

令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

訪問看護事業所における利用者の夜間・休日・時間外の急変時対応に関する医療機関との
事前取り決め ～令和 6 年度全国調査を用いた分析から～

研究分担者 森岡典子 東京科学大学大学院保健衛生学研究科
ヘルスサービスリサーチ看護学分野 准教授
研究協力者 粕谷明日海 東京科学大学大学医学部保健衛生学科看護学専攻 学生
研究分担者 柏木聖代 東京科学大学大学院保健衛生学研究科
ヘルスサービスリサーチ看護学分野 教授
研究代表者 岡田就将 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 政策科学分野 教授

研究要旨

【目的】訪問看護事業所が利用者の夜間・休日・時間外急変時の対応を医療機関とどのように事前に取り決めしているのか、全国的な実態を把握し、それらの取り決めに関する工夫や課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】全国より在宅医療資源量の多寡により層化無作為抽出された対象二次医療圏にある訪問看護事業所 1,749 件の管理者を対象として行われた無記名ウェブ調査（2024 年 3 月実施）にて得られた 282 件（回答率 16.1%）の結果を用いた二次分析を行った。目的変数は、夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応における事前取り決めの有無、またその内容とした。急変時の事前取り決めの内容に関しては、各選択肢における割合の分布を示すために、取り決めを交わしている医療機関数/指示書を発行している医療機関数×100 にて割合を算出し、地域クラスターに層別し、ヒストグラムを作成した。自由記述は、取り決め内容により分類した。

【結果】2024 年 2 月 1 日時点でサービス利用を行っていた 269 件を分析対象とした。夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応に関して、連携医療機関との間で共通の取り決めを交わしている事業所は 30 件（11.2%）、連携する医療機関ごとに異なる取り決めを交わしている事業所は 121 件（45.0%）、同じ医療機関であっても医師ごとに異なる取り決めを交わしている事業所は 60 件（22.3%）、事前取り決めを交わしていない事業所は 58 件（21.6%）であった。

【考察】事前に取り決めを交わしていない事業所が全体の 2 割程度存在していた。事前取り決めの内容としては、医療機関によって異なる取り決めではあるものの、ファーストコールを訪問看護師が担当し、医師に個別連絡をして、指示を仰ぎながら対応するというものが最も多く、特に医療資源が少ない地域や中程度の地域がこの傾向が強かった。包括指示内で訪問看護師が対応をするという事前取り決めは、医療資源が豊富な地域や中程度の地域のごく一部の訪問看護事業所が推進していた。

A. 研究目的

地域包括ケアの構築が進み、医療依存度が高い要介護状態の在宅療養者が増加しており、在宅医療における24時間365日対応可能な多職種の必要性も高まっている。しかし、訪問看護師は、普段から医師への連絡のタイミングや方法に困難を感じており、主治医との連携が難しいために、利用者の苦痛を即座に軽減できない経験をしていることが報告されている¹⁾⁻³⁾。2022年11月の規制改革推進会議医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ（以下、WG）⁴⁾においても、日本看護協会から、在宅医療の現場において、腹痛を訴える患者に、訪問看護師から医師に連絡を行ったがすぐに連絡が取れず、指示の後も、薬剤の入手に長時間を要した事例が報告され、今後の高齢化の進展とともに看護師の役割の見直しを検討することの必要性が提起された。

当研究班が2023年度に行ったヒアリング調査からは、利用者が夜間・時間外・休日に急変した際の対応として、主治医が事前に訪問看護師に包括指示を出し、その範囲で対応するといった多職種間での事前の取り決めを交わしておくなどの利用者の急変への備えを十分に行っているという実態が明らかとなった⁵⁾。しかし、全国的に訪問看護事業所と医療機関との間で急変時の対応に関する取り決めがどの程度交わされているのか、またその具体的な内容は明らかになっていない。加えて、それらの取り決めを運用していく上での工夫や課題なども十分に理解されていない状況である。本研究では、訪問看護事業所が利用者の夜間・休日・時間外急変時の対応を医療機関とどのように事前に取り決めしているの

か、全国的な実態を把握し、それらの取り決めに関する工夫や課題を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

