

令和2年度 日本財団助成事業

訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発事業 報告書

令和3(2021)年3月

公益財団法人 日本訪問看護財団

はじめに

訪問看護はこれからの多死社会を支える重要な社会資源である。2040年には、いわゆる「団塊の世代」が90歳代以上になり、さらに「団塊ジュニア」と言われる世代も高齢者となる。日本では、年間の死者数が170万人に及ぶという推計もあり、これらの人々の穏やかなエンドオブライフを支えとりくみが不可欠である。在宅ケアの拡大する中、訪問看護ステーションは、1万1,248カ所（介護給付費等実態統計月報、令和2年9月）と急増している。訪問看護ステーションが多い地域は在宅看取りが多い（厚生労働省、平成20年）という報告もあり、今後は看取りを支える訪問看護師の力量強化が求められる。

日本訪問看護財団では、日本財団からの助成を受け、ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムを2013年より実施しているが、今後より良い在宅看取りのための訪問看護を可能にする教育支援システムが求められる。たとえ独り暮らしであっても、自分の意思で一人ひとりが穏やかに尊厳を持ち、自分の望む場所でエンドオブライフを迎えられるような社会の実現を目指したい。

このため本事業では、在宅看取りケアのための訪問看護の実態と教育ニーズを把握するために、訪問看護師への質問紙調査と個別およびグループのヒアリングを実施した。結果の概要は以下の通りである。

- ・ 在宅看取りケアは、訪問看護ステーションの87.6%、病院・診療所の71.2%で実施されていた。小児や精神科疾患のある人を対象とした在宅看取りケア実施の割合が相対的に低く、教育ニーズのあることが窺われた。
- ・ 外部で提供される教育を利用したい内容としては、麻薬に関する知識、リンパ浮腫ドレナージ、在宅看取りに関する法律、が挙げられた。
- ・ ヒアリングでは、在宅看取りにおいて在宅ケアチームとのコミュニケーションの重要性が強調された。
- ・ 希望する研修形態は、「集合研修またはライブ配信（1日）＋オンデマンド配信15時間」が訪問看護の設置種別を問わず多かった。

以上の知見に基づき、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム骨子（案）を作成した。今後は、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムを活用した研修を実施し、その内容を確認する予定である。全国にこの教育プログラムの指導者を養成し、指導者が各地で研修を行い、全国の訪問看護師が身近な地域でプログラムを受講できるようにする構想である。これにより在宅看取りの質の均てん化を図り、本人・家族の意思、住民のつながりや文化を尊重した看取りを実現したい。新たなプログラムがエンドオブライフの療養者に対し、質の高い適切な看護の提供に寄与することを期待している。

本事業のため調査研究にご協力いただいた皆さま、ならびに検討委員会・ワーキング委員会の皆様に感謝申し上げます。

令和3年3月31日

訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発 検討委員会委員長

山本 則子

（東京大学大学院医学系研究科 教授）

令和2年度 日本財団助成事業
訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発事業

目 次

第1章 事業の概要	1
第1節 概要	1
1. 背景	1
2. 目的・意義	2
3. 実施概要	2
1) 検討委員会	2
2) ワーキング委員会	4
3) 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムのニーズ調査(アンケート)	5
4) 在宅看取りケアに卓越した訪問看護師のケア実践に関する調査(ヒアリング)	7
5) 在宅看取りに関わる研修内容に関する調査(グループインタビュー)	8
6) 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム骨子(案)の作成	8
7) 総括	8
第2章 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムのニーズ調査(アンケート)	9
第1節 概要	9
1. 目的	9
2. 方法	9
1) 対象	9
2) 調査方法	9
3) 調査期間	9
4) 調査項目	9
5) 倫理的配慮	10
第2節 結果	11
1. 訪問看護ステーションの実態	11
1) 回収率	11
2) 基本情報	11
3) 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムのニーズ	30
2. 病院・診療所の実態	41
1) 回収率	41
2) 基本情報	41
3) 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムのニーズ	73
3. 訪問看護ステーション、病院、診療所の比較	99

4. 在宅看取りの関連要因	103
1) 訪問看護ステーション	103
2) 病院・診療所	112
第3節 まとめと考察	121
1. 抽出サンプルの妥当性	121
2. 在宅看取りの実施状況	121
3. 在宅看取りへの積極性	122
1) 訪問看護ステーション	122
2) 病院・診療所	122
4. 管理者・責任者への在宅看取り研修の重要性	122
5. 様々な対象・疾患に対応できる知識・技術の必要性	123
6. 本プログラム普及への示唆	123
7. 有効なプログラム構成・研修方法	123
8. 在宅看取りケア普及に重要な役割を期待される訪問看護認定看護師	124
第3章 在宅看取りにケアに卓越した訪問看護師のケア実践に関する調査(ヒアリング)	125
第1節 概要	125
1. 目的	125
2. 方法	125
1) 調査対象	125
2) 調査方法	125
3) データの分析方法	126
4) 調査実施期間	126
5) 倫理的配慮	126
3. 結果	127
1) 対象者の背景	127
2) 指導場面の事例	132
3) 指導場面を通して用いられた内容	156
4) 利用者が最期まで自宅で過ごせるために必要な制度	160
第2節 まとめと考察	162
1. 概要	162
2. 訪問看護師向け在宅看取り研修プログラムに取り入れる教育内容	162
3. 在宅看取りを推進するための方策	162
1) 訪問看護ステーションのサポート体制づくり	162
2) 地域・文化の特性を視野にいれた在宅看取りの推進	163
3) 報酬上の課題	163

第4章 在宅看取りに関わる研修内容に関する調査(グループインタビュー) ……	164
第1節 概要 ……	164
1. 目的 ……	164
2. 方法 ……	164
1) 調査対象 ……	164
2) 調査方法 ……	164
3) データの分析方法 ……	164
4) 調査実施期間 ……	164
5) 倫理的配慮 ……	165
3. 結果 ……	165
1) 対象者の基礎情報 ……	165
2) 本研修で使用したテキスト資料について ……	166
3) 本財団が主催する在宅看取り研修に取り入れるべき内容に関して ……	166
4) 報酬・制度についての要望 ……	167
4. まとめと考察 ……	169
1) 教育プログラムへ求められる内容 ……	169
2) 演習のグループ分けのポイント ……	169
3) 報酬上の課題 ……	169
第5章 全体のまとめ ……	170
1. 概要 ……	170
2. 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム骨子(案) ……	170
3. 報酬や制度に関する要望 ……	170
1) 報酬への要望 ……	170
2) 介護保険サービス対象外の拡大、制度の利便性への配慮 ……	170
3) 既存制度の浸透 ……	171
4) 特定行為に係る看護師の研修制度を訪問看護師も受けやすいような体制づくり ……	171
4. 在宅看取りを実施するための組織・地域・文化づくり ……	171
5. 今後の課題 ……	171
参考文献 ……	175
参考資料	

第1章 事業の概要

第1節 概要

1. 背景

わが国は超高齢多死社会を迎えている。総人口に占める高齢者の割合は年々増加しており、2019年には28.4%であった（総務省統計局, 2019）。高齢化に伴い、死亡者数も増加しており、2015年には約131万人であった年間死亡者数は、その数がピークとなる2040年には、さらに約36万人増えると予想されている（厚生労働省, 2016）。このような超高齢多死社会において急増する「看取り」に対応していくために、看取りの場を確保することが必要である。

現在日本人の最も多い死亡場所は病院であり、全体の約73%を占めている（厚生労働省, 2017^{*1}）。一方、厚生労働省が実施した、人生の最終段階を過ごしたい場所についての調査によると、一般国民の71.7%が居宅で過ごしながらか医療を受けることを希望している（厚生労働省, 2014）。しかし、2017年自宅で最期を迎えた者の割合は、わずか13.2%であった（厚生労働省, 2017^{*1}）。そもそも本来、病院等の施設は治療の場である。したがって、居宅で最期まで過ごしたいという国民の希望を実現し、今後急増する「看取り」に対応するためには、居宅における看取り（在宅看取り）を推進していくことが重要である。

わが国では、インフォーマルな介護者に加え、医師・看護師・介護職・介護支援専門員などが在宅看取りを支えている。なかでも、訪問看護師は、医療と介護の両方を担う専門職として、中心的な役割を果たしている。訪問看護のターミナルケアを受けている利用者では、在宅での死亡が在宅以外よりも多いことが明らかとなっている（厚生労働省, 2017^{*2}）。さらに、65歳以上の人口当たりの訪問看護利用状況（年間受給者数）と、自宅死の割合には、正の相関があることも報告されている（厚生労働省, 2017^{*2}）。このように、訪問看護師がケアを実践することにより、在宅看取りを推進できる可能性が示唆されている。

訪問看護における看取りケアを阻害する要因の1つは、看護師の知識・技術不足であり、看取りケアを促進し、その質を向上させる方法の1つは、教育プログラムを用いた研修である（栗生ら, 2017）。現在、エンド・オブ・ライフ・ケアにおける緩和ケアを提供する看護師に必須とされる能力取得のための系統的な教育プログラムとして、ELNEC（The End-of-Life-Nursing Education Consortium）（日本語版はELNEC-J）が広く用いられている。日本訪問看護財団でも「質の高い在宅看取り実践のためのELNEC-J」研修を開催し、現在までに約600名が修了した。ELNEC-Jは、ホスピスや緩和ケア病棟における、成人がん患者を対象としたプログラムである。訪問看護では、成人がん患者を対象としたエンド・オブ・ライフ・ケアや緩和ケアも実践されている一方で、小児や精神疾患を対象としたケアも行われている。また、緩和ケア病棟と訪問看護の間では、家族ケアや多職種連携に違いがあると考えられる。したがって、在宅看取りを推進

するためには、訪問看護に特化した教育プログラムを開発し、在宅看取りが実践できる看護師を育成することが必要である。さらに、在宅看取りを推進するために必要な報酬についても検討する必要がある。

2. 目的・意義

本研究の目的は、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムを作成することである。本研究において、「在宅看取り」とは、訪問看護師が健康保険法等・介護保険法で算定対象とされる居宅等での看取りを示す。訪問看護に特化した在宅看取り教育プログラムを開発することで、統一した質の高い研修を実施することが可能となる。そして、2025年までに、本研究で作成したプログラムを用いた研修を受講し、在宅看取りを実施できる訪問看護師を全国で約1,600名養成することを目標としている。本研究は、国民の希望する場での看取りの実現および在宅看取りケアの質の向上に寄与できると考える。さらに、今後訪問看護において在宅看取りを支えるために必要な報酬を提案するための基礎資料を作成する。

3. 実施概要

1) 検討委員会

本事業を実施するにあたり、検討委員会を設置し、事業の検討・実施、報告書のとりまとめ等を目的に、検討委員会を3回開催した。

【委員長】

山本 則子 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻
高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野 教授

【委員】

秋山 正子 特定非営利活動法人 Maggie's Tokyo 共同代表理事
株式会社ケアーズ・白十字訪問看護ステーション 代表取締役所長

飯田 大輔 社会福祉法人福祉楽団 理事長
株式会社恋する豚研究所 代表取締役

川村 佐和子 聖隷クリストファー大学大学院 地域看護学領域 教授

高瀬 義昌 医療法人社団 至高会 たかせクリニック 理事長

高橋 幸裕 尚美学園大学 総合政策学部総合政策学科 専任講師

田村 恵子 京都大学大学院 医学研究科 人間健康科学系専攻
臨床看護学講座 緩和ケア・老年看護学 教授

長江 弘子 東京女子医科大学 看護学部看護学科 老年看護学 教授

佐藤 美穂子 公益財団法人 日本訪問看護財団 常務理事

平原 優美 公益財団法人 日本訪問看護財団 事務局次長
あすか山訪問看護ステーション 統括所長

【事務局】

菊地 よしこ 公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部課長
大橋 美和 公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部
小沼 絵理 公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部
濱谷 雅子 公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部

【調査業務一部委託先】

星芝 由美子 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 主任研究員

【オブザーバー】

高島 友和 日本財団 公益事業部 国内事業開発チーム チームリーダー
榎村 麻子 日本財団 公益事業部 国内事業開発チーム

【検討委員会の開催時期・議題】

回数	開催日	議題
第1回	2020年7月20日	1. 本事業全体について 2. アンケート調査の対象者の選定について 3. ヒアリング調査の対象者の選定について
第2回	2020年12月17日	1. アンケート調査の結果について 2. ヒアリング調査の中間報告 3. グループインタビュー調査の中間報告
第3回	2021年2月15日	1. アンケート調査の追加分析結果について 2. ヒアリング調査の結果について 3. グループインタビュー調査の結果について 4. 在宅看取り教育プログラム骨子（案）について 5. 報告書（案）について

2) ワーキング委員会

本事業を実施するにあたり、ワーキング委員会を設置し、調査項目の選定、調査票の作成、調査結果の分析等を目的に、ワーキング委員会を7回開催した。

【委員長】

菊地 よしこ 公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部課長

【委員】

谷垣 静子 岡山大学大学院 保健学研究科 看護学分野
コミュニティヘルス看護学領域 教授

野口 麻衣子 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻
高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野 助教

沼田 華子 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻
高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野 博士課程1年

山田 享介 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻
高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野 修士課程1年

佐藤 美穂子 公益財団法人 日本訪問看護財団 常務理事

平原 優美 公益財団法人 日本訪問看護財団 事務局次長
あすか山訪問看護ステーション 統括所長

大橋 美和 公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部

小沼 絵理 公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部

濱谷 雅子 公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部

【事務局】

角田 佳奈美 公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部

【調査業務一部委託先】

星芝 由美子 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 主任研究員

【オブザーバー】

山本 則子 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻
高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野 教授

【ワーキング委員会の開催時期・議題】

回数	開催日	議題
第1回	2020年6月1日	1. 第1回検討委員会の議題の検討 2. 在宅看取りの目指すべき姿（ゴールの設定）、在宅看取りに関わる職種及び看護師の資質について 3. アンケート調査について 4. 在宅看取りに関わる既存の教育プログラムについて 5. 診療報酬・介護報酬への提言について
第2回	2020年6月15日	1. 第1回検討委員会の議題の再検討 2. アンケート調査の研究デザインの検討 3. ワーキンググループの役割分担
第3回	2020年7月1日	1. アンケート調査項目について 2. ヒアリング調査項目について
第4回	2020年8月26日	1. アンケート調査の分析・対象、調査数について 2. ヒアリング調査の目的、分析、調査数について 3. オンラインインタビューのセキュリティ対策に関して
第5回	2020年10月20日	1. アンケート調査の回収状況・集計方法について 2. グループインタビュー調査の手順、インタビューガイドについて 3. ヒアリング調査の対象者の選定、手順、ヒアリングガイド、分析について
第6回	2020年11月27日	1. アンケート調査の分析方法の検討 2. ヒアリング調査の分析結果の共有 3. 第2回検討委員会の議題の検討
第7回	2021年1月14日	1. アンケート調査の結果について 2. グループインタビュー調査実施の報告 3. ヒアリング調査の分析、結果について

3) 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムのニーズ調査（アンケート）

在宅看取りの実態を把握するとともに、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムのニーズについて把握することを目的に、アンケート調査を行った。

(1) 対象

○訪問看護ステーション

日本訪問看護財団が、各都道府県厚生局が公表しているコード内容別訪問看護事業所一覧表をもとに、健康保険法の規定により指定された全国 12,169 か所の訪問看護ステーションを把握した（2020年7月）。そこから無作為に抽出した 2,000 か所を

対象とした。

○病院・診療所

日本訪問看護財団が介護サービス情報公表システム（厚生労働省）をもとに、介護保険法の規定により訪問看護を実施している医療機関（病院・診療所）1,051か所を把握し（2020年7月）、その全数を対象とした。

（2）方法

自記式、郵送法にてアンケート調査を実施した。

訪問看護ステーションに対する調査は管理者、医療機関に対する調査は訪問看護・指導を実施している部署の責任者（看護師）に記入を依頼した。

（3）調査期間

2020年9月10日～2020年9月28日

ただし、回収状況を考慮して葉書による督促を行い、2020年10月12日の回収分までを分析対象とした。

（4）主な調査内容

○事業所の基本情報

- ・開始年月、所在地都道府県、開設主体、（医療機関の場合）医療施設の種別、担当部署の位置づけ
- ・加算等の届出
- ・特別の関係にある保険医療機関等、在宅がん医療総合診療料の連携
- ・ターミナルケア加算・訪問看護ターミナルケア療養費の算定状況
- ・従事者数、夜間休日に緊急時対応できる訪問看護師数、入職者数・退職者数、認定看護師等
- ・利用者数
- ・管理者・責任者の属性／等

○訪問看護向け在宅看取り教育プログラムのニーズ

- ・在宅看取りの実施状況、カンファレンスの実施状況、遺族へのケア
- ・在宅看取りケアのマニュアルの使用状況、保険医療機関との地域連携パスの使用状況
- ・訪問介護事業所との連携
- ・在宅看取りケアの依頼に応じられないケース
- ・在宅看取りを実施する上での困難
- ・初めて在宅看取りを実践する看護師に対する特別な支援
- ・在宅看取りを教育するうえで重視したい内容、外部教育が必要だと考える項目
- ・研修に参加しやすい形式／等

4) 在宅看取りケアに卓越した訪問看護師のケア実践に関する調査（ヒアリング）

在宅看取りケアに卓越した訪問看護師の新人看護師への指導方法を通して、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムに求められる教育内容を明らかにすること、さらに、訪問看護において在宅看取りを支えるために必要な報酬を提案する基礎資料を作成することを目的とした。

(1) 対象

全国の訪問看護ステーションで、在宅看取りケアを実践し、新人指導を行っている訪問看護師 23 名を分析対象とした。

(2) 方法

対象者が希望する日時に、オンライン（Zoom ミーティング）で半構造的面接を行った。調査時間は、1 時間から 1 時間 30 分程度とし、2 時間を超えないよう配慮した。ヒアリングの内容は、対象者の同意を得て、Zoom の録画機能（レコーディング）で録音し、パソコン上に保存した。対象者のすべてが録画機能を使用することに同意した。録音された内容は、プライバシーマークの付与認定を受けている会社に発注し逐語録を作成した。

(3) 調査期間

2020 年 11 月～2021 年 1 月

(4) 主な調査内容

○在宅看取りケアの実践と指導方法

在宅看取りケアを実践した利用者の訪問看護開始のきっかけ、在宅看取りをするまでの経緯と経過、指導者が行った利用者や家族へのケア内容、多職種連携での関わり、臨死期・死後のケア時の指導・フォロー内容、など

○新人看護師への指導全体を通して

新人看護師への指導を通して大切にしていること、新人看護師の成長について、など

○在宅看取りに関する全般的な内容

病院と在宅の看取りの相違点、在宅看取りに関する地域の土壌・文化、利用者が最期まで自宅で過ごすために必要な診療報酬・介護報酬、新たな制度に関して、など

○訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム（案）についての意見

文献検討と既存の在宅看取り等の研修^{注1}内容から作成した「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム（案）」に追加・削除する教育内容や研修方法に関して、など

^{注1}研修とは

- ・全国訪問看護事業協会,訪問看護ターミナルケア集中講座

- ・大分県看護協会,在宅ターミナルケア研修
- ・日本訪問看護財団,質の高い在宅看取りケア実践のための ELNEC-J

5) 在宅看取りに関わる研修内容に関する調査（グループインタビュー）

「質の高い在宅看取り実践のための ELNEC-J（日本訪問看護財団主催）」の研修（以下、看取り研修）の評価を行うとともに、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの内容を具体化し、訪問看護において在宅看取りを支えるために必要な報酬を提案する基礎資料を作成することを目的とした。

（1）対象

本財団主催の看取り研修の講師またはファシリテーターを経験したことがあるものの12名のうち、調査協力の得られた7名を対象とした。

（2）方法

4人と3人の2グループにわけ、グループインタビューを実施した。

オンライン（Zoom ミーティング）で行いインタビューガイドを用いて90分間のインタビューを行った。

（3）調査期間

2020年12月～2021年1月

（4）主な調査内容

看取り研修の講義の際に、日本緩和医療学会が付与する講義資料に追加した内容とその理由、今後当財団が実施する在宅看取り研修において取り入れた方がいい内容、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム（案）に関する意見を求めた。

6) 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム骨子（案）の作成

文献調査の結果から、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム（案）を作成した。

この訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム（案）を基に、ヒアリング調査・グループインタビュー調査を実施、全ての調査結果を受けて内容を精査し、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム骨子（案）を作成した。

7) 総括

在宅看取りに関する全国の実態把握を受け、2022年度診療報酬改定要望書の基礎資料とする。さらに調査結果を受けて、「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム骨子（案）」を作成した。次年度以降は、今後作成した訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム骨子（案）を活用した研修を実施し、その効果検証を行っていく。

第2章 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムのニーズ調査（アンケート）

第1節 概要

1. 目的

在宅看取りの実態を把握するとともに、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムのニーズについて把握することを目的とする。

2. 方法

1) 対象

○訪問看護ステーション

日本訪問看護財団が、各都道府県厚生局が公表しているコード内容別訪問看護事業所一覧表をもとに、健康保険法の規定により指定されている全国 12,169 か所の訪問看護ステーションを把握した（2020年7月）。そこから無作為に抽出した 2,000 か所を対象とした。

○病院・診療所

日本訪問看護財団が介護サービス情報公表システム（厚生労働省）をもとに、介護保険法の規定により訪問看護を実施している医療機関（病院・診療所）1,051 か所を把握し（2020年7月）、その全数を対象とした。

2) 調査方法

自記式、郵送法にてアンケート調査を実施した。

訪問看護ステーションに対する調査は管理者、医療機関に対する調査は、訪問看護・指導を実施している部署の責任者（看護師）に記入を依頼した。

3) 調査期間

2020年9月10日～2020年9月28日

ただし、回収状況を考慮して葉書による督促を行い、2020年10月12日の回収分までを分析対象とした。

4) 調査項目

○事業所の基本情報

- ・開始年月、所在地都道府県、開設主体、（医療機関の場合）医療施設の種別、担当部署の位置づけ
- ・加算等の届出
- ・特別の関係にある保険医療機関等、在宅がん医療総合診療料の連携
- ・ターミナルケア加算・訪問看護ターミナルケア療養費の算定状況

- ・従事者数、夜間休日に緊急時対応できる訪問看護師数、入職者数・退職者数、認定看護師等
- ・利用者数
- ・管理者・責任者の属性／等

○訪問看護向け在宅看取り教育プログラムのニーズ

- ・在宅の看取りの実施状況、カンファレンスの実施状況、遺族へのケア
- ・在宅看取りケアのマニュアルの使用状況、保険医療機関との地域連携パスの使用状況
- ・訪問介護事業所との連携
- ・在宅看取りケアの依頼に応じられないケース
- ・在宅看取りを実施する上での困難
- ・初めて在宅看取りを実践する看護師に対する特別な支援
- ・在宅看取りを教育するうえで重視したい内容、外部教育が必要だと考える項目
- ・研修に参加しやすい形式／等

5) 倫理的配慮

調査への参加は自由意思によること、参加の有無により、事業所（医療機関）及びその管理者（責任者）等に生じる不利益は一切ないことを依頼書に明記した。また、調査に参加する場合でも、記入に同意できない項目がある場合は、その項目について記入する必要がないことも明記した。

回答された調査票と返信封筒は別に保管し、データ入力の際には、個人が識別できる情報が含まれていないことを確認した。回答された調査票は、鍵のかかる書庫で保管し、研究期間終了後5年間の保存期間を経て、復元不可能な状態にして破棄する。

本研究に関わる者は、日本学術振興会「研究倫理 e ラーニングコース」または、それを代替するコースを受講した後にデータ収集に着手した。

本調査は、日本訪問看護財団研究倫理審査の承認を得て実施した。(No. 2020-01)

第2節 結果

1. 訪問看護ステーションの実態

1) 回収率

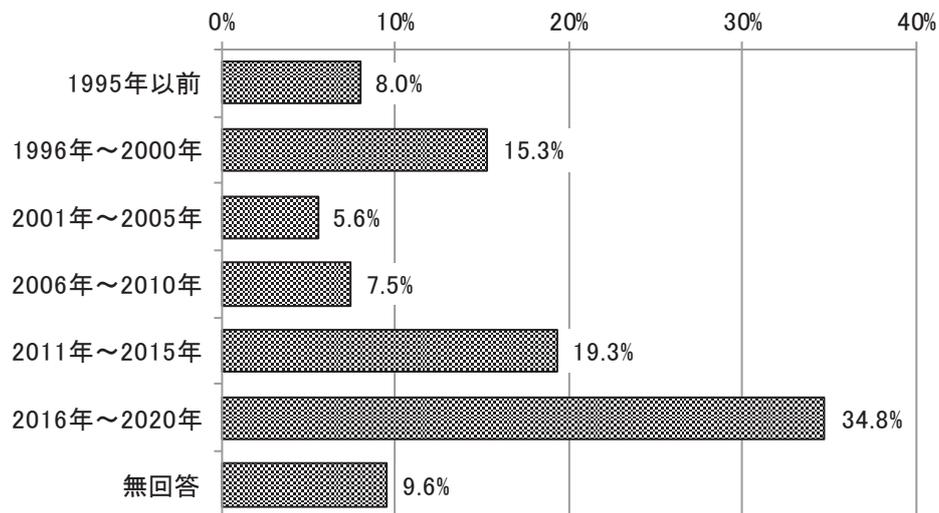
2,000 件に発送し、そこから送付先不明で先方未着で差し戻されたものおよび事業が廃止・休止されていた事業所を除いた実際の送付数は 1,965 件であった。回収数は 575 件、回収率は 29.26%であった。

2) 基本情報

(1) 事業開始年

事業開始年は「2016年～2020年」34.8%（200件）が最も多かった。

図表 2-1 事業開始年（n=575）（問1）



(2) 所在地

所在地は、「東京都」が 9.6% (55 件) で最も多く、次いで「大阪府」が 8.3% (48 件) であった。

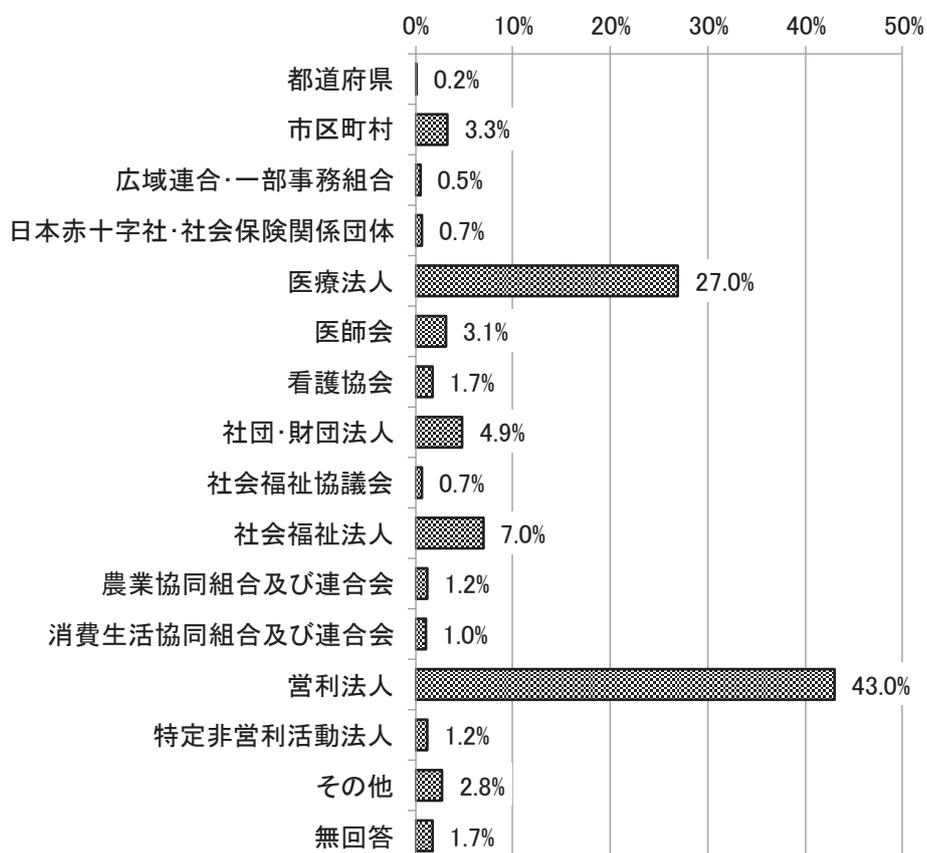
図表 2-2 所在地 (n=575) (問 2)

No.	所在地	件数	割合
1	北海道	25	4.3%
2	青森県	5	0.9%
3	岩手県	3	0.5%
4	宮城県	7	1.2%
5	秋田県	4	0.7%
6	山形県	2	0.3%
7	福島県	7	1.2%
8	茨城県	9	1.6%
9	栃木県	7	1.2%
10	群馬県	8	1.4%
11	埼玉県	24	4.2%
12	千葉県	27	4.7%
13	東京都	55	9.6%
14	神奈川県	29	5.0%
15	新潟県	9	1.6%
16	富山県	6	1.0%
17	石川県	7	1.2%
18	福井県	5	0.9%
19	山梨県	1	0.2%
20	長野県	13	2.3%
21	岐阜県	9	1.6%
22	静岡県	14	2.4%
23	愛知県	25	4.3%
24	三重県	4	0.7%
25	滋賀県	9	1.6%
26	京都府	15	2.6%
27	大阪府	48	8.3%
28	兵庫県	22	3.8%
29	奈良県	6	1.0%
30	和歌山県	2	0.3%
31	鳥取県	2	0.3%
32	島根県	6	1.0%
33	岡山県	7	1.2%
34	広島県	25	4.3%
35	山口県	7	1.2%
36	徳島県	2	0.3%
37	香川県	2	0.3%
38	愛媛県	6	1.0%
39	高知県	5	0.9%
40	福岡県	36	6.3%
41	佐賀県	8	1.4%
42	長崎県	10	1.7%
43	熊本県	11	1.9%
44	大分県	9	1.6%
45	宮崎県	7	1.2%
46	鹿児島県	9	1.6%
47	沖縄県	6	1.0%
	無回答	10	1.7%
	全体	575	100.0%

(3) 開設主体

開設主体は、「営利法人」が 43.0% (247 件) で最も多く、次いで「医療法人」が 27.0% (155 件) であった。

図表 2-3 開設主体 (n=575) (問 3)

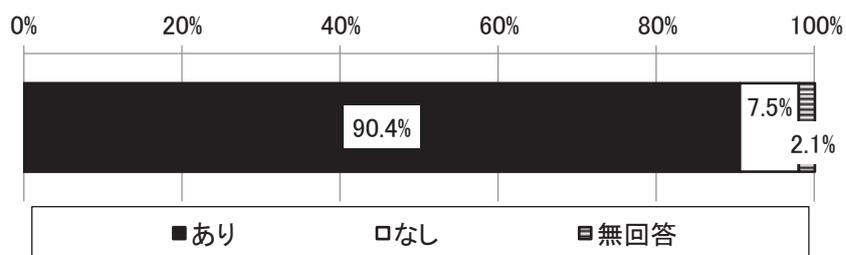


(4) 加算等の届け出

①介護保険 緊急時訪問看護加算

緊急時訪問看護加算の届出は、「あり」が 90.4% (520 件)、「なし」が 7.5% (43 件) であった。

図表 2-4 介護保険 緊急時訪問看護加算 (n=575) (問 4)

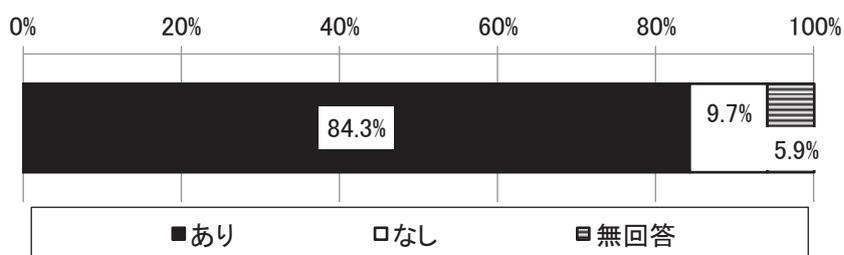


②介護保険 特別管理加算

特別管理加算の届出は、「あり」が84.3%（485件）、「なし」が9.7%（56件）であった。

「あり」の場合、算定件数（6月1か月間）は500単位が平均5.5件、250単位が平均4.9件であった。

図表 2-5 介護保険 特別管理加算（n=575）（問 4）



図表 2-6 （ありの場合）介護保険 特別管理加算 算定件数（問 4）（単位：件）

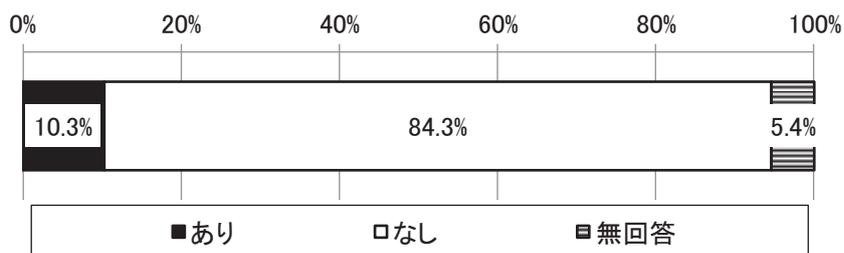
	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
介護保険_特別管理加算：500単位	392	5.5	7.1	3.5
介護保険_特別管理加算：250単位	392	4.9	7.0	3.0

③介護保険 看護体制強化加算

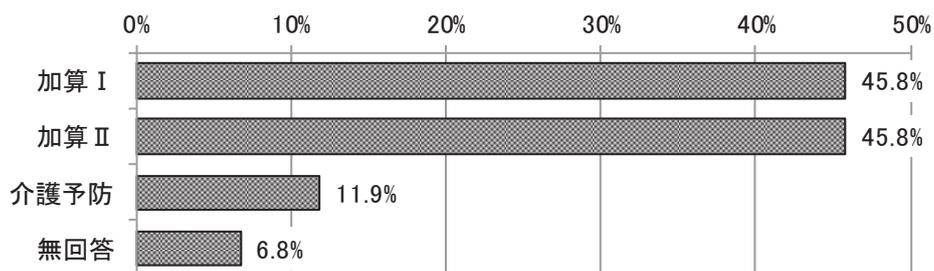
看護体制強化加算の届出は、「あり」が10.3%（59件）、「なし」が84.3%（485件）であった。

「あり」の場合、「加算Ⅰ」「加算Ⅱ」がそれぞれ45.8%（27件）、「介護予防」が11.9%（7件）であった。

図表 2-7 介護保険 看護体制強化加算（n=575）（問 4）



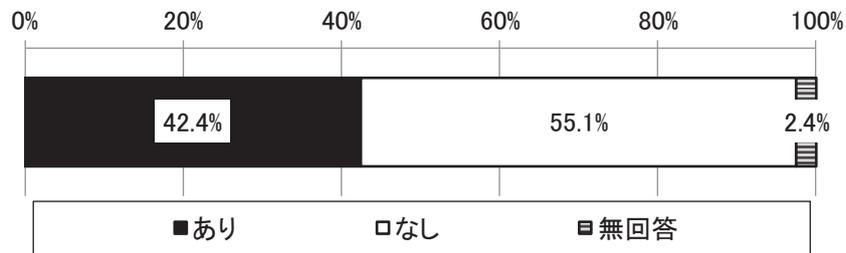
図表 2-8 介護保険 看護体制強化加算の内訳（複数回答）（n=59）（問 4）



④介護保険 サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算の届出は、「あり」が42.4%（244件）、「なし」が55.1%（317件）であった。

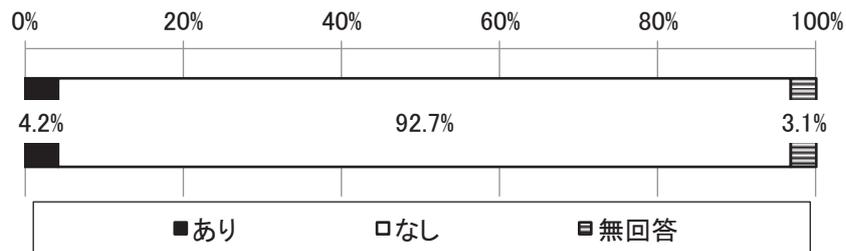
図表 2-9 介護保険 サービス提供体制強化加算（n=575）（問 4）



⑤介護保険 特別地域訪問看護加算

特別地域訪問看護加算の届出は、「あり」が4.2%（24件）、「なし」が92.7%（533件）であった。

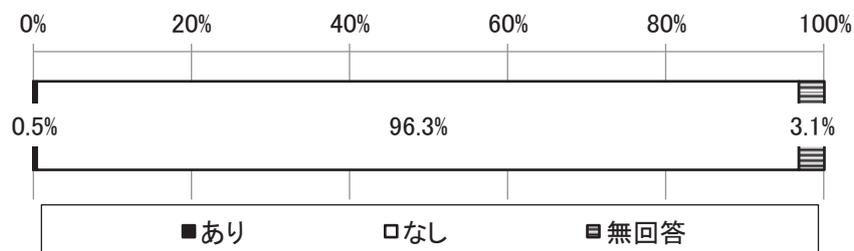
図表 2-10 介護保険 特別地域訪問看護加算（n=575）（問 4）



⑥介護保険 中山間地域等小規模事業所

中山間地域等小規模事業所の届出は、「あり」が0.5%（3件）、「なし」が96.3%（554件）であった。

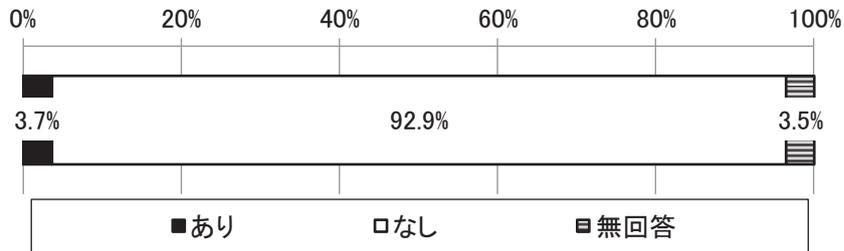
図表 2-11 介護保険 中山間地域等小規模事業所（n=575）（問 4）



⑦介護保険 中山間地域等への訪問看護提供

中山間地域等への訪問看護提供の届出は、「あり」が 3.7% (21 件)、「なし」が 92.9% (534 件) であった。

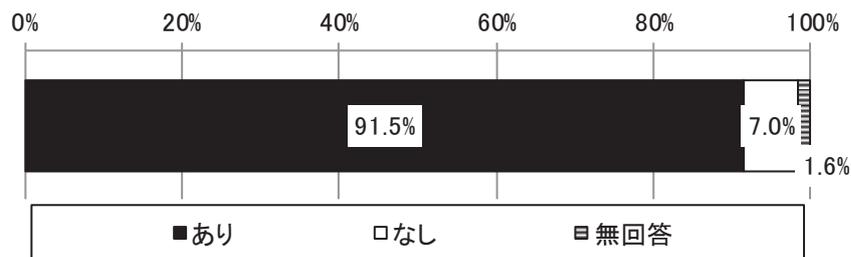
図表 2-12 介護保険 中山間地域等への訪問看護提供 (n=575) (問 4)



⑧医療保険 24 時間対応体制加算

24 時間対応体制加算の届出は、「あり」が 91.5% (526 件)、「なし」が 7.0% (40 件) であった。

図表 2-13 医療保険 24 時間対応体制加算 (n=575) (問 4)

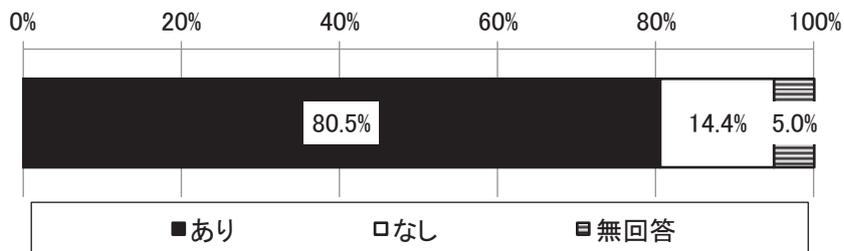


⑨医療保険 特別管理加算

特別管理加算の届出は、「あり」が 80.5% (463 件)、「なし」が 14.4% (83 件) であった。

「あり」の場合は、算定件数 (6 月 1 か月間) は 5,000 円が平均 5.6 件、2,500 円が平均 3.0 件であった。

図表 2-14 医療保険 特別管理加算 (n=575) (問 4)



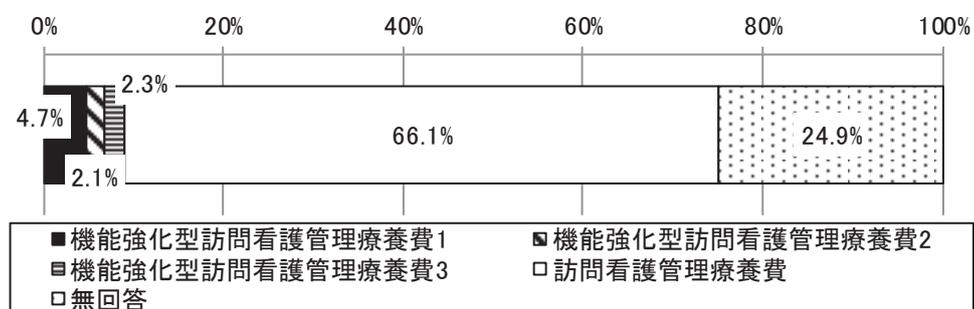
図表 2-15 (ありの場合) 医療保険 特別管理加算 算定件数 (問 4) (単位: 件)

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
医療保険_特別管理加算: 5,000 円	373	5.6	6.5	3.0
医療保険_特別管理加算: 2,500 円	373	3.0	3.5	2.0

⑩医療保険 訪問看護管理療養費

訪問看護管理療養費について、「機能強化型訪問看護管理療養費 1」は 4.7% (27 件)、「機能強化型訪問看護管理療養費 2」は 2.1% (12 件)、「機能強化型訪問看護管理療養費 3」は 2.3% (13 件) であった。

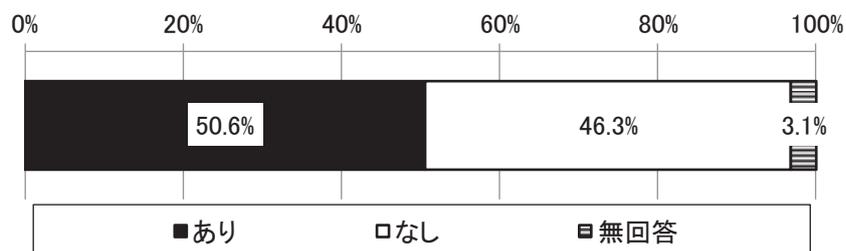
図表 2-16 医療保険 訪問看護管理療養費 (n=575) (問 4)



⑪医療保険 精神科訪問看護基本療養費

精神科訪問看護基本療養費は、「あり」が 50.6% (291 件)、「なし」が 46.3% (266 件) であった。

図表 2-17 医療保険 精神科訪問看護基本療養費 (n=575) (問 4)

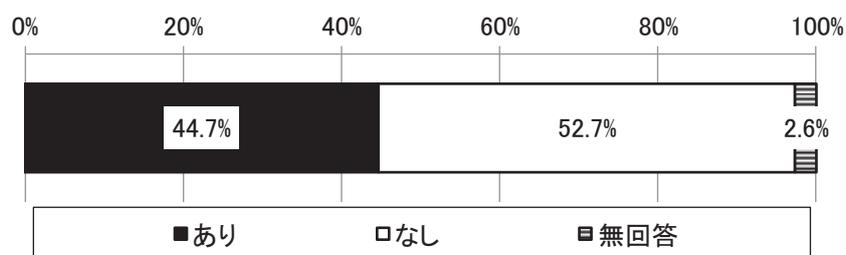


(5) 特別の関係にある保険医療機関等

特別の関係にある保険医療機関等は、「あり」が44.7% (257件)、「なし」が52.7% (303件)であった。

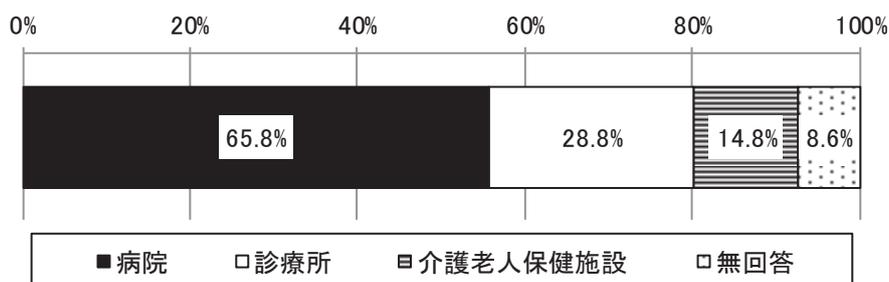
「あり」の内訳は、「病院」が65.8% (169件)で最も多く、次いで「診療所」が28.8% (74件)であった。

図表 2-18 特別の関係にある保険医療機関等の有無 (n=575) (問 5)



図表 2-19 (特別の関係にある保険医療機関がある場合)

特別の関係にある保険医療機関の種類 (n=257) (問 5)

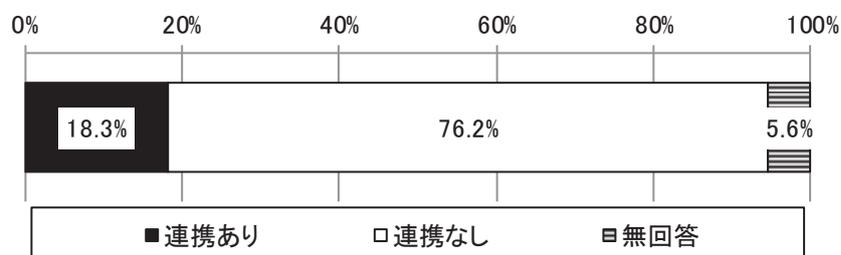


(6) 在宅がん医療総合診療料の連携状況

在宅がん医療総合診療料 (令和元年度) は、「連携あり」が18.3% (105件)、「連携なし」が76.2% (438件)であった。

「連携あり」の場合、対象者は平均4.0人であった。

図表 2-20 在宅がん医療総合診療料の連携状況 (n=575) (問 6)



図表 2-21 (連携ありの場合) 在宅がん医療総合診療料の対象者数 (単位: 人)

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
在宅がん医療総合診療料の対象者数	82	4.0	9.1	2.0

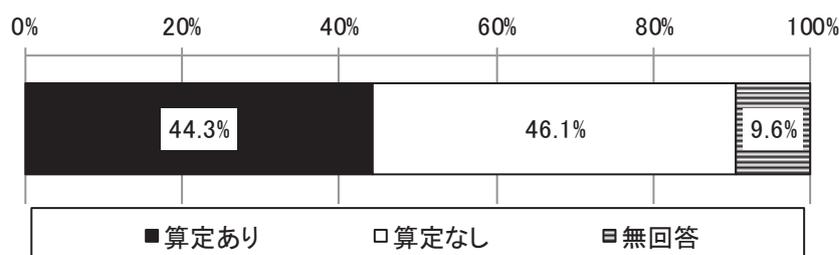
(7) ターミナルケア加算の算定状況

①ターミナルケア加算

ターミナルケア加算（令和元年度）は、「算定あり」が44.3%（255件）、「算定なし」が46.1%（265件）であった。

「算定あり」の場合、算定件数は、平均3.2件であった。

図表2-22 ターミナルケア加算の算定状況（n=575）（問7）



図表2-23 （算定ありの場合）ターミナルケア加算の算定件数（問7）（単位：件）

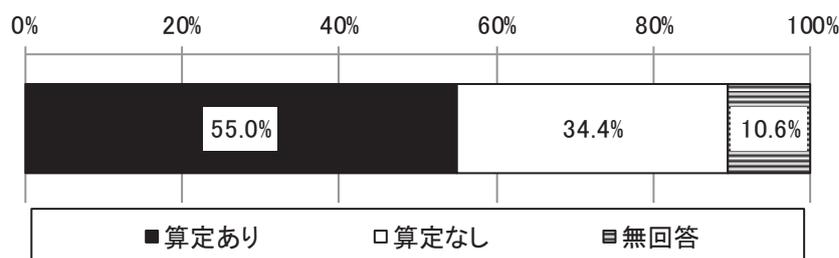
	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
ターミナルケア加算の算定件数	215	3.2	3.7	2.0

②訪問看護ターミナルケア療養費

訪問看護ターミナルケア療養費（令和元年度）は「算定あり」が55.0%（316件）、「算定なし」が34.4%（198件）であった。

「算定あり」の場合、「訪問看護ターミナルケア療養費1」の算定件数は平均6.4件、「訪問看護ターミナルケア療養費2」の算定件数は平均0.3件であった。

図表2-24 訪問看護ターミナルケア療養費の算定状況（n=575）（問7）



図表2-25 （算定ありの場合）訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数（問7）

（単位：件）

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
訪問看護ターミナルケア療養費1（算定件数）	275	6.4	9.2	3.0
訪問看護ターミナルケア療養費2（算定件数）	275	0.3	1.9	0.0

(8) 従事者数

保健師・助産師・看護師は、「常勤者」の実人数が平均 4.2 人、換算数が平均 4.0 人であり、「非常勤者」の実人数が平均 2.1 人、換算数が平均 1.1 人であった。

准看護師は、「常勤者」の実人数が平均 0.2 人、換算数が平均 0.2 人であり、「非常勤者」の実人数が平均 0.2 人、換算数が平均 0.1 人であった。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、「常勤者」の実人数が平均 1.4 人、換算数が平均 1.1 人であり、「非常勤者」の実人数が平均 0.8 人、換算数が平均 0.3 人であった。

看護補助者は、「常勤者」の実人数が平均 0.2 人、換算数が平均 0.2 人であり、「非常勤者」の実人数が平均 0.1 人、換算数が平均 0.0 人であった。

図表 2-26 職員数：実人数：1事業所あたり平均値 (n=443) (問 8) (単位：人)

	常勤	非常勤	合計
1. 保健師・助産師・看護師	4.2	2.1	6.3
2. 准看護師	0.2	0.2	0.5
3. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1.4	0.8	2.2
4. 看護補助者	0.2	0.1	0.3
合計	6.0	3.2	9.2

図表 2-27 職員数：常勤換算数：1事業所あたり平均値 (n=443) (問 8) (単位：人)

	常勤	非常勤	合計
1. 保健師・助産師・看護師	4.0	1.1	5.1
2. 准看護師	0.2	0.1	0.3
3. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1.1	0.3	1.4
4. 看護補助者	0.2	0.0	0.2
合計	5.5	1.5	7.0

図表 2-28 職員数：詳細 (n=443) (問 8) (単位：人)

	平均値	標準偏差	中央値
【実人数】			
常勤者数:実人数_保健師・助産師・看護師	4.2	2.8	4.0
常勤者数:実人数_准看護師	0.2	0.6	0.0
常勤者数:実人数_理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1.4	4.0	0.0
常勤者数:実人数_看護補助者	0.2	2.9	0.0
非常勤者数:実人数_保健師・助産師・看護師	2.1	2.4	1.0
非常勤者数:実人数_准看護師	0.2	0.7	0.0
非常勤者数:実人数_理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.8	1.7	0.0
非常勤者数:実人数_看護補助者	0.1	0.6	0.0
常勤+非常勤:実人数_保健師・助産師・看護師	6.3	3.8	5.0
常勤+非常勤:実人数_准看護師	0.5	1.0	0.0
常勤+非常勤:実人数_理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	2.2	4.7	1.0
常勤+非常勤:実人数_看護補助者	0.3	3.3	0.0
常勤者数:実人数_合計	6.0	6.9	5.0
非常勤者数:実人数_合計	3.2	3.5	2.0
常勤+非常勤:実人数_全職種合計	9.2	8.7	7.0
【常勤換算数】			
常勤者数:換算数_保健師・助産師・看護師	4.0	2.7	3.0
常勤者数:換算数_准看護師	0.2	0.6	0.0
常勤者数:換算数_理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1.1	3.8	0.0
常勤者数:換算数_看護補助者	0.2	2.6	0.0
非常勤者数:換算数_保健師・助産師・看護師	1.1	1.4	0.8
非常勤者数:換算数_准看護師	0.1	0.4	0.0
非常勤者数:換算数_理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.3	0.5	0.0
非常勤者数:換算数_看護補助者	0.0	0.4	0.0
常勤+非常勤:換算数_保健師・助産師・看護師	5.1	3.1	4.3
常勤+非常勤:換算数_准看護師	0.3	0.8	0.0
常勤+非常勤:換算数_理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1.4	4.0	0.4
常勤+非常勤:換算数_看護補助者	0.2	2.8	0.0
常勤者数:換算数_合計	5.5	6.4	4.0
非常勤者数:換算数_合計	1.5	1.7	1.0
常勤+非常勤:換算数_全職種合計	7.0	7.1	5.5

(9) 夜間休日に緊急時対応できる訪問看護師数

夜間休日に緊急対応できる訪問看護師数は、「常勤者」が平均 3.6 人、「非常勤者」が平均 0.3 人であった。

図表 2-29 夜間休日に緊急時対応できる訪問看護師数 (問 9) (単位 : 人)

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
常勤者数	521	3.6	2.4	3.0
非常勤者数	521	0.3	0.9	0.0

(10) 過去 3 年間の入職者数

過去 3 年間の入職者数は、「2017 年度」が平均 1.5 人、「2018 年度」が平均 1.7 人、「2019 年度」が平均 1.9 人であった。

図表 2-30 過去 3 年間の入職者数 (問 10) (単位 : 人)

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
入職者数:2017 年度	415	1.5	2.5	1.0
入職者数:2018 年度	459	1.7	3.0	1.0
入職者数:2019 年度	501	1.9	3.2	1.0

(11) 過去 3 年間の離職者数

過去 3 年間の離職者数は、「2017 年度」が平均 0.8 人、「2018 年度」が平均 1.0 人、「2019 年度」が平均 1.2 人であった。

図表 2-31 過去 3 年間の離職者数 (問 11) (単位 : 人)

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
離職者数:2017 年度	410	0.8	1.2	0.0
離職者数:2018 年度	455	1.0	1.2	1.0
離職者数:2019 年度	489	1.2	1.7	1.0

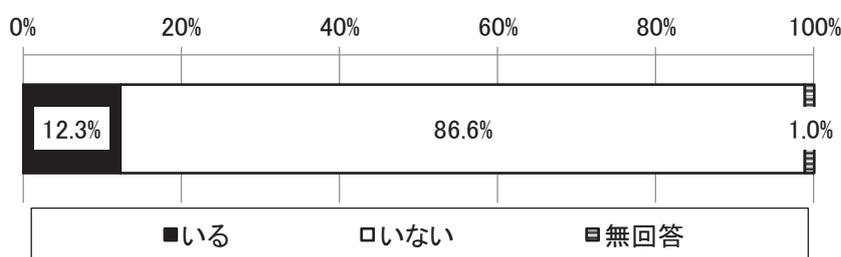
(12) 認定看護師・専門看護師・特定看護師の有無

認定看護師・専門看護師・特定行為研修を修了した看護師（以下、特定看護師）の有無は、「いる」が12.3%（71件）、「いない」が86.6%（498件）であった。

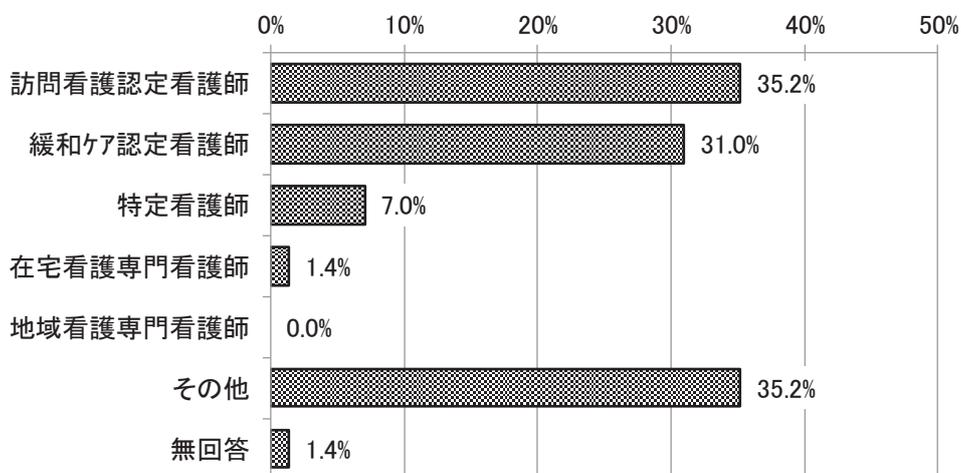
認定看護師・専門看護師・特定看護師がいると回答した71事業所のうち、「訪問看護認定看護師」がいる事業所は25事業所で、35.2%（71事業所分の25事業所）であった。「緩和ケア認定看護師」がいる事業所は22事業所で、31.0%（71事業所分の22事業所）であった。

また、「訪問看護認定看護師」は本調査の回答事業所の合計で27人、「緩和ケア認定看護師」は24人、「在宅看護専門看護師」は1人、「特定看護師」は5人であった。

図表2-32 認定看護師・専門看護師・特定看護師の有無（n=575）（問12）



図表2-33 (いる場合)内訳（n=71）（複数回答）（問12）



図表2-34 特定看護師・専門看護師・認定看護師のいる事業所数と人数（問12）

	1人以上いる事業所数（か所）	回答事業所での合計人数（人）	平均値	標準偏差	中央値
訪問看護認定看護師	25	27	1.1	0.3	1.0
緩和ケア認定看護師	22	24	1.1	0.3	1.0
在宅看護専門看護師	1	1	1.0	-	1.0
地域看護専門看護師	0	-	-	-	-
特定看護師	5	5	1.0	0.0	1.0

図表 2-35 その他の内訳（問 12）

	名称	回答事業所での合計人数（人）
認定看護師	皮膚・排泄ケア	7
	認知症看護	4
	がん性疼痛看護	2
	糖尿病看護	1
	感染管理	1
	新生児集中ケア	1
	摂食・嚥下障害看護	1
	慢性呼吸器疾患看護	2
	慢性心不全看護	1
	精神科	1
認定看護管理者	認定看護管理者	2
専門看護師	慢性疾患看護	1
	精神看護	1

（13）介護保険の利用者数等

①利用者数・延訪問回数

介護保険の利用者数（6月1か月間）は、1事業所あたり平均 49.6 人であった。

延訪問回数（6月1か月間）は、平均 294.7 回であった。うち緊急訪問は、平均 4.2 回であった。

図表 2-36 利用者数・延訪問回数（6月1か月間）（問 13）

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
介護保険：利用者数（人）	537	49.6	53.3	38.0
介護保険：延訪問回数（回）	537	294.7	558.4	212.0
うち緊急訪問（回）	537	4.2	9.5	1.0

②死亡者数

介護保険の死亡者数（令和元年度）は、「利用1カ月以上の死亡」で「自宅」での死亡が平均 1.8 人、「自宅以外」が 2.5 人、「利用1カ月未満の死亡」（利用1日以内の死亡を含む）で「自宅」での死亡が平均 0.5 人、「自宅以外」が平均 0.4 人であった。

図表 2-37 死亡者数（n=439）（問 13）（単位：人）

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
自宅：利用1ヶ月以上の死亡	787	1.79	2.8	1.0
自宅：利用1ヶ月未満の死亡	214	0.49	2.0	0.0
自宅：うち、利用1日以内の死亡	20	0.05	0.2	0.0
自宅以外：利用1ヶ月以上の死亡	1,086	2.47	4.1	0.0
自宅以外：利用1ヶ月未満の死亡	157	0.36	1.0	0.0
自宅以外：うち、利用1日以内の死亡	7	0.02	0.1	0.0

(14) 医療保険の利用者数等

①利用者数・延べ訪問回数

医療保険の利用者数（6月1か月間）は平均24.4人であった。

延訪問回数（6月1か月間）は、平均199.7回であった。うち緊急訪問は、平均4.3回であった。

図表2-38 利用者数・延訪問回数（問13）

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
医療保険:利用者数（人）	540	24.4	31.4	15.0
医療保険:延訪問回数（回）	540	199.7	318.3	125.0
うち緊急訪問（回）	540	4.3	14.7	1.0

②死亡者数

医療保険の死亡者数（令和元年度）は、「利用1カ月以上の死亡」で「自宅」での死亡が平均2.3人、「自宅以外」が1.8人、「利用1カ月未満の死亡」（利用1日以内の死亡を含む）で「自宅」での死亡が平均1.3人、「自宅以外」が平均0.7人であった。

