

[報告]

A 大学病院におけるがん患者の退院支援について

—病院看護師と訪問看護師の連携に焦点をあてて—

大槻 久美¹⁾, 大槻 文²⁾, 五十嵐 ひとみ³⁾

1) 東北文化学園大学医療福祉学部看護学科

2) 元・東北福祉大学健康科学部, 現・宮城大学看護学部

3) 東北大学病院地域医療連携センター

要旨

がん患者の退院支援において、A 大学病院と連携した訪問看護師から退院支援に対する思いと、病院看護師と訪問看護師の連携に対する考えを調査し、病院看護師と訪問看護師のパートナーシップ構築への基礎的研究とすることを目的とした。退院支援に対する思いでは、【看護師同士という同一職種であることの強み】【訪問看護師と退院調整看護師との良好な関係性】【良好な病院内外の職種を超えた連携体制】【連携をする上での整備された病院環境】【在宅を意識した退院支援のレベルアップの必要性】が挙げられた。病院看護師と訪問看護師の連携に対する考えについては、【病院から在宅へ変わらない質の高い看護ケアの継続】【患者・家族が戸惑わず支えることができる体制づくり】が挙げられた。今後は、在宅移行した患者の様子を病棟看護師へフィードバックすることが、がん患者の退院支援における病院看護師と訪問看護師のパートナーシップ構築のためには重要であることが示唆された。

【キーワード】 退院支援、病棟看護師、訪問看護師、看看連携

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なら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され¹⁾、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。がん患者の治療、療養環境は、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²⁾。

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るため、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、2003 年に地域医療連携センターが設置され、退院支援（後方支援）のために退院調整看護師を配置し、がん患者に対する退院支援を行っている。また、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 つであり³⁾、住民からのがん医療に対するニーズも高

く、医療依存度が高いまま退院する患者への支援件数が増えている。このような状況下で在宅医療に貢献するためには、患者・家族の目線に立った退院支援が必要であり、病院において患者家族のライフサポーターである病院看護師と、在宅におけるライフサポーターである訪問看護師が、お互いをパートナーとする連携は必要不可欠である。

そこで本研究は、A 大学病院の退院調整看護師が関わったがん患者の退院支援の現状を調査し、退院支援に関わった訪問看護師から、A 大学病院における退院支援内容に対する思いや、病院看護師と訪問看護師の連携（以下看看連携）に対する考えを明らかにすることで、よりがん患者や家族のQOL向上を目指した看看連携におけるパートナーシップの構築を検討するための基礎的研究とすることを目的とした。

なお、本研究における「看看連携」とは、病院看護師と訪問看護師が協働して、患者と家族が病院から地域に向け安心した在宅療養ができるように連携を行うことと定義する。

II. 研究方法

1. 研究参加者

2007年から2011年にA大学病院の退院調整看護師が関わったがん患者の退院支援において、病院看護師と連携の経験があった訪問看護ステーションの所長ならびに訪問看護師を対象とした。

2. 調査方法

- 1) A 大学病院の地域医療連携センターが所有する退院支援記録から、退院支援数や患者の背景などを後方視的に調査した。
- 2) A 大学病院の地域にある訪問看護ステーションの所長ならびに訪問看護師に対して、インタビューガイドを用いた半構成面接調査を実施した。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。その場で本人の了解を得て録音をした後、逐語録を作成した。調査期間は、2011年3月から6月であった。

3. 調査内容

- 1) 退院支援記録より、退院調整看護師が関わったがん患者の退院支援者数や、患者背景として性別、年齢、支援期間（退院調整看護師が関わった期間）、転帰（退院後の状況で在宅、転院、死亡など）、転帰詳細（訪問看護ステーション、往診医など連携した所）を調査した。
- 2) インタビューガイドは、基本的属性（性別、年齢、臨床看護歴、訪問看護歴）と、A 大学病院で病院看護師と協働して実施したがん患者の退院支援や、看看連携に対する考えについて自由に語ってもらった。

4. 分析方法

退院支援記録からの退院支援数や患者の背景などは、単純集計を実施した。面接からは逐語録を精読し、A 大学病院で実施されたがん患者の退院支援に対する思いや、看看連携に対する考え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。分析は複数の研究者で繰り返し内容を検討した。

