

新型コロナウイルス感染症の自宅療養者支援における 課題と連携の改善策の検討

－ A県における訪問看護師と保健師の対応の実態調査 －

藤本 佳子¹⁾, 大村 佳代子¹⁾, 安田 温子¹⁾, 大野 かおり¹⁾

要 旨

【目的】

新型コロナウイルス感染症の自宅療養者支援の実態と課題、それに関わる訪問看護師と保健師の連携や改善策について明らかにすることを目的とした。

【方法】

A県の訪問看護師と保健師に半構造的質問票調査を実施した。分析は、記述統計量算出後、 χ^2 検定またはFisherの正確確率検定を行い、自由記述は、質的記述的分析を行い、内容の類似性に基づき分類した。

【結果】

訪問看護師138名、保健師20名から回答を得た。そのうち、訪問看護師44名、保健師20名が自宅療養者を支援していた。自宅療養者を支援した訪問看護師は、所属する訪問看護ステーションの看護師在籍数が多く($p = .001$)、併設施設がある($p = .046$)など所属施設の規模が大きかった。自宅療養者支援の実際は、訪問看護師は、「訪問による健康観察」88.6%、「看護ケアの提供」84.1%、「生活支援」47.7%の順であった。保健師は、「電話による健康観察」95.0%、「訪問による健康観察」80.0%、「生活支援」35.0%の順であった。自宅療養者の支援上の課題は、【人員の確保や支援体制】【連携や情報整理の難しさ】【感染対策】【症状管理・把握の難しさ】【サービス制限による生活の困難さ】の5つが示された。自宅療養者の支援をした訪問看護師は、保健師との連携の困難感があり($p = .000$)、平時からの連携がないことによる「情報共有の困難さ」「業務の見えにくさ」が、困難感を強めることが示された。連携をとる上での改善点は、【情報通信技術 (ICT) 化・情報共有と発信】【情報交換・ネットワークの構築】【地域で自宅療養者を支援するしくみ】の3つが示された。

【結論】

訪問看護ステーションの特性に応じた支援協力依頼や、感染対応等の自宅療養者の支援が可能な訪問看護師の確保が必要と考える。また、感染者数の減少時や平時に支援事例の振り返りなど連携や交流の機会が必要と示された。一方、感染拡大期には、ICTを活用した支援者間の情報共有や依頼の明確化が必要と示された。

キーワード：新型コロナウイルス感染症、自宅療養者、連携、訪問看護師、保健師

1) 兵庫県立大学看護学部在宅看護学

I. 諸 言

新型コロナウイルス感染症（以下、コロナ）は、2019年12月に中国で発生後、世界的に流行が拡大し、世界保健機関（WHO）が、2020年3月にパンデミックを宣言した（World Health Organization, 2020；国立感染症研究所；2021，富岡ら，2022；鳩野ら，2022）。日本では、2020年4月に日本政府が新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言を発出した（内閣官房，2021）。感染者数が増加した同年4月から5月の第1波時に、厚生労働省は、自宅療養中の軽症者の症状悪化時に適切に医療機関を受診できる患者のフォローアップや重症者に対する医療資源の確保、軽症者等に対する宿泊療養や自宅療養に係る体制整備の必要性を自治体に示し（厚生労働省，2020a；厚生労働省，2021a），各地域で体制整備が行われた。感染者数は、緊急事態宣言発令後やまん延防止等重点措置（内閣官房，2022）後は減少するが、その後も感染者数の増加の波があった（厚生労働省，2022a；山下，2021）。2022年8月時点でも感染症法に基づく指定感染症として、保健所を中心に対応や支援は継続している。

2021年3月から6月にかけて第4波が発生し、感染者数増加に伴う病床の不足等により、入院加療が必要な場合でも、自宅療養を余儀なくされるコロナ陽性者が増加した（富岡ら，2022；山下，2021）。A県においても、感染者や重症者の病床使用率が全国で上位を占め、死亡率がこれまでで最も高かった（厚生労働省，2021b；厚生労働省，2022b）。入院待機中の高齢者や既往歴のない成人が自宅療養をする中、軽症者の急変や死亡が発生し、訪問診療や訪問看護によって自宅療養者を支援する体制が導入された（大友ら，2022；厚生労働省，2021c；公益財団法人日本訪問看護財団，2021a；公益財団法人日本訪問看護財団，2022）。コロナの第3波時の訪問看護ステーションの調査（神戸市看護大学・一般社団法人兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会，2021；公益財団法人日本訪問看護財団，2021b；吉川ら，2022）やA県下の自治体の異なる複数の訪問看護ステーションからの聞き取り調査より、コロナの自宅療養者を支援する中で保健所（保健師）との情報共有や連携の困難さ等、対応や支援に困った事例があること、コロナの自宅療養者の支援が難しい訪問看護ステーションがある

ことを把握した。訪問看護師と保健師の連携については、先行研究（三好ら，2014）において、平時に双方の連携意識は高いが、連携する状況がなかったことが示されている。しかし、訪問看護師と保健所（保健師）との情報共有や連携の困難さ等、連携の課題に関する研究はない。また、自宅療養者支援の経験や課題の整理とその対応策の検討が必要である（富岡ら，2022；公益財団法人日本訪問看護財団，2021a；公益財団法人日本訪問看護財団，2022）。

そこで本研究では、自宅療養者支援の実際と課題、訪問看護師と保健師が自宅療養者を支援する上での連携の課題や改善策について明らかにすることを目的とした。本研究は、連携体制構築の際の資料となるため報告する。

用語の定義

本研究において自宅療養者とは、コロナ陽性者で自宅療養をしている方とした。

自宅療養者の支援とは、介護保険等のサービス契約の有無に関わらず、自宅療養者への支援全般を含むこととした。

II. 方 法

1. 研究対象者

厚生労働省のホームページ「介護事業所・生活情報関連検索」（2021年7月時点）に連絡先が公開されているA県内の訪問看護ステーション609か所とA県下の保健所27か所（保健所機能をもつ保健センター10か所含む）の保健師とした。各施設に研究の趣旨、方法、内容、倫理的配慮等を記載した依頼文と質問票をハガキ又は電子メールで管理者に送付した。研究協力者の選定は、看護師や保健師が少数配置の事業所・部署もあれば、10名以上配置のところもあり、研究協力者の人数を指定することは困難であったため、研究協力者の人数は事業所・部署の管理者に一任した。訪問看護師については、自宅療養者への支援の有無を尋ね、違いを比較した。保健師については、自宅療養者の支援者を条件とした。

