

〈研究報告〉

三重県北勢地区の訪問看護ステーションにおける 新型コロナウイルス感染症による影響に関する実態調査

北井 真紀子*, 中村 いお美*, 東川 亜依子**, 春名 誠美*, 多次 淳一郎*

Survey on The Impact of COVID-19 Infection on Home-Visit Nursing Stations in Hokusei District, Mie Prefecture

Kitai Makiko *, Nakamura Iomi *, Higashigawa Aiko **, Haruna Shigemi *, Taji Junichirou *

要 約

目的：本研究は、三重県北勢地区に所在する訪問看護ステーション（以下 ST とする）を対象に新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19 とする）以前の感染対策の状況と、流行初期の対応を明らかにすることである。

方法：70 施設の管理者を対象に COVID-19 流行前の感染対策の実施状況と COVID-19 流行後の対応について無記名自記式質問紙調査を行った。回答率、有効回答率は 45.7%であった。選択項目は小規模事業所が多い ST の特性をふまえ、常勤数で 2 群に分け統計学的に比較を行い、自由記述部分は質的に分析を行った。

結果・考察：COVID-19 流行前の対策状況では、《感染対策の担当者・組織の設置》が、常勤看護職員数が〈3名以上〉の施設で有意に〈設置していた〉施設の割合が高かった。このことから、小規模ステーションの危機管理上の課題として、組織的な感染対策の実施の難しさがあることが推測された。また、地域での情報共有における課題として、多職種・多サービス間での情報共有の難しさがあることがわかった。今後、地域の ST 間での連携強化と地域全体での情報共有システムの構築を行う必要があると考えられた。

Key Words：新型コロナウイルス感染症 (COVID-19), 訪問看護ステーション (Home-Visit Nursing Stations), 感染症対策 (Infection Control Measures), 事業継続計画 (Business Continuity Plan)

I. はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19 とする）のパンデミックは在宅医療の危機管理にも大きな影響を与えた。その中で直接に療養者や家族に関わる頻度の多い訪問看護事業者が受けた影響は多方面に及んでいる。

1 つは必要な感染予防策を講じることが難しい、

という実務面での影響である。全国の訪問看護ステーション（以下 ST とする）を対象に実施した調査によれば、ST が COVID-19 に関する対応上の困難として最も多く認識していたのは「利用者の感染対策や協力が得られない」ことであった¹⁾。訪問看護では対象の価値観やライフスタイルが多様であるため、感染対策に相当の苦慮があったと考えられる。

*四日市看護医療大学

* Yokkaichi Nursing and Medical Care University

**地域医療機能推進機構 四日市羽津医療センター附属訪問看護ステーション

** Yokkaichi Hazu Medical Center Visiting Nurse Station

もう1つは運営・経営面での影響である。

「COVID-19 関連で赤字もしくは利益が減った」STが全体の28.2%²⁾あった。STは小規模の事業所が多く常勤・非常勤合わせての看護職員数が5人未満のステーションが約62%³⁾を占め、病院や介護施設などと比較して、組織上の脆弱性を抱えている。今回のCOVID-19では感染症法上の2類相当の措置が取られ⁴⁾、濃厚接触になると保健所の指示で入院等の措置となり、一定期間の就労が制限されている。そのため、小規模のSTにとってスタッフが陽性者、濃厚接触者になることで生じるサービスのキャンセルは経営圧迫に直結するため、STとしてスタッフに職務上の感染対策に加え、非番時にも行動自粛を求める等の管理者、スタッフ双方にとって心身の負荷が長期間にわたり続いていると考えられる。

このように、COVID-19流行によるSTへの影響について全国調査でその傾向は明らかにされているものの、事業所規模別や地域別の特性もふまえて、その詳細な影響を調査した報告は少ない。特に都市部と比較して流行初期の陽性者数が少なかった地方部ではCOVID-19に警戒しつつも、陽性者数が少なく経過したため、その実態は十分に明らかにはされていない。

