

平成 24 年 3 月 26 日

関係者各位

新潟市在宅医療ネットワーク推進事業モデル事業
「がん在宅緩和ケア多職種連携の推進」
事務局 在宅ケアクリニック川岸町
院長 塚田 裕子

「在宅緩和ケアに関するアンケート」の御礼

拝啓

時下、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、この度は、ご多忙な中、上記アンケートにお応えいただき、誠にありがとうございました。アンケートの集計結果がまとまりましたので、送付させていただきます。

本集計結果は、がん診療連携拠点病院をはじめとする主な医療機関、ならびに新潟市医師会へ報告するとともに、「緩和ケアリンクにいがた」の定例会や各地域での診療所医師を中心とした勉強会・研修会の企画、ならびに在宅緩和ケアに関する診療所医師のネットワーク作りなどに役立ててまいりたいと存じます。

なお「緩和ケアリンクにいがた」のメーリングリスト（定例会の案内をさせていただきます）に登録をご希望の方は、下記までメールアドレスをご連絡いただくと幸いです。

敬具

記

同封書類：アンケート集計結果
連絡先：在宅ケアクリニック川岸町 塚田裕子
FAX：025-232-8881
e-mail：kawagishi-clinic@ca.wakwak.com

以上

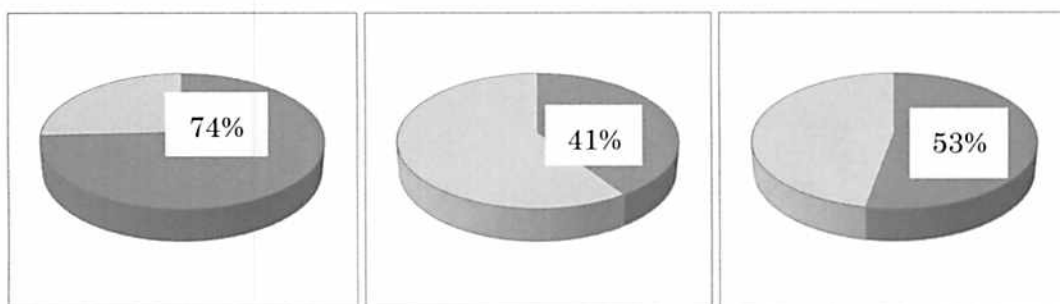
【在宅緩和ケアについてのアンケート】

I 集計結果

1. 回収率

送付 293 ヶ所、回答 159 事業所（全体の回収率 54%）

【訪問看護ステーション】 【地域包括支援センター】 【居宅介護支援事業所】



あり 26 / 35 (74%)

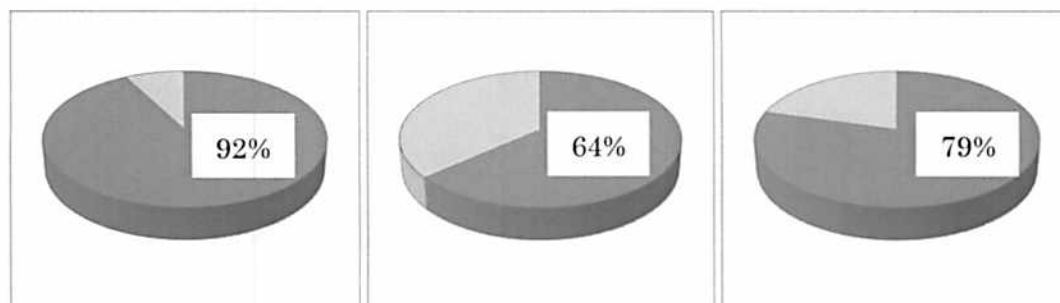
11 / 27 (41%)

122* / 231 (53%)

*; うち2事業所は、所属ケアマネージャー分を複写して回答あり、回答は122事業所、131名。

2. 「がんに対するケアを必要とする利用者」を担当した経験の有無

【訪問看護ステーション】 【地域包括支援センター】 【居宅介護支援事業所】



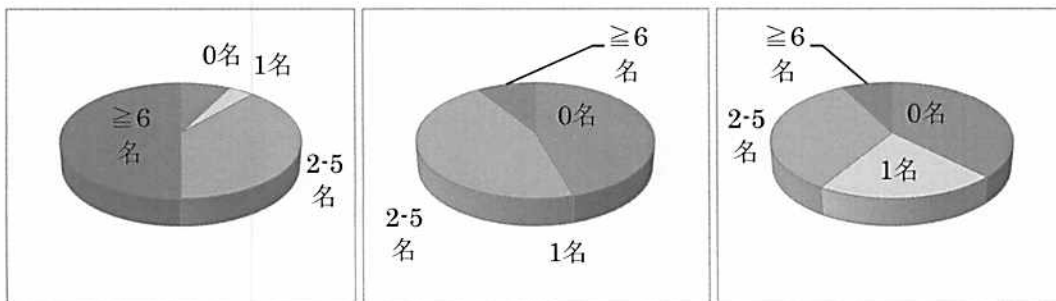
あり 24 / 26 (92%)

7 / 11 (64%)

104 / 131 (79%)

3. 平成24年7月～12月の6カ月間に担当した「がんに対するケアを必要とする利用者」のおよその人数

【訪問看護ステーション】 【地域包括支援センター】 【居宅介護支援事業所】



0～119 (中央値 5.5)

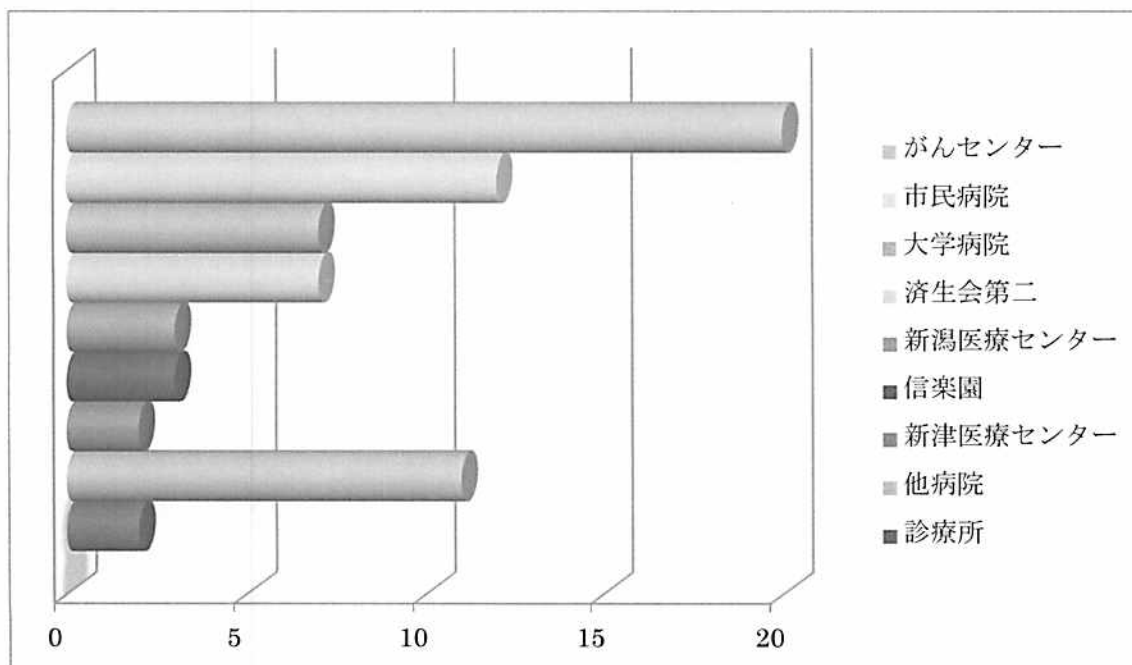
0～8 (中央値 2)

0～12 (中央値 1)

0名	2 (8%)	5 (45%)	49 (37%)
1名	1 (4%)	0	28 (21%)
2-5名	10 (38%)	5 (45%)	44 (34%)
6名≤	13 (50%)	1 (9%)	10 (8%)

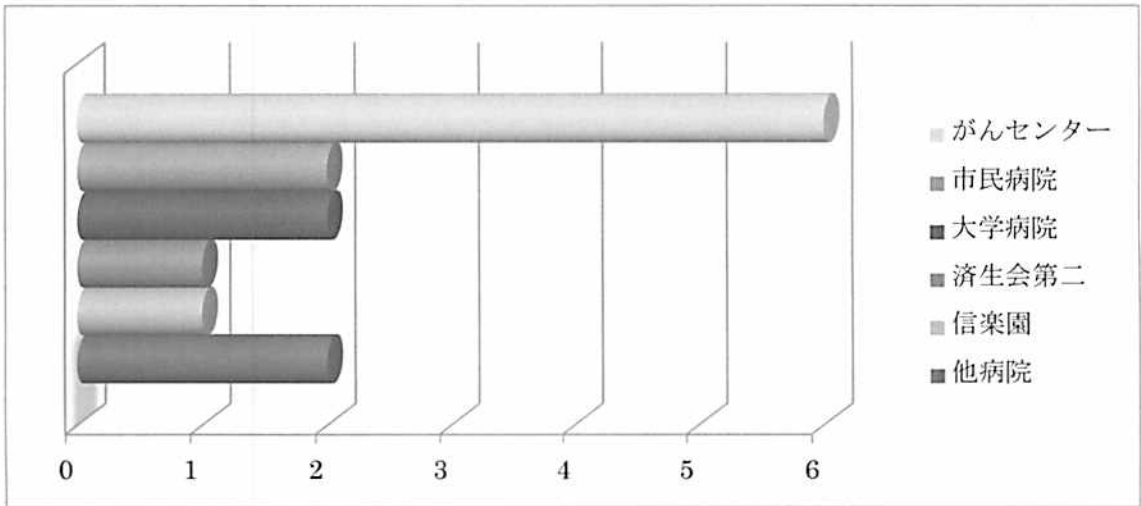
4. 「がんに対するケアを必要とする利用者」の主な紹介元医療機関 (複数回答可)

