄想で 2 階の塗装業者とのトラブル→引っ越し） ・介護区分変更（要支援 1→要介護 1）
	平成 X+11 年 5 月 6 月 7 月	 ・障害者自立支援（予防給付/暫定） ・訪問介護週 3 回（ヘルパー変更の受容） ・K 区障害者地域支援センターから地域包括支援センターに担当変更 ・B 病院入院（脊椎間狭窄症手術後に身体状況改善／術前に訪問看護師へ電話相談） ・退院、サービス担当者会議（療養者、生保担当 SW、障害福祉担当者、訪問介護担当者、訪問看護担当者、福祉用具担当者） ・7 月末に保健師訪問により介護サービス追加
	平成 X+12 年	・訪問看護終了
	平成 X+13 年 4 月	 ・膝痛、頸椎痛の悪化 ・解熱鎮痛消炎剤（ロキソニン）の過剰服用で救急車搬送により精神病院へ入院 ・退院後にケアマネジャーから連絡をうけ、訪問看護再開（意見書は精神病院が作成） ・訪問リハ開始するが 2 回で終了
	平成 X+14 年 5 月	 ・障害福祉サービス（自立支援給付）終了 ・介護保険区分変更（要支援 1→要介護 1）

3）ケース３

（1）事例概要

高齢者夫婦世帯の 80 代女性で、複数の医療機関を受診し身体機能が低下していたところに看護師資格をもつ介護支援専門員が介入し、看護師の視点で支援体制の維持に努めたケース

（2）サービス利用までの経緯

① 療養者が域包括支援センターへケアプラン作成を依頼

② 地域包括支援センターがケアプラン作成後に訪問看護ステーションを紹介

③ 療養者は外部の人が家に入るのを嫌い、ホームヘルパーによる訪問介護を承諾せず、夫（要介護 1）が依頼

（3）介護・医療サービス

① 住宅改修（手すり設置）

② ケアプランに基づき、訪問看護（月 1 回）、訪問リハ（月 3 回）を実施している。

③ 夫婦は不仲（夫が妻の身体状況を勘案せずに日常生活に対する不平・不満を言うために口論となり、身体的圧力（たたく、つねる）を加えることもあるため、サービス提供側がサービス内容の説明やサービス提供にあたり困惑することがある。）

④ 姪の付き添いにより、3 か所の医療機関（A 診療所（内科）、B 病院（整形外科）、C 病院（皮膚科、泌尿器科））を定期的に受診している。

⑤ リハビリテーション開始当初は脚に浮腫がみられており、歩行器での歩行も困難であったが、徐々に歩行器による歩行が可能となった。

⑥ 服薬コンプライアンスには、課題があるものの高血圧が改善されてきている。

⑦ ケアマネジャーがサービス提供者と協議し、デイサービス、ショートステイ、生活支援サービス等の利用を提案するが、拒否されている。

⑧ 以下の提案は試行・検討を行った。

・脚の浮腫を防止するストッキングを履いてみること

・サービス担当者会議に姪に参加してもらうこと

・診療所に月 1 回程度の往診を依頼すること

（4）本ケースの特徴と教訓

① 直営の地域包括支援センターが最初に関わったために療養者家族の理解が得やすかった。委託の支援センターからは直営でないために療養者との信頼関係構築に苦労するケースがあると言われる。

② 夫婦の期待する身体状況の改善が困難なことが不仲の原因と考えられる。症状変化を早めに察知しながらサービス提供につなげることが重要であるため、夫婦との信頼関係を維持したままでのサービス提供・提案に努める。

③ 訪問看護師によって定期的な血圧測定結果が報告されたことにより、ケアプランの見直しや訪問リハビリテーションを実施するにあたって大変参考となった。

（5）地域ケア連携にあたっての課題・要望

① 地域包括支援センターを中心に訪問看護、訪問介護サービス提供者間の連携（経過報告、電話連絡、会議）が円滑に実施されており、特に問題はない。

② 療養者は歩行困難で高血圧の症状もあるため、医師が往診し症状の悪化防止と地域ケア

連携に積極的にかかわって欲しい。

（6）サービス提供の経緯（時系列）

項目		内容
療養者の状況	年齢	・80 代の女性
	家族構成・関係	・夫（90 代、子供なし） ・夫婦は不仲（夫が妻の身体状況を勘案せずに日常生活に対する不平・不満を言うために口論となり、身体的圧力（たたく、つねる）を加えることがある） ・夫は高齢化により将来に不安を抱えている ・療養者の姪夫婦との 2 世帯住居 ・療養者は姪に遠慮し、夫は姪の夫に対して好感をもっていない（姪の夫の付き添いによる通院は療養者の夫が拒否）
	疾患等	・脊柱管狭窄症、変形性股関節症、腰痛 ・うっ滞性蜂窩織炎 ・高血圧 ・失禁
	性格等	・病態が悪化すると興奮する傾向 ・昼夜逆転（昼ごろまで寝ている） ・記憶力が良い
	住環境	・姪夫婦が療養者夫婦の面倒を見ることを前提に 2 世帯住居に改修（2 階で行き来可能）
支援契機	平成 X 年 1 月	・療養者が要支援 2 認定を受けたことを地域包括支援センターへ連絡し、ケアプラン作成を依頼（夫は要支援 1） ・ケアプラン作成後に訪問看護ステーションを紹介 ・介護保険で住宅改修（手すり設置） ・療養者は、外部の人が家に入るのを嫌い、ホームヘルパーによるサービスを承諾せず、夫（要介護 1）が依頼
介護サービス提供	平成 X 年 7 月	・月 1 回の訪問介護と月 3 回の訪問リハの開始 ・リハビリテーション開始当初は脚に浮腫がみられ、歩行器での歩行も困難 ・デイサービス、ショートステイ、生活支援サービスの利用を提案するが、拒否された
	平成 X+1 年 1 月	・介護保険更新（変更なし：要支援 2）
		・月 2 回の訪問看護（血圧計測し理学療法士へ報告） ・訪問リハビリテーションにより股関節の可動域が改善 ・歩行器での歩行が可能 ・当初よりは血圧が安定しているが、処方薬を正しく服用しているか疑問（お薬カレンダー提案を拒否、服用しないことで発生するリスクを説明しても聞き入れない） ・脚の浮腫防止ストッキングを履くことを試行

		・サービス担当者会議への姪の参加を検討 ・A 診療所に月 1 回程度の往診依頼を検討
医療サービス		・A 医院（内科）を受診 ・年 1 回程度、B 病院（整形外科）と C 病院（皮膚科、泌尿器科）を受診 ・2 年ほど前に B 病院で「手術しないと歩行できなくなる」と説明をうけたが、手術は拒否 ・通院は姪が付き添っている

4）ケース４

（1）事例概要

末期がんの 80 代女性で、療養者の強い希望で退院前カンファレンス後に在宅療養を開始したが、短期間で救急搬送により再入院になったケース

（2）サービス利用までの経緯

① 平成 X 年 9 月に療養者が退院後に在宅医療・介護を希望していることを A 病院のソーシャルワーカー（以下 SW）から地域包括支援センターに連絡あり

② 療養者の子息が要介護認定申請

③ 地域包括支援センターが A 病院に退院時カンファレンスを要請し、在宅サービス関係者(区生活福祉係、ホームヘルパー、訪問看護師）を招請

④ 退院翌日に要介護 3 認定

（3）介護・医療サービス

① 平成 X 年 10 月から開始した訪問介護は、当初、毎日 1.5 時間であったが、間もなく週 3 回夕方もサービスを提供し、ノートに記載

② 訪問看護も同時期に開始し、当初は週末以外毎日訪問し、下肢のマッサージ、弾性包帯交換とお薬カレンダーで服用状況を確認・指導し、間もなく、1 日おきの訪問となる（ノート記載は初回のみで、2 回目以降はノート所在不明）

③ 退院 2 週間後に外来通院し、利尿剤と下肢塗布薬が処方され、下肢の浮腫は緩和されたが、塗布薬があわないため、訪問看護師が医師宛に処方変更依頼の文書を書き、療養者に渡したが、医師に提出したかは不明

④ 床ずれができたが、訪問看護師にはその状態をみせなかったため、訪問看護師はトイレへの歩行時に観察するか、子息に聞くことでしか把握できなかった

⑤ 11 月初旬に突然の胸痛が出現したため子息がホームヘルパーに連絡し、ヘルパーが訪問看護ステーションに連絡をとろうとしたが、土曜日午後だったため連絡がとれず、看護師の緊急連絡先を子息も把握していなかったため、週明けまで待つことになった

⑥ 胸痛がひどくなり、ヘルパー連絡の 2 日後に救急車搬送で再入院した

（4）本ケースの特徴と教訓

① 地域包括支援センターの看護師が、病院に退院時カンファレンスを要請し、在宅サービス関係者を招請し、事前に在宅サービス方針を検討した。招請メンバーは看護師が選定した。

② 療養者宅にサービス提供者が記載するノートを置いて、家族には記載してもらうように依頼していたが、関係者間でうまく利用されなかった（訪問看護師の訪問時にノートの所在が不明となっていた)。

③ ヘルパーは「医療と介護は別」と考えていたため、日頃ケアマネジャーに報告・相談はするが、訪問看護師と直接連絡することはなかった。ケアマネジャーは必要に応じて訪問看護師に連絡をとっていたが、各担当者間の連絡が十分とは言えず、療養者や子息を通じた状況把握にとどまっていた。

④ 経過を踏まえて訪問診療の依頼を検討していた段階で緊急入院となったため、退院当初から訪問診療を依頼するべきであった。

⑤ 介護担当者は薬の知識がないため、服用することにより療養者の身体症状がどのように

改善されるかわからない。

（5）地域ケア連携にあたっての課題・要望

① 療養者に状態変化があった場合は、医療、介護の領域にこだわらず、各サービス担当者への連絡を密にし、迅速に対応方法を検討することが必要である。

② 療養者宅にサービス関係者が記載するノートを置く場合は、療養者および関係者への活用目的と方法の周知を図る必要がある。

③ 訪問看護師が関わる場合は、介護担当者にも薬の服用による効果を説明してもらうことを期待する。また、症状改善に疑問がある場合は、訪問看護師に相談にのって欲しい。

④ 情報システムを利用して各担当者間で療養者の情報共有をするには、入力負担が増えることが危惧される。

（6）サービス提供の経緯（時系列）

項目		内容
療養者の状況	年齢	・80 代の女性
	家族構成・関係等	・夫（70 代　透析患者）、息子（40 代） ・生活保護世帯 ・家族同士の関係は不和な面あり（夫と息子に口座の暗証番号を教えない）
	疾患、身体状況等	・末期がん ・下肢の浮腫
	性格等	・温厚 ・自己判断で処方薬を選択して服用 ・食材のこだわりがあり、食材毎に購入店を決めている
	住環境	・生活保護
支援契機	平成 X 年 9 月	・A 病院のソーシャルワーカー（以下 SW）を通じて在宅医療・介護サービスを地域包括支援センターに依頼 ・息子が要介護認定申請 ・地域包括支援センターの看護師が病院に対し退院カンファレンスの開催を要請し、下記の在宅サービス関係者を招請 ・K 区生活福祉課保険係 ・訪問介護事業所 ・訪問看護ステーション ・療養者希望により退院
	10 月	・要介護度 3 認定

介護・医療サービス提供	平成 X 年 10 月	・地域包括支援センターの看護師が、センター内のケアマネジャーにケアプランの作成を依頼 ・退院カンファレンスに参加した、訪問介護事業所と訪問看護ステーションがサービス担当 ・退院直後は、毎日 1.5 時間の訪問介護と週末を除く訪問看護 ・間もなく、訪問介護は週 3 回夕方のサービスが追加され、訪問看護は 1 日おきとなった ・訪問看護による下肢マッサージ、弾性包帯交換、お薬カレンダーを使った服薬確認・指導 ・療養者宅のノートに介護記録を毎回記載、看護記録は初回のみ記載（2 回目以降はノート所在不明）
	11 月	・福祉用具貸与事業所がベッド、ベッド手すり、クッションを貸与 ・2 週間後に外来通院により利尿剤が処方され、以降は下肢の浮腫が緩和された ・下肢の塗布薬があわないため、訪問看護師が医師宛に処方変更依頼の文書を書き、療養者に渡したが、医師に提出したかは不明 ・床ずれを生じたが、訪問看護師に症状をみせなかったため、訪問看護師はトイレへの歩行時に観察するか、子息に聞くことでしか把握できなかった ・突然、胸痛を訴えたため、息子がヘルパーに電話連絡（ヘルパーは当番制で 24 時間連絡体制） ・ヘルパーから訪問看護ステーションに電話連絡するが土曜日午後のために連絡がとれなかった（看護師の緊急連絡先を子息に聞いたがわからなかった） ・2 日後に胸痛がひどくなり、息子が救急車を要請し、緊急入院
その他		・ヘルパーが水光熱費の支払い代行 ・夫（要支援 1）は、療養者の入院後に訪問介護サービスを利用開始