5. 倫理的配慮

A 大学病院と連携があった訪問看護師に対し、面接調査の依頼文を送付し、ハガキでの回答をもって調査に同意したものとみなした。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。

Ⅲ. 研究結果

1. 2007年から2011年にA大学病院で実施されたがん患者の退院支援の概要

A大学病院は病床数が1262床、平均在院日数18日(2011年)で、2007年から2011年の5年間に退院調整看護師が、退院支援に関する相談を受けて退院まで関わったがん患者は714名であった。退院後の転帰に関する年次別推移では、毎年6割以上の患者が在宅に戻っており、退院後の往診医との連携は3割程度だが、退院後も継続する医療処置は年々増えており、訪問看護師との連携や退院調整会議の開催数も増えている(表1)。

表1 A大学病院における退院調整看護師が関わった退院支援状況

		2007年	2008年	2009年	2010年	2011年
患者数		128名	113名	170名	183名	122名
性別	男性	65名(50.8%)	55名(48.7%)	71名(41.8%)	91名(49.7%)	53名(43.4%)
	女性	63名(49.2%)	58名(51.3%)	99名(48.2%)	92名(50.3%)	69名(56.6%)
平均年齢		64.1歳	65.9歳	65.0歳	67.0歳	65.9歳
退院支援実施期間		23日	20日	17日	16日	16日
転帰	在宅	82名(64.6%)	86名(76.1%)	107名(62.9%)	111名(60.7%)	85名(69.1%)
	転院	10名(7.9%)	11名(9.7%)	21名(12.3%)	26名(14.2%)	9名(7.3%)
	死亡	15名(11.8%)	7名(6.2%)	12名(7.1%)	11名(6.0%)	7名(5.7%)
	中止	3名(1.4%)	9名(8.0%)	17名(10.0%)	14名(7.7%)	12名(9.8%)
	不明	6名(4.7%)	0	0	20名(10.9%)	7名(6.5%)
	転医	12名(9.6%)	0	13名(7.7%)	0	0
入所	0	0	0	1名(0.6%)	2名(1.6%)	
訪看との連携						
	有り	50名(39.1%)	59名(52.2%)	75名(44.1%)	96名(52.5%)	79名(64.8%)
	無し	78名(60.9%)	54名(47.8%)	95名(55.9%)	87名(47.5%)	43名(35.2%)
往診医との連携						
	有り	25名(19.5%)	37名(32.7%)	40名(23.5%)	48名(26.2%)	42名(34.4%)
	無し	103名(80.5%)	76名(67.3%)	130名(76.5%)	135名(73.8%)	80名(65.6%)
医療処置						
	有り	55名(43.0%)	64名(56.6%)	104名(61.2%)	105名(57.4%)	84名(68.9%)
	無し	73名(57.0%)	49名(43.4%)	66名(38.8%)	78名(42.6%)	38名(31.1%)
退院調整会議						
	有り	50名(39.1%)	57名(50.4%)	72名(42.4%)	101名(55.2%)	78名(63.9%)
	無し	78名(60.9%)	56名(49.6%)	98名(57.6%)	82名(44.8%)	44名(36.1%)

2. 対象者の概要

本研究の対象となった訪問看護師8人はすべて女性であり、平均年齢は47.0±6.1歳、平均臨床看護歴は9.9±5.5年、平均訪問看護歴は12.0±2.1年で、8名中訪問看護ステーションの所長が7名あった。

3. A大学病院の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思い

表2で示すように5つのカテゴリーすなわち、【看護師同士という同一職種であることの強み】【訪問看護師と退院調整看護師との良好な関係性】【良好な病院内外の職種を超えた連携体制】【連携をする上での整備された病院環境】【在宅を意識した退院支援のレベルアップの必要性】と、11のサブカテゴリーが抽出された。