2021年度の介護報酬改定で、介護サービス事業者に事業継続計画：BCP（Business Continuity Plan）の策定が義務化され⁵⁾、STには災害時であってもサービス機能維持のために平時から備えを講じることが求められるようになった。COVID-19の流行は一種の災害と考えられ、特に初期の混乱時期の経験は実際に有効なBCPを策定するための基礎資料となることが考えられる。また、BCPを策定するうえで、STは地域の医療・介護資源として、地域から求められる役割を担う視点も必要となる⁶⁾ことから、特定の地域の実態を明らかにすることは重要であると考えた。

そこで、三重県北勢地区に所在するSTを対象にCOVID-19以前の感染対策の状況と、流行初期の対応を明らかにする目的で調査を行うこととした。

なお、三重県の人口1万人当たりのST数は0.87で全国平均の1.03を下回っている⁷⁾。一方

で北勢地区は3保健所（桑名、鈴鹿、四日市市）管内の5市5町からなる地域で、県内の他地区と比較して機能強化型訪問看護管理療養費を算定している大規模事業所数が8か所⁸⁾あり、平時の在宅医療体制は充実している地域である。

II. 研究目的

三重県北勢地区に所在するSTがCOVID-19の流行以前に講じていた感染対策の状況と、流行の第1波（2020年1月～5月）、第2波（2020年6月～8月）の時期における対応の実態を明らかにすること。

III. 研究方法

1. 調査対象者

三重県長寿介護課の介護保険事業者・関係施設一覧⁹⁾に掲載され、2021年3月31日までに事業所指定を受けたSTで、所在地が北勢地域（桑名保健所、鈴鹿保健所および四日市市保健所管内の5市5町）にある70施設の施設管理者。

2. 調査方法

無記名自記式質問紙調査を実施した。調査手段は郵送法とWeb法（Microsoft社Forms）のいずれかを選択できるようにした。

3. 調査期間

2021年10月～12月

4. 調査項目

「施設の属性」「COVID-19流行前の感染対策の実施状況」「COVID-19流行後の対応と運営への影響」の3群19項目とした。

「施設の属性」は《運営法人》《開設からの期間》、《常勤看護職員数》の3項目。「COVID-19流行前の感染対策の実施状況」は《感染対策マニュアルの整備》《感染対策の担当者・組織の設置》、《感染対策に関する研修機会の設定》、《衛生用品の備蓄》、《タブレット等のモバイル機器の導入》、《自

宅からの直行・直帰》,《リモート会議の実施》の7項目とした。「COVID-19 流行後の対応と運営への影響」は《新規利用受付の一時制限》, 事業所から依頼しての《訪問の回数の減数》,《訪問時間の短縮》,《電話対応への振替》と《総利用者数》,《施設から在宅への移行件数》,《在宅看取り件数》,《年間収入》,《年間支出》の9項目とした。

5. 分析方法

選択項目は単純集計を行った後、小規模事業所が多いSTの特性をふまえ、《常勤看護職員数》が〈2人以下〉〈3人以上〉の2群に分け「COVID-19 流行前の感染対策の実施状況」「COVID-19 流行後の対応」の各項目について統計学的に比較を行った。分析にはSPSS22J for Windowsを使用し、 $p<0.05$ を有意差あり、 $p<0.10$ を有意傾向ありとした。自由記述項目は内容の類似性に着目し質的に分析した。

6. 倫理的配慮

本研究における調査への協力は自由意思に基づくこと、調査票の返送もしくはWeb上での返信をもって同意を得たとみなすこと、を依頼文書に明記し調査票とともに郵送した。研究計画は四日市看護医療大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号156）を得た。

IV. 結果

1. 調査票の配布と回収

調査票は70か所の施設管理者に送付し、郵送で24、Webで8の計32施設から回答を得て、その全てを分析対象とした。（回答率、有効回答率ともに45.7%）

2. 調査協力者の事業所の概要（表1）

《運営法人》は〈営利法人〉が20施設（62.5%）、《開設からの年数》は〈10年以上〉が11施設（34.4%）でそれぞれ最も多かった。《常勤看護職員数》は〈3人以上〉が19施設（59.4%）、〈2人以下〉が11施設（34.4%）であった。