2. 調査方法と調査期間

オンラインによる無記名自記式半構造的質問票調査と

した。調査期間は、2021年7月末から11月中旬とした。

3. 調査内容

先行研究では研究上の疑問を明らかにするための項目がなかったため、自宅療養者支援の実態や課題、訪問看護師と保健師の連携状況や改善策について、共同研究者と共に独自で作成した。本文中の「」は、質問項目を示した。

質問票の構成は、基本属性（年代・経験年数・所属施設のある自治体の規模・役職・所属施設の規模・併設施設の有無）、自宅療養者の支援の有無とその内容、訪問看護師と保健師双方の連携の困難感の有無とその理由（選択肢から複数回答）、平時の訪問看護師と保健師の連携状況、自宅療養者の支援を実施しなかった理由（選択肢から複数回答）とした。また、自宅療養者の支援をする上での課題や訪問看護師と保健師が連携する上での改善策について、自由記述を求めた。

4. 分析方法

基本属性、自宅療養者支援の実際と課題、訪問看護師と保健師が自宅療養者の支援をする上での連携の課題や改善策について記述統計量を算出し、訪問看護師（自宅療養者の支援あり・支援なし）、保健師の3群比較、訪問看護師の自宅療養者支援ありと支援なしの2群比較、訪問看護師と保健師の自宅療養者支援ありの2群比較（支援あり）について、 χ^2 検定またはFisherの正確確率検定を行った。有意水準は5%とした。統計分析は、IBM SPSS Statistics version 25を用いて χ^2 検定を行い、EZR on R commander Version 1.61を用いてFisherの正確確率検定を行った。自由記述は、質的記述的分析を行い、内容の類似性に基づき、質的に課題と改善策について分類し、内容の重みづけのためコード数を算出した。カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〈〉、代表的なコードを〔〕と示した。内容分析結果の一貫性を確保するため、共同研究者と繰り返し検討を行った。

5. 倫理的配慮

本研究は所属機関の研究倫理委員会の承認（2021年7月27日承認、承認番号：2021F06）後に実施した。研究協力者の調査への協力に関する同意は、質問票の同意欄

にチェックがあることで確認した。

Ⅲ. 結 果

訪問看護師138名（回収率22.7%）、保健師20名（内訳：県10名、政令市9名、中核市1名）から回答を得た。そのうち、自宅療養者の支援者は、訪問看護師は44名（31.9%）で、保健師は20名全員であった。無効回答はなかった。

1. 研究協力者の基本属性と自宅療養者の支援をした訪問看護ステーションの特性（表1, 表2）

研究協力者の年代は、訪問看護師、保健師ともに50歳台以上が過半数を占めた。経験年数10年以上は、訪問看護師は8割、保健師は7割を占めた。訪問看護ステーションの常勤換算看護師数5人以上は66.0%であった。

自宅療養者の支援の有無別の訪問看護師の基本属性を比較すると、所属する訪問看護ステーションにおいて、看護師の在籍数が多く（ $p = .001$ ）、併設施設がある（ $p = .046$ ）ことが示された。また、所属施設の自治体の規模は、政令市や中核市に比べてそれ以外の県下の訪問看護ステーションに所属する訪問看護師の支援が少ない（ $p = .018$ ）ことが示された。表2に示すとおり、訪問看護師が自宅療養者の支援をしなかった理由は、「依頼なし」73.4%、「断った」11.7%、「組織の方針」10.6%であった。自宅療養者の支援を断った理由は、「人員確保の難しさ」が81.8%で大多数を占めた。

2. 自宅療養者の支援の実際と課題（図1, 表1, 表3）

図1に示すとおり、訪問看護師の自宅療養者の支援内容（複数回答）は、「訪問による健康観察」が88.6%で最も多く、「看護ケアの提供」84.1%、「生活支援」47.7%の順であった。保健師については、「電話による健康観察」が95.0%と最も多く、「訪問による健康観察」80.0%、「生活支援」35.0%の順であった。「医師の指示による医療的ケア」は訪問看護師のみが行っていた。また、表1に示すとおり、医療的ケアを実施した看護師の経験年数は全員が20年以上であった。

