

病院から退院する訪問看護ステーション新規利用者への初回訪問までの訪問看護師の関わりの実態

江田純子* 二宮一枝**

要旨 病院から退院する訪問看護ステーション新規利用者への初回訪問までの訪問看護師の関わりの実態を明らかにするため、郵送による無記名自記式質問紙調査を実施した。岡山県内訪問看護ステーション145か所の管理者のうち、43人(29.7%)の回答から、平成29年7月に病院から退院した新規利用者52人を分析した。結果、訪問看護師は新規利用者46人(88.5%)が病院から退院する前に病院訪問等で利用者・家族に関わり、加算を得ていた。しかし、加算なしもあり、正当な報酬の課題があった。退院前に関わる理由では「病院看護師の情報の補充」が多くを占めたことから、利用者・家族が退院後の療養生活の準備ができるように医療と生活両面の情報共有が必要であることが明らかとなった。アセスメントツール使用は約半数で、多様であった。継続看護のためにも医療と生活両面の視点からなるツールの標準化や病院看護師との共用が課題である。

キーワード：訪問看護師、病院看護師、新規利用者、アセスメント、初回訪問

1. はじめに

病院完結型医療から在宅完結型医療へと移行し、看護がつなく在宅療養移行支援¹⁾や生活と医療を統合する継続看護²⁾の意義が問われている。

政策誘導としての診療報酬では、平成20年度、病院には「退院時共同指導料」^{注1}「退院調整加算」^{注2}等が創設され、平成28年度改定では、「退院支援看護師配置」^{注3}「退院後訪問指導料」^{注4}が認められた。

一方、訪問看護ステーション(以下、ST)は、平成18年度に「退院時共同指導加算」^{注5}「退院支援指導加算」^{注6}が認められたものの、STにおける退院前後の利用者に対する訪問滞在以外の業務の多さ³⁾や調整業務、入院中の患者全体を対象として退院支援・助言などを行う場合についての報酬が定められていない等の課題もある⁴⁾。

しかしながら、退院してSTを初めて利用する患者(以下、新規利用者)及び家族に訪問看護師が初回訪問までに行う業務については明らかではない。

本研究では、病院から退院してSTを初めて利用する患者及び家族が自宅で安心して快適に過ごすことができるように、訪問看護師が初回訪問までにと

のような関わりをしているか実態を明らかにすることとした。

2. 研究方法

岡山県内のST145か所(平成29年6月現在)の管理者を対象に、平成29年7月24日～8月19日までに郵送による無記名自記式質問紙調査を実施した。調査内容は、管理者自身の基本属性(年齢・看護職就業年数・訪問看護経験年数・管理者経験年数)、アセスメントツール(以下、ツール)使用の有無、平成29年7月分の新規利用者への退院前の関わり状況(新規利用者総数・退院した新規利用者数・退院直後の保険種別・退院前の関わり・加算算定状況)である。記述統計により分析した。

なお、本学倫理委員会の承認(受付番号17-24)を得た後、依頼文書に倫理的配慮を記載し、個別の返送を以て承諾とした。

3. 結果

43人(29.7%)から回答があった。全てを分析対象とし、項目ごとに欠損のないデータを用いた。

1) 管理者の基本属性

* 岡山県立大学大学院保健福祉研究科看護学専攻

** 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

平均年齢は50歳(34～60歳)、看護職就業年数は平均22年、訪問看護経験年数は平均7年6か月であった。管理者経験年数は平均5年7か月であった。

2) アセスメントツールの使用状況

ツール使用は26人(60.5%)で、最も多かったのは訪問看護財団方式5人(20.8%)、次にゴードンの機能的健康パターン3人(12.5%)、MDS-HC2.0と課題整理総括表各2人(8.3%)及びその他12人(50.0%)であった。

3) 新規利用者に対する初回訪問までの訪問看護師の関わり状況

35か所のSTから回答があり、平成29年7月分

の新規利用者は129人であった。そのうち、病院から退院したのは52人(男性31人、女性21人)であった。年代別(n=42)では、乳幼児4人、10代1人、成人5人、前期高齢者8人、後期高齢者24人であった。要介護度別(n=32)では、要支援1・2が4人(12.5%)、要介護1・2が12人(37.5%)、要介護3～5の中重度者は16人(50.0%)であった。退院直後の保険種別(n=52)では、医療保険27人(51.9%)、介護保険25人(48.1%)であった。

4) 病院から退院した新規利用者52人への初回訪問までの訪問看護師の関わり状況

新規利用者への初回訪問までの訪問看護師の関わりは、表1に示した。退院前の関わりがあったのは

表1 退院前の訪問看護師の関わり内容(複数回答)

n=46

関わり内容	加算あり (n=40)		加算なし (n=6)	
	医療保険 (n=18)	介護保険 (n=22)	医療保険 (n=6)	介護保険 (n=0)
病院訪問 (n=28)	11 (23.9%)	15 (32.6%)	2 (4.3%)	0 (0.0%)
病院訪問+自宅訪問 (n=4)	2 (4.3%)	2 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
病院訪問+電話 (n=10)	5 (10.9%)	4 (8.7%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)
自宅訪問 (n=2)	0 (0.0%)	1 (4.3%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)
電話 (n=2)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (4.3%)	0 (0.0%)
合計	18 (39.1%)	22 (47.8%)	6 (13.1%)	0 (0.0%)