5）ケース５

（1）事例概要

80 代の独居女性で介護および医療サービスの拒否があり介入が困難だったケース

（2）サービス利用までの経緯

① 平成 X+4 年 3 月までに保健師が 2 度交代したため、それ以前の詳細は不明

② 接骨院に自費でマッサージと買い物を依頼

（3）介護・医療サービス

① 平成 X+4 年 3 月に地域包括支援センターの保健師が療養者宅を訪問時にバケツに排便していたため、保健師がポータブルトイレ利用を提案し、5 月から使用開始

② 訪問介護により洗濯、買い物援助（掃除、整理は拒否）

③ 5 月に要支援 1 から要支援 2 に区分変更

④ 平成 X+5 年 3 月に地域包括支援センターのケアマネジャーが訪問時に症状悪化を確認し、医師に相談し、医師が往診して指示書作成（真菌症（白癬））し、訪問看護開始

⑤ 訪問看護当初の療養者は、うずくまったままの姿勢で発熱（体温 38 度、収縮期血圧 約 190mmHg）しており、足にビニール袋を 2 枚重ねで履き、失禁状態であった

⑥ 訪問看護は 20 日間に 4 回のサービス提供

⑦ 4 月上旬のヘルパー訪問時に異変を確認し、K 区ケースワーカーに連絡、ケースワーカーが救急隊連絡後に緊急入院し、6 月に死亡（死因は不明）

（4）本ケースの特徴と教訓

① 療養者に対してケアが必要となった段階で訪問看護や訪問歯科診療などのサービスを受けるように提案しても、生活信条や性格からかたくなに提案を受け入れない場合、如何に対応すべきか苦慮したケースとなった。

② 本事例は、サービス担当者による通常の連携によって療養者の身体状況を改善できる訳ではなく、療養者の意思決定に問題があるケースと考えられるため、精神医療を含めたサービス提供の検討や時間をかけて療養者の意思を確認するなどの対応が必要だったのではないか。

③ もっと早い段階で要介護に区分変更できなかったのか。

（5）地域ケア連携にあたっての課題・要望

① 療養者の生活信条や性格を尊重することは重要であるが、身体状況と生活環境に問題があると関係者が判断する場合は、療養者が意思決定した内容を精査し、精神科医師の協力を仰ぐ等の対処が必要である。

② 介護保険制度上、サービス提供時間が限定されているので、時間をかけて療養者の意思を聞き、関係者間で調整するのは難しい。

③ 平成 21 年度の介護報酬改定で、新たに看護職員による居宅療養管理指導制度が設定されたが、周知されていない。地域ケア推進のためには、関係者への周知が必要である。

【訪問看護師による居宅管理指導制度】

主治医が意見書の「看護職員の訪問による相談・支援」欄をチェックすると、看護師が療養上の相談・支援を行い、内容を医師及び居宅支援事業者に情報提供ることを条件に 400 点/回看護師が算定できる。

（6）サービス提供の経緯（時系列）

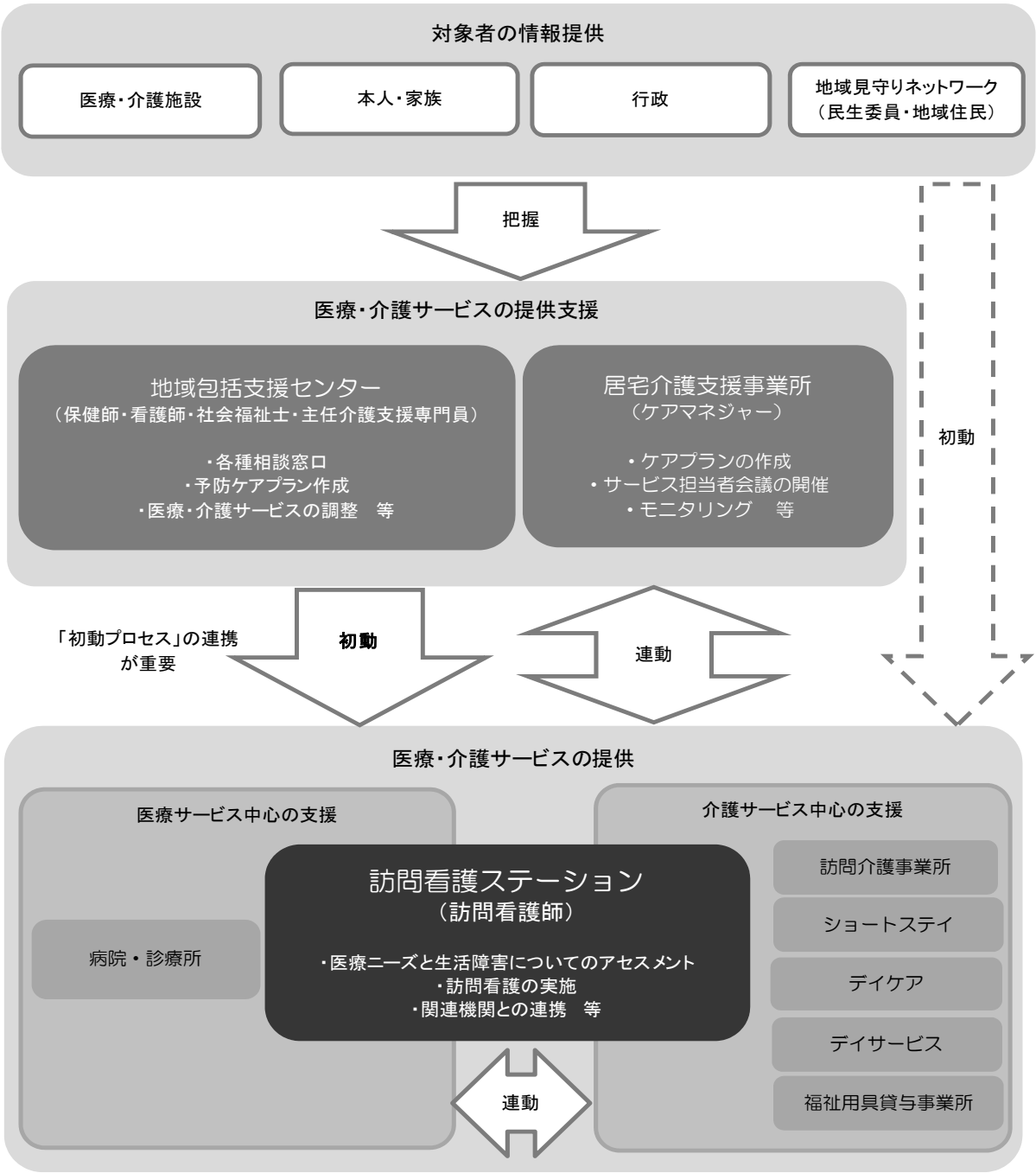
項目		内容
療養者の状況	年齢	・80 代の女性
	家族構成・関係等	・独居 ・家族は不明
	疾患、身体状況等	・腰痛 ・不眠症 ・骨粗しょう症 ・慢性結膜炎 ・義歯（あわなくなっている） ・補聴器（あわなっくなっている） ・車いす利用を拒否（過去に車いすでの事故あり） ・買い物、銭湯に行けない
	性格等	・自分および家族については何も話さない ・頑固（自分の意見ははっきり言う）
	住環境	・持家（冷房なし） ・生活保護 ・ネズミが徘徊 ・屋外トイレ（途中約 1 年間は台所でバケツや洗面器に排便）
	その他	・社協のボランティアが金銭管理（以前は緊急連絡先であったが後日拒否）
支援契機	平成 X 年 3 月 10 月	・介護認定申請し経過要介護、自費でゴミ捨て依頼 ・要支援
	平成 X+1 年 4 月 11 月	・要支援 1 ・要介護 1 に区分変更 ・要支援 1 に区分変更
	平成 X+4 年 5 月	・要支援 2 に区分変更
	平成 X+5 年 3 月	・要介護 1 に区分変更
介護・医療サービス提供	平成 X+4 年 3 月以前	・これまでに保健師が 2 度交代したために以前の詳細は不明 ・接骨院に自費でマッサージと買い物を依頼
	平成 X+4 年 3 月 5 月	・バケツに排便していたため、保健師がポータブルトイレ利用を提案し、パンフレットを提示し、生活保護世帯のために自己負担がないことを説明 ・ポータブルトイレ利用開始 ・訪問介護により洗濯、買い物援助（掃除、整理は拒否）

	平成X+5年3月 4月 6月	・地域包括支援センターのケアマネジャーが訪問時に症状悪化を確認し、医師に相談 ・A診療所が往診し、指示書作成（真菌症（白癬））、抗生剤処方後に訪問看護開始 ・訪問看護当初の療養者は、うずくまったままの姿勢で発熱（体温38度、収縮期血圧約190mmHg）しており、足にビニール袋を2枚重ねて履き、失禁状態であった ・訪問看護は20日間に4回のサービス提供 ・ヘルパー訪問時に異変を確認し、K区ケースワーカーに連絡、ケースワーカーが救急隊連絡後、B病院に緊急入院 ・死亡（死因は不明）

第３節　地域包括支援センターと訪問看護ステーションとの地域連携モデル

事例調査の結果、看護の視点から医療と生活をつなげる地域包括ケアモデル案を作成した。対象者に関する情報提供元は医療・介護施設など様々であり、自ずと対象者の状況や支援ニーズも様々である。その情報を把握した地域包括支援センターや居宅介護支援事業所は、初動として医療・介護ニーズのアセスメント目的に訪問看護ステーションに連絡する。アセスメントの結果、訪問看護・介護、診察・治療などの支援が調整され、相互に連動して支援を担うモデルである。

地域包括ケアモデル案



第４章　ヒアリング調査

第１節　調査概要

1.調査目的

東京都Ｋ区で実施した事例検討会の分析結果をもとに作成した地域包括ケアモデル案（第３章参照）に検討を加えるため、他地域の地域包括支援センターにおける医療と介護の連携、情報の共有方法等の実態を把握する。

2.調査対象

検討委員会委員の紹介による日頃から積極的に訪問看護事業所と連携をとりながら活動を行っている地域包括支援センターと全国で先駆的な活動を行っていると思われる地域包括支援センターや地域包括ケアに関与したことのある関係者を 5 ヶ所選定した。調査期間は平成 24 年 1 月～2 月であった。

3.調査方法

小委員会委員が 5 ヶ所を訪問し、調査対象施設の担当者にヒアリングを行った。ヒアリング時間は約 90 分程度とした。なお、対象センターの基本情報（開設主体、職員数等）は別途、質問紙で把握した。

調査の実施にあたっては、日本訪問看護振興財団の倫理審査委員会の承認を得た。書面により、研究の目的および方法等、プライバシー保護、データの管理方法等を説明し、文書への署名・捺印をもって研究協力への同意とした。また、インタビュー内容の IC レコーダーへ録音は、同意の上で行われた。

分析は、ヒアリングの録音内容の逐語録を作成し、ヒアリングメモを作成した。次に、地域包括ケアモデル(案)に添って発言内容を分類し、地域包括ケアモデル作成に資する知見を整理した。

4.インタビューガイド

日頃取り組まれている地域包括ケア、或いは具体的な事例の経緯を想起してもらいながら、次の項目について語ってもらった。

- 利用者の依頼があった時点で、どのような事柄から始めるのか。どういう視点でそのケースに取り組もうとするのか。
- 他職種（行政も含む）に対してどのように連携していくのか。その際の留意点は何か。
- 利用者の在宅（生活）療養が安定・維持している時、あるいは維持するために行うことや注視する点はあるか。あるとすれば、それは何か。
- 突発的な事態や急変が発生した場合に備えてどのような準備をしているか。想定外のことも含めて、どのようなことに留意し連携していくのか。
- 医療と介護の連携という点で、全てのケースにおいて言えることと、ケースによって違いがある事柄があるか。
- 現在の地域包括支援センターにおいて看護の役割・視点は必要であると思うか。あるとすれば、どのように看護が展開されると効果的だと思うか。

・これまでの取り組みで、どのような対応・連携が利用者、介護職、医療職、行政に有益であったと思われるか、またはそのポイントと考えられる事は何であったか。

第２節　調査結果

1.調査対象自治体の概要

4 自治体、地域包括支援センター3 か所及び地域包括ケアに関与したことのある保健師、病院の地域連携担当看護師の協力を得ることができた。以下に、対象自治体の概要を示す。