自宅療養者支援の課題については、自宅療養者の支援

表1 研究協力者の基本属性と自宅療養者の支援の有無

| | ①保健師 n=20 n (%) | 訪問看護師 | | | | 検定 | | |
|--|---------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------|--------------------------|------|
| | | 計 n=138 n (%) | 自宅療養者の支援 | | 3群比較 (①, ②, ③) | 2群比較 (②, ③) | 2群比較 [支援あり] (①, ②) | |
| | | | ②あり n=44 n (%) | ③なし n=94 n (%) | p | p | p | |
| 年代 | 60歳代 | 0 (0.0) | 19 (13.8) | 8 (18.2) | 11 (11.7) | .300 | .704 | .000 |
| | 50歳代 | 11 (55.0) | 73 (52.9) | 21 (47.7) | 52 (55.3) | | | |
| | 40歳代 | 2 (10.0) | 33 (23.9) | 10 (22.7) | 23 (24.5) | | | |
| | 30歳代 | 3 (15.0) | 12 (8.7) | 5 (11.4) | 7 (7.4) | | | |
| | 20歳代 | 4 (20.0) | 1 (0.7) | 0 (0.0) | 1 (1.1) | | | |
| 経験年数 | 30年以上 | 8 (40.0) | 28 (20.3) | 10 (22.7) | 18 (19.1) | .531 | .270 | .000 |
| | 20年以上30年未満 | 3 (15.0) | 59 (42.8) | 23 (52.3) | 36 (38.3) | | | |
| | 10年以上20年未満 | 4 (20.0) | 28 (20.3) | 9 (20.5) | 19 (20.2) | | | |
| | 5年以上10年未満 | 0 (0.0) | 10 (7.2) | 2 (4.5) | 8 (8.5) | | | |
| | 3年以上5年未満 | 1 (5.0) | 4 (2.9) | 0 (0.0) | 4 (4.3) | | | |
| | 1年以上3年未満 | 2 (10.0) | 7 (5.1) | 0 (0.0) | 7 (7.4) | | | |
| | 1年未満 | 2 (10.0) | 2 (1.4) | 0 (0.0) | 2 (2.1) | | | |
| 職場の自治体の規模 | 政令市 | 9 (45.0) | 69 (50.0) | 25 (56.8) | 44 (46.8) | .561 | .018 | .000 |
| | 中核市 | 1 (5.0) | 40 (29.0) | 16 (36.4) | 24 (25.5) | | | |
| | 県下の上記以外 | 10 (50.0) | 29 (21.0) | 3 (6.8) | 26 (27.7) | | | |
| 役職 | 管理職 | 11 (55.0) | 122 (88.4) | 38 (86.3) | 84 (89.4) | .019 | .688 | .000 |
| | 役職なし | 9 (45.0) | 14 (10.1) | 5 (11.4) | 9 (9.6) | | | |
| | 無回答 | 0 (0.0) | 2 (1.4) | 1 (2.3) | 1 (1.0) | | | |
| 訪問看護ステーション の規模 (常勤換算看護師数) | 10人以上 | - | 31 (22.5) | 18 (40.9) | 13 (13.8) | — | .001 | — |
| | 5人以上10人未満 | - | 60 (43.5) | 19 (43.2) | 41 (43.6) | | | |
| | 3人以上5人未満 | - | 26 (18.8) | 4 (9.1) | 22 (23.4) | | | |
| | 2.5人以上3人未満 | - | 21 (15.2) | 3 (6.8) | 18 (19.1) | | | |
| 訪問看護ステーション の併設施設の有無 | 併設施設なし | - | 51 (37.0) | 11 (25.0) | 40 (42.6) | — | .046 | — |
| | 併設施設あり ^{a)} | - | 87 (63.0) | 33 (75.0) | 54 (57.4) | | | |
| | 〈併設施設 ^{a)} の内訳〉 | - | (n=87) | (n=33) | (n=54) | | | |
| | ・医療機関と併設 | - | 12 (13.8) | 2 (6.0) | 10 (18.5) | | | |
| | ・居宅介護支援事業所と併設 | - | 43 (49.4) | 16 (48.5) | 27 (50.0) | | | |
| | ・医療機関・居宅介護事業所と併設 | - | 21 (24.1) | 9 (27.3) | 12 (22.2) | | | |
| | ・リハビリスタッフが在籍 | - | 6 (6.9) | 3 (9.1) | 3 (5.6) | | | |
| | ・その他 | - | 5 (5.7) | 3 (9.1) | 2 (3.7) | | | |
| 医療的ケアを実施した 看護師の経験年数 | 30年以上 | - | - | (n=6) | - | — | — | — |
| | 20年以上30年未満 | - | - | 3 (50.0) | - | | | |
| 訪問看護師と 保健師の 連携の困難感 | 連携なし | 6 (30.0) | 70 (50.7) | 3 (6.8) | 67 (72.3) | .000 | .000 | .000 |
| | 困難感あり ^{b)} | 7 (35.0) | 42 (30.4) | 30 (68.2) | 12 (12.8) | | | |
| | 困難感なし ^{c)} | 7 (35.0) | 26 (18.8) | 11 (25.0) | 15 (15.9) | | | |
| | 〈困難感あり ^{b)} の理由(複数回答)〉 | (n=7) | (n=42) | (n=30) | (n=12) | | | |
| | ・情報共有の困難さ | 4 (57.1) | 20 (47.6) | 20 (66.7) | 0 (0.0) | | | |
| | ・相手の仕事が見えにくい | 2 (28.6) | 17 (40.5) | 14 (46.7) | 3 (25.0) | | | |
| | ・情報が不十分 | 0 (0.0) | 17 (40.5) | 9 (30.0) | 8 (66.7) | | | |
| | ・保健師の病状理解や対応が わかりにくい | 0 (0.0) | 3 (7.1) | 3 (10.0) | 0 (0.0) | | | |
| | ・その他(自由記述) | 4 (57.1) | 7 (16.7) | 0 (0.0) | 7 (58.3) | | | |
| | 【その他の内訳】 | | | | | | | |
| | ・連絡がつきにくく、対応に時間がかかる | 0 (0.0) | 7 (16.7) | 0 (0.0) | 7 (58.3) | | | |
| ・感染対策や施設の危機管理の理由から 訪問看護師から支援依頼を断られる | 3 (42.9) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | | | | |
| ・訪問看護師のマンパワー不足 | 1 (14.3) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | | | | |
| 〈困難感なし ^{c)} の理由(複数回答)〉 | (n=7) | (n=26) | (n=11) | (n=15) | | | | |
| ・コロナ以外で日ごろから連携がある | 3 (42.9) | 14 (53.8) | 4 (36.4) | 10 (66.7) | | | | |
| ・相手の仕事や業務を理解している | 2 (28.6) | 10 (38.5) | 5 (45.5) | 5 (33.3) | | | | |
| ・連絡や対応がスムーズ | 0 (0.0) | 10 (38.5) | 3 (27.3) | 7 (46.7) | | | | |
| ・その他 | 2 (28.6) | 1 (3.8) | 1 (9.0) | 0 (0.0) | | | | |

検定は、 χ^2 検定またはFisherの正確確率検定を行った。p：有意確率

注1) a)~c)はそれぞれ対応する内訳を示す。

注2) 3群比較は、訪問看護師(自宅療養者の支援あり群・支援なし群)、保健師で検定を行った。

注3) 2群比較は、訪問看護師の自宅療養者支援あり群と支援なし群で検定を行った。

注4) 2群比較[支援あり]は、保健師と訪問看護師の自宅療養者支援あり群で検定を行った。

注5) 「年代」「経験年数」「役職」の全群と「自治体の規模」「連携の困難感」の2群比較[支援あり]群について、Fisherの正確確率を求めた。

表2 自宅療養者の支援をしなかった理由と平時の保健師との連携 (訪問看護師 n=94)

| | | n (%) |
|--------------------------------|---------------------|-----------|
| 訪問看護師が 自宅療養者の支援 をしなかった理由 | 依頼がなかった | 69 (73.4) |
| | 断った | 11 (11.7) |
| | 組織的に直接支援はしない | 10 (10.6) |
| | 自分以外の看護師が対応した | 4 (4.3) |
| | 〈断った (n=11) 理由〉 | |
| | ・人員の確保の難しさ | 9 (81.8) |
| | ・職場の方針 | 2 (18.2) |
| 訪問看護師の 平時の保健師との連携 | 〈 平時に保健師から受けた依頼内容 〉 | |
| | 依頼なし | 60 (63.8) |
| | その他 | 4 (4.3) |
| | 無回答 | 30 (31.9) |
| | 〈 平時の保健師との連携の困難感 〉 | |
| | 連携なし | 68 (72.3) |
| | 困難感なし | 1 (1.1) |
| 困難感あり | 1 (1.1) | |
| 無回答 | 24 (25.5) | |

