

平成 21 年 5 月 13 日現在

研究種目：若手研究（B）
 研究期間：2007～2009
 課題番号：19791745
 研究課題名（和文） 訪問看護師による効果的な在宅リハビリテーションを行う為の病院との連携に関する研究
 研究課題名（英文） Study of the relationship between visiting nurse and hospital for effective rehabilitation at home.

研究代表者
 二宮 彩子（NINOMIYA AYAKO）
 東京医科歯科大学・大学院保健衛生学研究科・特任教員
 研究者番号：50332630

研究成果の概要（和文）：

在宅でのリハビリテーションを効果的に行う為に訪問看護師は病院と連携をとりやすい関係を築くことが重要である。具体的に望ましい連携手段は、面談やカンファレンス等直接顔を合わせる事、望ましい連携時期は、入院時から継続して、もしくは必要時複数回、望ましい連携情報は、入院中の経過や在宅に即した具体的なリハビリテーション方法、本人・家族のニーズ等である。特に、訪問看護師と病院とでリハビリに関する目標を明確化、共有化することが重要である。

研究成果の概要（英文）：

It is generally important for visiting nurse to establish good relationship with hospital for carrying out rehabilitation at home effectively. First of all, face to face communication such as interviewing and having conference is desirable for collaboration. Regarding timing it turned out to be necessary to work together continuously from the beginning of hospitalization and several times as necessary. As for information they should exchange actual method of home rehabilitation, process in hospital and needs of patients and family so on. In particular it is important that visiting nurse clarifies objective of rehabilitation and share with hospital.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2007 年度	800,000	0	800,000
2008 年度	1,500,000	450,000	1,950,000
2009 年度	200,000	60,000	260,000
年度			
年度			
総計	2,500,000	510,000	3,010,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・地域・老年看護学

キーワード：訪問看護・連携・リハビリテーション

1. 研究開始当初の背景

平成 18 年度の診療報酬改定の一つに「リハビリテーションに係る評価」があった。（以

下「リハビリテーション」を「リハビリ」とする。）これにより医療保険で受けられるリハビリについては疾患別に制限日数が定め

られるようになった。制限日数を越えたケースは在宅へと移行し、介護保険での「訪問リハビリ」や「訪問看護」を利用するケースの増加が予想され、それにもなって在宅リハビリにおける訪問看護師の役割も今まで以上に大きくなっていくと思われる。

2. 研究の目的

(1) 全体の目的

病院でのリハビリから在宅のリハビリへと移行する患者に対して、訪問看護師が効果的なリハビリを実施するために必要な「連携手段」「連携時期」「連携情報」を明らかにすることを目的とした。

(2) 1次調査の目的

訪問看護師による在宅でのリハビリに関する現状と問題点を明らかにすることを目的とした。

(3) 2次調査の目的

個別のケースを通し、訪問看護師が効果的なリハビリを実施するために必要な、病院またはリハビリ専門職との連携の手段・時期・情報を明らかにすることを目的とした。また、3次調査の項目検討の基礎資料を作成することを目的とした。

(4) 3次調査の目的

都市部と地方において訪問看護師が実施しているリハビリの現状を把握し、リハビリを実施するために必要な、病院またはリハビリ専門職との連携の手段・時期・情報を明らかにすることを目的とした。

3. 研究の方法

(1) 調査対象、調査期間及び調査方法

1次調査：平成 19 年度都内及び関東圏内の地域中核病院（A 病院：ベッド数 300 床、診療科 16 科 B 病院：ベッド数 800、診療科 31 科）の在宅支援部門及び併設されている訪問看護ステーションを対象とし、退院調整カンファレンスの参加及び同行訪問を行った。

2次調査：平成 20 年度都市部、都市近圏、地方の 3 か所（A 訪問看護ステーション（都市部：看護師 8 名、リハビリ専門職 5 名、事務職 1 名）：、B 訪問看護ステーション（都市近郊：看護師 13 名、リハビリ専門職 4 名、事務職 5 名）：、C 訪問看護ステーション（地方：看護職 5 名、事務職 1 名（併設病院のリハビリ専門職と連携あり）））其々の訪問看護ステーションに勤務する、所長または訪問看護歴 10 年以上のスタッフを対象とし、面接調査及び同行訪問、サービス担当者会議の参加を行った。調査内容は「リハビリ開始の契機」「H18 年度診療報酬改定に伴う影響」「病院・リハビリ専門スタッフとの連携状況