	A市 （H24.2.1）	B市 （H24.1.1）	C区 （H24.1.1）	D市 （H23.4.1）	参考：K区 （H24.1.1）
総人口	約420,000人	約177,000人	約246,000人	約101,000人	約317,000人
65歳以上人口	約93,000人	約35,000人	約51,000人	約26,000人	約79,000人
高齢化率	22.2%	19.6%	20.8%	25.6%	24.9%
総面積	72.0㎢	16.50㎢	13.01㎢	423.99㎢	20.59㎢
地域包括支援センター数	12か所	7か所	8か所	5か所	13か所
直営	0	0	0	0	2
委託型	12	7	8	5	11
	社会福祉法人10	医療法人2	社福事業団3	地域の基幹病院 5か所	
	NPO法人1	社福事業団1	医師会1		
	医療法人1	社会福祉法人4	社会福祉協議会1		
			社会福祉法人3		
訪問看護ステーション数	16か所	20か所	10か所	11か所	19か所

2.調査対象地域包括支援センターの概要

	B市：地域包括支援センター	C区：地域包括支援センター	D市：地域包括支援センター
設置主体	医療法人	医師会	市立病院
運営事業 （センター以外）	病院（117床）、訪問看護、居宅介護支援	訪問看護、居宅介護支援	病院(一般243床、医療療養40床、介護療養40床）、訪問看護、居宅介護支援
担当地域の人口	約33,000人	約28,000人	約16,000人
担当地域の高齢者人口	約6,200人	約5,200人	約4,000人
高齢化率	18.7%	19.0%	24.3%
職員数	5人	6人	3人
保健師			1人
看護師	1人	1人	
社会福祉士	2人	2人	1人
主任介護支援専門員	1人（基礎資格：社会福祉士）	1人（基礎資格：看護師）	1人（基礎資格：看護師）
その他	1人	予防給付担当　2人	
センター管理者の職種	看護師 （訪看、居宅の管理者兼務）	看護師 （訪問看護から異動）	社会福祉士 （病院MSWから異動）
センターの受託	平成18年、在宅介護支援センターから移行	平成18年、在宅介護支援センターから移行	平成18年、市から委託
担当地域内の 訪問看護ステーション数	2か所	1か所	2か所

3.ヒアリング結果と地域包括ケアモデル案との比較

1）ヒアリング１：Ａ看護大学助教

ヒアリング対象者：A看護大学助教（保健師・看護師有資格者）
首都圏M市の社会福祉法人で年会費をもとに介護予防事業を展開
認知症ケアの取り組み経験

●関連機関との連携について

訪問看護ステーションと関係機関との連携

●連動●
・日頃から訪問看護師との関係作りが必要（介護関係者と医療者への連携（連絡・相談））
・経過観察後の状況判断に基づく多職種との連携

・関係づくり
・コーディネート

●顔の見える関係づくり
・地域包括ケア推進のために訪問看護ステーション同士の協力が重要（勉強会開催等）
・関係組織の管理者同士だけではなく、一般スタッフ同士の関係づくりも重要
・利用者に充実したケアが提供できるようサービス業務のシェアの検討
・ケア会議等での訪問看護ステーションの機能や利用方法についてアピール
●ケアチームのコーディネート
・医療と生活の両方が看る看護のオリジナリティを生かし、関係者間のコーディネートの推進（医療機関と地域包括支援センター間のコーディネート）
・週末退院患者の在宅療養へのコーディネート
・スタッフ同士がで和やかな雰囲気で話し合える環境づくり
・訪問看護師はボランティアでも行政にもどこにも所属しない独立した立場での活動を期待

●体制維持●
・教育
・相互学習

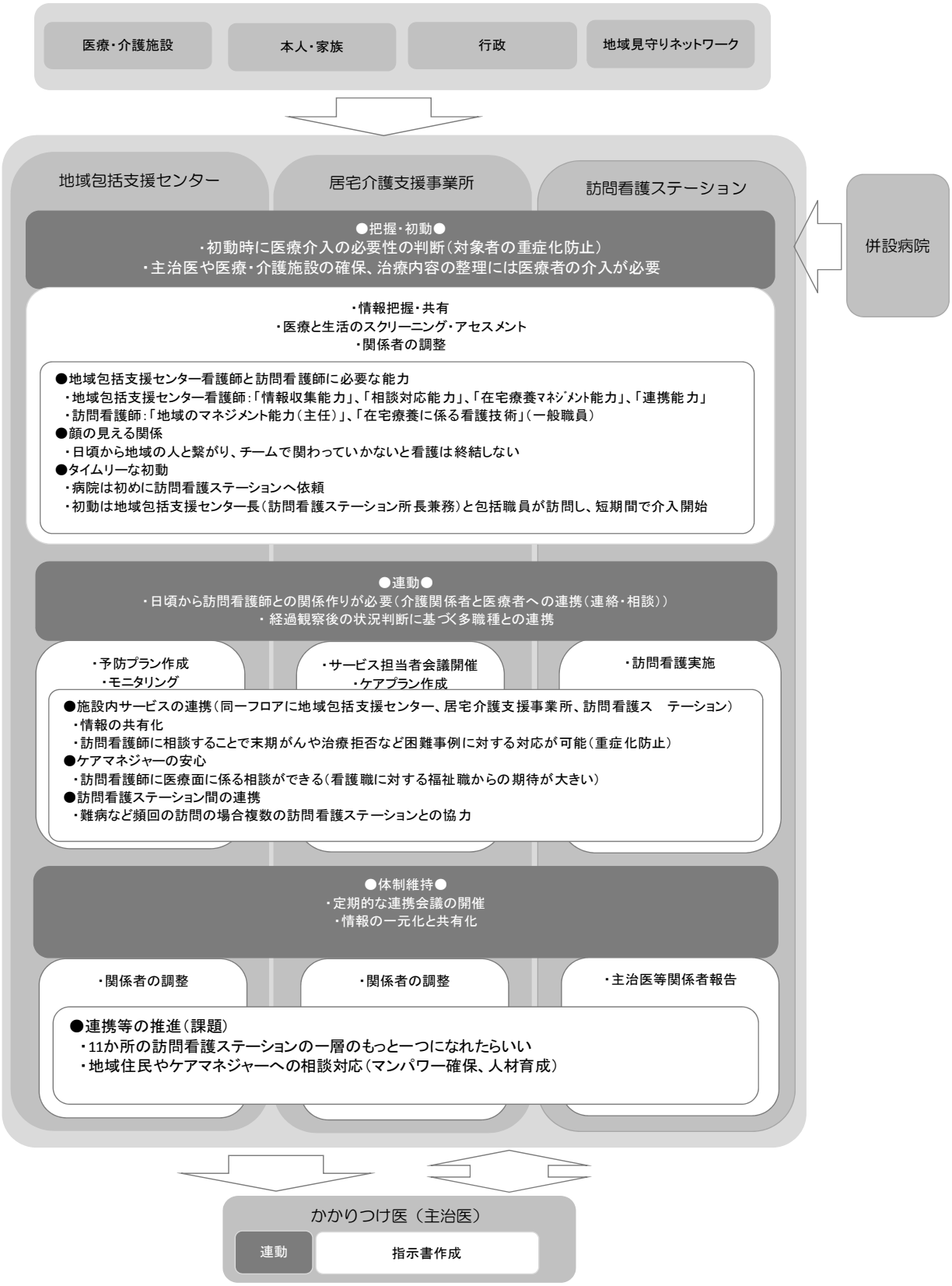
・教育・人材育成

●感度の高い人材の育成のための教育
・的確で感度の高いアセスメント能力を習得するための看護職及び福祉職の教育が必要
・看護師養成課程での地域医療・介護に係るさらなる充実が必要
・訪問看護師は医療の視点の他に生活環境の視点も重要
●相互学習
・訪問看護師同士で事例報告や経験紹介を通じて情報共有・蓄積やコーディネート力の向上が重要
・訪問看護師が企画する地域包括支援センターとの共同研修の開催

2）ヒアリング２：Ｂ市地域包括支援センター

ヒアリング対象者：B市地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションの管理者（看護師）、ケアマネジャー（看護師）
特徴　　：医療法人の病院に併設する地域包括支援センター（市委託）
同一フロアで地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び訪問看護ステーションが業務実施
管理者は看護師で地域包括支援センター長と訪問看護ステーション所長を兼務し、在宅支援センターでの経験あり

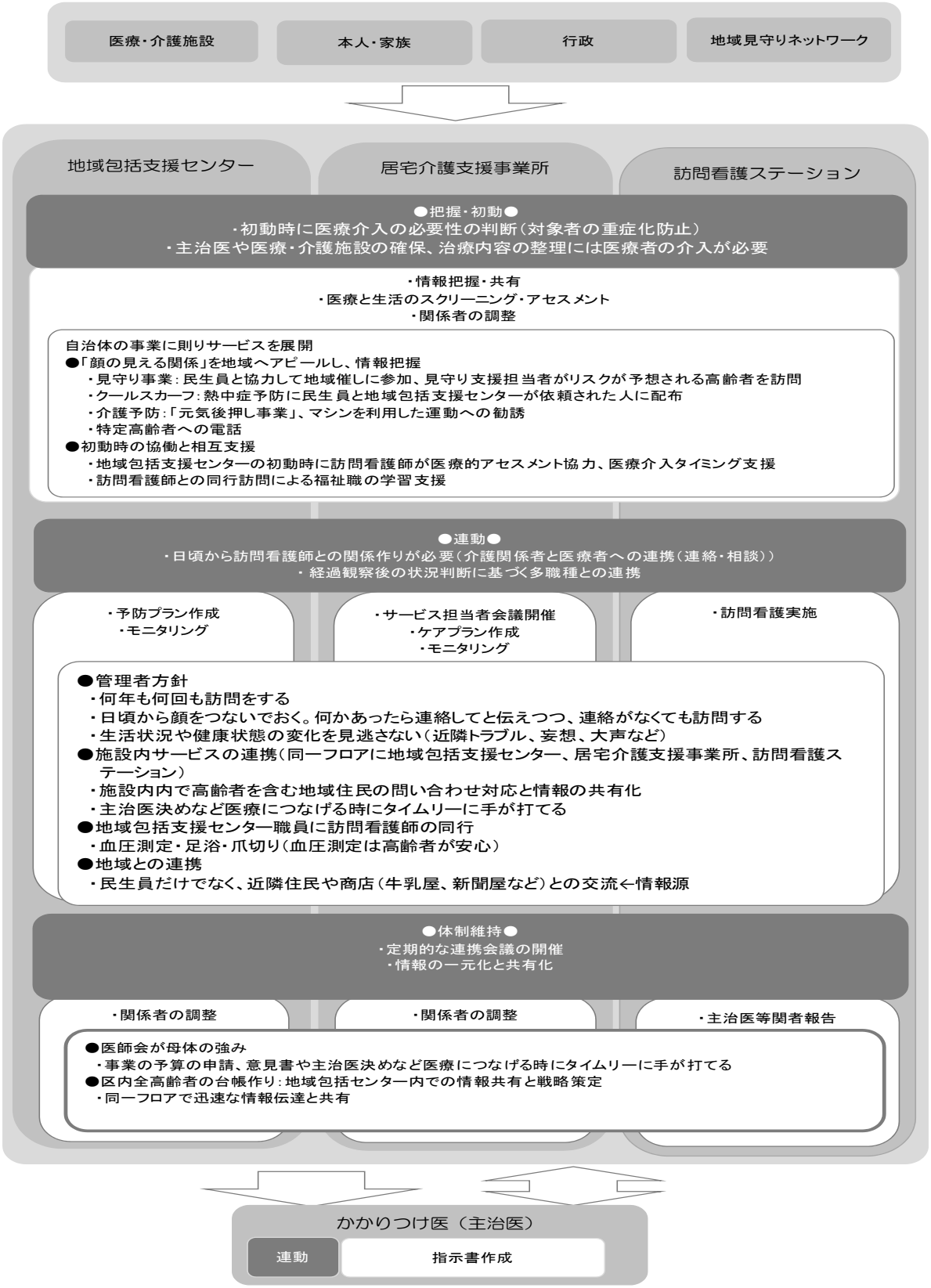
●関連機関との連携概要



3）ヒアリング３：Ｃ区地域包括支援センター

ヒアリング対象者：C区地域包括支援センターの管理者（看護師）、ケアマネジャー（看護師）
特徴　　：C区医師会立の地域包括支援センター（委託）、訪問看護ステーション→在宅介護支援センター
→地域包括支援センターへ発展
（区内の地域包括支援センターは1ヶ所、訪問看護ステーションは 11ヶ所）
同一フロアで地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションが業務実施
センター長は医師、主任と主任ケアマネージャーは訪問看護ステーションから移動

●関連機関との連携概要



4）ヒアリング４：D市地域包括支援センター

ヒアリング対象者：D市地域包括支援センターの管理者（社会福祉士）
特徴　　：D市立病院を母体とするの地域包括支援センター
地域保健・医療に伝統のある自治体
情報システムネットワークを利用し、高齢者や特定の住民情報を共有

●関連機関との連携概要

5）ヒアリング５：D市立E総合病院地域ケア科

ヒアリング対象者：D市立E総合病院地域ケア科看護師長
特徴　　：地域医療に伝統のある病院（入院：外来：公衆衛生＝5：3：2）
　　併設施設：地域包括支援センター2、居宅介護支援事業所4、訪問看護ステーション5、宅老所1