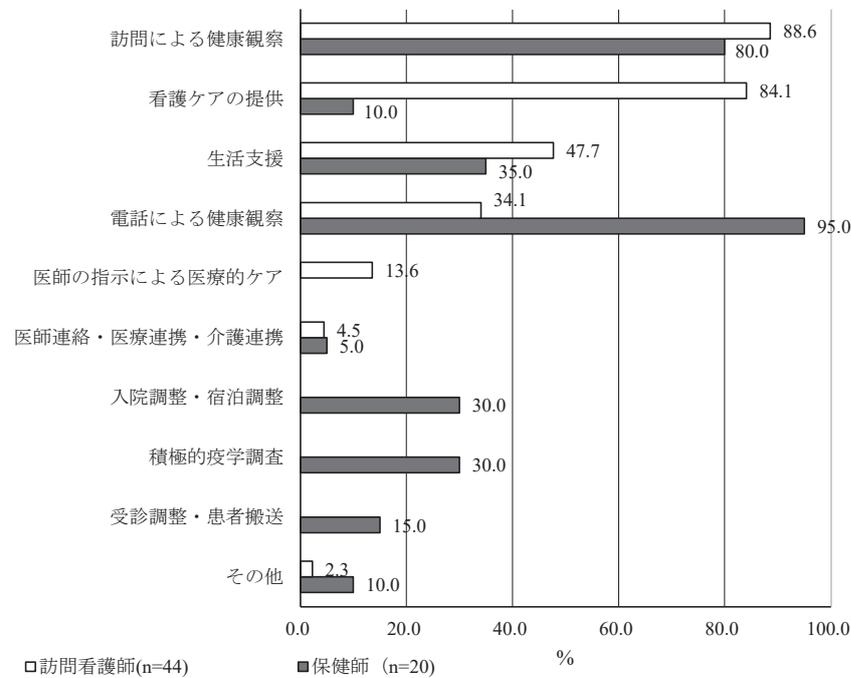


図1 自宅療養者の支援内容 (複数回答あり)

をした訪問看護師43名、保健師19名から得られた5つの課題(自由記述、複数回答)を表3に示す。全体では、【人員の確保や支援体制】が最も多く、次いで【連携や情報整理の難しさ】であった。訪問看護師では、〔短時間の対応〕〔感染予防対策物資の確保〕など【感染対策】が最も多く、課題として回答したのは訪問看護師のみであった。次いで【人員の確保や支援体制】、【連携や情報管理の難しさ】、【症状管理・把握の難しさ】、〔介護サービスなどが制限〕〔自宅療養者の支援をするスタッフの

訪問を制限)などの【サービス制限による生活の困難さ】があがった。保健師では、【人員の確保や支援体制】、〔入院医療機関の逼迫・入院ベッドの不足〕による〔地域医療・連携の困難さ〕などの【連携や情報整理の難しさ】、〔自宅療養者の介護サービスに対応可能な事業所が少ない〕ことによる【サービス制限による生活の困難さ】であった。

3. 訪問看護師と保健師の連携の課題や改善策 (表1, 表2, 表4)

表1に示すとおり、訪問看護師と保健師のそれぞれの職種間の連携については、自宅療養者を支援した訪問看護師は、保健師との連携に「困難感あり」が有意に多かった ($p = .000$)。また、保健師に比べ、自宅療養を支援した訪問看護師の方が連携に「困難感あり」と回答した人が多かった ($p = .000$)。訪問看護師が保健師との連携に困難さを感じた理由(選択肢, 複数回答)は、「情報共有の困難さ」66.7%が最も多く、「相手の仕事が見えにくい」46.7%、「情報が不十分」30.0%であった。保健師が訪問看護師との連携で困難さを感じた理由は、「情報共有の困難さ」57.1%が最も多く、「感染対策や施設の危機管理の理由から訪問看護師から支援依頼を断られる」42.9%、「相手の仕事が見えにくい」が28.6%であった。表2に示すとおり、自宅療養者の支援なしの訪問看護師の平時の保健師との連携は、「依頼なし」63.8%、「連携なし」72.3%であった。

自宅療養者の支援において、訪問看護師と保健師の双方が連携をとる上での改善策については、自宅療養者の支援をした訪問看護師39名、保健師13名から自由記述で得られた3つの改善策を表4に示す。全体で【情報通信技術 (ICT) 化・情報共有と発信】が最も多く、次いで、【情報交換・ネットワークの構築】であった。保健師からは、[訪問看護師による健康観察] といった【地域で自宅療養者を支援するしくみ】に改善策があるという回答が最も多く、次いで、[訪問看護導入時の手続きの簡素化] などの〈情報の見える化・共有の工夫〉の【情報通信技術 (ICT) 化・情報共有と発信】と〔自宅療養者の支援の振り返りの機会〕をもつことや〔お互いの状況を共有しながら連携体制を構築〕などの【情報交換・ネットワークの構築】があがった。訪問看護師からは、〔自宅療養者の状態を可視化〕など〈情報共有のICT化・共有ツールの作成〉〈速やかな情報共有〉や〔コロナ対応の保健所の役割を教えて欲しい〕などの【情報通信技術 (ICT) 化・情報共有と発信】に改善策があるという回答が最も多く、次いで、〈自宅療養者の支援時のタイムリーな対応〉〈コロナ禍の情報交換の機会〉〈連絡先の明確化〉〈平時からの情報交換の機会〉など【情報交換・ネットワークの構築】があがった。

IV. 考 察

1. 自宅療養者の支援をした訪問看護ステーションの特性と今後の対策

結果より、在籍看護師数が多く、併設施設があるなど、規模が大きい訪問看護ステーションに所属するほど、自宅療養者の支援をする訪問看護師が多いことが示された。また自宅療養者の支援なしの理由の多くは、依頼がなかったことが示された。今後、自宅療養者の支援を引き受ける訪問看護ステーションの増加や地域での療養支援の体制づくりが期待される(公益財団法人日本訪問看護財団, 2021a; 公益財団法人日本訪問看護財団, 2022)。しかし、全国的に常勤換算看護師5人以下の訪問看護ステーションは57.0%(厚生労働省, 2021d)であり、人員的に余裕があるステーションが多くないのが現状と考えられる。また、地域によって訪問看護ステーション数に差があり、資源に地域差が生じている(厚生労働省, 2021d; 一般社団法人全国訪問看護事業協会, 2021)。看護提供体制に対して、各都道府県のナースセンターによる復職者も含めた人材のマッチングや県看護協会による訪問看護ステーションへの呼びかけにより複数の事業所が連携して療養者の健康観察や訪問看護を行う体制づくりが行われている(公益社団法人日本看護協会, 2020; 厚生労働省, 2021e)。1つの訪問看護ステーションに自宅療養者の支援が偏らず、地域の資源等の地域特性に応じた自宅療養者の支援者の確保や支援する複数の訪問看護ステーションによるチームなどの体制づくりが必要である。また、保健師によるタイムリーな情報提供や相談対応など、訪問看護師や訪問看護ステーションのチームを後方支援できるネットワークを構築し、看護師等が安心して自宅療養者の支援を行えるしくみが必要と考えられる。