表2 訪問看護師が入院中に関わった理由(複数回答)

n=46

理由	医療保険	介護保険	合計
病院看護師からの情報を補充	19 (41.3%)	20 (43.5%)	39 (84.8%)
利用者・家族との人間関係構築	18 (39.1%)	16 (34.8%)	34 (73.9%)
家族の本音を聞く	16 (34.8%)	14 (30.4%)	30 (65.2%)
利用者の本音を聞く	13 (28.3%)	11 (23.9%)	24 (52.2%)
自宅の環境を知る	13 (28.3%)	7 (15.2%)	20 (43.5%)
医療材料の確認	9 (19.6%)	7 (15.2%)	16 (34.8%)
介護技術の確認	4 (8.7%)	7 (15.2%)	11 (23.9%)
その他	6 (13.0%)	1 (2.2%)	7 (15.2%)
	医師・MSWからの情報、訪問看護の説明、介護サービスとの連携	多職種連携	

46人(88.5%)で、関わりの内訳(n=46)は、病院訪問42人(91.3%)、電話12人(26.1%)、及び自宅訪問6人(13.0%)であった(複数回答)。退院前に病院訪問、自宅訪問、電話指導の何れも実施していないのは6人(11.5%)であった。

退院前の関わり(n=46)を、退院後の初回訪問時に医療保険の「退院時共同指導加算」「退院支援指導加算」「特別管理指導加算」^{注7}を請求したのは18人(39.1%)、請求しなかったのは6人(13.1%)であった。また、介護保険の「初回加算」^{注8}「退院時共同指導指加算」を請求したのは22人(47.8%)、請求しなかったのは0人であった。

訪問看護師が、入院中に関わった理由は表2に示した。「病院看護師からの情報の補充」39人(84.8%)、「利用者・家族との人間関係構築」34人(73.9%)、「家族の本音を聞く」30人(65.2%)、「利用者の本音を聞く」24人(52.2%)、「自宅の環境を知る」20人(43.5%)、「医療材料の確認」16人(34.8%)、「介護技術の確認」11人(23.9%)、「その他」7人(15.2%)であった。「その他」の理由は、医師・MSWからの情報、介護サービスとの連携、多職種連携、訪問看護の説明等が記述されていた。

4. 考察

本調査は岡山県のST管理者のみが対象であり、回答率29.7%と低かったので一般化はできない。しかし、回答者は一定の訪問看護経験年数と管理者経験年数を有していたことから、継続看護における訪問看護師の業務への示唆としての意義を有すると考えられる。

1) 訪問看護師の初回訪問までの関わり

診療報酬の改定により、訪問看護師が退院時カンファレンスに参加して在宅看護の指導をすると、加算が付くようになったことから、新規利用者が病院から退院する前に病院訪問、自宅訪問、電話等で利用者や家族に関わり、在宅生活・介護に向けた準備を実施していた。

病棟に退院支援看護師が配置されてはいるものの、訪問看護師が、入院中の新規利用者や家族に対して退院に向けて病院訪問する理由の中で「病院看護師からの情報を補充」が多かった。

これは、先行研究でも指摘されているように、医療と生活両面の視点や自宅での生活の視点での情報不足に対して訪問看護の視点から情報を追加、見直し

ていることが考えられる⁵⁾⁶⁾⁷⁾。また、「利用者・家族との人間関係の構築」や「家族の本音を聞く」など、早期に利用者・家族との信頼関係構築や家族の意思決定に関わっていることが示された⁸⁾⁹⁾。

しかし退院後の初回訪問時の「退院時共同指導加算」なしの事例もあり、永田ら⁴⁾が指摘した正当な報酬の課題は依然として解決されていない。中重度者の医療的ケアや在宅看取りへの役割を担う訪問看護では、複数のSTの関わりが正当に評価されることが望まれる。利用者・家族を中心とした継続看護のバトンタッチが円滑にできるよう地域内での仕組みや方法を検討する必要がある。

2) アセスメントツール

訪問看護師が退院前から利用者及び家族に関わり、利用者及び家族が自宅で安心して快適に過ごすことができるよう支援するには、初めて会った時から医療と生活両面の視点でヘルスアセスメントし臨床判断することが重要である¹⁰⁾。また、近年は、病院看護師のSTへの出向事業や中堅看護職の施設間研修、多職種カンファレンス等、医療機関と訪問看護師の交流の機会が増えてきたが、病院看護師のアセスメントにおいても生活概念が課題となっている¹¹⁾¹²⁾。両者の課題解決にはツールの活用が有効であると考えられる。