●関連機関との連携概要

病棟・外来

地域ケア科

●把握・初動●
・初動時に医療介入の必要性の判断（対象者の重症化防止）
・主治医や医療・介護施設の確保、治療内容の整理には医療者の介入が必要

・情報把握・共有
・医療と生活のスクリーニング・アセスメント
・関係者の調整

●病院の運営方針
・地域へ出る、その人の生活を見ないと分からない、予防は治療に勝る
・訪問診療は医者と看護師で　（一人の目より二人の目）
・病院祭・文化活動・スポーツ活動
・地域住民が主役（地域の人に支えられている）
●地域ケア科の基本理念＜いつでも、どこでも、だれでも、必要なサービスが受けられる＞
・介護を必要とする人とその介護者への視点
・訪問への道中観察（利用者の暮らしを看る（利用者らしさ、道、買い物の場所等））
・病院の最初の窓口はケースワーカー（相談できそうな窓口が複数あると双方が混乱する）
・地域包括支援センターが住民に関わり医療につなげてもらう
●患者（利用者）を通した病院と地域の一貫したつなぎ役
・病院看護師へ　ー　”訪問看護が在宅医療を支えているんだよ”
・地域ケア科が在宅療養へ移行するタイミングを病院看護師へ啓蒙
・病院寄りでも行政寄りでもよくない

●連動●
・日頃から訪問看護師との関係作りが必要（介護関係者と医療者への連携（連絡・相談））
・経過観察後の状況判断に基づく多職種との連携

・関係者の調整・連携

●自宅、暮らし、ベッド回り、家族（介護者）を看て、本当の看護ができる
・受診する患者はあなたの患者（病院看護師に在宅療養に対する意識の啓蒙）
・外来の看護師に目配せにより在宅へ繋げるよう要請
・訪問診療は担当制（必要性に応じて他科の協力）
・グリーフケアの実践は双方への効果（エンゼルメイク、遺族訪問、デスカンファレンス、遺族会等）
●関係者とのとの連携
・退院支援会議への関係者の参加
・ヘルパーは介護者に寄り添っている（医療・介護関係者がケア会議や訪問で一緒になった時はこちらから声をかけあ、情報交換する）

●体制維持●
・定期的な連携会議の開催
・情報の一元化と共有化

・教育・意識改革
・人員配置

●教育・意識改革の重要性
・関連組織の役割と機能の理解（各部署が関連組織の役割を理解しているわけではない）
・自分たち（訪問看護師）が変わらないと利用者の環境も変えられない
●人員配置
・主任ケアマネジャーは看護師有資格者か在宅療養の経験のある保健師配置が望ましい

かかりつけ医（主治医）　訪問看護ステーション　居宅療養支援事業所

4.考察

1）地域包括支援センターの看護職の役割

地域において何らかの支援を必要とする住民は、医療的ニーズをもっていることが多い。病院からの相談対象はもちろんであるが、地域住民、民生委員、警察等からの相談の場合も、認知症や精神疾患など医療ニーズのある対象が含まれている。地域包括支援センターはこのような地域の相談窓口として機能し適切なサービスへのつなぎ役となっている。ヒアリング対象の地域包括支援センターに共通している点は、相談依頼から初動、サービス導入、またその次の継続的支援をタイムリーに行っていることであった。それは日頃からの地域の様々なサービスや組織と「顔の見える関係」であることや「相談しやすいネットワーク」を活用している背景があったためであり、介入が必要と判断した場合は、頻回に訪問するなど活動的であった。担当地域内に気になる高齢者がいる場合には、生活の様子を気にかけ看護職の強みである血圧測定等の介入により、対象とうまくコミュニケーションをとりながら介護保険のサービス導入や予防活動をすすめていた。

地域包括支援センターの保健師・看護師は医療的判断と適切な医療につなげるといった初動で重要な役割を担っている。この医療の視点がないまま生活の問題点を改善しようとしても効率が悪く、時間の経過に伴い大きな問題を抱えてしまうため、早めの医療的診断とそれに基づく生活の整えが必要である。

また、多くの療養者は地域の様々なサービスや支援を受けることに慣れておらず、仕組みもよくわからない状況にある。療養者の意思決定や理解が不十分のままでサービスにつなげた場合、その後にトラブルを発生することが危惧される。地域包括支援センターが行政からの委託を受ける事業である意味は、その療養者の意思決定の権利を守り、療養者が安心して必要な支援を受けることができるための役割である。そのため、地域包括支援センターの看護職は療養者との信頼関係を築き、公平性をもって地域の医療・生活に係る各種サービスを紹介する役割がある。

地域包括支援センターの看護職が訪問看護を必要と判断しても、療養者が必要ないと考えれば関わることは難しい。その判断時に訪問看護の特徴と期待すべき成果を理解していなければ療養者へ説明することもできない。

2）地域包括支援センターの看護と訪問看護ステーションの看護の違い

地域包括支援センターの看護職は、医療と訪問看護へつなげた後の具体的な医療と看護の支援内容やその後の看取りを含めたプロセスについてのフィードバックがないため、訪問看護の効果が解かりにくく、重症者の医療的管理や指導、療養の世話といった対処的な看護をイメージしていることがある。地域包括支援センターの看護は、今の生活が維持できるための予防看護の視点であり、長期間の関わりで初めてその使命が果たせる。一方、訪問看護ステーションの看護は契約した時点から１回ごとの費用が発生し、その成果を求められるサービスであり、療養者とその家族への集中力や深い関係が必要となる。療養者は最新の医療サービスを得たいと考え、ヘルパーのサービスより経済的負担が大きいだけに、訪問看護に対する要望は大きい。そして、療養者とその家族の要望する看護の成果が出せなければ契約が解消され、関係が中断してしまうこともある。

訪問看護は目の前の問題を解決し対処すると同時にこれ以上悪くならないように予防的な看護の視点をも持ち支援している。訪問看護師の持つ予防的看護と地域包括支援センターのもつ予防

的看護は時間軸も予防すべき基準の状態も異なる。

3）医療が必要な重症者の初動には地域包括支援センターと訪問看護ステーションの連携が必要

地域包括支援センターと訪問看護ステーションが、日ごろから地域での「顔の見える関係」を構築し、互いの看護の成果の理解や情報交換ができるようになると、療養者の情報が入った直後の初回訪問時に一緒の初動が必要と判断できる。また、ヒアリングでは地域包括支援センターと訪問看護ステーションの所長が同一人物で同じフロアで仕事をしている環境の施設があり、情報が入った時点で医療・看護判断があり素早い初動ができていることが報告された。

地域包括支援センターが、医療ニーズがあると判断した場合、訪問看護ステーションと相談できる関係が重要であり、療養者の重症度や要介護度が上がらないように適切な支援の導入を共同で行うことが重要である。

5.ヒアリングメモ

1）ヒアリング１：Ａ自治体

（1）事業概要

- 社会福祉協会（社会福祉法人）の包括支援センター
- 会員制の事業（会費 6,000 円）を 10 年間すすめてきた。
- 介護予防に特化したグループ（会員数 400 人）の自主的活動を支援

（2）活動の特徴

- 保健師として元気な高齢者が要介護にならない支援を重要視し、「介護予防の自主グループ（サークル）活動の支援」を行ってきた。
  - ・グループのコーディネート（初期支援は厚く、その後自立）
  - ・参加者の意欲維持・高揚（グループ活動に参加しなくなると会員を訪問→会員は大勢の中の自分を大切にしていることに共感）
  - ・毎月の会報で活動の啓蒙広報を行い、サークルの自主運営を支援

【サークル例　（全 11 サークル）】

・歩こう会（計画・事前調査・宿泊）	・手芸サークル（手芸展、作品展は週 1 回）
・歌おう会	・老い支度を語る会
・マージャンサークル	・謡の会
・俳句サークル	・写経の会

＊1～20 回の勉強会を地域包括支援センターがバックアップ

- 会員同士のエンパワーメントの支援
- 認知症のケアについての学習会の開催
- 老人ホーム開設時、会員に協力し認知症の利用者が通れる道の整備支援

（3）医療・看護的判断

- 初回のアセスメントは重要であるが、感度の良いアセスメントは福祉職、看護職関係ない。その個人の能力が重要であり、教育がその質を規定する。スタッフ間でのコミュニケーションは充実させる必要がある。
- 虐待や複雑な家族問題のある事例では、初回訪問時のインテークでは踏み込めず、時間をかけて信頼関係を作っていかないとその問題の解決策がみえてこない。
- 地域包括支援センターは24時間実働ができないので週末に退院した人の支援はできず、病院との連携が難しい。

（4）訪問看護ステーションとの連携について

- 病院での臨床経験が長い訪問看護師は医療モデルからの切り替えに抵抗があるが、生活の視点も向上させて欲しい。
- ケアマネジャーがケアの統括をしているので、医療的な支援が必要な場合を除き訪問看護師が意見を控えることがある。
- 在宅看護の経験の浅い訪問看護師は、持っている情報のチームでの共有化やコーディネートする力が不足している。
- 訪問看護ステーションが地域へ働きかけるのもよい。訪問看護は病院と地域包括支援センター間を埋める役割がある。

2）ヒアリング２：Ｂ市地域包括支援センター

（1）事業概要

- 平成 4 年から訪問看護ステーション開設、医療法人による平成 18 年地域包括支援センター（前在宅介護支援センター）設置。地域包括支援センターと訪問看護ステーション所長が兼務し、同一フロアで業務を行っている。所長は訪問看護だけでなく在宅介護支援センターでの経験もある。

（2）活動内容

- 包括支援センターで困難事例があると組織内の訪問看護師と相談して判断できる。包括支援センターの看護職は周囲の福祉職からの期待が大きく負担がある。
- 病院から退院するがん末期患者や外来通院が不可能になり自宅で困っている方が病院に相談に行った場合は、地域包括支援センターに連絡が入り、包括職員と所長が訪問し、状況により訪問看護が入ることがある。
- 通常の地域包括支援センターの場合、病院からの依頼があり、ケアマネジャーと訪問看護ステーションを探すとなると 3 日ほどかかるが、1 日で医療の介入が可能となる。
- ケアマネジャーからの相談は医療的判断が必要なケアプラン作成時などに相談がある。

（3）医療・看護的判断

- サービス拒否の事例など地域包括支援センターの職員としてタイミング良く訪問看護ステーションにつなげることで病状の悪化を予防できた。担当のケアマネジャーにつなぎ、「これは訪問看護が必要です」とだけ伝えていたら迅速な対応はできなかった。
- 地域包括支援センターから、「ちょっと訪問看護師さん一緒に行ってくれないか」と言われた時タイムリーに医療の介入ができ、包括支援センターの職員も安心できる。
- 訪問看護ステーションと地域包括支援センターが協力してケアマネジャーや地域の住民が病気について困った時の相談窓口をつくりたい。

（4）訪問看護ステーションとの連携

- 地域包括支援センターに看護職員を置いて同行訪問することも大事であるが、利用者の最寄りの訪問看護ステーションの訪問看護師と同行することが好ましく、意義がある。訪問看護ステーションは何百人という利用者と何十人の医師と関わり、医師の特徴や医療機関の情報をタイムリーに持っている。
- 地域包括支援センターの看護師には、相談に来た人から「正確に情報を引き出す能力」、「相談者が抱える問題や相談にフィットした答えで対応できる能力」が必要である。また、相談内容がよくわからない場合は、実際に依頼者宅を訪問し状況を確認しており、そこでは「在宅療養のマネジメント能力」、「人とのつながりを開拓するなどの能力」が必要である。訪問看護ステーションの一般職員は確かな看護技術を習得し、主任クラスは地域のマネジメントもできることが求められる。

3）ヒアリング３：Ｃ区地域包括支援センター

（1）事業概要

- 東京都 23 区内医師会立地域包括支援センター（平成 11 年在宅介護支援センター)、訪問看護ステーション併設。(同一フロアにある。地域包括支援センター長は医師、主任と主任ケアマネジャーは訪問看護ステーションからの移動。)

（2）活動内容

- 昨年度、高齢者全戸の実態調査を行い、国、東京都と区の委託事業である「見守り事業」で社会福祉士を担当に配置している。地域の民生委員と連携を持ちながら顔をつないでいる。都の事業であるクールスカーフを配ることで熱中症予防を民生委員と共同で行った。都会の独居の孤独死を予防する取り組みを行っている。予防介護事業としてマシン等を利用して運動することを誘う取り組みを行っている。
- 特定高齢者は台帳を作成し安否確認をしているが、オートロックのマンションは容易に訪問できないことがあり、課題となっている。
- 民生委員から連絡や気になる人がいれば訪問する。
- 拒否のある人も継続的に関わっている。
- 同一フロアなので様々な職種間での話あいが可能である。
- 地域住民が近隣の住民に関して少しでも異変を感じたら地域包括支援センターに連絡が入るような地域力がある（商店に最近買い物に来ない、牛乳が貯まっているなど）
- 介護予防事業の中の元気後押し事業（ボランティア募集）を行っている。

