

が取り組むべき課題として挙げられているものの、具体的な施策までは打ち出されていない。

超高齢社会となったわが国では、2025年までに在宅医療を利用する患者が100万人増え、さらに、2040年には年間の死亡者数が170万人とピークを迎えると予想されている一方で、現時点ではさまざまな要因によって、患者が退院した後に在宅医療や訪問看護を十分に利用できない状況となっている。

そこで、本研究では、患者の退院時に着目し、病院側と訪問看護ステーション側の双方から、患者を訪問看護サービスへとつなぐ取り組みについて検討した。まず、訪問看護サービスへつなげる（アクセシビリティを向上させる）ことに積極的に取り組む病院および訪問看護ステーションを調査し、先行文献等から引き出されたアクセシビリティを向上させる要素に加えて、新たな要素を抽出した。併せて、退院する患者を受け入れる訪問看護ステーション側の課題を把握するために、日本財団在宅看護センター（訪問看護ステーション）に対してWebアンケート調査を実施し、病院から訪問看護サービスへのアクセシビリティを阻害する要因と改善方策について明らかにした。その上で、病院から訪問看護へと看護サービスが途切れずにつながり、自宅での療養生活が安全に開始され、療養生活が維持・継続できるようにするための政策提言を行うこととした。

2. 研究目的

本研究では、特に、退院時に着目して、訪問看護サービスへつながらない（アクセシビリティを阻害する）要因を明らかにし、病院から訪問看護へと看護サービスが途切れずにつながる仕組みを政策提言する。

3. 研究方法

研究デザインは、探索型研究とした。研究方法は、既存データや先行文献、プレインタビューを基にインタビュー項目について検討し、退院患者の訪問看護サービスへのアクセシビリティ向上に積極的に取り組む5つの病院（以下、モデル病院）と、連携する5つの訪問看護ステーション（以下、モデル訪問看護ステーション）にインタビュー調査を行った。また、日本財団在宅看護センター全147事業所に対して、モデル病院と同様の内容をWebアンケートにて調査を行った。データ収集期間は、2023年8月～10月とした。インタビュー内容は、「病院から訪問看護サービスへつなぐ際に支障となっている要因」、「訪問看護サービスへつなぐために工夫していること、支障となっている要因への対策」とし、対象施設の同意を得てICレコーダーに録音し、逐語録を起こした。データの分析では、対象施設の

属性は、各項目を施設ごとに整理して記述統計として示した。インタビュー内容の分析は、逐語録から「訪問看護サービスへつなぐ際に支障となっている要因」、「訪問看護サービスへつなぐ際に支障となっている要因への対策」を抽出し、項目ごとに整理した。日本財団在宅看護センターへの調査により得られたデータは、モデル病院とモデル訪問看護ステーションのデータに補足して整理した。インタビューおよびWeb アンケート調査の結果を基に、病院から訪問看護ステーションへつなぐ際、自宅で療養する患者に訪問看護サービスの利用を推進する仕組みを政策提言として示した。

本研究は、研究者らが所属する神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

4. 結果

1) 対象施設の属性

5つのモデル病院の属性は、病床数 193床～611床の急性期病院であり、平均在院日数は15.4日（5病院の平均）であった。患者の退院支援を専門とする看護師の人数は、1病院あたり2～6名が配置されていた。モデル病院における退院先は、約55%が他の病院、約6%が高齢者施設等であり、訪問診療や訪問看護サービスと連携した自宅への退院は約32%であった。モデル病院からは、他の施設を退院先とする傾向にあった。

日本財団在宅看護センター（147事業所）からの回答率は、25.2%（37事業所より回答）であった。回答が得られた施設（以下、対象施設）の法人種別は、「営利法人」が56.8%（21事業所）と最も多かった。対象施設の機能強化型訪問看護療養費の届け出状況は、「届け出なし」86%、「機能強化型訪問看護療養費1」5%、「機能強化型訪問看護療養費2」8%であったⁱⁱ。対象施設における訪問看護サービスの利用者が訪問看護サービスの利用を開始した年齢は、75歳以上が約85%であった。訪問看護サービスを利用するための保険種別は、医療保険が51.7%、介護保険が48.3%であった。