3. COVID-19 流行前の感染対策の実施状況（表2）

事業所としての感染対策の拠所になる《感染対策マニュアルの整備》を〈整備していた〉のは22施設（63.8%）あったが、詳細にみると整備していたものの16施設（50.0%）はそのマニュアルが〈機能しなかった〉と評価し、そのうちの7施設（21.9%）は調査時点で内容を修正していた。また、《感染対策の担当者・組織の設置》,《感染対策に関する研修機会の設定》については設置、設定が各々56.8%、68.8%であったが、一方で流行を機会に設置、設定した施設も各々9施設、8施設あった。

感染対策に配慮した運営上の体制・仕組みとしては《衛生用品の備蓄》は20施設（62.5%）が備蓄していたものの、そのうち12施設は流行時に備蓄だけでは対応できず不足した、と回答している。《タブレット等のモバイル機器の導入》《自宅からの直行直帰》《リモート会議の実施》を取り入れていた事業所は、流行前はいずれも半数以下であったが、COVID-19 流行以降にそれぞれ15.6%、18.8%、65.6%が新たに導入し、取り入れる事業所が顕著に増加していた。

表1 施設の属性

		(n=32)	
		n	(%)
運営法人	医療法人	7	(21.9)
	社会福祉法人	0	(0.0)
	その他非営利法人	3	(9.4)
	営利法人	20	(62.5)
	無回答	2	(6.3)
開設後の期間	1年以上5年未満	9	(28.1)
	5年以上10年未満	10	(31.3)
	10年以上	11	(34.4)
	無回答	2	(6.3)
常勤看護職員数	2人以下	11	(34.4)
	3人以上	19	(59.4)
	無回答	2	(6.3)

表2 COVID-19 流行前の感染対策の実施状況

		(n=32)	
		n	(%)
感染対策に関するマニュアルの整備	流行前に整備しており流行時も機能した	6	(18.8)
	流行前に整備していたが機能せず修正した	7	(21.9)
	流行前に整備していたが機能せずまだ未修正である	9	(28.1)
	流行前は未整備で流行後に新たに作成した	6	(18.8)
	流行前は未整備で現在も作成していない	3	(9.4)
	無回答	1	(3.1)
感染対策の担当者・組織（委員会等）の設置	流行前から設置していた	18	(56.3)
	流行前は設置しておらず流行後に新たに設置した	9	(28.1)
	流行前は設置しておらず現在も設置していない	4	(12.5)
	無回答	1	(3.1)
感染対策に関する研修機会の設定	流行前から研修機会を設けていた	22	(68.8)
	流行前は研修機会を設けておらず流行後に設けた	8	(25.0)
	流行前は研修機会を設けておらず現在も設けていない	2	(6.3)
衛生用品の備蓄	流行前に備蓄しており不足しなかった	8	(25.0)
	流行前に備蓄していたが不足した時期があった	12	(37.5)
	流行前に備蓄はしておらず流行後に新たに備蓄した	12	(37.5)
	流行前に備蓄はしておらず現在も備蓄していない	0	(0.0)
タブレット等のモバイル機器の導入	流行前から導入していた	14	(43.8)
	流行前は導入しておらず流行後に新たに導入した	5	(15.6)
	流行前は導入しておらず現在も導入していない	13	(40.6)
自宅からの直行直帰	流行前から認めていた	14	(43.8)
	流行前は認めておらず流行後に新たに認めた	6	(18.8)
	流行前は認めておらず流行後も認めていない	11	(34.4)
	無回答	1	(3.1)
リモート会議の実施	流行前から実施していた	6	(18.8)
	流行前は実施しておらず流行後に新たに実施を始めた	21	(65.6)
	流行前は実施しておらず現在も実施していない	4	(12.5)
	無回答	1	(3.1)

4. COVID-19 流行後の対応と運営状況（表3）

《新規利用の受付制限》を〈行った〉のは6施設（18.8%）、同じく《訪問時間の短縮》は8施設（25.0%）、《訪問回数の減数》は6施設（18.8%）、《電話対応への振替》は7施設（21.4%）と4分の3以上の施設はCOVID-19流行を理由としたサービス提供の制限は行っていなかった。