（3）医療・看護的判断

- サービスや関わりを拒否されたごみ屋敷状態の療養者でも、地域包括支援センターの職員と訪問看護師が同行訪問し「血圧を測りましょう」と話すと自宅に入れてもらえる。
- 閉じこもりなどは看護師が訪問すると安心される。全戸調査の結果、リスクのある人をピックアップし民生委員がポスティングを行い、時間を決めて看護師と同行訪問する。その後も 3 カ月後くらいに訪問する。
- 地域包括支援センターの看護師がアセスメントする際、訪問看護師と相談し医療的アセスメントが早期に入る。
- センター長が医師なので、ごみ屋敷き状態などの緊急性のある療養者にも意見書を作成できるため、早期に医療の連携が取りやすい。
- 地域の目配せ的な関わり（あちらこちら見て、あの人こうしているな）をもって、療養者を訪問し、健康管理を行っている。

（4）訪問看護ステーションとの連携

- 初動の段階から地域包括支援センターの職員が訪問看護ステーションの看護アセスメントを取り入れ、暫定プランでも医療介入ができると良い。

4）ヒアリング４：Ｄ市地域包括支援センター

（1）事業概要

- 市から高齢化率 23.3%の地域の地域包括支援センターとして委託を受けている。センター職員は、病院からの移動で看護職、保健師、社会福祉士で構成されている。
- 行政と地域包括支援センター間で情報システムを利用し、住民基本情報（市が毎日更新）を共有化している。市の記録、地域包括支援センターの支援記録も本システムで双方ともに参照できる。また、本システムは在宅介護支援センターの時代から利用していた。さらに、月に何度も連携会議を行っている。

（2）活動内容

- 病院の連携室から医療依存度の高い患者の依頼は、地域包括支援センターの看護職が受け、引き続き管理指導を行っている。またサービス拒否のある複雑な家族への介護保険の説明など導入の調整等も行っている。
- 地域の精神疾患の利用者へは民生委員や警察官と連携をとり、必要な医療の導入を高齢福祉課の保健師が関わり、訪問看護は医療保険で行っている。
- 健康づくり推進課の活動（行政）と地域包括支援センター、保健所との連携を常に持っている。

（3）医療・看護的判断

- 地域包括支援センターへの相談で医療介入が必要か否かのアセスメントは、疾患名や病状から判断している。ヘルパーと訪問看護師の導入判断も担当しているが、経済的な状況でそれが限定されてしまうのが現実となっている。
- 予防的な判断での導入は利用者の経済的な面で厳しいことがある。
- 精神疾患の患者の訪問看護は必須である（関係者が必要であることは確信している）。
- 始めに地域包括支援センターの職員が訪問し、支援内容を説明して様子を判断後にカンファレンスを行い、サービスを導入する。これはプロとしてのサービス導入プランを信用してもらうために信頼関係を作ることが重要であると考えているためである。

（4）訪問看護ステーションとの連携

- 訪問看護は利用料が高くなることもあるため、利用者の経済的な問題も含めて提供するサービス内容の要不要（加算は止めてもらうなど）を判断している。
- ケアマネジャーは夜間に訪問看護が必要と判断しても、夜間加算のあるため、経済的に利用者が拒否することがある。
- 地域住民からみると訪問看護は身近でなく、地域包括支援センターが必要と判断した場合に導入している。
- 在宅での看取りは少なく、最終的に病院での看取りになる事例が多い。家族の負担を考えると在宅での看取りが全てではなく、終末期の利用者および家族にとってのよい時間となることが重要である。特に、老老介護は負担が大きく最期は病院を希望することがある。

5）ヒアリング５：Ｄ市立病院地域ケア部門

（1）事業概要

- 病院の包括支援センター。病院が外へ出かけ生活を診ることを重要視している。急性期から在宅へという活動の中での位置づけ。入院医療：外来医療：公衆衛生活動を 5：3：2 という比率で活動している。医療と文化活動で地域に根差していくという活動の特徴がある。地域医療の長い歴史の積み重ねがある。（スポーツ、文化活動）
- 医療の民主化（地域住民が自分たちで良くしていくことが基本）

２．活動内容

- 訪問診療、訪問看護ステーション 5 か所（リハビリを含む）、宅老所（ボランティアあり）、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターを持っており総合的に連携している。その他、栄養士、薬剤師、東洋医学、放射線技師も訪問している。
- 地域の開業の往診医とも連携をしている。
- がん疾患の在宅療養者の 8 割は在宅で看取っている。非がん患者は病院での看取りとなってしまうことが多く、課題となっている。
- エンゼルケア、遺族ケア（49 日をめやす）はスタッフのためにも良い。
- デスカンファレンスなどでのヘルパーからの情報は、より家族に寄り添った立場で良い意見として得ることができる。日頃より、こちらからヘルパーに声をかけて情報を入手できるよう心がけている。

３．医療・看護的判断

- 病棟の看護師は在宅療養を理解していないので、終末期患者を在宅へ返すタイミングを地域ケア科が啓蒙活動している。65 歳未満のがんのターミナルの場合のマネジメントが課題である。
- 家族の介護力などのアセスメントを行い、カンファレンスで調整し後押しをしている。
- 退院支援会議には各病棟などの職員、地域包括支援センター、訪問看護師、ケアマネジャーが定期的に出席する。
- 病院では訪問看護や地域包括支援センターの理解が不十分なので勉強会を開催している（外来看護師の在宅療養に対する意識、訪問看護の救急外来と総合外来の研修）
- 地域と病院の窓口を一本化（ケースワーカー担当）しており、マネジメントしやすい。

（4）訪問看護ステーションとの連携

- 病院と訪問看護ステーションの学習や研修を総合的に行う中で理解を深めている。
- 病院職員は在宅療養者の外来受診にはケアマネジャーや訪問看護師が同行することを当たり前のように思っているが、そうではない事を病院職員に理解してもらうことで連携が取れるようになっている。
- 地域ケア科は非常勤の訪問看護師が多かったが正職員を増やしてもらい、夜間緊急対応の手当は危険手当という名目で他の部門（拘束料は病院一律 1,000 円））と違った形で増やしてもらった。
- 訪問看護ステーションは他のサービスが地域で増える中で、訪問看護の経営的な考えや戦略を持って連携している。
- 利用者においては、担当のケースワーカーが一番の窓口であり、ここから訪問看護ステーションへ依頼がくるようになっている。

第 5 章　訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携における利用者のニーズ分析

1.目的

訪問看護ステーションと地域包括支援センター連携の実態調査から、予防的な観点における利用者ニーズを分析する。

2.方法

「訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携の実態調査結果」の相談・問い合わせの具体的事例に記述されたデータをもとに質的に分析した。

【分析手順】

① 最初に、訪問看護ステーションから地域包括支援センターへの相談・問い合わせの具体的事例と地域包括支援センターから訪問看護ステーションへの相談・問い合わせの具体的事例として分け、記述されたデータをいっしょに分析データとした。

② 次に、記述されたデータを熟読し、利用者の視点で考えた場合に、利用者のニーズとして抽出できる内容を分類した。

③ 利用者のニーズには、すでに医療的なニーズとして明確な内容のものと、予防の観点からニーズとしてあげられるものとあったため、本分析ではその両方とも抽出した。

④ 分類した内容を吟味し、内容の類似性を比較検討して、グループ化を行い、グループの特徴を表すようなサブカテゴリに分類した。

⑤ サブカテゴリの類似性からさらにグループ化を行い、最終的に 3 つのカテゴリとした。

3.今後の検討

下記に示す通り、医療ニーズとともに予防的な観点からみた場合にも、訪問看護が早期から介入する必要性の高いニーズが抽出された。予防的なニーズは地域包括ケアチームが早期に関わることにより、利用者の地域における療養生活の維持・継続をサポートする効果が期待される。今後は、予防的なニーズを的確に把握し、タイムリーに「初動」・「連動」が機能するような訪問看護ステーションの機能や役割を一人ひとりの訪問看護師が熟知できるような教育環境を整備していくことも重要である。

