

[資料]

A 大学病院におけるがん患者の退院支援への病棟看護師の思い

—訪問看護師との連携に焦点を当てて—

大槻 久美¹⁾

五十嵐 ひとみ²⁾

1) 東北文化学園大学医療福祉学部看護学科

2) 東北大学病院

要旨

本研究は、A 大学病院において病棟看護師と訪問看護師が連携して実施したがん患者の退院支援に対し、病棟看護師からみた退院支援に関する思いを明らかにすることで、がん患者や家族の QOL を重視した退院支援を検討するための基礎的研究とすることを目的とした。A 大学病院で訪問看護ステーションとの連携が多い病棟看護師 9 名を対象に、半構成面接を行い質的に分析した。その結果、病棟看護師が訪問看護師と連携した退院支援に関する思いとして、【訪問看護師は退院支援における良きパートナーである】【患者・家族に対し入院中から訪問看護師に関わってほしい】【退院後の状況を病棟看護師にフィードバックしてほしい】【訪問看護ステーションとの相互理解を深めたい】の 4 つのカテゴリーが抽出された。以上より、病棟看護師と訪問看護師がライフサポーターとして協働していくことが、がん患者や家族に対する退院支援の質を上げることになると示唆された。

【キーワード】 退院支援、病棟看護師、訪問看護師、連携

I. はじめに

本邦における全死亡率のトップは悪性新生物（がん）である。2006 年にがん対策基本法が制定され、翌年に策定されたがん対策推進基本計画において、がんによる死亡者数の減少、すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上という 2 つの目標が掲げられた。その後、2012 年 6 月に見直され、がんになっても安心して暮らせる社会の構築が目標に追加¹⁾ となり、自宅など地域での療養が患者や家族の意向を踏まえ選択できるよう、退院支援の充実が強く求

められている。また、がん患者の治療、療養環境においては、医療技術の施設間格差や実績の格差から、その地域での効率的な医療連携や役割分担による地域完結型の医療体制の整備の必要性も指摘されている¹⁾。

都道府県がん診療連携拠点病院に認定されている A 大学病院は、地方における大規模病院の一つであり、最先端医療の提供や治験等も積極的に実施している。そして、A 大学病院がある地域は、我が国における緩和ケアの先進地域の 1 つとして、ホスピス・緩和ケア病棟の整備や在宅ホスピスケアのモデル事業施行等で一定の成果をもたらしているため²⁾、

住民からのがん医療に対するニーズも高い。A 大学病院では、地域医療連携センターに退院調整看護師を配置し、退院調整看護師が退院支援に関わっているがん患者は年間 150 名前後で推移しているが、緩和ケアの先進地域でもあるため、病院から在宅へ医療依存度が高いまま退院しなければならない患者への支援件数が増えている³⁾。このような状況下で、がん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上と、がんになっても安心して暮らせる社会の構築に貢献するためには、患者は病院にいる限り“病人”だが在宅に戻れば“生活者”である⁴⁾と言われるように、患者・家族のライフサポーターという視点を持った病院看護師と訪問看護師との連携強化が必要不可欠である。

そこで本研究は、A 大学病院において病棟看護師と訪問看護師が連携して実施したがん患者の退院支援に対し、病棟看護師からみた退院支援に関する思いを明らかにすることで、よりがん患者や家族の QOL を重視した退院支援を検討するための基礎的研究とすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究参加者

A 大学病院におけるがん患者の退院支援において、訪問看護ステーションとの連携が多く行われた病棟（婦人科、呼吸器内科、耳鼻咽喉科）を選び、病棟師長に研究の主旨を説明した後に、訪問看護師と連携の経験があった看護師を推薦して貰い、研究協力の同意を得られた 9 人の看護師を対象とした。

研究参加者の概要として、病棟看護師 9 人はすべて女性であり、平均年齢は 37.8±9.4 歳、平均臨床看護歴は 15.4±9.4 年、A 大学病院勤務平均年数は 14.2±9.5 年であった。

2. データ収集方法

データ収集は研究者がインタビューガイドに基づいて個別に半構成面接調査を実施した。インタビューガイドは、基本的属性（性別、年齢、臨床看護歴、A 大学病院勤務年数）と、A 大学病院の病棟で実施したがん患者の退院支援について、訪問看護師との連携状況、訪問看護師との連携に望むこと、今後のがん患者の退院支援への思いの 3 項目について設定し、自由に語ってもらった。面接場所と時間は、研究対象者の都合に合わせて設定し、プライバシー保護のため面接は個室で行い、面接回数は 1 名に対して 1 回、時間は 30 分から 40 分程度で実施し、面接内容は対象者の許可を得てから IC レコーダーに録音した後、逐語録を作成した。