表 2-1 退院支援に対する思い

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
看護師同士という同一職種であることの強み	同一職種であることでの相互理解がしやすい	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟看護師は訪問看護師の要望を聞きながら、介護者に退院指導をしてくれる ・退院調整看護師が、退院支援にあたり前もって動いてくれるので助かる ・実際のケアに関しては病棟看護師との関わりがあり、在宅で生かされている ・ソーシャルワーカーだけでは難しいケースもあり、看護師同士だと話しが通じる
	同一職種であることへの安心感がある	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟と違い職員が少ない訪問看護ステーションでは、退院調整看護師や外来看護師が精神的フォローをしてくれる存在だ ・同じ看護師の資格を持つ者同士の会話を聞くことで安心感が芽生え、患者・家族は在宅への気持ちが高まる
訪問看護師と退院調整看護師との良好な関係性	部門間の仲介役としての退院調整看護師の存在	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟看護師は夜勤などで連絡が取れないときがあるので、退院調整看護師が窓口になるとスムーズに行く ・退院調整看護師は、訪問看護師と病院の医師や病棟看護師や外来看護師の間でクッション的役割をしてもらい、連携上心強い存在である ・地域医療連携室という窓口がはっきりしているので、患者・家族に迷惑がかからず準備が進められる ・退院調整会議に退院調整看護師が同席することは、お互いが話しやすい雰囲気を作ってくれる
	訪問看護師の情報源である退院調整看護師の存在	<ul style="list-style-type: none"> ・医療連携室の看護師が扱う事例は大変という印象があるが、連携室を通ることでしっかり情報がもらえる ・退院調整看護師からの前情報があり、何回か病棟訪問をすることで在宅に戻ってからの対応を考えることができた ・退院調整看護師を通すことで情報がプールされ、その後の連携もとりやすい ・退院調整看護師が入るときちゃんと面接し在宅を見据えた情報や問題点を把握してくれる ・急な依頼が来ても、退院調整看護師にいつでも聞けるという安心感があるため引き受けることができる ・退院調整看護師から、ある程度もらいたい情報を、すぐに電話でもらえるため、すごく在宅がイメージしやすい
	訪問看護師から頼られる存在である退院調整看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援に関して、退院調整看護師の人生観や経験が、的確なアドバイスになっている ・訪問看護師は退院調整看護師に多くの協力をもらっており、同じ看護師同士として、退院調整看護師は退院支援の要である ・退院調整看護師の電話対応は迅速であり、次の対応を教えてくれる ・大学病院の退院調整看護師はアットホームに声をかけてくれる ・退院調整看護師とは顔が見える連携ができています ・訪問看護師にとっても退院調整看護師はよい役割を担っている ・退院調整看護師は、退院までにやらなければならないところがわかっているため、連携室を通る退院支援はスムーズに行く

表 2-2

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
良好な病院内外の職種を超えた連携体制	他職種間がチームとして協働することができる	<ul style="list-style-type: none"> ・退院調整看護師と往診医と訪問看護師とで、本人の思いをかなえるために、素早く密接に連携をとることができた ・患者の状況を共有し、退院調整看護師と共同して退院調整を行い良い結果を得た ・地域医療連携室、外来、病棟の看護師と訪問看護師が一緒になり、患者の思いを組んで在宅支援ができた
	効果的な退院調整会議の運営ができています	<ul style="list-style-type: none"> ・処置に関しての家族指導や必要物品や、継続処置に関しては、退院調整会議をとおしてうまく連携できている ・処置に関しては退院調整会議で説明をうけるので、在宅でトラブルになったことはない ・退院調整会議には、よくわかっている看護師が出席してくれるので、深い話までできる ・退院調整会議へ出席することで、病棟看護師との距離感が近くなる ・退院調整会議では、病棟看護師とお互いに有意義な情報交換ができる ・退院調整会議に外来の看護師も入ってくれたため、顔が見える関係が出来上がり、在宅から入院がスムーズに運べた
連携をする上での整備された病院環境	病院全体として実践している退院支援の促進	<ul style="list-style-type: none"> ・大学病院との連携は、他病院と比較するとスムーズだ ・病院全体として、在宅で患者がどのように過ごすのかという考え方を持っている ・大学はどこかの部門でも対応がよいため、もっと連携したいと思う ・大学は院内の連携（外来、病棟、退院の部門）がよくできている
在宅を意識した退院支援のレベルアップの必要性	病棟看護師による継続看護の視点不足がある	<ul style="list-style-type: none"> ・退院日に訪問しないと、使うものがなかったりしたことがある ・看護連絡票に特殊な機材に関する細かな記入がほしい ・退院調整看護師が入らない退院調整会議は、病棟看護師の問題点の把握不足や、家族に対する面接不足を感じる
	患者・家族の思いを汲んだ退院支援の実施が必要である	<ul style="list-style-type: none"> ・大学病院という名前だけで患者は希望を持っており、大学病院に通えないことになった患者は意欲をなくすことが多い ・退院に対して、すべて知っている家族と、すべてを聞いているわけではない本人では、出されてしまったと表現する患者が多い ・大学と往診両方の先生に診てもらっている場合は、在宅での方針が決めにくい ・退院調整看護師と相談し往診医が入る場合があるが、往診医と連携が取れずに、大変だったこともある
	病棟看護師と訪問看護師間の認識のずれがある	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟看護師は、医療保険や介護保険の理解不足がある ・訪問看護指示書に依頼した言葉が入らないことがある ・最初の書類の不備があることが一番困る ・病棟では患者が退院すると一旦終了という気持ちがあるが、訪問看護は始まりなので気持ちに差がある

