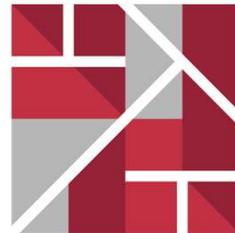


研究から見えてきた訪問看護へのアクセシビリティの課題

松永早苗（東京財団政策研究所 主任研究員・神奈川県立保健福祉大学）



東京財団政策研究所
THE TOKYO FOUNDATION FOR POLICY RESEARCH

研究方法

1. 研究デザイン

探求的研究

2. 研究方法

① 既存データや先行文献からの検討

訪問看護へつなぐ際に支障となっていること（仮説）

② 訪問看護へ積極的につないでいる病院（モデル病院）と訪問看護の調査

5つの病院と連携する5つの訪問看護ステーションにインタビュー

③ 訪問看護ステーションの調査

日本財団在宅看護センター全147事業所にWeb アンケート調査

回答数：37事業所（回収率：25.2%）

➡訪問看護へつなぐ際に支障となっていることへの対応と課題

研究方法

3. データ分析方法

① 病院や訪問看護ステーションの基礎データは、各項目を施設ごとに整理して、記述統計として示す。

② インタビューからの内容は、逐語録を起こす。

逐語録から「訪問看護へつなぐ際に支障となっていること」、

「訪問看護へつなぐ際に支障となっていることへの対応と課題」

を抽出して項目ごとに整理する。先行文献やヒアリングから概念化

した図や資料を追加、修正する。政策提言への資料として用いる。

4. 倫理的配慮

研究者の所属する施設の研究倫理審査委員会の承認を得た。

訪問看護へつなぐ際に支障となっていること（仮説）

訪問看護へつなぐ際に支障となっていること（仮説）

●患者さんや家族側

【患者さんや家族が訪問看護について知る機会が少ない】

【患者さんや家族が訪問看護を選択できない】