図表2-39 死亡者数（n=454）（問13）（単位：人）

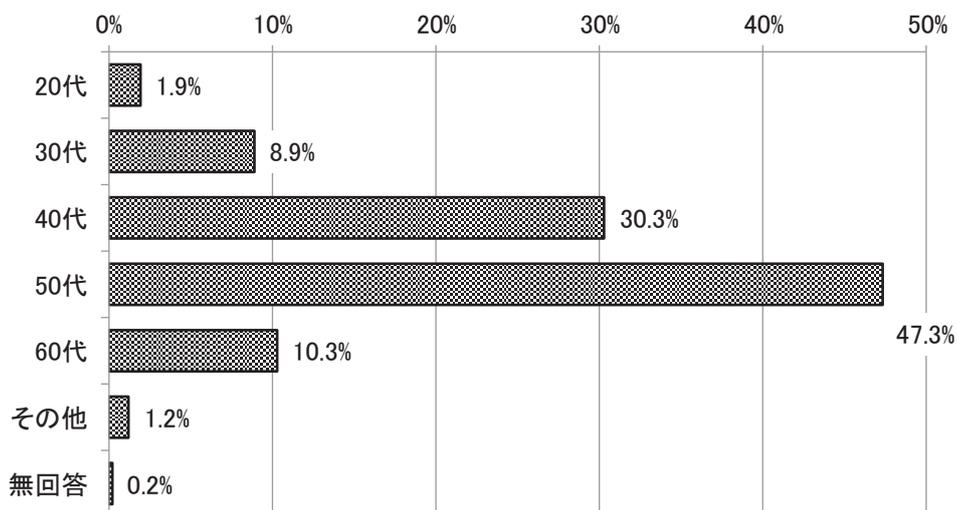
	合計値	平均値	標準偏差	中央値
自宅：利用1ヶ月以上の死亡	1,066	2.35	4.7	1.0
自宅：利用1ヶ月未満の死亡	568	1.25	2.7	0.0
自宅：うち、利用1日以内の死亡	47	0.10	0.5	0.0
自宅以外：利用1ヶ月以上の死亡	817	1.80	4.0	0.0
自宅以外：利用1ヶ月未満の死亡	305	0.67	1.6	0.0
自宅以外：うち利用1日以内の死亡	12	0.03	0.2	0.0

(15) 管理者の属性

①年代

管理者の年代は「50代」が47.3%（272件）で最も多く、次いで「40代」が30.3%（174件）であった。

図表 2-40 年代（n=575）（問 14）



②訪問看護の経験年数

管理者の訪問看護の経験年数は、平均 10.3 年であった。

図表 2-41 訪問看護の経験年数（問 14）（単位：年）

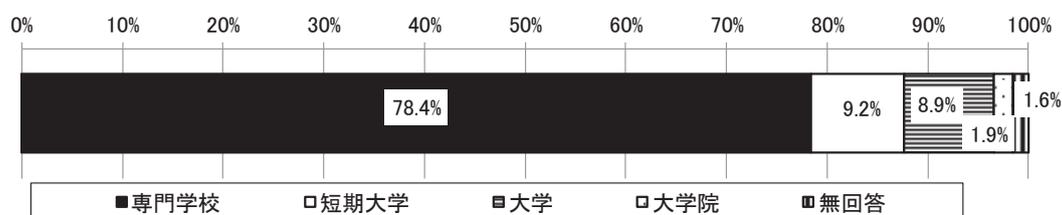
	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
訪問看護の経験年数	550	10.3	8.2	8.0

③最終学歴

管理者の最終学歴は、「専門学校」が 78.4%（451 件）で最も多く、次いで「短期大学」が 9.2%（53 件）であった。

「大学院卒」の内訳は、「修士」が 11 人中 9 人であった。

図表 2-42 最終学歴（n=575）（問 14）



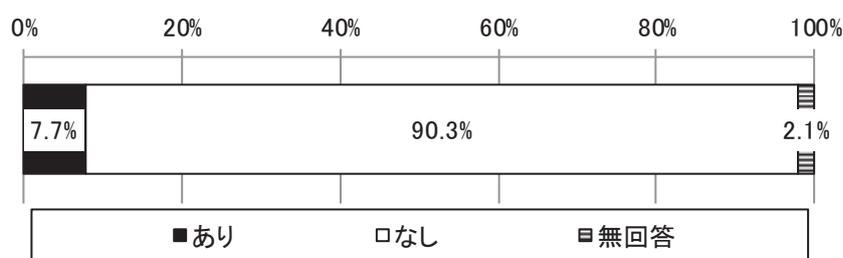
図表 2-43 最終学歴（「大学院卒」の内訳）（問 14）

	回答件数	割合
修士	9	81.8%
博士	0	0.0%
無回答	2	18.2%
全体	11	100.0%

④認定・専門・特定看護師

認定・専門・特定看護師は、「あり」が 7.7%（44 件）、「なし」が 90.3%（519 件）であった。

図表 2-44 認定・専門・特定看護師（n=575）（問 14）



図表 2-45 ありの場合の内訳（問 14）

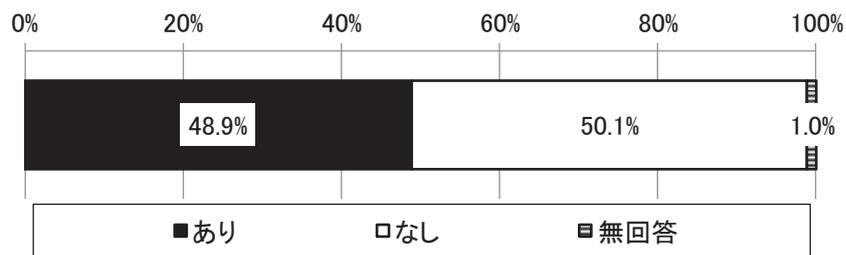
	名称	回答事業所での合計人数（人）
認定看護師	訪問看護	11
	緩和ケア	6
	認知症看護	3
	精神科	8
認定看護管理者	認定看護管理者	1
専門看護師	在宅看護	1
	精神看護	1
特定看護師		1

⑤在宅看取り研修受講経験

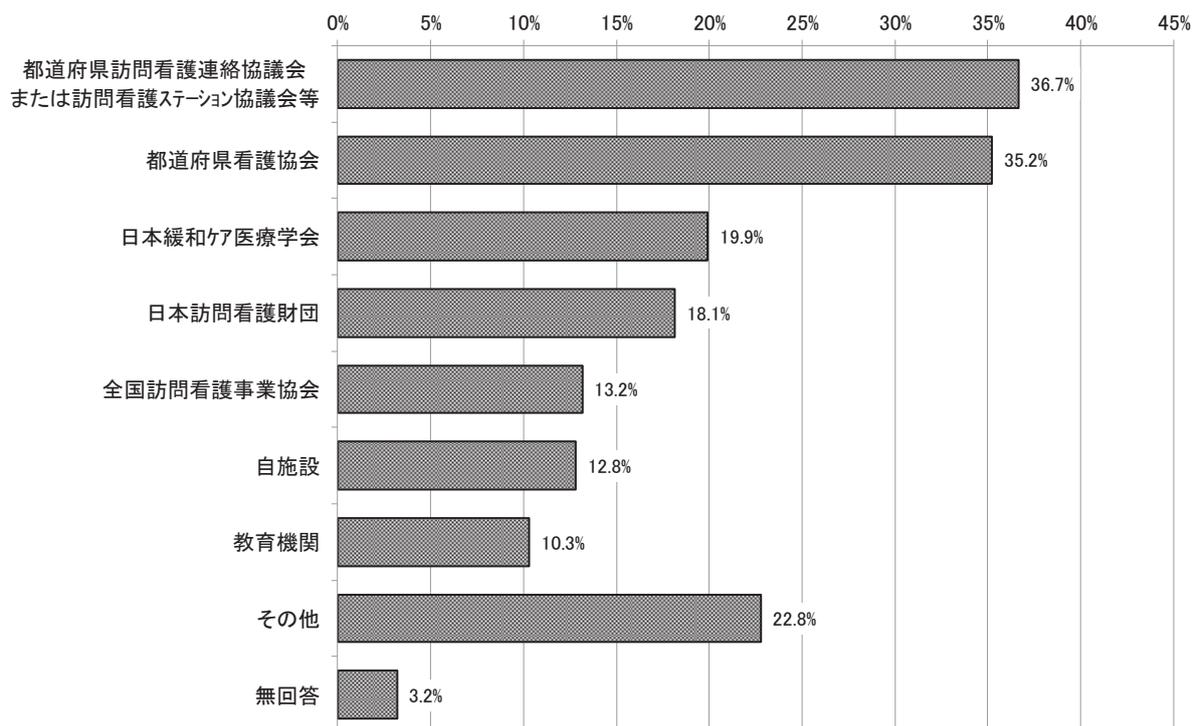
在宅看取り研修受講経験は、「あり」が48.9%（281件）、「なし」が50.1%（288件）であった。

「あり」の場合、在宅看取り研修の主催者は、「都道府県訪問看護連絡協議会または訪問看護ステーション協議会等」が36.7%（103件）で最も多く、次いで「都道府県看護協会」が35.2%（99件）であった。具体的な研修名は、「緩和ケア研修会」が61.6%（173件）で最も多く、次いで「ELNEC-J」が30.6%（86件）であった。

図表 2-46 在宅看取り研修受講経験（n=575）（問 14）

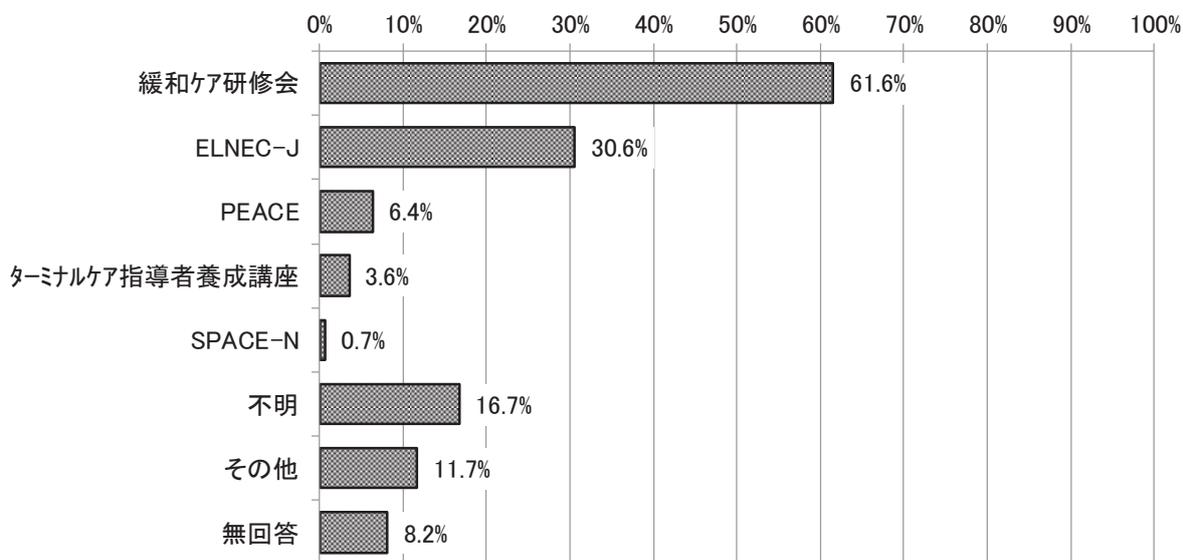


図表 2-47 （ありの場合）在宅看取り研修の主催者（複数回答）（n=281）（問 14）



図表 2-48 (ありの場合) 在宅看取り研修の具体的な研修名 (複数回答) (n=281)

(問 14)

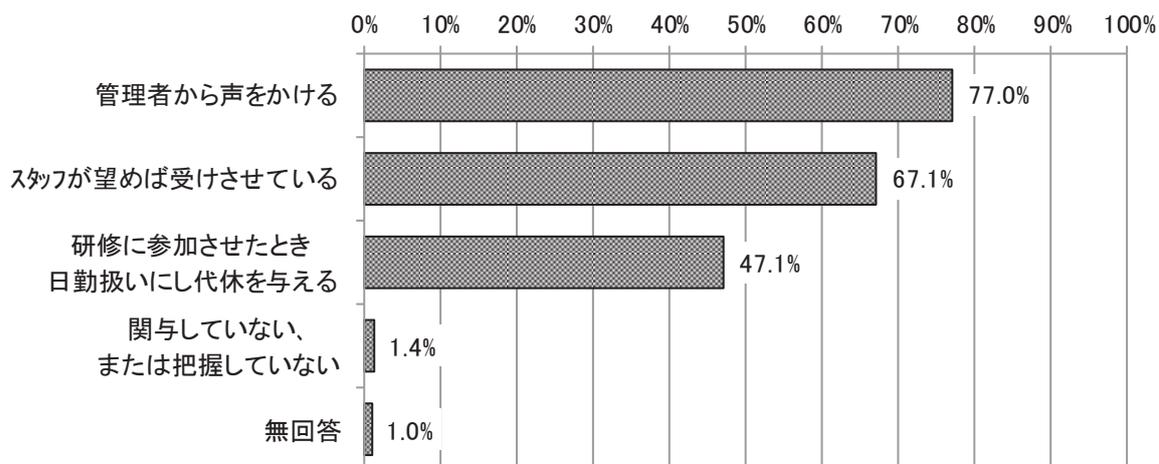


- ・ PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education)
- ・ SPACE-N プログラム (Specialized Palliative Care Education for Nurses Program)

⑥ スタッフの研修参加

スタッフの研修参加は、「管理者から声をかける」が 77.0% (443 件) で最も多く、次いで「スタッフが望めば受けさせている」が 67.1% (386 件) であった。

図表 2-49 スタッフの研修参加 (複数回答) (n=575) (問 14)

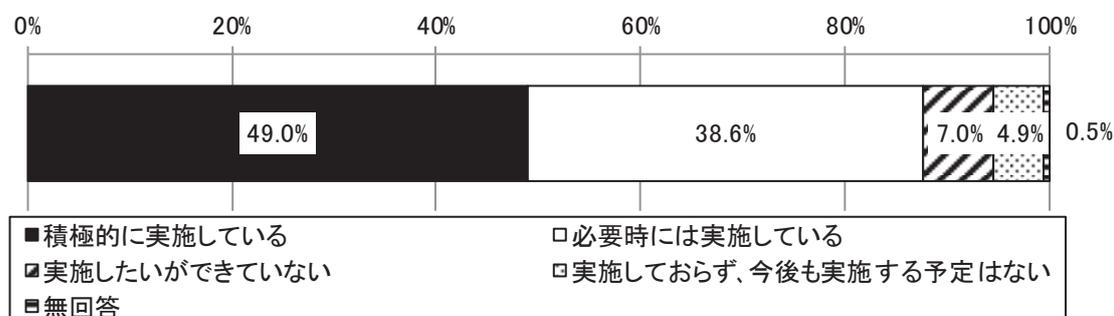


3) 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムのニーズ

(1) 在宅看取りの実施状況

在宅看取りの実施状況は、「積極的に実施している」が 49.0% (282 件) で最も多く、次いで「必要時には実施している」が 38.6% (222 件) であった。

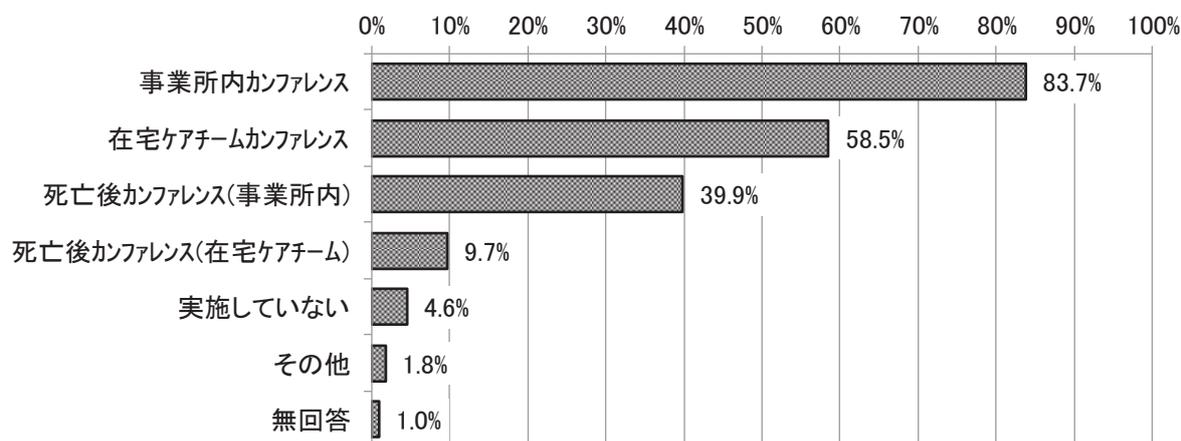
図表 2-50 在宅看取りの実施状況 (n=575) (問 1)



(2) 在宅看取りケアについて実施しているカンファレンス

在宅看取りケアについて実施しているカンファレンスは、「事業所内カンファレンス」が 83.7% (422 件) で最も多く、次いで「在宅ケアチームカンファレンス」が 58.5% (295 件) であった。

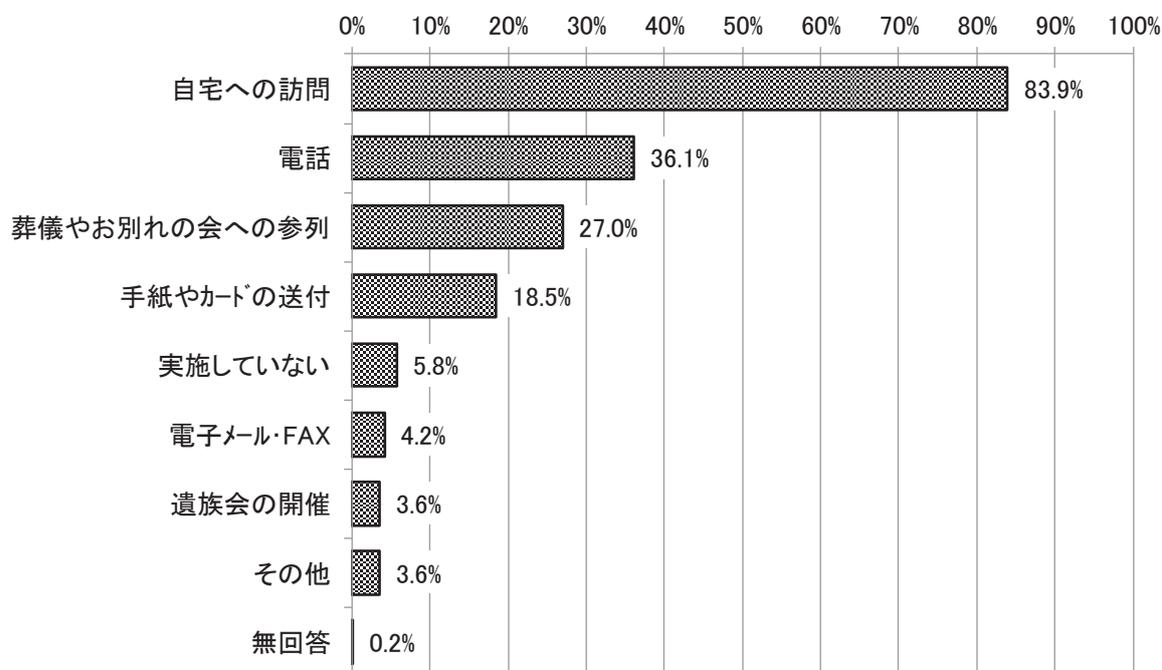
図表 2-51 在宅看取りケアについて実施しているカンファレンス (n=504) (複数回答) (問 2)



(3) 在宅療養者が死亡後の遺族へのケア

在宅療養者が死亡後の遺族のケアは、「自宅への訪問」が 83.9% (423 件) で最も多く、次いで「電話」が 36.1% (182 件) であった。

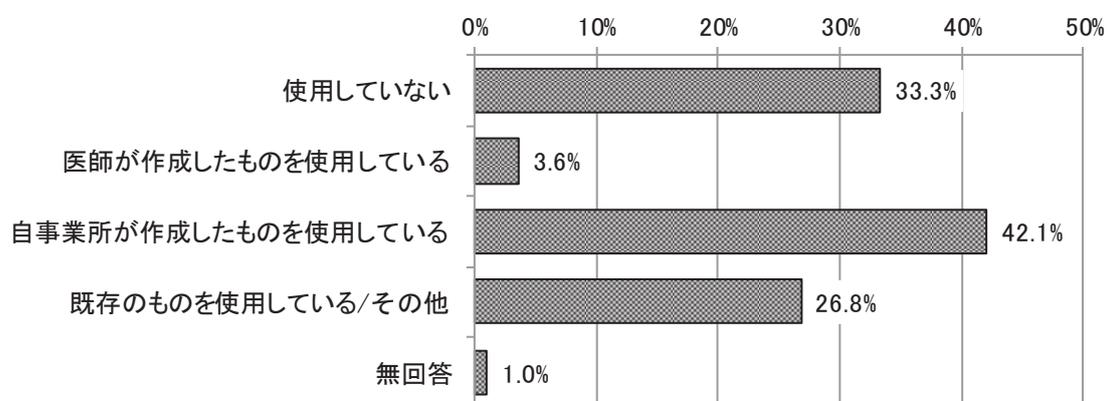
図表 2-52 在宅療養者が死亡後の遺族へのケア (複数回答) (n=504) (問 3)



(4) 看護師用のマニュアルなどの使用

看護師用のマニュアルなどの使用は、「自事業所が作成したものを使用している」が 42.1% (212 件) で最も多く、次いで「使用していない」が 33.3% (168 件) であった。

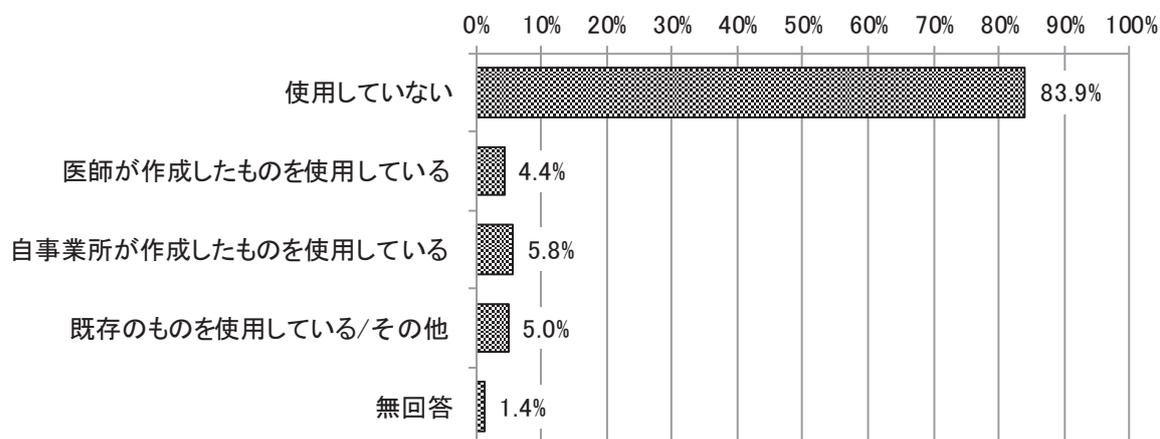
図表 2-53 看護師用のマニュアルなどの使用 (複数回答) (n=504) (問 4)



(5) 保険医療機関と在宅の地域連携パスなどの利用

保険医療機関と在宅の地域連携パスなどの使用は、「使用していない」が 83.9% (423 件) で最も多く、次いで「自事業所が作成したものを使用している」が 5.8% (29 件) であった。

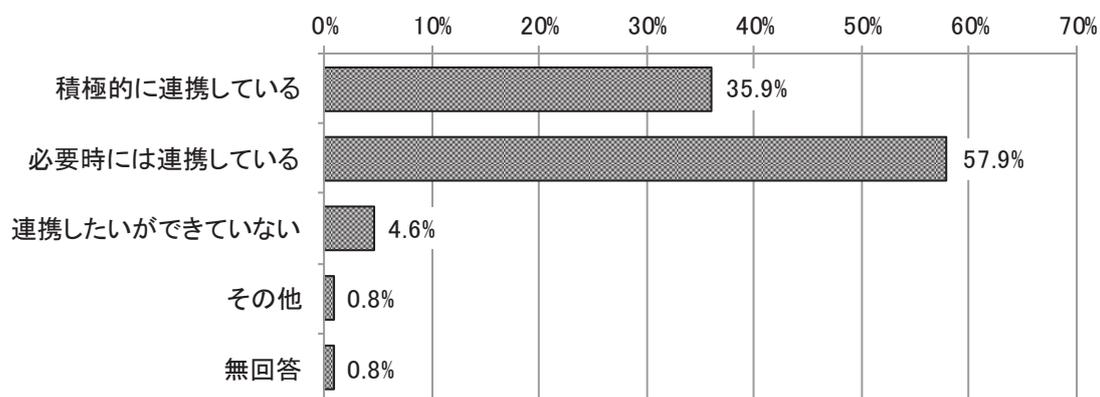
図表 2-54 保険医療機関と在宅の地域連携パスなどの利用 (複数回答) (n=504) (問 5)



(6) 訪問介護事業所との連携

訪問介護事業所との連携は、「必要時には連携している」が 57.9% (292 件) で最も多く、次いで「積極的に連携している」が 35.9% (181 件) であった。

図表 2-55 訪問介護事業所との連携 (n=504) (問 6)

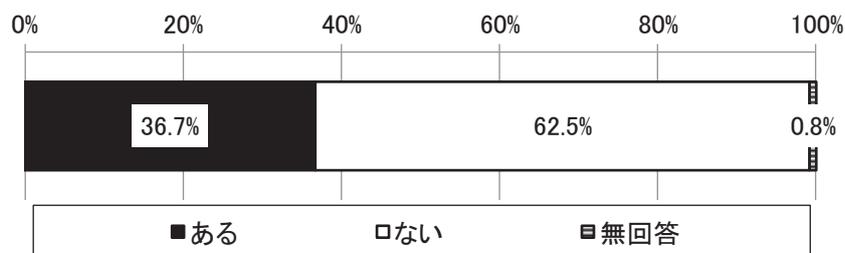


(7) 在宅看取りケアの依頼に応じられないケースの有無

在宅看取りケアの依頼に応じられないケースの有無は、「ある」が 36.7% (185 件)、「ない」が 62.5% (315 件) であった。

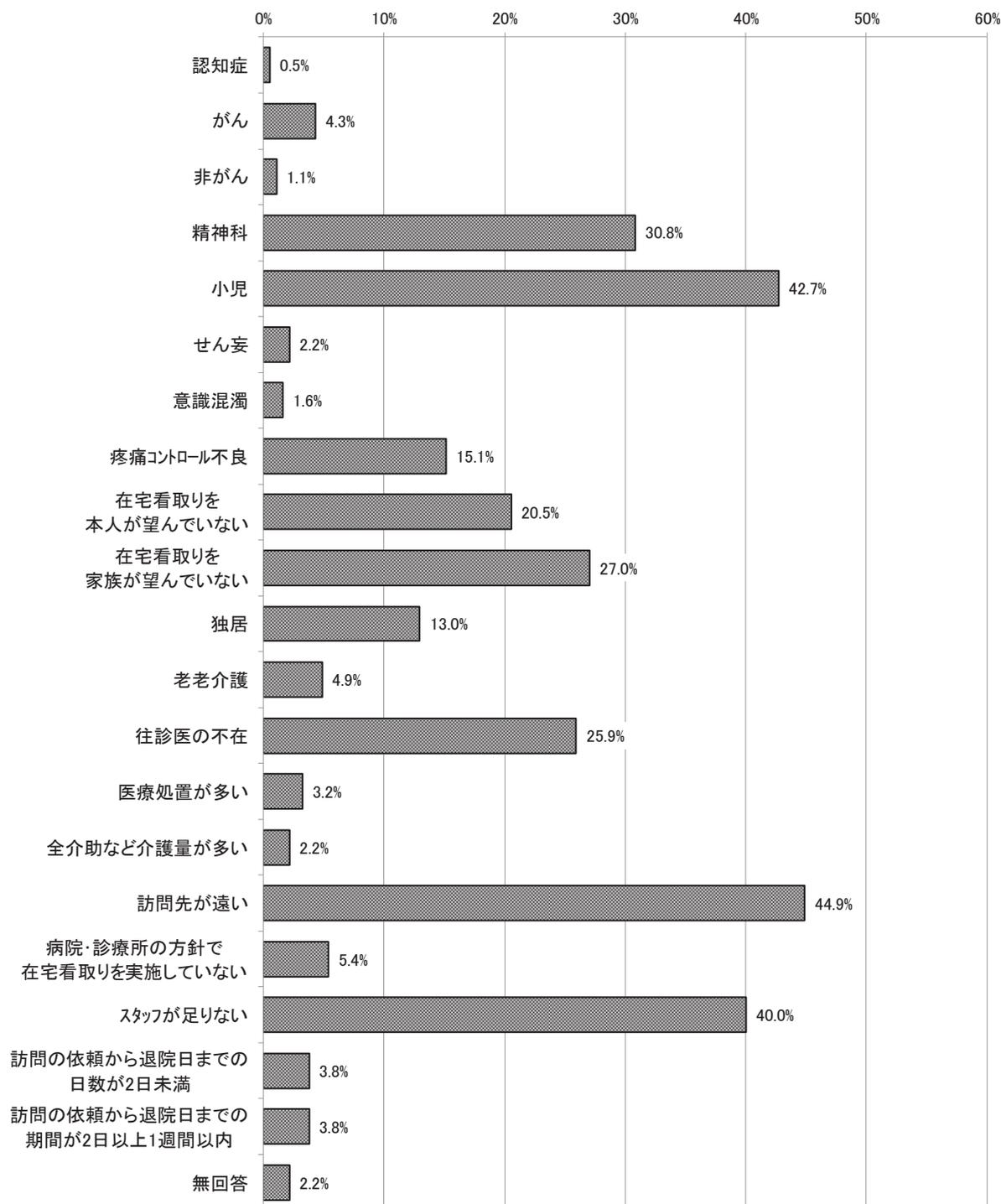
ある場合の 185 事業所において、具体的な内容は、「訪問先が遠い」が 44.9% (83 件) で最も多く、次いで「小児」が 42.7% (79 件) であった。

図表 2-56 在宅看取りケアの依頼に応じられないケースの有無 (n=504) (問 7)



図表 2-57 (ある場合) 在宅看取りケアの依頼に応じられないケース (複数回答) (n=185)

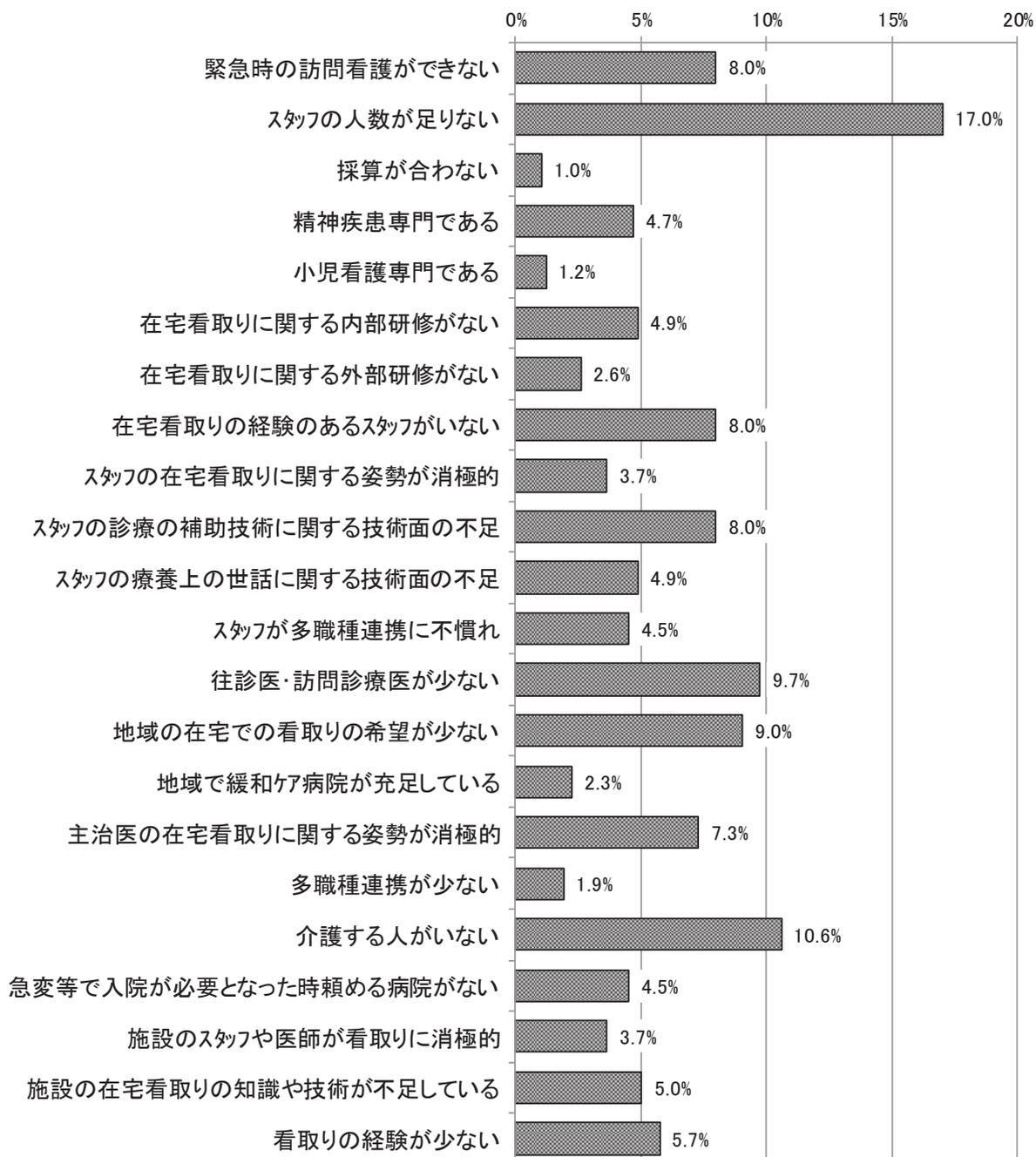
(問 8)



(8) 在宅看取りにおいて困難と感じている項目

在宅看取りにおいて困難と感じている項目は、「スタッフの人数が足りない」が17.0% (98件) で最も多く、次いで「介護する人がいない」が10.6% (61件) であった。

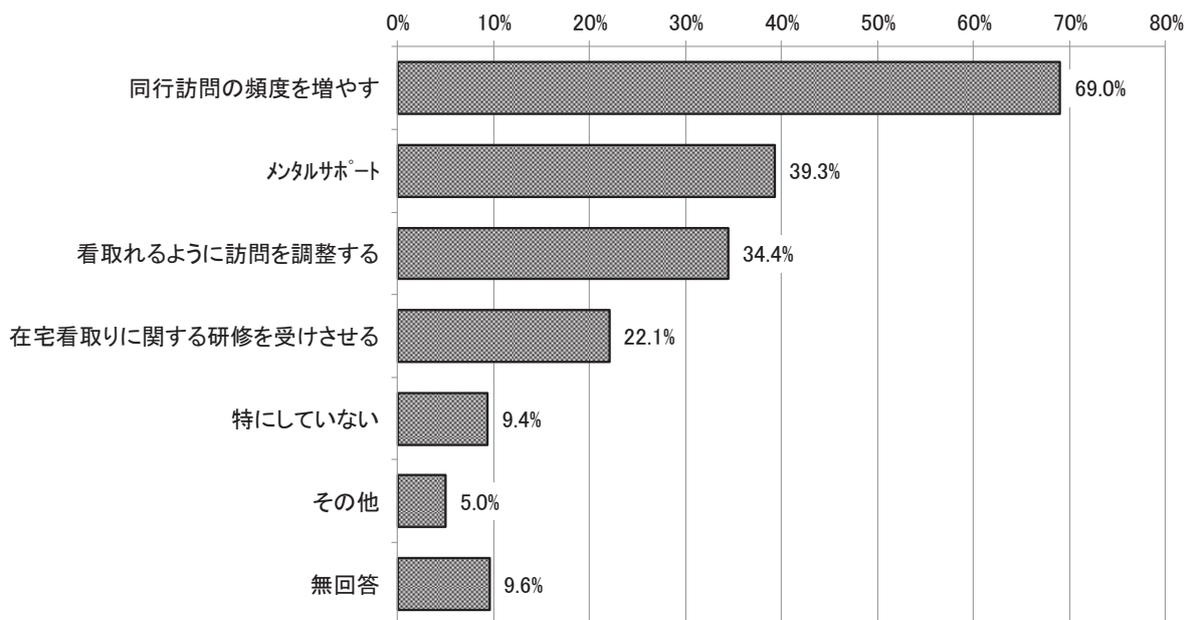
図表 2-58 在宅看取りにおいて困難と感じている項目 (複数回答) (n=575) (問 9)



(9) 初めて在宅看取りを実践する看護師に対する特別な支援

初めて在宅看取りを実践する看護師に対する特別な支援は、「同行訪問の頻度を増やす」が69.0%（397件）で最も多く、次いで「メンタルサポート」が39.3%（226件）であった。

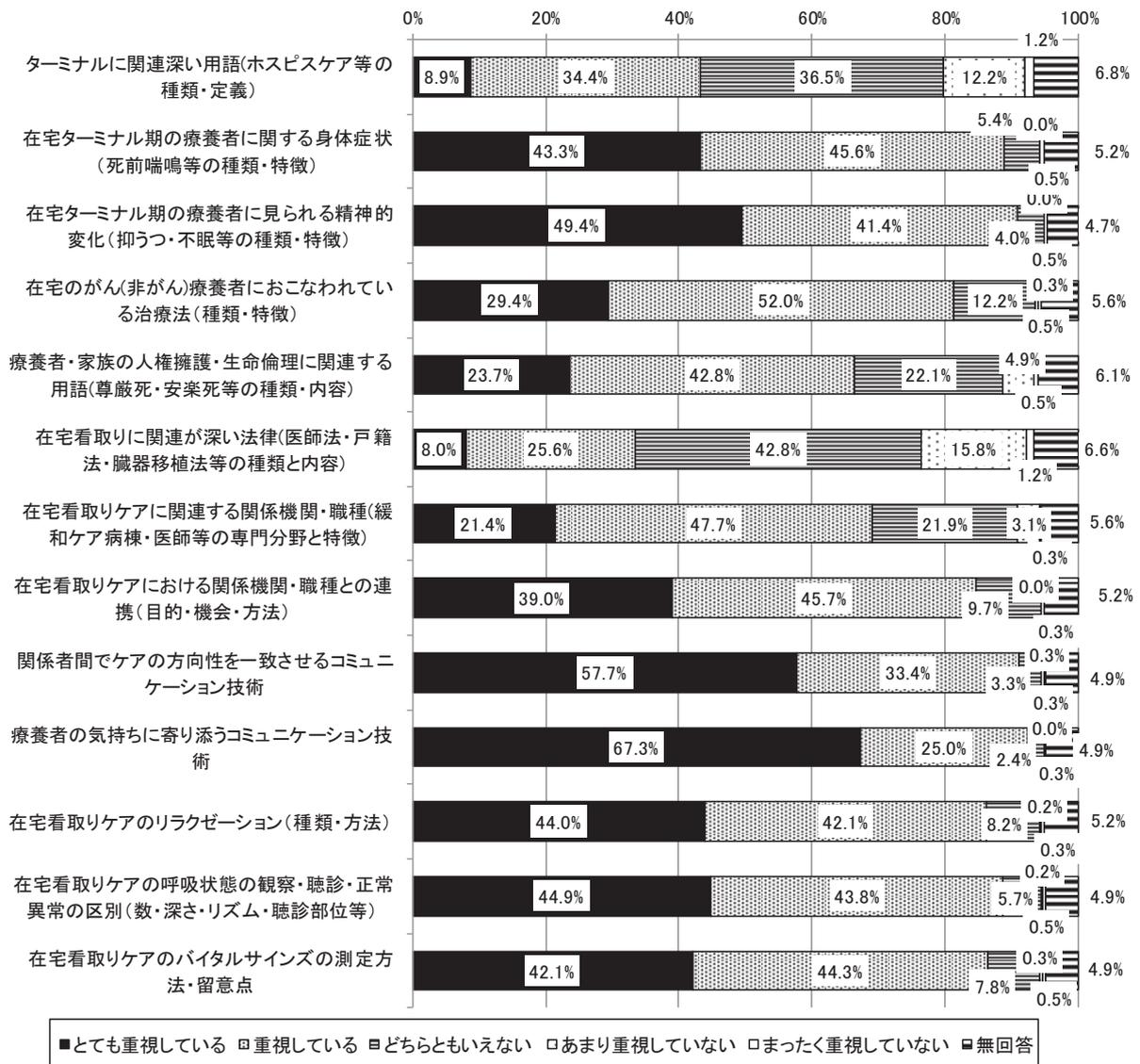
図表2-59 初めて在宅看取りを実践する看護師に対する特別な支援（複数回答）（n=575）
（問10）



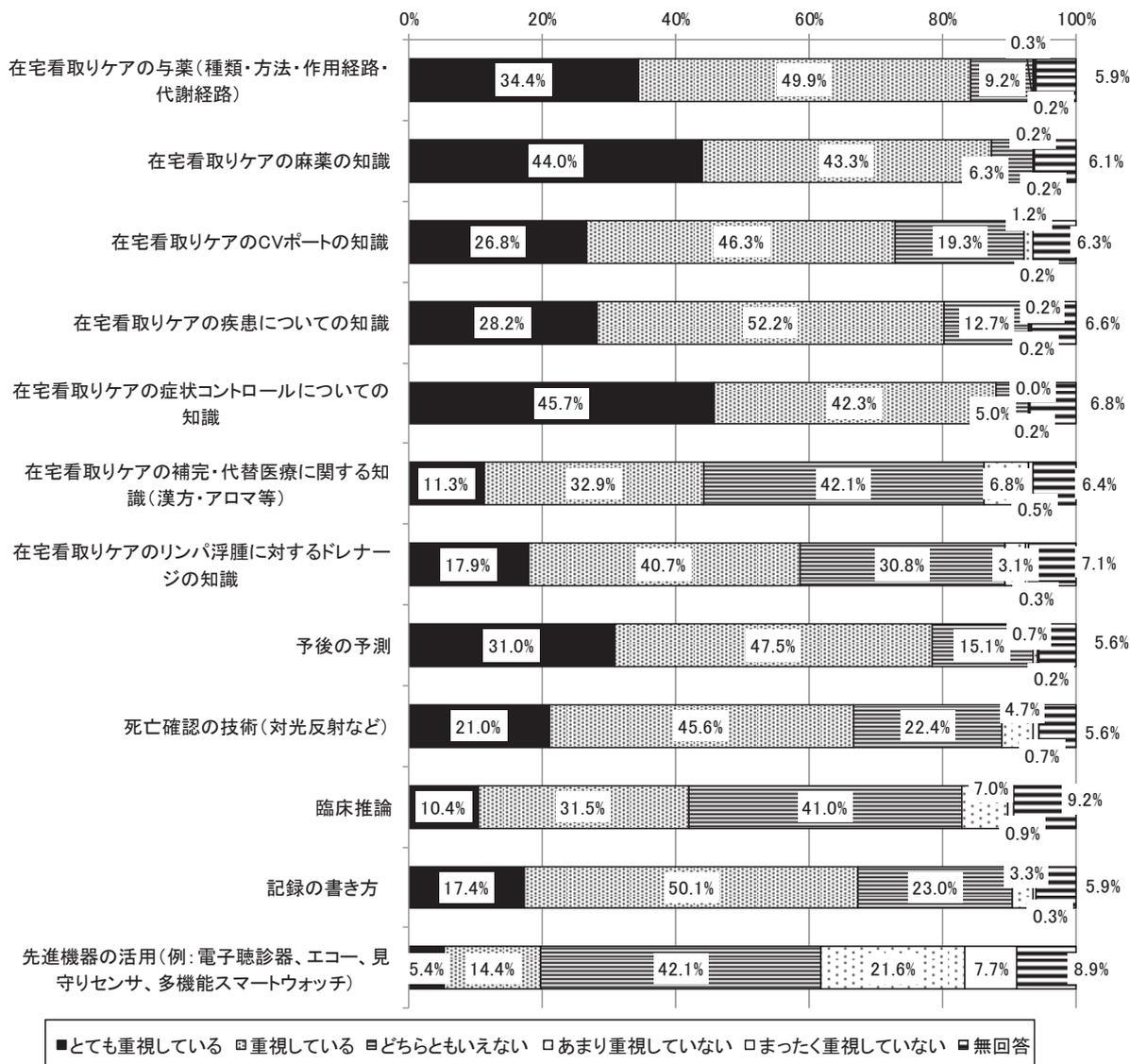
(10) 在宅看取りスタッフの教育において重視する項目

在宅看取りスタッフの教育において重視する項目に関して、「療養者の気持ちに寄り添うコミュニケーション技術」は、「とても重視している」「重視している」が計 92.3% (531 件)、「関係者間でケアの方向性を一致させるコミュニケーション技術」は、「とても重視している」「重視している」が計 91.1% (524 件) と、特に重視されていた。それに対して、「先進機器の活用」は、「あまり重視していない」「全く重視していない」が計 29.3% (168 件) であった。

図表 2-60 在宅看取りスタッフの教育において重視する項目 (n=575) (問 11)



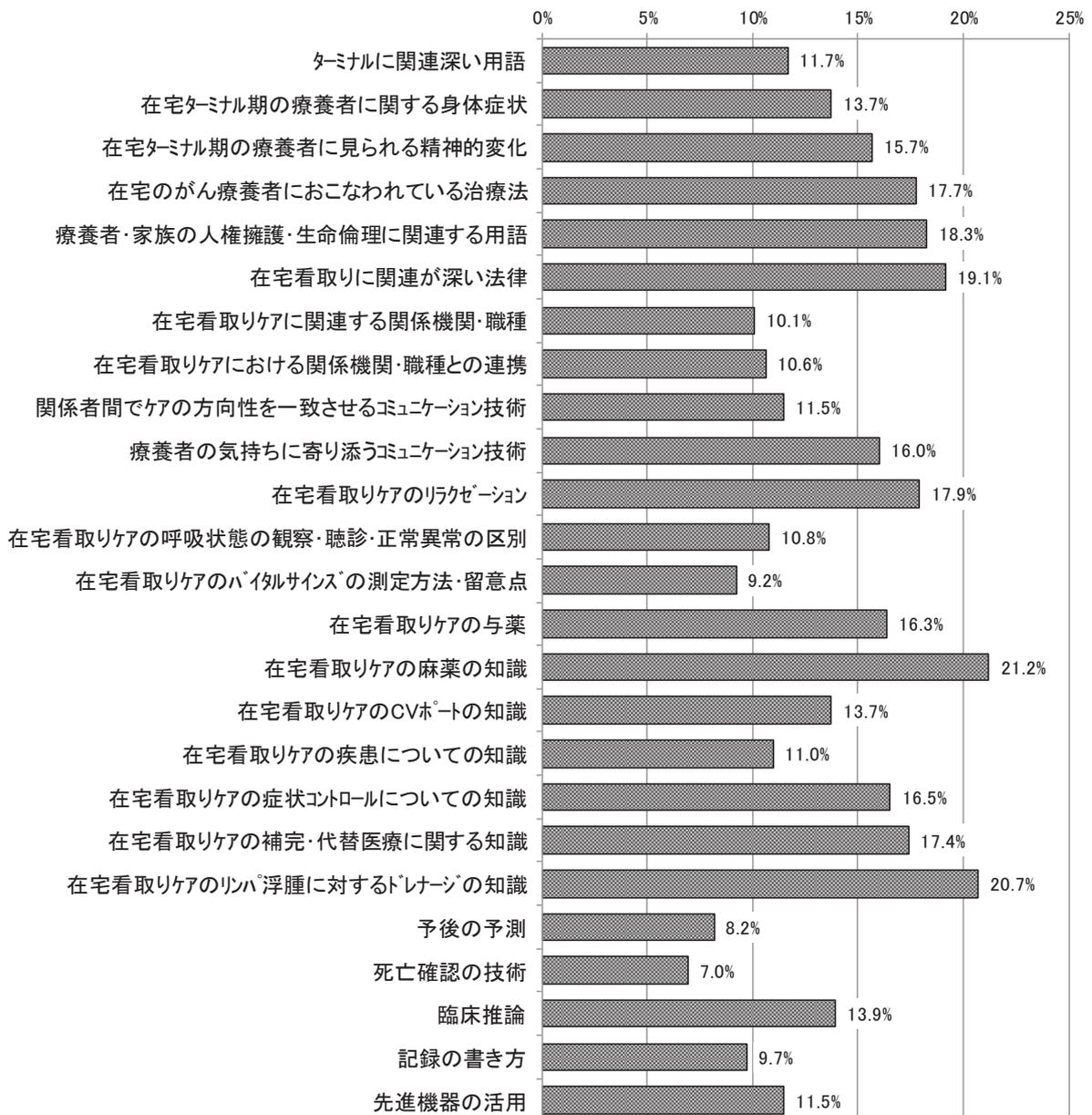
(続き)



(11) 外部教育が必要だと考える項目

外部教育が必要だと考える項目は、「在宅看取りケアの麻薬の知識」が 21.2% (122 件) で最も多く、次いで「在宅看取りケアのリンパ浮腫に対するトレーニングの知識」が 20.7% (119 件) であった。

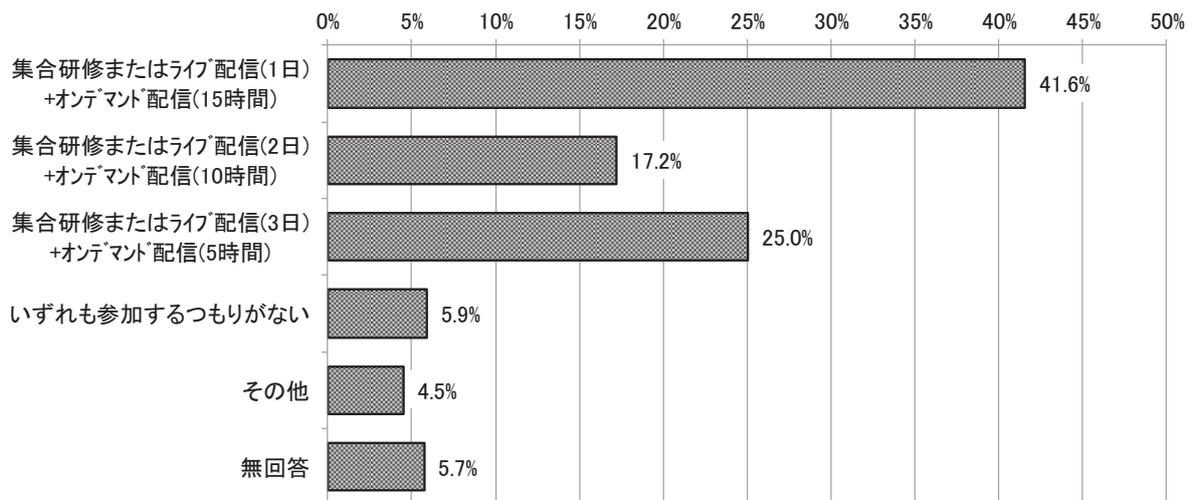
図表 2-61 外部教育が必要だと考える項目 (複数回答) (n=575) (問 11)



(12) 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム研修に職員が参加しやすい
パターン

訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム研修に職員が参加しやすいパターンは、「集合研修またはライブ配信(1日)+オンデマンド配信(15時間)」が41.6%(239件)で最も多く、次いで「集合研修またはライブ配信(3日)+オンデマンド配信(5時間)」が25.0%(144件)であった。

図表2-62 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム研修に職員が
参加しやすいパターン (n=575) (問12)



2. 病院・診療所の実態

1) 回収率

1,051 件に発送し、そこから送付先不明で先方未着で差し戻されたものおよび事業が廃止・休止されていた施設を除いた実際の送付数は 1,027 件であった。回収数は 232 件、回収率は 22.59% であった。

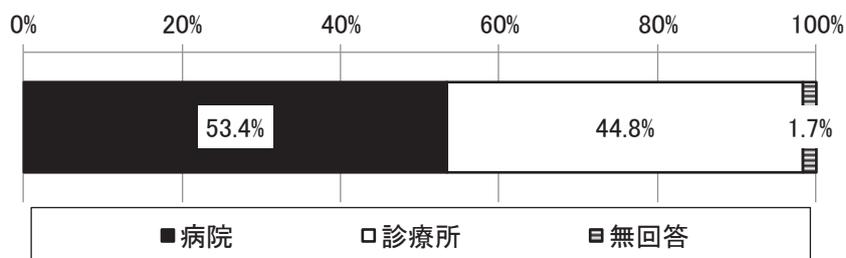
2) 基本情報

(1) 医療施設の種別

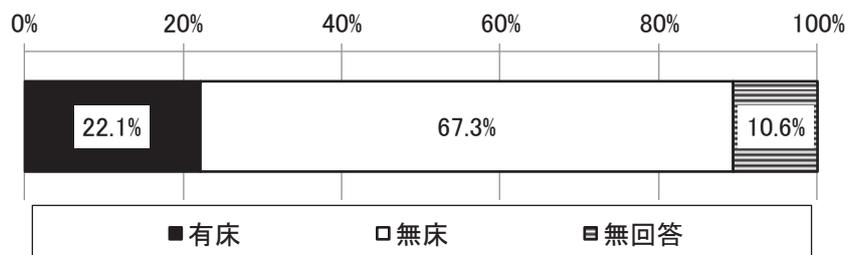
医療施設の種別は、「病院」が 53.4% (124 件)、「診療所」が 44.8% (104 件) であった。

「診療所」の場合、「有床」が 22.1% (23 件)、「無床」が 67.3% (70 件) であった。

図表 2-63 医療施設の種別 (n=232) (問 3)



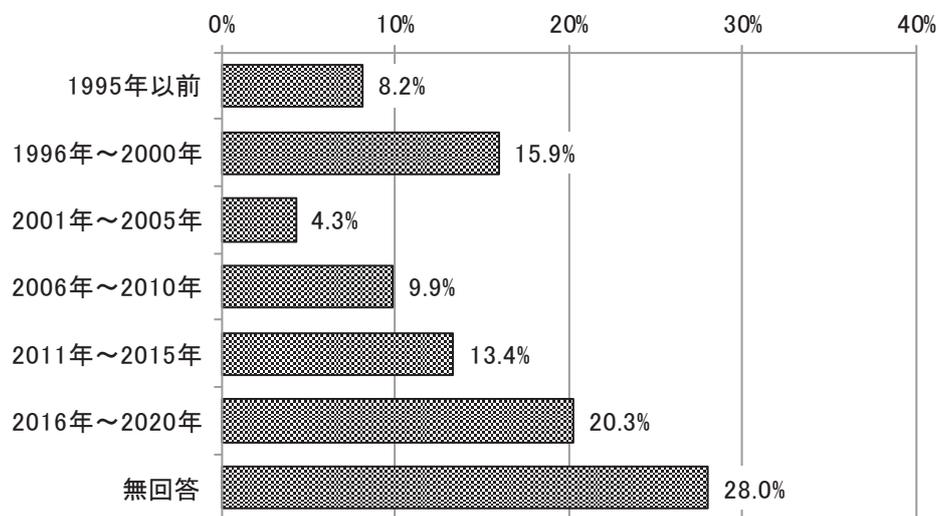
図表 2-64 (診療所の場合) 病床の有無 (n=104) (問 3)



(2) 訪問看護・指導開始

訪問看護・指導の開始年月は「2016年～2020年」が20.3%（47件）であった。

図表 2-65 訪問看護・指導開始年 (n=232) (問1)



	合計	I. (1) 1 訪問看護・指導開始年						
		1995年 以前	1996年 ～2000 年	2001年 ～2005 年	2006年 ～2010 年	2011年 ～2015 年	2016年 ～2020 年	無回答
全体	232 100.0%	19 8.2%	37 15.9%	10 4.3%	23 9.9%	31 13.4%	47 20.3%	65 28.0%
病院	124 100.0%	13 10.5%	18 14.5%	5 4.0%	12 9.7%	16 12.9%	31 25.0%	29 23.4%
診療所	104 100.0%	6 5.8%	19 18.3%	5 4.8%	11 10.6%	14 13.5%	14 13.5%	35 33.7%

(3) 所在地

所在地は、「北海道」が 8.6% (20 件) で最も多く、次いで「京都府」が 6.5% (15 件) であった。

図表 2-66 所在地 (n=232) (問 2)

No.	所在地	件数	割合
1	北海道	20	8.6%
2	青森県	5	2.2%
3	岩手県	2	0.9%
4	宮城県	7	3.0%
5	秋田県	4	1.7%
6	山形県	1	0.4%
7	福島県	5	2.2%
8	茨城県	3	1.3%
9	栃木県	2	0.9%
10	群馬県	4	1.7%
11	埼玉県	7	3.0%
12	千葉県	13	5.6%
13	東京都	8	3.4%
14	神奈川県	9	3.9%
15	新潟県	3	1.3%
16	富山県	2	0.9%
17	石川県	6	2.6%
18	福井県	3	1.3%
19	山梨県	0	0.0%
20	長野県	4	1.7%
21	岐阜県	5	2.2%
22	静岡県	4	1.7%
23	愛知県	5	2.2%
24	三重県	4	1.7%

No.	所在地	件数	割合
25	滋賀県	1	0.4%
26	京都府	15	6.5%
27	大阪府	8	3.4%
28	兵庫県	7	3.0%
29	奈良県	2	0.9%
30	和歌山県	1	0.4%
31	鳥取県	2	0.9%
32	島根県	3	1.3%
33	岡山県	6	2.6%
34	広島県	4	1.7%
35	山口県	6	2.6%
36	徳島県	2	0.9%
37	香川県	1	0.4%
38	愛媛県	4	1.7%
39	高知県	2	0.9%
40	福岡県	6	2.6%
41	佐賀県	2	0.9%
42	長崎県	5	2.2%
43	熊本県	5	2.2%
44	大分県	5	2.2%
45	宮崎県	3	1.3%
46	鹿児島県	3	1.3%
47	沖縄県	2	0.9%
	無回答	11	4.7%
	全体	232	100.0%

(続き)

	合計	I. (2) 都道府県名							
		北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	茨城県
全体	232 100.0%	20 8.6%	5 2.2%	2 0.9%	7 3.0%	4 1.7%	1 0.4%	5 2.2%	3 1.3%
病院	124 100.0%	16 12.9%	2 1.6%	2 1.6%	5 4.0%	3 2.4%	1 0.8%	2 1.6%	1 0.8%
診療所	104 100.0%	4 3.8%	3 2.9%	0 0.0%	2 1.9%	1 1.0%	0 0.0%	3 2.9%	2 1.9%

	合計	I. (2) 都道府県名							
		栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	富山県
全体	232 100.0%	2 0.9%	4 1.7%	7 3.0%	13 5.6%	8 3.4%	9 3.9%	3 1.3%	2 0.9%
病院	124 100.0%	2 1.6%	1 0.8%	5 4.0%	6 4.8%	3 2.4%	6 4.8%	3 2.4%	1 0.8%
診療所	104 100.0%	0 0.0%	3 2.9%	2 1.9%	6 5.8%	5 4.8%	3 2.9%	0 0.0%	1 1.0%

	合計	I. (2) 都道府県名							
		石川県	福井県	山梨県	長野県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県
全体	232 100.0%	6 2.6%	3 1.3%	0 0.0%	4 1.7%	5 2.2%	4 1.7%	5 2.2%	4 1.7%
病院	124 100.0%	5 4.0%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	3 2.4%	4 3.2%	1 0.8%
診療所	104 100.0%	1 1.0%	2 1.9%	0 0.0%	4 3.8%	4 3.8%	1 1.0%	1 1.0%	3 2.9%

	合計	I. (2) 都道府県名							
		滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	鳥取県	島根県
全体	232 100.0%	1 0.4%	15 6.5%	8 3.4%	7 3.0%	2 0.9%	1 0.4%	2 0.9%	3 1.3%
病院	124 100.0%	1 0.8%	5 4.0%	2 1.6%	1 0.8%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%
診療所	104 100.0%	0 0.0%	9 8.7%	6 5.8%	6 5.8%	1 1.0%	1 1.0%	1 1.0%	2 1.9%

	合計	I. (2) 都道府県名							
		岡山県	広島県	山口県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県	福岡県
全体	232 100.0%	6 2.6%	4 1.7%	6 2.6%	2 0.9%	1 0.4%	4 1.7%	2 0.9%	6 2.6%
病院	124 100.0%	4 3.2%	3 2.4%	5 4.0%	1 0.8%	1 0.8%	4 3.2%	1 0.8%	3 2.4%
診療所	104 100.0%	2 1.9%	1 1.0%	1 1.0%	1 1.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.0%	3 2.9%

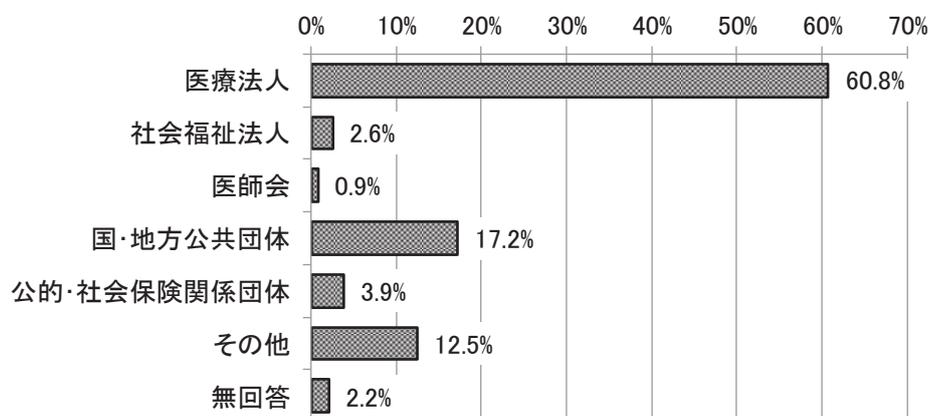
(続き)