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) 【看護師同士という同一職種であることの強み】

訪問看護師は退院調整看護師に対して、『退院支援では、ソーシャルワーカーだけでは難しいケースもあり、看護師同士だと話しが通じる』と語っており、<同一職種であることで相互理解ができやすい>というサブカテゴリーが抽出された。また、『病棟と違い職員が少ない訪問看護ステーションでは、退院調整看護師や外来看護師が精神的フォローをしてくれる存在だ』という言葉から、<同一職種であることへの安心感がある>が挙げられた。

2) 【訪問看護師と退院調整看護師との良好な関係性】

訪問看護師と退院調整看護師の関係性に対しては、『退院調整看護師は、訪問看護師と病院の医師や病棟看護師や外来看護師の間でクッション的役割をしてもらい、連携上心強い存在である』と語っており、<部門間の仲介役としての退院調整看護師の存在>と考えていた。次に、『退院調整看護師から、ある程度もらいたい情報をすぐに電話でもらえるため、すごく在宅がイメージしやすい』という言葉から、<訪問看護師の情報源である退院調整看護師の存在>というサブカテゴリーが抽出された。また、『退院調整看護師は、退院までにやらなければならないところがわかっているため、連携室を通る退院支援はスムーズに行く』という言葉から、<訪問看護師から頼られる存在である退院調整看護師>がサブカテゴリーとして挙げられた。

3) 【良好な病院内外の職種を超えた連携体制】

A 大学病院内外の職種を超えた連携体制に対して訪問看護師は、『退院調整看護師と往

診医と訪問看護師とで、本人の思いをかなえるために、素早く密接に連携をとることができた』と語っており、<他職種がチームとして協働することができる>雰囲気があると話されていた。また、『処置に関しての家族指導や必要物品や、継続処置に関しては、退院調整会議をとおしてうまく連携できている』という言葉から、<効果的な退院調整会議の運営ができている>が挙げられた。

4) 【連携をする上での整備された病院環境】

A 大学病院の退院支援実施に関する環境について訪問看護師は、『病院全体として、在宅で患者がどのように過ごすのかという考え方を持っている』と語っており、<病院全体として実践している退院支援の促進>というサブカテゴリーが抽出された。

5) 【在宅を意識した退院支援のレベルアップの必要性】

A 大学病院の看護師と訪問看護師が協働したがん患者の退院支援に関して『退院調整看護師が入らない退院調整会議は、病棟看護師の問題点の把握不足や、家族に対する面接不足を感じる』という言葉から、<病棟看護師による継続看護の視点不足がある>というサブカテゴリーが抽出された。次に、『退院に対して、すべて知っている家族と、すべてを聞いているわけではない本人では、出されてしまったと表現する患者が多い』という言葉から、<患者・家族の思いを汲んだ退院支援の実施が必要である>と訪問看護師は考えていた。また、『病棟では患者が退院すると一旦終了という気持ちがあるが、訪問看護は始まりなので気持ちに差がある』という言葉から、<病棟看護師と訪問看護師間の認識のずれがある>というサブカテゴリーが挙げられた。