2) 病院から訪問看護サービスへつなぐ際に支障となっている要因

病院から訪問看護サービスへつなぐ際に支障となっている要因を〈患者や家族側の要因〉と〈医療・看護サービスのしくみや専門職ⁱⁱⁱ側の要因〉とに整理した（表1参照）。モデル病院とモデル訪問看護ステーションは、さまざまな工夫により、退院患者を訪問看護サービスへとつなぐ際に支障となっている要因を乗り越えようと努力していた。

〈患者や家族側の要因〉

―患者や家族が訪問看護サービスについて知る機会が少ない―

患者や家族は、病院看護師や病院医師、ケアマネジャーから訪問看護サービスについての説明を受けないと、訪問看護サービスについて知る機会を得られない。その結果、訪問看護サービスを利用して自宅へ帰る選択を主体的にはできないため、他の病院や施設へ病院の退院調整に従って退院していた。また、訪問看護、訪問介護、訪問診療の役割や区別が分からなかったり、訪問看護サービスは重篤な状態の人が利用するものとの思い込みから、近隣の目を気にしたりして、利用をためらうことがあった。

―患者や家族に訪問看護サービス利用の手続きやサービス内容がわかりにくい―

看護サービスは、病院への入院中には患者に必ず提供されるサービスであり、看護料金も入院料に包括されているため、その料金について注意を向ける患者や家族はいない。一方、訪問看護サービスを利用する際は、訪問看護ステーションとの間で請求書や領収書のやり取りが発生する。特に、介護保険を利用する場合は、ケアマネジャーからサービスの内容や料金の説明を受け、契約により訪問看護サービスの利用を開始するという特徴があるため、サービス内容の説明によっては、他の介護サービスと比べて料金が高い印象を受ける場合がある。その結果、患者や家族が主体的に訪問看護サービスを選択しないことがある。また、介護保険の要介護認定申請、ケアマネジャーの決定・契約、具体的な利用サービスの決定・契約に至るまでの手続きは、患者や家族にとって煩雑なうえに、申請先や方法が分かりにくく、実際の訪問看護サービスの利用開始までに時間を要する。そのため、退院後に不安定な状態にある患者は、訪問看護サービスを十分利用できないまま再入院したり、亡くなったりすることもあった。

これらの要因に対して、モデル病院や訪問看護ステーションは、訪問看護師が病院や施設から公共施設などに出張し、地域住民の相談に乗る「まちの保健室」を開設したり、スーパーマーケットなどで住民の健康相談会を開催したりしながら、訪問看護サービスの広報活動をしていた。また、病院の外来や病院の一角に訪問看護について相談できるスペースを設置し、訪問看護サービスについて広報していた。

病院看護師は、入院後の早い段階から患者や家族に対して今後の生活上起こりうる変化、介護保険の要介護認定申請の手続き、訪問看護サービスの利用方法について説明し、どのような療養生活を送り、具体的にどのような看護サービスを受けられるかイメージできるような工夫していた。また、入院患者が自宅へ外泊する場合は、訪問看護サービスの手配をして、患者や家族が自宅で訪問看護サービスを実際に体験できるよう工夫していた。

〈医療・看護サービスのしくみや専門職側の要因〉

—訪問看護サービスに対する専門職側の理解が不足している—

病院から訪問看護サービスへつなぐ際に支障となっている大きな要因として、患者や家族が訪問看護サービスについて知る機会が少ないことが挙げられていた。一方で、専門職側の要因として、病院看護師や病院医師、ケアマネジャーが訪問看護サービスの実際や活用方法について、十分理解していない場合が多いことが挙げられた。

〈病院看護師〉

病院看護師は、退院調整の対象患者については、患者の疾患や状態、状況等をスクリーニングシートから評価している。しかし、その項目に該当しない場合、患者や家族の意向を確認しないまま転院や施設などへの退院を調整するため、自宅への退院とならずに、訪問看護サービスの導入も選択しない傾向にあった。また、病院における在院日数の短縮に関する方針が強いプレッシャーとなり、退院調整に時間を要しない他病院や他施設を退院先の候補としたり、訪問看護サービスに関する情報を十分に有していないため、訪問看護サービスの利用について消極的な傾向にあったりした。

〈病院医師〉

病院医師は、訪問看護サービスに関する情報を十分に有していないため、訪問看護サービスの利用について、病院看護師と同様に消極的な傾向にあった。一方で、若い世代の病院医師の中には、学生時代に訪問看護ステーションで実習を行っていたため、積極的に訪問看護サービスの利用を患者や家族に提案する者もいた。

