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

在宅看取りの推進をめざした訪問看護・訪問介護・介護支援専門員間の協働のありかたに関する調査研究事業報告書

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

病気や障害があっても、年をとっても、住み慣れた家で過ごしたい、死を迎えるまで自宅で自分らしい生活を送りたい、という願いをかなえるための在宅ケアの活動は、長い歴史を持っている。その歴史の上に積み重なる形で、ここ２０年間に在宅療養のためのさらに多様な職種が発展した。在宅医療・福祉を担う複数の職種間の連携が必要な一方、どのように連携をとればよいのかの知見は未だ少ない。特に、在宅での終末期・看取りを支える上での職種間の連携の在り方を探り、その知見を普及させることは、これからの在宅ケアの発展のために欠かせない。

本事業では、そのような問題意識のもとで、在宅看取りにおける職種間の連携の実態と、望ましい連携のありかたを探索することを目的として調査を実施した。全国の訪問看護ステーション 1,000 件、訪問介護事業所 1,200 件、居宅介護支援事業所 1,200 件を系統抽出して調査票を送付し、在宅看取りの実態を尋ねた。さらに、在宅看取りの事例 10 例にかかわった訪問看護師・介護支援専門員・訪問介護員に、事例ごとに集まってグループインタビューを実施し、在宅看取りの連携の実践の経過や効果的な連携に関する認識について尋ねた。

その結果、以下のような主な知見を得た。

① 訪問看護ステーションの約 4 割は過去 3 か月間の看取り数が 0、訪問介護事業所の約半数は過去 6 か月間の看取り数が 0 だった。
② 訪問看護ステーションでの要介護高齢者の看取り事例のうち訪問介護の利用例は約 4 割、訪問介護事業所での看取り事例のうち訪問看護の利用例は約 6 割に留まる。
③ 訪問看護師では約 9 割、介護支援専門員では約 8 割が在宅看取りの経験を持つ一方で、訪問介護員の在宅看取り経験者は 6 割に留まる。
④ 訪問看護師に対して他職種が感じる課題は連携・コミュニケーションの困難、訪問介護員・介護支援専門員に対して他職種が感じる課題は専門的知識および経験の不足が、多く挙げられた。
⑤ 訪問介護員が報告した在宅看取り事例では家族介護者のない場合が約 1.5 割と他職種の事例より突出して多く、インタビューでも 3 職種の連携事例は独居の場合が多かった。
⑥ 訪問看護事業所では、訪問介護員との連携評価が高い群は、低い群に比べて利用者数が少なく、連携する医師・居宅介護支援事業所が少なかった。
⑦ 訪問介護員では、療養病床の勤務経験がある場合に在宅看取り経験数が多かった。また、連携評価と特別養護老人ホームの勤務経験、看取り評価と療養病床の勤務経験が関連した。介護支援専門員でも、施設での勤務経験が在宅看取り数や訪問介護員との連携評価に関連する傾向があった。
⑧ 連携および看取りが支援者の側から見て高評価になる要因として、利用者・ご家族の在宅看取りに関する意思確認とその結果に関する情報共有が、死亡の 5 か月前程度から 4 週間前までに行われていることが挙げられた。在宅看取りの意思決定の確認の場を特に設け、支援スタッフが同席している前で、利用者から在宅看

取りに関する意向を直接伺うという事例があり、情報共有として有効であることが語られた。

⑨ 訪問看護師では、連携および看取りが高評価な群は、特に死亡前約 3-4 週間に訪問介護員・介護支援専門員と今後の見通し等について相談していた。また、両者と全期間を通じて面談・電話による相談を実施していた。

⑩ 介護支援専門員では、連携の評価が高い群は、特に死亡前約 2 週間から直前にかけ、訪問看護師・訪問介護員から利用者・ご家族の状況に関して連絡･報告を受けていた。

⑪ 訪問介護員では、訪問看護師との面談・電話や同行による現状の情報共有、ケア実施上の支援が、連携や看取りの高評価につながることが、両調査より浮き彫りになった。

以上の知見より、今後在宅看取りを推進する上での提言を最後にまとめた。

訪問看護師はその職務の性質上看取りの経験を他の職種よりも多く持つ傾向があり、このため他の職種を支援し協働することが求められていること、一方で看護師は多職種間連携・コミュニケーションの方法を学ぶ必要性のあることが、本調査から改めて窺われた。訪問看護師の効果的な連携により在宅看取りを推進し、人々の希望を実現できるようになれば、訪問看護師としての役割を果たしたことになろう。職種間の連携を進める上では、各職種が重要な時期に必要とされる連携を逃さず行う技術を開発・普及する必要があり、それを可能にする技術上・制度上の枠組みを構築・普及することが今後重要と思われる。

今回の調査結果が、地域に多職種間連携システムを構築し有効な連携を実現する上での一助になることを願う。

最後に、本事業にご協力いただきました訪問看護師、訪問介護員、介護支援専門員の皆様に心より感謝申し上げます。

平成 24 年 3 月

在宅看取りの推進をめざした訪問看護・訪問介護・
介護支援専門員間の協働のありかたに関する調査研究事業

検討委員長　　山 本　　則 子（東京医科歯科大学大学院）

◆　目　次　◆

第１章　事業の概要 1
1. 目的 1
2. 方法 1
第２章　調査の結果(基本集計) 5
第１節 回収結果 5
第２節 回答事業所の概要 5
1. 訪問看護師の所属事業所の概要 5
2. 訪問介護員の所属事業所の概要 12
3. 介護支援専門員の所属事業所の概要 16
第３節 事業所における看取り・同行訪問について 20
1. 在宅看取り人数 20
2. １ヵ月以内の死亡が予想される利用者宅への訪問の有無（訪問介護のみ） 27
3. 別事業所の訪問看護師と訪問介護員の同時訪問の実施 27
第４節 回答者の基本属性等 28
1. 訪問看護師 28
2. 訪問介護員 30
3. 介護支援専門員 33
第５節 回答者の看取り・研修の経験、自信、考え等 36
1. 在宅看取りの支援経験 36
2. 看取りの人数 36
3. 在宅看取りに関する外部研修 38
4. 看取りを担当する自信 38
5. 自身が最期まで療養生活を送りたい場所 40
6. 現在の制度のもとで自宅療養が最期まで可能かどうか 41
第６節 他職種への期待 43
1. 各職種への期待 43
2. 項目ごとの比較 52
3. 在宅で看取りを行う場合の他職種との連携上の課題 62
4. 看取り支援のための工夫 68
第７節 看取りケアの実態（個票データより） 69
1. 訪問看護票 69
2. 訪問介護員票 85
3. 介護支援専門員票 100
第８節 他職種に対する評価（個票データより） 114
1. 相互の評価の比較 114
2. 各職種における評価 120
第９節 まとめ 125
1. 回答者の所属事業所 125

2. 回答者について 126
3. 事例について 128
第３章　調査の結果(特別集計) 131
第１節 連携・看取りに対する評価への関連要因 131
1. 目的 131
2. 方法 131
3. 結果 134
4. 考察 168
第２節 在宅看取り数への関連要因 172
1. 目的 172
2. 方法 172
3. 結果 174
4. 考察 180
第４章　在宅看取りにおける職種間の連携に関するｲﾝﾀﾋﾞｭｰ調査 181
第１節 調査実施概要 181
1. 調査目的 181
2. 調査方法 181
3. 調査対象 181
4. 調査手続き 181
5. データ収集内容 181
6. データ分析 182
第２節 調査結果概要 183
1. 対象の属性等 183
2. 事例の経過 184
3. 各職種間の連携 184
4. ケースレポート 191
5. 考察 222
第５章　総括 225
第１節 結果のまとめ 225
第２節 提言 229
1. 訪問看護事業所・居宅介護支援事業所・訪問介護事業所について 229
2. 訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員の個人要因について 230
3. 連携内容について 230

参考資料 233

第１章　事業の概要

第１章 事業の概要

1. 目的

在宅看取りにおける職種間の連携の実態と、望ましい連携のありかたを探索する。

2. 方法

1) 検討委員会の設置

学識経験者、医師、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護員等による検討委員会を設置した。検討委員会では調査設計及び調査結果の考察等について検討を行った。

学識経験者、訪問看護師、ヒアリング調査の調査員等によるワーキング委員会を設置した。ワーキング委員会ではデータの整理、分析等を行った。

(1) 委員構成

【検討委員会】

	氏名	所属
委員長	山本　則子	東京医科歯科大学大学院　教授
委員	石川　陽子	首都大学東京　准教授
	板倉　裕子	君津訪問看護ステーション　管理者
	宇都宮　宏子	京都大学医学部付属病院　看護師長
	高野　龍昭	東洋大学　准教授
	吉澤　明孝	医療法人社団愛語会　要町病院　副院長
	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（事務局兼務）

【ワーキング委員会】

	氏名	所属
委員長	山本　則子	東京医科歯科大学大学院　教授
委員	五十嵐　歩	東京医科歯科大学大学院　特任助教
	岡本　有子	東京医科歯科大学大学院　助教
	木村　浩子	鐘ヶ渕訪問看護ステーション　看護師
	栗延　孟	東京医科歯科大学　女性研究者支援室
	高　紋子	東京医科歯科大学大学院　博士（後期）課程
	松浦　志野	東京医科歯科大学大学院　博士（後期）課程
	松川　友紀	セントケア・ホールディング株式会社　訪問看護支援部

【事務局】

氏名	所属
上野　まり	財団法人日本訪問看護振興財団　事業部長
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】

氏名	所属
星芝　由美子	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング　主任研究員
小川　美帆	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング　主任研究員
家子　直幸	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング　研究員

(2) 委員会の開催

【第１回　検討委員会】

日時： 平成 23 年 8 月 13 日　14 時 00 分～17 時 00 分

場所： ベルサール神田　ROOM5

内容： 研究計画、調査票案の検討

【第２回　検討委員会】

日時： 平成 24 年 2 月 15 日　14 時 00 分～16 時 00 分

場所： お茶ノ水税経貸会議室　601

内容： 訪問看護、訪問介護、介護支援専門員調査結果の報告、
グループインタビュー結果の報告

【第３回　検討委員会】

日時： 平成 24 年 3 月 15 日　10 時 00 分～12 時 00 分

場所： ベルサール神田　ROOM5

内容： 報告書案の検討

【第１回　ワーキング委員会】

日時： 平成 23 年 12 月 8 日　13 時 00 分～15 時 00 分

場所： 東京医科歯科大学 カンファレンスルーム

内容： グループインタビューの中間報告、分析方針の検討

【第２回　ワーキング委員会】

日時： 平成 24 年 1 月 18 日　13 時 00 分～15 時 00 分

場所： 東京医科歯科大学 カンファレンスルーム

内容： グループインタビュー　データ分析

【第３回　ワーキング委員会】

日時： 平成 24 年 2 月 16 日　13 時 00 分～15 時 00 分

場所： 東京医科歯科大学 カンファレンスルーム

内容： グループインタビュー結果の考察

【第４回　ワーキング委員会】＊第 2 回検討委員会と合同開催

日時： 平成 24 年 2 月 15 日　14 時 00 分～16 時 00 分

場所： お茶ノ水税経貸会議室　601

内容： 訪問看護、訪問介護、介護支援専門員調査結果の報告、
グループインタビュー結果の報告

【第５回　ワーキング委員会】＊第 3 回検討委員会と合同開催

日時： 平成 24 年 3 月 15 日　10 時 00 分～12 時 00 分

場所： ベルサール神田　ROOM5

内容： 報告書案の検討

2) 訪問看護師、訪問介護員、介護支援専門員調査の実施

(1) 目的

全国の訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員に調査票を送り、在宅看取りの実態と、在宅看取りに対する各職種の意識を明らかにすること。

(2) 方法

① 調査対象

WAMNET 登録に登録している全国の訪問看護ステーション 5,198 事業所から、1,000 事業所を系統抽出した。

都道府県の介護サービス情報システムに登録している訪問介護事業所 26,026 箇所から、1,200 事業所を系統抽出した。

都道府県の介護サービス情報システムに登録している居宅介護支援事業所 30,548 箇所から、1,200 事業所を系統抽出した。

ただし、いずれも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 方法

自記式、郵送法。

③ 調査期間

平成 23 年 10 月 28 日～平成 23 年 11 月 15 日

なお、お礼状兼督促ハガキを出状し、調査期間を 11 月 24 日まで延長した。

④ 調査内容

訪問看護票、訪問介護票、介護支援専門員票ともに共通の設問を用意し、職種間の比較を試みた。主な調査内容は次のとおりである。

【調査内容】

事業所の基本属性（開設主体、職員数、利用者数、在宅看取りの実施件数等）、回答者の基本属性（年齢、経験年数、在宅看取りの経験数、看取りに関する研修受講等）回答者自身の在宅看取りの経験、在宅看取りにおける他職種との連携、在宅看取り事例の提示、在宅看取りの際の連携の実態と評価、終末期の過ごし方についての意識、等

3) グループインタビュー調査の実施

(1) 目的

在宅看取りの実際事例として、訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員が効果的に連携・協働した結果、満足が得られた在宅看取り事例について、実際に連携・協働した3者を対象にグループインタビューを行い、各職種間の連携過程を明らかにすること。

(2) 方法

① 調査対象

実際に在宅看取りにおいて連携しながら同一の事例にサービスを提供した経験を

持つ訪問看護師、訪問介護員、介護支援専門員各1名を選定し、合計3名を1グループとした。研究代表者および共同研究者が既知の事業者等に相談しながら、10グループを選定、調査対象とした。

② 方法

グループインタビュー。

調査対象者の基本情報（年齢、経験年数、保有資格、在宅死亡事例の担当経験数等）及び所属事業所の基本情報（開設主体、職員数、在宅看取数等）は、調査票を作成し事前に記入を依頼した。

③ 調査期間

平成23年11月16日～平成24年2月7日

④ 調査内容

調査対象者がかかわった在宅看取りの事例を1つ取り上げ、事例への関わりの開始時から終了時までの経過に沿って、詳細について聞き取った。

【調査内容】

- サービス開始の経緯
- 在宅看取りの決定、意思確認
- 死亡1か月前からの状況、連携の詳細
- 死亡3日ぐらい前から状況、連携の詳細
- 死亡日の状況、連携の詳細
- 職種間の連携、協働に対する評価
- 効果的な連携、協働を実現するために必要なこと、他職種に期待すること／等

4) 倫理的配慮

調査の実施にあたり、日本訪問看護振興財団研究倫理委員会の審査を受け承認を得た。具体的には、次の点について配慮した。

訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員調査については、書面にて研究の目的、プライバシーは厳守されること、調査への協力は任意であること、調査に協力しないことで一切不利益を被ることはないこと等を説明し、調査票への記入及び返送をもって調査への同意とした。

グループインタビュー調査については、まず、研究者から調査の目的、方法、倫理的配慮等を電話で説明し、調査協力の内諾を得た。次に、書面にて研究の目的、プライバシーは厳守されること、調査への協力は任意であること、調査に協力しないことで一切不利益を被ることはないこと等を説明し、同意書へのサインをもって調査協力の意思を確認した。

報告書の作成にあたっては、匿名性を保持した。

第 2 章　調査の結果（基本集計）

第２章 調査の結果(基本集計)

第1節 回収結果

訪問看護師票は 1,000 件のうち、未着が 11 件あったため、実際の発送数は 989 件だった。回収数は 378 件で、回収率は 38.2%だった。

訪問介護員票は 1,200 件のうち、未着が 26 件あったため、実際の発送数は 1,174 件だった。回収数 305 件で、回収率は 26.0%だった。

介護支援専門員票は 1,200 件のうち、未着が 21 件あったため、実際の発送数は 1,179 件だった。回収数は 476 件で、回収率は 40.4%だった。

図表２-1-1　回収結果

	発送数	回収数（回収率）	個別データ回収数
訪問看護師票	989 件	378 件（38.2%）	255 件
訪問介護員票	1,174 件	305 件（26.0%）	113 件
介護支援専門員票	1,179 件	476 件（40.4%）	252 件

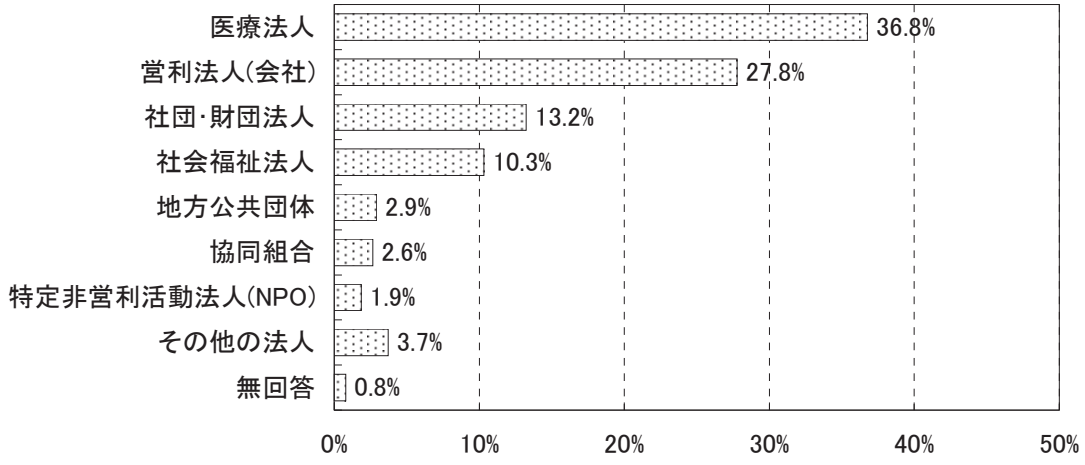
第2節 回答事業所の概要

1. 訪問看護師の所属事業所の概要

1) 開設主体

開設主体は、「医療法人」が 36.8%で最も多く、次いで「営利法人（会社）」が 27.8%、「社団・財団法人」が 13.2%だった。

図表２-2-1　開設主体　(n=378)



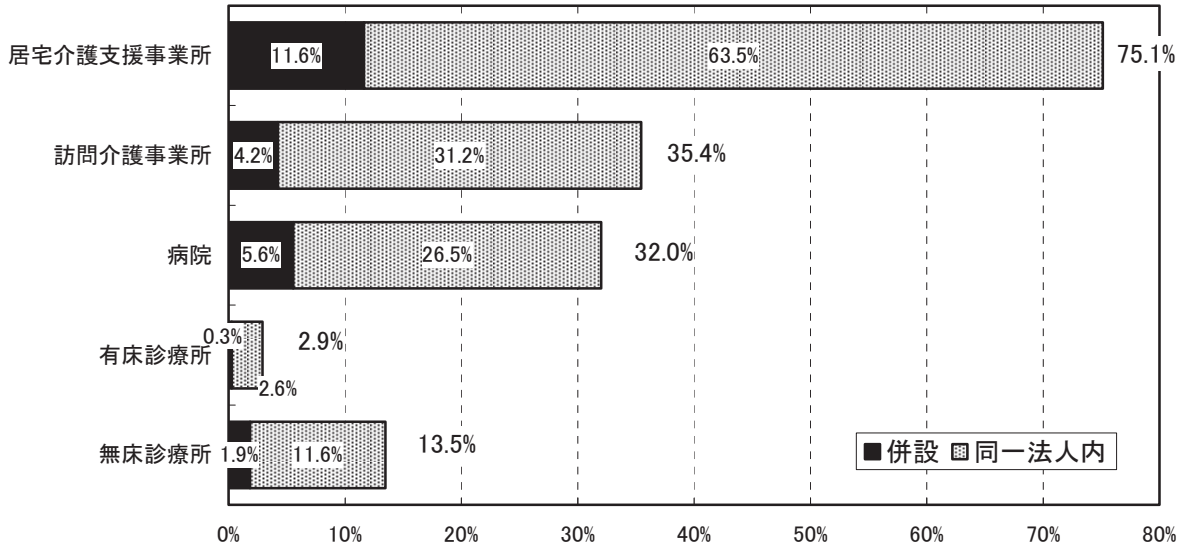
2) 関係施設・事業所

併設施設・事業所について、「居宅介護支援事業所」が 11.6%、「訪問介護事業所」が 4.2%、「病院」が 5.6%だった。

（併設ではないが、）同一法人内の施設・事業所は、「居宅介護支援事業所」が 63.5%、「訪問介護事業所」が 31.2%、「病院」が 26.5%だった。

併設も含み、同一法人内の施設・事業所として「居宅介護支援事業所」を有しているのは 75.1%と約４分の３、「訪問介護事業所」を有しているのは 35.4%、「病院」を有しているのは 32.0%だった。

図表２-2-2　関係施設・事業所　(n=378)

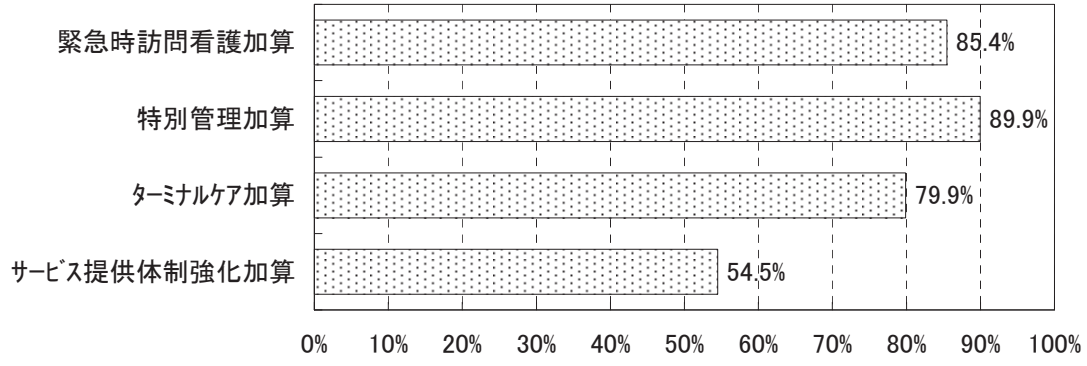


3) 加算の届出

(1)　介護保険法

介護保険法の加算の届出は、「緊急時訪問看護加算」が 85.4%、「特別管理加算」が 89.9%、「ターミナルケア加算」が 79.9%、「サービス提供体制強化加算」が 54.5%だった。

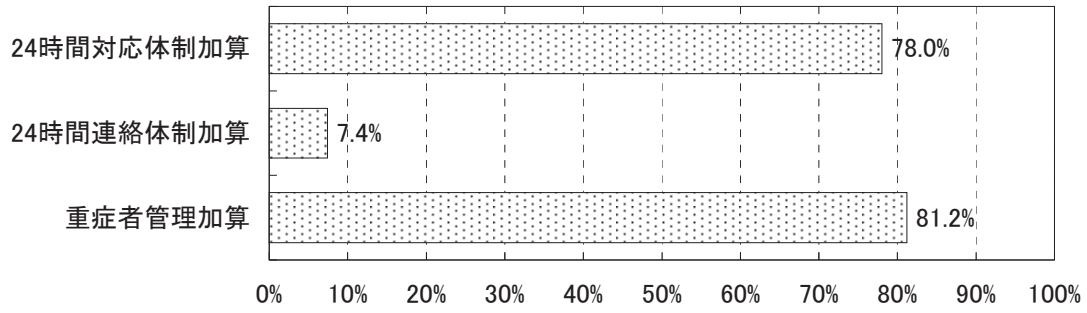
図表２-2-3　加算の届出（介護保険法）　(n=378)



(2) 健康保険法等

健康保険法等の加算の届出は、「24 時間対応体制加算」が 78.0%、「重症者管理加算」が 81.2%だった。

図表２-2-4　加算の届出（健康保険法等）　(n=378)



4) 看護職員数

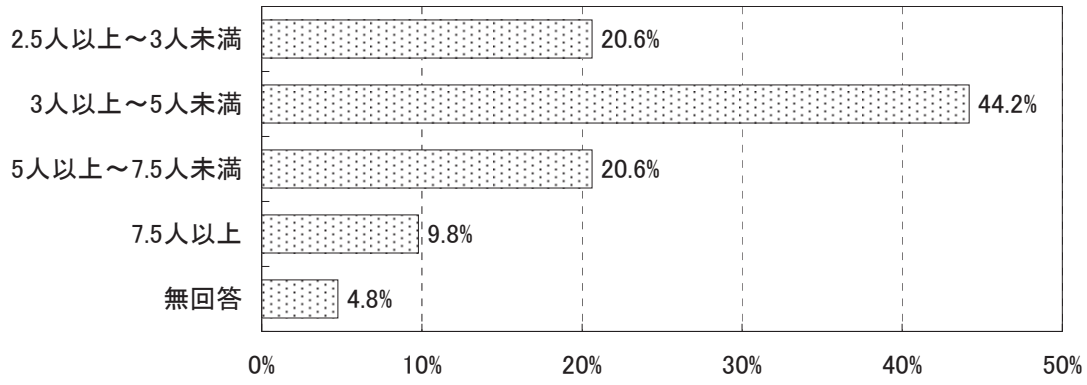
看護職員数（常勤換算）は、平均 4.6 人だった。

分布をみると３人以上５人未満が 44.2%だった。

図表２-2-5　看護職員数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
看護職員数（人）	360	4.6	2.2	4.0

図表２-2-6　看護職員数　(n=378)



5) 利用者数

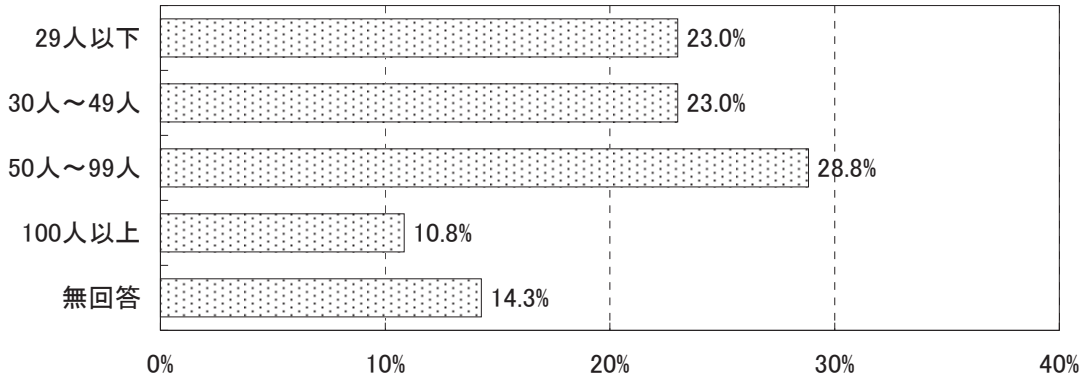
利用者数（平成 23 年 10 月分）は平均 55.8 人だった。

分布をみると、50 人～99 人の事業所が 28.8%だった。

図表 2-2-7　利用者数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
利用者数（人）	324	55.8	39.7	45.0

図表 2-2-8　利用者数　(n=378)

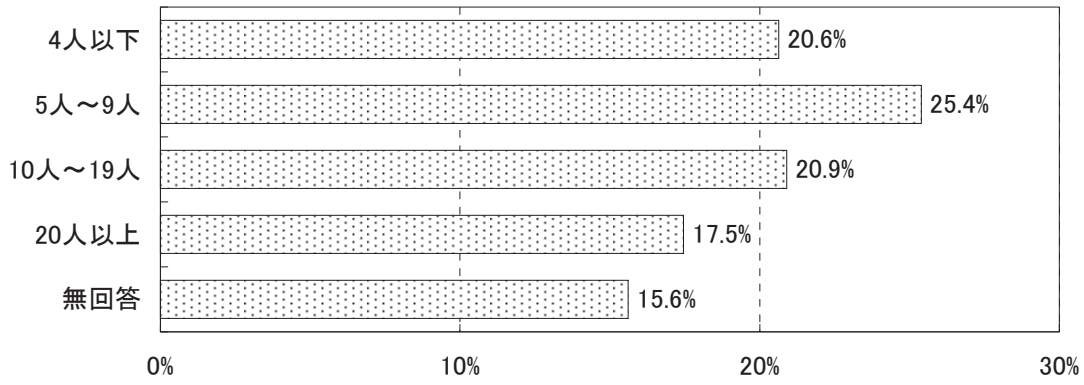


医療保険のみの利用者数は平均 13.9 人、分布をみると 4 人以下の事業所が 20.6%だった。

図表 2-2-9　医療保険のみの利用者

	件数	平均値	標準偏差	中央値
医療保険のみの利用者数(人)	319	13.9	15.3	9.0

図表 2-2-10　医療保険のみの利用者　(n=378)

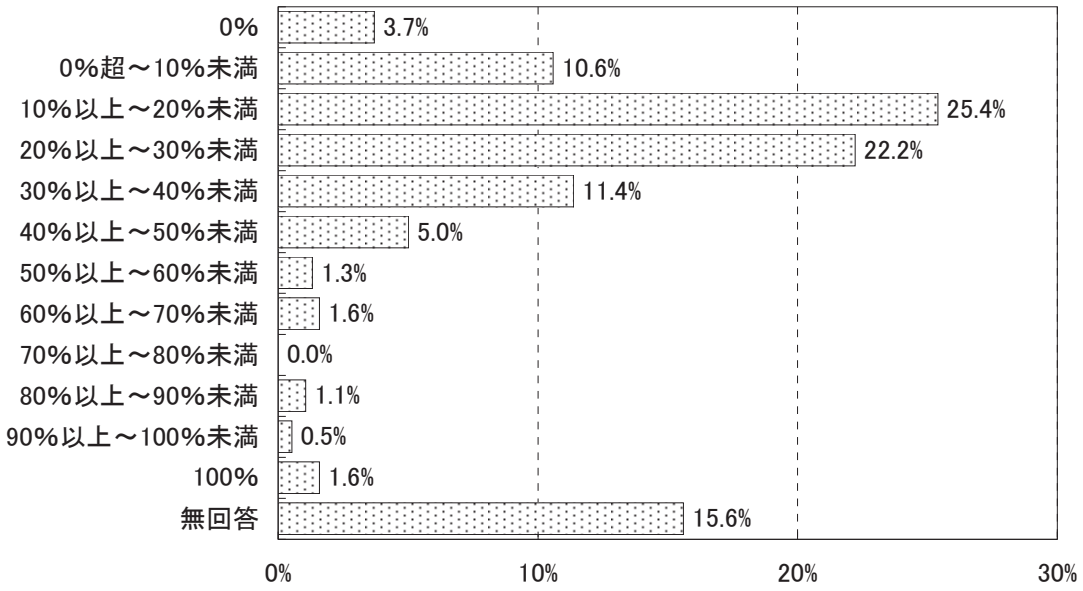


医療保険のみの利用率は、平均 24.6%、分布をみると 10%以上 20%未満が 25.4%だった。

図表 2-2-11　医療保険のみの利用率

	件数	平均値	標準偏差	中央値
医療保険のみの利用率（%）	319	24.6	19.0	20.7

図表 2-2-12　医療保険のみの利用率　(n=378)



6) 同一法人以外で、訪問看護指示書の交付を受けた医療機関数

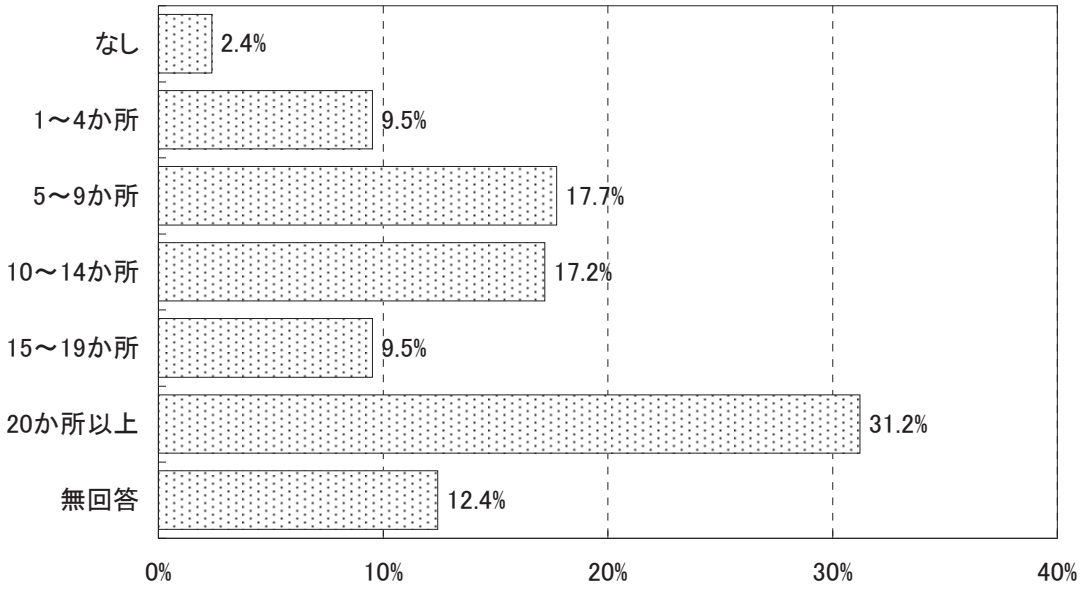
同一法人以外で、訪問看護指示書の交付を受けた医療機関数（平成 23 年 10 月分）は、平均 16.8 か所だった。

分布をみると、５～９か所が 17.7%、20 か所以上が 31.2%だった。

図表２-2-13　同一法人以外で訪問看護指示書の交付を受けた医療機関数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
同一法人以外で訪問看護指示書の交付を受けた医療機関数（か所）	331	16.8	12.1	13.0

図表２-2-14　同一法人以外で訪問看護指示書の交付を受けた医療機関数　(n=378)



7) 同一法人以外で、ケアプランを受けている居宅介護支援事業所数

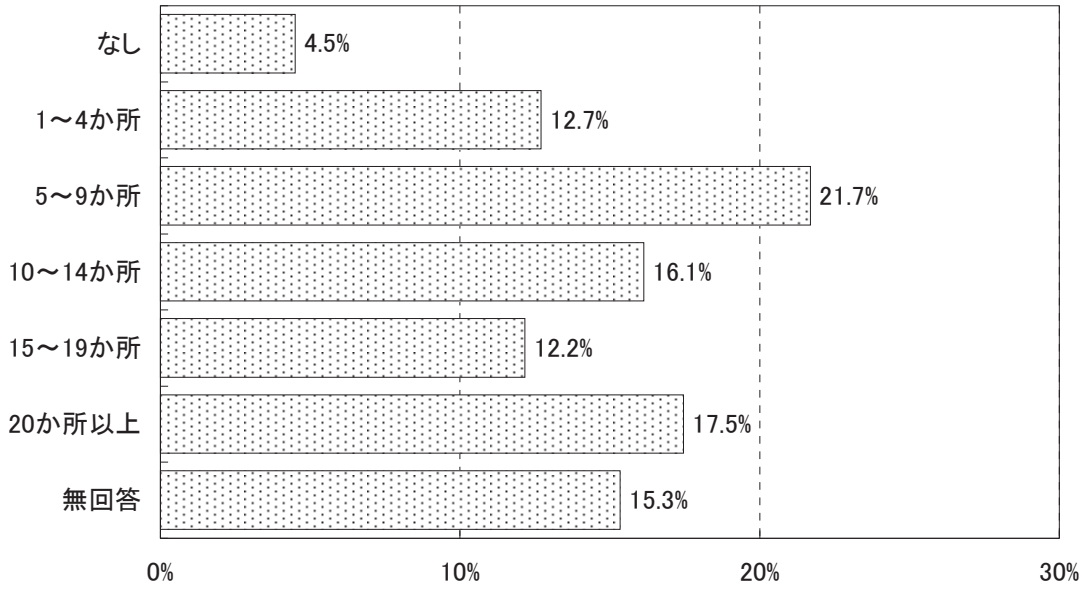
同一法人以外で、ケアプランを受けている居宅介護支援事業所数（平成 23 年 10 月分）は、平均 11.7 か所だった。

分布をみると、１～４か所が 12.7%、５～９か所が 21.7%だった。

図表２-2-15　同一法人以外でケアプランを受けている居宅介護支援事業所数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
ｹｱﾌﾟﾗﾝを受けている同一法人以外の居宅介護支援事業所数（か所）	320	11.7	7.7	10.0

図表２-2-16　同一法人以外でケアプランを受けている居宅介護支援事業所数　(n=378)

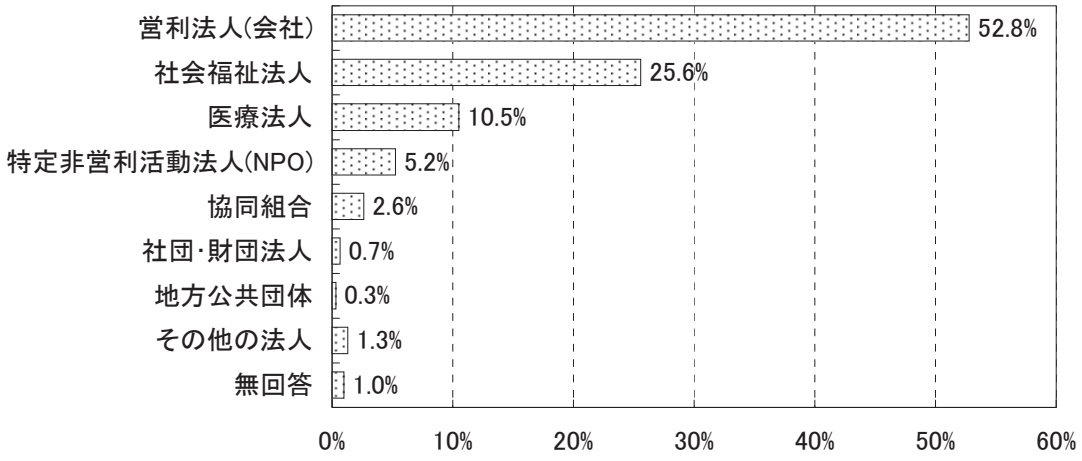


2. 訪問介護員の所属事業所の概要

1) 開設主体

開設主体は、「営利法人（会社）」が 52.8％で最も多く、次いで「社会福祉法人」が 25.6％、「医療法人」が 10.5％だった。

図表２-2-17　開設主体　(n=305)



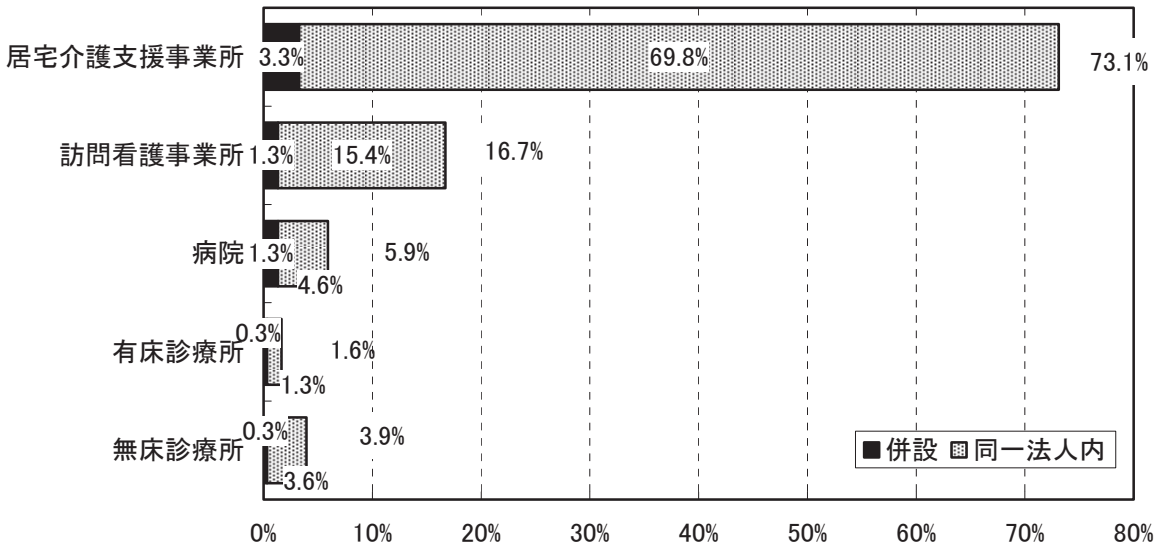
2) 関係施設・事業所

併設施設・事業所は、「居宅介護支援事業所」が 3.3％、「訪問看護事業所」と「病院」がともにぞれぞれ 1.3％だった。

（併設ではないが、）同一法人内の施設･事業所は、「居宅介護支援事業所」が 69.8％、「訪問看護事業所」が 15.4％、「病院」が 4.6％だった。

併設も含み、同一法人内の施設・事業所として「居宅介護支援事業所」を有しているのは 73.1％と約４分の３、「訪問看護事業所」を有しているのは 16.7％、「病院」を有しているのは 5.9％だった。

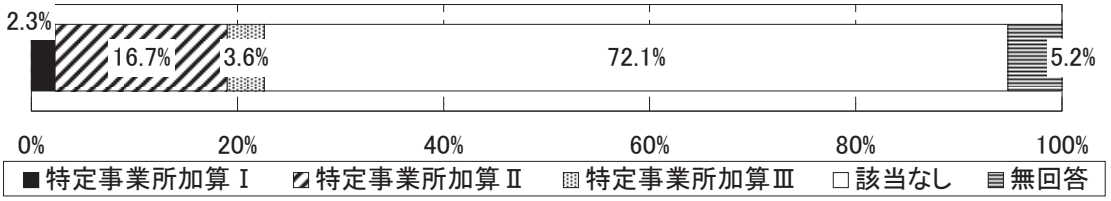
図表２-2-18　関係施設・事業所（複数回答）　(n=305)



3) 加算届出

加算の届出は、「特定事業所加算Ⅱ」が 16.7%、「特定事業所加算Ⅲ」が 3.6%だった。「該当なし」は 72.1%だった。

図表２-2-19　加算届出　(n=305)



【要件】
○特定事業所加算（Ⅰ）
　体制要件、人材要件（①及び②）、重度要介護者等対応要件のいずれにも適合
○特定事業所加算（Ⅱ）
　体制要件、人材要件（①又は②）のいずれにも適合
○特定事業所加算（Ⅲ）
　体制要件、重度要介護者等対応要件のいずれにも適合

＜体制要件＞
① すべての訪問介護員等に対して個別の研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定していること。
② 利用者に関する情報、サービス提供に当たっての留意事項の伝達又は訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。
③ サービス提供責任者が、訪問介護員等に利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始し、終了後、適宜報告を受けていること。
④ すべての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的に実施していること。
⑤ 緊急時等における対応方法が利用者に明示されていること。

＜人材要件＞
① 訪問介護員等の総数のうち介護福祉士が 30%以上、又は介護福祉士・介護職員基礎研修課程修了者・１級訪問介護員の合計が 50%以上であること。
② すべてのサービス提供責任者が３年以上の実務経験を有する介護福祉士又は５年以上の実務経験を有する介護職員基礎研修課程修了者・１級訪問介護員であること。
ただし、居宅サービス基準上、１人を超えるサービス提供責任者を配置しなければならない事業所については、２人以上のサービス提供責任者が常勤であること。

＜重度要介護者等対応要件＞
前年度又は前３月の利用者のうち、要介護４～５・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の総数が 20%以上であること。

4) サービス提供責任者・訪問介護員数

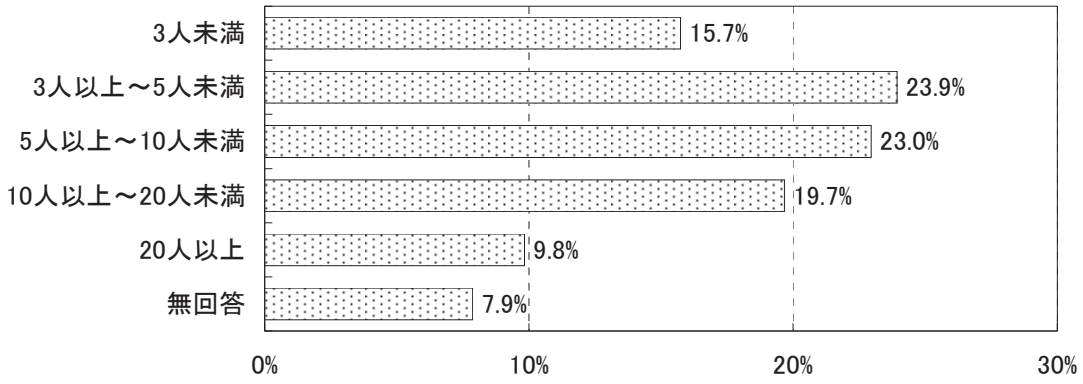
サービス提供責任者・訪問介護員数（常勤換算）は、平均 8.9 人だった。

分布をみると、「３人以上５人未満」が 23.9%、「５人以上 10 人未満」が 23.0%だった。

図表２-2-20　サービス提供責任者・訪問介護員数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
ｻｰﾋﾞｽ提供責任者･訪問介護員数(人)	281	8.9	7.8	6.0

図表２-2-21　サービス提供責任者・訪問介護員数　(n=305)



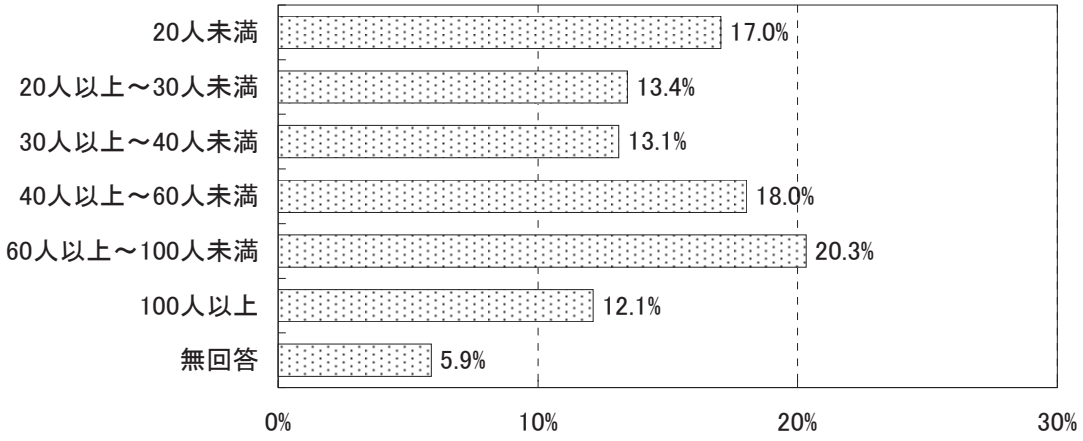
5) 利用者数

利用者数（平成 23 年 10 月分）は、平均 54.9 人だった。

図表２-2-22　利用者数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
利用者数（人）	287	54.9	44.5	42.0

図表２-2-23　利用者数　(n=305)



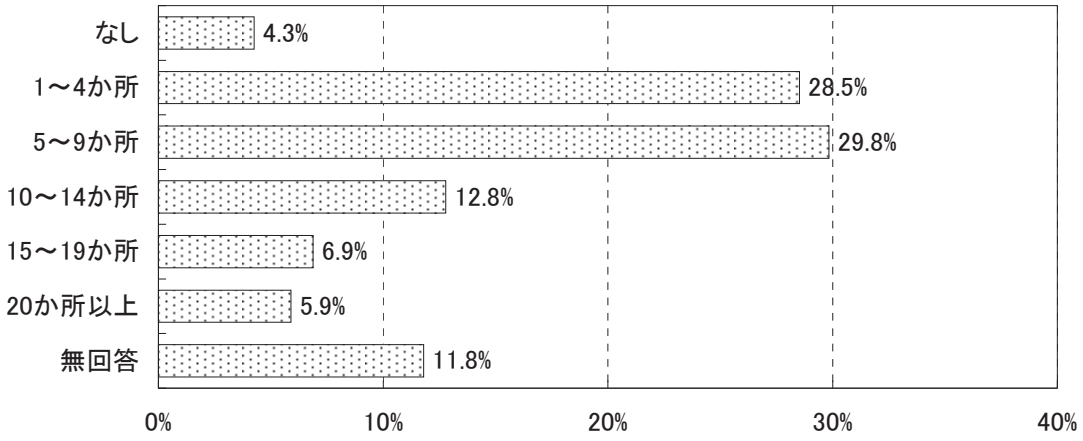
6) 同一法人以外で、ケアプランを受けている居宅介護支援事業所数

同一法人以外で、ケアプランを受けている居宅介護支援事業所数（平成 23 年 10 月分）は、平均 7.6 か所だった。

図表２-2-24　同一法人以外で、ケアプランを受けている居宅介護支援事業所数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
同一法人以外でｹｱﾌﾟﾗﾝを受けている居宅介護支援事業所数（か所）	269	7.6	6.1	6.0

図表２-2-25　同一法人以外で、ケアプランを受けている居宅介護支援事業所数　(n=305)

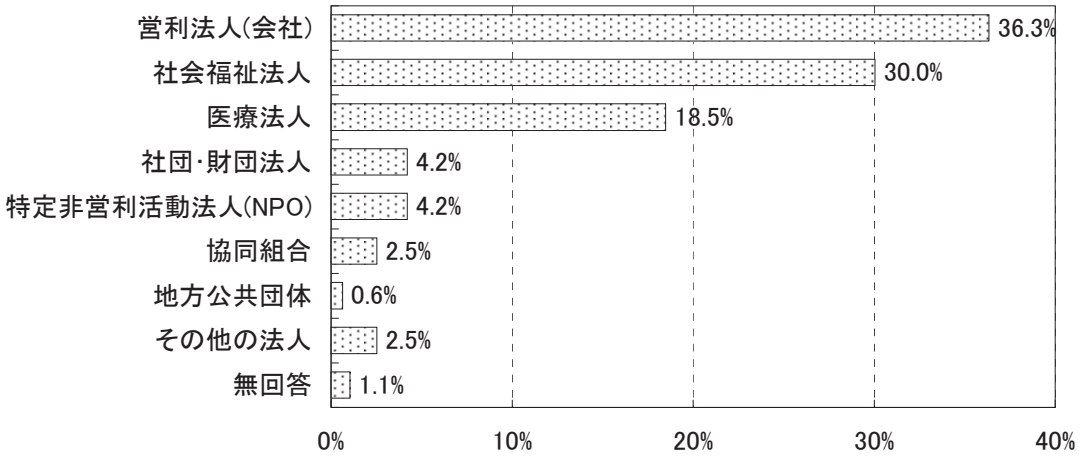


3. 介護支援専門員の所属事業所の概要

1) 開設主体

開設主体は、「営利法人（会社）」が 36.3％で最も多く、次いで「社会福祉法人」が 30.0％、「医療法人」が 18.5％だった。

図表２-2-26　開設主体　(n=476)



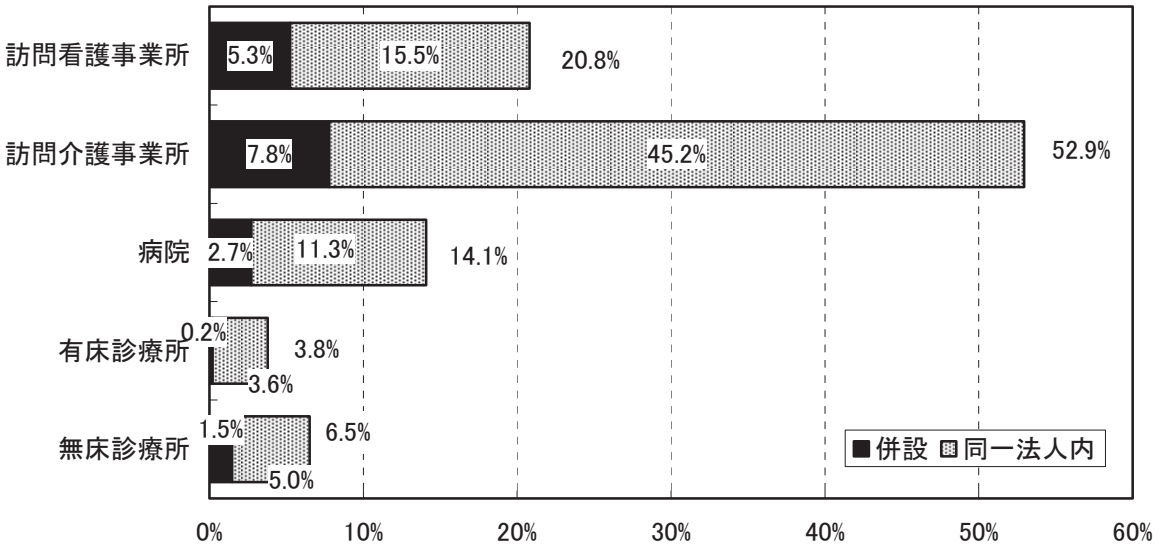
2) 関係施設・事業所

併設施設・事業所は、「訪問看護事業所」が 5.3％、「訪問介護事業所」が 7.8％、「病院」が 2.7％だった。

（併設ではないが、）同一法人内の施設・事業所は、「訪問看護事業所」が 15.5％、「訪問介護事業所」が 45.2％、「病院」が 11.3％だった。

併設も含み、同一法人内の施設・事業所として「訪問看護事業所」を有しているのは 20.8％と約５分の１、「訪問介護事業所」を有しているのは 52.9％と約半数だった。

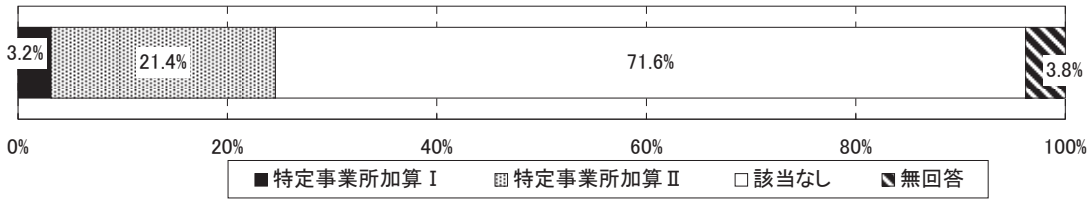
図表２-2-27　関係施設・事業所（複数回答）　(n=476)



3) 加算の届出

加算の届出は、「特定事業所加算Ⅱ」が 21.4%、「特定事業所加算Ⅰ」が 3.2%だった。「該当なし」は 71.6%だった。

図表２-2-28　加算届出　(n=476)



【要件】

○特定事業所加算（Ⅰ）

①主任介護支援専門員を配置していること。

②常勤かつ専従の介護支援専門員を３名以上配置していること。

③利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること。

④算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護３～要介護５である者の割合が５割以上であること。

⑤24 時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。

⑥介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。

⑦地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。

⑧地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。

⑨運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。

⑩介護支援専門員１人当たりの利用者の平均件数が 40 件以上でないこと。

○特定事業所加算（II）

特定事業所加算（Ⅰ）の③、⑤、⑨及び⑩を満たすこと、主任介護支援専門員等を配置していること並びに常勤かつ専従の介護支援専門員を２名以上配置していること。

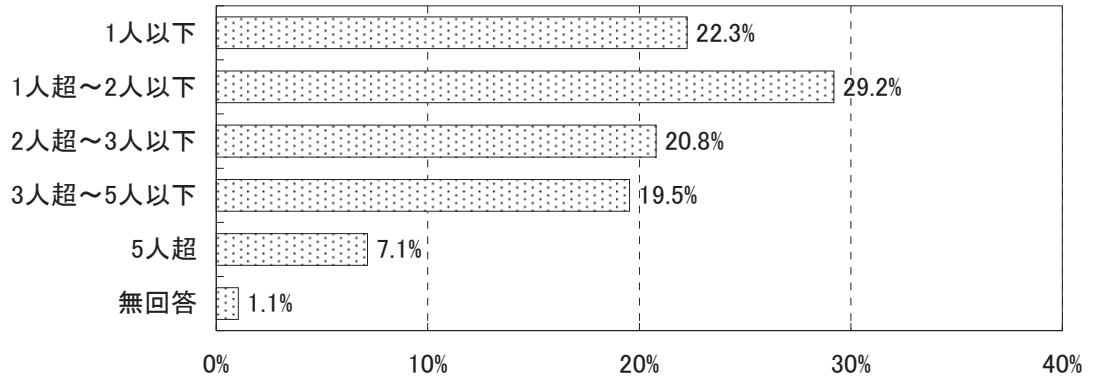
4) 介護支援専門員数

介護支援専門員数（常勤換算数）は、2.7 人だった。

図表２-2-29　介護支援専門員数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
介護支援専門員数（人）	471	2.7	1.9	2.0

図表２-2-30　介護支援専門員数　(n=476)



5) 所属介護支援専門員の基礎職種別人数

所属介護支援専門員の基礎職種別の人数をみると、看護職が平均 0.7 人、福祉職が平均 2.0 人、訪問介護員が 0.1 人、その他が 0.3 人だった。

図表 2-2-31　所属介護支援専門員の基礎職種別の人数

単位：人

	件数	平均値	標準偏差	中央値
看護職	456	0.7	1.3	0.0
福祉職（介護福祉士・社会福祉士等）	456	2.0	1.9	2.0
訪問介護員	456	0.1	0.6	0.0
その他	456	0.3	0.6	0.0

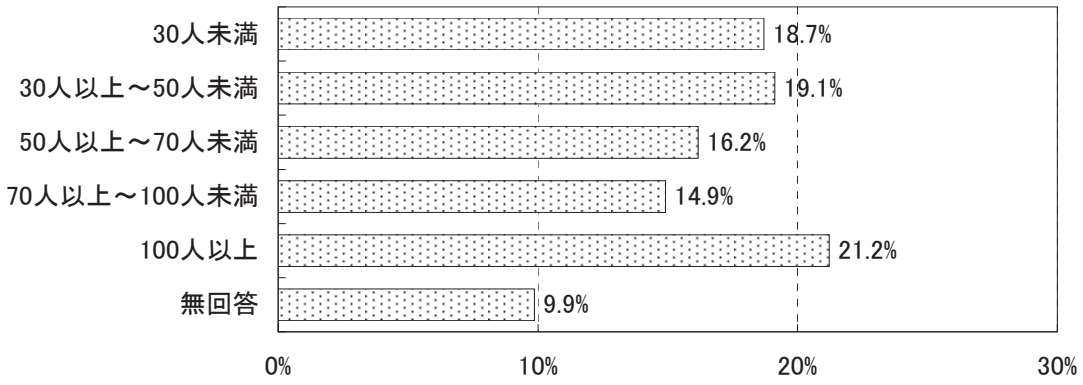
6) 利用実人数

利用実人数（平成 23 年 10 月分）は平均 72.1 人だった。

図表 2-2-32　利用実人数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
利用者人数（人）	429	72.1	56.6	59.0

図表 2-2-33　利用実人数　(n=476)



7) 同一法人以外で、ケアプラン上に位置付けているサービス事業所数

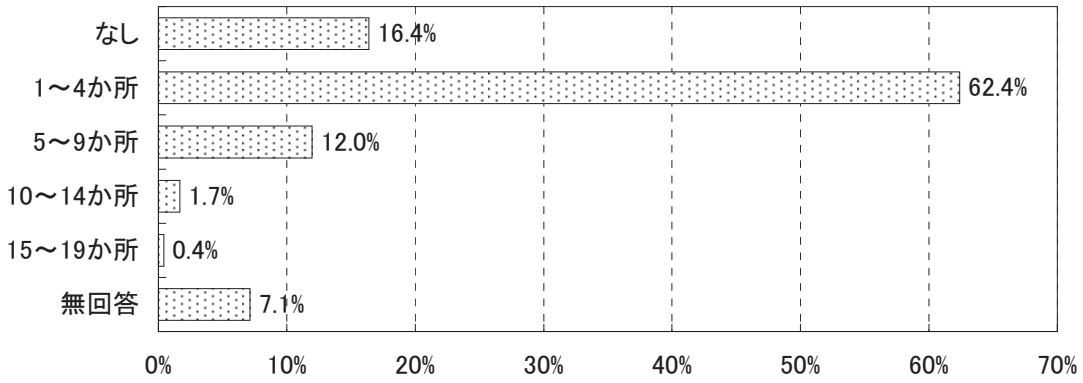
同一法人以外で、ケアプラン上に位置付けてサービス事業所として利用している訪問看護事業所数（平成 23 年 10 月分）は、平均 2.6 か所だった。

分布をみると、１～４か所が 62.4%を占め、利用している訪問看護事業所の数は多くないことが分かった。

図表２-2-34　同一法人以外で利用している訪問看護事業所数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
同一法人以外で利用している訪問看護事業所数（か所）	442	2.6	2.5	2.0

図表２-2-35　同一法人以外で利用している訪問看護事業所数　(n=476)



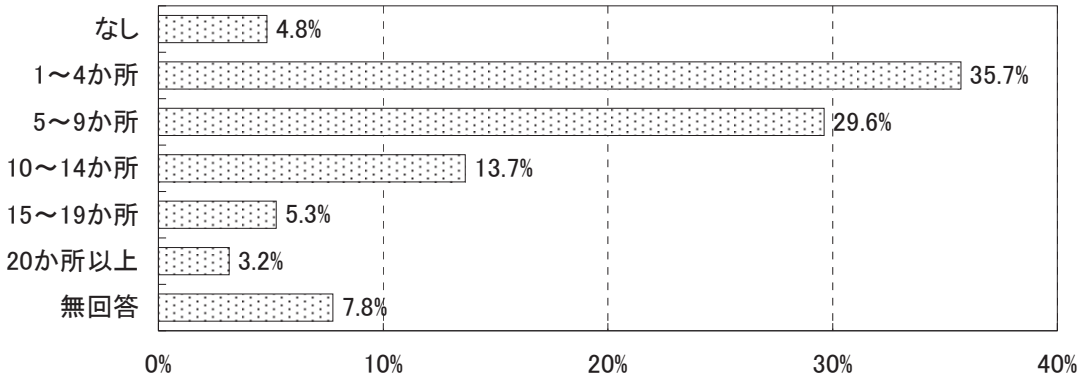
同じく、訪問介護事業所数（平成 23 年 10 月分）は、平均 6.5 か所だった。

分布をみると、１～４か所が 35.7%を占め、５～９か所が 29.6%だった。

図表２-2-36　同一法人以外で利用している訪問介護事業所数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
同一法人以外で利用している訪問介護事業所数（か所）	439	6.5	5.4	5.0

図表２-2-37　同一法人以外で利用している訪問介護事業所数　(n=476)



第3節 事業所における看取り・同行訪問について

1. 在宅看取り人数

1) 訪問看護事業所

平成 23 年７月～９月において、訪問看護事業所における在宅看取り人数は、平均 2.1 人だった。

うち、「がん」が主要疾患の利用者数は平均 1.0 人、要介護認定者は平均 1.7 人だった。

要介護認定者のうち、他法人の居宅介護支援事業所の利用者数は 1.0 人、死亡前の１か月間に訪問介護を利用していた利用者数は 0.7 人だった。

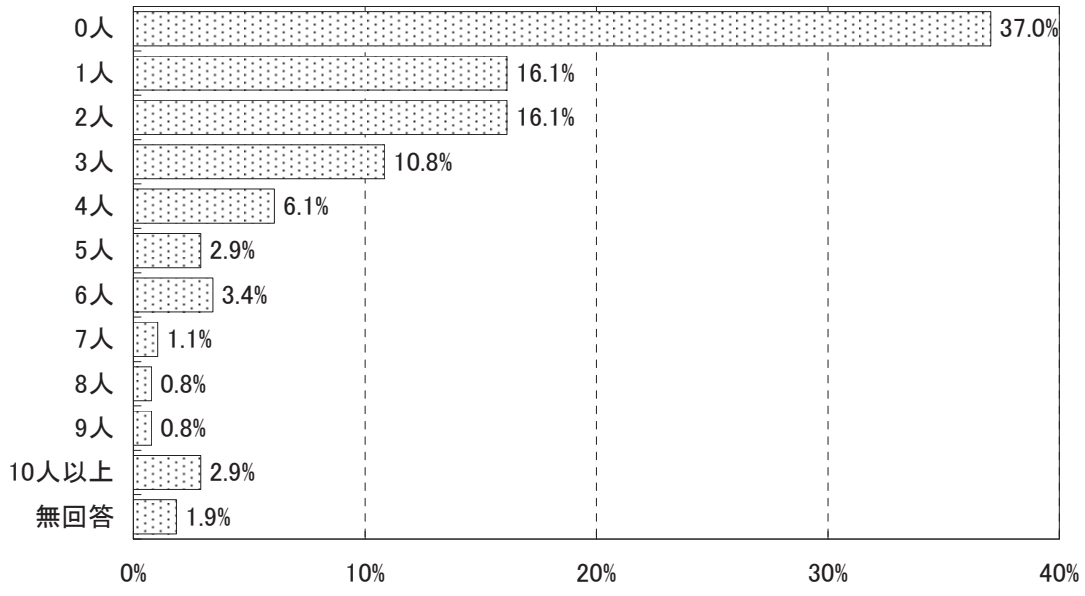
図表２-3-1　在宅看取り人数等　（n=361）

単位：人

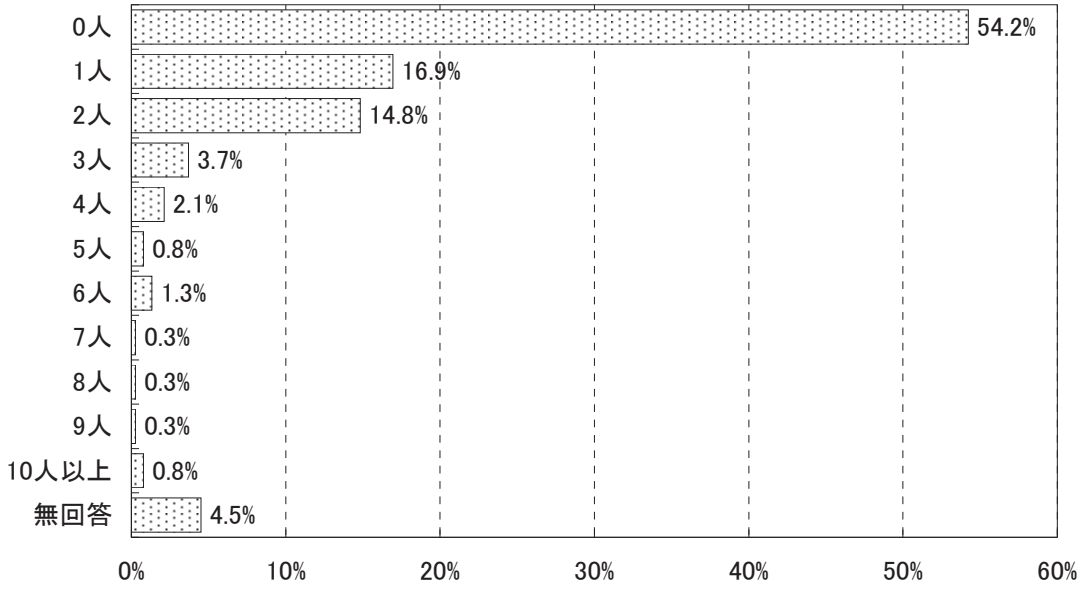
	合計値	在宅看取人数に対する比率	要介護認定者に対する比率	平均値	標準偏差	中央値
在宅看取り人数	762	100.0%		2.1	4.0	1.0
「がん」が主要疾患の利用者数	359	47.1%		1.0	1.8	0.0
要介護認定者	600	78.7%	100.0%	1.7	2.3	1.0
他法人の居宅介護支援事業所の利用者数	358		59.7%	1.0	1.4	0.0
死亡前の１か月間に訪問介護を利用していた利用者数	245		40.8%	0.7	1.2	0.0

※なお、本表では、Q９～Q9-4 全ての回答があった場合のみ集計対象とした。

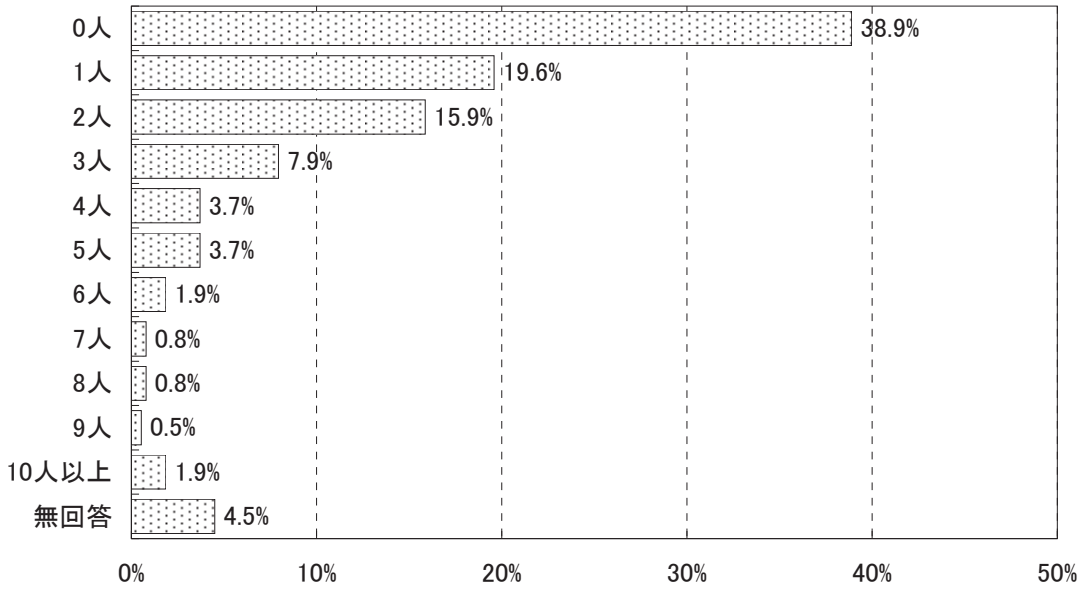
図表２-3-2　在宅看取り人数　(n=378)



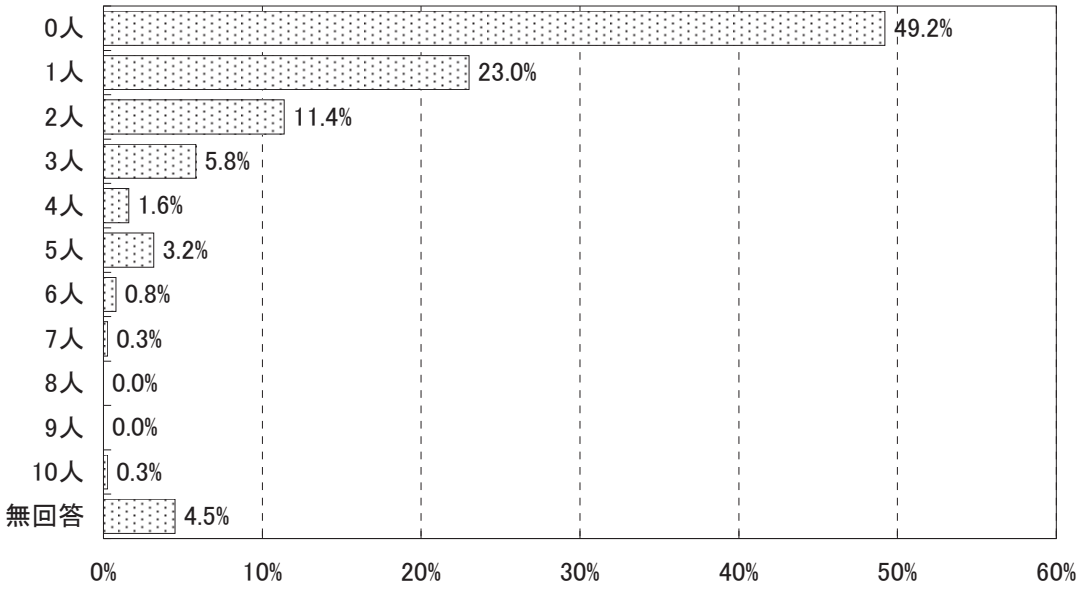
図表２-3-3　在宅看取りのうち、がんが主要疾患の利用者数　(n=378)



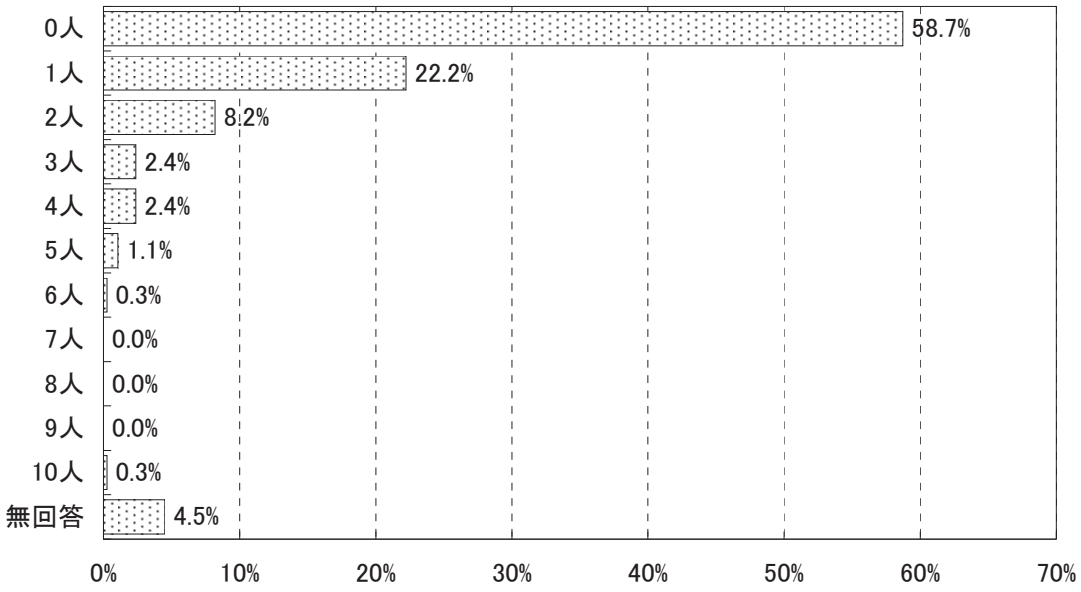
図表２-3-4　在宅看取りの利用者のうち、要介護認定者数　(n=378)



図表２-3-5　在宅看取りの要介護認定者のうち、
他法人の居宅介護支援事業所の利用者数　(n=378)



図表２-3-6　在宅看取りの要介護認定者のうち、
死亡前の１か月間に訪問介護を利用していた利用者数　(n=378)



2) 訪問介護事業所

平成 23 年４月～９月において、訪問介護事業所における在宅看取り人数は、平均 0.9 人だった。

うち、「がん」が主要疾患の利用者数は平均 0.4 人だった。

他法人の居宅介護支援事業所の利用者数は 0.3 人、死亡前の１か月間に訪問看護を利用していた利用者数は 0.6 人だった。

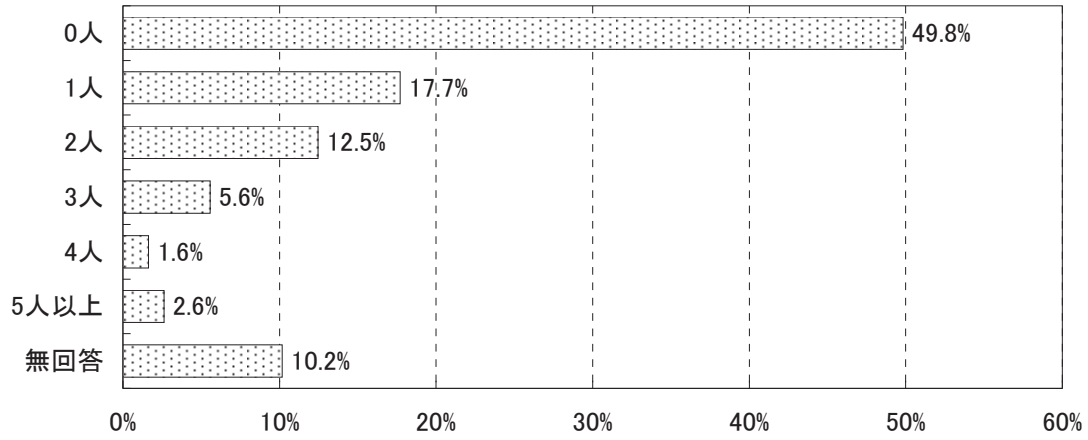
図表２-3-7　在宅看取り人数等　（n=272）

単位：人

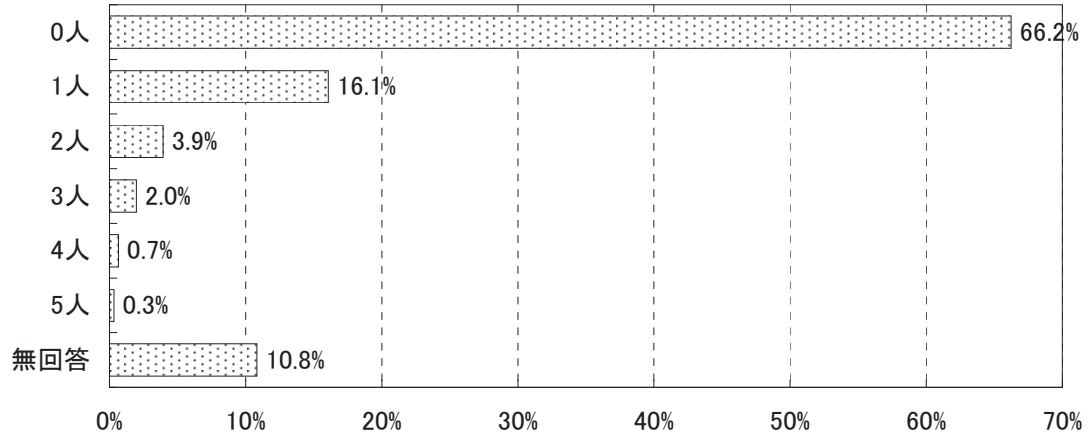
	合計値	在宅看取人数に対する比率	平均値	標準偏差	中央値
在宅看取り人数	241	100.0%	0.9	1.3	0.0
「がん」が主要疾患の利用者数	104	43.2%	0.4	0.8	0.0
他法人の居宅介護支援事業所の利用者数	79	32.8%	0.3	0.7	0.0
死亡前の１か月間に訪問看護を利用していた利用者数	152	63.1%	0.6	1.0	0.0

※なお、本表では、Q９～Q9-4 全ての回答があった場合のみ集計対象とした。

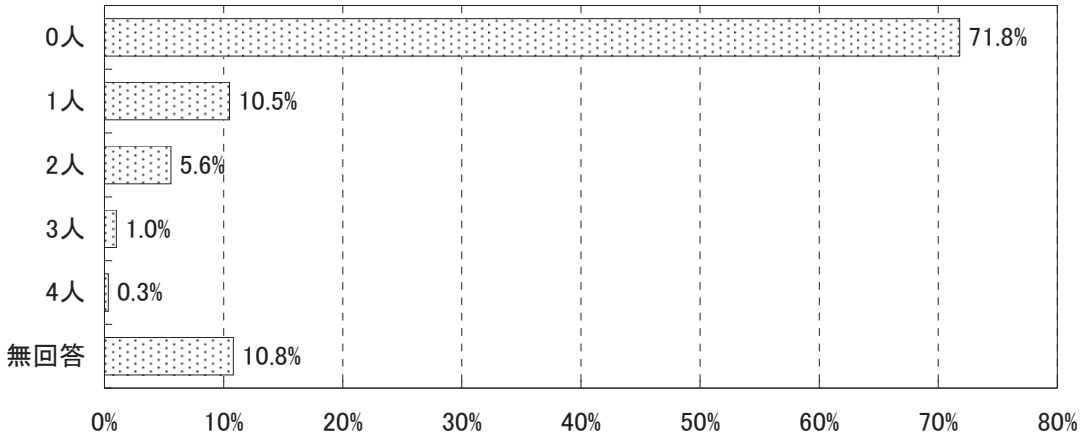
図表２-3-8　在宅看取り人数　(n=305)



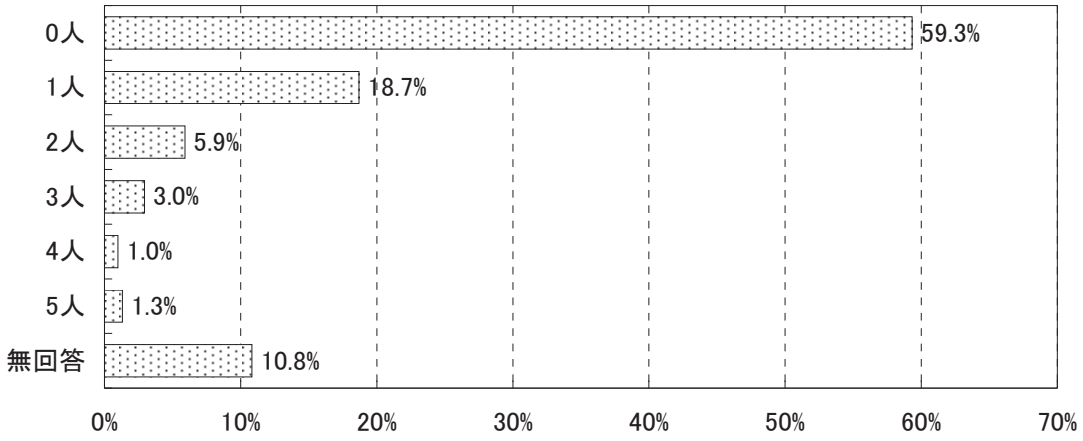
図表２-3-9　在宅看取りの利用者のうち、がんが主要疾患の利用者数　(n=305)



図表２-3-10　在宅看取りの利用者のうち、他法人の居宅介護支援事業所の利用者数　(n=305)



図表２-3-11　在宅看取りの利用者のうち、死亡前の１か月間に訪問看護を利用していた利用者数　(n=305)



3) 介護支援事業所

平成 23 年４月～９月において、訪問介護事業所における在宅看取り人数は、平均 1.5 人だった。

うち、「がん」が主要疾患の利用者数は平均 0.7 人だった。

死亡前の１か月間に訪問看護を利用していた利用者数は平均 1.0 人、訪問介護を利用していた利用者数は平均 0.7 人だった。

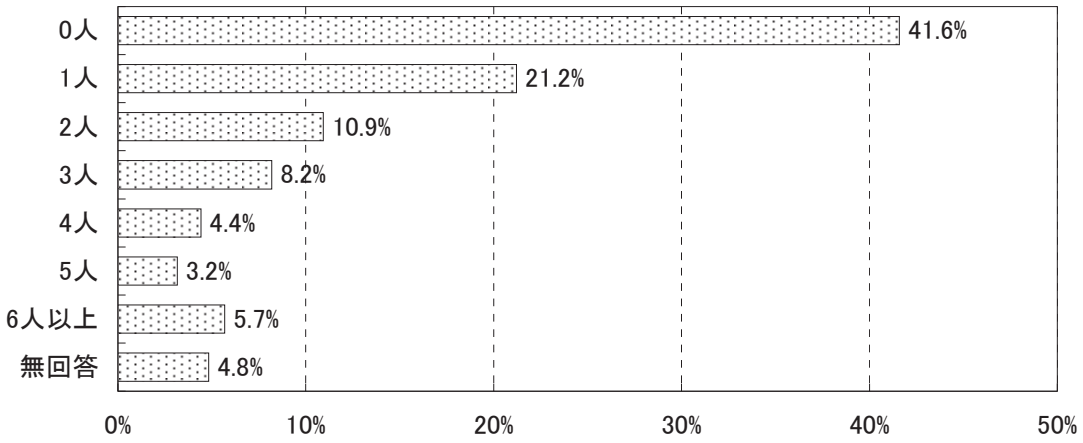
図表２-3-12　在宅看取り人数等　（n=452）

単位：人

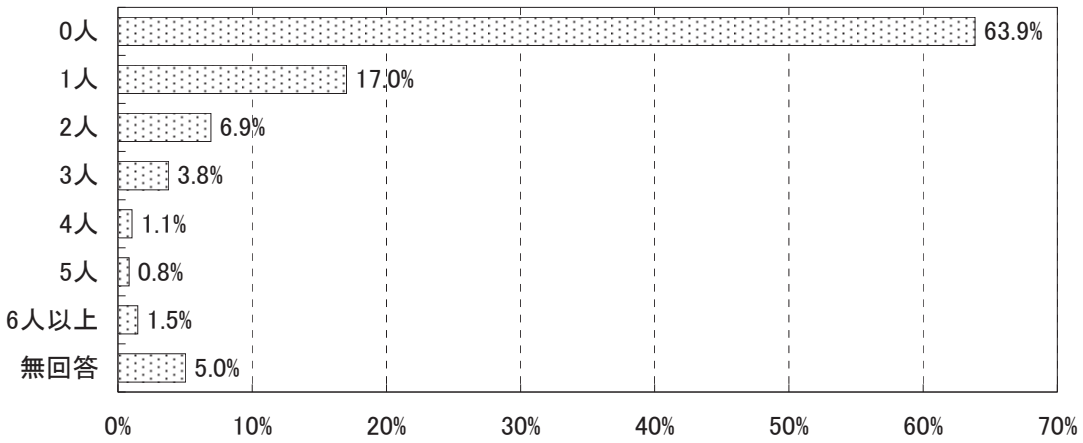
	合計値	在宅看取人数に対する比率	平均値	標準偏差	中央値
在宅看取り人数	696	100.0%	1.5	2.2	1.0
「がん」が主要疾患の利用者数	299	43.0%	0.7	1.4	0.0
死亡前の１か月間に訪問看護を利用していた利用者数	432	62.0%	1.0	1.7	0.0
死亡前の１か月間に訪問介護を利用していた利用者数	296	42.6%	0.7	1.2	0.0

※なお、本表では、Q９～Q9-4 全ての回答があった場合のみ集計対象とした。

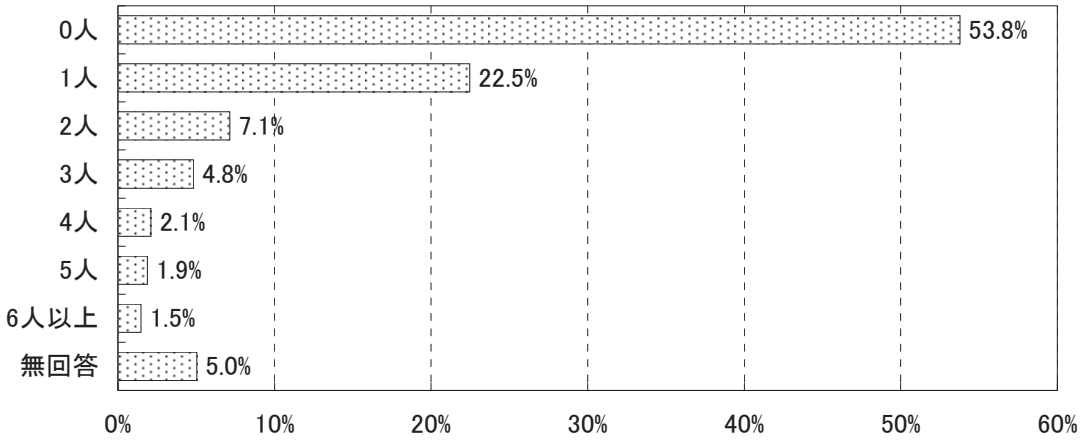
図表２-3-13　在宅看取りの利用者　(n=476)



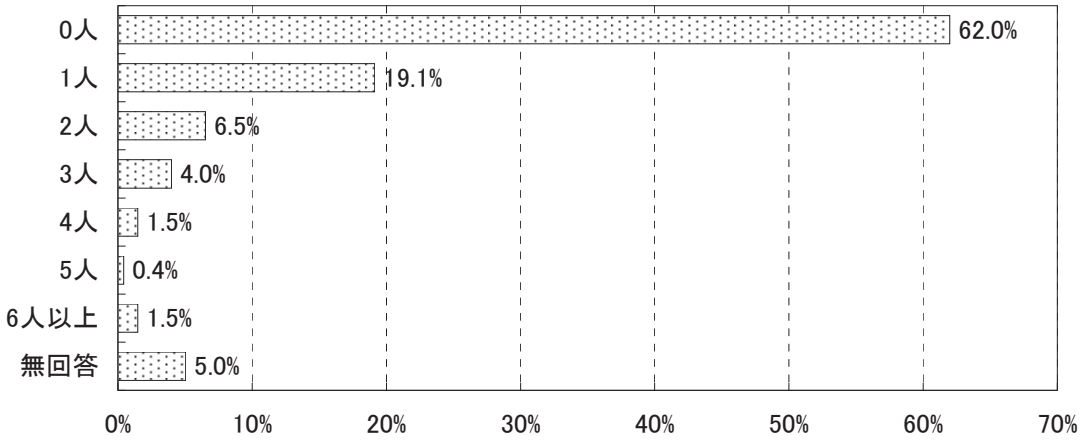
図表２-3-14　在宅看取りの利用者のうち、がんが主要疾患の利用者数　(n=476)



図表２-3-15　在宅看取りの利用者のうち、死亡前１か月間に訪問看護を利用していた利用者数　(n=476)



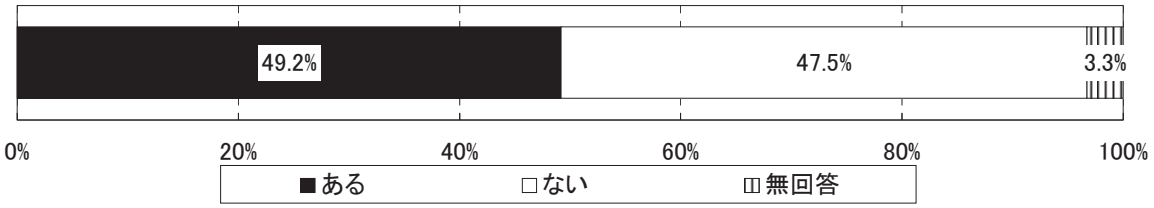
図表２-3-16　在宅看取りの利用者のうち、死亡前１か月間に訪問介護を利用していた利用者数　(n=476)



2. １ヵ月以内の死亡が予想される利用者宅への訪問の有無（訪問介護のみ）

訪問介護事業所に対して、１か月以内の死亡が予想される利用者宅への訪問を行うことがあるか、たずねたところ、「ある」が 49.2%、「ない」が 47.5%で、半々の回答だった。

図表２-3-17　１ヶ月以内の死亡が予想される利用者宅への訪問の有無　(n=305)



3. 別事業所の訪問看護師と訪問介護員の同時訪問の実施

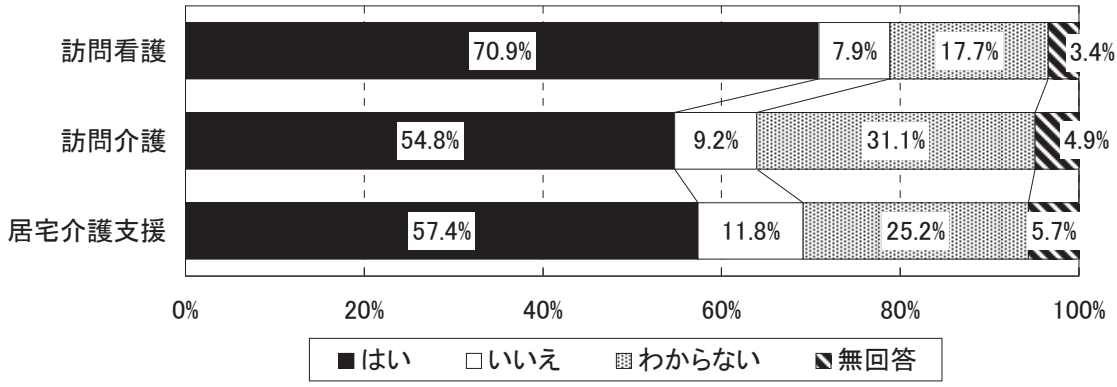
事業所が所在する自治体において、別事業所の訪問看護師と訪問介護員の同時訪問が必要に応じて実施できるかたずねたところ、訪問看護師では「はい」が 70.9%、「いいえ」が 7.9%だった。「わからない」が 17.7%だった。

訪問介護員は「はい」が 54.8%、「いいえ」が 9.2%、「わからない」が 31.1%だった。

介護支援専門員では「はい」が 57.4%、「いいえ」が 11.8%、「わからない」が 25.2%だった。

いずれの職種でも、「いいえ」（必要に応じて実施することができない）という回答が約１割だった。

図表２-3-18　別事業所の訪問看護師と訪問介護員の同時訪問の実施



（訪問看護：n=378、訪問介護：n=305、居宅介護支援：n=476）

第4節 回答者の基本属性等

1. 訪問看護師

1) 年齢、臨床経験年数、訪問看護師経験年数

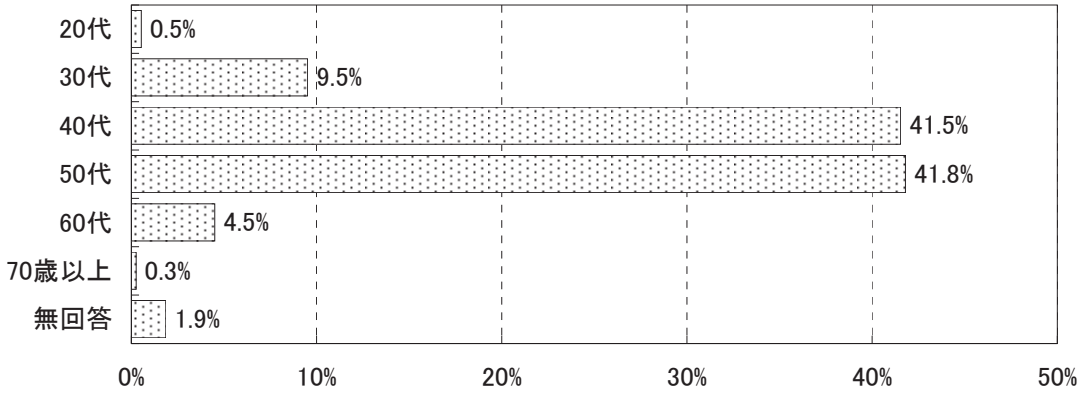
回答した訪問看護師の年齢は、平均 48.5 歳だった。

臨床経験年数は、平均 19.5 年、訪問看護師としての経験年数は平均 8.6 年だった。

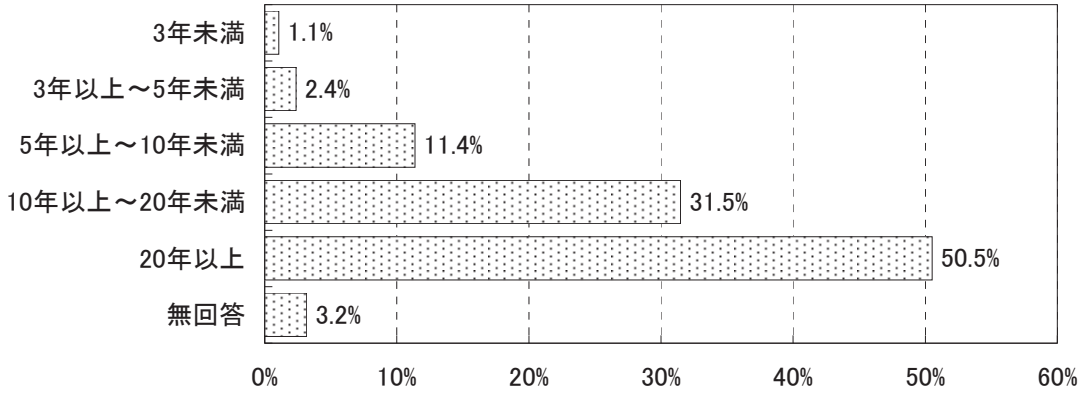
図表２-4-1　年齢等

	件数	平均値	標準偏差	中央値
年齢（歳）	371	48.5	7.2	49.0
臨床経験年数（年）	366	19.5	9.2	20.0
訪問看護師経験年数（年）	370	8.6	5.5	8.0