データ収集は、2012 年 2 月から 3 月に行った。

3. 分析方法

分析は、病棟看護師への面接から逐語録を精読し、A 大学病院で訪問看護師と連携して実施されたがん患者の退院支援に関する思いを表す最小単位の記述を抽出して、意味内容が類似するものをまとめ、サブカテゴリー、カテゴリーへと抽象度を高め分類した後、複数の研究者で繰り返し内容を検討した。

4. 倫理的配慮

研究対象者となった病棟看護師に対して、研究参加の依頼文を説明したあと同意書を得た。面接時に再度、対象者に対し、研究の趣旨、自由意思による参加、途中中断の保障、プライバシーの保障、辞退しても不利益を受けないこと、研究結果の公表の方法などの倫理的配慮についても文書と口頭で説明し同意を得た。なお、本研究は東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の審査・承認を得たあとに研究を実施した。

III. 研究結果

A 大学病院の病棟看護師と訪問看護師が協働したがん患者の退院支援に対する病棟看護師の思いについて、表 1 で示すように 4 つのカテ

ゴリーすなわち、【訪問看護師は退院支援における良きパートナーである】【患者・家族に対し入院中から訪問看護師に関わってほしい】【退院後の状況を病棟看護師にフィードバックしてほしい】【訪問看護ステーションとの相互理解を深めたい】と、12のサブカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは<>、語りの要約は『』で示す。

1. 【訪問看護師は退院支援における良きパートナーである】

【訪問看護師は退院支援における良きパートナーである】という病棟看護師の思いには、訪問看護師との連携に対して『ケア会議での訪看のスピーディーな対応で、時期を逃さずに退院できた』や、『患者の状態を見て迅速に対応してもらえるところが心強い』との語りから、<タイミングを逃さない退院支援ができる>という思いと、『ケア会議（退院前カンファレンス）前に患者情報を渡すので、当日は実際的な話を詰めることができる』や『ケア会議の前に連絡表を訪問看護師に見せることで、連絡票がたたき台となり詳しい情報提供ができる』ことから、<ケア会議を効果的に行うことができる>という思いが含まれていた。また、『病院でも在宅でも、医療と生活を考えられるのは看護師だけなので、お互いが話し合うことが患者にとって一番いい方法を目指していける』や『訪問看護師とは、同じ職種ということで共通理解ができやすい』という言葉から<同一職種であることで相互理解ができる>という思いが含まれていた。

2. 【患者・家族に対し入院中から訪問看護師に関わってほしい】

【患者・家族に対し入院中から訪問看護師に関わってほしい】という病棟看護師の思いには、病棟看護師は『入院中から訪問看護師と話をすることで、在宅のイメージが付き患者・家族の不安が軽減する』や『入院中の患

者は在宅のイメージが付きにくいいため、訪問看護師の一言で安心できる』との語りから、入院中から訪問看護師が関わることで<患者・家族の不安が軽減できる>という思いと、『訪問看護師による退院前訪問で、病棟看護師だけでなく医師との関係性も構築できる』ことから、<医師との連携が取りやすくなる>という思いが含まれていた。また、『訪問看護師が来院できない場合、すぐ再入院するケースがある』や『在宅復帰が難しいケースでは、訪問看護師と病棟看護師と家族が話し合いを持ち在宅に向けたシミュレーションが必要』という言葉から<継続看護に繋げる必要がある>という思いが含まれていた。

3. 【退院後の状況を病棟看護師にフィードバックしてほしい】

【退院後の状況を病棟看護師にフィードバックしてほしい】という病棟看護師の思いには、『在宅の様子などを聞くと、さらに退院支援のやる気が出てくる』や、『入院中は非協力的な家族が、在宅で最後は協力的になったとの情報は、次の退院支援に生かせる』という語りから、<病棟看護師の退院支援に対するモチベーションの向上に繋がる>という思いと、『退院支援が大変だった人は、その後も気になることが多い』や、『病棟看護師は、単純に退院後の様子を知りたいという気付きを持っている』という語りから、<病棟看護師は退院後の患者・家族のことが気付きである>という思いが含まれていた。また、『再入院の可能性が高いと思った事例が、最後まで在宅で過ごしたという報告があると、帰りたいと思う人は帰してあげたいと思う』や、『退院支援のフィードバックは、もっと患者家族の立場に立った退院支援につなげられる』という語りから、<退院支援の評価があると次の退院支援に繋がる>という思いと、『連携が増えるとお互いの距離が近くなり、信頼関係も出来てくる』や、