4. A 大学病院の看護師と訪問看護師が協働する退院支援における連携に対する考え

表3 A 大学病院の看護師と訪問看護師が協働する退院支援における連携に対する考え

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
病院から在宅へ変わらない質の高い看護ケアの継続	病棟から在宅への看護ケアの質の保障が必要である	<ul style="list-style-type: none"> ・機材の違いはあるが、入院中の手技は継続して提供していきたい ・在宅は他の人の目が入りにくい井の中の蛙状況であるため、お互いのケアの質を高めあうことが必要 ・在宅で継続した医療処置の提供のために、正確な申し送りをしてほしい ・手技を覚えるために病棟に出向きたい
	病棟看護師と訪問看護師間の情報共有の強化が必要である	<ul style="list-style-type: none"> ・がん患者は再入院する可能性が高いため、退院後の情報共有は必要 ・がんに関しては、処置だけではなく精神面や社会面も含めた連携が必要 ・がん患者では、看護連絡表に告知や疼痛コントロールの状況はほしい ・ソーシャルワーカーだけでは医療や看護の情報収集に不安があるため、退院調整会議には訪問看護師の同席が必要 ・在宅は治すことが目標ではないため、退院前に在宅に向けての希望や思いの情報が大事
	訪問看護師と病棟看護師間における情報のフィードバックが必要である	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の患者の様子を病棟看護師に伝えることは、在宅シフトに対するスキルアップを助けることに繋がる ・お互いのスキルアップのために在宅での様子をフィードバックすることは必要である ・看護師としてお互いに気にしているところは同じなので、やり取りができると別の患者に生かせる ・フィードバックすることは病院看護師と訪問看護師間の顔が見える連携に繋がるため、積極的に行っていきたい
患者・家族が戸惑わず支えることができる体制づくり	同じ看護職として患者・家族を支えていく	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師同士なら同じ視点でディスカッションや情報共有ができ、患者・家族の立場の理解ができる ・退院支援にあたり、病棟看護師は患者・家族の思いを代弁する役割を担っていると思う ・退院に関しての本人・家族の意向や、今後に対する不安の記載があると、配慮して在宅で関わるができる
	訪問看護ステーションの存在を患者・家族に知らせる	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションの認知度が上がれば、最後をどこで過ごすかという患者・家族の選択肢がふえる ・院内で訪問看護ステーションの勉強会を企画し、医療職だけでなく患者・家族も対象とする啓蒙活動をしてほしい ・入院中に訪問看護師を知ることは、在宅での本人や家族の精神的な支援をしてくれる存在と認識してもらえる ・病院では在宅に向け不安が大きい家族でも、訪問看護を知ることで、安心して在宅シフトができる ・患者・家族は、訪問看護と訪問介護の違いがわかりづらいため、在宅がイメージできるような訪問看護の情報提示が必要

表3で示すように2つのカテゴリーすなわち、【病院から在宅へ変わらない質の高い看護ケアの継続】【患者・家族が戸惑わず支えることができる体制づくり】と、5のサブカテゴリーが抽出された。

1) 【病院から在宅へ変わらない質の高い看護ケアの継続】

訪問看護師は『在宅は他の人の目が入りにくい井の中の蛙状況なので、お互いのケアの質を高めあうということが必要』と語っており、＜病棟から在宅への看護ケアの質の保障が必要である＞と考えていた。次に、『在宅は直すことが目標ではなく、何かできることが一番大切になるため、退院前に在宅に向けての希望や思いの情報が大事』という言葉から、＜病棟看護師と訪問看護師間における情報共有の強化が必要である＞というサブカテゴリーが抽出された。また、『退院後の患者の様子を病棟看護師に伝えることは、在宅シフトに対するスキルアップを助けることに繋がる』という言葉から、＜訪問看護師と病棟看護師間における情報のフィードバックが必要である＞というサブカテゴリーが挙げられた。