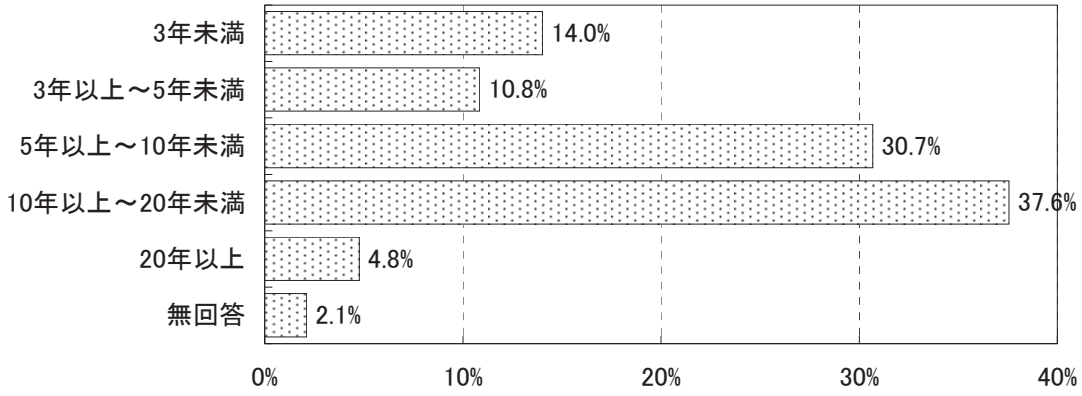
図表２-4-2　回答者の年齢　(n=378)



図表２-4-3　回答者の臨床経験年数　(n=378)



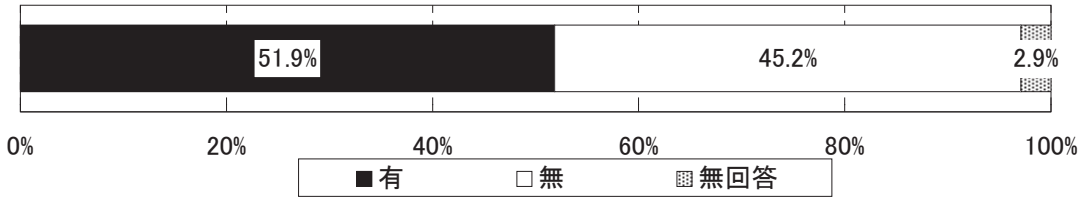
図表２-4-4　回答者の訪問看護師経験年数　(n=378)



2) 介護支援専門員資格の有無

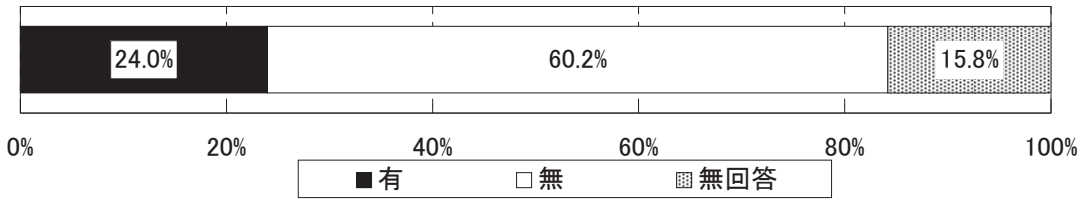
介護支援専門員資格は、「有」が 51.9%、「無」が 45.2%だった。

図表２-4-5　介護支援専門員資格の有無　(n=378)



「有」と回答した 196 人のうち、兼務は「有」が 24.0%、「無」が 60.2%だった。

図表２-4-6　兼務の有無　(n=196)



2. 訪問介護員

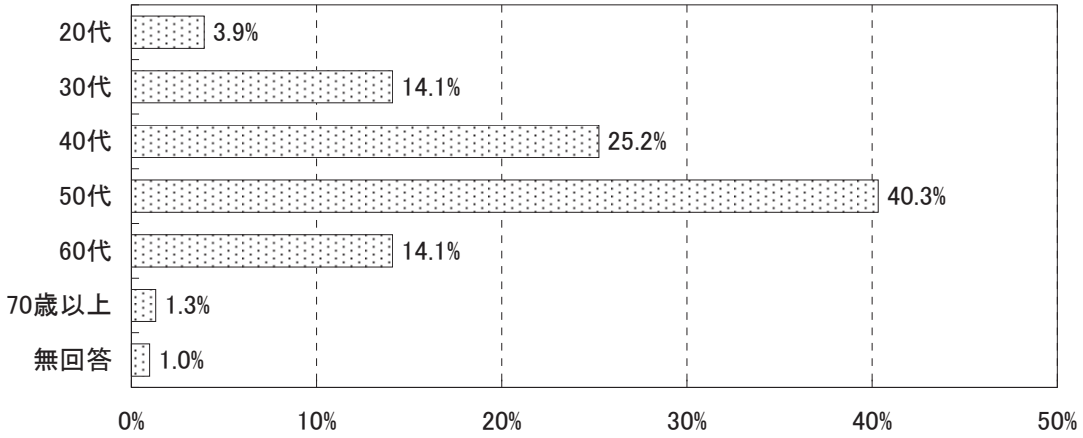
1) 年齢

回答した訪問介護員の平均年齢は 49.5 歳だった。

図表 2-4-7　年齢

	件数	平均値	標準偏差	中央値
年齢（歳）	302	49.5	10.2	51.0

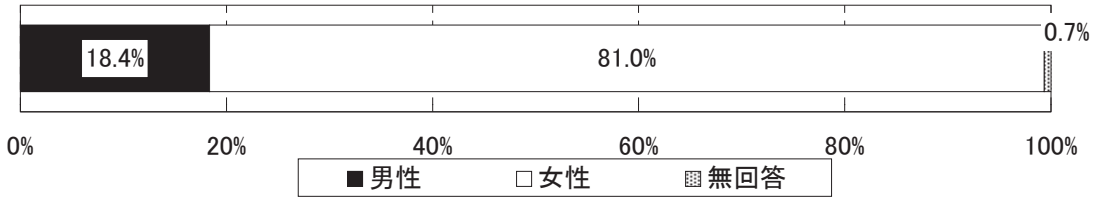
図表 2-4-8　年齢　(n=305)



2) 性別

記入者の性別は、「男性」が 18.4%、「女性」が 81.0%だった。

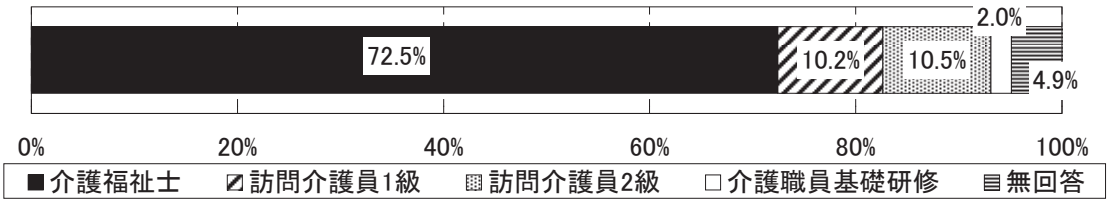
図表 2-4-9　性別　(n=305)



3) 資格

記入者の資格は、「介護福祉士」が 72.5%で最も多く、次いで「訪問介護員 2 級」が 10.5%、「訪問介護員 1 級」が 10.2%だった。

図表 2-4-10　資格　(n=305)



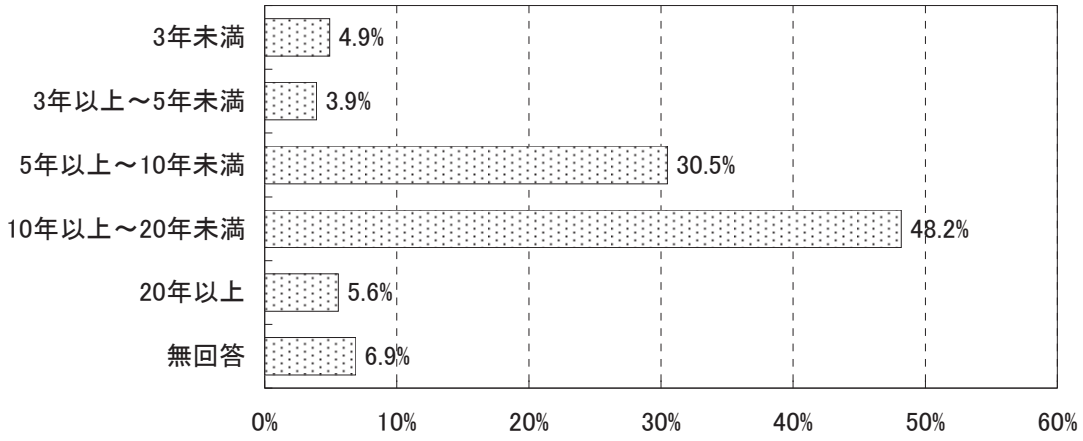
4) 介護職の経験年数

介護職の経験年数は、平均 10.4 年だった。

図表 2-4-11　介護職の経験年数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
介護職の経験年数（年）	284	10.4	5.1	10.0

図表 2-4-12　介護職の経験年数　(n=305)

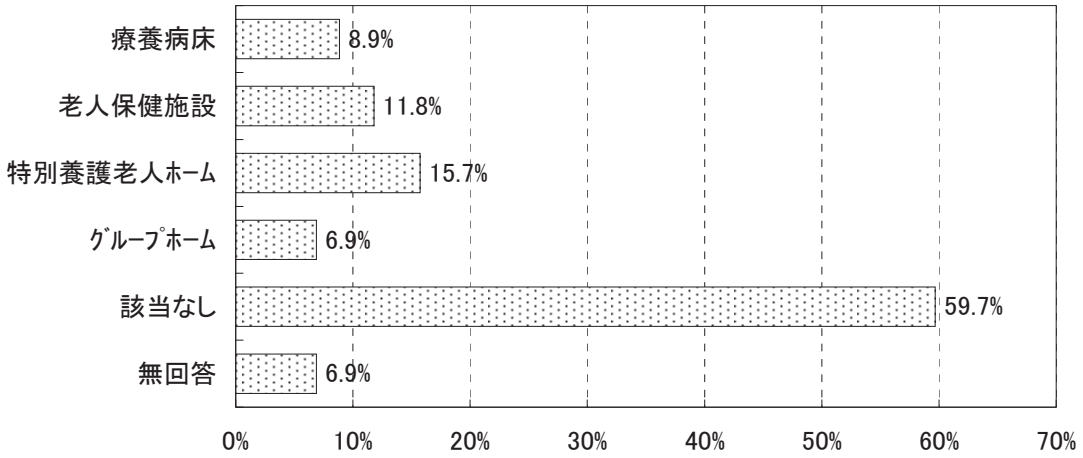


5) 施設経験

(1)　施設勤務経験の有無

記入者の施設勤務経験は、「特別養護老人ホーム」が 15.7%、「老人保健施設」が 11.8%だった。「該当なし」は 59.7%だった。

図表 2-4-13　施設経験の有無（複数回答）　(n=305)



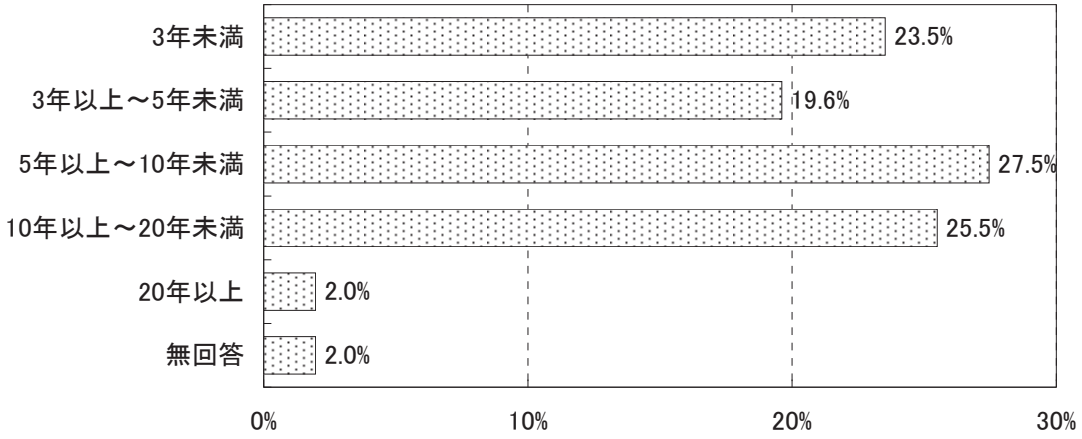
(2) 施設勤務経験年数

施設勤務経験があると回答した 102 人のうち、回答があった 100 人において、施設金経験年数は、平均 6.5 年だった。

図表 2-4-14　施設勤務経験年数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
施設勤務経験年数（年）	100	6.5	4.9	5.0

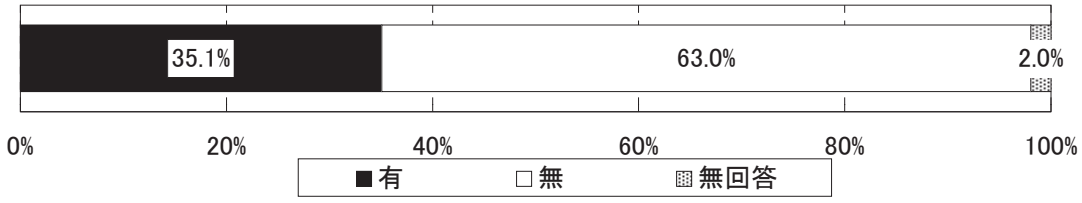
図表 2-4-15　施設勤務経験年数　(n=102)



6) 介護支援専門員資格の有無

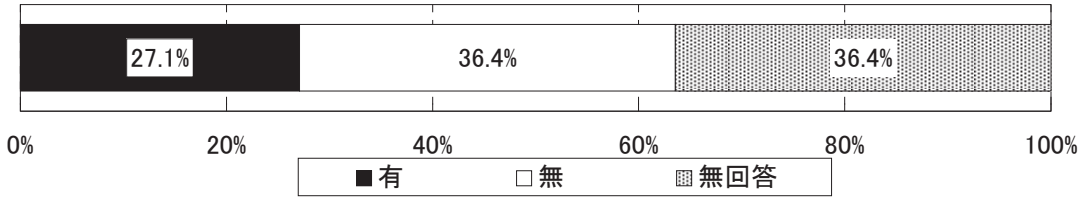
介護支援専門員資格は、「有」が 35.1%、「無」が 63.0%だった。

図表 2-4-16　介護支援専門員資格の有無　(n=305)



「有」と回答した 107 人のうち、兼務の有無について「有」は 27.1%、「無」は 36.4%だった。

図表 2-4-17　兼務の有無　(n=107)



3. 介護支援専門員

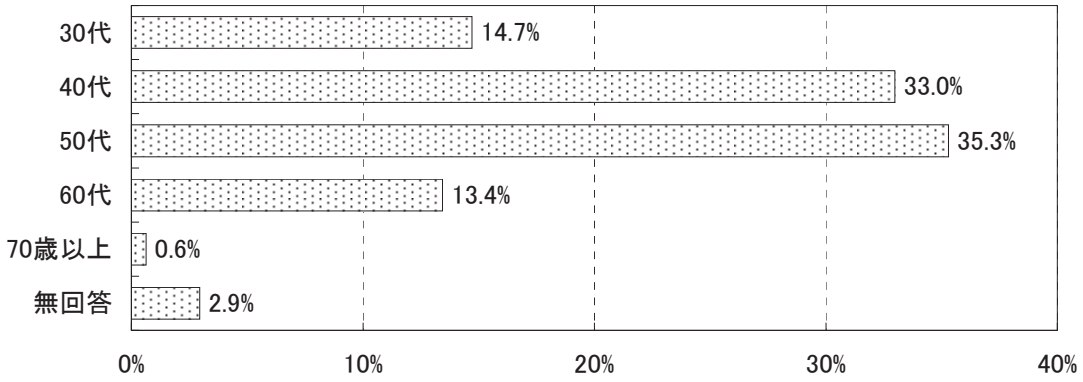
1) 年齢

回答者の年齢は、平均 49.2 歳だった。

図表２-4-18　年齢

	件数	平均値	標準偏差	中央値
年齢（歳）	462	49.2	8.8	50.0

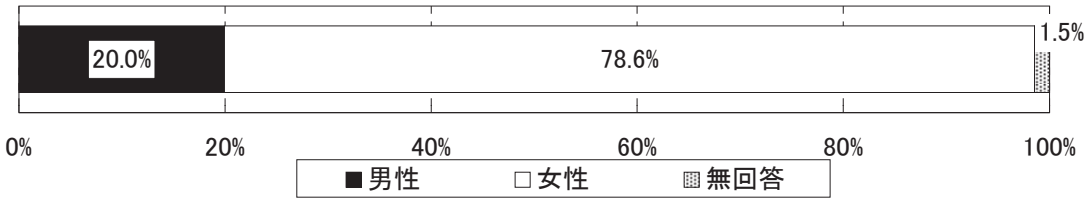
図表２-4-19　年齢　(n=476)



2) 性別

記入者の性別は、「男性」が 20.0%、「女性」が 78.6%だった。

図表２-4-20　性別　(n=476)



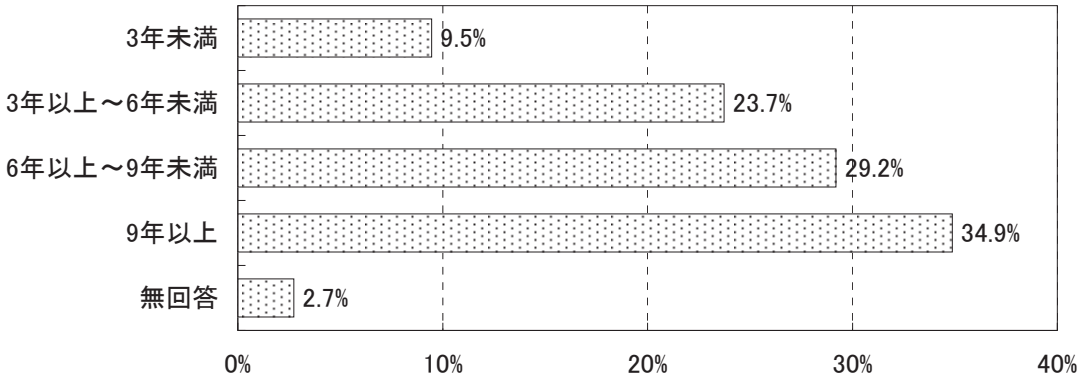
3) 介護支援専門員としての経験年数

介護支援専門員としての経験年数は、平均 7.1 年だった。

図表２-4-21　介護支援専門員としての経験年数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
介護支援専門員としての経験年数（年）	463	7.1	3.1	7.0

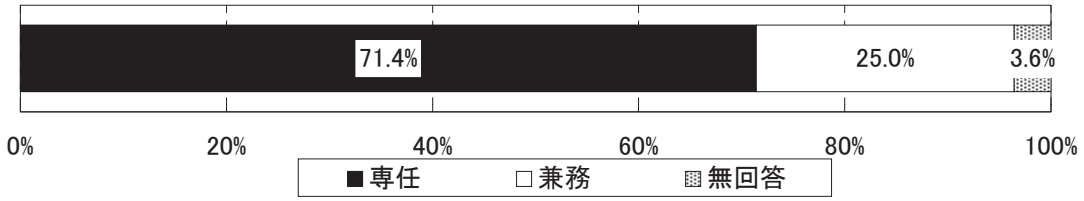
図表２-4-22　介護支援専門員としての経験年数　(n=476)



4) 介護支援専門員専任か兼務か

介護支援専門員を「専任」で行っているのは 71.4%、「兼務」しているのは 25.0%だった。

図表 2-4-23　介護支援専門員専任か兼務か　(n=476)

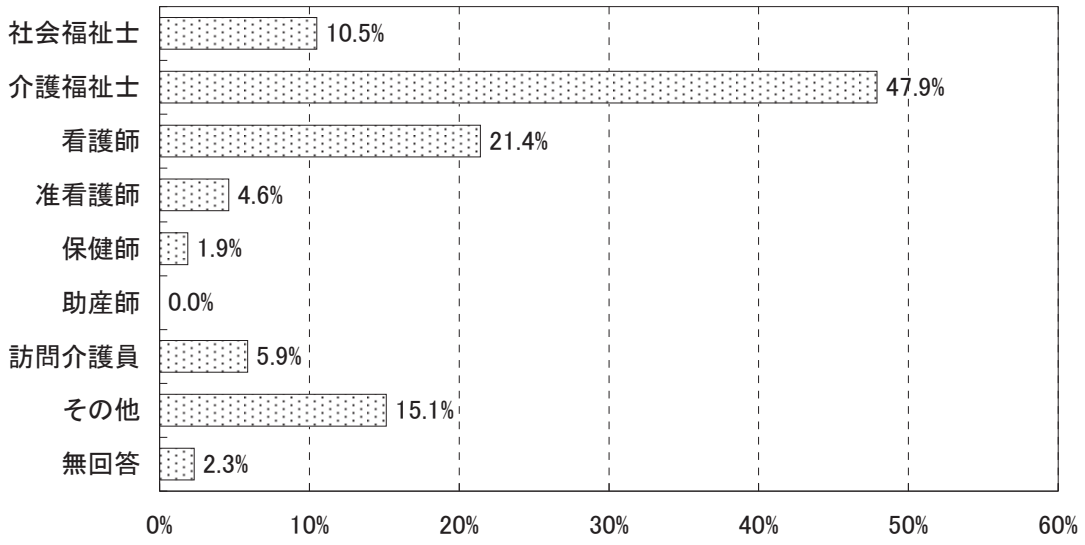


5) 基礎資格

(1) 資格

記入者の基礎資格は、「介護福祉士」が 47.9%、「看護師」が 21.4%、「社会福祉士」が 10.5%だった。

図表 2-4-24　基礎資格（複数回答）　(n=476)



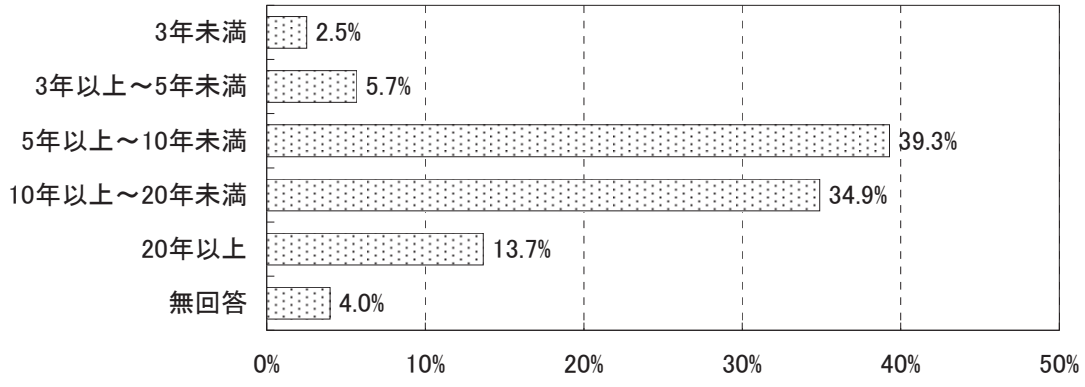
(2) 基礎資格における経験年数

基礎資格における経験年数は、平均 11.1 年だった。

図表 2-4-25　基礎資格における経験年数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
基礎資格における経験年数（年）	457	11.1	7.5	10.0

図表 2-4-26　基礎資格における経験年数　(n=476)

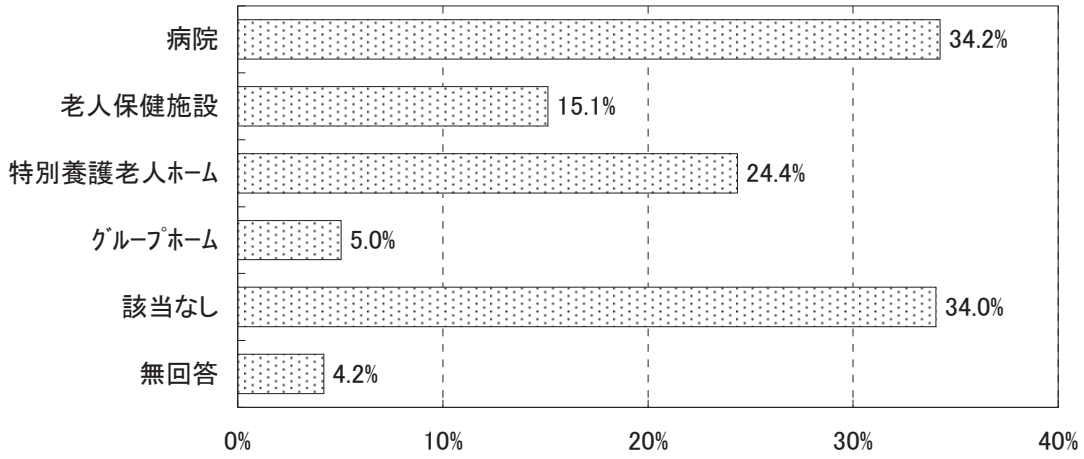


6) 施設での勤務経験

(1) 勤務経験の有無

施設での勤務経験は、「病院」が 34.2%、「特別養護老人ホーム」が 24.4%だった。「該当なし」は 34.0%だった。

図表 2-4-27　施設経験の有無（複数回答）　(n=476)



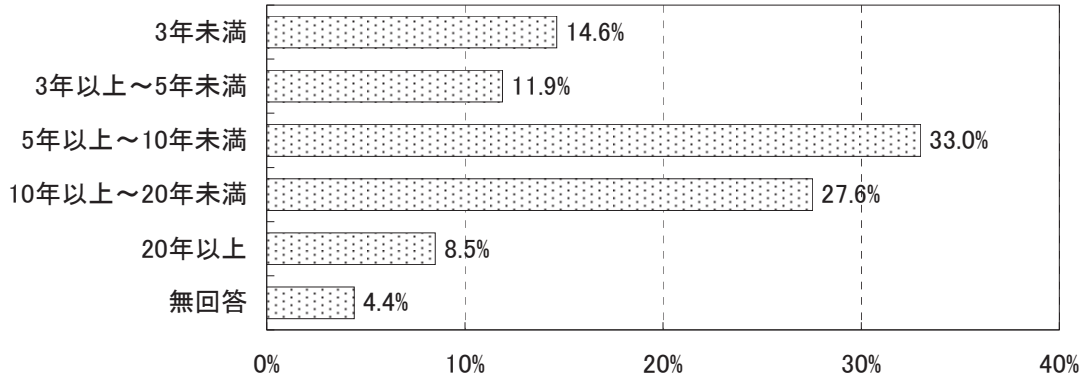
(2) 施設での勤務経験年数

施設勤務経験があると回答した 294 人のうち、回答があった 281 人において、施設勤務経験年数は、平均 8.8 年だった。

図表 2-4-28　施設での勤務経験年数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
施設での勤務経験年数（年）	281	8.8	7.0	7.0

図表 2-4-29　施設での勤務経験年数　(n=294)



第5節 回答者の看取り・研修の経験、自信、考え等

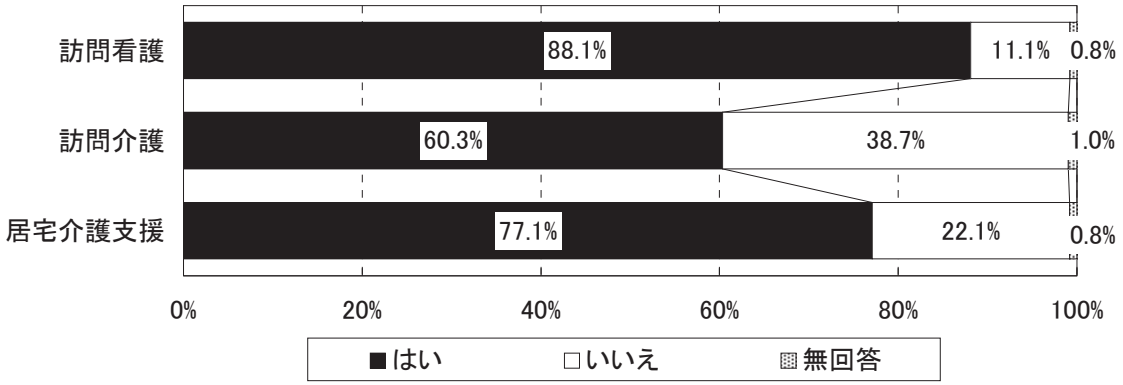
1. 在宅看取りの支援経験

これまでに在宅での看取り（搬送先等での 24 時間以内の死亡を含む）の支援経験があるかたずねたところ、訪問看護師は「はい」が 88.1%、「いいえ」が 11.1%だった。

訪問介護員は「はい」が 60.3%、「いいえ」が 38.7%だった。

居宅介護支援員は「はい」が 77.1%、「いいえ」が 22.1%だった。

図表２-5-1　在宅看取りの支援経験



（訪問看護：n=378、訪問介護：n=305、居宅介護支援：n=476）

2. 看取りの人数

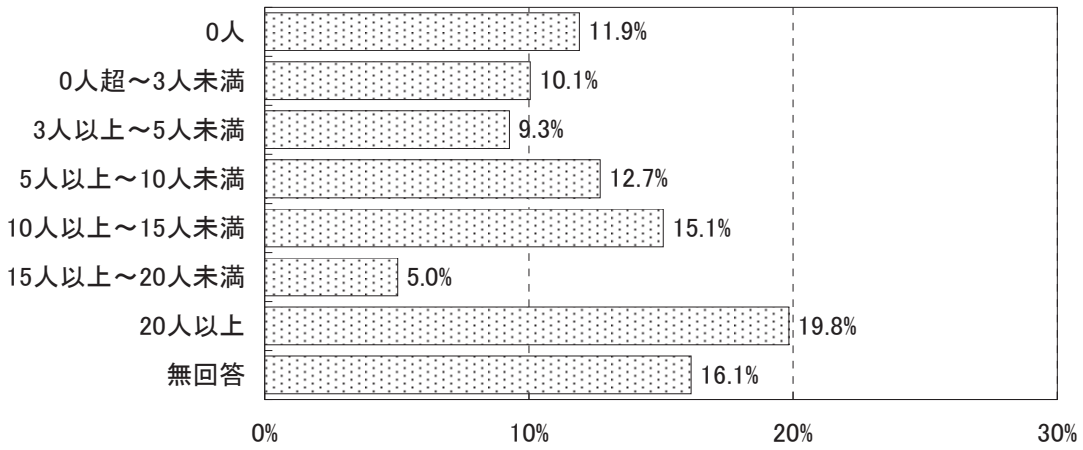
これまでの在宅看取り（主担当）の経験数は、訪問看護師は平均 14.0 人だった。

在宅死亡事例の担当経験は、訪問介護員は平均 3.6 人、介護支援専門員は平均 7.2 人だった。

図表２-5-2　在宅看取りの経験数：訪問看護師

	件数	平均値	標準偏差	中央値
在宅看取りの経験数（人）	317	14.0	20.8	8.0

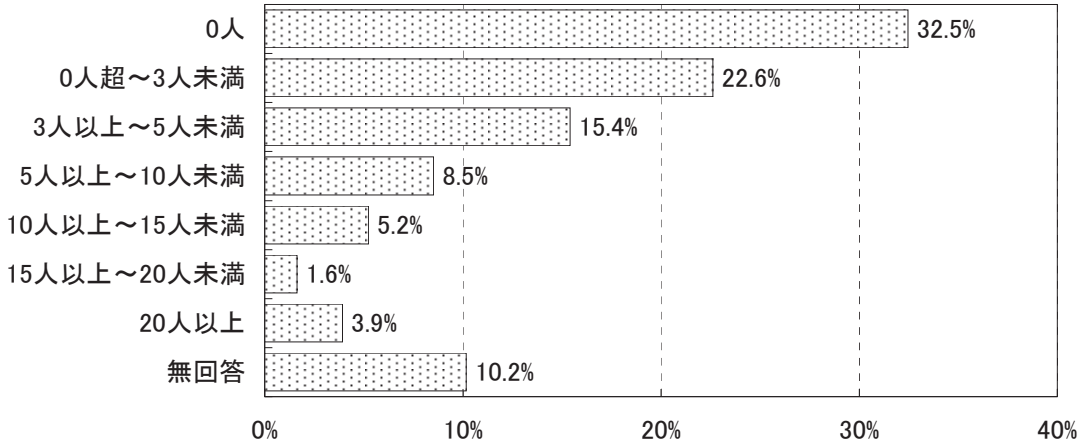
図表２-5-3　在宅看取りの経験数の分布：訪問看護師　(n=378)



図表２-5-4　在宅死亡事例の担当経験数：訪問介護員

	件数	平均値	標準偏差	中央値
在宅死亡事例の担当経験数（人）	274	3.6	6.2	2.0

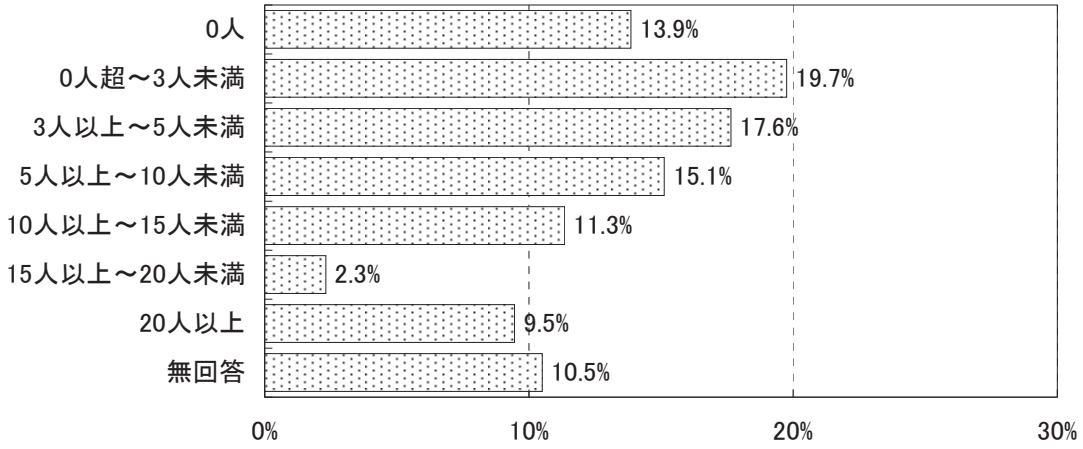
図表２-5-5　在宅死亡事例の担当経験数の分布：訪問介護員　(n=305)



図表２-5-6　在宅死亡事例の担当経験数：介護支援専門員

	件数	平均値	標準偏差	中央値
在宅死亡事例の担当経験数（人）	426	7.2	10.7	3.0

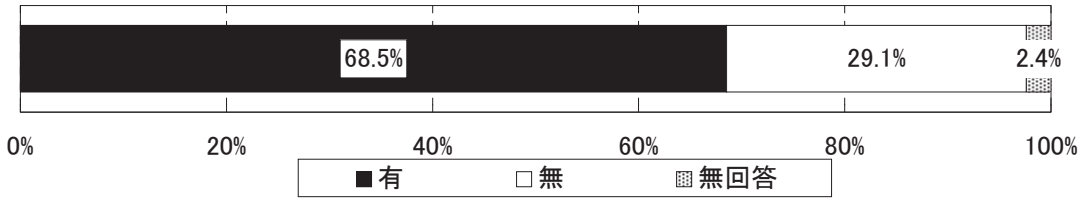
図表２-5-7　在宅死亡事例の担当経験数の分布：介護支援専門員　(n=476)



3. 在宅看取りに関する外部研修

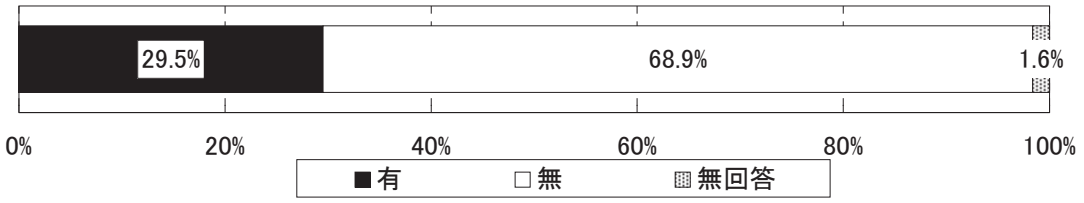
訪問看護師では、在宅看取りに関する外部の研修を受けた経験は、「有」が 68.5%、「無」が 29.1%だった。

図表２-5-8　在宅看取りに関する外部研修：訪問看護師　(n=378)



訪問介護員では、在宅看取りに関する外部の研修を受けた経験は、「有」が 29.5%、「無」が 68.9%だった。

図表２-5-9　在宅看取りに関する外部研修：訪問介護員　(n=305)



4. 看取りを担当する自信

担当している利用者が在宅での看取りを希望した場合、自分で最期まで在宅での看取りを担当する自信があるかたずねた。

訪問看護師は「ある」が 68.5%、「少しある」が 18.3%で、合わせて 86.8%だった。

訪問介護員は「ある」が 36.4%、「少しある」が 33.8%で、合わせて 70.2%だった。

介護支援専門員は「ある」が 39.1%、「少しある」が 32.6%で、合わせて 71.7%だった。

訪問介護員、介護支援専門員での約 7 割に比べ、訪問看護師では 86.8%と比較的高かった。さらに、訪問看護師は「ある」という回答の割合が 68.5%で、訪問介護員と介護支援専門員よりも高かった。

一方で自信が「ない」または「あまりない」と回答したのは、訪問看護師は 10.1%、訪問介護員は 25.9%、介護支援専門員は 24.6%だった。

自信が「ない」または「あまりない」理由は、訪問看護師は「臨機応変な判断・決断に不安がある」が 50.0%で最も多く、次いで「必要な医療知識・技術に不安がある」が 44.7%だった。

訪問介護員は「必要な医療知識・技術に不安がある」が 77.2%で最も多く、次いで「臨機応変な判断・決断に不安がある」が 67.1%だった。

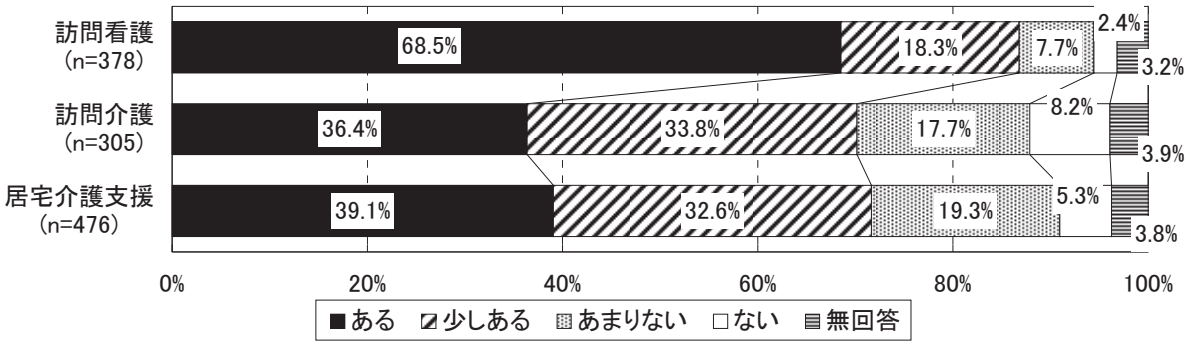
介護支援専門員は「必要な医療知識・技術に不安がある」が 72.6%で最も多く、次いで「臨機応変な判断・決断に不安がある」が 63.2%だった。

不安を感じる理由はおおむね一致しているが、訪問看護師では臨機応変な判断・決断の方により不安を感じ、訪問介護員と介護支援専門員では必要な医療知識・技術の方により不安を感じていた。

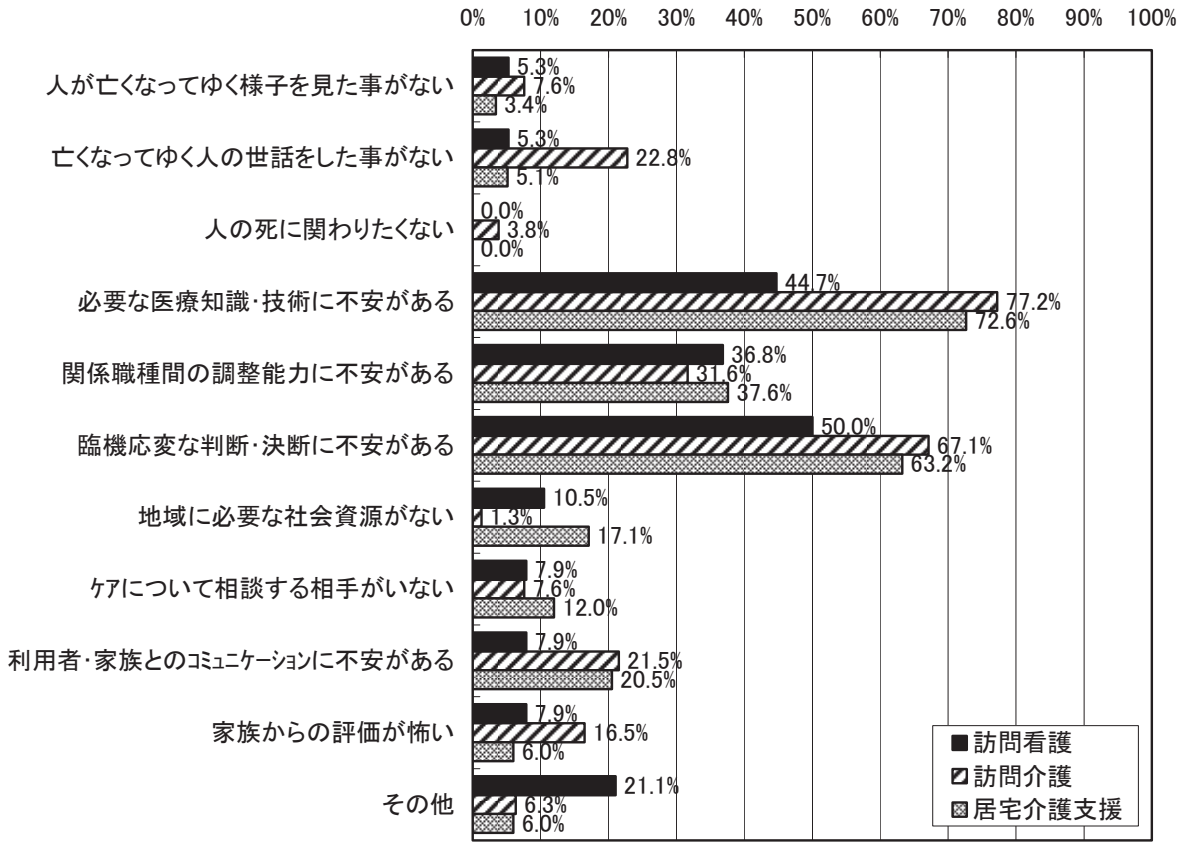
また、訪問介護員では「亡くなってゆく人の世話をしたことがない」が 22.8%と他の職種に比較すると高かった点が特徴的であった。

「利用者・家族とのコミュニケーションに不安がある」が訪問看護師では、7.9%だったが、訪問介護員では 21.5%、介護支援専門員では 20.5%と 20%を超えており比較的高かった。

図表２-5-10　看取りを担当する自信の有無



図表２-5-11　自信がない理由（複数回答）



（訪問看護：n=38、訪問介護：n=79、居宅介護支援：n=117）

5. 自身が最期まで療養生活を送りたい場所

自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている場合、最期までの療養生活はどこで送りたいかをたずねた。

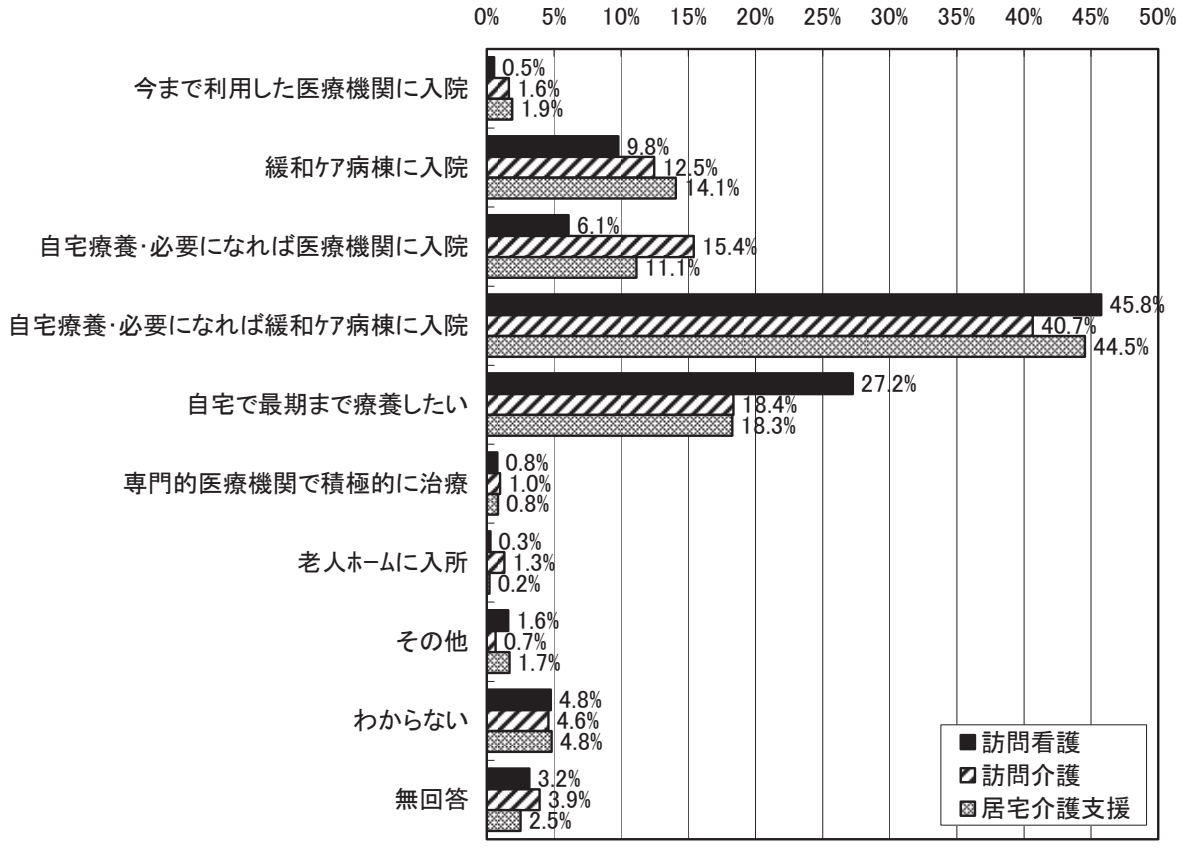
訪問看護師は「自宅療養・必要になれば緩和ケア病棟に入院」が 45.8%で最も多く、次いで「自宅で最期まで療養したい」が 27.2%、「緩和ケア病棟に入院」が 9.8%だった。

訪問介護員は「自宅療養・必要になれば緩和ケア病棟に入院」が 40.7%で最も多く、次いで「自宅で最期まで療養したい」が 18.4%、「自宅療養・必要になれば医療機関に入院」が 15.4%だった。

介護支援専門員は「自宅療養・必要になれば緩和ケア病棟に入院」が 44.5%で最も多く、次いで「自宅で最期まで療養したい」が 18.3%、「緩和ケア病棟に入院」が 14.1%だった。

全体として、自宅での療養を好む傾向と、医療機関よりも緩和ケア病棟への入院を好む傾向が見られた。訪問看護師では、訪問介護員と介護支援専門員よりも「自宅で最期まで療養したい」という回答が多かった。

図表 2-5-12　自身が最期までの療養生活を送りたい場所



（訪問看護：n=378、訪問介護：n=305、居宅介護支援：n=476）

6. 現在の制度のもとで自宅療養が最期まで可能かどうか

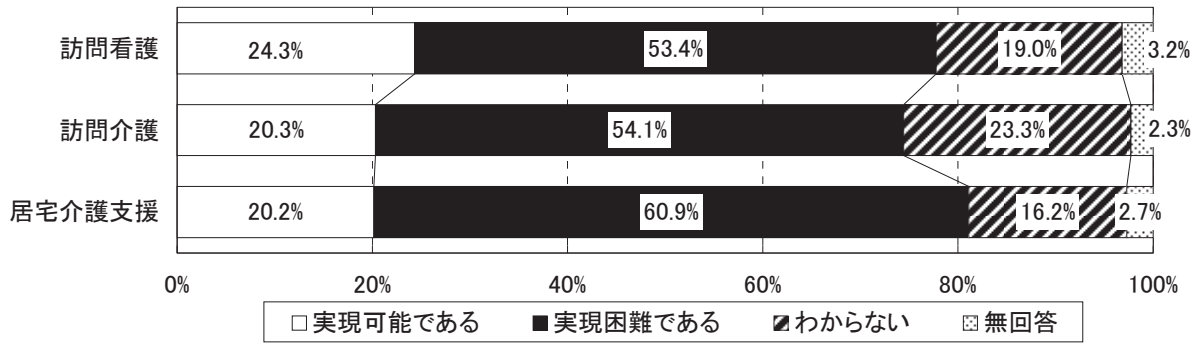
現在の制度のもとで最期まで自宅療養が可能かどうかについては、訪問看護師では「実現可能である」が 24.3%、「実現困難である」が 53.4%だった。

訪問介護員では「実現可能である」が 20.3%、「実現困難である」が 54.1%だった。

介護支援専門員では「実現可能である」が 20.2%、「実現困難である」が 60.9%だった。

いずれの職種でも半数以上が、現在の制度下では最期まで自宅療養することは「実現困難である」と回答していた。

図表２-5-13　現在の制度のもとで最期まで自宅療養が可能か



（訪問看護：n=378、訪問介護：n=305、居宅介護支援：n=476）

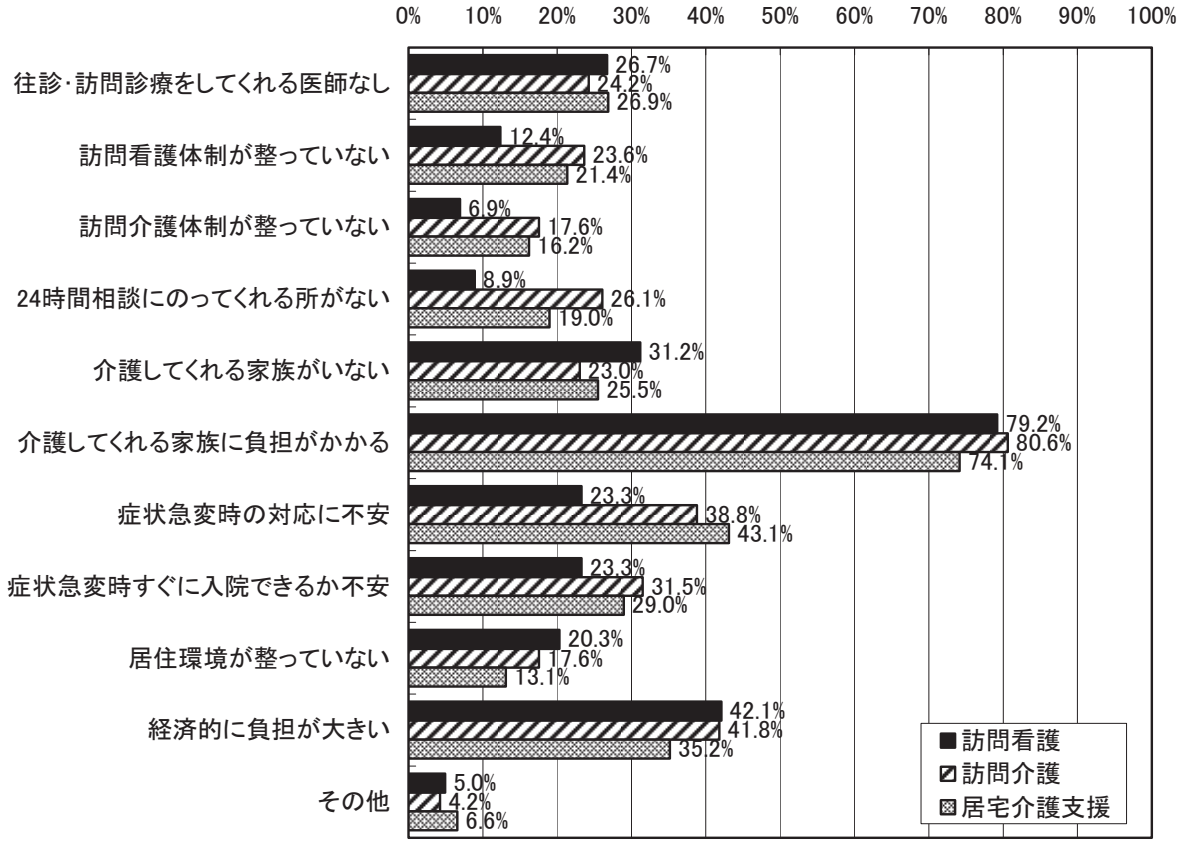
「実現困難である」理由は、訪問看護師では「介護してくれる家族に負担がかかる」が 79.2%で最も多く、次いで「経済的に負担が大きい」が 42.1%、「介護してくれる家族がいない」が 31.2%だった。

訪問介護員では「介護してくれる家族に負担がかかる」が 80.6%で最も多く、次いで「経済的に負担が大きい」が 41.8%、「症状急変時の対応に不安」が 38.8%だった。

介護支援専門員では「介護してくれる家族に負担がかかる」が 74.1%で最も多く、次いで「症状急変時の対応に不安」が 43.1%、「経済的に負担が大きい」が 35.2%だった。

いずれの職種でも「介護してくれる家族に負担がかかる」ことが最も大きな障害であることが伺えた。「訪問看護体制が整っていない」、「訪問介護体制が整っていない」、「24 時間相談にのってくれる所がない」、「症状急変時の対応に不安」の項目では、訪問看護師では訪問介護員と介護支援専門員よりも回答が少ない傾向が見られた。

図表 2-5-14　自宅療養が実現困難である理由（複数回答）



（訪問看護：n=202、訪問介護：n=165、居宅介護支援：n=290）

第6節 他職種への期待

1. 各職種への期待

1) 訪問看護師への期待

〇介護支援専門員から訪問看護師への期待

「特に期待する」に着目すると、「医師との効果的な橋渡しをする」が 76.8%、「利用者・家族に看取りに関して適切な説明をする」が 75.5%、「利用者の症状や医療処置について把握・理解する」が 70.6%で比較的高かった。

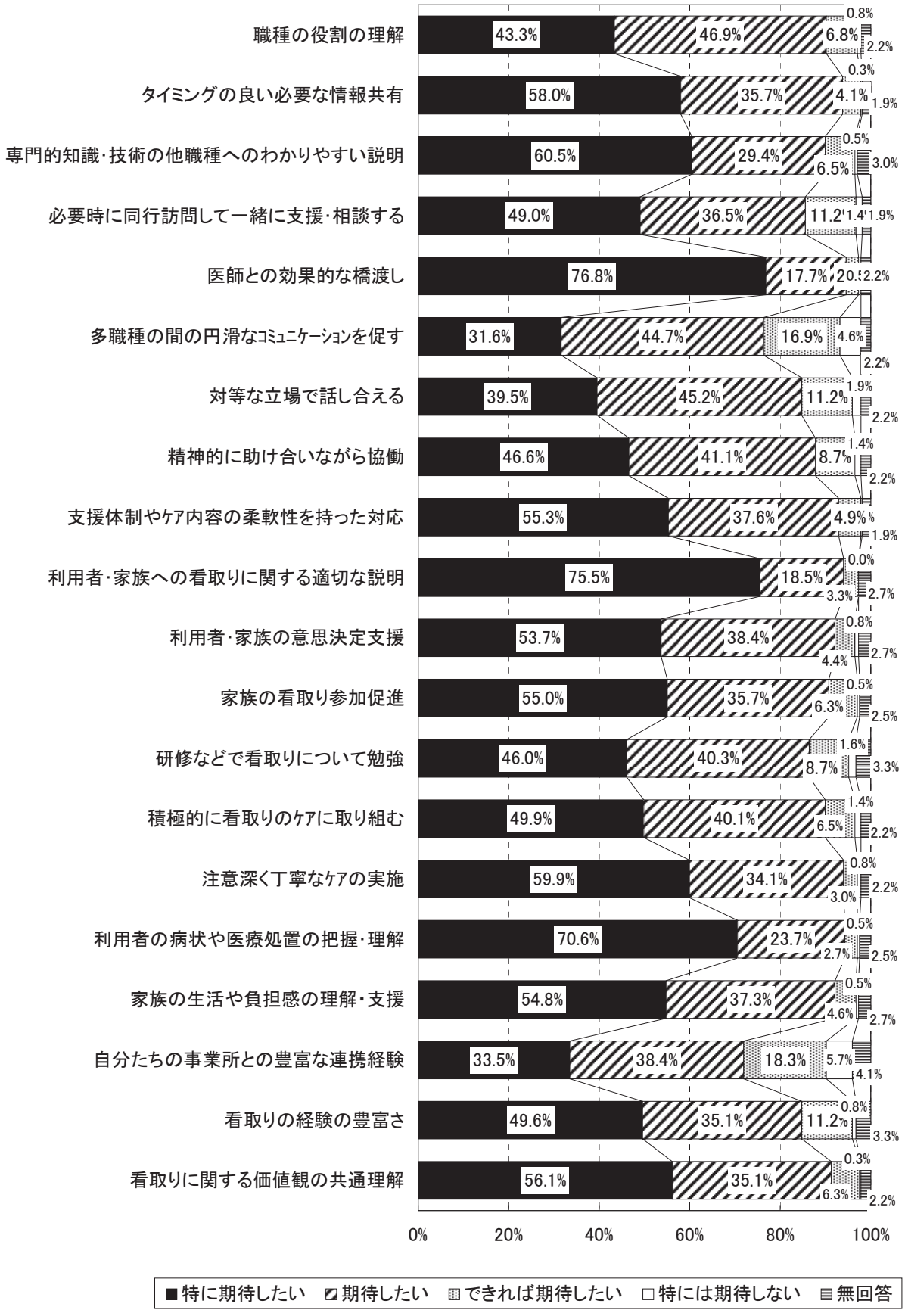
〇訪問介護員から訪問看護師への期待

「特に期待する」に着目すると、「利用者の症状や医療処置について把握・理解する」が 70.1%、「医師との効果的な橋渡しをする」が 68.5%、「利用者・家族に看取りに関して適切な説明をする」が 66.3%で比較的高かった。

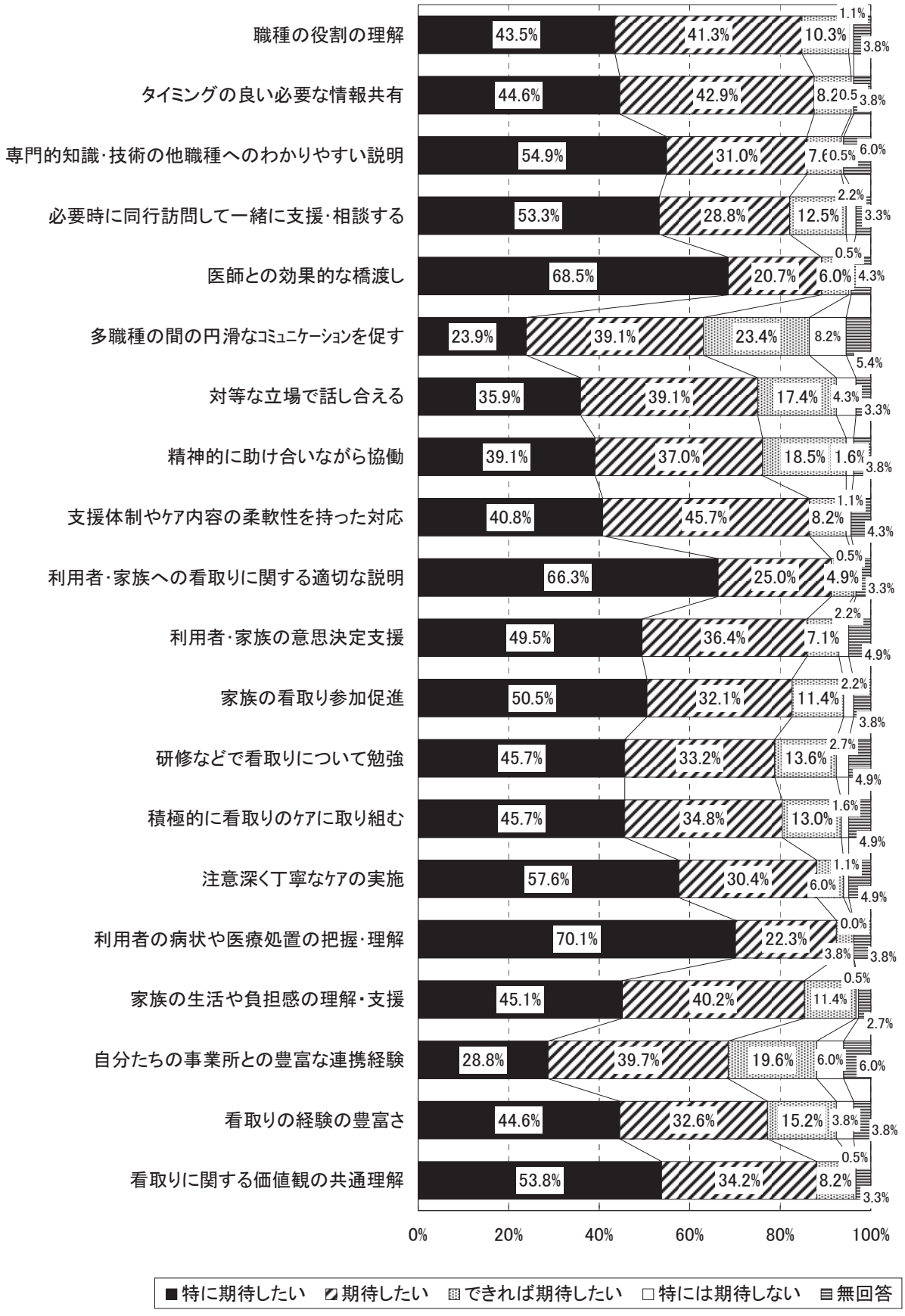
〇両職種からの期待の比較

介護支援専門員、訪問介護員の両者のいずれも、「医師との効果的な橋渡しをする」「利用者・家族に看取りに関して適切な説明をする」「利用者の症状や医療処置について把握・理解する」について、期待が高かった。

図表２-6-1　介護支援専門員から訪問看護師に期待する内容　(n=367)



図表２-6-2　訪問介護員から訪問看護師に期待する内容　(n=184)



2) 訪問介護員への期待

〇訪問看護師から訪問介護員への期待

「特に期待する」に着目すると、「注意深く丁寧にケアを実施する」が 44.1%、「タイミング良く必要な情報を共有する」が 40.2%、「家族の生活や負担感を理解して支援する」が 37.8%、「支援体制やケア内容に柔軟性を持って対応する」が 36.0%で比較的高かった。

〇介護支援専門員から訪問介護員への期待

「特に期待する」に着目すると、「家族の生活や負担感を理解して支援する」が 50.1%、「タイミング良く必要な情報を共有する」「注意深く丁寧にケアを実施する」がそれぞれ 46.9%、「支援体制やケア内容に柔軟性を持って対応する」が 46.0%「看取りに関する価値観に共通理解が持てる」が 43.3%で比較的高かった。

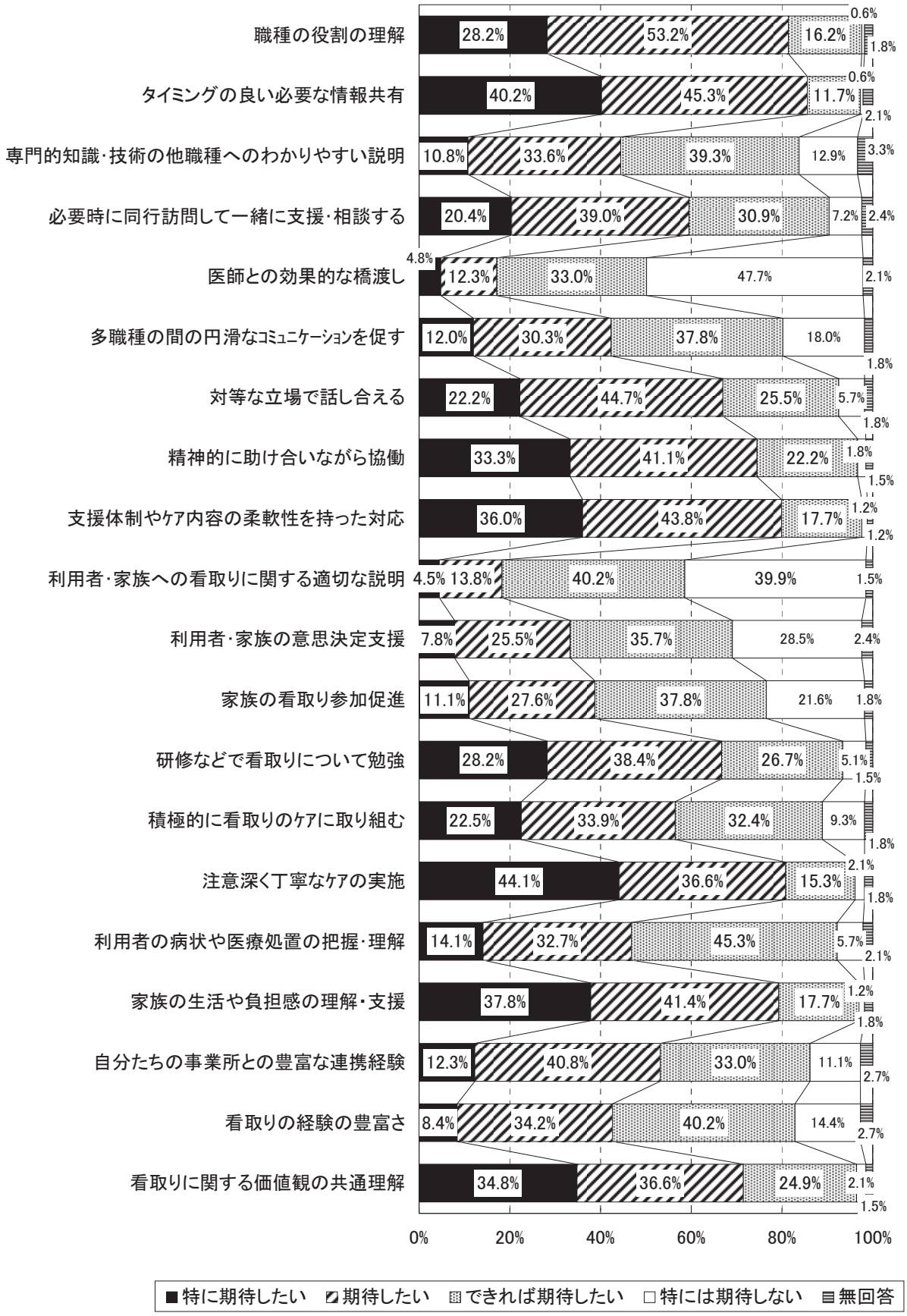
〇両職種からの期待の比較

訪問看護師、介護支援専門員両方から期待されている割合が高かった項目は「タイミング良く必要な情報を共有する」「支援体制やケア内容に柔軟性を持って対応する」「注意深く丁寧にケアを実施する」「家族の生活や負担感を理解して支援する」であった。

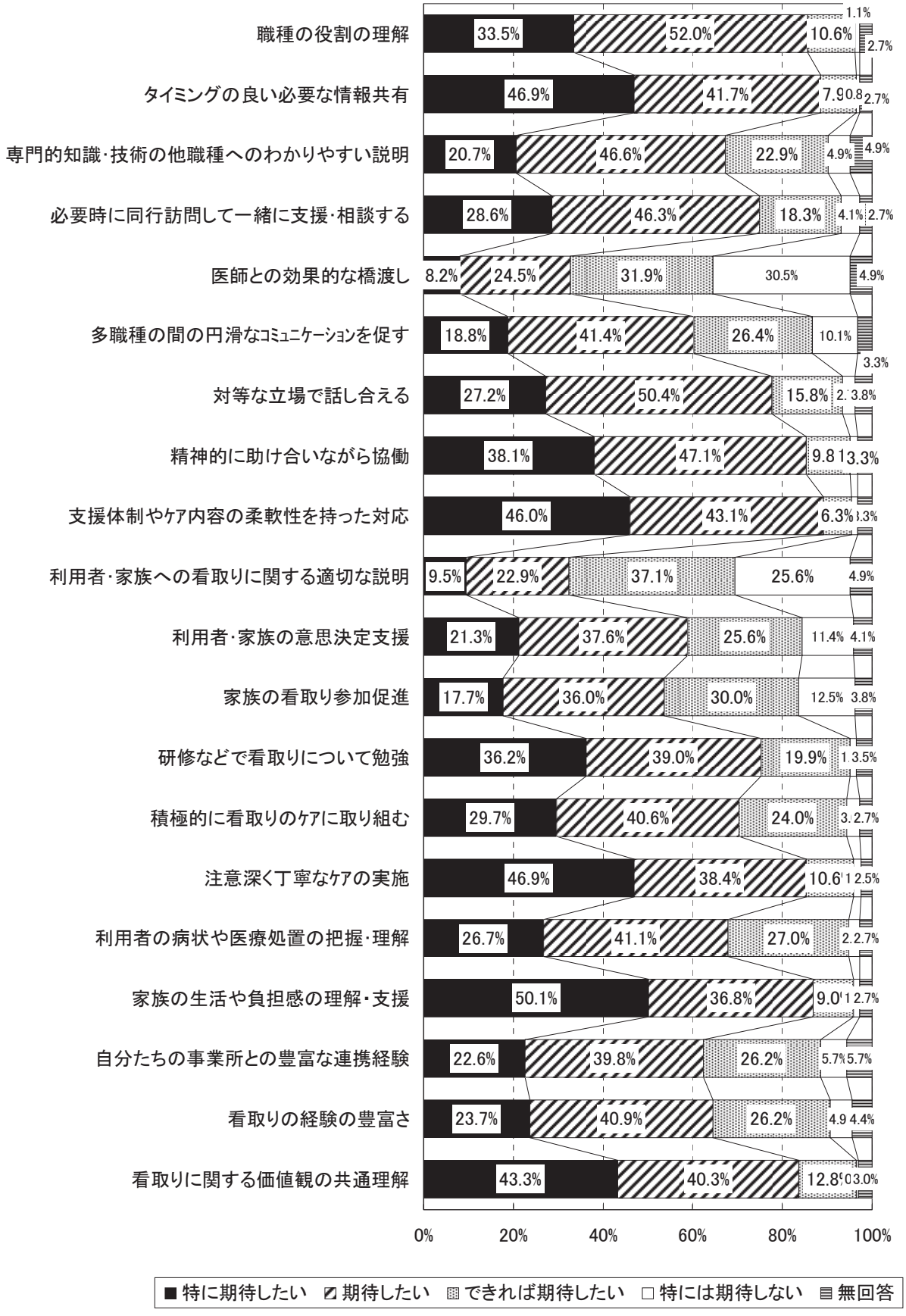
訪問看護師、介護支援専門員のどちらも訪問介護員に対して、タイミングのよい情報共有を期待し、また、利用者や家族に対し丁寧で柔軟なケア、支援を期待しているといえる。

また、家族の生活や負担感の理解・支援もいずれの職種からの期待が高い。

図表２-6-3　訪問看護師から訪問介護員に期待する内容　(n=333)



図表２-6-4　介護支援専門員から訪問介護員に期待する内容　(n=367)



3) 介護支援専門員への期待

〇訪問看護師から介護支援専門員への期待

「特に期待する」に着目すると、「家族の生活や負担感を理解して支援する」が54.7%、「多職種の間を取り持ち円滑なコミュニケーションを促す」が54.1%、「支援体制やケア内容に柔軟性を持って対応する」が53.8%、「タイミング良く必要な情報を共有する」が50.8%で比較的高かった。

〇訪問介護員から介護支援専門員への期待

「特に期待する」に着目すると、「多職種の間を取り持ち円滑なコミュニケーションを促す」「利用者・家族の意思決定を支援する」が53.3%、「利用者・家族に看取りに関して適切な説明をする」「家族の生活や負担感を理解して支援する」が51.1%、「タイミング良く必要な情報を共有する」「看取りに関する価値観に共通理解が持てる」が47.3%で比較的高かった。

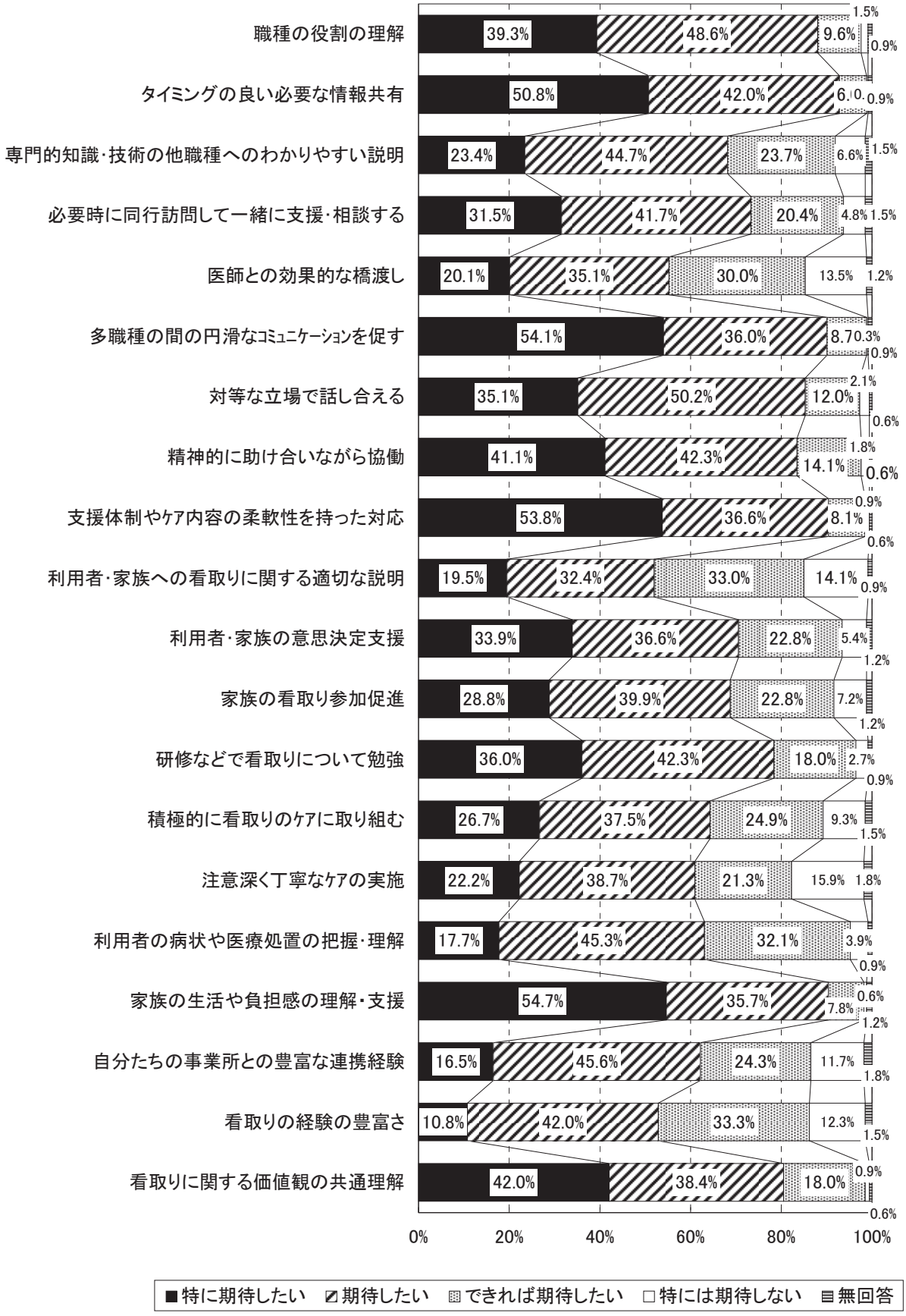
〇両職種からの期待の比較

訪問看護師、訪問介護員両方から期待されている度合いが高かった項目は「タイミング良く必要な情報を共有する」「多職種の間を取り持ち円滑なコミュニケーションを促す」「支援体制やケア内容に柔軟性を持って対応する」「家族の生活や負担感を理解して支援する」であった。

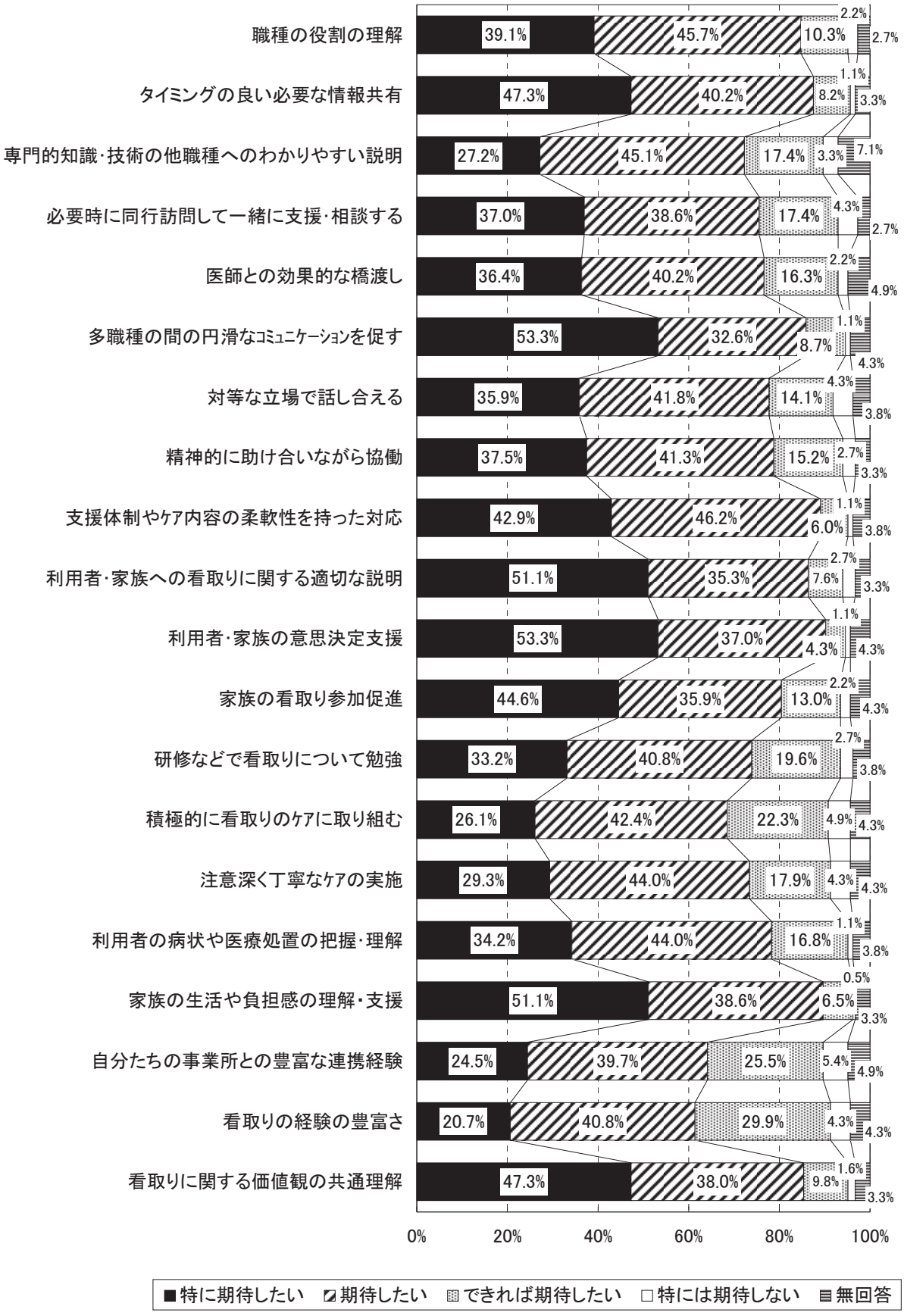
訪問看護師、訪問介護員の両方から介護支援専門員に対し、職種間の連携を積極的にすすめて、現場でのケアを柔軟に支援すること、利用者の家族に対するサポートを期待されているといえる。

ただし、「利用者・家族に看取りに関して適切な説明をする」「利用者・家族の意思決定を支援する」は訪問介護員からは高い期待をされているが訪問看護師からの期待は比較的高くなかった。

図表２-6-5　訪問看護師から介護支援専門員に期待する内容　(n=333)



図表２-6-6　訪問介護員から介護支援専門員に期待する内容　(n=184)

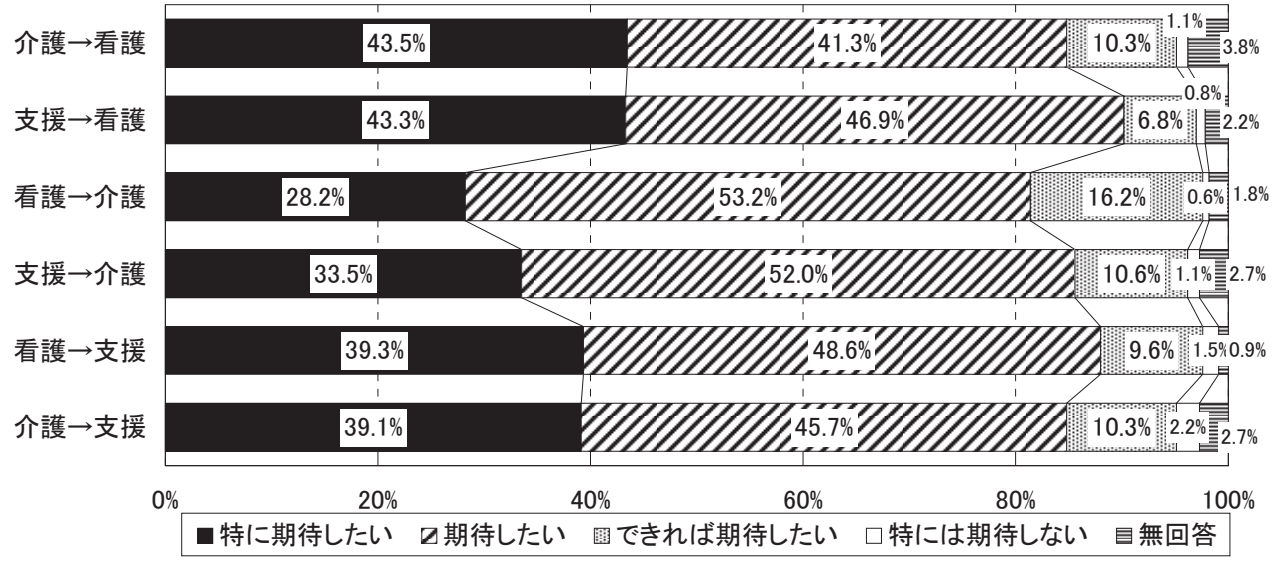


2. 項目ごとの比較

○Q13-1　職種の役割を理解している

職種の役割の理解については、訪問看護師への他職種からの期待が高く、訪問介護員への期待がやや低かったが大きな差はなかった。

図表２-6-7　職種の役割理解に対する期待

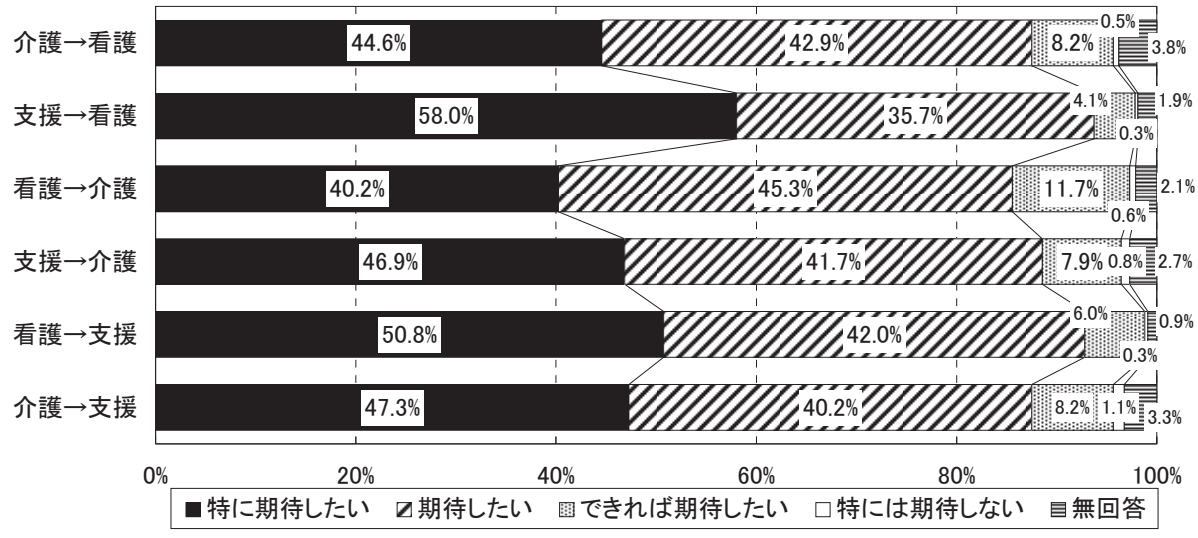


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-2　タイミング良く必要な情報を共有する

タイミング良く必要な情報を共有することについては、介護支援専門員から訪問看護師への期待が高く、訪問看護師から訪問介護員へはやや低かったが、大きな差はなかった。

図表２-6-8　タイミングの良い情報共有に対する期待

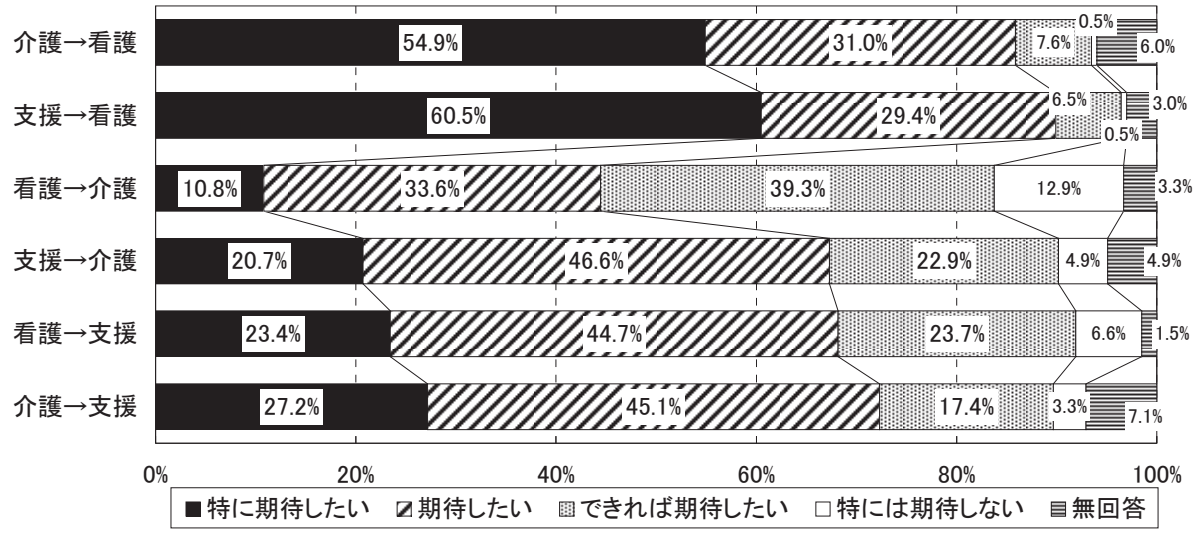


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-3　専門的知識・技術を他職種にわかりやすく説明する

専門的知識・技術の他職種への説明については、訪問看護師への他職種からの期待が非常に高く、訪問介護員への期待が低かった。

図表２-6-9　専門的知識・技術の他職種への説明に対する期待

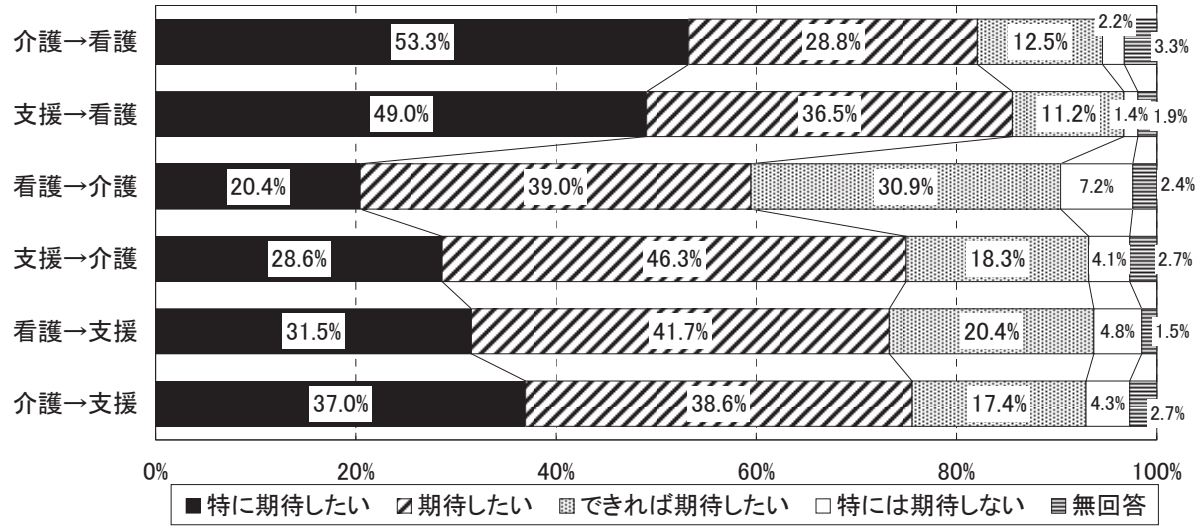


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-4　必要時に同行訪問して一緒に支援・相談する

同行訪問による支援・相談は訪問看護師への他職種からの期待が高く、訪問看護師から訪問介護員への期待が比較的低かった。

図表２-6-10　同行訪問による支援・相談に対する期待



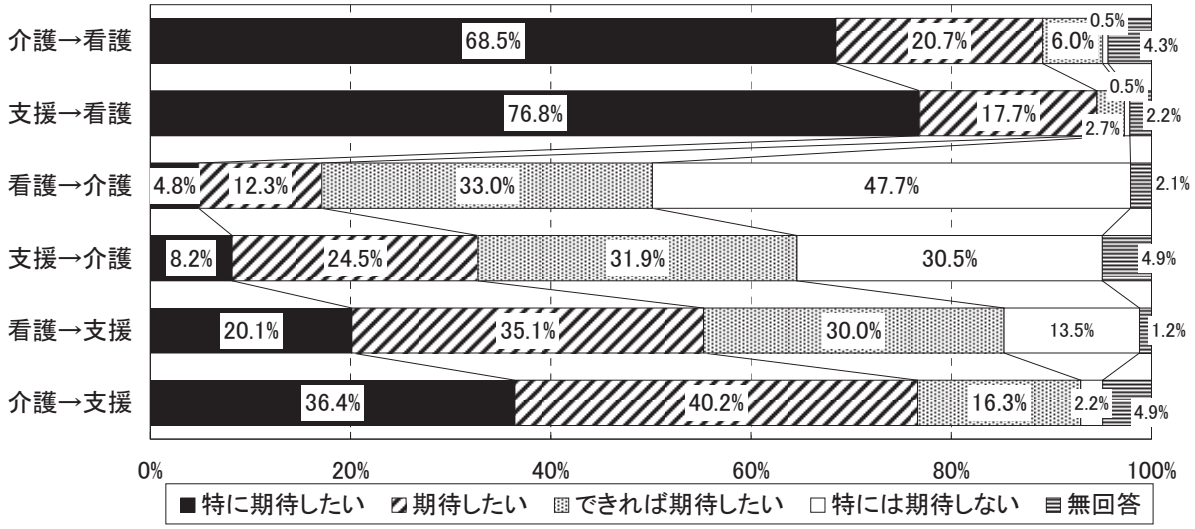
（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-5　医師との効果的な橋渡しをする

医師との効果的な橋渡しは訪問看護師への他職種からの期待が非常に高かった。訪問看護師は医療職として訪問介護員や介護支援専門員と医師との連携での役割を期待されているといえる。

訪問介護員からは介護支援専門員へも比較的期待がある。

図表２-6-11　医師との効果的な橋渡しに対する期待

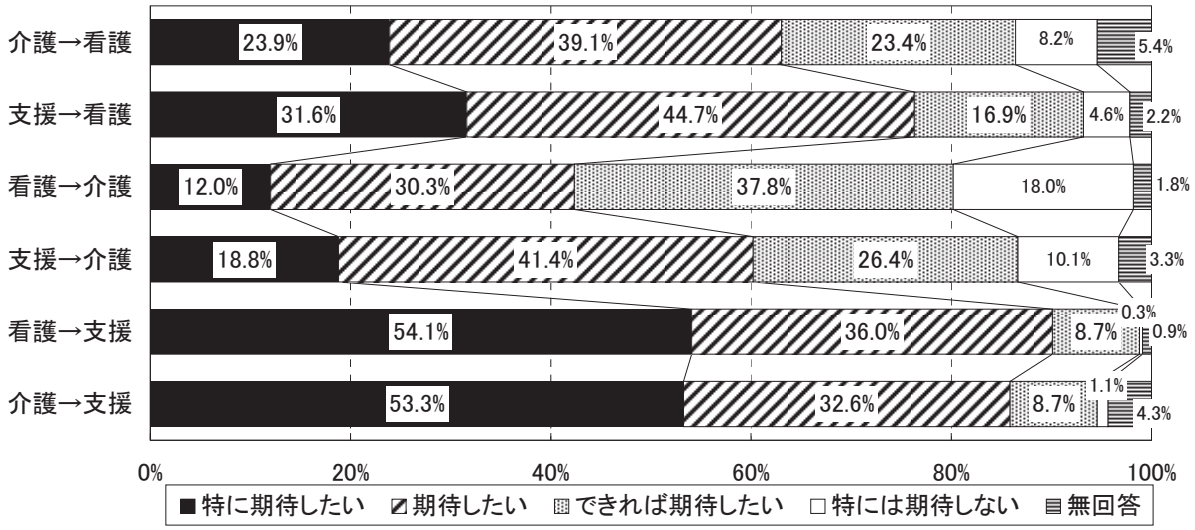


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-6　多職種の間を取り持ち円滑なコミュニケーションを促す

多職種間の円滑なコミュニケーション促進は、介護支援専門員への他職種からの期待が高かった。介護支援専門員は、訪問看護師、訪問介護員のそれぞれの業務を調整しコミュニケーションをとりやすくする役割を期待されているといえる。