【訪問看護ステーション】



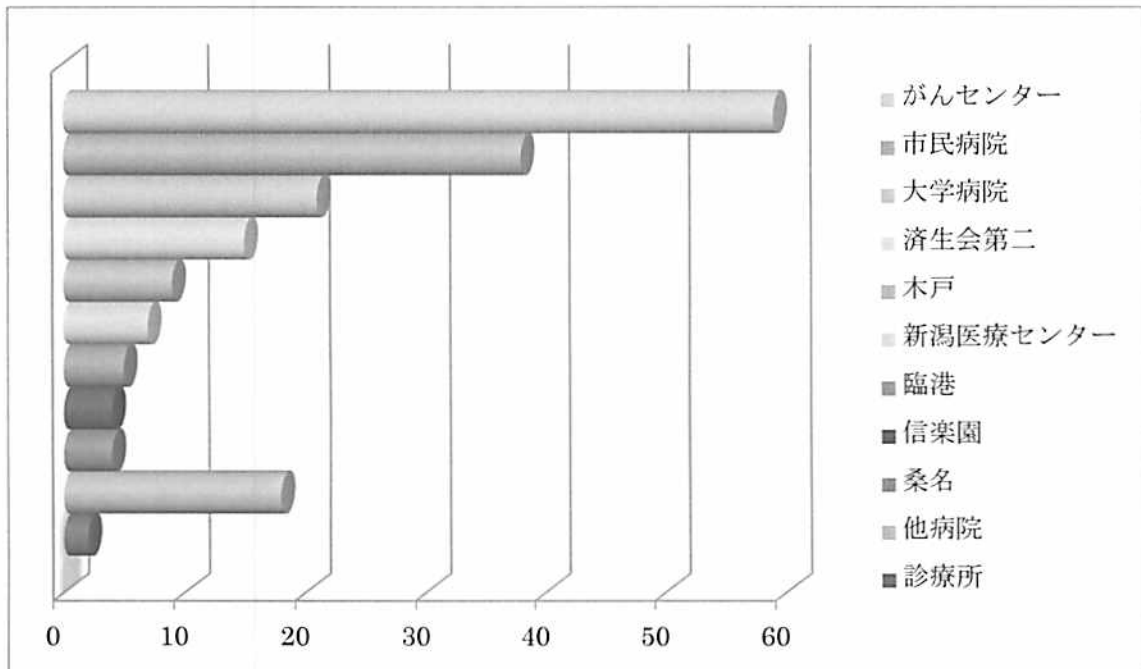
他病院：豊栄、臨港、木戸、桑名、新潟南、日本歯科大、亀田第一、下越、白根健生、西新潟中央、県立吉田

【地域包括支援センター】



他病院：白根健生、県立吉田

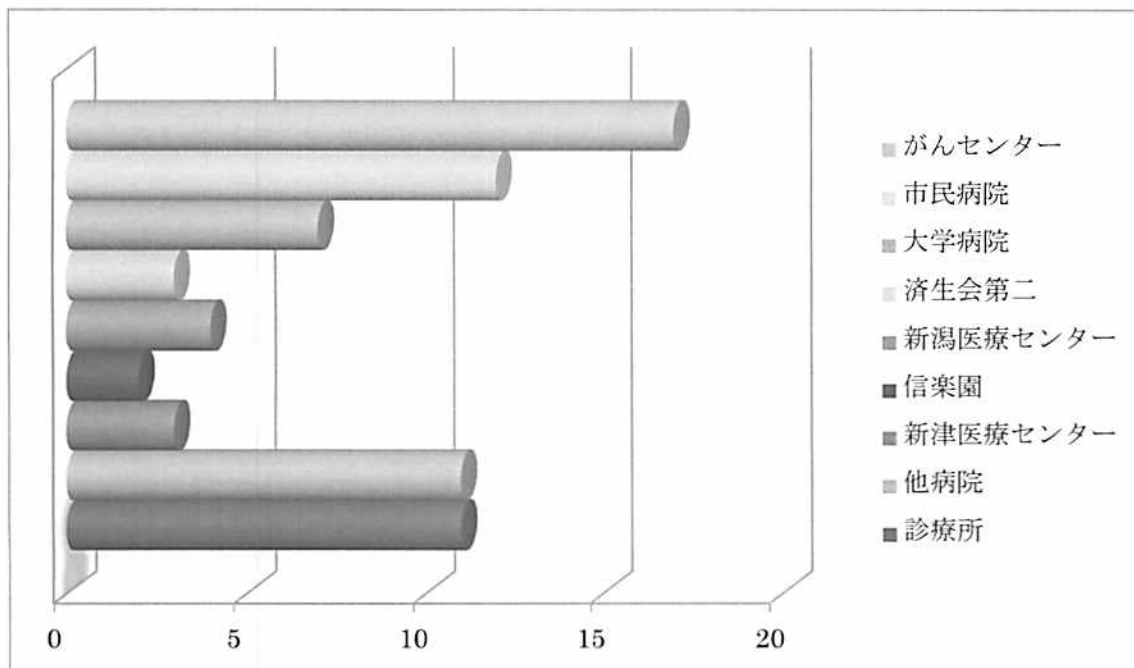
【居宅介護支援事業所】



他病院：西新潟中央、日本歯科大、県立新発田、豊栄、新潟南、亀田第一、下越、新津医療センター、白根健生、聖園、県立吉田、西蒲メディカル、西蒲中央、燕労災、長岡赤十字

5. 「がんに対するケアを必要とする利用者」の主な在宅主治医医療機関
(複数回答可)

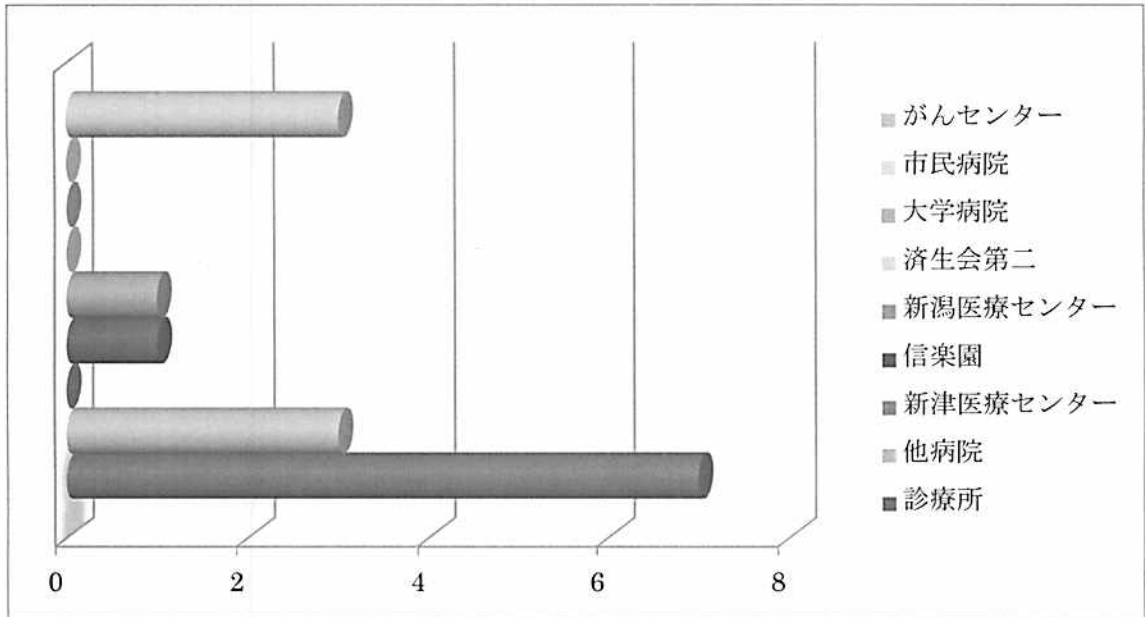
【訪問看護ステーション】



他病院：豊栄、臨港、木戸、桑名、新潟南、亀田第一、下越、白根健生、西新潟中央、西蒲メディカル、県立加茂

診療所；〈東区〉阿部胃腸科内科、〈中央区〉ひろさわ内科、斎藤内科クリニック、堀川内科神経内科、在宅ケアクリニック川岸町、〈秋葉区〉五十嵐医院、〈西蒲区〉潟東クリニック、高木医院、大西医院、笠原医院、西川内科医院