	合計	I. (2) 都道府県名							
		佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	無回答
全体	232 100.0%	2 0.9%	5 2.2%	5 2.2%	5 2.2%	3 1.3%	3 1.3%	2 0.9%	11 4.7%
病院	124 100.0%	2 1.6%	2 1.6%	2 1.6%	2 1.6%	3 2.4%	1 0.8%	2 1.6%	3 2.4%
診療所	104 100.0%	0 0.0%	3 2.9%	3 2.9%	3 2.9%	0 0.0%	2 1.9%	0 0.0%	7 6.7%

(4) 開設主体

開設主体は、「医療法人」が 60.8%（141 件）で最も多く、次いで「国・地方公共団体」が 17.2%（40 件）であった。

図表 2-67 開設主体（n=232）（問 4）

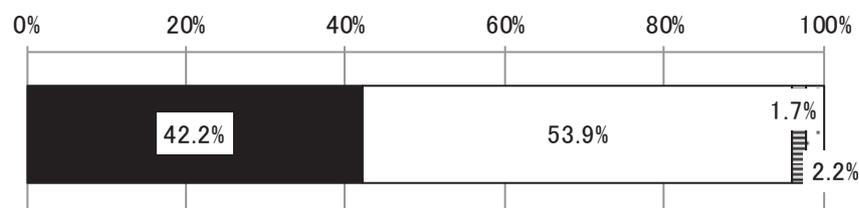


	合計	I. (4) 開設主体						
		医療法人	社会福祉法人	医師会	国・地方公共団体	公的・社会保険関係団体	その他	無回答
全体	232 100.0%	141 60.8%	6 2.6%	2 0.9%	40 17.2%	9 3.9%	29 12.5%	5 2.2%
病院	124 100.0%	61 49.2%	4 3.2%	0 0.0%	34 27.4%	7 5.6%	16 12.9%	2 1.6%
診療所	104 100.0%	79 76.0%	2 1.9%	2 1.9%	5 4.8%	2 1.9%	12 11.5%	2 1.9%

(5) 訪問看護・指導担当部署の位置づけ

訪問看護・指導担当部署の位置づけは、「院内・診療所内の部門が兼務している」が53.9%（125件）で最も多く、次いで「院内・診療所内の独立した部門である」が42.2%（98件）であった。

図表 2-68 訪問看護・指導担当部署の位置づけ（n=232）（問5）



■ 院内・診療所内の独立した部門である □ 院内・診療所内の部門が兼務している
 ▨ その他 □ 無回答

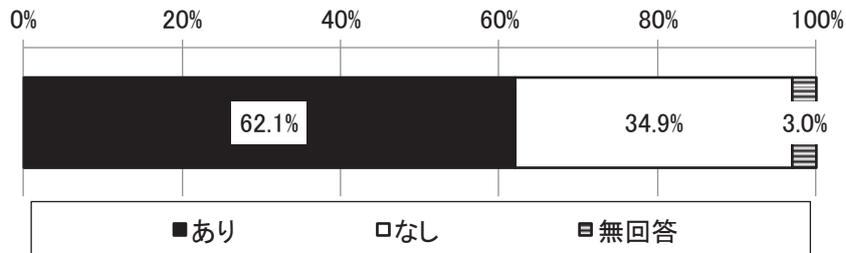
	合計	I. (5) 訪問看護・指導担当部署の位置づけ			
		院内・診療所内の独立した部門である	院内・診療所内の部門が兼務している	その他	無回答
全体	232 100.0%	98 42.2%	125 53.9%	4 1.7%	5 2.2%
病院	124 100.0%	72 58.1%	48 38.7%	1 0.8%	3 2.4%
診療所	104 100.0%	25 24.0%	76 73.1%	2 1.9%	1 1.0%

(6) 加算等の届け出

①介護保険 緊急時訪問看護加算

緊急時訪問看護加算の届出は、「あり」が 62.1% (144 件)、「なし」が 34.9% (81 件)であった。

図表 2-69 介護保険 緊急時訪問看護加算 (n=232) (問 6)



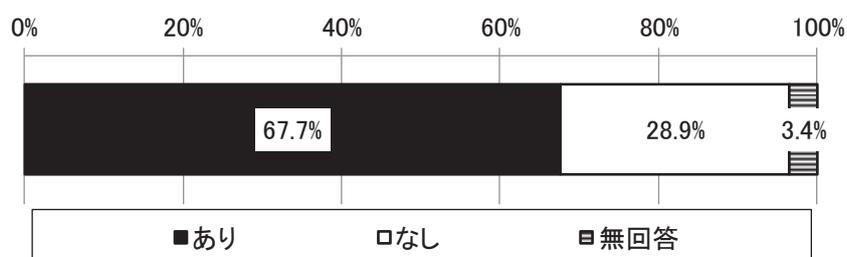
	合計	I. (6) 1 加算等の届出: 介護保険_緊急時訪問看護加算		
		あり	なし	無回答
全体	232 100.0%	144 62.1%	81 34.9%	7 3.0%
病院	124 100.0%	74 59.7%	48 38.7%	2 1.6%
診療所	104 100.0%	67 64.4%	33 31.7%	4 3.8%

②介護保険 特別管理加算

特別管理加算の届出は、「あり」が 67.7%（157 件）、「なし」が 28.9%（67 件）であった。

「あり」の場合、算定件数（6 月 1 か月間）は、500 単位が平均 3.5 件、250 単位が平均 2.5 件であった。

図表 2-70 介護保険 特別管理加算（n=232）（問 6）



	合計	I. (6) 2 加算等の届出: 介護保険_特別管理加算		
		あり	なし	無回答
全体	232 100.0%	157 67.7%	67 28.9%	8 3.4%
病院	124 100.0%	86 69.4%	35 28.2%	3 2.4%
診療所	104 100.0%	68 65.4%	32 30.8%	4 3.8%

図表 2-71 介護保険 特別管理加算の単位別件数（問 6）（単位：件）

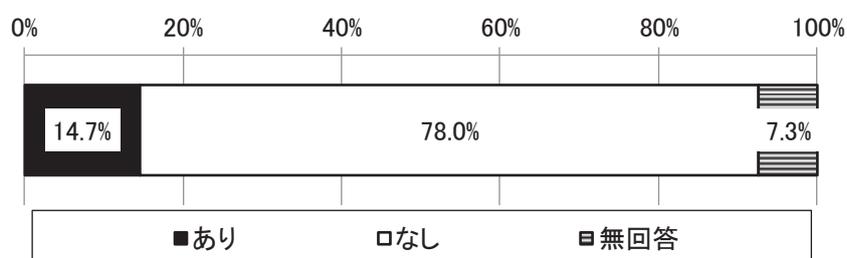
	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
介護保険_特別管理加算：500 単位	119	3.5	5.6	2.0
（病院）	71	4.1	4.3	3.0
（診療所）	47	2.6	7.2	1.0
介護保険_特別管理加算：250 単位	119	2.5	2.8	2.0
（病院）	71	2.8	2.3	2.0
（診療所）	47	2.1	3.5	1.0

③介護保険 看護体制強化加算

看護体制強化加算の届出は、「あり」が 14.7% (34 件)、「なし」が 78.0% (181 件)であった。

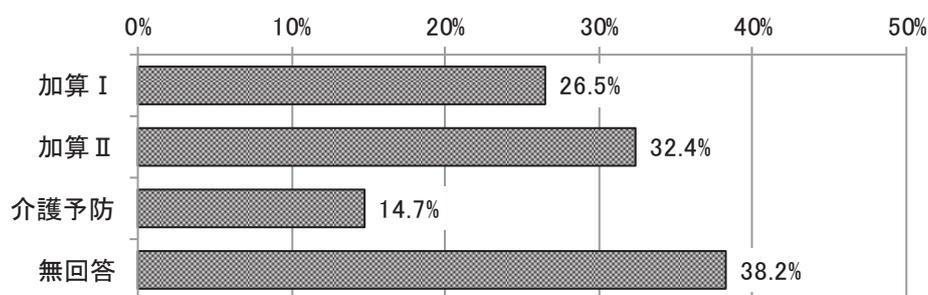
「あり」の場合、「加算Ⅰ」が 26.5% (9 件)、「加算Ⅱ」が 32.4% (11 件)であった。

図表 2-72 介護保険 看護体制強化加算 (n=232) (問 6)



	合計	I. (6) 3 加算等の届出:介護保険_看護体制強化加算		
		あり	なし	無回答
全体	232 100.0%	34 14.7%	181 78.0%	17 7.3%
病院	124 100.0%	21 16.9%	96 77.4%	7 5.6%
診療所	104 100.0%	13 12.5%	82 78.8%	9 8.7%

図表 2-73 介護保険 看護体制強化加算 (n=34) (詳細) (問 6)

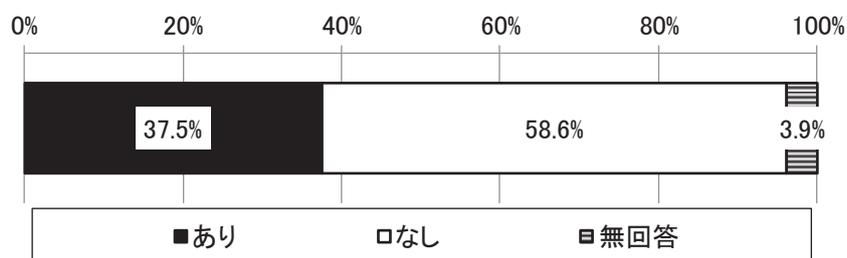


	合計	I. (6) 3sq 加算等の届出:介護保険_看護体制強化加算 (詳細)			
		加算Ⅰ	加算Ⅱ	介護予防	無回答
全体	34 100.0%	9 26.5%	11 32.4%	5 14.7%	13 38.2%
病院	21 100.0%	5 23.8%	9 42.9%	5 23.8%	6 28.6%
診療所	13 100.0%	4 30.8%	2 15.4%	0 0.0%	7 53.8%

④介護保険 サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算の届出は、「あり」が 37.5% (87 件)、「なし」が 58.6% (136 件) であった。

図表 2-74 介護保険 サービス提供体制強化加算 (n=232) (問 6)

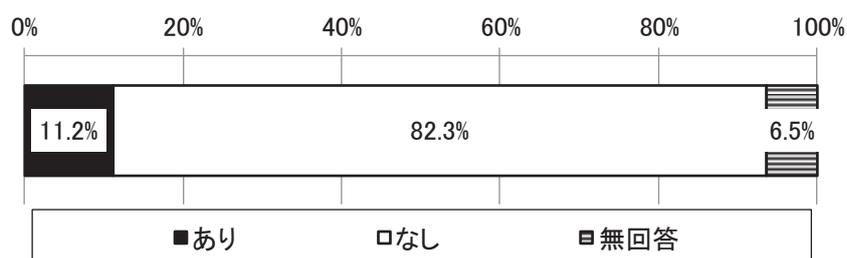


	合計	I. (6) 4 加算等の届出: 介護保険_サービス提供体制強化加算		
		あり	なし	無回答
全体	232 100.0%	87 37.5%	136 58.6%	9 3.9%
病院	124 100.0%	52 41.9%	69 55.6%	3 2.4%
診療所	104 100.0%	35 33.7%	64 61.5%	5 4.8%

⑤介護保険 特別地域訪問看護加算

特別地域訪問看護加算の届出は、「あり」が 11.2% (26 件)、「なし」が 82.3% (191 件) であった。

図表 2-75 介護保険 特別地域訪問看護加算 (n=232) (問 6)

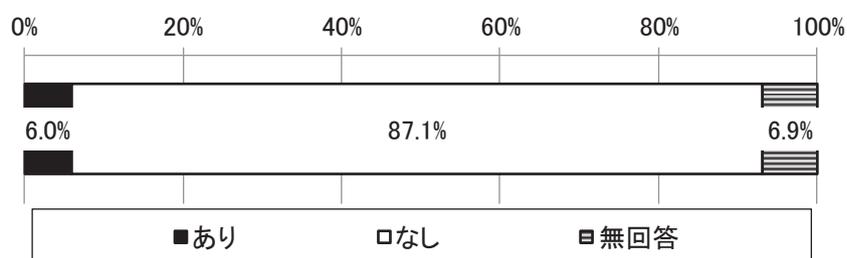


	合計	I. (6) 5 加算等の届出: 介護保険_特別地域訪問看護加算		
		あり	なし	無回答
全体	232 100.0%	26 11.2%	191 82.3%	15 6.5%
病院	124 100.0%	14 11.3%	104 83.9%	6 4.8%
診療所	104 100.0%	12 11.5%	84 80.8%	8 7.7%

⑥介護保険 中山間地域等小規模事業所

中山間地域等小規模事業所の届出は、「あり」が 6.0% (14 件)、「なし」が 87.1% (202 件) であった。

図表 2-76 介護保険 中山間地域等小規模事業所 (n=232) (問 6)

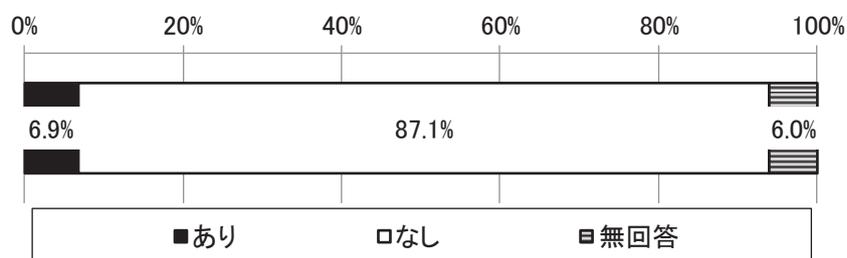


	合計	I. (6) 6 加算等の届出:介護保険_中山間地域等小規模事業所		
		あり	なし	無回答
全体	232 100.0%	14 6.0%	202 87.1%	16 6.9%
病院	124 100.0%	5 4.0%	113 91.1%	6 4.8%
診療所	104 100.0%	9 8.7%	86 82.7%	9 8.7%

⑦介護保険 中山間地域等への訪問看護提供

中山間地域等への訪問看護提供の届出は、「あり」が 6.9% (16 件)、「なし」が 87.1% (202 件) であった。

図表 2-77 介護保険 中山間地域等への訪問看護提供 (n=232) (問 6)

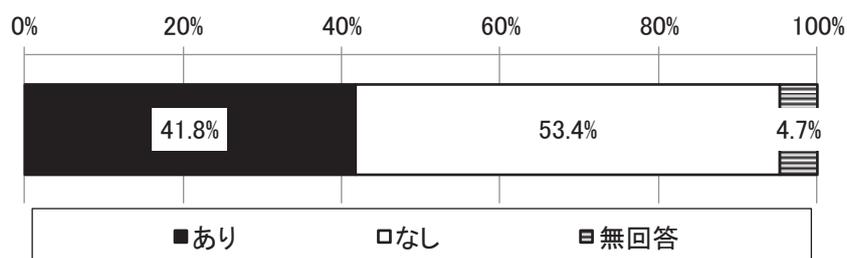


		I. (6) 7 加算等の届出: 介護保険_中山間地域等への訪問看護提供		
	合計	あり	なし	無回答
全体	232 100.0%	16 6.9%	202 87.1%	14 6.0%
病院	124 100.0%	9 7.3%	110 88.7%	5 4.0%
診療所	104 100.0%	7 6.7%	89 85.6%	8 7.7%

⑧医療保険 緊急訪問看護加算

緊急訪問看護加算の届出は、「あり」が 41.8% (97 件)、「なし」が 53.4% (124 件) であった。

図表 2-78 医療保険 緊急訪問看護加算 (n=232) (問 6)



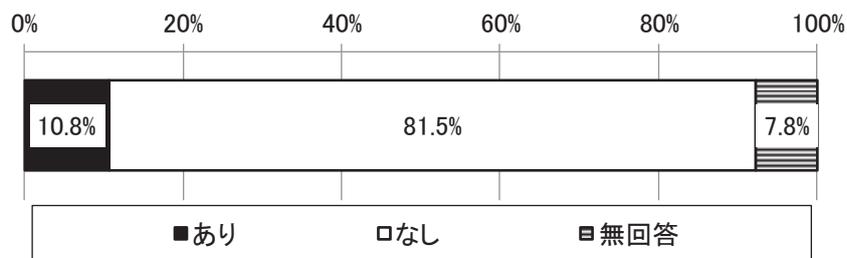
		I. (6) 8 加算等の届出: 医療保険_緊急訪問看護加算		
	合計	あり	なし	無回答
全体	232 100.0%	97 41.8%	124 53.4%	11 4.7%
病院	124 100.0%	53 42.7%	67 54.0%	4 3.2%
診療所	104 100.0%	42 40.4%	56 53.8%	6 5.8%

⑨医療保険 在宅移行管理加算

在宅移行管理加算の届出は、「あり」が 10.8%（25 件）、「なし」が 81.5%（189 件）であった。

「あり」の場合、算定件数（6 月 1 か月間）は、500 点は平均 2.0 件、250 点は平均 1.1 件であった。

図表 2-79 医療保険 在宅移行管理加算（n=232）（問 6）



	合計	I. (6) 9 加算等の届出: 医療保険_在宅移行管理加算		
		あり	なし	無回答
全体	232 100.0%	25 10.8%	189 81.5%	18 7.8%
病院	124 100.0%	18 14.5%	99 79.8%	7 5.6%
診療所	104 100.0%	7 6.7%	87 83.7%	10 9.6%

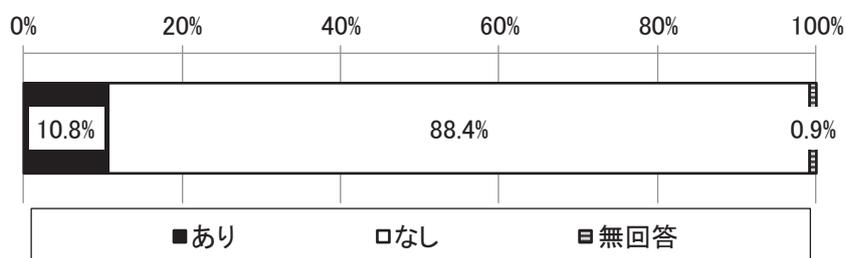
図表 2-80 医療保険 在宅移行管理加算（問 6）（単位：件）

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
医療保険_在宅移行管理加算：500 点	16	2.0	3.2	0.0
（病院）	13	1.5	3.0	0.0
（診療所）	3	4.0	3.6	5.0
医療保険_在宅移行管理加算：250 点	16	1.1	0.9	1.0
（病院）	13	1.0	1.0	1.0
（診療所）	3	1.3	0.6	1.0

(7) 精神科訪問看護・指導の実施

精神科訪問看護は、「あり」が10.8% (25件)、「なし」が88.4% (205件)であった。

図表 2-81 精神科訪問看護・指導の実施 (n=232) (問 7)

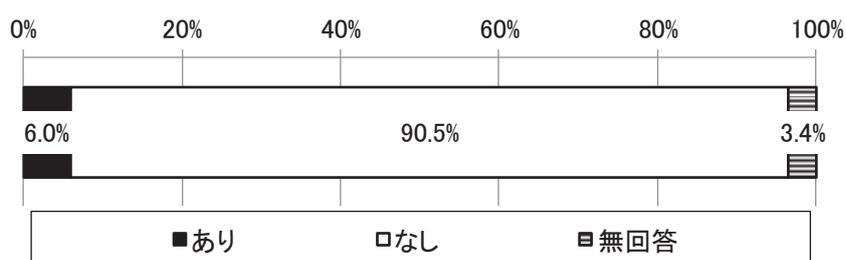


	合計	I. (7) 精神科訪問看護・指導の実施		
		あり	なし	無回答
全体	232 100.0%	25 10.8%	205 88.4%	2 0.9%
病院	124 100.0%	18 14.5%	105 84.7%	1 0.8%
診療所	104 100.0%	6 5.8%	98 94.2%	0 0.0%

(8) 特別の関係にある訪問看護ステーションの有無

特別の関係にある訪問看護ステーションは、「あり」が6.0% (14件)、「なし」が90.5% (210件)であった。

図表 2-82 特別の関係にある訪問看護ステーションの有無 (n=232) (問 8)

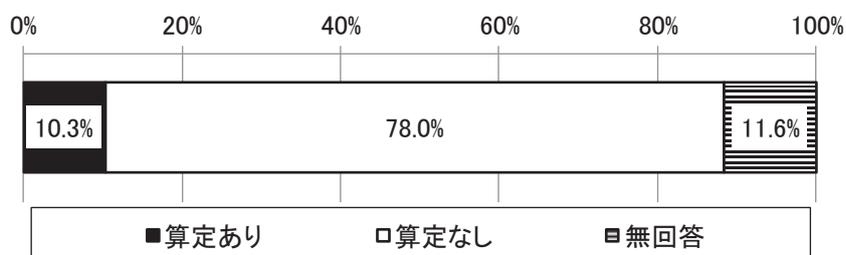


	合計	I. (8) 特別の関係にある訪問看護ステーション		
		あり	なし	無回答
全体	232 100.0%	14 6.0%	210 90.5%	8 3.4%
病院	124 100.0%	7 5.6%	113 91.1%	4 3.2%
診療所	104 100.0%	7 6.7%	94 90.4%	3 2.9%

(9) 在宅がん医療総合診療料の加算算定状況

在宅がん医療総合診療料（令和元年度）は、「算定あり」が 10.3%（24 件）、「算定なし」が 78.0%（181 件）であった。「算定あり」の場合、訪問看護ステーションとの連携は平均 1.5 人であった。

図表 2-83 在宅がん医療総合診療料の加算算定状況（n=232）（問 9）



		I. (9) 在宅がん医療総合診療料		
	合計	算定あり	算定なし	無回答
全体	232 100.0%	24 10.3%	181 78.0%	27 11.6%
病院	124 100.0%	7 5.6%	104 83.9%	13 10.5%
診療所	104 100.0%	17 16.3%	76 73.1%	11 10.6%

図表 2-84 訪問看護ステーションとの連携人数（問 9）（単位：人）

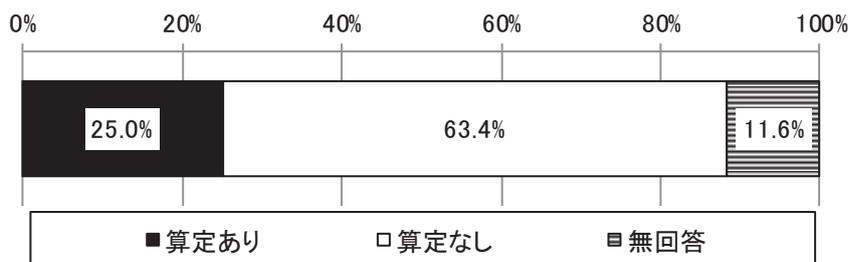
	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
訪問看護ステーションとの連携	15	1.5	4.1	0.0
（病院）	4	0.8	1.0	0.5
（診療所）	11	1.7	4.8	0.0

(10) ターミナルケア加算の算定状況

①ターミナルケア加算

ターミナルケア加算（令和元年度）は、「算定あり」が 25.0%（58 件）、「算定なし」が 63.4%（147 件）であった。算定件数は平均 3.5 件であった。

図表 2-85 ターミナルケア加算の算定状況（n=232）（問 10）



	合計	I. (10) 1 ターミナルケア加算		
		算定あり	算定なし	無回答
全体	232 100.0%	58 25.0%	147 63.4%	27 11.6%
病院	124 100.0%	29 23.4%	80 64.5%	15 12.1%
診療所	104 100.0%	29 27.9%	64 61.5%	11 10.6%

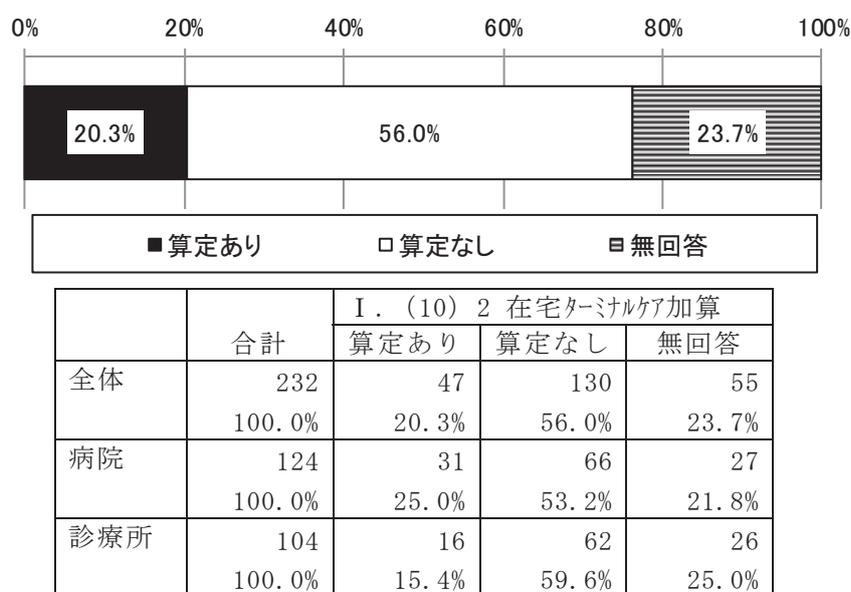
図表 2-86 ターミナルケア加算の算定件数（問 10）（単位：件）

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
ターミナルケア加算	42	3.5	4.1	2.0
（病院）	21	2.2	1.6	2.0
（診療所）	21	4.7	5.3	3.0

②在宅ターミナルケア加算

在宅ターミナルケア（令和元年度）は、「算定あり」が 20.3%（47 件）、「算定なし」が 56.0%（130 件）であった。「算定あり」の場合、算定件数は、2,500 点は平均 6.2 件、1,000 点は平均 0.3 件であった。

図表 2-87 在宅ターミナルケア加算の算定状況（n=232）（問 10）



図表 2-88 在宅ターミナルケア加算の算定件数（問 10）（単位：件）

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
在宅ターミナルケア加算：2,500 点	41	6.2	16.9	2.0
（病院）	28	2.8	2.6	2.0
（診療所）	13	13.7	29.1	5.0
在宅ターミナルケア加算：1,000 点	41	0.3	0.9	0.0
（病院）	28	0.1	0.6	0.0
（診療所）	13	0.5	1.5	0.0

(11) 訪問看護・指導の担当従事者数

訪問看護・指導の担当従事者数は、専任者が平均 1.7 人、兼務者が平均 1.9 人であった。

図表 2-89 訪問看護・指導の担当従事者数（問 11）（単位：人）

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
訪問看護・指導の担当従事者数：専任者	218	1.7	2.2	1.0
（病院）	116	2.0	1.8	2.0
（診療所）	99	1.2	2.6	0.0
訪問看護・指導の担当従事者数：兼務者	218	1.9	2.2	1.0
（病院）	116	1.3	1.7	1.0
（診療所）	99	2.5	2.5	2.0

(12) 夜間休日に緊急時対応できる訪問看護師数

夜間休日に緊急時対応できる訪問看護師数は、平均 1.9 人であった。

図表 2-90 夜間休日に緊急時対応できる訪問看護師数（問 12）（単位：人）

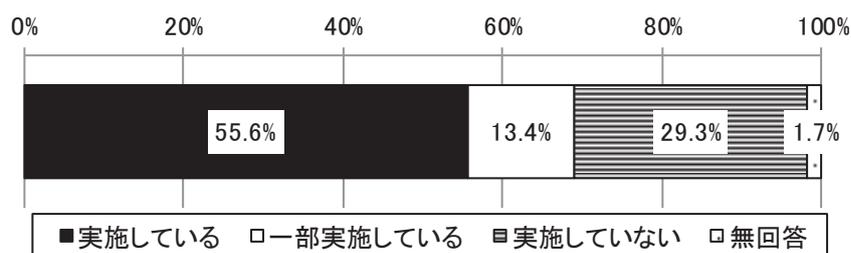
	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
夜間休日に緊急時対応できる訪問看護師数	213	1.9	2.2	1.0
（病院）	114	1.8	2.0	1.0
（診療所）	96	2.0	2.4	1.0

(13) 看護師の24時間365日の緊急対応について

看護師の24時間365日の緊急対応の実施状況は、「実施している」が55.6%（129件）、「実施していない」が29.3%（68件）、「一部実施している」が13.4%（31件）であった。

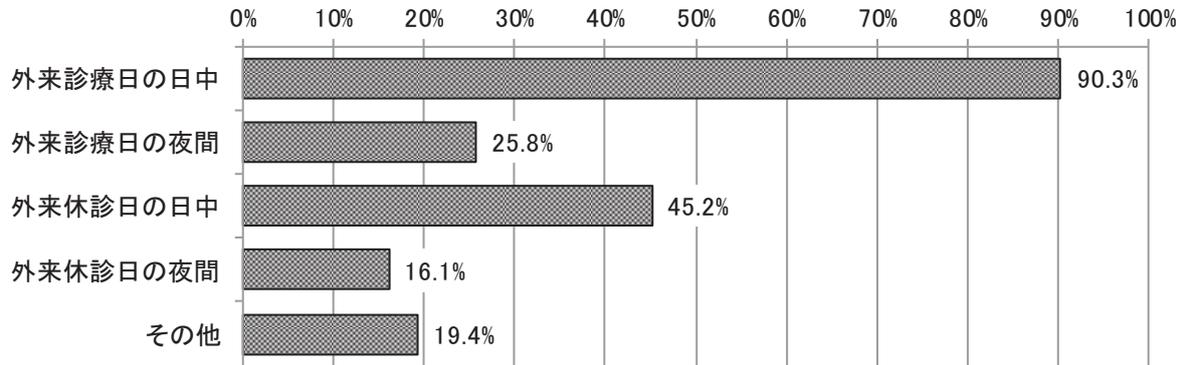
「一部実施している」の詳細は、「外来診療日の日中」が90.3%（28件）で最も多く、次いで「外来休診日の日中」が45.2%（14件）であった。

図表2-91 看護師の24時間365日緊急対応について（n=232）（問13）



	合計	I. (13) 看護師の24時間365日の緊急対応の実施状況			
		実施している	一部実施している	実施していない	無回答
全体	232 100.0%	129 55.6%	31 13.4%	68 29.3%	4 1.7%
病院	124 100.0%	70 56.5%	12 9.7%	40 32.3%	2 1.6%
診療所	104 100.0%	57 54.8%	18 17.3%	28 26.9%	1 1.0%

図表 2-92 「一部実施している」の詳細 (n=160) (複数回答) (問 13)



	合計	I. (13) sq 看護師の 24 時間 365 日の緊急対応の実施内容				
		外来診療日の日中	外来診療日の夜間	外来休診日の日中	外来休診日の夜間	その他
全体	31 100.0%	28 90.3%	8 25.8%	14 45.2%	5 16.1%	6 19.4%
病院	12 100.0%	11 91.7%	2 16.7%	4 33.3%	2 16.7%	2 16.7%
診療所	18 100.0%	17 94.4%	6 33.3%	9 50.0%	3 16.7%	4 22.2%

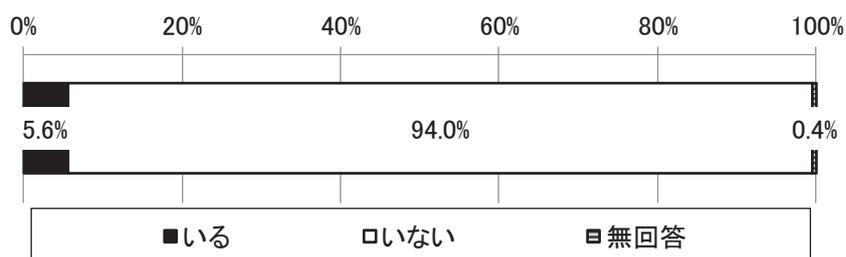
(14) 認定看護師・専門看護師・特定看護師の有無

認定看護師・専門看護師・特定行為研修を修了した看護師（以下、特定看護師）の有無は、「いる」が5.6%（13件）、「いない」が94.0%（218件）であった。

「特定看護師」がいる病院・診療所が5件、「訪問看護認定看護師」「緩和ケア認定看護師」がそれぞれ2件であった。

本調査の回答病院・診療所の合計で「特定看護師」は6人、「訪問看護認定看護師」、「緩和ケア認定看護師」はそれぞれ2人であった。

図表2-93 認定看護師・専門看護師・特定看護師の有無（n=232）（問14）



	合計	I. (14) 訪問看護の認定看護師・専門看護師・特定行為研修を修了した看護師の有無		
		いる	いない	無回答
全体	232 100.0%	13 5.6%	218 94.0%	1 0.4%
病院	124 100.0%	10 8.1%	114 91.9%	0 0.0%
診療所	104 100.0%	3 2.9%	101 97.1%	0 0.0%

図表2-94 特定看護師・専門看護師・認定看護師のいる医療機関数と人数（問14）

	1人以上いる病院・診療所数（か所）	回答病院・診療所での合計人数（人）	平均値	標準偏差	中央値
訪問看護認定看護師	2	2	1.0	0.0	1.0
緩和ケア認定看護師	2 (1) ※	2 (1) ※	1.0	0.0	1.0
在宅看護専門看護師	0	-	-	-	-
地域看護専門看護師	0	-	-	-	-
特定看護師	5 (1) ※	6 (1) ※	1.2	0.4	1.0

※（ ）内は診療所の回答

図表 2-95 その他の内訳（問 14）

	名称	回答病院・診療所での合計人数（人）
認定看護師	皮膚・排泄ケア	2
	糖尿病看護	1
	小児救急看護	1
	摂食・嚥下障害看護	1
認定看護管理者	認定看護管理者	1
専門看護師	慢性疾患看護	1
	がん看護	2

(15) 介護保険の利用者数等

①利用者数・延訪問回数

「介護保険」について、利用者数（6月1か月間）は、平均 19.5 人、延訪問回数（6月1か月間）は平均 82.8 回であった。

延訪問回数のうち緊急訪問は、平均 1.8 回であった。

図表 2-96 利用者数・延訪問回数（問 15）

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
介護保険：利用者数（人）	213	19.5	20.4	14.0
介護保険：延訪問回数（回）	213	82.8	129.6	53.0
うち緊急訪問（回）	213	1.8	4.9	0.0

（病院）

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
介護保険：利用者数（人）	116	23.7	19.5	19.0
介護保険：延訪問回数（回）	116	102.9	102.1	78.0
うち緊急訪問（回）	116	2.3	4.7	0.0

（診療所）

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
介護保険：利用者数（人）	95	13.9	20.0	10.0
介護保険：延訪問回数（回）	95	56.1	153.5	28.0
うち緊急訪問（回）	95	1.2	5.1	0.0

②死亡者数

死亡者数（令和元年度）は、「利用 1 カ月以上の死亡」は「自宅」が平均 1.1 人、「自宅以外」が 1.8 人、「利用 1 カ月未満の死亡」は「自宅」が平均 0.2 人、「自宅以外」が平均 0.2 人であった。

図表 2-97 死亡者数（n=189）（問 15）（単位：人）

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
自宅：利用 1 ヶ月以上の死亡	217	1.1	2.8	0.0
自宅：利用 1 ヶ月未満の死亡	34	0.2	0.6	0.0
自宅：うち、利用 1 日以内の死亡	1	0.0	0.1	0.0
自宅以外：利用 1 ヶ月以上の死亡	331	1.8	3.6	0.0
自宅以外：利用 1 ヶ月未満の死亡	43	0.2	0.7	0.0
自宅以外：うち、利用 1 日以内の死亡	2	0.0	0.1	0.0

(16) 医療保険の利用者数等

①利用者数・延訪問回数

「医療保険」について、利用者数（6月1か月間）は、平均7.3人、延訪問回数（6月1か月間）は平均34.0回であった。延訪問回数のうち緊急訪問は、平均2.0回であった。

図表2-98 利用者数・延訪問回数（問15）

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
医療保険：利用者数（人）	204	7.3	21.0	2.0
医療保険：延訪問回数（回）	204	34.0	99.2	8.0
うち緊急訪問（回）	204	2.0	11.0	0.0

（病院）

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
医療保険：利用者数（人）	115	8.7	24.0	3.0
医療保険：延訪問回数（回）	115	33.6	50.2	15.0
うち緊急訪問（回）	115	1.0	1.9	0.0

（診療所）

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
医療保険：利用者数（人）	87	5.5	16.5	1.0
医療保険：延訪問回数（回）	87	35.3	141.0	2.0
うち緊急訪問（回）	87	3.5	16.7	0.0

②死亡者数

死亡者数（令和元年度）は、「利用1か月以上の死亡」は「自宅」が平均1.9人、「自宅以外」が1.4人、「利用1か月未満の死亡」は「自宅」が平均1.1人、「自宅以外」が平均0.6人であった。

図表2-99 死亡者数（n=189）問15）（単位：人）

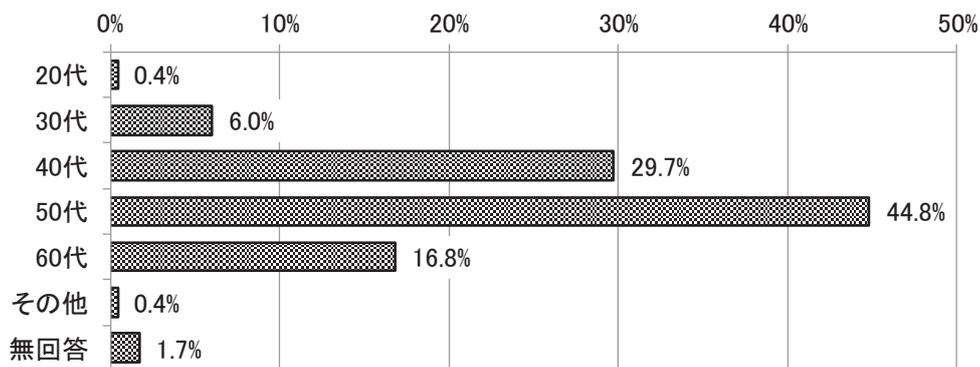
	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
自宅：利用1ヶ月以上の死亡	335	1.9	10.8	0.0
自宅：利用1ヶ月未満の死亡	194	1.1	6.9	0.0
自宅：うち、利用1日以内の死亡	17	0.1	0.8	0.0
自宅以外：利用1ヶ月以上の死亡	248	1.4	5.7	0.0
自宅以外：利用1ヶ月未満の死亡	96	0.6	2.4	0.0
自宅以外：うち、利用1日以内の死亡	2	0.0	0.1	0.0

(17) 責任者の属性

①年代

責任者の年代は、「50代」が44.8%（104件）で最も多く、次いで「40代」が29.7%（69件）であった。

図表2-100 責任者の年代（n=232）（問16）



	合計	I. (16) 1 責任者の属性:年代						
		20代	30代	40代	50代	60代	その他	無回答
全体	232 100.0%	1 0.4%	14 6.0%	69 29.7%	104 44.8%	39 16.8%	1 0.4%	4 1.7%
病院	124 100.0%	1 0.8%	8 6.5%	35 28.2%	62 50.0%	18 14.5%	0 0.0%	0 0.0%
診療所	104 100.0%	0 0.0%	6 5.8%	32 30.8%	41 39.4%	20 19.2%	1 1.0%	4 3.8%

②訪問看護の経験年数

訪問看護の経験年数は、平均10.7年であった。

図表2-101 訪問看護の経験年数（問16）（単位：年）

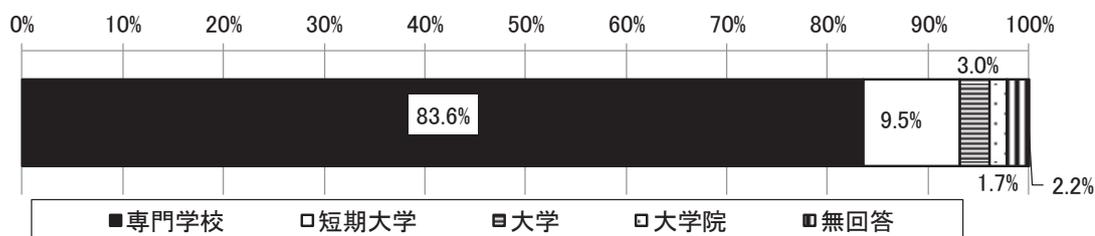
	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
訪問看護の経験年数	217	10.7	8.4	9.0
（病院）	117	7.7	7.4	5.0
（診療所）	96	14.6	8.2	16.0

③最終学歴

責任者の最終学歴は、「専門学校」が 83.6%（194 件）で最も多く、次いで「短期大学」が 9.5%（22 件）であった。

「大学院卒」の詳細は、「修士」が 4 人のうち 3 人であった。

図表 2-102 責任者の最終学歴（n=232）（問 16）



	合計	I. (16) 3 責任者の属性:最終学歴				
		専門学校	短期大学	大学	大学院	無回答
全体	232 100.0%	194 83.6%	22 9.5%	7 3.0%	4 1.7%	5 2.2%
病院	124 100.0%	110 88.7%	6 4.8%	3 2.4%	3 2.4%	2 1.6%
診療所	104 100.0%	81 77.9%	15 14.4%	4 3.8%	1 1.0%	3 2.9%

図表 2-103 責任者の最終学歴（大学院卒の内訳）（問 16）

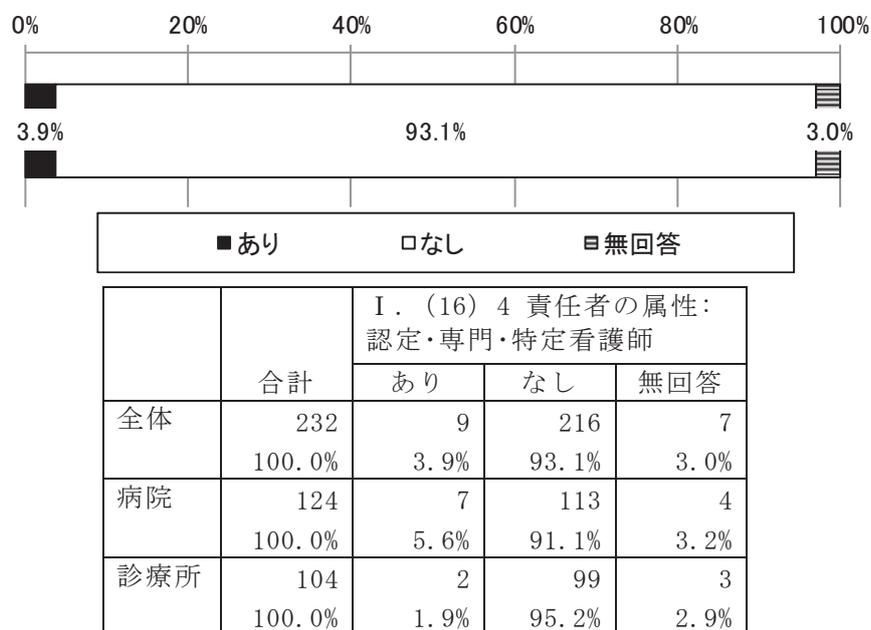
	回答件数	割合
修士	3 (1) ※	75.0%
博士	0	0.0%
無回答	1	25.0%
全体	4	100.0%

※ () 内は診療所の回答

④認定・専門・特定看護師の有無

責任者の認定・専門・特定看護師の有無は、「あり」が3.9%（9件）、「なし」が93.1%（216件）であった。

図表 2-104 責任者の認定・専門・特定看護師の有無（n=232）（問 16）



図表 2-105 ありの場合の内訳（問 16）

	名称	回答病院・診療所での合計人数（人）
認定看護師	訪問看護	1
	緩和ケア	1
	皮膚・排泄ケア	1
	糖尿病看護	1
認定看護管理者	認定看護管理者	1
特定看護師		2

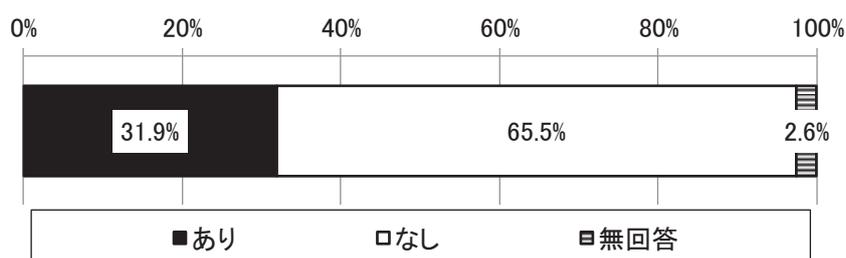
⑤在宅看取り研修受講経験

在宅看取り研修受講経験は、「あり」が 31.9% (74 件)、「なし」が 65.5% (152 件)であった。

「あり」の場合、在宅看取り研修の主催者は、「都道府県看護協会」が 55.4% (41 件)で最も多く、次いで「都道府県訪問看護連絡協議会または訪問看護ステーション協議会等」が 20.3% (15 件)であった。

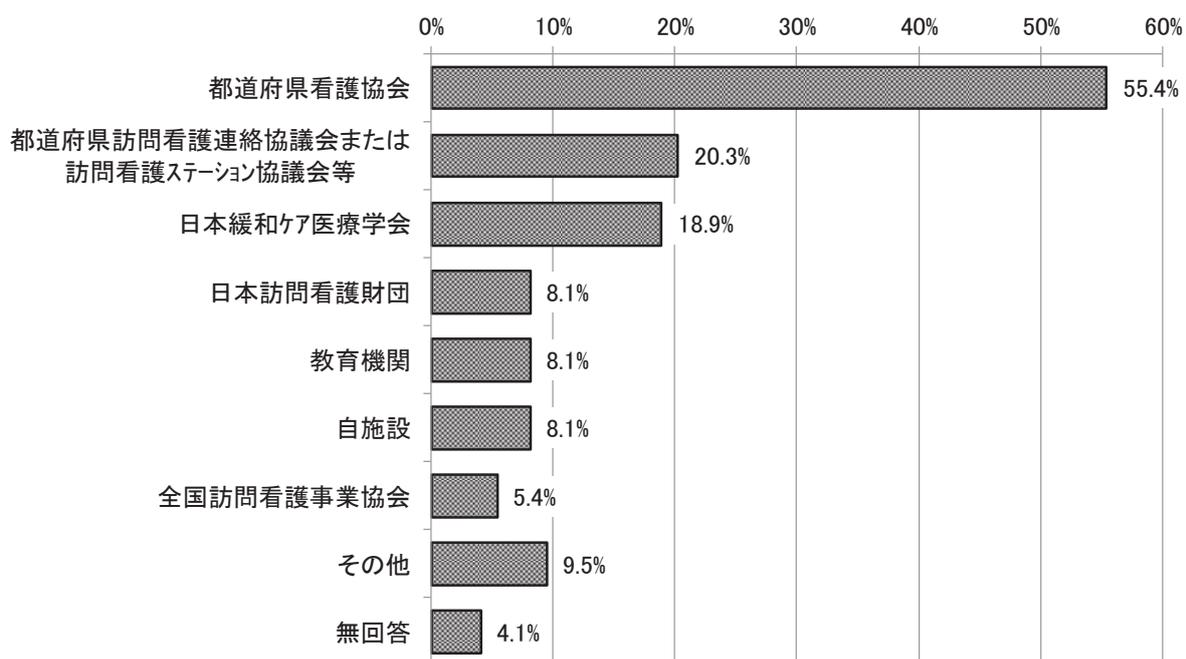
具体的な研修名は、「緩和ケア研修会」が 52.7% (39 件)で最も多く、次いで「ELNEC-J」が 27.0% (20 件)であった。

図表 2-106 在宅看取り研修受講経験 (n=232) (問 16)



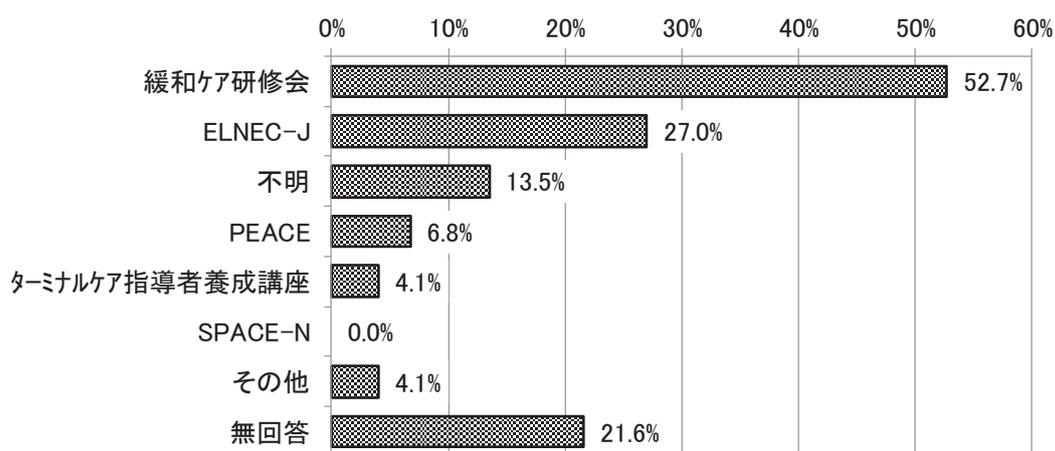
	合計	I. (16) 5 責任者の属性: 在宅看取り研修受講経験		
		あり	なし	無回答
全体	232 100.0%	74 31.9%	152 65.5%	6 2.6%
病院	124 100.0%	39 31.5%	83 66.9%	2 1.6%
診療所	104 100.0%	33 31.7%	67 64.4%	4 3.8%

図表 2-107 在宅看取り研修の主催者 (n=74) (複数回答) (問 16)



	合計	I. (16) 5sq1 責任者の属性:在宅看取り研修受講経験 (主催者)								
		日本訪問看護財団	全国訪問看護事業協会	都道府県看護協会	都道府県訪問看護連絡協議会または訪問看護ステーション協議会等	教育機関	日本緩和ケア医療学会	自施設	その他	無回答
全体	74 100.0%	6 8.1%	4 5.4%	41 55.4%	15 20.3%	6 8.1%	14 18.9%	6 8.1%	7 9.5%	3 4.1%
病院	39 100.0%	5 12.8%	0 0.0%	28 71.8%	6 15.4%	1 2.6%	6 15.4%	2 5.1%	6 15.4%	1 2.6%
診療所	33 100.0%	0 0.0%	4 12.1%	11 33.3%	8 24.2%	5 15.2%	8 24.2%	4 12.1%	1 3.0%	2 6.1%

図表 2-108 在宅看取り研修の具体的な研修名（複数回答）（n=74）（問 16）

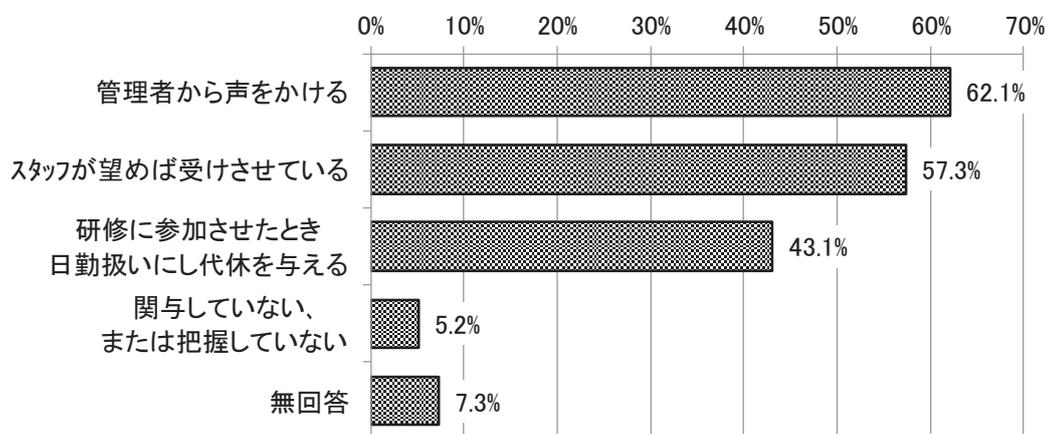


	合計	I. (16) 5sq2 責任者の属性:在宅看取り研修受講経験 (研修名)							
		ELNEC-J	SPACE-N	PEACE	ターミナルケア指導者養成講座	緩和ケア研修会	不明	その他	無回答
全体	74 100.0%	20 27.0%	0 0.0%	5 6.8%	3 4.1%	39 52.7%	10 13.5%	3 4.1%	16 21.6%
病院	39 100.0%	9 23.1%	0 0.0%	3 7.7%	2 5.1%	18 46.2%	4 10.3%	3 7.7%	9 23.1%
診療所	33 100.0%	10 30.3%	0 0.0%	2 6.1%	1 3.0%	21 63.6%	6 18.2%	0 0.0%	6 18.2%

⑥スタッフの研修参加

スタッフの研修参加は、「管理者から声をかける」が 62.1%（144 件）で最も多く、次いで「スタッフが望めば受けさせている」が 57.3%（133 件）であった。

図表 2-109 スタッフの研修参加（複数回答）（n=232）（問 16）



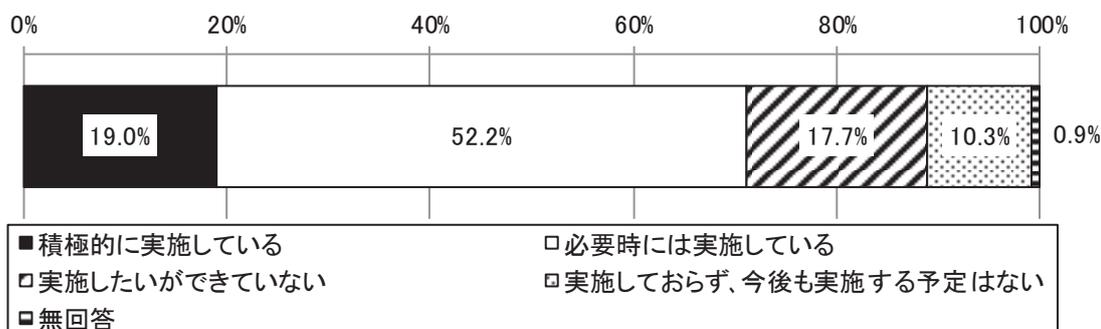
	合計	I. (16) 6 責任者の属性:スタッフの研修参加				
		管理者から声をかける	研修に参加させたとき日勤扱いにし代休を与える	スタッフが望めば受けさせている	関与していない、または把握していない	無回答
全体	232 100.0%	144 62.1%	100 43.1%	133 57.3%	12 5.2%	17 7.3%
病院	124 100.0%	88 71.0%	65 52.4%	73 58.9%	4 3.2%	6 4.8%
診療所	104 100.0%	52 50.0%	31 29.8%	58 55.8%	8 7.7%	11 10.6%

3) 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムのニーズ

(1) 在宅看取りの実施状況

在宅看取りの実施状況は、「必要時には実施している」が 52.2% (121 件) で最も多く、次いで「積極的に実施している」が 19.0% (44 件) であった。

図表 2-110 在宅看取りの実施状況 (n=232) (問 1)

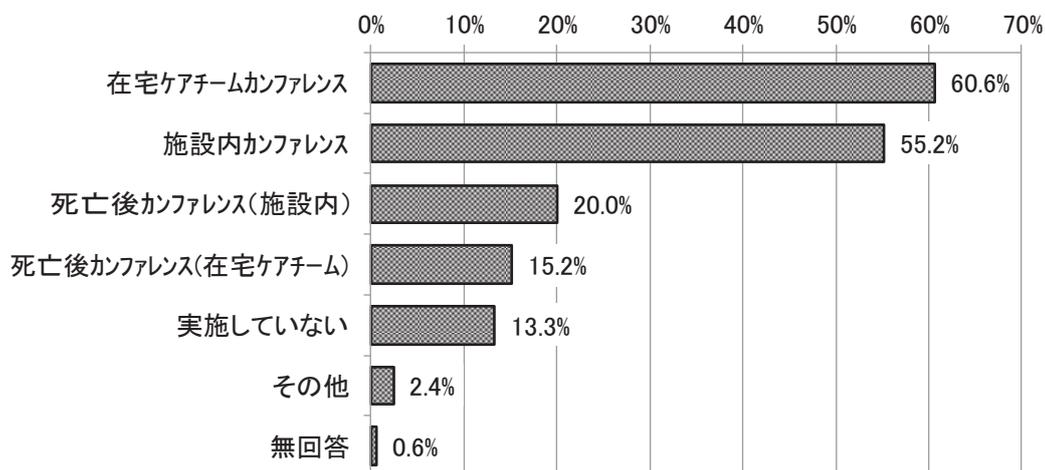


	合計	Ⅱ. (1) 在宅看取りについて				
		積極的に実施している	必要時には実施している	実施したいができていない	実施しておらず、今後も実施する予定はない	無回答
全体	232 100.0%	44 19.0%	121 52.2%	41 17.7%	24 10.3%	2 0.9%
病院	124 100.0%	17 13.7%	62 50.0%	27 21.8%	16 12.9%	2 1.6%
診療所	104 100.0%	27 26.0%	55 52.9%	14 13.5%	8 7.7%	0 0.0%

(2) 在宅看取りケアについて実施しているカンファレンス

在宅看取りケアについて実施しているカンファレンスは、「在宅ケアチームカンファレンス」が 60.6% (100 件) で最も多く、次いで「施設内カンファレンス」が 55.2% (91 件) であった。

図表 2-111 在宅看取りケアについて実施しているカンファレンス (複数回答) (n=165) (問 2)

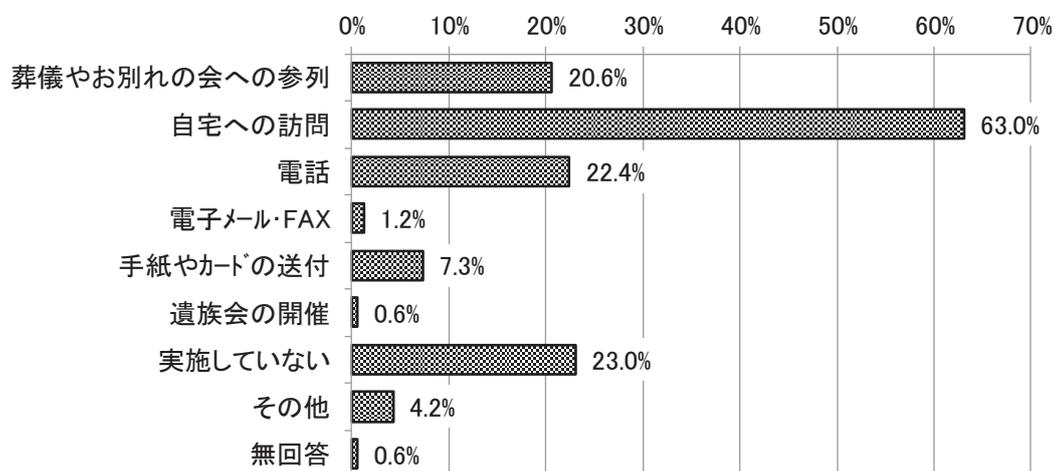


	合計	Ⅱ. (2) 在宅看取りケアについて実施しているカンファレンス						
		在宅ケアチームカンファレンス	施設内カンファレンス	死亡後カンファレンス(在宅ケアチーム)	死亡後カンファレンス(施設内)	実施していない	その他	無回答
全体	165 100.0%	100 60.6%	91 55.2%	25 15.2%	33 20.0%	22 13.3%	4 2.4%	1 0.6%
病院	79 100.0%	51 64.6%	45 57.0%	16 20.3%	14 17.7%	8 10.1%	1 1.3%	1 1.3%
診療所	82 100.0%	47 57.3%	44 53.7%	9 11.0%	18 22.0%	14 17.1%	3 3.7%	0 0.0%

(3) 在宅療養者が死亡後の遺族へのケア

在宅療養者が死亡後の遺族へのケアは、「自宅への訪問」が 63.0% (104 件) で最も多かった。「実施していない」が 23.0% (38 件) であった。

図表 2-112 在宅療養者が死亡後の遺族へのケア (複数回答) (n=165) (問 3)