自宅療養者の支援をした訪問看護師から、感染対策の課題が多く示された。また、保健師が訪問看護師との連携の困難さの理由として、「感染対策や施設の危機管理を理由に自宅療養者の支援依頼を断られる」が示されており、保健所や感染管理認定看護師や感染症看護専門看護師(厚生労働省, 2021e)などの専門家によって、感染対策の研修を行い、安全安心を確保し、周囲の家族や職場の方が安心できる環境を作る(公益社団法人日本看

表3 自宅療養者の支援の課題（全体n=62, 訪問看護師 n=43, 保健師n=19）（複数回答あり）

| カテゴリ | 回答者内訳 | サブカテゴリ | 代表的なコード |
|--------------------------|--------------------------|--|---|
| 人員の確保や支援体制 (n=23) | 訪問看護師 (n=9) | 施設内の管理困難 (n=9) | 既存の患者がいるため、安全に対応するゆとりのあるスケジュールをつくるのが難しい |
| | | | 他の利用者は訪問しないようにするには人的余裕が必要 |
| | | | 保健所に業務が集中している |
| | 保健師 (n=14) | 人員不足と業務管理の困難さ (n=14) | 患者数へ対応できる人材・人員体制の確保 |
| | | | 自宅療養者や家族の不安軽減や病状の正確な把握のためには直接対面が望ましいが、感染リスクの回避やマンパワー不足によりできない |
| | | | 専門職と事務職の応援の人員が必要 |
| 連携や情報整理の難しさ (n=21) | 訪問看護師 (n=8) | 保健所・医師・他ステーションとの連携 (n=8) | 患者と対応する職員数のアンバランスのため職員の身体的精神的負担が大きかった |
| | | | 保健所職員自身の健康を守ること |
| | | | 医師が保健センターの依頼がないと動けないと言われた |
| | 保健師 (n=13) | 地域医療・連携の困難さ (n=8) | 指揮系統が統一されておらず、主治医と保健師と頻回に連絡を取る必要があった |
| | | | 自治体によって保健師の対応の違いや医師の協力体制の違いがある |
| | | | かかりつけ医がおらず、往診医が見つからない |
| 保健師 (n=13) | 情報の整理・対応の変化 (n=5) | 保健所との連絡体制 | |
| | | 他ステーションとの連携 | |
| | | コロナと診断された時点から感染症法上の対応となるため、通常の医療から切り離されてしまい、医療が必要な人に適切な医療が提供できない | |
| 感染対策 (n=19) | 訪問看護師 (n=19) | 訪問時の感染対策 (n=10) | 病診、病病連携の仕組みが保健所の介入により遮断されてしまう |
| | | | 往診医や訪問看護師が見つからない |
| | | | 入院医療機関の逼迫・入院ベッドの不足 |
| | 保健師 (n=6) | プライバシーの保護と感染予防のジレンマ (n=6) | 福祉分野との連携が必要 |
| | | | 記録が電子化しきれない、問い合わせに対して記録を探して対応するのに時間がかかる |
| | | | 情報の量が膨大になるので、書類の管理やルール作りに苦慮 |
| 保健師 (n=3) | 感染リスクの不安 (n=3) | 電話だけで症状の変化を聞き取るのが難しくデジタルを活用が必要 | |
| | | 感染者数など状況によって、対応方法が日々変わる | |
| | | 訪問する職員の対応や訪問動線の調整 | |
| 症状管理・把握の難しさ (n=10) | 訪問看護師 (n=8) | 症状把握・病状管理の困難さ (n=8) | 感染者やその家族へ正しい情報提供の必要性 |
| | | | 短時間の対応 |
| | | | 清潔不潔エリアなど工夫が困難 |
| | 保健師 (n=2) | 重症度の判断・緊急対応の困難さ (n=2) | 感染予防対策物資の確保 |
| | | | 介護職の感染対策 |
| | | | プライバシーの保護 |
| サービス制限による生活の困難さ (n=9) | 訪問看護師 (n=6) | 本来の訪問看護業務の困難さ (n=3) | 感染防護するにあたり、在宅では周囲への配慮が必要で十分に防護できない |
| | | | 感染の恐怖と使命感との葛藤 |
| | | | マニュアルは整備されていたが、スタッフの不安については払拭できない |
| | 保健師 (n=3) | サービスの制限 (n=3) | 治療（観察）終了まで、期間の経過が重要視され、症状改善が後回し |
| | | | 重症者への対応の相談窓口がない |
| | | | 感染者の入院受け入れ先が見つからない |
| 保健師 (n=3) | 自宅療養・生活することの困難さ (n=3) | 依頼時に経過の情報が少なく、疾患、症状の経過が分からず、判断に困った | |
| | | 発熱、酸素飽和度だけでは症状把握が難しい | |
| | | 自宅療養者が入院した場合、退院後の状況の追跡が必要だが困難 | |
| 訪問看護師 (n=6) | サービスの制限 (n=3) | 検温とSpO ₂ の値だけで重症度を判断する難しさがある | |
| | | 緊急対応が必要な場合の対応 | |
| | | 訪問看護の本来の業務から離れて、診療補助や救護になっている | |
| 保健師 (n=3) | 自宅療養・生活することの困難さ (n=3) | 保健所からの要請で訪問したが、その後の経過や訪問の必要性を訪問看護師がアセスメントできない | |
| | | 介護サービスなどが制限される、特にヘルパー事業所が入れないことが多い | |
| | | 自宅療養者を支援するスタッフの訪問を制限（自宅療養者専従にした） | |
| 訪問看護師 (n=6) | サービスの制限 (n=3) | 自宅療養者の介護サービスを対応可能な事業所が少ない | |
| | | 患者や濃厚接触者への偏見、コロナにより生活支援体制の途絶え | |