横断研究であり、全国調査データを用いた二次分析を行った。

2. 使用した全国調査の概要

1) 研究対象

政府統計に基づき、二次医療圏ごとの「人口10万人当たりの訪問診療施設数」と「人口10万人あたりの訪問看護事業所数」を算出し、四分位から在宅医療資源を①少ない、②中程度、③豊富の3つのクラスターの医療圏を抽出した。各クラスターに属する医療圏（①41医療圏、②86医療圏、③40医療圏）から、1/3の医療圏を無作為に抽出した（①12医療圏、②26医療圏、③12医療圏）。能登半島地震で被災した石川県の4医療圏は除外した。

以上により抽出された医療圏にあるすべての訪問看護事業所1,749件の管理者を調査対象とし、282件より回答を得た（回答率16.1%）。

2) 調査方法

無記名のWeb調査を2024年3月4日から3月29日に実施した。調査項目には、事業所概要、連携施設との夜間・休日・時間外における利用者の急変時の対応に関する事前取り決め、取り決めに関する工夫や課題等が含まれていた5)。

2) 変数

目的変数は、夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応についてである。具体的には、「夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応に関する医療機関との取り決め有無（①医療機関との間で共通の取り決めがある、②連携する医療機関ごとに急変時の対応の取り決めは異なる、③同じ医療機関であっても医師によって急変時の対応の取り決めは異なる、④①-③の取り決めはない）であり、②を選択した場合には、①-⑥（主治医がファーストコールを担当し、①主治医が対応、訪問看護師へ事後報告、②主治医から連絡・指示を受け、訪問看護師が対応、訪問看護師がファーストコールを担当し、③包括指示内で対応、④主治医に連絡し、個別指示を受けながら訪問看護師が対応、⑤主治医に連絡し、主治医が対応、⑥訪問看護師の判断で医療機関を受診し、主治医へ事後報告）に区分された。そのほか、自由記述の「取り決め遂行のための工夫」、「取り決めに従うための課題」を使用した。

事業所の属性を示す変数として、地域クラスター、事業継続年数、看護職員常勤換算数、届け出上の営業日、利用者実人数、連携している医療機関数、営業日以外の計画的な訪問が可能か、営業時間外の電話等での相談の対応有無、急な病状変化があった場合の訪問看護の有無、併設施設の有無と種類を用いた。

3. 分析方法

訪問看護事業所の属性や急変時の事前取り決めについては、量的変数は中央値と四分位範囲、カテゴリー変数は度数と割合を示した。急変時の事前取り決めの内容に関しては、各選択肢における割合の分布を示す

ために、取り決めに交差している医療機関数/指示書を発行している医療機関数×100にて割合を算出し、地域クラスターに層別し、ヒストグラムを作成した。自由記述は、取り決め内容により分類した。量的解析は Stata ver.18 を、質的分析は Excel を用いた。

（倫理面への配慮）東京科学大学統合教育機構倫理審査委員会の承認（承認番号：C2023-049）（番号：C2023-049）

C. 研究結果

回答のあった 282 件のうち、看護職員常勤換算数が 2.5 人未満の事業所、また 2024 年 2 月 1 日時点でのサービス提供がない事業所を除外した 269 件を分析対象とした。分析対象となった訪問看護事業所の事業継続年数は、中央値 8.9 年、四分位範囲 4.4-23.3 年（以下同順）、看護職員常勤換算数は 4.5 人、3.3-6.6 人、利用者実人数は 61 人、39.0-95.0 であった。（表 1）

夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応に関する医療機関（病院・診療所）との取り決めに関しては、医療機関との間で共通の取り決めに交差している事業所は 30 件（11.2%）、連携する医療機関ごとに異なる取り決めに交差している事業所は 121 件（45%）、同じ医療機関であっても医師ごとに異なる取り決めに交差している事業所は 60 件（22.3%）、上記の取り決めに交差していない事業所は 58 件（21.6%）であった。（表 2）

医療機関ごとに取り決めが異なると回答した 121 件のうち、①-⑥のうち 1 つのみ選択している事業所や取り決めの内容に回答していない事業所を除外した 82 件を分

析したところ、訪問看護指示書を発行している医療機関のうち、ファーストコールを主治医が担当するという取り決めに交わしている割合の中央値は 0%（四分位範囲 0-33.3%）、ファーストコールを訪問看護師が担当するという取り決めに交わしている割合の中央値は 100%（66.7-100%）であった。在宅医療資源の地域特性別にみると、在宅医療資源が少ない地域では、全取り決めのうち、主治医がファーストコールを 75%以上担当している事業所も 2 割程度存在していた。（図 1）