患者が訪問看護サービスを利用する場合、医師が訪問看護指示書を作成する必要がある。病院医師は、患者に対して具体的な医療処置を継続する場合において、訪問看護サービスを導入することに関心を向けるが、患者状態の観察や患者や家族に対するケアの指導については、病院看護師から退院カンファレンスで訪問看護サービスの導入を提案されなければ関心を向けないことが多い。また、訪問看護サービスの導入について了解しても、訪問看護指示書の作成までを自ら完了するには至らず、病院看護師や医療秘書からの催促を必要としていた。

〈ケアマネジャー〉

ケアマネジャーは、介護保険によって訪問看護を利用する場合、訪問看護サービスの導入の決定に大きく関与している。しかし、現在は医療の知識が十分でないケアマネジャーも多

く、患者の病状や療養生活に沿ったケアを計画することが得意でない者も多い。また、高齢化により経験豊富なケアマネジャーが減少しており、適切なケアマネジャーを探すのに時間がかかっていた。さらに、退院時に病院看護師からケアマネジャーのみが申し送りを受けられる場合が多いが、病院看護師から訪問看護サービスの利用が必要との提案がなければ、退院後のケアプランに訪問看護サービスが導入されることは少なかった。

以上、退院する患者の訪問看護サービスの導入に重要な影響を与える 3 つの専門職側の要因を整理したが、これらの要因への対応として、モデル病院や訪問看護ステーションでは以下の工夫や対応が行われていた。

モデル病院の病院看護師は、退院調整を行う対象患者を選別するスクリーニングシートにおいて、患者の疾患に伴い必要とされるケア（例：糖尿病患者の血糖測定、パーキンソン病患者の内服管理、高齢者の脱水へのケアなど）や患者の状況（例：終末期）を項目に追加して、訪問看護サービスの導入を必要とする対象患者を明確化する工夫をしていた。

そして、病院看護師は、患者の退院直後に切れ目のない看護サービスが提供できるように、病院医師に訪問看護指示書を作成してもらい、医療保険による訪問看護サービスが退院直後に提供されるように、訪問看護ステーション側へ連絡する等の工夫をしていた。その後、訪問看護サービスを利用するための保険が、医療保険から介護保険へと切り替わった後も、患者が継続して訪問看護サービスを利用できるように道筋を立てていた。

また、患者の状況に応じたケアの提供が可能な訪問看護ステーションについてケアマネジャーへ情報提供し、ケアプランの作成に反映するよう依頼をしていた。このように病院看護師の手配により、訪問看護師も、ケアマネジャーと顔の見える関係性を保ち、いつでも病状や医療的対応、それに伴う家族への指導や調整等について相談できる関係性を築いていた。

さらに、訪問看護ステーションを設置している病院の看護部門では、病院看護師と訪問看護師の人事交流を行い、病院看護師が訪問看護師の役割や訪問看護サービスを理解できるように工夫していた。

—病院看護師と訪問看護師間の情報連携の接点が少ない—

患者の退院に向けた計画について、病院看護師と訪問看護師が情報交換する機会は少なく、訪問看護サービスの導入を検討する場に訪問看護師が参画する仕組みがなかった。緊密な連携が図れている病院と訪問看護ステーションの間でも、訪問看護ステーションが患者の退院に関する検討の場に参画する機会は少なかった。特に、訪問看護師からは、患者の正

確な情報が把握できないことや、自宅へ退院できるにもかかわらず、自宅以外を退院先に決めているため、病院看護師から事前に相談してほしいとの強い要望があった。

一方で、ケアマネジャーへは、病院の医師や看護師等への情報提供（入院時情報連携加算）や退院時の連携およびカンファレンスへの参加（退院退所加算）について介護報酬での評価が強化されており、ケアマネジャーは病院との窓口の役割を担う方向に誘導されている。また、病院についても、ケアマネジャーと連携する場合は、介護支援連携指導料が診療報酬として評価されているため、患者の退院に向けた調整窓口はケアマネジャーと定めているモデル病院もあった（診療報酬による退院・退所加算）。こういった診療報酬・介護報酬による誘導により、訪問看護師と病院看護師が直接コミュニケーションを図る機会が少なくなっており、訪問看護師は、退院支援を専門とする看護師以外の病院看護師や病院医師と、患者のことについて直接やりとりする機会がほとんどなく、病院と訪問看護ステーションの連携体制を構築しにくい状況にあった。