表4 訪問看護師と保健師が自宅療養者の支援において連携をとる上での改善策
(全体n=52, 訪問看護師: 自宅療養者の支援ありn=39, 保健師n=13) (複数回答あり)

| カテゴリ | 回答者内訳 | サブカテゴリ | 代表的なコード |
|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|---|
| 情報通信技術 (ICT) 化・情報の共有と発信 (n=25) | 訪問看護師 (n=22) | 情報共有のICT化・共有ツールの作成 (n=12) | 在宅医、訪問看護師、薬剤師など共有できるICTに保健所も参入し、自宅療養者の状態を可視化する バイタルリンク (多職種連携情報共有システム) やMCS (医療介護連携のためのコミュニケーションツール) などICTを利用し、情報の共有をスムーズにする 自宅療養者の支援における保健師、訪問看護師、往診医が共有して使えるプロトコルがあるとよい 保健所、医師、訪問看護師の3者が共通して確認できる連携シートがあるとよい |
| | | 速やかな情報共有や連携の工夫 (n=5) | LINE、メール、グループチャット等のやりとりができれば電話のすれ違いがなく時間短縮になる |
| | | 情報の集約・発信 (n=5) | 国と市町村の意見を統一し、明確な指示がほしい 自宅療養者の支援を依頼可能なステーションをリスト化 コロナ対応の保健所の役割、働きを教えてほしい |
| | 保健師 (n=3) | 情報の見える化・共有の工夫 (n=3) | 訪問看護ステーションが自宅療養者の支援可能かわかるホームページなど情報の見える化 訪問看護導入依頼時の事務手続きの簡素化 共通の報告ツール |
| | | 自宅療養者の支援時のタイムリーな対応 (n=6) | 訪問でフォローか電話でフォローかなど対応方法について保健師と話し合う機会 自宅療養者の急変時の速やかな連絡体制の構築 往診出来る医師の登録と速やかな治療開始 タイムリーに情報共有やスムーズな他機関連携がとれるとよい |
| | | | コロナ禍の情報交換の機会 (n=3) |
| 情報交換・ネットワークの構築 (n=19) | 訪問看護師 (n=16) | 連絡先の明確化 (n=5) | 担当保健師の携帯番号など医療者用の別の連絡経路が必要 メールアドレス一覧表、担当者保健師名簿 |
| | | 平時からの情報交換の機会 (n=2) | 平時からの顔の繋がるやり取り、保健所から地域への具体的な要望等を周知可能なネットワークの構築 |
| | 保健師 (n=3) | 情報交換の機会 (n=3) | 自宅療養者の支援の振り返りの機会 定期的な意見交換会の場をもち、お互いの状況や役割について理解し連携体制を構築する |
| | | 訪問看護師 (n=8) | 在宅で自宅療養者の支援ができるチームづくり (n=8) |
| 保健師 (n=9) | 訪問看護師が自宅療養者の支援をする体制づくり (n=7) | | 訪問看護師による健康観察ができる体制が必要 緊急で、自宅療養者の安否確認や対応をするしくみが必要 医師の指示で病状観察してくれる訪問看護ステーションが必要 |
| | | 研修の機会 (n=2) | クラスターが発生した施設への介護者への助言・指導できる訪問看護師の育成が必要 訪問看護以前に、往診してくれたり、オーダーしてくれる医師の確保ができるようしくみが必要 コロナに対する感染対策の正しい知識やノウハウの研修 |

護協会, 2020) 必要があると考える。

2. 自宅療養者の支援の実際と課題

訪問看護師は保健所や医師からの依頼を受けて、自宅療養者宅を訪問し、健康観察に加え、看護ケアや医師の指示によって医療的ケアなどの療養支援をしていた。保健師は、電話と訪問を併用して健康観察を行っていた。コロナ禍で必要な介護等のサービスや家族による世話が困難な状況から、訪問看護師や保健師が療養者の生活面の支援をしていた状況が示された。医療職が医療面の支

援に注力できるように生活支援の専門家である介護職が感染対策を行い、介護や在宅支援の継続や導入ができるように研修や情報共有の機会をもち、支援可能なチーム作りが必要と考えられる。

自宅療養者の支援をする上での課題として、先行研究 (神戸市看護大学・一般社団法人兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会, 2021; 公益財団法人日本訪問看護財団, 2021b; 吉川ら, 2022) と同様に感染予防対策物資の確保などの業務的な圧迫や感染リスクの不安があったことが示された。【感染対策】の課題が訪問看護師から

のみ上がったのは、訪問看護師が、より直接的な看護ケアや生活支援を行っており、自宅療養者に接する機会の多さが一因と考えられる。国や都道府県による感染対策物資の確保ができるような支援（厚生労働省，2020b）、訪問看護師による自宅療養者やその家族へ正しい情報提供や指導により、感染リスクを最小限に抑えることが必要と考えられる。

また、【人員の確保や支援体制】について、保健師のみで自宅療養者の支援を行うことは、保健所への業務の集中による人員不足や業務管理の困難さ（富岡ら，2022；鳩野ら，2022；高木，2020）が示された。訪問看護師と保健師の双方から、地域で必要な医療を受けることや連携の難しさ、症状把握や病状管理の困難さ、地域で往診できる医師等の医療資源や生活を支援する介護サービスの不足が課題として示された。これらの課題について、保健師の他職種をつなぐ役割（稲垣，2021）によって、医療などの専門性が必要と判断される際に、訪問看護や往診が受けられるアウトリーチ型の医療（小瀬古，2021）チームの確保や在宅医療を提供する体制づくり（大友ら，2022）、生活面の支援を担える事業所の委託（富岡ら，2022）や調整など自宅療養者の支援者の資源の確保、連携方法の工夫など地域の体制づくりを検討する必要があると考えられる。

3. 訪問看護師と保健師が自宅療養者の支援をする上での連携の課題と改善策

自宅療養者の支援をする上で、訪問看護師と保健師が連携する際の困難として、「情報共有の困難さ」「業務の見えにくさ」が示された。また、先行研究（三好ら，2014）と同様に平時に訪問看護師と保健師が連携をとる機会が少ないことが示された。自宅療養者の支援をした訪問看護師は、保健師との連携の困難感が有意に多かったことから、コロナ禍では、平時からの連携の少なさが、困難感に影響したことが考えられる。

「情報共有の困難さ」については、自宅療養者の支援をした訪問看護師からの改善策として、〈速やかな情報共有〉を可能にする【情報通信技術（ICT）化・情報の共有と発信】が多くあがり、指示の見える化やスピード感の必要性が示された。今後、ICTを活用することで情報共有や連絡をスムーズに行うことができると考えられ

る。また、感染対策の観点から、訪問とICTを併用し、テレナーシング（遠隔看護）やモニタリングができるシステムの導入の検討も対応策として考えられる。しかし、ICTの導入状況の調査（厚生労働省，2021f）では、医療介護情報共有システムの運用は全国で37.2%にとどまり、運用の阻害要因として、情報共有システムを運用する体制、予算の確保、専門知識の不足が示されている。本調査の回答で、A県下ではコロナ禍で既にバイタルリンク（多職種連携情報共有システム）やMCS（医療介護連携のためのコミュニケーションツール）等のICTを導入した訪問看護ステーションや保健所があった。先行導入の自治体や施設から成功例や課題（吉川ら，2022）の情報を得ることも導入の促進において必要と考えられる。また結果より、ICTの活用による自宅療養者の状況の可視化が改善策として示された。自宅療養者の支援をする訪問看護師に対して、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）（厚生労働省，2021g）や新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）（厚生労働省，2022c）を活用し、情報共有をすることが対応策として考えられる。また、タイムリーに療養者の居住地域の入院可能病床、受診や往診の可否など地域の医療情報の見える化や自宅療養者の支援を行う地域医師会と訪問看護ステーションによる地域療養の神奈川モデル（厚生労働省，2021h）等の仕組みによって、保健所のみが調整を担わずに支援者同士の情報管理や共有、連携が可能になると考えられる。