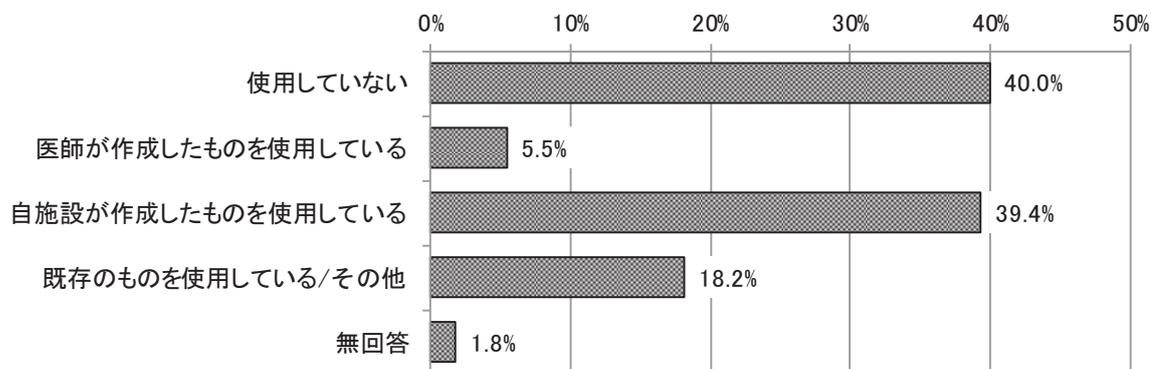


	合計	Ⅱ. (3) 在宅療養者が死亡後の遺族へのケア								
		葬儀やお別れの会への参列	自宅への訪問	電話	電子メール・FAX	手紙やカードの送付	遺族会の開催	実施していない	その他	無回答
全体	165 100.0%	34 20.6%	104 63.0%	37 22.4%	2 1.2%	12 7.3%	1 0.6%	38 23.0%	7 4.2%	1 0.6%
病院	79 100.0%	7 8.9%	53 67.1%	19 24.1%	0 0.0%	5 6.3%	0 0.0%	20 25.3%	4 5.1%	0 0.0%
診療所	82 100.0%	27 32.9%	49 59.8%	17 20.7%	2 2.4%	7 8.5%	1 1.2%	16 19.5%	3 3.7%	1 1.2%

(4) 看護師用のマニュアルなどの使用

看護師用のマニュアルなどの使用は、「使用していない」が40.0%（66件）で最も多く、次いで「自施設が作成したものを使用している」が39.4%（65件）であった。

図表 2-113 看護師用のマニュアルなどの使用（複数回答）（n=165）（問 4）

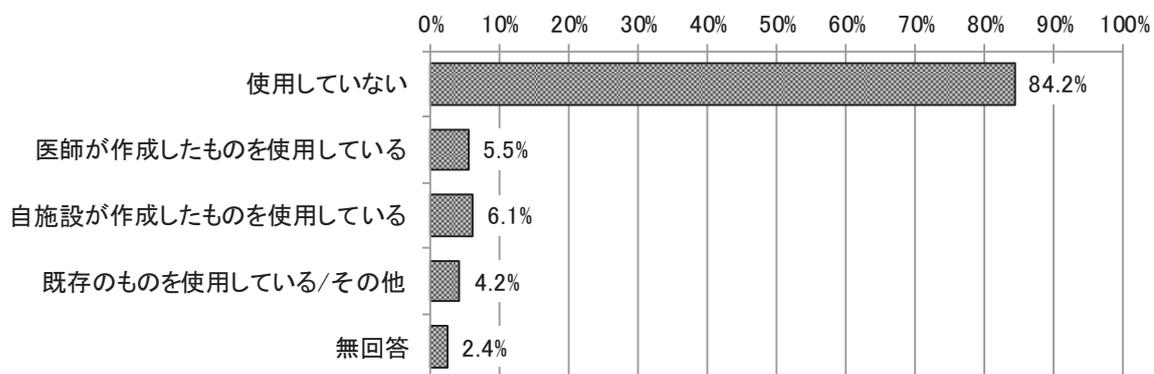


	合計	Ⅱ. (4) 看護師用マニュアルなどの使用				
		使用していない	医師が作成したものを使用している	自施設が作成したものを使用している	既存のものを使用している/その他	無回答
全体	165 100.0%	66 40.0%	9 5.5%	65 39.4%	30 18.2%	3 1.8%
病院	79 100.0%	28 35.4%	4 5.1%	38 48.1%	14 17.7%	0 0.0%
診療所	82 100.0%	36 43.9%	4 4.9%	27 32.9%	16 19.5%	2 2.4%

(5) 保険医療機関と在宅の地域連携パスなどの利用

保険医療機関と在宅の地域連携パスなどの使用は、「使用していない」が 84.2% (139 件) で最も多く、次いで「自施設が作成したものを使用している」が 6.1% (10 件) であった。

図表 2-114 保険医療機関と在宅の地域連携パスなどの利用 (複数回答) (n=165) (問 5)

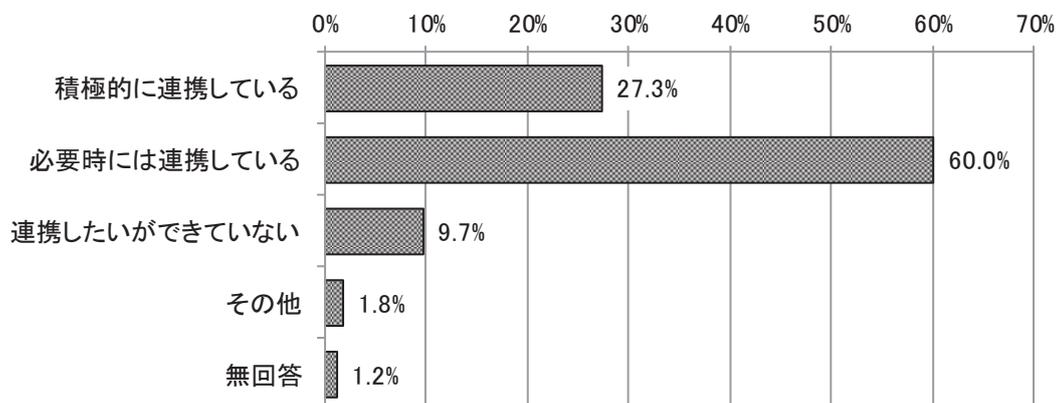


	合計	Ⅱ. (5) 保険医療機関と在宅の地域連携パスなどの使用				
		使用していない	医師が作成したものを使用している	自施設が作成したものを使用している	既存のものを使用している/その他	無回答
全体	165 100.0%	139 84.2%	9 5.5%	10 6.1%	7 4.2%	4 2.4%
病院	79 100.0%	68 86.1%	2 2.5%	7 8.9%	4 5.1%	1 1.3%
診療所	82 100.0%	68 82.9%	6 7.3%	3 3.7%	3 3.7%	3 3.7%

(6) 訪問介護事業所との連携

訪問介護事業所との連携は、「必要時には連携している」が60.0%（99件）で最も多く、次いで「積極的に連携している」が27.3%（45件）であった。

図表 2-115 訪問介護事業所との連携（n=165）（問6）



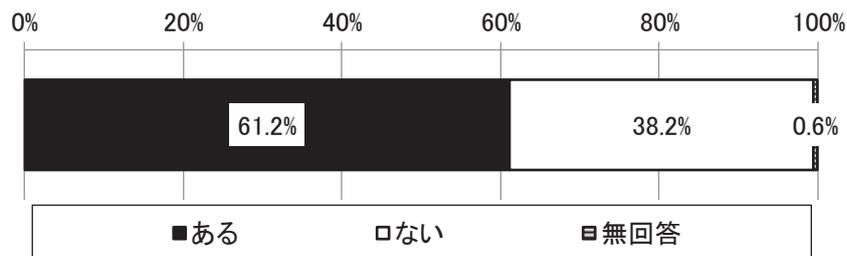
	合計	Ⅱ. (6) 訪問介護事業所との連携				
		積極的に連携している	必要時には連携している	連携したいができていない	その他	無回答
全体	165 100.0%	45 27.3%	99 60.0%	16 9.7%	3 1.8%	2 1.2%
病院	79 100.0%	16 20.3%	51 64.6%	11 13.9%	1 1.3%	0 0.0%
診療所	82 100.0%	29 35.4%	44 53.7%	5 6.1%	2 2.4%	2 2.4%

(7) 在宅看取りケアの依頼に応じられないケースの有無

在宅看取りケアの依頼に応じられないケースの有無は、「ある」が 61.2% (101 件)、「ない」が 38.2% (63 件) であった。

ある場合の 101 病院・診療所において、具体的には、「小児」が 64.4% (65 件) で最も多く、次いで「精神科」が 49.5% (50 件) であった。

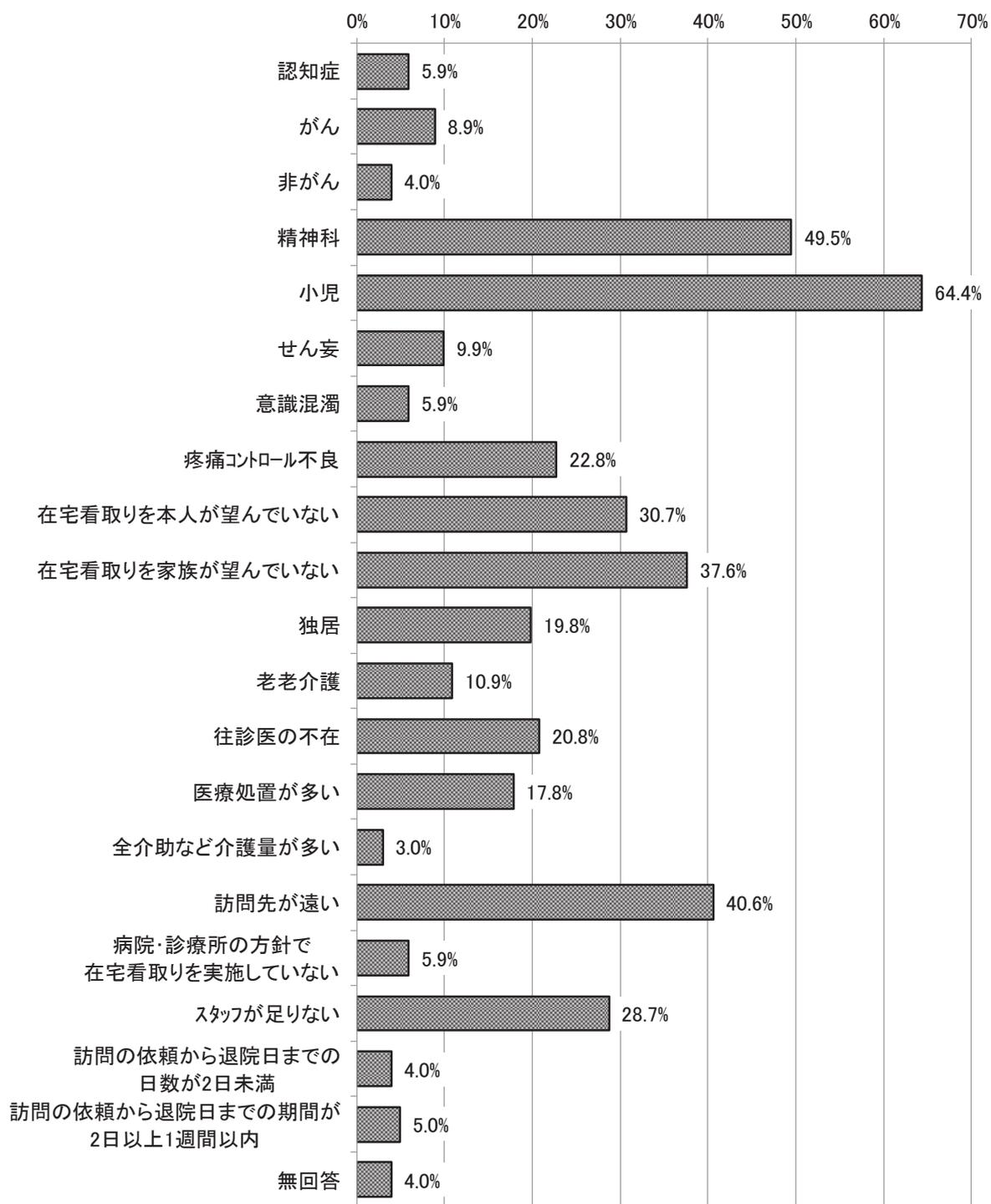
図表 2-116 在宅看取りケアの依頼に応じられないケースの有無 (n=165) (問 7)



	合計	Ⅱ. (7) 在宅看取りケアの依頼に応じられないケース		
		ある	ない	無回答
全体	165 100.0%	101 61.2%	63 38.2%	1 0.6%
病院	79 100.0%	51 64.6%	28 35.4%	0 0.0%
診療所	82 100.0%	47 57.3%	34 41.5%	1 1.2%

図表 2-117 (ある場合) 在宅看取りケアの依頼に応じられない具体的なケース

(複数回答) (n=101) (問 8)



(続き)

	合計	Ⅱ. (8) 在宅看取りケアの依頼に応じられないケース (詳細)							
		認知症	がん	非がん	精神科	小児	せん妄	意識混濁	疼痛コントロール不良
全体	101 100.0%	6 5.9%	9 8.9%	4 4.0%	50 49.5%	65 64.4%	10 9.9%	6 5.9%	23 22.8%
病院	51 100.0%	2 3.9%	4 7.8%	2 3.9%	24 47.1%	33 64.7%	6 11.8%	2 3.9%	11 21.6%
診療所	47 100.0%	4 8.5%	5 10.6%	2 4.3%	23 48.9%	29 61.7%	3 6.4%	3 6.4%	10 21.3%

	合計	Ⅱ. (8) 在宅看取りケアの依頼に応じられないケース (詳細)							
		在宅看取りを本人が望んでいない	在宅看取りを家族が望んでいない	独居	老老介護	往診医の不在	医療処置が多い	全介助など介護量が多い	訪問先が遠い
全体	101 100.0%	31 30.7%	38 37.6%	20 19.8%	11 10.9%	21 20.8%	18 17.8%	3 3.0%	41 40.6%
病院	51 100.0%	17 33.3%	19 37.3%	12 23.5%	5 9.8%	15 29.4%	13 25.5%	1 2.0%	20 39.2%
診療所	47 100.0%	12 25.5%	17 36.2%	8 17.0%	6 12.8%	4 8.5%	5 10.6%	2 4.3%	19 40.4%

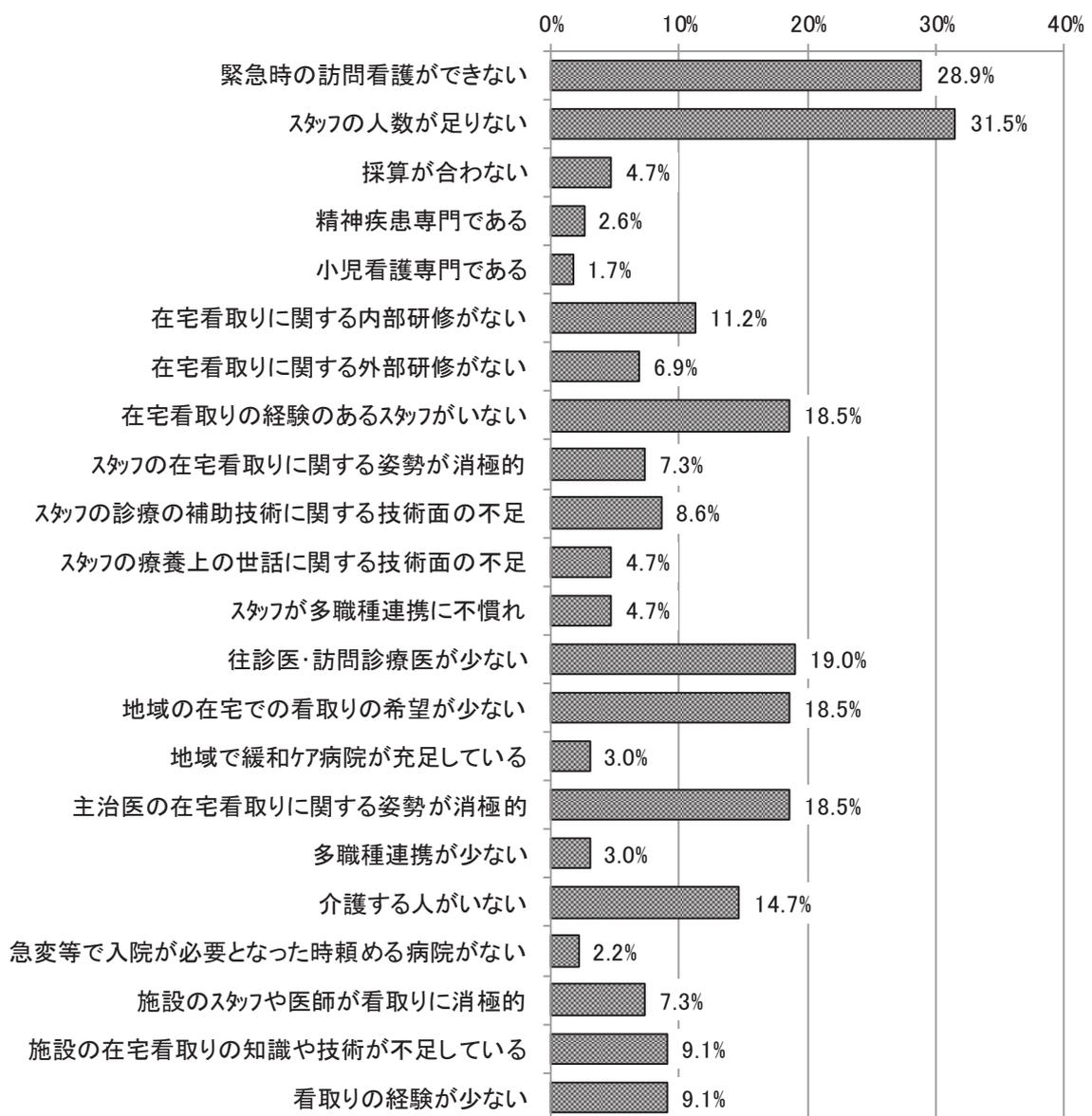
	合計	Ⅱ. (8) 在宅看取りケアの依頼に応じられないケース (詳細)				
		病院・診療所の方針で在宅看取りを実施していない	スタッフが足りない	訪問の依頼から退院日までの日数が2日未満	訪問の依頼から退院日までの期間が2日以上1週間以内	無回答
全体	101 100.0%	6 5.9%	29 28.7%	4 4.0%	5 5.0%	4 4.0%
病院	51 100.0%	4 7.8%	14 27.5%	1 2.0%	4 7.8%	0 0.0%
診療所	47 100.0%	2 4.3%	14 29.8%	2 4.3%	1 2.1%	4 8.5%

(8) 在宅看取りにおいて困難と感じている項目

在宅看取りにおいて困難と感じている項目は、「スタッフの人数が足りない」が 31.5% (73 件) で最も多く、次いで「緊急時の訪問看護ができない」が 28.9% (67 件) であった。

病院、診療所いずれも、上位 2 項目は「緊急時の訪問看護ができない」、「スタッフの人数が足りない」であった。「往診医・訪問診療が少ない」と回答した割合は、病院では 28.2% だったのに対し、診療所では 7.7% であった。「主治医の在宅看取りに関する姿勢が消極的」についても、病院 26.6%、診療所 9.6% と、病院が診療所と比較し、多い結果であった。

図表 2-118 在宅看取りにおいて困難と感じている項目（複数回答）(n=232) (問 9)



(続き)

	合計	Ⅱ. (9) 在宅看取りを実施する上で困難と感じている項目							
		緊急時の訪問看護ができない	スタッフの人数が足りない	採算が合わない	精神疾患専門である	小児看護専門である	在宅看取りに関する内部研修がない	在宅看取りに関する外部研修がない	在宅看取りの経験のあるスタッフがいない
全体	232 100.0%	67 28.9%	73 31.5%	11 4.7%	6 2.6%	4 1.7%	26 11.2%	16 6.9%	43 18.5%
病院	124 100.0%	40 32.3%	47 37.9%	7 5.6%	3 2.4%	1 0.8%	15 12.1%	8 6.5%	31 25.0%
診療所	104 100.0%	27 26.0%	25 24.0%	4 3.8%	3 2.9%	3 2.9%	10 9.6%	8 7.7%	12 11.5%

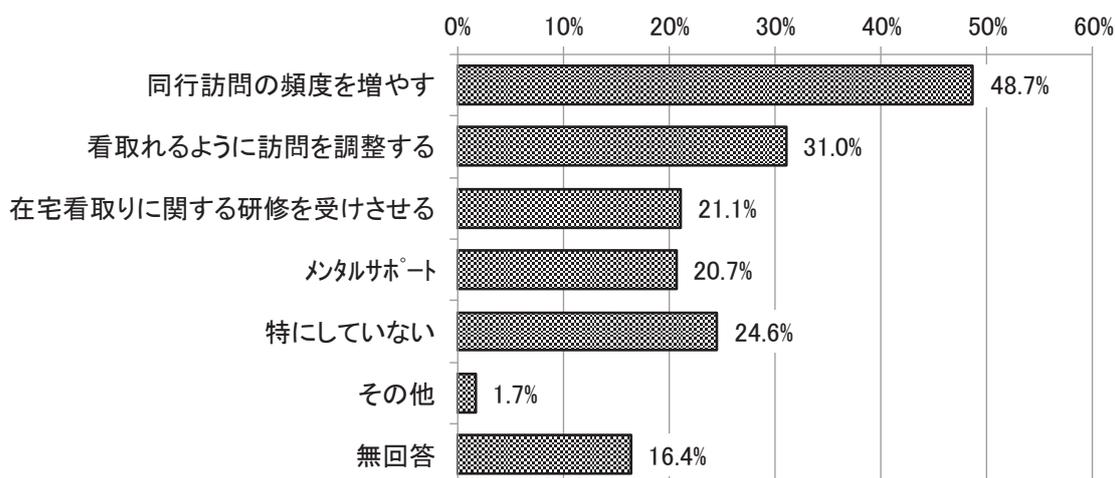
	合計	Ⅱ. (9) 在宅看取りを実施する上で困難と感じている項目							
		スタッフの在宅看取りに関する姿勢が消極的	スタッフの診療の補助技術に関する技術面の不足	スタッフの療養上の世話に関する技術面の不足	スタッフが多職種連携に不慣れ	往診医・訪問診療医が少ない	地域の在宅での看取りの希望が少ない	地域で緩和ケア病院が充足している	主治医の在宅看取りに関する姿勢が消極的
全体	232 100.0%	17 7.3%	20 8.6%	11 4.7%	11 4.7%	44 19.0%	43 18.5%	7 3.0%	43 18.5%
病院	124 100.0%	8 6.5%	9 7.3%	3 2.4%	7 5.6%	35 28.2%	28 22.6%	6 4.8%	33 26.6%
診療所	104 100.0%	9 8.7%	10 9.6%	8 7.7%	4 3.8%	8 7.7%	15 14.4%	1 1.0%	10 9.6%

	合計	Ⅱ. (9) 在宅看取りを実施する上で困難と感じている項目						
		多職種連携が少ない	介護する人がいない	急変等で入院が必要となった時頼める病院がない	施設のスタッフや医師が看取りに消極的	施設の在宅看取りの知識や技術が不足している	看取りの経験が少ない	無回答
全体	232 100.0%	7 3.0%	34 14.7%	5 2.2%	17 7.3%	21 9.1%	21 9.1%	116 50.0%
病院	124 100.0%	3 2.4%	20 16.1%	2 1.6%	12 9.7%	14 11.3%	15 12.1%	57 46.0%
診療所	104 100.0%	4 3.8%	13 12.5%	3 2.9%	5 4.8%	7 6.7%	6 5.8%	56 53.8%

(9) 初めて在宅看取りを実践する看護師に対する特別な支援

初めて在宅看取りを実践する看護師に対する特別な支援は、「同行訪問の頻度を増やす」が48.7% (113件) で最も多く、次いで「看取れるように訪問を調整する」が31.0% (72件) であった。

図表 2-119 初めて在宅看取りを実践する看護師に対する特別な支援 (複数回答) (n=232)
(問 10)



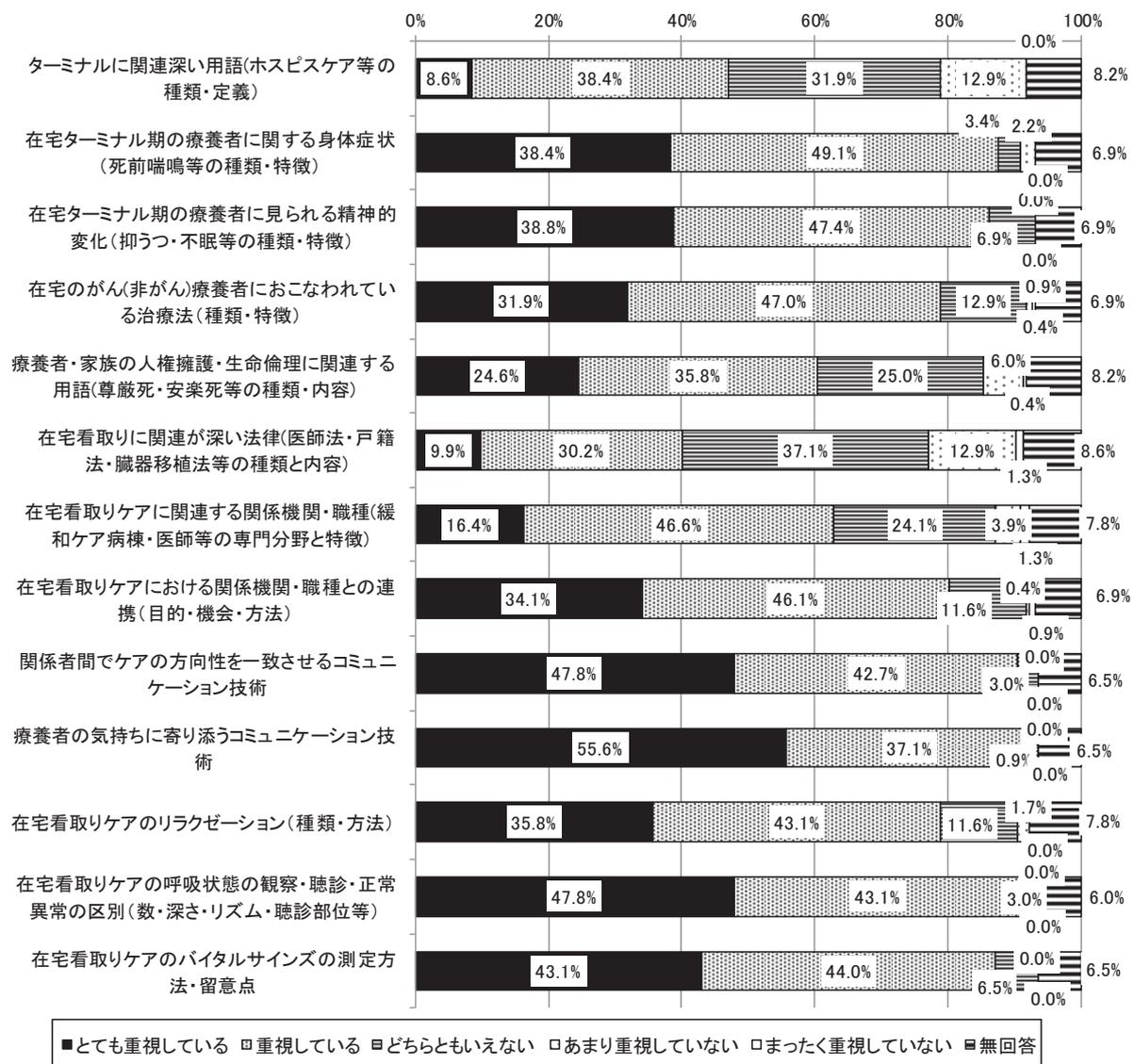
	合計	Ⅱ. (10) 初めて在宅看取りを実践する看護師に対する特別な支援						
		特にしていない	同行訪問の頻度を増やす	看取れるように訪問を調整する	在宅看取りに関する研修を受けさせる	メンタルサポート	その他	無回答
全体	232 100.0%	57 24.6%	113 48.7%	72 31.0%	49 21.1%	48 20.7%	4 1.7%	38 16.4%
病院	124 100.0%	27 21.8%	56 45.2%	41 33.1%	23 18.5%	25 20.2%	4 3.2%	25 20.2%
診療所	104 100.0%	30 28.8%	55 52.9%	29 27.9%	25 24.0%	22 21.2%	0 0.0%	12 11.5%

(10) 在宅看取りスタッフの教育において重視する項目

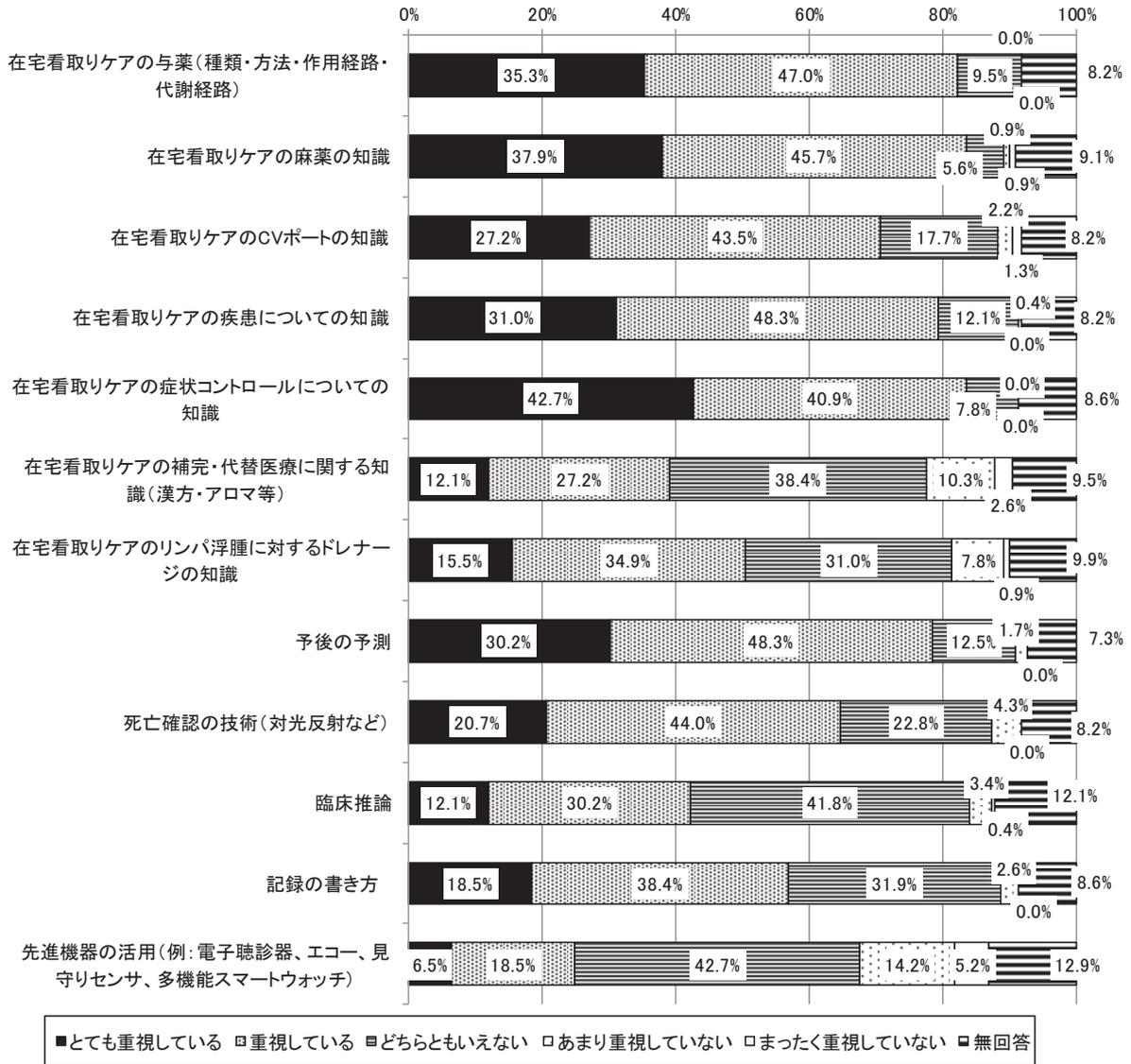
在宅看取りスタッフの教育において重視する項目に関して、「療養者の気持ちに寄り添うコミュニケーション技術」は、「とても重視している」「重視している」が計 92.7% (215 件)、「在宅看取りケアの呼吸状態の観察、聴診・正常異常の区別」は、「とても重視している」「重視している」が計 90.9% (211 件) であり、よく重視されていた。それに対して、「先進機器の活用」は、「とても重視している」「重視している」が計 25.0% (58 件)、「どちらともいえない」が 42.7% (99 件)、「あまり重視していない」「全く重視していない」が計 19.4% (45 件) と、あまり重視されていなかった。

「とても重視している」と回答した割合が最も多かったのは、病院、診療所ともに「療養者の気持ちに寄り添うコミュニケーション技術」であり(病院 62.1%、診療所 47.1%)、その他の項目においても、病院と診療所は同様の傾向であった。

図表 2-120 在宅看取りスタッフの教育において重視する項目 (n=232) (問 11)



(続き)



(続き)

	合計	Ⅱ. (11) 1-1 ターミナルに関連深い用語					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	20 8.6%	89 38.4%	74 31.9%	30 12.9%	0 0.0%	19 8.2%
病院	124 100.0%	15 12.1%	47 37.9%	35 28.2%	17 13.7%	0 0.0%	10 8.1%
診療所	104 100.0%	4 3.8%	42 40.4%	36 34.6%	13 12.5%	0 0.0%	9 8.7%

	合計	Ⅱ. (11) 1-2 在宅ターミナル期の療養者に関する身体症状					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	89 38.4%	114 49.1%	8 3.4%	5 2.2%	0 0.0%	16 6.9%
病院	124 100.0%	50 40.3%	62 50.0%	3 2.4%	1 0.8%	0 0.0%	8 6.5%
診療所	104 100.0%	36 34.6%	51 49.0%	5 4.8%	4 3.8%	0 0.0%	8 7.7%

	合計	Ⅱ. (11) 1-3 在宅ターミナル期の療養者に見られる精神的変化					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	90 38.8%	110 47.4%	16 6.9%	0 0.0%	0 0.0%	16 6.9%
病院	124 100.0%	55 44.4%	54 43.5%	7 5.6%	0 0.0%	0 0.0%	8 6.5%
診療所	104 100.0%	32 30.8%	56 53.8%	8 7.7%	0 0.0%	0 0.0%	8 7.7%

(続き)

	合計	Ⅱ. (11) 1-4 在宅のがん療養者におこなわれている治療法					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	74 31.9%	109 47.0%	30 12.9%	2 0.9%	1 0.4%	16 6.9%
病院	124 100.0%	46 37.1%	56 45.2%	13 10.5%	1 0.8%	0 0.0%	8 6.5%
診療所	104 100.0%	28 26.9%	50 48.1%	16 15.4%	1 1.0%	1 1.0%	8 7.7%

	合計	Ⅱ. (11) 1-5 療養者・家族の人権擁護・生命倫理に関連する用語					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	57 24.6%	83 35.8%	58 25.0%	14 6.0%	1 0.4%	19 8.2%
病院	124 100.0%	37 29.8%	47 37.9%	27 21.8%	3 2.4%	0 0.0%	10 8.1%
診療所	104 100.0%	19 18.3%	34 32.7%	30 28.8%	11 10.6%	1 1.0%	9 8.7%

	合計	Ⅱ. (11) 1-6 在宅看取りに関連が深い法律					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	23 9.9%	70 30.2%	86 37.1%	30 12.9%	3 1.3%	20 8.6%
病院	124 100.0%	18 14.5%	42 33.9%	41 33.1%	12 9.7%	1 0.8%	10 8.1%
診療所	104 100.0%	5 4.8%	27 26.0%	43 41.3%	17 16.3%	2 1.9%	10 9.6%

(続き)

	合計	Ⅱ. (11) 1-7 在宅看取りケアに関連する関係機関・職種					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	38 16.4%	108 46.6%	56 24.1%	9 3.9%	3 1.3%	18 7.8%
病院	124 100.0%	20 16.1%	63 50.8%	27 21.8%	4 3.2%	0 0.0%	10 8.1%
診療所	104 100.0%	18 17.3%	42 40.4%	28 26.9%	5 4.8%	3 2.9%	8 7.7%

	合計	Ⅱ. (11) 1-8 在宅看取りケアにおける関係機関・職種との連携					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	79 34.1%	107 46.1%	27 11.6%	1 0.4%	2 0.9%	16 6.9%
病院	124 100.0%	45 36.3%	58 46.8%	12 9.7%	0 0.0%	0 0.0%	9 7.3%
診療所	104 100.0%	32 30.8%	48 46.2%	14 13.5%	1 1.0%	2 1.9%	7 6.7%

	合計	Ⅱ. (11) 1-9 関係者間でケアの方向性を一致させるコミュニケーション技術					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	111 47.8%	99 42.7%	7 3.0%	0 0.0%	0 0.0%	15 6.5%
病院	124 100.0%	69 55.6%	44 35.5%	2 1.6%	0 0.0%	0 0.0%	9 7.3%
診療所	104 100.0%	40 38.5%	53 51.0%	5 4.8%	0 0.0%	0 0.0%	6 5.8%

(続き)

	合計	Ⅱ. (11) 1-10 療養者の気持ちに寄り添うコミュニケーション技術					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	129 55.6%	86 37.1%	2 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	15 6.5%
病院	124 100.0%	77 62.1%	38 30.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 7.3%
診療所	104 100.0%	49 47.1%	47 45.2%	2 1.9%	0 0.0%	0 0.0%	6 5.8%

	合計	Ⅱ. (11) 1-11 在宅看取りケアのリラクゼーション					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	83 35.8%	100 43.1%	27 11.6%	4 1.7%	0 0.0%	18 7.8%
病院	124 100.0%	58 46.8%	44 35.5%	11 8.9%	1 0.8%	0 0.0%	10 8.1%
診療所	104 100.0%	24 23.1%	53 51.0%	16 15.4%	3 2.9%	0 0.0%	8 7.7%

(続き)

	合計	Ⅱ. (11) 1-12 在宅看取りケの呼吸状態の観察・聴診・正常異常の区別					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	111 47.8%	100 43.1%	7 3.0%	0 0.0%	0 0.0%	14 6.0%
病院	124 100.0%	62 50.0%	52 41.9%	2 1.6%	0 0.0%	0 0.0%	8 6.5%
診療所	104 100.0%	46 44.2%	47 45.2%	5 4.8%	0 0.0%	0 0.0%	6 5.8%

	合計	Ⅱ. (11) 1-13 在宅看取りケのバイタルサインの測定方法・留意点					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	100 43.1%	102 44.0%	15 6.5%	0 0.0%	0 0.0%	15 6.5%
病院	124 100.0%	57 46.0%	50 40.3%	9 7.3%	0 0.0%	0 0.0%	8 6.5%
診療所	104 100.0%	41 39.4%	50 48.1%	6 5.8%	0 0.0%	0 0.0%	7 6.7%

	合計	Ⅱ. (11) 1-14 在宅看取りケの与薬					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	82 35.3%	109 47.0%	22 9.5%	0 0.0%	0 0.0%	19 8.2%
病院	124 100.0%	47 37.9%	60 48.4%	7 5.6%	0 0.0%	0 0.0%	10 8.1%
診療所	104 100.0%	34 32.7%	46 44.2%	15 14.4%	0 0.0%	0 0.0%	9 8.7%

(続き)

	合計	Ⅱ. (11) 1-15 在宅看取りケの麻薬の知識					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	88 37.9%	106 45.7%	13 5.6%	2 0.9%	2 0.9%	21 9.1%
病院	124 100.0%	53 42.7%	59 47.6%	2 1.6%	0 0.0%	0 0.0%	10 8.1%
診療所	104 100.0%	34 32.7%	44 42.3%	11 10.6%	2 1.9%	2 1.9%	11 10.6%

	合計	Ⅱ. (11) 1-16 在宅看取りケのCVポートの知識					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	63 27.2%	101 43.5%	41 17.7%	5 2.2%	3 1.3%	19 8.2%
病院	124 100.0%	37 29.8%	62 50.0%	14 11.3%	3 2.4%	0 0.0%	8 6.5%
診療所	104 100.0%	25 24.0%	37 35.6%	26 25.0%	2 1.9%	3 2.9%	11 10.6%

	合計	Ⅱ. (11) 1-17 在宅看取りケの疾患についての知識					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	72 31.0%	112 48.3%	28 12.1%	1 0.4%	0 0.0%	19 8.2%
病院	124 100.0%	40 32.3%	64 51.6%	8 6.5%	1 0.8%	0 0.0%	11 8.9%
診療所	104 100.0%	31 29.8%	46 44.2%	19 18.3%	0 0.0%	0 0.0%	8 7.7%

	合計	Ⅱ. (11) 1-18 在宅看取りケの症状コントロールについての知識					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	99 42.7%	95 40.9%	18 7.8%	0 0.0%	0 0.0%	20 8.6%
病院	124 100.0%	56 45.2%	53 42.7%	3 2.4%	0 0.0%	0 0.0%	12 9.7%
診療所	104 100.0%	42 40.4%	39 37.5%	15 14.4%	0 0.0%	0 0.0%	8 7.7%

(続き)

	合計	Ⅱ. (11) 1-19 在宅看取りケアの補完・代替医療に関する知識					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	28 12.1%	63 27.2%	89 38.4%	24 10.3%	6 2.6%	22 9.5%
病院	124 100.0%	18 14.5%	38 30.6%	44 35.5%	11 8.9%	2 1.6%	11 8.9%
診療所	104 100.0%	10 9.6%	25 24.0%	41 39.4%	13 12.5%	4 3.8%	11 10.6%
	合計	Ⅱ. (11) 1-20 在宅看取りケアのリハ ^o 浮腫に対するドレナ ^o ジの知識					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	36 15.5%	81 34.9%	72 31.0%	18 7.8%	2 0.9%	23 9.9%
病院	124 100.0%	23 18.5%	44 35.5%	41 33.1%	5 4.0%	0 0.0%	11 8.9%
診療所	104 100.0%	13 12.5%	36 34.6%	28 26.9%	13 12.5%	2 1.9%	12 11.5%

	合計	Ⅱ. (11) 1-21 予後の予測					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	70 30.2%	112 48.3%	29 12.5%	4 1.7%	0 0.0%	17 7.3%
病院	124 100.0%	41 33.1%	60 48.4%	10 8.1%	3 2.4%	0 0.0%	10 8.1%
診療所	104 100.0%	27 26.0%	50 48.1%	19 18.3%	1 1.0%	0 0.0%	7 6.7%

	合計	Ⅱ. (11) 1-22 死亡確認の技術					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	48 20.7%	102 44.0%	53 22.8%	10 4.3%	0 0.0%	19 8.2%
病院	124 100.0%	28 22.6%	55 44.4%	25 20.2%	6 4.8%	0 0.0%	10 8.1%
診療所	104 100.0%	19 18.3%	46 44.2%	26 25.0%	4 3.8%	0 0.0%	9 8.7%

(続き)

	合計	Ⅱ. (11) 1-23 臨床推論					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	28 12.1%	70 30.2%	97 41.8%	8 3.4%	1 0.4%	28 12.1%
病院	124 100.0%	20 16.1%	37 29.8%	51 41.1%	3 2.4%	0 0.0%	13 10.5%
診療所	104 100.0%	8 7.7%	31 29.8%	44 42.3%	5 4.8%	1 1.0%	15 14.4%

	合計	Ⅱ. (11) 1-24 記録の書き方					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	43 18.5%	89 38.4%	74 31.9%	6 2.6%	0 0.0%	20 8.6%
病院	124 100.0%	28 22.6%	54 43.5%	31 25.0%	2 1.6%	0 0.0%	9 7.3%
診療所	104 100.0%	14 13.5%	33 31.7%	42 40.4%	4 3.8%	0 0.0%	11 10.6%

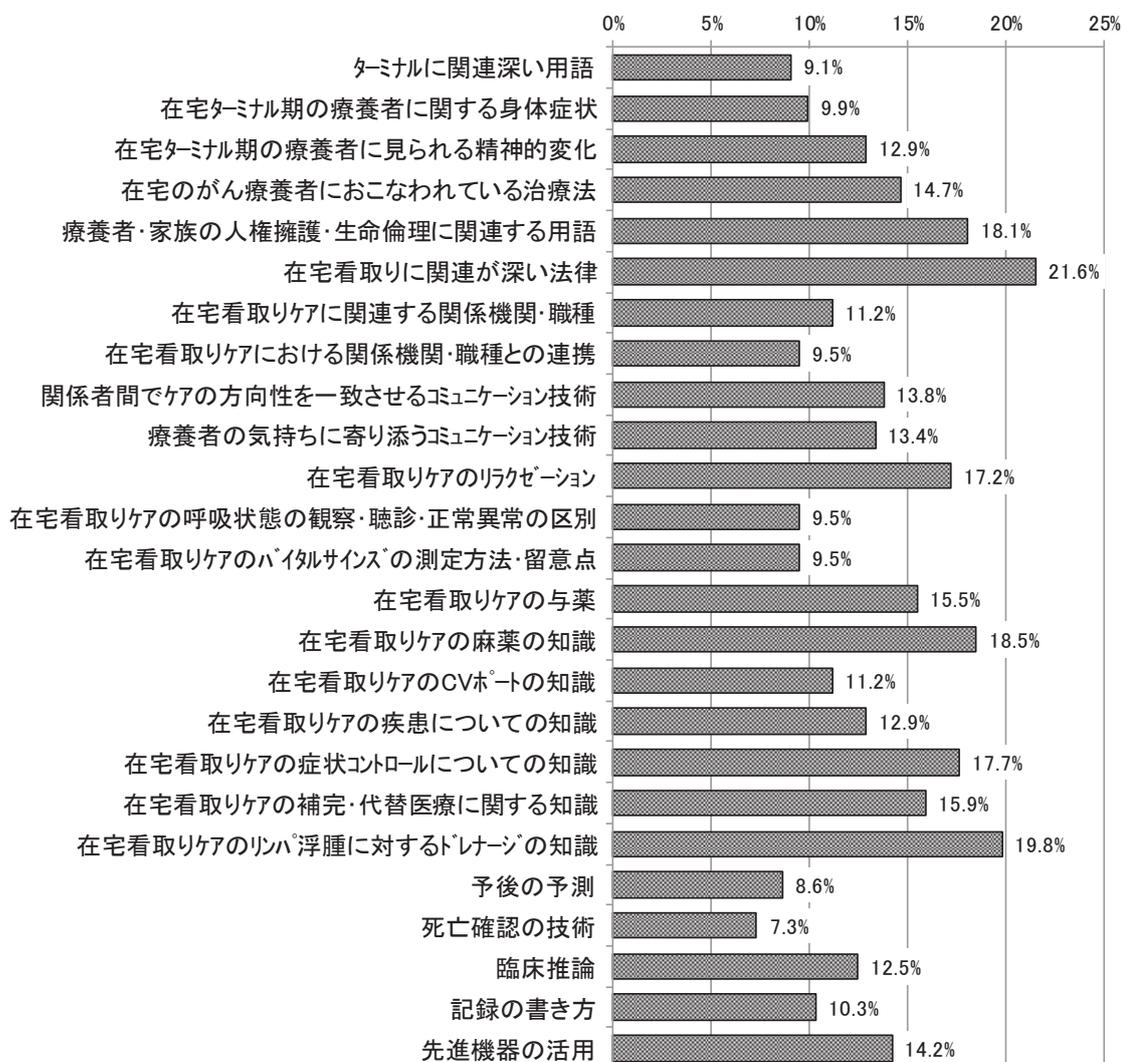
	合計	Ⅱ. (11) 1-25 先進機器の活用					
		とても重視している	重視している	どちらともいえない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答
全体	232 100.0%	15 6.5%	43 18.5%	99 42.7%	33 14.2%	12 5.2%	30 12.9%
病院	124 100.0%	11 8.9%	27 21.8%	54 43.5%	12 9.7%	8 6.5%	12 9.7%
診療所	104 100.0%	4 3.8%	15 14.4%	42 40.4%	21 20.2%	4 3.8%	18 17.3%

(11) 外部教育が必要だと考える項目

外部教育が必要だと考える項目は、「在宅看取りに関連が深い法律」が21.6%(50件)で最も多く、次いで「在宅看取りケアのリンパ浮腫に対するドレナージの知識」が19.8%(46件)であった。

病院では「在宅看取りに関連が深い法律」、「在宅看取りケアの症状コントロールについての知識」が最も多く(いずれも21.8%)、次いで「在宅看取りケアのリラクゼーション」、「在宅看取りケアのリンパ浮腫に対するドレナージの知識」(いずれも21.0%)であった。他方、診療所では「療養者・家族の人権擁護・生命倫理に関連する用語」、「在宅看取りに関連が深い法律」が最も多く(いずれも19.2%)、次いで「在宅看取りケアのリンパ浮腫に対するドレナージの知識」(17.3%)であり、両者において順位の違いはみられたが、傾向は同様であった。

図表2-121 外部教育が必要だと考える項目(複数回答)(n=232)(問11)



(続き)

	合計	Ⅱ. (11) 2 外部教育が必要だと考える項目							
		ターミナルに関連深い用語	在宅ターミナル期の療養者に関する身体症状	在宅ターミナル期の療養者に見られる精神的变化	在宅のがん療養者におこなわれている治療法	療養者・家族の人權擁護・生命倫理に関連する用語	在宅看取りに関連が深い法律	在宅看取りケに関連する関係機関・職種	在宅看取りケにおける関係機関・職種との連携
全体	232 100.0%	21 9.1%	23 9.9%	30 12.9%	34 14.7%	42 18.1%	50 21.6%	26 11.2%	22 9.5%
病院	124 100.0%	13 10.5%	15 12.1%	19 15.3%	20 16.1%	20 16.1%	27 21.8%	15 12.1%	15 12.1%
診療所	104 100.0%	7 6.7%	7 6.7%	10 9.6%	11 10.6%	20 19.2%	20 19.2%	9 8.7%	5 4.8%

	合計	Ⅱ. (11) 2 外部教育が必要だと考える項目							
		関係者間でケの方向性を一致させるコミュニケーション技術	療養者の気持ちに寄り添うコミュニケーション技術	在宅看取りケのリラクゼーション	在宅看取りケの呼吸状態の観察・聴診・正常異常の区別	在宅看取りケのバイタルサインの測定方法・留意点	在宅看取りケの与薬	在宅看取りケの麻薬の知識	在宅看取りケのCVポートの知識
全体	232 100.0%	32 13.8%	31 13.4%	40 17.2%	22 9.5%	22 9.5%	36 15.5%	43 18.5%	26 11.2%
病院	124 100.0%	18 14.5%	18 14.5%	26 21.0%	12 9.7%	13 10.5%	21 16.9%	25 20.2%	12 9.7%
診療所	104 100.0%	13 12.5%	11 10.6%	13 12.5%	9 8.7%	8 7.7%	13 12.5%	16 15.4%	12 11.5%

(続き)

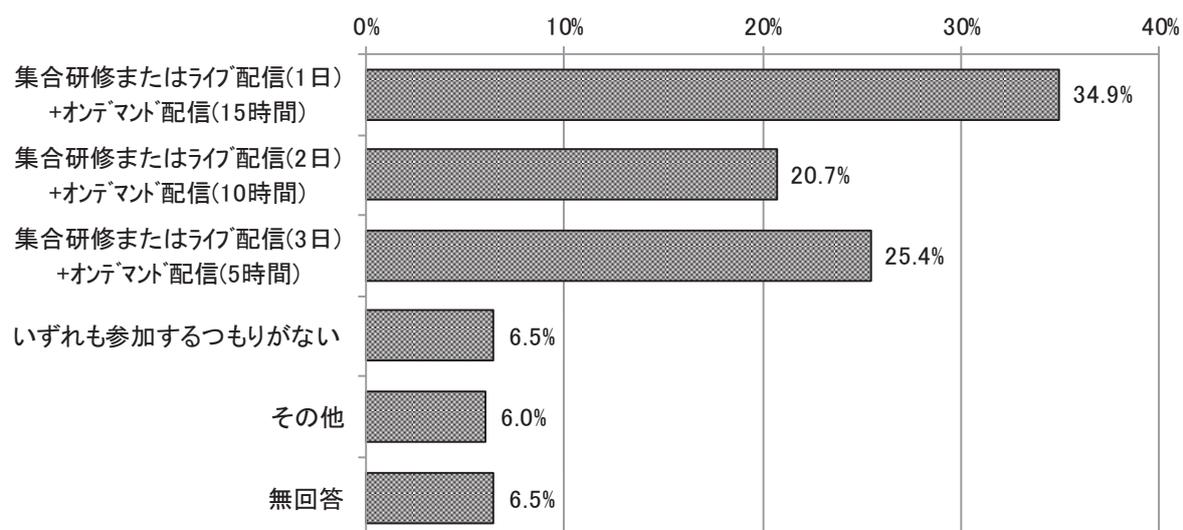
	合計	Ⅱ. (11) 2 外部教育が必要だと考える項目							
		在宅看 取りケア の疾患 について の知識	在宅看 取りケア の症状 コントロ ールに ついて の知識	在宅看 取りケア の補 完・代 替医療 に 関する 知識	在宅看 取りケア のリンパ 浮腫に 対する ドレナ ジの 知識	予後の 予測	死亡確 認の技 術	臨床推 論	記録の 書き方
全体	232 100.0%	30 12.9%	41 17.7%	37 15.9%	46 19.8%	20 8.6%	17 7.3%	29 12.5%	24 10.3%
病院	124 100.0%	17 13.7%	27 21.8%	21 16.9%	26 21.0%	9 7.3%	8 6.5%	15 12.1%	14 11.3%
診療所	104 100.0%	11 10.6%	12 11.5%	15 14.4%	18 17.3%	10 9.6%	9 8.7%	13 12.5%	9 8.7%

	合計	Ⅱ. (11) 2 外部教育が必要だと考える項目	
		先進機 器の活 用	無回答
全体	232 100.0%	33 14.2%	147 63.4%
病院	124 100.0%	15 12.1%	76 61.3%
診療所	104 100.0%	16 15.4%	71 68.3%

(12) 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム研修に職員が参加しやすい
パターン

訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム研修に職員が参加しやすいパターンは、「集合研修またはライブ配信（1日）+オンデマンド配信（15時間）」が34.9%（81件）で最も多く、次いで「集合研修またはライブ配信（3日）+オンデマンド配信（5時間）」が25.4%（59件）であった。

図表2-122 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム研修に
職員が参加しやすいパターン（n=232）（問12）



	合計	Ⅱ. (12) 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム研修に 職員が参加しやすいパターン					
		集合研 修また はライブ 配信（1 日）+オン デマンド 配信 （15時 間）	集合研 修また はライブ 配信（2 日）+オン デマンド 配信 （10時 間）	集合研 修また はライブ 配信（3 日）+オン デマンド 配信（5 時間）	いず れも 参加 する つ も り が な い	その 他	無回 答
全体	232 100.0%	81 34.9%	48 20.7%	59 25.4%	15 6.5%	14 6.0%	15 6.5%
病院	124 100.0%	47 37.9%	27 21.8%	35 28.2%	3 2.4%	6 4.8%	6 4.8%
診療所	104 100.0%	34 32.7%	18 17.3%	23 22.1%	12 11.5%	8 7.7%	9 8.7%

3. 訪問看護ステーション、病院、診療所の比較

ここでは、訪問看護ステーション、病院、診療所の回答傾向に違いがみられる等、注目される結果を整理した。

図表 2-123 訪問看護ステーション、病院、診療所の比較

項目	回答	訪問看護 ステーシ ョン (575 件)	病院 (124 件)	診療所 (104 件)
1. 基本情報				
開設主体	営利法人	<u>43.0%</u>	-	-
	国・地方公共団体	4.0%	<u>27.4%</u>	4.8%
	医療法人	27.0%	49.2%	<u>76.0%</u>
事業開始年	2016 年～2020 年	<u>34.8%</u>	25.0%	13.5%
	1996 年～2000 年	15.3%	14.5%	<u>18.8%</u>
訪問看護・指導担当部 署の位置づけ	院内・診療所内の独立 した部門である	/	<u>58.1%</u>	24.0%
	院内・診療所内の部門 が兼務している	/	38.7%	<u>73.1%</u>
加算（介護保険）の届 出：緊急時訪問看護加 算	あり	<u>90.4%</u>	59.7%	64.4%
加算（介護保険）の届 出：特別管理加算	あり	<u>84.3%</u>	69.4%	65.4%
精神科訪問看護基本療 養費または精神科訪問 看護・指導の実施	あり	<u>50.6%</u>	14.5%	5.8%
加算（介護保険）の算 定：ターミナルケア加 算（令和元年度）	あり	<u>44.3%</u>	23.4%	27.9%
加算（医療保険）訪問 看護ターミナルケア療 養費、在宅ターミナル ケア加算（令和元年 度）	あり	<u>55.0%</u>	25.0%	15.4%
従事者数	実人数（平均）	常勤 6.0 人 非常勤 3.2 人	専任者 2.0 人 兼務者 1.3 人	専任者 1.2 人 兼務者 2.5 人
夜間休日に緊急対応で きる訪問看護師数	（平均）	<u>3.9 人</u>	1.8 人	2.0 人
認定看護師、専門看護 師、特定看護師	いる	12.3%	8.1%	2.9%

(続き)

項目	回答	訪問看護 ステーション (575 件)	病院 (124 件)	診療所 (104 件)
利用者数 (介護保険) (6 月分)	(平均)	<u>49.6 人</u>	23.7 人	13.9 人
延べ訪問回数 (介護保 険) (6 月分)	(平均)	<u>294.7 回</u>	102.9 回	56.1 回
利用者数 (医療保険) (6 月分)	(平均)	<u>24.4 人</u>	8.7 人	5.5 人
延べ訪問回数 (医療保 険) (6 月分)	(平均)	<u>199.7 回</u>	33.6 回	35.3 回
管理者の訪問看護の経 験年数	(平均)	10.3 年	<u>7.7 年</u>	14.6 年
管理者の在宅看取り研 修受講経験	あり	<u>48.9%</u>	31.5%	31.7%
(ありの場合) 研修の 主催者 (複数回答)	都道府県訪問看護連 絡協議会または訪問 看護ステーション協 議会等	<u>36.7%</u>	15.4%	24.2%
	都道府県看護協会	35.2%	<u>71.8%</u>	33.3%
	日本緩和ケア医療学 会	19.9%	15.4%	24.2%
	日本訪問看護財団	18.1%	12.8%	0.0%
スタッフの研修参加 (複数回答)	管理者から声をかけ る	<u>77.0%</u>	71.0%	50.0%
	スタッフが望めば受 けさせている	67.1%	58.9%	55.8%
	研修に参加させたとき、日勤扱いにし代 休を与える	47.1%	52.4%	<u>29.8%</u>

(続き)

2. 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムのニーズ				
項目	回答	訪問看護ステーション (575 件)	病院 (124 件)	診療所 (104 件)
1) 在宅看取りの実施状況	積極的に実施している	<u>49.0%</u>	13.7%	26.0%
	必要時には実施している	38.6%	50.0%	<u>52.9%</u>
	実施したいができていない	7.0%	<u>21.8%</u>	13.5%
	実施しておらず、今後も実施する予定はない	4.9%	<u>12.9%</u>	7.7%
2) 在宅看取りケアについて実施しているカンファレンス	事業所・施設内カンファレンス	<u>83.7%</u>	57.0%	53.7%
	在宅ケアチームカンファレンス	58.5%	<u>64.6%</u>	57.3%
	死亡後カンファレンス（事業所・施設内）	<u>39.9%</u>	17.7%	22.0%
	死亡後カンファレンス（在宅ケアチーム）	9.7%	<u>20.3%</u>	11.0%
3) 在宅療養者が死亡後の遺族へのケア	自宅への訪問	<u>83.9%</u>	67.1%	59.8%
	葬儀やお別れ会への参列	27.0%	8.9%	<u>32.9%</u>
	実施していない	5.8%	<u>25.3%</u>	19.5%
4) 看護師用のマニュアルなどの使用	自事業所・施設が作成したものを使用している	42.1%	48.1%	32.9%
	既存のものを使用している/その他	26.8%	17.7%	19.5%
	医師が作成したものを使用している	3.6%	5.1%	4.9%
	使用していない	33.3%	35.4%	43.9%

(続き)

項目	回答	訪問看護 ステーション (575 件)	病院 (124 件)	診療所 (104 件)
7) 在宅看取りケアの 依頼に応じられないケ ース	ある	36.7%	64.6%	57.3%
	(具体的なケース 例) (上位)	1位: 訪問 先が遠い 44.9% 2位: 小 児 42.7%	1位: 小 児 64.7% 2位: 精 神科 47.1%	1位: 小 児 61.7% 2位: 精 神科 48.9%
8) 在宅看取りを実施 する上で困難と感じて いる項目	スタッフの人数が足 りない	17.0% (1位)	37.9% (1位)	24.0% (2位)
	緊急時の訪問看護が できない	8.0% (5位)	32.3% (2位)	26.0% (1位)
	往診医・訪問診療医 が少ない	9.7% (3位)	28.2% (3位)	7.7% (10位)
	介護する人がいない	10.6% (2位)	16.1% (7位)	12.5% (4位)
	地域の在宅での看取 りの希望が少ない	9.0% (4位)	22.6% (6位)	14.4% (3位)
10) 初めて在宅看取り を実践する看護師に対 する特別な支援	同行訪問の頻度を増 やす	<u>69.0%</u>	45.2%	52.9%
	メンタルサポート	<u>39.3%</u>	20.2%	21.2%
	看取れるように訪問 を調整する	<u>34.4%</u>	33.1%	27.9%
	特にしていない	9.4%	21.8%	<u>28.8%</u>