この要因に対して、モデル病院の病院看護師は、特に、退院後に状態の観察を要する患者については、退院後の在宅療養に向けて訪問看護師へ相談したり、退院カンファレンスへの参加を要請したりして、訪問看護師と積極的にコミュニケーションを図っていた。また、病院看護師は、退院調整に関与する他の専門職へも、事前に訪問看護師と調整した内容について情報提供（根回し）を行い、患者が希望する自宅へと導けるようにカンファレンスを進めていた。

—訪問看護指示書のやりとりが煩雑—

訪問看護サービスの提供には、医療行為を伴わない患者の療養上の世話（食事や排泄、清潔ケアなど）であっても、必ず医師が作成する訪問看護指示書が必要となる。しかし、その指示内容については、患者の療養上のケアの問題を把握している病院看護師や訪問看護師が、訪問看護指示書に記載する内容を医師に提案する形で作成を依頼していた。

病院看護師や訪問看護師と医師の間の患者情報のやり取りは、各地域において独自の ICT システムを使用しており、全国的に統一した運用がなされていない。また、訪問看護指示書が紙媒体で発行されているため、作成と受け渡しに時間を要していた。

この要因に対して、モデル病院は、退院後に状態の観察や医療処置のニーズが高い患者に対して、病院看護師が直接、訪問看護ステーションへ患者の退院予定と状態について連絡していた。それと並行して、主治医である病院医師に対しては、患者が退院直後に訪問看護サービスの利用を開始できるよう訪問看護指示書の作成を依頼していた。病院は、数日後に発行された紙媒体の訪問看護指示書を、訪問看護ステーションへ郵送していた。また、訪問看

看護師も緊急を要する患者と判断した場合は、訪問看護指示書の到着を待たずに患者の自宅へ初回訪問していた。このように、入院中から退院直後の患者の状態等を予測し、訪問看護サービス利用開始に向けて早期に関係者間の調整を行っていた。この工夫により、退院直後に訪問看護サービスを提供することが可能となり、切れ目のない医療および看護サービスにより、患者の安全が保障されていた。

表1 病院から訪問看護サービスへつなぐ際に支障となっている要因

病院から訪問看護サービスへつなぐ際に支障となっている要因

カテゴリ	サブカテゴリ
患者や家族側の要因	
患者や家族が訪問看護サービスについて知る機会が少ない	訪問看護サービスの具体的な内容について広報されていない。
	患者や家族は、重篤な状態になってから訪問看護サービスを利用するというイメージを持っている。
	患者や家族と医療従事者との間で退院後の在宅での暮らしのイメージが違う。
患者や家族に訪問看護サービス利用の手続きやサービス内容がわかりにくい	訪問看護サービスを利用するには、長いプロセスを踏む必要があり複雑である。
	患者や家族には、訪問看護利用費に対する理解が浸透していない。
医療・看護サービスのしくみや専門職側の要因	
訪問看護サービスに対する専門職側の理解が不足している	入退院の計画に、訪問看護師が介入できる仕組みがなく訪問看護サービスが選ばれない。
	退院調整の必要性を判断するための患者の疾患や状態、状況等の制度上の評価項目が不足している。
	病院看護師や医師が訪問看護サービスの仕組みや内容を理解していない。
	ケアマネジャーが訪問看護サービス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る。
	病院看護師が訪問看護サービスを提案しないと、訪問看護指示書が作成されない。
病院看護師と訪問看護師間の情報連携の接点が少ない	訪問看護サービスの導入が決まらなると、訪問看護師が退院調整に参画できない。
	病院と訪問看護ステーションの連携体制を構築できていない。
訪問看護指示書のやりとりが煩雑	訪問看護サービスの提供には、（療養上の世話であっても）すべてに訪問看護指示書が必要である。
	全国において患者の情報を収集するICTシステムが統一されていない。
	訪問看護指示書が紙媒体で発行されているため作成と受け渡しに時間がかかる。

出所：筆者作成

5. 考察

本研究の調査では「患者や家族が訪問看護について知る機会が少ない」ことが、病院から訪問看護サービスへのアクセシビリティを阻害している重要な要因であることがわかつ

た。「患者や家族側の要因」に対しては、国民が訪問看護師の役割や訪問看護サービスについて知る機会を増やすために、訪問看護師が行う地域住民への定期的な健康相談の取り組みに対してインセンティブを設ける必要がある。また、病院の外来等においても、患者や家族に向けて積極的に訪問看護サービスについて広報できるようにする必要がある。