（連携手段・時期・情報）」であった。

3次調査：WAMNET を利用し、訪問リハビリを実施している全国の訪問看護ステーションから、無作為に地方（北部 1 道、南部 1 県）124 施設、都市部（1 都）175 施設を抽出し、葉書の郵送によるアンケート調査を行った。調査項目は 2 次調査の結果を参考にした。

尚、本調査での「訪問看護」は看護師によるものとし、看護師に対して平成 21 年度の状況を質問した。リハビリの対象は「脳血管障害」に限定した。その理由は脳血管疾患は傷病別で見ると日本人の受療率の中で最も多く、今後も増加が予想される点、そして、当疾患については発症後 60 日以内の患者について単位の算定が異なるため他の疾患と区別して分析をする必要がある点であった。

(2) 倫理的配慮

1 次及び 2 次調査：口頭および文書にて調査で得た情報については口外しないこと、本研究目的以外では使用しないことを説明し、同意が得られた場合についてのみ、調査を実施した。また訪問看護ステーションや病院で得たデータのメモはデータ化した後シュレッダーにかけて処分した。

3 次調査：無記名で実施し、データは統計的に処理をするため、対象が特定されないことを調査用紙（往復はがき）に明記し、同意が得られた場合にのみ返信をしてもらった。また、予め貼付した目隠し保護シールでアンケート結果を覆って返信をもらい、文面のデータが研究者以外の目に触れないようにした。

4. 研究成果

(1) 在宅でのリハビリの現状について（1 次調査）

全訪問件数におけるリハビリ目的での訪問件数の割合は 14.2% であった。

連携の手段としてはカンファレンス、文書、電話を利用していた。カンファレンスの出席者は患者家族、医師、PT、退院調整ナース、訪問看護師、ケースワーカー、ケアマネージャー、ヘルパー、福祉機器業者、巡回入浴業者であった。

連携の時期は退院の 4~5 日前、連携をしているセクションは病院内の在宅支援室、病棟付き退院調整ナースであった。

連携の情報は入院中のリハビリ内容、患者情報患者状況（コミュニケーション、疼痛、拘縮、創傷、麻痺、移動、ADL）であった。

連携が困難なケースは、医師からの訪問指示書に、リハビリ内容、可動域、運動制限などの具体的な内容が記載されていないケースであった。

連携が良好なケースは病院 PT より患者の具体的な情報（上記の「連携情報」参照）が

記載されている文書を送ってもらうケースであった。

訪問看護師が入院中の内容を考慮し効果的にリハビリを行うためには、家族と患者本人が、病院と在宅ではリハビリ内容が異なることを納得し、リハビリの目標設定を明確にすることが重要である。その為には訪問看護師が患者の状況（リハビリ方法に関する内容・希望・在宅での実施の可能性）を詳細に把握することが重要で、多くの職種が一同に会するカンファレンスは有効であり、また必要な文書を入手しやすいように共通のフォーマットが必要と考える。

(2) リハビリに関する連携手段・時期・情報について-対象は個別-(2次調査)

対象訪問看護ステーションのうち2ヶ所は理学療法部のある病院が併設、1ヶ所はリハビリ専門職が4名在籍していた。

リハビリ開始の契機については併設されている病院もしくは関連病院から、入院患者についての依頼が多かった。しかし、その後実施される退院調整カンファレンスは在院日数の短縮化や退院日の急な決定等により、退院直前に行われることが多かった。できれば入院時から情報収集を行うことが望ましい。