4. 在宅看取りの関連要因

はじめに、訪問看護ステーションにおける在宅看取りの実施に関連する要因を明らかにすることを目的に、「在宅看取り実施の有無」を従属変数とし、単変量解析を行った。在宅看取り実施の有無については、在宅がん医療総合診療料、ターミナルケア加算、訪問看護ターミナルケア療養費のいずれか1件以上を連携・算定している場合を「あり」とした。なお、それら3つのうち1つ以上が空欄でかつ、残りが「なし」の場合は、無効回答として扱った。有意水準は両側5%とし、分析ソフトはSPSSVer.27を用いた。

1) 訪問看護ステーション

介護保険では、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算、サービス提供体制強化加算、医療保険では、24時間対応体制加算、特別管理加算、機能強化型訪問看護管理療養費の届出の有無が、在宅看取り実施の有無と有意に関連していた。また、精神科訪問看護基本療養費の届出をしている事業所の方が、在宅看取りを実施していなかった。(図表2-124)

図表2-124 加算等の要因

N=526

		n	在宅看取りあり (n=374)	在宅看取りなし (n=152)	P値	検定
介護保険	緊急時訪問看護加算	n(%) 520	363(98.4%)	116(76.8%)	<0.001	a
	特別管理加算	n(%) 501	350(98.3%)	98(67.6%)	<0.001	a
	看護体制強化加算	n(%) 504	55(15.4%)	2(1.4%)	<0.001	b
	サービス提供体制強化加算	n(%) 517	185(50.0%)	41(27.9%)	<0.001	a
	特別地域訪問看護加算	n(%) 513	16(4.4%)	7(4.7%)	0.881	a
	中山間地域小規模事業所	n(%) 514	2(0.5%)	1(0.7%)	1.000	b
	中山間地域等への訪問看護提供	n(%) 512	17(4.7%)	2(1.3%)	0.075	b
医療保険	24時間対応体制加算	n(%) 520	364(98.4%)	118(78.7%)	<0.001	a
	特別管理加算	n(%) 503	336(93.9%)	88(60.7%)	<0.001	a
	機能強化型訪問看護管理療養費	n(%) 398	46(15.4%)	4(4.0%)	0.002	b
	精神科訪問看護基本療養費	n(%) 510	179(49.4%)	92(62.2%)	0.009	a
特別の関係にある保険医療機関等	n(%) 514	177(48.6%)	63(42.0%)	0.171	a	

注1：図表のn(%)は、届出・算定あり群の内訳を示している。(図表2-125以降も同様)
例えば「介護保険の緊急時訪問看護加算」では、その届出および在宅看取り実施の有無の両方に回答した事業所は520件であり、緊急時訪問看護加算届出ありと回答した事業所のうち、在宅看取りを実施していたのは363件(98.4%)、実施していなかったのは116件(76.8%)であった。

注2：機能強化型訪問看護管理療養費については、機能強化型訪問看護管理療養費1、2、3のいずれかありの場合を「あり」、訪問看護管理療養費の場合を「なし」とした。

注3：a:カイ二乗検定 b:フィッシャーの正確確率検定

注4：P<0.05を太字で示した。

訪問看護体制に関する要因では、常勤看護職の実人数、非常勤看護職の実人数、看護職の換算人数（常勤と非常勤の合計）、夜間休日に緊急対応できる常勤訪問看護師数、1か月の利用者数、1か月の延訪問回数が、在宅看取り実施の有無と有意に関連していた。また、認定・専門・特定看護師が1人以上在籍している事業所の方が、在宅看取りを実施していた。さらに、訪問看護認定看護師のみに着目しても、訪問看護認定看護師が在籍している事業所の方が、在宅看取りを実施しているという結果であった。（図表2-125）

図表2-125 訪問看護体制に関する要因

N=526

		n	在宅看取りあり (n=374)	在宅看取りなし (n=152)	P値	検定
常勤看護職の実人数	平均±SD	408	4.6±3.1	3.5±1.9	<0.001	c
非常勤看護職の実人数	平均±SD	408	2.2±2.4	1.6±2.2	0.015	c
	中央値(四分位範囲)	408	2.0(1.0, 3.0)	1.0(0.0, 2.0)	0.002	d
看護職の換算人数（常勤と非常勤の合計）	平均±SD	408	5.5±3.3	4.1±2.1	<0.001	c
夜間休日に緊急対応できる常勤訪問看護師数	平均±SD	481	4.0±2.5	2.7±1.8	<0.001	c
過去3年間の入職者数	平均±SD	385	4.9±9.0	4.3±4.8	0.499	c
	中央値(四分位範囲)	385	3(2.0, 6.0)	2.5(1.0, 5.8)	0.262	d
過去3年間の離職者数	平均±SD	379	3.1±3.1	2.8±3.1	0.301	c
	中央値(四分位範囲)	379	2.0(1.0, 4.0)	2.0(1.0, 4.0)	0.064	d
利用者数（介護保険と医療保険の合計）	平均±SD	487	83.2±80.2	53.5±45.2	<0.001	c
延訪問回数（介護保険と医療保険の合計）	平均±SD	486	561.1±891.9	337.1±284.0	<0.001	c
認定・専門・特定看護師	n(%)	521	57(15.4%)	9(5.9%)	0.003	a
訪問看護認定看護師	n(%)	520	22(6.0%)	1(0.7%)	0.004	b

注1：過去3年間の入職/離職数とは、2017、2018、2019年度の合計数である。

注2：a:カイ二乗検定 b:フィッシャーの正確確率検定 c:t検定

d:マン・ホイットニーのU検定

注3：P<0.05を太字で示した。

管理者に関する要因では、管理者の訪問看護の経験年数および在宅看取り研修受講経験の有無が、在宅看取り実施の有無と有意に関連していた。一方、管理者が認定・専門・特定看護師であることと、在宅看取りの実施には、有意な関連はみられなかった。(図表 2-126)

図表 2-126 管理者の要因

N=526

	n	在宅看取りあり (n=374)	在宅看取りなし (n=152)	P値	検定
年代	中央値(四分位範囲) 525	4.0(3.0, 4.0)	4.0(3.0, 4.0)	0.112	d
訪問看護の経験年数	平均±SD 507	11.3±8.0	8.3±8.7	<0.001	c
	中央値(四分位範囲) 507	11.0(5.0, 19.0)	7.0(5.0, 14.8)	<0.001	d
	10年以上 n(%) 507	187(52.4%)	49(32.7%)	<0.001	a
最終学歴	中央値(四分位範囲) 518	1.0(1.0, 1.0)	1.0(1.0, 1.0)	0.267	d
	大卒 n(%) 518	40(10.9%)	15(9.9%)	0.721	a
認定・専門・特定看護師	n(%) 515	33(9.1%)	10(6.6%)	0.347	a
在宅看取り研修受講経験	n(%) 520	221(59.9%)	42(27.8%)	<0.001	a

注 1 : 大卒とは、最終学歴が大学または大学院の者である。

注 2 : a : カイ二乗検定 c : t 検定 d : マン・ホイットニーの U 検定

注 3 : P < 0.05 を太字で示した。

スタッフの研修参加では、「管理者から声をかける」のみが、在宅看取り実施の有無と有意に関連していた。一方、初めて在宅看取りを実践する看護師に対する特別な支援では、「同行訪問の頻度を増やす」、「看取れるように訪問を調整する」、「メンタルサポート」が、在宅看取りの実施と有意に関連しており、さらに在宅看取りを実施していない事業所の方が、「特別な支援をしていない」という結果であった。(図表 2-127)

図表 2-127 研修・教育に関する要因

N=526

	n	在宅看取りあり (n=374)	在宅看取りなし (n=152)	P値	検定
スタッフの研修参加	管理者から声をかける n(%) 520	300(81.3%)	104(68.9%)	0.002	a
	勤務扱いにする n(%) 520	183(49.6%)	63(41.7%)	0.103	a
	自主参加 n(%) 520	256(69.4%)	95(62.9%)	0.153	a
	関与していない、把握していない n(%) 520	3(0.8%)	4(2.6%)	0.112	b
初めての看護師への支援	特にしていない n(%) 476	12(3.5%)	36(27.3%)	< 0.001	a
	同行訪問の頻度を増やす n(%) 476	293(85.2%)	72(54.5%)	< 0.001	a
	看取れるように訪問を調整する n(%) 476	146(42.4%)	37(28.0%)	0.004	a
	在宅看取り研修を受けさせる n(%) 476	95(27.6%)	25(18.9%)	0.051	a
	メンタルサポート n(%) 476	168(48.8%)	40(30.3%)	< 0.001	a
	その他 n(%) 476	20(5.8%)	5(3.8%)	0.493	b

注 1 : a : カイ二乗検定 b : フィッシャーの正確確率検定

注 2 : P < 0.05 を太字で示した。

在宅看取り実施のうえでの困難について、訪問看護体制に関する要因では、「緊急時（夜間、休日）の訪問看護ができない」、「スタッフの人数が足りない」、「精神疾患専門である」、「在宅看取りに関する内部研修がない」、「在宅看取りに関する外部研修がない」という5つの項目が、在宅看取り実施の有無と有意に関連していた。また、スタッフに関する要因では全ての項目が、地域・文化の要因では「多職種連携が少ない」以外の項目が、在宅看取り実施の有無と関連していた。さらに、施設での看取りにおいても、3項目全てが有意に関連していた。（図表2-128）

図表2-128 在宅看取り実施のうえでの困難に関する要因

N=526

	n	在宅看取りあり (n=374)	在宅看取りなし (n=152)	P値	検定	
訪問看護体制	緊急時の訪問看護ができない	n(%) 526	11(2.9%)	32(21.1%)	<0.001	a
	スタッフの人数が足りない	n(%) 526	41(11.0%)	46(30.3%)	<0.001	a
	採算が合わない	n(%) 526	3(0.8%)	3(2.0%)	0.362	b
	精神疾患専門である	n(%) 526	2(0.5%)	21(13.8%)	<0.001	b
	小児看護専門である	n(%) 526	2(0.5%)	4(2.6%)	0.061	b
	在宅看取りに関する内部研修がない	n(%) 526	6(1.6%)	19(12.5%)	<0.001	a
	在宅看取りに関する外部研修がない	n(%) 526	2(0.5%)	12(7.9%)	<0.001	b
スタッフ	在宅看取り経験のあるスタッフが少ない	n(%) 526	8(2.1%)	35(23.0%)	<0.001	a
	在宅看取りに関する姿勢が消極的	n(%) 526	6(1.6%)	12(7.9%)	<0.001	a
	診療の補助技術に関する技術面の不足	n(%) 526	17(4.5%)	23(15.1%)	<0.001	a
	療養上の世話に関する技術面の不足	n(%) 526	5(1.3%)	17(11.2%)	<0.001	b
	多職種連携に不慣れ	n(%) 526	10(2.7%)	14(9.2%)	0.001	a
地域・文化	往診医・訪問診療医が少ない	n(%) 526	23(6.1%)	28(18.4%)	<0.001	a
	地域の在宅看取りの希望が少ない	n(%) 526	14(3.7%)	32(21.1%)	<0.001	a
	地域で緩和ケア病院が充足している	n(%) 526	4(1.1%)	8(5.3%)	0.007	b
	主治医の在宅看取りに関する姿勢が消極的	n(%) 526	18(4.8%)	21(13.8%)	<0.001	a
	多職種連携が少ない	n(%) 526	8(2.1%)	2(1.3%)	0.731	b
	介護する人が少ない	n(%) 526	29(7.8%)	25(16.4%)	0.003	a
	バックベッドがない	n(%) 526	12(3.2%)	13(8.6%)	0.009	a
施設の看取り	スタッフや医師が看取りに消極的	n(%) 526	10(2.7%)	10(6.6%)	0.034	a
	在宅看取りの知識や技術が不足している	n(%) 526	15(4.0%)	13(8.6%)	0.035	a
	看取りの経験が少ない	n(%) 526	15(4.0%)	16(10.5%)	0.004	a

注1：a：カイ二乗検定 b：フィッシャーの正確確率検定

注2：P<0.05を太字で示した。

次に、訪問看護ステーションにおける在宅看取りへの積極性を明らかにすることを目的に、在宅看取りを「積極的に実施している」と回答した事業所と、「必要時には実施している」と回答した事業所を比較した結果を示す。

介護保険では、看護体制強化加算、特別地域訪問看護加算、医療保険では、特別管理加算、機能強化型訪問看護管理療養費の届出の有無が、在宅看取りへの積極性と有意に関連していた。(図表 2-129)

図表 2-129 加算等の要因

N=504

		n	積極的に実施している (n=282)	必要時には実施している (n=222)	P値	検定
介護保険	緊急時訪問看護加算	n(%) 496	273(98.6%)	214(97.7%)	0.517	b
	特別管理加算	n(%) 476	258(96.3%)	198(95.2%)	0.562	a
	看護体制強化加算	n(%) 479	41(15.3%)	17(8.1%)	0.016	a
	サービス提供体制強化加算	n(%) 494	139(50.2%)	94(43.3%)	0.129	a
	特別地域訪問看護加算	n(%) 490	8(2.9%)	15(6.9%)	0.037	a
	中山間地域小規模事業所	n(%) 489	1(0.4%)	2(0.9%)	0.585	b
	中山間地域等への訪問看護提供	n(%) 487	15(5.5%)	6(2.8%)	0.152	a
医療保険	24時間対応体制加算	n(%) 496	274(98.9%)	213(97.3%)	0.192	b
	特別管理加算	n(%) 481	255(94.4%)	185(87.7%)	0.008	a
	機能強化型訪問看護管理療養費	n(%) 382	38(17.0%)	11(7.0%)	0.004	a
	精神科訪問看護基本療養費	n(%) 487	140(52.0%)	104(47.7%)	0.341	a
特別の関係にある保険医療機関等	n(%) 491	135(49.1%)	89(41.2%)	0.082	a	

注 1：機能強化型訪問看護管理療養費については、機能強化型訪問看護管理療養費 1、2、3のいずれかありの場合を「あり」、訪問看護管理療養費の場合を「なし」とした。

注 2：a:カイ二乗検定 b:フィッシャーの正確確率検定

注 3：P<0.05 を太字で示した。

訪問看護体制に関する要因では、常勤看護職の実人数、看護職の換算人数（常勤と非常勤の合計）、夜間休日に緊急対応できる常勤訪問看護師数、1か月の利用者数、1か月の延訪問回数が、在宅看取りへの積極性と有意に関連していた。また、認定・専門・特定看護師が1人以上在籍している事業所の方が、在宅看取りを積極的に実施していた。さらに、訪問看護認定看護師のみに着目しても、訪問看護認定看護師が在籍している事業所の方が、在宅看取りを積極的に実施しているという結果であった。

（図表 2-130）

図表 2-130 訪問看護体制に関する要因

N=504

		n	積極的に実施している (n=282)	必要時には実施している (n=222)	P値	検定
常勤看護職の実人数	平均±SD	390	5.0±3.3	3.5±1.9	<0.001	c
非常勤看護職の実人数	平均±SD	390	2.3±2.6	2.0±2.2	0.246	c
	中央値(四分位範囲)	390	2.0(0.0, 4.0)	1.0(0.0, 3.0)	0.412	d
看護職の換算人数（常勤と非常勤の合計）	平均±SD	390	5.9±3.6	4.4±2.0	<0.001	c
夜間休日に緊急対応できる常勤訪問看護師数	平均±SD	465	4.2±2.7	3.2±1.6	<0.001	c
過去3年間の入職者数	平均±SD	374	4.9±10.1	4.4±4.7	0.555	c
	中央値(四分位範囲)	374	3.0(2.0, 6.0)	3.0(1.0, 6.0)	0.632	d
過去3年間の離職者数	平均±SD	370	3.0±3.2	2.9±2.7	0.843	c
	中央値(四分位範囲)	370	2.0(1.0, 4.0)	2.0(1.0, 4.0)	0.879	d
利用者数（介護保険と医療保険の合計）	平均±SD	470	84.3±88.5	65.7±47.4	0.004	c
延訪問回数（介護保険と医療保険の合計）	平均±SD	469	603.7±1007.3	403.0±313.1	0.002	c
認定・専門・特定看護師	n(%)	499	54(19.4%)	10(4.5%)	<0.001	a
訪問看護認定看護師	n(%)	498	20(7.2%)	4(1.8%)	0.006	b

注 1：過去3年間の入職/離職数とは、2017、2018、2019年度の合計数である。

注 2：a:カイ二乗検定 b:フィッシャーの正確確率検定 c:t検定

d:マン・ホイットニーのU検定

注 3：P<0.05を太字で示した。

管理者に関する要因では、管理者の訪問看護の経験年数（平均値の比較）および在宅看取り研修受講経験の有無が、在宅看取りへの積極性に関連していた。また、管理者が認定・専門・特定看護師であることは、在宅看取り実施の有無とは関連がなかった一方で、在宅看取りへの積極性とは有意に関連していた。（図表 2-131）

図表 2-131 管理者の要因

N=504

	n	積極的に実施している (n=282)	必要時には実施している (n=222)	P値	検定	
年代	中央値(四分位範囲)	503	4.0(3.0, 4.0)	4.0(3.0, 4.0)	0.619	d
訪問看護の経験年数	平均±SD	480	11.4±8.7	9.9±7.4	0.043	c
	中央値(四分位範囲)	480	10.0(5.0, 19.0)	10.0(5.0, 17.0)	0.103	d
	10年以上 n(%)	480	141(52.2%)	95(45.2%)	0.129	a
最終学歴	中央値(四分位範囲)	496	1.0(1.0, 1.0)	1.0(1.0, 1.0)	0.702	d
	大卒 n(%)	496	29(10.4%)	23(10.6%)	0.916	a
認定・専門・特定看護師	n(%)	493	28(10.2%)	10(4.6%)	0.019	a
在宅看取り研修受講経験	n(%)	499	172(61.2%)	98(45.0%)	<0.001	a

注 1：大卒とは、最終学歴が大学または大学院の者である。

注 2：a:カイ二乗検定 c:t検定 d:マン・ホイットニーのU検定

注 3：P<0.05 を太字で示した。

スタッフの研修参加では、「管理者から声をかける」と「研修に参加させたとき日勤扱いにし代休を与える（勤務扱いにする）」が、在宅看取りへの積極性と有意に関連していた。一方、初めて在宅看取りを実践する看護師に対する特別な支援では、「同行訪問の頻度を増やす」、「看取れるように訪問を調整する」、「メンタルサポート」が、在宅看取りへの積極性と関連しており、さらに特別な支援をしていない事業所の方が、在宅看取りを積極的に実施していない（必要時には実施している）という結果であった。（図表 2-132）

図表 2-132 研修・教育に関する要因

N=504

	n	積極的に実施している (n=282)	必要時には実施している (n=222)	P値	検定	
スタッフの研修参加	管理者から声をかける	n(%) 499	232(83.2%)	163(74.1%)	0.013	a
	勤務扱いにする	n(%) 499	157(56.3%)	88(40.0%)	<0.001	a
	自主参加	n(%) 499	184(65.9%)	160(72.7%)	0.104	a
	関与していない、把握していない	n(%) 499	1(0.4%)	3(1.4%)	0.325	b
初めての看護師への支援	特にしていない	n(%) 464	4(1.6%)	20(9.7%)	<0.001	b
	同行訪問の頻度を増やす	n(%) 464	224(87.2%)	158(76.3%)	0.002	a
	看取れるように訪問を調整する	n(%) 464	123(47.9%)	67(32.4%)	<0.001	a
	在宅看取り研修を受けさせる	n(%) 464	74(28.8%)	44(21.3%)	0.064	a
	メンタルサポート	n(%) 464	140(54.5%)	75(36.2%)	<0.001	a
	その他	n(%) 464	16(6.2%)	9(4.3%)	0.373	a

注 1：a:カイ二乗検定 b:フィッシャーの正確確率検定

注 2：P<0.05 を太字で示した。

在宅看取りを実施している事業所を対象に尋ねた、看取りへの取り組み内容では、在宅ケアチームカンファレンス（多職種間）、事業所内カンファレンス、死亡後カンファレンス（在宅ケアチーム）、死亡後カンファレンス（事業所内）が、在宅看取りへの積極性と有意に関連しており、在宅看取りを積極的に実施していない（必要時には実施している）事業所の方が、在宅看取りケアカンファレンスを実施していないという結果であった。遺族へのケアについては、葬儀やお別れの会への参列、電話、手紙やカードの送付、遺族会の開催が、在宅看取りへの積極性と有意に関連しており、在宅看取りを積極的に実施していない（必要時には実施している）事業所の方が、遺族ケアを実施していないという結果であった。また、看護師用マニュアルについては、「自事業所が作成したものを使用している」が、在宅看取りへの積極性と有意に関連しており、在宅看取りを積極的に実施していない（必要時には実施している）事業所の方が、マニュアルを「使用していない」という結果であった。訪問介護事業所との連携では、「積極的に連携している」が、在宅看取りへの積極性と関連していた一方で、保険医療機関との間で在宅の地域連携パスを使用していることと、在宅看取りへの積極性には、有意な関連はみられなかった。（図表 2 -133）

図表 2 -133 看取りへの取り組みに関する要因

N=504

		n	積極的に実施している (n=282)	必要時には実施している (n=222)	P値	検定
カンファレンス	在宅ケアチームカンファレンス（多職種間）	n(%) 499	179(64.2%)	116(52.7%)	0.010	a
	事業所内カンファレンス	n(%) 499	244(87.5%)	178(80.9%)	0.044	a
	死亡後カンファレンス（在宅ケアチーム）	n(%) 499	37(13.3%)	12(5.5%)	0.004	a
	死亡後カンファレンス（事業所内）	n(%) 499	126(45.2%)	75(34.1%)	0.012	a
	実施していない	n(%) 499	8(2.9%)	15(6.8%)	0.037	a
	その他	n(%) 499	5(1.8%)	4(1.8%)	1.000	b
遺族ケア	葬儀やお別れの会への参列	n(%) 503	86(30.6%)	50(22.5%)	0.043	a
	自宅への訪問	n(%) 503	243(86.5%)	180(81.1%)	0.100	a
	電話	n(%) 503	114(40.6%)	68(30.6%)	0.021	a
	電子メール・FAX	n(%) 503	12(4.3%)	9(4.1%)	0.904	a
	手紙やカードの送付	n(%) 503	63(22.4%)	30(13.5%)	0.011	a
	遺族会の開催	n(%) 503	16(5.7%)	2(0.9%)	0.003	b
	実施していない	n(%) 503	9(3.2%)	20(9.0%)	0.006	a
	その他	n(%) 503	8(2.8%)	10(4.5%)	0.320	a
看護師用マニュアル	使用していない	n(%) 499	79(28.3%)	89(40.5%)	0.004	a
	医師が作成したものを使用している	n(%) 499	14(5.0%)	4(1.8%)	0.088	b
	自事業所が作成したものを使用している	n(%) 499	136(48.7%)	76(34.5%)	0.001	a
	その他（既存のものを含む）	n(%) 499	74(26.5%)	61(27.7%)	0.764	a
		n(%) 499				
地域連携パス	使用していない	n(%) 497	233(83.5%)	190(87.2%)	0.258	a
	医師が作成したものを使用している	n(%) 497	13(4.7%)	9(4.1%)	0.775	a
	自事業所が作成したものを使用している	n(%) 497	20(7.2%)	9(4.1%)	0.151	a
	その他（既存のものを含む）	n(%) 497	15(5.4%)	10(4.6%)	0.690	a
		n(%) 497				
訪問介護事業所との連携	積極的に連携している	n(%) 496	129(46.1%)	52(24.1%)	<0.001	a
	連携している	n(%) 496	266(95.0%)	207(95.8%)	0.662	a

注 1：訪問介護事業所との連携について、「積極的に連携している」では、「1.積極的に連携している」と「2.必要時には連携している、3.連携したいができていない」を比較した。一方、「連携している」では、「1.積極的に連携している、2.必要時には連携している」と「3.連携したいができていない」を比較した。

注 2：a:カイ二乗検定 b:フィッシャーの正確確率検定

注 3：P<0.05 を太字で示した。

在宅看取り実施のうえでの困難について、訪問看護体制に関する要因では、「緊急時（夜間、休日）の訪問看護ができない」、「スタッフの人数が足りない」が、地域・文化に関する要因では、「介護する人がいない」、「バックベッドがない（急変等で入院が必要となった時頼める病院がない）」が、在宅看取りへの積極性と有意に関連していた。一方、スタッフに関する要因や施設での看取りについての項目と、在宅看取りへの積極性には有意な関連はみられなかった。（図表 2 -134）

図表 2-134 在宅看取り実施のうえでの困難に関する要因

N=504

		n	積極的に実施している (n=282)	必要時には実施している (n=222)	P値	検定
訪問看護体制	緊急時の訪問看護ができない	n(%) 504	3(1.1%)	12(5.4%)	0.006	b
	スタッフの人数が足りない	n(%) 504	21(7.4%)	39(17.6%)	<0.001	a
	採算が合わない	n(%) 504	1(0.4%)	4(1.8%)	0.175	b
	精神疾患専門である	n(%) 504	2(0.7%)	1(0.5%)	1.000	b
	小児看護専門である	n(%) 504	2(0.7%)	3(1.4%)	0.659	b
	在宅看取りに関する内部研修がない	n(%) 504	4(1.4%)	7(3.2%)	0.226	b
	在宅看取りに関する外部研修がない	n(%) 504	3(1.1%)	3(1.4%)	1.000	b
スタッフ	在宅看取り経験のあるスタッフが少ない	n(%) 504	3(1.1%)	6(2.7%)	0.191	b
	在宅看取りに関する姿勢が消極的	n(%) 504	3(1.1%)	8(3.6%)	0.067	b
	診療の補助技術に関する技術面の不足	n(%) 504	10(3.5%)	13(5.9%)	0.217	a
	療養上の世話に関する技術面の不足	n(%) 504	4(1.4%)	7(3.2%)	0.226	b
	多職種連携に不慣れ	n(%) 504	7(2.5%)	5(2.3%)	1.000	b
地域・文化	往診医・訪問診療医が少ない	n(%) 504	17(6.0%)	18(8.1%)	0.362	a
	地域の在宅看取りの希望が少ない	n(%) 504	12(4.3%)	17(7.7%)	0.103	a
	地域で緩和ケア病院が充足している	n(%) 504	3(1.1%)	3(1.4%)	1.000	b
	主治医の在宅看取りに関する姿勢が消極的	n(%) 504	15(5.3%)	17(7.7%)	0.285	a
	多職種連携が少ない	n(%) 504	4(1.4%)	5(2.3%)	0.516	b
	介護する人が少ない	n(%) 504	17(6.0%)	30(13.5%)	0.004	a
	バックベッドがない	n(%) 504	6(2.1%)	13(5.9%)	0.029	a
施設の看取り	スタッフや医師が看取りに消極的	n(%) 504	6(2.1%)	8(3.6%)	0.317	a
	在宅看取りの知識や技術が不足している	n(%) 504	10(3.5%)	10(4.5%)	0.584	a
	看取りの経験が少ない	n(%) 504	10(3.5%)	9(4.1%)	0.766	a

注 1 : a :カイ二乗検定 b :フィッシャーの正確確率検定

注 2 : P<0.05 を太字で示した。

2) 病院・診療所

本項では、病院・診療所の結果を示す。訪問看護ステーションと同様に、在宅看取りの実施に関連する要因を明らかにすることを目的に、「在宅看取り実施の有無」を従属変数とし、単変量解析を行った。在宅看取り実施の有無については、在宅がん医療総合診療料、ターミナルケア加算、在宅ターミナルケア加算のいずれか1件以上を算定している場合を「あり」とした。なお、それら3つのうち1つ以上が空欄でかつ、残りが「なし」の場合は、無効回答として扱った。

介護保険では、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算、サービス提供体制強化加算、医療保険では、緊急訪問看護加算、在宅移行管理加算の届出の有無が、在宅看取り実施の有無と有意に関連していた。(図表2-135)

図表2-135 加算等の要因

N=172

		n	在宅看取りあり (n=84)	在宅看取りなし (n=88)	P値	検定
介護保険	緊急時訪問看護加算	n(%) 169	73(89.0%)	42(48.3%)	<0.001	a
	特別管理加算	n(%) 170	72(87.8%)	52(59.1%)	<0.001	a
	看護体制強化加算	n(%) 163	22(27.8%)	6(7.1%)	<0.001	a
	サービス提供体制強化加算	n(%) 168	44(55.0%)	27(30.7%)	0.001	a
	特別地域訪問看護加算	n(%) 163	9(11.7%)	11(12.8%)	0.830	a
	中山間地域小規模事業所	n(%) 163	3(3.9%)	10(11.6%)	0.086	b
	中山間地域等への訪問看護提供	n(%) 164	5(6.5%)	6(6.9%)	1.000	b
医療保険	緊急訪問看護加算	n(%) 166	52(65.8%)	26(29.9%)	<0.001	a
	在宅移行管理加算	n(%) 164	19(24.1%)	6(7.1%)	0.002	a
精神科訪問看護の実施		n(%) 172	6(7.1%)	11(12.5%)	0.239	a
特別の関係にある訪問看護ステーション		n(%) 171	5(6.0%)	4(4.5%)	0.741	b

注1: a:カイ二乗検定 b:フィッシャーの正確確率検定

注2: P<0.05を太字で示した。

訪問看護体制に関する要因では、訪問看護・指導の担当従事者（専任者数）、夜間休日に緊急対応できる訪問看護師数、1か月の利用者数、1か月の延訪問回数、看護師の24時間365日緊急対応の有無が、在宅看取り実施の有無と有意に関連していた。一方、認定・専門・特定看護師が在籍していることと在宅看取りの実施には、有意な関連はみられなかった。（図表2-136）

図表2-136 訪問看護体制に関する要因

N=172

	n	在宅看取りあり (n=84)	在宅看取りなし (n=88)	P値	検定	
訪問看護・指導の担当従事者（専任者数）	平均±SD	162	2.5±2.9	1.1±1.3	<0.001	c
	中央値(四分位範囲)	162	2.0(0.0, 3.0)	1.0(0.0, 2.0)	<0.001	d
夜間休日に緊急対応できる訪問看護師数	平均±SD	165	2.8±2.5	1.3±1.9	<0.001	c
	中央値(四分位範囲)	165	2.0(1.0, 4.0)	1.0(0.0, 2.0)	<0.001	d
利用者数（介護保険と医療保険の合計）	平均±SD	152	34.9±29.4	18.1±16.0	<0.001	c
延訪問回数（介護保険と医療保険の合計）	平均±SD	152	191.0±252.7	70.9±69.1	<0.001	c
看護師の24時間365日の緊急対応	n(%)	171	78(92.9%)	50(57.5%)	<0.001	a
認定・専門・特定看護師	n(%)	172	7(8.3%)	2(2.3%)	0.094	b

注1：看護師の24時間365日の緊急対応では、「1.実施している、2.一部実施している」と「3.実施していない」を比較した。

注2：a:カイ二乗検定 b:フィッシャーの正確確率検定 c:t検定
d:マン・ホイットニーのU検定

注3：P<0.05を太字で示した。

責任者に関する要因では、在宅看取り研修受講経験の有無のみが、在宅看取り実施の有無と有意に関連していた。訪問看護ステーションで有意な関連がみられた「責任者の訪問看護の経験年数」については、病院・診療所においては関連がみられなかった。（図表2-137）

図表2-137 責任者の要因

N=172

	n	在宅看取りあり (n=84)	在宅看取りなし (n=88)	P値	検定	
年代	中央値(四分位範囲)	168	4.0(3.0, 4.0)	4.0(3.0, 4.0)	0.807	d
	平均±SD	162	11.0±8.7	10.2±8.7	0.551	c
訪問看護の経験年数	中央値(四分位範囲)	162	8.0(4.0, 17.0)	6.5(3.0, 18.0)	0.427	d
	10年以上 n(%)	162	38(48.7%)	38(45.2%)	0.657	a
最終学歴	中央値(四分位範囲)	170	1.0(1.0, 1.0)	1.0(1.0, 1.0)	0.089	d
	大卒 n(%)	170	1(1.2%)	6(6.9%)	0.118	b
認定・専門・特定看護師	n(%)	169	5(6.1%)	2(2.3%)	0.267	b
在宅看取り研修受講経験	n(%)	168	40(49.4%)	22(25.3%)	0.001	a

注1：大卒とは、最終学歴が大学または大学院の者である。

注2：a:カイ二乗検定 b:フィッシャーの正確確率検定 c:t検定
d:マン・ホイットニーのU検定

注3：P<0.05を太字で示した。

スタッフの研修参加において、在宅看取り実施の有無と関連した項目はなかった。一方、初めて在宅看取りを実践する看護師に対する特別な支援では、「同行訪問の頻度を増やす」、「看取れるように訪問を調整する」が、有意に関連しており、在宅看取りを実施していない施設の方が、「特別な支援をしていない」という結果であった。(図表 2-138)

図表 2-138 研修・教育に関する要因

N=172

		n	在宅看取りあり (n=84)	在宅看取りなし (n=88)	P値	検定
スタッフの研修参加	管理者から声をかける	n(%) 163	55(68.8%)	55(66.3%)	0.735	a
	勤務扱いにする	n(%) 163	36(45.0%)	35(42.2%)	0.716	a
	自主参加	n(%) 163	52(65.0%)	51(61.4%)	0.638	a
	関与していない、把握していない	n(%) 163	2(2.5%)	7(8.4%)	0.168	b
初めての看護師への支援	特にしていない	n(%) 149	11(13.8%)	26(37.7%)	< 0.001	a
	同行訪問の頻度を増やす	n(%) 149	57(71.3%)	34(49.3%)	0.006	a
	看取れるように訪問を調整する	n(%) 149	38(47.5%)	18(26.1%)	0.007	a
	在宅看取り研修を受けさせる	n(%) 149	22(27.5%)	20(29.0%)	0.841	a
	メンタルサポート	n(%) 149	23(28.7%)	17(24.6%)	0.572	a
	その他	n(%) 149	4(5.0%)	0(0.0%)	0.124	b

注 1 : a :カイ二乗検定 b :フィッシャーの正確確率検定

注 2 : P<0.05 を太字で示した。

訪問看護体制に関する要因では、「緊急時（夜間、休日）の訪問看護ができない」、「スタッフの人数が足りない」、「在宅看取りに関する内部研修がない」、「在宅看取りに関する外部研修がない」という4つの項目が、在宅看取り実施の有無と有意に関連していた。スタッフに関する要因では、「在宅看取りの経験のあるスタッフが少ない」、「在宅看取りに関する姿勢が消極的」が、地域・文化の要因では、「往診医・訪問診療医が少ない」、「地域の在宅での看取りの希望が少ない」、「主治医の在宅看取りに関する姿勢が消極的」が、在宅看取り実施の有無と有意に関連していた。施設での看取りにおいては、「施設スタッフや医師が看取りに消極的」が有意な関連要因であった。（図表2-139）

図表2-139 在宅看取り実施のうえでの困難に関する要因

N=172

	n	在宅看取りあり (n=84)	在宅看取りなし (n=88)	P値	検定	
訪問看護体制	緊急時の訪問看護ができない	n(%) 172	3(3.6%)	41(46.6%)	<0.001	b
	スタッフの人数が足りない	n(%) 172	7(8.3%)	42(47.7%)	<0.001	a
	採算が合わない	n(%) 172	1(1.2%)	7(8.0%)	0.065	b
	精神疾患専門である	n(%) 172	2(2.4%)	4(4.5%)	0.682	b
	小児看護専門である	n(%) 172	2(2.4%)	2(2.3%)	1.000	b
	在宅看取りに関する内部研修がない	n(%) 172	1(1.2%)	17(19.3%)	<0.001	b
	在宅看取りに関する外部研修がない	n(%) 172	1(1.2%)	10(11.4%)	0.010	b
スタッフ	在宅看取り経験のあるスタッフが少ない	n(%) 172	2(2.4%)	29(33.0%)	<0.001	b
	在宅看取りに関する姿勢が消極的	n(%) 172	3(3.6%)	12(13.6%)	0.028	b
	診療の補助技術に関する技術面の不足	n(%) 172	4(4.8%)	10(11.4%)	0.163	b
	療養上の世話に関する技術面の不足	n(%) 172	2(2.4%)	6(6.8%)	0.278	b
	多職種連携に不慣れ	n(%) 172	1(1.2%)	4(4.5%)	0.368	b
地域・文化	往診医・訪問診療医が少ない	n(%) 172	10(11.9%)	24(27.3%)	0.011	a
	地域の在宅看取りの希望が少ない	n(%) 172	6(7.1%)	24(27.3%)	<0.001	a
	地域で緩和ケア病院が充足している	n(%) 172	2(2.4%)	4(4.5%)	0.682	b
	主治医の在宅看取りに関する姿勢が消極的	n(%) 172	8(9.5%)	23(26.1%)	0.005	a
	多職種連携が少ない	n(%) 172	1(1.2%)	6(6.8%)	0.118	b
	介護する人が少ない	n(%) 172	12(14.3%)	14(15.9%)	0.766	a
	バックベッドがない	n(%) 172	1(1.2%)	3(3.4%)	0.621	b
施設の看取り	スタッフや医師が看取りに消極的	n(%) 172	1(1.2%)	9(10.2%)	0.018	b
	在宅看取りの知識や技術が不足している	n(%) 172	8(9.5%)	6(6.8%)	0.517	a
	看取りの経験が少ない	n(%) 172	4(4.8%)	10(11.4%)	0.163	b

注1：a：カイ二乗検定 b：フィッシャーの正確確率検定

注2：P<0.05を太字で示した。

次に、病院・診療所における在宅看取りへの積極性を明らかにすることを目的に、訪問看護ステーションと同様に、在宅看取りを「積極的に実施している」と回答した施設と、「必要時には実施している」と回答した施設を比較した。

介護保険では、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算、サービス提供体制強化加算、医療保険では、緊急訪問看護加算の届出の有無が、在宅看取りへの積極性と有意に関連していた。(図表 2-140)

図表 2-140 加算等の要因

N=165

		n	積極的に実施している (n=44)	必要時には実施している (n=121)	P値	検定
介護保険	緊急時訪問看護加算	n(%) 159	38(90.5%)	84(71.8%)	0.018	b
	特別管理加算	n(%) 160	38(90.5%)	89(75.4%)	0.046	b
	看護体制強化加算	n(%) 152	13(32.5%)	15(13.4%)	0.007	a
	サービス提供体制強化加算	n(%) 158	25(61.0%)	48(41.0%)	0.027	a
	特別地域訪問看護加算	n(%) 153	5(12.5%)	14(12.4%)	1.000	b
	中山間地域小規模事業所	n(%) 152	2(5.0%)	7(6.3%)	1.000	b
	中山間地域等への訪問看護提供	n(%) 152	4(10.0%)	7(6.3%)	0.481	b
医療保険	緊急訪問看護加算	n(%) 154	31(72.1%)	52(46.8%)	0.005	a
	在宅移行管理加算	n(%) 149	9(22.5%)	12(11.0%)	0.074	a
精神科訪問看護の実施		n(%) 164	3(6.8%)	12(10.0%)	0.761	b
特別の関係にある訪問看護ステーション		n(%) 158	5(12.2%)	7(6.0%)	0.301	b

注 1 : a :カイ二乗検定 b :フィッシャーの正確確率検定

注 2 : P<0.05 を太字で示した。

訪問看護体制に関する要因では、訪問看護・指導の担当従事者（専任者数）（平均値の比較）、1か月の利用者数、1か月の延訪問回数、看護師の24時間365日緊急対応の有無が、在宅看取りへの積極性と有意に関連していた。一方、認定・専門・特定看護師が在籍していることは、訪問看護ステーションにおいては、在宅看取りへの積極性の有意な関連要因であったが、病院・診療所においては関連がみられなかった。（図表2-141）

図表2-141 訪問看護体制に関する要因

N=165

		n	積極的に実施している (n=44)	必要時には実施している (n=121)	P値	検定
訪問看護・指導の担当従事者（専任者数）	平均±SD	154	2.9±3.7	1.5±1.8	0.024	c
	中央値(四分位範囲)	154	2.5(0.0, 4.0)	1.0(0.0, 2.5)	0.069	d
夜間休日に緊急対応できる訪問看護師数	平均±SD	152	3.1±3.1	2.0±1.9	0.056	c
	中央値(四分位範囲)	152	2.0(1.0, 4.0)	2.0(1.0, 3.0)	0.054	d
利用者数（介護保険と医療保険の合計）	平均±SD	143	39.5±30.0	25.9±34.3	0.036	c
延訪問回数（介護保険と医療保険の合計）	平均±SD	143	220.6±318.6	110.1±127.5	0.050	c
看護師の24時間365日の緊急対応	n(%)	162	43(97.7%)	94(79.7%)	0.003	b
認定・専門・特定看護師	n(%)	164	4(9.1%)	5(4.2%)	0.251	b

注1：看護師の24時間365日の緊急対応では、「1.実施している、2.一部実施している」と「3.実施していない」を比較した。

注2：a:カイ二乗検定 b:フィッシャーの正確確率検定 c:t検定

d:マン・ホイットニーのU検定

注3：P<0.05を太字で示した。

責任者に関する要因では、在宅看取り研修受講経験のみが、在宅看取りへの積極性と有意に関連していた。責任者の訪問看護の経験年数および責任者が認定・専門・特定看護師であることは、訪問看護ステーションにおいては、在宅看取りへの積極性と関連していたが、病院・診療所においては有意な関連要因ではなかった。（図表2-142）

図表2-142 責任者の要因

N=165

		n	積極的に実施している (n=44)	必要時には実施している (n=121)	P値	検定
年代	中央値(四分位範囲)	161	4.0(3.0, 4.0)	4.0(3.0, 4.0)	0.070	d
	平均±SD	152	12.6±8.5	11.4±8.4	0.441	c
訪問看護の経験年数	中央値(四分位範囲)	152	11.5(5.8, 18.5)	8.0(4.0, 19.0)	0.530	d
	10年以上 n(%)	152	25(61.0%)	57(51.4%)	0.291	a
最終学歴	中央値(四分位範囲)	162	1.0(1.0, 1.0)	1.0(1.0, 1.0)	0.484	d
	大卒 n(%)	162	1(2.3%)	4(3.4%)	1.000	b
認定・専門・特定看護師	n(%)	159	3(7.0%)	3(2.6%)	0.345	b
在宅看取り研修受講経験	n(%)	160	24(55.8%)	41(35.0%)	0.018	a

注1：大卒とは、最終学歴が大学または大学院の者である。

注2：a:カイ二乗検定 c:t検定 d:マン・ホイットニーのU検定

注3：P<0.05を太字で示した。

スタッフの研修参加および初めて在宅看取りを実践する看護師に対する特別な支援において、在宅看取りへの積極性と有意な関連がみられた項目はなかった。(図表 2-143)

図表 2-143 研修・教育に関する要因

N=165

		n	積極的に実施している (n=44)	必要時には実施している (n=121)	P値	検定
スタッフの研修参加	管理者から声をかける	n(%) 152	32(76.2%)	67(60.9%)	0.077	a
	勤務扱いにする	n(%) 152	20(47.6%)	46(41.8%)	0.519	a
	自主参加	n(%) 152	31(73.8%)	63(57.3%)	0.061	a
	関与していない、把握していない	n(%) 152	0(0.0%)	8(7.3%)	0.107	b
初めての看護師への支援	特にしていない	n(%) 149	7(17.1%)	23(21.3%)	0.566	a
	同行訪問の頻度を増やす	n(%) 149	30(73.2%)	71(65.7%)	0.386	a
	看取れるように訪問を調整する	n(%) 149	19(46.3%)	45(41.7%)	0.607	a
	在宅看取り研修を受けさせる	n(%) 149	15(36.6%)	23(21.3%)	0.056	a
	メンタルサポート	n(%) 149	15(36.6%)	27(25.0%)	0.160	a
	その他	n(%) 149	1(2.4%)	3(2.8%)	1.000	b

注 1 : a :カイ二乗検定 b :フィッシャーの正確確率検定

注 2 : P<0.05 を太字で示した。

在宅看取りを実施している事業所を対象に尋ねた、看取りへの取り組み内容では、施設内カンファレンス、死亡後カンファレンス（施設内）が、在宅看取りへの積極性と有意に関連していた。遺族へのケアについては、手紙やカードの送付が有意に関連しており、在宅看取りを積極的に実施していない（必要時には実施している）施設の方が、遺族ケアを実施していないという結果であった。また、看護師用マニュアルについては「自施設が作成したものを使用している」が、訪問介護事業所との連携では「積極的に連携している」が、在宅看取りへの積極性と有意に関連していた。訪問看護ステーションと同様に、保険医療機関との間で在宅の地域連携パスを使用していることと在宅看取りへの積極性には、有意な関連はみられなかった。（図表 2-144）

図表 2-144 看取りへの取り組みに関する要因

N=165

		n	積極的に実施している (n=44)	必要時には実施している (n=121)	P値	検定
カンファレンス	在宅ケアチームカンファレンス（多職種間）	n(%) 164	28(65.1%)	72(59.5%)	0.517	a
	施設内カンファレンス	n(%) 164	31(72.1%)	60(49.6%)	0.011	a
	死亡後カンファレンス（在宅ケアチーム）	n(%) 164	10(23.3%)	15(12.4%)	0.089	a
	死亡後カンファレンス（施設内）	n(%) 164	18(41.9%)	15(12.4%)	<0.001	a
	実施していない	n(%) 164	3(7.0%)	19(15.7%)	0.196	b
	その他	n(%) 164	0(0.0%)	4(3.3%)	0.574	b
遺族ケア	葬儀やお別れの会への参列	n(%) 164	8(18.6%)	26(21.5%)	0.689	a
	自宅への訪問	n(%) 164	32(74.4%)	72(59.5%)	0.081	a
	電話	n(%) 164	13(30.2%)	24(19.8%)	0.161	a
	電子メール・FAX	n(%) 164	2(4.7%)	0(0.0%)	0.068	b
	手紙やカードの送付	n(%) 164	7(16.3%)	5(4.1%)	0.015	b
	遺族会の開催	n(%) 164	1(2.3%)	0(0.0%)	0.262	b
	実施していない その他	n(%) 164	5(11.6%) 1(2.3%)	23(27.3%) 6(5.0%)	0.038 0.677	b b
看護師用マニュアル	使用していない	n(%) 162	13(30.2%)	53(44.5%)	0.102	a
	医師が作成したものを使用している	n(%) 162	1(2.3%)	8(6.7%)	0.447	b
	自施設が作成したものを使用している	n(%) 162	23(53.5%)	42(35.3%)	0.037	a
	その他（既存のものを含む）	n(%) 162	8(18.6%)	22(18.5%)	0.986	a
地域連携パス	使用していない	n(%) 161	36(85.7%)	103(86.6%)	0.892	a
	医師が作成したものを使用している	n(%) 161	1(2.4%)	8(6.7%)	0.448	b
	自施設が作成したものを使用している	n(%) 161	4(9.5%)	6(5.0%)	0.289	b
	その他（既存のものを含む）	n(%) 161	3(7.1%)	4(3.4%)	0.378	b
訪問介護事業所との連携	積極的に連携している	n(%) 160	21(50.0%)	24(20.3%)	<0.001	a
	連携している	n(%) 160	40(95.2%)	104(88.1%)	0.242	b

注 1：訪問介護事業所との連携について、「積極的に連携している」では、「1.積極的に連携している」と「2.必要時には連携している、3.連携したいができていない」を比較した。一方、「連携している」では、「1.積極的に連携している、2.必要時には連携している」と「3.連携したいができていない」を比較した。

注 2：a:カイ二乗検定 b:フィッシャーの正確確率検定

注 3：P<0.05 を太字で示した。

在宅看取り実施のうえでの困難について、訪問看護体制およびスタッフに関する項目と、在宅看取りへの積極性に有意な関連はみられなかった。一方、地域・文化に関する要因では、「地域の在宅での看取りの希望が少ない」が、在宅看取りへの積極性と有意に関連していた。施設での看取りについては、訪問看護ステーションと同様に、有意に関連した項目はなかった。(図表 2-145)

図表 2-145 在宅看取り実施のうえでの困難に関する要因

N=165

	n	積極的に実施している (n=44)	必要時には実施している (n=121)	P値	検定	
訪問看護体制	緊急時の訪問看護ができない	n(%) 165	2(4.5%)	15(12.4%)	0.244	b
	スタッフの人数が足りない	n(%) 165	4(9.1%)	25(20.7%)	0.106	b
	採算が合わない	n(%) 165	0(0.0%)	4(3.3%)	0.574	b
	精神疾患専門である	n(%) 165	0(0.0%)	3(2.5%)	0.565	b
	小児看護専門である	n(%) 165	0(0.0%)	3(2.5%)	0.565	b
	在宅看取りに関する内部研修がない	n(%) 165	1(2.3%)	10(8.3%)	0.291	b
	在宅看取りに関する外部研修がない	n(%) 165	1(2.3%)	4(3.3%)	1.000	b
スタッフ	在宅看取り経験のあるスタッフが少ない	n(%) 165	1(2.3%)	7(5.8%)	0.683	b
	在宅看取りに関する姿勢が消極的	n(%) 165	0(0.0%)	9(7.4%)	0.114	b
	診療の補助技術に関する技術面の不足	n(%) 165	1(2.3%)	7(5.8%)	0.683	b
	療養上の世話に関する技術面の不足	n(%) 165	2(4.5%)	2(1.7%)	0.289	b
	多職種連携に不慣れ	n(%) 165	0(0.0%)	2(1.7%)	1.000	b
地域・文化	往診医・訪問診療医が少ない	n(%) 165	4(9.1%)	11(9.1%)	1.000	b
	地域の在宅看取りの希望が少ない	n(%) 165	1(2.3%)	18(14.9%)	0.026	b
	地域で緩和ケア病院が充足している	n(%) 165	2(4.5%)	2(1.7%)	0.289	b
	主治医の在宅看取りに関する姿勢が消極的	n(%) 165	3(6.8%)	9(7.4%)	1.000	b
	多職種連携が少ない	n(%) 165	2(4.5%)	1(0.8%)	0.174	b
	介護する人が少ない	n(%) 165	7(15.9%)	16(13.2%)	0.660	a
	バックベッドがない	n(%) 165	0(0.0%)	1(0.8%)	1.000	b
施設の看取り	スタッフや医師が看取りに消極的	n(%) 165	2(4.5%)	5(4.1%)	1.000	b
	在宅看取りの知識や技術が不足している	n(%) 165	5(11.4%)	7(5.8%)	0.306	b
	看取りの経験が少ない	n(%) 165	3(6.8%)	6(5.0%)	0.701	b

注 1 : a :カイ二乗検定 b :フィッシャーの正確確率検定

注 2 : P<0.05 を太字で示した。

第3節 まとめと考察

はじめに、抽出サンプルの妥当性および在宅看取りの実施状況について説明する。次に、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム（以下、本プログラム）の開発に向けて、訪問看護ステーション、病院および診療所の違いに着目しながら、全体の結果を考察する。

1. 抽出サンプルの妥当性

本調査は、在宅看取りの実態および「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム」のニーズを把握することを目的に、訪問看護ステーションおよび介護保険で訪問看護を実施している医療機関（病院・診療所）を対象に実施した。訪問看護ステーションについては、全国 12,169 事業所から無作為に抽出した 1,965 件に調査票を送付し、575 件から回答を得た（回収率 29.26%）。病院・診療所については、1,027 件に送付し、232 件から回答を得た（回収率 22.59%）。

本調査に回答した訪問看護ステーションの開設主体の内訳および従業員数は、全国の訪問看護ステーションを対象とした「令和元年介護サービス施設・事業所調査の概況」（厚生労働省, 2019; 厚生労働省, 2020^{*1}）の結果と概ね合致している。一方、病院・診療所の訪問看護を対象とした調査は少ないが、厚生労働省が実施した「訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業」（厚生労働省, 2020^{*2}）によると、訪問看護サービスを提供している病院・診療所における、経営主体は医療法人が 64.3%、看護体制強化加算Ⅰの届出割合は 4.4%、看護体制強化加算Ⅱは 4.8%、1 か月間の介護保険の利用者数は平均 12.6 人であったと報告されている。本調査では、医療法人が 60.8%、看護体制強化加算Ⅰは 3.9%、看護体制強化加算Ⅱは 4.8%、1 か月間の介護保険の利用者数は平均 19.5 人であった。本調査の対象には、医療保険のみで訪問看護を実施している医療機関は含まれておらず、結果の解釈に多少の注意は必要であるが、このように看護体制等の結果を比較する限り、病院・診療所についても、本調査の結果は訪問看護を実施している医療機関の実態を概ね反映できていると考える。

2. 在宅看取りの実施状況

在宅看取りについて、訪問看護ステーションでは 87.6%、病院・診療所では 71.2%が実施している（「積極的に実施している」または「必要時には実施している」）と回答していた。また、在宅看取りケアの依頼に応じられないケースがあると回答した割合は、訪問看護ステーションでは 36.7%であったのに対し、病院・診療所では 61.2%であった。このように、訪問看護ステーションおよび訪問看護を実施している医療機関の多くで、在宅看取りケアを実施していた一方で、在宅看取りの質の向上・均てん化には、いくつかの課題もあることが明らかになった。その課題について次項以降で考察する。

3. 在宅看取りへの積極性

1) 訪問看護ステーション

訪問看護ステーションでは、在宅看取りを「積極的に実施している」と回答した割合は49.0%、「必要時には実施している」は38.6%、「実施したいができていない」は7.0%であった。このように約半数が「積極的に実施している」と回答していた一方で、在宅看取りの困難項目として、訪問看護ステーションの17.0%が「スタッフの人数が足りない」と回答しており、次いで「介護する人がいない」(10.6%)、「往診医・訪問診療医が少ない」(9.7%)という結果であった。訪問看護ステーションは、在宅看取りケアにおいて、24時間365日の対応を求められることが多い。本調査における常勤看護職数は平均4.2人であり、在宅看取りを推進するためには、慢性的な訪問看護師不足の解消とともに、複数のステーションが連携し、ケアを実施することも必要である。また、看護職だけでなく、介護職、医師が協働し、「介護する人がいない」、「往診医・訪問診療医が少ない」という課題を解決していく重要性が明らかとなった。

2) 病院・診療所

病院・診療所では、52.2%が「必要時には実施している」、19.0%が「積極的に実施している」と回答していた一方で、「実施したいができていない」(17.7%) (病院では21.8%)施設が少なくない現状が明らかとなった。その背景には、どのような理由があるのだろうか。病院・診療所の在宅看取り困難項目の1位は「スタッフの人数が足りない」(31.5%)、2位は「緊急時の訪問看護ができない」(28.9%)であり、それらの割合はいずれも訪問看護ステーションより高い(訪問看護ステーションでは各々17.0%、8.0%)。看護師の24時間365日緊急対応を実施している病院・診療所は55.6%であり、病棟や近隣ステーションとの連携体制を構築しながら、緊急対応できるスタッフをいかに確保するかが今後の課題であろう。また、在宅看取りの困難項目において、「在宅看取りの経験のあるスタッフがない」と回答した病院・診療所は18.5%であり、さらに「在宅看取りに関する内部研修がない」(11.2%)、「在宅看取りに関する外部研修がない」(6.9%)と回答した割合も訪問看護ステーションより高い。したがって、病院・診療所のスタッフが研修等を通し、在宅看取りケアを実践できる機会をつくるのが、病院・診療所における在宅看取りケアの推進に重要であると考えられる。

4. 管理者・責任者への在宅看取り研修の重要性

訪問看護ステーションにおける、管理者の在宅看取り研修受講割合は48.9%であり、その受講経験は、在宅看取りの実施および在宅看取りへの積極性の有意な関連要因であった。一方、病院・診療所では、在宅看取り研修を受講した訪問看護の責任者は31.9%であり、訪問看護ステーションと同様に、受講経験のある責任者の方が在宅看取りを積極的に実施していた。管理者・責任者は、研修を受講したことで在宅看取りを(積極的に)実施するようになったのか、在宅看取りを実施しているために研修を受講した

のか、その因果関係は明らかではない。それは横断研究である本研究の限界である。しかしその一方で、上述したように、在宅看取りに関する研修がないことは、在宅看取りを困難にする 1 つの要因であった。したがって、管理者・責任者に在宅看取り研修の受講を促すことも、在宅看取りケアの推進に寄与すると考えられる。

5. 様々な対象・疾患に対応できる知識・技術の必要性

在宅看取りケアの依頼に応じられないケースがあると回答した割合は、訪問看護ステーションでは 36.7%であったのに対し、病院・診療所では 61.2%であった。応じられないケースの内訳について、訪問看護ステーションでは「訪問先が遠い」(44.9%) が最も多く、次いで、「小児」(42.7%)、「スタッフが足りない」(40.0%)、「精神科」(30.8%) という結果であった。一方、病院・診療所では「小児」(64.4%) が最も多く、次いで「精神科」(49.5%)、「訪問先が遠い」(40.6%) であった。医療の進歩に伴い、重症心身障害児は近年増加しており、その多くは在宅で生活している（日本小児科学会倫理委員会, 2007）。また、精神科訪問看護も年々増加しており（中央社会保険医療協議会, 2017）、そのような利用者の高齢化が進んでいくと予測される。在宅看取りケアを促進するためには、訪問看護ステーションや訪問看護師の増加が必要であることは言うまでもない。しかしそれだけでなく、在宅看取りケアを実践する訪問看護師には、小児や精神疾患など、様々な対象・疾患に対応した在宅看取りケアの知識・技術が求められるのではないだろうか。

6. 本プログラム普及への示唆

訪問看護ステーションの管理者が受講した在宅看取り研修の主催者の内訳は、都道府県訪問看護連絡協議会または訪問看護ステーション協議会（36.7%）、都道府県看護協会（35.2%）、日本緩和ケア医療学会（19.9%）、日本訪問看護財団（18.1%）であった。一方、病院・診療所の訪問看護の責任者では、都道府県看護協会（55.4%）が最も多く、次いで、都道府県訪問看護連絡協議会または訪問看護ステーション協議会（20.3%）、日本緩和ケア医療学会（18.9%）であり、日本訪問看護財団はわずか 8.1%（診療所は 0%）であった。病院・診療所に在籍している看護師は、看護協会の入会率が比較的高く、看護協会を通して、研修等の情報を得るケースが多いのであろう。したがって、病院・診療所で訪問看護に従事している看護師に対しても、本プログラムを普及させるためには、都道府県看護協会や都道府県訪問看護連絡協議会などと連携していくことが必要である。

7. 有効なプログラム構成・研修方法

訪問看護の管理者・責任者が、在宅看取りスタッフ教育において、最も重視していたのは、訪問看護ステーション、病院・診療所ともに「療養者の気持ちに寄り添うコミュニケーション技術」であり、次いで「関係者間でのケアの方向性を一致させるコミュニ

ケーション技術」であった。さらに、「呼吸状態の観察・聴取・正常異常の区別」、「症状コントロールについての知識」、「在宅ターミナル期の療養者に関する身体症状」、「在宅ターミナル期の療養者に見られる精神的変化」といった知識や技術も比較的重視されていた。一方、外部教育が必要だと考える項目の上位3つは、訪問看護ステーション、病院・診療所ともに「麻薬の知識」、「リンパ浮腫に対するドレナージの知識」、「在宅看取りに関連が深い法律」であった。本プログラムは、在宅看取りケアを初めて実践する訪問看護師も対象としている。これらの結果から、本プログラムでは、在宅看取りケアに関する知識・技術の習得を目指した講義と、コミュニケーション技術の向上を目的とした演習を組み合わせる構成が望ましいのではないだろうか。また、職員が参加しやすいパターンについての質問では、「集合研修またはライブ配信（1日）＋オンデマンド配信15時間」という回答が、訪問看護ステーション、病院・診療所ともに最も多かった。したがって、例えば「麻薬の知識」、「在宅看取りに関連が深い法律」などをオンデマンドで配信した後、「リンパ浮腫に対するドレナージの知識」については演習を行い、さらにコミュニケーション技術は演習およびOJTで学習してもらおうといったように、限られた時間のなかで、各々の知識・技術の習得に最も有効な学習方法を見極めながら、プログラムを作成していくことが求められる。

8. 在宅看取りケア普及に重要な役割を期待される訪問看護認定看護師

本調査において、訪問看護認定看護師が在籍している訪問看護ステーションは25件（27人）あった。一方、訪問看護に従事している訪問看護認定看護師がいる病院・診療所は2件（2人）のみであった。訪問看護認定看護師が在籍しているステーションの方が、在籍していないステーションよりも、在宅看取りを積極的に実施していた。また、初めての看護師への支援に関するほとんどの項目が、在宅看取りの実施および在宅看取りへの積極性と有意に関連していた。訪問看護認定看護師の活動に関する調査（平野ら, 2019）では、訪問看護認定看護師は資格取得を契機に、事業所内での研修・学習会の企画や運営、新入職員に対する教育（教育プログラム・OJTなど）を行っていたと報告されている。つまり、本研究の結果は、在宅看取り推進のためには、訪問看護師への教育が重要であることを示しているだけでなく、その教育において訪問看護認定看護師が重要な役割を果たしている（果たし得る）ことを示唆している。例えば、本事業で作成する訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの指導者として訪問看護認定看護師を位置づけ、地域の研修や事業所内の勉強会の講師になってもらうといった方法も、質の高い在宅看取りケアの普及に有用であると考えられる。

第3章 在宅看取りにケアに卓越した訪問看護師のケア実践に関する調査（ヒアリング）

第1節 概要

1. 目的

在宅看取りケアに卓越した訪問看護師の新人看護師への指導方法を通して、「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム」に求められる教育内容を明らかにし、さらに訪問看護において在宅看取りを支えるために必要な報酬を提案するための基礎資料を作成することを目的とした。

2. 方法

1) 調査対象

全国の訪問看護ステーション・病院・診療所で、在宅看取りケアを実践し、新人指導を行っている訪問看護師を対象とした。対象の選択に当たっては、アンケート調査票にヒアリング調査への協力依頼を同封し、管理者・責任者から推薦（自薦も可）を受けた者とした。

先行研究（全国訪問看護事業協会, 2016）を参考に、看護師経験5年以上、訪問看護師経験2年以上、在宅看取り経験3件以上でかつ、下記のいずれかに当てはまる者を対象とした。

- ・指導的立場で看取りケアを実践している
- ・在宅看取りに関する研修講師をした経験がある
- ・在宅看取りに関する学会発表や雑誌投稿の経験がある

管理者・責任者より推薦を受けた者は32名であった。そのうち、電話にて調査目的を説明し、同意の得られた28名に対してヒアリングを実施した。28名のうち、看護師経験5年以上、訪問看護師経験2年以上、さらに在宅看取り経験3件以上のいずれにも該当しない5名を除き、最終的に23名を調査対象とし分析した。

2) 調査方法

対象者が希望する日時に、オンライン（Zoom ミーティング）で半構造的面接を行った。調査時間は、1時間から1時間30分程度、2時間を超えないよう配慮した。ヒアリングの内容は、対象者の同意を得て、Zoomの録画機能（レコーディング）で録音し、パソコン上に保存した。対象者のすべてが録画機能を使用することに同意した。録音された内容は、プライバシーマークの付与認定を受けている会社に発注し逐語録を作成した。

ヒアリングを開始する前に、対象者の基礎情報、在宅看取りの実施状況に関する情報をフェイスシート（参考資料10）にそって記入してもらった。

ヒアリングでは、あらかじめ作成したヒアリングガイドにそって、在宅看取りケアを初めて実践する看護師（以下、新人看護師）を指導した経験について、指導者としての在宅看取りに関する考え、さらに診療報酬・介護報酬に関する意見、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム（案）について尋ねた。

○基礎情報

年齢、性別、役職、看護経験（訪問看護経験を含む）、保有資格（保健師・助産師・介護支援専門員など）、認定看護師・専門看護師の有無、在宅看取りを実施した受け持ち利用者数、死後の処置を実施した数、ACPの活用状況、在宅看取りマニュアルについて、在宅看取りの経験についてなど

○在宅看取りケアの実践と指導方法

在宅看取りケアを実践した利用者の訪問看護開始のきっかけ、在宅看取りをするまでの経緯と経過、指導者が行った利用者や家族へのケア内容、多職種連携での関わり、臨死期・死後のケア時の指導・フォロー内容、など

○新人看護師への指導全体を通して

新人看護師への指導を通して大切にしていること、新人看護師の成長について、など

○在宅看取りに関する全般的な内容

病院と在宅の看取りの相違点、在宅看取りに関する地域の土壌・文化、利用者が最期まで自宅で過ごすために必要な診療報酬・介護報酬、新たな制度に関して、など

○訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム（案）

教育内容や研修方法に関して、など

3) データの分析方法

ヒアリング内容は逐語録で文字に起こし、次のような質的分析を行った。ヒアリング内容を意味のまとまりごとに切片化し、コード化した。内容を損なわないように短縮化したサブカテゴリーをつけ、意味内容ごとにカテゴリーに分類し、さらに大分類にした。

4) 調査実施期間

2020年11月～2021年1月

5) 倫理的配慮

調査実施にあたり、日本訪問看護財団研究倫理委員会の審査を受け承認を得た（No2020-01）。対象者には調査目的、プライバシーは遵守されること、調査への協力は任意であること、調査協力の不参加に関して不利益を被ることがないこと、さらに、パソコンに記録した録画データは、調査後直ちにセキュリティ機能の付いた記録媒体に保存し、パソコンに記録したデータは復元不可能な状態にして破棄すること、音声データ・録画データ・逐語録・フィールドノートは、研究期間終了後5年間の保存期間を経て、復元不可能な状態にして破棄することなどを、書面で説明し、署名にて同意を得た。本研究に関わる者は、日本学術振興会「研究倫理 e ラーニングコース」または、それを代替するコースを受講した後にデータ収集に着手した。

なお、新型コロナウイルス感染防止対策として、オンラインでのヒアリング調査とした。ヒアリン

グ場所は日本訪問看護財団と対象者の所在地とし、インタビュアーである日本訪問看護財団は、個室を確保し対象者の声が他者に聞こえない環境を確保して実施した。

3. 結果

1) 対象者の背景

(1) 基礎情報

ヒアリング対象者 23 名の勤務先は訪問看護ステーション 17 名、ステーション・病院兼務 1 名、診療所 3 名、病院 2 名であった。訪問看護管理療養費*¹に関しては、機能強化型訪問看護療養費を算定している事業所は 7 件、訪問看護管理療養費（イロハ以外）を算定している事業所が 16 件であった。年齢は 20 代から 60 代であった。役職・職位は経営者・代表理事が 2 名、管理者・所長が 11 名、管理者代行が 1 名、係長 1 名、看護師長 2 名、主任 2 名、スタッフ 4 名であった。看護経験は、6 年から 45 年であった。訪問看護師の経験は 2 年から 30 年であった。認定看護師・専門看護師は 12 名で内訳は、訪問看護認定看護師 3 名、緩和ケア認定看護師 6 名、慢性疾患専門看護師 1 名、認定看護管理者 2 名であった。図表 3-1 に示す。

その他、在宅看取り実践のためのパンフレットおよび教育マニュアル使用の有無は、訪問看護ステーション独自で作成したパンフレットを使用していたのは 7 件、OPTIM を活用していたのは 4 件、OPTIM と独自のパンフレットの両方を活用していたのは 3 件、何も活用していなかったのは 9 件であった。さらに、新人看護師への指導に関して組織でマニュアルやパンフレットを活用している所はなかった。

(OPTIM とは、がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」で作成した看取りのパンフレットを示す)

図表 3-1 対象者の属性

ID	所属	機能強化型の届出	年齢	性別	役職・職位	看護経 験(年)	訪問看護経 験(年)	認定・専門看護師
1	ステーション	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	40	女	所長、 代表理事	17	10	.
2	ステーション	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	60	女	管理者	45	11	.
3	ステーション	イ 機能強化型訪問 看護療養費1	50	女	代表取締役 社長	32	30	訪問看護認定看護師
4	ステーション	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	30	女	所長	17	3	.
5	ステーション	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	20	男	管理者	6	2	.
8	ステーション	ハ 機能強化型訪問 看護療養費3	50	女	管理者	30	15	慢性疾患看護専門看護師
9	ステーション	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	50	女	所長、 管理者	25	5	.
10	ステーション	ロ 機能強化型訪問 看護療養費2	50	女	主任	26	13	訪問看護認定看護師
11	ステーション	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	40	女	管理者	24	3	.
12	ステーション	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	60	女	管理者	41	10	認定看護管理者、セカ ンド
13	ステーション	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	50	女	管理者	34	18	緩和ケア認定看護師
14	ステーション・ 病院兼務	イ 機能強化型訪問 看護療養費1	40	女	スタッフ	19	10	.
15	ステーション	イ 機能強化型訪問 看護療養費1	50	女	管理者代行	27	10	.
16	ステーション	イ 機能強化型訪問 看護療養費1	50	女	管理者	30	26	認定看護管理者、緩和 ケア認定看護師
17	ステーション	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	40	女	スタッフ	21	13	.
18	病院	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	50	女	係長	25	15	訪問看護認定看護師
19	ステーション	ハ 機能強化型訪問 看護療養費3	50	女	管理者	26	17	.
20	ステーション	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	50	女	スタッフ	33	5	緩和ケア認定看護師
21	診療所	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	40	女	主任	19	14	緩和ケア認定看護師
22	ステーション	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	50	女	管理者	30	8	.
23	病院	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	50	女	看護師長	32	10	がん看護専門看護師
24	診療所	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	50	女	スタッフ	30	3	緩和ケア認定看護師
28	診療所	ニ 訪問看護療養費 (イロハ以外)	50	女	看護師長	30	13	.