使用しているツールは多様であった。先行研究においても標準化されていないことが指摘されている¹³⁾¹⁴⁾。訪問看護師のアセスメント力のみならず、病院看護師との共通認識においても重要である。医療と生活両面の視点からなるツールの標準化や病院看護師と共用することにより継続看護が確かなものとなろう。そしてその成果は、利用者や家族の安心につながると考えられる。

6. 結論

1) 訪問看護師が、新規利用者の約90%が病院から退院する前に病院訪問・自宅訪問・電話等で利用者や家族に関わり、在宅生活・介護に向けた準備を実施していた。一方、加算なしの事例もあり、正当な報酬の課題があった。

2) 訪問看護師が退院前に関わる理由として「病院看護師の情報の補充」が多かった。利用者・家族が退院後の生活や介護に対する準備を整えられるように医療と生活両面の視点や自宅での生活に関する情報共有が必要である。

3) 継続看護のためにも医療と生活両面の視点からなるツールの標準化や病院看護師との共用が課題である。

付記

本調査に協力くださいましたST管理者の皆様方に深謝します。

注1 退院時共同指導料

入院中の医療機関の主治医又は看護師等が、入院患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において退院後の在宅療養を担う医療機関の主治医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定。

注2 退院調整加算

74歳以下の入院が長期化する傾向にある病棟の患者に対し退院支援のための計画書の作成や退院支援。

注3 退院支援看護師配置

退院支援・地域連携業務に関する十分な経験を持つ専任の看護師・社会福祉士を各病棟に配置。一人につき2病棟までに限る。

注4 退院後訪問指導料

病院看護師が退院した患者への退院後1か月以内に5回までの訪問指導実施。

注5 退院時共同指導加算

入院中(入所中)の患者の退院(退所)に当たり、訪問看護師が医療機関(老人保健施設)の主治医または職員と共同し、患者や家族等に在宅療養上必要な指導を実施、文書を提供した場合に加算。ただし、介護保険の場合は初回加算と併用できない。

注6 退院支援指導加算

退院日療養上必要な指導を実施したとき。

注7 特別管理指導加算

厚生労働大臣が定める状態等にある場合に退院時共同指導加算に更に加算。

注8 初回加算

利用者が2か月間訪問看護を受けていない場合であって新たに訪問看護計画書を作成した場合に加算。

文献

- 1) 宇都宮宏子、山田雅子(2014). 看護がつながる在宅療養移行支援—病院・在宅の患者像別看護ケアのマネジメント—. 日本看護協会出版会.
- 2) 長江弘子(2014). 生活と医療を統合する継続

看護マネジメント. 医歯薬出版株式会社.

- 3) 榎原雄樹他(2010). 訪問看護ステーションが利用者の退院前後に行う業務の実態. 日本医療・病院管理学会誌 47(2): 93-101.
- 4) 永田智子他(2011). 全国の訪問看護ステーションにおける病院との連携に関する調査—患者の円滑な退院に向けた取り組みに焦点を当てて—. 日本地域看護学会誌 14(1): 40-48.
- 5) 野町磨意、森下安子(2013). 高年初産婦の家族の準備性に関する文献検討. 高知女子大学看護学会誌、39(1): 60-68.
- 6) 潮由美子、森下安子(2013). 在宅移行期における訪問看護師が取り組む病棟看護師との協働. 高知女子大学看護学会誌、38(2): 108-117.
- 7) 片山陽子他(2009). 在宅移行期における療養者の医療ニーズ別にみた家族介護者の介護準備態勢. 日本看護研究学会雑誌、32(4): 67-75.
- 8) 影山葉子他(2015). 家族への退院支援に関する国内文献レビュー(第1報)—退院における家族への意思決定支援に焦点を当てて—. 家族看護学研究、20(2): 93-105.
- 9) 影山葉子他(2015). 家族への退院支援に関する国内文献レビュー(第2報)—退院調整看護師に関するこれまでの研究と家族への退院支援に関する今後の研究課題—. 家族看護学研究、20(2): 106-116.
- 10) 樽矢裕子他(2015). 退院前カンファレンスにおける訪問看護師によるケアの継続に向けたアセスメントのプロセス. 日本看護研究学会雑誌、38(4): 25-35.
- 11) 大橋久美子(2008). 一般病棟における患者の「入院生活」: 概念分析. 聖路加看護学会誌 .12(2): 14-24.
- 12) 中西純子(2004). 「日常生活行動」の概念分析. 愛媛県立医療技術大学紀要、1(1). 49-56.
- 13) 白尾久美子他(2016). 訪問看護ステーションにおける記録書の内容的構造に関する実態調査. 日本福祉大学社会福祉論集 135: 53-62.
- 14) 大村いづみ、白尾久美子(2016). 訪問看護アセスメントツールの文献的検討. 日本福祉大学社会福祉論集. 135: 133-138.