『退院支援のフィードバックは、ステーションとも顔が見える連携ができる』という語りから、＜訪問看護ステーションとの関係強化ができる＞という思いが含まれていた。

4. 【訪問看護ステーションとの相互理解を深めたい】

【訪問看護ステーションとの相互理解を深めたい】という病棟看護師の思いには、『ケア会議や試験外泊後に退院するが、病棟看護師は実際の場面を理解しにくい』や、『退院後に、退院前には思いもよらなかった家族の様子があった時は感動した』という語りから、＜病棟看護師は在宅をイメージできにくい＞という思いと、『訪問看護ステーションによって、退院指導に求められる内容が違ってくる場合がある』や、『すぐ再入院となると退院指導の反省だけでなく、訪問看護ステーションとの信頼関係にも疑問が生じる』という語りから、＜訪問看護ステーションとの共通理解が図られていない＞という思いが含まれていた。

IV. 考察

1. がん患者の退院支援に関する訪問看護師との連携における病棟看護師の思い

本研究結果におけるがん患者の退院支援に関する訪問看護師との連携において病棟看護師は、【訪問看護師は退院支援における良きパートナーである】ため、【患者・家族に対し入院中から訪問看護師に関わってほしい】という思いと、訪問看護師に【退院後の状況を病棟看護師にフィードバックしてほしい】という思いを持つと同時に、病棟看護師自身も【訪問看護ステーションとの相互理解を深めたい】という思いを抱いていた。

がん患者の退院支援において、刻一刻と変化する病状やADL状況に応じた対応が必要である

ことから、原田は在宅への移行のタイミングの見極めが大切である⁵⁾と語っている。また、がん患者は退院後も、癌性疼痛のコントロールなど医療処置の継続が必要な場合も多い。そこで、＜同一職種であることで相互理解ができる＞看護師同士の連携は、医療用語や在宅への継続看護の提供という点において共通理解が得られやすいことや、＜ケア会議を効果的に行うことができる＞ことが、＜タイミングを逃さない退院支援ができる＞ことにも繋がるため、【訪問看護師は退院支援における良きパートナーである】との思いが抽出されたと考える。

次に、がん患者の退院支援においては、患者・家族が退院後どこでどのように過ごすかという意思決定支援や、治療方針を決定する医師との連携が必要であり、病院から在宅への継続看護に繋げる必要もある。そのため、病棟看護師は訪問看護師に対し＜患者・家族の不安が軽減できる＞ことや、＜医師との連携が取りやすくなる＞ことや、＜継続看護に繋げる必要がある＞ことから【患者・家族に対し入院中から訪問看護師に関わってほしい】との思いが抽出されたと考える。

宇都宮は、退院支援において生活の場で継続可能な医療を入院中に組み立てることが必要である⁶⁾と語っている。病棟看護師は入院中から患者・家族に対し退院後を意識した関わりの必要性は認識しているが、退院支援をおこなった患者・家族の在宅での様子を知る機会は少ない。そのため、患者・家族の退院後の様子が気になりながらも、入院患者が入ってくるとその気持ちも薄れ、退院支援に対するモチベーションにも影響が出てくる。そのため、自分が実践した退院支援への評価で成功体験が経験できれば、次の退院支援のスキルアップに繋がり、訪問看護ステーションとの顔が見える連携も出来ることになり、入院中から在宅という生活の場で継続可能な医療を組み立てることも可能になると考える。このことから病棟看

看護師は、＜病棟看護師は退院後の患者・家族のことが気かりである＞ことから、自分が実践した退院支援に対しフィードバックされることで＜病棟看護師の退院支援に対するモチベーションの向上に繋がる＞ことや、＜退院支援の評価があると次の退院支援に繋がる＞ことで、最終的に＜訪問看護ステーションとの関係強化ができる＞ことから【退院後の状況を病棟看護師にフィードバックしてほしい】との思いが抽出されたと考える。

看護学に在宅看護論としての学問の体系化ができて 10 年以上経過しているが、病棟看護師はがん患者の退院支援に関し、時間的余裕のなさや受け身的姿勢の傾向などから、なにも行っていないと認識しているという報告⁷⁾があるように、在宅に向けて訪問看護師との連携はとれていないとの認識があると考え。このことから病棟看護師は、＜病棟看護師は在宅をイメージできにくい＞ため、＜訪問看護ステーションとの共通理解が図られていない＞ことから、【訪問看護ステーションとの相互理解を深めたい】との思いが抽出されたと考える。