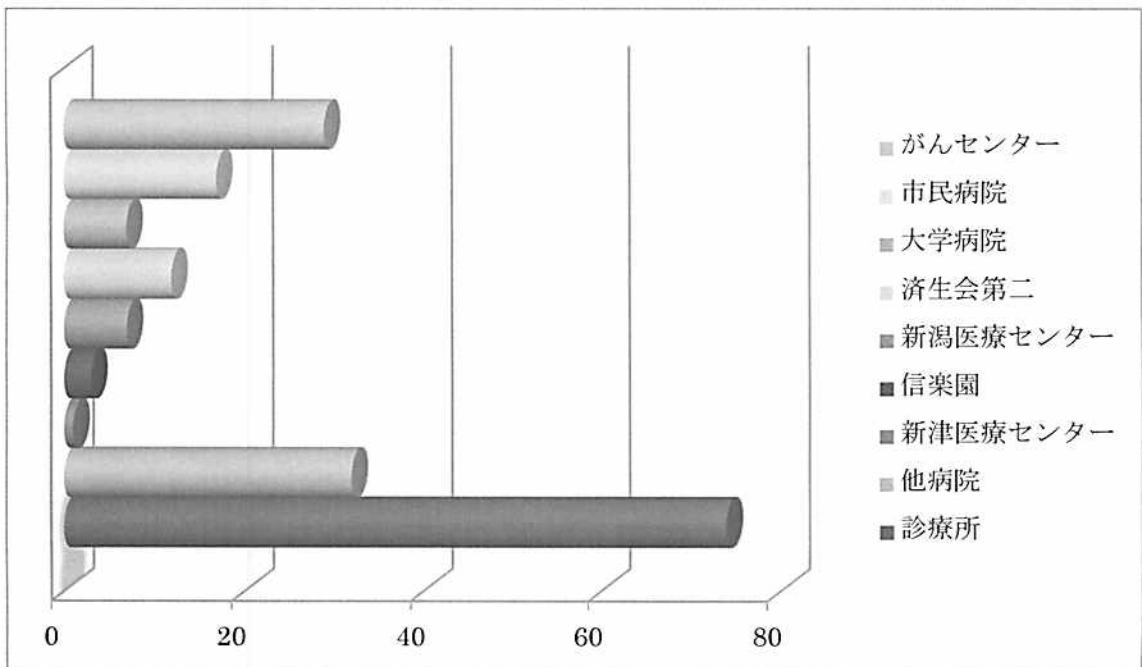
【地域包括支援センター】



他病院：白根健生、県立吉田、岩室リハビリテーション病院

診療所：〈北区〉山口クリニック、〈中央区〉在宅ケアクリニック川岸町、〈秋葉区〉五十嵐医院、〈西蒲区〉潟東クリニック、高木医院、大西医院、笠原医院

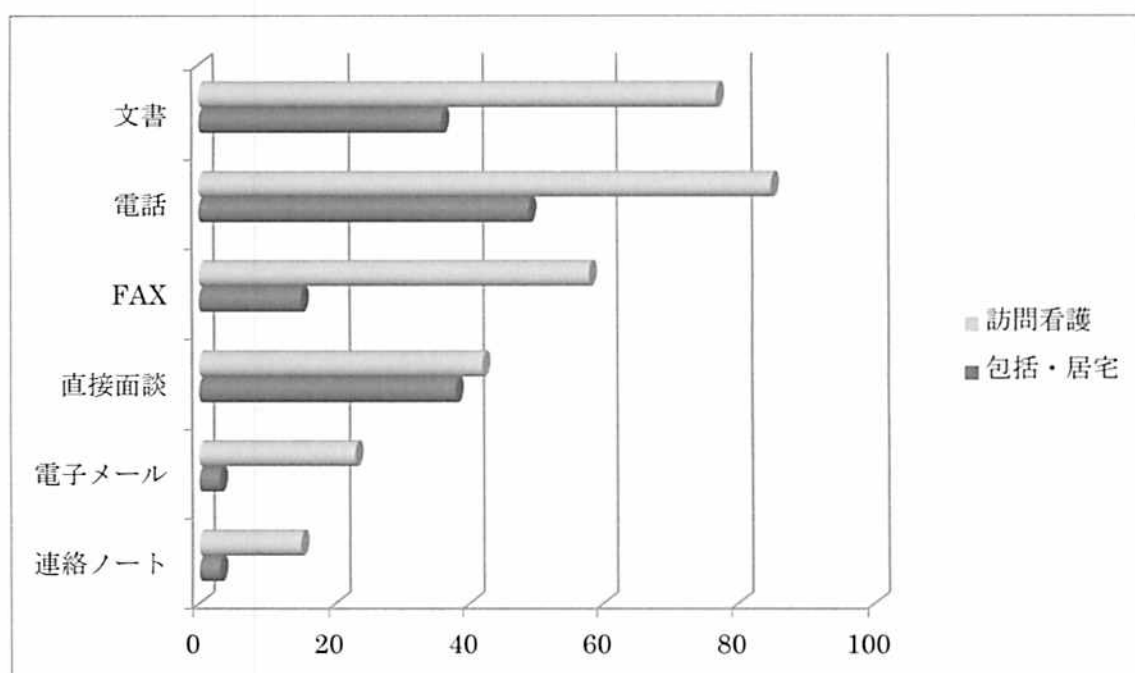
【居宅介護支援事業所】



他病院：木戸、臨港、新潟南、下越、桑名、亀田第一、西新潟中央、西蒲中央、豊栄、聖園、日本歯科大、白根健生、西蒲メディカル、県立吉田、県立加茂

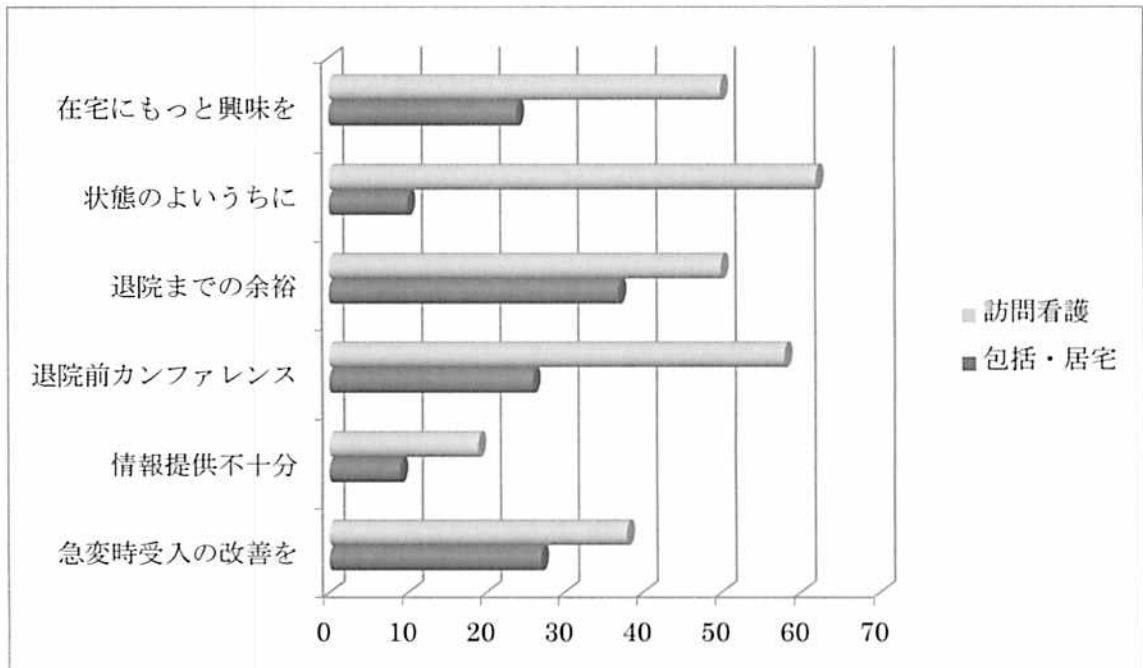
診療所：〈北区〉サトウクリニック新崎、たきざわクリニック松浜、松田内科呼吸器科クリニック、〈東区〉岡田内科、高橋小児科医院、林内科クリニック、〈中央区〉在宅ケアクリニック川岸町、斎藤内科クリニック、ひろさわ内科、本田内科医院、鈴木内科小児科医院、舟江診療所、沼垂診療所、前田内科医院、堀川内科神経内科医院、けやき通りクリニック、さかつめ内科、オヤケ医院、井上内科医院、小山医院、〈江南区〉ゆきよしクリニック、〈秋葉区〉五十嵐医院、ほしの医院、〈南区〉石崎医院、〈西区〉今泉医院、さとう内科クリニック、木村内科、真柄医院、塚田内科医院、中和内科、〈西蒲区〉大西医院、潟東クリニック、高木医院、〈阿賀野市〉鈴木内科、〈燕市〉中島医院

6. 主治医医療機関との情報共有の方法（複数回答可）



	訪問看護ステーション n=26	包括・居宅介護 n=142
文書	20 (77%)	51 (36%)
電話	22 (85)	70 (49)
FAX	15 (58)	22 (15)
直接面談	11 (42)	54 (38)
電子メール	6 (23)	5 (3)
連絡ノート	4 (15)	5 (3)

7. 「がんに対するケアを必要とする利用者」に関して、病院へ感じること・要望（複数回答可）



	訪問看護ステーション n=26	包括・居宅介護 n=142
在宅ケアにもっと興味をもって	13 (50%)	34 (24%)
状態のよいうちに紹介して	16 (62)	14 (10)
退院まで余裕をもって紹介して	13 (50)	53 (37)
退院前カンファレンスやって	15 (58)	37 (26)
情報提供内容が不十分	5 (19)	13 (9)
急変時の受入体制の改善を	10 (38)	39 (27)