自宅療養者の支援者からの連携における改善策として、【地域で自宅療養者を支援できる体制づくり】が多くあがった。その背景として、医療面に重点が置かれたコロナ禍では、ケアマネジャーや地域包括支援センターを中核とした地域包括ケアシステムの従来のネットワークが機能せず、多職種連携が困難であったことが一因と考えられる。先述した多職種をつなぐ役割については、地域医療においては訪問看護師、感染症法に基づく疾患に関しては保健師が担いマネジメントする必要がある。今後、自宅療養者の支援の事例を通して振り返りの機会をもち、それぞれの職種の特性を知り、役割を明確化していくことが地域で療養者支援の体制づくりを強化する対策となり得ると考えられる。

「業務の見えにくさ」については、訪問看護師が医師

からの指示や療養者からの希望・療養者との契約に基づき看護を提供するのに対し、法的根拠をもって支援をする保健師とは介入方法が異なることを理解した上で、具体的な役割分担や明確な依頼が必要と考えられる。また、平時から意識的に【情報交換・ネットワークの構築】の機会を持つ必要性が示された。コロナを災害と想定（斎藤ら，2021）すると、災害時は全ての支援者が支援に関わる共通認識を持つこと、被災や支援状況についての情報共有を行い支援計画に反映させられることが望ましい。しかし、医療とその他の領域間での情報共有システムや連携・強度は十分であるといえない状況（池田ら，2021）がある。危機が発生した場合は、支援者の声を聞き、改善策について考える機会を意識的に持つことが必要である。また、保健所などの公的機関が正しい情報を迅速に発信（鳩野ら，2022）し、支援者が役割を認識できる平時からの組織としての体制づくりが必要と考えられる。

4. 本研究の限界と課題

本研究の調査期間中にコロナの第5波の発生があり、回答率が低かった。加えて、本研究はA県内の調査であり、県外の状況や地域特性については未検証である。また、オンラインによる質問票調査において、対応部署が多岐にわたり配布数が未把握のため、保健師の質問票の回収率が算出できず、傾向を示す資料であることが本研究の限界である。本研究は、訪問看護師と保健師に焦点を当て調査を行ったが、本研究で明らかとなった課題は、多職種連携の課題とも関連するため、他職種も含んだ具体的な体制づくりを検討することが今後の課題である。

V. 結 語

本研究では、自宅療養者の支援をした訪問看護師の特性、自宅療養者の支援上の課題、自宅療養者の支援をする上での訪問看護師と保健師の連携の課題や改善策について明らかになった。

訪問看護師の自宅療養者の支援においては、訪問看護ステーションの特性に応じた支援協力依頼や、ステーションや施設単位ではなく、感染対応などの自宅療養者

の支援ができる看護職の確保と看護師の能力に応じた業務のマッチングや感染対策などの研修の機会が必要と考える。また、地域で自宅療養支援者のネットワークを構築し、感染対策や自宅療養の支援時のフォロー体制などのチーム作りが必要と考えられる。感染症のフェーズに応じた対応も必要であり、感染者数の著しい増加時には、国や地域からの情報が集約しやすい保健所等が正しい情報を支援者に迅速に発信し、支援者が役割を認識できるように依頼を明確に行うことが必要と考える。一方、感染者数の減少時や平時においては、保健師が多職種をつなぎ、地域での自宅療養者の支援をする体制づくりに向けて、生活支援や医療面での支援や人的資源の確保が必要と考えられる。また、平時より訪問看護師と保健師の連携がない場合、情報共有の困難さ、相手の業務の見えにくさから、連携の困難感を強めることが示された。支援事例の振り返りや交流の機会を意識的にもち、地域でネットワークを構築する必要性が考えられる。一方、感染者数の増加時には、迅速さや見える化といった連携方法の検討が必要であり、ICTを活用した支援者間の情報共有の必要性が示された。

謝 辞

回答にご協力いただいた訪問看護師と保健師の皆様にご心より感謝申し上げます。本研究は、兵庫県立大学の2021年度女性研究者研究活動助成を受け実施した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- 鳩野洋子, 島田美喜, 弓場英嗣ほか (2022). 新型コロナウイルス感染拡大第2波までの市区町村保健部門の体制や取り組み. 日本公衆衛生雑誌, 69(8), 625-633.
- 池田美樹, 小松果歩, 岸野真由美 (2021). 災害支援におけるストレスマネジメントの動向と課題－精神保健・心理社会的支援における調整と協働・連携－. ストレスマネジメント研究, 17(1), 10-18.
- 稲垣伊津穂 (2021). 病院看護師・訪問看護師・保健師でつなぐ地域包括ケア その人らしく, 安心して生活できる地域づくりを病院看護管理者の立場から考える. 保健師ジャーナル, 77(4), 301-306.
- 一般社団法人全国訪問看護事業協会 (2021). 令和3年度訪問看護ステーション数調査結果 (2021年6月15日).
<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/r3-research.pdf>
- 神戸市看護大学・一般社団法人兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会 (2021). 2020年度新型コロナウイルス感染症流行第3波時の訪問看護ステーション調査報告書－第3報 (2021年3月). <https://www.kobe-ccn.ac.jp/app/wp-content/uploads/2021/04/6409b338a2c1404a054023dda54c6fc1-1.pdf>.
- 国立感染症研究所 (2021). IDWR直近の新型コロナウイルス感染症およびRSウイルス感染症の状況第23号 (2021年6月18日 現在). <https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/corona-virus/2019-ncov/2487-idsc/idwr-topic/10470-idwrc-2123c.html>
- 小瀬古伸幸 (2021). 訪問看護師と保健師との連携 精神科訪問看護の立場から. 保健師ジャーナル, 77(5), 375-377.
- 公益財団法人日本訪問看護財団 (2021 a). 新型コロナウイルス感染症 訪問看護師による自宅療養者への対応マニュアル (第2版), (2021年7月30日). <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/corona-manual-1-2.pdf>
- 公益財団法人日本訪問看護財団 (2021 b). 第4弾 新型コロナウイルス感染症に関するアンケート～第3波における訪問看護ステーションの現状と対応 (2021年2月16日). https://www.jvnf.or.jp/home/wp-content/uploads/2021/02/210216COVID-19_chousa4.pdf
- 公益財団法人日本訪問看護財団 (2022). 新版 新型コロナウイルス感染症自宅療養者への訪問看護師による対応マニュアルー第6波への対応ー (2022年1月29日). https://www.jvnf.or.jp/corona_manual/new_220129.pdf
- 公益社団法人日本看護協会. 都道府県看護協会の取り組み (2020).
https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/case/prefectural.html#okinawa
- 厚生労働省 (2020 a). 新型コロナウイルス感染症患者が自宅療養を行う場合の患者へのフォローアップ及び自宅療養時の感染管理対策について (2020年4月2日). <https://www.mhlw.go.jp/content/000618528.pdf>
- 厚生労働省 (2020 b). 医療機関等における医療用物資の緊急時の対応について (2020年4月24日).
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_11035.html
- 厚生労働省 (2021 a). 新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る自宅療養の実施に関する留意事項 (第5版), (2021年2月11日改定). <https://www.mhlw.go.jp/content/000740155.pdf>
- 厚生労働省 (2021 b). 新型コロナウイルス感染症患者の療養状況, 病床数等に関する調査結果 (2021年4月21日).
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000772806.pdf>
- 厚生労働省 (2021 c). 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて (その36) (2021年2月26日).
<https://www.mhlw.go.jp/content/000746427.pdf?msckid=c8016735ba6e11ec9973cde93f079a13>
- 厚生労働省 (2021 d). 在宅 (その1) 訪問看護について (2021年8月25日).
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000823123.pdf>
- 厚生労働省 (2021 e). 第4回 第8次医療計画等に関する検討会 資料1. コロナ禍における看護職員確保の現状と課題～第8次医療計画に関する日本看護協会の提案～ (2021年11月5日). <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/>