取り決めの詳細な内容に関しては、ファーストコールを訪問看護師が担当したうえで、主治医に連絡し、個別指示を受けながら訪問看護師が対応する（中央値 25%、四分位範囲 11.1-41.7%、以下同順）が最も高かった。地域別にみると、医療資源が少ない地域や中程度の地域で、この取り決めに 5 割を超えている事業所の割合が高かった。この取り決めに関する課題として、“医師との連絡に時間がかかる”ことや、“担当医師以外が電話で対応したための確な指示を得られない”ことが自由記述に挙げられた。

次いで多かったのは、訪問看護師の判断で医療機関を受診し、主治医へ事後報告する（16%、0-42.3%）であり、どの地域でも同じ分布になっていた。この取り決めに関しては、“受診の目安が不明確である”ことや、“受け入れ先がなかなか見つからない”といった課題が挙げられた。

3 番目に多かったのは、包括指示内で訪問看護師が対応をする（11.8%、0-35.7%）であった。在宅医療資源が中程度もしくは豊富な地域の 5%程度の訪問看護事業所では、この取り組みが 8 割を超えて

いた。この取り決めに関しては、課題は挙げられていなかった。その要因として、“事前に訪問看護師が主治医に対して包括指示に盛り込んで欲しい内容を具体的に提案した”、“状態が安定している利用者であっても、指示書内に急変時対応を記載”するなどの工夫をしていることが挙げられた（図 2）。

D. 考察

訪問看護事業所を対象とした全国調査データを用いて、夜間・休日・時間外の急変時対応に関する医療機関との事前取り決めにについて分析したところ、以下 3 つが明らかになった。①事前に取り決めに交わしていない事業所が全体の 2 割程度存在していた。②事前取り決めの内容としては、医療機関によって異なる取り決めではあるものの、ファーストコールを訪問看護師が担当し、医師に個別連絡をして、指示を仰ぎながら対応するというものが最も多く、特に医療資源が少ない地域や中程度の地域がこの傾向が強かった。③包括指示内で訪問看護師が対応をするという事前取り決めは、医療資源が豊富な地域や中程度の地域のごく一部の訪問看護事業所が推進していた。

①に関して、本調査では、医療機関と取り決めに交わしていない事業所のうち 9 割以上の事業所が緊急訪問看護を提供する事業所であり、事前取り決めがないために、緊急訪問時の連絡先や連絡方法が確立されておらず、対応により困難を感じる可能性が高いことが示唆される。先行研究では、リスク・クライシス管理は医療・患者安全の向上に寄与するとされており、これには事前準備が特に必須である⁶⁾と述べられている。また、諸外国では、利用者の急性増

悪を認識し、看護師が同僚や医師・他職種に相談し対処するというケアのプロセス（エスカレーション）の重要な要素として、事前の明確な方針やプロトコル（手順）が挙げられている⁷⁾。医師や他職種との連携の事前準備が不足したまま緊急訪問看護を行うということは、急変時のケアの質、患者安全の上での危険因子にもなり得ると考えられる。今後、利用者の急変時の対応に関して訪問看護事業所・医療機関間での事前取り決めに交わすという取り組みを推進していく必要が示唆された。さらに、本調査の回収率が低く、より多職種連携に力を入れている事業所ほど回答しやすいという回答バイアスがあるため、取り決めに交わしていない事業所割合の結果として過小評価している可能性があり、実際には医療機関と急変時対応の事前協議を行っていない事業所割合は多い可能性がある。

②に関しては、訪問看護師は利用者の急変時にファーストコールを受けるが、他職種や医療機関とのリアルタイムでの連携が必要になり、訪問看護師サイドでは、指示を仰ぐことになっているにもかかわらず連絡がつかない、といった規制改革推進会議WGでも指摘されたような課題⁴⁾が起きやすい状況であることが伺えた。

③の包括指示内で訪問看護師が対応をするという取り決めに関しては、先行研究からも円滑な急変時対応の効果が報告されている。重症心身障害児が自宅療養をするにあたりチームで介入を行ったケースでは、事前に関係機関に書面で急変時の対応について取り決めに交わしていた。これにより、主治医不在時であっても、書面通りのケアプランを実施でき、一時入院はしたものの、家族の介護力を維持したまま自宅で