「医療・看護サービスのしくみや専門職側の要因」に対しては、病院看護師が早期に患者の退院後の療養についての意向や自宅の療養環境に関する情報を得て訪問看護師につなげた場合、患者は自宅にて円滑に療養生活を開始でき、患者の生活の質の向上につながっていた。一方、病院から訪問看護サービスへの連携が遅れた場合は、既に患者の状態が悪化していることにより、患者が穏やかに家族と過ごせるような体制を十分に整えることができていなかった。患者や家族、病院看護師や医師、地域のケアマネジャーが、訪問看護師の役割や訪問看護サービスについて十分に理解していないため、訪問看護サービスが積極的に活用されていない実態があった。患者は入院する前から家族等と人生会議（ACP；アドバンス・ケア・プランニング）（以下、ACP）を行い、もしものときに望む医療やケアについて前もって検討する機会を持ち、訪問看護サービスに触れる機会があることが望ましい。さらに、病院医師や病院看護師は、患者のACPの検討状況について把握するとともに、訪問看護サービスについて理解していれば、退院後早期に訪問看護サービスを導入することができる。また、病院看護師が患者の退院に向けたスクリーニングを的確に行えるように、退院調整の対象患者の疾患や状態、状況等の制度上の評価項目を追加する必要がある。さらに、退院直後の一定期間、入院した医療機関から行う訪問指導があるが、実際には病院看護師が訪問することは少ない。そこで、医療機関と協定を結んだ訪問看護ステーションの看護師等が訪問指導できるよう職員要件の弾力化をすることによって、実際に自宅で療養する患者が受けられるサービスを増やすことが可能となる。

また、ケアマネジャーが退院時の在宅医療介護チームの窓口となっているのは、病院とケアマネジャーが連絡調整することで、医療介護連携の推進として診療報酬や介護報酬で、双方に報酬があり、経済的に誘導されているからである。この報酬により、退院調整を必要としている患者について、病院看護師と訪問看護師の密な情報共有が困難となっている一因と推測された。こうした状況に対しては、退院直後から介護保険のサービスへ切り替えるのではなく、医療保険を使った訪問看護サービスを病院医師が作成した訪問看護指示書により導入することで、訪問看護師と病院看護師、病院医師が医療の観点から直接情報共有することが可能である。さらに、病院と訪問看護サービスの直接の申し送りを行えるため、この医療保険の利用による訪問看護サービスを導入する方法の周知を行うことが、患者の安全の観点からは、至急対応が可能な方法と考えた。そして、病院とケアマネ

ジャーの情報提供や連携に関する診療報酬や介護報酬の仕組みについては、病院や訪問看護側の医療の視点から再検討を行う必要がある。

このように訪問看護サービスを普及するためには、基盤整備も必要となる。患者の情報共有や訪問看護指示書については全国統一の ICT システムを整備すべきであり、その情報共有の仕組みに関する議論には訪問看護ステーションも積極的に参画することが必要である。また、訪問看護サービスを担うことのできる人材の継続した育成と、訪問看護サービスに関わる公的データを整備することが必要である。

6. 政策提言

1) 訪問看護の国民への周知・啓発

訪問看護ステーションが無償で行っている情報提供・健康相談について経済的に評価し、国民への周知啓発を推進する。また、最もニーズの高い方々へ、訪問看護サービスの内容、申請・利用の手続き、利用するタイミングなどの情報を届けるためにも、病院や診療所の外来部門での情報提供を推進する。これらの施策の財源は地域の自治体が担うのではなく、診療報酬や介護報酬として国の統一した仕組みとして創設し、訪問看護ステーションへの加算とする。

2) 病院と訪問看護ステーションの連携強化

- ① 退院支援の必要な対象患者の状態について、診療報酬「入退院支援加算」の要件の拡大を図り、退院支援を行うことのできる患者を増やす。こうした対策により、自宅への退院について吟味することができ、訪問看護サービスの導入を推進できる。具体的には、診療報酬改定令和4年度「入退院支援加算」（厚生労働省, 2022）の要件にある「入院困難な要因」の中に、以下の項目を追記する。
 - ・ 神経難病、高齢者の脱水症、終末期の状態
 - ・ 自己管理（内服管理、血糖管理、人工肛門管理等）が困難である
- ② 退院患者に対して、病院看護師等が訪問指導する場合（退院後訪問指導）は、病院職員の省力化、および、患者の安全・安心の確保や在宅医療の推進の観点から、医療機関と協定を結んだ訪問看護ステーションの看護職が訪問できるよう弾力化する。
- ③ 介護保険を利用して訪問看護を導入した場合、患者の医療ニーズへの対応が脆弱になることが懸念されるため、看護師によるケアマネジメントおよびケアマネジメン