参考) * 1 訪問看護管理療養費とは

訪問看護管理療養費は、健康保険法及び高齢者医療確保法による指定訪問看護に要する費用であり、安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーションが、訪問看護計画書および訪問看護報告書を主治医に書面または電子的な方法により提出するとともに、主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含め、指定訪問看護の実施に関する休日・祝日等も含めた計画的な管理を継続して行った場合に支給される（訪問看護業務の手引き（令和2年4月版）、社会保険研究所、P.117）より抜粋）。

訪問看護管理療養費は、機能強化型訪問看護療養費イロハとそれ以外のニの4つに分類される。

	イ 機能強化型 1	ロ 機能強化型 2	ハ 機能強化型 3
常勤看護職員	7人以上	5人以上	4人以上
①ターミナルケア療養費 ^{注2}	前年度にターミナルケア件数を合計した数が20以上	前年度にターミナルケア件数を合計した数が15以上	
②ターミナルケア件数、かつ、15歳未満の超・準超重症児の利用者数 ^{注3}	前年度にターミナルケア件数が15件以上、かつ、重症児が常時4人以上	前年度にターミナルケア件数が10件以上、かつ、重症児が常時3人以上	
<p>注1：訪問看護管理療養費の一部を抜粋して表にした。</p> <p>注2：ターミナルケア療養費、ターミナルケア加算算定件数又は在宅がん医療総合診療料を算定していた死亡者、6か月以上の訪問看護利用者で希望により入院して7日以内に連携する医療機関の病床で死亡した者の合計数（ターミナルケア件数）</p> <p>注3：ターミナルケア件数、かつ、15歳未満の超・準超重症児の利用者数</p>			

2020年度訪問看護関連報酬・請求ガイド，日本訪問看護財団より一部改変

(2) 対象者が指導した新人看護師の背景

対象者が指導した新人看護師の背景は図表3-2に示す。(以下、ヒアリング対象者を「指導者」、指導を受けた新人看護師を「新人看護師」、指導者と新人看護師からケア提供をうけ在宅で亡くなった訪問看護利用者を「利用者」と記載する。) 新人看護師は20代が4名、30代が10名、40代が7名であった。1人の利用者に複数名の新人看護師が関わり指導したと回答した者は2名いた。看護師の経験年数は2年から27年程度と幅広く、訪問看護師の経験年数は、1年目未満が11名、2年目は6名、3年目から6年目は4名、不明が2名であった。訪問看護ステーションに勤務する前の診療科の経験は、内科・外科など様々であった。その他図表3-2に示す。

図表3-2 新人看護師の属性

ID	年齢 (歳台)	性別	看護師経験		訪問看護 経験
			年数	診療科など	
1	40	女	20	大学病院で主に小児の血液内科、検診センターで主に採血(パート)	3年
2	20	女	8(2)	内科1年、手術室1年	6年
3	30	女	11	消化器の内科・外科の混合、整形、オペ室、救命、ICU、最終は救命とICU	1年
4	20	女	6	整形外科、脳外科の一般病棟	1年未満
5	20	女	3から4	混合(内科・外科)	半年
8	40	女	18	一般急性期病院、療養型の病院	0(来てすぐ)
9	30	女	5	急性期病棟	2~3カ月
10	複数名			急性期病棟/利用者に対し3名で看取りを行う	2年
11	30	女	9から10	急性期病棟	2~3カ月
12	30	女		消化器外科、育休後訪問看護へ	3カ月
13	40	女	18から19	呼吸器、消化器(国立療養所)	2年
14	複数名			訪問看護ステーションのスタッフに全体に指導	不明
15	30	女	12	不明	2年9カ月
16	30	女	7	内科系の病院	2年
17	30	女	4	特養1年、消化器外科	4年
18	40	女	15	公立病院の病棟、地域を包括支援センターケアマネ	9ヶ月ぐらい
19	30	女	17	脳外、胸外、整形、混合病棟、呼吸器内科、一般病棟、神経難病、慢性病棟	4カ月
20	30	女	9から10	緩和ケア病棟	4~5年
21	20	女	2から3	心カテ1年、訪問入浴の施設でパート、診療所(外来1年)	1年未満
22	40	女	20	外科病床、回復期病棟、障害者病棟	1年以内
23	30	女	10	不明	不明
24	40	女	20以上	病棟、外来	2年
28	40	女	26から27	病院、脳神経外科	2~3カ月

(3) 新人看護師が初めて在宅看取りを実践した利用者の背景

新人看護師が初めて在宅看取りを実践した利用者は、がんが18名、非がんが5名であった。独居が4名、夫婦二世帯が8名、子ども等と同居が11名であった。その他は図表3-3に示す。

図表3-3 利用者の属性

ID	年齢 (歳台)	性別	主な疾患	同居形態
1	70	男	S状結腸がんの肝転移ステージ4	三世帯世帯（子・孫と同居）
2	80	女	胃がん	単身世帯
3	70	男	急性骨髄性白血病	単身世帯
4	80	男	肺がん	夫婦のみ世帯
5	70	女	肺がん	夫婦のみ世帯
8	70	女	膀胱がん、尿管皮膚ろう（ウロストミー）	夫婦のみ世帯
9	70	男	胆のう胆管がん	夫婦のみ世帯
10	80	女	心不全	夫婦のみ世帯
11	80	女	顎関節がん、肺がん	夫婦のみ世帯
12	80	女	胃がん末期、リンパ節転移、肝転移、骨転移	夫婦のみ世帯
13	60	女	子宮がん	夫婦のみ世帯
14	40	男	ALS	二世帯世帯（子と同居）
15	70	男	視床下出血、脳梗塞の後遺症	二世帯世帯（子と同居）
16	70	男	膀胱がん末期	単身世帯
17	90	女	腰椎骨折、心房細動	単身世帯
18	70	男	肺がん末期	二世帯世帯（子と同居）
19	80	男	膵臓がん末期	夫婦のみ世帯
20	80	女	子宮がん、リンパ浮腫	夫婦のみ世帯
21	90	男	肺がん（推測）、胸水、腫瘤	三世帯世帯（子・孫と同居）
22	70	男	肝臓がんの終末期	夫婦のみ世帯
23	50	女	膵臓がん	二世帯世帯（子と同居）
24	80	男	非がん（慢性心不全と腎不全）	三世帯世帯（子・孫と同居）
28	60	女	口腔がん	夫婦のみ世帯

2) 指導場面の事例

指導場面の事例を次頁以降に示す。指導場面の事例として、利用者・家族の基礎情報を示した。さらに訪問看護に至る経過を利用開始直後、利用開始から安定期、看取り期、死後に分類して記載した。また訪問看護師の関わりを、本人の状況、家族の様子、支援内容、新人看護師へのサポート内容に分類した。そして、家族図を示し、男性は「四角」女性は「丸」とし、男性の利用者は「二重四角」、女性の利用者は「二重丸」、死亡している者は「黒塗り図形」とし同居家族は四角で囲った。

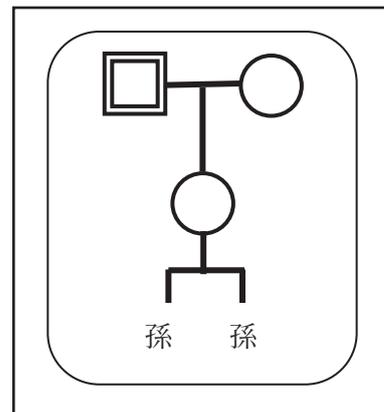
【ID 1】

《利用者》70代男性 S状結腸がんの肝転移

《家族構成》妻・娘・孫2人と5人家族

《経過》

妻の強い希望で社会資源が整わないまま病院から自宅へ退院した。訪問看護導入直後、利用者は寝たきりであったが、在宅医含む他職種の導入や、栄養状態の改善をはかり、徐々に体力が戻り、再び働くことができるくらいに回復し、その後1か月で訪問看護を卒業できた。しかし急な食欲不振と発熱のため、再度訪問看護が開始となった。症状が改善しないことなどから肝臓がんの進行を予測し、予後が短いと看護師は判断した。回復の希望をもっていた家族であったが、「今の様子どう思います？」という声掛けでバッドニュースをやんわりと伝え、家族は予後を受け入れることができた。



図表 3-4

	利用開始直後	利用開始～安定期	看取り期	死後
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ほぼ動けない状態で立ちあがれず、声も出ない状況だった。 ・膀胱留置カテーテルとストーマがついていた。 ・社会資源につながらないままバタバタと自宅に帰ってきた。 ・せん妄があり辻褄の合わない会話が合った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・せん妄は徐々に消退した。 ・体重が戻ってきた。 ・仕事ができるくらいに回復した。 ・ストーマ漏れがありスキントラブルが起きた。 ・状態が安定し途中1か月訪問看護を卒業した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食欲不振と発熱。 ・自分の足で歩きたいという気持ちが強かった。 ・血圧の低下、水分摂取量の減少が起きた。 	
家族の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・妻が病院に不信感があり、強制的に病院から連れてきた。 ・再入院はしないと決めていた。 ・夫を仕事ができる状態にするという強い意志があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間のストーマ漏れが多く疲労がたまっていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・回復する希望をもっていた。 ・連日来てほしいとの家族の意向があった。 	
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・せん妄の程度を把握して、自宅で過ごす上では危険を及ぼす程度ではないと判断し、そのまま様子を見た。 ・他のサービスの導入をした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ストーマ漏れが起きないように貼りを妻と一緒に考えた。 ・栄養療法を行った。 ・訪問回数を徐々に減らした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・肝臓癌が進行し週単位・日単位であるか評価した。 ・自宅のお風呂になんとか入れるように2人介助で支援した。 ・利用者の状態を確認しながら予後予測した。 ・病状が回復しない様子を見て予後が短い可能性があるという話を、家族に伝えた。 ・予後予測を他職種にも伝えた。 ・だんだん眠る時間が増えていくことなど予測される変化を家族に伝えた。 ・予後が日単位になったとき、連日訪問をした。 ・「心配な時はいつでも電話をくださいね」と伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・エンゼルケアを行った。 ・亡くなった次の日、御棺に入った利用者にお別れのあいさつをした。
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族に指導的な立場で関わるのではなく、パートナーとして伴走していく役割でこれから関わっていくことを伝えた。 ・看取りになる可能性があることを伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・イレオストミーは新人看護師は初めての経験だったので、不安があり、朝に情報共有をしたり、困ったときはその場で写真をとってもらい、遠隔で一緒に考えた。 ・医師への報告の仕方を一緒に練習した。 ・ケアマネ・介護職への情報共有のタイミングをアドバイスした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・バッドニュースの伝え方は指導者がデモンストラクションして新人看護師に伝授した。 ・バッドニュースを新人看護師が伝えた後家族の反応を確認して振り返りをした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師はエンゼルケアに参加できず、利用者のお顔をみたいと言ったので送り出した。 ・家族はこの後疲れがどっと出て体調崩す人もいたので気づかいの言葉をかけるように伝えた。

【ID 2】

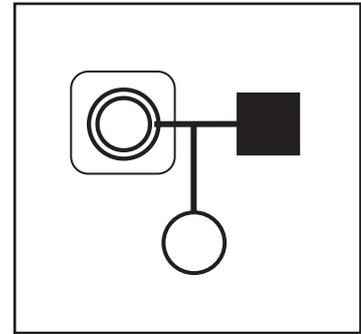
《利用者》80代女性 胃がん末期

《家族構成》1人暮らし

(近所に娘が在住し身の回りの世話をしていた)

《経過》

今までデイサービスを利用していたが、食事が極端に減り病院で検査を受けた。その結果、胃がんの末期であることが判明し訪問看護が導入となった。最初は身の置き所のない痛みがあったが、疼痛コントロールや1日3回の訪問介護の定期巡回を利用しながら、徐々に生活リズムが整った。独居であったが、近所に住む娘や孫らが順番に面倒をみて、夜間も家族と一緒に過ごした。最期まで自宅で過ごす希望があったが、家族の用事のためサービス付き高齢者住宅に一晩だけ泊まった。しかしその後状態が変化し、翌日に亡くなった。状態が変化した際は看護師が家族を呼び寄せて、一緒に過ごす時間をつくることができた。その際に呼吸の予測される変化を家族に伝えた。亡くなった後、娘は最期までみることでよかったですと話していた。



図表 3-5

	利用開始～	看取り期	死後
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・食事が極端に減って検査をしたら胃がん末期だった。 ・最初は痛みでベッドの上で点滴をしてもらえない状況だった。 ・定期巡回が一日3回入っていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族がはずせない用事がありサービス付き高齢者住宅(サ高住)に移動した。その次の日にサ高住で亡くなった。 ・意識レベルが落ちて、手足の動きが減ってきた。 ・高熱が出て解熱剤では下がらなくなった。 ・下顎呼吸がだんだん浅い呼吸になり呼吸回数が減って停止した。 	
家族の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・病院ではなく自宅で看取りたいという希望があった。 ・同居ではないが娘や孫がローテーションで夜間過ごした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師の声掛けで娘は孫やひ孫等が集まり、利用者の足や手をさすったりした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族も一緒に死後のケアをした。 ・娘は最期自分で母親をみることでよかったですと話した。
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・安全に過ごしやすい生活環境を整えた。(ベッド柵の位置やポータブルトイレの位置) ・点滴で水分補給をし、疼痛コントロールを行った。 ・トイレまで歩くのは難しいと判断しポータブルトイレを提案した。 ・訪問介護員と同じ時間に訪問する時間をつくり効率的にケアを行い、情報共有しやすいようにした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の状況を見てそろそろだと感じて、「家族にまだお会いしていない人がいたら会っておいてもらったほうがいいと思いますよ」と話した。 ・家族に「足とか手とかむくんできますのでさすってあげると気持ちがいいですよ」と伝えた。 ・呼吸の変調の経過(呼吸が不規則で回数が減ることなど)を家族にも伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・死後のケアは最期にしてあげたという満足感をもってもらうために家族にもやってもらった。 ・告別式に参加した。 ・1週間から10日頃にお花をもってお焼香をしに伺った。
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・疼痛の把握はしっかり行うように教えた。(表情・体位・頓服の減り) ・医師へ痛みが強いときや吐いたときは報告するように伝えた。 ・新人看護師が利用者とコミュニケーションがうまくとれて利用者の生活リズムが整うまで同行訪問した。 ・医師への連絡は聞きたいことをメモしてポイントを見ながら電話するように指導した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師に家族にまだ会っていない人に会っておいてもらった方がよいという上記の声掛けを隣で聞いてもらった。 	

【ID 3】

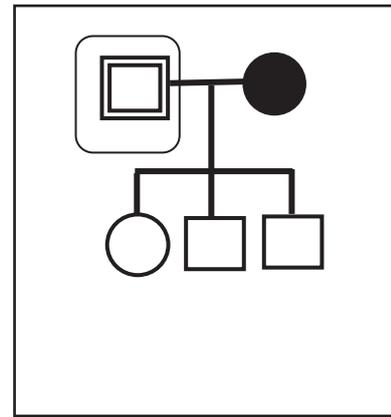
《利用者》70代男性 急性骨髄性白血病

《家族構成》1人暮らし

《訪問看護利用期間》3か月

《経過》

白血病でまだ治療可能といわれていたが、白血球数が上がらずに抗がん剤ができなくなった。新人看護師はその理由を説明するが本人は怒ってしまい新人看護師は悩んでいた。指導者と共に訪問し指導者が本人の今までの生き方や思いをしっかりと聞く場面を設けると本人は落ち着き、治療はできないが今後自宅で過ごしていきたいという思いを共有できた。新人看護師は息子にも病状の説明をするが苛立っており理解できていないように感じた。指導者はその様子を見て、病状の説明ではなく本人の大事にしていきたいことを中心に伝えるように助言し、息子と信頼関係を築くことができた。その後利用者は発熱・痛みが頻発するようになったが本人は緊急コールをしないことを仁義ととらえており、本人の思いを尊重しながら関わっていった。最期は家族に見守られ自宅で永眠した。

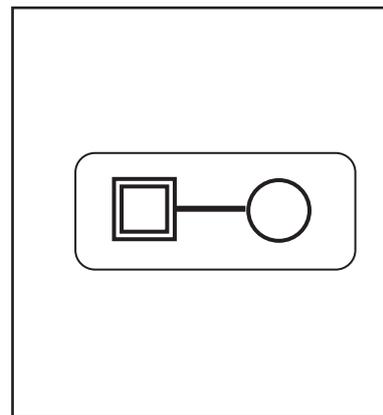


図表 3-6

	利用開始直後	利用開始～安定期	看取り期	死後
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> 抗がん剤治療がまだできるといわれていたが、白血球数が上がらず抗がん剤に耐えられなくなった。本人は納得がいかなかった。 抗がん剤ができない理由を新人看護師から説明を受けて怒ってしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師に自分の思いや今までの生い立ちを話したことで落ち着き、「(これから)頼む」と看護師に伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> 頻繁に発熱するようになった。 発熱しても緊急コールをせずに看護師が来るのを我慢して待っていた。それが利用者自身の思いやりや仁義だと息子に伝えた。 輸血に抗体ができてしまい輸血できなくなり発熱や痛みのコントロールが難しくなった。 家族が見守る中亡くなった。 	
家族の様子		<ul style="list-style-type: none"> 息子は新人看護師から利用者の病状の説明を受け「わかっているって言うてるじゃないですか」「そっちでやってくればいいんです」という返事をした。 息子は看護師のやっていることがよくわかり安心したと言った。 	<ul style="list-style-type: none"> 息子は泊まり込みで戻ってきた。 海外にいる娘ともオンラインで家族全員で会話した。 	<ul style="list-style-type: none"> 新人看護師は息子に、一時期は熱くなって申し訳なかったと伝えるとそれだけ熱くなって父のことを考えてくれる人がいてうれしかったと返事をした。
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> 新人看護師は本人に、採血の結果をもとに抗がん剤ができない理由を何度も繰り返し説明したが理解できていない様子だったので、所長と共に本人の話聞く場面を設けた。 	<ul style="list-style-type: none"> 新人看護師は遠方にいる息子に病状の説明を繰り返したがわかっていないと感じた。 所長の助言をもとに病状の説明だけでなく今利用者が大事にしていることを家族に伝えた。 ケアマネや親しい人は病状の悪化をみて入院させてほしいと言っていたが、本人を交えて本人の家にいたいという思いを伝えてもらった。 看取り経験のあるケアマネに交代してもらった。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族の最期の呼吸の変化を伝え、「自然にしてください。匂いと触る感覚だけはずっと残るので、それをしてほしい」と伝えいづつでも心配なときは連絡してほしい旨を伝えた。 	
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> 利用者が抗がん剤ができない理由をどうも理解できていないと新人看護師から助けを求められて一緒に訪問をして利用者の思いをしっかりと聞いた。 	<ul style="list-style-type: none"> 新人看護師と息子さんのやりとりを見て、息子さんはわかっているけども納得してなくて受け入れられないのではないかと伝え、繰り返し病状の説明をするのではなく利用者が今大事にしていることを中心に伝えるようにサポートした。 	<ul style="list-style-type: none"> 新人看護師が発熱などがあつたらすぐに手をだせない環境につらさを感じていたが、本人の大事にしている仁義を邪魔してはいけないと伝えた。 	

【ID 4】

《利用者》80代男性 肺がん
 《家族構成》妻と二人暮らし
 《訪問看護利用期間》3か月
 《経過》



病院から退院後調子が悪くなり訪問看護が開始となった。点滴治療も選択肢としてあったが本人の希望にて行わないことになった。肺がんであり痰が出るのが多く吸引をする場面があった。新人看護師は痰をとることに注力し奥まで入れようとするが、本人の苦痛や家族の不安そうな表情を指導者はみて、あくまでも本人を楽にするという目的であることと吸引のやり方を指導した。食べることができなくなってきて「家族と一緒に過ごす時間があるなら今じゃないかな」と伝え、遠方の家族も会いにきた。1週間ほどたち眠るように亡くなった。

図表 3-7

	利用開始直後	利用開始～安定期	看取り期	死後
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後体調が悪くなり訪問看護が開始となった。 ・希望で点滴はしないことになった。 		<ul style="list-style-type: none"> ・痰が頻回にできるようになったが、吸引時粘膜を傷つけて出血が起きることがあった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・静かに眠るように亡くなった。
家族の様子		<ul style="list-style-type: none"> ・少し粘膜を傷つけて痰の吸引時に血が出ると不安になっていた。 ・「最期どうなるか」と看護師によく聞いていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠方に住んでいた家族は夜間痰が多く出ることが心配で何度も夜間にコールがあった。 	
本人・家族への支援		<ul style="list-style-type: none"> ・吸引では無理やり奥に入れず気道を確保して痰を取り除いた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・飲み食いができなくなりそろそろ最期が近いと予測し会いたい家族は早めに会うように伝えた。 ・電話があったら夜でも毎回対応した。 ・家族に、痰が出たら体を横にして背中をたたくことを教え家族ができることを伝えた。 	
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴をしない選択を利用者がしたこと戸惑いを感じていたが、「点滴をすることは自然ではないからいいんじゃない？」と葛藤する気持ちに言葉かけをした。 ・何度も一緒に訪問に入った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・痰をとることだけではなく家族が見守る中で吸引をする意味や本人が楽になるために行うことだと指導した。 ・新人看護師にも家族と信頼関係が結べるように家族との会話に入れるようにした。 		

【ID5】

《利用者》70代女性 肺がん

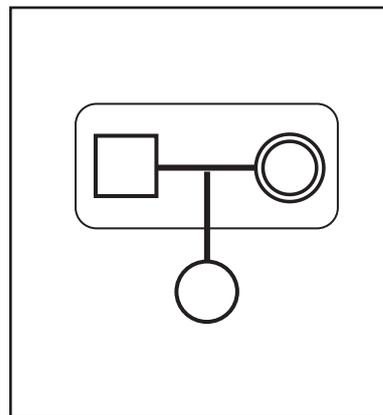
《家族構成》夫と二人暮らし

《訪問看護利用期間》3か月

《経過》

病院から退院して訪問看護が開始となった。病状としてはもう完治する状態ではなかったが本人は治す気持ちが強く、新人看護師や指導者も含め言葉かけに苦労した。本人の強い気持ちは認めつつも今ある症状や自宅での過ごし方などを話題にし、少しずつ予後の時間に目を向けてもらうように工夫した。家族は看取りに入っていることは理解しており症状が悪化しても取り乱すことはなかった。

疼痛コントロールは薬剤を増量しながら対応し、最期は苦しむことなく息を引き取った。



図表3-8

	利用開始直後	利用開始～安定期	看取り期	死後
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・病院から依頼があり訪問看護が開始となった。 ・病気を治すという気持ちが大きかったが体の状態は悪くなっていった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・症状が辛いのではと看護師に言われて「そうだね」と認める発言が出てきた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みが強くなってきた。 ・呼吸状態が悪くなってきていた。 ・意識レベルも落ちてきた。 	
家族の様子			<ul style="list-style-type: none"> ・状態が悪いのは理解していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・苦しむことや痛がることなく過ごせてよかったと話していた。
本人・家族への支援		<ul style="list-style-type: none"> ・気持ちを強くもつことは大事と伝える一方で症状としては辛いのではと声掛けしていた。 ・どういうふうにおうちで過ごしたいですかと声掛けして治すという気持ちから時間を大切にしてもらうという意識にシフトしてくるよう関わった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みに関してはベースの量を増やしてレスキュードーズも併用した。 ※レスキュードーズとは、オピオイド性鎮痛薬が用いられているときでも生じる痛みに対して、追加頓用される薬のこと。 	
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・退院前カンファレンスと一緒に参加してもらった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・具体的な会話を新人看護師と共有した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みの評価が難しいと相談を受けペインスケールを用いた評価方法を教えた。 	

【ID8】

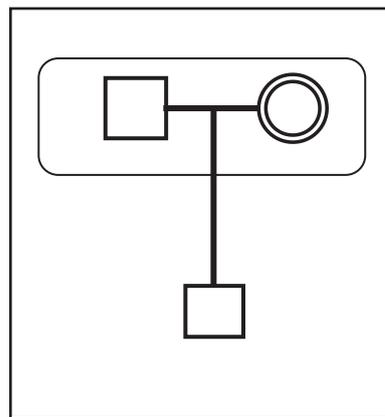
《利用者》70代 女性 膀胱がん

《家族構成》夫と二人暮らし

《訪問看護利用期間》3年

《経過》

尿管皮膚ろうのパウチ交換でしばらく訪問看護を利用していたが、腫瘍が大きくなり徐々に食事がとれなくなってきた。夫と二人暮らしであるが、利用者は夫のことを良く言わないことが多く、夫もあまり妻に近づかない様子であった。しかし今後自宅で継続して過ごすためには夫の協力が不可欠と看護師は考え、利用者との会話からどの程度夫が世話をしてくれるのか見極め、夫の本心を看護師は二人きりのタイミングを見計らって聞き出した。すると妻は夫を呼ぶとすぐに水を持ってきて対応してくれており、夫は本当は妻のことを心配しているという二人の関係性が確認できた。そして今後も自宅で過ごせると判断した。最終的には自宅で最期まで過ごすことができた。



図表 3-9

	利用開始～安定期	看取り期
本人の状況	・尿管皮膚ろうのパウチ交換で数年間訪問看護を利用していた。	・食事がとれなくなってきた。 ・痛みが出てきた。 ・腫瘍が増大してきた。 ・本人は夫のことをあまりよく言わないことが多かった。 ・自宅で最期まで過ごすことができた。
家族の様子		・夫は本人とあまり会話はしないものの、夫が食事などの世話をしている外来には必ずついて行っていた。 ・夫は本当は妻のことを心配していることがわかった。 ・息子さんも最期家に来た。 ・亡くなったときは夫が一番泣いていた。
本人・家族への支援	・尿管皮膚ろうのパウチ交換を看護師で行っていた。	・夫婦間の関係性や夫の本音を二人のときに聞き出し、夫は妻のことを心配していることがわかった。 ・疼痛コントロールと排便ケアを行っていた。
新人看護師へのサポート		・内服の時間がきっちり守れていなくても本人の生活リズムを考えることが大切であることを伝えた。 ・最期が近くなったときに家族に連絡を入れているか確認した。

【ID9】

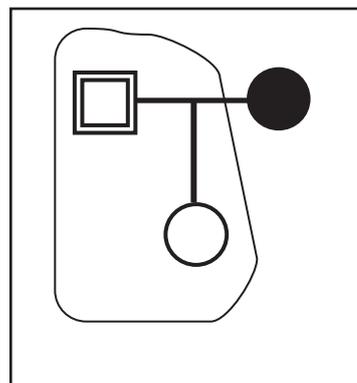
《利用者》70代 男性 胆のう胆管がん

《家族構成》娘と二人暮らし

《訪問看護利用期間》6か月

《経過》

病院から予後1～2か月と余命宣告を受け自宅に戻った。ADLは比較的保たれており、自分で歩くことができ階段も登ることができた。自宅で入浴すること、トイレに行くことを大事に思っていた。介助が大変でオムツにした方が楽なのではと新人看護師は思っていたが、指導者は利用者の大事にしている気持ちを尊重して多少無理があっても協力していこうと促した。新人看護師は、「死ぬのかな」という本人の発言に戸惑いがあり何も答えられなかったが、指導者は新人看護師に「死にたいと思っているの？」と聞いてもいいと促し、それから新人看護師は様々な話を利用者とはできるようになった。最期はあらかじめ家族に寝る時間が増えていくことなど予測できることを伝え、家族は落ち着いて最期まで利用者を見届けることができた。



図表3-10

	利用開始直後	利用開始～安定期	看取り期	死後
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・予後1～2か月と病院で診断を受けた。 ・ADLが思ったよりもよく自分で2階まで上れた。 ・あまりサービスを使いたくないという希望があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスに通うようになったが、食費を気にしてごはんを食べないことなどがあり中止した。 ・トイレは歩くのが大変でも歩いて行っていた。 ・犬と娘と旅行に行きたいという希望があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・徐々に動けなくなってきた。 ・「死ぬのかな」という発言があった。 	
家族の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・娘さんは心配性で看護師だったら入浴介助してもらいたいという希望があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・外に散歩に行かせたいという希望があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事に行きながら介護を続けた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・亡くなった後も落ち着いていて、エンゼルケアのときは笑顔がみられた。
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴介助を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスを提案した。 ・痛み止めを入浴前に飲んで入浴できるように工夫した。 ・旅行に行く手配をして行くことができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族にこれから眠る時間が増えること、呼吸が変わることを事前に伝えていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・娘さんとエンゼルケアを笑顔でできた。
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・一緒に訪問に行って何を思ったか、わからないことはあるか聞いた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事と排便の重要性を伝えた。新人看護師は利用者が糖尿病がありアイスを食べることに葛藤があったが指導者はおいしく食べられるんだったらこの方にとってはそれが大事な食事だと伝えた。 ・この方にとって大事にしていること(トイレや自宅での入浴)は大変でもできるだけ援助していこうと伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の「死ぬのかな」という発言になんと答えていいかわからなかったという新人看護師に「死にたいって思っているの?って聞いてもいいんだよ」と伝えた。 ・家族との連絡は新人看護師の負担にならないように主に指導者が行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・モニターもつけずに最期家族も笑顔で見送れることが信じられなかったと新人看護師は振り返っていた。

【ID10】

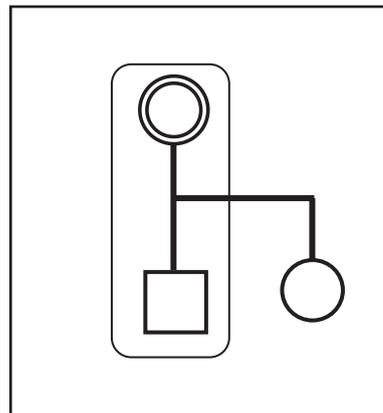
《利用者》80代 女性 心不全

《家族構成》息子と二人暮らし

《訪問看護利用期間》2年

《経過》

最初はトイレまで歩けるほどで入浴介助を行っていた。家族は介護にあまり積極的ではなく、本人の体調が悪くなると入院を希望した。訪問看護師は信頼関係が築けていない間に無理に自宅にいることを説得してもよくないと判断し、入院につなげていた。利用者のADLが徐々に下がりオムツ交換が必要になってきたが家族のケアも手薄で皮膚トラブルが起きてしまった。訪問介護員の導入に消極的だった家族だったが看護師は何度も皮膚の状態を家族と確認し今後できることを家族と話し合い、訪問介護員の導入に成功した。その後徐々に臀部の皮膚状態が改善したことから家族は訪問介護員へも信頼をよせるようになった。そして利用者の調子が悪くなっても「仕方ない」と思えるようになり最期まで自宅で看ることができた。



図表 3-11

	利用開始～安定期	看取り期
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレまで歩いて行けた。 ・何度か入退院を繰り返した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・だんだん歩けなくなりポータブルトイレとなった。 ・徐々にベッド上で過ごすようになった。 ・最期は自宅で息を引き取った。
家族の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・家族は調子が悪くなると「もう看れない」と言って入院を希望した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護員を導入を渋っていたが、おしりのただれが悪化し看護師の勧めで導入したらおしりのただれが改善した。そして訪問介護員を信頼するようになった。 ・何度か入院を繰り返し、訪問介護員の導入などで「家でみない」「入院したい」と言わなくなり「仕方ないよね」という言葉が出るようになった。
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・最初は入浴介助をしていたが清拭へと変わっていった。訪問入浴を導入した。 ・信頼関係が築けていないうちは入院の希望があったら入院につなげた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が排せつの介助を積極的に行わなかったので訪問介護員を導入して対応した。
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴できるか清拭にした方がよいか本人の脈や酸素飽和度だけではなく、声掛けに対する反応や動き、息遣いなどをみながら判断基準を声に出して見せながら伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人に何をしてもらいたいのか、何をしてほしいのか本人に確認することを伝えた。 ・家族だけの意見ではなく本人の意見も聞くことを伝えた。

【ID11】

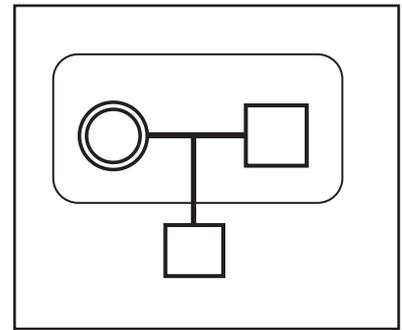
《利用者》80代 女性 顎関節がん、肺がん

《家族構成》夫と二人暮らし

《訪問看護利用期間》半年

《経過》

訪問看護は顎関節がんの膿の処置で開始となった。また夫も心不全があり訪問看護を利用していた。しかし利用者は呼吸苦を訴えるようになり肺がんの診断を受けた。入院の希望はなく自宅で過ごすことになった。その後はしんどいという言葉が多く聞かれるようになる一方よく動き自分でトイレまで行く様子などがみられていた。新人看護師はしんどいという状態に何もできない思いでいっぱいであったが、指導者はしんどくならないような動きや楽な動作は何か評価していこうと伝えた。予後が日単位と予測される中でも利用者はよく動いていて、最期はトイレまで歩く途中で倒れて亡くなった。



図表 3-12

	利用開始直後	看取り期	死後
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> 顎関節がんの処置で訪問看護を利用していたがその後呼吸苦の症状が出て病院で肺がんの診断だった。 入院はしたくないという希望があった。 	<ul style="list-style-type: none"> 「もうしんどいよ」という言葉が聞かれるようになった。 それでも最期までトイレは自分で行っていた。 	
家族の様子	<ul style="list-style-type: none"> 清拭なども夫婦二人で行う気持ちが強くなり看護師の手をかりようとしなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 夫から「トイレに行きかけて倒れてから動かない」と連絡があった。 夫は耳が遠くあまり予後について理解できていなかったもののもうだめかもしれないと伝えると冷静に受け止めていた。 	
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> 最初は顎関節がんに対する処置をメインに訪問看護が入っていた。 夫へも訪問看護が入っていた。 肺がんがわかってから在宅酸素とベッドを導入した。 受診していた複数の医療機関を一つにまとめ医師と連絡をとりやすくした。 胸郭マッサージをして呼吸苦の緩和に努めた。 	<ul style="list-style-type: none"> 予後スケールを使うと日単位でありスタッフに周知した。 夫から連絡があったときは状況をよく理解している息子さんにも連絡した。 	<ul style="list-style-type: none"> 夫への訪問看護を引き続き継続した。
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> 本人のしんどさがなかなかとれず落ち込む新人看護師に病態からある程度仕方のないことと伝えた。 しんどいという訴えに逃げずに横にいて背中をさすることの重要性を伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> しんどいという方の看護に入る看護師もしんどい気持ちになることは認めて、楽な方法を模索して、どんなときがしんどいのか、どのくらい動くとしんどいのか、情報を集めようと伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> 新人看護師はもっとできることがあったのではないかと思っていたが指導者からは、やるべきことはやり切ったのではないか、むしろしんどくないようにずっと寝ている生活はその人らしくないのではと伝えた。

【ID12】

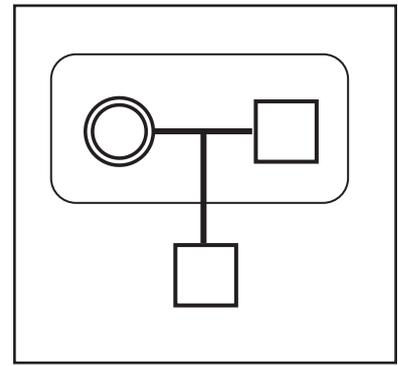
《利用者》80代 女性 胃がん、リンパ節転移、肝転移、骨転移

《家族構成》夫と二人暮らし

《訪問看護利用期間》3か月

《経過》

自宅での看取りが決まっており、当初は点滴などせずに自然なかたちで看取る方針の利用者であった。しかし徐々に食べられなくなる様子が夫が不安に思い、点滴の方法もあることを伝えると夫は点滴を希望され、本人も希望したことから開始となった。看護師は始める際に万能薬ではないことや浮腫が出たら止め時であること等を説明してから点滴を開始した。新人看護師は通常であればへパリンロックを家族に依頼することが多いが今回は夫の不安が大きい中依頼することに躊躇し、指導者に相談した。指導者は看護師側で実施することを提案した。徐々に浮腫が出たことから、新人看護師は止め時であることを察知し、指導者に相談した。指導者はまずは医師から説明してもらうことを提案し、その上で「お父さんの点滴をしてあげたいという気持ちはよくわかるけどお母さんの体がノーと言っているかもしれないね」とやんわりと伝え、家族は中止することに納得できた。その後本人は自宅で最期まで過ごすことができた。



図表 3-13

	利用開始直後	利用開始～看取り期	死後
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅で看取るという方向が決まっていた。 ・点滴などせず自然なかたちで看取る予定であった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食べられなくなってきた。 ・点滴の提案を受けたときは本人も受け入れていた。 	
家族の様子		<ul style="list-style-type: none"> ・本人が食べられなくなり不安が出てきて夫が点滴の希望をした。 	
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴介助を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・夫の不安に対し、点滴の提案をした。 ・夜間でもいつでも電話をしてよいということは常々伝えていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・お通夜、葬式、49日に会いに行った。
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・最初の数回は同行訪問した。 ・看護師の動揺は伝わるのでわからないことは持ち帰って無理してその場で答えようとしないことを伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴の依頼をどのように医師にすべきか相談があった。家族と本人の会話をそのまま教えてもらい本人の納得度合い等を見極めて医師へ連絡をするよう伝えた。 ・点滴をするにあたりへパリンロックを家族に頼むべきか新人看護師から相談を受け、夫の不安を考慮し看護師で実施することを提案した。 ・家族に夜間でも電話していいということを伝えるように新人看護師に言っていた。 ・点滴の止め時については医師から説明してもらうように促した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に「頑張って」と「乗り越えて」は言わないように伝えた。

【ID13】

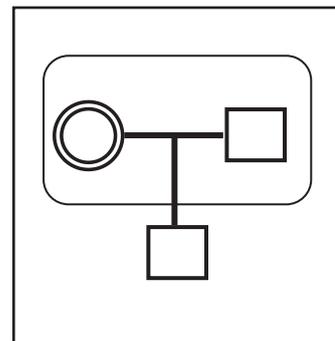
《利用者》60代 女性 子宮がん

《家族構成》夫と二人暮らし

《訪問看護利用期間》不明

《経過》

利用者は訪問看護導入当時は自分で歩くことができていた。しかし右上下肢の浮腫が強くバランスを崩し転ぶこともあった。看護師は浮腫に対してリンパマッサージを実施し、今まで着られなかったブラウスが入るようになりとても喜んでいて。そしてブラウスを着て何をしたいか本人に尋ねると友達に会いたいという希望があり、友達と会うことができた。その後脳転移がみつきり徐々にADLが低下した。せん妄や呼吸苦等の症状を前に家族は病院に行くべきかとても揺れる気持ちがあったが、看護師は訪問時に夫の不安や気がかりは全部聞き出すことに努め最期は「自分で見る」という思いになることができた。



図表 3-14

	利用開始直後	利用開始～安定期	看取り期
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・予後半年程度であった。 ・つたい歩きをしていたがよく倒れていた。 ・右上下肢の浮腫が強かった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・浮腫の下肢が改善しきれなかった。 ・上肢の浮腫は改善しブラウスが着られるようになって喜んでいて。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ろれつがまわらなくなり嘔気が出てきて脳転移が判明した。夜間せん妄が出てきた。 ・呼吸が荒くなり家族に抱きしめられて亡くなった。
家族の様子			<ul style="list-style-type: none"> ・夫からの緊急コールが増えた。 ・病院に行った方がよいか自宅で看られるか揺らいでいたが、聞きたいことを全部看護師に聞くことをして徐々に「自分が見る」という言葉が出てくるようになった。 ・本人を抱きしめながら最期看取った。
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・リンパマッサージを行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ブラウスを着て何をしたいのか聞くと友達に会いたいとおっしゃったのでそこを目標とした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・夫の気にかかることを全部言ってもらってそれを一つ一つ原因を伝えた。看護師がその場ではわからないことはいったん持ち帰って後日答えるようにした。 ・予後予測ができていたので呼吸状態が荒くなったときにコールを受け緊急訪問し家族と共に看取った。
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・リンパマッサージの手順の本を買ってもらって、ステーションで練習した。 ・新人看護師が主導でリンパマッサージのマニュアルを作り皆に共有するようにした。 		<ul style="list-style-type: none"> ・夫の心配ごとは最後まで聞くことを心掛けていた。そのため、新人看護師が時間内に終わらない場合は予定時間以降に指導者が交代で入って家族の話を最後まで聞いていた。 ・新人看護師は家族から「どうしたらいいの？病院に行った方がいいの？」と聞かれるときに何て答えればいいのかわからないと思っていたが、指導者は無理して答えなくても黙っててもいいとアドバイスした。

【ID14】

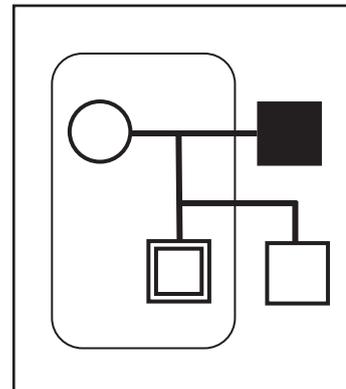
《利用者》40代 男性 ALS

《家族構成》母と二人暮らし

《訪問看護利用期間》1年未満

《経過》

病院の診療部の所属であり、他訪問看護事業所との連携をした事例。ALSで胃ろうや気管切開はしたくないと希望がある方だった。何度か提案するも本人の意思は固く、医療サイドも本人の意思を尊重した。呼吸苦が出るが、体位交換で痰を出すなど工夫して対応し、本人の質問には一つ一つしっかり答えることで信頼関係を築いていった。また家族の本音を聞くために外に出たときに母に気持ちを確認、家族も本人の意思を尊重していることがわかった。胃ろうがないため内服が困難であったが、座薬を用いるなどして対応した。最期は家族と友達に見守られ他界した。



図表 3-15

	利用開始～安定期	看取り期	死後
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・車いすで過ごしていた。 ・動画をみたりたばこを吸うのを楽しんでいた。 ・気管切開も胃ろうもしないという強い意志があった。 ・訪問入浴を始めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ラジカットもできなくなった。 ・気管切開はしなかった。 ・点滴は受け入れた。 	
家族の様子		<ul style="list-style-type: none"> ・家族は気管切開や胃ろうはしないという本人の希望に沿うようにしたいと思っていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・母は死後「家で看取れてよかったと思います」と言っていた。
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・胃ろうがないため内服するのも難しく、体位を変えて痰を出すようにした。 ・本人の質問を一つ一つしっかり答えて信頼関係を築いていった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅での入浴介助が難しくなり訪問入浴を提案した。 ・点滴を1日500cc程度。 ・母の本心を聞くために外に出たときに聞くようにした。 	
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・電話で相談を受けた。 ・訪問看護師と時間を合わせて一緒に訪問しその場で医師を含めて相談した。 		

【ID15】

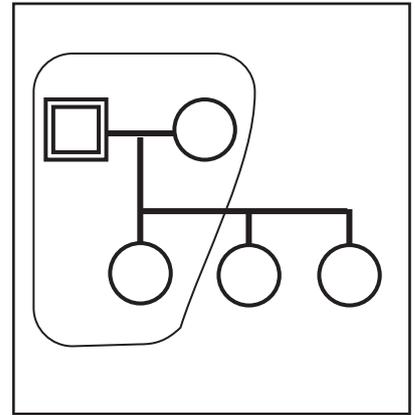
《利用者》70代 男性 視床下出血

《家族構成》妻と娘と三人暮らし

《訪問看護利用期間》6か月

《経過》

視床下出血後で要介護5の状態です。自宅に戻ってきた。家族は最期まで自宅で過ごす思いを持ち介護を続けたが、予後予測のしにくい状況でいつまで続くのかわからない不安もあった。ある日入院した方がよいかとの発言が聞かれ、新人看護師は指導者に相談をしたがその発言はどのような思いから出たのか家族としっかり話をする時間を設けることを提案する。すると娘や妻はお互いが介護負担になっていないか心配でお互いを思いやる気持ちから出たことがわかり、本当は自宅で最期まで看たいという思いがあることがわかった。その後は何かしてあげたいという家族の気持ちを汲み取り、庭に出て写真を撮ったり、話せるようにしたいという妻の思いからスピーチバルブの紹介や口腔ケアの方法などを伝えた。亡くなる前日呼吸が少し荒かったがそれ以外は大きく変化なく、訪問看護の最中、自宅で亡くなった。



図表 3-16

	利用開始～安定期	看取り期	死後
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・病院で回復が見込めず自宅に戻ってきた。 ・気管切開をしていた。 ・中心静脈カテーテル (CV)が入っていた。 ・胃ろうは腸の狭窄がありできなかった。 ・意識レベルはしっかりしていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・それほど状態が変化したわけではなかった。 ・仙骨に褥瘡が出来始めた。 ・全日呼吸が少し荒くなった。 ・看護師が訪問中に息を引き取った。 	
家族の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が点滴の交換を協力して行った。 ・同居の娘は働いており日中の関わりは主に妻であったため他の娘が日中交互に来ていた。 ・家族から入院させた方がよいかとの発言があった。 ・何かしてあげたいと看護師に伝えていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族は呼吸が少し荒くなってきたことを看護師に伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・苦しむ時間を短くしてあげたかったからほっとしたとの発言があった。
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・感染があったため CV を抜去した。 ・点滴は毎日実施した。 ・家族の介護負担は気にかけていた。 ・そのため訪問介護員と同時に訪問して看護師と訪問介護員でケアを行っていた。 ・入院するというのはどのような思いから出たのか話をすると家族がお互いが大変なのではないかと気遣って出た言葉であり皆自宅で最期まで看たいと思っていることがわかった。 ・家族の何かしてあげたいという思いを受け車いすに乗って庭に出て外で写真を撮った。 ・スピーチバルブを紹介し、発語のための口腔ケアも力を入れた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族から話を聞いている間に本人は亡くなった。 	
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・看護計画に技術的なケアばかりが入っていたので、本人が気持ちがよいと感じる柔軟体操のケアなども入れるとよいとアドバイスした。 ・朝の申し送りでも新人看護師から家族が入院した方がよいかとの発言があったとの報告がありそこはこういったきっかけでその言葉が出たのか考えて、家族と話す時間を設けることを提案した。 ・保険の単位数に関しては管理者が把握し調整し新人看護師は関わりに集中できる環境にしていた。 		

【ID16】

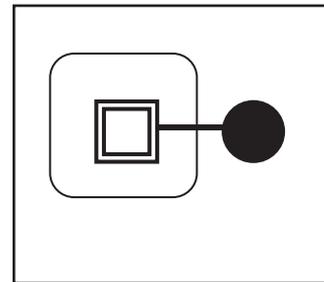
《利用者》70代 男性 膀胱がん

《家族構成》1人暮らし

《訪問看護利用期間》3～4か月

《経過》

利用者は今まで訪問介護員との関わりがあり、膀胱がんをきっかけに訪問看護が導入された。本人は最期まで自宅で過ごす希望があった。利用者はたばこを吸うことを楽しみにしており最期までたばこを吸いたい気持ちを尊重し関わった。また痛みがあり麻薬の使用が必要だと看護師は感じていたが、医師は在宅看取りの経験が浅いことや独居の利用者に麻薬を処方することに躊躇していた。指導者は看護で観察と報告をすることを医師に伝え、麻薬が開始となった。その結果疼痛コントロールがうまくいくようになり、医師にもフィードバックを繰り返すことで医師との関係性を構築できた。指導者は新人看護師に訪問介護員との日誌のやりとりは徐々に悪化する状態の報告ではなく、本人の前向きな会話やおいしかった食事の話など訪問介護員の役割を認める内容を意識して書くように伝えた。そのような関わりの結果他職種との連携は円滑になり、最期は訪問介護員や看護師が見守る中息を引き取った。



図表 3-17

	利用開始直後	利用開始～安定期	看取り期	死後
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みで麻薬を使う必要が出てきて訪問看護が開始となった。 ・外来では医師に痛みがあってもうまく伝えることができなかった。 ・たばこを吸うのが好きだった。 ・訪問介護員を家族のように慕っていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・最期夜中に1人で亡くなる可能性もあるけどもそれでもいいのかと医師に聞かれたが、本人はそれでもいいと答えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・貧血が進んだ。 ・動けなくなった。 ・最期訪問介護員や看護師に見守られて亡くなった。 	
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・以前から関わっていた訪問介護員の支援は継続した。 ・医師は看取りが初めてで、独居の人に麻薬を出すことをためらっていたが、医師にしっかり観察と報告をする旨を伝えて出してもらった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・麻薬の使い方はある程度医師にこちらの希望を伝えた。 ・本人のたばこを吸いたい気持ちは尊重した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護員が訪問時に亡くなっているところを発見することがこわいと言っていたので、朝一の訪問は看護師にした。 ・本人が食べたいものを少しずつ食べられるように訪問介護員に伝えた。 ・朝一で訪問した際に呼吸状態が変化していたので訪問介護員やケアマネジャーも呼び皆で看取った。 	
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師に医師から処方された内服の作用や目的を伝えた。 ・初回訪問は一緒に行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師から医師に麻薬の効果や本人の状態がよくなったことを伝えてもらい、新人看護師と医師の関係性をつくれるように配慮した。 ・初回訪問後は新人看護師1人に行ってもらい、毎回報告してもらった。 ・他職種との連絡ノートはバイタルや出血の有無を中心に書くのではなくておいしそうに食べた食べ物や楽しそうにしていたことなどお互いを認めていくような内容を書くように伝えた。 		<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師は、たばこは絶対ダメだと思っていたが本人がもういいと言うまで吸えたのはこの人にとってはよかった、また看取りをやってみたいと振り返った。

【ID17】

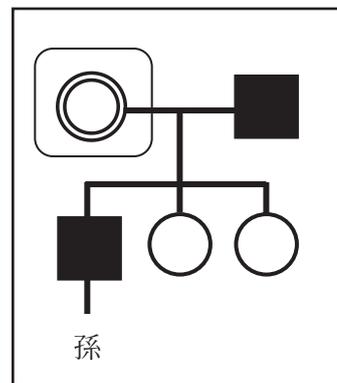
《利用者》90代 女性 腰椎骨折、心房細動

《家族構成》1人暮らし

《訪問看護利用期間》4年

《経過》

独居の女性で主に孫が介護にあたっていた。しかし孫は日中働いており女性は独居であった。最初は訪問介護員とケアマネジャーのみの介入であったが入浴が難しくなり訪問看護が導入となった。支援に対して拒否的であり入浴介助など少しずつ介入を行った。徐々に体力が落ちてきて転倒が目立つようになりベッド上にいる時間が長くなった。その頃から支援がないと生活できないと本人が思うようになりサービスを受け入れ始めた。食事はとろみをつけた方が安全であったが本人の拒否が強く、本人の好きなものをなるべく食べられるように新人看護師にも指導をした。長い介護期間に孫は施設入所も検討したが、入所の話が進む前に体調が悪化したことなどから入所は中止となった。食事がとれなくなり尿量が減ってきて看取りが近づいてきた時、指導者から家族にそろそろであると伝えてそばで新人看護師は見ていた。その際に以前介護負担があったことから「自分たちの生活を崩さないように関わってもらえたら」という言葉を付け加え、最期まで自宅で過ごすことができた。また家族は最期まで看取ることができた達成感や安堵感をもつことができた。



図表 3-18

	利用開始～	中期	看取り期	死後
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護員が入浴介助をしていたが難しくなってきたため訪問看護が導入となった。 ・訪問看護に拒否的だった。 ・家で最期まで過ごしたいという希望があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・体力が落ちてきて転倒した。 ・支援がないと自宅での生活が難しいと本人が受け入れた。 ・自力での歩行が難しくなってきた。 ・点滴の希望があり週1回実施していた。 ・少し動くとき喘鳴があった。 ・施設の方の面談がありその際に状態が悪くなり入所の話は中止になった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・痰が増えてきた。 ・喘鳴が強くなった。 ・食事がとれなくなり眠る時間が増えてきた。 ・尿量が減ってきた。 	
家族の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・家族は娘も高齢で孫が介護にあたっていた。(日中は利用者は独居だった) 	<ul style="list-style-type: none"> ・経過が長く孫が施設入所を考え始めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今まで疎遠であった娘も遠方から会いに来た。 	<ul style="list-style-type: none"> ・いつも見ていた家族は寂しさよりも達成感の方が大きく、ほっとした表情だった。 ・主介護でない孫も死後会いに来てエンゼルケアを一緒にした。
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・拒否的であったため少しずつ関わった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・他のサービスも導入するようになった。 ・保清と状態観察と点滴をしていた。 ・訪問介護員とは連絡ノートで共有した。 ・救急車は呼ばないことを周知した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・孫にあと数日ということ伝えた。 ・孫は仕事をしていたこともあり介護疲れもあったことから、ずっとそばで見守ることは難しいと感じたので「自分たちの生活を崩さないように関わってもらえたら」と伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・亡くなった後は家族に手紙を書いて郵送し、お返事の中に看取りをしてよかったとの内容があった。
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の際にとろみ剤は拒否があり、義歯もつけていなかったが、可能な限り本人の好きなものを食べられるように支援するよう伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・浮腫がある方の清拭は丁寧に行うように伝えた。 ・体位変換する際は呼吸苦が出やすいので気をつけて実施するように伝えた。 ・ケアを一度に多くやると体に負担がかかるので分担してやるように伝えた。 ・とろみ剤の拒否が強く本当は使った方がよいが好きなものを食べてもらうように伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・指導者が家族へ連絡して新人看護師にそれをそばで聞いてもらった。 	