STの運営面への影響をみると、《総利用者数》は29施設（90.6%）が増加・維持していた。利

用者の特性ごとでみると、《施設から在宅への移行件数》で28施設（87.5%）、《在宅看取り件数》で31施設（96.1%）が、件数が増加・維持していた。特に《在宅看取り件数》は14施設（43.8%）で〈増加〉していた。収支の面では、《収入》では10施設（31.3%）が増加し、減少した施設は2施設（6.3%）に留まっていた。一方で《支出》についても11施設（34.4%）が増加していた。

表3 COVID-19 流行後の対応と運営状況

		(n=32)	
		n	(%)
新規利用受付の一時制限	行った	6	(18.8)
	行わなかった	25	(78.1)
	無回答	1	(3.1)
事業所から依頼しての訪問回数の減数	行った	6	(18.8)
	行わなかった	26	(81.2)
事業所から依頼しての訪問時間の短縮	行った	8	(25.0)
	行わなかった	24	(75.0)
事業所から依頼しての訪問の電話対応への振替	行った	7	(21.9)
	行わなかった	24	(75.0)
	無回答	1	(3.1)
総利用者数	増加した	13	(40.6)
	維持	16	(50.0)
	減少した	3	(9.4)
施設から在宅への移行件数	増加した	4	(12.5)
	維持	24	(75.0)
	減少した	1	(3.1)
	無回答	3	(9.4)
在宅看取り件数	増加した	14	(43.8)
	維持	17	(53.1)
	減少した	0	(0.0)
	無回答	1	(3.1)
年間収入	増加した	10	(31.3)
	維持	18	(56.3)
	減少した	2	(6.3)
	無回答	2	(6.3)
年間支出	増加した	11	(34.4)
	維持	20	(62.5)
	減少した	0	(0.0)
	無回答	1	(3.1)

5. 事業所規模別で比較した COVID-19 流行前の対策、流行後の業務・運営の状況 (表4)

STは小規模事業所が多く、人員体制に余裕が少ないこと、平時から組織的に危機管理活動に取り組むことが病院等の施設に比べると制約を受けやすいのではないかと考え、《常勤看護職員数》が未回答でない30施設を〈2人以下〉と〈3人以上〉の2群に分け各項目を比較した。

COVID-19流行前の対策状況では、《感染対策の担当者・組織の設置》のみ、常勤看護職員数が〈3人以上〉の施設で有意に〈設置していた〉施設の割合が高かった ($p = 0.018$)。他の項目はいずれも有意差は認められなかった。

COVID-19流行後の業務・運営状況では、《新規利用の一時受付制限》で〈2人以下〉の施設のほうが制限を〈行った〉割合が高い傾向が認めら

れた ($p = 0.086$)。事業所から依頼しての《訪問時間の短縮》《訪問回数の減数》《電話対応への振替》、《総利用者数》等の利用者数および《収入》《支出》の項目については2群間で有意な差は認められなかった。

6. COVID-19 流行初期における対応で感じた難しさ (表5)

COVID-19 流行初期の対応で難しいと感じたことを自由記載として収集した。分析の結果40件の元データから5つのカテゴリーが抽出された。カテゴリーを【 】サブカテゴリーを< >で示す。

訪問看護師は<近隣地域の感染者、重症者数、自宅療養者数やその対応がどのように行われているかがわからない><感染対策に関わる正しい情報の不足>といった【感染に関する正確な情報の入手困難】の中で<関係職種間でのタイムリーな連絡が難しく対応に困る>という【近隣事業所、他職種との情報共有の壁】を感じていた。そして<利用者によって事前の検温や換気など感染対策に協力が得られない>ことでの【利用者の暮らしの場ならではの問題】に直面しながら【環境が整わない中での訪問のストレス】を抱えつつ日々の業務を行っていた。しかし、胸中には常に【未知のウイルス感染への漠然とした不安】があり、先の見えない状況に【マンパワーに限りがある中での事業継続】の難しさを抱えていた。