【予防的観点における利用者のニーズ】

1）カテゴリ 1：介護保険サービスの調整による備え

（1）医療依存度の高い利用者に対応できるスタッフ

●同一事業者でケアマネジャーと訪問看護を提供して欲しい

●看護師資格を持つケアマネジャーを紹介して欲しい

●大学病院通院から訪問診療へ切り替えたい

●往診可能な開業医を紹介して欲しい

●訪問診療と訪問看護を併用したい

●言語聴覚士を派遣できるか

●リハビリスタッフの派遣（理学療法士と作業療法士のどちらが良いか）

（2）社会資源の紹介

●住宅改修の手続き

●介護用品のレンタル（ベッド、エアマット等）

●購入が必要なケア物品の手配（胃ろう、カテーテル等）

（3）サービス内容の調整

●病状に合わせたタイムリーなケアプランの変更

●介護認定前の暫定サービスの利用

●末期がん患者の在宅看取りの準備

●末期がん患者の一時退院中での訪問看護利用

●若年の末期がん患者の介護保険による訪問看護

●要介護度の区分変更に伴うサービス調整

●毎日処置が必要だが、限度額内でサービス調整が必要なケース

●仕事のため同居家族が介護できないケースへのサービス検討

●遠方に住むため家族が介護に来られないケースへのサービス検討

●患者の帰宅時の看護師付き添い

2）カテゴリ２：在宅看護ケアの提供

（1）退院後の状態を整えるためのケア

●入院により ADL が低下した高齢者への生活援助（リハビリ）

●入院により認知症症状が出現した高齢者への生活援助

●膝関節の手術を受けて退院した高齢者の歩行リハビリ

（2）症状の悪化を予防するために療養者や家族が行うケアの実施と指導

●看護師による体調チェック

●療養者・家族による体調把握の方法習得

●嚥下障害のある利用者の嚥下リハビリ指導

●呼吸器疾患患者の呼吸リハビリ指導

●精神的なケア

（3）医療的な知識を必要とする生活援助

●心臓疾患患者の入浴介助

●要支援者の清潔ケア（爪きり等）

●脳梗塞患者、難病患者、間接リウマチ患者等の歩行リハビリ

●神経難病患者への生活の工夫

（4）医療的な処置を必要とする利用者や家族への援助

●インスリン注射・血糖コントロール

●人工肛門の管理

●腹膜透析

●糖尿病足病変による創処置

●皮膚疾患などによる背部への軟膏塗布

●在宅酸素の管理

●導尿の実施

●膀胱留置カテーテルの管理

（5）高度な技術を必要とする医療ケアの実施

●胆嚢疾患治療後のドレーン管理

●透析用シャントの管理

●末梢静脈注射・点滴/中心静脈栄養使用中の管理

●人工呼吸器使用中の管理

●気管切開部のケア

●輸血の施行

●がんの疼痛コントロール（麻薬の調整）

（6）医療必要度は高くないが、特別な注意が必要な方へのケア

●不安症状の強い方へのケア

●長年独居で内服管理が困難になってきた高齢者

●独居で通院していない方の体調チェック

●脱水で入院歴のある若年性認知症患者の体調チェック

●独居で認知症がある方の生活援助、体調チェック

●独居で認知症とうつ病がある方の体調チェック

●在宅酸素を開始した患者が老夫婦 2 人暮らしのケースへのケア

●難病患者を含む老夫婦 2 人暮らしのケースへのケア

●若年独居者で生活保護を受けているの療養者の状態観察

●独居の精神疾患患者への生活援助

（7）状態悪化による入院を繰り返す方へのケア（心不全、糖尿病、統合失調症）

●緊急時の体制整備

●日常的な生活援助（入浴介助）

●食事指導

●内服状況の確認

●精神的なケア

●体調チェック

3）カテゴリ３：介護サポート者へのケア

（1）家族の不安へのケア

●難病と診断された患者の家族（診断初期の段階）

●難病の進行についての不安

●がんの進行についての不安

●在宅での最期を強く希望している患者の家族

●急な退院に伴う在宅療養の準備

●病状の不安定な患者を介護する家族

（2）家族の体調チェック

●認知症が出現してきた家族へのケア

●介護疲労が蓄積している家族へのケア

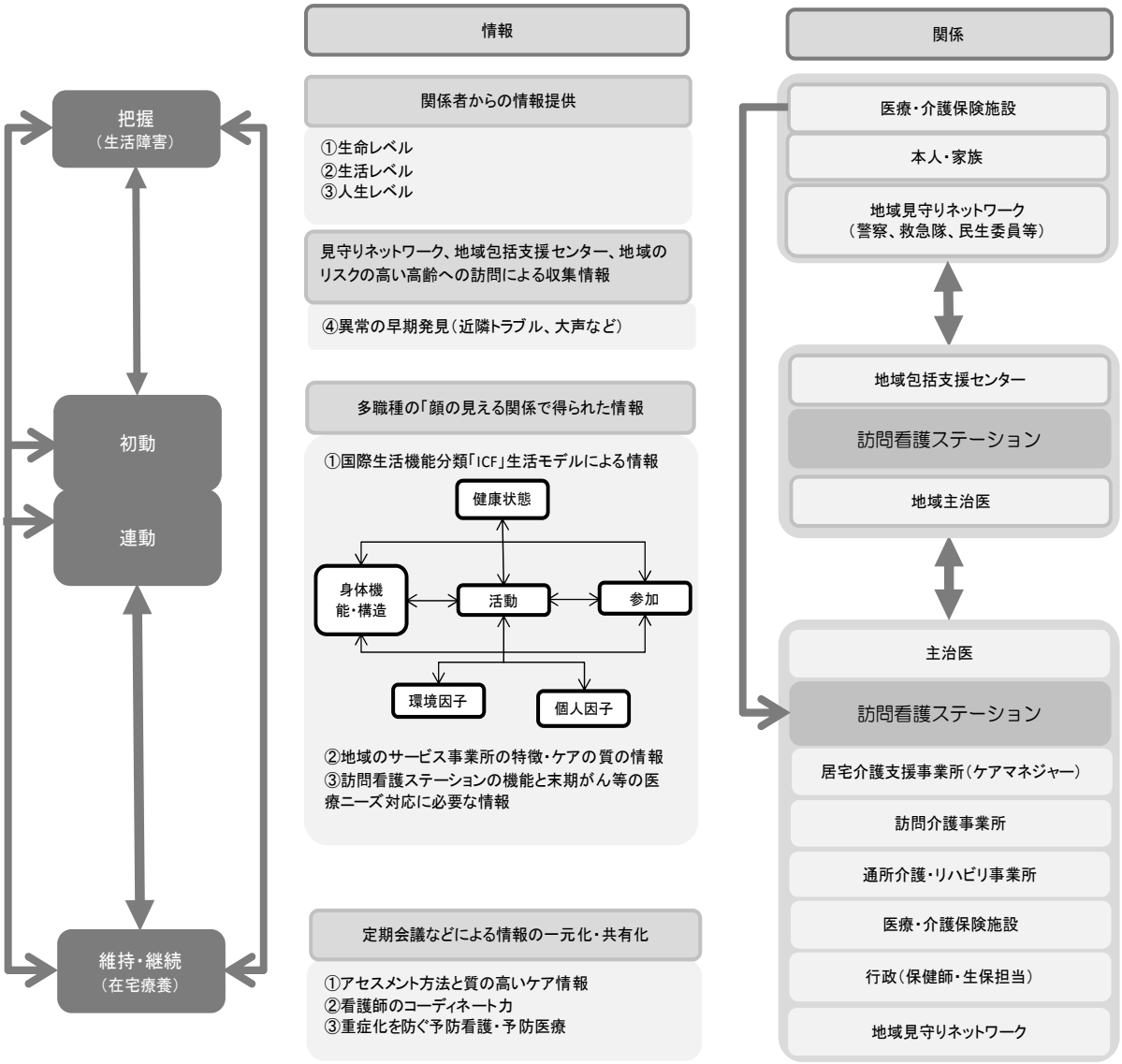
●精神疾患患者を介護する家族の疲労へのケア

●死亡した利用者を介護していた家族の現状把握

第６章　医療と生活をつなげる連携モデル案～訪問看護ステーションの役割・機能～

地域包括ケアにおける事例検討において医療と介護の連携を要する事例分析から連携モデル案を作成し、ヒアリングにてそのモデル案との比較を行い、全国の訪問看護ステーション及び地域包括支援センターへの連携実態調査と合わせて、医療と生活をつなげる連携モデルにおける訪問看護ステーションの役割・機能について提案する。

医療と生活をつなげる連携モデル案～訪問看護ステーションの役割・機能～



【通常】
医療・介護施設、本人・家族、行政、見回りネットワークから、地域包括支援センターへ情報が入り、「初動」・「連動」、そして「維持」を経て、緊急事態などあれば、また「把握」、「初動」、「連動」機能が働く
【末期がん、精神疾患などで迅速な対応・維持が必要な場合】
医療から直接、訪問看護ステーションに連絡がいき、24時間対応でケアが開始される場合がある

【図の説明】
●地域包括支援センターの啓蒙活動により、医療・介護施設、本人・家族、行政、地域見守りネットワークから連絡が入る。あるいは、見守りネットワーク、地域包括支援センターが地域のリスクが高い高齢者を訪問し、①生命レベル、②生活レベル、③人生レベルの情報を得て、生活・健康の微妙な状況変化を**把握**する。
●把握した情報をもとに、適切な判断を行うため、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、主治医が「初動」として医療の介入と生活支援サービスの必要性を判断する。多職種の「顔の見える」関係により、医療と生活の適切な情報共有と**連動**が行える。
●介護保険、医療保険、障害者自立支援によるサービスを整備し、在宅療養が安心して継続するよう維持する。支援のための連携体制での会議により、情報の一元化と共有化を図ることで、質の高い自立した生活を行うことができる。

地域包括ケアの中心的役割を果たしている地域包括支援センターの最近の利用者の特徴として認知症・精神疾患等の相談、医療依存度の高い（がん末期、透析、医療処置など）利用者の相談、独居などが増加している状況から、超高齢化社会での療養支援に医療介入は必須である。

早期の生活障害の把握は問題が生じてからでなく、地域の見守りネットワーク（民生委員、警察官、救急隊等）が地域住民の変化をキャッチしたり、リスクの高い高齢者への訪問を通して行う「初動」機能が最も重要である。この「初動」でスピーディに「国際生活機能分類（ICF）の生活機能モデル」に照らし合わせた医療介入の必要性を含めた判断を行い、的確な支援を行う事が利用者の在宅療養の自立度に影響を及ぼし、重症化を予防することになる。サービス提供者との日頃からの「顔の見える関係づくり」はその後の連動をスムーズに機能させる。この「初動」、「連動」は地域包括支援センター、地域の主治医、訪問看護ステーション等が行い医療と生活の判断・支援を行うべきである。そして在宅療養の「維持・継続」では定期的な療養支援サービス間の会議などで情報の一元化と共有化を行い、療養者に係るすべての関係者がそれぞれの視点でアセスメントを適切に行え、質の高いケアの提供を行う事で重症化を予防することができる。在宅療養の「維持・継続」は介護保険であれば生活全体のサービスの調整役であるケアマネジャーと医療と生活のコーディネート役である訪問看護師が協力しあって行うことが重要である。

以上の生活障害の「把握」、「初動」、「連動」と在宅療養の「維持・継続」はこれからの療養者が安心できる地域包括ケアを円滑に地域に浸透させ医療と生活をつなげる連携モデルと考える。一方、医療依存度の高いがん末期などの利用者に関しては、よりタイムリーな連携が求められることから病院から訪問看護ステーションに直接依頼があり、24 時間対応の在宅療養の維持・継続への支援がスタートする場合がある。

今回の調査研究において、全国的な傾向として地域包括支援センターと訪問看護ステーションの連携に課題が多いことが明らかになった。特に、ケアマネジャーから訪問看護ステーションに依頼がある時はかなり重症化してからのことが多い。地域包括支援センターと共に地域の生活障害のある利用者へ早期に訪問看護ステーション、地域主治医が初動として介入・判断することがその後の在宅療養の維持・継続を効果的に機能させることができると考える。

総括

今回の「訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携の実態調査結果」の成果は、以下の５点にまとめられる。

１）全国の訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携実態の現状分析
２）地域包括ケアにおける医療と介護の連携を要する事例分析とモデル作成
３）地域包括ケアに関するヒアリング調査
４）訪問看護ステーションと地域包括支援センター連携における利用者のニーズ分析
５）医療と生活をつなげる連携モデル案～訪問看護ステーションの役割・機能～」作成

1.全国の訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携実態の現状分析

本調査では、２つの機関の連携の実態を把握するとともに、医療ニーズの高い要介護者・要支援者を適切にサービスにつなげるための地域包括ケアへの関わり方について分析した。その結果、両機関の連携は十分なされているとはいえず、今後の課題を明らかにした点である。

第１に、訪問看護ステーションと地域包括支援センターの利用者の現状を分析すると、病院の在院日数の短縮化や高齢化率の上昇に伴い、最近の利用者の増加やニーズが増加している点を両機関ともに指摘している。特に医療ニーズの高い状況で退院する要介護者等の在宅療養移行支援や在宅看取り、地域で生活する認知症の要支援者で早期に医療介入が無いために自立した生活が継続できずに重症化に至るケースが増加している現状が確認された。利用者の変化するニーズを分析し、そのニーズに対応可能な枠組みを確立することが急務となっている。

第２に、両機関の連携状況について十分な連携がとれていない理由を明らかにした点である。その理由の１つとして、相談・問い合わせができる関係作りが希薄である点は課題である。特にそのような関係作りのきっかけとなりうる地域ケア会議への訪問看護ステーションの参加が少ない点は改善策の検討が必要である。

地域包括支援センターの医療機関との連携方法では、関連する会議での連携や個別ケースの連携が主となる。最近の利用者の動向や在院日数の短縮傾向から考えると、「顔の見える連携」の必要性は重要性を増していると考えられる。連携会議等に出席する立場の専門職が訪問看護ステーションの提供するサービスのすべてを熟知しているわけではないので、訪問看護ステーション側からの情報発信が期待される。たとえば、訪問看護ステーション主催の研修会を企画し、急増している困難事例や医療につなげる必要性の高い事例について、どのような情報や判断そしてアクション（連絡方法などの具体的な行為）があれば、訪問看護が役割・機能することができるか等、それこそ顔を見せて具体的に手をつなぐ連携のひな型を提供していく必要があるだろう。

2.地域包括ケアにおける医療と介護の連携を要する事例分析とモデル作成

域包括ケアシステムの構築に向けて、特に医療と介護の連携強化を図るために連携モデルに必要な内容を抽出し、訪問看護ステーションが地域の諸機関とどのように連携すべきかのモデル案を作成した。

事例分析で重点がおかれた点は、事例の支援対応のプロセス分析であった。地域包括支援センターでかかわった事例のうち医療と介護の連携が困難であった事例やスムーズに連携がとれた事例の５事例を用いて支援対応のプロセスを分析した。この分析結果から、訪問看護ステーション

における「把握」、「初動」、「連動」、「維持」、「臨時（緊急時）」と地域の諸機関がどのように関係し、あるいはどのようなタイミングやスピードで連携したか、あるいは望ましい連携を築けなかったのかを整理した上で、療養者・家族、介護関係者の視点の満足度をアウトカムとして事例ごとに分析した。その分析結果をもとに、事例に共通する必要な要素を再度、吟味し、モデル案を作成した。

3.地域包括ケアに関するヒアリング調査

事例分析によって得られた要素（概念）に基づき作成したモデル案をもとに、他地域の地域包括支援センターと地域包括ケアに関与したことのある関係者へのヒアリング調査を実施し、医療と介護の連携、情報の共有方法等の実態を把握した。

調査協力の得られた地域包括支援センターと地域包括ケアに関与したことのある関係者は全国でも先駆的な活動を展開していると推察された 5 か所であった。この調査で得られたデータによって、地域包括ケアモデルの具体的な要素が明確に示された点は意義がある。同時に、地域特性やセンターの特徴などの影響要因も明らかになった。

得られた知見の 1 つは、本調査対象地域のセンターに共通している点として、相談依頼があってからの「初動」からサービス導入などの次の支援がタイムリーである点であった。それは日頃からの地域の様々なサービスや機関と「顔の見える関係」や「相談しやすいネットワーク」を活用していた結果であった。さらに介入が必要と判断した場合は、頻回に訪問するなどの活動が継続されていた点である。また担当地域エリアで気になる高齢者がいる場合は生活の様子を気にかけて声かけするなど、予防的な視点からの活動も行っている点であった。

いま 1 つの知見として、地域包括支援センターで医療ニーズがあると判断した場合、訪問看護ステーションと相談できる関係が重要であり、療養者が重症で要介護度が上がらないように適切な支援の導入を協働で行っている点であった。地域包括支援センターの看護職は、医療と訪問看護へつなげた後の具体的な医療と看護の支援内容やその後の看取りを含めたプロセスについてフィードバックがないため、訪問看護の効果がわかりにくいことが考えられる。地域包括支援センターと訪問看護ステーションが日頃から地域で「顔の見える関係」を構築し、互いの看護の成果を情報交換できると、最初に情報が入った時点で初回訪問時に両者の看護職がいっしょに「初動」する必要があると判断できるからであった。