【ID18】

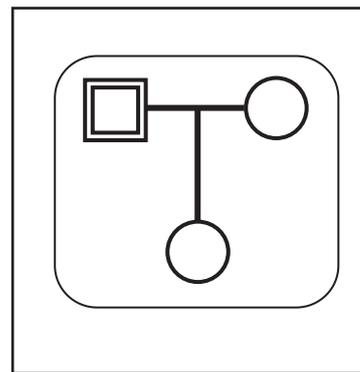
《利用者》70代 男性 肺がん

《家族構成》妻と娘と同居

《訪問看護利用期間》1か月

《経過》

最期は自宅で暮らしたいという本人と家族の希望で病院から自宅に戻った。病院からの訪問看護である特徴から最期いざとなったら入院できることがメリットとしてあるが利用者は最期まで自宅で過ごした。呼吸苦に対して麻薬でコントロールしていたが、徐々に飲み込みが難しくなり最期は点滴でコントロールしていた。その際、指導者は新人看護師に、家族に自己調節鎮痛法の使い方をこまかく教えると疲弊してしまうのでポイントだけ教えて後わからないことは電話で聞くように伝えてほしいと指導した。また医師とも今後起きうることやそれに対する対処を事前に確認し、新人看護師に実際のやりとりをみせることで教育した。



図表 3-19

	利用開始	看取り期
本人の状況	・病院から自宅に帰りたいとの希望があり訪問看護が導入となった。	・経口で内服が困難になってきた。 ・意識があまりなかった。
家族の様子	・家族はオムツ交換などに慣れていなかったの で看護師に依頼した。	・家族も最期まで家で過ごすことを希望して いた。
本人・家族への支援	・清潔ケアやオムツ交換など最初は看護師がメ インで行って家族に少しずつ教えた。 ・訪問入浴を依頼した。 ・家族や他職種に困ったことがあったらいつ でも電話してほしいと伝えた。	・経口での内服が困難になり医師に皮下注での 麻薬のコントロールを依頼した。 ・レスキューの使い方を家族に伝えるときは、 ご本人が意識があまりなかったので「眉間にし わを寄せてたりうなっていたりなんか変だなと 思ったら押していいですよ」と伝えた。 ・呼吸苦が出ないようにベッドの頭側をあげ た。
新人看護師へのサポート	・訪問行く前に「患者や家族は迷いがあったり 受け入れられていないこともあるので患者の話 すことを否定はしないで聞きなさい」と伝えた。 ・医師に今後予測されることやそれに対する対 応を指導者が話し、それを新人看護師は横で聞 いていた。 ・他職種には専門用語を使わずこまめに連絡を 取るように伝えた。	・嘔声が出た状態から今後の見込みが悪くなる 可能性があることをあらかじめカンファレンス で新人看護師に伝えていた。 ・家族にポンプや機械の使い方を教えるときは 1から10教えると疲弊してしまうのでポイン トだけ教えてわからなかったら電話するよう に伝えるよう指導した。

【ID19】

《利用者》80代 男性 すい臓がん

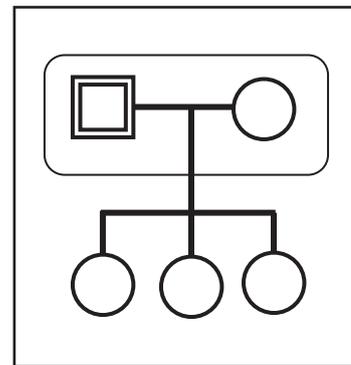
《家族構成》妻と二人暮らし

《訪問看護利用期間》1～2か月

《経過》

自宅で最期過ごしたいという希望で病院から退院した。点滴を末梢から入れていたが、新人看護師がうまく入れられないときがあり、その際に家族から「あんたはもう来んでいい」と言われてしまった。新人看護師は管理者にその場を離れて電話をしたが、管理者は家族の不信感につながらないようにその場で電話をしてよいと伝え、家族に管理者から点滴を他の看護師に交換すること、しかし人数が少ないので受け持ちからははずさないでほしい旨を伝え納得してもらった。管理者は新人看護師にわからないことやできないことはその場で「どうしたらいいか管理者に聞きます」と伝えていつでも相談してよいと伝えた。新人看護師はその後も真摯に家族に向き合い、最終的には家族から「あんなことを言ってごめんね」と言われるような関係性になった。

また家族から遠方の親族へ自宅で過ごす説明をしてほしいとの依頼もあり看護師が代わりに本人の希望や病状の説明をしたこともあった。このように家族との信頼関係を築きながら家族の支援を得ながら最期まで利用者は自宅で過ごすことができた。



図表 3-20

	利用開始	中期	看取り期
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・経皮経肝胆管ドレナージ（PTCD）チューブが入っていた。 ・点滴をしていた。 ・少し食べられる状態だった。 ・自宅で介助を得ながら入浴していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド上で過ごすようになった。 ・疼痛コントロールで麻薬のパッチを使用した。 ・レスキューも使用していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅で最期まで過ごした。
家族の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅で最期まで看る覚悟を妻はもっていた。 ・点滴をうまく入れられない看護師に対して拒否があった。看護師に「あんたもう来んでもいい」との発言があった。 ・遠方の親族が見舞いにくるときに自宅で看取ることの説明を看護師からしてほしいと依頼した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師は家族にできることはできない、すみませんなどと真摯に向き合ったことで「あんなときあんなこと言ってごめんね」という言葉を家族が新人看護師に伝えた。 	
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・末梢から看護師が点滴を入れていた。 ・家族に代わって、親戚に看護師から今の状況や、本人の自宅で最期まで過ごしたい思いを伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に今後吐血や嘔吐、嘔吐による窒息の可能性があることを家族に伝え、その際は顔を横に向けてうがいできるようにしたらしてほしいとあらかじめやるべきことを伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りのパンフレットを家族に渡して内容を伝えた。 ・疼痛の薬は医師の好みを考慮しながら医師に相談した。
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴が入らないと新人看護師から管理者に相談の電話があった。新人看護師は外から電話をかけてきたが管理者は家族の不信感が出ないように家族の前で電話をするように伝えた。また管理者から奥さんに「今回の点滴は交代させてもらう、でも看護師自体を完全に交代して外してしまうというのは、人数的なものもあるから難しいかもしれない」と理解を促すと納得された。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師にはわからなかったら「『こういうふうに言われてどうしたらいいかっていうの、管理者に聞きますよね』って言ってかけてくれたらいいよ」と伝えていつでも電話相談してよいことを伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りのパンフレットの説明は指導者が説明してそれを新人看護師がみて学んだ。パンフレットを読むときは向かい合わず横に並んで話をした。 ・内服の提案は指導者が検討して新人看護師に医師から伝えてもらうようにした。

【ID20】

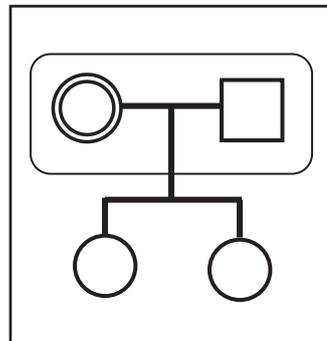
《利用者》80代 女性 子宮がん、リンパ浮腫

《家族構成》夫と二人暮らし

《訪問看護利用期間》2～3か月

《経過》

利用者は当初緩和ケア病棟に入院予定で、それまでの間自宅にいる予定であった。しかし看護師は本人が自宅に居たいという気持ちがあることと家族の介護力があることから自宅で過ごすことも可能であると考えていた。本人は本当は家に居たいが、家族に迷惑をかけたくないので病院に行きたいと言っていたが、外来受診が難しくなったタイミングで意思決定をするタイミングと看護師が判断し、本人の気持ちを家族に伝えるよう促した。そうすると娘たちは「お母さんの好きなようにしたい」という思いで一致し、最期まで自宅で過ごすことになった。新人看護師にはリンパマッサージや看取りのパンフレットを説明する際などその場で見せて教えた。その後は徐々に状態が悪化し自宅で最期まで過ごすことができた。



図表 3-21

	利用開始～安定期	看取り期	死後
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・病院での抗がん剤が終了となり将来的には緩和ケア病棟に入院するつもりでその間在宅で過ごすという予定であった。 ・本人は家に居たいが家族に迷惑かけたくないので病院に行きたいと言っていた。 ・リンパ浮腫が強かった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・徐々に外来で病院に受診するのが難しくなってきた。 ・飲み薬のオピオイドからフェントステープに変えた。 ・意識が徐々に落ちてきた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅で息を引き取った。
家族の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・娘2人が交代で介護していた。 ・夫は軽度認知症があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の気持ちを聞いたときに、家に居たいという気持ちを尊重したいと思った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族はエンゼルケアのときとても朗らかであった。
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・フットケアをメインで行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・通院が難しくなったタイミングで在宅医を入れるか病院に行くかなど意思決定を決める時期だと看護師は感じて、本人から娘さんに「家に居たいが家族に迷惑をかけたくない」という気持ちを伝えるように促した。 	
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・リンパ浮腫に対するケアは手取り足取り教えた。 ・新人看護師にはやって見せながら教えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドをエアマットに変えるタイミングが土日にかからないよう、指導者が主導となり、土日を迎える前に交換した。 ・看取りのパンフレットを渡すとき一緒に同席したいと新人看護師から申し出があり見せながら教えた。 	

【ID21】

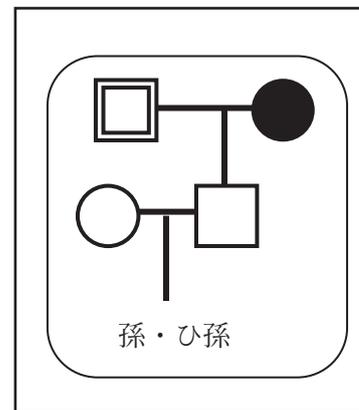
《利用者》90代 男性 肺がん（推測）、胸水、腫瘍

《家族構成》子供、孫、ひ孫と同居

《訪問看護利用期間》2～3か月

《経過》

診療所からの訪問看護を行っている事業所である。利用者は高齢であったが元気であり、診療所に風邪等で外来に来る頻度が増えてきた。外来に来るのが難しくなったタイミングで訪問看護が導入となった。肺がんの疑いであったが、呼吸苦や痛みはあまりなく排便の内服の調整等を行っていた。新人看護師は訪問看護を始めたばかりであった。訪問に行く際は指導者がコミュニケーションを取り、その横で新人看護師がバイタル測定をするなどの流れであった。ある日、指導者が用事のために県外に出ている際に緊急の電話が鳴った。新人看護師は気づくことができず、関連病院の看護師や医師が先に対応するという事態が起きた。その後新人看護師は動揺してしまい、指導者が電話で医師と連携をとりながら新人看護師に指示していた。点滴等の処置により利用者は落ち着き、その数日後に自宅で亡くなった。指導者は新人看護師に振り返りを行ったが、訪問看護はまだ早いと思い外来勤務に戻るようになった。



図表 3-22

	利用開始前	利用開始後	看取り期
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢であったが元気に過ごしており、風邪等で診療所に受診する回数が増え検査したところ肺がんの疑いがあった。 ・詳しい検査は希望せず行わなかった。 ・医師が家に行くと近所の人に調子が悪いと知られてしまうので外来に通った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・徐々に外来が大変になり訪問看護と訪問診療が開始になった。 ・呼吸苦が出て急に状態が悪くなった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・最期まで自宅で過ごすことができた。
家族の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・大きな病院には行かず家でできる限りのことをすることを話し合った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の具合が悪くなり家族も動揺していた。 	
本人・家族への支援		<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師が緊急電話を取れずに病院のスタッフが訪問した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・亡くなる2～3日前に医師からそろそろであると家族に伝えられた。 ・旅立ちの衣装の準備を考えておいてほしいと家族に伝えた。
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・なるべく利用者と話をしようと新人看護師に伝えていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急の電話に新人看護師が出られなかったことがあり、新人看護師は動揺していた。 ・呼吸苦が出たとき新人看護師の人は動揺していたので医師との連絡は指導者が引き受け、指導者から新人看護師に指示を出した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・最期と一緒に振り返りをしたが、新人看護師は訪問看護はまだ難しいと感じていて病院の外来に戻ることもなった。

【ID22】

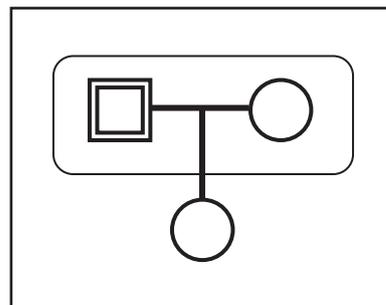
《利用者》70代 男性 肝臓がん

《家族構成》妻と二人暮らし

《訪問看護利用期間》1か月

《経過》

利用者は当初は口から食べることができたが徐々に嚥下が困難になり中心静脈カテーテルから点滴を継続していた。輸液の交換等の介護は主に妻が行っており、娘も日中は協力していた。本人は徐々に動けなくなり、最期が近くなった際は看護師から「いつ最期がきてもおかしくないですよ」と声掛けをしていた。家族は最期呼吸が止まりそうになるとき本人を囲んでいた。看護師は柵をはずし、家族が触れ合いやすい環境を整えて、「そばにいて手足をさすってあげてくださいね」「手足が冷たかったら温めてくださいね」と声掛けをした。家族に見守られながら最期息を引き取った。グリーフケアでは家族は最期まで添うことができよかったですと話していた。

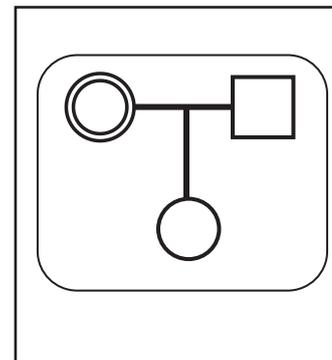


図表 3-23

	利用開始	看取り期	死後
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・口から食べることができた。 ・尿道留置カテーテルをつけていた。 ・褥瘡ができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・徐々に嚥下ができなくなり輸液で栄養を確保した。 ・徐々に動けなくなった。 ・呼吸状態が変化し亡くなった。 	
家族の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・尿の破棄は家族が行っていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族で本人を囲んで最期までそばにすることができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・グリーフケアに行ったときに家族は最期まで添うことができよかったですと話していた。
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・体位変換の方法を奥さんに伝えた。 ・便で汚れずに家族も簡単に交換できる褥瘡のバットの当て方を一緒に考えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・いつ最期が来てもおかしくないことを伝えた。 ・最期の時はベッドの柵をはずして家族がそばに行きやすい環境をつくり、「そばにいて手足をさすってあげてください、手を温めてください」と家族ができることを声掛けした。 	
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・医師がいないことに利用者家族は不安を覚えるのであいまいな言葉など不安にさせる言葉遣いはしないように伝えた。 ・褥瘡に対する処置の方法を一緒に訪問して検討した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師は臨床の経験が長いこともあり、言葉かけ一つでも思いやりのある言葉をかけていて指導者としても頼りになる存在であった。 	

【ID23】

《利用者》50代 女性 膵臓がん
 《家族構成》夫と娘と三人暮らし
 《訪問看護利用期間》1か月
 《経過》



病院に所属している専門看護師が、初めてがんの看取りをする訪問看護事業所と連携をとった事例。

利用者は病院での治療はもう受けたくないという思いがあったが、娘は治療を希望し抗がん剤治療を行った。しかし副作用で食事ができないなどの様子を見て、自宅で過ごすことを決めた。訪問看護導入を専門看護師は提案した。連携先の訪問看護事業所はがんの看取りが初めてであったのでいつでも連絡をして相談してほしいと伝え、密に連携をとり内服の使い方など助言をした。娘は医療用麻薬に拒否があり、使いたくなかったが利用者は徐々に痛みが増悪し食事食べられない状況であったので麻薬を使った方がよいと専門看護師は感じていた。まずはレスキュードーズで試しに使ってもらい、食事量が増えたり散歩に行くことができたりと効果を娘に実感してもらい麻薬を導入することができた。利用者である母は娘に何を伝えてあげたらいいか悩んでいたが、専門看護師は娘を大事に思っている素直な気持ちが伝われば十分ではと母に伝え、母から娘に「あなたがよくやってくれるから私は安心して最期までおうちにしようと思っている、いつもありがとう。私のとってもかわいい娘よ」と伝えることができた。娘はそれまで入院させることも考えていたが、気持ちも落ち着き最期まで自宅で看ることができた。

図表 3-24

	利用開始直後	利用開始	看取り期
本人の状況	・本人は治療はもうせずに自宅で最期まで過ごしたいという気持ちがあったが娘の希望で抗がん剤を実施した。その後副作用で体調が悪くなった。それから在宅で過ごすことを決めた。	・食事ができなくなってきた。 ・痛みもあったが娘の拒否もあり麻薬は使っていなかった。	・徐々に食べられなくなってきた。 ・娘は自分を頼りにしているところがあったので自分の死を受け入れられるだろうか心配していた。 ・娘に何を言ってあげたらいいだろうと悩んでいた。
家族の様子	・娘は最期まで治療をしてほしく抗がん剤を実施したが、その後体調が悪くなる様子を見て自宅で過ごすことを決めた。 ・看護師に対してあたりが強かった。	・麻薬の使用によって本人が食事ができることや散歩ができる時間が増えたことをとても喜んでいった。	・母である利用者から「あなたがとても良くやってくれているから、私は安心して最期までおうちにしようっていうふうに思えるよ。いつも一生懸命やってくれてありがとう。あなたは私のとってもかわいい娘よ」と言われ入院も考えていた娘はこのまま看取ろうと思えるようになった。
支援	・病院の看護師として訪問看護の導入を家族に提案した。	・娘が医療用麻薬の拒否が強かったのでレスキュードーズを試して食事量が増えることなど効果を実感してもらい、徐々に増やしていった。	・利用者と娘さんに「とても愛しているしいつもあなたを大事に思ってるということが伝わればいいんだからそれを素直に言ってあげたらどう」と話をした。
新人看護師へのサポート	・初めてがんの看取りをするステーションであったので一緒にサポートすることを伝えた。 ・訪問看護師に家族からの質問に答えられなかったら「病院の看護師に聞いてみます」と答えていいと伝えた。 ・訪問看護師に本人家族の気持ちの理解者でいてほしいと伝えた。	・毎日状況の連絡があり相談を受けた。	

【ID24】

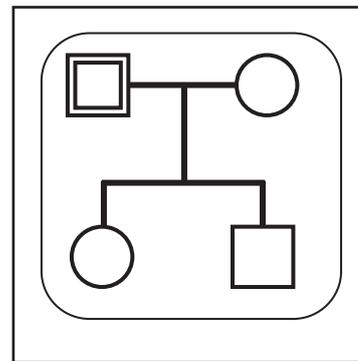
《利用者》80代 男性 心不全、腎不全

《家族構成》妻と娘と息子の四人暮らし

《訪問看護利用期間》1～2か月

《経過》

診療所で訪問看護を行っていた。本人は点滴をしていたが浮腫が強くなってきて、点滴も入りにくくなったことから点滴を中止した。その際は医師から説明してもらうことで家族も納得することができた。新人看護師は初めての看取りで不安が強く予後予測を伝えたり、毎回の訪問の後に指導者は質問や不安なことはないか確認したりした。徐々に状態が悪化し、最期まで自宅で過ごすことができた。



図表 3-25

	利用開始～	看取り期
本人の状況		<ul style="list-style-type: none"> ・徐々に状態が悪化していった。 ・眠ることが増えてきた。 ・呼吸の仕方が弱くなってきた。 ・顔が細くなってきた。
家族の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・なるべく家で楽に過ごさせてあげたいと思っていた。 ・妻はうつ病があり娘が介護にあたっていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴をする意味がなくなっていることを医師から家族に伝えてもらい家族は納得した。 ・家族は割と淡々としていた。
本人・家族への支援		<ul style="list-style-type: none"> ・点滴をしていたがむくみが出てきて中止にした。 ・利用者の表情や眉間のしわなどで苦しいかどうか判断した。
新人看護師へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・1人で行くのが不安なときは誰でもサポートに入るので1人で不安にならないようにと伝えた。 ・新人看護師から今後の症状の変化を教えてほしいと言われた。 ・呼吸困難と食事がとれなくなるだろうこと、点滴で補うにしても腎不全と心不全があるので医師や家族と相談しながら進めようと伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師は不安の気持ちが強かった。 ・確かに不安なだけけれども、こちらが不安になっていると、相手にも伝わってしまうというのも新人看護師に伝えた。 ・訪問のたびに何か困っていることはないか確認した。

【ID28】

《利用者》60代 女性 口腔がん

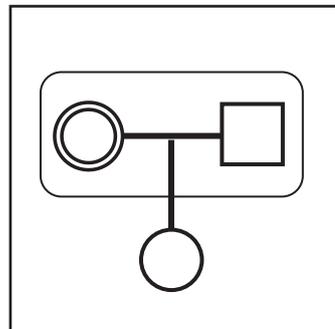
《家族構成》夫と二人暮らし

《訪問看護利用期間》1か月

《経過》

診療所での訪問看護の事例。

本人は最期まで自宅で過ごしたいという希望があった。しかし途中本人の体調が悪化する中で家族は入院したいという希望を看護師に伝えた。看護師は本当に入院したいのか入院したいと思った背景を聞き出すと、体調の変化で自宅で看ることに不安が出てきたためだとわかった。そのため看護師は今の段階で移動すると本人にも負担がかかること、自宅で看護師もサポートする旨を伝えると家族は自宅で看る決心がついた。その後最期まで自宅で過ごすことができた。



図表 3-26

	利用開始～	利用開始～看取り
本人の状況	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法放射線療法の治療の効果が難しくなり自宅で過ごしたいという本人の希望で自宅に帰ってきた。 	<ul style="list-style-type: none"> 体調が悪化してきた。
家族の様子	<ul style="list-style-type: none"> 夫が介護をしていた。 娘は仕事をしていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族は本人の体調が悪くなり入院したい看護師に伝えた。 看護師の説明を聞いて家で看る決心をした。
本人・家族への支援		<ul style="list-style-type: none"> 入院したいという家族の言葉は本当に入院したいのか、入院したいくらい夜眠れなくて大変なのか意図を汲み取るようにした。 今の状況で移動すると本人も負担になること、足りない部分はサポートする旨を伝えた。
新人看護師へのサポート		<ul style="list-style-type: none"> 家族に入院したいと言われたら「なんでそう思うのか？」聞くように伝えた。

3) 指導場面を通して用いられた内容

分析の結果、指導者が、新人看護師に在宅看取りを指導するために行っている内容は、大分類として5つに分かれた。大分類は、【指導者がイメージする訪問看護師の目指す姿にそって指導】【初めて受け持つ看取りの利用者を注意深く選定する】【新人が在宅看取りを実践しやすいようなサポート体制づくり】【指導者がみた新人看護師】【地域・文化の看取り体制を視野に入れながらの指導と限界の把握】であった。

【指導者がイメージする訪問看護師の目指す姿にそって指導】の局面は6カテゴリ、具体的な内容を示す24のサブカテゴリが抽出された。さらに【初めて受け持つ看取りの利用者を注意深く選定する】は4カテゴリ、10のサブカテゴリ、【新人が在宅看取りを実践しやすいようなサポート体制づくり】は7カテゴリ、19のサブカテゴリとした。また、【指導者がみた新人看護師】は2カテゴリの12サブカテゴリとし、【地域・文化の看取り体制を視野に入れながらの指導と限界の把握】は3カテゴリの8サブカテゴリであった。

以下、大分類は【】、カテゴリは《》、サブカテゴリを「・」で示す。

(1) 【指導者がイメージする訪問看護師の目指す姿にそって指導】

指導者は新人看護師を指導する際に、訪問看護師の目指す姿として《症状マネジメントができる》《療養上の世話ができる》《介護者へのケアができる》《意思決定支援ができる》《在宅ケアチームでの連携ができる》《死亡後のケアができる》という訪問看護師をイメージしながら指導していた。以下はその内容である。

① 症状マネジメントができる

- ・痛みに対する薬剤の使用方法を早め早めに検討し実施する
- ・麻薬の副作用について観察し介入する
- ・症状が変化したときの対処法を家族に伝える

② 療養上の世話ができる

- ・一般的なケアや処置を行う
- ・本人の生活環境を尊重する
- ・安全な住環境を整備する

③ 介護者へのケアができる

- ・家族との会話を大事にし、介護負担がかかっているか注意する
- ・不要な治療について多職種で共有し利用者・家族に対し説明する
- ・点滴を行う際は、家族に点滴に過度の期待や負担がないように関わる
- ・利用者が家族と心地よい時間を過ごせるように一緒に考える
- ・利用者・家族の病状の認識や最期の希望場所の確認をする
- ・利用者・家族にいっぱい話してもらう
- ・家族を観察者・ケア提供者としてとらえる
- ・家族が最期に立ち会えるよう予後予測をして伝える
- ・家族のやりきったを支える
- ・ゆれうごく気持ちに寄り添って在宅看取りを可能にする

④ 意思決定支援ができる

- ・ 時期を見極めて、在宅看取りの話し合いを実施する
- ・ 利用者の気持ちを否定しないようにサービスの導入時期を見極める
- ・ 生活過程を尊重し無理強いせずに関わる
- ・ 利用者や家族に信頼してもらう

⑤ 在宅ケアチームでの連携ができる

- ・ 訪問看護ステーションのスタッフ間で認識を共有する
- ・ 利用者・家族と多職種の間に入りコーディネートする

⑥ 死亡後のケアができる

- ・ 家族の満足感を引き出すような死後のケア
- ・ お焼香を通してグリーフケアを行う

(2) 【初めて受け持つ看取り利用者を注意深く選定する】

指導者は、利用者の選定を行う際に《在宅ケアチームの条件》《利用者の条件》《入職してから在宅看取り実践までのプロセス》を踏まえながら注意深く選定していた。しかし、《利用者を選定する限界》もあった。以下はその内容である。

① 在宅ケアチームの条件

- ・ チームが顔なじみで連携しやすい

② 利用者の条件

- ・ 利用者の性格、在宅看取りの意思がある
- ・ 病状が安定している、療養環境が整っている
- ・ 利用者・家族自身が看取りをしやすい要素（利用者の性格、在宅看取りの意思がある、病状が安定している、療養環境が整っている）をもっている
- ・ 教育の一環として学習内容（がんの進行具合）などが合致した為、選定した

③ 入職してから在宅看取り実践までのプロセス

- ・ 新人の利用者を受け持つ能力が基準に達していた
- ・ 初めて在宅看取りをする目安となる一定期間が経過した
- ・ 他のスタッフとの受け持ち人数の兼ね合いで必然的に受け持った
- ・ (新人看護師) 本人の希望があった

④ 利用者を選定する限界

- ・ 偶発的に利用者として組み入れられた

(3) 【新人が在宅看取りを実践しやすいようなサポート体制づくり】

指導者は、新人看護師が在宅看取りを実践するために、《看取りを受け持つ心構えを伝え(る)》、《抱え込まないように、周囲のスタッフを巻き込(む)》みながら《実際のイメージをつけるように具体的に教え、確認(する)》していた。さらに、在宅ケアチームの《連携先との関係をつな(ぐ)》ぎ、新人看護師が初めての連携も行いやすいように調整していた。また、《次につながるようにフィードバックの機会を持(つ)》ち、《今後起こりうることを予測し、こまめに方針を

確認》していた。そして、《新人看護師に応じた支援方法の工夫》として、レディネスに応じた支援方法を検討し訪問看護事業所のサポート体制づくりを同時に行っていた。以下はその内容である。

- ① 看取りを受け持つ心構えを伝える
 - ・対象者・家族の生活に1人の人間として耳を傾けるよう看取り期の利用者を受け持つ心構えを伝える
 - ・看取りをする上で大事なことを伝える（直観、利用者の希望をかなえる、利用者家族の気持ちのゆれ）
 - ・看護師としての心の保ち方を伝える
- ② 抱え込まないように、周囲のスタッフを巻き込む
 - ・いつでも他のスタッフに相談をしていいこと、新人が1人で決める必要がないことを伝える
 - ・新人の様子を確認しながら徐々に新人がメインで受け持てるように利用者に関われるように仕向ける
 - ・新人が初めて行うケアを一緒に確認する
 - ・他のスタッフにも新人の関わりをみてもらう
- ③ 実際のイメージがつくよう具体的に教え、確認する
 - ・見学や同行訪問を重ねて手技や声掛けの手本を見せる
 - ・利用者との関係をうまく築けるようにポイントを伝える
 - ・利用者・家族に不安を与えないケアの方法を伝える
 - ・利用者・家族の状況を詳細に把握して、実際に対応する際のシミュレーションをする
- ④ 連携先との関係をつなぐ
 - ・医師への連絡方法でので気を付ける点を伝える
 - ・多職種との連携がスムーズに行えるように声掛けする
- ⑤ 次につながるようにフィードバックの機会を持つ（短期的・中期的）
 - ・同行訪問後に振り返りをして指導者の実践の意図や新人の改善点を伝える
 - ・看取り後に振り返りを行う
- ⑥ 今後起こりうることを予測し、こまめに方針を確認
 - ・今後起こりうる症状の予測を伝えてスムーズに対応できるように助言する
 - ・緊急連絡時の対応方法を確認する
 - ・病院の方法を在宅の方法へ変換する
- ⑦ 新人看護師に応じた支援方法の工夫
 - ・新人看護師がどのようなレディネスなのか理解し、把握してから支援方法を検討する

（４）【指導者がみた新人看護師】

指導者は、病院と異なる環境で初めて在宅看取りを行う《指導者から見た新人看護師が感じている困難さ》を把握し、《在宅看取りを通しての指導者が感じた新人看護師の成長》を感じながら指導をしていた。以下はその内容である。

- ① 指導者から見た新人看護師が感じている困難さ

- ・病院とは違って利用者家族が決定権をもっている事に戸惑う
- ・答えるのが難しい利用者・家族の質問に戸惑う
- ・病院と違って（血液データや胸部写真など観ずに）観察し利用者の状態をアセスメントする事に戸惑う
- ・医師への伝え方が難しい
- ・病院で行っていた治療やケアを行わないときに不完全燃焼を感じる

② 在宅看取りを通しての指導者が感じた新人看護師の成長

指導者は、在宅看取りを通して新人看護師の成長を感じながら指導を行っていた。以下はその内容である。

- ・在宅看取りを初めて体験し、自信がついた様子だった
- ・自分の能力や気持ちに気づけるようになった
- ・医師への報告の仕方が上手になった
- ・利用者・家族に対するコミュニケーション能力が成長した
- ・看取りに積極的になった姿をみた
- ・利用者・家族の見方への変化があった
- ・在宅看取り技術が向上した

（５）【地域・文化の看取り体制を視野に入れながらの指導と限界の把握】

在宅看取りを地域で実践するために、指導者は地域の現状や文化を視野に入れながら実践していた。《地域への配慮》を行い《在宅看取りの文化がある》地域や《在宅看取りが難しい》地域を把握し在宅看取りの限界があることも把握していた。以下はその内容である。

① 地域への配慮

- ・方言を尊重した関わり
家族によっては方言を使うようにしている
- ・近隣住民に配慮した在宅看取り
在宅看取りを近隣に知られたくない場合は、訪問看護ステーションのロゴのない車を使用するなど配慮した
- ・宗教を考慮する
宗派によってはグリーンケアを配慮する

② 在宅看取りに肯定的な文化

- ・在宅看取りの文化がある
ここ10年、20年ぐらいは、やっぱり自宅のほうに戻ってきている
施設が空いていないので、少しずつ在宅看取りが増えている
インテリジェンスが高く人生会議やACPの言葉をよく知っており、在宅看取り率が高い
看取りをすると近所で口伝えで紹介を受けることもある
緩和ケアの病棟を持っている病院もあり、地域で在宅診療中心・専門にしているところもある
特別養護老人ホームがあるが看取りのために入るのはあまりなく、介護が辛くなった場合は隣の島の病院にお願いをする

島では在宅看取りが多く看取り率が高い

- ・在宅看取りに向けた地域教育がある
地域で年に一回一般の人向けの在宅看取りに関する講演会がある
市民フォーラムで在宅看取りのことを取り上げたりもする

③ 在宅看取りが難しい

- ・在宅看取りに否定的な医療者
利用者が自宅での看取りを希望していても、医師のほうで「大変だから施設に入れたほうがいい」と言う
- ・在宅看取りに否定的な家族
ぎりぎりまで家で見て、最期に在宅で家族が死ぬことを許されない家庭もある
- ・在宅看取りの文化がない地域がある
看取りの風土はない

4) 利用者が最期まで自宅で過ごせるために必要な制度

この項目は在宅看取りを推進するために、現在制度上にはないが、指導者が必要だと感じる要望の内容である。分析の結果、「報酬への要望」「介護保険サービス対象の拡大」「制度の利便性への配慮」「システムの改善」「機器への支援と開発」「既存制度の浸透」という5つ項目にした。以下はその内容である。

① 報酬への要望

- ・看取りにおける長時間訪問看護加算
- ・ターミナルの退院当日加算
- ・夜間加算として、深夜の訪問時の加算を増額
- ・創傷処置加算として、創傷処置や点滴などの処置に加算
- ・認定看護師、専門看護師、NP（ナースプラクティショナー）などが所属することに対する報酬
- ・遺族ケアの制度
在宅看取り後のグリーフケアを通して地域支援事業などで遺族をつなげる制度
- ・多職種連携会議加算
訪問看護の連携に関する加算
- ・電話対応に関する加算
- ・訪問看護の効果に関する報酬として、医療処置が減った時や、介護度が下がったことに対する報酬

② 介護保険サービス対象外の拡大、制度の利便性への配慮

- ・非がん・小児・AYA 世代（Adolescent&Young Adult（思春期・若年成人）15歳から39歳）の看取りに関する制度
非がんのターミナルは、医療保険の対象でないため、特別指示書で行っているが困っている。小児や介護保険対象外の39歳以下のサービスに困る
- ・ターミナル時における介護必要度の実際の状態と介護認定レベルの乖離

ターミナルだが、介護認定のレベルが低く認定されてしまい、急激に悪化した時困る

- ・介護保険サービス利用までの障壁の撤廃

ターミナルの際は意見書がなくても、ベッドが利用できる

- ・あいまいな制度による弊害

細胞診をしないと癌と指示書に記載してくれず、医療保険にならず困っている。

③ システムの改善

- ・多職種で生活を支える制度

訪問看護だけでは、支えきれない生活をうめるサービス

- ・看護・介護の連携が促進する制度

在宅でトラブルがあった時、看護と介護が連携して安心できるシステム

④ 機器への支援と開発

- ・簡易的に訪問看護へつながる機器

電話しなくてもつながるナースコールのようなもの、独居でも1人にしない機器

- ・利用者の映像配信ができる機器

見守りができるモニター。独居で転倒していて、朝までわからなかったことがあった。

- ・客観的情報が訪問看護ステーションへ配信される機器

呼吸と心拍がネットでステーションに飛んでくる機器

利用者の状態変化や求めに応じて自動的に連絡したり、バイタルサインを転送するロボット

⑤ 既存制度の浸透

- ・衛生材料を医師が出さなければいけないのに、出してもらえないことが多い

第2節 まとめと考察

1. 概要

在宅看取りを推進するためには、新人看護師への研修を実施すると同時に訪問看護ステーションのサポートづくり、さらに地域文化へ在宅看取りを広める教育が必要であった。

指導者は、【指導者がイメージする訪問看護師の目指す姿にそって指導】していた。その上で、【初めて受け持つ看取りの利用者を注意深く選定（する）】し、看取りを経験する適切な時期を判断しながら、《指導者から見た新人看護師が感じている困難さ》をスタッフで共有していた。その上で、指導の際は【新人が在宅看取りを実践しやすいようなサポート体制づくり】を行い、新人看護師が在宅看取りを、今後も継続しやりがいを感じられるように指導していた。さらに、やりがいを感じている姿を《在宅看取りを通しての指導者が感じた新人看護師の成長》を感じていた。同時に【地域・文化の看取り体制を視野に入れながらの指導と限界の把握】をしていた。

2. 訪問看護師向け在宅看取り研修プログラムに取り入れる教育内容

今回のヒアリング調査から得られた教育内容は、6カテゴリーにわかれ、《症状マネジメントができる》、《療養上の世話ができる》、《介護者へのケアができる》、《意思決定支援ができる》、《在宅ケアチームでの連携ができる》、《死亡後のケアができる》であった。

3. 在宅看取りを推進するための方策

1) 訪問看護ステーションのサポート体制づくり

在宅看取りを推進するためには、在宅看取りを初めて実施する新人看護師の研修を行うだけでなく、訪問看護ステーションのサポート体制づくりが重要であった。

指導者は、新人看護師が、初めて受け持つ看取り利用者を選定し、看取りを経験する適切な時期の判断を行いながら、病院などと異なる環境での看取りに際して起こりうる困難さを把握しながら指導を行っていた。

また、看取りを受け持つ際の心構えを伝え、抱え込まないように、周囲のスタッフを巻き込み、実際のイメージをつけるよう具体的に教え確認していた。

さらに在宅ケアチームとの連携先との関係をつなぎながら、利用者へのケアに集中できる環境づくりも行っていた。三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2018)でも在宅看取りの実施の際は、質の高い看取りに向けて在宅ケアチームとの情報共有が示されており、新人看護師教育では、具体的な連携方法に関しての指導が重要と示された。

さらに、次につながるようにフィードバックの機会を短期的・中期的にもち、今後利用者が起こりうることを予測し、こまめに方針の確認を行い、新人看護師がどのようなレディネスなのか理解し、把握してから支援方法を検討していた。

今回の調査では、新人看護師教育に対して、マニュアルなどを活用して実施しているステーションはなく、指導者の経験に基づき実践されていた。今後はサポート体制づくりも併せて整えていくことの重要性が示唆された。

2) 地域・文化の特性を視野にいれた在宅看取りの推進

今回の調査で、在宅看取りが推進されていない地域があった。さらに、医療者や家族が在宅看取りに向けて否定的な地域もあった。訪問看護認定看護師の活動に関する調査（平野ら, 2019）では、訪問看護認定看護師は、地域住民に向けて在宅医療・介護連携の促進を図る活動を行っており、訪問看護認定看護師などが、在宅看取りが可能であることを市民講座などを通して実施していく必要があり、同時に病院などの医師や看護師などへの普及啓発も重要であると示唆された。

3) 報酬上の課題

報酬上の課題に関しては、5章で考察する。

第4章 在宅看取りに関わる研修内容に関する調査 (グループインタビュー)

第1節 概要

1. 目的

当財団では、日本財団の助成を受け2013年より在宅看取りに関する研修会を開催し、2021年で約600名の修了者を予定している。そこで、当財団が実施する「質の高い在宅看取り実践のためのELNEC-J（日本訪問看護財団主催）」の研修（以下、看取り研修）を評価し、新たに開発する「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム（案）」の内容を具体化することを目的に本調査を実施した。さらに、訪問看護において在宅看取りを支えるために必要な報酬上の基礎資料を作成することを目的とした。

2. 方法

1) 調査対象

本財団主催の看取り研修の講師またはファシリテーターを経験したことがある者12名のうち、調査協力の得られた7名を対象とした。講師は日本緩和医療学会主催ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラムを修了した者である。ファシリテーターは、在宅看取り研修の講師などを経験した者である。

2) 調査方法

4人と3人の2グループにわけ、グループインタビューをオンライン（Zoom ミーティング）で実施した。

調査時間は、1時間から1時間30分程度、2時間を超えないよう配慮した。ヒアリングの内容は、対象者の同意を得て、Zoomの録画機能（レコーディング）で録音し、パソコン上に保存した。対象者のすべてが録画機能を使用することに同意した。録音された内容は、プライバシーマークの付与認定を受けている会社に発注し逐語録を作成した。

グループインタビューでは、インタビューガイドを用いて、看取り研修の講義をする際に、日本緩和医療学会が付与する講義資料に追加した内容とその理由を尋ねた。さらに、在宅看取り研修において「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム（案）」以外に取り入れた方がよい内容に関する意見を求めた。最後に、診療報酬・介護報酬に関する内容をインタビューした。

3) データの分析方法

インタビュー内容は逐語録で文字起こしした。インタビュー内容を教育内容への追加項目、演習方法への課題などに分けて、詳細に記述した。

4) 調査実施期間

2020年12月～2021年1月

5) 倫理的配慮

調査実施にあたり、日本訪問看護財団研究倫理委員会の審査を受け承認を得た（No2020-01）。対象者には調査目的、プライバシーは遵守されること、調査への協力は任意であること、調査協力の不参加に関して不利益を被ることがないことなどを書面で説明し、署名にて同意を得た。本研究に関わる者は、日本学術振興会「研究倫理 e ラーニングコース」または それを代替するコースを受講した後にデータ収集に着手した。

なお、新型コロナウイルス感染防止対策として、オンラインでの調査とした。調査場所は日本訪問看護財団と対象者の所在地とし、インタビュアーである日本訪問看護財団は、個室を確保し対象者の声が他者に聞こえない環境を確保して実施した。

3. 結果

1) 対象者の基礎情報

インタビュー対象者の背景を図表 4-1 に示す。対象者の所属先は、訪問看護ステーション 4 名、特別養護老人ホーム 1 名、病院 1 名で、在宅看取り研修の講師またはファシリテーターを経験したことのある 7 名であった。年齢は 40 代から 50 代であった。管理者・所長が 5 名、看護師長 1 名、看護教育責任者 1 名であった。

看護経験年数は平均 25.6 年で、経歴の中で訪問看護師の経験のある者は 5 名で訪問看護経験年数 5 年から 20 年であった。延べ人数で、訪問看護認定看護師が 2 名、がん性疼痛認定看護師 3 名、緩和ケア認定看護師 2 名であった。ELNEC-J 講師経験者は 6 名、ファシリテーターは 1 名であった。

図表 4-1 グループインタビューの対象者の属性

ID	属性	年齢	性別	役職・職位	看護経験	訪問看護経験	認定看護師	ELNEC-J 講師の経験年数
1	ステーション	40	女	管理者	23	5	がん性疼痛認定看護師	2
2	ステーション	50	女	管理者	20	18	訪問看護認定看護師	2
3	診療所	40	女	主任	25	15	訪問看護認定看護師	3
4	ステーション	50	女	管理者	29	7	がん看護専門看護師 緩和ケア認定看護師	10
5	ステーション	50	男	所長	31	8	がん性疼痛認定看護師	4
6	病院	40	女	看護師長	19	なし	緩和ケア認定看護師	約10
7	特別養護老人ホーム	40	女	看護教育責任者	28	なし (特養 7ヶ月)		なし ファシリテーターのみ1年

2) 本研修で使用了たテキスト資料について

ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイド（日本緩和医療学会）に追加・修正した内容については、全対象者が特になかった。その理由としては、日本緩和医療学会で提供しているパッケージで十分対応できる内容であったとしている。

3) 本財団が主催する在宅看取り研修に取り入れるべき内容に関して

看取り研修の講師やファシリテーターの経験をもとに、「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム（案）」に追加する内容に関して意見を求めた。

(1) 教育内容に取り入れるべき内容

「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム（案）」に追加し、教育内容に取り入れるべき内容として、「症状マネジメント」「食事の援助に関して」「看取りの短さに着目するケア」「緊急時の対応」「エンゼルケアについて」「在宅ケアチームの連携」「家族・介護者へのケア」「生きる力を引き出すケア」の8項目が得られた。それぞれに、具体的な実践方法が抽出された。

① 症状マネジメント

- ・当財団主催の研修は2日間で実施しているため、2日間の学びでは時間が足りないので内容の追加が必要
- ・慢性疼痛へのケア、癌性疼痛だけのケアでは足りない

② 食事の援助に関して

- ・（乳児には）お食い初めがあるように、看取り期はお食い締めがあり、家族や介護者への指導がある
- ・最期まで食べたいものを食べてもらうための口腔ケアが重要

③ 看取り期の短さに着目するケア

- ・最近の在宅看取りは24時間なかったり、2から3日だったり、期間が短い場合がある、その時の看取りケアが重要になってくる

④ 緊急時の対応

- ・在宅では緊急時のナースコールがないので、夜間や緊急時の具体的対応を教える必要がある
- ・緊急時に救急車を呼んでほしい時の利用者・家族への関わり方
- ・死亡後に警察を呼ばなくてもいい、検死をしなくてもいい方法を教える

⑤ エンゼルケアについて

- ・在宅では訪問看護師だけでなく葬儀屋もエンゼルケアをするので、事前確認のための教育内容が必要
- ・死亡後の葬儀までの流れ
- ・生活保護や、一人暮らしの人もいるので対象者別の死亡後の準備が必要

⑥ 在宅ケアチームの連携

- ・デイサービスやショートステイとの在宅看取りの連携方法
- ・訪問介護員の麻薬に関する連携方法
- ・最期、どのように迎えるか共通認識する連携方法

- ・みんなが最善を考えた結果は、それが正解だということを許容する文化
- ・社会資源をどのように活用するか、具体的な答えのない世界観を在宅ケアチームで最善を考えるチームづくり

⑦ 家族・介護者へのケア

- ・ケアに家族・介護者を巻き込む方法

⑧ 生きる力を引き出すケア

- ・死に逝くその瞬間まで、もてる力を引き出すケア

(2) 演習のグループ分けでの工夫点

- ・在宅看取りの経験者と経験していない人では、演習での語りが異なってくるのでプログラムを実践する際は、対象者の見極めが重要になってくる
- ・演習に主体的に関わりたい人とロールプレイをしたくない人など、受講者の選定が大事
- ・結論より過程を大事にするグループワークが望ましい
- ・ファシリテーターの役割として、経験者が話しすぎることもあるので、調整が必要

4) 報酬・制度についての要望

(1) 報酬への要望

① 医療保険での退院日の報酬

- ・退院当日の訪問は持ち出しになる
- ・退院当日の訪問はどの疾患も大事
- ・退院支援加算は当日が大事

② 外来通院への付き添いへの報酬

- ・抗がん剤治療では、外来に同行し、医師の説明と一緒に聞き考えることが大切

③ 長時間訪問

- ・点滴などの際の長時間訪問は週1回では足りない

④ 週1回以上の複数名訪問看護加算の緩和

- ・ターミナルでは体位変換等が全身浮腫で難しいため、週1回では少ない
- ・スタッフが1人で行くのはストレスを感じることがあるので複数名で行ける機会を増やす

⑤ 非がん、老衰による訪問を医療保険で頻回訪問

- ・非がんで老衰や肝性脳症などでせん妄が出た時、介護保険での訪問は難しい

(2) 介護保険サービス対象の拡大、制度の利便性への配慮

① 介護保険対象外の在宅看取りへの支援として、福祉用具・訪問入浴を利用できるようにしてほしい

- ・若いがん利用者に対するベッドやエアーマットのレンタル
- ・若いがん利用者も最期にお風呂に入れてあげたい

② 介護用ベッドの申請書類の免除とポータブルトイレの貸与への変更

- ・在宅看取りが希望のターミナルの場合、要支援1、2で必要な医師の指示書の記入の免除

- ・ポータブルトイレはターミナルの場合でも必要だが数回しか使用せず終わるためレンタルにしてほしい

(3) 在宅医療を推進するための、特定行為に係る看護師の研修制度について

施設や訪問看護ステーションの看護師も受講しやすいような体制づくりを希望していた。特に実習へのハードルが高いことがあげられた。

4. まとめと考察

1) 教育プログラムへ求められる内容

教育プログラム（案）に加える内容は、「症状マネジメント：慢性疼痛へのケア」「食事への援助：お食い締め、最期まで食べたいものを食べてもらうための口腔ケア」「看取り期の短さに着目するケア：24時間、2から3日での看取りケア」「緊急時の対応：緊急時のナースコールがない中での夜間や緊急時の具体的対応、緊急時に救急車を呼んでほしい時の関わり方」「エンゼルケア：葬儀屋もエンゼルケア実施することでの事前確認、死亡後の葬儀までの流れ、生活保護・独居等の対象者別の死亡後の準備、検死をしなくてもいい方法」であった。

さらに、「在宅ケアチームの連携：デイサービスやショートステイ、訪問介護員への麻薬に関する連携、チーム全体での最期どのように迎えるかの共通認識、みんなが最善を考えた結果は、それが正解だということを許容する文化、具体的な答えのない世界観を在宅ケアチームで最善を考えるチームづくり」があった。

また「家族・介護者への指導：ケアに家族・介護者を巻き込む方法」があった。在宅において「生きる力を引き出すケア：死に逝くその瞬間まで、持てる力を引き出すケア」が示されていた。

2) 演習のグループ分けのポイント

演習のグループ分けが重要になり、在宅看取りの経験者と経験していない人では、演習での語りが異なってくるのでプログラムを実践する際は、対象者の見極めが重要になり、演習に主体的に関わりたい人とロールプレイをしたくない人など、受講者の選定が大事だと示された。新幡ら（2005）が開発したプログラムでも受講者のレディネスとして、基本的な学習の前提条件をもうけており受講生の選定についての今後検討を行う必要が示された。

3) 報酬上の課題

報酬上の課題は、まとめて第5章で考察をする。

第5章 全体のまとめ

1. 概要

調査結果を受けて、「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム骨子（案）」を作成した。次年度以降は、今後作成した「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム骨子（案）」を活用した研修を実施し、その効果検証を行っていく。さらに在宅看取りに関する全国の実態把握を受け、2022年診療報酬改定要望書の基礎資料とする。

2. 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム骨子（案）

文献検討と今回の調査から骨子（案）を作成した（図表5-1）。この骨子（案）から次年度は、教育目標・教育内容を精選し、学習方法を検討したシラバスを作成する。その結果を受け、講義用資料を同時に制作していく。その後、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムを活用した研修を実施し、実施後の評価を行っていく。

3. 報酬や制度に関する要望

1) 報酬への要望

- ・看取りにおける長時間訪問看護加算
- ・外来通院への付き添いへの報酬
- ・ターミナルの退院当日加算
- ・長時間訪問看護・複数名訪問看護加算の緩和
- ・夜間加算として、深夜の訪問時の加算を増額
- ・創傷処置加算として、創傷処置や点滴などの処置に加算
- ・認定看護師、専門看護師、NP（ナースプラクティショナー）などが所属することに対する報酬
- ・遺族ケアの制度
- ・在宅看取り後のグリーフケアを通して地域支援事業などで遺族をつなげる制度
- ・多職種連携会議加算
- ・訪問看護が連携を行っても加算がないので、連携に関する加算
- ・電話対応に関する加算
- ・成功報酬として、訪問看護の効果がみられ、医療処置が減った時や介護度が下がった際を評価した報酬

2) 介護保険サービス対象の拡大、制度の利便性への配慮

- ・介護保険対象外の小児・AYA世代の在宅看取りへの支援としての福祉用具・訪問入浴の利用
- ・介護用ベッドの申請書類の免除とポータブルトイレの貸与への変更
- ・ターミナル時における介護必要度の実際の状態と介護認定レベルの乖離の是正
- ・ターミナル時は意見書不要のベッドレンタル

3) 既存制度の浸透

衛生材料を医師が支給することへの病院・診療所への教育

4) 特定行為に係る看護師の研修制度を訪問看護師も受けやすいような体制づくり

2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくため今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、特定行為研修の目的とされている。しかし、現状の特定行為研修の仕組みでは、病院などでの実習施設を母体に持たない訪問看護ステーションでは、実習施設の確保が難しいなど、特定行為研修の受講を希望していても、受講するための制限が多いことがわかった。今後は、実際特定行為研修を受講した訪問看護師や受講したい訪問看護師の受講への困難な要因などを調査する必要があると示された。

(厚生労働省 特定行為に係る看護師の研修制度. Retrieved from

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html> (検索 : 2021年3月31日))

4. 在宅看取りを実施するための組織・地域・文化づくり

在宅看取りを実践するためには、訪問看護ステーション自体が新人看護師を育てる仕組みが重要で、さらに、地域で在宅看取りが実践できるということを市民や医療従事者への普及啓発していくことが重要である。これを受けて市民講座や医療従事者への啓発活動を今後行うべく、次年度以降の事業で準備していく予定である。

5. 今後の課題

今後は、今年度の調査を通して作成した、「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム骨子(案)」をもとに、具体的な教育内容を作成し、研修を実施していく。また、ヒアリング調査で、訪問看護事業所の在宅看取りにおける組織づくり、地域での在宅看取りの普及啓発が在宅看取りを推進するために重要であると示唆された。そこで、今後は市民への普及活動を訪問看護認定看護師と協働して行っていく。

図表5-1. 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム骨子（案）

時間数	集合研修またはライブ配信（1日）+オンデマンド配信（15時間）（想定3日間）
受講対象者	訪問看護に従事する看護職で、在宅看取りの未経験者もしくは2年未満の者/管理者から推薦を受けた者
ねらい	ターミナルの療養者及びその家族の尊厳を守り、関係職種の役割や専門性を尊重し、共通のゴールを志向して、根拠に基づく在宅看取りケアを実践できる。
学習内容	1. 在宅看取りの概要 <ul style="list-style-type: none"> 1) 在宅看取りを取り巻く社会背景 人口動態/家族形態（家族介護者がいる、独居、老老介護）等 2) 在宅看取りを取り巻く保健医療福祉と法制度 介護保険制度 医療保険制度 等 3) 在宅看取りを行う療養場所（介護報酬・診療報酬に関わる） <ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・グループホーム ・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
	2. 在宅看取りを行う上で必要な生理学 人間が死に逝く過程の生理学的特徴
	3. 臨床推論
	4. 先進機器（最新の看護機器に関する知識）を活用したバイタルサイン等のアセスメント（電子聴診器、エコー、多機能スマートウォッチ（AI医療診断 体温計測 高精度心電図 心拍 血圧 血中酸素計測機器等）
	5. 在宅看取りに必要な療養者への支援 <ul style="list-style-type: none"> 1) ADL への支援 <ul style="list-style-type: none"> （1）食事 ・口腔ケア ・お食い締め （2）排泄 （3）移動 （4）保清 ・整容 ・清拭 ・入浴 ※保清には皮膚ケアや褥瘡予防を含む 2) 在宅看取りに必要な精神面への支援 不安・抑うつなど 3) 在宅看取りに必要なコミュニケーション技術 療養者の気持ちに寄り添うコミュニケーション 関係者間でのケアの方向性を一致させる技術 4) 在宅看取りに必要な症状観察とケア技術 呼吸状態の観察、聴診・正常異常の区別など 在宅ターミナル期の療養者にみられる身体症状と精神的变化 疼痛緩和 薬物療法・非薬物療法（緩和ケア・全人的痛み・がん治療） 麻薬の知識 症状緩和（嘔気・便秘・褥瘡・痰がらみ・呼吸苦・死前喘鳴・浮腫など）

	<p>5) 意思決定支援（ACP） 療養者への死の準備教育 人生会議</p> <p>6) 在宅看取りに必要な対象別看取りケア 高齢者 成人 小児</p> <p>7) 在宅看取りに必要な疾患別看取りケア (1) がん (2) 非がん 難病・脳血管疾患・心疾患・呼吸器系疾患・認知症・老衰等</p>
	<p>6. 在宅看取りに必要な家族への支援</p> <p>1) 意思決定支援（ACP） 家族の死別の準備支援</p> <p>2) 在宅看取りに必要な家族への技術支援</p> <p>3) 家族形態による在宅看取りケア 家族介護者がいる場合 独居/生活保護/老老介護</p>
	<p>7. 在宅看取りに必要な急変時の対応</p> <p>状態悪化時 救急車への対応 想定外の死への対応 検死にならない看取り</p>
	<p>8. 在宅看取りに必要な死亡確認と死後のケア</p> <p>1) 主治医による死亡確認</p> <p>2) 死後の処置と尊厳を守るケア</p> <p>3) 葬儀業者との連携</p>
	<p>9. 療養場所の違いによる看取りケア</p> <p>○訪問看護師がケアを提供する場所による特徴（留意点） 居住系施設との連携 デイサービスとの連携 ショートステイとの連携</p>
	<p>10. 在宅看取りに必要な多機関・多職種との連携</p> <p>1) 多機関との連携 ・病院 ・診療所 ・居宅介護支援事業所 ・訪問介護事業所 ・訪問入浴介護事業者 ・福祉用具貸与事業者／特定福祉用具販売事業者（エアマットの導入）等</p> <p>2) 多職種との連携 ・医師 ・訪問介護員 ・薬剤師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士 ・介護支援専門員 ・福祉用具専門相談員 等</p>
	<p>11. 在宅看取りにおける文化への配慮 地域性、親族、近隣、宗教関連</p>
	<p>12. 在宅看取りにおける倫理的課題</p>
	<p>13. 事業所内の連携</p> <p>・デスカンファレンス、マニュアル・リーフレット作成等 ・OPTIM（Outreach Palliative care Trial of regional Model）の活用など</p>

	14. 記録の書き方 在宅看取りに必須な記録の書き方
	15. 在宅看取りに必要な看護過程の展開

<参考文献>

- 新幡智子 (2005) . 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとその教育プログラム. 筑波大学博士 (看護科学) 学位論文. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/56662211.pdf> (検索 : 2021 年 3 月 31 日)
- 中央社会保険医療協議会 (2017) . 在宅医療 (その 4) について. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000186845.pdf> (検索 : 2021 年 3 月 31 日)
- 中央社会保険医療協議会 (2019) . 平成 30 年度診療報酬改定後の算定状況等について. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000547022.pdf> (検索 : 2021 年 3 月 31 日)
- 平野智子, 高橋洋子, 渡邊由美, 藤桂 (2019) . 訪問看護認定看護師への調査から見えてきたこと:どのような活動がなされ、何によって支えられているのか. *Community care*, 21 (10) , 64-69.
- 厚生労働省 (2008) . 第 1 回終末期医療のあり方に関する懇談会 資料 3 「終末期医療に関する調査」結果. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf> (検索 : 2021 年 3 月 31 日)
- 厚生労働省 (2014) . 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf (検索 : 2021 年 3 月 31 日)
- 厚生労働省 (2016) . 第 1 回 新たな医療の在り方を踏まえた 医師・看護師等の働き方ビジョン検討会 資料 4 我が国の医療の現状. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000138746.pdf> (検索 : 2021 年 3 月 31 日)
- 厚生労働省 (2017^{*1}) . 人口動態調査. Retrieved from https://www.data.go.jp/data/dataset/mhlw_20181127_0124 (検索 : 2021 年 3 月 31 日)
- 厚生労働省 (2017^{*2}) . 意見交換 資料-2 参考 1 【テーマ 1】 看取り 参考資料. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000156003.pdf> (検索 : 2021 年 3 月 31 日)
- 厚生労働省 (2019) . 平成 30 年介護サービス施設・事業所調査の概況. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service18/dl/kekka-gaiyou_2.pdf (検索 : 2021 年 3 月 31 日)
- 厚生労働省 (2020^{*1}) . 令和元年介護サービス施設・事業所調査の概況. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service19/dl/kekka-gaiyou_1.pdf (検索 : 2021 年 3 月 31 日)
- 厚生労働省 (2020^{*2}) . (4) 訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業 (結果概要) (案) . Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000635464.pdf> (検索 : 2021 年 3 月 31 日)
- 栗生愛弓, 山田和子, 森岡郁晴 (2017) . 訪問看護師ががんの療養者・家族に提供している在宅ターミナルケアの実施状況とその関連要因. *日本看護研究学会雑誌*, 40 (1) , 67-77.
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 (2018) . 平成 29 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 訪問看護における地域連携のあり方に関する調査研究事業報告書.
- 日本小児科学会倫理委員会 (2007) . 超重症心身障害児の医療的ケアの現状と問題点—全国 8 府県のア

ンケート調査— Retrieved from http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/071121_rinri.pdf (検索：2021年3月31日)

総務省統計局 (2019) . 統計からみた我が国の高齢者—「敬老の日」にちなんで—. Retrieved from <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1211.html> (検索：2021年3月31日)

全国訪問看護事業協会 (2008) . 平成19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分) 高齢者のターミナルケア・看取りの充実に関する調査研究事業報告書. Retrieved from <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/H19-3.pdf> (検索：2021年3月31日)

全国訪問看護事業協会 (2016) . 平成27年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業 医療ニーズの高い療養者の在宅生活を支援する訪問看護ステーションの在り方に関するシステム開発及び調査研究事業報告書. Retrieved from <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h27-1.pdf> (検索：2021年3月31日)