●病院や訪問看護ステーション側

【入院中に訪問看護を活用しようと判断しない】

【自宅に退院する患者さんに訪問看護が選択されない】

【訪問看護指示書のやりとりが煩雑】

【病院看護師と訪問看護師がつながる機会が少ない】



調査の結果

訪問看護へつなぐ際に支障となっていること

- ▶ 訪問看護へ積極的につないでいるモデル病院の調査
- ▶ 訪問看護ステーションの調査

積極的に在宅看護へアクセスしている急性期病院の調査

●5つの病院属性

積極的に在宅看護へアクセスしているモデルとなる5病院

病床数 193床～611床 **急性期病院**

平均在院日数：15.4日（5病院の平均）

退院調整看護師の人数：2～6名（5病院）



●病院からの退院先

他病院へ転院：約55%、**自宅への退院：約32%**、**高齢者施設：約6%**

訪問看護ステーションの調査

●回答率は、25.2%（37/147事業所より回答）

●利用開始時の年齢：85歳以上 50.0%、次いで75歳～84歳 34.8%

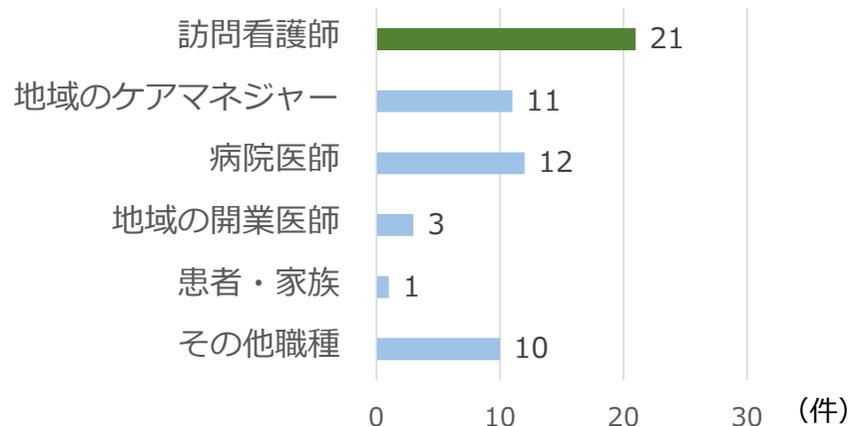
●保険種別：「医療保険」51.7%、「介護保険」48.3%

【1か月の新規利用者における訪問看護指示書の状況】

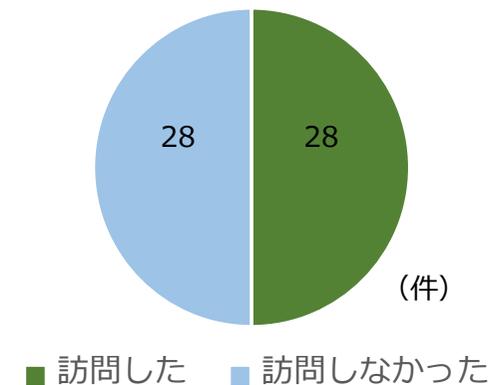
●**緊急性が高いため、半数が「訪問看護指示書到着前」に訪問していた。**

●訪問看護指示書の作成を依頼した職種：**「訪問看護師」最も多かった。**

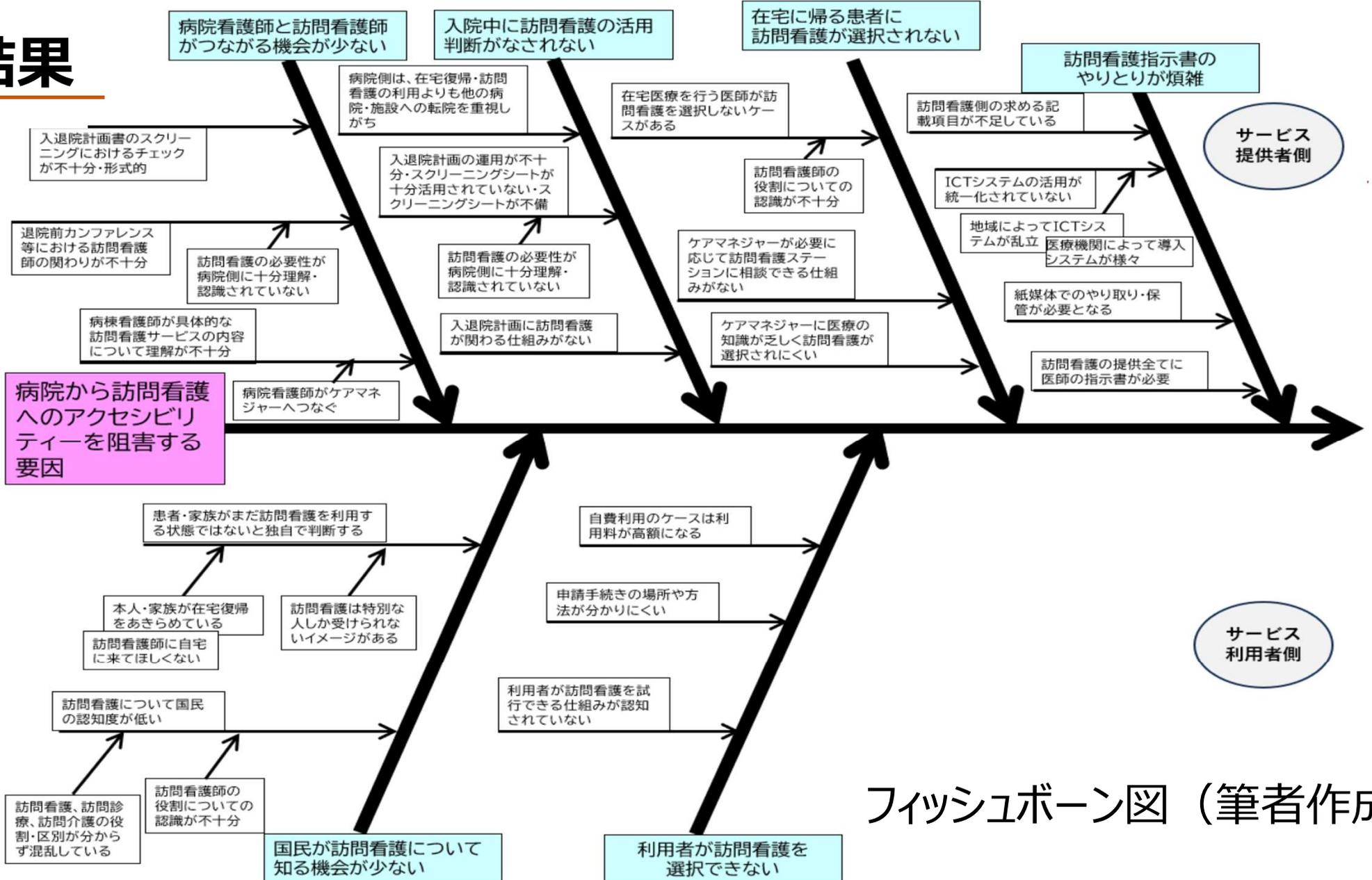
【訪問看護指示書を医師に依頼した職種】



【指示書到着前に訪問したか】



結果



フィッシュボーン図 (筆者作成)