V. 考察

1. COVID-19 流行初期に訪問看護ステーションが受けた影響

感染対策の実施状況では、衛生用品の備蓄に関して20施設中12施設が流行前の備蓄に不足が生じたと回答していた。また、以前はしていなかったがCOVID-19の流行により新たに備蓄をするようになった施設もあり、備蓄をしていない施設は無かった。訪問看護師は、感染している自覚のない利用者宅に訪問する可能性があるという心理的不安もあり、感染対策物品の不足は看護師の心細さにつながる¹⁰⁾ため、迅速な衛生用品の備蓄はST

の運営を継続させるためにも最も重要な対応であると考えられた。

また、モバイル機器の導入、リモート会議などのICT (Information and Communication Technology) の活用や勤務形態の変更がされていることがわかった。ICTの活用に関しては、多職種・多機関との情報共有や看護記録といった訪問看護業務の効率化等のために推進されており¹¹⁾、今回の感染流行によってICT活用による交流の活発化がみられる¹²⁾との報告も聞かれる。ICT化が促進されたことは、今後、新たな連携手段として浸透していくことが推測される。

STの運営への影響では、総利用者数、収入においても多くが増加・維持であった。従って、COVID-19流行がST経営を圧迫する要因とはなり得なかったと言える。一方で、在宅看取り件数の増加が顕著であることから、訪問看護を利用するニーズに変化があったことが推測された。全国調査からも病院の面会に制限があるため、在宅へ切り替えるがん末期の看取りが急増している¹⁾ことがわかっており、調査対象地域においても同様の理由で利用内容への影響があったと考える。在宅での看取りの増加は、家族の達成感に繋がり、訪問看護の強みが発揮された¹²⁾と考えられる一方で、終末期といった特有の時期では看護の必要性の高さから頻回な訪問が必要となり、ターミナルケア加算以外での保険算定ができない中で引き受けているSTの人員的、経済的な負荷につながる¹³⁾ことも懸念され、新たな課題となる可能性も考えられる。

2. 小規模ステーションの危機管理上の課題

本調査で《感染対策の担当者・組織の設置》に関しては常勤職員3人以上のSTでの設置に有意差がみられたこと、加えて《新規利用の一時受付制限》を行った割合が高い傾向が認められたことから、人員の少なさにより訪問業務が逼迫した時期があり、感染対策に体系的に取り組むことが難しい状況があったと推測された。従って、小規模STでは、マンパワー不足により、感染マニュアルの見直しや研修会の参加等の直接業務に反映される感染対策と並行して、組織的な仕組みの構築

表4 事業所規模別で比較した COVID-19 流行前の対策、流行後の業務・運営の状況 (n=30)