最期まで過ごすことができた⁸⁾。本研究では、このような包括指示による急変時対応は、在宅医療資源が中程度～豊富な地域に位置する一部の訪問看護事業所で積極的に活用されている傾向があったが、在宅医療資源が少ない地域においては、職員の人数不足などが原因でリアルタイムでの連携が取りづらいことが指摘されており⁹⁾、医療資源が少ない地域でもこのような取り決めが行えるような包括指示の内容・活用方法・訪問看護師の育成を検討していくことが必要である。

最後に、本研究の限界として、本研究で使用したデータは全国調査によるものであったが、回収率16%程度と低く、結果の一般化には留意が必要である。

E. 結論

事前に取り決めに交わしていない事業所が全体の2割程度存在していた。事前取り決めの内容としては、医療機関によって異なる取り決めではあるものの、ファーストコールを訪問看護師が担当し、医師に個別連絡をして、指示を仰ぎながら対応するというものが最も多く、特に医療資源が少ない地域や中程度の地域がこの傾向が強かった。包括指示内で訪問看護師が対応をするという事前取り決めは、医療資源が豊富な地域や中程度の地域のごく一部の訪問看護事業所が推進していた。

謝辞

全国調査にご協力いただきました、全国の診療所、訪問看護ステーション、薬局の皆様、本調査の実施にあたり、多大なるご支援を賜りました、日本医師会副会長の釜范敏先生、日本看護協会常務理事の井本寛

子先生、日本薬剤師会副会長の荻野構一先生に深謝いたします。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

文献

- 1) 柴田滋子, 富田幸江, 高山裕子. 訪問看護師が抱く困難感. 日本農村医学会雑誌. 2018; 66(5): 567-572.
- 2) 古瀬みどり. 訪問看護師が終末期がん療養者ケアで感じた困難. 日本がん看護学会誌. 2013; 27(1): 61-66.
- 3) 大園康文, 石井容子, 宮下光令. 訪問看護師が認識する終末期がん患者の在宅療養継続の障害. 日本がん看護学会誌. 2015; 29(1): 44-53.
- 4) 内閣府. 規制改革推進会議 会議情報.
<https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/meeting/meeting.html>
- 5) 令和 5 年度厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野厚生労働科学特別研究. 在宅医療現場における多職種連携ニーズの客観的指標開発研究. 令和 5 年度総括・分担研究報告書. 2024 年 3 月
- 6) 日本看護協会, 日本訪問看護振興財団. 平成 18 年度訪問看護基礎調査報告書. 2007
- 7) Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Essential

element escalation of care.2012.

<https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Low-res-PDF-Essential-element-2-escalation-of-care.pdf>

- 8) 雨宮馨, 高嶋瑞貴, 小沢浩, 富田直, 宮田章子. O-1-D22 急変時における事前の対応決定に基づき, 治療を行った重症心身障害児の一例<1>. 日本重症心身障害学会誌. 2016; 41(2): 241.
- 9) 吉嶺文俊, 原勝人. 診療場面毎の課題と実践 過疎地の地域医療の課題と実践. 日本内科学会雑誌. 2017; 106(6): 1151-1

表1 訪問看護事業所の概要

	n/median	% /四分位範囲
事業所特性		
地域の在宅医療リソース (n,%)		
クラスター1 (医療資源が少ない)	46	17.1
クラスター2 (中程度)	141	52.4
クラスター3 (豊富)	82	30.5
届け出上営業日 (n,%)		
平日	264	98.1
土	117	43.5
日	37	13.8
祝日	94	34.9
年末年始	40	14.9
事業継続年数 (median, IQR)	8.9	4.4-23.3
連携している病院・診療所数(median, IQR)		
利用者の訪問看護指示書を発行している病院数	10.0	6.0 - 21.0
利用者の訪問看護指示書を発行している診療所数	10.0	4.0 - 20.0
営業日以外の計画的な訪問は可能か (n,%)		
必要な方はほぼ対応が可能 (24 時間対応事業所含む)	196	72.9
対応可能だが、できないこともある	55	20.5
対応しない	18	6.7
営業時間外の対応状況 24 時間の電話等での相談の対応状況 (n,%)		
あり	251	93.3
なし	18	6.7
急な病状の変化があった場合の訪問看護の対応状況 (n,%)		
あり	262	97.4
なし	7	2.6
併設施設の有無と種類 (n,%)		
併設施設があり、病院である		
はい	72	26.8
いいえ	197	73.2
併設施設が病院である事業所のうち、併設施設が在宅療養支援病院である		
はい	21	29.2
いいえ	51	70.8
併設施設があり、診療所である		
はい	38	14.1
いいえ	231	85.9
うち、併設施設が在宅療養支援診療所である		
はい	23	60.5
いいえ	15	39.5
従事者特性		
		33