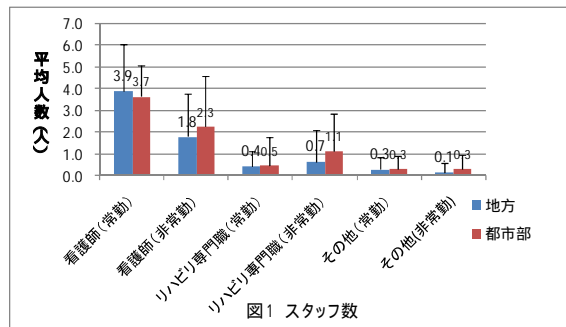
診療報酬改定に伴う影響としては通院リハビリから通所リハビリへの移行があるが、受入れ人数の制限やリハビリ内容の不適合等で有効に機能していないケースがあった。一方、訪問を行うリハビリ専門職も充足しているとは言えず、看護職との連携は必須で、リハビリ専門職と看護職の同行訪問、講習会の開催、入院中の担当スタッフからの申し送り等でリハビリプログラムを看護職でも実施できるようにしていた。尚、入院中のリハビリプログラムは重要だが、ADL等のアセスメントは在宅において再評価することが重要であり、病院からの情報としては最重要項目ではなかった。今回対象のステーションではリハビリ専門職が距離的に近い関係で、口頭での情報交換がしやすかった。退院時に病院との連携も重要だが、在宅に即したケア内容をリハビリ専門職等と常に検討し協働していくことが重要で、同じ訪問看護ステーション内にリハビリ専門職が常駐していることが望ましい。

(3) 地方と都市部における連携の実態について-対象は集団-(3次調査)

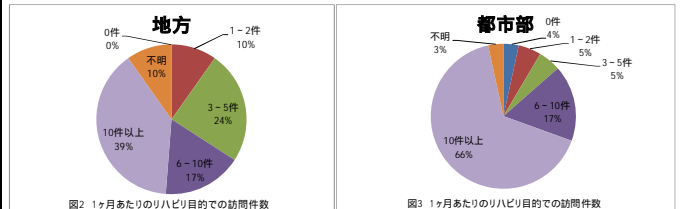
分析対象

地方は41カ所(回収率33.1%)、都市部は60カ所(回収率34.3%)の回収があり、そのうち有効回答数は地方41カ所(有効回答率33.1%)、都市部59カ所(有効回答率33.7%)であった。これらの計100カ所(有効回答率33.4%)を分析対象とした。

対象の訪問看護ステーションのスタッフについては図1の通りであった。リハビリ専門職とは「PT・OT・ST」を指すとした。地方と都市部ではほぼ同様の人数構成であり、常勤のリハビリスタッフの常駐はわずかであった。



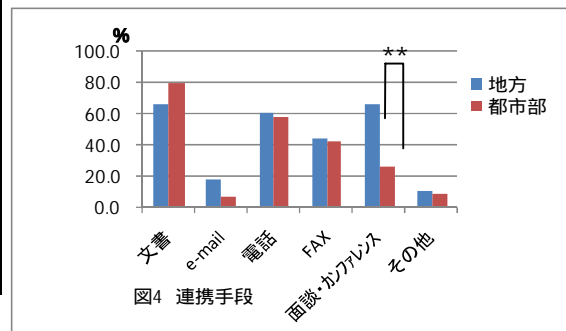
1ヶ月あたりのリハビリ目的での訪問件数は図2,3の通りであった。都市部では10件以上の訪問が全体の66.1%を占めていた。



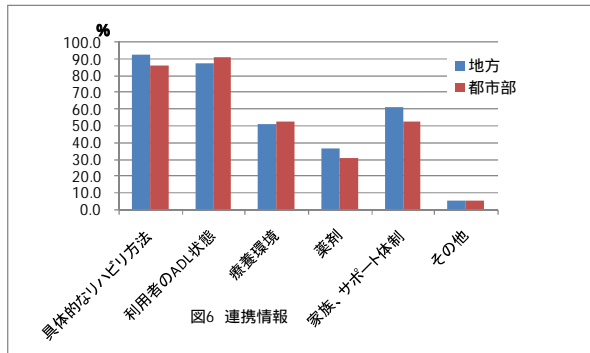
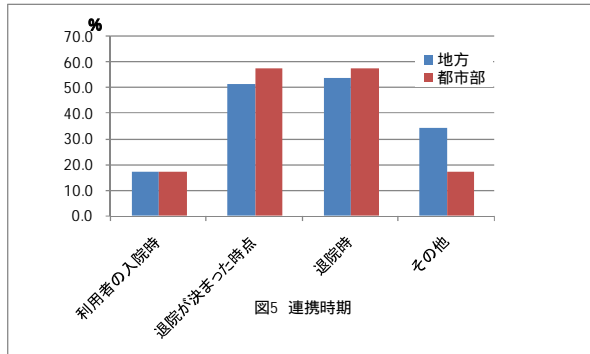
連携手段・連携時期・連携情報の実態については図4,5,6の通りであった。(複数回答可) 連携手段については「文書」が最も多く、特に都市部では全体の約8割を占めていたが、これは郵送もしくは利用者に持参してもらうという方法である。「E-mail」による連携は最も低く、特に都市部においては全体の約6%であった。面談・カンファレンスについて地方と都市部において有意な差(p < 0.01)がみられた。