本研究から、受け身ではあるが病棟看護師自らが、退院支援の評価を訪問看護師から受けることで、退院支援の質を上げていきたいという思いが明らかとなった。今後の地域包括ケアの実践のためにも、病棟看護師と訪問看護師が患者・家族のライフサポーターとして、がん患者の退院支援において協働していくことの重要性が示唆された。

2. 本研究の限界と課題

本研究の対象者は、A 大学病院の病棟におけるがん患者の退院支援において、訪問看護師と連携した経験のある一部の病棟看護師を対象としているため、一般化するには限界がある。

今後は訪問看護師を対象に退院支援に対する調査を実施し、両者の意見を集約する事で、がん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上に繋がる退院支援を

検討していくことが必要である。

V. 結語

本研究は、病棟看護師と訪問看護師が連携して実施したがん患者の退院支援に対し、病棟看護師からみた退院支援に関する思いを探求した。その結果、病棟看護師の退院支援に対する思いとして、【訪問看護師は退院支援における良きパートナーである】【患者・家族に対し入院中から訪問看護師に関わってほしい】【退院後の状況を病棟看護師にフィードバックしてほしい】【訪問看護ステーションとの相互理解を深めたい】の 4 つのカテゴリーが抽出された。以上より、がん患者の退院支援に関して病棟看護師の思いが明らかになったことで、病棟看護師と訪問看護師がライフサポーターとして協働していくことが、がん患者や家族に対する退院支援の質を上げることになることと示唆された。

謝辞

本研究に協力をしていただいた病棟看護師の皆様へ深く感謝いたします。なお、本研究は平成 24～26 年度科学研究費補助金（基盤研究 C）（課題番号 24593184）により行われた研究の一部である。

VI. 参考文献

- 1) がん対策推進基本計画＜平成 24 年 6 月＞
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf (2014 年 9 月 6 日最終アクセス)
- 2) 轡 基治：地域緩和ケアネットワークの現状と課題－[宮城県]介護職を含めた多職種によるチームケア。ホスピス緩和ケア白書 2008.日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，2008，40-42
- 3) 大槻久美：がん患者の退院支援におけるパートナーシップの構築。ヘルスリサーチフォーラム講演録，2013，20，13-16
- 4) 辻哲夫：“地域包括ケア”を理解する。コミュ

ニティケア, 2012, 14 (7), 4-12

5) 原田かおる: 病棟から始める退院支援. *Nursing Today*, 2007, 7 (22), 44-47

6) 宇都宮弘子: 退院支援実践ナビ. 第1版, 東京, 医学書院, 2012

7) 今磯純子、石井英子、加藤容子: 病院看護師の訪問看護師との連携に関する意識状況分析. *病院*, 2007, 66 (1), 55-58

表 1 A 大学病院の病棟看護師と訪問看護師が連携したがん患者の退院支援に対する病棟看護師の思い

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
訪問看護師は退院支援における良きパートナーである	タイミングを逃さない退院支援ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・タイミングを逃さない連携が、早期の退院支援に繋がった ・ケア会議での訪看のスピーディーな対応で、時期を逃さずに退院できた ・患者の状態を見て迅速に対応してもらえるところが心強い
	ケア会議を効果的に行うことができる	<ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議の前に連絡表を訪問看護師に見せることで、連絡票がたたき台となり詳しい情報提供ができる ・ケア会議前に患者情報を渡すので、当日は実際的な話を詰めることができる
	同一職種であることで相互理解ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師は本人と家族の思いの違いがあっても、在宅でうまく調整してくれる存在だ ・訪問看護師とは、同じ職種ということで共通理解ができやすい ・病院でも在宅でも、医療と生活を考えられるのは看護師だけなので、お互いが話し合うことが患者にとって一番いい方法を目指していける ・安易に在宅へとは言えないので訪問看護師と一緒に考えることができればよい ・看護師は患者・家族のサポーターなので患者や家族の目線での看護師同士の連携が重要
患者・家族に対し入院中から訪問看護師に関わってほしい	患者・家族の不安が軽減できる	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師による退院前訪問で、患者・家族の不安が軽減した ・入院中からの訪問看護師との連携は、本人・家族の思いや経済面を考えた退院支援ができる ・入院中から訪問看護師と話をすることで在宅のイメージが付き患者・家族の不安が軽減する ・入院中の患者は在宅のイメージが付きにくいいため訪問看護師の一言で安心する ・入院中から患者・家族と病院看護師、訪問看護師が共に考える機会があると退院への不安軽減に繋がる
	医師との連携が取りやすくなる	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師による退院前訪問で、病棟看護師だけでなく医師との関係性も構築できる
	継続看護に繋げる必要がある	<ul style="list-style-type: none"> ・方今看護師が来院できない場合、すぐ再入院するケースがある ・訪問看護師による退院前訪問が、お互いの安心に繋がっている ・在宅復帰が難しいケースでは、訪問看護師と病棟看護師と家族が話し合いを持ち在宅に向けたシミュレーションが必要
退院後の状況を病棟看護師にフィードバックしてほしい	病棟看護師の退院支援に対するモチベーションの向上に繋がる	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の在宅での様子を知ることで、退院支援に対するモチベーションが高まる ・在宅の様子などを聞くと、さらに退院支援のやる気が出てくる ・在宅での死亡の経過や家族の状況を教えてもらえると、退院支援への達成感がある ・入院中は非協力的な家族が在宅で最後は協力的になったとの情報は次の退院支援に生かせる ・どの様な手段でもよいので、退院後の様子を教えてもらえると、次の退院支援の励みになる
	病棟看護師は退院後の患者・家族のことが気がかりである	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後、在宅でどのように過ごしているか心配になるケースもある ・退院後の患者の状況を訪問看護ステーションから教えられた時は良かったと思った ・死亡報告をしてくれる訪問看護ステーションもあり、感謝している ・退院支援が大変だった人は、その後も気になることが多い ・退院後の様子を聞くことは、患者への気がかりが減り、元気であれば嬉しさにつながる ・病棟看護師は単純に退院後の様子を知りたいという気がかりを持っている