項目	常勤看護職員数						p 値
	総数		2 人以下		3 人以上		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
COVID-19 流行前の準備状況							
感染対策マニュアル^a							
流行前に整備していた	11	(37.9)	4	(36.4)	7	(38.9)	0.892 n.s.
流行前に整備はしていなかった	18	(62.1)	7	(63.6)	11	(61.1)	
感染対策の担当者・組織の設置^a							
流行前に設置していた	16	(55.2)	3	(27.3)	13	(72.2)	0.018 *
流行前に設置はしていなかった	13	(44.8)	8	(72.7)	5	(27.8)	
感染対策に関する研修機会の設定^a							
流行前に実施していた	20	(66.7)	9	(81.8)	11	(57.9)	0.180 n.s.
流行前に実施はしていなかった	10	(33.3)	2	(18.2)	8	(42.1)	
衛生用品の備蓄^a							
流行前から備蓄していた	18	(60.0)	6	(54.5)	12	(63.2)	0.643 n.s.
流行前は備蓄していなかった	12	(40.0)	5	(45.5)	7	(36.8)	
タブレット等のモバイル機器の導入^a							
流行前に導入していた	13	(43.3)	4	(36.4)	9	(47.4)	0.558 n.s.
流行前に導入はしていなかった	17	(56.7)	7	(63.6)	10	(52.6)	
自宅からの直行・直帰^a							
流行前から認めていた	12	(41.4)	6	(54.5)	6	(33.3)	0.260 n.s.
流行前は認めていなかった	17	(58.6)	5	(45.5)	12	(66.7)	
リモート会議の実施^b							
流行前に導入していた	4	(13.8)	2	(18.2)	2	(11.1)	0.493 n.s.
流行前には導入していなかった	25	(86.2)	9	(81.8)	16	(88.9)	
COVID-19 流行後の対応と運営への影響							
新規利用受付の一時制限^b							
行った	6	(20.7)	4	(40.0)	2	(10.5)	0.086 +
行わなかった	23	(79.3)	6	(60.0)	17	(89.5)	
事業所都合による訪問時間の短縮^b							
行った	7	(24.1)	3	(30.0)	4	(21.1)	0.459 n.s.
行わなかった	22	(75.9)	7	(70.0)	15	(78.9)	
事業所都合による訪問回数の減数^b							
行った	6	(20.0)	1	(9.1)	5	(26.3)	0.261 n.s.
行わなかった	24	(80.0)	10	(90.9)	14	(73.7)	
事業所都合による電話対応への振替^b							
行った	7	(24.1)	3	(30.0)	4	(21.1)	0.459 n.s.
行わなかった	22	(75.9)	7	(70.0)	15	(78.9)	
総利用者数^b							
増加した	12	(40.0)	4	(36.4)	8	(42.1)	0.898 n.s.
維持	16	(53.3)	6	(54.5)	10	(52.6)	
減少した	2	(6.7)	1	(9.1)	1	(5.3)	
施設から在宅へ移行した利用者数^b							
増加した	4	(14.8)	1	(10.0)	3	(17.6)	0.613 n.s.
維持	22	(81.5)	9	(90.0)	13	(76.5)	
減少した	1	(3.7)	0	(0.0)	1	(5.9)	
在宅での看取りを行った利用者数^a							
増加した	13	(44.8)	4	(40.0)	9	(47.4)	0.705 n.s.
維持	16	(55.2)	6	(60.0)	10	(52.6)	
減少した	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
年間収入^b							
増加した	9	(32.1)	3	(30.0)	6	(33.3)	0.904 n.s.
維持	17	(60.7)	6	(60.0)	11	(61.1)	
減少した	2	(7.1)	1	(10.0)	1	(5.6)	
年間支出^b							
増加した	11	(70.0)	5	(45.5)	6	(33.3)	0.514 n.s.
維持	18	(30.0)	6	(55.5)	12	(66.7)	
減少した	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	

a : χ^2 検定 b : Fisher の直接確率法
n.s. : not significant + : p<0.10* : p<0.05

表5 COVID-19 流行初期の対応で感じた難しさ

※ () は記述数

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なデータ
感染に関する正確な情報の入手困難	<ul style="list-style-type: none"> ・ 近隣地域の感染者、重症者数、自宅療養者数やその対応がどのように行われているかがわからない (6) ・ 病院や保健所からの情報が少ない (3) ・ 感染対策に関わる正しい情報の不足 (3) ・ 情報が雑多で何が確実に必要な情報なのかわかりにくい (2) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染者や疑いのある方の入退院状況や自宅での療養状況 ・ 保健所からの指示内容詳細が不明 ・ 感染対策の正しい情報がわからない ・ 情報が色々なところから入ってくると迷うこともあるため、ある程度まとまった情報を頂けると迷わずに済むと思った
近隣事業所、他職種との情報共有の壁	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係職種間でのタイムリーな連絡が難しく対応に困る (4) ・ 地域のステーションと情報共有しながらの連携 (2) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者様が通所されている他事業所で陽性者が出た場合の連絡が遅く、訪問後に接触があったことが判明した事例があった ・ 周辺施設とのデイサービスで濃厚接触者等となった利用者の情報などの不足・地域ステーションとの連携を取るための情報共有できるとよかった
環境が整わない中での訪問のストレス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が濃厚接触者かどうかわからず対応が後手になる (2) ・ 環境が整っていない場で行う医療処置 (1) ・ 病院と違って検査や診察が簡単にできない中での対応 (2) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が後から濃厚接触者とわかり、訪問した看護師が(利用者の)検査結果が出るまで訪問に行けなかった ・ (発熱した利用者がいても) 居宅ということで制限もあり、また未検査の場合も少なくない
未知のウイルス感染への漠然とした不安	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の家族の情報把握が難しく接触に不安 (2) ・ 新規利用者の情報が少なく、感染を疑いながら訪問するストレス (2) ・ いつ誰が感染者となるかわからない不安 (4) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ご利用者様の周囲の人について情報把握が難しい ・ 新規の紹介は突然のため常に対策していかなければいけないとストレスを感じた ・ 他の利用者との訪問で感染経路に自分たちがなるのではないかと不安はあった ・ 原理を知るまでの対応はかなりのストレス
利用者の暮らしの場ならではの問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者によって事前の検温や換気など感染対策に協力が得られない (4) ・ 利用者の過剰な反応によるサービスの中断 (1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 換気やマスクの協力(マスクをすることで呼吸苦、精神疾患からの拒否など)十分な感染対策ができない時 ・ お知らせを配布していても、高齢御夫婦のみや独居生活の利用者様からは事前にご連絡いただくことが難しく、訪問してから発熱していることが判明する場合があった
マンパワーに限りがある中での事業継続	<ul style="list-style-type: none"> ・ マンパワー不足での感染者対応は通常の訪問ができない (1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染者の対応があった場合やその対象者が増えた場合マンパワー不足や通常の訪問ができなくなる