〈自由記載〉別紙あり

病院への意見・要望 居宅

【医療のことがわかりづらい】

- ・ 専門用語を控えて、わかりやすい病状説明をしてほしい
- ・ 本人の状態の予測される変化などを具体的に説明してほしい
- ・ 在宅療養時の留意事項など明確に情報を提供してほしい

【本人・家族とのコミュニケーションについて】

- ・ 本人・家族の要望、予期される病態、家族の負担など話し合いを持った上で在宅療養を決めてほしい
- ・ 退院後「〇〇はしても構わない」という希望のもてる説明もほしい
- ・ 「病院から帰れと言ったから…」という感じを受けないような指導やフォローがほしい
- ・ 今後の生活のことを話しあう上で、告知をきちんとしてほしい
- ・ 「病院ではすることがないから」と、つきはなさないでほしい
- ・ 本人や家族にもっと説明をしてほしい(特に高齢者の場合)
- ・ 家族が在宅ケアを十分受け入れないまま退院する場合がある
- ・ 退院後のサービスや利用できる制度、相談窓口など何もわからないまま退院し、とても困ってから直接相談に来られることが多い
- ・ 家族が在宅で見ていく意向があるのかどうかちゃんと確認してから退院させてほしい
- ・ 医師と看護師のいうことが食い違い、家族が不信感を抱いたことがあった
- ・ 急激に体調が悪化することについて、家族が理解不十分、十分に説明してほしい
- ・ 急変した時や、看取りをどこでするのか、家族の意向を確認してほしい
- ・ ホスピスを勧める場合、家族がイメージをつかめていないことがある

【病院医師から在宅医師への紹介】

- ・ 退院時に病院主治医から在宅医を紹介してほしい
- ・ 病院から診療所医師に依頼後、フォローが全くなかった
- ・ 病院医師と在宅医師との間での連携を含めて退院前カンファレンスを行ってほしい
- ・ 在宅での主治医をどうするのか、その医師で家族が在宅療養を継続していけるのか入院中に考えてから退院を勧めてほしい
- ・ 退院後に在宅医に連絡あり居宅支援を開始したが、退院前に病院で検討し、紹介をしてほしい
- ・ 「治療がない」と在宅へ帰され、痛みなどの苦痛に耐えている利用者が多いので、退院前、病状が安定していても近医へ紹介してほしい

【連絡をとりやすい体制を】

- ・ こちらから聞きたいことをすぐに聞ける体制を作してほしい
- ・ 外来医師に利用者の日常生活について相談しても「それは仕方ないでしょ」の一言。相談したいが外来の時間だけでは足りない。
- ・ ケアマネが疑問を感じた時に相談するのを遠慮してしまう。連絡をとりやすい体制があるとよい。
- ・ 病院看護師から情報提供を受けるが治療内容は看護師からは伝えられないと言われたことがある
- ・ 対応窓口を院内で統一してほしい。病棟看護師か、医療相談員か、など。
- ・ 主治医と話ができる場面が多くあることが望ましい
- ・ 本人へ未告知で、看護サマリすらない状況で担当しないといけなことがあり困った
- ・ 状態についての相談を直接会って話しあえない
- ・ 利用者や家族は土日祝日・夜間のちょっとした状態変化を不安に思うが、24時間の相談窓口体制が、今の医療と介護の体制では限界がある
- ・ ショートステイ利用に当たって、主治医からの意見やアドバイスがすぐに聞けると助かる

【退院時の本人・家族への指導】

- ・ 在宅での医療処置について本人や家族へ十分な指導をしてほしい
- ・ どのような症状の変化があったら受診すればいいか、痛み止めのレスキューの使い方など細かい説明があると

【カンファレンスについて】

- ・ カンファレンスには医師が出席して、情報提供をしてもらいたい
- ・ 退院前カンファレンスを行い、準備したが、急変して世界された
- ・ 退院前カンファレンスで情報交換して終了ではなく、退院後の連携についても相談し、方向性を統一したい

【介護保険に理解を】

- ・ 介護保険について理解を深めていただけると連携が図りやすいと思う
- ・ 40歳以上の方は、担当ケアマネがいるか確認してもらいたい
- ・ 急に退院が決まり、家族が介護できないと言うと「ショートステイを利用すれば」と簡単に言うなど、病院の都合に合わせて対応することが多い、すぐにの対応は困難
- ・ ベッドレンタルだけで介護保険の利用を勧めるのはやめてほしい、諸手続きなどでかえって本人・家族に負担か

- ・医療依存度の高い利用者・家族に、施設利用の提案が安易にされることがあるが、すぐ利用できる状況ではないのでケアマネに相談してから情報提供してほしい

【退院のタイミング】

- ・亡くなる直前に退院させるのはやめてほしい
- ・サービスをやっと調整したと思うと数日でまた再入院になったりするので、ある程度状態の落ち着いた段階で退院させてほしい
- ・退院準備中に状態が悪化して亡くなることを複数回経験した、もう少し早かったらと残念に思った

【在宅にもっと理解を】

- ・在宅の様子や介護力について入院中から評価して退院に向けて準備してほしい
- ・在宅で実際に利用者さんがどれだけ動けないか知ってほしい。主治医意見書の記載で軽症に記載されがち。
- ・病院は治療が主だが、在宅では生活がからんでくる。在宅療養を生きていく場としてとらえてもらいたい。
- ・家族が在宅生活をイメージできるような関わりをしてほしい
- ・退院後、緩和ケア病棟へ入院できるまでの間、在宅での医療体制を整えてから退院させてほしい
- ・在宅での生活がどうなるか(食事、排泄、入浴等)をイメージして、退院指導してほしい

【よかったという意見】

- ・退院(長岡日赤)前に看護師より詳しい説明をもらい、退院後も病院から連絡あり、何かあればいつでも受診して下さいと声をかけてもらい、家族もとまどいなく在宅生活に入れた
- ・自分が担当したケースでは、医療機関に大変よくしてもらった
- ・これまで関わったケースでは特に困ったことはない

【病院の体制について】

- ・看護師の資格をもつケアマネージャーの配置・充実が必要
- ・往診してくれる病院が少ない
- ・院内の相談員の方でもある程度の調整(介護保険申請など)を行っていてほしい
- ・MSWがうまく機能していない医療機関はとも困る
- ・病院の都合で早くベッドを空けたいという意向がみえるが、ケアマネは振り回されて大変

【再入院について】

- ・介護者が介護できなくなった場合、介護施設の受け入れが難しいので、一時入院させてもらおうと助かる不安な状況になったらすぐに病院へ受け入れてほしい、そうでなければ在宅ケアは困難だと思う、24時間専門ダイヤルがほしい。
- ・急変時や家族が辛くなった時に病院が必ず受け入れてくれるとの確約があればできるだけ在宅で看たいと言う
- ・何かあった時の受け入れをスムーズにお願いしたい

包括

- ・【本人・家族とのコミュニケーションについて】
- ・患者さんへの対応は病院によってかなり違う。
- ・包括支援センターに治療や転院先についての相談がはいることがあるが、病院側でも聞いてもらえるといいのと思うことがある
- ・「大変になったら病院へ」と言ってくれる病院の先生の存在はありがたいが、同時に「こうやったら在宅で安心して過ごせる」という説明もあるとありがたい。

【在宅にもっと理解を】

- ・病院に長くられないということはわかるが、患者さんそれぞれで違う生活背景や支援体制を評価して個々に応じた対応をしてほしい

【病院の体制について】

- ・在宅に移行する前に情報が不十分なのでMSW等を利用して適切につなげてほしい。医師・本人・家族だけでは情報が食い違うことがある。
- ・MSWの中には連絡しただけで「つなげた」と思っている人もいる。

【再入院について】

- ・家族が疲れた時、ショートステイのように入院できるような体制を作してほしい

【連携の方法について】

- ・患者家族に包括の紹介をするのは良いが、病院の方から包括へ一報をいれていただくスムーズに対応できる
- ・規模の大きい医療機関ほど、何かあった時に相談しにくい

訪問看護

【本人・家族とのコミュニケーションについて】

- ・ 医療費助成などの情報を退院前に家族に提供して不安を軽減してほしい(特に医療処置の必要な場合など)
- ・ 指示書に終末期と記載があるのに、本人・家族に終末期という説明がない場合がままある
- ・ 余命について、家族にはきちんと話をしてもらいたい

【連絡をとりやすい体制を】

- ・ 病状内容など本人・家族を通して情報を得ることが多く、直接情報のやりとりできる病院が少ない
- ・ 医師に気軽に相談できない(電話に出てくれず、受診させればよいと言われ、困った)。
- ・ 状態の変化があったときに対処方法について相談に乗ってほしいが病院医師は連絡がとりにくい

【カンファレンスについて】

- ・ 退院前カンファレンスには本当は参加したいがスタッフ不足で余裕なく参加できないこともある。

【退院のタイミング】

- ・ 状態が悪く、1-2回の訪問ですぐに再入院して終了となることが多い
- ・ 急に依頼があり、またすぐに入院してしまうケースが多く、いつも中途半端な感じがしてしまう
- ・ 入院中に本人や家族と会い、コミュニケーションをとり、早めに関係づくりをしたい