2) 【患者・家族が戸惑わず支えることができる体制づくり】

訪問看護師は『看護師同士なら同じ視点でディスカッションや情報共有ができ、患者・家族の立場の理解ができる』と語っており、＜同じ看護職として患者・家族を支えていく＞ことが必要であると考えていた。また、『訪問看護ステーションの認知度が上がれば、最後をどこで過ごしたいかという患者・家族の選択肢がふえることになる』という言葉から、＜訪問看護ステーションの存在を患者・家族に知らせる＞というサブカテゴリーが抽出された。

IV. 考察

1. A 大学病院で実施されたがん患者の退院支援の状況

A 大学病院はB地方におけるがん診療連携拠点病院として、60%以上のがん患者を在宅に戻している病院であり、医療処置や退院調整会議、往診医や訪問看護師との連携が増加している現状が明らかとなった。これは、最先端治療や治験を実施するという大学病院としての機能を持ちつつ、我が国における緩和ケアの先進地域の1つ³⁾として在宅ホスピスケアも積極的に行われているために、在宅復帰率60%以上という数値が出てきたと推察される。また、医療処置の増加により、患者・家族のQOLの維持・向上のためにも、病院看護師と訪問看護師との連携強化は必要不可欠である。そして、病院看護師と訪問看護師がお互いに継続看護の視点を持って退院支援にあたることが、患者・家族の思いに寄り添う退院支援につながると考える。

2. A 大学病院の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思い

医療に対する視点から唐渡は、大学病院の強みは広範囲な領域での均一で質の高い医療を提供できるが、弱みとしては専門・細分・効率化のため組織内の情報共有が困難であり、患者・家族の要求レベルが高い⁴⁾と述べている。このことから、A 大学病院におけるがん患者の退院支援を、在宅における患者・家族のライフサポーターである訪問看護師より評価してもらうことは、がん患者のニーズに対応していくためにも必要不可欠である。

本研究より、訪問看護師は、がん患者の退院支援においてA 大学病院の環境面や職員とのやり取りに問題はないが、患者家族の思いに寄り添う退院支援のレベルアップのためには、病棟看護師に在宅を意識した退院支援を望んでいた。がん患者の退院支援では在宅への移行のタイミングの見極めが大切⁵⁾であり、退院後も医療的処置の継続が必要な場合も多い。そのため、

【看護師同士という同一職種であることの強み】では、教育的背景が同じであ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事が、タイミングを逃さない退院支援の実現に繋がっていると考える。また、訪問看護師にとって病院看護師は相談相手として、患者家族にとっても同じ看護職に関わることが安心に繋がっていると推察される。今回、特に病院看護師の中でも【訪問看護師と退院調整看護師との良好な関係性】から、退院調整看護師は部門間の仲介役、退院支援に関するすべての情報を持っている存在、頼りがいのある存在というように訪問看護師が認識していることが明らかとなった。これは、2003年から訪問看護師との連携を行っていく過程で、退院調整に関するノウハウを退院調整看護師自身が身に付け、顔が見える連携を構築してきたためだと考える。前述したように、大学病院の弱みとしては専門・細分・効率化のため組織内の情報共有が困難と言われている。しかし、A 大学病院では退院調整看護師を中心に、職種を超えた連携がとれる環境であることや、効果的な退院調整会議の運営ができていることから、一般に言われている大学病院の弱みを強みに変えていると推察される。

しかし、【在宅を意識した退院支援のレベルアップの必要性】が抽出された背景には、宇都宮が語る「生活の場で継続可能な医療を入院中に組み立てる」⁶⁾という視点や、今後どのようにしていきたいかという患者・家族の思いを退院支援に反映していく関わりを病棟看護師が実践すれば、より患者・家族のQOLを考慮した退院支援に繋がるのではという思いが込められていると推察される。在宅看護論として学問の体系化ができて10年以上は立っているが、訪問看護師の『病棟では患者が退院すると一旦終了という気持ちがあるが、訪問看護は始まりなので気持ちに差がある』という言葉より、ま

だく病棟看護師と訪問看護師間の認識のずれがある>と捉えていることから、病棟看護師はがん患者の入院時から常に在宅を意識した関わりを持つことが必要であると考えられる。