を行うことの難しさといった課題があることが示唆された。さらに、COVID-19の流行が長期に及び先の予測が困難な中で、こういった組織体制の脆弱性はST運営に関わるリスクとなることも考えられる。また、今回のような感染症の流行を含む災害対策では、想定外の出来事への迅速な対応が求められ、自事業所の努力だけでは解決することが難しいこともある。小野ら¹⁴⁾は、小規模ST

の多い地域において、個別支援の経験値の積み重ねが困難な小規模STでは、地域の大規模STの経験知を共有する研修等を実施することでケースマネジメントスキルの向上が期待できると述べており、こういった経験値を補完する対策の検討も必要であると考えられる。また、地域によっては、平時から経験が豊富に無い管理者をサポートするシステムを構築しており、COVID-19による対応で

も機能した¹⁵⁾との報告もある。このように、本調査を行った地域でも小規模 ST の課題に対し、個別の ST がもつ経験やノウハウをお互いに共有しサポートできるような場をつくり、困った時に迷いなく他事業所に支援要請ができる ST 間の連携体制を強化していく必要があると考える。

3. 地域での情報共有における課題

感染流行初期の対応で感じた難しさとして【感染に関する正確な情報の入手困難】や【未知のウイルス感染への漠然とした不安】は、「情報が色々なところから入ってくると迷うこともあるため、ある程度まとまった情報を頂けると迷わずに済むと思った」や「原理を知るまでの対応はかなりのストレス」というように情報収集の手段や感染症に対する知識が確立していなかったことによる初期だからこそその難しさであったと考える。一方で、＜関係職種間でのタイムリーな連絡が難しく対応に困る＞といった【近隣事業所、他職種との情報共有の壁】は、全国調査の中でも同様に、多職種・多サービスにより感染予防対応の差に困惑したという意見や、感染に関するタイムリーな連絡がない¹³⁾等の状況が報告されている。これは感染流行初期から現在に至るまで継続した課題となっており、迅速な情報のマネジメントは感染症の流行だけでなく、大規模災害における対策としても解決が望まれるものである。ST 間の連携に加え、地域の介護サービス事業所、行政等を含む地域全体としての情報収集・共有システムの構築と、関係職種・機関が共通認識をもち互助できる関係性を築くことは今後に向けての重要な課題であると考え。

VI. おわりに

COVID-19 流行は第 1, 2 波を経ても続き、流行の波が繰り返されている。その波が到来するごとに ST は難しい判断・対応を求められている。一方で約 3 年にわたる経験をふまえ、実際には各施設での感染症の危機管理能力は向上していると考えられる。本調査では一定地域での事象を記述し概観することはできた。しかし、本研究の限界とし

て、感染流行の初期における結果であることや実際に起こった問題と対策の詳細を知ることはできなかった。今後、この結果をもとに各 ST の経験を記述、分析することで問題発生初期の危機管理の要点の明確化を図っていく必要がある。