【病院の体制について】

- ・ 病棟と外来の看護師間の連携が不十分
- ・ 病棟医師と外来医師の対応の違いがある
- ・ 地域連携室のスタッフや相談員が外来主治医との間にはいってくると主治医の見解もきちんと伝わりありがた
- ・ 病院の医師が往診できる体制があると急変時、ありがたいと感じる

【再入院について】

- ・ 安心して在宅療養を続けるためには、入院もできるという体制があることが大事と思う。
- ・ 急変時の対応は病院により様々で事前に取り決めしてもうまくいかないケースもあった。
- ・ 母体病院に病室を確保したまま退院するケースもある。在宅で急変時に速やかに再入院できるので本人・家族・看護師にとっても安心。

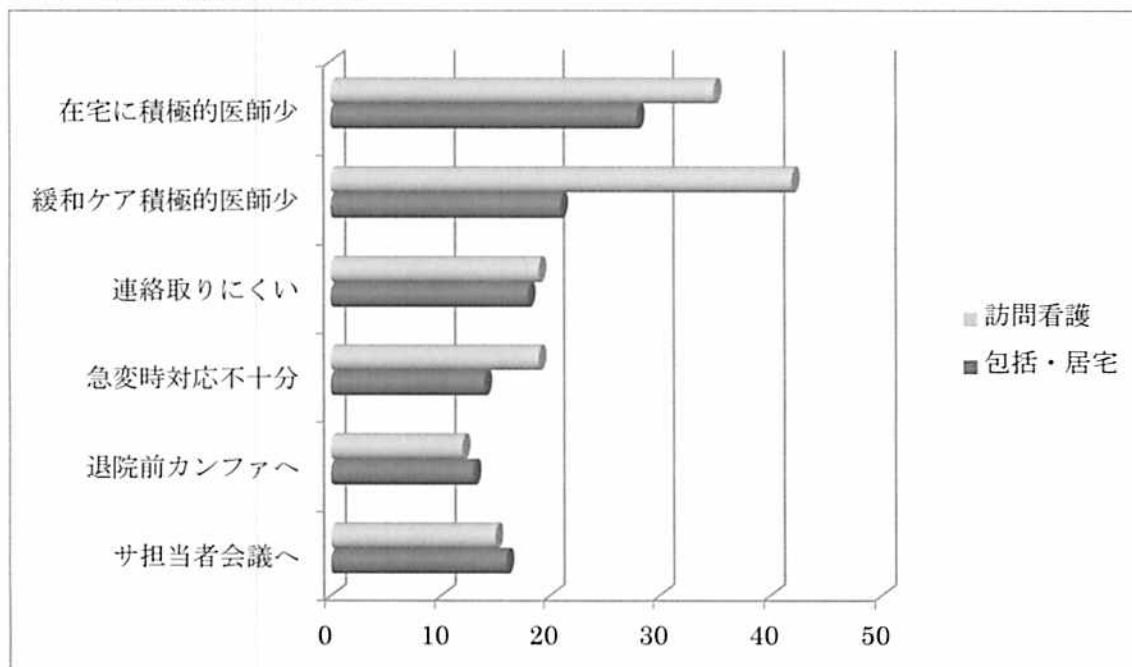
【在宅での看取りについて】

- ・ 看取り対応をしてくれる往診医がいないと死亡診断も病院へ搬送となってしまうような事例の対応に悩む
- ・ 自宅で亡くなっても、死亡診断のために病院へ搬送した事例があったが、病院医師が死亡確認に来てもらえると
- ・ 往診が不可能なため、家族への説明も「何かあったら病院へ」となり、家族も敢えて家で看取る思いには至らな

【その他】

- ・ 指示書の内容が理解できなかつたり、字が汚くて読めないことがある。
- ・ 医療器材を多量に購入させられて結果的に余って無駄になったことがあった。退院後、患者・家族が困らないように必要物品の提供や入手方法について配慮してもらいたい

8. 「がんに対するケアを必要とする利用者」に関して、診療所医師へ感じる
こと・要望（複数回答可）



	訪問看護ステーション n=26	包括・居宅介護 n=142
在宅に積極的な医師が少ない	9 (35%)	40(28%)
緩和ケアに積極的医師少ない	11 (42)	30 (21)
連絡取りにくい	5 (19)	25 (18)
急変時の対応が不十分	5 (19)	19 (14)
退院前カンファに参加して	3 (12)	18 (13)
サ担当者会議へ出席して	4 (15)	23 (16)

〈自由記載〉別紙あり

9. 訪問看護師⇒ケアマネージャー、ケアマネージャー・包括⇒訪問看護師への
感想・要望

〈自由記載〉別紙あり

10. その他、困っていること

〈自由記載〉別紙あり

診療所医師への意見・要望 居宅

【本人・家族への説明】

- ・忙しいので本人・家族の気持ちを引き出し、不安を解消するように説明をする時間がない
- ・本人、家族、関係者が安心して在宅ケアを行えるよう、しっかりとした方向性を定めていただけるよう配慮を期待す
- ・急変時は動揺してしまい、自宅で看取るつもりであっても気が変わることもあるので、家族の意向を確認してほし

【多職種連携】

- ・介護職種とチームを作るという思いがない

【緊急時の対応】

- ・緊急時に相談に乗ってほしい

【医療機関の情報不足】

- ・在宅医療に対応してくれる医療機関の一覧のようなものがほしい

【ケアマネへの助言など】

- ・予後や、今後、予測されることを説明してほしい。
- ・介護系出身のケアマネは医療知識には不安あり、家族から相談を受けたら医師の指示を受けて下さいといてい
- ・がん末期で介護保険を利用されるケースは、特に主治医と直接カンファレンスできる場がほしい
- ・病状が変化しやすいので、常に連絡し、指示が受けられるような体制がほしい
- ・医師は多忙なので声をかけづらい

【よかったこと】

- ・自分が関わった医師はフットワークよく、対応してもらえた。家族の不安に思うこと一つ一つ丁寧に答えてくれた。
- ・自分が連携した医師は急変対応を即時に行っている
- ・在宅医療に熱心な医師としか関わりを持ったことがないので満足している
- ・関わっている主治医はとても一生懸命で細かく説明してくれ、ケアマネとしては心強い
- ・家人が連絡すると臨時でも往診し、状態急変時は病院へすぐに紹介していただき、とても助かった

【在宅緩和ケアに関わる医師不足】

- ・往診してくれる医師がいない現状では、家族が自宅での看取りに消極的になってしまうのは仕方ない
- ・往診をしてくれる医院が少ない。痛みの緩和のための麻薬使用ができる診療所も少ない。
- ・在宅医療はやっているが「緩和ケア」はやっていないので、と断られる場合があり、困る。結局病院の受診となる。
- ・きちんと往診や緊急時に対応してくれる医院があれば安心だが、どの医師も忙しく、受け入れは難しいと思う
- ・在宅医療や緩和ケアに積極的な診療所ができれば1区に1ヶ所あるとよいと思う
- ・往診体制がとれる医院数が絶対的に不足している、往診かつがん緩和ケアに積極的な医師が増えると家族も安心して介護できる

【その他】

- ・医師も24時間対応は難しいので診療所医師間で協力できる体制があるとよい。
- ・医師により対応が異なる。看とりや病院への紹介まで関わってくれる医師から、関わりが少なく情報も得られない医師もいる。
- ・在宅で身近なかかりつけ医が緩和ケアに関わってくれるとは思わなかった。
- ・何かあったらすぐに入院できるような仕組みがあればかかりつけ医が主治医でもよいとは思いますがそうでないと不

包括

- ・高齢の利用者様に対しても積極的な治療のメリット・デメリットを十分説明してほしい
- ・在宅で看取るためには主治医が近くにいることが大切。近くにいる診療所医師が在宅を勧めるようになればそれを望む家族もいると思う。

訪問看護

【カンファレンス】

- ・ 多忙で大変とは思いますが、退院前カンファレンスに参加してほしい
- ・ カンファレンスや担当者会議にでられなくても医師からの情報提供の方法が確立さえしていればどんな方法でもよ

【理解度】

- ・ 在宅医療に対する医師の理解度に差がありすぎる
- ・ 一部を除いた診療所はターミナルケアや在宅医療の中の看護についての理解が乏しいと感じる

【その他】

- ・ 訪問看護STは、“引き受けて診てくれる医師”との関わりになるので、困ることは特にない
- ・ 本人や家族の思いを受け止めて、治療方針をきっちり本人・家族に説明する医師がほとんどいない。
- ・ 在宅医がついていると、ちょっとした症状に対して対応（浣腸や軟膏の処方等）できてよい。
- ・ 往診してくれる医院すら少ないのではないだろうか
- ・ 麻薬の調整は開業医には難しそう。訪問服薬指導を行う調剤薬局と開業医がもっと連携をとるとよいと思う。