3. A 大学病院の看護師と訪問看護師が協働する退院支援における連携に対する考え

病院と違い経営規模が小さい訪問看護ステーションが多い中、【病院から在宅へ変わらない質の高い看護ケアの継続】を訪問看護師はがん患者に提供したいと考えており、そのためには<病棟から在宅への看護ケアの質の保障が必要である><病棟看護師と訪問看護師間における情報共有の強化が必要である>と感じていた。がん患者に関してはADLや医療的処置の継続の情報だけでなく、『在宅は治すことが目標ではなく、何かできるかが一番大切になるため、退院前に在宅に向けての希望や思いの情報が大事』という言葉に表れているように、在宅での生活をがん患者や家族の生きがいに繋げることも訪問看護においては重要である。そして、病棟看護師に訪問看護師から『お互いのスキルアップのために在宅での様子をフィードバックすることは必要である』『看護師としてお互いに気にしているところは同じなので、やり取りができると別の患者に生かせる』ことから<訪問看護師と病棟看護師間における情報のフィードバックが必要である>との提言があった。星野らは、在宅移行によって逆にQOLがおちる場合もある⁷⁾と語るように、情報のフィードバックにより退院支援に関して看護師同士が経験を積むことは、お互いの退院支援に対するスキルアップとなり、看看連携のシステム構築を考える上で大きな示唆に繋がると考える。

また、訪問看護師は【患者・家族が戸惑わず支えることができる体制づくり】が必要であるとし、看護師同士として同じ視点から患者・家族の立場を理解できる存在として<同じ看護

職として患者・家族を支えていく>ことが必要だと感じていた。高橋らは、地域住民にとって訪問看護はあまりよく知られていないサービスであるとの報告⁸⁾をしている。訪問看護師は経験から『入院中に訪問看護師について知ってもらうことで、在宅での本人や家族の精神的な支援をしてくれる存在と認識してもらえ』と考えていることから<訪問看護ステーションの存在を患者・家族に知らせる>ことを、A大学病院で実施してほしいと考えていることが明らかとなった。

4. 本研究の限界と課題

本研究の対象者はA大学病院と退院支援において病院看護師と連携した経験のある一部の訪問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。今後は病棟看護師を対象に調査を実施し両者の意見の相違や共通点を見出すことで、A大学病院を中心にがん患者や家族のQOL向上を目指した病院看護師と訪問看護師のパートナーシップ構築を検討していくことが必要である。

V. 結語

A大学病院のがん患者の6割は在宅復帰しており、往診医や訪問看護師との連携も増加していることから、医療依存度が高いまま退院しなければならない患者・家族への退院支援実施には、看看連携強化が必要不可欠である。

訪問看護師によるA大学病院における退院支援に対する思いから、病院看護師は同一職種であるからこそ同じ視点を持ちながら協働できる存在であり、特に退院調整看護師に対してはA大学病院での退院支援の要と捉えていた。そして、がん患者の退院支援においてA大学病院は連携しやすい環境であると捉えていたが、より患者・家族の思いやQOL向上のためには、ベッドサイドにいる病棟看護師に対して在宅を意識した退院支援の実施を望んでいた。その

ため、看看連携強化を行い継続看護における看護の質を落とさない努力や、患者・家族を支えていく体制を作ることが重要であり、病院全体として訪問看護ステーションの啓蒙活動や、在宅移行した患者の様子などを訪問看護師から病棟看護師へフィードバックすることが必要であると示唆された。

謝辞

本研究にご協力をいただきました訪問看護師の方々に深く感謝いたします。なお、本研究はファイザーヘルスリサーチ振興財団の助成を受けて行われた研究である。

VI. 参考文献

- 1) 厚生労働省：がん対策推進基本計画のホームページ,
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf, 更新 2012年6月, アクセス 2014年9月6日
- 2) 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
- 3) 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
- 4) 唐渡敦也：退院調整のパートナーシップをどう構築するか. 訪問看護と介護, 2010, 15 (3), 182-190
- 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. 医学書院, 東京, 2012, 3-15
- 7) 星野彰、金子満：がん患者の退院支援とインフォームドコンセント. がん患者と対症療法, 2006, 17 (2), 54-59
- 8) 高橋直美、菊地美津子、叶谷由佳：地域住民・介護支援専門員の訪問看護の認識と訪問看護利用者の増加を目指した広報の試み. 北日本看護学会誌, 2010, 13 (1), 45-52