ト事業所を訪問看護ステーションが併設することを診療報酬や介護報酬の加算として、医療介護連携における、訪問看護ステーションの参画を推進する。

3) 訪問看護普及のための基盤整備

- ① 医療 DX の推進において、訪問看護指示書の電子化を促進すること。それにより、紙媒体による訪問看護指示書の作成等の遅れが解消され、初回の訪問看護サービスをより速やかに提供できることにより、患者の安全が確保される。医療 DX 推進において、訪問看護ステーション関係者の参画を要望する。
- ② 全国医療情報プラットフォームへの訪問看護ステーションの参加や、地域医療情報連携ネットワークへの訪問看護ステーションの参加により、地域の医療機関と訪問看護ステーションの情報共有が推進されることで、緊急時により迅速に対応できるようになり患者の安全性が高まる。
- ③ 訪問看護の人材確保・育成は、「看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」の改定（厚生労働省, 2023）においても、その推進が示されているが、訪問看護ステーション等に従事する訪問看護師の離職防止を目的とした働き方の見直し、職場環境の改善を図る。
- ④ 訪問看護ステーションについては、公的統計調査を国が管理、把握し、国や都道府県が把握できるような仕組みをつくり、需要と供給のデータを在宅看護システムに活用できるようにする。

引用文献：

厚生労働省. (2011). 中央社会保険医療協議会総会(第 205 回) 訪問看護について.

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uo3f-att/2r9852000001uo71.pdf>

(閲覧日：2024 年 3 月 2 日)

厚生労働省. (2021). 人口動態統計 中巻 8 死亡数, 年齢 (5 歳階級) ・性・死亡の場所別.

<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411690> (閲覧日：2024 年 3 月 3 日)

厚生労働省. (2022). 令和 4 年度診療報酬改定.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001079187.pdf> (閲覧日：2024 年 3 月 3 日)

厚生労働省. (2023). 看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針.

<https://www.mhlw.go.jp/content/001160932.pdf> (閲覧日：2024 年 3 月 3 日)

内閣府. (2023a). 規制改革推進に関する答申～転換期におけるイノベーション・成長の起
点～ (閲覧日:2024年3月5日)

<https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/publication/opinion/230601.pdf>

内閣府. (2023b). 経済財政運営と改革の基本方針 2023 加速する新しい資本主義～未来への
投資拡大と構造的賃上げの実現～. <https://www5.cao.go.jp/keizai->

[shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2023/2023_basicpolicies_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2023/2023_basicpolicies_ja.pdf)

(閲覧日:2024年3月5日)

日本財団. (2021). 人生の最期の迎え方に関する全国調査.

https://www.nippon-foundation.or.jp/app/uploads/2021/03/new_pr_20210329.pdf

(閲覧日:2024年3月2日)

ⁱ 在宅看護とは、「自宅やそれに準じた環境で療養生活をしている新生児から高齢者を対象に、保健・医療・福祉のあらゆる面から、生活の質 (quality of life) を高めるため、本人および家族に対し、看護を提供すること」である。(山田雅子「在宅看護の目的と特徴」医学書院, 2013) 一方、訪問看護は、療養中の患者がいる居宅 (グループホームや介護施設などを含む) に看護師などが訪問して、医療的ケアを行うことを指す。在宅看護と訪問看護は明確に区別されているわけではないが、本稿では上記の定義で整理している。

ⁱⁱ 訪問看護管理療養費とは、機能強化型 1～3 と機能強化型以外の類型がある。また、提供する訪問看護サービスの内容や利用者の状態等に応じて、訪問看護管理療養費に加えて算定できる『加算』が設けられている。その中に、国民に対して訪問看護サービス利用へのコンサルテーションも含まれている (厚生労働省ホームページより)

ⁱⁱⁱ 専門職とは、本稿では、退院する患者への訪問看護サービスの導入に重要な影響を与える職種として、病院看護師と病院医師、ケアマネジャーを指している。