4.訪問看護ステーションと地域包括支援センター連携における利用者のニーズ分析

全国の訪問看護ステーションと地域包括支援センターの連携の実態調査結果では、それぞれの機関が連携先の機関に対し、どのような「相談・問い合わせ」をしているかを問うた部分があり、自由回答式で具体的に記述されたデータが寄せられた。その内容は、本調査の目的である地域に生活する利用者の医療ニーズや予防ニーズをいち早く察知し支援を展開する必要性を語っている生データであった。

この利用者のニーズ分析は、そうした生データを、訪問看護ステーションや地域包括支援センターという機関に分類せず、利用者の視点から、改めてニーズを明らかにするために分析したものである。

その結果、予防的なニーズとして、地域包括ケアチームが早期に関わることにより、利用者の地域における療養生活の維持・継続をサポートする効果が期待できることが示唆された。訪問看

護ステーションが、地域で暮らす生活者に予防的にかかわる必要性、可能性を示した点に重要な示唆を得るものである。

5.「医療と生活をつなげる連携モデル案～訪問看護ステーションの役割・機能～」作成

本調査の最終成果物として、事例分析から作成したモデル（仮）を基盤に、ヒアリング調査によって得られたデータを加え、さらにモデルの要素を吟味、最終的に医療と生活をつなげる連携モデル案として統合化を図った。この一連の分析過程を事例やヒアリングの実践データから着実に踏むことにより「医療と生活をつなげる連携モデル案～訪問看護ステーションの役割・機能～」モデルを構築した点は意義あるものと評価できる。このモデルの実証研究は次の段階の課題となる。

以上のことから、本調査の成果は、今後、我が国での地域包括ケアシステムを推進する上で、特に医療と介護の連携を強化及び予防の推進が重要となる地域連携において、訪問看護ステーションが有効に機能し役割を担うモデルとして提案するものであり、地域包括ケアシステムへ貢献できるものと思われる。

参考資料

【調査票】

- 地域包括支援センター調査　センター長票
- 地域包括支援センター調査　保健師票
- 地域包括支援センター調査　社会福祉士票
- 地域包括支援センター調査　主任介護支援専門員票
- 訪問看護ステーション調査

調査票１－１

平成 23 年度　厚生労働省　老人保健事業推進費等補助金事業

地域包括ケアの推進に寄与する訪問看護ステーションの在り方検討事業調査票

（地域包括支援センター　センター長）

平成 23 年 11 月

財団法人　日本訪問看護振興財団

【記入上のお願い】
1. **センター長**にご回答をお願いします。
2. 調査票は 3 頁です。
3. あてはまる番号を〇で囲んでください。
4. 数値をご記入いただく場合、該当がない場合は、「0」とご記入ください。

所在地市・区名		貴センターでの経験年数	年

1. 開設主体	1. 直営 2. 委託 →	委託の場合	1. 社会福祉法人 2. 社会福祉協議会 3. 医療法人 4. 財団・社団法人	5. 株式・有限会社 6. NPO 法人 7. その他 （　　）

2. 地域人口		
	(1) 担当地域内の人口	人
	(2) 担当地域内の高齢者（65 歳以上）人口	人

3. 体制

(1) 貴センターの前身は在宅介護支援センターでしたか。　1. はい　2. いいえ

(2) 開設主体が運営している施設・事業に〇をつけてください。併設施設・事業には◎をつけてください。**（複数回答）**
*併設：同一建物・敷地内又は道路を隔てて隣接している場合

1. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
2. 介護老人保健施設（老人保健施設）
3. 介護療養型医療施設（療養病床）
4. 居宅介護支援事業所
5. 訪問介護
6. 訪問看護
7. 訪問リハビリテ―ション
8. 訪問入浴サービス
9. 通所介護（デイサービス）
10. 通所リハビリテーション（デイケア）
11. 短期入所生活介護（ショートステイ）
12. 短期入所療養介護（医療ｼｮｰﾄｽﾃｲ）
13. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
14. 特定施設入居者生活介護
15. 養護老人ホーム
16. 軽費老人ホーム
17. ケアハウス
18. 病院・診療所
19. その他（　　）

(3) **平成 23 年 10 月現在**の職種別従事者数（人数）をご記入ください。
*常勤換算：従業者の勤務時間数を常勤の従事者が勤務すべき時間数で除し、従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数
*保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員にはそれぞれ準ずる者を含む

区分	保健師	社会福祉士	主任介護支援専門員	看護師	介護支援専門員	事務員	その他	合計
常勤・非常勤人数合計	人	人	人	人	人	人	人	人
常勤換算合計	人	人	人	人	人	人	人	人

4.地域との連携・協働	(1)**過去1年間**の地域ケア会議の開催回数をご回答ください。	開催回数　　回／年
	(1)-1 上記の地域ケア会議のメンバーに訪問看護ステーションが入っていますか。	1.はい 2.いいえ
	(1)-2 上記の地域ケア会議に参加している訪問看護ステーション以外のメンバーをご回答ください。**(複数回答)** *ただし、市・区役所及び地域包括支援センターの担当者は除く	
	1.警察 2.消防署 3.医師会 4.町会	5.民生委員 6.薬剤師会 7.訪問介護事業所 8.居宅介護支援援事業所
	9.歯科医師会 10.社会福祉協議会 11.ボランティア団体 12.その他（　　）	
	(2)関係機関との連携づくりの取り組みを具体的にご記入ください。	
	(3)医療機関とどのように連携をとっているかご記入ください。	
	(4)地域のインフォーマルサービスとの連携づくりを具体的にご記入ください。	

5.訪問看護ステーションとの連携	**貴センターから訪問看護ステーションへ**相談・問い合わせをしたことがありますか。 「1.はい」又は「2.いいえ」を選択し、内容・理由、事例をご記入ください。	
	1.はい	(1)**平成23年10月に貴センター全体で訪問看護ステーションへ**相談・問い合わせした件数をご記入ください。　件/月
		(2)相談・問い合わせした内容をご回答ください。**(複数回答)** 1.サービスを開始する前の段階での相談・依頼 2.退院間近又は退院後利用予定者の相談・依頼 3.がん患者等医療依存度の高い利用者の相談 4.訪問看護利用者の経過・状態の問い合わせ 5.医療・介護の知識・技術に係る相談 6.訪問看護ステーションの訪問看護内容の問い合わせ 7.その他　（　　）

		(3)**上記(2)回答**で相談・問い合わせをした具体的な事例があれば、内容（相談内容、経過、結果）をご記入ください。 ***事業所・個人を特定する情報は記入しないでください。** 内容
		(4)**上記(2)回答以外**で相談・問い合わせをした具体的な事例があれば、内容（相談内容、経過、結果）をご記入ください。 ***事業所・個人を特定する情報は記入しないでください。**
	2.いいえ	(5)「2.いいえ」を選択した理由を下記からご回答ください。**(複数回答)**
		相談・問い合わせしない理由：1.どうやって利用（相談）したら良いのかわからない 2.何をどの程度までしてもらえるかわからない 3.相談やアセスメントをして欲しいが、対応してもらえないことがある 4.要介護認定結果が出る前には相談しにくい
		訪問看護サービスを利用しない理由：1.他のサービスと比較して、報酬単価が高い 2.医師の訪問看護指示書作成を調整するのが負担 3.サービス担当者会議の出席が得られにくい 4.医療保険を利用する場合のしくみや費用がわかりにくい 5.訪問看護は中重度者へのサービスと考えている 6.訪問看護ステーションはいつも忙しそうにみえる（連絡が困難）
		その他

6.地域密着型サービスの動向	平成24年度から新制度として、地域密着型サービス（(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、(2) 訪問看護及び小規模多機能型居宅介護（複合型サービス））がスタートすることが予定されています。 地域内でこれらのサービスの取り組みを予定（3年以内）している施設があるか、ご回答ください。	
	(1)定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1.ある 2.ない 3.わからない
	(2)訪問看護及び小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	1.ある 2.ない 3.わからない

ご協力ありがとうございました。

調査票１－２

平成 23 年度　厚生労働省　老人保健事業推進費等補助金事業

地域包括ケアの推進に寄与する訪問看護ステーションの在り方検討事業調査票

（地域包括支援センター　保健師）

平成 23 年 11 月

財団法人　日本訪問看護振興財団

【記入上のお願い】

1. **保健師（又は準ずる方）**にご回答をお願いします。複数の方が従事している場合は、代表者がご回答ください。
2. 調査票は 2 頁です。
3. あてはまる番号を〇で囲んでください。
4. 数値をご記入いただく場合、該当がない場合は、「0」とご記入ください。

所在地市・区名		貴センターでの経験年数	保健師の方	年
			看護師の方	年

1. 相談件数と利用者の特徴	(1) **平成 23 年 10 月**にご自分で担当した相談件数と予防ケアプラン作成件数をご記入ください。	相談件数		件/月
		予防プラン作成件数		件/月
	(2) 最近の利用者の特徴について、以下からご回答ください。			
	1. 介護予防支援・相談	①増加	②変化なし	③減少
	2. 病状変化における相談	①増加	②変化なし	③減少
	3. 医療依存度の高い（がん末期、透析、医療処置等）利用者の相談	①増加	②変化なし	③減少
	4. 認知症等の相談	①増加	②変化なし	③減少
	5. 地域支援事業など介護予防事業の利用者	①増加	②変化なし	③減少
	6. 権利擁護、困難な事例の相談	①増加	②変化なし	③減少
	7. その他（内容と①増加、②変化なし、③減少をご記入ください） （　　）			

2. 訪問看護ステーションとの連携	**貴職から訪問看護ステーションへ**相談・問い合わせをしたことがありますか。 「1. はい」又は「2. いいえ」を選択し、内容・理由、事例をご記入ください。		
	1. はい	(1) **過去 6 ヶ月（平成 23 年 4 月～9 月）に貴職が訪問看護ステーションへ**相談・問い合わせした件数をご記入ください。	件
		(2) 相談・問い合わせした内容をご回答ください。**（複数回答）** 1. サービスを開始する前の段階での相談・依頼 2. 退院間近又は退院後利用予定者の相談・依頼 3. がん患者等医療依存度の高い利用者の相談 4. 訪問看護利用者の経過・状態の問い合わせ 5. 医療・介護の知識・技術に係る相談 6. 訪問看護ステーションの訪問看護内容の問い合わせ 7. その他　（　　）	
		(3) **上記(2)回答**で相談・問い合わせをした具体的な事例があれば、内容（相談内容、経過、結果）をご記入ください。 **＊事業所・個人を特定する情報は記入しないでください。**	
		内容	

		(4)**上記(2)回答以外**で相談・問い合わせをした具体的な事例があれば、内容（相談内容、経過、結果）をご記入ください。 **＊事業所・個人を特定する情報は記入しないでください。**	
		内容	
	2.いいえ	(5)「2.いいえ」を選択した理由を下記からご回答ください。**（複数回答）**	
		相談・問い合わせしない理由	1.どうやって利用（相談）したら良いのかわからない 2.何をどの程度までしてもらえるかわからない 3.相談やアセスメントをして欲しいが、対応してもらえないことがある 4.要介護認定結果が出る前には相談しにくい
		訪問看護サービスを利用しない理由	1.他のサービスと比較して、報酬単価が高い 2.医師の訪問看護指示書作成を調整するのが負担 3.サービス担当者会議の出席が得られにくい 4.医療保険を利用する場合のしくみや費用がわかりにくい 5.訪問看護は中重度者へのサービスと考えている 6.訪問看護ステーションはいつも忙しそうにみえる（連絡が困難）
		その他	

ご協力ありがとうございました。

調査票１－３

平成 23 年度　厚生労働省　老人保健事業推進費等補助金事業

地域包括ケアの推進に寄与する訪問看護ステーションの在り方検討事業調査票

（地域包括支援センター　社会福祉士）

平成 23 年 11 月

財団法人　日本訪問看護振興財団

【記入上のお願い】

1. **社会福祉士（又は準ずる方）**にご回答をお願いします。複数の方が従事している場合は、代表者がご回答ください。
2. 調査票は 2 頁です。
3. あてはまる番号を〇で囲んでください。
4. 数値をご記入いただく場合、該当がない場合は、「0」とご記入ください。

所在地市・区名		貴センターでの経験年数	年

1. 相談件数と利用者の特徴	(1) **平成 23 年 10 月**にご自分で担当した相談件数と予防ケアプラン作成件数をご記入ください。	相談件数		件/月
		予防プラン作成件数		件/月
	(2) 最近の利用者の特徴について、以下からご回答ください。			
	1. 介護予防支援・相談	①増加	②変化なし	③減少
	2. 病状変化における相談	①増加	②変化なし	③減少
	3. 医療依存度の高い（がん末期、透析、医療処置等）利用者の相談	①増加	②変化なし	③減少
	4. 認知症等の相談	①増加	②変化なし	③減少
	5. 地域支援事業など介護予防事業の利用者	①増加	②変化なし	③減少
	6. 権利擁護、困難な事例の相談	①増加	②変化なし	③減少
	7. その他（内容と①増加、②変化なし、③減少をご記入ください） （　　）			