図表２-6-12　多職種間の円滑なコミュニケーション促進に対する期待

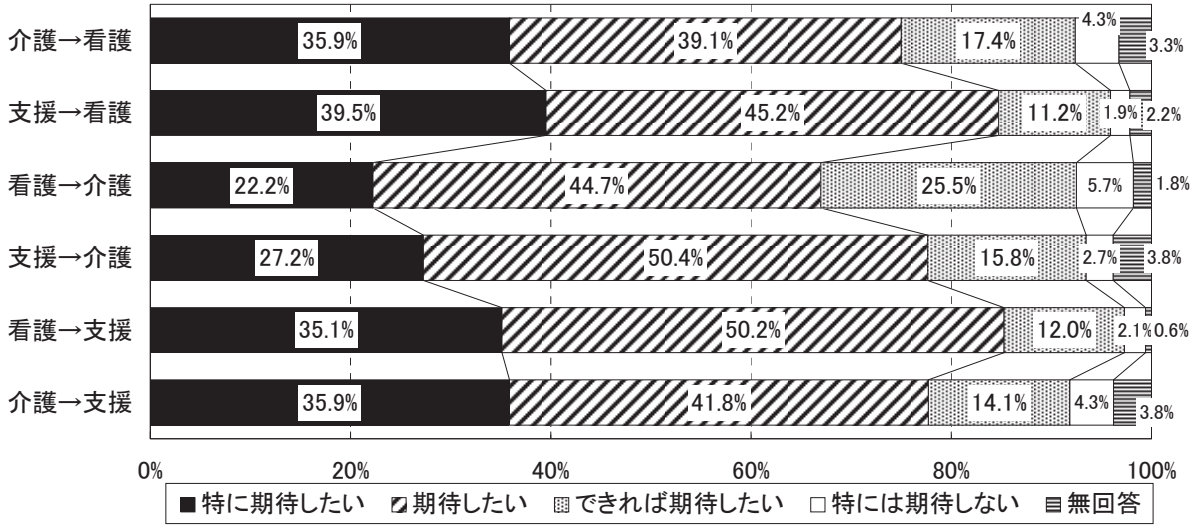


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-7　対等な立場で話し合える

対等な立場で話し合うことへの期待は、訪問看護師・介護支援専門員それぞれに対して、高かった。

図表２-6-13　対等な立場で話し合うことに対する期待

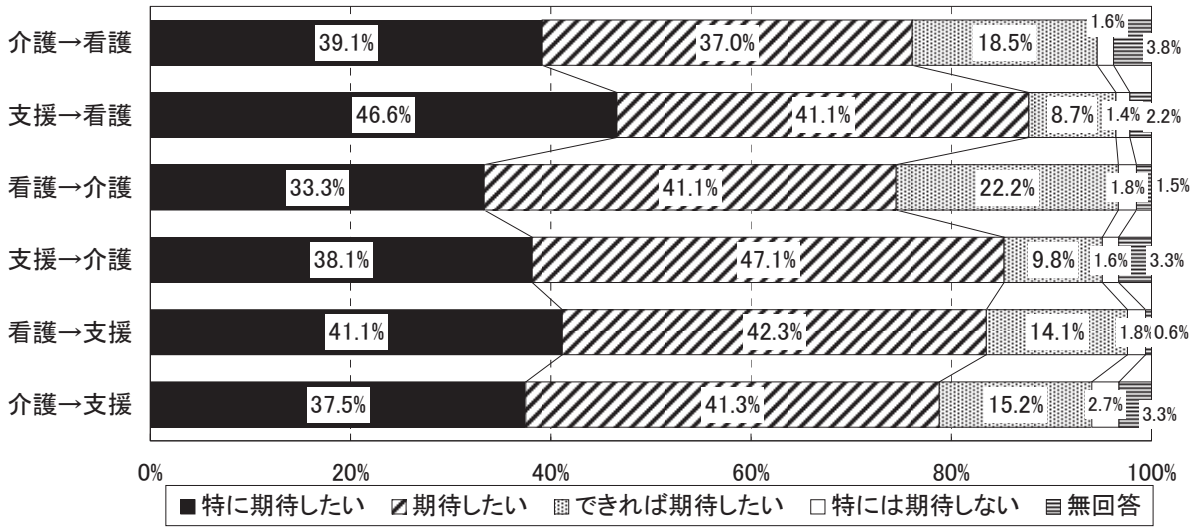


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-8　精神的に助け合いながら協働できる

精神的に助け合いながら協働することは、介護支援専門員から訪問看護師への期待が比較的高かったが、大きな差がみられなかった。

図表２-6-14　精神的に助け合いながら協働することに対する期待

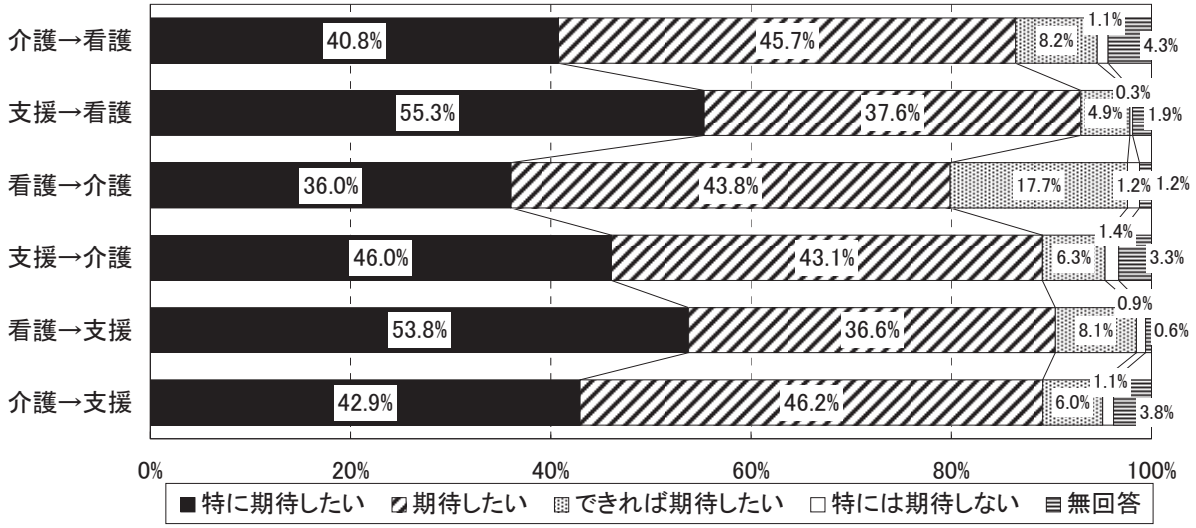


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-9　支援体制やケア内容に柔軟性を持って対応する

支援体制やケア内容に柔軟性を持って対応することは、介護支援専門員と訪問看護師間での期待が比較的高かった。

図表２-6-15　支援体制やケア内容への柔軟な対応に対する期待

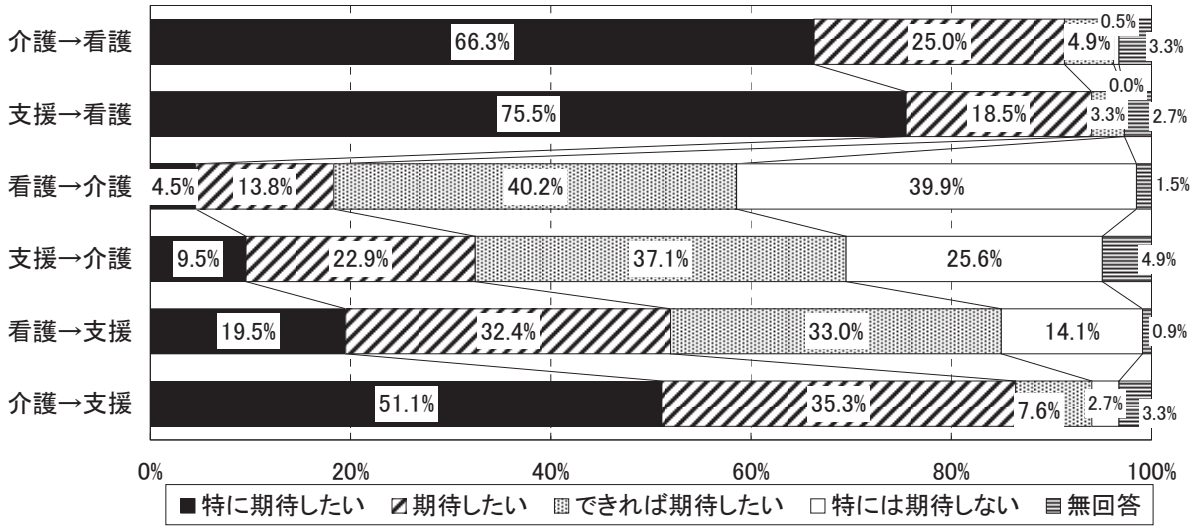


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-10　利用者・家族に看取りに関して適切な説明をする

利用者・家族への看取りに関する説明は、訪問看護師への期待が非常に高かった。
また、訪問介護員は介護支援専門員に対しても強い期待をしていた。

図表２-6-16　利用者・家族への看取りに関する説明に対する期待



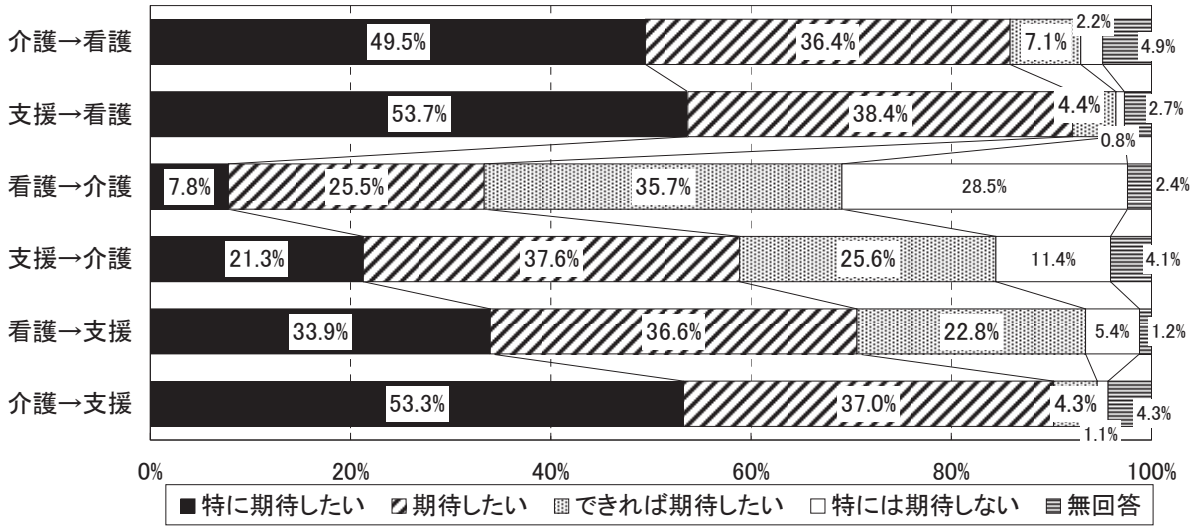
（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-11　利用者・家族の意思決定を支援する

利用者・家族の意思決定支援は、訪問看護師への他職種からの期待が非常に高く、また、訪問介護員は介護支援専門員に対しても強い期待をしていた。

訪問看護師からの訪問介護員に対する期待が最も低かった。

図表２-6-17　利用者・家族の意思決定支援に対する期待

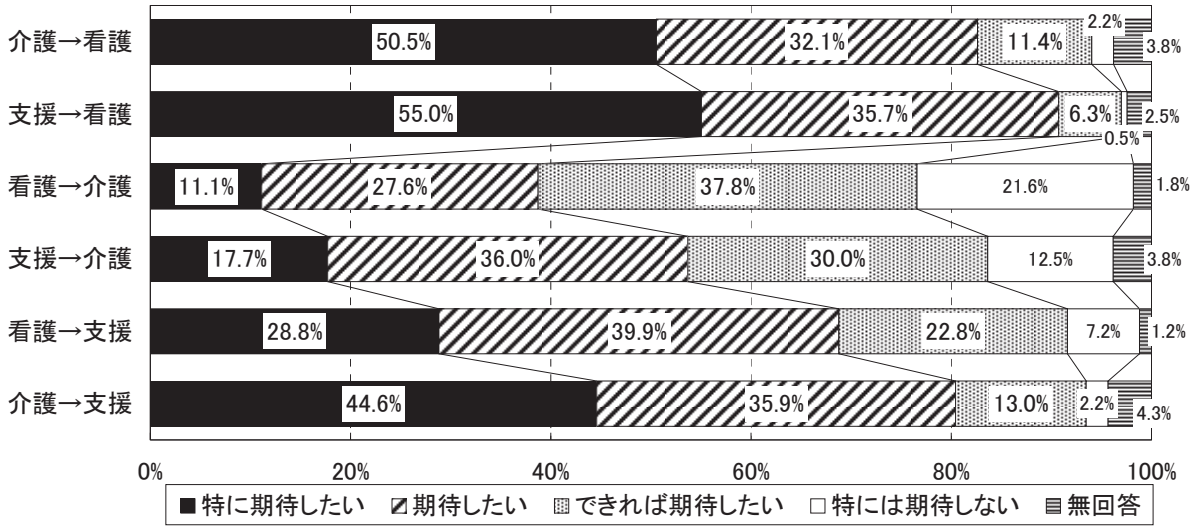


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-12　家族が看取りに参加できるように促す

家族の看取りへの参加促進は、訪問看護師への他職種からの期待が高く、訪問介護員は介護支援専門員に対しても強い期待をしていた。

図表２-6-18　家族の看取りへの参加促進に対する期待

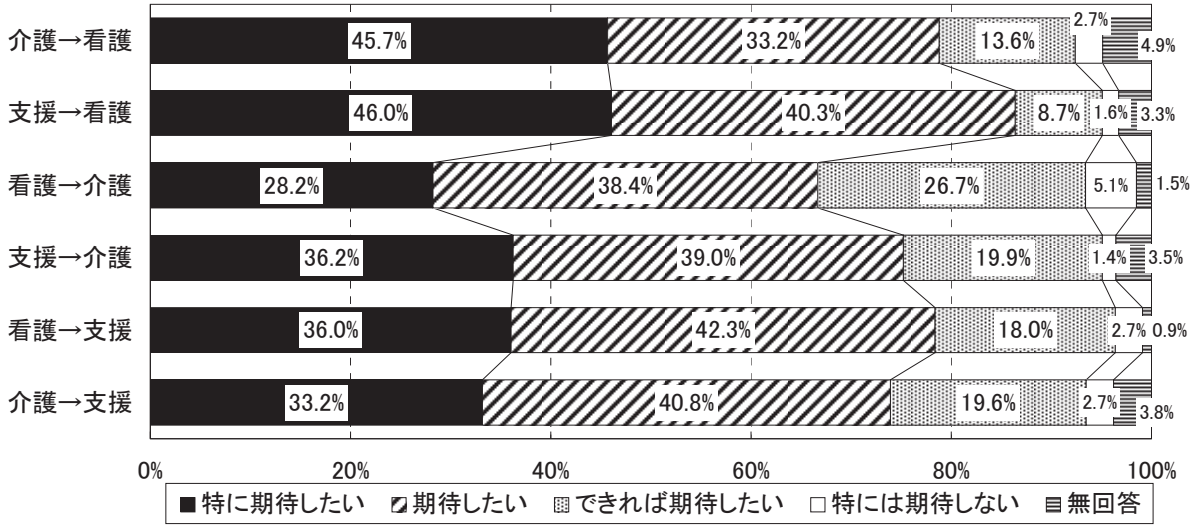


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-13　研修などを通じて看取りについて勉強する

研修などを通じた看取りについての勉強は訪問看護師への他職種からの期待が比較的高かった。

図表２-6-19　研修等による看取りについての勉強に対する期待

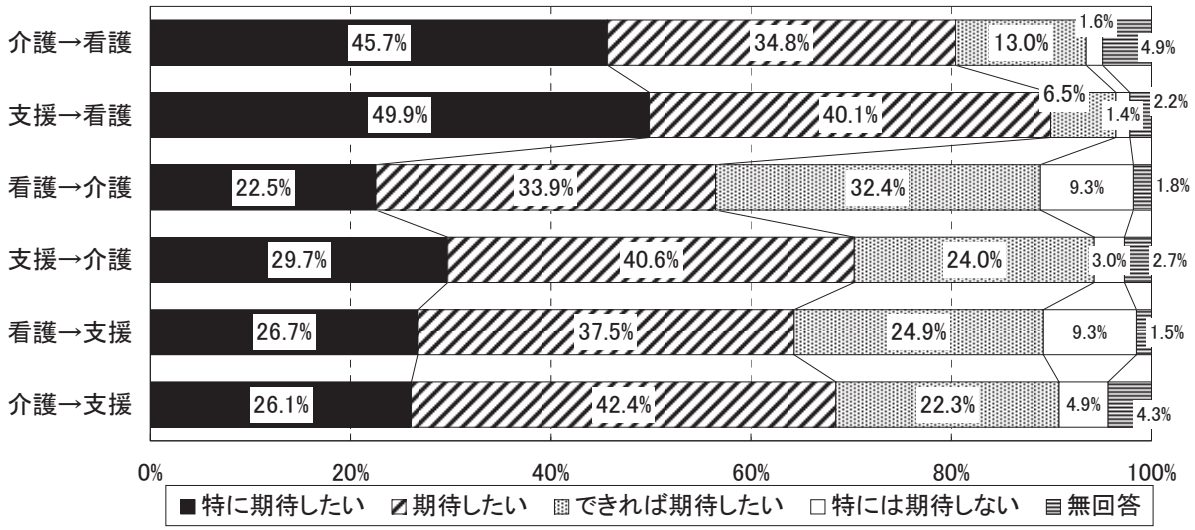


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-14　積極的に看取りのケアに取り組む

看取りのケアへの積極的な取り組みは、訪問看護師への他職種からの期待が高かった。

図表２-6-20　看取りのケアへの積極的な取り組みに対する期待

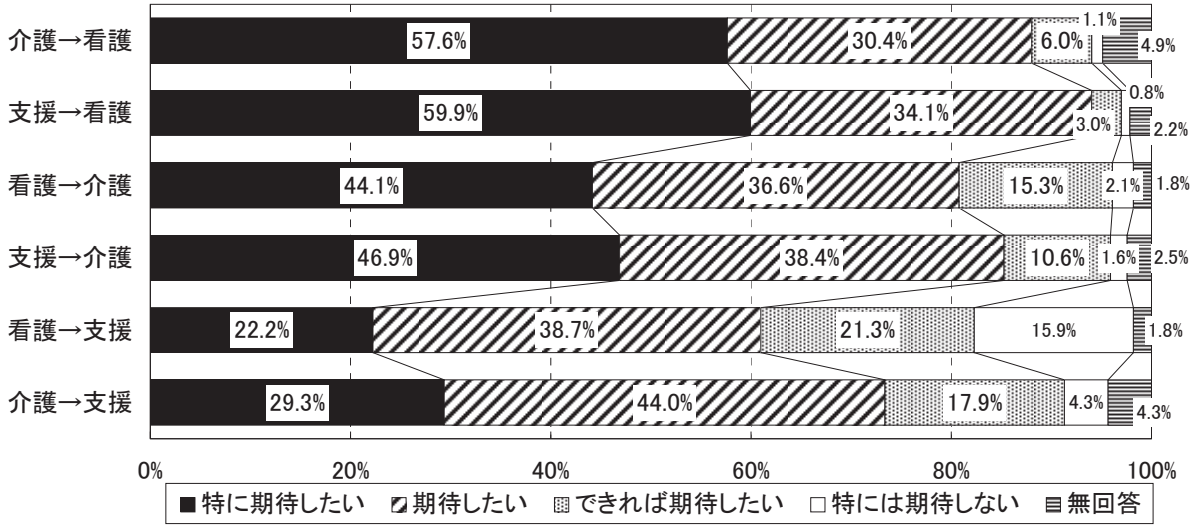


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-15　注意深く丁寧にケアを実施する

注意深く丁寧なケアの実施は訪問看護師への他職種からの期待が非常に高く、次いで、訪問介護員への期待が高かった。

図表２-6-21　注意深く丁寧なケアの実施に対する期待

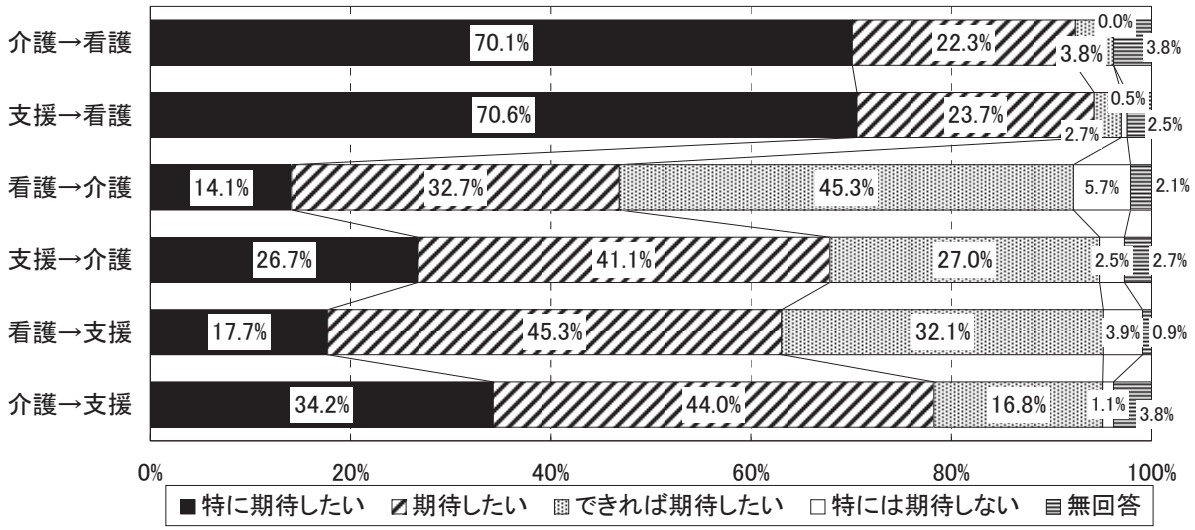


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-16　利用者の症状や医療処置について把握・理解する

利用者の症状や医療処置の把握・理解は、訪問看護師が他職種から非常に強く期待されていた。

図表２-6-22　利用者の症状や医療処置の把握・理解に対する期待

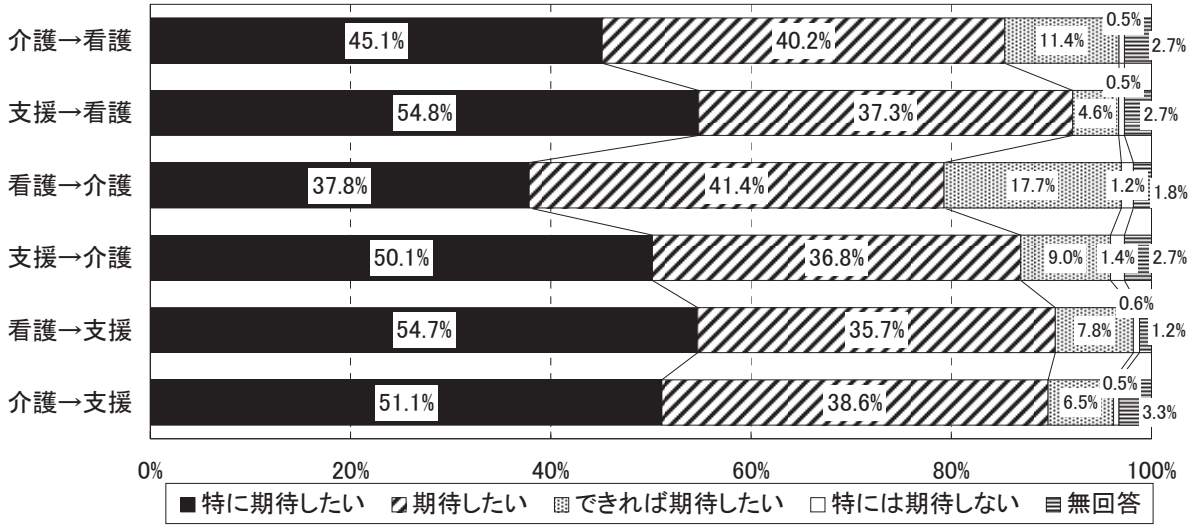


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-17　家族の生活や負担感を理解して支援する

家族の生活や負担感の理解・支援は、いずれの職種に対しても比較的高く期待されていた。

図表２-6-23　家族の生活や負担感の理解･支援に対する期待

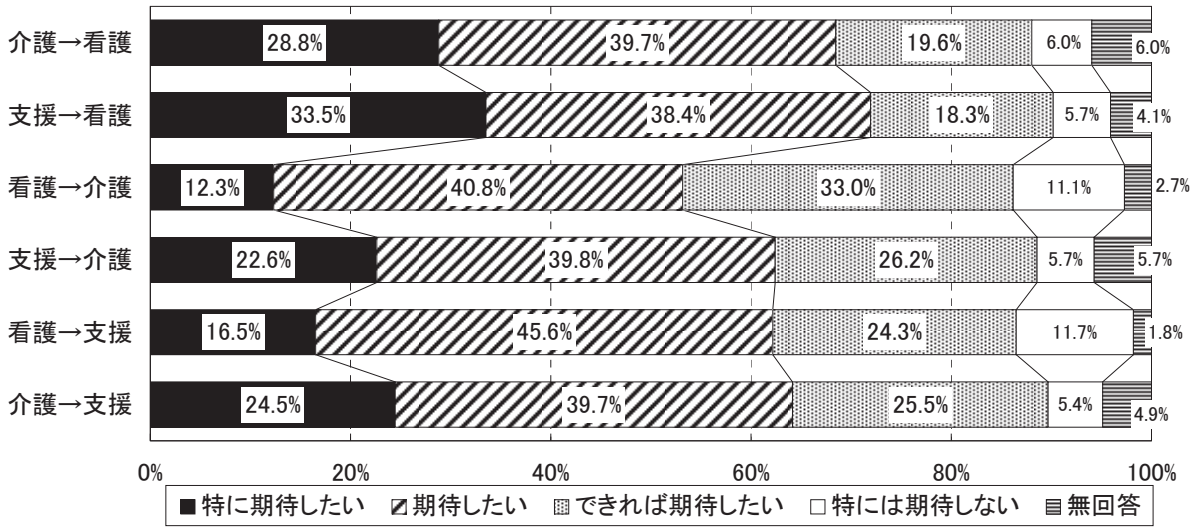


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-18　自分たちの事業所と連携した経験が豊富にある

自分たちの事業所と連携した経験の豊富さは、訪問看護師への他職種からの期待がやや高かったが、全体的に必ずしも高くはなかった。

図表２-6-24　自分たちの事業所と連携した経験の豊富さに対する期待

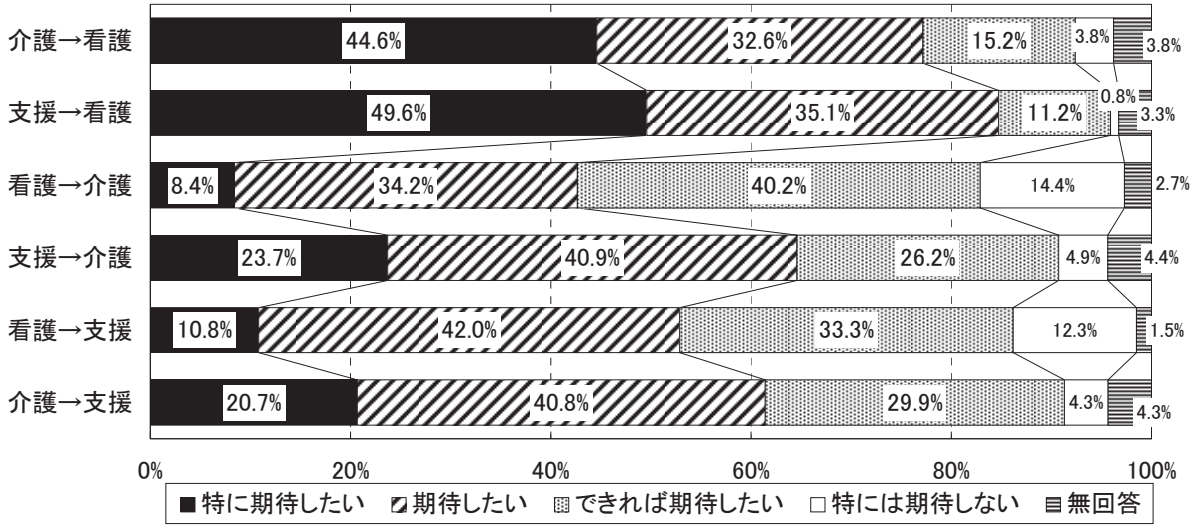


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-19　看取りの経験が豊富である

看取りの経験の豊富さは、訪問看護師に比較的高く期待されているが、訪問看護師から他職種への期待は比較的低かった。

図表２-6-25　看取りの経験の豊富さに対する期待

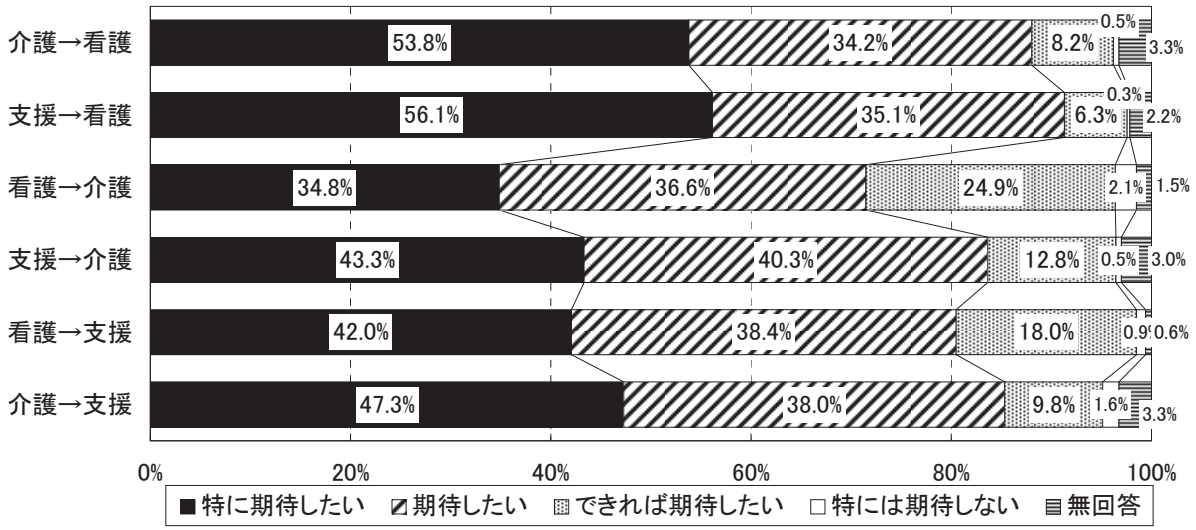


（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

○Q13-20　看取りに関する価値観に共通理解が持てる

看取りに関する価値観に共通理解が持てることは、訪問看護師への期待が比較的高かったが、大きな差はなかった。

図表２-6-26　看取りに関する価値観の共通理解に対する期待



（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

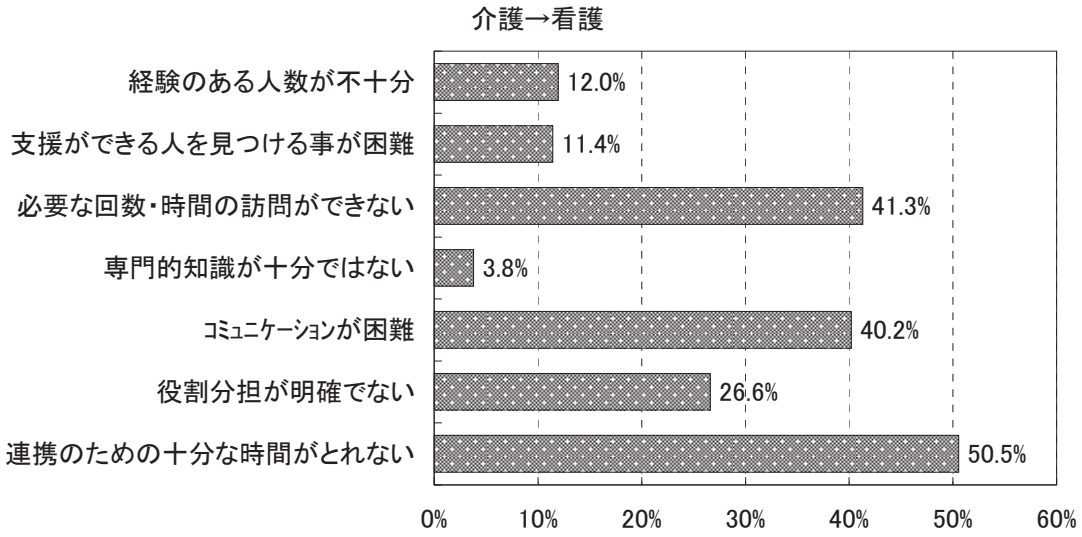
3. 在宅で看取りを行う場合の他職種との連携上の課題

在宅で看取りを行う場合に他職種との連携を円滑に進めるための課題はどのようなものかたずねた。

1) 職種ごとの分析

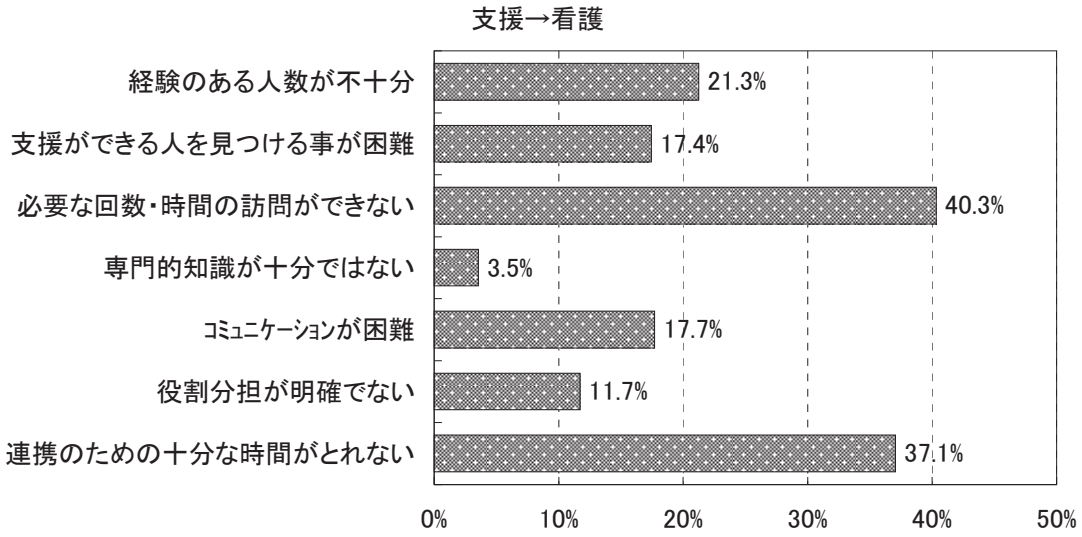
訪問介護員から訪問看護師に対しては、「連携のための十分な時間がとれない」が50.5%で最も多く、次いで、「必要な回数・時間の訪問ができない」が 41.3%、「コミュニケーションが困難」が 40.2%だった。

図表２-6-27　訪問介護員から訪問看護師に対する連携上の課題（複数回答）　(n=184)



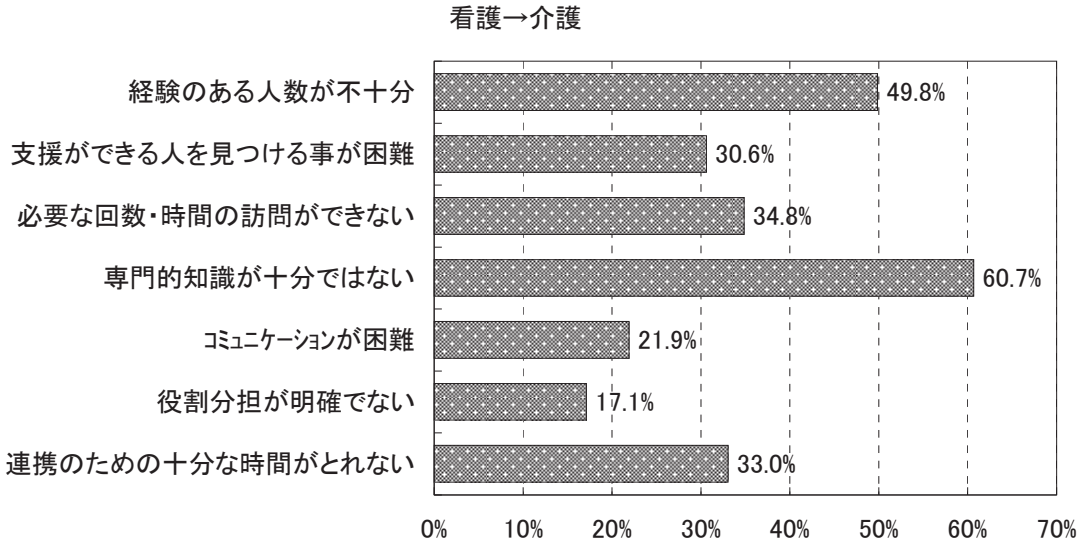
介護支援専門員から訪問看護師に対しては、「必要な回数・時間の訪問ができない」が 40.3%で最も多く、次いで、「連携のための十分な時間がとれない」が 37.1%だった。

図表２-6-28　介護支援専門員から訪問看護師に対する連携上の課題（複数回答）　(n=367)



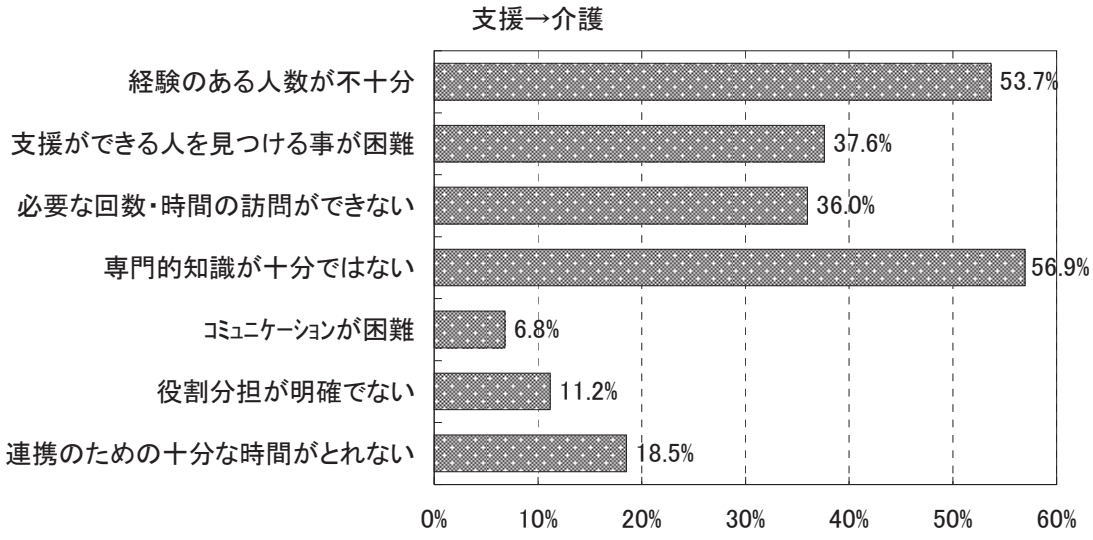
訪問看護師から訪問介護員に対しては、「専門的知識が十分ではない」が 60.7%で最も多く、次いで「経験のある人数が不十分」が 49.8%だった。

図表２-6-29　訪問看護師から訪問介護員に対する連携上の課題（複数回答）　(n=333)



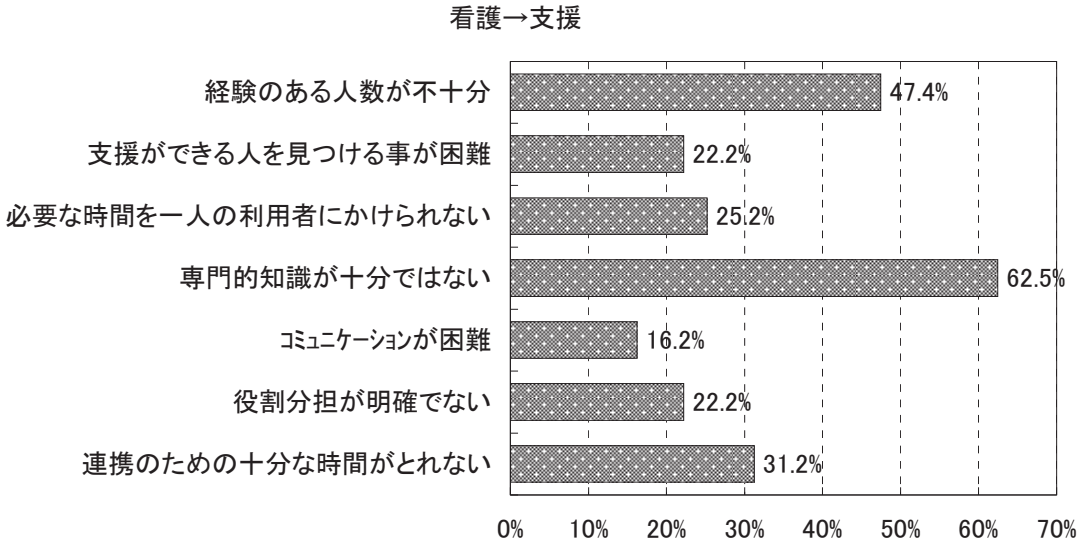
介護支援専門員から訪問介護員に対しては、「専門的知識が十分ではない」が 56.9%で最も多く、次いで「経験のある人数が不十分」が 53.7%だった。

図表２-6-30　介護支援専門員から訪問介護員に対する連携上の課題（複数回答）　(n=367)



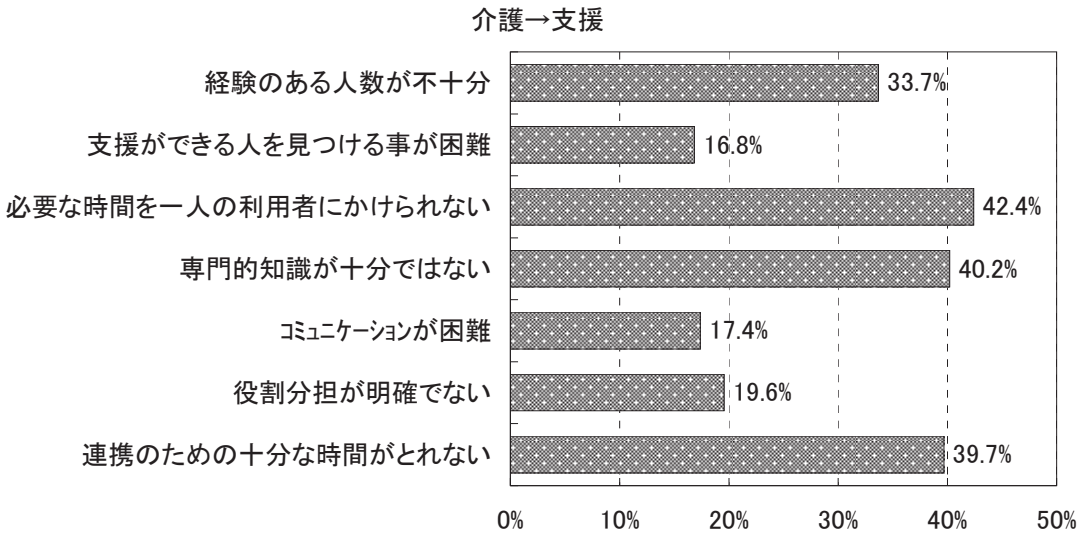
訪問看護師から介護支援専門員に対しては、「専門的知識が十分ではない」が 62.5%で最も多く、次いで「経験のある人数が不十分」が 47.4%だった。

図表２-6-31　訪問看護師から介護支援専門員に対する連携上の課題（複数回答）　(n=333)



訪問介護員から介護支援専門員に対しては、「必要な時間を一人の利用者にかけられない」が 42.4%で最も多く、次いで「専門的知識が十分ではない」が 40.2%、「連携のための十分な時間がとれない」が 39.7%だった。

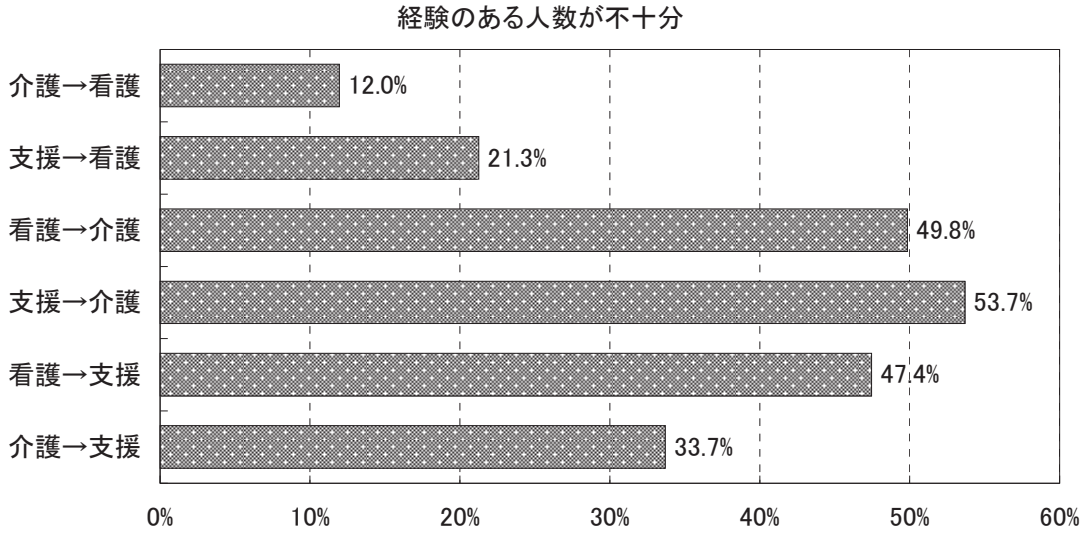
図表２-6-32　訪問介護員から介護支援専門員に対する連携上の課題（複数回答）　(n=184)



2) 項目ごとの分析

「経験のある人数が十分ではない」という回答は訪問介護員に対して、比較的高かった。

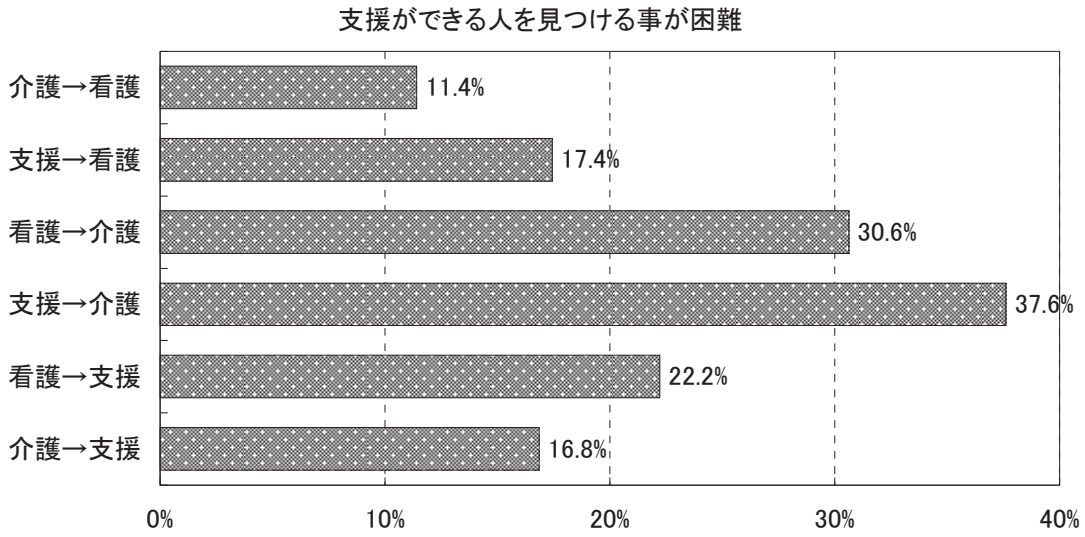
図表２-6-33　職種間の連携上の課題：「経験のある人数が十分ではない」



（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

「看取りの支援ができる人を見つけることが困難」という回答は支援専門員から訪問介護員に対して、比較的高かった。

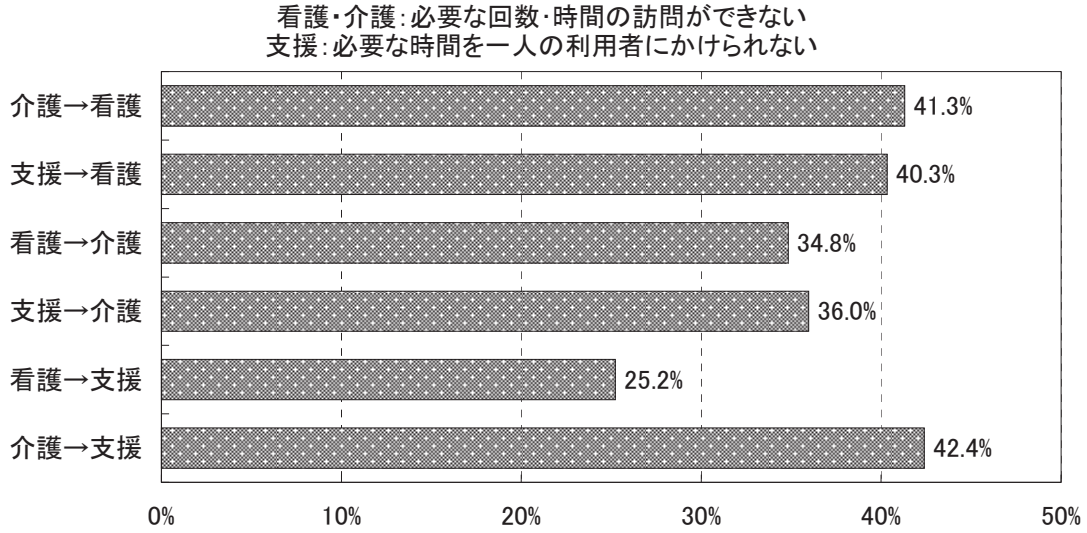
図表２-6-34　職種間の連携上の課題：「支援ができる人を見つける事が困難」



（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

訪問看護師から介護支援専門員に対しては、「必要な時間を 1 人の利用者にかけられない」という回答が 25.2%と比較的低かったが、訪問介護員からは 42.4%と比較的高かった。

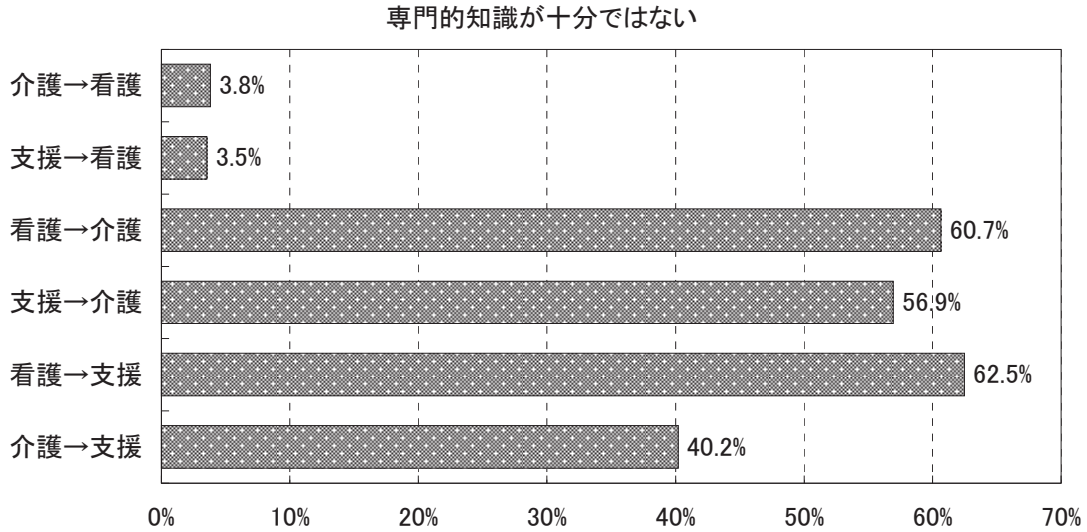
図表２-6-35　職種間の連携上の課題：「看護・介護：必要な回数・時間の訪問ができない」「支援：必要な時間を一人の利用者にかけられない」



（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

訪問看護師に対して、「専門的知識が十分ではない」という回答は、訪問介護員から 3.8%、介護支援専門員からは 3.5%と低かった。

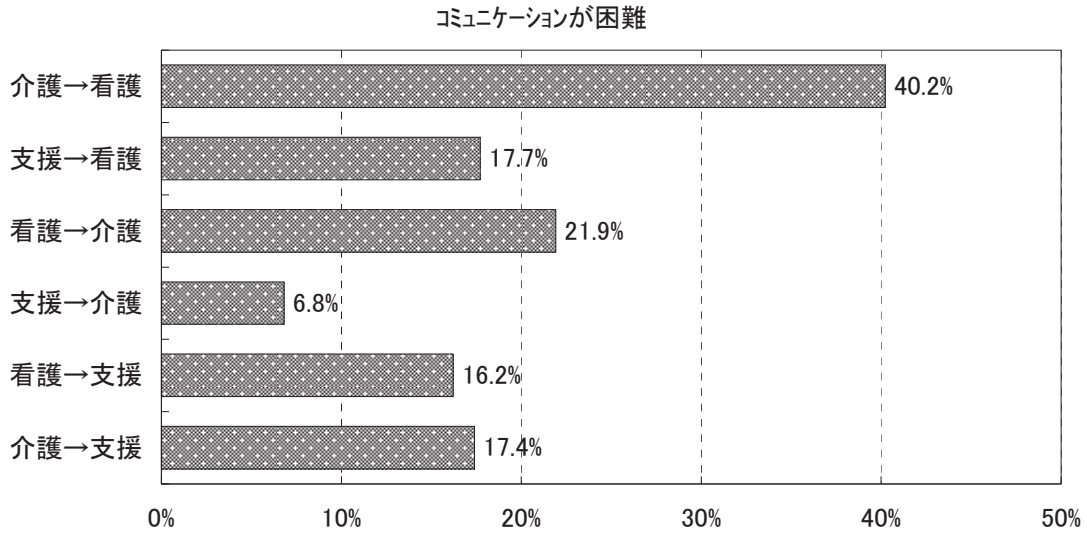
図表２-6-36　職種間の連携上の課題：「専門的知識が十分ではない」



（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

訪問介護員から訪問看護師に対して「コミュニケーションが困難」という回答が40.2%と比較的高かった。

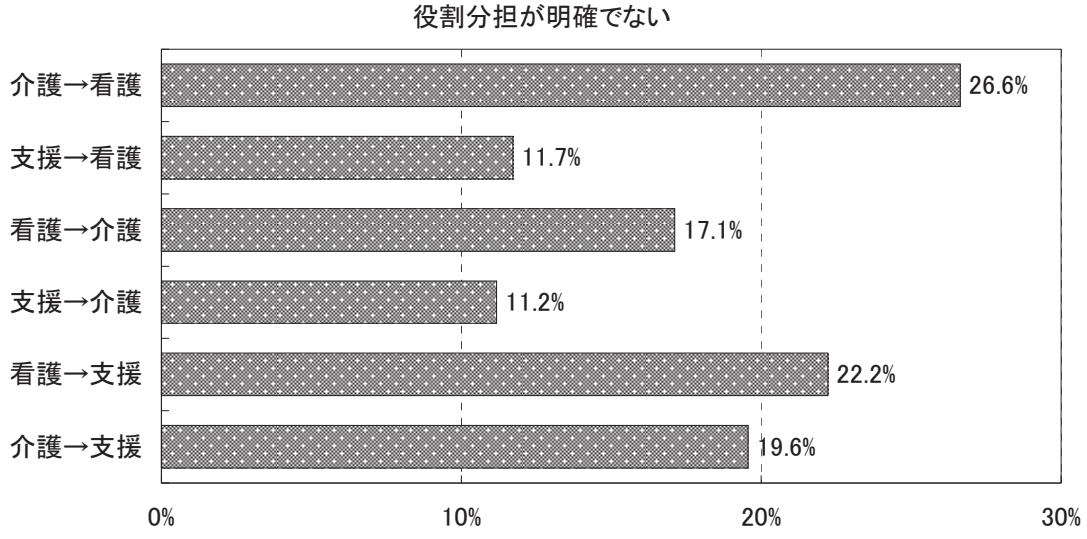
図表２-6-37　職種間の連携上の課題：「コミュニケーションが困難」



（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

訪問介護員から訪問看護師に対して、「役割分担が明確でない」という回答が26.6%と比較的高かった。

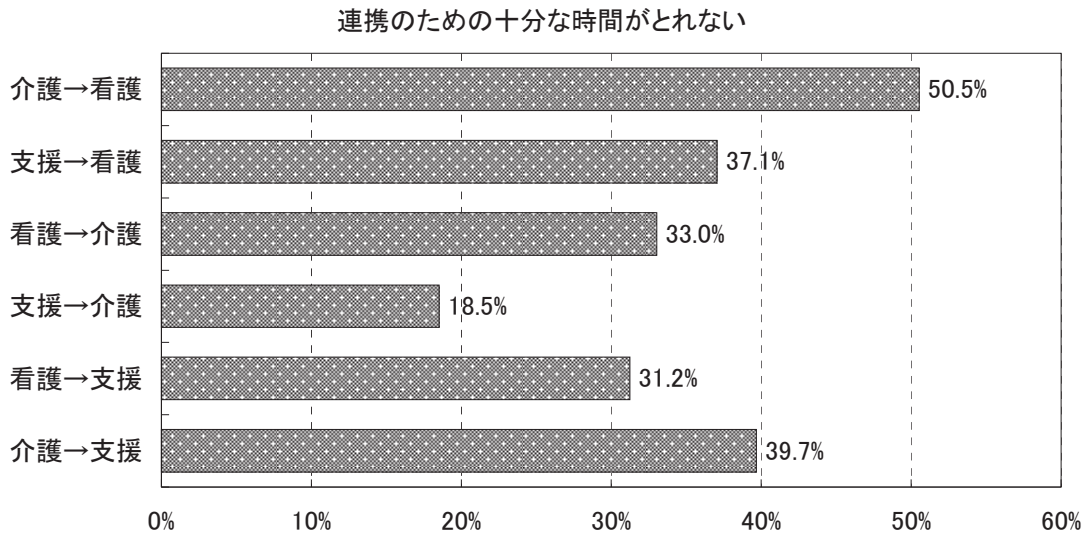
図表２-6-38　職種間の連携上の課題：「役割分担が明確でない」



（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、
看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

訪問介護員から訪問看護師に対して、「連携のための十分な時間がとれない」という回答が 50.5%と比較的高く、介護支援専門員から訪問介護員に対しては 18.5%と比較的低かった。

図表２-6-39　職種間の連携上の課題：「連携のための十分な時間がとれない」



（介護→看護：n=184、支援→看護：n=367、看護→介護：n=333、支援→介護：n=367、看護→支援：n=333、介護→支援：n=184）

4. 看取り支援のための工夫

いずれの職種からも、「こまめに連絡、相談をすること」が非常に多く挙げられた。特に「連絡ノート」を活用するという意見が多かった。また、「メーリングリスト」「ＩＴ活用」といった回答もあった。他職種にして欲しい支援を伝える、という回答もあった。

訪問看護師からは、必要なときには同行訪問する、また、他職種からみて、相談しやすい看護師でいることを心がけるといった回答もあった。

訪問看護師からは、

・ターミナルケアの講義や事例紹介を行なっている
・看取りにあたってのパンフレットを活用（職種間で看取りのプロセスを理解できるようにする。）」
・カテーテル類やケア方法、取り扱い、注意点などについて、説明をする
・マニュアル作成

といった回答もあった。

介護支援専門員からは、訪問看護・訪問介護のサービス提供時にあわせて訪問する、という回答が非常に多かった。また、信頼できる事業所を選ぶ、退院時や必要時に関係者でのケアカンファレンスを開催するといった回答があった。

また、本人、家族の思いを重視して支援すること、という回答もあげられた。

第7節 看取りケアの実態（個票データより）

1. 訪問看護票

1) 基本属性

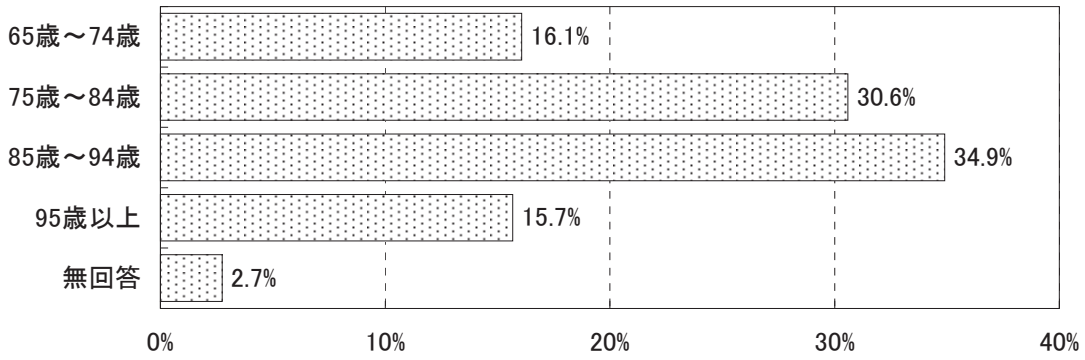
(1) 年齢

調査対象者（利用者）の平均年齢は 84.6 歳だった。

図表２-7-1　利用者の年齢

	件数	平均値	標準偏差	中央値
利用者の年齢（歳）	248	84.6	9.4	85.0

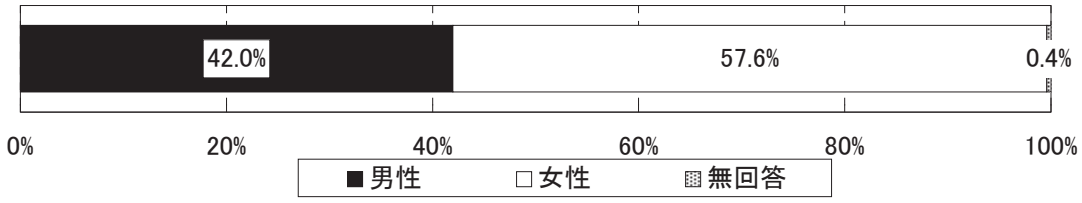
図表２-7-2　利用者の年齢　(n=255)



(2) 性別

利用者の性別は、「男性」が 42.0%、「女性」が 57.6%だった。

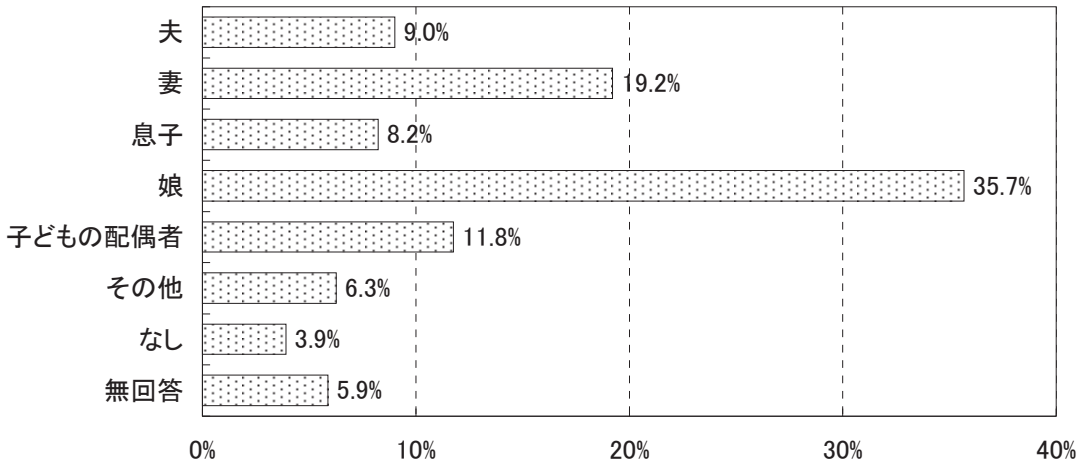
図表２-7-3　利用者の性別　(n=255)



(3) 主な家族介護者

主な家族介護者は、「娘」が 35.7%で最も多く、次いで「妻」が 19.2%、「子どもの配偶者」が 11.8%だった。

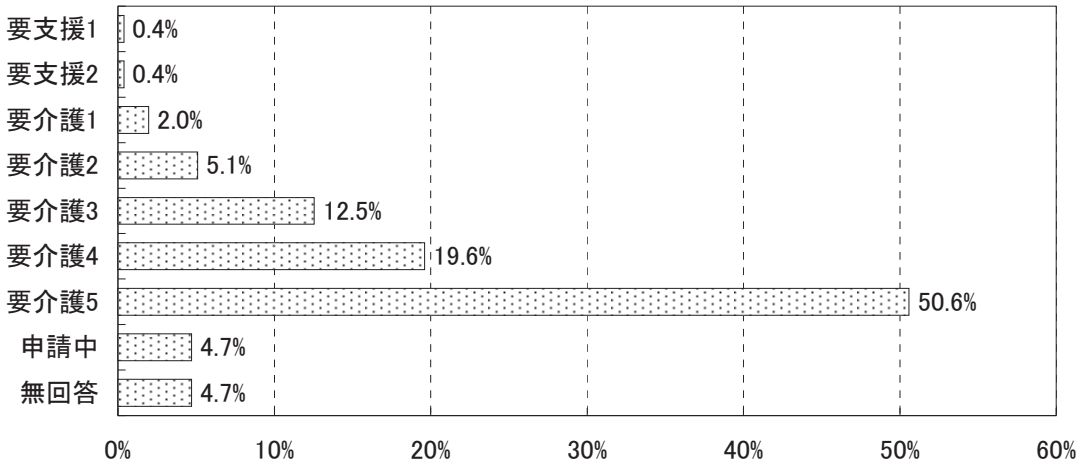
図表２-7-4　主な家族介護者　(n=255)



(4) 要介護度

要介護度は、「要介護 5」が 50.6%で最も多く、次いで「要介護 4」が 19.6%、「要介護 3」が 12.5%だった。

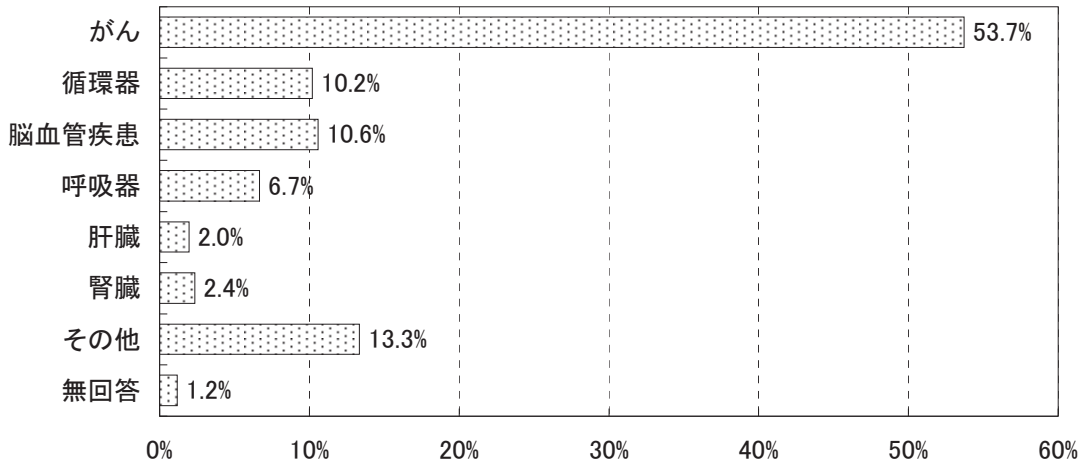
図表２-7-5　要介護度　(n=255)



(5) 主疾患名

主疾患名は、「がん」が 53.7%で最も多く、次いで「脳血管疾患」が 10.6%、「循環器」が 10.2%だった。

図表 2-7-6　主疾患名　(n=255)



(6) 訪問看護利用期間（日）

訪問看護を利用した期間は平均 348.7 日だった。

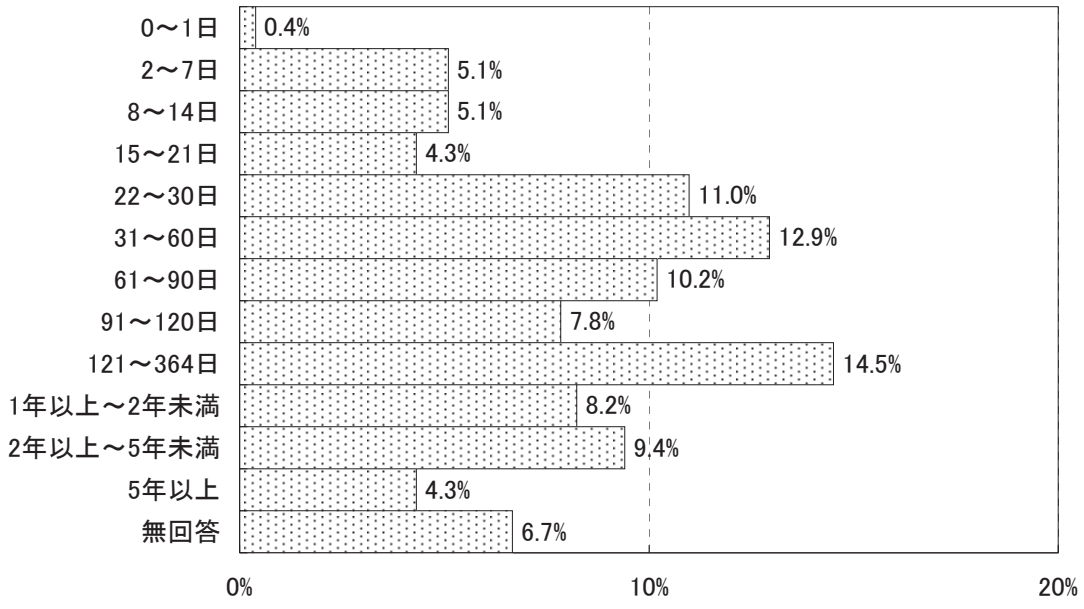
1 ヵ月以内が 25.9%と約 4 分の 1 だった。また、1 年以内が 71.3%と 7 割を占めた。

一方、1 年以上 2 年未満が 8.2%、2 年以上 5 年未満が 9.4%、5 年以上が 4.3%いた。

図表 2-7-7　訪問看護利用期間

	件数	平均値	標準偏差	中央値
サービス利用期間（日）	238	348.7	644.6	79.0

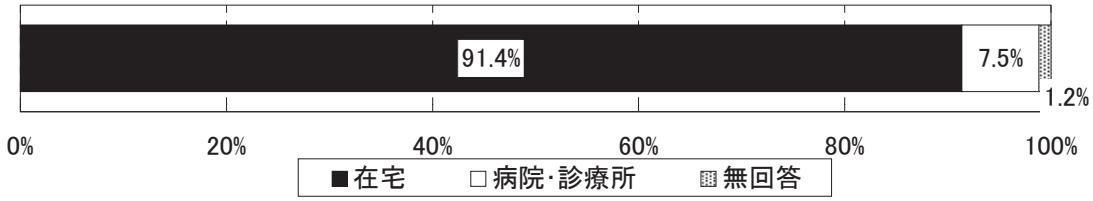
図表 2-7-8　訪問看護利用期間　(n=255)



(7) 死亡場所

死亡場所は、「在宅」が 91.4%、「病院・診療所」が 7.5%だった。

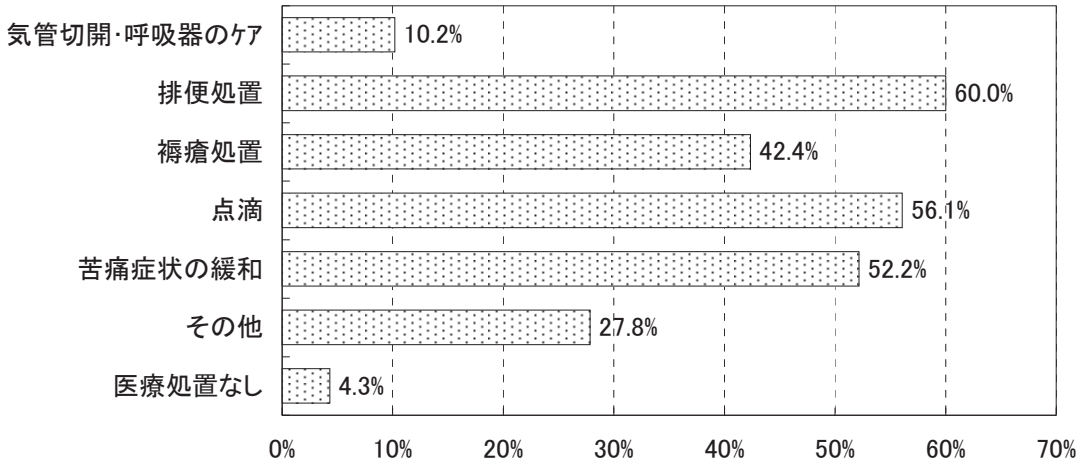
図表 2-7-9　死亡場所　(n=255)



(8) 医療処置の内容

利用者に必要な医療処置の内容は、「排便処置」が 60.0%、「点滴」が 56.1%、「苦痛症状の緩和」が 52.2%だった。

図表 2-7-10　医療処置の内容（複数回答）　(n=255)



(9) 死亡月の保険請求

① 医療保険

死亡月について、医療保険を利用した 104 件について、請求金額は平均 82,868.9 円だった。

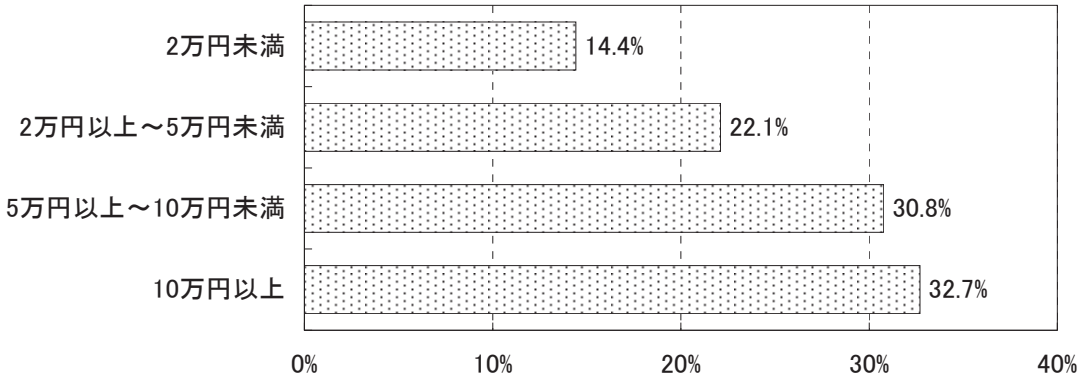
分布をみると「10 万円以上」が 32.7%だった。

ターミナルケア療養費の算定は、「有」が 77.9%、「無」が 20.2%だった。

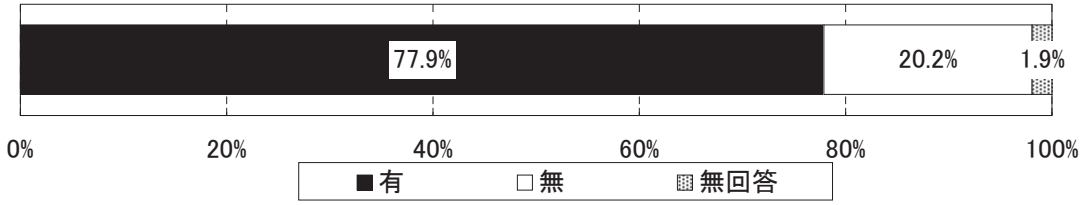
図表 2-7-11　死亡月の保険請求：医療保険

	件数	平均値	標準偏差	中央値
死亡月の保険請求:医療保険（円）	104	82,868.9	59,208.2	75,875.0

図表 2-7-12　死亡月の保険請求：医療保険　(n=104)



図表２-7-13　ターミナルケア療養費の算定　(n=104)



② 介護保険

死亡月について、介護保険を利用した 88 件について、請求単位数は、平均 5,978.6 単位だった。

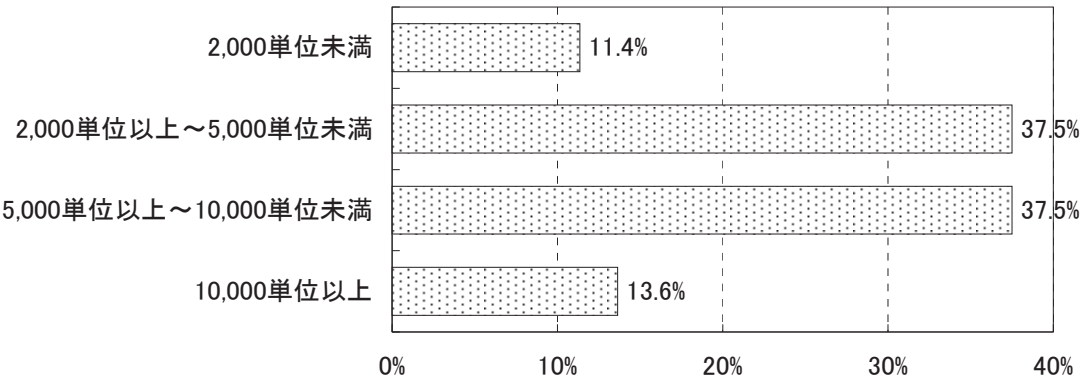
分布をみると、「10,000 単位以上」は 13.6%だった。

ターミナルケア加算の算定は、「有」が 64.8%、「無」が 31.8%だった。

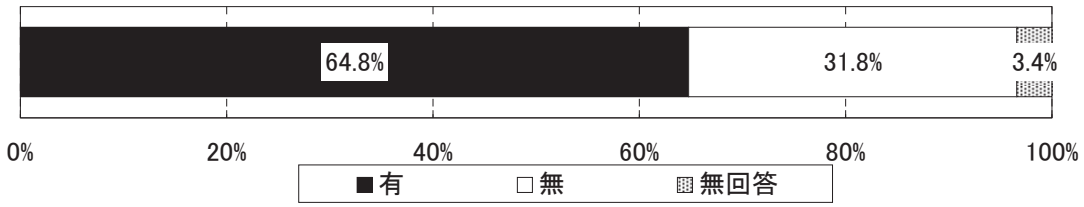
図表２-7-14　死亡月の保険請求：介護保険

	件数	平均値	標準偏差	中央値
死亡月の保険請求:介護保険（単位）	88	5,978.6	3,570.7	5,039.0

図表２-7-15　死亡月の保険請求：介護保険　(n=88)



図表２-7-16　ターミナルケア加算の算定　(n=88)

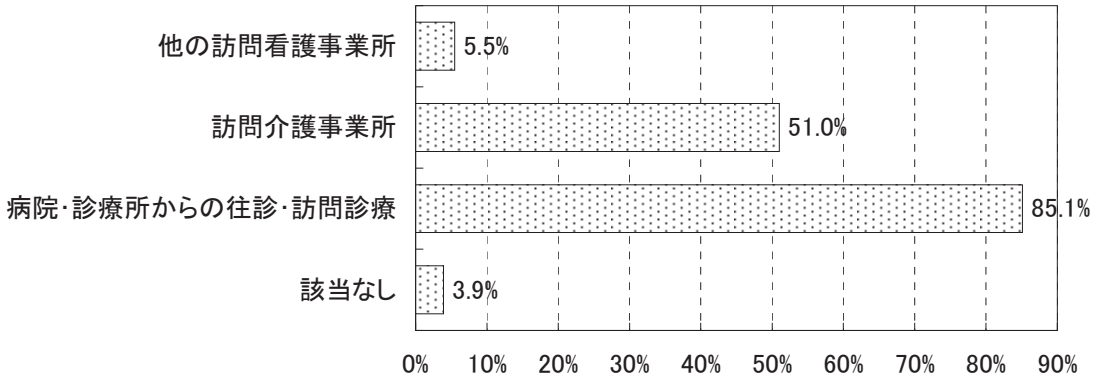


(10) 利用事業所

利用事業所は、「訪問介護事業所」は 51.0%だった。

「病院・診療所からの往診・訪問診療」が 85.1%だった。

図表２-7-17　利用事業所（複数回答）　(n=255)

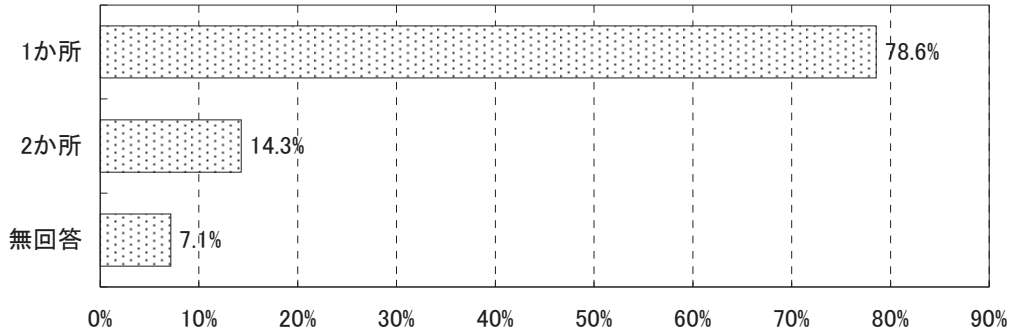


他の訪問看護事業所を利用している場合、利用している事業所数は平均 1.2 か所だった。

図表２-7-18　他の訪問看護利用事業所数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
他の訪問看護利用事業所数（か所）	13	1.2	0.4	1.0

図表２-7-19　他の訪問看護利用事業所数　(n=14)

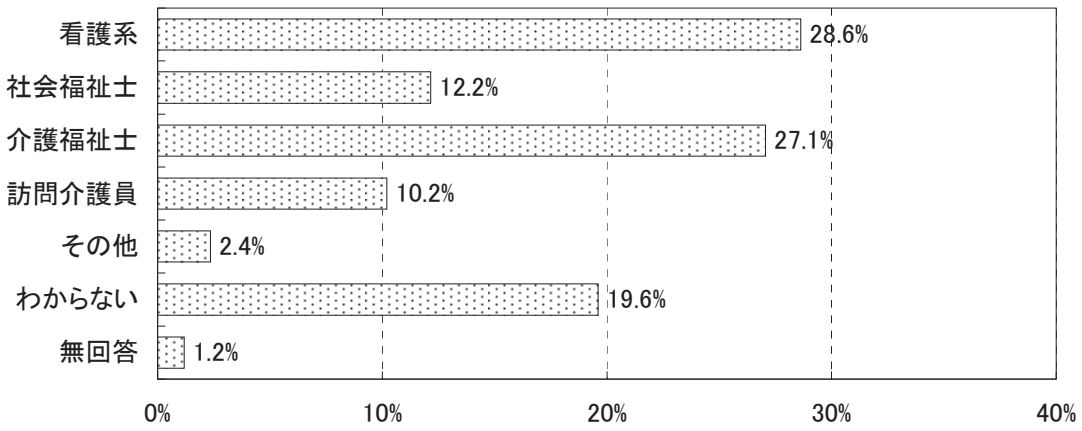


(11) 利用者の介護支援専門員

① 介護支援専門員の基礎資格

利用者の介護支援専門員の基礎資格は、「看護系」が 28.6%、「介護福祉士」が 27.1%、「社会福祉士」が 12.2%だった。

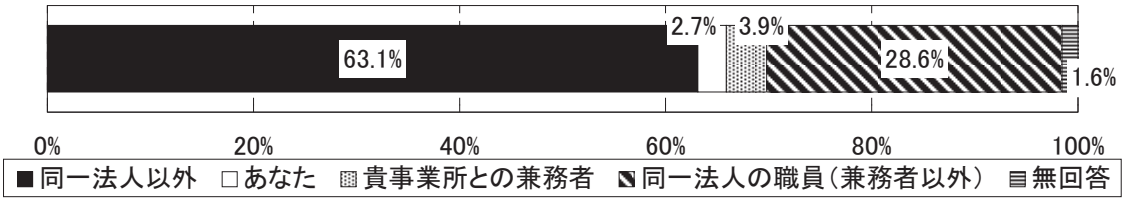
図表２-7-20　介護支援専門員の基礎資格（複数回答）　(n=255)



② 同一法人か

利用者の介護支援専門員が同一法人かどうかについては、「同一法人以外」が 63.1%、「貴事業所の兼務者以外で、同一法人の職員」が 28.6%、「貴事業所との兼務者」が 3.9%だった。

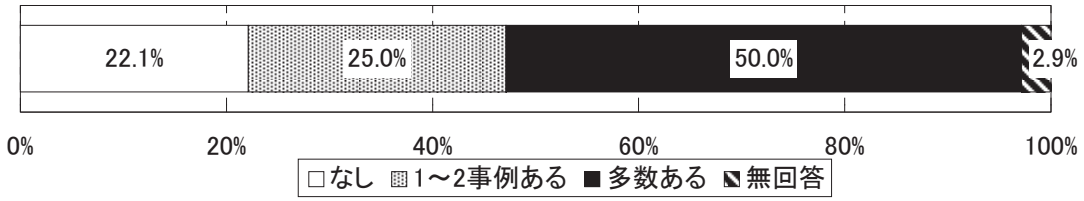
図表 2-7-21　介護支援専門員は同一法人か　(n=255)



③ 過去にこの介護支援専門員から依頼を受けてサービスを担当した事例数

利用者の介護支援専門員が回答者自身であると回答した人以外で、過去に同一の介護支援専門員から依頼を受けてサービスを担当した事例数については、「多数ある」が 50.0%、「1～2 事例ある」が 25.0%で、合わせて 75.0%が事例が「ある」と回答した。「なし」は 22.1%だった。

図表 2-7-22　過去に同一の介護支援専門員から依頼を受けてサービスを担当した事例数
(n=244)

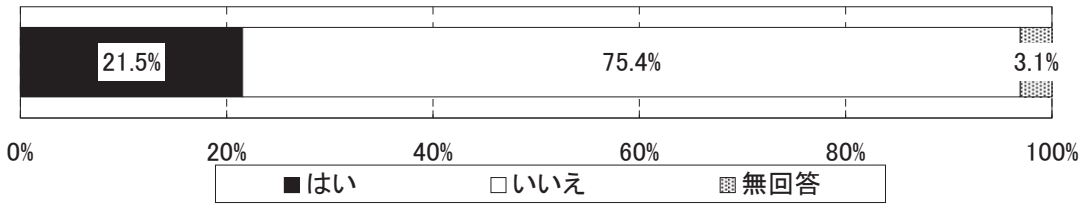


(12) 訪問介護事業所

① 同一法人か

訪問介護事業所を利用していた 130 件において、当該訪問介護事業所が同一法人かどうかについては、「はい」が 21.5%、「いいえ」が 75.4%だった。

図表 2-7-23　訪問介護事業所が同一法人か　(n=130)

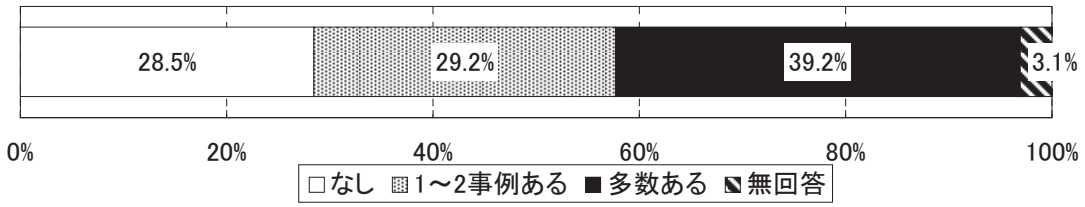


② 過去にともにサービスを担当したことのある事例数

訪問介護事業所を利用していた 130 件において、過去に同一の利用者に対してともにサービスを担当したことのある事例数については、「多数ある」が 39.2%、「1～2 事例ある」が 29.2%で、合わせて 68.4%が事例が「ある」と回答した。

「なし」は 28.5%だった。

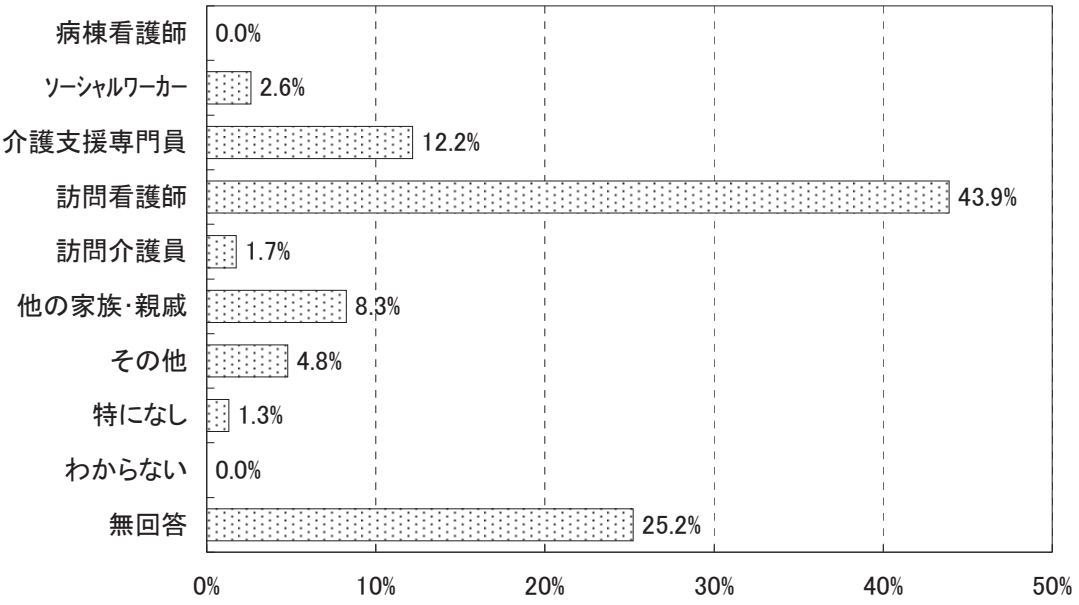
図表 2-7-24　過去に同一の利用者に対してともにサービスを担当したことのある事例数
(n=130)



(13) 在宅看取りを進めるうえでの主治医以外の「主な家族介護者」にとっての相談相手

在宅看取りを進めるにあたり、主治医のほかに、「主な家族介護者」にとっての相談相手となった人は、「訪問看護師」が 43.9%で最も多く、次いで「介護支援専門員」が 12.2%、「他の家族・親戚」が 8.3%だった。

図表 2-7-25　「主な家族介護者」にとっての主治医以外の相談相手　(n=230)



2) 訪問・連携の実態

(1) 利用者の病態

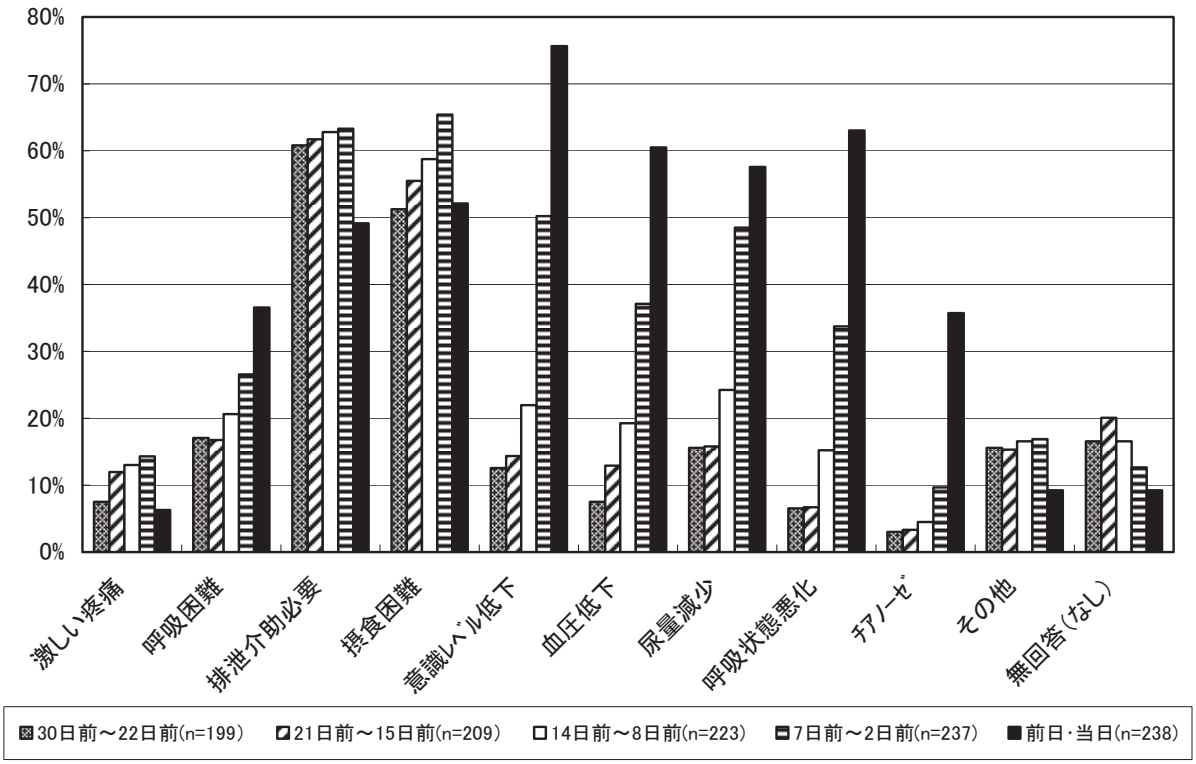
利用者の病態について２日前までは、「排泄介助必要」が６割を超え、比較的高い。

摂食困難は、30 日前～22 日前の 51.3%から徐々に増え、7 日前～2 日間には、65.4%まで増える。

意識レベル低下は、７日前～２日前で 50.2%、前日・当日で 75.6%だった。

血圧低下、尿量減少、呼吸状態悪化もおよそ７日前～２日まで大きく増え、前日・当日でさらに割合が高くなった。

図表２-7-26　利用者の病態（複数回答）



図表２-7-27　利用者の病態（複数回答）

	30 日前～22 日前 (n=199)	21 日前～15 日前 (n=209)	14 日前～8 日前 (n=223)	7 日前～2 日前 (n=237)	前日･当日 (n=238)
激しい疼痛	7.5%	12.0%	13.0%	14.3%	6.3%
呼吸困難	17.1%	16.7%	20.6%	26.6%	36.6%
排泄介助必要	60.8%	61.7%	62.8%	63.3%	49.2%
摂食困難	51.3%	55.5%	58.7%	65.4%	52.1%
意識ﾚﾍﾞﾙ低下	12.6%	14.4%	22.0%	50.2%	75.6%
血圧低下	7.5%	12.9%	19.3%	37.1%	60.5%
尿量減少	15.6%	15.8%	24.2%	48.5%	57.6%
呼吸状態悪化	6.5%	6.7%	15.2%	33.8%	63.0%
ﾁｱﾉｰｾﾞ	3.0%	3.3%	4.5%	9.7%	35.7%
その他	15.6%	15.3%	16.6%	16.9%	9.2%
無回答（なし）	16.6%	20.1%	16.6%	12.7%	9.2%