ケアマネから訪問看護への要望

【ありがたい存在】

- ・ 利用者の状態を把握し、必要時に医療機関と連絡をとっている。24時間対応で安心できる。
- ・ 症状に応じた対応、緊急時の訪問、家族との相談など助かっていることばかり
- ・ 医療的な処置から精神的ケアまで大変良くしてくれている。利用者や家族から頼りにされている。
- ・ 訪問看護導入が本人・家族のみならず、ケアマネやサービス業者の安心につながる。
- ・ スタッフ皆さんが使命感に立脚して頑張っていると思う
- ・ 病状管理をすべてお願いできて、とても助かった
- ・ 医療専門職が関わってくれているだけで、本人・家族は安心していただける
- ・ ご家族に対しメンタル面を含め、厚くケアしていただき、ケアマネにも助言いただき、大変ありがたい
- ・ 訪問看護師がいなかったらとても対応できなかった、良い経験をさせていただき感謝している
- ・ 臨機応変に対応してくれ、家族の気持ちにも寄り添ってもらい、感謝している

【アドバイス】

- ・ 自宅に戻っても適切な処置やアドバイスがなされ、安定した生活が送れるように日々アプローチがなされていて尊敬してやまない
- ・ 介護者へのアドバイスや悩み相談などメンタル面でとてもありがたい存在
- ・ 連絡もよく、対応もとてもよく、アドバイスも適切
- ・ ケアマネが気づかないこともアドバイスしてくれるし、本人・家族との信頼関係が深く、在宅療養には欠かせない

【他職種との関係】

- ・ 主治医、介護職、家族の連絡・調整役になっていただき、大変ありがたい
- ・ 病状への対応や、医師への連絡などは訪問看護師を頼りにしている。
- ・ 主治医と連絡をお願いしている。再入院など本人・家族・病院との調整もしてくれる。
- ・ 訪問看護あつてのターミナルケアだと思う。病状を主治医に報告し、実情に合わせた処方や処置の変更について動いてくれて助かっている。
- ・ 医療保険での訪問看護になってもケアマネにもきちんと情報がはいるため、ありがたい
- ・ 私が支援した利用者の方は、訪問看護を導入し、医師との連携を図ってくれて大変助かった
- ・ よく対応されていると思うが、医師との連携をさらに強めてほしい

【ケアマネとの関係】

- ・ ケアマネに頼らずに判断してほしい
- ・ 医師とのやりとりが中心でケアマネに情報が来にくい。予測される状態や今現在の状態等をくわしく教えてもらいたい。
- ・ 毎日に状態が変化する方が多いため、変化や対応について、まめに連絡をいただくとありがたいです
- ・ 緊急訪問など対応が速くてよいと思うが、訪問看護から事後報告となり福祉用具業者との相談が追い付かないことがあった
- ・ 医療面のことに関する医師とのやりとりなどはケアマネを通さなくても速やかに行ってほしい、事後報告でもよい
- ・ 医療面での相談にもっと乗ってほしい
- ・ 自分の勉強不足もあるが、専門的なことを言われて、困ることがある。わかりやすい言葉に変えて話してほしい
- ・ 医療保険と介護保険の二重構造が生じるが、情報の共有化・急変時対応など看護師が主導権を持つことが望ましい
- ・ 連絡がとりにくい
- ・ 家族やケアマネに適切なアドバイスをしてくれた。訪問看護がなければ、在宅生活は成り立たないと思う。

【がん末期の訪問看護利用】

- ・ どのようなタイミングで訪問看護を導入したら良いのか
- ・ 医療連携が必要になるので、訪問看護は必須のサービスと感じる
- ・ ターミナルケアとなった時の介護保険から医療保険への移行
- ・ 介護保険と医療保険の訪問看護があるが、一本化できるとよい

【体制について】

- ・ 人員不足があり、状態の変化に合わせた訪問日数等の確保が難しい。
- ・ 緊急時に頼んでも対応が遅いことがある。
- ・ 24時間対応の訪問看護ステーションが少ない
- ・ 訪問看護は夜間の対応が悪いが、ケアマネにはどうすることもできない

【本人・家族との関係】

- ・ 後に残される家族にも十分な支援をしてほしい
- ・ これまでの生活歴なども考慮し、本人・家族がこれでよかったと思えるような支援をしてほしい
- ・ 家族のメンタルケアももう少ししてほしい
- ・ アロママッサージで利用者が非常に喜んだ経験あり、本人が快適に過ごせるような方法を提案してほしい
- ・ ケアマネも含め、看護師は今後起こることがみえているが故に、本人や家族が初めて経験する大きな不安などをスルーして先へ先へと前のめりになってしまうことがある。もっと寄り添うことが必要と感じる
- ・ 精神的に辛さを感じている家族への配慮が不足していることがある
- ・ 頻回に不安を訴える患者家族に『休みの日は連絡しないでほしい』など更に不安を増強させる説明がされたこと聞いたことがある
- ・ 家族・介護者に対して指導的な態度の方もいるが、傾聴をこころがけてほしい
- ・ 家族に深くかかわって相談に乗ったり、指導したり、支えてほしい

【その他】

- ・ 事業所によって対応にばらつきある、医師との連携がしっかりとれ、緊急時も安心なところもあれば、定時訪問以外の支援があまりないこともある

包括から訪問看護への意見・要望

- ・ 忙しいとは思いますが、ゆったりと訪問してほしい
- ・ 24時間対応できる訪問看護ステーションを増やしてほしい
- ・ 24時間体制のステーションを探すのが大変
- ・ 包括やケアマネに対して時に高圧的な話し方をする看護師がいるが、医療的知識が不足している場合もあるので、わかりやすく対応してほしい

訪問看護からケアマネへの意見・要望

【看護に頼り過ぎ？】

- ・ 医師との連携やサービス内容について訪問看護に依存的
- ・ 自ら必要な情報を得るために、必要時訪問して情報を得てほしい
- ・ 状態の確認を頻回に行い、早め早めに福祉用具やサービスの導入などの対応を行ってほしい
- ・ ケアマネさんにより差が大きい(麻薬使用の有無、在宅酸素の有無など医療面についての情報が把握されていないことがある)

【情報共有・連携】

- ・ 関わったケアマネは積極的に情報交換でき連携しやすかった
- ・ お互いにわからないことを言いあえないと関係づくりがうまくいかないと思う
- ・ 状態の変化について報告すると比較的速やかに福祉用具の貸与の手配などしてもらっており、感謝している
- ・ がん末期だと訪問看護が医療保険となるためか、ケアマネからの情報提供や連携が少ないように感じる
- ・ がん末期のケースの場合は、日々、状態が変化するので細やかな情報交換や連携が必要だと思う
- ・ 適宜、連携や情報交換をしながらサービス提供ができていると思う

【医療系ケアマネがよい】

- ・ 医療系のケアマネでないと看護・医療に対する認識が乏しく、施設利用中心のプランになり、利用者・家族への心のケアや家族指導・支援の視点がおろそかになりがち
- ・ 本人・家族の思いをきちんと聞いてほしい
- ・ できれば看護師資格のあるケアマネージャーが望ましいと思う
- ・ 医療系のケアマネでないと特に不安が大きいように思う

【介護保険制度がそぐわない】

- ・ 余命1カ月程度になるとヘルパーは介入できる部分が少なく、必要性が低いと感じる

【訪問看護を早めに導入してほしい】

- ・ がんに対するケアを必要とする利用者では、訪問看護は必須と考えてもらいたい
- ・ 「訪問看護＝医療処置」と考えず、もう少し早く依頼してほしいと思うことが多い。訪問看護でもっといろいろな支援ができるので。
- ・ もう少し状態の良い時に紹介してほしい。ぎりぎりの依頼だとコミュニケーションが十分とれないことがある。

【その他】

- ・ ケアマネの立場で本人・家族の希望をまとめた後、訪問看護が必要なら、訪問看護を含めた担当者会議を行うことがよいと思う。
- ・ 病状変動・ADLが変化しやすい点を何例か経験するとわかってくるので、実際に関わってもらうのがよいと思う

その他、在宅緩和ケアに関する困りごと

居宅

【医師について】

- ターミナルはチームワークが必要だが医師の考え、判断がわからない。どのような病状の際に病院に連絡すべきか迷う。
- きめ細かな往診など医師の十分な関わりで家族やスタッフの不安を取り除くことが必要。
- 家での看取りを希望されても、医師が対応してくれないなど体制が整っていない
- デイサービスやショートステイも利用できるように体調不良時の対応や連絡方法などを提示してもらいたい

【介護保険制度について】

- 介護保険で対応することに問題がある(介護保険の認定調査の内容が癌末期の方にそぐわない、介護保険のサービスの説明や契約など家族にとって負担が大きい)
- 地域のスタッフが「ターミナルケア」と認識していても、病院からはっきり予後についての情報がなく、訪問看護が介護保険となり、利用者の費用負担が大きくなる。
- 高齢の独居の場合、認知症もなく、身の回りのことがある程度できると要支援となり、サービスの利用もままならず受け入れ先の確保が難しく困る
- がん末期の方が介護保険申請を行っても、行政対応(訪問調査など)が遅くて認定に時間がかかり、対応に困ったことがある
- 訪問看護、訪問介護、訪問入浴などの訪問サービスが不足と感ずることがある
- 癌末期で独居でも、要介護度が低く、適切なサービスを組めないこともある
- 介護保険は認定がおりるまでに時間がかかり、その間に病状が悪化することも多い。がん末期の方は基本的には医療保険で訪問看護が入る制度にすればよい
- がん末期の方は福祉用具貸与なども医療保険でスムーズにできるとよいと思う。短期間に急に病状が変化するので介護保険制度にそぐわない
- がんの患者さんは認知機能も最後まで保たれている方が多く、要介護認定が軽くなりがちで、福祉用具レンタルの手続きでもやっかい
- がん治療中の方が介護保険を申請すると医療費が軽減すると病院で言われた、と問い合わせが来たことが数回ある
- 病状が悪化しても本人が在宅継続を望む場合、介護保険の限度額で不足することがあるが、病状が変化してからの区分変更申請では間に合わない
- がん末期の方を担当すると労力が大きく介護報酬がリスクに見合わず、本音は受け持ちたくない。夜遅くまでサービス残業で頑張っている。