患者さんや家族側の問題点

％の記載は、n=37より算出

【患者さんや家族が訪問看護について知る機会が少ない】 62.2%

- ・ 訪問看護は、重篤な状態になってから利用すると思っていた。
- ・ 訪問看護の具体的なサービスについて広報されていない。

【患者さんや家族が訪問看護を選択できない】 13.5%

- ・ ケアマネジャーが支給限度額上、訪問看護利用費が高いと思っているためケアプランに入れない。
- ・ 訪問看護のしくみが複雑で分かりにくい。
(例) 医療保険、介護保険の両方に「訪問看護」が含まれる。

病院や訪問看護ステーション側の問題点

一部のみご紹介します

【入院中に訪問看護を活用しようと判断しない】 37.8%

- ・ 入退院計画書に訪問看護師が関わる仕組みがなかった。
- ・ 訪問看護サービスを利用するための退院チェックリスト項目の判断基準が狭かった。

【自宅に退院する患者さんに訪問看護が選択されない】 56.8%

- ・ 病院看護師が訪問看護を提案しないと、指示書が作成されなかった。
- ・ ケアマネジャーが訪問看護の活用の決定に大きく関与しているが、訪問看護の必要性の判断に困っていた。

病院や訪問看護ステーション側の問題点

一部のみご紹介します

【訪問看護指示書のやりとりが煩雑】 45.9%

- ・ 医師の指示書が紙であり、受け渡しに時間がかかっていた。
- ・ 医療保険、そして介護保険であっても医師の指示書が必要である。
- ・ 療養上の世話であっても、医師の指示書が必要である。

【病院看護師と訪問看護師がつながる機会が少ない】 43.2%

- ・ 介護保険の場合は、退院時の窓口がケアマネジャーとなる。
- ・ 訪問看護師は退院カンファレンスに呼ばれない限り、入院中の患者を訪問することができなかった。

調査の結果

訪問看護へつなぐための工夫

- ▶ 訪問看護へ積極的につないでいるモデル病院の調査
- ▶ 訪問看護ステーションの調査



病院や訪問看護ステーションが取り組んでいたこと

患者さんや家族に、訪問看護について広報していた。

- 研修を受けた退院調整看護師が入院中の患者さんや家族に訪問看護の役割やサービスを説明していた。
- 訪問看護師が病院を訪ね、患者さんや家族に訪問看護サービスを無償で説明していた。
- 訪問看護ステーションにて住民に対して相談を受けていた。
- 訪問看護を利用した経験をもつ家族から、他の患者に訪問看護について紹介してもらっていた。
- 地域住民が集う場所に出向いて「訪問看護」について説明していた。





病院や訪問看護ステーションが取り組んでいたこと

退院スクリーニングシートに「訪問看護」につなげるべき状態や項目を追加していた。

病院看護師と訪問看護師が直接、連絡を取り合っていた。

病院看護師が「訪問看護指示書」の記載を医師へ積極的に依頼していた。

- 「内服管理」「血糖コントロール」など病院独自に検討した項目を追加していた。
- 看護師同士が直接連絡して、必要なケアを伝えていた。その後、ケアマネジャーを交えて患者さんの退院を支援していた。
- 病院と訪問看護ステーションの人事交流を積極的に行い戦略的に訪問看護を活用していた。
- 病院看護師が、病院医師に訪問看護の必要性を伝え、「訪問看護指示書」の記載を依頼していた。



病院や訪問看護ステーションが取り組んでいたこと

**「訪問看護指示書」が届く前に訪問看護師が患者の状況を確認していた。
訪問看護師がケアマネジャーと連絡を密に取り合う関係性を築いていた。
訪問看護師は、地域の医師が使用する電子媒体に、柔軟に対応していた。**

- 訪問看護師は、緊急性が高い患者さんに対して「訪問看護指示書」が届く前に訪問して状態を確認していた。その後、「訪問看護指示書」を受け取り確認していた。
- ケアマネジャーから、患者の病状や治療、看護についての相談を受け付け、ケアプランをケアマネジャーと共に立案していた。
- 訪問看護師は、地域の医師が利用する電子媒体に合わせて「訪問看護指示書」の発行の依頼や、患者さんの情報のやり取りを行っていた。

訪問看護へつなぐため政策提言を考える