參考資料

目 次

参考資料1	アンケート調査依頼文書	P1
参考資料2	アンケート調査票(訪問看護ステーション)	P3
参考資料3	アンケート調査票(病院・診療所)	P11
参考資料4	ヒアリング調査 協力者募集チラシ	P19
参考資料5	ヒアリング調査 管理者向け依頼文書	P20
参考資料6	ヒアリング調査 管理者向け同意書	P22
参考資料7	ヒアリング調査 協力者向け依頼文書	P23
参考資料8	ヒアリング調査 協力者向け同意書	P25
参考資料9	ヒアリング調査 協力同意撤回書	P26
参考資料10	ヒアリング調査 フェイスシート	P27
参考資料11	ヒアリングガイド	P28
参考資料12	グループ・インタビュー調査 管理者向け依頼文書	P30
参考資料13	グループ・インタビュー調査 協力者向け依頼文書	P32
参考資料14	グループ・インタビュー調査 協力者向け同意書	P34
参考資料15	グループ・インタビュー調査 協力同意撤回書	P35
参考資料16	グループ・インタビュー調査 フェイスシート	P36
参考資料17	グループ・インタビューガイド	P37

日訪財発〇号
令和 2 年 9 月吉日

訪問看護事業所管理者
または医療機関の訪問看護部門の責任者
各位

(事業実施者) 公益財団法人日本訪問看護財団
理事長 清水嘉与子
(公印省略)

(研究代表者) 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻
高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野 教授 山本則子

令和 2 年度公益財団法人 日本財団助成事業
「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発」
に関するアンケート調査ご協力をお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、日本訪問看護財団の事業へのご支援を頂き、心より感謝申し上げます。

当財団では、本年度(公財)日本財団より標記補助金を受け、「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発に関する事業「本事業」と略す。)」を実施することになりました。

本事業では、療養者及びその家族の意思、地域のつながりや文化を尊重した看取りケアの普及を目指しております。訪問看護師は、医療と介護の両方を担う専門職として、在宅看取りケアの中心的な役割を果たしています。訪問看護師がケアを実施することにより、在宅看取りを推進できる可能性が示唆されている一方で、看護師の知識・技術不足から、十分な看取りケアが実施できていない事業所も少なくないことが報告されております。そこでこの度、本事業を計画いたしました。訪問看護に特化した在宅看取り教育プログラムを開発することで、統一した質の高い研修を実施することが可能となります。本事業は、2040年にピークを迎える超高齢多死社会に向けて、国民の看取りの場の確保及び、在宅看取りケアの質の向上に寄与できると考えます。

つきましては、調査票への記載にご協力頂きますようお願い申し上げます。なお、回答所要時間は、10～15分程度です。

本事業は以下の点に十分配慮したうえで実施します。

- ・本調査で得られたデータにより個人・事業所が特定されることはありません。
- ・本調査により得られたデータは、本事業の目的以外では使用いたしません。
- ・本調査により得られたデータは、鍵のかかる書棚に保管し、5年経過後に復元不可能な状態にして破棄いたします。
- ・本調査への参加は自由です。本調査に参加すること、または参加しないことによる不利益は一切ありません。

裏面へ

- ・ 答えたくない質問にはお答えいただかなくても構いません。
- ・ 調査票の返送をもって、調査への参加の同意とさせていただきます。なお、本調査は無記名で実施するため、アンケート回収後に同意を撤回されてもデータを除外することはできません。
- ・ 回答内容によって、不利益が生じることは一切ありません。
- ・ ご回答いただいた内容はすべて統計処理を行い、個別のデータは公表いたしません。
- ・ データ入力および分析の一部を調査研究会社に委託して行いますが、当該委託会社には、個人情報に関する安全管理義務を課しております。
- ・ 調査の結果は、報告書にまとめ、学会・論文等で公表する予定です。公表の際にも、上記同様に個人や事業所が特定されることはありません。
- ・ 報告書は本財団のホームページに公表し、皆様が全文をダウンロード出来るようにいたします (<https://www.jvnf.or.jp/>)。また、報告書をご希望の方は、下記担当者までお問い合わせさせていただきますようお願いいたします。
- ・ 研究の結果として知的財産権、ひいてはそれに基づく経済的利益が生じる可能性があります。この知的財産権の帰属は本財団または日本財団、あるいは他の共同研究者と協議の上決定され、データ提供者に帰属しません。

つきましては、ご多忙の折、誠に恐縮ではございますが、本事業の意義をご理解いただき回答用紙にご記入の上、返信用封筒に入れて**令和2年9月28日(月)までに**ご投函下さいますようお願いいたします。

なお、本事業についてご質問がございましたら、下記までお問い合わせください。本事業の趣旨をご理解の上、何卒ご協力下さいますようお願い申し上げます。

謹白

記

<同封資料>

1. 調査票 1通
2. 調査票返信用封筒 1枚 (切手の貼付、差出人名の記入はしないでください)

お問い合わせ先

【調査実施、記入方法等について】

公益財団法人 日本訪問看護財団 担当：菊地 濱谷 大橋 小沼 佐藤
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
TEL：03-5778-7001 (平日 9時～17時にお願ひします) FAX：03-5778-7009
メールアドレス：kenkyu2@jvnf.or.jp

【上記以外のご質問、ご意見等】

公益財団法人 日本訪問看護財団 担当：総務部 吉田
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
TEL：03-5778-7001 (平日 9時～17時にお願ひします) FAX：03-5778-7009

令和 2 年度 公益財団法人 日本財団助成事業
「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発」
(訪問看護ステーション票)

* 訪問看護ステーションの管理者の方がお答えください。

調査票記入に当たってのお願い

- 本調査は、全国の訪問看護師の在宅看取り教育プログラムに対するニーズを把握し、研修事業を検討する上で重要な資料となります。本調査の趣旨をご理解いただき、是非ともご協力をお願いします。
 - 各質問の注意書きを踏まえ、記入してください。
 - ご記入いただいた調査票及びヒアリング調査依頼票は、返信用封筒に入れて、**令和 2 年 9 月 28 日 (月) までに**投函ください。
 (切手は不要です。差出人名は記入しないでください。)
 - 本調査のデータを本研究の目的以外に使用することはありません。調査票の情報は厳重に管理し、個人が特定されることはありません。ただし、統計的な取りまとめ結果については、公表することがあります。
 - 記入方法等ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。
- 特に指定のない項目は令和 2 年 7 月 1 日現在で記入してください。
- 選択回答については、当てはまる数字に○印を記入してください。

お問い合わせ先

【調査実施、記入方法等について】

公益財団法人 日本訪問看護財団 担当：菊地 濱谷 大橋 小沼 佐藤
 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
 TEL：03-5778-7001 (平日 9 時～17 時にお願ひします) FAX：03-5778-7009
 メールアドレス：kenkyu2@jvnf.or.jp

I. 基本情報についてお聞きします

(1) 事業開始年月	西暦 年 月	(2) 都道府県名	() 都・道・府・県	
(3) 開設主体	1. 都道府県 2. 市区町村 3. 広域連合・一部事務組合 4. 日本赤十字社・社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 医師会 7. 看護協会 8. 社団・財団法人(医師会・看護協会以外) 9. 社会福祉協議会 10. 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 11. 農業協同組合及び連合会 12. 消費生活協同組合及び連合会 13. 営利法人(株式・合名・合資・有限会社) 14. 特定非営利活動法人(NPO) 15. その他			
(4) 加算等の届出	介護保険	緊急時訪問看護加算	1. あり	2. なし
		特別管理加算 (6月1か月間)	1. あり ↳ 500単位(件)	2. なし 250単位(件)
		看護体制強化加算	1. あり ↳ 1. 加算 I	2. なし 2. 加算 II
		サービス提供体制強化加算	1. あり	2. なし
		特別地域訪問看護加算	1. あり	2. なし
		中山間地域等小規模事業所	1. あり	2. なし
	医療保険	中山間地域等への訪問看護提供	1. あり	2. なし
		24時間対応体制加算	1. あり	2. なし
		特別管理加算 (6月1か月間)	1. あり ↳ 5,000円(件)	2. なし 2,500円(件)
		訪問看護管理療養費	1. 機能強化型訪問看護管理療養費 1 2. 機能強化型訪問看護管理療養費 2 3. 機能強化型訪問看護管理療養費 3 4. 訪問看護管理療養費(上記 1, 2, 3 以外)	
	精神科訪問看護基本療養費	1. あり	2. なし	
(5) 特別の関係にある保険医療機関等	1. あり (いずれかに○: 病院・診療所・介護老人保健施設) 2. なし			
(6) 在宅がん医療総合診療料 (令和元年度)	1. 連携あり→対象者()人 2. 連携なし			
(7) ターミナルケア加算または訪問看護ターミナルケア療養費の算定状況(令和元年度)	(介護保険) ターミナルケア加算 1. 算定あり()件 2. 算定なし	(医療保険) 訪問看護ターミナルケア療養費 1. 算定あり ↳ 訪問看護ターミナルケア療養費 1(件) ↳ 訪問看護ターミナルケア療養費 2(件) 2. 算定なし		
(8) 従事者数	常勤者		非常勤者	
	実人数	換算数	実人数	換算数
	1. 保健師・助産師・看護師	人	人	人
	2. 准看護師	人	人	人
	3. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	人	人	人
	4. 看護補助者	人	人	人
5. その他職員()	人	人	人	
(9) 夜間休日に緊急時対応できる訪問看護師数	人		人	

Ⅱ. 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムのニーズについてお聞きします

(1) 在宅看取りについて、該当する番号に1つ○をつけてください。

1. 積極的に実施している
2. 必要時には実施している
3. 実施したいができていない →※P6 (9) から回答してください。
4. 実施しておらず、今後も実施する予定はない →※P6 (9) から回答してください。

(2) 在宅看取りケアについて、貴事業所が実施しているカンファレンス全てに○をつけてください。(複数回答可)

1. 在宅ケアチームカンファレンス (多職種間)
2. 事業所内カンファレンス
3. 死亡後カンファレンス (在宅ケアチーム)
4. 死亡後カンファレンス (事業所内)
5. 実施していない
6. その他 ()

(3) 在宅療養者が死亡後、遺族へのケアをしていますか。貴事業所が実施しているもの全てに○をつけてください。(複数回答可)

1. 葬儀やお別れの会への参列
2. 自宅への訪問
3. 電話
4. 電子メール・FAX
5. 手紙やカードの送付
6. 遺族会の開催
7. 実施していない
8. その他

(4) 在宅看取りケアにおいて、看護師用マニュアルなどを使用していますか。当てはまるもの全てに○をつけてください。(複数回答可)

1. 使用していない
2. 医師が作成したものを使用している
3. 貴事業所が作成したものを使用している
4. 既存のものを使用している (具体的に:)
5. その他 ()

(5) 在宅看取りケアにおいて、保険医療機関と在宅の地域連携パスなどを使用していますか。当てはまるもの全てに○をつけてください。(複数回答可)

1. 使用していない
2. 医師が作成したものを使用している
3. 貴事業所が作成したものを使用している
4. 既存のものを使用している (具体的に:)
5. その他 ()

(6) 在宅看取りケアについて、訪問介護事業所と連携していますか。該当する番号に 1つ○をつけてください。

1. 積極的に連携している 2. 必要時には連携している 3. 連携したいができていない 4. その他 ()
--

(7) 貴事業所が在宅看取りケアの依頼に応じられないケースはありますか。

1. ある 2. ない

(8) (7) で「1. ある」と選択した方にお伺いします。

それはどのようなケースですか。当てはまるもの**全て**に○をつけてください。(複数回答可)

<p>疾患等について</p> <p>1. 認知症 2. がん 3. 非がん 4. 精神科 5. 小児</p> <p>症状について</p> <p>6. せん妄 7. 意識混濁 8. 疼痛コントロール不良</p> <p>意思決定について</p> <p>9. 在宅看取りを本人が望んでいない(家族のみが希望)</p> <p>10. 在宅看取りを家族が望んでいない(本人のみが希望)</p> <p>療養者側の環境について</p> <p>11. 独居 12. 老老介護 13. 往診医の不在 14. 医療処置が多い</p> <p>15. 全介助など介護量が多い 16. 訪問先が遠い</p> <p>事業所側の環境について</p> <p>17. 病院・診療所の方針で在宅看取りを実施していない</p> <p>18. スタッフが足りない(利用者が多く、依頼を受ける余裕がない)</p> <p>期間について</p> <p>19. 訪問の依頼から退院日までの日数が2日未満</p> <p>20. 訪問の依頼から退院日までの期間が2日以上1週間以内</p> <p>その他</p> <p>自由に記述してください。例：人工呼吸器、CV、モルヒネ持続皮下注</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>

※P4(1)で「3. 実施したいができていない」または「4. 実施しておらず、今後も実施する予定はない」を選択した方は、ここから回答してください。

(9) 貴事業所が在宅看取りを実施する上で困難と感じている項目に全てに○をつけてください(複数回答可)。

訪問看護体制について

1. 緊急時(夜間、休日)の訪問看護ができない
2. スタッフの人数が足りない
3. 採算が合わない
4. 精神疾患専門である
5. 小児看護専門である
6. 在宅看取りに関する内部研修がない
7. 在宅看取りに関する外部研修がない

スタッフについて

8. 在宅看取りの経験のあるスタッフがいらない
9. スタッフの在宅看取りに関する姿勢が消極的
10. スタッフの診療の補助技術に関する技術面の不足(麻薬の取り扱い、点滴など)
11. スタッフの療養上の世話に関する技術面の不足(全介助の療養者のケアや処置など)
12. スタッフが多職種連携に不慣れ

地域・文化について

13. 往診医・訪問診療医が少ない
14. 地域の在宅での看取りの希望が少ない(病院死を希望している人が多い)
15. 地域で緩和ケア病院(病棟)が充足している
16. 主治医の在宅看取りに関する姿勢が消極的
17. 多職種連携が少ない
18. 介護する人がいない
19. 急変等で入院が必要となった時頼める病院がない(バックベッドがない)

施設での看取りの場合(特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム等)について

20. 施設のスタッフや医師が看取りに消極的
21. 施設の在宅看取りの知識や技術が不足している
22. 看取りの経験が少ない

その他

()

(10) 初めて在宅看取りを実践する看護師に対して、特別な支援をしていますか。

1. 特にしていない
2. 同行訪問の頻度を増やす
3. 看取れるように訪問を調整する
4. 在宅看取りに関する研修を受けさせる
5. メンタルサポート
6. その他()

(11) 管理者としてスタッフに在宅看取りを教育する上で重視したい（重視している）内容について伺います。各項目 1～5 のいずれかに○をつけてください。また、外部教育が必要だと考える項目には、該当欄に○を記入してください。

		1 とても重視している	2 重視している	3 どちらともいえない	4 あまり重視していない	5 まったく重視していない	外部教育が必要に○
1. 在宅看取りケアにおける基礎的知識							
①	ターミナルに関連深い用語 (ホスピスケア等の種類・定義)	1	2	3	4	5	
②	在宅ターミナル期の療養者に関する身体症状 (死前喘鳴等の種類・特徴)	1	2	3	4	5	
③	在宅ターミナル期の療養者に見られる精神的変化 (抑うつ・不眠等の種類・特徴)	1	2	3	4	5	
④	在宅のがん(非がん)療養者におこなわれている治療法(種類・特徴)	1	2	3	4	5	
⑤	療養者・家族の人権擁護・生命倫理に関連する用語 (尊厳死・安楽死等の種類・内容)	1	2	3	4	5	
⑥	在宅看取りに関連が深い法律 (医師法・戸籍法・臓器移植法等の種類と内容)	1	2	3	4	5	
⑦	在宅看取りケアに関連する関係機関・職種 (緩和ケア病棟・医師等の専門分野と特徴)	1	2	3	4	5	
⑧	在宅看取りケアにおける関係機関・職種との連携 (目的・機会・方法)	1	2	3	4	5	
2. 在宅看取りケアにおける訪問看護師の基本技術							
⑨	関係者間でケアの方向性を一致させるコミュニケーション技術	1	2	3	4	5	
⑩	療養者の気持ちに寄り添うコミュニケーション技術	1	2	3	4	5	
⑪	在宅看取りケアのリラクゼーション(種類・方法)	1	2	3	4	5	
⑫	在宅看取りケアの呼吸状態の観察・聴取・正常異常の区別(数・深さ・リズム・聴取部位等)	1	2	3	4	5	
⑬	在宅看取りケアのバイタルサインズの測定方法・留意点	1	2	3	4	5	

		1 とても重視している	2 重視している	3 どちらともいえない	4 あまり重視していない	5 まったく重視していない	外部教育が必要に○
⑭	在宅看取りケアの与薬 (種類・方法・作用経路・代謝経路)	1	2	3	4	5	
⑮	在宅看取りケアの麻薬の知識	1	2	3	4	5	
⑯	在宅看取りケアの CV ポートの知識	1	2	3	4	5	
⑰	在宅看取りケアの疾患についての知識	1	2	3	4	5	
⑱	在宅看取りケアの症状コントロールについての知識	1	2	3	4	5	
⑲	在宅看取りケアの補完・代替医療に関する知識 (漢方・アロマ等)	1	2	3	4	5	
⑳	在宅看取りケアのリンパ浮腫に対するドレナージの知識	1	2	3	4	5	
㉑	予後の予測	1	2	3	4	5	
㉒	死亡確認の技術 (対光反射など)	1	2	3	4	5	
3 その他							
㉓	臨床推論	1	2	3	4	5	
㉔	記録の書き方	1	2	3	4	5	
㉕	先進機器の活用 (例：電子聴診器、エコー、見守りセンサ、 ※多機能スマートウォッチ) 注※AI 医療診断、体温計測、高精度心電図、心拍血圧、 血中酸素計測等の機能が搭載されている多機能型時計。	1	2	3	4	5	

(12) 当財団が『訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム』研修を実施する場合、貴事業所の職員が参加しやすいパターンに 1つ ○をつけてください。

- | |
|-----------------------------------|
| 1. 集合研修またはライブ配信 1日+ オンデマンド配信 15時間 |
| 2. 集合研修またはライブ配信 2日+ オンデマンド配信 10時間 |
| 3. 集合研修またはライブ配信 3日+ オンデマンド配信 5時間 |
| 4. いずれも参加するつもりがない |
| 5. その他 () |

*ライブ配信：集合研修の代替として、インターネット上でリアルタイムに研修を受講すること。

*オンデマンド配信(eラーニング)：あらかじめ収録された動画を受講者の都合に合わせて視聴すること。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

令和 2 年度 公益財団法人 日本財団助成事業
「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発」
（病院・診療所票）

* 病院・診療所の訪問看護・指導を実施している部署の責任者（看護師）の方が
 教えてください。

調査票記入に当たってのお願い

- 本調査は、全国の訪問看護師の在宅看取り教育プログラムに対するニーズを把握し、研修事業を検討する上で重要な資料となります。本調査の趣旨をご理解いただき、是非ともご協力をお願いします。
 - 各質問の注意書きを踏まえ、記入してください。
 - ご記入いただいた調査票及びヒアリング調査依頼票は、返信用封筒に入れて、**令和 2 年 9 月 28 日（月）まで**に投函ください。
 （切手は不要です。差出人名は記入しないでください。）
 - 本調査のデータを本研究の目的以外に使用することはありません。調査票の情報は厳重に管理し、個人が特定されることはありません。ただし、統計的な取りまとめ結果については、公表することがあります。
 - 記入方法等ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。
- 特に指定のない項目は令和 2 年 7 月 1 日現在で記入してください。
- 選択回答については、当てはまる数字に○印を記入してください。

お問い合わせ先

【調査実施、記入方法等について】

公益財団法人 日本訪問看護財団 担当：菊地 濱谷 大橋 小沼 佐藤
 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
 TEL：03-5778-7001（平日 9 時～17 時にお願ひします） FAX：03-5778-7009
 メールアドレス：kenkyu2@jvnf.or.jp

I. 基本情報についてお聞きします

(1) 訪問看護・指導開始年月	西暦 年 月	(2) 都道府県名	() 都・道・府・県						
(3) 医療施設の種別	1. 病院 2. 診療所(クリニック)→ 1. 有床 2. 無床								
(4) 開設主体	1. 医療法人 4. 国・地方公共団体								
	2. 社会福祉法人 5. 公的・社会保険関係団体(*1) 3. 医師会 6. その他(*2)								
*1 公的・社会保険関係団体とは、日赤、厚生連、健保組合、共済組合、国保組合・連合会を示す。 *2 その他とは、財団法人、社団法人(医師会を除く)、生協などを示す。									
(5) 訪問看護・指導担当部署の位置づけ	1. 院内・診療所内の独立した部門である(*1)								
	2. 院内・診療所内の部門が(訪問看護を)兼務している(*2) 3. その他()								
*1 訪問看護部、訪問看護室、在宅医療部、在宅ケア科など *2 外来・相談室・病棟と兼務。訪問看護専門部署はないが、訪問看護を実施している。									
(6) 加算等の届出	介護保険	緊急時訪問看護加算	1. あり 2. なし						
		特別管理加算 (6月1か月間)	1. あり 2. なし ↳ 500単位() 250単位()						
		看護体制強化加算	1. あり 2. なし ↳ 1. 加算 I 2. 加算 II 3. 介護予防						
		サービス提供体制強化加算	1. あり 2. なし						
		特別地域訪問看護加算	1. あり 2. なし						
		中山間地域等小規模事業所	1. あり 2. なし						
		中山間地域等への訪問看護提供	1. あり 2. なし						
	医療保険	緊急訪問看護加算	1. あり 2. なし						
		在宅移行管理加算 (6月1か月間)	1. あり 2. なし ↳ 500点() 250点()						
(7) 精神科訪問看護の実施		1. あり 2. なし							
(8) 特別の関係にある訪問看護ステーション		1. あり 2. なし							
(9) 在宅がん医療総合診療料(令和元年度)		1. 算定あり 2. 算定なし ↳ 訪問看護ステーションとの連携()人							
(10) ターミナルケア加算の算定状況(令和元年度)	(介護保険) ターミナルケア加算	(医療保険) 在宅ターミナルケア加算							
	1. 算定あり()件 2. 算定なし	1. 算定あり ↳ 在宅ターミナルケア加算 2,500点()件 ↳ 在宅ターミナルケア加算 1,000点()件 2. 算定なし							
(11) 訪問看護・指導の担当従事者数	<table border="1"> <tr> <td>専任者</td> <td>兼務者</td> <td>兼務者の訪問看護に係る 1週間の総勤務時間</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>人</td> <td>時間</td> </tr> </table>			専任者	兼務者	兼務者の訪問看護に係る 1週間の総勤務時間	人	人	時間
	専任者	兼務者	兼務者の訪問看護に係る 1週間の総勤務時間						
人	人	時間							
(12) 夜間休日に緊急時対応できる訪問看護師数		()人							
(13) 看護師の24時間365日の緊急対応について	1. 実施している 2. 一部実施している 3. 実施していない								
	<p>「2. 一部実施している」を選択した方、当てはまるもの全てに○をつけてください。</p> <p>1. 外来診療日の日中 2. 外来診療日の夜間 3. 外来休診日の日中 4. 外来休診日の夜間 5. その他()</p>								

Ⅱ. 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムのニーズについてお聞きします

(1) 在宅看取りについて、該当する番号に1つ○をつけてください。

1. 積極的に実施している
2. 必要時には実施している
3. 実施したいができていない →※P6 (9) から回答してください。
4. 実施しておらず、今後も実施する予定はない →※P6 (9) から回答してください。

(2) 在宅看取りケアについて、貴施設が実施しているカンファレンス全てに○をつけてください。(複数回答可)

1. 在宅ケアチームカンファレンス (多職種間)
2. 施設内カンファレンス
3. 死亡後カンファレンス (在宅ケアチーム)
4. 死亡後カンファレンス (施設内)
5. 実施していない
6. その他 ()

(3) 在宅療養者が死亡後、遺族へのケアをしていますか。貴施設が実施しているもの全てに○をつけてください。(複数回答可)

1. 葬儀やお別れの会への参列
2. 自宅への訪問
3. 電話
4. 電子メール・FAX
5. 手紙やカードの送付
6. 遺族会の開催
7. 実施していない
8. その他

(4) 在宅看取りケアにおいて、看護師用マニュアルなどを使用していますか。当てはまるもの全てに○をつけてください。(複数回答可)

1. 使用していない
2. 医師が作成したものを使用している
3. 貴施設が作成したものを使用している
4. 既存のものを使用している (具体的に:)
5. その他 ()

(5) 在宅看取りケアにおいて、他の保険医療機関と地域連携パスなどを使用していますか。当てはまるもの全てに○をつけてください。(複数回答可)

1. 使用していない
2. 医師が作成したものを使用している
3. 貴施設が作成したものを使用している
4. 既存のものを使用している (具体的に:)
5. その他 ()

(6) 在宅看取りケアについて、訪問介護事業所と連携していますか。該当する番号に 1 つ〇をつけてください。

- | |
|--|
| 1. 積極的に連携している
2. 必要時には連携している
3. 連携したいができていない
4. その他 () |
|--|

(7) 貴施設が在宅看取りケアの依頼に応じられないケースはありますか。

- | |
|----------------------------------|
| 1. ある 2. ない |
|----------------------------------|

(8) (7) で「1. ある」と選択した方にお伺いします。

それはどのような場合ですか。当てはまるもの 全て に〇をつけてください。(複数回答可)

疾患等について

1. 認知症 2. がん 3. 非がん 4. 精神科 5. 小児

症状について

6. せん妄 7. 意識混濁 8. 疼痛コントロール不良

意思決定について

9. 在宅看取りを本人が望んでいない(家族のみが希望)
 10. 在宅看取りを家族が望んでいない(本人のみが希望)

療養者側の環境について

11. 独居 12. 老老介護 13. 往診医の不在 14. 医療処置が多い
 15. 全介助など介護量が多い 16. 訪問先が遠い

施設側の環境について

17. 病院・診療所の方針で在宅看取りを実施していない
 18. スタッフが足りない(利用者が多く、依頼を受ける余裕がない)

期間について

19. 訪問の依頼から退院日までの日数が2日未満
 20. 訪問の依頼から退院日までの期間が2日以上1週間以内

その他

自由に記述してください。例：人工呼吸器、CV、モルヒネ持続皮下注

()

※P4(1)で「3. 実施したいができていない」または「4. 実施しておらず、今後も実施する予定はない」を選択した方は、ここから回答してください。

(9) 貴施設が在宅看取りを実施する上で困難と感じている項目に**全てに○**をつけてください。(複数回答可)

訪問看護体制について

1. 緊急時（夜間、休日）の訪問看護ができない
2. スタッフの人数が足りない
3. 採算が合わない
4. 精神疾患専門である
5. 小児看護専門である
6. 在宅看取りに関する内部研修がない
7. 在宅看取りに関する外部研修がない

スタッフについて

8. 在宅看取りの経験のあるスタッフがいない
9. スタッフの在宅看取りに関する姿勢が消極的
10. スタッフの診療の補助技術に関する技術面の不足（麻薬の取り扱い、点滴など）
11. スタッフの療養上の世話に関する技術面の不足（全介助の療養者のケアや処置など）
12. スタッフが多職種連携に不慣れ

地域・文化について

13. 往診医・訪問診療医が少ない
14. 地域の在宅での看取りの希望が少ない（病院死を希望している人が多い）
15. 地域で緩和ケア病院（病棟）が充足している
16. 主治医の在宅看取りに関する姿勢が消極的
17. 多職種連携が少ない
18. 介護する人がいない
19. 急変等で入院が必要となった時頼める病院がない（バックベッドがない）

施設での看取りの場合（特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム等）について

20. 施設のスタッフや医師が看取りに消極的
21. 施設の在宅看取りの知識や技術が不足している
22. 看取りの経験が少ない

その他

()

(10) 初めて在宅看取りを実践する看護師に対して、特別な支援をしていますか。(複数回答可)

1. 特にしていない
2. 同行訪問の頻度を増やす
3. 看取れるように訪問を調整する
4. 在宅看取りに関する研修を受けさせる
5. メンタルサポート
6. その他 ()

(11) 管理者としてスタッフに在宅看取りを教育する上で重視したい（重視している）内容について伺います。各項目 1～5 のいずれかに○をつけてください。また、外部教育が必要だと考える項目には、該当欄に○を記入してください。

		1 とても重視している	2 重視している	3 どちらともいえない	4 あまり重視していない	5 まったく重視していない	外部教育が必要に○
1. 在宅看取りケアにおける基礎的知識							
①	ターミナルに関連深い用語 (ホスピスケア等の種類・定義)	1	2	3	4	5	
②	在宅ターミナル期の療養者に関する身体症状 (死前喘鳴等の種類・特徴)	1	2	3	4	5	
③	在宅ターミナル期の療養者に見られる精神的変化(抑うつ・不眠等の種類・特徴)	1	2	3	4	5	
④	在宅のがん(非がん)療養者におこなわれている治療法(種類・特徴)	1	2	3	4	5	
⑤	療養者・家族の人権擁護・生命倫理に関連する用語(尊厳死・安楽死等の種類・内容)	1	2	3	4	5	
⑥	在宅看取りに関連が深い法律 (医師法・戸籍法・臓器移植法等の種類と内容)	1	2	3	4	5	
⑦	在宅看取りケアに関連する関係機関・職種 (緩和ケア病棟・医師等の専門分野と特徴)	1	2	3	4	5	
⑧	在宅看取りケアにおける関係機関・職種との連携(目的・機会・方法)	1	2	3	4	5	
2. 在宅看取りケアにおける訪問看護師の基本技術							
⑨	関係者間でケアの方向性を一致させるコミュニケーション技術	1	2	3	4	5	
⑩	療養者の気持ちに寄り添うコミュニケーション技術	1	2	3	4	5	
⑪	在宅看取りケアのリラクゼーション(種類・方法)	1	2	3	4	5	
⑫	在宅看取りケアの呼吸状態の観察・聴取・正常異常の区別(数・深さ・リズム・聴取部位等)	1	2	3	4	5	
⑬	在宅看取りケアのバイタルサインズの測定方法・留意点	1	2	3	4	5	

		1 とても重視している	2 重視している	3 どちらともいえない	4 あまり重視していない	5 まったく重視していない	外部教育が必要に○
⑭	在宅看取りケアの与薬 (種類・方法・作用経路・代謝経路)	1	2	3	4	5	
⑮	在宅看取りケアの麻薬の知識	1	2	3	4	5	
⑯	在宅看取りケアの CV ポートの知識	1	2	3	4	5	
⑰	在宅看取りケアの疾患についての知識	1	2	3	4	5	
⑱	在宅看取りケアの症状コントロールについての知識	1	2	3	4	5	
⑲	在宅看取りケアの補完・代替医療に関する知識 (漢方・アロマ等)	1	2	3	4	5	
⑳	在宅看取りケアのリンパ浮腫に対するドレナージの知識	1	2	3	4	5	
㉑	予後の予測	1	2	3	4	5	
㉒	死亡確認の技術(対光反射など)	1	2	3	4	5	
3 その他							
㉓	臨床推論	1	2	3	4	5	
㉔	記録の書き方	1	2	3	4	5	
㉕	先進機器の活用 (例：電子聴診器、エコー、見守りセンサ、 ※多機能スマートウォッチ) 注※AI 医療診断、体温計測、高精度心電図、心拍血圧、 血中酸素計測等の機能が搭載されている多機能型時計。	1	2	3	4	5	

(12) 当財団が『訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム』研修を実施する場合、貴部署の職員が参加しやすいパターンに 1つ○をつけてください。

- | |
|---|
| 1. 集合研修またはライブ配信 1日+ オンデマンド配信 15時間
2. 集合研修またはライブ配信 2日+ オンデマンド配信 10時間
3. 集合研修またはライブ配信 3日+ オンデマンド配信 5時間
4. いずれも参加するつもりがない
5. その他 () |
|---|

*ライブ配信：集合研修の代替として、インターネット上でリアルタイムに研修を受講すること。

*オンデマンド配信(eラーニング)：あらかじめ収録された動画を受講者の都合に合わせて視聴すること。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発」

ヒアリング調査へのご協力をお願い

アンケート調査へのご協力ありがとうございました。
本事業では、今後ヒアリング調査を予定しております。

ヒアリング調査の対象者として
以下①～④全てに当てはまる方をご推薦いただきたく（自薦・他薦ともに可）、
ご協力の程よろしくお願いいたします。

- ① 在宅看取りケアの卓越者*
- ② 看護師経験 5 年以上
- ③ 訪問看護経験 2 年以上
- ④ 在宅での看取り経験 3 件以上

※卓越者とは、下記いずれかに当てはまる方です。

- ・指導的立場で看取りケアを実践している
- ・在宅看取りに関する研修の講師をした経験がある
- ・在宅看取りに関する学会発表や雑誌投稿の経験がある

<方法> 対面またはオンラインでのヒアリング調査

<時間> 60～90 分

下記いずれかに○をつけてください。

1. 推薦できる	2. 推薦できない
----------	-----------

「1. 推薦できる」方は、連絡先をご記入の上、同封ください。

ご氏名

ご所属

電話番号

ご住所

ご協力頂いた連絡先は、アンケート調査票と切り離し、ヒアリング調査を依頼する目的以外には使用しません。

日 訪 財 発 ○ 号 一〇〇

令 和 2 年 ○ 月 吉 日

訪問看護事業所管理者（医療機関の訪問看護部門の責任者） 各位

（事業実施者）公益財団法人日本訪問看護財団

理事長 清水嘉与子

（公印省略）

（研究代表者）東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻

高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野 教授 山本則子

令和2年度公益財団法人 日本財団助成事業

「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発」
に関するヒアリング調査ご協力のお願い(依頼書)

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、日本訪問看護財団の事業へのご支援を頂き、心より感謝申し上げます。

当財団では、本年度(公財)日本財団より標記補助金を受け、「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発に関する事業「本事業」と略す。）」を実施することになりました。

本事業では、療養者及びその家族の意思、地域のつながりや文化を尊重した看取りケアの普及を目指しております。訪問看護師は、医療と介護の両方を担う専門職として、在宅看取りケアの中心的な役割を果たしています。訪問看護師がケアを実施することにより、在宅看取りを推進できる可能性が示唆されている一方で、看護師の知識・技術不足から、十分な看取りケアが実施できていない事業所も少なくないことが報告されております。そこでこの度、本事業を計画いたしました。訪問看護に特化した在宅看取りプログラムを開発することで、統一した質の高い研修を実施することが可能となります。本事業は、2040年にピークを迎える超高齢多死社会に向けて、国民の看取りの場の確保及び、在宅看取りケアの質の向上に寄与できると考えます。

つきましては、ヒアリング調査へのご協力頂きますようお願い申し上げます。ヒアリング当日は調査対象者様に、看取りケアについて、ご自身の実践や教育プログラムに関するご意見を伺わせていただきたいと考えております。

ご多忙中大変恐縮ですが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。なお、ご協力を賜る場合には、以下の点につきまして十分留意させていただきます。

＜本事業実施における倫理的配慮＞

- ・本調査で得られたデータにより個人・事業所が特定されることはありません。
- ・本調査により得られたデータは、本事業の目的以外では使用いたしません。
- ・本調査への参加は自由です。本調査に参加すること、または参加しないことによる不利益は一切ありません。
- ・調査はご協力者様のご都合の良い日時及び方法にて実施いたします。
- ・答えたくない質問にはお答えいただかなくても構いません。それによって不利益を被ることはございません。

- ・お話しいただいた内容によって、不利益が生じることは一切ありません。
- ・ヒアリングの途中で、疲労や精神的な負担を感じた場合は、直ちにインタビューを中止いたします。その場合にも、不利益を被ることはありません。
- ・ヒアリングにご協力いただいた後でも、令和3年1月31日までにご連絡いただければ、研究協力への同意を取り消すことができます。その際には、該当するデータを分析対象から削除し、データを復元不可能な状態にして破棄いたします。
- ・ヒアリング内容をご承諾を得て録音または録画し、逐語録に加工いたしますが、その内容は研究者と業務委託会社の関係者以外は一切取り扱いません。
- ・逐語録の作成や分析などの業務を外部委託する場合には、契約時に個人情報の安全管理義務を課すことを契約書に明記いたします。
- ・ヒアリング内容は、個人名、ご所属先名などを全て記号化し、個人が特定できないデータとして転記いたします。転記したデータは、研究者のみが取り扱い、施錠等して外部に漏洩しないよう厳重に管理し、研究終了後には復元不可能な状態にして破棄いたします。
- ・調査の結果は、報告書にまとめ、学会・論文等で公表する予定です。公表の際にも、上記同様に個人や事業所が特定されることはありません。
- ・報告書は本財団のホームページに公表し、皆様が全文をダウンロード出来るようにいたします (<https://www.jvnf.or.jp/>)。また、報告書をご希望の方は、下記担当者までお問い合わせくださいませようお願いいたします。
- ・研究の結果として知的財産権、ひいてはそれに基づく経済的利益が生じる可能性があります。この知的財産権の帰属は本財団または日本財団、あるいは他の共同研究者と協議の上決定され、データ提供者に帰属しません。
- ・調査の謝礼として、Quo カード 3000 円分を進呈いたします。

<お願いしたいこと>

- ・調査対象となる方の本調査への参加は自由意思に基づくものであり、調査への参加、不参加に関わらず、貴機関において不利益を被らないようにご配慮いただきますようお願いいたします。

<同封書類>

- ・ヒアリング調査協力の同意書 2部

謹白

お問い合わせ先

【調査実施、記入方法等について】

公益財団法人 日本訪問看護財団 担当：菊地 濱谷 大橋 小沼 佐藤
 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
 TEL：03-5778-7001（平日 9 時～17 時にお願いします） FAX：03-5778-7009
 メールアドレス：kenkyu2@jvnf.or.jp

【上記以外のご質問、ご意見等】

公益財団法人 日本訪問看護財団 担当：総務部 吉田
 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
 TEL：03-5778-7001（平日 9 時～17 時にお願いします） FAX：03-5778-7009

ヒアリング調査協力同意書

私は、このたび日本訪問看護財団が、公益財団法人日本財団の助成を受け実施する「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発」事業について、別添の依頼書の内容について説明を受け、以下の点も含めて理解致しました。

当事業所の_____が研究に協力する事を同意いたします。

調査対象となる方の本調査への参加、不参加に関わらず、貴機関において不利益を被らないよう配慮すること。

対象者に対する倫理的配慮

令和 2 年 月 日

(事業実施者) 公益財団法人 日本訪問看護財団

理事長 清水 嘉与子 殿

(研究代表者) 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻

高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野

教授 山本 則子殿

所属団体名_____

職 位_____

氏 名_____ 印

日 訪 財 発 ○ 号 一〇〇

令 和 2 年 ○ 月 吉 日

調査ご協力者各位

(事業実施者) 公益財団法人日本訪問看護財団

理事長 清水嘉与子

(公 印 省 略)

(研究代表者) 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻

高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野 教授 山本則子

令和2年度公益財団法人 日本財団助成事業

「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発」
に関するヒアリング調査ご協力のお願い (依頼書)

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、日本訪問看護財団の事業へのご支援を頂き、心より感謝申し上げます。

当財団では、本年度(公財)日本財団より標記補助金を受け、「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発に関する事業「本事業」と略す。）」を実施することになりました。

本事業では、療養者及びその家族の意思、地域のつながりや文化を尊重した看取りケアの普及を目指しております。訪問看護師は、医療と介護の両方を担う専門職として、在宅看取りケアの中心的な役割を果たしています。訪問看護師がケアを実施することにより、在宅看取りを推進できる可能性が示唆されている一方で、看護師の知識・技術不足から、十分な看取りケアが実施できていない事業所も少なくないことが報告されております。そこでこの度、本事業を計画いたしました。訪問看護に特化した在宅看取り教育プログラムを開発することで、統一した質の高い研修を実施することが可能となります。本事業は、2040年にピークを迎える超高齢多死社会に向けて、国民の看取りの場の確保及び、在宅看取りケアの質の向上に寄与できると考えます。

つきましては、ヒアリング調査へのご協力頂きますようお願い申し上げます。ヒアリング当日は、看取りケアについて、ご自身の実践や教育プログラムに関するご意見を伺わせていただきたいと考えております。

ご多忙中大変恐縮ですが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。なお、ご協力を賜る場合には、以下の点につきまして十分留意させていただきます。

＜本事業実施における倫理的配慮＞

- ・本調査は、個人名、ご所属先名などを全て記号化し、個人が特定できないデータとして転記いたします。転記したデータは、研究者のみが取り扱い、施錠等して外部に漏洩しないよう厳重に管理し、研究終了後には復元不可能な状態にして破棄いたします。本調査により得られたデータは、本事業の目的以外では使用いたしません。
- ・本調査への参加は自由です。本調査に参加すること、または参加しないことによる不利益は一切ありません。
- ・調査はご協力者様のご都合の良い日時及び方法にて実施いたします。
- ・答えたくない質問にはお答えいただかなくても構いません。それによって不利益を被ることはござい

ません。

- ・お話しいただいた内容によって、不利益が生じることは一切ありません。
- ・ヒアリングの途中で、疲労や精神的な負担を感じた場合は、直ちにインタビューを中止いたします。その場合にも、不利益を被ることはございません。
- ・ヒアリングにご協力いただいた後でも、令和3年1月31日までにご連絡いただければ、研究協力への同意を取り消すことができます。その際には、該当するデータを分析対象から削除し、データを復元不可能な状態にして破棄いたします。
- ・ヒアリング内容はご承諾を得て録音または録画し、逐語録に加工いたしますが、その内容は研究者と業務委託会社の関係者以外は一切取り扱いません。
- ・逐語録の作成や分析などの業務を外委託する場合には、契約時に個人情報の安全管理義務を課すことを契約書に明記いたします。
- ・調査の結果は、報告書にまとめ、学会・論文等で公表する予定です。公表の際にも、上記同様に個人や事業所が特定されることはありません。
- ・報告書は本財団のホームページに公表し、皆様が全文をダウンロード出来るようにいたします (<https://www.jvnf.or.jp/>)。また、報告書をご希望の方は、下記担当者までお問い合わせください。よろしくお願いいたします。
- ・調査の謝礼として、Quo カード 3000 円分を進呈いたします。

<お願いしたいこと>

- ・ **事前にフェイスシートをご記入ください。**
- ・ **60分～90分程度**のヒアリング調査にご協力をお願いいたします。
- ・調査は基本的にオンラインで実施いたします。**Zoomが使用できる機器の準備**及び、**プライバシーが保たれる場所の確保**をお願いいたします。

なお、対面調査等を希望される場合は、別途ご相談ください。

<同封書類>

- ・調査協力同意書 2部
- ・調査協力同意撤回書 1部
- ・調査協力者フェイスシート 1部
- ・ヒアリングガイド 1部
- ・教育プログラム案 1部

お問い合わせ先

【調査実施、記入方法等について】

公益財団法人 日本訪問看護財団 担当：菊地 濱谷 大橋 小沼 佐藤
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
TEL：03-5778-7001（平日9時～17時にお願ひします） FAX：03-5778-7009
メールアドレス：kenkyu2@jvnf.or.jp

【上記以外のご質問、ご意見等】

公益財団法人 日本訪問看護財団 担当：総務部 吉田
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
TEL：03-5778-7001（平日9時～17時にお願ひします） FAX：03-5778-7009

ヒアリング調査協力同意書

私は、このたび日本訪問看護財団が、公益財団法人日本財団の助成を受け実施する「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発」事業について、別添の依頼書の内容について説明を受け、以下の点も含めて研究協力を同意致します。

- ヒアリング内容を IC レコーダーに録音（またはパソコンで録画）すること。
- 調査結果を個人や団体名が特定されない形で報告書にまとめ、学会・論文等で公表すること。

令和 2 年 月 日

(事業実施者) 公益財団法人 日本訪問看護財団

理事長 清水 嘉与子 殿

(研究代表者) 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻

高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野

教授 山本 則子殿

所属団体名 _____

職 位 _____

氏 名 _____ 印

ヒアリング調査 フェイスシート

令和 年 月 日

() 内を選択またはご記入ください。

1)	(1) 年齢 (20 ・ 30 ・ 40 ・ 50 ・ 60) 代
	(2) 性別 (男 ・ 女)
	(3) 役職・職位 (例：管理者、主任など) ()
	(4) 看護経験 (訪問看護経験含む) () 年
	(5) 訪問看護経験 () 年
	(6) 保有資格 (保健師 ・ 助産師 ・ 介護支援専門員) その他 ()
	(7) 認定看護師・専門看護師 (あり ・ なし) 具体的に ()
2)	在宅看取りを実施した (居宅で死亡を確認した) 受け持ち利用者数 今まで () 名 直近1年間 () 名
3)	2) のうち死後の処置まで実施した数 今まで () 名 直近1年間 () 名
4)	ACP (「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」厚生労働省) の活用について、当てはまる番号に○をつけてください。 1. ガイドラインを活用している 2. 別のマニュアル・ガイドラインを活用している 具体的に () 3. ガイドラインなどは活用していない
5)	在宅看取りマニュアルについて、当てはまる番号に○をつけてください。 1. 独自に作成したマニュアルを活用している 2. 1 以外のマニュアルを活用している 具体的に () 3. マニュアルは活用していない
6)	在宅看取りの経験について、当てはまる番号 <u>全て</u> に○をつけてください。 1. 指導的立場で看取りケアを実践している 2. 在宅看取りに関する研修の講師をした経験がある 3. 在宅看取りに関する学会発表や雑誌投稿の経験がある

ヒアリングガイド

I. フェイスシートの確認

- 1) リクルート内容の確認
 - ① 機能強化型訪問看護管理療養費の届け出事業所に在籍している
 - ② 事業所管理者等から在宅看取りケアの卓越者として推薦された者
→自薦・他薦
 - ③ 卓越者とは、以下いずれかに当てはまる者である
 - ・指導的立場で看取りケアを実践している
 - ・在宅看取りに関する研修の講師をした経験がある
 - ・在宅看取りに関する学会発表や雑誌投稿の経験がある
 - ④ 看護師経験 5 年以上
 - ⑤ 訪問看護経験 2 年以上
 - ⑥ 在宅での看取り経験 3 件以上
- 2) 空欄内容の確認

II. ヒアリング

※1、2は、コロナ禍前を思い出しながらお答えください。

1. 在宅看取りに関するスタッフ指導

在宅看取りケアを初めて実践する看護師（以下、新人看護師）を指導した経験について教えてください。（在宅看取りケアに関して成長したと思う新人看護師を思い浮かべてください）

1) 基本情報

- ・ 新人看護師の基本属性：年齢（何歳台）、性別、看護師経験（年数、診療科など）、指導開始時の訪問看護経験年数
- ・ 新人看護師が初めて在宅看取りケアを実施した利用者さん（以下、Aさん）の基本属性：年齢（何歳台）、性別、主な疾患、家族構成、利用者の訪問看護開始のきっかけ、看取りをするまでの簡単な経緯・経過

2) 訪問開始前

- ・ 新人看護師がAさんを担当するまでの経緯
入職してから在宅看取り実践までに必要なプロセス（期間、判断基準）など
- ・ 初めてのケースとしてAさんを選んだ理由
- ・ 新人看護師がAさん宅を初めて訪問する前に行った指導

3) 利用者・家族に対するケア

- ・ 技術面での指導・フォロー（例：苦痛や不安の訴えがあった時）
- ・ Aさんが最期までご自宅で過ごす上で、困難なことがあったか。（介護不安など）新人看護師にどのような指導・フォローをしたか。
- ・ 急変など、想定外のことがあったとき、新人看護師にどのような指導・フォローをしたか。

4) 多職種連携

- ・ 在宅看取りケアを実践するなかで、どのようなサービスや職種が関わったか。
- ・ 医療職や介護職とどのような連携をしたか。新人看護師にどのような指導・フォローをしたか。

5) 臨死期・死後のケア

- ・ 最期が近づいたときのAさんやご家族の様子
- ・ 最期が近づいたとき、新人看護師にどのように関わり、指導・フォローしたか。
- ・ Aさんが亡くなったときのご家族の様子
- ・ Aさんが亡くなったとき、新人看護師とどのように関わり、指導・フォローしたか。
- ・ グリーフケアの内容と、それに関する新人看護師への指導

- 6) 全体を通して
- 新人看護師への指導を通し、大切にしていたこと、工夫していたこと
 - 新人看護師への指導で悩んだこと、その解決プロセス
 - 新人看護師への在宅看取りケアに関して成長したと感じるのはどのような場面か
2. 在宅看取りについてのお考え
- 1) 在宅看取りの実践
- ご自宅で看取りケアをする上でのやりがい
 - 在宅で看取りを実施する上でどのように療養環境を整えているか
病院との違いで工夫されている場面など
 - 在宅看取りを実施するうえで、地域の文化や土壌作りで大切なこと
 - 利用者が最期までご自宅で過ごせる為に、現在制度上ないが必要だと感じること
診療報酬・介護報酬、福祉用具のレンタル、独居の場合の安心した在宅看取りを支える福祉用具や医療用具等
- 2) 「在宅看取り」とは
- あなたの考える「在宅看取り」とは、最後まで在宅で看取る事とは
3. 教育プログラム案へのご意見
- 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム案（資料〇）について、ご意見をお聞かせください。
- 1) 分量、日数、方法など
 - 2) 利用できそうか
 - 3) 重視する内容、足りない/不要な情報など

もしお時間が許せば、以下についても教えてください。

- ご自宅で看取りをする上で重要だと考える看護技術
症状観察、アセスメント、診療の補助技術（点滴、服薬など）、療養上の世話
（食事・排泄・移動・整容など）などから重要だと考えるケア及びその理由
- ご自宅で看取りをする上で、看護技術以外に大切だと思うこと

日訪財発〇号
令和2年〇月吉日

訪問看護事業所管理者（医療機関の訪問看護部門の責任者） 各位

（事業実施者）公益財団法人日本訪問看護財団

理事長 清水嘉与子

（公印省略）

（研究代表者）東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻
高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野 教授 山本則子

令和2年度公益財団法人 日本財団助成事業
「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発」
に関するグループ・インタビュー調査ご協力のお願い(派遣依頼)

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、日本訪問看護財団の事業へのご支援を頂き、心より感謝申し上げます。

当財団では、本年度(公財)日本財団より標記補助金を受け、「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発に関する事業「本事業」と略す。）」を実施することになりました。

本事業では、療養者及びその家族の意思、地域のつながりや文化を尊重した看取りケアの普及を目指しております。訪問看護師は、医療と介護の両方を担う専門職として、在宅看取りケアの中心的な役割を果たしています。訪問看護師がケアを実施することにより、在宅看取りを推進できる可能性が示唆されている一方で、看護師の知識・技術不足から、十分な看取りケアが実施できていない事業所も少なくないことが報告されております。そこでこの度、本事業を計画いたしました。訪問看護に特化した在宅看取り教育プログラムを開発することで、統一した質の高い研修を実施することが可能となります。本事業は、2040年にピークを迎える超高齢多死社会に向けて、国民の看取りの場の確保及び、在宅看取りケアの質の向上に寄与できると考えます。

つきましては、貴施設〇〇 〇〇様にグループ・インタビュー調査へご協力頂きますようお願い申し上げます。調査当日は、看取りケアについて、ご自身の実践や教育プログラムに関するご意見を伺わせていただきたいと思いますと考えております。

ご多忙中大変恐縮ですが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。なお、ご協力を賜る場合には、以下の点につきまして十分留意させていただきます。

<本事業実施における倫理的配慮>

- ・本調査は、個人名、ご所属先名などを全て記号化し、個人が特定できないデータとして転記いたします。転記したデータは、研究者のみが取り扱い、施錠等して外部に漏洩しないよう厳重に管理し、研究終了後は復元不可能な状態にして破棄いたします。本調査により得られたデータは、本事業の目的以外では使用いたしません。
- ・本調査への参加は自由です。本調査に参加すること、または参加しないことによる不利益は一切ありません。

- ・調査はご協力者様のご都合の良い日時にて実施いたします。
- ・答えたくない質問にはお答えいただかなくても構いません。それによって不利益を被ることはございません。
- ・お話いただいた内容によって、不利益が生じることは一切ありません。
- ・調査の途中で、疲労や精神的な負担を感じた場合は、直ちに中止いたします。その場合にも、不利益を被ることはございません。
- ・調査にご協力いただいた後でも、令和3年1月31日までにご連絡いただければ、研究協力への同意を取り消すことができます。その際には、該当するデータを分析対象から削除し、データを復元不可能な状態にして破棄いたします。
- ・調査内容をご承諾を得て録音・録画し、逐語録に加工いたしますが、その内容は研究者と業務委託会社の関係者以外は一切取り扱いません。
- ・逐語録の作成や分析などの業務を外部委託する場合には、契約時に個人情報の安全管理義務を課すことを契約書に明記いたします。
- ・調査の結果は、報告書にまとめ、学会・論文等で公表する予定です。公表の際にも、上記同様に個人や事業所が特定されることはありません。
- ・報告書は本財団のホームページに公表し、皆様が全文をダウンロード出来るようにいたします (<https://www.jvnf.or.jp/>)。また、報告書をご希望の方は、下記担当者までお問い合わせくださいませようお願いいたします。
- ・研究の結果として知的財産権、ひいてはそれに基づく経済的利益が生じる可能性があります。この知的財産権の帰属は本財団または日本財団、あるいは他の共同研究者と協議の上決定され、データ提供者に帰属しません。
- ・調査の謝礼として、Quo カード 3000 円分を進呈いたします。

<お願いしたいこと>

- ・調査対象になる方の本調査への参加は自由意志に基づくものであり、調査への参加、不参加に関わらず、貴機関において不利益を被らないようにご配慮願います。

謹白

お問い合わせ先

【調査実施、記入方法等について】

公益財団法人 日本訪問看護財団 担当：菊地 濱谷 大橋 小沼 佐藤
 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
 TEL：03-5778-7001（平日 9 時～17 時にお願ひします） FAX：03-5778-7009
 メールアドレス：kenkyu2@jvnf.or.jp

【上記以外のご質問、ご意見等】

公益財団法人 日本訪問看護財団 担当：総務部 吉田
 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
 TEL：03-5778-7001（平日 9 時～17 時にお願ひします） FAX：03-5778-7009

令和2年度公益財団法人 日本財団助成事業

「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発」
に関するグループ・インタビュー調査ご協力のおかげ

(事業実施者) 公益財団法人日本訪問看護財団

理事長 清水嘉与子

(公印省略)

(研究代表者) 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻

高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野 教授 山本則子

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、日本訪問看護財団の事業へのご支援を頂き、心より感謝申し上げます。

当財団では、本年度(公財)日本財団より標記補助金を受け、「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発に関する事業「本事業」と略す。)」を実施することになりました。

本事業では、療養者及びその家族の意思、地域のつながりや文化を尊重した看取りケアの普及を目指しております。訪問看護師は、医療と介護の両方を担う専門職として、在宅看取りケアの中心的な役割を果たしています。訪問看護師がケアを実施することにより、在宅看取りを推進できる可能性が示唆されている一方で、看護師の知識・技術不足から、十分な看取りケアが実施できていない事業所も少なくないことが報告されております。そこでこの度、本事業を計画いたしました。訪問看護に特化した在宅看取り教育プログラムを開発することで、統一した質の高い研修を実施することが可能となります。本事業は、2040年にピークを迎える超高齢多死社会に向けて、国民の看取りの場の確保及び、在宅看取りケアの質の向上に寄与できると考えます。

つきましては、グループ・インタビュー調査へご協力頂きますようお願い申し上げます。調査当日は、看取りケアについて、ご自身の実践や教育プログラムに関するご意見を伺わせていただきたいと考えております。

ご多忙中大変恐縮ですが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。なお、ご協力を賜る場合には、以下の点につきまして十分留意させていただきます。

<本事業実施における倫理的配慮>

- ・本調査は、個人名、ご所属先名などを全て記号化し、個人が特定できないデータとして転記いたします。転記したデータは、研究者のみが取り扱い、施錠等して外部に漏洩しないよう厳重に管理し、研究終了後には復元不可能な状態にして破棄いたします。本調査により得られたデータは、本事業の目的以外では使用いたしません。
- ・本調査への参加は自由です。本調査に参加すること、または参加しないことによる不利益は一切ありません。
- ・調査はご協力者様のご都合の良い日時にて実施いたします。
- ・答えたくない質問にはお答えいただかなくても構いません。それによって不利益を被ることはございません。

ません。

- ・お話しいただいた内容によって、不利益が生じることは一切ありません。
- ・調査の途中で、疲労や精神的な負担を感じた場合は、直ちに中止いたします。その場合にも、不利益を被ることはございません。
- ・調査にご協力いただいた後でも、令和3年1月31日までにご連絡いただければ、研究協力への同意を取り消すことができます。その際には、該当するデータを分析対象から削除し、データを復元不可能な状態にして破棄いたします。
- ・調査内容をご承諾を得て録音・録画し、逐語録に加工いたしますが、その内容は研究者と業務委託会社の関係者以外は一切取り扱いません。
- ・逐語録の作成や分析などの業務を外部委託する場合には、契約時に個人情報の安全管理義務を課すことを契約書に明記いたします。
- ・調査の結果は、報告書にまとめ、学会・論文等で公表する予定です。公表の際にも、上記同様に個人や事業所が特定されることはありません。
- ・報告書は本財団のホームページに公表し、皆様が全文をダウンロード出来るようにいたします (<https://www.jvnf.or.jp/>)。また、報告書をご希望の方は、下記担当者までお問い合わせください。よろしくお願いいたします。
- ・研究の結果として知的財産権、ひいてはそれに基づく経済的利益が生じる可能性があります。この知的財産権の帰属は本財団または日本財団、あるいは他の共同研究者と協議の上決定され、データ提供者に帰属しません。
- ・調査の謝礼として、Quo カード 3000 円分を進呈いたします。

<お願いしたいこと>

- ・ **事前にフェイスシートをご記入ください。**
- ・ **90分程度**のグループ・インタビュー調査にご協力をお願いいたします。
- ・調査は**オンライン**で実施いたします。**Zoomが使用できる機器の準備**及び、**プライバシーが保たれる場所の確保**をお願いいたします。

謹白

お問い合わせ先

【調査実施、記入方法等について】

公益財団法人 日本訪問看護財団 担当：菊地 濱谷 大橋 小沼 佐藤
 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
 TEL：03-5778-7001（平日9時～17時にお願ひします） FAX：03-5778-7009
 メールアドレス：kenkyu2@jvnf.or.jp

【上記以外のご質問、ご意見等】

公益財団法人 日本訪問看護財団 担当：総務部 吉田
 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
 TEL：03-5778-7001（平日9時～17時にお願ひします） FAX：03-5778-7009

グループ・インタビュー調査同意書

私は、このたび日本訪問看護財団が、公益財団法人日本財団の助成を受け実施する「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発」事業について、別添の依頼書の内容について確認し、以下の点も含めて研究協力に同意致します。

ヒアリング内容を録音・録画すること。

調査結果を個人や団体名が特定されない形で報告書にまとめ、学会・論文等で公表すること。

令和 2 年 月 日

(事業実施者) 公益財団法人 日本訪問看護財団

理事長 清水 嘉与子 殿

(研究代表者) 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻

高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野

教授 山本 則子 殿

所属団体名 _____

職 位 _____

氏 名 _____ 印

グループ・インタビューガイド

1. 「質の高い在宅看取り実践のための ELNEC-J」研修の経験

- ① 研修全体の評価
- ② 在宅看取りについて講義する上で、全般的に当該 ELNEC-J はどの程度有用か
- ③ 既存の ELNEC-J のプログラムに講義の際に追加したり、減らしていたりした項目・内容及びその理由
 - のパワーポイントを追加している など
- ④ 演習の際に訪問看護での活用を意識して行っていたこと
 - 演習の内容、グループ分け など
- ⑤ 在宅看取りケアを推進するために、さらに必要だと考える項目・内容
- ⑥ 受講生の反応が良かったところ、悪かったところ

2. 在宅看取りについてのお考え

1) 在宅看取りの実践

コロナ禍前の事を思い出しながらお答えください。

- ① ご自宅で看取りをする上で重要だと考える看護技術
 - 症状観察、アセスメント、診療の補助技術（点滴、服薬など）、療養上の世話（食事・排泄・移動・整容など）などから重要だと考えるケア及びその理由
- ② ご自宅で看取りをする上で、看護技術以外に大切だと思うこと
- ③ ご自宅で看取りケアをする上でのやりがい
- ④ 利用者が最期までご自宅で過ごせる為に、現在制度上ないが必要だと感じること
 - 診療報酬・介護報酬、福祉用具のレンタル、独居の場合の安心した在宅看取りを支える福祉用具や医療用具等
- ⑤ 在宅看取りを実施するうえで、地域の文化や土壌作りで大切なこと

2) 「在宅看取り」とは

あなたの考える「在宅看取り」とは、最後まで在宅で看取る事とは

令和2年度 日本財団助成事業
訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発事業
報告書

令和3(2021)年3月31日
発行・編集 公益財団法人 日本訪問看護財団
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-8-2
日本看護協会ビル5階
TEL:03-5778-7001 FAX:03-5778-7009
<https://www.jvnf.or.jp/>

Supported by  日本 THE NIPPON
財団 FOUNDATION