折しも BCP 策定の義務化に伴い、ST には、業務が中断し継続が厳しくなる事態を想定し、その時にどう動くのか、そのために平時から何を準備しておくのかを踏まえた計画を考えていくこと¹⁶⁾が急務となっている。そのため、COVID-19 流行下での ST 運営の実態記述を通じて、本当に機能する BCP 策定に繋げていく必要がある。

今回、地域を限定してそのエリア内の課題の一端を明らかにすることができた。今後は地域の実情、特性をふまえて施設独自だけでなく、地域を単位としてエリア内の施設間連携を促す試みを検討していきたい。

謝辞

本調査にご協力いただきました地域の ST 管理者および ST スタッフの皆様にご心から感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 公益財団法人 日本訪問看護財団：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～. https://www.jvnf.or.jp/home/wp-content/uploads/2021/02/210216COVID-19_chousa4.pdf.2022.8.19
- 2) 公益財団法人 日本訪問看護財団：第 3 弾新型コロナウイルス感染症に関するアンケート～感染症発生状況と経営に及ぼす影響～ 報告書. https://www.jvnf.or.jp/wp-content/uploads/2020/10/201028COVID-19_chousa3.pdf.2022.8.19
- 3) 厚生労働省：中央社会保険医療協議会 総会（第 419 回）介護・障害福祉サービス等と医療との連携の在り方について. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000529038.pdf>.2022.9.7
- 4) 厚生労働省：厚生労働省健康局長通知「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

- 等の改正について」. <https://www.mhlw.go.jp/content/000733827.pdf>. 2022.9.20
- 5) 厚生労働省：令和3年度介護報酬改定について：<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000753776.pdf>.2022.9.7
 - 6) 訪問看護 BCP 研究会編 (2022)：リソース中心に考える！つくれる！使える！訪問看護事業所の BCP(事業継続計画)(第1版第1刷), 42-52, 日本看護協会出版会, 東京.
 - 7) 全国訪問看護事業協会：令和3年度訪問看護ステーション数調査結果. <https://www.zenhokan.or.jp/wpcontent/uploads/r3-research.pdf>. 2022.9.20
 - 8) 厚生労働省東海北陸厚生局：厚生労働省東海北陸厚生局 指定訪問看護事業者の指定状況等(2)届出受理指定訪問看護事業所名簿 R4.6.1現在. https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/newpage_00245.html.2022.9.7
 - 9) 三重県 医療保険部長寿介護課：介護保険事業者一覧. <https://www.pref.mie.lg.jp/CHOJUS/HP/23833022856.htm>. 2022.9.7
 - 10) 稲葉典子(2021)：体制整備・計画的な物品補充が安心して働く礎に, コミュニティケア, 23(4), 16-18.
 - 11) 公益社団法人日本看護協会, 公益財団法人日本訪問看護財団, 一般社団法人全国訪問看護事業協会：訪問看護アクションプラン 2025 < 2025年を目指した訪問看護 > : <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/actionplan2025.pdf>. 2022.9.7
 - 12) 吉川未桜, 吉田麻美, 平塚淳子, 他 (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.
 - 13) 公益財団法人日本訪問看護財団：第5弾新型コロナウイルス感染症に関するアンケート～第5波における訪問看護ステーションの現状と対応～. https://www.jvnf.or.jp/home/wp-content/uploads/2022/02/220207_3_COVID-19_chousa5.pdf. 2022.9.7
 - 14) 小野順子, 山下清香, 中村美穂子, 他 (2022)：A県における訪問看護ステーションの災害対策の現状と課題～災害時の在宅療養継続に向けて～, 福岡県立大学看護学研究紀要, 19, 123-132.
 - 15) 浅沼節子(2021)：特集 緊急時の支援ネットワーク<報告1>事業所機能を失っても訪問看護を継続できた要因と今後の課題, コミュニティケア, 23(12), 16-19.
 - 16) 山岸暁美 (2021)：ウイズコロナ時代の訪問看護後編 期待される役割と, 地域包括 BCP の必要性, 訪問看護と介護, 26(1), 44-50.