■ 在宅医療資源が少ない ■ 中程度 ■ 豊富

訪問看護指示書を発行している医療機関のうち (N=82)

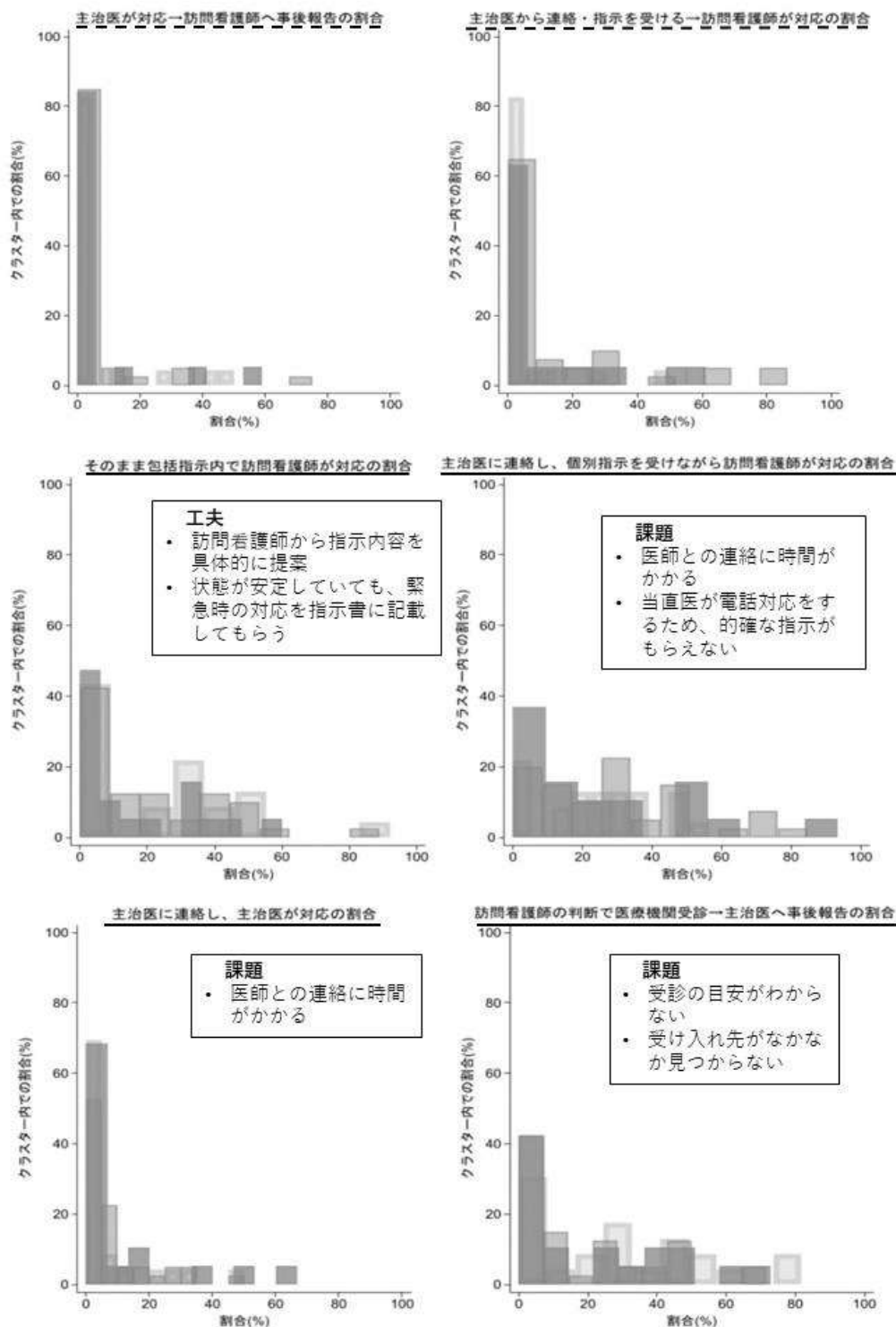


図2 在宅医療資源量に基づく地域別にみた医療機関との事前取り決めの内容の詳細