(2) 訪問看護回数

訪問看護の回数は、死亡 30 日前～22 日前の 9 日間で、平均 4.2 回、死亡 21 日前～15 日前の 7 日間で、平均 3.8 回、死亡 14 日前～ 8 日の 7 日間で 4.4 回、死亡前 7 日前～ 2 日前の 6 日間で 4.5 回、死亡前日・死亡日で、平均 2.0 回だった。

図表 2-7-28　訪問看護回数

単位：回

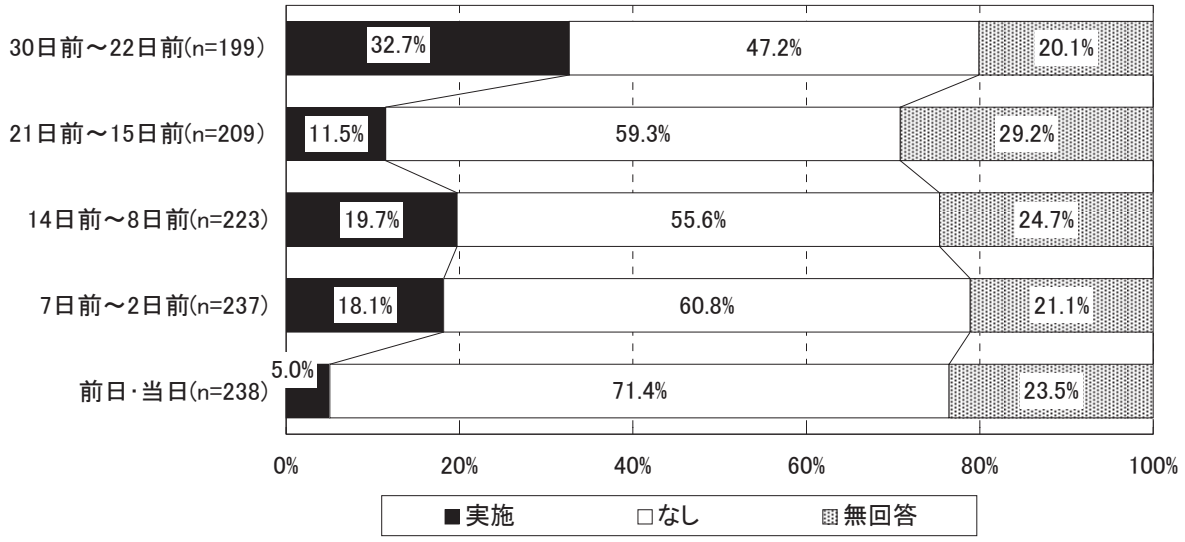
	件数	平均値	標準偏差	中央値
死亡 30 日前～22 日前:訪問看護回数	170	4.2	3.0	3.0
死亡 21 日前～15 日前:訪問看護回数	183	3.8	2.4	3.0
死亡 14 日前～8 日前:訪問看護回数	195	4.4	2.9	4.0
死亡 7 日前～2 日前:訪問看護回数	208	4.5	2.8	4.0
死亡前日及び死亡日:訪問看護回数	207	2.0	1.3	2.0

(3) サービス担当者会議の有無

サービス担当者会議は、30 日前～22 日前に「実施」が 32.7%、「なし」が 47.2%だった。

「14 日前～ 8 日前」に「実施」が 19.7%だった。

図表 2-7-29　サービス担当者会議の有無



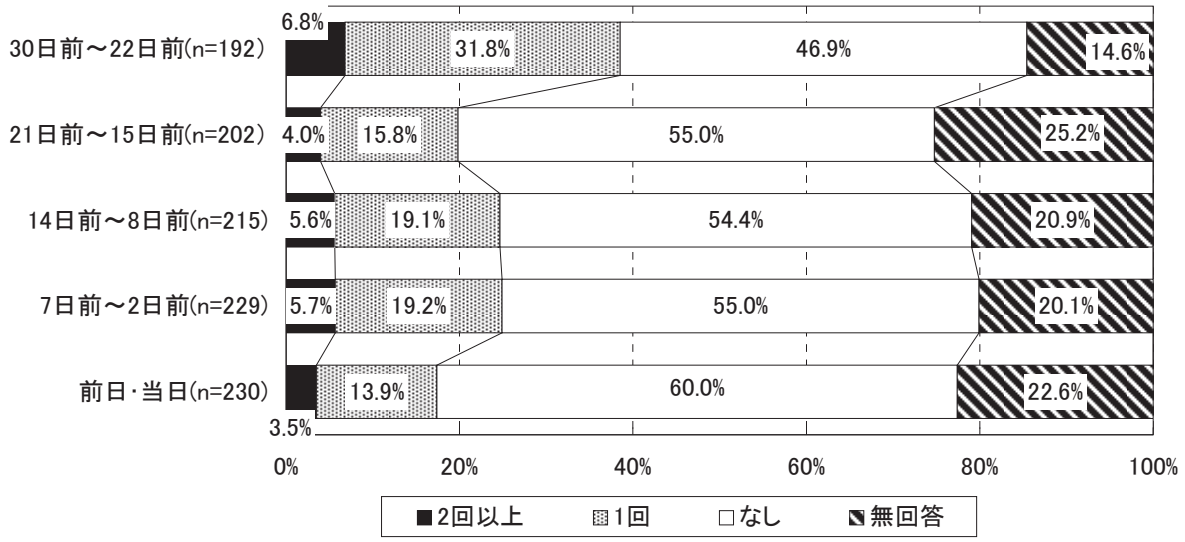
(4) 介護支援専門員との連携

① 同行訪問

介護支援専門員との連携で、同行訪問の回数は、30 日前～22 日前では、「1 回」が 31.8%、「2 回以上」が 6.8%で、合わせて 38.6%が同行訪問を行っていた。「なし」は 46.9%だった。

以降、約 1 週間ごとに 19.8%～24.9%で、同行訪問を行っていた。

図表 2-7-30　介護支援専門員との同行訪問回数



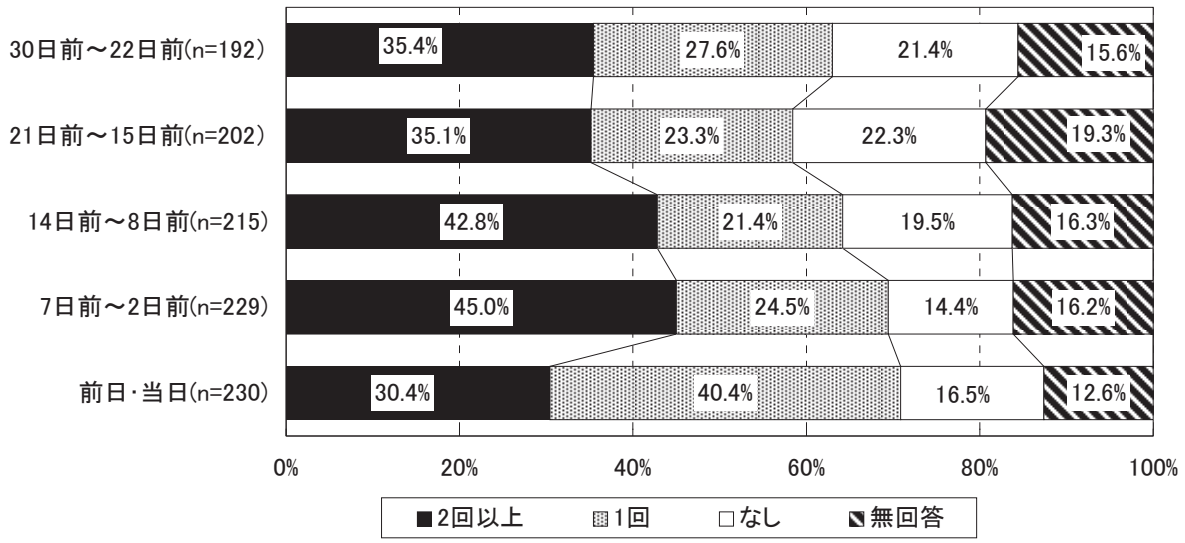
② 面談・電話

介護支援専門員との面談･電話の回数は､30 日前～22 日前では｢2 回以上｣が 35.4%、「1 回」が 27.6%で、合わせて 63.0%が面談・電話を行っていた。「なし」は 21.4%だった。

以降、約 1 週間ごとに 58.4%～69.5%が面談・電話を行っていた。

死亡前日・当日は、「2 回以上」が 30.4%、「1 回」が 40.4%で、合わせて 70.8%が面談・電話を行っていた。「なし」は 16.5%だった。

図表 2-7-31　介護支援専門員との面談・電話回数



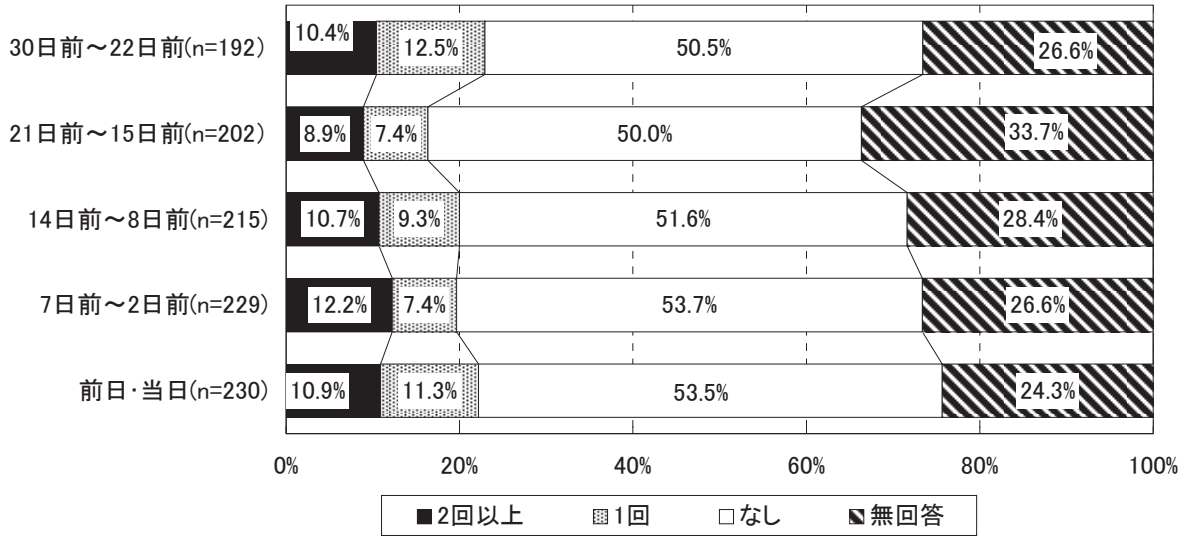
③ FAX・メール・携帯 SNS 等

介護支援専門員との FAX・メール・携帯 SNS 等での連携は、30 日前～22 日前では「2 回以上」が 10.4%、「1 回」が 12.5%で、合わせて 22.9%が FAX 等で連携をとっていた。「なし」は 50.5%だった。

以降、約 1 週間ごとに 16.3%～20.0%が FAX 等で連携をとっていた。

死亡前日・当日は、「2 回以上」が 10.9%で、「1 回」が 11.3%で合わせて 22.2%が FAX 等で連携をとっていた。

図表 2-7-32　介護支援専門員との FAX・メール・携帯 SNS 等での連携回数

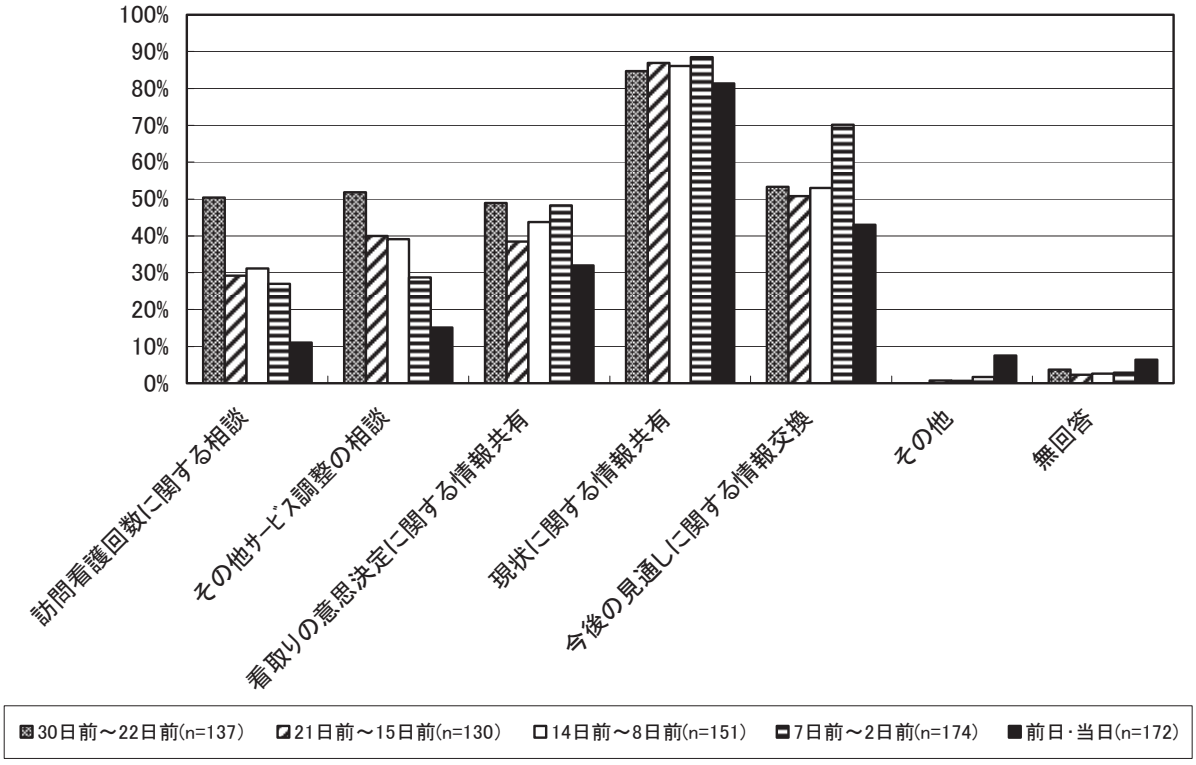


④ 連携の内容

介護支援専門員との連携の内容はいずれの時期も、「現状に関する情報共有」が最も多かった。次いで「今後の見通しに関する情報交換」が比較的高く、特に、死亡７日前～２日前比較的割合が高かった。

訪問看護回数に関する相談やその他サービス調整の相談は、死亡日に近くなるに連れて、割合が低くなった。

図表２-7-33　介護支援専門員との連携内容（複数回答）



図表２-7-34　介護支援専門員との連携内容（複数回答）

	30 日前～22 日前 (n=137)	21 日前～15 日前 (n=130)	14 日前～8 日前 (n=151)	7 日前～2 日前 (n=174)	前日・当日 (n=172)
訪問看護回数に関する相談	50.4%	29.2%	31.1%	27.0%	11.0%
その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談	51.8%	40.0%	39.1%	28.7%	15.1%
看取りの意思決定に関する情報共有	48.9%	38.5%	43.7%	48.3%	32.0%
現状に関する情報共有	84.7%	86.9%	86.1%	88.5%	81.4%
今後の見通しに関する情報交換	53.3%	50.8%	53.0%	70.1%	43.0%
その他	0.0%	0.8%	0.7%	1.7%	7.6%
無回答	3.6%	2.3%	2.6%	2.9%	6.4%

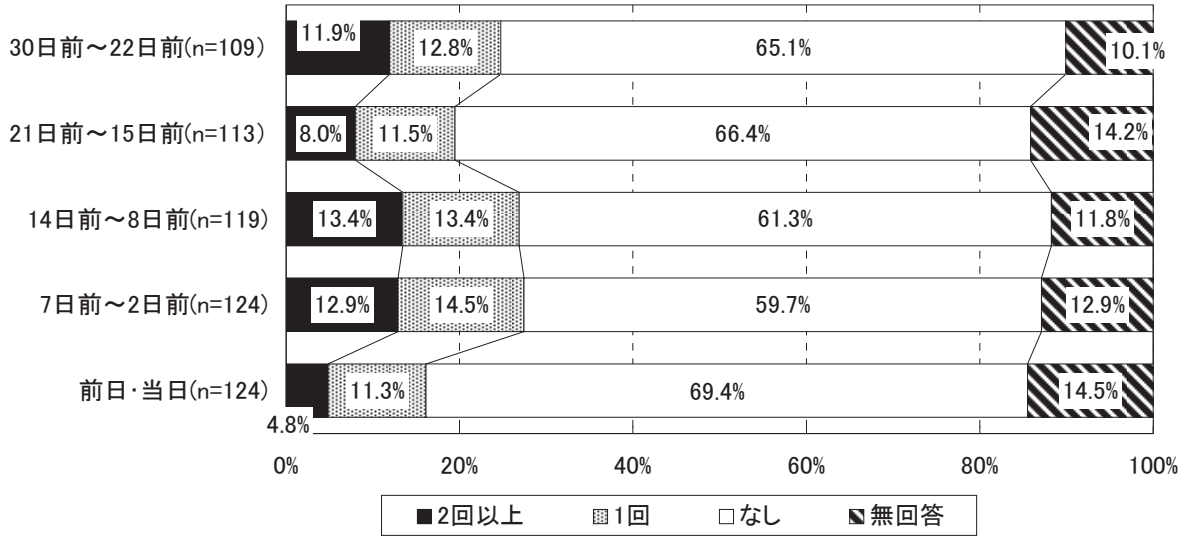
(5) 訪問介護員との連携

① 同行訪問

訪問介護員の同行訪問の回数は、30 日前～22 日前で「2 回以上」が 11.9%、「1 回」が 12.8%で、合わせて 24.7%が同行訪問を行っていた。「なし」は 65.1%だった。

以降、約 1 週間ごとに、19.5%～27.4%で同行訪問を行っていた。

図表 2-7-35　訪問介護員との同行訪問回数

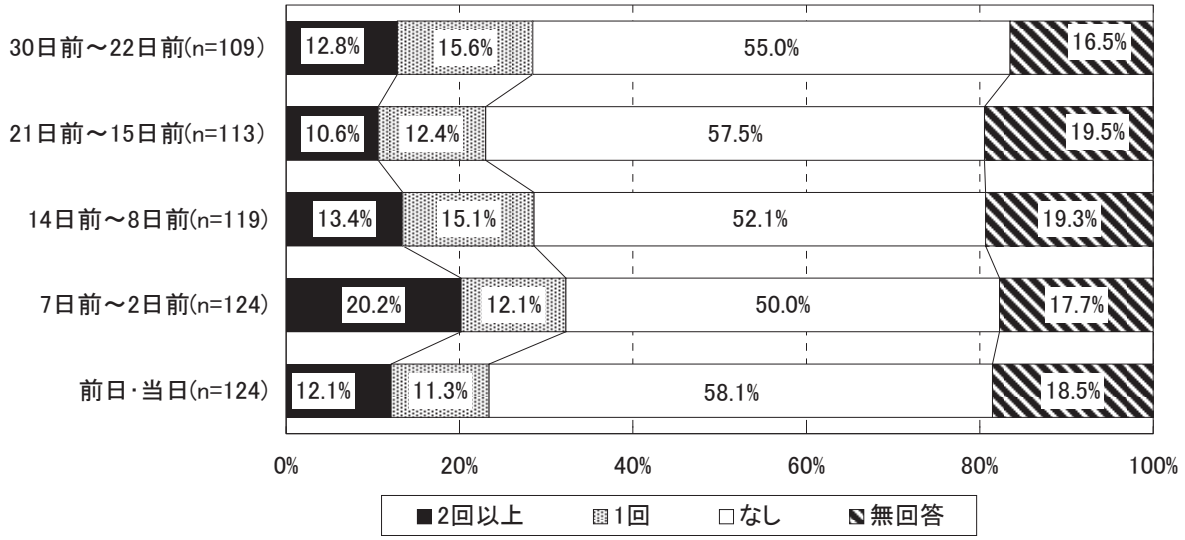


② 面談・電話

訪問介護員との面談・電話の回数は、30 日前～22 日前で「2 回以上」が 12.8%、「1 回」が 15.6%で、合わせて 28.4%が面談・電話を行っていた。「なし」は 55.0%だった。

以降、約 1 週間ごとに、23.0%～32.3%が面談・電話を行っており、死亡日に近くなるほど、実施率が高くなる傾向がみられた。

図表 2-7-36　訪問介護員との面談・電話回数

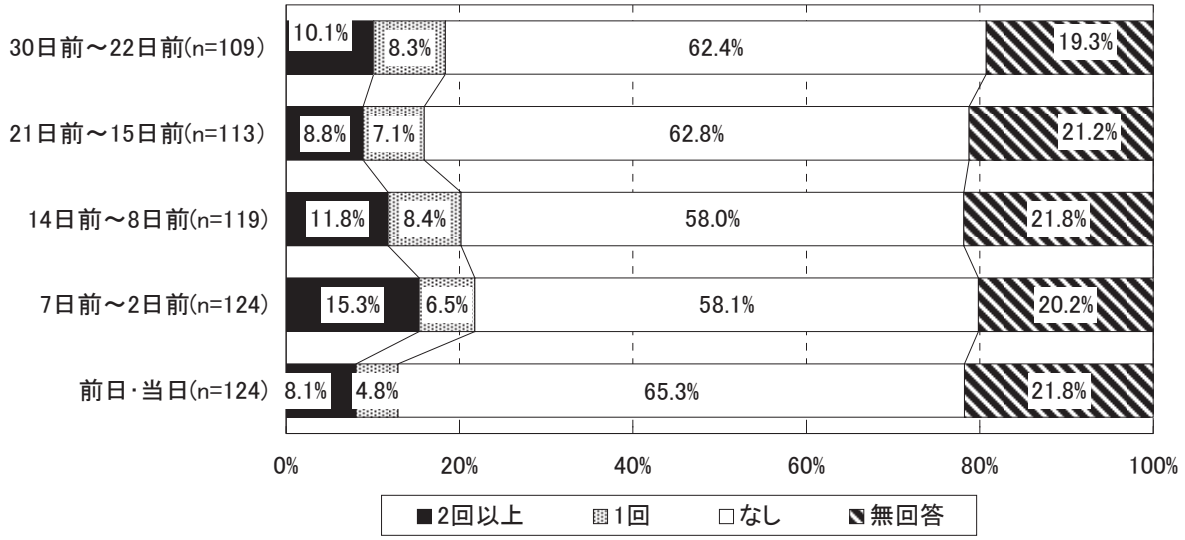


③ FAX・メール・携帯 SNS 等

訪問介護員との FAX・メール・携帯 SNS 等での連携は、30 日前～22 日前で、「2 回以上」が 10.1%、「1 回」が 8.3%で、合わせて 18.4%が FAX・メール・携帯 SNS 等で連携をとっていた。「なし」は 62.4%だった。

以降、約 1 週間ごとに、15.9%～21.8%が FAX 等で連携をとっていた。

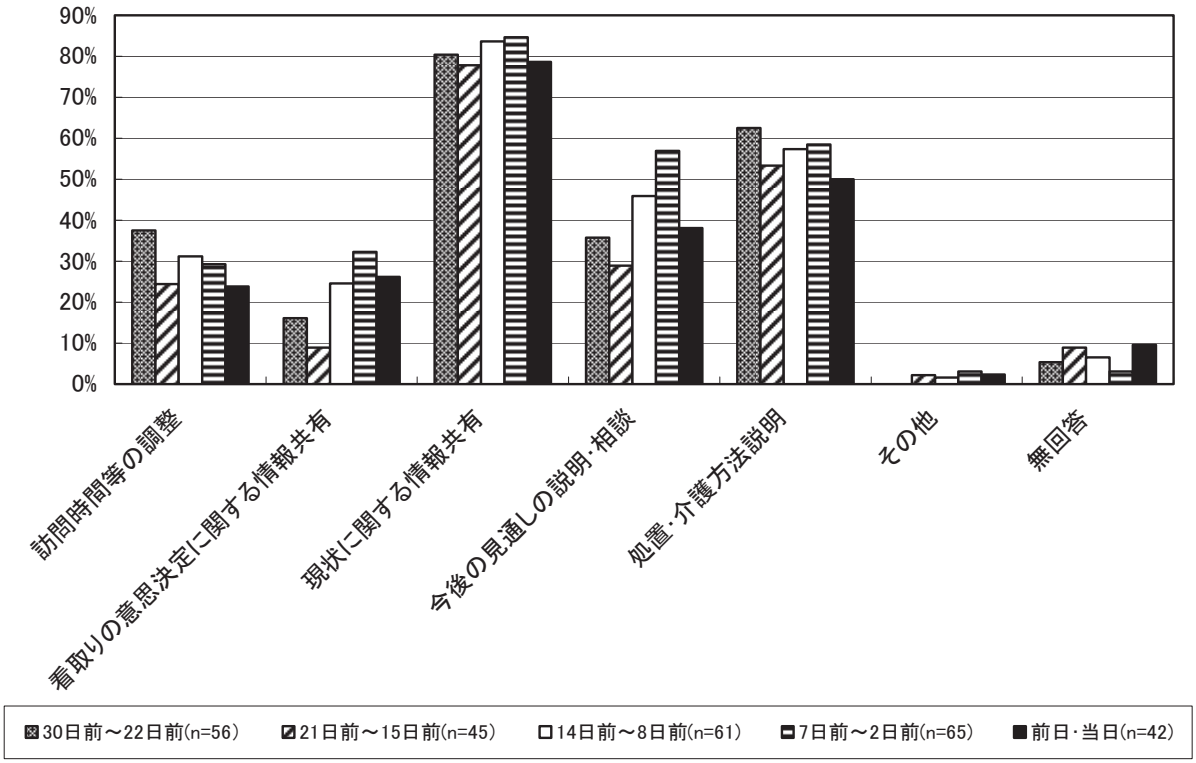
図表 2-7-37　訪問介護員との FAX・メール・携帯 SNS 等での連携回数



④ 連携の内容

訪問介護員との連携の内容はいずれの時期も、「現状に関する情報共有」が最も多く、次いで、「処置・介護方法説明」が多かった。

図表２-7-38　訪問介護員との連携内容（複数回答）



図表２-7-39　訪問介護員との連携内容（複数回答）

	30日前～22日前 (n=56)	21日前～15日前 (n=45)	14日前～8日前 (n=61)	7日前～2日前 (n=65)	前日・当日 (n=42)
訪問時間等の調整	37.5%	24.4%	31.1%	29.2%	23.8%
看取りの意思決定に関する情報共有	16.1%	8.9%	24.6%	32.3%	26.2%
現状に関する情報共有	80.4%	77.8%	83.6%	84.6%	78.6%
今後の見通しの説明･相談	35.7%	28.9%	45.9%	56.9%	38.1%
処置･介護方法説明	62.5%	53.3%	57.4%	58.5%	50.0%
その他	0.0%	2.2%	1.6%	3.1%	2.4%
無回答	5.4%	8.9%	6.6%	3.1%	9.5%

2. 訪問介護員票

1) 基本属性等

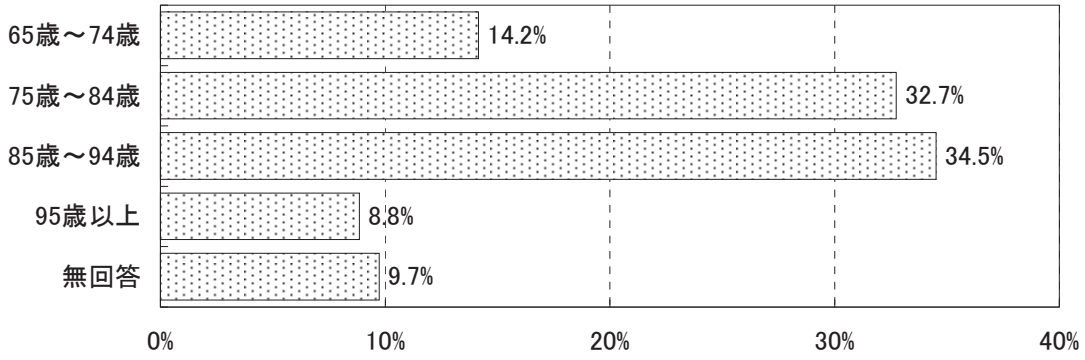
(1) 年齢

調査対象者（利用者）の年齢は、平均 83.2 歳だった。

図表２-7-40　利用者の年齢

	件数	平均値	標準偏差	中央値
利用者の年齢（歳）	102	83.2	8.6	84.0

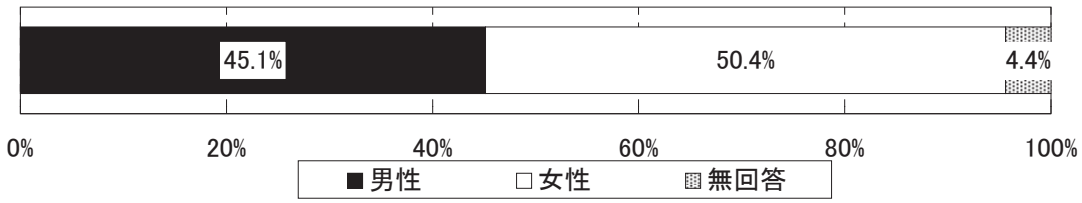
図表２-7-41　利用者の年齢　(n=113)



(2) 性別

利用者の性別は、「男性」が 45.1%、「女性」が 50.4%だった。

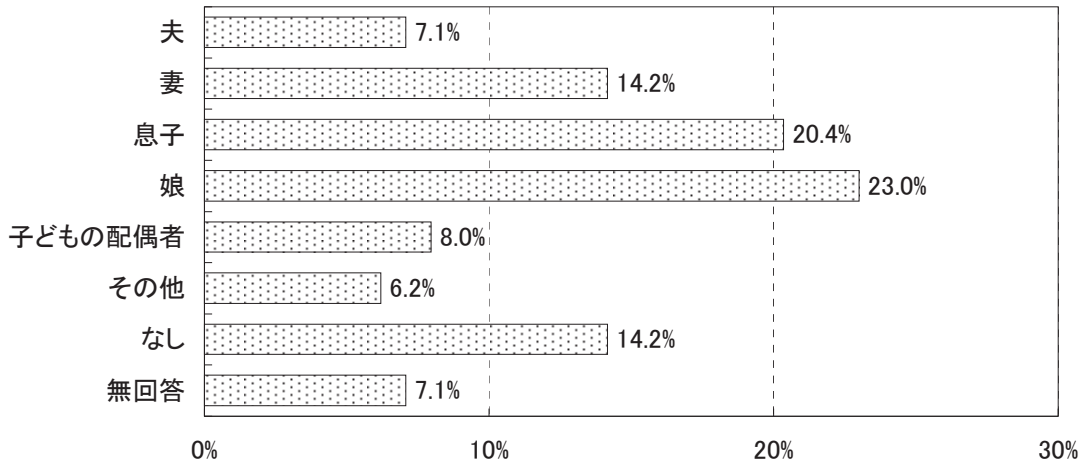
図表２-7-42　利用者の性別　(n=113)



(3) 主な家族介護者

主な家族介護者は、「娘」が 23.0%で最も多く、次いで「息子」が 20.4%、「妻」が 14.2%だった。

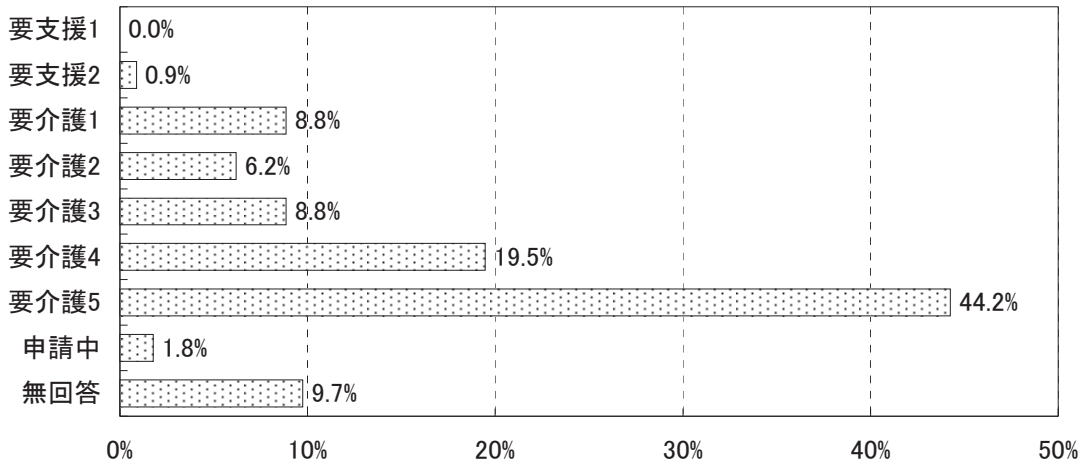
図表２-7-43　主な家族介護者　(n=113)



(4) 要介護度

要介護度は、「要介護 5」が 44.2%で最も多く、次いで「要介護 4」が 19.5%、「要介護 3」と「要介護度 1」がともに 8.8%だった。

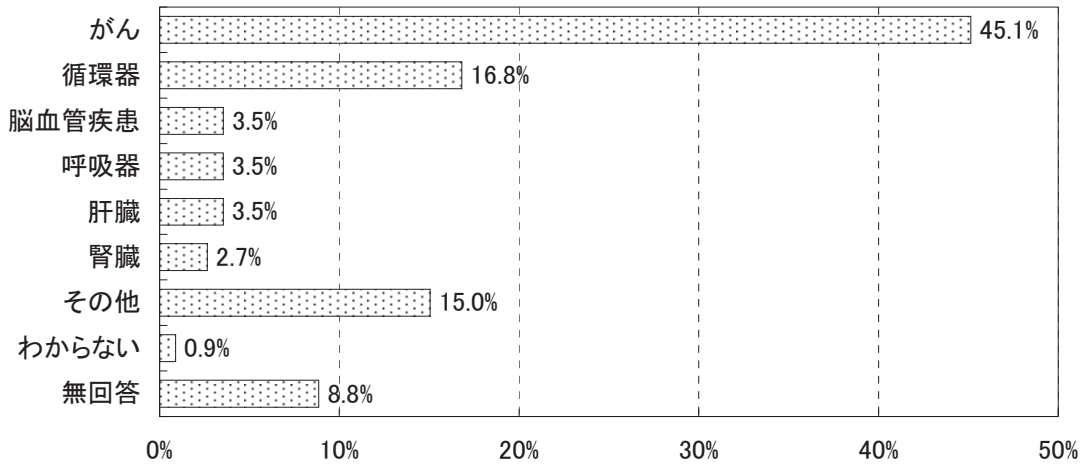
図表 2-7-44　要介護度　(n=113)



(5) 主疾患名

主疾患名は、「がん」が 45.1%、「循環器」が 16.8%だった。

図表 2-7-45　主疾患名　(n=113)



(6) 訪問介護利用期間（日）

訪問介護の利用期間は平均 532.3 日だった。

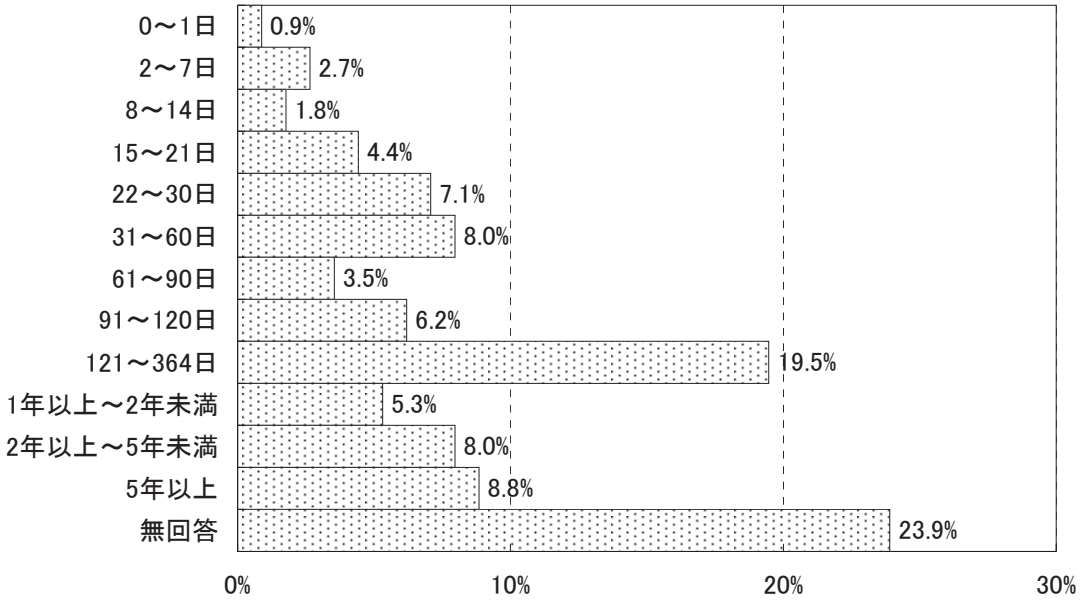
30 日以下は、16.9%だった。1 年未満が 54.1%だった。

また、1 年以上は 22.1%だった。

図表 2-7-46　訪問介護利用期間

	件数	平均値	標準偏差	中央値
訪問介護利用期間（日）	86	532.3	828.3	176.0

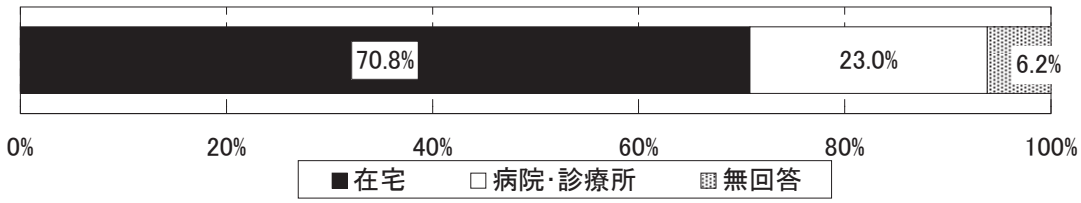
図表 2-7-47　訪問介護利用期間　(n=113)



(7) 死亡場所

死亡場所は、「在宅」が 70.8%、「病院・診療所」が 23.0%だった。

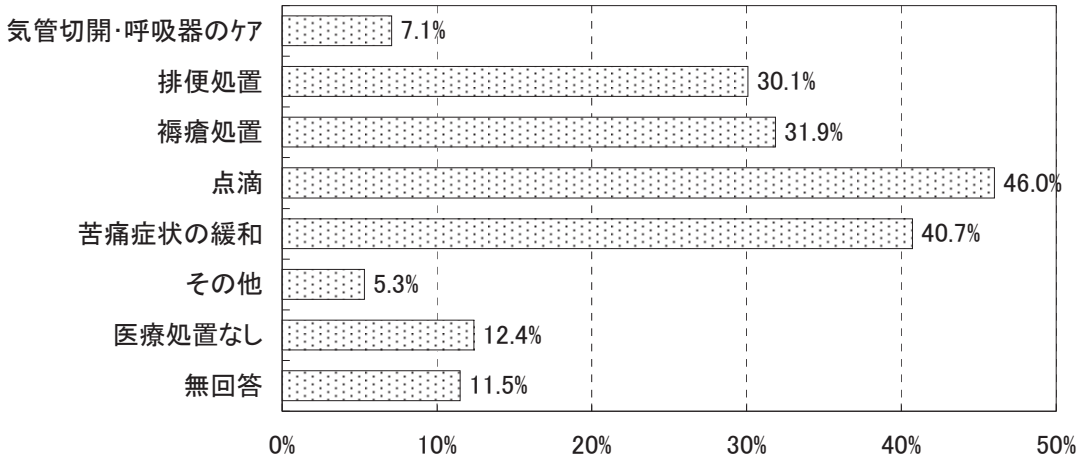
図表 2-7-48　死亡場所　(n=113)



(8) 医療処置の内容

利用者に必要な医療処置の内容は、「点滴」が 46.0%、「苦痛症状の緩和」が 40.7%、「褥瘡処置」が 31.9%だった。

図表 2-7-49　医療処置の内容（複数回答）　(n=113)



(9) 死亡月の保険請求

死亡月の保険請求は、平均 6,907.1 単位だった。

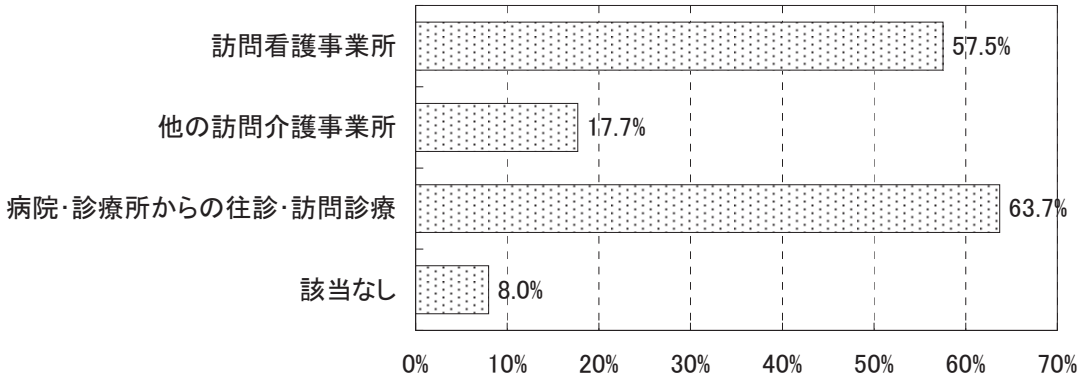
図表 2-7-50　死亡月の保険請求

	件数	平均値	標準偏差	中央値
死亡月の保険請求（単位）	83	6,907.1	6,894.6	3,810.0

(10) 利用事業所

利用事業所は、「訪問看護事業所」が 57.5%、「病院・診療所からの往診・訪問診療」が 63.7%だった。

図表 2-7-51　利用事業所（複数回答）　(n=113)



他の訪問介護事業所を利用している場合（20 件）、いずれも、他には 1 か所の事業所を利用していた。

図表 2-7-52　利用事業所数

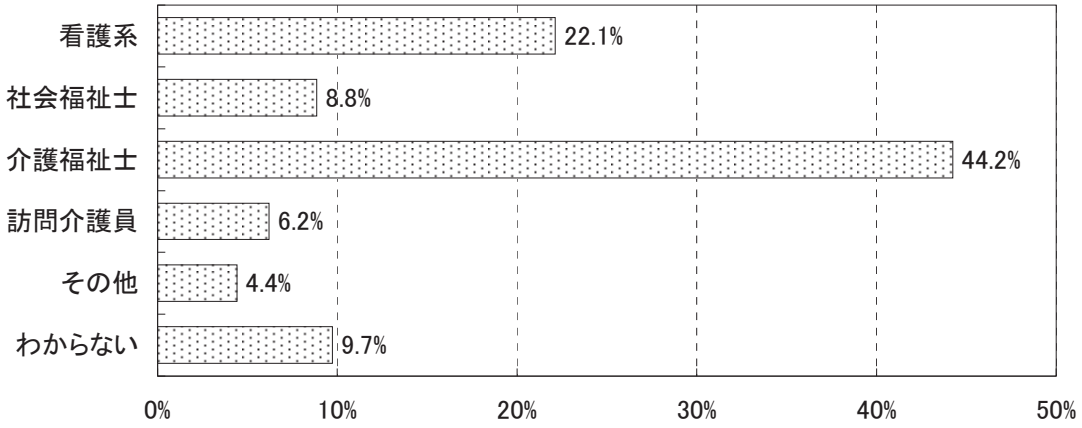
	件数	平均値	標準偏差	中央値
利用事業所数（か所）	20	1.0	0.0	1.0

(11) 利用者の介護支援専門員

① 介護支援専門員の基礎資格

利用者の介護支援専門員の基礎資格は、「介護福祉士」が 44.2%、「看護系」が 22.1%、「社会福祉士」が 8.8%だった。

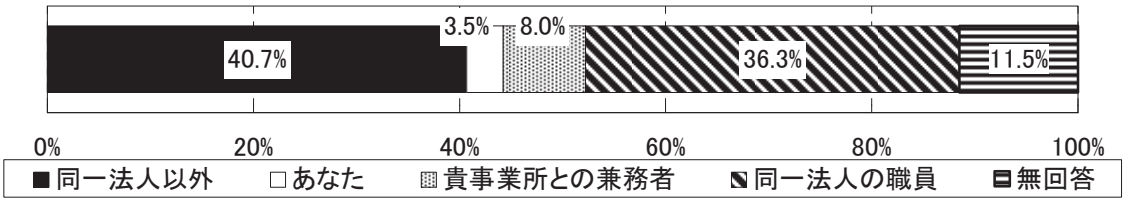
図表 2-7-53　介護支援専門員の基礎資格（複数回答）　(n=113)



② 同一法人か

利用者の介護支援専門員が同一法人かどうかについては、「同一法人以外」が 40.7%、「貴事業所の兼務者以外で、同一法人の職員」が 36.3%、「貴事業所との兼務者」が 8.0%だった。

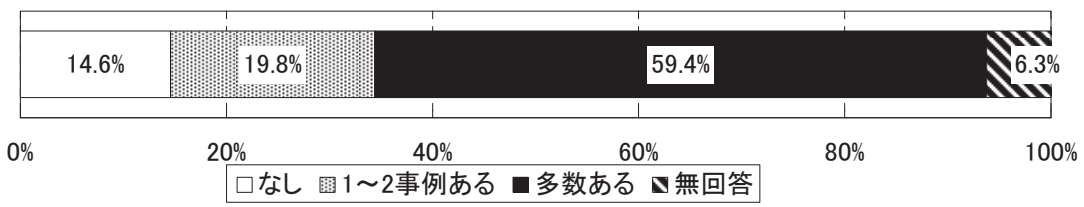
図表 2-7-54　介護支援専門員が同一法人か　(n=113)



③ 過去にこの介護支援専門員から依頼を受けてサービスを担当した事例数

利用者の介護支援専門員が回答者自身であると回答した人以外で、過去に同一の介護支援専門員から依頼を受けてサービスを担当した事例数については、「多数ある」が 59.4%、「1～2 事例ある」が 19.8%で、合わせて 79.2%が事例が「ある」と回答した。「なし」は 14.6%だった。

図表 2-7-55　過去に同一の介護支援専門員から依頼を受けてサービスを担当した事例数
(n=96)

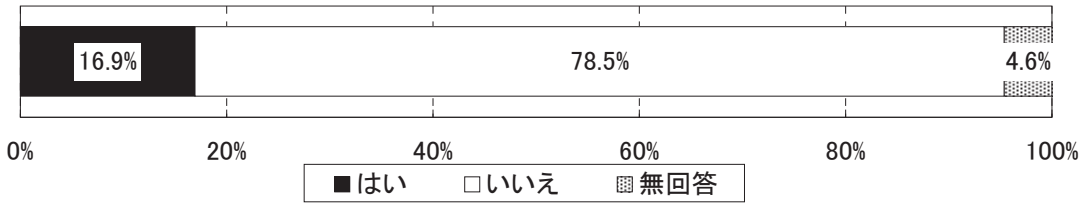


(12) 訪問看護事業所

① 同一法人か

訪問看護事業所を利用している場合、その訪問看護事業所が同一法人かどうかについては、「はい」が 16.9%、「いいえ」が 78.5%だった。

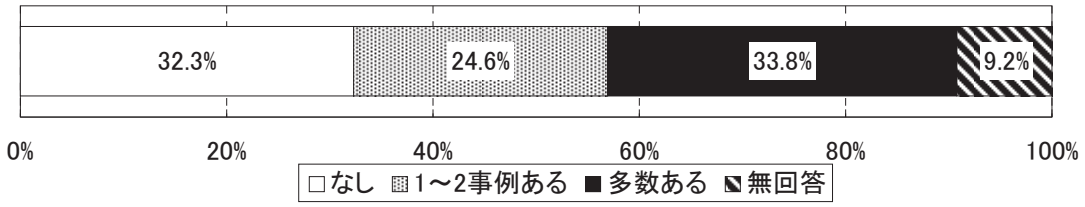
図表２-7-56　訪問看護事業所が同一法人か　(n=65)



② 過去に同一の利用者に対してともにサービスを担当した事例数

過去に同一の利用者に対してともにサービスを担当した事例数については、「多数ある」が 32.2%、「1～2 事例ある」が 24.6%で、合わせて 56.9%が事例が「ある」と回答した。「なし」は 33.8%だった。

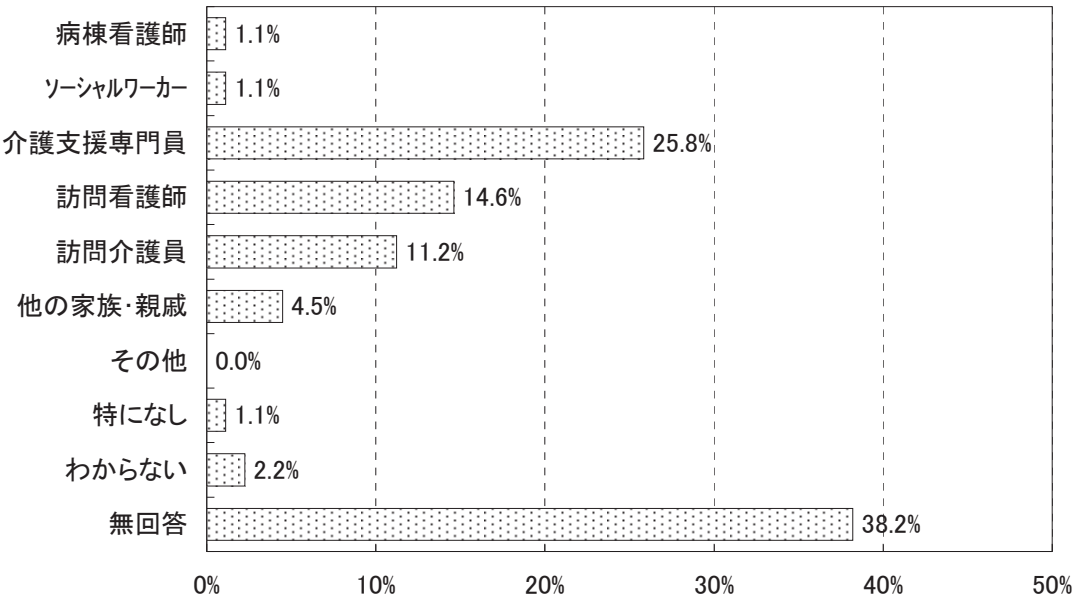
図表２-7-57　過去に同一の利用者に対してともにサービスを担当した事例数　(n=65)



(13) 在宅看取りを進めるうえでの主治医以外の「主な家族介護者」にとっての相談相手

在宅看取りを進めるにあたり、主治医のほかに、「主な家族介護者」にとっての相談相手となった人は、「介護支援専門員」が 25.8%で最も多く、次いで「訪問看護師」が 14.6%、「訪問介護員」が 11.2%だった。

図表２-7-58　「主な家族介護者」にとっての主治医以外の相談相手　(n=89)



2) 訪問・連携の実態

(1) 利用者の病態

利用者の病態について「排泄介助必要」がいずれの時期も６割を超え、比較的高い。

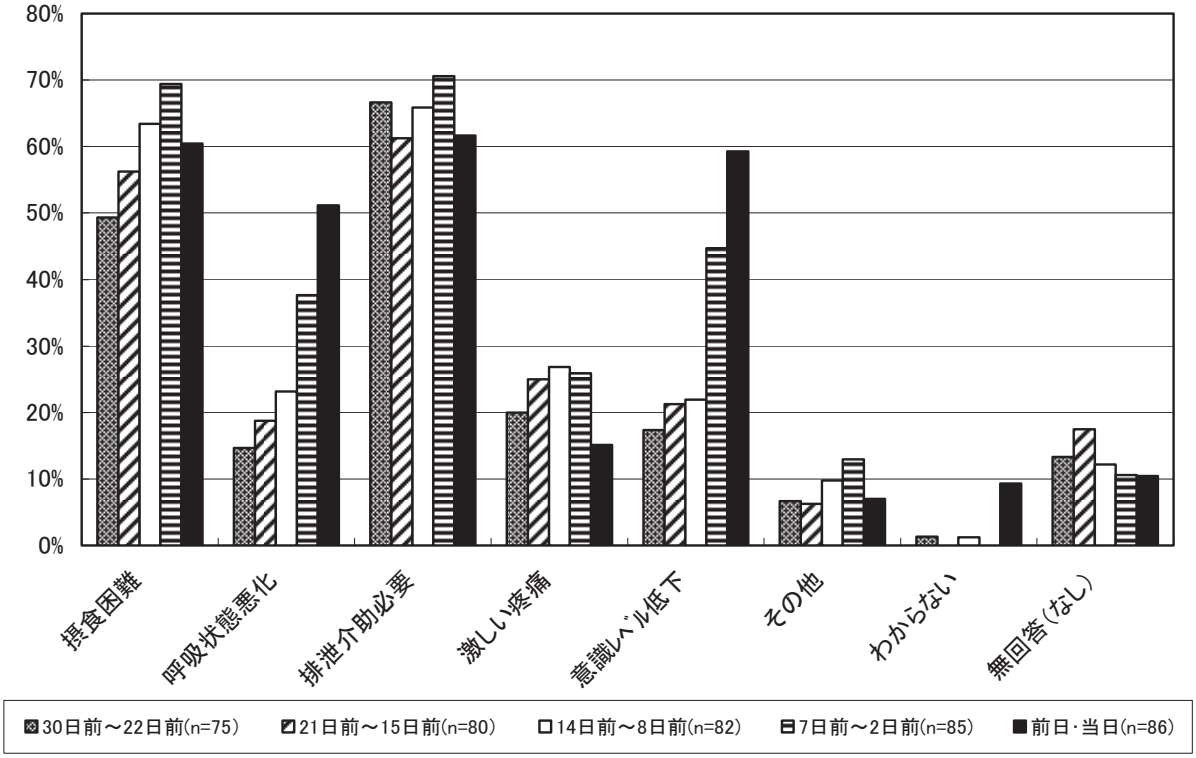
摂食困難は、30 日前～22 日前の 49.3%から徐々に増え、7 日前～2 日間には、69.4%まで増える。

意識レベル低下は、７日前～２日前で 44.7%、前日・当日で 59.3%だった。

呼吸状態悪化もおよそ７日前～２日まで大きく増え、前日・当日でさらに割合が高くなった。

いずれも訪問看護師の回答傾向とほぼ同じ傾向だった。

図表２-7-59　利用者の病態（複数回答）



図表２-7-60　利用者の病態（複数回答）

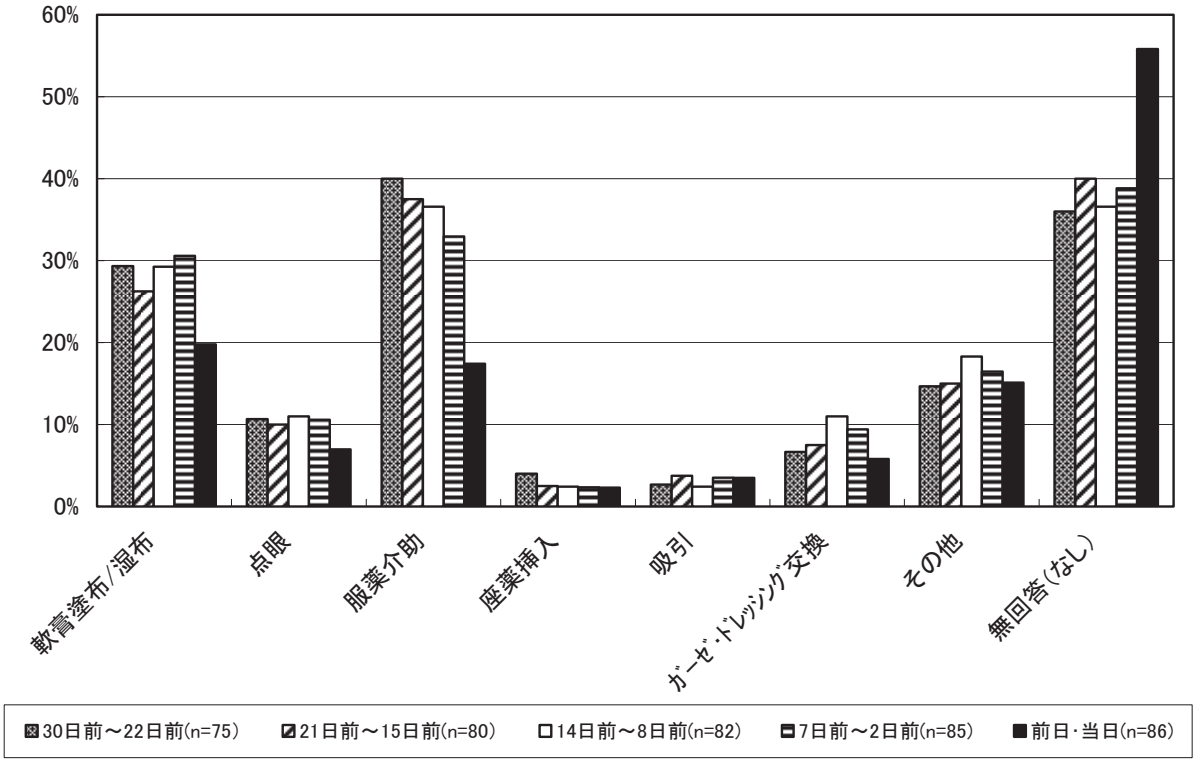
	30 日前～22 日前 (n=75)	21 日前～15 日前 (n=80)	14 日前～8 日前 (n=82)	7 日前～2 日前 (n=85)	前日･当日 (n=86)
摂食困難	49.3%	56.3%	63.4%	69.4%	60.5%
呼吸状態悪化	14.7%	18.8%	23.2%	37.6%	51.2%
排泄介助必要	66.7%	61.3%	65.9%	70.6%	61.6%
激しい疼痛	20.0%	25.0%	26.8%	25.9%	15.1%
意識ﾚﾍﾞﾙ低下	17.3%	21.3%	22.0%	44.7%	59.3%
その他	6.7%	6.3%	9.8%	12.9%	7.0%
わからない	1.3%	0.0%	1.2%	0.0%	9.3%
無回答（なし）	13.3%	17.5%	12.2%	10.6%	10.5%

(2) 訪問介護員が実施した医行為

訪問介護員が実施した医行為は、「服薬介助」が 30 日前～22 日前で 40.0%、以降徐々に少なくなり、死亡前日・当日では、17.4%だった。

「軟膏塗布/湿布」は死亡前日・当日以外は、26.3%～30.6%とほぼ一定で行われており、また、「点眼」も 10.0%～11.0%で、ほぼ一定で行われていた。ただし、両行為とも、死亡前日・当日は、やや低くなった。

図表 2-7-61　訪問介護員が実施した医行為（複数回答）



図表 2-7-62　訪問介護員が実施した医行為（複数回答）

	30 日前～22 日前 (n=75)	21 日前～15 日前 (n=80)	14 日前～8 日前 (n=82)	7 日前～2 日前 (n=85)	前日・当日 (n=86)
軟膏塗布/湿布	29.3%	26.3%	29.3%	30.6%	19.8%
点眼	10.7%	10.0%	11.0%	10.6%	7.0%
服薬介助	40.0%	37.5%	36.6%	32.9%	17.4%
座薬挿入	4.0%	2.5%	2.4%	2.4%	2.3%
吸引	2.7%	3.8%	2.4%	3.5%	3.5%
ｶﾞｰｾﾞ･ﾄﾞﾚｯｼﾝｸﾞ交換	6.7%	7.5%	11.0%	9.4%	5.8%
その他	14.7%	15.0%	18.3%	16.5%	15.1%
無回答（なし）	36.0%	40.0%	36.6%	38.8%	55.8%

(3) 訪問回数

訪問回数は、死亡 30 日前～22 日前の 9 日間で、平均 11.2 回、死亡 21 日前～15 日前の 7 日間で、平均 10.2 回、死亡 14 日前～８日の 7 日間で 10.1 回、死亡前 7 日前～２日前の 6 日間で 8.7 回、死亡前日・死亡日で、平均 2.0 回だった。

図表２-7-63　訪問介護員が実施した医行為（複数回答）

単位：回

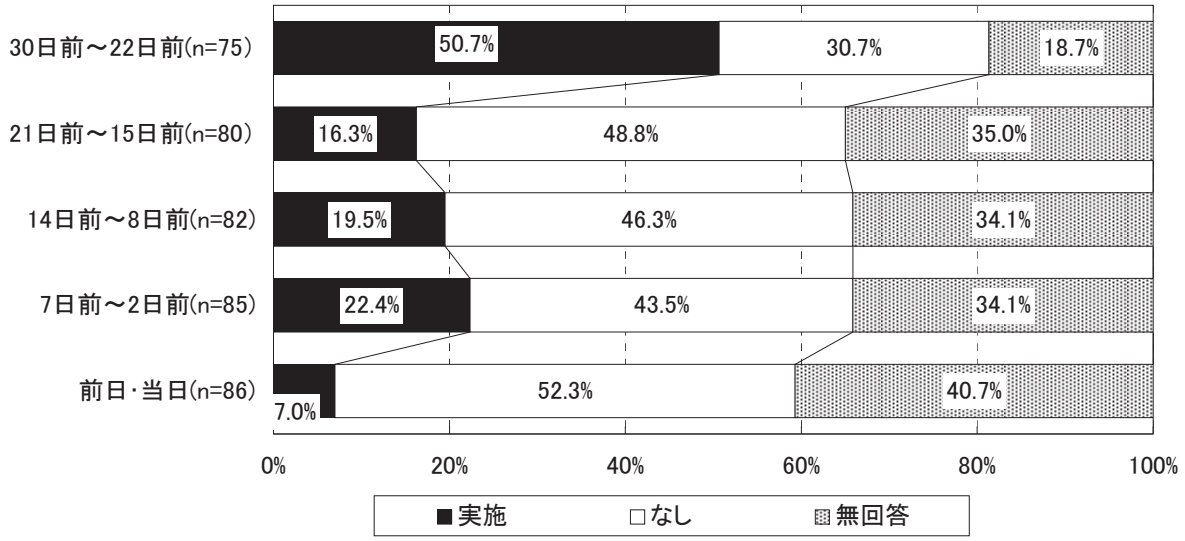
	件数	平均値	標準偏差	中央値
死亡 30 日前～22 日前:訪問回数	56	11.2	9.6	8.0
死亡 21 日前～15 日前:訪問回数	67	10.2	9.0	7.0
死亡 14 日前～8 日前:訪問回数	68	10.1	8.8	7.5
死亡 7 日前～2 日前:訪問回数	72	8.7	7.5	6.0
死亡前日及び死亡日:訪問回数	66	2.0	1.8	2.0

(4) サービス担当者会議の有無

サービス担当者会議は、30 日前～22 日前に「実施」が 50.7%だった。

「7 日前～2 日前」に「実施」が 22.4%だった。

図表２-7-64　サービス担当者会議の有無



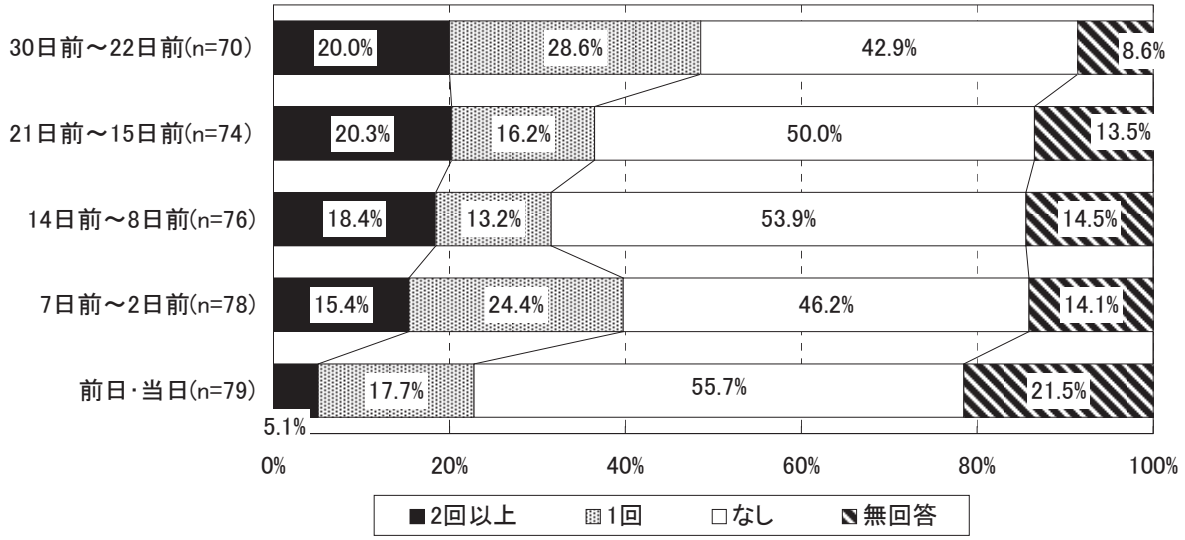
(5) 介護支援専門員との連携

① 同行訪問

介護支援専門員との連携で、同行訪問の回数は、30 日前～22 日前では、「2 回以上」が 20.0%、「1 回」が 28.6%で、合わせて 48.6%が同行訪問を行っていた。「なし」は 42.9%だった。

以降、約 1 週間ごとに 31.6%～39.8%で、同行訪問を行っていた。

図表 2-7-65　介護支援専門員との同行訪問回数



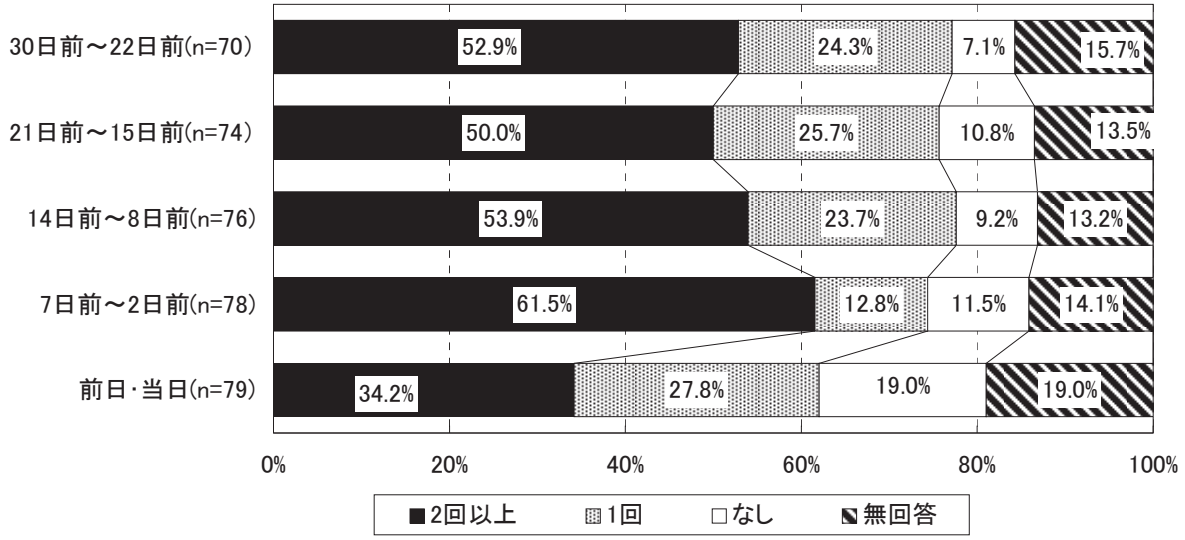
② 面談・電話

介護支援専門員との面談･電話の回数は、30 日前～22 日前では「2 回以上」が 52.9%、「1 回」が 24.3%で、合わせて 77.2%が面談・電話を行っていた。「なし」は 7.1%だった。

以降、約 1 週間ごとに 74.3%～77.6%が面談・電話を行っていた。

死亡前日･当日は「2 回以上」が 34.2%、「1 回」が 27.8%で、合わせて 62.0%が面談・電話を行っていた。「なし」は 19.0%だった。

図表 2-7-66　介護支援専門員との面談・電話回数

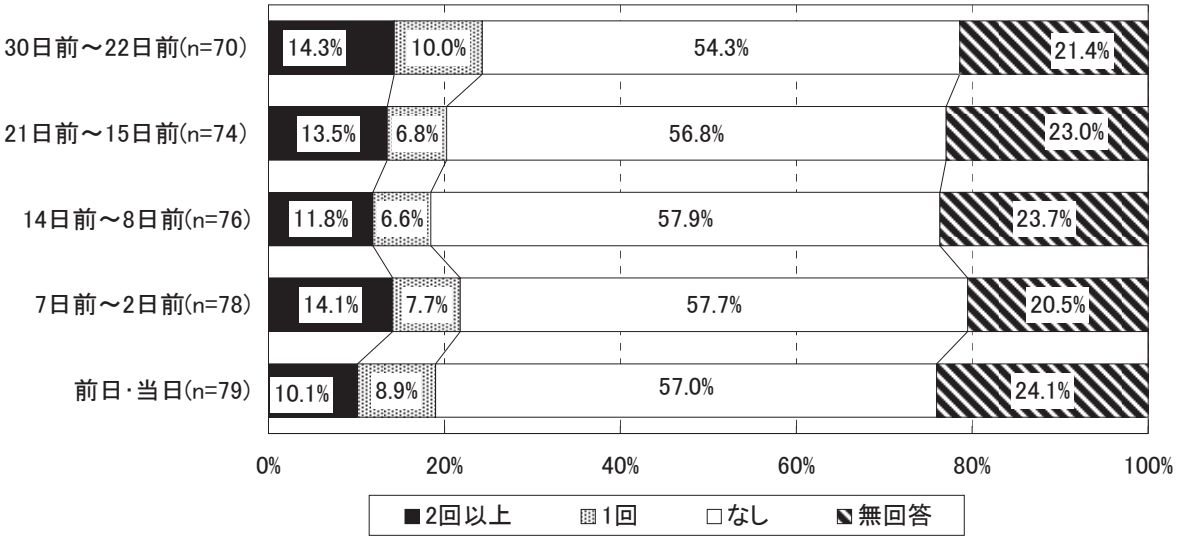


③ FAX・メール・携帯 SNS 等

介護支援専門員との FAX・メール・携帯 SNS 等での連携は、30 日前～22 日前では「2 回以上」が 14.3%、「1 回」が 10.0%で、合わせて 24.3%が FAX 等で連携をとっていた。「なし」は 54.3%だった。

以降、約 1 週間ごとに 18.4%～21.8%が FAX 等で連携をとっていた。

図表 2-7-67　介護支援専門員との FAX・メール・携帯 SNS 等での連携回数

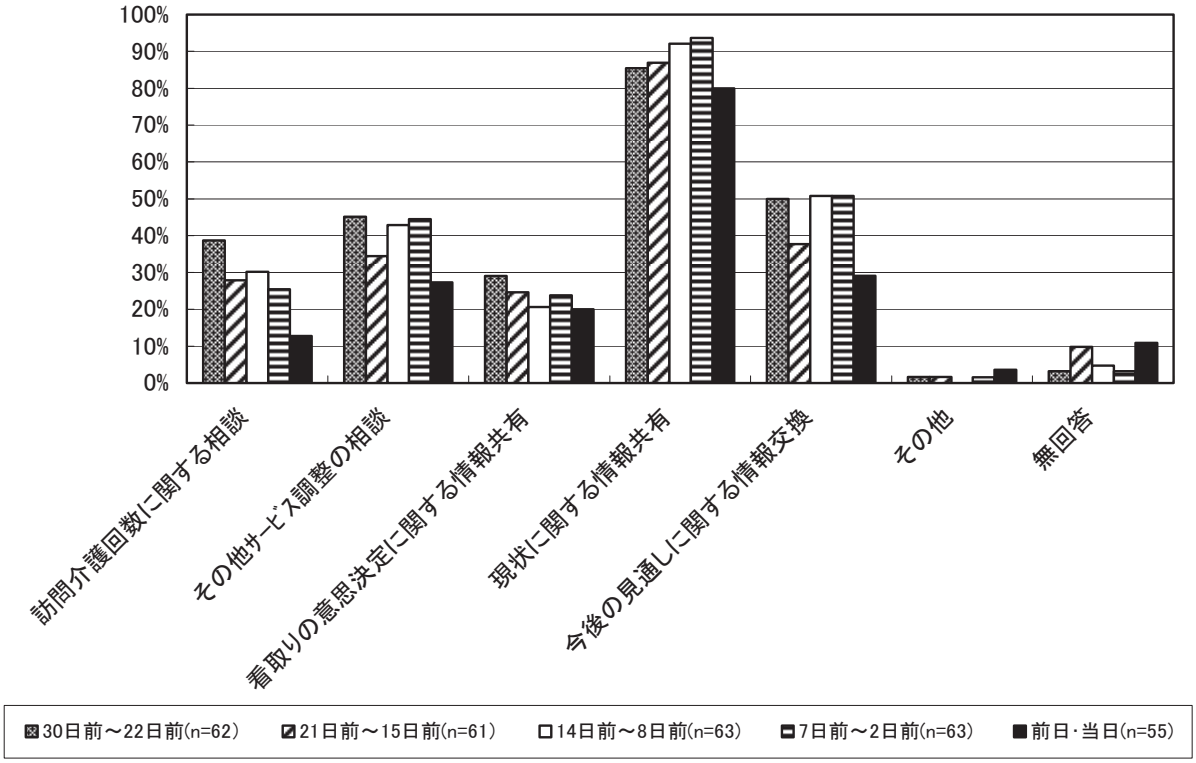


④ 連携の内容

介護支援専門員との連携の内容はいずれの時期も、「現状に関する情報共有」が最も多かった。次いで「今後の見通しに関する情報交換」が比較的高かった。

訪問介護回数に関する相談は、死亡日に近くなるにつれ、割合が低くなった。

図表２-7-68　介護支援専門員との連携内容（複数回答）



図表２-7-69　介護支援専門員との連携内容（複数回答）

	30日前～22日前 (n=62)	21日前～15日前 (n=61)	14日前～8日前 (n=63)	7日前～2日前 (n=63)	前日・当日 (n=55)
訪問介護回数に関する相談	38.7%	27.9%	30.2%	25.4%	12.7%
その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談	45.2%	34.4%	42.9%	44.4%	27.3%
看取りの意思決定に関する情報共有	29.0%	24.6%	20.6%	23.8%	20.0%
現状に関する情報共有	85.5%	86.9%	92.1%	93.7%	80.0%
今後の見通しに関する情報交換	50.0%	37.7%	50.8%	50.8%	29.1%
その他	1.6%	1.6%	0.0%	1.6%	3.6%
無回答	3.2%	9.8%	4.8%	3.2%	10.9%

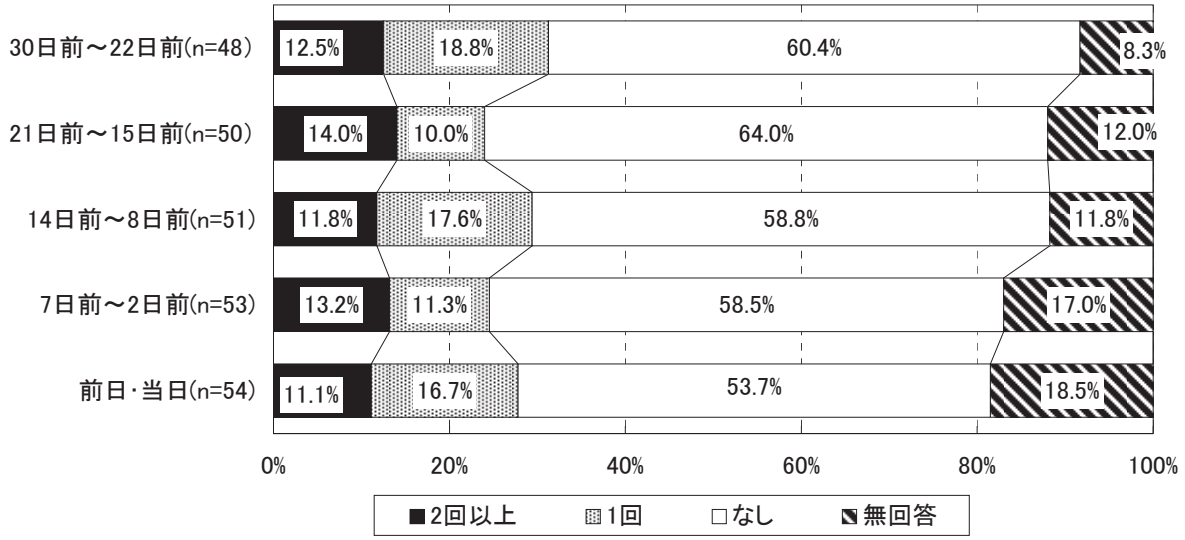
(6) 訪問看護師との連携

① 同行訪問

訪問看護師の同行訪問の回数は 30 日前～22 日前で「2 回以上」が 12.5%、「1 回」が 18.8%で、合わせて 31.3%が同行訪問を行っていた。「なし」は 60.4%だった。

以降、約 1 週間ごとに、24.0%～29.4%で同行訪問を行っていた。

図表 2-7-70　訪問看護師との同行訪問回数

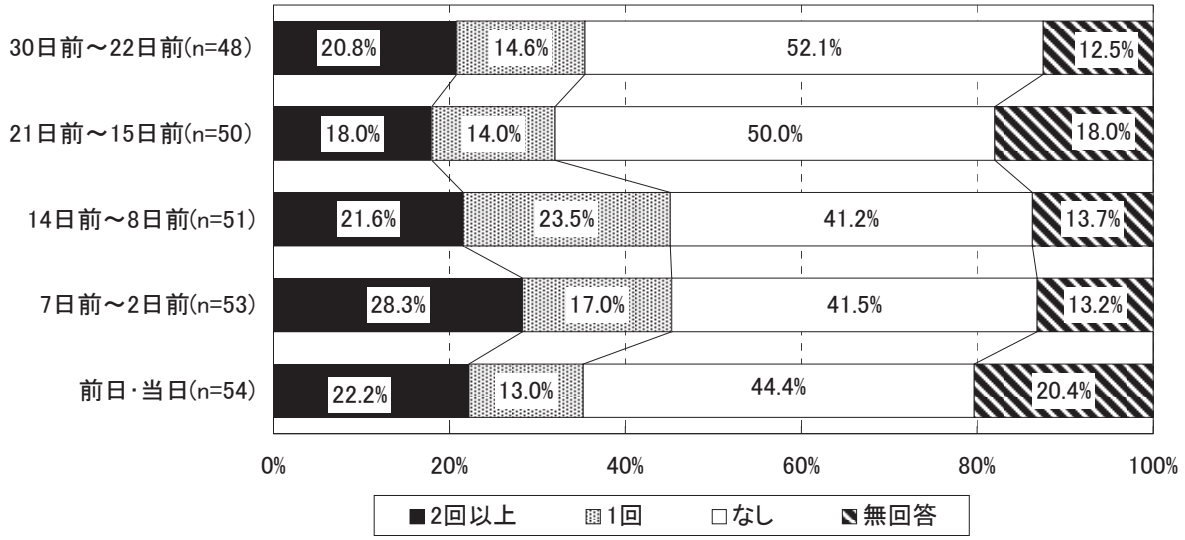


② 面談・電話

訪問看護師との面談・電話は 30 日前～22 日前で「2 回以上」が 20.8%、「1 回」が 14.6%で、35.4%が面談・電話を行っていた。「なし」は 52.1%だった。

以降、約 1 週間ごとに、32.0%～45.3%が面談・電話を行っており、死亡日に近くなるほど、実施率が高くなる傾向がみられた。

図表 2-7-71　訪問看護師との面談・電話回数

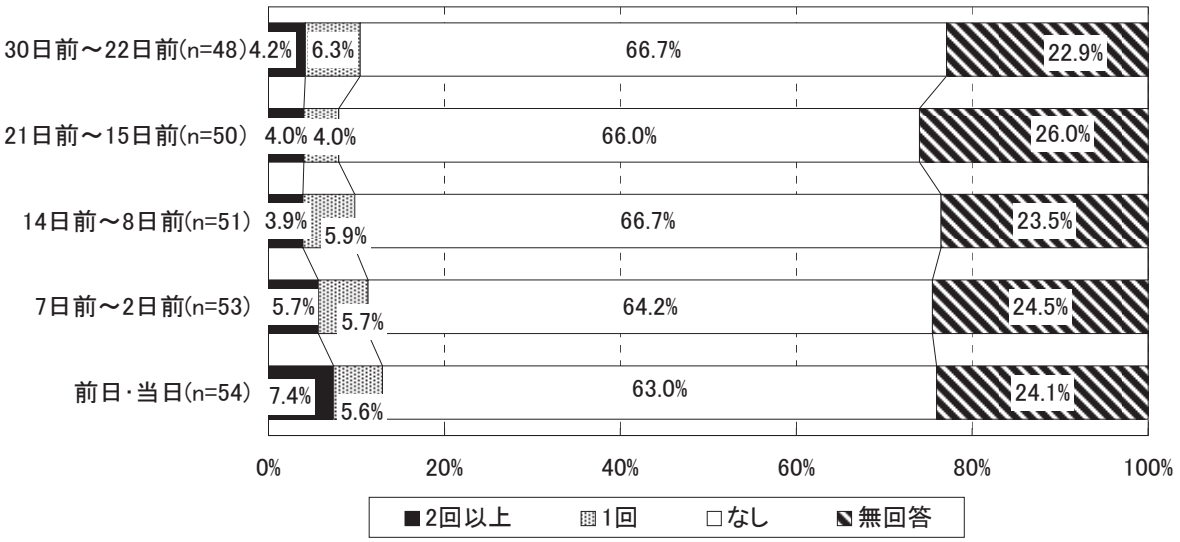


③ FAX・メール・携帯 SNS 等

訪問看護師との FAX・メール・携帯 SNS 等での連携は 30 日前～22 日前で、「2 回以上」が 4.2%、「1 回」が 6.3%で、合わせて 10.5%が FAX 等での連携をとっていた。「なし」は 66.7%だった。

以降、約 1 週間ごとに、8.0%～11.4%が FAX 等で連携をとっていた。

図表 2-7-72　訪問看護師との FAX・メール・携帯 SNS 等での連携回数

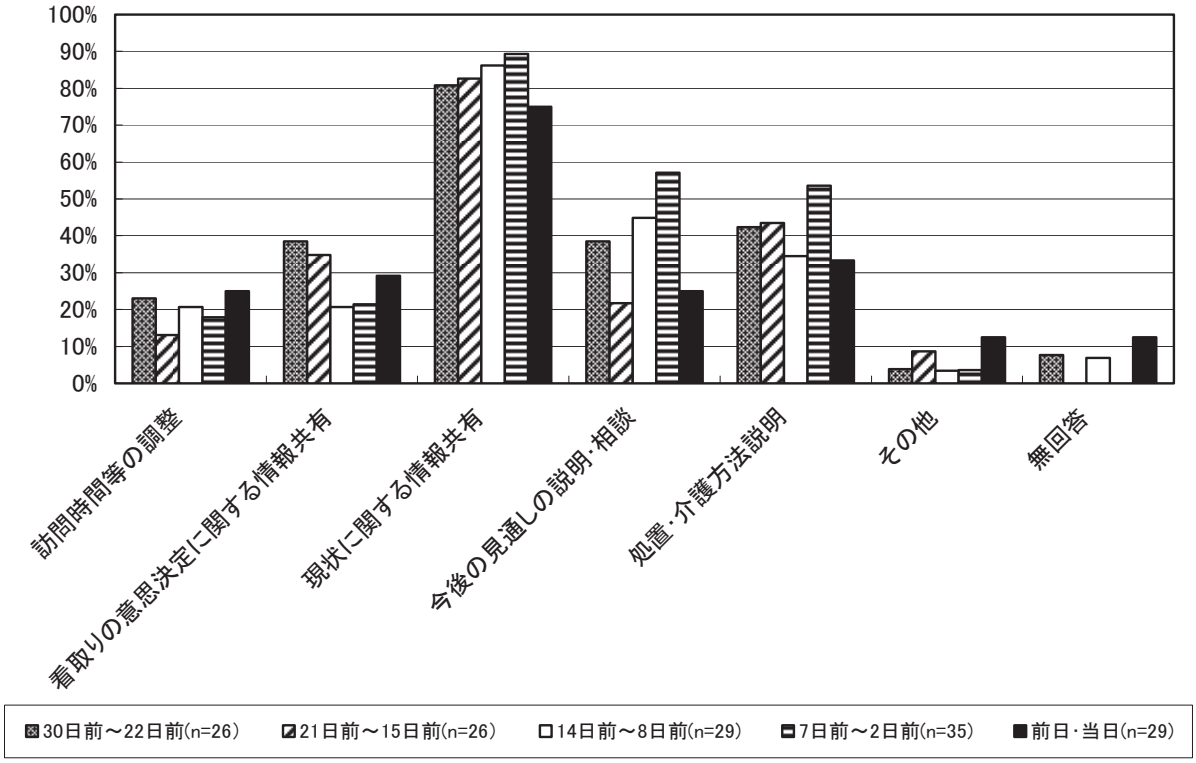


④ 連携の内容

訪問看護師との連携の内容はいずれの時期も「現状に関する情報共有」が多かった。

今後の見通しの説明・相談について、７日前～２日間で 57.1%と他の時期に比べて高かった。

図表２-7-73　訪問看護師との連携内容（複数回答）



図表２-7-74　訪問看護師との連携内容（複数回答）

	30 日前～22 日前 (n=26)	21 日前～15 日前 (n=26)	14 日前～8 日前 (n=29)	7 日前～2 日前 (n=35)	前日・当日 (n=29)
訪問時間等の調整	23.1%	13.0%	20.7%	17.9%	25.0%
看取りの意思決定に関する情報共有	38.5%	34.8%	20.7%	21.4%	29.2%
現状に関する情報共有	80.8%	82.6%	86.2%	89.3%	75.0%
今後の見通しの説明･相談	38.5%	21.7%	44.8%	57.1%	25.0%
処置･介護方法説明	42.3%	43.5%	34.5%	53.6%	33.3%
その他	3.8%	8.7%	3.4%	3.6%	12.5%
無回答	7.7%	0.0%	6.9%	0.0%	12.5%

3. 介護支援専門員票

1) 基本属性等

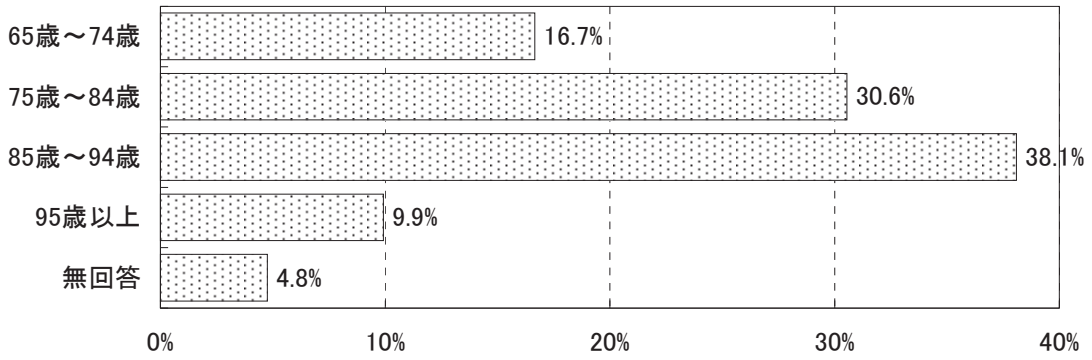
(1) 年齢

調査対象者（利用者）の年齢は、平均 83.5 歳だった。

図表２-7-75　利用者の年齢

	件数	平均値	標準偏差	中央値
利用者の年齢	240	83.5	8.8	85.0

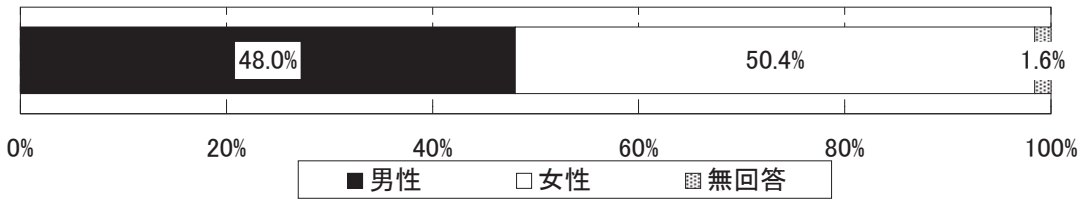
図表２-7-76　利用者の年齢　(n=252)



(2) 性別

利用者の性別は、「男性」が 48.0%、「女性」が 50.4%だった。

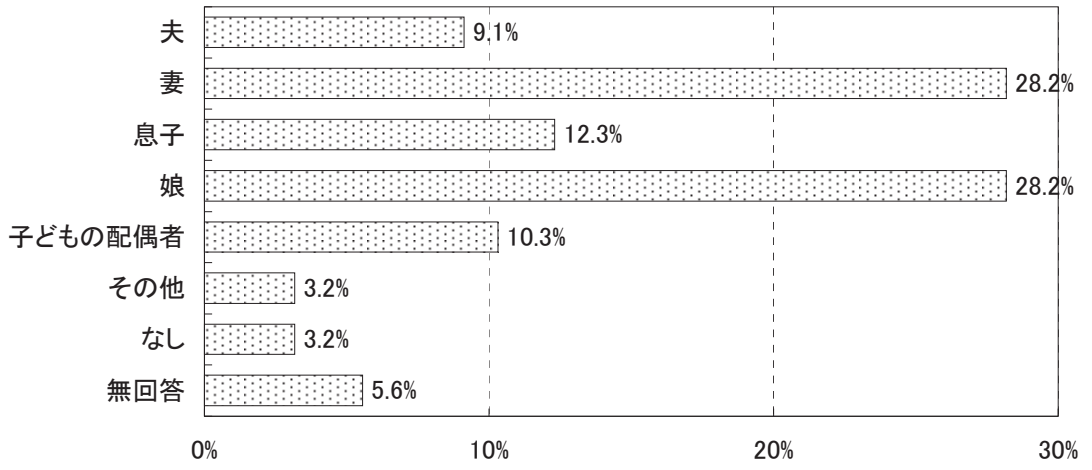
図表２-7-77　利用者の性別　(n=252)



(3) 主な家族介護者

主な家族介護者は、「妻」と「娘」がともに 28.2%で最も多く、次いで「息子」が 12.3%だった。

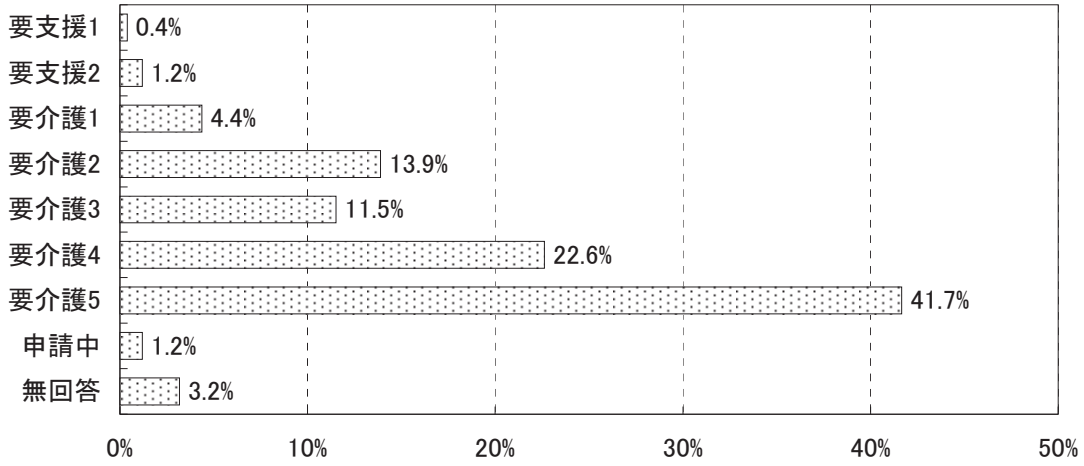
図表２-7-78　主な家族介護者　(n=252)



(4) 要介護度

要介護度は、「要介護 5」が 41.7%で最も多く、次いで「要介護 4」が 22.6%、「要介護 2」が 13.9%だった。

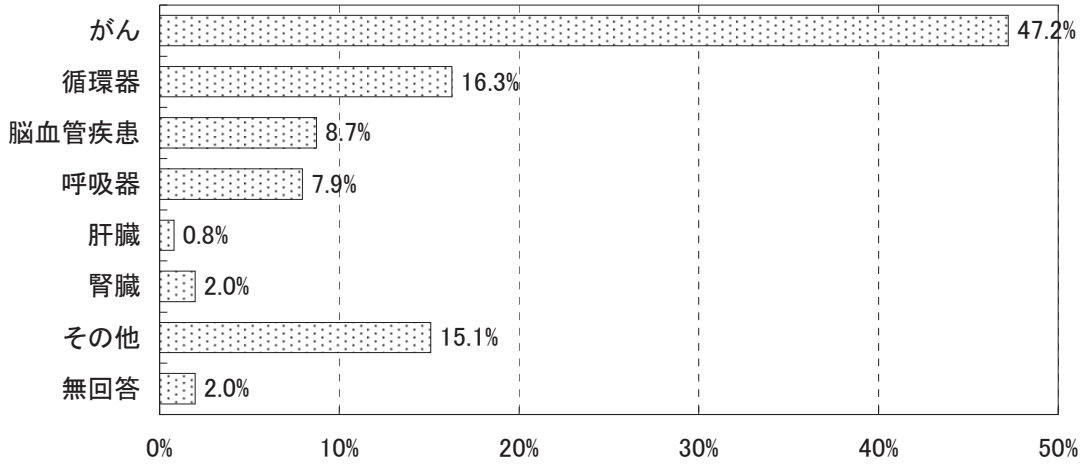
図表 2-7-79　要介護度　(n=252)



(5) 主疾患名

主疾患名は、「がん」が 47.2%、「循環器」が 16.3%だった。

図表 2-7-80　主疾患名　(n=252)