連携時期については地方都市部ともに退院が決まった時点と退院時が約半数ずつだったが、複数回答も多く見られた(平均回答数: 地方1.6都市部1.5)。このことは連携をとるのは1回ではなく複数回行っていることを示している。また、その他の回答も地方で多くみられ、利用者の受診時に訪問看護師が同行訪問をしていた。

連携情報については地方、都市部とも「具体的なリハビリ方法」「利用者のADL状態」が大変多く全体の約9割を占めていた。その他の回答はほとんどなく、おおよそ図に示した項目で網羅していた。



Student's-test ** p < 0.001



現時点で行っているリハビリについての満足度は図7,8の通りであった。またその理由については表1の通りであった。

地方、都市部ともに満足と不満足は約半数ずつだったが、地方の方が都市部よりもやや満足感が高かった。満足できている理由はリハビリ専門職の指導や評価があることが大きく、逆に不満足である理由は自分がリハビリ専門職ではないこと故の技術や評価に対する不安が大きかった。

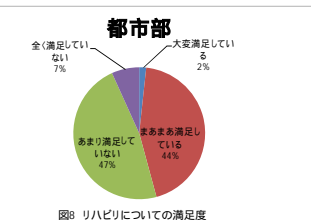
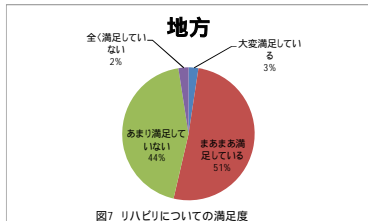
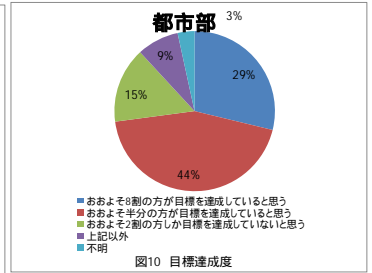
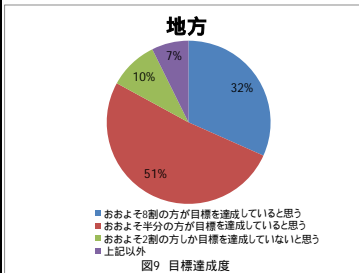


表1 自分が行っているリハビリに満足しているか (n=100)

満足度	理由
大変満足している (2)	なし
まあまあ満足している (47)	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ専門職の指導、アドバイスの作成・評価がある (7) 利用者のニーズに対応できている (2) 成果がみられている (3) 生活の中でのリハビリが行われている
あまり満足していない (46)	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ専門職ではない故の不安・技術力不足 (3) 評価ができていない (2) 個別に対応できていない リハビリ専門職との連携困難 リハビリ専門職ではない故の不安・技術力不足 (17) 方法に検討を要する、方法が適切が不安である (7) 評価ができていない、評価方法がわからない (5) 回復がみられず、現状維持の方が多く、成果がみられない (5) リハビリ専門職との連携困難 (2) 目標が設定されていない 個別に対応できていない モチベーション不足である 回数に制限がある リハビリを継続できていない
全く満足していない (5)	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ専門職との連携困難 本人の意欲がない 自信がない

リハビリに関する目標達成度は図9,10の通りであった。

地方の方が都市部より達成度がやや高かった。リハビリの場合には目標達成の基準が難しいとの意見もみられ、何を目標とするかによってもこの回答に差は出たと思われる。リハビリの目標に関しては、後述する重要な連携内容として、「入院中の在宅での目標決定」や「目標(ゴール)の明確化、共有化」が多く挙げられていることもあり、目標設定の難しさ、重要性、専門職(専門技術)の必要性が伺えた。