【利用者・家族とのコミュニケーション】

- 先への不安や悲観的言動もある利用者とのコミュニケーションに悩む
- がんに対する知識不足から利用者・家族に助言しにくく、看護師にまかせきりになりがち
- 家族の気持ちが不安定になってしまうのでフォローが大変
- 最期の時をどこで過ごすか本人と家族の意向が違うと困る。
- 今後の生活のことを話しあっていく上で、告知されていないと困る
- 療養者の生活の質、生活に対するモチベーションの維持について難しさを感じる
- 知識や情報がないため、関わる時に不安を感じる。利用者が訪問看護の利用を希望しない場合はさらに不安になる。
- がんと直接関係のない家族関係などで困ることが多い
- 日々、状態が悪くなっていく本人、家族への対応について
- 家族は家で看ると言っても、少しの状態の変化に敏感で依存先に連絡しがちなため、息をひきとるまでの状態変化を詳しく説明する必要があると思う
- 本人に告知がされていないケースでは、サービス導入がなかなか難しいことがある
- 家族の心のケア
- ターミナル期の場合、家族と医療機関とのあいだの認識のずれがあるように感じる
- 利用者のメンタル面、将来への不安などをどう支えればいいのか迷うことがある
- 緩和ケアやがんへの知識が少ないため、状況把握ができず、対応が遅れてしまうことがある

【多職種連携】

- 介護事業所もオドオドすることもあり、チームカンファレンスが重要
- 医療的な知識が乏しいので、ケアマネ側に医療側からの情報提供をお願いしたい
- がん末期の場合は、医師と看護師が主となってケアし、ケアマネは背後の調整をする面が多いと感じる

【急変時の対応】

- 急変時の対応の仕方

【介護力の問題】

- ・ 高齢化に伴い、介護力の面が大きい問題と思う。
- ・ 病状に対する家族の無理解や無責任が問題と思う。退院時にはきちんと説明されていると思うが。
- ・ 長くなると、家族の精神的負担が大きく、うつ状態がみられがちになる
- ・ 病状が安定していれば自宅で過ごせるのが理想だが、家族の介護力がないと難しいと思う

【施設利用について】

- ・ 麻薬を使用しているためにショートステイが利用できず、家族の介護に頼らざるを得なかった。
- ・ 末期がんの場合、デイサービスやショートステイが使えなくなることがある。介護者の休養が必要なのにと歯がゆくなる。
- ・ 介護の負担が増大したり、協力家族が少ない場合に医療機関に連携を図りたいが難しく、介護保険施設は医療依存度が高いと受け入れに限界がある
- ・ 治療がある程度落ち着いて退院となっても、医療依存度が高いと受け入れてくれない施設もあり、行き場に困ることがある

【その他】

- ・ 緩和ケア病棟への入院が難しい。家族よりホスピスまで出向くのが大変という声が聞かれる
- ・ がん患者へのリハビリをどうするか
- ・ 何か苦痛がある度に即入院になり、入退院を反復する方を経験した。困った時にすぐに入院できるのはいいことだが、長く在宅で過ごすために何か他に良い方法がないものかと思う。
- ・ 医療費が高額になり、経済的負担が大きい
- ・ 入退院の繰り返しになること
- ・ 自分は基礎資格が介護福祉士なので緩和ケア・がんに対する知識が少なく、状況把握や予後について対応が遅れてしまうことがある
- ・ ADLが保たれていて、疼痛管理も自己管理していて、訪問看護利用の意向がない利用者でどこまでどのように支援すればいいのか困った
- ・ 高齢世帯で内服薬を確実に服用できていないことがある
- ・ 患者さんだけでなく、介護者支援が重要と考える
- ・ 家族内に要介護者や支援の必要なひとがいる場合、制度が整っていないし、自分の力不足を感じる

包括

- ・ 療養先など利用者と家族の意向が違うケースに対しての援助
- ・ 本人の本当の望みがかなうためには施設でも在宅でも看取りを支援できる体制づくりが必要だと思う

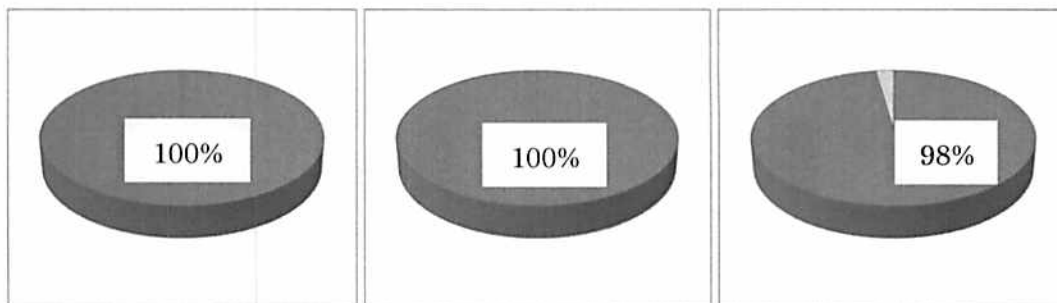
訪問看護

- ・ 家族が延命のための点滴を希望したのに医師が拒否した時、複雑な気持ちになった
- ・ 病状が不安定なため最期の場所を決めかね、迷う家族をどう支えるか悩む
- ・ 在宅療養を決心しても、入院という選択肢もあることが大事
- ・ 人員不足で24時間体制のない状況での対応に理解いただきたい
- ・ がん末期や神経難病の利用者がレスパイトに使える施設があればよい、スタッフ不足であれば訪問看護がはいるシステムになっていけばよいと思う
- ・ ターミナル期に積極的な治療を望む家族がいることと、積極的に入院させようとする医師がいること
- ・ 系列の病院でも病院医師と診療所医師の連携が悪く、看護師が利用者と医療機関の間にはさまれて困ること
- ・ 本人がずっと家にいたいという思いがあっても、介護力が乏しく、ADL低下や病状の悪化で再入院となるケースが多くジレンマを感じる

- ・ 母体病院にも入院しているがん患者は多いが在宅につながるケースが少ない。調整しているうちに病状が変化して退院できなかったケースも多い。もう少し早い時期に退院調整・診療所医師への紹介がなされれば、がん末期の方も安心して家で過ごせると思う

11. 在宅緩和ケアに関する研修会・勉強会への参加意思

【訪問看護ステーション】 【地域包括支援センター】 【居宅介護支援事業所】

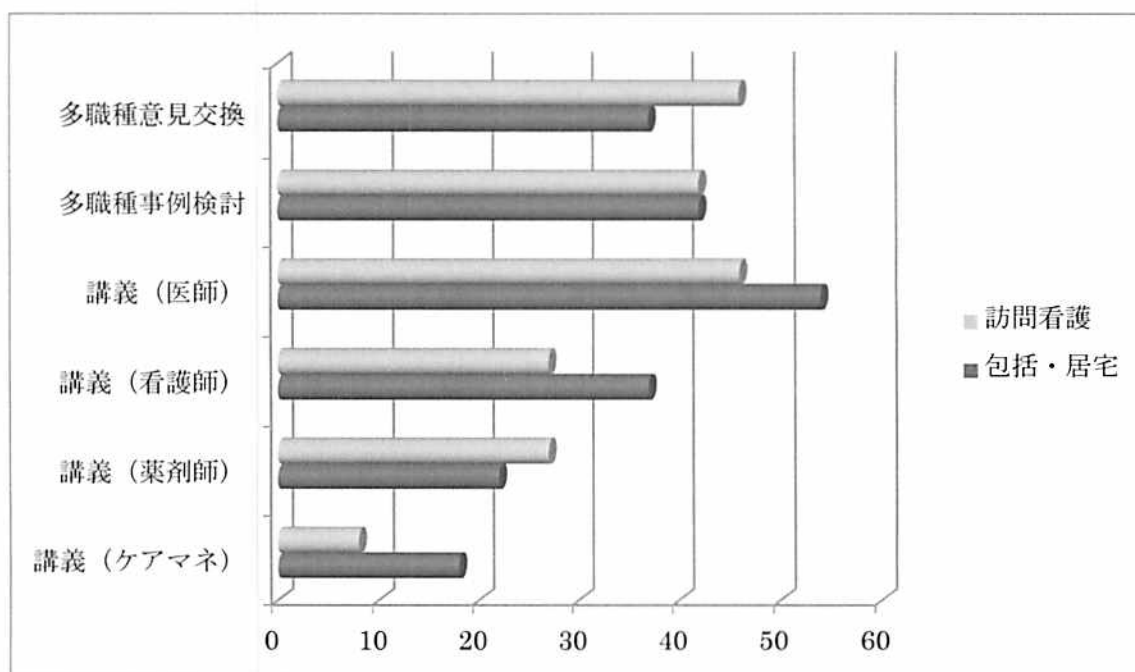


あり 26 / 26 (100%)