(6) ケアマネジメント利用期間

ケアマネジメントの利用期間は、平均 802.8 日だった。

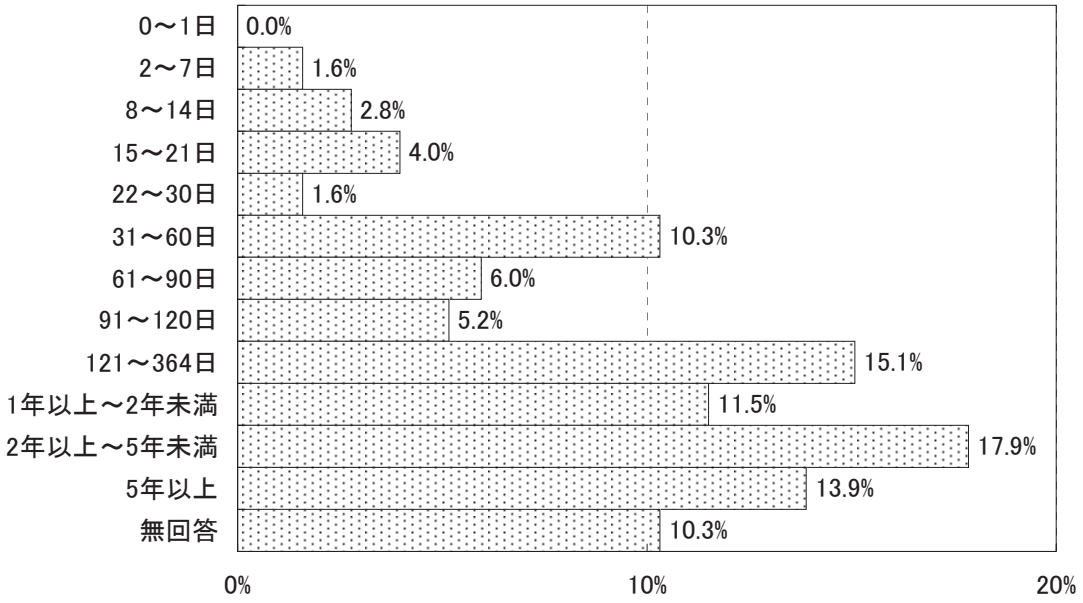
30 日以下が 10.0%、1 年未満が 46.6%、1 年以上が 43.3%だった。

三職種の中で、最も利用期間が長かった。

図表 2-7-81　サービス利用期間

	件数	平均値	標準偏差	中央値
サービス利用期間（日）	226	802.8	1,013.3	319.0

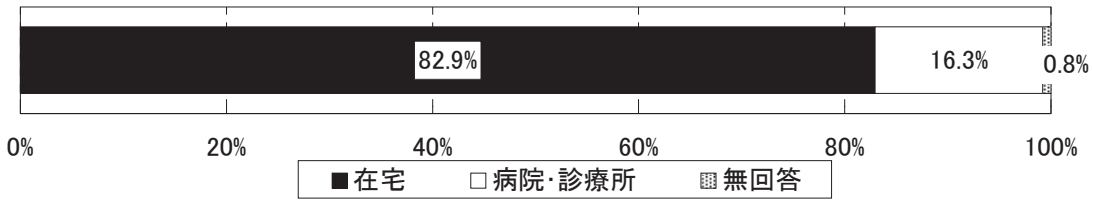
図表 2-7-82　サービス利用期間　(n=252)



(7) 死亡場所

死亡場所は、「在宅」が 82.9%、「病院・診療所」が 16.3%だった。

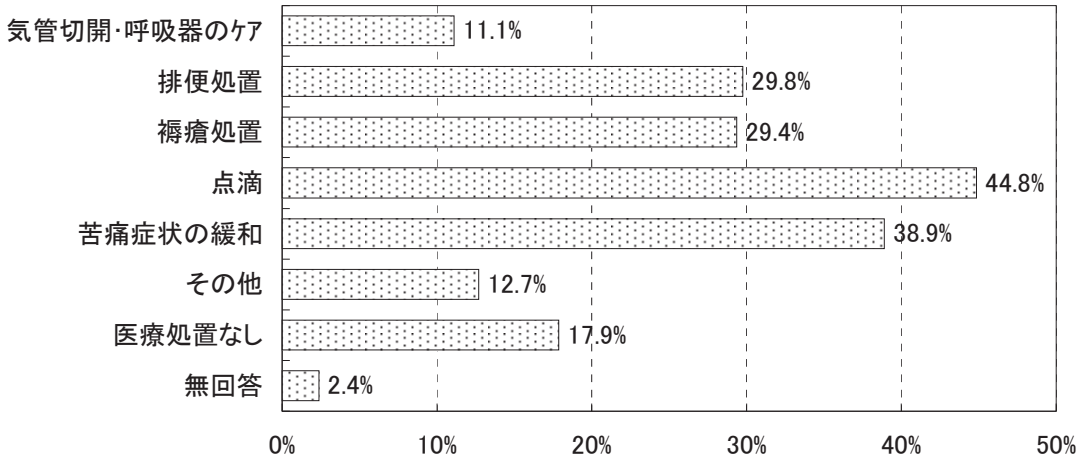
図表 2-7-83　死亡場所　(n=252)



(8) 医療処置の内容

利用者に必要な医療処置の内容は、「点滴」が 44.8%、「苦痛症状の緩和」が 38.9%、「排便処置」が 29.8%だった。

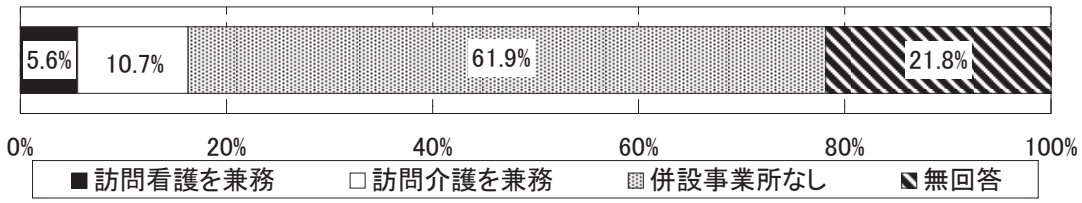
図表２-7-84　医療処置の内容（複数回答）　(n=252)



(9) 訪問看護・訪問介護の兼務の有無

回答者の訪問看護･訪問介護の兼務の有無については、「訪問介護を兼務」が 10.7%、「訪問看護を兼務」が 5.6%だった。「併設事業所なし」は 61.9%だった。

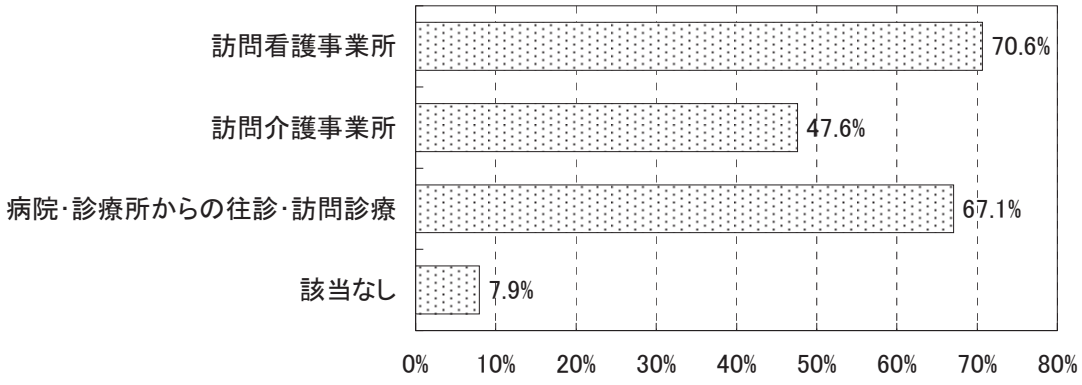
図表２-7-85　訪問看護・訪問介護の兼務の有無　(n=252)



(10) 利用事業所

利用事業所は、「訪問看護事業所」が 70.6%、「病院・診療所からの往診・訪問診療」が 67.1%、「訪問介護事業所」が 47.6%だった。

図表２-7-86　利用事業所（複数回答）　(n=252)

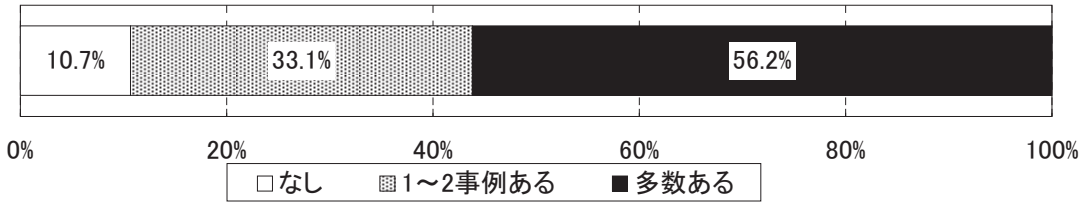


(11) 訪問看護事業所

① 過去に一緒に仕事をした事例数

訪問看護事業所を利用していた 178 件において、過去に当該訪問看護事業所と一緒に仕事をした事例数については、「多数ある」が 56.2%、「1～2 事例ある」が 33.1%で、合わせて 89.3%が事例が「ある」と回答した。「なし」は 10.7%だった。

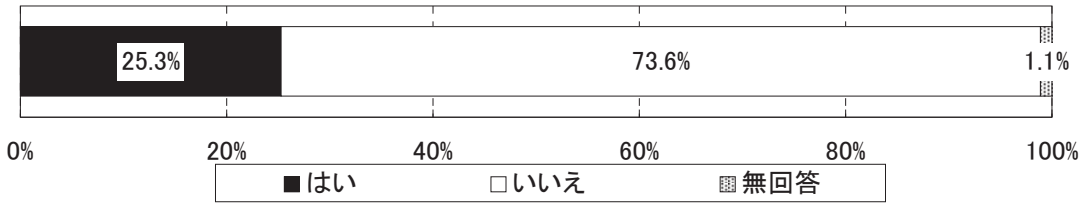
図表 2-7-87　過去に同一の訪問看護事業所と一緒に仕事をした事例数　(n=178)



② 同一法人か

訪問看護事業所を利用していた 178 件において、当該訪問看護事業所が同一法人かどうかについては、「はい」が 25.3%、「いいえ」が 73.6%だった。

図表 2-7-88　訪問看護事業所が同一法人か　(n=178)

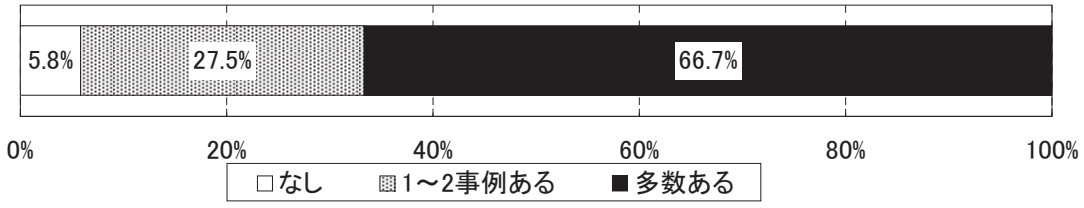


(12) 訪問介護事業所

① 過去に一緒に仕事をした事例数

訪問介護事業所を利用していた 120 件について、過去に当該訪問介護事業所と一緒に仕事をした事例数については、「多数ある」が 66.7%、「1～2 事例ある」が 27.5%で、合わせて 94.2%が事例が「ある」と回答した。「なし」は 5.8%だった。

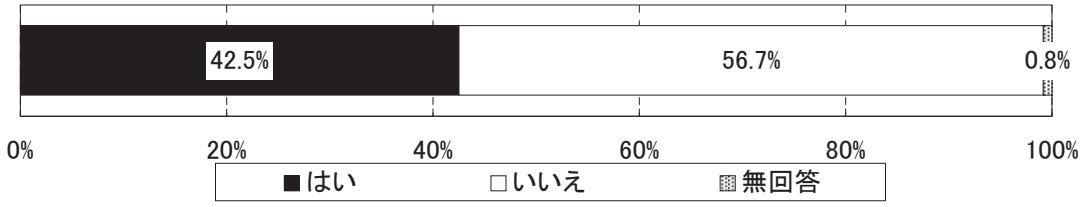
図表 2-7-89　過去に一緒に仕事をした事例数　(n=120)



② 同一法人か

訪問介護事業所を利用していた 120 件において、当該訪問介護事業所が同一法人かどうかについては、「はい」が 42.5%、「いいえ」が 56.7%だった。

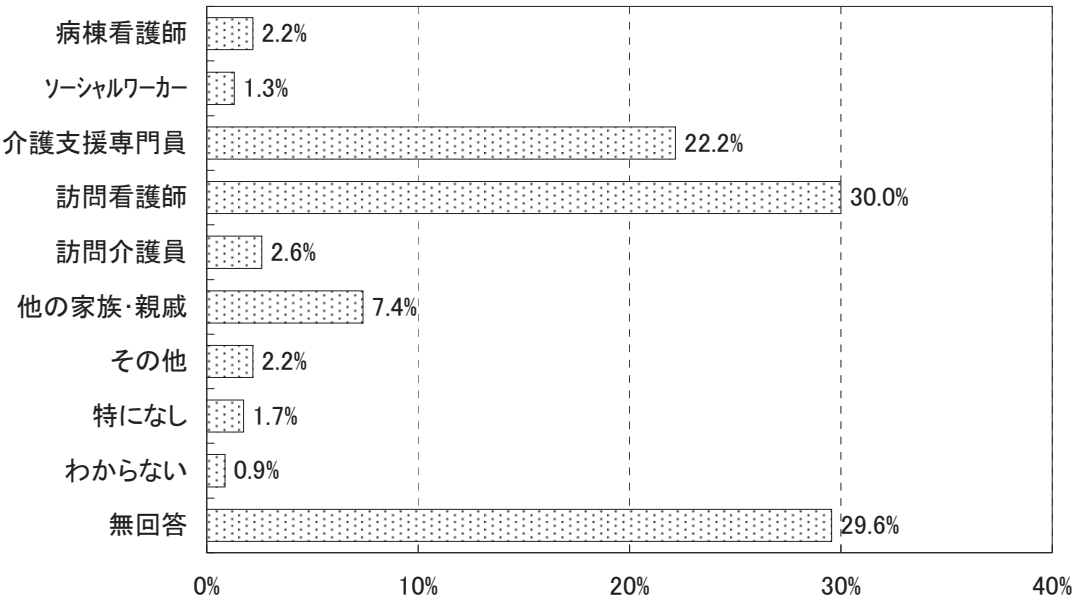
図表 2-7-90　訪問介護事業所が同一法人か　(n=120)



(13) 在宅看取りを進めるうえでの主治医以外の「主な家族介護者」にとっての相談相手

在宅看取りを進めるにあたり、主治医のほかに、「主な家族介護者」にとっての相談相手となった人は、「訪問看護師」が 30.0%で最も多く、次いで「介護支援専門員」が 22.2%、「他の家族・親戚」が 7.4%だった。

図表 2-7-91　「主な家族介護者」にとっての主治医以外の相談相手　(n=230)



2) 訪問・連携の実態

(1) 利用者の病態

利用者の病態について「排泄介助必要」がいずれの時期も 4 割を超え、比較的高い。

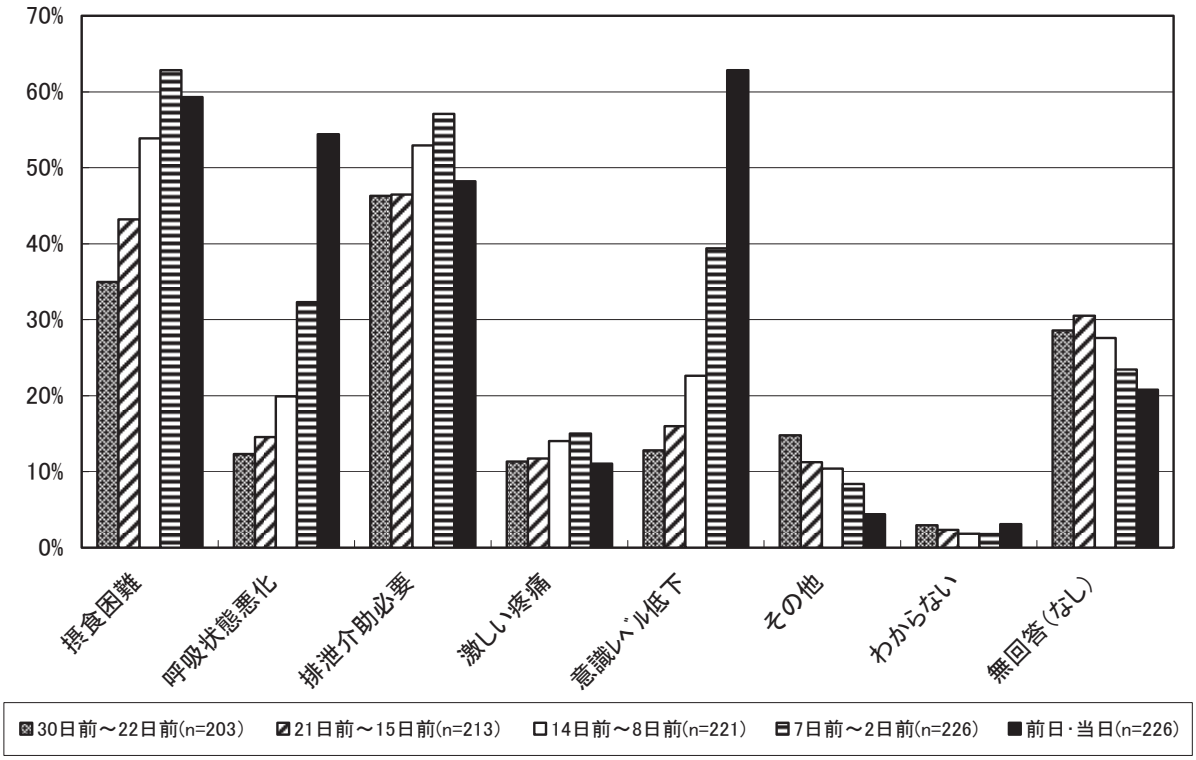
摂食困難は、30 日前～22 日前の 35.0%から徐々に増え、7 日前～2 日間には、62.8%まで増える。

意識レベル低下は、 7 日前～ 2 日前で 39.4%、前日・当日で 62.8%だった。

呼吸状態悪化もおよそ 7 日前～ 2 日前まで大きく増え、前日・当日でさらに割合が高くなった。

いずれも訪問看護師、訪問介護員の回答傾向とほぼ同じ傾向だったものの、「排泄解除必要」の割合が他の職種での回答よりやや低い。

図表 2-7-92　利用者の病態（複数回答）



図表 2-7-93　利用者の病態（複数回答）

	30 日前～22 日前 (n=203)	21 日前～15 日前 (n=213)	14 日前～8 日前 (n=221)	7 日前～2 日前 (n=226)	前日・当日 (n=226)
摂食困難	35.0%	43.2%	53.8%	62.8%	59.3%
呼吸状態悪化	12.3%	14.6%	19.9%	32.3%	54.4%
排泄介助必要	46.3%	46.5%	52.9%	57.1%	48.2%
激しい疼痛	11.3%	11.7%	14.0%	15.0%	11.1%
意識ﾚﾍﾞﾙ低下	12.8%	16.0%	22.6%	39.4%	62.8%
その他	14.8%	11.3%	10.4%	8.4%	4.4%
わからない	3.0%	2.3%	1.8%	1.8%	3.1%
無回答（なし）	28.6%	30.5%	27.6%	23.5%	20.8%

(2) 訪問回数

訪問回数は、死亡 30 日前～22 日前の 9 日間で、平均 2.5 回、死亡 21 日前～15 日前の 7 日間で、平均 2.3 回、死亡 14 日前～ 8 日前の 7 日間で 2.5 回、死亡前 7 日前～ 2 日前の 6 日間で 2.6 回、死亡前日・死亡日で、平均 1.8 回とほぼ一定だった。

図表 2-7-94　訪問回数

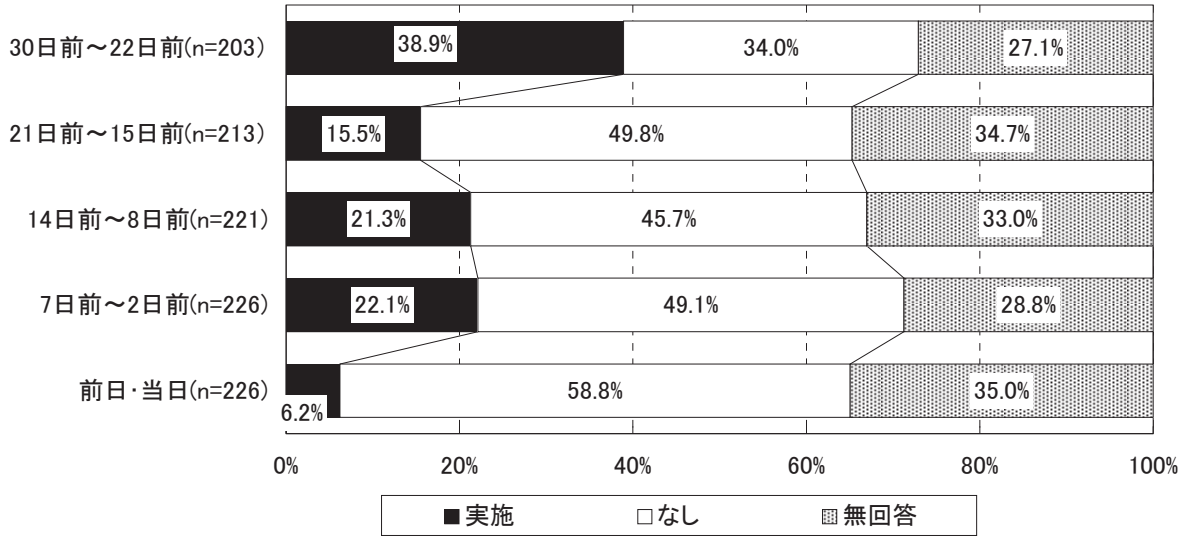
単位：回

	件数	平均値	標準偏差	中央値
死亡 30 日前～22 日前:訪問回数	137	2.5	8.6	1.0
死亡 21 日前～15 日前:訪問回数	131	2.3	8.8	1.0
死亡 14 日前～8 日前:訪問回数	142	2.5	8.6	1.0
死亡 7 日前～2 日前:訪問回数	149	2.6	8.3	1.0
死亡前日及び死亡日:訪問回数	155	1.8	8.0	1.0

(3) サービス担当者会議の有無

サービス担当者会議は、30 日前～22 日前に「実施」が 38.9%だった。

図表 2-7-95　サービス担当者会議の有無



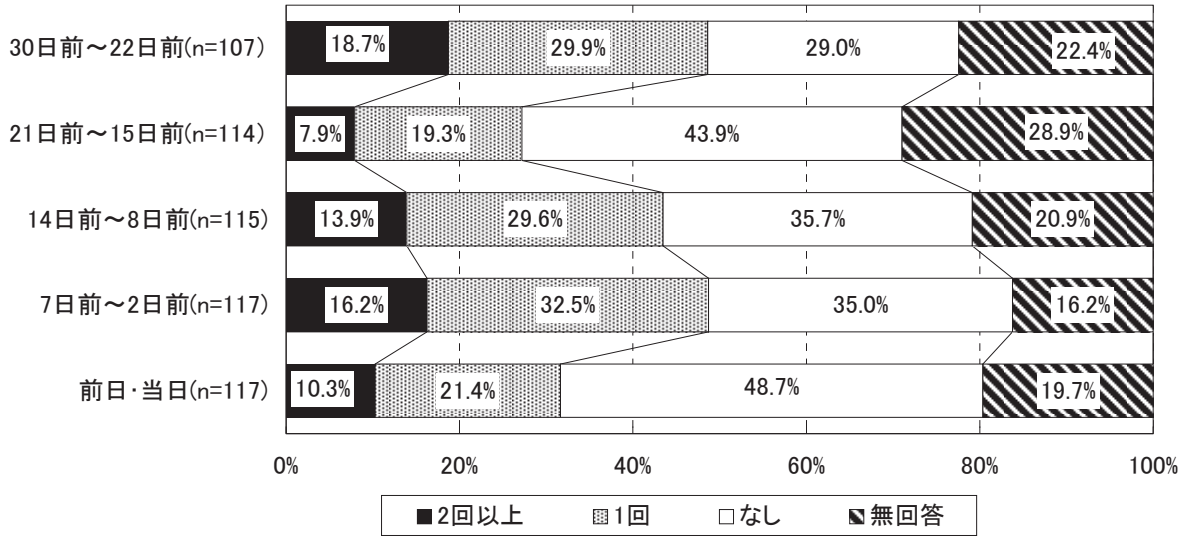
(4) 訪問看護師との連携

① 同行訪問

訪問看護師の同行訪問の回数は 30 日前～22 日前までに「2 回以上」が 18.7%、「1 回」が 29.9%で、合わせて 48.6%が同行訪問を行っていた。「なし」は 29.0%だった。

21 日前～15 日前が、同行訪問ありが 27.2%、14 日前～8 日前が 43.5%、7 日前～2 日前が 48.7%と徐々に割合が高くなった。

図表 2-7-96　訪問看護師との同行訪問回数

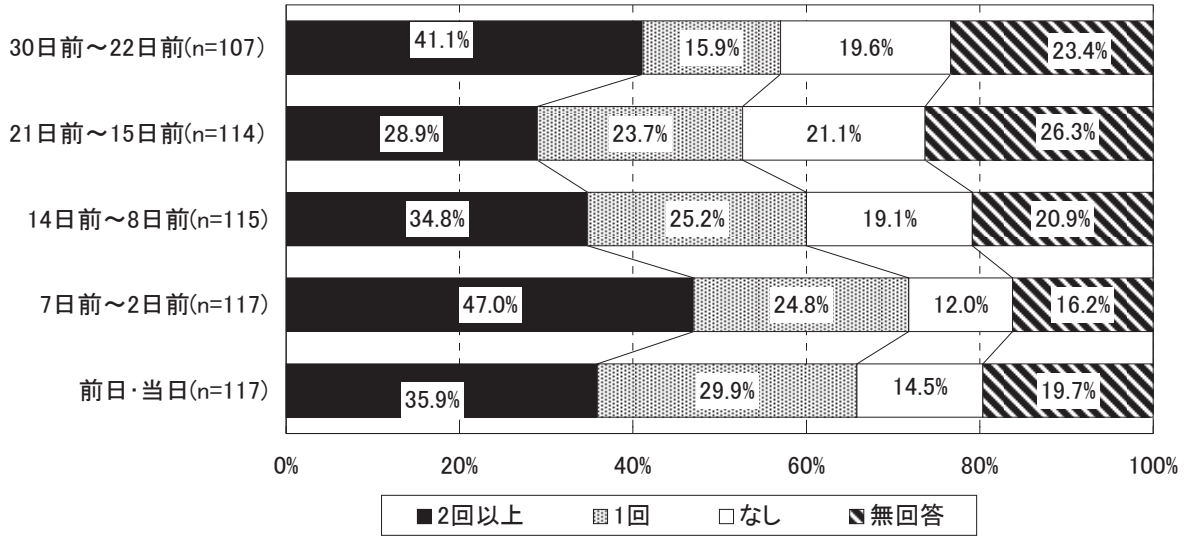


② 面談・電話

訪問看護師との面談・電話は 30 日前～22 日前までに「2 回以上」が 41.1%、「1 回」が 15.9%で、合わせて 57.0%が面談・電話を行っていた。「なし」は 19.6%だった。

21 日前～15 日前に行っていた割合は 52.6%、14 日前～8 日前が 60.0%、7 日前～2 日前が 71.8%と徐々に割合が高くなった。

図表 2-7-97　訪問看護師との面談・電話回数

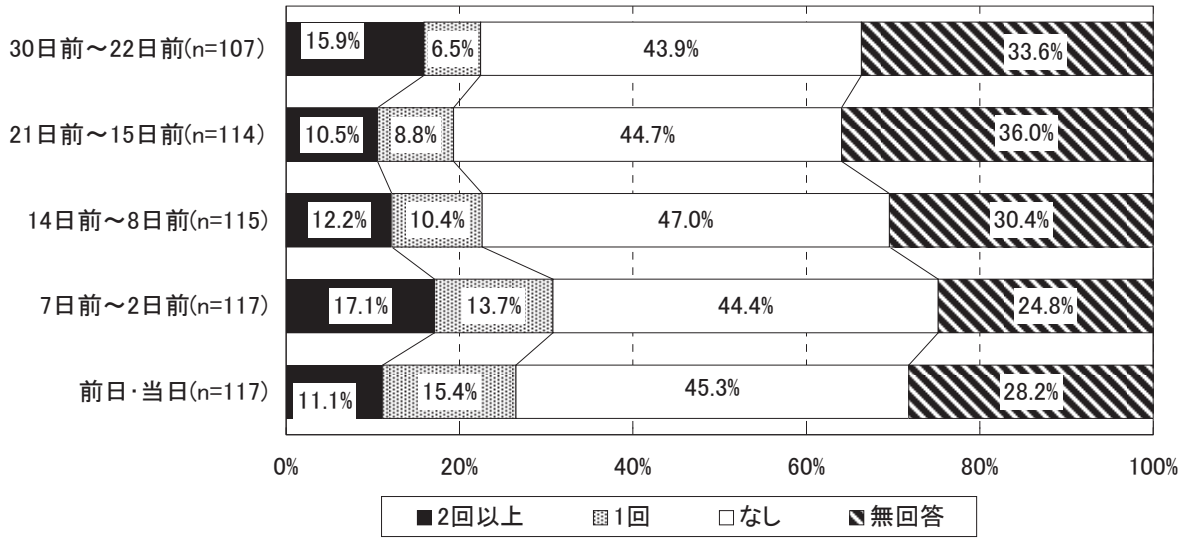


③ FAX・メール・携帯 SNS 等

訪問看護師との FAX・メール・携帯 SNS 等での連携は 30 日前～22 日前までに「2 回以上」が 15.9%、「1 回」が 6.5%で、合わせて 22.4%が FAX・メール・携帯 SNS 等での連携をとっていた。「なし」は 43.9%だった。

21 日前～15 日前に行っていた割合は 19.3%、14 日前～8 日前が 22.6%、7 日前～2 日前が 30.8%と徐々に割合が高くなった。

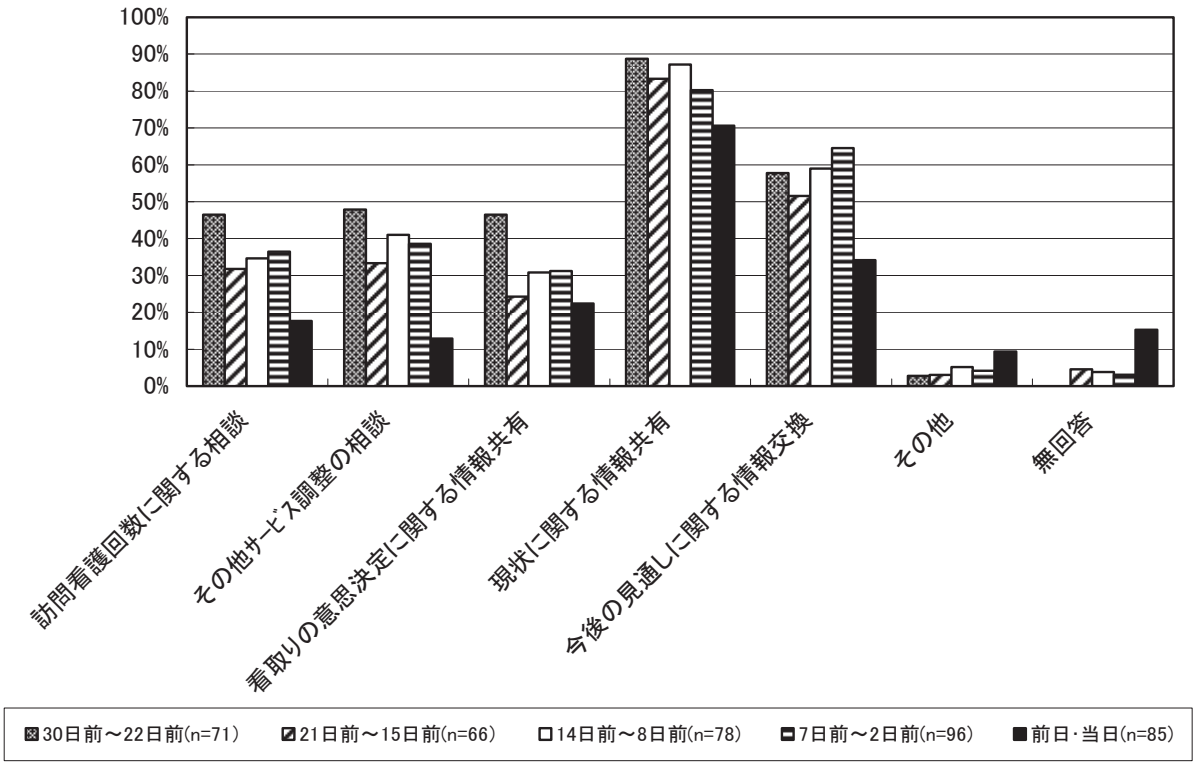
図表 2-7-98　訪問看護師との FAX・メール・携帯 SNS 等での連携回数



④ 連携の内容

訪問看護師との連携の内容はいずれの時期も、「現状に関する情報共有」が最も多かった。次いで「今後の見通しに関する情報交換」が比較的高かった。

図表２-7-99　訪問看護師との連携内容（複数回答）



図表２-7-100　訪問看護師との連携内容（複数回答）

	30日前～22日前 (n=71)	21日前～15日前 (n=66)	14日前～8日前 (n=78)	7日前～2日前 (n=96)	前日・当日 (n=85)
訪問看護回数に関する相談	46.5%	31.8%	34.6%	36.5%	17.6%
その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談	47.9%	33.3%	41.0%	38.5%	12.9%
看取りの意思決定に関する情報共有	46.5%	24.2%	30.8%	31.3%	22.4%
現状に関する情報共有	88.7%	83.3%	87.2%	80.2%	70.6%
今後の見通しに関する情報交換	57.7%	51.5%	59.0%	64.6%	34.1%
その他	2.8%	3.0%	5.1%	4.2%	9.4%
無回答	0.0%	4.5%	3.8%	3.1%	15.3%

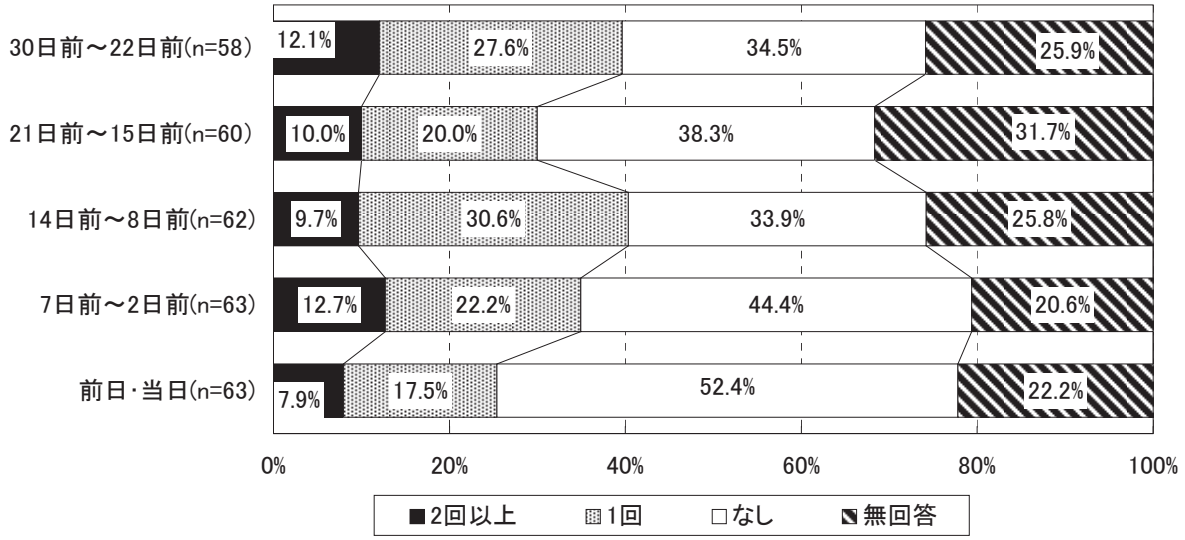
(5) 訪問介護員との連携

① 同行訪問

訪問介護員の同行訪問の回数は、30 日前～22 日前では、「2 回以上」が 12.1%で、「1 回」が 27.6%で合わせて 39.7%が同行訪問を行っていた。「なし」は 34.5%だった。

以降約 1 週間ごとに、30.0%～40.3%で同行訪問を行っていた。

図表 2-7-101　訪問介護員との同行訪問回数



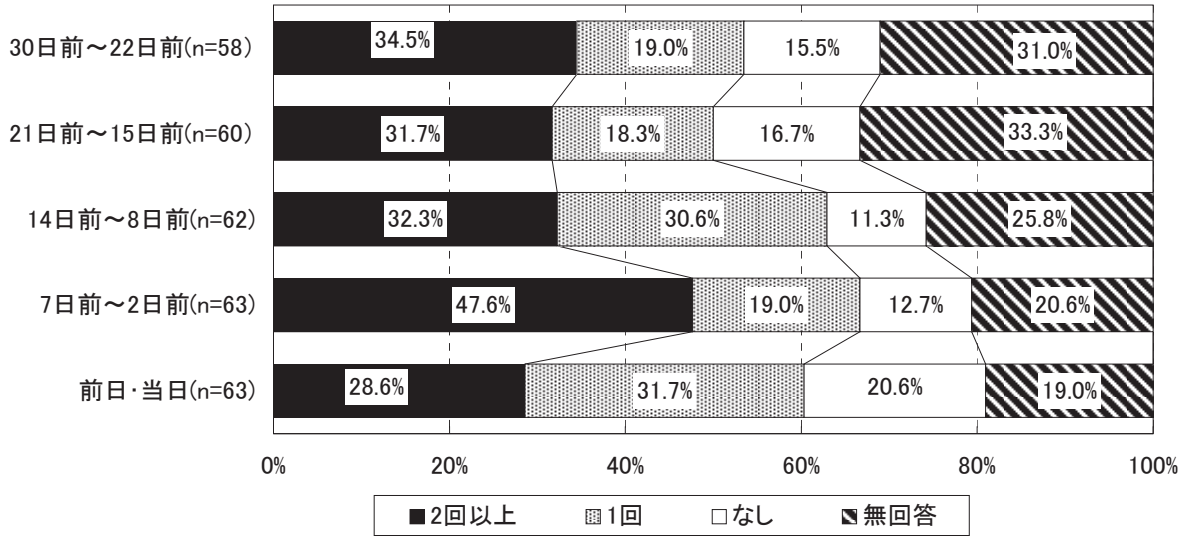
② 面談・電話

訪問介護員との面談・電話は 30 日前～22 日前では「2 回以上」が 34.5%、「1 回」が 19.0%で、合わせて 53.5%が面談・電話を行っていた。「なし」は 15.5%だった。

以降、約 1 週間ごとに 50.0%～66.6%が面談・電話を行っていた。

死亡前日・当日は、60.3%が面談・電話を行っていた。「なし」は 20.6%だった。

図表 2-7-102　訪問介護員との面談･電話回数

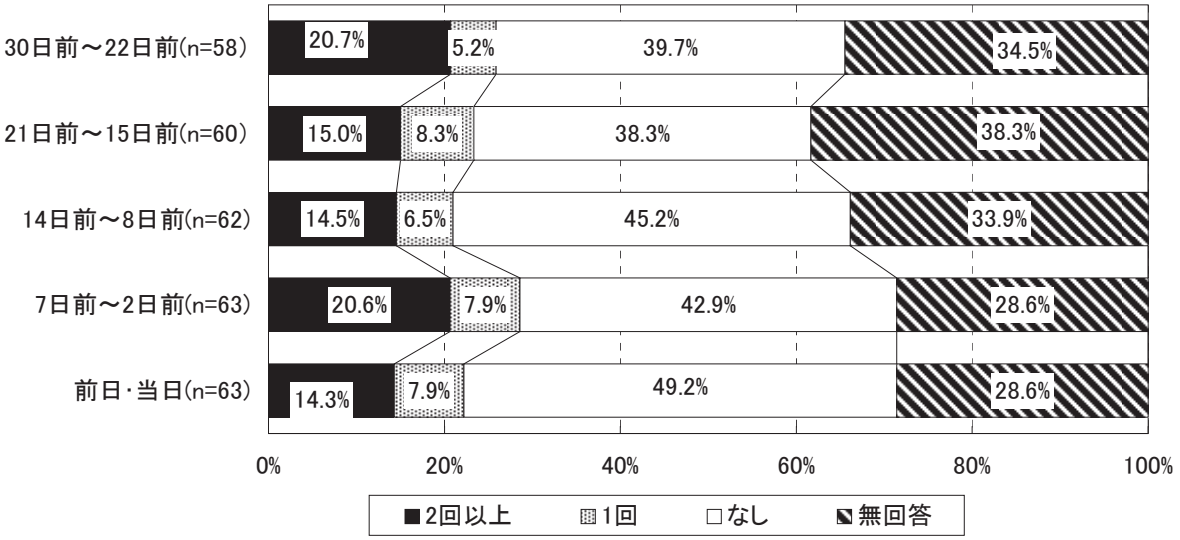


③ FAX・メール・携帯 SNS 等

訪問介護員との FAX・メール・携帯 SNS 等での連携は 30 日前～22 日前では「2 回以上」が 20.7%、「1 回」が 5.2%で、合わせて 25.9%が FAX 等で連携をとっていた。「なし」は 39.7%だった。

以降、約 1 週間ごとに 21.0%～28.5%が FAX 等で連携をとっていた。

図表 2-7-103　訪問介護員との FAX・メール・携帯 SNS 等での連携回数

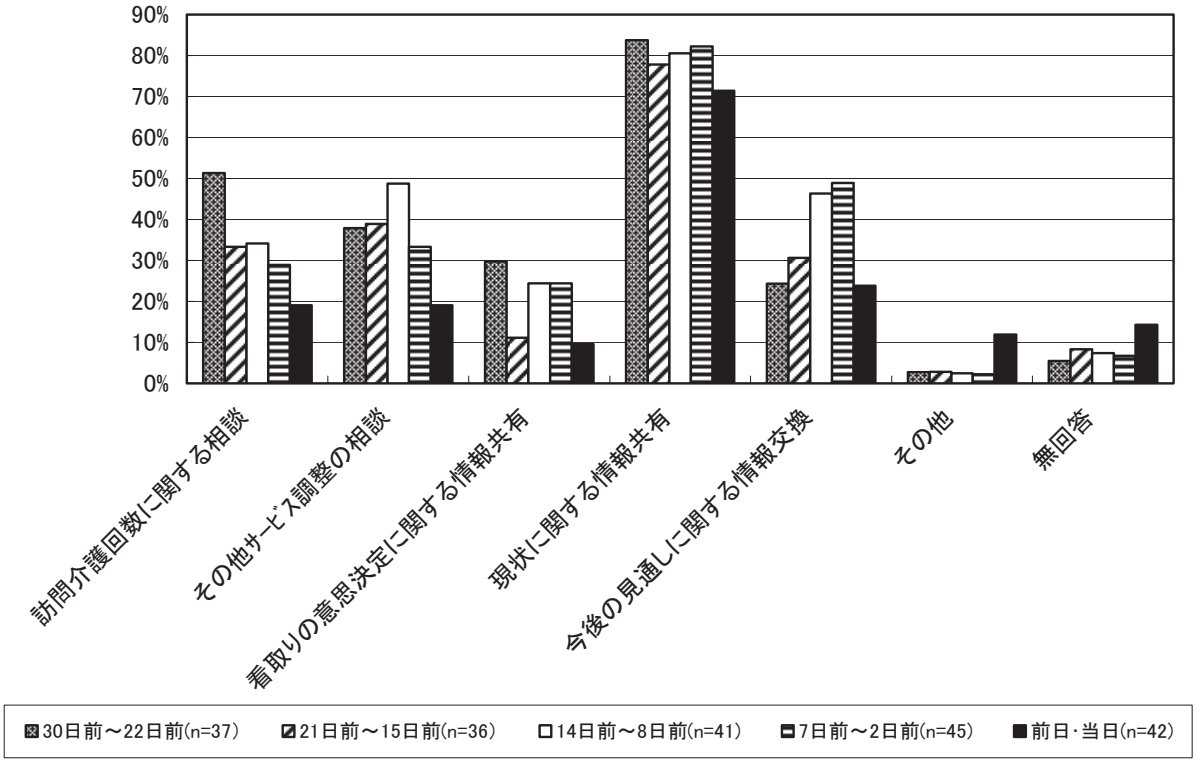


④ 連携の内容

訪問介護員との連携の内容はいずれの時期も、「現状に関する情報共有」が最も多かった。「今後の見通しに関する情報交換」は２日前までにかけて、割合が高くなった。

「訪問介護回数に関する相談」は、死亡日に近くなるにつれ、割合が低くなった。

図表２-7-104　訪問介護員との連携内容（複数回答）



図表２-7-105　訪問介護員との連携内容（複数回答）

	30日前～22日前 (n=37)	21日前～15日前 (n=36)	14日前～8日前 (n=41)	7日前～2日前 (n=45)	前日・当日 (n=42)
訪問介護回数に関する相談	51.4%	33.3%	34.1%	28.9%	19.0%
その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談	37.8%	38.9%	48.8%	33.3%	19.0%
看取りの意思決定に関する情報共有	29.7%	11.1%	24.4%	24.4%	9.5%
現状に関する情報共有	83.8%	77.8%	80.5%	82.2%	71.4%
今後の見通しに関する情報交換	24.3%	30.6%	46.3%	48.9%	23.8%
その他	2.7%	2.8%	2.4%	2.2%	11.9%
無回答	5.4%	8.3%	7.3%	6.7%	14.3%

第8節 他職種に対する評価（個票データより）

1. 相互の評価の比較

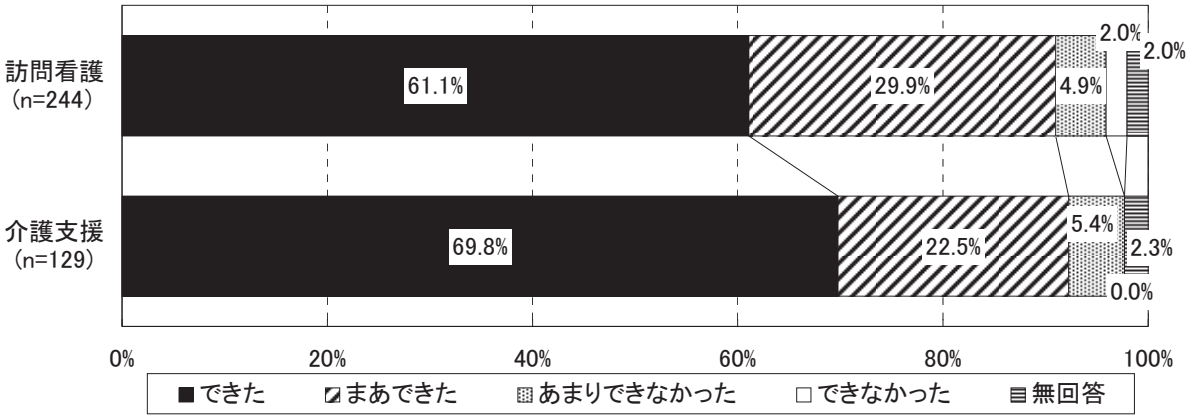
ここでは、個別事例を通じて、他職種に対する評価を行った。職種相互の評価を比較しながら報告する。

1) 訪問看護師と介護支援専門員の連携

①必要なときに連携がとれた

「必要なときに連絡がとれた」の項目について、訪問看護師、介護支援専門員ともに「できた」「まあできた」を合わせると、９割以上だった。

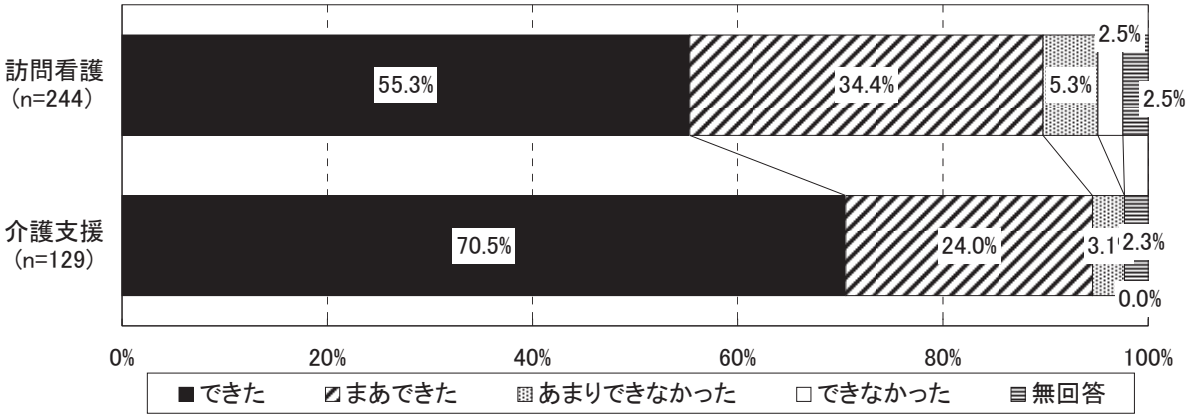
図表２-8-1　訪問看護師と介護支援専門員の連携：必要なときに連絡が取れた



②必要な情報を共有できた

「必要な情報を共有できた」の項目について、「できた」「まあできた」を合わせると訪問看護師で 89.7%、介護支援専門員で 94.5%といずれも、およそ９割だった。「できた」に着目すると、介護支援専門員からの評価のほうが高かった。

図表２-8-2　訪問看護師と介護支援専門員の連携：必要な情報を共有できた

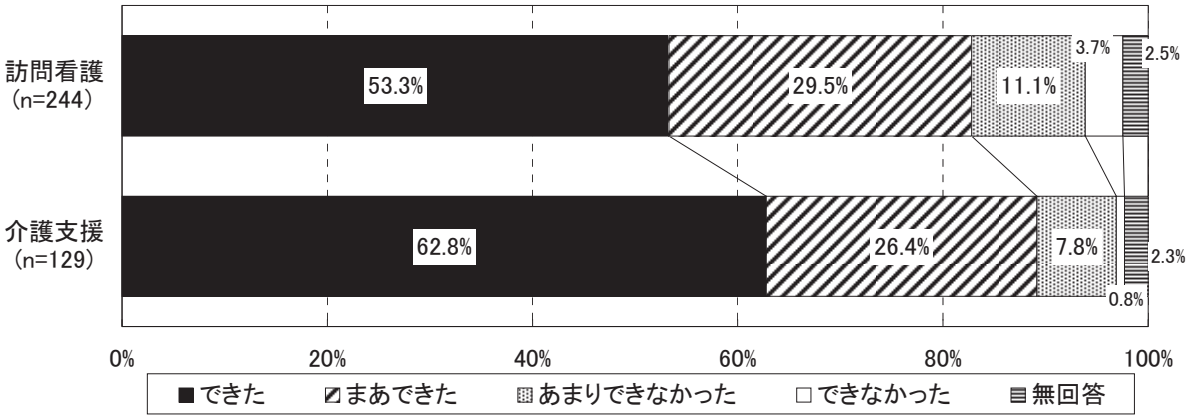


③共通の目的意識を持って看取りを支えられた

「共通の目的意識を持って看取りを支えられた」の項目について、「できた」「まあできた」をあわせると、どちらも８割を超えた。

訪問看護師では、「あまりできなかった」と「できなかった」を合わせると 14.8%だった。

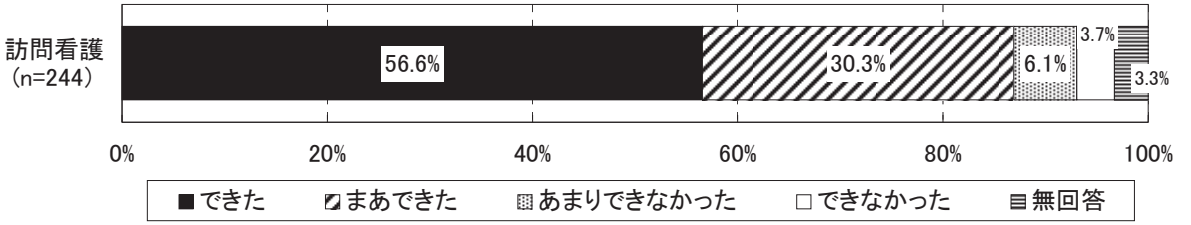
図表２-8-3訪問看護師と介護支援専門員の連携：共通の目的意識を持って看取りを支えられた



④適切に訪問時間の調整ができた（訪問看護師から介護支援専門員への評価）

「適切に訪問時間の調整ができた」の項目について、「できた」「まあできた」を合わせると 86.9%であった。

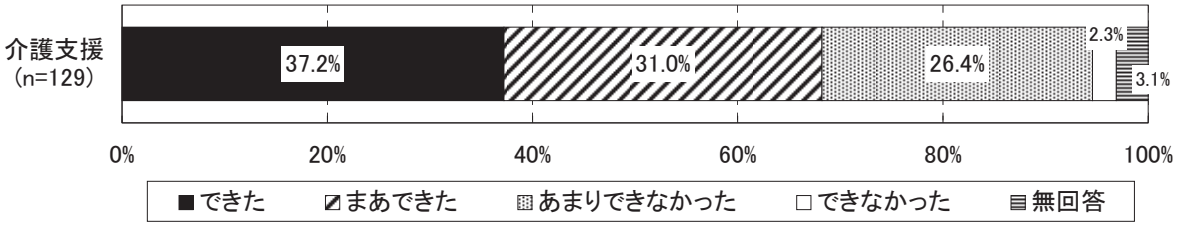
図表２-8-4　訪問看護師と介護支援専門員の連携：適切に訪問時間の調整ができた



⑤思うように同行訪問できた（介護支援専門員から訪問看護師への評価）

「思うように同行訪問できた」の項目について、介護支援専門員は、「あまりできなかった」と「できなかった」を合わせると 28.7%ができなかったと考えていた。

図表２-8-5　訪問看護師と介護支援専門員の連携：思うように同行訪問できた

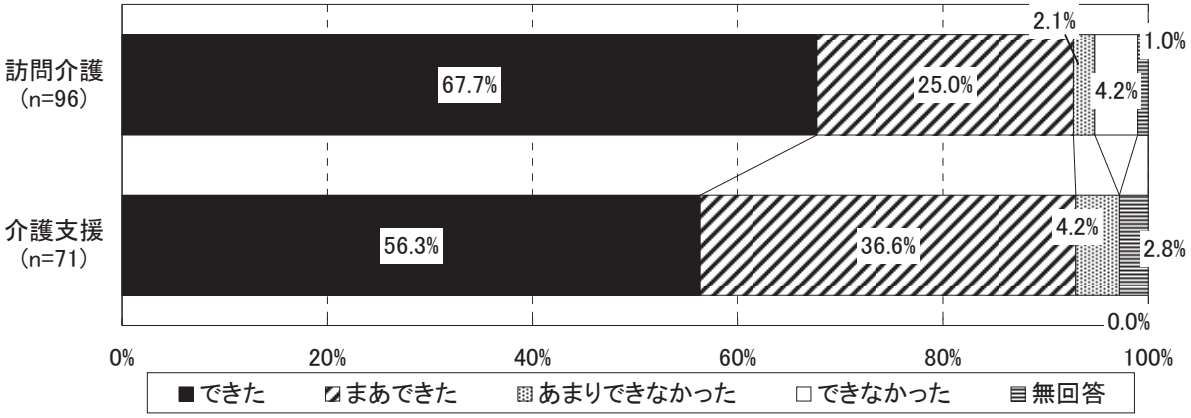


2) 訪問介護員と介護支援専門員の連携

①必要なときに連絡が取れた

「必要なときに連絡が取れた」の項目について、「できた」「まあできた」を合わせると、いずれも９割を超えていた。

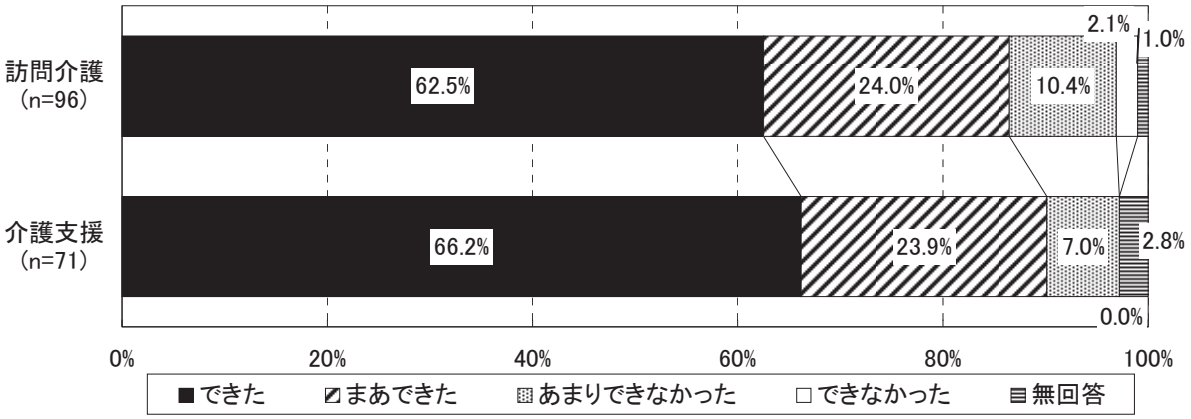
図表２-8-6　訪問介護員と介護支援専門員の連携：必要なときに連絡が取れた



②必要な情報を共有できた

「必要な情報を共有できた」の項目について、「できた」「まあできた」を合わせると、いずれも 85%を超えていた。

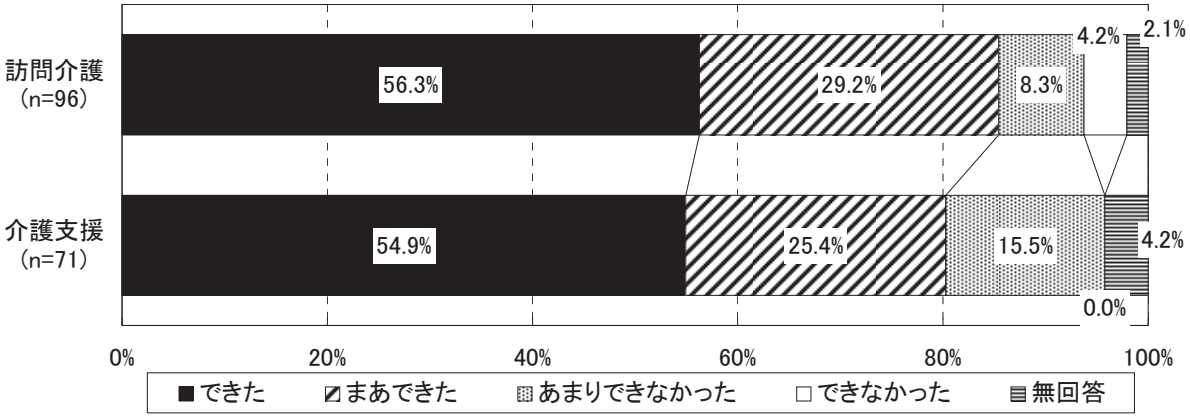
図表２-8-7　訪問介護員と介護支援専門員の連携：必要な情報を共有できた



③共通の目的意識を持って看取りを支えられた

「共通の目的意識を持って看取りを支えられた」の項目について、訪問介護員からの評価は「できた」「まあできた」が 85.5%、介護支援専門員からの評価は 80.3%であり、いずれも８割を超えていた。

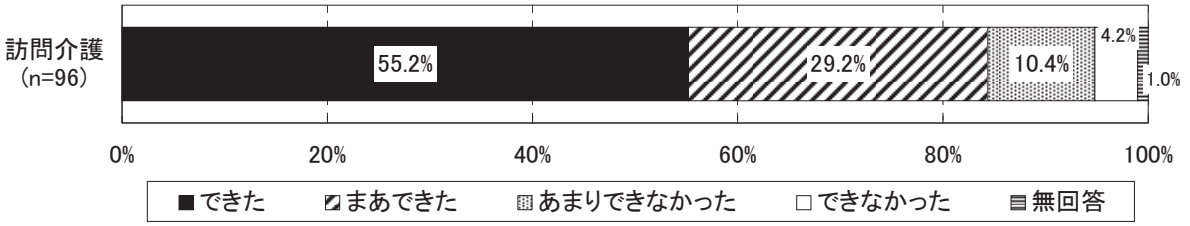
図表２-8-8訪問介護員と介護支援専門員の連携：共通の目的意識を持って看取りを支えられた



④適切に訪問時間の調整ができた（訪問介護員から介護支援専門員への評価）

「適切に訪問時間の調整ができた」の項目について、「できた」「まあできた」が 84.4%であった

図表２-8-9　訪問介護員と介護支援専門員の連携：適切に訪問時間の調整ができた

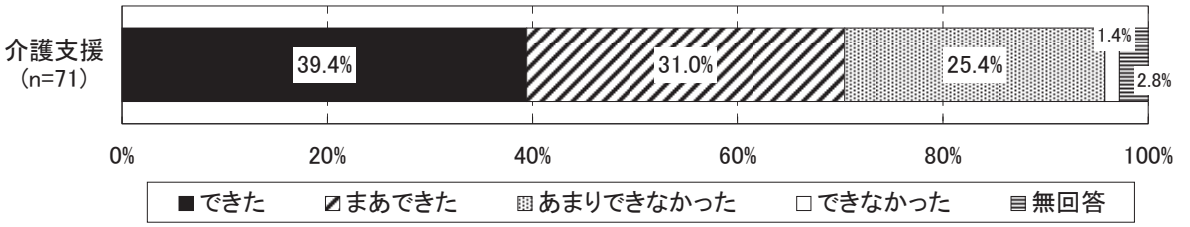


⑤思うように同行訪問できた（介護支援専門員から訪問介護員への評価）

「思うように同行訪問できた」の項目について、「できた」「まあできた」が 70.4%であった。

「あまりできなかった」「できなかった」が 26.8%にのぼった。

図表２-8-10　訪問介護員と介護支援専門員の連携：思うように同行訪問できた



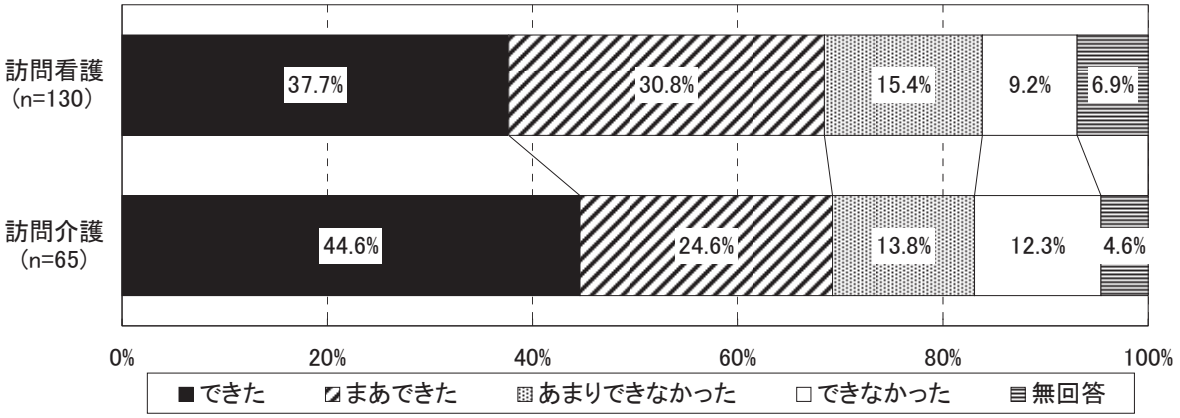
3) 訪問看護師と訪問介護員の連携

①必要なときに連絡が取れた

「必要なときに連絡が取れた」の項目について、訪問看護師からの評価は、「できた」「まあできた」を合わせて 68.5%、訪問介護員からは 69.2%であり、どちらも７割弱だった。

「できなかった」「あまりできなかった」という回答を合わせると約４分の１あった。

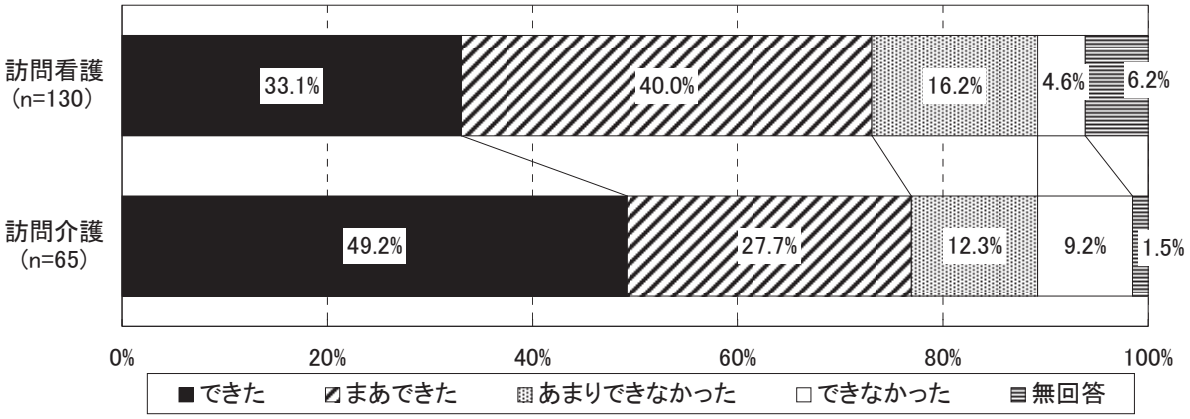
図表２-8-11　訪問看護師と訪問介護員の連携：必要な時に連絡が取れた



②必要な情報を共有できた

「必要な情報を共有できた」の項目については、評価は訪問看護師からの評価が「できた」「まあできた」を合わせて 73.1%、訪問介護員からの評価が 76.9%であった。

図表２-8-12　訪問看護師と訪問介護員の連携：必要な情報を共有できた

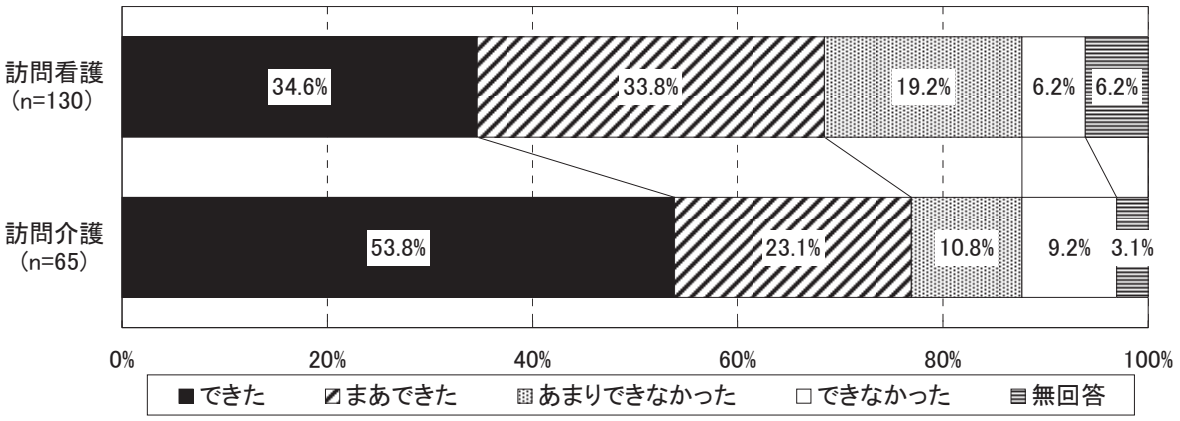


③共通の目的意識を持って看取りを支えられた

「共通の目的意識を持って看取りを支えられた」の項目について、訪問看護師からの評価が「できた」「まあできた」を合わせて 68.4%、訪問介護員からは 76.9%であった。

「できた」に着目すると、訪問看護師からは、34.6%、訪問介護員からは 53.8%で訪問介護員からの評価のほうが高かった。

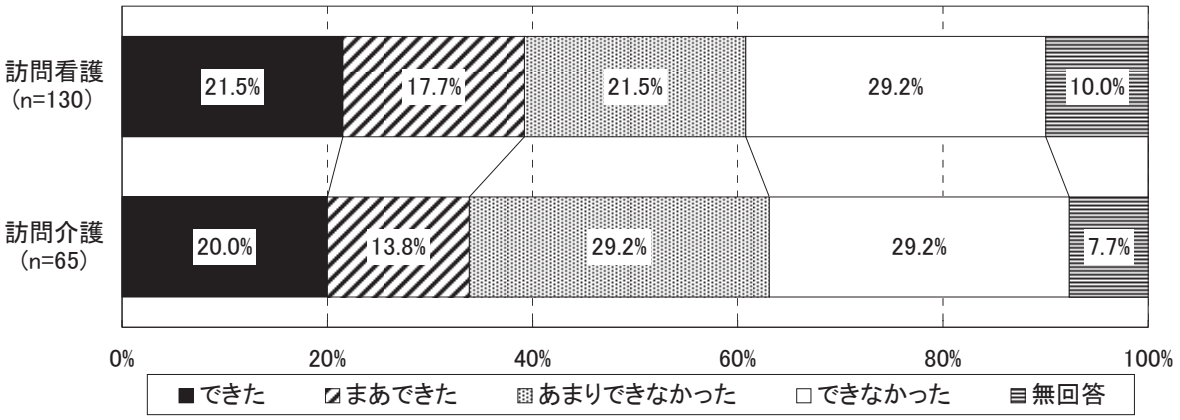
図表２-8-13　訪問看護師と訪問介護員の連携：共通の目的意識を持って看取りを支えられた



④思うように同行訪問できた

「思うように同行訪問できた」の項目について、訪問看護師からの評価は「あまりできなかった」「できなかった」を合わせて 50.7%、訪問介護員からは 58.4%であり、両者とも５割を超えた。

図表２-8-14　訪問看護師と訪問介護員の連携：思うように同行訪問できた

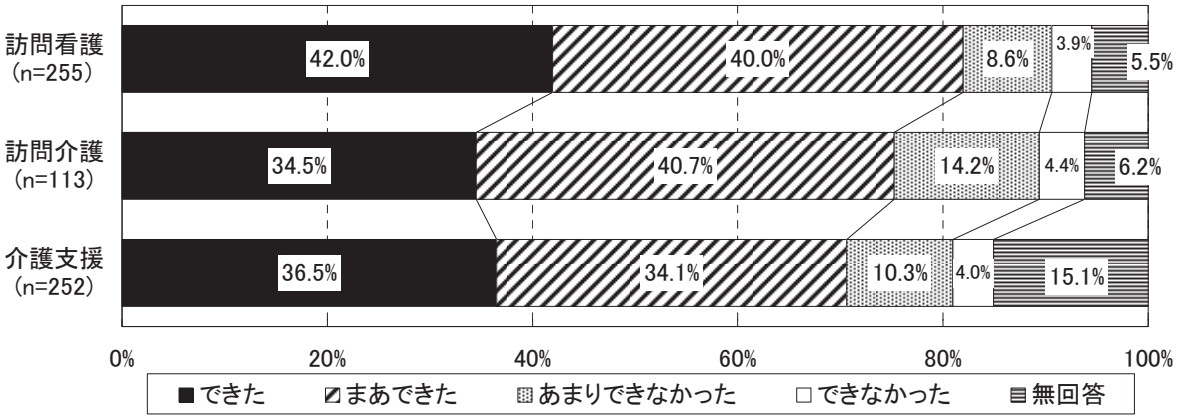


2. 各職種における評価

①必要な介護保険サービス等を良いタイミングで活用できた

訪問看護師からの評価は「できた」「まあできた」を合わせて 82.0%、訪問介護員からの評価が 75.2%、介護支援専門員からの評価が 70.6%だった。

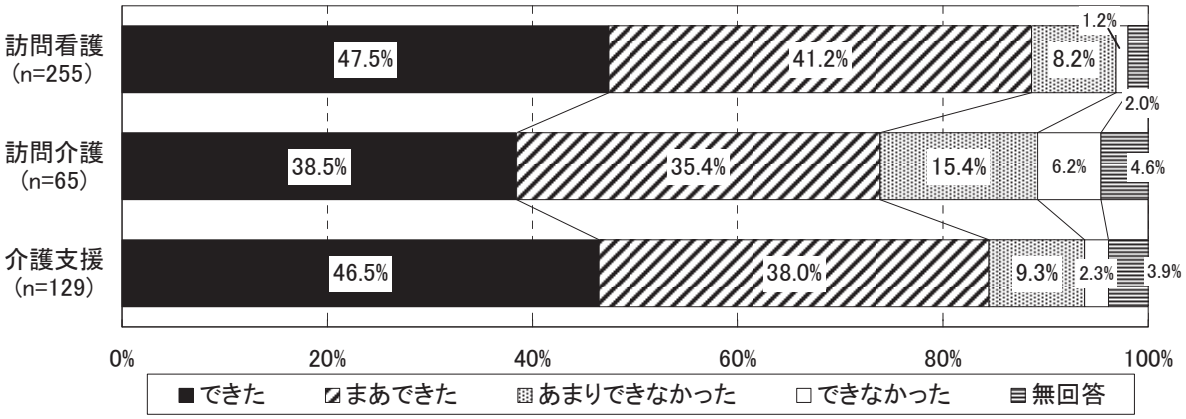
図表２-8-15　各職種における評価：必要な介護保険サービス等を良いタイミングで活用できた



②訪問看護の回数・時間は適切だった

訪問看護師からの評価は「できた」「まあできた」を合わせて 88.7%、訪問介護員からは 73.9%、介護支援専門員からの評価が 75.8%であった。

図表２-8-16　各職種における評価：訪問看護の回数・時間は適切だった

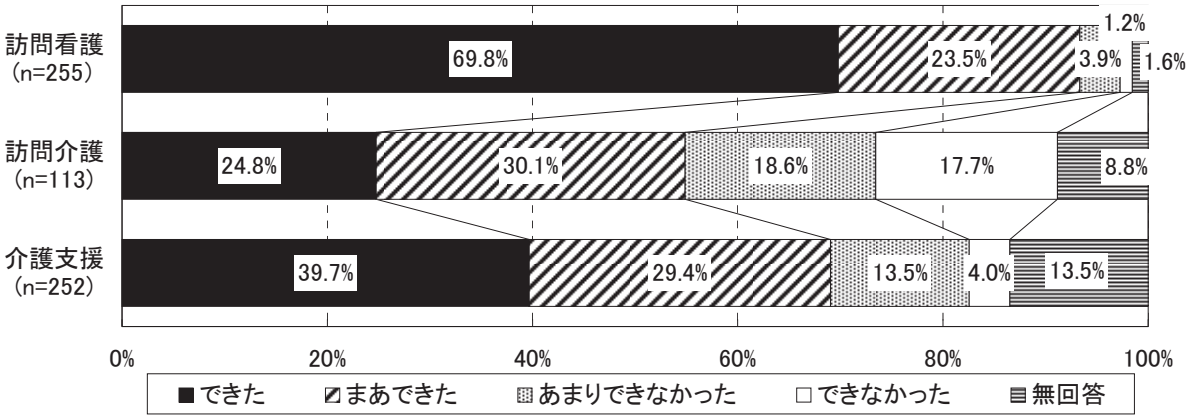


③医師と連携できた

訪問看護師からの評価は「できた」「まあできた」を合わせて 93.3%で圧倒的に高かった。

訪問介護員からの評価は「できた」が 24.8%で他職種を大きく下回り、「できなかった」が 17.7%であった。

図表２-8-17　各職種における評価：医師と連携できた

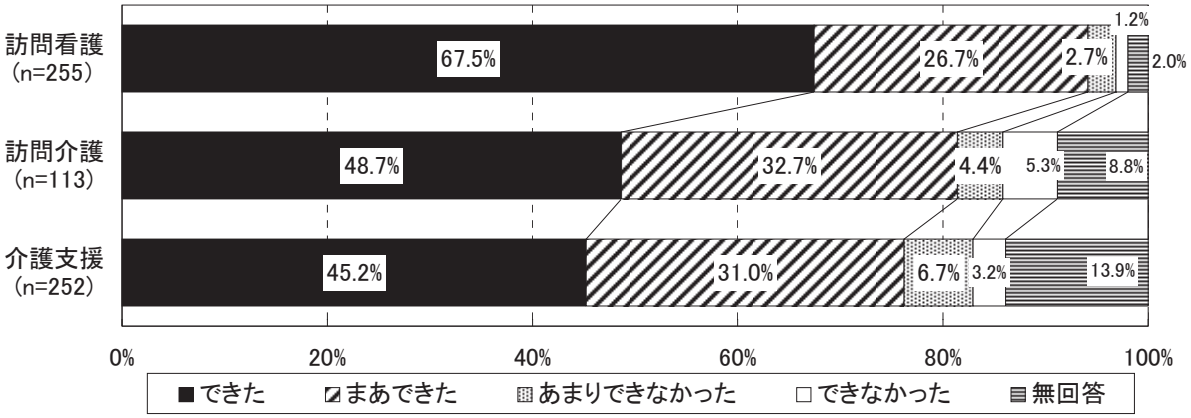


④利用者・家族の看取りの意思決定を支えることができた

訪問看護師からの評価は「できた」「まあできた」を合わせて 94.2%と高かった。

訪問介護員からの評価は 81.4%、介護支援専門員からの評価は 76.2%であった。特に「できた」の割合における違いがみられた。

図表２-8-18　各職種における評価：利用者・家族の看取りの意思決定を支えることができた

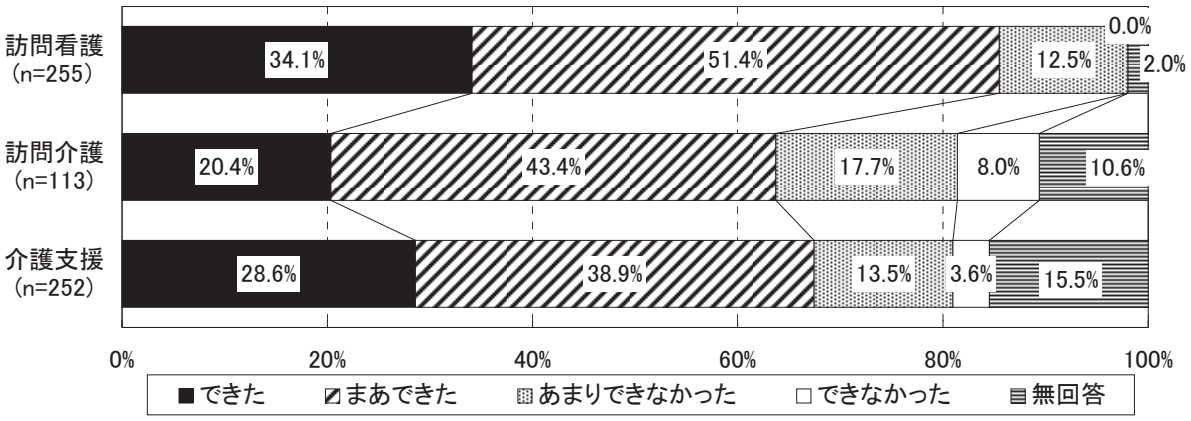


⑤適切な症状のコントロールができた

訪問看護師からの評価が「できた」「まあできた」を合わせて 85.5%で高かった。

介護支援専門員からの評価は 67.5%、訪問介護員からの評価は 63.8%で同程度であった。

図表２-8-19　各職種における評価：適切な症状のコントロールができた

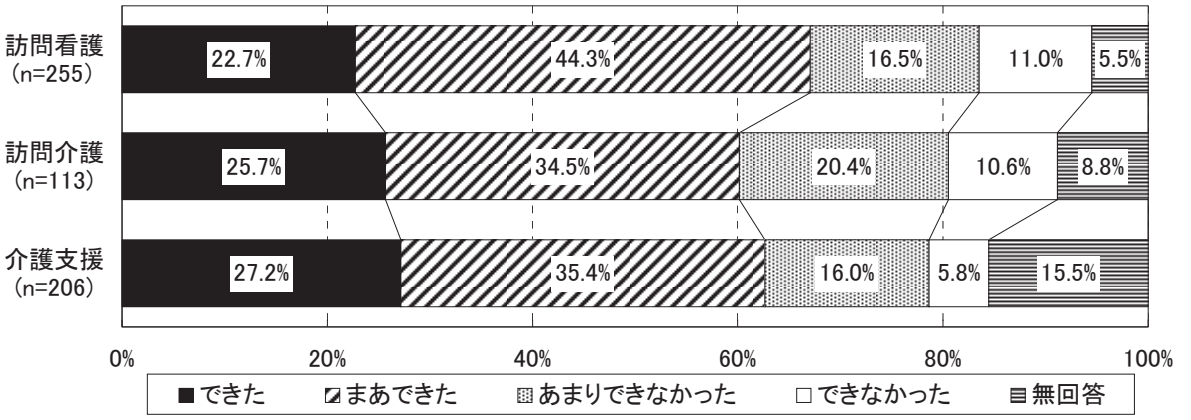


⑥訪問看護師・訪問介護員と介護技術・処置方法等を効率的に教えあうことができた

訪問看護師からの評価が「できた」「まあできた」を合わせて 67.0%で高かった。

訪問介護員からの評価は 60.2%、介護支援専門員からの評価が 62.6%であった。

図表２-8-20　各職種における評価：訪問看護師・訪問介護員と介護技術・処置方法等を効率的に教えあうことができた

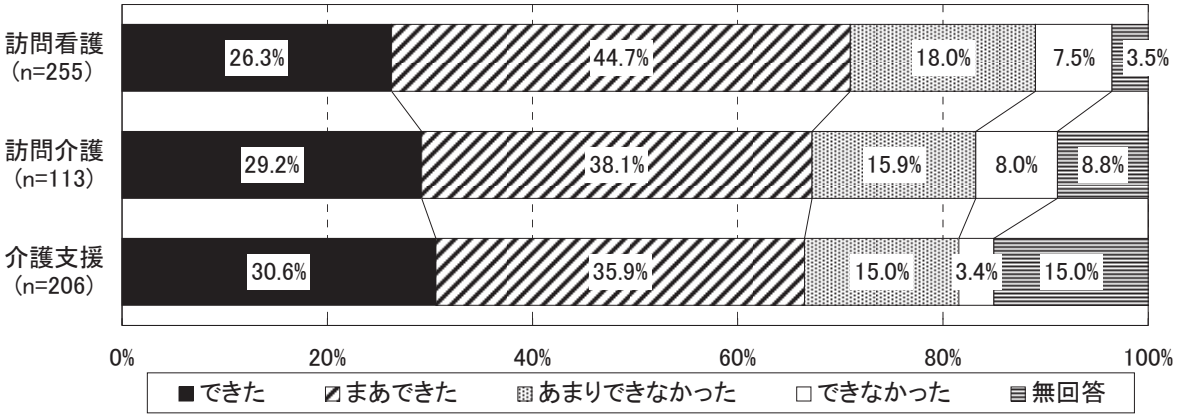


⑦訪問看護師・訪問介護員と精神的に支え合って看取りができた

訪問看護師からの評価は「できた」「まあできた」を合わせて 71.0%だった。

訪問介護員からの評価が 67.3%、介護支援専門員からの評価が 65.5%であった。

図表 2-8-21　各職種における評価：訪問看護師・訪問介護員と精神的に支え合って看取りができた

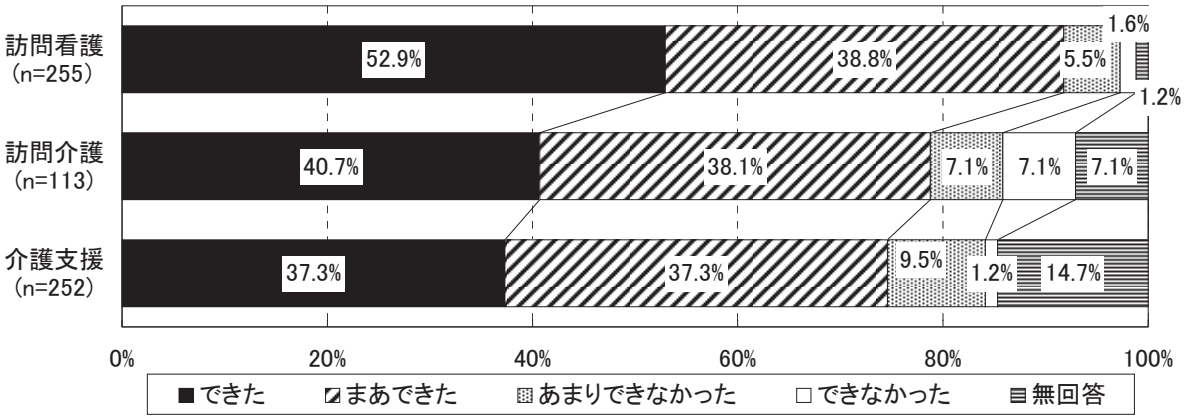


⑧総合的に見て、この事例では良い看取りができた

訪問看護師からの評価が「できた」「まあできた」を合わせて 91.7%と比較的高かった。

訪問介護員からの評価が 78.8%、介護支援専門員からの評価が 74.6%であった。

図表 2-8-22　各職種における評価：総合的に見て、この事例では良い看取りができた



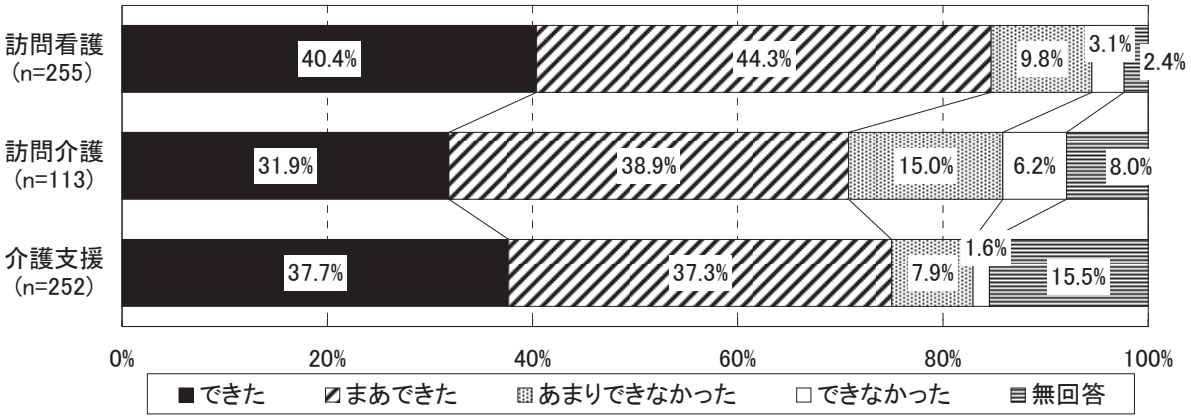
⑨総合的に見て、この事例では良い連携ができた

訪問看護師からの評価が「できた」「まあできた」が 84.7%で比較的高かった。

介護支援専門員からの評価が 75.0%であった。

訪問介護員からの評価は「できた」「まあできた」が 70.8%で他職種と比べるとやや低く、「あまりできなかった」「できなかった」は 21.2%であった。

図表２-8-23　各職種における評価：総合的に見て、この事例では良い連携ができた



第9節 まとめ

ここでは、訪問看護師、訪問介護員、介護支援専門員調査(郵送調査）の結果の要点を整理した。

1. 回答者の所属事業所

1) 回答者の所属事業所の概要

回答者が所属する事業所の概要を表にとりまとめた。

	訪問看護師	訪問介護員	介護支援専門員
開設主体	・医療法人：36.8% ・営利法人：27.8%	・営利法人：52.8% ・社会福祉法人：25.6% ・医療法人：10.5%	・営利法人：36.3% ・社会福祉法人：30.0% ・医療法人：18.5%
同一法人内の施設･事業所	・居宅介護支援事業所：75.1% ・訪問介護事業所：35.4%	・居宅介護支援事業所：73.1% ・訪問看護事業所：16.7%	・訪問看護事業所：20.8% ・訪問介護事業所：52.9%
職員数（常勤換算数）	看護職員：平均 4.6 人	サービス提供責任者・訪問介護員数：平均 8.9 人	介護支援専門員数：平均 2.7 人
利用者数	平均 55.8 人	平均 54.9 人	平均 72.1 人
同一法人以外での指示書等の交付機関等	・訪問看護指示書：平均 16.8 か所 ・ケアプラン：平均 11.7 か所	・ケアプラン：平均 7.6 か所	・利用している訪問看護事業所：平均 2.6 か所 ・利用している訪問介護事業所：平均 6.5 か所

2) 看取りについての対応方針

○訪問介護事業所に対して、１か月以内の死亡が予想される利用者宅への訪問を行うことがあるか、たずねたところ、「ある」が 49.2%、「ない」が 47.5%で、対応しない事業所が半数あった。

3) 在宅看取り人数

回答者が所属する事業所全体での在宅看取りの実績等をたずねた。訪問看護事業所は３カ月間、訪問介護事業所と居宅介護支援事業所は半年間を調査対象期間とした。

	訪問看護師	訪問介護員	介護支援専門員
看取り人数	平均 2.1 人（平成 23 年７月～９月の３ヵ月間）	平均 0.9 人（平成 23 年４月～９月の６ヵ月間）	平均 1.0 人（平成 23 年４月～９月の６ヵ月間）
看取りなし	37.0%	49.8%	41.6%

(続き)

	訪問看護師	訪問介護員	介護支援専門員
内訳	・がんが主要疾患：47.1% ・要介護認定者：78.7% －要介護認定者のうち他法人の居宅介護支援事業所の利用：59.7% －要介護認定者のうち死亡前1か月間に訪問介護を利用：40.8%	・がんが主要疾患：43.2% ・他法人の居宅介護支援事業所の利用：32.8% ・死亡前1か月間に訪問看護を利用：63.1%	・がんが主要疾患：43.0% ・死亡前1か月間に訪問看護を利用：62.1% ・死亡前1か月間に訪問介護を利用：42.6% ※訪問看護と訪問介護の両方を利用して看取ったのはおそらくは全体のおよそ25%

○ 訪問介護事業所においては、過去半年間の看取り 0 の事業所が約半数と、訪問介護の対象者中、看取り事例がまだ少ないことが示唆された。

2. 回答者について

1) 回答者の基本属性等

回答者の基本属性と看取りの支援経験、研修経験を表にとりまとめた。

	訪問看護師	訪問介護員	介護支援専門員
平均年齢	48.5 歳	49.5 歳	49.2 歳
資格		介護福祉士：72.5%	【基礎資格】 介護福祉士 47.9% 看護師 21.4% 社会福祉士：10.5% 准看護師 4.6%
平均経験年数	臨床経験年数 19.5 年 訪問看護師経験年数：8.6 年	経験年数：10.4 年	経験年数：7.1 年
介護支援専門資格	有り：51.9% うち、兼務：24.0%	有り：35.1% うち、兼務：27.1%	専任：71.4% 兼務：25.0%
施設経験		特別養護老人ﾎｰﾑ：15.7% 老人保健施設：11.8% 療養病床 8.9% なし：59.7%	病院：34.2% 特別養護老人ﾎｰﾑ：24.4% 老人保健施設：15.1% なし：34.0%
在宅看取りの支援経験	有り：88.1% なし：11.1%	有り：60.3% なし：38.7%	有り：77.1% なし：22.1%
在宅看取りの外部研修	有り：68.5% なし：29.1%	有り：29.5% なし：68.9%	

○ 在宅看取りの支援経験のない訪問介護員が約 4 割と多かった。看取りに自信がない理由として「必要な医療知識･技術に不安がある」をつけた人が 8 割近くおり、看取りに関する外部研修を受けたことがある者が 3 割弱にとどまっている。すなわち、看取り事例を介護する準備性が低いことが窺われる。

2) 看取りに関する基本方針、他職種への期待、課題等

○看取りを担当する自信は、訪問看護師で「ある」が 68.5%、訪問介護員は 36.4%、介護支援専門員は 39.1%で、訪問看護師が高かった。

○現在の制度のもとで､最期まで自宅療養可能かどうかをたずねたところ､「実現可能である」が訪問看護師で 24.3%､「訪問介護員」が 20.3%､「介護支援専門員」は 20.2%と低かった。その理由は「介護してくれる家族に負担がかかる」がいずれの職種でも圧倒的に高かった（74.1%～80.6%）。

○他職種への期待

・訪問看護師に対しては、介護支援専門員、訪問介護員の両者のいずれも､「医師との効果的な橋渡しをする」「利用者・家族に看取りに関して適切な説明をする」「利用者の症状や医療処置について把握・理解する」について、期待が高かった。
・訪問介護員に対しては、訪問看護師、介護支援専門員両者のいずれも「タイミング良く必要な情報を共有する」「支援体制やケア内容に柔軟性を持って対応する」「注意深く丁寧にケアを実施する」「家族の生活や負担感を理解して支援する」について、期待が高かった。
・介護支援専門員に対しては、訪問看護師、訪問介護員両方から期待されている度合いが高かった項目は｢タイミング良く必要な情報を共有する」「多職種の間を取り持ち円滑なコミュニケーションを促す」「支援体制やケア内容に柔軟性を持って対応する」「家族の生活や負担感を理解して支援する」であった。
・ただし､「利用者・家族に看取りに関して適切な説明をする」「利用者・家族の意思決定を支援する」は訪問介護員からは高い期待をされているが、訪問看護師からの期待は比較的高くなかった。家族支援の内容と程度、役割分担は、利用者の病状や家族の状況などにより、介護支援専門員が主に担当する場合と看護師が関わるほうが良い場合などが想定され、状況に応じた判断が求められよう。

○在宅で看取りを行う場合の他職種との連携上の課題

・訪問看護師に対しては､「連携のための十分な時間がとれない」､「必要な回数・時間の訪問ができない」が比較的多かった。また、訪問介護員からは「コミュニケーションが困難」も比較的多かった。
・訪問介護員に対しては､「専門的知識が不十分」「経験のある人数が不十分」が多かった。
・介護支援専門員に対しても「専門的知識が不十分」「経験のある人数が不十分」が比較的多く、訪問介護員からは､「必要な時間を一人に利用者にかけられない」「連携のための十分な時間がとれない」も比較的多かった。
・今後、各職種の「専門的知識」とは何かを検討整理した上で、相互に対する役割期待を振り返ることが求められるように思われる。例えば、薬剤に対する知識をどの程度看護師に期待するのかは、介護職からと、医師からでは異なるかもしれない。明確な職務範囲の定義を持ったうえで、個別の事情により柔軟に対応するという姿勢は、効果的連携のために重要と思われる。

3. 事例について

調査の中で、回答者が、過去１年以内に看取った要介護高齢者の事例を報告してもらった。訪問看護には、自分以外の介護支援専門員または訪問介護員の関与があった事例を選んでもらった。

1) 事例の概要

	訪問看護師	訪問介護員	介護支援専門員
対象者の平均年齢	84.6 歳	83.2 歳	83.5 歳
性別	男性：42.0% 女性：57.6%	男性：45.1% 女性：50.4%	男性：48.0% 女性：50.4%
主な家族介護者	娘：35.7% 妻：19.2% なし：3.9%	娘：23.0% 息子：20.4% 妻：14.2% なし：14.2%	娘：28.2% 妻：28.2% 息子：12.3%

○ 訪問介護員が支援した事例において主な家族介護者が「息子」「なし」という場合が多かったことからは、どちらも訪問介護員による家事援助・身体介護がなければ在宅看取りが成立しなかった可能性が窺われ、そのような事例の増加が予測されるため特に注目される。今後在宅看取りを可能にするには、訪問介護員における看取りの準備性を高め、ケア提供が経過している中での訪問介護員に対する支援体制を確立することが不可欠と思われる。