	<p>退院支援の評価があると次の退院支援に繋がる</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の在宅での様子を知ることが、退院支援の評価になる ・今は、退院支援に対して評価する機会がない ・退院後、訪問看護師から処置に関する指導の評価があると次に繋がる ・再入院の可能性が高いと思った事例が、最後まで在宅で過ごしたという報告があると、帰りたいと思う人は帰してあげたいと思う ・在宅での様子を教えてもらおうと、嬉しさや、励みや振り返りによる学びになる ・在宅移行に関して悪かった点のフィードバックがあれば今後改善していける ・在宅移行に関してのフィードバックがあれば若い年代の看護師のレベルアップの機会になる ・退院支援はケースバイケースなので、病院看護師のスキルアップのためにも、患者の情報を返してもらえるとよい ・退院後の様子を聞くことは退院支援の評価になると共に病棟看護師のレベルアップに繋がる ・退院支援のフィードバックはもっと患者家族の立場に立った退院支援につなげられる ・在宅への成功事例をフィードバックしてもらえると、病棟看護師の退院支援に関するレベルアップに繋がる ・訪問看護師から本人や家族の様子だけでなく、病院でやっていた欲しいことを伝えてもらえると、次に生かすことができる。 ・退院後の様子がわかると、次の患者さんにも帰れますよと言える気がする
	<p>訪問看護ステーションとの関係強化ができる</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師は、在宅での様子を電話や病棟訪問で話してくれることもある ・連携が増えたとお互いの距離が近くなり、信頼関係も出来てくる ・フィードバックされるとステーションとの関係性が強くなる ・退院支援のフィードバックは、ステーションとも顔が見える連携ができる
<p>訪問看護ステーションとの相互理解を深めたい</p>	<p>病棟看護師は在宅をイメージできにくい</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議や試験外泊後に退院するが、病棟看護師は実際の場面を理解しにくい ・在宅での看取りの時の様子が分かった時は、感動することもある ・退院後に、退院前には思いもよらなかった家族の様子がわかった時は感動した。 ・病棟では退院後のことがわからない場合がほとんどである ・病棟看護師の中には、訪問看護がわからないという看護師も多い ・退院支援が介護保険の申請と捉える看護師もいる ・在宅を家族に無理強いしてはいけない
	<p>訪問看護ステーションとの共通理解が図られていない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションによって、退院指導に求められる内容が違ってくる場合がある ・主治医あてに訪問看護ステーションから報告書がくることは知らなかった ・すぐ再入院となると退院指導の反省だけでなく、訪問看護ステーションとの信頼関係にも疑問が生じる ・訪問看護師から提示された援助内容によって、病棟看護師として患者の在宅復帰が不安になるケースもある ・訪問看護ステーションによって退院指導に求めるものが違うため、戸惑うときもある ・病棟看護師が訪問看護の具体的な理解があれば患者・家族に自信を持って在宅を勧められる ・訪問看護自体の理解が病棟看護師に足りない