訪問看護ステーションと病院または施設との連携をとるために重要だと考える内容をまとめた結果、表2の通りであった。

病院や在宅それぞれで求められるリハビリの内容は、その環境による可能性や目的によって異なる。その内容・目的等については、リハビリ専門職とともに看護の専門性も用いて検討し、評価をし、看護師が行うべき具体的なリハビリ技術についても確認し習得する必要がある。また、退院がゴールではなく、在宅まで一貫した取組であるということを知り、入院中も退院後も互いに情報交換をする必要がある。

表2 訪問看護師がリハビリに関して病院や施設と連携をとる際に重要なこと (n=100)

連携手段	内容
連携手段	<ul style="list-style-type: none"> 直接話し合うこと 実際の手技について別リハビリ職から指導してもらうこと 文書だけでなく、電話やビデオの時間を設けること 実際に退院前に別リハビリの様子を観察すること
連携時期	<ul style="list-style-type: none"> 入院時から連携をとおしていくこと (3) 入院している間に在宅での目標を設定すること
連携情報	<ul style="list-style-type: none"> 安全に実施できる別リハビリについて (5) 看護職ができる範囲での別リハビリについて 訪問時以外でも本人や家族が実施できる別リハビリについて 本人・家族のADL状態 (3) 本人・家族の目標とニーズ 病院・施設での別リハビリ内容と経過 リスクの可能性 一入院(入所)していた病院や施設から受けたい情報 実際の在宅での生活を通して、病院での別リハビリでは何が不足していたのかについて 在宅での別リハビリ状況、生活の状況、評価 一人(入所)していた病院や施設へ送りたい情報
連携内容	<ul style="list-style-type: none"> 目標(ゴール)の明確化・共有化 (17) 在宅における目標(ゴール)の設定 (3) 評価及び計画について別リハビリ職と共同で行うこと (7) 病院・施設でできる別リハビリ、本人・家族ができる別リハビリを明確にすること (6) 在宅での生活に合った別リハビリであるかについて確認すること (5)
連携環境	<ul style="list-style-type: none"> 病院や施設の別リハビリ職と良い関係を築き、情報交換しやすい状態にすること (10) 別リハビリ職が訪問看護ステーションにいること (7) 別リハビリ職と一貫した取組ができる環境があること
考え方	<ul style="list-style-type: none"> 病院(施設)から退院(所)後も患者を忘れずにいてくれること 退院(所)がゴールではなく、病院(施設)から在宅まで一貫した取組であること 看護師だからこそできる生活をめあてた別リハビリをしていくこと 病院(施設)と在宅との相違を確認すること
その他	<ul style="list-style-type: none"> 看護職自身の技術・知識の向上 (4)

(4)まとめ

地方の訪問看護ステーションの方が都市部と比較して、リハビリに関する満足度や達成度がわずかながらも高かったが、これは、地方の方が、一人あたりの訪問件数いや余裕があり、連携に関しても面談やカンファレンス、同行訪問等、直接顔を合わせることが多いことが理由の一部と考えられた。

上記すべての調査を総合して、病院でのリハビリから在宅のリハビリへと移行する患者

に対して、訪問看護師が効果的なリハビリを実施するために必要な「連携手段」は面談やカンファレンス等、直接顔を合わせることで、「連携時期」は入院時から継続して、もしくは必要時複数回の実施であること、「連携情報」は入院中の経過や在宅に即した具体的リハビリテーション方法、本人・家族のニーズ等であった。

また、訪問看護師はリハビリ専門職ではないため、自分のリハビリに関する知識技術に不安があり、同じ職場もしくは近いところにリハビリ専門職の存在があり、いつでも相談ができる環境を望むと同時に、看護職ならではの専門性を活かしたりリハビリの視点をもつことも必要であることが示唆された。

5．主な発表論文等 なし

6．研究組織

(1)研究代表者

二宮 彩子 (NINOMIYA AYAKO)

東京医科歯科大学・大学院保健衛生学研究
科・特任教員

研究者番号：50332630

(2)研究分担者

なし

(3)連携研究者

なし