（続き）

	訪問看護師	訪問介護員	介護支援専門員
要介護	要介護５：50.6%	要介護５：44.2%	要介護５：:41.7%
主疾患名	がん：53.7% 脳血管疾患：10.6% 循環器：10.2%	がん：45.1% 循環器：16.8% 脳血管疾患：3.5%	がん：47.2% 循環器：16.3% 脳血管疾患：8.7%
利用期間	平均：348.7 日 中央値：79.0 日	平均：532.3 日 中央値：176.0 日	平均 802.8 日 中央値：319.0 日
死亡場所	在宅：91.4% 病院・診療所：7.5%	在宅：70.8% 病院・診療所：23.0%	在宅：82.9% 病院・診療所：16.3%
必要な医療処置	排便処置：60.0% 点滴：56.1% 苦痛症状の緩和：52.2%	点滴：46.0% 苦痛症状の緩和：40.7%	点滴：44.8% 苦痛症状の緩和：38.9%
介護支援専門員の基礎資格	看護系：28.6% 介護福祉士：27.1% 社会福祉士：12.2% 訪問介護員：10.2%	看護系：22.1% 介護福祉士：44.2% 社会福祉士：8.6% 訪問介護員：6.2%	
主な介護者の相談相手	訪問看護師：43.9% 介護支援専門員：12.1% 訪問介護員：1.7%	訪問看護師：14.6% 介護支援専門員：25.8% 訪問介護員：11.2%	訪問看護師：30.0% 介護支援専門員：22.2% 訪問介護員：2.6%

2) 事例に対する連携状況、評価

○職種間の連携状況をみたところ、

・訪問看護師は、30 日前～22 日前に、介護支援専門員と同行訪問しているのが 38.6%にのぼり、この時期は訪問介護員よりも介護支援専門員との同行が多いが、以降は、介護支援専門員、訪問介護員ともにほぼ同じ程度だった。

・訪問介護員の連携は、同行も含め、訪問看護師よりも圧倒的に介護支援専門員とが多く、30 日前～22 日前の同行訪問は、48.6%にのぼる。前日・当日だけは、介護支援専門員（22.8%）より訪問看護師（27.8%）との同行訪問が多い。

・介護支援専門員は、21 日前～15 日前以外は、訪問看護師とのほうが、訪問介護員とよりもやや多く同行訪問していた。

○他職種に対する評価

・訪問看護師と訪問介護員の間では、ほかの組み合わせに比べて「必要な時に連絡が取れた」「必要な情報を共有できた」が低い。「思うように同行訪問できた」が特に低い。もっと同行による連携がしたいと両者が思っていることが窺われる。例数は少ないものの、訪問看護師と訪問介護員との同行訪問ができないという回答が見られたが、これは介護支援専門員が同行の必要性を担当課に十分に説明できない場合もあることが考えられ、同行の必要性と連携上の効果を介護支援専門員に周知することが求められよう。

第 3 章　調査の結果（特別集計）

第３章 調査の結果(特別集計)

第1節 連携・看取りに対する評価への関連要因

1. 目的

本調査では、対象者が担当した在宅看取りの 1 事例に対する連携および看取りの評価について、訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員の 3 職種から回答を得た。今後の職種間の円滑な連携の推進と質の高い在宅看取りの実現のために、各職種の連携・看取りの評価への影響要因を明らかにし、評価の向上のための効果的な方策を検討する必要がある。よって本分析では、各職種の連携・看取りの評価と各職種・事業所の属性、他職種との連携の方法・内容との関連を探索的に検討し、各職種の共通点・相違点を考察した。

2. 方法

1) アウトカム変数

連携・看取りの評価に関する調査項目の選択肢を、「できなかった」（1 点）、「あまりできなかった」（2 点）、「まあできた」（3 点）、「できた」（4 点）と点数化し、該当項目の合計点を算出した。対象者の平均点を境に評価を「低い」「高い」にリコードし、分析に用いた。

(1) 訪問看護師

① 訪問介護員との連携評価

「必要な時に連絡が取れた」「必要な情報を共有できた」「共通の目的意識を持って看取りを支えられた」の 3 項目の点数を合計した（α= 0.91）。平均得点は 9.2 点（n= 148）であり、9 点以下を評価が「低い」（n= 77）、10 点以上を評価が「高い」（n= 71）とリコードした。

② 介護支援専門員との連携評価

「必要な時に連絡が取れた」「必要な情報を共有できた」「共通の目的意識を持って看取りを支えられた」「適切に訪問時間の調整ができた」の 4 項目の点数を合計した（α= 0.88）。平均得点は 13.8 点（n= 234）であり、13 点以下を評価が「低い」（n= 89）、14 点以上を評価が「高い」（n= 145）とリコードした。

③ 連携の総合評価

「総合的に見て、この事例では良い連携ができた」かを、1～4 点の 4 段階でたずね、連携の総合評価として用いた。3 点以下を評価が「低い」（n= 146）、4 点以上を評価が「高い」（n= 103）とリコードした。

④ 看取りの総合評価

「総合的に見て、この事例では良い看取りができた」かを、1～4 点の 4 段階でたずね、看取りの総合評価として用いた。3 点以下を評価が「低い」（n= 127）、4 点以上を評価が「高い」（n= 135）とリコードした。

(2) 訪問介護員

① 訪問看護師との連携評価

「必要な時に連絡が取れた」「必要な情報を共有できた」「共通の目的意識を持って看取りを支えられた」の 3 項目の点数を合計した（α= 0.90）。平均得点は 9.4 点（n= 74）であり、9 点以下を評価が「低い」（n= 31）、10 点以上を評価が「高い」（n= 43）とリコードした。

② 介護支援専門員との連携評価

「必要な時に連絡が取れた」「必要な情報を共有できた」「共通の目的意識を持って看取りを支えられた」「適切に訪問時間の調整ができた」の 4 項目の点数を合計した（α= 0.91）。平均得点は 13.8 点（n= 95）であり、13 点以下を評価が「低い」（n= 36）、14 点以上を評価が「高い」（n= 59）とリコードした。

③ 連携の総合評価

「総合的に見て、この事例では良い連携ができた」かを、1〜4 点の 4 段階でたずね、連携の総合評価として用いた。3 点以下を評価が「低い」（n= 68）、4 点以上を評価が「高い」（n= 36）とリコードした。

④ 看取りの総合評価

「総合的に見て、この事例では良い看取りができた」かを、1〜4 点の 4 段階でたずね、看取りの総合評価として用いた。3 点以下を評価が「低い」（n= 59）、4 点以上を評価が「高い」（n= 46）とリコードした。

(3) 介護支援専門員

① 訪問看護師との連携評価

「必要な時に連絡が取れた」「必要な情報を共有できた」「共通の目的意識を持って看取りを支えられた」の 3 項目の点数を合計した（α=0.87）。平均得点は 10.8 点（n=134）であり、10 点以下を評価が「低い」（n=44）、11 点以上を評価が「高い」（n=90）とリコードした。

② 訪問介護員との連携評価

「必要な時に連絡が取れた」「必要な情報を共有できた」「共通の目的意識を持って看取りを支えられた」の 3 項目の点数を合計した（α=0.88）。平均得点は 10.4 点（n=79）であり、10 点以下を評価が「低い」（n=29）、11 点以上を評価が「高い」（n=50）とリコードした。

③ 連携の総合評価

「総合的に見て、この事例では良い連携ができた」かを、1〜4 点の 4 段階でたずね、連携の総合評価として用いた。3 点以下を評価が「低い」（n= 117）、4 点以上を評価が「高い」（n= 95）とリコードした。

④ 看取りの総合評価

「総合的に見て、この事例では良い看取りができた」かを、1〜4 点の 4 段階でたずね、看取りの総合評価として用いた。3 点以下を評価が「低い」（n= 120）、4 点以上を

評価が「高い」（n= 94）とリコードした。

2) 独立変数

「回答者の属性」「事業所の属性」「看取りケアの実態（利用者の特性・状況、連携方法・内容）」等の調査項目を独立変数として用いた。

3) 分析方法

独立変数の性質に応じて、Fisher の正確確率検定、χ^2 検定、Mann-Whitney の U 検定、t 検定を行った。

3. 結果

1) 訪問看護師

(1) 介護支援専門員との連携の評価

まず、介護支援専門員の連携についての看護師の評価の要因を分析した。事業所および連携相手となった介護支援専門員の特性として、訪問介護事業所を併設している場合（$p=0.02$）、介護支援専門員の基礎資格が看護師（$p<0.001$）で、同じ事業所あるいは同一法人である場合（$p<0.001$）、その介護支援専門員との協働経験が多数ある場合（$p<0.001$）、介護支援専門員との連携の評価が高かった。

利用者の状況としては、4 週前にはまだ尿量の減少が見られない場合（$p=0.02$）と、死亡場所が自宅である場合（$p=0.04$）に、連携の評価は高かった。

図表３-1-1　訪問看護師の介護支援専門員との連携の評価(1)

	時期		評価低い	評価高い	p値
事業所の特性			n (%)	n (%)	
訪問介護併設		無	88 (39.8%)	133 (60.2%)	0.020
		有	1 (7.7%)	12 (92.3%)	
		合計	89 (38.0%)	145 (62.0%)	
介護支援専門員の背景職種		看護師以外	75 (44.6%)	93 (55.4%)	<0.001
		看護師	13 (20.0%)	52 (80.0%)	
		合計	88 (37.8%)	145 (62.2%)	
介護支援専門員同一法人		別法人	75 (48.4%)	80 (51.6%)	<0.001
		同事業所	2 (20.0%)	8 (80.0%)	
		同一法人	12 (17.4%)	57 (82.6%)	
		合計	89 (38.0%)	145 (62.0%)	
介護支援専門員との協働経験		無	28 (52.8%)	25 (47.2%)	<0.001
		1－2事例	28 (47.5%)	31 (52.5%)	
		多数	29 (25.2%)	86 (74.8%)	
		合計	85 (37.4%)	142 (62.6%)	
訪問介護員との協働経験		無	32 (55.2%)	26 (44.8%)	0.009
		1－2事例	21 (46.7%)	24 (53.3%)	
		多数	16 (27.6%)	42 (72.4%)	
		合計	69 (42.9%)	92 (57.1%)	
利用者の状況					
尿量減少	4週前	無	42 (33.3%)	84 (66.7%)	0.022
		有	17 (56.7%)	13 (43.3%)	
		合計	59 (37.8%)	97 (62.2%)	
死亡場所		病院	11 (61.1%)	7 (38.9%)	0.044
		自宅	77 (36.0%)	137 (64.0%)	
		合計	88 (37.9%)	144 (62.1%)	

Fisherの正確確率検定、Mann-WhitneyのU検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前，3週前＝死亡21日前～15日前，
2週前＝死亡14日前～8日前，1週前＝死亡7日前～2日前，前日以降＝死亡前日および亡くなった日

次に、連携の具体的な方法と連携評価との関連を検討した。介護支援専門員との連携方法で有意に評価と関連したのは面談・電話のみであった。死亡の 3 週前から、面談・電話を 1 回以上行っている場合（p<0.05)、それ以外の場合よりも有意に連携の評価が高かった。

図表 3-1-2　訪問看護師の介護支援専門員との連携の評価(2)

	時期		評価低い	評価高い	p値
介護支援専門員との連携					
連携方法			n（ % ）	n（ % ）	
面談･電話	3週前	無	25（ 56.8% ）	19（ 43.2% ）	0.022
		1回	16（ 35.6% ）	29（ 64.4% ）	
		2回以上	21（ 31.3% ）	46（ 68.7% ）	
		合計	62（ 39.7% ）	94（ 60.3% ）	
	2週前	無	23（ 56.1% ）	18（ 43.9% ）	0.015
		1回	16（ 36.4% ）	28（ 63.6% ）	
		2回以上	26（ 29.5% ）	62（ 70.5% ）	
		合計	65（ 37.6% ）	108（ 62.4% ）	
	1週前	無	20（ 62.5% ）	12（ 37.5% ）	0.006
		1回	24（ 43.6% ）	31（ 56.4% ）	
		2回以上	31（ 31.3% ）	68（ 68.7% ）	
		合計	75（ 40.3% ）	111（ 59.7% ）	
	前日以降	無	26（ 68.4% ）	12（ 31.6% ）	<0.001
		1回	29（ 32.2% ）	61（ 67.8% ）	
		2回以上	24（ 35.8% ）	43（ 64.2% ）	
		合計	79（ 40.5% ）	116（ 59.5% ）	

Fisherの正確確率検定、Mann-WhitneyのU検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

訪問介護員との連携が、介護支援専門員との連携評価にも影響していた。すなわち、3 週前に FAX・メールなどで連携していた場合（p=0.01）、2 週前に面談・電話（p=0.01）か FAX・メールなどでの連携ができた場合（p=0.01）、介護支援専門員との連携の評価が高かった。

図表 3-1-3　訪問看護師の介護支援専門員との連携の評価(3)

	時期		評価低い	評価高い	p値
訪問介護員との連携 連携方法			n（ % ）	n（ % ）	
面談・電話	2週前	無	38（ 52.8% ）	34（ 47.2% ）	0.011
		1回	5（ 29.4% ）	12（ 70.6% ）	
		2回以上	4（ 19.0% ）	17（ 81.0% ）	
		合計	47（ 42.7% ）	63（ 57.3% ）	
FAX・メール	3週前	無	43（ 51.8% ）	40（ 48.2% ）	0.007
		1回	1（ 12.5% ）	7（ 87.5% ）	
		2回以上	1（ 10.0% ）	9（ 90.0% ）	
		合計	45（ 44.6% ）	56（ 55.4% ）	
	2週前	無	41（ 49.4% ）	42（ 50.6% ）	0.011
		1回	4（ 36.4% ）	7（ 63.6% ）	
		2回以上	1（ 7.1% ）	13（ 92.9% ）	
		合計	46（ 42.6% ）	62（ 57.4% ）	

Fisherの正確確率検定、χ^2検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

(2) 訪問介護員との連携の評価

訪問介護員との連携では多数の関連要因がみつかった。まず、所属する訪問看護事業所の特性として、評価が高い場合は利用者数が少なく小規模であり（p=0.003）、訪問看護指示書（p=0.01）やケアプランを受けている機関数が少なかった（p<0.001）。介護支援専門員は同一法人である場合（p=0.03）評価が高かったが、訪問介護員では別法人のほうが評価が高く（p=0.002）、ただし、過去に協働経験があるほうが連携評価が高かった（p=0.01）。

利用者の状況としては、死亡の 3 週前からチアノーゼの症状があるほうが訪問介護員との連携評価が高く（p<0.05）、前日に呼吸状態の悪化があった場合に連携の評価が高かった（p=0.02）。

図表 3-1-4　訪問看護師の訪問介護員との連携の評価(1)

	時期	評価低い		評価高い		p値
事業所の特性		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
利用者数（人）		71.1	43.2	51.2	29.6	0.003
同一法人以外指示書公布箇所数（件）		21.9	12.3	16.5	11.2	0.011
同一法人以外ケアプラン受け箇所数（件）		15.9	7.5	10.2	6.8	<0.001
		n（ % ）		n（ % ）		
介護支援専門員同一法人	別法人	58（ 59.8% ）		39（ 40.2% ）		0.027
	同事業所	0（ 0.0% ）		4（ 100.0% ）		
	同一法人	17（ 40.5% ）		25（ 59.5% ）		
	訪問看護師自身が兼務	2（ 40.0% ）		3（ 60.0% ）		
	合計	77（ 52.0% ）		71（ 48.0% ）		
訪問介護員同一法人	別法人	10（ 28.6% ）		25（ 71.4% ）		0.002
	同一法人	65（ 59.1% ）		45（ 40.9% ）		
	合計	75（ 51.7% ）		70（ 48.3% ）		
訪問介護員との協働経験	無	31（ 67.4% ）		15（ 32.6% ）		0.013
	1－2事例	21（ 48.8% ）		22（ 51.2% ）		
	多数	20（ 37.7% ）		33（ 62.3% ）		
	合計	72（ 50.7% ）		70（ 49.3% ）		

訪問看護師の訪問介護員との連携の評価(1)　続き

	時期		評価低い	評価高い	p値
利用者の状況					
チアノーゼ	3週前	無	53 (54.1%)	45 (45.9%)	0.024
		有	0 (0.0%)	5 (100.0%)	
		合計	53 (51.5%)	50 (48.5%)	
	2週前	無	59 (55.1%)	48 (44.9%)	0.027
		有	1 (12.5%)	7 (87.5%)	
		合計	60 (52.2%)	55 (47.8%)	
	前日以降	無	49 (61.3%)	31 (38.8%)	0.031
		有	21 (41.2%)	30 (58.8%)	
		合計	70 (53.4%)	61 (46.6%)	
呼吸状態の悪化	前日以降	無	29 (69.0%)	13 (31.0%)	0.016
		有	41 (46.1%)	48 (53.9%)	
		合計	70 (53.4%)	61 (46.6%)	

t検定、Fisherの正確確率検定、Mann-WhitneyのU検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前，3週前＝死亡21日前～15日前，
2週前＝死亡14日前～8日前，1週前＝死亡7日前～2日前，前日以降＝死亡前日および亡くなった日

介護支援専門員との連携状況が、訪問介護員との連携の評価に影響していた。すなわち、4 週前に 1 回以上面談・電話で連携し（p=0.03）、1 週前には 2 回以上 FAX・メールなどで連携していた場合（p=0.04）、訪問介護員との連携評価が高かった。連携の内容としては、現状に関する情報共有があった場合（p=0.03）に連携評価が高かった。

図表 3-1-5　訪問看護師の訪問介護員との連携の評価 (2)

	時期		評価低い	評価高い	p値
介護支援専門員との連携					
連携方法			n（ % ）	n（ % ）	
面談・電話	4週前	無	21（ 75.0% ）	7（ 25.0% ）	0.027
		1回	23（ 45.1% ）	28（ 54.9% ）	
		2回以上	20（ 47.6% ）	22（ 52.4% ）	
		合計	64（ 52.9% ）	57（ 47.1% ）	
FAX・メール	1週前	無	41（ 54.7% ）	34（ 45.3% ）	0.039
		1回	11（ 84.6% ）	2（ 15.4% ）	
		2回以上	7（ 38.9% ）	11（ 61.1% ）	
		合計	59（ 55.7% ）	47（ 44.3% ）	
連携内容					
現状に関する情報共有	3週前	無	6（ 100.0% ）	0（ 0.0% ）	0.034
		有	38（ 53.5% ）	33（ 46.5% ）	
		合計	44（ 57.1% ）	33（ 42.9% ）	

Fisherの正確確率検定、Mann-WhitneyのU検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

訪問介護員との連携の実態も、連携評価に結びついていた。4 週前に同行訪問をしていること（p=0.01）、3 週前には FAX・メールなどで連携していること（p=0.01）、面談・電話による連携は、どの時期のものも連携評価に影響していた（p<0.001）。連携内容としては、4 週前の連携が特に連携評価に関連しており、訪問時間の調整（p=0.002）、看取りの意思決定に関する情報共有（p<0.001）、処置・介護方法に関する情報共有（p=0.01）の有無が連携評価に関連していた。今後の見通しに関する情報共有は、4 週前、3 週前、1 週前に行われていた場合に連携の評価が高かった（p<0.05）。

図表３-1-6　訪問看護師の訪問介護員との連携の評価(3)

	時期		評価低い	評価高い	p値
訪問介護員との連携					
連携方法			n (%)	n (%)	
同行訪問	4週前	無	51 (63.0%)	30 (37.0%)	0.012
		1回	4 (28.6%)	10 (71.4%)	
		2回以上	5 (33.3%)	10 (66.7%)	
		合計	60 (54.5%)	50 (45.5%)	
面談・電話	4週前	無	50 (59.5%)	34 (40.5%)	<0.001
		1回	7 (36.8%)	12 (63.2%)	
		2回以上	8 (44.4%)	10 (55.6%)	
		合計	65 (53.7%)	56 (46.3%)	
	3週前	無	49 (71.0%)	20 (29.0%)	<0.001
		1回	4 (30.8%)	9 (69.2%)	
		2回以上	3 (17.6%)	14 (82.4%)	
		合計	56 (56.6%)	43 (43.4%)	
	2週前	無	45 (69.2%)	20 (30.8%)	<0.001
		1回	9 (52.9%)	8 (47.1%)	
		2回以上	3 (13.0%)	20 (87.0%)	
		合計	57 (54.3%)	48 (45.7%)	
	1週前	無	50 (75.8%)	16 (24.2%)	<0.001
		1回	4 (26.7%)	11 (73.3%)	
		2回以上	7 (21.9%)	25 (78.1%)	
		合計	61 (54.0%)	52 (46.0%)	
	前日以降	無	56 (70.9%)	23 (29.1%)	<0.001
		1回	6 (42.9%)	8 (57.1%)	
		2回以上	3 (15.0%)	17 (85.0%)	
		合計	65 (57.5%)	48 (42.5%)	
FAX・メール	3週前	無	50 (63.3%)	29 (36.7%)	0.010
		1回	6 (75.0%)	2 (25.0%)	
		2回以上	6 (28.6%)	15 (71.4%)	
		合計	62 (57.4%)	46 (42.6%)	

訪問看護師の訪問介護員との連携の評価(3)　続き

	時期		評価低い	評価高い	p値
連携内容			n (%)	n (%)	
訪問時間等の調整	4週前	無	56 (60.9%)	36 (39.1%)	0.002
		有	5 (22.7%)	17 (77.3%)	
		合計	61 (53.5%)	53 (46.5%)	
看取りの意思決定に関する情報共有	4週前	無	60 (60.6%)	39 (39.4%)	<0.001
		有	1 (6.7%)	14 (93.3%)	
		合計	61 (53.5%)	53 (46.5%)	
今後の見通しに関する情報共有	4週前	無	57 (63.3%)	33 (36.7%)	<0.001
		有	4 (16.7%)	20 (83.3%)	
		合計	61 (53.5%)	53 (46.5%)	
	3週前	無	16 (50.0%)	16 (50.0%)	0.013
		有	2 (12.5%)	14 (87.5%)	
		合計	18 (37.5%)	30 (62.5%)	
	1週前	無	15 (51.7%)	14 (48.3%)	0.011
		有	9 (21.4%)	33 (78.6%)	
		合計	24 (33.8%)	47 (66.2%)	
処置・介護方法に関する情報共有	4週前	無	47 (63.5%)	27 (36.5%)	0.006
		有	14 (35.0%)	26 (65.0%)	
		合計	61 (53.5%)	53 (46.5%)	

Fisherの正確確率検定、χ^2検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

(3)　連携の総合評価

他職種との連携を、1項目で総合的に評価してもらい、そのスコアと各種要因との関連を調べた。

訪問看護師の特性では、評価が高いほうが年齢が高く（p=0.03）、訪問看護の経験年数が長く（p=0.002）、在宅看取りに関して自信を持っており（p=0.05）、看取りに関する研修を受けていない人の割合が高かった（p=0.04）。事業所の特性としては、連携の総合評価が高い群は、健康保険で何らかの加算を受けており（p=0.03）、事例に関してターミナル療養費を受けていた（p=0.03）。連携相手の介護支援専門員の基礎資格は看護師で（p=0.004）、同一の事業所あるいは同一法人であり（p=0.004）、すでに協働経験がある場合（p<0.001）の割合が高かった。評価が高い群は、訪問介護員とも協働経

験がある割合が高かった（p=0.01）。利用者の状況としては、連携評価の高い群は、死亡の 3 週前に意識レベルの低下（p=0.01）とチアノーゼ（p=0.02）があること、2 週前にチアノーゼがある場合（p=0.02）の割合が高かった。また連携評価の高い群では、死亡 4 週前にサービス担当者会議を開催している割合が高かった（p=0.03）。

図表 3-1-7　訪問看護師の連携の総合評価(1)

		評価低い		評価高い		p値
訪問看護師の特性		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
回答者年齢（歳）		48.6	6.7	50.4	6.4	0.029
回答者訪問看護師経験年数（年）		8.1	4.9	10.1	5.3	0.002
		n	平均ランク	n	平均ランク	
在宅看取りの自信		142	116.8	101	129.3	0.048
		n	(%)	n	(%)	
看取り研修の有無	無	105	(55.0%)	86	(45.0%)	0.040
	有	38	(71.7%)	15	(28.3%)	
	合計	143	(58.6%)	101	(41.4%)	
事業所の特性						
健保加算該当なし	無	135	(57.4%)	100	(42.6%)	0.030
	有	10	(90.9%)	1	(9.1%)	
	合計	145	(58.9%)	101	(41.1%)	
ターミナル療養費の有無	無	41	(73.2%)	15	(26.8%)	0.028
	有	59	(55.1%)	48	(44.9%)	
	合計	100	(61.3%)	63	(38.7%)	
介護支援専門員の背景職種	看護師以外	113	(64.6%)	62	(35.4%)	0.004
	看護師	32	(44.4%)	40	(55.6%)	
	合計	145	(58.7%)	102	(41.3%)	
介護支援専門員同一法人	別法人	102	(64.6%)	56	(35.4%)	0.004
	同事業所	1	(10.0%)	9	(90.0%)	
	同一法人	39	(54.9%)	32	(45.1%)	
	看護師自身	3	(42.9%)	4	(57.1%)	
	合計	145	(58.9%)	101	(41.1%)	
介護支援専門員との協働経験	無	44	(83.0%)	9	(17.0%)	<0.001
	1－2例	34	(56.7%)	26	(43.3%)	
	多事例	57	(47.9%)	62	(52.1%)	
	合計	135	(58.2%)	97	(41.8%)	

訪問看護師の連携の総合評価(1)　続き

	時期		評価低い	評価高い	p値
事業所の特性			n (%)	n (%)	
訪問介護員との協働経験		無	44 (72.1%)	17 (27.9%)	0.012
		1－2例	27 (56.3%)	21 (43.8%)	
		多事例	29 (46.0%)	34 (54.0%)	
		合計	100 (58.1%)	72 (41.9%)	
利用者の状況					
意識レベル低下	3週前	無	85 (63.4%)	49 (36.6%)	0.013
		有	11 (36.7%)	19 (63.3%)	
		合計	96 (58.5%)	68 (41.5%)	
チアノーゼ	3週前	無	95 (60.5%)	62 (39.5%)	0.021
		有	1 (14.3%)	6 (85.7%)	
		合計	96 (58.5%)	68 (41.5%)	
	2週前	無	110 (63.6%)	63 (36.4%)	0.015
		有	2 (20.0%)	8 (80.0%)	
		合計	112 (61.2%)	71 (38.8%)	
サービス担当者会議	4週前	無	60 (65.9%)	31 (34.1%)	0.032
		有	31 (47.7%)	34 (52.3%)	
		合計	91 (58.3%)	65 (41.7%)	

t検定、Man-WhitneyのU検定、Fisherの正確確率検定、χ^2検定

時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

介護支援専門員との協働の内容としては、評価の高い群は、面談・電話による連携（p=0.002）を死亡の 4 週前から実施し、利用者の今後の見通しについて相談している（p=0.01）割合が高かった。今後の見通しについて相談することは、3 週前（p=0.04）でも有意に割合が高かった。

図表 3-1-8　訪問看護師の連携の総合評価(2)

	時期		評価低い	評価高い	p値
介護支援専門員との連携			n（　%　）	n（　%　）	
連携方法					
面談・電話	4週前	無	32（ 84.2% ）	6（ 15.8% ）	0.002
		1回	54（ 60.0% ）	36（ 40.0% ）	
		2回以上	35（ 50.0% ）	35（ 50.0% ）	
		合計	121（ 61.1% ）	77（ 38.9% ）	
連携内容					
今後の見通しに関する情報共有	4週前	無	65（ 69.9% ）	28（ 30.1% ）	0.010
		有	36（ 49.3% ）	37（ 50.7% ）	
		合計	101（ 60.8% ）	65（ 39.2% ）	
	3週前	無	42（ 71.2% ）	17（ 28.8% ）	0.042
		有	34（ 52.3% ）	31（ 47.7% ）	
		合計	76（ 61.3% ）	48（ 38.7% ）	

Fisherの正確確率検定、χ^2検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

訪問介護員との連携は、面談や電話による連携が全ての時期区分で有意に評価と関連し（p<0.05）、実施している場合に評価が高かった。FAX・メールなどによる連携も、3 週前の実施（p=0.03）の場合に評価が高かった。連携内容としては、看取りの意思決定に関する情報共有を 4 週前に実施している場合（p=0.004）に、評価が高かった。

図表３-1-9　訪問看護師の連携の総合評価(3)

	時期		評価低い	評価高い	p値
訪問介護員との連携					
連携方法			n（　%　）	n（　%　）	
面談・電話	4週前	無	48（64.0%）	27（36.0%）	0.038
		1回	10（55.6%）	8（44.4%）	
		2回以上	6（31.6%）	13（68.4%）	
		合計	64（57.1%）	48（42.9%）	
	3週前	無	53（66.3%）	27（33.8%）	0.016
		1回	7（50.0%）	7（50.0%）	
		2回以上	5（29.4%）	12（70.6%）	
		合計	65（58.6%）	46（41.4%）	
	2週前	無	52（66.7%）	26（33.3%）	0.008
		1回	11（61.1%）	7（38.9%）	
		2回以上	7（30.4%）	16（69.6%）	
		合計	70（58.8%）	49（41.2%）	
	1週前	無	51（63.0%）	30（37.0%）	0.044
		1回	11（68.8%）	5（31.3%）	
		2回以上	13（39.4%）	20（60.6%）	
		合計	75（57.7%）	55（42.3%）	
	前日以降	無	63（66.3%）	32（33.7%）	0.033
		1回	9（60.0%）	6（40.0%）	
		2回以上	7（35.0%）	13（65.0%）	
		合計	79（60.8%）	51（39.2%）	
FAX・メール	3週前	無	59（62.1%）	36（37.9%）	0.032
		1回	7（87.5%）	1（12.5%）	
		2回以上	8（38.1%）	13（61.9%）	
		合計	74（59.7%）	50（40.3%）	
連携内容					
看取りの意思決定に関する情報共有	4週前	無	68（61.3%）	43（38.7%）	0.004
		有	3（20.0%）	12（80.0%）	
		合計	71（56.3%）	55（43.7%）	

Fisherの正確確率検定、χ^2検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前，3週前＝死亡21日前～15日前，
2週前＝死亡14日前～8日前，1週前＝死亡7日前～2日前，前日以降＝死亡前日および亡くなった日

(4) 看取りの総合評価

最後に、看取りについて総合的な評価を 1 項目でたずね、それに関連する要因を検討した。

まず、訪問看護師の特性として、看取り評価の高い群は、訪問看護師の経験年数が長く（p=0.01）、在宅看取りに自信を持っていた（p=0.001）。事業所の特性としては、同時訪問が可能であること（p=0.02）が有意に関連していた。連携相手の介護支援専門員の基礎資格が看護師であること（p=0.01）、利用者の特性としては、ターミナル療養費をとっており（p=0.02）、訪問診療を利用していること（p=0.05）、死亡場所が自宅であること（p<0.001）が関連していた。利用者の状況としては、看取り評価の高い群は、意識レベルの低下が 4 週前（p=0.03）、3 週前（p=0.02）にあった場合の割合が高かった。

図表 3-1-10　訪問看護師の看取りの総合評価(1)

時期		評価低い		評価高い		p値
訪問看護師の特性		平均	標準偏	平均	標準偏	
回答者訪問看護経験年数（年）		8.0	4.4	9.7	5.6	0.007
		平均ランク		平均ランク		
在宅看取りの自信		112.8		132.8		0.001
介護支援専門員の特性		n（ % ）		n（ % ）		
介護支援専門員の背景職種	看護師以外	92（ 52.3% ）		84（ 47.7% ）		0.012
	看護師	25（ 34.2% ）		48（ 65.8% ）		
	合計	117（ 47.0% ）		132（ 53.0% ）		

訪問看護師の看取りの総合評価(1)　続き

	時期		評価低い	評価高い	p値
事業所の特性			n (%)	n (%)	
開設主体	地方公共団体など		16 (30.8%)	36 (69.2%)	0.004
	社会福祉法人など		72 (47.6%)	87 (52.4%)	
	医療法人・営利法人など		21 (67.7%)	10 (32.3%)	
		合計	116 (46.6%)	133 (53.4%)	
他事業所の訪問介護員との同時訪問可能		いいえ	12 (70.6%)	5 (29.4%)	0.021
		はい	82 (43.2%)	108 (56.8%)	
		不明	22 (61.1%)	14 (38.9%)	
		合計	116 (47.7%)	127 (52.3%)	
利用者の特性					
ターミナル療養費の有無		無	34 (60.7%)	22 (39.3%)	0.022
		有	45 (41.3%)	64 (58.7%)	
		合計	79 (47.9%)	86 (52.1%)	
訪問診療利用		無	22 (62.9%)	13 (37.1%)	0.045
		有	94 (43.9%)	120 (56.1%)	
		合計	116 (46.6%)	133 (53.4%)	
死亡場所		病院	19 (100.0%)	0 (0.0%)	<0.001
		在宅	97 (42.2%)	133 (57.8%)	
		合計	116 (46.6%)	133 (53.4%)	
利用者の状況					
意識レベル低下	4週前	無	69 (49.3%)	71 (50.7%)	0.028
		有	6 (24.0%)	19 (76.0%)	
		合計	75 (45.5%)	90 (54.5%)	
	3週前	無	70 (51.5%)	66 (48.5%)	0.016
		有	8 (26.7%)	22 (73.3%)	
		合計	78 (47.0%)	88 (53.0%)	

t検定、Man-WhitneyのU検定、Fisherの正確確率検定、χ^2検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

事例における介護支援専門員との連携内容では、評価の高い群では、4 週前に面談・電話による連携をしており（p=0.02）、3 週前に今後の見通しについて相談している（p=0.003）割合が高かった。

図表 3 -1-11　訪問看護師の看取りの総合評価(2)

	時期		評価低い	評価高い	p値
介護支援専門員との連携					
連携方法			n（　%　）	n（　%　）	
面談・電話	4週前	無	25（ 65.8% ）	13（ 34.2% ）	0.024
		1回	42（ 45.7% ）	50（ 54.3% ）	
		2回以上	27（ 38.6% ）	43（ 61.4% ）	
		合計	94（ 47.0% ）	106（ 53.0% ）	
連携内容					
今後の見通しに関する情報共有	3週前	無	39（ 65.0% ）	21（ 35.0% ）	0.003
		有	25（ 37.9% ）	41（ 62.1% ）	
		合計	64（ 50.8% ）	62（ 49.2% ）	

Fisherの正確確率検定、χ^2検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

訪問介護員との連携は、看護師の看取り評価に大きく影響を与えるようだった。看取り評価の高い群では、4 週前に同行訪問をして（p=0.02）、看取りの意思決定に関する情報共有をしていた（p=0.01）割合が高かった。1 週前を除く全ての期間中に面談・電話で連絡を取った人（p<0.05）の割合が高かった。

図表３-1-12　訪問看護師の看取りの総合評価(3)

	時期		評価低い	評価高い	p値
訪問介護員との連携					
連携方法			n (%)	n (%)	
同行訪問	4週前	無	42 (46.2%)	49 (53.8%)	0.015
		1回	13 (76.5%)	4 (23.5%)	
		2回以上	4 (26.7%)	11 (73.3%)	
		合計	59 (48.0%)	64 (52.0%)	
面談・電話	4週前	無	43 (56.6%)	33 (43.4%)	0.015
		1回	7 (38.9%)	11 (61.1%)	
		2回以上	4 (21.1%)	15 (78.9%)	
		合計	54 (47.8%)	59 (52.2%)	
	3週前	無	45 (55.6%)	36 (44.4%)	0.018
		1回	7 (50.0%)	7 (50.0%)	
		2回以上	3 (17.6%)	14 (82.4%)	
		合計	55 (49.1%)	57 (50.9%)	
	2週前	無	43 (55.1%)	35 (44.9%)	0.043
		1回	10 (55.6%)	8 (44.4%)	
		2回以上	6 (26.1%)	17 (73.9%)	
		合計	59 (49.6%)	60 (50.4%)	
	前日以降	無	55 (57.3%)	41 (42.7%)	0.030
		1回	7 (46.7%)	8 (53.3%)	
		2回以上	5 (25.0%)	15 (75.0%)	
		合計	67 (51.1%)	64 (48.9%)	
連携内容					
看取りの意思決定に関する情報共有	4週前	無	59 (52.7%)	53 (47.3%)	0.005
		有	2 (13.3%)	13 (86.7%)	
		合計	61 (48.0%)	66 (52.0%)	

Fisherの正確確率検定、χ^2検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前，3週前＝死亡21日前～15日前，
2週前＝死亡14日前～8日前，1週前＝死亡7日前～2日前，前日以降＝死亡前日および亡くなった日

2) 訪問介護員

(1) 訪問看護師との連携の評価

事業所の特性として、他事業所の訪問看護師と同時訪問が可能である（p=0.02）、利用者の介護支援専門員の基礎資格が訪問介護員ではない（p=0.02）ほうが、訪問看護師との連携の評価は高かった。また、利用者の特性や状況では、4 週前に呼吸状態の悪化がみられた（p=0.01）利用者において、連携の評価は低かった。

図表 3-1-13　訪問介護員の訪問看護師との連携の評価(1)

	時期		評価低い	評価高い	p値
事業所の特性			n（ % ）	n（ % ）	
他事業所の訪問看護師と同時訪問可能		いいえ	14（ 63.6% ）	8（ 36.4% ）	0.020
		はい	16（ 32.7% ）	33（ 67.3% ）	
		合計	23（ 30.7% ）	52（ 69.3% ）	
介護支援専門員の基礎資格が訪問介護員		いいえ	25（ 38.5% ）	40（ 61.5% ）	0.023
		はい	4（ 100.0% ）	0（ 0.0% ）	
		合計	29（ 42.0% ）	40（ 58.0% ）	
利用者の病態等					
呼吸状態悪化	4週前	無	12（ 31.6% ）	26（ 68.4% ）	0.010
		有	8（ 80.0% ）	2（ 20.0% ）	
		合計	20（ 41.7% ）	28（ 58.3% ）	

Fisherの正確確率検定
時期: 4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

介護支援専門員との連携方法・内容の違いによって、訪問看護師との連携の評価に有意な差がみられた項目はなかった。

訪問看護師との連携方法に関しては、同行訪問が 4 週前（p=0.05）、1 週前（p=0.04）、前日以降（p=0.04）に、面談・電話が 3 週前（p=0.03）、1 週前（p=0.05）、前日以降（p=0.01）に行われている方が連携の評価は高く、連携内容としては 4 週前に看取りの意思決定に関する情報共有（p=0.02）、現状に関する情報共有を 3 週前（p=0.05）、1 週前（p=0.02）、前日以降（p=0.01）に行っている方が連携の評価は高かった。

図表３-1-14　訪問介護員の訪問看護師との連携の評価(2)

	時期		評価低い	評価高い	p値
訪問看護師との連携					
連携方法			n（　%　）	n（　%　）	
同行訪問	4週前	無	18（ 56.3% ）	14（ 43.8% ）	0.047
		1回	2（ 18.2% ）	9（ 81.8% ）	
		2回以上	2（ 25.0% ）	6（ 75.0% ）	
		合計	22（ 43.1% ）	29（ 56.9% ）	
	1週前	無	18（ 45.0% ）	22（ 55.0% ）	0.037
		1回	4（ 57.1% ）	3（ 42.9% ）	
		2回以上	0（ 0.0% ）	8（ 100.0% ）	
		合計	22（ 40.0% ）	33（ 60.0% ）	
	前日以降	無	19（ 52.8% ）	17（ 47.2% ）	0.041
		1回	4（ 33.3% ）	8（ 66.7% ）	
		2回以上	0（ 0.0% ）	6（ 100.0% ）	
		合計	23（ 42.6% ）	31（ 57.4% ）	
面談・電話	3週前	無	17（ 58.6% ）	12（ 41.4% ）	0.029
		1回	4（ 50.0% ）	4（ 50.0% ）	
		2回以上	1（ 10.0% ）	9（ 90.0% ）	
		合計	22（ 46.8% ）	25（ 53.2% ）	
	1週前	無	16（ 61.5% ）	10（ 38.5% ）	0.047
		1回	4（ 33.3% ）	8（ 66.7% ）	
		2回以上	4（ 25.0% ）	12（ 75.0% ）	
		合計	24（ 44.4% ）	30（ 55.6% ）	
	前日以降	無	15（ 51.7% ）	14（ 48.3% ）	0.008
		1回	7（ 70.0% ）	3（ 30.0% ）	
		2回以上	1（ 8.3% ）	11（ 91.7% ）	
		合計	23（ 45.1% ）	28（ 54.9% ）	

訪問介護員の訪問看護師との連携の評価(2)　続き

	時期		評価低い	評価高い	p値
訪問看護師との連携					
連携内容			n（　%　）	n（　%　）	
看取りの意思決定に関する情報共有	4週前	無	20（54.1%）	17（45.9%）	0.023
		有	2（15.4%）	11（84.6%）	
		合計	22（44.0%）	28（56.0%）	
現状に関する情報共有	3週前	無	18（58.1%）	13（41.9%）	0.049
		有	6（27.3%）	16（72.7%）	
		合計	24（45.3%）	29（54.7%）	
	1週前	無	17（58.6%）	12（41.4%）	0.018
		有	8（26.7%）	22（73.3%）	
		合計	25（42.4%）	34（57.6%）	
	前日以降	無	18（58.1%）	13（41.9%）	0.013
		有	5（22.7%）	17（77.3%）	
		合計	23（43.4%）	30（56.6%）	

Fisherの正確確率検定、χ^2検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前，3週前＝死亡21日前～15日前，
2週前＝死亡14日前～8日前，1週前＝死亡7日前～2日前，前日以降＝死亡前日および亡くなった日

(2) 介護支援専門員との連携の評価

利用者の特性や状況では、死亡場所が自宅 （p=0.02）、排便処置が必要（p=0.03）である利用者において、連携の評価が高かった。

図表 3-1-15　訪問介護員の介護支援専門員との連携の評価(1)

		評価低い	評価高い	p値
利用者の特性		n （ % ）	n （ % ）	
死亡場所	病院	13 （ 59.1% ）	9 （ 40.9% ）	0.023
	自宅	22 （ 30.6% ）	50 （ 69.4% ）	
	合計	35 （ 37.2% ）	59 （ 62.8% ）	
排便処置	無	29 （ 48.3% ）	31 （ 51.7% ）	0.027
	有	6 （ 19.4% ）	25 （ 80.6% ）	
	合計	35 （ 38.5% ）	56 （ 61.5% ）	

Fisherの正確確率検定

また、介護支援専門員との連携方法に関しては、面談・電話を 4 週前（p=0.02）、1 週前（p=0.03）に行ったケースで連携の評価が高かった。連携内容に関しては、今後の見通しに関する情報共有を 4 週前に行っているケース（p=0.04）で連携の評価が高かった。

訪問看護師との連携内容に関して、前日以降に訪問看護師と訪問時間等の調整を行っているケースは介護支援専門員との連携の評価は低かった（p=0.05）。

図表３-1-16　訪問介護員の介護支援専門員との連携の評価(2)

	時期		評価低い	評価高い	p値
介護支援専門員との連携					
連携方法			n（　%　）	n（　%　）	
面談・電話	4週前	無	3（60.0%）	2（40.0%）	0.015
		1回	10（58.8%）	7（41.2%）	
		2回以上	8（21.6%）	29（78.4%）	
		合計	21（35.6%）	38（64.4%）	
	1週前	無	5（55.6%）	4（44.4%）	0.030
		1回	7（70.0%）	3（30.0%）	
		2回以上	14（29.2%）	34（70.8%）	
		合計	26（38.8%）	41（61.2%）	
連携内容					
今後の見通しに関する情報共有	4週前	無	16（48.5%）	17（51.5%）	0.039
		有	7（22.6%）	24（77.4%）	
		合計	23（35.9%）	41（64.1%）	

Fisherの正確確率検定、χ^2検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前，3週前＝死亡21日前～15日前，
2週前＝死亡14日前～8日前，1週前＝死亡7日前～2日前，前日以降＝死亡前日および亡くなった日

図表３-1-17　訪問介護員の介護支援専門員との連携の評価(3)

	時期		評価低い	評価高い	p値
訪問看護師との連携					
連携内容			n（　%　）	n（　%　）	
訪問時間等の調整	前日以降	無	13（27.1%）	35（72.9%）	0.048
		有	6（66.7%）	3（33.3%）	
		合計	19（33.3%）	38（66.7%）	

Fisherの正確確率検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前，3週前＝死亡21日前～15日前，
2週前＝死亡14日前～8日前，1週前＝死亡7日前～2日前，前日以降＝死亡前日および亡くなった日

(3) 連携全体の評価

利用者の特性として、利用者の年齢が高いほうが連携の評価は高かった（p=0.02）。また訪問介護員の特性としては、特別養護老人ホームでの勤務経験があるほうが連携の評価は高く（p=0.03）、施設勤務の経験がないと連携の評価は低かった（p=0.04）。事業所の特性では、他事業所の訪問看護師と同時訪問が可能であるほうが連携の評価は高かった（p=0.05）。また、サービス担当者会議が 4 週前（p=0.03）、1 週前（p=0.02）にあるケースは連携の評価が高かった。

介護支援専門員との連携方法では、死亡直前に同行訪問を行ったケースで連携の評価が高く（p=0.05）、連携内容では看取りの意思決定を 4 週前に行ったケースで連携の評価が高かった（p=0.02）。

訪問看護師との連携方法・内容の違いによって、連携全体の評価に有意な差がみられた項目はなかった。

図表３-1-18　訪問介護員の連携の総合評価

	時期		評価低い		評価高い		p値
利用者の特性			平均	標準偏差	平均	標準偏差	
利用者の年齢（歳）			82.0	8.2	85.9	9.0	0.021
訪問介護員の特性			n	（　%　）	n	（　%　）	
特別養護老人ホームでの勤務経験		無	58	（ 71.6% ）	23	（ 28.4% ）	0.033
		有	6	（ 40.0% ）	9	（ 60.0% ）	
		合計	64	（ 66.7% ）	32	（ 33.3% ）	
施設勤務経験なし		いいえ	17	（ 51.5% ）	16	（ 48.5% ）	0.039
		はい	47	（ 74.6% ）	16	（ 25.4% ）	
		合計	64	（ 66.7% ）	32	（ 33.3% ）	
事業所の特性							
他事業所の訪問看護師と同時訪問可能		いいえ	27	（ 79.4% ）	7	（ 20.6% ）	0.046
		はい	39	（ 58.2% ）	28	（ 41.8% ）	
		合計	66	（ 65.3% ）	35	（ 34.7% ）	
サービス担当者会議	4週前	無	20	（ 90.9% ）	2	（ 9.1% ）	0.032
		有	24	（ 63.2% ）	14	（ 36.8% ）	
		合計	44	（ 73.3% ）	16	（ 26.7% ）	
	1週前	無	27	（ 75.0% ）	9	（ 25.0% ）	0.021
		有	8	（ 42.1% ）	11	（ 57.9% ）	
		合計	35	（ 63.6% ）	20	（ 36.4% ）	
介護支援専門員との連携							
連携方法							
同行訪問	前日以降	無	33	（ 75.0% ）	11	（ 25.0% ）	0.045
		1回	7	（ 50.0% ）	7	（ 50.0% ）	
		2回以上	1	（ 25.0% ）	3	（ 75.0% ）	
		合計	41	（ 66.1% ）	21	（ 33.9% ）	
連携内容							
看取りの意思決定に関する情報共有	4週前	無	35	（ 77.8% ）	10	（ 22.2% ）	0.016
		有	8	（ 44.4% ）	10	（ 55.6% ）	
		合計	43	（ 68.3% ）	20	（ 31.7% ）	

Fisherの正確確率検定、χ^2検定、t検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

(4) 在宅看取りの評価

利用者の特性では、利用者の年齢が高いほうが看取りの評価は高かった（p=0.01）。利用者の状況の変化としては、4 週前に呼吸状態の悪化がみられたケースは看取りの評価は低く（p=0.02）、3 週前に摂食困難がみられたケースでは看取りの評価は高かった（p=0.03）。また、訪問介護員が療養病床での勤務経験があるほうが、看取りの評価は高かった（p=0.04）。

介護支援専門員との連携内容について、4 週前に今後の見通しに関する情報交換を行っているほうが看取りの評価は高かった（p=0.02）。

訪問看護師との連携方法・内容の違いでは、看取りの評価に有意差はみられなかった。

図表 3-1-19　訪問介護員の在宅看取りの総合評価

	時期		評価低い		評価高い		p値
利用者の特性			平均	標準偏差	平均	標準偏差	
利用者の年齢（歳）			81.0	8.4	86.0	8.4	0.010
利用者の状況			n	（ % ）	n	（ % ）	
呼吸状態悪化	4週前	無	27	（ 51.9% ）	25	（ 48.1% ）	0.020
		有	10	（ 90.9% ）	1	（ 9.1% ）	
		合計	37	（ 58.7% ）	26	（ 41.3% ）	
摂食困難	3週前	無	14	（ 77.8% ）	4	（ 22.2% ）	0.029
		有	21	（ 46.7% ）	24	（ 53.3% ）	
		合計	35	（ 55.6% ）	28	（ 44.4% ）	
訪問介護員の特性							
療養病床の勤務経験		無	53	（ 60.2% ）	35	（ 39.8% ）	0.037
		有	2	（ 22.2% ）	7	（ 77.8% ）	
		合計	55	（ 56.7% ）	42	（ 43.3% ）	
介護支援専門員との連携 連携内容							
今後の見通しに関する情報共有	4週前	無	23	（ 71.9% ）	9	（ 28.1% ）	0.023
		有	13	（ 41.9% ）	18	（ 58.1% ）	
		合計	36	（ 57.1% ）	27	（ 42.9% ）	

Fisher直接確率検定、t検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

3) 介護支援専門員

(1) 訪問看護師との連携評価

介護支援専門員の特性において、看取り経験数が多い（p=0.06）、在宅看取りの自信が高い（p=0.05）ほど、訪問看護師との連携の評価が高かった。利用者の特性や状況では、点滴を行っている（p=0.03）、訪問介護事業所を利用していない（p=0.03）、死亡直前に摂食困難（p=0.02）、意識レベルの低下がある（p=0.02）利用者において、訪問看護師との連携の評価が高かった。また、死亡 2 週前にサービス担当者会議を開催しているケース（p=0.04）で評価が高かった。

図表 3-1-20　介護支援専門員の訪問看護師との連携の評価(1)

	時期		評価低い		評価高い		p値
ケアマネジャーの特性			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
看取り経験数 （人）			7.97	9.42	11.85	12.54	0.060
			平均ランク		平均ランク		
在宅看取りの自信			58.24		70.63		0.050
利用者の特性			n	（ % ）	n	（ % ）	
点滴あり		無	30	（ 41.1% ）	43	（ 58.9% ）	0.028
		有	14	（ 23.0% ）	47	（ 77.1% ）	
		合計	44	（ 32.8% ）	90	（ 67.2% ）	
訪問介護事業所の利用		無	8	（ 19.1% ）	34	（ 81.0% ）	0.029
		有	36	（ 39.1% ）	56	（ 60.9% ）	
		合計	44	（ 32.8% ）	90	（ 67.2% ）	
利用者の状況							
摂食困難	前日以降	無	12	（ 54.6% ）	10	（ 45.5% ）	0.018
		有	21	（ 25.6% ）	61	（ 74.4% ）	
		合計	33	（ 31.7% ）	71	（ 68.3% ）	
意識レベル低下	前日以降	無	10	（ 58.8% ）	7	（ 41.2% ）	0.020
		有	23	（ 26.4% ）	64	（ 73.6% ）	
		合計	33	（ 31.7% ）	71	（ 68.3% ）	
サービス担当者会議	2週前	無	17	（ 34.7% ）	32	（ 65.3% ）	0.037
		有	4	（ 12.5% ）	28	（ 87.5% ）	
		合計	21	（ 25.9% ）	60	（ 74.1% ）	

Fisherの正確確率検定、Mann-WhitneyのU検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

訪問看護師との連携に関しては、FAX・メールなどの連絡を死亡 4 週前に 2 回以上（p=0.05）、電話・面接での連絡を死亡 1 週前に 2 回以上（p=0.02）、同行訪問を死亡の前日以降に行った（p=0.03）ケースで、訪問看護師との連携の評価が高かった。連携の内容では現状に関する情報共有を死亡 2 週前（p=0.04）、1 週前（p<0.001）、直前（p=0.02）に行っている、今後の見通しに関する情報共有を死亡 1 週前に行っている（p=0.01）ケースで評価が高かった。

図表３-1-21　介護支援専門員の訪問看護師との連携の評価(2)

	時期		評価低い	評価高い	p値
訪問看護師との連携					
連携方法			n (%)	n (%)	
同行訪問	前日以降	無	24 (40.0%)	36 (60.0%)	0.028
		1回	4 (15.4%)	22 (84.6%)	
		2回以上	2 (14.3%)	12 (85.7%)	
		合計	30 (30.0%)	70 (70.0%)	
面談・電話	1週前	無	7 (46.7%)	8 (53.3%)	0.015
		1回	14 (46.7%)	16 (53.3%)	
		2回以上	11 (19.6%)	45 (80.4%)	
		合計	32 (31.7%)	69 (68.3%)	
FAX・メール	4週前	無	15 (31.3%)	33 (68.8%)	0.049
		1回	4 (57.1%)	3 (42.9%)	
		2回以上	2 (10.5%)	17 (89.5%)	
		合計	21 (28.4%)	53 (71.6%)	
連携内容					
現状に関する情報共有	2週前	無	5 (50.0%)	5 (50.0%)	0.041
		有	13 (18.6%)	57 (81.4%)	
		合計	18 (22.5%)	62 (77.5%)	
	1週前	無	17 (56.7%)	13 (43.3%)	<0.001
		有	16 (20.3%)	63 (79.8%)	
		合計	33 (30.3%)	76 (69.7%)	
	前日以降	無	19 (44.2%)	24 (55.8%)	0.017
		有	13 (20.6%)	50 (79.4%)	
		合計	32 (30.2%)	74 (69.8%)	
今後の見通しに関する情報共有	1週前	無	20 (43.5%)	26 (56.5%)	0.012
		有	13 (20.6%)	50 (79.4%)	
		合計	33 (30.3%)	76 (69.7%)	

Fisherの正確確率検定、χ^2検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前，3週前＝死亡21日前～15日前，
2週前＝死亡14日前～8日前，1週前＝死亡7日前～2日前，前日以降＝死亡前日および亡くなった日

訪問介護員との連携に関しては、FAX・メールなどの連絡を死亡 3 週前に 2 回以上行ったケースで、訪問看護師との連携の評価が高かった（p=0.01）。

図表 3-1-22　介護支援専門員の訪問看護師との連携の評価(3)

	時期		評価低い	評価高い	p値
訪問介護員との連携					
連携方法			n（　%　）	n（　%　）	
FAX・メール	3週前	無	9（ 36.0% ）	16（ 64.0% ）	0.009
		1回	4（ 100.0% ）	0（ 0.0% ）	
		2回以上	1（ 11.1% ）	8（ 88.9% ）	
		合計	14（ 36.8% ）	24（ 63.2% ）	

Fisherの正確確率検定、χ^2検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

(2) 訪問介護員との連携評価

介護支援専門員の特性において、病院・介護保険施設等での勤務経験年数が長いほど訪問介護員との連携の評価が高かった（p=0.05）。利用者の状況では、排泄介助を死亡 1 週前に行っているケースで訪問介護員との連携の評価が高かった（p=0.04）。

図表 3-1-23　介護支援専門員の訪問介護員との連携の評価(1)

	時期		評価低い		評価高い		p値
介護支援専門員の特性			平均	標準偏差	平均	標準偏差	
施設での勤務経験年数（年）			3.94	6.31	7.05	6.69	0.053
利用者の状況			n（　%　）		n（　%　）		
排泄介助	1週前	無	8（ 66.7% ）		4（ 33.3% ）		0.042
		有	15（ 30.0% ）		35（ 70.0% ）		
		合計	23（ 37.1% ）		39（ 62.9% ）		

Fisherの正確確率検定、t検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

訪問看護師との連携に関しては、面談・電話での連絡を死亡直前に 1 回（p=0.03）、FAX・メールなどの連絡を死亡 1 週前に 1 回（p=0.04）行ったケースで、訪問介護員との連携の評価が高かった。連携の内容では、看取りの意思決定に関する情報共有を死亡 2 週前に行っているケースで評価が高かった（p=0.02）。

図表 3-1-24　介護支援専門員の訪問介護員との連携の評価(2)

	時期		評価低い	評価高い	p値
訪問看護師との連携					
連携方法			n（ % ）	n（ % ）	
面談・電話	前日以降	無	3（ 50.0% ）	3（ 50.0% ）	0.031
		1回	3（ 16.7% ）	15（ 83.3% ）	
		2回以上	13（ 56.5% ）	10（ 43.5% ）	
		合計	19（ 40.4% ）	28（ 59.6% ）	
FAX・メール	1週前	無	11（ 50.0% ）	11（ 50.0% ）	0.042
		1回	0（ 0.0% ）	7（ 100.0% ）	
		2回以上	6（ 54.6% ）	5（ 45.5% ）	
		合計	17（ 42.5% ）	23（ 57.5% ）	
連携内容					
看取りの意思決定に関する情報共有	2週前	無	14（ 60.9% ）	9（ 39.1% ）	0.018
		有	1（ 11.1% ）	8（ 88.9% ）	
		合計	15（ 46.9% ）	17（ 53.1% ）	

Fisherの正確確率検定、χ^2検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

訪問介護員との連携に関しては、FAX・メールなどの連絡を死亡 1 週前に 2 回以上行ったケースで、訪問介護員との連携の評価が高かった（p=0.03）。連携の内容では現状に関する情報共有を死亡 1 週前に行っているケースで評価が高かった（p=0.02）。

図表 3-1-25　介護支援専門員の訪問介護員との連携の評価(3)

	時期		評価低い	評価高い	p値
訪問介護員との連携					
連携方法			n（　%　）	n（　%　）	
FAX・メール	1週前	無	6（ 60.0% ）	4（ 40.0% ）	0.030
		1回	7（ 53.9% ）	6（ 46.2% ）	
		2回以上	7（ 21.9% ）	25（ 78.1% ）	
		合計	20（ 36.4% ）	35（ 63.6% ）	
連携内容					
現状に関する情報共有	1週前	無	11（ 61.1% ）	7（ 38.9% ）	0.021
		有	11（ 27.5% ）	29（ 72.5% ）	
		合計	22（ 37.9% ）	36（ 62.1% ）	

Fisherの正確確率検定、χ^2検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前，3週前＝死亡21日前～15日前，
2週前＝死亡14日前～8日前，1週前＝死亡7日前～2日前，前日以降＝死亡前日および亡くなった日

(3) 連携の総合評価

介護支援専門員の特性において、在宅看取りの自信が高いほど連携の総合評価が高かった（p=0.02）。利用者の特性や状況では、排便処置を行っている利用者において連携の評価が高く（p=0.04）、何も医療処置を行っていない利用者ほど連携の評価が低かった（p=0.01）。また意識レベルの低下が死亡 3 週前にあった利用者で、連携の評価が高かった（p=0.04）。

図表 3-1-26　介護支援専門員の連携の総合評価(1)

	時期		評価低い	評価高い	p値
介護支援専門員の特性			平均ランク	平均ランク	
在宅看取りの自信			97.26	114.84	0.022
利用者の特性			n（ % ）	n（ % ）	
排便処置		無	84（ 60.4% ）	55（ 39.6% ）	0.040
		有	32（ 45.1% ）	39（ 54.9% ）	
		合計	116（ 55.2% ）	94（ 44.8% ）	
医療処置		無	20（ 80.0% ）	5（ 20.0% ）	0.009
		有	96（ 51.9% ）	89（ 48.1% ）	
		合計	116（ 55.2% ）	94（ 44.8% ）	
利用者の状況					
意識レベル低下	3週前	無	19（ 67.9% ）	9（ 32.1% ）	0.042
		有	14（ 40.0% ）	21（ 60.0% ）	
		合計	33（ 52.4% ）	30（ 47.6% ）	

Fisher直接確率検定、Mann-WhitneyのU検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

訪問看護師との連携に関しては、現状に関する情報共有を死亡 1 週前（p=0.001）、前日以降（p=0.01）に行った、今後の見通しに関する情報共有を死亡 3 週前（p=0.03）、1 週前（p=0.03）に行ったケースで連携の総合評価が高かった。

図表 3-1-27　介護支援専門員の連携の総合評価(2)

	時期		評価低い	評価高い	p値
訪問看護師との連携 連携方法			n（ % ）	n（ % ）	
現状に関する情報共有	1週前	無	25（ 80.7% ）	6（ 19.4% ）	0.001
		有	36（ 46.2% ）	42（ 53.9% ）	
		合計	61（ 56.0% ）	48（ 44.0% ）	
	前日以降	無	31（ 70.5% ）	13（ 29.6% ）	0.011
		有	28（ 45.2% ）	34（ 54.8% ）	
		合計	59（ 55.7% ）	47（ 44.3% ）	
今後の見通しに関する情報共有	3週前	無	36（ 63.2% ）	21（ 36.8% ）	0.034
		有	14（ 40.0% ）	21（ 60.0% ）	
		合計	50（ 54.3% ）	42（ 45.7% ）	
	1週前	無	32（ 68.1% ）	15（ 31.9% ）	0.033
		有	29（ 46.8% ）	33（ 53.2% ）	
		合計	61（ 56.0% ）	48（ 44.0% ）	

Fisher直接確率検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 前日以降＝死亡前日および亡くなった日

(4) 看取りの総合評価

介護支援専門員の特性において、在宅看取りの自信が高いほど看取りの総合評価が高かった（p<0.001）。

図表３-1-28　介護支援専門員の看取りの総合評価(1)

	評価低い	評価高い	p値
介護支援専門員の特性	平均ランク	平均ランク	
在宅看取りの自信	93.86	122.01	<0.0001

Mann-WhitneyのU検定

訪問看護師との連携に関しては、現状に関する情報共有を死亡 1 週前（p<0.001）、前日以降（p<0.001）に行ったケースで看取りの総合評価が高かった。

図表３-1-29　介護支援専門員の看取りの総合評価(2)

	時期		評価低い	評価高い	p値
訪問看護師との連携					
連携内容			n（　%　）	n（　%　）	
現状に関する情報共有	1週前	無	26（ 83.9%）	5（ 16.1%）	<0.0001
		有	34（ 43.6%）	44（ 56.4%）	
		合計	60（ 55.0%）	49（ 45.0%）	
	前日以降	無	31（ 70.5%）	13（ 29.6%）	<0.0001
		有	27（ 43.6%）	35（ 56.5%）	
		合計	58（ 54.7%）	48（ 45.3%）	

Fisher直接確率検定
時期：4週前＝死亡30日前～22日前, 3週前＝死亡21日前～15日前,
2週前＝死亡14日前～8日前, 1週前＝死亡7日前～2日前, 2日前＝死亡前日および亡くなった日

4. 考察

この章では、在宅看取りを担った各職種において、相互連携および看取りに関する各自の評価にどのような要因が関わるかを検討した。ここでは、要因を１）回答者の属性、２）回答者の属する事業所の特性、３）連携相手の属性、４）利用者の属性、５）連携内容に分けて、統計解析結果における職種間の相違を検討していきたい。

1) 回答者の属性

訪問看護師では、年齢が連携の総合評価に、訪問看護経験年数と在宅看取りの自信が連携の総合評価および看取りの総合評価に、そして看取りに関する研修の有無に連携の総合評価が関連した。介護支援専門員では、高齢者ケア施設での職務経験年数が訪問介護員との連携評価に、看取りの経験数が看護師との連携評価に、そして在宅看取りの自信が看護師との連携評価、連携総合評価、および看取りの総合評価に関連した。訪問介護員では、特別養護老人ホームでの勤務経験が連携の総合評価に、療養病床での勤務経験が看取りの総合評価に関連していた。

訪問看護師の 9 割近くは在宅看取りの経験があることから考えても、訪問看護の実践において在宅看取りの経験はコンスタントに積み重ねられ、経験の蓄積とともに連携についての自信、看取りについての自信が高まり、それが良い評価に結びつくのであろう。その点では、介護支援専門員と訪問介護員においてそのような傾向がみられなかったのは、個人によって在宅看取りの経験が限られ、職務経験の蓄積が看取り経験の蓄積には直結しないためと推察される。介護支援専門員で、より直接的な看取り経験数だけが看護師との連携評価に関連したことも、同様の理由であろう。高齢者ケア施設での勤務経験を有する介護支援専門員は施設での看取りを経験していることが推察され、看取りにおける訪問介護員との連携評価につながったことと考えられる。

訪問介護員においても在宅での看取り経験が限られ、高齢者ケア施設での勤務においての看取りの経験が在宅で働く現在に資することが窺われる。訪問介護員では在宅での看取りの経験をしたことのある対象者が 6 割にとどまったことから、より良い連携、より良い看取りに結びつくような経験の蓄積がまだまだ必要な状況にあることが推察される。特に介護支援専門員・訪問介護員においては、療養病床のような高齢者ケア施設などで一定期間研修し看取りの経験を積むことが、今後検討されるべきかもしれない。

2) 回答者の属する事業所の属性

訪問看護師では、所属する事業所の訪問介護事業所併設の有無が介護支援専門員との連携評価に関連していた。また、事業所の規模が小さく、連携する医師･居宅介護支援事業所の数が少ないほうが訪問介護員との連携評価が高く、医療保険において何らかの加算を持っている事業所のほうが連携の総合評価が高かった。最後に、訪問介護員との同時訪問の可能性が、看取りの総合評価に関連していた。介護支援専門員においては、所属する事業所の属性は連携･看取り評価とまったく関連がなかった。訪問介護員では、同時訪問の可能性が、看護師との連携評価および連携の総合評価と関連していた。

今回の結果では、事業所の併設いかんによる連携評価の違いは見られなかった。唯一訪問介護事業所の併設が介護支援専門員との連携評価に関連したのは、近くに訪問介護事業所があるほうが介護支援専門員との連携もとりやすいためなのかもしれない。一方で、事業所の規模が小さく連携する医師・介護支援専門員の少ないほうが訪問介護員との連携評価が高かったのは、そのようにこじんまりと活動する事業所に所属しているほうが、連携する訪問介護員数も限られ、顔の見える付き合いができるということなのかもしれない。医療保険による加算はおもに重傷者・がん患者に向けられるものであろう。そのような利用者を擁する訪問看護事業所の看護師は、連携の技術にも熟練するのかもしれない。

訪問介護員・訪問看護師の同時訪問は連携評価・および看護師の看取り評価に有意に関連していたことは、特に利用者の病状が刻々と変化する終末期では、看護師と自由に同行できることで双方が安心し、それが連携および看取りの高評価につながったものと考えられる。同時訪問が可能でない地域は本調査の結果からはそれほど多くないが、制限のある地域では改善を期待したい。

3) 連携相手の属性

連携相手の属性では、訪問看護師は、介護支援専門員が看護職であることが介護支援専門員との連携評価、連携の総合評価、看取りの総合評価に関連していた。また、介護支援専門員と同一法人であることが、介護支援専門員および訪問介護員との連携評価､連携の総合評価と関連していた｡その介護支援専門員との協働経験が多いほど、介護支援専門員との連携評価及び連携の総合評価が高かった。訪問介護員と別法人であることは、訪問介護員との連携評価に関連し、その訪問介護員との協働経験が多いほど、介護支援専門員との連携評価、および連携の総合評価が高かった。介護支援専門員では、連携相手の属性のうち、連携評価･看取り評価に関連するものはなかった。訪問介護員では、介護支援専門員の基礎資格が介護福祉士でない場合に、看護師との連携評価が高かった。

訪問看護師・訪問介護員にとっては介護支援専門員の基礎資格が重要な意味を持っており、看護師にとっては看護の資格を持つ人が連携相手として高評価につながることがあきらかになった。特に看取りのような状況の中では、医療関係の知識のある介護支援専門員のほうが話が通じやすく、高評価につながるのであろう。訪問介護員において介護支援専門員が同資格の者でない場合のほうが連携評価が高いのも、看護師である介護支援専門員のほうが病状に関する連携がしやすいことなどが関与するためかもしれない。

訪問看護師にとって連携相手が同一法人であること、協働の経験を過去に持つ場合に連携評価が高くなる要因として重要なようだった。介護支援専門員・訪問介護員ではそのようなみられなかった。物理的･心理的な距離の近さは、男性の相対的に多い介護支援専門員・訪問介護員においてはそれほど問題にならないのかもしれないが、看護師にとっては連携評価を左右するようであった。訪問看護師において、訪問介護員

との連携高評価の群で別法人の訪問介護員の割合が高かった点は、別法人でありながら連携状態の良かった事例を回答者が意識して紹介したためかもしれない。

4) 利用者の属性

訪問看護師では、利用者が自宅で亡くなることが介護支援専門員との連携評価・看取りの総合評価に、利用者が医療保険でターミナルケア療養費を受けていることが連携と看取りの総合評価に関連していた。訪問診療を利用していることは看取りの総合評価に関連した。利用者の病状としては、4 週前から意識レベルの低下が見られた場合、尿量の減少がなかった場合、そして呼吸状態の悪化は死の前日以降に起きている場合に連携・看取りの評価が高かった。訪問介護員では、連携および看取りの総合評価が高い群で利用者の年齢が高く、自宅で亡くなった場合や排便処置がある場合に介護支援専門員との連携評価が高く、呼吸状態の悪化が 4 週前にある群で訪問看護師との連携評価と看取りの総合評価が低かった。介護支援専門員では、利用者が訪問介護員を利用していない群、点滴処置のある群で看護師との連携評価が高く、排便処置、何らかの医療処置がある場合に連携の総合評価が高かった。病状としては、摂食困難・意識レベルの低下が前日以降にあった群で訪問看護師との連携評価が、意識レベルの低下が 3 週前にあった群で連携の総合評価が高かった。看取りの総合評価には利用者の病状は関連しなかった。

利用者の経過が各職種の連携・看取りの評価に関連することは当然であるが、どのような経過が高い評価に結び付くかは職種により異なっていた。利用者が早期から意識レベルが低かった場合に訪問看護師の連携・看取り評価が高かったのは、利用者の苦痛・苦悩の表現により、他職種が不安を持たないですんだためであったのかもしれない。一方、呼吸状態の悪化が前日以降に示された群で介護員との連携評価が高かったのは、そのような症状を示す利用者を介護員がケアすることを看護師が積極的に援助したことを示しているのかもしれない。介護支援専門員・訪問介護員では、利用者の症状よりも日常生活機能に関連した項目で連携・看取り評価との有意な関連が見られた。終末期の利用者に日常生活上の援助が必要な場合、看護師等他職種との相談の必要が生じ、その経験により連携の評価が高かったのかもしれない。このように、利用者の経過がどのように連携・看取り評価に関連するかの理由は、職種により異なることが窺われた。

5) 連携活動の内容

今回の調査では、どのような連携の経験が高い評価に結び付くかが窺われて興味深かった。訪問看護師では、介護支援専門員とは連絡自体の頻度はそれほど関連しなかったが、4 週前などの早期に面談・電話により利用者の今後の見通しについてきっちりと相談できている場合に、連携と看取りの評価が高かった。訪問介護員とは全期間を通じての電話・面接による連携が大きく関与し、特に 4 週前などの早期に同行して利用者の状態を一緒に把握し適宜説明できること、看取りの意思決定について確認することが高い評価に結び付いていた。介護支援専門員では逆に、訪問看護師と死亡の直前に同行したり、現状についての説明を受けたりしている場合に連携・看取りの評価が高く、訪問介護員との連携内容は連携・看取り評価にそれほど関連しなかった。訪問介護員では、介護支援専門員とは今後の見通しについての相談が 4 週前などの早

期からできていることが介護支援専門員との連携評価・看取り評価に関連しており、訪問看護師とは、全期間を通じて同行訪問ができる事、看取りの意思決定についての相談が早期にできていることが高い連携評価に結び付いていた。

訪問看護師は、早期にサービス担当者会議や個別の相談で看取りの意思決定状況について介護支援専門員から情報を得て経過全体の見通しを立て、全期間を通じて訪問介護員に状況を説明し支えることが、高い連携評価・看取り評価に結びつく様子が窺われた。逆に介護支援専門員は病状の切迫する死の直前に訪問看護師から現状についての説明を受けることにより、安心して看取りができる様子が窺われる。訪問介護員は全期間を通じて、介護支援専門員から看取りの方針についての説明を受け、看護師とのやり取りを十分にして利用者の状況についての説明を受けている場合に、連携を評価し安心して利用者を支援できる様子が窺われる。このように、それぞれが連携相手に求めるものが明らかになれば、連携の仕方のポイントが理解でき、より良い連携につながるものと思われる。

このような具体的な連携活動が看取りの総合評価に関連していることから、それぞれの職種にとって、良い連携をすることが良い看取りに結び付くことを窺わせており、今後よりよい連携の在り方を解明し実践に結び付けてゆくことの意義を示していると思われる。

第2節 在宅看取り数への関連要因

1. 目的

今後在宅看取りを推進するためにはまず、どのような条件が整えば在宅看取りが可能になるのかを明らかにすることが必要である。そこで本分析では、在宅ケアに従事する 3 職種（訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員）の特性および各職種が所属する事業所の特性に焦点を当て、各職種の看取り経験数と事業所における看取り数への関連要因について検討を行った。

2. 方法

1) 調査項目①：各職種の看取り経験数

(1) 訪問看護師

訪問看護師の在宅看取りの経験数をアウトカムとし、独立変数として年齢、臨床経験年数、訪問看護師経験年数、介護支援専門員資格の有無、在宅看取りに関する研修を受けた経験、自分が希望する療養場所、在宅看取りの実現可能性への意識、在宅看取りの自信を用いた。

(2) 訪問介護員

訪問介護員の在宅看取りの経験数をアウトカムとし、独立変数として年齢、性別、資格、介護職の経験年数、施設の勤務経験、施設勤務経験年数、介護支援専門員資格の有無、在宅看取りに関する研修を受けた経験、自分が希望する療養場所、在宅看取りの実現可能性への意識、在宅看取りの自信を用いた。

(3) 介護支援専門員

介護支援専門員の在宅看取りの経験数をアウトカムとし、独立変数として年齢、性別、介護支援専門員としての経験年数、兼務の有無、基礎資格、基礎資格における経験年数、施設での勤務経験、施設での勤務経験年数、自分が希望する療養場所、在宅看取りの実現可能性への意識、在宅看取りの自信を用いた。

2) 調査項目②：事業所における看取り数

(1) 訪問看護事業所

直近 3 ヶ月間の在宅看取り数をアウトカムとし、独立変数として開設主体、同一法人内の事業所、併設事業所、可算届出、看護職員数、利用者数、同一法人以外の連携医療機関数、同一法人以外の連携居宅介護支援事業所数、当該自治体における訪問介護員との同行訪問の可否を用いた。

(2) 訪問介護事業所

直近 6 ヶ月間の在宅看取り数をアウトカムとし、独立変数として開設主体、同一法人内の事業所、併設事業所、可算届出、訪問介護員数、利用者数、同一法人以外の連携居宅介護支援事業所数、1 ヶ月以内の死亡が予測される利用者宅への訪問の有無、当該自治体における訪問看護師との同行訪問の可否を用いた。

(3) 居宅介護支援事業所

直近 6 ヶ月間の在宅看取り数をアウトカムとし、独立変数として開設主体、同一法人内の事業所、併設事業所、可算届出、介護支援専門員数、所属介護支援専門員の基礎職種別人数、利用者数、同一法人以外の連携訪問看護事業所数、同一法人以外の連携訪問介護事業所数、当該自治体における訪問看護師と訪問介護員との同行訪問の可否を用いた。

3) 分析方法

独立変数の性質に応じて、一元配置分散分析、Mann-Whitney の U 検定、Kruskal-Wallis 検定、Spearman の順位相関係数の算出を行った。

3. 結果

1) 各職種の看取り経験数への関連要因

(1) 訪問看護師

訪問看護師は、年齢が高いほど（p=0.04）、訪問看護師経験年数が長いほど（p<0.001）、在宅看取りの自信が高いほど（p<0.001）、多くの看取りを経験していた。また、回答者自身が希望する療養場所が自宅である場合に在宅看取り経験数が多かった（p=0.03）

図表３-2-1　訪問看護師の看取り経験数への関連要因

		n	平均値	標準偏差	相関係数	p値
年齢					0.12	0.042
訪問看護師経験年数					0.49	<0.0001
希望する療養場所	その他	77	10.1	12.5		0.026
	自宅→PCU	152	12.9	19.0		
	最期まで自宅	83	18.6	28.2		
在宅看取りの自信					0.50	<0.0001

一元配置分散分析、Spearmanの順位相関係数

(2) 訪問介護員

訪問介護員は、年齢が高いほど（p=0.03）、介護職経験年数が長いほど（p=0.001）、在宅看取りの自信が高いほど（p<0.001）、多くの看取りを経験していた。また、介護支援専門員資格がある（p=0.01）、療養病床での勤務経験がある（p=0.04）、在宅看取りに関する研修を受けたことがある（p=0.01）、回答者自身が希望する療養場所が最期まで自宅・必要時緩和ケア病棟である（p=0.04）、在宅看取りの実現可能性が「わからない」以外である（p=0.06）場合に在宅看取り経験数が多かった。

図表３-2-2　訪問介護員の看取り経験数への関連要因

		n	平均ランク	相関係数	p値
年齢				0.13	0.031
介護職経験年数				0.21	0.001
介護支援専門員資格	無	173	127.4		0.013
	有	98	151.2		
療養病床での勤務経験	無	27	102.5		0.042
	有	231	132.7		
看取りに関する研修	無	194	128.5		0.010
	有	77	154.9		
希望する療養場所	その他	100	121.0		0.041
	最後まで自宅/必要時PCU	165	140.3		
在宅看取りの実現可能性	わからない	64	116.2		0.057
	困難	151	142.9		
	可能	56	140.2		
在宅看取りの自信				0.34	<0.0001

Mann-WhitneyのU検定、Kruskal-Wallis検定、Spearmanの順位相関係数

(3) 介護支援専門員

介護支援専門員は、介護支援専門員としての経験が長いほど（p<0.001）、基礎資格における経験年数が長いほど（p=0.02）、在宅看取りの自信が高いほど（p<0.001）、多くの看取りを経験していた。また、基礎資格が看護職である（p=0.04）、病院・施設での勤務経験がある（p=0.06）、グループホームでの勤務経験がない（p=0.02）、希望する療養場所が自宅である（p=0.002）、在宅看取りを実現可能と考えている（p=0.001）場合に在宅看取り経験数が多かった。

図表３-2-3　介護支援専門員の看取り経験数への関連要因

		n	平均ランク	相関係数	p値
介護支援専門員としての経験年数				0.23	<0.0001
基礎資格	看護職以外	325	205.4		0.043
	看護職	98	233.8		
基礎資格における経験年数				0.11	0.024
施設での勤務経験	無	143	192.5		0.063
	有	271	215.4		
グループホームでの勤務経験	無	390	210.9		0.019
	有	24	152.3		
希望する療養場所	その他	152	188.6		0.002
	自宅→PCU	188	211.9		
	最期まで自宅	80	248.6		
在宅看取りの実現可能性	わからない	70	189.5		0.001
	困難	260	201.8		
	可能	90	251.9		
在宅看取りの自信				0.40	<0.0001

Mann-WhitneyのU検定、Kruskal-Wallis検定、Spearmanの順位相関係数

2) 事業所の在宅看取り数への関連要因

(1) 訪問看護事業所

看護職員数が多いほど（p<0.001）、サービス利用者数が多いほど（p<0.001）、健康保険利用者数が多いほど（p<0.001）、同一法人以外で連携している医療機関が多いほど（p<0.001）、同一法人以外で連携している居宅介護支援事業所数が多いほど（p<0.001）、訪問看護事業所における過去 3 ヶ月間の看取り数は多かった。また、開設主体が公的機関である、各種可算を取っている（p<0.001～p=0.01）、訪問看護師と訪問介護員の同時訪問が可能である（p=0.05）場合に在宅看取り数が多かった。

図表 3-2-4　訪問看護事業所の看取り数への関連要因

		n	平均ランク		相関係数	p値
開設主体	営利系機関	252	182.1			0.026
	NPO系機関	46	158.9			
	公的機関	70	210.0			
看護職員数					0.42	<0.0001
利用者数					0.38	<0.0001
健康保険利用者数					0.36	<0.0001
同一法人以外の医療機関					0.24	<0.0001
同一法人以外の居宅介護支援事業所数					0.42	<0.0001
		n	平均値	標準偏差		
介護保険:緊急時訪問看護可算	無	49	0.8	1.8		0.012
	有	318	2.4	4.2		
介護保険:特別管理可算	無	33	0.3	0.7		<0.0001
	有	334	2.3	4.2		
介護保険:ターミナルケア可算	無	70	1.0	1.8		<0.0001
	有	297	2.4	4.3		
健康保険:24時間対応可算	無	74	0.9	1.5		<0.0001
	有	291	2.5	4.4		
健康保険:重症管理可算	無	62	0.7	1.3		<0.0001
	有	303	2.5	4.3		
健康保険:可算該当なし	無	326	2.4	4.2		<0.0001
	有	39	0.6	1.0		
訪問看護とヘルパーの同時訪問の可否	分からない	66	1.5	2.3		0.047
	不可	30	1.1	1.4		
	可能	264	2.1	2.7		

一元配置分散分析、Kruskal-Wallis検定、Spearmanの順位相関係数

(2) 訪問介護事業所

訪問介護員数が多いほど（p<0.001）、サービス利用者数が多いほど（p<0.001）、同一法人以外で連携している居宅介護支援事業所数が多いほど（p=0.05）、訪問介護事業所における過去 6 ヶ月間の看取り数は多かった。また、同一法人に居宅介護支援事業所がある（p=0.03）、介護報酬で何らかの可算を取っている（p=0.02）場合に看取り数が多かった。

図表 3-2-5　訪問介護事業所の看取り数への関連要因

		n	平均ランク	相関係数	p値
訪問介護員数				0.26	<0.0001
利用者数				0.26	<0.0001
同一法人に居宅介護支援事業所	無	60	112.0		0.030
	有	196	133.6		
同一法人以外の居宅介護支援事業所数				0.13	0.047
何らかの可算	無	199	126.7		0.016
	有	65	150.4		

Mann-WhitneyのU検定、Spearmanの順位相関係数

(3) 居宅介護支援事業所

介護支援専門員数が多いほど（p<0.001）、同一法人以外で連携している訪問看護事業所数が多いほど（p<0.001）、同一法人以外で連携している訪問介護事業所数が多いほど（p<0.001）、居宅介護支援事業所における過去 6 ヶ月間の看取り数は多かった。また、同一法人に訪問看護事業所を有している（p=0.02）、訪問看護師と訪問介護員の同行訪問が可能である（p=0.004）場合に看取り数が多かった。開設主体に関しては Kruskall-Wallis 検定では有意差は見られなかったが、一元配置分散分析を用いて分析したところ、開設主体が公的機関である場合に看取り数が有意に多いことが示された（p=0.01）。

図表３-2-6　居宅介護支援事業所の看取り数への関連要因

		n	平均ランク	相関係数	p値
開設主体	営利系機関	263	216.5		0.107
	NPO系機関	153	233.6		
	公的機関	34	258.5		
同一法人に訪問看護	無	325	192.4		0.017
	有	71	226.4		
介護支援専門員数				0.36	<0.0001
同一法人以外の訪問看護事業所数				0.26	<0.0001
同一法人以外の訪問介護事業所数				0.31	<0.0001
訪問看護とヘルパーの同時訪問の可否	分からない	117	192.2		0.004
	不可	52	200.7		
	可能	267	233.5		

Mann-WhitneyのU検定、Kruskal-Wallis検定、Spearmanの順位相関係数

4. 考察

1) 各職種の看取り経験数への関連要因

各職種とも経験の蓄積とともに在宅看取り数が増えるが、訪問介護員、介護支援専門員では､施設での勤務経験が在宅看取り数に強く関連していた点が非常に興味深い。施設では他のスタッフもいる中で看取りの経験ができ、その蓄積ができた人がその後在宅でも比較的臆せず看取りに関われていることが窺われた。今後在宅看取りを推進する上では、訪問介護員、介護支援専門員に何らかのかたちで施設での研修機会を設ける事が有効になるかもしれない。

いずれの職種においても、在宅看取りの経験を蓄積するほど、在宅看取りの可能性を強く確信し、自分自身の老後・終末期を家で過ごすことができると考えることができるようであった。また、在宅看取りの可能性についての考え方も看取り数に関連しており、経験の蓄積とともに、在宅看取りが実際に可能であることを確信できるようになる様子が窺われた。単純集計では訪問介護員、介護支援専門員は訪問看護師に比べて在宅看取りを可能と考えていない人の割合が高く、訪問介護員、介護支援専門員に在宅看取りの経験を積んでもらう働きかけによってさらに在宅看取りの可能性を感じてもらうことも重要であろう。

2) 事業所の在宅看取り数への関連要因

各事業所とも、施設規模と連携事業所数と在宅看取り数が関連していた。一定以上の規模があるほうが、終末期の頻繁な訪問や支援の必要性に対応できることが考えられる。訪問看護事業所と居宅介護支援事業所では母体法人のタイプによって看取り数が異なった。NPO 法人等では規模が小さいなどの関連が推察され、今後分析を深める必要がある。

その他の要因では、訪問看護師と訪問介護員の同時訪問の可能性が看取り数に関連していた。第 1 節でも検討した通り、在宅看取りの際には訪問看護師から訪問介護員への支援がある場合に連携評価が高いことが窺われ、同行訪問を実施しやすくすることも今後は重要であろう。

第4章　在宅看取りにおける職種間の連携に関するインタビュー調査

第４章 在宅看取りにおける職種間の連携に関するｲﾝﾀﾋﾞｭｰ調査

第1節 調査実施概要

1. 調査目的

ここでは、訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員の３専門職種が協働して在宅看取りを支援した事例について、3 職種あわせてのグループインタビューを行い、各職種間の連携経過を明らかにした。特に、当事者である訪問看護師・訪問介護員･介護支援専門員が、在宅看取りが良好に経過した成功事例についてとりあげ、在宅看取りにおける職種間の連携がどのようなものであれば、看取りが良好に経過するかを明らかにすることを目的に、事例を検討した。

2. 調査方法

インタビューに訪問看護師、訪問介護員と介護支援専門員の３専門職種がかかわって在宅で看取った事例をとりあげ、その事例に主にかかわった各専門職から１名（合計３名）を対象とするグループインタビューを行った。

3. 調査対象

本プロジェクトの委員の知己等の勤務する事業所（訪問看護事業所 10 件・居宅介護支援事業所 3 件）に、該当する事例の有無や、インタビュー実施の可能性について相談し、協力の得られた 10 件に調査の実施を依頼した。なお、この 13 件の選定にあたっては､高齢者の在宅ケア､在宅看取りに熱心な事業所という選択基準を念頭に置き、質の高い実践事例を集めるように心がけた。

4. 調査手続き

対象となった事業所に､研究者から調査の目的および概要について電話で説明した。依頼を受けた事業所は、該当事例に関与した他事業所に連絡をとり、調査協力の確認を得て、日程や会場の調整を行った。

インタビューは依頼を受けた事業所のオフィス・事務所などで実施された。インタビュー当日は対象者が集まり、調査の目的・概要について再度口頭で説明を行い、文書による同意を得てインタビューを開始した。なお、実際には、複数の訪問介護事業所が看取りの期間に関わった事例、訪問入浴が関わった事例等があり、グループインタビューへの参加協力が得られたため、実際のグループインタビューには 4 名以上の参加が得られた場合もあった｡インタビュー時間は､1 件につき約 70 分程度であった。調査期間は平成 23 年 11 月から平成 24 年 1 月であった。

5. データ収集内容

調査対象者が関わり、在宅看取りを終えた事例について、介護支援専門員とのかかわりの開始から死亡までの期間について、利用者の経過の概要と各職種の支援内容、その間の各職種間の連携の内容と方法について、経過を追って話してもらった。死亡までの経過を一通りたずねた後で、該当事例の支援での良かった点とその要因、お互

いが連携する上での長所と課題、職種間の連携上の工夫、制度上の課題点などを尋ねた。インタビュー中は誰が話してもよいことにして自由な発言を可能な限り求めた。

なお、グループインタビューに先立ち、調査対象者および所属する法人の属性、利用者の疾患名等の属性については、調査票を作成して記入を依頼しておいた。当日は、記入された調査用紙を元にしてインタビューを進めた。

6. データ分析

インタビュー録音内容の逐語録を作成し、それをもとに各事例で死亡時点を起点にさかのぼって事例の経過の概況を把握した。在宅看取りに関する意思決定に関すること（内容、時期、状況等）と、連携（介護支援専門員⇔訪問看護師、介護支援専門員⇔訪問介護員、訪問介護員⇔訪問看護師）に関することの概略について、ケースレポートをまとめ、全事例の一覧表を作成した。

第2節 調査結果概要

1. 対象の属性等

10 例の利用者年齢は 63-91 歳、主疾患はがん 7 名、主介護者は配偶者が最も多く 5 名、独居事例が 3 名、介護保険サービス提供期間は 3 か月～5 年だった。介護支援専門員の基礎資格は介護 5 名、看護 5 名、事業所は全て同一法人 1 件、全て別法人 4 件、同一法人 2 か所 5 件で、ほとんどで過去の連携経験があった。在宅看取り経験数は、訪問看護師が 3-200 件、訪問介護員が 1-10 件以下、介護支援専門員が 4-14 件だった。

図表 4 -2-1　対象の属性等

事例	利用者・家族介護者の属性	各専門職の属性			各事業所の属性		サービス提供期間（死亡時を基準としてより算出した）
	年齢・性別・要介護度 主疾患 介護者続柄/独居	年齢/各職種における経験年数/在宅看取り経験件数			同一法人の有無 各事業所の母体法人	所在地	
		訪問看護師	訪問介護員	介護支援専門員（基礎資格）			
A	63歳女性、要介護4 乳がん、リンパ管症 介護者：夫、同居者：夫・娘	39歳/1年/20件	47歳/1年/2件	48歳/9年/5件 （訪問介護員・その他）	2か所が同一法人 居宅介護・訪問介護：営利法人 訪問看護：営利法人	東京都	居宅介護約5カ月 訪問看護約5カ月 訪問介護約5カ月
B	73歳女性、要介護3 子宮体癌・糖尿病・大腿骨骨折 独居(生活保護)：在宅看取りにあたり、一時弟夫婦が介護者となる	41歳/9年/50件以上	48歳/8年/2件	44歳/8年/7件 （看護師・社会福祉士）	同一法人なし 居宅介護：社会福祉法人 訪問看護：営利法人 訪問介護：営利法人	東京都	居宅介護5か月 訪問看護4か月 訪問介護10か月
C	88歳男性、要介護4 肺癌 介護者：妻 別居の長男・長女夫婦	59歳/8年/200件	61歳/20年/5件	53歳/6年/8件 （看護師）	2か所が同一法人 居宅介護・訪問介護：協同組合 訪問看護：クリニック	京都府	居宅介護4年10か月 訪問看護8か月 訪問介護4年10か月
D	70歳女性、要介護2 乳がん 独居	50歳/16年/30件以上	53歳/7年/1件	50歳/3年/14件 （介護福祉士・その他）	同一法人なし 居宅介護：社会福祉法人 訪問看護：営利法人 訪問介護：営利法人	神奈川県	居宅介護12か月+予防 居宅介護3か月 訪問看護12か月 訪問介護12か月+予防 訪問介護3か月
E	80歳男性、要介護5 悪性リンパ腫、 脳出血・心筋梗塞既往 介護者：妻	31歳/1年/3件	46歳/11年/1件	55歳/6年/5件 （介護福祉士）	全て同一法人 居宅介護、訪問看護、訪問介護：社会医療法人社団 一期間のみ市の社会福祉協議会の訪問介護	千葉県	居宅介護8か月 訪問看護3か月 訪問介護3か月
F	67歳男性、要介護5 重症肺炎 介護者：妻	40歳/11年/10件	47歳/14年/10件以下	40歳/6年/5件 （介護福祉士）	2か所が同一法人 居宅介護、訪問看護：医療法人 訪問介護：社会福祉法人	大阪府	居宅介護5か月 訪問看護5か月 訪問介護5か月
G	87歳女性、要介護5 大腸がん、認知症 介護者：娘・孫（息子）	43歳/12年/100件以上	42歳/9年/1件	49歳/4年/7件 （介護福祉士）	同一法人なし 居宅介護：社会福祉法人 訪問看護：医療法人 訪問介護：営利法人	千葉県	居宅介護11か月 訪問看護7か月 訪問介護6か月
H	90歳女性、要介護5 認知症・低栄養状態 介護者：娘・孫娘	46歳/12年/4件 訪問入浴の看護師 43歳/6年/1件	59歳/8年/1件	46歳/10年/4件 （看護師：兼務）	2か所が同一法人 居宅介護、訪問看護：社団法人 訪問介護：協同組合	神奈川県	居宅介護2年 訪問看護2年8か月 訪問介護5年 訪問入浴2年5か月
I	91歳男性、要介護5 痒疹、褥瘡 介護者：嫁	無回答	59歳/11年/8件	66歳/8年/10件 （看護師）	同一法人なし 居宅介護：NPO法人 訪問看護：営利法人 訪問介護：医療法人	栃木県	居宅介護2年 訪問看護2か月半 訪問介護2か月半
J	72歳男性、要介護1 前立腺癌、骨メタ 独居：同敷地内に病気の姉、後半ごろから部下が同居	48歳/10年/30件	49歳/9年/2件 50歳/10年/5件	50歳/11年/9件 （看護師）	2か所が同一法人 居宅介護・訪問看護：財団法人 訪問介護：社会福祉法人	神奈川県	居宅介護3か月 訪問看護3か月 訪問介護3か月

2. 事例の経過

サービス開始は 4 件が退院直後から、6 件は要介護度が軽度な段階からだった。在宅看取りを明確に意思決定して看取りに臨んだ事例が 6 件だった。死亡約 1 か月前に呼吸困難等の顕著な変化が始まり永眠される事例が多かった。

3. 各職種間の連携

① サービス担当者会議と在宅看取りに関する意思の確認と共有

死亡前 5 か月前後を中心に、早期に利用者・家族の在宅看取りの意思の確認と共有を主目的としたサービス担当者会議が開催されていた。

② 職種間の連携の方法

介護支援専門員と他職種間では、電話・面談や同行での直接の連携が経過を経るにつれ増加する場合が多かった。終末期は利用者の身体状況の変化が大きく、変化するときには急速に変化することも多く迅速な対応が求められる。利用者の変化する病状をタイムリーに把握するための頻繁な連携と、人的資源や各種福祉機器等のスピーディな調整が求められており、それは終末が近づくにつれ頻繁な連携として現れていた。そのためにも他職種が介護支援専門員に簡単に連絡でき、介護支援専門員が迅速に相談事項に対応することが成功要因として強調された。他職種が居宅介護支援事業所に連絡を入れたまま応答がないというような働きかたをすれば、そのような介護支援専門員は「使えない」とされ、次回から殊に看取りのような事例には協働できないと判断している看護師もいた。

一方、同様の理由で、介護支援専門員は訪問看護師または訪問介護員からの利用者・家族の状況に関する頻繁な報告を、在宅看取りを成功させるための連携のあり方として強調していた。介護支援専門員は利用者の直接的なケアを提供するわけではないため、利用者の身体的な変化を、具体的に自分が見聞きして把握するわけではないことが多い。具体的な変化は訪問介護員がもっとも頻繁に把握しており、そこからの情報提供が重要だった。また介護支援専門員の基礎資格が看護師ではない場合には、終末期までにこれから起こりうる身体的な変化や症状などの判断を訪問看護師から上手に聞き取ることが、介護支援専門員の活動を決定する上で不可欠である。