11 / 11 (100%)

128 / 131 (98%)

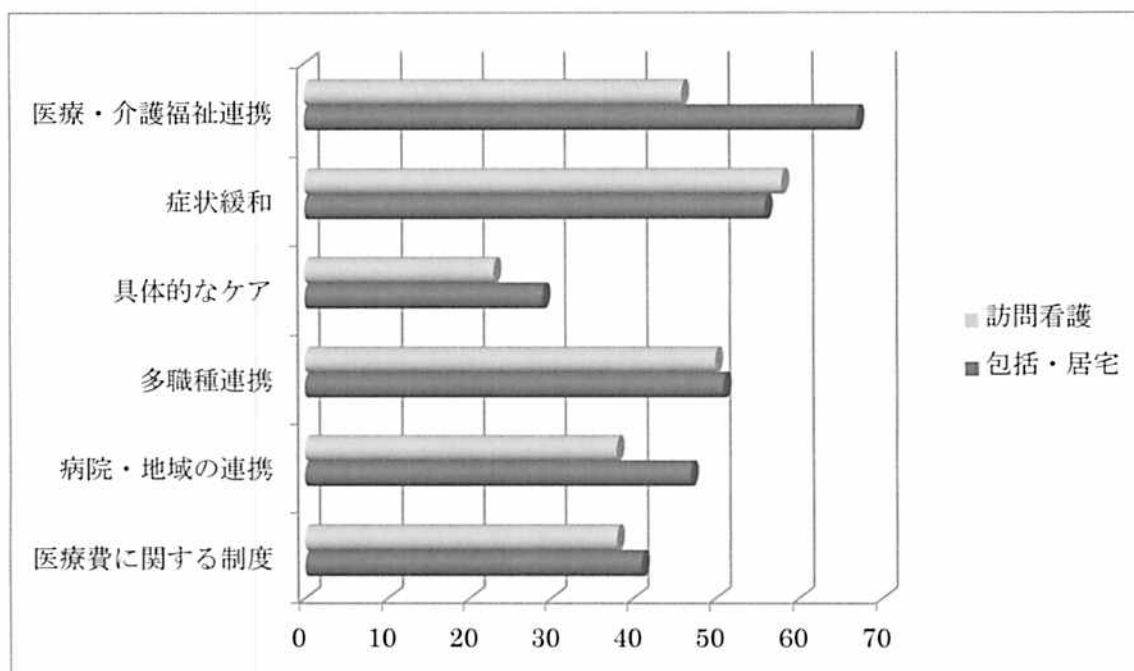
12. 研修会・勉強会の形式



	訪問看護ステーション n=26	包括・居宅介護 n=142
多職種意見交換	12 (46%)	52 (37)
多職種事例検討	11 (42)	59 (42)
講義 (医師)	12 (46)	76 (54)
講義 (看護師)	7 (27)	53 (37)
講義 (薬剤師)	7 (27)	31 (22)
講義 (ケアマネ)	2 (8)	25 (18)

〈自由記載〉別紙あり

13. 研修会・勉強会の内容



	訪問看護ステーション n=26	包括・居宅介護 n=142
医療介護福祉連携	12 (46%)	95 (67%)
症状緩和	15 (58)	79 (56)
具体的なケア	6 (23)	41 (29)
多職種連携	13 (50)	73 (51)
病院と地域の連携	10 (38)	67 (47)
医療費・制度	10 (38)	59 (41)

〈自由記載〉別紙あり

研修会への要望・意見

居宅

【医療と介護の顔合わせ】

- ・ 医療者・介護事業者混合の意見交換・グループワークが必要
- ・ 自由なトークで、それぞれが困ったこと、対応できたことなどを聞きたい
- ・ 医療と医療外サービスの連携について、各々の立場からの意見や取り組みの他に、今できることは何かなど
- ・ 一つでも前に進めるような機会がほしい

【事例検討】

- ・ 在宅ケアでの成功例・失敗例を含め各職種からの事例発表や事例検討
- ・ 同じ立場であるケアマネの事例発表(関わった事業所にも発表してもらい、それぞれの考え方や対応を学びたい)
- ・ ケアマネの実践の場での体験談を聞きたい

【患者家族の立場を聞きたい】

- ・ 家族の立場としての意見も聞きたい
- ・ 患者や家族等の経験なども含めて声を聞く機会があるとよい

【内容】

- ・ 医療系サービスや医療費に関することが全くわからないので勉強ができることを望む
- ・ 医療費、化学療法や麻薬使用の際の費用や、自己負担を軽減できる制度について勉強したい
- ・ 在宅での看取りをするための連携について
- ・ がんそのものについての知識を深めたい
- ・ ケアマネとして、どのように携わるべきか学びたい
- ・ 医師や医療側が望むケアマネの役割や必要とされる知識を確認したい
- ・ 疾患についての理解、予後、などについて知りたい
- ・ 医療系以外のケアマネはいるが、専門用語がわからず参加できないという声がある
- ・ 現在、がん緩和ケアの受け入れ可能な医療機関がどのくらいあるのかの情報がほしい
- ・ 患者さんの心理について勉強したい
- ・ ホスピスの情報
- ・ 往診して在宅緩和ケアを行っている医師の講義
- ・ 医療機関の医師や看護師に在宅の実情を知ってもらうような勉強会

包括

- ・ 在宅がん緩和ケアに多職種が関わっている実際の事例を知りたい
- ・ 地域の利用者のために、どの機関とどのように連携をとっていくのかぜひ勉強したい
- ・ 介護保険制度を活用して在宅緩和ケアを支えていく上での利点・問題点について深めるため、介護保険の保険者を交えた話し合い
- ・ ケアマネージャーの立場から「在宅緩和ケアを支える」という話を聞いてみたい
- ・ 在宅医療そのものの受け入れや需要が少なく、まずはケアマネや訪問看護を中心に受入れ体制をつくるための知識や技術の習得が必要だと思う
- ・ 可能なら在宅がん緩和ケアを体験した家族や本人からの話を聞きたい
- ・ 連携については、具体的にどう動けばよいか事例などを通してイメージできるようにしたい
- ・ 包括は軽度者が多く緩和ケアや終末期ケアのケースはほとんどないが、勉強会があれば出席したい。
- ・ がんの最新治療について
- ・ ホスピスのある施設の情報

訪問看護

- ・ 患者さんと接する時の対応の精神的な面について多職種で話し合う
- ・ 家族・本人ともに精神的アプローチがうまくいった事例の紹介
- ・ 疼痛マネジメントについて
- ・ 事例を通して、ターミナル期の過ごし方について
- ・ 在宅がん患者の経験豊富な訪問看護ステーションや医師から事例紹介をしてもらいたい(具体的な病状経過や関わりの経過・連携等について)
- ・ 他の訪問看護ステーションの実践(看護の内容、体制など)について知りたい

II まとめ

*全体のアンケート回収率は54%。事業所別では、訪問看護ステーション（以下「訪問看護」）が74%、居宅介護支援事業所（以下「居宅」）53%、地域包括支援センター（以下「包括」）41%であった。

*「がんに対するケアを必要とする利用者」を担当した経験は、回答のあった事業所のうち、訪問看護は92%、居宅は79%、包括は64%であった。

*最近6カ月間に6名以上（平均1名/月以上）「がんに対するケアを必要とする利用者」を担当した事業所は、訪問看護では50%あったが、居宅・包括では10%未満であった。後二者では、この半年間、該当する利用者がいなかった事業所も少なくなかった（居宅は37%、包括は45%）。

*「がんに対するケアを必要とする利用者」の紹介元医療機関は、がん診療連携拠点病院が、いずれの事業所からの回答でも上位4ヶ所を占めていた。

*「がんに対するケアを必要とする利用者」の主な在宅主治医医療機関は、特に訪問看護からの回答では病院が多く、在宅医への紹介がなく病院医師から直接訪問看護指示書が出されている事例も多いと推察された。

*「主治医医療機関との情報共有の方法」では、訪問看護では電話、文書、FAXの順に多かったが、居宅・包括では電話、直接面談（外来受診同行、訪問診療時同席、サービス担当者会議など）、文書の順であった。

*「病院への要望」では、退院前カンファレンス開催の要望が、訪問看護、居宅・包括ともに多かった。訪問看護からは、もう少し状態のよい早めの時期から関わりを持ちたいという要望、居宅・包括からは退院日までに余裕をもって紹介してほしいという要望が最多であった。

*「診療所への要望」では、在宅医療に積極的な医師が少ない、緩和ケアに積極的な医師が少ない、という回答が、いずれの事業所でも多かった。

*「在宅緩和ケアに関する研修会・勉強会」への参加希望は、訪問看護だけでなく、「がんに対するケアを必要とする利用者」を担当する頻度が必ずしも高くない居宅・包括でも大半を占めた。形式としては、多職種での意見交換・事例検討、医療職による講義の希望が多かった。

III 考察

*自由記載欄を含めると、訪問看護・居宅・包括が直接病院と連携をとることに苦労している状況が推測され、今後、診療所医師が、在宅医として病院との連携にもっと積極的に関わっていく必要があると考えられた。

*担当する頻度が多くなるとも、医療⇔介護福祉、地域⇔病院との連携の必要性が大きく、研修会・勉強会などへの需要は大きいと考えられた。