2. 訪問看護ステーションとの連携	**貴職から訪問看護ステーションへ**相談・問い合わせをしたことがありますか。 「1. はい」又は「2. いいえ」を選択し、内容・理由、事例をご記入ください。		
	1. はい	(1) **過去 6 ヶ月（平成 23 年 4 月～9 月）に貴職が訪問看護ステーションへ**相談・問い合わせした件数をご記入ください。	件
		(2) 相談・問い合わせした内容をご回答ください。**（複数回答）** 1. サービスを開始する前の段階での相談・依頼 2. 退院間近又は退院後利用予定者の相談・依頼 3. がん患者等医療依存度の高い利用者の相談 4. 訪問看護利用者の経過・状態の問い合わせ 5. 医療・介護の知識・技術に係る相談 6. 訪問看護ステーションの訪問看護内容の問い合わせ 7. その他　（　　）	
		(3) **上記 (2) 回答**で相談・問い合わせをした具体的な事例があれば、内容（相談内容、経過、結果）をご記入ください。 **＊事業所・個人を特定する情報は記入しないでください。**	
		内容	

		(4)**上記(2)回答以外**で相談・問い合わせをした具体的な事例があれば、内容（相談内容、経過、結果）をご記入ください。 **＊事業所・個人を特定する情報は記入しないでください。**	
		内容	
	2.いいえ	(5)「2.いいえ」を選択した理由を下記からご回答ください。**（複数回答）**	
		相談・問い合わせしない理由	1.どうやって利用（相談）したら良いのかわからない 2.何をどの程度までしてもらえるかわからない 3.相談やアセスメントをして欲しいが、対応してもらえないことがある 4.要介護認定結果が出る前には相談しにくい
		訪問看護サービスを利用しない理由	1.他のサービスと比較して、報酬単価が高い 2.医師の訪問看護指示書作成を調整するのが負担 3.サービス担当者会議の出席が得られにくい 4.医療保険を利用する場合のしくみや費用がわかりにくい 5.訪問看護は中重度者へのサービスと考えている 6.訪問看護ステーションはいつも忙しそうにみえる（連絡が困難）
		その他	

ご協力ありがとうございました。

調査票１－４

平成 23 年度　厚生労働省　老人保健事業推進費等補助金事業

地域包括ケアの推進に寄与する訪問看護ステーションの在り方検討事業調査票

（地域包括支援センター　主任介護支援専門員）

平成 23 年 11 月

財団法人　日本訪問看護振興財団

【記入上のお願い】

1. **主任介護支援専門員（又は準ずる方）**にご回答をお願いします。複数の方が従事している場合は、代表者がご回答ください。
2. 調査票は 2 頁です。
3. あてはまる番号を〇で囲んでください。
4. 数値をご記入いただく場合、該当がない場合は、「0」とご記入ください。

所在地市・区名		貴センターでの経験年数	年

1. 相談件数と利用者の特徴	(1) **平成 23 年 10 月**にご自分で担当した相談件数と予防ケアプラン作成件数をご記入ください。	相談件数		件/月
		予防プラン作成件数		件/月
	(2) 最近の利用者の特徴について、以下からご回答ください。			
	1. 介護予防支援・相談	①増加	②変化なし	③減少
	2. 病状変化における相談	①増加	②変化なし	③減少
	3. 医療依存度の高い（がん末期、透析、医療処置等）利用者の相談	①増加	②変化なし	③減少
	4. 認知症等の相談	①増加	②変化なし	③減少
	5. 地域支援事業など介護予防事業の利用者	①増加	②変化なし	③減少
	6. 権利擁護、困難な事例の相談	①増加	②変化なし	③減少
	7. その他（内容と①増加、②変化なし、③減少をご記入ください） （　　）			

2. 訪問看護ステーションとの連携	**貴職から訪問看護ステーションへ**相談・問い合わせをしたことがありますか。 「1. はい」又は「2. いいえ」を選択し、内容・理由、事例をご記入ください。		
	1. はい	(1) **過去 6 ヶ月（平成 23 年 4 月～9 月）に貴職が訪問看護ステーションへ**相談・問い合わせした件数をご記入ください。	件/月
		(2) 相談・問い合わせした内容をご回答ください。**（複数回答）** 1. サービスを開始する前の段階での相談・依頼 2. 退院間近又は退院後利用予定者の相談・依頼 3. がん患者等医療依存度の高い利用者の相談 4. 訪問看護利用者の経過・状態の問い合わせ 5. 医療・介護の知識・技術に係る相談 6. 訪問看護ステーションの訪問看護内容の問い合わせ 7. その他　（　　）	
		(3) **上記 (2) 回答**で相談・問い合わせをした具体的な事例があれば、内容（相談内容、経過、結果）をご記入ください。 **＊事業所・個人を特定する情報は記入しないでください。**	
		内容	

		(4)**上記(2)回答以外**で相談・問い合わせをした具体的な事例があれば、内容（相談内容、経過、結果）をご記入ください。 **＊事業所・個人を特定する情報は記入しないでください。**	
		内容	
	2.いいえ	(5)「2.いいえ」を選択した理由を下記からご回答ください。**(複数回答)**	
		相談・問い合わせしない理由	1.どうやって利用（相談）したら良いのかわからない 2.何をどの程度までしてもらえるかわからない 3.相談やアセスメントをして欲しいが、対応してもらえないことがある 4.要介護認定結果が出る前には相談しにくい
		訪問看護サービスを利用しない理由	1.他のサービスと比較して、報酬単価が高い 2.医師の訪問看護指示書作成を調整するのが負担 3.サービス担当者会議の出席が得られにくい 4.医療保険を利用する場合のしくみや費用がわかりにくい 5.訪問看護は中重度者へのサービスと考えている 6.訪問看護ステーションはいつも忙しそうにみえる（連絡が困難）
		その他	

ご協力ありがとうございました。

調査票２

平成 23 年度　厚生労働省　老人保健事業推進費等補助金事業

地域包括ケアの推進に寄与する訪問看護ステーションの在り方検討事業調査票

（訪問看護ステーション）

平成 23 年 11 月

財団法人　日本訪問看護振興財団

【記入上のお願い】
1. **管理者**にご回答をお願いします。
2. 調査票は 3 頁です。
3. あてはまる番号を〇で囲んでください。
4. 数値をご記入いただく場合、該当がない場合は、「0」とご記入ください。

所在地市・区名		貴ステーションでの訪問看護の経験年数	年

1. 開設主体	1. 医療法人 2. 社会福祉法人 3. 財団・社団法人	4. 公的・社会福祉団体 5. 自治体 6. 株式会社	7. NPO 法人 8. その他（　　）

2. 体制

(1) 従事者数

平成 23 年 10 月現在の職種別従事者数（人数）をご記入ください。

常勤換算：従業者の勤務時間数を常勤の従事者が勤務すべき時間数で除し、従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数

区分	保健師	看護師	准看護師	ＰＴ	ＯＴ	ＳＴ	事務	合計
常勤・非常勤人数合計	人	人	人	人	人	人	人	人
常勤換算合計	人	人	人	人	人	人	人	人

(2) 加算等の届出状況

平成 23 年 10 月現在の加算等の届け出について、〇をご記入ください。

医療保険	1. 24 時間対応体制加算	1. あり	2. なし
	2. 24 時間連絡体制加算	1. あり	2. なし
	3. 重症者管理加算	1. あり	2. なし
介護保険	1. 緊急時訪問看護加算	1. あり	2. なし
	2. 特別管理体制	1. あり	2. なし

3. 利用者状況

(1) 利用者数

平成 23 年 10 月、1 か月間の介護及び医療保険の利用者数（実人数）をご記入ください。

	要支援		要介護					合計
	1	2	1	2	3	4	5	
介護保険	人	人	人	人	人	人	人	人
医療保険（介護保険による訪問看護を 1 回も受けていない人）								人

(2) 依頼元別利用者数

上記（1）の利用者数の依頼元別人数をご記入ください。

保険	病院	診療所	居宅介護支援事業所（ｹｱﾏﾈ）	地域包括支援ｾﾝﾀｰ	行政（保健師等）	本人・家族	その他	合計
介護保険	人	人	人	人	人	人	人	人
医療保険	人	人	人	人	人	人	人	人

(3 利用者人数と利用者の特徴について

(3)-1 利用者人数	平成 23 年 10 月の利用者数(実人数) をご記入ください。			人
(3)-2 利用者の特徴	貴ステーションを利用する最近の利用者の特徴について、以下からご回答ください。			
1.医療依存度の高い（がん末期、ＩＶＨ、酸素吸入、人工呼吸器、透析、胃ろう等）利用者	①増加	②変化なし	③減少	
2.精神疾患（認知症を含む）の利用者	①増加	②変化なし	③減少	
3.要支援・要介護認定前のがん末期利用者	①増加	②変化なし	③減少	
4.小児の利用者	①増加	②変化なし	③減少	
5.リハビリテーションの利用者	①増加	②変化なし	③減少	
6. 介護度の高い(要介護度 4 又は 5)利用者	①増加	②変化なし	③減少	
7 退院前カンファレンスを行った利用者	①増加	②変化なし	③減少	
8.その他（内容と①増加、②変化なし、③減少をご記入ください）（　　）				

4.地域包括支援センターとの連携

(1)**地域包括支援センターから貴ステーションへ**相談・依頼・問い合わせがありますか。「1.はい」又は「2.いいえ」をご回答後に、内容・理由、事例をご記入ください。

1.はい

(1)-1 **過去 6 ヶ月（平成 23 年 4 月～9 月）**の相談・問い合わせがあった件数をご記入ください。　　件

(1)-2 相談・問い合わせされた内容をご回答ください。**(複数回答)**

1.新規利用予定者の相談・依頼
2.退院間近又は退院後利用予定者の相談・依頼
3.がん患者等医療依存度の高い利用者の相談
4.訪問看護利用者の経過・状態の問い合わせ
5.医療・介護の知識・技術に係る相談
6.貴ステーションの訪問看護内容の問い合わせ
7.その他(　　)

(1)-3 相談・問い合わせがあった具体的な事例があれば、依頼者及び手段を選択し、内容をご記入ください。

事例1	依頼者	1.保健師 2.社会福祉士 3.介護支援専門員	4.看護師 5.その他（　　）
	手段	1.電話 2.FAX 3.e-Mail 4.退院前ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	5.地域のｶﾝﾌｧﾚﾝｽ、会議等 6.同行訪問 7.その他（　　） **＊手段は複数回答可**
	内容	相談・問い合わせがあった対象者の経過（病名・症状、身体状況、家庭状況）、対応及び結果についてご記入ください。 **＊事業所・個人を特定する情報は記入しないでください。**	

事例2	依頼者	1.保健師 2.社会福祉士 3.介護支援専門員	4.看護師 5.その他（　　）
	手段	1.電話 2.FAX 3.e-Mail 4.退院前ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	5.地域のｶﾝﾌｧﾚﾝｽ、会議等 6.同行訪問 7.その他（　　） **＊手段は複数回答可**
	内容	相談・問い合わせがあった対象者の経過（病名・症状、身体状況、家庭状況）、対応及び結果についてご記入ください。 **＊事業所・個人を特定する情報は記入しないでください。**	

2.いいえ

(2)**貴ステーションから地域包括支援センターへ**相談・問い合わせをしたことがありますか。「1.はい」又は「2.いいえ」を選択し、相談・問い合わせした内容又は理由をご回答ください。

1.はい	相談・問い合わせした内容	
2.いいえ	理由	1.どうやって利用（相談）したら良いのかわからない 2.何をどの程度までしてもらえるかわからない 3.相談やアセスメントをして欲しいが、対応してもらえないことがある 4.介護予防訪問看護に関すること以外は相談しにくい 5.その他（　　）

5.地域密着型サービスへの対応

平成 24 年度から新制度として、地域密着型サービス（(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、(2) 訪問看護及び小規模多機能型居宅介護（複合型サービス））がスタートすることが予定されています。

これらの地域密着型サービスに対して、貴ステーションの今後 3 年以内の対応を 1.～4.から選択し、その理由をご記入ください。

(1)定期巡回・随時対応型訪問介護看護		1.取り組む予定　2.取り組む予定はない　3.検討中　4.未定
	理由	
(2)訪問看護及び小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)		1.取り組む予定　2.取り組む予定はない　3.検討中　4.未定
	理由	

ご協力ありがとうございました。

平成 23 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業
地域包括ケアの推進に寄与する訪問看護ステーションの在り方検討事業報告書

2012 年 3 月　発行
発行　財団法人　日本訪問看護振興財団
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5 丁目 8 番 2 号
日本看護協会ビル 5 階
TEL：03-5778-7001　ＦＡＸ：03-5778-7009
URL：http://www.jvnf.or.jp
印刷　株式会社サンワ
〒102-0072 東京都千代田区飯田橋 2-11-8

●本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になりますのでご注意下さい。