訪問介護員は、チームとしての意思決定過程が一本化され誰に何を報告・相談したらよいかが明確であることを強調した。訪問介護員は利用者の最も身近にいてその変化をキャッチするが、看護師のように今後の症状の変化などを見越して判断を下す役割ではない。また、訪問介護員はターミナルになると怖いと思う傾向が、特に在宅看取りを初めて経験する者にみられた。このような位置づけのチーム員としては、誰に何をどれだけ報告・相談したらよいかが明確で、誰に電話すべきかなどと頭を悩ませる必要がないほうが、自らの職務に十分な時間を割くことができるようだった。

以上のような、終末に向けて頻繁な連携が求められる状況下において、介護支援専門員と利用者宅や他職種の事業所の物理的距離が近いこと、訪問介護員・訪問看護師のいずれかと同一事業所であることは、連携の重要な要素として指摘された。物理的距離が短くなければよい連携ができない、というわけではなく、良い連携ができた裏には、利用者宅が近かったので業務の合間に“ちょくちょく”覗きに行くことができたことが役立った、という説明をする対象者がいた。

電話や同行訪問、FAX 等の連絡手段のほか、訪問看護師と訪問介護員間の連携には利用者宅の連絡ノートが一般的に多用されていた。これは特に利用者が独居である場合に使われていることが多かったが、他の家族員が同居している場合にも用いられていた。内容は利用者の体調や家族の様子に関する職種間や家族との報告･共有のほか、看護師が処置の仕方や判断の仕方などを訪問介護員に伝える場合などにも用いられた。複数の介護員が支援をしている場合に、文書で書かれたものがあるほうがわかりやすく、伝達しやすいなどの理由で、そのような内容が連絡ノートに書かれていた。同様の理由で、終末期の場合の判断方法、連絡方法などを具体的にフローチャートにして訪問介護員に示す訪問看護ステーションもあった。(参考資料参照)

終末が近づくにつれ、身体状況の変化時には特に電話・同行・訪問時の直接の連携が増加していた。終末期の利用者の身体状況に不安を抱く訪問介護員に、訪問看護師または介護支援専門員が迅速に電話・同行で助言等して支えることが、訪問介護員を支え、在宅での看取りを可能にしている部分があるようだった。

個別のインタビュー内容の概要は､次頁以降の表およびケースレポートにまとめた。

図表４-２２　インタビュー内容の概要

事例	利用者・家族介護者の基本情報			事例の大まかな経過			各専門職種間の連携方法			
	事業所（同一法人の有無） 居宅介護支援事業所の規模	サービス提供期間（死亡時を基準としてカウント）	介護支援専門員の基礎資格 経験年数/在宅看取り経験数	サービス開始まで	初回のサービス担当者会議/在宅看取りに関する意思決定	状態が悪化した時点 周死亡期	訪問看護師と訪問介護員	訪問介護員と介護支援専門員	介護支援専門員と訪問看護師	その他
A	63歳女性、要介護4、乳がん、リンパ管症 介護者夫、同居者夫・娘			＜死亡5か月前＞ ・乳がんで入院。末期がんであり、在宅での看取りとなる。 ・退院1週間前に退院前カンファレンスが開催（参加者：夫、病院の師長、病院の相談員、訪問看護ステーション担当者、介護支援専門員）。	＜死亡5か月前＞ ・退院前カンファレンス ・救急車を呼ばないことを確認した。	＜死亡3か月前から1か月前＞ ・呼吸困難のため酸素開始。リンパ浮腫の悪化（両腕）。仙骨部に褥瘡発生。発熱。疼痛の訴えは特になし。 ＜周死亡期＞ ・死亡4日前、呼吸苦増加。酸素流量あげるも効果少ないため、モルヒネ皮下注開始。 ・前日の朝、疼痛コントロールできず、鎮静開始。 ・当日、訪問介護員の訪問時、迎えてくれた夫とともに部屋に行き、声をかけた時には亡くなっていた。夫はそれまで、本人と会話をしていた。訪問介護員はすぐに自社に連絡を入れ、そこから手配が始まった。	直接 ・サービス提供時、顔を合わせている ・家族向けの報告	・気になる事があれば口頭で報告	・双方向で電話	
	2か所が同一法人 居宅介護・訪問介護：営利法人 訪問看護：営利法人 居宅介護：常勤換算5人	居宅介護約5カ月 訪問看護約5カ月 訪問介護約5カ月（死亡月5,334単位）	訪問介護員・その他 9年/5件				（訪問看護師） ・サービス提供時に顔を合わせている（訪問看護の前後に訪問介護が組まれていた）。訪問介護員に指示を出したりもしており、その訪問介護員からその内容が介護支援専門員に、さらに介護支援専門員から全訪問介護員に指示が広がっていた。 ・家族向けの訪問看護の記録も訪問介護と共有した。 （訪問介護員） ・毎日のケアについて、訪問介護員に対して直接指示をもらってもいいのかとも思った。 ・介護保険だと訪問看護と訪問介護員が同時間訪問できないため、直接話をすることが現制度では難しい。	（訪問介護員） ・介護支援専門員からも全訪問介護員に指示が広がっていた。	（介護支援専門員） ・訪問看護師が訪問して、よく指示を出してくれた。説明も淡々と冷静に話してくれて、任せていられた。 （訪問看護師） ・現在、担当者会議は訪問看護が入っている時間にぶつけたり、訪問リハビリが入っているときにやったりしているが、必ずそうできるとは限らない。 ・介護支援専門員に電話もして、訪問介護員に指示を出してもらった。お願いしたい事があるとき、状況が変わったときなど、ほとんど電話で連絡を取った。電話がつながらないときもすぐに折り返し電話をくれたので、電話でのみの連絡で済んだ。	
B	73歳女性、要介護3、子宮体癌・糖尿病・大腿骨骨折 独居（生活保護）だったが、在宅看取りにあたり、遠方より弟夫婦が介護者となる（途中で、また独居となる）			＜死亡約1年前＞ ・子宮体癌が進行し、貧血・体力低下のため、介護保険の申請。死亡10か月前より介護予防サービス開始（訪問介護） ＜死亡5か月前＞ ・貧血・倦怠感強く、2週間入院。予後1か月との説明がされ、本人が在宅を希望したため、住居を2階から1階に移動し、遠方の弟夫婦が同居することとなった。主治医を地域の往診医に変更した。 ＜死亡4か月前＞ ・退院前カンファレンスが開催（参加者：病院医師、看護師、相談員、介護支援専門員、訪問介護員）。	＜死亡5か月前＞ 入院時に、本人が在宅死を希望し、サービスの調整がされた。 ＜死亡4か月前＞ ・退院直後、サービス担当者会議 ・在宅体制、病状等の確認。 ・参加者：往診医、訪問看護師、介護支援専門員、弟夫婦 ＜死亡1か月前＞ ・緊急時対応の確認。 ・参加者：往診医、訪問看護師、介護支援専門員、訪問介護員	＜死亡1週間前ごろ＞ ・身の置き所のない辛さを訴えることもあり、本人から「もう寝かせてほしい」との言葉もあった。 ・麻薬（デュロテップパッチ）使用開始。酸素量の増加。意識レベルの低下。 ＜死亡当日＞ ・訪問介護員の訪問時呼吸はあったが、15分ほどたった時に呼吸が止まったことに気付き、訪問看護師、往診医、介護支援専門員に連絡した。	直接 ・連絡ノート ・死亡1か月前より頻繁の電話相談	医療的な情報を介護支援専門員から説明介護支援専門員が訪問同席することもあった。	電話	（訪問介護員） ・カンファレンスは非常に大事だと思う。利用者を違う角度から見ることができるし、専門の先生の意見も聞くことができる。 ・カンファレンスはお金にならないから出てはいけないと言われる事業所もある。 ・訪問介護員の仕事は看取るものではなく、自立のお手伝いをするものと思っていた（今回の事例を通じて考えが変わった）。
	同一法人なし 居宅介護事業所：社会福祉法人 訪問看護ステーション：営利法人 訪問介護事業所：営利法人 居宅介護：常勤換算7.5人	居宅介護5か月 訪問看護4か月 訪問介護10か月（死亡月14,755単位）	看護師・社会福祉士 8.5年/7件				（訪問看護師） ・意欲的な訪問介護事業所だった。本人から訪問介護事業所への信頼が大きかった。 （訪問介護員） ・ターミナルの経験がなく、医療的な知識がないので怖かったが、介護支援専門員や訪問看護師に聞いて解決していった。（頻繁に電話した）。	（介護支援専門員） ・もともと関係の良い、信頼関係のある訪問看護事業所、訪問介護事業所へ依頼した。 ・訪問介護事業所が、病院でのカンファレンスに出席してくれた。ターミナルの経験はなかったが、気持ちよく対応してくれた。意欲的な姿勢があった。 （訪問介護員） ・ターミナルの経験がなく、医療的な知識がないので怖かったが、介護支援専門員や訪問看護師に聞いて解決していった（頻繁に電話した）。	（介護支援専門員） ・もともと関係の良い、信頼関係のある訪問看護事業所、訪問介護事業所へ依頼した。 （訪問看護師） ・介護支援専門員は、訪問看護から提案する前にさまざまな調整をしてくれたので、訪問看護のケアに集中できた。	
C	88歳男性、要介護4、肺癌 介護者妻、別居の長男、長女夫婦あり			＜死亡前4年10か月前＞ ・もともと腰痛症があり、それに伴うADLの低下に対する援助にて、訪問介護の利用を開始。 ＜死亡8か月前＞ ・死亡2年前に肺炎で入院。その際に肺癌が見つかった。入院をきっかけに認知症が進行。退院後、体動時呼吸困難と褥瘡（臀部の表皮剥離）ができたために、死亡8か月前に訪問看護開始。主治医の所属は病院だったが、ホームドクターと訪問看護をクリニックへ依頼。 ＜その他＞ ・訪問リハビリを死亡3年前より導入していた。 ・主介護者は妻であったが、長男夫婦が1週間に1回程度訪問し状況を確認したり、薬の内服を手伝ったりしていた。	＜死亡5か月前＞ ・認知症の進行が見られ、妻の負担を心配し、長男夫妻が本人を施設で看ようといわれるが、特に申し込みなどは行なわなかった。 ＜死亡1か月前頃＞ ・本人の全身状態が徐々に悪化。妻に意思確認「身体的にはつらいが、本人と一緒にいたい」 医師が家族に状態の悪化を伝えるが、ターミナルとは伝えていない。「在宅で、看取りの可能性はある」と伝え、妻や家族も理解はしていた。 ＜死亡1か月前＞ ・状況変化に伴うサービス変更。 ・参加者：介護支援専門員、訪問介護員、訪問看護師、在宅診療の医師、デイケア職員 ＜死亡10日前＞ ・長女夫婦が独自でホスピスを申込むが、担当者会議にて在宅継続となる。「何があるかはわからない」状況であるのは伝えてあったが、在宅で看取りをすることは決定されていなかった。	＜死亡1か月前ごろ＞ ・本人の全身状態が徐々に悪化。 ＜死亡10日前ごろ＞ ・全身状態の悪化と認知症の進行があり、失禁や咳嗽の増加。 ・歩行は何とか可能であったが、連日転倒していた。 ＜死亡当日＞ ・妻が朝目覚めたら呼吸停止になっていた。	直接 ・連絡ノート ・死亡8か月（訪問看護開始月）電話相談 ・死亡10日前、同時訪問	同事業所内で適宜	電話、FAX	（全体） ・看取りを在宅で行うと明確にしてはいなかった事例であるが、関わる事業者すべての思いが同じであり、連携も密であったので、比較的スムーズに在宅生活を最後まで行えたのではないかと考える。 ・長期間にわたる支援で、信頼関係が成り立っていた。急激に状況が変化した時のサービス変更やケア変更について家族の受け入れもスムーズであった。 ・対応が迅速であるサービス事業者を選択することがサービスをスムーズに利用でき、ご本人やご家族が安心して在宅で看取りをできることにつながる重要なポイントである。 ・複数の病院やクリニックと連携を行う際は、主治医を明確にし、指示の範囲を明確にすることが、状況変化時にスムーズに対応できる。
	2か所が同一法人 居宅介護・訪問介護：協同組合 訪問看護：クリニック 居宅介護：常勤換算5.5人	居宅介護4年10か月 訪問看護8か月 訪問介護4年10か月（死亡前3,521単位）	看護師 6年/8件以上				（訪問看護師） ・長く訪問介護が関わっていたことで、訪問看護が入る時の受け入れがスムーズであった。 ・介護と同時訪問で、ターミナル期で気を付けたいことやお互いの思いの確認をすることができる。ケアの共有は重要である。 （訪問介護員） ・ターミナルになると状況の変化が早く、何に注意してケアを行えばよいかが分からなくなり、ケアを行うのが不安になるが、訪問看護師との連絡を密にしたり、同時訪問などを行いケアを共有することで訪問介護員が自信をもってケアをすることができ、ご家族の安心へつながるのではないか。	（介護支援専門員） ・訪問看護、訪問介護ともに今まで症例を一緒に行ったことがあったのは強みであった。思いも共有できた。 （訪問介護員） ・介護支援専門員と同事業所であったため、情報の共有が非常に密であった。同じ方向を向いてケアを協力し、行えるというメリットがあった。事業所の考え方が違うと、ターミナル期や緊急事態時にサービスをスムーズに利用できない。	（介護支援専門員） ・訪問看護、訪問介護ともに今まで症例を一緒に行ったことがあったのは強みであった。思いも共有できた。 （訪問看護師） ・介護支援専門員がキーパーソンになってそれぞれ必要なところへ連絡を密にしてくれたところが良かった。また、訪問看護訪問時にも状況を確認しに来てくれていた。	

事例	利用者・家族介護者の基本情報			事例の大まかな経過			各専門職種間の連携方法			
	事業所（同一法人の有無） 居宅介護支援事業所の規模	サービス提供期間（死亡時を基準としてカウント）	介護支援専門員の基礎資格 経験年数/在宅看取り経験数	サービス開始まで	初回のサービス担当者会議/在宅看取りに関する意思決定	状態が悪化した時点 周死亡期	訪問看護師と訪問介護員	訪問介護員と介護支援専門員	介護支援専門員と訪問看護師	その他
D	70歳女性、要介護2、乳がん 独居			＜死亡15か月前＞ ・本人は家に閉じこもっている状態で、支援に対して拒否していたが、要支援として介護予防サービスが開始され、地域包括支援センターの社会福祉士が介護支援専門員を担当した。身体には触らせてもらえず、胸部のきずはみせてもらえなかった。 ＜死亡12か月前＞ ・ようやくみせてもらえた胸部は開放創で排膿しており、救急で病院を受診したが、本人が拒否したため入院はしなかった。これを機に、地域包括支援センターから訪問看護に依頼がされた。また、要介護1に区分変更し、介護支援専門員も変更された（インタビュー対象の介護支援専門員）。	＜死亡7か月前＞ ・腫瘍が大きいため今後の本人の意思確認：入院を希望しない。 ＜死亡3か月前＞ ・主治医による本人の意思確認：救急車を呼ばない。	＜死亡1か月前＞ ・ピーガードが飲めずデュロテップパッチに変更。 ＜周死亡期＞ ・最期の１週間は応答が少なかったが、前日まで飲食していた。嘔気にジプレキサ、痛みにデュロテップパッチである程度コントロール。 ・前日夜、訪問した訪問介護員は「助けて」といわれた。抱きしめて、体をさすった。訪問介護管理者に「助けてあげてほしい」と訴えた。医師にも電話をしたが、医師は「遅いんだよ」と言っていた。 ・翌朝、訪問介護員が訪問したら亡くなっていた。訪問看護師は数日以内とは思っていたので、訪問介護員の訪問時間はステーションに連絡が入るかもと待機していた。	介護支援専門員経由 ・ご本人宅のノートのみ ・訪問介護員には特に連絡はとっていない	・2か月前より同時訪問	・開始時は同時訪問・電話 ・連絡ノートまたは本人を通じて	
	同一法人なし 居宅介護：社会福祉法人 訪問看護：営利法人 訪問介護：営利法人 居宅介護：常勤換算1.9人	居宅介護12か月+予防居宅介護3か月 訪問看護12か月 訪問介護12か月+予防訪問介護3か月（死亡月13,407単位）	介護福祉士・その他 3年/14件				（訪問看護師） ・訪問介護員との連絡が必要な場合、介護支援専門員に相談し、直接、訪問介護員に連絡してはだめなのかと思っていた。 （訪問介護員） ・訪問看護とは別事例で信頼関係ができていた。	（介護支援専門員） ・訪問介護は利用者宅に行き、一対一の仕事なので、真剣、一生懸命、やる気がある人でないとできない。 （訪問介護員） ・介護支援専門員に相談をするとすぐに返事が返ってくる。	（訪問看護師・介護支援専門員） ・連絡ノートや本人を通じて連絡がとれていた。最後のころは、週に2、3回連絡をとり、必要なときには、訪問看護師が介護支援専門員事業所に直接行って相談していた。 ・主治医が勧めたサイボウスというネット回線を使った情報共有ツールを使って、介護支援専門員および訪問看護師とも情報共有していた。 （介護支援専門員） ・医療情報の取り方に課題。訪問看護をうまく使えない介護支援専門員が多い。視覚情報になっていることが大事。	
E	80歳男性、要介護5、悪性リンパ腫、脳出血・心筋梗塞既往 介護者妻			＜死亡7か月前＞ ・救急車で病院に搬送され、5か月前まで入院。入院後、廃用性機能が著しく低下し、拘縮がひどく、胃ろうも挿入。 ＜死亡5か月前＞ ・退院前病院でカンファレンス（参加者：病院看護師、作業療法士、介護支援専門員）。病院から訪問看護の提案。 ・本人・妻とも自宅で過ごしたい意向を持っていたので、在宅で介護をすることになった。本人、妻、介護支援専門員のいずれも当時、ターミナルであるという具体的な認識はなかったが、できるだけ在宅で介護をしようという考えだった。 ・退院に伴い病院の医師から地域の医師に主治医を変更。	＜死亡5か月前＞ ・入院時に、本人と妻の在宅療養の意向を確認した。だが、ターミナルという具体的な認識はなく、できるだけ在宅で介護しようという考えだった。 ＜死亡1か月前＞ ・ショートステイ利用中の急変対応について相談。 ・参加者：ショートステイ相談員、介護支援専門員	＜死亡10日前ごろ＞ ・発熱や痰がらみ。 ・年末年始となるため他の訪問介護事業所にも依頼（ターミナルという認識なし）。 ＜周死亡期＞ ・死亡前日、反応が鈍くなり呼吸が時々止まるようになった。チアノーゼもみられた。 ・死亡当日、訪問介護（最初からの事業所）による通常の体制に戻った。2人で訪問。訪問時呼吸の様子が異なることに気付き、訪問看護師、介護支援専門員に連絡した。	直接 ・ヘルパーノート ・電話（介護支援専門員には事後報告）	気になることがあれば逐一口頭で報告	電話	（介護支援専門員） ・サービス提供責任者の顔が見えないと看取り事例は依頼しづらい。 （訪問看護師） ・主治医が協力的で連携しやすい方だった。 （訪問介護員） ・在宅看取りでの効果的な協働には、事業所同士が日頃から信頼関係にあることが重要。
	全て同一法人 居宅介護、訪問看護ステーション、訪問介護：社会医療法人社団一期間のみ市の社会福祉協議会の訪問介護 居宅介護：常勤換算2.2人	居宅介護8か月 訪問看護3か月 訪問介護3か月 （死亡月　社協1,672単位、社医305単位）	介護福祉士 6年/5件				特記事項なし	（訪問介護員） ・介護支援専門員と顔見知りで、他の関係者も問題を一緒に考えてくれる方々だったので、急な年末年始の依頼に応えることができた。付き合いのない事業所の依頼だったら引き受けられない。 ・事業所のほとんどの訪問介護員が関わっており、同事業所の介護支援専門員にもよく相談できた。	特記事項なし	
F	67歳男性、要介護5、重症肺炎 介護者妻			＜死亡10か月前＞ ・重症肺炎によりZ病院（居宅介護・訪問看護と同一法人）に入院。 ＜ 死亡5か月前＞ ・病院の地域医療連携室より介護支援専門員に退院の相談があり、人工呼吸器をつけた状態で退院となった。 ・退院前カンファレンスが開催（参加者：病院主治医、病院看護師、医療ソーシャルワーカー、往診医、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護員）。	＜死亡1か月前ごろ＞ ・ 状態が安定したため3回目の退院となり、退院直前にサービス提供者会議を実施した。この時点では、「ターミナル」「在宅看取り」といった発想はなかった。 ＜死亡約2週間前＞ ・発熱と酸素飽和度の低下があった際、妻から「何回も入院させるのはかわいそうなので、このまま家で見ます」という言葉が聞かれた。この時点では、点滴をして状態が安定し経過する。	＜死亡約2週間前＞ ・発熱と酸素飽和度の低下。 ＜周死亡期＞ ・死亡4日前、自尿みられず、酸素飽和度の低下。 ・死亡2日前、発熱。 ・死亡前日は状態が安定していたため、訪問看護は訪問せず。 ・死亡当日、夕方に下顎呼吸あり、呼吸停止。妻は主治医に連絡、主治医より訪問看護に連絡が入る。訪問看護師が訪問し、死後の処置を実施。	直接 ・死亡5か月前（サービス開始時）は、同行訪問 ・死亡1か月前より、基本的に介護支援専門員を介して行う	電話 訪問看護師への連絡事項はまず介護支援専門員へ報告	直接、口頭で報告	（介護支援専門員） ・介護支援専門員の病院での勤務経験は、在宅看取りの可否にはあまり関連がないと感じる。（一般的に）医師との連携において敷居が高いと感じ、連絡がしづらい。今回は、主治医が気さくでコミュニケーションがとりやすかったので連絡はスムーズだった。 （訪問看護師） ・主治医と気軽に連絡できる関係だったのが良かった。 （訪問介護員） ・サービス提供責任者は以前病院に勤めており、人が亡くなることを日常的に経験していた。
	2か所が同一法人 居宅介護、訪問看護：医療法人 訪問介護：社会福祉法人 居宅介護：常勤換算7人	居宅介護5か月 訪問看護5か月 訪問介護5か月（死亡月0単位）	介護福祉士 6年/5件				（訪問看護師） ・訪問介護員との連絡に関しては連絡ノートで行うこともあるが、介護支援専門員を通して行うことが情報共有の面からいいと感じる。 ・今回のケースは医療依存度が高いにも関わらず、訪問介護員が対応してくれたのが良かった。 （訪問介護員） ・自宅は、病院と状況は違うので怖いという思いはあるが、特に訪問看護としっかり連携を取ってやっていければ大丈夫、と思っている。	（介護支援専門員） ・ 訪問看護師、訪問介護員、主治医（往診医）のフットワークが軽かったことが良かった。同じ事業所内に訪問看護があることで、連絡が取りやすかった。重症なケースほど同じ事業所である方が良いと感じる。 ・訪問看護師と訪問介護員との連絡は、介護支援専門員を通して行われることが多いので、連絡を受けたら情報をできるだけ迅速かつ正確に伝えるように心がけている。	（介護支援専門員） ・訪問看護師、訪問介護員、主治医（往診医）のフットワークが軽かったことが良かった。同じ事業所内に訪問看護があることで、連絡が取りやすかった。重症なケースほど同じ事業所である方が良いと感じる。 ・訪問看護師と訪問介護員との連絡は、介護支援専門員を通して行われることが多いので、連絡を受けたら情報をできるだけ迅速かつ正確に伝えるように心がけている。	
G	87歳女性、要介護5、大腸がん、認知症 介護者娘と孫（息子）			＜死亡約11か月前＞ ・日中独居となるために主治医に勧められてデイサービス開始（週1回）。 ＜死亡7か月前＞ ・体力の低下、イレウス症状を引き起こし、主治医よりターミナルであることの説明がされる。訪問看護サービスが開始（週3回）。	＜死亡7か月前＞ ・主治医よりターミナルという説明があった。がんに対しては、本人も家族も手術は希望しなかった。 在宅看取りの意思ははっきりさせていなかったが、家族はできるだけ長く在宅での生活を希望した。本人の意思は記述がみられなかったが、内向的でデイサービスにあまり慣れなかった。 ＜死亡6か月前＞ ・訪問介護サービス開始に伴う調整 ・参加者：介護支援専門員、訪問介護員、訪問看護師、主治医	＜死亡1か月前＞ ・かなりの衰弱、昼夜逆転、食事量と飲水量の低下。 ＜死亡1週間前＞ ・嘔吐し、食事がとれなくなった。 ＜死亡当日＞ ・訪問介護員は、家族から「ちょっと呼吸が変なの」と相談があった。訪問時、かなり呼吸が荒い状態であり、電話にて家族から訪問看護師に状態を伝えてもらい、訪問介護員にも指示をもらい、おむつ交換だけ行い退室した。 ・訪問看護師は、家族からの電話の後、介護支援専門員に電話連絡した。訪問看護師2人ですぐに訪問した。家族に息の引き取り方を説明し、「息が静かになったらもう一回連絡下さい」と説明し、退室した。まもなく永眠。	直接 ・基本的に連絡ノート ・電話もあり	・死亡6か月前、電話・介護支援専門員が時間を合わせて訪問 ・死亡3か月前よりはFAX・電話	FAX・電話	（訪問看護師） ・なるべく笑顔で接する。専門用語を使わないように、わかりやすいようにしているが、わかりやすさが足りない時もある（伝わらないと、時間もないので、イライラしてしまう）。
	同一法人なし 居宅介護：社会福祉法人 訪問看護ステーション：医療法人 訪問介護：営利法人 居宅介護：常勤換算4.0人	居宅介護11か月 訪問看護7か月 訪問介護6か月（死亡月17,144単位）	介護福祉士 4年/7件				（訪問看護師） ・初回のサービス担当者会議の時に顔を合わせて、連絡ノートについても相談することができたので、その後も電話しやすかった。 （訪問介護員） ・訪問看護事業所が、話しやすく、相談に乗ってもらえるという安心感があった。	（訪問介護員） ・介護支援専門員がサービス担当者会議を大変段取りよく行ってくれた。 ・介護支援専門員が親しく話せたので、相談しやすくてよかった。だから安心してサービスには対応していけたし、怖いという気持ちは全くなかった。緊急事態・最終的なことは想定して動いていた。緊急連絡先や救急車については、最初の段階で確認させてもらっている。	（介護支援専門員） ・ターミナルの場合、訪問看護と同じ情報を共有するようにしたいし、訪問看護にも同様にしてもらいたい。 ・医療処置について、具体的に理解できていないため、うまく説明できないし、対応が難しい。訪問看護に頼るべきところは頼り、教えてもらいながらやっている。訪問看護のテンポに乗り遅れないようにしないといけない。 （訪問看護師） ・介護支援専門員がサービス担当者会議を大変段取りよく行ってくれた。 ・介護支援専門員がまめに微調整をしてくれた。FAXで、ご家族のこと、予定のこともまめに伝えてくれた。	

事例	利用者・家族介護者の基本情報			事例の大まかな経過			各専門職種間の連携方法			
	事業所（同一法人の有無） 居宅介護支援事業所の規模	サービス提供期間（死亡時を基準としてカウント）	介護支援専門員の基礎資格 経験年数/在宅看取り経験数	サービス開始まで	初回のサービス担当者会議/在宅看取りに関する意思決定	状態が悪化した時点 周死亡期	訪問看護師と訪問介護員	訪問介護員と介護支援専門員	介護支援専門員と訪問看護師	その他
H	90歳女性、要介護5、認知症・低栄養状態 介護者娘・孫娘			＜死亡5年前＞ ・認知症の進行に伴い、5年前から介護支援専門員・訪問介護員導入。徐々に歩けなくなり、食事・水分摂取も減少してきた。 ＜死亡2年8か月前＞ ・脱水・褥瘡をきっかけに訪問看護導入。このころからターミナルに近いという認識が持たれていた。 ＜その他＞ ・死亡2年5か月前に転倒をきっかけに訪問入浴を導入。 ・死亡2年前に近隣地区の介護支援専門員・訪問看護に業者を変更。 ・死亡9か月前にインフルエンザの発熱あり、状況悪化。娘と看取りについて話し合う(看護師・医師・娘で話し合い)。方針については電話で訪問介護・訪問入浴に伝達する。	＜死亡2年前＞ ・他地区の事業者から依頼あり、介護支援専門員の変更と訪問看護の開始。 ＜死亡10か月前＞ ・インフルエンザ、誤嚥性肺炎にて状態悪化。介護支援専門員（訪問看護兼務）、医師、娘とたまたま居合わせたときに「このまま在宅で。入院はしない」という娘の希望を確認。 ＜死亡1か月前＞ ・風邪、誤嚥性肺炎が治らず。看取りの確認を行う。娘さんと今後の方針(在宅で看取ること・連絡先など)について説明。	＜死亡3-1か月前ごろ＞ ・風邪をきっかけに誤嚥性肺炎に。 ＜死亡10日前ごろ＞ ・傾眠状態。SpO_2、血圧共に低下している。下肢の圧迫部位より褥瘡再発。 ・娘よりどうしても入浴させたいと希望があり、医師の了承を得て訪問入浴。 ＜死亡当日＞ ・訪問入浴後、眠っている間に永眠。	直接 電話(ハプニング時)・FAX、娘を介して、ヘルパーノート	電話(ハプニング時)・FAX、娘を介して、ヘルパーノート	電話(ハプニング時)・FAX、娘を介して、ヘルパーノート	・(訪問入浴と訪問介護)娘を介して ・(訪問入浴と介護支援専門員と訪問看護)事業所の電話・携帯電話、事業所への伝言、FAX
	2か所が同一法人 居宅介護、訪問看護：社団法人 訪問介護：協同組合 居宅介護：常勤換算　2.5人	居宅介護2年 訪問看護2年8か月 訪問介護5年（死亡月5,999単位） 訪問入浴2年5か月	看護師（兼務） 10年/4件				（訪問介護員） ・事業所がスタートした時から、指導してもらった。訪問看護ステーションなので、信頼できた。 ・介護支援専門員に利用者視点が強く、信頼できた。 ・介護支援専門員と訪問看護が兼務しており、連絡が一度で済んだし、タイムラグもなかった。	（介護支援専門員） ・訪問介護の不安軽減のために、訪問看護師・医師といつでも連絡をとれる状態にしておいた。 ・娘にも、何かあった時の対処などについて事前に話をしておき、いざという時に訪問介護員が頼れる先を作っていた。 ・家族の思いを一番知っているのは訪問介護員だったので、生活支援については任せられた。 （訪問介護員） ・介護支援専門員に利用者視点が強く、信頼できた。 ・介護支援専門員と訪問看護が兼務しており、連絡が一度で済んだし、タイムラグもなかった。 ・生活援助で訪問していても、家族の要望で薬剤塗布などがあると、介護支援専門員に電話して身体介護に変更してもらう必要がある。その時に対応できないこともあり、心苦しい。	兼務	（訪問入浴） ・緊急連絡先をきちんと聞いていたことが安心できた。 ・訪問看護師に気になったことを連絡すると、きちんと答えが返ってきてよかった。 ・亡くなる直前の入浴は、医師・訪問看護師が指示を出してくれたから実現できた。 ・処置の方法や薬の選択などの情報が徹底していない訪問看護ステーションは、効果的な処置が継続できない(FAXなどできちんとした情報がタイムリーに必要)。 ・看護師もいるのに、訪問入浴時に吸引ができないことが残念である(介護者が依頼してくる場合もある)。
I	91歳男性、要介護5、痒疹、褥瘡 介護者嫁			＜死亡2年前＞ ・介護支援専門員が関わっていた。老衰で徐々に寝たきり。全身に湿疹(痒疹)あり、デイサービスを利用して入浴したりしていた。 ＜死亡2か月前＞ ・誤嚥性肺炎で入退院を繰り返していた。最後の退院が死亡2か月13日前。全身痒疹、褥瘡もひどかった。 ・訪問看護は主治医の推薦で導入。「夜間のフットワークが軽い」。介護支援専門員とは一緒のターミナルは本事例が初めて。 ・訪問介護は介護支援専門員と長い付き合いがあり、困難なケースを一緒にケアした経験の蓄積有り。ベテランぞろい。 ・主治医は最後の退院にあたり介護支援専門員が紹介した。看取りに熱心な開業医。介護支援専門員は退院時に在宅看取りを見越して、この医師が患者がいっぱいだと言っていたところを近隣だということで頼み込んだ。	＜死亡2か月前＞ ・退院直後カンファレンス ・参加者：介護支援専門員、医師、訪問看護師、訪問介護員、訪問入浴、嫁、妻。 ・ラップ療法手技周知。 ＜死亡20日前ころ＞ ・流行したインフルエンザに家族とともに罹患し、状態が一気に落ちた。食事摂れなくなり、訪問看護師もターミナルと判断した。看取りの意思確認をしますと主治医から介護支援専門員に連絡があった。妻・嫁と全事業所が往診日に集まり、在宅死の意思を本人から聞き取った。	＜死亡20日前ごろ＞ ・流行したインフルエンザに家族とともに罹患し、状態が一気に落ちた。 ＜周死亡期＞ ・死亡2日前に主治医が点滴を中止。家族が継続を依頼したが、「お苦しみが長引くだけですよ」であきらめた。 ・口腔ケアのあとにお酒を薄めたものを綿棒で飲ませると誤飲せずに飲んだ。 ・お彼岸の日に、親族が集まって食事をしている間におだやかに息を引き取っていた。	介護支援専門員経由 互い違いに入っていたので、直接の連絡・連携はなかった。全て介護支援専門員を通じていた。	変化があったら介護支援専門員に報告。排便のことなども。提供責任者から介護支援専門員へ電話。	介護支援専門員から訪問看護師に電話で状況連絡と観察ポイントのアドバイス。	（介護支援専門員） ・医師が高所から全体を見て、いざというときには来てくれる体制のもとでできた。看取りの意思確認のとき、あらかじめ介護支援専門員に連絡してみんなが集まって意向を聞くことができたのが、ニュアンスまで伝わって良かった。
	同一法人なし 居宅介護：NPO法人 訪問看護：営利法人 訪問介護：医療法人 居宅介護：常勤換算　1人	居宅介護2年 訪問看護2か月半 訪問介護2か月半（死亡月6,188単位）	看護師 8年/10人				（訪問介護員） ・医療依存度の高い人は、介護支援専門員が看護師だと安心。ターミナルになると看護師の介護支援専門員でないと心配。	（介護支援専門員） ・訪問介護員は逐一報告してくれた。 （訪問介護員） ・医療依存度の高い人は、介護支援専門員が看護師だと安心。ターミナルになると看護師の介護支援専門員でないと心配。 ・フットワークが良い、怖くない、一緒に片づけまでしてくれる（親身になってくれる）介護支援専門員が良い。 ・訪問介護の側からは、報告が大事。	（訪問看護師） ・介護支援専門員が、家族が安心して介護できる環境を作ってくれた。介護支援専門員の家族との付き合いが長く、家族を理解していた。	
J	72歳男性、要介護1、前立腺癌、骨メタ 独居：同敷地内に病気の姉、後半ごろから部下が同居			＜死亡3か月前＞ ・妻ががんで亡くなる1か月前に前立腺癌と骨転移が分かり、妻の隣のベットで抗がん剤治療を受けた。 ・以前は要支援で包括支援センターがかかわっていた。入院中区分申請で要介護1に変更したため包括支援センターから介護支援専門員に依頼があり、退院前に面談を行った。 ・最後を自宅で過ごしたいとの本人の意向が明確であった。	＜死亡3か月前＞ ・退院時、最後を自宅で過ごしたいとの本人の意向が明確であった。	＜死亡1か月前ごろ＞ ・麻薬の調整が難しくなった。傾眠傾向。 ＜死亡半月前＞ ・コミュニケーションが取りづらくなり、失禁などの際は感情失禁が見られていた。なんとか車いすまたは手引きで歩行ができていた。 ＜周死亡期＞ ・利用者は楽になりたいとの希望により、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護員、知人が呼ばれた。幼いころの写真を見せ、亡くなった時の衣服を指示し、お別れをした。 ・医師と訪問看護師で麻薬を注射して鎮静し、翌日に永眠。 ・死亡時は介護をしていた部下から訪問看護師に連絡。訪問看護師が医師に連絡。エンゼルケアの最中に訪問介護員が訪問し、亡くなったことを知った。エンゼルケア終了後、訪問看護師が介護支援専門員に連絡。	直接 電話またはFAX	電話またはFAX	電話または直接（同事業所のため）	（介護支援専門員） ・利用者の意思と依頼が具体的で、在宅死の意向が明確だった。 ・命令系統が明確で、誰に何をどれだけ報告・連絡・相談したらよいかわかりやすかった。 （訪問看護師） ・連携が密にできた。医師も含めて、5角形ぐらいの連携が、本人にとっても安心につながったと思う。
	2か所が同一法人 居宅介護・訪問看護：財団法人 訪問介護：社会福祉法人 居宅介護：常勤換算4.5人	居宅介護3か月 訪問看護3か月 訪問介護3か月（死亡月22,222単位）	看護師 11年/9人				（訪問介護員） ・看取りは、訪問看護の腕次第だと思う。	（訪問介護） ・介護支援専門員が看護師資格をもっていたことで相談しても、適切な答えがもらえた。	（介護支援専門員） ・同じ事業所で2人チームで行えたことがよかった。個別になっても苦しかったし、複数になってもこの連携は取れなかったと思う。	

4. ケースレポート

1) 事例 A（63 歳女性、要介護 4、乳がん、リンパ管症、介護者夫、同居者夫・娘）

事業所：　居宅介護・訪問介護：営利法人（２か所が同一法人）、訪問看護：営利法人
支援期間：　居宅介護約 5 か月、訪問看護約 5 か月、訪問介護約 5 か月
利用サービス：　訪問看護、訪問介護、福祉用具（ポータブルトイレ）

(1) 背景

- 乳がんで入院。末期がんであり、在宅での看取りとなる。
- 退院一週間前病院でカンファレンス：利用者の夫、病院の師長、病院の相談員、訪問看護事業所担当者、介護支援専門員。
- サービス担当者会議：退院前日。救急車を呼ばない事を確認。

(2) 概要

	サービス開始前	5か月前（開始時）	3か月前から1か月前	周死亡期
カンファレンス等	サービス担当者会議：夫、病院の師長、病院の相談員、訪問看護ステーション担当者、ケアマネ	・近くの公園に散歩に行き始める。 ・訪問看護から注意事項をケアマネに伝達。	・酸素ボンベ・マットレスの使用などを訪問看護がケアマネに伝達・予後の説明を訪問看護からケアマネに。	・当日、ヘルパーがすぐに事業所へ電話で連絡
介護支援専門員と訪問介護		・気になる事があれば口頭で報告	・気になる事があれば口頭で報告	
介護支援専門員と訪問看護		・双方向で電話	・双方向で電話	
訪問介護と訪問看護		・サービス提供時、顔を合わせている ・家族向けの報告	・サービス提供時、顔を合わせている ・家族向けの報告	

(3) 経過と連携状況

① 死亡 5 か月前

- 訪問看護の利用回数は週 2 回。手に浮腫ができることがあったが、痛みを訴えることはない。状態が退院後によくなり、トイレは自立で家のトイレを使用し、散歩にも出られるようになった。本人前向きで、歩いたりなどの日常生活は家族の手助けだけでやっていきたいという希望があった。
- 訪問介護の利用回数は平日週 5 回。昼食の準備、清拭・足浴。当初、トイレの介助もあったが、状態がよくなった。散歩に出たいという希望から、サービス時間を暖かい時間に変更。散歩の介助も行った。
- 介護支援専門員は月に 1 回訪問している。その他、往診の在宅医、マッサージ師

が関わっている。

② 死亡３か月前から１か月前

- 呼吸が苦しくなることがあるので、酸素ボンベを持って散歩に行くようになる。暑い時期だったが、散歩は８月まで続けている。
- 右腕のむくみが徐々に悪化。散歩にいけなくなる。リンパ浮腫が悪化し、上肢だけだったのが手全体に広がり、左手も浮腫ができる。サーチレーションも下がってきて、身体全体に水が溜まっているように見えた。
- 訪問看護が医師に報告。医師の往診で、胸水が溜まっていて、リンパ管症が再発しているのでは、と意見。家族に予後の説明がある。訪問看護から介護支援専門員に報告。
- お盆の時期、娘が仕事が休みで家にいるため、９日ほど訪問介護は入っていない。
- お盆明け、仙骨に褥瘡ができ、低反発のマットレスの使用。その後、褥瘡がひどくなり、エアマットレスに変更。むくみもひどくなり酸素をつけてベッドに横になっている。発熱あり。本人は、会話も普通であり、痛みなどは全く訴えない。
- ４人の訪問介護員が５日間交代で入っていたが、皆ベテランで、利用者の対応も落ち着いていた。エアマットレスに変えてから、褥瘡は治るが、胸・腕の浮腫はかなり腫れあがる。

③ 周死亡期

- ４日前、酸素を上げるが呼吸苦がとれず、会話しても息が上がるし、体動も苦しいということなので皮下注点滴でモルヒネを開始している。前日の朝、オキノームを飲もうとしたが飲めず、訪問看護がレスキューをしたが苦しさは取れなかった。そのため、沈静している。
- 訪問介護員は悪くなっているという印象はなかった。会話も食事もそれまで通りだった。
- 寝たきりの状態になってからは、全身清拭を行っておらず、「痛いので触れて欲しくない」と言われることもあり、利用者本人に聞いて、手だけとか、希望に沿って行っていた。トイレは亡くなる前前日くらいまでは、自立で行っていた。
- 当日、訪問介護員が訪問したとき、夫が訪問介護員を迎え、夫が部屋に戻って声をかけた時には亡くなっていた。夫はそれまで、利用者と会話をしていた。訪問介護員がすぐに自社の訪問介護事業所に連絡を入れ、そこから手配が始まった。

(4) 連携のポイント

介護支援専門員

- 夫がとても優しい方で、利用者の事を気にかけていてよく看ていたので、在宅での看取りを出来たのだと思う。他のケースだと、本人が在宅を希望していても訪問看護師や家族が不安になって、結局病院で亡くなられるケースが多い。
- 訪問看護師が訪問して、よく指示を出してくれた。説明も淡々と冷静に話してくれて、任せていられた。
- 介護保険だと訪問看護と訪問介護が同じ時間に入ってはいけないため、訪問看護と訪問介護員が会って、話をすることが現制度では難しい。
- 現在、担当者会議は訪問看護が入っている時間に設定したり、訪問リハビリが入

っているときにやったりしている。しかし、みんなの都合を合わせることはできないため、介護支援専門員がそれぞれの職種の人に聞き取りを行い、いくつものパーツを１つにまとめる、という形になっている。

訪問看護

・ 散歩をしていた時期の連携はよくとれていたと思う。その頃は、訪問看護が訪問する直前、訪問する直後に訪問介護が入っているようにしており、訪問介護員と直接顔を合わせて話をすることができた。最初は情報の伝達は手探りであったが、仕事をしていく中で、１人の訪問介護員に伝えれば全ての訪問介護員に伝わっていたので、そのやり方でよいと思った。家族向けに、訪問した日の看護について報告を紙に書いており、それを訪問介護員も読むようにしてもらった。
・ 介護支援専門員に電話もして、訪問介護員に指示を出してもらった。お願いしたい事があるとき、状況が変わったときなど、ほとんど電話で連絡を取った。電話がつながらないときもすぐに折り返し電話をくれたので、電話でのみの連絡で済んだ。
・ 今回は本人がやりたいことを一緒になって実現したい、というところが一致しており、そういう意味でよく連携は取れていたと思う。
・ 今回は、介護支援専門員に担当者会議の時間を合わせてもらったのでよかったが、そうじゃないとその時間はお金が出ないのにそれのために行くというのはなかなか難しい。入院した場合にこちらでサマリーを書いて送ったり、入院中に入院の場に行って、今度帰って来るときにどうするのか、帰って来れるのかどうか、療養場所を考えるとかといったときのカンファレンスにぜひ参加したいが、そこもお金が付かないとなかなか難しい部分がある。

訪問介護

・ 訪問看護と直接顔を合わせて、訪問介護員に指示を出したりもしており、その訪問介護員からその内容が介護支援専門員に、さらに介護支援専門員から全訪問介護員に指示が広がっていた。
・ 毎日のケアについて、訪問介護員に対して直接指示をもらってもいいのかとも思った。

2) 事例 B　（73 歳女性、要介護 3、子宮体癌・糖尿病・大腿骨骨折、独居、介護者弟夫婦）

事業所：居宅介護事業所：社会福祉法人、訪問看護：営利法人、訪問介護：営利法人（同一法人なし）
支援期間：　居宅介護 5 か月・訪問看護 4 か月・訪問介護 10 か月
利用サービス：　訪問看護、訪問介護、福祉用具

(1) 背景

- 元々、訪問介護員として働いていたが、体調悪化し、生活保護受給。
- 死亡 1 年ほど前、子宮体癌の進行、貧血、体力の低下が著しく介護保険を申請し、死亡 10 か月前より介護予防サービス開始。
- 死亡 5 か月前、要介護認定区分変更申請し、要介護となった。貧血、倦怠感が強く、一人でトイレに行くのが難しくなり、通院先の病院に 2 週間入院した。
- 予後 1 か月と説明があった。本人は「病院は嫌だ。家がいい。何があっても家にいたい」「家で死にたい」と希望があり、入院中に、住居を 2 階から 1 階へ移すなど環境整備をした。
- 退院に伴い、遠方の弟夫婦が同居することになり、主治医を地域の往診医へ変更、訪問看護の導入となった。

(2) 概要

	4 か月前（退院前）	4 か月前 退院直後	1 か月前	当日
カンファレンス等	退院前カンファレンス：病院の医師・看護師・相談員・ケアマネ・ヘルパー	・在宅体制確認、病状確認等：往診医・訪問看護・ケアマネ・弟夫婦 ・弟夫婦同居	・緊急時対応の確認：往診医・訪問看護・ケアマネ・ヘルパー ・弟夫婦帰宅	ヘルパーが最期に気付き、往診医・訪問看護・ケアマネに連絡
介護支援専門員と訪問介護		医療的な情報をケアマネから説明	ケアマネが訪問同席することもあった	
介護支援専門員と訪問看護		電話	電話	
訪問介護と訪問看護		連絡ノート	連絡ノート 電話相談（頻繁）	

(3) 経過と連携状況

① 死亡 4 か月前

- 訪問看護の利用回数：週 2～3 回。状態観察、入浴介助、緊急対応。
- 訪問介護の利用回数：1 日 2 回。食事準備、内服介助、ポータブルトイレ介助、保清。

② 死亡 1 か月前ごろ

- 弟夫婦は充分に介護できたと感じており、往診医から「いつゴールかわからない

から、1 度（地元に）帰ったら」と提案があり、弟夫婦は帰宅することになったため、本人は独居となった。
・ 緊急時の対応は、「救急車を呼ばない」ということを確認した。
・ 訪問看護の利用回数：週 4 回。酸素管理追加。
・ 訪問介護の利用回数：1 日 3 回。おむつ介助追加。
・ 訪問介護員の訪問中に、訪問看護へ相談の電話を入れることも増えた。
・ 介護支援専門員も頻繁に訪問していた。週 3～4 日程度。

③ 死亡 1 週間前ごろ
・ 身の置き所のない辛さを訴えることもあり、本人から「もう寝かせてほしい」との言葉もあった。
・ 麻薬（デュロテップパッチ）使用開始。酸素量を増やした。意識レベルは低下した。（レベル 200～300）
・ 訪問看護の利用回数：連日。
・ 訪問介護の利用回数：1 日 4 回。
・ 訪問看護師から訪問介護員にケア内容について、具体的な指示を連絡ノートに記載して伝えた。

④ 死亡当日
・ 訪問介護員の訪問時には呼吸はあったが、15 分ほどたった時に呼吸が止まったことに気付き、訪問看護、往診医、介護支援専門員に連絡した。

(4) 連携のポイント

介護支援専門員
・ もともと関係の良い、信頼関係のある訪問看護事業所、訪問介護事業所へ依頼した。
・ 訪問介護事業所が、病院でのカンファレンスに出席してくれた。ターミナルの経験はなかったが、気持ちよく対応してくれた。意欲的な姿勢があった。

訪問看護
・ 意欲的な訪問介護事業所だった。
・ 本人から訪問介護事業所への信頼が大きかった。
・ 介護支援専門員は、訪問看護から提案する前に、さまざまな調整をしてくれたので、訪問看護のケアに集中できた。
・ ターミナルは目的が 1 つ。本人、家族にどう近づいていけるか。

訪問介護
・ カンファレンスは非常に大事だと思う。利用者を違う角度から見ることができるし、専門の先生の意見も聞くことができる。
・ カンファレンスはお金にならないから出てはいけないと言われる事業所もある。
・ 訪問介護の仕事は看取るものではなく、自立のお手伝いをするものと思っていた。（今回の事例を通じて考えが変わった）
・ ターミナルの経験がなく、医療的な知識がないので怖かったが、介護支援専門員や訪問看護に聞いて解決していった。（頻繁に電話した）

・ ターミナルの経験がないため、請求は 1 人分しかできないが 2 人訪問した。
・ 事業所が利用者宅に近かったので、訪問しやすかった。

3) 事例Ｃ　（88 歳男性、要介護 4、肺癌、介護者妻、別居の長男、長女夫婦あり）

事業所：居宅介護支援事業所・訪問介護：協同組合（２か所が同一法人）、訪問看護：クリニック
支援期間：　居宅介護 4 年 10 か月　訪問看護 8 か月　訪問介護 4 年 10 か月
利用サービス：　訪問看護、訪問介護、福祉用具（ベッド）、デイサービス

(1) 背景

- もともと腰痛症があり、それに伴うＡＤＬの低下に対する援助にて、介護支援専門員、訪問介護の利用を、死亡前 4 年 10 か月前に開始した。
- 死亡 2 年前に肺炎で入院。その際に肺癌が見つかった。入院をきっかけに認知症が進行。退院後、体動時呼吸困難と褥瘡（臀部の表皮剥離）ができたために、死亡 8 か月前に訪問看護開始。
- メインの主治医の所属は病院だったが、ホームドクターと訪問看護をクリニックへ依頼。
- 訪問リハビリを死亡 3 年前より導入していた。
- 主介護者は妻であったが､長男夫婦が 1 週間に 1 回程度訪問し状況を確認したり、薬の内服を手伝ったりしていた。

(2) 概要

	8 か月前（開始時）	1 か月前	10 日前	3 日前	前日・当日
カンファレンス等	2 か月に一回程度の担当者会議	状況変化に伴うサービス変更時に担当者会議を開催。ケアマネ、介護、看護、在宅診療の医師、デイケアが参加	担当者会議を開催。ご家族も入り、状態とサービス利用状況について話し合い、サービス内容を変更		
介護支援専門員と訪問介護	同事業所内で適宜 →				
介護支援専門員と訪問看護	電話、ＦＡＸ →				
訪問介護と訪問看護	連絡ノート 電話	連絡ノート	連絡ノート、同時訪問	連絡ノート	連絡ノート

(3) 経過と連携状況

① 死亡 8 か月前

- 褥瘡の処置のため訪問看護の利用回数は隔日。褥瘡が落ち着いた時点で週 2 回の利用。状態把握や入浴介助を中心に行っていた。皮膚トラブル出現時には適宜回数増やして対応。

・ 訪問介護の利用回数は日曜日以外連日。死亡 5 か月前より、もともと利用していた訪問リハビリから、ご家族の介護負担の軽減のために、訪問リハビリと同じ事業所のデイケアを週 2 回利用開始。デイケア開始後はデイケアに行く送りの準備と家事援助で、1 日 2 回利用していた。
・ 死亡 5 か月前より認知症の進行が見られ、妻の負担を心配し、長男夫妻が本人を施設で看ようといわれるが、特に申し込みなどは行なわなかった。
・ 介護支援専門員は 1 か月に 1～2 回の自宅訪問を行い、状況を確認していた。また介護事業所とは事業所内で、訪問看護とは電話やＦＡＸで状況を報告し合っていた。

② 死亡 1 か月前ごろ

・ 本人の全身状態が徐々に悪化してきたので、妻に意思確認。妻は、身体的にはつらいが、本人と一緒にいたいという思いが強かった。上記について、クリニックの医師が家族に状態の悪化の旨を伝えるが、この際には終末期とは伝えていない。「在宅で最後まで看る」という言葉は出してはいないが「在宅で、看取りの可能性はある」と伝え、妻や家族も理解はしていた。
・ 長男夫婦と長女夫婦が本人のケアについて、意見が合わず、キーパーソンが長男夫妻から長女夫妻へ変更となる。
・ 訪問看護は週 2 回入り全身状態の把握と清潔ケア（入浴介助）を行っていた。
・ 訪問介護は日曜日以外連日入り、モーニングケアと通常の援助で 1 日 2 回利用していた。
・ 介護支援専門員と訪問介護は同じ事業所に所属しているため、訪問介護は気になることがあれば、逐一、介護支援専門員に報告した。顔を合わせると自然に利用者の話になった。

③ 死亡 10 日前ごろ

・ 全身状態の悪化と認知症の進行があり、失禁や咳嗽が多くなってきた。
・ 病院を受診し（定時の診察)、癌が大きくなっており、呼吸状態も悪化しているので在宅酸素を導入した。この際、長女の夫がホスピスを申し込んできた。(長男夫婦と長女夫婦はホスピスの話は医師より聞いていたが、兄弟間の話し合いは設けられていなかった)
・ このことを受け、受診 2 日後に、担当者会議を開催。会議で、現在のサービスの状況を伝え、訪問介護は週 6 日間＋複数回の訪問。症状進行のため日曜日の訪問も開始。夜間の転倒があるとのことで、24 時間訪問介護を入れることを話し合いにて決定した。同時にサービスを開始した。
・ 訪問看護と訪問介護は同時訪問を行い、情報の共有やケアの注意点を看護師から聞いていた。
・ 「何があるかはわからない」状況であるのは伝えてあったが、在宅で看取りをすることは決定されていなかった。
・ 訪問看護は往診と合わせ連日訪問し、状態をチェックしていた。妻の不安を和らげるための会話に使う時間が多くなる。
・ 本人、妻より訪問看護や介護を電話で呼ぶことが多くなる。

④ 死亡３日前ごろ

・ 訪問介護は連日複数回、日曜日は3回利用し、排泄の介助や清潔ケアを施行
・ 訪問看護と訪問診療で連日訪問。
・ サービス内容は変わらず。

⑤ 死亡前日及び当日

・ 歩行は何とか可能であったが、連日転倒していた。
・ 妻が朝目覚めたら呼吸停止になっていた。
・ サービス内容は変わらず

(4) 連携のポイント

全体

・ 看取りを在宅で行うと明確にしてはいなかった事例であるが、関わる事業者すべての思いが同じであり、連携も密であったので、比較的スムーズに在宅生活を最後まで行えたのではないかと考える。
・ 長期間にわたる支援で、信頼関係が成り立っていた。急激に状況が変化した時のサービス変更やケア変更について家族の受け入れもスムーズであった。

介護支援専門員

・ 夫婦二人の生活だったので、最期まで二人でいられたら良いなという思い入れがあった。
・ 訪問看護、訪問介護ともに今まで症例を一緒に行ったことがあったのは強みであった。思いも共有できた。
・ 対応が迅速であるサービス事業者を選択することは、サービスをスムーズに利用でき、ご本人やご家族が安心して在宅で看取りをできることにつながる重要なポイントである。
・ 複数の病院やクリニックと連携を行う際は、主治医を明確にし、指示の範囲を明確にすることが、状況変化時にスムーズに対応できる。

訪問看護

・ 介護支援専門員がキーパーソンになってそれぞれ必要なところへ連絡を密にしてくれたところが良かった。また、訪問看護の訪問時にも状況を確認しに来てくれていた。
・ 長く訪問介護が関わっていたことで、訪問看護が入る時の受け入れがスムーズであった。
・ 訪問介護と同時訪問を行うことで、ターミナル期で気を付けたいことやお互いの思いの確認をすることができる。ケアの共有は重要である。

訪問介護

・ 介護支援専門員と同事業所であったため、情報の共有が非常に密であった。同じ方向を向いてケアを協力し、行えるというメリットがあった。事業所の考え方が違うと、ターミナル期や緊急時にサービスをスムーズに利用できない。
・ ターミナルになると状況の変化が早く、何に注意してケアを行えばよいかが分からなくなり、ケアを行うのが不安になるが、看護師との連絡を密にしたり、同時訪問などを行いケアを共有することで、訪問介護員が自信をもってケアをすることができ、ご家族の安心へつながるのではないか。

4) 事例D　（70 歳女性、要介護 2、乳がん、家族介護者なし）

事業所：居宅介護：社会福祉法人、訪問看護：営利法人、訪問介護：営利法人（同一法人なし）

支援期間（予防介護サービス 3 か月を除く）：　居宅介護・訪問看護・訪問介護 12 か月

利用サービス：　訪問看護（在宅末期医療総合診療料）、訪問介護、福祉用具、ショートステイ

(1) 背景

- 死亡 15 か月前に、マンション管理人から民生委員を通じ地域包括支援センターに連絡。家に閉じこもって支援を拒否していたが、要支援として介護予防サービスが開始。
- 死亡前 14 か月、区の保健師も一緒に訪問し要介護区分変更申請。胸部は開放創で排膿、救急受診したが本人が拒否し入院なし。要介護 1 に区分変更され介護支援専門員も変更（インタビュー対象者）。支援拒否が強かったが、介護予防の介護支援専門員を信頼しており、介護支援専門員変更後もしばらく介護予防の介護支援専門員も関わった。
- 長く 1 人暮らしで、がんのほかにうつ・希死念慮、幻覚、幻聴、独語があった。

(2) 概要

	12 か月前	7 か月前	3 か月前	2 か月前	1 か月前	前日・当日
カンファレンス等	排膿している胸部開放創のため、訪問看護開始	サービス担当者会議：今後の意思の確認「入院したくない」 在宅サービス調整	主治医は文書にて本人の意思確認「救急車を呼ばない」 訪問看護：急変時の対応のチャートを作成	体力低下がみられはじめる	サービス担当者会議：訪問介護事業所変更 参加者：訪問看護管理者、訪問介護管理者、介護支援事業所管理者、福祉用具事業所	前日：ヘルパーに本人から「助けてほしい」⇒管理者および医師に電話「もう遅い」 当日：ヘルパー訪問時既に永眠
介護支援専門員と訪問介護				ケアマネ同時訪問	→	
介護支援専門員と訪問看護	同時訪問・電話	連絡ノート・本人を通じて	→		→	
訪問介護と訪問看護	ノートのみ（電話など直接連絡いけないと思っていた）	→	→	→	→	→

(3) 経過と連携状況

① 死亡 12 か月前

- 訪問看護開始。外部サービスへの拒否強いが訪問看護は受け入れた。週 2 回、創部手当とシャワー浴。創部に蠅がたかってウジがわく状態で翌月から毎日訪問。
- 買い物やトイレも自立していたが、胸のキズを見られたくないため入浴拒否。うつの傾向？
- 介護支援専門員は週 1 回訪問。訪問看護と訪問時に会ったり、文書や電話で連絡。
- 訪問介護：当初、最期を担当した事業所とは別の事業所がサービス提供。週 2 回、家事援助（掃除、食事）。
- 訪問看護と訪問介護員はノートでのやりとりのみ。直接連絡してはいけないと思っていた（訪問看護）。

② 死亡 7 か月前

- サービス担当者会議：ご本人は最期まで自宅にいたいと話す。拒否の傾向が強く、無理をしないほうがよい、という相談をした。
- 死亡 6 か月前くらいまで、本人の状況やサービス内容等、特に変わらない。トイレも自分で行っていた。訪問介護は週 3 回に増えたが、家事援助だけであった。買い物は頼まれたが、台所を訪問介護員に使って欲しくないため調理はなし。訪問介護員は本人の身体は触れず。
- 訪問看護と介護支援専門員：必要時連絡したが電話等はなし。連絡ノートか本人を通じて連絡できた。

③ 死亡 3 か月前

- 主治医が本人の希望を文書で確認。この文書で、皆の意識が共有できた。具体的内容「私は意識がなくなったとき、呼吸がとまったとき、出血をしたとき、生命に重大な場合、救急車を呼ぶことを希望する、しない」本人が「しない」に丸をした。これをもとに、訪問看護が急変時や緊急時の対応チャートを作成。

④ 死亡 2 か月前

- ピーガード内服 1 回/日、レスキューとしてオキノームを枕元に。ポータブルトイレを使用、シャワーから清拭に。
- 介護支援専門員の判断で訪問介護を毎日に増加。訪問介護受入れがよくなかったので、介護支援専門員は在宅死可能か疑問。どの訪問介護員が受け入れられているかをみるために、週 1 回程度、利用者宅を訪問した。

⑤ 死亡 1 か月前

- ピーガードが飲めずデュロテップパッチに変更。
- サービス担当者会議：訪問看護管理者、訪問介護管理者、居宅介護支援事業所管理者、福祉用具事業所
- 訪問介護を毎日入れたが拒否が強く身体介護ができないため、本人が信頼した 1 人の訪問介護員以外は別の事業者に変更。訪問介護事業所は介護支援専門員と同じ法人で変えにくかった。新しい訪問介護事業者は別のケースで協働経験があり、スキルがよいことがわかっていた。

・ 担当の訪問介護員と管理者の２人で訪問。朝（9 時）・夕（17 時半）の１日２回（30 分/回）に増やした。新しい訪問介護員は本人とコミュニケーションがとれた。
・ 訪問看護の訪問時間には、訪問介護はサービス提供できないので、訪問看護は訪問介護の様子はわからない。特に同行訪問はしていなかった。必要なときには介護支援専門員に連絡した。

⑥ 周死亡期（死亡日当日）

・ 最期の１週間は応答が少なかったが、前日まで飲食していた。嘔気にジプレキサ、痛みにデュロテップパッチである程度コントロール。
・ 前日夜、訪問した訪問介護員が「助けて」といわれた。抱きしめて、体をさすった。管理者に「助けてあげてほしい」と訴えた。医師にも電話をしたが、医師は「遅いんだよ」と言っていた。
・ 翌朝、訪問介護員が訪問したら亡くなっていた。
・ 訪問看護師は数日以内とは思っていたので、訪問介護の訪問時間はステーションに連絡が入るかもと待機していた。

(4) 連携のポイント

介護支援専門員・訪問看護

・ 連絡ノートや本人を通じて連絡がとれていた。最後のころは、週に２、３回連絡をとり、必要なときには、訪問看護師が居宅介護支援事業所に直接行って相談していた。
・ 主治医が勧めたサイボウスというネット回線を使った情報共有ツールを使って、介護支援専門員および訪問看護とも情報共有していた。

介護支援専門員

・ 一生懸命仕事をする。プロ意識。困難な、大変だというときに相談する、知恵を出し合って次につながる。共通の目的があって問題意識を持ち、解決する意識がある。大船団を組んでいくイメージ。
・ 医療情報の取り方に課題。訪問看護をうまく使えない介護支援専門員が多い。視覚情報になっていることが大事。
・ 訪問介護は利用者宅に行き、一対一の仕事なので、真剣、一生懸命、やる気がある人でないとできない。

訪問看護

・ 介護支援専門員には（最後のころは）週に２、３回は電話をして、必要なときに直接事業所に行って相談した。訪問介護には特に連絡はとっていない。必要な場合は介護支援専門員に相談。訪問介護に直接連絡できないと思った。
・ サイボウズというネット回線を使った情報共有ツールがある。主治医の好みで利用している。

訪問介護

・介護支援専門員に相談をするとすぐに返事が返ってくる。訪問看護とは別事例で信頼関係ができていた。

5) 事例 E　（80 歳男性、要介護 5、悪性リンパ腫、脳出血・心筋梗塞既往、介護者妻）

事業所：　居宅介護・訪問看護・訪問介護（A）:社会医療法人社団　（すべて同一法人）一期間のみ訪問介護（B）:社会福祉協議会
支援期間：　居宅介護 8 か月、訪問看護 3 か月、訪問介護 3 か月
利用サービス：　訪問看護、訪問介護、福祉用具（歩行器)、ショートステイ

(1) 背景

- 死亡 7 か月前に救急車で病院に搬送され、5 か月前まで入院。入院後、廃用性機能が著しく低下し、拘縮がひどく、胃ろうも挿入。
- 退院前病院でカンファレンス：病院看護師、作業療法士、介護支援専門員が参加。病院から訪問看護の提案。
- 本人・妻とも自宅で過ごしたい意向を持っていたので、在宅で介護をすることになった。本人、妻、介護支援専門員のいずれも当時、終末期（ターミナル）であるという具体的な認識はなかったが、できるだけ在宅で介護をしようという考えだった。
- 退院に伴い病院の医師から地域の医師に主治医を変更。

(2) 概要

	5 か月前（開始時）	1 か月前	10 日前	3 日前	前日・当日
カンファレンス等	退院前カンファレンス：病院看護師、作業療法士、ケアマネ	ショートステイ利用中の急変対応について相談：ショートステイ相談員、ケアマネ	あと 1 週間程度との診断、無理に栄養を入れない方針	訪問介護 A と B の引継ぎ	ヘルパーが呼吸の様子が異なることに気付き、訪問看護、ケアマネに連絡
介護支援専門員と訪問介護		気になることがあれば逐一口頭で報告			
介護支援専門員と訪問看護		電話	訪問看護から往診時の内容を伝達		
訪問介護と訪問看護		ヘルパーノート、電話	訪問看護から往診時の内容を伝達	ヘルパーノート	

(3) 経過と連携状況

① 死亡 3 か月前

- 訪問看護の利用回数は週 1 回。胃ろうの逆流が激しくポジショニングがとりづらかった。また、妻に指導してもなかなか理解が得られなかった。
- 訪問介護の利用回数は 1 日 2 回。清拭や胃ろう洗浄の手伝いを行った。
- 理学療法士も週 1 回訪問していた。
- 自宅の間取りが狭く入浴できないため、ショートステイも導入（2 泊 3 日、月 1～2 回)。利用日は妻の趣味の日程に合わせた。

② 死亡 1 か月前ごろ

・ 当初は妻が医師に直接連絡することが多かったが、妻が訪問看護の役割を理解するようになると、訪問看護に相談してくれるようになった。
・ 年末年始に係り、ショートステイを利用することになった。利用中に急変した場合の対応について、妻、介護支援専門員、ショートステイの相談員で話し合った。
・ 上記の相談内容は、介護支援専門員から訪問看護、訪問介護 A に伝えた。同一法人内の事業所のため、伝達は容易だった。
・ 訪問介護 A から訪問看護への連絡は利用者宅に置かれた「ヘルパーノート」を利用。「ヘルパーノート」の記述は詳細で、訪問看護はその内容を読めば利用者や家族の様子を理解することができた。補足的な確認はなし。
・ 皮膚の状態、胃ろうからの出血など、の場合訪問介護 A から訪問看護に電話で相談することもあった。
・ 訪問看護はチーム制で、担当の訪問看護が不在の場合別の訪問看護が電話を受け、必要に応じて担当訪問看護が折り返し連絡をする態勢。
・ また、本事例について、介護支援専門員から電話があったのは数回だった。
・ 介護支援専門員を通さず、訪問看護と訪問介護 A で直接話をしてもらったほうが状況がよく伝わるので、そのようにしてもらうこともあった。その場合、介護支援専門員は、後で報告を受けていた。
・ 同じ事業所に所属しているため訪問介護 A は気になることがあれば、逐一、介護支援専門員に報告した。顔を合わせると自然に利用者の話になった。

③ 死亡 10 日前ごろ

・ 発熱や痰がからみ、ショートステイにいられなくなった。帰宅した後の往診で「あと 1 週間程度」との診断が下された。
・ 医師とのコミュニケーションは訪問看護が行い、上記の往診には訪問看護も同席した。その内容は訪問看護から介護支援専門員、介護支援専門員から訪問介護 A に伝達された。それ以降はほぼ毎日医師か看護師が訪問する体制だった。訪問看護と訪問介護とは少しだけ重なる時間帯もあった。
・ 訪問介護 A が年末年始は休業のため、年末年始はショートステイを利用する予定だったが、発熱によりショートステイ利用ができなくなった。急遽、日頃から付き合いのある訪問介護 B（別法人）に年末年始の訪問を依頼した。この時、終末期（ターミナル）であるとの認識はなかった。

④ 死亡 3 日前ごろ

・ 訪問介護 B の年末年始の訪問は、サービス提供責任者 2 名と経験豊富な非常勤職員 1 名だった。終末期のケースを扱うのは年 2～3 件で、最後の 3 日間に立ち会うケースはほとんどないが、看取りの経験のある職員が担当した。
・ 訪問介護 A と B の業務の引継ぎを行った。引継ぎについての報酬はなくボランティアである。その後、訪問介護 B は、1 日 2 回決まった時間に訪問した。
・ 訪問の際は、本人の痛みや反応をみて、なるべく安楽な状態になってもらうよう心がけた。ひげをそるなど外見を整えることも行った。連絡事項は「ヘルパーノート」を使用した。

⑤ 死亡前日及び当日

・ 前日、反応が鈍くなり呼吸が時々止まるようになった。チアノーゼもみられた。
・ 妻は、寝ている間に急変することをおそれ、非常に不安な様子だった。妻も発熱し、ケアが必要な状況だった。本人の兄弟も訪れ、声かけをした。
・ 前日午後、訪問看護から訪問介護 B に、「今日亡くなるかもしれない」との注意があった。
・ 死亡当日、訪問介護 A による通常の体制に戻った。2 人で訪問した（請求は 1 人分のみ)。訪問時呼吸の様子が異なることに気付き、訪問看護師、介護支援専門員に連絡した。

(4) 連携のポイント

介護支援専門員

・ サービス提供責任者の顔が見えないと看取り事例は依頼しづらい。

訪問看護

・ 看取りたいという妻の意向に沿って支援できた。主治医が協力的で連携しやすい方だった。

訪問介護

・ 訪問介護員は在宅で最期まで利用者を看取ることは多くなく不安を感じる者もいる。事業所内では、連絡先の確認・共有を徹底している。
・ 介護支援専門員と顔見知りで、他の関係者も問題を一緒に考えてくれる方々だったので、急な年末年始の依頼に応えることができた。付き合いのない事業所の依頼だったら引き受けられない。
・ 事業所のほとんどの訪問介護員が関わっており、同事業所の介護支援専門員にもよく相談できた。
・ 看取りにおいては、利用者がなるべく苦しまないよう、本人が痛がるような処置はあえてしないこともあるが、そのことで「やるべきことをしていない」と言われない環境であってほしい。
・ 在宅看取りでの効果的な協働には、事業所同士が日頃から信頼関係にあることが重要。

6) 事例 F　（67 歳男性、要介護 5、重症肺炎、介護者妻）

事業所：居宅介護・訪問看護：医療法人（２か所が同一法人）、訪問介護：社会福祉法人
支援期間：　居宅介護・訪問看護・訪問介護 5 か月
利用サービス：　訪問看護、訪問介護、訪問入浴、福祉用具（ベッド）

(1) 背景

- 死亡 10 か月前に重症肺炎により Z 病院（居宅介護・訪問看護と同一法人）に入院。
- 死亡 5 か月半前、病院の地域医療連携室より介護支援専門員に退院の相談があり、死亡 5 か月前に人工呼吸器をつけた状態で退院となった。

(2) 概要

	5 か月前（開始時）	1 か月前	10 日前	3 日前	前日・当日
カンファレンス等	退院前カンファレンス：病院主治医、病院看護師、MSW、往診医、ケアマネ、訪問看護、ヘルパー	入退院を繰り返し、3 回目の退院時の退院前カンファレンス	約 2 週間前と約 1 週間前に妻より在宅看取りの意思確認あり	尿閉、酸素飽和度低下、喀痰増加等から終末期と判断	妻が呼吸停止に気づき主治医に連絡
介護支援専門員と訪問介護	電話。訪問看護への連絡事項はまずケアマネへ報告	→	→	→	
介護支援専門員と訪問看護	直接、口頭で報告	→	→	→	
訪問介護と訪問看護	同行訪問	基本的にケアマネを介して	→		

(3) 経過と連携状況

① 死亡 5 か月前

- 訪問看護の利用回数は毎日。
- 訪問介護の利用回数は週 6 日、1 日 2 回。医療依存度の高い利用者の介護サービス導入にあたり、担当の訪問介護員を 1～2 名決めて、サービス提供責任者と何度も同行訪問した。訪問看護との同行訪問も 1 度行い、気をつける点を確認した。
- 退院 7 日目に状態悪化したため入院となる。Z 病院が満床だったため、一旦別の病院に入院し、Z 病院に空床が出た時点で転院となった。
- 約 2 か月間入院し 12 月 20 日に退院したが、退院後一度も訪問看護が訪問しないまま、呼吸状態悪化のため 12 月 29 日より Z 病院に再入院となる。

② 死亡 1 か月前ごろ

- 状態が安定したため 3 回目の退院となり、退院直前にサービス提供者会議を実施した。この時点では、「ターミナル」「在宅看取り」といった発想はなかった。

・ 訪問看護は毎日 1 回訪問の計画だったが、実際には、状態が悪く呼び出しがあればもっと頻繁に行っていた。
・ 最初の入院以降入浴できていない状況だったため 2 週間に 1 度の訪問入浴と、週 6 回朝のみの訪問介護が導入された。訪問介護は、退院から死亡の 4 日前まで、毎日訪問した。訪問は、サービス提供責任者 2 名と担当訪問介護員 1 名の計 3 名で担当した。この 3 名は、過去に看取りの経験はほとんどなかった。
・ 訪問介護員の訪問時に利用者の呼吸が荒い、むくみがあるなど症状が辛そうな場合や、家族のサービスへの希望があった場合などには、まず介護支援専門員に報告をした。介護支援専門員は、報告を受けたらまず、妻に連絡をして状況を確認した。報告内容が利用者の症状などに関するものの場合は、訪問看護の部署（同一事業所）に行って直接報告をした。報告を受けた訪問看護は、すぐに利用者を訪問したり、主治医（往診医）に電話や FAX で確認を行った。主治医からアドバイスを受けたら、妻に連絡をし、同時に介護支援専門員に報告をした。
・ 訪問介護員から介護支援専門員への報告は、毎日ではなかったがかなりの頻度で電話でやり取りを行った（訪問介護の訪問が終了するまで)。

③ 死亡 10 日前ごろ
・ 死亡約 2 週間前に発熱と酸素飽和度の低下があった際、妻から「何回も入院させるのはかわいそうなので、このまま家で見ます」という言葉が聞かれた。この時点では、点滴をして状態が安定し経過する。
・ 死亡 5 日前、訪問看護に対し妻より「自宅で看取りたい」と意思確認あり。
・ 妻より介護支援専門員へは、随時、電話で状態報告の連絡があった。

④ 死亡３日前ごろ
・ 死亡 4 日前に、妻より「お腹が張っている、尿が出ない」と訪問看護に連絡あり。訪問し尿管を挿入したところ､膿尿 1700ml 流出あり｡酸素飽和度も低下しており、酸素 5L／分に増量。喀痰も増加しており、終末期と判断される。次の日も酸素 5L／分継続、肺雑音軽減し呼吸安定する。
・ 死亡 2 日前、38℃の発熱あり、解熱剤投与、抗生剤点滴。

⑤ 死亡前日及び当日
・ 死亡前日は状態が落ち着いていたので、訪問看護師は訪問せず。
・ 死亡当日、夕方に下顎呼吸あり、呼吸停止。妻は主治医に連絡、主治医より訪問看護に連絡が入る。訪問看護が訪問し、死後の処置を実施。

(4) 連携のポイント
介護支援専門員
・ 訪問看護師、訪問介護員、主治医（往診医）のフットワークが軽かったことが良かった。同じ事業所内に訪問看護があることで、連絡が取りやすかった。重症なケースほど同じ事業所である方が良いと感じる。
・ 訪問看護と訪問介護との連絡は、介護支援専門員を通して行われることが多いので、連絡を受けたら情報をできるだけ迅速かつ正確に伝えるように心がけている。
・ 介護支援専門員の病院での勤務経験は、在宅看取りの可否にはあまり関連がないと感じる。

・ （一般的に）医師との連携において敷居が高いと感じる。医師側で、介護職出身の介護支援専門員に対し、「何を言ってもわからない」と壁を作っていることがあり、そのような場合は連絡がしづらい。今回のケースでは、主治医（往診医）が気さくでコミュニケーションがとりやすかったので連絡はスムーズだった。

訪問看護

・ （一般的に）訪問介護員との連絡に関しては連絡ノートで行うこともあるが、介護支援専門員を通して行うことが情報共有の面からいいと感じる。
・ 今回のケースは医療依存度が高いにも関わらず、訪問介護が対応してくれたのが良かった。
・ 主治医と気軽に連絡できる関係だったのが良かった。

訪問介護

・ 訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、病院が一体化していたので、連携はとても取りやすかった。
・ サービス提供責任者は以前病院に勤めており、人が亡くなることを日常的に経験していた。自宅は、病院と状況は違うので怖いという思いはあるが、特に訪問看護としっかり連携を取ってやっていければ大丈夫、と思っている。

7) 事例G　（87 歳女性、要介護 5、大腸がん、認知症、介護者娘と孫（息子））

事業所：居宅介護：社会福祉法人、訪問看護：医療法人、訪問介護：営利法人（同一法人なし）
支援期間：　居宅介護 11 か月、訪問看護 7 か月、訪問介護 6 か月
利用サービス：　訪問看護、訪問介護、訪問入浴、ショートステイ

(1) 背景

- 死亡約 11 か月前、日中独居となるために主治医に勧められてデイサービス開始（週 1 回）。
- 死亡 7 か月前、体力の低下、イレウス症状を引き起こし、主治医よりターミナルであることの説明がされる。訪問看護サービス（週 3 回：主な訪問看護内容は排便ケア、見守り、状態観察）と訪問入浴（週 1 回）が開始された。

(2) 概要

	7 か月前	6 か月前	3 か月前	2 か月前	1 か月前	当日
カンファレンス等	体力低下にイレウス症状のため訪問看護開始	訪問介護サービス開始に伴う調整：ケアマネ、訪問介護、訪問看護、主治医 食事量や気力が落ち始め、週 3 回点滴を実施	ショートステイ導入に伴う調整：ケアマネ、訪問介護、訪問看護、主治医	ショートステイ利用に伴う調整：ケアマネ、訪問介護、訪問看護、主治医	食事量・飲水量低下（点滴毎日施行）	呼吸状態悪化 家族から訪問介護に相談⇒訪問介護の支援により家族から訪問看護に電話⇒訪問看護がケアマネに連絡
介護支援専門員と訪問介護		電話 ケアマネが時間を合わせて訪問	FAX・電話	→	→	→
介護支援専門員と訪問看護	FAX・電話	→	→	→	→	電話
訪問介護と訪問看護		連絡ノート 電話（月 1～2 回） →	→	→	連絡ノート 電話（月 3 回程度）	家族から訪問看護に電話

(3) 経過と連携状況

① 死亡 6 か月前：第 1 回サービス担当者会議（訪問介護サービス開始に伴う調整）

- 家族の看取りに対する希望は「できるだけ長い間自宅でみていきたい」であったが、看取り場所の希望ははっきりと確認していなかった。家族は自営業が忙しく、利用者は日中独居に近かった。
- 介護支援専門員は、事前に訪問介護は毎日入る必要があると判断し、2 か所の事業所に打診していた。大手の 1 か所が毎日可能とのことで、もう 1 社には断りを入

れた。依頼時にターミナルであることを伝えていた。
・ 介護支援専門員の事前の依頼に対し、訪問介護事業所も対応可能と判断した。訪問介護事業所の管理者は異動直後のため、事業所内を把握できていなかったが、管理者自身も事業所もターミナル経験があり、訪問看護ともずっと連携していた。事業所には、連絡ルートと救助の対応マニュアルがあった。
・ 会議時には、連絡ノートの相談が行われた。訪問介護事業所の書式を採用し、訪問介護・訪問看護・訪問入浴の 3 者で共有した。主な記入内容は、バイタル、排尿・排便の状態、食事量、水分量等であった。指示内容や疑問点等のやり取りも行われた。
・ 主な訪問介護の内容は、排泄介助、食事介助、検温、服薬介助、口腔ケア等の日常生活全般であった。訪問は、毎日、1 日約 3 回（8 時半～9 時半、14 時半～15 時半、18 時半～19 時）行われた。ただし、夜間は週 3 回のみで、排泄介助が主に行われた。

② 死亡 3 か月前
・ 第 2 回サービス担当者会議：介護疲れのため、ショートステイ（3 日間）の検討。当初、主治医は入院を考えていたが、介護支援専門員は A 医師に電話で相談したところ、ショートステイを勧められ変更した。ショートステイ側がターミナルの受け入れに慣れておらず、受け入れには困難があった。訪問看護はショートステイ中に、急変時、静脈ラインの確保、排便の処置等必要時に訪問することとなった。

③ 死亡 2 か月前
・ 第 3 回サービス担当者会議：ショートステイ（3 日間）の利用、送り出しや迎え入れ等についての確認。
・ ショートステイ中は、訪問看護が施設に行き、点滴を施行（在宅中重度者受入加算にて）。
・ 利用後の家族は熟睡できたが、ご本人は疲労し、笑顔はみられなかった。

④ 死亡 1 か月前
・ 本人はかなり衰弱し、昼夜逆転がみられた。足首に褥瘡があり、処置方法の統一（フィルムを貼らない）について直接連絡した。訪問看護→介護支援専門員→訪問入浴の看護師に連絡した。
・ 介護支援専門員は利用者が 1 人になる時間が 2 時間を超えないように、訪問介護・訪問看護の時間を組んだ。
・ 水分は 5 口飲めればよいほうだったが、点滴を実施していたため、訪問介護は無理に勧めなかった。
・ ラコールは 5 口程度。口をあけてくれなくなった。痛みの訴えはなかった。腹部の瘤が痛そうにみえて、ギャッチアップの角度を訪問看護に相談した。
・ 訪問介護員が静脈ラインを抜かれ、出血があるときにも遭遇した。訪問介護員は所長に携帯で連絡し、所長から「慌てないで対応するように」と指示をした（常日頃より伝えてあること）。
・ 本人は動けないし、しゃべらないが、穏やかに過ごされていて、話しかけると返

事があるような状況だった。訪問介護員にとって、痛みの訴えはなく、排泄も更衣も介助しやすい、対応しやすい方だった。
・ 訪問看護は、毎日訪問、2回/日。点滴毎日施行。
・ 腫瘍が日に日に大きくカリフラワー状（最終的に 15cm*10cm くらい）になって、出血し始めた。尿取りパッド1枚にて対応した。

⑤ 死亡1週間前
・ 嘔吐し、食事がとれなくなったため、時間を短縮した。9時～9時半に。
・ 訪問介護員には何かあってもおかしくない状態であり、何かあっても慌てずに緊急対応のルートに沿って対応する（訪問看護に電話する）ことを伝えた。
・ 家族も、頻繁に様子を見にきていた。美容室と自宅は2分程度の距離にある。
・ 不安なときには、娘さんに鍵を返す時点で、声をかけていた。娘さんもお店の状況に合わせながらも、帰宅して、様子を見に行ってくれた。1週間前には、店を1時間ほど早く閉めていた。
・ 訪問看護師は、毎日2回訪問。点滴の施行。滞在時間が長くなった。

⑥ 死亡日当日
・ 訪問介護員は、家族から「ちょっと呼吸が変なの」と相談があった。訪問時、かなり呼吸が荒い状態であり、家族に「医師に電話しましたか？」と尋ねた。家族「医師は亡くなってから電話してください、と言われている。どうしたらよいか」と相談された。訪問看護師への連絡がまだであることを確認し、電話にて家族から訪問看護師に状態を伝えてもらい、訪問介護員にも指示をもらい、おむつ交換だけ行い退室した（家族はかなり慌てており、なかなか電話がつながらなかった）。
・ 訪問看護師は、家族からの電話の後、介護支援専門員に電話連絡した。訪問看護師2人ですぐに訪問した。家族に息の引き取り方を説明し、「息が静かになったらもう一回連絡下さい」と説明し、退室した。

(4) 連携のポイント

<u>介護支援専門員</u>
・ 医療が中心の場合は待ってくれない、訪問看護のテンポに乗っていかないといけない。乗り遅れないようしないといけない。家族の気持ちが熟すのを待っていたら手遅れになってしまうこともある。
・ 医療処置について、具体的に理解できていないため、うまく説明できないし、対応が難しい。訪問看護に頼るべきところは頼り、教えてもらいながらやっている。
・ サービス内容も重要であるが、限度額もあるため、自費がでないようにサービスを調整したり、時間調整をしたりするのが介護支援専門員の役割だと考える。
・ 情報がどこに集約されているのかを意識している。ターミナルの場合、訪問看護と同じ情報を共有するようにしたいし、訪問看護にも同様にしてもらいたい。
・ ターミナルは、3件でも大変であり、5件以上は持たないようにしている。

<u>訪問看護</u>
・ サービス担当者会議が大変段取りよく行われていた。
・ メンバーを直接知ることができ、顔も名前も知っている状態で、事例にかかわることができた。訪問介護事業所の管理者も初めてだったが、初回のサービス担当

者会議の時に顔を合わせて、連絡ノートについても相談することができたので、その後も電話しやすかった。
・ 介護支援専門員がまめに微調整をしてくれた。FAX で、ご家族のこと、予定のこともまめに伝えてくれた。
・ なるべく笑顔で接する。専門用語を使わないように、わかりやすいようにしているが、わかりやすさが足りない時もある（伝わらないと、時間もないので、イライラしてしまう)。

訪問介護

・ 介護支援専門員がまめに微調整をしてくれた。
・ 報告・連絡・相談。報告はまめにしている。特に、ターミナル、身体のＡＤＬの変化のある方の場合。
・ 所長が異動したばかりで、事業所自体もわからない状況だったが、過去にお付き合いがあって、打合せもできたから、引き受けた。常勤がメインだったが、非常勤、新人も不安を取り除くために何度も同行訪問した。介護技術よりも心理的精神的な面でのフォローが大切である（管理者としても、利用者・家族に対しても)。
・ 訪問看護事業所が、話しやすく、相談に乗ってもらえるという安心感があった。
・ 介護支援専門員も親しく話せたので、相談しやすくてよかった。だから安心してサービスには対応していけたし、怖いという気持ちは全くなかった。緊急事態・最終的なことは想定して動いていた。緊急連絡先や救急車については、最初の段階で確認させてもらっている。

8) **事例 H**　（90 歳女性、要介護 5、認知症・低栄養状態、介護者娘・孫娘）

事業所：　居宅介護・訪問看護：社団法人（２か所が同一法人）、訪問介護：協同組合、
　　訪問入浴：営利法人
支援期間：居宅介護 2 年、訪問看護 2 年 8 か月、訪問介護 5 年、訪問入浴 2 年 5 か月
利用サービス（＊介護支援専門員・訪問看護は兼務）：訪問看護、訪問介護、訪問入浴、
　ショートステイ

(1) 背景

- 認知症の進行に伴い、死亡 5 年前から介護支援専門員・訪問介護導入(娘が訪問介護員をしており、その事業所から)。最初は歩行可能だったが徐々に歩けなくなり、食事・水分摂取も減少してきた
- 死亡 2 年 8 か月前に脱水・褥瘡をきっかけに訪問看護導入。このころからターミナルに近いという認識が持たれていた。
- 死亡 2 年 5 か月前に転倒をきっかけに訪問入浴を導入。業者選択の理由は近隣の事業所であり、連絡が取りやすいこと、訪問入浴の看護師と話がしやすいこと、転倒の傷の手当てを任せられたこと。
- 死亡 2 年前に近隣地区の介護支援専門員・訪問看護に業者を変更
- 死亡 9 か月前にインフルエンザの発熱あり、状況悪化。娘と看取りについて話し合う(看護師・医師・娘間で状況について説明、娘からは、このまま、自宅で看たいと希望があり、在宅療養継続となる)。方針については電話で訪問介護・訪問入浴に伝達する

(2) 概要

	2 年前 （開始時）	7 か月前	1 か月前	3 日前	前日・当日
カンファレンス等	他地区の事業者から依頼あり、居宅介護支援専門員変更、訪問看護スタート。サービス担当者会議(その後 2 回、サービス担当者会議開催：1 年 8 か月前・7 か月前)	サービス担当者会議：この 2 か月前に起こった体調低下時に、医師・訪問看護と娘とで看取りの方針について確認・説明したことを共有	娘と今後の方針(在宅で看取ること・連絡先など)について説明	娘より強い求めあり、医師に確認のうえ、訪問入浴実施	入浴の直後、亡くなったと家族から連絡(居宅介護支援専門員・看護へ)
介護支援専門員・訪問看護と訪問介護	電話(ハプニング時)・Fax、娘を介して、ヘルパーノート		電話、ヘルパーノート、直接。訪問看護の連絡先を伝え、緊急時に備えた。		
訪問入浴と訪問介護	娘を介して				
訪問入浴と介護支援専門員・訪問看護	事業所の電話・携帯電話、事業所への伝言、Fax			電話（入浴前後の様子確認）	

(3) 経過と連携状況

① 死亡 10-5 か月前

- インフルエンザをきっかけに体調が低下。看取りを見据えて、娘さんに再度意思確認を行う。
- 医師の往診時に、介護支援専門員・看護師が合わせて訪問し、意思疎通を行っていた。電話していた。
- 訪問入浴が、医師の指示でいったん中止となる。入浴の再開などについては、訪問看護が医師に確認し、訪問入浴事業者に伝えていた。
- 訪問介護と訪問看護は、メモや娘さんを介してやり取りしていた。
- 最後のサービス担当者会議

② 死亡 3-1 か月前ごろ

- 風邪をきっかけに誤嚥性肺炎に。咳・痰が続く。吸引開始。口腔ケアを行う
- 終末期を意識して、看護師・医師から娘に話をしている。看取りの状況を作るために、Dr.Call など、しっかり話を詰めた。

③ 死亡 10 日前ごろ

- 傾眠状態。SpO_2,血圧共に低下している。下肢の圧迫部位より褥瘡再発
- 娘よりどうしても入浴させたいと希望があり、医師の了承を得て訪問入浴。

④ 死亡前日及び当日

- 訪問入浴後、眠っている間に死去。

(4) 連携のポイント

介護支援専門員・訪問看護

- 訪問介護の不安軽減のために、看護・医師といつでも連絡をとれる状態にしておいた。
- 娘にも、何かあった時の対処などについて事前に話をしておき、いざという時に訪問介護員が頼れる先を作っていた。
- 家族の思いを一番知っているのは訪問介護員だったので、生活支援については任せられた
- 訪問入浴にもいろいろと無理(褥瘡処置など)をお願いできたことがよかった(看護師-看護師の同一職種で話ができ、スムーズだった)。
- 終末期で訪問回数が増えると、金銭的理由でサービスをストップする家族も出てくる

訪問入浴

- 緊急連絡先をきちんと聞いていたことが安心できた。
- 訪問看護師に気になったことを連絡すると、きちんと答えが返ってきてよかった。
- 亡くなる直前の入浴は、医師・訪問看護師が指示を出してくれたから実現できた
- 処置の方法や薬の選択などの情報が徹底していない訪問看護ステーションは、効果的な処置が継続できない(Fax などできちんとした情報がタイムリーに必要)
- 看護師もいるのに、訪問入浴時に吸引ができないことが残念(介護者が依頼してくる場合もある)

訪問介護

- 事業所がスタートした時から、指導してもらった訪問看護ステーションなので、信頼できた
- 介護支援専門員に利用者視点が強く、信頼できた。
- 介護支援専門員が訪問看護を兼務しており、連絡が一度で済んだし、タイムラグもなかった。
- 生活援助で訪問していても、家族の要望で薬剤塗布などがあると、介護支援専門員に電話して身体介護に変更してもらう必要がある。その時に対応できないこともあり、心苦しい。

9) 事例 I　（91 歳男性、要介護 5、痒疹、褥瘡、介護者嫁）

事業所：　居宅介護：NPO 法人、訪問看護：営利法人、訪問介護：医療法人（同一法人なし）

支援期間：　居宅介護 2 年、訪問看護 2 か月半、訪問介護 2 か月半

利用サービス：　訪問看護、訪問介護、訪問入浴、デイサービス、ショートステイ

(1) 背景

- 死亡 2 年前から介護支援専門員の関わりあり。老衰で徐々に寝たきり。全身に湿疹（痒疹）あり、デイサービスを利用して入浴したりしていた。
- 誤嚥性肺炎で入退院繰り返していた。最後の退院が死亡 2 か月 13 日前。
- 介護支援専門員の基礎資格は看護師。今は介護支援専門員のみの事業所を持っている。
- 訪問看護は主治医の推薦で導入。「夜間のフットワークが軽い」。介護支援専門員とは一緒のターミナルは本事例が初めて。
- 訪問介護員は介護支援専門員と長い付き合いがあり、困難なケースを一緒にケアした経験の蓄積有り。ベテランぞろい
- 主治医は最後の退院にあたり介護支援専門員が紹介した。看取りに熱心な開業医。介護支援専門員は退院時に在宅看取りを見越して、この医師が患者がいっぱいだと言っていたところを近隣だということで頼み込んだ。

(2) 概要

	2 か月前 （退院直後）	20 日前	10 日前	2 日前
カンファレンス等	退院直後カンファレンス： ケアマネ、医師、訪問看護、ヘルパー、訪問入浴、嫁、妻。 ラップ療法手技周知	看取りの意思確認： ケアマネ、医師、訪問看護、ヘルパー、訪問入浴、嫁、妻。 在宅死の希望を本人から確認。	左上腕にネクローゼ。切開。点滴で抗生剤。	医師が点滴中止を決定。
介護支援専門員と訪問介護	変化があったらケアマネに報告。排便のことなども。 提供責任者からケアマネへ電話。	変化があったらケアマネに報告。排便のことなども。 提供責任者からケアマネへ電話。	口腔ケアの仕方を同行して指導	
介護支援専門員と訪問看護		ケアマネから看護師に電話で状況連絡と観察ポイントアドバイス。		
訪問介護と訪問看護	互い違いに入っていたので、直接の連絡・連携はなかった。全てケアマネを通じていた。			

(3) 経過と連携状況

① 死亡 2 か月前

- 訪問看護の利用回数は週 2 回。全身に痒疹があり、褥瘡もひどかった。
- 訪問介護の利用回数は週 3 回。食事介助、清潔ケア、排せつケア。嫁（主介護者）に持病があり、ストーマ造設のため、おなかに力がかけられなかった。デイサービス送り出しの際のモーニングケア。訪問看護と交互に入るように。
- 訪問入浴も週 1 回入った。
- 退院後ラップ療法と食事の改善で褥瘡が非常に良くなった

② 死亡 1 か月前ごろ

- 褥瘡が非常に良くなり、嫁のレスパイトも兼ねて妻とともにデイサービスの再開を医師が提案した。
- 介護支援専門員が頻繁に訪問。1 か月に４－５回。訪問介護員に口腔ケア指導したりもする