000851588.pdf

厚生労働省 (2021 f). 介護事業所におけるICTを通じた情報連携に関する調査研究等一式報告書 (2021年3月).

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000836349.pdf>

厚生労働省 (2021 g). EMIS(広域災害・救急医療情報システム) 及び G-MIS (新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム)について (2021年2月3日). <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000732295.pdf>

厚生労働省 (2021 h). 新型コロナウイルス感染症対応について 神奈川モデル進化の秘訣は (2021年11月11日).

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000853453.pdf>

厚生労働省 (2022 a). 新型コロナウイルス国内発生動向 報告日別新規陽性者数 (2022年3月27日).

<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000919595.pdf>

厚生労働省 (2022 b). 新型コロナウイルス感染症患者死亡者数オープンデータ. <https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html>

厚生労働省 (2022 c). 新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム (HER-SYS). https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00129.html

三好智美, 荒賀直子 (2014). 在宅ケアにおける市町村保健師と訪問看護師の連携状況と連携意識. 第44回日本看護学会論文集 地域看護, 31-34.

内閣官房 (2021). 新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の実施状況に関する報告. 新型コロナウイルス感染症対策本部 (2021年10月). https://corona.go.jp/news/pdf/houkoku_r031008.pdf

内閣官房 (2022). 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針. 新型コロナウイルス感染症対策本部決定. 2021年11月19日 (2022年3月17日変更). https://corona.go.jp/expert-meeting/pdf/kihon_r_20220317.pdf

大友宣, 三木敏嗣, 矢崎一雄ほか (2022). 札幌市における新型コロナウイルス感染症自宅療養者の在宅医療体制づくり. 日本在宅医療連合学会, 3, 7-10.

斎藤正子, 及川敦子, 比良孝子ほか (2021). 災害対策 "訪問看護の知恵袋" ~COVID-19対策の現状と課題~. 日本伝統医療看護連携学会誌, 1(1), 25-33.

高木明子 (2020). 保健所における新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 対策の現状と課題. トラウマティック・ストレス, 18(2), 58-65.

富岡公子, 山田全啓, 宇野健司ほか (2022). 保健所における新型コロナウイルス感染症への対応: 近畿保健所長会調査報告. 日本公衆衛生雑誌, 69(4), 473-482.

山下輝夫 (2021). 兵庫県の現状と県全体の新型コロナウイルス対策と高齢者への対策. 老年精神医学雑誌, 32, 813-821.

吉川未桜, 吉田麻美, 平塚淳子ほか (2022). 新型コロナウイルス感染拡大下における訪問看護ステーションの困難と対応. 福岡県立大学看護学研究紀要, 19, 45-55.

World Health Organization (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Issues and Improvement Measures When Supporting Homecare Patients With COVID-19

– A Survey of the Support and Cooperation Between Visiting Nurses and Public Health Nurses in Prefecture A –

Keiko Fujimoto¹⁾ Kayoko Omura¹⁾ Atsuko Yasuda¹⁾ Kaori Ohno¹⁾

Abstract

【Purpose】

The support provided to homecare patients with COVID-19, the cooperation between visiting and public health nurses involved, and measures to improve such cooperation were investigated.

【Methods】

The results of a questionnaire survey of visiting and public health nurses in Prefecture A were analyzed using quantitative and qualitative research methods.

【Results】

A total of 138 visiting nurses and 20 public health nurses responded to the survey. Of these, 44 visiting nurses and all 20 public health nurses were actively supporting homecare patients. The active visiting nurses reported that more nurses ($p=.001$) and facilities ($p=.046$) were involved in the visiting nurse station. Five support-related issues were demonstrated: [Securing personnel and a support system], [Difficulty to achieve cooperation and obtain information within the organization], [Infection control], [Difficulty with symptom management and understanding], and [Difficulties with daily life issues due to service limitations]. Active visiting nurses experienced significantly more difficulty to achieve cooperation with public health nurses ($p=.000$), which was apparently due to such factors as “difficulty with sharing of information” and “difficulty with understanding of the work requirements” due to a lack of cooperation before the COVID-19 crisis. We identified three points to improve cooperation: [Information and communication technology (ICT) and information sharing and dissemination], [Information exchange and networking], and [Establishment of a system to support homecare patients in the community].

【Conclusions】

It is necessary to secure visiting nurses who can request supportive cooperation and respond to infectious diseases according to the characteristics of their visiting nurse station to support homecare patients. It is necessary to create opportunities for cooperation by reviewing cases and exchanging opinions at times when there are fewer infected patients. Information-sharing and clarification of requests among those providing support using ICT are also needed when the infection spreads.

Key Words: COVID-19, Homecare patients, Cooperation, Visiting nurses, Public health nurses

1) Home Care Nursing, College of Nursing Art and Science, University of Hyogo