③ 死亡 20 日前ごろ

- 流行したインフルエンザに家族とともに罹患し、状態が一気に落ちた。
- 食事が摂れなくなり、訪問看護師もターミナルと判断した。
- 看取りの意思確認をしますと主治医から介護支援専門員に連絡があった。妻・嫁と全事業所が往診日に集まり、在宅死の意思を本人から聞き取った。

④ 死亡 10 日前ごろ

- 左上腕に膿瘍ができ、ネクローゼになって切開。抗生剤点滴。食事がとれずに点滴継続。発熱のたびに電話連絡があり緊急訪問看護。最後の 2 週間ぐらいはほぼ毎日。
- 訪問介護もほぼ毎日。1 日 2 回に。

⑤ 死亡前日及び当日

- 死亡する 2 日前に主治医が点滴を中止。家族が継続を依頼したが、「お苦しみが長引くだけですよ」であきらめた。
- 口腔ケアのあとにお酒を薄めたものを綿棒で飲ませると誤飲せずに飲んだ。
- お彼岸の日に、親族が集まって食事をしている間におだやかに息を引き取っていた。

(4) 連携のポイント

介護支援専門員

- 医師が高所から全体を見て、いざというときには来てくれる体制のもとでできた。看取りの意思確認のとき、あらかじめ介護支援専門員に連絡してみんなが集まって意向を聞くことができたのが、ニュアンスまで伝わって良かった。
- 訪問介護は逐一報告してくれた。
- サービス担当者会議に医師も出席を依頼する。来れない場合は文書や口頭（電話で聞いておいて）で意見をもらったり、往診のときにみなで訪問したり、外来に介護支援専門員が行ったり、FAX で意見を求めたりする。医師への依頼の仕方。

訪問看護

- 介護支援専門員が、家族が安心して介護できる環境を作ってくれた。介護支援専門員の家族との付き合いが長く、家族を理解していた。
- 他職種と直接会って話をすること、情報を共有し、同じ考えを持って対応していくこと。
- 医師が家族の思いと離れているときなど、訪問看護師も入って話してゆくと見えてきてくれる。往診に同席するなど、接点を多くもつ。

訪問介護

- 医療依存度の高い人は、介護支援専門員が看護師だと安心。ターミナルになると看護師の介護支援専門員でないと心配。
- フットワークが良い、怖くない、一緒に片づけまでしてくれる（親身になってくれる）介護支援専門員が良い。
- 訪問介護の側からは、報告が大事。

10) **事例 J　（72 歳男性、要介護１、前立腺癌、骨メタ 独居：同敷地内に病気の姉、後半ごろから部下が同居）**

事業所：　居宅介護・訪問看護ステーション：財団法人（2 か所が同一法人）、訪問介護：社会福祉法人

支援期間：居宅介護・訪問看護・訪問介護 3 か月

利用サービス：　訪問看護、訪問介護、福祉用具貸与（杖、ベット、エアマット、車いす、歩行便座）

(1) 背景

・妻ががんで亡くなる１か月前に前立腺癌の骨メタが分かった。妻の隣のベットで抗がん剤の治療を行っていたが、本格的な治療は妻を看取った後、開始した。
・要支援で地域包括支援センターがかかわっていたが、入院中区分申請で要介護１になったため地域包括支援センターから介護支援専門員に依頼があり、退院前に面談を行った。
・最後を自宅で過ごしたいとの本人の意向が明確であった。闘病上の不安と食生活の不安への対処ができ連絡をきちんと取り次ぐ事業所、自分の病状の経過、在宅の過ごし方、不安な点を説明してくれる人を、退院後に向けて依頼した。
・医師は知人。
・同敷地内に姉が居住していたが、高齢で階段の昇降にも支障があるため、介護を担うことはなかった。

(2) 概要

	3 か月前（開始時）	1 か月前	10 日前	3 日前	前日・当日
カンファレンス等	1か月半経過後から入浴の移動時に男性介護者を導入した。	疼痛管理のため医師と連携をとった。			前日に利用者から訪問介護支援員、訪問看護師、訪問介護員、知人が呼ばれお別れを行った。
介護支援専門員と訪問介護	電話または FAX →	→	→	→	→
介護支援専門員と訪問看護	直接口頭 →	→	→	→	直接口頭、または電話
訪問介護と訪問看護	電話または FAX	電話または FAX	電話または FAX、連絡ノート、個人の携帯	電話または FAX、連絡ノート、個人の携帯	電話または FAX

(3) 経過と連携状況

① 死亡 3 か月前ごろ

- 訪問開始当初は、本人が不安定であること、依頼の内容が幅が広いことなどもあり、訪問看護師、訪問介護員とも本人を知ること、本人の意向に添うこと、本人と信頼関係を築くことがまずは目的で手探り状態であった。
- 訪問看護は週 2，3 回程度。最初の 1 か月は利用者に必要性を感じてもらえず、関係性を築くために 1 か月かかった。
- 訪問介護は 1 日に複数回。当初は 5 人の訪問介護員だったが利用者が拒否し最終的にサービス提供責任者 2 人で対応を行った。随時予定が変更になるため、そのたびに対応（自費で対応）。訪問介護支援員や訪問看護師が入るときなどは、その日に行った情報を相互に提供し随時変更しながら対応した。
- 介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護員ともほぼ毎日電話かＦＡＸで連絡を取り合っていた。
- 介護支援専門員も、利用者から連絡が来るたびに週 1 回出会ったり、毎日であったりと訪問を行っていた。
- がん性疼痛に麻薬を使用。訪問開始 1 か月半から骨転移が悪化し、動けなくなった。
- 訪問開始 1 ヵ月半ごろから、年末年始に訪問介護員が訪問できないため昔の部下を呼び寄せ同居させた。
- 本人から介護支援専門員に年末に誰とも連絡が取れないことが不安とのことで、携帯のメールアドレスを交換した。そのやり取りは亡くなる 2 週間前ぐらいまで行われた。

② 死亡 1 か月前ごろ

- 麻薬の調整が難しくなった。疼痛コントロールと傾眠傾向のバランスが取れなかった。
- 麻薬の調整がうまくいかずふらつきあり、男性ヘルパーに階段移動を依頼した。

③ 死亡半月前

- 部下の同居人の方が介護を担っていたが、部下の同居人の方のストレスが強かったために、訪問介護員のサービスを見直す。
- 麻薬が効かず、訪問看護師は医師と頻回に連絡を取り合い疼痛管理を行った。
- コミュニケーションが取りづらくなり、失禁などをしてしまった際は感情失禁が見られていた。なんとか車椅子または手引きで歩行ができていた。

④ 死亡 10 日前ごろ

- 本人は離床できなくなり、飲み込みが困難になる。
- 利用者と 24 時間連絡が取れる体制を作った。訪問介護員と連絡ノートのほか個人の携帯やプライベートの番号も教え、相当量の連絡。訪問介護員から訪問看護師につながらないときは、介護支援専門員を通して訪問看護師につながるように連絡を取っていた。

⑤ 死亡 3 日前ごろ

- 利用者の意向が確認できなくなってきた。褥瘡発生、体温調節が困難に。
- 利用者は医師に楽になりたい（麻薬使用）と懇願するも、医師が同意しなかった。
- その後本人の意向に添って、注射を行うもハイテンションになり、訪問看護師に注射の増量を希望。

⑥ 死亡前日及び当日

- 利用者は楽になりたいとの希望によって、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護員、知人が呼ばれた。幼いころの写真を見せ、亡くなった時の衣服を指示し、お別れをした。
- 医師と訪問看護師で 2 回目の麻薬を注射して鎮静し、翌日永眠。
- 死亡時は部下から訪問看護師に連絡。訪問看護師が医師に連絡。エンゼルケアの最中に介護支援員が訪問し亡くなったことを知った。エンゼルケア終了後訪問看護師が介護支援専門員に連絡。

(4) 連携のポイント

介護支援専門員

- 同じ事業所で 2 人チームで行えたことがよかった。個別になっても苦しかったし、複数になってもこの連携は取れなかったと思う。
- 利用者の意思と依頼が具体的で、在宅死の意向が明確だった。
- 命令系統が明確で、誰に何をどれだけ報告・連絡・相談したらよいかわかりやすかった。

訪問看護

- 連携が密にできた。医師も含めて、5 角形ぐらいの連携が、本人にとっても安心につながったと思う。

訪問介護

- 自分たちの連携があってこそ、利用者に信頼してもらえた。また、利用者を支えた部下や友人もふくめてこその看取りだった。
- 看取りは、訪問看護師の腕次第だと思う。また介護支援専門員が看護師資格をもっていたことで相談しても、適切な答えがもらえた。

5. 考察

今回のインタビューの対象は、本プロジェクトの委員の縁故である首都圏を中心とした 10 事例に関してのものであるため、一般化には限界がある。調査対象の所属する居宅介護支援事業所の規模は、平成 22 年度介護サービス施設・事業所調査報告書による全国平均の常勤換算従事者数の平均 2.6 人/事業所と比較して大きく、この点からも一般化に注意を要し、この点を踏まえて結果を解釈する必要がある。

在宅看取りの実践事例で訪問介護が参加していた事例は想定以上に独居の事例が多く、このような独居事例は訪問介護員の支援があってこそ在宅での看取りが可能であったとも考えられよう。今後の更なる人口の高齢化と単独世帯の増加を踏まえると、訪問介護員と他職種との連携を検討する本調査の重要性が確認できる。

今回の調査では、他職種と比べ終末期ケアの経験の多い訪問看護師、あるいは看護を基礎資格とする介護支援専門員が状況と基本的対応・方針を判断し、介護支援専門員が他職種からの依頼に応え迅速かつ詳細な判断で資源を調整し、訪問介護員が訪問看護師・介護支援専門員に密に報告し正確にケアを提供することが、良い看取りを可能にする連携の基本的構造と思われた。そのような基本構造のもとで、連携方法や看取りの実現方法および課題について、いくつかのポイントがあるように思われた。

① 早めの意思確認
早めに意思確認を行った事例では、そのことが評価されており、終末期の方針を決定する上で、非常に重要であると考えられる。

② 利用者本人の意思や考え、ニュアンスなどを聞く機会を各専門職が共有する。
各専門職が利用者本人の意思を聞くことは、細かいニュアンスまで伝わり、利用者や家族も含めて共通の目的意識をもつ助けになると考えられる。

③ 訪問介護員の支え方：だれかに相談がすぐにできる
訪問介護員がターミナルになると怖いと思う傾向がみられたが、介護支援専門員や訪問看護師と頻繁に連絡を取ることで、解決をはかっており、訪問看護師や介護支援専門員はいつでも、すぐに相談しやすい体制を整えておく必要があると考えられる。

④ 介護支援専門員のフットワークが軽い
状況が変化しやすい終末期においては、介護支援専門員が「いつでも」「頻繁に」各事業所と連絡をとり、「迅速に」「正確に」情報を各事業所に報告することが良い看取りをするうえで重要であると思われた。

⑤ 指示系統が明確：誰に何をどれだけ報告・連絡・相談するか
介護支援専門員が、指示系統が明確で、誰に何をどれだけ報告・連絡・相談したらよいかわかりやすかったという意見があったが、状況変化時にスムーズに対応できると思われた。

⑥ 介護支援専門員は、自分に各専門職が報告してくれることが大事
介護支援専門員は、特に終末期の終盤に向かって、刻々と変化する利用者の状況についての報告を、他の専門職から聞くことで、適切な支援を機敏に計画実施できることを強調する人もいた。直接ケアに携わることのない介護支援専門員にと

っては、そのような密な報告が判断の重要なガイドとなるようだった。

⑦ 同一事例で、かかわる訪問介護員の人数を限定する（情報共有のしやすさ）。サービス提供責任者または常勤が必ず関わるようにする。

かかわる人数を限定することで、連携が密にできたという意見もみられた。また、訪問介護員は他の職種と比べて不安を感じる傾向があることから、常勤がメインで訪問し、新人などが訪問するときは不安を取り除くため、常勤職員が同行訪問を行うといった形も考えられる。

⑧ 同一法人について：同一法人が２つだと少しは楽に連携ができるが、３つ違うと大変である。

同一法人の事業所同士は密に連携を取りあい、それが良い看取りにつながったことが強調されており、重症なケースほど同じ事業所である方がよいと考えられる。また、同一法人ではなくても以前からつながりがある事業所であれば、信頼関係が築けると考えられる。

⑨ 事業所や訪問宅が近隣な場合「ちょっと寄れる」

各事業所と利用者宅が近く「ちょっと寄れる」から、頻繁に見に行くことができて楽だった、支援しやすかったと述べた事例、終末期が近づいたときに、より近くの事業所の介護支援専門員に後退したという事例からは、特に終末期では物理的な距離も重要である点が窺われた。ただし、距離は関係ないと述べる事例も複数あり、物理的な距離が近いことは必須ではなく、その方が楽という位置づけのものと思われた。

第5章　　総　括

第５章 総括

第1節 結果のまとめ

本調査では、在宅看取り推進のため、在宅看取りにおける訪問看護師・介護支援専門員・訪問介護員間の連携の実態に関する２つの調査を実施した。

１）訪問看護事業所、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所への質問紙調査
２）在宅看取りを実施した事例に関する訪問看護師、介護支援専門員、訪問介護員を対象としたグループインタビュー

その結果、以下のような知見を得た。

① 訪問看護ステーションの約 4 割は過去 3 か月間の看取り数が 0、訪問介護事業所の約半数は過去 6 か月間の看取り数が 0 だった。
② 訪問看護ステーションでの要介護高齢者の看取り事例のうち訪問介護の利用例は約 4 割、訪問介護事業所での看取り事例のうち訪問看護の利用例は約 6 割に留まる。
③ 訪問看護師では約 9 割、介護支援専門員では約 8 割が在宅看取りの経験を持つ一方で、訪問介護員の在宅看取り経験者は 6 割に留まる。
④ 訪問看護師に対して他職種が感じる課題は連携・コミュニケーションの困難、訪問介護員・介護支援専門員に対して他職種が感じる課題は専門的知識および経験の不足が、多く挙げられた。
⑤ 訪問介護員が報告した在宅看取り事例では家族介護者のない場合が約 1.5 割と他職種の事例より突出して多く、インタビューでも 3 職種の連携事例は独居の場合が多かった。
⑥ 訪問看護事業所では、訪問介護員との連携評価が高い群は、低い群に比べて利用者数が少なく、連携する医師・居宅介護支援事業所が少なかった。
⑦ 訪問介護員では、療養病床の勤務経験がある場合に在宅看取り経験数が多かった。また、連携評価と特別養護老人ホームの勤務経験、看取り評価と療養病床の勤務経験が関連した。介護支援専門員でも、施設での勤務経験が在宅看取り数や訪問介護員との連携評価に関連する傾向があった。
⑧ 連携および看取りが支援者の側から見て高評価になる要因として、利用者・ご家族の在宅看取りに関する意思確認とその結果に関する情報共有が、死亡の 5 か月前程度から 4 週間前までに行われていることが挙げられた。在宅看取りの意思決定の確認の場を特に設け、支援スタッフが同席している前で、利用者から在宅看取りに関する意向を直接伺うという事例があり、情報共有として有効であることが語られた。
⑨ 訪問看護師では、連携および看取りが高評価な群は、特に死亡前約 3-4 週間に訪問介護員・介護支援専門員と今後の見通し等について相談していた。また、両者と全期間を通じて面談・電話による相談を実施していた。
⑩ 介護支援専門員では、連携の評価が高い群は、特に死亡前約 2 週間から直前にかけ、訪問看護師・訪問介護員から利用者・ご家族の状況に関して連絡･報告を受け

ていた。

⑪ 訪問介護員では、訪問看護師との面談・電話や同行による現状の情報共有、ケア実施上の支援が、連携や看取りの高評価につながることが、両調査より浮き彫りになった。

⑫ 終末期の不安定な身体状況、家族の不安に対応できるように、利用者宅の一定範囲の近隣に事業所があることが効果的であることが語られた。

⑬ 訪問介護員は、１事例に直接関わる人を一定数以下に限る配慮がある方が、在宅看取りの連携が評価されることが語られた。

⑭ 在宅看取り支援チームにおいて、指示系統が一本決まっており、相互に対し、誰に何をどれだけ報告・連絡･相談できるかが明確であると、チームの構成員は動きやすいことが語られた。

⑮ 介護支援専門員が、その他のチーム員の要請に迅速に応じ対応策をとることは、利用者の状況が刻々と変化する終末期には特に重要ということが語られた。

調査の結果に基づく良い連携・看取りの模式図

利用者の状態像
看護　訪問診療利用、ターミナルケア療養費算定
介護　年齢が高い、排便処置あり
支援　点滴、排便処置あり、訪問介護を利用していない

各職種の連携相手への期待 （「特に期待したい」の回答が50%以上の項目）	
看護師→介護支援専門員	*介護支援専門員→看護師*
タイミングの良い必要な情報共有	タイミングの良い必要な情報提供
	専門的知識・技術の他職種へのわかりやすい説明
	医師との効果的な橋渡し
多職種の間の円滑なコミュニケーションを促す	
支援体制やケア内容の柔軟性を持った対応	支援体制やケア内容の柔軟性を持った対応
	利用者・家族への看取りに関する適切な説明
	利用者・家族の意思決定支援
	家族の看取り参加促進
	注意深く丁寧なケアの実施
	利用者の病状や医療処置の把握・理解
家族の生活や負担感の理解・支援	家族の生活や負担感の理解・支援
	看取りに関する価値観の共通理解
看護師→訪問介護員	*訪問介護員→看護師*
	専門的知識・技術の他職種へのわかりやすい説明
	必要時に同行訪問して一緒に支援・相談する
	医師との効果的な橋渡し
	「利用者・家族への看取りに関する適切な説明
	家族の看取り参加促進
	注意深く丁寧なケアの実施
	利用者の病状や医療処置の把握・理解
	看取りに関する価値観の共通理解
介護支援専門員→訪問介護員	*訪問介護員→介護支援専門員*
	多職種の間の円滑なコミュニケーションを促す
	利用者・家族への看取りに関する適切な説明
	利用者・家族の意思決定支援
家族の生活や負担感の理解・支援	家族の生活や負担感の理解・支援

	4週前		3週前		2週前		1週前		前日・当日	
利用者の状況・担当者会議	*看護*　意識レベル低下、尿量減少がない 担当者会議 介護　呼吸状態悪化がない・担当者会議		看護　意識レベル低下・チアノーゼ 介護　摂食困難 支援　意識レベル低下		看護　チアノーゼ 支援　担当者会議		介護　担当者会議 支援　排泄介助		看護　チアノーゼ・呼吸状態の悪化 自宅で死亡 *介護*　自宅で死亡 支援　意識レベル低下・摂食困難	
	看護→支援	*支援→看護*	*看護→支援*	*支援→看護*	*看護→支援*	*支援→看護*	*看護→支援*	*支援→看護*	*看護→支援*	*支援→看護*
連携内容	今後の見通し		現状の情報共有 今後の見通し	今後の見通し		看取りの意思決定 現状の情報共有		現状の情報共有 今後の見通し		現状の情報共有
手段	面談・電話	FAX・メール	面談・電話		面談・電話		面談・電話 FAX・メール	面談・電話 FAX・メール	面談・電話	同行 面談・電話
	看護→介護	*介護→看護*	*看護→介護*	*介護→看護*	*看護→介護*	*介護→看護*	*看護→介護*	*介護→看護*	*看護→介護*	*介護→看護*
連携内容	時間等の調整 看取りの意思決定 今後の見通し 処置等の説明	時間等の調整がない 看取りの意思決定	今後の見通し	現状の情報共有			今後の見通し	現状の情報共有		現状の情報共有
手段	同行 面談・電話	同行	面談・電話 FAX・メール	面談・電話	面談・電話 FAX・メール		面談・電話	同行 面談・電話	面談・電話	同行 面談・電話
	支援→介護	*介護→支援*	*支援→介護*	*介護→支援*	*支援→介護*	*介護→支援*	*支援→介護*	*介護→支援*	*支援→介護*	*介護→支援*
連携内容		看取りの意思決定 今後の見通し					現状の情報共有			
手段		面談・電話	FAX・メール				FAX・メール	面談・電話		同行

質問紙調査とグループインタビュー調査の結果から、看取り・連携に関して高い評価につながった事業所・職種の特性や利用者の状態像、状況変化、連携の実践内容、および連携相手への期待についてまとめた。

「事業所・職種の特性」「利用者の状態像」（左上図・表）

看取り・連携の評価に関連がみられた事業所の基本属性や各職種の特性について、建物の図の中に示した。また、在宅看取りの事例において看取り・連携評価に関連した事業所・職種間の要因について各事業所をつなぐ矢印上に示した。

また、評価に関連した利用者の状態像を表にまとめた。

「利用者の状況・担当者会議」「連携内容・手段」（左下表）

死亡4週前からの各時期に、看取り・連携の評価に関連がみられた利用者の状況や担当者会議の実施、各職種の連携の実践（内容・手段）について示した。**「看護」**は訪問看護師を、**「介護」**はヘルパーを、**「支援」**は介護支援専門員を示す。

例えば**「看護→支援」**の欄では、訪問看護師による看取り・連携の評価に関連した、訪問看護師が介護支援専門員に対して実施した連携を示している。**「看護→支援」「支援→看護」**を比較することで、連携においてお互いに期待することの共通点と相違点が確認できる。

「各職種の連携相手への期待」（右上表）

「連携相手への期待」を尋ねた質問で「特に期待したい」の回答が50%以上であった項目を、特に期待が高い項目として表に示した。

表において訪問看護師に対する期待が大きい項目は多く、逆に訪問介護員に対する期待が大きい項目は少ないが、これには、質問の設定において訪問看護師へ期待する内容がもとになったことが影響している可能性がある。なお、訪問介護員に対する期待で「特に期待したい」が40%以上の項目では、「タイミングの良い必要な情報共有」「支援体制やケア内容の柔軟性を持った対応」「注意深く丁寧なケアの実施」「看取りに関する価値観の共通理解」が挙げられた。

第2節 提言

ここでは、以上の知見に基づき、今後に向けての提言をまとめる。

1. 訪問看護事業所・居宅介護支援事業所・訪問介護事業所について

①（在宅看取りのない事業所）過去 3 か月間（訪問看護事業所）、または 6 か月間（居宅介護支援事業所および訪問介護事業所）に在宅看取りの実績のある事業所はまだ少なく、特に訪問介護事業所は過去 6 か月間でも看取り数が 0 の事業所が約半数を占めた。訪問介護員が支援した事例には家族介護者のない事例が特に多く、今後、高齢者特に独居または核家族に所属する高齢者の増加が見込まれることを踏まえて、訪問看護とともに、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所が在宅看取りを進めるために何らかの支援策を持つ必要がある。

②（訪問看護・訪問介護間の連携）訪問看護事業所と訪問介護事業所が連携して在宅看取りを支援している事例はまだ多いとは言い難く、訪問看護事業所での要介護高齢者の看取りのうち訪問介護の利用例は約 4 割、訪問介護事業所での看取りのうち訪問看護の利用例は約 6 割に留まっている。高齢者の看取りを推進する上では、医療的支援とともに生活支援を充実させてゆくためにも、今後訪問看護事業所・訪問介護事業所が連携して看取りを支援する在宅療養の形を周知してゆくことが重要であろう。

③（効果的連携と事業所規模）事業所の規模が大きく、連携する事業所数が多いほど事業所における在宅看取り数は多いことは、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所で一致していた。しかし一方で、訪問看護では訪問介護員との連携評価が高い群で事業所の規模が小さい傾向があり、連携する医師・居宅介護支援事業所が少ない傾向があった。このように、質の高い連携を実現するには、事業所の規模や連携数が影響することを考慮に入れる必要がある。

④（事業所の所在地）インタビューでは、終末期の不安定な身体状況、家族の不安に対応できるように、利用者宅の近隣に事業所があることが効果的であることが語られた。これは良い連携のために必須ということではなく、どのような地理的関係にあってもよい連携は可能であるが、地理的な近さは良い連携を容易にすることが窺われた。地域により事業所の配置は多様であるが、在宅看取りのためには一定区域内に事業所を最低数配置することが今後検討される必要があろう。

⑤（関与する訪問介護員の人数および資質）インタビューでは、訪問介護員は、事例に直接関わる人を一定数以下に限る配慮がある方が、在宅看取りの連携が評価される事例があった。在宅看取りに関しては、経験をつんだ常勤の介護員か、サービス提供責任者を配置するなどの工夫が求められる。

2. 訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員の個人要因について

⑥ （訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員の経験①）訪問看護師では約 9 割、介護支援専門員では約 8 割が在宅看取りの経験を持つ一方で、訪問介護員の在宅看取り経験者は 6 割に留まっており大きな開きがある。これに連動して、自分自身が終末期に希望する療養場所も、訪問看護師に比べて介護支援専門員・訪問介護員は「最期まで自宅で療養したい」「現在の制度のもとで最後まで自宅で過ごすことが可能」と考える人の割合が低かった。さらに、自分自身がどのように終末期を迎えたいかと在宅看取りが可能かどうかの認識は、看取り経験数に関連があった。経験の蓄積とともに在宅看取りに関する見方も積極的になり、さらに在宅看取りを推進する意欲につながる可能性がある。

⑦ (訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員の経験②）訪問介護員･介護支援専門員は在宅での経験年数が連携・看取りの評価に関連しない一方で、訪問介護員は療養病床での勤務経験と在宅看取り経験数、特養での勤務経験と連携総合評価、療養病床での勤務経験と看取りの総合評価とが関連した。有意ではないものの、介護支援専門員においても、施設での勤務経験が在宅看取り数や訪問介護員との連携評価に関連する傾向が見られた。これらの職場では、他職種との密な連携や高齢者の看取りが経験できるため、その経験が在宅看取りやその中での連携の仕方に影響するのではないかと思われる。この点から今後、療養病床、特養等高齢者ケア施設における研修や、施設職員と在宅系職員の交流等を検討するとよいかもしれないことが窺われる。特に、訪問介護員は在宅看取りに関する外部研修の受講経験のない人が全体の 7 割弱であり、在宅看取りを担う準備性に著しく欠けることが窺われ、早急に研修機会等の整備が求められよう。

⑧ （各職種がお互いに対して感じる課題）訪問看護師に対して他職種が感じる課題としては連携のための時間の不十分さやコミュニケーションの困難さ、訪問介護員・介護支援専門員に対して各職種が感じる課題としては専門的知識・経験の不足が挙げられた。看護師は医療機関で医学用語を解する職種とのみコミュニケーションをとってきた歴史的背景があり、専門的知識に左右されずに福祉職等と良好なコミュニケーションを保つ技術を磨く必要がある。また今後、各職種の「専門的知識」とは何かを検討整理し、相互に対する役割期待を振り返ることが求められるように思われる。

3. 連携内容について

⑨ （在宅看取り支援チームの形成）特にインタビューにおいて、在宅看取り支援チームにおいて、指示系統が一本決まっており、相互に対し、誰に何をどれだけ報告・連絡･相談できるかが明確であると、チームの構成員は動きやすいことが窺われた。ただし、どのような指示系統が望ましいかは、チームを構成する各専門職の在宅看取り経験や事業所等所属部署での働き方等により、様相には多様性が見られた。介護支援専門員が在宅看取りチームを組織する上では、チーム構成員の特性に配慮しつつどのような連絡・相談体制をとるか、構成員に明確にすること

が求められる。

⑩ （早期の意思確認と情報共有）在宅看取りの連携および看取りが高評価になる要因として、各専門職への質問紙調査およびインタビューから繰り返し見出された知見は、以下の 2 点である。1)利用者・ご家族の在宅看取りに関する意思確認とその結果に関する情報共有が、死亡の 5 か月前程度から 4 週間前までに行われていること。2)在宅看取りの意思決定の確認の場を特に設け、支援スタッフが同席している前で、利用者から在宅看取りに関する意向を直接伺うこと。在宅看取りを推進する上では、特に介護支援専門員および訪問看護師がこの点に特に留意し、この時期をめどに意思確認の場を作り実施してゆくことが求められる。また、訪問看護師が、介護支援専門員・訪問介護員に遅れてケアに参加する場合も多く見られたが、その際には訪問看護師に早めに（予測される死亡の 1 か月以上前)、在宅看取りに関する意思決定状況が周知されることが重要であろう。

⑪ （死亡前 1 週間における、状況に関する頻繁な情報共有）特に介護支援専門員に対し、死亡前約 1 週間以降、訪問看護師・訪問介護員から、利用者・ご家族の状況に関して密な連絡･報告がある場合には、連携の評価が高かった。介護支援専門員は直接のケア提供者ではない分、身体的な変化が著しい時期の連絡・報告が効果的なサービス調整等のために不可欠であり、このような頻繁な状況報告のもとで安心して活動できるように思われた。訪問看護師・訪問介護員は、利用者の予後に関する総合的な見通しのもとで、利用者の病状の変化やご家族の状況を密に介護支援専門員に報告することが求められよう。

⑫ （介護支援専門員の資質）介護支援専門員が、その他のチーム員の要請に迅速に応じ対応策をとることは、利用者の状況が刻々と変化する終末期には特に重要ということがインタビューで繰り返し述べられた。連絡がつきやすく、連絡に迅速に反応することが、変動する病状に即応したケアの実施のために重要と思われる。一方で、介護支援専門員の多忙さはよく指摘されるところであり、特に終末期を支える介護支援専門員には、終末期に求められる時間のかかる支援を可能にするような制度上の配慮も求められるかもしれない。

⑬ （訪問介護員への支援）訪問介護員は、終末期の利用者・ご家族のもっとも身近にいてそのケアに関わる。一方で、終末期の利用者の身体変化に関する医学的知識等は訪問介護員の専門的知識の範疇外であり、訪問介護員の、終末期の身体的な変化およびケア方法の理解を助ける支援が特に求められる。訪問看護師との同行や電話・面接による情報共有がある場合に連携の評価が高い点は、質問紙調査で顕著にみられ、インタビューでも同様の内容が繰り返し報告された。特に、他職種への期待の設問で、訪問看護師に同行訪問を「特に期待」した訪問介護員が半数以上あり、同行訪問がしやすい環境での連携評価も高かった。訪問介護員への、タイミングの良い十分な同行およびその他の手段による支援により、在宅看取りの推進を図る必要があろう。介護支援専門員と同様、終末期の事例に対する訪問介護員の支援には制度上の追加報酬はなく、今後検討が求められよう。

参考資料

【調査票】

- 訪問看護師調査
- 訪問介護員調査
- 介護支援専門員調査

【グループインタビュー調査より】

- 利用者様緊急チャート
- １１９対応
- 利用者様緊急対応（具体例）

訪問看護

在宅看取りにおける職種間の連携に関する調査

＊記入者は、管理者もしくは管理者に準じる方にお願いします。
＊回答は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則１つですが、複数選択いただく場合には、質問の最後に「複数回答可」と記載しています。
＊具体的な数値等をご記入いただく部分もありますが、該当がない場合には必ず「０」とご記入ください。また、ご不明な場合には、「－」とご記入ください。
＊調査時点は、特に記載がなければ平成 23 年 10 月 1 日時点または平成 23 年 10 月分、もしくは質問に記載している期間とします。
＊この調査で「在宅看取り」とは、介護保険サービスの利用者が、終末期を自宅で過ごし自宅で死亡すること（ただし、死亡前 24 時間以内の医療機関搬送と医療機関での死亡を含む）を指します。

Ⅰ　まず、事業所の概要についておうかがいします。

問１　開設主体		1　地方公共団体　2　社会福祉法人　3　医療法人 4　社団・財団法人　5　協同組合　6　営利法人（会社） 7　特定非営利活動法人（ＮＰＯ）　8　その他の法人
問２ 同一法人内の施設・事業所に○（複数回答可）、問３ 併設施設・事業所には◎（複数回答可）		1　居宅介護支援事業所　2　訪問介護事業所　3　病院 4　有床診療所　5　無床診療所　6　該当なし （※併設とは同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接している場合を指します）
問４ 加算届出（複数回答可）	①介護保険法	1　緊急時訪問看護加算　2　特別管理加算　3　ターミナルケア加算 4　サービス提供体制強化加算　5　該当なし
	②健康保険法等	1　24 時間対応体制加算　2　24 時間連絡体制加算 3　重症者管理加算　4　該当なし
問５　看護職員数（常勤換算数、小数点以下第一位まで）		（　　）人
問６　利用者数（10 月分）		（　　）人 ➡うち医療保険のみの利用　（　　）人
問７　同一法人**以外**で、訪問看護指示書の交付を受けた医療機関数（平成 23 年 10 月分）		（同一法人以外は）（　　）か所
問８　ケアプランを受けている同一法人**以外**の居宅介護支援事業所数（平成 23 年 10 月分）		（同一法人以外は）（　　）か所
問９　在宅看取り人数（平成 23 年 7 月～9 月）（※サービス利用を死亡終了した人で、死亡時点で在宅だった人、ただし搬送先等での 24 時間以内の死亡を含む）		（㋐　　）人
問 9-1　㋐のうち、「がん」が主要疾患の利用者数		（　　）人
問 9-2　㋐のうち、要介護認定者		（㋑　　）人
問 9-3　㋑のうち、**他法人**の居宅介護支援事業所の利用者数		（　　）人
問 9-4　㋑のうち、死亡前の 1 か月間に訪問介護を利用していた利用者数		（　　）人
問 10　あなたの事業所のある自治体では、他事業所の訪問介護員との同時訪問が必要に応じて実施できますか		1　はい　2　いいえ　3　わからない

Ⅱ　次に、あなたの在宅看取りの経験等についておうかがいします。

問 11　あなたが担当している利用者が在宅での看取りを希望したら、自分で最期まで、担当する自信がありますか。該当する数字を○で囲んでください。

1　ない
2　あまりない
3　少しある
4　ある

枝問 11-1　（問 11 で「１」「２」を選んだ方のみ）自信がない理由は何ですか。以下の選択肢のうち、ご自身に該当するものを選び、該当する番号に○をつけて下さい（複数回答可）。

1　人が亡くなってゆく様子を見たことがない
2　亡くなってゆく人のお世話をしたことがない
3　人の死に関わりたくない
4　看取りに必要な医療知識・技術に不安がある
5　関係職種間の調整能力に不安がある
6　看取りの際の臨機応変な判断・決断に不安がある
7　地域に必要な社会資源がない
8　看取りのケアについて相談する相手がいない
9　利用者・家族とのコミュニケーションに不安がある
10　家族からの評価が怖い
11　その他（具体的に：　　）

問 12　あなたはこれまでに、在宅での看取り（搬送先等での 24 時間以内の死亡を含む）の支援を経験したことがありますか。

1　はい　→　次のページにお進みください。
2　いいえ　→　問 43（8 ページ）にお進みください。

Ⅲ 在宅看取りにおける他職種との連携に関して、おうかがいします。

問 13　在宅で看取りを行う場合に介護支援専門員・訪問介護員との連携を円滑に進めるため、連携相手にどのようなことを期待しますか。①～⑳の内容を「1 特には期待しない」～「4 特に期待したい」の４段階で評価し、該当する数字を介護支援専門員・訪問介護員それぞれに関して○で囲んでください。

		介護支援専門員への期待				訪問介護員への期待			
		特には期待しない	できれば期待したい	期待したい	特に期待したい	特には期待しない	できれば期待したい	期待したい	特に期待したい
職種間連携の技術	① 職種の役割を理解している	1	2	3	4	1	2	3	4
	②タイミング良く必要な情報を共有する	1	2	3	4	1	2	3	4
	③専門的知識・技術を他職種にわかりやすく説明する	1	2	3	4	1	2	3	4
	④必要時に同行訪問して一緒に支援・相談する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑤医師との効果的な橋渡しをする	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑥多職種の間を取り持ち円滑なｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝを促す	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑦対等な立場で話し合える	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑧精神的に助け合いながら協働できる	1	2	3	4	1	2	3	4
柔軟性	⑨支援体制やケア内容に柔軟性を持って対応する	1	2	3	4	1	2	3	4
利用者・家族支援	⑩利用者・家族に看取りに関して適切な説明をする	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑪利用者・家族の意思決定を支援する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑫家族が看取りに参加できるように促す	1	2	3	4	1	2	3	4
看取りの技術	⑬研修などを通じて看取りについて勉強する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑭積極的に看取りのケアに取り組む	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑮注意深く丁寧にケアを実施する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑯利用者の病状や医療処置について把握・理解する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑰家族の生活や負担感を理解して支援する	1	2	3	4	1	2	3	4
経験	⑱自分たちの事業所と連携した経験が豊富にある	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑲看取りの経験が豊富である	1	2	3	4	1	2	3	4
価値観	⑳看取りに関する価値観に共通理解が持てる	1	2	3	4	1	2	3	4

問 14　在宅で看取りを行う場合に介護支援専門員との連携を円滑に進めるため、あなたが課題と考えるのはどのようなものですか。（複数回答可）

1　看取りの経験のある介護支援専門員の人数が十分ではない
2　看取りの支援ができる介護支援専門員を見つけることが困難
3　介護支援専門員は看取りに必要な時間を一人の利用者にかけられない
4　介護支援専門員の専門的知識が十分ではない
5　介護支援専門員とのコミュニケーションが困難
6　介護支援専門員との役割分担が明確でない
7　連携のための十分な時間が取れない
8　その他（具体的に：　　）

問 15　在宅で看取りを行う場合に訪問介護員との連携を円滑に進めるため、あなたが課題と考えるのはどのようなものですか。（複数回答可）

1　看取りの経験のある訪問介護員の人数が十分ではない
2　看取りの支援ができる訪問介護員を見つけることが困難
3　看取りに必要な回数・時間の訪問介護が制度上計画できない
4　看取りに必要な知識・技術が十分ではない
5　訪問介護員とのコミュニケーションが困難
6　訪問介護員との役割分担が明確でない
7　連携のための十分な時間が取れない
8　その他（具体的に：　　）

問 16　他職種との連携で、よりよい看取りの支援を提供するために、あなたが行っている工夫を自由に記載してください。

Ⅳ 過去１年以内に在宅で死亡した要介護高齢者の事例があれば、教えてください。

- 「在宅で死亡した」または「在宅で終末期を過ごし入院後 24 時間以内に亡くなった」**65 歳以上の要介護者**のうち、介護支援専門員・訪問介護員の両者あるいはどちらかとともに連携しつつ看取った事例で、直近のもの１例を選び、その方についてご記入ください。
- 事例の主疾患は、がん・非がん（脳卒中後遺症、COPD など）どちらでも結構です。
- 過去１年以内に在宅で死亡した 65 歳以上の要介護の利用者がいない場合、いた場合でもあなた以外の介護支援専門員または訪問介護員が関与しなかった場合には、記入は不要です。その場合は 8 頁、問 43 に進んでください。

(1)　利用者の属性やサービス提供について

問 17 利用者の年齢	（　　）歳　※死亡時点			
問 18 性別	1 男性　2 女性			
問 19 主な家族介護者（○は１つ）	1 夫　2 妻　3 息子　4 娘　5 子どもの配偶者　6 その他　7 なし			
問 20 要介護度	1 要支援１　2 要支援２　3 要介護１　4 要介護２ 5 要介護３　6 要介護４　7 要介護５　8 申請中			
問 21 主疾患名（主なもの１つ）	1 がん　2 循環器（心不全など） 3 脳血管疾患(脳梗塞後遺症など)　4 呼吸器（COPD 末期など） 5 肝臓（肝硬変・肝不全など）　6 腎臓（腎不全など） 7 その他（具体的に：　　）			
問 22 訪問看護開始日	西暦（　　）年（　　）月（　　）日			
問 23 死亡日	西暦（　　）年（　　）月（　　）日			
問 24 死亡場所	1 在宅　2 病院･診療所			
問 25 医療処置の内容（死亡月、複数回答可）	1 気管切開・呼吸器のケア　2 排便処置　3 褥瘡処置　4 点滴 5 苦痛症状の緩和　6 その他（　　）　7 医療処置なし			
問 26 死亡月の保険請求	①医療保険	（　　）円	②ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ療養費の算定	1 有　2 無
	③介護保険	（　　）単位	④ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ加算の算定	1 有　2 無
問 27 利用事業所（死亡月、複数回答可）	1 他の訪問看護事業所　➡（　　）か所 2 訪問介護事業所　→問 29 も回答してください 3 病院・診療所からの往診・訪問診療 4 該当なし			
問 28 利用者の介護支援専門員	①介護支援専門員の基礎資格	1 看護系　2 社会福祉士　3 介護福祉士 4 訪問介護員　5 その他（　　） 6 わからない		
	②同一法人か	1 同一法人以外　2 貴事業所との兼務者 3 2 以外で、同一法人の職員　4 あなた（回答者）		
	（②で１～３を回答した場合のみ） ③過去にこの介護支援専門員から依頼を受けてサービスを担当した事例数（看取り事例以外も含む）	1 なし　2 1-2 事例ある 3 多数ある		
問 29 訪問介護事業所（複数の場合、主な１事業所について）	①同一法人か	1 はい　2 いいえ		
	②過去に同一の利用者に対してともにサービスを担当したことのある事例数（看取り事例以外も含む）	1 なし　2 1-2 事例ある 3 多数ある		
問 30 在宅看取りを進めるにあたり、主治医のほかに、「主な家族介護者」にとっての相談相手となった人（主治医以外; １つだけ）	1 病棟看護師　2 ソーシャルワーカー 3 介護支援専門員　4 訪問看護師 5 訪問介護員　6 他の家族・親戚 7 その他（　　） 8 特になし　9 わからない			

(2)　訪問・連携の実態：死亡前１か月間の状況について、時期ごとにご記入ください。（問 34～問 41 はあなた以外の介護支援専門員や訪問介護の利用がない場合は回答不要です）

内容	①死亡 30 日前～22 日前まで	②死亡 21 日前～15 日前まで	③死亡 14 日前～8 日前まで	④死亡 7 日前～2 日前まで	⑤死亡前日および亡くなった日
問 31 利用者の病態（あてはまるものすべてを○で囲んで下さい（複数回答可））	1 激しい疼痛 2 呼吸困難 3 排泄介助必要 4 摂食困難 5 意識ﾚﾍﾞﾙ低下 6 血圧低下 7 尿量減少 8 呼吸状態悪化 9 チアノーゼ 10 その他（　　）	1 激しい疼痛 2 呼吸困難 3 排泄介助必要 4 摂食困難 5 意識ﾚﾍﾞﾙ低下 6 血圧低下 7 尿量減少 8 呼吸状態悪化 9 チアノーゼ 10 その他（　　）	1 激しい疼痛 2 呼吸困難 3 排泄介助必要 4 摂食困難 5 意識ﾚﾍﾞﾙ低下 6 血圧低下 7 尿量減少 8 呼吸状態悪化 9 チアノーゼ 10 その他（　　）	1 激しい疼痛 2 呼吸困難 3 排泄介助必要 4 摂食困難 5 意識ﾚﾍﾞﾙ低下 6 血圧低下 7 尿量減少 8 呼吸状態悪化 9 チアノーゼ 10 その他（　　）	1 激しい疼痛 2 呼吸困難 3 排泄介助必要 4 摂食困難 5 意識ﾚﾍﾞﾙ低下 6 血圧低下 7 尿量減少 8 呼吸状態悪化 9 チアノーゼ 10 その他（　　）
問 32 訪問看護回数	（　　）回	（　　）回	（　　）回	（　　）回	（　　）回
問 33 サービス担当者会議の有無	1 実施　2 なし	1 実施　2 なし	1 実施　2 なし	1 実施　2 なし	1 実施　2 なし
介護支援専門員との連携 問 34 同行訪問	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上
問 35 面談・電話	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上
問 36 FAX･メール･携帯 SNS 等	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上
問 37 内容（あてはまるものすべてを○で囲んでください（複数回答可））	1 訪問看護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　　）	1 訪問看護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　　）	1 訪問看護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　　）	1 訪問看護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　　）	1 訪問看護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　　）
訪問介護員との連携 問 38 同行訪問	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上
問 39 面談・電話	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上
問 40 FAX･メール･携帯 SNS 等	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上
問 41 内容（あてはまるものすべてを○で囲んでください（複数回答可））	1 訪問時間等の調整 2 看取りの意思決定に関する情報共有 3 現状に関する情報共有 4 今後の見通しの説明・相談 5 処置・介護方法説明 6 その他（　　）	1 訪問時間等の調整 2 看取りの意思決定に関する情報共有 3 現状に関する情報共有 4 今後の見通しの説明・相談 5 処置・介護方法説明 6 その他（　　）	1 訪問時間等の調整 2 看取りの意思決定に関する情報共有 3 現状に関する情報共有 4 今後の見通しの説明・相談 5 処置・介護方法説明 6 その他（　　）	1 訪問時間等の調整 2 看取りの意思決定に関する情報共有 3 現状に関する情報共有 4 今後の見通しの説明・相談 5 処置・介護方法説明 6 その他（　　）	1 訪問時間等の調整 2 看取りの意思決定に関する情報共有 3 現状に関する情報共有 4 今後の見通しの説明・相談 5 処置・介護方法説明 6 その他（　　）

(3)　連携の評価

問 42　この事例に関する介護支援専門員・訪問介護員など在宅ケアチーム内の連携状況について、以下の内容を「1　できなかった」～「4　できた」の４段階で評価し、該当する数字を○で囲んでください。

		できなかった	あまりできなかった	まあできた	できた	訪問介護の利用なし・介護支援専門員兼務等
介護支援専門員との連携	①必要な時に連絡が取れた	1	2	3	4	99
	②必要な情報を共有できた	1	2	3	4	99
	③共通の目的意識を持って看取りを支えられた	1	2	3	4	99
	④適切に訪問時間の調整ができた	1	2	3	4	99
訪問介護員との連携	⑤必要な時に連絡が取れた	1	2	3	4	99
	⑥必要な情報を共有できた	1	2	3	4	99
	⑦共通の目的意識を持って看取りを支えられた	1	2	3	4	99
	⑧思うように同行訪問できた	1	2	3	4	99
在宅看取りの総合評価	⑨必要な介護保険サービス等を良いタイミングで活用できた	1	2	3	4	
	⑩訪問看護の回数・時間は適切だった	1	2	3	4	
	⑪医師と連携できた	1	2	3	4	
	⑫利用者・家族の看取りの意思決定を支えることができた	1	2	3	4	
	⑬適切な症状のコントロールができた	1	2	3	4	
	⑭介護支援専門員・訪問介護員と介護技術・処置方法等を効率的に教えあうことができた	1	2	3	4	
	⑮介護支援専門員・訪問介護員と精神的に支え合って看取りができた	1	2	3	4	
	⑯総合的に見て、この事例では良い看取りができた	1	2	3	4	
	⑰総合的に見て、この事例では良い連携ができた	1	2	3	4	

＜全員の方におうかがいします＞

Ⅴ　あなた自身の終末期の過ごし方についてのお考えをおうかがいします。

問 43　あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている（６ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）場合、最期までの療養生活はどこで送りたいですか。（○は１つ）

1　なるべく早く今まで利用した医療機関に入院したい
2　なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
3　自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
4　自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
5　自宅で最期まで療養したい
6　専門的医療機関（がんセンターなど）で積極的に治療を受けたい
7　老人ホームに入所したい
8　その他（　　）
9　わからない

問 44　現在の制度のもとで、あなたは自宅で最期まで療養ができるとお考えになりますか。（○は１つ）

1　実現可能である
2　実現困難である
3　わからない

枝問 44-1　（問 44 で 2 を選んだ方のみ）実現できないとお考えになる具体的な理由はどんなことでしょうか。お考えに近いものをお選びください。（複数回答可）

1　往診・訪問診療をしてくれる医師がいない
2　訪問看護体制が整っていない
3　訪問介護体制が整っていない
4　24 時間相談にのってくれるところがない
5　介護してくれる家族がいない
6　介護してくれる家族に負担がかかる
7　症状が急変したときの対応に不安がある
8　症状急変時すぐに入院できるか不安である
9　居住環境が整っていない
10　経済的に負担が大きい
11　その他（具体的に：　　）

Ⅵ　最後にあなた（回答者）自身についておうかがいします。

問 45　年齢	（　　）歳
問 46　臨床経験年数（小数点以下切捨て）	（　　）年
問 47　訪問看護師経験年数　（小数点以下切捨て）	（　　）年
問 48　介護支援専門員資格の有無	1　有　➡兼務（1.有　2.無）　　2　無
問 49　在宅看取りの経験数（主担当）	（　　）人
問 50　在宅看取りに関する外部の研修を受けた経験	1　有　　2　無

質問は以上で終わりです。
同封の返信用封筒にて（切手の貼付、差出人名の記入は不要です）、
１１月１８日(金)までに投函してください。ご協力ありがとうございました。

訪問介護

在宅看取りにおける職種間の連携に関する調査

＊記入者は、原則、利用者の在宅看取りの経験を持つ管理者もしくは管理者に準じる方にお願いします。
＊回答は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則１つですが、複数選択いただく場合には、質問の最後に「複数回答可」と記載しています。
＊具体的な数値等をご記入いただく部分もありますが、該当がない場合には必ず「０」とご記入ください。また、ご不明な場合には、「－」とご記入ください。
＊調査時点は、平成 23 年 10 月 1 日時点または平成 23 年 10 月分、質問に記載している期間とします。
＊この調査で「在宅看取り」とは、介護保険サービスの利用者が、終末期を自宅で過ごし自宅で死亡すること（ただし、死亡前 24 時間以内の医療機関搬送と医療機関での死亡を含む）を指します。

Ⅰ　まず、事業所の概要についておうかがいします。

問１　開設主体	1　地方公共団体　2　社会福祉法人　3　医療法人 4　社団・財団法人　5　協同組合　6　営利法人（会社） 7　特定非営利活動法人（ＮＰＯ）　8　その他の法人
問２ 同一法人内の施設・事業所に○（複数回答可）、問３ 併設施設・事業所には◎（複数回答可）	1　居宅介護支援事業所　2　訪問看護事業所　3　病院 4　有床診療所　5　無床診療所　6　該当なし （※併設とは同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接している場合を指します）
問４　加算届出	1　特定事業所加算Ⅰ　2　特定事業所加算Ⅱ 3　特定事業所加算Ⅲ　4　該当なし
問５　サービス提供者・訪問介護員数（常勤換算・小数点第一位まで）	（　　）人
問６　利用者数（介護報酬の請求件数の実数：10 月分）	（　　）人
問７　同一法人以外で、ケアプランを受けている居宅介護支援事業所数（平成 23 年 10 月分）	（同一法人以外は）（　　）か所
問８　１か月以内の死亡が予想される利用者宅への訪問を行うことがあるか	1　ある　2　ない
問９　在宅看取り人数（平成 23 年 4 月～9 月）（※サービス利用を死亡終了した人で、死亡時点で在宅だった人、ただし搬送先等での 24 時間以内の死亡を含む）	（㋐　　）人
問 9-1　㋐のうち、「がん」が主要疾患の利用者数	（　　）人
問 9-2　㋐のうち、**他法人**の居宅介護支援事業所の利用者数	（　　）人
問 9-3　㋐のうち、死亡前の1か月間に訪問看護を利用していた利用者数	（　　）人
問 10　あなたの事業所のある自治体では、他事業所の訪問看護師との同時訪問が必要に応じて実施できますか	1　はい　2　いいえ　3　わからない

Ⅱ　次に、あなたの在宅看取りの経験等についておうかがいします。

問 11　あなたが担当している利用者が在宅での看取りを希望したら、自分で最期まで、担当する自信がありますか。該当する数字を○で囲んでください。

1　ない
2　あまりない
3　少しある
4　ある

枝問 11-1　（問 11 で「１」「２」を選んだ方のみ）自信がない理由は何ですか。以下の設問のうち、ご自身に該当するものを選び、該当する番号に○をつけて下さい（複数回答可）。

1　人が亡くなってゆく様子を見たことがない
2　亡くなってゆく人のお世話をしたことがない
3　人の死に関わりたくない
4　看取りに必要な医療知識・技術に不安がある
5　関係職種間の調整能力に不安がある
6　看取りの際の臨機応変な判断・決断に不安がある
7　地域に必要な社会資源がない
8　看取りのケアについて相談する相手がいない
9　利用者・家族とのコミュニケーションに不安がある
10　家族からの評価が怖い
11　その他（具体的に：　　）

問 12　あなたはこれまでに、在宅での看取り（搬送先等での 24 時間以内の死亡を含む）の支援を経験したことがありますか。

1　はい　→　次のページにお進みください。
2　いいえ　→　問 45（8 ページ）にお進みください。

Ⅲ 在宅看取りにおける他職種との連携に関して、おうかがいします。

問 13　在宅で看取りを行う場合に介護支援専門員・訪問看護師との連携を円滑に進めるため、連携相手にどのようなことを期待しますか。①～⑳の内容を「1 特には期待しない」～「4 特に期待したい」の４段階で評価し、該当する数字を介護支援専門員・訪問看護師それぞれに関して○で囲んでください。

		介護支援専門員への期待				訪問看護師への期待			
		特には期待しない	できれば期待したい	期待したい	特に期待したい	特には期待しない	できれば期待したい	期待したい	特に期待したい
職種間連携の技術	①他職種の役割を理解している	1	2	3	4	1	2	3	4
	②タイミング良く必要な情報を共有する	1	2	3	4	1	2	3	4
	③専門的知識・技術を他職種にわかりやすく説明する	1	2	3	4	1	2	3	4
	④必要時に同行訪問して一緒に支援・相談する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑤医師との効果的な橋渡しをする	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑥多職種の間を取り持ち円滑なｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝを促す	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑦対等な立場で話し合える	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑧精神的に助け合いながら協働できる	1	2	3	4	1	2	3	4
柔軟性	⑨支援体制やケア内容に柔軟性を持って対応する	1	2	3	4	1	2	3	4
利用者・家族支援	⑩利用者・家族に看取りに関して適切な説明をする	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑪利用者・家族の意思決定を支援する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑫家族が看取りに参加できるように促す	1	2	3	4	1	2	3	4
看取りの技術	⑬研修などを通じて看取りについて勉強する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑭積極的に看取りのケアに取り組む	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑮注意深く丁寧にケアを実施する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑯利用者の病状や医療処置について把握・理解する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑰家族の生活や負担感を理解して支援する	1	2	3	4	1	2	3	4
経験	⑱自分たちの事業所と連携した経験が豊富にある	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑲看取りの経験が豊富である	1	2	3	4	1	2	3	4
価値観	⑳看取りに関する価値観に共通理解が持てる	1	2	3	4	1	2	3	4

問 14　在宅で看取りを行う場合に介護支援専門員との連携を円滑に進めるため、あなたが課題と考えるのはどのようなものですか。（複数回答可）

1　看取りの経験のある介護支援専門員の人数が十分ではない
2　看取りの支援ができる介護支援専門員を見つけることが困難
3　介護支援専門員は看取りに必要な時間を一人の利用者にかけられない
4　介護支援専門員の専門的知識が十分ではない
5　介護支援専門員とのコミュニケーションが困難
6　介護支援専門員との役割分担が明確でない
7　連携のための十分な時間が取れない
8　その他（具体的に：　　）

問 15　在宅で看取りを行う場合に訪問看護師との連携を円滑に進めるため、あなたが課題と考えるのはどのようなものですか。（複数回答可）

1　看取りの経験のある訪問看護師の人数が十分ではない
2　看取りの支援ができる訪問看護師を見つけることが困難
3　看取りに必要な回数・時間の訪問看護が制度上計画できない
4　訪問看護師の専門的知識が十分ではない
5　訪問看護師とのコミュニケーションが困難
6　訪問看護師との役割分担が明確でない
7　連携のための十分な時間が取れない
8　その他（具体的に：　　）

問 16　他職種との連携で、よりよい看取りの支援を提供するために、あなたが行っている工夫を自由に記載してください。

Ⅳ 過去１年以内に在宅で死亡した要介護高齢者の事例があれば、教えてください。

- 「在宅で死亡した」または「在宅で終末期を過ごし入院後 24 時間以内に亡くなった」**65 歳以上の要介護者**のうち、あなたが介護サービス計画（ケアプラン）作成を担当**しなかった**事例で、直近のもの１例を選び、その方についてご記入ください。
- ケアプラン作成を担当しなかった在宅看取り事例がない場合には、ケアプラン作成を担当した事例でも結構です。
- 事例の主疾患は、がん・非がん（脳卒中後遺症、COPD など）どちらでも結構です。
- 過去１年以内に在宅で死亡した 65 歳以上の利用者がいない場合には、記入は不要です。その場合は 8 頁、問 45 に進んでください。

(1) 利用者の属性やサービス提供について

問 17 利用者の年齢		（　　）歳　※死亡時点
問 18 性別		1 男性　2 女性
問 19 主な家族介護者（○は１つ）		1 夫　2 妻　3 息子　4 娘　5 子どもの配偶者　6 その他　7 なし
問 20 要介護度		1 要支援１　2 要支援２　3 要介護１　4 要介護２ 5 要介護３　6 要介護４　7 要介護５　8 申請中
問 21 主疾患名（主なもの１つ）		1 がん　2 循環器（心不全など） 3 脳血管疾患(脳梗塞後遺症など)　4 呼吸器（COPD 末期など） 5 肝臓（肝硬変・肝不全など）　6 腎臓（腎不全など） 7 その他（具体的に：　　）　8 わからない
問 22 訪問介護開始日		西暦（　　）年（　　）月（　　）日
問 23 死亡日		西暦（　　）年（　　）月（　　）日
問 24 死亡場所		1 在宅　2 病院・診療所
問 25 利用者に必要な医療処置の内容（死亡月、複数回答可）		1 気管切開・呼吸器のケア　2 排便処置　3 褥瘡処置　4 点滴 5 苦痛症状の緩和　6 その他（　　）　7 医療処置なし
問 26 死亡月の保険請求		（　　）単位
問 27 貴事業所から訪問した訪問介護員の総数　（死亡から１か月以内）		（　　）人
問 28 利用事業所（死亡月、複数回答可）		1 訪問看護事業所　→問 30 も回答してください 2 他の訪問介護事業所　➡（　　）か所 3 病院・診療所からの往診・訪問診療 4 該当なし
問 29 利用者の介護支援専門員	①介護支援専門員の基礎資格	1 看護系　2 社会福祉士　3 介護福祉士 4 訪問介護員　5 その他（　　） 6 わからない
	②同一法人か	1 同一法人以外　2 貴事業所との兼務者 3 2 以外で、同一法人の職員　4 あなた（回答者）
	（②で１～３を回答した場合のみ）③過去にこの介護支援専門員から依頼を受けてサービスを担当した事例数（看取り事例以外も含む）	1 なし　2 1-2 事例ある 3 多数ある
問 30 訪問看護事業所（複数の場合、主な１事業所について）	①同一法人か	1 はい　2 いいえ
	②過去に同一の利用者に対してともにサービスを担当したことのある事例数（看取り事例以外も含む）	1 なし　2 1-2 事例ある 3 多数ある
問 31 在宅看取りを進めるにあたり、主治医のほかに、「主な家族介護者」にとっての相談相手となった人（主治医以外；１つだけ）		1 病棟看護師　2 ソーシャルワーカー 3 介護支援専門員　4 訪問看護師 5 訪問介護員　6 他の家族・親戚 7 その他（　　） 8 特になし　9 わからない

(2) 訪問・連携の実態：死亡前の１か月間の状況について、時期ごとにご記入下さい。（問 36～問 43 はあなた以外の介護支援専門員や訪問看護の利用がない場合は回答不要です）

内容	①死亡 30 日前～22 日前まで	②死亡 21 日前～15 日前まで	③死亡 14 日前～8 日前まで	④死亡 7 日前～2 日前まで	⑤死亡前日および亡くなった日
問 32 利用者の病態（あてはまるものすべてを○で囲んで下さい（複数回答可））	1 摂食困難 2 呼吸状態悪化 3 排泄介助必要 4 激しい疼痛 5 意識レベル低下 6 その他（　　） 7 わからない	1 摂食困難 2 呼吸状態悪化 3 排泄介助必要 4 激しい疼痛 5 意識レベル低下 6 その他（　　） 7 わからない	1 摂食困難 2 呼吸状態悪化 3 排泄介助必要 4 激しい疼痛 5 意識レベル低下 6 その他（　　） 7 わからない	1 摂食困難 2 呼吸状態悪化 3 排泄介助必要 4 激しい疼痛 5 意識レベル低下 6 その他（　　） 7 わからない	1 摂食困難 2 呼吸状態悪化 3 排泄介助必要 4 激しい疼痛 5 意識レベル低下 6 その他（　　） 7 わからない
問 33 訪問介護員が実施した医行為（あてはまるものすべてを○で囲んで下さい（複数回答可））	1 軟膏塗布/湿布 2 点眼 3 服薬介助 4 座薬挿入 5 吸引 6 ｶﾞｰｾﾞ・ﾄﾞﾚｯｼﾝｸﾞ交換 7 その他	1 軟膏塗布/湿布 2 点眼 3 服薬介助 4 座薬挿入 5 吸引 6 ｶﾞｰｾﾞ・ﾄﾞﾚｯｼﾝｸﾞ交換 7 その他	1 軟膏塗布/湿布 2 点眼 3 服薬介助 4 座薬挿入 5 吸引 6 ｶﾞｰｾﾞ・ﾄﾞﾚｯｼﾝｸﾞ交換 7 その他	1 軟膏塗布/湿布 2 点眼 3 服薬介助 4 座薬挿入 5 吸引 6 ｶﾞｰｾﾞ・ﾄﾞﾚｯｼﾝｸﾞ交換 7 その他	1 軟膏塗布/湿布 2 点眼 3 服薬介助 4 座薬挿入 5 吸引 6 ｶﾞｰｾﾞ・ﾄﾞﾚｯｼﾝｸﾞ交換 7 その他
問 34 訪問回数	（　　）回	（　　）回	（　　）回	（　　）回	（　　）回
問 35 サービス担当者会議の有無	1 実施　2 なし	1 実施　2 なし	1 実施　2 なし	1 実施　2 なし	1 実施　2 なし
介護支援専門員との連携 問 36 同行訪問	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上
問 37 面談・電話	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上
問 38 FAX・メール・携帯 SNS 等	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上
問 39 内容（あてはまるものすべてを○で囲んでください（複数回答可））	1 訪問介護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　　）	1 訪問介護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　　）	1 訪問介護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　　）	1 訪問介護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　　）	1 訪問介護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　　）
訪問看護師との連携 問 40 同行訪問	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上
問 41 面談・電話	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上
問 42 FAX・メール・携帯 SNS 等	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上	0 なし　1　1 回　2　2 回以上
問 43 内容（あてはまるものすべてを○で囲んでください（複数回答可））	1 訪問時間等の調整 2 看取りの意思決定に関する情報共有 3 現状に関する情報共有 4 今後の見通しの説明・相談 5 処置・介護方法説明 6 その他（　　）	1 訪問時間等の調整 2 看取りの意思決定に関する情報共有 3 現状に関する情報共有 4 今後の見通しの説明・相談 5 処置・介護方法説明 6 その他（　　）	1 訪問時間等の調整 2 看取りの意思決定に関する情報共有 3 現状に関する情報共有 4 今後の見通しの説明・相談 5 処置・介護方法説明 6 その他（　　）	1 訪問時間等の調整 2 看取りの意思決定に関する情報共有 3 現状に関する情報共有 4 今後の見通しの説明・相談 5 処置・介護方法説明 6 その他（　　）	1 訪問時間等の調整 2 看取りの意思決定に関する情報共有 3 現状に関する情報共有 4 今後の見通しの説明・相談 5 処置・介護方法説明 6 その他（　　）

(3)連携の評価

問 44　この事例に関する介護支援専門員・訪問看護師など在宅ケアチーム内の連携状況について、以下の内容を「1　できなかった」～「4　できた」の４段階で評価し、該当する数字を○で囲んでください。

		できなかった	あまりできなかった	まあできた	できた	訪問看護の利用なし・介護支援専門員兼務等
介護支援専門員との連携	①必要な時に連絡が取れた	1	2	3	4	99
	②必要な情報を共有できた	1	2	3	4	99
	③共通の目的意識を持って看取りを支えられた	1	2	3	4	99
	④適切に訪問時間の調整ができた	1	2	3	4	99
訪問看護師との連携	⑤必要な時に連絡が取れた	1	2	3	4	99
	⑥必要な情報を共有できた	1	2	3	4	99
	⑦共通の目的意識を持って看取りを支えられた	1	2	3	4	99
	⑧思うように同行訪問できた	1	2	3	4	99
在宅看取りの総合評価	⑨必要な介護保険サービス等を良いタイミングで活用できた	1	2	3	4	
	⑩訪問看護の回数・時間は適切だった	1	2	3	4	99
	⑪医師と連携できた	1	2	3	4	
	⑫利用者・家族の看取りの意思決定を支えることができた	1	2	3	4	
	⑬適切な症状のコントロールができた	1	2	3	4	
	⑭介護支援専門員・訪問看護師と介護技術・処置方法等を効率的に教えあうことができた	1	2	3	4	
	⑮介護支援専門員・訪問看護師と精神的に支え合って看取りができた	1	2	3	4	
	⑯総合的に見て、この事例では良い看取りができた	1	2	3	4	
	⑰総合的に見て、この事例では良い連携ができた	1	2	3	4	

＜全員の方におうかがいします＞

Ⅴ　あなた自身の終末期の過ごし方についてのお考えをおうかがいします。

問 45　あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている（６ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）場合、最期までの療養生活はどこで送りたいですか。（○は１つ）

1　なるべく早く今まで利用した医療機関に入院したい
2　なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
3　自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
4　自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
5　自宅で最期まで療養したい
6　専門的医療機関（がんセンターなど）で積極的に治療を受けたい
7　老人ホームに入所したい
8　その他（　　）
9　わからない

問 46　現在の制度のもとで、あなたは自宅で最期まで療養ができるとお考えになりますか。（○は１つ）

1　実現可能である
2　実現困難である
3　わからない

枝問 46-1　（問 46 で２を選んだ方のみ）実現できないとお考えになる具体的な理由はどんなことでしょうか。お考えに近いものをお選びください。（複数回答可）

1　往診・訪問診療をしてくれる医師がいない
2　訪問看護体制が整っていない
3　訪問介護体制が整っていない
4　24 時間相談にのってくれるところがない
5　介護してくれる家族がいない
6　介護してくれる家族に負担がかかる
7　症状が急変したときの対応に不安がある
8　症状急変時すぐに入院できるか不安である
9　居住環境が整っていない
10　経済的に負担が大きい
11　その他（具体的に：　　）

Ⅴ　最後にあなた（回答者）自身についておうかがいします。

問 47　年齢	（　　）歳	問 48　性別	1　男性　　2　女性
問 49　資格	1　介護福祉士　2　訪問介護員１級　3　訪問介護員２級　4　介護職員基礎研修		
問 50　介護職の経験年数　（小数点以下切捨て）	（　　）年		
問 51　施設勤務経験（複数回答可）	1 療養病床　2 老人保健施設　3 特別養護老人ホーム 4 グループホーム（認知症対応型共同生活介護）　5 該当なし		
問 52　施設勤務経験年数　（小数点以下切捨て）	（　　）年		
問 53　介護支援専門員資格の有無	1　有　➡兼務（1.有　2.無）　2　無		
問 54　在宅死亡事例の担当経験数	（　　）人		
問 55　在宅看取りに関する外部の研修を受けた経験	1　有　　2　無		

質問は以上で終わりです。同封の返信用封筒にて（切手の貼付、差出人名の記入は不要です）、１１月１８日(金)までに投函してください。ご協力ありがとうございました。

介護支援専門員

在宅看取りにおける職種間の連携に関する調査

＊記入者は、利用者の在宅看取り経験のある管理者もしくは管理者に準じる方にお願いします。
＊回答は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則１つですが、複数選択いただく場合には、質問の最後に「複数回答可」と記載しています。
＊具体的な数値等をご記入いただく部分もありますが、該当がない場合には必ず「０」とご記入ください。また、ご不明な場合には、「－」とご記入ください。
＊調査時点は、平成 23 年 10 月 1 日時点または平成 23 年 10 月分、質問に記載している期間とします。
＊この調査で「在宅看取り」とは、介護保険サービスの利用者が、終末期を自宅で過ごし自宅で死亡すること（ただし、死亡前 24 時間以内の医療機関搬送と医療機関での死亡を含む）を指します。

Ⅰ　まず、事業所の概要についておうかがいします。

問１　開設主体	1　地方公共団体　2　社会福祉法人　3　医療法人 4　社団・財団法人　5　協同組合　6　営利法人（会社） 7　特定非営利活動法人（ＮＰＯ）　8　その他の法人
問 2　同一法人内の施設・事業所に○（複数回答可）、 問 3　併設施設・事業所には◎（複数回答可）	1　訪問看護事業所　2　訪問介護事業所　3　病院 4　有床診療所　5　無床診療所　6　該当なし （※併設とは同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接している場合を指します）
問４　加算届出	1　特定事業所加算Ⅰ　2　特定事業所加算Ⅱ　3　該当なし
問５　介護支援専門員数 （常勤換算数、小数点以下第一位まで）	（　　）人

問６　所属介護支援専門員の基礎職種別人数（実人数）	看護職（看護師・准看護師・保健師・助産師）	福祉職（介護福祉士・社会福祉士等）	訪問介護員	その他
	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

問７　利用者実人数（10 月分の給付管理票作成件数）	（　　）人
問８　同一法人**以外**で、ｹｱﾌﾟﾗﾝ上に位置付けてｻｰﾋﾞｽ事業者として利用している訪問看護事業所数（実数）（平成 23 年 10 月分）	（同一法人以外は）（　　）か所
問９　同一法人**以外**で、ｹｱﾌﾟﾗﾝ上に位置付けてｻｰﾋﾞｽ事業者として利用している訪問介護事業所数（実数）（平成 23 年 10 月分）	（同一法人以外は）（　　）か所
問 10　在宅看取り人数（平成 23 年 4 月～9 月） （※サービス利用を死亡終了した人で、死亡時点で在宅だった人、ただし搬送先等での 24 時間以内の死亡を含む）	（㋐　　）人
問 10-1　㋐のうち、「がん」が主要疾患の利用者数	（　　）人
問 10-2　㋐のうち、死亡前の１か月間に訪問看護を利用していた利用者数	（　　）人
問 10-3　㋐のうち、死亡前の１か月間に訪問介護を利用していた利用者数	（　　）人
問 11　あなたの事業所のある自治体では、別事業所の訪問看護師と訪問介護員との同時訪問が必要に応じて実施できますか	1 はい　2 いいえ　3 わからない

Ⅱ　次に、あなたの在宅看取りの経験等についておうかがいします。

問 12　あなたが担当している利用者が在宅での看取りを希望したら、自分で最期まで、担当する自信がありますか。該当する数字を○で囲んでください。

1　ない
2　あまりない
3　少しある
4　ある

枝問 12-1　（問 12 で「１」「２」を選んだ方のみ）自信がない理由は何ですか。以下の選択肢のうち、ご自身に該当するものを選び、該当する番号に○をつけて下さい（複数回答可）。

1　人が亡くなってゆく様子を見たことがない
2　亡くなってゆく人のお世話をしたことがない
3　人の死に関わりたくない
4　看取りに必要な医療知識・技術に不安がある
5　関係職種間の調整能力に不安がある
6　看取りの際の臨機応変な判断・決断に不安がある
7　地域に必要な社会資源がない
8　看取りのケアについて相談する相手がいない
9　利用者・家族とのコミュニケーションに不安がある
10　家族からの評価が怖い
11　その他（具体的に：　　）

問 13　あなたはこれまでに、在宅での看取り（搬送先等での 24 時間以内の死亡を含む）の支援を経験したことがありますか。

1　はい　→　次のページにお進みください。
2　いいえ　→　問 44（8 ページ）にお進みください。

Ⅲ 在宅看取りにおける他職種との連携に関して、おうかがいします。

問 14　在宅で看取りを行う場合に訪問看護師・訪問介護員との連携を円滑に進めるため、連携相手にどのようなことを期待しますか。①～⑳の内容を「1 特には期待しない」～「4 特に期待したい」の４段階で評価し、該当する数字を訪問看護師・訪問介護員それぞれに関して○で囲んでください。

		訪問看護師への期待				訪問介護員への期待			
		特には期待しない	できれば期待したい	期待したい	特に期待したい	特には期待しない	できれば期待したい	期待したい	特に期待したい
職種間連携の技術	①他職種の役割を理解している	1	2	3	4	1	2	3	4
	②タイミング良く必要な情報を共有する	1	2	3	4	1	2	3	4
	③専門的知識・技術を他職種にわかりやすく説明する	1	2	3	4	1	2	3	4
	④必要時に同行訪問して一緒に支援・相談する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑤医師との効果的な橋渡しをする	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑥多職種の間を取り持ち円滑なｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝを促す	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑦対等な立場で話し合える	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑧精神的に助け合いながら協働できる	1	2	3	4	1	2	3	4
柔軟性	⑨支援体制やケア内容に柔軟性を持って対応する	1	2	3	4	1	2	3	4
利用者・家族支援	⑩利用者・家族に看取りに関して適切な説明をする	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑪利用者・家族の意思決定を支援する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑫家族が看取りに参加できるように促す	1	2	3	4	1	2	3	4
看取りの技術	⑬研修などを通じて看取りについて勉強する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑭積極的に看取りのケアに取り組む	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑮注意深く丁寧にケアを実施する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑯利用者の病状や医療処置について把握・理解する	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑰家族の生活や負担感を理解して支援する	1	2	3	4	1	2	3	4
経験	⑱自分たちの事業所と連携した経験が豊富にある	1	2	3	4	1	2	3	4
	⑲看取りの経験が豊富である	1	2	3	4	1	2	3	4
価値観	⑳看取りに関する価値観に共通理解が持てる	1	2	3	4	1	2	3	4

問 15　在宅で看取りを行う場合に訪問看護師との連携を円滑に進めるため、あなたが課題と考えるのはどのようなものですか。（複数回答可）

1　看取りの経験のある訪問看護師の人数が十分ではない
2　看取りの支援ができる訪問看護師を見つけることが困難
3　看取りに必要な回数・時間の訪問看護が制度上計画できない
4　訪問看護師の専門的知識が十分ではない
5　訪問看護師とのコミュニケーションが困難
6　訪問看護師との役割分担が明確でない
7　連携のための十分な時間が取れない
8　その他（具体的に：　　）

問 16　在宅で看取りを行う場合に訪問介護員との連携を円滑に進めるため、あなたが課題と考えるのはどのようなものですか。（複数回答可）

1　看取りの経験のある訪問介護員の人数が十分ではない
2　看取りの支援ができる訪問介護員を見つけることが困難
3　看取りに必要な回数・時間の訪問介護が制度上計画できない
4　看取りに必要な知識・技術が十分ではない
5　訪問介護員とのコミュニケーションが困難
6　訪問介護員との役割分担が明確でない
7　連携のための十分な時間が取れない
8　その他（具体的に：　　）

問 17　他職種との連携で、よりよい看取りの支援を提供するために、あなたが行っている工夫を自由に記載してください。

Ⅳ 過去１年以内に在宅で死亡した要介護高齢者の事例があれば、教えてください。

- あなたが担当し、「在宅で死亡した」、または「在宅で終末期を過ごし入院後 24 時間以内に亡くなった」65 歳以上の要介護者のうち、直近のもの１例を選び、その方についてご記入ください。
- 事例の主疾患は、がん・非がん（脳卒中後遺症、COPD など）どちらでも結構です。
- 過去１年以内に在宅で死亡した 65 歳以上の利用者がない場合には、記入は不要です。その場合は８頁、問 44 に進んでください。

(1) 利用者の属性やサービス提供について

問 18 利用者の年齢		（　　　　）歳　　※死亡時点
問 19 性別		1 男性　2 女性
問 20 主な家族介護者（○は１つ）		1 夫　2 妻　3 息子　4 娘　5 子どもの配偶者　6 その他　7 なし
問 21 要介護度		1 要支援１　2 要支援２　3 要介護１　4 要介護２ 5 要介護３　6 要介護４　7 要介護５　8 申請中
問 22 主疾患名（主なもの１つ）		1 がん　2 循環器（心不全など） 3 脳血管疾患（脳梗塞後遺症など）　4 呼吸器（COPD 末期など） 5 肝臓（肝硬変・肝不全など）　6 腎臓（腎不全など） 7 その他（具体的に：　　　　）
問 23 ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ開始日		西暦（　　　）年（　　）月（　　）日
問 24 死亡日		西暦（　　　）年（　　）月（　　）日
問 25 死亡場所		1 在宅　2 病院・診療所
問 26 医療処置の内容（死亡月、複数回答可）		1 気管切開・呼吸器のケア　2 排便処置　3 褥瘡処置　4 点滴 5 苦痛症状の緩和　6 その他（　　）　7 医療処置なし
問 27 あなたの訪問看護・訪問介護の兼務の有無		1 訪問看護を兼務　2 訪問介護を兼務 3 併設事業所なし
問 28 利用事業所　（死亡月、複数回答可）		1 訪問看護事業所　→問 29 も回答してください 2 訪問介護事業所　→問 30 も回答してください 3 病院・診療所からの往診・訪問診療 4 該当なし
問 29 訪問看護事業所（複数の場合、主な１事業所について）	①過去にこの訪問看護事業所とこれまでに一緒に仕事をした事例数（看取り事例以外も含む）	1 なし　2 1-2 事例ある　3 多数ある
	②同一法人か	1 はい　2 いいえ
問 30 訪問介護事業所（複数の場合、主な１事業所について）	①過去にこの訪問介護事業所とこれまでに一緒に仕事をした事例数（看取り事例以外も含む）	1 なし　2 1-2 事例ある　3 多数ある
	②同一法人か	1 はい　2 いいえ
問 31 在宅看取りを進めるにあたり、主治医のほかに、「主な家族介護者」にとっての相談相手となった人（主治医以外；１つだけ）		1 病棟看護師　2 ソーシャルワーカー 3 介護支援専門員　4 訪問看護師 5 訪問介護員　6 他の家族・親戚 7 その他（　　　　） 8 特になし　9 わからない

(2) 訪問・連携の実態：死亡前１か月間の状況について、時期ごとにご記入下さい。

（問 35～問 42 はあなた以外の訪問看護や訪問介護の利用がない場合は回答不要です。）

内容		①死亡 30 日前～22 日前まで	②死亡 21 日前～15 日前まで	③死亡 14 日前～8 日前まで	④死亡７日前～2 日前まで	⑦死亡前日および亡くなった日
問 32 利用者の病態（あてはまるものすべてを○で囲んで下さい（複数回答可））		1 摂食困難 2 呼吸状態悪化 3 排泄介助必要 4 激しい疼痛 5 意識ﾚﾍﾞﾙ低下 6 その他（　） 7 わからない	1 摂食困難 2 呼吸状態悪化 3 排泄介助必要 4 激しい疼痛 5 意識ﾚﾍﾞﾙ低下 6 その他（　） 7 わからない	1 摂食困難 2 呼吸状態悪化 3 排泄介助必要 4 激しい疼痛 5 意識ﾚﾍﾞﾙ低下 6 その他（　） 7 わからない	1 摂食困難 2 呼吸状態悪化 3 排泄介助必要 4 激しい疼痛 5 意識ﾚﾍﾞﾙ低下 6 その他（　） 7 わからない	1 摂食困難 2 呼吸状態悪化 3 排泄介助必要 4 激しい疼痛 5 意識ﾚﾍﾞﾙ低下 6 その他（　） 7 わからない
問 33 訪問回数		（　　）回	（　　）回	（　　）回	（　　）回	（　　）回
問 34 サービス担当者会議の有無		1 実施　2 なし	1 実施　2 なし	1 実施　2 なし	1 実施　2 なし	1 実施　2 なし
訪問看護師との連携	問 35 同行訪問	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上
	問 36 面談・電話	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上
	問 37 FAX・メール・携帯 SNS 等	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上
	問 38 内容（あてはまるものすべてを○で囲んでください（複数回答可））	1 訪問看護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　）	1 訪問看護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　）	1 訪問看護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　）	1 訪問看護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　）	1 訪問看護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　）
訪問介護員との連携	問 39 同行訪問	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上
	問 40 面談・電話	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上
	問 41 FAX・メール・携帯 SNS 等	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上	0 なし　1 1回　2 2回以上
	問 42 内容（あてはまるものすべてを○で囲んでください（複数回答可））	1 訪問介護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　）	1 訪問介護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　）	1 訪問介護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　）	1 訪問介護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　）	1 訪問介護回数に関する相談 2 その他ｻｰﾋﾞｽ調整の相談 3 看取りの意思決定に関する情報共有 4 現状に関する情報共有 5 今後の見通しに関する情報交換 6 その他（　）

(3)連携の評価

問 43　この事例に関する訪問看護師・訪問介護員など在宅ケアチーム内の連携状況について、以下の内容を「1　できなかった」～「4　できた」の４段階で評価し、該当する数字を○で囲んでください。

		できなかった	あまりできなかった	まあできた	できた	訪問看護・訪問介護の利用なし・兼務等
訪問看護師との連携	①必要な時に連絡が取れた	1	2	3	4	99
	②必要な情報を共有できた	1	2	3	4	99
	③共通の目的意識を持って看取りを支えられた	1	2	3	4	99
	④思うように同行訪問できた	1	2	3	4	99
訪問介護員との連携	⑤必要な時に連絡が取れた	1	2	3	4	99
	⑥必要な情報を共有できた	1	2	3	4	99
	⑦共通の目的意識を持って看取りを支えられた	1	2	3	4	99
	⑧思うように同行訪問できた	1	2	3	4	99
在宅看取りの総合評価	⑨必要な介護保険サービス等を良いタイミングで活用できた	1	2	3	4	
	⑩訪問看護の回数・時間は適切だった	1	2	3	4	99
	⑪医師と連携できた	1	2	3	4	
	⑫利用者・家族の看取りの意思決定を支えることができた	1	2	3	4	
	⑬適切な症状のコントロールができた	1	2	3	4	
	⑭訪問看護師・訪問介護員と介護技術・処置方法等を効率的に教えあうことができた	1	2	3	4	
	⑮訪問看護師・訪問介護員と精神的に支え合って看取りができた	1	2	3	4	
	⑯総合的に見て、この事例では良い看取りができた	1	2	3	4	
	⑰総合的に見て、この事例では良い連携ができた	1	2	3	4	

＜全員の方におうかがいします＞

Ⅴ　あなた自身の終末期の過ごし方についてのお考えをおうかがいします。

問 44　あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている（６ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）場合、最期までの療養生活はどこで送りたいですか。（○は１つ）

1　なるべく早く今まで利用した医療機関に入院したい
2　なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
3　自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
4　自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
5　自宅で最期まで療養したい
6　専門的医療機関（がんセンターなど）で積極的に治療を受けたい
7　老人ホームに入所したい
8　その他（　　）
9　わからない

問 45　現在の制度のもとで、あなたは自宅で最期まで療養ができるとお考えになりますか。（○は１つ）

1　実現可能である
2　実現困難である
3　わからない

枝問 45-1　（問 45 で２を選んだ方のみ）実現できないとお考えになる具体的な理由はどんなことでしょうか。お考えに近いものをお選びください。（複数回答可）

1　往診・訪問診療をしてくれる医師がいない
2　訪問看護体制が整っていない
3　訪問介護体制が整っていない
4　24 時間相談にのってくれるところがない
5　介護してくれる家族がいない
6　介護してくれる家族に負担がかかる
7　症状が急変したときの対応に不安がある
8　症状急変時すぐに入院できるか不安である
9　居住環境が整っていない
10　経済的に負担が大きい
11　その他（具体的に：　　）

Ⅴ　最後にあなた（回答者）自身についておうかがいします。

問 46　年齢	（　　）歳	問 47　性別	1　男性　　2　女性
問 48　介護支援専門員としての経験年数　（小数点以下切捨て）	（　　）年		
問 49　介護支援専門員専任か兼務か	1　専任　　2　兼務➡職種（　　）		
問 50　基礎資格	1 社会福祉士　2 介護福祉士　3 看護師　4 准看護師 5 保健師　6 助産師　7 訪問介護員　8 その他（　　）		
問 51　基礎資格における経験年数　（小数点以下切捨て）	（　　）年		
問 52　施設での勤務経験 （複数回答可、職種は問わない）	1 病院　2 老人保健施設　3 特別養護老人ホーム 4 グループホーム（認知症対応型共同生活介護）　5 該当なし		
問 53　施設での勤務経験年数　（小数点以下切捨て）	（　　）年		
問 54　在宅死亡事例の担当経験数	（　　）人		

質問は以上で終わりです。同封の返信用封筒にて（切手の貼付、差出人名の記入は不要です）、
１１月１８日(金)までに投函してください。ご協力ありがとうございました。

119対応

受診希望病院（その病院に主治医がいる、又は以前入院したことがある場合）

ある

ない

希望する病院に電話（診察券を用意して）

1
- ＊主治医・患者名を伝える
  『○○科の△△先生に診てもらっている××です』
- ＊入院歴がある事・患者名を伝える
  『以前○○科に入院していた××です』

2　患者の状態・診察希望であることを伝える
『（現在の状態を話す）状態なので、
今から救急車でそちらに行きたいのですが診て頂けますか？』

受入承諾

受入不可

１１９番連絡

＊火事ですか救急ですか？ ⇒ 救急車お願いします
＊どうしましたか　⇒　××（誰）が（現在の状態）で、
かかりつけの□□病院に電話をしたら、
診てくれるといわれたのでお願いします
＊名前は？年齢は？　⇒　患者氏名
年齢
＊住所は？　⇒

＊電話をかけているのは誰ですか？　⇒　患者からみた自分の続柄を伝える

１１９番連絡

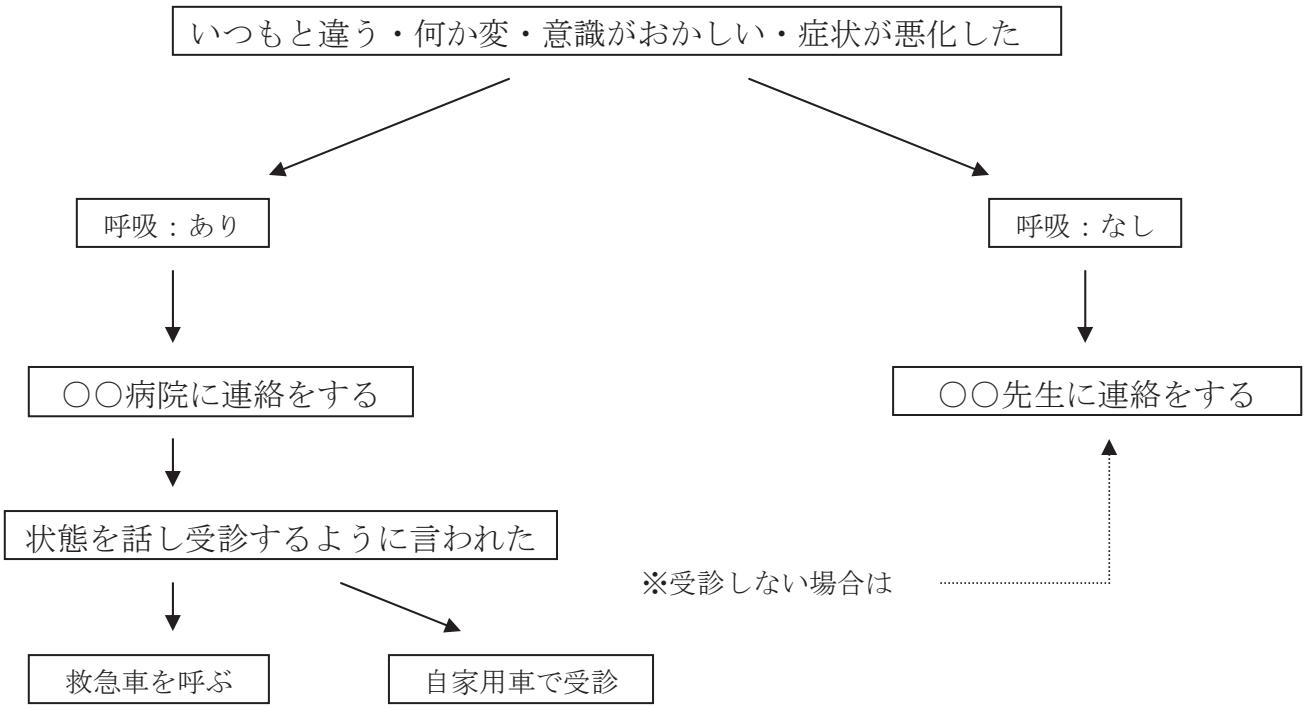
＊火事ですか救急ですか？　⇒　救急車お願いします
＊どうしましたか？　⇒　××（誰）が（現在の状態）
なのでお願いします

＊名前は？年齢は？　⇒　患者氏名
年齢
＊住所は？　⇒

＊電話をかけているのは誰ですか？　⇒　患者からみた自分の続柄を伝える

救急車が来るのを待つ

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様



１１９番連絡

＊火事ですか救急ですか？ ⇒ 救急車お願いします

＊どうしましたか　⇒　○○さんが（現在の状態）で、
かかりつけの○○病院に電話をしたら、
受診するように言われたのでお願いします

＊病名は　⇒

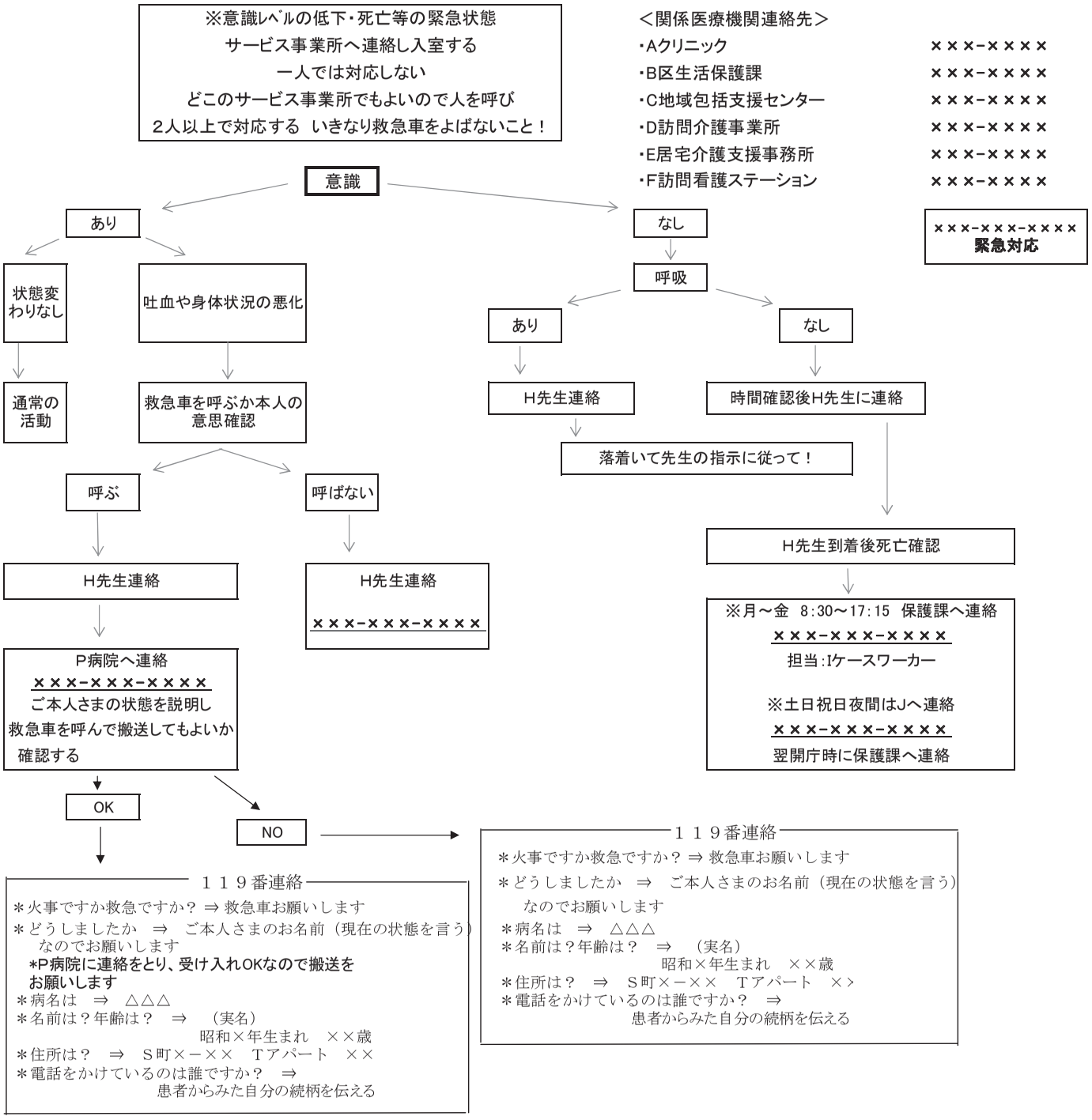
＊名前は？年齢は？　⇒　＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿年　月　日生まれ　　歳＿＿＿

＊住所は？　⇒　＿＿＿＿＿＿**区**＿＿＿＿＿＿

＊電話をかけているのは誰ですか？　⇒　患者からみた自分の続柄を伝える

○○○訪問看護ステーション
電話　×××－×××－××××
携帯×××－××××－××××


※意識レベルの低下・死亡等の緊急状態
サービス事業所へ連絡し入室する
一人では対応しない
どこのサービス事業所でもよいので人を呼び
2人以上で対応する いきなり救急車をよばないこと！
＜関係医療機関連絡先＞
・Aクリニック ×××-××××
・B区生活保護課 ×××-××××
・C地域包括支援センター ×××-××××
・D訪問介護事業所 ×××-××××
・E居宅介護支援事務所 ×××-××××
・F訪問看護ステーション ×××-××××
×××-×××-××××
緊急対応
意識
あり
なし
状態変わりなし
吐血や身体状況の悪化
通常の活動
救急車を呼ぶか本人の意思確認
呼ぶ
呼ばない
H先生連絡
H先生連絡
×××-×××-××××
P病院へ連絡
×××-×××-××××
ご本人さまの状態を説明し
救急車を呼んで搬送してもよいか
確認する
OK
NO
１１９番連絡
＊火事ですか救急ですか？ ⇒ 救急車お願いします
＊どうしましたか ⇒ ご本人さまのお名前（現在の状態を言う）
なのでお願いします
＊P病院に連絡をとり、受け入れOKなので搬送を
お願いします
＊病名は ⇒ △△△
＊名前は？年齢は？ ⇒ （実名）
昭和×年生まれ ××歳
＊住所は？ ⇒ S町×－×× Tアパート ××
＊電話をかけているのは誰ですか？ ⇒
患者からみた自分の続柄を伝える
呼吸
あり
なし
H先生連絡
時間確認後H先生に連絡
落着いて先生の指示に従って！
H先生到着後死亡確認
※月～金 8:30～17:15 保護課へ連絡
×××-×××-××××
担当:Iケースワーカー
※土日祝日夜間はJへ連絡
×××-×××-××××
翌開庁時に保護課へ連絡
１１９番連絡
＊火事ですか救急ですか？ ⇒ 救急車お願いします
＊どうしましたか ⇒ ご本人さまのお名前（現在の状態を言う）
なのでお願いします
＊病名は ⇒ △△△
＊名前は？年齢は？ ⇒ （実名）
昭和×年生まれ ××歳
＊住所は？ ⇒ S町×－×× Tアパート ××
＊電話をかけているのは誰ですか？ ⇒
患者からみた自分の続柄を伝える

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
在宅看取りの推進をめざした訪問看護・訪問介護・介護支援専門員間の協働の
ありかたに関する調査研究事業 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。